

化・統一化・OA化・一括パンフレット化による雑用減量，分業の推進（新職種の創設）は内需の拡大にも貢献する

◆医療トラブル・紛争解決手段の充実<sup>3)</sup>：

すぐ犯罪扱いされると安心して医療に専念できない。無過失保障制度等の早期導入による被害患者救済，事故再発防止に向けた第三者・中立機関による検証の早期導入と警察介入の抑制，医療への信頼感の回復の努力

◆医師の高齢化後の就労先の確保：

医療機関の機能分化（地域中核病院とサテライト病院・診療所）とそれに呼応する医師の配置を行うことにより体力・気力・年齢に応じた適材適所が図られる。勤務医と開業の間を埋める中間医療施設の新設，開業医の病院診療参加による勤務医の負担軽減などが考えられよう。

おわりに

外科医ならまず手術をしたいからの外科医であ

り，勤務医継続に大切なのは仕事をする環境整備である。生き残りのための病院の環境整備の経済的負担は，必要経費が認められない医療界にあっては現時点では当該病院がしなければならないので，トップの考え方により病院内環境に格差が生じてくると推測される。

参考文献

- 1) 出月康夫：日本の医療費と医療を正しく理解するために。外保連ニュース第5号。(外科系学会 社会保険委員会連合 広報委員会 発行) 2006年9月。
- 2) 本田 宏：医師不足の理由 西村周三氏/本田宏氏 闘論。毎日新聞社記事。2006.9.25
- 3) 小松英樹：医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か。朝日新聞社。2006.5月

5 大学医局の立場から  
— 勤務医の現況と大学医局の支援体制 —

坂爪 実

新潟大学医歯学総合病院第二内科

Minoru SAKATSUME

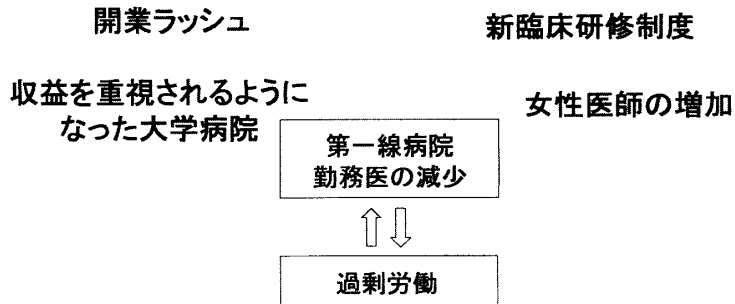
*Division of Clinical Nephrology and Rheumatology,  
Niigata University Graduate School of Medical and Dental Sciences*

Reprint requests to: Minoru SAKATSUME  
Division of Clinical Nephrology  
and Rheumatology  
Niigata University Graduate School of  
Medical and Dental Sciences  
1 - 754 Asahimachi - dori Chuo - ku,  
Niigata 951 - 8120 Japan

刷別請求先：〒951-8120 新潟市中央区旭町通1-754  
新潟大学医歯学総合病院第二内科 坂爪 実

## 新潟の勤務医を取り巻く現況

新潟県民1人当たりの医師数が少ない



図

勤務医が勤務医として長く勤務するために、第二内科の総括医長として、大学医局の立場から考える。

勤務医を取り巻く状況は、以下のように、最近特に複雑であると思う。

### 1. 県民一人当たりの医師数

新潟は、県民一人当たりの医師数が少ない。全国平均が人口10万人当たり201人であるのに対し、新潟県は166.9人、少ない方から数えて6番目である。その理由の一つとしてあげられるのが、新潟県は県民数に比して医科大学が少ないということである。隣県では例えば富山県、人口112万人で富山大学医学部、そのとなり石川県、人口117万人で金沢大学医学部、金沢医科大学の2校、新潟県の人口248万人で新潟大学1校といった具合である。この状況打開に関しては新潟県、新潟大学とも国に地域枠5名、また追加定員として、平成20年度から最長10年にわたり、年間最大10人を限度として増員が認められた。これは平成16年に人口10万人あたりの医師が200人未満で、100平方キロあたりの医師数が60人未満だった青森、岩手、秋田、山形、福島、新潟、山梨、長野、岐阜、三重。このほか自治医科大学も対象となっている。

### 2. 新臨床研修制度

新研修制度が始まって3年が経過する、全国的な傾向として都会での研修を選択する医師が多い。新潟県で研修する医師が報道でも取り上げられているように年々減少している。このことが、特に大学病院における医師不足の原因となり、大学からの派遣医師の減少、医師の集約化による診療科の縮小、閉鎖の原因となっている。岩手県などでは、自県出身で他県で学ぶ医学部生を把握し、卒後の勤務先を岩手県にするよう医学生と定期的に連絡を取っている。新潟県でも同様の取り組みが予定されている。

### 3. 開業ラッシュ

最近数年は開業する医師が多い。勤務医を取り巻く厳しい状況がこれを促している。また、低金利、地価の値下がり、開業支援者が多くなったことなども影響していると考えられる。開業希望医に対し、1年～2年開業を待ってもらおうと勤務医派遣に余裕ができる。

### 4. 勤務医供給元である大学医局の変貌

国立大学の独立行政法人化以降、大学病院も収益を求められるようになった。現在大学病院の病床稼働率は全科平均で94%を超え、また研修医の減少によって大学勤務医の労働条件も厳しくな

っている。これが大学からの派遣医師の減少の原因になっている。

## 5. 女性医師の増加

医学部生の女性の割合が増加、女性医師も増加している。勤務医として出産・育児期間を過ごすことが難しい状況がある。女性医師に長く勤務してもらうには、その期間を他の医師がカバーする必要がある。

このような状況から、大学医局の中には「地域病院診療科の集約化・拠点化」を余儀なくされている診療科がある。拠点化された病院のその診療科は、戦力が増えて診療能力が、医師はQOLが向上する。一方、医師集約化の対象となった病院では、その診療科は閉鎖されてしまうだけでなく、残された診療科の医師に当直回数の増加などの負担が増加する。これらのことがまた、特にへき地病院の、勤務医の数を減少させる原因となっていると考えられる。

勤務医を取り巻くこのような厳しい現状を、厚生労働省も十分認識していて、平成18年7月の厚労省「医師需給に関する検討委員会」では、地域で集約化を行い、医師への負担を軽減することや、他の職種のサポートなどで、持続的な勤務が可能となる環境を構築する必要がある、としている。また、今後女性医師の比率が上昇していくことも踏まえ、出産や育児といった多様なライフステージに応じた働き方が可能となる環境の整備も必要、との意見がまとめられている。しかし、この「持続的な勤務が可能となる環境」が機能的に

構築されるまでには時間を要するものと考えられる。

このような状況の中で、当科では、週日の外来・週末を中心として宿日直の支援、また、勤務医病欠時の医師補充、女性医師の産休・育児期間の医師補充などの支援を行っている。しかし昨今のように、大学病院の医師に余裕が無い現況では、これまで以上の支援を行うことは厳しい状況にある。

地域第一線病院の勤務医を確保することは社会的に非常に重要な課題である。このためには、勤務医の確保・配置を統括的・機能的に行うシステムが必要である。また、行政による包括的観点に立った医療システム全体の整備も必要であろう。

医師供給については、過去には一部弊害もあったわけであるが、やはり大学に医師を集約して、大学がこれまでのような「医局制度」を拡充し、維持するのが最善の方法ではないだろうか。従来以上に医師のライフプランは多様化しているので、医局と勤務医、病院が十分に話し合い、医師の勤務先を、勤務先病院の状況を考慮して好適に決めることができるのは大学医局しかないように思う。各診療科との横の連携も大学内で行うことができ好都合である。そのためには、専門性を身につけようとする後期研修・医学研究を行う医師を、新潟大学に増やす必要がある。

第一線病院の勤務医は、それぞれの高い専門性を十分に発揮して地域に貢献しようと考えている。行政も一体となり、大学医局を中心とした医師供給システムの構築が望まれる。