

厚生連医療における医師不足の現状と課題

—『農山村地域の保健医療基盤に関するアンケート』を中心に—

調査研究部 川井 真

はじめに

医療崩壊という言葉がメディアに登場して久しい。いつの頃からか、あたかも流行語のように誰もが口にするようになった用語だが、問題の本質を理解しているものは少ない。はたして医療の崩壊を招いた原因はどこにあり、このまま放置すると近未来の社会に何をもたらすのだろうか。思えば、戦後の経済成長に支えられて軌道に乗った社会保障制度—暮らしを支えるセーフティネット—は近年、少子高齢化や長引く経済の低迷などを背景に、いたるところで綻びが生じ始めている。なかでもコンフリクトを生じやすい厄介な問題を抱えることになったのが医療制度であろう。

わが国の医療を取り巻くセーフティネットは、保健・医療及び介護・福祉の提供体制が安定的かつ持続可能な状態で存在し、その高度で高額なサービスにかかる経済的負担を保険制度と福祉制度が補うことで機能している。ゆえに、いずれかが機能不全を起こすとセーフティネットは途端に綻び始めることになる。まさに車の両輪といってもいい。全国的な医療提供体制の確立と皆保険制度の実現は、高い志を持った先人たちと歴史の流れが作り上げた偶然の産物でもある。そのことから、完全に崩壊すれば再生は困難だろう。

日本国民は保険証さえ所持していれば、老若男女を問わず、どこにいても、どのような職業に就いていても、ほぼ同等の高度な医療を安価で受けることができる。わが国で施行

される、「アクセス」・「コスト」・「クオリティ」のバランスの取れた医療は、先進諸外国における評価も高い。しかし一方で、制度が定着して半世紀もの歳月が経過すると、国民のみならず医師や患者までもが、皆保険依存型の体質に変容してしまったように思える。目前にある医療崩壊の背景には、国民意識に潜む“当たり前のように存在するコンビニエンスな医療”という、大いなる誤解や錯覚が存在するのではないだろうか。

このような視座に立てば、医療崩壊は現代日本人が抱えるもっとも身近な社会的リスクと捉えることができる。ドイツの社会学者ウルリッヒ・ベック (Beck, U. 1944. 5. 15~) は、その『リスク社会論』において以下のように述べる。「その行為が危険であるのか安全であるのかを判断しようとする1次的観察は無意味であり、危険を観察しようとしている人々を観察する2次的観察を重視すべきである」、そして、「危険と安全は常に一体のものとして存在し、分業化された社会システムにおいては、安全の追求という行為の中にこそ危険は醸成されている」としている。個々が追い求める安全と安心、あるいは利己的な利益追求の彼方に、巨大なリスクが横たわっていることを示唆しているのである。

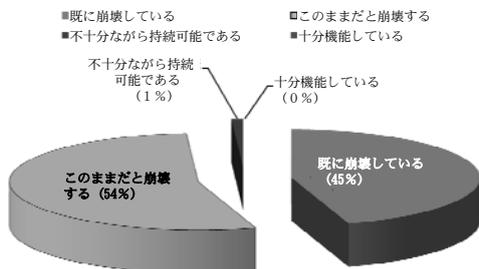
まさに現代医療は、このような社会的リスクの渦中に巻き込まれている。

農山村地域における医療の実態

本稿では、全国厚生農業協同組合連合会ならびに各厚生連病院の協力により実現した、農山村地域の保健医療基盤に関するアンケート調査の中から、地域医療が崩壊の危機に瀕している実態と、なかでも医療機関の破綻を加速させていると思われる“医師不足”の問題にフォーカスして報告したい。いま医療界に何が起きているのか、地域住民の健康と生命を支える医療従事者たちはいかなる問題を抱えているのか、そして、わたしたちはこの問題と無関係なのか、あるいは—無意識のうちに—何らかの関与をしているのかなど、社会的セーフティネットの要となる地域医療の実状を知り、そのうえでわたしたちにできることを考えていきたい。

『農山村地域の保健医療基盤に関するアンケート』は、全国115の厚生連病院に協力をお願いし、102病院からの回答を得た。【図1】は各厚生連病院を取り巻く地域医療の現状について尋ねた結果である。

【図1】医療の崩壊についての認識 (N=102)

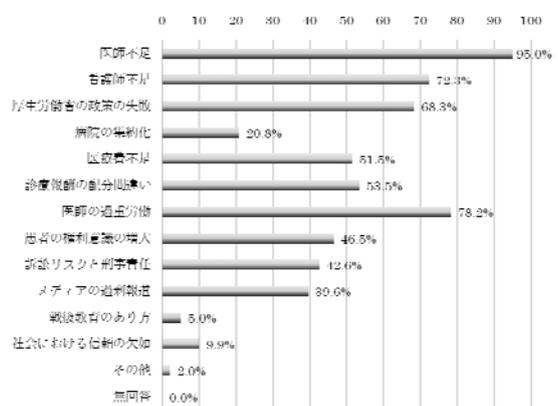


「十分機能している」と回答した医療機関は皆無であり、「既に崩壊している」ならびに「このままだと崩壊する」を合わせると99%になる。この結果を見るだけでも地域医療が

限界領域に達していることが理解できる。住民が求める医療への期待に、現在の医療体制では応えることができないことを意味しているが、もし、なんとか機能を維持できているとするならば、それは過酷な環境下で綱渡りのような業務をこなす医療スタッフの気力と体力、そして責任意識にすべてが委ねられているのかもしれない。きわめて深刻な状況がうかがわれる。現在の医療現場はヒヤリハット（事故）を起こしやすい環境にあり、その悪循環から抜け出すことができなくなるリスクも秘めている。

【図2】は医療崩壊を引き起こした原因が何かを尋ねた結果である。いくつかの要因が重層的に存在したり、あるいは悪循環を招いている可能性も想定し、回答方法は複数選択とした。最も多かったのは「医師不足」であり、さらに「看護師不足」と「医師の過重労働」など、現場の疲弊が「厚生労働省の政策の失敗」を上回った。地域医療においては、診療報酬や政策に関する問題よりも、目今の医師不足のほうが深刻な問題になっている実態が明らかとなった。

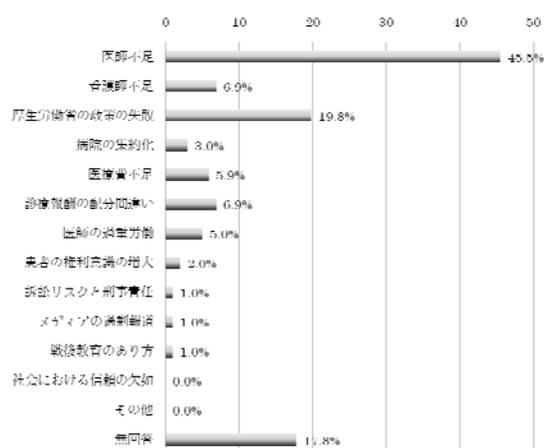
【図2】医療崩壊の原因[複数回答] (N=101)



この問題については、医療崩壊の主因となる項目をひとつに絞り込んでもらうことでさらに鮮明になった。【図3】は、地域医療の崩壊において最も重要と考えられる項目をひとつだけ選択してもらった結果である。半数近い医療機関が「医師不足」を第一選択としている。

全体の約46%の医療機関が人口5万人未満の市町村に立地する厚生連病院にとって、医師の増員が地域医療再生のキーワードになっていることがわかる。

【図3】医療崩壊の主因 (N=101)



医師不足の実態に関する質問からは以下のような回答を得た。【図4】は医師不足に関する認識を示したものである。「医師の偏在(地域による偏在)」が「医師の絶対数不足」を上回っている。理想的な医師数を示す基準はないが、対外比較において日本は低位にある。医師数の国際比較ではOECDヘルスデータが用いられることが多く、「人口1000人当たり医師数・看護師数」(OECD Health Data 2009)を見ても、日本の医師数は先進諸外国と比較すると最低ラインにある(日本は人口1000人当たり2.1人と、OECD平均を下回る)。

しかしながら、主に農山村地域の医療を担う厚生連病院の見解としては、その少ない医師の絶対数に拍車をかけるような地域偏在が存在することを、なによりも問題視していることがわかる。

【図4】医師不足に関する事態認識 (N=102)

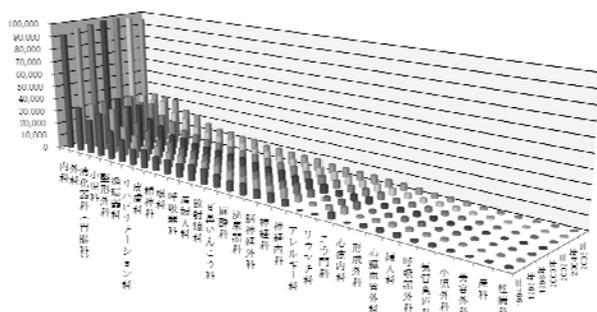


以上のアンケート結果から、医療崩壊に医師不足が深く関与していることは明らかだが、厚生労働省が現時点で公表している診療科別の医師数の推移(1994-2006)をみると、【図5】のとおり2006年までの数値に大きな変動はない。たしかに、2006年には福島県立大野病院の産科医が逮捕される事件が発生し、過酷な労働に耐えながら地域医療に貢献してきた医師のモチベーションの低下や防衛行動(委縮医療)が始まったとされる説もある。また時を同じくして、虎の門病院泌尿器科部長の小松秀樹氏が『医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か』を出版しているが、この頃から医師の偏在が加速しはじめていた可能性も否定できない。2007年には救急搬送受け入れ拒否による患者のたらい回しが連日メディアで取り上げられ、病院避難となって社会問題化したことも記憶に新しく、例えばこのとき既に、地域において産科、小児科、救急医療等、特定の診療科に偏在が生じていたことは確かなようだ。

地域による偏在実態を推察するための参考

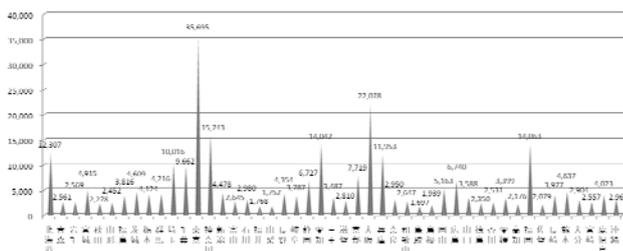
として、都道府県別の医師数（2006年12月31日現在）を示すと【図6】のとおりである。突出しているのは東京、神奈川、愛知、大阪、兵庫、福岡であり、この数値からも都市部に医師が集中しているという傾向だけはい知ることができる。しかしながら、人口ならびに医療機関の数も都市部は圧倒的に多いため、これをもって単純比較はできない。

【図5】診療科別医師数の推移1994-2006
(各12月31日現在)



厚生労働省統計データにより作成

【図6】都道府県別医師数
(2006年12月31日現在)

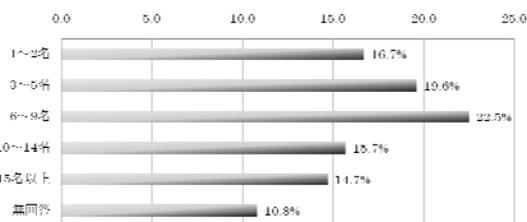


厚生労働省統計データにより作成

各厚生連病院において不足している医師数は【図7】のとおりである。病床規模は考慮せず、あくまでも各医療機関全体での不足医師数を示したものであるが、ここでは6名～9名の不足と回答した医療機関が最も多く20%を超えている。また15名以上不足してい

ると回答した医療機関も14.7%ある。深刻な事態に陥っていることが懸念され、さらなる調査が必要であろう。回答のあった102病院全体の不足医師数を合算すると770名に達する。

【図7】病院全体で不足している医師数 (N=102)



さらに、不足する医師を診療科ごとに整理すると【表1】のとおりである。意外なことに内科医の不足がトップであり、47の医療機関で合計134名の医師が不足していることになる。通説となっている小児科、産婦人科、あるいは麻酔科における不足も顕著ではあるが、小児科では26病院39名の不足、産婦人科では26病院45名の不足、麻酔科では24病院54名の不足であり、内科の不足医師数が圧倒的に多い。内科は医師の絶対数が多いこともあり、僻地医療の総合的な医師不足の影響を受けているのか、あるいは人口構造や疾病構造により都市部に増して農山村地域は内科医を必要としているのか、これについてもさらなる調査が必要であろう。

ここで、僻地における医師不足に特徴的な原因が存在するのか、【図8】を参考に考えてみたい。この設問においても複合的な要因が関与する可能性があるため、回答は複数選択としている。予想に反することなく「生活環境に問題がある」ならびに「新臨床研修制度の弊害」を選択した医療機関が7割近くに上っている。居住する地域の生活上の利便性や、

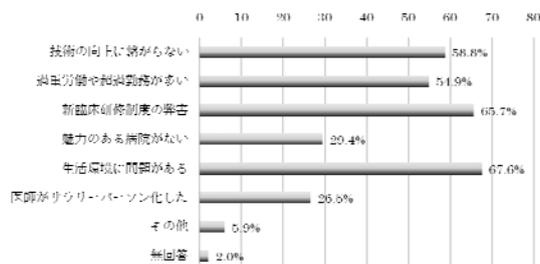
【表1】医師が不足している診療科および不足医師数

	診療科	病院数	常勤人数(名)	非常勤人数(名)	不足を感じる医師数(名)
	N	102	—	—	—
1	内科	47	280	123	134
2	呼吸器科	2	5	1	3
3	消化器科(胃腸科)	9	22	37	22
4	循環器科	6	9	5	9
5	小児科	26	44	34.02	39
6	精神科	10	19	20	12
7	神経科	-	0	0	0
8	神経内科	4	3	6	8
9	心療内科	-	0	0	0
10	アレルギー科	-	0	0	0
11	リウマチ科	-	0	0	0
12	外科	15	37	21.2	20
13	整形外科	20	36	21.2	30
14	形成外科	-	0	0	0
15	美容外科	-	0	0	0
16	脳神経外科	9	14	6	15
17	呼吸器外科	-	0	0	0
18	心臓血管外科	1	1	0	1
19	小児外科	-	0	0	0
20	産婦人科	26	57	27	45
21	産科	-	0	0	0
22	婦人科	-	0	0	0
23	眼科	17	6	26	18.05
24	耳鼻いんこう科	9	3	17	10
25	気管食道科	-	0	0	0
26	皮膚科	8	1	16	8.03
27	泌尿器科	6	4	5	9
28	性病科	-	0	0	0
29	こう門科	-	0	0	0
30	リハビリテーション科	1	0	0	1
31	放射線科	5	9	9.2	10
32	麻酔科	24	41	43	54
33	歯科	-	0	0	0
34	矯正歯科	-	0	0	0
35	小児歯科	-	0	0	0
36	歯科口腔外科	-	0	0	0
37	病理科	4	3	9	5
38	救急科	2	3	0	8
39	血液内科	2	3	0	3
40	糖尿病・内分泌科	1	4	1	1

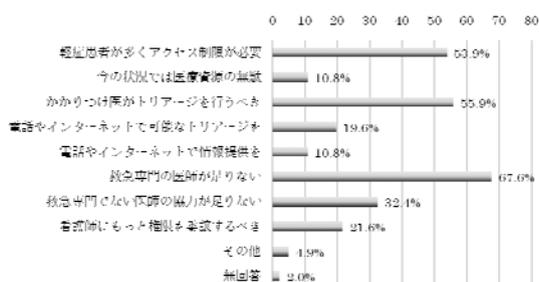
子育て、教育環境の問題など、都市部と比較すると社会的インフラストラクチャーが未整備な地域も多いため、選択に迷いが生じるのは当然であろう。また、2004年に施行された新医師臨床研修制度により、新人医師には2年以上の臨床研修が義務化された。しかし一方で、新人医師は研修先の病院を自らの意思で選択することができるようになり、キャリア形成を目的に都市部の有名病院を希望する者が増えていった。これにより地方の大学病院はスタッフが激減し、人手不足に陥り、やむなく地方の病院に派遣していた医師の引き揚げが始まる。これがまさに“新医師臨床研修制度が作り出した医師不足”という政策の誤算である。選択肢にある「技術の向上に繋がらない」や「過重労働や超過勤務が多い」という回答は、まさにすべてが連鎖的に派生していることを、ある意味で示しているともいえる。

医師不足は医療機関の機能に波及的に負担をかけることになる。【図9】は救急医療への影響を感じ取れる回答である。救急医療が機能不全

【図8】僻地の医師不足の原因[複数回答] (N=102)



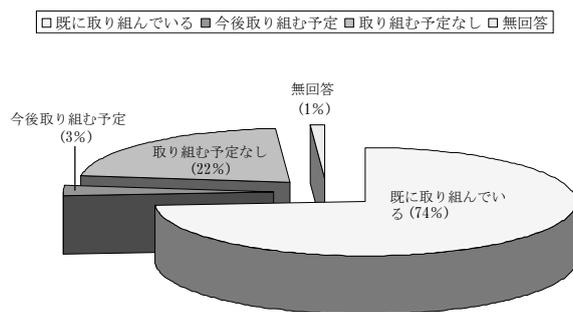
【図9】救急医療への影響[複数回答] (N=102)



を起こす原因としての第一選択も「救急専門の医師が足りない」であった。ただ、救急医療における医師不足は単純ではなさそうだ。24時間365日の精神的拘束や、常に存在する訴訟リスクなど、そもそも選択動機をつぶしてしまう環境原因も多数ある。もちろん、軽症患者がコンビニ利用するケースも増加傾向にあるため、正確なトリアージを行える仕組み作りなども並行して考えていかなければならないことは事実である。そして何よりも、患者側のモラルが問われているのかもしれない。

現在、医療・介護政策の核として在宅医療・在宅ケアの推進が叫ばれているが、厚生連病院における在宅医療の取り組み状況は【図10】が示すとおりである。予想を上回り74%の医療機関が「既に取り組んでいる」と回答している。

【図10】在宅医療・在宅ケアへの取り組み (N=102)



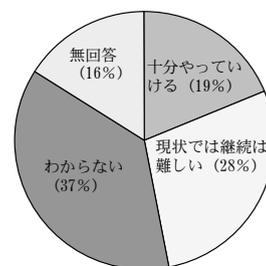
しかしながら、在宅医療の継続に支障をきたしている医療機関も多くみられる。【図11】は在宅医療継続の見通しに関する問いであるが、28%の医療機関から「現状では継続は難しい」との回答があり、「十分やっつけける」を選択した19%を大幅に上回った。

そこで「現状では継続は難しい」を選択し

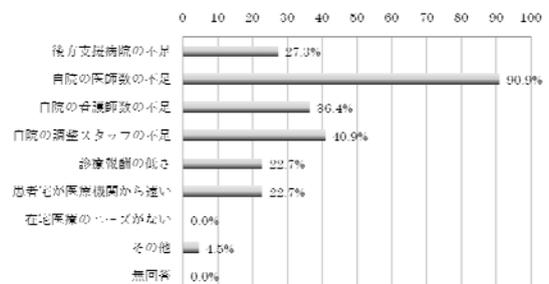
た医療機関(22病院)に対し、在宅医療の継続が困難な理由を確認すると、【図12】に示すとおり「自院の医師数の不足」を選択した医療機関が90%を超えた。次いで、「在宅医療を調整するスタッフの不足」や「看護師数の不足」があげられている。医師不足は在宅医療の継続にも影を落としている。

【図11】在宅医療継続の見通し (N=78)

□十分やっつけける □現状では継続は難しい ■ わからない □無回答



【図12】在宅医療継続が困難な理由【複数回答】 (N=22)



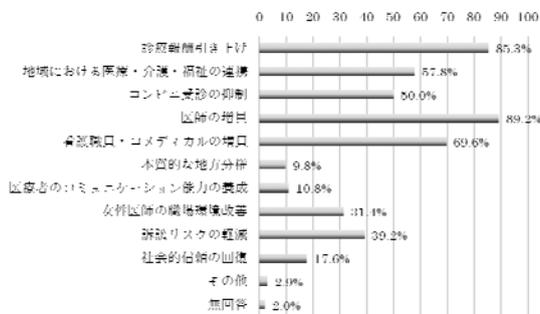
おわりに ～地域医療の再生に向けて～

以上のように、医師不足は農山村地域の持続可能な医療体制を考える上で、最も重要で、また厄介な問題である。ここには医師の人生観や社会観も関係するために、医療機関側の一方的な努力では解決できない多くの難題が含まれている。まさに、地域医療再生の前提には“地域再生”が求められているのかもしれない。そこで最後に、地域医療を再生するために必要と感じていることは何かという設

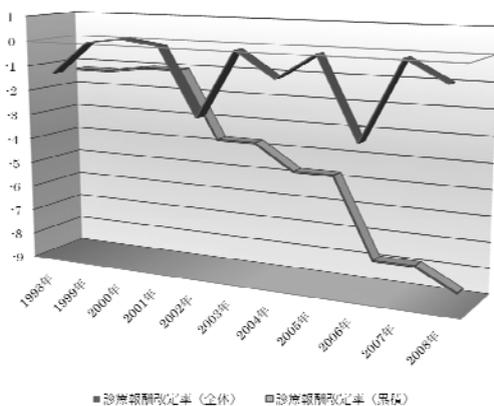
問に対する回答を【図13】に示す。

やはり「医師の増員」という回答が多かったものの、ほぼ同率で「診療報酬引き上げ」が続いている。また、「地域における医療・介護・福祉の連携」を選択した医療機関が50%を超えていることも近年の特徴かもしれない。ここでクローズアップされた診療報酬に関しては、【図14】に示すとおり、1998年からの累積改定率はマイナス8.78と下降を続けている。わが国は高齢社会を迎え、高齢社会はまたコスト社会である。社会保障関係費が増大するのは、至極当然な現象であろう。財政規律が厳しいなかでの政策といえども、いま診療報酬をマイナスにシフトさせるのは無理があると言わざるを得ない。

【図13】 地域医療医療再生に必要なこと【複数回答】 (N=102)



【図14】 報酬改定率の推移



(財務省ならびに厚生労働省公表データより作成)

医療行為の価格を決定する診療報酬は、政府（厚生労働省）の諮問機関である中央社会保険医療協議会（以下、中医協）の審議によって決められるが、これまで中医協が行ってきたのはあくまでも医療費の配分調整であり、それは医療費の自然増を経済成長が上回っていることを前提とした——報酬インセンティブ型の——政策コントロールであった。人口構造の急激な変化と経済成長率の推移を見通せば、社会保障予算枠の一定程度の拡大を前提に、費用償還システムの抜本的な改定を考えなければならないことは自明の理であったはずだが、現行制度を引きずりながら行われた——機能評価型ともいえる——診療報酬のマイナス改定は、医療界に多くの波紋や混乱をもたらすことになった。

超少子高齢社会においては、医療と介護あるいは福祉の財政的な区分は難しいが、地域における医療・介護・福祉のシームレスな連携が実現されれば、必要な財政投入の方法も見出しやすくなると思われる。高度医療を集中した急性期ユニットと、天寿を叶えることのできる在宅医療・在宅ケアは、どちらも地域に必要な医療基盤であり、それはまた住民本位の医療の実現であるように思う。

いまが本質的な地域医療への移行期なのかもしれない。厳しい環境の中にあっても、厚生連病院が中心となって地域社会に安全と安心のセーフティネットを広げてもらいたいと願うばかりである。