

# 「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4回会議

日時：平成 20 年 8 月 21 日（木）17:00～19:00

場所：厚生労働省 17 階 専用第 2 1 会議室

## 議 事 次 第

### 1. 開会

### 2. 議題

「安心と希望の医療確保ビジョン」の具体化について

### 3. 閉会

#### 【配付資料】

- 資料 1：事務局提出資料
- 資料 2：これまでの主な意見（テーマ別）
- 資料 3：岸本先生意見
- 資料 4：井上教授提出資料
- 資料 5：山田教授提出資料
- 資料 6：海野委員提出資料
- 資料 7：大熊委員提出資料
- 資料 8：嘉山委員提出資料
- 資料 9：川越委員提出資料
- 資料 10：土屋委員提出資料
- 資料 11：和田委員提出資料

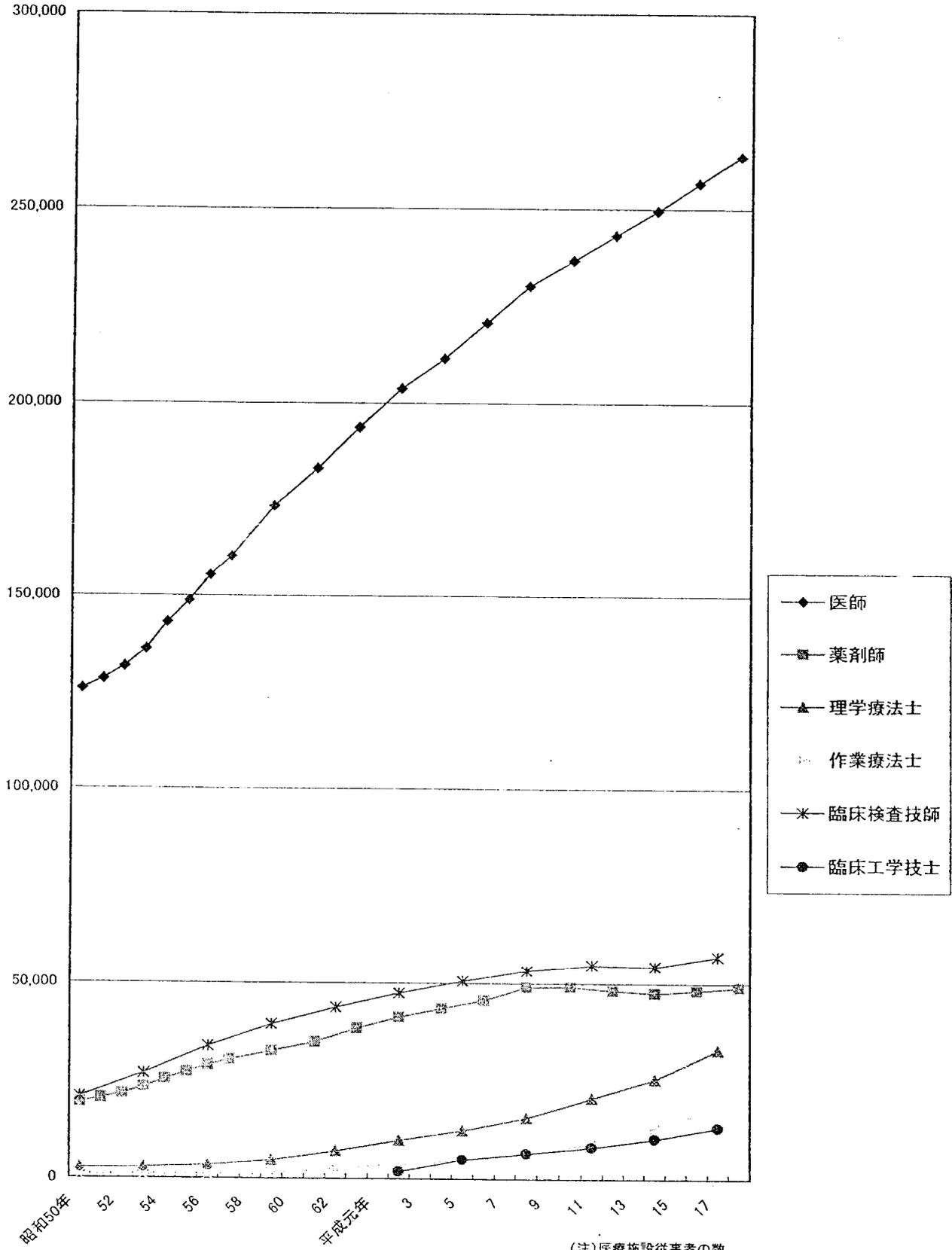
## 資料1

## 医療施設に従事している主な医療関係職種

職種	根拠法令
看護師	保健師助産師看護師法
助産師	同上
薬剤師	薬剤師法
診療放射線技師	診療放射線技師法
臨床検査技師	臨床検査技師等に関する法律
理学療法士	理学療法士及び作業療法士法
作業療法士	同上
視能訓練士	視能訓練士法
臨床工学技士	臨床工学技士法
義肢装具士	義肢装具士法
言語聴覚士	言語聴覚士法

注) 歯科関係職種は除く

医師数等の医療従事者数の推移



(注)医療施設従事者の数  
 (出典)医師・歯科医師・薬剤師調査 医療施設調査・病院報告

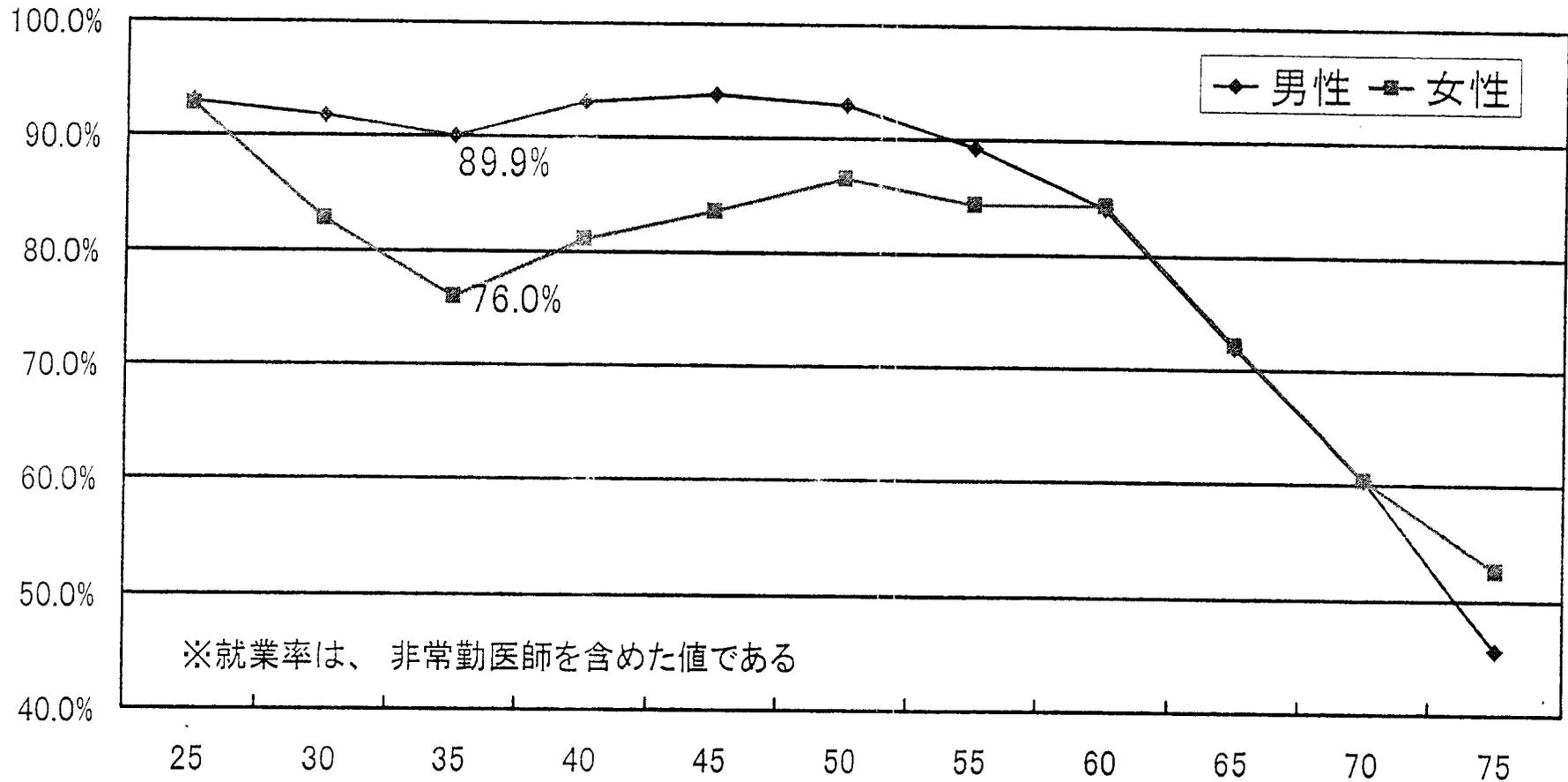
医師等の医療従事者数の推移

(単位:人)

	医師	薬剤師	理学療法士	作業療法士	臨床検査技師	臨床工学技士
昭和50年	125,970	19,392	2,778	583	20,770	
51	128,448	20,447				
52	131,628	21,584				
53	136,164	23,363	2,813	743	26,827	
54	143,125	25,274				
55	148,815	27,088				
56	155,422	28,892	3,501	934	33,689	
57	160,379	30,220				
58						
59	173,452	32,503	4,678	1,420	39,284	
60						
61	183,129	34,799				
62			7,114	2,558	43,605	
63	193,682	38,339				
平成元年						
2	203,797	41,214	9,849	3,816	47,353	1,857
3						
4	211,498	43,416				
5			12,315	4,838	50,517	4,988
6	220,853	45,553				
7						
8	230,297	48,984	15,620	6,397	53,258	6,544
9						
10	236,933	49,039				
11			20,736	9,145	54,753	8,174
12	243,201	48,150				
13						
14	249,574	47,536	25,487	12,961	54,476	10,321
15						
16	256,668	48,094				
17			32,980	18,382	57,007	13,151
18	263,540	48,964				

(注)医療施設従事者の数  
 (出典)医師・歯科医師・薬剤師調査  
 医療施設調査・病院報告

# 医師の就業率



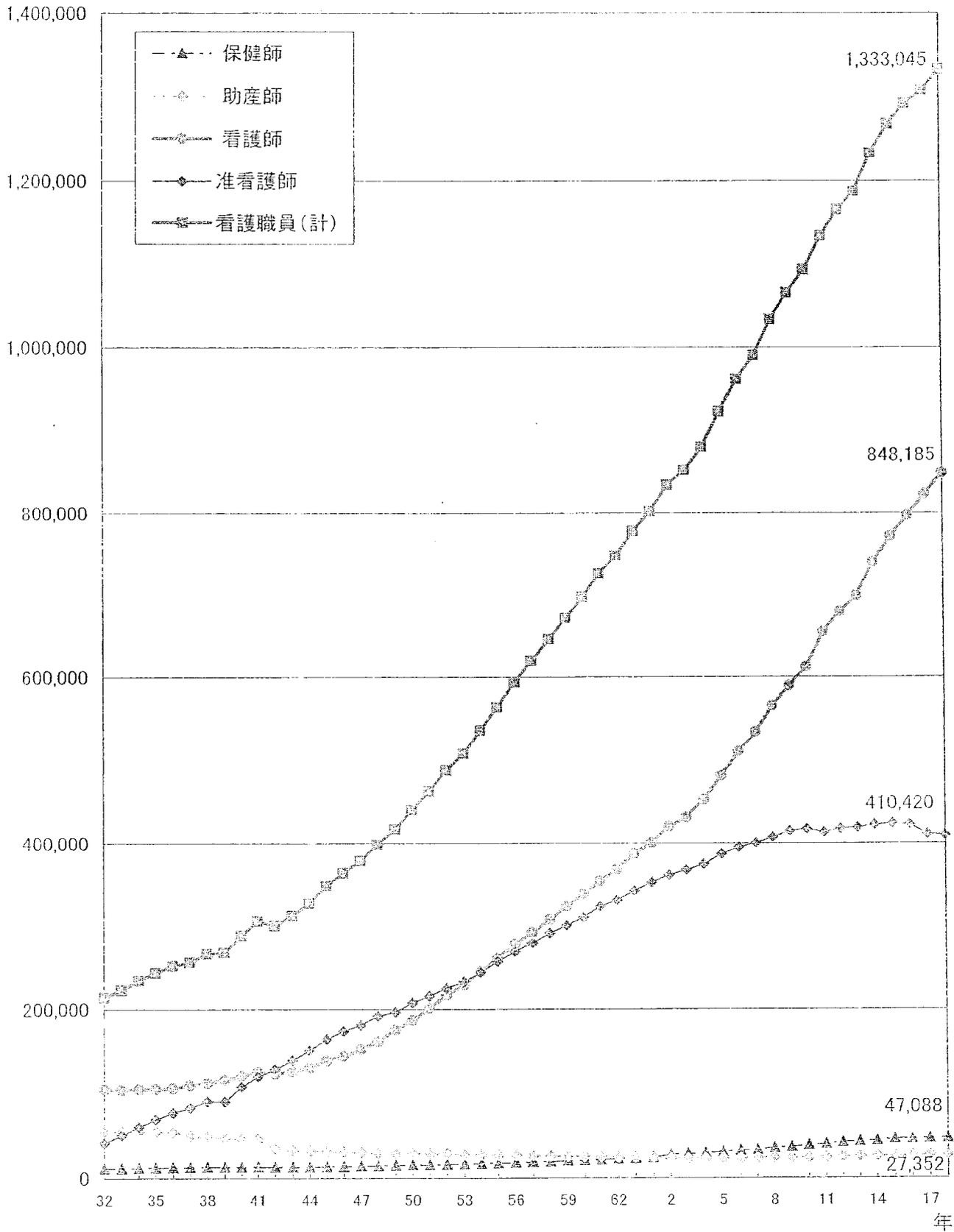
## (参考) 一般女性の就業率

25~29	30~34	35~39	40~44	45~49	50~54	55~59	60~64	65~69	70~74	75~79
73.5%	63.5%	64.6%	71.1%	74.6%	70.9%	61.5%	43.5%	28.1%	17.7%	10.7%

出典:「日本の医師需給の実証的調査研究(平成18年報告)」主任研究者 長谷川敏彦  
「就業構造基本調査(平成19年度)」総務省統計局

保健師、助産師、看護師、准看護師の就業者数の推移

単位:人



## 第六次看護職員需給見通し

(単位:人)

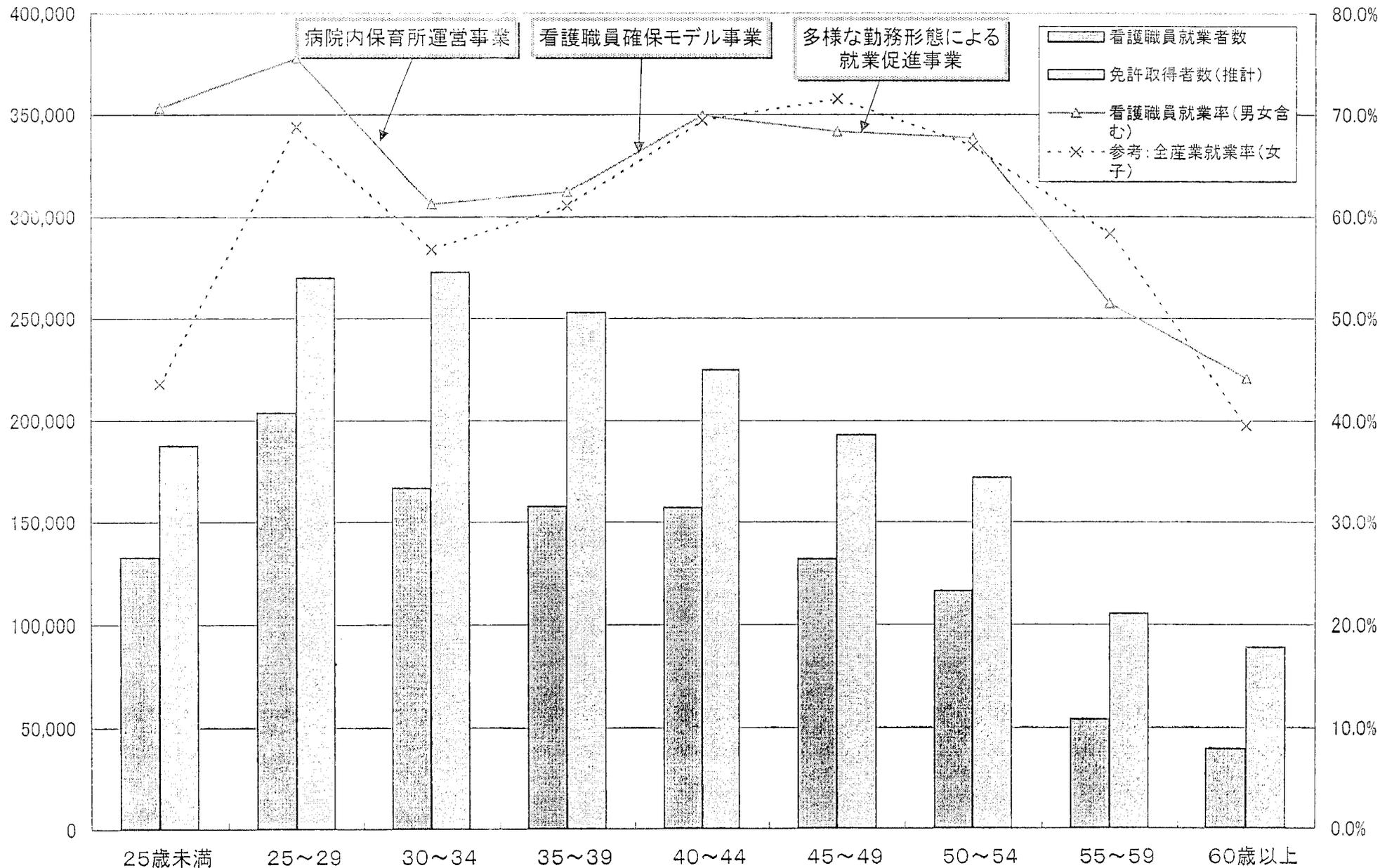
区 分	平成18年	平成19年	平成20年	平成21年	平成22年
需 要 見 通 し	1,314,100	1,338,800	1,362,200	1,383,800	1,406,400
① 病 院	813,900	830,400	846,100	860,100	874,800
② 診 療 所	246,200	247,900	249,600	251,300	253,100
③ 助 産 所	1,800	1,800	1,800	1,800	1,800
④ 介護保険関係	172,600	178,500	183,800	188,800	194,200
⑤ 社会福祉施設(④を除く)	15,600	16,100	16,600	17,100	17,600
⑥ 保健所・市町村	36,300	36,400	36,600	36,700	36,800
⑦ 教 育 機 関	15,900	15,900	15,800	15,900	15,900
⑧ 事業所、学校、その他	11,700	11,800	12,000	12,100	12,200
供 給 見 通 し	1,272,400	1,297,100	1,325,100	1,355,900	1,390,500
① 年当初就業者数	1,251,100	1,272,400	1,297,100	1,325,100	1,355,900
② 新卒就業者数	51,400	51,100	51,500	51,600	52,500
③ 再就業者数	85,000	88,200	91,200	94,600	98,400
④ 退職者数	115,000	114,600	114,800	115,400	116,300
需要見通しと供給見通しの差	41,600	41,700	37,100	27,900	15,900
(供給見通し/需要見通し)	96.8%	96.9%	97.3%	98.0%	98.9%

注) 四捨五入のため、各項目の数値の合計等は一致しない。

(人)

### 看護職員の年齢階級別就業状況

(%)



出典 ①看護職員就業者数＝「衛生行政報告例(H14年度)」厚生労働省統計情報部

②免許取得者数(推計)＝第六次看護職員需給見通し検討会資料

③全産業就業率＝「就業構造基本調査(H14年)」総務省統計局

## 前回職場の主な退職理由の推移

退職理由	平成13年			平成14年			平成15年			平成16年			平成17年			平成18年			
	人数 (人)	構成比	構成比 順位																
出産・育児・子どものため	16,070	18.1%	(1)	16,574	17.1%	(1)	17,258	16.7%	(1)	16,574	16.1%	(1)	12,638	15.7%	(1)	12,998	16.3%	(1)	
結婚	14,250	16.1%	(2)	15,099	15.6%	(2)	15,061	14.6%	(3)	13,393	13.0%	(4)	9,377	11.6%	(5)	8,882	11.1%	(5)	
看護内容への不満	11,610	13.1%	(4)	12,719	13.1%	(4)	13,636	13.2%	(4)	14,275	13.8%	(3)	10,808	13.4%	(3)	10,459	13.1%	(3)	
他分野への興味	11,678	13.2%	(3)	13,787	14.2%	(3)	15,324	14.9%	(2)	15,636	15.2%	(2)	11,616	14.4%	(2)	10,823	13.5%	(2)	
人間関係	6,803	7.7%	(5)	7,280	7.5%		7,682	7.5%		7,496	7.3%		5,632	7.0%		5,584	7.0%		
転居	6,331	7.1%		7,336	7.6%	(5)	7,942	7.7%	(5)	7,875	7.6%		6,047	7.5%		5,943	7.4%		
自分の適性・能力への不安	5,865	6.6%		6,582	6.8%		6,990	6.8%		6,534	6.3%		4,717	5.9%		4,592	5.7%		
※労働条件と思われるもの	賃金への不満	5,891	6.6%		6,868	7.1%		7,609	7.4%		7,938	7.7%		6,123	7.6%		6,219	7.8%	
	労働時間への不満	6,028	6.8%		7,182	7.4%		7,950	7.7%	(5)	8,496	8.2%	(5)	6,787	8.4%		6,548	8.2%	
	残業量が多い	5,451	6.1%		6,453	6.7%		7,336	7.1%		8,452	8.2%	(5)	7,238	9.0%		7,226	9.0%	
	休みがとれない	4,941	5.6%		5,779	6.0%		6,320	6.1%		7,186	7.0%		6,169	7.7%		5,995	7.5%	
	夜勤回数への不満	2,520	2.8%		2,732	2.8%		2,764	2.7%		2,860	2.8%		2,327	2.9%		2,346	2.9%	
	福利厚生がない	1,036	1.2%		1,197	1.2%		1,362	1.3%		1,743	1.7%		1,676	2.1%		1,799	2.2%	
	計	25,867	29.2%		30,211	31.1%		33,341	32.4%		36,675	35.6%		30,320	37.6%		30,133	37.7%	
以下省略																			
総計	88,714			97,035			103,044			103,105			80,561			79,983			

出典)潜在看護職員の就業に関する報告書(日本看護協会)

注)平成13年から平成15年は求職者1人につき3つまで回答、平成16年は回答数に制限はない

注)※印は医政局看護課が分類

# 専門看護師・認定看護師の概要

	専門看護師	認定看護師
目的	複雑で解決困難な看護問題を持つ個人、家族及び集団に対して水準の高い看護ケアを効率よく提供するための、特定の専門看護分野の知識及び技術を深め、保健医療福祉の発展に貢献し併せて看護学の向上をはかる。	特定の看護分野において、熟練した看護技術と知識を用いて、水準の高い看護実践ができ、看護現場における看護ケアの広がりと質の向上をはかる。
役割	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実践</li> <li>・倫理調整</li> <li>・相談</li> <li>・教育</li> <li>・調整</li> <li>・研究</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・実践</li> <li>・指導</li> <li>・相談</li> </ul>
専門・認定看護分野(人)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん看護(104)</li> <li>・精神看護(44)</li> <li>・地域看護(8)</li> <li>・老人看護(12)</li> <li>・小児看護(22)</li> <li>・母性看護(14)</li> <li>・慢性疾患看護(17)</li> <li>・急性・重症患者看護(16)</li> <li>・感染症看護(1)</li> <li>・家族支援(未)</li> </ul> <p style="text-align: center;">* 2008年2月現在 合計238人</p> <div style="text-align: center;">  </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・がん化学療法看護(268)</li> <li>・がん性疼痛看護(323)</li> <li>・感染管理(769)</li> <li>・緩和ケア(573)</li> <li>・救急看護(360)</li> <li>・集中ケア(421)</li> <li>・手術看護(116)</li> <li>・小児救急看護(62)</li> <li>・新生児集中ケア(113)</li> <li>・摂食・嚥下障害看護(108)</li> <li>・透析看護(74)</li> <li>・糖尿病看護(175)</li> <li>・乳がん看護(79)</li> <li>・認知症看護(61)</li> <li>・皮膚・排泄ケア(818)</li> <li>・不妊症看護(73)</li> <li>・訪問看護(65)</li> </ul> <p style="text-align: right;">* 2008年6月現在 合計4,458人</p> <p>※2008年新たな分野特定</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・脳卒中リハビリテーション看護</li> <li>・がん放射線療法看護</li> </ul>
教育機関	34大学院102課程	31機関58課程
認定機関	日本看護協会	

平成19年12月28日付け医政局長通知

「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」

- 医師でなくても対応可能な業務を医師が行っていることが病院勤務医の厳しい勤務環境の一因。
- このため、医師等でなくても対応可能な業務例を下記のとおり整理。

事務職員・看護補助者

- ① 書類等の記載の代行
  - ・診断書
  - ・診療録
  - ・処方せん
  - ・主治医意見書等
- ② オーダリングシステムへの入力代行（診察や検査の予約）
- ③ 院内の物品の補充・患者の検査室等への移送等

助産師

- ① 正常分娩における助産師の活用
- ② 妊産婦健診や相談における助産師の活用
- ③ 病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入（院内助産所・助産師外来等）



看護師等

- ① 訪問看護等における医師の事前指示に基づく薬剤の投与量の調節【看護師】
- ② 静脈注射の実施【看護師】
- ③ 救急医療における診療の優先順位の設定【看護師】
- ④ 採血の実施・検査の説明【臨床検査技師】
- ⑤ 病棟等における薬剤管理【薬剤師】
- ⑥ 医療機器の管理【臨床工学技士】

# 平成20年度看護職員確保対策予算について

## (1) 中央ナースセンター事業

140百万円

求人・求職情報の提供や無料職業紹介など潜在看護職員の再就業の促進を図るナースバンク事業、訪問看護支援事業等を推進し、看護職員の確保を図る。

・看護職員の多様な勤務形態による就業促進事業

8百万円(140百万円の内数)

看護職員確保のため、多様な勤務形態により看護職員を活用している医療機関の事例の収集・紹介を行うとともに、医療機関の人事・労務担当者に対する普及研修を実施することにより、就業促進を図る。

○概要

・補助先 (社)日本看護協会  
・補助率 定額

## (2) 病院内保育所運営事業

1,535百万円

子供を持つ看護職員、女性医師等の医療従事者が安心して勤務を継続、あるいは再就業の環境整備のための病院内保育施設(民間立)の運営等に対する補助を実施し、離職防止・復職支援を図る。

○概要

・補助先 都道府県(医療法人、医師会等の民間立)  
・補助率 定額(1/3相当)  
・負担割合 国1/3、県1/3、事業者1/3

## (3) 看護職員確保モデル事業

78百万円

約55万人といわれる潜在看護職員について、臨床実務研修等の実施を通じて再就業を促進し、看護職員の確保を図る。

○概要

・委託先 都道府県  
・研修期間 20日間、30日間、60日間

## (4) 助産師確保総合対策事業

126百万円

産科診療所への就業のための啓発普及を行うとともに、潜在助産師等を対象に臨床実務研修を行い、助産師の産科診療所での就業を促進し、助産師の確保を図る。

○概要

・委託先 都道府県  
・研修期間 モデル1:30日間、60日間、モデル2:20日間、40日間

# (1) 中央ナースセンター事業 事業概要

(ア) 都道府県ナースセンター 47か所

各都道府県の看護職員確保対策の拠点として、次の事業を行う。

- ① 近年の少子化傾向から若年労働力人口の減少を踏まえ、潜在看護職員の就業促進を行うナースバンク事業
- ② 高齢社会の到来に対応するための訪問看護支援事業(訪問看護師養成講習会等)
- ③ 看護対策の基盤となる「看護の心」の普及に関する事業

(イ) 中央ナースセンター

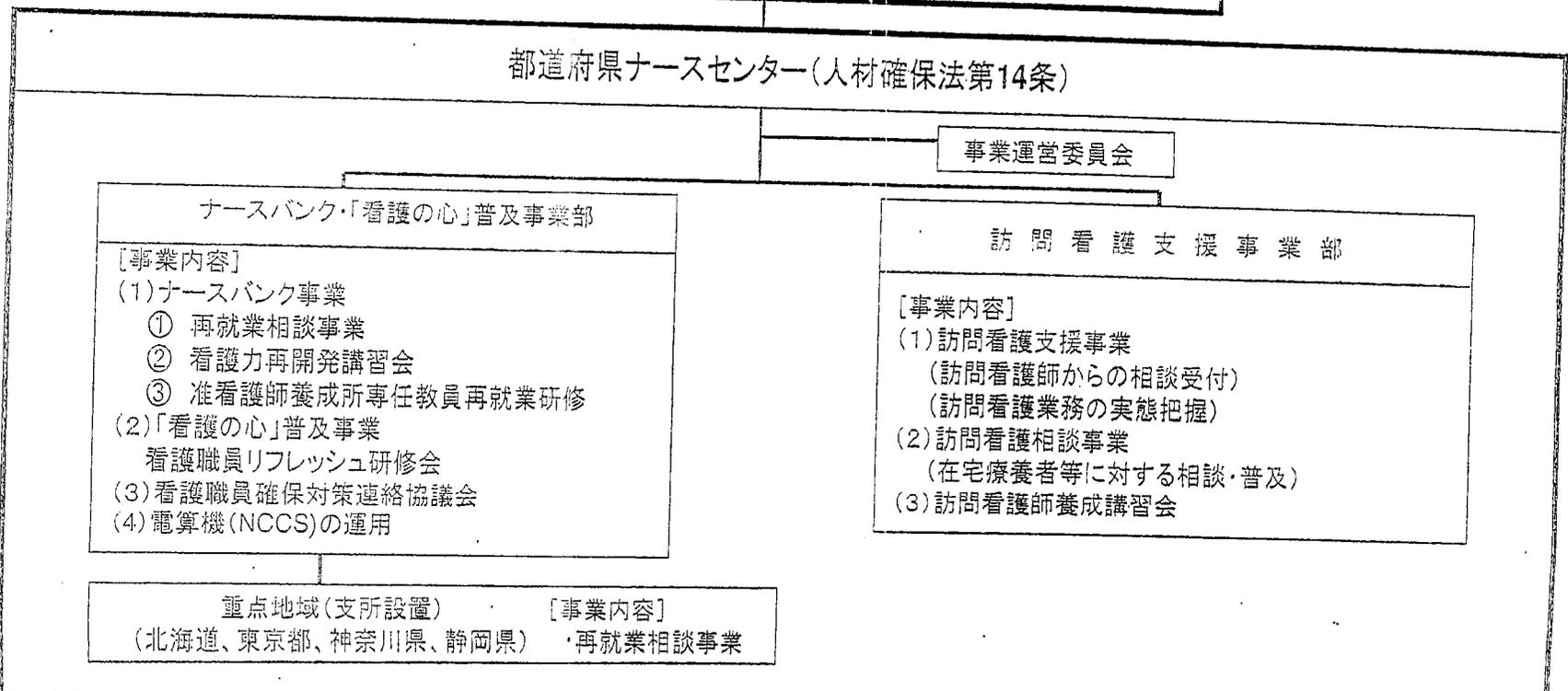
1か所(各都道府県ナースセンターの中央機関)

ナースセンター組織図

**中央ナースセンター(人材確保法第20条)**

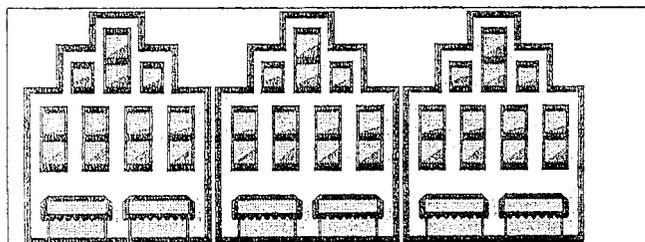
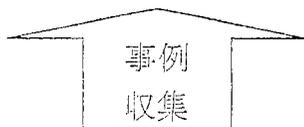
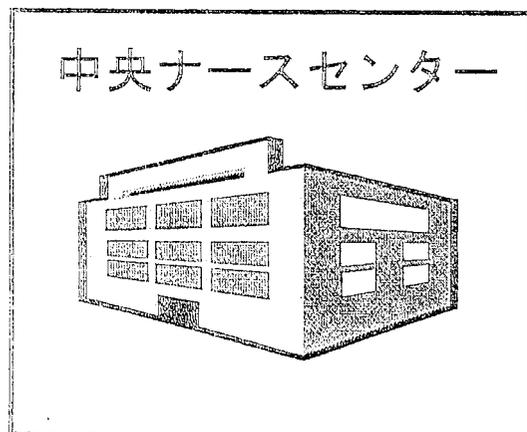
[事業概要] 都道府県ナースセンターの中央機関として下記の事業を行う。

- ① 事業の調査及び企画調整
- ② 事業定期報告の集計・分析
- ③ 都道府県ナースセンターの全国会議
- ④ 電算機(NCCC)の運用

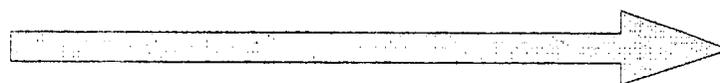


# ○看護職員の多様な勤務形態による就業促進事業 7,815千円 (139,690千円のうち数)

出産や育児等のため通常の3交替制勤務が困難な看護職員や潜在看護職員の就業促進を図るため、看護職員が多様な勤務形態で就業している医療機関の人事、労務管理に関する事例集を作成し、他の医療機関の人事、労務担当者に対する普及研修を行う。

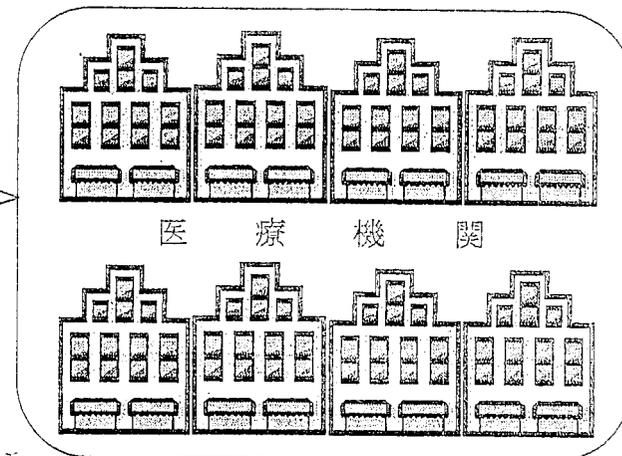


多様な勤務形態（パート等）により看護職員を活用している病院



(実施事業)

- 1 多様な勤務形態(パート等)により看護職員を活用している病院の人事・労務管理の事例収集及び事例集の作成
- 2 人事・労務管理の事例集の配布
- 3 人事・労務管理の事例集による医療機関の人事・労務担当者に対する普及研修の実施



## (2) 病院内保育所運営事業 事業概要

### ◎趣旨

子どもを持つ看護職員等の離職防止及び再就業を促進するため、医療機関に勤務する職員の乳幼児の保育を行う事業に対し、その運営費の一部(人件費等)や、開設のための施設整備について補助をするもの。

また、24時間保育、病児等保育に対応するための助成も実施。

### ◎概要

○補助率 1/3(国1/3、県1/3、事業者1/3)

○平成20年度予算額 1,535百万円 (平成19年度予算額 1,333百万円)

○平成20年度予算：運営費補助か所数1,064か所、24時間保育促進費対象648か所、  
病児等保育対象74か所、緊急一時保育加算対象50か所

### ○平成20年度予算における改正

・補助要件(最低保育児童数2人以上 → 1人以上)の緩和

・緊急一時保育に対する加算を追加

・開設のための施設整備費について追加

※運営費については、公立医療機関及び公的医療機関については一般財源化されており、補助金の対象は民間病院のみ

※施設整備については、公的医療機関及び民間病院のみ補助対象

(参考)院内保育を実施している病院数：2,754か所(平成17年)

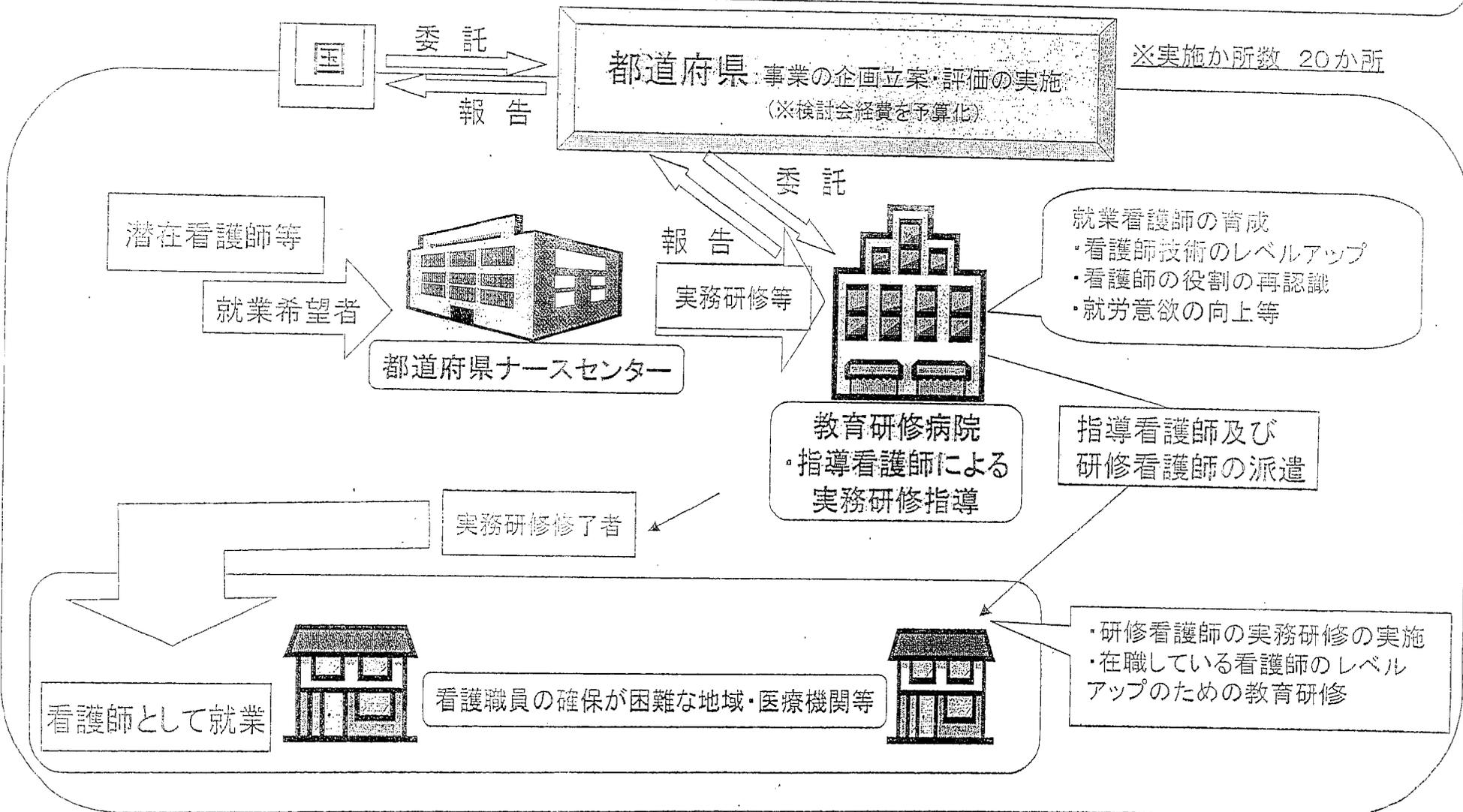
(上記補助金を受けていないものも含む)

# (3) 看護職員確保モデル事業 事業概要

平成20年度予算額  
78,326千円

平成19年度予算額  
(100,578千円)

- ・特定の地域及び中小病院等では、看護職員の確保が困難な医療機関が未だ沢山あり、早急に看護師の確保に向けた体制整備を行い、長期的な看護職員の確保及び質の向上を図る必要がある。
- ・実施事業としては、教育研修が充実している病院で潜在看護師等に対して研修を行うことや、病院から看護職員の確保が困難な医療機関に、指導看護師と研修看護師を派遣し、臨床実務研修を実施することにより就業の促進を進めるものである。

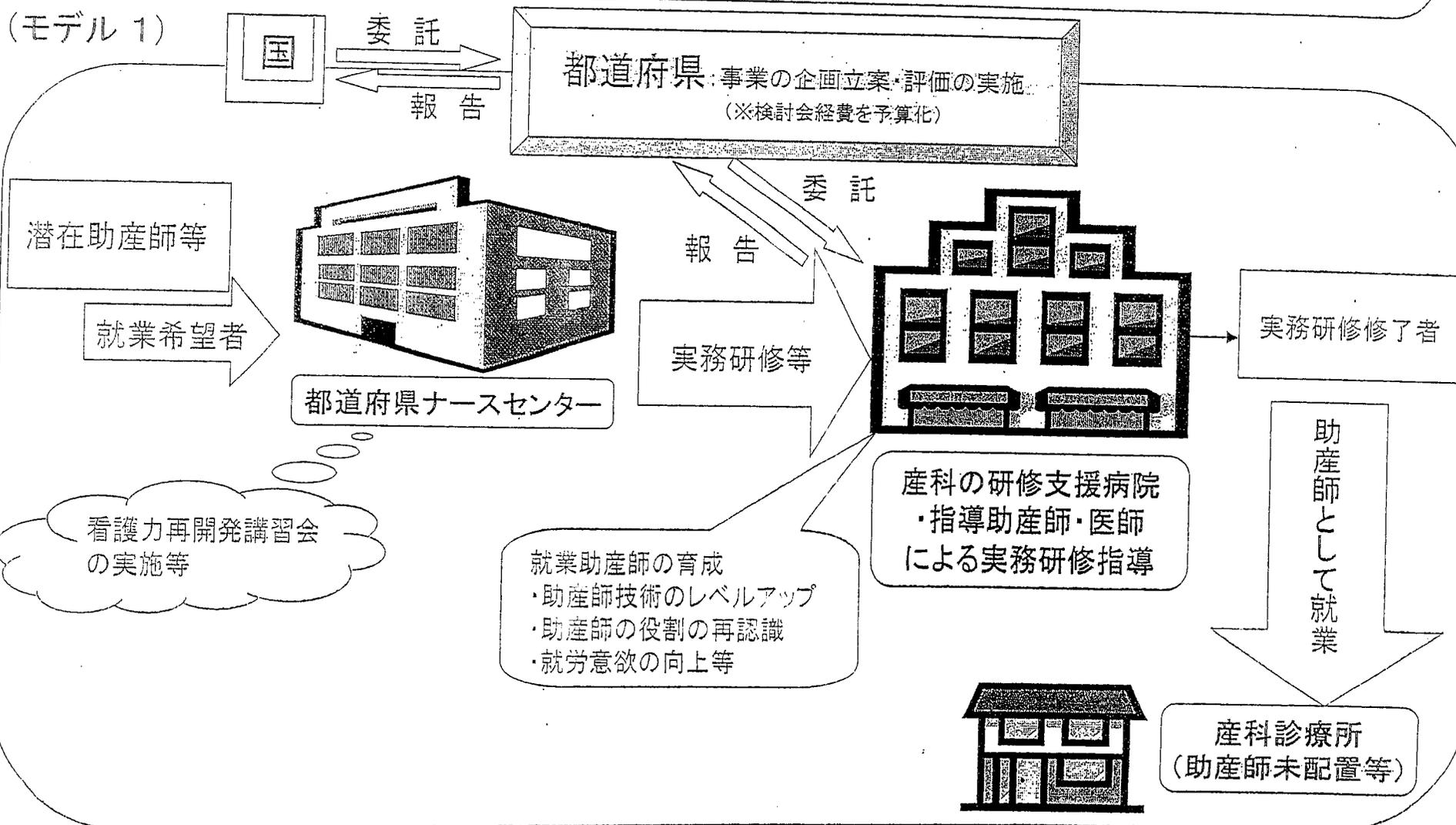


# (4) 助産師確保総合対策事業 事業概要

助産業務は、保健師助産師看護師法第30条において、医師又は助産師しか行うことのできない業務があるが、助産師のいない産科診療所においては、医師のみの対応だけでは困難な場合があることから、早急に助産師の確保に向けての体制整備が必要である。特に助産師は助産業務を通じて妊産婦及び新生児に直接ケアを提供することが多いことから、安心・安全な出産のために重要な役割にある。

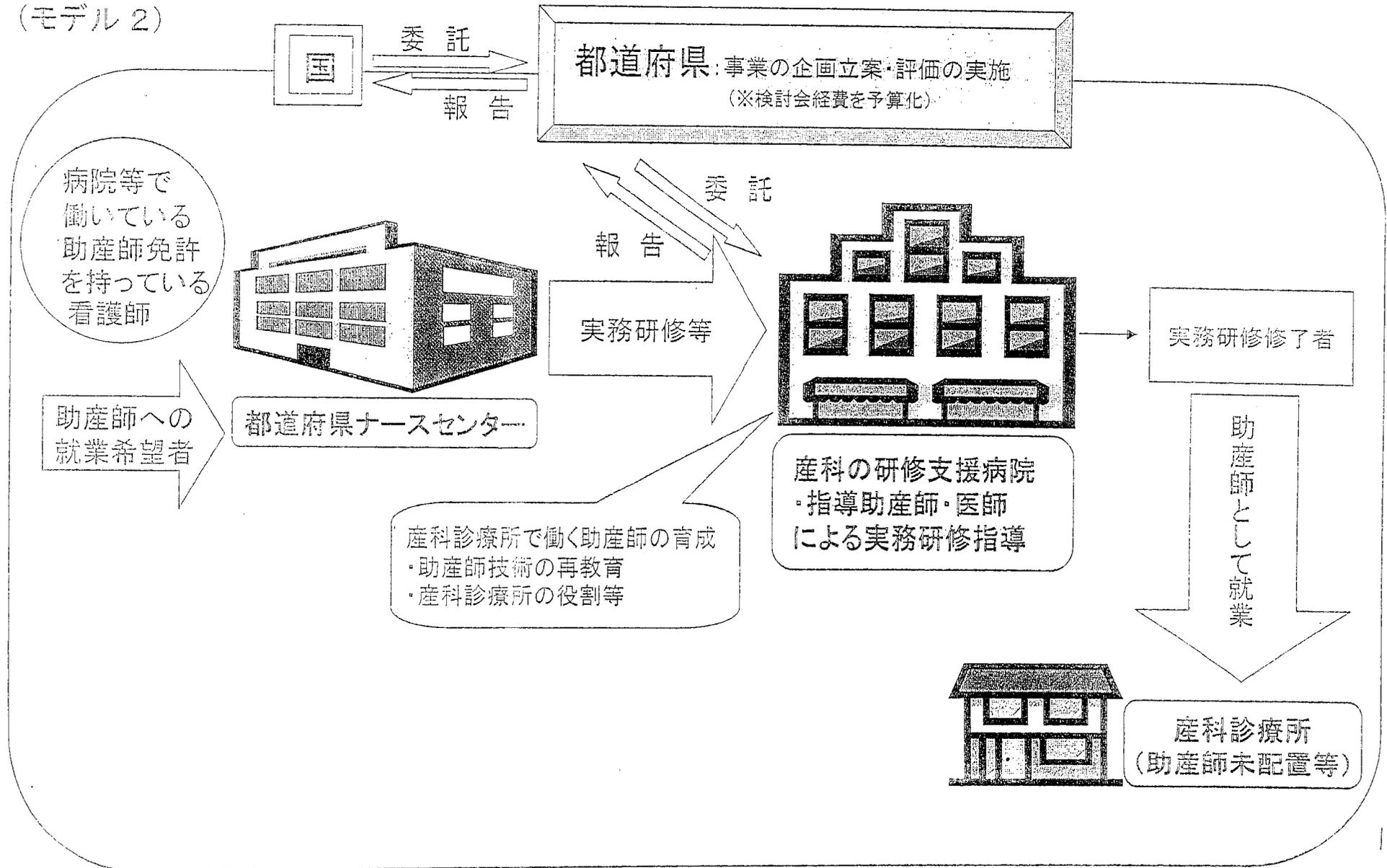
このため、潜在助産師等を対象に産科の専門的病院で最新の助産に関する知識や技術に係る臨床実務研修等を行い、臨床実践能力の高い助産師を育成し、産科診療所への助産師の就業を促進を図り、産科診療所における安心・安全な助産の充実を図るものである。

(モデル1)



産科診療所における助産師確保のためのモデル事業

(モデル 2)



特定機能病院に従事する医師数(平成18年)

※常勤換算値

医療機関名	医師数	医療機関名	医師数
国立がんセンター中央病院	220.3	国立大学法人弘前大学医学部附属病院	282.1
国立循環器病センター	221.0	国立大学法人東北大学医学部附属病院	527.0
順天堂大学医学部附属順天堂医院	1,059.6	国立大学法人岐阜大学医学部附属病院	301.0
日本医科大学付属病院	583.0	国立大学法人広島大学病院	419.0
日本大学医学部附属板橋病院	477.0	国立大学法人琉球大学医学部附属病院	275.0
東邦大学医療センター大森病院	338.6	国立大学法人北海道大学病院	385.5
関西医科大学附属病院	268.7	国立大学法人旭川医科大学病院	290.8
久留米大学病院	485.7	国立大学法人鳥取大学医学部附属病院	331.1
北里大学病院	427.6	国立大学法人愛媛大学医学部附属病院	264.8
聖マリアンナ医科大学病院	375.8	国立大学法人宮崎大学医学部附属病院	318.4
東海大学医学部付属病院	452.6	国立大学法人鹿児島大学病院	321.2
近畿大学医学部附属病院	416.7	国立大学法人山形大学医学部附属病院	311.0
自治医科大学附属病院	671.7	国立大学法人三重大学医学部附属病院	283.0
国立大学法人長崎大学医学部・歯学部附属病院	442.6	国立大学法人大阪大学医学部附属病院	610.2
国立大学法人山口大学医学部附属病院	277.0	国立大学法人岡山大学病院	386.5
国立大学法人高知大学医学部附属病院	289.4	国立大学法人大分大学医学部附属病院	306.0
国立大学法人秋田大学医学部附属病院	236.0	国立大学法人福井大学医学部附属病院	285.0
東京慈恵会医科大学附属病院	584.4	国立大学法人新潟大学医歯学総合病院	457.9
大阪医科大学附属病院	338.9	国立大学法人金沢大学医学部附属病院	431.1
慶應義塾大学病院	500.3	国立大学法人熊本大学医学部附属病院	461.2
福岡大学病院	362.7	国立大学法人名古屋大学医学部附属病院	424.5
愛知医科大学病院	352.0	国立大学法人滋賀医科大学医学部附属病院	300.4
岩手医科大学附属病院	346.1	国立大学法人京都大学医学部附属病院	614.4
獨協医科大学病院	555.8	国立大学法人島根大学医学部附属病院	300.4
埼玉医科大学病院	372.5	国立大学法人山梨大学医学部附属病院	264.0
昭和大学病院	390.3	国立大学法人浜松医科大学医学部附属病院	276.8
東京女子医科大学病院	724.8	国立大学法人群馬大学医学部附属病院	439.6
兵庫医科大学病院	345.9	国立大学法人佐賀大学医学部附属病院	318.2
金沢医科大学病院	297.0	福島県立医科大学医学部附属病院	410.3
杏林大学医学部付属病院	283.0	和歌山県立医科大学附属病院	379.0
川崎医科大学附属病院	354.6	国立大学法人筑波大学附属病院	368.0
帝京大学医学部附属病院	315.2	国立大学法人東京大学医学部附属病院	853.9
産業医科大学病院	286.4	国立大学法人九州大学病院	523.0
藤田保健衛生大学病院	445.5	名古屋市立大学病院	310.2
国立大学法人東京医科歯科大学医学部附属病院	537.0	奈良県立医科大学附属病院	394.8
国立大学法人千葉大学医学部附属病院	528.6	札幌医科大学附属病院	408.0
国立大学法人信州大学医学部附属病院	432.6	公立大学法人横浜市立大学附属病院	319.0
国立大学法人富山大学附属病院	253.4	京都府立医科大学附属病院	392.9
国立大学法人神戸大学医学部附属病院	378.6	国立大学法人防衛医科大学校病院	158.2
国立大学法人香川大学医学部附属病院	255.0	大阪市立大学医学部附属病院	178.0
国立大学法人徳島大学病院	313.9	大阪府立成人病センター	152.6
		合計	16,797.8
		平均	204.9

「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えてきており、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ただけで済むべき。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、患者にも利益がもたらされてくる。東大の学部長も大増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)

### (~~高久委員~~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ですが、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)

(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咎めないでほしい。(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。これにより、一番当直の多い産婦人科は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100万円であり、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ういう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)

### (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を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發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4p3参照)が、これを実際の診療で發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いうふうにご利用したらいいか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ったこと、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体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もなかった。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ない。(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)

(その他)

- ・ 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)
- ・ 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)

## 【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うことが考えられる。(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以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)

## 「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する意見

松江病院院長 岸本晃男

## 〈3 医療従事者と患者・家族の協働の推進〉

## (1) 相互理解の必要性

- 医療の説明は、どれ程丁寧に行ってもしすぎる事はないので、国民の誰もが理解できる言葉で、平易に語りかけ、納得のいく、分かり易い形での説明がまず必要（当ビジョンの文章も含めて）。これからのお互いの説明文章は、国民の目線に書き方を変える必要がある。
- 患者・家族と医療従事者には、いずれにも「権利と義務がある」事を理解しあう事。医療従事者は、病気に対しての写真やイラストを多用した分かり易い冊子や、書式を用意する事。クリニカルパスを作成して説明したり、第3者の誰でも分かる診療録作成をすべきである。国としては、中小病院でも、医師事務補助者（算定要件の緩和が必要であるが）やクラークを雇う事が出来る様（そして医師の作業量が、これ以上増えない様）予算立てする必要がある。  
一方患者側も、納得いくまで医療提供者に問い、病気に対しての理解を深めておく事。（後日「知らなかった」のない様に）
- 尚、予防に対する国民への啓蒙と、その責任は、保健所のすべき大切な業務の1つでもある。

## (2) 医療の公共性に関する認識

- 患者・家族と医療従事者双方が、「医療は、公共性の高い営みであるから、支える努力が必要である」という事を理解する。」事の大切さは分かるが、それにはまず、学校教育の中（小・中・高・大学における教育）で、この様な事が、日常的に教えられているのが必要である。
- これ等に加えて、現場の病院管理者が日々苦しんでいる事は、「患者への応需と医療従事者に対する労働基準法の順守」との板ばさみである。

## (3) 患者や家族の医療に関する理解と支援

- 患者・家族と医療従事者とを結ぶ医療コーディネーターの育成や、発生した問題を、お互いの立場で理解する為のメディテーターの育成を進める必要があり、国としては、これ等がスムーズに行える為の予算立てが、必要である。
- 小さい頃から、日常的に学校教育の場と、家庭教育の場で、これ等を理解しておく事

が大切であり、それには、文科省と共同して事にあたる必要がある。

### 〈Ⅲ 医療のこれからの方向性〉

- 「cureからcareへの流れ」は、そのとおりではあるが、財源的な裏付けがなければ、この様な方向には、なかなか向ってはいくれない。この実現の為には、医学・医療・看護・介護・福祉の教育、それに学校教育における医療保健教育が周到になされなければならない。

### 〈コメディカルと医師について〉

コメディカル職種間の移動を容易にする。例えば、現行のPTが看護師となる為の、義務年限を現在の授業内容を鑑みて1年に圧縮するとか、各医療従事者の「養成校段階」から、単位の共通化により、共に学習できる機会を設け、「生涯教育」にチームとして参加できる体制を整備する。具体的には、コメディカル要請期間中、1年間は共通に学ばせ（Ex. 医学進学過程の様に）2年目から看護師・PT・レントゲン技師等専門分野に分かれて学ばせる方が、ニーズの変動などにも対応でき合理的である。これ等についても「様々な立場の専門家があつまり議論する場」が必要である。

医師・看護師と看護補助者・メディカルクラーク等の役割分担は、病院単位で「病院の裁量で決める範囲」を大幅に増やすように改める。そしてその役割分担は、病院として届け出て、広報する。さらに必要に応じて、病院の判断で、改正する事とする。

# コメディカル不足に関して ～看護師の人数と教育～

## 1. 患者の安全性と看護師数

1. 看護師数が多くなると患者の安全性は高い(資料1)
2. 100病床あたりの看護師数は諸外国の約1/4(資料2)
3. 病院は様々な職種により支えられている(資料3、参考資料1、参考資料2)

## 2. 患者の安全性と看護師の教育水準

1. 看護師の教育水準の向上は、患者死亡の減少をもたらす(資料4)
2. 大学における看護師養成はわずか15%(資料5)

## 3. 看護師の離職と教育

1. 離職の状況(資料6、資料7、資料8、資料9)
2. 教育背景の違いによる早期離職率(資料10)

## 4. 対策

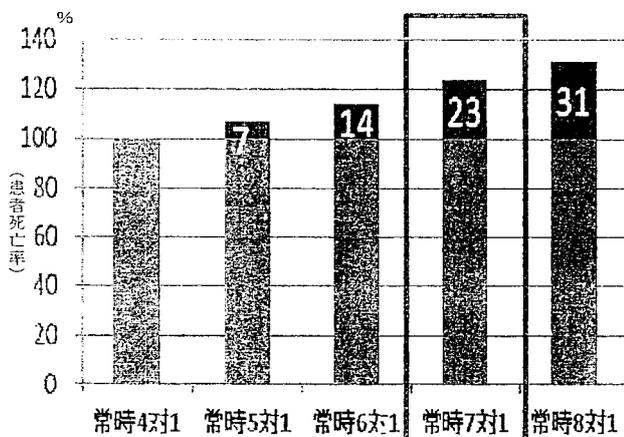
1. 短期 看護師雇用数の増加と離職防止策
2. 中長期 看護師教育を高卒後4年間の大学教育に

資料 1

## 病床あたり看護師数が多いほど、患者の安全性は高い

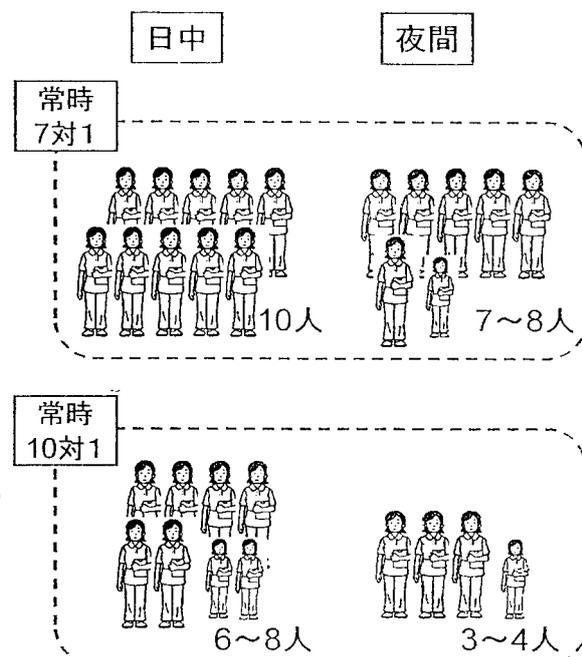
一般病棟での最高基準は常時7対1

患者対看護師の比率と患者死亡率<sup>2)</sup>  
(患者対看護師常時4対1を100とする)

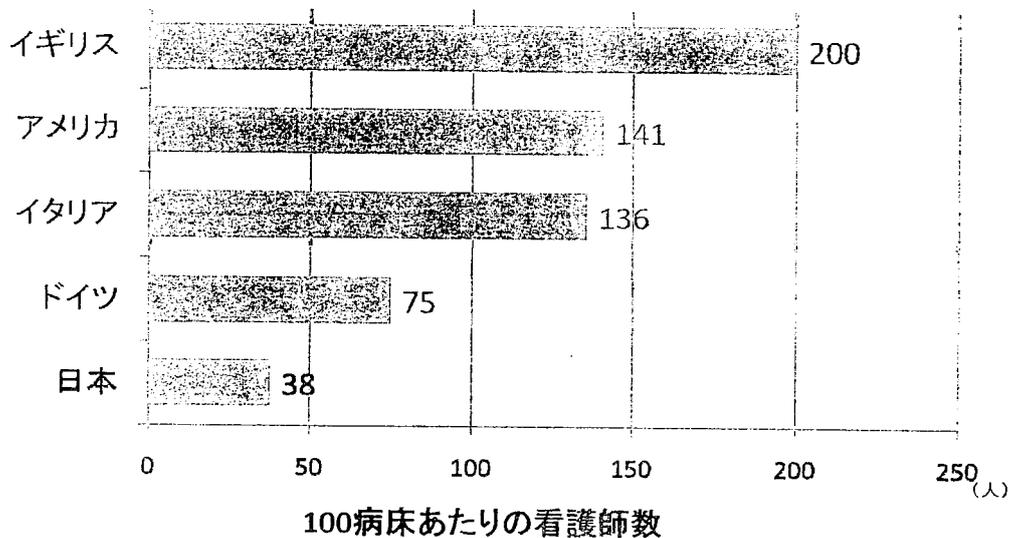


出典: 1 Evidence Report/Technology Assessment. AHRQ Publication No. 07-E005, March 2007.  
2 Aiken LH, et al. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA. 2002 Oct 23-30;288(16):1987-93.

50病床あたりの看護師配置の一例



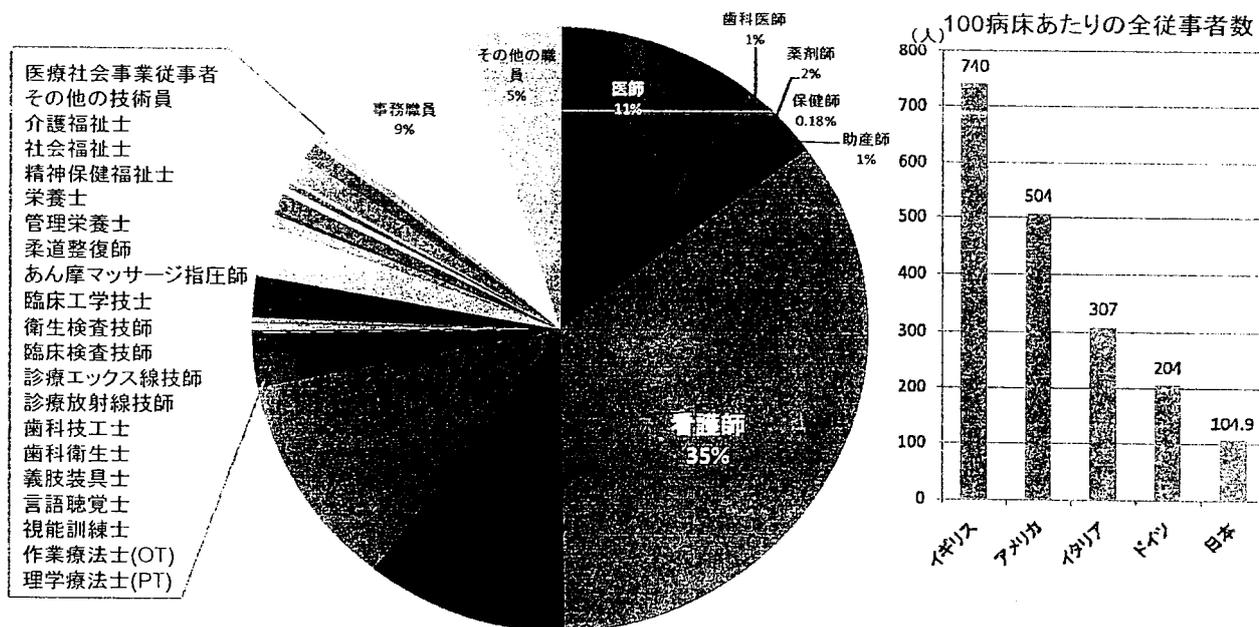
### 100病床あたりの看護師数諸外国平均の1/4



出典: OECD Health Data 2007  
平成18年病院報告

### 病院は様々な専門職種によって支えられている

### —100病床あたりの全職員数は諸外国平均の24%



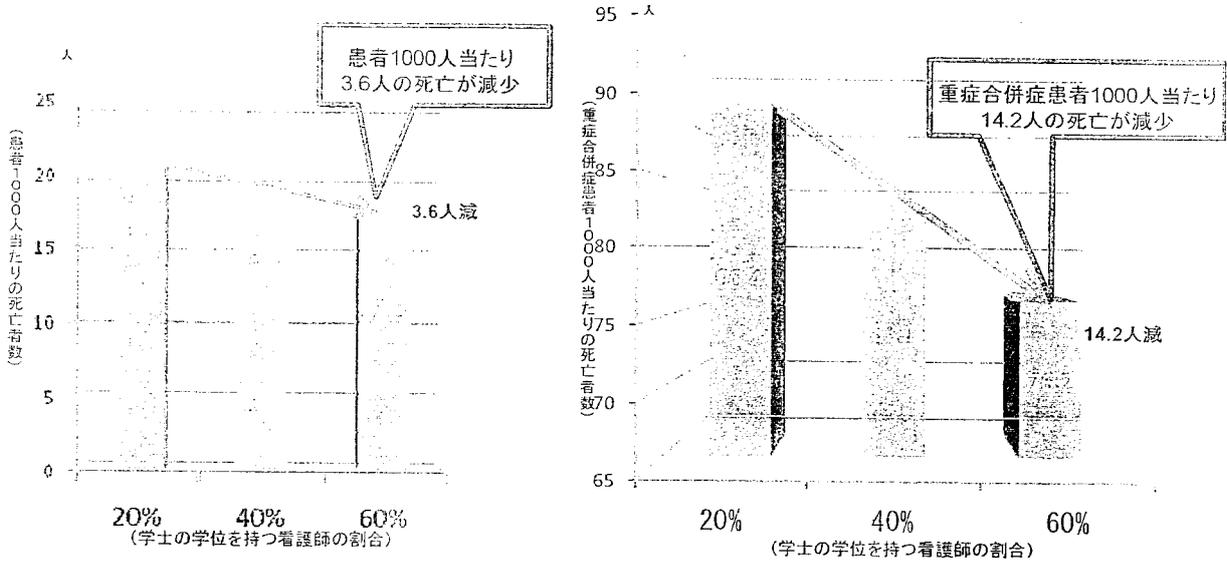
出典: 平成18年度病院統計(厚生労働省)

出典: OECD Health Data 2007  
平成18年病院報告

# 看護師の教育水準の向上は、 患者死亡の減少をもたらす

資料 4

学士または修士を持つ看護師割合と、患者死亡率及び重症合併症患者死亡率とは、統計学的に有意な相関がある。看護師の経験年数とは相関がない。



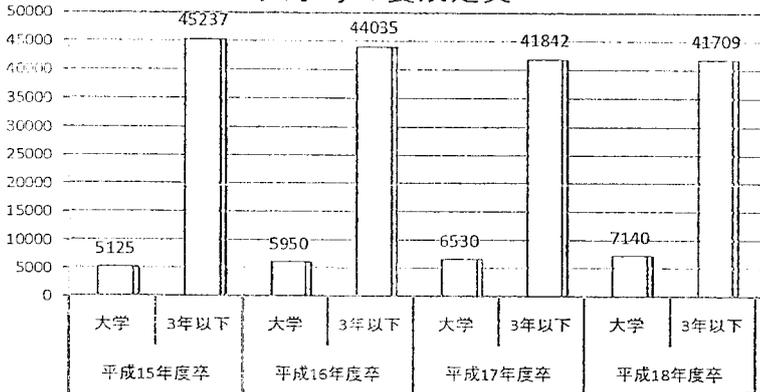
出典: Aiken LH, et al. Educational Levels of Hospital Nurses and Surgical Patient Mortality. JAMA 2003;290(12):1617-23

5

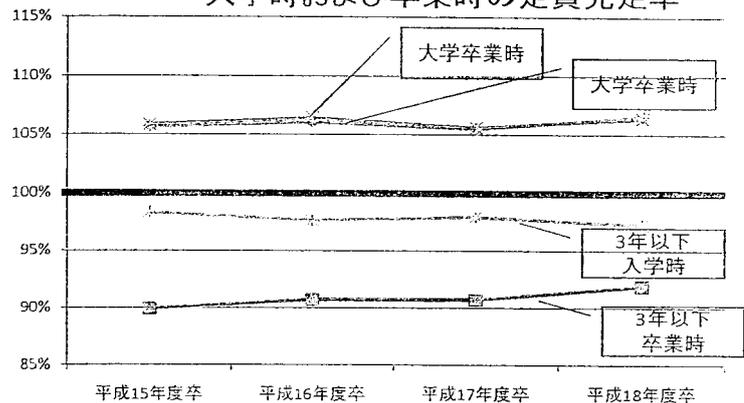
# 大学での看護師養成は全体の15%

資料 5

大学等の養成定員



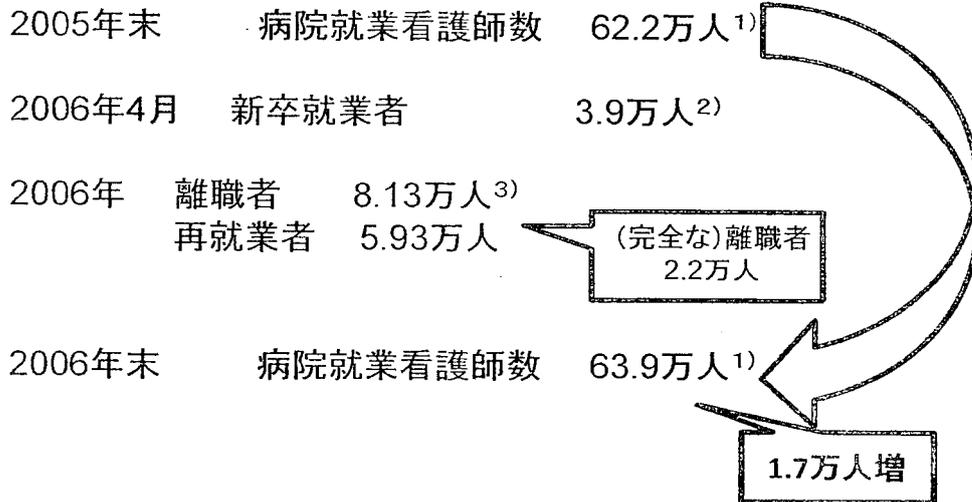
入学時および卒業時の定員充足率



出典: 看護師学校養成所入学状況及び卒業性就業状況調査(厚生労働省) 平成19年看護関係統計資料集

# 看護師養成数は十分だが、離職者が多い

## 単年で見えた病院就業看護師数の変化(推計) (助産師、保健師含む)



出典: 1)平成18年病院報告(厚生労働省)  
 2)平成18年度年看護師等学校養成所入学状況および卒業生就業状況調査(厚生労働省)  
 3)日本看護協会発表の2006年離職率12.3%より推計  
 他の数値は上記をもとに推計した値

# 離職理由から浮かび上がる問題点

### 離職理由

- 一人分の業務量が多い  
→事故への不安  
- 患者ケアも、新人教育も、雑務も…  
- 常勤看護師の離職率12.4%、新人9.2%(2007年度)  
- 夜間の看護職員の負担(参考資料1)
- 余裕のないシフト  
→事故への不安  
→キャリアアップが難しい  
- 退職者が多く、まだ経験が短いのに責任あるポジションに  
- 勉強したいのに休暇を取れない  
- 希望の病棟(診療科)に異動できない  
→結婚、育児等プライベートとの両立が困難
- 現場で求められる能力と学んできたことのギャップ(卒業と同時に定員、業務内容・責任は熟練者と同じ)  
→事故への不安

### 人員の不足

- ・看護師
- ・事務クレーク
- ・看護助手
- ・病棟薬剤師

### 卒後専門教育の機会不足

- ・キャリアアップのための教育
- ・新人看護師のための研修

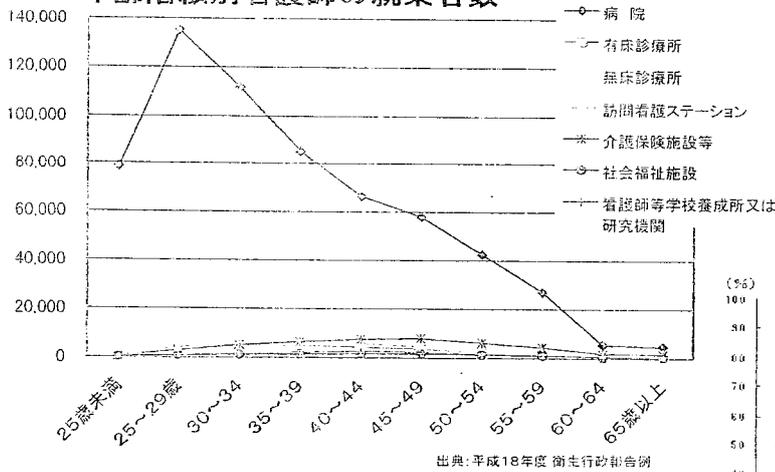
### ライフスタイルに合わない勤務形態

# 看護師のキャリアパスでは、退職した後、復職しない

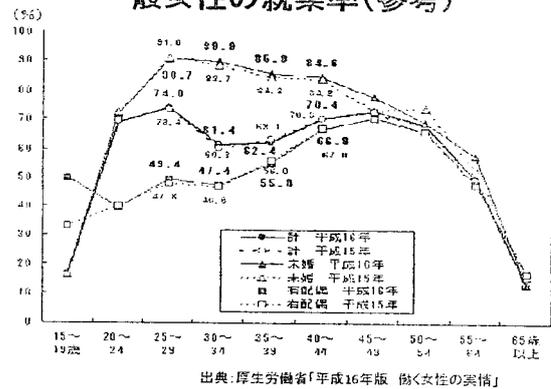
資料 8

一般に、働く女性は30代に退職し、30代後半～40代に復職するため、就業率はM字カーブを描くことが知られているが、通常の見護師のキャリアパスでは、退職した後、復職しない

年齢階級別看護師の就業者数



一般女性の就業率(参考)

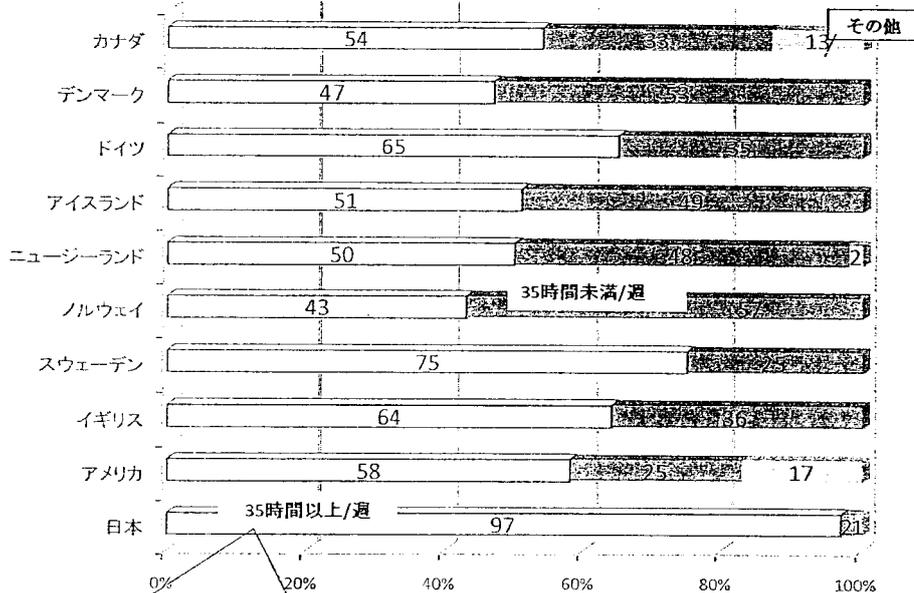


# ライフスタイルの変化に対応していない勤務環境

資料 9

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に退職後、復職もしがたい状況を生み出している。

看護職の就業形態



日本では、8時間働く夜勤や交代勤務、超過勤務を厭わない人しか雇用されない現状。

# 大卒者の早期離職率は養成所卒に比べ $\frac{1}{10}$

## 早期離職率と学歴の関連

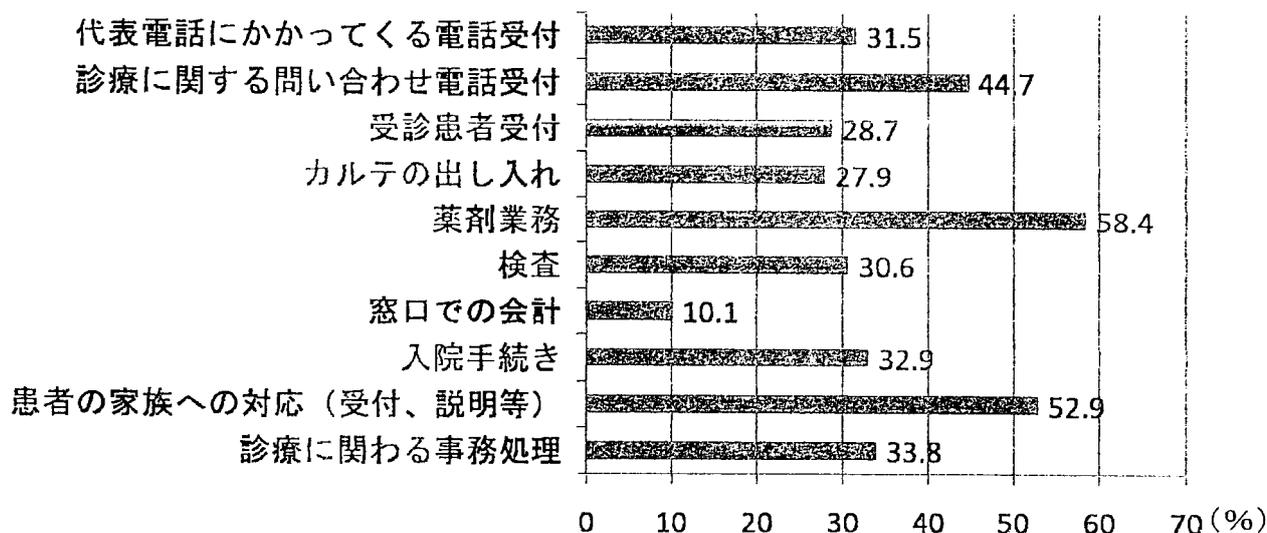
最終学歴	早期離職者/入職者	早期離職率 (%)
看護系大学卒	1/177	0.56
看護系短期大学卒	3/203	1.48
養成所卒	32/517	6.19
他学部の短大・大学卒	0/22	0
不明	1/4	25.0

出典: Eiko Suzuki et al; Factors Affecting Rapid Turnover of Novice Nurses in University Hospitals. J Occup Health 48,49-61,2006

## 参考資料 1

他職種も不足しており、当直、夜勤がないため、  
夜間は看護職が他職種の業務を代行

(n=2948)



出典: 2001年 病院における夜間保全体制ならびに外来等夜間看護体制・関係職種の夜間対応体制に関する実態調査(日本看護協会)

薬剤師数が増加すると入院患者死亡率は低下する

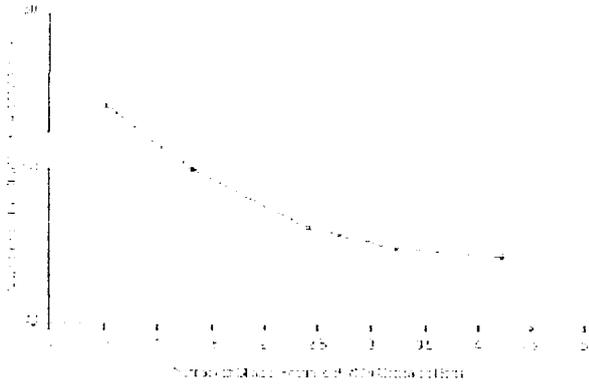
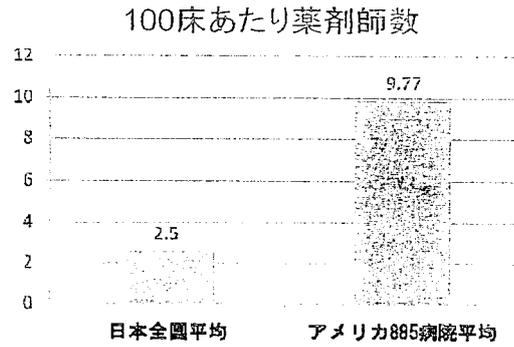


Figure 1. Relationship between clinical pharmacist staffing levels and death per 1000 admissions.



出典: 1 Bond CA, et al. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy* 2007;27(4):481-493  
2 平成18年病院報告(厚生労働省)

表2 調査2001～2005における回答施設ならびに解析対象症例の推移

調査年	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005	オッズ比 (95%信頼区間)*	有意差
	施設数または症例数					認定施設または母集団に占める割合(%)						
調査対象施設												
認定施設	813	844	862	960	1060							
回答施設	729	773	782	874	808	89.7	91.6	90.7	91.0	76.2		
有効回答施設	715	712	739	714	585	87.9	84.4	85.7	74.4	55.2		
解析対象症例												
全症例数(母集団)	1,284,957	1,277,045	1,367,790	1,218,371	1,051,245							
ASA PS別症例数												
PS 1+2(軽症)	1,087,728	1,114,676	1,101,794	1,059,078	911,932							
PS 3+4(重症)	145,446	160,755	174,726	158,074	138,458	11.3	12.6	12.8	13.0	13.2	1.19 ( 1.18 ~ 1.20 ) <0.001	
予定・緊急別症例数												
予定症例	1,075,287	1,111,722	1,192,886	1,063,965	919,991							
緊急症例	161,349	165,323	174,904	154,406	131,254	12.6	12.9	12.8	12.7	12.5	ns	
年齢別症例数												
新生児(生後1ヶ月以下)	4,851	4,407	4,630	3,786	3,155	0.38	0.35	0.34	0.31	0.30	0.79 ( 0.76 ~ 0.83 ) <0.001	
66～85歳	361,660	381,166	422,778	383,368	335,029	28.1	29.8	30.9	31.5	31.9	1.19 ( 1.19 ~ 1.20 ) <0.001	
心臓・大血管症例	43,411	43,430	45,915	40,330	36,101	3.4	3.4	3.4	3.3	3.4		

\* 2001年と2005年を比較した場合のオッズ比, ならびに95%信頼区間を示した。

表1 調査2001～2005における危機的偶発症例の推移

調査年	2001	2002	2003	2004	2005	2001	2002	2003	2004	2005	オッズ比	(95%信頼区間)*	有意差
	偶発症例数					偶発症発生率(/1万症例)							
全てが原因の偶発症の発生状況													
心停止	786	739	806	620	446	6.12	5.70	5.80	5.09	4.24	0.69	( 0.62 ~ 0.78 )	<0.001
心停止以外の偶発症	2,372	2,105	2,152	1,928	1,218	18.46	16.48	15.81	15.82	11.59	0.58	( 0.54 ~ 0.62 )	<0.001
偶発症に占める心停止の割合(%)						24.9	26.0	27.2	24.3	26.8	0.94	( 0.79 ~ 1.04 )	ns
死亡	824	806	904	717	516	6.41	6.31	6.61	5.88	4.91	0.77	( 0.69 ~ 0.85 )	<0.001
心停止の転帰													
後遺症無く回復した症例	317	281	283	198	137								
蘇生率(%)	40.3	38.0	35.1	31.9	30.7						0.66	( 0.51 ~ 0.84 )	<0.001
ASA PS別死亡症例													
PS 1+2(軽症群)	108	108	100	88	72	0.99	0.97	0.84	0.83	0.79	0.80	( 0.59 ~ 1.07 )	ns
PS 3+4(重症群)	516	489	605	503	372	35.48	30.42	34.63	31.82	26.87	0.76	( 0.66 ~ 0.86 )	<0.001
予定・緊急別死亡症例													
予定症例	214	210	210	193	141	1.99	1.89	1.76	1.81	1.53	0.77	( 0.62 ~ 0.95 )	<0.05
緊急症例	601	596	694	524	401	37.25	36.05	39.68	33.94	30.55	0.82	( 0.72 ~ 0.93 )	<0.005
年齢別死亡症例													
新生児(生後1ヶ月以下)	34	29	28	13	10	70.09	65.80	60.48	34.34	31.70	0.45	( 0.22 ~ 0.91 )	<0.05
66～85歳	399	393	462	346	293	11.03	10.31	11.40	9.03	8.75	0.79	( 0.68 ~ 0.92 )	<0.005
心臓・大血管の死亡症例	293	325	353	279	221	67.49	74.83	76.88	69.18	61.22	0.91	( 0.76 ~ 1.08 )	ns
原因大分類別に見た偶発症の発生状況													
心停止													
麻酔管理	50	49	36	54	22	0.39	0.38	0.26	0.44	0.21	0.54	( 0.33 ~ 0.89 )	<0.05
術中発症の病態	166	173	181	118	67	1.29	1.35	1.32	0.97	0.64	0.49	( 0.37 ~ 0.66 )	<0.001
術前合併症	371	325	384	291	226	2.89	2.54	2.81	2.39	2.15	0.73	( 0.65 ~ 0.81 )	<0.001
手術	190	187	195	132	104	1.48	1.46	1.43	1.08	0.99	0.67	( 0.53 ~ 0.85 )	<0.005
他	9	5	10	25	27	0.07	0.04	0.07	0.21	0.26			
心停止以外の偶発症													
麻酔管理	540	385	372	357	182	4.20	3.01	2.72	2.93	1.73	0.41	( 0.35 ~ 0.49 )	<0.001
術中発症の病態	377	372	320	334	158	2.93	2.91	2.34	2.74	1.50	0.51	( 0.43 ~ 0.62 )	<0.001
術前合併症	824	751	822	721	489	6.41	5.88	6.01	5.92	4.65	0.73	( 0.65 ~ 0.81 )	<0.001
手術	606	570	629	483	344	4.72	4.46	4.60	3.96	3.27	0.69	( 0.61 ~ 0.79 )	<0.001
他	25	27	19	33	45	0.19	0.21	0.14	0.27	0.43			
麻酔管理が原因の心停止以外の偶発症													
高度低酸素血症	138	169	136	144	93	1.46	1.32	1.36	1.18	0.88	0.60	( 0.47 ~ 0.78 )	<0.001
高度低血圧	158	113	137	94	70	1.23	0.88	1.00	0.77	0.67	0.54	( 0.41 ~ 0.72 )	<0.001
死亡(術中ならびに術後7日以内の死亡の合計)													
麻酔管理	13	14	12	8	7	0.10	0.11	0.09	0.07	0.07	0.66	( 0.26 ~ 1.65 )	ns
術中発症の病態	84	73	65	91	44	0.65	0.57	0.62	0.75	0.42	0.64	( 0.44 ~ 0.92 )	<0.05
術前合併症	532	502	553	459	347	4.14	3.93	4.26	3.77	3.30	0.80	( 0.70 ~ 0.91 )	<0.005
手術	191	215	216	147	107	1.49	1.68	1.58	1.21	1.02	0.68	( 0.54 ~ 0.87 )	<0.005
他	4	2	8	12	11	0.03	0.02	0.06	0.10	0.10			

詳細原因別に見た偶発症の発生状況													
術前合併症としての出血性ショック													
全偶発症例	409	385	470	444	304	3.18	3.01	3.44	3.64	2.89	0.91 ( 0.78 ~ 1.05 )	ns	
死亡症例	259	254	293	258	195	2.02	1.99	2.14	2.12	1.85	0.92 ( 0.76 ~ 1.11 )	ns	
手術による大出血													
全偶発症例	493	484	541	396	282	3.84	3.87	3.96	3.25	2.68	0.70 ( 0.60 ~ 0.81 )	<0.001	
死亡症例	139	157	166	93	68	1.08	1.23	1.21	0.76	0.65	0.86 ( 0.67 ~ 1.12 )	ns	
術前合併症としての心筋虚血・冠虚血													
全偶発症例	125	110	105	99	62	0.97	0.86	0.77	0.81	0.59	0.61 ( 0.45 ~ 0.82 )	<0.005	
死亡症例	41	37	51	37	12	0.32	0.29	0.37	0.30	0.11	0.36 ( 0.19 ~ 0.68 )	<0.005	
術中発症の病態としての急性冠症候群													
全偶発症例	131	140	131	91	55	1.02	1.10	0.96	0.75	0.52	0.51 ( 0.37 ~ 0.70 )	<0.001	
死亡症例	28	29	26	23	15	0.22	0.23	0.20	0.19	0.14	0.65 ( 0.35 ~ 1.23 )	ns	
肺塞栓													
全偶発症例	82	69	56	75	20	0.64	0.54	0.41	0.62	0.19	0.30 ( 0.18 ~ 0.49 )	<0.001	
死亡症例	24	15	11	22	6	0.19	0.12	0.08	0.18	0.06	0.31 ( 0.12 ~ 0.75 )	<0.05	

\* 2001年と2005年を比較した場合のオッズ比, ならびに95%信頼区間を示した.

麻酔科医は足りているか？

#### 1. 麻酔科マンパワーの日米比較

米国の麻酔科医は2004年で、32,500名程度（2004 ABMS Annual Report & Reference Handbook）、人口10万人あたり約12人である。

アメリカにはこのほか、37,000名のNurse Anesthetistsがいる。（American Association of Nurse Anesthetists 会員数。

[http://www.aana.com/AboutAANA.aspx?ucNavMenu\\_TSMMenuTargetID=38&ucNavMenu\\_TSMMenuTargetType=1&ucNavMenu\\_TSMMenuID=6&id=38](http://www.aana.com/AboutAANA.aspx?ucNavMenu_TSMMenuTargetID=38&ucNavMenu_TSMMenuTargetType=1&ucNavMenu_TSMMenuID=6&id=38)

日本の麻酔科医（麻酔科を主たる診療科とする医師）は、2004年で（平成16年）6397名。人口10万人あたり約5.2人。（厚労省医師・歯科医師・薬剤師調査）

アメリカの手術件数は、人口あたり日本の2～3倍と推定されているので、麻酔科医数だけみると同等だが、Nurse Anesthetistsの数の分だけマンパワーがそっくり抜け落ちていることになる。

現在までこれを埋めてきたのが外科系医師で、日本では、全身麻酔の1/3は外科系医師がかけている。（2005年日本麻酔科学会マンパワー調査）。この外科系医師、特に一般外科医師に余力がなくなり、麻酔をかけたがらなくなってきているのも、不足の原因の一つと推定される。また、地方にいけば、毎日朝から晩まで麻酔があるような地域中核病院でも麻酔科医は絶対的に不足し、麻酔科医は2～3列を同時に監督し、1例1例を直接には看護婦にみさせる並列麻酔もしばしば行われると聞いている。

#### 2. 麻酔科医養成数の日米比較

アメリカの麻酔科レジデント数は、Core program（Subspecialtyに入る前）89,607名 of 全診療科レジデント数のうち5.7%=5,100名（academic year 2006-2007）。麻酔科は3年間（一部4年間）のプログラムなので、1学年1,500～1,700人程度の計算。

（[http://www.acgme.org/acWebsite/annRep/an\\_2006-07AnnRep.pdf](http://www.acgme.org/acWebsite/annRep/an_2006-07AnnRep.pdf) 8-11ページのデータより計算）

American Board of Anesthesiologyの統計（ABA2008年ニュースレター、18ページ）では、2007年までの10年間に12,056名の麻酔科専門医を新たに登録したので、1年あたり1,200名。合格率が約80%なので、レジデントプログラム修了者は毎年1,500名程度と推定され、上記の計算と合致する。

日本では、アメリカのレジデントに対応するようにはっきりしたシステムがなく、したがってデータがないので、平成 18 年（2006 年）医師・歯科医師・薬剤師調査より、麻酔を主たる診療科とする医師数から計算すると、

25～29 歳のデータでは、708 名＝毎年 142 名

30～34 歳のデータでは、1154 名＝毎年 231 名

となり、麻酔科医養成数はアメリカの 1/7～1/10 となる。

同年代の医師総数に対する麻酔を主たる診療とする医師数の割合は、25～29 歳では 708 名 / 総数 25467 名＝2.8%（男性 328/16388＝2.0% 女性 380/9079＝4.2%）、30 歳～34 歳では、1154/31757＝3.6%。全年齢の医師総数に対する麻酔科医の割合は、医師総数 25 万人中、麻酔科医が 6000 名強なので 2.2～2.3%程度であるから、この養成数は、現在の麻酔科医の医師全体に対する割合とほぼ一致する。すなわち現状維持の養成数であり、現在、外科医が全身麻酔の 1/3 をかけているという現状を改善する数ではない。

現在の日本の麻酔科医養成数が現状維持のための数字であることの別の証拠を挙げる。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、5046 名から 6209 名へ、10 年で 23.0%の増加。全身麻酔数は、1996 年の 128103 件（9 月 1 日～30 日）から 2005 年の 167799 件へ、31.0%の増加。過去 10 年強の増加率は、全身麻酔数の方が麻酔科医数を上回っている。（厚労省大臣官房統計情報部 医療施設調査および医師・歯科医師・薬剤師調査）麻酔科医は着実に増加しているが（学会や大学は麻酔科医不足に対して手をこまねいて見ていただけではない）、麻酔数の増加に追いつくのがやっと。

問題は将来で、今後も高齢化とともに、手術件数は大幅に増加することが予想されている。

（平成 18 年 7 月厚労省発表、医師の需給に関する検討会報告書 参考資料 図 1 4）

もう一つの懸念は、麻酔科を主たる診療科とする医師が、平成 16 年の 6397 名から平成 18 年（2006 年）には 6209 名に減少していることである。本年 12 月 31 日づけで、再び調査が行われるので、その結果を注目したい。

ちなみに、アメリカでは、academic year 2006-2007 の general surgery (thoracic surgery 及び colon and rectal surgery を含む) のレジデント数は全体で 7,700 名。(Core program にいる 89,607 名の 8.6%) 麻酔科医は上述の通り 5,100 名であるから、外科医と麻酔科医の養成数にはさほど大差がない。

Harvard の MGH では、1 年に内科 50 名、産婦人科 10 名、小児科 23 名、麻酔科 25 名、脳神経外科 2 名、心臓外科 1 名程度が採用される。(Massachusetts General Hospital のホ

ームページより。General Surgery は不明)

### 3. 麻酔看護師の導入に対する問題点

#### (3-1) 麻酔看護師の必要数

アメリカのような制度とするならば、上述のように、現在の日本では、アメリカの麻酔看護師分のマンパワーがそっくり抜け落ちているので、麻酔科医と概ね同数の麻酔看護師を養成しないと、マンパワー不足は解消しない。

日本では、麻酔科医数が 6000 名強なので、麻酔看護師数も 6000 名程度と推定する。

#### (3-2) 麻酔看護師導入で、麻酔科医への需要はやわらぐか？

麻酔看護師がいると、アメリカでは麻酔科医 1 名が同時に 3 名の麻酔看護師まで監督することを、多くの保険会社は認めている。したがって、麻酔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、中小病院ではさほどでもなく、結局麻酔科医が必要になってしまうことが指摘されている。

日本の病院では、全身麻酔は 1 日平均 1～2 件程度しかない。(全身麻酔を行う病院数は、平成 17 年 (2005 年) で 3912 箇所。全身麻酔数は同年 9 月一ヶ月で 167799 件であったから、一箇所あたり平均の全身麻酔数は、42.9 件/月。1 日 1～2 件程度。厚労省医療施設調査。) このような病院では、麻酔看護師は麻酔科医数節減に大きな効果がないと予想される。

(手術を行う病院を大幅に集約化すれば話は別。MGH は 1000 床の病院で年間手術件数は 3 万件である。)

#### (3-3) 麻酔看護師導入により、麻酔科医なしの麻酔を認めると、患者への影響は？

アメリカペンシルバニア州の Medicare のデータでは、麻酔科医が関与していない麻酔は死亡率が高い。(オッズ比 1.1) (Anesthesiology 2000; 93: 152) ちなみに、OECD 加盟国で麻酔看護師制度を持つ国のうち、麻酔科医が全くかかわらなくても麻酔を行ってよいとしているのは、米国だけではないと思われる。

オランダのデータでは、術後 24 時間での死亡または昏睡状態は 10000 症例につき 8.8 である。麻酔看護師が麻酔科医に直接すぐに (電話やポケットベルではなくインターコムなどで) 対応できる状態にあること (オッズ比 0.46) は、術後 24 時間の死亡または昏睡率をさげる独立因子である。ちなみにオランダでは麻酔看護師単独の麻酔はない。導入と覚醒は一人の麻酔科医が一人の麻酔看護師または研修医とともに一人の患者を受け持つ。維持中は、2 列まで並行して監督してよい。(Anesthesiology 2005; 102: 257)

## まとめ

- (1) マンパワーの日米比較では、アメリカでは麻酔科医と麻酔看護師がほぼ同数おり、日本ではその麻酔看護師分のマンパワーがそっくり抜け落ちている。(ちなみに米国でも現在、麻酔科医不足が特に地方で徐々に問題になってきており、一部病院は手術件数を削っているようである。)
- (2) 現在の日本の麻酔科医養成数では、現状維持がやっとなのである。これまで外科医が補ってきた不足分を補充し、さらに今後の高齢化社会の到来とともに予想される、高齢者を中心とした手術件数の大幅な増加に対応することは、現状の養成数では難しい。
- (3) 麻酔看護師を入れても麻酔科医に密に監督させないと患者の死亡率は上がる。
- (4) 麻酔看護師による麻酔科医節減効果は、症例が集約された病院で発揮される。日本の平均的病院はあまりに麻酔数が少なく、麻酔看護師の効果は少ないと考えられる。

## 4. コメディカルとの協働・業務分担の活用

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、マンパワーに限界のある麻酔科医の本来業務以外の、医師でなくてもできる業務をコメディカルが分担することを強く提唱する。これにより、低下している効率を改善するとともに麻酔科医のストレスが軽減され、一人の麻酔科医が担う麻酔件数を増やすことにもつながるものと考えられる。さらにはモニタリングや使用薬剤のチェックなどを麻酔科医以外にも同時に行うことで、複数の職種による監視やチェックにより「より安全で安心な医療」を提供することが可能になる。

こうしたアプローチを実現するには、コメディカルが麻酔に関する正しい知識を得るための教育が必須であり、手術室業務のみならず周術期全体を見据えたシステムの構築が急務といえる。周術期管理チームの実現に向けて、看護師の現任ならびに継続教育のシステムを構築する必要がある。周術期医療を担える看護師を育成するプログラムを日本麻酔科学会は提供すべきである。この教育を受け、麻酔科学会により認定された看護師は一人の患者に対して術前から術後まで麻酔科医と協働し、常に麻酔科専門医の責任のもとに麻酔に係る業務を支援する。その結果、麻酔科医の業務負担の軽減と安全性の向上とともに、一人の麻酔科医が関わる麻酔件数は増加し、病院にとって手術件数の増加につながると期待される。

## 麻酔科医メンバー不足に対する日本麻酔科学会の対策案

日本麻酔科学会

### はじめに

日本麻酔科学会は、麻酔科専門医を養成し、安全で質の高い麻酔科領域の医療（手術の麻酔、集中治療、救急医療、ペインクリニック、緩和医療など）を提供することを命題としている。しかし、現実の医療状況を見ると、周術期患者の生体管理の中心部分をなす手術室の麻酔管理において、すべての症例に対し麻酔科専門医が関与しているとはいえない状況にあり、麻酔科専門医の不足が大きな社会問題となっている。

これに対して、日本麻酔科学会として有効な対策を社会に対して明らかにしていくことが責務であり、ここに対策案を提案する。

### 麻酔科医不足に対する対策

日本麻酔科学会は、継続して麻酔科医不足を解消すべく行動していくが、その中でも重要な要因とその解決策を短期と長期計画に分けて以下に示す。

#### 1. 短期対策

- 1) 地域圏内での麻酔業務の提携
- 2) 麻酔業務における役割分担の明確化
- 3) 卒後臨床研修における麻酔科の必修化
- 4) 休職中の女性医師等の現場復帰
- 5) リタイアした麻酔科医の活用
- 6) 標榜医の活用
- 7) 麻酔科開業に対する学会としての関わり

#### 2. 長期対策

- 1) 定数増
- 2) 麻酔科に関して保険診療上の適切な評価の必要性
- 3) 手術を行う病院の集約化

### 各論

#### 1. 短期対策

##### 1) 地域圏内での麻酔業務の提携

ある一定の地域圏内で、施設間の麻酔科医の過不足を是正する。すなわち、一つの病院で、ある曜日やある時間帯、あるいは夜間の緊急などに麻酔科医が確保でき

ず対応できない場合は、その地域圏内の他の医療機関から麻酔科医を派遣する体制を構築する。そのためには各大学間の壁を越えた提携が必要である（事務的な業務は非営利団体に委託することも一法）。

さらに、麻酔医療の地域圏内での活動を円滑にするために、公務員法で規制されている国立または自治体病院に勤務する麻酔科医の活動制限を、小児救急で認められたように緊急手術の麻酔や、麻酔科医が必要と考えられる事態に限って緩和することが必要である。

\*具体案：

・初年度：下記①②を開始すると同時に、③④⑤を同時に進める。

①実態調査：地方によっては三次医療圏、あるいは大都市では二次医療圏の単位で、その圏内にある病院数、麻酔科医の人数、手術件数を調査

②麻酔医療圏構想を実現する上での問題点を洗い出し、それに対する対策、解決策を作成

③会員による理解を得る：各大学の麻酔科教授、圏内の病院の麻酔科代表者、代議員、会員の理解と協力を得る

④麻酔科医療圏責任者の任命：調査結果によって、それぞれの医療圏内で互助的に派遣できる麻酔科医の数を概算し、互助可能な範囲を決定する。各々の麻酔科医療圏の中心となる責任者を支部長が任命する。

⑤厚生労働省、総務省に働きかけ：厚生労働省、総務省に対して公務員兼業規制の緩和を要請する。

・2年度：⑤の実現。モニターとなる地域を選別し、活動する上での問題点を集積し、分析する。

・3年度：すべての地域で可能な互助モデルプランを作成して、運用を開始する。

## 2) 麻酔業務における役割分担の明確化

病棟や外来において医師の指示の元に看護師が各種業務を行ったり、手術に際して手術器具の準備を看護師が行うように、麻酔業務の中で麻酔科医でなくとも可能な業務を医師以外がおこなうことは当然のことである。しかし、現在多くの施設では麻酔科医が多くの業務を行っている現状がある。この医師以外が行うべき業務をコメディカルが実施することにより麻酔科医の負担軽減だけでなく、ダブルチェックが可能となることで安全面でも有効な手段となる。

\*具体案

周術期管理チームプロジェクト：手術室医療における安全性の確立のため周術期管理チームを設立する。各職種（外科系各科、看護師、薬剤師、臨床工学技士、クラーク、その他コメディカル）の役割と仕事内容の明確化と周術期管理チーム医療を達成するための人材を育成するシステムの構築を行う。まず看護師の教育認定から始める。

・ 初年度

- ① 看護師を対象に、周術期管理セミナーを開催（本年度実施済み）
- ② 周術期における看護師の役割を明確化し、問題点を整理する（厚生省の科研で実施済み）。
- ③ 認定事業として行うための基本的な立案を行う（現在進行中）。  
認定施設、研修施設、教育内容、研修内容などの具体案、タイムスケジュールを示す。

・ 2年度

- ④ 初年度に明らかになった問題点を看護師と検討協議するとともに、認定事業を開始する。
- ⑤ その他のコメディカルを対象に現状調査、分析を行う。外科系各科への周術期管理チーム構想の提示を行う。

・ 3年度：他科、コメディカルと連携した医療安全のための教育プログラムと、チーム設立のための環境整備を検討する。

### 3) 卒後臨床研修における麻酔科の必修化

卒後臨床研修制度において麻酔科は救急部門の一部と位置づけられている。しかし、麻酔科は救急の一部とか、その代用として機能するものではなく、プライマリケア、二次救命処置に必須な知識、技能（気管挿管、人工呼吸、呼吸器の使用、薬剤投与等）を修得し、外傷による出血に対する生体への有害反応（臓器血流障害により生じる変化）や自律神経系の反応、呼吸・循環・内分泌系の変化等の状況把握、それに必要なモニターの判読、輸液の質と量の選択や昇圧薬の使用をはじめとする適切な対処方法の修得、日々各科の手術に携わることから医療のトリアージが可能となる、などプライマリケアの基礎をなす独立した部門として考えられるべき科であり、医師として基本的な能力を身につけるために必修とすべき科であり、卒後研修における救急と切り離した形での前期の必修科とすべきである。

### 4) 休職中の女性医師等の現場復帰

この問題は女性医師一般に限らず、日本社会の文化面の低さを示す一大問題であり、ここで改めて必要性、方法論を述べる段階ではなく、目をあげて実現に向かって法整備などを行うべきである。

麻酔科学会としても現在多くの大学や施設でこの復帰に関わる取り組みを始めており、さらに今後この取り組みを活性化するための提言を発表している。

### 5) リタイアした麻酔科医の活用

定年のため現役を引退したが、まだまだ麻酔業務を行うだけの実力を有する専門医を麻酔科学会の登録制とし、麻酔科学会での後輩の育成や指導に参加するような

システムを構築する。

\*具体案

・初年度

- ① 実態調査:現在麻酔科学会の専門医で定年により現役を退いた麻酔科医の実態を調査する。
- ② 各麻酔科医に麻酔科学会の取り組みを説明し、その取り組みに対する意向を調査する。
- ③ 調査結果に基づき登録を行う。
- ④ 認定病院に対して現役を引退された麻酔科医の活動する余地、体制が有るかどうかの調査を行い、可能と考える施設を登録する。

・2年度

- ⑤ 各地域で登録された麻酔科医と施設のマッチングを麻酔科学会主導で行い、現実に勤務する態勢を作り上げ実行する。

#### 6) 標榜医の活用

標榜医は厚生労働省が認めた資格であり、この資格を有する医師は、現状のように麻酔科医師の不足が社会的問題となっている時点では、麻酔業務を担う義務があると思われる。そして、標榜医を有しながら、麻酔を長年行っていない医師は資格を有し続ける以上再研修として、一定の期間麻酔業務を行うべきである。これには厚生労働省の理解と指導力が必要である。

\*具体案:

・初年度:

- ① 実態調査:現在標榜医資格を有する麻酔科学会認定医以外の医師の実態を調査する
- ② 各標榜医に対して麻酔業務を続ける意思があるかどうかを確認する。
- ③ 麻酔業務を続ける意思を示した麻酔科学会認定医以外の標榜医に対して講習と実地研修を義務づけ、その通知を行う。
- ④ 講習、実地研修のタイムスケジュールを策定し、標榜医、指導する認定病院に通知する。

・2年度:

- ⑤ タイムスケジュールに従って講習、実地研修を実施する。

#### 7) 麻酔科開業に対する学会としての関わり

麻酔科として開業することは他科の医師が開業するのと同じように自由に認められるべきである。しかし他科の開業形態とは異なる診療内容であるため、具体的な麻酔業務を明確にし、国民に安全で良質な麻酔医療を提供する事を保証しなくてはならない。

麻酔科学会として早急に方針を出し公表する。

## 2. 長期対策

### 1) 定数増

麻酔科医が勤務している医療機関における切実な問題は、定員枠の増員ができず、労働環境が悪くなり、燃え尽きが生じることである。麻酔科医を手術数に見合った定員数に増やすことで麻酔科医の退職を回避できると思われる。とくに周産期医療センターの稼働には麻酔科医の存在が不可欠であり、定数配置を早急に実現する必要がある。

### 2) 麻酔料に関して保険診療上の適切な評価の必要性

診療報酬点数の中で、ドクターフィー、ホスピタルフィーを明確にすることで麻酔業務を明確にすることが可能となる。

### 3) 手術を行う病院の集約化

国の方針として以前から出されている内容であり、この集約化が行われるだけでも麻酔科医不足のかなりの部分が解消される。また麻酔科医の過重労働が軽減されるだけでなく、安定した麻酔科医確保と症例集積や手術室の効率的な運用により、医療コストだけでなく、医療の質と安全の向上も得られる。

## 日本麻酔科学会 女性医師キャリア推進WG の提言（案）

### （１）託児所、保育所の整備（病児保育を含む）

- a 院内託児所、保育所の整備を学会として各医療機関に働きかける。
- b その補助金制度を各医療機関に周知する。
- c 保育所における夜間保育や時間外保育、病児保育を強く促進する。
- d 学童保育（子が9歳かそれ以上になるまで）の充実も重要である。
- e 託児所、保育所がない場合の代替としてベビーシッターを個人で利用する際の金銭的補助の仕組みを、学会員および各医療機関に周知する。

### （２）出産・育児期間中の勤務体系の確立

- a 育児休業や、復帰後の短時間勤務、フレックスタイム勤務等の制度（以下、短時間勤務等と略す）が法律に定められた制度であること、およびこれらが医師確保にきわめて有効な手段であることを各医療機関に周知する。
- b これらの制度を実施するために医療機関が利用できる各種助成金を周知する。
- c 麻酔科学会の会員に対しても、これらの制度の存在を周知する。
- d 大学医局には、医局制度によるローテーションとこの制度の整合性を検討するよう依頼する。
- e 育児休業や短時間勤務等が発生した場合、当該病院で不足する労働力を補填する医師の人材プールを用意する。
- f 出産・育児中の女性医師と比べて他の常勤医の労働時間と報酬が公平になるよう、常勤医の労働時間の調整および人員の確保を各医療機関に促進させる。
- g fのため、医師の充足している地域から不足している地域への医師の移動を促す。（少なくともそのための情報提供を行う。）
- h 育児休業、短時間勤務制度等を利用する常勤医師に対し、パート医に比べて専門医申請（更新）資格要件を緩和することを検討する。

### （３）キャリア支援システム

- a 知識技術の維持のための教材、機会を提供する。（例えばDVD やeラーニングなどの利用）
- b 専門医の取得、更新条件を、妊娠、出産、育児がより障害となりにくいように工夫する。
- c 職場復帰のための臨床能力の再訓練施設を紹介し、またそのような施設が増えるように各医療機関や大学に働きかける。
- d メンター制度を学会主導でつくる。
- e 非常勤施設を斡旋する。

平成20年8月20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  
海野委員提出資料

周産期医療システム全体に影響しているNICU医師不足を  
解決するためのインセンティブ付与について

新生児医療連絡会 会長 梶原真人  
事務局長 杉浦正俊

### 共通認識

#### 1. 新生児集中治療室(NICU)病床の不足とその背景

・周産期医療対策整備事業(平成8年5月10日児発第488号)により、出生1000に対しNICU2床を目標に整備が開始され、平成17年には診療報酬届出数2032床(1.9床/出生1000)となった。しかし、少子化にもかかわらずハイリスク新生児(低出生体重児)は約30%増加、新生児死亡率は40%改善(平成6年比)、長期入院症例も3年で2.8%から3.8%へ増加した。

→この結果、NICU病床は絶対的に不足するようになった(必要病床数に関する厚生労働科学研究が進行中)。

#### 2. NICU病床不足の影響

・日本産婦人科医学会および厚生労働省調査によれば、母体搬送が困難であった理由の約9割が「NICU満床」である。さらにNICU不在はハイリスク分娩取り扱い停止に直結する(例、日野市立病院)。

→NICUはハイリスク産科診療に不可欠であり、NICU不足は産科救急システム全体を危機に陥れている。

#### 3. NICU医師(新生児科医)の不足

・新生児科医の99%が医師不足を実感している。医療圏を無視した単純計算においても全国約1,500名の専従医師が必要であるのに対し、2005年時点での専従医師は948名にとどまっている。

・NICU病床不足に対して76%の施設がNICU増床の意志を示しているが、79%の施設で新生児科医の確保が障壁となっている(新生児医療連絡会調査)。

・新生児科医不足は都道府県別新生児死亡率に影響を及ぼしている可能性が高い。

→現在のNICUにおいては新生児科医不足が最大の危機的課題である。

#### 4. 新生児科医不足の理由

・24時間体制を維持するのに必要な医師数を満たしているのは全国250施設中73施設にすぎない。この結果、86%の施設で当直勤務後も通常勤務が行われ(32時間連続労働制)、1ヶ月の時間外労働時間は平均155.8時間に達するなど過酷な勤務体制となっている。体力的限界を理由に、現役医師の約2/3が離職を考慮している。

・医学部生の6割が、新生児科は時間が不規則で重労働というイメージを持っている。

→NICU医師を確保、新生児医療体制の崩壊を阻止するためには勤務態勢の改善が急務である。

#### 5. 新生児医療の特殊性

・新生児科および新生児科医は小児科の一専門部門に所属することが多いが、小児科と異なり小児医療システムではなく周産期医療システムに包含される。

→産科・小児科医療システム整備に際して特段の留意が必要である。

### 対応策1、いわゆる当直に対して時間外勤務手当を全額支給してはどうか？

1. 業務内容からみてNICUにおいては交替勤務制を原則とすべきである。
2. 現実には当直という名の下に24時間診療体制が行われている。
3. 少ない医師が当直体制で診療するほうが、交替勤務制を導入するより病院の利益となる可能性が高い(負のインセンティブ)。

以上より

4. 過渡期の対応策として、原則通り当直時間はすべて時間外勤務と見なしてはどうか？ 時間外勤務と見なすことで過労死基準を超えることも予想されるが、下記特例をもうけることで現状を追認する(病院管理者に対する有期限かつ一定の免責)。

- ・管理者は有期限の勤務態勢改善に向けた努力計画を提示
- ・勤務者は自己管理のもとに時間外勤務を行うことを表明(撤回する権利の保留)
- ・上記の協定を文書により記録、一定期間ごとに見直しを行う。
- ・時間外勤務に対して法令で定める勤務手当を全額支給

5. 収入に応じて医師数の増加が期待できるほか(医師へのインセンティブ)、適切な人員による交替勤務制を導入する方が人件費の節約が可能であることから(病院へのインセンティブ)、現状の打開が期待される。

## 6. 経費試算

上記実施に必要な経費は以下のように試算される。

・社会保険認可NICU全国250施設（うち15床以上の施設27）において、1名（おおむね15床以上の施設では2名）の当直が行われていることより、日本全体の総当直のべ日数は以下の通りとなる

$$(223施設+27施設 \times 2) \times 365日/年 = 101,105日/年$$

・当直1回あたり16時間の時間外勤務が行われるとし、時間外手当の単価を仮に4800円/時間（正確な資料を持たないため基本給月額60万円より逆算、割増賃金を含む）とした場合の支給額は以下の通り

$$16時間/日 \times 101,105日/年 \times 4800円/時間 = 77.6億円 \cdots (1)$$

・既に支給されている1回あたりの当直料を、仮に2万円（その他の手当が支給されている施設も存在する可能性あり）とすると、既支給額は以下の通り

$$101,105日/年 \times 2万円/回 = 202210万円/年 = 20.2億円/年 \cdots (2)$$

・上記(2)より(1)をひいたものが新たに生じる必要経費となる

$$77.6億円 - 20.2億円 = 57.4億円$$

## 対応策2、新生児科研修・新生児専門医の育成・就職仲介システムの検討

・医師不足対策として医学部定員の増加が検討されているが、NICU医師の増加には直結しない。一方、条件次第で働きたいと考えている医師はいても、病院と医師をつなぐ人事システムは、この機能を担ってきた医局制度が崩壊しつつありながら、代わるものは確立していない。

・都道府県単位もしくは全大学病院単位で人事機能の再構築が模索されているが、新生児医療のような分野は研修施設数も少なく、一都道府県内もしくは一大学病院で完結することは困難である。適材適所を担保するためには専門知識を持つ専門家集団が対応する必要がある。

・新生児科研修・専門医育成のあり方を専門家が早急に検討し、システム構築につなげていく必要がある。→専門家による検討の場を作る必要がある。

「安心と希望の医療確保ビジョン」 具体化に関する検討会  
海野委員提出資料

平成20年8月20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意見  
—病院薬剤師の立場から—

矢後和夫

北里大学薬学部教授・北里大学病院薬剤部長  
社団法人 日本病院薬剤師会 常務理事

提 言

- 「安心と希望の医療改革ビジョン」における職種間の協働・チーム医療の充実を実現するためには、病院薬剤師数を、チーム医療上有効な役割を果たすことのできる水準まで早急に増加させる必要がある。→ 病院薬剤師の採用を促進する補助事業を行ってはどうか。
- 「安心と希望の医療確保」に必要な薬剤師のあり方に関して他の職種・専門分野とのバランスをとりつつ検討する、専門家による検討の場を早急に作り、中長期的な視野にたった検討を行う必要がある。→ 大きく変革する医療体制の中で必要性が高まっている「病院薬剤師の配置標準見直し」の前倒しを行ってはどうか。

基本的前提

- 「安心と希望の医療確保ビジョン」報告書には以下のような記載がある。

II. 具体的な政策

1 医療従事者等の数と役割

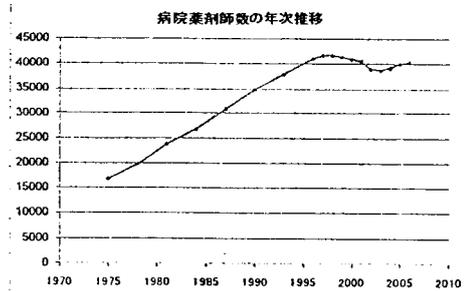
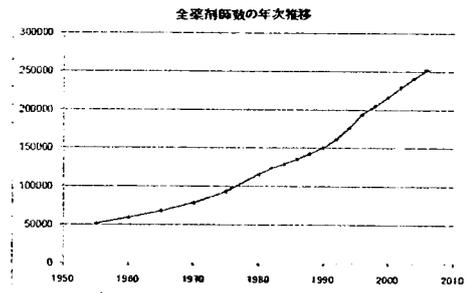
(4) 職種間の協働・チーム医療の充実

イ. 医師と歯科医師・薬剤師等との協働の充実

- 「医療機関に勤務する薬剤師がチーム医療の担い手として活動するために、病棟等での薬剤管理や、医師・看護師と患者・家族の間に立ち服薬指導を行うなどの業務の普及に努める。また、医薬品の安全性確保や質の高い薬物療法への参画を通じ医師等の負担軽減に貢献する観点から、チーム医療における協働を進めるとともに、資質向上策の充実も図る。」

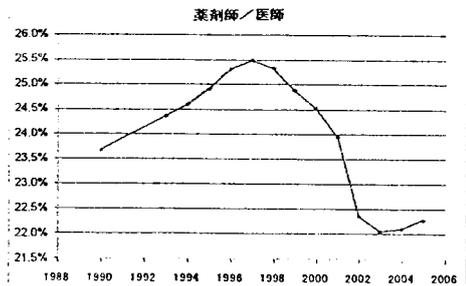
● 薬剤師の現状

- 薬剤師数は全体としては急速に増加している。
- 2003年に20年ぶりに薬学部が新設されてから続々と薬学部が作られている。この5年間で薬学部がある大学の校数は1.5倍、定員は1.6倍に増加した。今後薬剤師養成数はさらに増加していくことになる。
- その中で、病院薬剤師数は、近年頭打ちになっている。
- その結果、病院における薬剤師数と医師数の比は低下傾向を示している。



● 医療法における病院薬剤師の配置標準

- (一般病床、感染症病床、結核病床) 入院患者70人に対して1人
- (療養病床、精神病床) 入院患者150人に対して1人
- (外来処方せん) 75枚に対して1人
- ※ 特定機能病院は人員配置の「基準」が規定(薬剤師 30:1)



● 平成19年8月10日付けの「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」報告書においては、以下のような指摘がなされている。

以下のような指摘がなされている。

(1) 人員配置に関する実態

- 病院において勤務している薬剤師数については、平成17年の病院報告によれば、常勤換算で40,119.6人であり、100床当たり2.5人である。また、医療法第25条に基づく立入検査の結果では、平成17年度の適合率は90.7%であり、前回の検討会当時である平成13年の85.4%より改善は見られているが、北海道・東北地域では86.2%、近畿地域では96.3%であるなどの地域格差が見受けられる。
- 一方で、今回の実態調査において、現在の薬剤師数に関する認識の項目で、「業務を遂行するのに十分な数が確保されている」と回答した施設は10.9%のみであり、病院の病床規模とは反比例する傾向が見られた。また、業務を遂行するのに十分な人数には、あと1~3人不足が35.5%、あと4~10人不足が32.4%と回答しており、多くの施設では薬剤師が不足しているとの認識であった。

- さらに、平成 17 年度の採用の困難性に関する調査項目では、常勤薬剤師の採用について、採用困難が 19.7%、非常に困難が 34.1%との回答であり、容易に採用できたとの回答があった施設は 9.6%のみであった。
  - このように、医療法の人員配置標準については、9 割以上の病院で満たしているものの、地域格差が見られ、また、業務の遂行に十分な人員に達していないとの認識の病院が多いものの、採用については困難であるとの実態が明らかとなった。
- (2) 業務の多様化・複雑化、薬学教育 6 年制等による環境の変化
- 今回の実態調査において、各業務について、小規模な病院や薬剤師数の少ない病院でも実施している病院がある一方で、大規模な病院や薬剤師数の多い病院でも実施していない病院があるなど、業務の内容は多様化・複雑化しており、その病院の規模や機能にもより、求められる業務は異なるものである。
  - さらに、オーダーリングシステム・電子カルテ等の IT 化の推進による業務の効率化(今回の実態調査によれば、オーダーリングシステムの入院外来処方への導入率は 31.8%)、医薬分業の進展(平成 17 年度の分業率は 54.1%)、平成 18 年度から始まった薬学教育 6 年制への移行等、病院薬剤師を取りまく環境が変化してきていることも人員配置を考える上で考慮すべきである。
- (3) 人員配置のあり方
- 病院薬剤師の役割の重要性が高まってきていることについては、本検討会においても、改めて認識されたところではあるが、今回の実態調査の結果と本報告書で提言した病院薬剤師のあるべき業務と役割を踏まえた人員配置のあり方を検討すると、ア) 現行の人員配置標準を満たしている病院は多いが、地域格差が見受けられること、イ) 勤務している薬剤師数は不足しているとの認識が多いが、一方で採用が困難な状況があること、ウ) 業務の内容は多様化・複雑化しており、その病院の規模や機能により求められる業務は異なること、エ) 薬学教育 6 年制が平成 18 年よりスタートしたばかりであり、薬科大学・薬学部の新設あるいは薬事法の改正等の影響も踏まえた、今後の薬剤師の需給動向を見定めるべきであること、等といったことを考慮すると、現行の人員配置標準をただちに見直す必要性までは認められないものの、当該病院の規模や機能に応じて、個々の病院で必要な医薬品関連の業務が実施されるのに十分な薬剤師数を確保していくことが重要であると考えられる。
- 病院薬剤師が、チーム医療の中で積極的役割を果たすには、
    - 病院薬剤師を他の職種とのバランスを保ちながら、少なくとも全病棟に薬剤師を配置するなど適正数まで増加させること、
    - レジデント制度の導入などチーム医療に必要な資質の充実を図ること、が必要である。

- 病院薬剤師の人員増により充実した実施が期待できる業務
  - 医療・薬物治療の安全確保と質の向上のための業務
    - ◇ 医療の安全確保のための薬歴に基づく処方鑑査の充実
    - ◇ 患者情報に基づく服薬指導と薬学的ケアの実施（病棟における医薬品関連業務への参画）
    - ◇ 入院患者の持参薬管理
    - ◇ 注射剤処方せんに基づく調剤の実施
    - ◇ がん化学療法への参画
    - ◇ 手術室，集中治療室等における病院薬剤師による医薬品の適正管理
    - ◇ 高齢者に対する適正な薬物療法への参画
    - ◇ 精神科領域薬物療法における患者の服薬遵守の向上
    - ◇ チーム医療への参画による安全性の確保と質の向上
    - ◇ （感染制御チーム，緩和ケアチーム，褥瘡対策チーム，栄養サポートチーム等への参画）
    - ◇ 患者個々に応じた薬物療法への参画（院内特殊製剤の調製，薬物血中濃度の測定・解析による薬物療法の最適化）
    - ◇ 夜間・休日における病院薬剤師の業務の実施
  - 医療の安全確保のための情報に関する業務
    - ◇ 医療安全確保のための情報の共有化
    - ◇ 医薬品の採用に必要な情報の収集と提供
  - その他の業務
    - ◇ 教育・研修への積極的な関与（6年制薬学教育への対応）

# 安心と希望の医療確保ビジョン 具体化に対する意見

医療が高度化、複雑化していく中、薬剤師に対する社会的ニーズも多様化し、薬剤師への期待がますます高まっている。薬剤師は、医薬品の適正使用に向けて最適な薬物療法の提供、医療安全対策など幅広い分野において、医療の担い手としての役割を果たすことが一層強く求められている。

また、薬学教育が6年制時代を迎え、幅広い知識はもとより、高い倫理観、医療人としてのモラル、医療現場での複雑な問題に対する問題解決能力や実践力など、チーム医療において薬の専門家としての役割を十分に果たすことができる薬剤師の養成が必要となっている。

このような状況下、病院薬剤師の業務は、医薬分業の進展に伴い、外来患者対象から入院患者中心の直接的な薬学的管理へと変化してきている。入院患者への服薬指導にとどまらず、薬物血中濃度モニタリングによる個別化投与設計、抗悪性腫瘍剤などの注射剤無菌調製、栄養管理への関与、医薬品適正使用による医療経済への貢献など、チーム医療の一員としての役割もますます大きくなってきている。

しかし、医療現場に配置されている薬剤師数は十分とは言えず、医師・看護師等からのニーズに対して十分な対応ができず、薬剤師としての専門職能が十分に発揮されていないのが現状である。そのため効果的な「チーム医療」の実践につながらず、医師・看護師・薬剤師などが行うべき業務に偏りが生じていると思われる。このような状況を解決していくためには、より専門性を活かした役割分担が必要であろう。

特に、薬物療法に関わる業務を見直し、専門性を活かした役割分担を行うことで、患者にとってより安全かつ有効な薬物療法の実施に繋がるといえる。

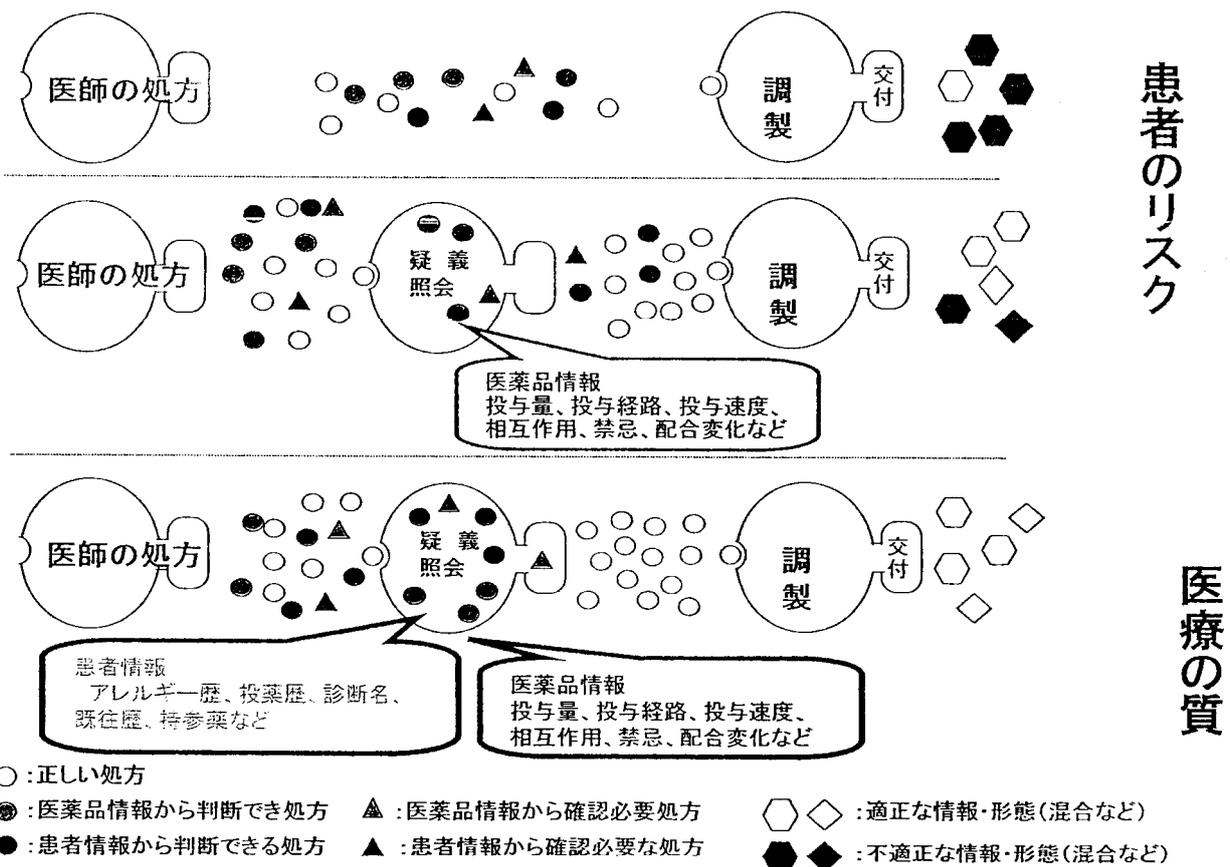
医療現場での医師の業務は、極めて厳しい勤務環境に置かれていることは周知のとおりであり、その打開策として各職種間の業務範囲を見直し、適切な役割分担とそれぞれの専門職による適正で効率的な運用の確立が急務である。

安全で安心な薬物療法の遂行には  
 病院薬剤師の関与が不可欠であり、そのためには  
 薬剤師の増員が必要である。

- 高度・複雑化する医療環境において、患者に良質な医療を提供するには「チーム医療」の実践が必須であり、医薬品に関わる事項は薬剤師の役割分担として担うべきである。
- 患者の安全で安心な薬物療法を遂行するためには、24時間365日薬剤師による質の高い薬物療法への参画をはじめ、すべての医薬品に係る管理体制が必要不可欠である。
- 医療事故の4割が医薬品によるものであり、薬剤師の夜間・休日体制の不備が患者の安全に影響する可能性がある。

2

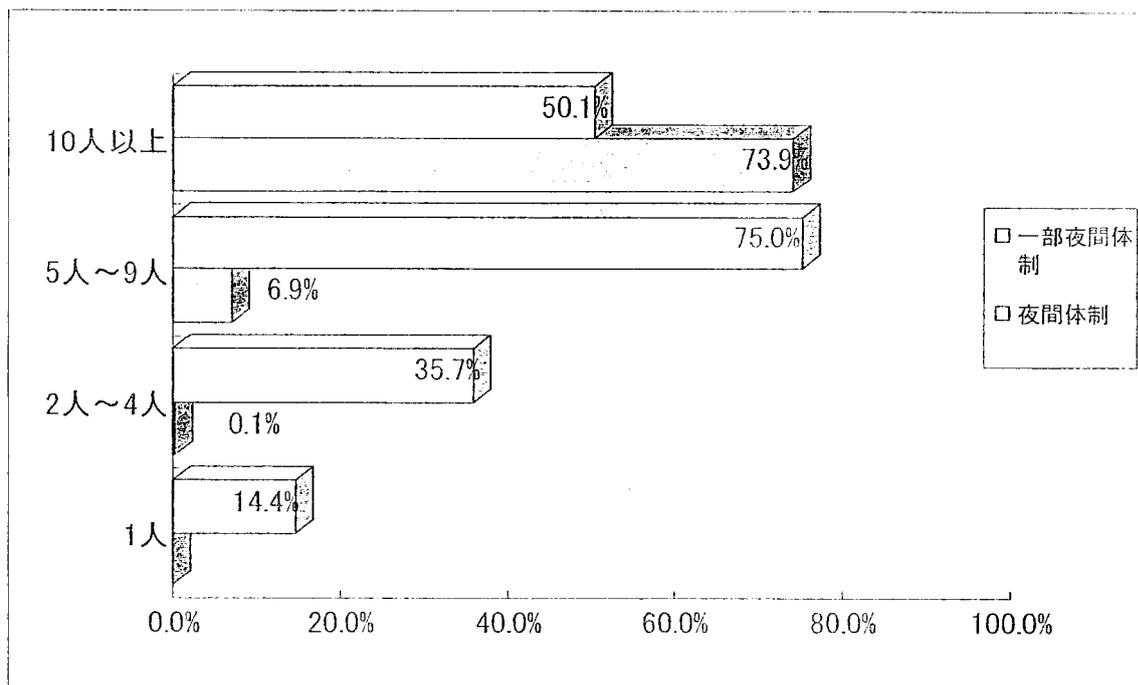
## 処方せんへの解析評価



3

# 薬剤師数と夜間の勤務体制の実施状況

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資料より



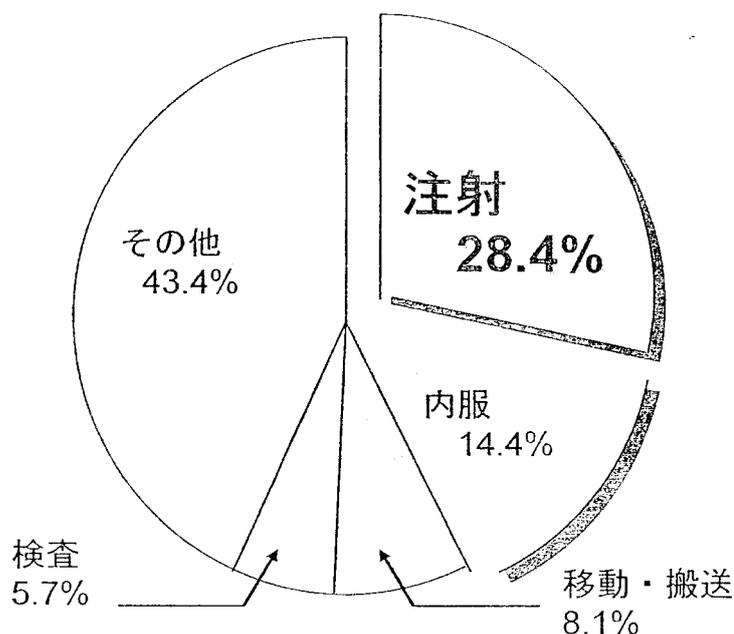
精神病床のみを除く施設 3964施設 (平成18年度調査)

夜間体制とは当直、2交替、3交替制を取っていること。

一部夜間体制とは、一部宿直、居残り、オンコール、シフト勤務等何らかの体制で夜間対応していること

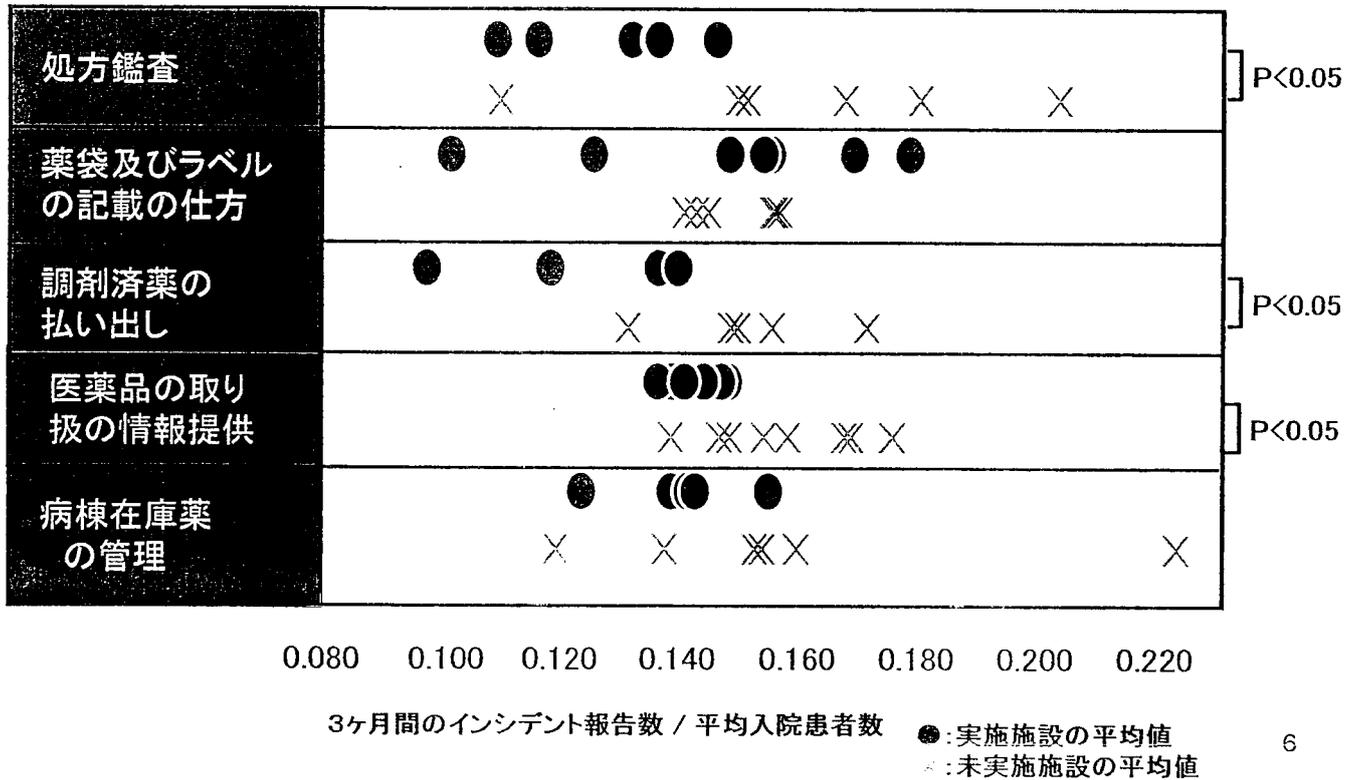
# 医療事故の現状

## ● アクシデント発生状況



# 薬剤師業務の実施とインシデント報告数の関連

平成16年度厚生科学研究



6

安全で安心な薬物療法の遂行のため  
薬剤師が行える業務

7

## ○チーム医療の担い手としての薬剤師の活動

薬剤師が病棟に常駐することにより、医薬品に関する最新の情報が治療に反映されるとともに、治療に関する現場のニーズに細かく対応し、医療安全に大きく関与できる。

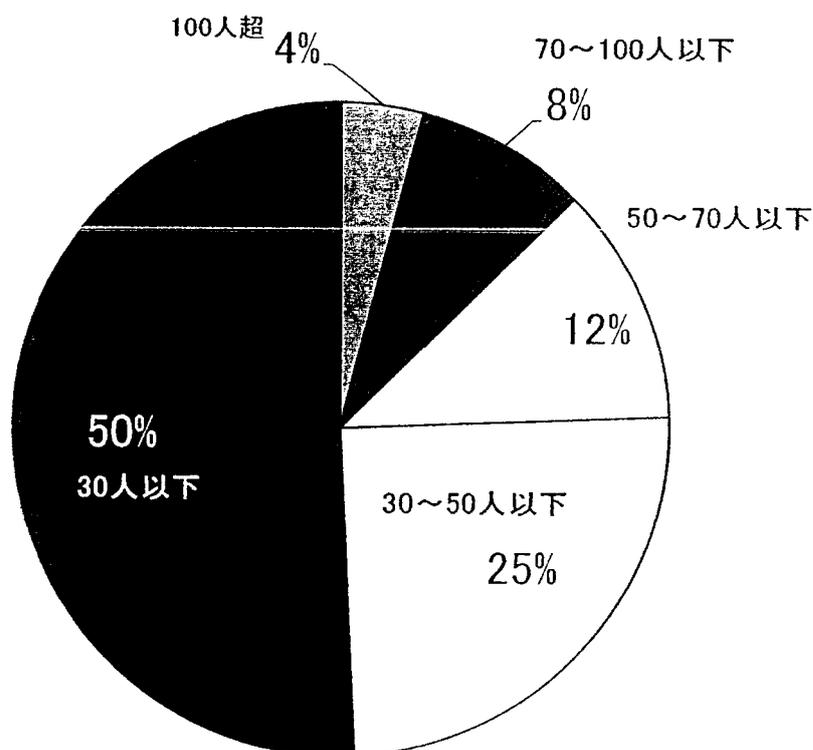
薬剤師が病棟に常駐することにより、病棟等での薬剤管理や、服薬指導の充実が図れる。

チーム医療に参画し、医師・看護師などとの協働を推進することで安全で安心な薬物療法が遂行できる。

役割分担を明確化することにより、医療の質や患者満足度に貢献できる。

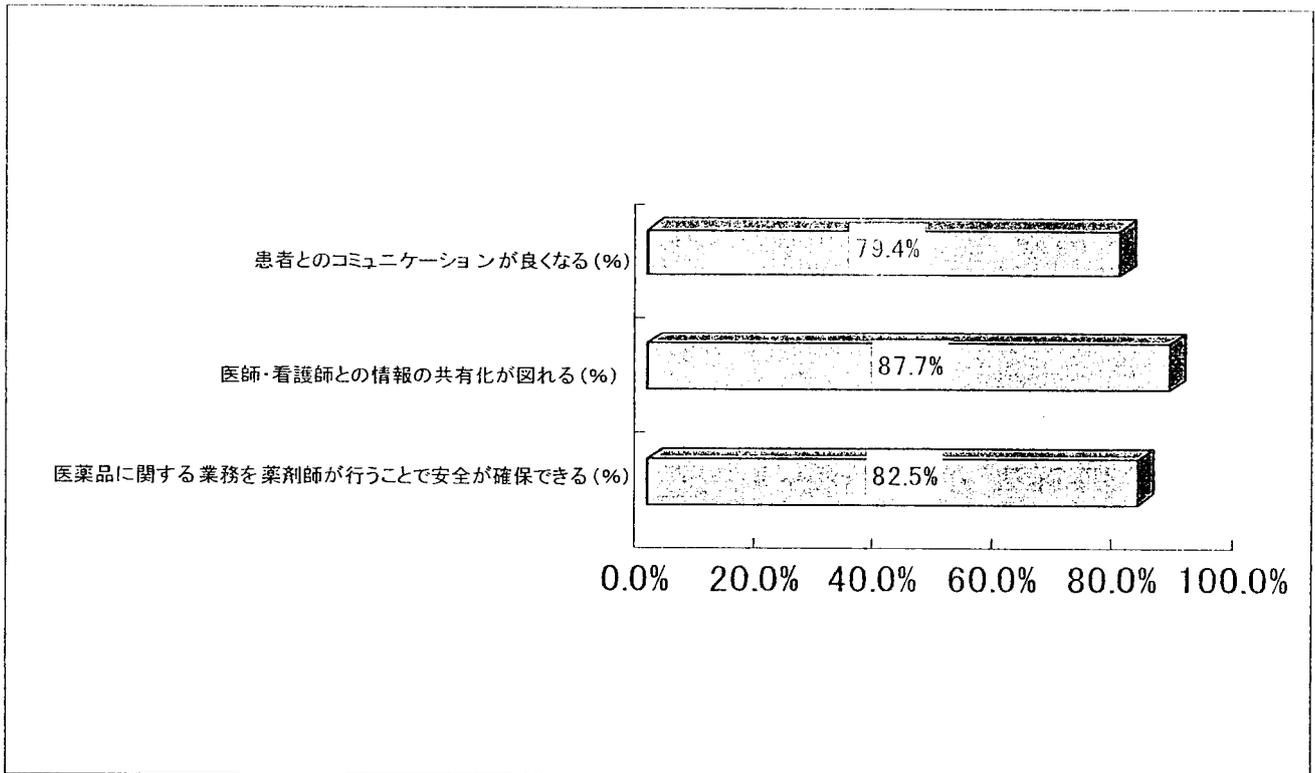
8

### 薬剤師1人当たりの入院患者数



全病院 4474施設 (平成18年度調査)

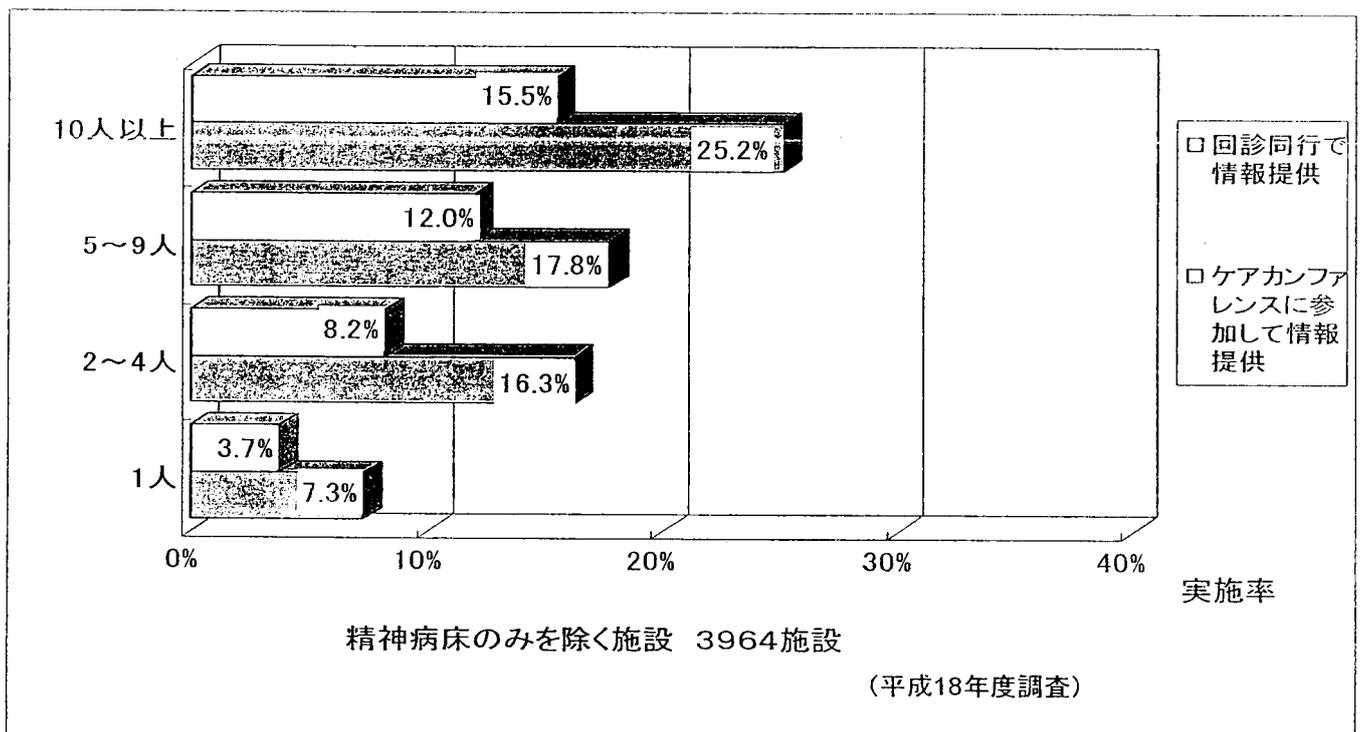
# 全病棟に薬剤師が常駐したことにより得られた成果



精神病床のみを除く施設 3964施設 (平成18年度調査) 10

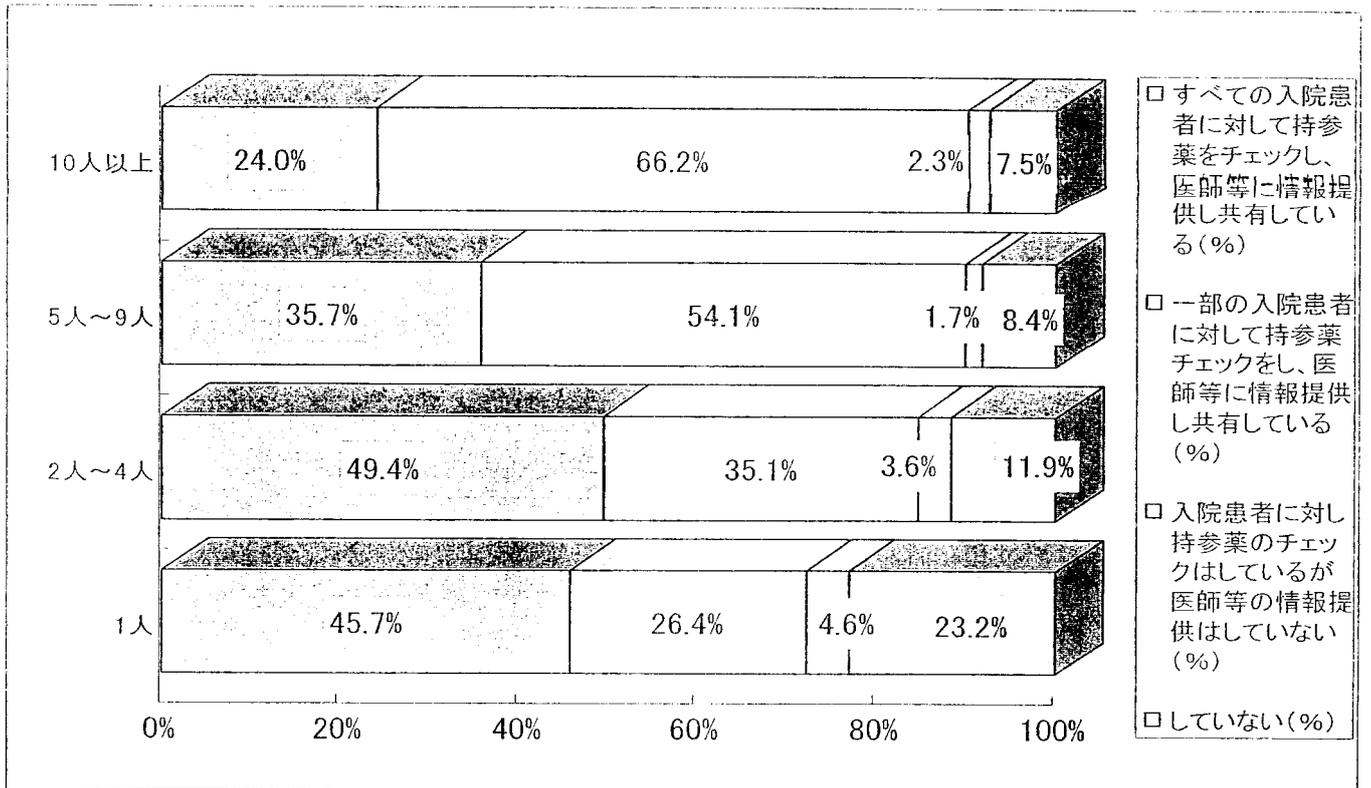
## 薬剤師数と回診同行・ケアカンファレンス参加による情報提供の実施状況

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資料より



## 薬剤師数と持参薬管理の実施状況

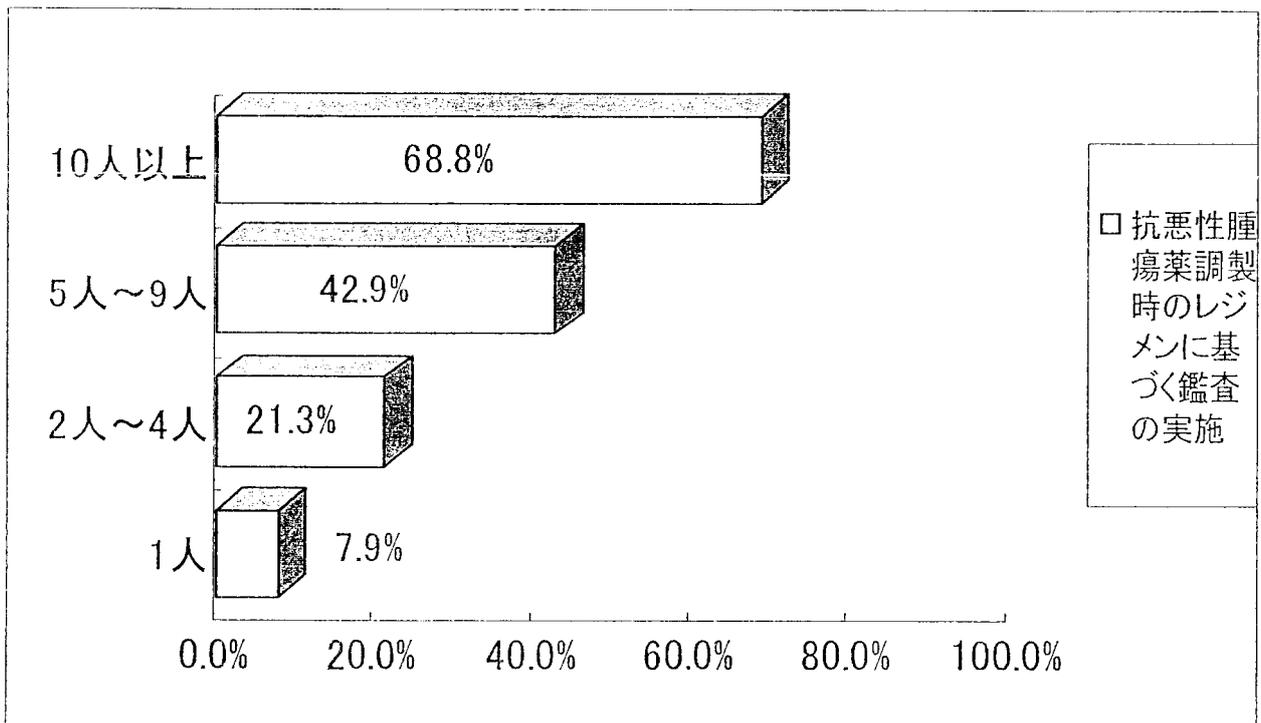
病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会資料より



精神病床のみを除く施設 3964施設 (平成18年度調査)

## 薬剤師数と抗悪性腫瘍薬調製時のレジメンに基づく鑑査の実施状況

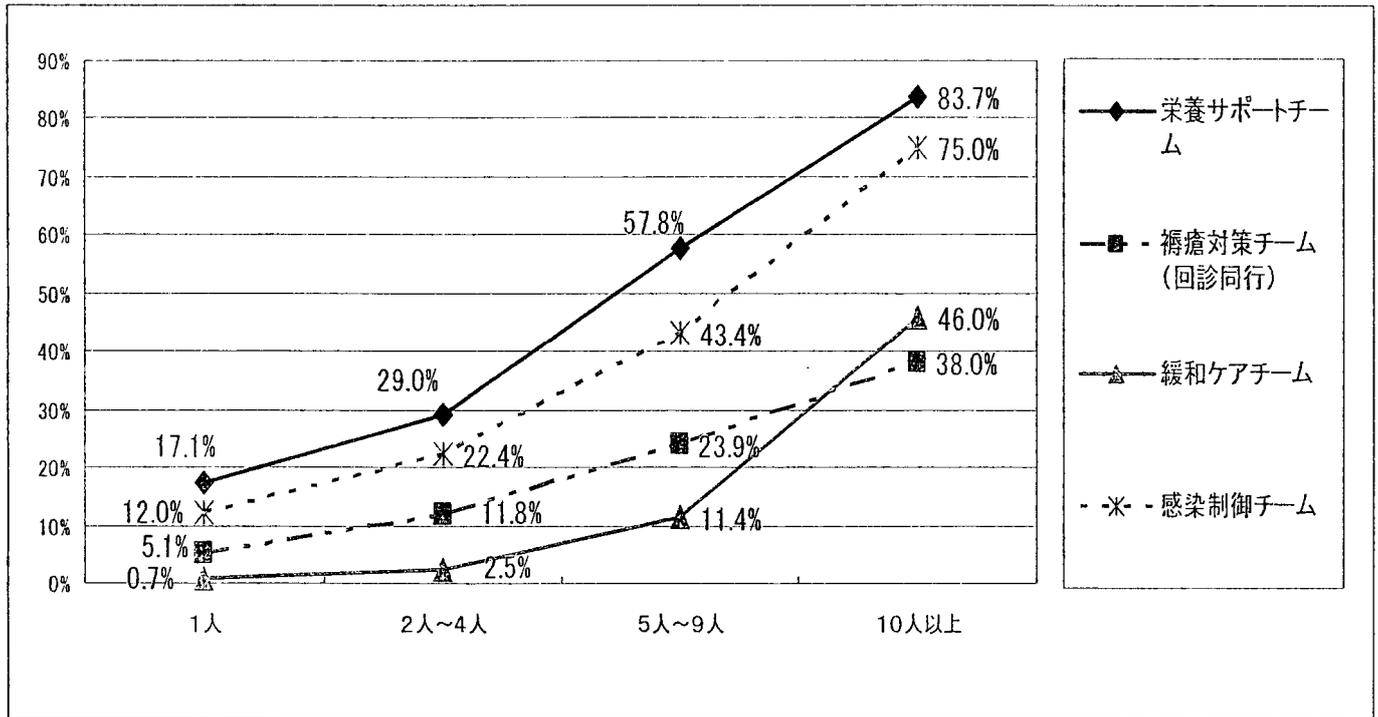
病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会資料より



精神病床のみを除く施設 3964施設 (平成18年度調査)

# 薬剤師数とチーム医療への参画状況

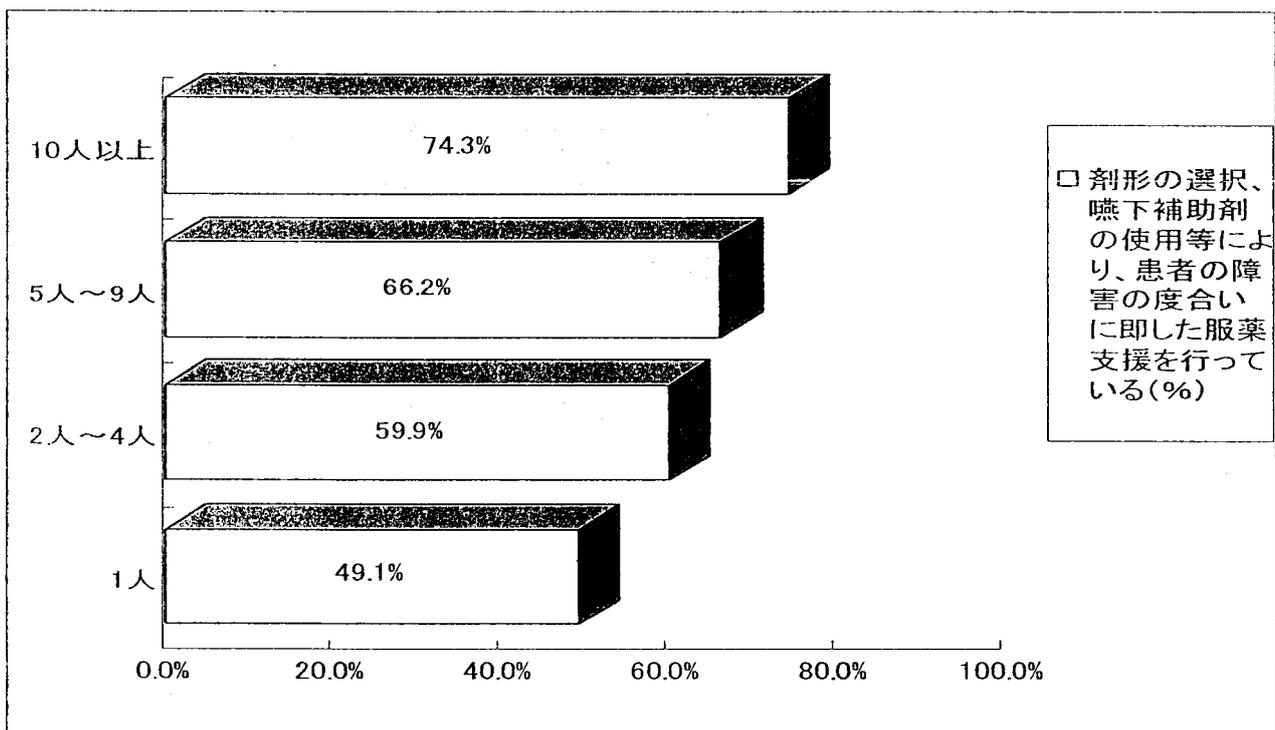
病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会資料より



精神病床のみを除く施設 3964施設 (平成18年度調査)

# 薬剤師数と服薬困難な患者への支援の実施状況

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資料より



精神病床のみを除く施設 3964施設 (平成18年度調査)

## ○診断書、診療録及び処方せんの作成

薬剤師の増員により、診察室や病棟での処方せんの作成を薬剤師が代行することができる。

また、作成の補助と同時に「処方薬の相互作用チェック」や「当該患者への使用が禁忌に薬か否かのチェック」などを兼ねて行うことが出来るため安全な薬物療法に貢献できる。

16

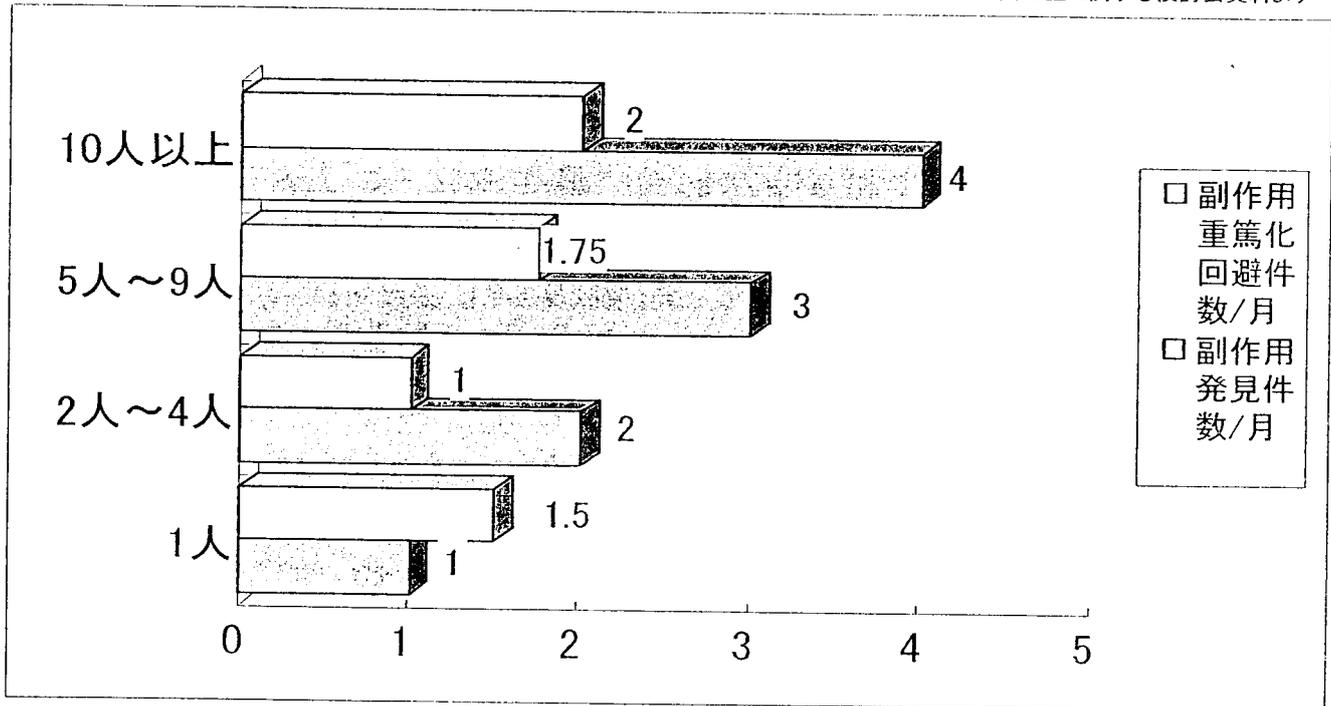
## ○薬剤の投与量の調節

医師と薬剤師が治療方針等について充分話し合った上で、投与量の調節を薬剤師が行うことで、投与量調節後の副作用の予兆や容体変化などに対処が可能となる。

17

# 薬剤師数と薬剤管理指導業務により副作用が回避された件数

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資料より



精神病床のみを除く施設 3964施設 (平成18年度調査)

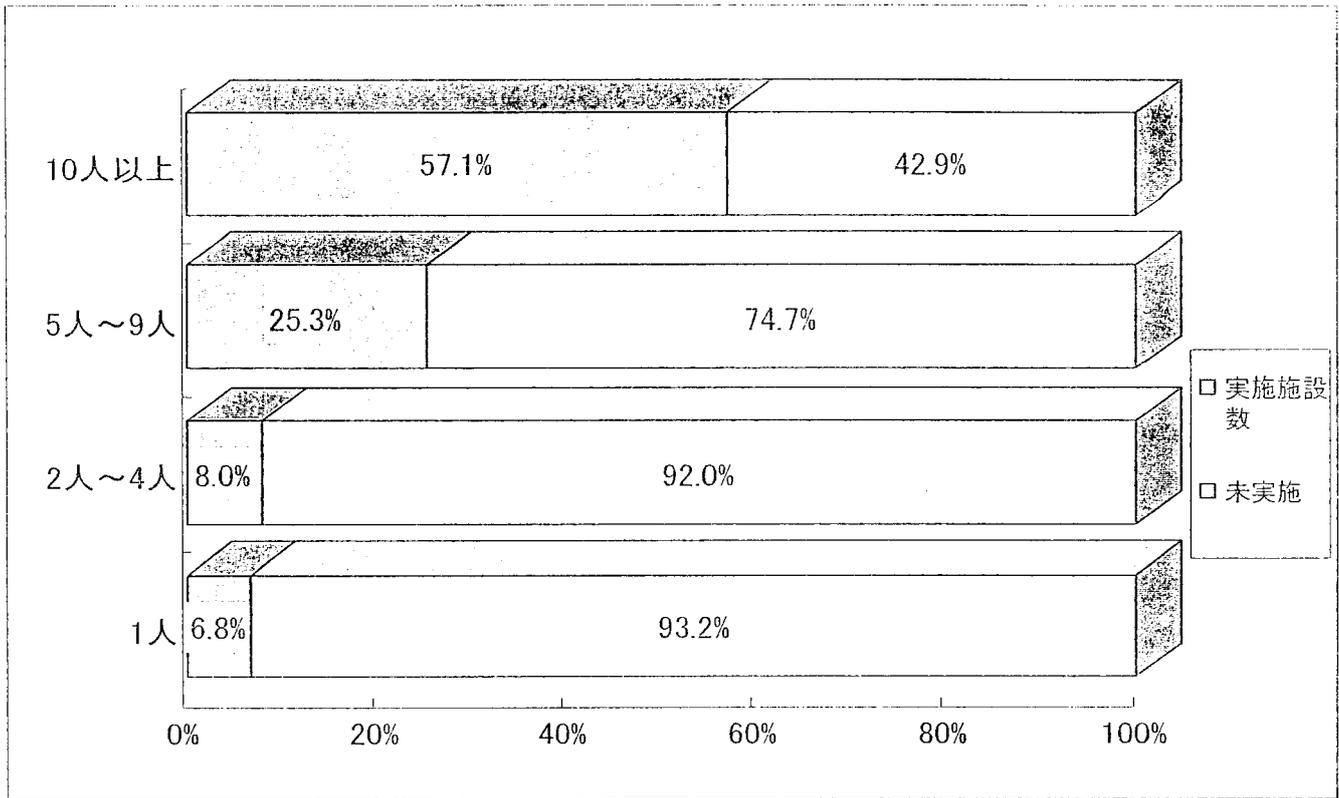
18

## ○薬剤の管理

薬剤師の増員により、注射薬の無菌調製からセッティングや留置カテーテルへの接続、さらには投与中のモニタリング業務に至る薬物療法に関する一連の業務を薬剤師が責任を持って行うことができ、薬剤の取り違い事故の防止に貢献できる。

## 薬剤師数と抗がん剤の無菌調製の実施状況

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資料より

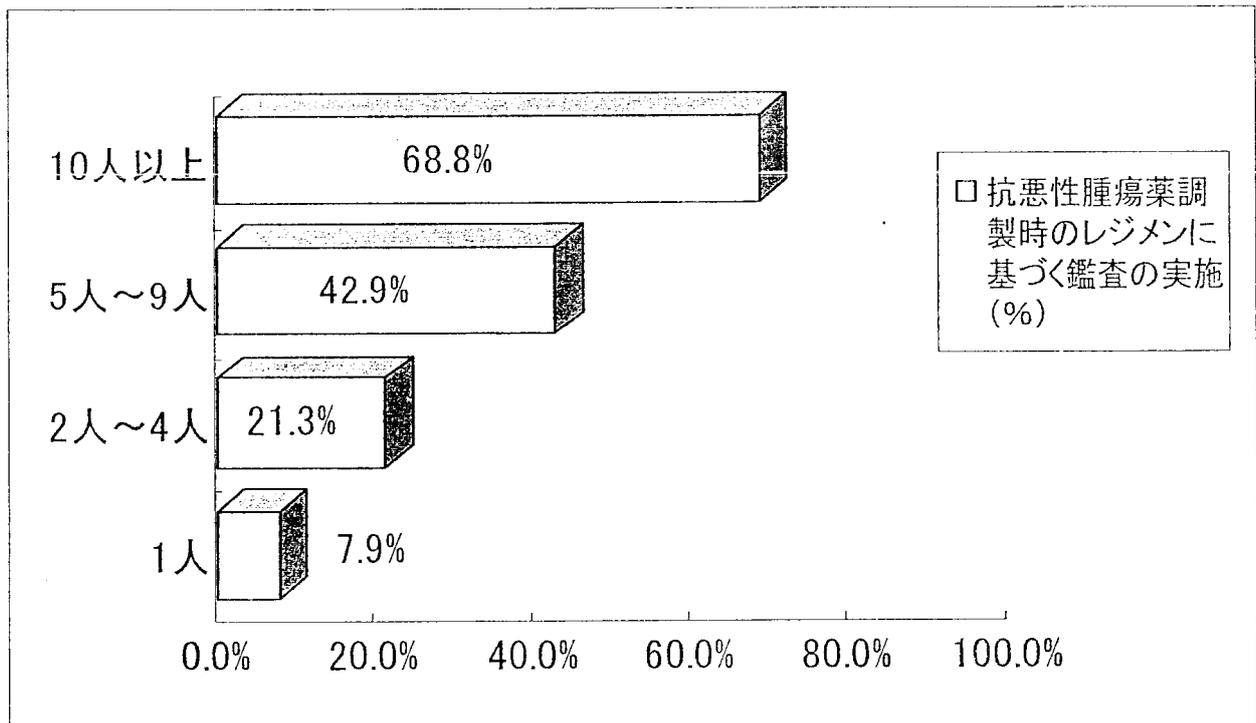


精神病床のみを除く施設 3964施設 (平成18年度調査)

20

## 薬剤師数と抗悪性腫瘍薬調製時のレジメンに基づく鑑査の実施状況

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資料より



精神病床のみを除く施設 3964施設 (平成18年度調査)

21

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。

## 第4回「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会提出資料のご説明

国際医療福祉大学大学院 大熊由紀子

20年前から社説などで訴えつづけてきたことのうち、何が変わり、何が変わっていないか、  
お考えいただくために、配布させていただきます。

## 資料①（PSWについて）

- ◆退院した人がまちで暮らす……5人のPSWが活躍した街では  
（『恋するようにボランティアを一優しき挑戦者たち』（ぶどう社）より
- ◆この国で心を病む不幸（1993.9.2 朝日新聞社説）

## 資料②（看護と介護について）

- ◆看護の文化を尊重する社会に（1990.12.5 朝日新聞社説）

## 資料③（薬剤師について）

- ◆7兆円の医療費をどう減らす（1995.8.20 朝日新聞社説）

## 資料④（家庭医について）

- ◆身近に頼れる家庭医を（1985.6.5 朝日新聞社説）

## 資料⑤（救急について）

- ◆救急車で運ばれる先が心配だ（1992.9.9 朝日新聞社説）

## 資料⑥（医療費と医療の質について）

- ◆医療費の増加のどこが問題なのか（11章の結び）
- ◆大切なのは質（12章の前書き）
- 『福祉が変わる医療が変わる～日本を変えようとした70の社説+α』（ぶどう社）より  
（資料①～⑤も、この本に、載録されています）

## 資料⑦（大野病院事件と「医療崩壊」について考えるために）

- ◆福島県立大野病院事件：遺族のコメントと病院局長への要望

# 退院した人たちが まちで暮らす、志のネットワーク

■崩れた「言い訳三点セット」

次ページのグラフをご覧ください。人口あたりの精神科ベッドの国際比較です。ベッド数も、入院期間も、日本だけが異様です。

この事實は長年「秘密」にされてきました。厚生省の『精神保健福祉白書』の国際比較グラフは一九七七年でお終い、おまけに日本は別のページに載っていたからです。

「新しいデータは」と尋ねると、「データが集まらなくて」という答えでした。

やむなく探しまわり、OECDのデータを見つけて出してグラフにしてみました。「比較しなかつた理由」が一目瞭然でした。

日本だけ飛び抜けてベッド数が多く、入院期間が多い理由を、精神病院の経営者や事情に疎い担当官は「う説明していました。」

・日本の家族は、回復しても引き取るうとしない。

・日本のマスコミは、患者の事件をおおげさに報道する。

・日本人は偏見が強く、地域に出まうとする

と反対運動がおきる。

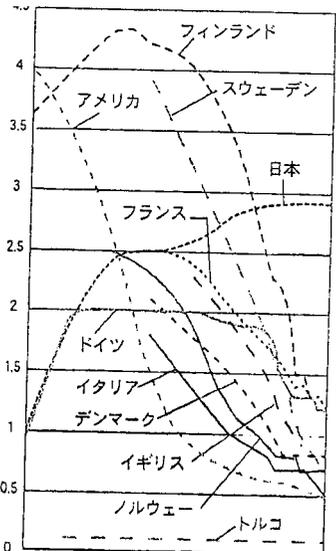
・だから、日本では、精神病院が引き受けるしかない。

海外の国々でも条件は同じなのに、精神病を体験した人々がまちで暮らしています。そこで、私はこれに「言い訳三点セット」というあだ名をつけました。

この言い訳を覆す事柄が、北海道の十勝圏域で進んでいます。精神科のベッドも入院日数もぐんぐん減っているのです。この一〇年間で九七〇床から五四〇床になりました。人

口あたりのベッド数でみると、北海道平均の半分以下です。

十勝は、東京都と千葉県と埼玉県をあわせた広大な面積をもち、全国各地から移住した人々が住ん



でいます。ここだけがマスコミの影響から断されていたり、地域や家族が「むごぞとぞ」と受けいれる文化をもっているとは思えません。

それなのに精神病を体験した人たちが、まちに溶け込んで暮らしています。

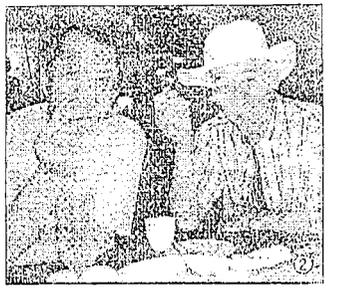
いったいなぜ？ それが知りたくて、二〇〇五年六月、十勝を訪ねました。

「志への共感が、人の心にボランティア精神の火をつける」という法則は、ここでも生きていました。

■「退院不可能な人々」のはずが……

話は三〇年ほど前にさかのぼります。後に日本精神保健福祉士協会（通称PSW協会）の初代会長となる門屋充郎さんと医師の大江覚さんが、勤務先で出会ったのが縁で意気投合、理想の精神医療を語り合った、それが始まりでした。

ボランティアは、伝染する



「精神病院に埋もれた人たちの人生を取り戻さなくては」——この志に共鳴した帯広のソーシャルワーカーたちが、情報交換と勉強のために毎週集りました。「月曜会」です。中心人物は門屋さん（写真①）、門屋さんの高校以来の親友、小栗静雄さん、後輩の佐々木雅美さん（写真②）。

一九八二年、閑静な住宅街に、四畳半の個室が廊下を挟んで並び、賄い付き下宿「朋友荘」をつくりました。五つの病院から十六人がここに退院しました。一つの病院の「専用」でないのが凄いとこです。

この十六人は、食事も作れない、幻聴や妄想もある、お金の管理もできない、銀行や交通機関の利用の仕方知らない、家族も引き取らない——当時の常識では「退院不可能」と考えられていた人々です。

「管理人」は、勤務先が違う五人のソーシャルワーカーが買っていました。自宅の電話

を入居者に伝え、三六五日二四時間応援する体制を組みました。

食事と掃除担当の斎藤多美子さんは、八〇歳になった今も、笑顔で早朝と夕方、毎日やっています。私が訪ねた日の夕食の献立は、栄養と彩りに気を配った、トマトと豆腐のサラダとカレーライス。入居者の愚痴もきいてくれる「お袋さん」という風情です。

下宿屋風の住宅の効果をこの目でみて、当時の北海道知事や道庁の担当官の志に火がつきました。

一九九二年、県単独の補助金制度が発足。国の制度ができる一年前のことです。県と国二つの制度を活用して、一一七人分の住宅を確保することができました。

#### ■ 深謀遠慮が実って

一九九七年からは、バスタイレツキのワンルームマンションに挑戦しました。

写真③のような洒落たつくりですが、家賃・光熱費は生活保護でも支払える値段です。

実は、門屋さん、深謀遠慮があつて青年会議所に入会しました。福祉や医療の分野と縁の薄い人々を仲間になければと考えたからだそうです。熱心な会員活動がみとめられて、副理事長もつとめました。

親しくなった地元の経済人たちが、門屋さんの志に共鳴して一肌脱いでくれた、それが、生活保護でもワンルームマンションに住める秘密です。損はしないけど利益もない、一肌脱いだボランティア精神で、マンションを借りたり建てたりしてくれるようになったからです。

#### ■ 偏見の常識を逆転

写真④は、ふつうの就職が難しい人々の仕事を支える帯広ケアセンターの玄関に集った利用者たち。ここを基地に、さまざまな仕事

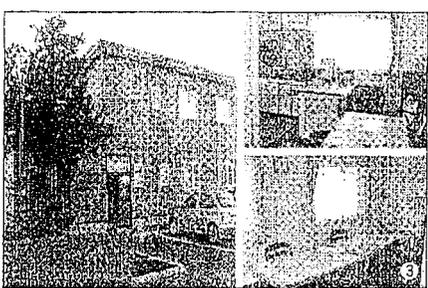
を展開しています。野菜や花をつくり、売りを展開しています。野菜や花をつくり、売りを展開しています。

市の仕事を請け負うリサイクルセンター、うつ病になった地元の六花亭の職人が秘伝を伝授してくれたクッキーハウス「ぶどうの木」、食事づくりが不得手なメンバーや一般市民のための軽食喫茶「あしたは」、帯広市役所の展望フロアの喫茶店「フロンティアハウス」、帯広駅の中のアンテナショップ、ジョブコーチが付き添ってのニニコロ、スーパー、家具店での仕事——。

住まいも仕事場も、まちの中です。

「社会復帰訓練」を終えた人々を「地域の偏見を取り除いた上で」退院させる、という従来の常識が、ここでは逆転していました。

病気を抱えたままで退院し、まちの中で暮らし、働く、その姿を見て、人々の偏見が消えつつあるのですから。



# 40 この国で心を病む不幸

人間の心はこわれやすい。職場のかっこうや愛情のつきまつきがきこかけとなって、心の病に落ち込む人、自殺を図る人、酒や薬に走る人は、意外なほど多い。子どもの登校拒否、ほけてゆく親……。

こうした、だれにも身近な心の健康に取り組み世界精神保健連盟の世界会議が、先日、六十二カ国、約五千人の参加者を集め、千葉市で開かれた。

この会議は、はからずも日本の精神医療の立ち遅れをさらす場になった。海外からの参加者たちは、日本の精神病院の入院者数が三十六万人近いと聞き、通訳が訳し間違えたのでは、とびやみやまであった。

幻聴や妄想などの急性症状を鎮める薬が登場して以来、先進諸国では入院数が激減した。病院スタッフは地域で患者を支えるようにな

った。慢性化したり、生活上の障害が残った人々も、住宅・職場・憩いの場・温かい人間関係があれば、町の中で平穏な人生を送れる。なぜ日本ではいまだに入院患者が多いのか、それが不思議でならないというのだ。

入院患者六人に看護者一人という日本の精神病院の基準にも、参加者は「信じられない」「言葉をくり返した。その四―六倍の看護者がつづのが、西欧や北欧の常識だという。

「臭い、汚い、暗い、狭い、暑い」という言葉で形容される日本の精神病院の現状も報告された。日本は豊かな国と思い込んでいた海外の参加者は、ショックを隠さなかった。

世界会議は「暴張宣言」を採択し、「精神保健サービスを受ける人は、一般市民と同様に遇され、人権と自由が尊重されなければならない。精神保健の国連原則は、各国が守るべ

き最低限の基準である」と強調して、閉幕した。

国連原則は、「心病人々々を守り、精神保健を改善するための諸原則」と正式には呼ばれ、九一年に国連総会で採択されたものである。

「心病むすべての患者は、自分が住んでいる地域で治療を受け、支えられる権利がある」「患者は、自分に関する記録を読む権利を持つ」「自発的でない入院を避けるため、あらゆる努力が払われなければならない」「など二十二の原則を定めている。

国全体としてみると、日本は、国連原則から大きく外れている。その最大の原因は、過去、政府が公的支出を惜しみ、民間活力による精神病院建設を奨励したことにある。

精神病床の九割は民間病院のものであり、患者を減らすことは民間病院の経営者にとっては死活問題だ。一方、政府にも、民間に類した弱みがある。そこで、官民そろって世界の流れに目をいびり、これまで患者を病院に

### ●関連する社説から

「おれも分裂に似てっけど、へっへっへっ、金方ボツともしうけっから進うんだ」話がわかんなえと長いことボンヤンと入れられちゃうぞ。病棟はひどいか？ 頭ぶちわられたか？」

これは、報徳会宇都宮病院の石川文之進・前院長が、患者に命じて録音させていた自らの診療風景の「コマ」である。入院患者のリンチ死まで引き起こしたこの病院の暴力的な運営、世間的な体質が、言葉の端々に裏によく表れている(略) (社説「病院の無法を許したも」の85・3・27より)

### ●その後

「宇都宮市の報徳会宇都宮病院に入院していた男性一人が、『理由もないのに強制的に入院させられた』などとして、国や宇都宮市、当時の院長などを相手に損害賠償を求めた訴訟の控訴審判決が三十日、東京高裁であった。四人全員について、入院の手續きや退院後の措置の違法性を認めようとして、総額十三百万円の支払いを国などに命じる判決を言い渡した(朝日新聞96・10・1日より)

### ●座右の本

「開かれてる病棟」石川信義著、星和書店、77  
 「患者の権利」研究、幸嶋正吾著、精神医療委員会、84

### ●その後―本

「こころの病」と家族のこころ『滝沢武久著、中央法規出版、93  
 月刊ぜんかれん増刊号『こころの病―家族の体験』全国精神障害者家族会連合会編・発行、95

# 40 この国で心を病む不幸

人間の心はこわれやすい。職場のかっこうや愛情のつますきがちっかけとなつて、心の病に落ち込む人、自殺を図る人、酒や薬に走る人に、意外なほど多い。子どもの登校拒否、ほけてゆく親……。

こうした、だれにも身近な心の健康に取り組む世界精神保健連盟の世界会議が、先日、六十二万回、約五千人の参加者を集め、千葉市で開かれた。

この会議は、ほかからしても日本の精神医療の立ち遅れをさらす場になった。海外からの参加者たちは、日本の精神病院の入院者数が三十二万人近いと聞き、通訳が訳し間違えたのでは、とさきやきあつた。

幻聴や妄想などの急性症状を鎮める薬が登場して以来、先進諸国では入院数が激減した。病院スタッフは地域で患者を支えるようにな

った。慢性化したり、生活上の障害が残った人々も、住宅・職場・憩いの場・温かい人間関係があれば、町の中で平穏な人生を送れる。なぜ日本ではいまだに入院患者が多いのか、それが不思議でならないというのだ。

入院患者六人に看護者一人という日本の精神病院の基準にも、参加者は「信じられない」の言葉をくり返した。その四―六倍の看護者がつくのが、西欧や北欧の常識だという。

「臭い、汚い、暗い、狭い、暑い」という言葉で形容される日本の精神病院の現状も報告された。日本は豊かな国と思い込んでいた海外の参加者は、ショックを隠さなかった。

世界会議は「権張宣言」を採択し、「精神保健サービスを受ける人は、一般市民と同様に遇され、人権と自由が尊重されなければならない。精神保健の国連原則は、各国が守るべ

き最低限の基準である」と強調して、閉幕した。

国連原則は、「心病人々を守り、精神保健を改善するための諸原則」と正式には呼ばれ、九一年に国連総会で採択されたものである。

「心病人すべての患者は、自分が住んでいる地域で治療を受け、支えられる権利がある」「患者は、自分に関する記録を読む権利を持つ」「自発的でない入院を避けるため、あらゆる努力が払われなければならない」など二十一二の原則を定めている。

国全体としてみると、日本は、国連原則から大きく外れている。その最大の原因は、過去、政府が公的支出を惜しみ、民間活力による精神病院建設を奨励したことにある。

精神病床の九割は民間病院のものであり、患者を減らすことは民間病院の経営者にとって死活問題だ。一方、政府にも、民間に頼った弱みがある。そこで、官民そろって世界の流れに目をひき、これまで患者を病院に

抱え込んできた。

三十二万人の入院患者のうちの少なく見積もっても十万人―二十万人は、海外の先進諸国でなら病院の外で暮らしている人々なのだ。

精神病院全体の医療費を抑えるため、政府は、患者一人あたりの診療報酬を低くする政策もとってきた。海外の客に見せられないような貧しい病棟は、その結果である。

日本の精神医学の父、と呼ばれる興秀三東京帝大教授は「わが国の精神病者は、実にこの病を受けたるの不幸の外に、この国に生まれたるの不幸を重ねるものというべし」と、当時の実態調査の結果を記している。七十五年前のことだ。

「生活大国」を唱える豊かな日本で、異数授と同じ言葉を今もくり返さねばならないのは、実に情けない。

世界の日が日本に注がれたこの夏を境に、政府は国連原則の実現に向かつて、根底からの政策転換を打ち出すべきである。

### ◎国連する社説から

「おれも分裂に似てっけど、ハッハッハッ、金ガボツともうけつから進うんだ」話がわかんねえと長いことボヨンと入れられちゃうぞ。病棟はひどいか？ 頭ふちわられたか？」

これは、報徳会宇都宮病院の石川文之進・前院長が、患者に命じて録音させていた自らの診療風景の「コマ」である。入院患者のリンチ死まで引き起こしたこの病院の暴力的な運営、営利的な体質が、言葉の端々に裏によく表れている(略)

〔社説〕「病院の無法を許したのも」85・3・27より

### ◎その他

〔宇都宮市の報徳会宇都宮病院に入院していた男性四人が、

理由もないのに強制的に入院させられた』などとして、国や宇都宮市、当時の院長などを相手に損害賠償を求めた訴訟の控訴審判決が三十日、東京高裁であった。四人全員について、入院の手続きや退院後の措置の違法性を認めたりうえで、総額千三百万円の支払いを国などに命じる判決を言い渡した(朝日新聞 96・10・1日より)

### ◎座右の本

「開かれている病棟」石川信義著、星和書店、77

「患者の権利」研究」寺嶋正吾著、精神医療委員会、84

### ◎その後――本

「この国の病」と家族のこころ(福沢武久著、中央法規出版、83) 月刊せんかれん増刊号「この国の病」―家族の体験―全国精神障害者家族会連合会編・発行、95

# 29 看護の文化を尊重する社会に

90・12・5

看護や介護を軽視し、その仕事にたずさわ  
る人を尊重しない社会では、人はみな、人生  
の最期にそのツケを支払うことになる。

「人手不足でナースが間に合わず、孤独の  
中で死んでいく時、寝かされたまひにされる  
時、豊かさを満喫した生活の思い出にされる  
なぐさめにもなっていないでしょう」

「この夏、「看護の日の制定を願ひ会」が、厚  
生大臣に出した要望書の二節である。

厚生省は、この要望書を受けて、来年から  
五月十二日を「看護の日」とすむていただな  
った。国民一人一人の心に看護の心を育てるこ  
とも大切だが、それ以上には、政府、政治  
家、医師が、看護・介護の仕事の重要さに目  
覚める必要がある。

QWLという言葉が一九七二年ころから英  
語圏で定着し始めた。「職業生活の質」の頭文

字をとったもので、労働者がその仕事に従事  
することから得られる達成感、満足感を表す。  
ハーバード大学のR・E・ウォールトンが次  
のよすな基準を提案している。

「自主性を発揮でき、自分の労働と全体の  
関係がわかること」「賃金が十分で公平である  
こと」「残業、夜勤、出張、転勤などが私生活  
のゆがみをもたらししていないこと」……。

津島厚相を迎え東京で三日開かれたシンポ  
ジウム「豊かな日本・貧しい介護」での証言  
は、日本の看護、介護の仕事のQWLが極め  
て低い水準にあることを浮き彫りにした。各  
界挙げて改革に取り組まなければ、この分野  
の人手不足解消は不可能だと思われる。

市のホームヘルパーだった女性は、「ホーム  
ヘルパーは大事な仕事と精神訓話を聞かされ  
ても、一年契約、安い時給、経験を積んでも

評価されない現状では人は集まらない」と述  
べた。この人は使命感からヘルパーを十八年  
続けたが、この春やめて教職についた。

給与が低いことは解勤でも変わらない。社  
会福祉協議会勤務のヘルパーは、「一生懸命お  
世話すると、お年寄りの失禁がなおったり、  
会話がでるようになっていく。仕事に誇り  
は持っている。しかし職歴十八年で月給十  
六万四千円。このうち社会では、大臣だって  
悲惨な老後を迎えるでしょう」と語った。

付き添い家政婦は、介護関係の仕事の中で  
は報酬が高いが、経験者は「床の上のゴザに  
布団を敷き、夜中は何度もトイレの世話で起  
こされ熟睡できない。二十四時間拘束され、  
退職金も労災もなく、自分の体を傷めながら  
の仕事です」と訴えた。

自主性を発揮できない悩みも語られた。あ  
る訪問看護婦は「訪問先の家族から信頼され  
ていても、時間外に相談を受けてはいけない  
と決められている。これでは家族は不安だな

って入院させてしまう」と嘆いた。

看護や介護の仕事が評価している福  
祉先進国では、看護婦やヘルパーは昼勤と夜  
勤に分かれている。夜勤専門の人は月十日、  
昼勤専門は二十日ほど働ければ十分暮らせる  
収入を得られる。仕事の中で自主性を発揮で  
きるように改革が重ねられている。

病院のベッドあたり看護婦数は日本の二  
―三倍だから、仕事ぶりは日本のよすに殺気  
だつてはいない。ホームヘルパーは人口あた  
り日本の二十倍くらい確保されているのにな  
だれもが安心して年をとることが出来る。

もちろん、費用はかかるが、年間七十兆円  
規模の国家予算の額と比べれば、決して途方  
もない額ではない。

看護の文化を名実ともに日本に根づかせる  
には、看護や介護のために国民の税金をこれ  
だけ使つかまで考える必要がある。看護の日  
の制定をきっかけに、そすした幅広い論議が  
起すことを期待す。

### ●その後

91年に、厚生省は、ホームヘルパーの報酬を年額で百万円引き上げました。一三六ページ参照。

### ●その後――本

「看護婦はなぜ辞める？」至聖社  
メデイカル・トリートメント編  
東部編、さいら社、91  
「介護覚え書―老人の食事・排泄・入浴ケア」三好春樹著、医学  
書院、92  
「老いてなお我が家で暮らす―  
ホームヘルパー最新事情」沖藤  
典子著、新潮社、94

# 32 七兆円の薬剤費をどう減らす

95・8・20

米国で評判の教科書『ドクターズブルー』  
25「だが、薬の使い方についての戒めがく  
り返し出ている。

「高齢者のほとんどは薬を中止すると体調  
が良くなる」「可能なら、すべての薬を中止せ  
よ。不可能なら、できるだけ多くの薬を中止  
せよ」「薬の数が増えれば副作用の可能性はネ  
ズミ算的に増える」「四種類以上の薬を飲んで  
いる患者は、医学知識の及ばぬ危険な領域に  
いる」……。

ところが日本では、こうした医学教育が徹  
底していない上だ。薬をたくさん処方した方  
が医療機関の経営にプラスになる独特の仕組  
みがあるため、患者に与えられる薬は増え続  
けてきた。

薬剤費は世界一にふくれ上がり、国民一人  
あたり、英国の三・二倍、米国の一・六倍、

ドイツの一・五倍である。

薬禍を薬禍も改善している。

医療費の三割を占め、年間七兆円を超えて  
さらに増え続ける薬剤費に音を上げた厚生省  
が、削減策の検討を進めている。

しかし、中央社会保険医療審議会と医療保  
険審議会の審議を見ていると、今回も小手先  
のものに終わる心配がある。製薬企業と厚生  
省、医学界のもたれあいの構図は根深く、こ  
れまでも根本的な改革が叫ばれながら今日に  
到っているからだ。

今度こそ改革を突らせ、それを医療の質の  
向上につなげるため、以下の点を提案する。

第一は、国際的に効能が評価されている薬  
以外は健康保険による支払いを認めないとい  
う方向を目指すことだ。

「医師のバイブル」と愛称される『メルク

マニュアル』という本がある。最新の医学判  
断に基づく診断・治療が一冊にまとめられて  
おり、十カ国語に翻訳され、治療の国際的標  
準とされている。この本に登場する薬は、約  
五百種。ところが日本で認可されている薬は  
一万五千種にもなる。

日本では、新薬ほど公定価格が高く、医療  
機関が受け取る利ざや（薬価差益）も大きい。  
それで新薬ほど使用量が多くなる。しかし、  
これらの「新薬」のほとんどは海外では通用  
しない。それだけでなく、長く使われてきた  
薬と違って、未知の副作用が心配だ。そして  
効能のない薬が大量に使われるような現状を  
改めなければならない。

第二は、医薬品認可の仕組みを国際水準に  
高めることだ。

米国では、博士号を持つ医師や統計学者な  
どの専門家約四百人がフルタイムで臨床試験  
の厳密な審査にあたり、外部の審査委員の意  
見も仰ぐ。一方、日本では、二十数人の厚生

省職員と中央薬事審議会委員の下半分の審査  
に任されている。しかも、審査は密閉状態で行わ  
れ、審査資料も公開されない。

非科学的な判断があっても外からはチェッ  
クできない仕組みのもとで、海外では通用し  
ない薬が次々生まれる。このいかげんな審  
査体制にメスを入れることが不可欠である。

提案の第三は、薬剤費削減で浮いた費用を  
看護料や技術料に振り向けることだ。

日本は、薬剤費が諸外国に比べて多いこと  
は対照的に、「薬剤費以外の医療費」が極端に  
少ない。九三年の統計で比較すると、米国の  
三六％、フランスの四九％、ドイツの五三％  
にすぎない。そのため看護婦・作業療法士・  
理学療法士などが足りず、日本特有の入院期  
間の長期化を招いている。

いびつな医療費配分の中で赤字を免れるた  
め、良心的な医療機関でさえ、薬の利ざやを  
頼りにせざるを得ない。もうそろそろ、この  
悪循環を断ち切る時である。

●関連する社説から

「日本は不思議な国だ。医師  
は薬を売って、薬剤師はナリ紙  
を売って生計を立てている。専  
門職としてのプライドを捨てて  
しまったのだろうか——欧米の  
医師や薬剤師はこう書って首を  
かしげる。欧米では、患者や家  
族は医師の書いた処方箋を近所  
の薬局に渡し、薬剤師から薬を  
受け取る。何世紀も前から行わ  
れてきた医薬分業だ。医師は薬  
の利ざやでまうけているので  
は」などと疑われることはない。  
薬の仕入れや在庫管理など専門  
外の業務にわずらわされず、医  
師本来の仕事に専念できる」  
（社説「欧米より進んだ医薬分業  
を」89・8・25より）

◎ここは

【投与】「投与」という言葉  
が、新聞にも医師の原稿にもし  
ばしば登場します。私はこの失  
礼な用語が嫌い。「処方する」  
「使う」と書くようにしていま  
す。英語には投与の直訳にあた  
る言葉はなく、プレスク립  
ション（処方）がよく使われま  
す。その音訳に医薬分業の仕組  
みがあります。

◎社説に登場した本

『ドクターズブルー』という医  
師の心得集、K. Meador著、福  
井次英訳、南江堂、94  
『メルクマニュアル第16版』診  
断と治療日本語版、高久史郎・  
井村裕夫監修顧問、福島雅典総  
編集、メディカルブックスピ  
ス、94

☆医療品・治療研究会  
月刊「正しい治療と薬の情報」  
東京都目黒区西郷が窪一丁目  
三十八四〇四

### 33 救急車で運ばれる先が心配だ

今日、九月九日は「救急の日」。各地で多様な行事がくり広げられる。だが、そこで表立っては語られない怖い現実がある。現場での手当てはよく、救急車も手際よく運んだのに、運んだ先の救急病院の質に問題があつて、救えるはずの命が救えなかった。そんな例が少なくないといふのだ。

「救急病院」と一口に言うが、実は、それには救急告示医療機関と救命救急センターがあつて、内容にかなりの差がある。

「救急告示医療機関」は約五千六百あり、しかしそれは救急指定病院という看板を掲げているが、救急医療の腕を見込んで「指定」されたわけではない。病院・診療所の申し出を都道府県がそのまま受け入れるのが通例だ。

この無責任体制が何を引き起すか。それを二十二歳の女性の死が教えてくれる。神戸

の会社からの帰り道、彼女は車の後部座席にいて事故に巻き込まれ、救急車で「救急指定外科」の看板を掲げた救急告示診療所に運ばれた。近くの市民病院へ運んでほしいという希望はかなえられなかった。彼女はじきりに痛みを訴えた。だが、ただ一人の常勤医である院長は、若い准看護婦一人にまかせて自己戻ってしまった。翌朝、市民病院に移したが、脾臓からの出血多量で手遅れだった。

母は、転院先の市民病院で昼夜の別なくきびきびと働く何人も医師と看護婦の姿に接して、最初に娘が治療を受けた「救急指定外科」との差にがく然とした。なぜ、娘は死なねばならなかったのか、突き止めるにはいられなくて裁判を起こした。

神戸地裁は、「医師は出血に気がいへていけませんでした」とあり、適切な処置をしていれば

92・9・9

7

#### ●ことば

「マーサ(MRS.A) I.D.Sは「エイズ」と呼ばれるようになって、医学の問題から社会の問題になりました。日本の病院の質の低さを象徴するM.R.S.Aもそうしなければ、と考えて書いたのが次の社説です。

「マーサ。愛らしい名前に似合わず、弱いものじめの性根な細胞だ。大手術後の患者、寝かせきりのお年寄り、未熟児、チューブを体に入られた人などに好んで襲いかかる。どんな抗生物質にもへこたれない。

千葉県の老人病院でこのマーサが蔓延し、入院患者が次々と亡くなっていったことが明るみにでた。本人も家族も感染の事実を知らされず、お年寄りたちは退院を待ち望みながら(略) (社説「無念の死をむだにせぬために」92・12・17より)

彼女が死ぬ確率は1%以下に抑えることができただろう」と判決した。

甘い基準のせいで、救急車を受け入れる救急告示病院の数は増え、「たらい回し事件」は減った。だが、その代償として、この女性が受けたような痛しい救急医療に出あつた人の数は増える。

「たらい回し」は目に見えるが、質しい医療による被害が明らぬにではなはなれだ。しかし、だれもが被害者になり得るのだ。

そこで、専門家たちは、「救急認定医が勤務してついでに救急病院の条件についてはどうか」と提言している。救急認定医は一定の経験を積み、判断力を身につけた医師に日本救急医学会がだす称号で、千人余りが受けている。検討する価値のある提案だと思ふ。医療の質を左右するのは、医療スタッフの腕と数なのだから。

「救命救急センター」は、合併外傷、脳卒中、心筋梗塞などの救急患者を二十四時

間体制で受け入れる。厚生省も補助金を出して応援しているもので、一般的には、救急告示病院より水準が高いとされる。しかし、内情にぐわしい人たちは、百六カ所のうちセンターの名に値するのは全体の二割、甘く見ても一割だといふ。

最大の理由は、救急医を志す若手の不足だ。無理もない。日本の医療法では、救急科がまだ認められていないので、病院に就職しても医長になる見込みが薄い。ほとんどの国立大学に救急医学の講座がなく、教授になる道も閉ざされている。これらを根本から変えていかないことには、日本に住む私たちが安心して救急車に乗れる日はない。

事故や脳卒中、心筋梗塞は救急医療の質によつて生死が分かれる。その死者の合計は、がん死をはるかに上回る。二十代までの死因の一位は不慮の事故だ。

「救急の日」ができて十年。救急病院の質について真剣に考える時だと思われる。

#### ●その後——本

「医療過誤から患者の人命を守る」(医療法監査部、ぶどう社、93)

「病院で悪むあなたへ」(産婦人科による被害を考える会編、さいふ社、95)

「医療事故」(サインセンターら著、安全学研究会訳、ナカニシヤ出版、98)

「アメリカ医療の光と影」(医療過誤防止からマネジドケアまで) (全啓堂著、医学書院、00)

「人は誰でも間違える——より安全な医療システムを目指して」(米国医療の質委員会著、医学字彙社、00)

「不慮の救急」悲しみの家族たちの物語」(鈴木秋枝著、講談社、05)

☆医療過誤原啓の会

☆医療事故都市民オンブズマン・メデイオ

☆医療事故調査会/大阪府八尾市沼一四一八尾総合病院内

## 26 身近に頼れる家庭医を

85・6・5

こんな「かかりつけのお医者さん」が近所にいたらいいな、と、たまたま心なされた。

勉強家で、最新の医学情報を身につけている。患者の話を丁寧に聞き、レベルの高い診療をし、病状や治療内容についてわかりやすく説明してくれる。専門外の病気の疑いがあれば、くわしい紹介状を書いて専門家にすばやく連絡をとってくれる。紹介先の医師たちの態度から察すると、わが家庭医は医師からも評価が高い方なので頼もしい。

健康教育や健康管理にも熱意を持っている。人生の最後を家族のそばで過ごしたいと望む末期がんの人や寝たきりのお年寄り、その家族を、往診や訪問看護援助によって支えてもくれる……。

だが現実の日本では、少なからぬ人たちが、真の家庭医を持っていない。幻の名医を求め

て、病院に直接足を向ける。だが、病院は専門分化が進んでいる。過去の病歴も蓄積されていらない。各科を転々として時間とお金を費やしたのに、早期発見のチャンスを見失ってしまう。

家庭医の助けが得られず、やむなく家族から離れた遠い病院で、器械に囲まれ、不本意な死を迎えるケースはあまりに多い。

厚生省健康政策局長の諮問機関「家庭医に関する懇談会」が、四日、初会合を開いた。真の家庭医が育ちにくい現状を冷静に分析して、効果的な処方せんを提示してほしい。

この懇談会の名は、昨年八月に計画された当時は「家庭医制度創設準備検討会」だった。信頼できるかかりつけのお医者さんを家庭医として認定する。この家庭医には、たとえば、健康相談料のような独特の報酬を請求できる

◎その後

87年1月 厚生省の家庭医に関する懇談会が「病院勤務の医師が増え続ける今日、大切なのは地域の家庭医の役割を見直し、質ともに充実させていくことだ」と報告書。

88年1月 開業保険医の全国保険医団体連合会が「開業医宣言書」を総会で採択。患者との対話重視を打ち出す。

93年 厚生省が「かかりつけ医師推進モデル事業」開始。

資格を与える。そんな新たな制度を創設するのが厚生省の当初の構想だった。

ところが、これを伝え聞いた日本医師会は、直ちに機関誌で次のように反発した。

「認定権を掌握することによる家庭医の支配と、医療費削減を狙ったものであらう」

同医師会の医療システム研究委員会も、「長い歴史を持つ自由開業医制度を根底から変革するもので、絶対反対を表明する」との答申を、この三月、理事会に提出した。

このようにないききつから、懇談会は、「制度」と「創設」の文字を抜いて白紙状態で検討を始めるべきを条件に、二カ月遅れで発定してきつした。

日本医師会の心配をとりついで古勢ともい切れない。医療費は毎年伸び続けており、厚生省がその削減に懸命なことは事実である。

もし厚生省が、医療費削減を目的にこの制度を考えているとしたら、失敗は今からでも予想がつく。イギリスの家庭医制度は、かつ

ては医療制度の手本として各国の専門家から注目され期待された。しかし、家庭医が勤務医より地位が低く見られる風潮から優秀な人材が集まりにくくなり、現在は五分の一以上を外国生まれの医師に頼っている。

医療費が天井知らずに増えていよいよわけはない。だが、まず大切なのは、技術的にも人間的にも質が高い頼れる家庭医像を、きちんと描き出すことである。そして、そのような医師が誕生するためには、どのような入学試験、医学部教育、卒業教育が必要かを吟味する必要がある。

冒頭に描き出したような医師が、不勉強不道徳な医師より経済的にも報われる報酬体系を練り上げることも重要である。

立派な家庭医が大勢育ち、誤診や乱診、乱療や無駄な重複医療が減り、健康教育、健康管理の成果で病気が減り、結果として医療費の上昇に歯止めがかかる——そのような、正攻法の家庭医づくりを望みたい。

◎その後——本

「死を泡きしめる——ミニ・ホスビス八年の歩む」鈴木庄一著、人間と歴史社、85

「家庭医に関する懇談会報告書」厚生省健康政策局長事務課編、第一法規出版、87

「在宅でこそ、その人らしく——ライフケアシステム十二年の経験から」佐藤智著、ミネルヴァ書房、92

「北欧の医療と福祉——開業医のデンマーク・スウェーデン探訪紀行」中本義著、かもがわ出版、93

「老いを自分の家ですこしたく」中山博文著、保徳同人社、94

「初期プライマリケア研修」21世紀の医療をつくる若手医師の会著、医学書院、94

「あなたにカルテを差し上げます」橋本忠雄著、エビック、95

料理の味にはまるで関心を示さないで、レジの前で、だれに支払いを押しつけるか、どれだけ値切るかばかりを言い争っている人たちがいたら、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行われてきました。医療費をめぐる論議とその駆け引きです。

その結果、日本の国民一人あたりの医療費は、「安い」ことで国際的に有名になりました。何人もの海外の専門家も、「安さの秘密」を知ろうと日本にやってきました。そして、失望して帰ってゆきました。

夜になるとひどく手薄になる検査や看護の体制を見て、「これは病院ではありません」と遠慮がちに述べた人もいます。欧米では病院は二十四時間機能しているのが常識だからです。百ベッドあたりの職員数を比べると、米

国は三百五十人、ヨーロッパ諸国の平均が百八十五人、日本はヨーロッパの半分以下の八十人です。

もちろん、医療費がとめどなく増えたら大変です。不必要な医療費は減らしてゆかなければなりません。その方法はちゃんとあるのです。その第一は、「がん対策は見直しが必要だ」で提案した予防、第二は、「七兆円の薬剤費をどう減らす」で提案した薬の使い方です。いずれも日本以外の先進国では、あたりまえに行われています。

増加を止める第三の方法は、福祉サービスを充実して「社会的入院」をなくすことです。たとえば、老人病院に入院すると医療保険から月五十万円、プラスお世話料という名の十万円以上の自己負担。つまり社会的コストは計六十万円です。在宅福祉サービスなら、これよりかなり安い費用で、ご本人を幸せにできるでしょう。

先例があります。デンマークは、先進国の中で飛び抜けて医療費の低い国です。八〇年の医療費は国内総生産（GDP）の六・八%でしたが、九〇年には六・二%に減り、その後も安定しています。95ページのグラフを見ても、日本より少ない医療費です。しかも、ベッドあたりの職員数は日本の三倍で、病室は広く、差額ベッド代も付添料もありません。その秘密は福祉サービスを充実させて、長期入院を減らしたことにありました。八三年からの十年間でベッド数は二割減り、平均入院日数は八・九日から六・七日に短縮されました。

しかもこの間に、看護婦は一・八万人から二・五万人に、医師は七千六百人から八千七百人に増えたのです。

## 12 大切なのは質

科学部デスク時代の特ダネ「ライシャワー元大使が見舞客を断った話」は、日本の医療の貧しさを象徴しています。入院したのは東大病院でしたが、大使は、もしこの粗末な部屋をアメリカ人が見たら、「なぜ大使を貧乏人専用の病院に入院させたのか」と怒りだして、それが反日感情につながりかねない、と気づかったのです。

日本の病室は車いすも動かせない一人あたり四・三平方メートル。その訳を社説を書く時に調べたら、医療法ができた四八年当時の一人あたりの畳数が基準になったから、とわかりました。一人あたりの住宅床面積は東京でさえ五倍になったのに、医療の法律と規則だけは、四十年以上も「終戦直後」を続けてきたのです。

三・四、フランス三・八。海外の専門家があきれられる日本の医療法の配置基準は、検温と検脈が看護の中心だった終戦直後につくられたものでした。低すぎる基準は患者の身に、命の危険となつて降りかかっています。

海外の常識や進歩に目をつぶってきたのは、広さと人手だけではありません。たとえば、がん末期なのに抗痛剤をほとんどん体の中に入れて副作用で苦しませる医師、寝かせきりや点滴のしすぎで床ずれをつくる病院、鍵のかかった病棟に患者を閉じ込めて病気を悪化させてしまう精神病院、お年寄りをベッドに縛りつけてポケの世界へ追いやってしまう老人病院、救急病院の名に値しない「救急指定病院」などなど。

フロレンス・ナイチンゲールは、『看護覚書』に、こう書いています。「致命的な病気の多数は病院でつくられる」「病院がそなえるべき第一の条件は、病人に害を与えないことである」

福島県立大野病院事件裁判  
遺族のコメント（抜粋）と福島県病院局長への要望書

2007年1月26日の初公判から、「真実の言葉を聞きたい」との一心で、裁判の傍聴を続けてきました。警察・検察が捜査して、裁判になったおかげで、初めて知ったことがたくさんありました。

私の娘は手術を受けるまで1ヵ月入院していました。助産師さんが加藤医師に「大野病院より大きな病院に転送した方がいいのではないか」と助言したり、先輩医師が加藤医師に、娘とおなじ帝王切開既往・前置胎盤の妊婦を帝王切開して、「大量出血を起こし、処置に困難を来たした」と教えるなど、娘が入院している間、加藤医師には様々なアドバイスがありました。みんな慎重だったのに、なぜ加藤医師だけ慎重さがなかったのか、とても疑問に思いました。

しかし、裁判は手術中の数分間、数時間のことを主要な争点として、進んでしまいました。弁護側の鑑定人として証言した医師の方々も、加藤医師の医療行為を正当化する意見を述べました。その点をととても残念に思っています。

加藤医師の逮捕後、私たち被害者が「警察に相談した」とか、「政治家に相談した」という噂が医療界に広がっていると聞いて、とても驚きました。病院から娘を引き取り、姿が残っている間、警察に相談するべきか幾度も自問自答しました。しかし、いろいろと考えて、私たちからは警察に相談しませんでした。

一方、医療界からは警察・検察の介入に抗議する声があがっています。しかし、娘の事故について、他の機関で警察・検察と同等の調査ができたのでしょうか。助産師さんや先輩医師がアドバイスをしていたことについても、県の事故調査委員会は把握していたのでしょうか。現在も疑問をもっています。

医療界からは「1万分の1という極めて稀なケース」とか、「現在の医療では救命に限界があった」という声があがっています。しかし、娘と同様の帝王切開既往・前置胎盤のケースにともなう癒着胎盤の危険性については、厚生労働省の研究班をはじめ、以前からいくつもの報告があります。また、ネットには「医師から2人目は産めないと言われていた」といった事実無根の書き込みがありました。こうした娘の死を蔑ろにする意見や表現は、亡くなってしまったとはいえ、娘に対する人権無視の誹謗中傷と受け止めています。

この事件を「医療崩壊」や「産科崩壊」と結びつける議論がありますが、間違っているのではないのでしょうか。その前に、事故の原因を追究して、反省すべき点は反省し、再発防止に生かすべきでしょう。医療界に、そのような前向きな姿勢が見えないのがとても残念です。「判決によっては、産科医療から手を引く」といった声も聞こえますが、自分の身内や大切な人が患者だったら、そんなことが言えるのでしょうか。

医療崩壊と結び付ける議論を耳にするたび、「娘は何か悪いことをしただろうか」と怒りを覚えます。

娘が亡くなる時点まで、医療には絶対的な信頼を持っている一人でしたが、死亡後は日を重ねるごとに医療に対して不信感を深めています。

患者も医師も不幸にさせないためには、リスクの高い患者はしかるべき施設に送るなど、しっかりとルールをつくり、守ることが大切です。再発防止を願う一人として、県病院局長宛に要望書を提出するつもりです。

2008年8月20日

福島県立大野病院で最愛の娘を亡くした父・渡辺好男

\*- \*- \*- \*- \*- \*- \*- \*- \*- \*-

福島県病院局長殿

平成20年8月20日

医療事故再発防止のための  
要望書

謹啓

残暑の候、時下ますますご清祥の段、お慶び申し上げます。平素は格別のご高配を賜り、厚くお礼申し上げます。

ところで、私は2004年12月17日、県立大野病院での帝王切開の事故で、最愛の娘を亡くしました。執刀医の逮捕後、様々な医師団体が、逮捕を不当と抗議し、医療崩壊を訴える声明文を出しました。しかし、被害者側から見ると、こうした声明文は医療者側に偏りすぎているように感じ、事故の原因究明や再発防止の検討がなにもなされないままに終わってしまうのではないかと不安を覚えます。

私は娘が亡くなるまで、医療に絶対的な信頼を持っていた一人でしたが、死亡後は日を重ねるごとに医療に対し、不信感を深めるばかりです。また、事故後3年7ヵ月が経過しましたが、県立病院を管理・監督する立場にある県病院局も具体的な動きが見えず、このままでは「再び事故が発生するのでは」と懸念しております。

つきましては、「大野病院で命を落とさずに済んだであろう亡き娘」の父親として、再発防止の観点から、下記の点について要望させていただきます。ぜひ、県の管理・監督のもと、トップダウンにて具体的かつ実効性のある事故防止に努めてくださいますよう、よろしくお願い申し上げます。

なお、この要望書に対して、県としてどのように対応なさるか、ご返答をいただきたく存じます。ご連絡をいただきましたら県庁にまいりますので、できるだけ早いご返事をお待ちしております

謹白

2008年8月20日

## 要望

### 1. 周産期医療システムの運営状況の検証と見直し

- ① 各センター病院がその役割を果たしているか運営状況を検証する。
- ② 事故再発防止のために、周産期医療システムの内容を見直す。

### 2. 各医療機関の役割を明確化するルールをつくる（各診療科ごと、横断的に）

- ① 県病院局、県立医大、拠点病院、地域の医療機関の役割を明確化する。
- ② 医師の経験や医療設備に見合わない、難しい手術などを行わせない。
- ③ 県立医大、拠点病院、地域病院の連携を強化する。

### 3. 医師の教育・ルール遵守の徹底

- ① 2. で明確化したルールを遵守するよう医師教育を徹底する。
- ② ルール違反者には再教育をおこなうなどペナルティを設ける。

### 4. 医師の計画的な配置

- ① 一人医長はつくらない
- ② 経験不足の医師ばかりにさせず、かならず指導的立場の医師と仕事をさせる。
- ③ 産科施設には必ず小児科医も派遣するなど、医療連携を考えた医師配置にする。

### 5. 患者情報の管理の徹底（電子カルテの導入など）

- ① ハイリスク患者や、連携して治療が必要な患者の情報を病院間で共有する。
- ② 県立医大、拠点病院が、難しい患者の診療をアドバイスする仕組みをつくる

### 6. 手術におけるビデオ記録の保存

- ① 遺体解剖の有無を問わず、事故を検証する有力な証拠となる。
- ② ビデオ撮影記録のない手術は、改ざん・隠蔽と同等の扱いとする。

### 7. 風土改革

- ① 医師以外の医療スタッフの声を聞く、話せる環境づくりを進める。
- ② 改善要望をボトムアップで吸い上げられる環境づくりを進める。
- ③ 不正があれば内部告発ができ、告発者をフォローする体制づくりを進める。

### 8. その他

- ① 手術のリスクなどを含め、インフォームド・コンセントを徹底させる。
- ② 患者にセカンド・オピニオンの制度があることを周知徹底させる。