

「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会 ～これまでの主な意見(テーマ別)～ 【未定稿】

※ゴシック体の部分は前回のご意見

【医師数】

(養成数)

- ・ 医師の需給を考える上で重要なことは、①診療科バランスの是正と②女性医師対策の2点。その議論に入る前に、マスで見たときに日本の医師数は満ちているのかということについて述べる。まず、資料4のp3の人口10万対医師数を見ると、日本はOECD加盟30カ国のうち27位。OECD平均は3.0だが日本は2.0であり、これだけでも不足している。また、資料7のp14の各国医師の労働時間の比較をした資料では、日本の60～64歳の医師は、イギリス、ドイツの25～29歳の医師よりも働いている。さらに日本の65歳以上の医師の平均労働時間はイギリス・ドイツの平均労働時間と同じである。また、都道府県別人口10万対医師数を見ると、最も多いのは京都であるが、それでもOECD平均の3.0には達していない。一方、医師数が少ないのは、埼玉、茨城、千葉等の首都を取り囲む地域である。(小川委員①)
- ・ 資料7のp24にあるように医師の高齢化が進んでいる。単にマクロの医師数だけでは議論できない。私は救急部長や脳外科教授を兼任しているが、2000年頃から教室員が研究室へ帰ってくる頻度が減っており、仕事量が増えていると感じる。(嘉山委員①)
- ・ 医師の需給については詳しく解析をして決める必要があるが、資料4のp11のグラフでは需要曲線が1本しかない。医療を受ける側の要求はここ数年急激に増してきており、そういう要素も含めれば、需要曲線も複数のパターンがあってしかるべき。また、供給曲線も供給体制等の変え方によっていくつかのパターンがあって良い。(岡井委員①)
- ・ かつて医学部定員を削減した際、国立など授業料の安いところが定員を減らされた。授業料が非常に高い大学の学生には「この人たちを医者にして本当に大丈夫か」と思える人も多い。医学部定員を増やす際も、ただ増やせばいいというのではなく、どういう大学の定員を増やすべきか考えるべき。(大熊委員①)
- ・ 医師を増加させるべきなのは明らかだが、偏在を是正できるような増加の仕掛けを考えないといけない。大熊委員の言った国公立と私立の定員の配分や、自治医大方式の取り入れなども含めて考えていかないと国民の理解を得にくいのではないかと。(海野委員①)
- ・ 今のまま数を増やしてもアンバランスを広げるだけという可能性もある。(高久委員①)
- ・ 全国医学部長病院長会議の調査結果はまだ出ていないが、個人的な見解を言うとこれから11年間で医学部定員を倍増すべき。これには大雑把に言って2000億から2400億円程度かかると思われる。医師を地方に行かせる仕組みを考える必要はあるが、マクロで見るとこの程度の増加は必要。(嘉山委員②)
- ・ 厚生労働省の試算では需給が均衡するのに22年間かかるが、倍増すれば11年で追いつく。これにより医療事故も少なくなり、患者にも利益がかえってくる。東大の学部長も大增員

が必要だと認識であった。具体的には100人の定員の大学であれば150人に増やす。(嘉山委員②)

- ・ (学生数を増やした場合の教育システムの問題については) 座学については問題ない。実習についても、山形大学でもやっているように市中病院とリンクして行えば問題はない。(嘉山委員②)
- ・ アメリカでは良い病院に医学部がついてくるイメージ。良い病院に勤務している医師を教授にして医学部を増やしてはどうか。(大熊委員②)
- ・ 医学部定員を増加させるのは良いが、医学部の数を増やすことには反対である。アメリカでは定員を増やしたが、日本では一県一医大構想で学部自体を増やしたため、基礎教育に問題が生じた。(土屋委員②)
- ・ 医師の数を増やすべきだということは間違いないが、医学部自体の数をメディカルスクールなどとして増やすのではなく、医学教育にノウハウのある既存の医学部の定員を増やすのが良い。大熊委員の云われる如く、市中にある国公立病院における優秀な勤務医、特に臨床医には臨床教授になって医学教育に活躍してもらえばよい。(小川委員②)
- ・ 私立医大全体で320人位を目途に増やせるという結論は出ている。国立についても文部科学省としてよく相談して結論を出してほしい。(高久・小川委員②)
- ・ 前回、医学部の定員を増やす際に授業料が高い私立ばかりを増やすと患者としては不安だということを行ったが、これに関して授業料と偏差値の相関が高いという資料も参考までにつけさせてもらった。(大熊委員③)
- ・ 時間に着目した医師需要見通しでは不十分であり、現状は、「3時間待ちの3分診療」といったことで医師不足をカバーしている。患者に満足してもらうために、十分説明をするなどによって、診療時間を長くするならば、それによっても医師数の需要も変わってくる。(岡井委員⑤)
- ・ 女性医師の就業率を改善についてするにあたっては、女性医師自身が育児期間にはいると、女性医師を労働時間が減ることとなるので、今後、女性医師が増える状況下では、需要見通しについては、その状況を勘案して推計する必要がある。(岡井委員⑤)
- ・ 提出資料は、実際の現状と異なる感が否めない。医師の労働も偏在している。産科に1回当直すると24時間拘束、勤務しないときはテレビをみているが、オンコールのとたんに、勤務することになり、気が休めない状況が続く。産科が労働時間を守り、いいサービスを提供するためには、圧倒的に数が足りない。(川越委員⑤)
- ・ 土屋委員が提出した第2回会議資料の年代別医師の資料が示されているが、44歳以下の若い医師が、小児医療や救急医療などの非常に苦しい病院の現場を支えている。一方、地域医療は、病院現場をはれた高齢医師が担っているとの現状がある。そこで、養成数をふやすのであれば、このような現状をふまえて養成数を増やす必要があり、特に、24時間救急、急性期医療等にどのくらいの人員を割く必要があるのかを考える視点が必要。(海野委員⑤)
- ・ がんセンターにおいては、常勤医師が130人、非常勤医師が130人体制で勤務しており、事務局提出資料では、実態をあらわしていない。長谷川データは、アンケート調査なので、おざなりな回答になっている感がある。(土屋委員⑤)
- ・ 長谷川データの業務時間に待機時間が含まれていないこともおかしい。産婦人科医はオンコールが月563時間というデータがある。業務時間でみても月303時間である。(海

野委員⑤)

- ・ 学納金と偏差値は明らかな相関関係がある。定員増をする際は学納金が安いところを増やしてほしい。既存の医学部で定員増に対応しきれないというのであれば、医学部を新たに作ってもいいのではないか。(大熊委員⑤)
- ・ 医学部の定員を増やすと、偏差値が高い大学に入りやすくなるため、現在偏差値の高くない大学に新しい層が入ってくることになる。そうすると、高所得の家庭の学生が優先的に入ってくるということも起こりうる。私学の定員を増やす場合は、入学者の経済的な負担を緩和することを考えることも必要。希望者はまだいないようだが、千葉では、産科に勤務するのであれば、私学と国立の授業料の差額を出すというような奨学金を設けている。(海野委員⑤)

(働き方・女性医師)

- ・ 資料4のp11の医師の需給のグラフについては、労働基準法に従えば本来週40時間と仮定されるべきだが週48時間とされている。この推計では正確な需給バランスの推計にはならない。(嘉山委員①)
- ・ 医師数は年々増えているが、女性医師の割合が増加している。タイムスタディを行わないと、実態と乖離してしまう。(嘉山委員①)
- ・ 医師の国家試験合格者に占める女性の割合は3分の1になっており、産婦人科だけでなく、他の診療科でも女性医師の問題は出てくる。女性医師は子育てなどがあるため、今後は1人当たりの医師が割ける労働時間が減ってくる。それを前提に医師需給の推計をすべき。(和田委員①)
- ・ 産婦人科は20代医師の70%が女性だが、大体10年するとバーンアウトして働き場所を変えてしまう。現場を支える若手医師たちが去っていく労働環境を前提にして数を数えても仕方がない。(海野委員①)
- ・ 平成16年の日本女医会の調査では、男性医師と比べ、女性医師は労働時間が半分に近く、収入も低い。これは、女性医師はパートタイムで働くことが多いため。また、女性医師は診療科も眼科などが多く、外科などは少ない。(高久委員①)
- ・ 日本胸部外科学会の労働条件調べでは、労働基準法が守られている病院は10%しかない。一般病院では「守られている」が14%、「まあまあ守られている」が36%、大学病院ではそれぞれ3%と16%になっている。医師が健全に働けるという条件の下で、需給を推計すべきである。(土屋委員①)
- ・ 女性医師は労働時間が約半分ということを考えると、例えばこれから医師数を100人増やしたとしても60、70人程度の増加にしか当たらない。(和田委員①)
- ・ 嘉山委員の資料では、病院勤務医の勤務時間が長いが、私の記憶では、開業医の勤務時間はそれに比べて短かったのではないかと思う。(高久委員①)
- ・ 医師不足を解決するにあたっては旧労働省の問題も大きい。よく「女性医師のために」と言われるが、「女性のために」というのではなく、「男性も含め労働基準法に合わせたらどうなるか」という視点から医師の数を考えなければならない。(大熊委員①)
- ・ 女性医師の夫は医師であることも多く、過剰な勤務なのは男性医師も同様なので、女性医

師だけの問題ではない。(大熊委員⑤)

- ・ 女性医師が出産すると、医師としての労働力は相当減る。供給体制としては、女性医師が当直のない診療科目を選択するなど、質が変化することになるので、現場では、労働力としては、女性医師1人は0.5人程度にカウントせざるを得ない。(岡井委員⑤)
- ・ 医師の労働時間についてはタイムスタディをやるべきで、調査にあたっては、現場をよく分かっている人がプランニングする必要がある。その際、紙を配布するだけでなく、医師について回るべき。(嘉山委員⑤)
- ・ 医師の正確な勤務状態を把握するために、医師へのアンケートでなく、タイムスタディをやるべき。(川越委員⑤)

(訴訟リスク等)

- ・ 大野病院の事件以降、医療事故の届出が増えているというが、それは基準が変わって病院が届け出るようになったから。思っているほど訴訟自体は増えておらず、マスコミなどによってつくられた錯覚だと思う。時間的・精神的・金銭的にハードルが高いため実際訴訟は起こしにくい。この事件により医療崩壊が起こったというのは乱暴な議論であり、医師の先生方が間違っただけを広めないでほしい。(大熊委員①)
- ・ 民事訴訟は明らかに増加傾向にあるし、刑事訴訟も医師法21条の届出が始まる前は年数件程度だったのが、その後には90件を超えている。刑事訴訟、民事訴訟に行く前に医療機関として対処できたのではという話はあるが、少なくとも訴訟リスクの増加は幻想ではない。(和田委員①)
- ・ 医師が少ないことから過重労働になり、それによりさらに医師が少なくなるという悪い循環が起きている。これを断ち切るためには強制的に過重労働をやめさせないといけない。まず、当直の次の日に働かせることを止めさせる。止めさせないと病院にとってマイナスになる、あるいは止めさせるとプラスになるという仕組みをつくり、病院に当直後の勤務を止めさせるインセンティブを与えるべき。そうすれば当直後の勤務を止めさせて持たなくなるような病院の統廃合も自然な形で進んでいくのではないか。これにより、一番当直の多い産婦人科が一番休みが多くなり大逆転できる。(岡井委員③)
- ・ 医療安全の観点から見ても、当直の後の勤務は、例えばパイロットだとロンドンから東京まで飛んだ後に即ワシントンまで飛ぶようなもので、危険きわまりない。それが現に行われてきたというのが非常に問題。病院を辞める人の多くはQOLを求めており、そこは充分考える必要がある。(高久委員③)
- ・ 6月28日に「あなたを診る医師がいなくなる」というシンポジウムをおこなったが、そこでは委員①労働基準法上の「当直」とは実態が異なる医師の当直を夜間勤務とみなし、交替勤務とする、委員②夜勤の後に診療に従事することは事故につながるため禁止するという明確な提言がなされている。政府が決めてしまえば対応もとれる。即禁止が難しい病院については禁止までの行動計画をつくることにすればよい。(大熊委員③)

【医師養成の在り方】

（専門医）

- ・ 医学部の定員増や臨床研修制度の見直しとともに、専門医制度についても議論をする必要がある。（海野委員①）
- ・ 専門医についてコントロールする第三者機関には権限を持たせることが必要。（土屋委員②）
- ・ アメリカでは①専門医認定協議会の代表、②病院協会の代表、③医師会の代表、④医学部長会議の代表、⑤学会の代表という5つの違う立場の者たちが集まって専門医制度をコントロールしている。（土屋委員②）
- ・ 現在の日本の専門医制度には、①学会が独自に認定しているため制度が不統一であり、必ずしも質が担保されていない。②専門医のイメージが多様であり、標準的な医療を担うことの出来る医師としての資格と、特定の技術・技能等に特化した医師としての資格が分けられていない。③専門医取得のインセンティブがないという問題点がある。権限のある専門医の評価認定機関を設けるとともに、基本的な専門医資格と、特定の技術・技能等に特化した専門医資格を分ける必要がある。また、専門医取得者にドクターフィーをつけるなど何らかのインセンティブを設ける必要がある。（吉村委員②）
- ・ 全ての医師が基本専門医資格を取得するという仕組みにして初めて量のコントロールができる。全ての医師が基本専門医資格を取得し、その後にトレーニングを積み重ねれば特定の技術・技能等に特化した専門医資格を取得できるという制度にすべきである。（吉村委員②）
- ・ アメリカの医師は24の基本領域の専門医資格のいずれかを必ず取得する。それで初めてドクターフィーをもらえる。その後トレーニングを経ることによりサブスペシャリティの専門医の認定を受けられ、それによりドクターフィーもあがる。また、基本的な専門医資格の中には総合内科、一般外科・家庭医が含まれている。なお、専門医養成の費用はレジデント1人当たり約1000万円であり、3年から5年かけて教育される。（吉村委員②）
- ・ 標榜診療科というのは、受け入れる患者の範囲を示すもの。それに「～専門医」と併記することで、患者にその医師がどのようなトレーニングを受けたかわかるようにするという意義がある。（吉村委員③）

（家庭医・総合医）

- ・ 総合医が大事ということは以前から訴えてきた。デンマークでは家庭医の養成が進んでおり、80%を自宅で看取ることができている。その家庭医の後ろにすぐ飛んできてくれる専門医もいる。総合医については日本医師会が反対しているようだが突破して実現してほしい。（大熊委員①）
- ・ アメリカのレジデンシーモデルにのっとり後期研修を制度化するという考え方については賛同するが、何科を何人と決めることは標榜の自由と相反することになるため、委員会等をつくって慎重に議論すべき。後期研修についてどこでコントロールし、どこで数を決めるのかということについて議論する必要がある。（高久委員②）

- 諸外国では GP も立派な専門医として認められ評価されている。その卒前・卒後・生涯教育のあり方を検討せねばならない。(小川委員②)
- 寝たきり老人の多い国と少ない国ということで調べたところ、寝たきり老人が少ない国は家庭医の収入や彼らに対する尊敬の念が他分野の医師と同等に高かった。(大熊委員②)
- 日本には家庭医の研修プログラムがなかったので小児科の研修を北海道で行った後、カナダで家庭医の正規のトレーニングを受けた。その後、川崎医大に戻ってきたが、大学病院の中では家庭医の役割を発揮することは難しいと考え、北海道家庭医療学センターを創設して日本初となる本格的な家庭医療養成研修システムを構築し、自分がいる間に 16 名が研修を修了した。2 年前に福島県立医科大学に移り、大学の中ではなく、県内に広がる地域を基盤とした県単位の広域家庭医養成システムを構築した。(葛西教授③)
- 家庭医療は様々な特徴を持つ(家庭医療の定義は資料 4 p 3 参照)が、これを実際の診療で発揮できるかが問題であり、質については注意して教育を行っている。(葛西教授③)
- 「家庭医」とは、健康問題や病気の 8 割を占める「日常よく遭遇する状態」に適切に対応することができ、専門医や他の専門職の方と連携し、患者の気持ちや家族の事情、地域の特性を考慮した、エビデンスに基づく「患者中心の医療」を実践できる医師をいう。患者中心の医療を行うと患者の満足度、健康度が上昇するというエビデンスが統計解析を用いた量的な研究でも示されている。(葛西教授③)
- 家庭医療の先進国(イギリス、オランダ、デンマーク、カナダ等)では、家庭医療は医療制度上も医学教育制度上も確立している分野である。(葛西教授③)
- 地域で活躍する家庭医と、高度先進医療を扱う専門医と 2 種類の医師が必要であり、両者が連携することが重要。救急でも、8 割を家庭医が対応し、それ以外の部分は専門医と連携すれば、かなり良いケアができる。家庭医の教育を早急に進めるべき。(葛西教授③)
- 家庭医療先進国のように家庭医と各科専門医の割合がほぼ同じであると仮定した場合に、家庭医と各科専門医が協働すると、ヘルスケア要求の 90% 以上に有効・安全に対応でき、病院とスペシャリストは 1 次や 1.5 次の救急に時間を取られず必須の仕事に集中することができる。住民が医療機関をどういうふうにご利用したらいいか相談をする家庭医がいれば、住民の受療パターンも改善し、病院勤務医の QOL の向上により立ち去り型開業も減少する。基幹病院における各科専門医の不足も緩和し、各科専門医療の質が向上する。さらに長寿医療、予防在宅医療のマンパワーも確保することができる。また、地域枠で入学した医学生に対し、目指すべきキャリアパスを提示することもできる。(葛西教授③)
- 福島医科大学モデルの特徴として、大学内の連携に対する志向性が強かったこと、専門分野を超えた教授たちによるプロジェクトチームが組織され、良く機能したこと、県行政からのバックアップ、町村行政からの協力があつたこと、附属病院だけでなく県内に広がる地域を実践・教育活動のフィールドとし、設立母体の異なる多くの医療機関から参加・協力を引き出せたこと、個人的なつながりもあり、日本最大の家庭医療国際ネットワークからの支援を受けられたことなどがある。(葛西教授③)
- イギリスの家庭医制度で、2004 年から質を高くしたらお金が入ってくるというラジカルなシステムを実験的に導入したところ、2 年後の調査ではパフォーマンスが上昇した。こういう形ではないにしても、日本でも実情にあわせて、家庭医の質を追求できるようなイン

センティブも含めた仕組みをつくってほしい。(葛西教授③)

- 都道府県単位以上の広域に及ぶ公益性の高いシステムを構築して、家庭医と家庭医療指導医を多数養成してほしい。現在家庭医療学会が70程度の研修プログラムを作っているが、一つの大学、一つの病院で行われていて、中々都道府県単位で行えていないので広域で行えるように誘導してほしい。その際には、大学医療機関、住民、行政、医師会の協働ができていく先進モデルを核としてほしい。福島や北海道が良いモデルになると思う。(葛西教授③)
- 国民のニーズに応えるための質の高い家庭医の教育・評価・認定システムの構築を支援してほしい。(葛西教授③)
- 医師が1人で地域に出て行くのはかなりきついため、バックアップ体制が非常に大切だと思う。(川越委員③)
- 北海道で10年間行った取組については、住民の満足度、救急のトリアージ、医療機関の適正利用という点で改善したという報告がある。日本家庭医療学会では、平成18年から標準化された後期研修のプログラムをつくり、募集を始めた。現在70程のプログラムが進められているが、多くのプログラムでは指導医自身が家庭医のことについてよくわかっていなかったり、内科のプログラムとほぼ変わらないようなことをしていたりとまだまだな状況。これを受け、現在年に4回指導医へのワークショップも行っており、数年後が楽しみだという状況。(葛西教授③)
- 家庭医は地域医療に不可欠だが、社会的に認知されていないため、若い医師が行きにくくなっている。そこをしっかりとする必要はある。(岡井委員③)
- 各診療科とともに総合医も基本専門医資格として認定したいと考えている。総合医も当然専門医の一つとして含めたい。(吉村委員③)
- 日本は1人で開業するイメージが強いが、我々が考えているのは指導医2人、研修医2人の4人体制。夜間も交替で回せるため、医師のQOLも悪くない。もう少し大きいところでは指導医を指導する上級指導医を含めた8人体制を想定している。福島は研修医が13名集まっているが、後期研修の2年間は病院での研修が中心。3年目から2人グループで地域に出てもらい、それを指導医が見てまわっている。(葛西教授③)
- 北海道家庭医療学センターの後期研修は人数が少ないためあまり知られていないが、うまくいっていると聞いている。自治医大の場合も色々な形でバックアップはおこなっており、7年間の地方勤務で医師たちは非常にプライマリケアに強くなる。(高久委員③)
- 20年前に厚生省が家庭医構想を打ち出したが、強い反対が出て立ち消えになった。その後も総合医認定制について話を進めていたが、厚労省から総合科の提案をしたところまとまらなかった。今、医師会では日本家庭医療学会やプライマリケア学会、総合診療学会と合同で総合科の認定制をつくらうという案がある。しかし、これにも早速小児科学会から「総合医が小児の患者を診ると小児科診療のレベルを下げる」と反対が出ている。個人的には岡井委員のいったようなキャリアパスをつくるべきだと思うし、後期研修について議論するときには総合医、家庭医が当然議論にはいってくると思う。(高久委員③)
- 新しいコンセプトを導入する際には、その問題点を把握していないと後から大きな問題になる。家庭医の研修を行う際には、専門医とのシームレスな連携が可能になるよう強調し

てほしい。(嘉山委員③)

- 家庭医の本質については反対する人は少ないが、実際の管理・運営的な話になると異論が出る。日本でどうしたらうまくいくのかということを考えてもらいたい。専門医との連携については我々も気を配って教育を行う。どういうタイミングで専門医に送るのが良いかということも地域によって異なるため、地域の実情にあわせて考える必要がある。(葛西教授③)
- 資料9の6-1にあるように団塊の世代の医師に地域医療の研修を行うリフレッシュ研修というものを行っており、既に6人を輩出している。心臓外科の医師が専門を捨てて総合医になれば安心して離島にも出せる。こういうところに予算を取ってもらいたい。研修費用は大体8000万程度。(嘉山委員③)
- 岡井委員のされた話は今持ち出すと問題が多い。葛西先生から説明のあったような研修プログラムにより家庭医がある程度養成されたところで後から名称をやる方が、発展性がある。それまでのつなぎとしては、嘉山委員が言ったようにある専門分野で一人前になった医師に教育を行い、幅を広げてへき地に行けるようにするというプログラムもいいのではないか。(土屋委員③)
- 大学病院や研修病院はセクショナリズムが強いが市中病院は隔壁がないため、例えば同じ内科でも消化器、循環器、呼吸器の全てを勉強できる。大学病院も隔壁をとってローテーションができるシステムをつくらないと、家庭医を大量に養成することは難しい。葛西先生のところの取組を全国的に広げるにはどうすればいいのか真剣に考える必要がある。(土屋委員③)
- 後期研修でも家庭医のコースはできてきているので、何らかの形で認定してやれば、若い医師たちも入ってくるはず。若い医師たちは何らかの資格がほしいという意識が強い。(高久委員③)
- 地域による医師の偏在については、家庭医療の普及が一つの解決策であると思う。日本の中で地域医療として家庭医療を必要としているところがどれくらいあり、その地域でどのような形で専門医と家庭医が連携する体制を作っていくかということを考えなければならぬ。(海野委員③)
- 総合医の養成については、葛西先生や自治医大が行っているような医師になった当初からのトレーニングとともに、専門分野に長けた医師が開業して地域医療を担う際のトレーニングをあわせて考える必要がある。(吉村委員③)
- イギリスの家庭医は非常に良いと思うが、その反面イギリスの医療のレベルがあまり良くないのはなぜなのか。学会の危惧は家庭医から専門医へ患者が行くときの壁が高いのではないかということ。イギリスでは実際家庭医から専門医へ送る際に6ヶ月待ちということも起きている。(嘉山委員③)
- イギリスの医療について日本で今言われていることの多くはサッチャー政権の時代の話であり、ブレア、ブラウンになった後の新しい情報はほとんど入ってきていない。私が資料として出した日本医事新報の文献を是非よんでもらいたい。(葛西教授③)

(臨床研修制度)

- ・ 臨床研修制度の見直しについて、厚生労働省は大学から意見を聞いたと言うが、例えば心臓手術等の全国ランキングを見ると、上位に入っているのは市中病院であり、現在は市中病院の方が患者の信頼も厚い。こういった市中病院から事情を聞かなければ意味がない。(土屋委員②)
- ・ 臨床研修制度については評価するところもあるが、見直しが必要。厳しい診療科に手をうつこと、大学の研修医が減ったこと、フリーターの医師が増えていてトレーニングシステムを作ることは対応すべき。資料4のP5より、大都市圏域での大学において臨床研修を経験しており、どうしても小都市圏域は、明らかに少なくなっている。資料4P2より、研修制度の理念はよかったが、定員過剰であったため、空席が3,000人もある状況。地域別に定数を決めて、大学と基幹病院が連携したプログラムの作成が必要。(吉村委員⑤)
- ・ 研修施設の認定基準を厳格化することで、「質の高い医師の養成」と「全診療科のバランスのとれた医師養成」を行う必要がある。(吉村委員⑤)
- ・ 現在の臨床研修制度について、2年間新規医師が誕生しないこと、地域医療に影響を及ぼしていること、指導体制が充実していない500床以下の臨床研修病院で1/3の研修医が研修を行っていること等を踏まえ、①研修期間を2年から1年に短縮すること、②臨床研修病院の指定基準を500床以上にすることを提言する。(嘉山委員⑤)
- ・ 現在の臨床研修制度は、旧態依然とした医局制度の弊害を鑑みて作られた制度であるので、廃止することには反対する。また、研修医も自分たちで研修する病院を選んで行っているであり、選ばれなかった病院は、選ばれなかったことを自覚すべき。研修医が集まらないのは制度の問題ではないのではないか。(大熊委員⑤)
- ・ 旧研修制度は、悪いところもあったが、それでも日本の医療は世界一であった。現在の臨床研修制度についても、研修の質の向上の観点から見直しを行うべき。(嘉山委員⑤)
- ・ 臨床研修制度の研修期間を短縮することに対しては、賛成する。また、指導体制の充実や研修の質の向上の観点から見直しを行うべき。(川越委員⑤)
- ・ 卒後臨床研修評価機構において、臨床研修の評価が行われているが、診療だけを行ったり、指導体制が充実している病院は、研修医からも人気がある。給与が高かったり、留学させてくれる病院も人気はあるが、研修期間を1年に短縮することも含めた検討が必要。(高久委員⑤)
- ・ 現在の臨床研修制度の下では、旧制度の時ほど研修医に能力が身に付いていない。興味がない診療科もローテートしなければならないことにも起因すると考えられる。また、臨床実習で身につけたことを国家試験の勉強期間で現場を離れて忘れてしまい、研修でゼロからやり直さなければならないことも無駄。卒前卒後で一貫した医学教育を行えば、こういった無駄がなくなり、研修期間の短縮に繋がるのでは。ひいては医師不足対策にも繋がる。(岡井委員⑤)
- ・ アメリカでは、卒前卒後一貫教育を行っている。厚生労働省と文部科学省とが協力して、一貫性のある医学教育カリキュラムを組めば、確かに研修期間の短縮は可能。(土屋委員⑤)

(その他)

- ・ アメリカでは、家庭医や一般内科については、希望すれば100%入れるが皮膚科などは60%くらいしか入れない。良い成績をとらなければ行きたいと科に行けないということで学生時代に猛烈に勉強する。(高久委員②)
- ・ アメリカは1万6000人の卒業生に対しレジデンシーのポストが2万3000人分ある。あまったポストは外国の医学部の卒業生で埋めている。日本で医学部の定員数にあわせてレジデンシーのポストを決めると職業選択の自由を奪うことになってしまう。このような事情の違いを勘案すべき。(海野委員②)
- ・ 日本では医師以外は経済原理によってなりたい職業に就けるか就けないかが決まる。医者だけ競争原理がないというのでは理解を得られない。(土屋委員②)
- ・ 社会人入学の学生は優れた人間性を持っている。受験できる人の幅を広げるとともに、形だけではないきちんとした臨床教授を増やすべき。診療所の先生にも臨床教授になってもらい家庭医療について教えてもらおうと良い。(大熊委員②)
- ・ 日本では、医師法上の問題、指導側の問題もあり、アメリカとは臨床実習のレベルが異なる。現在行われているクリニカル・クラークシップのレベルアップが必要となる。(高久委員⑤)
- ・ 日本の医学生は、医師法上、医行為に制限があり、見学のようになっている。卒前教育について厚生労働省と文部科学省とが協議を行っていくことが必要。(嘉山委員⑤)
- ・ 医学生の医行為については社会に理解を求めたい。国民の医療ニーズは高いが、学生教育のために身を呈することには消極的。マスコミにも協力を得て、社会にアピールしていくことも必要。(小川委員⑤)
- ・ 臨床実習を大学病院のキャンパシティだけで行うのではなく、市中病院も活用して行っていくことが必要。従来の座学だけではなく、実践に基づいた教育が大切。(土屋委員⑤)
- ・ 現在、当大学では座学はあまりやっていない。臨床実習が従来に比べ1.5倍には増えている。また、臨床教授を置いて地域の現場でも医学教育を行っている。これからの問題は学生の医行為が制限されていることである。(嘉山委員⑤)
- ・ 日本の医学生は、臨床推論ができないことが問題だと言われている。日本では、すぐに検査に頼ってしまう傾向があるためであり、これが学生にも影響している。(高久委員⑤)
- ・ 専門医が開業する際には、地域医療を担えるよう再教育を行うべき。(土屋委員⑤)

【医師の偏在】

（診療科ごとの偏在）

- ・ アメリカのレジデンシー制度などを参考にしながら議論をしていかないと医師の偏在が解消せず、定員を増やしても結局行くべきところに医師が行かない。（高久委員③）
- ・ 外科医の不足についても危機感を持っている。特に技術を持った外科医が減っている。（高久委員①）
- ・ 確かに外科医の数は減っている。開業してしまうケースも増えている。診療科バランスについてはインセンティブをどうつけるかが重要だが、やはり専門医に対して相応の処遇を行うことが必要だと思う。専門医の資格を取得しただけで厚遇する必要はないが、実際に手術などを行った場合にドクターフィーをつけるといったことが考えられる。（吉村委員①）
- ・ 産科・小児科だけでなく、精神科など声を上げられない人たちがいる診療科でも崩壊がおきている。精神病床は、一般病床と比べ医師の配置標準は3分の1、看護師の場合は3分の2とただでさえ低い基準であるにもかかわらず、また切り下げようという動きもある。（大熊委員①）
- ・ 我々の世代では産科に入る人も多かった。今はちょっとでもおかしいことがあると「何かあったんじゃないか」となる。若者は一生懸命やっている。彼らの志が熱いうちに、制度としてどうバックアップするかということを考えたい。（小川委員①）
- ・ 偏在を解消するためにはインセンティブが絶対必要。若者の志は低くないが、その志を折ってしまう周りの環境がある。卒後臨床研修制度によりパンドラの箱があき、医局制度が崩れたため、自発的に学生たちが入ってくる環境をつくってやる必要がある。アメリカの研究でサービス時間、肉体的尽力、精神的尽力、患者リスク・精神的ストレスという要素をコード化し、診療行為に必要なインセンティブを数値化したものがあるが、そこでは子宮摘出手術に必要なインセンティブは45分間の精神患者のケアに必要なインセンティブの約4.9倍とされている。（嘉山委員①）
- ・ トップが下の仕事を認めてやることも重要。私の病院では分娩には2万円を支給している。トップや国が「認めているよ」と意思表示をすることが大切である。（嘉山委員①）
- ・ 医師数の偏在を解消するには、卒後教育の問題を考える必要がある。アメリカでは科ごとにトレーニングが可能な人数がコミティーで決められており、卒後研修の予算は国家が負っている。日本ではがんの専門医が足りないということで文部科学省が養成プランをつくったが、大学院で授業料をとって養成されることになっており、給料を払って研修させるアメリカとは差がある。予算を卒後教育につぎ込んで診療科ごとのバランスを取るべきである。（土屋委員①）
- ・ 医師の数が足りないというのは事実であり、それを前提としたうえでインセンティブをどうつけるか、どういう医師を養成するかということを考える必要がある。アメリカのように基本的な診療科ごとのジェネラリストを専門医とすべきである。総合医も1つの専門性。全員を何らかの専門医のプログラムに参加させた上で、さらにインセンティブをつけてそのもう1段階上のサブスペシャリティを養成するべき。（吉村委員①）
- ・ 医療機関で働く医師の総数を研修医の数で割ると36.6となる。36.6で各診療科の

専門医数を割ると、研修を終えた医師たちが次の年に何人入ってくれば各診療科の現在の医師数の割合を維持することができるかということがわかる。現在の割合の是非についての議論は別にあるとしても、こういった方法で出した数字をもとに診療科ごとの養成数について議論をすべき。(土屋委員②)

- 要するにハイリスク・ローリターンな分野から若い医師が逃げたということ。(嘉山委員②)
- 診療科ごとの偏在の問題が一番重要であると思う。そのまま増やしても偏在は解消されない。(高久委員②)
- 医師の数が少ないがゆえに偏在が起きている。資料6 I-委員②にあるようにアメリカでは外科医に対してきちんとインセンティブをつけている。また、前回話したようにハーバード大学の研究では指数を使って必要なインセンティブを計算している。医者を増やし、インセンティブをきちんとつければ偏在は解消する。(嘉山委員②)
- 脳神経外科医や心臓外科医は訴訟のリスクが高いため、ドクターフィーには訴訟のための費用が含まれているということも留意すべき。(高久委員②)
- 診療科における医師の偏在の問題は、アメリカやイギリスと同じようには解決できない。アメリカやイギリスは英語圏であり、他の国から人が集まるが、日本では現行の制度ではこれが望めない。特定の条件を満たした外国人を受け入れる制度も検討に値する。現時点で有効な方法は、足らざる科・地域に、特別手当や地域手当を支給するといったインセンティブを与えることである。(小川委員②)
- 事務局から提出のあった基本領域学会の新規入会者についての資料をもとに私の方で詳しく分析したものが資料5である。p 3を見ると臨床研修制度導入以降外科医などは新規入会者数がそれ以前の水準まで回復していない。臨床研修制度自体の是非はともかくとして、臨床研修の導入により変化が起きているという現状を認識すべき。(海野委員②)
- たとえ少額であっても支給して「認める」ということが必要。資料6のI-委員①にあるように、山形大学ではそういった取組を行っており、少額であっても効果は出ている。(嘉山委員②)
- 国の制度のどこを変えるべきかという大臣の問題意識について言えば、技術料が認められていない現在の診療報酬体系を見直すべき。技術やリスクを医療費で見るとような仕組みにすべきである。(嘉山委員②)
- (今回の診療報酬改定で導入したハイリスク分娩加算については) 病院にお金が行くが、個人にお金が行くようにすべき。(嘉山委員②)
- 産婦人科、小児科救急の問題は要するに国民のニーズにどう応えるかということ。前回大臣から予算になるような具体的な話をという指摘があったので資料6のp 3に産科のインセンティブ付与に関する提案を書かせてもらった。また、小児科については、資料6のp 4 1に大阪府立母子保健総合センターの藤村総長が出した要望書をつけさせてもらったが、詳しい内容は大熊委員の資料を見てもらうと良い。(海野委員③)
- 技術を要する外科医が少なくなっていることが大きな問題。外科医をもう少し優遇しないと外国へ行って手術を受けなければいけなくなってしまう。(高久委員④)
- 手術中の麻酔患者には心停止や高度低血圧等の心停止以外の危機的偶発症、手術中及び周

産期死亡等のリスクがあり、手術中又は周術期の短期間に非常に高い確率でリスクがある。
(山田教授④)

- 手術をするのは外科医だが、手術中、侵襲の加わった患者の全身管理をするのは麻酔科医である。このため、手術患者の安全性を確保するためには麻酔科専門医が必要である。(山田教授④)
- 卒後臨床研修の必修化が麻酔科医不足の顕在化のきっかけだが、根本的な背景は、麻酔科医療の需要が増加したこと。手術件数の増加や領域の拡大、安全な医療を求める国民の声、そこからくる麻酔科医以外の医師による麻酔の減少などがその原因となっている。(山田教授④)
- 一般病院では、麻酔業務の担当者のうち院内の外科医が27%を占めるが、訴訟リスクの増加や外科自体の業務の繁忙などから彼らがあまり麻酔を行わなくなっている。(山田教授④)
- 標榜医の数は順調に伸びているが、全身麻酔件数も増加しており、その増加に追いつくのがやっとである。また、一旦標榜医の認定を受けると、麻酔をかけなくなってもそのまま継続するという問題がある。麻酔を主たる診療科とする医師数は、1996年から2006年にかけて23%の増加だが、全身麻酔数は1996年から2005年で31%増加しており、過去10年強の増加率は全身麻酔数の方が麻酔回数を上回っている。(山田教授④)
- 年齢構成を見ると、麻酔科医は比較的若い人が多いが、今後高齢化していく中で麻酔科を離れていく人が増えるという検討結果も出ている。また、20代、30代では女性が多いため、女性医師の離職の影響も出てくる。(山田教授④)
- 麻酔に関わる全ての業務を麻酔科標榜医が行わないと、麻酔管理料がつかない。研修医が指導医の管理の下で気管挿管を行っても管理料がつかなくなる。(山田教授④)
- 医者17万人全員忙しいわけではないので、緊近の問題として、救急医療、産科・小児科等の労働条件が厳しい診療科目へ行くようにするシステム作りが必要。(吉村委員⑤)
- 資料4のP6より、後期研修医の志望診療科は、結果として偏りない形に満遍なくなっているようにみえるが、心臓血管外科等0の科目も少なからずあり、さらにばらけられる必要がある。診療科偏在解消ために、ある程度のインセンティブ、交替勤務、スキルミックス、医師・助産師・看護師等の医行為の緩和等々が必要。(吉村委員⑤)
- 診療科の偏在対策には、レジデント制度の整備が必要。後期研修を制度化することにより診療科別の医師数を制限することを検討してはどうか。(高久委員⑤)
- 厚生労働白書によると米国と比べ日本の脳神経外科医数は3.7倍、産婦人科医数は0.7倍とある。ただ、産婦人科も出生数を考えるとトントンと書いてある。医師数の多い診療科から、医師不足の診療科に医師を回してはどうか。(大熊委員⑤)
- 分娩数当たり及び人口当たりの産婦人科医数は米国より日本の方が少ない。日本より産婦人科医が少ないのはイギリスのみである。(岡井委員⑤)
- 米国では脳卒中患者を神経内科医が診ているが、日本は脳神経外科医が診ているので単純比較はできないし、脳神経外科医は余っていない。(嘉山委員⑤)
- 診療科の偏在については、国ごとに診療内容に違いがあるため単純な国際比較はできないが、国際的な平均値にはやはりある程度の意味はある。国際的な比較では脳外科が多く、

麻酔科が不足しているというのは事実。脳外科についても技術の継承という意味では一定の手術件数を扱うことが保証されるような誘導をしていく必要がある。(山田教授⑤)

- ・ アメリカと比べ日本の脳外科の方がレベルが高い。アメリカでは100人の脳外科医の日本の脳外科医が良く扱う動脈瘤の手術を行うのは3人。あとは年間1、2件しか扱わない。手術件数を増やすために政策的に人数の制限をかけるとなると混乱が生じるため、配慮が必要。(嘉山委員⑤)

(診療科ごとの偏在～特に産科の場合～)

- ・ 数だけの議論をしても解決しない。私は元産科医だが、産科を選んだのは、仕事は厳しくても、妊婦とともに喜びあえる、腕を磨けるという観点から産科医療に魅力があったため。現在は母子の安全を保つ観点から、帝王切開の数が増えているようだが、今の産科の状況として職業としての魅力があるのかどうか、現場の状況を聞きたい。(川越委員①)
- ・ 産科医の減少には福島の大野病院の出来事が大きな影響を与えたのではないかと。警察が入ってきて逮捕をしたことで、医師たちが引いてしまったという面があると思う。(川越委員①)
- ・ 昔よりも産科医療は数段進んでおり、学生も興味は持っている。学生が診療科を選ぶ際に重視するのは、①学問的魅力があること、②やりがいがあることの2つだが、産科は①②のどちらもあり、学生に聞くと、興味のある診療科として産科も小児科もあげられている。ただ臨床研修を終え、本当に選ぶとなったときに、「忙しそう」というマイナス要因に引っ張られてしまう。(岡井委員①)
- ・ 国が産科を大事にするということをアピールしてくれたため、昨年以降は入局者が増えている。国がそういう姿勢を示すことにより、希望を持った学生たちが入ってくるようになり、それによってまた勤務環境が改善するという良いサイクルが生れるのではないかと。(岡井委員①)
- ・ 産婦人科においては、領域によって偏りがある。不妊治療や女性医療は、当直が少なく医師の数も増えている。(岡井委員⑤)
- ・ 産婦人科の人気のないのは、諸外国も同じ。(海野委員⑤)
- ・ 日本では24時間のお産がありうるという前提にたつて、人員が配置されていない。このため、屋に生まれるように陣痛抑制剤等を使い、脳性麻痺や妊婦の死亡につながっている。24時間同じ体制で対応できるようにするべきである。(大熊委員⑤)
- ・ 24時間同じ体制でお産を扱えるようにということになると、相当の人間を抱える必要があるため、相当数の分娩を扱わなければならない、集約化が必要となるが、一方地元でお産したいというニーズも強い。そこを両立するにはある程度経済性を無視しなければならない。現状では人数が足りなすぎるため、若手の医師や助産師を養成するために、基幹病院を充実させ、教育体制を整備する必要がある。それが地域産科センターの考え方である。(海野委員⑤)
- ・ 産婦人科医を増やすには、短期的には集約化が必要。一定期間を超えれば、地域でのお産を望む国民のニーズにも応えることもできると思う。(海野委員⑤)
- ・ 産科を集約化できるところは集約化すべきだが、できないところはネットワークを構築す

べき。オランダは助産師が世界 1 の技術を持っているが、周産期死亡率は日本より高く、国民がそれを許容しているだけ。日本で、それを許容してくれといっても難しい。また、トリアージも 100%はうまくいかないため、問題が生じたときすぐに対応できるようにする必要がある。そういった意味では院内助産所が理想的である。(岡井委員⑤)

(地域ごとの偏在)

- ・ 医師数の地域格差というのはどこの先進国でも抱えている問題。これを解消するためにはその地域の学生を入れることが一番効果があるという調査結果が出ている。(岡井委員②)
- ・ 自治医科大学の出身者は定められた期間が過ぎると、すぐ県外へ出て行ってしまう。(嘉山委員②)
- ・ 診療科や地域偏在を解消するためのシステム構築が必要。へき地に1人の医師が長期間勤務することは厳しいので、へき地で勤務する医師を支える交替制等のシステムが必要。(吉村委員⑤)
- ・ 医師をへき地に派遣するにしても、医師が1人しかいないような所に行くのは経験者でも大変不安がある。バックアップ体制をとる必要がある。(川越委員⑤)
- ・ 第9次へき地保健医療計画で、へき地医療支援機構を設置し、へき地で勤務する医師を支援する体制は、都道府県によって差はあるものの、一応は整っている。各都道府県でやってもらう必要がある。(高久委員⑤)
- ・ 医師不足対策を都道府県の行政にだけ頼ってはいけぬ。これからは、医療者が率先して対策を講じていくことが必要。私は、呼吸器外科が専門だが、肺癌の症例数に対して専門医が多い。症例数は決まっているのだから、学会がそのことを認識して専門医数を是正しなければならない。(土屋委員⑤)
- ・ 医療経済研究機構の研究では、諸外国において、地方出身の医師の方がその地方に残る確率が他の医師よりも2~2.5倍高いという結果が出ており、奨学金方式よりも、地方枠を設ける方が効率が良い。定員増のうち何人分かは地域枠を拡充することになれば定着率は上がると思われる。(岡井委員⑤)
- ・ 個々の県の中でも偏在がある。従来の医局制度には戻れないが、医局制度の持っていた評価すべき機能を代替できるシステムを構築すべき。国公立、民間を問わず、医師が集まる病院を核として派遣を行わせ、派遣される人や派遣する病院にインセンティブを与えるべき。(和田委員⑤)
- ・ 地域偏在の解決は非常に難しい問題。麻酔科でも地域偏在は大きな問題だが、検討のベースとなるような資料も不十分であり、まず解決すべき課題自体を認識することが難しい。(山田教授⑤)
- ・ 看護師の7対1配置が導入された際も、都市部の大病院から充足していった。人集めという観点からも地域によって差がある。都市部の大病院は、研修制度が整っていて魅力的であり、全体的に数が少ないため、取り合いになってしまう。若い人は勉強する機会を求めているが、数が少ないため勉強の機会を提供できず、悪循環になっている。(井上教授⑤)
- ・ 山形大学では地域枠は設けていない。その理由の1つは教育の機会均等の観点。もう1つは山形県から37名の学生が入ったとき国家試験の合格率が国立大で最下位というエビデ

ンスがあったため。(嘉山委員⑤)

- ・ 地域ごとの偏在の原因として、まず若者の都市志向がある。これはどうしようもないため、職場環境を良くしようとなるが、医師が不足しているためこれも難しい。山形県では都道府県の医療対策協議会で都道府県と大学がうまく協議をして医師を派遣し、医療崩壊を食い止めている。都道府県がコントロールしようとするのではなく、都道府県医療対策協議会のメンバーに大学もしっかりと含めて協議をすれば県内の偏在の問題を解消できる。(嘉山委員⑤)
- ・ 医師の偏在の問題についてはもう少し細かな分析をする必要がある。例えば人口3万人の都市にはどういう外科医が必要なのか等、地域ごとのニーズを把握してどういった医師が必要なのかを考えるべき。(土屋委員⑤)
- ・ 地域の偏在を考える際、県単位など一定の地域で考えていく必要はある。国家試験の合格率といった問題があるとしても、国立大学は地方出身者の優遇について責任を持って考える必要がある。(山田教授⑤)
- ・ 都道府県ごとの偏在は、特に東京対その他の県という色彩が強いが、これは厚生労働省が直接関与していく必要があると思う。一方、都道府県によって、2次医療圏が生活圈や交通網とリンクしていないといった問題のあるところもあり、国による杓子定規な対応では実情に沿わない。偏在の是正については、ある程度都道府県に任した上で、国は助成を出すという方法が良いのではないか。(土屋委員⑤)

【地域医療】

(救急医療)

- 救急医療の現在の問題は、山ほどの患者に対応しなければならないということ。どういう形で患者の数をコントロールし、医療資源の適切な配分を行うかが重要な問題である。(有賀教授③)
- 東京は年間 60 万件の搬送があるが、救急車が足りず、消防車の方が先に現場に着いて処置を行っていることが1日230件程度ある。これを受け、東京消防庁の司令センターの一角で、電話相談による患者のトリアージを行っている。1日80件程度だが、プロトコールにしたがい9割方はナースが対応している。また、昨年の6月から、救急隊が現場に行き、プロトコールに従って患者の状態を確認した後、搬送不要な場合には、その旨を患者に伝えているが、100人中60人ぐらいは納得してくれる。(有賀教授③)
- 成育医療センターや、武蔵野赤十字病院では院内でのトリアージを始めていたが、それを他の施設に普及するという点については「問題が生じると困る」という意識から消極的だった。(有賀教授③)
- 武蔵野日赤病院では院内のトリアージのルールをつくったことにより、緊急度の高い患者に先に診ることができるようになり、資源を必要なところに先に投入することが可能となった。これにより、来院患者のクレームは激減し、看護師の職務に対する満足度も上昇した。(有賀教授③)
- 事務局の資料で、熊本の事例があげられているが、東京都の区とは急性期病院とリハビリ病院の比率が全く違うので参考にならない。例を出してくれるのは構わないが、地域的な問題があることには配慮してもらいたい。また、東京では、社会のふきだまりのような状況があり、お金が払えない、家がないといった人たちも運ばれてくるため、救急患者受入れコーディネーターや管制塔機能について考える際には福祉の問題も加味して議論している。救急医療の充実を考える際には社会的弱者の問題についても配慮してほしい。救急医療の入り口の問題は、単に渋滞現象というわけではない。(有賀教授③)
- 厚生労働省がドクターヘリの配置を進めているが、東京では、厚生労働省のドクターヘリではなく、消防庁のヘリがドクターヘリのような形で飛ぶというルールを作っている。多くの都道府県がこのような形で従前からあるヘリを使って一定水準のことができるはず。厚生労働省もこういうことに配慮し、総務省に声をかけつつ地域全体の医療についてのビジョンをつくってほしい。(有賀教授③)
- 中小病院は自分たちのところに直接くる救急患者だけでなく、救命救急センターで一段落した亜急性期の患者を受けており、高次の病院のサポーター的な役割も果たしている。地域のネットワークはガラス細工の様な壊れやすい状態になっているので支援をおこなってもらいたい。(岸本先生意見：有賀教授③)
- コメディカルの絶対数が不足しているため、増やしてほしい。(岸本先生意見：有賀教授③)
- いかなる診療科であっても一定期間の救急実習を義務づけることが必要。3次救急を2次救急病院が助け、2次救急を1次救急を担う診療所が助けるということが地域社会の在り方として必要。(岸本先生意見：有賀教授③)