

医師の需給に関する検討会

(第 5 回)

日時：平成17年5月19日(木)

16:00～18:00

場所：厚生労働省省議室(9階)

議 事 次 第

- 1 開会
- 2 議事
 - ・ 中間報告書骨子案について
 - ・ その他
- 3 閉会

医師の需給に関する検討会

(第 5 回)

資 料 目 次

資 料 1 中間報告書 骨子案
(これまでの各委員の意見から)

参考資料 1 泉委員提出資料

参考資料 2 吉村委員提出資料

医師の需給に関する検討会

中間報告書 骨子案（これまでの各委員の意見から）

1. はじめに

- 本検討会は、平成17年度中に報告書を取りまとめることになっている。
- 一方で、平成18年度での医療制度改革を目指して、医療制度全般について、社会保障審議会医療部会での議論が進められている。
- 本検討会も、18年度での改正に盛り込める事項については、可能な限り最終報告を待たずに中間報告として取りまとめることが適当。
- さらに残された事項については、最終報告書まで引き続き議論。

2. 現状の認識

- 患者から見ると、医師は常に忙しく十分な時間が取れないことも多く、医師は不足しているのではないかと感じる。また、医師から見ると、現場の繁忙感是非常に強い。医師は過剰になるという平成10年の認識は正しいのか疑問である。更に、患者と医師との関係が変容したことにより、インフォームド・コンセントを含む患者一人当たりの診療時間が非常に多くなってきている。そのため診療に時間を要するようになり、医師不足につながっているのではないかと。
- 診療科によっては医師不足が甚だしく、診療に支障をきたしている診療科もある。特に産婦人科・小児科などでは、新規参入医師が少ないことが医師不足に拍車をかけている。診療科別格差が大きい、更には夜間等、時間帯による医師の不足、という状況もある。
- 地域医療を守っている多くの医師が引退年齢にあることもあり、地域によって医師が不在の地域もある。都道府県別の人口当たりの医学部定員が偏在しており、地域別格差に拍車をかけている。医師の気質が変わり、過疎地域に行きたがらなくなっている。地方では大学病院でも医師が不足しており、関連病院に医師を派遣する余力がないのではないかと。
- 医師が不足している診療科、地域、時間帯においては、医師の質の面でも不足しているのではないかと。
- 労働基準法に伴う影響も無視できないのではないかと。
- 女性医師が増加しており、このことが需給に影響しているのではないかと。

3. 検討すべき課題とその解決方法について

(1) 地域偏在の解消等について

- 医師不足地域への医師誘導策について、外国の事例が参考になるのではないか。
- 医療施設集約や医療提供体制の効率化を図るべきではないか。
- 医師の分布に関して規制等の関与が必要ではないか。
- これらの問題に関しては、医療計画制度の活用により、ある程度解決されるのではないか。

(2) 診療科偏在の解消等について

- 分野別医師数について、学会がその役割を果たすべきではないか。
- 適正な専門医数を念頭に置きながら議論する必要があるのではないか。
- 専門医の数だけを議論するだけでなく、地域別に均衡に配置することも併せて考えるべきではないか。
- これらの問題に関しては、診療報酬や、政策的な手当を施すことにより、ある程度解決することができるのではないか。

(3) 良質な医師の養成・確保について

- 繰り返し事故を起こす医師等問題のある医師を排除するために、医師の評価を行うことが重要ではないか。
- 日本では免許があれば制約がないが、諸外国では、専門的医療行為には資格や経験が必須要件となっており、外国の事例として参考とすべきではないか。
- 政府が問題となる医師の再教育などに積極的に取り組むことにより、解決されるのではないか。

(4) 医師の勤務体制について

- 高度な医療機関等においては、医師の交代勤務が行われないと、患者の安全が確保されないのではないか。
- 一方で、例えば重症の患者の診療にあたる場合、医師が交代勤務を行うと、治療の一貫性が損なわれることがあるのではないか。また、チーム医療が進まなければ、患者から主治医が交代して診療にあたることは受け入れられないのではないか。

(5) 医師と他職種との役割分担について

- 医師とその他の職種との役割分担を考えなおす必要があるのではないか。

(6)幅広い診療能力を持つ医師の養成について

- 欧米は家庭医の養成や資格が制度化されている。日本でも検討すべきではないか。
- へき地や離島などでは、診療所において一人で診療を行わなければならない、ジェネラリストでないと対応できない。国としてジェネラリストを整備していくべきではないか。
- 平成16年度から開始された新しい臨床研修制度により、ある程度の解決が期待できるのではないか。

(7)女性医師の活用について

- 女性医師の勤務実態等を踏まえ、より能力を発揮できる方策を検討する必要があるのではないか。

(8)その他

- 医師過剰が本当に弊害を伴うのか。つまり医師が過剰になると
 - 不必要な需要を生む可能性
 - 医師の失業の問題
 - 数が増えることによる質の低下が起こるのか。医師過剰国の事例を検討すべきではないか。
- 夜間等、時間帯による医師の不足の実態を把握する必要があるのではないか。
- 国際的な数字の比較に当たっては、それぞれの国の医療制度、医療を取り巻く背景、勤務実態を斟酌したうえで解釈する必要があるのではないか。
- いくつかのタイプの医療機関別に、医療内容、医療現場でのそれぞれの対応等の客観的データを基に検討する必要があるのではないか。また、医師の働き方の個人差も大きいので、勤務医や女性医師の勤務実態を踏まえた医師需給推計が必要なのではないか。
- 医療法の人員配置標準が医療の実態に合っていない部分があることが、医師の需給についての考え方を混乱させているのではないか。
- 卒後3年目以降の研修のあり方が医師需給を考える上で重要ではないか。
- 医師の需給は、数だけの問題ではなく、医師の質の問題、地域・診療科偏

在の問題、他職種との関係の在り方の問題等、総合的に考える必要があるのではないか。

泉 委 員 提 出 資 料

2005年5月19日

茨城県保健福祉部医監兼次長 泉 陽子

1. 全体について

中間報告書においては、本検討会の主たる目的に沿って、医師需給問題についての現時点でのスタンスを明示する必要があると考えます。これまでの議論を踏まえると、次のようなところが委員の皆様のご意見の一致するところと思われる。

- 近年、医療現場、特に病院で不足感が強いこと。さらに一部の診療科、県・地域で不足感が著しいこと。
- この原因としては、医師臨床研修制度に伴う一時的な影響も考えられるが、医師の働き方の変化や高齢医師・女性医師の増加をはじめとする医師側の要因や、医師—患者関係の変化をはじめとする医療環境の変化等、長期的・構造的な要因も大きいと考えられること。
- このため、医師需給については、
 - ◇ 単に人数のみならず実際の労働力についての検討
 - ◇ 単に総数のみならず、都道府県別、地域別、診療科別、病院—診療所等の検討
 - ◇ 最近の医療環境を踏まえた需要の変化を加味した推計を行うことが必要であること。
- さらに、新たな医師需給推計結果を踏まえ、不足やミスマッチ解消のために必要な対策を早急に行うべきこと。

2. 「2. 現状の認識」について

現状については、委員から述べられた感想のみならず、実証的データを可能な限り引用していただきたいと考えます。

3. 「3. 検討すべき課題とその解決方法について」

- 今後の需給推計にあたって留意すべき事項と、医師不足やミスマッチ解消のための施策に関する事項が混在しており、整理が必要と思われます。また、「2 現状の認識」との対応が明確ではありません。
- (1)「地域偏在の解消」には、医学部入学定員の偏在についても挙げていただきたいと考えます。
- 今後予測される医師の増加は、実数としては高齢医師と女性医師の増加であるという点が重要です。高齢医師の増加については触れられていませんが、記述していただきたいと考えます。
- 現在の不足感が、病院、特に地域医療を支える二次レベルの病院に強いことを踏まえて、病院における医師確保問題を明記していただきたいと考えます。

—以上—

吉村委員提出資料

平成 17 年 5 月 19 日

医師の需給に関する検討会への提言 ―大学病院の立場から―

全国医学部長病院長会議会長

北里大学医学部長

吉村博邦

1. かねてより、①医師の地域の偏在(特に僻地の医師不足とともに、都道府県内でも都市部と郡部の偏在など)、②専門性の偏在(特に、小児科、産婦人科、麻酔科、救急医など)、③夜間などの特定時間帯での医師不足などが指摘されている。

2. 医師不足が顕在化した要因。

- ① 医療の専門分化、高度化による細分化の影響。
- ② インフォームドコンセントなど患者への説明時間の増加。
- ③ 医療安全、危機管理などへの対応。
- ④ 女医の増加。
- ⑤ 勤務医の QOL の低さと若年医師の開業医志向。
- ⑥ 旧労働省(現厚生労働省)による、医師の勤務条件、労働環境改善への指導。
- ⑦ 新医師臨床研修制度の導入による大学医局の新入医局員の減少と、これに伴う、専門医養成システムならびに医師の派遣システムの崩壊。

3. 現状では、地域医療を担う、特に、僻地、あるいは、地方の自治体病院などのプライマリケアを担う診療医の極端な不足とともに、一方では、高度医療を担う専門医の慢性的な不足が深刻な状況にある。専門医については、かねてより指摘されている、小児科医、産婦人科医、麻酔医、救急医以外に、癌治療専門医、癌診断専門医、心臓カテーテル専門医、内視鏡治療専門医、心臓外科医、呼吸器外科医、脳神経外科医、内視鏡外科医など、あらゆる診療領域で高度医療を担う専門医が不足しており、国民の医療ニーズに十分に答えられない状況にある。

プライマリケアを担ういわゆる家庭医あるいは総合診療医はもちろんのこと、高度医療を担う専門医は、2年、3年で育成されるものではなく、5年、10年をかけて、十分な研修と臨床経験を経て育成されるべきものである。また、かかる専門医は、一施設のみで養成できるものではなく、大学病院、専門病院、地域の基幹病院、第一線の医療機関などをローテイトしながら、また、場合によっては、海外留学や大学院などの高等教育機関を経験しながら、育成されてゆくべきものである。

4. 新医師臨床研修制度については、制度導入の趣旨(研修医の幅広い分野における基本的臨床能力の習得と経済的身分保障)には賛同するものであるが、研修医の研修先については、専門

医療が中心の大学病院から一般市中病院へシフトさせることが優先課題の一つとされた経緯もあって、研修病院の指定条件が著しく緩和され、平成 16 年度 2,168 施設が研修病院として登録されている。その結果、大学病院では、研修医の処遇についての経済的な限界やプライマリケアに対する教育への対応の遅れなどの諸要因が重なって、初年度(平成 16 年度)の研修先の割合が大学病院 70%、研修病院 30%だったものが、今年度(平成 17 年度)は臨床研修病院が 50.8%と大学病院を僅かながら上回っており、本制度を導入した厚生労働省は、制度の導入が順調に推移していると評価している。

しかし、大学病院の立場から見ると、医師の研修は決して 2 年間で終了するものではなく、その後 5 年、10 年にわたる地域の専門病院、総合病院等との連携によるプライマリケア研修を含む長期の専門研修が不可欠であり、かかる長期的視野を欠いた今回の研修システムでは、将来の専門医の養成、quality の確保に大きな危惧を抱かざるを得ない。

医療にとって人材の育成とその確保は最重要課題であるが、多くの大学病院では、今回の新医師臨床研修制度の導入に伴い、結果として研修医としての入局者が 2 年間にわたり途絶えたこととなり、従来から大学病院が担ってきた医師の研修と専門医の養成とその課程での地域の医療機関との連携(派遣)システムが破綻するという深刻な結果をもたらしている。この傾向は特に地方の大学病院で著しく、全国各地の多くの大学病院は崩壊の危機を迎えているといっても過言ではなく、ひいては、周辺の地域医療に対しても極めて深刻な影響をもたらしている実情にある。

5. 診療科別の医師の偏在、医師不足については、単に医学部入学定員を増やすことで解決される問題ではなく、上述のとおり、むしろ、新たに誕生する新卒医師の研修、専門医教育の課程で解決すべきである。すなわち、経験と実力を兼ね備えた真の意味の専門医の養成を目標とし、かつ、長期間(5 年～10 年)にわたる地域医療を包含した研修システム、ネットワークの構築こそが、医師不足解消の抜本的解決策となるものと考えらる。

今回の新医師臨床研修制度導入の結果としてもたらされた大学病院の衰退傾向のさらなる進展は、将来の医療の質の確保と医師養成システムの基盤を根底から崩壊させる結果となることが強く懸念される。医療機関同士が医師の確保合戦を展開するのではなく、かねてより医師養成の中核を担って来た大学病院の研修環境および施設と指導医体制の一層の充実を図りつつ、地域・僻地の医療機関を包含した新たな研修システムを再構築し、また、病院の集約化による専門医の効率的運用、勤務医の処遇の改善、不足領域の専門医へのインセンティブの導入、必要専門医の定数の設定などの諸施策を国家レベルで推進すべきことを強く提言する。

以上