

「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】

【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つてしかるべき。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つて良い。(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。(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。東大の学部長も大増員が必要だとの認識であった。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)

(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ですが、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)

(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責めないでほしい。(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を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發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4p3参照)が、これを実際の診療で發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・協力を引き出したこと、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がある。(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もななかった。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来ると思う。(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ン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ない。(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)

#### (その他)

- ・ 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)
- ・ 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）



## 【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）
- ・ 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ッ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き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でている。(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p3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p41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）

#### （地域ごとの偏在）

- ・ 医師数の地域格差というのは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ふ。（嘉山委員②）

## 【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、今年の 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)
- ・ 武蔵野赤十字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棟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。厚生労働省もこのように配慮し、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)
- ・ コメディカル数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)
- ・ 初期・2 次・3 次の基本的なフレームワークそのものは昭和 50 年代からつくられたが、当時は

それなりの合理性を持って展開していったことは間違いない。救命救急センターが社会的に認知されたことによって日本救急学会の位置づけが高まりそれによって専門医が出来たということがある。当面一番問題がないのは3次救急。しかし、全て連動しているので初期救急や2次救急がだめになると3次救急もだめになる。そういう意味ではどの部分が問題かという質問に答えるのは難しい。(有賀教授③)

- 昔は初期の医療機関に患者がそれなりに行っていた。現在救急搬送のうち入院の必要のないものは6割といわれるが、昭和40年代は4割だった。このように初期救急医療の有り様が変わっており、皆救急車を呼んで、2次救急医療機関に行くようになった。2次救急で入院する必要があるのは大人だと10人に1人、小児では20人に1人であり、初期救急を飛び越えて病院に患者が押し寄せるため勤務医が疲れている。また、権利意識の増大によりクレームが増えている。こういった意味では2次救急医療が1番問題を抱えていると言える。2次救急は地域によって様々な問題を抱えているが、全てガラス細工のような壊れやすい状態になってしまっている。(有賀教授③)
- 墨田区の医師会長に話を聞いたが、医師会が最も心配しているのは3次救急医療機関に患者が全て行ってしまっているため、そこが潰れた場合どうにもならないということ。(川越委員③)
- 救命センターの浜辺部長から話を聞いたが、有賀先生の言われたとおリトリージによるスクリーニングが重要とのこと。本来医療機関のバックアップをするはずの特養などの介護施設からの搬送も多く、がん専門病院に受け入れてもらえない末期がんの患者なども搬送されてきてしまう。2次救急医療で本来対応できる病気だが、そこがもろい状態になってしまっているため、3次救急にそのしわ寄せがきてしまっている。3次救急を守るためにも地域の2次救急施設への支援をお願いしたい。(川越委員③)
- 100件の救急搬送のうち救急救命センターに運ばれてくるのは3件。これが4件になると33%の負荷が生じるということであり、2次救急病院で1件搬送が増えるのとは持つ意味が異なる。5件になればあつという間にパンクする。(有賀教授③)
- 救急部門の若手医師には①医学的に必要度が高い患者は石にかじりついてでも診ること、②災害時の対応、③救急医には社会の安全と秩序のために働くという側面があるということを話している。救急医療は社会の吹きだまりの面倒を見ているという面があるため、そういった話もきちんと聞いてもらいたい。(有賀教授③)
- 国が小児救急センターを指定すると地域で既にできていたネットワークを壊すことになる。地域の事情を勘案せずに北海道から沖縄まで国が一律に一箇所だけセンターとするのではなく、いかに地域にあわせた制度設計をするかということを考えてほしい。机上で機械的な数字だけを用いて考えると地域のネットワークは本当に壊れてしまう。(嘉山委員③)
- 資料7p3に小児科学会がつくった小児救急の将来計画をのせているが、大事なのは地域小児科センターをつくり、そこに小児科医を集中させるとともに地域の小児科医と連携することで、24時間体制で患者を受けられるようにすること。p4にあるように新潟大学では実際にこのような動きがある。新潟の場合は大学のリーダーシップでうまくいっているが、主体が日赤・国立・県立などと異なっていると連携がうまくいかないため、国からも連携することへのインセンティブをつけてほしい。小児科センターへのお金のつけ方を小児病院並みにすると成

り立つと思う。(大熊委員③)

- ・「病院に行くその前に・・・」という冊子の中で、力を入れたのが5つの症状別のフローチャート。親たちは、子どもが心配だからこそ病院に駆け込む。不安を抱える母親の安心材料になるように柏原病院の医師に協力してもらい作成した。素人判断だけでは危険だということは認識しているが、家庭におけるトリアージの1つの基準になれば良いと思う。これが医師の負担軽減につながるのであれば本当にうれしい。(丹生委員③)
- ・医療のプロバイダー側の視点から医療資源の合理的な配分ということが言われるが、患者の側は不安だからこそ受診するのであり、患者の論理からするともう一段クッションを置く必要がある。需要自体のコントロールをすることも重要であり、丹生委員が行っているような地域住民自身による取組みを広げていくことが必要である。(和田委員③)
- ・岡山県新見市でも丹生委員と同じような取組みが行われているはず。こういった取組みをひろげていかないと、小児救急が持たなくなる。(高久委員③)
- ・救急搬送の問題も、救急隊員が困るから問題なのではなく、患者が困るから問題なのである。そういう意味では提供側の論理というだけではない。提供側が大変だからどうしようというのではなく、患者の視点が必要である。市民がどういう形で医療に参加し、またどういう形で生き、死んでいくかということについて、納得が得られるような仕組みを作る必要がある。(有賀教授③)
- ・数のコントロールの観点からトリアージは極めて重要であり、トリアージナースを配置する病院にインセンティブをつけること等も必要である。(海野委員④)

#### (在宅医療)

- ・「年をとって一人暮らしになり病気にかかった場合に、住み慣れた場所で安心して過ごせるのか」というのが国民の最大の関心事であり、地域医療に突きつけられた問題でもある。在宅医療も整備していけば末期がんなど医療の必要度が高い患者であっても充分に対応できる。(川越委員③)
- ・老々世帯や独居世帯などの患者が安心して住み慣れた地域で過ごし続けられるようにということで、既に取組を進め実績を積んでいるところがあるので、そこを対象に調査研究を行っていただきたい(川越資料6参照)。これらの取組をどういうふうに普遍化するかということを考えてもらいたい。(川越委員③)
- ・介護保険がスタートした平成12年までは、順調に訪問看護事業所数が増加していたが、ここ数年伸び悩んでいる。また、休廃止する事業所も増えている。介護保険がスタートしてから、訪問看護ステーションの元気がなくなった。介護保険は契約が主体なので、手続きが煩雑。書類や計画などの作成にエネルギーをとられ、本来の仕事に集中できなくなっている。訪問看護を医療保険に戻すことを検討していただきたい。(川越委員④)
- ・在宅医療の現場では、医師と看護師がいつも同じ場所にいるわけではないため、看護師の裁量の問題が出てくる。看護師が裁量権を持って働ける仕組みを作るべきではということで、厚労省の研究班で3年がかりで検討し、死亡診断や疼痛管理に関するモデルも作成した。あらかじめ医師が標準的指示書を出しておき、さらに具体的な患者が現れたときに個別的約束指示を出すというような形で柔軟な対応が可能となる。(川越委員④)

- ・ 訪問看護を医療保険の範疇に戻すための検討を行うため、第1段階として、一定の条件を満たした訪問看護ステーションをみなし居宅介護支援事業所として認定し、第2段階として、訪問看護を介護保険の枠組みから外すということを考えてほしい。(川越委員④)
- ・ 訪問看護師の裁量権拡大に向けての医師会等を巻き込んだ総合的な検討を行うため、予算措置をとってほしい。
- ・ 看護は掃除などと違い、30分で終わったら帰るといったものではないため、計画の中に組み込まれてしまうと本来の仕事ができなくなる。(川越委員④)
- ・ ケアマネが力を持っているが、ケアマネは福祉職種の人が中心となっているため、どうしても医療について弱くなってしまう。医療依存度の高い人は刻一刻と状況が変わるため、いちいちケアマネに説明に行くと対応できない。またやたらと会議が多いという問題もある。(川越委員④)

## 【コメディカル】

- ・日本とアメリカを単純には比較できないが、同じ病床数の病院のスタッフ数を比較すると、アメリカの病院では医師が日本の10倍、看護師が67倍いる。事務職の数も大幅に異なる。医師の数を考える際は他のスタッフも含めて考えないといけない。医療スタッフを充実させることで、国民が一番恩恵を受けることになる。(嘉山委員①)
- ・コメディカルの充実を図らないと労働条件は改善されない。医師の本来業務以外の部分を譲れと言うが、看護師・事務職などが不足しており、譲る相手がいない。医師の本来業務以外の部分を誰が受けるのか、それに対してどういう手当を行うのかということについて議論が必要。(土屋委員②)
- ・看護師数が多くなると患者の安全性は高い。常時4対1の患者死亡率を100とした場合日本の一般病床の最高基準である7対1では死亡率が23%上がる。また、50病床当たりの看護師配置を見ると、常時7対1の病院では、日中は10人だが、夜間は少なくなり7から8人になる。従来の常時10対1だと日中は6から8人だが、夜間は3~4人と非常に少ない配置になり問題である。(井上教授④)
- ・100病床当たりの看護師は諸外国平均の4分の1である。病院は看護師の他様々な専門職種によって支えられているが、100病床当たりの全職員数は諸外国平均の24%しかいない。
- ・看護師の教育水準の向上は患者の死亡の減少をもたらす。学士の学位を持つ看護師の割合が増加すると患者死亡率及び重症患者合併死亡率は減少する。一方看護師の経験年数との相関はない。(井上教授④)
- ・入学時および卒業時の定員充足率を見ると、大学では、卒業時・入学時ともに100%を超えているが、3年以下の養成学校では入学時に100%をきっており、卒業時ではさらに低くなっている。(井上教授④)
- ・2006年4月の新卒就業者は3.9万人いたが、完全な離職者(離職者—最就業者)が2.2万人いたため、病院就業看護師は2005年末から2006年末で1.7万人増加にとどまった。
- ・看護師の離職理由には、1人の業務量が多いこと、余裕のないシフト、卒業と同時に定員となり、熟練者と同じ業務内容・責任を求められること等がある。この原因は人員不足と卒業後専門教育機械の不足、およびライフスタイルに合わない勤務形態である。(井上教授④)
- ・一般の働く女性は30代に離職し、30代後半から40代に復職するが、通常の看護師のキャリアパスでは、離職した後復職しない。病院に勤務する看護師数は25から29歳をピークに下がりに続ける。(井上教授④)
- ・結婚や出産等で変化するライフスタイルに勤務形態が合わず、離職後復職もしがたい状況を生み出している。諸外国と比べ日本では週35時間未満の勤務形態が極端に少なく、週35時間以上が97%を占めており勤務形態が固定化している。(井上教授④)
- ・大卒者の早期離職率は養成所卒に比べ10分の1である。(井上教授④)
- ・看護師の雇用数を増加させ、離職防止策を講じるとともに、看護師の養成を4年制の大学教育へシフトさせることが必要である。(井上教授④)
- ・麻酔科看護師に麻酔科医なしの麻酔を認めるとアウトカムが下がるという結果がアメリカやオランダの調査で出ている。麻酔専門看護師は、同時進行の麻酔が多い都会型大病院では麻酔科医数節減に威力を発揮するが、日本に多い中小病院では全身麻酔は1日平均1



～2件程度しかないため、麻酔看護師は麻酔科医数節減に大きな効果はないと思われる。  
(山田教授④)

- ・麻酔科医の過重労働の解決策として、麻酔業務に関わる役割分担を明確にし、麻酔科医の本来業務以外の業務をコメディカルが分担することを強く提唱する。チーム医療の促進という方向性が正しく、チーム医療の促進なしに、業務だけ渡しても危険が生じる。まずチーム医療を進めた上で、コメディカルのマンパワーを活用すべきである。(山田教授④)
- ・昨日大野病院事件の判決が出たが、医師がしきりに謝罪を口にしてのに対し、遺族は真相究明をしてほしいという思いを述べており、遺族側に医療者の謝罪が入っていない一方で、医療者側も真相究明ということにどう対応して良いかわからず、コミュニケーションのギャップがあるということを感じた。そこをつなぐようなシステムを構築することが医療機関の責務であると思われる。医療メディエーターという仕組みづくりにこれまで取り組んできたが、医療メディエーターとは紛争解決より関係修復に重点をおくもので、英米のロースクール等で教育プログラムとしても標準化されている。(和田委員④)
- ・メディエーターの養成研修は丸2日間、朝から晩まで30人程度を対象に行っているが等比級数的に参加者が増えており、日本では年間約1000名の医療メディエーターの養成研修体制が日本医療機能評価機構を中心にできている。厚生労働省の科研でも、院内メディエーターのような専門的なスキルを持ち認定を受けた者を配置したいというニーズを持つ病院は90%を超えている。(和田委員④)
- ・医療メディエーターを置き、病院として患者の不安にきちんと応えたいという病院に対して、インセンティブをつける仕組みを考えてほしい。(和田委員④)
- ・メディエーターについても予算化をお願いしたい。大野病院事件についても手術中に家族への説明が一切なく、家族は結果だけを報告されていた。また、検査の資料の提出を9月に要求したにもかかわらず逮捕される2月まで提出がなかったという。病院がクライシスマネジメントに人をつけていないため、事故後の対応ができていない。これについて予算をつけないと患者の満足度はあがらない。(土屋委員④)
- ・コメディカルに活躍してもらって、定員増で足りない部分を補ってもらう必要があるが、その際には法律で引っかかるところも出てくる。助産師も正常分娩を任せるとなったときに会陰切開が許されていないが、そういったことを通達等で対応することなども本気で考えていかないといけない。(岡井委員④)
- ・他業種のマンパワーを活用するための前提条件としてチーム医療をしっかりと行う必要がある。麻酔医は全身管理の側面が強く、また、リスクも非常に高いため、全身的な診療教育の基盤のない歯科医師に麻酔を行わせることは、慎重に考えるべきである。歯科麻酔の技術のある者をアメリカのphysician assistantのようなかたちでチームの一員として使うというが良いのではないかと思う。(山田教授④)
- ・スキルミックスにより医師の負担を軽減することを考える際は、書類作成・患者への説明等必ずしも医師でなくても出来るものと、麻酔や気管挿管、会陰切開等看護師を教育して行わせるのが適切であろう医行為とを分けて考える必要がある。(吉村委員④)
- ・医療従事者の間でチームワークがないとスキルミックスができない。(高久委員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）
- ・ 看護師の養成は十分だが、現場で足りなくなっているのは、職場環境が劣悪で離職してしまうから。今の労働時間や勤務体制では戻って来られないため、職場環境を改善する必要がある。（嘉山委員④）
- ・ 専門看護師は取得するのが難しく、認定看護師を取得するのも150万円の授業料がかかるが、取得後のインセンティブが全くない。インセンティブをつけなければ魅力のある職種にならない。（嘉山委員④）
- ・ スキルミックスを行っていく際、特に過渡期は患者にとってわからないことがたくさん出てくる。システムを変えていく際は、患者とのコミュニケーションをきちんと取れるようにすることが必須の条件であり、そうでなければ訴訟リスクが増す。（和田委員④）
- ・ 訪問看護ステーションは2.5人看護師がいないと廃止しなければならないため、やめていくところが多い。医師と同様に1人開業した上で、事業所同士がお互いに連携をとるという形を可能にしてほしい。（大熊委員④）
- ・ 医療メディエーターには燃え尽きたり、心理的に追い込まれる人も多い。院長や病院の体制が変わらないと、間に入った人が疲れてしまう。患者に真実を全て述べるという風土を作り出すための取組をおこなっている病院もあるが、そういった環境の中でこそメディエーターは生きるものであり、メディエーターを単体としていくら作っても、また色々と問題が増えると思う。（大熊委員④）
- ・ メディカルクラークの労働条件がひどく、がっかりして辞めてしまう人も多い。（大熊委員④）
- ・ メディエーターの研修を我々医療者が受けることによって、患者の立場に立つことの重要性に気づき、病院の体制をより良いものに変えていけるという効果もあるのではないかと。（海野委員④）
- ・ メディエーターは病院側のサポートがあって初めて生きるというのは確かであるが、現状では、病院も財政的に苦しく十分な対応ができない。メディエーターをサポートするような風土をつくり出すこととともに、現実的な話として、インセンティブとして予算をつけることが必要である。（和田委員④）
- ・ 卒業者の離職率の低い4年生大学を増やすとともに、看護師の雇用数を増やして余裕を持って努められる環境をつくれれば、自然と定着率は上がると思う。（井上教授④）
- ・ 看護師を集めることに病院は苦労している。病院が募集する定数を増やしても集まらないのではないかと。（高久委員④）
- ・ 女性のライフサイクルにあった色々な就業形態を取り入れれば、就業を希望する看護師も出てくるはず。短時間でも働きつづけていれば、時期がくればまた普通に働くようになる者も出てくる。今の女子学生は職業に対する考え方もしっかりしている。（井上教授④）
- ・ 看護大学を増やすというのは教官の質の面からも問題がある。保育所を整備するなどして、短期間で潜在看護師が復職できる職場環境をつくるのが重要だと思う。（嘉山委員④）
- ・ 離職後年数が経っていない場合は復職する確立が高い。在宅看護やチーム医療が進む中で、看護師にも考える力、判断力が求められるため、看護師養成を4年生の大学にシフトして

いくことは必要だと思う。(井上教授④)

- ・ 病院薬剤師が非常に少ない状況にあるため、チーム医療の観点から、薬剤師がどれくらい必要かということも議論する必要がある。(海野委員④)
- ・ 看護師の復職を進めるにはワークシェアリングが必要だが、雇用数も増やす必要がある。特定機能病院や地域医療支援病院の雇用数を2倍にするためには約8000億、これを400省以上の一般病院に広げると約2兆かかる。雇用の枠を広げるとともに、職場に戻りやすい環境を整えるということが連動しないと、看護師の数は増えない。(土屋委員④)
- ・ 卒後の新人教育にあたる看護師に指導手当をつける、既に専門性を持ち、現場で認定看護師・専門看護師・メディエーター等として活躍している看護師に専門手当を直接支給するといったことが必要。また、教員の問題はあるにせよ、看護師の基礎教育の充実を図り4年生大学に移行していくことは必要なのではないか。(海野委員④)

## 【その他】

- ・ 資料4のp4で日本の病床数が多いというデータが出ているが、福祉政策とのリンクもあり、一概に病床数を減らせばよいということではない。(嘉山委員①)
- ・ 1人当たりの医療費については、GDPに占める割合は低いが窓口負担が高いため国民は医療費が高いと誤解してしまっている。医療費のGDP比の高いアメリカでは基礎研究や新薬の開発等が進んでおり、医療費は国民の健康だけでなく他の分野にもリンクしてくる。(嘉山委員①)
- ・ 日本の病床数が多いという問題は、老健局や社会・援護局にも出席してもらって、そちらの予算も増やさないと解決できない。(大熊委員①)
- ・ 厚生労働省が現場の忙しさを助長している面がある。理由が示されることもなくわけのわからない通達が出てくるため、医師たちは空しいことに時間を割かされている。(大熊委員①)
- ・ 資料4のp5では、施設内長期ケア病床も含めた病床数が示されているが、スウェーデンのケアハウスはエーデル改革により抜本的に見直されたため、日本の介護施設とはアメニティなども全く異なり、まさに家のような雰囲気。それを同じもののように比べて、日本もほかの国並みと見せるのは、国民を惑わす。(大熊委員①)
- ・ 厚労省からは局間で矛盾のある要請があり、DPCについても7月～12月に今更と思える細かい調査が来るなど、余分な要求が非常に多い。(土屋委員①)
- ・ 医療についてはそれぞれの国でそれぞれの問題を抱えている。個々のシステムに何が優れているかいないかということよりも、国民のニーズに対応できるよう改革努力を続けてきた姿勢を見習えば良いと思う。(葛西教授③)
- ・ ドクターヘリについては、14機中10機は大学が関わっている。また、がん診療連携拠点病院や高度救命救急センター等でも大学が占める割合は高く、救急では特に私立も頑張っている。また、大学の受ける患者の数も増えている。しかし、臨床研修制度導入以降大学が悪いという話もあり大学の研修医が減少し、派遣ができなくなって地方が悲惨な状況になっている。派遣する際には定期的に派遣医師を交替させる必要があるため、大学を中心として派遣を行う必要があると思う。私立大学も離島を含め全国に医師を派遣している。また、私立大学の卒業後10年、20年勤務医数と開業医数の割合を見るとわかるように、私立大学出身だからといっ

て決してすぐに開業するというわけではない。(吉村委員③)

- ・ 日本の医療は WHO の評価で世界 1 位であるが、医療費の対 GDP 比は OECD 加盟国中 27 位である。また、教育費についても、29 位である。福田総理と舛添大臣が医学部定員削減の閣議決定を変えたのは、このような方針を変えたということ。教育費全体の増加というのもこの会議として主張していくべきではないか。医師の数の増加だけでなく、医療費、教育費の増加を含めてビジョンを出すべきである。(嘉山委員④)
- ・ 医師の技術料、練度に対する評価がなされていないことも問題。また、国民に日本の医療は、低経費だということを認識してもらい、文教費、医療費の増加を提言したい。(小川委員④)