

F. 政策過程分析

医師供給政策の政策過程－地域医療再生計画における
医師確保事業に見る自治体の医師供給政策－

小塩篤史

政策課題と決定プロセス

長谷川友紀

医師供給政策の政策過程

—地域医療再生計画における医師確保事業に見る 自治体の医師供給政策—

1. はじめに

医療政策は、国、地方自治体、2次医療圏、病院などの異なった階層において、政策立案・実施がなされており、その影響が及んでいる。医師の供給政策に関しても、医学部定員などの国レベルでの決定が重要であることは論を待たないが、同様に地方自治体レベルでの医療供給体制の維持、医師確保政策も重要な課題となっている。医師不足がどのような階層で発生しているかは議論があるところであるが、局所的な医師不足に対応するのは、地方自治体や病院・医師会等のより下部階層のアクターである。国家レベルで規定される医師の人数が、実際に地域のニーズに応じてどのように割り振られていくのか、そのメカニズムを把握することで、医師需給政策のモデルをより現実に即したものとすることが可能になる。本研究においては、地域医療の再生を目指す「地域医療再生計画」において実施された医師確保事業の分析を通じて、そのメカニズム・政策過程を分析する。どのようなアクターが参加し、どのようなプロセスで、医師不足に対応しているのか検討することで、医師供給政策過程のモデル化を目指す。

2. 方法

47都道府県で実施された94の事業のうち、医師確保を第一義的な目的としている事業を抽出した。ほとんどすべての事業において、医師確保もしくは人材養成が課題としてあげられているが、ここでは対策課題の優先順位の2番目までに医師確保を掲げている事業を抽出した。これらのプロジェクトのうち、全県での対応を行っている事業と参加ステイクホルダーの数が多き事業をそれぞれ3例ピックアップし、課題と参加ステイクホルダーの分析、人材マネジメントの権限の所存について検討した。

3. 結果

地域医療再生事業として、医療圏単位の21事業に加えて、3県で全県対応の医師確保対策を行っていた。本研究では、第2課題までに医師確保があげられているものがピックアップされたが、実際にはほとんどすべての事業において、医師確保が掲げられている。医療提供体制の危機は多くの場合、医療人材の危機であることということが示唆される。

医師確保を目的としている事業は以下の事業である。

福島県	会津・南会津医療圏
新潟県	魚沼医療圏
茨城県	筑西・下妻保健医療圏
茨城県	水戸、日立、常陸太田・ひたちなか医療圏
栃木県	県南保健医療圏
静岡県	志多棒原医療圏
石川県	能登北部医療圏
福井県	嶺南医療圏
岐阜県	飛騨医療圏
愛知県	全県対応
三重県	全県対応
滋賀県	湖北・湖東医療圏
京都府	丹後医療圏
大阪府	泉州医療圏
奈良県	中南和地域
和歌山県	紀南医療圏
島根県	隠岐・雲南医療圏
島根県	益田・浜田医療圏
愛媛県	宇摩地域
愛媛県	八幡浜・大洲医療圏
高知県	全県対応
熊本県	天草医療圏
大分県	中部・豊肥医療圏
大分県	北部医療圏
宮崎県	北部医療圏
沖縄県	宮古・八重山医療圏
沖縄県	北部医療圏

本研究では、以下の事例を分析する。

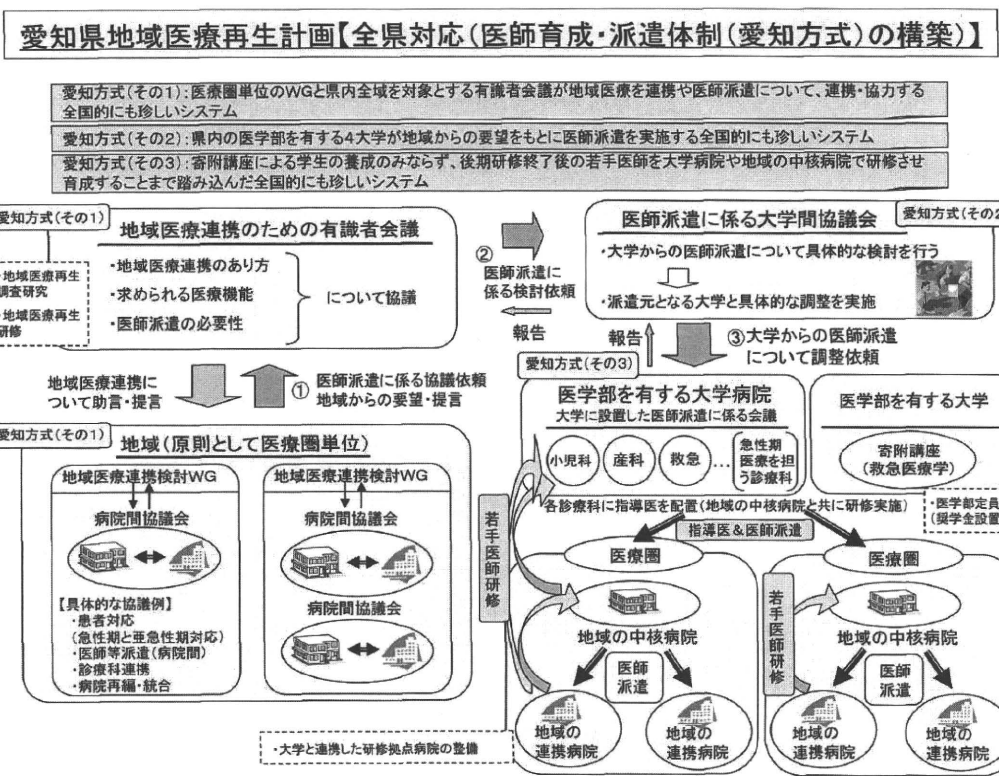
A. 全県対応事業

愛知県・三重県・高知県

B. 医療圏事業

茨城筑西 下妻医療圏・栃木県 県南医療圏・岐阜県 飛騨医療圏

A-1. 愛知県医師確保事業



愛知県は県内に4つの医学部を抱えており、不足医師の確保というよりも、如何に医師の育成と派遣において協調するかという枠組みになっている。

愛知方式の特徴として、

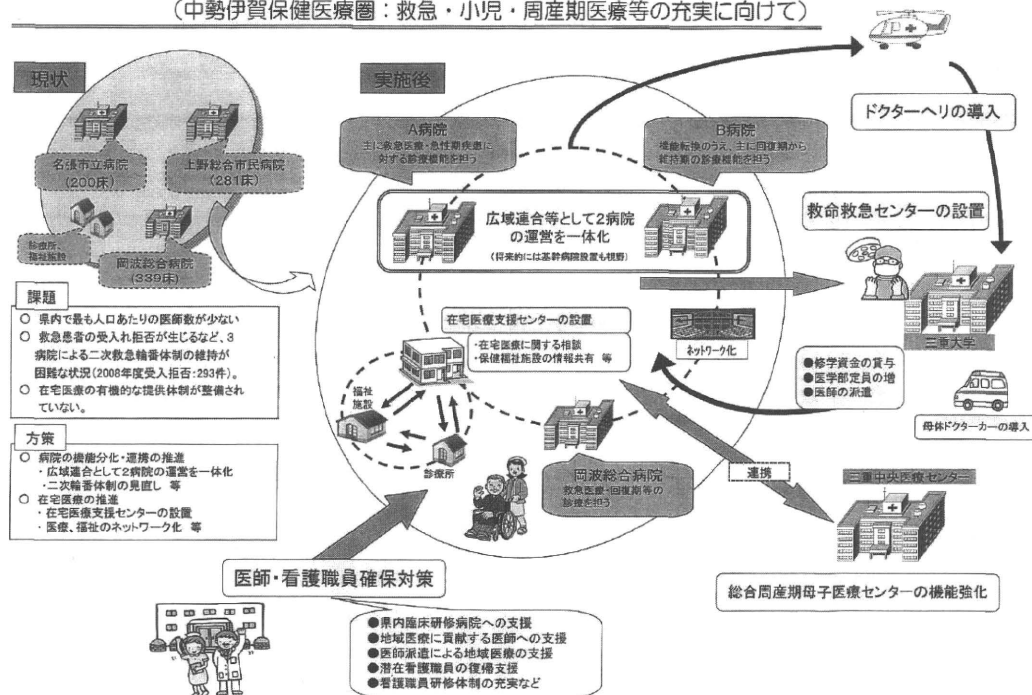
1. 医療圏単位でのワーキンググループの構築と県内全域を対象とする有識者会議が地域医療を連携や医師派遣に関して、協議・協力する。
2. 県内の医学部を有する4大学が地域からの要望を基に医師派遣を実施する。
3. 寄付講座による学生の養成だけではなく、後期研修終了後の若手医師を大学病院や地域の中核病院で研修・育成することをまで踏み込む。

医師の派遣に関わるステイクホルダーは、大学病院、地域の中核病院、地域の連携病院であるが、医療圏単位での医師の派遣に関しては、病院間協議会と地域医療連携検討ワーキンググループで検討され、全県単位での医師の派遣に関しては、地域連携のための有識者会議にて調整が行われる。実際の医師派遣に関しては、医師派遣に関する大学間協議会で4大学の調整が行われ、実際の医師派遣に関しては各大学の医師派遣に係わる会議で決定される。

A-2. 三重県医師確保事業

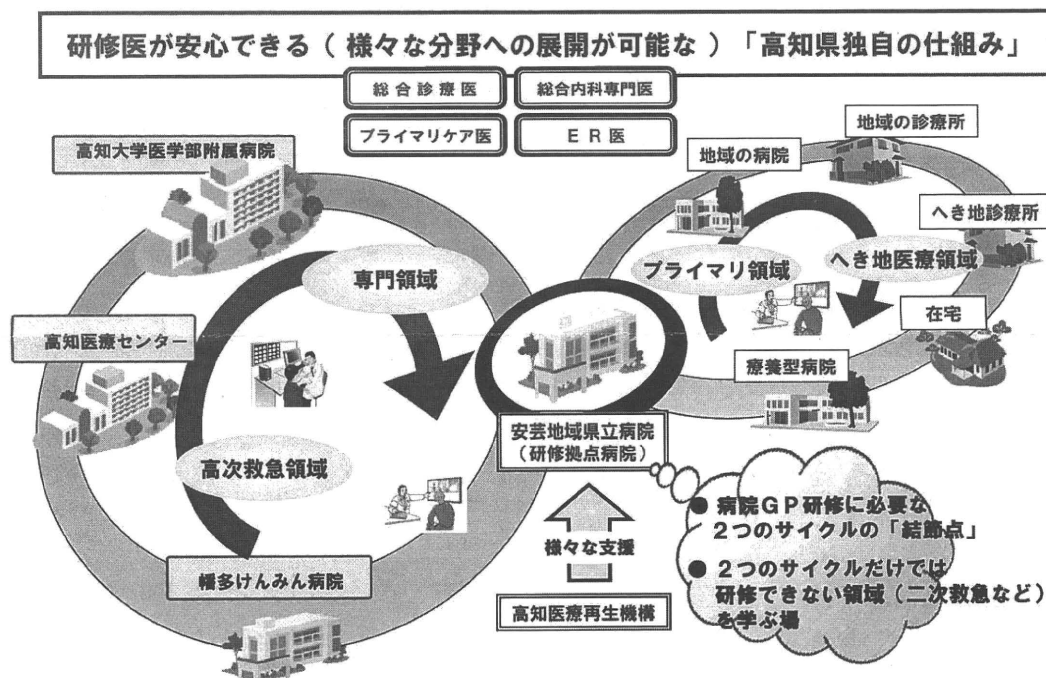
伊賀地域における地域医療体制の再構築

(中勢伊賀保健医療圏：救急・小児・周産期医療等の充実に向けて)



三重県は医師の絶対数が少なく、特に伊賀や紀勢などの山間部で医師数が不足している。そこで、三重県では、医師の絶対数の確保のために、医師の地域定着の促進のための奨学金制度改革、並びに研修病院の充実のために、MMC 卒後臨床研修センターの拡充を行っている。三重大学から如何にスムーズに医師の派遣を行うか、医師の労働環境を整備するかに焦点が置かれている。

■ 高知県の「病院GP養成」の仕組み（若手医師が集まる仕組み）



高知県では、高知県の医師確保の中核となる組織として、「高知医療再生機構（仮称）」を設立し、高知県・高知大学医学部・高知医療センターが参加し、取り纏めを行う。高知県では、若手臨床医が集まる仕組みとして「高知県独自の仕組み」を構築する予定である。

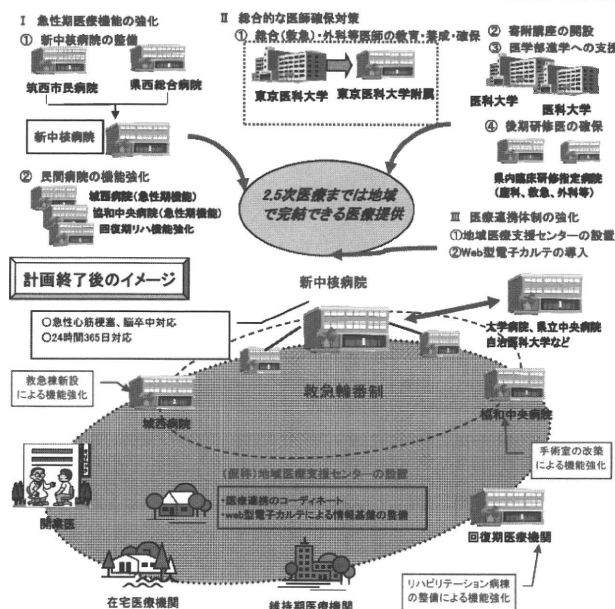
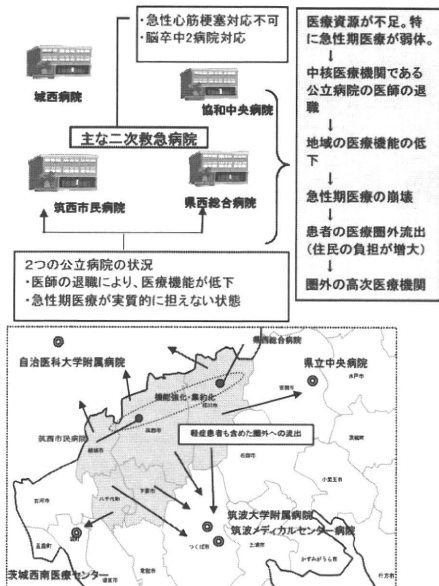
GPへの研修として、専門領域での研修を含んだ高次救急領域での研修と僻地医療やプライマリケア領域の研修の二つのサイクルに分け、その結節点として県立病院を位置づけている。この県立病院に高知医療再生機構が様々な支援を行うことで、GPのキャリアプラン構築を行い、研修医にとって魅力的な環境を構築する。

B-1. 茨城県 筑西・下妻医療圏

茨城県地域医療再生計画（筑西・下妻保健医療圏：急性期医療機能の整備や医師確保対策を軸とした地域医療の再構築）

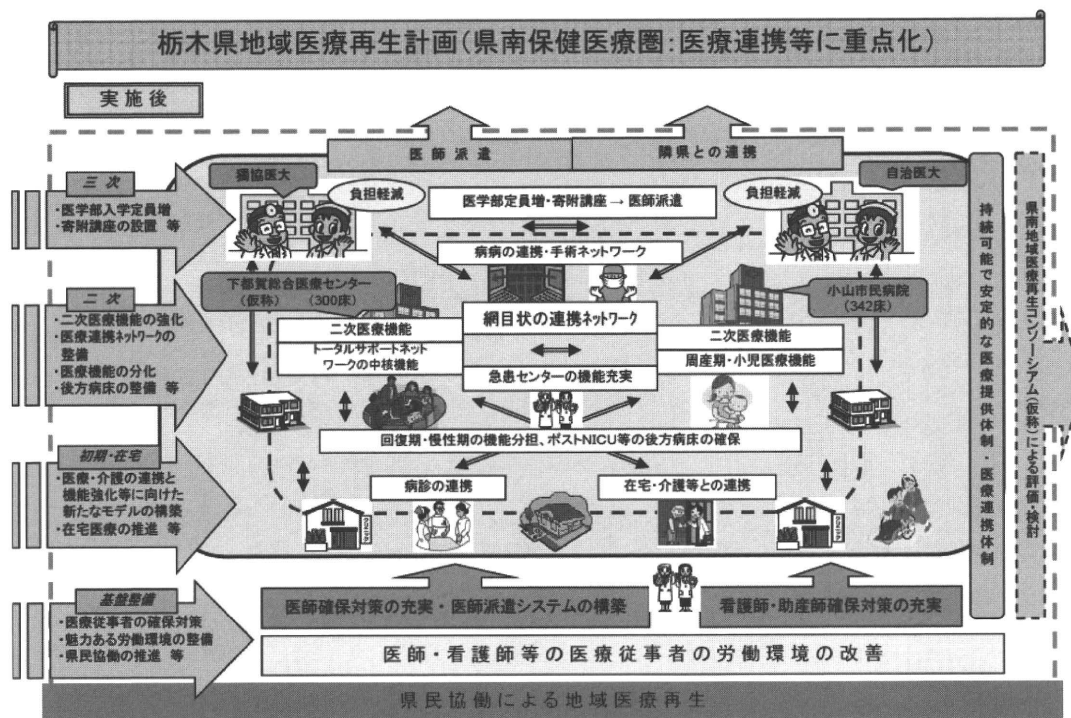
【現状等】
 ○心疾患及び脳血管疾患の死亡率が全国平均を大きく上回っており、県内9保健医療圏の中でもワースト1位となっている。
 ○医療資源が不足、特に緊急を要する急性心筋梗塞に対応できる病院がなく、脳卒中への対応も不十分。
 ○医師不足等により、公立病院2病院が廃弊し、事実上、急性期医療が担えていない。

【主な解決策】
 ○公立病院の集約化により、管制塔機能を持った「新中核病院」を整備するとともに、民間病院の機能強化と役割分担を進め、2.5次医療までに対応できる医療体制を構築する。
 ○また、当該地域を含めた医師不足地域の医師確保を図るため、大学及びその関連病院と連携した医師の教育・養成・確保体制の強化や医学部への新たな地域枠の設置等総合的な医師確保対策を推進する。
 ○さらに、地域医療支援センターの設置やWeb型電子カルテの整備を通して、医療連携を推進し



茨城県 筑西・下妻医療圏では、急性期医療機能の整備や医師確保を軸とした地域医療の再構築を図っている。茨城県の医学部は、筑波大学であるが、本事業においては、自治医科大学、東京医科大学、東京医科歯科大学、日本医科大学などの各大学と協力し、医師確保策を検討している。その方法としては、本事業を財源として、各大学医学部に寄付講座・地域枠を設置し、各大学からの医師確保を狙っている。基本的には、特定の大学医学部を特定の中核病院に結びつける方策である。

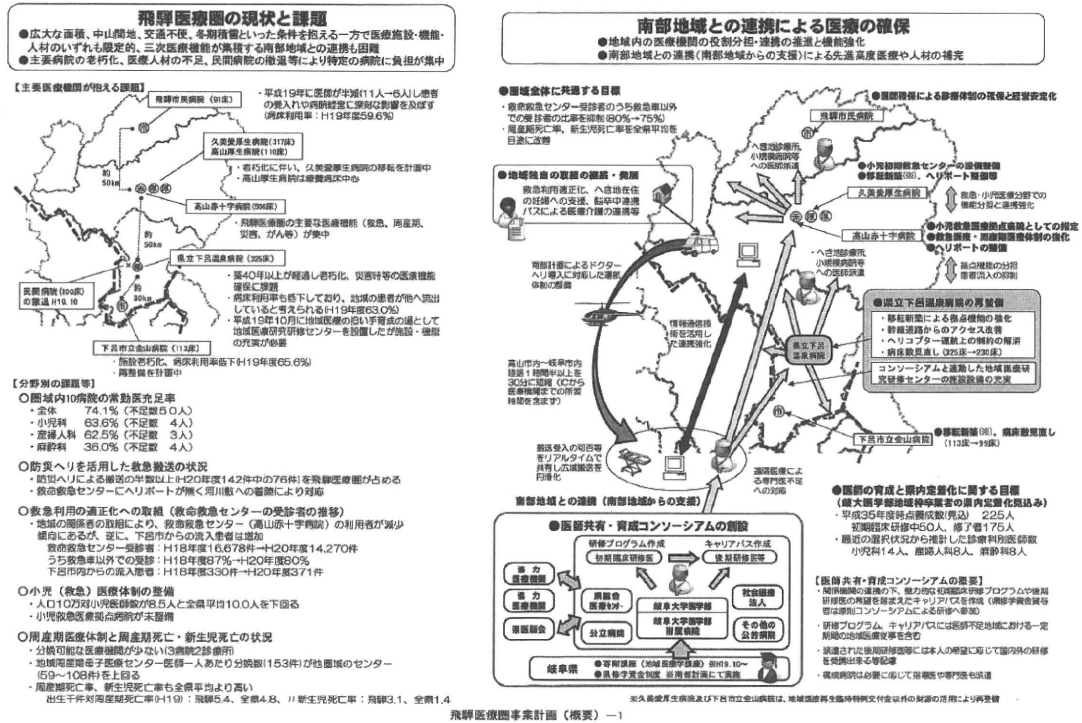
B-2. 栃木県 県南医療圏



栃木県県南医療圏でも医師不足が深刻になっており、医療連携を基盤にした医師確保策が取られている。栃木県には、自治医科大学と獨協医大の2医学部があるが、両医学部の卒業生をいかに県南医療圏で確保するかが主要ターゲットとなっている。医師確保のための方策としては、労働環境の整備や入学定員増、寄付講座の設置に加えて、連携ネットワークを構築することで、手術ネットワークの構築を目指している。医療機能の分化を進めた上で、医師のやりとりを行うシステムの構築を目指している。

B-3. 岐阜県 飛騨医療圏

岐阜県「飛騨医療圏・地域医療再生計画」の全体像



岐阜県飛騨医療圏も深刻な医師不足に悩まされており、域内10病院の常勤医充足率は、74.1%となっている。そこで、医師の育成確保と目標として、医師共有・育成コンソーシアムによる魅力的な研修プログラムの提供やキャリア形成支援を通じ、より多くの医師を育成し、県内への定着を促進する。医師共有・育成コンソーシアムは、岐阜大学医学部、同付属病院と研修医が多く集まる公的病院等が、効果的な初期研修の実施と後期研修医等を育成するコンソーシアムとなる。県内の初期臨床研修医の増加、後期研修医の医師不足地域への派遣を岐阜大学医学部が事務局となり実施する。

4. 考察・結論

事業としては西日本で医師確保事業が多く見られたが、その事業は比較的単純な構造である。ここで取り上げた事業は、複数の利害関係者が関与している事例を取り上げたが、複数の参与がある場合でも、茨城のケースは、大学と病院が一対一対応であるため、構造はより単純である。愛知県や栃木県のように複数の大学医学部から、調整を行いながらどのように医師確保を行っていくか、コンソーシアムや協議会をどのように運用していくかが、事業の成否に大きく影響すると考えられる。大学同士の連携やガバナンスの異なる病院間での医師ネットワーク化が今後重要になると考えられる。これらの事業の経過をより詳細に分析することで成功のためのモデルケースを作成することが必要である。

政策課題と決定プロセス

本稿では、これまで医師需給について行われた議論をレビューし、本研究班が当面明らかにすべき課題を論点とともに提示する。

1. 医師の特性と医師需給の必要性

医師を代表とする医療関係職種は、社会機能維持のために重要な役割を有すること、その養成に長期間と多くの公費を必要とすることから、一種の公共財とみなされ、供給に関して一定の政策的な制限を受けることが当然視されてきており、このような制限は多くの先進諸国においても認められる。

医師のキャリアの特徴としては、①医師の養成には時間がかかる、②いったん養成した医師の転職は困難である、③日本の場合には医師の輸入に比較して輸出は困難である、④医師の養成には公費が投入される、ことが挙げられる。また、医師免許の性格からは、①生涯有効である（臨床資格について一定期間の後更新を必要とする制度が内閣府規制改革・民間開放推進会議で、検討されたが実現しなかった）、②教育内容に関わらず診療科標榜は自由である、③居住・開業の自由がほぼ保障されている、ことが特徴として挙げられる。このような医師の供給を制限するために、大学定員の制限、新規開設の禁止が長らく取られてきた。

2. 医師の不足感

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中心となった。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年の委員会からである。2005年に設置された委員会の報告書では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。最近になり、これら3診療科に限らず多くの診療科において医師不足が指摘され、「医療崩壊」として社会的にも注目されている。医師の需給を厳密に定義することは困難であるため、これは医師の不足感として理解することが適切であろう。

医師の不足感の背景、理由としては、

① 絶対数としての不足

- 医療需要の増大：高齢化に伴う患者数増加、医療内容の高度化・複雑化に伴い患者あたり医療サービス量が増加する。
- 諸外国との比較、特に OECD 諸国に比較して人口当たり医師数が少ない。我が国の医師数は 28 万 6699 人（男 81.9%、女 18.1%）であり、2006 年調査より 8772 人、3.2%増加している（人口 10 万当たり 224.5 人で 7.0 人増加）である。2008 年の OECD 諸国の平均値 302.1 人/人口 10 万人より少ない。OECD 平均値までには約 11 万人不足している。

② 診療科の偏在

- 麻酔科、産科、小児科など特定の診療科で不足感が強い。診療科により不足感の理由は異なる。
- 麻酔科においては、一定以上の手術件数を有する病院では、日本医療機能評価機構の評価項目により常勤麻酔科医の配置が要求されること、一部地域では麻酔科医師の医師グループ化が進行し、常勤医を得ることが困難になっていることなどが理由として挙げられる。
- 小児科では医師数は増加、産科では医師数は減少傾向にある。小児人口、分娩数はともに減少傾向にある。おそらく病院の集約過程において、近隣での診療が困難となったことが、不足感の大きな理由となっていると考えられる。

③ 地域の偏在

- 広域マッチングなどにより、出身校の地域を越えた転職が容易になっている。北海道などから首都圏への医師の流入などが認められる。

④ 臨床研修必須化で起きる一時的現象

- 一時的に大学からの医師の供給が減少する。

⑤ 病院の集約過程で起きる一時的現象

- 集約が不十分な状況で、一部の病院に患者が集中して生じる。

⑥ 病院から診療所への移動による病院医師の不足

- 病院における長時間勤務、医療訴訟のリスクなどが敬遠されている。また、コン

サルテーション業、開業支援の発達により診療所開設が容易になっている。

⑦ 女性医師割合の増加

- 女性医師では、男性医師に比較して子育て等のため生涯生産性が低い可能性がある。これは保育所の完備などの外的状況を整えることにより、一定程度回避可能である。

⑧ 労働関連法規の厳格な適応

- ・ 人口の高齢化による需要の増大
 - 将来予測： 年齢階級別 手術数、有病率 x 人口構成予測
 - 患者の重傷度、複雑性の増加
- ・ その他の要因による需要の増大

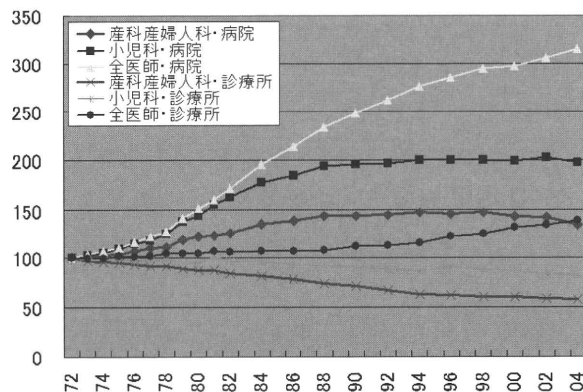


図1 1972年=100としたときの標榜医師数の推移
医師・歯科医師・薬剤師調査より作成

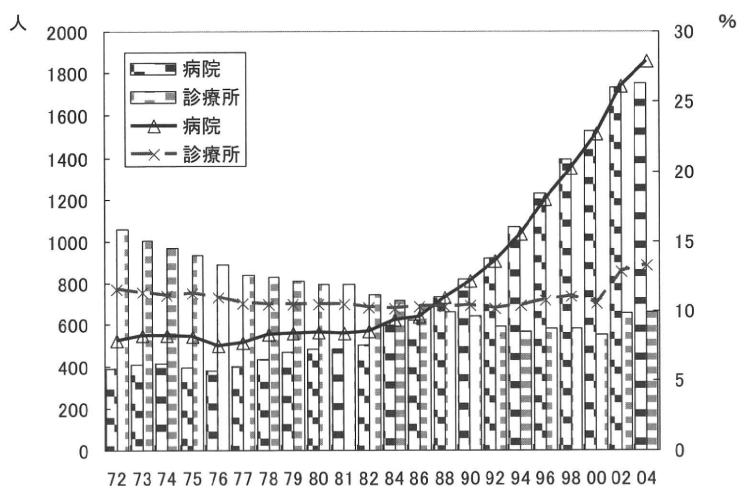


図2 女性産科・産婦人科標榜医師の実数と割合の変化
医師・歯科医師・薬剤師調査より作成

3. 検討すべき事項

上記を鑑みて、本研究班で検討すべき事項としては以下のものがある。

1) 医師供給の増加をいかにはかるか

- ・ 医学部定員の増加／大学定員の届出制への移行：これまでの方針を変更し、医学部の新設を認める。医学部定員を許可制ではなく大学の判断で増減できるように届出制とする。
- ・ メディカルスクール設置：米国など、高等教育は短期間・集中型に移行しており、より短期間で医師の養成が可能な4年生のメディカルスクールの設置を行う。
- ・ 学士入学の拡大：一部医科大学で導入されている学士入学の拡大を行う。4年間で医師の養成が加納である。
- ・ 外国人医師の導入：現在では、①指導医のものとして短期修練、②歴史的な経緯によりごく少数のみ認められ、同国人の診療のみが可能である、③過疎地を除いては在留資格に定めがある、など外国人が日本で継続的に診療を行うための条件が整備されていない。これらの条件の緩和とその効果について検討する。

論点としては、医師の養成を行うには学部教育のみでは不十分であり、10年程度の期間が必要である。現在の医師不足感の解消には役立たないのみならず、大学病院における教育負担を短期的には招来し、一般病院から大学病院への医師の引き上げなどの弊害を生じる可能性がある。また、10年後の医療需要を正しく推計することは困難である。これらについても合わせて検討される必要がある。

2) 地域偏在／診療科偏在の是正をいかに行うか

- ・ 地域限定免許／診療科限定免許（実際には研修定員の制限による）：前期・後期研修の診療科、地域別の定員を設定することにより地域偏在、診療科偏在の改善を図る。豪州では、臨床研修、専門医取得までの臨床期間の一定割合（25%程度）について僻地勤務を義務付けている。
- ・ 診療科開業に定員制導入（ドイツの例）：医療崩壊の原因の1つが、病院での診療をきらい開業することにある。ドイツでは開業医に対して、定年制、地域定員制を導入している。地域に欠員が生じた場合には一般に公募を行い、地域の委員会が後継医師の選任を行い、世襲は認められていない。開業に定員制を導入することにより病院医師の不足感の解消を図ろうとするものである。

論点としては、豪州、ドイツでは医学教育は基本的に公費により行われており、医学部進学に際しては、上記の条件を受け入れているとみなされているのに対して、日本では、私学など自己負担により医学教育を受けるものが多数存在し、診療科選択、居住地選択の制限を実質的に事後的に課すことが許されるかどうか十分に議論されていない。

3) 医師の生産性の増大をいかにはかるか

- ・ 女性医師の復職支援プログラム：医療は変化のスピードが速いため、出産・育児などで一旦職場を離れると復職は困難である。復職支援のための教育プログラム、短時間正規雇用の制度、24時間・病児保育の整備などを図る。
- ・ 職種による役割分担の見直し：現行の業務内容を見直し、医師以外の職種でも実行可能な業務を洗い出し、メディカルクラークなどによる代行の促進を図る。
- ・ ナースプラクティショナー等の導入：医師の業務の一部を代行できる職種を導入する。アメリカ合衆国ではPA (Physician Assistant)、NP (Nurse Practitioner)の制度があり、フランス、オランダの看護師の業務もこれと類似した部分がある。PAは外科系医師の助手、医師の監督下に一定の医療行為を行うことができる。また、NPは主にプライマリーケアを担当し、生活習慣病の改善や予防が業務の中心となる。患者の臨床症状を判断し、症状緩和のための薬剤の投与、処置を実施できる。いずれも現在の我が国の看護業務を超えた内容であるが、看護業務の拡大と考えるか、あるいはまったく別の新規職種として考えるかを含めて、検討される必要がある。

論点、女性医師の復職支援プログラム、メディカルクラークについてはすでに一部導入されている。効果についての検証作業が必要である。ナースプラクティショナーなど新職種については、いまだ検討されていない。

4) 質の確保

- ・ 医師免許（臨床資格）の更新制度：医師の能力維持をどのように図るかは、主として学会の活動、医師の自主的な活動に依存しており、制度化されていない。各団体などの取り組み（学会参加など）の活用を図りながら、医師の能力を精度として保証する仕組みが検討されることが望ましい。
- ・ 診療報酬上の評価等：麻酔科など、一部で専門医による診療が評価されている。しかし、医師の技術評価は一般に困難であることから、処置などの保険点数で難

易度、医療資源の使用量を反映させる形を取らざるを得ない状況にある。意思の需給を検討するに当たっては、数のみでなく、いかに質を確保するかも合わせて検討される必要がある。

5) その他

- ・ 医療ツーリズム
- ・ 医療関連職種の国境を越えた移動

国境をこえた人の移動が容易になるに連れて、患者、医療スタッフ双方の移動が無視できなくなる。一部の国では医療ツーリズムを国の産業振興の方策として位置づけている。しかし、そのためには、各国語の通訳のみならず文化・生活様式を理解、JCIなど国際的な医療の質保障の仕組みの導入、患者送り出し国の保険会社などとの契約、日本の病院の貧弱なアメニティーの改善など検討すべき課題も多い。また、FTAなどにともない、看護師、介護士の導入がインドネシア、フィリピンから試みられているが、言語、生活様式、医療制度の相違が大きく、日本での資格取得率、定着率は低い。効率的な教育プログラムの開発、支援体制の整備について検討が必要である。

