

講演 III

医療危機を乗り越えるために

—改革はどうあるべきか—

読売新聞東京本社

編集局医療情報部長

田 中 秀 一

# 医療危機を乗り越えるために 改革はどうあるべきか

2011年2月2日

読売新聞医療情報部

田中秀一

# 医療を巡る重要課題

- 医師不足の解消
- 救急医療の危機とフリーアクセス
- 医療の質と安全の保障  
(信頼性の低い専門医制度、不十分な医療事故対策)
- 医療情報の開示  
(治療実績など病院情報、医療紛争時などの患者情報)
- 医療の財源確保

# 医療・介護・年金を巡る不安

- 医師不足に伴う医療機関の閉鎖・縮小
- 救急搬送先が見つからない
- 高齢者の急増、不十分な介護の体制
- いざという時に十分な医療・介護が受けられるのか

# 改革の基本的な考え方

- 医療は「安く」「良質で」「自由に受けられる」ことが求められてきた。しかし、この3要素が同時に満たされることはあり得ない
- 医療のひずみは、社会保障費や国民医療費の行き過ぎた抑制政策のツケ
- 医療は「公共財」。医療側、患者側とも、無制限な自由、無秩序な利用は許されない

# 医師不足問題

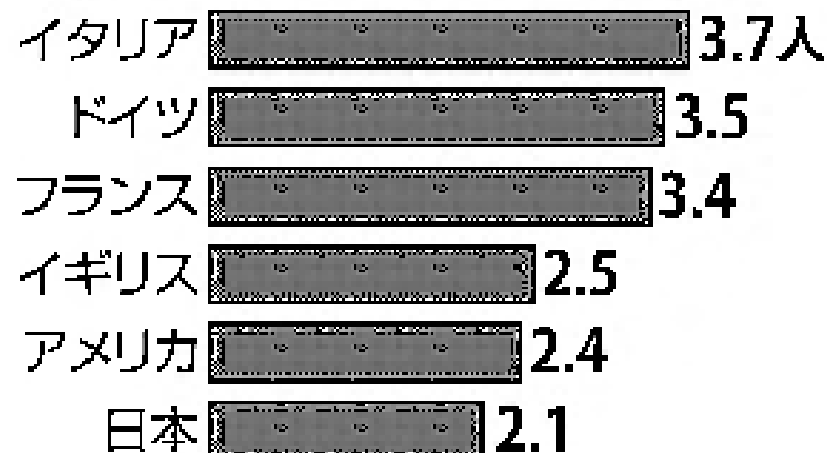
## 現状

- 2004年以降、全国で500医療機関が診療科を閉鎖
- 大学医局の70%が、3000医療機関への医師派遣を減員または中止

(日本医師会調査)

## ✧主要先進国の医師数

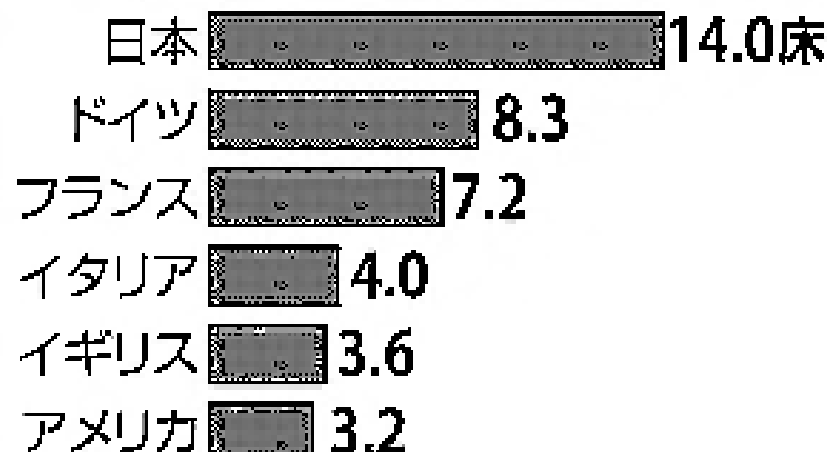
(人口1000人当たり。2006年)



(OECDヘルスデータ2008から)

## ✧主要先進国の病床数

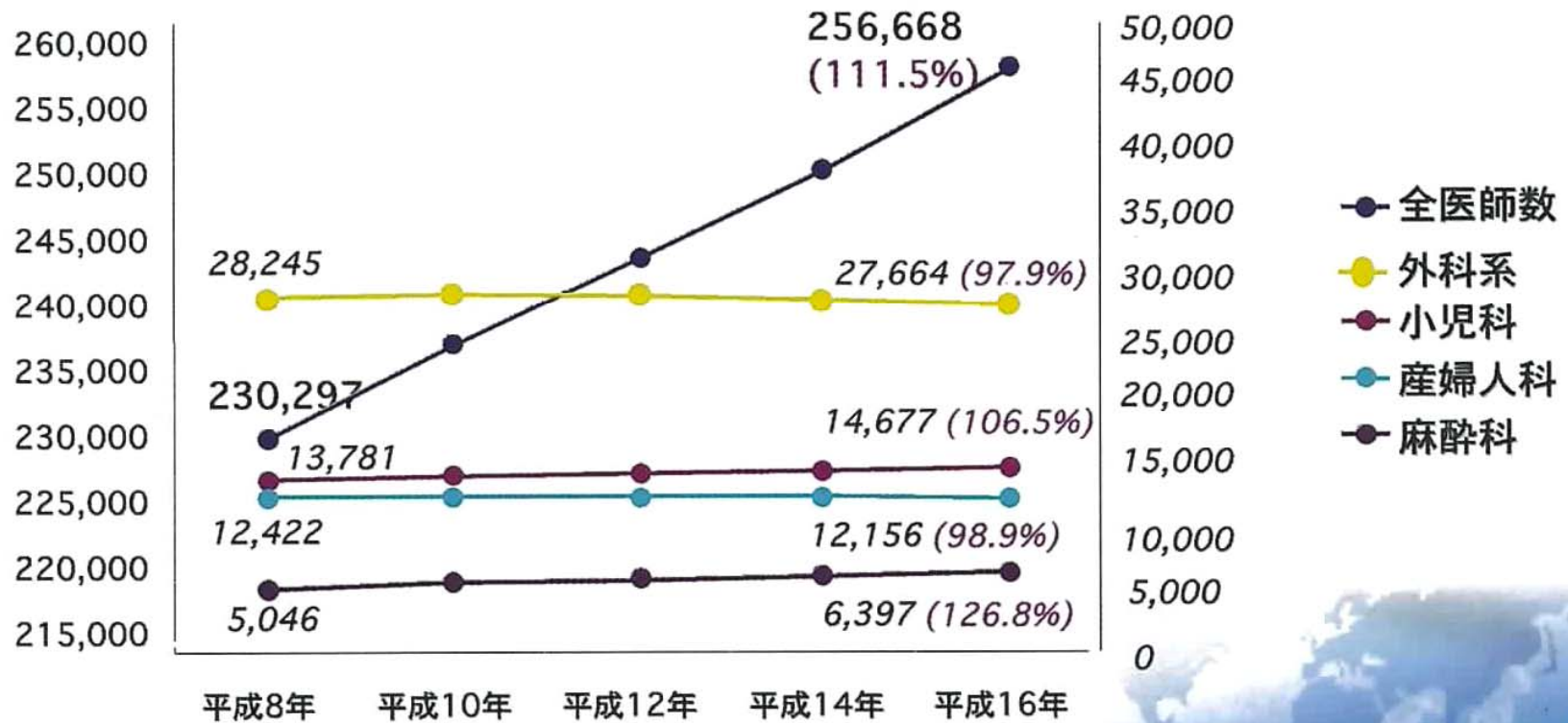
(人口1000人当たり。2006年)



(OECDヘルスデータ2008から)

# 全国の医師数の推移

(全医師数、小児科、外科系、産婦人科、麻酔科)



外科系 (外科、心血管外科、呼吸器外科、小児外科)

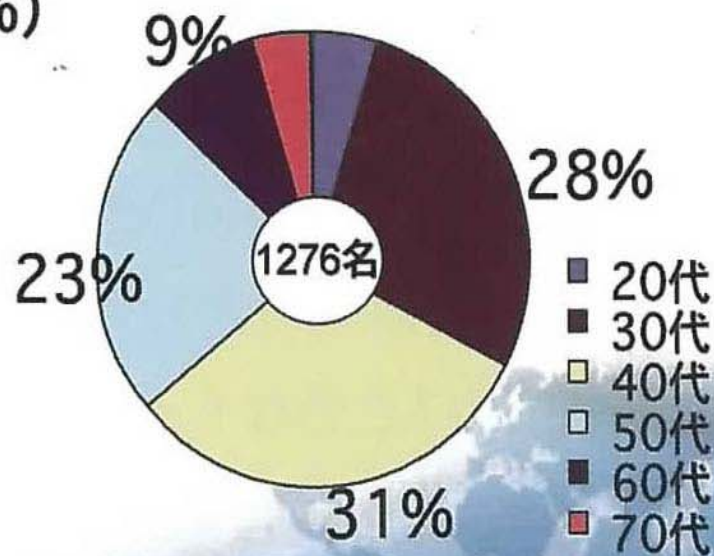
(厚労省統計)



# 外科医が考える外科志望者減少の理由

日本外科学会 アンケート調査 より

- ① 労働時間が長いから (71.9%)
- ② 時間外勤務が多いから (71.8%)
- ③ 医療事故のリスクが高いから (68.2%)
- ④ 訴訟のリスクが高いから (67.3%)
- ⑤ 賃金が少ないから (67.1%)



# 医師の激務をどう緩和するか

- 医師を増やす
- 医師の偏在を解消する
- 女性医師の活用
- 他の職種を養成する
- 病院の機能分担を進める

# 医学部の定員増加

- 2008年度以降、医学部定員は計1200人増員
- 医学部12個分が増えた計算
- すでに「定員増は限界」

# 医学部の新設問題

- 国際医療福祉大学、北海道医療大学、聖隷クリストファー大学の3私立大学が医学部新設を計画
- 全国医学部長病院長会議、日本医師会は反対を表明
- 反対理由 教員確保のため、医療現場から医師が引き揚げられ、地域医療の危機助長
- 将来、医師が充足した際に医師過剰を招く

# 医学部新設を認めるべきか

- 需要が供給を上回っている時、供給を増やすのは自然な現象
- 医学部新設を認めないのは、大学教育の競争を制限すること
- 競争を制限することは合理的か？

# 医学部新設をどう考えるか

- 将来の医師過剰を招くことなく、医学教育の競争を制限しない方法はあるか
- 限定的に医学部新設を認める

# 限定的な医学部新設案

(加藤延夫・元名大総長)

- 高度に専門化した先端医療技術を習得する医師を養成する医学部3校(私立)の新設を認める
- 基礎医学、医療行政、発展途上国の医療支援を担う医師を養成する医学部1校(国立)を新設する



# 医学部新設のメリット

- 医師不足の著しい地域に医学部を新設すれば、地域ごとの医師偏在を緩和できる
- 現在の医学部は、西日本に比べ、東日本に相対的に少ない。(東日本は人口173万人に1大学、西日本は144万人に1大学)
- 医師不足の地域もこれに相関している
- 人口あたりの医師数が少ない北海道、東北、関東(東京を除く)、東海などに医学部を新設する意義は大きいと考えられる



# 医学部入試の課題

- 医学部の偏差値は他の学部に比べて圧倒的に高い(医学部一人勝ち)
- 偏差値で上位の生徒が医学部を受験
- 偏差値だけで選抜してよいか

# 医師増員だけでよいか？

- 医師養成には8年～10年以上かかる
- 医師総数を増やしただけでは、産科、小児科、救急、外科など、勤務が過酷な診療科が敬遠され、医師不足が解消されない恐れ
- 診療科ごと、地域ごとの医師の偏在を是正する必要がある
- 研修先や診療先を医師の自由選択に任せず、計画的に配置

# 医師を全国に計画配置

## 医療改革 読売新聞社提言

# 公的派遣機関を創設

医師不足などによる医療の崩壊を防ぎ、信頼できる医療体制を確立することを目指し、読売新聞社は改革への提言をまとめた。お産、救急医療、認知症の介護などが安心して受けられるよう、直ちに実施すべき「緊急対策5項目」と、中長期にわたる「構造改革5本の柱（21項目）」からなる。提言は、医師不足の地域や診療科に若手医師を計画的に配置するのをはじめ、医師派遣を調整する公的機関を創設するよう求めている。財源として、2011年度までに消費税を「社会保障税」に切り替えて、税率を10%に引き上げるよう訴えている。

## 介護報酬引き上げ

### 〈提言のポイント〉

#### 若手医師を計画配置

産科、小児科の不足も解消

#### たらい回し防ぎ救急体制

開業医も交代で病院支えよう

#### 介護難民をつくるな

高齢者ケア充実支援を強化

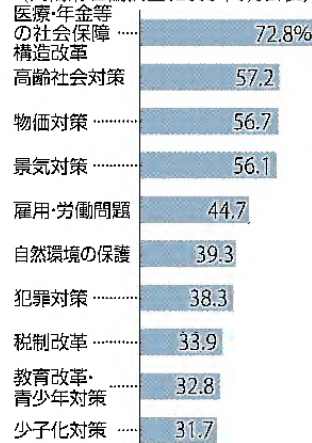
#### 名ばかり専門医はなくそう

医療ミス防止に調査委設置急げ

#### 安心医療に力ネ惜しむな

社会保障費抑制一本やりを転換

◆政府に対する要望  
(内閣府世論調査、2008年9月公表)



読売新聞社は、編集局、論説委員会、調査研究本部の専門記者による社会保障研究会を編成し、有識者との意見交換や、医療・介護現場の取材を通じ、医療・介護の改革について検討してきた。今回の提言は、4月の年金改革提言に続き、超少子高齢社会にふさわしい医療・介護の社会保障の方策を打ち出したものだ。医療・介護は国民全体が使う公共財であり、医療を提供する側、利用する患者側ともにルールが必要、との認識に立っている。まず緊急に取り組むべき

読売新聞社は、編集局、論説委員会、調査研究本部の専門記者による社会保障研究会を編成し、有識者との意見交換や、医療・介護現場の取材を通じ、医療・介護の改革について検討してきた。今回の提言は、4月の年金改革提言に続き、超少子高齢社会にふさわしい医療・介護の社会保障の方策を打ち出したものだ。医療・介護は国民全体が使う公共財であり、医療を提供する側、利用する患者側ともにルールが必要、との認識に立っている。まず緊急に取り組むべき

読売新聞社は、編集局、論説委員会、調査研究本部の専門記者による社会保障研究会を編成し、有識者との意見交換や、医療・介護現場の取材を通じ、医療・介護の改革について検討してきた。今回の提言は、4月の年金改革提言に続き、超少子高齢社会にふさわしい医療・介護の社会保障の方策を打ち出したものだ。医療・介護は国民全体が使う公共財であり、医療を提供する側、利用する患者側ともにルールが必要、との認識に立っている。まず緊急に取り組むべき

医師不足 全国医学部長病院長会議のまとめによると、2004年度の研修義務化以前は、新人医師の7割が大学に残っていたのに対し、義務化後は5割に減少。特に東北、四国地方などでは3割前後と激減した。人手不足に陥った大学医局は、他の医療機関に派遣していた医師を引き揚げ、医師不足が顕在化した。日本医師会の調査では、大学医局の77%が、約3000医療機関への医師の派遣中止や減員を行い、約500施設が診療科の閉鎖を余儀なくされた。

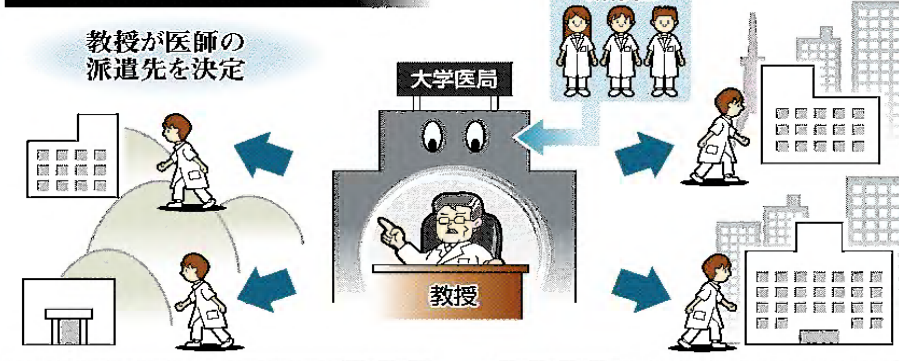
# 医師の計画配置

(読売新聞の提案)

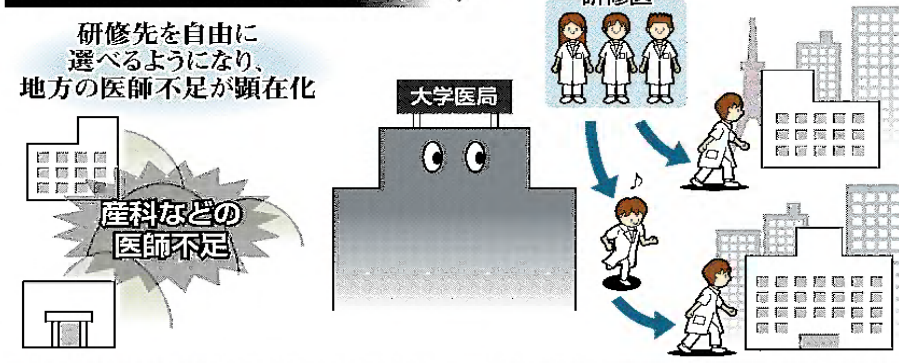
- 診療科、地域ごとに医師の定員を設け、計画的に配置する
- 大学医局に代わり、医師配置を行う公的機関を設ける
- 配置機関には、自治体、医師会、大学病院、地域の基幹病院などが参加



▶従来の医局による医師配置

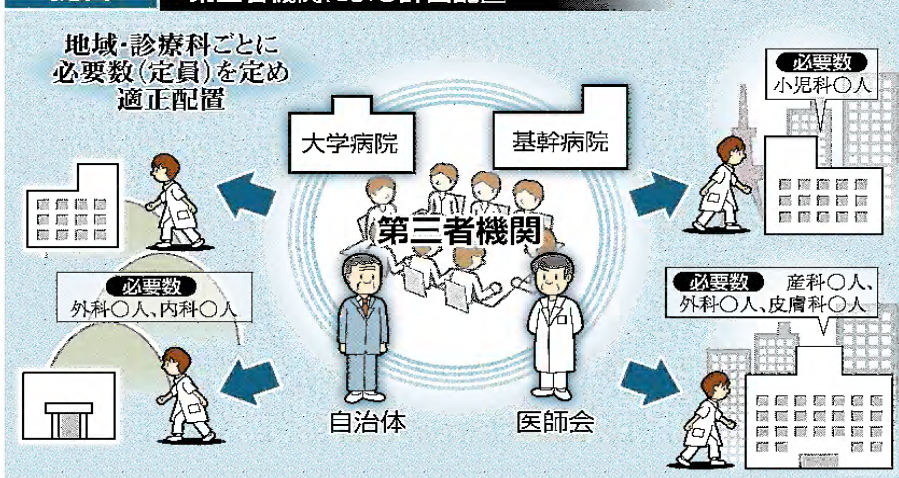


▶新臨床研修制度開始後 2004年度から



読売新聞  
提言

▶第三者機関による計画配置



# 医師配置システムのイメージ

# 医師の計画配置

- 現在、医師は勤務する診療分野や地域を自由に選ぶことが出来る。この仕組みを大きく変えることになり、反発が予想された
- 「医師の職業選択の自由を侵害」「強制的に配置するのか」
- 強制配置ではなく、医師の希望を尊重
- 欧米では、医師の計画的配置がすでに実施されている

# 欧州での医師配置

- フランス 国が地域や診療科ごとに必要な医師数を調査し、病院ごとに受け入れる研修医の数を決定。医学生は、競争試験を受け、成績上位の学生から順番に、希望する診療科や地域で研修を受ける
- ドイツ 州の医療圏ごとに、人口あたりの医師定数を設け、定数の110%を超える地域では、保険医として開業することができない

# 医師 3つの偏在

- 診療科による偏在
- 地域による偏在
- 病院と診療所間の偏在



# 病院と診療所の偏在

- 病院勤務医に比べて相対的に増え続ける診療所医師
- なぜこのような現象が生じるのか
- 収入の差
- 勤務時間の差
- 訴訟リスクの差

# 行き過ぎた専門医志向

- 医師総数28万人に対して、専門医資格を持つ医師は延べ30万人以上
- 専門的な診療が必要な病気・患者がそんなに多いだろうか？

# 専門医と開業

- 専門医が開業すると、専門性を発揮するため高度な画像診断装置を導入する傾向がある
- 日本は高度な検査装置が世界一多い
  - ・CTは人口あたりで米国の3倍、英国の13倍
  - ・MRIは米国の1.5倍、英国の8倍
- 不必要な検査、重複検査が多い

# 総合診療の意義

- 患者の7～9割は問診だけで診断できる
- 「検査は診断を確認するために行うもので、見通しなしに検査しても診断できない」
- 「1人の患者を10人の専門医が診るのではなく、1人の医者の中の中に10人の専門医がいるつもりで診療する」

(生坂政臣・千葉大学総合診療部教授)

# 開業にはルールが必要では？

- 開業するには、総合診療の能力を備えることを要件とする
- ビル診などで地域医療に貢献しない開業医が少なくない。開業するなら、地域の救急医療に協力することを要件とすべきではないか

# 自由標榜制をどう考えるか

- 日本の自由標榜制は、世界的に見ても特異な制度
- 自由標榜制を前提にしていると、医師の適正配置は実現できない。見直す必要がある
- 医療は「公共財」という視点で考えるべき

# バラバラな専門医認定制度

## 整形外科分野の場合

- 整形外科専門医 6年間の**研修**と専門医試験
- ▼ 認定医(いずれも整形外科専門医の資格を取得したうえ)
  - リウマチ医 リウマチ医としての**研修**
  - スポーツ医 スポーツ医としての**研修**
  - 脊椎脊髄病医 脊椎脊髄病医としての**研修**
  - 脊椎内視鏡下手術・技術認定医  
脊椎脊髄病医の資格を取得し、**実技試験**
  - 運動器リハビリテーション医 **研修**と修了試験



# 女性医師をどう活用するか

- 増え続ける女性医師
- 産婦人科では、20代の70%、30代の50%が女性。しかし、30代半ばに半数が分娩の仕事から離れ、産科医不足につながっている
- 女性医師・看護師が働き続けることができる環境をいかに整えるか
- 保育所の整備、時短・時差・フレックス勤務、ジョブシェア



# 女性医師をどう活用するか

- 女性医師が進む診療科に偏り
- 眼科、皮膚科などを選ぶ女性が多い
- 女性は外科、救急では働きにくい？

# 他職種の養成

- 診療看護師
- 麻酔看護師
- フィジシャン・アシスタント
- 医療クラーク

# フィジシャン・アシスタント(PA)

- アメリカでは、24～32か月のカリキュラムを履修し、国家試験を受け州の免許を取得、約7万人いる
- 医師の監督下で医療行為を行う
- 収入もよく(米で平均年収8万6000<sup>ドル</sup>)、人気の高い職種の上位
- イギリスでもPAの制度がある

# 医療機関の役割分担

- 病院を集約し、機能を充実させよう

熊本の事例

機能分担を割り振る司令塔が必要

- 入院は病院、外来は開業医で

# 医師不足問題と日本医師会

- 医学部新設
- 医師の偏在是正
- 他職種の活用

# 救急医療をどうするか こんな「救急患者」もいます

- 119番で駆けつけると、入院荷物を抱えた患者が自分で救急車に乗り込んできた
- 病院に入院予約してから救急車を呼ぶ
- 「〇日の〇時に来て」と救急車を予約しようとする
- 「救急車で行けば早く診てもらえると思った」  
風邪の患者

# フリーアクセスは制限すべきか

- 多数の軽症者が救急外来に押し寄せていることが、救急医療を疲弊させる一因
- 外来受診回数は、日本は年間13.4回。米3.8回、英5.3回などに比べ、極めて多い
- 風邪など軽症の場合には、保険免責にすることが可能かを検討
- 自動車保険では軽微な事故に免責あり

# フリーアクセスを制限すべきか

- 軽症かどうか、患者本人が判断できると限らない
- 自己負担になるのを恐れて受診せず、手遅れになる恐れもある
- 保険免責は提言に盛り込まず
- 救急外来への軽症者殺到を緩和するには？



# 保険免責を先取りする医療現場

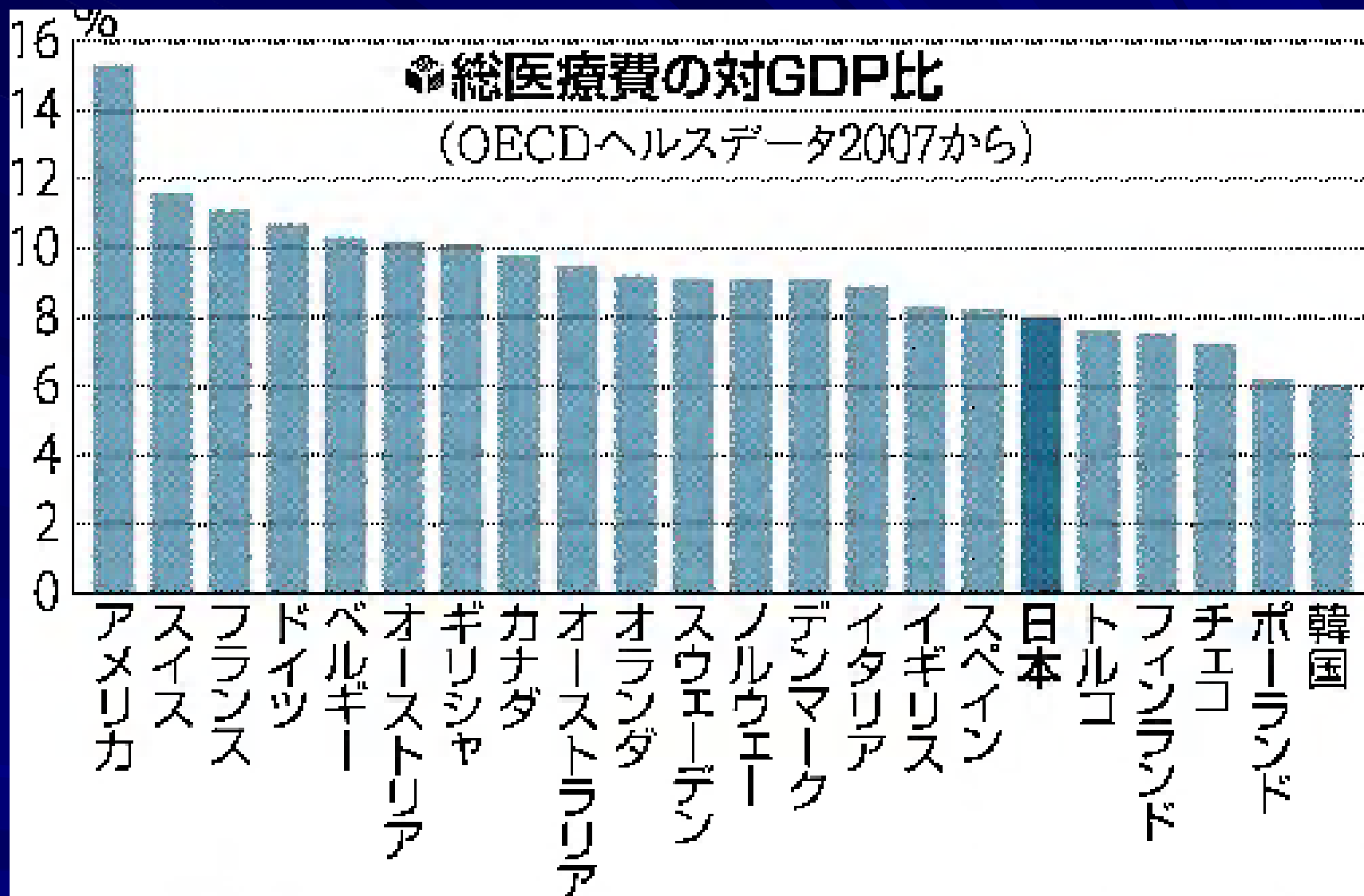
- 救急外来で軽症者へ深夜・休日の「時間外加算金」を徴収する病院は急増中
- 時間外加算を実施 123病院  
金額は医療機関により8400円～300円  
(2008年12月 読売新聞調査)
- 山形大学病院では、時間外の患者が3割減

# 医療の財源問題

- 医療現場の疲弊の要因は、医療への投資・財政支出を怠ってきたことにある
- 日本の医療費は国際的にも少ない

# 総医療費の対GDP比

(OECDヘルスデータ2007から)



# 各国の社会保障支出 (2003年、対GDP比)

■ フランス	28.7%
■ ドイツ	27.6%
■ イタリア	24.2%
■ イギリス	20.1%
■ 日本	17.7%
■ アメリカ	16.2%

# 社会保障と税の一体改革

- 診療報酬を抜本的に引き上げる
  - ・中でも病院には手厚くする必要がある
  - ・検査、薬に頼らなくても安定経営できる診療報酬体系に是正
- 社会保障の財源を確保するには、安定的な  
税収が必要。消費税を引き上げる以外にない