

「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と。(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)
- ・ 医師を増やすとしても専門医だけ増えたのでは地域医療を確保できない。(高久委員⑥)
- ・ 医師養成数の50%増ということについては慎重に考えるべき。一度増やすと、減らすのには40年かかるため中々大変である。(高久委員⑥)
- ・ 国立大学の定員を増やすと国公立へ学生が流れてしまい、私学が困るのではないかと。都道府県の負担だけでなく、国の負担で私学に県出身者を何人か入れるといったことをするべきではないかと。(嘉山委員⑥)
- ・ 国立大学医学部長会議のアンケートでは過去最大よりもう少し受け入れられることがわかった。具体的には42の国立大学で、680人程度増加させる用意がある。(嘉山委員⑥)
- ・ 勤務医不足が言われているが、開業医は非常に多い。医療提供体制を変えれば勤務医の状況も変わるのではないかと。(高久委員⑥)
- ・ 他の国並みの勤務状況になれば、養成数を50%増やしても増えすぎて困るということはないのではないかと。病院の他にも医師が働く場所はたくさんある。(大熊委員⑥)
- ・ 医師の養成については若手・若者の感性が大事。患者、医学生、若手の医師などの代表も検討の場に入った方がよい。(大熊委員⑥)
- ・ 男性医師も女性医師も家庭と職場を両立できるような働き方にすることが必要であり、そうすれば養成数を5割増やしても多すぎることはないと思う。(大熊委員⑥)
- ・ 厚労省の需給の推計は現場とギャップがある。よく100年の計というが、需給がマッチするのが100年後では困る。多めに増やしておかないと間に合わなくなるのではないかと。(岡井委員⑥)
- ・ 歯科医師は養成数を増やした結果余ってしまっていて困っているとよく聞く。医師養成数を50%増やすと現在の歯科医師のような状況をまねきかねない。(高久委員⑥)
- ・ 歯科医師が増加して困っているというのは歯科医師の側からの意見で、国民は今の歯科医療の状況に満足している。歯科が休日も夜間も対応できるようになっているのは数が足りているから。大熊委員含め国民も賛成しているのだから恐れずに増やすべきである。(土屋委員⑥)
- ・ 国の定員削減の方針を受けて、私大では、定員を変えずに入学許可人数を絞ったところ、定員を減らしたところ、定員増を自粛したところと様々あり、今回の定員増にあたっては大学によって温度差があった。しかし医育機関の責任として、100名以下の定員の大学は110名程度をメドとして定員増に協力するということについては、私立医科大学協会の総意としてやぶさかではないということになった。この通りになれば320名増加できるが、そうはいつでも中々定員増が難しいところもあると思われるため、less thanということになる。(小川委員⑥)

- ・ 医師の数については、各国比較等データに基づいて進めていくべきであり、数を増やしつつ卒前・卒後・生涯教育についても考えるべき。専門医が地域医療に出ていく際の再教育システムも活用すべき。(小川委員⑥)

(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、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嘆息を込めてほしい。(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と。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)
- ・ 医師と患者間の信頼関係構築が必要。これまで医療側に問題があったのも確かだが、患者側にももう少し医師を信頼する気持ちを持ってもらいたい。(岡井委員⑥)

【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)
- ・ 医師は専門医の資格をとるために勉強し、能力を高めようとするため、専門医制度を整備することは患者のためになる。しかし低いレベルで専門医資格を認めては意味がない。広告規制の緩和により、専門医がやっと世の中に認知されるようになってきたが、専門医制度は日本専門医制評価・認定機構に任されていたため、個別の学会が勝手なことを言って中々前に進まない。機構が指導力を持って調整するとともに、厚労省にも後押しをしてもらって早く専門医制度を確立する必要がある。(岡井委員⑥)
- ・ 医療安全の面からも専門医制度をしっかりと確立し、技術の必要な処置などは専門医の指導の下で行う必要があるといった基準をつくるべき。(岡井委員⑥)
- ・ 専門医制度は学会が中心となって運営されており、以前は学会への出席や知識があるということだけで良かったところもあったが、現在は手術の数等一定の経験を求められる場合が多い。しかし学会によっては会員のうち90%が専門医資格を持っているようなところもある。(高久委員⑥)

- 基本的診療科の専門医と、さらに技能に長けた専門医を区別すべき。機構が決めた専門医については広告をできるようにするなど、機構に権限を持たせるべきではないか。（高久委員⑥）
- 専門看護師や認定看護師を努力して取得しても報酬として跳ね返って来ない。医師も同様。日本の医療制度は良い面も多いが、技術料に対する評価のあり方を検討する必要がある。（小川委員⑥）
- レジデンシーの時期に基本領域について資格をとらせ、その次の段階としてさらに上の専門医資格をとらせるという2段階の仕組みにするべきではないか。内科学会などは現在そうなっている。日本も認定医・専門医の2段階にして、認定医の資格は皆とるようにし、特定の専門医については診療報酬をつけて評価するかわりに数を絞るべきではないか。基本領域の資格は認定医とし、認定医の看板を出せるようにすればよいのではないか。（高久委員⑥）
- 認定医、専門医、さらにその上の指導医というものがあるが、指導医を評価するシステムを作る必要がある。指導医の基準、位置づけをはっきりとさせるべき。（小川委員⑥）
- 専門医制度は40年前と比べて進んでいないようだが、他国と比べて何が欠けているのか検討する必要があるのではないか。（大熊委員⑥）
- 看護師も医師も専門資格を取得した場合は給料を上げるようにすべき。医師会も個人にお金をつけることは難しいが、医療機関につけることについては異論がないと言っていた。医療機関の長の理解があれば可能だと思う。（高久委員⑥）
- 世の中の人々が納得する専門医制度をつくった上で、専門医に報酬をつけるべき。（高久委員⑥）
- インセンティブがないというのが専門医制度の根本的な問題。認定医・専門医ということではなく、基本専門医と技術・技能に特化した専門医ということで区別し、インセンティブをつけるべき。（吉村委員⑥）
- 患者にとってわかりやすい名称をつけ、看板を出せるようにすることが理想。（高久委員⑥）
- 現在、学会では、あまり専門医の数を増やすと信頼・練度が落ちるということで、自浄作用を働かせてきている。（小川委員⑥）
- 専門医認定制協議会は各学会の代表者で構成されているため、理事会で出た結論も各学会に持って帰らなければならない、中々結論がでない。全体を見渡してバランスを取ることが、今のシステムではできない。第三者機関を設けるなど学会の個別の論理に押し切られないシステム作りが必要。（土屋委員⑥）
- 専門医の議論が内向きのものに見えてしまうといけない。専門医制度が医師の診療能力の向上につながるとともに、数のコントロールとセットにすることで偏在解消にもつながる、というように専門医制度の意義をわかりやすく整理した方がよい。（土屋委員⑥）
- 専門医の認定は学会でしかできないが、現在の専門医認定制協議会は学会の集まりであるため、この協議会で学会をコントロールすることはできない。（吉村委員⑥）
- 専門医資格を取っても社会的に何も評価されない。インセンティブがないということが大きな問題。（嘉山委員⑥）

- ・ 専門医の種類がどんどん増えている。整形外科学会の中でも、リウマチ、腰、ひざというように分かれている。専門分化した医師も大切に育てる必要はあるが、そういう医師は数を限った上で報酬をつけるべきなのではないか。内科で報酬がつくぐらいのレベルのものは化学療法だと思うが。（高久委員⑥）

（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利用するにしろ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)
- ・ 総合医・家庭医も専門医として日本の医療提供体制の中で位置づける必要がある。現在は病院に患者が直接殺到して病院が疲弊してしまっている。経済的インセンティブでやるか、ルール化してしまうかといった問題はあってもせよ、英・米・仏のようにプライマリケア医を介して病院に行くシステムをつくらないと、医師の数を増やしても対応できないのではないか。(高久委員⑥)
- ・ 診療所の医師はプライマリケアの教育を受けていないため、診療所がその機能を果たしていない。臨床研修だけでは無理であり、専門医としての家庭医を4～5年かかえて育てて行く必要がある。(土屋委員⑥)
- ・ 開業医の実力がわからないため、患者は病院に行ってしまう。日本医師会と日本プライマリケア学会、総合診療医学会、日本家庭医療学会が一緒になって研修プログラムを考えることを始めている。これを受けた人が看板を出せるようにすれば患者も自然とそちらに行くようになるのではないか。(高久委員⑥)
- ・ 総合医の教育者はまだ足りていないため、葛西教授のような家庭医の方にプランニングしてもらった上で各診療科の医師にも協力してもらわないと養成はできない。10年くらいたって指導医が増えたら、彼らに中心になってもらえば良い。(土屋委員⑥)
- ・ 「明日どうするか」という観点からは、診療所の医師を再教育して促成栽培的に総合医を養成することが必要である。(土屋委員⑥)
- ・ 山形大学ではリフレッシュ研修を行っているが、一年で6人の専門医がこれを受けて地域へ出ていった。これを全国的に広めると良い。(嘉山委員⑥)
- ・ 家庭医について医師会はイギリスのGPのイメージがあるので嫌がるが、デンマークでは家庭医を国民が選び、気に入らなければ1年後に登録を変えられるようになっており、1600人の患者を受け持てば病院の部長並みの収入となる。家庭医は専門医として位置づけられており、なりたがる人も多いし信頼もされている。(大熊委員⑥)
- ・ 北欧は皆一緒と見なされることが多いが、まずデンマークがイギリスのGPの悪いところを見直して家庭医制度を導入し、その後にスウェーデン、ノルウェーと続いたという経緯

がある。(大熊委員⑥)

- ・ 私の知るかぎりでも既に家庭医として実力を発揮してきた先生方はいるため、意外に人材はいるのではないか。(大熊委員⑥)
- ・ イギリスは家庭医を介さないと病院に行けず、そこがリジッドになりすぎていることが問題。その上医師の数を減らしたため、長期間待たされるという問題が出ている。イギリスの医師は家庭医として必要な内容を良く知っており、日本で開業をするとき受ける試験の成績も非常によい。日本でもきちっとした教育さえあれば、適切な判断ができる医師が生まれるはず。(岡井委員⑥)
- ・ イギリスのNHS (national health service) のGPは給料も良い。(高久委員⑥)
- ・ 総合医・家庭医にどの程度の能力を要求するかということも問題である。単にスクリーニングするだけであれば、あまり能力もいらないかもしれないが、判断の難しいケースも必ず紛れ込んでいるはずであり、専門医として家庭医もある程度のレベルの高さが必要になる。(川越委員⑥)
- ・ 医師にとっては「見逃す」ということが一番怖いので、自信がないとすぐ専門医に引き渡してしまうことになる。これでは意味がないため総合医の教育をしっかりとする必要はある。(川越委員⑥)
- ・ ゲートキーパーと先ほどから言われているが、これは医師側の視点であり、国民はゲートキーパーを望んでいるわけではない。ただ、自分のことをしっかり理解してくれて、希望すれば自宅でも看取ることができる家庭医のような医師がほしいというだけである。(大熊委員⑥)
- ・ 私も色々な経緯があるのであえて総合医という言葉を使っているが、家庭医という呼び方の方が本当は良いと思っている。(高久委員⑥)
- ・ 家庭医養成には、3～4年は必要であり、再教育研修を行うことも必要。(吉村委員⑥)
- ・ 現在の日本には、いわゆる町医者、家庭医が不足している。(石坂参考人⑥)
- ・ 昔は、地域社会のつながりが強かった。これからは、地域に根ざした専門的な家庭医養成が必要。(石坂参考人⑥)

(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4 P2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ものであり、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)
- 臨床研修制度もアイディアは良かったが、指導する者が各科の専門医では、プライマリケアの教育にはならない。臨床研修の科目でも地域医療は役に立つが、保健所研修などはと学生の研修と同レベル。(高久委員⑥)

(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)
- 医学生による医行為については、患者の同意、同意を得るためのインフォームド・コンセントが必要。これはアメリカでは、ちゃんと行われている。(大熊委員⑥)
- 山形大学では、医学生による医行為について、事前に患者からきちんと同意書を取って行っている。加えて、山形大学には、世界最先端のシミュレーターがあり、学生の実習に非常に役に立っている。1億円程度と高額ではあるが、医学教育のために文部科学省は是非予算をとって、普及させてほしい。(嘉山委員⑥)

【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。診療科偏在解消のために、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)
- ・ 「医師は札束で頬を叩かれても動かない」と言われるように、医師のインセンティブはお金ではない。環境やシステム整備の方が必要。(岡井委員⑥)
- ・ 山形大学は、日本で初めて、リスクの高い手術等を行った場合につく危険手当を導入した。少額だが、「院長が見てくれている」という思いから医師もやる気を持つ。(嘉山委員⑥)
- ・ ドクターフィーをつける場合、各診療行為の比較が難しい。あの診療行為よりこの診療行為の方が安いという形で問題になってしまう。(小川委員⑥)
- ・ ドクターフィーをつける際は現場・社会になるほどと思われる指標が必要。(嘉山委員⑥)
- ・ 偏在の問題については、後期研修で数をコントロールするというのが良いのではないかと。確かに難しい話ではあるが、外国ではそのようにしているところもある。こういうことをしなければ医師数を増やしても偏在の状況は変わらない。(高久委員⑥)

(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って、人員が配置されていない。このため、昼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ふ。(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に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)

- 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りトリア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で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と話している。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て、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7 p 3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、大事なこと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。p 4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、またどうという形で生き、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)
- 救急の輪番制が行われているが、曜日ごとに場所が変わると患者も救急隊もやりにくい。栃木県小山市の医師会では各病院が輪番で診療を担当する救急医療機関を小山病院の前につくっている。こういう体制であれば、何かあってもすぐに小山病院に運んで対応できる。(高久委員⑥)
- トリアージのためには、医療だけでなく、介護や福祉、保健といった面まで含めて全体的な調整を行えるシステムが必要であり、人材の養成だけでは限界がある。医師会・救急医・県・消防等が合作してシステムを作る必要がある。(有賀教授⑥)
- 地域の病院が潰れてしまうと、地域社会が成り立たなくなる。地域医療を守るという観点からは診療所の医師に病院をサポートしてもらう必要があるし、それがまっとうなことだと思う。そういったシステムを是非全国に広げてもらいたい。(有賀教授⑥)

(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することで、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と、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。（川越委員④）
- ・ 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ふ。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）
- ・ 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④⑤）
- ・ 総合医・家庭医と在宅医は違う。在宅医は専門性が要求される。例えばがんの在宅医療も適当に診てすぐ入院させるということでは、病院の負担を増やすことになる。在宅医の専門性をきちんと評価する必要がある。（川越委員⑥）
- ・ 在宅死率を指標として使えば簡単に在宅医療機関の評価はできる。（川越委員⑥）
- ・ 在宅医療に携わる医師は二極化している。年配の医師が活躍している一方、患者との信頼関係や家族との泣き笑いがあることに惹きつけられ、若い医師の新規参入も増えている。（川越委員⑥）
- ・ 在宅を専門とする医師をきちんと養成する仕組みがない。私も独学でやったが本来はそうでない方がよい。専門的な在宅医の育成を考えるべきである。（川越委員⑥）

（その他）

- ・ 私が小さい頃には、町医者がかちゃんとおり、呼べばすぐに来てくれて、先生の顔を見るだけで治ってしまったものだった。しかし、現在は、この町医者役割を病院に頼ってしま

い、「コンビニ診療」と言われる状態になってしまっている。これは何かおかしい。(石坂参考人⑥)

- 地方の政治家が無計画に箱物（病院）ばかり作ってしまっている。箱物を作ると確かに票は取れるが、病院に医師が足りないという状態を生んでしまう。地方の政治家のモラルも必要。(石坂参考人⑥)
- 現在、病院へのフリーアクセスが問題となっている。もっと地域の先生方に頑張ってもらわなければならない。(高久委員⑥)
- 医療は接客業に近いので、医師も患者の顔色をうかがいながら仕事をすることも必要なのではないかと思う。しかし、患者側のモラルも必要。地域が医師不足になったのは、患者側の反省も必要。医師の労働状況改善には、社会の協力も必要。(石坂参考人⑥)
- 電子カルテの普及等を進めることで、病院と診療所の情報共有が進み連携がとれるようになる。(土屋委員⑥)

【コメディカル】

(看護師)

- ・ 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)
- ・ 大学病院の調査では、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必要がある。(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)

- ・ 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ふから。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)
- ・ 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。(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けば、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)
- ・ 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)
- ・ 麻酔科専門医1人に対して麻酔看護師2人というのが質を保ちつつ麻酔を行うためにはベストな体制。つまり医師1人分を看護師2人で代替できるということだが、看護師も不足しているため、こういった形の効率化も現実的には難しいと思われる。また、完全なチーム化しないと麻酔業務は非常にリスクが高いが、交代勤務の看護師と医師では働き方が異なる上、医師と看護部の相互不可侵といったような現状もあり中々難しい。コストから見ても、看護師は年間600万だが、大学病院の若手助教も年間600万であり、医師を雇った方が2分の1で済む。(山田教授⑤)
- ・ ホスピスケア・在宅ケアについてもチームとしてまとまりがないと質の高いケアができない。(川越委員⑤)
- ・ 看護教育制度については、10数年前から大学教育にシフトしてきたが、全員が高いレベ

ルを目指しているとは言えない。アメリカも第2次世界大戦直後に看護が国民のために何ができるかということを検討し、大学教育にシフトして高度な専門家が育つようになった。日本ではもう少し時間がかかると思うが、大学教育に重点を移しつつ、雇用数を増やすなど、やる気のある看護師の意欲を損なわない環境作りをしてほしい。(井上教授⑤)

- 1人の麻酔科医に対して3名の看護師というのが、アメリカで保険でカバーされる上限である。1対3でもかなりリスクであり、アメリカは欧米諸国の中でも極端にナースアネステシスト側にふれている国である。(山田教授⑤)
- 看護師の裁量権については慎重に考える必要がある。アメリカと日本では看護師についても違いがあるため、死亡診断や処方などアメリカで看護師が行うことができるからと言ってむやみに行わせるべきではない。在宅医療で医行為の指示をいちいち出すのは難しいが、丸投げするのは良くない。裁量権はチームとして信頼関係を構築し、ルールをつくった上で与えられていくべきである。(川越委員⑤)

(助産師)

- 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場所も出てくる。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)
- 第4回の資料1の5ページを見ると助産師の数は減っている。産婦人科の業務を10とすると、本当に産婦人科医がでていかなければならないのは1くらいであり、産婦人科は助産師の育成がないと成り立たない。現在大学の課程や大学院の中に助産師の養成コースが設けられてきており、助産師の高学歴化が進んでいる。また、昔は助産師の試験を受けるためには10例以上の介助を行う必要があったが、今は10例程度という基準に緩和されているため、学歴はあるが実力のない助産師が増えている。助産師の教育自体を見直す必要があるのではないか。(川越委員⑤)
- 助産師は現在年間1600名程度合格者が出ており、その内訳は、大学が470名、助産師学校や養成所が1212名である。看護大学では、看護師の資格と同時に助産師資格も取得するため、助産師としての就業率は44%、一方助産師学校は86%である。看護大学に養成がシフトしているため、現状では数が増えているものの、現場の助産師の不足感はいっこうに解消しない。産科診療所の助産師は極めて不足しており、定時制の助産師養成コースを医師会に設けるという事業も進められている。病院の方が産科を閉鎖しているため、産科診療所の割合が高まっており、48%の分娩を産科診療所が取り扱っている。ここに助産師が入れば産科医療はさらに安定するはず。(海野委員⑤)
- 助産師に医療行為の一部をやってもらうという話もあるが、現状では力量不足という面があり、助産師会も自体もそれを認めている。教育体制をしっかり整えることが重要。(岡井委員⑤)
- 助産師の希望者は多く、倍率も高い。しかし、助産師の養成にはしっかりと指導する人間が必要なため、養成数を増やすのが中々難しい。また、離職率も高く、復帰率も低いいため潜在助産師も多い。また、助産師をとっても看護師と待遇が変わらないため、看護師とし

て働く者も多い。助産師の資格を持ちつつ看護師として働くこと自体はなんら問題ないが、資格を持つ人を増やした上で、助産師として働きやすい環境をつくるべき。(海野委員⑤)

- 今の助産師の実力はまだ十分でないという感覚がある。専門看護師・認定看護師のようにさらにキャリアアップするコースをつくり、助産師外来や院内助産所を担える助産師を育てていく必要がある。(海野委員⑤)
- 助産師学校は病院にとって経営面での負担が大きく、前にいた病院でも助産師学校を廃止した。助産師業は人気があるが、試験が難しい、養成学校が少ない、学費がかかるといったことからためらう者もいる。また、助産師の学生にはマンツーマンで教える必要があり教える側もエネルギーを取られるが、指導する者への補助があまり行われていない。こういったところに補助金を増やすことでかなり状況は改善するはず。(川越委員⑤)
- 助産師教育と看護師教育には共通の問題がある。佐賀大学でも助産師コースをつくり、10名程度養成しようとしているが、実習病院の確保が難しく、県外まで探してやっと4~5名養成が可能となっている。人員が不足しているため、どうしても教育が後回しになってしまいジレンマを抱えている。(井上教授⑤)
- 看護師と助産師の給料に差をつけるべき。(大熊委員⑤)
- オランダでは助産師が非常に信頼され活躍している。産科医不足に対応するには助産師を大切にする必要があり、助産師の養成に予算をつけるべきである。(大熊委員⑤)
- 公立・私立問わず看護師と助産師の給与は同じであり、私立の方がむしろ高い。(海野委員⑤)
- 国民はお産で母子に何かあってはいけないという前提にたっており、お産には一定の確率で問題がおきるということ認識していない。正常分娩と異常分娩の線引きも難しく、以前これを踏まえて地域の助産所をバックアップする体制システム化した。(川越委員⑤)
- 高知県では助産所・開業医・病院が連携をとってうまくやっている。開業医と病院が連携をとらないと医療は本来は持たないはず。そこについてもう少し議論が必要。(高久委員⑤)

(メディエーター)

- 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いるのに対し、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月に要求したの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)
- ・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つ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)

(その他)

- ・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)
- ・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。(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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 医師が不足しているからという観点でスキルミックスを考えること自体に強い抵抗を感じる。チーム医療が進んだ結果として自然発生的に役割分担の議論が出てくるべきである。チーム医療を進めるためには、コメディカルの質と量の確保が必要である。(井上教授⑤)
- ・ 医師の過重労働の解消という視点ではなく、より安全な医療を提供するにはどうすべきかという視点でスキルミックスを考えないと間違った方向に進む。(土屋委員⑤)
- ・ スキルミックスについてはチーム医療を推進した上で出来る範囲まで進めるということが良いが、問題は責任の所在。責任の所在を明確にした提言を検討会として出すべきである。(嘉山委員⑤)
- ・ 医師だけでなく、薬剤師や診療放射線技師・臨床検査技師・看護助手・介護士等の職種についても議論が必要なのではないか。臨床検査技師はもっとベッドサイドに出ていく必要がある。(土屋委員⑥)
- ・ スキルミックスについても患者の同意が必要。静脈注射などについて、行う前に医師と看護師どちらにやってもらいたいのか患者に選択を求めるのかどうかという問題もあり、法的観点から混乱が生じると思われる。システム変更時はガイドラインなどを作り混乱を回避すべき。(和田委員⑥)

【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けど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行く。(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)
- ・日本で検査が多いのは、診療報酬制度の影響もある。検査をしないと点数が取れないからだ。(岡井委員⑤)
- ・この会議も出発点は医師の労働環境など医師側の問題のように見えるが、その結果安全な医療を提供できなくなったということが非常に大きな問題である。医師の労働環境や職種間の権限という観点からではなく、安全に医療を提供するためにどのようなシステムを作るべきかという観点から考えるべき。(和田委員⑤)
- ・身近なところで医療を受けたいが一方で安全性も担保してほしいというのは実は矛盾するニーズである。より国民のニーズに近づけるためには医療費全体を上げる必要があり、国民の側に一定の負担をしてもらうことも視野に入れるべきである。(和田委員⑤)
- ・老人保健施設と病院との併設の際は入り口を別に作れ・壁を作れというように色々言われる。福祉と医療の連携を進めるためにはこういう規制を取り払う必要があるのではないか。(大熊委員⑥)
- ・WHOの評価で日本の医療は世界1位とよく言われるが、WHOの報告書にはこの順位は医療の質を表しているものではないという注意書きがある。マイケル・マーモットの論文でも日本人の長寿は、医療の質よりも公衆衛生や食生活、収入の格差が少ないこと等によるところが大きいとされている。医療に対する国民の満足度は、アメリカで10%、日本で30%という報告もある。(大熊委員⑥)
- ・ロケで海外に行き、けが人などがでると現地の医療レベルを知ることができる。イギリス

圏（米国を除く英語圏）では、家庭医がいて、きちんと機能している。共産圏では、軽いけがでも大病院に連れて行かれる。アメリカでは、医師ごと、病院ごとのテリトリーが決まっている。東京では、ロケ中などにけがをすると、まず警察がやってきて取り締まりを受け、けが人は二の次にされてしまう。これが現在の日本の医療を象徴している。（石坂参考人⑥）

- 地方の病院の整備には国費が投入されているが、国民にとっては地方の医療のために自分のお金が使われるということになり、自分が払った分だけの受益を感じる事が難しい。医療費の使い方として箱物よりも医師の教育にお金を使ってもらいたい。（石坂参考人⑥）
- 家庭医に求められるものは高い医療レベルではなく、判断能力、トリアージできる能力である。（石坂参考人⑥）
- 勤務医へのインセンティブが少ない一方で、現在は開業医に強いインセンティブがついている。このような状況のまま医療費を上げるというのでは、国民は納得しないのではないか。（和田委員⑥）
- 病院の医療費が安すぎる。開業医の費用を減らすというのは中医協での経緯もあり難しい。トータルの医療費を増やして病院のウェイトを増やすべき。（高久委員⑥）
- 診療報酬では人件費等の実際にかかった費用が勘案されていない。そういったところも中医協で見直すべき。（土屋委員⑥）
- 国立病院で、レセプトの明細書が自動的に患者に発行されるようになった。患者の視点に立ったもので、評価できる。これを全ての病院に広げてほしい。（大熊委員⑥）
- 日本の大学と病院は、世界的に見てレベルが低いという話があったが、これは大学人の問題ではなく、教育費、医療費を抑制した国民、政治家の責任。医療費が抑制された中で、医療の質を取れば利便性は低下し、利便性を取れば質は落ちる。医療の質を取るか、利便性を取るかも国民の選択による。また、医療は、サービスではない。サービスというのは、対価があるものだが、現在の医療はサービスに対する対価がない。（嘉山委員⑥）
- レセプトの明細書発行により患者によるリアルタイムのチェックが可能となり、質の担保につながるため、明細書は無条件で発行すべき。（土屋委員⑥）