

医療需要と医師養成—医師不足対策私案

中澤 堅次

はじめに

医師不足は病院勤務医のレベルで起きており緊急の課題だが、医師を何人増員するか根拠をもった数値は示されていない。医師の充足率は、医療需要に対する医師数の比率で表され、一般的には人口当たりの医師数で計算される。しかし医療需要は高齢に偏り、開業で退職することが多い病院勤務医の年齢は若年に偏るため、この計算は必ずしも実態を反映しない。需要は全人口ではなく高齢世代の人口で考え、医師数は勤務医の定年を考慮し、年齢を限定して考える必要がある。本稿では、急性期病院勤務医の実情を反映するため、人口は50～84歳(以下、高齢人口という)に、医師数は60歳未満に限定し、充足率は高齢人口1,000人当たり医師数と定義した。

2008年における東京都の医師充足率は、高齢人口1,000人当たり6.13人、全国平均では4.21人で、全国都道府県の充足率を東京並みに引き上げるために必要な医師数は約10万人、全国平均に達しない都道府県を全国平均並みに引き上げるだけで約2万人が必要と推論される。医師の充足率には地域差があり、医療需要は高齢化により将来増加するが、間もなく死亡者増で減少に転じる。医師の増員策は、地域格差を解消し、将来の需要変化に対応できる柔軟な計画が必要である。この論旨に沿っていくつ

かの私案を提示する。

I. 実働医師数が増加しない理由

新人医師は毎年約7,000～8,000人養成され、医師免許数を基に計算した厚生労働省の推計では、定員増がなくても、差し引き3,500～4,000人ずつ増加するといわれている¹⁾。医学部の定員制により、医師の増え方は毎年トコロテン突きの筒の中に一塊ずつ寒天を入れて押し出すような形になっており、すべての医師は1年ずつ筒の中を移動し、筒がいっぱいになると先端から順番に押し出されるようになっていく(図1)。

養成数が一定とすると、各年齢層では毎年人の入れ替わりはあるが人数は固定しており、60歳以下を実働医師数とすれば、何年経ってもこの年齢層は年齢構成も総人数も変化しないという状況にある(図2)。これに開業と、大都市への集中、診療科の選択が加われば、地方の病院勤務医は減り続ける可能性があり、大都市周辺の医師不足も今後高齢化の加速で深刻な事態になると予想される。

II. 医師需給の具体像を国内の水準で考える

医師の需給に一定の水準を決めると具体的な検討ができる。世界にはOECDの平均という水準があるが、各国の数値はばらばらで根拠が理解されにくい。日本独自の水準を考え、地域格差に注目すると、一極集中で医師を集めている東京の水準がある。わが国としては最大限の見積もりになるが、それでもOECDの平均値には

Medical Demand and Doctor's Supply in Japan
Kenji Nakazawa : Saiseikai Utsunomiya Hospital
医療制度研究会・済生会宇都宮病院院長

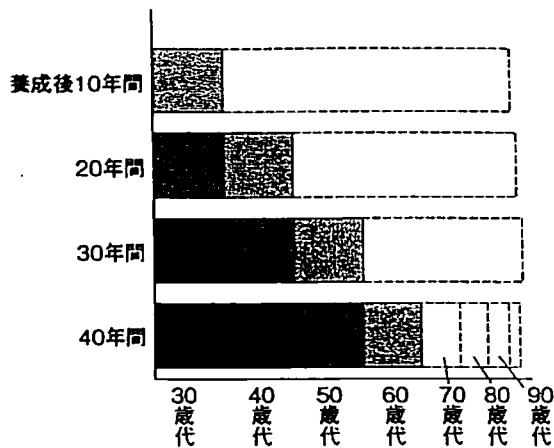


図1 医師数増加のメカニズム

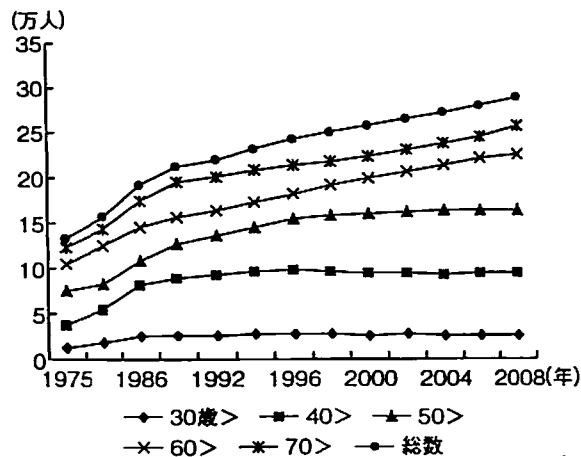


図2 年齢を限定した医師数の推移

(厚生労働省：平成8年，平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査より作成)

達しない。

もう1つの水準は全国平均で、平均値に達しない地方を全国平均まで引き上げるのに必要な数を考えると、急いで確保しなければならない最低水準がみえてくる。

III. 医師の需給は高齢人口当たりの医師数で推計する

人口1,000人当たり医師数というように、需給は全人口に対する比率で議論されるが、これでは高齢になると病人が増える医療の特性が反映されない。実際に2004年以前の15年間に、全人口の増加率は2.8%だったが、50歳以上の人口は40%増加した。医療に関する指標は年齢を無視すると間違える。

高齢人口(50~84歳)は急性期の需要と関係が深く²⁾、この年代の人口推移をみると将来の医療需要が推測できる。高齢人口は2006年までは急速に伸びたが、以後伸びは緩やかになり、増加傾向は2025年まで続くが、その後は減少すると予想される(図3)。医師の需要は15年後から減少期に入ると予想してかかる必要がある。

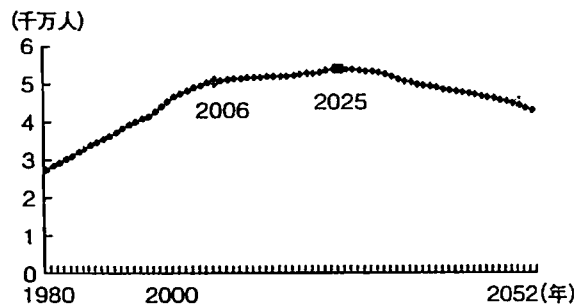


図3 高齢人口(50~84歳)の年次推移

[2005年までは総務省発表2005年国勢調査の実測値、2006年以後は国立社会保障・人口問題研究所：日本の将来推計人口、男女年齢各歳別人口(出生低位死亡高位推計)より引用、改変]

IV. 実働医師数の将来推計はトコロテン方式で考えると計算が可能になる

医師の実働数は年齢を区切って考える必要がある。急性期病院勤務医の定年はおおむね60歳であり、医師数を60歳以下に限定すれば、先に示した理由で将来も一定値を示すと考えられる。つまり、現在と同じ数値で置き換えても大きな誤差はなく、都道府県別にも同様に将来推計が可能である。医師免許数を医師数と考えて行った厚生労働省の推計は、筒の長さを無限に延長したようなもので実態を反映しない。

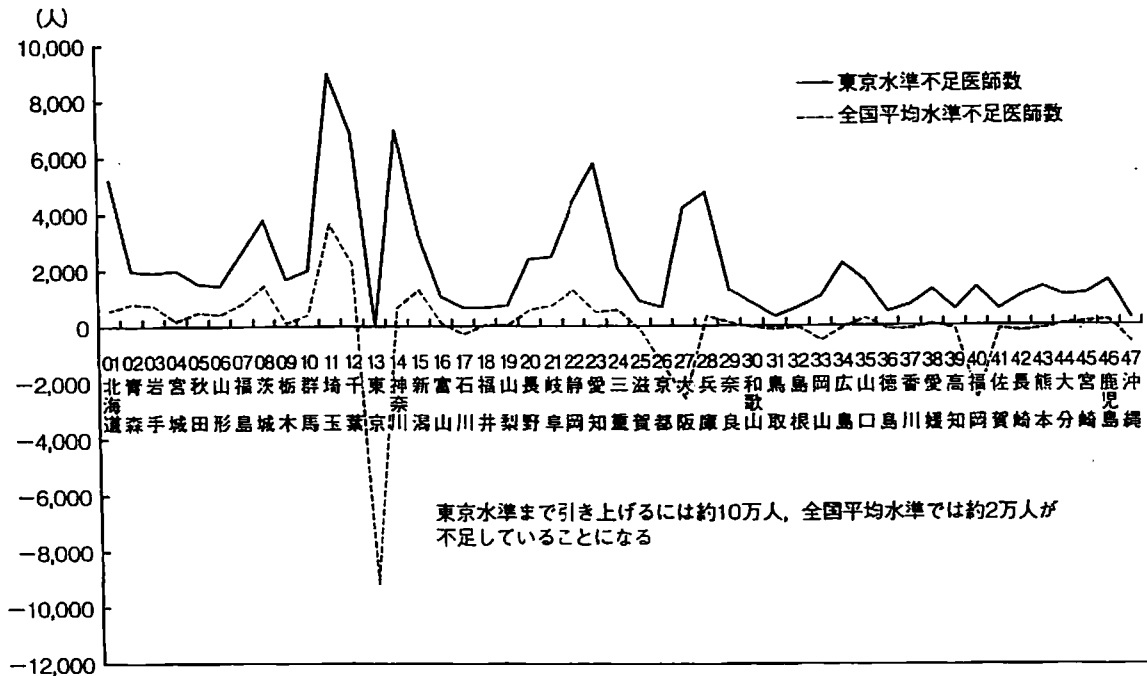


図4 医師充足率の水準（東京と全国平均）まで引き上げるために必要な都道府県別医師数
 医師充足率=60歳未満医師数/高齢人口（千人）

（2008年厚生労働省統計より作成）

V. 現在の医師不足は最低でも2万人、東京並みの水準では10万人と推定される

実働勤務医の地域格差はすでに顕在化しており、国全体の医師数を決めても意味がない。医師の年齢を60歳未満に限定し、都道府県ごとに高齢人口1,000人当たりの医師数を計算し、全国平均との開きで都道府県別の推計を試みた（図4）。

全国平均に達していない都道府県の医師数を全国平均並みに引き上げるには、平均値以上の都道府県には新規増員分を配分しないと仮定して、2008年現在で18,538人が必要となる。2万人の医師を養成するには、10年間で毎年2,000人、5年間に短縮すると毎年4,000人の増員が必要になる。現在計画されている定員増は年間1,000人規模であり、開きは大きくないが最低限の水準を満たす数には達しない。ちなみに東京水準まで全国の医師数を引き上げるに

は約10万人が必要となる。

VI. 地域間格差は地域枠で解消する

従来どおり自由意志に任せた医師配分では東京への一極集中が加速される。水準に満たない道府県の医師を増やすためには、地方が将来の需要を見込んで養成する医師数を決め、奨学金を出し、学士入学で期間を短縮し、卒後は出資した地方での勤務を義務付ける地方枠で医師を確保するしか方法がない。この方法はかつて沖縄が本土の大学に地域枠を設けた歴史があり、自治医大方式は現在でも行われている。医師養成は、地方格差を改善するというのははっきりした目的の下に、全国規模で行う覚悟が地方自治体では必要だろう。

VII. 医学部定員増は15年間で次の段階に

医学部定員を増やす方式の効果が出るには10年かかる。今は定員増が必要だが、わずか十

数年間養成を続ければ、今度は削減を意識する段階になる。15年後に入学する学生が、実働の医師になるのは今から25年後、そのころ高齢人口はすでに減少期に入り、急性期需要は減ってくる時代になっている。すぐには過剰となるわけではなく、過剰が意識されてから減らしても遅くはないが、今度はどのように医学部の定員を削減するのが大きな課題となる。

VIII. 新設大学による医師増加策のもつリスク

新設大学を作るのであれば、地域格差を是正する目的を鮮明にし、国策として地域枠による臨床重視の即戦力養成を図るべきである。既存の大学のような附属病院をもつ医学部を作るには、多数の実働医師を必要とし、卒後臨床研修必修化のときのような医師引き上げの悪夢がよぎる。

高齢大国日本であってもそう遠くない将来、寿命による医療需要の減少に直面する。特に急性期の医療対象人口は15年後には減少期に入ることが予想され、従来型の医学部増設は、応援が駆け付けたときには病人が減っている状況になり、医師過剰に悩む歯科医師養成の二の舞をリスクとして考えなければならない。

IX. 新しい医師養成は現場における臨床実習を重視する

大きな副作用なく医学部の定員増を図るには、座学の部分を大学の定員増で対応し、臨床教育に地域の中核的な病院を使う方式が考えられる。従来の研究中心型の医師養成から実践重視への方向転換だが、重点は現場に移るため医師の引き上げは生じず、大掛かりな大学病院新設の費用を削減できる。実習病院は学生養成に耐えうる質を確保しなければならないが、教育スタッフと施設の充実を国策として、医師不足の地域に重点配備し、併せて地域偏在の解消を目指すべきである。問題は臨床指導医層の不足

だが、大学に臨床指導医の育成を新たな価値観として加えるだけでも風向きは変わる。

使命を明確に、待遇改善も含めた新たな教育や研究環境が整備されれば、新しい質の確保にも貢献するだろう。

X. 医学部定員増以外の対策

勤務医は40歳を超えると開業する傾向があり、病院のマンパワーを保つためには開業の制限が有効である。北欧などでも開業医の定員を決めているところもあると聞く。しかし、すでに開業医のマンパワーは在宅や休日夜間センターなどで役割を増している。開業阻止を狙った診療報酬による差別や統制は、住民にとっても、集中を受ける病院にとっても、新しいリスクとなる。今の段階での統制や安易な誘導は禁じ手に近い。

XI. 看取りと介護の充実が医療全体の課題

医師不足の対策は、少ない医師数で高齢化の医療需要に対応することである。延命を価値観とする医療は多くの医師を必要とするが、今後増加する高齢者の支援には必ずしもなじまない。介護は生活の支えが理念であり延命を目的としない。病院よりも質の高い生活を介護で提供し、その連続で静かな死を迎えることができれば、病院における死の意味が限定される可能性が出る。

多くの先進国では介護に歴史があり充実もしているが、高齢大国といわれる日本では介護が重要視されていない。政府は医療以外の高齢者の生活の充実と、病院以外の死を迎える場所の充実に目を向けるべきである。

結 論

医師増加策の最低限の目標は、全国平均に満たない都道府県の医師数を平均並みに増やすことであり、充足している県に新規増員を配分しないと仮定して、必要数は約2万人である。難

しいことは覚悟のうえであえて増員を図るなら、自治体は地域枠を活用して将来の医師数を確保し、医学部教育は不足する地方の中核的病院を現場に、早くから実践教育を行い、教育病院や大学は臨床指導医の育成を新しい価値観として取り入れる。そして国は地方の必要度に合わせて教育病院を整備し、マンパワーの確保を一刻も早く行うべきである。

文 献

- 1) 厚生労働省：医師の需給に関する検討会報告書。平成18年7月。
- 2) 中澤堅次：将来の医療を病院の入院者から予測する。日医ニュース1151号，2009.8.20。

受付日 平成22年3月8日
連絡先 〒321-0974 宇都宮市竹林町911-1
済生会宇都宮病院
中澤堅次