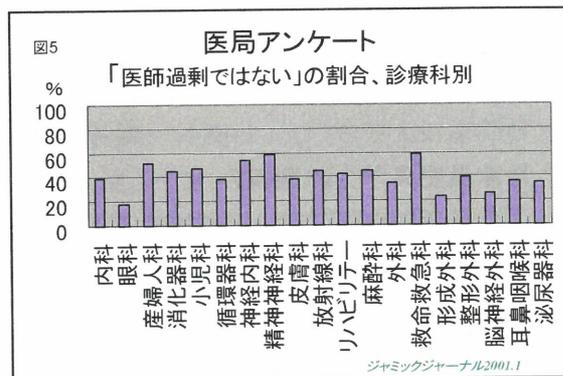
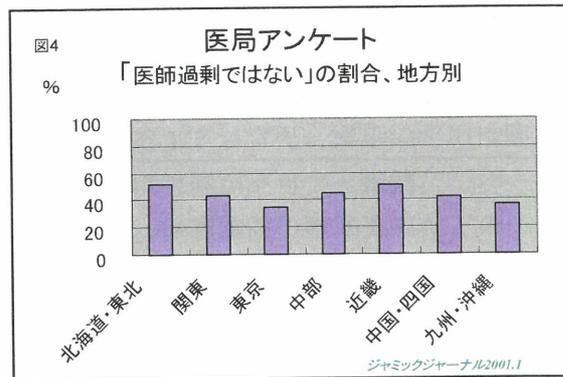


## (2) アンケートの結果

この答えの 5 回にわたる年次変化を見ると、1988 年は「5 年後までに深刻化する」という認識が最も高く、38.5%をしめていたものが、1992 年は「5 年後以降に深刻化する」に移行し同様に 32.5%占めていた。

しかし、95 年と 98 年はさらに深刻化の度合いが先送りとなり、2001 年に至っては「医師過剰ではない」とするものが 42.2%と、過半数近くを占めるに至っている(図 2, 3)。

2001 年の調査によると地方別に「医師過剰ではない」の割合をみると、東京と、九州が低く、逆に北海道、東北や近畿で高く過半数を超えている(図 4)。また診療科別にみると、眼科、形成外科、脳外科で低く、20%前後にとどまっている。一方、産婦人科、精神神経科、救命救急科では「過剰ではない」の割合は大きく、過半数を占めるに至っている(図 5)。



## (3) 結果の考察

これらのアンケートの結果は、回答率が低く代表性に問題はあるものの、当研究班が施行した研究の結果と類似しており、このように、医師の過剰感は年を経るに従って、減少し 2000 年前後になってむしろ不足感が増加していることを示唆している。また一部の地域や診療科に医師の不足感が 2000 年前後から高まってきた様子が示唆される。

---

## C. 診療科偏在と学会の取組み

---

### (1) 小児科

#### 1) 都道府県別医療施設従事医師数（対象人口10万人対医師数）

鳥取が120人でトップ。次いで、京都、東京、島根が100人を超えている。次いで徳島、富山で、ほぼ人口当たり医師数の順位と比例。一方、茨城が50.9人で最も低く、鳥取との格差は2.4倍。山形、秋田、宮城の東北3県も平均を下回っている<sup>1)</sup>。

#### 2) 日本小児科学会の取組み

「小児科医確保に関する提言」（H12.11.12）

小児科志望者が減少した主な5つの理由とその対応策を取りまとめている。その概要は次のとおり。

##### ①小児科医の需要に対する誤解

少子化により、小児科医の需要が減少してきたとの誤解がある。少ない子どもを大切に育てる傾向により小児医療の充実が一層求められている。

同学会としては、小児科医の役割を明示し、小児科医への期待度を学生に伝えていく。

##### ②小児科医に仕事が厳しい

内科では、呼吸器・循環器・消化器などに細分化され十分な医師が配置されているが、小児科は少ない人員ですべてをカバーしている。このことや、習熟度の高い手技を要求されるため、忙しく厳しい職場との先入観がある。

同学会としては、小児科は、特殊性が高いからこそより必要とされ誇れるキャリアとなること、わが国の次世代を担う子どもを健全な成人に成長させるという使命を担っていることを医学生、若手医師らに理解してもらおう。

##### ③小児科医師の定数増と研修施設の充実

わが国の小児医学教室は先進諸国と比較して教員層が手薄であり、研修医に対する指導を十分行うためにも、小児科教員・病院小児科の定数増を図ることが必要と主張。

同学会としては、総合的な子ども病院を教育機関と位置付け、大学内に設置すること、総合病院では小児科病棟の充実が必要と提言している。そのためには、大学や病院の理解と経済的なバックアップの重要性を指摘している。

##### ④小児科医特に病院小児科の採算性確保

小児科の収益性は相対的に低く抑えられ、保険制度では正当に評価されていない。他科と比べ採算性が低いこと自体が問題であり、経済的な面も志望者が減少している要因と指摘。

同学会としては、小児医療の技術・看護の高い専門性を認め、採算性を保障することを提言するとともに、診療報酬の見直しと地方自治体などからの小児医療への経済的サポート体制を構築していく必要性を主張。

#### ⑤女性小児科医の労働環境整備

小児科医では、特に女性比率が上昇しており、およそ1/3が育児・家事のために臨床現場を離れていることから、女性医師が働きやすい環境整備が不可欠と指摘。

同学会としては、産前産後の休業・育児休業の確保、保育施設の確保充実などの子育て支援のほか、育児休業後再就職の場合、支障なく職場復帰できる環境整備を提言している。

## (2) 産婦人科

### 1) 都道府県別医療施設従事医師数(15歳以上女性人口10万人対医師数)

徳島が26.6人でトップ。次いで、鳥取、東京、沖縄。沖縄は人口10万人対医師数では全国平均を下回るものの、産婦人科医師数では上位。一方、新潟は13.7人で最も低く、徳島の約1/2。埼玉、茨城は人口10万人対医師数と同様に全国平均を下回っている<sup>2)</sup>。

### 2) 産婦人科医の現状

日本産婦人科学会が、専門医2名以上、年間分娩件数200件超及び同学会が臨床研修施設として認定した全国828施設を対象とし、産婦人科医等に関する現状調査を実施した。(回答率57%) その概要は次のとおり。

定員4人以上で定員割れ施設は41%、定員3人以下で定員割れ施設は19%であった。地域別では、北海道39%、近畿と東北37%と定員割れの割合が高く、最も少ないのは中国・四国の9%であった。女性医の割合は全体で20%程度にとどまるものの、経験5年未満の若年医師の半数以上を女性が占めている。特に人手不足が深刻なのは産科分野であり、「深夜の出産などの緊急呼び出し」「拘束時間が長い」「肉体的・精神的負担が大きい」などが主な要因。また、女性医師が結婚や出産を機に勤務先病院を辞め、復職する場合、クリニックや開業を選択するケースも目立っている<sup>3)4)</sup>。

### 3) 日本産婦人科学会の取組み

同学会内の「学会のあり方検討委員会」において、『産婦人科医の存在意義と社会的なアピールについて』をテーマに検討を行っている。平成15年度同検討委員会の検討課題として、「産婦人科医師不足の定量化について」「日本における産婦人科Workforce(WF)の検討」を取り上げた。総論では、「国全体として産婦人科医は真に不足しているのか」「産婦人科医を増やすことにより問題は解決するのか、これにきちんと答えられるデータがない」との問題意識を明らかにしている。また、都市と地方の取り巻く状況が異なるため、産婦人科医を増やすだけでは産婦人科の地域偏在は解消しないと指摘している。各論では、女性人口、分娩数、低体重出生児数などに対する多面的な地域別のWFの指標、産科医療のWF、女性医師の問題などを検討課題としている。また、医師不足の数値化にはWFだけでなく医療ニーズ側も数値化する必要があること、診療

圏での医療ニーズの算定手法を検討すること、必要なWFを算定するうえであるべき労働時間を規定する必要があること等を今後の課題としている<sup>5)</sup>。

4) 産婦人科不足、後手に回らない対応を：産婦人科医の不足の背景には、長時間の労働拘束、訴訟の多さ（医師一人当たりの訴訟件数は内科医の約4倍）等があるが、無過失保証制度、産婦人科のセンター病院化やオープン病院化の普及、女性医師対策などの実現に向け、行政及び関係者は早急に着手すべきと提言<sup>6)</sup>。

### (3) 麻酔科

#### 1) 都道府県別医療施設従事医師数（人口10万人対医師数）

全体的に見ると、全国平均を上回る都道府県の方が多い。香川と高知が7.2人、岡山7.1人と高い。一方、埼玉が2.6人で最も低く、トップとは2.8倍の開きがある<sup>7)</sup>。

#### 2) 麻酔科医不足の実態等

##### ①麻酔科学会アンケート調査より

麻酔科医の不足の原因に手術件数の増加が考えられるが、1993年と1999年の全身麻酔件数を比較すると1人1日当たり件数は1.33件、1.32件でほとんど変化していない。手術件数は増加しているが、麻酔科医も増えているので、手術件数の増加は麻酔科医不足の原因とはならない。麻酔科医は本当に不足しているのか、どの程度不足しているのか、原因はどこにあるのかなどの資料を持ち合わせていない。これらを踏まえ、麻酔医の置かれている実情を把握するため、病院調査、個人調査、個人聞き取り調査を実施した。その概要は次のとおり。

##### －2003.10施設調査結果の概要－

- ・回収率：一般病院47.4%、大学73.2%
- ・常勤麻酔科医数：一般病院最高14人、大学24人
- ・手術件数(平均)：一般1979例、大学4493例
- ・全身麻酔件数(平均)：一般970例、大学2856例
- ・麻酔業務の担当者：一般病院では麻酔科医がいる施設でも、院内の外科医や外部の麻酔科医の応援を必要とする施設が少なくない。大学では、研修医やレジデントが半数を占めている。

##### －2003.7個人調査結果の概要－

- ・回収率36%
- ・平均年齢43.1歳
- ・回答者の男女割合：男性73.3%、女性26.7%
- ・「やりがいのある仕事」はい⇒70%
- ・「体力が必要な仕事」はい⇒92%
- ・「時間に追われる仕事」はい⇒81%

- ・「社会的な評価が高い仕事」はい⇒22%。疲労感を感じてやっているが、社会的な評価が高くないことへ不満を抱いている実態が明らかになった。

## ②「Doctor's Magazine」より<sup>8)</sup>

麻酔科医不足の背景：①志望する医師の減少 ②ドロップアウトしていく若手医師 ③女性医師の退職 ④地域偏在による勤務条件の悪化

[同誌アンケート結果]

- ・「麻酔科志望理由」：勤務時間や休日が比較的規則正しい
- ・「麻酔科医になってよかった点」：〃
- ・「麻酔科医になって予想外だった点」：他科や病院経営陣の理解が少ない
- ・「麻酔科医の今後の地位」：“より重要な役割を担う”と“がんばらないと低下する可能性”が拮抗

[新たな取り組み]

- ・「ママ麻酔科医制度」(大阪大学医学部)：出産しても仕事が続けられるよう様々な勤務条件を考慮
- ・「開業やフリーでの出張麻酔」：民間では『民間医局麻酔科プロジェクト』として、フリーの麻酔科医グループや市中病院の麻酔科医局とタイアップし、スポット形式で麻酔科医を紹介するシステム
- ・仙台病院では、麻酔科医6人のうち5人が辞め、その半数が非常勤として元の病院で麻酔業務を行う形態をとっている。なお、収入は辞める前の1.5倍から2倍。

[これからの課題と展望]

- ・麻酔科医のやりがいや将来のキャリアプランについての情報発信(医学生や若手医師へ麻酔科医の重要性をアピール)
- ・他科や病院経営者へのアピール(病院のリスクマネジメントにおいて大きな役割)

## (4) 放射線科

都道府県別医療施設従事医師数(人口10万人対医師数)

全体的な傾向として、一部の県を除き、西日本が全国平均を大きく上回る。宮崎が7.0人でトップ。次いで、鳥取、石川、山口と人口10万人対医師数上位県が続く。一方、茨城が1.5人で最も低く、宮崎との格差は約4.7倍にのぼる。東北6県では、宮城を除きすべて平均を下回り、千葉、群馬、神奈川など東京を除く関東各県も人口10万人対医師数と比例し少ない<sup>9)</sup>。

## (5) 医学生の志望診療科

1) 多摩大学大学院真野俊樹客員教授が、藤田保健衛生大学など4大学の4年生及び6年生(218人)を対象に医学生の将来の志望診療科及び理由を調査した結果は次のとおり。第1志望先は、内科(41%)、外科(10%)、小児科(7%)、整形外科・産婦人科(5%)、皮膚科・精神科(3%)、耳鼻科(3%)、眼科(2%)の順であった。小児科では、女性の志望が高く、時間的自由や収入の多さよりも、やりがいを重視。産婦人科も女性が多

く、やりがい重視。内科は、志望理由が不明確な学生が目立った<sup>10)</sup>。

2) 東北大学大学院医学系研究科岡村州博教授は、日本周産期・新生児医学会シンポジウムにおいて、5年生の医学生で将来産婦人科を進路として考慮している学生が男性26.8%、女性52.7%にのぼる調査結果を紹介。卒後臨床研修を通じ、こうした医学生のモチベーションを維持させ、産婦人科の研修期間のアピールの重要性を強調した<sup>11)</sup>。

## (6) 診療科の医師偏在に関するその他の動向

### 1) 診療科別の医師不足の現状（東北地域自治体病院について）

全国自治体病院協議会が、同協議会加入病院で北海道・東北地方の200床未満の177病院を対象に行った「医師不足に関する緊急アンケート調査」結果（回収率：72.3%）の概要は次のとおり。

不足している診療科及び不足割合は、眼科（66.7%）、整形外科（43.7%）、産婦人科（52.1%）、小児科（39.6%）、麻酔科（36.0%）の順であった。県別では、宮城では眼科が4人必要としながら実際はゼロ、産婦人科も必要数5人に対し1人、小児科は必要数8人に対し2人とどまっていた。岩手でも産婦人科医がわずか0.6人（必要数3.6人）だったほか、福島では小児科医が2人必要なのに1人もいなかった<sup>12)</sup>。

### 2) 提言（医学部に地域ごとの診療科枠を）

全国自治体病院協議会邊見公雄副会長は、特定診療科の医師不足について、「国は国民ニーズに沿った医師養成を行う責任があり、今後医学部には、地域に必要な診療科別医師数に基づく“診療科枠”も必要」との見解を示した<sup>13)</sup>。

### 3) 小児科及び産科医師確保等に関する研究成果

厚生労働省の「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究」（平成15年度）において、

- ・小児科の不足は、医師絶対数の不足ではなく、workforceの不足であること
  - ・産科のマンパワー不足の背景要因の一つに訴訟の増加があること
  - ・小児医療も産科医療も地域差が大きく、この点に配慮した上での救急医療システムの構築や周産期医療ネットワークの確立が重要であること
  - ・女性医師のworkforceは小児科、産科どちらにおいても重要であり、今後増大すると予想されることから、特に女性勤務医の生活向上のために、出産・育児の支援体制の充実（院内保育所及び24時間保育など）が望まれること
- などを取りまとめ、提言している<sup>14)</sup>。

## 引用文献

- 
- 1) 厚生労働省：「平成14年及び平成12年医師・歯科医師・薬剤師調査」
  - 2) 厚生労働省：「平成14年及び平成12年医師・歯科医師・薬剤師調査」

- 
- 3) Japan Medicine、2004. 6. 30
  - 4) 毎日新聞、2004. 6. 1
  - 5) 日本産婦人科学会理事会内委員会：「学会のあり方検討委員会答申書－平成 15 年度活動内容について－」、2003. 6
  - 6) Japan Medicine、2004. 7. 2
  - 7) 日本麻酔科学会：「マンパワーに関するアンケート調査結果（個人）について」. 2004. 3. 31、「マンパワーのアンケート調査結果について（施設）」. 2004. 10. 7
  - 8) Doctor's magazine：2003. 12 月号
  - 9) 厚生労働省：「平成 14 年及び平成 12 年医師・歯科医師・薬剤師調査」
  - 10) 毎日新聞、2004. 7. 5
  - 11) Japan Medicine、2004. 7. 16
  - 12) 全国自治体病院協議会：「医師不足に関する緊急アンケート調査結果」、2004. 5
  - 13) Japan Medicine、2004. 8. 4
  - 14) 平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金（子ども家庭総合研究事業）「小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究総括報告書」. 鴨下重彦主任研究者

## D. 都道府県

---

### 1. 東北地方の医師分布状況

---

#### (1) はじめに ～全国の場合～

我が国では、1961年に国民皆保険が実施され、医師不足の問題が生じたため、1970年に旧厚生省は「人口10万人当たり医師数150人」という政策目標を掲げた。この取組みにより、1983年には日本の医師数は人口10万対150人を達成し、2000年に同200人を超え(201.5人)、2002年は206.1人となっている。また、医師総数では、1955年94,563人から2002年には262,687人となり、この間に約2.8倍の伸びとなっている。

人口10万人対医師数を都道府県別に見ると、「西高東低」の傾向がうかがえる。近畿、中国・四国、九州の西日本では、全国平均を上回る府県が79.2%(19/24)にのぼるが、北海道・東北、関東、中部の東日本では、全国平均を上回る都道県は17.4%(4/23)にすぎない。特に、東北地方では、6県すべてが全国平均を下回る状況にあり、医師不足が顕著である。また、関東地域では、東京を除く6県が全国平均を下回っているほか、埼玉、茨城、千葉は全国下位1位から3位に位置しているなど、大都市周辺での医師の偏在も問題となっている。

医師の偏在には「地方型偏在」と「都会型偏在」がある。例えば、人口150万人以下の青森(人口10万対医師数：全国41位)、岩手(同40位)、秋田(同33位)は、人口当たり医師数が全国平均を大きく下回る「地方型偏在」である。一方、埼玉(同47位)、千葉(同45位)、神奈川(同43位)は各県とも600万人超の人口を有するが、人口当たり医師数は前掲の東北4県を下回る「都会型偏在」である。「地方型偏在」と「都会型偏在」を“面積当たり医師数”で比較すると、「地方型偏在」は、人口当たり医師数に加え“面積当たり医師数”でも、青森(千K㎡当たり医師数：266.9人、全国43位)、岩手(同160.8人、同46位)、秋田(同190.9人、45位)と全国平均を大幅に下回っており、一人当たりの診療範囲の広さが顕著である。これに対し、「都会型偏在」は、“面積当たり医師数”では埼玉(同2,352.2人、6位)、千葉(同1,715.0人、7位)、神奈川(同6,004.4人、3位)と全国平均を大きく上回り、医師一人当たりの診療範囲は東北3県に比べ14分の1程度(関東3県及び東北3県平均比較)である。

医師不足及び医師の偏在等に関しては現在各方面で議論されているが、その要因等として、インフォームドコンセントを含む患者ニーズの多様化等に伴い患者一人当たりの診察時間が多くなり医師の繁忙感が強まっていること、過疎地域での勤務を敬遠する傾向にあること、地方の大学病院の医師不足が関連病院への医師派遣に影響を及

ぼしていること、医学部定員の偏在が地域偏在をもたらしていること、労働基準法に伴う医師配置への影響が考えられること、女性医師の増加が医師需給に影響を及ぼすと考えられること、医師が不足している診療科・地域・時間帯においては質の面でも不足していると考えられることなど様々な角度から問題提起がなされており、今後これらを個別的及び総合的に検討していく必要がある<sup>1)2)</sup>。

## (2) 東北地域の状況

ここでは、医師の偏在が極めて深刻な問題となっている東北地域について、さらに詳細に検討を行った。

### a 東北地域の概況

○平成 14 年医師・歯科医師・薬剤師調査によると、人口 10 万人対医師数では、東北地域全県が全国平均を下回っている。同地域では、宮城（194.9 人）が全国 28 位と最も高いが全国平均とは約 11 人の開きがある。一方、最も低いのは、青森（174.5 人）で 41 位、次いで岩手（174.4 人）の 40 位。青森、岩手は、全国平均とは約 32 人の開きがある。他 3 県は 30 位台に位置している。平成 12 年同調査との比較では、実数では山形がプラス 3.3%と 6 県のうち最も高く全国 13 位、岩手がマイナス 0.5%で 47 位。前回比マイナスは全国で山口と岩手の 2 県のみであった。人口 10 万対伸び率では、山形が 4.1%で全国 7 位、次いで秋田が 4.0%で 8 位。岩手は 0.2%で 47 位。

東北地域全体を見ると、対平成 12 年では医師数そのものは増加しているものの、人口当たり全国平均との格差は解消していない。<sup>3)</sup>

○医師の配置標準の充足率でも、全国平均 75.0%に対し北海道・東北が 52.0%と 23 ポイントも低く、地域別では全国で最も低い。<sup>4)</sup>

○医師数と病床数との関係では、人口当たり病床数が少なめで同医師数不足なのは山形、宮城。一方、病床過剰で医師不足は青森、岩手、秋田、福島<sup>5)</sup>。

○医師臨床研修制度に関する緊急調査結果によると、不足医師数では、岩手が 122.3 人と最も不足しており、次いで青森 88.8 人、秋田 65.9 人。宮城は充足率 100%を超えている。山形、福島は不足数が 10 人台にとどまっている。全国と比較すると、北海道・東北の医師不足が顕著との全体的な傾向がうかがえる<資料 205-1~16><sup>6)</sup>。

## 1) 東北各県の地域別現状

### ① 青森県

全国平均を大きく上回るのは、弘前市のある津軽地域（人口 10 万人対医師数〔以下同じ〕278.6 人、プラス 72.5 人）のみである。津軽地域以外は、全国平均を大きく下回っている。県平均を上回るのは津軽地域以外では青森地域のみである。基準病床数との関係では、病床充足率（基準病床数に対する既存病床数の比率）の最も高い西北五地域は人口当たり医師数が最も低い<sup>7)</sup>。

また、同地域は 65 歳以上人口割合（25.1%、県平均 21.0%：2003 年 3 月末現在）

が県内で最も高い<sup>8)</sup>。

## ② 岩手県

全国平均を大きく上回るのは、盛岡市のある盛岡地域（253.9人、プラス47.8人）のみである。盛岡地域以外は全国平均を大きく下回っている。また、盛岡地域以外のすべての地域で県平均を下回っている。基準病床数との関係では、充足率の最も高い釜石地域で医師数が平成12年に比べ微減となっている。過剰病床数と医師不足との関係もあり、釜石市民病院（250床）と県立釜石病院（272床）との統廃合が進められている。また、同地域は65歳以上人口割合（28.6%、県平均23.0%）が県内で最も高い<sup>9)</sup>。

## ③ 宮城県

全国平均を大きく上回るのは、県都仙台地域（241.6人、プラス35.5人）のみであり、医療施設の密集地域である。仙台地域以外は、全国平均及び県平均を大きく下回っている<sup>10)</sup>。

東北大では、大崎医療圏（1市12町）において、中核病院と中小病院群のネットワークを構築し、医師ポストを中核病院に集約するなどにより資源の再配分・医師の適正配置を行う「医師派遣システムの改革」を進める方向である<sup>11)</sup>。

## ④ 秋田県

全国平均を大きく上回るのは、秋田市を含む秋田周辺地域（269.4人、プラス63.3人）のみである。秋田周辺地域以外は、全国平均を大きく下回り、また、同地域以外はすべて県平均を下回っている<sup>12)</sup>。

秋田大学医学部では在学生のうち県外出身者が77%にのぼる。また、同大学で在学生4年から6年生対象に実施したアンケートによると、将来秋田県内を勤務地として希望する学生はわずか27%という結果であった。県内出身者が少ない上、卒後県内定着率が低いことが当県の医師不足の大きな要因の一つとなっている<sup>13)</sup>。

## ⑤ 山形県

全国平均を大きく上回るのは、村山地域（236.9人、プラス30.8人）のみである。病院の約半分が同地域に集中している。村山地域以外は、全国平均及び県平均を大きく下回る。県全体の基準病床数では、東北で唯一充足率100%を割り込んでいる。最も人口当たり医師数の多い村山地域でも100.2%とほぼ基準病床数と同水準にある。置賜地域及び庄内地域は100%以下の水準にある。最も人口当たり医師数の少ない最上地域のみ109.0%と充足率100%を超えている<sup>14)</sup>。

## ⑥ 福島県

全国平均を大きく上回るのは、福島市を有する県北地域（242.2人、プラス36.1人）のみである。ほぼ同水準の人口及び病院数の郡山市を有する県中地域は、県北地域よりかなり医師数が低い（166.9人）ことが特徴となっている。病床利用率75.7%（2001

年)は全国で最も低く、一方充足率 119.1%は東北で最も高く、病床過剰による医師不足が大きな要因と思われる<sup>15)</sup>。

### (3) 面積当たり医師数

医師の地域偏在について、一般的に用いられる人口当たり医師数だけでなく、交通アクセスや人口密度などとの関連から「面積当たり医師数」の視点で比較した。千K㎡面積当たり医師数を見ると、最も低いのは北海道 142.6 人、最も高いのは東京 14,950.8 人。東北地域では宮城 (634.2 人)を除き全国平均 (695.2 人)を大きく下回っており、岩手 (160.8 人)と東京の格差は約 93 倍にもものぼる。人口当たり医師数に加え、地域医療提供体制、診療圏範囲及び交通アクセス面等の角度からも医師偏在及び医師の適正配置を検討することも必要であろう<sup>16)</sup>。

### 引用文献

- 
- 1) 厚生労働省：「平成 14 年及び平成 12 年医師・歯科医師・薬剤師調査」
  - 2) 総務省：推計人口 (2002. 10. 1 現在)、面積及び人口密度 (2000)
  - 3) 厚生労働省：「平成 14 年及び平成 12 年医師・歯科医師・薬剤師調査」
  - 4) 全自病雑誌第 43 巻第 4 号
  - 5) Japan Medicine、2004. 4. 26
  - 6) 全国自治体病院協議会：「医師臨床研修制度に関する緊急調査の結果について. 2003. 4. 24
  - 7) エルゼビア・ジャパン：「医療経営情報 全国医療データマップ'03-'04」. 2003. 11 月号 No. 148
  - 8) エルゼビア・ジャパン：「医療経営情報 全国医療データマップ'03-04」. 2003. 11 月号 No. 148
  - 9) エルゼビア・ジャパン：「医療経営情報 全国医療データマップ'03-'04」. 2003. 11 月号 No. 148
  - 10) エルゼビア・ジャパン：「医療経営情報 全国医療データマップ'03-'04」. 2003. 11 月号 No. 148
  - 11) Japan Medicine、2004. 5. 17
  - 12) エルゼビア・ジャパン：「医療経営情報 全国医療データマップ'03-'04」. 2003. 11 月号 No. 148
  - 13) 毎日新聞、2004. 9. 17
  - 14) エルゼビア・ジャパン：「医療経営情報 全国医療データマップ'03-'04」. 2003. 11 月号 No. 148
  - 15) エルゼビア・ジャパン：「医療経営情報 全国医療データマップ'03-'04」. 2003. 11 月号 No. 148
  - 16) 総務省：推計人口 (2002. 10. 1 現在)、面積及び人口密度 (2000)

---

## 2. 医師不足県における医師需給

---

本研究の分担研究者らによる「医師不足地域におけるその実態と対応に関する研究」（平成17年3月 佐藤敏信・他）より報告内容を県別に要約する。

報告書では、全国的な医師数の将来推計、労働力推計を、既存の資料・調査結果を解析することで明らかにしている。さらに、単位人口当たりの医師数が全国平均を下回っている岩手県、栃木県、青森県、茨城県について、各県の保健福祉部の協力のもと病院を対象としたアンケート調査、臨床研修医を対象とした意識調査を実施するなどして、医師不足・偏在の原因を探り、県レベル、国レベルの対策を提言している。

全国的な動向として、医師不足の原因は、需要の増大（少子高齢化＋医療の高度化・専門化）、女性医師の割合の増加、患者の病院志向としている。医師の偏在については、地域的、診療科、病院規模・種類別の偏在があることが確認され、背景は、地域における医師養成数の寄与が大きいとしている。また、今後医師数が増加するといっても、「女性」と「高齢男性」の増加であることを留意すべきであり、医師全体の生産性も現在より低下することを考えると、実人数の増加ほどは労働力の増加は少ないと予測され、医師数の将来推計では質的検討が必要としている。

参加4県に共通の医師不足の原因として、以下5点が挙げられていた。

- ・人口あたりの医学部入学定員が少ない
- ・首都圏の医学部志望者が北東北等に流入し、従って卒業後は北東北等に定住しない
- ・広大な土地において地域医療を担うことに不安を感じる医師が多い
- ・第二次大戦前後の卒業生のリタイアと、臨床研修必修化によるいわゆる医師の「引き上げ」とが同時に起こった
- ・人口あたりの病床数が比較的多い

参加4県に共通の対応策として、以下6点を挙げている。国による制度改革を期待する一方、自治体として、自らの人事権が及ぶ医師集団の確保、特に不足の診療科は地域の基幹病院への集約化を提言している。

また、これらの対応策は、将来の医師過剰を考え、あくまでも一時的な対策であることが強調されている。

- ・自治医大定員の弾力的な運用・・・いわゆる「レンタル移籍制度」。
- ・外国人医師の期限付き受け入れ
- ・医師の地域枠の創設・・・二次医療圏単位での保険医の枠、診療科ごとの枠をつくる。
- ・医師不足地域における医師の効率的再配分

・・・住民のアクセス保障の範囲で基幹公的病院に集約化。

- ・研修医への対策・・・県内定着を図る
- ・女性医師活用のための環境づくり

## 県別の認識や対策

### (1) 岩手県

岩手県は、県に絞った記述はなかったが、高校生を対象とした医学部進学セミナーの事業内容結果があり、地元からの医学部生確保の努力が伺える。また、若手医師、女性医師、県立病院長の3つの医師確保のための座談会結果からは、臨床研修医・後期研修について医師に残ってもらう、研修の質を担保すること、また、育児と両立できる環境整備や交通網の整備などが挙がっていた。

### (2) 栃木県

栃木県は、全体的な医師充足状況は比較的恵まれているが、麻酔科、小児科、産婦人科といった一部診療科において医師不足が深刻であるという認識である。これらの診療科では、労働環境も負担が大きいためさらに専攻する医師減少の悪循環が陥り、医療提供体制の崩壊の恐れもあるとし、診療科の偏り対策は急務としている。

医師数の伸び、へき地医療の確保ともに順調な推移であるとしているが、県内の二つの医科大学の存在や医大の多い東京に近いという地理的条件、自治医科大学卒業医師派遣事業などが寄与している。

マッチングの結果もマッチ数前年比 113.2%と、医師確保の面からは好ましいとしている。ただし、これらの状況が今後も明るいとされているわけではなく、基幹病院と診療所・病院の機能分化とネットワーク化を進め、基幹病院での医療の質向上・医師確保を目指すことを目指している。

また、県内の病院アンケート調査（全 116 病院中 113 病院から回答）をおこなっており、重要視されている結果は以下の通り。

- ・医師不足は、一般病床において規模が大きくなるほど多い。
- ・地域偏在が深刻
- ・新臨床研修医制度の導入、が医師不足の主因として挙げられる
- ・不足が目立つのは、内科、麻酔科、小児科、産婦人科

### (3) 青森県

青森県は、県内 110 の病院のうち 31 ある自治体病院の医師確保が深刻であり（医療法上の標準医師数を満たすのは 9.7%）、さらに機能再編成もこれまで成果がないことを問題視している。自治体病院の機能再編成による医師確保効果と、医師不足地域における臨床研修のあり方について検討している。

病院の機能再編成の阻害要因としては、各自治体間の利害調整ができない、医師派遣について大学の教室間における方針が異なる、県において自治体病院の経営指導等の担当部局と医療行政の担当部局とが異なる、機能再編成に対する強力な指導権限が県にないことと

いった、行政・医療機関の問題があるが、自治体病院がその自治体唯一の病院であるなど病院へのアクセスの問題もある。臨床指定病院の充実のためにも医師を中核病院に集約させたいが、機能再編成にあたっては、広域的に地域の医療を支える仕組みが不可欠とされる。

（対策：二次医療圏ごとに病院関係者等で再編成計画の原案をつくり、その後に市町村長等からなる協議会で再編成計画の策定を行うというプロセスをとった。3月現在で6医療圏のうち2医療圏で再編成計画の策定が完了している）

医師確保の要と位置づける臨床研修医については、アンケート調査（対象者 56 名に対し 41 名の回答）を行っている。東北地区出身者が 91%を占める臨床研修医は、臨床研修後も青森県の医療に貢献したい割合も高く、後期研修への取り組み強化を課題としている。また、臨床研修指定病院の急激な増加に伴い、臨床研修の質の向上も課題としている。

#### （4）茨城県

茨城県では、人口比医師数が全国平均の 4 分の 3 であるが、総数としての医師不足にくわえ、特定の地域、診療科における著しい不足がみられている。医師不足については、関東における人口増と医学部開学の関係などから以下のように分析している。

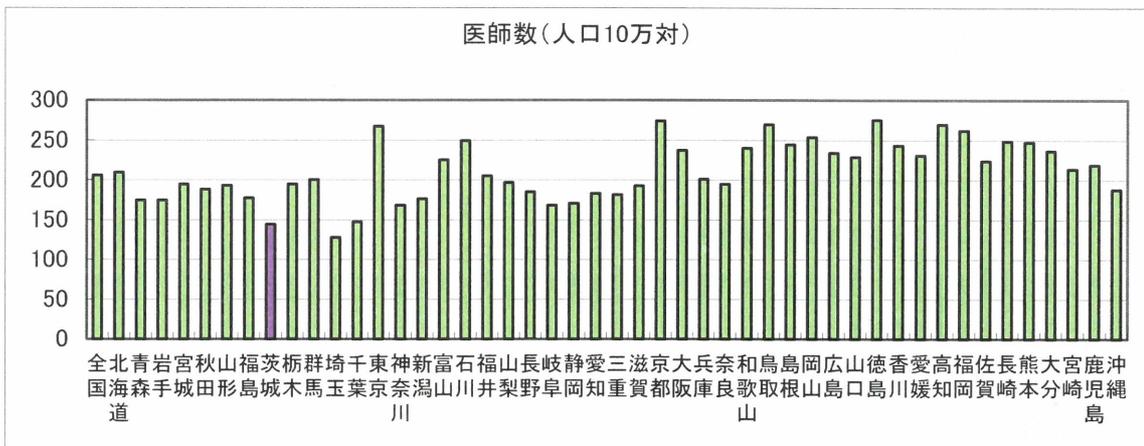
もともと医師は東京に集中していたが、首都圏の人口急増により東京での不足感が顕著になり、埼玉、茨城等ではそのあおりを受けた。1974 年の筑波大学開学で茨城県初の医学部開学でも、人口 300 万人医師確保上の効果は限定的であり、キャッチアップできないままである。県の人口に見合うためには、現在の 1.8 倍の医学部入学定員が必要としている。ただし、県出身者や県内医学部卒業者の県定着率は比較的良好である。

### 3. 茨城県

#### 1. 医師数の現状

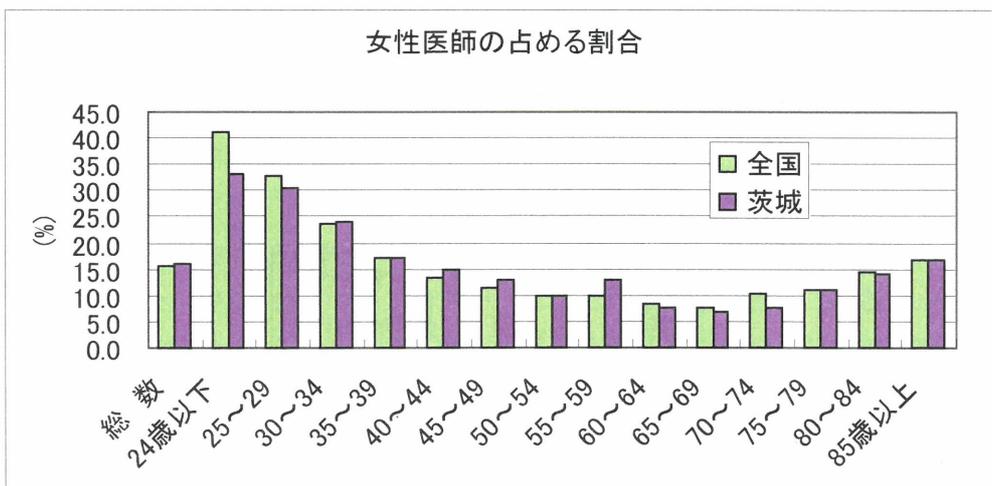
##### (1) 医師総数

1) 医師・歯科医師・薬剤師調査による茨城県の医師総数（平成14年12月31日現在）は4,312人である。人口10万人対医師数は144.2人で、都道府県別比較では埼玉県について下から2番目、全国平均（206.1）の約7割である。

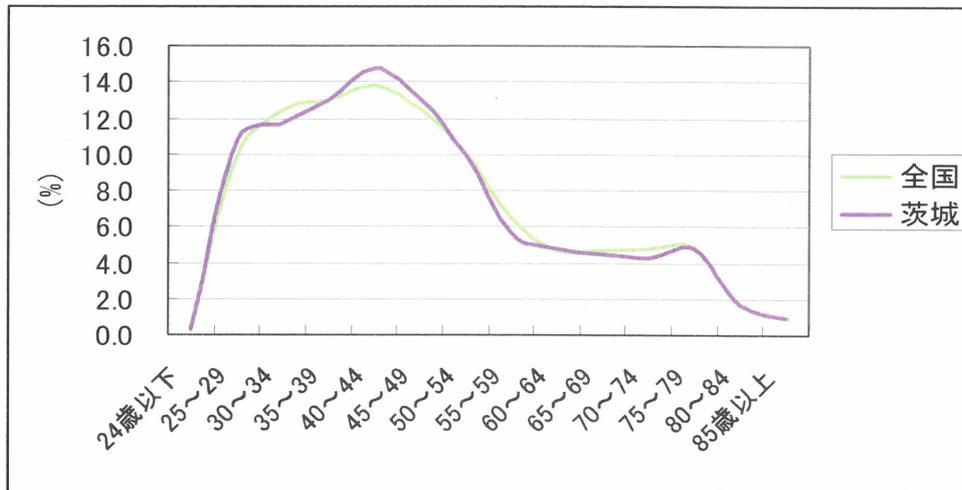


##### (2) 性別・年齢別構成

2) 女性医師の占める割合は、全国15.9%に対して15.7%で、同程度である。年齢階級別に女性の割合をみると、24歳以下（ただしNは少ない）と、25・29歳で、全国に比べて割合が低い傾向がある。

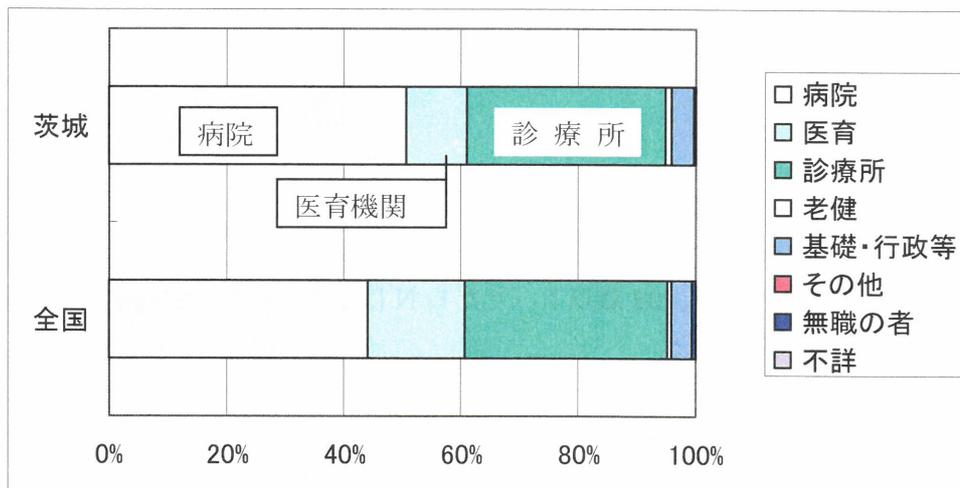


3) 医師数の年齢構成は、全国と大きな違いはないが、茨城県では34歳以下の若年医師の割合が若干低い。これは次項で触れる、医育機関医師数の少なさと関係すると思われる。



### (3) 業務の種別構成

業務の種別では、茨城県では医育機関勤務者の割合が低い。「病院」と「医育機関」の合計では、全国と同程度である。



### (4) 診療科別構成

診療科（主たる診療科）の構成割合では、小児科が全国 5.8%に対し 5.5%と少ない等の特徴もみられるが、大きな差はない。なお、小児科については、パーセントで見れば0.3ポイントの差であるが、全体の医師数が少ないため、現実の不足感は顕著である。

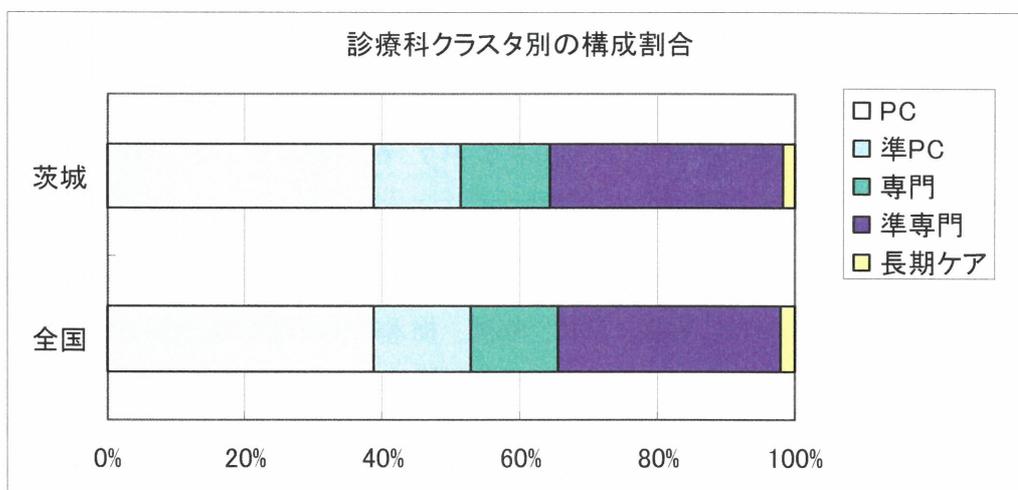
さらに、診療科を、長谷川主任研究者の提案した診療科クラスターで大づかみに分類して構成割合をみたが、全国と大きな差は認められなかった。

	総数	内科	心療内科	呼吸器科	消化器科	循環器科	アレルギー科	リウマチ科	小児科
全国	100	29.9	0.3	1.3	3.9	3.4	0.1	0.2	5.8
茨城	100	30.5	0.1	1.2	3.9	2.2	0.0	0.2	5.5

	精神科	神経科	神経内科	外科	整形外科	形成外科	美容外科	脳神経外科	呼吸器外科
全国	4.7	0.2	1.3	9.6	7.5	0.7	0.1	2.5	0.4
茨城	4.6	0.1	1.1	9.7	8.1	0.6	0.0	3.3	0.7

	心臓血管外科	小児外科	産婦人科	産科	婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	気管食道科	皮膚科
全国	1.0	0.3	4.2	0.2	0.6	5.0	3.7	0.0	3.1
茨城	1.0	0.4	4.7	0.2	0.7	5.5	3.5	-	3.1

	泌尿器科	性病科	こう門科	リハビリテーション科	放射線科	麻酔科	全科	その他	不詳
全国	2.4	0.0	0.2	0.6	1.9	2.5	0.4	1.8	0.8
茨城	2.4	0.0	0.1	0.4	1.5	2.2	0.1	1.8	0.3

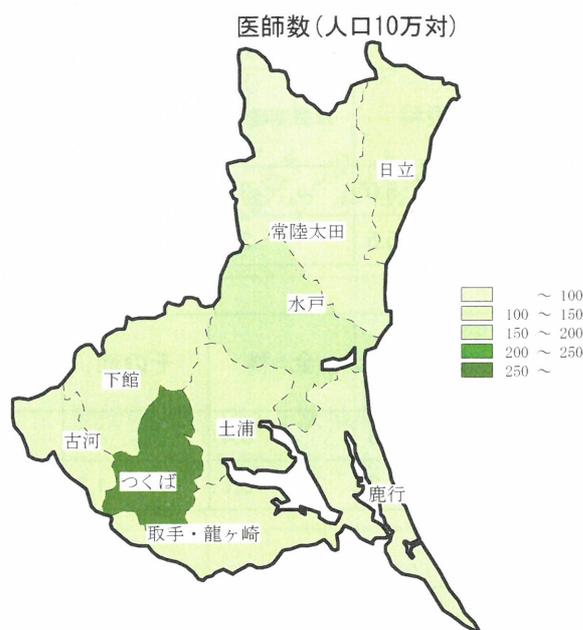


プライマリケア: 内科・小児科  
 準PC: 呼吸、循環、消化、精神  
 専門: 形成、泌尿、麻酔、脳外、心臓、呼外、小外、放射  
 準専門: 産婦、耳鼻、眼、皮膚、外科、整形  
 長期ケア: 神内、リハ

(5) 診療従事医師数の地域格差

茨城県の9つの二次医療圏の人口当たり医師数では、つくば医療圏のみ全国平均(195.8)を上回っており、一方、県北の山間部を含む常陸太田・ひたちなか医療圏、太平洋に面した鹿行医療圏では、100を割っている。さらに、医師不足に加え、医師の高齢化が進行している地域もある。

茨城県では、県全体として医師数が少ないことに加え、さらに県内での著しい地域格差があり、二重の医師不足問題を抱えているといえる。

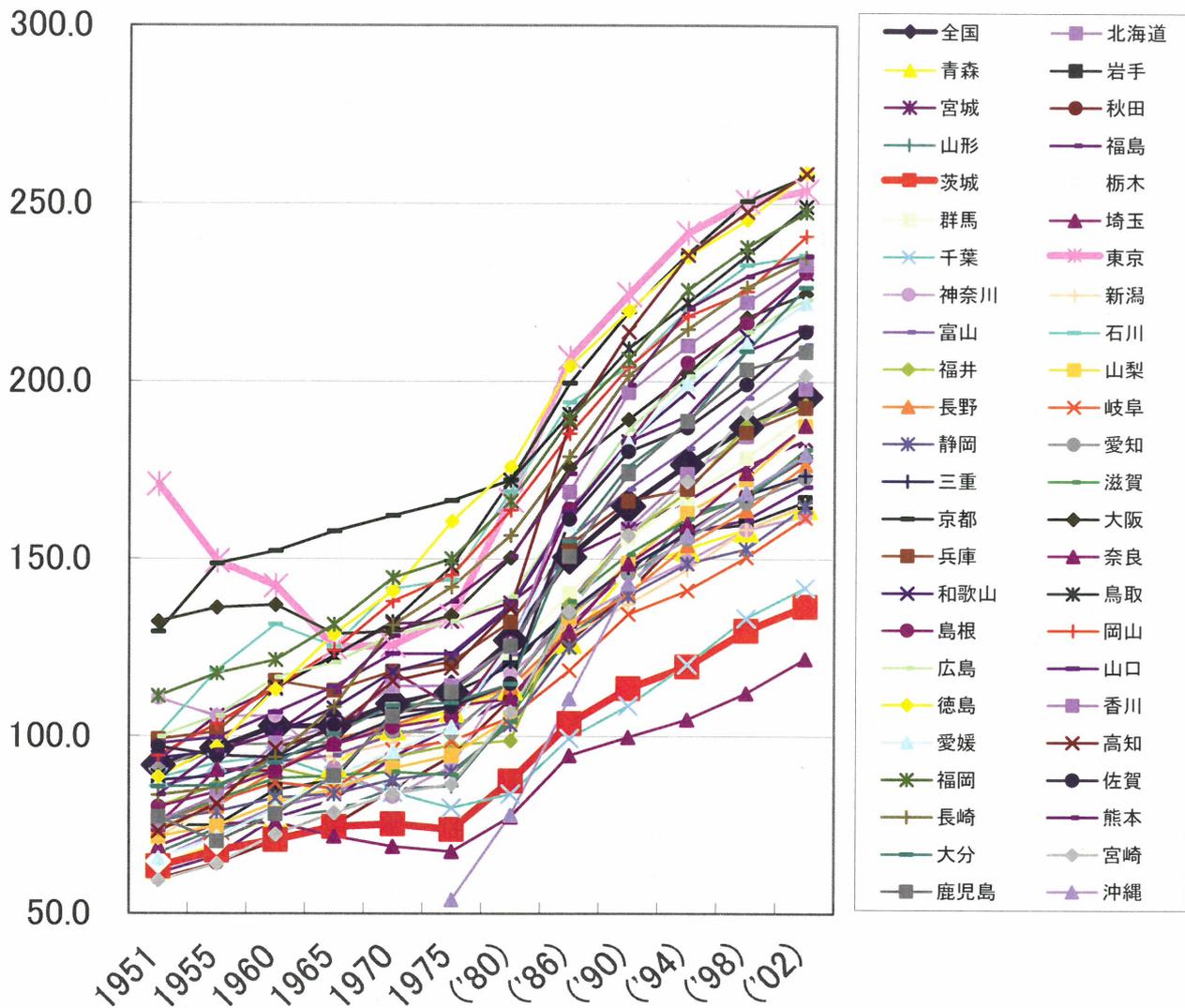


地域 (医療圏)	診療医師数 (10万対)	70歳以上の医師 の割合(%)
茨城県	144.2	11.7
水戸	184.7	12.3
日立	137.2	15.3
常陸太田・ひたちなか	74.7	19.9
鹿行	91.3	11.9
土浦	147.8	11.5
つくば	326.1	4.3
取手・竜ヶ崎	134.8	10.2
下館・下妻	101.2	20.2
古河・岩井	106.2	14.0

2. 医師数の推移

茨城県の人口当たり診療従事医師数は、1951年時点で63.2と全国平均(91.8)の約7割であった。当時、65を下回っていたのは、青森、秋田、福島、栃木、宮崎県であった。その後の各県の動きは、1950-60年代は主として人口増、1970年代以降は主として新設医大の動向に左右されていると考えられる。県内に医育機関のなかった茨城県においては、50-60年代には首都圏の人口増に伴う医師ニーズ増の影響を受けて医師数が伸び悩み、また、人口300万という規模にあっては1974年の筑波大学医学部の新設の医師増加効果も限定的であったものと考えられる。結果、医師は年々増加しているものの、増加率(グラフの傾き)は全国を下回っており、全国レベルへのキャッチアップは困難な状況にある。

県別、診療従事医師数(10万対)の年次推移



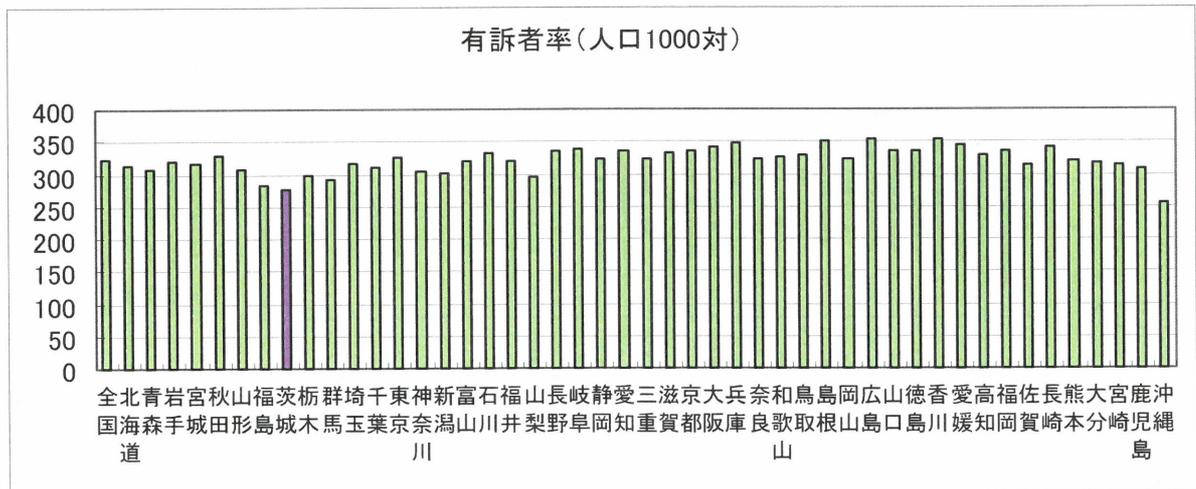
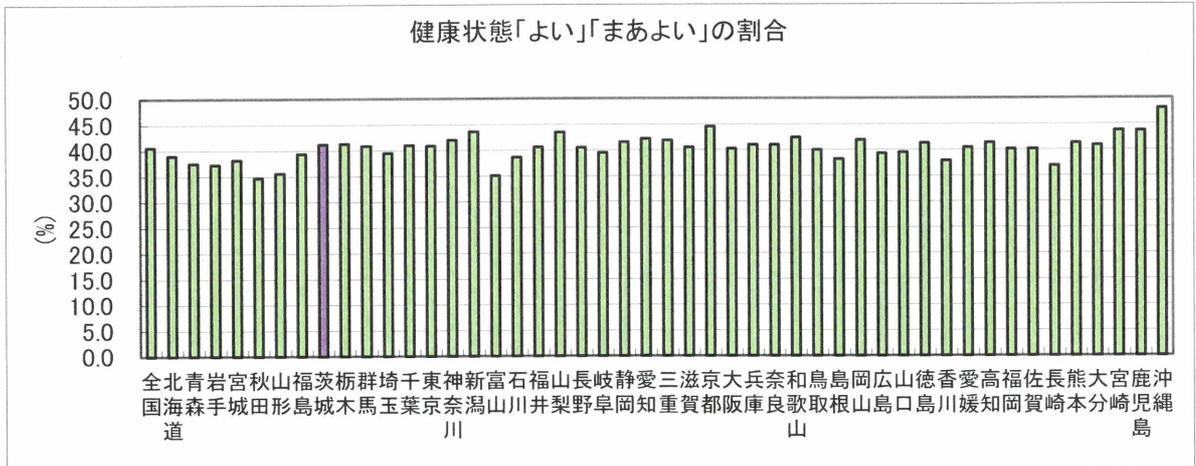
### 3. 他の保健医療指標との関連

医師数の地域比較、時系列比較については、人口 10 万対を指標として行うのが通常であるが、本来は、地域の保健医療ニーズに対する充足度を評価するべきである。このため、茨城県の医師数について他の保健医療指標との関係をみた。

その結果、茨城県においては、県民の自覚的健康感が高く、有訴率、受療率は低い。そのため、病床や診療所数も全国に比して少ないが、医療を求める患者に必要な医師数は確保されているものと考えられた。なお、ここでは「供給誘発需要」に関する検討は、行わない。

(1) 健康意識、有訴率（平成 13 年国民生活基礎調査）と医師数

国民生活基礎調査によると、6 歳以上（入院者を除く）で自分の健康状態を「よい」または「まあよい」と考えている人の割合は、茨城県では全国 17 位と、健康感が高いほうに位置する。また、症状が有る人（有訴者）の割合は沖縄県に次いで全国で 2 番目に低い。



なお、有訴者 1000 人当たりの医師数を都道府県別にとると、茨城県は全国 44 位となる。