

session 07

小児科・産科の医療体制の整備

集約化だけでは打開は難しい

文＝足立信也

足立信也

(参議院議員)

海野信也

(北里大学産婦人科教授)

亀田信介

(医療法人鉄蕉会亀田総合病院院長)

阪井裕一

(国立成育医療センター手術・集中治療部部长)

政府与党は医師・看護師が増えると医療費が増加すると考える。我々は医師・看護師が増えると患者満足度が上がると考える。都道府県で見た場合、人口10万人当たり医師数は最も多い徳島県が282.4人で、OECD加盟国の平均290人に及ばない。370ある二次医療圏で、OECDの平均290人に達しているのは東京都区中央部1190.6人、西部451.7人、久留米市385.9人を始め27医療圏しかない。また、医療法に基づく医師配置が常勤医のみで適合している病院数はわずか35.5%しかない。医師不足は明らかである。将来的に医師数を充足させるため、我々はmedical schoolの創設を提案する。しかし、応急の打開策としては歯学部から医学部への編入のハードルを低くする方法しかない。

小児科・産科の医師不足問題に対して、政府は『集約化』という1点での打開を図ろうとしているが、両者には大きな根本的相違がある。産科は入院患者を抱え、小児科開業医の多くは入院施設を持たない点である。したがって、小児科の集約化は地域

小児科センターにおける開業医の時間外外来担当という形で協働する事ができる。しかし、入院患者を抱える産科では広い二次医療圏内で集約化することに無理がある。さらに、産科の抱える特徴には1)勤務が過酷、2)訴訟のリスクが高い、3)犯罪者にされるリスクが高い、といったものがあり、無過失補償制度、その前提となる医療事故原因究明のための第三者機関の設立は不可欠である。さらに、両科に共通して女性医師が多いことが挙げられ、女性医師が働き続けるために何が必要かについて多くの意見をお知らせしたい。

あえて『集約化』という方策を採るならば、病院前(含病院間)救護体制の整備が急務である。救急業務を担う市町村の消防と救急医療体制を構築する都道府県の業務を一体化させる必要がある。通報内容的確な処理、搬送時間の短縮、トリアージ、医療従事者の役割分担、等法的整備が必要と考える。

足立信也

(あだち・しんや) 参議院議員。1982年筑波大学医学専門学群卒業、90年医学博士。日本外科学会指導医、元筑波大学臨床医学系外科助教授などを経て04年より現職。参議院厚生労働・決算・倫選特各委員、参議院少子高齢社会調査会理事、民主党参議院政策審議会各副会長などを務める。

海野信也

(うんの・しんや) 北里大学医学部産婦人科学教授。東京大学医学部卒業。専門は周産期救急、胎児医学。2000年から04年まで長野県立こども病院総合周産期母子医療センターで地域周産期救急医療に従事。05年秋より日本産科婦人科学会の産婦人科医療提供体制検討委員会の委員長。

阪井裕一

(さかい・ゆういち) 国立成育医療センター手術・集中治療部部长。1980年東京大学医学部卒業。国立小児病院麻酔集中治療科、カナダ・トロント小児病院ICU、国立小児病院麻酔集中治療科勤務などを経て02年より国立成育医療センター救急診療科医長。06年より現職。専門は小児集中治療で小児科の医療体制整備に尽力。

亀田信介

※P.13参照

労働条件と訴訟圧力の緩和を

文＝海野信也

産科医不足について考える際に、まずおさえておかなければならないのは、わが国の分娩取扱の実態である。2005年の日産婦学会調査によると、わが国の年間100万件を超える分娩のうち、52%は1273か所の病院で、47%は1783か所の有床診療所（開業医）で、1%が助産所を含むそれ以外の場所でおきている。大学病院を除いた分娩取扱病院に勤務する施設あたり産婦人科医は平均3.1人、診療所では1.4人にすぎない。分娩には基本的に24時間体制が必要だが、それは、医師の過酷な労働条件によって担われてきているのである。産婦人科医の構成には著明な高齢化と女性医師の増加という重大な変化がおきている。そのため、これまでのような条件で診療を継続することが

不可能となり、病院・診療所双方における分娩取扱からの撤退が全国的に広がる結果となっている。産婦人科医全体の数が減少しているだけでなく、産婦人科医の中でも分娩に関与する医師が急速に減少しているのである。

また、分娩の安全性を医療が保障することを期待する社会的な圧力は非常に強い。分娩に関連する医療過誤訴訟が他の診療科と比較して明らかに多いことも、若い医師にとって産科専攻を躊躇する大きな要因になっている。さらに刑事告発・立件事例の発生は、その傾向を強めることにつながっている。

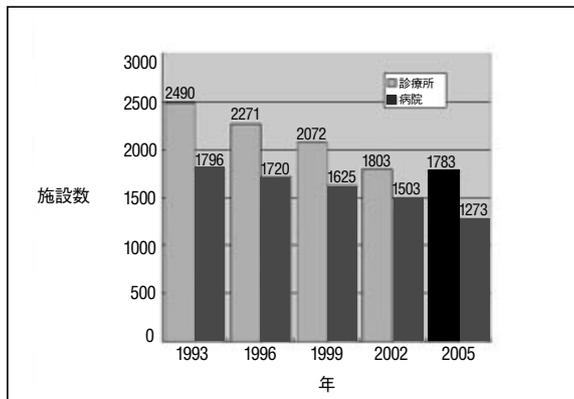
現場で、安全性を確保した分娩管理が安定的に提供可能な体制を維持するためには、

医師の労働条件と訴訟圧力の緩和が絶対的に必要である。さらに、実際の労働の内容とその成果に見合った社会的評価がなされなければならない。医療提供体制が安定するためには、若い医師がその診療分野を積極的に選択するような環境作りが必要なのである。

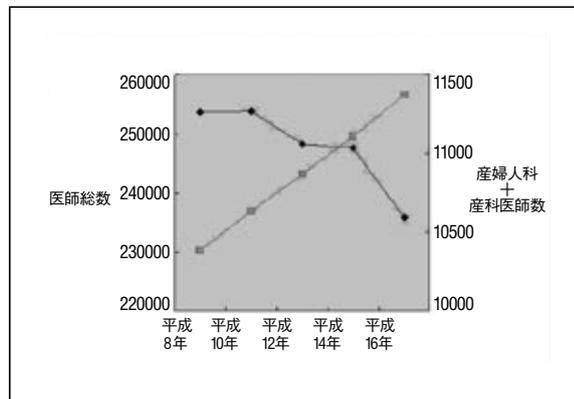
日本産科婦人科学会では、分娩の安全性を確保しつつ、医師の労働条件を改善するための対策を検討している。分娩取扱施設の合理的な再編成により、多様性が求められる分娩の姿を維持しつつ、安定的なシステムを構築することは可能と考えているが、その実現のためには、制度改革が必要であり、行政の積極的な関与と、住民の理解が必要不可欠な状況となっている。

分娩取扱医療機関数の推移

(医療施設静態調査および日本産科婦人科学会調査より)

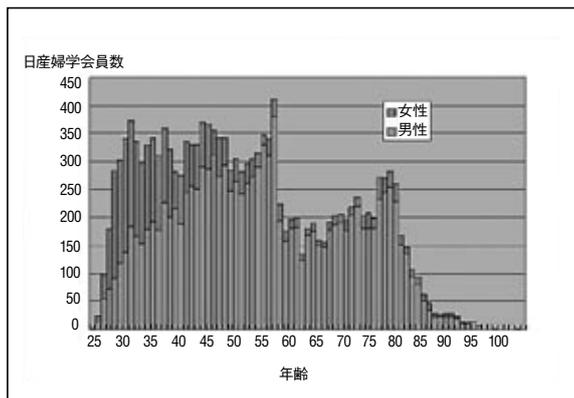


産婦人科医の減少状況

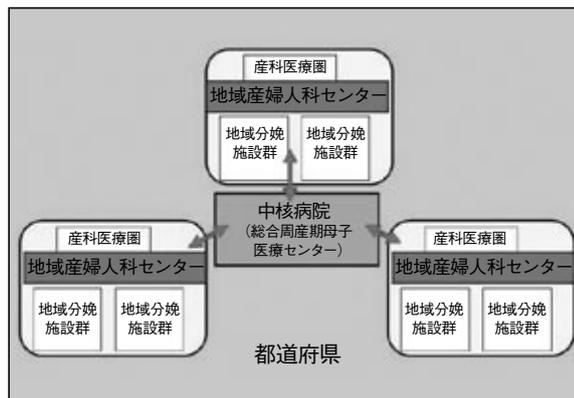


年齢別・性別日産婦学会員数

2005年10月現在



新しい産科医療体制のイメージ



亀田総合病院の実績

文=亀田信介

近年、医師の地域的偏在と、診療科による偏在が大きな問題として取り上げられている。この原因として、医師卒後研修の必修化、医療訴訟の急増等が挙げられているが、根本的な原因は、急激な高齢化と医療プロセスの変化に対応し、医師の育成を行ってこなかったことによる、絶対的な医師不足の存在である。

そもそも世界一の高齢化率と平均寿命を誇る日本が、人口当たりの医師数においてはOECD30カ国中27番目という事実を、どのように考えれば良いのだろうか。このような背景が、国民に示されることもなく、偏った情報の氾濫により、医療の安全や質に対する期待と不信ばかりが大きくなってきた。特に、医療の特殊性も認めないと言った、現代社会の風潮が、理不尽な医師や医療機関叩き、警察の介入、刑事訴訟という形で表れてきている。これらの事もかなり大きく影響し、偏在といわれる現象が起こってきたのであろう。実際当院は、人口36000人、高齢化率30%という過疎地に立地している

にもかかわらず、毎年医師の応募は増え続けている。特に感じることは、あるところまで充実すると、その科の応募が急増に転じる、つまり一極集中が顕在化してきた。産婦人科は現在15人であるが、来年は20人近くになると思われる。一方小児科は、現在6人をローテーションで派遣いただいていた医局から、来年春で派遣を中止したいとの通達を受け、大きな人事の見直しを迫られている。しかし、中長期的には医局人事に頼る時代では無く、これを機会に、様々な背景を持った素晴らしい指導医やモチベーションの高い研修医に集まっていただけの様な、より魅力的な臨床や教育のシステムを構築しようと考えてい

る。何れにせよ、より安全に、質の高い研修や臨床を行うことの出来る医療機関に、医師の集中化が起こることは必然であり、これらの医療機関が必要に対応するために必要な医師を採用すれば、その他の医療機関に於ける医師不足は、更に進むと考えられる。

2003		1960	1970	1980	1990	2000	2001	2002	2003
1	Greece	130	160	240	340	430	440	440	440
2	Italy	130	160	220	290	390	420	420	410
3	Britain	120	140	210	280	340	330	330	330
4	Iceland	120	140	210	280	340	350	350	360
5	Switzerland	140	150	250	300	350	350	350	360
6	Czech Republic	130	130	230	270	340	340	350	350
7	Austria	120	140	180	220	320	330	330	340
8	France	120	120	190	210	310	310	330	340
9	Germany	120	120	200	280	330	330	330	340
10	Portugal	80	90	200	280	320	320	330	330
11	Sweden	100	130	220	290	310	320	330	330
12	Hungary	150	200	220	280	310	320	320	320
13	Spain	120	120	200	280	320	310	320	320
14	Netherlands	110	120	180	250	320	330	310	310
15	Norway	120	140	200	280	290	300	310	310
16	Slovak Republic	120	120	200	280	320	310	310	310
17	Denmark	120	120	180	250	280	280	290	290
18	Luxembourg	100	110	180	200	250	250	250	270
19	Ireland	120	120	200	280	320	320	320	320
20	Finland	120	120	200	280	320	320	320	320
21	Australia	110	120	180	220	280	280	290	290
22	Poland	100	140	180	210	220	230	230	250
23	United States	110	120	150	180	220	220	230	230
24	New Zealand	110	110	160	190	220	220	210	220
25	United Kingdom	90	90	120	150	190	200	210	220
26	Canada	110	140	180	210	210	210	210	210
27	Japan	100	110	130	170	190	190	200	200
28	Korea	50	80	130	140	150	150	150	160
29	Mexico	100	100	100	100	150	150	150	150
30	Turkey	30	40	60	80	130	130	140	140
AVERAGE		108	129	179	233	279	283	288	289

Source: OECD Health Data 2003
* 2003年まで発表

session 08

提唱 患者学 “Medicina Nova”

田中祐次

(東京大学医科学研究所助手)

田中祐次

(たなか・ゆうじ) 1970年生まれ。1994年医師免許取得。東大病院、都立駒込病院を中心に血液内科医として勤務しながら、患者会「もの木」を設立し現在に至る。2006年2月に留学より帰国、東大医科学研究所にて患者会など「わ」の医療の確立を目指し活動を続ける。

新しい医療分野の開拓が必要

文=田中祐次

2000年より医師が主宰する患者会を設立しました。この会の主な活動目的はおしゃべりでした。多くの患者・患者家族と「おしゃべり」をしていくうちに、徐々に分かってきたことは、現代の医学の中に患者・患者家族の求める新しい医療の分野の開拓が必要であるということでした。その新しい分野を Medicina Nova (ラテン語で「新医学」)と名付け活動を始めています。Medicina Novaは、患者、患者家族、医療者それぞれの暗黙知を形式知にすることです。その形式知を用いて「わ」の医療 (Community Facilitated Medicine) を行います。「わ」の医療の活動として以下の2つを行っています。1) 病を困んだ人たち (患者、家族、医療者など) のコミュニティを立体的にみながら、

それぞれの関係や「病」への見方をFacilitateし、最適なコミュニティにて医療を行うことです。この調整を行うためには、患者、患者家族、医療者の立場を超えて、それぞれの暗黙知を知ることが重要になります。2) 患者、患者家族、医療者が集まるコミュニティである会の活動としては、時空と空間を越えた患者同士の「わ」を作り、情報などの共有を行っています。

私自身が6年間を通じて行ってきた活動は、まさに「わ」の医療の実現でした。それを、多くの方に共感していただくことで、世の中そして医療界に広まり、多くの患者さんや家族の方が「わ」の医療を受けられるようにしていきたいと思っています。