

24年ぶりの医学部定員増への期待！

～ 救急医療を体験して ～

旺文社 教育情報センター 20年3月

救急患者の搬送先が見つからず、不幸な結果を招いたり、医師不足で救急の看板を下ろす病院が相次いだり、救急医療は今、崩れだしているという。

他方、医師の不足や偏在を解消するため、国は20年入試から、医学部(医学科)の定員増を24年ぶりに認めた。医学部志向は例年高いが、20年はセンター試験の平均点アップによる強気出願と定員増とが相俟って、受験生数減の中、前年を上回る志願者数となった。

そんな医師養成の増加や医療環境の改善が期待されるエポックメイキングな医学部入試が展開されようとしていたさなか、筆者は図らずも救急医療の一端を体験した。



<持病の急変と深夜の緊急診察>

私立大入試が一段落し、国公立大前期試験が始まろうとしていた2月下旬、筆者の持病(外科的疾患)が急変し、深夜の緊急診察、入院となり、当日の夕方、緊急手術を受ける羽目になった。

病院にはまったく無縁であったため、まず、夜間診療を受け付けている居住地の医師会病院(メディカル・センター)に電話したところ、筆者の診療科の担当医がおらず、救急医療機関を紹介する医療センター(事務所)に尋ねるよう指示された。一瞬、“夜間診療のたらい回し、救急難民”になるのかと、いやな予感が走ったが、幸いにも医療センターで紹介された総合病院は急患24時間受け付けの救急指定病院で、しかも、担当医が外科の専門医であったため、深夜の緊急診察を受けることができた。

手術に備え、朝から様々な検査と説明があり、まずは待機。当の総合病院は救急指定病院であるだけに、3つの外科手術室は“満室”状態で、手術開始は夕方になったが、2時間ほどで無事終了。1週間程度の入院で退院することができた。

入院先の病棟には高齢者の患者も多く、救急指定病院における医師や看護師の過重な勤務環境の一端を窺い知ることができた。

<救急診療の役割分担>

休日や夜間の急病などの救急診療については、症状のレベルや緊急度などに応じて受け入れ先の役割分担が決められているようだ。

風邪による急な発熱などの軽症患者については、休日・夜間の急患センターや当番医(開業医)などが担う(=1次救急)。入院・手術が必要な重症患者については、救急告示の医療機関や輪番病院などが担う(=2次救急)。心肺停止など、高度医療を要する重篤患者については、救命救急センターなどが担う(=3次救急)。

最近は、こうした役割分担がうまく機能していないという。救急車による搬送が増え、そのうちのかなりの割合を占める軽症者(1次救急)が“安全・安心”を求め、救急医療機関や大病院(2次救急)に集中し、そのしわ寄せが救命救急センター(3次救急)にも及び、深刻な事態を招いているという。重症患者の救急搬送がたらい回しにされ、患者の不帰がしばしば報じられているが、その要因の一つには、こうした実態があるようだ。

＜救急医療の課題＞

前述したように、救急医療の役割分担がうまく機能せず、特に2次救急の看板を下ろす病院が増えているという。背景としては、総合的に対応できる救急専門医の不足、勤務医(当直医)への過重な負担、経営上の不採算などがあるようだ。こうした課題を医療機関にだけ押し付けるのでは、解決しない。

自治体や医療機関は医療情報を積極的に発信し、医療を受ける側(国民)も医療の現状を理解することが大事だ。

また、国や自治体は医療のコスト(医療費負担の縮減)、アクセス(いつでも、だれでも受診可能)、クォリティー(質の保証、安全・安心)への一層の支援を果たしていくべきである。



＜医学部の拡充から、医師養成の抑制へ＞

戦後の新制大学発足以降しばらくの間、大学医学部(医学科。以下、同)の数は46校(国立21校、公立12校、私立13校)、入学定員3,000人前後で推移してきた。

昭和40年代に入り、国民皆保険制度の定着や医療水準向上の要請に対応し、医学部の拡充が行われた。国の「無医大県解消構想」(昭和48<1973>年)や私立大の設置申請により、医科大の新設や定員増が進められ、昭和56(1981)年には、大学医学部数は79校(国立42校、公立8校、私立29校)と、現在と同じになり、入学定員は8,280人に達した。

他方、昭和50年代後半から医師の需給に関する議論が始まり、昭和57(1982)年には、医師の過剰を招かないよう配慮した合理的な養成計画の確立が閣議決定された。これを受け、医学部の入学定員は昭和56年～昭和59(1984)年の8,280人をピークに漸減し、最近では7,600人程度で推移してきた。

なお、医師は年間約7,500人～7,700人程度誕生しているが、退職などを差し引いた増加数は年間約3,500人～4,000人程度とみられる。

＜24年ぶりの医学部定員増への転換＞

上記のような経緯をたどる中で、最近では、医師の不足や偏在、診療科の偏り、勤務医の過重労働など、医療環境の悪化が急速に進んでいる。特に、地域医療の問題や産婦人科、小児科、外科、麻酔科、救急などの医師不足については、早急な対策が求められている。

こうした医療問題の改善に向け、国は『新医師確保総合対策』(18年8月；以下、『新対策』)と『緊急医師確保対策について』(19年5月；以下、『緊急対策』)を策定した。

＞『新対策』:

医師不足が特に深刻な10県(青森・岩手・秋田・山形・福島・新潟・山梨・長野・岐阜・

三重；国立8校、公立1校、私立1校)及び自治医科大(私立)において20年度から最大10年間に限り、各県(自治医科大含む)年間最大10人の医師養成の増員が認められた。(表1参照)。

➤『緊急対策』:

医師不足への抜本的な解消に向け、『新対策』に上乗せする形で全都道府県を対象に、医学部定員増を認める医師養成の推進が図られることになった。増員数は都道府県ごとに最大5人(偏在が深刻な北海道は15人)までで、期間は21年度から最大9年間(公立大では、20年度からの10年間)としている(表2参照)。

これらの対策によって、医学部入学定員の24年ぶりの増員が認められ、地域別、診療科別の医師の偏在解消に向けたプログラムの策定・実施などが期待される。

また、こうした対策とは別に、国立大入試でも地元の医師確保のために「地域枠推薦」を導入する動きが活発化している。さらに、私立大の一部には、授業料の大幅値下げで国公立大志願者の併願増、囲い込みを図るところも出てきている。

●『新対策』における20年度医学部入学定員増の状況一覧 (表1)

対象県	該当大学	20年度 入学定員(人)	対象県	該当大学	20年度 入学定員(人)
青森	弘前大	90(10)	新潟	新潟大	105(10)
岩手	岩手医科大(私)	90(10)	山梨	山梨大	110(10)
秋田	秋田大	105(10)	長野	信州大	105(10)
山形	山形大	110(10)	岐阜	岐阜大	90(10)
福島	福島県立医科大(公)	95(10)	三重	三重大	110(10)

* 自治医科大(栃木県；私立)=110(10)

注)①対象県の基準：平成16年の人口10万人に対する医師数が200未満で、100平方km当たりの医師数が60未満の県。

②表中の(公)は公立、(私)は私立、他は国立。③()内の数字は20年度増員数。

●『緊急対策』に基づく20年度医学部入学定員増の状況一覧(公立大) (表2)

所在地	大学名	20年度 入学定員(人)	所在地	大学名	20年度 入学定員(人)
北海道	札幌医科大	105(5)	京都	京都府立医科大	103(3)
福島	福島県立医科大	95(5)	奈良	奈良県立医科大	100(5)
神奈川	横浜市立大	80(20)	和歌山	和歌山県立医科大	85(25)

注)①福島県立医科大は、『新対策』で10人、『緊急対策』で5人の計15人の増員となり、入学定員は95人。

②公立大医学部を擁する名古屋市立大と大阪市立大の2校については、20年度の定員増はなし。

③()内の数字は20年度増員数。

＜医学生への期待＞

「大学全入」時代と喧伝される中、医学部進学は根強い人気に支えられ、相変わらず厳しい入試となっている。ともあれ、今回の増員組も含め、医学部進学を果たした医学生には、将来、地域医療や拡大する高齢者医療、救急医療の担い手となることや、偏った診療科の解消にあたるなど、様々な期待がかけられている。

もちろん、医学生の中には臨床医の道とは別に、再生医学・医療など、高度な医学、医療の研究・開発を旨とする者もいよう。そうした彼らの医学、医療への発展・充実に向けた志を育てていくことも大事なことである。

(2008.03. 大塚)