

# 日本の医師不足を放置できるか

—日本の医療制度を荒廃・崩壊させないために—

東北大学大学院医学系研究科「地域医療」プロジェクト

(東北大学大学院医学系研究科附属地域医療教育開発センター+同地域医療システム学〔宮城県〕寄附講座)

伊藤 恒敏、本郷 道夫、溝口 二郎、金村 政輝、木村 秀樹、小笠原 博信

1. はじめに
2. 医師数の国際比較
3. 医師不足となる国内事情
4. 女性医師問題
5. 医師不足に対する有効な解決策はあるのか
6. 国はデータの開示を
7. 結論

## 1. はじめに

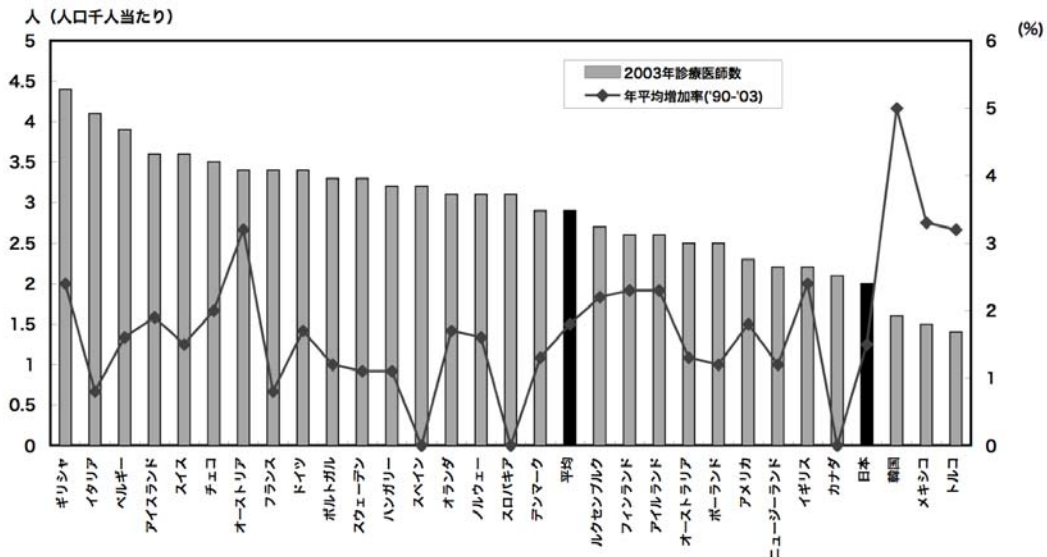
2003年8月に東北大学医学部（東北大学大学院医学系研究科）の大学院生の地域の病院での名義貸し問題と自治体病院からの研究助成金問題が発覚した。「地域医療」が崩壊の危機にあると認識すべき事件だった。大学が地域医療に対しどのように関わっていくのか。半年間の議論と作業により地域医療に対する提言をまとめ、2005年4月に「地域医療システム構築—東北大学医学部の取り組み—」を出版した<sup>1</sup>。この一連の活動から東北大学医学部に地域医療プロジェクトチームが結成された。

それ以降の研究活動の中で我々は、今日の地域医療問題の最も主要な原因は医師不足にあると考えるに至った。

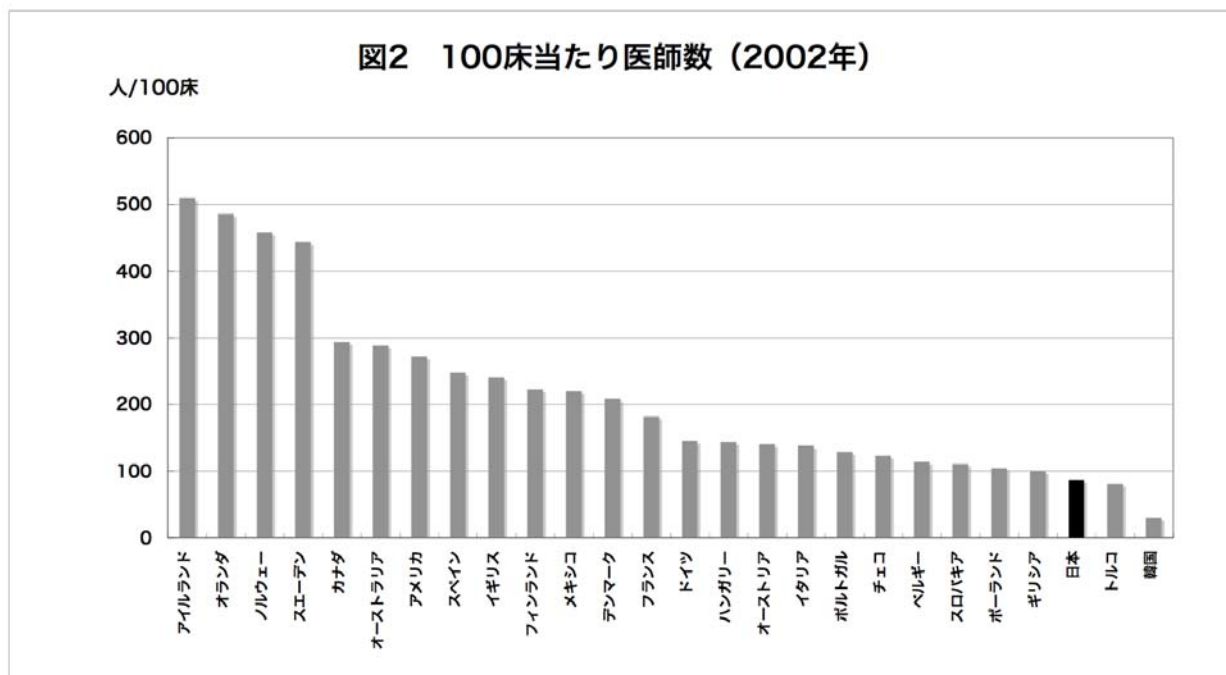
## 2. 医師数の国際比較

日本の医師数は人口当たりで OECD（経済協力開発機構）加盟国中最低の部類で、OECD 加盟国平均をかなり下回る（図1）<sup>2</sup>。

図1 医師数の国際比較



病床当たり医師数は、さらに深刻（図2）<sup>2</sup>で、日本は米国の1/3、ドイツの1/2程度で、看護師も状況は同じである。日本には病床数が特に欧米と比べて多過ぎる、との反論もある。しかし米国にはナーシングホーム（療養病床かそれ以上）が整備されており、その病床数を入れると日米の人口当たりの病床数の差はなくなる<sup>3</sup>。



さらに、日本の医学部の教員数は、学生数が欧米の大学とそれほど変わらないのに、教員は日本が欧米の1/3から1/5である（表1）。この差にも関わらず、米国と同等に教育も研究も診療も地域医療への協力も行わなければならない。日本の医学部の教員の忙しさは想像を絶する。医師側から見た医師の不足感は大学医師の間で最も強い<sup>4</sup>。

表1 欧米の大学医学部と日本の国立大学医学部の教授数の比較

教授職	Faculty	デューク* 大学医学部	ハーバード* 大学医学部	ワシントン州立* 大学医学部	イェール* 大学医学部	スタンフォード* 大学医学部	オックスフォード* 大学医学部	東北大学 医学部
学生数	MD		714	795				619
	PhD		592	622				684
主任教授	Chairman							
名誉教授	Emeritus Professor							
教授	Professor	300	3,145	792	367	389	222	70
準教授	Associate Professor	287		569	275	274		0
助教授	Assistant Professor	464		698	409	331	1,096	69
講師・教官	Instructor	240	3,619	254	83	269		303
臨床教授	Clinical Professor							
臨床準教授	Clinical Associate Professor		555					
臨床助教授	Clinical Assistant Professor	上に含む		上に含む				
臨床教官	Clinical Instructor		2,018					
臨床講師	Clinical Lecturer							
スタッフ 総計		1,291	9,337	2,313	1,134	1,263	1,318	442

\*: インターネット調べ

### 3. 医師不足となる国内事情

#### [医師調査と病院調査の乖離]

厚生労働省の医師調査は2年に一度、年末時点で医師の戸籍調査を行う。厚労省は医師数を病院側からも調査している（病院報告・医療施設調査）<sup>5</sup>。この調査は病院・医療施設に実際に働いている医師数の調査である。この2種類の調査で、医師数は基本的に符合しなければならない。

医療施設調査・病院報告による医師は約29万人。医師調査では実働医師数は25万人。4万人も足りない。4万人は非常勤として算定される医師数にほぼ一致する。日本の病院体制は医師が29万人必要なのに、実際の医師数は4万人も少ない。きわめて異常だ。

#### [医師の労働時間]

06年3月に大阪府医師会勤務医部会が大阪府の勤務医に労働時間を調査した<sup>6</sup>。回答した369人の平均は週に64時間（男66.7、女57.3）。厚労省の「医師の需給に関する検討会」<sup>7</sup>でも常勤医で66.4時間／週となっている。週当たり64-66時間というのは過労死認定基準をほぼ満たす。この労働時間をもとに試算すると、全国の勤務医（04年で163,683人）に法による労働時間（週に40時間）を遵守させれば、あと98,210人の医師が必要になる。過酷な労働環境は「医療事故」の発生と直接結びつく。

#### [医療技術の高度化・集約化]

医療技術は年々進歩し、高度化・集約化され、先進機器を使う検査が増え、複数の医師が関わる検査・治療技術も多くなる。必然的に患者の診察に当たる医師が減少する。患者に丁寧な説明を行い、インフォームドコンセントのための説明にも時間が取られると、医師が診察できる患者の数は減少する。

#### [貧困な日本の医療補助職]

日本では医師の業務が多すぎる。米国の病院には病棟秘書がいて入院患者への薬の注文や患者の検査の予約や手配を担う。点滴や注射も米国では格の高い登録看護師がこなす。口述筆記をすれば患者記録ができあがる。日本でも医療補助職を開拓しないと、医師が診断治療以外の業務に忙殺され続ける。

#### [医師偏在という虚構]

地域の医療圏から医師がいなくなっている。政府や医師会、一部のメディアは「医師の（地域）偏在」だと説明する。しかし最近の新聞によると<sup>8</sup>、医師密集地域の東京でさえ医師配置標準の充足率は常勤医だけでは5割に達していない。

日本全国の二次医療圏を東京都および政令指定都市（都市部）とそれ以外の「全国」で（人口10万対）医師数を比較した<sup>9</sup>。都市部では医師数が255、それ以外の二次医療圏では175と、差がある。しかし、医師の多い都市部でさえ、OECD加盟国の平均（290）にも届かない。日本は都市部でも先進国平均以下だ。

### 4. 女性医師問題

女性医師は全医師数の20%近くになっている。医学部卒業時点では35%にもなる。

#### [医師の「職業的平均余命」]

適正医師数を考えることは医療政策の基本である。我々は平均余命を計算する考えに基づき、卒後平均就労期間を医師の「職業的平均余命」（＝職業余命）とみなし試算した。生命表における生存数が「医師の就業率」となる。厚労省が詳細データの利用を許可しないので、発表されている資料をもとに計算すると、男性医師の職業余命が49.6年、女性が46.3年。女性は妊娠－出産－子育てのために、仕事を一時的に中断・軽減せざるを得ず、女性医師の職業余命を短くしている。

#### 【労働時間の男女差：不可避な生物学的体力差】

大阪府医師会勤務医部会の調査では、女性医師は男性よりも週当たり労働時間が9.4時間も少ない。医師には体力が求められるが、女性の体力は男性と同等ではない。陸上競技の世界記録では<sup>10</sup>、女性は男性の90%程度の体力（「生物学的体力差」）だ。労働時間の差もこうした視点から考え直す必要がある。医療現場では体力差のある男女が同じ種目で競技させられている。

#### 【男性医師と女性医師の労働力量の推計】

医師の職業余命（女性医師対男性医師＝0.933）と労働時間（同＝0.859）の二つを合算すると、女性医師は労働力量として男性の約80%になる。04年の医師調査で女性勤務医は26,810人、この女性医師分がすべて男性医師とする労働力量と比べると、差分は女性医師だけであと6,700人ほど必要となる。女性医師が増加する分だけ、実質的な労働力量として医師不足が進行する。女性医師が増加する分、全体の医師数を増加させる方策を考えなければ医師不足は一層深刻化する。

## 5. 医師不足に対する有効な解決策はあるのか

国際的に見ても、国内事情でも、女性医師問題でも、医師の絶対数が不足している。厚労省の「医師の需給に関する検討会」は適正医師数のデータも示さないまま医師の偏在が原因との結論を出した<sup>7</sup>。議論にならない。

深刻な医師不足に喘ぐ日本の医療事情をいかに展望すべきか。医師不足に即効性の対策はない。地方だけでなく都市も含め全国で医師が不足だからだ。偏在ではない。症状が一番強く出ているのが地方の医療圏だ。女性医師にも暗く影を落としている。政府は医師不足に対し、都道府県単位で対応を考えるように促すが<sup>11</sup>、全国で医師不足なのだから、地域（県単位）単独での調整は不可能である。

#### 【具体的かつ緊急の提案】

我々は次の3点を日本の医師不足に対する最も重要かつ緊急の対応策として提案する。

1. 不足している医師を増やせ
2. 医師不足の医療圏にマグネットホスピタルを設置せよ
3. 包括的な医師育成機構を確立せよ

#### 【1. 不足している医師を増やせ】

医師不足が明らかになった以上、医師を増員すべきだ。人口当たり医師数、医学部の教員数、医師の労働時間、女性医師問題、どれをとっても不足だ。医学部入学定員を早急に増やすべきだ。入学定員増が医師

数の増加になるまでに 10 年かかるが、時間がかかる対策ほど緊急に着手しなければならない。

適正医師数を考える基盤データがない現状では、とりあえず OECD 加盟国の平均（10 万人あたり 300 人）まで増員すべきだ。定員増の効果が出るまでの 10 年間に、厚労省はデータを開示して多くの研究者に適正医師数を議論させるべきだ。

日本の医療はマクロ的に見ると、「医療費」は国際的に低く<sup>2</sup>、医療への国民のアクセスがしやすく、医師は少なく過酷な労働条件に堪えており、それでいて平均余命や乳幼児死亡率など医療の実績は世界的にも抜群である。医療費抑制をさらに進めれば、英国やカナダに見るように医療は荒廃、崩壊し、医師の士気も著しく低下する<sup>12</sup>。国民が医療機関にアクセスすることさえ困難になる<sup>13</sup>。

## 〔2. 医師不足の医療圏にマグネットホスピタルを設置せよ〕

医学部定員増が実効的な医師数増加になるまでの間、我々は医師が不足している二次医療圏に「マグネットホスピタル」（＝MH）を作るべきだと考える。

「東北大学関連医師の勤務実態調査」<sup>1</sup>で、東北地方の病院に 00 年から 02 年までの 3 年間に東北大学から直接赴任した医師数を調べた（表 2）。調査時点で研修指定病院数は東北 6 県に 54、平均病床数が 507、研修指定でない病院数は 588、平均病床数は 156（両者の比 = 3.3）。東北大学から直接赴任した医師数は 1 年間で各々 9 人と 0.6 人（両者の比 = 15）。病床数には比例せず、500 床規模の病院にかなりの数の医師が赴任する。

表2 病院への派遣医師数 2000-2002（3年分）

研修指定病院への勤務（大学病院を除く）						研修指定病院ではない病院への勤務					
		平均病床数		506.9				平均病床数		155.8	
	病院数	長期常勤医師数	採用医師数	総数	平均派遣医師数 [総数/病院数]		病院数	長期常勤医師数	採用医師数	総数	平均派遣医師数 [総数/病院数]
宮城県	17	338	556	894	52.6	宮城県	137	312	370	682	5.0
青森県	5	39	57	96	19.2	青森県	98	34	23	57	0.6
岩手県	7	64	104	168	24.0	岩手県	84	55	53	108	1.3
秋田県	10	32	72	104	10.4	秋田県	68	6	6	12	0.2
山形県	5	18	23	41	8.2	山形県	63	37	52	89	1.4
福島県	10	54	99	153	15.3	福島県	138	54	35	89	0.6
総数	54	545	911	1,456	27.0	総数	588	498	539	1,037	1.8

東北大学医学部調査 平成16年

病院に直接赴任した医師数で病院を分類し直す（表 3）と、赴任医師数が 3 年間で 20 人以上の病院の病床数は 476 で赴任医師数は 44.7 人、10 人未満のものは 178 床で赴任医師数は 3.2 人。病床数 500 前後の病院には医師が多く赴任する実態がここでも明らかだ。我々は 500 床前後で、特に若い医師を引きつける力のある病院を MH と呼ぶ<sup>14</sup>。MH は米国看護協会の用語で、労働環境の整った病院を MH と定義し、看護師数減少に対応しようとしたもの<sup>15</sup>。我々は医療圏の中核的病院を適切に理解できる用語として MH を借用し広めるべきだと考えた。病床規模で 500 床ならば救命救急センターも設置されているし、診療科も網羅でき、多数の常勤医師（70-100 人）が働いているので教育環境は申し分ない。

表3 赴任医師数による病院の分類

	病院数	割合 (%)	病床数合計	平均病床数	赴任医師総数	平均赴任医師数	医師数の割合 (%)
10人未満	147	70.3	26,126	178	474	3.2	18.8
10人台	24	11.5	7,175	299	345	14.4	13.7
20人以上	38	18.2	18,090	476	1,697	44.7	67.4
総数	209		51,391	246	2,516	12.0	100.0

MHこそ、医師不足に喘いでいる二次医療圏に設置すべきだ。500床程度の病院は背景人口が20万人あれば運営可能だと考える。人口20万人の二次医療圏で、まずMHを設置し医師数の確保を考え、中小病院のネットワーク化をはかり、その上で医療圏の事情に合わせて、医師の戦略的配置を考えるべきだ。人口10万程度の市町村の200-300床前後の中核的病院では三次救急もできず、診療科も網羅できず、指導医も少なく、地の利もなく若い医師を惹きつけるのは困難だ。行政は市町村や医療圏の境界を越えた思い切った病院の再編・統合を考えることが必要だ。

### [3. 包括的な医師育成機構を確立せよ]

我々は東北大学医学部卒業生の動向調査も行った<sup>1</sup>。東北大学の卒業生は、卒後15-20年を経過してようやく医師としての自分のキャリアを最終決定する。大学に残る者、病院勤務を続ける者、開業する者などが卒後20年を経て、大体一定になる。医師はその間、模索し続ける。長い年限をかけて医師を育成するという視点が必要だ。医師は技術の向上を求めて病院を異動するが、組織上、病院から病院へ退職・就職を繰り返さざるを得ない。過疎地の病院に赴任しても都市部に再び戻れるかどうか保証はない。自分の帰属に不安を抱えながらのキャリア形成なのだ。

若い医師のキャリア形成を支援（病院間の異動の保証）するために、二次医療圏あるいは大きな行政単位で医師の確保、育成、配置に関する体制の整備が必要だ。医師のキャリアアップを重視した育成機構を早期に立ち上げなければ、若い医師は都市部の個々の比較的大規模な病院との関係を深めていかざるを得ないだろう。地域に医師がますます不足する事態が進行する。行政が規制や法律で医師に強制をかけても、政策が非現実的ならば、医師の士気低下を招き、医師不足に拍車をかけ、徒な混乱（医療の荒廃と崩壊）を招来するだけだ。

医師育成に当たる「大学」と「地域の病院群」と「行政」（≒県）が一緒になった「包括的な医師育成機構」（=機構）<sup>16</sup>を形成すべきだ。

MHがまだない医療圏には人口20万人単位でMHの設置を構想し、大きな機構のなかで長い年月をかけて医師を育成することとし、様々なキャリアパス（CP）を準備し、医師には自分にあったCPの選択をしてもらおう。医師の病院間の異動については機構のなかで、行政の仲立ちにより帰属の問題を解決し、パスを選ぶことによって、比較的へき地への短期的な配属とその後の希望するトレーニングへの復帰も保証する。大学は医師が多く流動する機構の中から医師の希望に添う形でスカウトし、後進を育てていって欲しい。機構は医師にとっても、大学にもメリットがある。MHはじめ、医師不足で困窮する中小の病院も、地域の第一線医療ということで医師育成プログラムを作成すれば医師育成の一環としての医師配属を十分期待できる。

(来る7月8日に仙台でシンポジウム「医師のキャリアデザイン構築—「地域」で医師を育てる」を開催  
予定：URL アドレス参照：<http://www.med.tohoku.ac.jp/jimu/new/tiiki10.html>)

## 6. 国はデータの開示を

医療政策を客観的に考えるべく作業を始めるたびに直面するのは、日本では基盤データへのアクセスが制限されている事実だ。医師不足が議論されているのに、適正医師数を考えようにも規制があって基盤データにすらアクセスできない。医療費高騰と叫ばれるが、何を基準に高騰なのか。厚労省は何度も非現実的な医療費高騰の予測値を発表するが、現実はずるを遥かに下回って推移している<sup>17</sup>。公正に日本の医療政策を議論する必要がある。公正な議論の基盤となるデータの利用が許可されなければ、合理的効率的政策立案も不可能だ<sup>18, 19</sup>。

## 7. 結論

地方の医師不足が報道されない日はない。特に勤務医が疲弊して大変だ、病院から医師が逃げ出している。厚労省はどのような根拠があって日本には医師が充分で、日本の医療はこのままで大丈夫だというのか。どうしたら窮乏する医療事情を改善できるのか。最後に我々の結論を要約したい。

1. 医師は不足している
2. 不足している医師を増やせ
3. 医師不足の医療圏にマグネットホスピタルを設置せよ
4. 包括的な医師育成機構を確立せよ
5. 国は必要なデータを開示せよ

### 参考文献

- 1 伊藤恒敏編著 「地域医療システム構築—東北大学医学部の取り組み—」 2005、東北大学出版会
- 2 Health At A Glance, OECD Indicators 2005
- 3 本田 宏 「「日本の病床数過剰」説のトリックを明かす」日経メディカルオンライン、2006.11.06
- 4 金村政輝ら 第65回日本公衆衛生学会、平成16年
- 5 厚生労働省 医療施設調査・病院報告、平成16年
- 6 大阪府医師会勤務医部会 「勤務環境に関するアンケート調査」集計結果報告書、平成16年3月
- 7 厚生労働省・医師の需給に関する検討会 医師の需給に関する検討会報告書、平成18年7月
- 8 「医師の偏り鮮明 配置基準の充足度全国調査」朝日新聞、2006年11月29日
- 9 厚生労働省 医師調査、平成16年、から作成
- 10 財団法人日本陸上競技連盟 記録、<http://www.rikuren.or.jp/>
- 11 地域医療に関する関係省庁連絡会議 新医師確保総合対策、平成18年8月31日
- 12 近藤克則 「医療費抑制の時代を超えて」—イギリスの医療・福祉改革、医学書院、2004年5月1日
- 13 金村政輝ら 「医師不足はアクセスの公平性を損ねる重大な問題—政策科学の視点からの解決が必要」日本医事新報、No. 4310: 81-84、2006年
- 14 伊藤恒敏 ドクターズマガジン 81:2、2006年7月20日

- 15 Feye Satterly, R. N. 田中芳文訳「看護師がいなくなる？」 西村書店 2005年5月17日
- 16 伊藤恒敏 「地域一体の育成機構設置を」朝日新聞「私の視点」 2006年4月19日
- 17 鈴木厚 「日本の医療に未来はあるか－間違いだらけの医療制度改革」 2003、ちくま新書
- 18 伊藤恒敏 「実態調べデータ開示を」河北新報「持論時論」 2006年6月9日
- 19 金村政輝 「構造問題として取り組み」朝日新聞「私の視点」 2006年8月11日