

今月の視点

医師の偏在問題

— 一刻も早く茹でガエル状態からの脱却を —

専務理事 加藤 智栄

医師の働き方改革の議論の中で、「地域医療を担う医師の残業上限は年 2000 時間、一般の医療機関で働く医師の残業上限は年 960 時間」と報じられ、大変ショックを受けた。身を粉にして地域で働いている医師に 2000 時間の時間外勤務を命じてもいい、とも解釈できる取り決めは、医師を人間扱いしていないのではないかと、とも思える。ただでさえ医師不足の地方に医師が来なくなる傾向を助長するのではないかと、多くの勤務医の反発を受けるのではないかととも危惧される。

いま現在、1920 時間以上の時間外勤務をしている医師が約 2 万人いる（本当にそんなにいるのかという疑問や、宿直をすべて時間外に計算しているのではないかとこの疑問も残るが）、という現実には法律を合わせれば、働き方改革のための環境整備の進捗が鈍くなる。医師に関しては、法律の施行は 5 年後なのであるから、それまでに、できる限りの環境整備をするのが筋である。2000 時間（月 167 時間の時間外勤務）が、実際に地方で働く医療現場に配慮する案と説明されているが、この案が採択されれば、医療安全上からも過労死防止の観点からも大きな問題である。

長時間労働による安全性の低下は科学的に証明されており、激務の夜間コール後の判断力低下は血中アルコール濃度 0.04 ~ 0.05% に相当する（JAMA2005 ; 294 : 1025-1033）とされ、酒気帯び運転の血中アルコール濃度下限 0.03% より高い値である。酒気帯びでの医療が許容されないのであれば、激務の当直明けの勤務も許容されないという結論にならなければ、論理的矛盾に陥る。

過労が原因で医療事故が起これば、患者やその家族はもちろん、医師も不幸になる。医療安全・過労死防止のために、5 年かけて、少なくとも一般労働者と同じ時間外勤務時間になるように医療界の工夫と努力が必要である。厳密に考えれば、手術や ICU 管理など厳しい現場に働く医師は、パイロット並みの勤務時間管理が必要であると考えられる。

一部の医師が長時間労働をしなければならなくなった主な原因は、医師の地域における偏在、診療科による偏在の問題を解決せず、むしろ助長するような政策を採ってきたために生じたと考えられる。医学部の定員は 1984 年までは 8,280 人だったが医療費亡国論による医学部定員削減政策により、1985 年から斬減し、2007 年は 7,625 人となった。その結果、医師数が 2 年間で約 8,000 人ずつ増えているにもかかわらず、45 歳未満の医師数は 1998 年と 2016 年ではわずかに 242 人しか増えていない。以前にも書いたが、山口県では同期間に 441 人の減少（1,574 人から 1,133 人に減、28% 減）である。1985 年から実施した医師削減政策の結果と解釈される。医療崩壊が問題となり、2008 年以降、医学部の定員数は徐々に増加し、2017 年には 9,420 人まで増加した。全体としての医療施設従事者の医師数は 1998 年には 236,933 人で、2016 年には 304,759 人（28.6% 増）、東京は 29,648 人から 41,445 人（39.8% 増）、山口県は 3,218 人から 3,436 人に増加したが、平成 26 年と平成 28 年を比べる

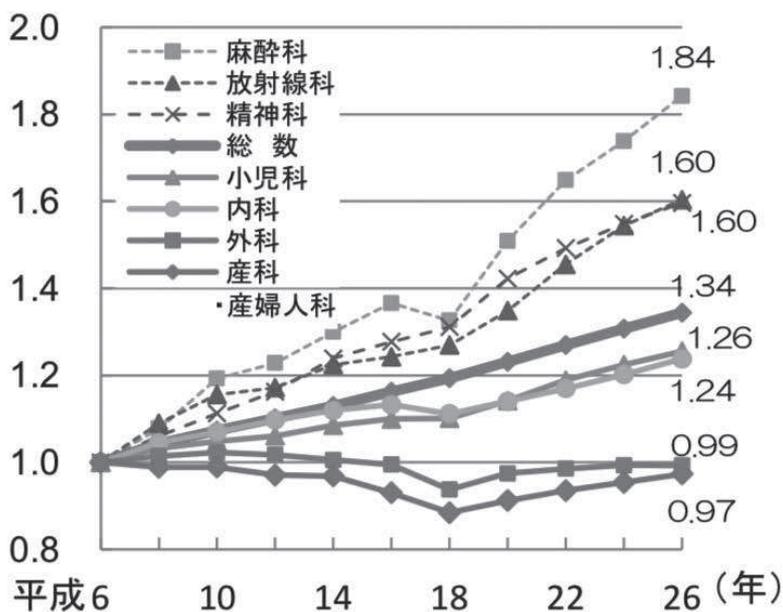
と 11 人減であった。医師総数増加にもかかわらず、2004 年に導入された新医師臨床研修制度により、地方から都会への医師の流出が加速されたままの状態、地方にとっては、医師数削減政策と新臨床研修制度のダブルパンチによる影響が今出ており、しばらく厳しい状況が続くと分析される。山口県は高齢化率が全国第 4 位で、全体の人口が減り、若者も減っているのだから仕方がないという意見もある。山口県の平成 10 年の 45 歳未満人口は 763,132 人であったが、平成 28 年のそれは 588,633 人で、22.87% の減であった。上述のように 45 歳未満の医師の人口が 28% 減なので、同じ 45 歳未満人口の減少と比較しても 5% 以上、医師数の減少が大きい。医師の最少年齢が 24 ～ 25 歳であることを考慮すると、少子化の影響は少なく出ている可能性があり、実状はより厳しい可能性が高い。

時間外労働の多さや医療裁判のリスクの影響があり、診療科の偏在も進んでいる。

下記のグラフは平成 30 年 1 月 22 日に厚生労働省で開催された第 12 回医療計画の見直し等に関する検討会資料 4-2 に掲載されたものである。始点が平成 6 年（1994 年）であるが、この時の

外科医総数は 28,233 人である。1998 年の外科医総数は 28,871 人で、2016 年には 28,012 人に減少した（外科の総数は平成 18 年までは外科、呼吸器外科、心臓血管外科、気管食道科、肛門科、小児外科をいい、平成 20 年以降は外科、呼吸器外科、心臓血管外科、乳腺外科、気管食道科、消化器外科、肛門外科、小児外科をいう）。一見、外科医の数はそんなに減っていないとも見て取れるが、それぞれに専門分化した外科医が救急医療に従事しているか疑問である。外科総数ではなく上述の（）内の外科を専門として選択した外科医の数を見てみると 1998 年は 24,861 人で、2016 年には 14,423 人に減少している。専門分化した外科医が、二次輪番の当直を担っているのか、いないのかは統計からは見えてこず、不明である。理想的には救急専門医が救急患者を診るのが良いと考えるが、救命救急医は 2008 年には 1,698 人となっており、2016 年の救急科医は 3,226 人で増加しているものの非常に少ない。この人数では増え続けている全国の救急搬送者 5,621,218 人（2016 年）に対応できるはずもなく、総合診療医も少ない。専門分化の進んだ今の医療体制で、地域の救急医療を主に支えているのは、二次救急を担っている急性期輪番病院である。

診療科別医師数の推移(平成6年:1.0)



急性期輪番病院の医師の時間外の多くの部分は、二次救急への対応であるが、統計では、実情が見えてこない。一人当直体制であれば、自分の専門と関係なく、全科の対応を迫られているのが現状である。対応を迫られても、対応できないことが多くなり、受け入れ困難症例も増え、時には不幸なケースも出てくる。産科・産婦人科は 1998 年の 11,269 人から 11,349 人で微増ではあるが、1994 年と比較すれば減少している。産科はお産のための宿直が必須であるが、日本産婦人科医会が調査した「施設情報調査 2018」によると 1 か月あたりの宿直回数は 5.6 回で、労働基準法が定める週一回の宿直数を超えており、実態として産科医は不足している。

一方、同期間(1998～2016)に、麻酔科は 5,751 人から 9,162 人に増加(図では 1.84 倍に増加)し、精神科は 10,586 人から 15,609 人に、放射線科は 4,445 人から 6,587 人に、眼科、小児科、皮膚科なども 12% から 28% 増加した。平成 31 年 2 月 18 日の厚労省「医療従事者の需給に関する検討会」の第 28 回医師需給分科会で、新専門医制度での総合診療を除く 18 の基本領域について、2036 年の必要医師数と 2016 年の医師数などを比較した「診療科ごとの将来必要な医師数の見通しについて」が示された。内科で 1 万 4,189 人、外科で 4,363 人増員が必要とされ、精神科 1,688 人、皮膚科 1,414 人が過剰になるとのことであるが、「絵に描いた餅」のような話で、今でも急性期病院に従事する精神科医はほとんどいない状況など分かっていないと思われる。現場感覚で言うなら、必要なところに誘導してくれないから、今のような状態になっているのだと考える。

平成 31 年 1 月 30 日付で二次医療圏における医師偏在指標が発表された(「医療従事者の需給に関する検討会第 27 回医療受給分科会」資料 1)。全国平均が 238.3 で、1 位は東京都区中央部で 759.7 であったが、なんと、宇部・小野田医療圏は 337.2 で第 25 位であった。しかし、宇部・小野田医療圏の実情は、二次輪番体制が、この地域の中小の急性期病院のほぼすべての医療資源(平成 29 年度までは 9 病院が二次救急の輪番と輪番

病院のサポートを担い、平成 30 年度からは新たに 3 病院が輪番病院のサポートに加わった体制)を動員して辛うじて保たれているに過ぎない。大学病院が比較的人口の少ない宇部市にあることに統計が引っ張られており、実情を反映していない。実際に一次救急、二次救急、及び三次救急に携わっている各々の医師数を把握しないことには有効な対策にはならないと考える。医師の高齢化が進んでいる病院では、すべての医師が当直業務に関わっているわけではなく、若手医師にかかっている負担が大きくなっているのが現状である。下関医療圏における医師偏在指標は 217.8 で 82 位、山口・防府は 197.0 で 103 位、岩国は 189.4 で 120 位、周南は 172.4 で 154 位、柳井は 136.5 で 248 位、萩は 126.9 で 274 位、長門は 126.2 で 278 位であった。秋田県の北秋田の偏在指標は 69.6、335 位で、334 位、333 位がそれぞれ北海道の宗谷、日高であった。都道府県別の偏在指標では 1 位が東京 329.0、2 位は京都 314.9、3 位は福岡 300.5、山口は 33 位 210.3 であった(2 月 18 日医師受給分科会資料)。上位 33.3% (1 位から 112 位まで)が医師多数区域、下位 33.3% (224 位から 335 位)が医師少数区域に指定されるとのことである。医師少数区域で 6 か月以上勤務すると、厚生労働大臣が評価認定し、地域支援病院などの管理者になる資格が得られるとの案が出ているが、全く魅力的ではない。

随分以前から、医師の総数は足りつつあるが、地域による偏在、診療科による偏在があると指摘されていた。実効性の少ない政策を論じているだけで、事態が好転する兆しはなく、むしろ、じわりじわりと悪化をたどっている。厚労省はデータを出してきて、それを基に対策を協議している。データは、少しは実態に近づいたが、未だ現状を把握するに至らず、時間ばかりが過ぎていく。

今こそ、茹でガエル状態を脱却して、ミクロの視点から見た医師の偏在問題の解決を急ぐ必要がある。何度も言っているが、偏在の解消には、地方で働く医師や、時間外労働やリスクの高い科の医師に診療報酬上のインセンティブをつけることが、解決への最短距離であると考えられる。