

視点

人口減少下における医療環境 — 特に医師数とその偏在について —



福島県医師会理事

中 野 庄 内

— プロローグ —

我が国の人口は2020年10月1日の国勢調査によれば総人口1億2,495万人で男6,076万人、女6,419万人であった。2008年に総人口1億2,808万人のピークに達し、その後人口減少が続いている。推計ではあるが2060年には9,615万人となる。2024年2月11日厚生労働省の国立社会保障・人口問題研究所の公表によると日本全国では2050年時点で15～64歳の推計生産年齢人口は5,540万2千人で、2022年は7,421万人でありそれと比較すると26.7%減となるということである（参考：1995年生産年齢人口8,716万人）。翻って、福島県では2050年における生産年齢人口は2020年と比べると原発事故の影響が大きい浜通りの13市町村を除くと県内の30市町村で半減する見込みとなっている。

かくも、人口が減少していることに鑑み、医療を含む社会保障を取り巻く環境も大きく変化するものと思われる。ここでは医療と介護について論じてみたい。

— 少子化における医師数と医師養成課程 —

まず、我々医師についてである。近年医師が少ないことがよく話題になるが、かつて医師の供給配分を勘案して1973年無医大県解消構想が閣議決定され一県一医科大という構想の下で新設の医科大や医学部が新設された。これで医師不足は解消されるものと思われた。しかるに現状である。これは2004年4月から、それまで任意であった医師免許取得後2年間の臨床研修が必修となったことで、それまでは卒業した地元の大学病院とその関連病院で研修することが通常の流れであったが、大都市部の研修病院や大学病院へ流れがシフトし、地方の大学病院や研修病院の研修医が激減した。一県一医大の構想が瓦解した年でもあった。これにより医師の偏在が助長され、さらに地方の大学病院の医師不足を招来し、医師派遣はおろか派遣先から医師を召還するに至り医師不足が顕在化した。更に、医師の専門分化が進行していることである。専門化が進めば専門医と称する医師が自分の

専門以外に興味を示さなくなる。例えば内科でも、糖尿病、高血圧症をはじめ呼吸器、循環器、上部消化管、下部消化管、肝胆脾、腎臓などに細分化され、自分の専門以外は診察しないとなるといくら医者がいっても足りなくなる。したがって、専門医は多いが発熱、頭痛、腹痛など一般的な疾患や複数の疾患を抱える患者を総合的見地から診察にあたる臨床の第一線を担うプライマリーケア医師が少ない。いや少なくはない。臨床研修の義務化によりそれ以前の医師より臨床の一線を担う訓練ができているはずだから。そうでなければ、初期臨床研修制度は現場を混乱させるものとして再考されるべきものである。ある分野の専門知識と手技は、医療という分野において自分の立ち位置を明確にできるし、他に認められることも重要なことである。しかし、専門医である以前に、まず医師であるという自覚と矜持を持ち、日常診療に於いてプライマリーケアにも努めて診察に当たることが望ましいと思う。

次いで医師の偏在であるが、先に述べた地理的な偏在と、診療科の偏在がある。かつて、メジャーといわれた内科、外科、小児科、産婦人科さらに救急医療が敬遠され、時間的にメリハリがつく、いわゆるマイナーな科に進む傾向がある。これも患者の受診窓口を狭くしているといわざるを得ない。

一医師の働き方改革一

また2024年4月からの「働き方改革関連法案」により医師の働き方改革が施行され、勤務医の時間外労働を「原則、年間960時間までとする」となった。ただ、技術の習得・向上のため集中的に働く時間が必要な場合もあり、都道府県の指定を受ければ当面年間最大1,860時間の上限を設定できることとなっているが、健康確保のため28時間の連続勤務時間規制、勤務と次の勤務に9時間の休息、長

時間労働した医者に対する毎月の面接などが義務付けられた。これは、まず時間外労働時間の総量規制ありきで、診療や研究、自己研鑽、教育など、その仕事の内容には触れていない。これを厳格に守ろうとすれば、医療現場からは医師が足りないという声上がるのは目に見えている。参考に、1973年の医学部入学者数6,200名、その後1981～84年8,280名、2003～07年一時減少に転ずるがその後徐々に増加し、2024年の医学部入学生数は9,403名ということである。小生が医学部を卒業した1970年代と比較すると、現在は人口が減少しているにも関わらず約1.5倍に増えている。

一人口減少下における介護一

さて、介護問題である。以前我が国では医師や病院数の絶対数が少なく、寝たきりの病人が隣近所の家 にいた。その頃は二世三代の家族の同居は普通であった。したがって、寝たきり家族を介護するのも、その家族や近隣の人々に支えられて、曲がりなりにも成り立っていた。いわゆる当時の地域包括ケアシステムであろう。しかし昨今、核家族化が進み老夫婦や一人住まいが多くなり、なおかつ人口そのものが減少している。現在の在宅介護では家族の介護力は脆弱であり、家族にそれを期待することは、永続的な枠組みとは思えない。できれば、年金でも入所可能な軽費介護施設といったものを中学校学区程度の領域に人口構成を考慮して配置するのが望ましいのではないかと考える。施設も廃校となったものや縮小された校舎、集会所、空き家などを必要最小限の改築でそれに充てるなどをして、医師、看護師、ヘルパーなどをそこに集中し、移動の時間や医療介護にあたるマンパワーのロスをできるだけ少なくする。ショートステイは今の考えとは逆に施設ではなく自宅にショートステイする。そうすれば家族を介護から解放でき、肉体的負担の軽減

や精神衛生上も望ましく、ヤングケアラーや介護退職なども阻止できる。軽費介護施設の運営は質の担保なども考慮し市町村などの地方自治体が望ましいが、NPOなどによるものを考慮すべきか識者の意見を伺いたい。

ーエピローグー

まだ論ずべき点は、いくらでもあるが、人口減少が目前で進行している時に、医師の数や医療関係者の数はこれ以上増やせない状況にあると思う。ある試算によると1970年には大学入学期18歳の人口1,000名あたり医学部入学者数2.29名であったが2020年には8.10名、医学部定員が現在のままだと2050年には11.8名になるという。参考までに 近年の米国では医学部入学年齢者およそ440万名当たり医学部定員約16,000名で1,000名当たり3.34名となっている。医師の数を増やせというが、他の職種や産業にも優秀な人材が必要なことはいうまでもない。一例を挙げると、少し前までは、日本は現代産業の基盤である半導体の生産が世界第一位であったが、当時の優秀なエンジニアは海外企業に引き抜かれ、その後補充が十分にできず、今は気づいてみると

アメリカ、台湾、韓国に追い抜かれている。日本の半導体技術はもぬけの殻状態である。卑近な例では、タクシーやトラックの運転手不足など身近なサービスも低下してきている。医師をはじめ医療従事者を増やせと言っても、一般の職業に就いて生産性の高い納税者がいなければ充実した医療介護は成り立たない。

私自身も外からの制約を受けずに自由にストレスなく仕事をしたい一人である。いわゆるプロフェッショナルオートノミー重視の一人である。しかし、昨今の状況を考えると、医療という重要な社会基盤を構成している医師がその矜持と自制心とバランス感覚を軽視して自由と権利を声高に主張し振舞えば、医療という仕組みそのものがいびつになり、それこそ受け入れがたい強制力を持った枠組みを次々と押し付けられかねない。

我々医療従事者としてまずすべきは、日常の診療・介護に粛々と取り組むのはもちろんであるが、我が国の少子化による人口減少という困難かつ年余にわたる問題に直ちに対処すべき行動が求められる。