

日本の医療をよくするためのお願い | Part 2

Part 1 は震災15年2月13日
医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議

震災15年2月13日

赤穂市民病院長 邊見 公雄

1. 当院における地域医療の取組みと特色

1. 救急車は絶対断らない。7年間収容拒否なし。(今は昔):地域の信頼、研修医の誘引
2. がん診療連携拠点病院、災害拠点病院、研修指定病院、二種感染症拠点病院、人工透析30床
3. 鷹取峠は越えさせない。地域完結型医療。(2.75~2.95次医療)(マイナスは精神科入院、移植、クリーンルーム病室)訪問診療、訪問看護、老健併設、検診。
4. 対外活動(DMAT、ボランティア活動、海外医療、中高大学生教育実習、患者教室、病院祭、公開学術講演会、産業医・学校医・・・)
5. 開かれた病院づくり ボランティア登録180名 押しかけボランティア約100名 活発な患者会活動

2. 当院の勤務医に望むもの

1. 全人的医療 (Everything & Something)
2. いつでも、どこでも“医師”であれ 院内外、市内外
3. 地域密着型のライフスタイル
4. 医療は大学病院並み、人間関係は診療所を目指せ
5. 診療科間の連携
6. チーム医療 (NST、ICT、WOC、緩和ケア、糖尿病・・・)
7. 後進の育成。地域への貢献。

3. 医学教育修了者に望むもの

1. “診断”はできなくても“判断”のできる人
2. 患者さんの話をよく聞く人
3. せめてナースよりも広く深い知識
4. “非常識”でない人
5. 人間力(人生を任せられると思わせる人)

4 卒前教育に望むもの

1. 患者心理学、患者説明学・・・(コミュニケーション能力、Pseudo Patient)
2. 手当
3. 他業種への理解(臨床工学士などMSW、専門薬剤師、認定看護師)
4. 薬の名前(販売名、成分・一般名)

4. 医学教育の改善はまず



1. Early Exposure
2. 最小限の診断技術(採血、生理的検査など)
3. ファーストエイド(救急救命士以上)気管内挿管、
静脈路確保など

そろそろ各論に

- 医師絶対数増加だけでは、ひずみや格差を相似形で拡大するだけ
- 本当に欲しい医師を病院が選べるのが理想
- 地方住民に憲法25条(基本的生存権)を取り戻すためには、医師の計画養成、計画配置(隠岐の島の産科など)が必要
- 基礎医学、社会医学、なども重要

地域医療の崩壊

1. 地方財政の破たん
2. 医師不足、看護師不足etc...
3. すべて大都市集中
4. 負担の多い救急医療
5. 女性医師の増加
6. 名ばかりかかりつけ医

・
・
・

医学部コースの再検討

- 臨床医学：総合診療医コース、専門医コース
臨床医学教育の最後の2年は採血や生理検査等
医師法の緩和的運用（卒後研修の1年前倒し）
- 基礎医学コース
- 社会医学コース

また、欧米なみに**医療政策学講座**を各大学に設置し、
今日の問題や厚生労働省、都道府県などの医療行政への
人員供給、医師の養成・配置など政策決定への関与

診療科定数計画

～社会に必要な数を養成～

- 入口論：工学部教育に学べ
(医学部麻酔学科・医学部小児学科はなぜないか?)
- 出口論：国家試験前後または卒後初期研修中に専門
診療科を割り振り
- 中間論：6年間の卒前教育中、4年終了時専門診療科
決定

地域偏在防止

各2次医療圏ごとに計画配置

- 入学時、地域枠の効率的活用
- 自治医大増設
- 男子医大も？
- 計画配置：年限を決めマッチング的に決定)
(例外を認め、インセンティブもつける)

大学病院が(も)大変

1. 独法化・・・資金不足、人手不足(さらに医学部定員増)
2. DPC・・・時間的余裕なし
3. 学位離れ・専門医志向、研究者不足
4. 研修医離れ

よかったのは7:1看護で勝ち組み
寄附講座

研究教育は不可能

欧米の背中がどんどん遠のき、アジアの足音がひたひたと迫る



対策 人員増。処遇改善。

外科医療の危機

1. ハイリスク・ローリターンの典型的診療科。
(狂人的手術低報酬)
2. 修業年限が長い。チームが必要。
つぶしがきかない。……
3. 活動期間が短い。
4. 呼び出しが多い。土日がない。
5. マイナススパイラル。



結果として年間1200人 400人割れ

我々の試み(京都大学外科交流センター)

- 目的
- 外科治療手技の向上と優秀な外科医を育成する諸活動を通じて、地域医療の発展に寄与し、もって会員に共通の利益を図ることを目的とし、設立された。
- 1. 外科離れを防ぐ(外科志望者を増やす、外科離職者を減らす)
- 2. 女性外科医師部会
- 3. 治療主義の均てん化(手術見学、手術参加等)
- 4. 市民公開講座
- 5. 研究会、交流会

まとめ



1. 医療と教育は日本の2本柱(大学病院はその中心)
2. 保育・教育、医療・介護・福祉は市場原理になじまない
3. 学校と病院は、自宅に戻って昼ごはんが食べれる距離
(公立病院の集約化はほどほどに)
4. 利用者の負担も
5. 医師・患者関係の再構築(協働の医療)

医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議(第2回)
高久議長

資料3-2
「医学教育カリキュラム検討会」
(第2回) H21.2.13

参 考

日本の医療をよくするためのお願い

震災11年7月12日

赤穂市民病院長 邊見 公雄

友人の米国医師とのQ & A 1

医師は足りている(か?)

Is the numbers of Japanese doctors sufficient?

No, No, No, No, No,but yes.

小児科の医師増加策は?

待遇をよくする事

地方の医師確保対策は?

なまぬるい

徴兵制と同じ様に義務付ける

特に開業前 2年間位

友人の米国医師とのQ & A 2

今の日本の診療報酬は適切か？

クレージー

医療費に占める外来部門の割合が非常に高い

病院の診察料が割安

契約社会の米国では、

診療料の決定は入学時に？

卒業時から競争

医師は足りている(か?)

Is the numbers of Japanese doctors sufficient?

No, No, No, No, No,but yes.

全体としては足りない。

しかし、「都市部の内科医、心臓外科医など足りている」
という人もいる

院長20年の私の経験では、

全ての科で、本当に欲しいような医師は足りない。

競争原理が働いていない。

医師はなぜ足りないか (Why)

Why insufficient ?

- 1 医師の仕事の増大 (質、量とも)
- 2 診療科偏在
- 3 地域偏在
- 4 病院医師の開業志向
- 5 大学志向 (大学院大学)
- 6 専門分野の細分化
- 7 女性医師の増加
- 8 利用者の高望み
- 9 労働基準法遵守

医師の仕事の拡大

進歩する医学

ICに要する時間

(氾濫する医療情報、インターネット等)

会議や書類の多さ

医療のIT化

診療科偏在

私は苦勞したくない(3K、5K)

拘束時間、被訴訟率、将来性

コストパフォーマンス

(ローリスク、ハイリターン)

小児科、産婦人科が典型

麻放病は、病院の生命線

麻酔科、放射線科、病理

医師のための医師

よい医療のキーマン

セーフティマネージャー

正しい診断、正しい治療

地域偏在



都市集中

西高東低

県都集中

(自分や家族のQOL、教育問題大きい)

地方勤務のメリット策が必要

一県一医大は機能しているか？

設立時の理念：地域医療の確保

かなりの部分で成功

地方枠の拡大で補完

旧設医大の後追い色増大

原点回帰が必要

病院医師の開業志向

初診料、再診料もすべて開業医(診療所)有利

医師のQOLが低い

(24時間、365日、オンコール)

患者の重症化、在院日数短縮化、IT化

チーム医療

不自由業

専門分化が医師不足に輪をかける

Speciality から Subspeciality

内科医 内科専門分化 消化器
循環器
呼吸器
一般内科

さらに、

腎臓内科、肝臓内科等

専門医制度の動向

プライマリケア医(総合診療医)の位置づけ

救急診療医の位置づけ

医学部小児学科(麻酔学科)はなぜないのか？

工学部は教育の優等生

医学部は劣等生

80の医育機関が横並び

金太郎飴

社会の要請と無関係

麻酔手当はチーム医療を壊す

出前麻酔、非常勤化、グループ開業
自前麻酔

麻酔科の現状は、
病院(チーム)医療崩壊の
第一歩か！

救急医療に対する評価の低さ



手間、ひま、リスク、報われない診療報酬

利用者の高望み

コンビニ感覚

専門医を呼べ