

(3) 医師の専門性のあり方

初期臨床研修制度や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²⁶。

(4) 家庭医・総合医・在宅医療については、Vで述べる。

(5) 医師のキャリアパス

病院で働いていた専門医が、家庭医や総合医となって地域の医療を担うようになるキャリアパスも重要である。病院における急性期医療を、年をとっても続けられるわけではなく、専門医が開業するのは自然なキャリアパスであるし、地域住民の医療ニーズに応えるために必要なことである。

(6) ネットワークの必要性

医師不足の医療機関へ、直接、医師を一人ずつ派遣することには無理があり、ネットワークで支える必要がある。それぞれの地域や診療科によって個別に事情は異なるが、必要に応じて、派遣前のトレーニング、派遣中のサポート（患者搬送受け入れ先、各診療科コンサルト、医薬品・検体搬送、交代医師派遣等）、派遣後のキャリアパス（交代医師派遣、勤務先紹介等）について見通しがなければ、その地域での診療を、責任もって担うことはできない。短期的な派遣と、中長期的に医師派遣を担う地域の基幹病院における人材育成や人材が循環するシステムとを、同時に開始する。

2 中長期的ビジョン

(1) 医師の専門性及び養成の在り方の検討

医師養成のあり方について、医師集団としてのコンセンサスが得られれば、様々な診療科の専門医、家庭医・総合医といった医師を養成するために必要な教育内容についてのコンセンサスが得られ、必要な教育を行い得る医療施設・環境についてもコンセンサスが得られる。従って、診療科バランスは自ずと定まる。

(2) 医師の専門性の評価

診療報酬において、ドクターフィーを導入することによって、特に外科系の高度の診療技術の習得と継承への incentive を付与する²⁷。

²⁶土屋委員第2回資料7

²⁷嘉山委員第2回意見

(3) 医療者のネットワーク

地域偏在を医療者のネットワークで支えるため、医師派遣を担う地域の基幹病院において、若手医師にとって魅力あるキャリア形成システムの充実を図り、派遣前、派遣中、派遣後のサポートができる体制を整備する。まず基幹病院の定員を増やし、医療提供力の向上を図ったうえで、当該病院・地域の事情にあわせてそれぞれ合理的な方法で医師が循環するよう派遣する。また、入学定員を増やす際には、地域出身者の入学を促すなど、医師の地域定着のための方策を今後検討する。

3 短期的対策

(1) 卒後医師臨床研修制度の見直しの開始

医師臨床研修制度については、卒前教育との関係を整理する。(CBT、OSCE、advanced OSCE 等による) 医学部の臨床実習前医学教育および全国的な標準評価法にもとづく共用試験の充実とその情報開示を通じて、指導医の監督下における医学生による医行為について、国民の理解を得る必要がある。卒前、卒後の臨床研修に関して、研修期間、マッチングの問題点も含め、全面的な再検討を行うことによって、内容を充実させながら、期間の短縮を図ることのできる可能性が十分にあり、さらなる検討が必要である。

(2) 後期研修制度の見直しの開始 (P.2II参照)

(3) 医師不足診療科への対応

病院医師は過剰な勤務を強いられているため、小児救急(小児科医)など夜間・休日の救急医療(救急外来を担うすべての診療科)を担当した病院医師、病院における時間外の分娩、帝王切開、母体搬送、救急対応を担当した病院医師(産婦人科医、小児科医、麻酔科医)、時間外手術(外科医、麻酔科医)等を担当した病院医師に、患者数・救急車台数によって手当を直接支給する²⁸。

地域小児救急医療確保のために、「地域小児科センター」の推進に関する提言がなされた²⁹。

(3) 医師不足地域への対応

医師派遣を担う地域の基幹病院の定員をまず増やし、派遣前、派遣中、派遣後のサポートができる体制整備、医療提供力の向上を図ったうえで、当該病院・地域の事情にあわせてそれぞれ合理的な方法で医師を派遣する。

V 地域医療・救急医療体制支援と住民参加

²⁸ 嘉山委員第2回資料6、海野委員第3回資料6

²⁹ 海野委員第3回資料6-41 ページ、資料7

1 現状認識

(1) 救急医療

救急医療においては、患者数の急増が問題となっており、受入数をいかにコントロールし得るかという観点からの対策が必要である。特に2次及び3次施設間のバランスが非常に重要である。救命救急センターは救急症例全体の3%程度を受け入れているに過ぎず、2次救急体制のわずかな揺らぎも、3次救急体制の崩壊につながりかねない「ガラス細工」のように脆弱な体質を有している。

このため、施策の立案及び実施に当たっては、救急患者を多く受け入れるほど、より安定的に受入継続が可能となるような財政的支援が必要であり、患者数・救急車台数に応じて医師への手当をつけるべきという認識で一致した。

既にある2次救急、3次救急のネットワークを破壊するような、全国一律のセンター化設置指導等、無理な集約化を進めるような行政的誘導は行わず、地域と相談をし、地域の実情に合わせた施策が必要である³⁰

また、地域の医療従事者や住民が一体となって支える必要がある。東京都福祉保険局、東京消防庁、東京都医師会、救急医学専門医らの連携により、通信司令室の一部で、救急搬送の必要性についてプロトコルに従ってトリアージする電話相談事業を始めた。同時に救急隊による現場でのトリアージを始めており、救急車による緊急搬送が必要ない場合には、その状況を説明し自己通院を促すと、60%程度は救急車搬送を行わないことに同意が得られた。

病院においても、例えば国立成育医療センターと武蔵野赤十字病院では、看護師が外来や電話でトリアージを行っている。トリアージナースの教育・配置の取り組みの結果、「診察前に必要な情報が得られるようになった」、「緊急度・重症度の高い患者の診察が早く行えるようになった」、「患者のクレームが激減した」等、救急医療の質が向上したことが報告された³¹。我が国ではまだ稀であり、トリアージナースの教育を全国的に普及させるための財政支援が必要である。

救急医療におけるヘリコプター搬送について、医療と消防の連携がうまくいっている自治体では、消防・防災ヘリコプターの出動件数が多い。消防・防災ヘリコプターの出動件数における救急出動件数の割合は、高知県222件(81.0%)、熊本県209件(85.0%)、東京消防庁292件(51.3%)といった高い地域から、横浜市消防局0件(0%)、大阪市消防局4件(14.3%)、川崎市消防局5件(6.6%)といった低い地域まで地域毎に大きな乖離が見られる³²。

救急医療に関しては、個々の地域事情への配慮も必要である。医療上の問題だけでなく、社会的、経済的な弱者に対応している現実があり、いわゆる「社会(矛盾)のふきだ

³⁰嘉山委員第3回資料9

³¹有賀教授第3回資料5

³²有賀教授第3回資料5

まり」への対応、福祉政策的観点からの検討も必要不可欠である³³。

地域全体の病院医師の協力を得て地域の救急医療を支えるためには、日中の通常勤務、時間外勤務（救急外来等）、翌日の通常勤務を連続するといった過剰勤務を強いられている病院医師に対し、勤務実態に見合う手当が必要である。山形大学病院では、救急診療従事手当等を支払っており、病院医師のインセンティブとなっている³⁴。

（２）総合医療・家庭医療

総合医療や家庭医療の専門医トレーニング（後期研修制度）には3～4年間必要であり³⁵、現在までに家庭医療後期研修プログラム80余が立ち上がり、それぞれ5～10人の後期研修医を教育できる体制を目指しているが、幅広くプライマリ・ケアを提供する医師の教育については、「総合医」あるいは「家庭医」といった名称も定まっておらず、その在り方に関しても専門家の間でも意見が収束していない。まず、専門家間で十分な議論を踏まえつつ、国民との議論を展開していく必要がある。

また、病院で働いていた専門医が、家庭医や総合医となって地域の医療を担うようになるキャリアパスも重要である。病院における急性期医療を、年をとっても続けられるわけではなく、専門医が開業するのは自然なキャリアパスであるし、地域住民の医療ニーズに応えるために必要なことである。診療科や地域によっては、地域でプライマリ・ケアを専門に開始する前の短期トレーニングが必要な場合もあり、その後の生涯教育も重要である。

（４）地域における医師のネットワーク

地域全体の病院医師や診療所医師の連携を円滑に進め、診療所医師が病院での診療に携わることができる道を開くためには、病院医療に対する診療報酬を、ホスピタルフィーとドクターフィーに区別する必要がある³⁶。アメリカ、フランス等の欧米諸国では、ホスピタルフィーとドクターフィーを区別し、診療所医師が病院診療を担っている。

地域全体の病院医師や診療所医師の連携を進め、患者の入退院・転院を円滑に進めるため、また、急性期病院から後方施設への転院等を円滑にすることによって救急医療の受け入れ可能性拡大につながるため、地域の医療機関間における電子カルテ情報等の共有化が有用である。なお、個人情報保護の観点から懸念する声もあるので、住民が円滑に必要な医療を受けられるメリットとのバランスについて、住民の理解を得ながら進める必要がある。

³³有賀教授第3回意見

³⁴嘉山委員第2回資料6 I-①

³⁵葛西委員第3回資料4

³⁶嘉山委員第2回資料6

(4) 住民参加

受診数のコントロールに関して、「県立柏原病院の小児科を守る会」では、「子供を守ろう、お医者さんを守ろう」「コンビニ受診を控えよう」といった地域住民への呼びかけや、「病院へ行く、その前に」というフローチャートを作成・配布するなどの取り組みを行っている。このフローチャートにより、自宅でのトリアージが可能となっている。

これらの活動が小児科医療の崩壊を防ぐことに役立っている。

2 中長期的ビジョン

(1) 救急医療

救急医療それぞれの地域に存在する多様な医療資源の中から、個々の患者のニーズにマッチする人材・施設を紹介する体制（地域トリアージ）を整備するため、トリアージナースを育成していく。トリアージナースの教育には、指導医や地域の病院医師・診療所医師の協力、消防との連携、地域住民の理解や協力が不可欠である。

救急医療の現場において、医療上の問題だけでなく、ホームレスや結核患者など、社会的、経済的な弱者に対応するためには、地域全体の医療資源だけでなく、福祉・介護資源への橋渡しが必要であり、各地域の行政機関や消防に調整システムを構築する³⁷。

医療と消防の連携を円滑化し、消防防災ヘリコプターの救急搬送における活用を推進する。

(2) 家庭医・総合医

後期研修の場を地域に設定することで、トレーニング中の後期研修医が地域医療の患者需要に実質的に応える貢献が可能な地域もあり（福島県立医科大学、北海道家庭医療学センターなど）、それら先進的モデル・プログラムを核として家庭医・総合医養成および指導医養成を重点的に支援することが求められる。

(3) 在宅医療

地域医療の一翼を担う在宅医療は制度的に誕生からまだ日が浅く、多くの課題が未解決で残されているので、中長期的な課題として取り上げる必要がある。

がんなどの在宅医療や看取りまで行う在宅医療・在宅医の専門性を評価すべきである。訪問看護について、医師の標準的指示書や個別的約束指示の下で看護師の裁量性を認めることや、訪問看護のあり方を検討すべきである。

(4) 地域におけるネットワーク

病診連携を推進し、診療所医師が病院での診療を担うことができるように、診療報酬体系を見直し、ホスピタルフィーとドクターフィーに区別する。

³⁷有賀教授第6回意見

3 短期的対策

地域医療・救急医療においては、患者数の急増が問題となっており、患者にとって適切な医療へと送り届ける観点から、また、数をいかにコントロールし得るかという観点からも、トリアージが極めて重要である。地域の医療従事者や住民が一体となって、地域医療・救急医療を支える必要がある。

(1) 救急医療

(再掲) 病院医師は過剰な勤務を強いられているため、小児救急(小児科医)など夜間・休日の救急医療(救急外来を担うすべての診療科)を担当した病院医師、病院における時間外の分娩、帝王切開、母体搬送、救急対応を担当した病院医師(産婦人科医、小児科医、麻酔科医)、時間外手術(外科医、麻酔科医)等を担当した病院医師に、患者数・救急車台数によって手当を直接支給する³⁸。

トリアージナースを配置する病院にインセンティブをつける。

トリアージナースの教育にあたる指導医、及び、トリアージナースとしての専門性を身につけた看護師に、専門手当を直接支給する。

厚生労働省は、総務省及び消防防災ヘリコプターを保有する消防機関や自治体に、救急搬送の推進について、円滑な連携を呼び掛けていただきたい。

(2) 地域ネットワーク

病診連携を推進し、患者の入退院・転院を円滑に進めるために、地域の医療機関における電子カルテの情報共有を進める。

(3) 住民参加

「県立柏原病院の小児科を守る会」のフローチャートを参考にするなどして、地域住民も自宅でのトリアージを可能とする取り組みを支援する。

VI コメディカルの雇用数と教育

1 現状認識

(1) 病院に勤務するコメディカルの絶対数の不足

病院の100床当たり従事者数は、イギリス740人、アメリカ504人、イタリア307人、ドイツ204人であるのに対し、日本はわずか100.8人(諸外国平均の約1/4)である³⁹。日本の病院は、諸外国のコメディカル数に対し、圧倒的なマンパワー不足にあると言える。なお、日本の人口当たり急性期病床数は欧米の約2倍であることにも留意しておく

³⁸ 嘉山委員第2回資料6、海野委員第3回資料6

³⁹ 土屋委員第2回資料7図8、井上教授第4回資料4

必要がある。

病院の100床当たり看護師数は、イギリス200人、アメリカ141人、イタリア136人、ドイツ75人であるのに対し、日本はわずか33.6人（諸外国平均の約1/4）である⁴⁰。同程度の病床規模の日米の病院の看護師数を比較してみると、ボストンSE病院620人に対し、日本S国立病院85人と、7.3倍の開きがある⁴¹。

病院の100床当たり薬剤師数は、アメリカでは日本の4.9倍であり、さらに同数のテクニシャン（薬剤技師）がいる⁴²。

看護師、薬剤師の病院における絶対的雇用数は不足しているが、その養成数が不足している訳ではない。看護師の国家試験合格者数約4.6万人に対して、病院勤務の看護師数は、ピークの25～29歳においても約2.7万人しかおらず（新卒就業者3.9万人）、薬剤師の国家試験合格者数約8,000人に対して、病院勤務の薬剤師数は、ピークの30～39歳においても約1,300人しかいない⁴³。現行の養成数を前提に、いかに病院における雇用数を増やしていくかを検討する必要がある。

（2）医療安全とコメディカルの関係

看護師の教育水準が高いほど、患者死亡率が低い。学士の学位を持つ看護師が20%から40%に増えると、重症合併症患者1000人当たり14.2人の死亡が減少する。我が国の医療安全向上のためには、看護師の教育水準向上が必要不可欠である⁴⁴。

病床当たり看護師、薬剤師などのコメディカルの人数が多いほうが、医療の安全性が高い（看護師の受け持ち患者が1人増えると死亡率が7%増える、病棟薬剤師が100床当たり2.5人増えると死亡率が1000人当たり約20人減る）ことが、国際的に示されている⁴⁵。我が国の医療の安全性向上のためには、病床当たり看護師、薬剤師等の雇用数増加が必要不可欠である⁴⁶。

（3）教育水準のレベルアップ

現行の看護師の養成制度は、3年制の養成所や短大と、4年制の大学が併存しているが、看護職を目指す者にとって、大学のほうが魅力あるキャリアパスとなっており、離職率も低い。大学病院勤務者を対象にした調査では、大学卒の看護師の早期離職率は、

⁴⁰土屋委員第2回資料7図8、井上教授第4回資料4

⁴¹嘉山委員第4回資料8—③

⁴²土屋委員第4回資料10

⁴³井上教授第4回資料4、厚生労働省第2回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

⁴⁴井上教授第4回資料4

⁴⁵嘉山委員第1回資料7 p38、土屋委員第2回資料7図9

⁴⁶井上教授第4回資料4

養成所卒の看護師の1/10である⁴⁷。

看護師においては日本看護協会による専門看護師、認定看護師の養成・認定制度が稼働しており、高度の知識と強い動機付けを有する看護師が現場に供給されている⁴⁸。質の高い看護を目指すためにもこれらの資格取得者にはインセンティブを付けることが看護職のモチベーションを高めると期待される⁴⁹。

前述のように、看護師のキャリアパスのひとつに、救急医療におけるトリアージナーズという専門性もある。

看護師長クラス以上の看護師、薬剤師、その他コメディカルについて、医療安全管理者と並ぶキャリアパスのひとつとして、院内医療メディエーターという専門性もある⁵⁰。

(3) 高い離職率

看護師の養成数は十分だが、離職者が62.2万人中8.13万人と非常に多い。離職理由として、医療事故を起こしても不思議はない環境に置かれた看護師の不安が強く、その背景には、マンパワー不足（看護師、病棟薬剤師、看護助手、事務クラーク等、あらゆる職種の数の不足）と、マンパワー不足のために卒後専門教育の機会を奪われている現状がある⁵¹。

病院の看護師は25～29歳をピークに離職していき、復職することは稀である⁵²。

離職率が高いため、新人割合が高くなるが、通常、教育・指導にあたる手当等の支給はない。山形大学病院では、看護職員教育指導手当等を支払っており、看護師のインセンティブとなっている⁵³。

日本の看護師には、ライフスタイルの変化に対応した多様な勤務環境が、実現されていない。週35時間以上勤務する看護師は日本では95%であるのに対し、アメリカ58%、イギリス64%、ドイツ65%となっている⁵⁴。

(4) 他職種との協働

医療現場において、現在は医師が実施しているが医師が必ずしも実施する必要のない業務について、看護師、助産師、薬剤師等の他の医療職やメディカルクラーク等の実施を検討する場合には、国民の理解と同意を得ることが大前提であり、そのために各職種における基礎・臨床教育・研修の実態を十分に考慮した上で、必要な研修とそれによつ

⁴⁷井上教授第4回資料4

⁴⁸事務局第4回資料1、嘉山委員第4回意見

⁴⁹嘉山委員第4回意見

⁵⁰和田委員第4回資料11

⁵¹井上教授第4回資料4

⁵²井上教授第4回資料4

⁵³嘉山委員第2回資料6 I-①

⁵⁴井上教授第4回資料4

て獲得されるべき技術水準に関する関連職種によるピアレビューを導入する必要がある。それにより、患者および医療現場の構成員がチーム医療として相互に信頼関係を醸成するとともに、現に実施する当事者が自信をもつことのできるシステムを構築していく。そのようなシステムの構築を通じて、医療現場における多職種間の真の協働関係が形成されることが期待される。

医師との信頼関係に基づく真のチーム医療を担う協働する存在として、助産師の果たす役割は重大である。今後、正常分娩においては、医師との協働の中で自ら適切に判断し院内助産・助産師外来を担う人材を、チーム医療の中で育成していく必要がある⁵⁵。

周術期看護師の導入等、看護師等の役割分担の調整を検討する際には、専門医から独立した存在というよりも、専門医との信頼関係に基づく真のチーム医療を担う協働する存在として考えられるべきである⁵⁶。医療の質を担保しつつ・麻酔科医の加重労働を軽減し、手術麻酔を効率的にこなすためには、麻酔専門医の統括のもと手術の前後もカバーする周術期管理チームの構築が前提である。危機的偶発症の発生リスクを伴う手術麻酔の安全には麻酔専門医が即時対応できる体制が肝要であり、1人ないし最大2人の周術期看護師が麻酔専門医1人の直接的指導と臨床責任のもとに麻酔業務の中の役割を分担し協働することが想定され、周術期看護師の育成に向けての検討が現場で取り組み始められている。

日本医療メディエーター協会による認定制度では、年間約1000人の養成研修体制が既に確立しており、看護師、事務職、医師、薬剤師、ソーシャルワーカー、その他コメディカルなど、多様な医療関係職種が受講している。また、真実開示・謝罪促進などと連動させ、患者のための医療の一環として、組織的にメディエーター導入に取り組む医療機関、病院団体などが増加してきている。

医療メディエーション研修受講者のうち、この技法を「業務の中で活用している」が83%、「役に立つと思う」が95%と、現場のニーズの高さを示している一方、マンパワー不足のため、医療安全管理その他の業務と兼任せざるを得ず、疲弊しているという声が多い。

医療者と患者間の真の協働関係を樹立するためには、医療従事者が全体として、患者の立場を十分に配慮するという施設の「文化」を醸成する必要がある。そのためには管理者の姿勢が重要である。医療機関におけるメディエーション研修はそのような文化が育つ契機となることが期待される。

2 中長期的ビジョン

(1) 病院に勤務するコメディカルの絶対数

患者の安全性向上のため、看護師、病棟薬剤師等、病院のコメディカル雇用数を、ま

⁵⁵岡井委員第4回意見

⁵⁶山田教授第4回意見

ず2倍に増加させることを目指す。

(2) コメディカルの質的向上

患者の安全性向上のため、看護師基礎教育の充実を図り、4年制大学に移行していく。

専門性をもち、キャリアアップできる仕組みが必要であり、働きながら認定看護師・専門看護師・院内医療メディエーターなどの資格認定等が取れること、働きながら継続的な生涯教育の機会を確保すること、既に専門性を持ち、現場で活躍している看護師を専属配置とするため雇用数を増員すること等に取り組んでいく。

3 短期的対策

患者の安全性向上のため、実際に病院で働くコメディカル数を、短期的に増加させる、または、離職防止する方策を講ずる。また、教育に重点を置き、専門性を高める職場環境を整備することが、キャリアアップ及び離職防止となり、さらには医療の安全性向上につながる。

(1) 絶対数の増加

短時間正規雇用制の普及により看護師、病棟薬剤師、看護助手、事務クランク等の雇用数を増加させる。

(2) 指導者への配慮

卒後の新人教育にあたる看護師に指導手当をつける。

(3) 経済的インセンティブ

既に専門性を持ち、現場で助産師、認定看護師・専門看護師等として活躍している看護師に対し、専門手当を直接支給する。

(再掲) トリアージナースを配置する病院にインセンティブをつける。

(再掲) トリアージナースの教育にあたる指導医、及び、トリアージナースとしての専門性を身につけた看護師に、専門手当を直接支給する。

既に院内医療メディエーターとして活躍している看護師、薬剤師、その他コメディカルに対し、専門手当を直接支給する。

(4) 質の向上、キャリアパスへの配慮

看護師基礎教育の充実を図り、4年制大学に移行していく。

コメディカルのキャリアパスを考慮し、専門性を発揮できるよう専任配置する病院にインセンティブをつける。

VII 最後に

日本の医療レベルは、世界保健機構（WHO）が健康レベルから評価したものでは、世界1位である。一方、OECD加盟30カ国の中で、医療費がGDPに占める比率は21位と大変低い。また、医師数は同じく人口比で見ると26位と最低に近い。すなわち、世界で最も手間のかかる医療を世界で最も低い医療費と医師数で賄ってきたといえる。さらに、医師を養成する文部科学省の教育費もOECD加盟30カ国で26位と大変低い。このような状態になったことは、閣議決定であり、厚生労働省、文部科学省、財務省の良し悪しの問題ではなく国民が決めたものである。しかし、今回、閣議で、医師数の増員案が決定された。本ビジョンの会では、上述のごとく、医療の根幹を改善するためには医師数の増員のみでは解決できないことを提言した。従って、上記の医療の改善を健全に実現するためには、教育費および医療費の増額も併せて提言するものである⁵⁷。

⁵⁷嘉山委員第3回意見