

日本医学会・日本医師会合同シンポジウム

医師の専門分野の偏在

— 現状とその対策 —

期日 平成18年10月12日（木）

会場 日本医師会館

日 本 医 学 会

日本医学会・日本医師会合同シンポジウム

医師の専門分野の偏在—現状とその対策—

日 時：平成18年10月12日(木) 13:00～16:30

場 所：日本医師会館 大講堂

〒113-8621 東京都文京区本駒込2-28-16

TEL 03-3946-2121(代)

(司会) 高 久 史 磨 (日本医学会長)
木 下 勝 之 (日本医師会常任理事)

- 13:00 開会の挨拶 高 久 史 磨 (日本医学会長)
- 13:05 若手医師から—産婦人科教育・診療の現場から
宮 城 悦 子 (横浜市立大・産婦人科)
- 13:15 若手医師から—小児科医の現状
杉 村 洋 子 (東京大・小児医学)
- 13:25 若手医師から—救急医学
近 藤 久 禎 (日医大・高度救急救命センター)
- 13:35 マスメディアから—安心・納得の医療のために
飯 野 奈 津 子 (NHK解説委員)
- 13:55 産婦人科から—産婦人科医療の現状と対策
吉 川 裕 之 (筑波大・婦人周産期医学)
- 14:15 小児科から—「小児科医が足りない」とはどういうことか—そしてその対策は—
別 所 文 雄 (杏林大・小児科)
- 14:35 救急医学から
有 賀 徹 (昭和大・救急医学)
- 14:55 厚生労働省から
宮 崎 雅 則 (厚労省医政局医事課医師臨床研修推進室)
- 15:15 休 憩
- 15:25 討 論 (司会) 高 久 史 磨 (日本医学会長)
金 澤 一 郎 (国立精神・神経センター総長)
鴨 下 重 彦 (国立国際医療センター名誉総長)
木 下 勝 之 (日本医師会常任理事)
- 16:25 閉会の挨拶 久 道 茂 (日本医学会副会長)
- 16:30 終 了

日本医学会・日本医師会合同シンポジウム組織委員

金 澤 一 郎 鴨 下 重 彦 木 下 勝 之

若手医師から—産婦人科教育・診療の現場から

宮城 悦子

横浜市立大学医学部 産婦人科

ここ数年の相次ぐ全国地域中核病院からの産婦人科医師の引き上げは、「お産の場がない」「産科崩壊」という少子化対策の根幹にも関わる大きな社会問題となっている。この背景には、産科の訴訟の多さ、ハイリスク妊娠・分娩を取り扱う勤務医の劣悪な労働環境、若手女性医師の増加に見合う継続的就労支援体制の欠如、新臨床研修医制度の導入など様々な要因が挙げられる。現在の産婦人科医師減少傾向への歯止めは、熱意を持ってハイリスク妊娠・分娩の診療にあたればあたるほど医師は疲弊し、かつ医事紛争に巻き込まれるリスクを負い、その重圧から中堅医師が現場を離脱してしまうという現状の悪循環を断ち切ることでしか成し得ない。状況の打開に向けて、公的な高次周産期医療施設の集約化推進に

向けての厚労・総務・文科3省連名通知、無過失補償制度整備への取り組み、日本産科婦人科学会内の「産婦人科医療体制検討委員会」「女性医師の継続的就労支援のための委員会」設置など、多角的かつ組織的な動きが始まりその実効性が期待されている。今回のシンポジウムでは、医学生および研修医に対し「産婦人科学の魅力」を伝えることを使命としている大学教員の立場から、産婦人科診療現場の状況報告を行うとともに、産婦人科の将来について医学生・研修医・一般市民へポジティブキャンペーンを行っていく方策についても述べたい。

【キーワード】

産婦人科医師不足、女性医師問題、学生教育、研修医教育

若手医師から—小児科医の現状

杉村 洋子

東京大学大学院医学系研究科 小児医学

近年、小児救急に注目が集まっている。少子化に伴い、小児科医へのなり手も減少し、同時に、収入の面から、赤字の原因となる小児科を閉鎖する病院が増加してきた。残された各地域の中心となる病院の小児科では、小児科医は更に過剰労働を余儀なくされ、働き盛りの小児科医はふと自分のQOLの質が低いのに気付き、これを上

昇させるべく、開業する。こうしてまた当直をする小児科医が減っていく。病院に残るのは、臨床経験の少ない卒後数年目の医者と、臨床経験は豊富だが、体力の少ないベテラン医師という構図ができあがる。

小児救急を中心に、小児科の抱える現在の問題点について、お伝えしたい。

若手医師から—救急医学

近藤 久禎

日本医科大学 高度救急救命センター

昨今、救急診療に携わる救急医が不足していると言われている。若い医師が救急医を志向すること、継続的に働いていくための課題について述べて行きたい。

救急医には専門性がないとよく言われている。しかし、救命救急センターの整備、大学病院における救急医学講座の設置が広まるとともに、救急医学とは重症救急患者の初期診療を中心として、病院前救護、災害医療、集中治療、手術、ERを包括するものと整理されてきている。今後の課題は、専門性、社会的役割を広く公的に

認知され、保障されることであろう。具体的には、標榜科や地域における救急医の役割の明示などである。

労働環境の苛酷さも課題である。交代勤務制の導入など、適切な勤務体制の確立は、救急医療の継続性を保つ上で必須である。

救急医療とは地域社会に貢献することを目的とした医療である。救急医が継続可能な労働条件の下、誇りを持って働ける環境の整備が喫緊の課題である。

マスメディアから—安心・納得の医療のために

飯野 奈津子

NHK解説委員

「これまで、生活を犠牲にしても患者のためにがんばってきたけれど、もう限界です」こんな手紙を、病院勤務の医師からもらうことが多くなった。特に、労働環境が厳しい小児科や産科、救急といった診療科の医師からのものが目立つ。これまで寝食を忘れて真面目に仕事をしてきた医師たちが、医療をめぐる現状に悲鳴を上げ始めていると感じている。

その原因のひとつが、ここ数年医療事故を起こした医師に対する刑事責任追及の流れが加速していることだ。罪に問われる基準が明確にされないまま、結果が予想外で重大だというだけで犯罪者にされてはたまらない、そんな医師たちの思いが伝わってくる。その結果、医師たちが難しい医療を敬遠したり、事故と背中合わせの厳しい診療科を敬遠したりする動きが広がると、私

たち患者の側が、必要な医療を受けられなくなってしまう。事態は深刻で、社会全体で早急に対策を考えなければならない。

一方、心臓外科など外科系の医師は欧米諸国に比べて数が多く、一人当たりの手術の症例数が少ないという指摘もある。そのために医療の質が高まらなるとすれば、それもまた深刻な事態といわざるをえない。

どうすれば、医師の専門分野の偏在をなくして、安心、納得の医療を実現するのか。患者・医療を提供する側・学会・国、それぞれが、深刻な現状を受け止め、協力して対策を考える必要がある。もちろん私たちマスコミの役割も大きい。

シンポジウムでは、私たち患者の側だけでなく、医療を提供する側にとっても「安心・納得の医療」を実現させるための課題を考えたい。

産婦人科から一産婦人科医療の現状と対策

吉川 裕之

筑波大学大学院人間総合科学研究科 婦人周産期医学

周産期医療崩壊の危機が問題となっている。産婦人科独特の原因もあるが、すべての科に共通する原因も関連している。昨年に行った日本産科婦人科学会調査の結果に基づき考察を行う。産婦人科医療は、周産期、生殖、婦人科がん、他の婦人科に分けられるが、周産期医療に関わる医師の減少が著しい。

分娩施設の減少と分娩に関わる医師の減少は、1)初期臨床研修制度開始と新規産婦人科医の減少による大学・関連病院要員の減少、2)大学・関連病院から他の施設および他の診療科への人員流出、3)女性医師の地方関連病院への異動の敬遠、4)経営困難・高齢化・過剰労働による有床診療所の分娩中止などが同時期に起こったことが原因である。2)、3)は1)が契機となった無理な人事異動により顕在化した。2)は、時期が早まったにすぎない。新規産婦人科医の減少には、過重労働以外に医療

訴訟の多さ、男性医師に対する社会の理解不足も関係している。

周産期医療では中核病院の人員を確保し、医療の安全性を維持・発展させることが課題であるが、集約化は容易ではない。産婦人科診療の維持が困難となっている中核病院は少なくない。最も重要なことは、地域の産婦人科医療を守ることであり、病院のための産婦人科医療を守ることではない。女性医師中心で医療を継続するには1施設あたりの人員増が急務である。

現在進めている改革は、医療訴訟に対しては診療ガイドライン作成と無過失補償制度確立、医師のリクルートにはプロモーションDVD作成、女性医師の継続的就労支援には実態調査とそれに基づく改革、医療提供体制については地方中核病院で常勤医1、2名の病院をなくし、常勤医5名以上を達成することである。

小児科から—「小児科医が足りない」とはどういうことか— —そしてその対策は—

別所 文雄

杏林大学医学部 小児科

医療の現場では小児科医が足りないという実感がある。ところが、医師数の統計上は小児科医は増えており、少子化と相まって、こども当たりの医師数は増えている。このねじれ現象はどこから来ているのか。その原因を解析することが大切である。まず、足りないと言うことはどういうことなのか。一つの指標として諸外国と比較して、人口当たりの医師数が少ないという現実があるが、国による医療事情の相違があるので必ずしも適切な指標とは言えないかもしれない。足りないことを如実に示すものとして、小児科医の勤務時間がある。25歳から29歳の若年男性小児科医の70%以上が週20時間以上の、40%以上が週40時間以上の超過勤務をしている。この様になることの原因としては、時間的空間的な医師の偏在が重要な問題である。近年、小児科標榜病院数の減少と、診療所数の増加が続いている。診療所の大部分は夜間開かれておらず、この間は医師数が実質上激減していることになる。次に、小児科医には女

性医師が多い。子育て中の医師に対する支援が不十分なため、病院においても夜間は医師数が減少している。さらに、小児科を標榜し続けている病院においても勤務している小児科医はきわめて少なく、約半数の病院で常勤の小児科医は2名以下である。以上をみると、小児科医は存在するが必要などきに必要ない場所にいるということが小児科医が足りないことの意味であることが分かる。これに対する対策は自ずと明らかであり、それは存在する小児科医を、必要などきに必要ない場所に配置することである。このために、日本小児科学会は「小児医療供給体制の改革ビジョン」を示している。このビジョンを本に、地域の実情に合わせた医師の配置を工夫することにより、多くの地域において実質的な小児科医不足を緩和することが可能と考えられる。その実現のために、小児科医自らが地域の小児医療の担い手としての自覚を持ち参画することが求められている。

救急医学から

有賀 徹

昭和大学医学部 救急医学／昭和大学病院救命救急センター

救急医学という専門性が現在の医療で受け持つ分野には、①救命救急センターなどでの重症救急患者への対応、②病院の一般救急外来における初期治療と専門医への振り分け、③救急隊員による病院前救護の質向上への取り組みという、大きく3つがある。それらを担う専門医については、救命救急センターなどでの修練を課して卒後数年で取得できる「救急科専門医(認定医)」と10年以上の履歴を求める「指導医」との2種類がある。これらの有資格者の内で病院勤務をしていない者が一部にいますので、病院に勤務する人数をみると前者が2,238人、後者が328人である。これらの人数と、全国で臨床研修病院が2,288施設であることや救命救急センターが189施設であることなどを勘案すれば、救急医学の専門性を発揮できる医師は彼らの偏在云々より、むしろ人数そのものが足りていないことが理解できる。救急科専門医を養成する救急科専門医指定施設が現在392施設であることを考えれば、上記②が初期臨床研修に非常

に重要であるにもかかわらず、臨床研修病院の多くでそれが不十分である可能性もある。救命救急センターですら、指導医がセンター長であるのは77施設(41%)のみである。いずれにせよ、①～③が地域の中核的な病院における業務であることから、本シンポジウムのテーマを考察するにあたり、病院医療という観点からも考えなくてはならない。ある調査によれば3割以上の勤務医が過労死認定基準以上の過重な労働をしているといい、また病院医療からビル診などでの開業に奔る医師が年間に6,000人に達するとも報告されている。勤務医が抜けた病院がその地域での役割を果たせなくなれば、近隣の病院にその負担がのしかかり、その病院の勤務医への荷重がまたその勤務医らを辞めさせるという悪循環が地域々々で起きていると思われる。現在の我が国における医療を取り巻く諸々の環境こそ本シンポジウムのテーマを考察する上での重要な側面のようにも思われる。病院医療に与かる救急医療の観点はこのようなのである。

厚生労働省から

宮 寄 雅 則

厚生労働省医政局医事課 医師臨床研修推進室

新しく必修化となった医師臨床研修制度は、昭和43年のインターン制度廃止以来、36年ぶりの抜本的な改正として平成16年4月からスタートした。平成18年は、新制度第1期生の研修修了とともに、第3期生の研修開始を迎えた年である。

これまで研修医の研修先を決めるマッチングも順調に行われ、過去3回の結果も95%台という高いマッチ率であった。スタート前には地域における医師の確保が困難になるといった地域医療への影響も懸念されたが、東京、大阪等で減少傾向、北海道、沖縄等で増加傾向になるなど、むしろ研修医が都市から地方へ流れる傾向が見られた。また、旧制度において約「7対3」であった大学附属病院と臨床研修病院の研修医数割合が、新制度第3期生においては、「44.7対55.3」と臨床研修病院が上回っており、年々大学離れが進んでいる。

一方で、連日のように医師の専門分野の偏在についてマスコミ等で報道されている。偏在については、様々な原因が複雑に作用した結果、引き起こされたものと思われる。

特定の地域や診療科における医師の偏在

について、厚生労働省では、総務省及び文部科学省とともに関係省庁連絡会議を開催し、昨年8月には「医師確保総合対策」をとりまとめ、医師の養成課程における医師確保対策として、医学部定員の地域枠の拡大や都道府県による奨学金の有効活用等を促していくこととしている。

また、地域や診療科による医師の偏在があり、特に小児科や産婦人科での医師の不足感があると承知しているため、都道府県において、医師確保が困難な地域における小児科・産科の医療資源の集約化・重点化の検討を行い、具体的対策のとりまとめを求めている。

さらに、前述のような大学離れの状況の下では、従来どおり医師の確保を大学からの派遣のみに頼ることは困難となってきており、地域における医療対策協議会を中心として、各都道府県が主体となって大学等と協力して医師確保に努めるよう6月に成立した医療法に明記している。

臨床研修及びその後の研修の観点を中心に、この偏在問題についての現状と対策について述べたい。

討 論

(司会) 高 久 史 磨
日本医学会長

金 澤 一 郎
国立精神・神経センター総長

鴨 下 重 彦
国立国際医療センター名誉総長

木 下 勝 之
日本医師会常任理事