

医師の需給に関する検討会

(第 6 回)

日時：平成17年6月13日(月)

15:00～17:00

場所：厚生労働省
共用第8会議室(6階)

議 事 次 第

1 開会

2 議事

- ・ 中間報告書案について
- ・ その他

3 閉会

医師の需給に関する検討会

(第 6 回)

資 料 目 次

資 料 1 中間報告書案

参考資料 1 吉村委員提出資料

参考資料 2 小山田委員提出資料

医師の需給に関する検討会中間報告書(案)

—医師の不足感解消のための緊急提言—

平成17年6月〇〇日

1. はじめに

本検討会においては、昨年の「へき地を含む地域における医師の確保等の推進について」(地域医療に関する関係省庁連絡会議)を踏まえ、平成17年度中に医師の需給に関する報告書を取りまとめるべく、検討を行っているところである。

一方で、平成18年度での医療制度改革を目指して、医療制度全般の改革について、社会保障審議会医療部会において議論が進められているところである。

本検討会の最終的な目標は、平成10年の医師の需給に関する検討会報告書公表後の医療を取り巻く環境の変化や社会経済状況の変化等を踏まえた医師の需給の将来推計及び今後取り組むべき課題についての検討を行うことであるが、一方で、病院における医師の不足感、地域や診療科における医師の偏在など、医師の需給に関し早急に対応策を講じる必要がある課題が指摘されているところである。これらの課題については、最終報告書を待たずに、中間報告として取りまとめ、国民的な議論に付することが適当と考えた。

以上のことから、医師の需給に関する諸課題のうち、喫緊の課題としてできる限り早期に手当てすべきと考えられる事項について、本検討会における議論を取りまとめるものである。

さらに残された課題については、最終報告書の取りまとめに向け引き続き議論を行っていくこととしたい。

2. 医師の需給に関する現状についての議論

平成10年の「医師の需給に関する検討会報告書」においては、医師の需要を最大、医師の供給を最小に見積もっても、平成29年には医師は過剰になるという推計が示されている。本検討会では、今後、最終報告書に向けて定量的な調査・分析を行っていく必要があるが、医師の需給についての現状に関する、現在までの主な議論は以下のとおりである。

- ① 現状では、患者及び医師の双方から見て、医師は不足していると感じら

れる場面が多い

② 医療機関、診療科、時間帯、地域による医師の偏在があるのではないか

これまでの、上記①の理由に関する議論について、整理すると以下のとおりである。

(i) 需要側の変化

- i) インフォームド・コンセントの普及をはじめとして患者と医師の関係が変容している。治療方針の内容やその危険性について患者に十分説明することが求められており、患者一人あたりの診療時間が延びているのではないか。
- ii) 医療を受ける国民全体の高齢化に伴い、医療が対象とする疾病構造が感染症中心からガン・脳卒中・心疾患中心に変化している。これらは、感染症に比べ、継続的な経過観察・治療を必要とするケースが多い。
- iii) 医療が高度化、専門化、細分化していることに伴い、1人の患者に対し複数の専門分野の医師がチームで医療を行うことが必要になっている。
- iv) 患者の側にも専門医志向が強くなっており、初期段階から専門分野の医師による診療を求める傾向が強い。

(ii) 供給側の変化

- i) 女性医師は平成に入って対前年で10%以上の伸びを示しており、全医師数に占める割合も近年増加のペースを速めている。女性医師は男性医師に比べ出産、育児による労働の一時的な中断等が多く、相対的に労働時間が少ない傾向にあるため、女性医師の比率の増加が、結果として医師の診療量の減少をもたらしているのではないか。
- ii) 大学院大学の入学定員が増加し、医学部を卒業した後も大学にとどまる医師が増え、臨床の現場に出る医師の数が減っているのではないか。
- iii) 医師養成における行き過ぎた専門化により、一人の医師が対応できる患者の範囲が縮小しているのではないか。

次に、上記②の理由に関する議論は、以下のとおりである。

- i) 例えば、当直などで長時間労働を余儀なくされる勤務医を避け、相対的に拘束時間の短い診療所に転向する医師が増え、病院の勤務

医から開業医へというような、医師のシフトが起こっているのではないか。

- ii) 昨年度から国立大学病院などが独立行政法人化して労働基準法が適用されたことに伴い、労働力のさらなる確保のために、大学病院から地域の病院に派遣していた医師を大学に引き上げることにより、地域別格差が拡大しているのではないか。
- iii) 地域医療を守っている医師の多くが引退年齢にさしかかっており、地域別格差が拡大し、医療の確保が深刻な問題となっているのではないか。
- iv) 医師の間に、特定の診療科や地域に行くことを避けるようになるという気質の変化が生じているのではないか。具体的には、医療の高度化・透明化や患者側の権利意識の高まりが相まって、病院における産婦人科や、救急医療のような、重労働で医療事故の多い診療分野に継続して従事する医師が減少しているのではないか。また、医師が過疎地に行かなくなっているのではないか。このことにより、診療科別格差、地域別格差が拡大しているのではないか。

3. 当面の対応策

最終報告書に向けての将来の医師需給の推計は、上に述べたような現状を十分踏まえるべきであるが、そのうち、医師の地域偏在と、診療科における偏在は医師の不足という形で深刻な問題となっており、喫緊に対応すべき課題である。それらに対する当面の対応策として考えられるものを以下（別紙参照）のとおり列举した。

地域偏在の問題には、都道府県別でみた格差と、都道府県内における格差と、2種類の格差があると考えられるので、対応策を検討する際には区別して論じる必要がある。

4. 今後の検討課題

- ・労働法規の遵守の影響

夜間の当直の後も通常どおり勤務しなければならないなど、医師の重労働の実態については多くの指摘があった。このような医師の献身的労働によって現場の医療が支えられていたことは事実であるが、医師も労働者である以上、労働法規を逸脱した労働形態は改められなければならない。一方で、労働法規を遵守することが医療提供の在り方にどのような影響を及ぼすのか、検証していく必要がある。

- ・女性医師の就業のマルチトラック化

臨床医に占める女性医師の割合は約15%であるが、国家試験合格者では女性の占める割合は3分の1となっており、今後女性医師の割合は増加していくと予想される。女性医師は出産や育児により労働時間が短くなる傾向があると考えられ、男性医師が女性医師に置換されていくことによる、医師の需給への影響を検証するとともに、パートタイム勤務など、女性医師がライフステージに応じて働くことのできる柔軟な勤務形態の促進を図る必要がある。

- ・医療関連職種等との連携

医師とその他の医療関連職種等の者が、それぞれの専門性を発揮しつつ、協力して医療にあたることは、医師の負担を軽減しつつ、医師の業務の効率化や患者が受ける医療の質の向上につながると考えられる。

- ・医師養成の在り方

国民が「医師が不足している」と感じる原因の一つに、国民の専門医志向が進み、医師も専門分野以外の診療をしたがらず、一人の患者に多数の専門分野の医師がいないと診療ができない状態になっていることがあるのではないかと考えられる。しかしながら、たとえ国民の医療ニーズに応えるためとはいえ、初期段階から、細分化した専門分野の医師が患者の医療にあたるのは、決して効率的とはいえないのみならず、高齢化により複数の疾患を抱える者が増加している昨今、適切な診断・治療が確保しにくくなる恐れもある。医療資源の有効活用及び、社会のニーズに適した医療の確保のためにも、幅広くプライマリーケアのできる医師を養成していくことが必要であるとの指摘があった。これに関し、全体的にプライマリーケアができるということそれ自体も専門性であり、そういう専門性を国とし

て認定していくことも必要ではないかとの意見があった。

- ・医療提供体制と医師需給

医師不足が問題となっている地域や診療科において、医師の充足が即時に見込めないからには、患者の特定の医療機関への過度の集中を避けるためにも、既存の地域の医療資源を最大限活用した医療連携体制の一層の推進を図る必要があるとの意見があった。

なお、この課題の解決には、小児救急、救急医療、麻酔科、産婦人科など特定の診療科・部門の集約化も必要であるとの意見があった。

- ・将来の医師需給

最終報告書に向けての将来の医師需給の推計は、この中間報告書で述べてきたような、医療の質の変化をはじめとした医師の需要側の変化、労働法規の遵守、女性医師の増加などの供給側の変化を十分考慮に入れたものとすべきである。また、総量としての医師の数だけではなく、診療科別、地域別に需給の推計を行うことにより、現在医療の場で起こっている変化やその対策が明らかになると考えられる。

(以上)

当面の医師確保対策（医師需給検討会中間報告書別紙）

1 医師の地域偏在の解消（へき地の医師確保を含む）について

- 地域偏在・・・ i) 平均で見て、地域（都道府県）で格差があること
ii) 同一地域内で、都市部と周辺部で格差があること。

A. 地方勤務への動機付け

- ①医師のキャリア形成における地方勤務の評価（人事面、給与面等）
- ②地域内でのキャリアパス形成を可能にする医師育成システムの構築
- ③へき地医療を支援する病院に対する医療計画上の配慮
- ④税制面での配慮

B. 地方勤務への阻害要因の軽減・除去

- ①へき地勤務医師のバックアップ体制の強化
- ②地方医療機関と勤務希望医師のマッチングの推進
- ③代診医派遣のシステム化の推進

C. 医師の分布への関与

- ①医学部定員の地域枠の拡大（地域による奨学金の有効活用等）
- ②自治医大の各都道府県の定員枠の見直し
- ③自治医大卒業生の見直し
- ④自衛隊医師の活用

D. 既存のマンパワーの活用等

- ①雇用関係の多様化の促進
- ②医療関連職種の活用等
- ③ITの活用、推進

2 診療科偏在の解消

A. 不足している診療科への誘導

①診療報酬での適切な評価

B. 不足している診療科の阻害要因の軽減・除去

①地域協力体制の整備（夜間・救急への診療所医師の協力）

②夜間救急患者の減少方策（テレフォンサービス）

C. 既存の診療能力の活用

①医療資源の集約化の推進

②女性医師の就業のマルチトラック化、雇用のマッチングの推進（雇用形態の多様化への対応）

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 ー大学病院の立場からー

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、その後の 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

小山田委員提出資料

医師不足対策についての私案 (最小限可能な方策)

全国自治体病院協議会

会長 小山田 恵

1. 医師数の増

大学入学定員削減策の撤廃

2. 地域偏在の是正

(1) 都道府県別偏在の是正

各大学入学定員に地域枠の設定と増員

(2) 県内偏在の是正（特に山間へき地離島を視野に）

何らかの義務化が必要、その一策として県毎に採用と人事交流を可能とする教育委員会類似の組織の立ち上げに国が行政的財政的支援を行う。

3. 分野別偏在の是正

(1) 学会、大学での調整は不可能 国としての施策が不可欠でそのため には、まず診療報酬による誘導が必要

(2) 特に地理的条件の悪い地域で、現在最も不足している分野に対する 措置

- 産婦人科、小児科については、国の主導で集約化を図る。

医師会、学会、病院団体、自治体首長等の協議の場を作り、集約化のための大枠を策定。集約病院、医師数等、具体的事項は、各県の地域医療対策協議会において決定。

- 麻酔科については、標榜医の活用と労働環境の改善について、国が指針を示す。
- 救急医療については、労働環境の整備と待遇の保証を行う。