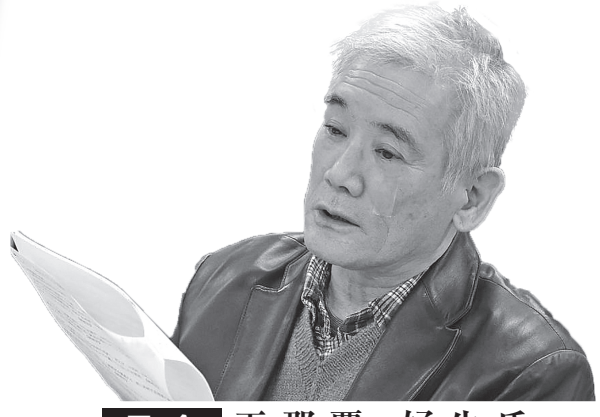
2017年
新春座談会

「医師偏在」を考える
～偏在是正の方策を探る～

宮﨑　三弘氏
土浦市・宮﨑クリニック院長
茨城県保険医協会　会長

吉野　淨氏
地域医療振興協会　石岡第一病院 院長

萩原　敏之氏
地域医療振興協会　石岡第一病院 歯科口腔外科
茨城県保険医協会　理事



司会　玉那覇　好生氏
つくば市・南大通りクリニック院長
茨城県保険医協会　理事

茨城保険医新聞2017年新春座談会は、「医師偏在問題」の解消をテーマに語り合いました。

玉那覇（司会）　新年あけましておめでとうございます。2017年の年頭にあたり、「医師偏在」を考えると題し、新春座談会を行います。

まず初めに、医師・歯科医師数の年次推移に注目したいと思います。約30年前と現在を比較した時、両者とも徐々に増加し、医師は約14.3万人、歯科医師は4.5万人増えています。しかし、現在の人口10万対医師数を都道府県別にみると、医師数は「西高東低」の状況にあると思いますが、まず、この点についていかがお考えでしょうか。

都道府県別・茨城県内各地域別でみる医師・歯科医師数の状況

宮﨑　かつては、医学部のある大学は西の方が多かったと言われていました。四国4県は人口約400万人で、医学部のある大学が4つあります。茨城県は人口約300万人ですが、医学部のある大学は1つしかない。四国は100万人当たり1校ですが、茨城県は300万人当たり1校です。関東は、全般的に人口比でいうと医学部数は少ないと思います。

問題点は、全体として医師数は増えていますが、「地域」や「科」によって医師数に差が出ているということです。それから、医師は医業に付随する仕事が以前に比べると、とても増えたように思います。

吉野　東西で比較した場合、西の方は医療従事者が充実しているように思います。

診療科でみた場合、産婦人科は本当になり手がいないと思います。責任の重さや重労働、事故のリスクなど、世の中がそうさせたところもあります。診療ではインフォームドコンセントが必須となり、患者さん一人一人に対する時間がかかりますが、それでいて給与面では差がないという側面もあります。今、分娩は各地域で行うのではなく、集約しグループで対応する形をとらないと産婦人科自体が成り立たなくなるのではないかと思っています。

玉那覇　一方、歯科医師数の状況はどうでしょうか。医師数のように西高東低の状況はみられないようですが。

萩原　歯科の場合は医科と状況は異なります。全国レベルでみれば、歯科医師数が突出しているのは歯学部のある県だけに偏る特性があります。29大学ありますが、東京・大阪・福岡に集中しています。それ以外ですと歯学部のある徳島や新潟など、人口が希薄な地域にもかかわらず、歯科医師数が多いという状況です。

玉那覇　次に茨城県内の医師・歯科医師数の状況ですが、県内の各医療圏における人口10万対医師数・歯科医師数をみると、歯科の場合大きな偏在はないのですが、医科はつくば医療圏が突出して医師数が多いという状況にあります。筑波大の影響が大きいのでしょうか。

萩原　歯科の場合、厚労省の政策の中でうまくいった点の一つは偏在がないことです。歯科医師過剰といわれる時代があって、鮭の母川回帰ではないのですが、ほとんどの歯科医師は地元に戻る。我々の世代でも卒後5～6年で地元に戻って、そこで開業するというパターンがほとんどでした。

例え話ですが、もしも歯学部が存在せず、医学部の中に科の一つとして歯科が存在していたら、偏在が起こっていたと思います。歯科は経済に左右されやすい科であり、景気の良い時・悪い時で収入が違います。都会に集中しやすい科の一つですが、都会に集中せず、まんべんなく各地域に歯科医師がいるというのは、歯科医師過剰といわれる時代があったからです。歯科医師にとっては酷ですが、国民にとっては良かったのではないかと思います。

宮﨑　医科の場合ですが、つくばに医師数が多いのは、筑波大学の影響もあると思います。それから、規模の大きな病院が比較的多いことが特徴です。また、新規開業も多く、県外出身者も少なくありません。色々な形で情報が集まっている地域で、大学を中心にネットワークができているということもあります。

逆に、県北・鹿行・県西の各地区は医師数が少ない。県をはじめ医師会も力を入れて医師数を増やそうとしています。

吉野先生は地域医療を支援される立場でご活躍されているわけですが、どうして医師が地方に行きたがらないのか、給与を上げることで本当に医師が地方に根付くのか疑問に思う所があるのですが、その点いかがでしょうか？

（5面につづく）

（4面からのつづき）

図1. 都道府県別にみた人口 10 万対医師数
（平成 26 年　医師・歯科医師・薬剤師調査の概況より）

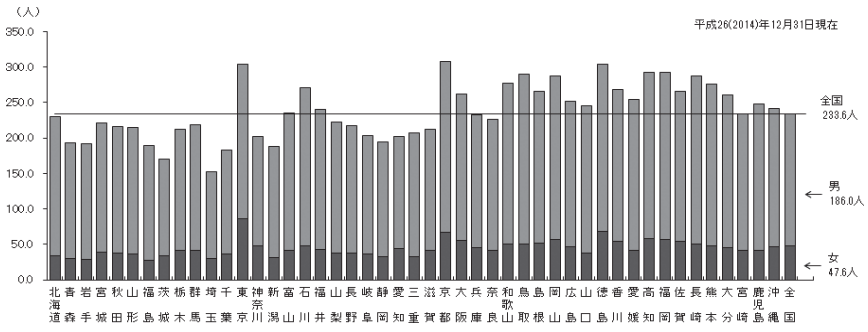


図 2. 都道府県別にみた人口 10 万対歯科医師数
（平成 26 年　医師・歯科医師・薬剤師調査の概況より）

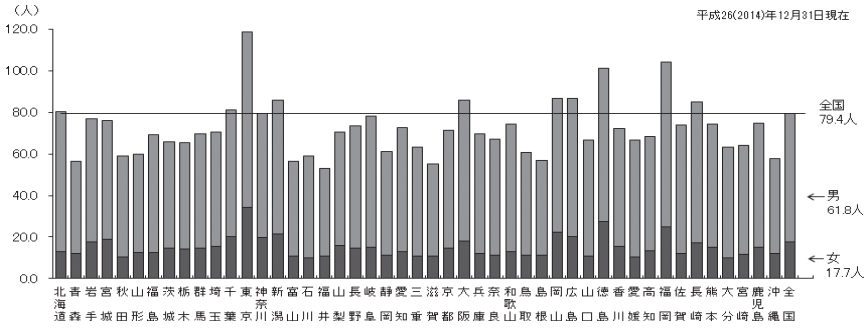
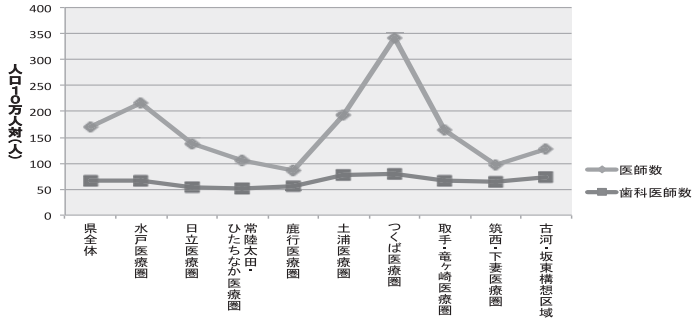


図 3. 茨城県内各地域における人口 10 万対医師・歯科医師数
（茨城県地域医療構想素案より）



どうして地方に行きたがらないのか？
――魅力ある環境とは――

吉野　医師に限ったことではありませんが「東京に行きたい」という傾向があると思います。実際のところ医師も東京に集まっていますが、東京では医師の給与相場が下がってきています。給与が下がっても東京にいるということは、地方で給与相場が上がったら来てもらえるかというと、そのようなことでもないと思います。

昔、北海道は東京の3～4倍の給与でも医師数は増えなかった。お金は大事かもしれませんが、それだけではなく教育・娯楽など働く地域に求める要素はたくさんあるのでしょうね。それは何十年も前から言われていることです。

茨城県の状況を見た時、水戸・土浦・つくば以外のところはなかなか医師が定着しません。来てもらえても医師数自体が少ないので、一人当たりの仕事量が多く疲弊し、魅力ある仕事や環境が提供できません。その後、来てもらえなくなるという悪循環に陥っている。なるべくこちらの知識を提供したり、色々したいとは思いますが、実際問題としてそのようにはなっていません。何人も研修医の先生方が来るのですが、なかなか仲間にできないのが残念です。

萩原　若い歯科医師は今、つくばなど便利なところで開業します。無歯科医地区には開業しません。それはいくらか収入が減っても、自身の生活を考えれば都市部の方が良いと思うからです。

玉那覇　医師の数を増やしたとしても都会へ集中してしまうということですから、絶対数だけでは解決しない問題です。偏在に歯止めをかけ、問題を解消させるためにはどのようなことが必要になっていくのでしょうか。

宮﨑　地域偏在解消のために重要なことは、地域医療に従事する医師へのサポート強化だと思います。社会が医師に求める形は昔と変わってきたような気がします。昔は内科系であれば、小児科や耳鼻科を診たり色々なことをやっていましたが、今は専門医志向というか、一人一人が非常に狭い範囲を診ていますから、その範囲からはずれた時のバックアップが必要だと思います。後方支援病院や指導をするスタッフが充実しているかどうかは、非常に重要なことだと思います。

吉野　国民は自分たちの近隣に全ての診療科が揃っていることを希望します。しかし専門医に診てもらう疾患は限られているので、そのスクリーニングができる総合医がいることが重要ではないでしょうか。総合医のスキルをうまく養っていかないと、いくら専門医ばかり増やしても、全体の偏在解消や病院医師の充足には至らないでしょうね。

玉那覇　ヨーロッパでは多くの症例を経験した人、本当に限られた人達が専門医で効率的に症例も集めているようです。

宮﨑　今の専門医の問題は、幅広い基本的なコモンディジーズの臨床経験を過小評価しているところではないでしょうか。

吉野　そうですね。アメリカでは専門医でも全ての疾患を診ることができます。ベースに総合医がないと、その上にいくことはできないシステムです。日本でも初期研修は各科をローテイトしますが、２年間で幅広く各科の知識を身に付けるということは難しいのではないでしょうか。

玉那覇　私が勤務したところでも、東京から来ている外科の先生がいました。その先生は手術はするけれども術前・術後管理をこちらにまかせてくる。それで本当に力量が高まるのかなと思います。

宮﨑　吉野先生、地域住民の福祉増進のため医師を確保するということで、自治医科大学が1972年に設立されたわけですが、当初の目的は十分発揮されたという状況になっているのでしょうか。

吉野　私は自治医科大学の一期生ですが、“へき地に医師を”ということで始まって、卒後9年間という出身都道府県における義務年限があり、皆、義務をきちっと果たしています。それなりの地位を得て、進んでこられたのではないかと思います。

各県の状況に目を向けますと、中小病院の勤務医が極端に少ないという問題があり、へき地の診療所まで医師がまわりません。義務年限を終えるとどうなるかといいますと、へき地の診療所や中小病院に留まる医師もいますし、都会に出てくる医師もいます。

私は自治医科大学の卒業生が中心となり設立された、地域医療振興協会におります。主要な目的はへき地医療の充実ですが、へき地といっても魅力のあるところ、沖縄の離島や雪国の診療所などは結構人気が高いのです。“いかに魅力ある職場なのか”が重要だと思っています。

当協会に入職し、初期・後期研修を終えてスタッフとして残り中核病院で核となっている人達は、割合としては2割もおりません。若い人達は、さまざまな世界を経験したい、色々なところで働きたいと思っています。他に行ってもまた戻ってきてもらえるような魅力ある職場だったらいいのですが、医師が少ないので、新しく入職してくるとどうしても労働力として見てしまい、仕事に疲れて戻ってこないという形になりがちです。

医師不足・偏在という問題は、結局のところ8～9割は中核病院で起きていることではないかと思います。大病院では医師不足という問題はあまりないのではないでしょうか。

偏在解消は“規制”か
“インセンティブ”か

玉那覇　医師偏在の解決策として、「規制」や「インセンティブ」がキーワードとしてあげられます。義務的に配置されると勤務意欲が損なわれるといった意見や、過疎地やへき地での診療は給与面で差をつけ、勤務年限を短期間にすると良いのではという意見もありますが、先生方はどうお考えでしょうか。

宮﨑　偏在が進んだ原因の一つは新医師臨床研修制度です。かつては、医局・大学が人事権を持ち、地方の病院に人を割り振っていた。それが、研修医は研修先の病院を自分で選ぶことができるようになり、大学自体が医師不足となり、地方の中核病院から医師の総引き上げが起こりました。

ある意味、医局制というのは規制かもしれませんが、格差を是正する役割を果たしていたと思います。ただ、国が大々的に規制をするということになると、それが受け入れられるかどうか大きな問題になると思います。

玉那覇　医師偏在対策では、昨年、日本医師会が医学部長病院長会議と共同で緊急提言を発表しています。その中には、「医師不足地域での診療経験を医療機関の管理者要件とする」といった規制的手法を用いた偏在対策も提案されているところです。骨太方針2016でも、「実効性のある地域偏在・診療科偏在対策を検討する」と書かれています。

吉野　難しいでしょうね。地域・診療科ともに規制するということは地域偏在対策としては理想ですが、うまくはいかないのではないでしょうか。

萩原　現実的には税制や保険点数での加算などが考えられますがそれも難しいでしょうね。

吉野　今、何かしらの対策を立てなければならないというのであれば、規制にはなりますが計画配置があげられると思います。ある期間はそ

（6面へつづく）

（5面からのつづき）
こで診療を行ってもらうということが偏在には役立つと思います。ただし、実効性は難しい。

インセンティブは与えればある程度効果をもたらすかもしれませんが、それが定着につながるかというと疑問です。定着したらずっとインセンティブを与えるわけにはいきません。短期的には偏在解消の一環につながると思いますが。

保険医協会として サポートできる点を考える

玉那覇　実際に県内でも過疎地で頑張られている先生方がいます。そのような先生方に保険医協会として何かサポートできることはないでしょうか。

宮﨑　現在既にとられている支援策ですが、筑波大学では地域医療再生プランとして、医師不足地域の体制整備のため、県や医師会、JAなどと連携して、各地域に地域医療教育センターなどを設けています。例えば、神栖では神栖済生会病院を拠点とし、総合診療科で週4日の診療を行っています。また、医学生がその地域を知るためのさまざまな実習を行っています。

問題点としては、県内の中で割り振りをおこなっているので、医師の絶対数を増やすということには結びついていないように思います。県が中心となって、具体的には、東京にいる若い医師を県内に呼び込めるような方法を考えてもらいたいと思います。

県としては、鹿行地区の神栖済生会病院と鹿島労災病院の統合に関して積極的に動いてきているところがあるので、首都圏の若い医師・中堅クラスの医師が暮らしやすいような生活環境・教育環境をPRする必要があると思います。

吉野　保険医協会が過疎地域で頑張っている開業医の先生にどのようなお手伝いができるかということですが、とても難しい問題ですね。割と若い世代で診療所の先生方が一番求めるのは、1～2週間の休暇（代診）などでしょうか。

宮﨑　保険医協会として人材を派遣するというのは難しいと思います。地方の先生方に情報をお届けする、あるいは色々な研究会を近隣で開催する。診療報酬に関する研究会なども含めて充実させ、先生方の不安や苦労を支援できればと思っています。鹿行で行った個別指導の勉強会は多くの先生方にお集まりいただきましたし、ニーズをうまく捉えて提供できれば良いのかなと思います。

玉那覇　保険医協会ができるところではコモンディジーズ研究会などもあります。当たり前の疾患を当たり前に治療・診断できることはとても大事で、それだけでも不安は解消できると思います。

その他、いかがでしょうか。

萩原　地域包括ケアシステムですが、地域ごとに違いがあります。県北は県北なりの地域包括システムがあって、具体的には、常陸太田市では過疎地域で大森英俊先生が頑張っておられます。「頑張っている先生を疲弊させないための地域包括ケアシステムをどのように作るべきか」を本気で考えなければいけないと思います。そこに直接、保険医協会は口出しはできませんが、いろいろなシステムに関する情報を集めて提供する、そういうことがあっても良いのかなと思います。

宮﨑　地域包括ケアシステムの主体は行政ですが、民生委員や地区長などが集まり地域レベルでの見守り活動が展開されるわけですので、うまく多職種の方や地域の方々を巻き込んで進めていく必要があります。

萩原　「医者までいかなくても大丈夫な人」をどう支えるか、医師が何から何まで診るのではなく、地域で出来ることは地域で支える。医師に診てもらうのは本当に大変なところだけで、後の生活の支えは多職種連携で行い、医師が疲弊しないシステムをつくる。今できることはこのことではないかと思います。

歯科医師は割と偏在なく、各地域にまんべんなくいます。在宅医療を行う歯科医師もいますし、患者さんがいつもと様子が違うかどうかをみることはできるので、医師の疲弊解消に協力できる部分はあります。

玉那覇　岩手県の沢内村（現西和賀町）では、過去、貧困と疾病の悪循環を断ち切るため保健師を採用し本格的な保健活動をはじめたり、村に健康管理課を設置し、保健・医療に関して沢内方式の予防活動を展開し、地域包括医療システム化を図りました。

「今の村の状況をどのように変えていくか」を考え現場主導で成功したわけです。保険医協会もそのような部分で、有益な情報提供を各方面にできればよいのかなと考えます。

宮﨑　頑張ってらっしゃる先生が疲弊しないよう、出来ることはしていきたいと思います。

吉野　その他大切なことは、今の時代、いかにして病気にならないか。予防することで疾病を防げれば、医師の疲弊も防げると思います。そういう意味でも予防を啓蒙していくということはとても大事です。この点についても、医師以外のコメディカルや保険医協会が関わっていく可能性は十分あると思います。

玉那覇　本日は医師の偏在解消に向けて、さまざまな視点から議論することが出来ました。ありがとうございました。