

平成 20 年 8 月 24 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報告書骨子（案）

※昨日提出した報告書骨子（案）からの変更部分を下線で示した。

国立がんセンター中央病院 土屋了介
山形大学医学部長 嘉山孝正
北里大学産婦人科 海野信也
早稲田大学法務研究科 和田仁孝
地域医療振興協会 吉村博邦
ホームケアクリニック川越 川越厚
昭和大学救急医学講座 有賀徹
佐賀大学看護学科 井上範江
東京大学麻酔科 山田芳嗣

我々は、本検討会の報告書によって、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んことを切に願う。

なお、これらの施策を具体的に実施するに当たっては、国全体として医療費の増額が不可避であり、真にあるべき医療の姿を踏まえ、今後国家的な議論が展開されることを希望する。

1 医師養成数

(1) 現状認識

医師養成数の増加の必要性について、次のように現状を認識する。

- ① 厚生労働省推計である長谷川データは（事務局第5回資料1）、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（嘉山委員第1回資料p32）、現場の実態から乖離した荒唐無稽なデータである。自己研修、研究、休憩時間等を含めた滞在時間を用いる、病院滞在以外にも拘束されるオンコールの時間を含める、女性医師の労働時間を男性の0.5とする、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る、3分診療を6分にする、現在若手医師は増えず高齢の医師が増えているが、高齢者には急性期医療は務まらない、臨床研修制度によって2年間医師が消えたような状態にある、といった様々なパラメータを含めて、厚生労働省が推計を行う。
- ② 上記の厚生労働省推計に対し、嘉山委員による推計では、医療需要を医師の勤

勤務時間ではなく患者のニーズで表現しているが、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、その後緩やかに減少する（嘉山委員第 1 回資料 7 p23）。

- ③ 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（嘉山委員第 1 回資料 p28、土屋委員第 2 回資料 7）。「当直」は「勤務」ではないという厚生労働省の解釈のため、徹夜勤務の「当直」であっても、手当が支払われていない。また、多くの病院医師は、病院滞在時間の他にも、電話で呼び出されるオンコールで拘束されているが、この拘束時間については、通常、給与が支払われていない。山形大学病院では、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（嘉山委員第 2 回資料 6 I-①）。
- ④ 徹夜（当直）明け等、ほろ酔い～酩酊初期の注意力まで低下した状態の医師が、診療に当たらざるを得ない医師不足の現状では、患者の安全性が脅かされている（嘉山委員第 1 回資料 7 p31）。
- ⑤ 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（土屋委員第 2 回資料 7 図 4）。
- ⑥ 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。
- ⑦ 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。
- ⑧ 現在の人口千人当たり医師数は、日本 2.0 人、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（土屋委員第 2 回資料 7 図 1）である。
- ⑨ 日本の医師の勤務時間は 60～80 時間程度だが、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（嘉山委員第 1 回資料 7 p14, p28）。

（2）中長期的ビジョン

- ① 患者の安全性のため、医師数を増やし、交代制を実現することにより、労働基準法に従っても患者需要に応えられる体制を整備する。
- ② 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の 50%程度増員する（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）。その後、医療需要の動向にあわせて養成数を適切に調整することが考えられる。
- ③ 定員 50%程度増員に何年かけるか、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（土屋委員第2回資料7 p7）、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（土屋委員第4回資料）。

- ④ 医師数もコメディカル数も少ない我が国は、まず、少なくともアメリカ並みの医師数を目指すが、その後、ドイツ・フランスのように医師数をさらに増やし、コメディカルも増やすのか、あるいはアメリカ・イギリス並みに医師養成数は50%増とし、コメディカルを大幅増員するのか（土屋委員第4回資料）といった様々な考え方があるが、いずれの考え方に立つか、医師養成数増員の第1段階の成果を踏まえつつ、検討していく。
- ⑤ 必要な医師養成数や養成のあり方について、医療者集団としての責任において、医療現場、医学教育現場の様々な立場の医療者が集まり、自律的に検討する「場」を設置し、決めていく（土屋委員第2回資料7及び土屋委員第2回要望書）。
- ⑥ 私立大学医学部において、優秀な学生を対象とした奨学金を設ける。

（3）短期的対策

実際に病院で働く医師数を、短期的に増加させる、または、減少を食い止める方策を講ずる必要がある。

- ① 来年度の医師養成定員を、過去最大の定員（8,360人まで462人増）を目途に増加する。
- ② 短時間正規雇用制の普及促進を図る。それにより、実際に病院で働く医師数が増加するとともに、当直明けの医師を診療に当たらせないといった患者の安全性の向上や労働基準法遵法に近づく等の効果が期待できる。
- ③ 女性医師が働き続けるためには、院内保育の普及が必要である。24時間保育、病児保育、病後児保育について、整備を進める。
- ④ すべての医療機関に院内保育を整備することは、医療機関の経営上、非現実的であることから、一般の保育所への医師の子供の優先入所を普及させる。
- ⑤ 「当直」を実態に見合う「夜間勤務」に改め、給与を支払う。労働基準法に従っても患者需要に応えられる体制づくりを推進する。
- ⑥ 病院滞在時間の他にも、電話で呼び出されるオンコールの拘束時間について、オンコール手当を支払う。
- ⑦ 病院医師の時間外勤務や、病院にいない時間にも電話で呼び出されるオンコールの拘束時間等について、その給与等支払い状況も含めて実態調査を行う。ただし、調査結果を待つという理由で、対策を先送りすることは許されない。現に行った時間外勤務に対して正当な手当の支給を行う。

2 医師の偏在と教育

(1) 現状認識

- ① 初期臨床研修制度の導入後、新たなマッチング制度に伴い地域の医師不足が進行したことや、外科系学会入会者が25%減少しており、診療科間の偏在が進行していること（海野委員第2回資料5）が明らかになった。
- ② 病院医師数は、産婦人科、小児科、外科、内科等において減少傾向が続いている（土屋委員第2回資料7図2）。
- ③ 時間外であっても待機しなければならない病院産科医、時間外であっても呼び出し（オンコール）を受けて緊急手術をしなければならない病院外科医、病院麻酔科医等に対して、手当が支払われていない。山形大学病院では、分娩リスク手当、時間外手術手当、時間外麻酔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（嘉山委員第2回資料6 I-①）
- ④ 専門医トレーニング（後期研修制度）の問題は、家庭医・総合医の位置づけ、診療科間のバランスを含め、医師集団としてのコンセンサスを早急に形成する必要がある。それなしには、診療科間偏在、地域間偏在の問題を解決することはできない（第2回資料7）。
- ⑤ 医師養成制度のあり方について、大学病院、市中病院、診療所等、様々な立場の医師が集まり、専門家としての責任において、自律的に検討する「場」を作る必要がある。
- ⑥ 家庭医養成には3～4年間の専門医トレーニング（後期研修制度）が必要であり（葛西委員第3回配布パンフレット「家庭医療学専門医コース募集案内」では、4年間の後期研修プログラムを紹介）、今すぐ地域へ派遣できるトレーニングを受けた医師数は、地域医療の患者需要に対して不足している。
- ⑦ 医師不足の医療機関へ、直接、医師を一人ずつ派遣することには無理があり、ネットワークで支える必要がある。それぞれの地域や診療科によって個別に事情は異なるが、派遣前のトレーニング、派遣中のサポート（患者搬送受け入れ先、各診療科コンサルト、医薬品・検体搬送、交代医師派遣等）、派遣後のキャリアパス（交代医師派遣、勤務先紹介等）について見通しがなければ、その地域での診療を、責任もって担うことはできない。短期的な派遣と、中長期的に医師派遣を担う地域の基幹病院における人材育成や人材が循環するシステムとを、同時に開始する。
- ⑧ 内科系に比して技術習得に時間を要し、技術の世代間の継承を行うことが必要不可欠な外科系志望者の減少は、将来の医療を考える上できわめて深刻な問題である。外科系志望者の増加を図るための積極的な対策が必要である（第4回高久委員意見）。外科系医師としては、高度な診療技術に対する積極的評価を望んでいる。外科系医師を増加されるためには、診療報酬において、医師の技術を

評価し、施行した医師に直接 incentive が付与されるドクターフィーのような制度の導入が必要である（第4回海野委員意見）。

（2）中長期的ビジョン

- ① 医師養成のあり方について、医療者集団としての責任において、医療現場、医学教育現場の様々な立場の医療者が集まり、自律的に検討する「場」を設置し、決めていく（土屋委員第2回資料7及び土屋委員第2回要望書）。医師養成のあり方について、医師集団としてのコンセンサスが得られれば、様々な診療科の専門医、家庭医・総合医といった医師を養成するために必要な教育内容についてのコンセンサスが得られ、必要な教育を行い得る医療施設・環境についてもコンセンサスが得られる。従って、診療科バランスは自ずと定まる。
- ② 地域偏在を医療者のネットワークで支えるため、医師派遣を担う地域の基幹病院において、派遣前、派遣中、派遣後のサポートができる体制を整備する。まず基幹病院の定員を増やし、医療提供力の向上を図ったうえで、当該病院・地域の事情にあわせてそれぞれ合理的な方法で医師を派遣する。
- ③ 診療報酬において、ドクターフィーを導入することによって、特に外科系の高度の診療技術の習得と継承への incentive を付与する。

（3）短期的対策

診療科バランスや、地域医療を支えるための医師分布について、本質的に改善するためには、医師養成のあり方について、医師集団としての責任において、大学病院、市中病院、診療所等、様々な立場の医師が集まって自律的に検討し、医師集団としてのコンセンサスを得る必要があるが、短期的には、医師不足が著しい診療科の病院医師への対策が必要である。

- ① 医師臨床研修制度については、卒前教育との関係の整理と、CBT、OSCEの充実とその広報を通じて、医学生による医行為について、国民の理解を得ることを前提とした上で、研修期間、マッチングの問題点も含め、全面的な再検討を行うことによって、内容を充実させながら、期間の短縮を図ることのできる可能性が十分にあり、さらなる検討が必要であるという認識で一致。
- ② 「後期研修のあり方」を中心として、医師養成のあり方について、医師集団が自律的に検討する「場」を作る（土屋委員第2回資料7及び土屋委員第2回要望書）。そのための体制整備を目的とした研究班を、今年度より設置し（土屋委員第2回資料7及び土屋委員第2回要望書）、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。後期研修の検討に際しては、卒前教育、初期臨床研修を含めた検討が必要である。
- ③ 医師派遣を担う地域の基幹病院の定員をまず増やし、派遣前、派遣中、派遣後

のサポートができる体制整備、医療提供力の向上を図ったうえで、当該病院・地域の事情にあわせてそれぞれ合理的な方法で医師を派遣する。

- ④ 病院医師は過剰な勤務を強いられているため、小児救急（小児科医）など夜間・休日の救急医療（救急外来を担うすべての診療科）を担当した病院医師、病院における時間外の分娩、帝王切開、母体搬送、救急対応を担当した病院医師（産婦人科医、小児科医、麻酔科医）、時間外手術（外科医、麻酔科医）等を担当した病院医師に、手当を直接支給する（嘉山委員第2回資料6、海野委員第3回資料6）。
- ⑤ 地域小児救急医療確保のために、「地域小児科センター」の推進に関する提言がなされた（第3回資料6-41ページ、第3回資料7）。

3 地域医療・救急医療体制支援と住民参加

(1) 現状認識

- ① 総合医療や家庭医療については、少数ではあるものの、専門医の養成が開始されている（第3回資料4）。広くプライマリケアを提供する医師の教育については、専門家の間でも「総合医」や「家庭医」等の意見があり、専門家の間で十分に議論する必要がある。
- ② 前述のとおり、家庭医養成には3～4年間の専門医トレーニング（後期研修制度）が必要であるが（葛西委員第3回配布パンフレット「家庭医療学専門医コース募集案内」では、4年間の後期研修プログラムを紹介）、家庭医の教育内容についても、大学病院、市中病院、診療所等、様々な立場の医療者が集まり、自律的に検討する「場」を設置したうえで、コンセンサスを得る必要がある。
- ③ 地域医療・救急医療においては、患者数の急増が問題となっており、数をいかにコントロールし得るかという観点からの対策が必要である。二次三次施設間のバランスが非常に重要である。救命救急センターは救急症例の3%程度を受け入れているに過ぎず、二次救急対応体制の若干の揺らぎも、三次救急体制の崩壊につながりかねない「ガラス細工」のように脆弱な体質を有している。このため、施策立案、実施に当たっては、症例を多く受け入れるほど、より安定的に受入継続が可能となるよう財政支援が必要である。また、地域の医療従事者や住民が一体となって支える必要がある。
- ④ 数のコントロールに関して、「県立柏原病院の小児科を守る会」は、「子供を守ろう、お医者さんを守ろう」「コンビニ受診を控えよう」といった地域住民への呼びかけや、「病院へ行く、その前に」というフローチャートを作成・配布するなどの取り組みを行っている。このフローチャートにより、自宅でのトリアージが可能となっている。
- ⑤ 東京では、消防庁、医師会、救急医学会が連携して、通信司令室の一部で、救急搬送の必要性についてプロトコルに従ってトリアージする電話相談事業を始めた。同時に救急隊による現場でのトリアージを始めており、救急車による緊急搬送が必要ない場合には、その状況を説明し自己通院を促すと、60%くらいは同意が得られ、救急車搬送していない。
- ⑥ 病院においても、例えば国立成育医療センターと武蔵野赤十字病院は、看護師が外来や電話でトリアージを行っている。トリアージナースの教育・配置の取り組みの結果、「診察前に必要な情報が得られるようになった」、「緊急度・重症度の高い患者の診察が早く行えるようになった」、「患者のクレームが激減した」等、救急医療の質が向上したことが報告された（有賀委員第3回資料5）。我が国ではまだ稀であり、トリアージナースの教育を全国的に普及させるための財政支援が必要である。

- ⑦ 救急医療には、地域による違いへの配慮も必要である。医療上の問題だけでなく、社会的、経済的な弱者に対応している現実があり、いわゆる「社会(矛盾)のふきだまり」への対応、福祉政策的観点からの検討も必要不可欠である（第3回有賀教授意見）。
- ⑧ 地域全体の病院医師の協力を得て地域の救急医療を支えるためには、日中の通常勤務と時間外勤務（救急外来等）を連続するといった過剰勤務を強いられている病院医師に対し、勤務実態に見合う手当が必要である。山形大学病院では、救急診療従事手当等を支払っており、病院医師のインセンティブとなっている（嘉山委員第2回資料6 I-①）。
- ⑨ 地域全体の病院医師や診療所医師の連携を円滑に進め、診療所医師が病院での診療に携わることができる道を開くためには、病院における医療に対する診療報酬を、ホスピタルフィーとドクターフィーに区別する必要がある（嘉山委員第2回資料6）。アメリカ、フランス等の欧米諸国では、ホスピタルフィーとドクターフィーを区別し、診療所医師が病院診療を担っている。
- ⑩ 救急医療におけるヘリコプター搬送について、医療と消防の連携がうまくいっている自治体では、消防・防災ヘリコプターの出動件数が多い。救急出動件数とその総出動件数に対する割合は、高知県222件(81.0%)、熊本県209件(85.0%)、東京消防庁292件(51.3%)から、横浜市消防局0件(0%)、大阪市消防局4件(14.3%)、川崎市消防局5件(6.6%)といった違いがある（有賀委員第3回資料5）。

(2) 中長期的ビジョン

- ① 前述のとおり、家庭医養成には3～4年間の専門医トレーニング（後期研修制度）が必要であるが（葛西委員第3回配布パンフレット「家庭医療学専門医コース募集案内」では、4年間の後期研修プログラムを紹介）、家庭医の教育内容についても、大学病院、市中病院、診療所等、様々な立場の医療者が集まり、自律的に検討する「場」を設置したうえで、決めていく（土屋委員第2回資料7及び土屋委員第2回要望書）。
- ② 患者の安全性のため、また、労働基準法に従いつつ患者の需要に応えるため、時間外診療等を含む救急医療を担う医師の人数を増やし、交代制を組み、夜間勤務の翌日は診療に当たらない体制を整備する。
- ③ それぞれの地域に存在する多様な医療資源の中から、個々の患者のニーズにマッチする人材・施設を紹介する体制を整備するため、トリアージナースを育成していく。トリアージナースの教育には、指導医や地域の病院医師・診療所医師の協力、消防との連携、地域住民の理解や協力が不可欠である。
- ④ 地域全体の医療資源を見渡し管制塔機能（地域トリアージ）を担うことができ

る人材を育成し、各地域の消防や病院に配置していく。

- ⑤ 病診連携を推進し、診療所医師が病院での診療を担うことができるように、診療報酬体系を見直し、ホスピタルフィーとドクターフィーに区別する。
- ⑥ 医療と消防の連携を円滑化し、消防防災ヘリコプターの救急搬送における活用を推進する。

(3) 短期的対策

地域医療・救急医療においては、患者数の急増が問題となっており、患者に適切な医療へと振り分ける観点から、また、数をいかにコントロールし得るかという観点からも、トリアージが極めて重要である。地域の医療従事者や住民が一体となって、地域医療・救急医療を支える必要がある。

- ① (再掲) 病院医師は過剰な勤務を強いられているため、小児救急(小児科医)など夜間・休日の救急医療(救急外来を担うすべての診療科)を担当した病院医師、病院における時間外の分娩、帝王切開、母体搬送、救急対応を担当した病院医師(産婦人科医、小児科医、麻酔科医)、時間外手術(外科医、麻酔科医)等を担当した病院医師に、手当を直接支給する(嘉山委員第2回資料6、海野委員第3回資料6)。
- ② 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。
- ③ トリアージナースの教育にあたる指導医、及び、トリアージナースとしての専門性を身につけた看護師に、専門手当を直接支給する。
- ④ 厚生労働省は、総務省及び消防防災ヘリコプターを保有する消防機関や自治体に、救急搬送の推進について、円滑な連携を呼び掛けていただきたい。
- ⑤ 「県立柏原病院の小児科を守る会」のフローチャートを参考にするなどして、地域住民も自宅でのトリアージに取り組む。

4 コメディカルの雇用数と教育

(1) 現状認識

- ① 病床当たり看護師、薬剤師などのコメディカルの人数が多いほうが、患者の安全性が高い（看護師の受け持ち患者が1人増えると死亡率が7%増える、病棟薬剤師が100床当たり2.5人増えると死亡率が1000人当たり約20人減る）ことは、国際的に示されている（嘉山委員第1回資料7p38、土屋委員第2回資料7図9）。我が国の患者の安全性向上のためには、病床当たり看護師、薬剤師の雇用人数増加が必要不可欠である（井上委員第4回資料4）。
- ② 看護師の教育水準向上は、患者死亡の減少をもたらす。学士の学位を持つ看護師が20%から40%に増えると、重症合併症患者1000人当たり14.2人の死亡が減少する。我が国の患者の安全性向上のためには、看護師の教育水準向上が必要不可欠である（井上委員第4回資料4）。
- ③ 病院の100床当たり看護師数は、イギリス200人、アメリカ141人、イタリア136人、ドイツ75人に対し、日本はわずか33.6人（諸外国平均の1/4）しかない（土屋委員第2回資料7図8、井上委員第4回資料4）。同程度の病床規模の日米の病院の看護師数は、ボストンSE病院620人に対し、日本S国立病院85人と、7.3倍の違いがある（嘉山委員第4回資料8—③）。
- ④ 病院の100床当たり薬剤師数は、アメリカでは日本の4.9倍であり、さらに同数のテクニシャンがいる（土屋委員第4回資料10）。
- ⑤ 病院の100床当たり従事者数は、イギリス740人、アメリカ504人、イタリア307人、ドイツ204人に対し、日本はわずか100.8人（諸外国平均の24%）である（土屋委員第2回資料7図8、井上委員第4回資料4）。日本の病院は、諸外国のコメディカル数に対し、圧倒的なマンパワー不足にある。ただし、日本の人口当たり急性期病床数は欧米の約2倍である。
- ⑥ 看護師、薬剤師の養成数は十分であるが、病院における雇用数が不足している。看護師の国家試験合格者数約4.6万人に対して、病院勤務の看護師数は、ピークの25～29歳においても約2.7万人しかおらず（新卒就業者3.9万人）、薬剤師の国家試験合格者数約8,000人に対して、病院勤務の薬剤師数は、ピークの30～39歳においても約1,300人しかない（井上委員第4回資料4、厚生労働省第2回病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会）。
- ⑦ 看護師の教育制度は、3年制の養成所や短大と、4年制の大学が混在しているが、看護職を目指す者にとって、大学のほうが魅力あるキャリアパスとなっており、離職率も低い。大学卒の看護師の早期離職率は、養成所卒の看護師の1/10である（井上委員第4回資料4）。
- ⑧ 看護師の養成数は十分だが、離職者が62.2万人中8.13万人と非常に多い。離職理由として、医療事故を起こしても不思議はない環境に置かれた看護師の不

安が強く、その背景には、マンパワー不足（看護師、病棟薬剤師、看護助手、事務クランク等、あらゆる職種の数の不足）と、マンパワー不足のために卒業専門教育の機会を奪われている現状がある（井上委員第4回資料4）。

- ⑨ 病院の看護師は 25～29 歳をピークに離職していき、復職することは稀である（井上委員第4回資料4）。
- ⑩ 離職率が高いため、新人割合が高くなるが、通常、教育・指導にあたる手当等の支給はない。山形大学病院では、看護職員教育指導手当等を支払っており、看護師のインセンティブとなっている（嘉山委員第2回資料6 I-①）
- ⑪ 日本の看護師には、ライフスタイルの変化に対応した多様な勤務環境が、実現されていない。週 35 時間以上勤務する看護師は日本では 95%、アメリカ 58%、イギリス 64%、ドイツ 65%である（井上委員第4回資料4）。
- ⑫ 医療現場において、現在は医師が実施しているが医師が必ずしも実施する必要のない業務について、看護師、助産師、薬剤師等の他の医療職やメディカルクランク等が実施することを検討する場合には、各職種における基礎・臨床教育・研修の実態を十分に考慮した上で、必要な研修とそれによって獲得されるべき技術水準に関する関連多職種によるピアレビューを導入することにより、患者および医療現場の構成員がチーム医療として相互に信頼関係を醸成するとともに、現に実施する当事者が自信をもつことのできるシステムを構築していく必要がある。そのようなシステムの構築を通じて、医療現場における多職種間の真の協働関係が形成されることが期待される。
- ⑬ 看護師においては日本看護協会による専門看護師、認定看護師の養成・認定制度が稼働しており、高度の知識と強い動機付けを有する看護師が現場に供給されている（第4回事務局提出資料。第4回嘉山委員意見）。
- ⑭ 医師との信頼関係に基づく真のチーム医療を担う協働する存在として、助産師の果たす役割は重大である。今後、正常分娩においては、医師との協働の中で自ら適切に判断し院内助産・助産師外来を担う人材を、チーム医療の中で育成していく必要がある（第4回岡井委員意見）。周術期看護師の導入等、看護師等の役割分担の調整を検討する際には、専門医から独立した存在というよりも、専門医との信頼関係に基づく真のチーム医療を担う協働する存在として考えられるべきである（第4回山田委員意見）。
- ⑮ 看護師長クラス以上の看護師、薬剤師、その他コメディカルについて、医療安全管理者と並ぶキャリアパスのひとつとして、院内医療メディエーターという専門性もある。（和田委員第4回資料11）。
- ⑯ 日本医療メディエーター協会による認定制度では、年間約 1000 人の養成研修体制が既に確立しており、看護師、事務職、医師、薬剤師、ソーシャルワーカー、その他コメディカルなど、多様な医療関係職種が受講している。

- ⑰ 医療メディエーション研修受講者のうち、この技法を「業務の中で活用している」が83%、「役に立つと思う」が95%と、現場のニーズの高さを示している一方、マンパワー不足のため、医療安全管理その他の業務と兼任せざるを得ず、疲弊しているという声が多い。
- ⑱ 前述のように、看護師のキャリアパスのひとつに、救急医療におけるトリアージナースという専門性もある。

(2) 中長期的ビジョン

- ① 患者の安全性向上のため、看護師、病棟薬剤師等、病院のコメディカル雇用数を、まず2倍に増加させることを目指す。
- ② 必要なコメディカル数については、医療者集団としての責任において、医療現場、医学教育現場の様々な立場の医療者が集まり、自律的に検討する「場」を設置し、決めていく（土屋委員第2回資料7及び土屋委員第2回要望書）。
- ③ 患者の安全性向上のため、看護師基礎教育の充実を図り、4年制大学に移行していく。
- ④ 専門性をもち、キャリアアップできる仕組みが必要であり、働きながら認定看護師・専門看護師・院内医療メディエーターなどの資格認定等が取れること、働きながら継続的な生涯教育の機会を確保すること、既に専門性をもち、現場で活躍している看護師を専属配置とするため雇用数を増員すること等に取り組んでいく。

(3) 短期的対策

患者の安全性向上のため、実際に病院で働くコメディカル数を、短期的に増加させる、または、離職防止する方策を講ずる。また、教育に重点を置き、専門性を高める職場環境を整備することが、キャリアアップ及び離職防止となり、さらには患者の安全性向上につながる。

- ① 短時間正規雇用制の普及により看護師、病棟薬剤師、看護助手、事務クレーク等の雇用数を増加させる。
- ② 卒後の新人教育にあたる看護師に指導手当をつける。
- ③ コメディカルのキャリアパスを考慮し、専門性を発揮できるよう専任配置する病院にインセンティブをつける。
- ④ 既に専門性をもち、現場で認定看護師・専門看護師等として活躍している看護師に対し、専門手当を直接支給する。
- ⑤ 既に院内医療メディエーターとして活躍している看護師、薬剤師、その他コメディカルに対し、専門手当を直接支給する。
- ⑥ 看護師基礎教育の充実を図り、4年制大学に移行していく。

- ⑦ (再掲) 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。
- ⑧ (再掲) トリアージナースの教育にあたる指導医、及び、トリアージナースとしての専門性を身につけた看護師に、専門手当を直接支給する。