

医師のマンパワー
と
チーム医療



国立国際医療センター

桐野高明

医療を決定づける2つの要素

□ 医療費

□ マンパワー

その量と質を最適化することが必要

要望

信頼に支えられた医療の実現
—医療を崩壊させないために—



平成 20 年(2008 年)6 月 26 日
日 本 学 術 会 議

医療のイノベーション検討委員会
委員

桐野 高明 (委員長)
田中 滋 (副委員長)
中田 力 (幹事)
和田 仁孝 (幹事)
神野 直彦
二木 立
平林 勝政
北島 政樹
北村 惣一郎
猿田 享男
永井 良三
本田 孔士
南 裕子
山本 修三
佐久間 一郎
山口 隆美

要望

政府に対して、省庁の枠を超えた、強力な「医療改革委員会」(仮称)を設置し、下記の三項目を審議することを強く要望する。

(1) 医療費抑制政策の転換

わが国の医療の崩壊を食い止めるため、従来の厳しい医療費抑制政策を速やかに見直し、他の先進諸国と同様な水準の資源投入を行うようにすること。

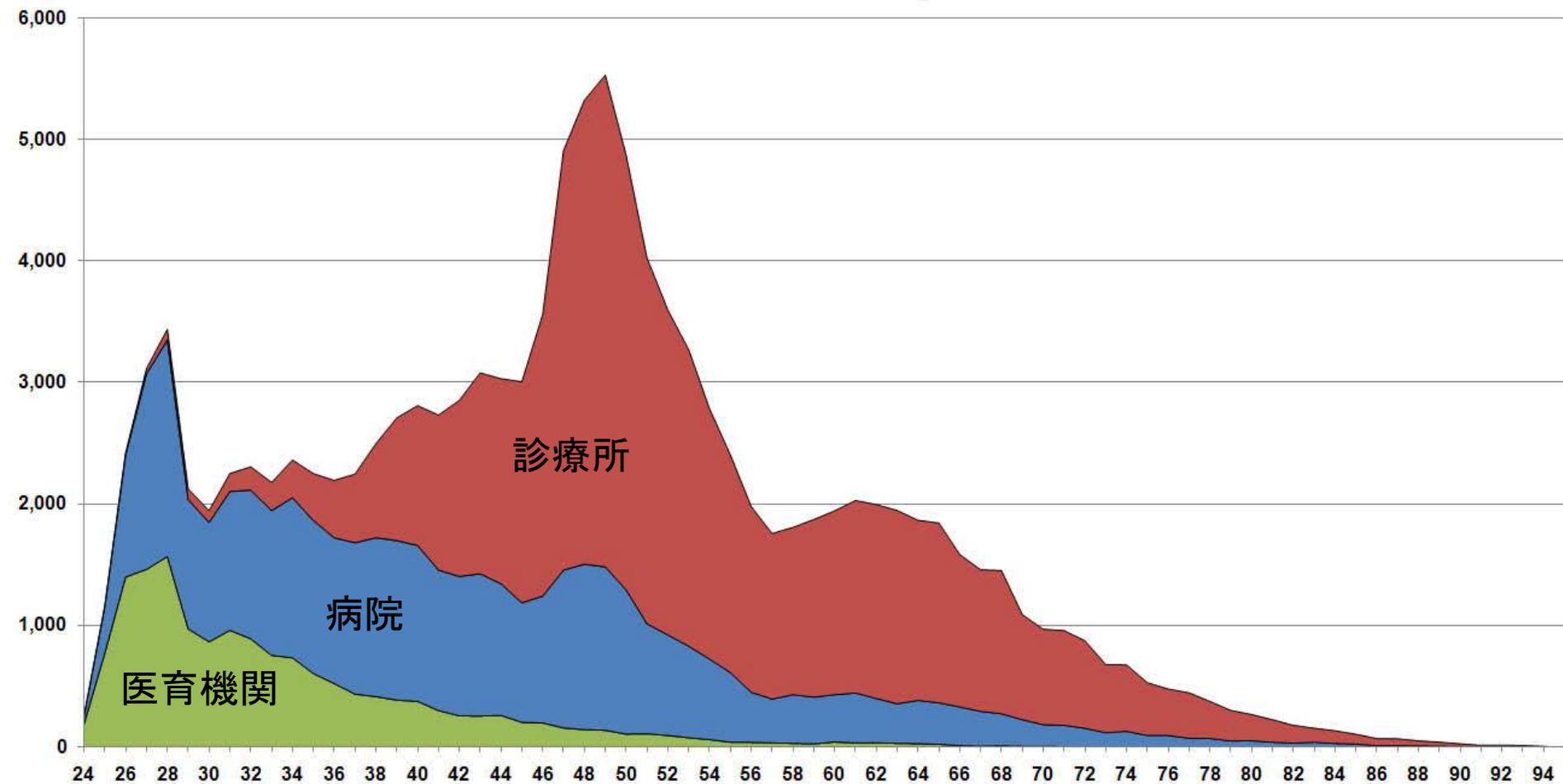
(2) 病院医療の抜本的な改革

特に危機的状況にある病院医療について、実働医師の不足対策を中心とした抜本的な改革の検討を速やかに開始し、3年以内に実施すること。

(3) 専門医制度認証委員会の設置

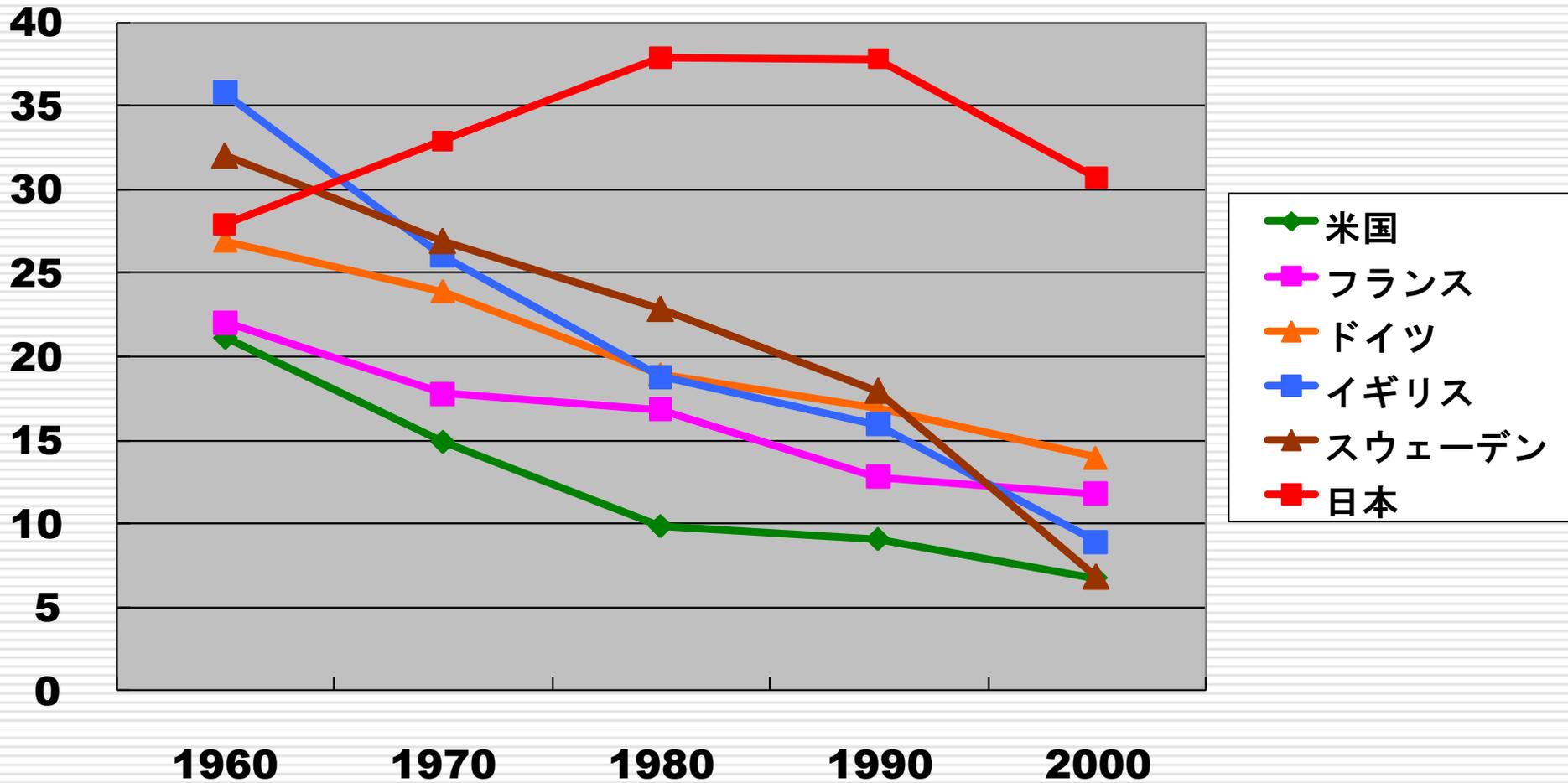
専門医制度を根本的に見直し、新しい制度を確立するために、「専門医制度認証委員会」(仮称)の設置を速やかに実現し、10年以内に新しい専門医制度の体制整備を完了すること。

1975年時点での医師の年齢別分布

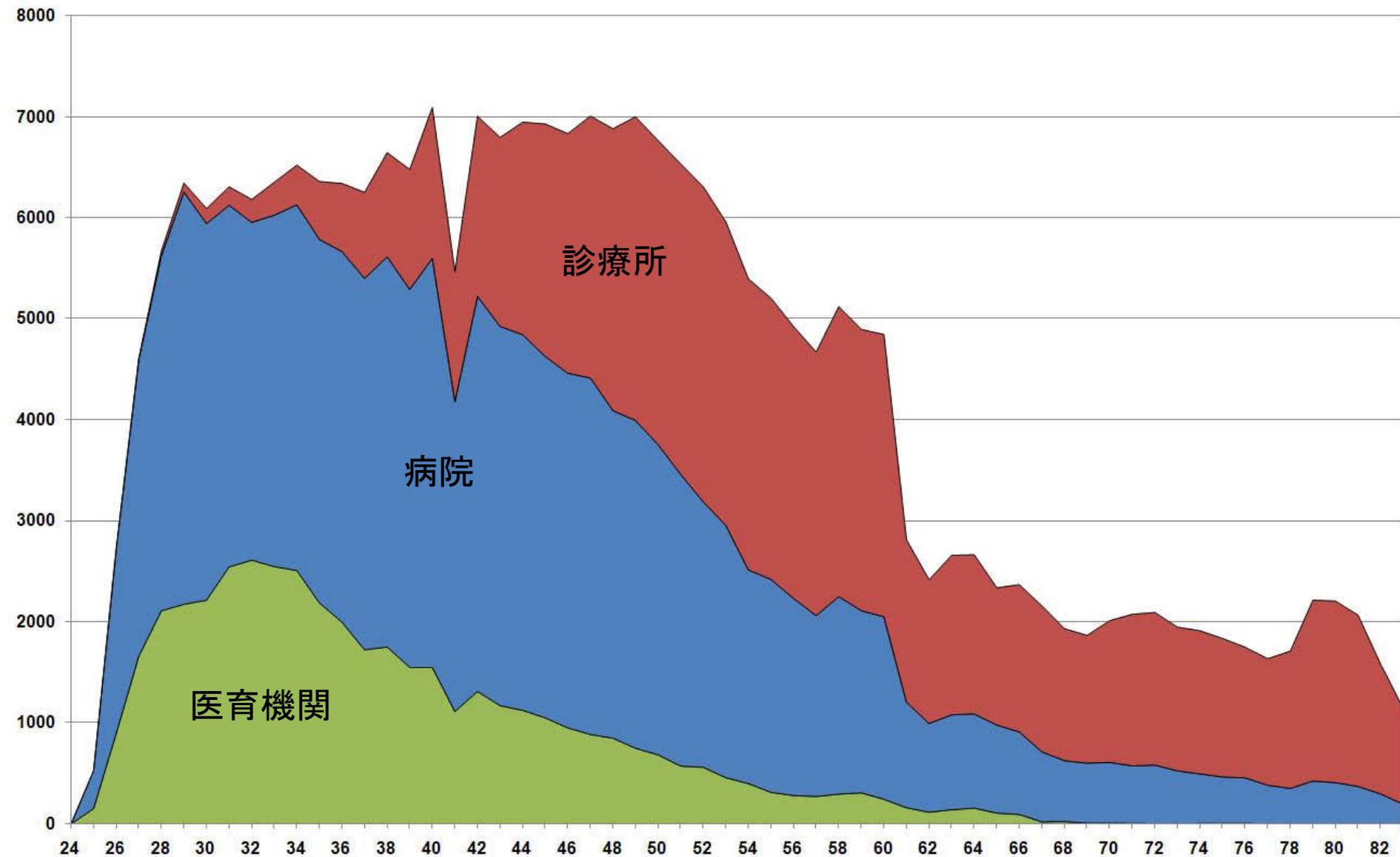


1975年

平均在院日数の推移



2006年時点での医師の年齢別分布



2006年

成熟経済型医療の特徴

- 充実した教育体制と厳格な専門医認定制度
- 病院機能の集中化・集約化
- 病院と診療所の密接な連携体制
- チーム医療の推進と業務範囲の職種による制限の見直し
- 医療安全と患者権利尊重のためのシステム

成熟経済型医療への転換を少ない医療費のもとで推進



病院や医師に非常に大きな負荷



医療崩壊準備状態

医師のマンパワー

- 医師数は非常に不足している。医師の養成数を大きく増やせば、数の問題は解決に向かう。
- 医師の数さえOECD平均レベルまで充足すれば、診療科あるいは地域により医師の偏在の問題も解決に向かう。

これは(誤りではないにせよ)単純過ぎる

医療が危機に陥った原因

- 低医療費政策の下で、病院経営が長期点に困難な状況にあり、勤務医の長時間労働が常態化していたこと。
- 患者の権利尊重、個人情報保護、診療ドキュメント管理の改善、各種法令に基づく文書の増加など、医学の進歩によるものの他、業務量が増大して来ていたこと。
- 平均在院日数の短縮により、病院全体の業務量が増大していたこと。
- 女性医師が新卒医師の30%以上となってきたこと。
- 国立大学を中心に大学院重点化が進み、大学院で研究を中心として過ごす若手医師が増加しつつあったこと。
- 1999年の横浜市立大学患者取り違え事件以降、医療事故に関しての心理的・時間的な負荷が増大したこと。
- 2002年以降の診療報酬の切り下げによって、大学病院を含めて診療収益の増大に重点を置かなければならなくなったこと。
- 2004年の国立大学法人化によって、国立大学病院には効率化係数に加えて、経営改善係数が課せられ、診療収益の増加が非常に大きな目標となったこと。
- そこに、2004年から初期臨床研修の必修化が始まったこと。

しかし、複雑なことを複雑だと言っているだけでは解決しない

2004年に導入された初期臨床研修制度は、結果として病院医療に混乱を招ききっかけとなったが、根本の原因はわが国の医療の脆弱な基盤にある



積み将棋

ともかくも、何とか立っていた



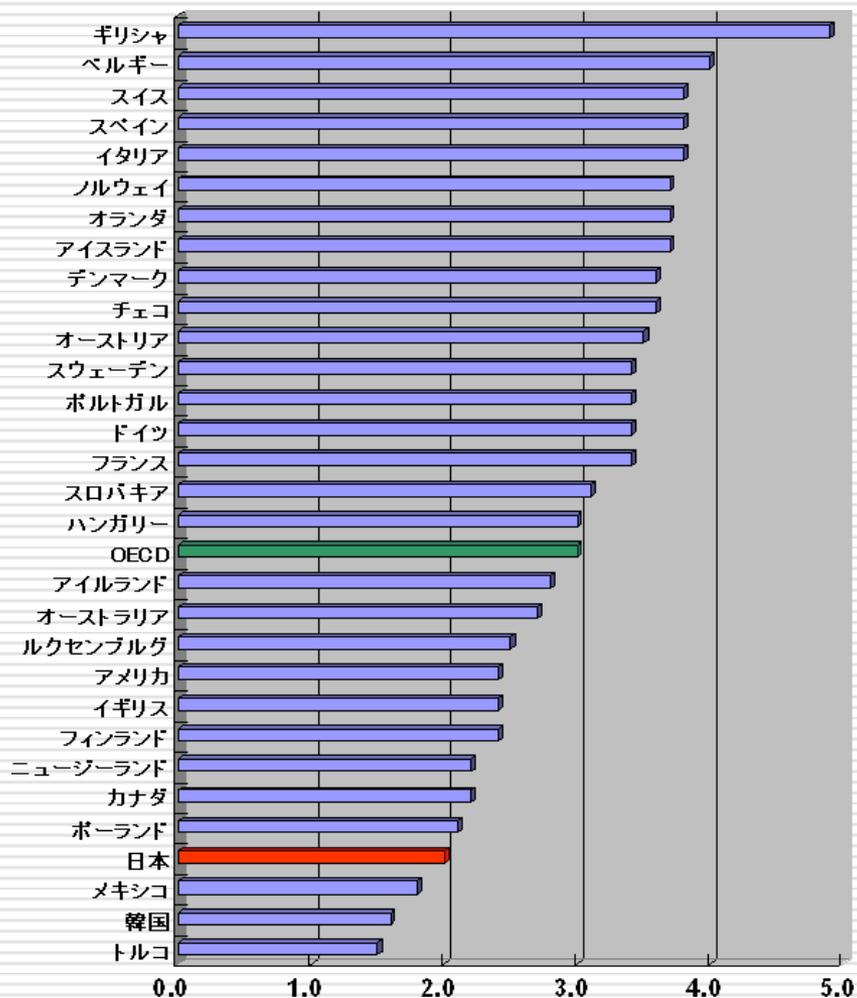
最後に積んだ駒が悪い

ぐらぐらの積み方が悪い

人材養成の難しさ

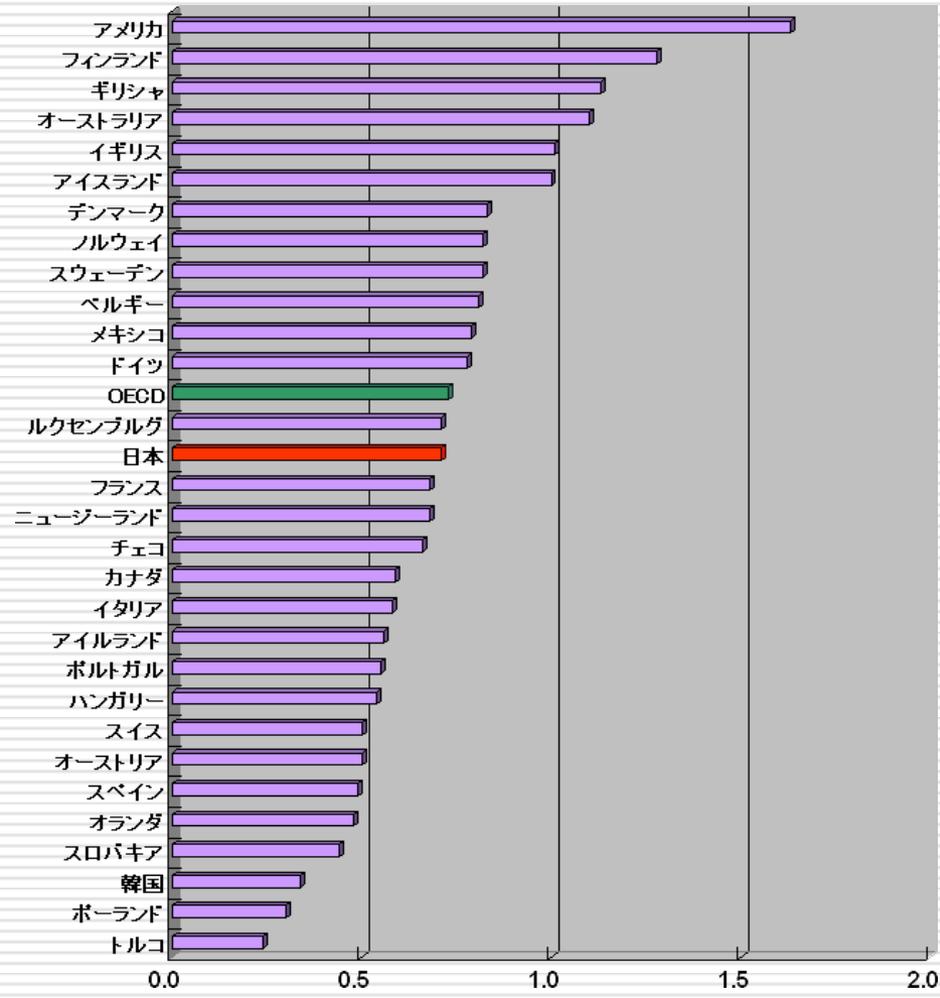
- 供給は少なめに、また、需要は多めに見積もって推計しても、**歯科医師**の供給は需要を上回る。70歳以上の歯科医師が活動しないと想定した場合であっても、2005年以降、供給が需要を上回り、2025年には9千～1万8千人程度の過剰が見込まれる。
- 人口1000人あたりの**薬剤師**数は1.21と、先進国中では最も多い。早ければ2006年にも需要は頭打ちとなり、2037年には薬剤師は36万人となるが、需要は23万人として13万人の余剰が出ると予測される。

医師数(人口1000人あたり)



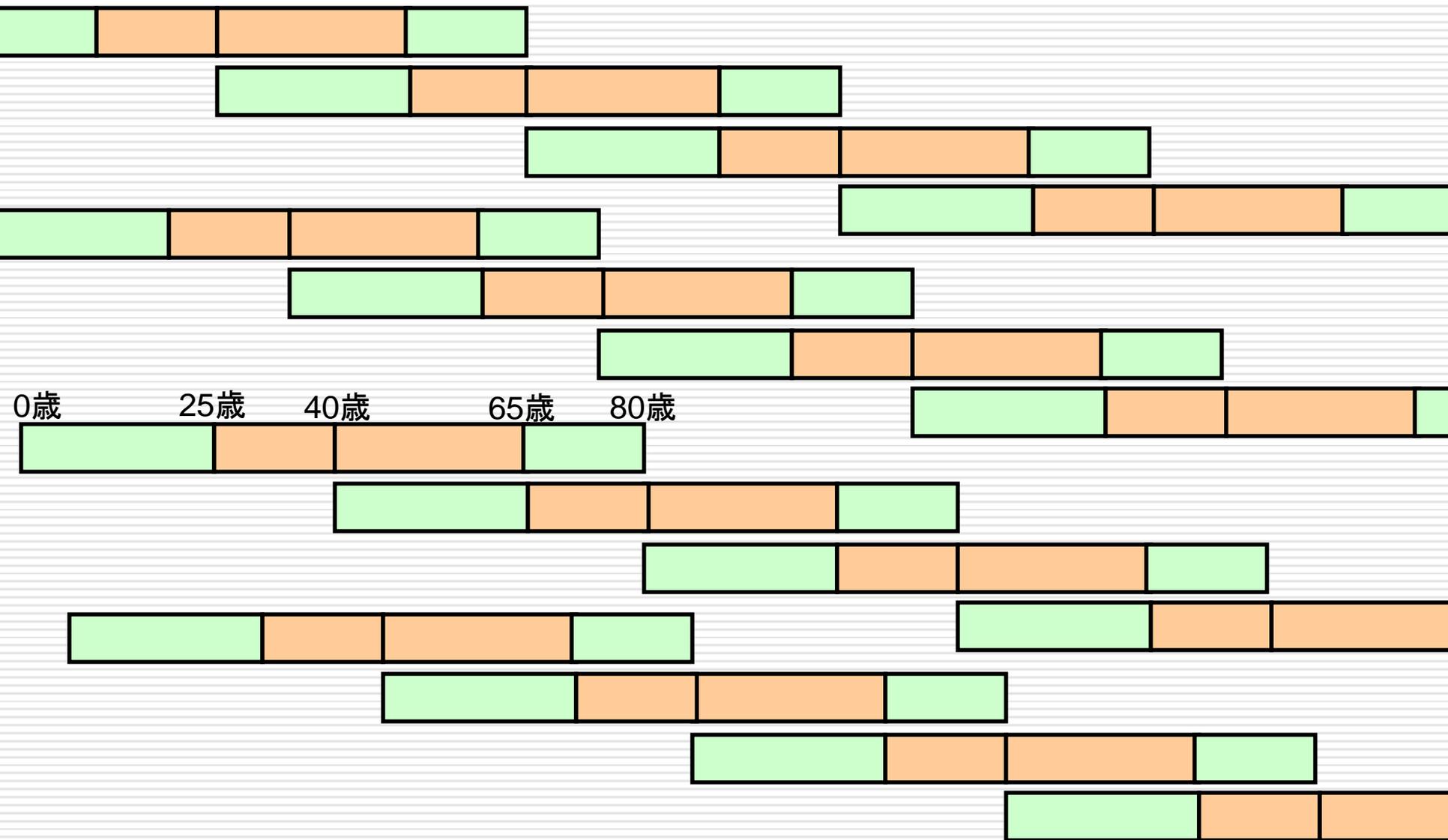
Health at a glance 2007 (OECD)

歯科医師数(人口1000人あたり)

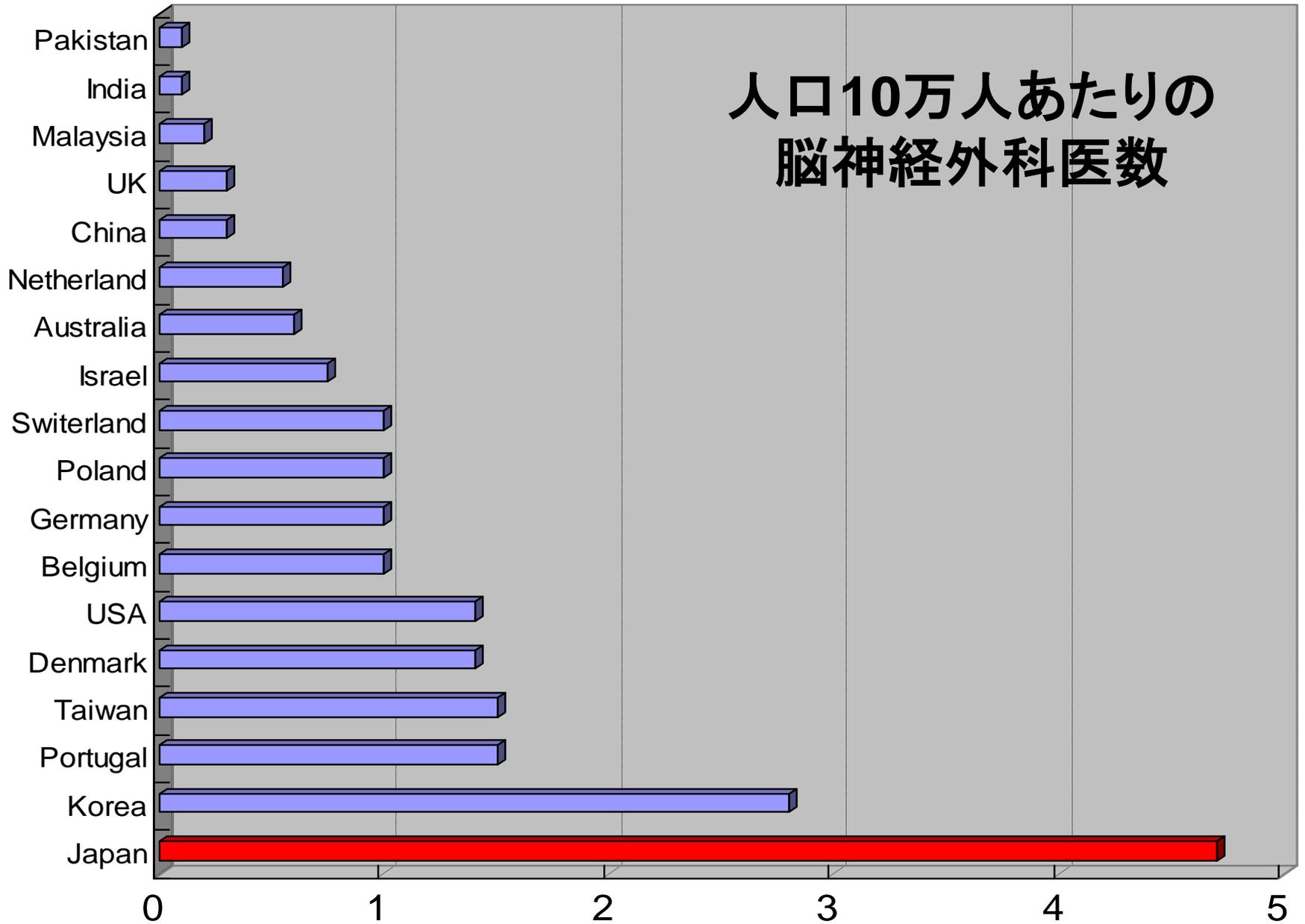


The world health report 2006 (WHO)

医師は人生80年の1/2(40年)を医師として過ごす



人口10万人あたりの 脳神経外科医数



脳神経外科専門医の数

- 脳神経外科専門医の数が、他の先進諸国に比べて多いことは事実。
- わが国の脳神経外科医は救急医療や脳卒中診療の現場において必須の存在。急激に減少すれば、救急医療や脳卒中診療は崩壊する。
- 現在の体制が生み出された原因は複合的。

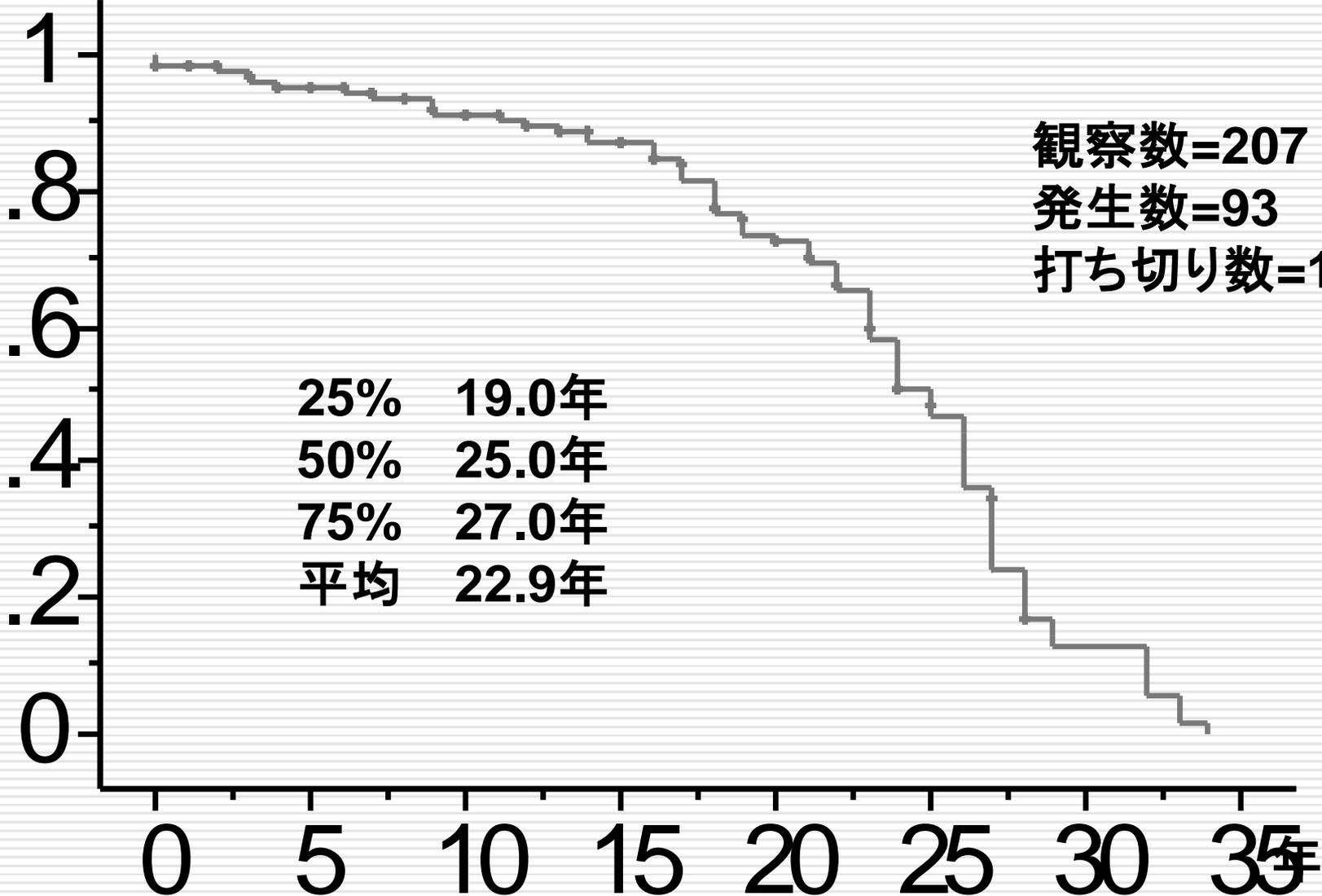
脳神経外科専門医の数

1. わが国における先導者が懸命に後進を育成した。
2. 隆盛期にあり、若手の関心が強かった(面白そうだった)。
3. 救急の現場や脳卒中の現場において、診療を担当できる医師は脳神経外科医しかいなかった(救急医、神経内科医が充分育っていなかった)。
4. 増加しつづける業務に対して、努力して若手医師の増員を図ることが最も有効な解決法であった。
5. 育成された次の世代は、独立して脳神経外科施設を増やしていった。そこには更に多くの若い世代が必要になった。
6. 国の経済が多くの脳神経外科施設の増加を支えた。

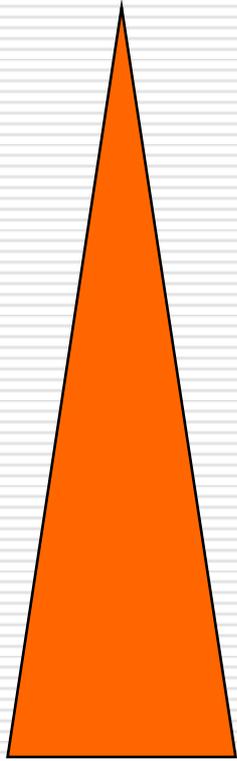
本当はチーム医療の推進によって解決する方が合理的であった

脳神経外科医がアクティブである期間

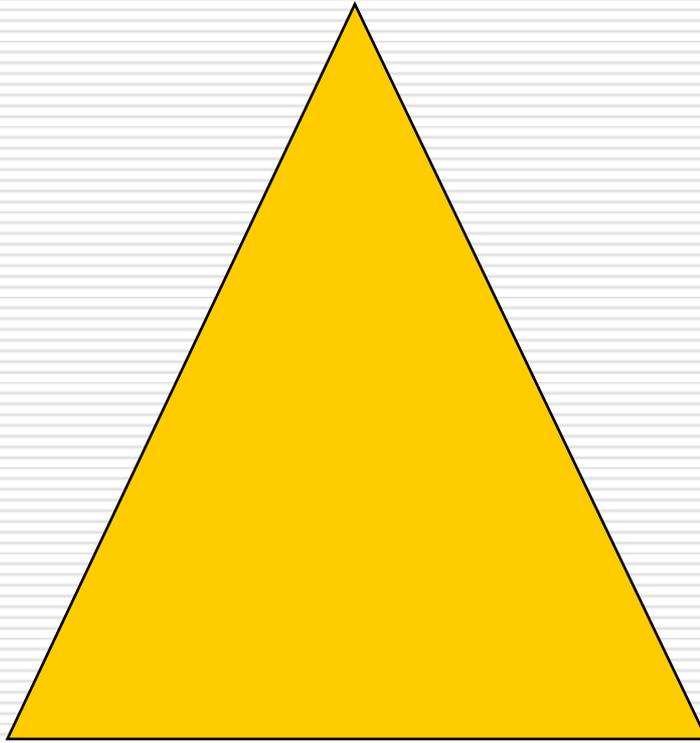
(専門医取得から、年10件以下となるまでの期間)



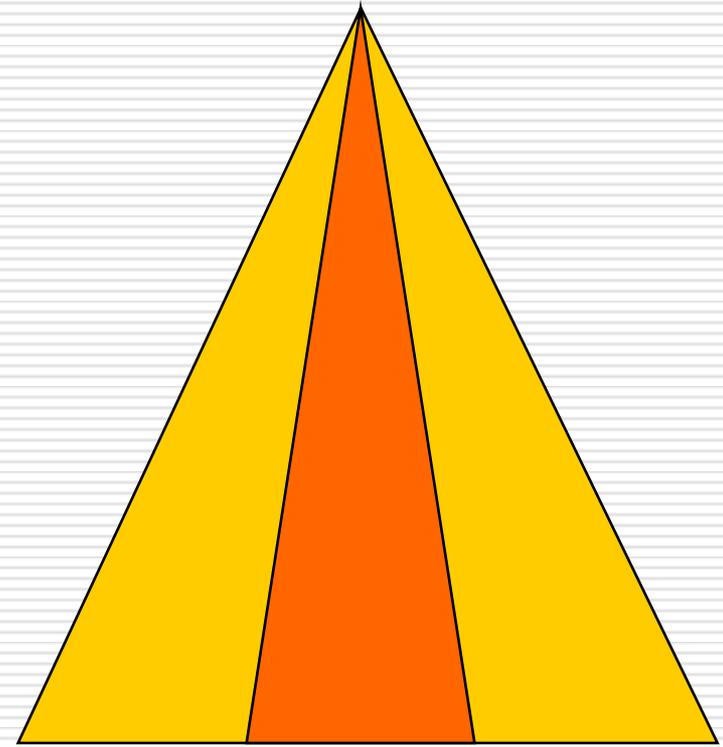
医師の業務が増加した場合の問題(特に外科系の場合)



昔の外科



今の外科

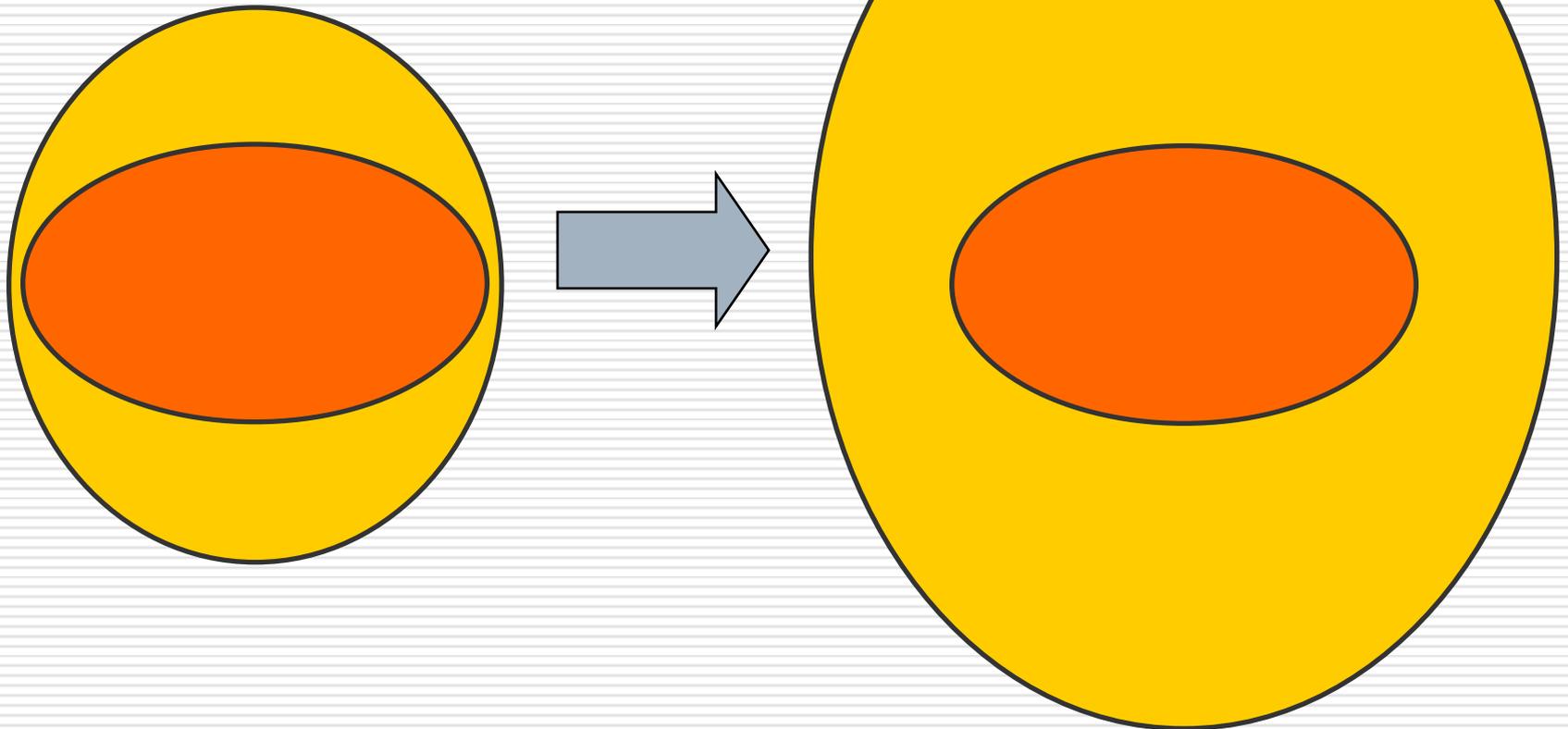


将来の外科

- 症例数に依らず、業務量によって医師数が決定すれば、外科をしない外科医が多数生まれる(あるいは専門的業務が希釈される)。
- 魅力的なキャリアパスとして外科をしない外科医の道が用意されない限り、外科は敬遠されるようになる。

医療の業務が拡大した場合

- それを医師が担っていけば、一人あたりの専門性は希釈される。
- あるいはエリートとそれに奉仕する医師を区分して行くことになるかも知れない。



チーム医療は必然である

- 医師の本来の業務以外の業務を医師に負わせ、その後のキャリアパスを考えない場合、その診療科が異常に増大するフェーズの後に、医師から見たその診療科の魅力が失われ、急激に人手不足になるフェーズに至る。
- どのような人的構成を取るべきかを充分考えて、キャリアパスを考えておく必要がある。
- 特にピラミッド型の人的構成が必要な外科系の診療科では、ピラミッドを安易に拡大すれば、キャリアパスのためのシステムを用意しない限り、早晚矛盾が顕在化する。
- マクロ的・長期的に見れば、この問題を解決して、安定したピラミッドが形成できる方策を考えて置かなければ、わが国の外科系は崩壊の可能性がある。
- 最も合理的な方法は、業務をチームで分担し、それぞれの職種が誇りをもって業務を持続的にこなえる方式を生み出していくことである。

チーム医療は単に医師不足を補うためだけに必要なのではない

医師が担当しているさまざまな業務

- 侵襲性の高い治療
 - 専門家としての経験の必要な診断・治療
 - 医療に関するカンファレンス、回診
 - 教育・研究の業務
-
- 患者や家族への説明(外来を含む)
 - 専門性が低く、侵襲性の低い医療
 - 病院の医療に関する会議(医療安全、感染対策)
 - 診療ドキュメントなどの文書の業務
 - 病院の経営や運営に関する会議・業務

解決への一つの道は専門医制度

- 専門医制度はすでにわが国においてほとんど完備している。
- プライマリケアの専門医制度の導入は現実問題として不可能である。

これは誤りである

専門医制度の現状

- 国民皆保険制度の下での医師技術料の制限や、自由標榜制のため、これまでは専門医制度は社会に根付いていなかった。
- 日本専門医制評価・認定機構(社団法人)が「5年以上の専門研修を受け、資格審査ならびに試験に合格して、学会等によって認定された医師」を専門医と定義。
- 日本専門医制評価・認定機構が18の基本領域の学会と Subspecialtyの学会に区分(二階建て制)。
- 基本領域の専門医は12万6千名。
- Subspecialtyの30弱の領域の専門医は8万2千名。その他の領域の専門医は2万名。
- プライマリ・ケア(家庭医、総合医、かかりつけ医)の専門医制度は確立していない。

専門医制度の問題点

- 専門医に至る教育プログラム、教育病院の評価が不十分。
- 学会ごとに独自の方針で運営され、適切な外部評価を受けていない(2007年11月に専門医制評価・認定機構が基本領域17の専門医制度を評価)。
- 養成すべき専門医の総数、地域別の分布に関する制御がなされていない。
- プライマリ・ケアの専門医(家庭医、総合医、かかりつけ医)制度が確立していない。
- 結果として、実効性が低く、実益もない制度となっている。

専門医制度が信頼の基盤となる

専門医制度の改革

- プライマリ・ケアの専門医を含めて、専門医ごとに、養成すべき専門医の総数、地域別の分布に関する制御をおこなう。
- 法的な裏づけのある専門医制度の認証機関「**専門医制度認証委員会(仮称)**」を設置する。
- 確立した制度下にある専門医に対しては、技術料の評価をおこなう。

専門医制度の効果

- 医師の専門職能集団が厳格な専門医制度を基礎にして形成できる。
- 医師の各専門分野ごとの必要数、地域ごとの適正配置もコントロール可能となる。
- 病院と診療所の信頼に基づく連携関係を構築して行くことができる。

専門医制度を担当する組織

- 旧医局制度のもとでは、入局者が多ければ多いほど、医局の力が増大する仕組みになっていた。日本全体という観点に立った数の制御の考え方とは協調しにくかった。
- 医局が力を失っても、専門医制度を運営している各学会に取っては、入会者が多ければ多いほど、会の力が増大し、資金が潤沢になる仕組みになっている。日本全体という観点に立った数の制御の考え方とは、やはり協調しにくい。
- 医局や学会の利害から独立の組織が専門医の数と分布の制御をおこなう必要がある。

専門医制度成功の条件

- 医師の専門職能集団が自律的に責任を持って行うこと。
- 専門医制度の実務をおこなう組織と、その評価・認証をおこなう組織を分離すること。
- 制度は法的な裏付けに基づくこと。
- 専門医の質の制御だけではなく、専門医の数と分布に関しても責任を持って行うこと。
- 拙速な制度の完成を行わないこと。

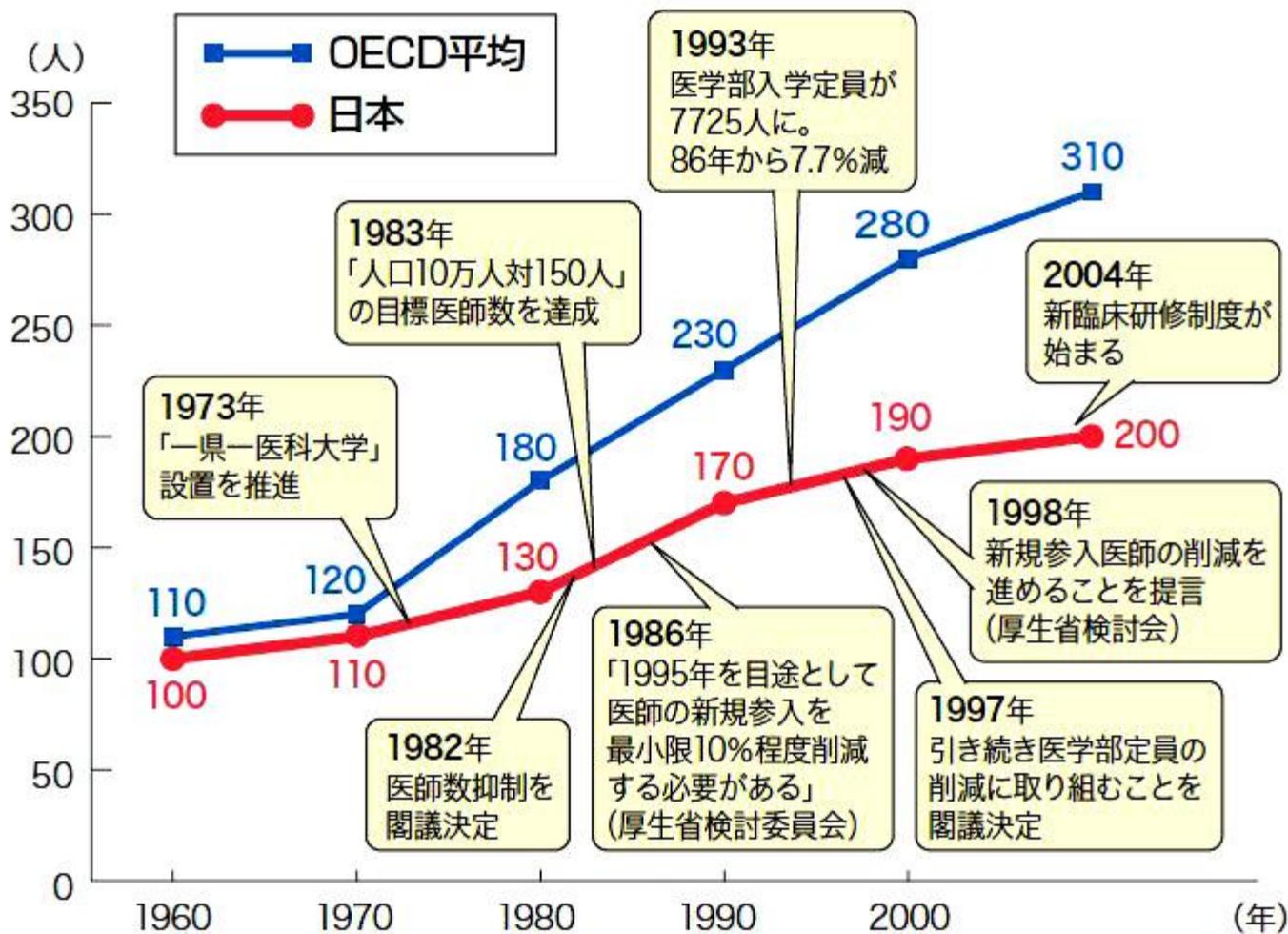


専門医制度に対する信頼が確立する。
専門医の努力が報いられる報酬制度ができる。

チーム医療の必然性

- 医療に関する情報量が爆発的に増加してきたことに対して、医師だけでは追いつかない。
- 患者の権利を尊重するという基本は今後縮小することはありません。
- 増大してきた医師の業務を全て医師だけで将来的にも担って行こうという考え方は非現実的であり、副作用が大きい。
- さまざまな職種とのチームワークによってのみ、高いレベルの医療が維持できる。

医師数の推移



(出所) 厚生労働省の資料より作成

実際のマンパワーの差はチーム医療を推進しないことにより、更に大きくなった

看護師養成数の推移

