

地域医療の現状と課題の概観

調査研究部 主任研究員 加藤 雄一郎

ポイント

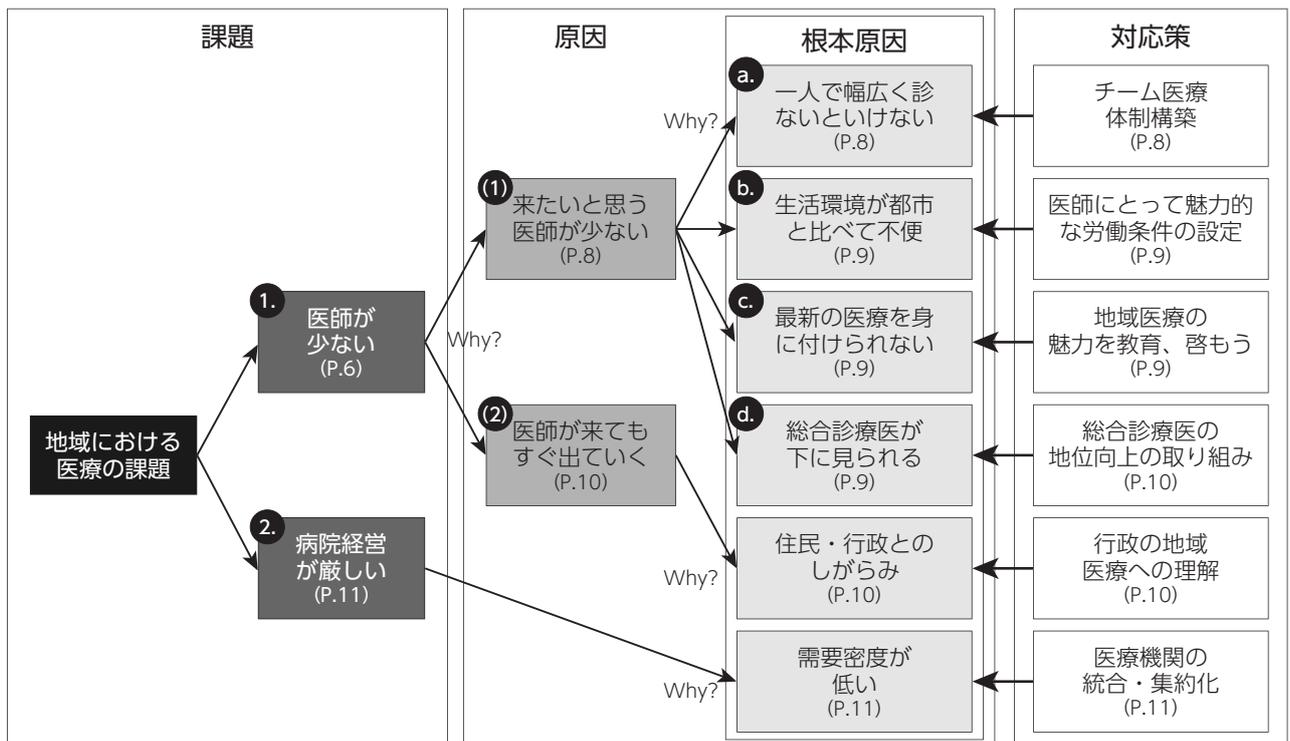
- 地域医療が抱える基本的課題は、「医師不足」「病院等の経営の厳しさ」である。
- これら課題の解決にむけて、「チーム医療体制構築」や「総合診療医の地位向上の取り組み」「医療機関の統合・集約化」等が進められている。

過疎地域では、「医療・福祉サービスの充実」への対策が最も多くの人々から求められている。地域住民にとって、どのような状態になっていけば医療の不安が解消されるのだろうか。住民目線で考えてみると、施設と十分な医療従事者の整った病院等が近場に存在しており、それが将来にわたって維持されることに蓋然性がある状態だろう。とはいえ、人口減少が進み医

療の需要密度が低下していく中で、全ての住民の近くに病院等がある状態を実現し維持することは今後ますます困難になっていくと思われる。

このような基本的な問題認識に基づき、地域医療の抱える課題を図表1のように整理した。本稿では、図表1で整理した「課題」「原因」「対応策」について一つずつ見ていく。

図表1 地域における医療の課題・原因・対応策



出所：当センター作成

医師が少ない

【医師数】

近年、日本の医師総数は増加しているものの、医師の地域偏在、地域の医師不足といった問題は解消していない²。

日本の高齢化率は世界で最も高い³ことから、人口当たりの本来必要な医師数は諸外国よりも多いとみるのが自然と思われるが、日本の医師数は、人口1,000人あたり2.5人で、OECD加盟38か国中、下から6番目である⁴。医師偏在指標によると、東北圏各県は、宮城県を除き全国的にも低い水準となっている（図表2の網掛け部分）。過疎地では人口1万人あたりの内科医と外科医の数は全国平均よりやや多いが、小児科医や産科医数は極めて少ない⁵。

【無医地区】

「戦後日本のへき地医療対策において、問題解決の重要な指標とされてきたのは『無医地区の解消』である。」との指摘がある⁶。無医地区とは、「医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区」⁷である。

1966年に2,920ヶ所（119万人）だった無医地区は、2019年度には590ヶ所（13万人）まで減少した。しかし過去5年間に無医地区等から外れた理由の1位は「人口が50人未満になった」（41%）⁸からで、これは無医地区の定義から外れたということに過ぎない。また、「無医地区の約90%が過疎地域に存在している。すなわ

ち、過疎地は超高齢化と人口減少社会の先進地であり、過疎地の医療への取り組みはこれからの日本の医療の在り方を考えるうえで重要である。」⁵との指摘もなされている。

【将来予想】

リクルートワークス研究所のレポート「未来予測2040労働供給制約社会がやってくる」によれば、医師・看護師・薬剤師などの医療従事者は、2030年に18.6万人、2040年に81.6万人の供給不足になり、2040年の労働需要（467.6万人）に対する不足率は17.5%になると予測されている。

なお、介護サービスでも、2030年に21.0万人、2040年に58.0万人の供給不足が見込まれ、2040年の労働需要（229.7万人）に対する不足率は25.3%となり、例えば「週4日必要なデイサービスに、スタッフ不足で3日しか通えない」という状況が標準的な状態となり得ることが予測されている。

同レポートでは、医療の非臨床業務（看護師業務では4割を占めるといわれる）はロボット等により代替されていくことや、介護の直接介助以外の業務は自動化・デジタル化が進むことも予測している⁹。

【病床数】

なお、過疎地域における人口1万人当たりの病床数は、従来全国を下回っていたが、最近では全国的に病床数が減少していることや、過疎地域の人口減少のために全国より高くなっている⁵。

図表2 県ごとの医師偏在指標(ランキング)

ランキング	都道府県	医師偏在指標
	全国	239.8
1	東京都	332.8
2	京都府	314.4
3	福岡県	300.1
4	岡山県	283.2
5	沖縄県	276.0
6	大阪府	275.2
7	石川県	272.2
7	徳島県	272.2
9	長崎県	263.7
10	和歌山県	260.3
11	佐賀県	259.7
12	高知県	256.4
13	鳥取県	256.0
14	熊本県	255.5
15	香川県	251.9
16	滋賀県	244.8
17	兵庫県	244.4
18	大分県	242.8
19	奈良県	242.3
20	広島県	241.4
21	島根県	238.7
22	宮城県	234.9
23	鹿児島県	234.1

ランキング	都道府県	医師偏在指標
24	福井県	233.7
25	愛媛県	233.1
26	神奈川県	230.9
27	山梨県	224.9
27	愛知県	224.9
29	北海道	224.7
30	富山県	220.9
31	山口県	216.2
32	栃木県	215.3
33	三重県	211.2
34	群馬県	210.9
35	宮崎県	210.4
36	岐阜県	206.6
37	長野県	202.5
38	千葉県	197.3
39	静岡県	194.5
40	山形県	191.8
41	秋田県	186.3
42	茨城県	180.3
43	福島県	179.5
44	埼玉県	177.1
45	青森県	173.6
46	岩手県	172.7
46	新潟県	172.7

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

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

$$\text{地域の標準化受療率比}(\ast 1) = \frac{\text{地域の期待受療率}}{\text{全国の期待受療率}(\ast 2)}$$

$$\text{地域の期待受療率}(\ast 2) = \frac{\sum (\text{全国の性年齢階級別受療率} \times \text{地域の性年齢階級別人口})}{\text{地域の人口}}$$

出所：厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会(第35回)」資料。ランキング表は、同資料をもとに当センターで並び替えたもの。

1. 医師が少ない原因

① 来たいと思う医師が少ない

「地域医療の実践は多くの場合で『総合医』の概念とともに論じられている」¹⁰が、「生活環境が都市と比べて不便」(b.)なことや、総合診療では「最新の医療を身に付けられない」(c.)、「総合診療医が下に見られる」(d.)といった認識により、地域の医師が少ない。それにより、地域診療所で働く医師は「一人で幅広く診ないといけない」(a.)こととなり、さらに地域に来たいと思う医師が減少する負の連鎖が生じているケースもあると考えられる。

また、2004年度に始まった新臨床研修制度で、研修医が首都圏など大都市の病院に集中し、地方の医局の医師不足が深刻化していることが指摘されている¹¹。

(1) 来たいと思う医師が少ない根本原因

a. 一人で幅広く診ないといけない

「総合診療医とは Subspecialty を持った上でどのような疾患にも対応し、未診断症例には速やかに正確な診断を行い、速やかな治療を行うことができ、場合によっては患者のことを考えた専門医との連携を円滑に行うことが出来る医師」¹²であり、「初期医療や日常病の診察への対応のほか、保健活動やリハビリテーション、在宅介護への関与など、地域の関連職種との連携にもとづく継続的なサービス提供」¹⁰が求められる。このような背景から、専門外診療をすることへの不安や、拘束時間の長さなどが、地域医療の問題として語られることが多い⁶。

a. 一人で幅広く診ないといけないことへの対応策

チーム医療体制構築

地域の医師がいくら孤軍奮闘し頑張っても、それで解決できることは限られている。また、医師個人の過剰な努力によって解決を見たとしても、そのような努力を強いられる状況が続く限り、次の人材が集まらない可能性が高いだろう。したがって、医師個人の努力に期待することは地域の医療維持のためには望ましくないと言える。医師をはじめとした医療従事者各々に過度に負担をかけなくて済む持続可能なシステムを作ることが肝要である。地域拠点病院等との連携、人員派遣などの機能を強化し、地域診療所の医師が孤軍奮闘せざるを得ない環境をなくしていく、チーム医療の体制づくり等が考えられる。

「病院は基本的に『集める医療』であるが、過疎地においては、訪問診療など『出向く医療』とのバランスが大事」だとの指摘もある。出向く医療では、訪問看護師などの専門職との密接な連携が求められるが、病院内と比べて、家庭にいるときの患者や家族から得られる情報はとても多いという。また、人の確保にあたっては、都市部の医療機関からの応援と常勤医師との連携が鍵となる⁵。「高齢化と過疎化が進むへき地で、理想の医療を展開するなら、経営の困難さとある程度の過労を覚悟する必要がある。」「へき地の診療所と中都市のクリニックをリンクし、4人の医師で運営することで、これらの問題を何とか軽減」¹³したという事例もある。

(1) 来たいと思う医師が少ない根本原因

b. 生活環境が都市と比べて不便

医師も一人の生活者である。地域においては、都市で享受できる生活の便利さが享受できなくなるため、仮に都市と同じ勤務条件であれば、地域が敬遠されることが多いのはやむを得ない。全国の医師が考える「へき地の医師不足の原因」のトップは、「師弟の教育環境不足」(43%)である¹⁴。

b. 生活環境が都市と比べて不便なことへの対応策

医師にとって魅力的な労働条件の設定

では、都市よりもどれだけ良い条件なら地域に来てくれるのか。内科医を対象とした調査研究では、地域の医療機関より年収が637万円低いとしても、大都市の内科系勤務医は現職に留まることを選ぶと考えられることや、勤務条件の中でも「勤務期間の短さ」「週休2日で完全にフリー（オン・コールがない）」「当直回数の少なさ」を実現させる必要が指摘されている。この調査研究の詳細は本特集の寄稿Ⅲ「大都市の内科系勤務医が重視するへき地の勤務条件は何か？」(滋賀大学経済学部教授佐野洋史氏)をご覧ください。このような定量的情報も踏まえて、給与水準や労働条件を設定することが効果的と思われる。

(1) 来たいと思う医師が少ない根本原因

c. 最新の医療を身に付けられない

地域医療では、最新の医療技術を身に付ける機会が少ないのではないかと、という意見もよく

見られる。「過疎医療はおもしろい！」(大森英俊 著)では「『過疎医療では、医師は先端医療から断絶された環境の中で自分自身を高めることができず、ただ自己犠牲と自己満足の中で奮闘するしかない、それは苦勞の連続だが一人の医師としての立派な生き方でもある』一般的にはそんなイメージが定着しているかもしれません」といった言及もある¹⁵。

c. 最新の医療を身に付けられないことへの対応策

地域医療の魅力进行教育、啓もう

しかし同書によれば、地域医療は「最先端医療」であり、「日本の医療が抱えている現在の問題への対策を、すでに実践している」という。このような地域医療の魅力进行教育、啓もうしていくことも有効と考えられる。

(1) 来たいと思う医師が少ない根本原因

d. 総合診療医が下に見られる

「日本は患者さんも過度な臓器別専門医志向で、地域で働く医師に対して十分な理解や評価がされていませんでした」という指摘¹⁶や、「認知度や評価の低さ」「患者や地域住民の専門医志向、つまり総合医よりも専門医を優れたものとみなし、優先的に受診する傾向」があるとの指摘もある¹⁰。

d. 総合診療医が下に見られることへの対応策

総合診療医の地位向上の取り組み

総合診療医の有用性がさらに社会的に認められるように、制度による対応と個々の医療機関の取り組みが進められている。

2018年に始まった新たな専門医制度では、従来、総合内科や小児科など18の基本領域の専門医が認定されていた所に、「総合診療専門医」が基本領域の専門医の一つとして加えられた。「専門医の在り方に関する検討会報告書」では、今後の急速な高齢化等を踏まえると、総合的な診療能力を持つ医師の専門性を評価することが適当である旨、報告されている¹⁷。

総合診療の重要性を学んでもらう機会づくりをしている病院もある。新潟県糸魚川市の県厚生連糸魚川総合病院の山岸院長は、「医師不足全般に対応する一つの方策は総合診療医の育成だ」「高齢者が増える地域の医療において一層、必要になるはずだ」「新潟大や富山大の医学生が病院に実習に来ており、在宅診療の現場にも同行してもらっている。高度な専門医としてだけでなく、地域の高齢者を総合的に診ることの重要性を学んでもらう取り組みをより進めたいと思っている」と語る¹⁸。このような取り組みが広く、継続的に実施されることが望まれる。

1. 医師が少ない原因

② 医師が来てもすぐ出ていく

(2) 医師が来てもすぐ出ていく根本原因

住民・行政とのしがらみ

「診療所は、港に面した海岸沿いに位置して

おり、周囲からかなり目立つ建物であった。特に夜間は室内灯で、医師の在・不在は一目で判別でき、島の口頭情報伝達網（いわゆる「噂話」）は迅速かつ広範囲であり、島中でその情報が共有できていたようである。医師の行動は島の関心を集めていたといえよう」「島の住人の一人として、地域に溶け込む機会に恵まれており、敬老会、運動会、盆踊りなど各種行事は、島の顔役として、来賓としても参加者としても招かれるほか（その後の懇親会ももちろん参加可能）、定置網漁師団、消防団など各種団体の集まりにも誘われる。神社や畑道、海岸などの清掃は当番制であり、これにも声がかかる」¹⁹といった離島の事例もあり、プライバシーがないことや、地域との関係性が濃密であるケースが見られる。このような関係性を苦しめない医師の場合は問題ないだろうが、そうでない場合は致命的なデメリットとなり、すぐ出ていく要因となるかもしれない。また、医療機関が少ない地域医療においては、必然的に村等と1対1で医師が対峙することとなり、最終的に行政との軋轢が生まれた事例も見られる。

住民・行政とのしがらみへの対応策

行政の地域医療への理解

「来たいと思う医師を増やす取り組み」と「来てもすぐ出ていくことを防ぐ」両面の取り組みにより、絶えず地域に医師が来てくれるようなインセンティブを行政が中心となって作り維持していくことが重要であろう。

課題

2.

病院経営が厳しい

2. 病院経営が厳しい根本原因

需要密度が低い

地域医療においては、需要密度が低いため、どうしても費用に見合った収入を得ることが難しくなる。地域の医療機関を統合することによって、必要な医療サービスは維持しながら全体の費用を抑えるという方向で全国的に取り組みが進んでいる。

需要密度が低いことへの対応策

医療機関の統合・集約化

2023年3月25日に開催された、秋田県医師会主催の県民公開医学講座では、病院の受診件数が減って体制維持が難しくなるため、病院の役割分担が重要になることが指摘されている。役割分担とは、「手術など高度な緊急処置を行う急性期、リハビリを行う回復期、長期入院に対応する慢性期などで病院ごとに役割を分け、医療を効率的に提供できる体制」であり、医療機能の集約や病院同士の連携等が解決策として挙げられた²⁰。複数の医療機関が統合的に動くということである。秋田県では、2次医療圏を現行の8から3に集約する案が県医療審議会医療計画部会により了承されている²¹。

役割分担や広域化を進めれば、当然ながら地域住民からすれば医療機関までの物理的な距離が遠くなる場合が多くなる。自治体は、医療機関統合によって浮いた費用のうちの一部を、病院への送迎サービスや、公共交通機関に充当す

ることで、遠くの患者が病院に行きやすくするなど、医療の周辺領域における対応も求められるのではないだろうか。

〈注〉

- 1 総務省地域力創造グループ過疎対策室「過疎地域の社会的価値に関する調査研究報告書」2019年3月 p130
- 2 厚生労働省「令和2(2020)年医師・歯科医師・薬剤師統計の概況」p3、p14
- 3 内閣府「令和4年版高齢社会白書(全体版)」第1章第1節2(2)
- 4 OECD「図表でみる医療2021:日本」p66
- 5 吉嶺 文俊、原 勝人 日本内科学会雑誌106巻6号「過疎地の地域医療の課題と実践」
- 6 飯田さと子、坂本敦司「診療所医師からみたへき地医療問題『地域医療の現状と課題の地域間格差に関する調査』自由記載欄の質的内容分析」
- 7 厚生労働省「無医地区等調査」用語の解説
- 8 厚生労働省「平成16年度無医地区等調査・無歯科医師地区等調査の概況」p2および「令和元年度無医地区等調査」第1表、第5表、第11表
- 9 株式会社リクルート リクルートワークス研究所「未来予測2040 労働供給制約社会がやってくる」p7、p19
- 10 地域社会振興財団地域社会健康科学研究所 飯田さと子「患者・住民の専門医志向に関するへき地総合医の経験と認識」
- 11 新潟日報 2023年3月26日4面社説「病院の医師不足」
- 12 一般社団法人 日本病院総合診療医学会HP (<http://hgm-japan.com/general/>)
- 13 武田伸二「へき地でのグループ診療」日本プライマリ・ケア連合学会誌2010 Vol.33 No.2
- 14 自治医科大学「地域医療白書第2号 これからの地域医療の流れ」p62
- 15 大森英俊「過疎医療はおもしろい！」p4、p20
- 16 岩村暢寿 公益社団法人地域医療振興協会編「今こそ、地域医療！」p36
- 17 厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会報告書」
- 18 新潟日報 2023年3月30日19面「産前産後ケアに力」
- 19 大林航「東京都と佐賀県2ヶ所の島しょ医療を経験して」島しょ医療研究会誌第6巻(2014)
- 20 2023年3月26日秋田魁新報24面
- 21 2023年5月31日秋田魁新報1面