

「安心と希望の医療確保ビジョン」第8回会議

日時：平成20年5月14日（水）18:00～19:30

場所：厚生労働省 9階省議室

議 事 次 第

1. 開会

2. 議題

「安心と希望の医療確保ビジョン」について

3. 閉会

【配付資料】

資料1：「安心と希望の医療確保ビジョン」骨子案

資料2：会議の経緯

資料3：第7回委員提出資料

資料4：緊急医師確保対策の進捗状況について

「安心と希望の医療確保ビジョン」骨子案

I. はじめに

II. 具体的な政策

1) 医師数について

- ①医師養成数
- ②女性医師の離職防止・復職支援
- ③医師の勤務環境の改善

2) 医師の配分バランスの改善

- ①地域バランスについて
- ②診療科バランスについて
- ③総合的な診療能力の育成

3) 医療関係職種間の業務の分担と協働・チーム医療の推進

- ①医師と看護師との役割分担と協働について
- ②医師と助産師との役割分担と協働について
- ③医師と薬剤師との役割分担と協働について

④医師とコメディカルとの役割分担と協働について

⑤医師・看護職と介護職・メディカルクラークとの役割分担と協働
について

4) 医療機関の分担・ネットワークの推進

①地域で支える医療の推進

②在宅医療の推進

③地域医療従事の推進

④救急医療の充実と遠隔医療の推進

5) 医療者と患者・家族の協働の推進

①夜間・救急利用の適正化

②医療者と患者・家族の協働の推進

Ⅲ. 医療のこれからの方向性

「安心と希望の医療確保ビジョン」これまでの経緯

資料2

(敬称略)

第1回

- 日時:平成20年1月7日(月)17:00~18:00
- 議題:安心と希望の医療確保ビジョンについて(フリーディスカッション)

第2回

- 日時:平成20年1月29日(火)18:30~20:00
- 議題: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
- ヒアリング対象者:尾身茂(WHO西太平洋事務局事務局長)

第3回(視察)

新村拓(北里大学一般教育部長)

- 日時:平成20年2月20日(水)10:00~11:15
- 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

- 日時:平成20年2月25日(月)18:00~19:45
- 議題:各分野からのヒアリング(救急、産科、小児科、今後の医療ニーズ)
- ヒアリング対象者: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

- 日時:平成20年3月19日(水)18:00~19:30
- 議題:各分野からのヒアリング(歯科医師、看護師、助産師)
- ヒアリング対象者: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

- 日時:平成20年4月8日(火)18:00~19:30
- 議題:各分野からのヒアリング(地域医療)
- ヒアリング対象者: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

- 日時:平成20年4月21日(月)18:00~20:00
- 議題:各分野からのヒアリング(薬剤師)、アドバイザリーボードからのプレゼンテーション
- ヒアリング対象者:林昌洋(国家公務員共済組合連合会虎の門病院薬剤部長)

辻本委員資料

NPO法人
ささえあい医療人権センター

Consumer Organization for Medicine & Law

辻本 好子

プレゼンテーションの要旨

- COMLの活動
- 18年・・・患者の意識の変遷
- 患者が医療に望むこと
- 期待と提言

COMLとは？

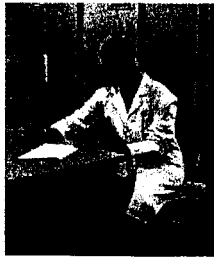
1990年9月
2002年4月

- 1 自覚
- 2 意識化
- 3 言語化
- 4 コミュニケーション能力
- 5 ひとりで悩まないで

合言葉
賢い患者になりましょう

患者と医療者の
コミュニケーション

COMLの活動 (2008年3月末現在)



SP活動: 950回 (OSCE230回)

相談: 43217件



コミュニケーション講座 : 49回 (出前11)

病院探検隊: 61回



講演: 2364回
研修や活動紹介: 22回

患者塾: 154回



相談の基本姿勢

- 丁寧な言葉で対応する。
- さえぎらずに、話にじっくり耳を傾ける。
- 補足質問は話が一段落してから。
- 「どうしたいのか」という気持ちを引き出す。
- 客観的な情報提供とアドバイス。
- 方向づけや誘導はしない。

トラブルにならないために

- 対応者の気持ちは相手に通じる
→早く電話を切ろうとせず、気持ちを受け止めてじっくり耳を傾ける。
- 頭ごなしに否定しない。
- 理由や根拠を必ず伝える。
- 積極的傾聴。
- 「相談」と肩に力を入れず「一緒に考える」スタンス。
- 対応者のストレス→ため込まないこととスタッフ間で相談できる体制。

新

医者にかかる10箇条

あなたが「いのちの主人公・からだの責任者」

新 医者にかかる10箇条

あなたが「いのちの主人公・からだの責任者」

- 1 伝えたいことはメモして準備
- 2 対話の始まりはあいさつから
- 3 よりよい関係づくりはあなたにも責任が
- 4 自覚症状と病歴はあなたの伝える大切な情報
- 5 これからの見通しを聞きましょう
- 6 その後の変化も伝える努力を
- 7 大事なことはメモをとって確認
- 8 納得できないときは何度でも質問を
- 9 医療にも不確実なことや限界がある
- 10 治療方法を決めるのはあなたです

患者と医療者の深い河・異文化圏

コミュニケーション
 話を聴く・思いを伝える

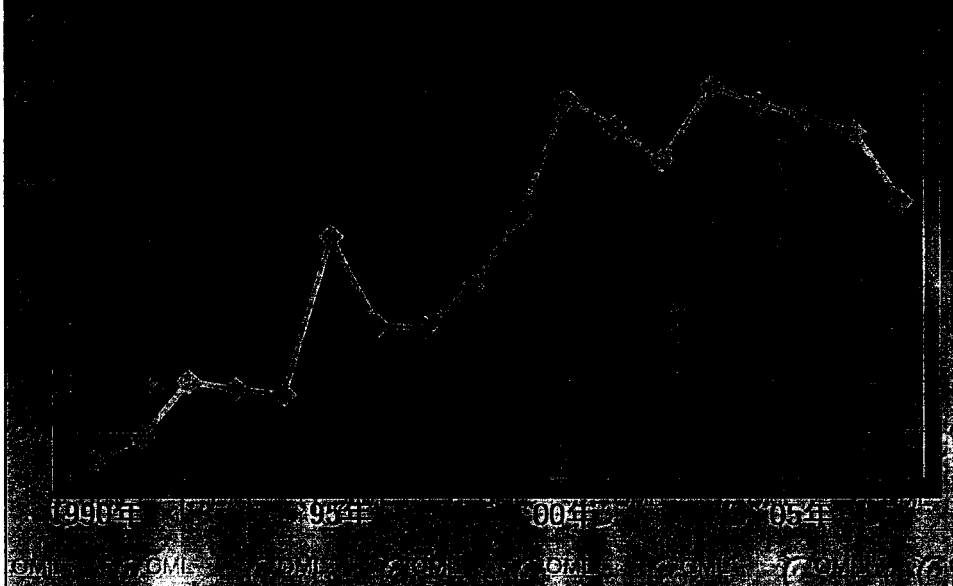
提供側

求める側

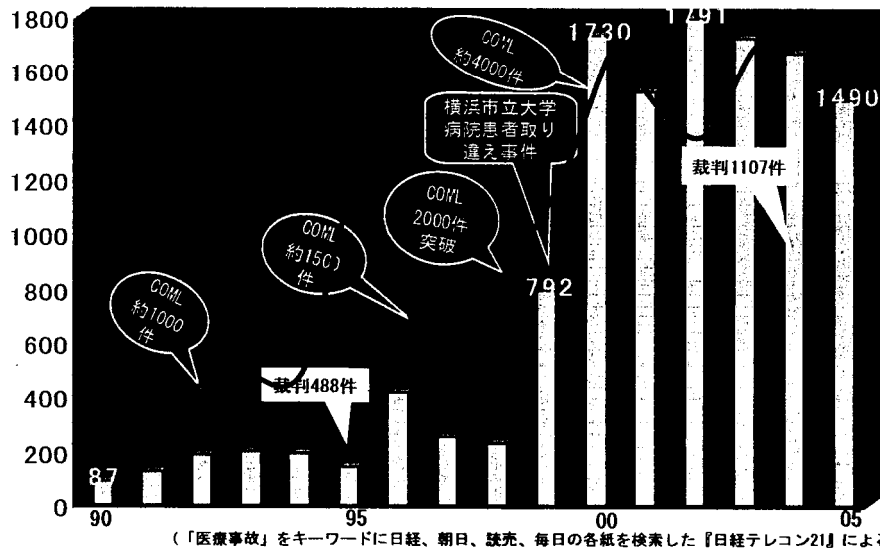
日常 非日常
 経験 体験
 診る・見る 感じる
 不特定多数 個別性

© 2011 GMI

電話相談件数の推移



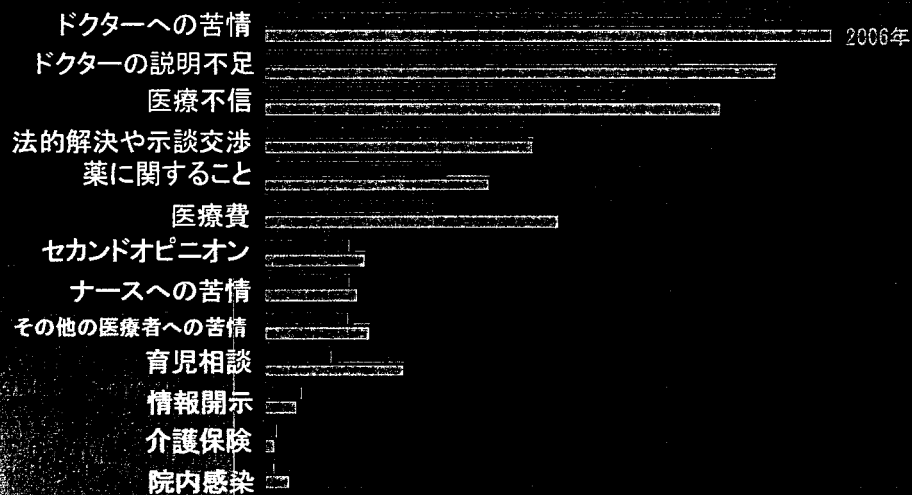
医療事故に関する報道記事数



患者の意識の変遷

- 90年 「お任せ」で受け身の姿勢
- 95年前後 権利意識の目覚め
阪神・淡路大震災、ソリブジン事件、
薬害エイズ事件
- 97年ごろ 自己負担増、不況の深刻化
- 99年～ 医療事故・ミス報道の過熱化
横浜市立大学附属病院患者取違事件
都立広尾病院誤薬投与事件
- 00年～ 医療不信の目覚め
- 03～04年 医療者からの相談が顕在化
- 07年 「医療崩壊元年」

項目別相談件数の比較



電話相談ニーズの世代間格差

高齢者
親切・丁寧・
優しく・親身

50～60歳代
根拠に基づく情報
人間関係
コミュニケーション

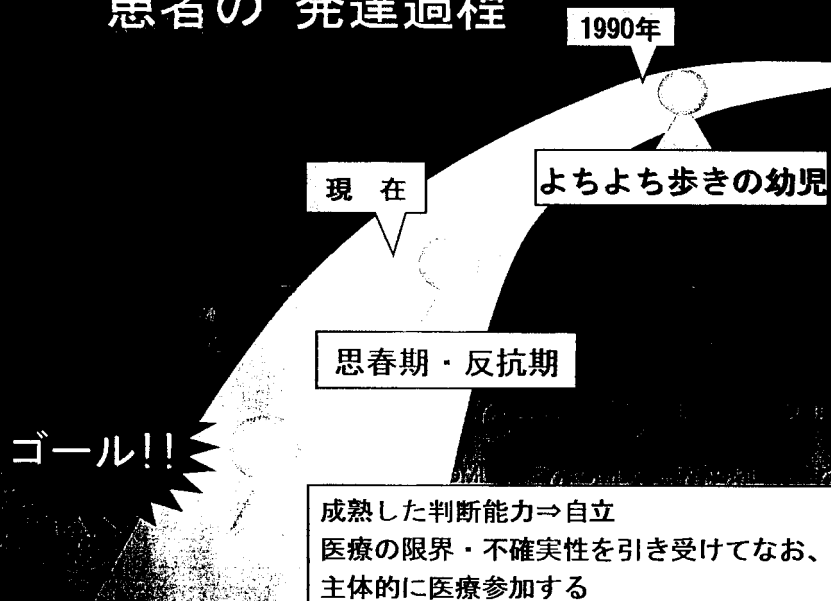
30～40歳代
正解と完璧
e-患者

20歳代
マニュアル志向

患者を取り巻く背景

- 社会のことが少しずつ見え始めた。
- 自分の気持ちを相手に伝える言葉を持つようになった。
- 一部には「自分さえよければいい」と周りの見えない人も→医療のコンビニ化
- 豊かな時代の反映か？
- 人が人として成長する過渡期か？
- 情報が増える→選択肢が増える→迷いも増える
- 迷う先の医療は不透明→不安・不満が募る
- 医療への期待が大きい→攻撃的になる

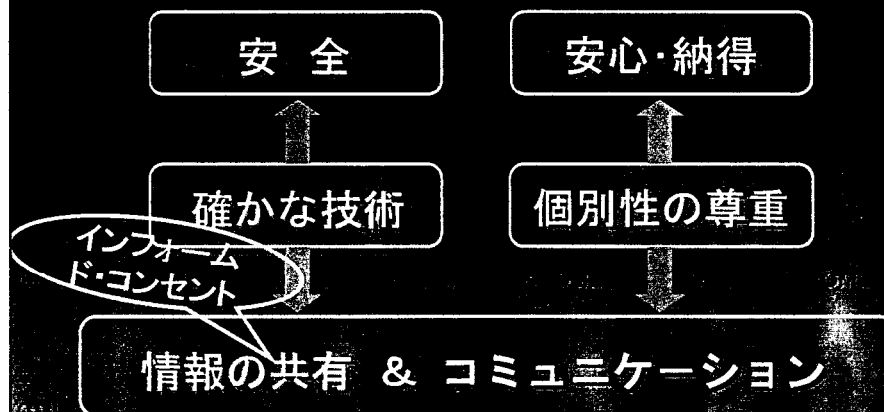
患者の“発達過程”



医療現場の現状

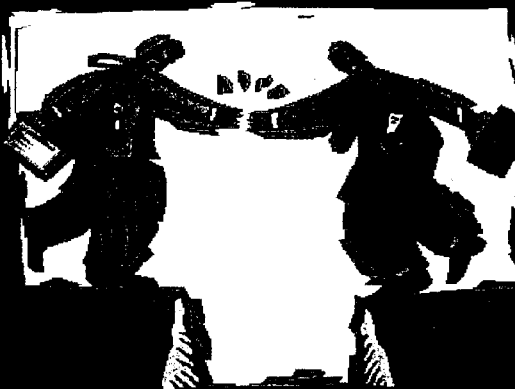
- 2000年頃～医療現場からの悲鳴
→ 医師不足と疲弊感
立ち去り型サボタージュ
聖職意識の低下
- 患者も医療者もワガママ・本音(これも時代の反映か?)
- 医療現場における『傲慢と卑屈のねじれ現象』

患者の基本的医療ニーズ



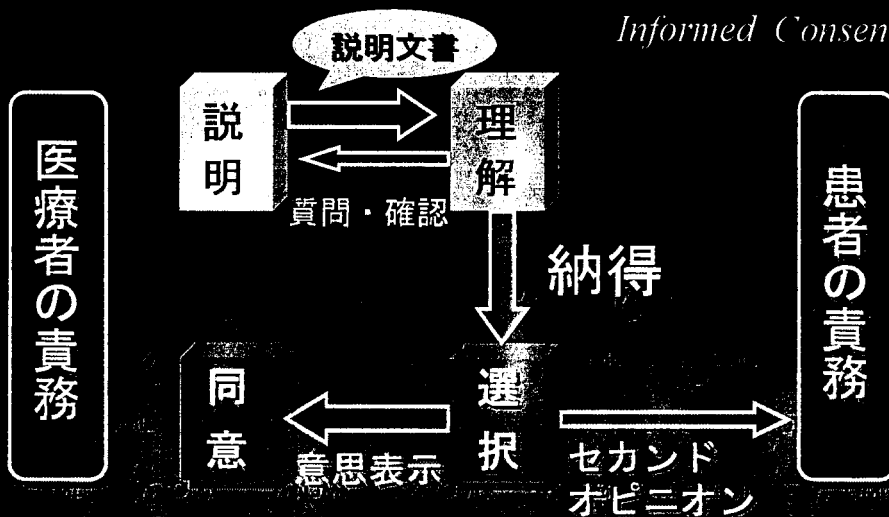
協働する人間関係の創造

この人に出会えてよかった!!



インフォームド・コンセント

Informed Consent



信頼関係の再構築 キーワードは「協働」

患者の課題

医療の限界と不確実性

→完璧・正解はない

受診行動の見直し

医療者とのコミュニケーション

「賢い」妥協と諦め→納得

死生観(患者の意思の理解と尊重)

患者が学ぶべきこと

1961年 国民皆保険制度(与えられ・施される医療)
パターナリズム医療×「お任せ」の受け身

1990年 変化の胎動 情報も学習もないまま・・・

1995年 『厚生白書』まえがき「医療サービス」が登場

患者の権利意識の高まり

日本医療機能評価機構による第三者評価

メディアの功罪

医療は限りある社会資源

財源は税金による公共サービス

保険料と自己負担⇒権利と義務

患者が地域医療を支える担い手に！

- 自助・共助を育む⇒つながりの安心
個々人ができること、ともに支え合うこと
- 患者教育・支援
情報リテラシー支援(患者情報室など)
相談機能の充実
- 地域活動の支援・育成
NPO ボランティア(人・もの・金)
- 柏原のお母さんたち 患者塾や病院探検隊
- 情報開示と共有から「おせっかい」が生まれる
(例 未受診妊婦 孤独死など)
- 教育現場で患者・遺族体験を語るボランティア

医療への願い

- 喫緊の課題は医師不足対策
- 安心できる救急医療体制
- チーム医療の構築
(つなぎ役の配置 MSW・CRC・クラーク など)
- 看護力強化→副院長・専門・認定ナース
- 総合(診療)科の確立・家庭医の育成
- 医療の地域ネットワーク(在宅支援など)

財源投入

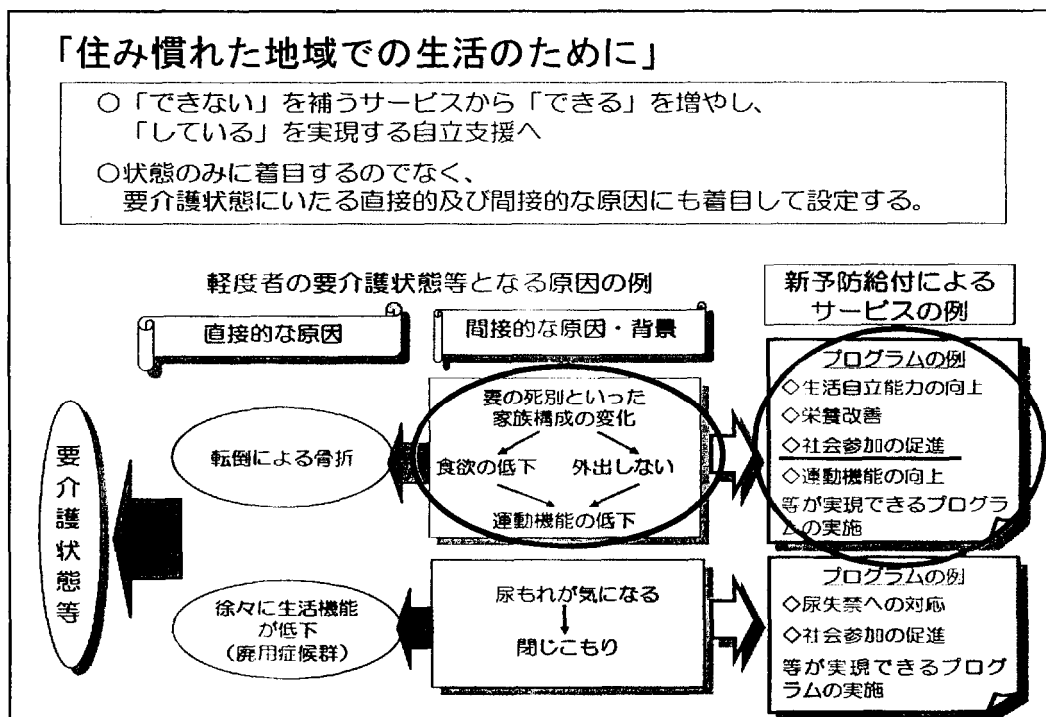
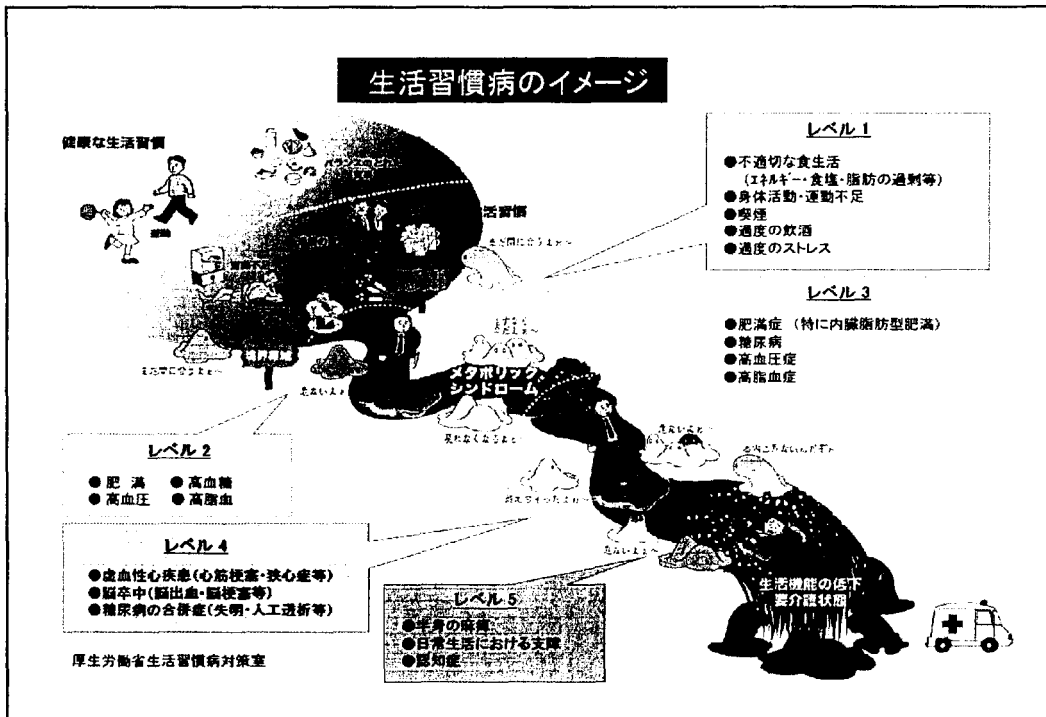
野中委員資料

透析医療から学んだ事

- ・ 患者さんの社会復帰
- ・ 人生・生活を支える
- ・ 医療連携の意味
- ・ 行動変容の意義

・ 治す医療

・ 支える医療



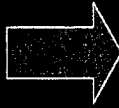
患者と主治医

外来患者



基本チェック
リスト
自己記載

生活機能関連項目
・外出頻度
・屋内/屋外
移動の自立度
・痛みの有無
など



(期待される役割)

1. 傷病に関する診断・治療
2. 生活機能低下要因の評価と除去
3. 外来患者の生活機能の把握
(付帯群の抽出)
4. 日常生活の指導助言
5. 状況に応じた関係機関の紹介
(専門系、地域包括支援センター等)
6. ケアマネや地域包括支援センター
職員との連携

基本チェックリスト

		問診項目	回答	
生活機能 一般	1	バスやタクシーで1人で外出していますか。	0(はい)	1(いいえ)
	2	日用品の買物をしていますか。	0(はい)	1(いいえ)
	3	預貯金の出し入れをしていますか。	0(はい)	1(いいえ)
	4	友人の家を訪れていますか。	0(はい)	1(いいえ)
	5	家族や友人の宿談にのっていますか。	0(はい)	1(いいえ)
運動時間 運動	6	階段を歩いたり、掃除をつたえたりに昇っていますか。	0(はい)	1(いいえ)
	7	椅子に座った状態から何らかの姿勢に立ち上がっていますか。	0(はい)	1(いいえ)
	8	15分位続けて歩いていますか。	0(はい)	1(いいえ)
	9	この1年間に転んだことがありますか。	1(はい)	0(いいえ)
	10	転倒に対する不安は大きいですか。	1(はい)	0(いいえ)
栄養	11	6か月間で2~3kg以上の体重減少がありましたか。	1(はい)	0(いいえ)
	12	身長()cm 体重()kg BMI()		
口腔機能	13	半年前に比べて咀嚼力や食べづぼが小さくなりましたか。	1(はい)	0(いいえ)
	14	お茶や汁物等でとせることがありますか。	1(はい)	0(いいえ)
	15	口の動きが鈍くなりましたか。	1(はい)	0(いいえ)
認知機能 認知	16	週に1回以上は外出していますか。	0(はい)	1(いいえ)
	17	昨年と比べて外出の回数が減っていますか。	1(はい)	0(いいえ)
認知機能 認知	18	周りの人が「いつか、同じことを聞く」などの物忘れがあると言われますか。	1(はい)	0(いいえ)
	19	自分で電話番号を覚えて、電話をかけることをしていますか。	0(はい)	1(いいえ)
	20	今日か何月何日かわからない時がありますか。	1(はい)	0(いいえ)
うつ状態 うつ	21	(ここ2週間)毎日の生活に充実感が無い。	1(はい)	0(いいえ)
	22	(ここ2週間)これまで楽しんでやっていたことが今ではおぼろげに感じられる。	1(はい)	0(いいえ)
	23	(ここ2週間)以前は案じてきていたことが今ではおぼろげに感じられる。	1(はい)	0(いいえ)
	24	(ここ2週間)自分が役に立つ人間だと思えない。	1(はい)	0(いいえ)
	25	(ここ2週間)おぼろげに変わったような感じがする。	1(はい)	0(いいえ)

後期高齢者の外来診療のイメージ

慢性疾患を有している後期高齢者の特性

- ・複数の疾患を有している者が多い
- ・認知機能が低下している者が、若人よりも多い
- ・介護を必要とする者が多く、リスクが高い
- ・合併症の発症及び重症化のリスクが高い

左記のような特性を有している。

定期的な検査及び総合的な評価

(定期的・総合的に評価を行い、結果を療養及び生活指導で活用する)

- 定期的な検査(年2回程度)
 - ・血液検査(血球数、アルブミン値等)
 - ・尿検査(尿酸、尿蛋白等)
 - ・心電図検査
 - ・胸部レントゲン検査
 - ・眼底検査
- 総合的な評価(年1回程度)
 - ・基本的な日常生活の能力
 - ・認知機能
 - ・意欲
 - ・情緒や気分

<質問事項等の例>
 ・「普段、ひとりで暮らした時へどうやって行きますか？」
 ・「これから重う書業を繰り返してください。」
 ・「診察時に被験者の挨拶を待つ」「自分1人でトイレに行けますか？」等

大・家族・医師・歯科医師・薬剤師
 看護師・介護福祉士等で情報を共有

他の医療機関への紹介

- ・合併症等の診断や治療
- ・専門的な検査や治療

検査及び評価を踏まえた診療

- ・口腔ケアについて相談
- ・服薬状況を確認し、家族等とも連絡をとって、服薬支援措置を工夫

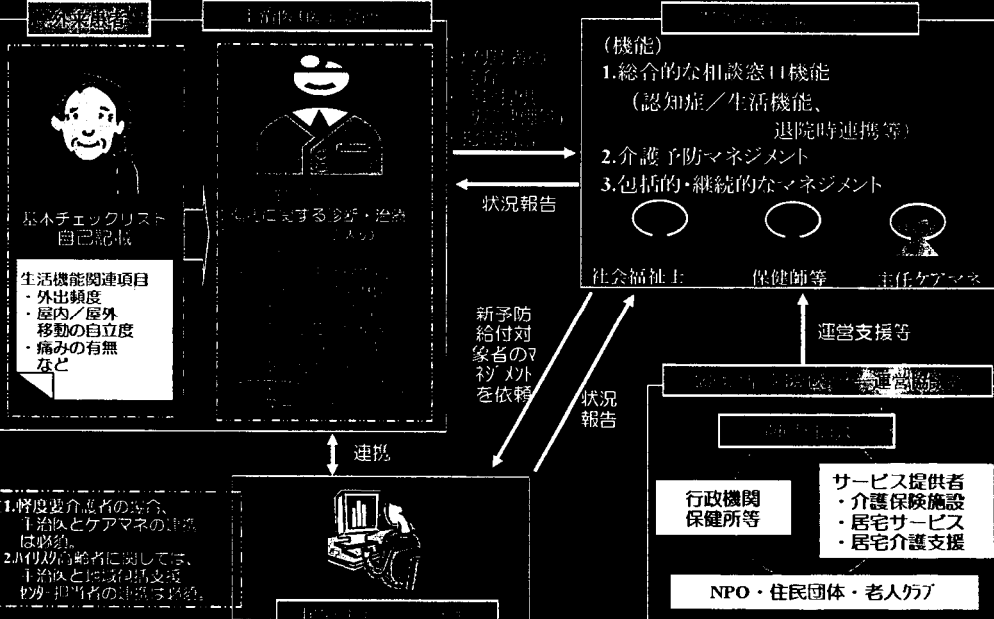
地域包括支援センター等へ連絡

- ・介護予防等々の取り組み
- ・栄養、食事の内容の変更(低栄養状態の改善)

紹介
 情報提供

情報提供

地域包括支援センターの活用



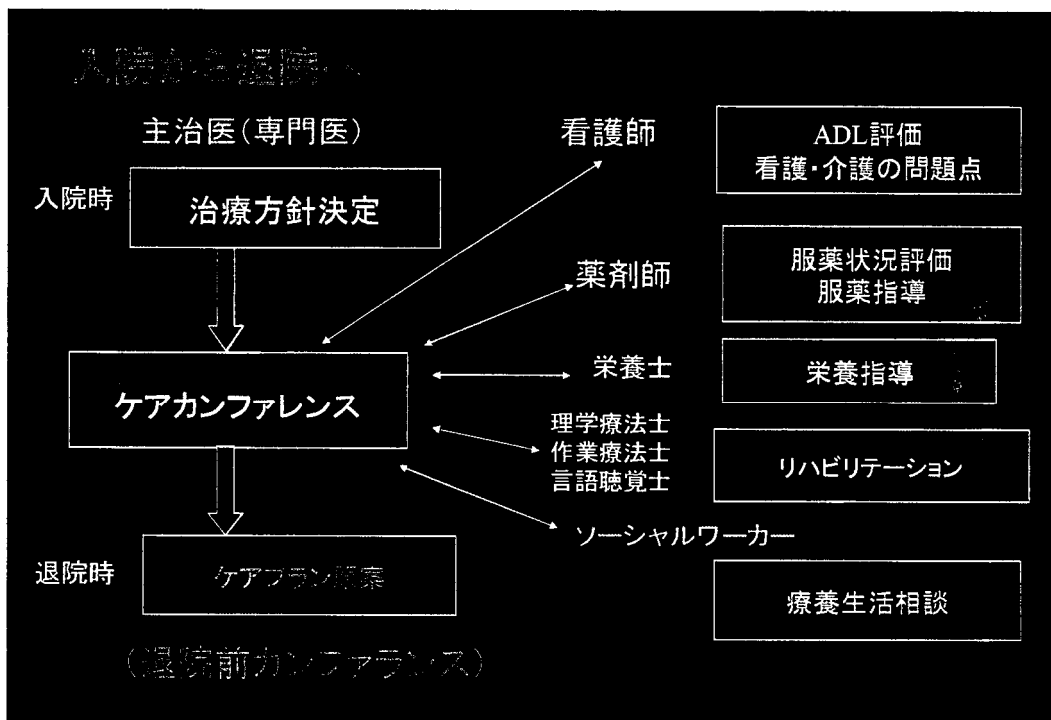
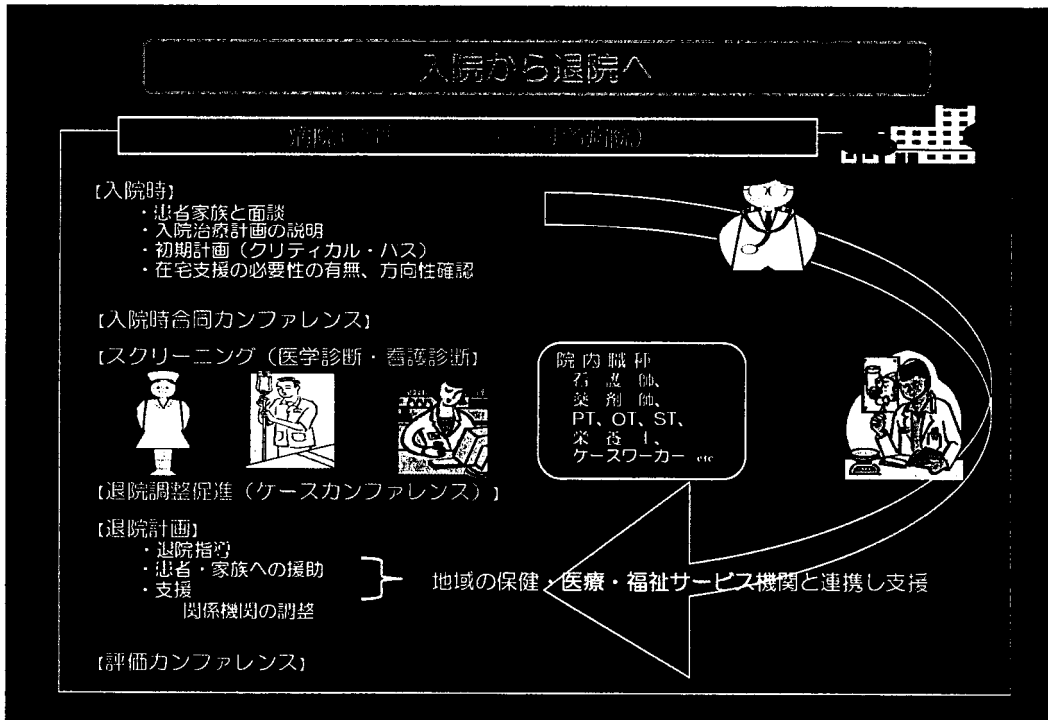


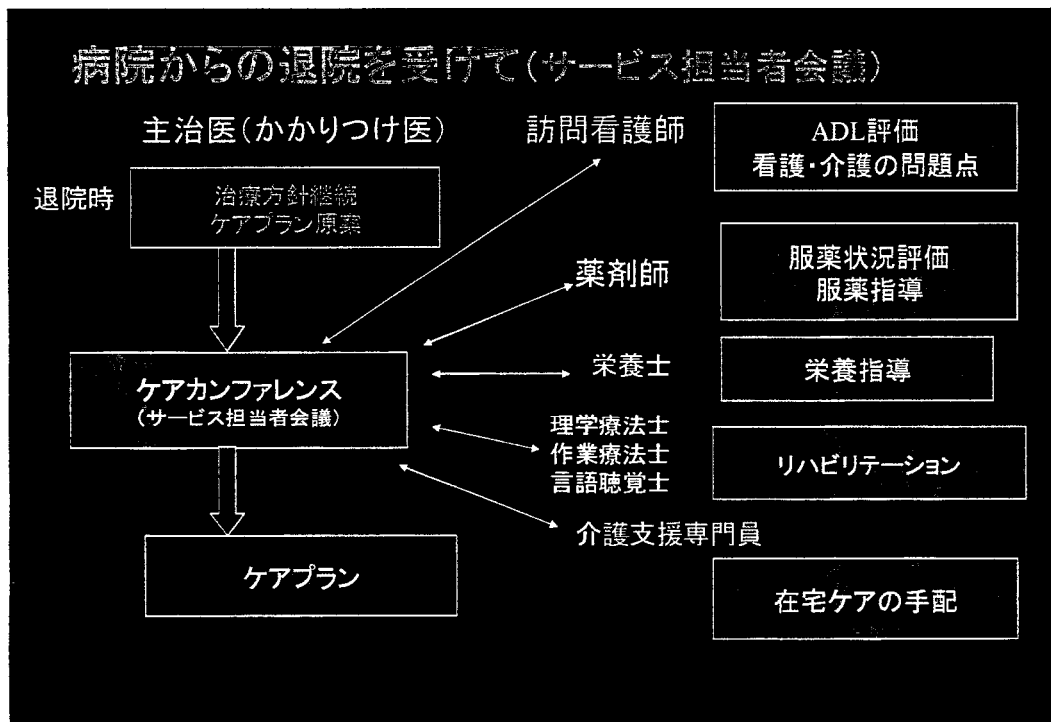
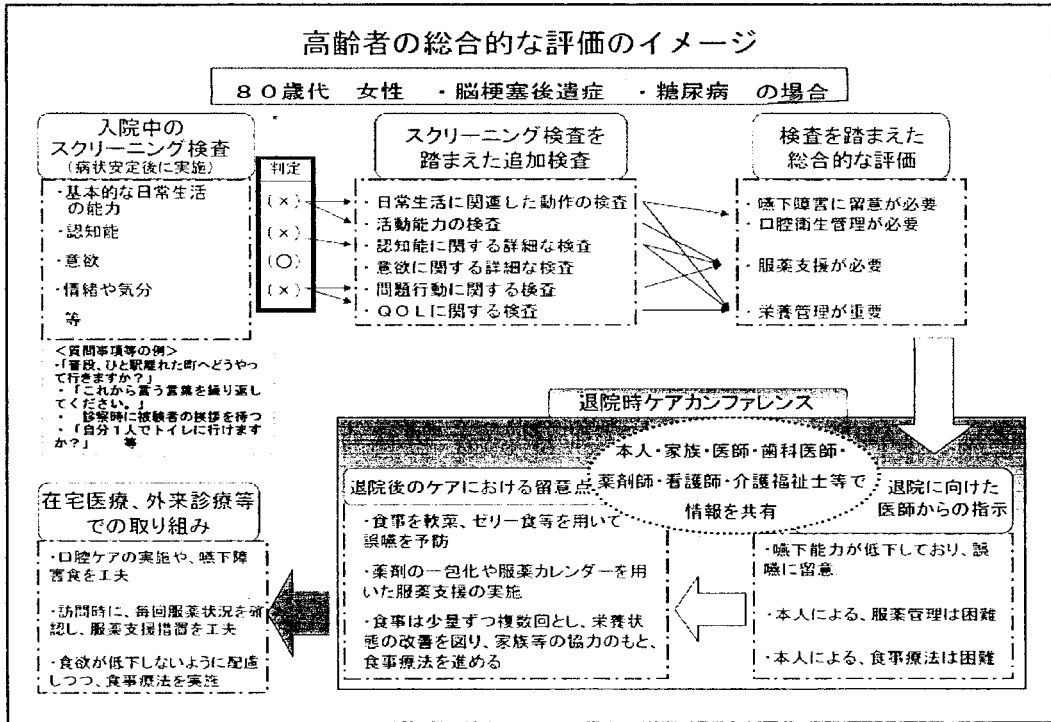
入院医療の目標

1. 生活を脅かしている原因を除去・緩和
2. 退院後の健康と生活の安定

そのため、患者・家族に対して退院後予想される問題を検討し、十分な援助計画を作成し退院に結びつけることが病院の基本的な責務である。

退院調整！！



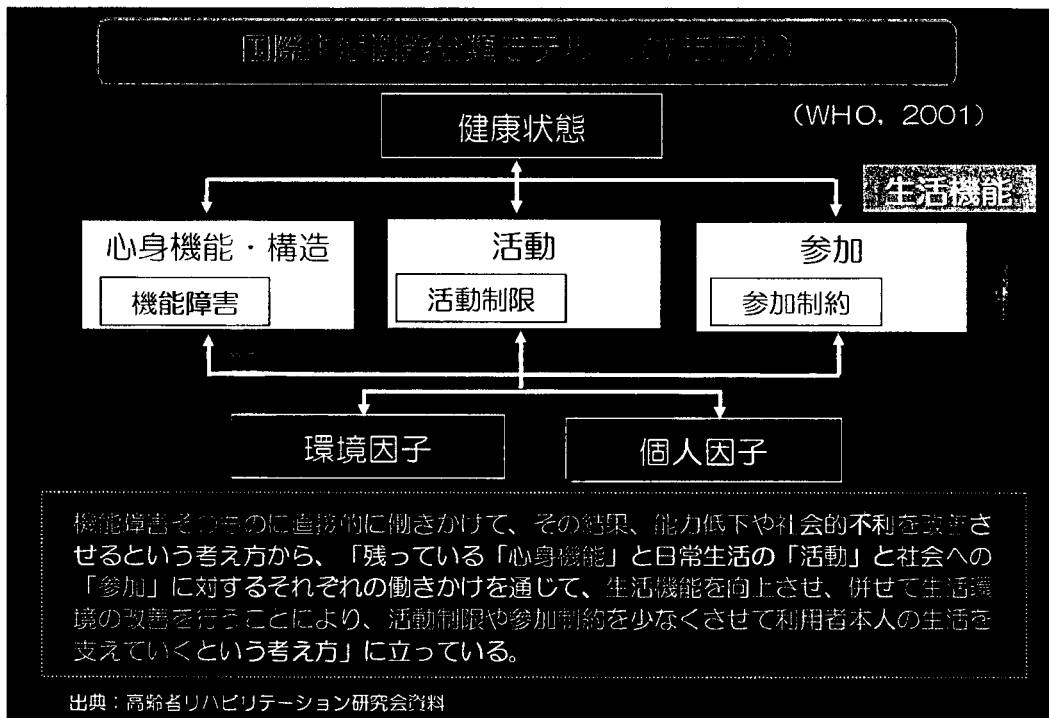


切れ目のない医療連携

医療機関における
多職種連携による退院調整
(退院前カンファランス)

ケアプラン

地域における
多職種連携による生活支援
(サービス担当者会議)



地域医療の要素

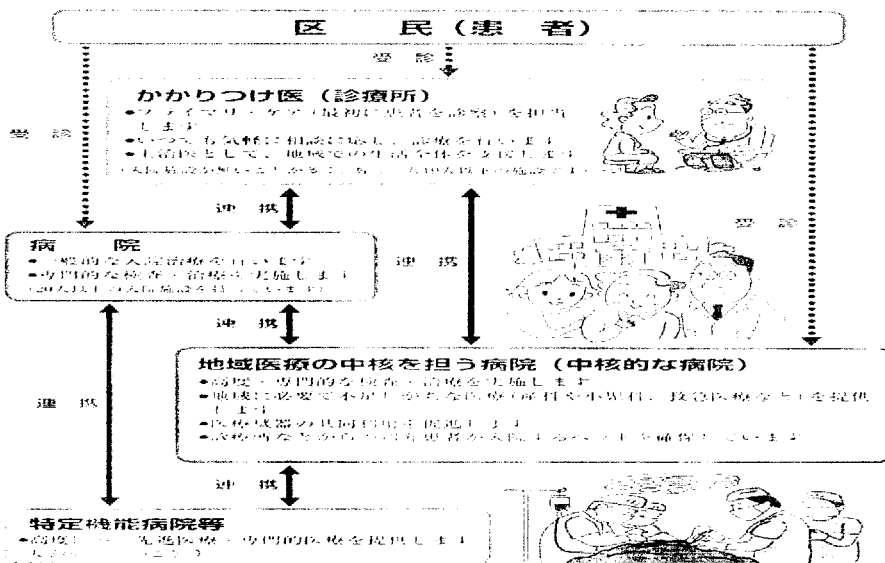
患者の生活を支える医療

「専門医」の役割

「かかりつけ医」の役割

協働診療

適切な医療を受けるために



不安→不満→不信

病気を抱える不安

患者さんの不安を共有

共に考え、共に歩む、共に闘う

医療は患者さんとの協働作業

不安→→安心へ

住み慣れた地域

自分を理解してくれる

自分らしさが発揮できる

なじみの地域

諦め→→→勇気

そして社会参加へ

医療の目的とは

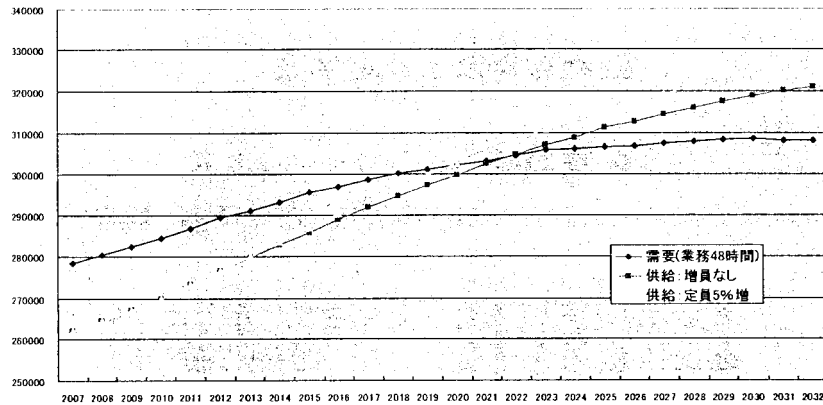
地域のすべての人々が、人間としての尊厳が尊重され、住み慣れた地域で最愛の家族と地域の人々に囲まれながら、安心していつまでも暮らすことを医学を通じて支援することが医療の目的

総合的に診る医師

総合的に診る体制

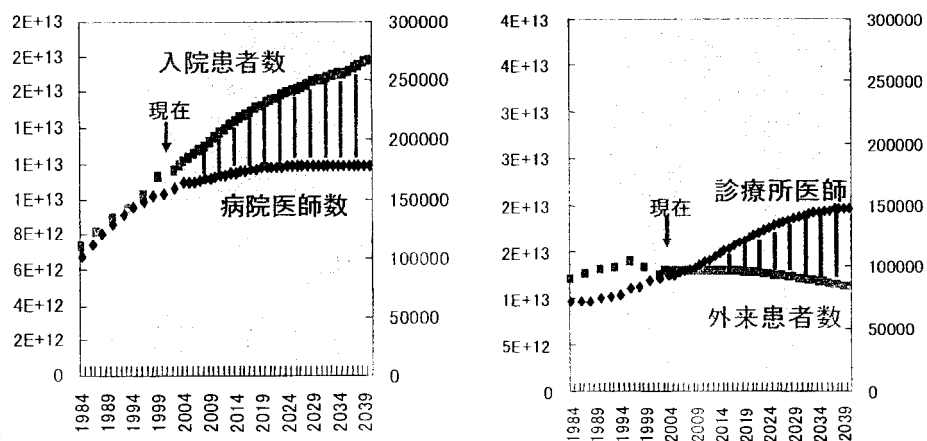
矢崎委員資料

医師の需給の見通し



医師推計と需要推計比較

病院医師と入院需要変化 診療所医師と外来需要変化



需要は医療費で重症度重み付け

現行医療体制の特徴

— 高い公益性

1) 国民皆保険と公定価格

2) 医療機関へのフリーアクセス

— いつでも、どこでも、誰でも

医療費の負担率を著しく軽減したことにより、国民は健康を享受したが、医療の提供はパターナリズムとなった

現行医療体制改革の背景

1) 高齢化の進展

2) 医療技術の進歩

3) 経済基調の変化

4) 国民の医療への意識変化

治療効果判定のパラダイムシフト

医学的尺度 → 患者側尺度

〔 身体所見
臨床検査値 〕

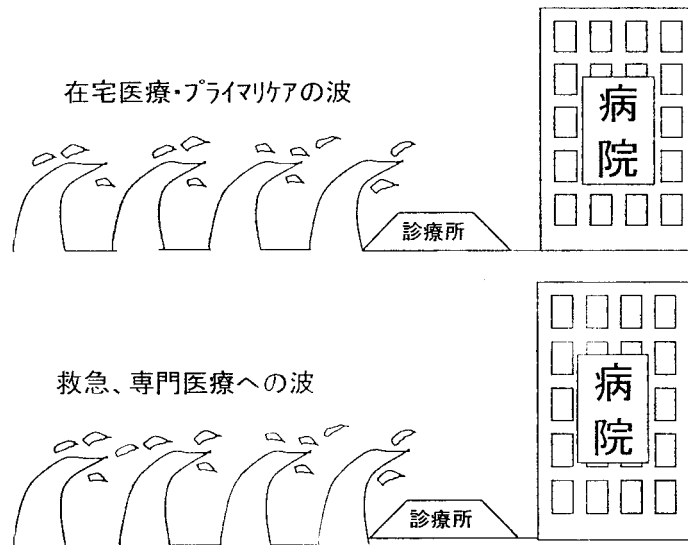
〔 全人的な対応
QOLの改善・満足度
医療への信頼感 〕

治療目標の量から質への転換

(患者本位の医療への転換)

医療提供体制の抜本的改革

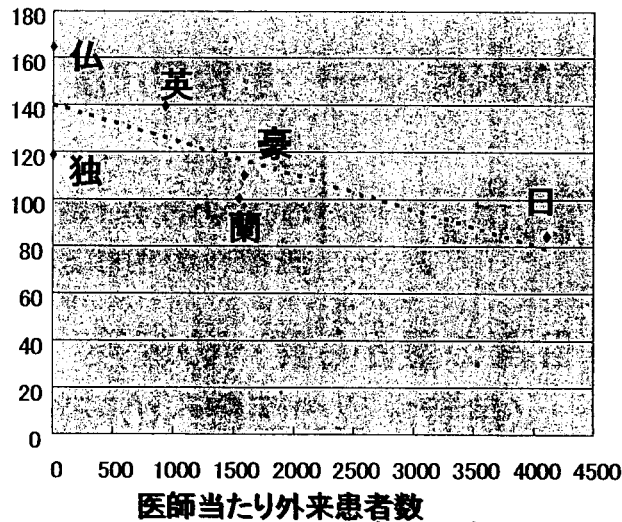
—フリーアクセスと病診連携—



独立行政法人国立病院機構 矢崎 義雄

医師対
年間退院数

外来負担と医师生産性



T Hasegawa
S Japan

各国政府統計資料、OECDデータベース2000頃

国民医療費(平成17年度)

(単位: 億円)

国民医療費	一般診療医療費			歯科、 薬剤等	
		病院	診療所		計
331,289	入院	116,624	4,555	121,178	81,612
	外来	51,331 (39.9%)	77,167 (60.1%)	128,499 (100.0%)	
	計	167,955	81,722	249,677	

資料: 厚生労働省 国民医療費

近代医学は何をもたらしたか

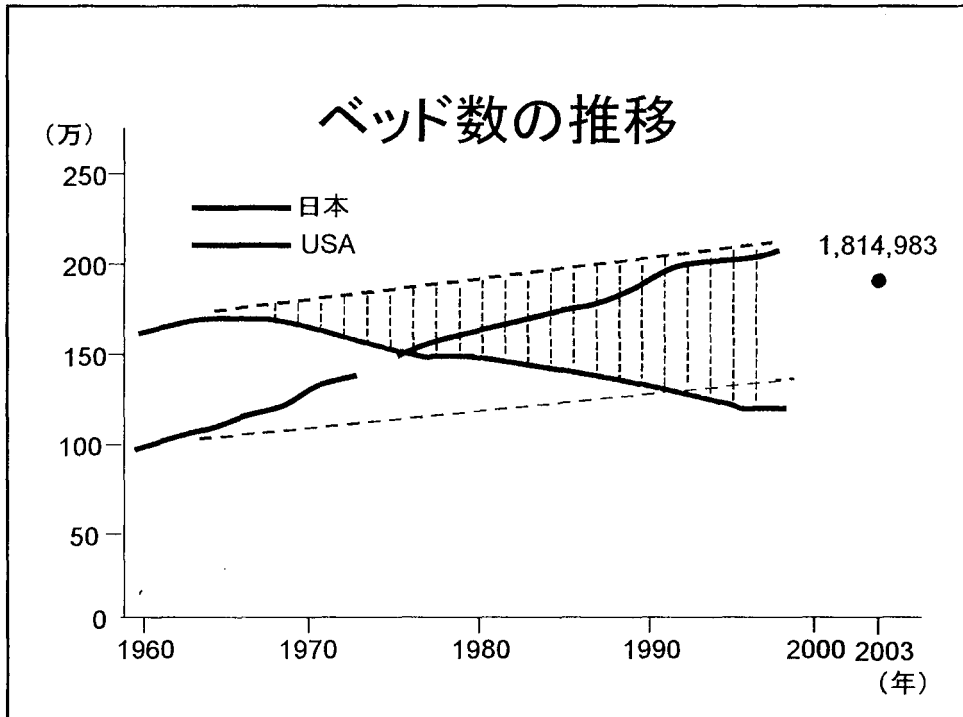
- ・高い専門性に基づく高度先進医療の進展
- ・完成度の高い治療法の確立 → 病気の克服・予防・寿命の延長
- ・治療効果への絶対的な期待と医療の成果主義
→ 医療の原点である「医療と医師のあり方」の視点の喪失。

医の原点－医療の倫理、医師のあり方

病人はいつも、そのかけがえのないいのちとからだを医師にあずけ、やり直しのきかない医療を医師に托している。そして医学が大きく進歩したといっても、あくまで不完全な知識の体系であり、医療にはしばしば予期しない医療事故がおこる。そして医師はこの不完全な医学のもとで、世間にたいし、ひろく病人への献身を誓ったものであることを忘れないでほしい。

医療をうける患者はいつも泣く覚悟を要する。泣かねばならぬ危険を覚悟で医療を求めざるを得ない。これは医療の悲しい宿命である。しかしこのことは患者に悲しみを忍ばしめるだけのものではない。医師は医療のこわさを銘記し、患者が泣き叫ぶ以外に救いがない運命のなかで医療に托していることを是非知っていてほしい。医師は患者がからだを傷つけられ、あるいは家族を失って泣くことをも忍ばせるだけの誠実さ、真剣さで医療をおこなってほしい。

(唄孝一 都立大学名誉教授)



65歳以上人口に占める認定者数、各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

○ 65歳以上の高齢者に占める介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合を比較すると、日本は、欧米諸国と比較して少ない。

○各国の高齢者の居住状況（定員の比率）（全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合）

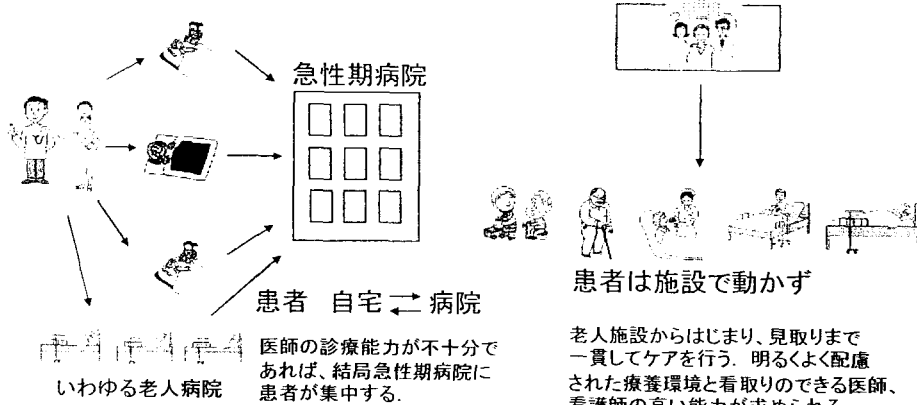
日本 (2005)	4.4%	※1 (0.9%) 介護保険3施設等 ※2 (3.5%)
スウェーデン(2005)※3	6.5%	※4 (2.3%) サービスハウス等 ※5 (4.2%) ナーシングホーム、グループホーム等
デンマーク (2006)※4	10.7%	※6 (8.1%) プライエボリー-エルダボリー等 ※7 (2.5%) プライエム等
英国 (2001)※5	11.7%	※8 (8.0%) シェルタードハウジング ※9 (3.7%) ケアホーム
米国 (2000)※6	6.2%	※10 (2.2%) アシステッドリビング等 ※11 (4.0%) ナーシング・ホーム

※1 シルバーハウジング、高齢者向け複合型住宅、有料老人ホーム、及び有料老人ホーム併設老人ホーム(2004年) ※2 介護保険3施設及びグループホーム
 ※3 Sweden: Sveriges äldres välfärd (高齢者の生活と福祉の改善) (2006) ※4 Denmark: Socialministeriet (デンマーク社会省) 調査報告書 (2006)
 ※5 Elderly Accommodation Council (2004) (The older population) ※6 高齢者研究機構 高齢者福祉調査レポート (2005)

在宅医療のイメージ

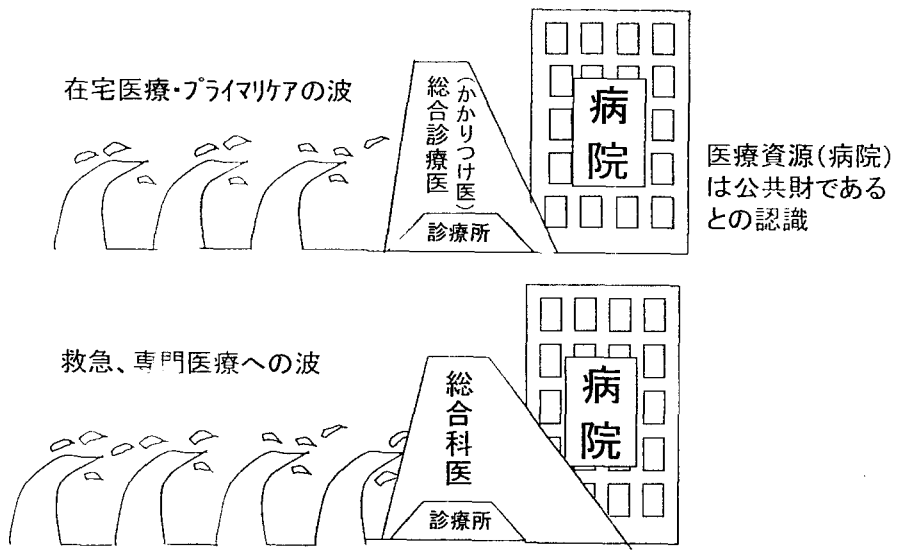
(従来方式)

(今後の姿)



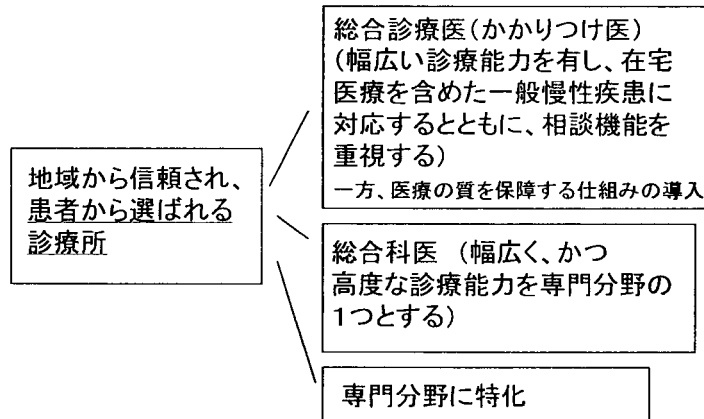
医療提供体制の抜本的改革

—フリーアクセスと病診連携—



独立行政法人国立病院機構 矢崎 義雄

これからの診療所の役割分担



総合科の考え方

内科、小児科、救急などを中心に、急性期疾患の初期診療を担うとともに、救急医療や専門医療の
プレホスピタルトリアージを行い、さらに病院での診療も担えることとする。

(専門医が総合診療を主たる業務とする場合に、所定の臨床研修を行った者も対象とする。)

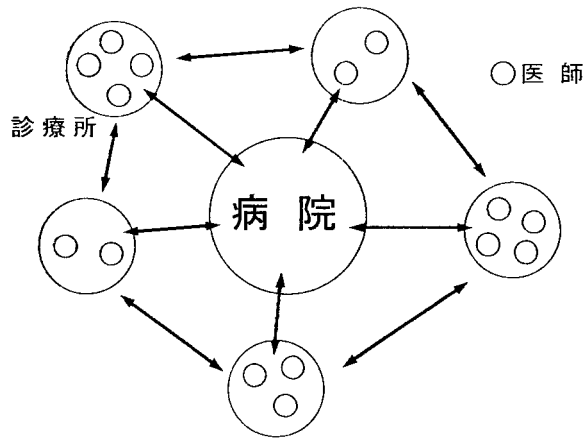
総合科の認定

高めの認定要件や育成プログラムを構築

(安易に取得できる仕組みではかえって患者が混乱する)

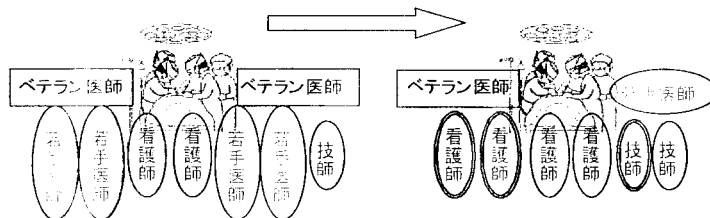
診療所の機能強化と病診連携

—チーム医療事業形態の促進



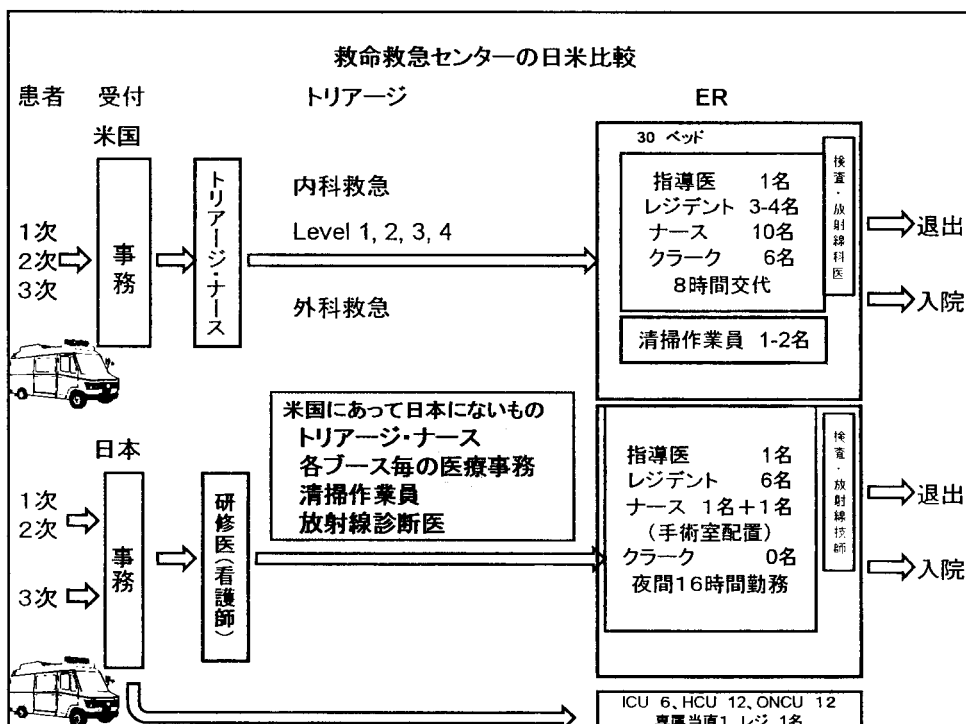
病院医師業務の課題

- ・医療の広範な業務を担うため、専門医療のスキルアップの機会が乏しく、十分な症例経験がつかないまま、最終的に開業してしまう。
- ・抜本的対策は、看護師を中心とした専門臨床能力の高いメディカルスタッフの育成により、医師のスキルアップおよび病院の医療の質と生産性を格段に向上させることである。



米国における上級看護師について

- 上級看護師の総称はAdvanced practice registered nurse (APRN)で、American Nurses Credentialing Center (ANCC)が専門領域等を認定している。
- APRNには、Nurse Practitioner (NP)・Clinical Nurse Specialist (CNS)・Certified Nurse-Midwife (CNM)・Certified Registered Nurse Anesthetist (CRNA)がある。



平成 20 年 4 月 21 日

第 7 回「安心と希望の医療確保ビジョン」会議

独立行政法人国立病院機構 矢崎 義雄

医療提供体制改善への提案

1) 医師需給の現状

病院医師数は絶対的に不足している。
しかし、将来は過剰になると予測される。

2) 医療(病院)危機をきたした背景

- ①国民の医療への意識変化
- ②医療の量から質への転換—フリーアクセスの波が病院へ
- ③外来診療に依存せざるを得ない病院経営
- ④近代医学がもたらした「医の原点」の喪失—訴訟リスクの増大

3) 病院と病院医師の質と生産性向上

- ①病床の有効活用と合理化
 - とくに療養病床(医療、介護を含めて)への対処、在宅医療推進と療養施設の増設 (高齢者に集中的な医療費配分の見直し)
- ②入院診療への特化による病院の生産性向上
 - 診療報酬の抜本的見直し(手術や救急を中心とした診療を支援するホスピタルフィーの創設)
 - プライマリケア医の質向上と国民の理解(とくに診療所のグループ診療業務形態と総合科認定制度の確立)
- ③医師業務の分化と医師の効率のよいスキルアップの機会の提供
- ④地域における病院機能の強化
 - 個々の病院の独立した運営から、地域という面からとらえた運営と病診療連携の推進
 - 自治体病院などの集約の際には、地域住民に受益と負担の選択肢を提示する。

4) 医師需給問題の考え方とその対策

・喫緊の対策

- ① 医師業務の分化による生産性と患者サービスの向上
 - － 看護師、助産師、歯科医師、薬剤師、臨床工学士などメディカルスタッフによるスキルミックスの推進
- ② 女性医師の活用
 - － M字カーブの解消と復職の促進
- ③ 退職する病院専門医の活用
 - － 専門医が総合診療を主たる業務とする場合には、所定の研修を課する(総合科医としての活用と病診連携の強化)
- ④ 医療リスク・医療訴訟への対応
 - － 医療ADR(裁判外紛争処理)や無過失補償制度の導入による危機管理
- ⑤ 診療報酬としてのホスピタルフィーの創設
 - － 質向上の保障と評価のモニタリングシステムの確立

・中長期的な対策

- ① 看護教育などの抜本的改革、医師法や保助看法の見直し
- ② 医学部定員増とメディカルスクール構想のとりえ方
 - － 医師不足対策と考えずに、臨床医育成のモデルケースとして慎重に検討する。教育環境整備が先決

5) 医療保険制度の課題

緊急医師確保対策（平成19年5月政府・与党）の進捗状況について

項目	内容	進捗状況
1. 医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的医師派遣システムの構築	<p>医師不足地域に対し、都道府県からの求めに応じ、国レベルで緊急臨時的な医師の派遣を行う体制を整備する。上記の実施に伴い、規制緩和等の所要の措置を講じる。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 国レベルの緊急臨時的医師派遣システムによる医師派遣として、19年6月に6カ所への派遣、同10月に2カ所への派遣を決定 ○ 20年1月に全国の産科医療機関における分娩の休止・制限の予定に係る実態調査を行い、支援が必要な7事案について、大学等からの医師派遣等を同3月に決定 ○ 国立病院機構から医師不足の自治体病院へ医師を派遣した場合に、地方公共団体から国立病院機構が一定の費用負担を受けることができるよう所要の施行規則を改正（19年7月施行）
2. 病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等	<p>①病院勤務医の過重な労働を解消するため、交代勤務制など医師の働きやすい勤務環境の整備、医師、看護師等の業務分担の見直し、助産師や医療補助者等の活用を図る。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 20年度予算において交代勤務制等の導入を支援するための補助事業等を創設 ○ 医師が行っている業務のうち、看護師や事務職員等が現行法令の下で実施することが可能なものを提示（19年12月通知。20年3月に各医療機関に要請） ○ 20年度診療報酬改定において病院勤務医対策に1500億円を充て、産科・小児科の重点的な評価に加えて、医師事務作業補助者の配置等を評価（当該措置の活用等による産科・小児科、救急医療の充実を含めた病院勤務医の軽減を20年3月に各医療機関に要請） ○ 国立大学附属病院について、運営費交付金で過重労働の解消や適切な業務分担の実現に必要な診療支援要員の配置等を支援。 ○ 20年度予算において産科を有する病院・診療所における院内助産所・助産師外来の設置を支援する事業の創設

<p>2. 病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等 (続き)</p>	<p>②また、特に勤務が過重で、深刻な医師不足の現状にある地域医療を支える病院への支援を充実する。</p> <p>③さらに、一次救急を含めて地域医療を担う総合医の在り方について検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 20年度予算において分娩数が少なく採算が取れない産科医療機関を支援する補助事業を創設 ○ 20年度予算において国や都道府県の決定した医師派遣に協力する病院等の診療体制の強化等を図るための補助事業の創設 ○ 労働者派遣法施行令等を改正し、労働者派遣法に基づく医師不足地域への医師派遣を可能とする(19年12月施行) ○ 20年度予算において、複数の大学病院が連携した医師キャリア形成システム構築を支援することにより、地域の医師不足に貢献する補助事業を創設 <p style="font-size: 2em; margin-left: 1em;">}</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 関連して、地方再生の観点から、病院等を開設する国立大学法人等が、地方公共団体の要請に基づき、地方公共団体の住民に対し特別に医療の提供を行う場合に、当該地方公共団体がその費用を補助することができるよう所要の政令を改正(20年3月施行) ○ 総合医・総合科のあり方については、現在、医道審議会医道分科会診療科名標榜部会において議論を行っている
<p>3. 女性医師等の働きやすい職場環境の整備</p>	<p>①出産や育児による医師等の離職を防止し、復職を促すため、院内保育所の整備など女性の働きやすい職場環境の整備を図るとともに、</p> <p>②女性医師の復職のための研修等を実施する病院等への支援や女性医師バンクの体制を充実する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 20年度予算において病院内保育所の更なる拡充(24時間保育等の補助額の引上げなど) ○ 各医療機関に対して、短時間正社員制度の導入等を要請(20年3月通知) ○ 20年度予算において女性医師の復職のための研修を実施する病院を支援する補助事業を新たに創設 ○ 20年度予算において就業相談機能を充実することにより、「女性医師バンク」の体制を強化(19年1月の創設以来女性医師バンクを通じて就業した医師は58名)

項目	内容	進捗状況
4. 研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し等	<p>①大学病院を含む医師臨床研修病院の臨床研修制度の在り方や定員の見直し等を行うことにより、都市部の病院への研修医の集中の是正に取り組む。</p> <p>②また、臨床研修後の専門医に向けた研修の在り方についても、地域医療への従事や医師派遣の仕組みと関連付けて検討する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ○ 20年度予算において都市部の臨床研修病院について、医師不足地域での研修を支援する補助事業を創設 ○ 20年度予算において医師不足地域等における研修医確保のため、研修プログラム等をPRする補助事業を創設 ○ 都市部への研修医の集中是正のための臨床研修病院の定員見直しの実施に着手
5. 医療リスクに対する支援体制の整備	産科補償制度の早期実現や、診療行為に係る死因究明制度（医療事故調査会）の構築など、医療リスクに対する支援体制を整備する。	<ul style="list-style-type: none"> ○ 20年1月に産科補償制度の具体案がとりまとめられ、20年度中に制度を開始する予定 ○ 診療行為に係る死因究明制度の構築に向けて、20年4月に第三次試案を示し、法案化に向けた作業を進行中

項目	内容	進捗状況
<p>6. 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進</p>	<p>①地域や特定の診療科で医師が不足している現状に対応し、奨学金を活用して都道府県が定める地域や診療科に確実に医師が配置できるための医師養成数の緊急臨時的な増加を行う。</p> <p>②さらに、地域の医療に従事する医師数の増加を図るため、医学部における地域枠の拡充を図るとともに、医師養成総数が少ない県においては、医師の養成数を増加させる。また、臨床医を養成する医育機関の在り方についても検討する。</p>	<p>○ 医学部の定員削減を定めた平成9年の閣議決定を存続しつつ、医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成のため、前倒しで養成数を暫定的に増員するという考え方の下での医学部定員の増加を決定</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 緊急臨時的医学部定員増：各都府県5名（北海道15名）9年間（公立大学は10年間） ・ 養成数が少ない県の医学部定員増：神奈川県・和歌山県を対象に20名ずつ（恒常的措置） <p>※ この他18年8月にも、新医師確保総合対策において医師不足の特に著しい10県及び自治医科大学を対象にそれぞれ10名10年間の定員増を決定</p> <p>※ これらの措置を合わせ、平成21年度までに最大395名の医学部定員増を実施</p> <p>○ 緊急医師確保対策及び平成18年の新医師確保総合対策により、平成20年度から168名の定員増を実施</p> <p>○ 大学医学部における地域枠の拡充を要請（19年度19大学165名。20年度32大学393名。）</p> <p>※出身地にとらわれず将来、地域医療に従事する意志を有する者を対象とした入学枠を含む</p>

緊急医師確保対策について

平成19年5月31日
政府・与党

医師確保対策については、平成19年度予算においても、その拡充を図り、新たな対策を進めている。しかしながら、全国各地の医師不足を訴える声は日増しに大きくなっている。その声を深刻に受け止め、地域に必要な医師を確保していかなければならない。

医療は地域生活に欠くべからざるものであり、誰もが地域で必要な医療を受けられるよう、また、地域の医療に従事する方々が働きがいのある医療現場をつくっていけるよう、万全を期したい。

このため、「地域の医療が改善されたと実感できる」実効性のある更なる以下の緊急対策を講じる。

1. 医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的医師派遣システムの構築

医師不足地域に対し、都道府県からの求めに応じ、国レベルで緊急臨時的な医師の派遣を行う体制を整備する。上記の実施に伴い、規制緩和等の所要の措置を講じる。

2. 病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等

病院勤務医の過重な労働を解消するため、交代勤務制など医師の働きやすい勤務環境の整備、医師、看護師等の業務分担の見直し、助産師や医療補助者等の活用を図る。また、特に勤務が過重で、深刻な医師不足の現状にある地域医療を支える病院への支援を充実する。さらに、一次救急を含めて地域医療を担う総合医の在り方について検討する。

3. 女性医師等の働きやすい職場環境の整備

出産や育児による医師等の離職を防止し、復職を促すため、院内保育所の整備など女性の働きやすい職場環境の整備を図るとともに、女性医師の復職のための研修等を実施する病院等への支援や女性医師バンクの体制を充実する。

4. 研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し等

大学病院を含む医師臨床研修病院の臨床研修制度の在り方や定員の見直し等を行うことにより、都市部の病院への研修医の集中の是正に取り組む。また、臨床研修後の専門医に向けた研修の在り方についても、地域医療への従事や医師派遣の仕組みと関連付けて検討する。

5. 医療リスクに対する支援体制の整備

産科補償制度の早期実現や、診療行為に係る死因究明制度（医療事故調査会）の構築など、医療リスクに対する支援体制を整備する。

6. 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進

地域や特定の診療科で医師が不足している現状に対応し、奨学金を活用して都道府県が定める地域や診療科に確実に医師が配置できるための医師養成数の緊急臨時的な増加を行う。さらに、地域の医療に従事する医師数の増加を図るため、医学部における地域枠の拡充を図るとともに、医師養成総数が少ない県においては、医師の養成数を増加させる。また、臨床医を養成する医育機関の在り方についても検討する。