

<シンポジウム 23—1> 医師不足時代の神経内科医療の在り方—都市と田舎での医療デバインド

大都市医学部附属病院からみた神経内科医不足の 現状分析とその対策

横山 和正

(臨床神経 2010;50:1059-1062)

Key words : 医師不足, 医療デバインド, 神経内科, 医局制度

はじめに

大都市において神経内科医師は足りているか？本稿では医師不足の定義, 背景について概説し, 本シンポジウムの特集である地方と大都市との医療デバインドの差を浮き彫りにする観点から, 他県との比較や東京都の中での病院比較に関してではなくむしろ日本の医療の中心ともいえる文京区に存在する私立大学附属病院での脳神経内科医局に限定して述べる。医局制度の崩壊を踏みとどめつつ, いかにして教育・研究・臨床をおこなっているかを明らかにして, 医師不足解消の具体的な対策や将来の神経内科医療のありかたに関して提言する。

1) 医師不足の定義

医師不足とは, 日本の医療の専門分化, 高度化により①医師の絶対数, ②病院での必要医師数, ③地域偏在, ④診療科に属する医師の需給不均衡, ⑤夜間当直医の不足と定義することができる。日本医師会は2007年2月に「医療提供体制の国際比較」を発表し, それまでの医師の偏在に加え絶対数も十分ではないとの見解を修正した (Fig. 1)。

2) 医師不足の背景

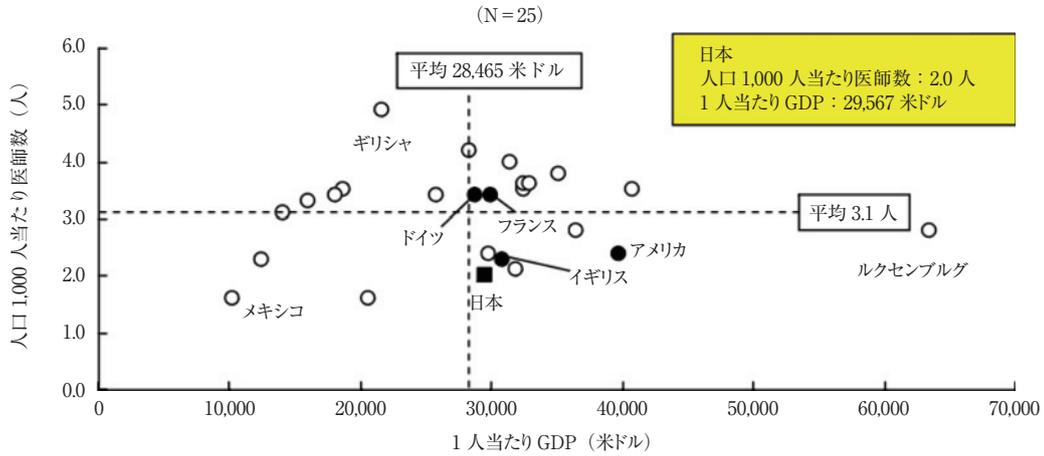
a) 日本社会の変化

日本国民であることの Identity は敗戦後崩壊した。迷走する国家戦略またバブル経済の破裂と, アメリカグローバリズムのもとで世界に大きな影響を与えた新帝国循環の崩壊後は日本以外のアジア圏の経済拡大が進み, 今や Japan as No3 として中国の後塵を拝している。地方経済の破綻, 持続するデフレ, 不景気, 国債増発にたよる予算運営, 政権交代による方向性の不安定さ, 団塊の世代のリタイア, 円高による産業空洞化, 産業構造の変革のスピードの欠如, モラルの劣化などすべての社会構造にひずみをきたしている。阿吽の呼吸や日本的あいまいさといったかつての日本の美徳は非合理的象徴とさ

れ, インターネット, 携帯メールが普及し無記録のリアルタイムの情報は制限無く白日の下にさらされている。個人は核家族化のなかで帰属性を失い, 既存宗教の教えも形骸化したことから社会病理として多くの事件がおこってきている。また晩婚化・晩産化, 未婚率・離婚率も上昇し, 今や都市部においても急激な少子化による若年人口の減少, 高齢化の波が押し寄せてきている。日本の将来推計人口 (平成 18 年 12 月推計) によれば 2009 年 12,751 万人の人口は 2055 年には総人口は 8,993 万人となり, 老年人口は 22.5% から 40.5% に, また現在約 120 万人の年間人口減少も増加し最大年間 160 万人の人口減少が予想されている¹⁾。老々介護は待ったなしの状況の中, 高齢者特有の認知症・脳血管障害・パーキンソン病などの患者数はすでに 10 万人あたり 100 を優に越えており, 神経内科医の需要はとどまるどころを知らない。しかし 2009 年度 34 兆 1,360 億円と前年比 3% 増の医療費は少子高齢化の中大きく増えることは期待できない。

b) 新研修医制度

それまで努力目標にしか過ぎなかった医師国家試験取得後 2 年以上の研修期間が研修医制度として義務化された。そのため 2003 年から全国の基幹病院で指導病院の認可を維持し必要医師を確保するため都市・地方を問わず地域医療の中核を担っていた派遣先の病院からの医局員の撤退が始まり (ひきはがし) 全国規模の医師不足が表面化した。研修医は入局先の単一診療科でのストレート方式から, 総合診療 (スーパーローテイト) 方式への参加が義務化され, 労働の対価として年間約 300~400 万円程度を支給され常勤医待遇となった。研修医は職場選択の自由・社会保障制度への加入などが保証されるなど, 知的労働者としての権利を獲得した。医局の人事権も大幅に後退し, 制限のない個人の自由意志が尊重された。その結果多くの若者がそうであるように研修医も都市生活にあこがれキャリアアップの場を大都市に求めた。このような大きな変革はデバインド格差のないインターネット上において, 医療デバインド格差を赤裸々にさらけ出した。また初期臨床研修中の規定の 2 年間の研修で実際の各科の内情にも精通するため, 多忙な科・訴訟リスクの高い科など QOL (quality of life) の悪い専門科を選択しなくなった。Win-zero の構図であ



*「OECD Health Data 2006」から作成.

*出典：日本医師会「グランドデザイン2007—国民が安心できる最善の医療を目指して—総論」2007年3月

Fig. 1 1人当たりGDPと人口1,000人当たり医師数(2004年).

日本の人口1,000人当たり医師数は2.0人(OECD平均3.1人)であり、1人当たりGDPが平均以上のグループの中で、最下位。現在、医師の偏在が問題にされているが、国際的にみれば医師の絶対数も少ない。

Table 1 今回のシンポジウムで発表した演者の属する病院の県別神経内科専門医の属性について示す。

県	【会員数】				【専門医数】	【指導医数】	【教育施設】	【指導医数】/ 【教育施設数】	人口	人口/ 専門医	面積/ 教育施設	面積/ 専門医
	男	女	合計	男女比	合計	合計	合計					
青森県	60	6	66	10	30	17	3	5.7	1,382,637	46,088	3,215	321.00
岩手県	80	19	99	4.2	56	33	3	11	1,340,852	23,944	5,093	273.00
千葉県	218	55	273	4	157	73	12	6.1	6,183,743	39,387	430	33.00
東京都	1,197	352	1,549	3.4	819	324	42	7.7	12,988,797	15,859	52	3.00
合計	7,060	1,681	8,741	4.2	4,637	2,117	312	6.8	127,917,702	27,586	1,195	80.00

神経学会から提供された平成21年度のデータを基に作成

る。

c) 医師を取り巻く環境の変化

女性医師の増加やそれまでの自由民主党政権下で続いた平成14年度から20年度までの年間約2,200億円の医療費削減による影響も大きく、実働医師数の減少に加えて、医師患者信頼関係の崩壊(一時期もてはやされた患者様の呼称、患者情報保護法による影響は些細なことだが日常診療のストレスを増加させた)、マスコミによる大衆迎合の医師バッシングなどにより、それまで自己犠牲をつづけてきた指導医師層を中心とする立ち去り型サボタージュ、開業ブームを招き勤務医の医師不足に追い打ちをかけた。

3) 大都市大学病院での神経内科医療の実際

a) 神経内科医師は足りているか？

地方との医療デバイドは明らかである(Table 1)。当院では関東圏の3,500万人の人口を背景に脳神経内科の外来は本院だけで年間のべ62,000人が通院し、午前、午後7診で診療をおこなっている。入院患者は年間約1,000人であり、病棟医は

常時総計60~70名患者を受け持っている。臨床では国際色も豊かで多種多様な疾患を経験することが可能で、しかも最新の医療情報に接する機会も多く、国内・国際学会へのアクセスの容易さなど首都中心部ならではの数々の利点を兼ね備えている。その反面、患者の教育レベルが高いため、インフォームドコンセントなど患者への説明時間の増加、医療安全、危機管理などへの対応のための委員会出席、講習や書類の作成、医療・説明内容に対して求められる水準が高く、苦情の多さ、対応医師の接遇改善要求の投書など日々積み重なる精神的ストレスが立ちはだかっている。関連病院や他の大学病院から医師派遣の引き合いが続く中、医局員の途中退職や様々な要因による脱落やパフォーマンス低下などにより、増え続ける附属病院ポストの増大を埋めるべく医局員をやりくりするのが精一杯の状況である。

b) 医師確保のための傾向と対策

将来を担う神経内科医の確保は広く脳に興味を持つ学生・研修医をいかにみつけ出しリクルートするかにかかっている。そのためにはホームページをフルに活用し研究室・医局において「大学で研修したい」と思わせるだけの研修医の待

遇、キャリアパスの提示である。

また指導医に対しても待遇改善をおこない、過剰な勤務時間の短縮や、個人のやりがい折れてしまわないようなマネージメントが医局制度の存続に必須である。そして今後も増加する女性医師に対して住居、育児環境、子供の教育などの改善を図っている。同じ学年にとくに負担がかかることから妬みや、不公平感の是正の解消、本人の高い理想をもつがゆえの焦りや後ろめたさの解決など、医局内での問題点の共通認識が途中退職を防ぐ鍵となる。

以上のように所属する医局員が神経内科医であることの誇りとやりがい (motivation) を常に持ち続けられるように業務・労働環境改善を提示しつつ、目標をかかげ、情報を共有・共感できることが肝要である。

医師確保のために医局制度の維持を今後も利用するのであれば、人事権をもとに強いリーダーシップのもと明確なコンセプトを発信し各々の講座がマネージメントをおこなわなければならない。一般企業と比べると明らかに異なる人事管理労使関係が存在しているためである。さもなければアメリカのような第三者委員会の設置、もしくはイギリスのように国が定める医師人員の割り振りなどのシステムを導入せざるをえない。ただしドル、ポンドの惨憺たる現状をみれば経済同様医療システムに欧米化を推し進めることは必ずしも良いとは限らないのである。

4) 神経内科医師の将来のために

日本における神経内科医の実数を増やし、患者満足度、診療の質の向上、学生教育と同時に欧米さらには台頭する中国に負けない研究をおこなうためには個々の施設毎の努力だけではなく、大学と市中病院が研修医・指導医を流動化させそれぞれに足りないところを補完させていく必要がある。患者の地域連携クリニカルパスならず医師連携キャリアパスであ

る。

また神経学会を中心に政府への働きかけによる十分な診療報酬の確保を人的余裕につなげ、税制改革による個人寄附の導入の推進、機能を特化させ大学病院ならではの診療をおこなえる環境整備(治験、新薬開発)、指導医に対する正当な評価制度、専門医へのフリーアクセスを制限しての開業医の有効な協力体制(開業医にベッドの貸し出しをおこなう)や、DPC(診断群分類包括評価)により早期退院を余儀なくされた cure できない患者の care のために家族も安心できるシステムが必要である。欧米では施行されることが少ない高齢者への胃瘻は約40万人の患者に対しておこなわれており在宅医の間でも疑問視する動きもでてきているが、日本における終末期の医療もふくめまだ議論がなされていない。われわれが2009年度より同窓医師と協力し始めた大学発の都市型在宅医療の推進が解決の鍵になると考える。初期臨床研修には在宅医療はふくまれておらず、勤務医は指導医もふくめ臓器別専門医が最先端の医療現場に座しているだけではなく、在宅医療で患者および家族に直に接することで医療の原点に触れることが可能となる。医師不足対策の結果、医学部定員は2009年度8,486人と693人増え、毎年4,000人の医師が数年後から増え続けるが、おそらく現在と同じシステムのもとでは医療デバイドは解消しない。working poorが増えてきている歯科医、弁護士、薬剤師と同じ轍を踏まないためには、将来を見据えた戦略性を持った政府、mediaへの働きかけが不可欠である。それは読者それぞれが情報を共有・共感し各々の意見を発信、行動することにより可能となるのである。

文 献

- 1) 平成21年度高齢化白書 内閣府ホームページ <http://www8.cao.go.jp/souki/index.html>
- 2) 横山和正. 大都市医学部附属病院から見た神経内科医不足の現状分析とその対策. 神経内科 2010;73:374-379.

Abstract**Analysis of the shortage of doctors in medical university hospital in central Tokyo
and plan for future improvements**

Kazumasa Yokoyama, M.D.

Department of Neurology, Juntendo University School of Medicine

The increase in the aging population, the drastic change to a new system for postgraduate clinical training, and the lack of medical doctors have all become objects of national concern. Medical divide and melt down of the medical system brought stress especially to rural areas. Other types of stress are also found in urban University hospitals where doctors are forced to accomplish tons of paper work, while struggling on research, education, and clinical work.

In this symposium, I would like to show some background and reasons for the shortage of the doctors in Japan. I also present our daily clinical practice and approach for new residents. I will also discuss the future improvement of our medical system especially in the field of Neurology. We need to show strong leadership and appeal to our comrades with medical ethics, one's dignity or self-esteem as a doctor.

(Clin Neurol 2010;50:1059-1062)

Key words: metropolitan, Neurological divide, Home medical care, shortage, Medical divide
