

第4回土屋班会議 2008/11/18

病める日本の医療

岩手医科大学 学長
全国医学部長病院長会議 会長

小川 彰

日本の医療レベル



The
WORLD
HEALTH
REPORT

Statistical Annex

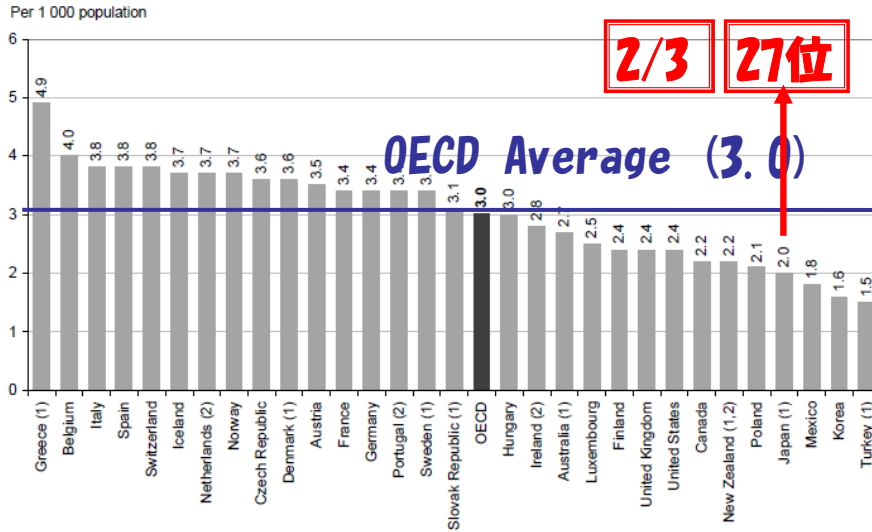
153

Member State	ATTAINMENT OF GOALS						Health expenditure per capita in international dollars	PERFORMANCE	
	Health Level (DALE)	Distribution	Responsiveness Level	Distribution	Fairness in financial contribution	Overall goal attainment		On level of health	Overall health system
Japan	1	83	6	3-38	8-1	1	13	9	10
Jordan	122	52	84-86	53-57	49-50	81	98	100	83
Kazakhstan	122	52	90-91	60-61	167	62	112	135	64
Kenya	162	135	144	142	79-81	142	152	178	140
Kiribati	125	121	120-121	122	16	123	103	144	142

**日本の医師は
充足しているか？**

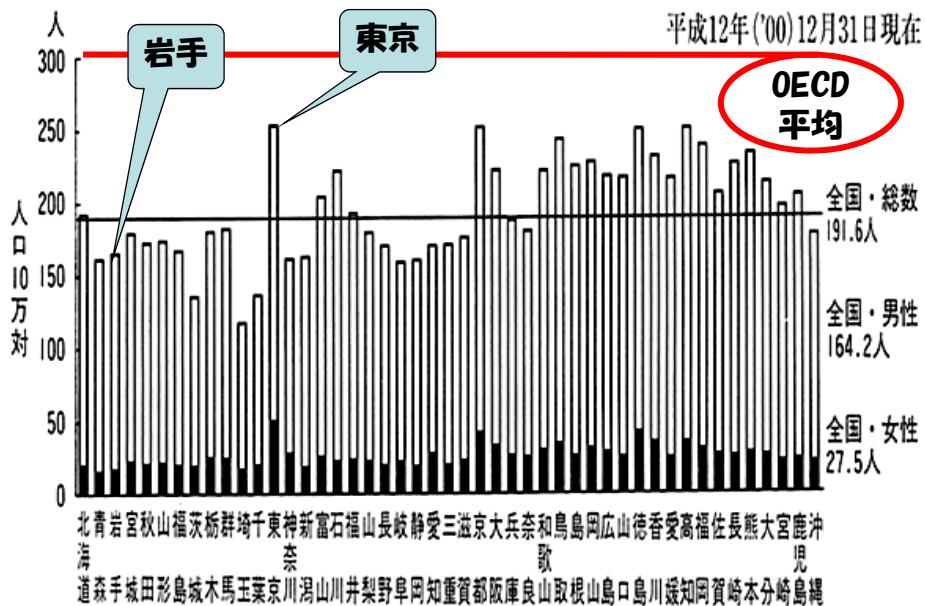
OECD30ヵ国の医師数 人口1000人対 (2004年)

Chart 1. Practising physicians per 1000 population, OECD countries, 2005



(1) 2004. (2) Ireland, the Netherlands, New Zealand and Portugal provide the number of all physicians entitled to practise rather than only those practising.
Source: OECD Health Data 2007.

都道府県（従業地）別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数



岩手県

北海道について広い。
四国4県に匹敵する広
大な県土。

9つの2次医療圏

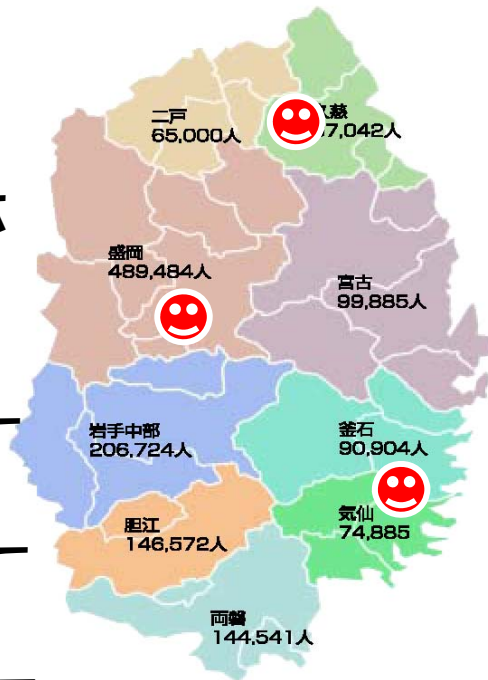
高度救命救急センター

県立久慈病院

高次救命救急センター

県立大船渡病院

高次救命救急センター

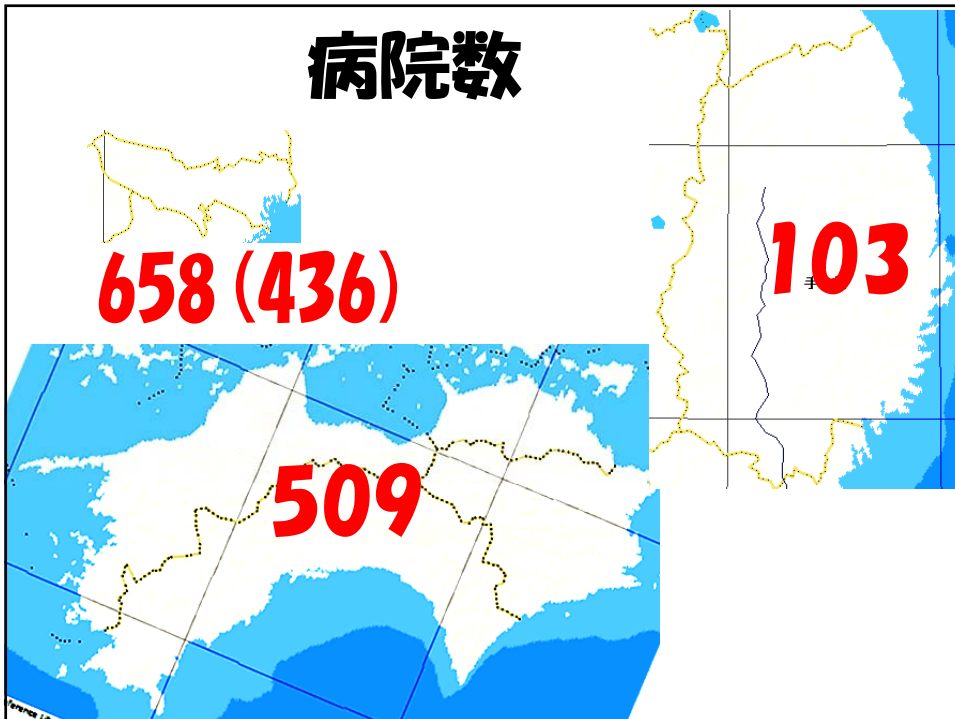


病院数

658 (436)

509

103



なぜたらいまわしが繰り返される？

月曜日	水月	日	月	日
1	2	3	4	5
6	7	8	9	10
11	12	13	14	15
16	17	18	19	20
21	22	23	24	25
26	27	28	29	30
31				

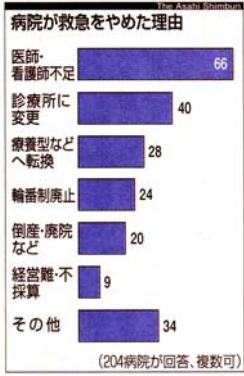
2年で搬送遅れの要因に
救急中核病院174力所減

病院密集地では断ることに罪悪感がない

病病連携・病診連携の問題

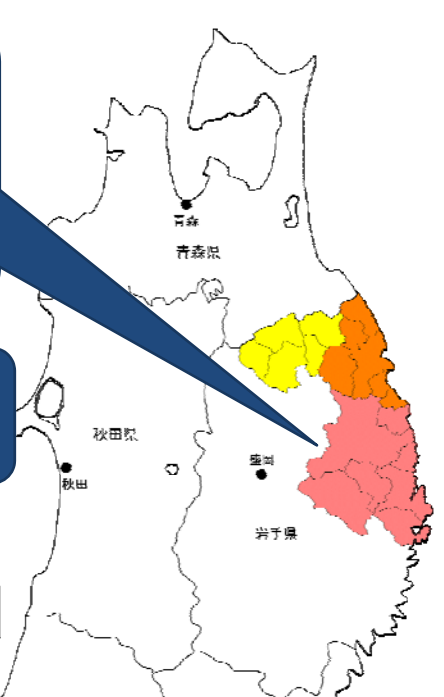
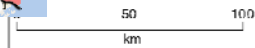
岩手県ではタライ回しはない

タライ回しできるほど病院がない

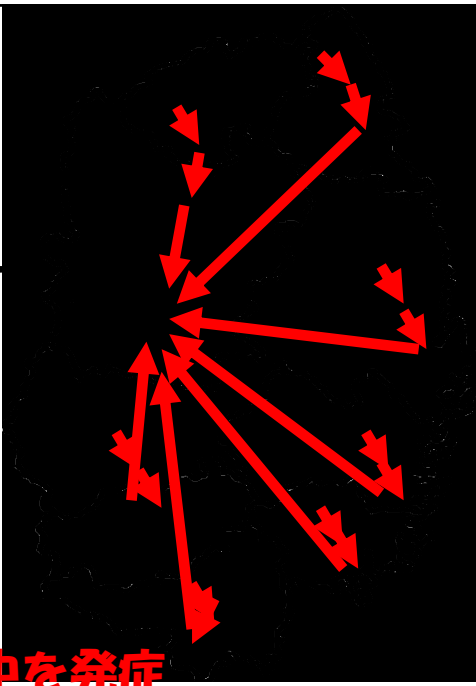
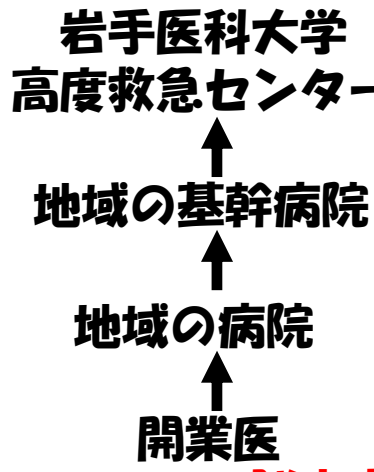


宮古医療圏の面積
東京都区部の4.3倍
東京都全域の1.2倍
病院数：4
うち総合病院：1

東京の病院数：658
区部のみ：436

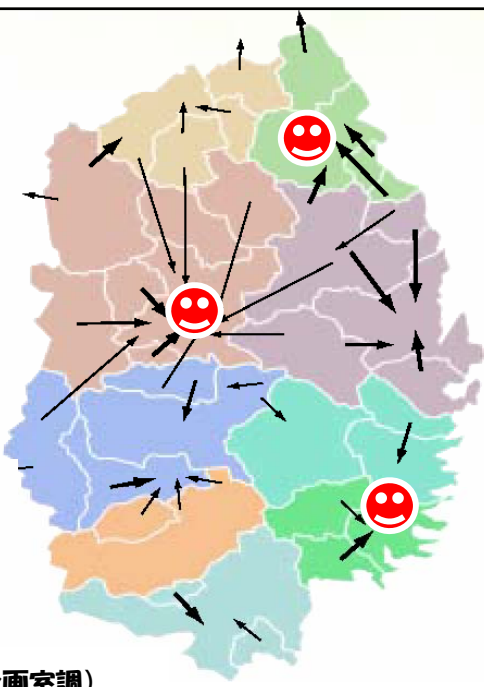
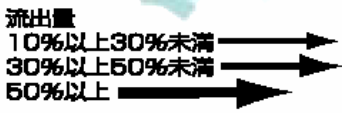


岩手県の脳卒中 救急診療



脳卒中を発症

患者受療動向



(出典：県保健福祉部保健福祉企画室調)

199番通報から医療機関到達まで

(2006年)

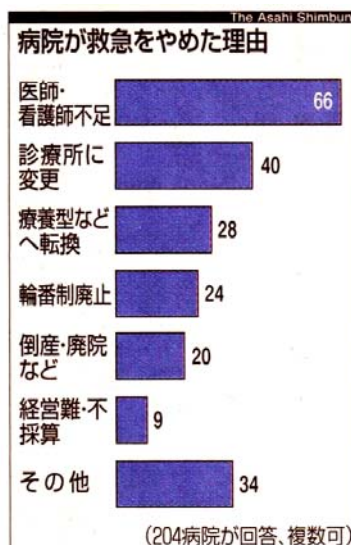
東京都	45.2	佐賀県	31.5	岐阜県	28.5
埼玉県	35.6	秋田県	31.4	富山県	28.4
岩手県	35.1	静岡県	31.3	石川県	28.3
千葉県	34.8	三重県	31.3	福井県	28.2
宮城県	34.7	青森県	31.2	山梨県	28.2
栃木県	34.6	熊本県	30.9	兵庫県	27.6
福島県	34.4	高知県	30.8	滋賀県	27.4
茨城県	34.4	鹿児島県	30.2	徳島県	26.6
新潟県	34.2	鳥取県	29.9	香川県	26.4
奈良県	33.0	北海道	29.8	愛媛県	26.2
島根県	32.7	山形県	29.8	京都府	25.7
宮崎県	31.8	愛媛県	29.5	石川県	25.6
長野県	31.6	群馬県	29.0	大阪府	25.3
長崎県	31.6	和歌山県	28.8	香川県	25.2
神奈川県	31.5	岡山県	28.7		
山梨県	31.5	沖縄県	28.6		

(分)

距離ではない
ファクターが

単純に距離

医師不足が最大の問題



昭和57年9月 閣議決定

「行政改革の具体化方策について」

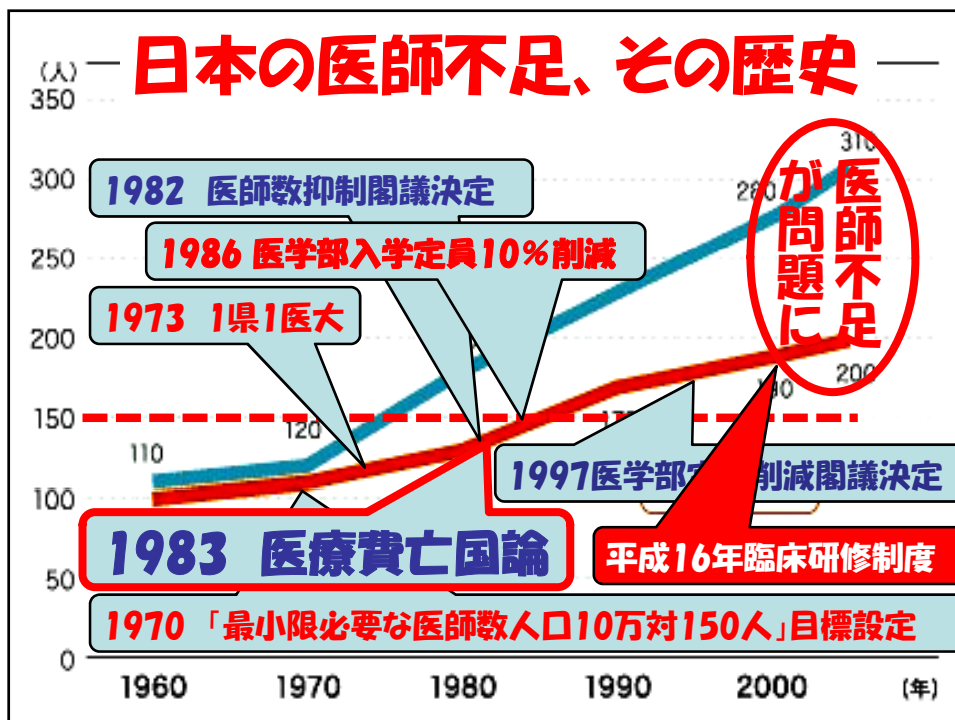
医師については、全体として過剰を招かないように検討を進める。

平成9年6月 閣議決定

「財政構造改革の推進について」

引き続き、医学部定員の削減に取り組む。医師国家試験の合格者数を抑制する等の措置により合理化を図る。

**財政抑制・医療費抑制のための
医師養成削減**



**医師養成削減政策
に加え、臨床研修
制度が医師不足に
止めを刺した**

臨床研修制度発足の趣旨

**全ての医師にプライマリケアに
対応できる幅広い臨床能力を習
得させる。**

光の部分

赤ひげ先生

**地域の信頼されるお医者さん。
内科医でありながら盲腸くらい
の外科手術ができ、お産も診れ
る。**

プライマリケア医の原点

プライマリケア医は理想のように思えるが…

国民の求める医師像

赤ひげ先生の時代ではない

如何に過疎地に住んでいようと
も、お産の経験はあるとはいっ
ても内科や外科の先生に家内の
お産をまかせるわけにはゆかな
い。

産科専門の先生に診てもらいた
い。…… 専門性への期待。

専門医に診てもらいたい

しかし、各地区に全ての専門医
を用意することは

- ◆メンバーから不可能。
- ◆社会資源の浪費。
- ◆専門医の診療能力低下につな
がる。

理想の地域の医師像

- ◆ 一般診療はできる。
- ◆ 緊急時の**救急処置**ができる。
- ◆ 専門医の診断治療が必要か否かを判断(**臨床判断**)でき、適切に紹介ができる。
- ◆ 自身も**専門性**を持っている。

・ 設置基準の大綱化（文部省）

平成3年7月

医学進学過程(2年)と医学専門課程(4年)の廃止
6年一貫教育=カリキュラムの変更

・ 医師法等一部改正（厚生省）

平成12年12月

— 平成16年から臨床研修必修化

6年一貫医学教育

=6年間で一人前の医師に教育

卒後臨床研修必修化

=6年間の医学教育では不十分
更なる追加教育が必要

相容れない政策

卒前・卒後の医学教育

・卒前医学教育：文部科学省

・卒後医学教育：厚生労働省

卒前・卒後医学教育の

医学生涯教育：一貫性の欠如

卒前卒後教育がどうあるべきか？から

始ったものではない

医学教育(生涯教育)のグランドデザインの欠如

臨床研修制度の負の影響

- ◆ 医師不足を加速し
- ◆ 地方医療の崩壊させ
- ◆ 小児科・産科など一部の科の
極端な医師不足を加速させた

影の部分

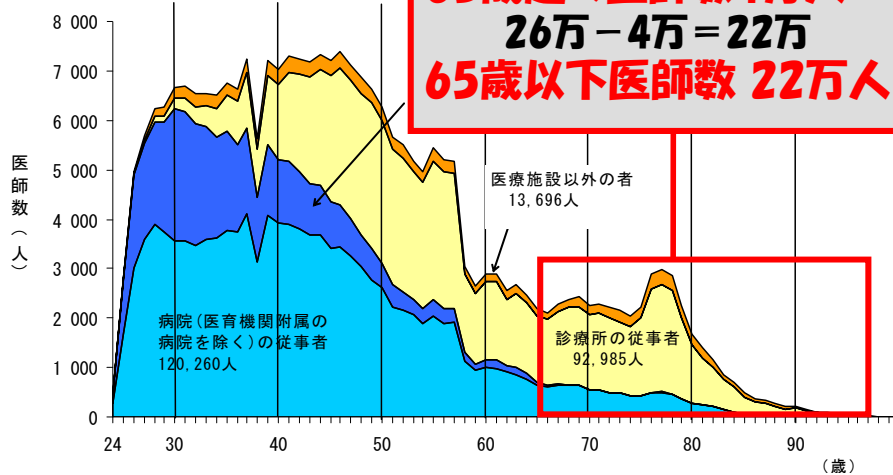
臨床研修制度の負の影響-3

なぜ医師不足が生じたのか？

この2年間に1万5310名の新医師が誕生
研修医は研修に専念すること。
各診療科のマンパワーにはなっていない。
全国の医師数 25万6668名 (平成16年厚労省調査)

この2年で $15,310 / 256,668 =$
6%の医師不足が生じた。

日本の実働医師数は26万人？ 厚労省



日本の医師数

25万6668名 (平成16年厚労省調査)

- **約4万名** (**65歳超の医師数**)

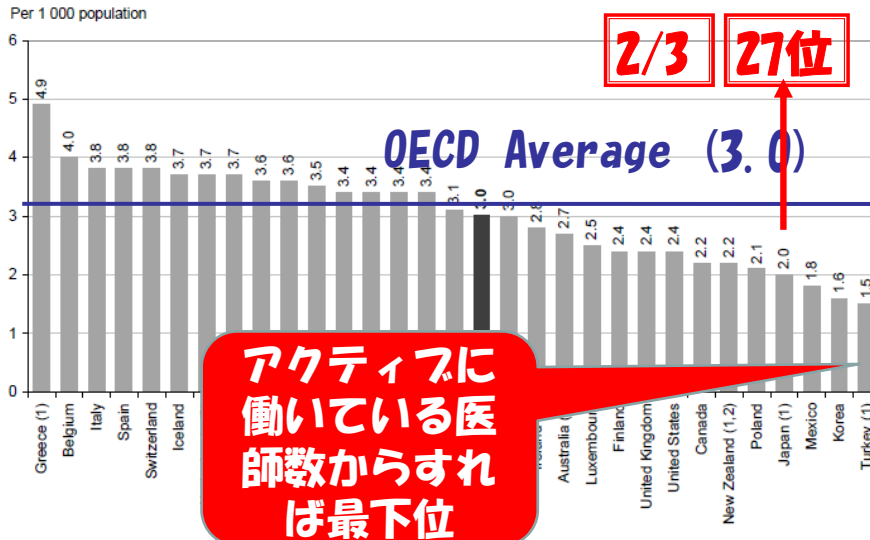
- **1万5310名** (臨床研修2年間の医師数)

≒20万名

実質154人 / 10万人

OECD30カ国の医師数 人口1000人対 (2004年)

Chart 1. Practising physicians per 1000 population, OECD countries, 2005



(1) 2004. (2) Ireland, the Netherlands, New Zealand and Portugal provide the number of all physicians entitled to practise rather than only those practising.
Source: OECD Health Data 2007.

日本の医師数

25万6668名 (平成16年厚労省調査)

— 約4万名 (65歳超の医師数)

— 1万5310名 (臨床研修2年間の医師数)

≒ 20万名

臨床研修の影響 7%

全国医学部長病院長会議 地域医療に関する専門委員会

臨床研修修了者帰学状況調査（最終報告） （3年目） 平成20年7月

- ・ 臨床研修修了者の平成20年4月、平成19年、平成18年における大学への帰学状況を調査検討した。
- ・ 対照として制度開始2年前の平成14年3月卒業者を用いた。
- ・ 地域別、国公立別、国公立別の帰学動向について14年卒業者と比較し解析した。
- ・ 臨床系診療科別進路状況の変化について解析した。
- ・ **80医科大学・医学部から100%の回収率の解析結果である。**
- ・ 卒後の進路が特殊な防衛医大自治医大産業医大は解析から除外。

臨床研修修了者帰学状況

- ・ 平成14年3月（研修制度発足2年前）国家試験合格者に対する自大学＋他大学所属者の割合を対照
- ・ 平成16, 17, 18年国家試験合格者に対する臨床研修修了者の帰学者（他大学出身者含む）の割合

平成14年 : 71.4%

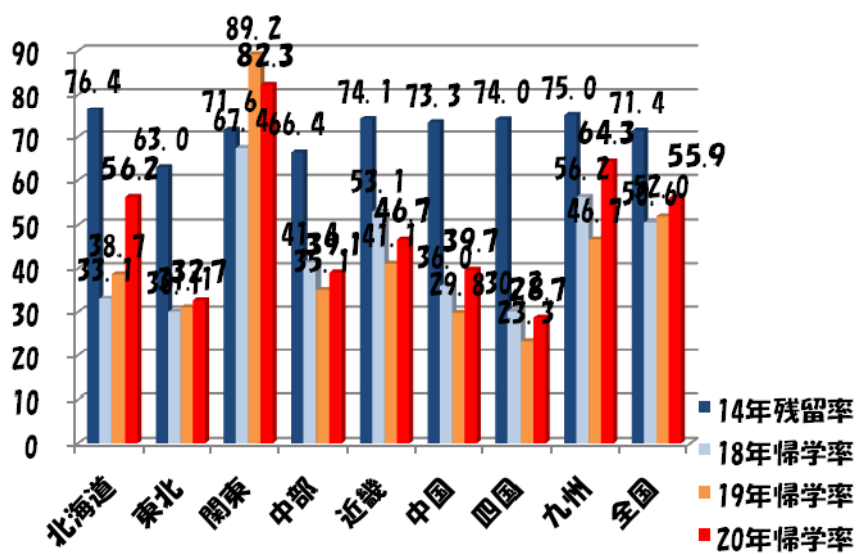
平成18年 : 50.6%

平成19年 : 52.0%

平成20年 : 55.9% **多少の回復**

地域別増減状況

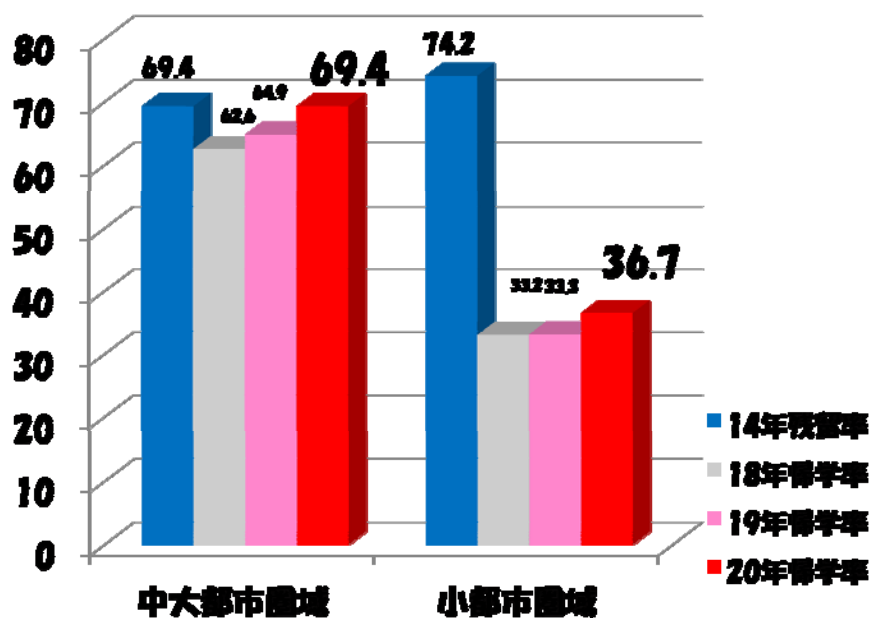
地域別臨床研修修了者帰学状況

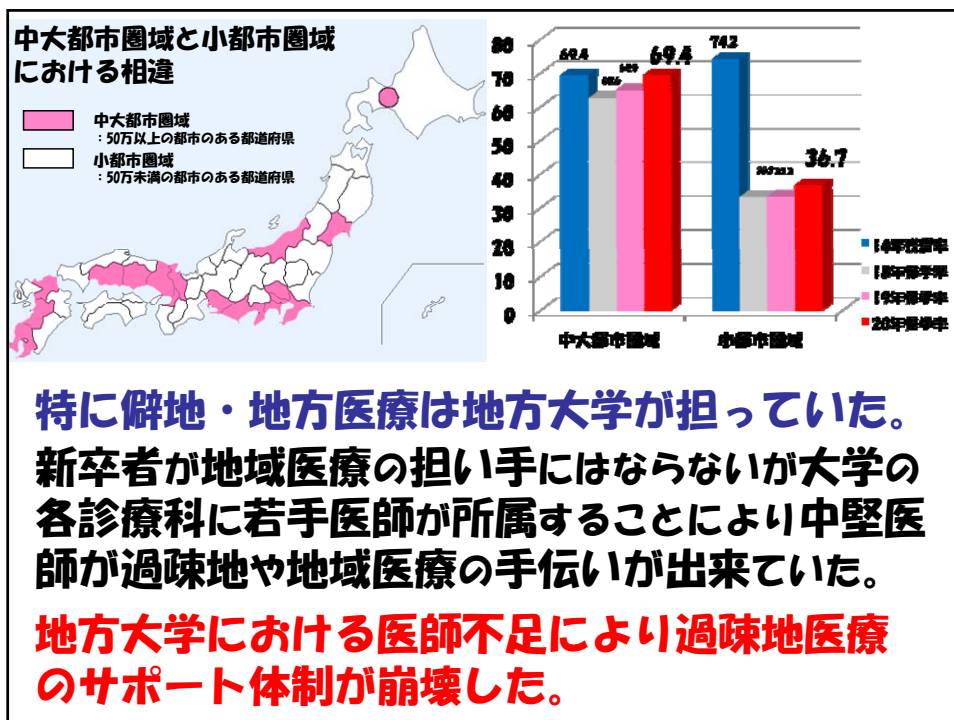


臨床研修制度の結果

2年で1万5千名余の医師不足が生じた。

特に地方では大学所属医師が過疎地・地域医療を担ってきたが・・・





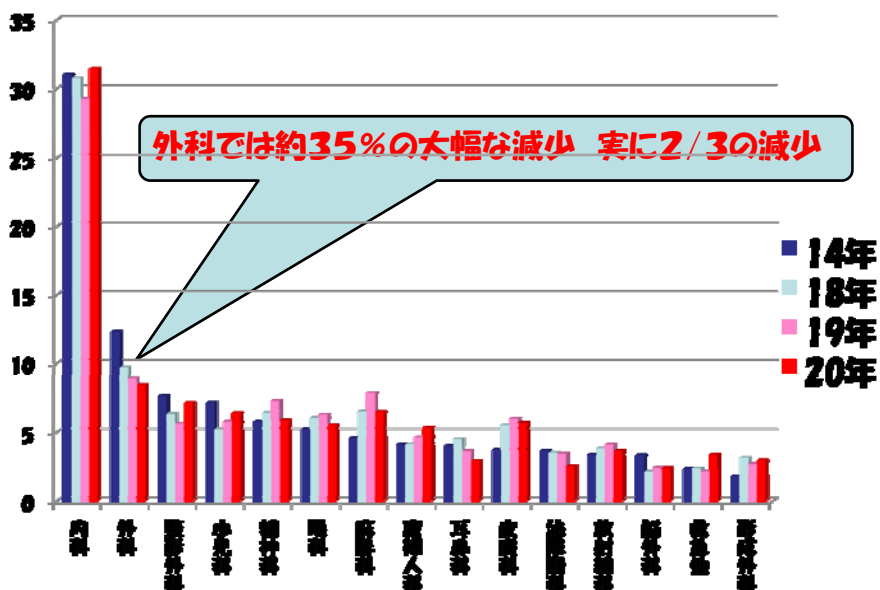
臨床研修制度の負の影響-1

地方医療の崩壊

診療科別増減

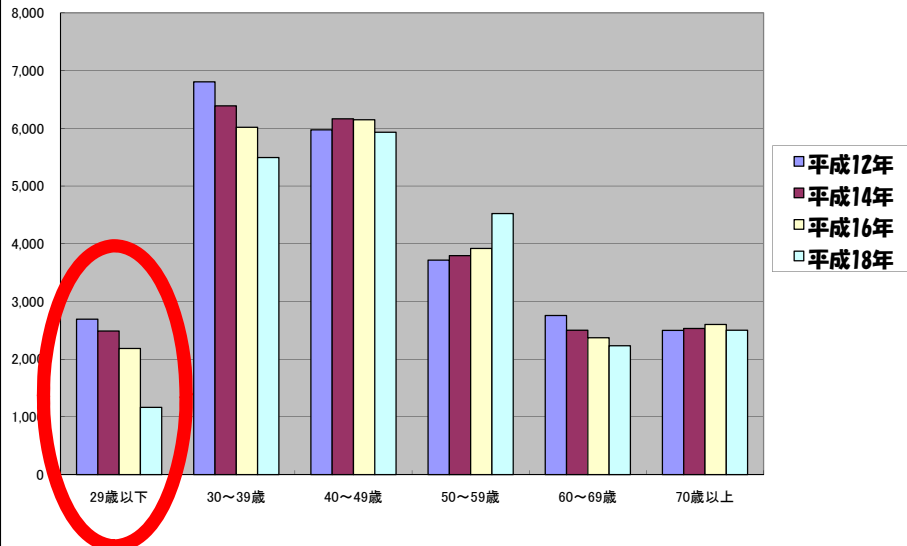
平成18, 19年研修修了大学帰学者進路
平成14年卒業生進路

診療科別増減 平成18, 19, 20年帰学者, 平成14年卒業生



外科医の年齢構成

(厚生労働省 医師・歯科医師・薬剤師調査)



志望診療科の偏在

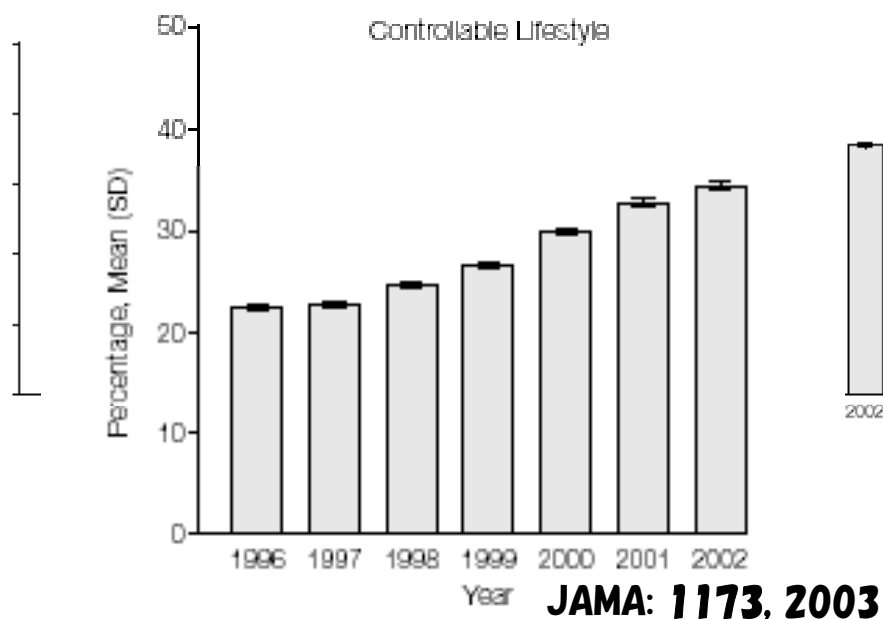
- 小児科、産婦人科の減少と共に特に外科など生命に関わる科の減少が明らかとなった。
- 医師数からすれば最も基本となる診療科である内科の減少も問題

平成16年 5月 AJMC 総会

臨床研修制度による影響

- 医師充足の地域格差の拡大
- 地域（過疎地）医療の荒廃の危機
- 地方における医学・医療の後退の危機
- 大学・病院の研究・診療体制の弱体化
- **医学研究の国際競争力の低下**
- **国民福祉の低下をもたらす可能性**

Figure 1. Percentage of US Medical Seniors Choosing Specialties With Controllable Lifestyles by Year



日本の医療レベルを底支えしてきた
生命科学研究者（基礎医学者）志
望の減少

近未来の日本の医療レベルの低
下を強く危惧させる

臨床研修制度の負の影響
影の部分

世界の論文数と伸び率10年間

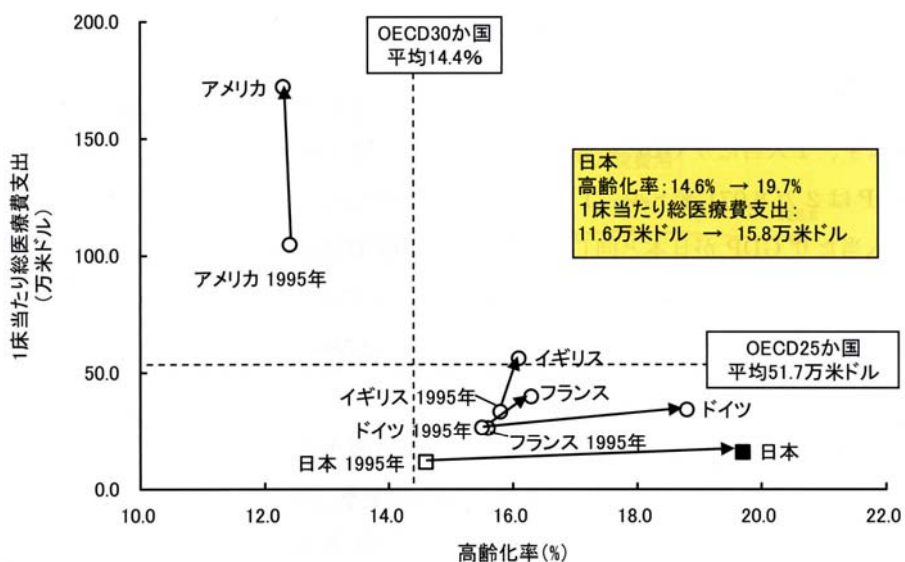
2007

97年	07年		
1 米国	米国	1 中国	505%
2 日本	中国	2 韓国	204%
3 中国	英国	3 西欧諸国	22~80%
4 英国	ドイツ	4 米国	10%
5 ドイツ	日本	5 日本	5%

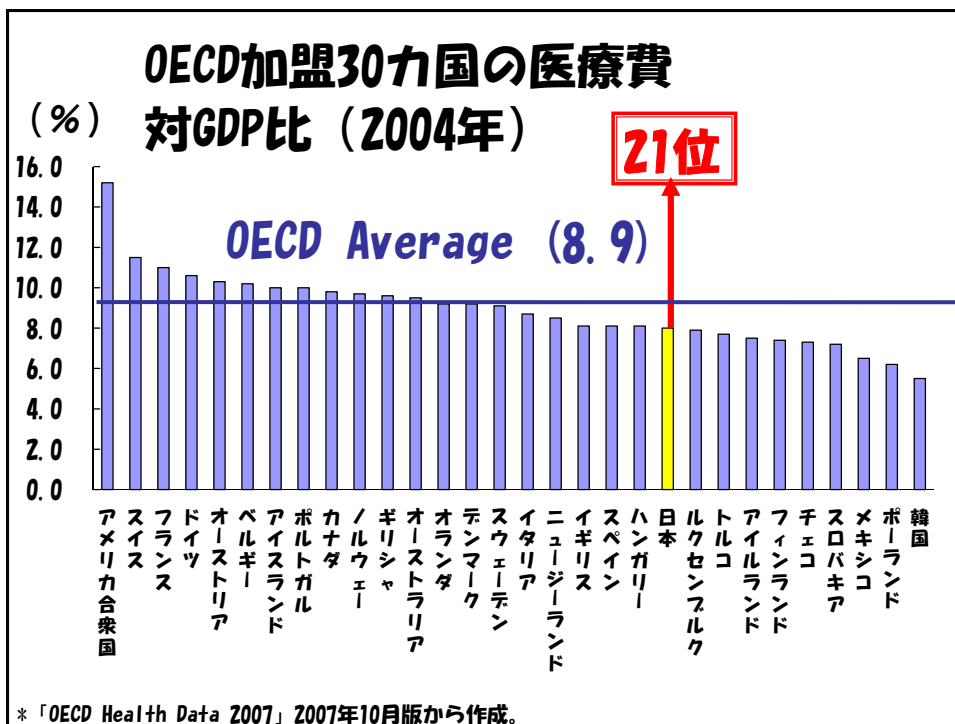
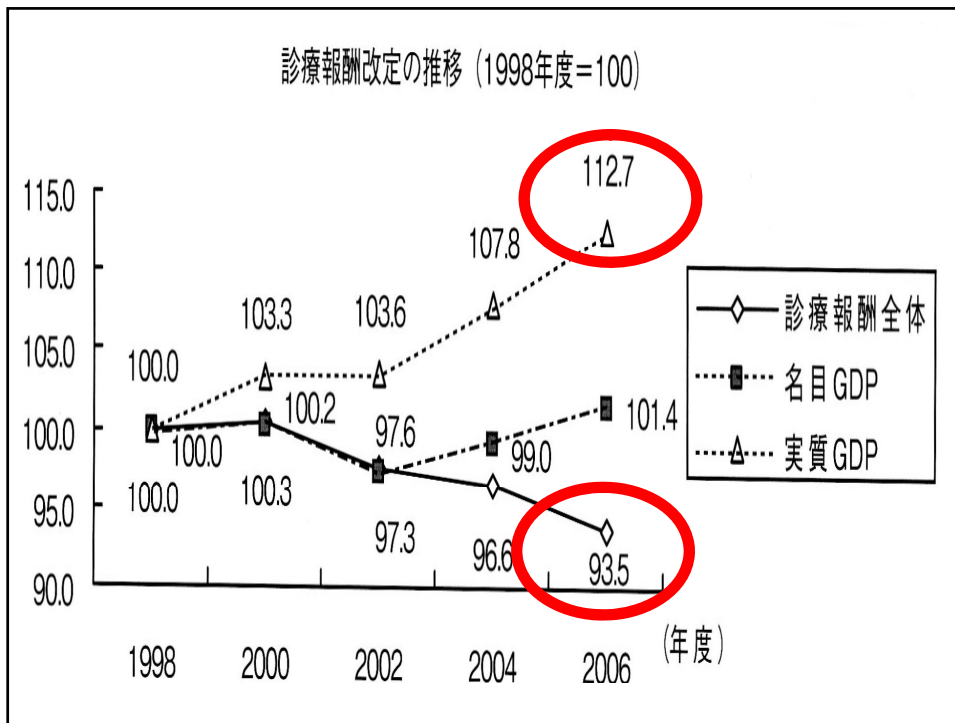
Data from ELSEVIER 朝日新聞 10/10/08

医療費と労働力

図1-3-8 主要5か国の高齢化率と1床当たり総医療費支出(1995年と2003年の比較)

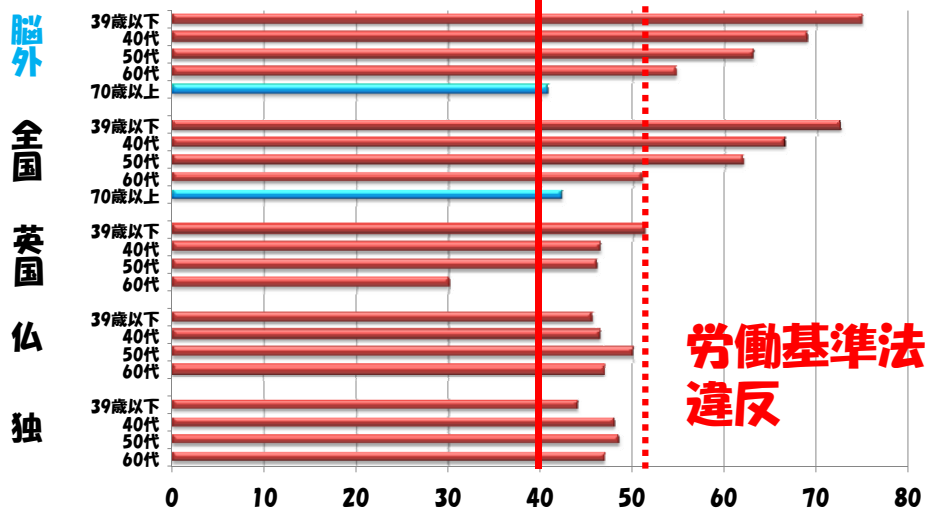


*「OECD Health Data 2006」から作成。1995年の総医療費支出は、2003年と実質ベースで比較するため、GDPデフレーター（アメリカ商務省）を用いてインフレ調整した。高齢化率は「World Population Prospects the 2006 Revision」の1995年と2005年のデータを使用。平均値のデータ年は高齢化率が2005年、1床当たり総医療費支出は2003年。



安い医療費で世界一の医療を提供している。

医師の週労働時間（年代別）

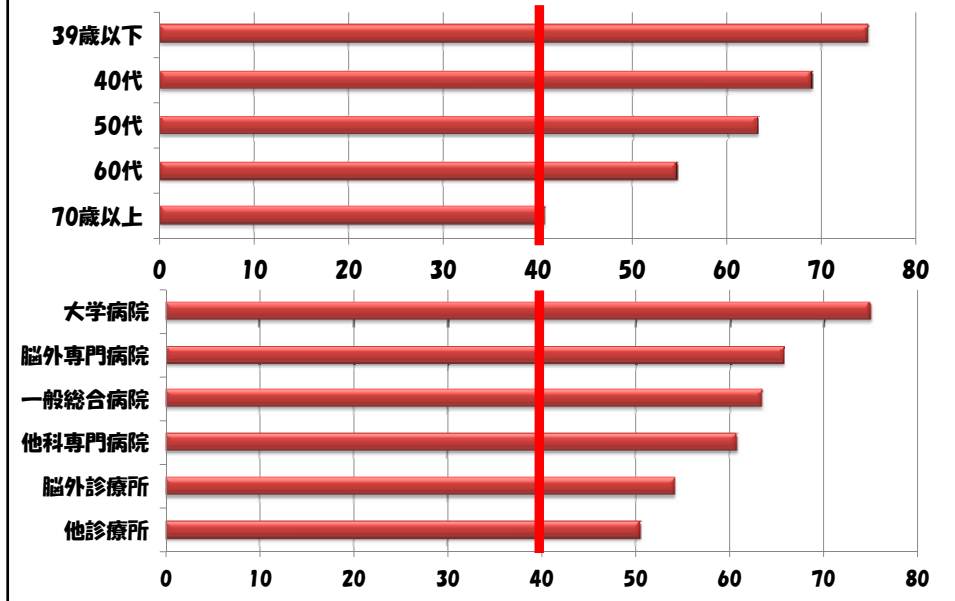


長谷川: 国立保健医療科学院、厚生科学研究(改変)

専門医の活動等実態調査(脳外学会) 2008

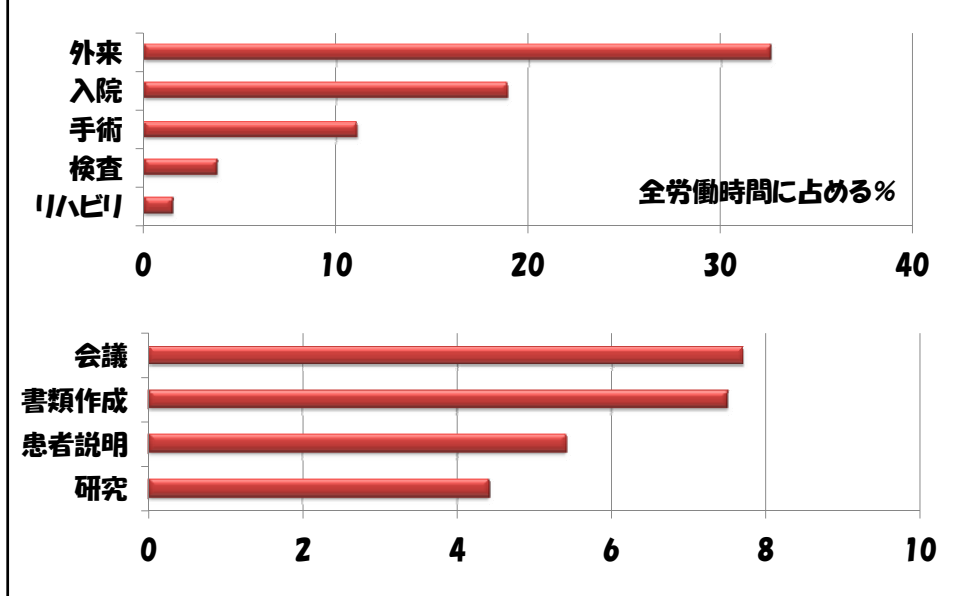
脳神経外科医の労働時間（週）

専門医の活動等実態調査(脳外学会) 2008



日本の脳外科医の労働内容

専門医の活動等実態調査(脳外学会) 2008



**日本の医療は現場医師の
善意と献身的自己犠牲の
上に成り立っている**

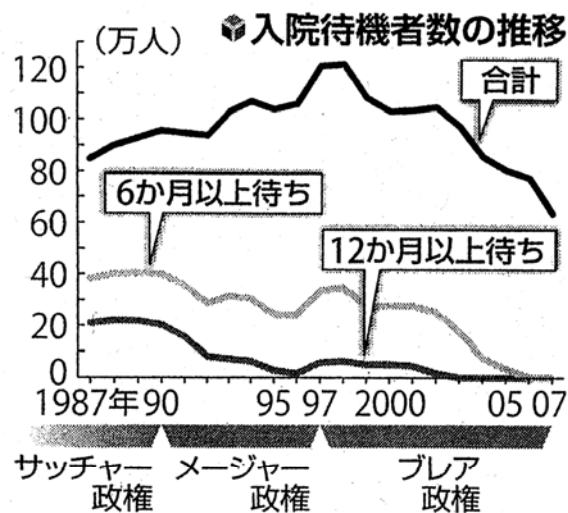
**医師養成削減政策と医療
費削減政策を実施した英
国の先例によれば**

医療のレベル低下につながった。

**結果、医師養成増と医療費増への
政策変換を余儀なくされた。**

諸悪の根源は低医療費政策

- ・ サッチャー政権（1979年～1990年）の低医療費・医師養成削減政策でイギリスの医療制度は崩壊。現在に至るも回復していない。
- ・ 日本でも1980年代後半から医療費抑制策がとられ、その後削減され続けている。
- ・ **日本はなぜイギリスと同じ轍を踏み、反省・改善しないのか。**



(9月時点、イングランド、日帰り入院含む。
英国保健省の資料をもとに作成)

08/10/02 読売新聞「英国の医療改革」南砂から転載

平成17年6月17日

**臨床研修／臨床実習教育環境充実・改善に関する提言と要望
全国医学部長病院長会議**

「地域医療の危機」や「医育・研究機関離れによる医学・医療の研究力の低下」への危機は国民にとって決して歓迎できない問題である。これらの問題による地域住民や国民の福祉への影響は計り知れず、本問題は国民福祉の重大問題と考える。

1. 医学生の臨床実習の充実のための医行為実施の教育環境整備
2. 卒前臨床研修、後期専門研修システムの構築を含む、一貫性のある新臨床研修制度の見直しと研修医の適正配置、教育・研修環境の充実。
3. 卒前卒後を通じた医学生涯教育の一貫性を担保する国と大学との協力システムの構築。

平成18年7月20日

緊急声明

全国医学部長病院長会議

1. 過疎地を含む地方の医療の崩壊。
2. 小児科、産科は基より外科系救急医療の崩壊。
3. 日本の医学・医療、教育研究診療の沈滞。

これらは日本の医療制度全体の危機である。

全国医学部長病院長会議はこれらの問題を国民を守る医療と福祉に対する緊急かつ重大な問題ととらえ

「臨床研修制度の迅速な見直し。」

を強く提言し、関係省庁迅速な対応を強く要望する。

医学は生涯教育である。

教えることが出来るのは

今の知識であり技術。

最新の知識や優れた技術ですら進歩と共に

陳腐化する。

如何に完璧な教育システムや有能な教育者でも10年後, 20年後の知識と技術を教えることは不可能。

教育の目的が勘違されていないか？

現在の知識・技術を教えることだけではない。

医学教育の真の目的は

「**医の心**」と「**自らが最新の知識技術を生涯教育として学び続けられる手法**」を授ける。

研究する心、研究できる技術を習得させることが必須

医師の生涯教育の観点から

卒前臨床実習、卒後の生涯
医学研修を含む一貫性ある
医学生涯教育システムを早
急に構築する必要がある。

臨床研修制度は
医学・医師を目指すものの
倫理観をこわし
モラルガードを来してしまった

臨床研修制度に代わる 医学生涯教育あり方

医学生涯教育の 平成19年6月29日 観点に立った医学教育改革案

全国医学部長病院長会議

1. 臨床実習前の共用試験を資格制度として確立。
2. 学生の医行為実施の法的整備による診療参加型臨床実習の充実。
3. 卒業到達目標と評価の義務付けによる国家試験の見直し（技能・態度を問う試験）。
4. 新臨床研修制度の理念の見直し。（専門研修導入期と位置付け再編）
5. 研修指定病院基準・マッチング制度の見直し・地域別定数制及び厳格な評価の導入。
6. 大学院教育の医学生涯教育への組み込み。

得られる効果

・臨床研修病院の協力により6年の医学部教育で臨床研修の到達目標をクリアすることは可能。医学教育8年を6年に

—限られた社会資源の有効活用

・臨床研修制度で培った研修病院の有効活用
頻度の高い疾患は研修病院で実習

・社会問題化している**医師不足の即効的解消**

臨床研修制度見直しに伴う 卒前卒後教育改革

医師の生涯教育の観点から

卒前、卒後の連携した**医学生涯教育システム**の早急な構築。

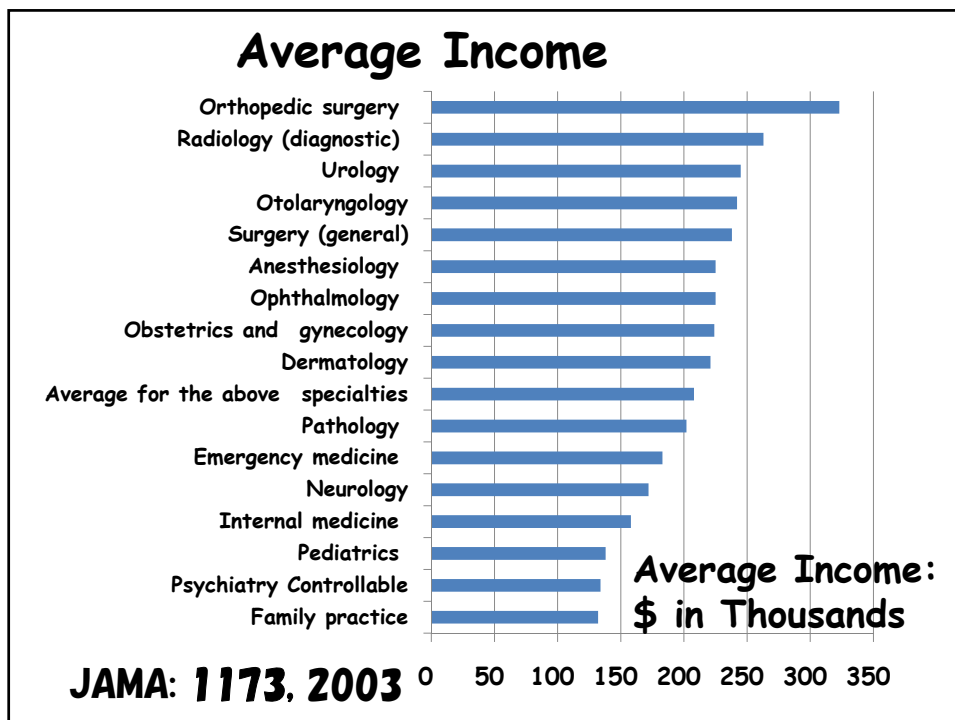
**臨床研修制度のみに原因
があるのではない**

**医育制度について医学生涯教育
の観点で抜本的見直しが必要。**

**根幹には日本の医療制度に問題
がありこの見直しこそ必須。**

**専門医・家庭医
を議論する時**

**医師がおかれて
いる状況が違う**

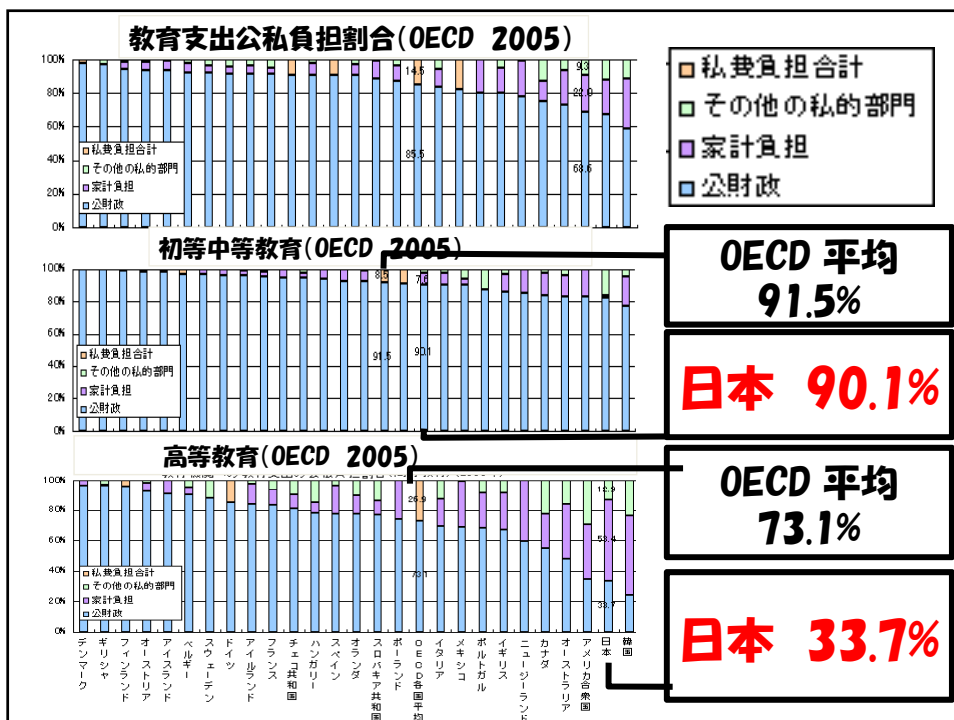
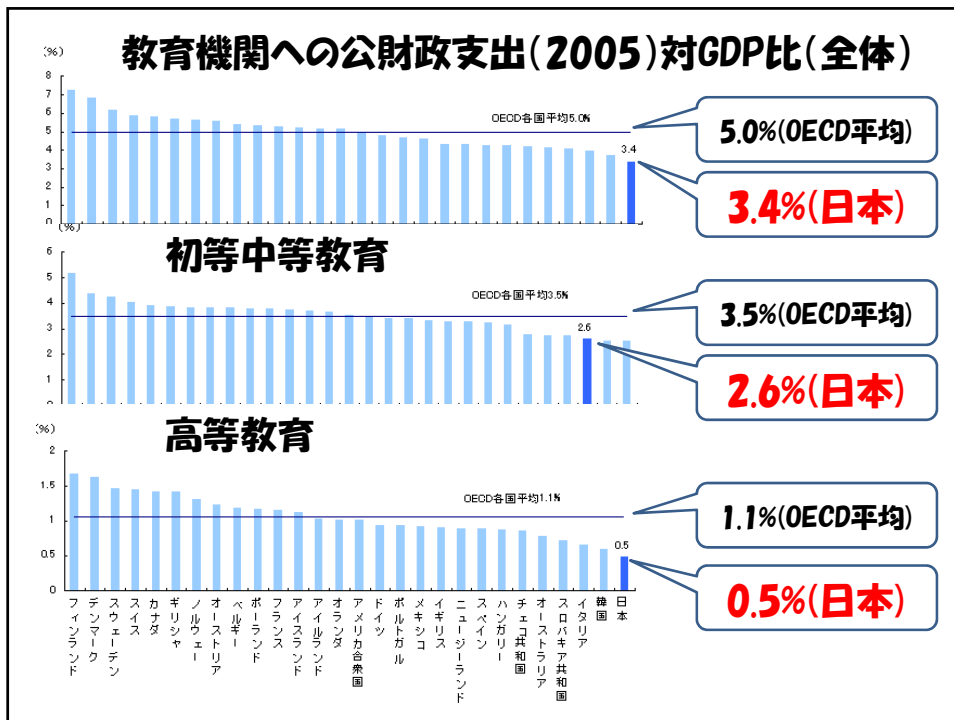


家庭医の安易な導入に大反対

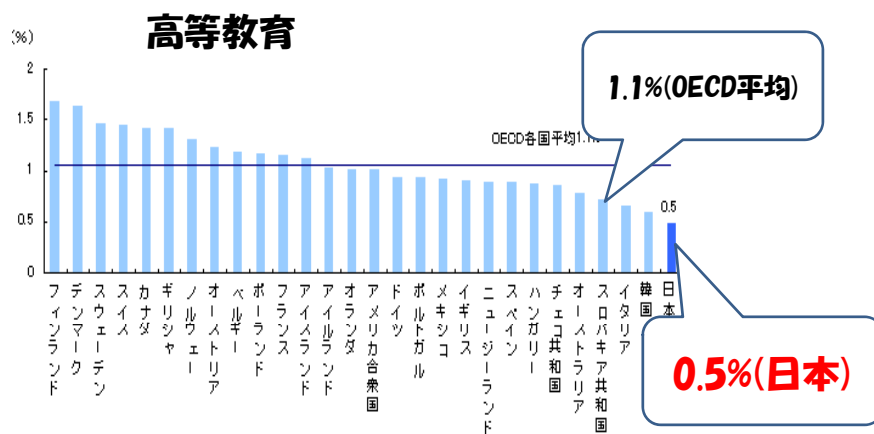
日本と欧米では社会基盤が違う

社会基盤の基本を抜きにした専門医・家庭医論議は無意味

最終的には日本の医療制度の問題



教育機関への公財政支出(2005)対GDP比



『図表でみる教育 OECDインディケーター(2008年版)』
(Education at a Glance)の概要 - 文部科学省

今後の医療医育制度改革の視点

1. 医師養成削減政策の見直し

医学部定員増 - 効果は10~15年後

2. 臨床研修制度の見直し

3. 医療費削減政策の見直し

この3点セットが重要

医療と教育が壊れれば国は滅びます !!

医療は平時の安全保障です。

本班会議は極めて重要な使命を担っています。班員の皆様の考えが今後の日本の医療を決定します。

後世の方々から**支持され、かつ、国を動かすご議論**をお願い申し上げます。