資料3:将来の医師需給に関する検討委員会最終意見

厚生省 (昭 61. 6. 20)

1. 最終意見の要約

1) 最終意見提出に至るまでの経緯

将来の医師需給に関する検討委員会は、将来の深刻な 医師過剰への強い危機感から、昭和59年11月に中間意見 を公にし、事態の重大さを関係方面に伝えた。

中間意見の中心となる提言は,

- ① 21世紀に向けてゆるぎない保健医療供給体制を確立するためには、医師過剰を招かないよう所要の措置を講ずる必要がある。
- ② 本委員会の医師需給 バランスの将来推計による と、昭和100年には医師の1割程度が過剰となると 予想される
- ③ この将来推計は、医師過剰については控えめなものであり、この点と医師数の抑制に要する時間を考慮すると、当面、昭和70年を目途として医師の新規参入を最小限10%程度削減する必要がある.

というものであった.

この提言では、医師数の問題は単に将来の医師の需給 バランスの問題のみならず国民の生命を預る資質の高い 医師をいかに確保していくかという問題でもあるとして、新規参入医師数の削減とともに併せて進められるべき施策も併記した.

その後、本委員会では中間意見に対する各界の意見と 対応を慎重に見極めつつ、地域医療と医師数問題、諸外 国の医師数事情、わが国への外国からの医師流入への対 応、医療経済と医師数などの観点につき新たな検討を加 えて来た。

中間意見の公表後、将来の医師需給の重要な鍵を握る 立場にある医学教育界にあっては、既に複数の国立大学 医学部の入学定数が削減された。さらに私立医科大学に おいても、とりあえず入学定員の厳守の方策が決定実施 された。医科大学関係者の努力に対し、当委員会は深く

座長 佐々木智也(財団法人佐々木研究所杏雲堂病院), 浅田敏雄(東邦大学,日本私立医科大学協会), 猪 初男(元新潟大学), 開原成充(東京大学), 上村 一(社会福祉・医療事業団), 木村亮太郎(神奈川県衛生部,全国衛生部), 熊谷通夫(新宿区衛生部,牛込保健所), 瀬尾 攝(日本医師会), 福武直(前社会保障研究所), 諸橋芳夫(全国自治体病院協議会,日本病院会,国保旭中央病院)

敬意を表する次第である。また昭和59年12月より、文部 省内でも医学教育の改善に関する調査研究協力者会議が 設置され、医学教育の質的な改善充実について検討が進 められており、本委員会としても大きな期待を寄せてい る。

中間意見の公表によって各界から寄せられた意見には、医師の職業的魅力を損うことはやがて医師の質的低下につながる点を重視する見解があった。すなわち、医師を志向する進学者の質が低下すれば、将来医療内容は実質的に低下するので、より高めの新規参入数の削減を期待するというものである。一方、へき地医療と救急医療の充実、技術革新による新分野の拡大、専門分化の進行、人口構成の高齢化などが医師需要を増加させるとして、より低めの新規参入数の削減を求める声もあった。

本委員会としては、将来の医師需要数の推計には技術 革新の影響等不確定要素が多い点に加え、国民医療費の 増嵩に悩みながらも国民の健康願望が年とともに高まり つつあるというマクロ的視点の要望とミクロ的視点の願 望との著しい乖離から、将来の医師数のあり方に対する 考え方に大きな広がりがあることを再認識した次第であ る.

2) 地域医療と医師数問題

地域医療には、一般の地域における医療と、へき地医療や救急医療のような特別な対策を必要とする医療とがあり、後者においては、まだ医師の不足が言われているものの、前者については、近い将来医師の過剰が予測されている

一般の地域における医療について、本委員会は都道府 県衛生部長へのアンケート調査を行ったが、そこでは、 医師数の現状についてはまだ不足しているものの、将来 は医師が過剰になるという認識の下に、これに対応する ためには公的介入が必要であるという見解が示された。

昭和60年12月には医療法が改正され、医療圏毎の必要病床数の算定が行われることになったが、これはそこに吸収される医師数の問題にもつながってくるため、本委員会としても医療計画が今後の各地域における医師の需給関係にどう影響を与えるか関心を寄せている。

また、へき地医療、救急医療の問題については、単に 医師数を増加させれば解決できるものではないことを再 確認した上で、医療計画による地域間の医療格差の是正 のほか、へき地にも有能な医師が赴任し、充実した医療

^{*} 将来の医師需給に関する検討委員会

活動を行い得るように各種条件を整備すること等により,へき地医療施策が今後とも積極的に推進されることを期待する.

3)諸外国の状況

諸外国の状況については、WHOの医師需給問題関係の担当官との意見交換を行うとともに、一部の国については本委員会委員が訪れた機会に実情を調査し、各分野の責任者の見解を聴取した。その他の諸国については在外公館より情報を求め、さらにすでに公表された文書を参考とした。

そうした中で浮かび上がってきたのは、先進諸国では 共通して、1960年代までは医師不足の認識をもって養成 力の拡大に努めてきたが、養成数が急増した1980年代に は一転して医師過剰に悩んでいるという事実である。こ とに、イタリア・オランダ・西ドイツ等の 状況 は深刻 で、低モラルの医師(悪貨)が良貨を駆逐する一方で、 国民医療費の不必要な増加、開業医の経済的不安定、若 手医師の失業など、我が国が決して踏襲してはならない 前車の轍が明らかに認められるのである。また、医師過 剰への対策としては、入学定員の削減と外国からの医師 流入の抑制が主なものであった。

諸外国の状況を概観する中で、英語国および EC 圏内 諸国に共通する悩みは自国内での医師養成が過剰な上 に、外国で養成された医師流入が多いことであり、これ を規制する方向が指向されている。日本においても,外 国からの医師流入がみられるが, これは米国, 英国ある いはオーストラリア等とは事情が全く異なり, むしろ医 師不足時代の名残りであり, 現状において特に問題を生 じているわけではない。しかしながら医師過剰が予見さ れる今後は、こうした諸国の事例を参考とした何らかの 流入抑制方策が検討されるべきであろう. もっとも, 国 際化した現代社会にあっては、我が国に研修を目的とし て訪日してくる外国人医師も増加してこよう. そこでこ れらの外国人医師に対する臨床研修を容易に行い得るよ うにすることは、国際協力の立場からも極めて重要であ る。例えば、指定された病院内に限って一定期間有効な 卒後研修を目的とする限定された臨床研修許可制度の新 設などを検討することが望まれる.

4) 医療経済と医師数

本委員会では、国民医療費の対国民総生産(GNP) 比、医師数及び医師所得の相互関係を踏まえて、次の2つの視点からの議論を展開した。

- ① 医師数の増加は医療供給の増大を招き、その結果、国民医療費の対 GNP 比を次第に増加させることになるが、この比率をどう評価するか.
- ② 国民医療費の対 GNP 比をこれ以上増加させるこ

とが出来ないとした場合に, 医師数の増加は, 医師 所得を低下させるが, これをどう考えるか

①については、中間意見でも述べたように、医師数の増加が医療需要を生み出すという傾向は否定できない事実であり、医師数の増加に伴う医療費の増嵩についての影響は、病院勤務医1人当たり年8,000万円、開業医1人当たり年6,000万円になるという試算もある。また、医師数の増加は、医師1人当たりの患者数の減少によって、1人当たりの診療時間が延長するという良い面もあるが、一方で、過剰診療を触発し、1件当たり診療費を増加させるという方法で収入減を補って、所得が大きく低下しないようにすることが起こりかねないのである。

このように、国民医療費の激増を招かないためにも、 また医療の質の確保という面からも、医師過剰状態を生 じさせない対策が求められる.

②については、医師所得の適正水準についての経済学的な結論を出すことは困難であるが、その業務環境の厳しさや他職種とは比べものにはならない程長期の専門教育・訓練を受けなければならない期間を考慮すれば、一般勤労者より高めであっても不合理ではなかろう。これまで、医師の高所得が、若い進学希望者の進路決定に際して一つの大きな魅力として働き、結果的に医科大学・医学部に資質の高い学生が進学する比率を高めてきたことも否定できない。この点を考えると、医師急増による医師所得の急激な減少は医療を受ける立場からも、望ましいこととは言えない。

5)結論

以上述べた審議を経,さらに中間意見公表後に各界が昭和70年を目途に少なくとも10%の新規医師参入抑制に向けての具体的対応を行っている現状も勘案し,本委員会の結論は中間意見に従ったものとなった。すなわち,医師需要についてはできるだけ高めに,供給については控えめな見解を保持し,昭和70年を目途として医師の新規参入を最小限10%削減することを再提案し,その実現に各界の努力を要請する。

また,新規医師参入数の削減に際し,併せてとるべき 施策については,中間意見でも,

- (1) 医師の役割分担の検討
- (2) へき地等における医師の確保対策
- (3) 救急医療体制の整備と医師確保の施策
- (4) 基礎研究,公衆衛生の分野における医師の充実
- (5) 医学教育の充実

について指摘したところであるが、今般、改めてこれら の実行を促すとともに、更に

- (6) 卒後研修制度と生涯教育の充実
- (7) 国際協力のための限定された臨床研修許可制度の

検討

の 2 項目をつけ加え、格段の努力を期待する もの である

なお、この提案は上記のような需給を前提としてお

り、技術革新による影響等 多 く の 不確定要因もあるので、社会情勢の変動も考慮しつつ、近い将来、柔軟な見直しが必要であることを再度強調する。

資料4:医療関係者審議会臨床研修部会意見書(卒後臨床研修目標)

厚生省 (平元 6.14)

はじめに

医師養成の上で卒後臨床研修の役割は特に重要である が,適切な臨床研修を実施するためには,まずその目標 が明確にされる必要がある.

既に昭和53年に,厚生省医務局長通知の中で具体的な 到達目標が例示されており,その趣旨は昭和61年に示さ れた「総合診療方式における研修目標」においても生か されており,これらは現時点でも達成すべき目標として 十分有益なものである。

しかしながら、医学・医療の高度化による臨床医の専門分野の細分化に伴って、若い医師の間に早急に専門的な技術を身につけようとする傾向があり、これを放置すると特定な領域しか診ることのできない臨床医が増加する恐れがある.

他方,我が国では、人口の急速な高齢化に伴って慢性疾患を有する老人が増加し、また患者のニーズも多様化している。このような中で、医師に単に専門分野の疾患を治療するのみでなく、患者、家族の抱える様々の身体的、心理的、社会的問題も的確に認識・判断し、医療チームの中で治療、看護、介護サービス等種々の方策を総合的に組織・管理し、問題解決を図る能力を備えることが必要となってきている。

従って、患者を全人的に診る能力を全ての医師が身につけるための対策を講じる必要があるが、医療関係者審議会臨床研修部会では既に卒後臨床研修の改善について検討を行っており、昭和63年3月の部会において、「期待される医師像」及び「臨床研修の意義」については下記のように考えるとの意見を得た。

「期待される医師像」

生涯教育を受ける習慣・態度を有する

科学的妥当性,探求能力を有する.

高い倫理観と豊かな人間性を有する.

社会発展に貢献する使命感と責任感を有する。

自己の能力の限界を自覚し他の専門職と連携する能力 を有する。

チーム医療のコーディネーターとしての機能を有する.

後輩の医師に対し指導できる能力を有する.

地域の指導者的役割を果たす能力を有する.

「臨床研修の意義」

幅広い臨床実務を経験し医学部で学んだ基本的知識・ 技術・態度を体系化する。

暖かい人間性と広い社会性を身につける。

医療人としての自己を見つめ直し「医の心」を十分に 考える.

病める人の全体像を捉える全人的医療を身につける. 臨床経験を通じ、総合的視野、創造力を身につける. 患者の持つ問題を正しく把握し解決する能力を身につける.

科学的思考力,応用力,判断力を身につける.

患者及び家族のニーズへの対応,態度を学ぶ.

医療関係スタッフの業務を知り、チーム医療を率先して実践することを学ぶ。

医療における経済性を学ぶ.

本部会では上記に示した「期待される医師像」と「臨床研修の意義」を実現するため、我が国の医療事情をも勘案しつつ臨床研修についての標準的な到達目標を設定した。これは、志向する将来の専門領域の如何にかかわらず、全ての研修医に必須のものと考える。

即ち,通常見られる疾患の患者に対して適切な診療を 行い,また,特に救急時の診療を行う能力を身につける べきである。そのためには,適切な判断力と診断治療の ための基本的手技,更に全身管理能力を身につける必要

部会長 坂上正道,委員 阿部 裕,柏原貞夫,草川 三治,高久史麿,武内俊彦,原田康夫,福間誠之,保 崎秀夫,三橋昭男,羽田春免,坂元弘直