

## (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)
- ・ 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 41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なのである。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、心臓血管外科等の科目も少なからずあり、さらにばらけさせる必要がある。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)

### (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つて、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う。(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。各都道府県でやってもらう必要がある。(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い。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というにす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、資源を必要となる場所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件搬送が増えるのでは持つ意味が異なる。5件になればあっ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、大事なも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。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