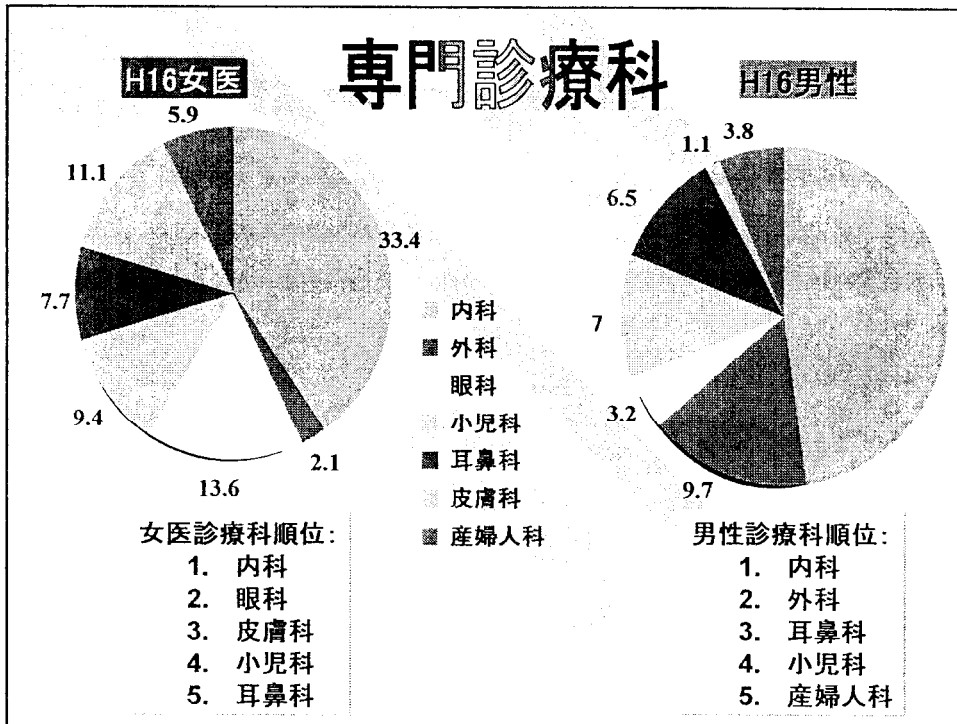
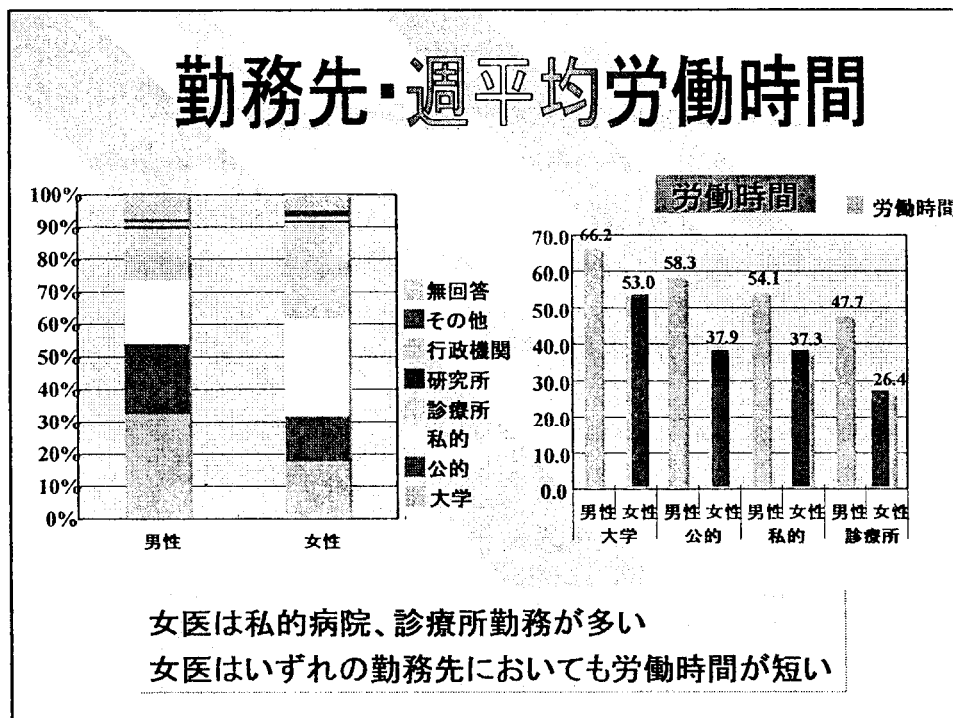
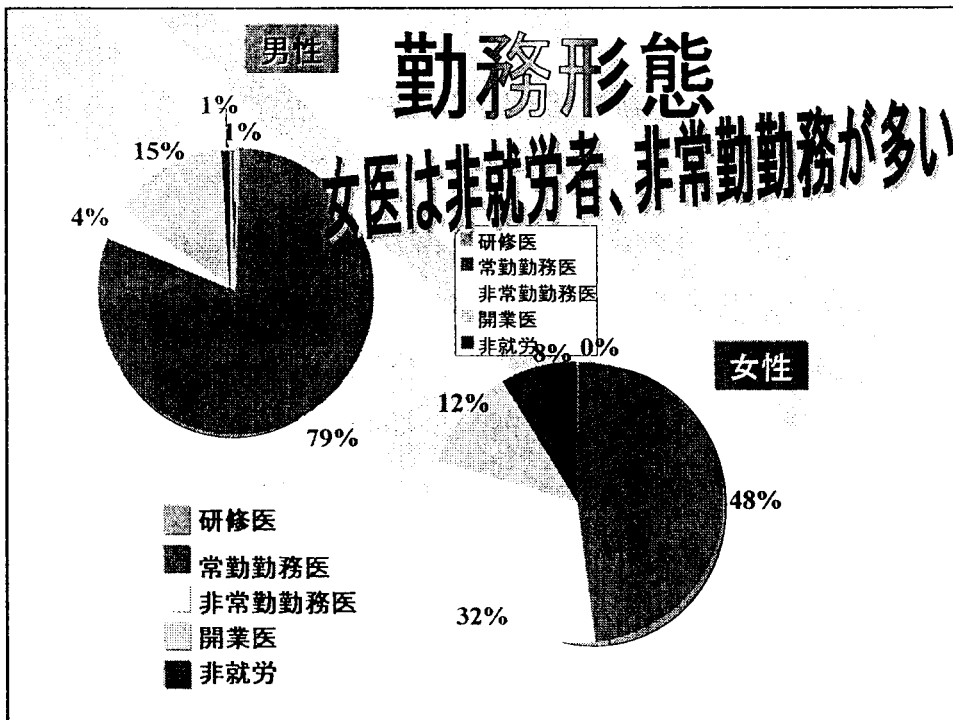


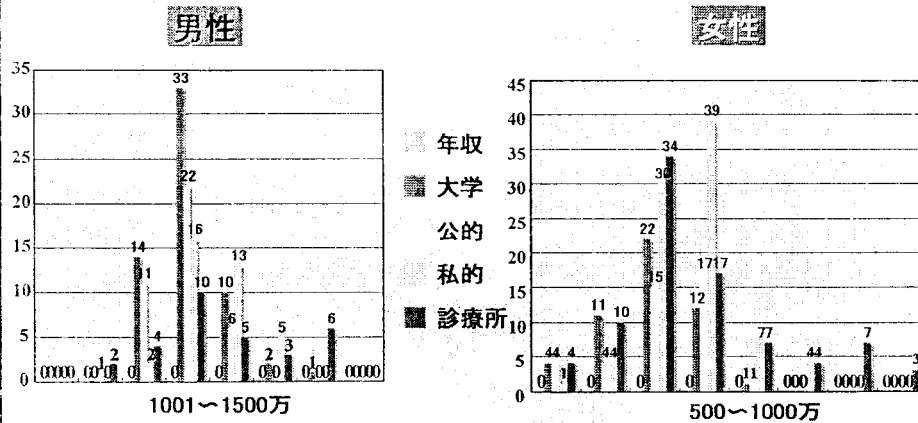
H16日本女医会調査

- 方法: 2003(H15)年、7大学の医学部卒業名簿から
卒後11～15年目男女3311抽出, 回答473(15.4%):
男性186名(39.6%), 女性287名(60.7%)
- 年齢: 男性 38.4 ± 2.9 (34～52), 女性 37.1 ± 2.3 (34～53)
- 就労率: 男性99.5%, 女性91.3%
- 年収: 最頻値: 男性1001～1500万円,
女性501～1000万円





年収ヒストグラム



女医は年収の最も多い階級は500～1000万円であったが、常勤医で見れば、男性と同様に1001～1500万円が最も多数

日本女医学会調査のまとめ

- 女医の専門診療医科は外科系が少ない
- 女医は非常勤、診療所勤務医が多い
- 女医は全ての勤務先において週平均労働時間が短い。非常勤が多いため？

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し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言える。

（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

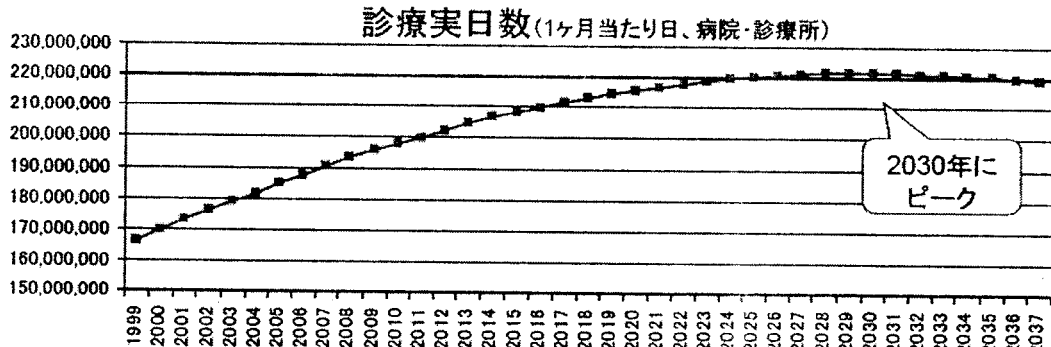
⁷嘉山委員第1回資料7 p31

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							

図 2

医師数の将来推計

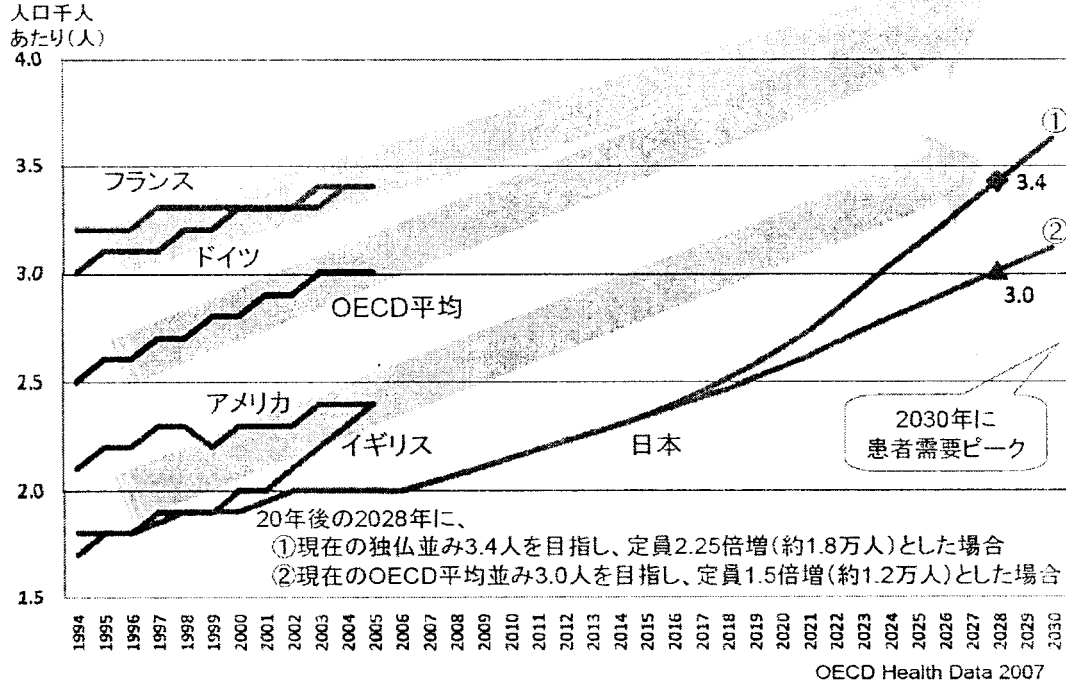
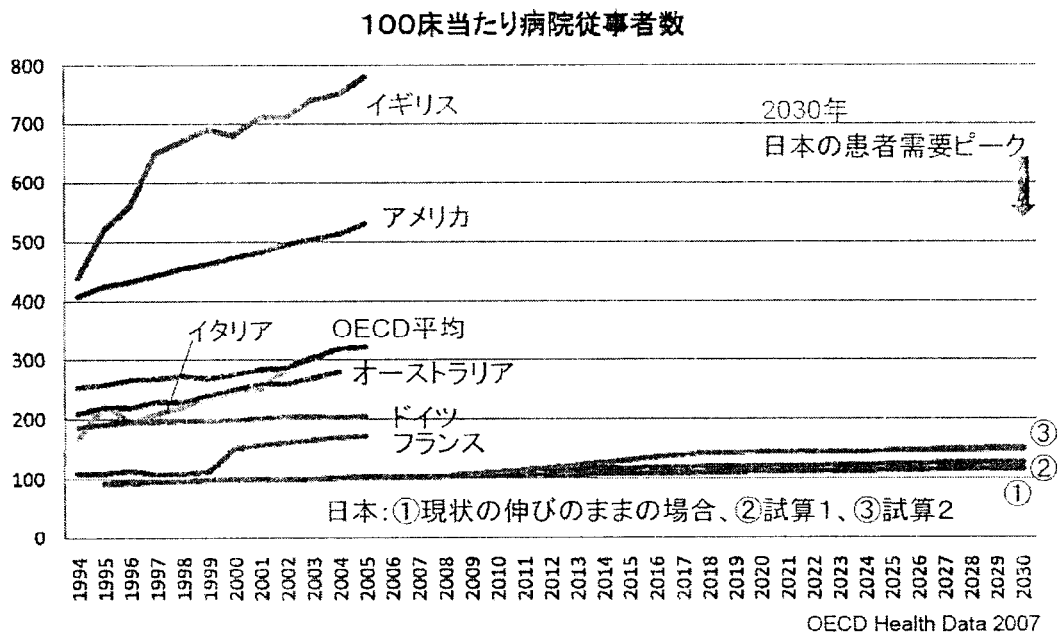


図 3

コメディカル数の国際比較と将来推計



(2) 医学教育の質の確保

医師養成数増加に伴う大学病院における教育環境の整備の充実を図る。また、国公立大学や私立大学が、教育のビジョンを明確に示し、医療再建に必要な人材の養成が効率的に行われる体制を整備する。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。

(4) 病院勤務医の就労環境の改善

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、地域医療に支障を来さないため、医師数を増やし、交代制を実現することにより、夜間勤務の翌日は診療に当たらない体制を整備する。

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等を講ずる必要がある。

(1) 医師養成数の増加

来年度の医師養成定員を、医育機関は地域医療に支障を来さない範囲で最大限努力し、最低でも過去最大の定員（8,360人まで462人増）を目途に増加する。なお、全国の医学部長への調査結果では、来年度概ね680人まで増員可能となっている¹⁹。

(2) 女性医師の就労環境の改善

女性医師が育児のために離職せざるを得ない状況であるが、男性も女性も育児をするという文化に変えていく必要がある²⁰。男性も女性も育児しながら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。

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、一般の保育所の増設・整備を進める等、円滑な入所を促進する。

(3) 勤務に対する経済的評価

「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。

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。

¹⁹嘉山委員第6回発言

²⁰大熊委員第6回意見

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等による現状把握を行う。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。

(4) 勤務する医師の絶対数の増加

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さ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。

IV 医師の偏在と教育

1 現状認識

(1) 地域及び診療科間の偏在

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²¹。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²²。リスクの高い診療に従事する医師が安心して診療に専念できる環境整備も重要である。

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²³。外科系医師は、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せるためには、診療報酬において、医師の技術を評価し、実施した医師に直接 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²⁴。

(2) 初期臨床研修制度導入の影響

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²⁵が明らかになった。

²¹土屋委員第2回資料7図2

²²嘉山委員第2回資料6 I-①

²³高久委員第4回意見

²⁴嘉山委員第2回資料6、海野委員第4回意見

²⁵海野委員第2回資料5

(3) 医師の専門性のあり方

初期臨床研修制度や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²⁶。

(4) 家庭医・総合医・在宅医療については、Vで述べる。

(5) 医師のキャリアパス

病院で働いていた専門医が、家庭医や総合医となって地域の医療を担うようになるキャリアパスも重要である。病院における急性期医療を、年をとっても続けられるわけではなく、専門医が開業するのは自然なキャリアパスであるし、地域住民の医療ニーズに応えるために必要なことである。

(6) ネットワークの必要性

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、必要に応じて、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。

2 中長期的ビジョン

(1) 医師の専門性及び養成の在り方の検討

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) 医師の専門性の評価

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²⁷。

²⁶土屋委員第2回資料7

²⁷嘉山委員第2回意見

(3) 医療者のネットワーク

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、若手医師にとって魅力あるキャリア形成システムの充実を図り、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が循環するよう派遣する。また、入学定員を増やす際には、地域出身者の入学を促すなど、医師の地域定着のための方策を今後検討する。

3 短期的対策

(1) 卒後医師臨床研修制度の見直しの開始

医師臨床研修制度については、卒前教育との関係を整理する。(CBT、OSCE、advanced OSCE 等による) 医学部の臨床実習前医学教育および全国的な標準評価法にもとづく共用試験の充実とその情報開示を通じて、指導医の監督下における医学生による医行為について、国民の理解を得る必要がある。卒前、卒後の臨床研修に関して、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。

(2) 後期研修制度の見直しの開始 (P.2II 参照)

(3) 医師不足診療科への対応

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、患者数・救急車台数によって手当を直接支給する²⁸。

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²⁹。

(3) 医師不足地域への対応

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。

V 地域医療・救急医療体制支援と住民参加

²⁸ 嘉山委員第2回資料6、海野委員第3回資料6

²⁹ 海野委員第3回資料6-41 ページ、資料7

1 現状認識

(1) 救急医療

救急医療においては、患者数の急増が問題となっており、受入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。特に2次及び3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全体の3%程度を受け入れているに過ぎず、2次救急体制のわずかな揺らぎも、3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、施策の立案及び実施に当たっては、救急患者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な財政的支援が必要であり、患者数・救急車台数に応じて医師への手当をつけるべきという認識で一致した。

既にある2次救急、3次救急のネットワークを破壊するような、全国一律のセンター化設置指導等、無理な集約化を進めるような行政的誘導は行わず、地域と相談をし、地域の実情に合わせた施策が必要である³⁰

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。東京都福祉保険局、東京消防庁、東京都医師会、救急医学専門医らの連携により、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%程度は救急車搬送を行わないことに同意が得られた。

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では、看護師が外来や電話でトリアージを行っている。トリアージナーズの教育・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³¹。我が国ではまだ稀であり、トリアージナーズ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。

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。消防・防災ヘリコプターの出動件数における救急出動件数の割合は、高知県222件(81.0%)、熊本県209件(85.0%)、東京消防庁292件(51.3%)といった高い地域から、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%)といった低い地域まで地域毎に大きな乖離が見られる³²。

救急医療に関しては、個々の地域事情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

³⁰嘉山委員第3回資料9

³¹有賀教授第3回資料5

³²有賀教授第3回資料5

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³³。

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、時間外勤務（救急外来等）、翌日の通常勤務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³⁴。

（２）総合医療・家庭医療

総合医療や家庭医療の専門医トレーニング（後期研修制度）には3～4年間必要であり³⁵、現在までに家庭医療後期研修プログラム80余が立ち上がり、それぞれ5～10人の後期研修医を教育できる体制を目指しているが、幅広くプライマリ・ケアを提供する医師の教育については、「総合医」あるいは「家庭医」といった名称も定まっておらず、その在り方に関しても専門家の間でも意見が収束していない。まず、専門家間で十分な議論を踏まえつつ、国民との議論を展開していく必要がある。

また、病院で働いていた専門医が、家庭医や総合医となって地域の医療を担うようになるキャリアパスも重要である。病院における急性期医療を、年をとっても続けられるわけではなく、専門医が開業するのは自然なキャリアパスであるし、地域住民の医療ニーズに応えるために必要なことである。診療科や地域によっては、地域でプライマリ・ケアを専門に開始する前の短期トレーニングが必要な場合もあり、その後の生涯教育も重要である。

（４）地域における医師のネットワーク

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³⁶。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。

地域全体の病院医師や診療所医師の連携を進め、患者の入退院・転院を円滑に進めるため、また、急性期病院から後方施設への転院等を円滑にすることによって救急医療の受け入れ可能性拡大につながるため、地域の医療機関間における電子カルテ情報等の共有化が有用である。なお、個人情報保護の観点から懸念する声もあるので、住民が円滑に必要な医療を受けられるメリットとのバランスについて、住民の理解を得ながら進める必要がある。

³³有賀教授第3回意見

³⁴嘉山委員第2回資料6 I-①

³⁵葛西委員第3回資料4

³⁶嘉山委員第2回資料6

(4) 住民参加

受診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」では、「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。

これらの活動が小児科医療の崩壊を防ぐことに役立っている。

2 中長期的ビジョン

(1) 救急医療

救急医療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（地域トリアージ）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。

救急医療の現場において、医療上の問題だけでなく、ホームレスや結核患者など、社会的、経済的な弱者に対応するためには、地域全体の医療資源だけでなく、福祉・介護資源への橋渡しが必要であり、各地域の行政機関や消防に調整システムを構築する³⁷。

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。

(2) 家庭医・総合医

後期研修の場を地域に設定することで、トレーニング中の後期研修医が地域医療の患者需要に実質的に応える貢献が可能な地域もあり（福島県立医科大学、北海道家庭医療学センターなど）、それら先進的モデル・プログラムを核として家庭医・総合医養成および指導医養成を重点的に支援することが求められる。

(3) 在宅医療

地域医療の一翼を担う在宅医療は制度的に誕生からまだ日が浅く、多くの課題が未解決で残されているので、中長期的な課題として取り上げる必要がある。

がんなどの在宅医療や看取りまで行う在宅医療・在宅医の専門性を評価すべきである。訪問看護について、医師の標準的指示書や個別的約束指示の下で看護師の裁量性を認めることや、訪問看護のあり方を検討すべきである。

(4) 地域におけるネットワーク

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。

³⁷有賀教授第6回意見

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、患者にとって適切な医療へと送り届ける観点から、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) 救急医療

(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、患者数・救急車台数によって手当を直接支給する³⁸。

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。

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。

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。

(2) 地域ネットワーク

病診連携を推進し、患者の入退院・転院を円滑に進めるために、地域の医療機関における電子カルテの情報共有を進める。

(3) 住民参加

「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を可能とする取り組みを支援する。

VI コメディカルの雇用数と教育

1 現状認識

(1) 病院に勤務するコメディカルの絶対数の不足

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人であるのに対し、日本はわずか100.8人(諸外国平均の約1/4)である³⁹。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と言える。なお、日本の人口当たり急性期病床数は欧米の約2倍であることにも留意しておく

³⁸ 嘉山委員第2回資料6、海野委員第3回資料6

³⁹ 土屋委員第2回資料7図8、井上教授第4回資料4

必要がある。

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人であるのに対し、日本はわずか33.6人（諸外国平均の約1/4）である⁴⁰。同程度の病床規模の日米の病院の看護師数を比較してみると、ボストンSE病院620人に対し、日本S国立病院85人と、7.3倍の開きがある⁴¹。

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（薬剤技師）がいる⁴²。

看護師、薬剤師の病院における絶対的雇用数は不足しているが、その養成数が不足している訳ではない。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人しかいない⁴³。現行の養成数を前提に、いかに病院における雇用数を増やしていくかを検討する必要がある。

（2）医療安全とコメディカルの関係

看護師の教育水準が高いほど、患者死亡率が低い。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。我が国の医療安全向上のためには、看護師の教育水準向上が必要不可欠である⁴⁴。

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、医療の安全性が高い（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）ことが、国際的に示されている⁴⁵。我が国の医療の安全性向上のためには、病床当たり看護師、薬剤師等の雇用数増加が必要不可欠である⁴⁶。

（3）教育水準のレベルアップ

現行の看護師の養成制度は、3年制の養成所や短大と、4年制の大学が併存しているが、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。大学病院勤務者を対象にした調査では、大学卒の看護師の早期離職率は、

⁴⁰土屋委員第2回資料7図8、井上教授第4回資料4

⁴¹嘉山委員第4回資料8—③

⁴²土屋委員第4回資料10

⁴³井上教授第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

⁴⁴井上教授第4回資料4

⁴⁵嘉山委員第1回資料7 p38、土屋委員第2回資料7図9

⁴⁶井上教授第4回資料4

養成所卒の看護師の1/10である⁴⁷。

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⁴⁸。質の高い看護を目指すためにもこれらの資格取得者にはインセンティブを付けることが看護職のモチベーションを高めると期待される⁴⁹。

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ズという専門性もある。

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⁵⁰。

(3) 高い離職率

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、事務クラーク等、あらゆる職種の数の不足）と、マンパワー不足のために卒後専門教育の機会を奪われている現状がある⁵¹。

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⁵²。

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⁵³。

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%であるのに対し、アメリカ58%、イギリス64%、ドイツ65%となっている⁵⁴。

(4) 他職種との協働

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ーク等の実施を検討する場合には、国民の理解と同意を得ることが大前提であり、そのために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つ

⁴⁷井上教授第4回資料4

⁴⁸事務局第4回資料1、嘉山委員第4回意見

⁴⁹嘉山委員第4回意見

⁵⁰和田委員第4回資料11

⁵¹井上教授第4回資料4

⁵²井上教授第4回資料4

⁵³嘉山委員第2回資料6 I-①

⁵⁴井上教授第4回資料4

て獲得されるべき技術水準に関する関連職種によるピアレビューを導入する必要がある。それにより、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。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。

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⁵⁵。

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⁵⁶。医療の質を担保しつつ・麻酔科医の加重労働を軽減し、手術麻酔を効率的にこなすためには、麻酔専門医の統括のもと手術の前後もカバーする周術期管理チームの構築が前提である。危機的偶発症の発生リスクを伴う手術麻酔の安全には麻酔専門医が即時対応できる体制が肝要であり、1人ないし最大2人の周術期看護師が麻酔専門医1人の直接的指導と臨床責任のもとに麻酔業務の中の役割を分担し協働することが想定され、周術期看護師の育成に向けての検討が現場で取り組み始められている。

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。また、真実開示・謝罪促進などと連動させ、患者のための医療の一環として、組織的にメディエーター導入に取り組む医療機関、病院団体などが増加してきている。

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。

医療者と患者間の真の協働関係を樹立するためには、医療従事者が全体として、患者の立場を十分に配慮するという施設の「文化」を醸成する必要がある。そのためには管理者の姿勢が重要である。医療機関におけるメディエーション研修はそのような文化が育つ契機となることが期待される。

2 中長期的ビジョン

(1) 病院に勤務するコメディカルの絶対数

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

⁵⁵岡井委員第4回意見

⁵⁶山田教授第4回意見

ず2倍に増加させることを目指す。

(2) コメディカルの質的向上

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。

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、既に専門性を持ち、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、さらには医療の安全性向上につながる。

(1) 絶対数の増加

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、事務クランク等の雇用数を増加させる。

(2) 指導者への配慮

卒後の新人教育にあたる看護師に指導手当をつける。

(3) 経済的インセンティブ

既に専門性を持ち、現場で助産師、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。

(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。

(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。

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。

(4) 質の向上、キャリアパスへの配慮

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。

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。

VII 最後に

日本の医療レベルは、世界保健機構（WHO）が健康レベルから評価したものでは、世界1位である。一方、OECD加盟30カ国の中で、医療費がGDPに占める比率は21位と大変低い。また、医師数は同じく人口比で見ると26位と最低に近い。すなわち、世界で最も手間のかかる医療を世界で最も低い医療費と医師数で賄ってきたといえる。さらに、医師を養成する文部科学省の教育費もOECD加盟30カ国で26位と大変低い。このような状態になったことは、閣議決定であり、厚生労働省、文部科学省、財務省の良し悪しの問題ではなく国民が決めたものである。しかし、今回、閣議で、医師数の増員案が決定された。本ビジョンの会では、上述のごとく、医療の根幹を改善するためには医師数の増員のみでは解決できないことを提言した。従って、上記の医療の改善を健全に実現するためには、教育費および医療費の増額も併せて提言するものである⁵⁷。

⁵⁷嘉山委員第3回意見

「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化のために～国民の目線から～

国際医療福祉大学大学院 大熊由紀子

料理の味や安全性にまるで関心を示さず、だれが支払うか、どれだけ値切るかを言い争っている人がいたら、そのはしたなさに、みんなあきれることでしょう。それとよく似たことが、長い間、日本では行われてきました。医療の質や安全性を真剣に考えない、国民を置き去りにした、医療費をめぐる論議と駆け引きです。

その結果、日本の医療費は安いことで国際的に有名になりました。一方で、国民が切実に求めている医療への配分は切り詰められてゆきました。「安さの秘密」を知ろうと日本にやってきた海外の専門家は、失望して帰ってゆきました。夜になると手薄になる検査や看護の体制、出産時刻を病院に体制にあわせるための薬剤使用を知って、「これは病院ではありません」と遠慮がちに述べた専門家もいました。欧米では病院は24時間機能しているものだからです。勤務医たちがふつうの日常生活を営めない過酷な体制を強いられている状況も日本独特のものでした。

今回の検討会で、医療スタッフの過酷な日々が焦点があてられ、論議が深められました。そのことは画期的でした。

けれど国民の目線、患者の目線、心ならずも医療事故の被害者になった方々の目から見ると、患者の安心より、医療提供側の安心を優先した発言が目立ったように思われます。

医師不足の解消は重要ですが、そのためには医学部の定員をただ増やすのではなく、志の高い人材が合格できる仕組み、教育の質を維持するための挑戦が不可欠です。診療科間の偏在を解消するには、各学会が、「ほんとうは、どれくらいの専門医が必要なのか」を虚心に算出して、それに応じて、専門医の育成をするといった姿勢が求められます。

国民が願っている医療の姿とは、たとえば、以下のようなものです。

1. 助産師と医師が連携した、安心して子どもを産める体制と医療保険でのバックアップ
2. 安心して子どもを育てられる小児科医療の確保
3. 頼りになる救急医療システムの構築
4. 安心し、信頼して闘病できる医療の質の確立
5. 福祉と医療の安定した連携による在宅ケアシステムの確立
6. 医療事故の再発防止・真相究明体制の確立

「モンスター患者」と呼ばれる人々の特徴は、裁判を起こさないことです。つらい医療訴訟に耐えている遺族たちは、「真実を知りたい」「自身の経験を次の悲劇をなくすために生かさなくては」という思いにつき動かされているのです。それは、大野病院事件のご遺族の例をみても明らかです。「大野病院事件が医療を崩壊させた」という委員もおられました。「医療が崩壊していたから」悲劇が起きた、と考えることの方が事実即しています。

「信頼」の重要性が検討会でしばしば語られました。そのためには、まず、「真実を語り」「隠さず見せる」という文化が医療者と患者のあいだに共有されていることが不可欠です。

国と医療界が、こうした国民の求めている医療の実現に向けて真剣に努力している姿を見せたとき、そして、医療者が患者をパートナーと考える文化を築きはじめたとき、国民の信頼が生まれ、さらなる経済的負担の同意も得られることでしょう。

AAMC (米国医科大学協会; Association of American Medical Colleges)による勧告 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



Tomorrow's D

[Home](#) [Government Affairs](#) [Newsroom](#) [Meetings](#) [Publications](#)

[Shopping Cart](#) [Site Map](#) [S](#)

AAMC Calls for 30 Percent Increase in Medical School Enrollment

[Newsroom Home](#)

[News Releases](#)

[AAMC Reporter](#)

[STAT](#)

[AAMC & Member
Contacts](#)

For Immediate Release

Washington, D.C., June 19, 2006 - Citing growing evidence of a national physician shortage, the AAMC (Association of American Medical Colleges) today recommended that enrollment in U.S. medical schools be increased 30 percent by 2015. This expansion would result in an additional 5,000 new M.D. students annually and should be accomplished by boosting enrollment at existing schools, as well as by creating new allopathic medical schools.

"A shortage of U.S. doctors would have a profound impact on all Americans by affecting access to quality health care, especially for the underserved who already encounter substantial barriers when seeking care," said AAMC President Jordan J. Cohen, M.D. "Based on current evidence, we believe this recommended increase will help prevent a future shortfall and meet the health needs of our nation."

<http://www.aamc.org/newsroom/pressrel/2006/060619.htm>

「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会

中間とりまとめ(案)

平成 20 年 8 月 27 日

本検討会は、国民が地域で安心して医療を受けられるよう、医療を守り質を高めるために必要な具体的な方策について、国民・患者や現場の視点に立って 7 回 16 時間を超える時間にわたり議論を重ねてきた。

厚生労働省においては、こうした議論を踏まえて、関係省庁とも協力し、下記の事項及び検討会で出された現場の知恵ともいうべき提案について積極的に取り組むことを要請する。

また、医療費は対 GDP 比が OECD の中でも低い水準にあることを踏まえ、より質の高い医療の実現とそれに必要な医療費のあり方について国民的な議論が行われることを期待する。

1 医師養成数

医師養成数については、産科や救急をはじめ厳しい状況にある診療科の勤務医等の待遇を改善するとともに、さらに医療の質を高めるため、増加させるべきである。

○来年度においては、医学部教育・地域医療に支障を来さない範囲で、少なくとも過去最大の医学部定員(8,360 人)程度を目指すべきである。

○OECD の人口 10 万対の平均医師数が我が国のその約 1.5 倍であることも考慮し、医学部教育・地域医療に支障を来さないよう配慮しつつ、将来的には 50%程度医師養成数を増加させることを目指すべきである。その後医師需要をみながら適切に養成数を調整する必要がある。こうした医師需要を検証する観点から厚生労働省において必要な医師数について推計し直すべきである。その際、少子高齢化の進展や国民の医療に対するニーズや意識が変化していることを踏まえ、あるべき医療の姿もイメージしつつ、高齢化の状況、患者の診療動向、女性医師の増加や働き方に関する意識の変化、医師の

勤務実態、世代別の状況、医療提供体制のあり方など様々なパラメータをできるだけ考慮した専門的な推計を行うべきである。

2 医師の偏在と教育

現下の医師不足問題は、診療科の偏在と地域の偏在という「2つの偏在」によって深刻さを増している。国民が地域において確実に必要な医療が受けられるようにするためには、医師の数を増やすだけでなく、こうした偏在の問題に的確に取り組む必要がある。

○診療科の偏在の問題については、特に病院に勤務する医師が減少傾向にある診療科や救急医療においては、時間内でも時間外でも厳しい勤務を求められることが多いことを踏まえて、その働きを評価し、医師が魅力あると思うようなインセンティブを付与することが重要である。外科をはじめ医師の技術を適切に評価するため、ドクターフィーについても検討する必要がある。

○地域の偏在の問題については、へき地などで働く医師へのインセンティブの付与、へき地などへ派遣された医師を様々な面でサポートする体制の整備が必要である。また、専門医としての総合医・家庭医の養成とともに、他の専門医が総合医・家庭医となって地域医療を担うようなキャリアパス、再教育のプログラムが必要である。

○当面、上記のインセンティブの一つとして、産科、救急、へき地などで勤務する医師等に対して手当を支給し、その働きを評価すべきである。また、通常の勤務に加え、当直やオンコール対応など厳しい状況に置かれた勤務医の勤務条件を短時間正規雇用などにより改善を図るべきである。

○また、2つの偏在の問題に対応し、また、医療の質を高めていくため、患者の声も聞きながら、初期臨床研修制度や専門医トレーニング(後期研修制度)のあり方を見直すべきである。

○より質の高い医師を効果的に養成する観点から、医師の卒前・卒後教育の連携をはじめとした臨床研修制度のあり方について、文部科学省と厚生労働省との合同の検討会を早急に立ち上げ、対策の具体化を図るべきである。

3 コメディカル等の専門性の発揮とチーム医療

よりよい医療を実現するためには、治療にあたるチームを構成する医師のみならず各コメディカルが専門性を発揮していくことが重要である。

○コメディカルが専門性を持ち、キャリアアップできる仕組みが必要であり、そうしたことへのインセンティブの付与や支援が必要である。同時に、コメディカルの数を増加させることについて具体的な検討が必要である。

○チーム医療を実践することや各職種が専門性を発揮し、患者のためのよりよい医療が行われる体制がとられることを前提に、その職種でなくても行いうる業務を他の職種に担わせるスキルミックスを進めるべきである。

○患者の安全性向上のため、4年生大学への移行も視野に、看護師基礎教育の充実を図るべきである。

○医療者と患者間の真の協働関係を樹立するためには、医療従事者が全体として、患者の立場を十分に配慮するという施設の「文化」を醸成する必要がある。そのためには管理者の姿勢が重要である。諸外国の例を参考にしながら、医療における院内メディエーターの活用も今後の検討課題とすべきである。

4 地域医療・救急医療体制支援

○地域医療の担い手の一つとして、専門医としての総合医・家庭医のあり方等について検討を進めるべきである。

○がんなどの在宅医療や看取りまで行う在宅医療・在宅医の専門性を評価すべきである。訪問看護について、医師の標準的指示書や個別的約束指示の下で看護師の裁量性を認めることや、訪問看護のあり方を検討すべきである。

○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を進めるためには、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ことを検討する必要がある。また、地域全体の病院医師や診療所医師の連携を円滑に進め、患者の入退院・転院を円滑に進めるためには、

地域の医療機関における電子カルテの情報共有が必要である。また、医療の透明化を図るため患者が無料で明細書(診療内容がわかる領収書)を受け取ることができるようにする必要がある。

- 救急医療において、患者が適切な医療を受けられるようにするためには、最も重症の者を受け入れる第三次救急の体制を堅固なものとすると同時に、軽症者も含め多くを受け入れている二次救急を支える体制を構築することが重要である。
- このため、数多く救急患者を受け入れた医療機関・医師を評価すること、地域によっては二次救急が福祉的なニーズを持った患者を相当数受け入れているケースがあることから福祉関係の行政機関をはじめ関係機関が協力して受け止められる体制を構築すること、医師以外にも適切なトリアージができる看護師を養成すること、が必要である。
- 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べきである。

5 患者・住民の参画

- 「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が行われている。各地のこうした取り組みを支援し、住民とともに地域医療を守ることが重要である。
- 患者、住民に関わることを決める場合には、患者、住民とともに議論し、考えるという視点が重要である。

医療提供体制の各国比較(2006年)

参考資料①

国名	平均在院 日数	人口千人 当たり 病床数	病床百床 当たり 医師数	人口千人 当たり 医師数	病床百床 当たり 看護職員数	人口千人 当たり 看護職員数
日本	34.7	14.0	14.9	2.1	66.8	9.3
ドイツ	10.1	8.3	41.6	3.5	117.8	9.8
フランス	13.2	7.2	46.7	3.4	105.8	7.6
イギリス	8.7	3.6	69.0	2.5	335.9	11.9
アメリカ	6.4	3.2	76.3	2.4	331.2	10.5

(出典):「OECD Health Data 2008」

※ 病床百床当たり医師数、病床百床当たり看護職員数については医師数、看護職員数を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

※ 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

日本:全病院の病床 ドイツ:急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床(ナースিংホームの病床を除く)

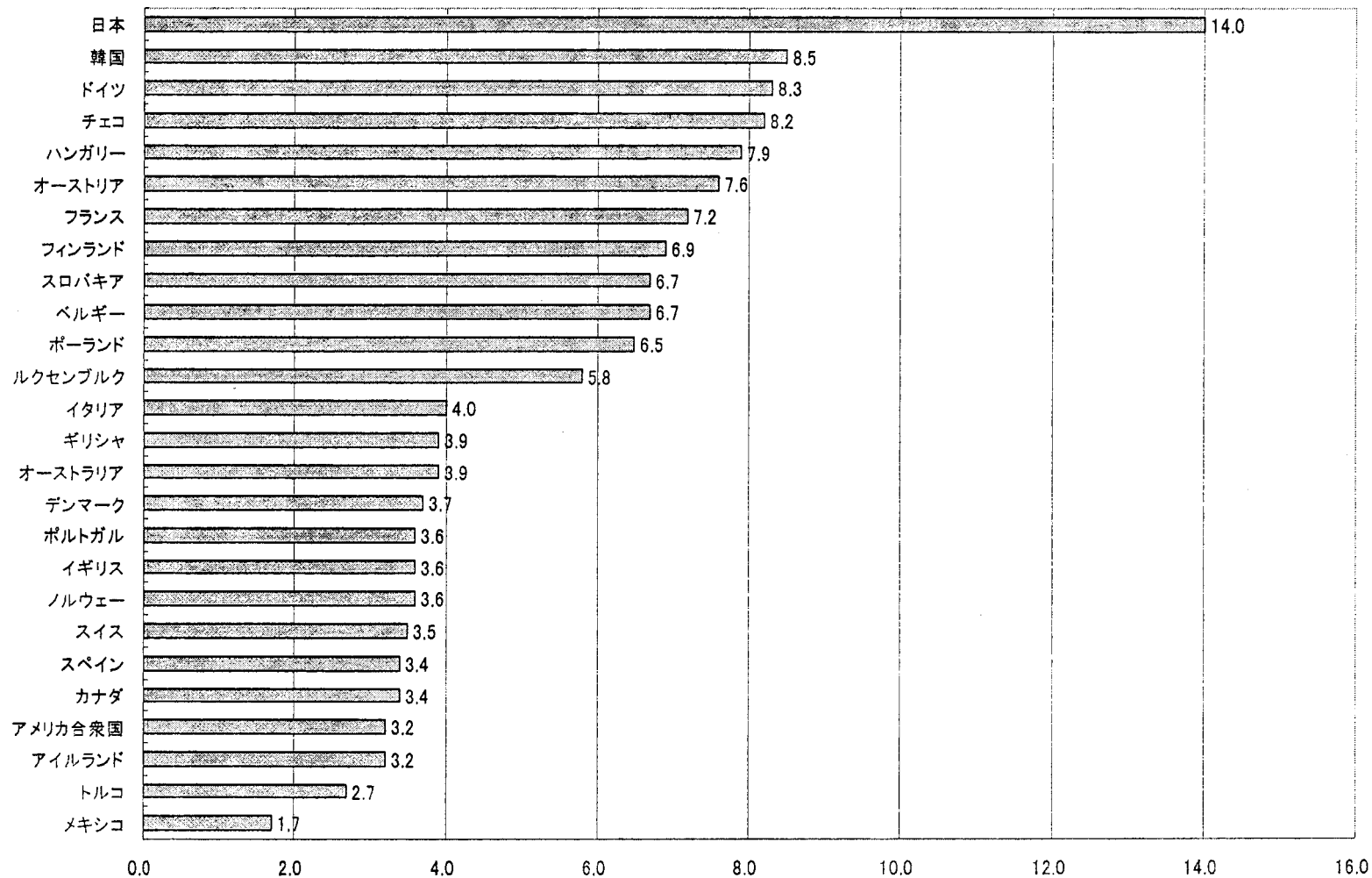
フランス:急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床 イギリス:NHSの全病床(長期病床を除く)

アメリカ:AHA(American Hospital Association)に登録されている全病院の病床

OECD諸国の病床数について(2006年)

人口1000人当たりの病床数は14.0と、他のOECD諸国に比べて大幅に多くの病床を有している。

OECD諸国の人口1000人当たり病床数(2006年)



出典:「OECD HEALTH DATA 2008」

G7諸国の人口1000人当たりの医療従事者の国際比較について(2006年)

○ 日本は人口当たりの医師数は他のG7諸国と比較して少ない状況にあるが、一方で、看護師を加えた数や病院職員では、概ね同程度の水準にある。

	診療医師数 (注1)	看護職員数 (注2)	医師＋ 看護職員数	病院職員数 (常勤換算)
アメリカ合衆国	2.4	10.5	12.9	16.4
イギリス	2.5	11.9	14.4	—
イタリア	3.7	7.1	10.8	12.3
カナダ	2.1	8.8	10.9	—
ドイツ	3.5	9.8	13.3	10.7
フランス	3.4	7.6	11.0	17.3
日本	2.1	9.3	11.4	13.4

出典：OECD Health Data 2008

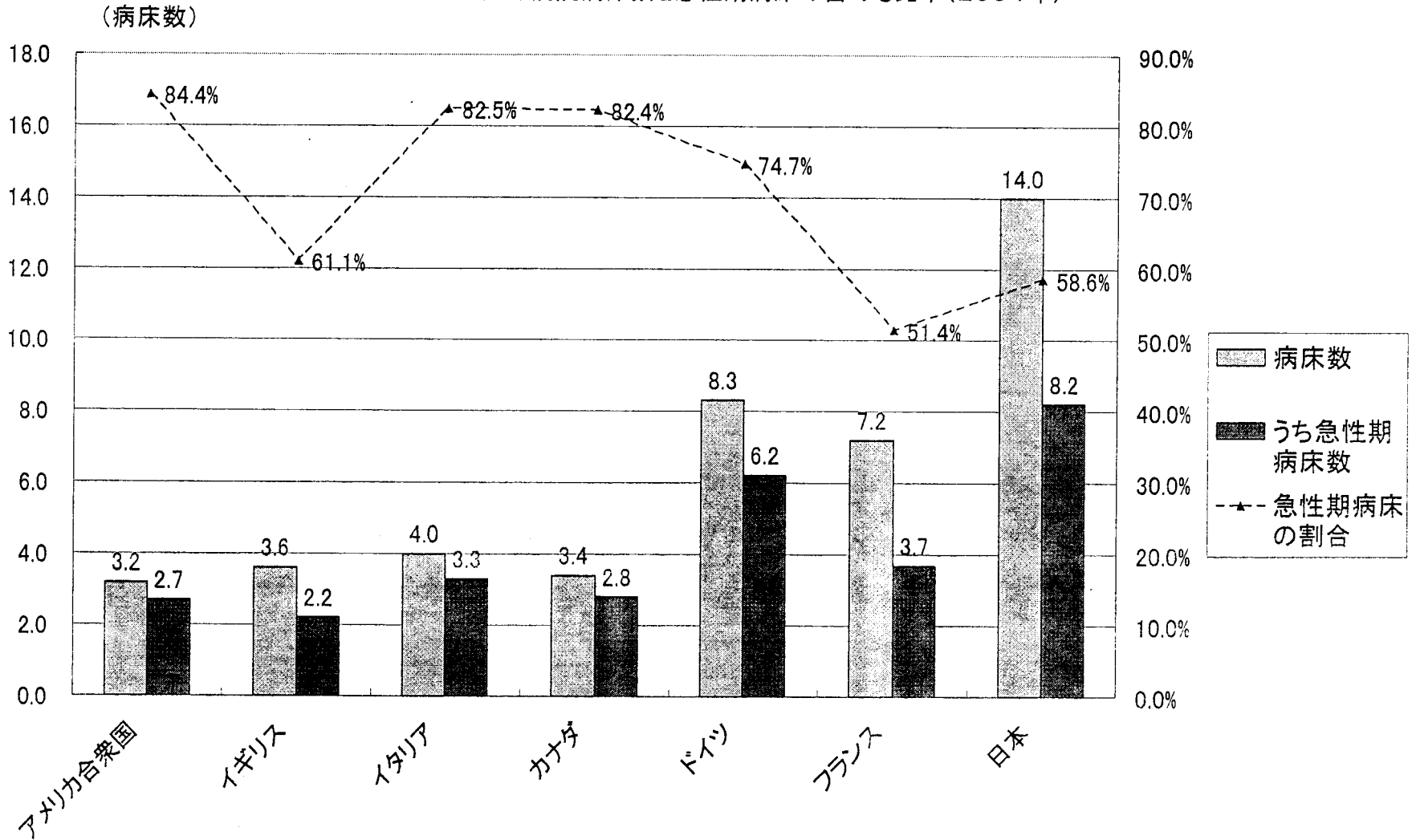
注1：診療に従事している医師数で算定している。

注2：看護業務に従事している看護師等の数で算定している。

G7諸国の人口1000人当たりの病床数の国際比較について

○ 病床数で見ると、約1.7~4倍強の数となっている。

人口1000当たり病院病床数と急性期病床の占める比率(2004年)



出典: OECD Health Data 2007

G7諸国の病床当たり病院職員数、平均在院日数、退院数の国際比較について(2006年)

- 病床当たりの医師数、看護職員数、病院職員数は、日本は他のG7諸国に比較して少ない状況にある。
- 平均在院日数及び外来診察回数では、日本は、外来診療の頻度が高く、かつ入院期間が長い状況となっている。

	100床 当たり 医師数	100床 当たり 看護職員数	100床 当たり 病院職員数 (常勤換算)	急性期1病床 当たりの 年間退院数	平均在院 日数 (急性期)	人口1人 当たり 外来診察回数
アメリカ合衆国	76.3	331.2	517.9	43.2	5.6	4.0
イギリス	69.0	335.9	—	74.1	7.5	5.0
イタリア	92.6	177.9	309.7	46.5	—	7.0
カナダ	63.1	257.0	382.6	30.2	7.2	5.9
ドイツ	41.6	117.8	129.1	31.5	8.5	—
フランス	46.7	105.8	—	70.5	5.4	6.6
日本	14.9	66.8	104.6	12.6	19.2	13.7

出典: OECD Health Data 2008

注1: カナダは全ての項目において、2005年の数字を用いている。

注2: 「急性期1病床当たりの年間退院数」及び「人口1人当たり外来診察回数」は、2005年の数字を用いている

日本と欧米諸国の病院の国際比較について

	病院数	人口10万 対病院数	1 病院当たり 病院職員数 (常勤換算)	病院病床数	一病床当たり 職員数 (常勤換算)
アメリカ	5,756	1.9	832.3	946,997	5.1
フランス	2,890	4.8	-	456,452	-
ドイツ	2,166	2.6	419.1	707,806	1.3
日本	8,943	7.0	191.0	1,626,589	1.0

出典：OECD Health Data 2008、医療経済研究機構「アメリカ医療関連データ集【2007年版】」 医療経済研究機構「フランス医療関連データ集【2007年版】」、医療経済研究機構「ドイツ医療関連データ集【2007年版】」、「平成18年 医療施設調査」「平成18年 病院報告」厚生労働省大臣官房統計情報部

注：2005年の数字である。ただしドイツは2004年、日本は2006年の数字

OECD加盟国の医療費の状況(2006年)

国名	総医療費の対GDP比(%)		一人当たり医療費(ドル)		備考
	順位	順位	順位	順位	
アメリカ合衆国	15.3	1	6,714	1	
スイス	11.3	2	4,311	3	
フランス	11.1	3	3,449	8	
ドイツ	10.6	4	3,371	10	
ベルギー	10.4	5	3,488	7	
ポルトガル	10.2	6	2,120	23	
オーストリア	10.1	7	3,606	6	
カナダ	10.0	8	3,678	5	
デンマーク	9.5	9	3,349	11	
オランダ	9.3	10	3,391	9	
ニュージーランド	9.3	10	2,448	22	
スウェーデン	9.2	12	3,202	13	
アイスランド	9.1	13	3,340	12	
ギリシャ	9.1	13	2,483	19	
イタリア	9.0	15	2,614	18	

国名	総医療費の対GDP比(%)		一人当たり医療費(ドル)		備考
	順位	順位	順位	順位	
オーストラリア	8.8	16	2,999	15	※
ノルウェー	8.7	17	4,520	2	*
イギリス	8.4	18	2,760	16	
スペイン	8.4	18	2,458	21	
ハンガリー	8.3	20	1,504	24	
日本	8.2	21	2,474	20	259,770円※
フィンランド	8.2	21	2,668	17	
アイルランド	7.5	23	3,082	14	
ルクセンブルク	7.3	24	4,303	4	
スロバキア	7.1	25	1,130	27	※
チェコ	6.8	26	1,490	25	
メキシコ	6.6	27	794	29	*
韓国	6.4	28	1,480	26	
ポーランド	6.2	29	910	28	
トルコ	5.7	30	591	30	※

【出典】「OECD HEALTH DATA 2008」

(注1) 上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの

(注2) ※の数値は2005年のデータ

(注3) *の数値は予測値

(注4) 日本円については、日本銀行「基準外国為替相場」により算出

医療提供体制の各国比較(2006年)

国名	病床百床当 たり医師数	人口千人当 たり医師数	病床百床当たり看 護職員数	人口千人当たり看 護職員数
日本	14.9	2.1	66.8	9.3
ドイツ	41.6	3.5	117.8	9.8
フランス	46.7	3.4	105.8	7.6
イギリス	69.0	2.5	335.9	11.9
アメリカ	76.3	2.4	331.2	10.5

(出典):「OECD Health Data 2008」

※ 病床百床当たり医師数、病床百床当たり看護職員数については医師数、看護職員数を病床数で単純に割って百をかけた数値である。

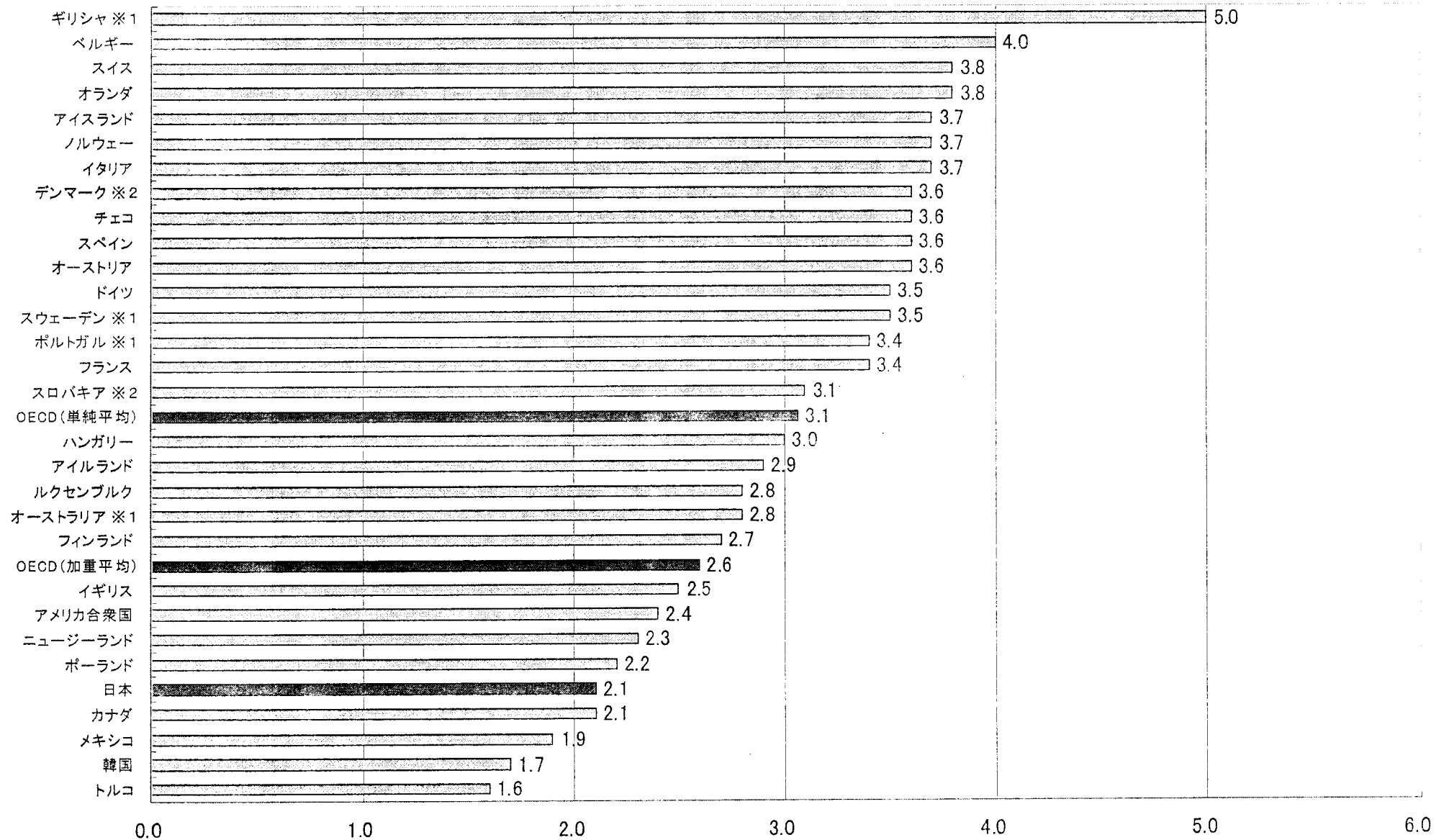
※ 平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

日本:全病院の病床 ドイツ:急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床(ナースিংホームの病床を除く)

フランス:急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床 イギリス:NHSの全病床(長期病床を除く)

アメリカ:AHA(American Hospital Association)に登録されている全病院の病床

人口1000人当たり臨床医数の国際比較(2006年(平成18年))



※1 2005 ※2 2004

注1 単純平均とは、各国の人口当たり医師数の合計を国数で割った数のこと。

注2 加重平均とは、全医師数を全人口で割った数のこと。

注3 一部の国では、臨床医数ではなく総医師数を用いている。

G7諸国の人口1000人当たりの医療従事者の国際比較について(2006年)

○ 日本は人口当たりの医師数は他のG7諸国と比較して少ない状況にあるが、一方で、看護師を加えた数や病院職員では、概ね同程度の水準にある。

	診療医師数 (注1)	看護職員数 (注2)	医師＋ 看護職員数	病院職員数 (常勤換算)
アメリカ合衆国	2.4	10.5	12.9	16.4
イギリス	2.5	11.9	14.4	—
イタリア	3.7	7.1	10.8	12.3
カナダ	2.1	8.8	10.9	—
ドイツ	3.5	9.8	13.3	10.7
フランス	3.4	7.6	11.0	17.3
日本	2.1	9.3	11.4	13.4

出典: OECD Health Data 2008

注1: 診療に従事している医師数で算定している。

注2: 看護業務に従事している看護師等の数で算定している。

G7諸国の病床当たり病院職員数の国際比較について(2006年)

- 病床当たりの医師数、看護職員数、病院職員数は、日本は他のG7諸国に比較して少ない状況にある。
- 平均在院日数及び外来診察回数では、日本は、外来診療の頻度が高く、かつ入院期間が長い状況となっている。

	100床当たり医師数	100床当たり看護職員数
アメリカ合衆国	76.3	331.2
イギリス	69.0	335.9
イタリア	92.6	177.9
カナダ	63.1	257.0
ドイツ	41.6	117.8
フランス	46.7	105.8
日本	14.9	66.8

出典:OECD Health Data 2008

注1:カナダの看護職員数・医師数は、2005年の数字を用いている。

注2:日本の年間退院数は、2005年の数字を用いている