

医師偏在を治す三位一体の処方せん

経営環境研究部 主席研究員 土谷 修司(つちたにしゅうじ)

今後高齢化に伴い、医療・介護サービスに対する需要のさらなる拡大が見込まれている。しかし、こうした需要の拡大に対して、医療機関や医療従事者、介護施設や介護従事者等の不足により、医療・介護サービスの供給力の面でも課題があると指摘されている。特に医師は、医療提供体制の礎であり、地域において医療サービスの需要に対して医師が不足する場合、社会保障制度の根幹を揺るがしかねない。

本稿では、主に医師偏在の観点から、全世代型社会保障への改革が必要とされる背景を確認する。

地方において深刻な医師不足

日本では、これまで諸外国と比較して医師が不足していると言われてきた。OECDの統計によると、日本の人口千人あたりの臨床医師数(※1)は、2018年度で2.49人、30か国中第26位となっている(※2)。また、日本の人口あたりの受診回数(年)は、諸国間の平均の2倍近い12.6回と、第2位である。つまり、日本の医師は、少ない人数で、多くの医療ニーズに対応していることが窺える。

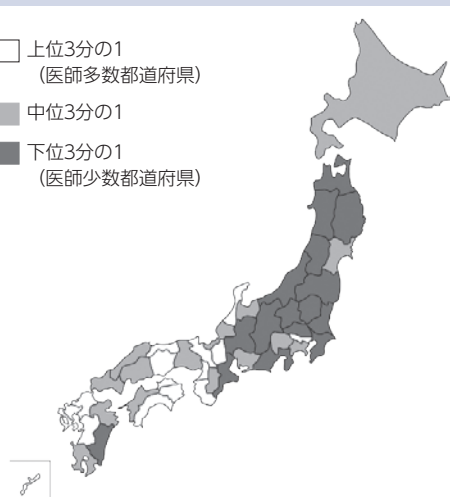
ただし、医師不足の度合は、地域や診療科によって大きく異なる。現在、地域ごとの医師の偏在状況は、「医師偏在指標」という指標で表される。医師偏在指標は、医師の偏在状況を相対的に表すために作成されたもので、人口構成等により異なる医療サービスの需給状況を踏まえ、人口10万人あたり医師数を補正した指標である。また、医師偏在指標の上位と下位の約三分の一に該当する都道府県は、それぞれ「医師多数都道府県」「医師少数都道府県」とされる(※3)。医師少数都道府県は、東日本に多く、全体としては「西高東低」となっている状況が見て取れる(資料1)。

医師不足を呼ぶ過酷な労働環境

医師偏在問題に影響した出来事としては、2004年の「新

資料1 都道府県ごとの医師の偏在状況

上位3分の1
 (医師多数都道府県)
 中位3分の1
 下位3分の1
 (医師少数都道府県)



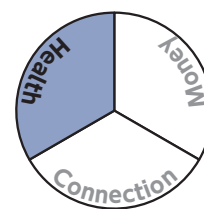
(出所)厚生労働省資料より、第一生命経済研究所作成

- ※1 歯科医師・獣医師含む数。
- ※2 2017・2018年いずれかの値が取得可能なOECD諸国間で直近の値を用いて比較。
- ※3 医師偏在問題の対策検討時には、都道府県単位より細分化された医療サービス提供圏(二次医療圏)ごとの医師偏在指標が中心的に用いられる。この場合、上位と下位の約三分の一をそれぞれ「医師多数区域」「医師少数区域」と呼ぶ。

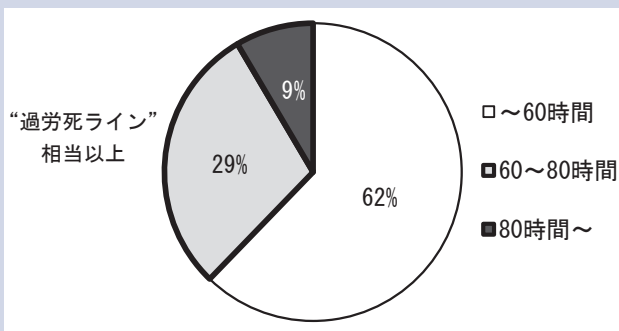
医師臨床研修制度」の導入が挙げられる。これにより、研修医が研修先を自由に選択できるようになったことを機に、研修医が出身大学病院外に多く流出したため、人員不足の生じた大学病院が外部に派遣していた医師を引き上げた。また、地方勤務敬遠等の理由で大学病院の組織・系列に属さない医師も増えた。その結果、地方の中小医療機関で医師不足が深刻化した。

加えて、医師不足には、医療行為の付随業務(患者への説明、書類作成等)の負荷増大、医療訴訟の増加、軽症の救急患者の増加、過酷な労働環境等の背景が存在すると指摘される。例えば、厚生労働科学特別研究事業として行われたアンケート調査の結果(資料2)からは、医師の長時間労働の実態が読み取れる。

医師が過酷な労働環境から医療機関を去ると、残った医



資料2 病院常勤勤務医の週労働時間



(注) “過労死ライン”とは、月80時間の残業(時間外労働)時間を指す。
(出所) 2020年7月厚生労働省報道発表資料より、第一生命経済研究所作成

師の業務負荷がますます高まるという悪循環に陥る。特に元々医師不足に悩まされている地方の中小医療機関では、診療科や病院自体の閉鎖等につながる懸念がある。また、疲労により医療過誤の危険性が高まったり、多忙により患者一人ひとりに対する診療や最新の医療研究の学習等に費やす時間が削られたりすることで、提供される医療サービスの安全や質が犠牲になることも考えられる。

働き方改革と機能分化・連携

医師不足との関連から、現在、医療関係者から特に注目を集めているのが、「働き方改革」である。2019年12月の「全世代型社会保障検討会議 中間報告」(以下「中間報告」)においては、社会全体の働き方改革が主要な論点の一つとして掲げられているが、医療分野においても、別途、医師の働き方改革について言及されている。

これらの議論に先立ち、2018年に労働基準法が改正され、時間外労働を最大年960時間とする上限規定等が、2024年から医師にも適用されることになった。労働時間が短縮され、医師疲弊が軽減されれば、現場を去る医師の減少につながり、長期的には地方における医師不足の原因の一端を取り除く効果が期待できる。

しかし、厚生労働省の推計では、規定どおりに労働時間

を制限することで、医師の需給が均衡する時期は、2029年になるという。それまでの過渡期には、むしろ、状態が悪化する。

このジレンマを解決するためには、医師の業務負荷等を軽減し、結果として労働時間の短縮につながるような働き方改革を並行して行う必要がある。例えば、医療に従事する職種間で守備範囲を見直して医師に求められる業務を絞り込む、テクノロジーを用いて業務プロセスを効率化する等のアプローチが考えられる。

さらには、日本や地域レベルで全体最適を目指して、医師や医療機関同士での役割分担や連携を通じ、現存するリソースを最大限に活用し、供給力を向上させるようにすることも必要である。本稿では詳細の説明を割愛するが、地域の状況を踏まえて病床の機能分化・連携を推進するための「地域医療構想」は、まさにそうした考え方の実現を目指すものである。

中間報告では、「地域医療構想、医師の働き方改革、医師偏在対策を三位一体で推進する」と述べられている。この三者が医療サービスの安定的供給を可能とするための手段として密接に絡み合っており、ひいては、いずれもが社会保障制度の持続性確保に必要なからである。

供給側の課題解消は、足元の状況に与える影響に留意しつつ、長期的な展望からも対策を検討し、最適解を求めていかなければならない。

本稿では地方における医師不足を取り上げたものの、人手不足が深刻なのは、看護師や介護従事者等においても、同様である。

加えて、新型コロナウイルス対策のために、従来以上に人手を要する場面も出てきている。

医療・介護サービスへの需要の高まりが予想されるなか、医療・介護サービスの提供体制を確保・維持するためには、こうした課題に速やかに対処していく必要がある。