

医師不足の要因に関する因果構造モデル仮説への試み

米 本 倉 基

要 旨 深刻な医師不足問題に対して、その問題の所在と解決法は、問題レベルの捉え方、重要度など諸説さまざまに混在し、医師不足を引き起こす要因について体系的に構造化されて論じられていない場合が多い。この課題に対して、本研究では、医師不足の要因に関する各文献の主張を整理し、かつ、それらの要因について因果関係を結びつけることで要因の階層（レベル）化と体系的な構造化を試み、全体像を鳥瞰できるよう仮説モデルの構築を試みるものである。その結果、モデル構造的に理解できる図を完成し、個々の要因について説明と結びつけて、医師不足の原因について、実証し、その解決法が生み出せる研究へ進む前段階の知見を得ることができた。

abstract

Concerning the possible causes of serious shortage of medical doctor and their countermeasures, there are various hypotheses due to no systematic structuration or controversies over grasping the problems and their severities. The author organized various assertions, clarified the causal association, hierarchically structuralized the possible causes, and built up a bird's-eye view of a hypothetical model. Then, the author completed a diagram for structurally grasping the model, demonstrated the causes through cause-explanation linkage, and acquired the knowledge before finding problem solution.

1. 研究の背景

今日、わが国の医療制度とその経営を考えるうえで医師不足に関する問題解決は最も重要なテーマとなっている。特に特定地域や診療科での医師不足は著しく、へき地の診療所だけではなく、都市部や地域の中核病院でも医師が足りなくなり、小児科、産科の閉鎖や、救急告示病院の指定を取り下げる医療機関も少なくない。

わが国の医療サービスはこれまで国民皆保険制度などWHOにおいて高い評価を得てきたが、その間にOECD加盟国の平均以下の医師数しかおらず、慢性的な医師不足をきたし、水面下では、多くの医師の過度な長時間勤務や当直明けの勤務など、高い使命感や努力に支えられているのが実情であった。この背景には、これまで多くの医師が、出身大学の医局に入り、指導教授の下で、学位や専門医のキャリアを得ることの引き換えとして、医局の指示に従い関連病院に出向したり、時には、へき地など労働条件の悪い地域への赴任も受け入れてきた。しかし、2000年頃から病床数の制限などにより、中堅層以上の医師に対して医局が十分な病院のポストを手当てできなくなり、求心力は低下してきたところに、医局が医師の名前を貸して、病院の医師数が充足して

いるように見せかけていた、いわゆる“名義貸し”が常習化している実態が表面化し、アルバイト先や処遇のよいポストの提供能力はさらに弱まり、2004年4月から始まった新しい医師の臨床研修制度によって事態は深刻な状況となった。この新臨床研修医制度による医師不足への影響は、大学を卒業したての医師の約半数が、都市部の症例の多い有力民間病院での研修を選択したために、医局の若い医師が急激にいなくなった大学は、あわてて派遣していた医師を大学に引き上げざるを得なくなり、連動して、弱小の病院に残された医師は厳しい労働環境に置かれることになり、開業や別の医療機関への転職の道を選ぶ、いわゆる「立ち去り型サボタージュ」問題が顕著化するようになったといわれている。

また、小児科、産科、麻酔科は、その対象疾患から、医師の中でも、さらに過酷な勤務状態にあると指摘され、バーンアウト（燃え尽き）して他の専門へ転科したり、新医師臨床研修制度後に、これら診療科目を志望する医師が激減するのではと危惧され、加えて、女性医師が増えたにもかかわらず、結婚、出産、子育てなど、仕事と家庭を両立させる環境整備を疎かにしてきたため、結果として臨床の現場に復帰できずにそのまま家庭に入ってしまうケースも少なくないことと絡み合って、さらに問題が複雑化してスパイラル的に医師充足感が悪化しているとき

れている。

2. 研究の目的

このような深刻な医師不足問題に対して、その問題の所在と解決法については、国家レベルから個々の病院の経営まで、すでに取り組みが始まっているが、問題レベルの捉え方、重要度など諸説さまざまに混在し、場合によっては、患者側、医師会や病院団体、行政など、それぞれの立場で問題点の主張の強さに隔たりがあり、医師不足を引き起こす要因について体系的に構造化されて論じられていないことが多い。

この課題に対して、本研究では、医師不足の要因に関する各文献の主張を整理し、かつ、それらの要因について因果関係を結びつけることで要因の階層（レベル）化と体系的な構造化を試み、この問題に対して、全体像を鳥瞰できるよう仮説モデルの構築を試みるものである。

3. 研究の方法

以下の国内の書籍、関係学会の論文、新聞記事、医療関係雑誌文献の中から医師不足に関係する記事等を抽出し、それを整理、分析することで要因の因果構造モデルの仮説構築を試みた。

【調査対象として文献】

① 書籍

- 東北大学大学院医療研究科編集、『医師不足と地域医療の崩壊』日本医療企画 2007
- 小松秀樹、『医療崩壊』朝日新聞社 2006
- 小松秀樹、『医療の限界』新潮新書 2007
- 本田宏、『誰が日本の医療を殺すのか』 2007
- 大津秀一、『瀕死の医療』 2007
- 鈴木厚、『崩壊する日本の医療』秀和システム 2006

② 学会誌

- 日本病院管理学会誌、『病院管理』

③ 新聞記事

- 中日新聞
- 日本経済新聞
- 東北新聞
- 朝日新聞
- 毎日新聞

④ 医療関係雑誌

- 『クリニックばんぶう』日本医療企画

- 『最新医療経営Phase 3』日本医療企画

- 『日経ヘルスケア』日経BP社

⑤ 行政

- 厚生労働省、地域医療に関する関係省庁連絡会議『新医師確保対策』 2007
- 文部科学省、『医師の需給に関する検討報告書』 2007

4. 研究の結果

研究の結果、図1のような「医師不足の要因に関する因果構造モデル」の構造図と、それを構成する要因についての以下の仮説（説明文）を得た（図1参照）。

（1）構造内の要因説明

- ※ 説明文の文頭の記号と構造図内の記号は一致させてある。
- ※ 各要因に（ ）で記載してある説名は、筆者による仮説的命名である。

I…1 次的要因（主因）

I-1 人口に対する医師数の割合が少ない（絶対数不足説）

日本の臨床医数は人口十万人あたりで二百人（アメリカ二百四十人、ドイツ三百四十人、イタリア四百二十人）、OECD（経済協力開発機構）加盟三十カ国中二十七位で、そもそも医師数は絶対数として深刻な不足である。

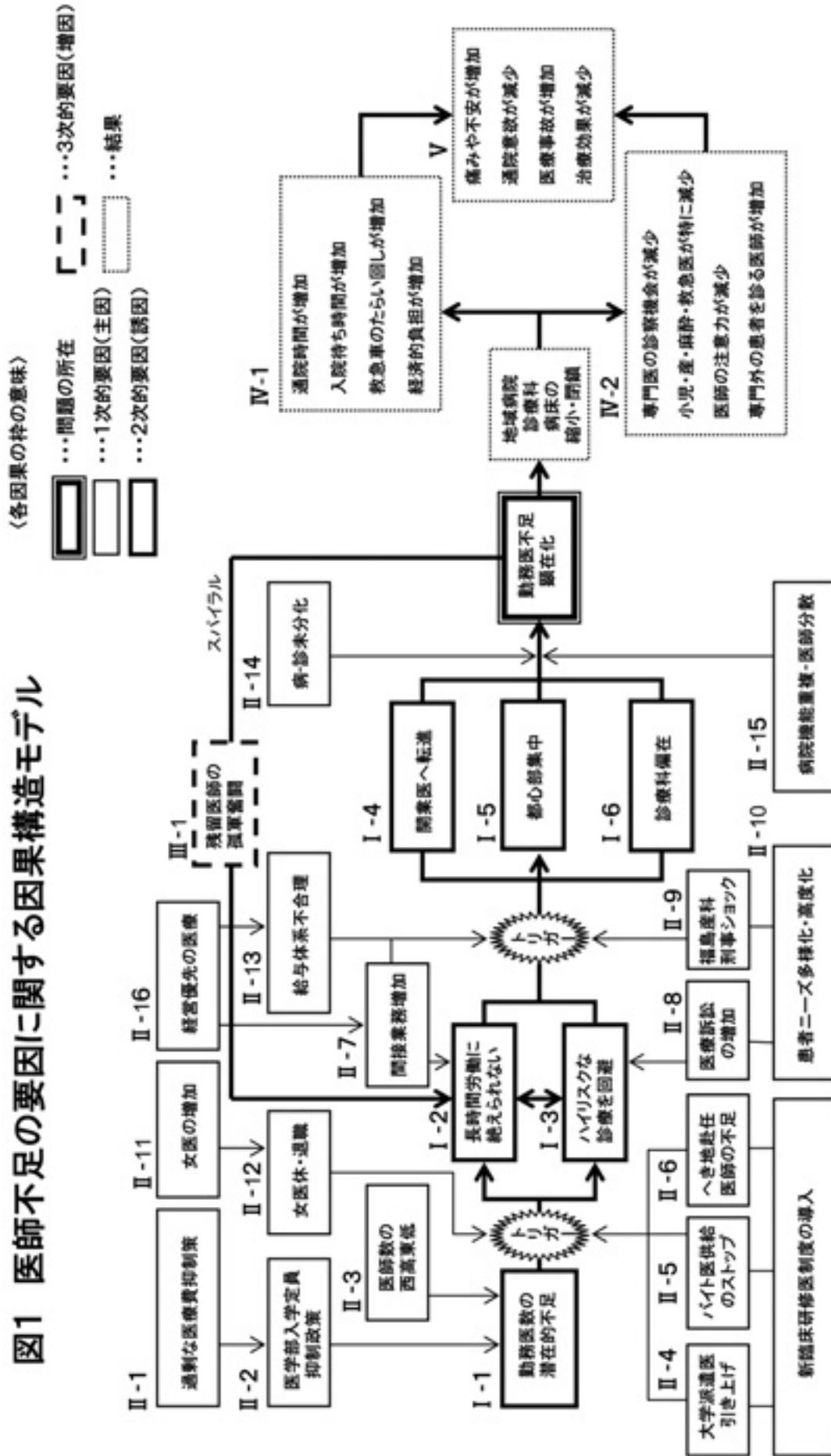
I-2 当直明け勤務など、過酷な労働時間に耐えられない（長時間労働説）

勤務医のほとんどが月に約三回、通常の八時間勤務に続いて十六時間の宿直勤務を経て、さらに通常の勤務に入る三十二時間労働にあり、休日を入れずに続けて勤務する日数の平均は十九・五日で、睡眠時間も取れず、休みも取れない勤務医の超長時間労働が常態化している。また、患者ニーズの多様化と高度化は、患者一人当りの診療時間を増加させ、同じ患者数でも勤務時間は長くなり、その長時間勤務に医師が耐えられなくなった。

I-3 医療訴訟が増え、ハイリスクの産科医を専門としない医師が増加した（ハイリスク回避説）

不妊症治療などが盛んになるにつれハイリスク妊娠分娩が増加する一方で、周産期センターを始めとする産科救急応需病院が少ないことにより、産科救急応需病院の勤務医師の負担が増大し、あ

図1 医師不足の要因に関する因果構造モデル



まりの激務に、若手勤務医が燃え尽きてしまった。
I-4 勤務医が勤務場所や形態を自由に選べる開業医へ転身する（開業説）

勤務医の過酷な労働条件に耐えかねて、医局人事に制約されず、診療スタイルを自由に選べる開業医へ転進する医師が増えている。

I-5 勤務医が都心部の人気病院へ集中し、地方の勤務医が不足（都心部集中説）

都会の病院の方が症例数も多くてやり甲斐があると思う医師が多く、そのためにへき地と呼ばれる病院に勤務することを嫌がる。また、へき地の病院においてほぼ24時間365日の勤務を要求する地域があり、体が持たないと辞めている。

I-6 診療科目で、特に小児科、麻酔科、産科の医師が少ない（診療科偏在説）

医師不足の中でも、特に、小児科、産科、麻酔科は過酷な勤務状態にあり、専門医が他科へ転科したり、そもそも志望する医学生が減っている。

II…2 二次的要因（誘因）

II-1 過剰な医療費抑制策がそもそもの原因である（医療費抑制策説）

そもそも、長年にわたる過剰な医療費削減策が、医療資源の枯渇を生み、医療崩壊を生み出した。

II-2 医学部の定員を抑制してきた（医学部定員削減説）

厚生労働省、文部科学省は、近い将来医師は過剰となるという前提で医学部の定員を削減し、医師の養成を抑制してきた。

II-3 医師が西日本へ集中して、東日本で少ない（西高東低説）

医学部が西日本に多いため、都道府県別の医師数は“西高東低”と言われ、医療施設に従事する人口10万人当たりの医師数は2倍以上の開きがあり、東日本の医師数が特に少なくなった。

II-4 大学医局が提携病院への医師派遣を取り止め、大学へ戻した（派遣医引き上げ説）

2004年から始まった新医師臨床研修制度において2年間の臨床研修が事実上義務づけられたことにより大学病院での医師が不足するようになり、大学病院は一定水準の医療を維持するために地方の病院に派遣をしていた医師を引き上げた。

II-5 新臨床研修医制度の導入で新人医師の供給が止まった（アルバイト医供給減説）

給与が支給される新医師臨床研修制度の開始に伴い、薄給で下働きが多いとされた大学病院での

研修を避け、その結果、アルバイトで当直をこなす研修医が減った。

II-6 医局人事に従わない医師が増加した（医局人事弱体説）

それまで多くの医師は大学の医局に所属し、人事異動は医局の命令に従っていたが、その医局の人事権が弱まり、へき地への赴任を拒否する医師が増加した。

II-7 コスト管理やE B Mなどの書類作成や会議など、間接業務が増加している（間接業務増加説）

医師の病院内の文書作成、診療外業務（院内委員会活動・会議など）、教育や指導の時間が増加し、本来の医療行為の時間を削いでいる。

II-8 医療訴訟が増加し、医師が積極的に診療を続けられなくなっている（訴訟増加説）

2004年の医療訴訟の提訴件数は計1140件で、1997年に比べてほぼ倍増し、科別で医師1000人あたりに換算すると、産科は12.4件。外科（10.9件）や内科（3.8件）を上回り最も多く、お産は病気ではなく、安全なものという神話があり、結果が悪かった時に訴訟になりやすい。

II-9 不可抗力で発生する医療事故まで逮捕されてしまっている（福島ショック説）

福島県立大野病院の産科医が帝王切開の手術中のミスで妊婦を死亡させたとして、2006年に業務上過失致死罪などで逮捕、起訴された事件に影響され、産婦人科を希望していた学生が減少した。

II-10 患者ニーズの多様化・高度化で医師のストレスが増加した（患者ニーズ高度化説）

患者の高齢化で、糖尿病や高血圧、高脂血症、心臓病などの循環器障害の慢性病が増加し、合併症をたくさん抱えるケースも多く、一人の患者がさまざまな診療科を訪れることになり、医師の手間は増えた。また、近年の医療の進歩によって、手間をかけて適切な治療、投薬をすれば生命をとりとめたり、治ったりするようになり、完治への期待の上昇が医師のストレスを増加させた。さらに、患者さんの意思を尊重した「インフォームド・コンセント」の浸透が、その説明のための時間を増やした。

II-11 女性医師が増加（女医増加説）

女性医師数の増加は著しく、十年前に比べると約二倍になり、一方、男性医師数はほぼ横ばいで、現在医学部に通う女子学生の急増と合わせて予測すると、十年以内には新卒勤務医の半分を女性が占めるようになる可能性も考えられ、男性医師に

比べ、労働生産性が劣るとの報告もあり、また、比較的体力的の必要とする診療科目に従事する医師が減少した。

II-12 女性医師の増加と出産や育児で職を離れる（女医休・退職説）

女性医師の結婚、出産、子育てなどと医療とを両立させる環境が整っていない場合が多く、結果として臨床の現場に復帰できずに家庭に入ってしまう、そのために現場で働いている医師の数が減少してしまった。

II-13 勤務医の給与が働きに見合っていない（給与体系不合理説）

大学の勤務医引き上げによって残された勤務医の過重労働に対して、賃金による評価がなされず、モチベーションが下がった医師は開業の道を選び、ますます勤務医が減少するという悪循環に陥っている。

II-14 診療所と病院の機能分化と連携が不足して重複してしまった（病-診未分化説）

病院と開業医との間で患者の紹介や逆紹介があまり機能していないため、病院と診療所が同じ医療を何度も繰り返すことになっている。

II-15 病院の機能が重複して、医師が分散してしまった（病院機能重複-医師分散説）

機能が同じ病院数が多く、医師が広く薄く分散し、病院当りの診療科別医師数が少なくなり、全ての病院が24時間体制を敷くことは現実的には困難となった。

II-16 経営を優先した医療を押し付けられる（経営優先説）

過剰なコスト管理により、医師のモチベーションが低下し、また、コスト削減を求める経営層と患者に最高の医療の提供を望む現場からの要求との間に中間管理職の医師が挟まれ、両者の摩擦が強いストレスとなっている。

III…3 次的要因（増因）

III-1 一人で幅広い医療を行うストレスとリスクに耐えきれない（孤軍奮闘説）

退職や引き上げで残された医師が、さらに長時間勤務や専門外の診療を単独で行わなければならないとなり、体力やリスクに耐えられない状態が加速度的に増大した。

IV 医師不足の結果発生する社会的影響

医師不足による国民生活への影響は、以下の

「医療へのアクセスの悪化」、「医療の質の低下」の2つに影響が収束される。

IV-1 医療アクセスの悪化

医師の絶対数が不足すれば、医師の配置密度が減少し、患者は遠くの医療機関まで行かなければならず、通院時間は長くなる。通院時間が長くなれば、診察までの痛みや不安を抱える時間が増し、苦痛と不安感が増大し、疾病によっては治療効果も減少する。また、万が一の時、近くに医療機関がないという潜在的な不安感を常にもつストレスの影響は少なくない。特に、突発的に発生しやすい小児科、産科、救急において遠くの医療機関しかない場合は、これらの影響はさらに増大し、救急車のたらい回しなど社会的影響も大きい。また、専門医による治療や、入院治療が必要な場合でも、その通院時間や入院待ちが長くなれば、経済的にも、身体的にも患者の負担は増加し、特に、高齢者の場合は、その過度な負担感により、通院意欲へ影響を及ぼすことにもなりかねない。さらに、医師一人当たりの患者数は増加し、それに伴って医療機関内で待ち時間は長くなり、特に、スタッフの手薄となる夜間診療においては、緊急を要する患者まで、長時間待たされ、治療効果に大きな影響を与えている。

IV-2 医療の質の低下

患者の集中など多数の患者を限られた時間内で診察したり、あるいは、当直明けにそのまま昼間の診察を行うなどの連続勤務が続けば、医師の注意力は減退し、医療事故発生率を高める。また、ひとりの医師が取り扱わなければならない疾病範囲が拡大し、専門外の疾病まで診察せざるを得ないと、経験や知識不足で医療事故の発生率を増加させる。さらには、特に小児科、産科のようなハイリスクを伴う診療科目においては、その可能性は相乗的に高まっている。

V 国民が負う医療上の不利益

このような医師不足の結果、国民が負う医療上の不利益は、痛みや病気に対する不安の増加、医療事故の危険の増加、通院意欲の減少、治療効果の減少を引き起こすことだとしている。

5. 今後の展望

本研究で構築された医師不足の要因に関する因果構造モデルは、あくまで文献リサーチに基づく仮説

であり、今後は、この仮説モデルをアンケート調査などによるデータ収集後、共分散構造分析などを行い、実証的な研究へ進める必要がある。さらに、各要因の因果関係について、さらに限定的な詳細研究が必要で、前項の I - 4 の開業への転進に関する動機解明については、現在、執筆者が研究代表として、開業希望医へのアンケート調査によって実証的研究を進めているところであり、本研究と関係づけて、総合的な知見を得たいと考えている。

6. おわりに

本研究は、平成19年度文部科学省科学研究（基盤研究C）の助成を受けて行った。

<参考文献>

本文中の研究に用いた文献リストに記載した。

以上