



高橋教授の

この人に会いたい

Vol.24 ゲスト

相澤孝夫 氏

氏

社会医療法人財団慈泉会理事長、相澤病院最高経営責任者／
一般社団法人日本病院会会長

医師の地域偏在・診療科偏在が大きな問題として議論されるようになってきているが、このたび、このコーナーのホストである高橋泰先生を中心とするチームは、「医師・歯科医師・薬剤師調査」（通称「三師調査」、2年に1度、全「医師、歯科医師、薬剤師」に対し、所在地や診療内容等を尋ねる国の調査）の過去20年分の個票データを国に対して請求・入手し、そのデータを用いて診療科別や地域別の医師数の推移を解析した。その結果、診療科では1996年から2016年の間で、総医師数が32.3%増加したものの、外科医が8%減少、内科医が20%増加といった、診療科ごとに異なる現象があることや、そのような現状に至った原因を解明した。地域間でも医師数が大都市部で40%増加した一方、過疎地域は3%増にとどまるなど、偏りは著しくなっている。この傾向はますます著しくなると考えられるが、医療界はどのような対策を講じるべきなのか。今回は自身で地域の中核病院を経営する一方、日本病院会会長として全国レベルの政策提言も行う相澤孝夫氏を訪ね、考え方、論点などを聞いた。

年代別・地域別・診療科別に 医師の偏在を解明し、対策を考えるべき

日本で外科手術が 受けられなくなる？

高橋 医師の地域偏在・診療科偏在の過程を追ったところ、いろいろわかってきました。まず結論から言うと、厚生労働省は「医師は余る」との見方を示していますが、とてもそうは思えないというこ

と。厚生労働省が考えているほど医師は増えないし、女性医師の割合が高まっていることを踏まえれば、むしろ茨城や埼玉、北海道などはもう一つ医学部の新設や、少なくとも大幅定員増を行うべきであると思うほどです。

相澤 これまでは「医師が足りない」と言うと、大学医局が医師を派遣してくれたので、何とか帳尻を合わせていたけれど、それが難しくなったのでしょね。

高橋 今回の調査であらためて認識したことは、1970年代に新設された医科大学の卒業生が今後10年で大量にリタイアしていくインパクトが非常に大きいことです。若い医師が増えたのは、1970〜78年に新設された32の医学部に入学した医学学生が医師になった1976〜85年あたりまでで、あとは横ばいなのです(図1)。端的に言えば、これまでは毎年8000人ほどの医師が生まれ、4000人ほどが辞めていく図式だったのが、今後は9000人増えて6500〜7000人ほどが辞めていくことになるのです。



これは診療科偏在にも影響を及ぼします。現在50〜60歳の医師がリタイアすると、外科医はこっそり減ります(表)。

相澤 年代によってどの診療科を選んだかが異なるわけですか。

高橋 そうです。多くの医学部生が外科を選択した世代は、現在は50〜60代ですから、そろそろ手術での執刀は難しくなる。40代以下の世代は50歳以上の世代と比べて外科を選んでいませんから、今後手術できる外科医が急速に減少するのです。「すぐに外科手術を受

けたいと考えた場合、日本では無理なので、外国に行く」という近未来図も覚悟しなければならぬと思います。

40代以下の医師はもう 地方・過疎地へは行かない

高橋 これは地域医療にも影響を及ぼします。都市部は若い医師が多いのでまだ救いがありますが、過疎地は深刻です。まず医師の総数は同じでも、高齢化が猛烈な勢いで進行します。ある過疎地の病

院では外科医3人で頑張っていますが、一番若手が55歳、あとの二人は60歳代でした。

こうした現象の背景には、まず女性医師の増加が挙げられます。女性医師はすべての年代において過疎地に行く割合が男性よりも低いのです。次に、男性医師の過疎地勤務の割合の急速な低下も大きい。現在の50代半ば〜60代半ばは過疎地に行く割合がそれなりに高かったし、そのまま過疎地で勤務を続けている人も多い。しかし、それ以降の年代は大都市志向が強い。

構成=松本智佳士 撮影=関口宏紀

図2 1996年→2016年における30代医師診療科比較(特徴的な診療科)

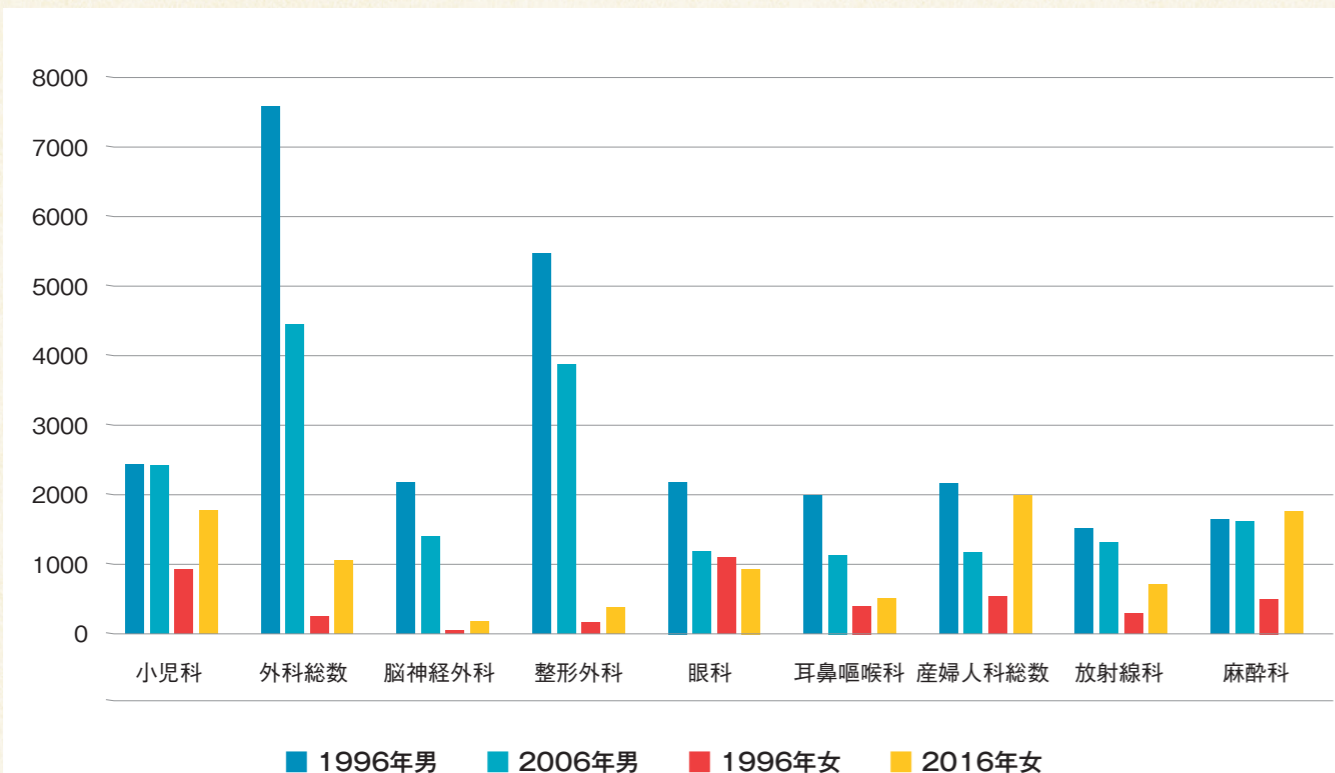


図1 医師国家試験合格者推移数

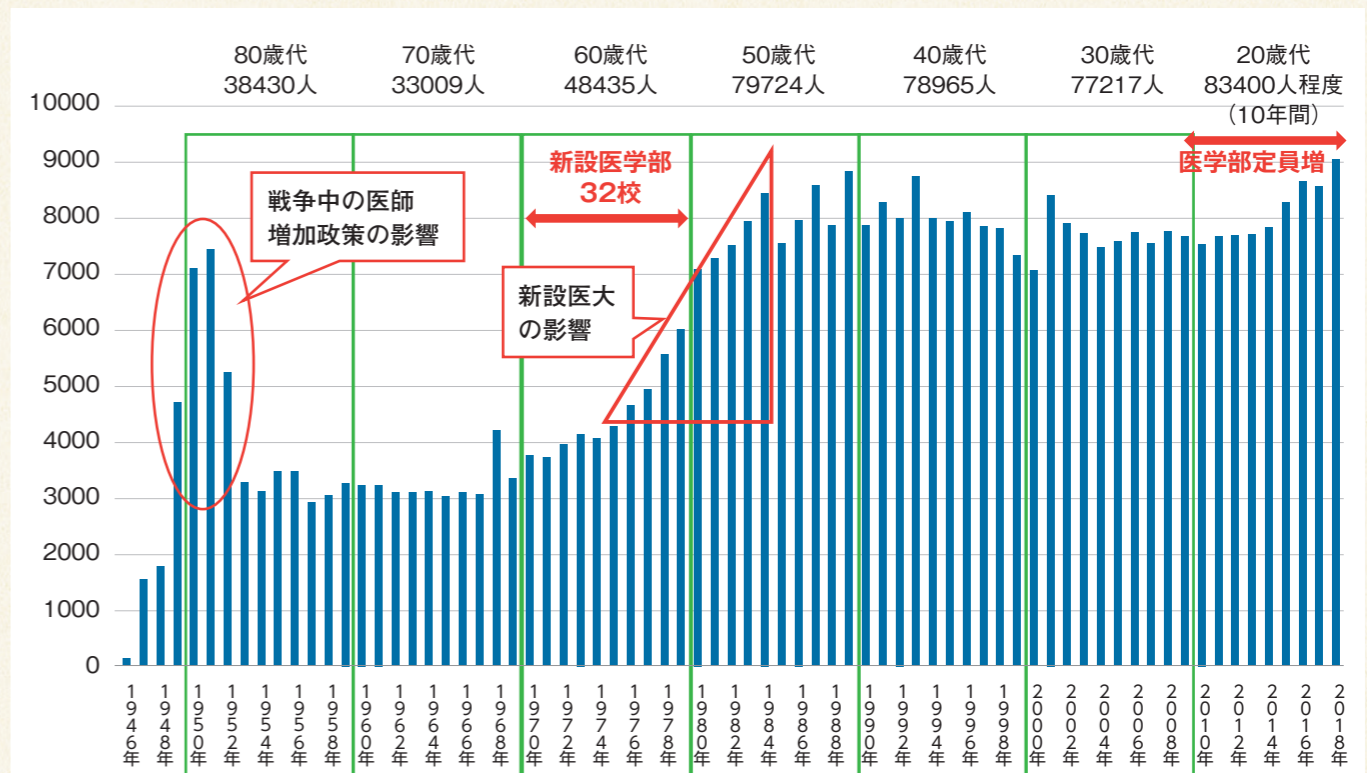


表 外科医数推移と2026年の予測

外科総数	総計						男						女					
	1996年		2016年		2026年		1996年		2016年		2026年		25442		21982		20587	
	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所	病院	診療所
全数	26070		24073		23728		25442		21982		20587		628		2091		3141	
合計	20112	5958	20067	4006	20861	2867	19546	5896	18175	3807	17978	2609	566	62	1892	199	2883	258
20歳代	3289	22	1177	3	1177	3	3028	21	911	3	911	3	261	1	266	0	266	0
30歳代	7562	281	5413	82	5209	37	7318	268	4393	49	3970	37	244	13	1020	33	1239	0
40歳代	5079	1007	5374	463	4936	188	5043	994	4909	349	4061	113	36	13	465	84	875	75
50歳代	2118	1126	4700	908	4428	560	2113	1119	4574	856	4042	461	5	7	126	52	385	99
60歳代	1423	2120	2478	1209	3468	899	1414	2110	2464	1188	3350	850	9	10	14	21	118	50
70歳代	511	1205	679	751	1344	854	502	1188	679	745	1344	823	9	17	0	6	0	32
80歳代以上	130	197	246	590	299	325	128	196	245	587	299	323	2	1	1	3	0	3

外科医の減少は、診療所勤務の外科医の減少によるものであり、病院勤務医の数はほぼ一定。女性外科医の急増と、50歳代60歳代で病院勤務をしている男性外科医の増加による部分が多い。

の大規模病院に向かうようになっていきます。前述の医療圏の方々も松本市や伊那市の医療機能が整った病院に流れる傾向が見られます。車を1時間も走らせれば行けますから、決して無理な話ではないといえます。

もつと言うなら、地域内でどれだけの医師が必要なのかを考えるべき時期にきているのです。当直医がいる地元の中小病院を素通りして隣の市の大規模病院に行く、しかも脳卒中や心筋梗塞でも1時間以内に搬送すれば間に合うとするならば、かなり広範な診療圏を描けます。そうなると、急性期医療機能はその地域には必要不可欠ではないこととなります。患者さんがすでに診療圏を超えて受療していることを前提にした医療体制を設計することを考えなければいけない時期に来ているのです。

**情報公開を軸に
集約化・政策的対応など**

高橋 診療科偏在も深刻です(図2)。1996年と2006年の

30代診療科別医師数の推移をみると、その傾向がよくわかります。目立った診療科で言うと、小児科は男性医師が横ばい、女性医師は増加。外科は男性医師が激減、女性が増加。麻酔科は女性医師数が増え、男性医師数を超えました。

地域ごとの診療科の状況も分析したところ、診療科によって傾向がまちまちでした。地域間のばらつきが多いのは、心臓血管外科、形成外科、リハビリ科、放射線科、救急科など。一方地域間のばらつきが少ないのは内科、外科、整形外科、小児科、産婦人科でした。心臓血管外科や形成外科、救急科は0人医療圏がかなりあります。

つまり、偏在対策を考える際には、「医師」と一括りにするのはなく、診療科ごとに対応していく必要があるのです。内科、外科、整形外科、耳鼻科、眼科、皮膚科は、どの地域でも1時間以内の受診を確保する必要があると思います。一方、他の診療科に関しては、ある程度集約や遠隔診断を考えてもいいのではないのでしょうか。ま

20年間、この状況に手を打ってこなかったこともあり、現在の50代・60代がリタイアすると、過疎地では一気に医師が減ってしまいます。

相澤 それは実感します。「医師が足りなくて大変だ」と声を上げている地域を見ると、集約化しか対応策がないところが多いです。複数の中小病院に医師が分散しているため、それぞれの病院のマンパワーも不足しているのです。

たとえば相澤病院の隣の医療圏は人口が約2万人しかいません。ここでは、もはや病院運営は成り立ちません。病院も提供体制を含め、自院の機能を見直さざるを得ないのです。どの診療科もまんべんなく医師を揃えて「総合病院」とうたっていたのは過去の話で、今後は専門特化する。そのほうが患者さんを選ばれる可能性が高いと思います。

高橋 総合病院の診療圏人口は5万人と言われていました。

相澤 しかも、地域住民が医療難民になっているわけでもなく、むしろ二次医療圏を超えて地方都市

医師の総数は同じでも
高齢化が猛烈な勢いで進行します——高橋



た地域では、町立病院と県立病院
があつて、人口と見比べれば合併
したほうが良いというのは誰が見
ても明らか。であるにもかかわらず、
町と県の折り合いが悪くて併
存し、双方とも「医師が足りない、
看護師が足りない」と言っている。
こういう地域もあります。

高橋 そのあたりは「困り方レベ
ル」がある気がしています。たと
えば今回の調査で最も「困り方レ
ベル」が高いと思われる医療圏の
一つは北海道の宗谷医療圏でした
が、ここはもう、相澤先生ご紹介
いただいた地域のレベルを超え
ていて、そんな悠長なことは言っ

高橋 泰

Tai Takahashi
国際医療福祉大学赤坂心理・医療福祉マ
ネジメント学部部长・教授
たかはし・たい●1986年、金沢大学医学部卒
業。同年、東京大学病院第1第3第2内科・麻酔
科で研修。92年、同大学医学部医学系大学院
医学博士課程修了（医学博士）後、米国スタン
フォード大学に留学。94年、ハーバード大学
公衆衛生校に武見フェローとして留学。97年4
月、国際医療福祉大学医療福祉学部医療経営
管理学科教授。2018年から現職。16年9月より
安倍内閣未来投資会議の構造改革徹底推進会
合医療福祉部門副会長。

り1つの基幹病院があり、一方
ば、この数に落ち着きます。もち
ろんそのなかには人口30万人あた
くと思つています。根拠は単純で、
人口3万人に1病院とするなら
には4000病院くらいに落ち着
守る」より「医療を守る」ことに主
相澤 私は集約化が進めば最終的
環境を用意することも重要です。
実際、東京ではもう医師が飽和気
味で、むしろ神奈川や埼玉といっ
た隣接地の医療機関に着任する傾
向が読み取れます。東京の医師過
剩、特に開業医の過剰は、今後年々
顕著になってくると思います。東
京から地方の医学部に入学した学
生が、東京に戻るのではなく、縁
ができた地方で医療活動を始める
ことを促すようなデータ開示する
ことが、学生にとつても、地方に
とつても必要だと思います。本日
はありがとうございました。

手術はしないけれど退院してきた
患者さんの在宅復帰を支える中小
病院もあるといった図式です。人
口が減れば病院もそれに応じた施
設数になっていくのは不思議でも
なんでもないでしょう。
高橋 医師の総数だけでなく、若
い医師の動向の変化にも目を配り
ながら医療提供体制を考える視点
が大切です。もう一つ、こうした
医師需給を地域ごとの医師需給状
況を将来予測も含めて公表し、そ
れぞれの医師が「自分はどこに行
けば役に立つのか」を把握できる
環境を用意することも重要です。
実際、東京ではもう医師が飽和気
味で、むしろ神奈川や埼玉といっ
た隣接地の医療機関に着任する傾
向が読み取れます。東京の医師過
剩、特に開業医の過剰は、今後年々
顕著になってくると思います。東
京から地方の医学部に入学した学
生が、東京に戻るのではなく、縁
ができた地方で医療活動を始める
ことを促すようなデータ開示する
ことが、学生にとつても、地方に
とつても必要だと思います。本日
はありがとうございました。

複数の中小病院に医師が分散し
それぞれの病院のマンパワーも不足しています——相澤



た離島や基幹病院までのアクセス
が極めて悪い地域では、遠隔より
医師が指導してナース・プラク
ティショナーなどが処置を行うこ
とができるようにする体制の整備
も必要だと思います。
相澤 本当にどうにも手の打ちよ

うがない地域はありますから、そ
こは政策医療で対応するというの
は納得できません。ただ、1時間で
大規模急性期病院にアクセスでき
るといふ条件で範囲を設定すれ
ば、かなり集約化できるでしょう。
診療科に関しては、外科のよう

に手技を磨くためにも経験が必要
になってくるので、それも考えあ
わせる必要があります。症例を積
めないところには医師も行きませ
ん。がん診療も同じで、ちよつと
遠いけれど2時間かけて通つてい
ただければ、症例をたくさん経験
した医師の診療を受けることがで
きます。そういったきめ細かい医
療提供のあり方を考えるべきで、
全国一律でどこでも同じ医療体制
を敷くのはもう無理です。
手術機能はもう少し集約化した
ほうがいいでしょう。多くの病院
に医師が点在するより、中核病院

1カ所に多く集まるほうが質も高
くなるし、医師一人ひとりの負担
も軽くなると思います。
高橋 働き方改革が進展すれば、
チーム制で進めなければ手術はで
きなくなるのではありませんか。
相澤 最低、5〜6人はいないと
医師の偏在、働き方改革によって
病院の経営のあり方の変革を余儀
なくされた時に、病院はそれぞれ、
どういう医療を担っていくのか。
これまでは漫然としてきた問題に
向き合わなければなりません。
今までは「医師がいない、なら
ば集めよう」という発想でしたが、
今回、高橋先生に見せていただい
たように、過疎地域や特定の診療
科に関しては、もう医師そのもの
がいないんだという現実を突きつ
けられたわけです。
**予想値を突き付けられて
病院はどう動くべきか**
相澤 政治的、行政的力学という
課題もありますから、簡単には進
まないと思います。先日うかがっ

相澤孝夫

Takao Aizawa
社会医療法人財団慈泉会理事長
相澤病院最高経営責任者
一般社団法人日本病院会会長
あいざわ・たかお●1947年5月、長野県松本市
生まれ。73年3月、東京慈恵会医科大学を卒業。
同年5月、信州大学医学部第二内科入局。94年10
月、特定医療法人慈泉会理事長。現在、社会医
療法人財団慈泉会理事長、相澤病院最高経営責
任者。2010年、日本病院会副会長。17年5月より
日本病院会会長。

手術はしないけれど退院してきた
患者さんの在宅復帰を支える中小
病院もあるといった図式です。人
口が減れば病院もそれに応じた施
設数になっていくのは不思議でも
なんでもないでしょう。
高橋 医師の総数だけでなく、若
い医師の動向の変化にも目を配り
ながら医療提供体制を考える視点
が大切です。もう一つ、こうした
医師需給を地域ごとの医師需給状
況を将来予測も含めて公表し、そ
れぞれの医師が「自分はどこに行
けば役に立つのか」を把握できる
環境を用意することも重要です。
実際、東京ではもう医師が飽和気
味で、むしろ神奈川や埼玉といっ
た隣接地の医療機関に着任する傾
向が読み取れます。東京の医師過
剩、特に開業医の過剰は、今後年々
顕著になってくると思います。東
京から地方の医学部に入学した学
生が、東京に戻るのではなく、縁
ができた地方で医療活動を始める
ことを促すようなデータ開示する
ことが、学生にとつても、地方に
とつても必要だと思います。本日
はありがとうございました。