医師偏在 是正できるか ㊦

野口晴子 早稲田大学教授

患者側もコスト払う覚悟を

ポイント
- ○都市・地方間、都市間でも地理的分布課題
- ○25年にはOECD平均並みの医師数確保
- ○医師の地域的偏在の完全な解決は難しい

のぐち・はるこ
65年生まれ。ニューヨーク市立大博士（経済学）。専門は医療経済学、社会保障論

日本の人口当たり医師数は他の先進国と比べて決して多くはない。最新の経済協力開発機構（OECD）のデータでは、日本は25カ国中24位と最下位に近い。

しかし日本でも医療施設に従事する医師数が、1996年から2016年の間に、約23万人（人口10万人当たり183人）から、約30・5万人（同234人）へと増加傾向にあるのも事実だ。では、増員された医師は地理的にどのように分布しているのだろうか。

図は厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」に基づき、人口10万人当たり医師数（医療施設の従事者のみを対象）の分布の推移を、都市と地方の別に示したものだ。都市の数値は人口50万人以上の指定都市と人口20万人以上の中核市から、地方の数値は指定都市・中核市以外の地域からそれぞれ算出した。

医療施設に従事する医師総数の増加を反映して、地域によらず、人口10万人当たり医師数の分布が全体として上方向へシフトしている。一方で、都市の人口10万人当たり医師数の方が一貫して地方よりも上位に分布しており、医師の地理的偏在の一端を見てとれる。

例えば図の中で▲で示した東京都の場合、同じ都内でも、都市に区分される東京23区（16年に関しては八王子市を含む）とそれ以外の地域では、人口10万人当たり医師数に130～160人程度の開きがある。

興味深いのは、この20年間、地方での医師数の散らばりにはほぼ変化がなかったのに対し、都市間の格差は大幅に拡大したことだ。団塊の世代が後期高齢者に達する25年以降、人口が集中する都市では高齢化が急速に進展する。それは通常の医療サービスはもとより、みとりや死亡診断など終末期に必要な医療需要を必然的に急増させ、30年には医師需要が最大化すると見込まれる。都市間の格差が、単に各都市のニーズに対応した医師の「配置」なのか、あるいは地域の医療需要とは直接関係のない医師の「偏在」なのかは、人口10万人当たり医師数の指標だけでは判断できない。

いずれにしても、この結果は医師の地理的分布が、都市と地方の間にとどまらず、都市間でも課題となりつつあることを示唆する。

今世紀に入り、医師の地理的偏在に影響を与える政策が次々と実施された。

とりわけ医師の地理的偏在を助長し、地方での医師不足を深刻化させたといわれるのが、04年に2年以上の臨床研修を必修化する新医師臨床研修制度の導入に伴い始まった臨床研修医のマッチングだ。この制度により、それまでの医局中心の医師派遣から、医師自身がキャリアの出発点を選択することが容易になった。

再び図を見てみよう。マッチング制度導入直後の04～06年には、人口10万人当たり医師数の中央値が、都市でいったん279人から239人へ大幅に低下するが、その後反転し、06～10年には中央値も含め分布全体が上方向へ大きくシフトしている。この間、地方では医師数の散らばりに若干の拡大傾向が見られるほかは目立った変化はない。

図では、96～06年まで縮小傾向にあった都市と地方の医師数の分布の差が、06年以降は都市の分布が上方へ大きく移動した分、再び広がったように見える。

マッチング制度については09年以降、臨床研修医の都市部への集中を抑制し地域医療を確保する目的で、研修医定員に都道府県別の上限が設定された。現在では大都市圏の募集定員に焦点を絞り、さらなる圧縮が検討されている。

だが過度な規制による誘導は医療施設間の競争を阻害し、量と質の両面で医師の労働市場に非効率を招く恐れがある。小島武仁・米スタンフォード大准教授らによる都道府県定員制の下での新たな制度設計を提案する一連の研究を参考に、システム自体の見直しも視野に入れるべきだろう。

他方、地域の医師不足に対処する目的で、06年に新医師確保総合対策、07年に緊急医師確保対策がまとめられた。これらの対策により、地域医療に従事する明確な意思を持つ学生に奨学金を給付する臨時的な「地域枠」が大幅に拡大された。07年まで7625人だった医学部の総入学定員数は17年には9420人（うち約18％が地域枠）と、過去最大規模の増員が図られた。

厚労省は、増員された定員数がこのまま維持された場合、人口10万人当たり医師数が25年ごろまでにはOECDの加重平均（290人）レベルに達するとの予測を立てている。また地域枠での入学者数に基づき、卒業後9年目まで地域医療に従事する義務があるという一律の仮定を置くと、地域医療に従事する医師数が24年までに約1万人に達すると試算している。

しかし地域偏在を解消するのに、医師の行動変容を促し、それに依存するような政策だけでは限界があるのも確かだ。医師の養成には多額の税金が投入されているとはいえ、職業や居住の選択が憲法で保障されている日本では、個人の自由意思による地理的移動を妨げることはできない。

16年に厚労省の研究班が約10万人（有効回答数は15677件）の医師を対象に実施した「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」によれば、地方勤務を希望しないとの回答割合は5割を超えた。

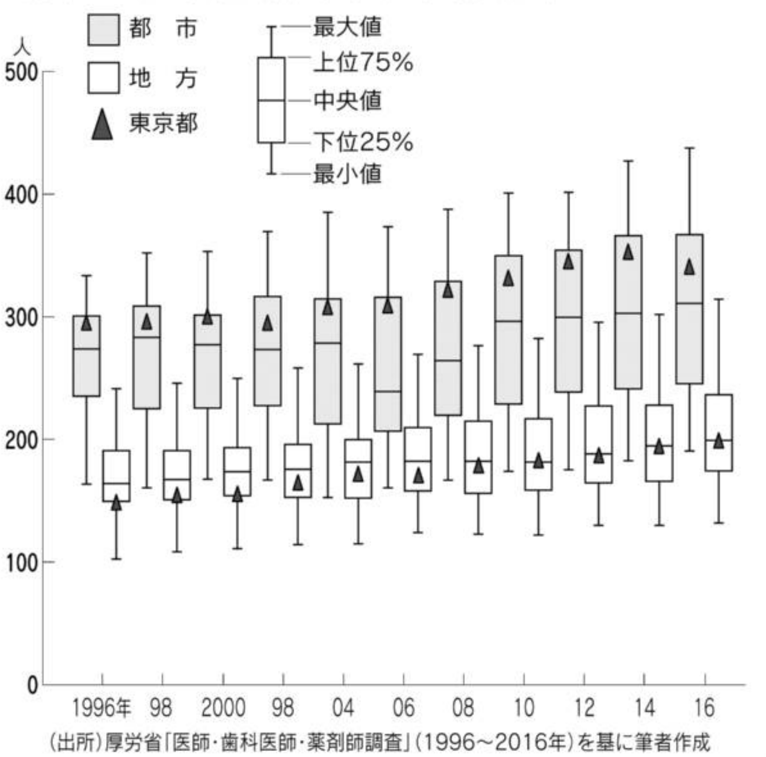
地方勤務を希望しない理由としては、どの世代も「労働環境への不安」「希望する内容の仕事ができない」を挙げている。また20代は「医局の人事のため選択の余地がない」「専門医の取得に不安がある」、30～40代では「子供の教育環境が整っていない」「家族の理解が得られない」、50代以上では「都市部で開業している」と、医師個人のライフステージによる障壁の違いも浮き彫りとなった。

労働環境や仕事内容に対する不安については、むしろ地方での医師不足が重要な要因となっている。つまりこうした回答からは、地方での医師不足が原因となり、長時間で不規則な勤務体系の下で働かざるを得ないという実情が透けて見える。これは医師の地理的偏在が悪循環を引き起こしている可能性を示唆する。さらに子どもの教育環境など医師自身の家族に由来する要因については、地方の社会経済状況から考えて克服が非常に困難な事由だ。

患者にとっては、身近に医師が存在することは確かな安心につながる。しかしその一方で、日本社会が深刻な人口減少に直面している今、限られた財源と人的資源により、居住地域によらず国民全員に医療への「物理的なアクセス」を等しく保障することは一段と難しくなるだろう。

今後は都市と地方での医療機関のネットワークの構築と機能分化、IT（情報技術）を活用した遠隔医療、医療を補うための希少な地域人材の育成などの環境整備を進める必要がある。一方、患者の側も医師の地理的偏在に対しては、地方の医療現場の置かれている現状を認識し、自身の健康管理や居住地の移動なども含め、相応のコストを払う覚悟が必要となるだろう。

都市と地方の医療施設に従事する医師数分布（対人口10万人）



（出所）厚労省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（1996～2016年）を基に筆者作成