

報告

平成29年度病院管理研修会

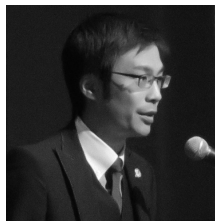
常任理事・地域医療部長 伊藤 利道

今年度の病院管理研修会が平成29年10月15日(日)、札幌グランドホテルにて開催された。参加者は113名であった。

講演1は、北海道保健福祉部地域医療推進局地域医療課の石井安彦医療参事より「地域枠制度について」と題して説明があった。

○要旨

地域枠制度は、北海道全体の医師不足を解消するために創設されたものである。これは、北海道が奨学金を貸出し、その奨学金を9年間の地域勤務義務年限を果たすと免除される制度である。



[石井講師]

その他大学独自の地域枠制度もあり、札幌医大、旭川医大では、入試の選抜の際、道内出身者であること、あるいは道東、道北を対象としたような入学試験制度があり、卒後も大学独自の勤務スタイルを課すものとなっている。

人口10万人あたりの医師数の推移では、平成16年と平成26年を比較し、全年齢では203.6人から230.2人と増加しているものの、65歳以上では1002.0人から851.0人へと減少しており、高齢医師数の割合が減少している。

県庁所在地に医師が集中し、地域偏在が深刻であることは、全国共通のことであるが、北海道の人口10万人対医療施設従事医師数(二次医療圏別)で見ると、全道平均を上回っている地域は、札幌市281.2人、旭川市など上川中部320.5人であり、全道平均の50%未満しか医師数がない地域は、宗谷95.3人、日高105.4人、根室103.9人という状況にある。

医学部入学定員の年次推移をみると昭和54年から昭和59年までは、三大学の合計が340人であったが、平成に入り医学部定員の抑制策により、300人にまで抑えられてきた。平成22年から、ようやく元の水準に近い定員(344人)まで戻った状況である。

平成19年8月30日に開かれた「地域医療に関する関係省庁連絡会議」では、医師不足を解消するために、将来の医師の養成を前倒しする趣旨の下、暫定的な調整計画が容認された。

- (1) 医師養成増数の上限は最大5名まで(北海道は15名まで)。
- (2) 都道府県知事の指定する医療機関で原則として9年間以上従事することを返還免除の条件とする奨学金を設定。
- (3) 養成増の期間は平成29年度まで。

連絡会議の内容を受けて「北海道医師養成確保修学資金貸付制度の概要」を設定した。

6年間の貸与額合計は、約1,200万円で、貸与対象としては、札幌医大15名、旭川医大17名の計32名である。義務年限は地域勤務5年、研修4年の9年間としている。

なお、本制度は、義務年限を終了すれば奨学金の返還を免除する制度であるため、義務年限を終了せずとも、奨学金の返還があれば、地域枠制度を途中で拒むことができる制度である。

現在の道内の医学部入学定員は、札幌医大110名、旭川医大122名、北大はその他の制度により112名の合計344名という。

地域枠医師の9年間の勤務体制であるが、最初の初期臨床研修期間である2年間は地域枠制度以外の医師と同様、道内の初期臨床研修病院(民間病院含む)で研修を積むこととなっている。その後の地域勤務は、3・4年目を札幌市・旭川市以外の200床以上の公的医療機関、7・8・9年目を札幌市・旭川市以外の200床未満の公的医療機関としている。5・6年目は選択研修としており、道内の民間を含むすべての医療機関での研修としている。

平成26年に札幌医大卒業の7名が地域枠医師1期生として、初期臨床研修を積み、平成28年にはじめて地域勤務へ入っている。今年度(平成29年)は、卒後3年目・4年目を合わせて26名が地域勤務を行っており、現在地域枠医師卒業生の合計は81名となっている。地域勤務の医師数は毎年少しずつ増える見込みであるが、卒後5・6年目は選択研修に入るため、ピークになるまでにはもう少し時間がかかり、平成39年頃になる。

地域枠制度の離脱者については、平成28年12月末現在で、249人の貸付に対して、11人離脱者がおり、離脱率4.4%という状況にある。離脱者が出ないよう努めているところである。

今後も、医学部入学定員の在り方、新たな専門医制度等への対応、北海道医療計画や地域医療構想など地域医療の実情を踏まえて地域枠制度の運用を行っていきたい。

講演2は全日本病院協会神野正博副会長より「新専門医制度と地域医療」のテーマでお話頂いた。

○要旨

本日は病院団体の意見、専門医制度の現時点の仕組みを概観して皆様のご意見をいただきたいと思う。

平成30年4月は、医療計画、介護事業計画の同時改定があり、惑星直列と言われている。また、新たな専門医制度がこの同時改定と同じ年から始まる歴史的な年になる。

医師は充足しているのか？都会の病院、地方の病院、大学病院、どこに聞いても足りないと答える。その理由として、いわゆる専門分化したのは大きな問題だが、現実問題として足りない。

日本病院会で実施したアンケート〔地域医療再生に関するアンケート調査－日本病院会（2016.5）〕では勤務医は15.4%が充足と回答しており、それ以外は、ほとんど不足、地方に行くほど、病床が小さいほど不足感が大きいという回答。同じように医師確保についても90.3%が大変、地方に行くほど確保が大変と回答している。

1ヵ月の時間外勤務は、80時間を超える勤務医師の割合を見ると、大きな町に比べて地方に行くほど時間外勤務をしないと仕事ができない状況で、ブラック企業的な時間外労働をしないと地域医療を守っていけないというのが大きな問題である。

医師不足地域での従事について、条件があれば従事すると回答されていることに対し、渋谷先生の分科会の委員の方々は「こんないい数字がある」と評価をしているが、私は違うと考える。条件とは何か、お金の問題、休みの問題、そういうのを突きつけた上で、アンケートではこういう回答になっているだけ。すなわち、偏在対策を強力に進めなければ医師不足は解消しないと考える。

また、臓器別専門医が増えていく場合に弊害が出てくる。臓器別専門医はもちろん必要だが、全部の医師が臓器別専門医になる必要はない。プライマリケア医師（総合診療医・家庭医）をいかに作っていくかは、医師を増やすかどうかと大いに関係してくる。

厚生労働省「専門医のあり方に関する検討会報告書」（平成25年4月22日）において、専門医制度を設立した。専門医の領域は、基本領域19、サブスペシャリティ領域29の二段階制とする。基本領域の専門医を取得した上でサブスペシャリティ領域の専門医を取得する。専門医の認定は経験症例数の活動実績を要件とする。広告制度（医師の専門性に関する資格名等の広告）を見直し、基本的に第三者機関が認定する専門医を広告可能とする。

総合診療医は、総合的な能力を有する医師とする。「厚生労働省のあり方検討会」では、総合診療医と総合診療専門医とを区別する。総合的な診療能力を有する総合診療医と、総合診療医の能力をもちながら教



〔神野講師〕

育する役割も担う総合診療専門医になる。

専門医の仕組みを2段階制（基本領域とサブスペシャリティ領域）、専門医資格に総合診療専門医を位置付ける。新たな第三者機関で認定する専門医を広告可能とし、第三者機関の運営についてはプロフェッショナルオートノミーを基盤とする。

平成28年12月の理事会で専門医制度の整備指針が決定した。改定のポイントは「地域医療への配慮」大学病院以外の病院も基幹施設となれる基準とする、常勤の専門研修指導医が在籍しない施設でも、医療の質を落とさないことを条件に研修施設群に加わる行政、医師会、大学、病院団体などから成る「各都道府県協議会」との事前協議をすることとした。

運用細則で各領域学会専門医について、基本領域学会専門医の名称は、基本領域〇〇専門医とする。サブスペシャリティについては、例えば消化器内科専門医、循環器内科専門医とし、サブスペシャリティ領域は今後追加していく可能性がある。

塩崎前厚労大臣が退任される前日に談話を出されている。学会ごとに厚生労働省に報告することを命じている。プログラムを作り、都道府県地域医療対策協議会で協議を踏まえてプログラム審査をする。9月の末に各プログラムについて各都道府県から意見が集まって10月から募集になる。

募集開始は10月10日～11月15日までが登録期間。マッチングと違って事前に十分話し合った上で登録するようにしている。

専門医制度の概況、これからの役割を講演させていただいた。ご清聴に深謝する。



質疑応答の後、当会・小熊副会長が総括として「本日の講演は大変勉強になった。総合診療医については、現在まだ議論のあるところであるが、きちんとした形となるよう神野副会長にお願いしたい。地域枠制度についてもしっかりと検討していきたいと思うので、少し時間をいただきたい。」と発言された。



お二方とも大変わかりやすい説明で活発な質疑応答があり、有意義な会となった。参加者の方々に御礼申し上げます。



〔会場の様子〕