

【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)
- ・ 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。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。(岡井委員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p3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p41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）

（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）

【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ことについては「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、単に渋滞減少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、全て連動しているため初期救急や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を話している。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、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う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7p3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。p4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)

(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いうことで、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)

【コメディカル】

- ・ 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)

【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くる。(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。派遣する際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、私立大学の卒業後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)