

仏 国

1. 現状

仏国の人口当たり医師数はわが国よりも多い（人口千人あたり 3.4 人、2008 年）が、当面のあいだ不足状態が続くとされている。これには複数の要因があり、①1971～2001 年にかけて医学部の定員を減らしたこと、②週 35 時間労働の導入と最大労働時間の制限、その他の要因として③女性医師が増えたこと（2002 年で 6 割）、④若者の仕事に対する考え方の変化（長時間労働を好まない）などが考えられている。2015 年頃までは現在の医学部定員数を維持する予定であるが、その後は入学定員を減少させる議論が進行中。

また、地域や診療科の偏在が存在しており、例えば北仏では南仏の 60%の医師密度であり、GP のなり手も少ない。

2. 女性医師

1960 年代には女性医師は全体の 10%を占めるのみであったが、2008 年には全体の 40%（一般医の 38%）となった。近年は医学部入学者の約 6 割が女性である。

3. 入学定員規制

中央政府が決定している。大学 2 年次の段階で、医師養成課程の定員が決定されている。

4. 入学定員の動向

1968 年、学生運動等により希望者へ開放、年間 8000 人

1971～2001 年、オイルショックによる財政難で医師数を制限、漸減して年間 3500 人

2001 年以降、人口増加、医師の引退等の問題で将来医師数の不足が指摘され増加、年間 7000 人

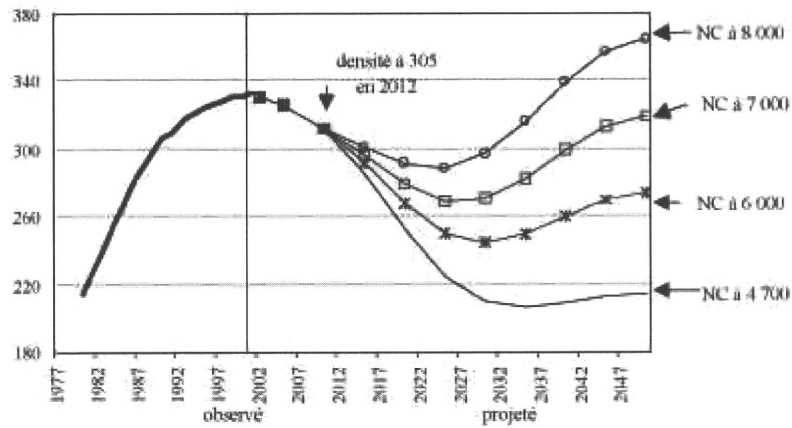
5. 診療科の選択

The Examen Classant National（6 年次終了学生のランキング試験）のスコア上位者から、診療科を選択する。GP を選択する医師は少ない。

6. 需給モデル

供給の将来予測モデルのみ。

下図は、供給将来推計モデル。医学部入学定員を右側の数字で維持した場合の医師数の将来推計である。医師は、専門、年齢、性別、働いている地域、働き方によって分類され、休職中の医師は除外される。このデータを基に、診療科別、地域別の医師数の推計が行われている。



7. 医療人材政策と現在の動向

2006 政府計画では、①医師供給数の増加（医学部定員増）、②医療過疎地における勤務へのインセンティブが提示された。医療過疎地（人口当たり医師数が全国平均より 30%以上少なく、医師一人当たりの患者数が全国平均より 30%以上多いエリア）において、グループ診療を行っている医師に対して診療報酬を 20%増しとする。診療を開始する医師に対して、地元政府が財政支援、施設や住宅の提供を行う。また勤務を希望する医学生に奨学金を提供する。加えて、他職種への業務委譲に関する議論も進んでいる。

英国

1. 現状

英国の人口当たり医師数は、人口千人あたり 2.6 人（2008 年）で、OECD 諸国のなかでは少ないほうであった。2002 年の改革以来医師数の増加策がとられている。イングランドではリーマンショック後の経済停滞に伴う国難の中で、新政権のもと医療制度改革（医療費抑制）が進んでいる（2010）。

2. 医師養成課程

1) 学部専門教育

医学校は 5 年制、前半 3 年（教育省管轄）、後半 2 年（保健省管轄）。約 10 年前には医学校を 4 校増やした。

2) 卒後教育

登録前年（1年の仮免）の後、General Medical Council (GMC)へ本登録、NHS内で活動シニア（3～5年）総合医+専門医の基礎

専門教育（4～5年）

3) 生涯教育

3. 女性医師

全体の約 41%が女性医師である（2008）。新入学生の 55%（2009）である。

4. 外国人医師

約 40%が外国人医師であり、ヨーロッパ圏外（インド・パキスタン・南アフリカ）から流入している医師も多い。

質の担保、労働時間に関するEU規定が問題になっている。

5. 入学定員規制

中央政府が入学定員を規制している。

6. 入学定員の動向

2001年に、医師不足対策として、医学部の新設及び定員増により、全体の定員を30%増加させた。2005年以降は横ばい。

7. 需給モデル

供給モデルのみ。

Center for Workforce Intelligence (CfWI) では、診療科別に詳細な供給予測をしている。需要については勘案せず、専門医団体等の設定した必要数との比較をしている。

8. 過去の医療人材政策と現在の動向

1) 医療人材管理の仕組み

保健省

↓

SHA (Strategic Health Authority、10 地域) 保健医療職のバランスを考えていた

↓ 官僚が地元医師会等の意見を収集し、分析を行って立案していた。

各種 Trust サービスの提供

↓ プライマリーケアについては人頭で計算し医療費を要求

病院、GP

今後は管理コストの圧縮が図られ、計画を含めた運営は GP グループに委ねられる。

GP 集団にファイナシング、人材管理までできるかどうか不明な部分も多い。

2) 政策

1960 年代に医師数増加政策

サッチャー政権 (1982～)

医療の効率化

ブレア政権 (1997～)

2000 年頃から以下の 5 つの政策

- ① 潜在医師の発掘、特に女性
- ② 労働条件の改善により医師確保
- ③ 入学定員増
- ④ 海外からの雇用 (2 国間協定による流入、入学定員増後に終了)
- ⑤ 他職種との調整 (スキルミックス)

キャメロン政権 (2010～)

医療費キャップ政策が始まり、定員減の議論始まる

独 国

1. 現状

独国の人口当たり医師数は、人口千人あたり 3.5 人（2008）で、人口 10 万人あたりの医学部定員数も約 120 人と多い。東ドイツの統合により、東ドイツの医師の質や高齢化などが問題となっている。

2. 女性医師

2009 年では、全体の 42%が女性医師、入学者の約 60%が女性となっている。

3. 外国人医師

年間の新規医師登録数のうち、約 15%が外国人医師である（ただし、新規医師登録数の約 20%程度が海外に流出している）。主な流入元は、オーストリア、東ヨーロッパ地域である。

4. 入学定員規制

大学は州の所管となっており、大学の入学定員は医学部定員も含めて、州と大学の相談によって決定される。国全体での調整の場として、保健大臣会議などが存在するが、基本的には意思決定は、州単位で行われる。中央政府の役割は、調整など間接的なもの。

5. 入学定員の動向

ドイツの医学部入学定員は、近年はほぼ一定である。医学生生の退学率が 17%程度になっており、問題となっている。

6. 需給モデル

需給モデルは存在しない。開業医は保険医協会による規制されているが、病院は規制がない。開業医は全国 406 地域を 10 種類の地域区分に分類して、地域区分毎に、診療科単位の医師定員が決定されている。その 10%オーバーまでが許可される医師定員である。不足医師数の計算は、その定員の充足具合によって推計されている。特に、東ドイツ地域において、医師の高齢化により不足が深刻化すると分析されている。

7. 過去の医療人材政策に関する利害関係者

- 国・州
- 保険者（疾病金庫）
- 病院
- 保険医協会・医師会

保険医協会・医師会は、医師増員の姿勢、保険者である疾病金庫は現状維持の方針である。

独国社民党は前者の、保守党は後者の立場をとっている。

米 国

1. 現状

米国の人口当たり医師数は、人口千人あたり 2.6 人（2008）で、先進国でも決して高い方ではない。近年積極的に医学部定員の増員を行っている国の一つである。その背景には、人口増と高齢化がある。

2. 女性医師

全体の約 30%が女性医師であり、現在も増加傾向である。新規入学者の 48.4%が女性（2005）。

3. 外国人医師

米国医学校の年間卒業生約 16000 人に対して、約 6000 人が外国人医師、つまりレジデント 1 年目の 27%が外国人となる。

4. 入学定員規制

医学部の入学定員規制は無く、大学が独自に決定している。ただ 2000 年までは紳士協定で米国厚生省の審議会 The Council on Graduate Medical Education(COGME)の勧告を守る形をとっていたが、規制緩和政策と共に全米医学部協会 Association of American Medical College (AAMC)が推計を行い、大学はそれを参考にする形となっている。2006 年に全米医学部協会は、医学部定員を 2015 年までに 30%増加するよう勧告した。

5. 入学定員の動向

～1980 年代	医師数増加政策
1980 年代～	医師過剰への懸念
1990 年代後半	医師不足の議論
2000 年～	医師不足を見込んだ定員増加や医学校新設
2006 年～	6 校新設、11 校計画中、4 校考慮中

6. 需給モデル

全米医学部協会による需給推計モデルがある。その他には、米国厚生省なども推計を実施。

「供給」

変数：医学部定員数、医師免許合格数、週当たりの労働時間、退職パターン、海外からの流入

「需要」

需要と供給が均衡していると仮定し、現在のサービス利用状況が社会状況の変化や人口構造の変化によってどのように変化するかを推計

基本変数：病院・プライマリーケアの外来・入院・救急患者数

モデル：性・年齢階級・エスニシティなどの属性毎の現在のサービス利用状況を固定し、人口増や構造の変化による変動を推計。加えて、経済状況を考慮したモデル（経済成長による医療サービス需要の拡大を考慮するモデル）を構築。

「結果」

医師供給の不足を指摘している。不足数は、数万単位。

「論点」

需給が均衡していることを前提としているため、市場経済向きの推計である。また、高齢化よりも、人口増や経済成長による需要拡大を想定している

C. 診療科分析

外科医師の需給と地域偏在にみる

政策課題と決定プロセス

松本邦愛・長谷川友紀

産婦人科—医師の現状と今後に関して—産婦人科医

を増やすための日本産科婦人科学会の取り組み—

海野信也

外科医師の需給と地域偏在にみる 政策課題と決定プロセス

序文

我が国の医師不足の問題は今世紀に入ってからメディアなどで取り上げられるようになり、2008年頃にそのピークを迎えた。この間、2007年9月に東京都北区の東十条病院が、医師の確保が困難になったことを理由に新規の患者や救急搬送の受け入れの休止を表明するなどの事態も発生しており、大きな社会問題となっている。2009年以降、医師不足に関する報道はやや落ち着きを取り戻しているが、メディアの報道による医師不足感は広く浸透している。

医師不足の報道の中でも特に不足が指摘されてきた診療科は、分娩を扱う産科・産婦人科、小児科、麻酔科であった。これらの診療科間の偏在や地域偏在を指摘する研究は多く、筆者らもこれまで官庁統計を用いた実証研究を行ってきた²⁻⁵⁾。2005年2月に厚生労働省内に設けられた「医師需給に関する検討会」（座長：矢崎義雄氏）が提出した報告書⁶⁾でも、この3つの診療科に関しての分析が行われている。近年、この3つの診療科に加えて外科医師の不足感が高まってきている。実際に、医師不足が認識されるようになったのは2000年頃からである。1970年代までは地方の医師不足に対する対策として新設医大の設置が進められた時期もあったが、1980年代半ば頃からは、医師の需給の問題は、増加した医学部定員によって将来予想される医師過剰をどのようにコントロールするかが主要な論点となった。厚生労働省は、医師需給に関する検討委員会を1975年、1984年、1993年、1997年、2005年と5度にわたって設置したが、1975年委員会で立てた医師の供給増の目標は1983年には達成され、その後3回の委員会ではむしろ医師数のコントロールが課題となった。2000年頃から強まってきた医師の不足感を背景に、医師需給の問題が「医師不足」の方に振れるのは、2005年の委員会を待たねばならなかった⁴⁾。しかし2000年頃からメディアなどが主として取り上げたのは、小児科、産科・産婦人科の医師不足であり、外科医師不足の問題はこの2診療科に比べて深刻なものと捉えられていなかった。2005年に設置された委員会の報告書でも医師不足が懸念される診療科として、小児科、産科・産婦人科、麻酔科の3診療科のみがあげられている⁷⁾。

しかし、現実に外科医師の不足は深刻なものである。日本外科学会は2009年11月に理事長名で、厚生労働大臣に宛てて「外科医志望者減少問題に関する要望書」を提出し、外

科医師不足は小児科、産科、救急の医師不足よりも急激に進行しており、外科医療が引き金となって我が国の全面的な医療崩壊を招く危険性があることを指摘し、その問題解決として、医師数を増員することで外科志望者を増やす、コ・メディカル・スタッフの充実による外科医の勤務環境の改善を図る等の対策を提言している⁸⁾。しかし提言では、日本外科学会の入会者数の減少以外には客観的なデータが示されていない。また、研究論文や提言として外科医師不足に言及している研究もいくつかあるが⁹⁻¹³⁾、客観的データを用いた分析はほとんどない。

全体の需給の問題に加えて外科医師の偏在も大きな問題である。医療機関へのアクセスの良さは我が国の医療体制の特徴であった。しかしながら、近年医師確保の問題等による診療科の閉鎖、閉院も現実化しており、生活圏外の地域への受診を余儀なくされる事態も出現している。治療経過の中で高度医療を必要とする状態となった患者がより高次の医療機関へ転院する場合は、遠方の医療機関への受診も厭うものではなかろう。しかし、受診が日常的に必要な場合や、事故や救急等緊急的な医療の必要に対してである場合は、患者に大きな負担感を抱かせることになると考えられる。

本研究の目的は、このような状況を鑑み、「医師・歯科医師・薬剤師調査」や「患者調査」などの官庁統計を用いた分析を行い、地域間の格差を含めた外科医師数の状況（医師の供給）、手術の状況（医師の需要）に関して今後の予測を含んだ時系列での比較を試み、外科医師需給の問題を包括的に捉えることにある。

1. 方法

外科医師の不足感を明らかにするために、マスメディアでの捉えられ方を、新聞記事検索システム日経テレコン 21 を用いて分析した。2000 年 1 月 1 日から 2010 年 12 月末日までの主要全国紙 5 紙（日経、読売、朝日、毎日、産経）を対象とし、「医師不足 and 外科」というキーワードを含む記事数をカウントした。また他診療科との比較を行うために、麻酔科、小児科、産科、産婦人科に関しても同様にカウントした。

次に供給側の変化を、官庁統計を用いて概観した。供給側の要因として取り上げるのは①外科医師数の変化、②外科医師の年齢構成の変化、③女性外科医師割合の変化である。これらの状況を見るのに現在我が国で入手できる最も信頼性の高い悉皆データは厚生労働省大臣官房統計情報部管轄の「医師・歯科医師・薬剤師調査」である。診療科別に包括的な医師数を把握できる唯一の悉皆調査であり、電子化されたデータが 1972 年から利用可能である。ただし、最新の 2008 年のデータは診療科の分類が変わっており、「消化器外科」「乳腺外科」などの診療科が新たな分類として加わったため連続性が維持されず時系列での比較が困難である。このため、本研究での分析は原則 2006 年までのデータを用い、2008 年データについては必要に応じて文中でコメントした。

「医師・歯科医師・薬剤師調査」では、標榜診療科に加えて、1994 年からは標榜している診療科のうち主たる診療科が何かも聞いている。医師数の把握のためには後者の主たる

診療科の医師を把握することが望ましい。両者を区別するため、前者を「医師（複数回答）」、後者を「医師（主たる診療科）」とする。両者は、医師（複数回答） \geq 医師（主たる診療科）の関係にある。

分析方法としては、外科医師数（主たる診療科）について 1994 年を基準年とし、基準年の医師数を 100 としてどのように数が変化したかを観察した。また、医師不足が問題となった他診療科との比較も行い外科医師数の相対的位置を明らかにした。年齢構成の変化は、5 歳年齢階級別外科医師数（主たる診療科）の全年齢階級に占める割合を、データの取れる 1996 年から時系列で追った。女性医師に関しては、全体の動向と 40 歳未満の女性外科医師の動向を明らかにした。

次に需要面の変化として、近年の手術数の変化に加え、将来予測を含めて分析した。使用データは、厚生労働省による「患者調査」および国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口データである。「患者調査」は全国の医療施設を利用する患者を対象とし、層化無作為により抽出した医療施設における患者を客体とした調査で、疾病の動向を捉えるのに最も信頼のおけるデータである。国立社会保障・人口問題研究所の将来推計人口データは、「国勢調査」及び「人口動態調査」の調査結果をもとに発表しているもので高位・中位・低位推計の 3 つがある。本研究では中位推計を用いた。まず、2008 年「患者調査」集計表から、男女別に、5 歳年齢階級別人口当たりの開腹手術、腹腔鏡手術件数を明らかにした。この 5 歳年齢階級別人口当たりの手術件数が一定であると仮定して、将来推計人口データを用いて各年の推計手術件数を求めた。

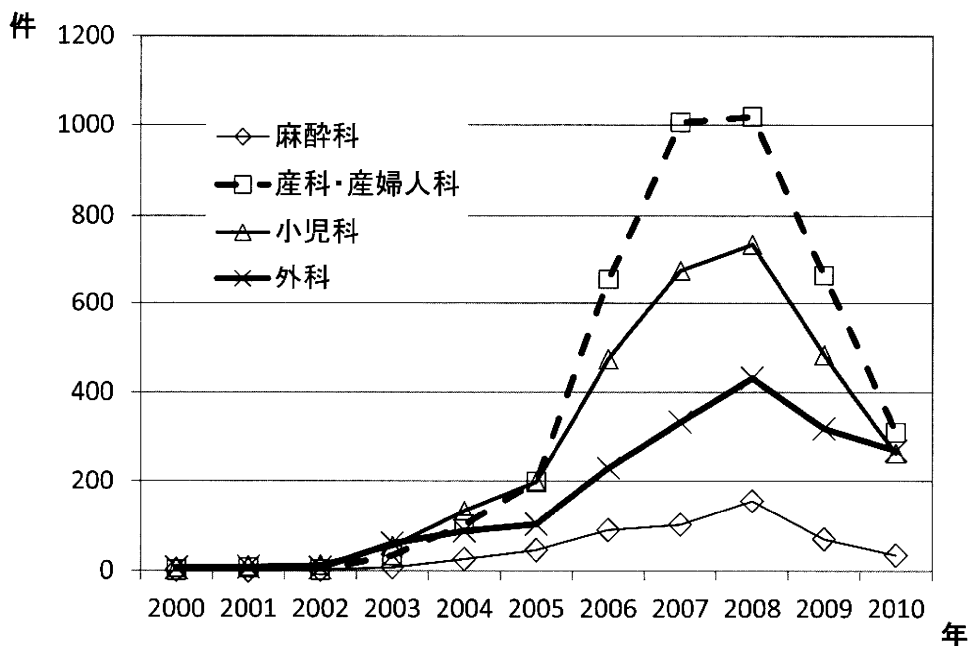
最後に地域間の偏在に関する分析であるが、「医師・歯科医師・薬剤師調査」を用いて二次医療圏毎の人口対外科医師数のばらつきに関して、1994 年と 2006 年とを比較した。1994 年と 2006 年とでは、市町村合併等により二次医療圏の区分が異なるので、最も新しい 2010 年の区分に基づいて比較を行った。

2. 結果

A. 外科医師需給に関する認識の推移

小児科、産科・産婦人科、麻酔科、外科の診療科毎の医師不足の報道について、新聞記事検索システム日経テレコン 21 を使って記事数をカウントした結果を図 1 に示す。外科医師不足に関する記事は 2005 年から増え始めたが、小児科、産科・産婦人科医師に関する記事がより急速に増加したため、その陰に隠れてしまったように見受けられる。しかし小児科、産科・産婦人科の記事は 2008 年をピークに急速に減っているのに対し、外科に関する記事数は他診療科ほど減少しておらず、2010 年にはこの 3 科の取り扱い数はほぼ同数となっている。

図1 新聞掲載記事数の変化

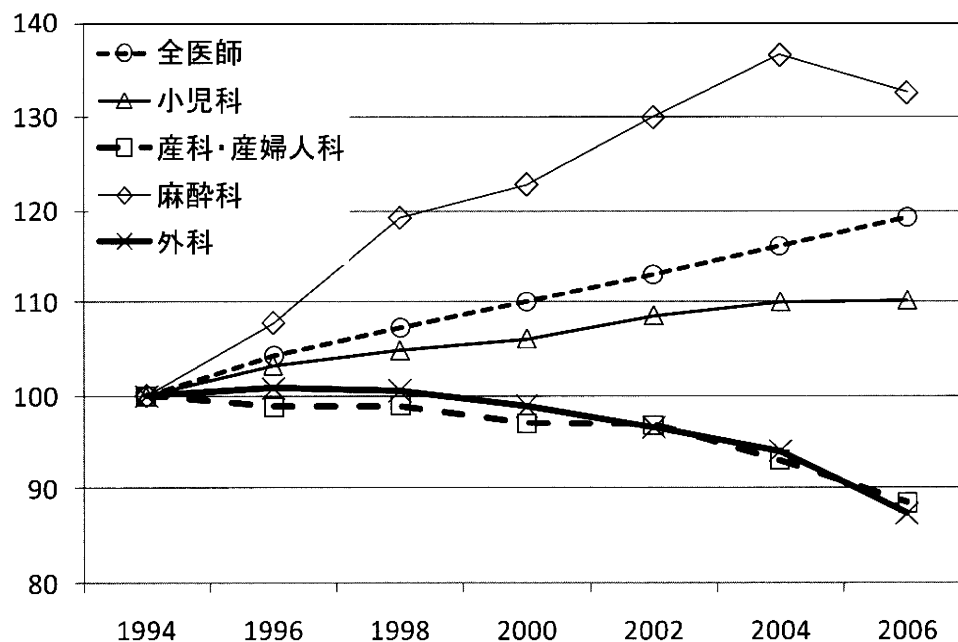


出所：新聞記事検索システム日経テレコン 21 にて、「麻酔科」「産科・産婦人科」「小児科」「外科」と「医師不足」をキーワードに主要5紙の記事数を検索。

B. 外科医師数の変遷

「医師・歯科医師・薬剤師調査」による全医師数、および「主たる診療科」がそれぞれ「小児科」、「産科・産婦人科」、「麻酔科」、「外科」医師数の変化を図2に示す。4診療科それぞれに関して、最も古い統計の取れる1994年を100とし、それに比べて医師数はどのように変化したかを全医師数の変化と比較した。「外科」「産科・産婦人科」は絶対数として減少、「小児科」は増加しているものの全医師数の伸び率よりは低く、「麻酔科」は全医師数の伸び率を上回って増加している。「外科」医師数を実数で見ると、1994年に24,718人であったのが、2006年には21,574人に減少している。2004年に始まった臨床研修必修化の影響で、臨床研修医という項目が新たに設けられたことの影響もあるが、仮に臨床研修医を各診療科医師の全体に占めるシェアで按分しても、2004年に比較して2006年の外科医師数は減少している。また、2008年の外科医師は16,865人であるが、それまでは主たる診療科を「外科」としていたと考えられる「消化器外科」が新設されているため時系列での比較は難しい。しかし「消化器外科」4,224人を加えても21,089人であり、やはり減少傾向にあると考えられる。また「複数回答」でみた場合では、1994年には34,426人であったのが、2006年には32,488人となり5.7%減である。2008年には28,717人となったが、これは前述の通り、2008年の調査から診療科の分類が変更されたのに加え、2004年に導入された新臨床研修制度によって「研修医」のカテゴリができたことが影響した可能性がある。

図2：1994年を100とした時の医師数（主たる診療科）推移

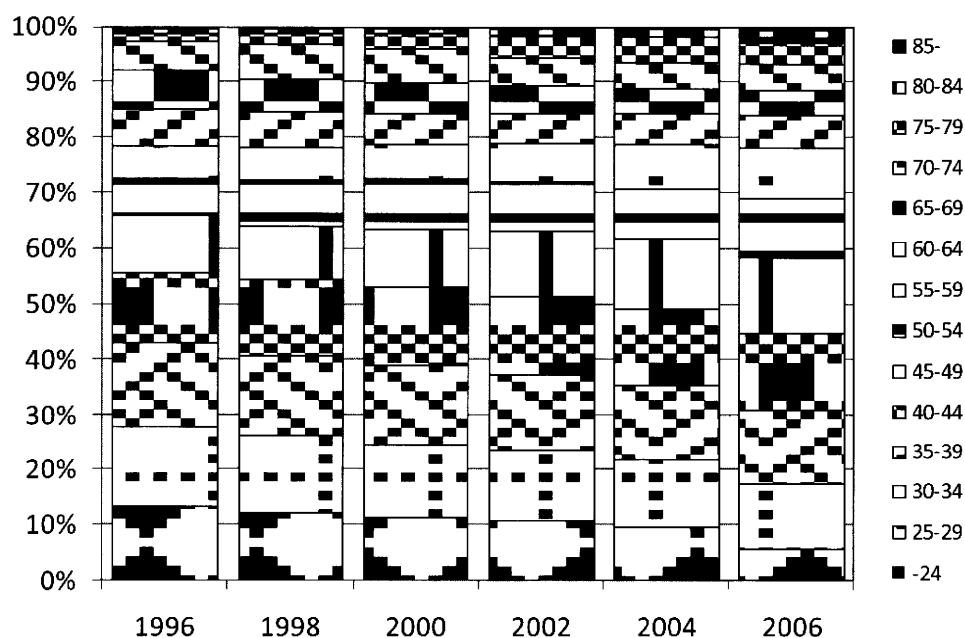


出所：「医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

全医師数、および「主たる診療科」がそれぞれ「小児科」、「産科」および「産婦人科」、「麻酔科」、「外科」である医師数を、1994年を100として表わしている。

この外科医師の減少は、新規参入者が減少していることによると考えられる。そしてこのことは外科医師の高齢化という問題につながる。図3では5歳年齢階級ごとの外科医師の割合の推移を示した。40歳未満の医師が減少傾向にあり、1996年には43%を占めていたものが、2006年には31%にまで減少している。それに対して、40～59歳が次第に高い割合を占めるようになっており、1996年には35%であったものが、2006年には47%を占めるに至った。1996年から2006年までの10年間で、40歳未満と40～59歳の比率が反転している。更に75歳以上の医師割合をみると、1996年には2.7%であったものが、2006年には7.0%となっている。平均年齢をみても、1998年には46.6歳であったものが2006年には49.2歳となっており、外科医師の高齢化傾向がうかがえる。このような傾向は実質的なワークフォースの減少と考えられるであろう。

図3：外科医師の年齢構成



出所：「医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

外科医師に占める女性医師の割合を時系列で検討してみると、1996年には2.4%であったが、2006年には4.5%に増加した。40歳未満に限ると、1996年には4.7%であったが、2006年には11.0%と大きく増加している。いずれも医師全体の女性医師増加率を大きく上回っている。女性の割合の増加は組織の活性化などにつながる場合もありプラスの面が大きいが、一方で産休等を契機として臨床の現場から離れ、そのまま離職してしまう場合があり、ワークフォースの低下につながる懸念も持たれる。

このように、外科医師を供給側からみた場合、外科医師実数は減少しており、高齢化も進んでいる。この10年間にワークフォースは減少していると考えられる。

C. 手術件数の変化

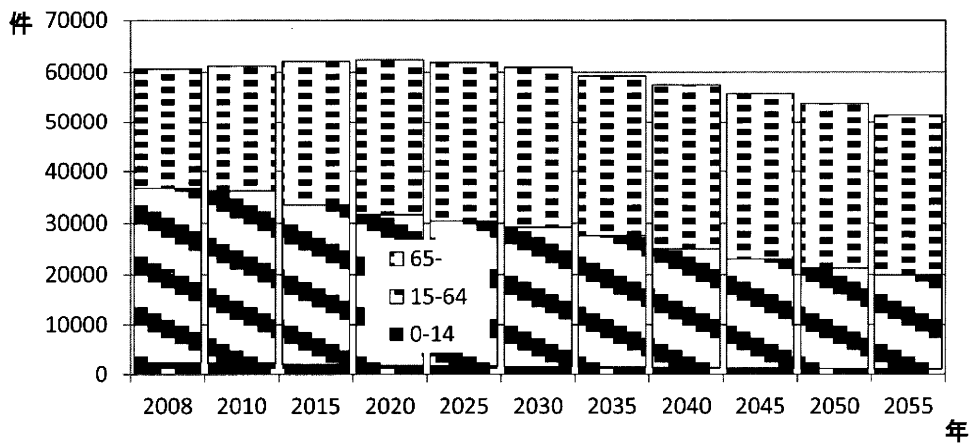
外科医師の需要の動向を見るために手術件数の変化を観察した。近年、腹腔鏡を使った手術が発達し、開腹手術を代替している可能性が考えられる。「患者調査」からこの両方の手術の動向を観察すると、開腹手術件数は1996年、1999年、2002年、2005年、2008年でそれぞれ6万8600件、6万7600件、6万1600件、6万4300件、6万500件と減少傾向であるのに対し、腹腔鏡手術は7200件、9300件、1万700件、1万2100件、1万7700件と増加傾向にある。この2つを合計すると7万5000～7万9000件の間を変動しており、はっきりした傾向は見られない。

次に、今後人口の高齢化が進んだ場合の需要がどのように変化するのか、シミュレーシ

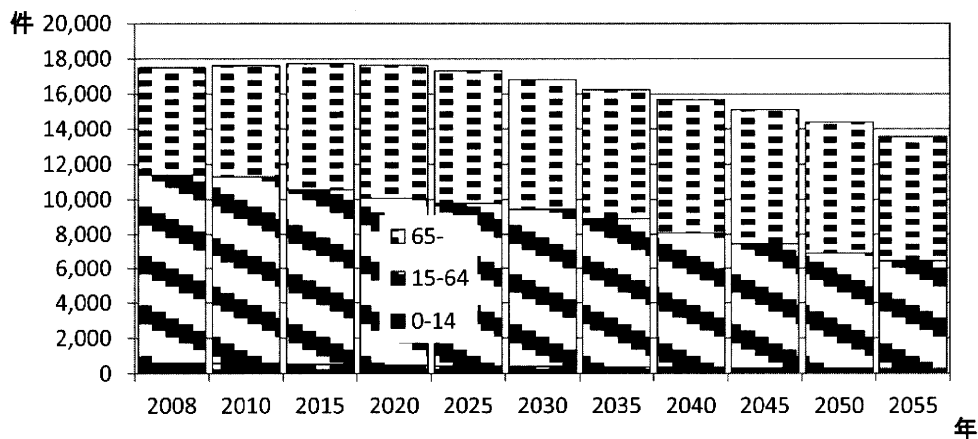
ョンを行った結果を図 4 に示す。現在の性・年齢階級人口当たりの手術件数が不変であると仮定し、人口構成の変化によって将来的にどのような需要の変化が起こるかを見た。これによると、開腹手術は 2020 年にピークを迎え、その後緩やかに減少する。腹腔鏡手術も 2015 年にピークを迎えた後で減少することが推計され、両方を合わせても、2020 年をピークに需要は減少していくと推計される。

図 4 外科手術の年齢別将来推計件数

a. 開腹手術



b. 腹腔鏡手術



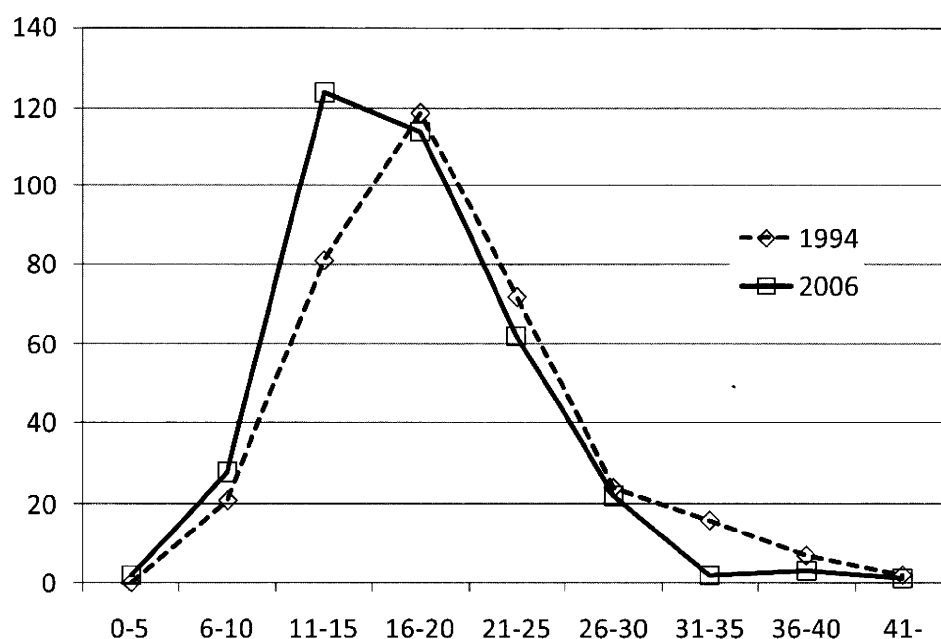
出所：「患者調査 2008」より 5 歳年齢階級別に人口当たり年間開腹手術数を求め、国立社会保障・人口問題研究所の将来人口推計に乗じて計算した。

D. 地域間偏在

1994 年と 2006 年の外科医師数の分布状況を図 5 に示す。二次医療圏は、特殊な医療を除く一般的な医療サービスを圏内において提供する医療圏である。医師の分布を考える上で二次医療圏別の分布の状況を見ることは重要である。しかし、二次医療圏は各都道府県

で3年ごとに見直され、しかも見直しの年が全国で一致しているわけではないので、事実上毎年医療圏の範囲、医療圏数が変わっている。時系列で比較するために、各年の医師・歯科医師・薬剤師調査の外科医師数を市町村単位で把握し、2010年の二次医療圏区分けに沿って再集計した。1994年には、二次医療圏人口10万人あたり外科医師数16~20人の医療圏が119箇所と最も多かった。しかし2006年には、11~15人の医療圏が124箇所と最も多くなり、全体的に減少する方向へ移行している。2006年には、外科医師数0~10人の二次医療圏が30箇所（1994年は21箇所）と増加し、うち2箇所では0~5人しか外科医を有していない。外科は地域医療システムを考える上で基本的な診療科であり、一定数以上の外科医が確保できない場合、国が進める地域医療計画の中の4疾病5事業ごとの医療連携体制の構築にも支障を来すことが危惧される。現状の地域偏在は深刻な状況といえるであろう。

図5：二次医療圏別人口10万人対外科医師数分布



出所：「医師・歯科医師・薬剤師調査」より作成

3. 考察

我が国における外科医師の需給の状況は、現状においては均衡が取れたものであるとはいいがたい。しかし、今回行った手術需要のシミュレーションで示されたように、2020年をピークに手術需要が減少していくならば、外科医師需給問題の対策としては、今後10年~20年の在り様に焦点が置かれるべきであろう。今回のシミュレーションでは、性・年齢階級人口当たりの手術件数は2008年と同じと仮定した。仮に全年齢階級で5年ごとに1%

ずつ直線的に性・年齢階級人口当たりの手術件数が増加すると仮定しても、開腹手術と腹腔鏡手術を合計した手術件数は2025年をピークにして減少に転じる結果となる。すなわち、2020～2025年までの不足に対してどのように対応するかが重要である。その観点から言えば、大学医学部の定員枠を増加させることは、医師の養成に10年近くの年月を要することを考えると現状を改善させる有効な手段とはなりにくく、むしろ現状において対処しうる方策の立案が望ましい。厚生労働省は「緊急医師確保対策」として、需要と供給のバランスを図るべく様々な取り組みを行っているが、前述の日本外科学会による「外科医志望者減少問題に関する要望書」の提言にもあるように、外科の特性に留意した対策も重要である。

外科は、①新規参入者の減少、②女性医師の増加、③地域偏在の悪化が顕著で、更に④過重労働による離職が先行研究で示されている⁹⁻¹³⁾。ワークフォースの減少によって、外科医療を担っている医師により一層の負荷がかかるという悪循環が指摘されている。門田は、2006年に日本外科学会が行ったアンケート調査から当直明けの手術参加率を示し、それによれば「いつも」31%、「しばしば」28%、「まれにある」13%の計72%が当直明けに手術を行っているとの回答であった¹¹⁾。これは医師の過重労働を示唆すると同時に、患者から見ても「医療の安全」を脅かしかねない状況と言えよう。

このような状況下での対応はいくつか考えられる。まず①新規参入者の減少に関しては、外科手技に対する保険点数の配分を増額することが考えられよう。2010年の診療報酬改定で難手術の点数が引き上げられたが、この効果は今後現れてくるものと考えられる。②女性医師の増加に関しては、離職を最小限にするための方策が必要である。約4人に1人が30代半ばで出産等を理由に離職しているとの報告もあり¹³⁾、離職によるワークフォースの低下は今後益々問題になるものと考えられる。外科には従来女性医師は少なかった。しかし新規医師全体の中での女性医師割合を上回るスピードで女性医師は増えており、女性のキャリア・パスを考慮した対策が必要不可欠である。出産後に復職できるトレーニングシステムを大学病院に設けるなど、地域・国全体としての取り組みが必要となろう。③地域偏在の悪化に関しては、対象の絞り込みを図り地域医療支援病院等の中核的な機能を有する病院への医師の集積、及びへき地医療施設との連携の強化が求められるだろう。またアクセスの公平性の観点からは、アクセスにかかる費用そのものに対しても保険給付の対象にしたり、補助金を給付したりするなどの対策が検討される必要がある。

このような形で外科医師の減少に歯止めがかかれば④過重労働による離職も減少することが見込まれるが、それに加えて、日本外科学会が示す「コ・メディカル・スタッフの充実による外科医の勤務環境の改善」は有効な手段となるだろう。治療に協力・補助する職種（他科医師・看護師・臨床工学士等）との協働は勿論のこと、医療クラーク・医療ソーシャルワーカー等を拡充し、事務処理面や患者の社会的問題の解決面において協働することで外科医師の負担を軽減できるだろう。一連の診療過程の中で、コ・メディカル・スタッフとの協働をよりシステムティックに図り、外科医師が「専門性」に特化した役割に専

念できるよう環境を整えることは、外科医師のモチベーションを喚起し、労働生産性を高めるものと考えられる。

外科医師の需給の不均衡は、医療の質の低下に直結する恐れがある。国民に対し現在ある問題を説明し、医療の提供側と受益側双方の議論によって解決策を模索することが求められるであろう。

結語

現在、外科医師の不足は客観的なデータからみても大きな問題であるが、将来、社会の高齢化により需要はピークアウトするとみられる。今後10年～20年をいかに乗り切るかが対策検討の焦点と言える。現状を打開するための時間経過を考慮した早急な対応策の構築が求められる。

現状は、医師不足が労働環境の悪化を招きそれが離職を促すといった悪循環がみられる。しかし、養成に長時間を要することを考慮すると医師の総量の増加による解決策は有効とは言えず、むしろ組織的・構造的問題を解決し、外科医師の労働生産性を高めていく体制作りが必要である。

文献

- 1) 東京読売新聞：『災害拠点』東十条病院が新患・救急受け入れ停止…来月末で全科休止」、2007年9月29日
- 2) 松本邦愛、松裏裕行、平尾智広 他：小児科医師の需給と地域偏在に関する研究、病院管理 43(2)：31～42、2006
- 3) 松本邦愛、田中政信、前村俊満 他：産科・産婦人科医師の需給と地域偏在に関する研究、病院管理 44(2)：17～27、2007
- 4) 松本邦愛、難波江功二、長谷川敏彦 他：麻酔科医師の需給と地域偏在に関する研究—医療の質・安全のニーズと麻酔科医師への需要の増大—、日本医療・病院管理学会誌 46(2)：5～15、2009
- 5) Matsumoto K, Kitazawa T, Ito S et al： Study on supply, demand and distribution of physicians in JAPAN. 日本医療マネジメント学会誌 10(4)： 575～582、2010
- 6) 厚生労働省：医師の需給に関する検討会報告書のホームページ、
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/s0728-9.html>、アクセス 2010年1月25日
- 7) 厚生労働省：医師の需給に関する検討会報告書のホームページ、
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/dl/s0728-9c.pdf>、アクセス 2010年1月25日
- 8) 社団法人 日本外科学会：外科医志望者減少問題に関する要望書のホームページ、
<http://www.jssoc.or.jp/other/info/info20100129.html>、アクセス 2010年1月25日
- 9) 篠原一彦：医療安全向上には医師不足と医療費不足の解決が必須、総合臨床 56(12)：3218～3222、2007
- 10) 西田博：外科修練医の処遇改善には“就労環境の改善”と“教育システムの整備”の両輪が必須、医学のあゆみ 227(2)：97～106、2008
- 11) 門田守人：外科からの提言 減少を続ける外科医の現状と展望、医学のあゆみ 225(3)：260～263、2008
- 12) 田林暁一：外科医を支援する外科医がいなくなる!? 外科医の果たしてきた成果と外科医の逃散および再生、病院 68(9)：714～717、2009
- 13) 伊東芳郎：外科医不足の取り組み いますぐやるべきこと 中・長期的プラン 医療提供体制について 医師不足対策を中心として