

平成20年7月25日

**医療確保のための提案**

委員 土屋 了介

1. 医学生定員の50%増
2. コメディカル実働数の2倍増
3. 専門医トレーニング(後期研修制度)の適正化

舛添厚生労働大臣の要請により、福田総理大臣は医師数削減の閣議決定を6月17日に撤廃しました。ただし引き続き、1. 医学生定員の50%増、2. コメディカル実働数の2倍増を一日も早く実現しなければ、深刻化する医療崩壊をくい止めることはできないでしょう。3. 専門医トレーニング(後期研修制度)の適正化の内容については、専門家集団である医師が自ら取り組むことですが、政府としてのご理解ご支援が必要です。

以下、1～3の各提案についてご説明させていただきます。

**1. 医学生定員の50%増**

現在、病院医師は週平均70.6時間の勤務を余儀なくされています【図6】。週平均130時間という報告もあります。これはひとえに、近年ますます増加している患者ニーズに応えるためです。国民のニーズは今後も高齢化とともに増え続け、さらに価値観とともに多様化していくため、それに応える医療側の負担は増加するばかりです。

一方、現状では、急性期の病棟を支える若手～中堅世代の医師数が増える見込みはありません。既に44歳以下の医師数は定常状態に達し、増加しているとは言えません【図4】。厚生労働省は「医師数は増えている」と主張しますが、現在増えているのは、昭和40年代に一県一医大新設により医学部定員を増員したときの医師たちで、今後リタイアしていく世代です【図3】。つまり近々、医師数は定常状態となり、増えなくなります。現状でさえ日本にはOECD平均の3分の2の医師数しかありません【図1】が、今後も医師数が増えることはないのです。すでに産婦人科、小児科、内科、外科等では病院医師数の減少が続いています【図2】。

6月に決定された「骨太の方針2008」では、舛添要一厚生労働大臣の働きかけにより、これまでの厚生労働省の「医師偏在」という方針を大転換して「医師不足」を明確に記載し、医師養成数を増加する方針となりました。このことは、高く評価します。しかし他方、大田弘子大臣をはじめとする経済財政諮問会議などにおける議論では、依然として、医学生定員は過去最大8,360人までという考えが根強いようです。ところが現在の7,898人から8,360人まで増やす程度では、わずか5.8%の増員でしかありません。それでは週平均70時間勤務を達成できるのは23年後、60時間勤務なら45年後になります【図7】。これはすなわち、国民のニーズが増加の一途を辿るとみられる22年間【図5】、必要かつ十分な医療を提供することは

不可能であり、医療崩壊がますます深刻化することを意味します。

わずか5.8%の増加ではなく、抜本的な医師養成数の増加が不可欠です。現在、週平均70～80時間の勤務を強いられているのですから、たとえば労働基準法の週平均40時間にするためには、医師数を2倍にしてもよいはず【図7】。しかし現実的に、質の高い医学教育が可能な範囲を考慮して、今後10年間は医学生定員を50%増員することを提案します。つまり毎年400人ずつ、教育体制も構築しながらゆっくり10年かけて、4000人増やすのです。この場合、6年後から医師の勤務時間は減り始め、13年後には70時間を達成、24年後に60時間を達成できません。将来の人口減少も考慮し、患者需要がピークとなる2030年を目処に、医学生定員を減らすことにも留意する必要があります。

## 2. コメディカル実働数の2倍増

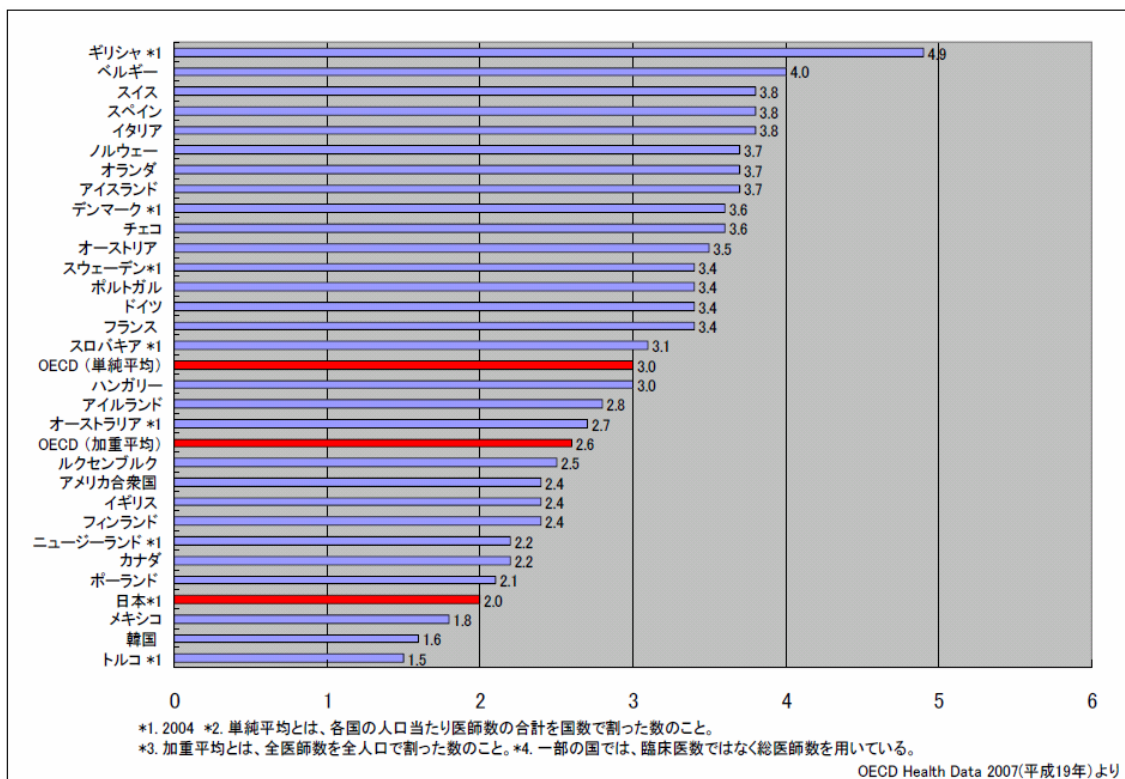
また、多様な国民のニーズに応えるためには、看護師・薬剤師等、多数のコメディカルの存在が不可欠【図9】。しかし、我が国の病床当たりコメディカル数は欧米の約4分の1という人手不足の状況にある【図8】ことが、医療崩壊に拍車をかけています。看護師・薬剤師の数が少ないと患者の死亡率が上がることは、国際的に示されています。コメディカルの養成数は十分であるため、雇用数を4倍にしてもよいはず【図8】。しかし、我が国の人口当たり急性期病床数は欧米の約2倍であることを考慮し、現実的には2倍の増員を、中規模以上の病院において実現することを提案します。

## 3. 専門医トレーニング(後期研修制度)の適正化

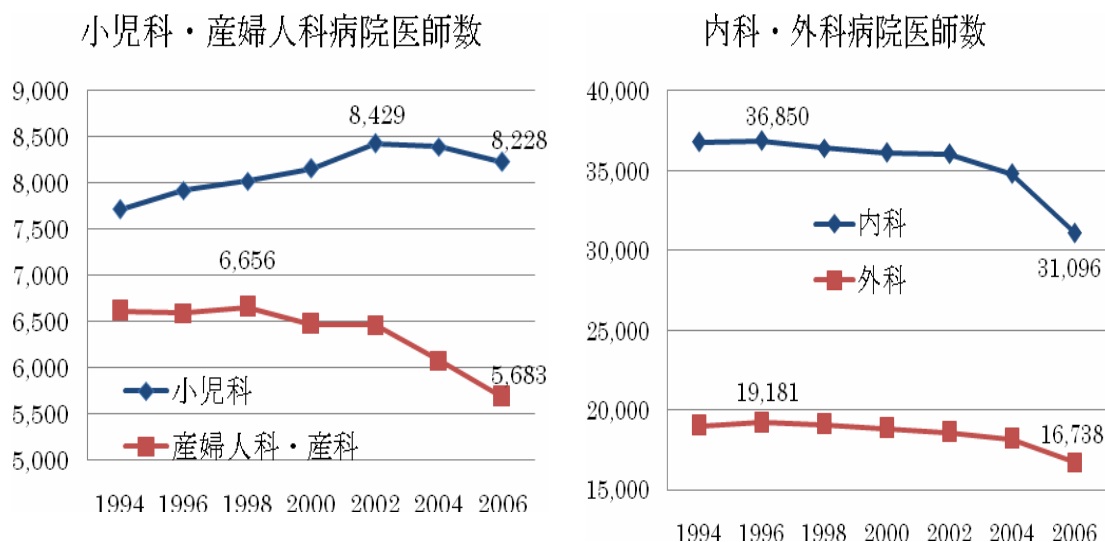
さらに、医療の質を高めるためには、専門医および総合医のトレーニング内容を医師集団自らが改善していくことが必要【図10】。我が国ではこれまで専門医教育が重視され、患者を総合的にみる総合医の養成が疎かにされてきました。しかしながら、国民は専門医以上に総合医を必要としています。今後、医療界は患者ニーズに合った医師を養成していくことが必要です。その際には、専門医トレーニング(後期研修制度)の内容も明確にしてゆかねばならないでしょう。つまり十分な教育ができる環境とは何か、腕を磨き維持できる症例数やそれを可能にするコメディカル数といったことを、それぞれの領域の医師たちが十分に議論し、検討するのです。この際に、医師の地域的偏在についても考慮する必要があります【図11】。このような議論を通じ、医療界に専門医の質の向上・維持に関するコンセンサスができあがり、十分なトレーニングを積んでいないのに専門医と名乗る人々はいなくなるでしょう。結果として、適正な人数の専門医を教育することになります。

<参考資料>

【図1】人口当たり医師数(OECD諸国)

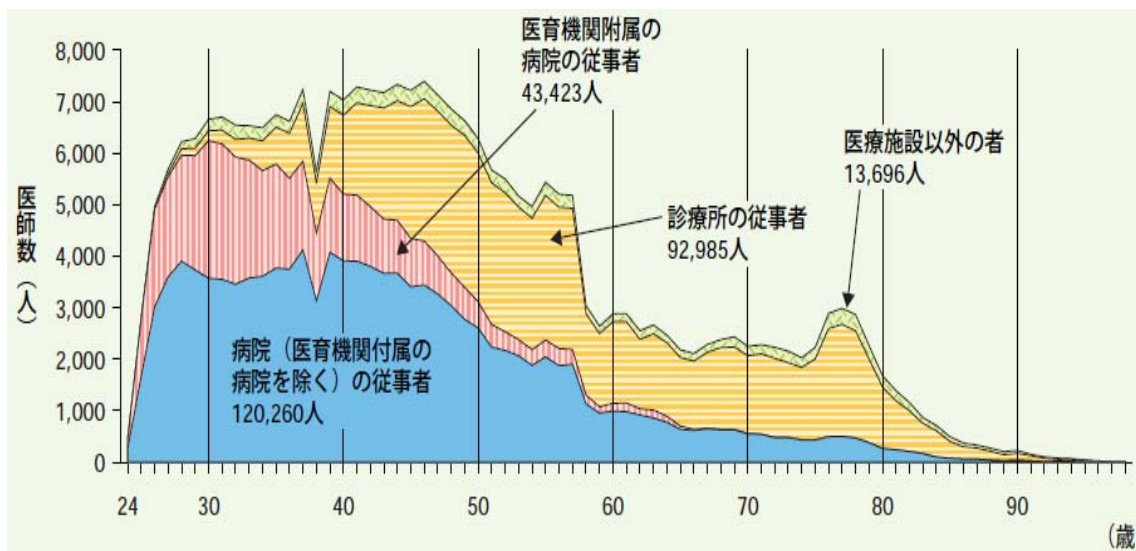


【図2】減少が続く病院医師数



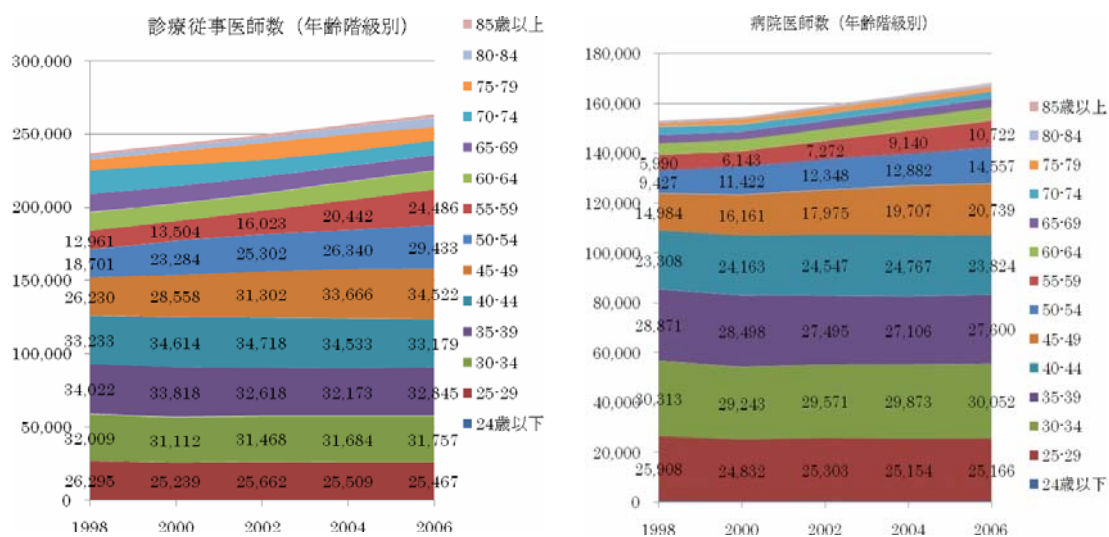
医師・歯科医師・薬剤師調査

【図3】年齢別医師数



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」（2004年）  
平成 19 年厚生労働白書

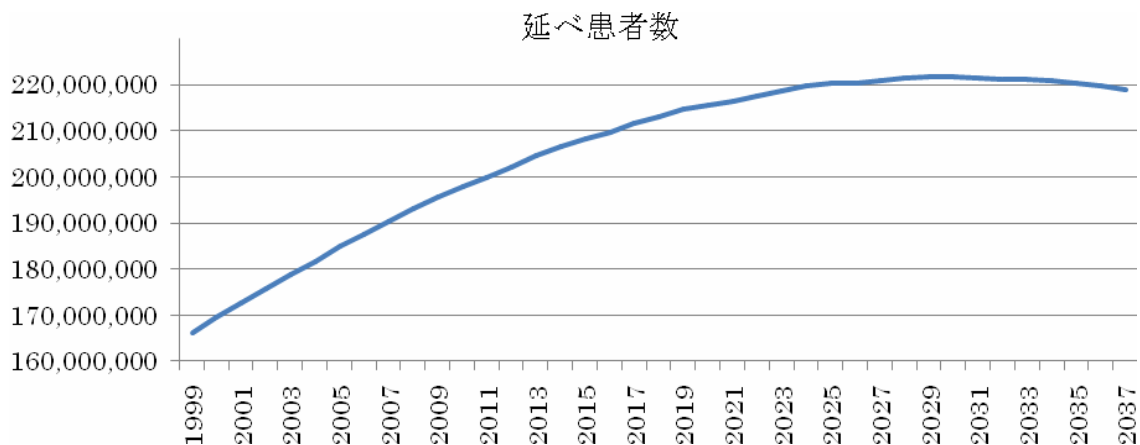
【図4】もう増えない44歳以下の医師数



医師・歯科医師・薬剤師調査

【図5】増加する国民のニーズ

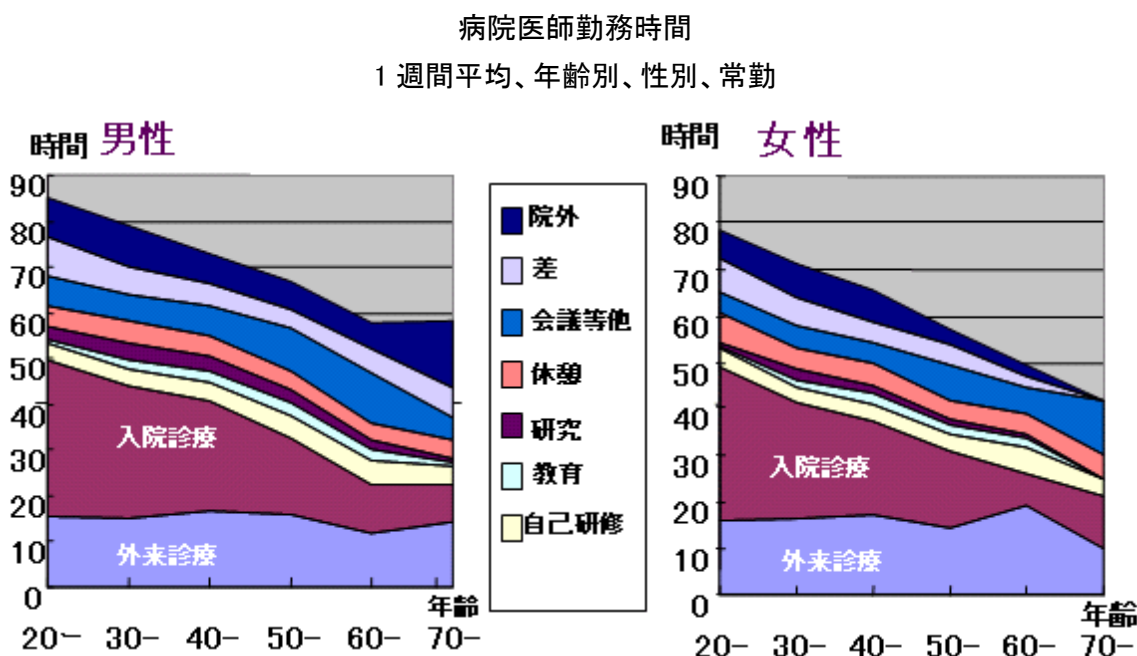
高齢化とともに、国民のニーズは2030年まで増加を続けるが、その後、減少に転じると推計される。延べ患者数には、診療実日数(入院では当月中の入院日数、入院外では当月中の外来、往診等で医師の診療を受けた日数)を用いた。



社会医療診療行為別調査、将来推計人口

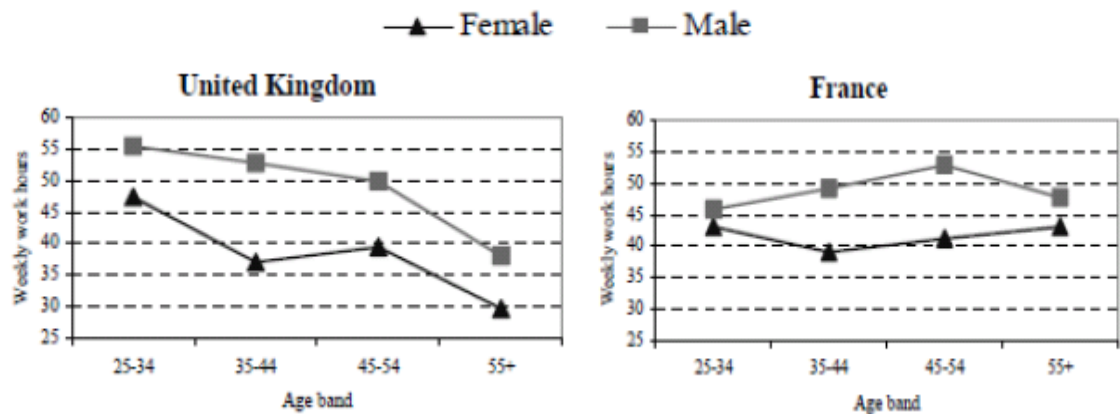
【図6】日本の過剰な医師勤務時間

<日本 40~85時間程度>



厚生労働省第12回医師の需給に関する検討会

<ヨーロッパ 30~55時間程度>

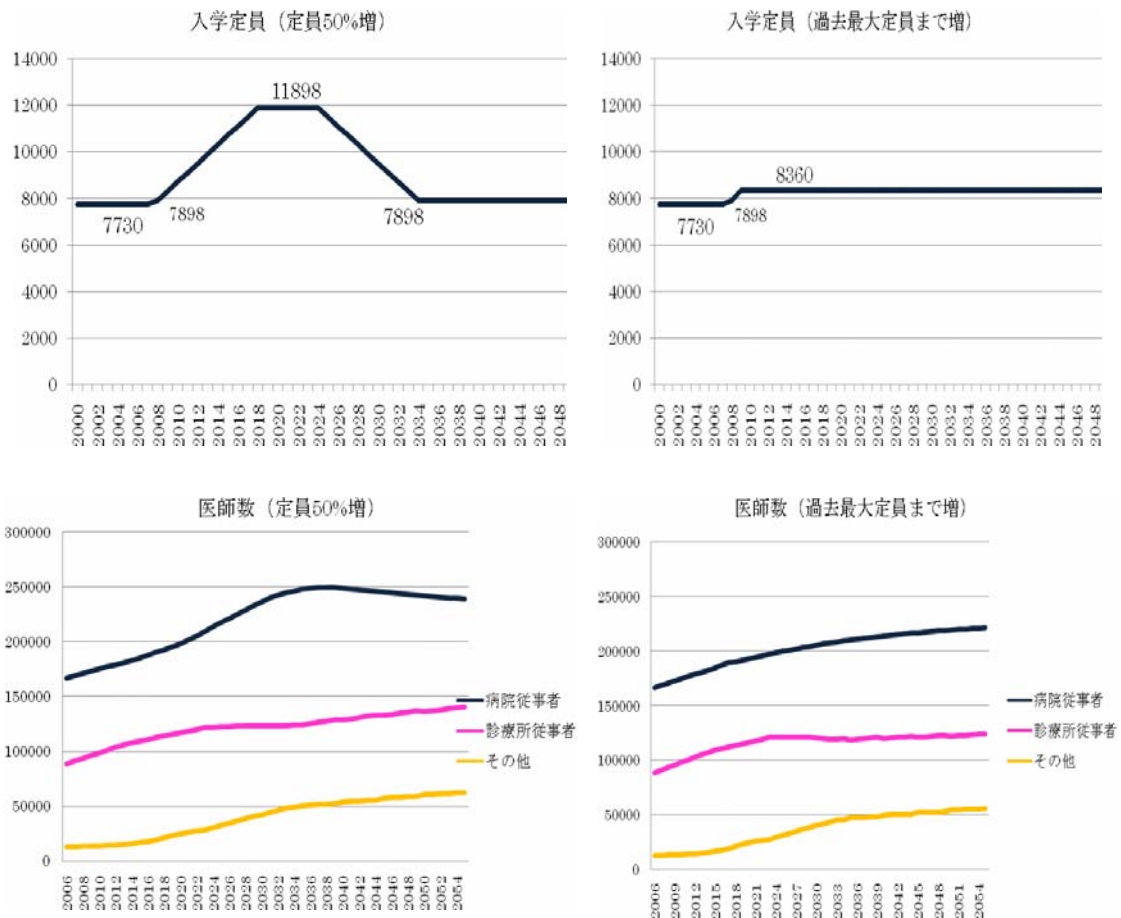


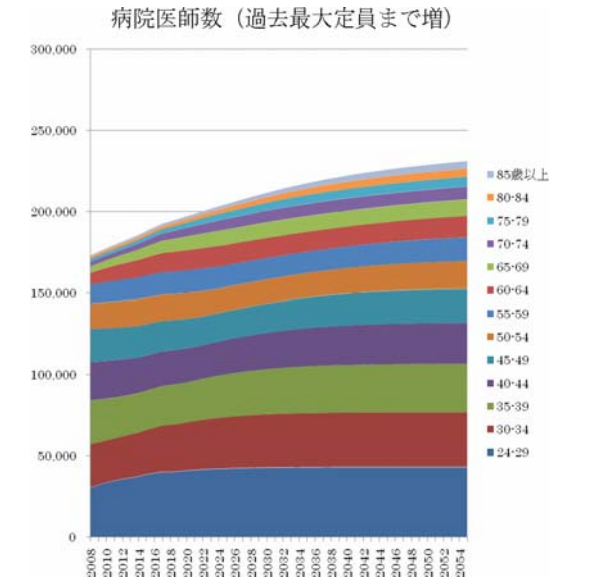
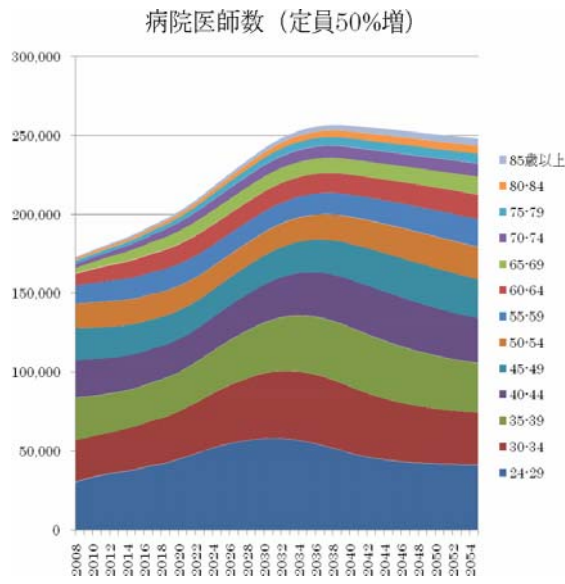
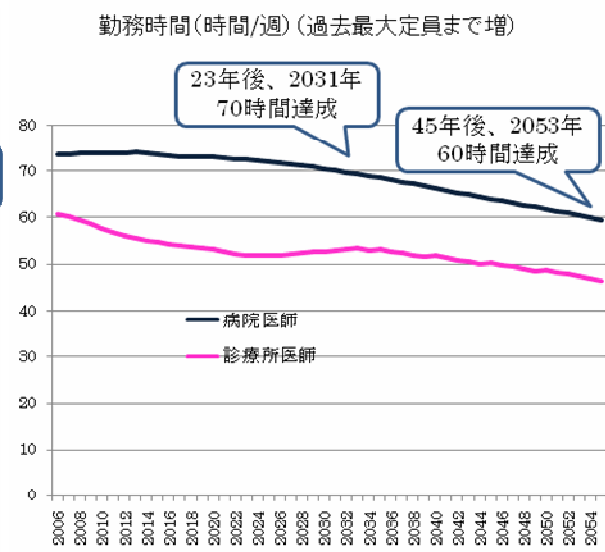
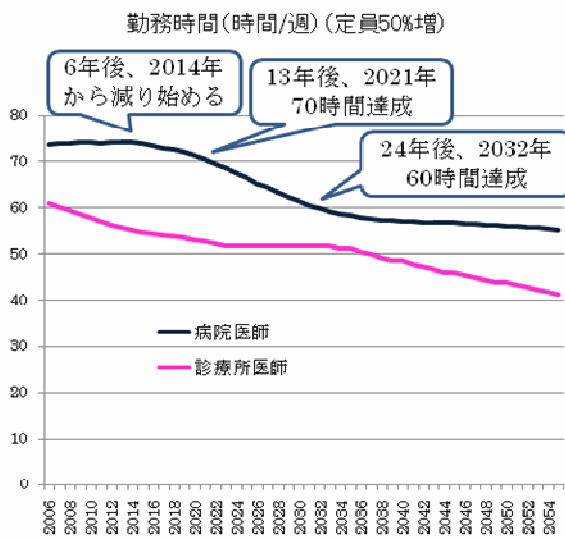
OECD Health Working Papers

The Supply of Physician Services In OECD Countries

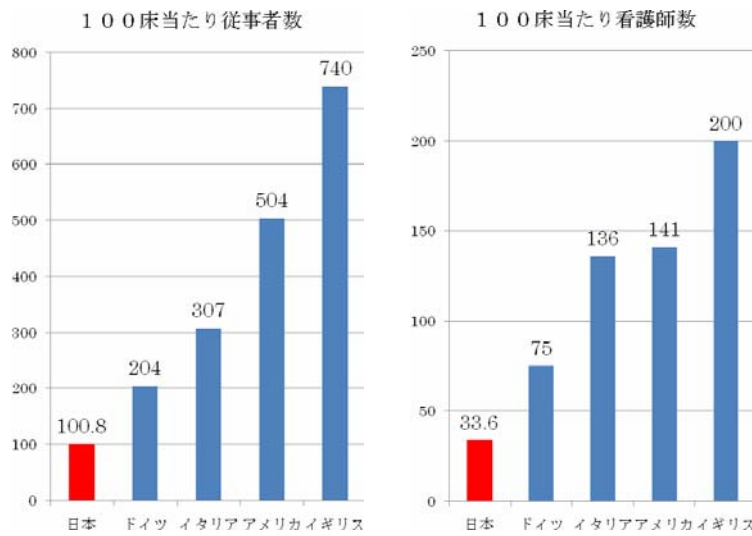
【図7】医師養成数を増員した場合の将来推計

医師養成定員を50%増員した場合(左)と、過去最大定員の8,360人まで増員した場合(右)の推計グラフを示す。



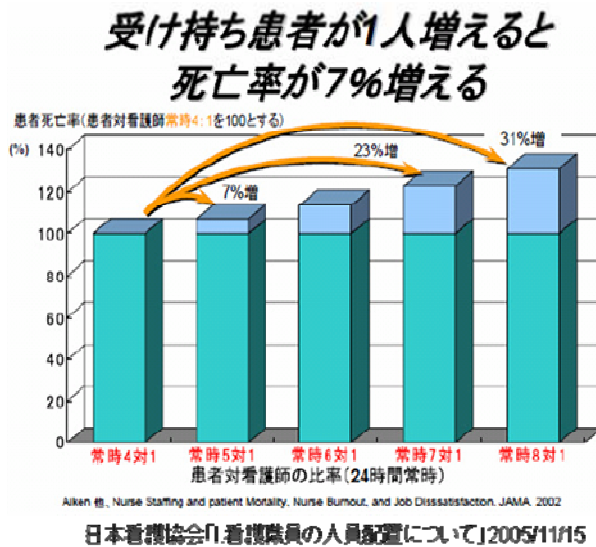


【図8】日本の病院コメディカルは欧米平均の4分の1



OECD Health Data 2007、病院報告(厚生労働省)

【図9】患者の安全性のために必要なコメディカル増員



薬剤師数増加による患者死亡率低下

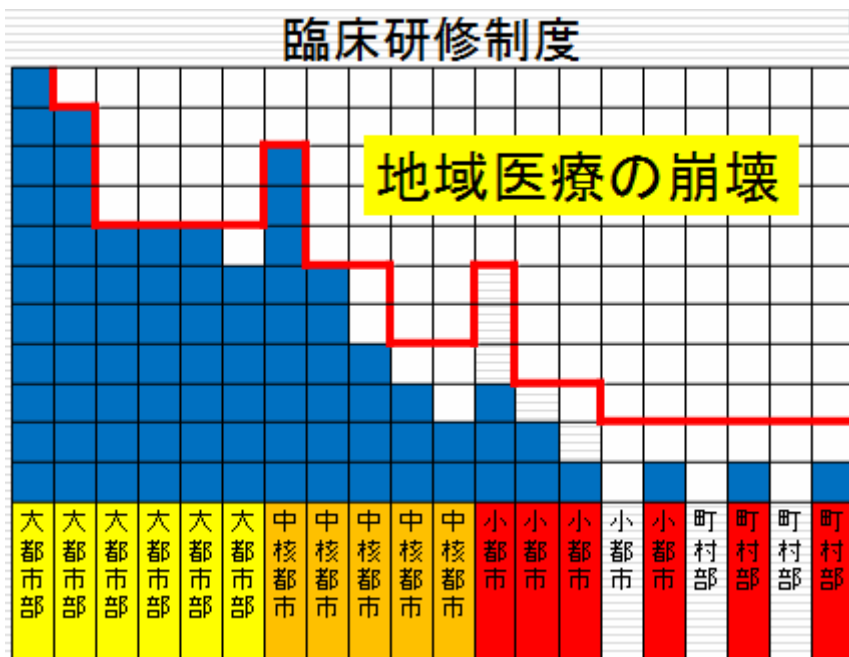




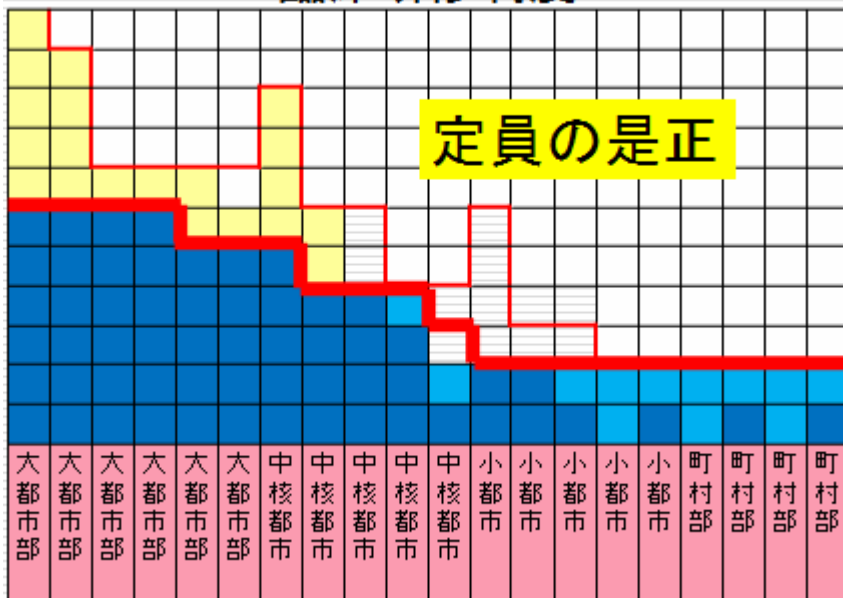
【図 10】新医師養成プログラム

定員	100	100	100	50	100	3,000	50	30	100	20	100	100	20	300	50	10	100				
8					腫瘍内科	家庭医															
7	循環器	呼吸器	消化器	糖尿病			心臓血管		呼吸器	上部消化管	肝胆膵	大腸	乳腺		診断	治療	核医学				
6														脳神経				病理			
5	内科ローテーション						外科ローテーション					放射線ローテーション									
4																					
3																					
2	臨床研修																				
1																					

【図 11】



### 臨床研修制度



### 臨床研修制度

