

政府・厚労省が「医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保する」という

「医師確保計画」

でも、それ本当は、「医師数抑制計画」なんじゃないですか？

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}(\ast 1)}{\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比}(\ast 2)}$$

$$(\ast 1) \text{ 標準化医師数} = \sum \frac{\text{性年齢階級別労働時間}}{\text{全医師の平均労働時間}} \times \text{性年齢階級別医師数}$$

$$(\ast 2) \text{ 地域医の標準化受療率比} = \frac{\text{地域の期待受療率}(\ast 3)}{\text{全国の期待受療率}}$$

$$(\ast 3) \text{ 地域の期待受療率} = \sum (\text{全国の年齢階級別調整受療率}(\ast 4) \times \text{地域の人口})$$

政府は、「地域間の医師偏在の解消等を通じ、地域における医療提供体制を確保する」として、昨年、医療法と医師法を「改正」。この「改正」法の施行により、今年度、都道府県で、新たに「医師確保計画」が策定されようとしています。

この計画では、「医師偏在指標」^{※1}という“新たな指標”を用い、都道府県や地域ごとに、国が、「医師少数」や「医師多数」を指定します。そして、すべての地域で医師を増やすのではなく、分類に応じた医師確保の「方針」「目標」を掲げます。「医師少数」でない都道府県は「目標達成済み」と扱われ、地元卒など医学部定員の増設等は制限。「医師過剰」のレッテルが張られれば、「骨太方針2018」で閣議決定された「医学部定員減に向けた検討」の対象にされかねません。また、指標の計算に患者流出入が追加され、現実にある医師不足が、指標では“無い”とされる危険も。^{※2}

計画の医師確保の基本方針は、「少数区域の医師不足は多数区域からの医師の移動で埋める」です。「多数」だと医師の減少や医療の後退が心配され、「少数」でも確保は平均で頭打ち。しかも、医師の過労死水準の働き方はそのままです。「少数」のレッテルは、その地域の医師確保をいっそう困難にする可能性もあります。

また、外来偏在を理由にした「開業規制」も心配されます。結局、看板は「医師確保」ですが、実は、医師を極力増やさない「医師数抑制」こそ、この計画のねらいではないでしょうか。

※1 医師偏在指標とは、地域住民の性・年齢等の人口構成で変わる医療需要と、医療提供を担う医師の年齢や性別で異なる労働時間を、全国平均の受療率や、全医師の平均労働時間を基準に調整し、地域間の医師の多寡を客観的に比較・評価可能にした指標だとされ、以下の数式により算出される。

$$\text{医師偏在指標} = \frac{\text{標準化医師数}}{\frac{\text{地域の人口}}{10万} \times \text{地域の標準化受療率比}}$$

指標の計算式には、医師の労働時間や患者受療率が織り込まれるが、医師の長時間労働の是正や、住民の医療ニーズの充足度合を評価する視点や機能は、指標自体にはまったくない。

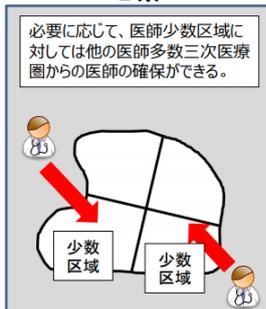
※2 「医師確保計画策定ガイドライン」において、地域の医療需要の計算に患者流出入を加味することが追加され、医師不足を背景とした患者流出も、見かけ上は区域内の需要減となるため、医師不足が存在しないかの値が算出されることに。指標が、医師不足を覆い隠し、医師不足を固定化する事につながりかねない。

都道府県(三次医療圏)の医師の多寡の状況による医師確保方針の違い

医師少数三次医療圏 A県



少数・多数以外三次医療圏 B県



医師多数三次医療圏 C県



医師確保計画策定ガイドライン「医師確保の方針」方針の基本的考え方：医師多数都道府県、医師多数区域において現時点以上の医師確保対策を行う方針が定められることがないよう、医療圏の状況に応じて医師確保の方針を定める必要がある。

国が指定する医師少数・多数都道府県

(三次医療圏別医師偏在指標(暫定)順位降順)

医師少数：47)岩手、46)新潟、45)青森、44)福島、43)埼玉、42)茨城、41)秋田、40)山形、39)静岡、38)長野、37)千葉、36)岐阜、35)群馬、34)三重、33)山口、32)宮崎

多数・少数以外：31)富山、30)山梨、29)栃木、28)北海道、27)愛知、26)鹿児島、25)福井、24)愛媛、23)神奈川、22)宮城、21)鳥根、20)大分、19)広島、18)奈良、17)兵庫

医師多数：16)滋賀、15)香川、14)熊本、13)佐賀、12)高知、11)鳥取、10)和歌山、9)長崎、8)徳島、7)石川、6)大阪、5)岡山、4)沖縄、3)福岡、2)京都、1)東京

衝撃

「将来時点の必要医師数」

東京 9300 人、大阪 2600 人、福岡 2200 人、京都 1900 人も

少ない「将来時点の必要医師数」
今より

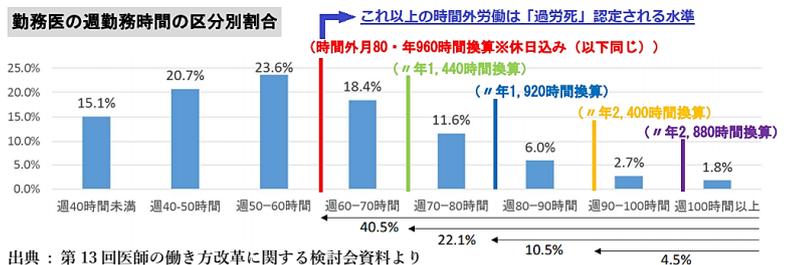
	2016年	2036年	増減	
	三師調査医師数	必要医師数	実数	割合
東京	44,136	34,870	△ 9,266	-21.0%
石川	3,405	3,054	△ 351	-10.3%
京都	8,723	6,807	△ 1,916	-22.0%
大阪	25,003	22,407	△ 2,596	-10.4%
和歌山	2,868	2,539	△ 329	-11.5%
鳥取	1,805	1,587	△ 218	-12.1%
島根	1,975	1,788	△ 187	-9.5%
岡山	5,975	5,098	△ 877	-14.7%
広島	7,534	7,504	△ 30	-0.4%
徳島	2,500	1,968	△ 532	-21.3%
香川	2,813	2,561	△ 252	-9.0%
愛媛	3,745	3,586	△ 159	-4.2%
高知	2,276	1,869	△ 407	-17.9%
福岡	15,997	13,748	△ 2,249	-14.1%
佐賀	2,377	2,233	△ 144	-6.1%
長崎	4,218	3,506	△ 712	-16.9%
熊本	5,230	4,806	△ 424	-8.1%
大分	3,230	3,084	△ 146	-4.5%
鹿児島	4,461	4,257	△ 204	-4.6%

出典：第 30 回医師需給分科会資料及び平成 28 年度医師歯科医師薬剤師調査より作成

知事が、医師確保のため、医学部定員増を要請するには根拠が必要だとして、国は、「将来時点(2036年)の必要医師数」を示しました。しかし、その「必要医師数」が衝撃です。2035年時点では2017年より人口が0.9%増えると予想される東京で、なんと、今より9,266人(21.0%)も少ないのです。

左表のとおり、全国19都府県で今より少ない「必要医師数」がはじき出され、さらに表中、増減割合の濃いところは、今の医師数と「必要医師数」を比べた減少割合が人口の減少率を上回っています。人口減による医療需要の減少で説明のつかない、この異様な推計値は、「新たな指標」を用いた「偏在是正」に偏った政策のゆがみと問題を端的に示すものです。

「必要医師数」の総数は今より1万人弱多いだけで、人口千人当たり2.9人と2016年のOECD平均3.4人に及びません。今より多い必要医師数の県も、この水準を超えるのは1県のみ。極めて不十分です。



病院勤務医

医師養成の大幅増を!

4割が「過労死」水準

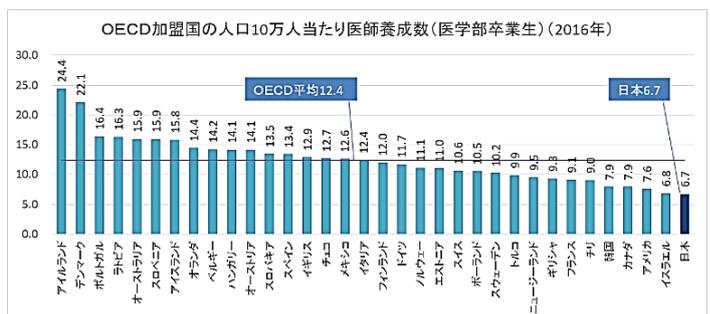
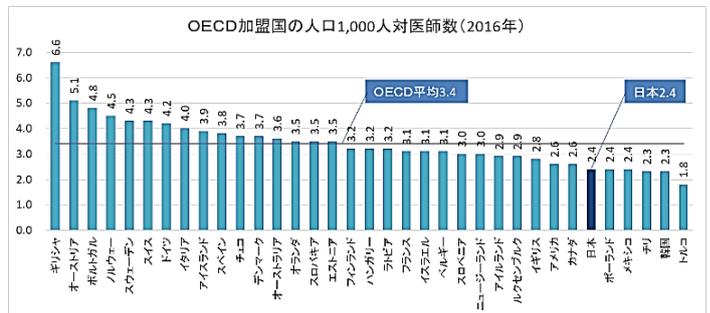
厚労省の「医師10万人調査」(回答数は約1万5千)によれば、病院勤務医の時間外労働は、過労死水準の年間960時間以上が40.5%、うち年間1440時間以上が22.1%、さらに、年間1920時間以上も10.5%にも上るなど、極めて深刻です。

国は、「医師数増を図ってきた」「偏在是正が問題」とのスタンスですが、日本の人口当たり医師数は先進国で最低水準。OECD平均を11万人も下回っています。さらに、年間の医師養成数は最下位です。

何よりこの医師の絶対数の不足と、背景にある養成数の少なさこそ、勤務医の過酷な労働実態と、全国各地の地域と現場の深刻な医師不足の根本原因です。

ところが政府は、医学部減員をねらって偏在是正目標年とする2036年の医師需要を過労死水準の労働時間で推計し、必要医師数を少なく算出しています。

推計をあらため、医師の働き方を抜本的に改善するため、医学部定員を大幅に増やすべきです。



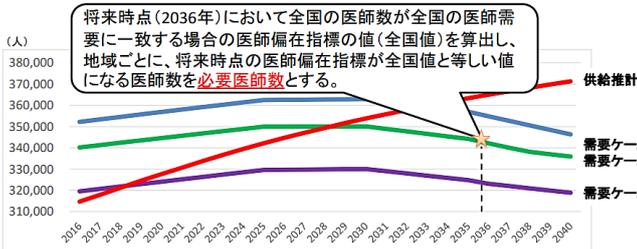
出典：日医総研ワーキングペーパーno.415 (原典はOECD Health Statistics 2018)

幾重にも張りめぐらされた医師数抑制の仕掛け

必要医師数の算出元データは過労死水準

医学部定員の根拠とされる「必要医師数」の算出元データは、左図のとおり、週労働60時間・時間外労働月80時間以上という過労死水準を想定した「ケース2」です（医師需要ピークを過ぎた2036年の値）。医師の長時間労働を是正せず、需要を少なく見込む設定です。

・需要推計
 ・ケース1（労働時間を週55時間に制限等≒月平均60時間の時間外・休日労働に相当）
 ・ケース2（労働時間を週60時間に制限等≒月平均80時間の時間外・休日労働に相当）
 ・ケース3（労働時間を週80時間に制限等≒月平均160時間の時間外・休日労働に相当）



週労働時間の想定は「今より悪化」

「医師偏在指標」の算出に使われた、今の医師全体の週当たり平均労働時間は「51:42」（右図）。政府は、医師確保対策に「勤務環境改善」や「医師の働き方改革」を掲げますが、医学部定員の根拠とする必要医師数の計算は、上図のとおり週60時間設定。つまり、医師の働き方は、将来、今より悪化するという想定です。

	性・年齢階級別の週当たり平均勤務時間（単位：時間）	
	男性	女性
20歳代	64:03	59:23
30歳代	62:40	49:04
40歳代	58:43	43:14
50歳代	52:59	45:05
60歳代	44:33	39:43
70歳代以上	32:58	32:16

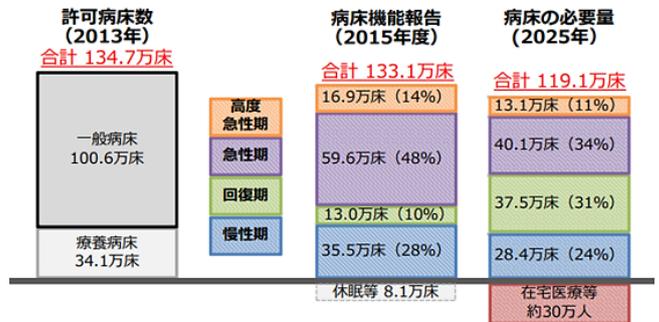
※ 医師全体の週当たり平均勤務時間は51:42

地域医療構想に合わせ需要を少なく推計

そもそも、医師需要の推計は、右図上段の式のように、地域医療構想の必要病床数を将来の医療需要に見立てて計算されています。この地域医療構想の医療需要の推計は、「お金がなくて患者になれない」「身近に必要な医療がない」など、埋もれたニーズは汲み取らず、また、入院を機能分化し、慢性期は在宅に押し出す前提です。結果、将来の必要病床は15万床も減る計算。医師需要は、この縮小された病床数から推計されています。さらに、「病床あたり医師数」の計算でも、最も医師配置が手厚い大学病院を除外。そして、医師の労働時間の設定は、今より悪化した過労死水準です。医師需要は、実に何重にも、少なく算出されるよう仕組まれています。

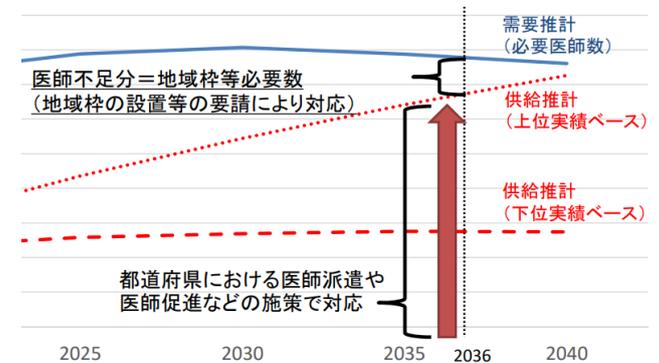
$$\text{地域医療構想等の必要病床数(病床の必要量)等} \times \text{病床あたり医師数}^{\ast 2} = \text{将来の医師の需要推計}^{\ast 3}$$

◆ 地域医療構想に基づく病床の必要量



抑制した医師需要を偏在指標により配分

幾重もの仕掛けで少なく見積もった医師需要を元に、偏在指標を用い、各区域の医師数を均てん化する方法で必要医師数が算出されます。さらに、右図のとおり地域枠等必要数の基準は、この数が達成されても必要医師数に達する可能性の極めて低い設定。これでは不足は解消しません。「住民の医療ニーズに対応するため、地域にどれだけ医師が必要か」「そのため必要な医師の養成・確保をどう進めるか」とは無縁の「エセ確保計画」。需要を少なく見積もり偏在指標で均てん化する等、偏在是正に偏った医師確保計画は根本から改めるべきです。



偏在是正に偏った医師確保計画と指標を撤回し、医師の大幅増員を求める署名にご協力ください。

京都医労連 京都医療労働組合連合会

〒604-8854 京都市中京区壬生仙念町 30-2 ラポール京都 6階
 TEL 075 (801) 8002 E-mail: irouren@labor.or.jp

医師の長時間労働を前提とした「医師確保計画」を撤回し、医師の大幅増員をはかることを求める

政府・厚生労働省は、新たに「医師偏在指標」を導入し、医師の「偏在是正」政策を進めようとしている。この「医師偏在指標」は、「現在・将来人口を踏まえた医療ニーズに基づき、地域ごと、診療科ごと、入院外来ごとの医師の多寡を統一的・客観的に把握できる、医師偏在の度合いを示す指標」とされ、厚労省は、全国の医師数と医療需要が一致する場合の医師偏在指標の全国値と当該地域の指標が同じになる医師数を超えることを「医師過剰」、下回ることを「医師不足」とする。

しかし、医師偏在指標の算出根拠である「標準化医師数」には、「医師の働き方改革」で問題となっている勤務医の非人間的な超長時間労働の解消に必要な医師不足を補う視点はない。また、医療需要を算出する「標準化受療率」も、患者・住民の医療に対する必要充足を満たすものか検証されていない。「医師少数区域」は「医師多数区域」から医師を確保するとするが、偏在指標により「医師多数」とされた区域でも、医師の長時間労働や医療需要に対する供給不足は存在し、全国のどこにも医師が余っている地域は存在しない。

以上の点から、医師不足に拍車をかけ、地域医療の崩壊をすすめる「医師偏在指標」を用いた「医師偏在是正」政策に反対する。ただちに、「医師偏在指標」を撤回し、少なくとも人口当たり医師数のOECD平均の到達をめざし、高齢化社会に対応すべく、医師養成施策を進めることを求める。

記

「医師偏在指標」をもちいた「医師確保計画」を撤回し、医師の大幅増員をはかること。

以上

2019年 月 日

住所

団体名・代表者名