

平成 20 年 8 月 27 日

「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会への提言

海野信也（北里大学産婦人科学教授）
岡井崇（昭和大学医学部産婦人科学教室主任教授）
嘉山孝正（山形大学医学部長）
川越厚（ホームケアクリニック川越院長）
丹生裕子（県立柏原病院の小児科を守る会代表）
土屋了介（国立がんセンター中央病院病院長）
吉村博邦（社団法人地域医療振興協会顧問）
和田仁孝（早稲田大学大学院法務研究科教授）
有賀徹（昭和大学医学部教授救急医学講座主任）
井上範江（佐賀大学医学部看護学科教授）
葛西龍樹（福島県立医科大学地域・家庭医療部教授）
山田芳嗣（東京大学大学院医学系研究科外科学専攻
生体管理医学講座麻酔学教授）

I はじめに

私たちは、本検討会によって、崩壊の危機に瀕している我が国の医療に光明がもたらされ、短期的に対応できる施策については速やかな実施を可能とし、かつ中長期的には国民に対して安心と希望を与えうるような展望が開かれることを切に願うものである。

日本の医療は、WHO の評価では世界第 1 位ということだが、その当否は別にして、高水準の医療が他の先進国と比較して、非常に低い医療費（対 GDP 比 OECD 加盟 30 か国中 21 位）によって達成されてきていることを国民・社会に認識してもらう必要がある。それを可能にするには、少ない医師（人口 1,000 人あたり OECD 加盟 30 か国中 27 位）が過酷な労働条件で働いてきているという医療現場の負担が必要であった。医療費に関しては、他にも医師の技術料や練度に対する評価がなされていない、病院の医療費が低水準に抑制されている等の問題があり、現在の医療崩壊の重大な要因となっている。また、医学教育を含め、教育費についても対 GDP 比 OECD 加盟国中 29 位という事実を直視しなければならない。崩壊の危機にある医療を再建するために必要な施策を具体的に実施するに当たっては、医療費、教育費の増額が不可避と考えられるが、それは最終的には国民が決めるべきことである。医療へのアクセスを取るか、医療の質を取るか、両方取るならどれだけの経費がかかるのか、国民の安全性の確保のためにはどれだけの医療費が必要なのか等の問題を、幅広く検討する必要がある。真に国民が求める医療の姿について、今後国民的な議論が展開されることを希望する。

II 本提言について

問題を解決するには、まずそのことが「問題である」と「認識」するところから始まる。

今日のように崩壊の危機に瀕するようになった我が国の医療は、厚生労働省によってそこに「問題がある」と認識されてこなかったことによってもたらされたことが大きな要因ともいえる。また、医療現場にいる我々も政府に任せていた深い反省に立ち、委員自らが筆をとったものである。

本提言では、現状の問題点を「認識」することから始め、その問題を解決する上で、中長期的なビジョンを検討し、更に短期的な対応の検討を行った。諸問題の本質的な解決は中長期的なビジョンにおいてなされなければならないが、特に即効性が期待できる事項や中長期的な対策を待てない緊急性の高い事項については、短期的対策として盛り込んだ。

また、検討課題を①医師養成数、②医師の編在と教育、③地域医療・救急医療体制支援と住民参加、④コメディカルの雇用数と教育に分けて検討したが、本来これらの事項は密接に関連しており、どの一つも他と切り離して議論する訳にはいかない。一つを変えれば他にも影響があることに留意しておく必要がある。

本検討会での4つの検討課題の根本的な解決のためには、いずれも、専門家たる医療関係職種の内容、つまり、国民がいかなる人材を望んでいるかという中長期ビジョンが必要となる。各診療科の教育、家庭医・総合医の教育、在宅医療の教育、様々なコメディカルやそれぞれの職種の中での専門性の教育等について、若手を含めた様々な立場の医療関係職種が集まり、自律的に検討する必要がある。そのうえで、具体的な中長期ビジョンを提示し、国民の選択を仰ぐことが、医療者集団としての責務と考える。

その体制整備のため、今年度より研究班を設置¹、今年度中に一定の方向性を取りまとめ、厚生労働大臣に報告する。これが、4つの検討課題に共通する、医療関係職種の教育という中長期的ビジョンへと近づくために、不可欠な第一歩である。

III 医師養成数

1 現状認識

(1) 国際的に見て絶対的に少ない我が国の医師数及び厳しい労働環境

我が国の現在の人口千人当たり医師数は、2.0人となっており、OECD加盟国においても最低ランクであり（イギリス2.4人、アメリカ2.4人、OECD平均3.0人、フランス3.4人、ドイツ3.4人²）絶対的に不足しているといえる。アメリカ医科大学協会（AAMC；Association of American Medical Colleges）は、アメリカの医師不足が進行している

¹土屋委員第2回資料7及び土屋委員第2回要望書

²土屋委員第2回資料7図1

として、2015年までに2002年レベルと比較して30%の入学定員の増加を勧告した³。

また、我が国の医師の勤務時間は60～80時間程度であり、諸外国と比較しても著しく長いといえる。なお、イギリス、フランス、ドイツの医師の勤務時間は30～50時間程度である⁴。

我が国の病院勤務医は週平均70.6時間の過重な勤務を余儀なくされている⁵。また、実態として勤務しているのと変わらない状態である「当直業務」であっても「勤務」とはみなされず、労働に見合う正当な対価がほとんど支払われていない。更に、多くの病院勤務医師は、いわゆるオンコール体制（院外での待機を命ぜられ、必要に応じて呼び出しを受けて診療を行う体制）によって相当時間拘束されているが、この拘束時間に対する対価も支払われていない場合がほとんどである。なお、山形大学医学部附属病院では、宿日直手当、オンコール手当等を支払っており、勤務医のインセンティブとなっている⁶がこのような取り組みはまだ全国的にも少ないといえる。

（2）医療の質を確保し続ける限界

我が国の病院勤務医は、当直明け後もそのまま勤務しなければならないことが多いが、徹夜（当直）明けはほろ酔い～酩酊初期の注意力まで低下した状態と等しいという科学的証明もなされている。このような状態で医師が診療に当たらざるを得ない医師不足の現状では、我が国の医療の安全性が脅かされているともいえる⁷。

このように、人手不足により安全性を確保できないため、診療中止する医療機関や診療科が相次ぎ、地域住民の医療へのアクセスが脅かされている。

（3）絶対的医師数増加の必要性

嘉山委員による推計では、医療需要を医師の勤務時間ではなく患者のニーズで表現している。我が国の高齢化や人口減少を考慮すると、患者の医療需要は今後22年間増え続け、2030年にピークを迎え（図1）、その後緩やかに減少する⁸。ただし、ここには含まれない要素も多く、医療の高度化に基づく検査の増加、治療オプションの増加や低侵襲治療の導入等による同一疾病にかかわる医師の診療時間の増加、更に患者との対話や疾患及び治療法などの説明の充実化（現行の外来診療3分では不十分）、また医療安全のために必要な対応や処置の拡充など、患者ニーズの多様化によって必要となるマンパワーの将来更に増加してゆくと予測される⁹。

³土屋委員第7回資料

⁴嘉山委員第1回資料7 p14, p28

⁵嘉山委員第1回資料 p28、土屋委員第2回資料7

⁶嘉山委員第2回資料6 I-①

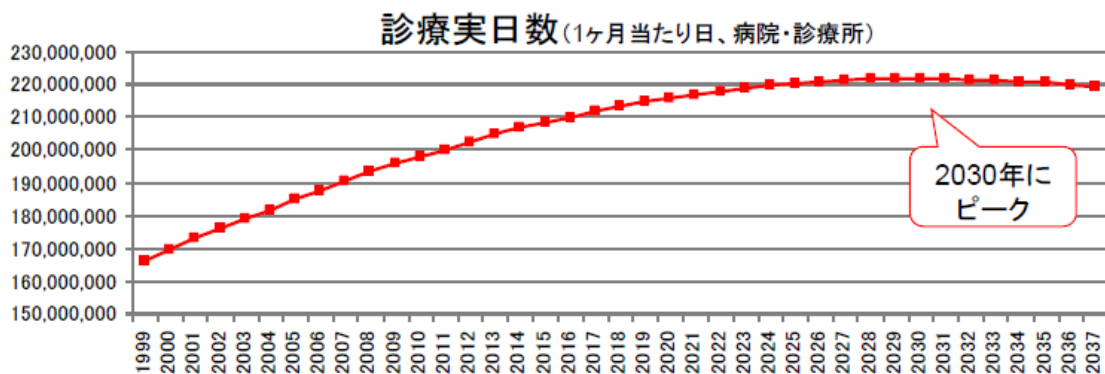
⁷嘉山委員第1回資料7 p31

⁸嘉山委員第1回資料7 p23

⁹岡井委員第5回意見

図 1

高齢化とともに患者需要は増大する



※診療実日数:入院では当月中の入院日数、入院外では当月中の外来、往診等で医師の診療を受けた日数

医療需要の増加への対応、患者の安全性向上、病院医師の過剰労働の緩和のためには、医師養成数増加が必要不可欠である。主に病院の医療を支える若手医師数は、医師養成数を増加させない限り増加しない¹⁰ことも考慮する必要がある。

一方、厚生労働省「医師の需給に関する検討会（平成 18 年 7 月 28 日報告書）」における推計の根拠とされ、本検討会でも事務局から提示された長谷川データ¹¹は、医療需要を患者のニーズではなく、医師の勤務時間で表現しているが、週平均 70.6 時間のうち自己研修、研究、休憩時間等を除いて週平均 48 時間としており¹²、現場の実態から乖離した荒唐無稽なデータである。厚生労働省は、自己研修、研究、休憩時間等を含めた滞在時間を用いた場合、病院滞在以外にも拘束されるオンコールの時間を含めた場合、女性医師の労働時間を男性の 0.5 とした場合、（長谷川データは常勤医師の勤務時間を用いているが、現場を担って長時間勤務している若手医師の多くは非常勤であるため）非常勤医師の勤務時間も含めた場合、3 分診療を 6 分にした場合、（現在若手医師は増えず高齢の医師が増えているが）高齢医師には 24 時間体制の医療は務まらないこと、臨床研修制度によって若手医師が 2 年分、事実上現場からいなくなっていること、といった様々なパラメータを含めて、必要な現場の医師数推計をやり直す必要がある。

（5）医育機関の担う役割

医師養成定員を増加した場合に、人材の質が低下する可能性も危惧されるが、私立大学医学部における優秀な学生を対象とした奨学金を設けることにより、これまで経済的理由で医学部を諦めていた優秀な学生のインセンティブとすることができる。多くの私

¹⁰土屋委員第 2 回資料 7 図 4

¹¹事務局第 5 回資料 1

¹²嘉山委員第 1 回資料 p32

立大学は人口の大きな大都市圏に存在し、医療過疎の典型的地域である大都市近郊（埼玉県、千葉県、静岡県、茨城県、岩手県、奈良県、和歌山県等）で、私立医科大学の分院が医療提供体制を支える役割を果たしている¹³。

国公立大学付属病院は、地域拠点病院として、地域の各種医療機関と連携して、診療のみならず、教育、研究の中心的役割を果たしている。

特定領域に特化した専門病院は、国民社会の期待に応えるべく高いレベルの診療を提供している。

2 中長期的ビジョン

(1) 医師養成数の増加

アメリカ・イギリスは、医師数は OECD 平均を下回るが、コメディカル数は OECD 平均を上回るのに対し、ドイツ・フランスは、医師数は OECD 平均を上回るが、コメディカル数は OECD 平均を下回っている¹⁴。医師数もコメディカル数も少ない我が国は、医師数もコメディカル数も増やす必要があるが、どちらをより大幅に増員すべきか等、複数の選択が考えられるが、いずれの考え方に立つかについては、医師養成数増員の第 1 段階の成果を踏まえつつ、今後更に検討を重ねる必要がある。

20 年後の 2028 年に人口千人あたり医師数 3.0 人（現在の OECD 平均並み）を達成するためには、定員を 50%増（定員約 1.2 万人）とすればよいが、2028 年に 3.4 人（現在のドイツ・フランス並み）を達成するためには、定員を 125%増（定員約 1.8 万人）とする必要がある（表 1, 2）。

当面、医育機関側の準備状況（教育の質の担保）と、患者の医療需要の増加を勘案して、可能な限り速やかに、少なくとも現在の定員 7,898 人の 50%程度を目途として増員し、約 1.2 万人とする¹⁵。なお、増員の過程においても、医療需要の動向を多方面から綿密に調査し、それにあわせて養成数を適切に調整することが考えられる。

医師養成定員の 50%程度増員達成まで何年かけるか、調整が必要となるであろうが、仮に 10 年かかるとした場合、病院医師の平均勤務時間は、13 年後の 2021 年に週 70 時間を達成、24 年後の 2032 年に週 60 時間を達成すると推計され¹⁶、人口千人あたり医師数は、9 年後の 2017 年に 2.4 人（現在のイギリス、アメリカ並み）を達成、20 年後の 2028 年に 3 人（現在の OECD 平均並み）を達成、28 年後の 2036 年に 3.4 人（現在のドイツ・フランス並み）を達成すると推計される¹⁷。

医師養成数増員に当たって、新たな医育機関を創設する¹⁸ことも考慮するが、現時点では、

¹³吉村委員第 3 回資料

¹⁴土屋委員第 4 回資料

¹⁵嘉山委員第 1 回資料 p23、土屋委員第 2 回資料 7 図 7、土屋委員第 4 回資料

¹⁶土屋委員第 2 回資料 7 p7

¹⁷土屋委員第 4 回資料

¹⁸大熊委員第 6 回意見

現存の医育機関において行うことを提言する。

表1 医師養成定員と医師数の将来推計：医師養成定員を①125%増（定員約1.8万人）、②50%増（定員約1.2万人）とした場合

年度	医師養成定員 (人)		現状からの定員増 員数 (人)		診療従事医師数 (万人)	
	①定員 125%増	②定員 50%増	①定員 125%増	②定員 50%増	①定員 125%増	②定員 50%増
2006	7730	7730	0	0	25.5	25.5
2007	7730	7730	0	0	25.9	25.9
2008	7898	7898	168	168	26.4	26.4
2009	8898	8298	1000	400	26.9	26.9
2010	9898	8698	1000	400	27.3	27.3
2011	10898	9098	1000	400	27.7	27.7
2012	11898	9498	1000	400	28.2	28.2
2013	12898	9898	1000	400	28.6	28.6
2014	13898	10298	1000	400	29.0	29.0
2015	14898	10698	1000	400	29.4	29.4
2016	15898	11098	1000	400	30.0	29.8
2017	16898	11498	1000	400	30.5	30.2
2018	17898	11898	1000	400	31.1	30.6
2019	17898	11898	0	0	31.8	31.0
2020	17898	11898	0	0	32.5	31.4
2021	17898	11898	0	0	33.3	31.9
2022	17898	11898	0	0	34.3	32.4
2023	17898	11898	0	0	35.3	33.0
2024	17898	11898	0	0	36.3	33.5
2025	16898	11498	-1000	-400	37.3	33.9
2026	15898	11098	-1000	-400	38.2	34.3
2027	14898	10698	-1000	-400	39.1	34.7
2028	13898	10298	-1000	-400	40.0	35.1
2029	12898	9898	-1000	-400	40.9	35.5
2030	11898	9498	-1000	-400	41.8	35.9
2031	10898	9098	-1000	-400	42.5	36.2
2032	9898	8698	-1000	-400	43.2	36.5

2033	8898	8298	-1000	-400	43.7	36.7
2034	7898	7898	-1000	-400	44.3	37.0
2035	7898	7898	0	0	44.6	37.1
2036	7898	7898	0	0	45.0	37.3
2037	7898	7898	0	0	45.3	37.5
2038	7898	7898	0	0	45.6	37.6

表2 人口千人当たり医師数（人）の国際比較：日本の医師養成定員を①125%増（定員約1.8万人）、②50%増（定員約1.2万人）とした場合

年度	日本 ①	日本 ②	OECD 平均	イタ リア	フラ ンス	ドイ ツ	オー スト ラリ ア	アメ リカ	イギ リス
1994	1.8	1.8	2.5	3.7	3.2	3.0	2.4	2.1	1.7
1995	1.8	1.8	2.6	3.9	3.2	3.1	2.5	2.2	1.8
1996	1.8	1.8	2.6	4.1	3.2	3.1	2.4	2.2	1.8
1997	1.85	1.85	2.7	4.0	3.3	3.1	2.4	2.3	1.9
1998	1.9	1.9	2.7	4.1	3.3	3.2	2.4	2.3	1.9
1999	1.9	1.9	2.8	4.2	3.3	3.2	2.4	2.2	1.9
2000	1.9	1.9	2.8	4.1	3.3	3.3	2.5	2.3	2.0
2001	1.95	1.95	2.9	4.3	3.3	3.3	2.5	2.3	2.0
2002	2.0	2.0	2.9	4.4	3.3	3.3	2.5	2.3	2.1
2003	2.0	2.0	3.0	4.1	3.3	3.4	2.6	2.4	2.2
2004	2.0	2.0	3.0	4.2	3.4	3.4	2.7	2.4	2.3
2005	2.0	2.0	3.0	3.8	3.4	3.4		2.4	2.4
2006	2.00	2.00							
2007	2.03	2.03							
2008	2.07	2.07							
2009	2.11	2.11							
2010	2.15	2.15							
2011	2.19	2.19							
2012	2.23	2.23							
2013	2.26	2.26							
2014	2.30	2.30							
2015	2.35	2.34							

2016	2.40	2.38							
2017	2.45	2.43							
2018	2.51	2.47							
2019	2.58	2.51							
2020	2.65	2.56							
2021	2.73	2.61							
2022	2.83	2.67							
2023	2.93	2.73							
2024	3.03	2.79							
2025	3.12	2.84							
2026	3.22	2.90							
2027	3.32	2.95							
2028	3.42	3.01							
2029	3.52	3.06							
2030	3.62	3.11							
2031	3.72	3.17							
2032	3.80	3.21							
2033	3.88	3.26							
2034	3.97	3.31							
2035	4.03	3.35							
2036	4.11	3.40							
2037	4.17	3.45							
2038	4.23	3.49							