「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回会議

日時：平成 20 年 7 月 17 日（木）17：00～18:30
場所：厚生労働省 17 階　専用第 21 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：開催要綱
資料２：「安心と希望の医療確保ビジョン」（概要）
資料３：「安心と希望の医療確保ビジョン」
資料４：事務局提出資料（医師需給等について）
資料５：「安心と希望の医療確保ビジョン」における主な議論（医師養成数関係）
資料６：「経済財政改革の基本方針２００８」～医療関連部分～
資料７：嘉山委員提出資料

資料１

「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会

開催要綱

１．趣旨

地域医療や必要な医師の確保には、将来を見据えた改革が必要であるため、本年１月から会議を開催し、本年６月に「安心と希望の医療確保ビジョン」をとりまとめたところ。この検討会においては、このビジョンに盛り込まれた各種施策の具体化に向けて検討を進めていく。

２．構成員

厚生労働大臣、厚生労働副大臣、厚生労働大臣政務官及び構成員（別紙）で構成する。

３．運営

本会議の庶務は、厚生労働省医政局で行う。
議事は公開とする。

（別紙）

「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会

構成員名簿

海野　信也	北里大学産婦人科学教授
大熊　由紀子	国際医療福祉大学大学院教授
岡井　崇	昭和大学医学部産婦人科学教室主任教授
小川　秀興	社団法人日本私立医科大学協会会長
嘉山　孝正	山形大学医学部長
川越　厚	ホームケアクリニック川越院長
高久　史麿	自治医科大学学長
丹生　裕子	県立柏原病院の小児科を守る会代表
土屋　了介	国立がんセンター中央病院病院長
吉村　博邦	社団法人地域医療振興協会顧問
和田　仁孝	早稲田大学大学院法務研究科教授

安心と希望の医療確保ビジョン

資料2

○　平成18年度の医療制度改革以後、医師不足や救急医療に対する不安など、医療に関する様々な問題が指摘。
○　こうした問題に対し、将来を見据えた改革が必要であるため、あるべき医療の姿を示す「安心と希望の医療確保ビジョン」の策定に向け、平成20年1月から厚生労働大臣の下で検討を開始し、10回にわたる議論を経て、平成20年6月18日にとりまとめを行った。

※　厚生労働大臣の下に、副大臣、大臣政務官及び有識者によるアドバイザリーボードを設置。
アドバイザリーボード（敬称略）：辻本好子（NPO法人ささえあい医療人権センターCOML（コムル）理事長
野中博（野中医院院長）、 矢崎義雄（国立病院機構理事長）

Ⅰ．はじめに

○現場地域のイニシアチブを第一とする　○改革努力を怠らない
○医療従事者のみならず、患者・家族等国民がみんなで医療を支えることが必要

Ⅱ．具体的な政策　～3本柱～

①医療従事者の数と役割
医師数の増加（H9年閣議決定の見直し）、医師の勤務環境の改善（女性医師の離職防止・復職支援）、診療科のバランスの改善等（産科・小児科等の増員方策の検討、麻酔科標榜の規制緩和）、
職種間の協働・チーム医療の充実　等

②地域で支える医療の推進
救急医療の改善策の推進（量的・質的な充実、地域全体でのトリアージ、夜間・救急利用の適正化）、「地域完結型医療」の推進（医療計画に基づく医療連携体制の推進（地域連携クリティカルパス）、診療所機能の強化）、
在宅医療の推進、地域医療の充実・遠隔医療の推進　等

③医療従事者と患者・家族の協働の推進
相互理解の必要性、医療の公共性に関する認識、患者や家族の医療に関する理解の支援　等

Ⅲ．医療のこれからの方向性

○「治す医療」から「治し支える医療」へ

資料３

安心と希望の医療確保ビジョン

平成２０年６月
厚生労働省

Ⅰ．はじめに

医療を取り巻く環境が、少子高齢化の進展や医療技術の高度化等により大きく変化している中で、医療サービスの質を向上させるとともに、その量も増やしてほしいという国民の声も強く、また医療従事者の側からも、厳しい勤務環境に関し改善を求める声は高いものがある。国民の医療に対する安心を確保し、将来にわたり質の高い医療サービスが受けられるよう、医療従事者を含めた国民の声にきちんと耳を傾け、多様な意見を集約して政策に反映させていくという現場重視の姿勢を貫きながら、次の原則に沿って、これからも引きつづき医療制度の改革を行っていく。

○　政府・厚生労働省の権限を拡大せず、現場・地域のイニシアチブを第一とする。

医療現場の医師·看護師等の医療従事者から、自ずから上がってきた多様な意見を集約して政策とするという、現場重視の方針を貫く。

○　改革努力を怠らない。

ビジョンを示した後も、無駄を省く努力を怠らない。例えば、規制撤廃により医療費を削減できる場合は、安全性を確保しつつ、積極的に規制撤廃を推進する。

一方、一定の医療資源の中で質の高い医療サービスを今後とも実現していくためには、国民も、地域医療を自ら支え・守るものであると意識を改革し、医療従事者と連携·協働することが重要となっている。

とりわけ医師数については、現状では総数が不足しているという認識の下で対策を行う必要があるが、単に医師数を増やすのみで課題が解決するものではなく、医療従事者のみならず、患者・家族等国民がみんなで医療を支えていく姿勢が求められる。

また基本的な制度設計を担う国と、現場に直接向き合う地方自治体が、各々その責任を的確に果たすという視点が重要である。

医療制度の改革を進める上では、将来をしっかりと見据えた長期的なビジョンを持ち、現場の声を聞きながら政策の立案や推進を行うことが必要であり、「安心と希望の医療確保ビジョン」を示し改革を進めていく。

医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき行われるものであり、治療（「治す」）のみならず、疾病の予防のための措置やリハビリテーションも含め、人々の生活を「支える」かけがえのない営みであるが、ビジョンを示すことで、患者や家族等、あるいは医師をはじめとした医療従事者、また医療従事者になることを志す人々を含めた国民各位が、将来にわたり医療に関する安心と希望を抱くことを期待する。

なお、医療制度と介護制度の役割分担など、必ずしも十分な議論を尽くすことができなかったテーマもあることを付記するとともに、このビジョンで示した施策を実現するため、今後の具体的な取組の中で、無駄を省くための改革努力を引き続き行いながら、必要な財源の確保を図っていくことが必要である。

「安心と希望の医療確保」のための３本柱

１．医療従事者等の数と役割
２．地域で支える医療の推進
３．医療従事者と患者・家族の協働の推進

Ⅱ．具体的な政策

1 医療従事者等の数と役割

（１） 医師数の増加

ア．医師養成数の増加

「医師の需給に関する検討会報告書」（平成１８年７月）では、２００４年の医師数について、医師の勤務時間の現状とあるべき姿とのギャップを「不足医師量」とすると、２００４年においては９０００人が不足し、将来的には２０２２年に需給が均衡するとされている。

一方、医師の需給については、様々な要因が関係しており、医師不足問題に対し主に医学部の定員増で対応した場合、効果が現れるまでに長期間かかるため、同時に短期的な施策の検討も必要である。現状において、医師の勤務状況は過重となっており、適正な勤務状況における必要な医療提供体制を確保するため、総体として医師数を増やす方向とし、同時に医師養成環境の整備を行う。

医学部の定員については、平成９年６月３日の閣議決定「財政構造改革の推進について」における、「医療提供体制について、大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き、医学部定員の削減に取り組む。」とされていたが、既に、「新医師確保総合対策」（平成１８年）と「緊急医師確保対策」（平成１９年）によって医師養成の前倒しという方針の下で最大 395 名の増員が可能となっている。さらに、今回、現下の医師不足の状況にかんがみ、従来の閣議決定に代えて、医師養成数を増加させる。

イ．コメディカル雇用数の増加

患者・家族にとって最適の医療を効率的に提供する観点から、今後、職種間の役割分担と協働に基づくチーム医療を推進していくことが求められるが、その際には、個々の現場でそうした役割分担を進めるための十分な人員を確保できるよう、看護師をはじめとしたコメディカルの雇用数を増加させる。

ウ．総合的な診療能力を持つ医師の育成

医師の専門分化が進む中、内科、小児科、救急から末期がん、認知症、看取りまで患者の全身の状態を踏まえた診療を行う観点から、総合的に患者を診る能力を有する医師の育成を支援する。

エ．臨床研修制度の見直し

平成１６年に必修化された現在の臨床研修制度については、これまでの実施状況を踏まえ、医師不足問題がより深刻な診療科や地域医療への貢献を行う臨床研修病院等を積極的に評価するとともに卒前教育や専門医制度との連携を深める。また、臨床研修病院等における研修の見直しなどを行いつつ、研修医の受入れ数の適正化を図る。

オ．歯科医師の養成

歯科医師については、適正な需給について検討し、文部科学省との連携の下に必要な対策を講じる。併せて、将来の歯科医師の活用策について検討する。

（2）　医師の勤務環境の改善

ア．女性医師の離職防止・復職支援

医師国家試験合格者における女性の増加に伴い、女性医師の割合が上昇している中、女性医師対策は、医師不足対策において最重要

の課題である。特に産科、小児科といった医師不足問題が強く意識されている診療科の若手医師には女性が多く、こうした女性医師の離職防止、出産・育児等と勤務との両立を安心して行うことができる環境の整備は喫緊の課題である。このため、女性医師の就業率を高め、医療分野が男女共同参画のモデルとなるよう早急に対策を進める。具体的には、「短時間正社員制度」を始めとした出産・育児等に配慮した勤務環境の導入・普及や、キャリア形成における出産・育児への配慮、院内保育所の整備や充実、復職研修の充実などを進める。

イ．医師の多様な勤務形態

医師のワーク・ライフ・バランス等に配慮し、特定の医師に過剰な負担を掛けることがないようにする。例えば、公務員である医師を含め、例えば週のうち数日は地方の医療機関で勤務するなど非常勤医師の活用により地域医療を支える多様な勤務形態の導入、コメディカルの活用も含めたチーム医療の徹底、交替勤務制の導入促進などを図る。

また、産科医療補償制度の早期実現や、医療事故における死亡の原因究明・再発防止を図る仕組みの構築など医療リスクに対する支援体制の整備を進めることにより、医療の透明性の確保や医療に対する国民の信頼の回復につなげるとともに、医師等が萎縮することなく医療が行える環境の整備を進めることが重要である。

（3） 診療科のバランスの改善等

医師数の診療科間の適正なバランスを確保するためには、医師総数の増加を前提とする必要がある。その上で、過酷な勤務環境や訴訟リスク等の要因を取り除いていくことが重要である。また、医師の職業選択の自由に配慮しつつ、産科・小児科・救急科・外科等について、現場・地域の意見を重視し、増員のための方策を自治体とともに検討する。

麻酔科については、現在、国が標榜資格を定め許可しているが、

専門医制度の整備状況を踏まえ、規制緩和を行う。

また個々の病院において実態に見合った適正な医師数を確保するよう、必要医師数の算定方式の見直しを含め、医療法標準を見直す。

(4) 職種間の協働・チーム医療の充実

職種間での協働とチーム医療の充実を進める際に当たっては、それぞれの職種が、互いに専門性を尊重しつつ、情報の共有を効率的に行うことにより緊密な連携を充実させ協働関係を築くことで、病院勤務医の過重労働の解消を図りながら、全体として患者・家族、医療従事者もともに安全と安心·納得を生み出すという視点が重要である。

ア. 医師と看護職との協働の充実

「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」(平成19年12月28日医政局長通知。以下「役割分担通知」という。)で示したように、各職種に認められている業務範囲の下での業務を普及する。また現場の看護師が専門看護師、認定看護師の取得を促進する施策を講じ、その普及・拡大に努める。さらに、医師・看護師がそれぞれの専門性を情報共有や会議等を通じて十分に発揮するとともに、効率的な医療の提供に資するため、チーム医療による協働を進める。その際、これからの看護師には、医師や他のコメディカル、他の職員等や患者・家族とのコミュニケーションを円滑にする役割等が求められるほか、在宅や医療機関におけるチーム医療の中で、自ら適切に判断することのできる看護師の養成が必要であることなどから、看護基礎教育の内容及び就労後の研修を充実するとともに、教育の方法や内容、期間について、将来を見渡す観点からの望ましい教育の在り方に関する抜本的な検討を進める。

また助産師については、医師との連携の下で正常産を自ら扱うよう、院内助産所・助産師外来の普及等を図るとともに、専門性の発揮と効率的な医療の提供の観点から、チーム医療による協働を進め

る。またその際、助産師業務に従事する助産師の数を増やすとともに、資質向上策の充実も図る。

イ．医師と歯科医師・薬剤師等との協働の充実

摂食・嚥下機能等人々の生活の基本を支える歯科医療においても、チーム医療の下で、歯科医師や歯科衛生士等歯科医療関係職種と、医師や看護師等との連携を進める。

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。

ウ．医師とコメディカルとの協働の充実

臨床検査技師や臨床工学技士の積極的な活用を図るととともに、医師と作業療法士、理学療法士等のコメディカルとの協働を進めるなど、多職種連携によるチーム医療の普及に努める。

エ．医師・看護職と看護補助者・メディカルクラーク等との協働の充実

患者・家族に最適なサービスを提供する観点から、役割分担通知で示したような物品補充、患者の移動などの看護職と看護補助者の役割分担を進める。また、チームケアに関する看護職や介護職への教育、研修等も含め、看護職と介護職との協働を進める。

メディカルクラーク（医師事務作業補助者、医療秘書など）については、書類記載、オーダリングシステムへの入力などの役割分担を推進するとともに、資質向上の方策について検討する。

また、医師等と患者側のコミュニケーションの仲立ちをし、十分な話し合いの機会を確保するといった業務を担う人材の育成が必要である。

2 地域で支える医療の推進

医療は、人々が地域で安心して生活していく上で欠かすことのできない、国民生活の基盤を支える営みである。とりわけ救急医療が盤石なものであることは、急激な健康状態の悪化に備え、地域のセーフティ・ネットを確保するという観点からその根本をなすものである。また、医療は行政や医師をはじめとした医療従事者のみならず、患者・家族等地域住民が支えるものであるため、救急医療をはじめとした地域医療の様々な側面において、そうした、医療を支えるそれぞれの取り組むべき方策や役割等について以下に整理する。

(1) 救急医療の改善策の推進

ア. 救急医療の充実

救急医療については、医療機関への円滑な搬送を確保しつつ、現行の初期救急、2次救急、3次救急といった3段構えを維持しながら、更なる量的・質的充実を図り、救急患者に対し、地域全体でトリアージ（重症度、緊急性等による患者の区分）を行い、院内の各診療科だけでなく、地域全体の各医療機関の専門性の中から、病状に応じた適切な医療を提供できる医療機関又は院内の診療科へ効率的に振り分ける体制を整備する（管制塔機能を担う医療機関の整備・人材の育成）。

具体的には、救急患者の動向や既存の救急医療に関わる資源、連携の状況等を調査し、当該調査を踏まえ、地域の現状を的確に把握した上で、平時から、管制塔機能を担う医療機関とともに、地域全体の各医療機関の専門性について情報共有し、その情報を住民に対して開示し、救急患者の効率的な振り分け方策について議論しておく必要がある。各医療機関においては、例えば通常業務に加え救急業務を担うことによる医師等の疲弊を防ぐため交代勤務制を整備する。

また救急医療機関での受入れを確実なものとするために、急性期

を脱した患者を受け入れる病床を確保するほか、夜間・休日等における診療所医師の外来診療の推進など、診療所医師の救急医療への参画を進め、救急医療機関と地域の他の医療機関との間で、地域全体の各医療機関の専門性や、効率的な患者の振り分け方策について情報共有し、その情報を住民に対して開示する。

医療機関と消防機関との連携を強化する観点から、救急医療情報システムにおける情報更新の随時化、救急患者受入コーディネーターの配置、現場の医療従事者と消防機関とで開催するメディカルコントロール協議会における救急搬送等に係る地域の現状把握･協議の充実と住民への開示を推進する。

イ．夜間・救急利用の適正化

また、限りある地域の医療資源を有効に活用するとともに、医師をはじめとする医療従事者の過度の負担を軽減する観点から、不要・不急時の救急医療の利用を最小限のものとするため、軽症患者による夜間の救急外来利用の適正化や、救急車の適切な利用に関する普及啓発に努める。併せて、独居高齢者等の地域における見守りや、妊婦の健康管理の重要性等についての普及、小児科における小児救急電話相談事業（＃８０００）を高齢者を含む成人へ広げるなど、救急電話相談事業の拡充の検討や、家庭への緊急時のマニュアル等の普及を図る。

（2）「地域完結型医療」の推進

救急医療に限らず、地域の限られた医療資源を有効に活用するためには､個別医療機関がそれぞれで全ての医療ニーズに対応する｢医療機関完結型医療」ではなく、医療機関がそれぞれの得意分野を活かし、地域全体で完結する「地域完結型医療」が求められる。その際には、医療計画等に基づき自らの地域における役割を検討し、地域連携クリティカルパス等を利用した情報の共有化や円滑なネットワークの構築に努める。また居住系施設や介護施設においても医療機関との連携に努める。

一方で行政は、各都道府県の医療計画において定められた、がん、脳卒中、救急医療など４疾病５事業に係る医療連携体制を推進するとともに、地域住民のニーズを調査･把握し、各医療機関が地域のニーズに応じた役割を果たすことができるよう、医療機関に対する情報提供を行う。十分な情報開示を行うことによって、地域住民がネットワークを踏まえて行動するよう普及啓発を進める。あわせて、そうした「地域完結型医療」の普及に向け、モデルとなる成功例を示す。また診療所については、地域のニーズを把握した上で、例えば複数の医師等がグループで診療を行う体制とし、地域の他の医療機関との連携を確保した上で夜間・休日等も含め一定の初期救急も担うなど、機能を強化するとともに、地域住民の利用に資するため、診療所についても十分な情報の開示を進める。

（3） 在宅医療の推進

患者・家族の生活の質を確保する観点から、医療の提供の場として、医療機関だけではなく住まいを念頭に置く発想も必要であり、退院前・退院後ケアカンファレンス等を通じた切れ目のない医療連携の確保とともに、介護との連携を図る。国及び地方公共団体は、地域で暮らす者の視点に立ち、個々の地域毎に住民のニーズを把握した上で、医療サービスと介護サービスの連携、ボランティア等の活動との連携を進めるとともに、医療、介護、福祉に関する情報を住民に開示する。その際には、予防や社会資源の開発・連携体制の構築等についての医療・介護・福祉の現場における保健師の専門性活用を推進する。さらに、訪問看護ステーションの規模の拡大等を図り、訪問看護の更なる普及を目指すとともに、訪問看護ステーションや在宅医療を提供する医療機関については、地域の多様な在宅医療ニーズに的確に対応することに加え、例えば末期がんや精神・神経疾患等の専門性の高い分野にも対応できるよう、専門性の深化に努める。また、居住系施設における医療ニーズを満たすことを進める。

薬局については、夜間・休日の対応、患者宅への医薬品・衛生材料等の供給、緩和ケアへの対応等を確実に実施するため、地域にお

ける医薬品等の供給体制や、医薬品の安全かつ確実な使用を確保するための適切な服薬支援を行う体制の確保・充実に取り組む。

さらに、患者・家族に対する在宅医療や介護に関する情報の積極的な提供に努めるとともに、地域におけるボランティアや民生委員等を通じて患者・家族への精神的側面も含めた支援を行うような活動等の推進や、それらと医療従事者との連携を図る。

歯科医療においては、高齢者の健康増進や誤嚥性肺炎予防の観点から口腔機能の向上や維持管理が重要であり、在宅医療と連携した、在宅歯科診療を推進していくための人材育成や体制整備を進める。

（4） 地域医療の充実・遠隔医療の推進

へき地の医療体制の充実に際しても、地理・気候・人口等の条件や医療資源・連携等に関する情報を収集し、現状把握に努めた上で、必要な医療体制を構築する。その際に、必要な医療資源を確保するため、医師等が地域医療に自ら進んで従事するための方策の検討を進めるとともに、へき地医療機関への支援等を一層充実する。

あわせて、遠隔医療についても、必要な医療資源を確保する観点から、医療の地域格差を是正し、医療の質及び患者の利便性を向上させるため、情報通信機器の整備等により今後一層の推進を図る。

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

医療の高度化などにより、医療現場の業務密度が高まっている一方で、このような状態においても我が国では世界的にも高水準の医療へアクセスできることは、医療従事者の日々の努力によるものである。

また、存命率の上昇に伴い、患者・家族等国民の医療に対する期待も上昇している。これに応えるため、医療従事者は患者や家族の肉体的・精神的な苦痛や葛藤を理解し、患者・家族が理解できるよ

う複雑で専門的な疾病や治療に関しても丁寧な説明を行い、その納得を得るように努めながら、プロフェッショナリズム（職業的専門性）を最大限発揮する必要がある。また医療機関は、患者・家族の不安等を傾聴し、課題に導いていくような相談機能を有するようにする。一方で患者側には、リスクや不確実性が伴うといった医療の限界への理解、及び疾病や治療について主体的な理解に努めつつ、医療従事者と協働する姿勢が必要となり、そうした基盤の上でのコミュニケーションが医療従事者のモチベーションを維持･向上させ、提供される医療への患者・家族の満足度を高めるという好循環を生む。

(2)　医療の公共性に関する認識

医療は、国民生活の基盤を支える公共性の高い営みであり、患者・家族等国民と医療従事者の双方に、それを支える努力が必要である。

医療従事者は、自身が公共性の高い存在であることを自覚し、地域の医療ニーズを把握し、生涯を通して医師としての水準の向上に努める。

一方、患者側には、自身の健康管理に努めるとともに、例えば安易な時間外受診（いわゆる「コンビニ受診」。患者にとって便利と思えても、患者の抱えた疾病の克服のための必要性が少ない）により医療機関の負担を不必要に増加させ、真に必要な場合に医療を受けられないことがないようにするなど、自らの地域の医療資源が公共のものであり、有限の資源であるということへの理解が必要である。このため、地域の医療機関等の協力や種々の市民活動を通じて受診行動等についての積極的な普及･啓発を行うとともに、特に産科においては、母子保健活動の充実等により、妊婦健診の適切な受診、分娩に伴うリスクに関する正しい認識、周産期母子医療センターと緊急時のアクセス方法等に関する普及を行う。

(3)　患者や家族の医療に関する理解の支援

患者や家族に対し療養生活上の心理的社会的問題の解決援助を行

うメディカルソーシャルワーカーや、医師等と患者側とのコミュニケーションの仲立ちをするボランティア等を活用することで、自らの療養生活を自立的に構築していけるよう、そうした職種の普及を進める。

あわせて、こうした医療の公共性や不確実性に関する認識の普及、また医療従事者と患者・家族等国民との間の相互理解の推進等を行うような、例えば、地域における語らいの場や地域住民による病院職員との懇談会（「患者塾」「病院探検隊」など）の開催といった市民活動等への積極的な支援と市民への情報提供等を行う。

さらに医療は人々の生命や生活を支える基盤となる営みであることに鑑み、学校教育においても医療に関する教育を行い、幼少期からの、その年齢に応じた医療に関する理解を普及する。

Ⅲ．医療のこれからの方向性

これまでの医療は、病気を治すことに主眼を置く「治す医療」が中心であったが、人類史上未曾有の高齢化社会を迎える我が国においては、予防を重視し、日頃からの健康の維持･増進に努めるとともに、こうした「治す医療」だけではなく、病を抱えながら生活する患者と、その家族の生活を医療を通じて支援していくという「支える医療」という発想がより一層求められる。

患者が住み慣れた地域でその人らしく生活し、希望する生き方を選択し、希望すれば在宅での看取りが選べることも必要であり、個人の尊厳の保持を支える在宅医療や訪問看護等を一層推進する。

この「支える医療」に「治す医療」を合わせると、「治し支える医療」となる。「治し支える医療」においては、医療従事者が一方的に提供するだけではなく、医療従事者と患者・家族の双方に、医療とは両者の協働作業であるという視点が重要である。

同時に、ボランティア活動等を通じ、生活者である国民の「治し支える医療」への参画を推進する。

このように、我が国の医療は、「治す医療」から「治し支える医療」に向かっていくものと考えられ、本ビジョンの各施策はそれに資するものである。

Ⅳ．会議の構成員及び会議の経過

◎　構成員（敬称略）

・舛添要一厚生労働大臣
・西川京子厚生労働副大臣
・松浪健太厚生労働大臣政務官
（アドバイザー）
・辻本好子（ＮＰＯささえあい医療人権センターＣＯＭＬ理事長）
・野中博（野中医院院長）
・矢崎義雄（独立行政法人国立病院機構理事長）

◎　会議の経過

	日付	議題・ヒアリング対象者（敬称略）
第１回	平成２０年 １月７日	フリーディスカッション
第２回	１月２９日	歴史的、文化的、国際的位置づけも踏まえた我が国の医療のあり方 ・尾身茂（WHO 西太平洋事務局事務局長） ・新村拓（北里大学一般教育部長 ）
第３回	２月２０日	「ホームケアクリニック川越（在宅療養支援診療所）」視察
第４回	２月２５日	ヒアリング（救急、産科、小児科、今後の医療ニーズ） ・桑江千鶴子（都立府中病院産婦人科部長） ・花田直樹（花田子どもクリニック院長） ・中川恵一（東大病院緩和ケア診療部長,放射線科准教授） ・山本保博（日本医科大学救急医学主任教授）
第５回	３月１９日	ヒアリング（歯科医師、看護師、助産師） ・田上順次（東京医科歯科大学歯学部長） ・坂本すが（東京医療保健大学医療保健学部看護学科長） ・堀内成子（聖路加看護大学看護学部長）
第６回	４月８日	ヒアリング（地域医療） ・小川克弘（青森県むつ総合病院院長） ・須古博信（熊本県済生会熊本病院院長） ・草場鉄周（医療法人北海道家庭医療学センター理事長）
第７回	４月21日	ヒアリング（薬剤師） ・林昌洋（国家公務員共済組合連合会虎の門病院薬剤部長） アドバイザーからのプレゼンテーション
第８回	５月１４日	「安心と希望の医療確保ビジョン」について（骨子案）
第９回	５月30日	「安心と希望の医療確保ビジョン」について（骨子案）
第10回	６月18日	「安心と希望の医療確保ビジョン」について（とりまとめ）

資料4

事務局提出資料
（医師需給関係等）

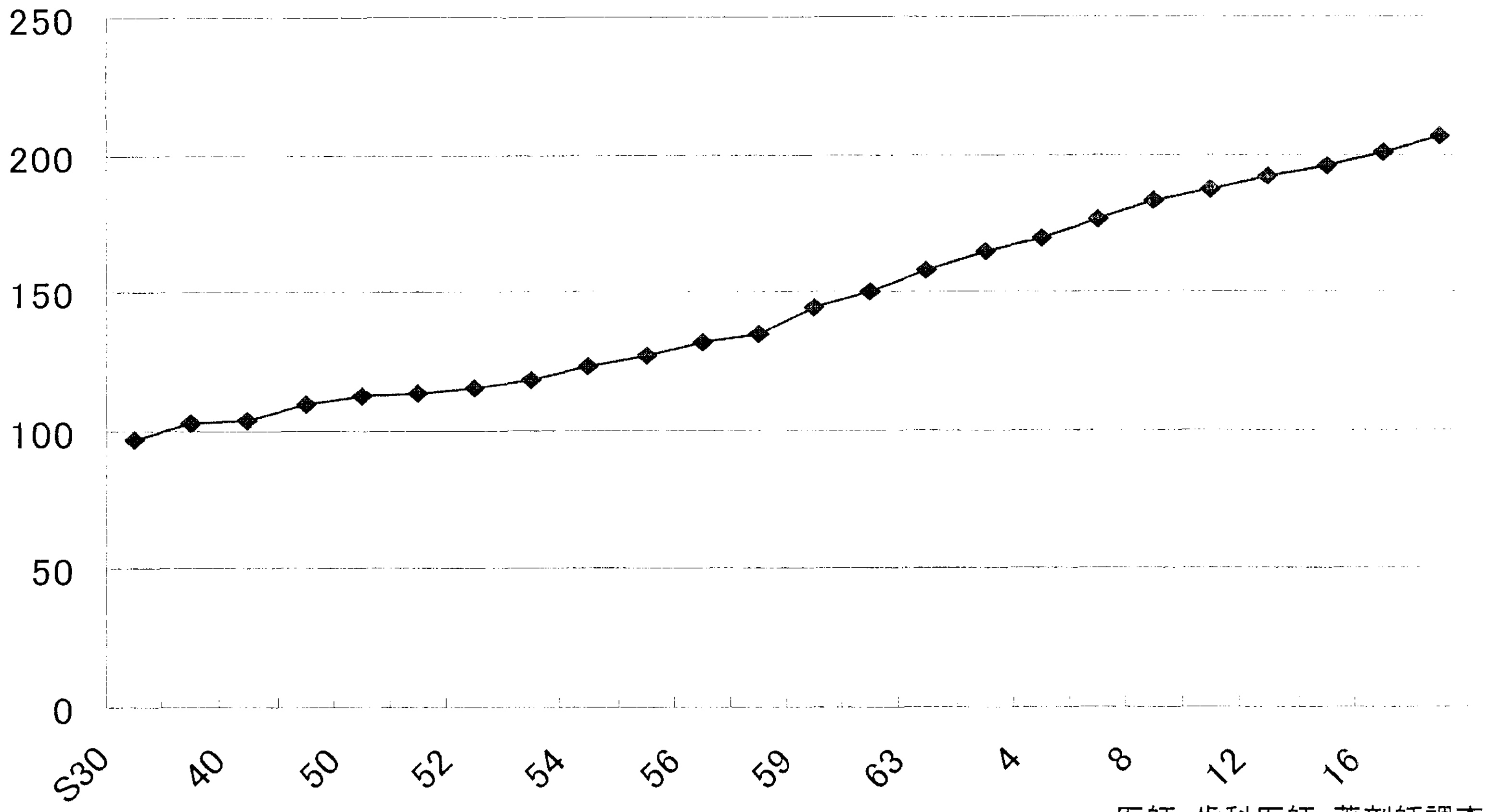
近年の医師需給の動向（平成14年度から平成18年度の比較）

○ 平成18年度の医師・歯科医師・薬剤師調査において明らかになった、医師需給の動向に関連する主なデータは以下の通りである。

	平成18年（2006）	平成16年（2004）	平成14年（2002）
医師数（人）			
総数	277,927	270,371	262,687
男	229,998	225,743	221,548
女	47,929	44,628	41,139
医療施設に従事する医師数	263,540	256,668	249,574
人口10万対医療施設に従事する医師数（人）	206.3	201.0	195.8
平均年齢（歳）	48.5	48.2	48.0
施設の種別にみた医師数（人）			
病院（医育機関附属病院を除く）	123,639	120,260	115,993
診療所	95,213	92,985	90,443
医育機関附属の病院	44,688	43,423	43,138
診療科の種別にみた医師数（人）			
小児人口10.000人当たり小児科医数	8.4	8.3	8.0
小児科医数	14,700	14,677	14,481
出生1000人当たり産婦人科医師数	9.2	9.5	9.6
産婦人科医数	10,074	10,594	11,034

人口10万対医療機関に従事する医師数の年次推移

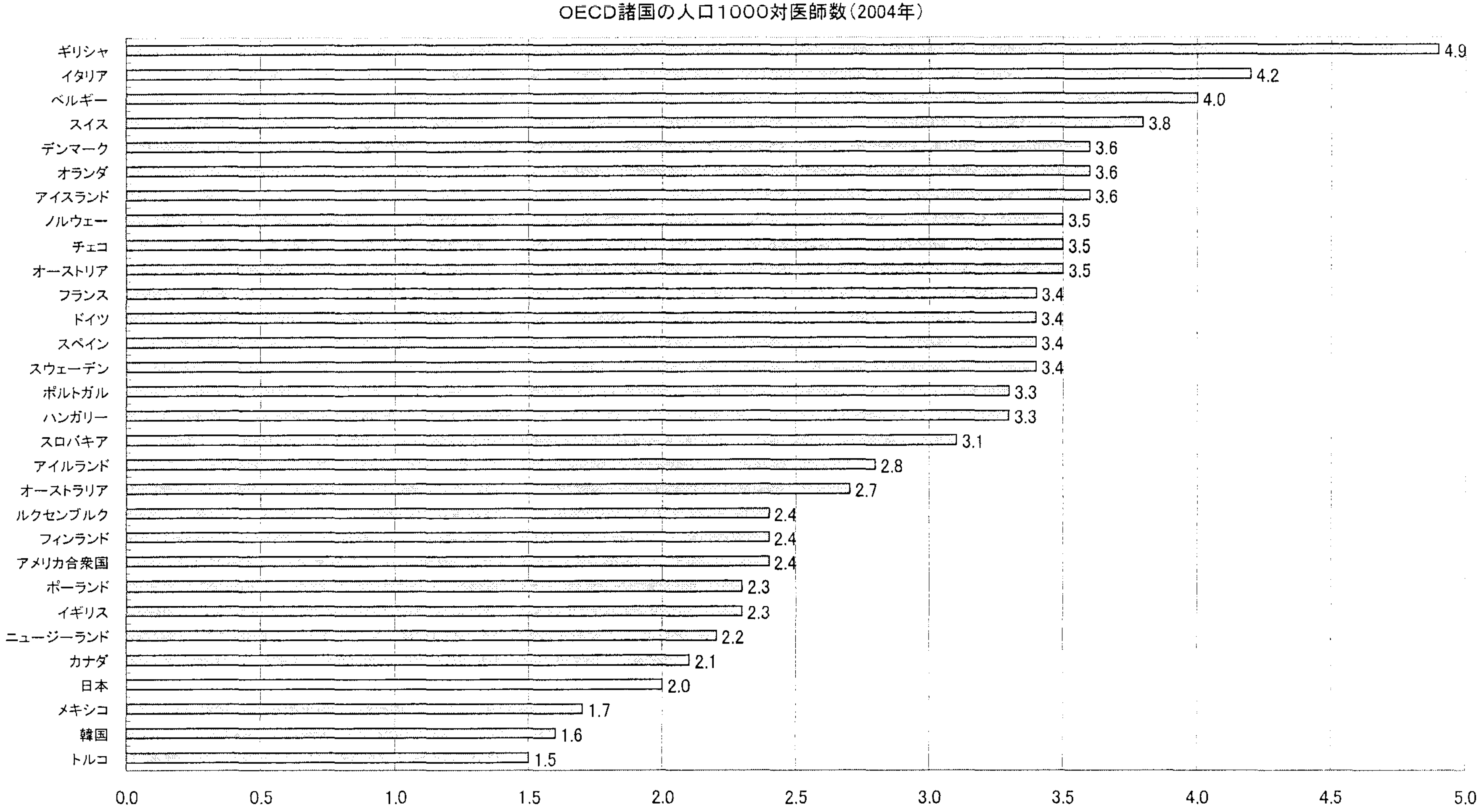
○　近年、医師国家試験の合格者は毎年7,600～7,700人程度であり、死亡等を除いても、医師の総数は毎年3,500～4,000人程度増加。
（医師総数）　平成10年 24.9万人 → 平成18年 27.8万人
○　人口10万人対医療機関に従事する医師数についても毎年増加（平成18年206.3人）。



医師・歯科医師・薬剤師調査

OECD諸国の医師数について（2004年）

人口1000当たりの医師数は2．0と、OECD諸国の中でも医師数が少ないグループに属する。

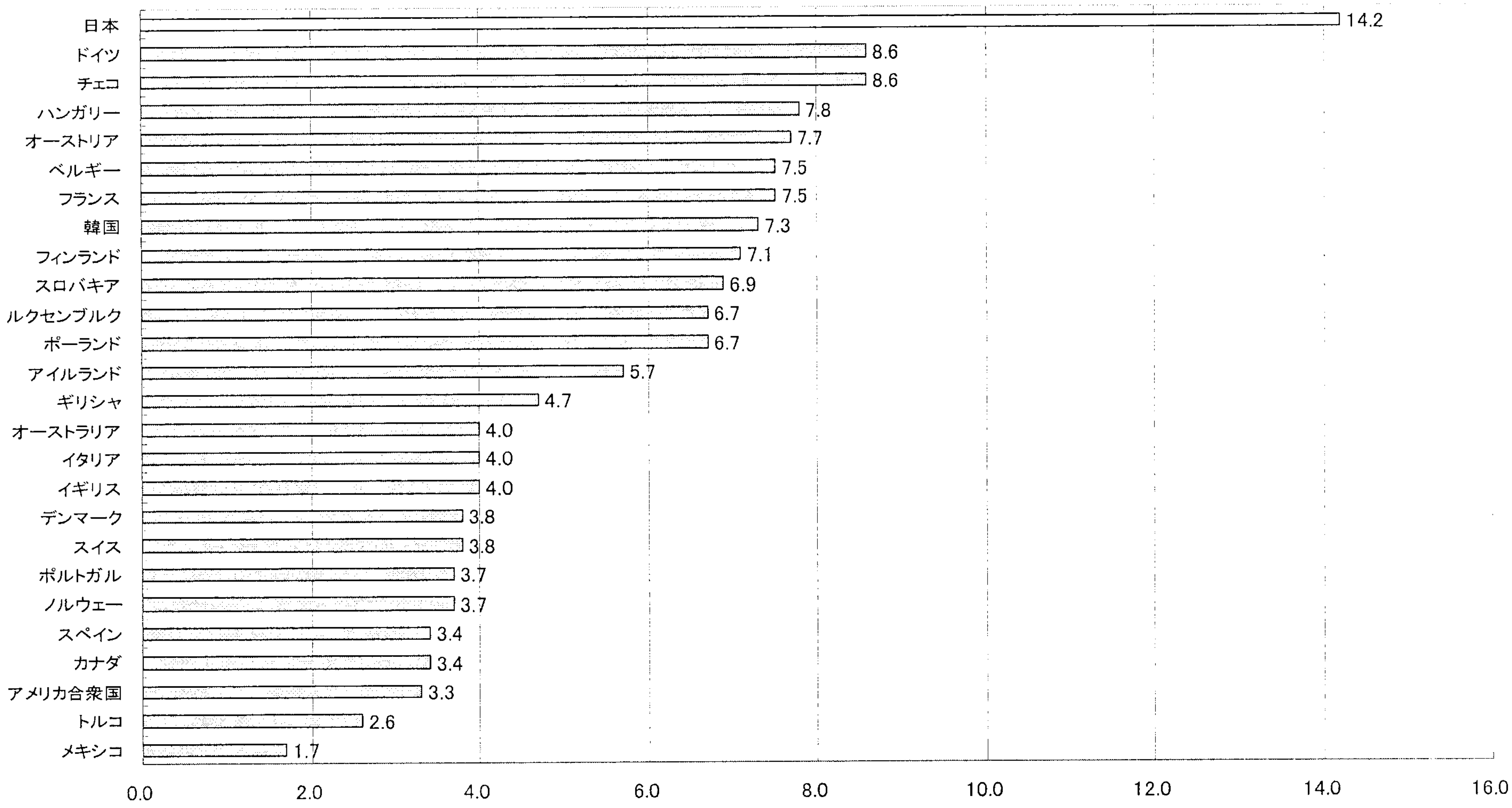


出典:「OECD HEALTH DATA 2007」
なお、最新の医師歯科医師薬剤師調査（平成18年）ベースでは、日本の人口1000人当たり医師数は2．1

OECD諸国の病床数について（2004年）

人口1000当たりの病床数は14．2と、他のOECD諸国に比べて大幅に多くの病床を有している。

OECD諸国の人口1000当たり病床数（2004年）

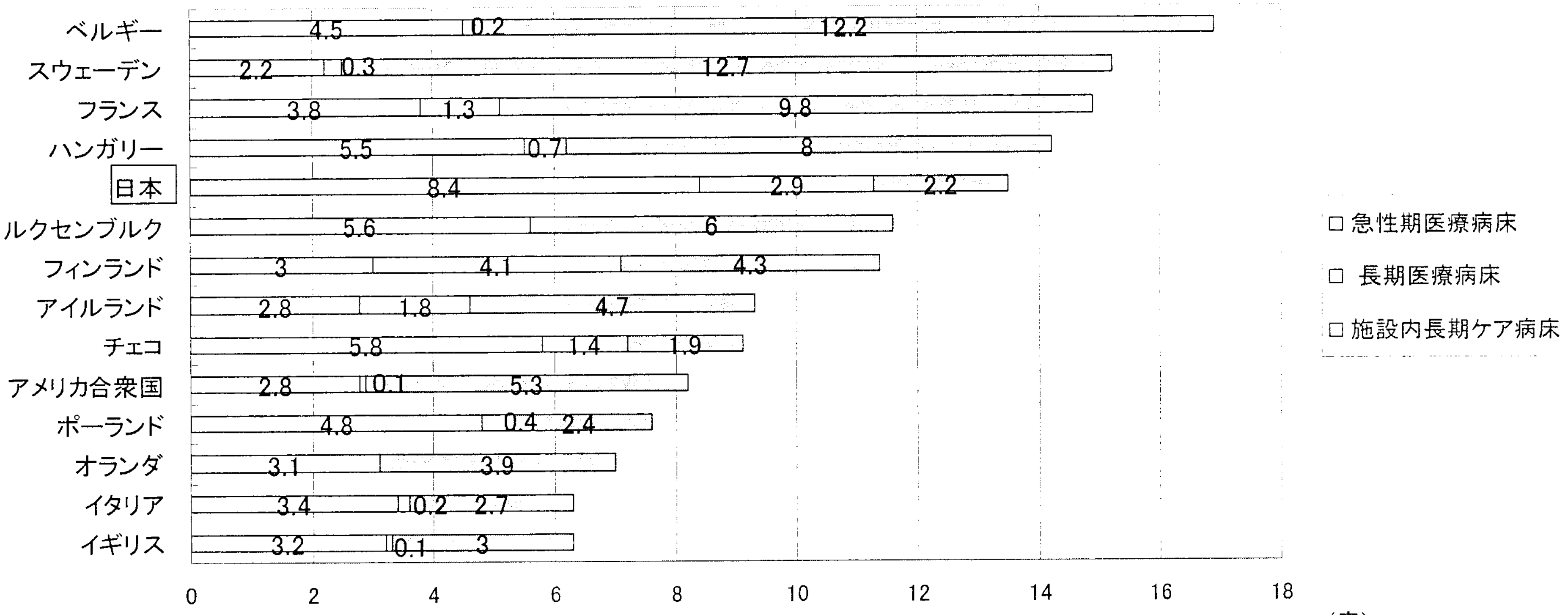


出典:「OECD HEALTH DATA 2007」

OECD諸国の人口1000人当たりの急性期医療病床数、長期医療病床数及び施設内長期ケア病床数

日本は、人口1000人当たりの急性期医療病床数と長期医療病床数は他国と比べてともに多いが、施設内長期ケア病床数は少ない。

OECD諸国の人口1000人当たりの急性期医療病床数、長期医療病床数及び施設内長期ケア病床数(2004)



出典:OECD Health Data 2007

注1)急性期医療病床:治療に有効なケアを行うための病床(病院に内のものに限る。)

注2)長期医療病床:慢性的な病気やADL(Activities of Daily Living)における自立度の減少のため、長期のケアが必要とされる患者を収容する病床(病院内のものに限る)。

注3)施設内長期ケア病床:慢性障害及びADLにおける自立度の減少のために継続した健康管理と看護ケアを要する人々のための病床で、入居者の要求に応じて看護、管理または他の種類のケアと組み合わせた入所によるケアを供給する機関の中にあるもの。(日本の場合は老人保健施設内にあるもののみを含む)

注4)国によりそれぞれの病床に含まれる基準が異なっているため、完全には定義と一致していないものもある。

注5)フランス、イタリアの施設内長期ケア病床数は2003年のもの。

OECD加盟国の医療費の状況（2005年）

○ OECD加盟国と比較すると、我が国の総医療費の対GDP比は先進国の中では比較的低く、また我が国の一人当たりにかかる医療費は比較的低い水準に留まっている。

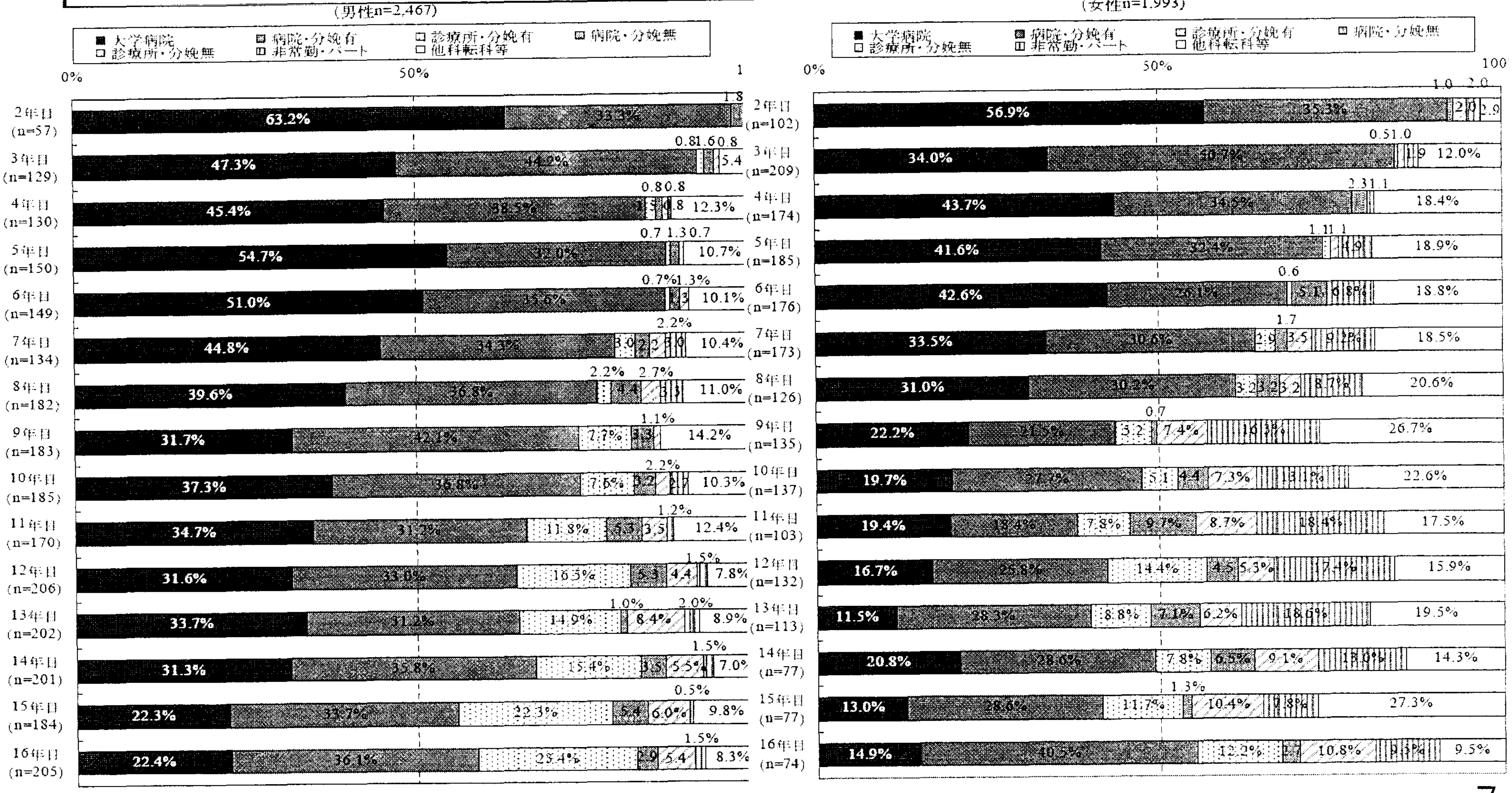
国名	総医療費の対GDP比（%）	順位	一人当たり医療費（ドル）	順位	備考
アメリカ	15.3	1	6401	1	
スイス	11.6	2	4177	4	
フランス	11.1	3	3374	8	
ドイツ	10.7	4	3287	10	
ベルギー	10.3	5	3389	7	
ポルトガル	10.2	6	2033	23	
オーストリア	10.2	7	3519	5	
ギリシャ	10.1	8	2981	14	
カナダ	9.8	9	3326	9	
アイスランド	9.5	10	3443	6	
オーストラリア	9.5	11	3128	11	※
オランダ	9.2	12	3094	13	※
スウェーデン	9.1	13	2918	16	
ノルウェー	9.1	14	4364	3	
デンマーク	9.1	15	3108	12	

国名	総医療費の対GDP比（%）	順位	一人当たり医療費（ドル）	順位	備考
ニュージーランド	9.0	16	2343	20	
イタリア	8.9	17	2532	18	
イギリス	8.3	18	2724	17	
ルクセンブルク	8.3	19	5352	2	※
スペイン	8.2	20	2255	22	
ハンガリー	8.1	21	1337	25	※
日本	8.0	22	2358	19	313861円※
トルコ	7.6	23	586	30	
アイルランド	7.5	24	2926	15	
フィンランド	7.5	25	2331	21	
チェコ	7.2	26	1479	24	
スロバキア	7.1	27	1137	27	
メキシコ	6.4	28	675	29	
ポーランド	6.2	29	867	28	
韓国	6.0	30	1318	26	

出典：「OECD HEALTH DATA 2007」（最終更新日：2007年6月27日）
注1）上記各項目の順位は、OECD加盟国間におけるもの
注2）※の数値は2004年のデータ

経験年数別勤務形態の構成

○ 女性医師においては分娩を取り扱う医療機関に勤務する医師の割合の低下は男性医師に比べて著しい。
○ 女性医師においては非常勤もしくはパートの勤務形態が1～2割を占めている。



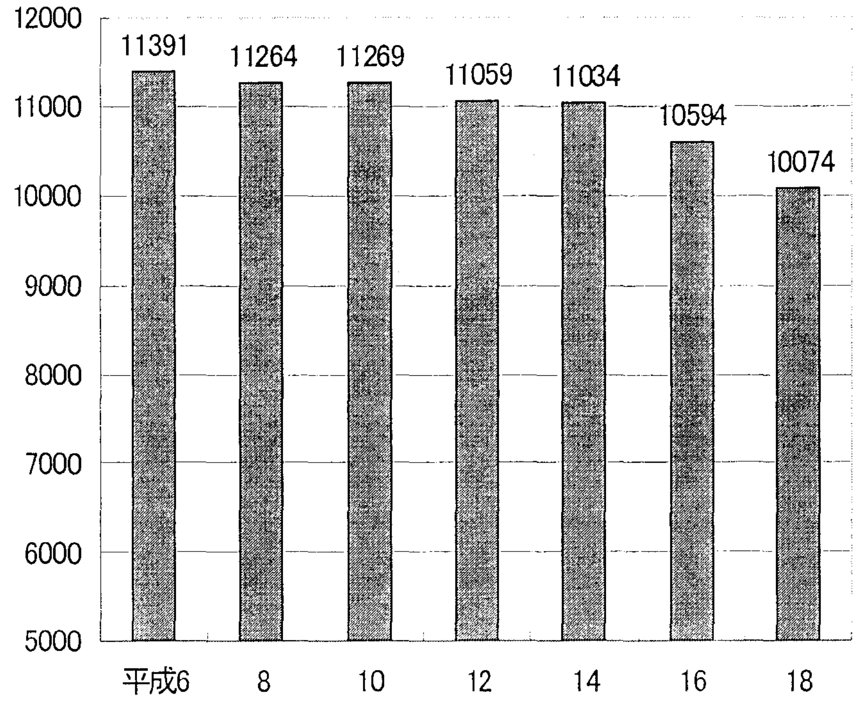
n は医師数。単年ごとの経験年数を把握出来なかった 41 人は省略した。 日本産科婦人科学会員の卒後2年から16年における 就労状況について(社団法人日本産科婦人科学会)

産婦人科・産科医及び分娩取り扱い施設の推移

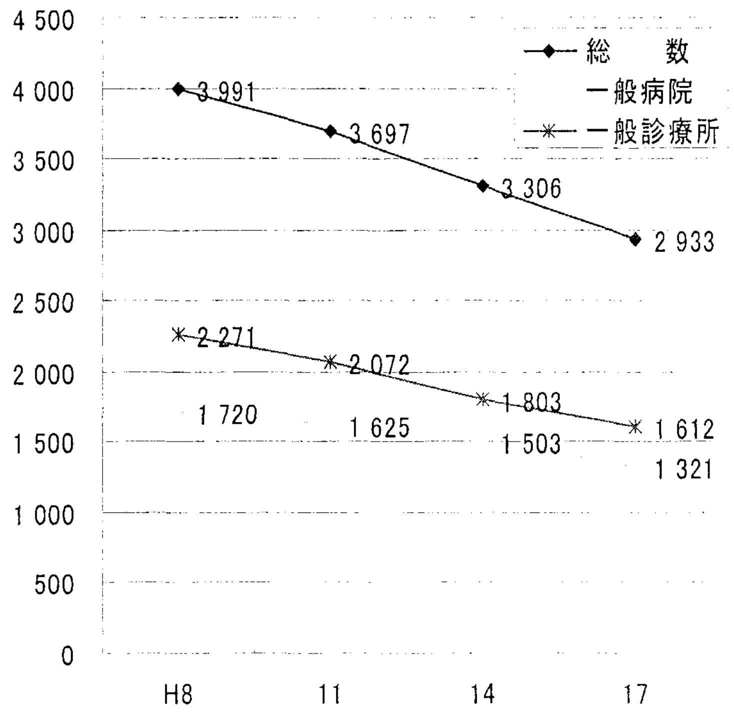
○　産婦人科医数及び分娩の取り扱い施設はともに減少している。

（産婦人科医とは、産科及び産婦人科を主な診療科として医療機関において従事している医師）

産婦人科・産科医数の推移



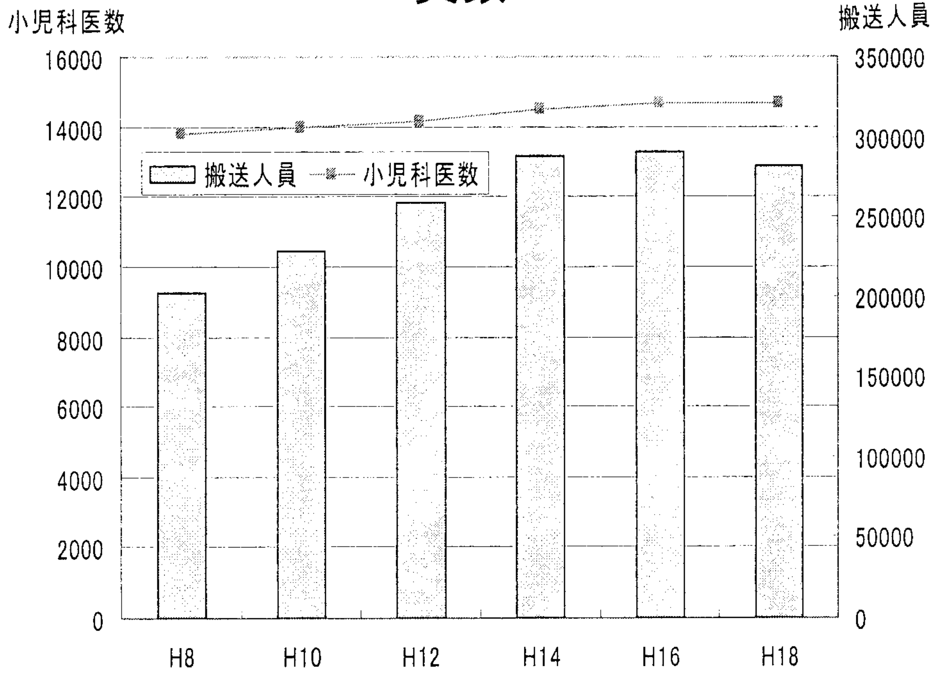
分娩取り扱い施設の推移



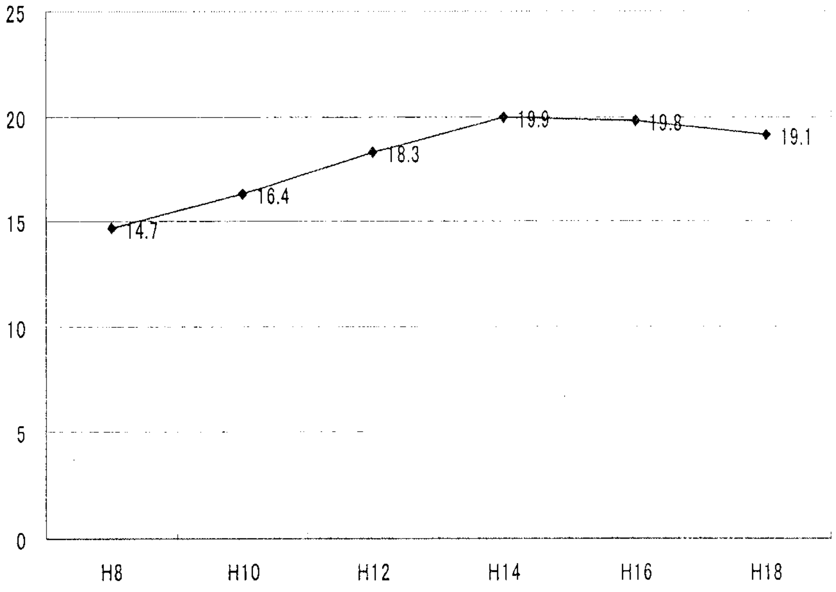
小児科医師数と救急自動車による7歳未満の搬送人員

○ 医療施設に従事する小児科医師数と救急自動車により搬送される7歳未満の搬送人員はともに増加傾向である。
○ しかし、医師1人当たりの搬送人員は増加していることから、搬送人員の伸びは医師数の伸びを上まわっている。

実数



小児科医師1人当たりの搬送人員数



救急・救助の現況、医師・歯科医師・薬剤師調査

二次医療圏別人口10万人当たり従事医師数

○ 各都道府県内においても、県庁所在地など人口当たりの医師数が多い地域と、郡部など少ない地域が見られる。

都道府県	二次医療圏	人口10万人当たり従事医師数(県内)	県内での差
北海道	上川中部	288.6	3.4倍
	根室	84.7	
青森県	津軽地域	258.4	2.6倍
	西北五地域	97.9	
岩手県	盛岡	254.4	2.4倍
	釜石	105.9	
宮城県	仙台	296.0	4.2倍
	黒川	70.5	
秋田県	秋田周辺	258.1	2.4倍
	湯沢・雄勝	108.6	
山形県	村山	230.4	1.8倍
	最上	127.1	
福島県	県北	230.2	2.7倍
	南会津	86.8	
茨城県	つくば	305.0	3.6倍
	鹿行	85.7	
栃木県	県南	260.8	2.2倍
	県西	118.6	
群馬県	前橋	376.8	2.8倍
	太田・館林	135.6	
埼玉県	西部第二	232.6	2.4倍
	児玉	96.0	
千葉県	安房	294.5	3.1倍
	夷隅長生	95.3	
東京都（※1）	区中央部	1,173.5	9.3倍
	西多摩	126.3	
神奈川県	横浜南部	222.3	1.8倍
	県央	124.2	
新潟県	新潟	218.4	1.8倍
	魚沼	118.1	
富山県	富山	264.8	1.5倍
	高岡	178.6	

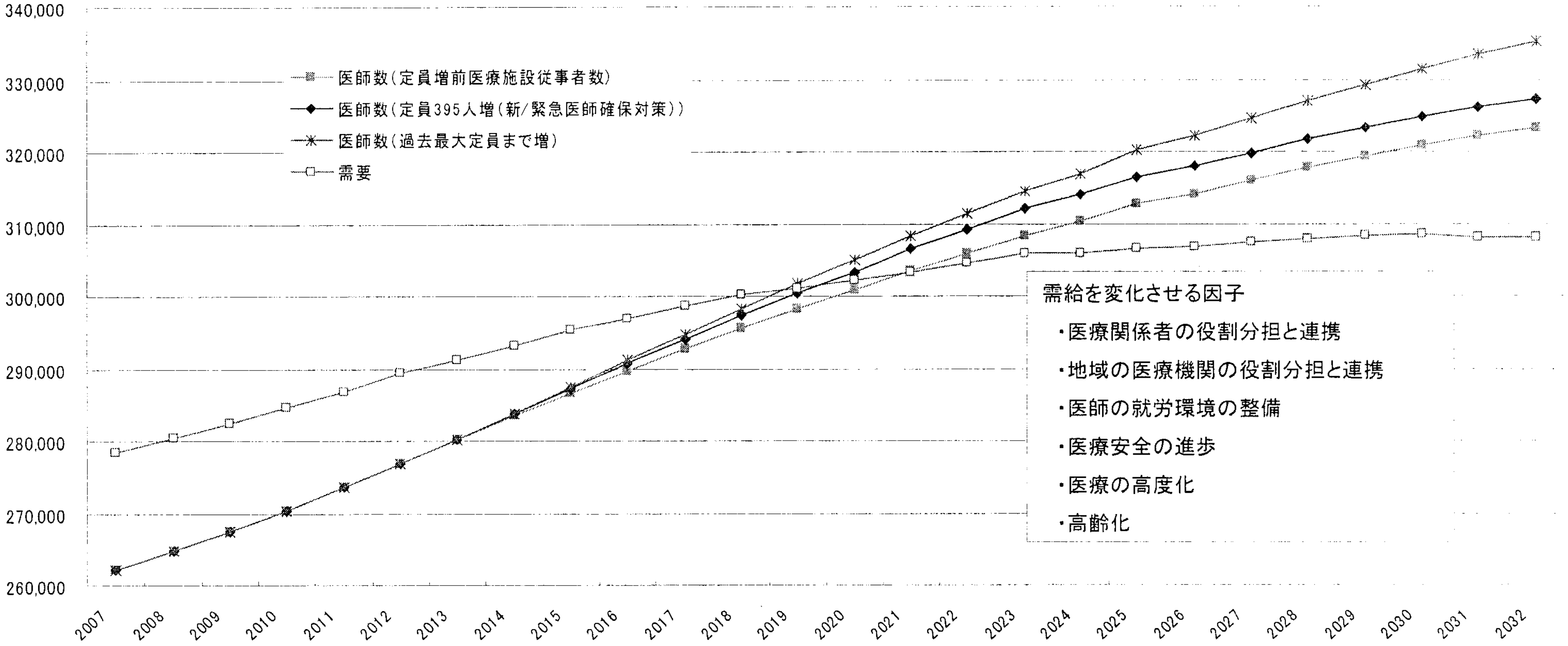
都道府県	二次医療圏	人口10万人当たり従事医師数(県内)	県内での差
石川県	石川中央	302.1	2.5倍
	能登北部	120.6	
福井県	福井・坂井	282.6	2.6倍
	奥越	108.5	
山梨県	中北	246.6	2.4倍
	峡南	103.9	
長野県	松本	301.3	2.3倍
	木曽	130.7	
岐阜県	岐阜	224.8	1.8倍
	中濃	123.9	
静岡県	西部	212.9	1.9倍
	中東遠	110.5	
愛知県	尾張東部	316.7	4.4倍
	尾張中部	72.6	
三重県	中勢伊賀	235.0	1.7倍
	東紀州	135.2	
滋賀県	大津	303.3	2.8倍
	甲賀	109.6	
京都府	京都・乙訓	361.7	3.2倍
	山城南	114.0	
大阪府	大阪市	315.2	2.0倍
	中河内	161.5	
兵庫県	神戸	262.7	1.9倍
	西播磨	139.9	
奈良県	東和	253.7	1.8倍
	西和	141.1	
和歌山県	和歌山	324.9	2.2倍
	那賀	146.8	
鳥取県	西部	352.3	1.9倍
	中部	182.5	
島根県	出雲	393.6	3.1倍
	雲南	125.4	

都道府県	二次医療圏	人口10万人当たり従事医師数(県内)	県内での差
岡山県	県南東部	289.5	2.1倍
	高梁・阿新	136.2	
広島県	呉	279.7	1.6倍
	広島中央	175.1	
山口県	宇部・小野田	363.1	2.3倍
	萩	154.9	
徳島県	東部Ⅰ	315.9	2.1倍
	南部Ⅱ	147.2	
香川県	高松	283.5	1.9倍
	小豆	149.8	
愛媛県	松山	275.2	1.9倍
	宇摩	148.1	
高知県	中央	301.3	2.3倍
	高幡	133.2	
福岡県	久留米	399.4	2.8倍
	京築	140.3	
佐賀県	中部	303.9	2.1倍
	西部	145.3	
長崎県	長崎	325.4	3.1倍
	上五島	106.6	
熊本県	熊本	369.0	3.4倍
	阿蘇	109.8	
大分県	別杵速見	285.9	2.4倍
	臼津	118.7	
宮崎県	宮崎東諸県	287.9	2.5倍
	西都児湯	114.0	
鹿児島県	鹿児島	329.2	3.2倍
	熊毛	104.3	
沖縄県	南部	245.1	1.7倍
	宮古	144.4	

※1 島しょ医療圏を除く。

平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査

医師に関する需要と供給
＜平成18年「医師需給検討会報告書」における医師需給推計＞



（参考）

○ 平成10年5月における推計では、外来・入院患者数を基に需給を推計し「平成29年（2017年）頃から供給医師数が必要医師数を上回る」と推計。

○ 平成18年7月における推計では、現場での医師の過重労働を配慮し、医師の労働時間に一定の制限（診療、教育、会議等の時間を週48時間に制限）を加える前提で推計した。

なお、定員の推計には防衛医科大学校の定員を含んでいる。

医師と他の医療従事者等との役割分担の推進

○ 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、<u>医師等でなくても対応可能な業務例</u>を下記のとおり整理。

（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」より）

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決定【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】

資料５

「安心と希望の医療確保ビジョン」における主な議論

（医師養成数関係）

○　１９６１年から皆保険制度が始まり、医療ニーズが増加したため、昭和４８年から医学部の定員を４０００名弱から８０００名に倍増させた。その後、将来医療ニーズが頭打ちになるのではという想定から１０％定員を削減したが、医療ニーズが増加し、ギャップが埋まらず不足した状態が現在の状況である。特にこれから入院患者数は増加するが、病院医師数はあまり増えないと推計されるためこのギャップにどう対応するかが問題である。

○　医師数について、何らかの数値目標的なものが設定できないか。例えば、スキルミックスで 5000 人、病診連携で 5000 人カバーするというような目標を入れられないか。

○　今医師の数を増やしても、急性期病院の医師不足対策には即効性がない。今は限られた資源をいかに効率的に配分するかということが重要。1970 年代以降約 4000 名ずつ医師数は増加しているが、40 代、50 代の働き盛りの医師が病院から去っていった。

○　医師養成数は変動する需要に即して議論するべきであるが、平成９年の閣議決定は、定員を削減するという一つの方向に縛るものであり、見直す時期に来ている。

○　むつ総合病院では、県外の医師の積極的確保、医師の給与の維持（経営の問題上職員は２％カット）、定年退職医師のプール、メディカルクラークの配置（県の補助金を活用）等に取り組んでいる。

○　医師、看護師になる者が、ニーズを把握しないで診療科を選んでいる。地域のニーズを明らかにしていくことで、医師自身もどこに行けば役割を果たせるかということがわかるのではないか。

○　医師不足と言われているが、大きな病院では医師が過剰なところもある。その差が何なのかを検討すべき。

○　診療所の機能を強化するためには、医師や看護師などの人員を配置する必要があるが、今の診療報酬では中々配置できない。

○　医師数を考える際には、看護師などの数も一緒に考えていかないと解決しない。

○　医師数について、例えば高齢化の進行により、どのような疾病が増え、これに伴いどういう分野に医師がどれだけ必要か、病院と診療所にはどれだけ必要かといったことを、地理的条件も踏まえつつシミュレーションするべきだったと思う。

○　医学部定員の大幅増による教育環境の崩壊、現場の混乱を招かないこと、また、地方の勤務医を増やす方策の検討や看護師不足対策が重要である。

資料6

経済財政改革の基本方針2008　～医療関連部分～

平成20年6月27日閣議決定

第5章　安心できる社会保障制度、質の高い国民生活の構築

１．国民生活を支える社会保障制度の在り方等

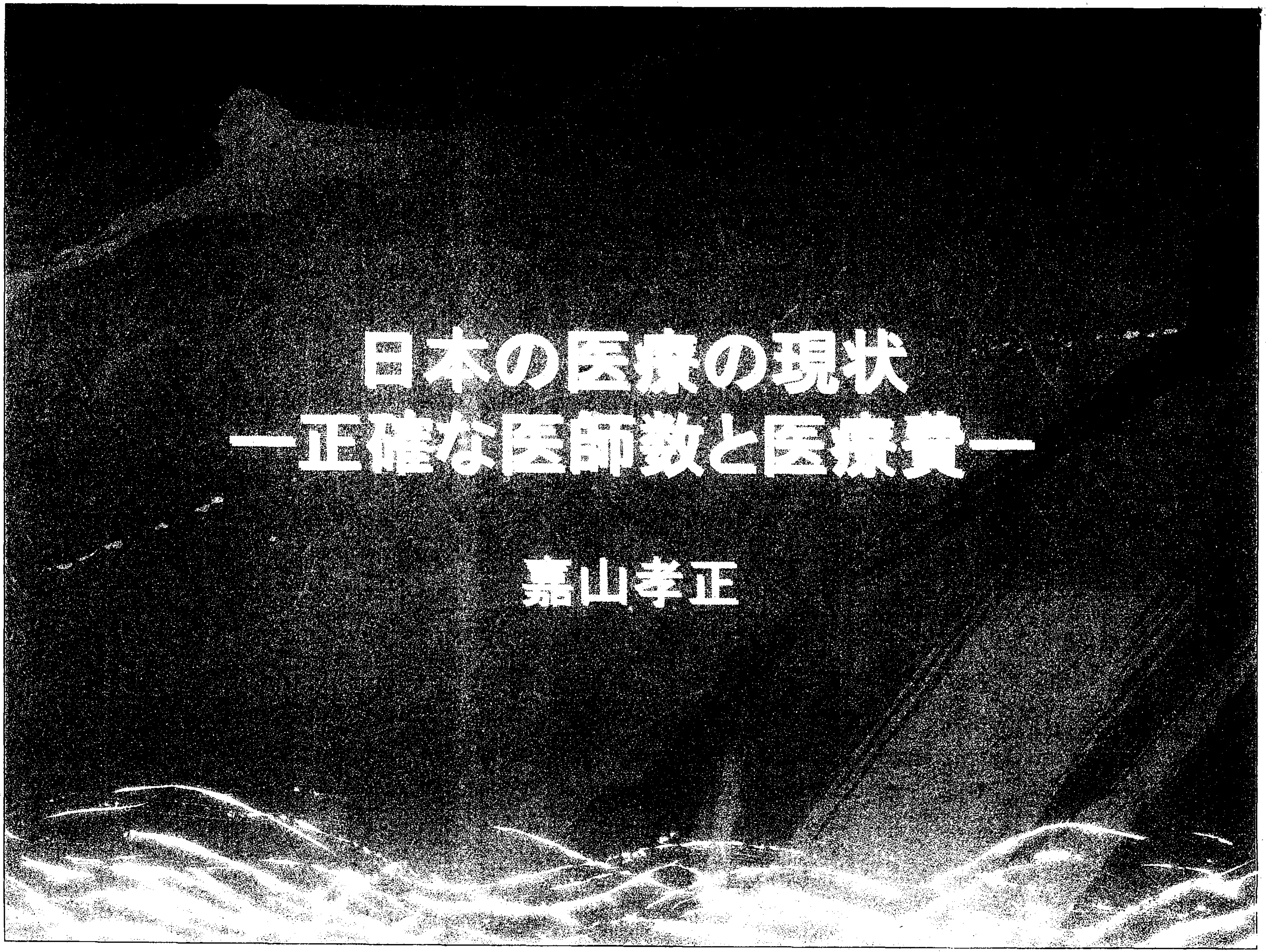
（２）重要課題への対応

①質の高い医療・介護サービスの確保

・ドクターヘリを含む救急医療体制の一層の整備を行う。また、産科・小児科を始めとする医師不足の解消や病院勤務医の就労環境の改善のため、女性医師の就労支援、関係職種間の役割分担の見直し、メディカルクラークの配置等を進めるほか、診療科間、地域間の配置の適正化について現行の仕組みにとらわれない効果的な方策を講ずる。その際、これまでの閣議決定に代わる新しい医師養成の在り方（注）を確立する。さらに、今後は、在宅医療等地域で支える医療の推進、医療者と患者・家族の協働の推進など、国民皆で支える医療を目指して、改革を進める。

（注）「財政構造改革の推進について」（平成9年6月3日閣議決定）において、「大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き、医学部定員の削減に取り組む。」とされているが、早急に過去最大程度まで増員するとともに、さらに今後の必要な医師養成について検討する。

資料7



日本の医療は世界一

WORLD HEALTH ORGANIZATION

The
WORLD
HEALTH
REPORT
2000

Health Systems:

Improving Performance

WHO Health Report 2000

Health system attainment and performance in all Member States, ranked by eight measures

Member State	ATTAINMENT OF GOALS					
	Health		Responsiveness		Fairness in financial contribution	Overall goal attainment
	Level (DALE)	Distribution	Level	Distribution		
Afghanistan	168	182	181 – 182	172 – 173	103 – 104	183
Albania	102	129	136	117	173 – 174	86
Algeria	84	110	90 – 91	50 – 52	74 – 75	99
Andorra	10	25	28	39 – 42	33 – 34	17
Italy	6	14	22 – 23	3 – 38	45 – 47	11
Jamaica	36	87	105 – 107	73 – 74	115	69
Japan	1	3	6	3 – 38	8 – 11	1
Jordan	101	83	84 – 86	53 – 57	49 – 50	84
Kazakhstan	122	52	90 – 91	60 – 61	167	62
United Kingdom	14	2	26 – 27	3 – 38	8 – 11	9
United Republic of Tanzania	176	172	157 – 160	150	48	158
United States of America	24	32	1	3 – 38	54 – 55	15

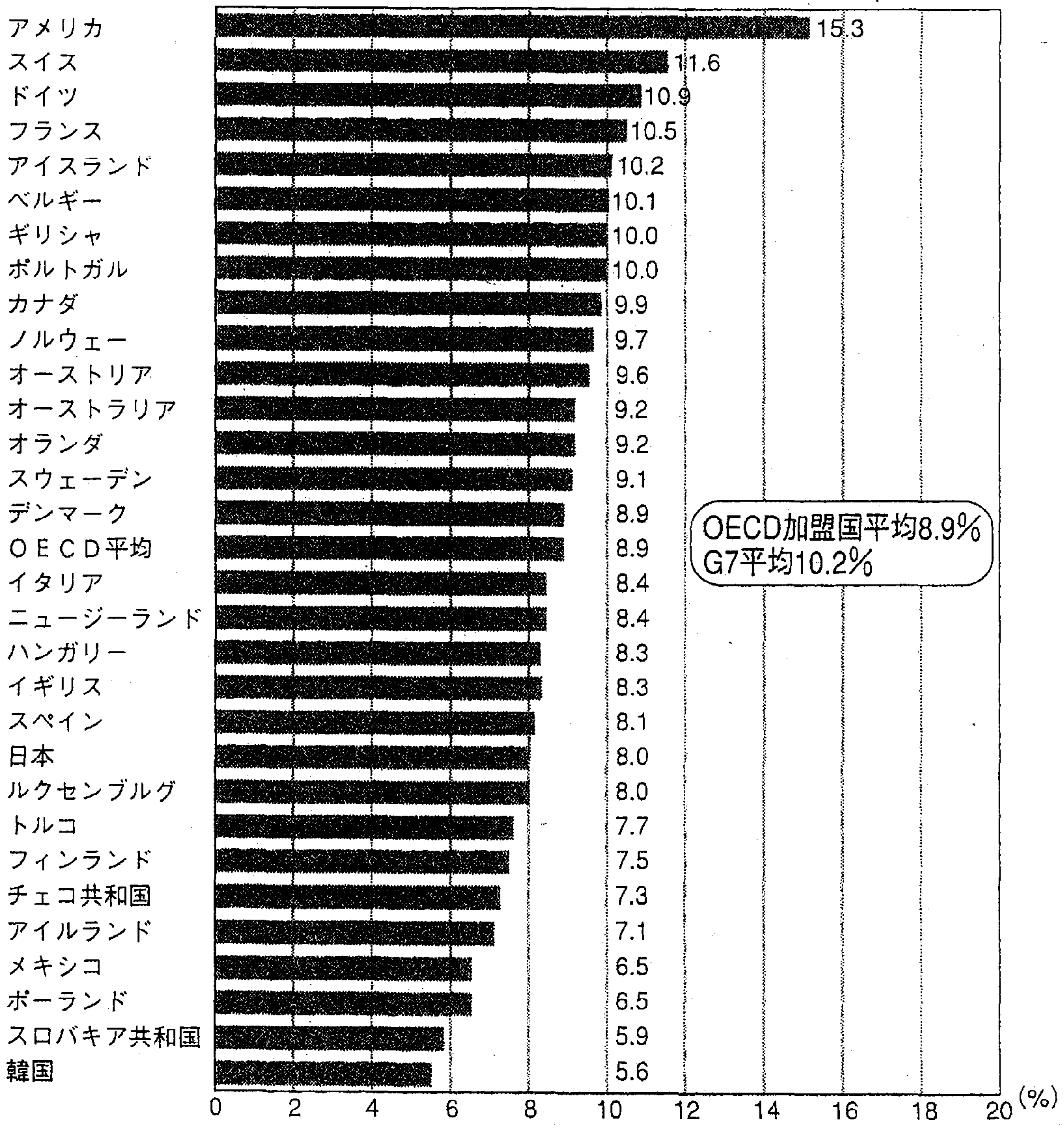
山形大学医学部

医療費亡国論

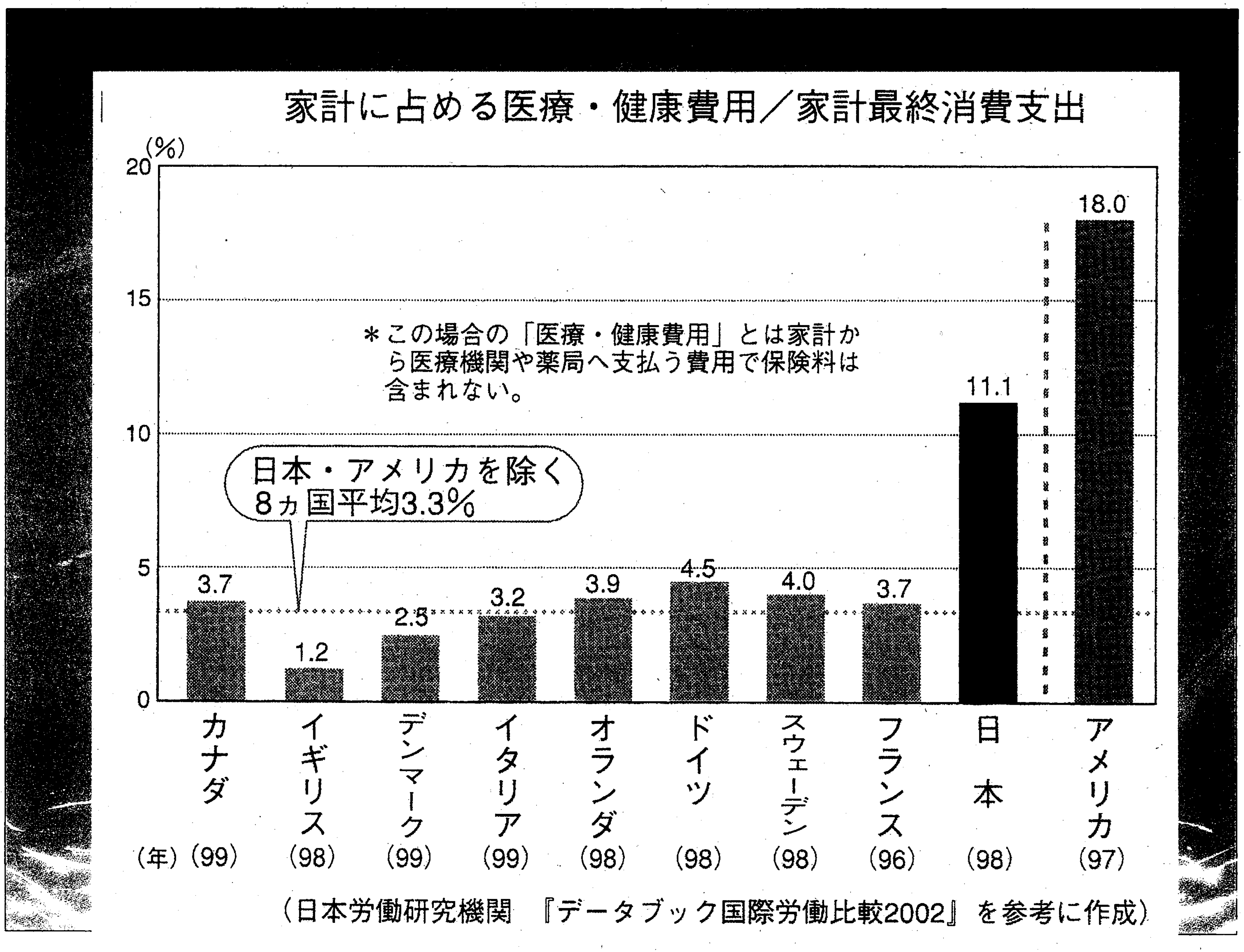
吉村 仁（厚生省保険局長のち事務次官）
「社会保険旬報」1983

1医療費亡国論
;このまま租税、社会保障負担が増大すれば、日本社会の活力が失われる。
2医療費効率逓減論
;治療中心の医療より予防、健康管理、生活指導などに重点をおいたほうが効率的。
3医療費供給過剰論
;供給は一県一大学政策もあって、近い将来医師過剰が憂えられ、病床数も世界一、高額医療機器導入数も世界的に高い。

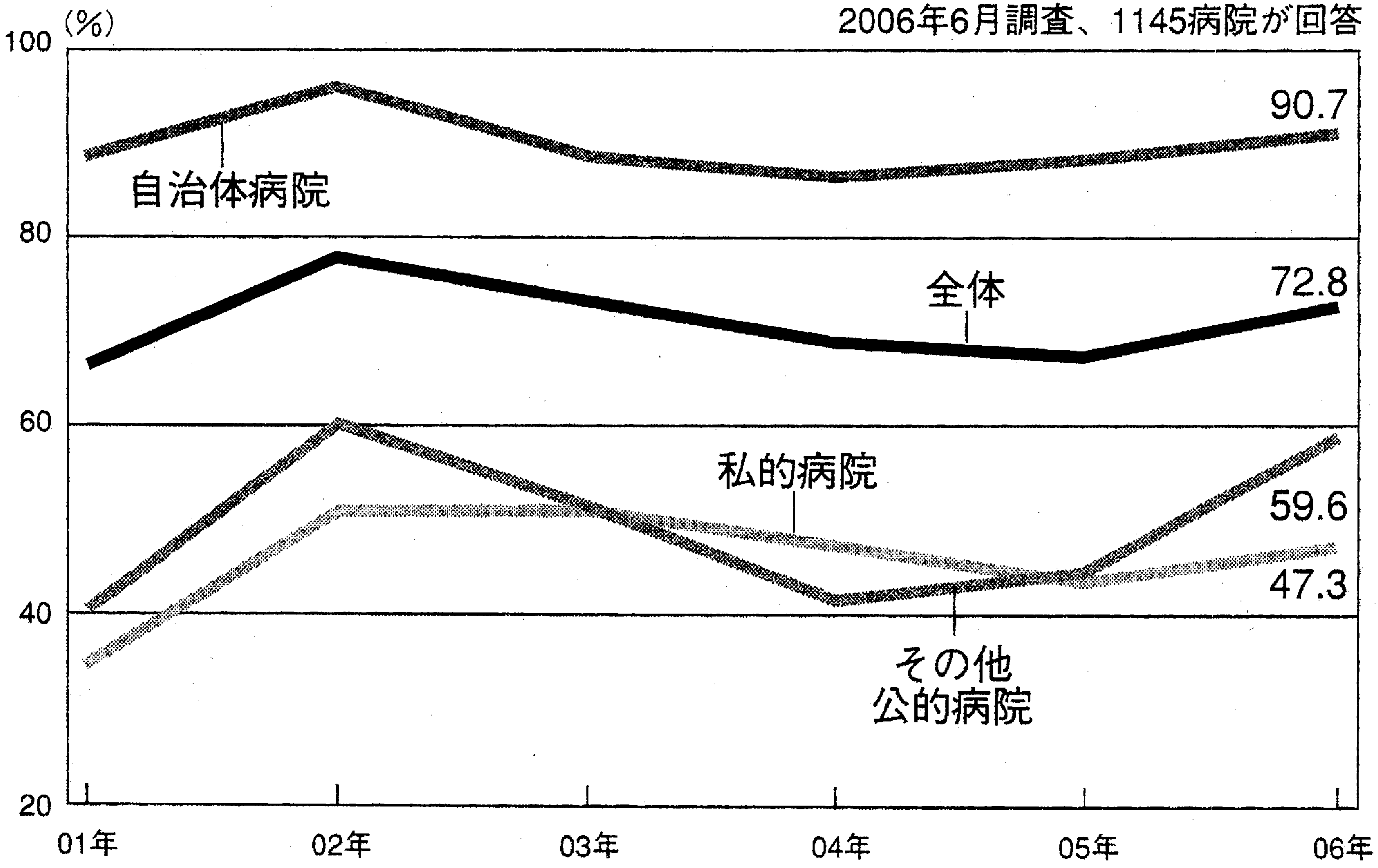
各国のＧＤＰに占める医療費の割合（2004年）



（出典：OECD Health Data 2004）

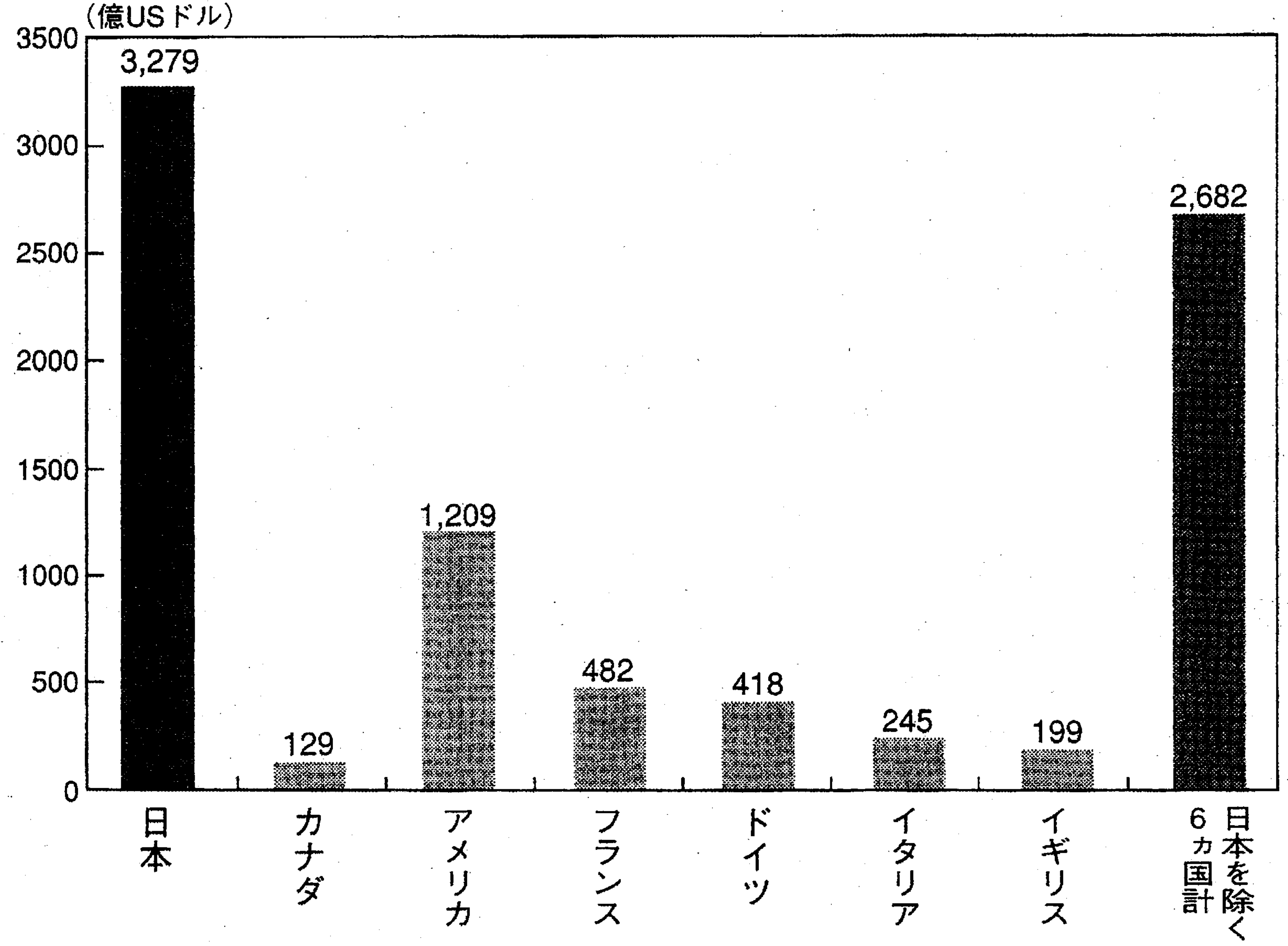

家計に占める医療・健康費用／家計最終消費支出
(%)
20
15
10
5
0
＊この場合の「医療・健康費用」とは家計から医療機関や薬局へ支払う費用で保険料は含まれない。
日本・アメリカを除く8ヵ国平均3.3%
3.7
1.2
2.5
3.2
3.9
4.5
4.0
3.7
11.1
18.0
カナダ
イギリス
デンマーク
イタリア
オランダ
ドイツ
スウェーデン
フランス
日本
アメリカ
(年)
(99)
(98)
(99)
(99)
(98)
(98)
(98)
(96)
(98)
(97)
（日本労働研究機関 『データブック国際労働比較2002』を参考に作成）

全国の病院の７割以上は赤字という現状



（全国公私病院連盟「平成18年病院運営実態分析調査の概要」を参考に作成）

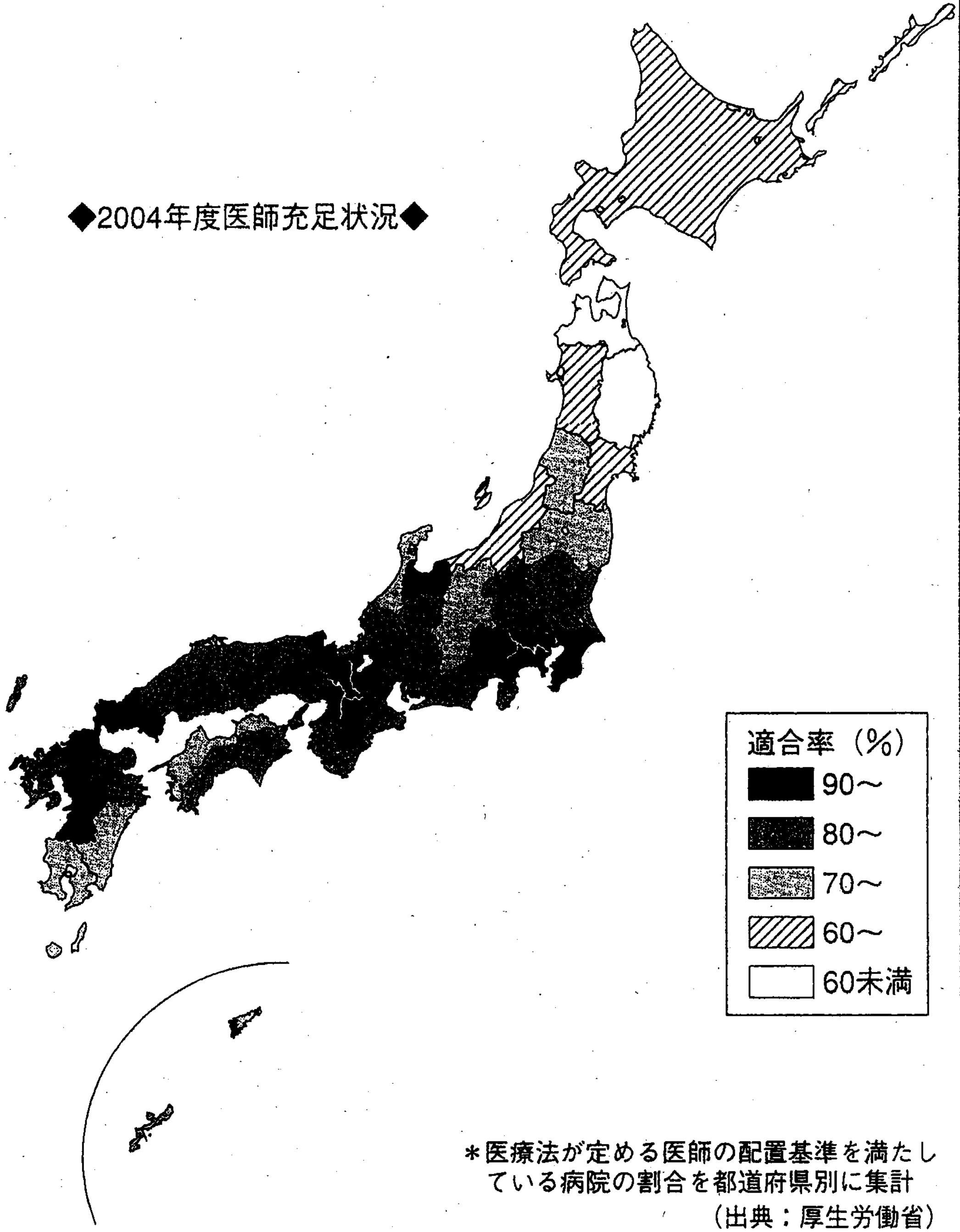
サミット6ヵ国合計より多い日本の公共事業費



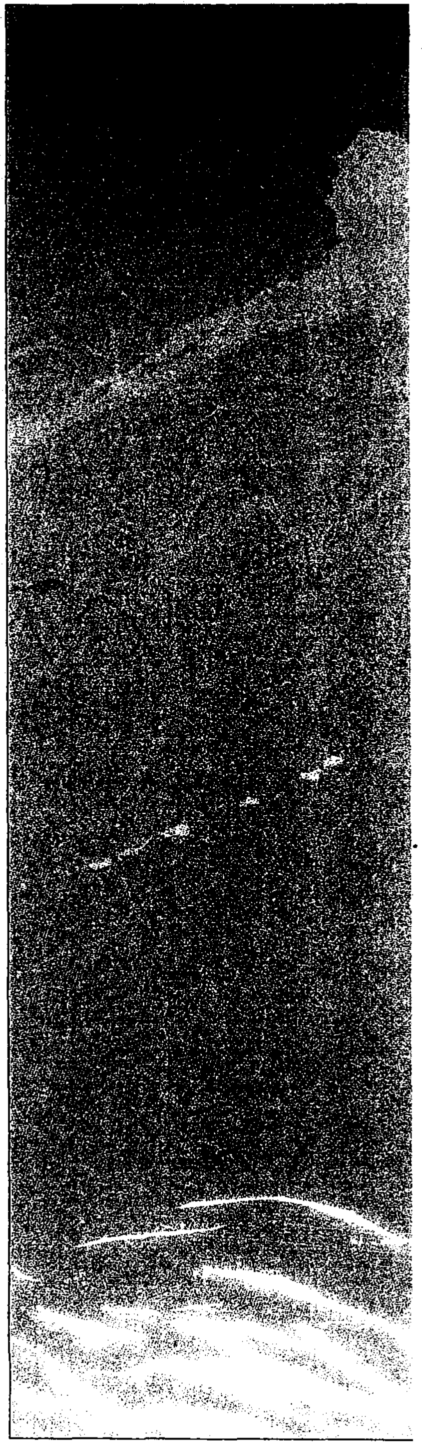
(「月刊保団連」 2004年5月号を参考に作成)

医師数の実態

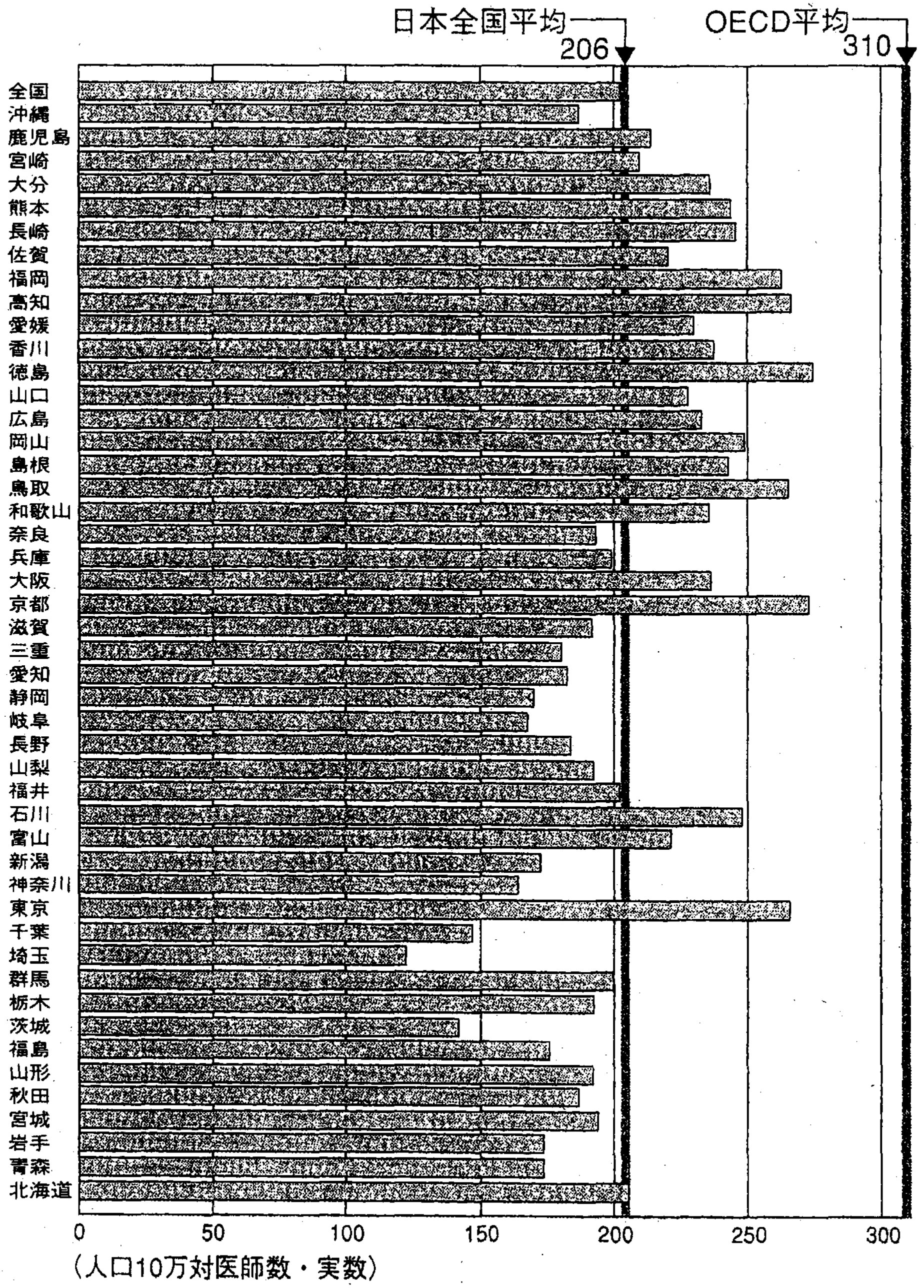
◆2004年度医師充足状況◆

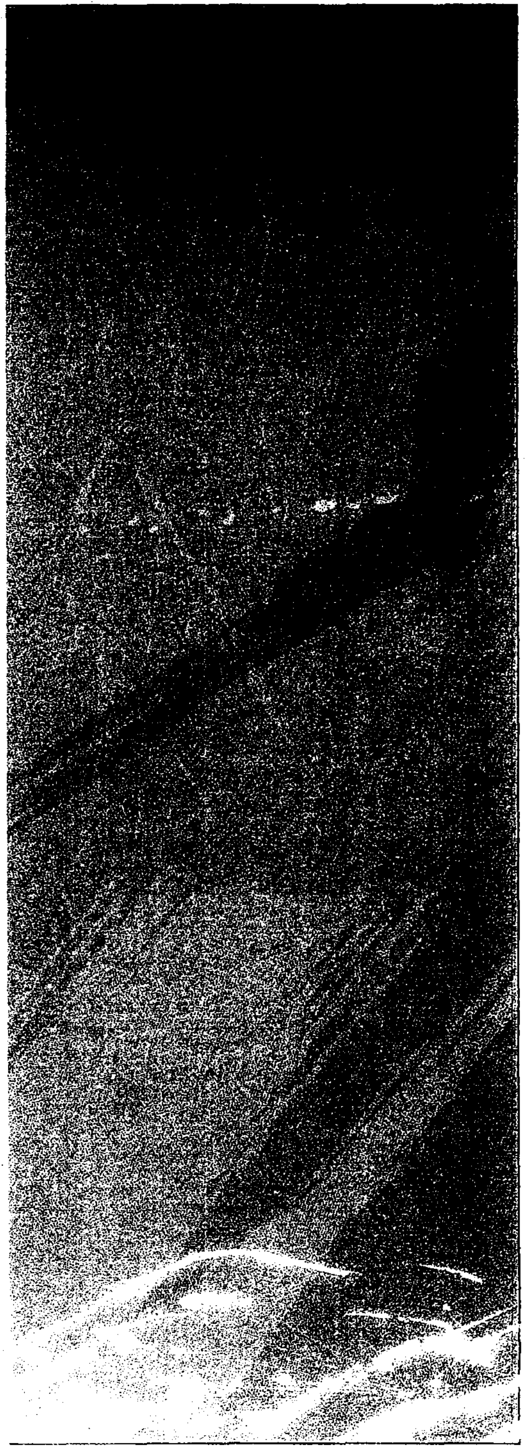


＊医療法が定める医師の配置基準を満たしている病院の割合を都道府県別に集計
（出典：厚生労働省）



医師不足（≒勤務医不足）の原因





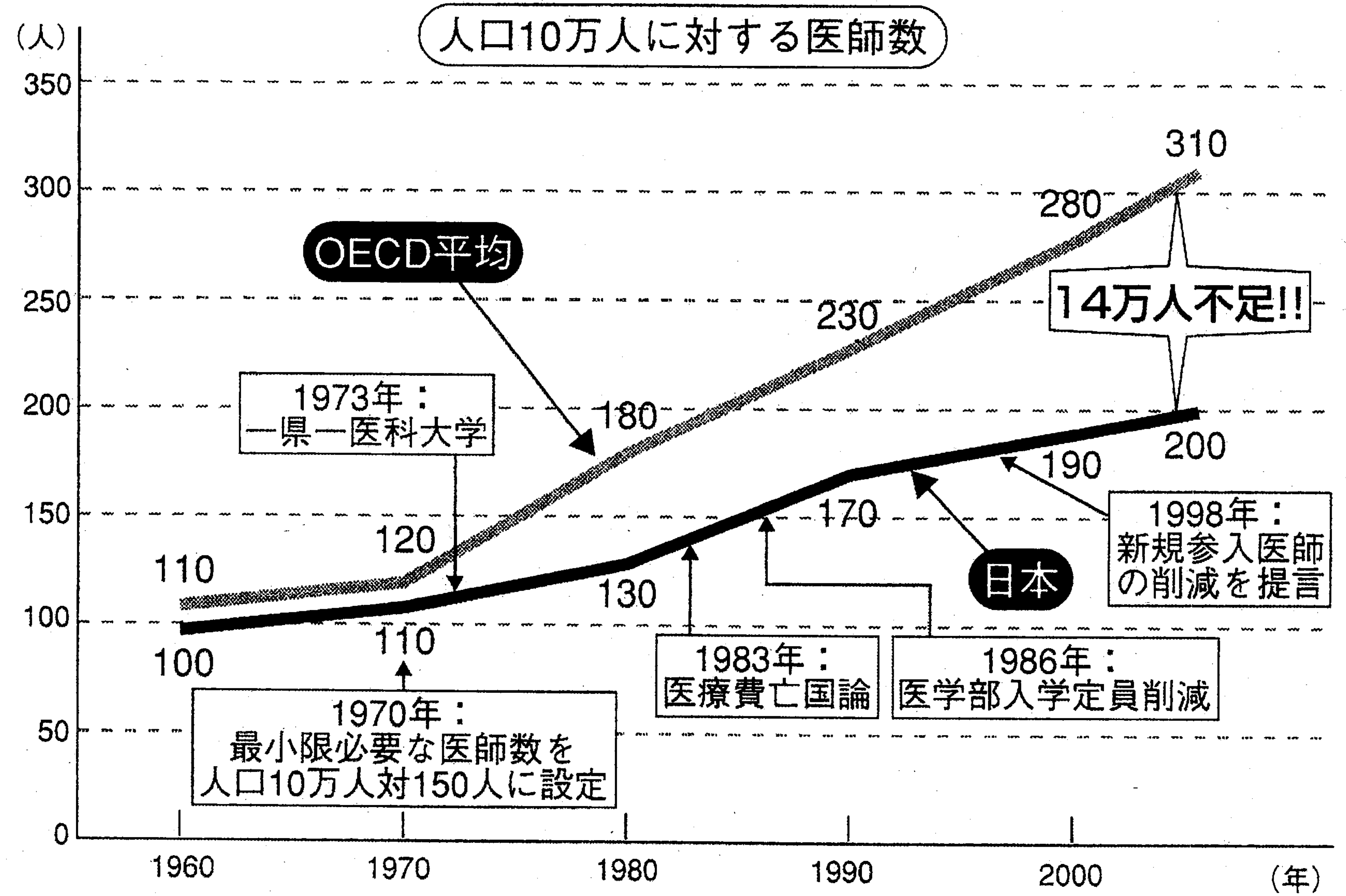
（2002年医師・歯科医師・薬剤師調査を参考に作成）

昭和23年（1948） 人員配置標準

国立病院

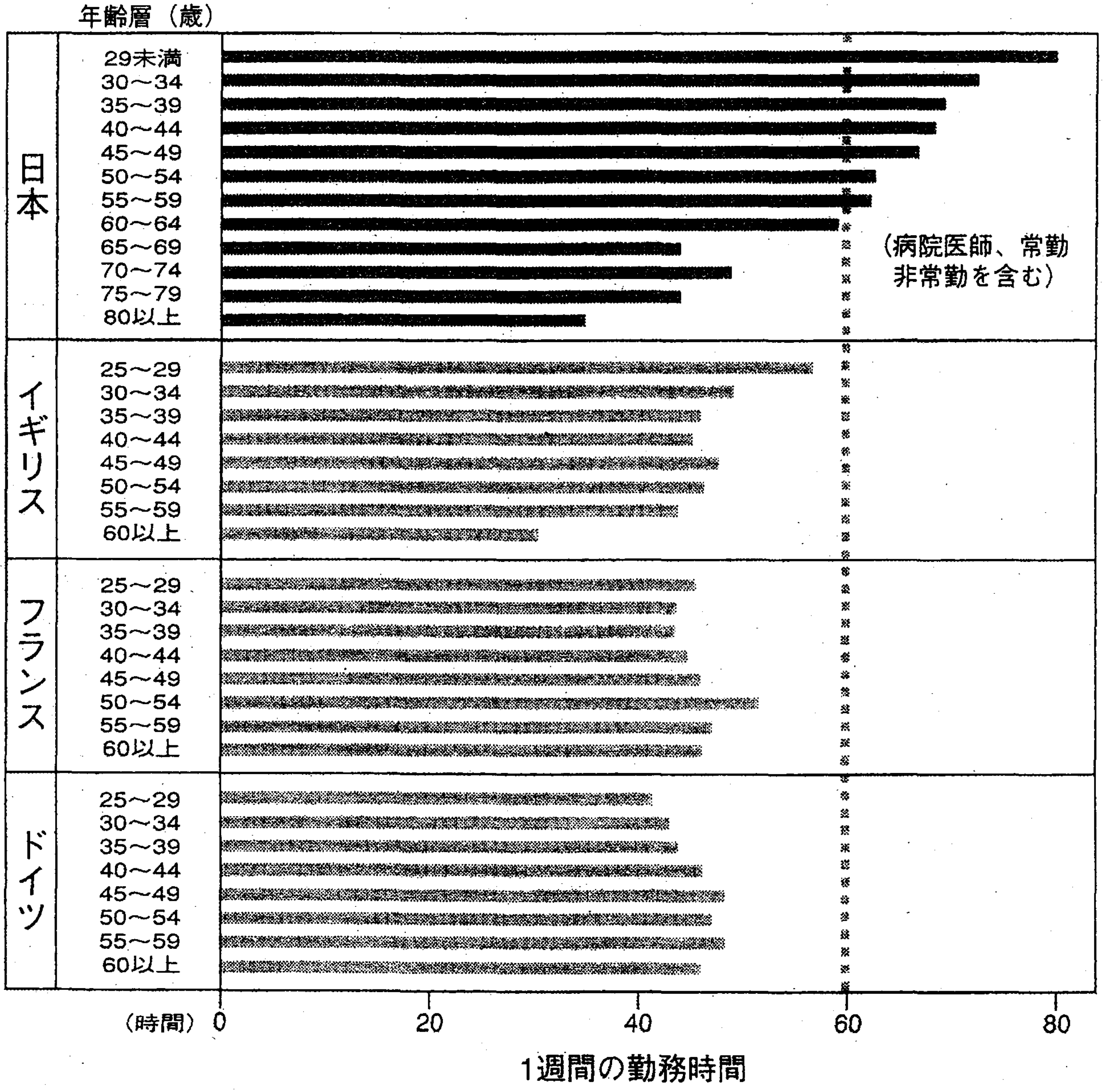
- 入院
  - 一般病床：入院患者一六人当たり医師一人
  - 感染症病床：入院患者一六人当たり医師一人
  - 結核病床：入院患者一六人当たり医師一人
  - 精神病床：入院患者四八人当たり医師一人
  - 療養病床：入院患者四八人当たり医師一人
- 外来：外来患者四〇人当たり医師一人

OECDの平均医師数と日本の医師数



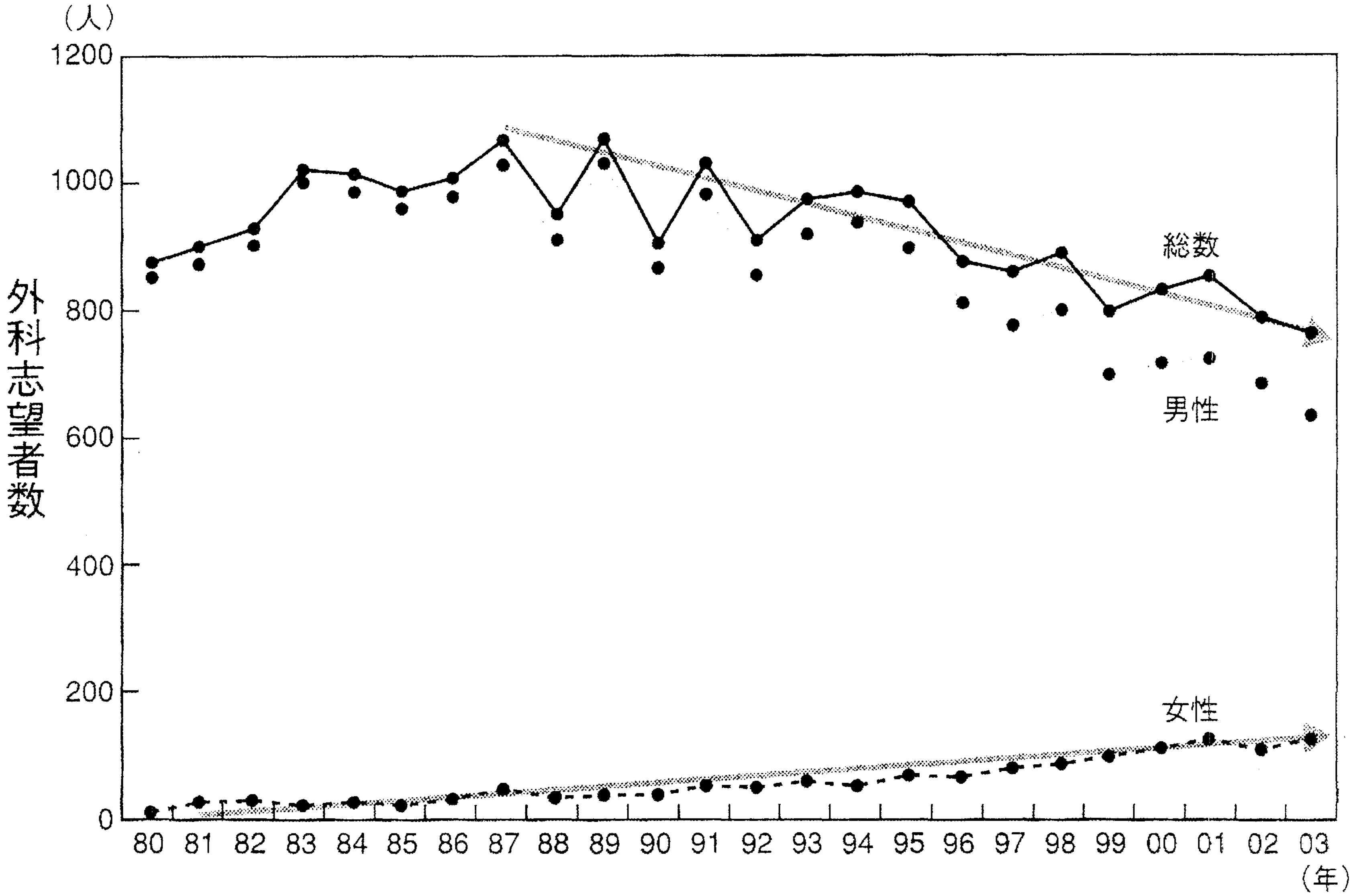
（出典：OECD Health Data 2006, 厚生労働省、2004年）

各国の医師の労働時間比較



（出典：日本；国立保健医療科学院タイムスタディ、イギリス・フランス・ドイツ；OECD）

外科志望者数の変遷



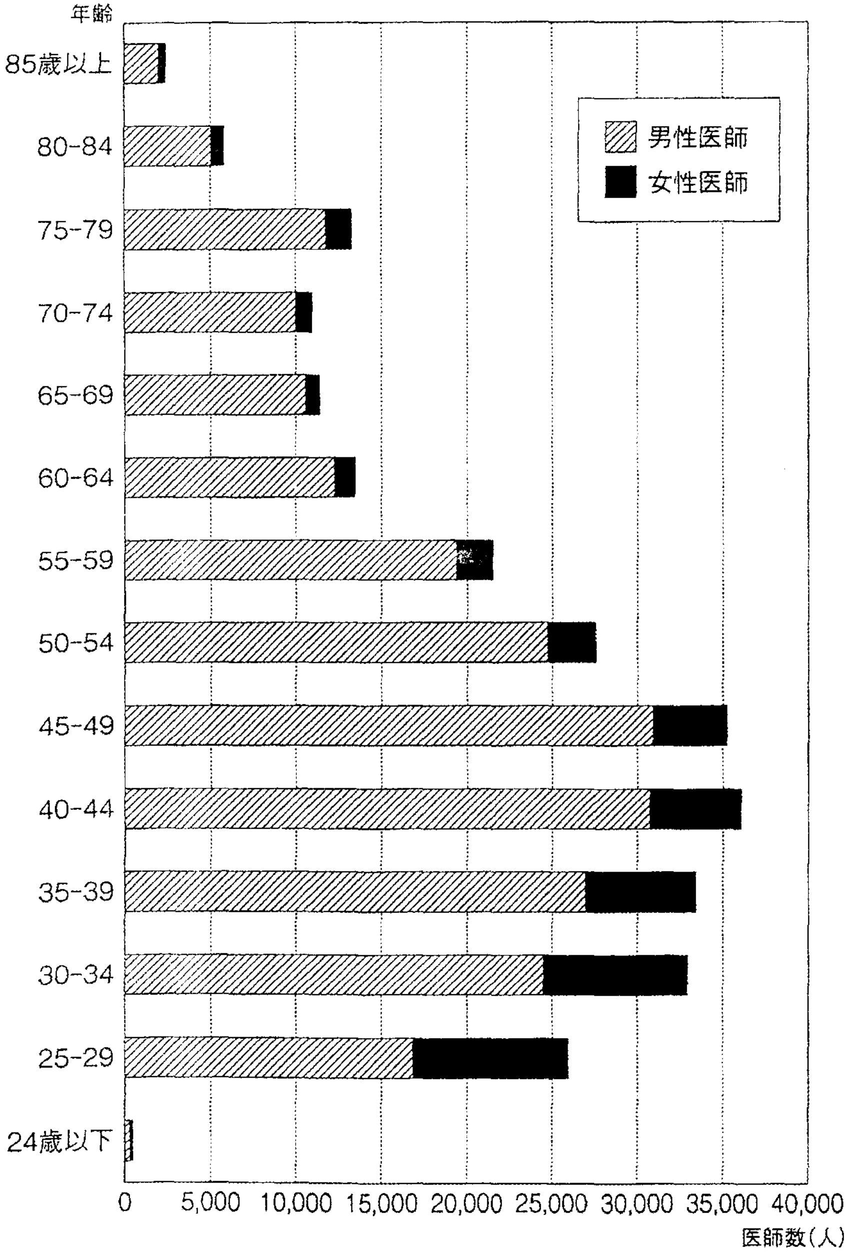
（出典：「日外会誌」2005年12月　長崎大学大学院移植・消化器外科　兼松隆之氏）

医師の内訳（歯科医師を含まない）

- 総数 …… 270,371人
  - 医療施設従事者数（診療医師数） …… 256,668人
    - 病院 …… 163,683人
      - 医育機関附属施設（大学病院） 43,423人
        - 臨床系教官 …… 21,350人
        - 医局員 …… 22,073人
      - 一般病院 …… 120,260人
    - 診療所 …… 92,985人
  - 介護施設など …… 2,668人
  - 基礎系教官、大学院生など …… 4,049人
  - 研究機関など …… 1,211人
  - 保健所、産業医など …… 3,347人
  - その他 …… 369人
  - 無職 …… 2,052人
  - 不詳 …… 7人

厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成16年）を基に作成

年齢別、性別医師数



厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師調査」（平成16年）を基に作成

３章１節

保険会社からの診療抑制の実態

アメリカの医師の現状

アメリカの医師の数

アメリカの医師の数は約76万人（１９９７年）。そのうち約16万人がアメリカ以外の大学を卒業している。現役の者だけに限れば男性医師53万人、女性医師16万人で、外国の大学を卒業している医師が増加していることと、女性医師が増加していることが特徴的である。

現役医師のうち、公務員（連邦職員）が約１・９万人、それ以外の者が67万人である。67万人の内訳は診療所勤務46万人、病院勤務15万人、その他となっている。診療所勤務46万人の構成は、一般・家庭医６・２万人、消化器内科医８・１万人、小児科医３・７万人、産婦人科医３万人、呼吸器科医２・８万人、麻酔科医２・６万人、精神科医２・４万人、整形外科医１・９万人、心血管科医１・５万人、放射線科医１・４万人、救急科医１・３万人、病理医１万人、その他である。

アメリカの医学教育の教育年限は４年であり、一般の大学を卒業してから入学する。医科大学は現在１２５校（１９９７年）で、１９９７年の卒業生は約１・６万人である。

大学卒業と同時に医師資格は取得するが、すぐには診療できない。卒後、研修医（レジデント）としての研修を続けた後、試験に合格する必要がある。研修期間は専攻によって異なり、州によっても異なっている。

マサチューセッツ州の医師の数は約２万４６００人。人口10万人対４０２人で、全米各州の中でも最高である。ボストンは、世界的に有名な病院が集まっている都市でもある。ちなみに、全米平均では医師の数は10万人対２４５人である。

また、国民の年間医療費支出は１８４１ドル（１９９７年）で、医療費の家計に占める割合は５・３％。その内訳は保険料８８１ドル（47・９％）、医療費負担５３１ドル（28・８％）、薬剤・その他４２８ドル（23・２％）となっている。参考までに、年間医療費は、ヒスパニック*1で１１６７ドル、アフリカ系アメリカ人で１０３５ドルと、はるかに全平均を下回っている。

*1 米国内に住むスペイン語圏（南米各国）からの移民のこと。

マネジド・ケアとの契約医の増加

マネジド・ケアと契約する医師が増えているが、それはなぜだろうか。

①医師が患者を確保する必要がでてきた。

②医師が自分の収入を安定させる必要がでてきた。

③医師の身分の安定を図ることができる。

以上の３点が考えられるが、それぞれについて、考えてみたい。

①については、医師数の増加がその一因であることは明らかである。10万人あたりの医師数でみる限り、日本をはるかに上回っていることからも、そのことはうかがい知れる。しかし、医師

18

苦悩する市場原理のアメリカ医療

Managed Care and the Health Care Crisis in the United States

日本の開業医
調査団がみた
最新事情

アメリカ医療視察団［著］
池内春樹
池田信明
井戸芳樹
川崎美榮子
高山一夫
辻　孝範
津田光夫
馬場　淳
村田安雄
吉中丈志

あけび書房

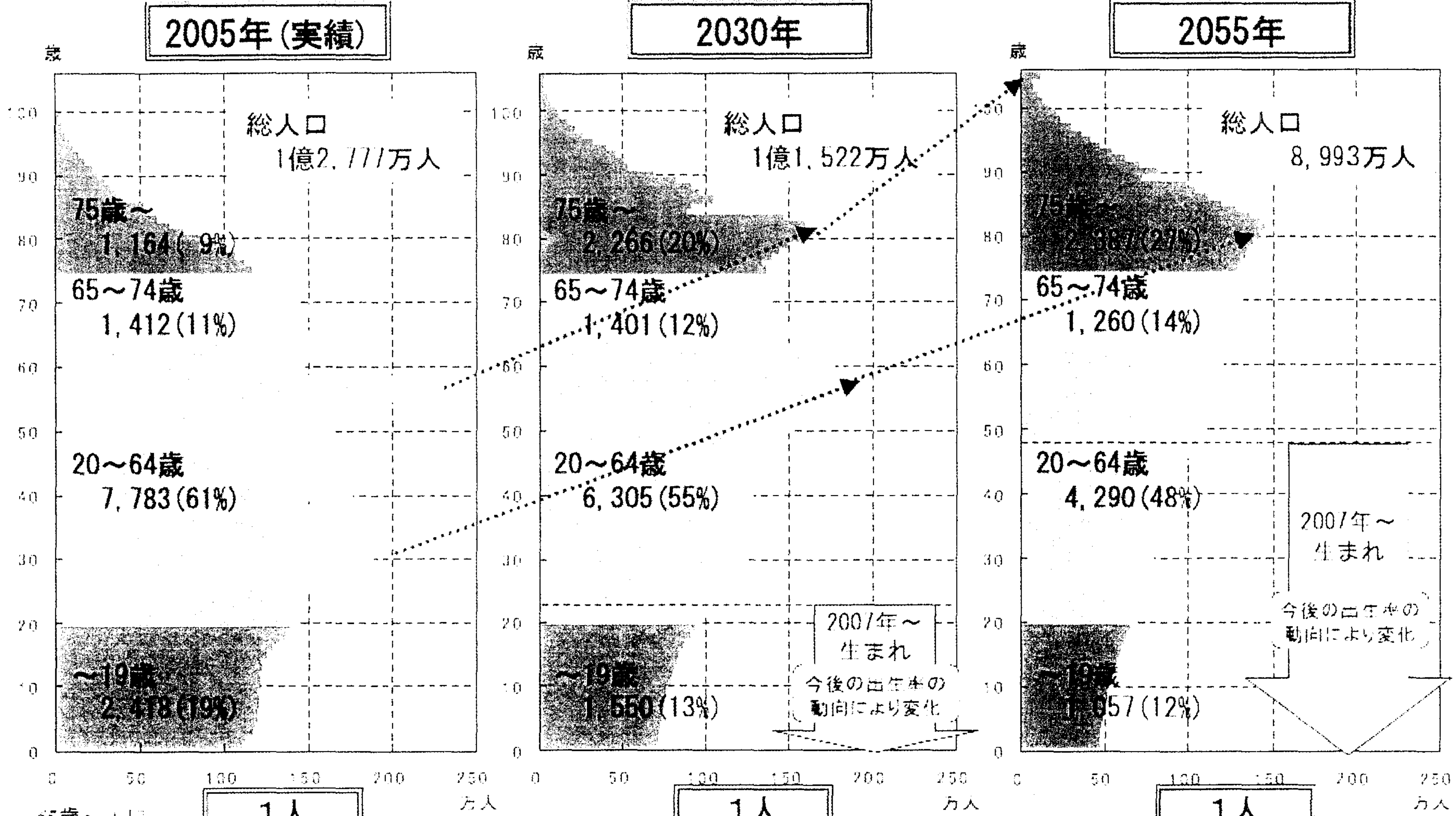
日米病院職員数の比較

（長崎大・高岡教授）

	ボストンSE病院（300床）	日本S国立病院（310床）
職員総数	2011人	200人
医　師	371人	39人
看護師	620人	85人
看護助手	64人	15人
栄養士	120人	7人
レジデント	113人	0人
秘　書	90人	0人
ハウスキーパー	75人	0人
患者運搬係	17人	0人
その他（事務等）	541人	54人

人口ピラミッドの変化（2005、2030、2055） －平成18年中位推計－

○我が国の人口構造の変化を見ると、現在１人の高齢者を3人で支えている社会構造になっており、
少子高齢化が一層進行する2055年には１人の高齢者を１．２人で支える社会構造になると想定



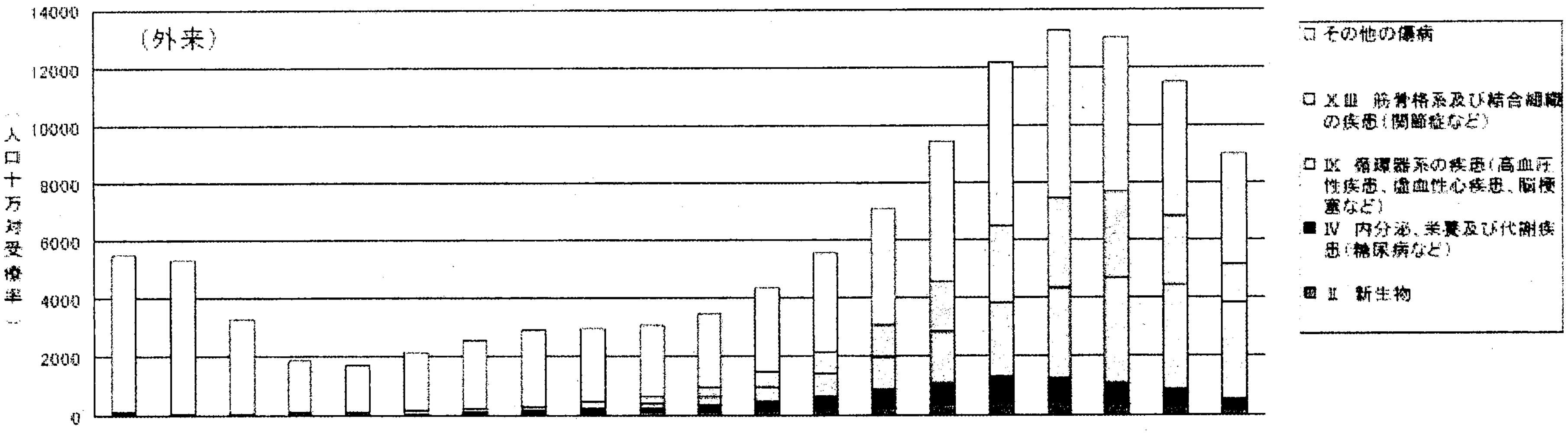
65歳～人口 / 20～64歳人口	2005年	2030年	2055年
	1人 / 3.0人	1人 / 1.7人	1人 / 1.2人

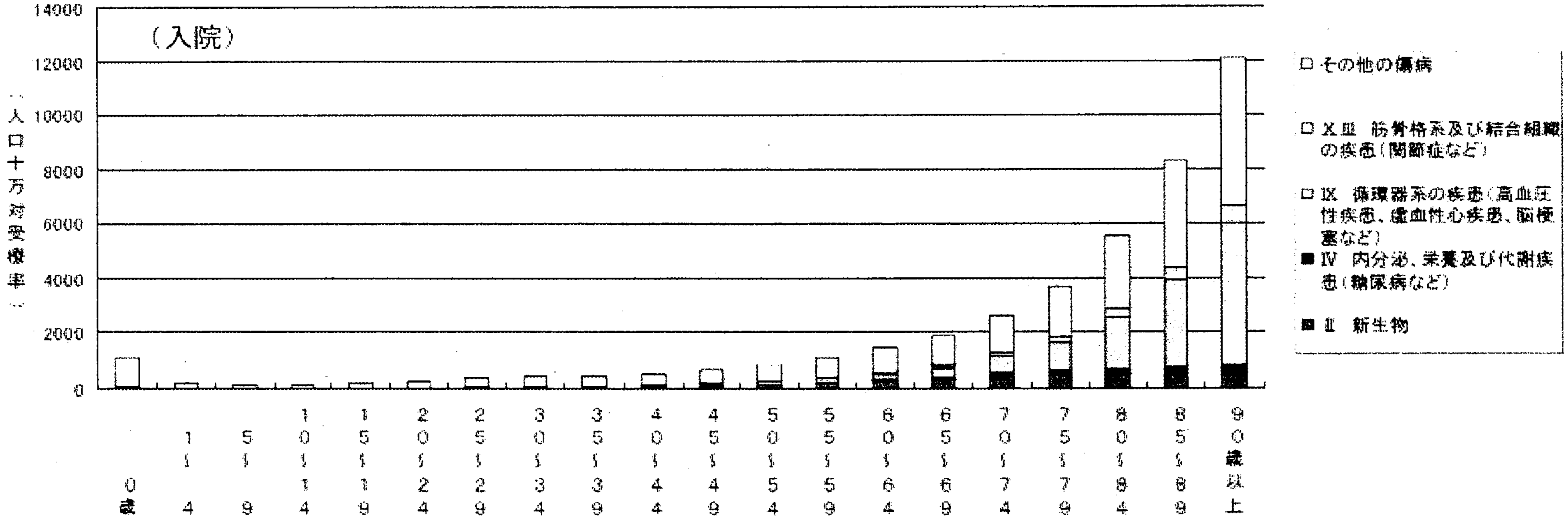
注 2005年は国勢調査結果（年齢不詳按分人口）

厚生労働省「安心と希望の医療確保ビジョン」第1回会議資料

21

年齢階級別受療率



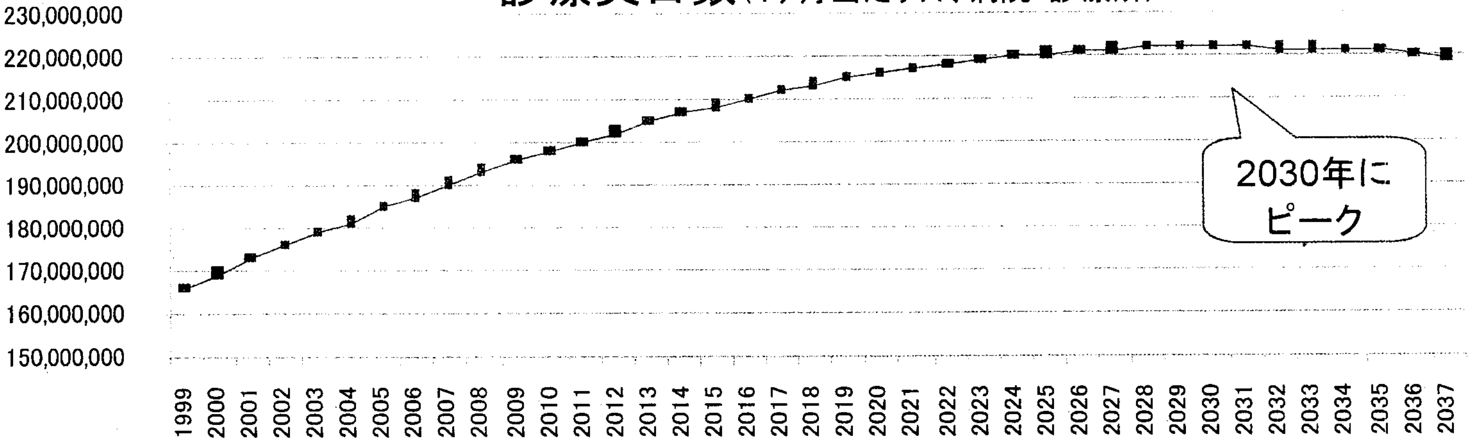


（注）「患者調査」（平成14年）により作成

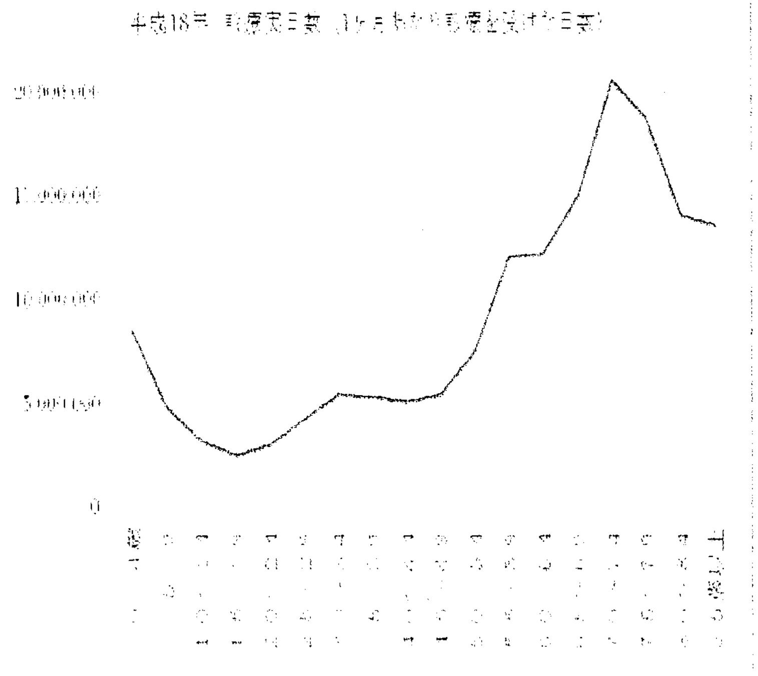
厚生労働省「安心と希望の医療確保ビジョン」第1回会議資料

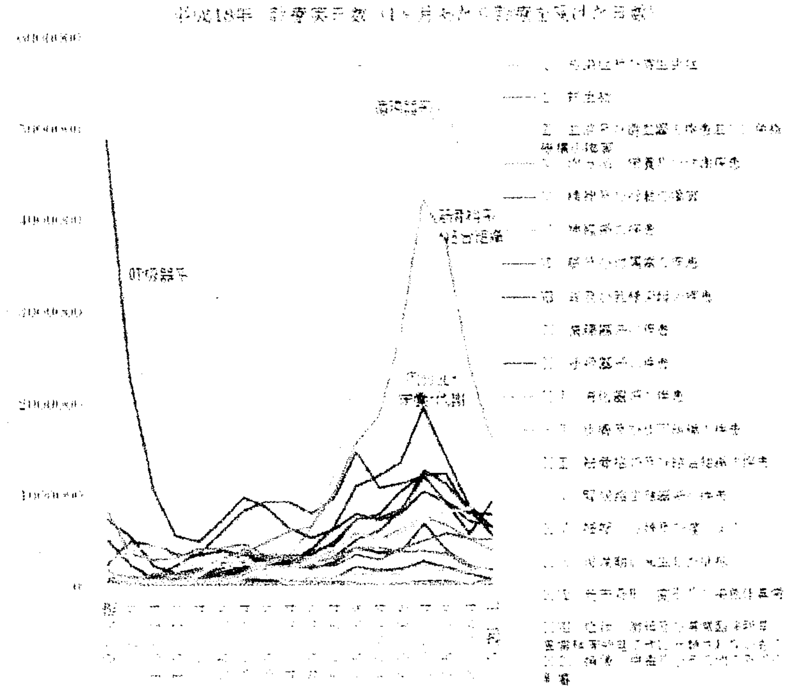
高齢化とともに患者需要は増大する

診療実日数（1ヶ月当たり日、病院・診療所）



※診療実日数：入院では当月中の入院日数、入院外では当月中の外来、往診等で医師の診療を受けた日数

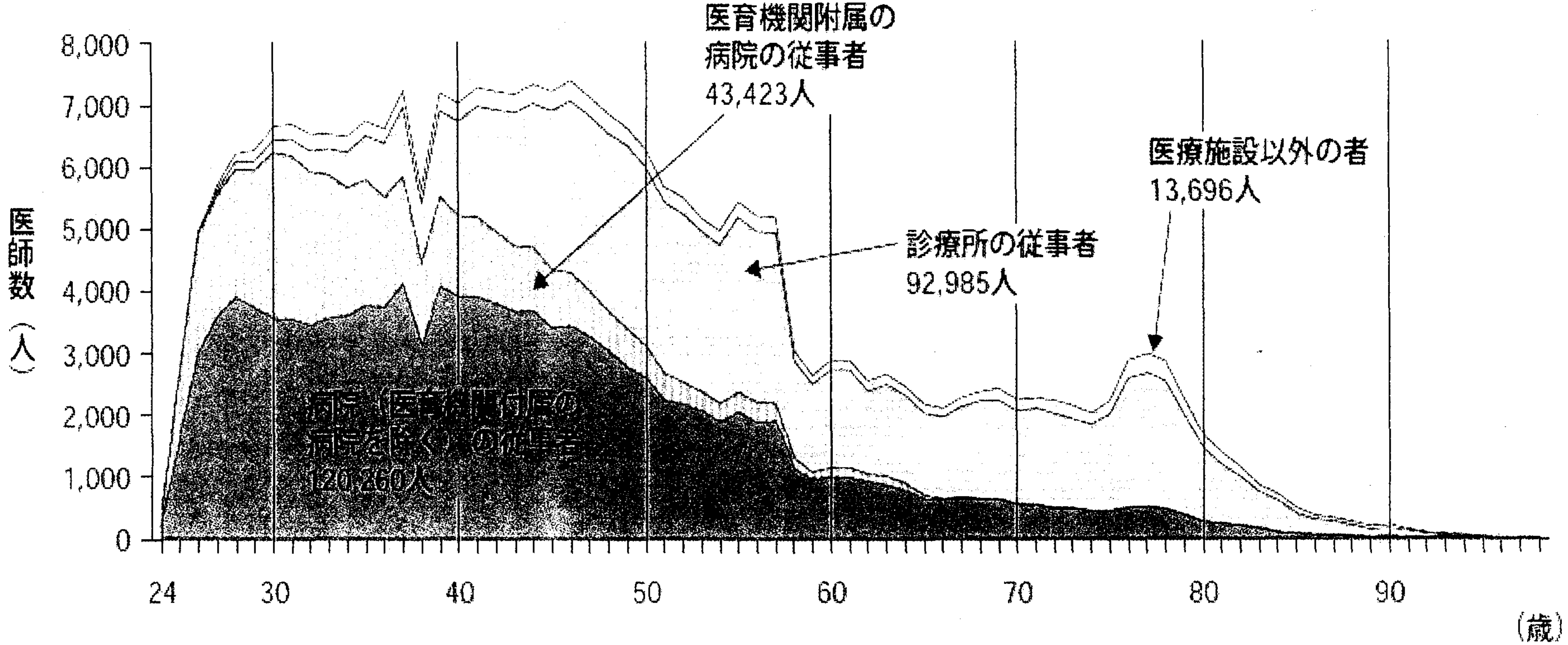




社会医療診療行為別調査、将来推計人口

医師も高齢化が進む

医師の年齢階級別分布（2004年）

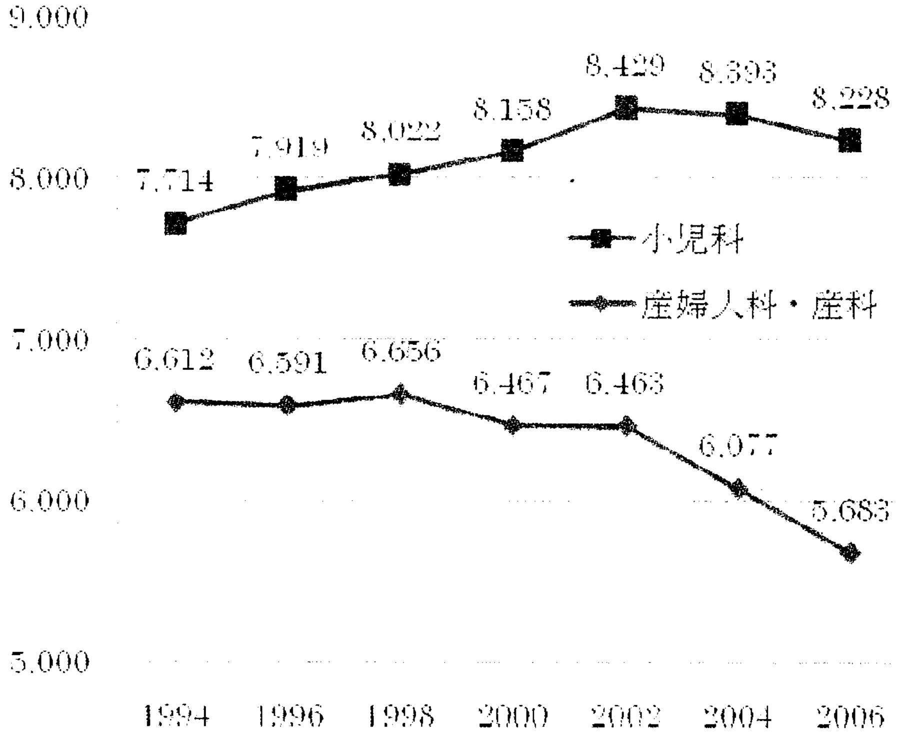


資料： 厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」（2004年）

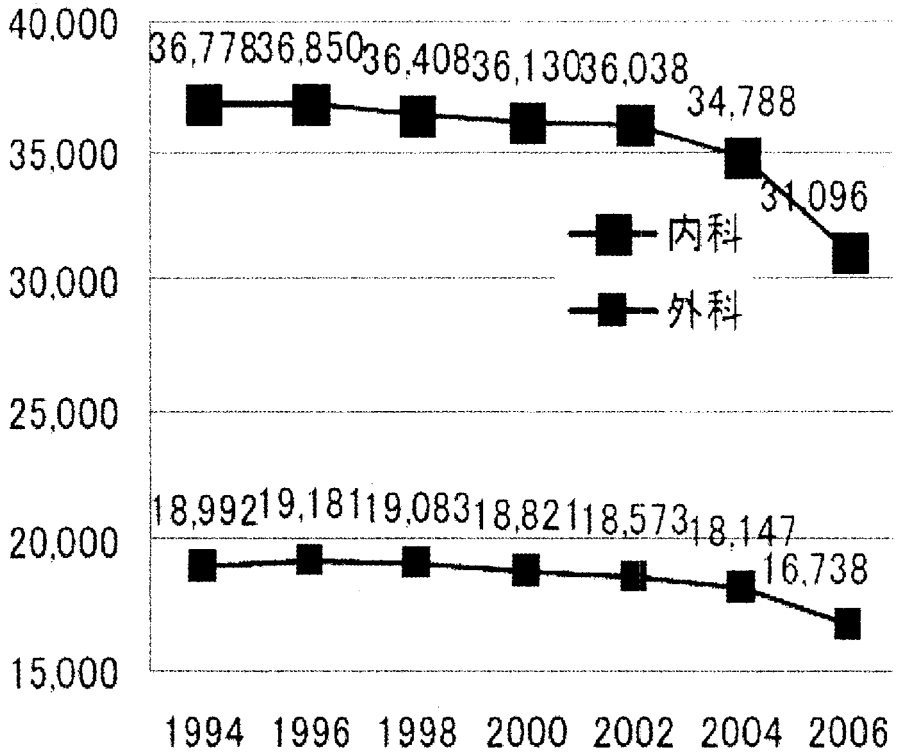
平成19年厚生労働白書

減少する病院医師

小児科、産婦人科の病院医師数

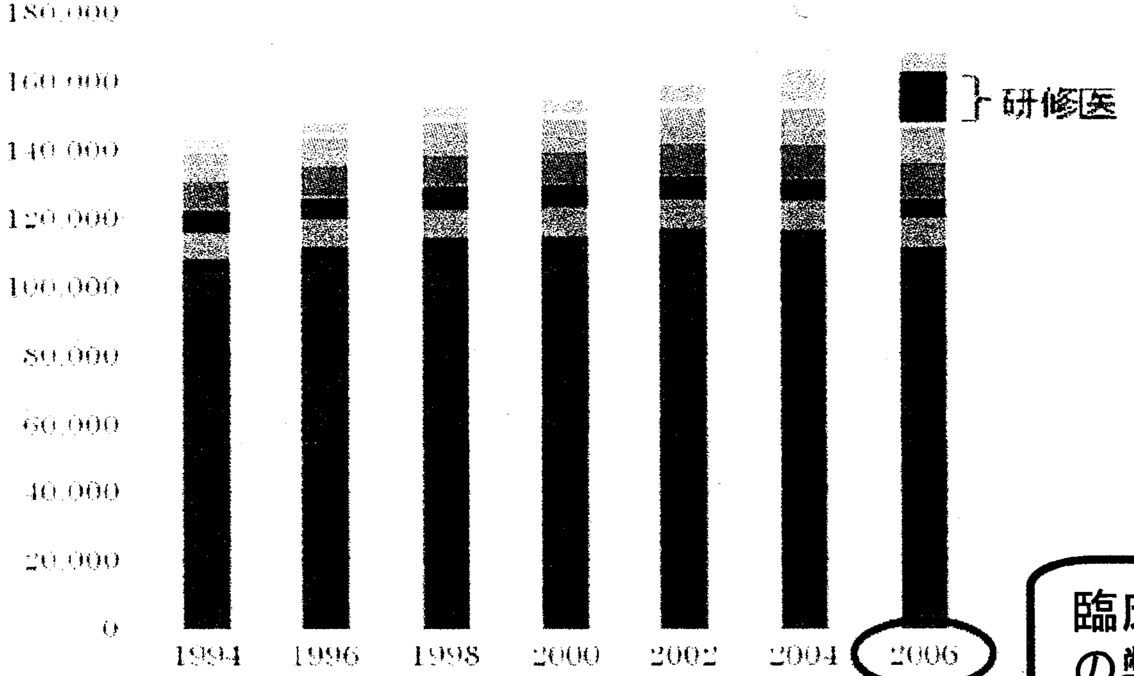


内科、外科の病院医師数



医師・歯科医師・薬剤師調査

診療科別病院医師数



	1994	1996	1998	2000	2002	2004	2006
その他	3,962	3,955	4,416	4,877	5,992	10,673	6,512
研修医							14,383
リハビリテーション科	700	827	1,012	1,151	1,339	1,569	1,733
麻酔科	4,504	4,804	5,315	5,443	5,748	5,998	5,763
放射線科	3,661	3,992	4,250	4,324	4,496	4,509	4,589
精神科	8,496	8,817	9,193	9,419	9,901	9,993	9,978
婦人科	375	405	431	510	511	608	697
産婦人科・産科	6,612	6,591	6,656	6,467	6,463	6,077	5,683
小児科	7,714	7,919	8,022	8,158	8,429	8,393	8,228
外科系	55,133	56,772	58,260	58,603	59,400	58,479	56,196
内科系	52,255	54,117	55,545	55,636	56,852	57,384	54,563

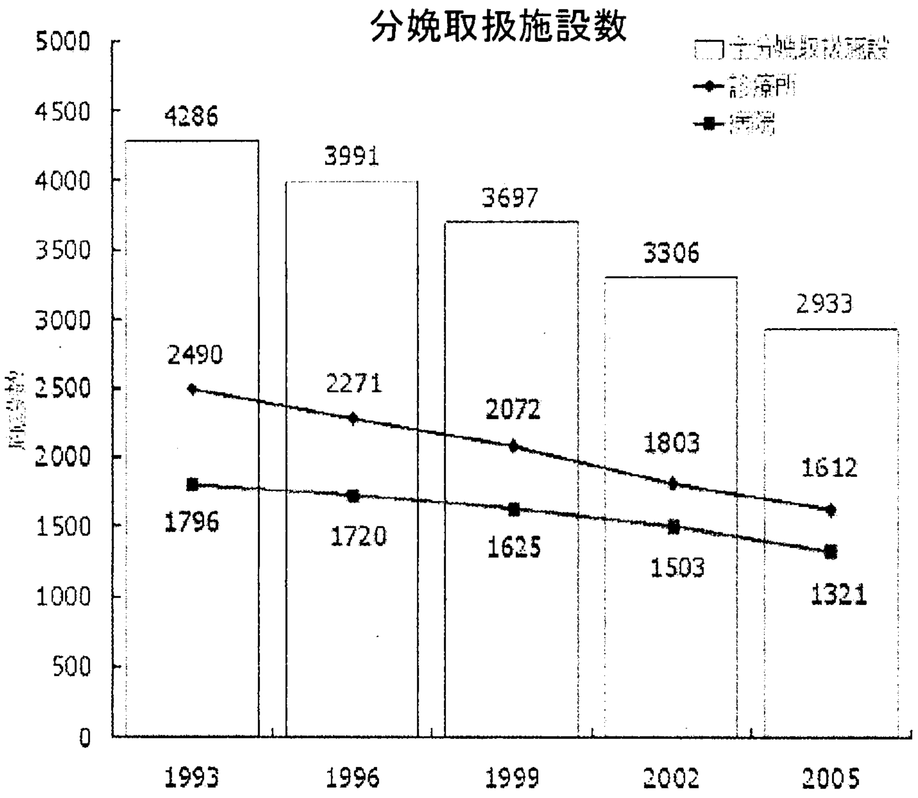
増加傾向（その他〜婦人科）

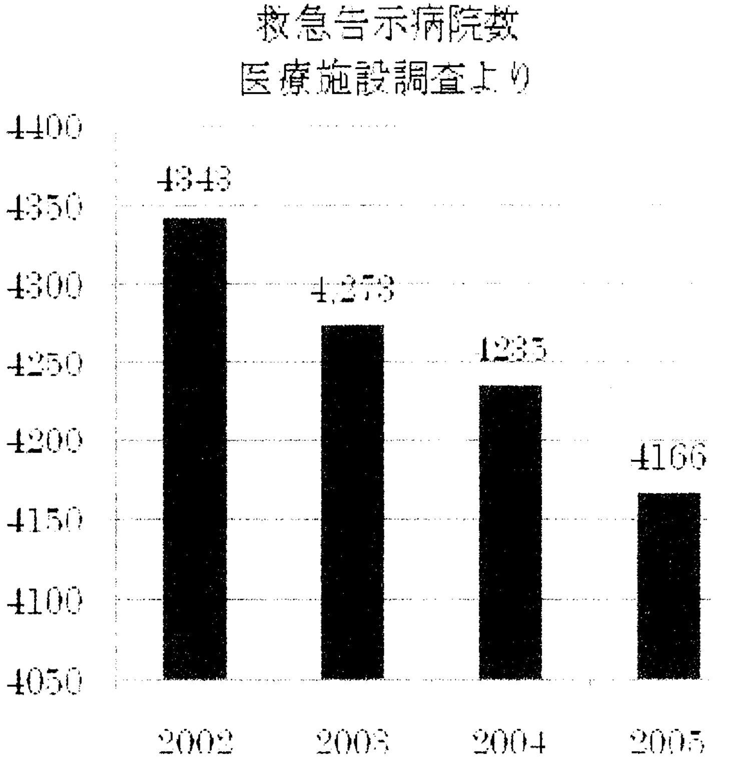
減少傾向（産婦人科・産科〜内科系）

臨床研修制度の弊害は甚大

医師・歯科医師・薬剤師調査

減少する分娩取扱施設、救急病院



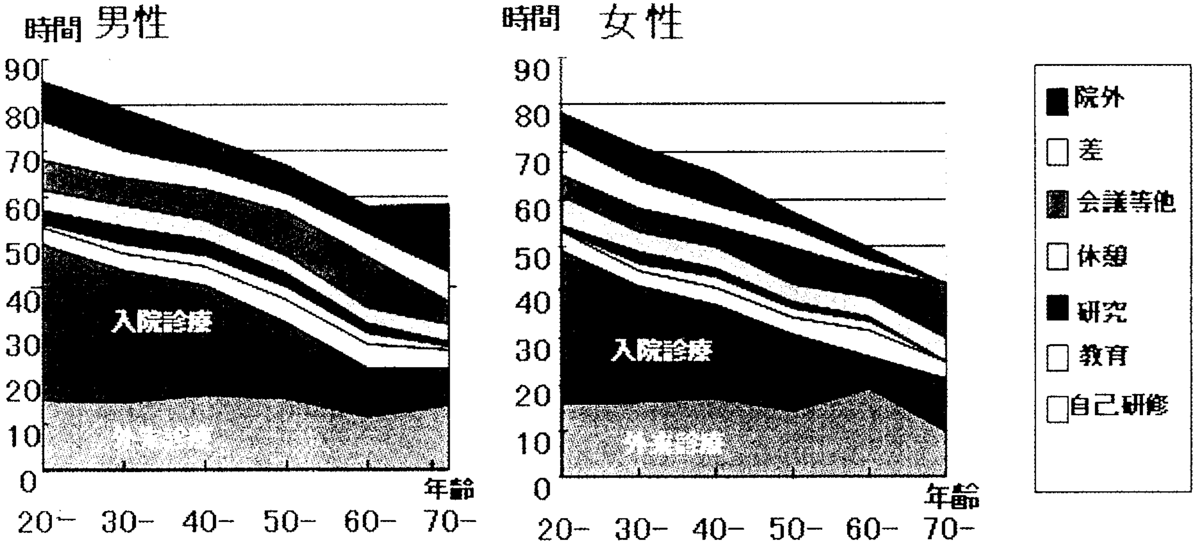


医療施設静態調査および日本産婦人科学会調査

医師の勤務時間

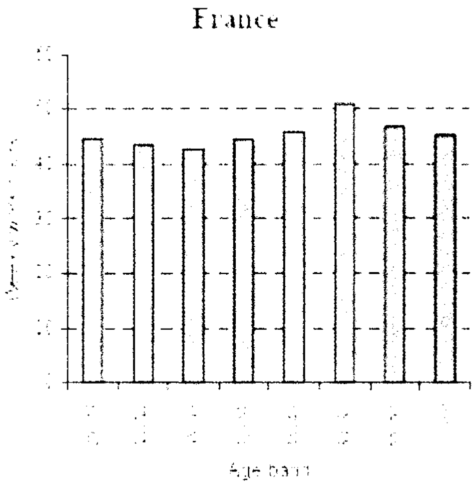
日本　40～85時間程度

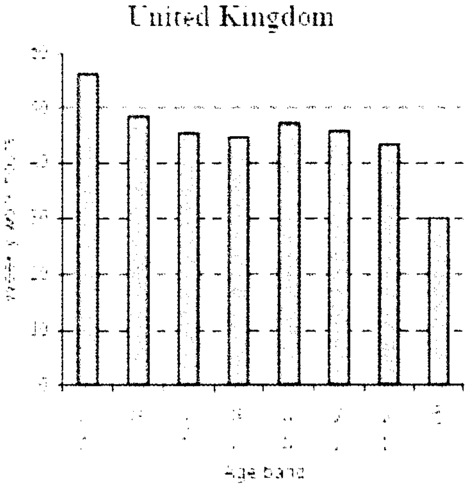
病院医師勤務時間
1週間平均、年齢別、性別、常勤



厚生労働省第12回医師の需給に関する検討会

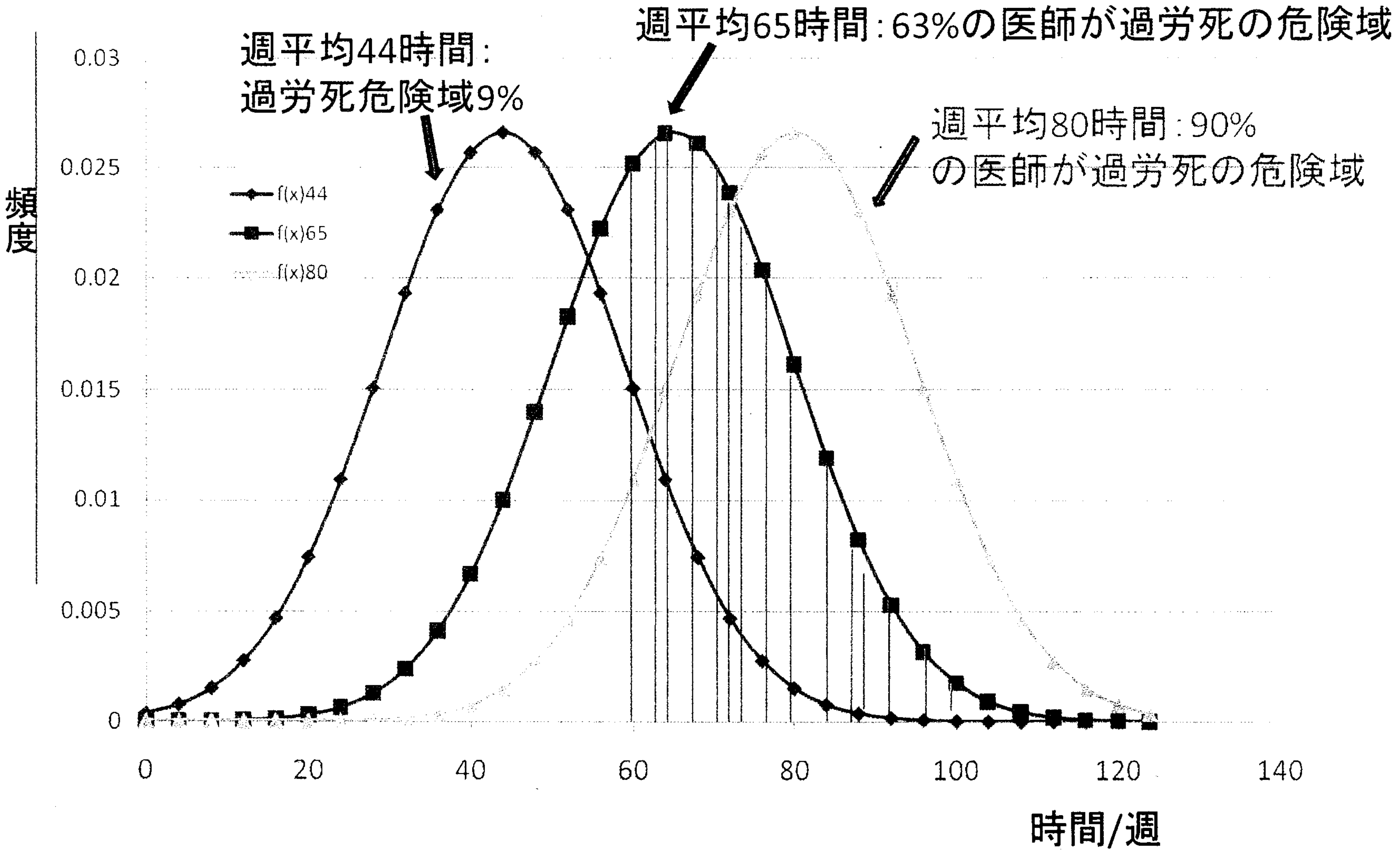
ヨーロッパ　30～50時間程度





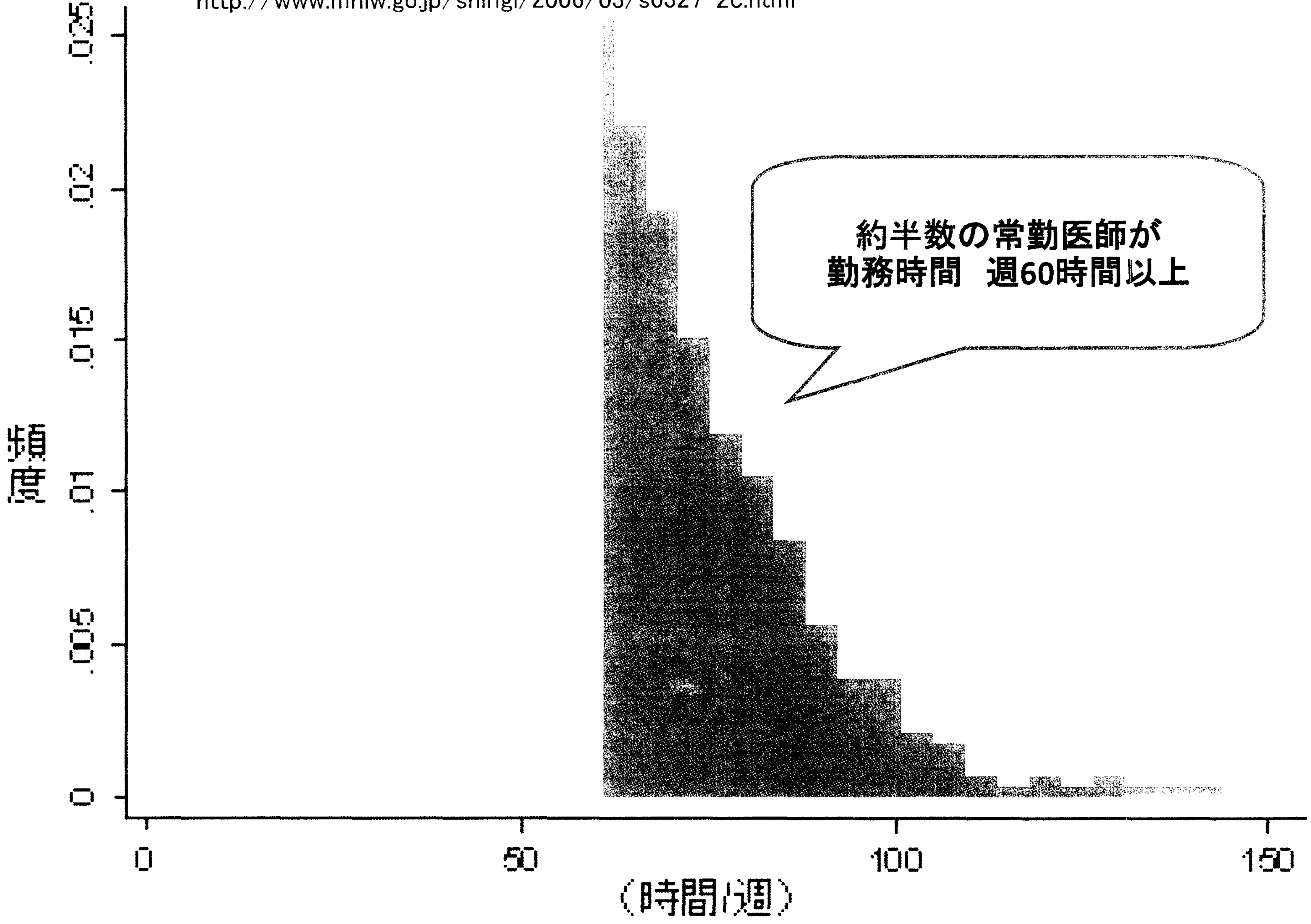
OECD Health Working Papers
The Supply of Physician Services
In OECD Countries

医師勤務時間平均と、過労死危険域



医師需給に係る医師の勤務状況調査(H18)　より、常勤医師勤務時間

http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/s0327-2c.html



徹夜（当直）明けで診療する医師は、ほろ酔い～酩酊初期の注意力

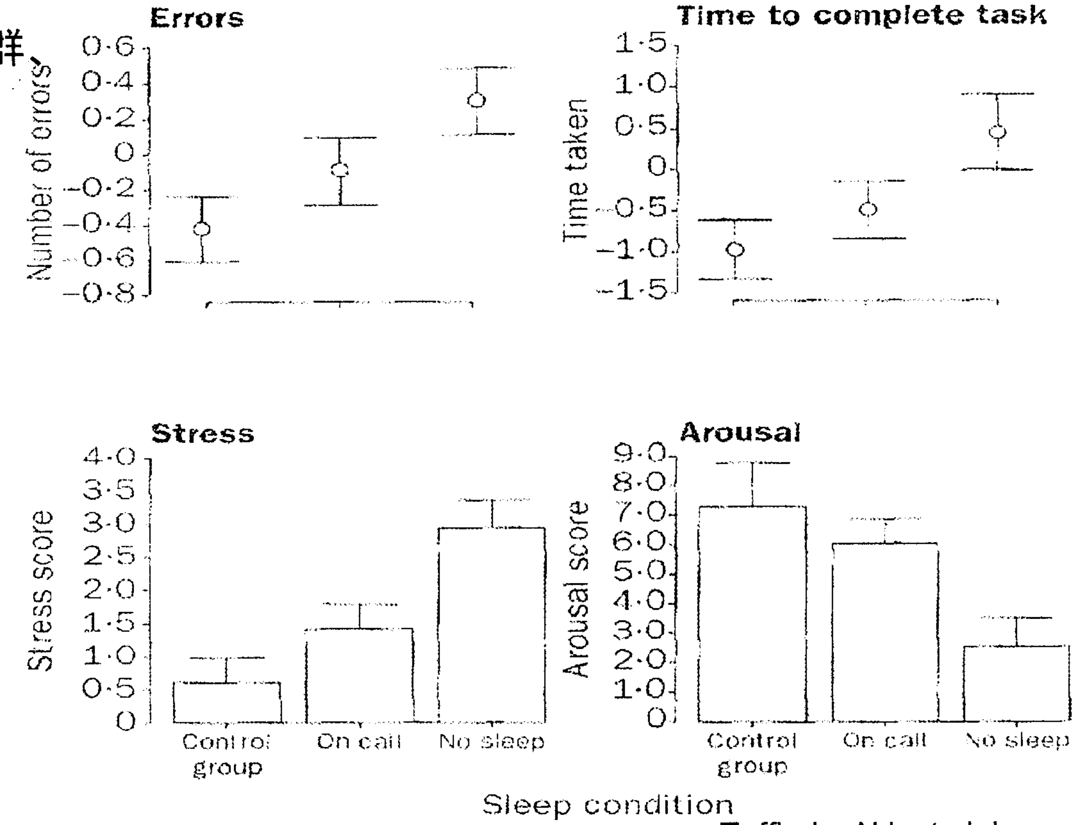
～交代制なしに患者安全は不可能～

現状の日本の医師は、長時間労働に加え、交代（シフト）がなく24時間拘束され（夜中も電話で起こされ指示を出さねばならない）、十分な睡眠時間が取れないため、患者の安全性は確保できない。

睡眠不足は、アルコール血中濃度と同様に認知・精神運動作業能力(cognitive psychomotor performance)と負の相関を示し、24時間覚醒時にはアルコール血中濃度0. 10%と同程度の注意力しかない。

アルコール血中濃度0. 10%とは、ビール大瓶2本飲酒後のほろ酔い期～酩酊初期にあたり、手の動きが活発になる、抑制がとれる（理性が失われる）、脈が速くなるなどの状態である。運転すると交通事故の可能性は6～7倍、判断力が鈍りスピードの出し過ぎにも気づかない、動体視力、集中力も低下し、信号や路上の人への見極めが遅れ、とっさの対応が難しい、平衡感覚も鈍るので、直進運転もあやしくなっている。徹夜（当直）明けの医師は、ほろ酔い～酩酊同然の状態で手術に当たっており、患者にとって危険なので、当直翌日は帰宅させる体制が必要である。（「医療崩壊の現状分析と対策に関する考察」P.60より）

対照群、当直（睡眠妨害）群、徹夜（無睡眠）群における腹腔鏡の手技エラーと操作時間延長



Mean (SE) effect of sleep conditions

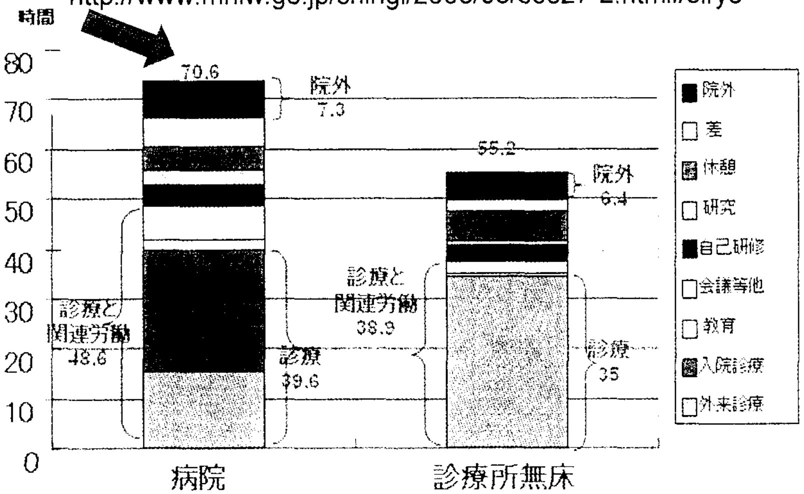
Taffinder NJ, et al. Lancet 1998;352:1191

厚生労働省「医師の需給に関する検討会報告書(平成18年7月)」の問題点

1. 医師の勤務時間70. 6時間(左図)である実態を無視し、平均48時間(右図)としている。

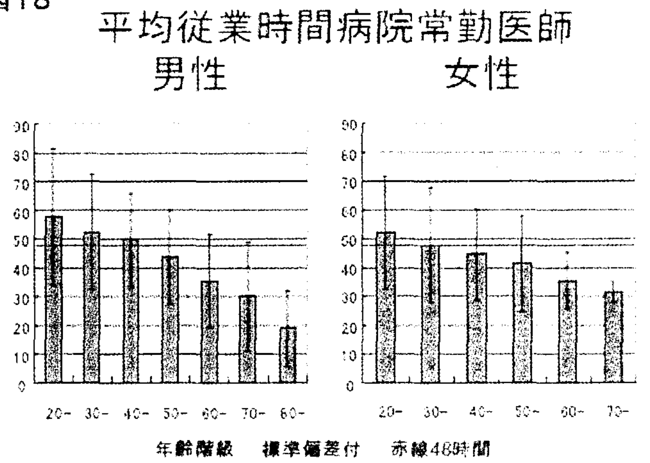
「休憩時間や自己研修は、通常は勤務時間とは見なされない時間であり、 これらを含んだ時間を全て勤務時間と考えることは適切でない。 (報告書P.16)」

医師勤務時間 1週間、平均、常勤
第12回医師の需給に関する検討会
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/s0327-2.html#siryo



医師の需給に関する検討会報告書 参考資料P.11

図18



2. 医師の勤務時間を考慮すれば、<u>**現在6. 1万人の医師不足**</u>であると述べている。

「仮に、休憩時間や自己研修、研究といった時間も含む医療施設に滞在する時間を全て勤務時間と考え、これを週48時間までに短縮するには、医療施設に従事する必要医師数は31. 8万人と推計され、前述の25. 6万人との差は6. 1万人(病院勤務5. 5万人、診療所勤務0. 6万人)となる。(報告書P.16)」

医療現場の危機打開と再建へ向けて

医師養成定員の増加

・毎年400人ずつ定員を増加し10年後に4,000人増(50%増)とすれば、診療従事医師数は20%弱増加
養成定員 7,898人 → 11,898人　　　診療従事医師数 26.4万人 → 30.6万人
一人当たり運営費交付金　　788万円
・2030年に患者需要はピークとなる。その後の減少に合わせて、医師定員も減らし、現状程度に戻す。

コメディカル雇用数の増加

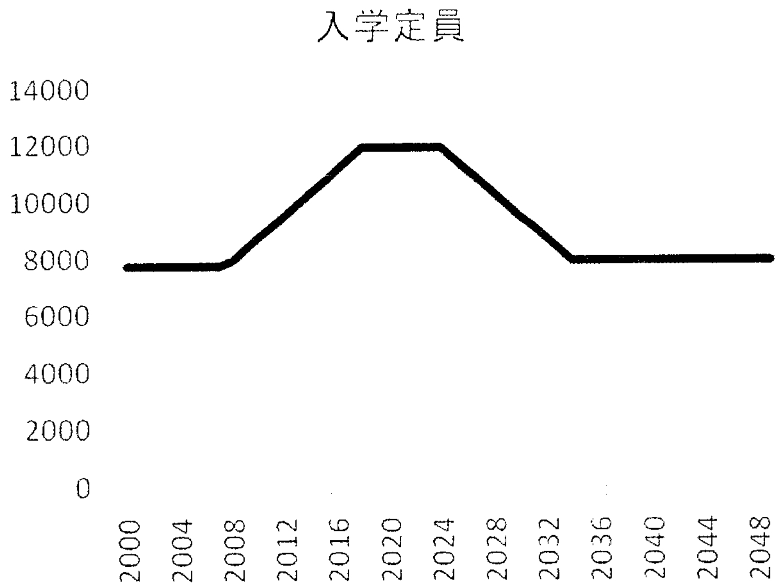
・短期的に雇用数増加が可能
・中核病院コメディカル数(400床以上の病院は844カ所)
48万人 → 96万人(10年後に2倍)

※参考
・病床当たり病院職員数
日本100. 8人、英米独伊438. 8人
・人口当たり急性期病床数
日本8. 2床、英米独伊3. 9床

各診療科へのインセンティブ

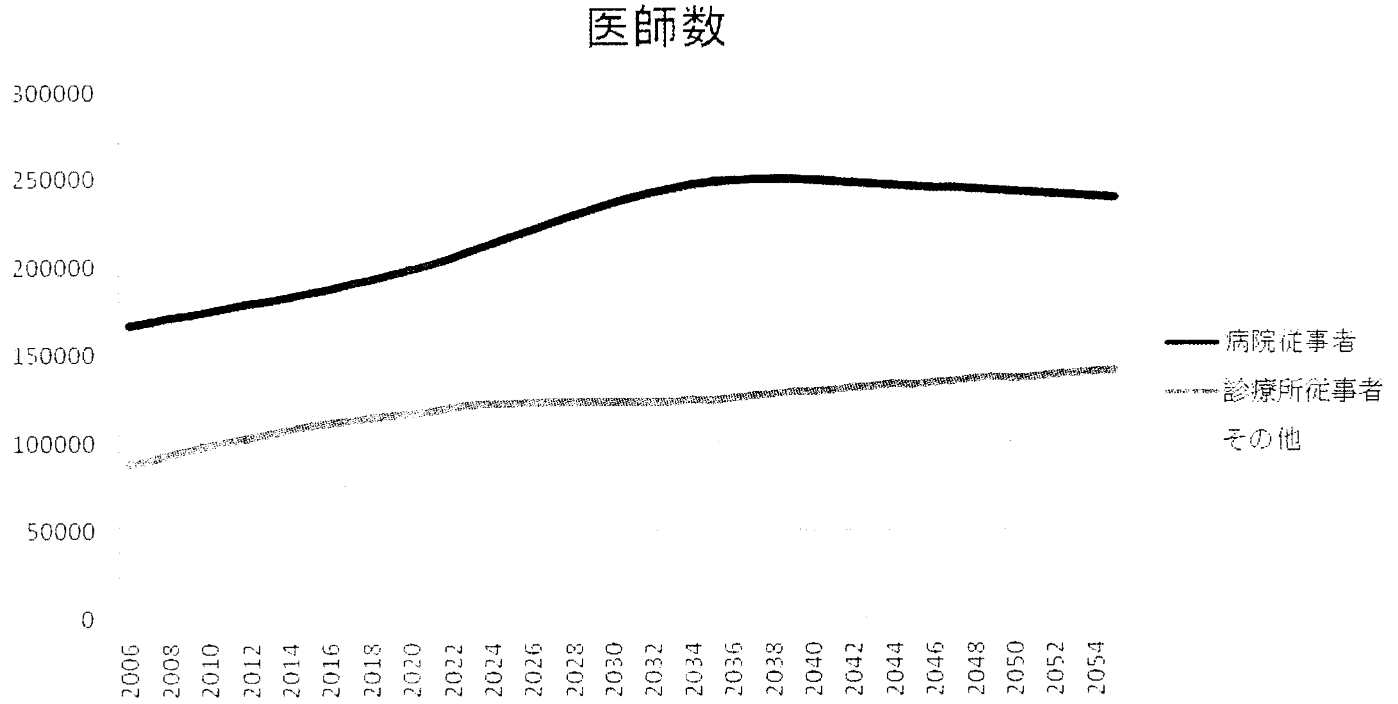
○救急医療
地域トリアージを行う管制塔となる病院 (300床以上の二次救急病院 955施設)
※トリアージ:重症度、緊急性等により患者を区分し、どの専門分野の医師による診療が必要か判断し、振り分けること
・地域の医療機関の受入可能分野リストの作成・更新及び地域トリアージ加算
・地域トリアージを担うコーディネーター1人雇用
二次救急病院 (2次医療圏は全国約370カ所、200床以上の二次救急病院数1522施設)
・各診療科医師の救急当直加算 5万円
○産科 病院医師の当直加算 5万円 (分娩を取扱う病院 1321施設)
○小児科救急 病院医師の当直加算 5万円 (ほぼ毎日小児科の二次救急対応が可能病院 753施設)

医師養成定員の増加



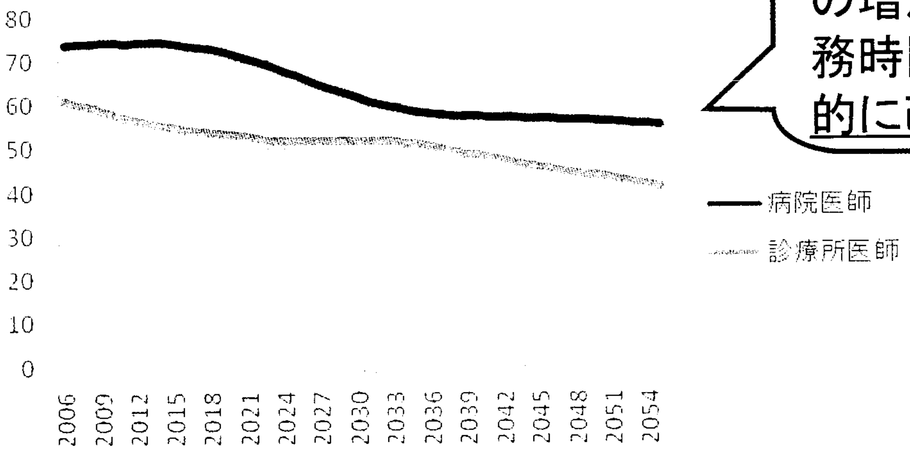
・患者需要がピークとなる2030年を目処に、新卒医師数を減らすよう計画する

・厚生労働省案では考慮されていない、医師の勤務時間短縮を考慮する必要がある



医師の勤務時間に関する検討

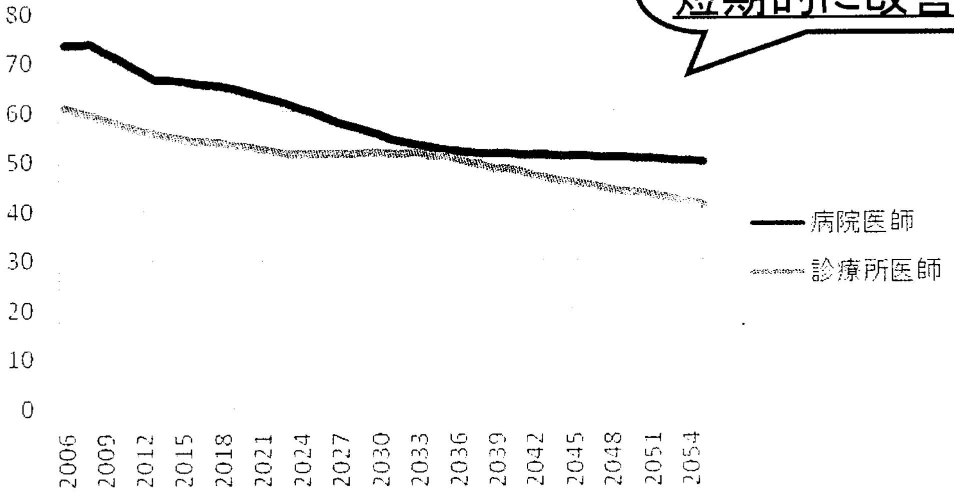
勤務時間（時間/週）



①医師養成定員の増加により、勤務時間は<u>中長期的に改善</u>

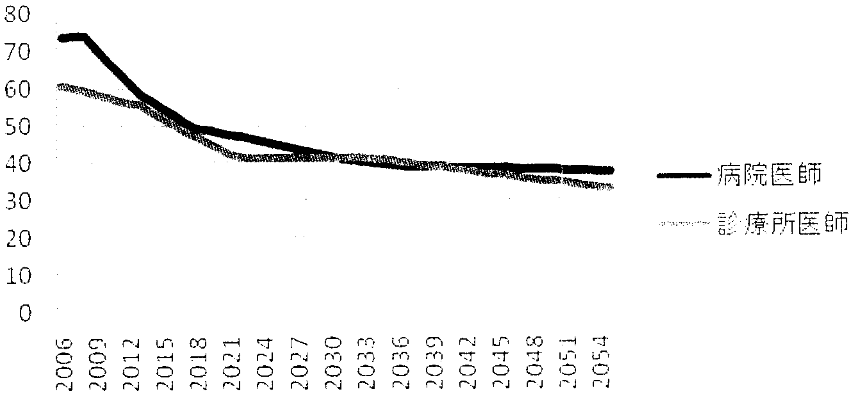
②コメディカル雇用数の増加により、勤務時間は<u>短期的に改善</u>

勤務時間（時間/週）
病院コメディカルのスキルミックス



③医療機関の集約化や地域コミュニティの支え合いにより、勤務時間は<u>更に改善</u>

勤務時間（時間/週）
病院コメディカルのスキルミックス
集約化による地域スキルミックス（交代制・開業医等）



医師のキャリアパスは、診療に限らない

- 製薬メーカー
- 医療機器メーカー
- 行政官（厚労省、保健所、感染研、バイオテロ対策等）
- 国会議員
- 社会医学研究・医療政策シンクタンク
- 基礎医学研究
- 地域コミュニティで医療と生活をつなぐ（諏訪モデル）
- PMDA審査・市販後安全監視等
- アジア諸国へ日本の高度な医療技術を移転
- 刑務所
- その他

薬害防止を企図し、欧米グローバル製薬企業並みに医師の採用、組織活用を展開

- 開発段階
  - 臨床開発品毎にプロジェクトマネジメント

    年に20の開発品の開発マネジメントをすると仮定（6頁参照）し、そのマネジメントを全員、医師が遂行すると総勢20名必要になる。

    またプロジェクトマネジメントの他に治験中の副作用および検査値異常に対応する医師を採用するとここにも20名必要になる。

- 開発段階
  - 臨床開発領域別の　メディカルアドバイザー
    - 脳神経分野
    - がん
    - 感染症
    - 循環器
    - 心臓・糖尿病
    - 呼吸器
    - 腎臓
    - 消化器
    - 精神内科
    - 小児科
    - 婦人科
    - 泌尿器

  以上合計12名

- 承認取得、市販後段階
  - 各領域別のメディカルアドバイザー
    - 脳神経分野
    - がん
    - 感染症
    - 循環器
    - 心臓・糖尿病
    - 呼吸器
    - 腎臓
    - 消化器
    - 精神内科
    - 小児科
    - 婦人科
    - 泌尿器

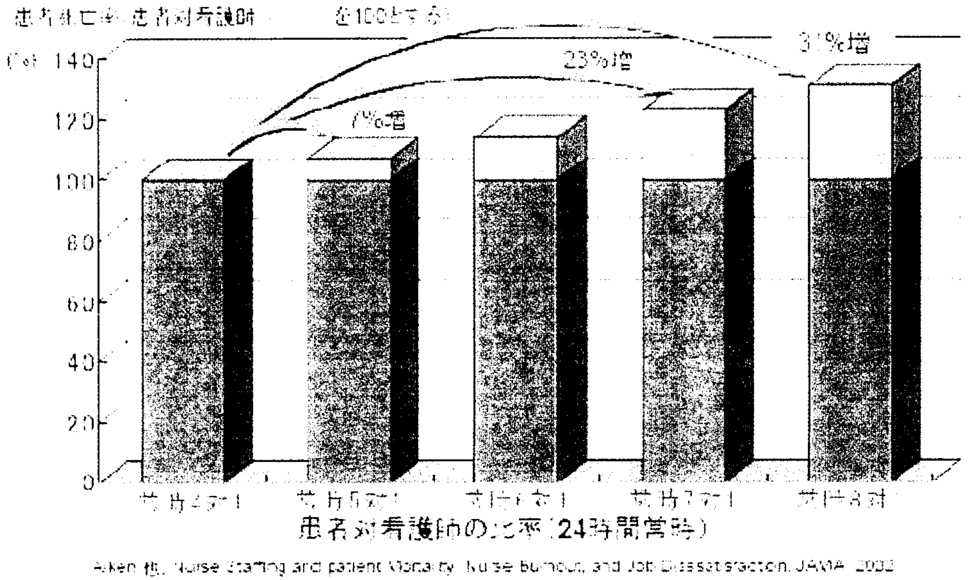
  以上合計12名

以上総勢64名の体制が構築されると開発段階～市販後の段階まで主要領域に医師、臨床医の眼が届くことになり、薬害防止策上、極めて有用である。

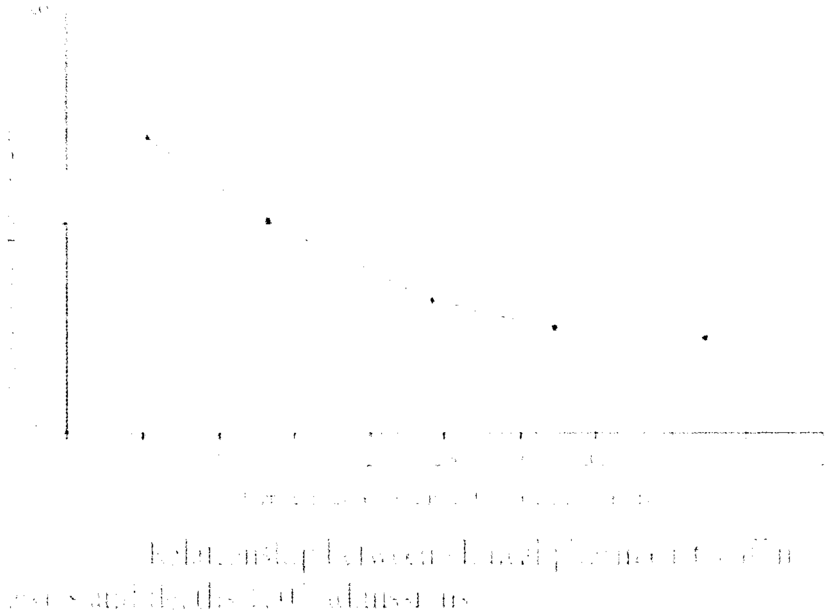
これを国内の製薬企業、上位20社が100%実践すると医師需要は1280名になる。それ以下の製薬企業30社が50%実践すると960名になり、合わせると2240名の医師が必要になる。

看護師・薬剤師の増員により患者の安全性が向上する

受け持ち患者が1人増えると死亡率が7%増える



薬剤師数増加による患者死亡率低下



日本看護協会「I.看護職員の人員配置について」2005/11/15

Bond CA, et al. Pharmacotherapy 2007;27(4):481-493

先進国における医科大学数・医学部卒業者数の比較

	人口[1]	医科大学数 [2]	医科大学卒業生 [3]	人口100万人あたりの医科大学卒業生 [8]	医科大学あたりの平均卒業生数 [10]	特記事項
日本	**127,526,000人** (2007)	**82**	**7733人** (2008) [4]	**60.6**	**94.2**	**2007年医科大学入学定員は7625人。**
アメリカ合衆国	305,826,000人 (2007)	152	16139人 (2007) [5] 外国人医師含めて 22240人(2008)[6]	52.7 (72.7[9])	106.2	**外国医科大学を卒業し、米国で研修医(レジデント)となるのは約6100名。** 医師と類似の医療行為をする職種(Nurse practitioner, Physician' s assistant)は含まない。
ドイツ	82,716,000人 (2006)	41	7013人 (2001)	84.7	171.0	
フランス	60,723,000人 (2006)	51	3586人 (2002)	59.1	70.3	
イギリス	59,847,000人 (2006)	44	6451人 (2007)[7]	107.8	146.6	**1997年の卒業生は3749人。 10年間で4新医科大学設立。**
イタリア	58,941,500人 (2006)	42	6143人 (2006)	104.2	146.3	
ロシア	142,536,992人 (2006)	66	15410人 (2004)	108.1	233.5	
オーストラリア	20,328,600人 (2005)	18	1385人 (2003)	68.1	76.9	

[1] Health statistics and health information systems, World Health Organization.

[2] International Medical Education Directory, 2008. FAIMER (Foundation for advancement of international medical education and research) http://imed.ecfmg.org/

[3] 特記がない限り、Health statistics and health information systems, World Health Organization.より引用

[4] 第102回医師国家試験(2008)合格者にて代用。受験者は8,535人。

[5] Association of American Medical Colleges. http://www.aamc.org/data/facts/2007/gradraceeth0207.htm

[6] National Residency Match Program http://www.nrmp.org

[7] Department of Health, National Health Service, United Kingdome. http://www.dh.gov.uk/

[8] (医科大学卒業生の列/人口)*1,000,000にて算出

[9] 外国医科大学卒業生を含む、卒後研修(レジデンシー)開始者数にて算出

[10] 医科大学卒業生の列/医科大学数 にて算出