

平成 20 年 8 月 5 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

(第 1-2 回) 論点整理案

北里大学産婦人科 海野信也

- これまでの 2 回の検討会の議論の論点について整理してみた。

1) 医師養成数の増加策について

- (ア) 医療需要は 2030 年頃ピークを迎え、その後緩やかに減少する（嘉山委員第 1 回資料 p23）。
- (イ) 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 第 2 回資料 7）。
- (ウ) 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（第 2 回資料 7 図 4）。
- (エ) 医療需要の増加への対応、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という認識で一致。

- (オ) 医育機関側の準備状況と医療需要の増加を勘案して、10 年間程度養成数を増加させていく。その後、医療需要の減少状況にあわせて徐々に、養成数を減少させ、現状水準程度まで戻すことを想定する。

- (カ) 経費試算 医学生を一人増やすのにかかる経費が 1 年に 1000 万円と仮定し、年間の増加数を 400 名程度とすると、年度ごとの経費増加分は右のように試算され、最大で年間 2400 億円となる。（自治医大における養成経費の現状を参考にした。）

年度	医学生一人あたりの年間経費(仮定)		10,000,000	現状からの増加分	
	医学部定員	現状からの増員数			
2008	7898	0			
2009	8298	400	4,000,000,000	40	億円
2010	8698	800	12,000,000,000	120	億円
2011	9098	1200	24,000,000,000	240	億円
2012	9498	1600	40,000,000,000	400	億円
2013	9898	2000	60,000,000,000	600	億円
2014	10298	2400	84,000,000,000	840	億円
2015	10698	2800	108,000,000,000	1080	億円
2016	11098	3200	132,000,000,000	1320	億円
2017	11498	3600	156,000,000,000	1560	億円
2018	11898	4000	180,000,000,000	1800	億円
2019	11898	4000	200,000,000,000	2000	億円
2020	11898	4000	216,000,000,000	2160	億円
2021	11898	4000	228,000,000,000	2280	億円
2022	11898	4000	236,000,000,000	2360	億円
2023	11898	4000	240,000,000,000	2400	億円
2024	11898	4000	240,000,000,000	2400	億円
2025	11498	3600	236,000,000,000	2360	億円
2026	11098	3200	228,000,000,000	2280	億円
2027	10698	2800	216,000,000,000	2160	億円
2028	10298	2400	200,000,000,000	2000	億円
2029	9898	2000	180,000,000,000	1800	億円
2030	9498	1600	156,000,000,000	1560	億円
2031	9098	1200	132,000,000,000	1320	億円
2032	8698	800	108,000,000,000	1080	億円
2033	8298	400	84,000,000,000	840	億円
2034	7898	0	60,000,000,000	600	億円
2035	7898	0	40,000,000,000	400	億円
2036	7898	0	24,000,000,000	240	億円
2037	7898	0	12,000,000,000	120	億円
2038	7898	0	4,000,000,000	40	億円

- (キ) 実際の養成数については、教育の質の担保を前提とした可能な増加範囲について各大学からの提示を受けた上で、検討する必要がある。
- (ク) 養成機関については、短期間で養成数を変動させなければならないことがあきら

かであるため、養成数の変化の程度が許容範囲内であれば、新たな機関を整備するよりは、既存の養成機関を最大限活用することが合理的と考えられる。

2) 研修制度検討の必要性

- (ア) 初期臨床研修制度の導入後、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（第2回資料5）が明らかになった。
- (イ) 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）。
- (ウ) 医師養成制度のあり方について、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。その準備段階として研究班を組織する必要がある（第2回資料7及び第2回土屋委員提出要望書）。
- (エ) 「後期研修のあり方」を中心として、医師養成のあり方を検討する専門家による自律的な検討を行うための体制整備を目的とした研究班を早急に設置するべきという認識で一致。

平成 20 年 8 月 21 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

(第 3 回) 論点整理案

北里大学産婦人科 海野信也

- 第 3 回の検討会の議論の論点について整理した。

1) 地域医療・救急医療体制支援と住民参加

(ア) 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、専門家の中で十分に議論する必要がある。

(イ) 「総合医」や「家庭医」等を含め、「後期研修のあり方」を中心として、医師養成のあり方を検討する専門家による自律的な検討を行うための体制整備を目的とした研究班を早急に設置するべきという認識で一致(第 2 回資料 7 及び第 2 回土屋委員提出要望書)。

(ウ) 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。

(エ) 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。

(オ) 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ー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。

(カ) 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（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。

- (キ) 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）。
- (ク) 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）。厚生労働省は、総務省や消防防災ヘリコプターを保有する消防機関や自治体に、円滑な連携を呼び掛けていただきたい。

平成 20 年 8 月 21 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
予算関連事項整理案

北里大学産婦人科 海野信也

- 短期的対策に絞り、来年度予算に関連する事項について整理した。

1 医師養成数

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。

2 医師の偏在と教育

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 「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。

- ② 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。
- ③ 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)。
- ④ 「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

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、教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 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。
- ② 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。
- ③ 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く。
- ④ 「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

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、事務クラ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。
- ⑤ 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。
- ⑥ (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。
- ⑦ (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。