

指標

「北海道の医療崩壊を立て直す」を企画するにあたって

常任理事・情報広報部長

山科 賢児

「医師が足りない、どこへ行ってしまったのか」そう言われるようになって久しい。医師不足、偏在の問題を含めて、日本の医療の直面する医療崩壊の解決は五里霧中である。現在の医療の実情は、経済成長を前提とした日本の医療制度の構造が、少子高齢化、医療の高額化など時代の変化に対応できない結果とも考えられ、根本的な立て直しには時間がかかるのはやむを得ないところであろう。

しかし臨床現場に目をむけて見ると、北海道の地域医療は現場の医師たちの情熱と孤軍奮闘の活躍に任せられているのが現状であり、その努力の限界の日も遠からず訪れようとしている。プライベートの時間を確保できない医師、単身赴任で家族と離れて勤務している医師の現状を見るにつけ聞くにつけ、なぜこうなってしまったのかという疑問と、何か有効な対策はないのかと焦燥感にかられてしまう。

北海道の医療崩壊をどう立て直すかは北海道医師会の直面する最も重要な問題であり、過去の北海道医報の指標においてもこの問題に多くの紙面を割いてきている。今月号と来月号の熊熊通信の特集は「北海道の医療崩壊を立て直す」であり、今月号の指標には6名の常任理事がこのテーマについて寄稿している。それぞれの管掌の立場の視点からみた北海道の医療の問題点、医師会員との対話を通じて感じた医療の現状に対する疑問、それを解決すべき提案、意見等ついでの内容が掲載されている。

一見して実現不可能と思える着想や荒削りな提言であっても発信、議論することによって洗練、具体化されたり、平凡と思われる提案の中にも問題解決のヒントが気づかず隠されており、それが素晴らしい施策に発展したりすることが少なからずある。「北海道医師会員と執行部の考え方を共有し発展させる」そのような場が必要ではないかと考え今回の企画を立てた。それぞれの6編の指標から、北海道医師会が北海道の医療に対してどのような問題意識を持っているのかを知っていただければ幸いである。もし会員各位が指標に掲載された内容について「これは医師会の統一見解ではないはずだ、それぞれの指標

の内容が異なっている」と感じられたとしても、今回の企画の意図は北海道医師会の多様な考えを示すことにあるのをご理解のうえ、評価していただきたい。

◇

地域医療の崩壊の原因は医師不足と医療財源の削減にあると言われ続けている。平成22年の北海道の人口10万人当たり医師数は218.3人であり、決して全国平均219.0人を大幅に下回っているわけではない。札幌圏に医師の半数が集中し、札幌市の医師数は人口10万人当たり314.1人である。これらのデータからは北海道内の医師の絶対数の不足という解釈には疑問が多少残り、医師を単に増産するだけでは地方と都市との医師の偏在、診療科の偏在問題の解決にはならないのではないかと考える。

相対的医師不足、偏在を解決する対策として、2008年に北海道が提唱した病院・診療所の機能分化と医療資源の効率化を図ろうとする「自治体病院等広域化・連携構想」がある。これは各自治体の医療機関が入院、高額医療機器などの診療機能を網羅的に持たず、規模や立地条件に応じて各医療機関の役割、機能を分担、連携させようとする構想である。それによって高度な医療の安定提供、病院経営の健全化、医師の就労環境の改善が見込まれる一方、住民の医療機関へのアクセスの不便さ、医師の間の機能分化、診療報酬の見直しなどの日本の医療に課せられた問題点も関連して解決しなければならなくなる。けれどもすべての医療機関の機能分化と医療と看護、福祉の包括的運用を含めて、日本の医療が再生するためにはこのような大局的視点に立った構想の流れが太く強くなることを期待したい。

また第2次世界大戦後の経済成長は日本人の生活感の変化をもたらし、人々は都市へと集中偏在する結果となった。医師の偏在問題についても、当然偏在ありきを前提に医療体制を考慮すべきであろう。若い世代の医師がどのような医師像を描いているのか、それを医師会も行政機関も医療計画作成においては意識しなくてはならない。ある一定期間地域医療に携わるシステムなら、地域医療を目指す医師は出てくるだろうが、偏在の是正を規制によって若い医師を地域に張り付けるような方策は現実的でないし得策でもない。医療計画に魅力を感じられなければ有効な運営は難しい。

だが地域医療を立て直すための最も肝心な点は、我々医師と医療機関も含め、行政機関、自治体そして住民が、北海道の医療の現状を率直に見つめてお互いのコミュニケーションを図り、これまでの医療システムに対する価値観のパラダイムシフトが可能か否かにかかっている。まさしく硬直化した日本社会全体が抱える問題解決の同様な思考法が求められるのである。変化への不安は誰でもあるが、お互いの既得権を譲り合い流動化しなければ、せつかくの「広域化・連携化」構想は軌道には乗らず、そして日の目を見なくなってしまうのはとても残念である。

北海道の医師不足と偏在

常任理事
医療政策部長

直江寿一郎

はじめに「医師不足と偏在」およびその対策について考えを述べるが、あくまでも北海道医師会としての統一した見解ではなく、私見であることをあらかじめ断っておく。

【医師不足について】

北海道全体としては、医師不足は厳しいものがある。道がまとめた22年度立入検査結果によると、医療法上の医師充足率「100%以上」は、調査対象585病院のうち478病院。適合率は前年度比4.5ポイント増の81.7%と、8割を超えているが、圏域別で見ると、全国平均の91.8%を超えたのは札幌の92.5%のみで、80%以上は3割弱の6圏域だけである。また医師標欠となった107病院のうち充足率50%以下は6病院(1.0%)、70%以下まで含めると19病院(3.2%)。21年に5割以上が標欠となっていた市町村立(91病院)は4分の1強の25病院まで減少したが、50%以下は2病院(2.2%)、70%以下になると7病院(7.8%)で、依然医師不足が厳しい状況に変わりはない。特にこの調査は医療法での必要医師数を調査したものであり、現場での医師不足の実感はこれ以上であろう。

さらに、全国的統一的な方法により各医療機関が必要と考えている医師数の調査を行うことで、医師確保対策を一層効果的に推進していくための基礎資料を得ることを目的とした、厚労省の実施した必要医師数実態調査では、北海道において、医療機関が担うべき診療機能を維持するために確保しなければならない医師数は平成22年⇒1,007人、平成23年⇒1,075人と増加しており、約1,000人以上足りないことになる。求人しているにもかかわらず充足されていない医師数は平成22年⇒785人、平成23年⇒814人と増加傾向にある。

一方、昭和57年および平成9年の閣議決定により、医学部の入学定員を7,625人まで抑制していた厚労省は、平成18年の「新医師確保総合対策」により医師不足が深刻な都道府県(青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重)について各10人、平成19年の「緊急医師確保対策」により全都道府県にについて各5人などの入学定員の増員を实

施。さらに「経済財政改革の基本方針2008」を踏まえ、平成21年度の入学定員を8,486人に増員。平成22年度は、前年比360人増の8,846人まで増員。平成23年度についても、「新成長戦略(平成22年6月18日閣議決定)」や、厚労省の「病院等における必要医師数実態調査」の結果等を踏まえ、前年比77人増の8,923人まで増員。平成23年度の定員は、平成20年度から計1,298人増の8,923人となっている。

厚労省は2006年「現状で総量としては、基本的には国民が必要としている医療を提供しているものと仮定し」、あるべき勤務時間(「診療」に週40時間)を達成するための必要医師数と2004年の医師数の差を「不足」と捕らえ不足数は1.2万人とし、2020年には全体として需要と供給が均衡するとしていた。しかし、2010年12月の今後の医学部定員のあり方等に関する検討会、現在議論中では不足数は約1.8万人と訂正している。

厚労省以外の試算では、小笠原氏らは(2008年)医療法が定める医師数の基準から、医師1人が1日に診療できる外来患者を9.1人、入院患者を6.7人とし、現状の医師数との差の5.7万人が不足しているという試算をしており、厚労省の試算とは大きな開きがある。

さらに医療経済研究センターの松岡氏の報告によれば、医療関係者が人材不足を補うために高い生産性を上げるべく過剰労働をしてきたことを指摘し、過剰勤務の実態を無視しては、本当の必要医師数は捕らえられないとして「患者当たり医師数」という尺度を用い、患者当たり医師数が41.3人と全都道府県の中で最も多い京都を基準にすると日本全体で約7.2万人の医師が不足して、また患者の伸び率から2020、2030年でも医師不足が増加する県が数県以上になると述べている。

検討会の議論では不足数推定自体無理があるとの議論もあり、何人足りないのか自体正確な把握が困難な現状である。

現在の医師不足の議論の中で、入学定員の増加により、現在のままの伸び率では、将来は医師過剰になるのではないかとの意見もすでに出始めている。しかし高齢化率、人口減少率、勤務実態を把握した上で詳細に検討をしなければ、現在の医師師養成数で将来本当に医師過剰に転じるか疑問が残る。このためにも、今までは行われなかった病院等における必要医師数実態調査でさまざまな因子をいれた精密な調査を10年単位で行う必要があると考える。

医師偏在については、高橋泰氏の報告から見ると病院勤務医数について、100床あたりの医師数は北海道では7.0人となっており名古屋圏、京阪神圏、中国、四国、九州・沖縄はそれぞれ12.4、10.9、8.2、7.8、7.6人であり、病床単位あたりでは北海道は医師数が低いと考えられる。しかしこれも二次医療圏によってさまざまであり、医師の絶対数が多い関東

地域でも北海道の医師不足の医療圏と同等程度しか医師数がない圏域もある。

さらに2010年厚労省の統計によれば地域別人口と医学部数の偏在比較においては、関西以西では人口142万人に1校、東海北陸以東では173万人に1校、全国平均では160万人に1校である。医師数は西高東低の傾向がある。このような状況の中で、医学部の定員の増加が進んでいるが、医師数が全国平均より多い地域の医学部でも定員増があり、これは医師偏在を進めるだけではないかと思われる。過剰地域では医学部の定員の削減をし、不足地域でさらなる定員増を進めるべきであり、設備等の問題でこの方法が困難であれば、過剰地域医学部定員の中に医師不足圏域の地域枠をつくるなど、もちろん引き受けてもらうには経済的なインセンティブを付けるのは当然であるが、何らかの新しいアイデアが必要と考える。

偏在の解消には、医師配置などに関して過剰地域での保険医登録の制限などの強制力を行使すべきであるとの意見があるが、医療経済研究機構の石井氏は諸外国における医師偏在体側に関する調査研究から「地方出身学生の優先的採用」や「へき地での診療・生活のサポート」といった政策には期待が多く見られ、へき地勤務に対する医師の自発的選択を尊重する政策には偏在解消の効果が期待されるが、制度による強制などは効果が疑わしいと報告し、いかなるメカニズムを構築するにおいても、医師のプロフェッショナルとしての職業規範を歪ませるような影響を持つ制度は避ける必要がある。なぜならば、医療を遂行する上で医師の判断が占める割合は大きく、彼らのやる気を削ぐような制度は医療の質を低下しかねないとしている。すなわち保険医登録の制限、強制的な診療科の選択はモチベーションを下げ、長い目で見れば医療提供体制にとって利益にならないと思われる。

【医師不足と偏在の対策】

周知のことであるが、2004年、新医師臨床研修制度が導入され、初期研修医が大学病院以外の病院を選択するケースが多くなった。このため、地域的に医師の偏在が起きると同時に、大学医学部（医局）が地域に派遣していた医師を引き揚げ、医師不足と偏在が顕在化した。また医師養成数の抑制の結果、若手医師が少なくなり、医師総数は増えていても労働力が減少し、勤務医の過重労働を激化させた。訴訟のリスク、患者の要求水準の増大、さらに女性医師の割合も増加しているが就労環境の整備が遅れているため、十分に活用されていないなど、これらの要因が重なり、かつ人口密度や広域性などから、地域によって医師不足と偏在が異なっているのが現状である。このため短期的に何らの解決策は見出せないが、医師不足および医師偏在の解消のためには、

地域特性を考えれば、都道府県の役割が重要と考える。

まず、都道府県に医師不足と偏在のために十分な財源が必要である。財源がなければクラーカー一人雇用できない。さらに医療費の引き上げが重要と考えられる。これによりコメディカルを雇用でき、医師の激務やリスクが軽減される。高い医療水準を維持し医師養成するためには、教育を担う医療機関に対する政策的な財源支援も必要である。さらに医学部の定員増の効果がみられるまでの間は、看護師、助産師などのコメディカルが医師の指示の元にどのような業務を拡大できるかを検討し、合意の下に実行する必要もある。

結論にはならないが、医師不足と偏在の対策に特効薬はなく、当会の会長が進めている医学部受験生が増加するように中学生から医学に興味を持ってもらう試みなど、地道に進むしか方法はないと考える。

参考資料

- 1) 必要医師数実態調査の概要 2010年 厚生労働省報告
- 2) これまでの医学部入学定員増等の取組について 文部科学省報告
- 3) 松岡秀明 都道府県別医師不足の長期見通し 日本経済研究センター 2009年
- 4) 松岡秀明 医師偏在、県別の見通しは 日本経済研究センター 2008年
- 5) 小笠原博信ら 必要医師数推計と医学部の適正定員 社会保険旬報2008年
- 6) 石井加代子ら 諸外国にける医師の偏在対策に関する調査研究 2009年厚生労働科学研究
- 7) 22年度立入検査 北海道庁
- 8) 高橋泰 「2次医療圏データベースから見える日本の医療と福祉の現状と将来予測」 No. 571 医療経済研究機構発表 2012年
- 9) 医療経済フォーラム・ジャパン第11回公開シンポジウム「都道府県別医師数、医学部数、順位」厚生労働省統計 2012年
- 10) 長谷川敏彦ら：医師の需要と供給に関する機械的試算2008年厚生科学研究
- 11) 厚生労働省（2006）「医師の需給に関する検討委員会報告書」

地域医療を支えるもの

常任理事
医療関連事業部長

藤井 美穂

一口に医師といっても独身男性医師、2人の子供を育児中の女性医師、基礎研究者、心臓血管外科医、糖尿病専門医、札幌でクリニックを開業する医師、町立病院の勤務医など、その生活基盤と仕事の背景は千差万別です。今回の執筆依頼を受け、私に与えられた視点は、女性医師の働く現場を守るために何が必要か、について考察することと判断しました。

医療関連事業部で今年から始めた事業に、臨床研修指定病院訪問があります。女性医師等が医療現場で働き続けられる環境を作るため、平成23年に立ち上げた「女性医師等支援相談窓口事業」の周知が主な目的です。砂川、苫小牧、札幌、帯広の4つの病院を訪問しましたが、研修医のほとんど、指導医の多くがこの事業を知りませんでした。また、北海道医師会が男性医師も含め勤務を続けていく上での問題解決に積極的に支援していることも知られていないのが現状でした。訪問先病院で若い医師、道外から北海道の新天地に仕事の拠点を移した医師たちと話す中で、女性医師の意識、地域医療に参画したい医師を育成するポイントが見えてきました。

1) PassiveからActiveな教育へ

今年も初期研修医の大学離れが全国的であり、北海道は全国レベルより10%低く40%を割る結果が2年連続しています。研修後の帰学率の推移を見守らなければなりません。医学部定員増に対しての指導体制の対応を迫られる中、一方では研修医への指導体制強化が大学に求められていることは確かです。臨床研修病院訪問で、研修医たちに選択した理由を聞くと「責任を持たされる医療に参加できる」「救急医療に積極的な病院」という意見が多くありました。本州の大学病院で仕事をしていた中堅医師が道内の病院に移った理由もまた「Passiveからactiveな医療ができる病院の方針に賛同して」でした。思春期以降、医学部卒業まで長いpassiveな教育を受けてきた若い医師たちの、思い描く医師という仕事に爆発させるエネルギーを受け止めることができる医療機関が受け皿として選ばれることを実感しました。

2) 医療の現状についての情報共有

急激な少子高齢化が進むにつれ医療費の膨張が天井知らずで進んでいます。政府の少子化対策は「焼

け石に水」で、出生率上昇に転ずる実績に反映されていません。若い世代が出産し、育児していくことは国家プロジェクトであり、私たち医療者がこのプロジェクトを実行しモデルを作ることが求められています。本年10月、厚労省は2010年度に臨床研修を開始し11年度に終了した7,506人を対象とした「平成24年研修医アンケート調査」結果を報告しています（有効回答率67.4%）。今後の進路、専門医取得、悩みやストレスの相談相手などの項目に加え、子供ができた場合の育児休暇の取得希望についての調査結果が出ていて、育児休暇を約半数が「取りたい」と答えていました。男性研修医では「取りたい」が9.0%、「仕事に復帰できるなどの条件が合えば取りたい」が39.4%で、合わせて48.4%が希望、女性研修医ではそれぞれ29.7%、62.1%、合計91.8%が希望していました。家庭を大事にしたいと考える彼らの意識を理解し、対応できた病院管理者、指導医の元へ集まる若い医師も多いことが予想されます。

3) 若い世代とのcommunication

40歳以下の若い医師たちの人生、仕事、家庭に対する認識はさまざまです。上記調査結果からも窺えるように、男女にかかわらず家庭を大事にしたいと考える医師は多く、60歳以上の医師集団の意識とは大きく異なっているようです。一方、専門医取得希望は95%、学位取得希望は40%と高く、3/4の研修医が一度は大学医局に入局したいと考えています。私たち世代の医師の選択肢は少なく、進路を決めるのはもっと単純でした。卒業後は出身大学に入局し、医局の教育方針にしたがひ、地方出張、学位研究テーマ、学位指導者が決められ、せいぜい留学するかどうか自己決定すべき方向性でした。女性医師がこのコースに乗るとすれば家族の援助を受けながら、かなり厳しいハードルを乗り越えなければなりません。ハードルが高いだけ、あまり悩まず断念する女性医師も多かったのではないのでしょうか。若い世代の選択肢に多様性が認められる一方、彼らは自分自身の選択に責任を負うことが求められます。臨床研修中の妊娠出産はどうしようか、学位取得の研究はいつ、どこの大学でスタートするか、専門医取得の時期は、など迷う内容も多岐にわたります。これらの悩みに対し、真剣に相談にのってあげられるメンターが必要で、私たち世代は偏らない柔軟な対応ができるメンターであることが求められます。正解のない答えではありますが、これまでの長い医師生活から出てくるアドバイスは若い世代に医療者の重みを伝えることができるでしょう。

今年の札幌通信3月号のひと声通信に投稿した奥村芳子医師が、シニア医師として今できることはチームで地域に行くことと書いておられますが、若い世代を支えながら自分が今できることを探る姿勢が、地域医療を守る医師として次世代に伝播するのではないのでしょうか。

地域の医療崩壊を防ぐ処方箋

常任理事
医療保険部長

橋本 洋一

用務を終え、帰路、かろうじて、午後7時旭川発札幌行きのスーパークラムイに乗り込むことができました。

往路では、当初、苫小牧から車で高速道路を剣淵・士別インターまで北上し、オホーツク海沿岸のE町にアクセスしようと思ったが、出発間際の昨日の午後、時間調整したところ、E町での午後8時の宴会に間に合う自信がなくなり、移動手段を変更した。特急列車で旭川まで行って、旭川駅からレンタカーに乗り換え、午後8時過ぎにE町の宿泊予定のKホテルに着いた。

来年、退職予定のT薬局長達と1年ぶりの再会であったが、この道北の町立病院に勤務して35年の歳月が流れた。現在は2人の内科医が、この町の医療を担っている。消化器専門医が居ないために、消化器の検査は当院ではできない旨の張り紙が貼られていた。

「故郷のS町よりかなり長くなりました。来年、札幌近郊のI市に家を建てる予定でおります。年を取ると、過疎の町で生活を送ることに不安が残ります」

過疎の地域では安心・安全の確保が脅かされている事実を、医療供給側に立つT氏の口から出た言葉を思い起こしながら帰途に就いた。苫小牧－旭川間190km、旭川－E町間170kmの計360km、往復で720kmの旅で、広大な北海道の地域医療が直面している現状を改めて再認識させられた。

人口10万人に対する医師数は西高東低型であるが、北海道は全国平均を超えている（平成22年で人口10万に対する医師数が229人）。しかし、北海道は日本国の22%の面積という広大な地域を有し、21の2次医療圏に分かれている。2次医療圏別に見れば、全国平均を超えているのは“札幌”と“上川中部”のわずか2つの2次医療圏にすぎない。

医師数が少ないとの観点から医学部入学定員は、2007年度比で2012年度で1,366人の増加がなされた。新設医学部定員数を100人とすると、約13の医学部が新設されたものに相当するので、新設医学部の必要性はないと日本医師会は結論づけているが、各地域の特性を考慮しないで、医学部定員数の数合わせだけで決定することには疑問が残る。

私見を言わせていただくと、人口100万人以下で医学部が存在する県が8つ（平成22年）あるが、540万人台の北海道は3医育大学しかない。人口10万人に対する医師数が極端に少ない釧路等の地域での新設医学部の設置が、地域医療の賦活の起爆剤となり得、認めてもいいのではないかと思う。田中内閣時代に一県一医大構想のもと、医学部が存在しない全国各地に国立医学部が新設され、近い将来、医師数は余ることが危惧されたが、30年以上経た現在、その予想は見事外れた。

今後、人口減少時代に突入する一方で、専門が細分化しすぎた反省もあって、人間全体を診ることができる総合医の議論が活発である昨今であるが、医療問題を巨視的な観点から把握し議論することが、まだ不十分であると思われる。

医師数以上に大きな問題であるのは、医師の偏在である。現在も医師数は増加傾向にあるが、医師不足が解消に向かっていない。女性医師の増加、救急医療等の勤務時間が不定な分野を専攻する医師の減少等が問題としてあげられている。女性医師の勤務しやすい環境づくり、専門病院の集約化や地域医療の存在意義を知らしめるための大学での講座の設置等が、さらに展開されることが望まれる。

iPS細胞でノーベル医学・生理学賞を受賞された山中教授の言葉ではないが、日本国民の血税で医師の資格を取得した以上（国公立大学医師に限定されるのかもしれないが）、税金納付者である日本国民の安心・安全に尽力することが道義的に求められる。公平性を担保することを大前提にして、地域医療に携わる強制力なくして、地域の医療崩壊を防ぐ処方箋はないと思われる。医師の卒後教育の一貫した教育体制の中に、地域医療に従事する期間を組み込むことが重要である。

「この町にお巡りさんや学校の先生がいるのに、どうしてお医者さんはいないの？」といった地城に住む子供達の素朴な疑問に答える義務が、われわれ医療供給側にはある。

医師不足、偏在と 医療事故との 関連について

常任理事
医療安全・医事法制部長

水谷 匡宏

この10年来、医療機関で起こる医療事故、医療ミス（ヒヤリハット）は増加の一途である。昨今より医師不足の解消が即医療事故、ミスの削減に繋がると考えられているが、それは至極当然のことである。その理由は医療事故の背後に職場でのスタッフ不足や一人当たりの労働量の増加がいわゆる過重労働につながり、その悪循環がミスを誘発するからである。職場環境を改善することがなにより事故防止の上では優先されるべきである。

個人一人の責任だけでは解決できないことの方が多い。しかし残念ながら、これまでの日本医師会の事故防止への取り組みをみると、医療ミスの原因は医師不足のせいよりも、ミスを犯した当事者医師の技量不足や資質の欠如によるところが大であるとの認識の方が強かった。よって、医療事故防止に関しては院内事故調査委員会の設置などの組織的な自浄行為の取り組みよりも、医療ミスをした医師個人の再教育によりリピーター医師の防止の方に力点が置かれていた。

しかし、平成16年から急増した医療事故とその後の刑事訴訟により、ようやく昨年7月に日医より日本救急医学会の専門医を中心とした基本的提言がなされた。その内容は、医療事故の原因究明として院内医療安全委員会を設置し、自律的な解決をはかるよう努力すべきとの内容であった。さらに本年9月にはその骨子案として、無床診療所から中小病院にいたるすべての医療機関に平時からの医療安全委員会の設置と、有事には地方医師会や大学専門医の協力を得て、原因究明と事故防止に努めるように提言している。

さらに医療事故、ミスの防止策については、日医会館にて毎年医療安全講演会を開催しているが、それに加えて医の倫理向上委員会主催による医療の質向上にむけた講習会をも開催している。また4年前から開始された、医療安全全国共同行動（いのちをまもるパートナーズ）の後援活動も積極的に参加することで医療関連団体との連携にも力を入れている（図）。

なお道医では、本年度より新たに医療事故防止研修会を立ち上げ、道内各地に赴いて医療事故防止の

活動を展開中である。

初年度にあたる今年は、すでに道内6都市（開催順に苫小牧、旭川、釧路、小樽、江別、帯広）の郡市医師会の会員を対象に、代表的な医療ミスである、1)針刺し事故による訴訟事案、2)集団検診での胸部XP写真の肺がん見落とし訴訟事案、3)急変患者の搬送義務違反による訴訟事案について、医療専門医と医療側弁護士との2者討論を展開することで、医療事故、ミスの再発防止への足掛かりを見出そうと努めている。医師不足に悩む地方病院ならではの特殊な職場事情を完全な姿で浮き彫りにすることはできないにしても、医療ミス防止と再発防止への心構えは共通しているのではないかと考えている。

また、平成22年の日医勤務医部会からの報告書の中で、医師不足をもたらした間接的要因には医療訴訟の増加や患者要求（期待感）の高まりとそれに相反する住民、患者のモラルの低下、さらにはマスメディアの事故当事者医師への辛辣なバッシングによる恣意的な報道が挙げられるとの記述があり、その結果として医師としての価値観が低落し、義務観、倫理観も同様に崩壊したため勤務医の「立ち去り型サボタージュ」を引き起こしたと結論づけている。

最後に、冒頭からの繰り返しになるが、医師の絶対数不足や都市集中への偏在によってもたらされる職場での過重労働を是正することなしには、医療事故やミスの減少を食い止められないのは明白であり、その対策のための国家予算の確保と職場環境の整備が急務である。



医療安全全国共同行動

“いのちをまもるパートナーズ”

<http://kyodokodo.jp/>

いのちをまもるPARTNERS
医療安全全国共同行動



図 2008年より開始された医療安全に対する全国的な活動

北海道の医師不足、 偏在

常任理事
医業経営・福利厚生部長

伊藤 利道

私が医学部を卒業したのは1983年ですが、この年に医療費亡国論なるものが発表されました。「医療費増大が続けば、国家がつぶれる」「1県1医大政策により将来医師過剰となる」との主張です。医者が増えると医療費も増えるという考えのもと医学部の定員も削減され、1984年に8,280名の入学定員だったものが2003年には7,625名となっております。しかし最近の医師不足に対応するため、国は2008年より定員増に方針転換し、2012年には8,991名と2003年に比べ1,300名以上の定員増としました。以前は「医師不足ではなく医師偏在が問題」と言っていたものが、一転して医師不足を認めた訳です。

私は勤務医（固定医）として1989年より8年間働いた経験がありますが、当時の経験やその後の見聞からして、少なくとも北海道においては当分の間、医師不足は解消されないだろうと思います。それは、一つには勤務医の労働時間が非常に長いということです。患者が悪くなればいつまでも病院に残っており、泊まり込むことも珍しくありません。医師の勤務時間を厳格に労働基準法通りに制限したら（そして医師が皆基準通りに休みを取ったら）現在の2倍以上の医師数を必要とするでしょう。もう一つは医療の進歩、診療科目の細分化、医療安全や患者説明への対応など昔より現在の方が医師の総仕事量は格段に増加しており、今後もより多くの医師を必要とすると考えられます。

さて、国の方針として医師養成数は増えつつあるわけですから、全医師数は増えており、いずれ人口1,000人对2.2人という数値もOECD他国に追い付くかもしれません。全体の医師数は増加しても、多くの医師は大都市に集まり、しかも比較的楽な科を専攻することと思われます。北海道の中でも2次医療圏当たりの医師数が全国平均を上回っているのは札幌と旭川だけで、その他の地方には簡単には医師は増えないと予想されます。

以前、読売新聞は「医師の計画配置」という提言を行ったことがあります。これは後期臨床研修医を計画的に配置するため医師配置を行う第三者的公的機関を創設するというものでしたが、公的機関を創っても今となつては医局のようにはうまく機能し

ないと思われます。医局制度のもとでは、ある程度の期間であれば、地方病院の勤務も仕方ないと甘えていたわけですから。医局という小さい単位であれば、そこに所属する若手医師の能力、適正、希望、出身地、家庭の事情などを考慮して、研修病院も固定医としての派遣も、ある程度納得できるものでした（医局によって差はあったとは思いますが）。種々の情報が研修医に知れわたり価値観がかなり変化してしまつたので、第三者的公的機関が強制的に後期研修医を配置しようとしてもうまくいかないと思われ

ます。先日、道医の主催する「地域医療に関わる地域別意見交換会」が稚内と岩内でありました。岩内協会病院では常勤医4人（内科医0人）で24時間365日の診療を行っているとの苛酷な現状を聞きました。このような現実を知りますと、地方の医療を恒常的に維持する何らかの仕組みを創らなければならないと感じます。

どこでも医師は不足しているとは思いますが、やはり大病院は比較的医師数に余裕があるわけですから、大学病院も含め大病院から地方病院へ、医師数に応じて医師を派遣する（期間も1年、6ヵ月、3ヵ月、1ヵ月と多くのバリエーションがあった方がよい）という仕組みがあってもいいと思います。

北海道には既に緊急臨時的医師派遣事業があり、平成22年度は延べ3,260日の派遣実績がありますが、派遣元の病院は希望した病院のみ登録されており、派遣元として登録する病院も増えており、延べ派遣日数も増加しております。

この事業を拡大し、大病院はすべて医師派遣に協力するという仕組みにしたらどうでしょうか。若い医師はもちろん、50代でも60代でもその経験や体力に応じて、少しずつ協力するという仕組みを創ることができれば良いと思います。中小病院や個人開業医はなかなかこの事業に協力することは難しいと思いますが、1週間あるいは1日だけの派遣でも協力する仕組みがあれば参加できるかもしれません。

北海道の医師不足は深刻ですが、他県でも事情は同様だと思いますので、他県出身の医師を北海道に連れてくるのは難しいと思います。将来的には医大の地域枠出身の医師が北海道各地で活躍してくれるのを期待して（まだ4、5年先でしょうか）、とりあえず既に医師になつたわれわれが微力ながらも協力できる仕組みを作るしかないような気がします。

北海道の医師不足・偏在の実態と最近の動向

常任理事
地域保健部長

岡部 實裕

地域医療の「崩壊」の危機の根底には、国民の社会保障制度に対する不信感、将来へ向けての不安と医師不足・偏在問題があることが指摘されて久しい。平成21年4月、国は、「経済危機対策」として、平成21年度補正予算をもって、地域医療の再生に向けた医療にかかわる総合的な対策措置を決定した。地域医療再生臨時特例交付金を活用し、救急医療や医師確保、周産期医療など、都道府県が策定する「地域医療再生計画」に基づいて都道府県に「地域医療再生基金」を設立し、これをもって地域医療が抱える諸課題を解決することを支援するという趣旨であった。この「地域医療再生計画」(平成22年度～25年度)は、毎年度達成状況を評価し、厚生労働省に報告することとなっている。

こうした動きのなかで、北海道の医師不足・偏在の状況と「地域医療崩壊」からの再興へ向けての実態はどう変化しているのか、筆者の視点から報告する。

地域医療の崩壊と医師不足・偏在の経緯

昭和36年に国民皆保険が始まり医療需要が高まったことを受け、国は、昭和45年に「昭和55年までに人口10万人当たり医師150人を確保」を目標設定した。昭和56年には医学部入学定員は8,360人(昭和42年度4,380人)まで増加し、昭和58年には、人口10万人対医師数150人という目標は達成されたが、2025年には10%の医師過剰が見込まれるとして、昭和57年、臨時行政調査会の行政改革に関する答申を受けて閣議決定「今後における行政改革の具体化方策」に見られるように1980年代に入ると医師数抑制の動きが表面化してきた。

昭和61年、厚生省の「将来の医師受給に関する検討委員会」は、最小限10%の医師数削減が必要であることを最終意見として提出し、医学部定員の削減が行われた。さらに、平成9年の閣議決定「財政構造改革の推進について」により、国は、一転して医師養成抑制政策に転じることとなり、平成15年～19年の入学定員は7,625人まで削減されるに至った。

こうした医師養成抑制政策と医療費抑制政策を根底にして、初期研修制度の導入をひとつの契機とし

て、医師の過酷な労働実態、多発する医療訴訟にみられるように医師と国民間の医療に対する認識の齟齬の問題が絡み合っ、て、医師の地域における不足、偏在に基づく地域医療崩壊の問題、診療科間の偏在と産科・小児科や救急医療の問題が深刻化するネガティブ・スパイラルの道程を歩みだした。

平成17年になると、国も医師数の絶対数不足・偏在に由来する地域医療崩壊の実態を認めざるを得ない状況に立ち入った。政府・与党医療改革協議会でまとめられた「医療制度改革大綱」では、「地域ごとの医師の偏在により、へき地等における医師不足が大きな問題となっている。また、小児科、産科などの特定の診療科における医師の不足が深刻化している」と厳しい医療実態を認識せざるを得ない状況となり、「都道府県ごとに医療対策協議会を設置し、医学部入学定員の地域枠を拡大するなど、地域の実情に応じた医師確保策を総合的に講じていく」との方針を提示するに至った。

北海道の医師不足と地域別・診療科間格差の実情

北海道の人口10万人当たり医療施設従事医師数は漸増傾向を示しているが、平成12年を除き全国平均を下回っており、平成22年の調査では、12月末の10万人当たり医療施設従事医師数は、全国平均219.0人に対して、道の平均は218.3人という結果であった。この数字を見る限りでは、北海道の深刻な医師不足は解消に向かっているとも思われるが、しかしながら、地域格差、偏在が著しいという課題は依然として解消されていない。札幌圏に医師の約半数が集中しており、地域偏在は著しい。10万人当たり医療施設従事医師数で2次医療圏別格差を検討すると、全国平均、全道平均を上回る地域は、上川中部(312.2人)と札幌圏(264.5人)の二圏のみであり、軒並み平均数以下であった。根室、宗谷は100人を切るという厳しい状況は、現状では依然として解決されていない。

診療科間格差についてみると、道の調査では、平成8年と比較し、消化器科、循環器科等の専門診療科の医師数は増加傾向にあるが、全国的問題である小児科、産婦人科医師の減少の実態は厳しいものがある。小児科を主たる診療科とする医師は微増傾向にあるものの、産婦人科医師の減少、産科施設の減少傾向には歯止めがかかっていない。ハイリスク分娩はもちろん、正常分娩を行う産科医療の確保も難しくなっている地域もでてきている。小児科医療に関しても、医師数は微増傾向にあるとはいえ、道の調査では、小児科を標榜する病院、診療所数は平成8年と比べて各々15%、20%減少しており、小児科医は厳しい就労環境にあり、地域によっては小児医療の確保が難しくなっている。外科系医師と医療に関しても同様な状況にある。

平成24年2月に道は前年6月に医療施設でさらに

必要な医師数を調べた「H23必要医師数実態調査結果について」（北海道福祉部医療政策局地域医師確保推進室）を公表した。道内の全583病院と分娩取扱い44診療所を対象にしたアンケート調査であり、回答率は80.5%であった。この調査においても、全道で必要とされる医師数は1,075人であり、都市部への医師の地域偏在の傾向は続いている。現員医師数（a）に対する必要医師数（b）を比率（ $a+b/a$ ）に換算して二次医療圏別に検討すると、道内平均の1.14倍以下は、札幌圏1.07、いずれも1.13倍であった旭川市を含む上川中部と北空知圏の3医療圏だけであった。数値が高いほど医師不足は深刻であると推察されるわけだが、北渡島・檜山1.65、留萌1.49、中空知1.38、日高1.35、宗谷1.31と続き、都市部との地域格差を現していた。

医療機関の状況からみた医師不足

北海道の医療機関の状況をみると、病床規模別の病院の実態は、全国とほぼ変わらないが、市町村立病院に限ると、100床未満の比率が際立って高いといわれている。平成21年と22年の医療監視結果から道内の市町村立における医師の充足状況をみると、3割近くが医療法で定める医師標準数を満たしておらず、約1割の病院は70%以下と診療報酬減額対象であった。適合病院率は平成21年度77.2%、平成22年度81.7%であり、適合率70%以下の二次医療圏はそれぞれ、21医療圏中、13、7医療圏であったと報告されている。ちなみに、厚生労働省医政局指導課は、全国の平均医師適合率は平成22年度は91.8%に上昇しており、年々改善していると公表しているが、この結果をみる限りでは、北海道の医師不足、地域偏在の病巣の深さを窺わせる。

北海道における市町村立病院は、平成19年段階で94病院あり、道立を含めると道内病院の17%を占めている。人口1万人未満の市町村において占める割合は3分の2である。また、二次医療圏の中核医療機関である地域センター病院の6割以上が自治体病院であり、また、地域では、救命救急センター、救急告示病院、臨床研修病院など高度医療を担う病院も多くみられる。本道の医療提供体制において自治体病院は重要な役割を果たしてきたのであるが、平成17年度公営企業決算状況調査では、累積欠損金は1,208億4千万円弱と厳しい経営状況にあった。道は、医師や医療従事者の不足、過疎による住民、患者の減少、医療費抑制政策等で陥っている厳しい経営環境を乗り越え、地域における住民の要望に応える医療確保と地域完結型医療の確立、また、急速に進行する高齢化へ向けて、医療を中心とする包括的なケア体制の整備、確立を目指し、平成20年1月に「自治体病院等広域化・連携構想」を公表した。3次医療圏を対象とした新たな地域医療再生計画（平成23年度～25年度）における全道域事業「地域医療

広域連携推進事業」と2次医療圏、地域医療における役割、機能分担と医療連携体制整備とを組み合わせた中長期的視点に立った施策と医師養成・確保施策が講じられなければならない時期に来ていると思われる。

病院勤務医の就労実態は改善へ向かっているのか？

昨年12月に独法労働政策研究・研修機構が厚生労働省の要請を受けて施行した勤務医の就労実態調査の全国調査結果（速報版）では、勤務医の7割弱68.6%が医師不足感を「感じる」と回答しており、地域偏在感は過疎地域では78.5%の勤務医が「感じる」と回答している。1週間当たりの労働時間は平均53.2時間であったが、60時間以上は40.0%（80時間以上は10.0%）を占め、全国的にも病院勤務医の厳しい勤務実態が報告された。

道においても、緊急的な医師確保対策にもかかわらず病院勤務医は依然として厳しい環境におかれていることは想像に難くない。平成24年2月に道より、地域センター病院に勤務する卒後臨床研修中の医師を除く全ての医師935名を対象とした「地域医療に対する勤務医アンケート調査（地域センター病院等）結果について」が公表された。これによると、週実労働時間が60～80時間と回答した医師は38.6%、80時間以上と回答した医師は5.6%であり、60時間以上の実労働時間の医師が44.2%と半数近くを占めるという結果であった。回答者の66.9%が大学からの派遣であり、道央の病院勤務医が30.3%であったが、勤務先での不安、不満の設問に対する回答の1位は業務多忙（34.7%）であった。北海道の2次医療圏のセンター病院に勤務する医師は依然として厳しい勤務実態にあることが推定された。

北海道へき地保健医療の現況

北海道の特徴としてその広域性がある。国土面積の22%を占める広大な土地に5,627,737人（総人口の約4.4%）の道民が居住しており、人口密度は71.8人/1平方kmと全国平均の約5分の1となっている（平成17年度国勢調査）。そのため、医師不足・偏在は無医地区等が多いという課題をもたらしている。無医地区等のへき地における医療を確保する趣旨で、昭和31年度から平成17年度に第1次から第9次へき地医療計画が策定され、これに沿って道も施策を行ってきたが、無医地区等は減少傾向にあるものの、依然として全国一という実態であった。これを受け、平成18年度から22年度の5年間第10次北海道へき地保健医療計画が策定・施行されることとなった。

北海道の現状はどうであろうか？平成12年から5年間の人口推移をみると、道内の市部では増加、郡部では減少しており、平成20年度には141町村が過疎地域となっていた。また、高齢化率も21.4%と全国

平均の20.1%を上回っている。

広域性と地域医師偏在が相まって、平成21年10月末の段階で、無医地区は44市町村に101地区、13,086人が暮らしており、全国一多いという実態は変わらない。

医師不足・偏在に対する最近の動向

平成24年2月に北海道医療対策協議会（会長：高橋はるみ知事）は「医師確保のための提言」を国に提出した。「地方の取り組みには限界があり、根本的な問題解決を図るため、本道の実情に即し、医師養成や確保に関わる制度の見直しについて提言する」という趣旨であった。①医育大学の入学定員や地域枠の拡大、②臨床研修制度の見直し、③後期研修制度の計画的な配置、④総合的診療を行う医師の育成に対する支援、⑤社会医療法人の認定要件の拡大、⑥特定診療科に関する診療報酬の充実、⑦女性医師の就業環境の改善、⑧医師確保対策推進のための財政支援の8項目をあげている。

平成24年9月、文部科学省・厚生労働省は「地域の医師確保対策2012～医師のキャリア形成と社会構造の変化に対応した医師養成・確保の推進」を公表した。地域の医師確保のためには、文部科学省・厚生労働省の連携の下、医師養成の現状や高齢化等の

社会構造の変化を踏まえた取組が必要であり、医師のキャリア形成支援という視点に基づき、医師の偏在解消の取組、医師が活躍し続ける環境整備および医療需要の変化に対応した人材育成を行うとともに、医学部定員の増を行う。あわせて、東日本大震災の被災地における医師確保の支援を行うという基本的考え方を提示したうえで、医師養成の現状と中長期的な医師養成等の考え方として、医学部入学定員増、中長期的な医師養成数は、地域枠卒業者の動向の把握や都道府県等における医師数の分布、必要医師数に関する調査結果、医師需要の見通しについて継続的な検証等を行い、具体的なニーズに即した医師養成等の検討を行うというものであった。

医師不足・偏在の問題は、医師数を論ずる単なる量的な問題ではない。地域医療崩壊から再興を願う医師、医療人が日本の良質な医療を守り、地域の将来が求めている医療体制を構築していくという視点を見失ってはいけないであろうと思われる。

誰もがその生きる地で均等な医療を受けることができることを願い、過酷な医療に対して屈することなく走り続けている多くの医師が誇りをもって働ける体制、環境づくりが一刻も早く成就できることを願い、拙稿を終えたい。

平成24年秋の叙勲・褒章受章者（北海道医師会員）

先般、平成24年秋の叙勲・褒章受章者が発表され、当会会員で以下の方々が叙勲の栄誉に浴されました。ここに受章者の方々のご功績をたたえ、謹んでご芳名を掲載させていただきます（敬称略）。

受章者各位には、心からお祝いを申し上げます。

◇旭日双光章

島田 實 現(特社)空知南部医師会理事
保健衛生功労

◇瑞宝中綬章

小川 秀道 旭川医科大学名誉教授
教育研究功労

◇瑞宝中綬章

黒川 一郎 札幌医科大学名誉教授
教育研究功労

◇瑞宝小綬章

木村 浩男 元 千歳保健所長
保健衛生功労