

医師偏在指標について

山形大学大学院医学系研究科
医療政策学講座教授
山形県地域医療構想アドバイザー
村上 正泰

7月30日（火）に開催される第1回地域医療対策協議会には所用のため出席できませんので、事務局からの要請により、「医師偏在指標」を活用する上での留意点について、下記の通り、意見を提出します。

1. 技術的な問題点

今回の「医師偏在指標」については、医師の性年齢階級別の労働時間の違いや人口構成（年齢階級別受療率）の違いを考慮したものとなっており、単純な人口当たり医師数よりは工夫されているものの、医師個人間や二次医療圏間の均一性を前提とし過ぎており、下記のような問題を抱えていることから、現実の医師配置にそのまま当てはめるには限界がある。指標を示す上で一定の割り切りは避けられないものの、医師偏在指標を杓子定規に用いるのではなく、指標に内在する限界を踏まえた検討を行う必要がある。

- (1) 性年齢階級別医師数を「性年齢階級別平均労働時間／全医師の平均労働時間」で重み付けしているが、それぞれの医師の専門性や能力など、提供する診療内容の違いが十分に考慮されていない。
- (2) 医師の労働時間や年齢階級別受療率は全国の平均値を用いており、それぞれの地域の実態を正確に反映していない。
- (3) 都道府県間や二次医療圏間の患者の流出入について調整を検討することにはなっているが、流出入のある疾患や診療機能によって、患者数と医師の業務量との関係は大きく異なる（診療密度の高い急性期医療では、より多くのマンパワーを必要とする）という実態が反映できていない。

（注）厚生労働省の「医師需給分科会」が2018年に需給推計を示した際、「病床機能報告」による実績データを活用し、医療需要（病床数）当たりの医師数は高度急性期：急性期：回復期：慢性期＝4.8：2.7：1.5：1.0という関係を示していた。

山形県内で高度急性期・急性期を中心的に担っているDPC病院への患者の受診行動を見ると、最上二次医療圏では19.7%、置賜二次医療圏では12.7%が県内他医療圏に流出して入院している（ただし、救急搬送入院では流出率は最上二次医療圏では7.7%、置賜二

次医療圏では 5.4%だが、流出割合が多いのは予定入院・手術の患者であり、最上二次医療圏では 34.1%、置賜二次医療圏では 21.2%である。いずれも 2016 年度、当講座調査結果による)。なお、「山形県地域医療構想」では、回復期と慢性期は患者住所地を基本的に必要病床数を推計しているが、高度急性期・急性期については、村山地域への患者流入を考慮し、医療機関所在地の医療需要により必要病床数の推計を行っている。

- (4) 「医師偏在指標」には、大学などから派遣されている非常勤医師が反映されていない。なお、「医師確保計画策定ガイドライン」でも、医師偏在指標自体の修正を行う必要はないが、追加で確保すべき医師数から相当分を調整した上で、医師確保対策の検討を行うこととされており、実態を踏まえた調整が必要である。

(注) 山形大学から地域医療機関への診療支援 (日当直含む)

村山地域 : 10 病院	6,808 名
最上地域 : 3 病院 1 診療所	2,446 名
置賜地域 : 7 病院	5,479 名
庄内地域 : 3 病院	1,043 名

(平成 30 年度 兼業届 : 医師数は延べ数)

2. 計画策定上の留意点

今後、「医師偏在指標」を踏まえて「医師確保計画」を策定することになるが、上述の技術的な問題点に加えて、指標を具体的な施策へと結び付ける上でも、下記のような点に留意する必要がある。

- (1) 今回の「医師確保計画」における派遣調整の基本的な方針は、医師少数都道府県や医師少数区域 (二次医療圏) は医師多数都道府県や医師多数区域 (二次医療圏) から医師の確保を行い、医師多数都道府県や医師多数区域 (二次医療圏) は他からの確保を行わないというものである。

厚生労働省の「医師需給分科会」で示された暫定値によると、山形県は医師少数都道府県に該当するが、その中で村山二次医療圏は医師多数区域となり、最上二次医療圏と置賜二次医療圏が医師少数区域となる。したがって、山形県は医師多数都道府県 (東京都以外は全て西日本) から医師を確保し、県内では村山二次医療圏は他の区域からの医師確保は行わず、最上二次医療圏や置賜二次医療圏は村山二次医療圏 (や県外の医師多数区域) から医師確保を行うことになる。

しかし、医師はそれぞれのキャリアパスの中で、さまざまな経験を積み、自らの臨床能力を高めるために大学や地域の医療機関を循環しており、医療圏を超えて動くことも少なくない。そうした医師育成の観点を中心に考慮せず、多数地域から少数地域へと医師配置を行うことは現実的には不可能である。無理に進めても、実際に働く医師のモチベーションを確保できなくなる危険性も高い。今後の調整においては、単に指標上の人数合わせの議論をするのではなく、それぞれの

医師の人材育成やキャリアパスを適切に考慮すべきである。

(2)「医師確保計画策定ガイドライン」では、「医師の派遣調整の対象となる医師は、基本的には地域医療対策協議会において医師の派遣調整を行う対象となる医師、すなわち『地域枠医師を中心とした、キャリア形成プログラムの適用を受ける医師』とする」とされている。ただし、「地域医療対策推進協議会における派遣調整の対象とならない医師の派遣についても各都道府県や二次医療圏の医師確保の方針に沿ったものとなるよう」求められている。また、医師多数の都道府県や二次医療圏では、他からの医師の確保は行わないものとしつつ、「これまでの既存の施策による医師の確保の速やかな是正を求めるものではない」とされている。

一定の柔軟性を持たせている点などは評価できるものの、地域枠医師などの特定の集団だけで調整しようとする、専門医取得に支障が生じるなど、それらの医師の人材育成やキャリアパスに歪みが生じかねない。また、困難な派遣調整を大学ばかりが強いられ、その時々都合に振り回されれば、大学以外の医師との間で不公平が生じ、大学が敬遠され、人材が集まらなくなる恐れもある。他の公立・公的病院や民間病院等に勤務する医師も含めて、地域全体での医師の適正配置という視点からの対応が不可欠である。

(3)「医師確保計画」では、医師少数都道府県においては、都道府県内における医師の派遣調整やキャリア形成プログラムの策定・運用などの短期的な施策を策定するが、現時点だけではなく、将来時点でも医師少数都道府県になることが想定される場合には、医学部における地域枠・地元出身者枠の設定などの長期的な施策を策定可能とされている。すなわち、現時点では医師少数都道府県に該当しても、将来時点には医師少数でも多数でもない都道府県となることが想定される場合は、短期的な施策のみ策定し、長期的な施策は用いないこととなる。

厚生労働省の「医師需給分科会」で示された暫定値によると、上位推計で推移した場合、山形県全体では将来時点（2036年時点）に32名の過剰となり、年間不足養成数は0となる。その場合でも不足する二次医療圏が存在しており、下位推計の場合には山形県全体でも653名の不足となるため、将来推計は幅を持って見る必要があるものの、現時点での医師偏在指標だけではなく、上位推計では将来時点で山形県は医師不足都道府県ではなくなることを想定されることも念頭に置く必要がある。いずれにしても、上位推計のように将来時点で医師不足が解消するためには、県内定着が促進されるような環境整備が不可欠である。

(4) 医師不足問題は医療提供体制と表裏一体の問題であり、それぞれの地域における現状の医療提供体制を前提として、「医師確保計画」を検討すべきではない。特に診療密度の高い高度な先進的医療や急性期医療は、症例数に比例配分して医師を配置できる訳ではなく、医療の質や医療安全などの観点からも、集約化が不

可欠である。したがって、病院の再編・統合を含めた医療提供体制の見直しも視野に入れながら、医師の適正配置を検討すべきである。