

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）

医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医（医師後期臨床研修制度）のあり方に関する研究班

開催要項

1. 趣旨

「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会において、国民に質の高い医療を提供するために必要な、我が国の土壌にあった医師の後期研修のあり方について検討すべきとされたことを受けて、医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医（医師後期研修制度）のあり方について検討を行い、地域医療を担う家庭医・総合医を含めた専門医の指導、教育研修のプログラム等について、総合病院、大学病院、専門病院、診療所など様々な立場の医療者の協力を得て幅広く調査検討を行う。

2. 運営

本研究班の庶務は、国立がんセンターで行う。

議事は公開とする。

(別紙)

医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医

(医師後期臨床研修制度)のあり方に関する研究

研究者名簿

土屋 了介(班長)	国立がんセンター中央病院 病院長
有賀 徹	昭和大学救急医学教授
海野 信也	北里大学産婦人科学教授
江口 研二	帝京大学腫瘍内科学教授
岡井 崇	昭和大学産婦人科学教授
葛西 龍樹	福島県立医科大学家庭医療学教授
川越 厚	ホームケアクリニック川越 院長
阪井 裕一	国立成育医療センター総合診療部長
外山 雅章	亀田メディカルセンター心臓血管外科学部長
山田 芳嗣	東京大学麻酔科学教授
渡辺 賢治	慶應義塾大学漢方医学センター准教授

厚生労働科学研究費補助金（厚生労働科学特別研究事業）
医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医（医師後期臨床研修制度）
のあり方に関する研究

第1回班会議

日時：平成20年9月22日（月）13:00-15:00

場所：厚生労働省 専用第18, 19, 20会議室（17階）

議事次第

1. 開会

2. 議題

医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医（医師後期研修制度）のあり方について

3. 閉会

【資料1-1】「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会中間とりまとめ(案)	5
【資料1-2】「後期研修のあり方に関する研究班(仮称)」設置に関する要望	9
【資料2】「安心と希望の医療確保ビジョン」(概要)	10
【資料3】「安心と希望の医療確保ビジョン」	11
【資料4】「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回会議議事録(抜粋)	27
【資料5-1】「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会」第2回会議議事録(抜粋)	32
【資料5-2】「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2回会議資料(抜粋)	49
【資料6-1】「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会」第3回会議議事録(抜粋)	129
【資料6-2】「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3回会議資料(抜粋)	139
【資料7】「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回会議資料(抜粋)	145
【資料8】「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5回会議資料(抜粋)	146

第1回「医療における安心・希望確保のための専門医・家庭医
(医師後期研修制度)のあり方に関する研究」班会議座席表

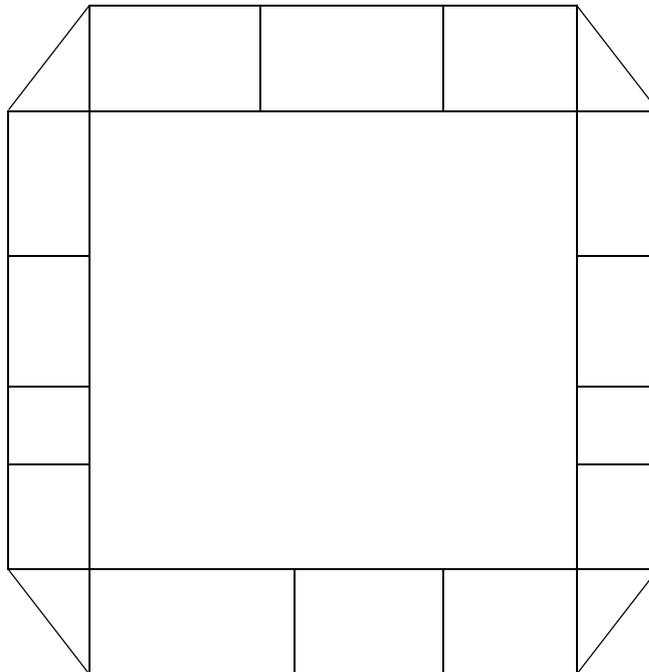
平成 20 年 9 月 22 日(月)

13:00~15:00

17階 専用第 18, 19, 20 会議室

舛添
厚生労働大臣
○
土屋
主任研究者
○

葛西 班員 ○
岡井 班員 ○
江口 班員 ○
海野 班員 ○
有賀 班員 ○



○ 川越 班員
○ 阪井 班員
○ 外山 班員
○ 山田 班員
○ 渡辺 班員

○ 事務局
○ 事務局

傍 聴 席

傍 聴 席

「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会
中間とりまとめ(案)

平成 20 年 8 月 27 日

本検討会は、国民が地域で安心して医療を受けられるよう、医療を守り質を高めるために必要な具体的な方策について、国民・患者や現場の視点に立って 7 回 16 時間を超える時間にわたり議論を重ねてきた。

厚生労働省においては、こうした議論を踏まえて、関係省庁とも協力し、下記の事項及び検討会で出された現場の知恵ともいうべき提案について積極的に取り組むことを要請する。

また、医療費は対 GDP 比が OECD の中でも低い水準にあることを踏まえ、より質の高い医療の実現とそれに必要な医療費のあり方について国民的な議論が行われることを期待する。

1 医師養成数

医師養成数については、産科や救急をはじめ厳しい状況にある診療科の勤務医等の待遇を改善するとともに、さらに医療の質を高めるため、増加させるべきである。

○来年度においては、医学部教育・地域医療に支障を来さない範囲で、少なくとも過去最大の医学部定員(8,360人)程度を目指すべきである。

○OECD の人口 10 万対の平均医師数が我が国のその約 1.5 倍であることも考慮し、医学部教育・地域医療に支障を来さないよう配慮しつつ、将来的には 50%程度医師養成数を増加させることを目指すべきである。その後医師需要をみながら適切に養成数を調整する必要がある。こうした医師需要を検証する観点から厚生労働省において必要な医師数について推計し直すべきである。その際、少子高齢化の進展や国民の医療に対するニーズや意識が変化していることを踏まえ、あるべき医療の姿もイメージしつつ、高齢化の状況、患者の診療動向、女性医師の増加や働き方に関する意識の変化、医師の

勤務実態、世代別の状況、医療提供体制のあり方など様々なパラメータをできるだけ考慮した専門的な推計を行うべきである。

2 医師の偏在と教育

現下の医師不足問題は、診療科の偏在と地域の偏在という「2つの偏在」によって深刻さを増している。国民が地域において確実に必要な医療が受けられるようにするためには、医師の数を増やすだけでなく、こうした偏在の問題に的確に取り組む必要がある。

○診療科の偏在の問題については、特に病院に勤務する医師が減少傾向にある診療科や救急医療においては、時間内でも時間外でも厳しい勤務を求められることが多いことを踏まえて、その働きを評価し、医師が魅力あると思うようなインセンティブを付与することが重要である。外科をはじめ医師の技術を適切に評価するため、ドクターフィーについても検討する必要がある。

○地域の偏在の問題については、へき地などで働く医師へのインセンティブの付与、へき地などへ派遣された医師を様々な面でサポートする体制の整備が必要である。また、専門医としての総合医・家庭医の養成とともに、他の専門医が総合医・家庭医となって地域医療を担うようなキャリアパス、再教育のプログラムが必要である。

○当面、上記のインセンティブの一つとして、産科、救急、へき地などで勤務する医師等に対して手当を支給し、その働きを評価すべきである。また、通常の勤務に加え、当直やオンコール対応など厳しい状況に置かれた勤務医の勤務条件を短時間正規雇用などにより改善を図るべきである。

○また、2つの偏在の問題に対応し、また、医療の質を高めていくため、患者の声も聞きながら、初期臨床研修制度や専門医トレーニング(後期研修制度)のあり方を見直すべきである。

○より質の高い医師を効果的に養成する観点から、医師の卒前・卒後教育の連携をはじめとした臨床研修制度のあり方について、文部科学省と厚生労働省との合同の検討会を早急に立ち上げ、対策の具体化を図るべきである。

3 コメディカル等の専門性の発揮とチーム医療

よりよい医療を実現するためには、治療にあたるチームを構成する医師のみならず各コメディカルが専門性を発揮していくことが重要である。

○コメディカルが専門性を持ち、キャリアアップできる仕組みが必要であり、そうしたことへのインセンティブの付与や支援が必要である。同時に、コメディカルの数を増加させることについて具体的な検討が必要である。

○チーム医療を実践することや各職種が専門性を発揮し、患者のためのよりよい医療が行われる体制がとられることを前提に、その職種でなくても行いうる業務を他の職種に担わせるスキルミックスを進めるべきである。

○患者の安全性向上のため、4年生大学への移行も視野に、看護師基礎教育の充実を図るべきである。

○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。諸外国の例を参考にしながら、医療における院内メディエーターの活用も今後の検討課題とすべきである。

4 地域医療・救急医療体制支援

○地域医療の担い手の一つとして、専門医としての総合医・家庭医のあり方等について検討を進めるべきである。

○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。

○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を進めるためには、病院における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ことを検討する必要がある。また、地域全体の病院医師や診療所医師の連携を円滑に進め、患者の入退院・転院を円滑に進めるためには、

地域の医療機関における電子カルテの情報共有が必要である。また、医療の透明化を図るため患者が無料で明細書(診療内容がわかる領収書)を受け取ることができるようにする必要がある。

- 救急医療において、患者が適切な医療を受けられるようにするためには、最も重症の者を受け入れる第三次救急の体制を堅固なものとすると同時に、軽症者も含め多くを受け入れている二次救急を支える体制を構築することが重要である。
- このため、数多く救急患者を受け入れた医療機関・医師を評価すること、地域によっては二次救急が福祉的なニーズを持った患者を相当数受け入れているケースがあることから福祉関係の行政機関をはじめ関係機関が協力して受け止められる体制を構築すること、医師以外にも適切なトリアージができる看護師を養成すること、が必要である。
- 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べきである。

5 患者・住民の参画

- 「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・配布などの取り組みが行われている。各地のこうした取り組みを支援し、住民とともに地域医療を守ることが重要である。
- 患者、住民に関わることを決める場合には、患者、住民とともに議論し、考えるという視点が重要である。

「後期研修のあり方に関する研究班（仮称）」設置に関する要望

平成 20 年 7 月 30 日

医療確保ビジョン具体化検討会 委員 土屋 了介

背景

○ 医師の専門領域の偏在

舛添厚生労働大臣の下、開催されている「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化検討会において、医師の専門領域の偏在が議論されている。

○ 家庭医養成の必要性

これまで病診連携を進めてはきたものの、診療所医師となるために、家庭医（地域・家庭医療）としての的確な教育がなされてきたとは言いがたい。家庭医の教育には、総合病院、大学病院が中心となり、専門病院、診療所など様々な立場の医療者の協力による制度が必要である。

○ 第三者機関の設立への切望

日本医師会・日本学術会議がすでに要望しているように、専門医・家庭医の教育の質の担保とともに人数のコントロールも含めて、医療者が自律的・自浄的に担う場（第三者機関）が必要である。

- 専門医の教育については、専門医認定協議会等が尽力してきたが、さらに国民の信頼を得られるよう、質の担保の観点から発展させる必要がある。

調査研究

○ 卒後後期研修のあり方

国民に質の高い医療を提供するために必要な、我が国の土壌に合った家庭医・専門医の後期研修のあり方について検討し厚生労働大臣に報告する。

○ 諸外国の後期研修内容・制度等の調査

○ 卒後研修（専門医制度）委員会の設立

家庭医・専門医の卒後後期研修制度を運営する自律的・自浄的委員会（大学病院、総合病院、専門病院、診療所等に所属する、様々な立場の医師）を平成 21 年 4 月に発足させることを目標に今年度中に必要な準備事項についても報告する。

当面の対策

○ 有効なインセンティブの実行：当直料・待機料等の全額支給

上記制度が有効に機能するまでの間、医師の離職防止、職務遂行に対する意欲発揚のためには、当直料、待機料等を全額支給するなどの勤務実態に見合う報酬の実現が必要である。

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

1. 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）

「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回会議議事録（抜粋）

平成20年7月17日（木）

○高久文麿座長（自治医科大学学長）

（略）いまの医療提供体制のまま、医師を増やしても、現在のアンバランスな状況が広がるだけという可能性もあります。日本の医療提供体制を根本的に考え直さないと。医師数を増やすことは必要だと思いますが、増やす過程の中でそちらのほうも考えていかないと、ただ増やすだけでは問題は解決しないと思っていますが、いかがでしょうか。

○嘉山孝正委員（山形大学医学部長）

そのことに関して、次回データを出したいと思うのですが、やはり科の偏在については、インセンティブが絶対に必要ではないかと思えます。先ほど岡井委員も小川座長代理もおっしゃったのですが、いまの若い者たちの志は低くない、だけれどもその志を折るような社会があるということだと思えます。

それをやったものの1つは、卒後臨床研修制度がパンドラの箱が開いて大学の医局制度が脆くも崩れたわけです。あそこで規制がかかったことは、私はエビデンスだと思います。循環型の医療をやっていて、地域医療も足りなかったけれどある程度回していました。ある程度科の偏在も医局制度で抑えた。

医局の悪いこともたくさんあるのですけれども、それがなくなったために、スイッチ1つでどこでも行ける。これはパンドラの箱が開いたのです。つまり学問は面白い、やり甲斐があると思っても、割が合わないというのがいまの子どもたちの最終的なディシジョンです。

ですから、そこに入って来るのは、大熊委員もおっしゃったのですが、女性の場合だったら働ける環境を作るとか、若い青年医師女性医師が自然に入って行ける環境作り、そういうインセンティブしかないのです。医療サービスに要する時間と肉体的尽力と、精神的尽力と患者のリスク。

患者のリスクというのは病気そのものですね、病気が難しいとか易しいとか危険性があるというものです。そこから受ける精神的ストレス。ハーバード大学は、こういうものをコード化してインセンティブを出しているのです。

例えば、45分間ノイローゼの患者を見た場合、ヒステリックトミー、子宮全摘術をやった場合の労働のインセンティブは、約4.9倍あったとハーバード大学では計算しています。

○高久座長

どちら側が4.9倍になるのですか。

○嘉山委員

もちろんヒステリックトミーです。外科のほうがずっときつい。精神科がいいとか悪いではないですが、精神科になると日本人は思考停止になって、みんな精神科に預けてしまうのですが、いろいろ見るとそうでないのもたくさんあるのです。

欧米では4.99倍ですね。医療サービスの時間で2倍、肉体的尽力が4.47倍、専門技術の精神的尽力が3.8倍、患者のリスクからの精神的ストレスが4.24倍、合計で4.99倍です。ですから婦人科産科のほうが、それだけインセンティブを付けるということを数値化しているのです。

このままの数字がいいか悪いかは分かりませんが、先ほど岡井委員も海野委員もおっしゃったように、トップが下の人の仕事を何か難しいことをやっていると認めてあげる。うちではお産で2万円出して、難しい手術をした場合には、インセンティブとして病院の収入から1割を出しています。

うちは今年も心臓外科は入りにくいのですけれども、入局者がいます。ですからお金の問題だけではなくて、インセンティブというのは国家あるいはトップが、あなたの仕事を認めていますよという意志表示をしてあげることが、非常に大事ではないかと思います。次回データを出したいと思います。

○ 土屋了介委員（国立がんセンター中央病院病院長）

診療科ごとの偏在のことを申し上げたいのですが、その前に大熊委員に大変感謝したいのは、病院の忙しさは通知がたくさん出ていて、厚生労働省もその一端を担っているのではないかとということをごろろ感じていたのを、よくぞ言ってくださった。

近くでは7対1の看護というのがありましたけれども、その前年に私どもが増員を要求したら本省で蹴られて、4月に7対1になったら、非常勤を雇ってでも7対1を確保しろという指令が来たり、大変局間で矛盾がある行政が行われているように思われます。

その辺も現場で、例えば外科で言えば、手術件数で点数に差を付けるということが中医協で決まったけれども、あっという間にそれが元に戻るとか、右往左往することがあります。DPCも同じで、もう何年も経っているのに7月から12月に調査が来て、現場の医師がその調査票をいちいち退院ごとに書かなければならない。そういう余分な要求が余りにも多いということは最初に申し上げたい。これは大熊委員が私に言わせたということです。冗談はさておき、診療科間の偏在ということですが、これはいままでも医学部の学生数を増やすという総数の話でしたけれども、診療科間のことは卒後教育の問題だと思うのです。これが、長年にわたって日本では各学会にほぼ任されていた。それを何とか是正しようというので、私どもが外形基準と呼んでいるものが厚生労働省から示されました。

1,000人以上の法人化された所が認定したものは、広告してよろしいというのが確か平成14年に出たと思いますが、それによってまた各学会が右往左往している。したがって、日本の医師総数よりも、たくさんの専門医がいると揶揄される状況が、いまの状況ではないか。しかも、診療科間でのバランスを考えるコミッティも何もない。専認協というのがありましたけれども、現在ほとんど動いていないという状況です。

ところが諸外国、特にアメリカを見ますと、卒後教育はこれ1個のCD-ROMの中に全部納まっているわけです。ご覧になった方は知っていると思いますが、各病院の何科は何人トレーニングしてよろしいということを、全国的なコミッティで全部決めてあります。

アメリカは、アメリカンメディカルアソシエーション（全米医師会）の代表、各学部長の代表、病院長の代表、そして2種類の学会の代表が、構成してコミッティを作って、卒後研修に対する予算は

全部国家が負っているわけです。これが医療費の中で計算されて、きちんと卒後教育がなされている。

ところが、例えばがんの専門医が足りないというと、がん対策基本法ができて、がんの専門医を育てようというので、文部科学省は昨年がん専門の養成プランを作りました。これは大学院でやるというのです。卒後の職業教育をやるのに、授業料を取ってやるというのが日本の発想であります。こちらは給料を払ってやるというのが、職業教育です。

各企業のことを考えていただければ、トヨタ自動車が雇った大学の卒業生を、そこからまたトヨタ学校で授業料を取るなんてことはやっていないわけです。

総数を増やした、今度はバランスを取って各科の診療科の枠を決めていくとなれば、これは公費を投入しなければコントロールはできないということだと思ふのです。これを米国でも欧州の多くの国でもやっているわけですので、先ほどの大臣の、予算をどこに注ぎ込むかということから言えば、卒後教育のところにこそ注ぎ込んで、バランスを取る。どういうところにどれだけ必要かというのを計算した上で、育てていくということをしないと、先ほど言ったように総数を増やしただけでは解決しないということだと思ふます。

○高久座長

専門医の問題については、吉村委員がずっと関係しておられましたので、コメントをお願いします。

○吉村博邦委員（社団法人地域医療振興協会顧問）

吉村ですけれども、まず数は足りない。これは事実だと思ふのです。どんなに忙しいところでも、魅力があって数がたくさん来れば、一人ひとりの負担は減るわけです。そして、厳しくないところであれば少なくともいいということですが、まず数が必要なことは間違いない。それからいま嘉山委員がおっしゃったように、インセンティブを科別にどう付けるか。これは環境もありますし処遇もあると思ふのです。

土屋委員から出ましたように、どういう医師を養成するかということが、一番大きい問題ではないかと思ふます。これはまず医学部の学生教育、そしていま話題になっております卒後の臨床研修、これは医師のほんの一部でありますので、最終的にはいかなる専門医を作るかということが問題だと思ふます。

専門医というと、非常にカテーテルのうまい人であるとか、手術のうまい人だとかバイパスの専門家、そういう方を専門医とお考えになると思ふのですけれども、まず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だと思ふのです。

これはアメリカではジェネラルサーティフィケートと言って、24の領域についてまずレジデンスプログラムをやって、専門医を取る。そうしますと、初めてドクターフィーが付くということになります。さらに、サブスペシャリティの細かいところをやれば、さらにインセンティブも上がって処遇も上がるということなのです。

基本的な領域は、例えば眼科とか婦人科とか、それぞれの科のジェネラリストをしっかり育てる。その中のいわゆる総合医というのも1つの専門性だと思ふのです。ですから、私がいきなり僻地に行って1人でやってこいと言われれば、多分できると思ふますが、僻地でやる方はそれなりの修練も必要だと思ふのです。

そういう総合的なことをやられる方も必要ですし、かといって呼吸器とか消化器とか癌の専門医とか、そういう基本的なところを押さえる専門医もいると思うのです。その専門医はやはり土屋委員のおっしゃったように、アメリカでは老人医療からかなり出ているわけです。たしか1人1,000万ぐらい出ていると思いますけれど。

それぞれの診療科ごとの専門医をまず作る。これは医師であればどこかの専門領域を選択して、それを取っていただく。その中で眼科の定員はこれくらいですよとか、神経科はこれくらいと、そういうことができるには、全員がプログラムに参加しないとできないと思います。

それを取った上で、さらにサブスペシャリティの、これはアメリカでは130ぐらいあると言われているのですけれども、それを取ればさらにインセンティブが付くというような、先ほどインセンティブが大事だと申し上げましたけれど、この専門医をしっかり作っていくということが、大事ではないか。

何でもできる医者を作るということで、特に研修制度に2年間のプログラムが入りました。もちろんこれは必要なことではありますけれど、あくまでも基本的なことであって、その次に、例えば何でも見られる医師、総合医を作るには、やはり3年なり5年なりの研修制度が必要だと思うのです。そういう意味で専門医制度というのは、数とインセンティブと、いかに医師を育てるかという視点が非常に重要ではないかと思っています。

○ 大熊由紀子委員（国際医療福祉大学大学院教授）

いまおっしゃったことの中の総合医というのは、とても大事だと私は思っずずっと訴えて参りました。アメリカだけではなく北欧の中だとデンマークが一番進んでいて、イギリスの制度の悪いところを全部直したような家庭医制度があります。そのために日本だと80%以上が病院で死ぬのに、あちらでは80%以上が自宅で安らかに看取ることができています。その家庭医の後ろに、総合病院の緩和ケアの専門職がすぐ飛んで行くという体制ができています。

この総合医というのは、日本医師会はあまり賛成しておられないようですけれども、それを厚生省が提案して、かつて葬り去られた歴史的な経過もあります。家庭医も専門性が高いのに、イメージが皆さん間違っていると思います。

先ほど、患者さんたちの要求水準が高くなったとか、大野病院の話が出たのでちょっとだけ。届出数は、確かに非常に増えていますけれども、これは届出の基準が変わって、病院も届けるようになったために、非常に増えているように見えるわけです。患者さんが起こす訴訟そのものは、それほどみんなが思うほど増えていない。ですからこれは一種の錯覚ではないか。

マスコミと一部の医師たちの訴えによって、医療訴訟が実際以上にたくさんあるように思われている、一種の錯覚だということを知っていただきたいと思います。というのは、結構医師の家族が裁判を起こすことも多いのですけれど、そのときの大変な金銭と心労を考えると、そんな気軽に裁判なんて起こせるものではないといわれます。

大野病院については、私のホームページ <http://www.yuki-enishi.com/> の「医療事故から学ぶ部屋」に大野病院についての事実をアップしてあります。医師を逮捕したことについては、どんな患者さんも逮捕はおかしいといっています。でも大野病院のあの患者さんは本当に死ななければいけないことだったのか、もう少し病院の体制とか段取りが良かったら生きられたのではないかということが、か

なりははっきりしています。大野病院事件が一種の象徴になって、産婦人科医がいなくなる、医師が萎縮するというような乱暴な議論が横行しているのは、困ったことです。

医学生達はお産の風景を見るととても感動して産科に行きたいという気持ちになるそうですので、そういう間違った噂を医師の方は広めないでいただきたいと思います。

○ 海野信也委員（北里大学産婦人科教授）

大野病院のことは先生のおっしゃるような議論もあるかもしれませんが、ただ学生達はそう受け取っているという現実があるものですから、それはご理解いただきたいと思います。

診療科の偏在に関連してなのですが、ぜひ資料をいただきたいと思っておりますのが、もうすでにそれぞれの基本領域の学会が専門医を作っている。精神科医は作っていますよね。ですから、そこですごいまでのぐらゐの人間達が専門医に、過去 10 年 20 年の間になっているか。それでまた専門医になるためには、必ずそれぞれの学会に入って、エンロールして研修を始めなければいけないので、いまそれぞれの科で研修を始めている人達の数も簡単に把握できるはずだと思います。

それを見れば、いまこれから研修を始めている人達がどのような動向であるかというのが明確になると思いますし、そこで本当に問題になるのがどういう方向になっていくのかということも、見えてくると思うのです。それを前提として偏在をどうするか、偏在をどのように是正していくかを考えるべきだと思いますので、そういう資料を是非出していただければと思います。

○ 吉村委員

それは先生、専門医認定制機構というので、もう厚い冊子が出ておまして、いま 64 の専門医があるのですけれども、非常に細かい。

○ 海野委員

ですから実際の数です。要するに、それぞれの学会の新規入会者の数が、それで専門医を目指している人の数ですから、その数を知りたい。そのリストが必要だということです。

○ 吉村委員

わかりました。

資料 5 - 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」第2回会議議事録（抜粋）

平成20年7月30日（水）

○高久座長

それでは議事を進めてまいります。本日の議論の進め方ですが、事務局から資料の1から4、事務局提出の臨床研修制度の見直し、5つの安心プラン、岸本先生提出の意見について説明をしていただいたあとに、前回ご議論のありました医師不足と医師の偏在・医学教育を中心のテーマとして、皆様方からご自由なご意見を伺いたいと思います。まず、舛添大臣から一言ご挨拶をいただきます。

○ 舛添厚生労働大臣

皆さんお暑い中全員出席ということで、ありがとうございます。しかもこんなにたくさん資料をいただきましたので、これだけで2日間ぐらいのシンポジウムを持てるんじゃないかなと。こう暑い時期ですから、私は昔、学者の端くれでしたので、大体こういうときは避暑を兼ねて、どこか1泊あたりでやるブレイン・ストーミングもいいかと思ったりしていますけれども、本当に皆様ありがとうございます。

いつも申し上げておりますけれども、完全に白紙の状態からというか、新しい発想を生み出すためには、既存の今までの既成概念から離れてやったほうがいいと思います。今日は高久座長がおっしゃるような、臨床研修制度の見直し、その他医師の偏在、医学教育を中心としたテーマですけれど、例えばお医者さんではない立場から見ると、要するに教育をするというのと、派遣をしてそこで働かせるというのというのはどうなのか。

実は私は労働大臣でもあるので、日雇派遣を禁止するとか、働き方を厳しくやってやろうというように思うのですが、教育の一環として派遣させる、ただどこでは実際は働かせている。お医者不足なんですね。そうすると日雇派遣とは言わないけれど、労働の問題から見るといいんだろうか。

教育とうまい具合にミックスさせているけれど、常識、つまり、医療の現場じゃないところから言っ、いいのかなという疑問には答えられますかと。

それから、基本的にはやっぱり現場重視ということをお願いしたいので、厚生労働省が旗振ってどういう方向でやれというより、現場の皆様方が、例えば教授の皆様方がこういう形で研修制度を変えるんだと。したがって、自分たちでルールを決めて自分たちでこういう規制をするんだというのは、それはいいんだと思いますけれども、例えば、昭和大学はどうするとか、慶應大学はこういう方針でやる、それは我々がやっちゃいけない、いいということじゃないと思う。だけど、政府が旗振ってどの大学もこういう形でやれというのはいかがなものかなと、そういうようなことも思っております。

それから医師の不足の問題ですが、どうしてもコメディカルのほう、介護士、看護師、メディカルクラークその他の分野の方々についてもこれは議論をしないと、お医者さんの数の話ばかりして、ちょっと若干忘れても困るなど。だからこれはスキルミックスをやるときに、看護師さんは全然増えないでやったってできるのでしょうか、というような話もあるのです。

少しこれも勝手なお願いでございますけれども、医療の現場にいない者の立場、今日は丹生さんが見えになっておられますので、是非そういう立場からのご発言願って、医療の現場にいないお医者じ

やない人から見て不思議だなと思うことに対して答えが出なければ、やはり前に進まないという気がしますので、ちょっと問題提起をしておきたいと思います。本当に忌憚のないご意見を賜って、さらに今日の検討会を進めたいと思います。以上です。

○高久座長

ありがとうございました。それではカメラはここで退室をお願いいたします。事務局より資料の説明をお願いいたします。

○杉野医事課長

医事課長です。私から資料1番と2番について説明いたします。1番は主として医師の需給のベースになるような資料です。前回いろいろご指摘をいただき、資料を集めてまいりました。十分ではないかもしれませんが、説明申し上げます。

まず1頁、2頁については前回もお示しした資料と同じものです。3頁からですが、細かな表になります。前回、産婦人科と小児科については個別に概要資料を出しましたが、さらに全体の診療科動向についてお示しする診療科別の従事医師数の推移です。4頁は病院、5頁は診療所となっています。生データで、適宜ご参照いただければと思います。これをわかり易くグラフにしたものが6頁以降になります。

6頁は「診療科別医師数の推移」について、平成6年を1.0とした場合の指数で、その伸びなどをお示したものです。パッとご覧いただきますと、いちばん上のほうに伸びているのがリハビリテーション科、その下が形成外科です。順次いろいろな科が並んでいます。逆に、平成6年以降下降線をたどっているのが、いちばん下から産婦人科、その次が外科となっています。この産婦人科、外科については卒後臨床研修の必修科の影響が18年に出ているわけですが、それ以前からの減少傾向が示されています。なお、上のほうのリハビリテーション科や形成外科、いろいろな要因があると思いますが、そもそもこの両科などについては、母数が小さいことも大きな影響があるかと思いますが、

さらに病院と診療所に分けたものが、7頁と8頁です。これらについても前回、たしか嘉山先生から、病院勤務医と診療所に分けて議論する必要があるというようなご指摘がありました。分けてみたものが7頁と8頁です。低いほう、減っているほうに目を向けると、7頁の病院ではいちばん下が産婦人科、その次が耳鼻いんこう、その次が外科、その上の薄いブルーは眼科、こういった診療科が若干減少傾向を示しています。

他方、8頁の診療所で見ると、減っているのはやはり外科、産婦人科です。つまり、外科や産婦人科は病院、診療所を問わず減少傾向にあることが示されています。他方、病院では減っていた耳鼻いんこう科、眼科、大きな伸びではありませんが、それぞれ診療所では逆に伸びています。病院と診療所で違った変化をみせていることが、このグラフでわかる状況です。

9頁は、小川先生からご指摘いただいた「都道府県別にみた人口10万人対医師数」です。まず全体的に見て、黄色でマークしていますが、総医師数あるいは従事医師数ともに平成18年度で最も少ないのは埼玉県、最も多いのは京都府で、その差は約2倍という開きになっています。

これを、もう少し詳しく病院と診療所に分けてグラフに落としたものが、10頁です。このグラフは、縦軸に人口10万人当たりの病院医師数、横軸に同じく10万人当たりの診療所医師数でとっています。例えば、右肩に京都府などがありますが、右肩のほうは病院で見ても、診療所で見ても医師数が相当豊かにある、日本国内では比較的多いということになります。逆に左下のほうは、病院で見ても、診

療所で見ても医師数が不足しているという地域です。これもまた前回、小川先生からご指摘がありましたが、例えば、茨城、千葉、埼玉といった東京周辺の地域。あるいは、ちょっと理由は違うと思いますが、岩手とか青森といった東北地方。こういった所が、病院で見ても診療所で見ても、医師が不足していることが現れているグラフです。

11 頁からは、産婦人科関係などの個別の診療科についてです。分娩件数 1,000 当たりの分娩取扱い医療機関数を、都道府県別に見たものです。たくさん線があり大変見にくくなっていますが、上のほうの県はいちばん上が長崎、2 番目が徳島、次が佐賀と並んでいます。一方、少ないほうの下のは、下から順番に神奈川、埼玉、東京、大阪です。都道府県によって相当幅というか、差があるわけですが、全体として見ると、右肩下がり、減少傾向にあることが見てとれると思います。

12 頁は、小児人口 1 万人当たりの小児科医師数を都道府県別に見たものです。上のほうには東京、鳥取、京都が並んでいます。下のほうは、下から順番に石川、埼玉、千葉と並んでいます。全体として増加傾向といえるのかもしれませんが、県によるばらつきが相当大きいデータだと思います。

13 頁は外科医についてです。外科医は、先ほど紹介したように、全体として減少傾向にあるわけで、このグラフでもそう見えますが、上のほうは長崎、徳島、滋賀と並び、下のほうは埼玉、神奈川といった県が並んでいる状況です。いずれにしても都道府県によって相当の幅というか、差がある状況です。

14 頁は「専門医数の推移」を示したものです。さらに関連して 15 頁は「基本領域 18 学会新規入会者数の推移」について示したものです。この辺り、前回、海野先生あるいは吉村先生から専門医の問題についてご議論がありましたので、参考になればと思い資料を用意しました。14 頁は専門医数の推移ですが、各学会において専門医の資格要件を見直したり、整理したりということが行われていますので、単純な比較がなかなか難しい面があります。注にも書いておきましたが、平成 14 年以降は医業に関する広告規制緩和の一環で、専門医の広告が可能になったという要因もあります。生データですが、参考にしていただければと思います。15 頁は、先ほど紹介したように、新規入会者数の推移を示したものです。

さらに関連して 16 頁は、卒後臨床研修の後に専門としたい診療科を、卒後臨床研修の 2 年次の者に調査した結果です。さらに参考ということで、17 頁は平成 14 年の卒後臨床研修の必修科の前の状況、当時 20 代の医師の方々の診療科別割合についてです。16 頁と 17 頁は単純には比較できませんが、参考として用意しました。

18 頁は、年齢階級別の、さらに病院と診療所別の割合を示したグラフです。これも前回、たしか嘉山先生から医師の高齢化の問題についてご指摘がありました。ブルーが病院、紫色が診療所で、それぞれ各年代別、しかも過去 30 年間の推移を示したものです。地域によって差があるとは思われますが、全体を見ると、過去 30 年間で、特に 40 代～50 代、そして 60 代にかけて、年を追うごとに病院従事者の割合が増加しているところが見てとれると思います。このデータだけでは一概には言えませんが、特に病院の勤務医の方々の高齢化ということがある程度推定できると思います。

19 頁は、医師の勤務時間についてです。前回、この辺りの実態についてご議論がありました。土屋先生、小川先生、その他多くの先生方からご指摘いただきました関係のデータを用意しました。これは上が業務時間、下が滞在時間です。業務時間は、医師が各医療機関で過ごす時間のうち診療、教育、そういったものに当てる時間で、滞在時間はそれに加えた休憩時間、自己研修、研究といったものを

加えたものです。さらに左側が病院、右側が診療所、ブルーが男性、紫色が女性です。

これではっきりしているのは、左側、病院の場合では業務時間で見ても、滞在時間で見ても、特に若い世代の方々は相当時間が長くなっていることです。これに対して診療所のほうは、病院に比べると勤務時間、滞在時間ともに、基本的に短く、また世代間でそれほど差はないと言えます。ただし、診療所のほうもよく見ますと、女性医師の場合は若干変動が見てとれますが、それを除いたところは大きな世代間の変動は見られない状況です。

20 頁は「日本の医療における人材育成コストについて」です。たまたまですが、昨年 11 月に日本私立医科大学協会さんから「医学教育経費の理解のために」というパンフレットを渡され、それを基に作成したものです。「私立大学における医師の育成コストと授業料」ということで、医師 1 人当たりの育成コストが 6 年間合計で約 1 億円という費用がかかるということと、6 年間で授業料は約 3,000 万円余りがかかっていることを示したものです。

最後に 21 頁、22 頁は医療事故関係、あるいは訴訟関係のデータです。21 頁が刑事関係、22 頁が民事関係です。前回、川越先生あるいは大熊先生、和田先生からご指摘のあった医療訴訟関係のデータです。まず 21 頁の刑事関係を見ると、平成 11 年まではともかく、それ以降急激に件数が増え、16 年以降は比較的 90 件ぐらいで安定していますが、たしか横浜市立大学における患者とり違い事件とか、あるいは都立広尾病院の事故、こういった事故が平成 11 年だったと思われま。前回も議論になりました大野病院の事故が、平成 18 年だったと思います。ご覧のように、平成 11 年ごろから急激に増え、平成 16 年以降は前回和田先生がご指摘のとおり、90 件台で推移している状況になっています。

22 頁の民事ですが、ブルーの縦棒は医療訴訟以外も含めた全分野における件数の推移です。紫色が医療関係訴訟の推移です。全分野のブルーのほうは多少の変動はありますが、比較的横ばいの状況です。その間にあって医療関係は概ね増加傾向にあったと言えるデータかと思えます。以上が、資料 1 についての説明です。

続いて資料 2 については、2-1 と 2-2 に分かれています。これは報告ですが、前回のこの検討会の翌日、18 日に医道審議会の臨床研修部会において、2-1 のような資料で議論がありました。卒後臨床研修の見直しが進められていますが、今回、まず (1) として、大学病院における研修プログラムを弾力化するためのモデル事業、弾力化した形でのモデル事業をやってみてはどうかということが 1 つです。(2) はマッチング制度です。これについては研修医の地域定着という観点から、例えば就職先を限定した地域枠、あるいは奨学金を受けている医学生については、全国的なマッチング制度の対象外としてはどうかという取扱いの変更。さらには、臨床研修病院の質の向上の観点から指定基準を見直してはどうか。こういったことのご議論をいただいたものです。

概ねこれで進めてはどうかということになっており、この点については従来から全国の大学関係者のご意見などを伺いながら進めていきましたが、資料 2-2 にあるように、全国医学部長病院長会議のほうから要望書がこの点について出されています。7 月 30 日、今日付けですが、要望書の中でいろいろ書かれていますが、要はすべての事項について、大学関係者と今後とも十分に協議をしながら進めていただきたいという要望を承っていますので、そのような方向で進めていきたいと考えています。私からは以上です。

○ 間企画官

続きまして資料の3番です。この横表のもの、「5つの安心プラン」についてです。皆様ご案内かと思いますが、昨日政府として公表したもので、社会保障に関して国民の皆さんが抱く不安や不満に対して、この1年間に緊急にこういうことをやらなくてはいけないものをまとめたものです。その主なテーマは資料3の1枚目にあるように、高齢期の安心、2番目が医療、3番目は少子対策、4番目は派遣、働き方、そして5番目は厚労省のあり方、こういうテーマで公表したものです。本日お配りしている資料は、その中でもたくさんやらなければいけないことがあるということで、その中で特にというものを抜粋したものです。

3頁は医療の関係です。医療の関係も課題は多いですが、その中でも特にということで、ここでお示しているのは、大きく言いますと、救急あるいは産科・小児医療をはじめとする地域医療を、きちんと守っていかなくてはいけない。これをどうするか。そして国民の医療に対する不安を解消しなくてはいけない。これが大きな1点です。もう1つは、この検討会でもいまご議論いただいている

医師不足問題にどういうふうに対応していったらいいのかについて、示しています。

大きくそれぞれ項目があり、救急の関係は、救急患者が医療機関に確実に受け入れられる体制をつくるということです。そして、もう1つは地域の産科・小児科医療を守るということです。もう1つは、医師の養成数を増やす。それから大変過重労働になっている勤務医の労働条件を改善しなければいけない。対遇、処遇を改善しなくてはいけない。もう1つは、医師確保が困難な地域などへ医師派遣を進める。

これらについては、これまでいろいろ多くの方のご意見を伺いながら進めてきた施策に加え、これまで特に、いまこうした救急とか産科・小児科とか、あるいはへき地を中心とする地域でご苦労いただいている勤務医の方々に対して、どういう応援ができるのか。主に、診療報酬などを中心にやってきたわけですが、特に今回は必要が高いただろうということで、何らかのですね。

○岡井崇委員（昭和大学医学部産婦人科学教室主任教授）

座長、ちょっとよろしいですか。総論の説明みたいな話ばかりで時間を取ってしまうと、本当のディスカッションができないので、もう少し。申し訳ありませんが、折角ご準備いただいたのに。

○間企画官

短く、申し訳ありません。

○岡井委員

今日ディスカッションするポイントになるところをお願いできればと思います。

○間企画官

いまの手当の関係は、実際の地域の柱として、苦勞されている勤務医の方々などに対して病院から手当を出されている、分娩手当を出されたりということもあるので、そういったものを応援できないかというようなことを考えているわけです。これらについては今後、概算要求などに向け、さらに中身を詰めて、地域の方々のご努力を応援させていただきたいと思っています。資料3は以上です。

資料4です。先ほどちょっと紹介した東京松江病院の院長の岸本先生から提出いただいています。

実は岸本先生は、本来この検討会の委員をお願いをしていたのですが、いろいろなご事情がございまして、この夏は難しいということでご辞退されました。ただ、ご意見があればと申し上げたところ、このようなご意見をいただいています。ごく簡単に紹介します。

まず1「医療従事者等の数と役割」についてです。ア)として、医師養成数の増加。これは医学部の定員数を増加回復させることも必要だが、それに加えて、より緊急性があり、かつ即効性のあることとして、「後期研修医の専門分野別定員数」を設定すること、あるいは専門医取得後の勤務地の規制・誘導策を立てることが必要ではないか、というご提案です。イ)として、コメディカルの雇用数の増加についても、職種間の移動あるいはスキルミックスというものを進めていくべきではないか、ということが提案されています。ウ)として、総合的な診療能力を持つ医師の育成ということで、総合医の位置づけをきちんとすること、総合医の育成を医学部に対して国が助成する際の条件とすること、をご提案されています。

(2) 医師の勤務環境の改善ということで、種々ご提案いただいているところです。事務局からは以上です。

○高久座長

それでは前回の会議で、医師の養成数を増加させるという方向性は、皆さん方のご意見の一致をみたと思います。同時に、診療科における医師の偏在とか、あるいは地域における医師の偏在を解消するための方策も考えないと、医師数を増やすだけでは駄目ではないかというご意見も出たと思います。本日は、事務局から診療科とか、地域における偏在についての資料を出しているのので、診療科とか地域における医師の偏在をどのように解決するのか、あるいはそれに合わせて医学教育、この中には初期研修と後期研修、両方入るとは思いますが、そういう問題についてもご議論いただきたいと思います。

前回、大臣からも現場の知恵を借りたいというお話もございましたので、現場で実際にいま働いておられる先生方のご意見をいただきたいと思います。また先日、先ほど説明がありました

ように、「5つの安心プラン」がとりまとめられたところですが、このプランについても委員の皆さん方からいろいろなご意見をお伺いしたいと思います。どなたでも結構ですから、ご意見を早速お伺いしたいと思います。

○土屋委員

前回、偏在のことを申し上げたので、今日お示しいただいたデータを基に、少し追加の資料を出させていただきました。「後期研修医数の試算」という、追加の少し厚いものです。これは、ちょっと間違えて、医師、看護師、いつも看護師のことが頭にあるので、歯科医師の代わりに看護師と書いてしまいましたが、同じデータで2006年の分を、これは縦型にやったわけです。左の欄を見ますと、2006年の総数から内科、ここにありますように、病院、診療所、いま言われた数が出ています。

心療内科とか呼吸器科、消化器科というのは Subspecialty ですので、これを横軸でいきますと、合計の次の専門分野のところに書いてあります。ですから、内科は内科の合計7万プラス、この Subspecialty 3万人、合計約10万の方が内科として活躍しているということで、あと、その他の科をやっております。

そのいちばん上の行に「徐数36.6に設定」というのは、左下を見ていただきますと、26万人の医師を初期研修の方、研修医が1万4,000某がありますので、1学年7,200ということになります。これを徐数として36.6というのを設定しますと、初めて卒業した方がどの科にどの割合で行ったら現在の医師数が維持できるか、という形で計算したのが徐数36.6に設定した基本診療科、あるいは Subspecialty の専門研修に書いた数です。

ただ、これですと合計が7,000になってしまいますので、いちばん右側に「徐数を35に設定」したときに、例えば内科であれば新卒が約7,000某あるのが、2,875という方が内科の研修を受ける数ということになります。外科の場合は、ずっと下にいきますと745というような、こういう数が出てきますので、これに則って、専門医が多いとか少ないとか、あるいは今年の学会の入会者が多いとか少ないという判断をしないといけないうだろう。過去に比べて多いとか少ないとかだけではなくて、実際に年度末に、一斉にこれは2年に1回調査をしているわけですから、実際に修養している数をどう維持するか。あるいは、これが偏在があるのであれば、どう直していくかというのを、こういう数を基に考えていくべきではないかと考えます。

それについては、1枚紙の「『後期研修のあり方に関する研究班（仮称）』設置に関する要望」を追加で出しました。これは、第三者機関というのが書いてありますが、「背景」があって、2つ目に「調査研究」があります。「調査研究」のマルの3つ目に、「卒後研修（専門医制度）委員会の設立」というのがありますが、これは以前から上のほうのマル3つ目もそうですが、日本医師会、日本学術会議、今日の和田先生のお出しになった資料9の中にも、これは明確に書かれているわけです。資料9の3頁、3「要望の内容」（3）専門医制度認証委員会の設置ということが、日本学術会議で6月26日付けで既に出されています。また、医師会からも別の機会に要望が出されています。ということは、この後期研修について専門医・家庭医の教育の質の担保とともに、人数のコントロールを含めて、医療者が自律的に自浄的に担う第三者機関が必要であるというのが、医師の総意であると私は考えます。是非この機会に研究班を立ち上げて、どのような第三者機関が必要なのかと

いうのを年度内に結論づけて、来年早々にでも第三者機関が立ち上がるような努力をすべきではないかと考えます。そうしませんと、いつまで経っても、偏在偏在と言っても、数字の根拠に基づく議論ができないだろうと思いますので、是非その設置を大臣にお願いしたいと思います。

そして、ただそれには、これが出来たところで、時間がかかりますので、当面の対策として、いちばん下に書かせていただいた、「有効なインセンティブの実行」ということがあります。これはいろいろなドクターフィーとか言いますが、現実に当直料あるいは待機料、特に麻酔科の先生方は待機をしていますけれども、これが的確に払われていないということがありますので、まずその辺の、先ほど労働省という言葉が出ましたが、払うべきものは払う。世間一般では信じられないような、働いているにもかかわらずお金を払わないということ、まず是正すべきだろう。それによって医師の離職の防止、職務遂行に対する意欲の発揚ということ、まず図るべきではないか。その間に、制度を整備するというような順番でやっていただきたいと思います。以上です。

○ 舛添厚生労働大臣

いまご要望がありましたので、基本的に、これが現場の方々が自発的に作りたいということであるわけですね。そういうことを是非、私はとしては先ほど申し上げたように、現場の声を大事にしたいということなので、おやりいただきたい。それはどういう形でご支援できるか、ないしは法的な枠組みが必要なのか、ちょっと詰めてみたいと思いますけれども、是非現場でそういうことをやっていただくと、いちばんいいのだろうと思います。

それから、そのただ働きのようなことについても、これも医政局長、何らかの形で。これは厚生労働省として1つになったことの利点をこういうときに利用しないといけないので、旧労働省関係のチームと組んで、例えば、こういう実態調査というのはやる必要があると思いますので、ちょっとやっ

てみたいと思います。以上です。

○ 土屋委員

ちょっと追加させていただきます。先ほど初期研修の見直し、小川先生座長でやられたの出ているのですが、事務局の説明で、大学の先生方に聞いた聞いたとおっしゃるのですが、私のこの試算の頁を開けていただくと、心臓の手術の全国ランキングとか、心臓カテーテルのランキングが出ています。これは週刊朝日が毎年出しているものですが、これを見ていただくと、こういう頁です。いま申し上げた「後期研修医数の試算」の頁をめくっていただくと、例えば心臓の手術、これは榊原記念、国立循環器、小倉記念病院、そして4番目にやっと東京女子医大、小川先生の順天堂大学も8位に出ています。これらはいずれも、どちらかというところ市中病院化した大学であります。

即ち、初期研修の大学の先生方に聞いたとおっしゃるけれども、一般の総合病院に聞いていただかないと、実態はわからないのです。そういう所だけで相談した、決めたとと言われても、我々は従うわけにはいかないことを強く申し上げたい。小川先生の所は、看板を見ていただければ、順天堂医院といまだに書いてあります。そういうふうに病院として機能している所が、いま患者を診断している。心臓カテーテルに至っては、大学病院の名前、全く見ません。乳がんの手術、あるいは肺がんの手術、大学病院ではいまやないのです。医療の実態を踏まえて、事情を聴取していただきたいということです。

それから、医師の偏在がまるで臨床研修医制度だと言いますけれども、最後のほう、後ろから2枚目を見てください。慶應義塾医学部新聞、これは医政局長の出身校、私も出身ですが、ここで副題に「専修医制度開始から3年目、239名の専修医を受け入れた」。慶応病院は900ベッドです。1,000ベッド欠けているのです。それが239名やって、後期研修、専修医を4年間教育する。4年間全部大学病院から1,000人です。1人の医者が1人しか患者を診ない。そんなことで臨床の勉強ができるはずがない。それを医学部長に言ったら、半分の2年間は外へ出しますよ。これは以前のあっせん業と一緒にじゃないですか。

医局制度の復活のために、大学病院、高度医療人養成プランとか言って、28億円文科省が持っているのです。これは、医局制度復活のために各大学に1億円ずつ配るようなものです。こういうことをしっかり市中病院のことも調べた上で、医師の偏在は、この3年目の戻るところで慶応が250弱、東大が300、これは戻っているのです。ですから、2つの大学から臨床研修医制度についての不満は、今後出てきません。この辺をよく見ていただきたい。

最後の頁には、大変厚生労働省の方には申し訳ないけれども、1年前のことを蒸し返すようですが、AERAの記事です。これは、根室市立病院の医者が、外科医が足りない。ですから、がんセンターから2人医者を出せということ、厚労省から言ってこられた。私は、20年間胃がんを切っている医者が、急性負傷の多い、盲腸だとか胆のう炎が多い所に行っても役に立たないということで、お断りしたわけ。ところが、マスコミが面白おかしく、私がまるで事務局の政調会長を蹴とばしたように書いてあるのですけれども、そんなことはないわけでありませぬ。

これは、やはり一般消化器外科医というものの専門医、そしてこういう3万人の人口の町には家庭医が必要なのです。総合的に診療ができる、今日の副題に書いてあるとおりです、そういう者をどれだけ教育できるかというのを、先ほど言った3師調査のデータを基に試算をしていただきたい。以上です。

○高久座長

どうもありがとうございました。続いては嘉山先生。

○嘉山委員

まず、土屋先生のお話は十分よくわかるのですが、現時点でやはり医療のサプライとデマンドから大きく方針を決める必要があると思うのです、この委員会で。それで大臣がこういうヒジョンの会を作られたと思うので。前回の資料を見ていただければおわかりのように、それで労働のところも出てくるのですけれども。前回の21頁と22頁と23頁を見ていただければわかるように、結局医師の数の概数を定める事が本委員会の役目だと思います。また、先ほどの事務局のお話は何を表しているかというと、ただ単にハイリスク・ローリターンに逃げたというだけです。医師が少ない中で、つまり小児科も増えてはいるが、開業が増えているのです。それは、基本的にやはり医師が全体として absolute number として足りないから楽な方に移動しているのです。

それで、いま全国の医学部長病院長会議ではどのくらい医師が必要かということ进行调查していますが、まだ全部終わっていません。北海道地区では倍増というようなことを言っています。私個人の意見では、この21頁、22頁、23頁から推察しますと、やはりサプライとデマンド両方考えますと、欧米並みにするには倍増で11年かかります。先ほど医師1人を育てるのにいくらかかるかということが出ていましたが、私学が1,000万なのでごく安いなと思ったのですけれども、自治医大はたしか、先生、県は各県は1人6,000万ぐらいですか。

○高久座長

桁が違う。1億です。たしか各県で1億ちょっとですから、やはり6,000万近い。3人の県は4,000万です。

○嘉山委員

それで計算しますと、大体2,000億ぐらいは、大臣がおっしゃった患者さん国民が受ける医療の内容と、それから、あと働く医師側の、先ほどの労働条件ですか、そういうものを両方合わせますと、大体倍増で11年かかって、2,000億ぐらいから2,400億円。この中身はまだ詰める必要があると思うのですけれども、例えば私学に何人ぐらいにするとか、国立に何人ぐらいにするとか。あとは地方に行かせる仕組みもいろいろと考えなければいけません。まず、大きなマスとしてはそのくらいが必要だというふうに、全国医学部長病院長会議でも考えています。以上です。

○高久座長

どうもありがとうございます、他にどうぞ。

○吉村委員

土屋先生のおっしゃることは全くもっともなことだと思います。専門のセンター病院の臨床のアクティビティが高いことはもちろんそのとおりなのです。ただ、地域の問題を考えますと、これはほとんど首都圏といいますか、大都市圏のセンターが多いのではないかと。日本全体のことを考えないといけないと思うのです。その前に、いま先生がおっしゃったように、専門医のことが出ましたので、ちょっとお話をさせていただいてよろしいですか。

資料8を見ていただきたいのです。現在専門医については、この6月から社団法人になりましたが、日本専門医制評価認定機構という組織が出来ております。2頁を見ていただき、ちょっと日本の専門医がどうなっているかということをお話したいと思っております。

1「専門医の現状」です。この機構に69の学会、これは配布されている概報ではまだ66になっていますが、現在69の学会が所属しています。そして、65の専門医と4つの認定医が制定されています。

それで先ほどありましたように、このうち広告可能な専門医が45になっております。これはどういうことかといいますと、平成14年に「専門医の広告に関する外形基準」というのを厚生労働省が決めました。すなわち、専門医を広告出来る学会の基準として、法人格を有すること、会員が1,000人以上、8割が医師である、5年以上の研修プログラムを有し、試験制度とか更新制度があることなどで、こういう学会が認定した専門医は広告してよろしいということになりました。それまでは、認定制機構が第三者機関として専門医をしっかり認定していこうというようなことで、我が国の専門医制度確立の機運が盛り上がっていたのですけれども、外形基準の制定により、機構と無関係に外形基準を満たした学会による専門医の広告が可能となり、機構の意義が大きく低下いたしまして、混乱が起きたことは確かでございます。

ただ問題点としまして、この外形基準が出来ましてから、多くの学会が独自にどんどん専門医を認定しています。実は、この外形基準の補足として、「認可にあたり、学術団体の意見を聞く」という項目があります。実際には機構から意見をももちろん出すのですけれども、この外形基準だけでどんどん専門医の広告が認可されているというような状況がございます。ですから、先ほどありましたように、権限のある専門医の認定をする機構が必要である。実は、この専門医認定機構というのは各学会から成っている機構でございます。もちろん専門医の認定はそれぞれの専門学会以外の組織が認定するなどということは、実際問題としてできませんので、その夫々の学会が集まった「専門医認定制機構」という組織は、非常に大事なわけです。この機構にしかるべき権限がありますと、専門医の質とともに量のコントロールができるということになります。

もう1つ、是非私が強調しておきたいのは、専門医といいますと、そこに(2)と書いてありますように、人によって描くイメージが異なるのではないかと思います。私どもが考えているものの一つは、(1)標準的な医療、Standard Acceptableな医療を担うことのできる医師、すなわち、それぞれの診療科で、例えば外科とか内科とか耳鼻科とか、その領域における標準的な診療を、一定のプログラムに則って修練を受けて、一通り行える医師、いわば、その診療科のジェネラリストとしての専門医のイメージが1つございます。

それからもう1つは、(2)多くの方々が持っておられる、非常に特化した特定の技術や特殊な技量を持った医師、例えば、肺がんの専門医であるとか、バイパスがうまいとか、カテーテルがうまいとか、そういう非常に狭い領域の熟達医としての専門医のイメージの2つがあると思うのです。この2つがどうも混同して、専門医をどうするという事になってしまっています。これを大きく2つに分ける必要がある。

もう1つやはり問題点は、専門医を取ってもインセンティブがいまのところないということになると、学会でも、どうせ専門医の質は問われていないのなら、数を絞るところかどんどん専門医を作ろうということになってしまいます。そこで3頁を見ていただきたい。専門医としては、意義を4つ挙げております。これは未だ私的な私案と考えてください。専門医認定制機構でもかなり議論が進んでおりますけれども、まだ決まったわけではありません。

専門医の意義は、(1) 医師として、自ら修得した知識とか技術、態度の認定を受けて、それを社会に開示できること。「私はこういう修練をしましたよ」という証を社会に示すことができます。(2) 一方患者のほうは、診療を受けるに当たって、医師の専門性がわかる。こういう修練を受けた先生なんだなど。(3) この専門医のプログラムをしっかりと確立することによって、医師全体のレベルを均一化したり、あるいは上げることができる。(4) 先ほど話題になりました、医師の役割分担。すなわち、専門医の量とか質のコントロールを含めて、将来の医療制度のあり方に役立てる。この4つの役割があると思うのです。

専門医の認定は、当然専門の医学会でないと、誰が専門医だということはわからないわけですね。ですから、専門医の認定は学会がやるのですけれども、評価認定制機構が、専門医制度全体の評価とか認定をしっかりと行う。そして実はこの評価認定制機構というのは学会の集まりですから、第三者の組織が必ず入っている必要があるというふうに考えております。

そして4頁ですけれども、先ほど言いましたように、専門医の役割を2つに分けて、まず基本的な専門医の資格、米国でいう General Certificate というのがございます。すべての医師がどれかの専門領域を選択して、ある診療科ごとに修得することが望ましい基本的なもの。いわゆる、各診療科のジェネラリストですね。これは広く国民に対して、診療の窓口となる基本的な診療を担う専門医の資格です。いわゆる認定医に当たるものかもしれませんが、そういうものと、この基本的な資格を取得後に、さらに特定の技術や技能に関する修練を経て取得する、より特化した領域の専門医の2つに分けて考える。そして3番目に、この最初の基本的診療科の専門医制度をまず充実することで、医師の量とかその領域のコントロールができるのではないかと。それからまた全体的な医療のレベルも上げることができるのではないかとというふうに考えております。

例えばです、これは全くの私案です。私の案なのですけれども、その基本専門医資格というのは、既に機構の中で基本的な学会というのが定められています。内科とか外科、小児科とか皮膚科とか、基本的な診療科ですが、それぞれの診療科のジェネラリストをまず育てる。この中に、総合診療医とか総合医とかというのがあれば、よろしい。そして全員がいずれかの基本診療科専門医を選んでトレーニングを受ける。どれかを受けるということになっていけば、初めて量とか質のコントロールができる。

その他に問題となるのは、いま内科とか外科とかいっても臓器別に診療科が分かれておりまして、消化器とか循環器とか、たくさんございますが、これを専門医の基本診療科に入れるか、あるいは Subspecialty として位置づけるか、これはまだ決まっておられません。外科も、消化器、呼吸器、心臓などと分かれております。それから内科系の診療科として、リウマチとかアレルギーとか感染という診療科もございます。

その他に、先ほど専門医の種類が64あると言いましたけれども、ここに示したように、非常に狭い領域であるとか、あるいは特定の技術とか技能に特化したたくさんの専門医があります。内視鏡専門医であるとか、あるいは透析専門医であるとか、がん化学療法専門医であるとか、あるいはペイン専門医であるとか。また病名もございます。脳卒中専門医とか、あるいは頭痛専門医、いろいろございます。こういうものを先ほど述べた診療科の専門医と全部一緒に考えてしまうと、なかなか厄介ではないかなと思っております。

6頁に「参考」と書いてございます。米国では専門医は、まずどれかを取るのです。American Board

of Medical Specialties というのがございまして、24 の基本領域でレジデンシーのプログラムがございまして、これはもう非常に厳しいトレーニングに基づいて、まず 24 の基本的な専門医のどれかを取る。どれかを取ると、初めてドクターフィーがもらえるということになります。それを取った後、さらにフェローシップとか、いろいろな Subspecialty の Certificate をもらおうと、さらにドクターフィーが上がるとなっているわけです。そして、この General Certificate に総合内科とか一般外科とか家庭医とか、そういうコースもあるわけです。

米国ではそれを大体 1 人、年間 1,000 万円ぐらいかけて、3 年から 5 年のプログラムの下にしっかりと養成しているということです。ですから、我が国でも、このドクターフィーはともかくといたしまして、まず General Certificate に当たる基本専門医資格の制度を充実しなくてははいけない。その General を取った後に、それぞれのさらに特化した技術とか技能に関する専門医を作っていくってはどうか。

7 頁には、米国の 24 領域の General Certificate が載っております。そして、この内科インターナルメディスンだけの Subspecialty Certificate として 18 領域が認定されているわけです。大体各科を合わせますと、130 ぐらいの Subspecialty があるとされております。

1 つ申し上げたいのは、9 頁をご覧いただきたいのですが、医師の養成というのはもちろん学部の教育から始まります。これは医学知識ゼロで入ってきた学生を、最初の 4 年間で、教養教育、基礎医学の講義と実習、臨床医学の講義、さらに 5 年次、6 年次の 2 年間で臨床実習をやります。そして卒業させる。それから現在、初期臨床ということで、基本的な臨床が 2 年間入っております。その後、初めて専門研修が始まるわけです。この専門研修の中で、いま申し上げた基本的な資格をまず取るようにしてはどうか。そして問題の内科と外科はご覧のように診療科が臓器別に分かれておりますので、内科は、先ず内科の認定医を取ってからそれぞれの臓器別の内科系の診療科専門医を取得する。一方、外科も外科専門医を取得してから臓器別の外科系の診療科専門医を取得する。

そして、その後、それぞれの診療科の中で細分化した、より特化した領域の専門医を取っていくという仕組みにすればよいのではないかと。まずこの基本的な枠組みを確立しないと、各学会が独自に、専門医の認定を行っている現状を是非改める必要がある。

そして、この専門医の研修をする施設を、各地域ごとに配分をしていく。これは、大学だけに限りません。土屋先生のおっしゃったように、非常に Activity の高い所がございまして、そういう施設がグループを組んで修練を行う必要があります。ただ、どこかにコントロールする所がないと困るわけです。コントロールを大学が担えばよろしいのではないかと。これを提案しているわけです。以上です。

○嘉山委員

先生、よろしいですか。まず私はグロスをちゃんと決めて、その中で科の偏在をどうするかというふうに、話のステップを持っていかないと。一遍にこう、ちょっと話がいま散漫になっているのではないかと思うのですが。

○吉村委員

専門医と、いま話が出ましたのでね、現在専門医がこうなっているということを申し上げたところ

○嘉山委員

ええ、わかりました。

○ 高久座長

実は科の偏在の問題がいちばん重要な問題だと思います。偏在のまま放っときますと、いかに医師が増えても、そのままになりますから。先ほど土屋委員からお話がありましたが、その1つのモデルとしてアメリカのレジデンシーのモデルがあると思います。そういうような形の後期研修を制度化するという考えがあると思うのです。

ただ、その場合にかかなり大きな問題がある。この数が、例えば、土屋委員がおっしゃった内科に何人、外科に何人と決めますね。それは、標榜の自由化とは相反することになりますから、そのところはかなり慎重に、委員会を作って議論をしないと、非常に混乱する可能性があると思います。

私自身はこのアメリカのレジデンシーをモデルとしたような体制を作る必要があると思っています。日本の専門医の場合、全部専門医になって、基本領域も専門医、各分科会も専門医になっていて少し混乱をしている。外科はもともと認定医と専門医制だったのが、外形基準で専門医の広告ができるようになって、みんな専門医にしてしまった。ですから、私は基本領域は認定制にして、その後 specialty を作って、基本領域の数のドクター、そこは初期研修終わった後になると思います

が、その後期研修に行く医師の数をどこかで決めないと、みんなが特定の領域に集中して行かないところに、行かないということが出てくるので、この後期研修をとるドクターの数を、どこでコントロールして、どこで決めるのか。その議論をする必要があると思います。嘉山先生、ご意見ありますか。

○ 嘉山委員

まず、ただ基本的にいまなぜ科の偏在が起きたのかということがいちばんの問題で、それはやはり少ないからだとは思いますが。絶対数が少ないから自由に医師としてやっていく。例えば、昔はそういうところへ我々は行かないというか、それは医療ではないなどと認めてないようなところへ行くかと、いますごく増えているのです。ローリスク・ハイリターンだからです。

アメリカの場合は、私のカラーの資料を見ていただくとわかりますが、28頁に科の偏在をどうやっているかは、レジデンシーから行くのもありますが、もう1つは、ドクターフィーまではいかないまでも、インセンティブをきちんとつけています。外科系にはこの前お話をしましたように、ハーバード大学がある指数を使って、ある同じ医者の方の時間の労働がこれだけ危険性だとか肉体的なものとか、いろいろなものを勘案して4.98倍違うとか、ここでもってバースコントロールをしているのです。

後で舩添先生のお話になったことも出てきますが、「卒後研修制度の光と陰」に資料がありますが、アメリカではハーバード大学の脳外科でも、200人ぐらい希望者がいても、2人しか研修させないと、それがアメリカではマッチングなんです。ですからそういうインセンティブのことを、医者が多くてさらにインセンティブがそれに加わると、科の偏在は自然に解消できるのではないかと考えています。それが人間の性だと思っています。欲望もすべて誠意も含めてです。

○ 高久座長

おっしゃるとおりだと思います。アメリカの場合に、少し問題があるのが先生の28頁にあります。確かに家庭医や一般内科には希望者はほとんど100%近く入れます。それが皮膚科とか、眼科とか、希望者が多いところは希望した者の60%ぐらいしかいけない。ですからアメリカの医学生は、学生のときに良い成績を取らないと自分の希望した科には入れない。それで猛烈に勉強する訳です。日

本はそういうものがなくて、医師国家試験だけですから。

それからおっしゃったように、脳神経外科や心臓外科など、非常に収入が多いのですが、同時に彼らは裁判のための費用をずいぶんストックしなければいけない。自分を出なくても弁護士に払う費用がかなり高いということは、ご存知のとおりです。

○海野委員

いまのアメリカのレジデンシーのことですが。アメリカの医学部の卒業生は1万6千人程度で、それでレジデンシーのこの未経験1年目のプログラマーに2万3千ポストありますから、実際にはその分を誰が埋めているかということ、外国の医学部の卒業生が輸入される形で入ってきているということがあります。日本の実状を考えますと、日本でもし医学部の卒業生の数に合わせてレジデンシーの数を決めるようなことがあると、ものすごく厳しい選択を研修医たちはしなくてはいけなくなります。それは職業選択の問題も含めて、非常に事情が違うことを含めて制度を考えなければいけないのではないかと思います。

○高久座長

おっしゃるとおりだと思います。

○土屋委員

私の資料の4頁目に、いま海野先生が言われたことが書いてありますが、「米国の専門医・専門分野別 ACGME プログラム数・レジデント数」。ここにありますように、米国では年間、昨年では6万9,721人のレジデントがいますけれど、これは米国出身で、他の国の医学校を出たのが2万8,176名参加しています、おっしゃるとおりです。ところが、その1頁後を見ていただくと、ここに各科の、未経験1年目というのが、新卒のレジデントの数です。これはかなり厳格に決まっています。

先生がおっしゃるように、日本は少ないですから厳しいですが、日本でも医者以外は職業選択の自由と言っても、経済原則でなれるかなれないか決まってしまうわけです。電車の運転手になりたい

と言っても、東急電鉄に雇ってもらえなければなれないわけです。それは医者だけ、自分が手を挙げたら内科になれると、これは世の中に通用しないと思うのです。私も医者で選びましたが、競争の原理が全くないというのは、これは一般社会から見たら異常だと思います。やはりそのところがあって初めて、先ほど言ったように dermatology などの入り方が楽であるというアメリカの現実があると思うのです。だから私ども医療関係者がある程度厳しさをもっていかないと、社会一般からの信頼は回復できないと私は思います。

○舛添厚生労働大臣

先ほどの他の世界から見たときに、常識と違うのではないかと、まさにそういうことを申し上げたかったのです。先ほど土屋先生がおっしゃった専門医制度委員会というのが設立をする。吉村先生がおっしゃったようなことは、例えばそのような委員会で議論ができますかというのが1つです。

それからもう1つは、いま確かに競争原則は働かないということですが、それを働くシステムに変えるとしたときに、国の制度のどこを変えないといけないか。法律事項ならば国会で法律を通さなければいけません。ですからここはまさに具体化の委員会なので、こういうことをやってくれと、こういう法律を変えてくれと、そうすると例えば吉村先生の案が実りますよと。法律がなくてもできることは何か、そういう方向づけの答えを出していただきながらやっていただくとありがたいと思いました。

○ 土屋委員

私が第三者機関を提案したのですけれども、これはある程度いまの人数制限をめぐる権限を持たせないとコントロールはできないと思います。実際、いま吉村先生が言われたアメリカの専門研修の制度は、日本でいう専門認定機構だけではありません。これはアメリカでは5つの団体の代表がこの委員会を作っています。政府が認定している。

そのうちの最初が専門医による専門医の団体、いわゆる American board of specialities という、いまで言う専認協です。2番目が病院協会です。いわゆる病院長の代表がでてくると。3番目が American medical association 医師会の代表者。4番目は、Association of American medical colleges 医学部長の代表です。最後に学会の代表が出てきます。それぞれ5つの同じ医療関係者という違う立場の人が集まっています。

いまは先ほど吉村先生が強調しているように、学会の代表ばかりで話をしているわけです。学会の代表というのは理事の90%は大学教授です。一般の病院からはほとんど出ていません。もう1点、吉村先生が私に反論するのは、先ほど主都圏じゃないからと。心臓の手術を見ていただくと、この赤線で引いたのは全部首都圏以外の病院です。倉敷中央病院とか、静岡とか、地方でもそういうしっかりした病院はたくさんあるということを強調したいです。

○ 小川秀興座長代理（社団法人日本私立医科大学協会会長）

ちょっと違う話をいたしますが、まずスペシャリストと総合医、GPです。一般の人が誤解すると困りますので申し上げたいのですが、GP、総合医というのも立派な専門医であると、これがポイントだと思います。

もう1つ、科の偏在の問題を、アメリカ、イギリス等と日本と同じようにはなかなか解決できない。それはアメリカの文化圏、イギリスの文化圏というのがあります。アメリカが危機に陥る、あるいはイギリスが危機に陥るとイミгранト、あるいは大英連邦の諸国から、あるいは英語というのはコモンワードですから、どんどん駆けつけて来て、米国も外国から優秀な人は受け入れて、nativeの米国人医師の嫌がる救急とか、麻酔とか、そういうところにどんどん入って行って、スマートなGPとか、dermatology・皮膚科、脳神経外科などはものすごく成績の良い人しか入れない、こういう現象が起こります。それでバランスがとれてきます。

日本の場合には将来はともかく、現制度ではそういうことは望めない。そうすると海野先生がおっしゃるように、あるいは土屋先生も先ほど申されましたが、プラティカルにこの科の偏在をどうするかというのは、やはり何らかの合理的特典を与えることが即効性がある。大変過激な労働があり、そして危険な、いろいろな訴訟のリスクにも耐えながらやっていく人たちを国民として、社会としてニーズのある方向に向かわせるために、特別手当とか、地域手当を含め、労働対価に合わせたもの、そういうもので考えていくことが即効性があると思います。

○ 海野委員

いまどういうふうな偏在が進行しているのかを是非知りたくて、調査していただいたのが、今日集めていただいた資料1の15頁の「基本領域18学会新規入会者数の推移」です。これをいただいて、資料5でもう少し詳しく解析をいたしました。まとめてあるのは4頁目に、それぞれの科について全体の傾向をまとめていますが、わかりやすいのは3頁のグラフだと思います。

これは2004年と2005年に、臨床研修で新規が導入されて2年間空いたわけです。そのときに入会者

数が激減しているのは、普通の臨床科の学会では当たり前ですが、その後 2006 年、2007 年で 2 年過ぎたのですから、また同じ数だけにもどってくれば、2 年間大変だったねというだけのことですが、実際にはどうだったかです。3 頁目は外科系です。外科は 2 頁目で、3 頁が外科系で、そのまとめであるのが 4 頁の 2 段目です。要するに戻れないのです。大体 20%内外が前の状況よりも入会者数が減っているという現実があります。

もちろんこれから偏在をどうやって解消していくかを議論してくわけですが、いままさに進んでいるという認識で、とにかく臨床研修が善し悪しの問題もありますけれど、これにより現場が変わっていますとご認識いただいた上で、この施策も考えていただかないといけません。

○ 嘉山委員

結局私がいちばん最初にお話したように、結論は、ハイリスク・ローリターンのところの子供たちというか、若い人が、パンドラの箱が開いたために自由に行ったということです。それをどうするかというと、小川先生がおっしゃったように、前回は私も言いましたが、少ないお金でも認めてあげると、医者はお金のために全部働いているわけではありません。例えばハイリスクのところでも行きたいという人はいます。ただしそのときに社会が何も認めないと、何科に行こうが同じインカムであると、片方はすごくリスクが高いと、ときには裁判になると。そこをまず補ってあげないと科の偏在は、まず日本人のメンタリティーではできないと思います。

私の資料の 6-1-(1)を見ていただくと、先ほど大臣がおっしゃった、何かここを変えてくれというところがあるとすれば、医療費です。医療費の仕組みが技術料がほとんど認められていません、医師の診断も含めて。ほとんどがお薬をどのくらい使ったかとか、心臓ペースメーカーだけとか、アメリカでは 20 万のものが日本では 120 万ですから、そういう物でしか医療費が上がってこないというところを、医師の技術料とか、リスクを医療費の中で制度として設けていただければかなり違ってくると思います。

○ 舛添厚生労働大臣

例えば今度の診療報酬改正でハイリスク分娩の加算をしました。こういうことはどうですか。

○ 嘉山委員

日本の場合は、医療費はホスピタルに行くだけで、個人の収入にはならないのです。アメリカの場合は、医療費がホスピタル以外に、医師個人にリスクに応じてドクターフィーがいくのですが、日本でも仕組みとして個人にいくような形で制度を作らないとなりません。うちは分娩は 2 万円出しています、病院の収入から。そういうことをするだけでモチベーションが違います。

○ 高久座長

病医院長の判断で、そっちのほうの給料を増やせばいいわけですが、先生がやられているように。

○ 嘉山委員

我々のアドミスターの日本医師会はその技術料をなかなか認めていただいていないので、そこを医療費の中で認めていただければインセンティブとして先ほど小川先生がおっしゃったような、科の偏在はかなり解消できると思います。

○ 高久座長

現実的な解決の方法だと思います。おっしゃるとおりです。

○ 舛添厚生労働大臣

ただ問題は、ちゃんと勤務医に払ってくれる大学の理事長ならいいですけど、そうではない人に首に縄付けてやらせるわけにはいかない。ではそのときにどうするかというのは、1つは診療報酬体系を根本的に改めて、個人個人の勤務医にいくような形にできるかどうか。これはまたいろいろ議論があると思います。

それからもう1つは、例えば分娩手当のような形で出すこと、その分配の仕方を、例えば1万円ずつ産科医と麻酔科医と誰々にという形で、直接的な財政支援をするか。「5つの安心プラン」の中にもそれは念頭に置いてやりたいと思っています。実効性のある形でやるにはどうすればいいか、ドクターフィーのような形にできるのかどうか。それがいちばんいいと思います。若いお医者さんの勤務医の皆さんの最大の要望がそうなので、わかっているのですが、ではどうするかということのアイデアをいただきたいのです。

「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2回会議資料（抜粋）

○資料1 事務局提出資料（抜粋）

医療施設従事医師数の年次推移（診療科別）

年次	総数	内科	心療内科	呼吸器科	消化器科	腎臓科	循環器科	アレルギー科	リウマチ科	小児科	精神科
平成6年(1994)	220,853	71,108※		2,427	7,555	6,204	※	※	13,346	9,514	
8(96)	230,297	72,746	280	2,724	8,296	6,719	120	353	13,781	10,093	
10(98)	236,933	72,702	433	2,898	9,038	7,445	196	429	13,989	10,586	
12(2000)	243,201	74,539	480	3,018	9,142	7,685	202	457	14,156	11,063	
14(02)	249,574	74,704	635	3,207	9,655	8,381	180	536	14,461	11,700	
16(04)	256,668	73,670	752	3,655	10,352	9,009	207	640	14,677	12,151	
18(06)	263,540	70,470	841	3,966	10,762	9,416	184	760	14,700	12,474	

年次	神経科	神経内科	外科	整形外科	形成外科	美容外科	脳神経外科	呼吸器外科	心臓血管外科	小児外科
平成6年(1994)	524	2,515	24,718	15,577	1,154	124	5,352	670	1,921	533
8(96)	601	2,656	24,919	16,423	1,307	156	5,634	745	2,027	554
10(98)	495	2,923	24,801	17,229	1,399	167	5,671	818	2,243	566
12(2000)	527	3,038	24,444	17,852	1,551	212	6,050	800	2,400	600
14(02)	428	3,242	23,868	18,572	1,650	290	6,241	1,033	2,513	613
16(04)	450	3,458	23,240	18,771	1,785	342	6,287	1,110	2,632	682
18(06)	355	3,443	21,574	18,870	1,900	394	6,241	1,255	2,589	661

年次	産婦人科	産科	婦人科	眼科	耳鼻いんこう科	気管食道科	皮膚科	泌尿器科	性病科	こう門科
平成6年(1994)	11,039	352	1,005	10,174	8,448	24	6,493	4,824	20	367
8(96)	10,847	417	1,156	10,962	8,534	17	6,796	5,174	31	389
10(98)	10,916	353	1,188	11,408	8,954	18	7,072	5,452	18	365
12(2000)	10,585	474	1,361	12,060	9,153	14	7,360	5,726	22	357
14(02)	10,618	416	1,366	12,448	9,174	17	7,628	5,941	29	352
16(04)	10,163	431	1,562	12,452	9,076	40	7,780	6,032	22	393
18(06)	9,592	482	1,709	12,362	8,909	22	7,845	6,133	26	373

年次	リハビリテーション科 (理学療法科)	放射線科	麻酔科	病理	救命救急	研修医	全科	その他	未分類	診療科名不詳
平成6年(1994)	777	3,848	4,883※	※	※	※	722	3,364	1,257	215
8(96)	904	4,192	5,046※	※	※	※	585	3,422	1,114	255
10(98)	1,125	4,445	5,585※	※	※	※	522	3,898	1,070	256
12(2000)	1,273	4,507	5,751※	※	※	※	744	4,143	1,044	169
14(02)	1,456	4,710	6,087※	※	※	※	981	4,421	1,350	569
16(04)	1,696	4,780	6,397※	※	※	※	3,883	6,640	1,207	264
18(06)	1,855	4,883	6,209	1,297	1,698	14,402	301	3,148	1,212	222

※当時調査項目として含まれていなかったもの

(出典)医師・歯科医師・薬剤師調査

3

病院従事医師数の年次推移（診療科別）

年次	総数	内科	心療内科	呼吸器科	消化器科	腎臓科	循環器科	アレルギー科	リウマチ科	小児科	精神科
平成5年(1994)	140,412	36,778※		2,223	5,745	5,362	※	※	7,714	8,490	
8(96)	148,199	36,650	205	2,457	5,575	5,752	68	324	7,919	8,617	
10(98)	153,106	36,408	274	2,534	6,245	6,420	127	370	8,022	9,193	
12(2000)	154,588	36,130	259	2,767	6,239	6,611	112	378	8,136	9,419	
14(02)	159,131	36,038	312	2,838	6,620	7,151	100	435	8,429	9,601	
16(04)	163,683	34,788	313	3,337	7,196	7,648	120	538	8,393	9,993	
18(06)	168,327	31,056	327	3,515	7,487	7,945	112	625	8,228	9,978	

年次	神経科	神経内科	外科	整形外科	形成外科	美容外科	脳神経外科	呼吸器外科	心臓血管外科	小児外科
平成5年(1994)	367	2,350	19,992	11,184	1,020	14	5,025	959	1,896	510
8(96)	381	2,456	19,181	11,467	1,123	14	5,247	736	1,890	530
10(98)	337	2,730	19,083	11,859	1,196	7	5,422	812	2,220	541
12(2000)	322	2,823	18,821	11,077	1,287	5	5,408	891	2,378	582
14(02)	263	2,955	18,573	12,156	1,388	0	5,500	1,023	2,485	592
16(04)	273	3,171	18,147	12,093	1,431	20	5,542	1,105	2,591	647
18(06)	206	3,150	18,738	11,853	1,548	12	5,377	1,242	2,539	623

年次	産婦人科	産科	婦人科	眼科	耳鼻いんこう科	気管食道科	皮膚科	泌尿器科	性病科	こう門科
平成5年(1994)	6,419	153	375	4,743	3,877	21	3,141	4,099	3	167
8(96)	6,319	272	405	4,936	4,046	10	3,227	4,258	6	179
10(98)	6,456	200	431	5,191	4,118	11	3,345	4,466	-	155
12(2000)	6,154	313	510	5,212	4,036	11	3,338	4,578	3	153
14(02)	6,215	248	511	5,373	4,046	15	3,463	4,705	3	144
16(04)	5,817	260	608	5,037	3,836	35	3,381	4,849	2	169
18(06)	5,361	322	697	4,789	3,644	20	3,258	4,573	4	151

年次	リハビリテーション科 (理学療法科)	放射線科	麻酔科	病理	救命救急	研修医	全科	その他	未分類	診療科名不詳
平成5年(1994)	700	3,661	4,904※	※	※	※	212	3,017	385	157
8(96)	827	3,992	4,804※	※	※	※	226	3,037	292	199
10(98)	1,012	4,250	5,315※	※	※	※	222	3,444	375	209
12(2000)	1,151	4,324	5,443※	※	※	※	579	3,948	370	154
14(02)	1,339	4,456	5,748※	※	※	※	847	4,025	533	425
16(04)	1,569	4,509	5,998※	※	※	※	3,783	6,182	306	196
18(06)	1,733	4,689	5,763	1,294	1,693	14,385	175	2,589	320	176

※当時調査項目として含まれていなかったもの

(出典)医師・歯科医師・薬剤師調査

4

診療所従事医師数の年次推移(診療科別)

	総数	内科	心療内科	呼吸器科	消化器科(胃腸科)	泌尿器科	アレルギー科	リウマチ科	小児科	精神科
平成0年(1994)	77,441	34,326 ※		294	2,410	842 ※		※	5,032	1,018
8 ('96)	82,998	35,890	75	257	2,721	967	52	29	5,862	1,276
10 ('98)	83,833	36,294	159	294	2,793	1,025	69	59	5,967	1,393
12 (2000)	88,013	38,409	221	256	2,903	1,074	90	79	5,998	1,644
14 ('02)	90,443	38,666	323	299	3,033	1,230	86	101	6,052	1,889
16 ('04)	92,985	38,882	439	318	3,156	1,361	87	102	6,284	2,158
18 ('06)	95,213	39,374	514	351	3,275	1,471	72	135	6,472	2,496

	神経科	神経内科	外科	整形外科	形成外科	美容外科	脳神経外科	呼吸器外科	心血管外科	小児外科
平成0年(1994)	157	135	5,728	4,393	134	110	327	11	22	23
8 ('96)	220	161	5,738	4,956	185	142	387	9	28	15
10 ('98)	158	193	5,778	5,370	203	160	449	6	23	25
12 (2000)	200	215	5,623	5,973	264	207	552	8	31	27
14 ('02)	165	247	5,295	6,415	262	222	653	10	28	21
16 ('04)	177	287	5,093	6,678	334	322	745	5	41	35
18 ('06)	149	293	4,836	7,017	361	352	864	13	46	38

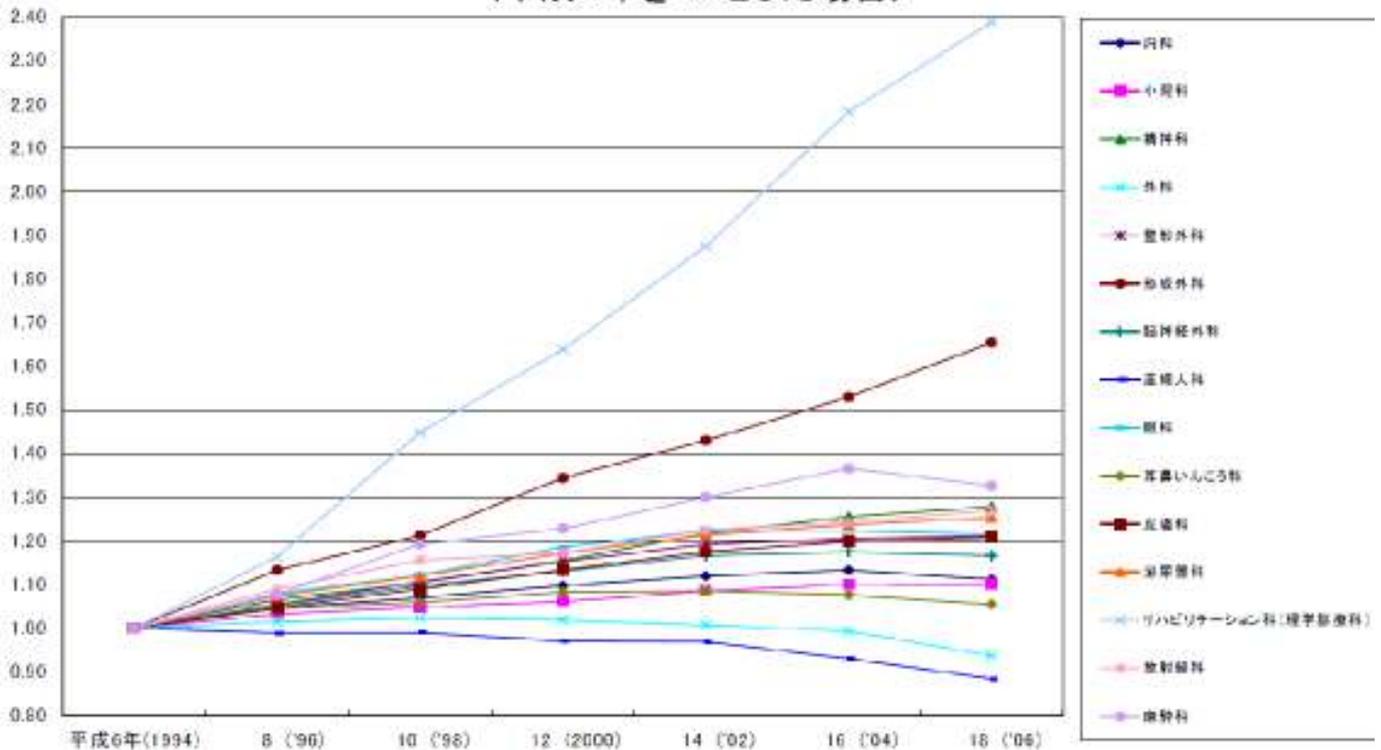
	産婦人科	産科	婦人科	眼科	耳鼻いんこう科	気管食道科	皮膚科	泌尿器科	性感染症科	こころ門科
平成0年(1994)	4,629	159	630	5,431	4,571	3	3,352	755	17	200
8 ('96)	4,528	145	753	6,046	4,788	1	3,569	916	25	210
10 ('98)	4,460	153	757	6,217	4,836	7	3,727	986	18	210
12 (2000)	4,431	161	851	6,848	5,117	3	4,022	1,148	19	204
14 ('02)	4,403	168	855	7,073	5,128	2	4,165	1,236	26	208
16 ('04)	4,346	171	954	7,415	5,240	5	4,399	1,383	20	224
18 ('06)	4,231	160	1012	7,573	5,265	2	4,587	1,500	22	222

	リハビリテーション科(理学診療科)	放射線科	麻酔科	病理	救命救急	研修医	全科	その他	不明診療科名不明	診療科名不詳
平成0年(1994)	77	185	179 ※		※	※	510	347	872	61
8 ('96)	77	200	242 ※		※	※	359	385	822	56
10 ('98)	113	195	270 ※		※	※	300	454	695	47
12 (2000)	122	183	308 ※		※	※	165	495	715	45
14 ('02)	117	214	339 ※		※	※	114	396	823	144
16 ('04)	127	271	399 ※		※	※	100	458	901	68
18 ('06)	122	294	448	13	5	17	128	459	892	46

(出典)医師・歯科医師・薬剤師調査

※当時調査項目として含まれていなかったもの

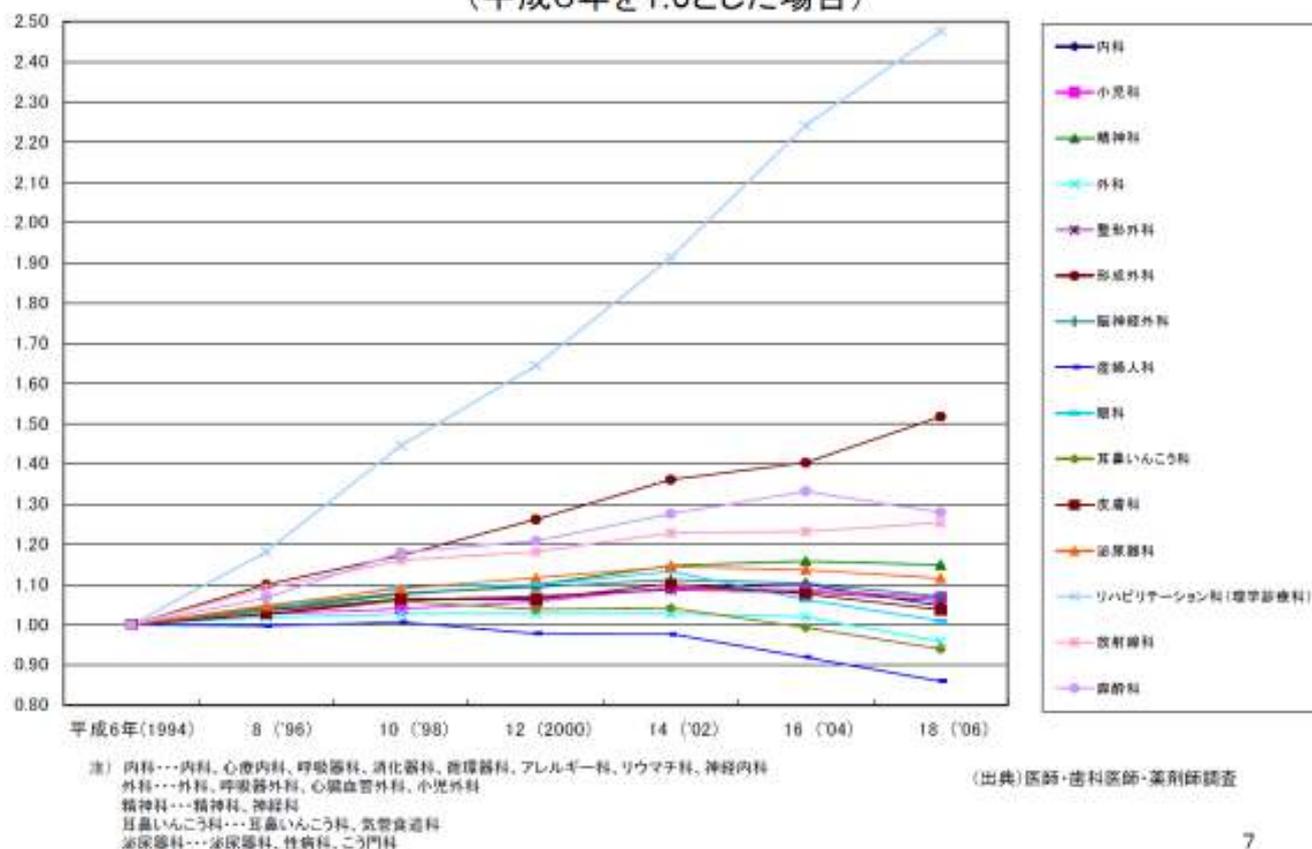
診療科別医師数の推移
(平成6年を1.0とした場合)



注) 内科…内科、心療内科、呼吸器科、消化器科、泌尿器科、アレルギー科、リウマチ科、神経内科
外科…外科、呼吸器外科、心血管外科、小児外科
精神科…精神科、神経科
耳鼻いんこう科…耳鼻いんこう科、気管食道科
泌尿器科…泌尿器科、性病科、こころ門科

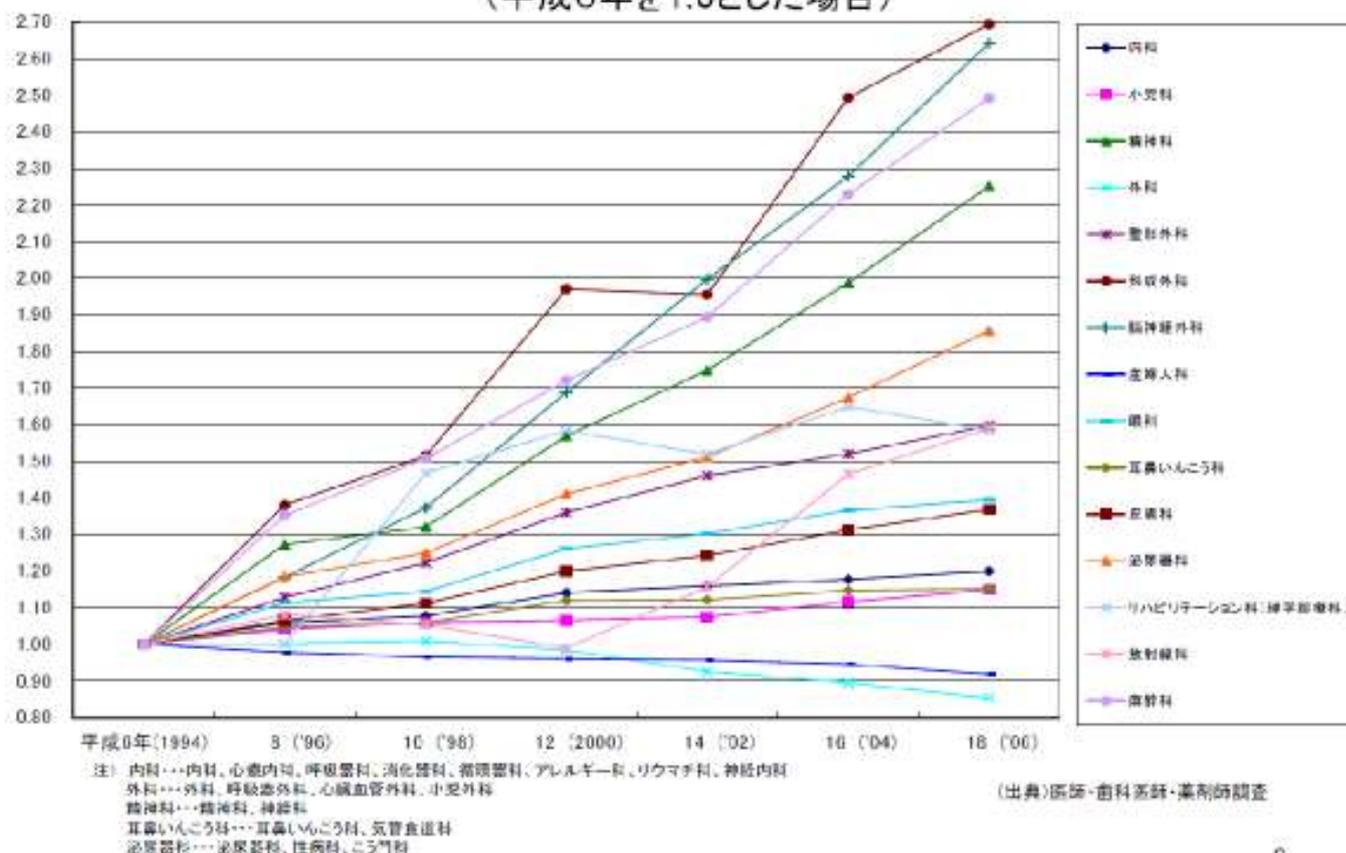
(出典)医師・歯科医師・薬剤師調査

診療科別医師数の推移 病院従事者 (平成6年を1.0とした場合)



7

診療科別医師数の推移 診療所従事者 (平成6年を1.0とした場合)



8

基本領域18学会 専門医数の推移

	2000年(H12)		2002年(H14)		2003年(H15)		2004年(H16)		2005年(H17)		2006年(H18)	
日本内科学会	認定内科医	33,927	認定内科医	42,098	内科専門医	+7267	内科専門医	7,736	認定内科専門医	8,180	認定内科専門医	10,562
	認定内科専門医	5,643	認定内科専門医	6,343								
日本小児科学会	認定医	11,958	認定医	12,010	小児科専門医	+514	小児科専門医	10,474	小児科専門医	11,437	小児科専門医	11,956
日本皮膚科学会	認定皮膚科専門医	4,151	皮膚科専門医	4,423	皮膚科専門医	4,552	皮膚科専門医	4,710	皮膚科専門医	5,057	皮膚科専門医	5,257
日本精神神経学会		-		-		-		-	精神科専門医	0	精神科専門医	0
日本外科学会	認定医	29,763	認定医	27,390	外科専門医	+6400	外科専門医	9,504	外科専門医	11,933	外科専門医	13,782
	指導医	4,200	指導医	4,744								
日本整形外科学会	認定医	12,833	整形外科専門医	13,998	整形外科専門医	14,369	整形外科専門医	14,627	整形外科専門医	15,312	整形外科専門医	15,729
日本産科婦人科学会	認定医	11,827	産婦人科専門医	12,038	産婦人科専門医	11,407	産婦人科専門医	11,616	産婦人科専門医	11,999	産婦人科専門医	11,870
日本眼科学会	眼科専門医	8,040	眼科専門医	8,595	眼科専門医	8,881	眼科専門医	8,888	眼科専門医	9,396	眼科専門医	9,362
日本耳鼻咽喉科学会	耳鼻咽喉科専門医	7,742	耳鼻咽喉科専門医	7,931	耳鼻咽喉科専門医	8,048	耳鼻咽喉科専門医	8,242	耳鼻咽喉科専門医	8,218	耳鼻咽喉科専門医	8,113
日本泌尿器科学会	泌尿器科専門医	4,948	泌尿器科専門医	5,384	泌尿器科専門医	5,514	泌尿器科専門医	5,469	泌尿器科専門医	5,753	泌尿器科専門医	5,895
	指導医	2,757	指導医	3,025								
日本脳神経外科学会	脳神経外科専門医	4,994	脳神経外科専門医	5,432	脳神経外科専門医	5,812	脳神経外科専門医	5,799	脳神経外科専門医	6,170	脳神経外科専門医	6,335
日本医学放射線学会	放射線科専門医	3,704	放射線科専門医	4,042	放射線科専門医	4,216	放射線科専門医	4,402	放射線科専門医	4,810	放射線科専門医	4,810
日本麻酔科学会	麻酔指導医	4,464	麻酔指導医	4,857	麻酔科専門医	5,088	麻酔科専門医	5,340	麻酔科専門医	5,489	麻酔科専門医	5,529
日本病理学会	認定病理医	1,675	病理専門医	1,747	病理専門医	1,873	病理専門医	1,843	病理専門医	1,925	病理専門医	1,927
日本臨床検査医学会	認定臨床検査医	416	臨床検査専門医	480	臨床検査専門医	531	臨床検査専門医	502	臨床検査専門医	555	臨床検査専門医	581
日本救急医学会	認定医	2,056	認定医	2,244	救急科専門医	+359	救急科専門医	353	救急科専門医	2,236	救急科専門医	2,472
	指導医	275	指導医	323								
日本形成外科学会	認定医	1,112	形成外科専門医	1,264	形成外科専門医	1,503	形成外科専門医	1,441	形成外科専門医	1,420	形成外科専門医	1,505
日本リハビリテーション医学会	専門医	709	専門医	813	リハビリテーション科専門医	809	リハビリテーション科専門医	960	リハビリテーション科専門医	1,102	リハビリテーション科専門医	1,255
	認定臨床医	5,080	認定臨床医	4,371								

* 各学会において認定医・指導医・専門医資格要件の整理等による制度変更が行われたため、前年度と単純に比較できない。
 (注1) 平成14年に、医業に関する広告規制緩和の一環として専門医の広告が可能となった。
 (注2) 各学会によって専門医の創設年が異なる。
 (注3) 平成13年は資料無し。

14

社団法人日本専門医制評価・認定機構調べ

基本領域18学会 新規入会者数の推移

	1994年(H6)	1995年(H7)	1996年(H8)	1997年(H9)	1998年(H10)	1999年(H11)	2000年(H12)	2001年(H13)	2002年(H14)	2003年(H15)	2004年(H16)	2005年(H17)	2006年(H18)	2007年(H19)
日本内科学会	3738	3142	3337	3058	3059	3017	2841	3122	3575	3966	2857	3469	3274	3453
日本小児科学会	540	500	534	545	567	581	607	610	727	848	380	458	686	711
日本皮膚科学会	380	325	320	331	344	432	102	606	212	336	276	478	186	378
日本外科学会	1,267	1,667	1,168	1,312	1,115	1,200	1,048	1,317	1,019	1,204	499	707	818	910
日本整形外科学会	660	660	669	601	726	669	609	683	646	621	281	396	523	554
日本産科婦人科学会	546	467	523	473	478	453	451	471	417	415	138	184	358	385
日本眼科学会	483	452	489	480	499	418	381	586	460	379	131	86	329	306
日本耳鼻咽喉科学会	325	328	314	317	290	264	285	248	307	256	52	71	179	186
日本泌尿器科学会	235	230	256	260	232	239	204	263	243	230	103	82	172	196
日本脳神経外科学会	248	279	281	278	277	203	229	226	269	274	136	150	216	182
日本医学放射線学会	*	*	*	254	275	213	239	270	253	261	99	105	247	277
日本病理学会	*	*	*	*	*	245	247	228	192	187	240	184	222	156
日本臨床検査医学会	198	277	255	254	235	224	243	261	273	247	246	266	226	292
日本救急医学会	613	752	760	518	646*		681	739	685	896	1080	1241	1056	966
日本形成外科学会	187	157	161	167	187	168	173	222	215	201	141	165	224	181
日本リハビリテーション医学会	325	318	425	456	512	500	629	576	585	548	508	512	538	438

*: 各学会未把握

(参考) 新規入会員数が不明であるため、各年の会員数から前年の会員数を引いたもの

	1994年(H6)	1995年(H7)	1996年(H8)	1997年(H9)	1998年(H10)	1999年(H11)	2000年(H12)	2001年(H13)	2002年(H14)	2003年(H15)	2004年(H16)	2005年(H17)	2006年(H18)	2007年(H19)
日本精神神経学会	233	171	151	137	32	253	161	81	254	486	1010	912	1357	726
日本麻酔科学会	284	222	617	346	-373	500	192	600	137	217	456	-120	166	685

(注1) 平成14年に、医業に関する広告規制緩和の一環として専門医の広告が可能となった。
 (注2) 各学会によって専門医の創設年が異なる。

厚生労働省調べ(各学会事務局への問い合わせ結果による)

15

研修後に専門としたい診療科

診療科	平成18年度		平成17年度		診療科	平成18年度		平成17年度	
	人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)		人数(人)	割合(%)	人数(人)	割合(%)
内科	433	11.3	480	14.6	形成外科	80	2.1	71	2.2
小児科	293	7.6	247	7.5	神経内科	76	2.0	62	1.9
外科	275	7.1	293	8.9	総合診療科	57	1.5	25	0.8
消化器科	268	7.0	217	6.6	心臓血管外科	52	1.4	46	1.4
麻酔科	261	6.8	191	5.8	リウマチ科	29	0.8	8	0.2
整形外科	240	6.2	213	6.5	呼吸器外科	29	0.8	15	0.5
循環器科	213	5.5	207	6.3	病理	28	0.7	15	0.5
精神科	209	5.4	142	4.3	小児外科	26	0.7	16	0.5
産婦人科	166	4.3	163	4.9	リハビリテーション科	18	0.5	15	0.5
呼吸器科	139	3.6	92	2.8	基礎系	17	0.4	11	0.3
眼科	136	3.5	131	4.0	心療内科	12	0.3	6	0.2
皮膚科	128	3.3	131	4.0	緩和ケア	10	0.3	5	0.2
放射線科	117	3.0	100	3.0	美容外科	9	0.2	6	0.2
脳神経外科	94	2.4	57	1.7	アレルギー科	8	0.2	3	0.1
泌尿器科	94	2.4	86	2.6	医療行政職	1	0.0	5	0.2
耳鼻咽喉科	93	2.4	84	2.5	その他	129	3.4	67	2.0
救命救急	93	2.4	70	2.1	無回答	14	0.4	18	0.5
					全体	3,847	100.0	3,298	100.0

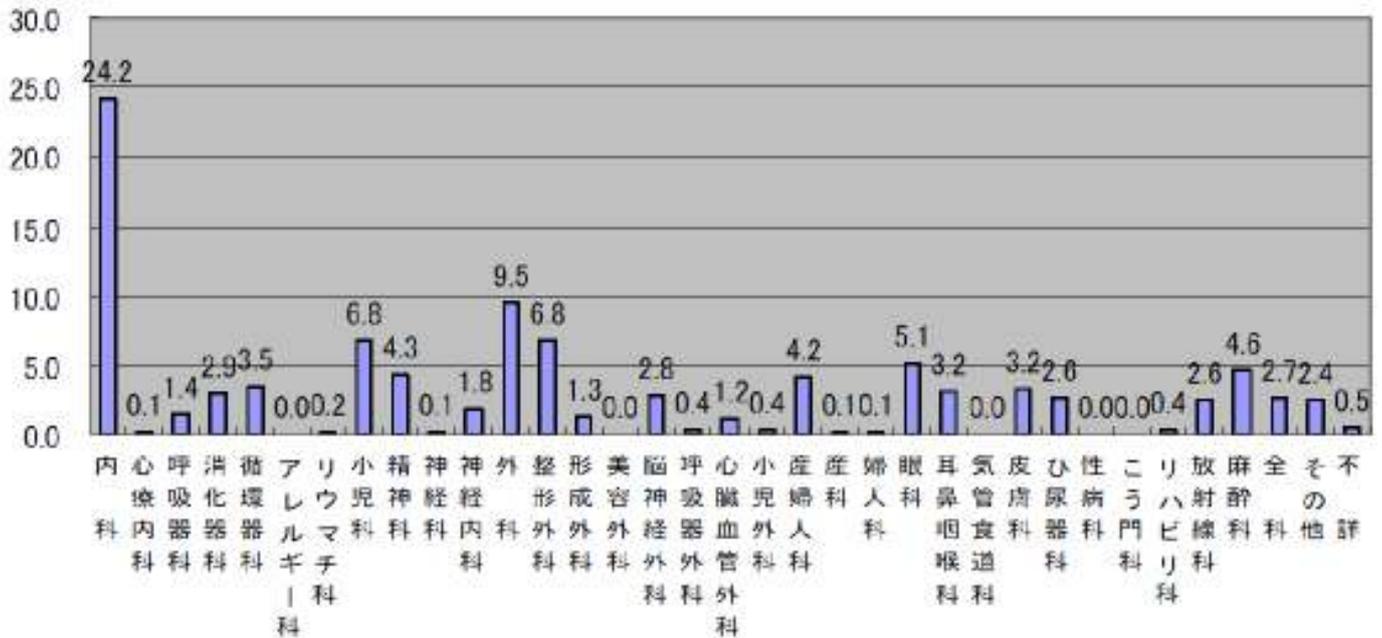
16

※なお、アンケートの回答は複数選択可となっている。

(出典)「臨床研修に関する調査」報告：2年次研修医への調査

〈参考〉

20代医療施設従事医師診療科別割合(平成14年)



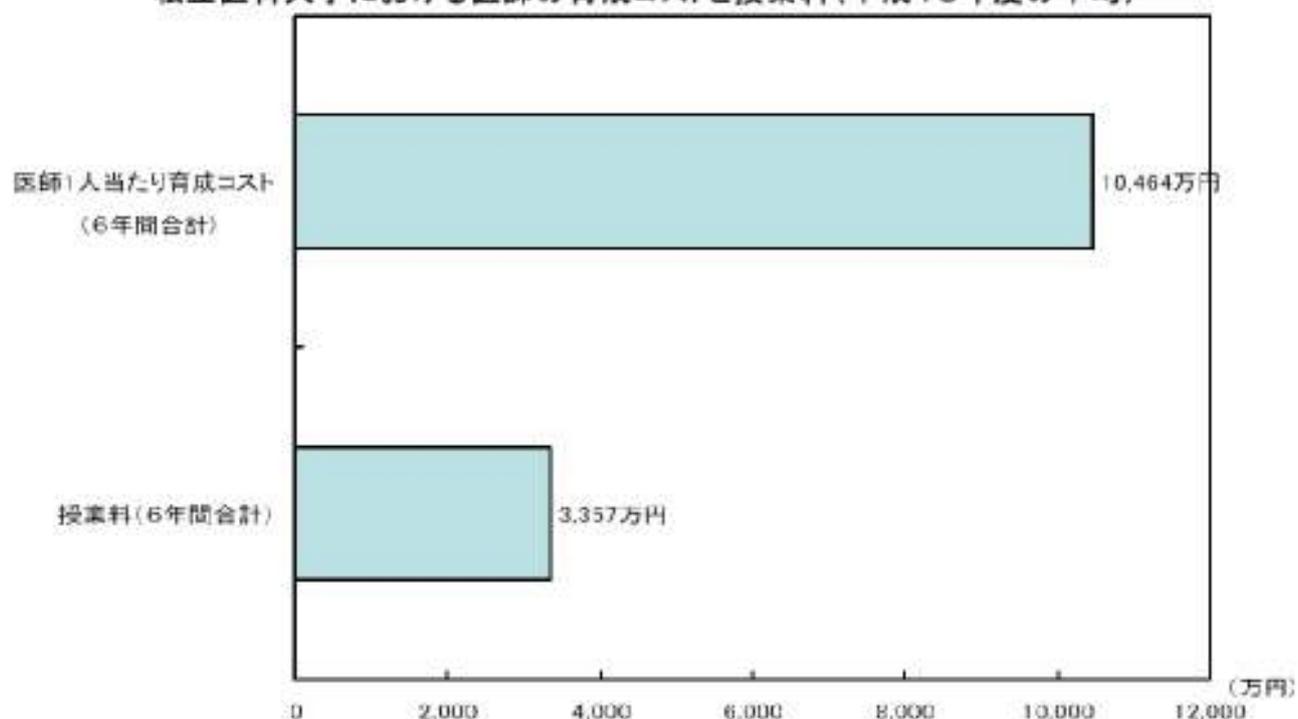
n=26206

(出典)平成14年 医師・歯科医師・薬剤師調査

17

日本の医療における人材育成コストについて

私立医科大学における医師の育成コストと授業料(平成18年度の平均)



出典:(社)日本私立医科大学協会「医学教育経費の理解のために」(平成19年11月)を基に作成

(注1)医師1人当たりの育成コストは、平成18年度の医学部生1人当たりの平均の年間医学教育経費1,744万円を6倍したものである。 20
(注2)医学教育経費には医学部の教員・事務職員の人件費(退職金を除く)、教育研究費、管理経費が含まれる。

議論のためのたたき台

(1) 研修プログラム作成を弾力化するためのモデル事業の実施

- 現行の研修プログラムをさらに弾力化し、研修分野やその期間に係る規定を見直すことが可能かどうかの基礎資料を得るため、大学病院を中心に2年間研修するプログラムについて、以下に例示するようなモデル事業を実施してはどうか。なお、当該プログラムの定員数は、当該大学病院における現行の枠内で設定する。

(例)

- ・ モデル事業として、内科、外科、救急、小児、産婦人科など、著しい医師不足を生じ地域医療に影響している科を中心に各コースを設定する。それぞれのコースにおいては、当該診療分野の研修を重点的に行う。なお、各コースについては2年間に内科、外科、救急、小児、産婦、精神、地域保健・医療の研修を任意の期間行う。

(2) マッチング制度の対象外の取扱い

- 研修医の地域定着を促進する観点から、就職先を限定した地域枠あるいは奨学金を受けている医学生については、奨学金制度等の内容を考慮した上で、マッチング制度の対象外としてはどうか。

(3) 臨床研修病院の指定基準の改正

- 臨床研修の質の向上を図る観点から、臨床研修病院の指定基準を改正してはどうか。なお、運用に当たっては、医師不足地域等の臨床研修病院等に対して、当面、経過措置を設ける。また、医師不足地域等に医師派遣を行っている臨床研修病院等に対しては、その状況等を考慮すべきではないか。

厚生労働大臣

舩添 要一 殿

平成20年7月18日開催の

医道審議会 医師分科会 医師臨床研修部会

「臨床研修制度見直しの進め方について」に対するの

全国医学部長病院長会議からの要望書

平成20年7月30日

全国医学部長病院長会議

会長 小川 彰



要 望 書

「(1) 研修プログラムを弾力化するためのモデル事業の実施」について

- 1) 今般のカリキュラム弾力化は、本会議が従来より要望してきた方向性に合致することからこの方針を基本的には評価するものです。しかし、実施に際しては内容の実効性が担保され、その運用が極めて重要です。今後、本会議との十分な協議の上で実施されることを要望致します。
- 2) 来春からの本モデル事業の実施にあたっては、今週からマッチングが開始されること、マッチングは研修プログラムに対する応募であることから、本年度の研修マッチングにおいて大きな混乱が予想されます。従って、来春からの実施を前提とする場合、マッチング応募者、協議会、大学、厚生労働省との調整を経て、混乱を回避するための厳密なルールの確定について協議することが必須であると考えます。

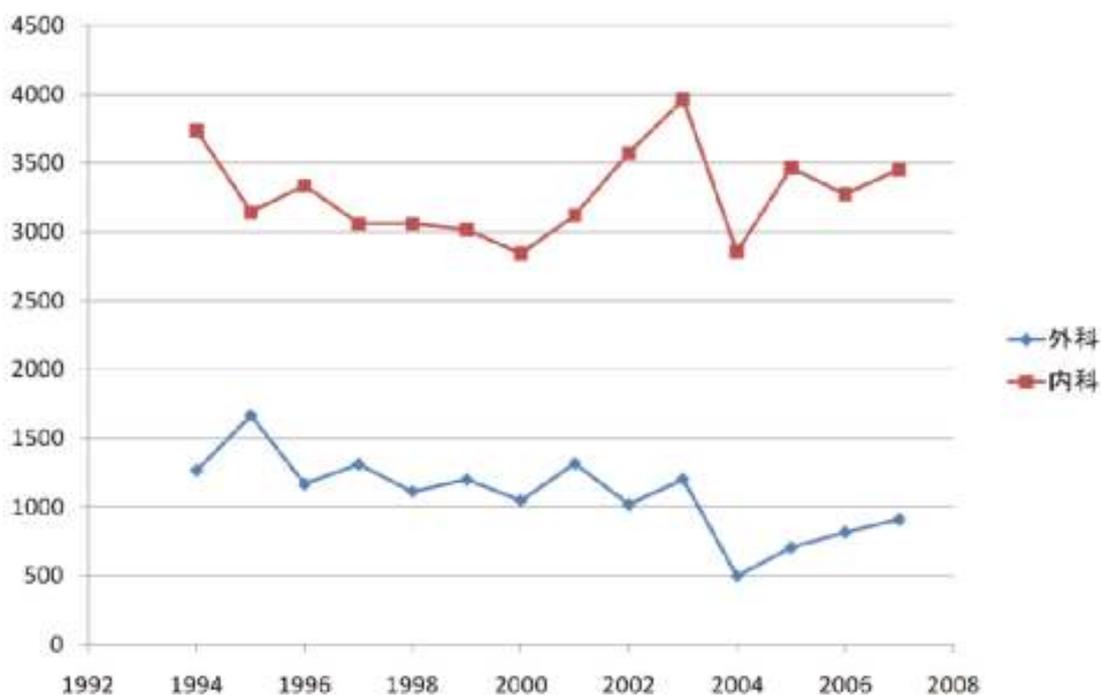
「(2) マッチング制度対象外の取扱い」について

この件に関しては当然のことと考えられることからこの方向で実施して頂きたいと考えます。

「(3) 臨床研修病院の指定基準の改正」について

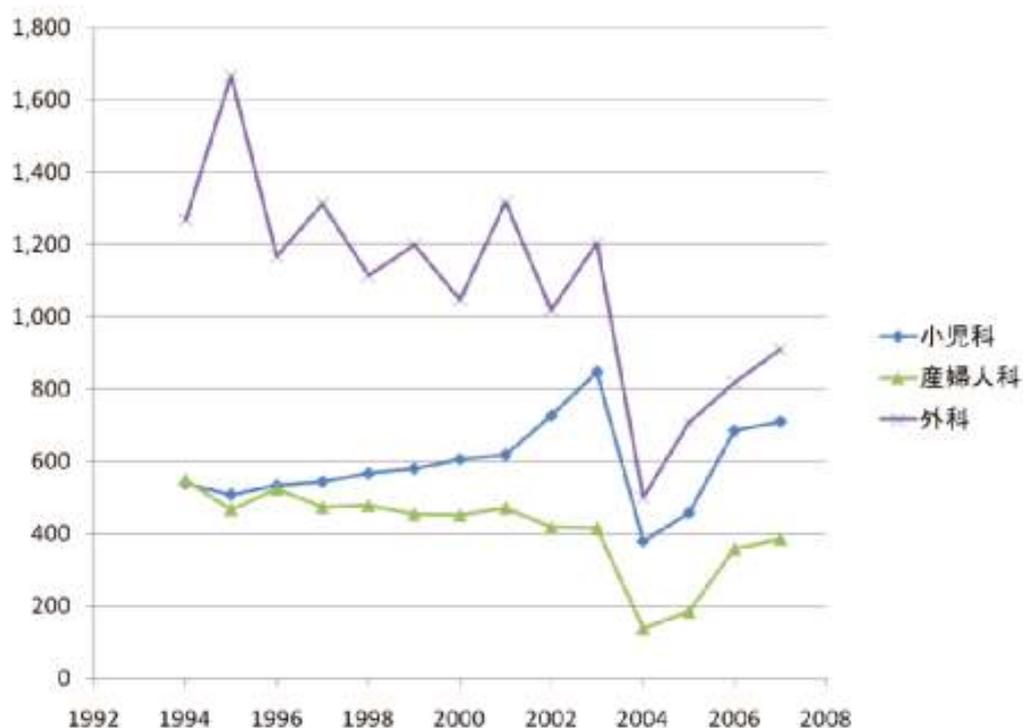
- 1) 臨床研修病院の指定基準が臨床研修制度発足に際し、大幅に緩和され、①病床数の規制が削除され、②診療科の規制も削除され（総合病院である必要がない）、③指導医数規制も削除され、④剖検数の基準も削除されました。これらは研修の質の担保大きく係る事項であり、本会はこの点に大きな危惧を表明してきました。
- 2) 臨床研修病院の指定基準の厳格化は必須であり、今回の審議会で「臨床研修制度の見直しの進め方について」の中に組み込まれた事を評価するものです。
- 3) 新指定基準をどの様なものにするかにより、将来の方向に大きな影響を及ぼすことが予想されます。従って、指定基準の確定に当たっては、本会を含め関係機関との十分な議論を要望するものです。

基本領域学会 新規入会者の推移



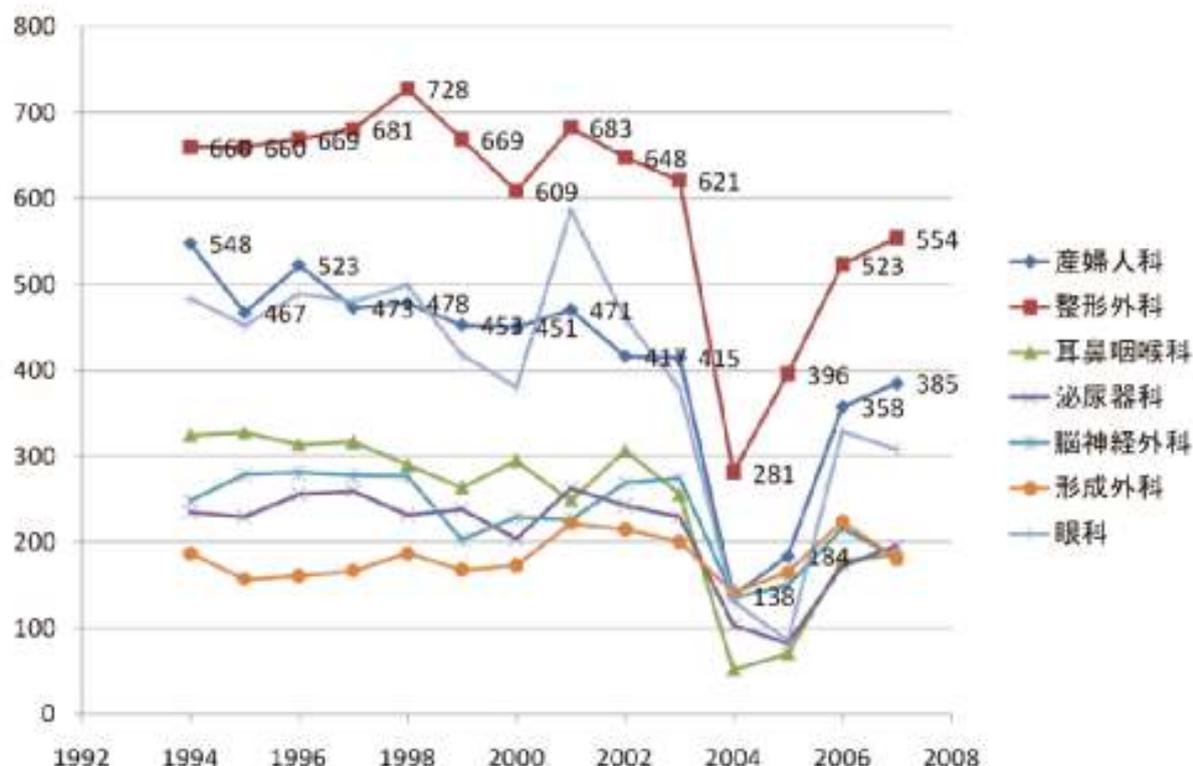
1

基本領域学会 新規入会者の推移



2

基本領域学会 新規入会者の推移



3

新医師臨床制度の導入前後の基本領域学会の新規入会者数の推移

導入期には減少したが、その後は、導入以前の水準以上に入会者数が回復している学会								
	内科	医学放射線学会	形成外科	小児科				
1994-2003平均	3288	252	184	808				
2004-2005平均	3163	102	153	419				
2006-2007平均	3364	262	203	699				
臨床研修制度導入期の変化率	-3.7%	-59.5%	-16.8%	-31.1%				
臨床研修制度導入後の変化率	2.4%	3.9%	13.2%	14.0%				
導入期に減少し、その後も、導入以前の水準に入会者数が回復していない学会								
	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	脳神経外科	皮膚科
1994-2003平均	1232	663	470	463	295	239	256	220
2004-2005平均	603	339	161	109	62	93	143	212
2006-2007平均	864	539	372	319	103	184	199	109
臨床研修制度導入期の変化率	-51.0%	-48.9%	-65.7%	-76.6%	-79.1%	-61.3%	-44.2%	-3.5%
臨床研修制度導入後の変化率	-29.5%	-18.8%	-20.9%	-31.2%	-38.0%	-23.1%	-22.4%	-14.0%
導入期に入会者数の明らかな減少が認められなかった学会								
	皮膚科	臨床検査	救急医学	リハビリ				
1994-2003平均	351	247	722	467				
2004-2005平均	377	256	1161	510				
2006-2007平均	282	259	1011	488				
臨床研修制度導入期の変化率	7.5%	3.8%	60.7%	4.6%				
臨床研修制度導入後の変化率	-19.6%	5.0%	43.0%	0.1%				
データが不完全、あるいは導入期と専門医制度の改革が重なって、入会者数が新規専攻者数を反映しない可能性のある学会								
	精神神経科	麻酔科						
1994-2003平均	196	344						
2004-2005平均	961	456						
2006-2007平均	1042	426						
臨床研修制度導入期の変化率	390.6%	32.6%						
臨床研修制度導入後の変化率	431.6%	23.7%						

* 小児科学会は専門医制度導入時期がはっきりしているため、導入前の数値として2002-2003年の値を示した

4

医師臨床研修制度導入の各基本領域診療科 学会新規入会者数に与えた影響

- 新医師臨床研修制度導入期の2年間、新規入会者数が著明に減少した学会は、医師が新規に専攻先診療科を決定すると同時に入会することが通常となっている学会である。
- 今回、病理、臨床検査、救急医学、リハビリテーションの各学会入会者をグラフ化しなかった。これらの学会は、卒業あるいは初期臨床研修終了と同時に入会することの多い学会である。予め決まっていたり入会済みであったり、他の診療科で研修した後に入会することが多かったり、他の基本領域学会と重複して入会することの多い学会であるため、新規入会者数は臨床研修の影響を反映しないと考えられる。これらの診療分野については、さらに数年して、専門医数の変化を検討する必要があるかもしれない。精神神経科については、専門医導入直前のため、新規入会者数が急激に変動しており、新規専攻者を反映していない可能性が高いため、ここではグラフ化しなかった。
- 臨床研修制度自体の是非はおくとして、制度導入前後で、新規専攻者に明らかに変化があれば、それは、臨床研修制度の影響と考えざるを得ない。

5

医師臨床研修制度導入の各基本領域診療科 学会新規入会者数に与えた影響

- 現状では、制度導入の前後で内科、皮膚科、形成外科、放射線科については、減少傾向は認められていない。
- これに対して、外科、整形外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、脳神経外科では明らかな減少が、全く同一と思われるパターンで認められている。
- 産婦人科のように制度導入以前から長期にわたって減少してきた診療科では、2年間の新規専攻者の空白自体が大きなダメージとなり、急速な医療提供体制の崩壊が認められるようになった。
- 他の外科系診療科では、制度導入以前には、減少傾向は明らかとなっていたわけではなかったが、制度導入後には、明らかな減少が生じており、この一致した傾向は制度導入の影響と言わざるを得ない。
- 新臨床研修制度を経験した医師で外科系診療科を志望するものが明らかに減少している理由としては、外科系に共通する勤務の過酷さ(手術があるために、自分のペースで仕事を組むことはできない)、予定手術とその患者対応で勤務時間はいっぱいであるため、緊急手術は時間外に行わざるを得ない。侵襲的処置が多くなれば、リスクマネジメントの必要性が飛躍的に増大する。医師の(私的な)生活の質は必然的に悪くなる。

6

医師臨床研修制度導入の各基本領域診療科 学会新規入会者数に与えた影響

- 新臨床研修制度は、そのような診療科の特徴を、研修医に、専攻科決定の直前に気づかせる結果となった。そのような生活の質の悪さは当然に、改善されるべきであり、これら外科系、救急対応、時間外勤務の多い診療科に対しては、これまでのような待遇では、志望者を確保することは不可能であることが明確に示されることになった。ひとたび明らかとなった事実を覆い隠すことは不可能であり、今後、医療提供を維持しつつ、診療科間偏在の進行を食い止めるためには、外科系診療科全体への明確なincentive付与が必要不可欠であり、それ以外の方法は考えられない。

医道協議会医職分科会医職臨床研修計画委員会白名簿

氏名	所属・役職
相川直樹	慶應義塾大学医学部教授
磯野可一	千葉大学長
杉本貴子	聖路加国際病院研究部長
西村英幸	国立徳島大学教授
黒川詩	東海大学医学部長
榎井健司	聖路加国際病院院長
杉本和樹	関東中央病院院長
高桑昇二	日本経済団体連合会研修社会部次長
高橋武理子	徳川新薬製造委員
辻本裕子	さきえま「医療人権センター」COML代表
徳永力雄	関西医科大学医学部教授
中野仁雄	九州大学医学部附属病院院長
柳村英一	日本医事院理事兼協会理事
花井圭子	日本労働組合総連合会生活福祉局長
橋本次久	京都大学大学院医学部教授
星北一	日本医師会常任理事
堀江孝丞	日本大学医学部長
三土勝利	医療法人健康会理事
宮城正四郎	神代私立中央病院院長
矢崎義雄	国立国際医療センター総長
山口若	全国医師診療施設協議会特別顧問
藤田貴平	横浜市立大学医学部教授

医政局長 藤崎英夫

(平成13年5月31日現在 五十名順)

13

五年教育モデル・コア・カリキュラム

— 教育内容ガイドライン —

各学部に示される教育プログラム構成・施設基準委員



医師国家試験
出題基準

平成13年度

医事院出版

研修プログラム小委員会検討資料

- 資料4-1 平成13年度科目 (第1回) について (第1版)
- 資料4-2 研修プログラムの編成 (第1回) について (第4版)
- 資料4-3 研修科目の整理 (第1回) について
- 資料4-4 研修科目の整理 (第2回) について

14

卒後臨床研修目標(医道審議会臨床研修検討部会)

卒後臨床研修目標(医道審議会臨床研修検討部会)

2 具体的目標

(1) 基本的診察法

卒前に修得した事項を基本とし、受持病例について例えば以下につき主要な所見を正確に把握できる。

- 1) 直接接法(患者、家族との適切なコミュニケーションの能力を含む)
- 2) 全身の観察(バイタルサイン、精神状態、皮膚の診察、表在リンパ節の診察を含む)
- 3) 頭・頸部の診察(眼底検査、外耳道、鼻腔、口腔、咽頭の診察、甲状腺の触診を含む)
- 4) 胸部の診察(乳房の診察を含む)
- 5) 腹部の診察(直腸診を含む)
- 6) 泌尿・生殖系の診察(注:産婦人科の診察は産科医と共に行うこと)
- 7) 骨・関節・筋肉系の診察
- 8) 神経学的診察

(2) 基本的検査法(1)

必要に応じて自ら検査を実施し、結果を解釈できる。

- 1) 検尿
- 2) 検便
- 3) 血算
- 4) 出血時間測定
- 5) 血液型判定・交差適合試験
- 6) 経鼻検査(血球、電解質、尿素窒素、赤沈を含む)
- 7) 動脈血ガス分析
- 8) 心電図
- 9) 簡単な細菌学的検査(グラム染色、A群β溶血性連鎖球菌迅速検査を含む)

15

Objective Structured Clinical Examination: OSCE

医学系の学習・評価項目(第2版、平成18年9月)

- I. 診察に関する共通の学習・評価項目: プライバシーや苦痛への配慮、身だしなみ、言葉遣い、挨拶や説明
- II. 医療面接: 導入部分、患者さんとの良好なコミュニケーション、患者さんに聞く(医学的情報、心理・社会的情報)、患者さんに話を伝える、締めくくり部分、全体をとおして、報告
- III. 全身状態の把握: 第一印象、視診、触診、反応、臭い、バイタルサイン、身体計測
- IV. バイタルサインの測定(四肢動脈の診察などを含む): 診察時の配慮、意識レベル、体温、呼吸、上肢の脈拍・血圧測定、下肢の脈拍・血圧測定、下肢浮腫の診察
- V. 頭頸部診察: 診察時の配慮、頭部の診察、頸部の診察
- VI. 胸部診察: 診察時の配慮、聴診器の使用、肺の診察(前胸部、背部)、その他背部の診察、心臓の診察、頸部血管の診察、乳房の診察(シミュレーター使用)
- VII. 腹部診察: 診察時の配慮、全般的注意事項、基本的診察法、病態に応じた精密診察法
- VIII. 神経診察: 診察時の配慮、診察の順序、脳神経系の診察、上肢の運動系の診察、上肢の握力の診察と徒手筋力検査、起立と歩行の診察、下肢の運動系の診察、下肢の徒手筋力検査、感覚系の診察、反射の診察、髄膜刺激徴候の診察、認知機能の診察、意識レベルの診察
- IX. 外科系基本手技: 診察時の配慮、病棟手洗い、静脈採血、持続的導尿(男性、女性)、手洗時手洗い・ガウンテクニック、縫合
- X. 救急: 成人の心肺蘇生法、小児の心肺蘇生法、意識障害患者への初期対応、気道異物による窒息への初期対応、蘇生チームによる心肺蘇生法、重症救急病態に対する救命治療、初期救急病態の鑑別と初期治療

16

病床規模別 病院数・研修医数

【単独・管理型臨床研修病院(大学病院を含む)】

単位:施設,人

区分	平成15年度			平成16年度			平成17年度		
	病院数	(うち、研修医が在籍する病院数)	研修医数	病院数	(うち、研修医が在籍する病院数)	研修医数	病院数	(うち、研修医が在籍する病院数)	研修医数
～99床	0	(0)	0	2	(1)	2	2	(2)	4
100床～199床	1	(1)	3	42	(20)	40	56	(29)	72
200床～299床	18	(16)	60	127	(63)	143	141	(91)	243
300床～499床	248	(175)	807	417	(291)	1,162	446	(133)	1,487
500床～699床	193	(158)	2,027	215	(181)	2,075	227	(194)	2,183
700床～999床	63	(79)	2,500	65	(82)	2,080	85	(83)	2,006
1,000床～	42	(42)	2,761	44	(43)	1,884	44	(44)	2,024
計	585	(471)	8,180	927	(691)	7,393	997	(785)	8,000

1,807

(H18医道審議会医務分科会・医師臨床研修委員会資料)

CONGRESS OF NEUROLOGICAL SURGEONS



DEDICATED TO NEUROSURGERY EDUCATION

CNS Resident Membership Benefits

- One-time Membership Fee - No annual dues
- Neurosurgery - reduced subscription rate
- Concepts in Neurosurgery
- Clinical Neurosurgery
- Young Neurosurgeons Directory
- Directory of Neurological Surgery North America
- Free access to Neurosurgery//On-Call

Attendance At The CNS Annual Meeting:

- Free Annual Meeting Registration
- Free Annual Meeting Housing
- Complimentary Luncheon with Honored Guest
- Complimentary Tickets at Opening Reception

Job Placement Service

The CNS provides a Job Placement Service for Resident and Transitional Members of the Congress of Neurological Surgeons to facilitate linkage between members and potential career opportunities.

**You can become a CNS Resident Member
for a one-time fee of \$25.00**

For more information, contact Richard G. Ellenbogen, M.D., Chairman, CNS Resident Membership Committee, Children's Hospital & Regional Medical Center, Division of Neurological Surgery, 4800 Sand Point Way NE, Seattle, WA 98105-0371. Phone: (206) 825-2039, Fax: (206) 827-3928, E-mail: rellen@cns.org

米国の研修制度



Congress of Neurological Surgeons

Young Neurosurgeons' Directory
2000-2001

Johns Hopkins Hospital

Orin M. Ling, M.D., Clinical Program Director
Johns Hopkins Hospital
Department of Neurology
600 North Wolfe Street, Room 5-11
Baltimore, MD 21205
Phone: (410) 955-4028
Fax: (410) 955-0417
E-Mail: orinling@jhmi.edu

Name	Training GME Status	Resident Status	Completion
Anderson, Eric	Yes	Resident	June 2000
Artigas, David	Yes	Resident	June 2000
Chen, Jun	Yes	Resident	June 2000
Clatterbuck, Robert	Yes	Resident	January 1997
Conrad, Eric	Yes	Resident	June 2000
Hansen, Raymond	Yes	Resident	June 1997
Hsu, Dennis C.	No	Resident	June 2000
Lynch, Wade S.	Yes	Resident	April 1998
Maroney, James	Yes	Resident	June 2000
Reilly, Victor S.	Yes	Therapist	October 1997
Rhoads, James D.	Yes	Therapist	April 1999
Sizemore, Alan F.	No	Resident	June 2000
Schwartz, Michael J.	No	Resident	June 2000
Scherry, Jason	No	Resident	June 2000
Shen, Pei-Pei	No	Resident	June 2000
Yim, George	No	Resident	June 2000

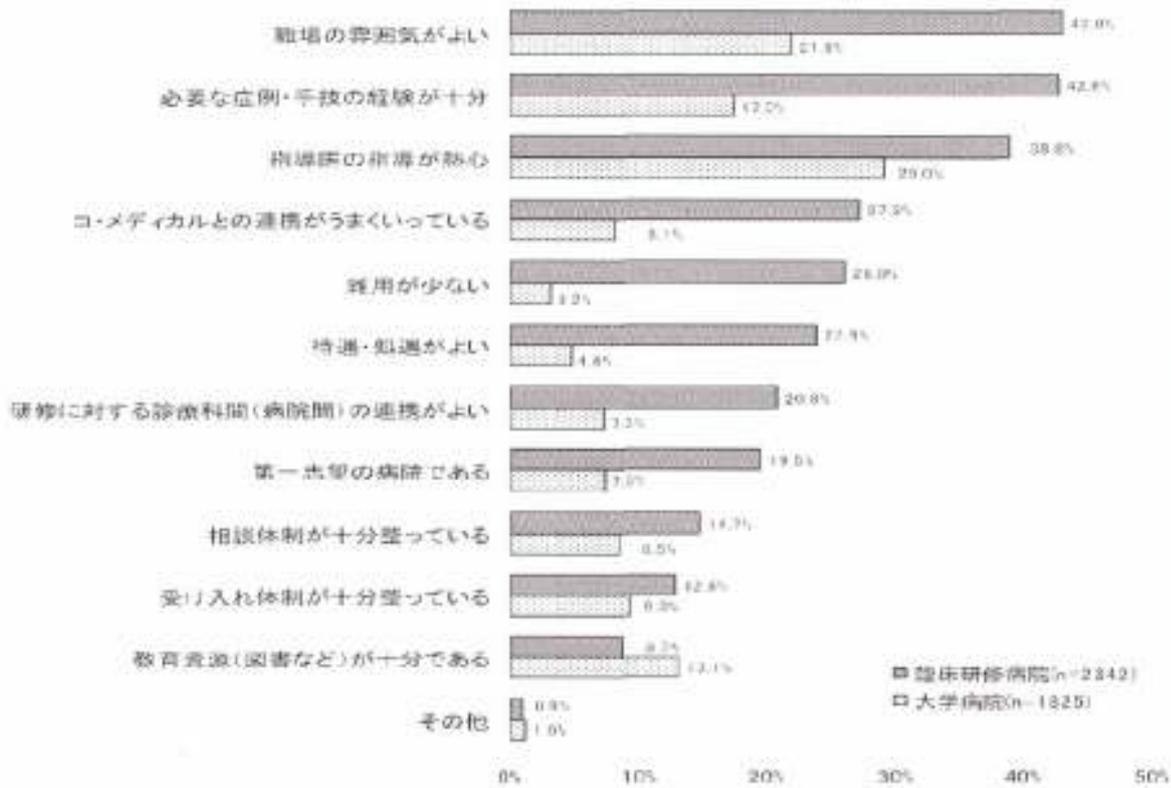
19

2, 新臨床研修制度検証

厚生労働省の見解；アンケート結果からの評価

20

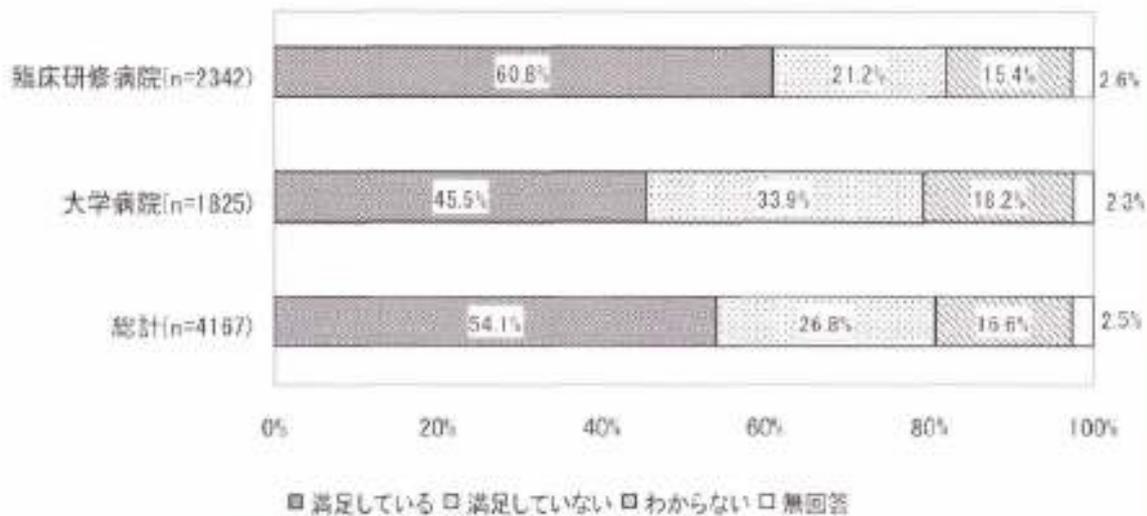
研修体制等で満足している点（複数回答）



（厚生労働省：平成18年度「臨床研修に関する調査」報告）

21

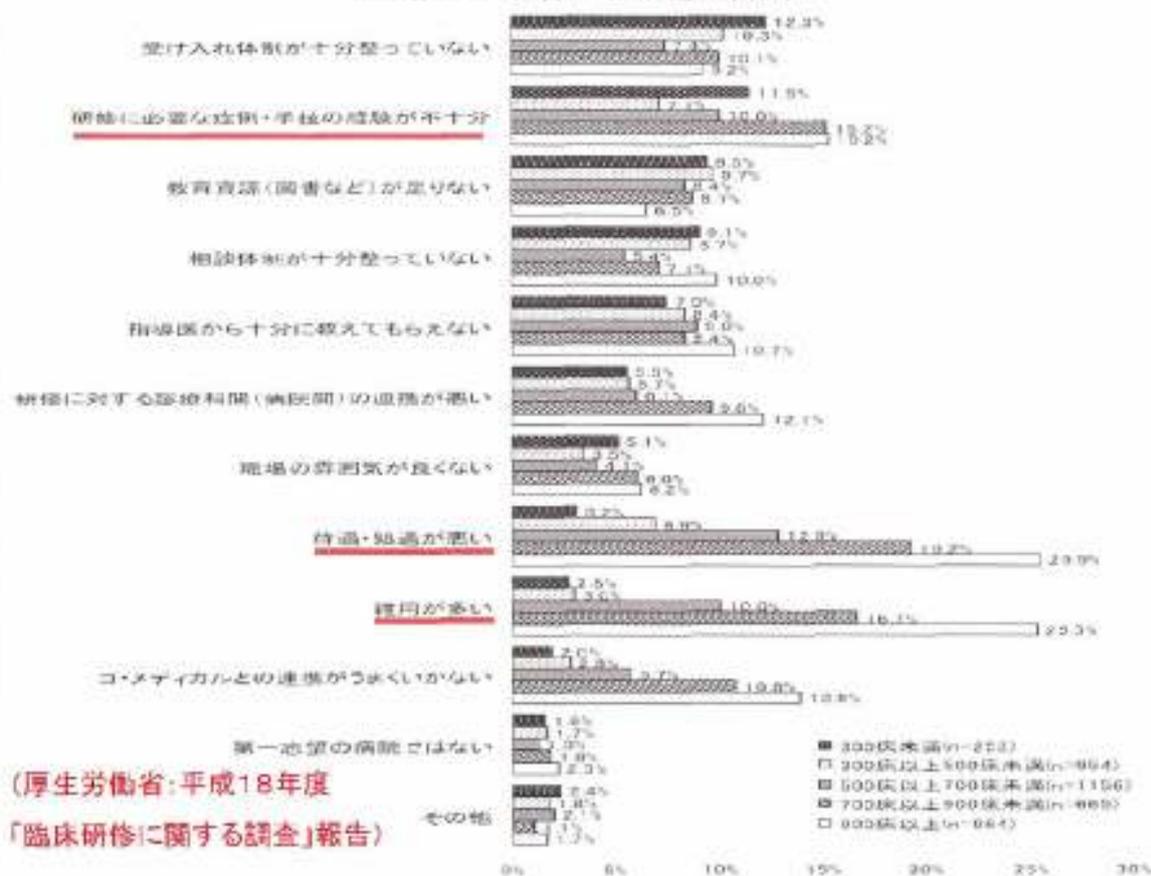
研修している病院の研修プログラムに満足していますか



（厚生労働省：平成18年度「臨床研修に関する調査」報告）

22

研修体制等で改善すべき点(複数回答)



(厚生労働省:平成18年度
「臨床研修に関する調査」報告)

23

将来希望する診療科

(厚生労働省:平成18年度「臨床研修に関する調査」報告)

診療科	人数	割合	診療科	人数	割合
内科	433	11.3%	神経内科	76	2.0%
小児科	293	7.6%	総合診療科	57	1.5%
外科	275	7.1%	心臓血管外科	52	1.4%
消化器科	268	7.0%	リウマチ科	29	0.8%
麻酔科	261	6.8%	呼吸器外科	29	0.8%
整形外科	240	6.2%	病理	28	0.7%
循環器科	213	5.5%	小児外科	26	0.7%
精神科	209	5.4%	リハビリテーション科	18	0.5%
産婦人科	166	4.3%	基礎系	17	0.4%
呼吸器科	139	3.6%	心療内科	12	0.3%
眼科	136	3.5%	緩和ケア	10	0.3%
皮膚科	128	3.3%	美容外科	9	0.2%
放射線科	117	3.0%	アレルギー科	8	0.2%
脳神経外科	94	2.4%	医療行政職	1	0.0%
泌尿器科	94	2.4%	その他	129	3.4%
耳鼻咽喉科	93	2.4%	無回答	14	0.4%
救命救急	93	2.4%	総計	3,847	100.0%
形成外科	80	2.1%			

24

EPOC (エポック) - オンライン臨床研修評価システム

Evaluation system of Postgraduate Clinical training

開発・運用: 国立大学病院協会 オンライン卒後臨床研修評価システム (EPOC) 運営委員会 大学病院医療情報ネットワーク (UMIN)	EPOCのご利用者様のご意見は 00234626@japb.or.jp UMIN TOPページへ オンライン臨床研修評価システム ODEBIT				
EPOC TOP 最新・マニュアル	EPOCシステム 最新情報	EPOC利用の留意方法 教員・研修医・指導医	FAQ よくある質問	連絡先	EPOCメールマガジン 配信

EPOCシステムメニュー

UMIN ID/パスワードをお持ちの方は

- ▶ [研修医用メニュー](#)
 - ▶ [指導医用メニュー](#)
 - ▶ [同意権検査者用メニュー](#)
 - ▶ [研修医統括部門用メニュー](#)
 - ▶ [プログラム管理者用メニュー](#)
(家医会病院専用)
-
- ▶ [各種メニューのFAQ](#)
 - ▶ [メニューログインできない方へ](#)
 - ▶ [EPOC System Released Version](#)

EPOCオプション

- ▶ [統計解析ホームページ](#)
(研修医用プログラム管理者専用メニュー)
- ▶ [研修プログラム運用状況](#)

[重要] UMIN ID をお持ちの方へ

- [電子メールの転送設定をお断りいたします](#)
転送設定につきましては、こちらのページをご覧ください。
- [UMIN ID/パスワードを忘れた方へ](#)
必ずこちらのページをご覧ください。

マニュアル

- [レポート形式リンク](#)
このレポート形式は日本医師会等で採用されているものを、お断りして掲載しています。
なお、これは電子メール送付のみ、レポート形式は研修生申請の資料に各研修医の作成が必要となります。
→ [レポートダウンロード](#)
- [2007年度EPOC新機能の取り扱い説明書](#)
2007年度EPOCの新機能の取り扱い説明書です。
→ [こちらのページ](#)でもご確認ください。
- [2008年度EPOC新機能の取り扱い説明書](#)
2008年度EPOCの新機能の取り扱い説明書です。
→ [こちらのページ](#)でもご確認ください。

25

ウェブベース臨床研修到達度自己診断ツール 『WARP』で研修到達度を チェックしてみよう!

第6回実施期間：08年6月1日～08年8月3日

入力は20分の簡便さ！
入力期間終了後にグラフと箕輪良行教授のコメントで到達度をフィードバックします。
ご利用は無料です。

<http://www.jamep.jp/warp/>

「JAMEP」で検索してください。「民間医局」Webサイトにもリンクが設定してあります。

「WARP」は、臨床研修の進捗状況の把握と課題の発見を支援するものです。相対比較(得意度、ランキング)及び絶対比較(到達度)の2つの比較軸を備えて、研修医の皆さんそれぞれに研修の進捗状況と課題についてフィードバックいたします。ご利用は無料。研修1年目の方々は研修課程の理解に、また、研修2年目の方々は中製チェックと研修課題の確認に、これまで多くの研修医の先生方にご利用いただいています。

26

平成20年7月25日

医療確保のための提案

委員 土屋 了介

1. 医学生定員の50%増
2. コメディカル実働数の2倍増
3. 専門医トレーニング(後期研修制度)の適正化

舩添厚生労働大臣の要請により、福田総理大臣は医師数削減の閣議決定を6月17日に撤廃しました。ただし引き続き、1. 医学生定員の50%増、2. コメディカル実働数の2倍増を一日も早く実現しなければ、深刻化する医療崩壊をくい止めることはできないでしょう。3. 専門医トレーニング(後期研修制度)の適正化の内容については、専門家集団である医師が自ら取り組むことですが、政府としてのご理解ご支援が必要です。

以下、1～3の各提案についてご説明させていただきます。

1. 医学生定員の50%増

現在、病院医師は週平均70.6時間の勤務を余儀なくされています【図6】。週平均130時間という報告もあります。これはひとえに、近年ますます増加している患者ニーズに応えるためです。国民のニーズは今後も高齢化とともに増え続け、さらに価値観とともに多様化していくため、それに応える医療側の負担は増加するばかりです。

一方、現状では、急性期の病棟を支える若手～中堅世代の医師数が増える見込みはありません。既に44歳以下の医師数は定常状態に達し、増加しているとは言えません【図4】。厚生労働省は「医師数は増えている」と主張しますが、現在増えているのは、昭和40年代に一県一医大新設により医学部定員を増員したときの医師たちで、今後リタイアしていく世代です【図3】。つまり近々、医師数は定常状態となり、増えなくなります。現状でさえ日本にはOECD平均の3分の2の医師数しかありません【図1】が、今後も医師数が増えることはないのです。すでに産婦人科、小児科、内科、外科等では病院医師数の減少が続いています【図2】。

6月に決定された「骨太の方針2008」では、舩添要一厚生労働大臣の働きかけにより、これまでの厚生労働省の「医師偏在」という方針を大転換して「医師不足」を明確に記載し、医師養成数を増加する方針となりました。このことは、高く評価します。しかし他方、大田弘子大臣をはじめとする経済財政諮問会議などにおける議論では、依然として、医学生定員は過去最大8,360人までという考えが根強いようです。ところが現在の7,898人から8,360人まで増やす程度では、わずか5.8%の増員でしかありません。それでは週平均70時間勤務を達成できるのは23年後、60時間勤務なら45年後になります【図7】。これはすなわち、国民のニーズが増加の一途を辿るとみられる22年間【図5】、必要かつ十分な医療を提供することは

不可能であり、医療崩壊がますます深刻化することを意味します。

わずか5.8%の増加ではなく、抜本的な医師養成数の増加が不可欠です。現在、週平均70～80時間の勤務を強いられているのですから、たとえば労働基準法の週平均40時間にするためには、医師数を2倍にしてもよいはず【図7】。しかし現実的に、質の高い医学教育が可能な範囲を考慮して、今後10年間は医学生定員を50%増員することを提案します。つまり毎年400人ずつ、教育体制も構築しながらゆっくり10年かけて、4000人増やすのです。この場合、6年後から医師の勤務時間は減り始め、13年後には70時間を達成、24年後には60時間を達成できます。将来の人口減少も考慮し、患者需要がピークとなる2030年を目処に、医学生定員を減らすことにも留意する必要があるでしょう。

2. コメディカル実働数の2倍増

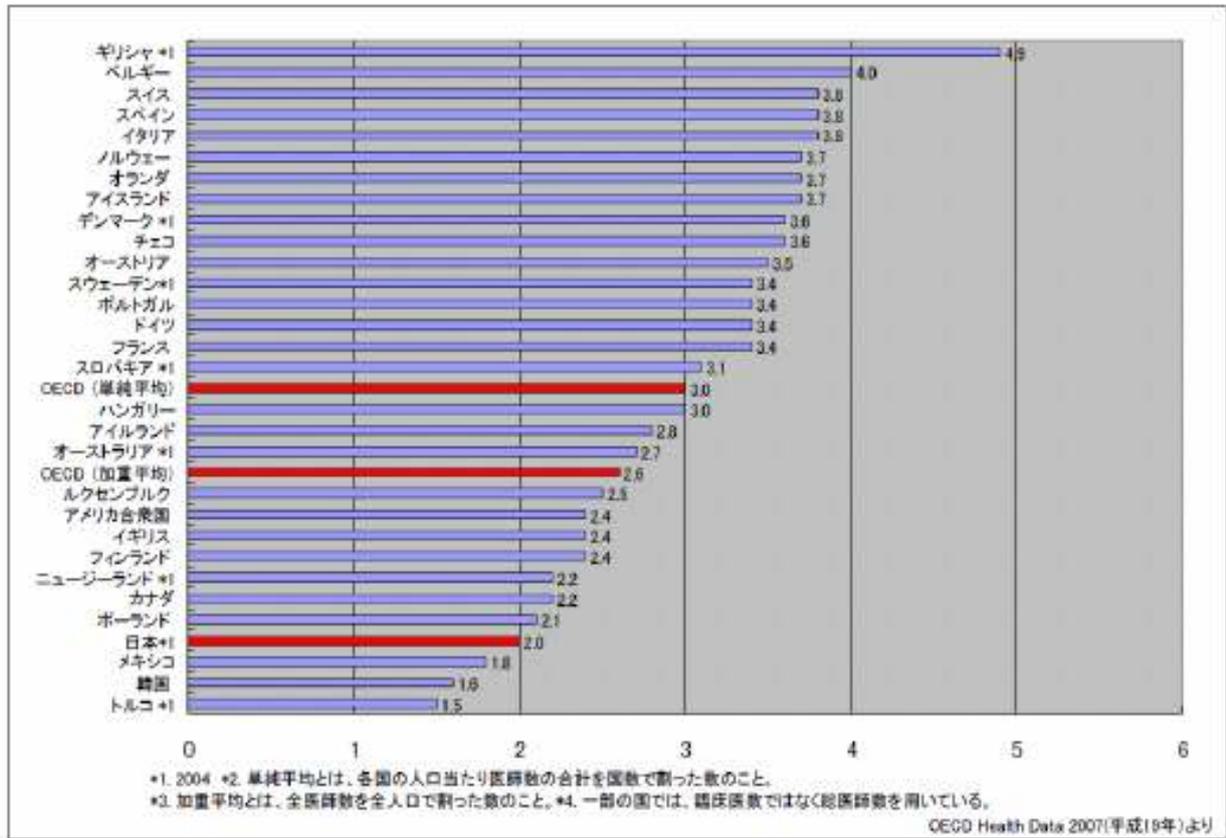
また、多様な国民のニーズに応えるためには、看護師・薬剤師等、多数のコメディカルの存在が不可欠【図9】。しかし、我が国の病床当たりコメディカル数は欧米の約4分の1という人手不足の状況にある【図8】ことが、医療崩壊に拍車をかけています。看護師・薬剤師の数が少ないと患者の死亡率が上がることは、国際的に示されています。コメディカルの養成数は十分であるため、雇用数を4倍にしてもよいはず【図8】。しかし、我が国の人口当たり急性期病床数は欧米の約2倍であることを考慮し、現実的には2倍の増員を、中規模以上の病院において実現することを提案します。

3. 専門医トレーニング(後期研修制度)の適正化

さらに、医療の質を高めるためには、専門医および総合医のトレーニング内容を医師集団自らが改善していくことが必要【図10】。我が国ではこれまで専門医教育が重視され、患者を総合的にみる総合医の養成が疎かにされてきました。しかしながら、国民は専門医以上に総合医を必要としています。今後、医療界は患者ニーズに合った医師を養成していくことが必要【図10】。その際には、専門医トレーニング(後期研修制度)の内容も明確にしてゆかねばならないでしょう。つまり十分な教育ができる環境とは何か、腕を磨き維持できる症例数やそれを可能にするコメディカル数といったことを、それぞれの領域の医師たちが十分に議論し、検討するのです。この際に、医師の地域的偏在についても考慮する必要があります【図11】。このような議論を通じ、医療界に専門医の質の向上・維持に関するコンセンサスができあがり、十分なトレーニングを積んでいないのに専門医と名乗る人々はいなくなるでしょう。結果として、適正な人数の専門医を教育することになります。

<参考資料>

【図1】人口当たり医師数(OECD 諸国)

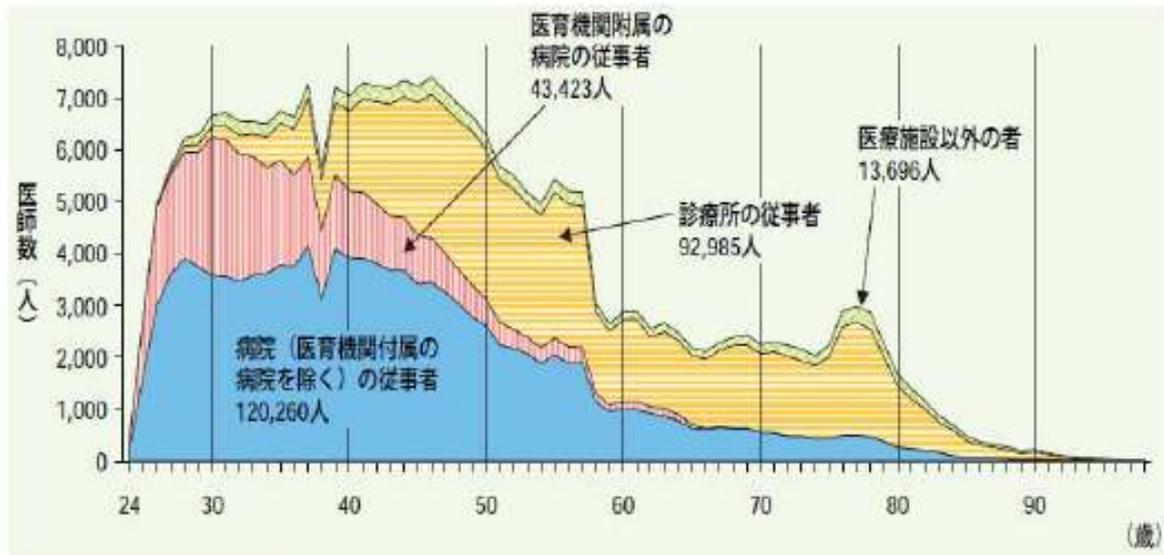


【図2】減少が続く病院医師数



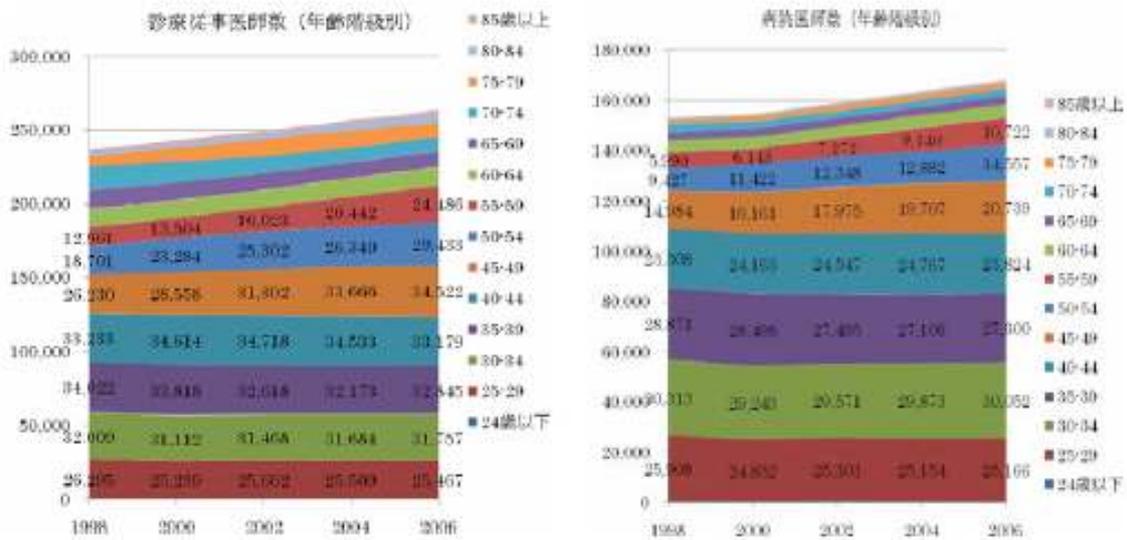
医師・歯科医師・薬剤師調査

【図3】年齢別医師数



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

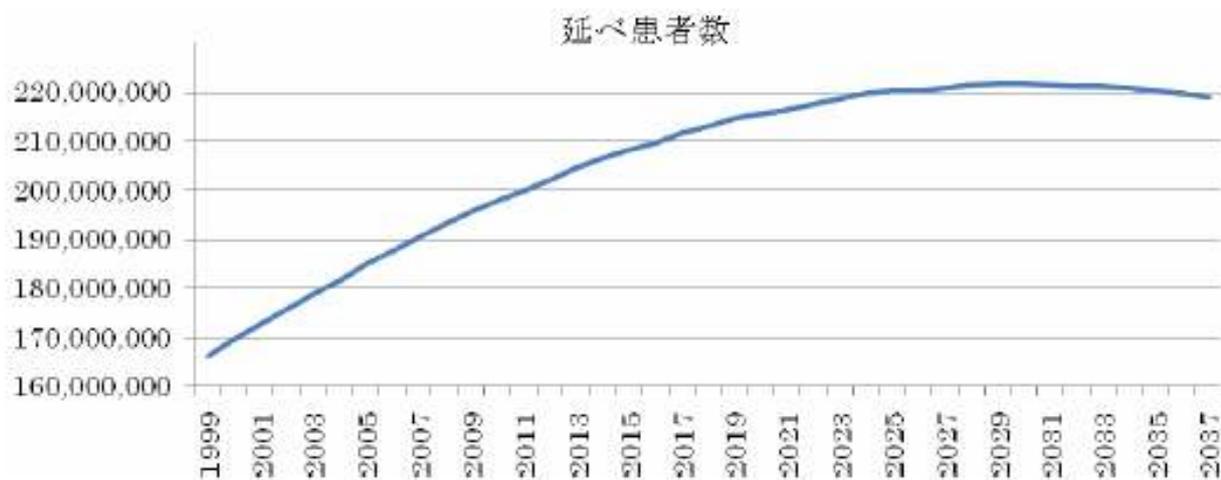
【図4】もう増えない44歳以下の医師数



医師・歯科医師・薬剤師調査

【図 5】増加する国民のニーズ

高齢化とともに、国民のニーズは2030年まで増加を続けるが、その後、減少に転じると推計される。延べ患者数には、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)を用いた。

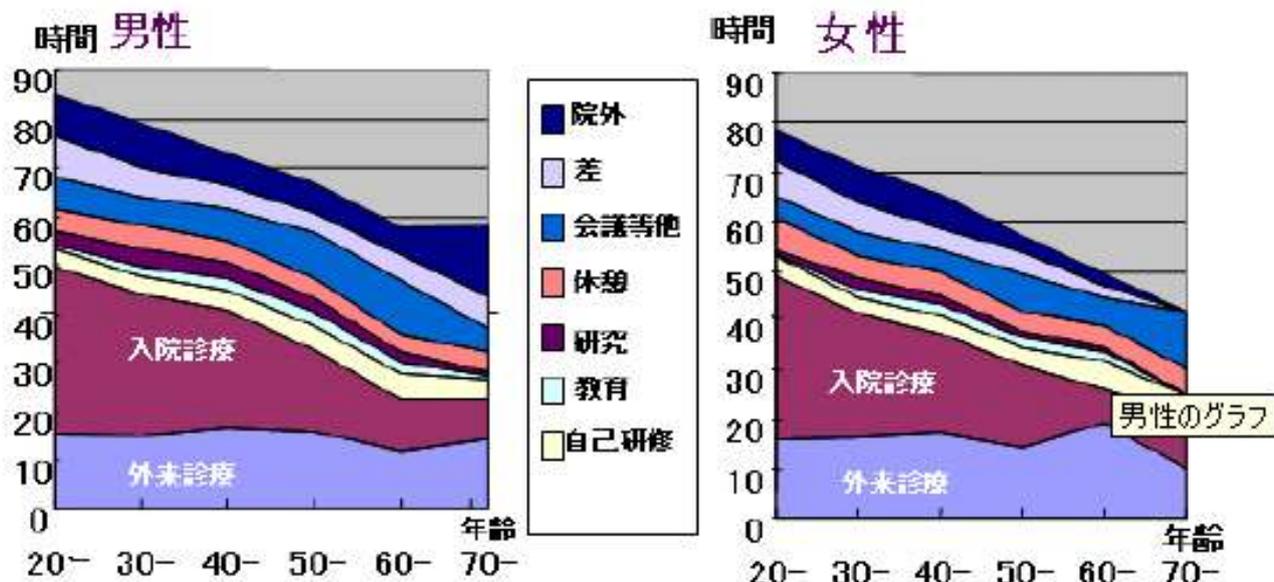


社会医療診療行為別調査、将来推計人口

【図 6】日本の過剰な医師勤務時間

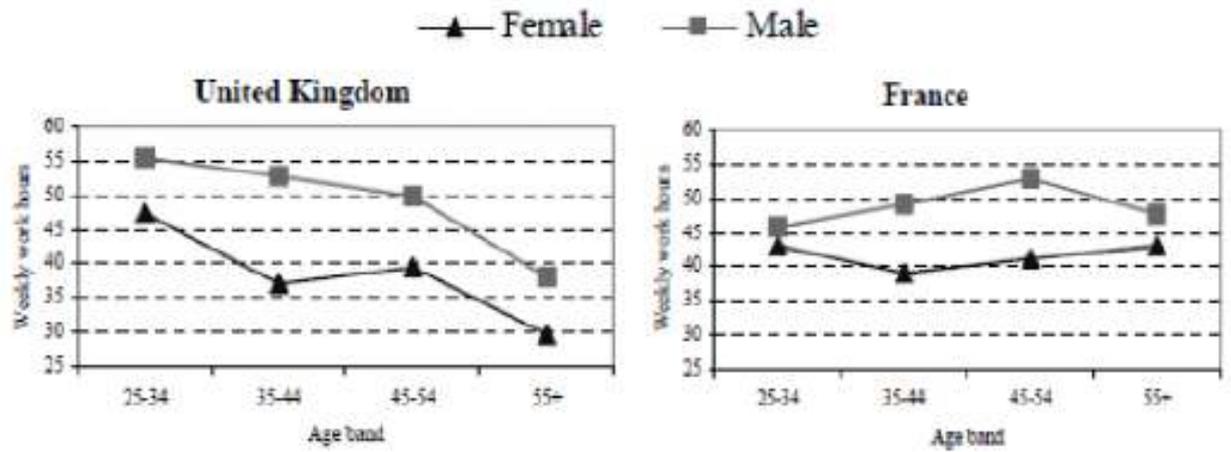
<日本 40~85時間程度>

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 30~55時間程度>



OECD Health Working Papers

The Supply of Physician Services In OECD Countries

【図7】医師養成数を増員した場合の将来推計

医師養成定員を50%増員した場合(左)と、過去最大定員の8,360人まで増員した場合(右)の推計グラフを示す。



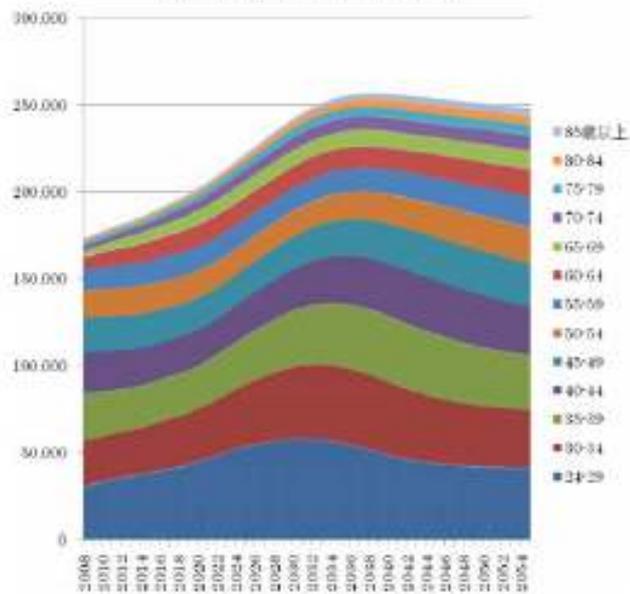
勤務時間(時間/週)(定員50%増)



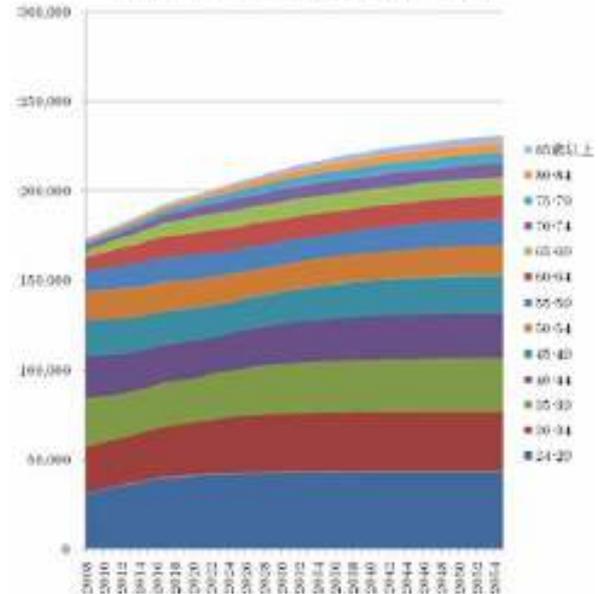
勤務時間(時間/週)(過去最大定員まで増)



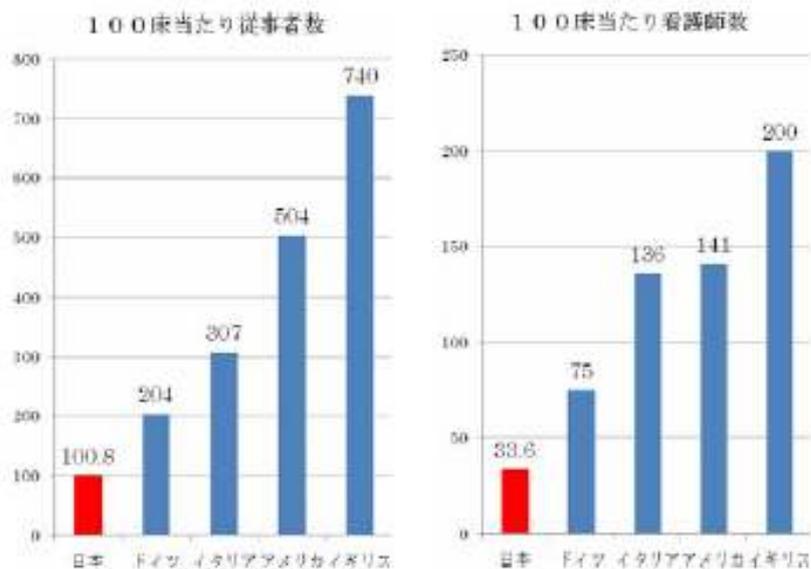
病院医師数(定員50%増)



病院医師数(過去最大定員まで増)

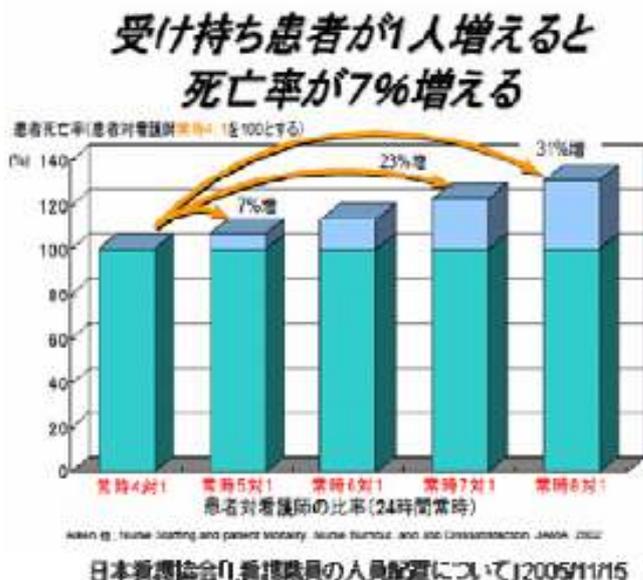


【図 8】日本の病院コメディカルは欧米平均の4分の1

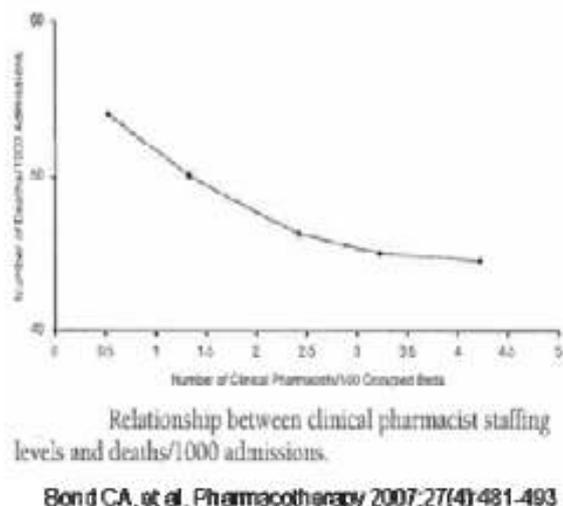


OECD Health Data 2007、病院報告(厚生労働省)

【図 9】患者の安全性のために必要なコメディカル増員



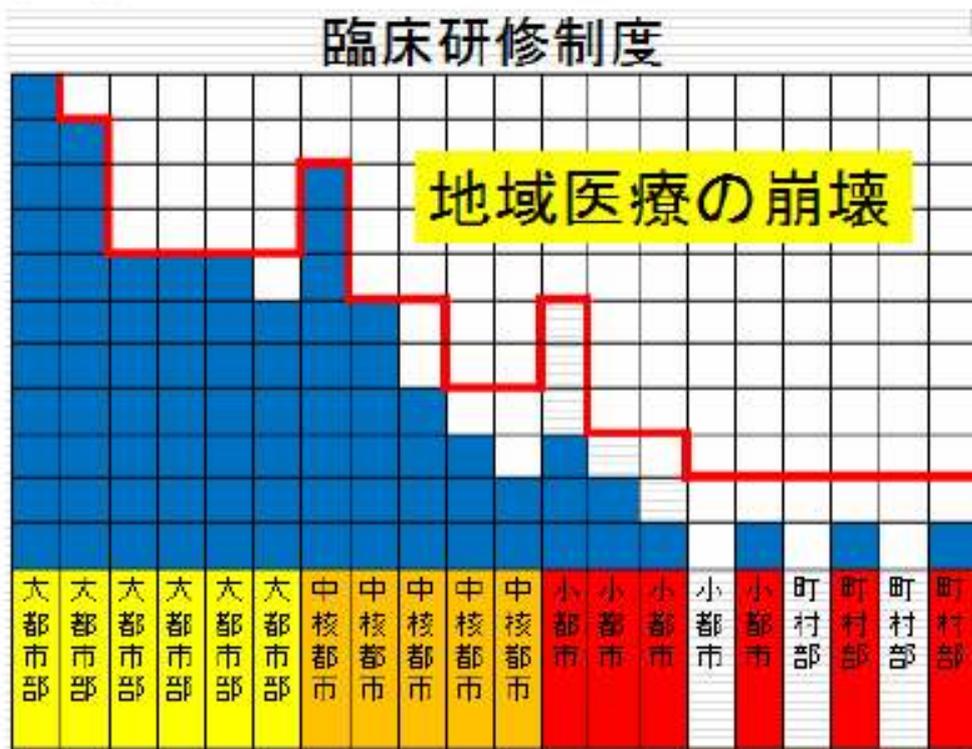
薬剤師数増加による患者死亡率低下



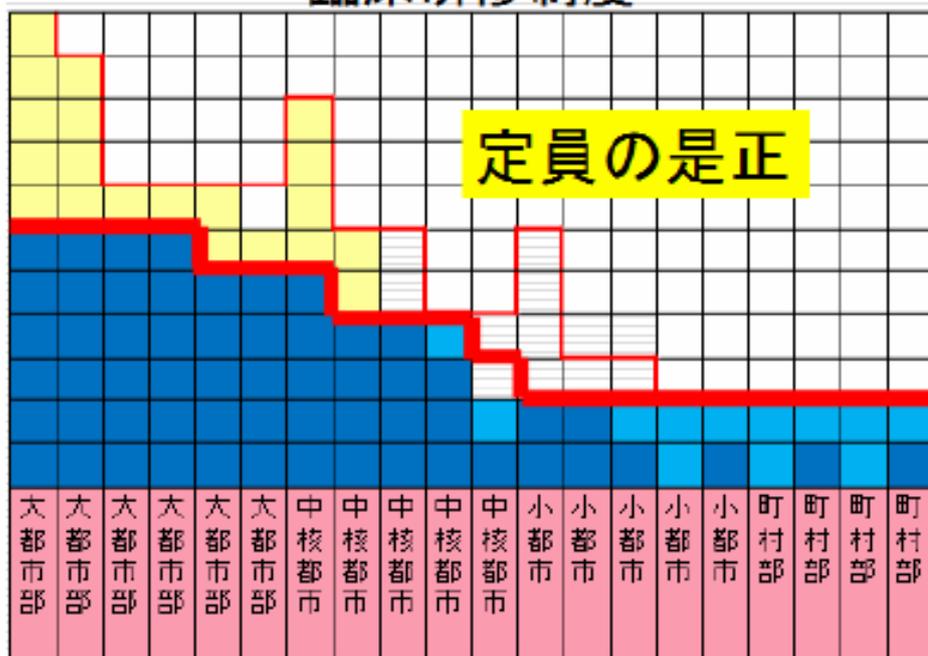
【図 10】新医師養成プログラム

定員	100	100	100	50	100	3,000	50	30	100	20	100	100	20	300	50	10	100					
8						家庭医																
7	循環器	呼吸器	消化器	糖尿病	腫瘍内科		心臓血管	呼吸器	上部消化管	肝胆脾	大腸	乳腺		診断	治療	核医学						
6													脳神経									
5	内科ローテーション						外科ローテーション						放射線ローテーション		病理							
4	内科ローテーション						外科ローテーション						放射線ローテーション		病理							
3	内科ローテーション						外科ローテーション						放射線ローテーション		病理							
2	臨床研修																					
1	臨床研修																					

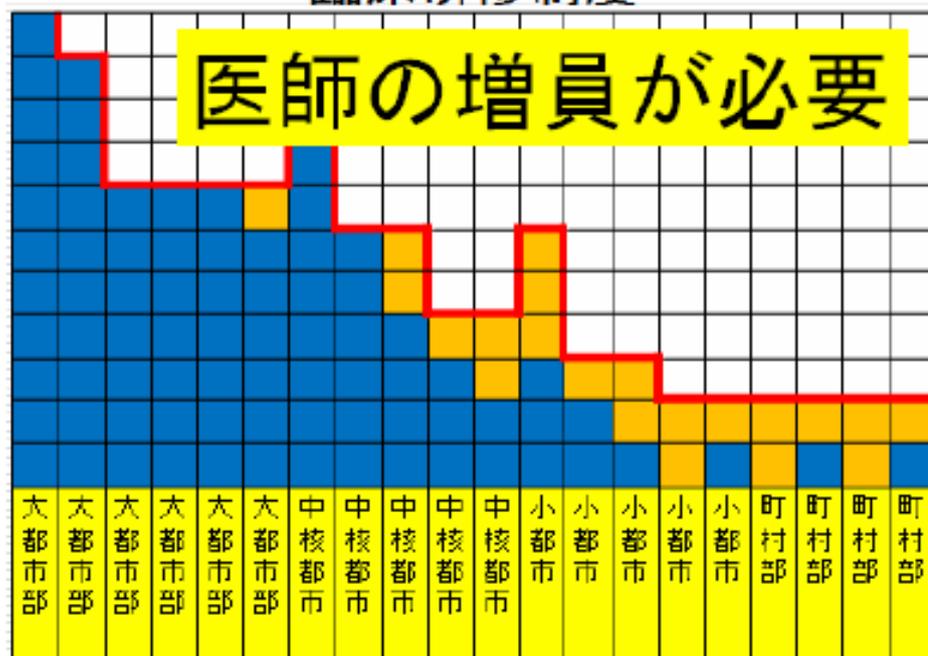
【図 11】



臨床研修制度



臨床研修制度



第二回安心と希望の医療改革ビジョン具体化に関する検討会資料

我が国の専門医制度に関する提言

－わが国の専門医制度の基本的枠組みについて－

地域医療振興協会 顧問

(社団法人日本専門医制評価認定機構 監事)

吉村博邦

平成 20 年 7 月 30 日

わが国の専門医制度の基本的枠組み（案）について

1. 専門医の現状

専認機構加盟学会	69 学会
専門医	65 専門医、4 認定医
広告可能	45 専門医

平成 14 年 専門医の広告開示に関する告示（厚労省第 158 号）

外形基準を満たす学会の認定した専門医が広告可能

① 法人格を有する、② 会員 1,000 人以上、③ 8 割が医師。

④ 5 年以上の研修プログラム、⑤ 試験制度、⑥ 更新制度を有する、等々。

→ 専門医の質は問うていない。新たな専門医が続々誕生。

2. 問題点

(1) 学会が独自に認定 → 制度が不統一、必ずしも質が担保されていない。

→ 権限のある専門医の評価認定の組織である必要がある。

→ 質とともに、量のコントロール（領域別の専門医数など）行う必要がある。

(2) 専門医のイメージが多様。

① 標準的な医療（Standard あるいは Acceptable な医療）を担うことの出来る医師
それぞれの診療科のジェネラリストのイメージ。

→ 基本専門医資格（仮称）

② 特定の技術・技能等に特化した専門医（狭い領域の名医、熟達医としての専門医）
バイパス手術の名医、カテーテル治療のスペシャリストなど。

→ 上記の ①、②に大別し、制度の充実を図る。

(3) 専門医取得のインセンティブがない。

→ 専門医取得者にドクターフィーを付加するなど、何らかのインセンティブが必要。

3. 専門医の基本的事項（案）

（1）専門医の意義。

- ① 医師が自ら修得した知識、技術、態度の認定を受けて、自からそのレベルを社会に開示できる。
- ② 患者は、診療を受けるにあたって、医師の専門性の判断が出来る。
- ③ 専門医制度の修練プログラムの充実により、我が国の医師全体の医療レベルを高める。
- ④ 医師の役割分担を含め、将来の医療制度の在り方に役立てる。

（2）専門医の認定について。

- ① 専門医の認定は、医学領域の学術団体（専門学会等）が行う。
- ② 専門医評価認定制機構は、制度の評価・認定を行う。
- ③ 第三者的組織による **endorsement**（保証）が必要である。

4. 基本専門医資格 (General Certificate) (案)

1. 全ての医師がいずれかの専門領域を選択して取得することが望ましい基本的な診療領域の研修修了資格 (各診療科のジェネラリスト)
2. 広く国民に対して診療の窓口となる基本的な診療を担うべき医師の専門医資格。
3. 基本専門医資格制度の充実により、わが国の全ての医師の基本的医療水準の向上と、医療の質を担保する仕組みを構築する。

基本専門医資格に区分される領域の例 (私案)

1. 機構の基本領域の学会専門医

内科 (認定内科医)、小児科、皮膚科、精神科、外科、整形外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、脳神経外科、放射線科、麻酔科、病理、臨床検査、救急科、形成外科学会、リハビリテーション科、

2. 今後、基本専門医資格に入れるべきかを検討すべき領域の専門医

内科系の細分化領域の専門医

総合内科、消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝科、糖尿病、腎臓、肝臓、老年病、神経内科、(総合診療科)

外科系の細分化領域の専門医

消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科

その他の領域の専門医

リウマチ、アレルギー、感染症、産業衛生

今後、引き続き検討すべき、(仮称) 特定の技術・技能等に特化した専門医

小児神経科専門医

心身内科専門医

消化器内視鏡専門医

大腸肛門病学会専門医

気管食道科専門医

周産期(新生児)専門医

周産期(母体・胎児)専門医・生殖医療専門医(指導医)

臨床遺伝専門医

超音波専門医

核医学専門医

集中治療専門医

輸血細胞治療学会認定医

漢方専門医

温泉療法専門医

臨床薬理学会認定医

病態栄養専門医

透析専門医

がん薬物療法専門医

総合病院精神医学会専門医

アフレスシス学会認定専門医

ペインクリニック専門医、

脳卒中学会専門医

細胞診専門医

放射線腫瘍学会認定医

頭痛専門医

日本てんかん学会認定医(臨床専門医)

インターベンショナルラジオロジー専門医

脳血管内治療専門医

肝胆膵外科専門医

血管外科専門医

(下線は認定医)

参考 1. 米国における専門医制度について

米国の **Physician Specialty** (専門医) については、**American Board of Medical Specialties (ABMS)** により制度が運用されており、24 の基本領域について、レジデンシープログラムがあり、厳しいトレーニングに基づいて **General Certificate** の専門医が認定され、さらにその後、**Fellowship training** 等を経て、**Subspecialty Certificate** の専門医 (例えば、内科は 18 の **subspecialty** 専門医、その他、合計約 130 の **subspecialty** 専門医がある) が認定されている。

General Certificate には、総合内科、一般外科、家庭医が含まれている。

米国では、少なくともいずれかの **General Certificate** を取得しないと、一人前の **Physician** (臨床医) としては認められない (**Doctor Fee** は得られない)。即ち、取得しなければ **Resident** として病院などに雇われる研修中の医師、あるいは専門医の下働きの医師にとどまる。

また、専門医養成の費用は、米国の老人医療保険であるメディケアから、レジデント 1 人当たり年間 約 1,000 万円 (給与、受け入れ病院の費用含む) が支出されている。(米国の医学部卒業生は年間約 2 万人であり、少なくとも 3 年間のレジデント約 6 万人に対して、計 6 千億円以上が支出されていると思われる)。

→ わが国の専門医による医療提供体制の構築にあたり、まずは、米国の **General Certificate** に相当する、基本的な診療科の専門医 (基本専門医資格(案)) の制度を充実する必要がある。

わが国の医療の根幹をなすのが基本専門医資格 (案) を有する医師である。

→ 基本専門医資格 (案) を取得後に、さらなるトレーニングを積んで、より細分化あるいは特殊領域等の専門医資格を取得する制度を構築する。

参考 2.

米国 (American Board of Medical Specialties) における **Physician Specialties**

General Certificate (24 領域)

Allergy and Immunology
Anesthesiology
Colon and rectal Surgery
Dermatology
Emergency Medicine
Family Medicine
Internal Medicine
Medical Genetics
Neurological Surgery
Nuclear Medicine
Obstetrics and Gynecology
Ophthalmology
Orthopaedic Surgery
Otolaryngology
Pathology
Pediatrics
Physical Medicine and Rehabilitation
Plastic Surgery
Preventive Medicine
Psychiatry and Neurology
Radiology
Surgery
Thoracic Surgery
Urology

内科における **Subspecialty Certificate (18 領域)**

Adolescence Medicine
Cardiovascular Disease
Clinical Cardiac Electrophysiology
Critical Care Medicine

Endocrinology, Diabetes & Metabolism
Gastroenterology
Geriatric Medicine
Hematology
Hospice and Palliative Medicine
Infectious Disease
Interventional Cardiology
Medical Oncology
Nephrology
Pulmonary Disease
Rheumatology
Sleep Medicine
Sports Medicine
Transplant Hepatology

この他、多くの subspecialty の専門医があり、約 130 といわれている。

参考 3.

医師養成のグランド・デザイン (例)

1. 学部教育 (6年)

教養教育

基礎医学

臨床医学

→ 共用試験 (CBT, OSCE)

臨床実習

(クリニカル・クラークシップ)

→ 卒業試験

→ 医師国家試験

2. 初期臨床研修 (2年)

1年目：内科 (6か月)、外科 (3か月)、麻酔科・救急 (3か月)

2年目：小児科、産科、精神科、地域保健医療 (各1か月以上)、選択科

3. 基本専門医資格 (仮称) 取得のための修練 (5年以上、初期臨床研修を含めてよい)

全ての医師はいずれかの基本専門医資格 (案) を取得すべきと考えられる。

プログラムに則った基本診療科の専門医研修

→ 基本専門医資格試験

なお、内科系の臓器別専門医資格は、内科認定医を取得後に取得する。

外科系の臓器別専門医資格は、外科専門医を取得後に取得する。

基本専門医資格に、総合内科専門医 (仮称)、一般外科専門医 (仮称)、家庭医 (仮称)

などを設けることが望ましいものとする。

→ 医師養成の到達目標の第一ステップを基本専門医資格取得に置く必要がある。

→ 専門医資格を取得した場合に、ドクターフィーを付ける。

4. 細分科・特殊領域専門医資格 (仮称) 取得のための修練 (2~5年)

基本診療科の専門医を取得後に、修練を重ねて取得する、より細分科あるいは特殊領域の専門医資格。

→ Subspecialty専門医試験

要 望

信頼に支えられた医療の実現
—医療を崩壊させないために—



平成 20 年(2008 年)6 月 26 日

日 本 学 術 会 議

この要望は、日本学術会議医療のイノベーション検討委員会が中心となり審議を行ったものである。

日本学術会議医療のイノベーション検討委員会

- 委員長 桐野 高明 (第二部会員)
国立国際医療センター・総長
- 副委員長 田中 滋 (特任連携会員)
慶應義塾大学大学院経営管理研究科・教授
- 幹事 中田 力 (連携会員)
新潟大学脳研究所統合脳機能研究センター・センター長
- 幹事 和田 仁孝 (連携会員)
早稲田大学大学院法科学研究科・教授
- 神野 直彦 (連携会員)
東京大学大学院経済学研究科・教授
- 二木 立 (連携会員)
日本福祉大学・教授
- 平林 勝政 (特任連携会員)
國學院大學法科大学院・教授
- 北島 政樹 (第二部会員)
国際医療福祉大学・副学長
- 北村 惣一郎(第二部会員)
国立循環器病センター・名誉総長
- 猿田 享男 (第二部会員)
慶應義塾大学・名誉教授
- 永井 良三 (第二部会員)
東京大学大学院医学研究科・教授
- 本田 孔士 (第二部会員)
大阪赤十字病院・院長
- 南 裕子 (第二部会員)
近大姫路大学・学長
- 山本 修三 (連携会員)
社団法人日本病院会・会長
- 佐久間 一郎(連携会員)
東京大学大学院工学系研究科・教授
- 山口 隆美 (連携会員)
東北大学大学院工学研究科・教授

要 旨

1 作成の背景

わが国の医療は、何時でも何処でも誰でも医療を受けられる国民皆保険制度の下で、世界に誇るべき実績を示した面があったが、その医療の基盤は極めて脆弱なものであった。

近年、医療の質の重視、患者の権利擁護、情報の公開などが強く社会から要請されるようになってきている。これらは現代の先進国の医療において一般的に実現されていることであり、わが国においてもそうした医療の提供を求める声が高まるのは当然であると言えよう。

しかし、わが国においては、先進国型医療を提供するための体制整備が大きく遅れているばかりでなく、長年にわたって総医療費の抑制政策が続けられてきた。しかも、21世紀に入って医療費抑制が著しく強化されたため、医療体制の整備が進むどころか、むしろ産科、小児科などの医師不足、救急医療の疲弊など、深刻な危機が進行し、国民の不安をまねいている。そのような中で平成16年度から開始された初期臨床研修制度は、医師の初期臨床研修を充実するという当初の目標は達成しつつあるものの、その一方で、医療の現場で長年進行していた基盤の脆弱化の所産を一挙に顕在化させる引き金を引くことにもなってしまった。

このまま放置すれば、医療が修復困難なほどに崩壊していく可能性がある。それを食い止めるためにわが国の医療全体の革新的変革、医療のイノベーションを図り、持続可能な医療に再生する方策を検討することを目的として、日本学術会議に医療のイノベーション検討委員会が設置された。

2 現状及び問題点

- 平成16年に始まった医師の初期臨床研修制度は、結果として病院医療の現場に混乱を招ききっかけとなった。しかし、その根本の原因は、わが国の医療が極めて脆弱な基盤の上に立っていたことにある。
- 病院医療の現場では医師のマンパワー不足が深刻である。病院医療には、わが国の医療の脆弱性が集中的に現れており、すでに限界に達している。
- 日本の医療の長所であるアクセスの良さは、一方で拡大解釈される傾向にあり、病院医療の質の維持に問題が生じている。
- 英国の経験に見るとおり、総医療費の過度の抑制は、医療の崩壊につながる。一国の医療をどのようなものとするかは最終的には国民の選択によるが、わが国の医療費抑制政策は既に限界に達していると言わざるを得ない。
- 医療を持続可能なものとするためには、医療への現実的な理解の下に、医療提供システムを社会全体の有限な共通資本として賢明に利用することが必要であ

り、国民の理解と支援が欠かせない。

- 医療が信頼に支えられたものになることが極めて重要である。医療に対する信頼を保証する最も基本的な基盤として、専門医制度を根本的に見直し、確立しなければならない。

3 要望の内容

日本学術会議は、医療に関係する諸団体の個別の立場を超えた学術的で中立的な見地から、医療崩壊という絶対に避けるべき緊急事態を回避するために、政府に対して、省庁の枠を超えた強力な「医療改革委員会」(仮称)を設置し、下記の三項目を審議することを強く要望する。

(1) 医療費抑制政策の転換

わが国の医療の崩壊を食い止めるため、従来の厳しい医療費抑制政策を速やかに見直し、他の先進諸国と同様な水準の資源投入を行うようにすること。

(2) 病院医療の抜本的な改革

特に危機的状況にある病院医療について、実働医師の不足対策を中心とした抜本的な改革の検討を速やかに開始し、3年以内に実施すること。

(3) 専門医制度認証委員会の設置

専門医制度を根本的に見直し、新しい制度を確立するために、「専門医制度認証委員会」(仮称)の設置を速やかに実現し、10年以内に新しい専門医制度の体制整備を完了すること。

進みつつある危機から医療を守るためには、長期的視野に立った医療のイノベーションが必要である。ただし、同時に、医療を崩壊させないための取り組みを急がなければならない。とりわけ、最も危機が深刻になっている病院医療を持続可能にするための環境整備が喫緊の課題である。

医療は本来、医療を提供する側とそれを受ける側との信頼関係から出発するものであり、あらゆる改革の成功は信頼の構築にかかっている。医療の信頼を保証できる制度を確立することが、医療全体のイノベーションを推し進める根幹となるのである。

以上の考えの下に、医療のイノベーション検討委員会は、国民に信頼される持続可能な医療を実現するため、上記の事項を速やかに実施することが必要であると結論に至り、ここに要望するものである。

目 次

1	はじめに	1
2	委員会設置の背景と審議の経過	2
3	今、医療に起きていること	
	(1) 引き金となった初期臨床研修制度	3
	(2) 病院医療におけるマンパワーの危機	3
	(3) わが国の医療の成果とその限界	5
4	医療はどうあるべきかー正しい国民的選択を行うために	
	(1) わが国の医療制度の沿革	6
	(2) 医療提供体制の問題点ー医療のアクセスと医療の質	6
	(3) 医療費負担と経済の活力	8
	(4) 他の国の事例の教訓	9
	(5) 医療への健全な理解	12
5	医療の仕組みをどう変えるのか	
	(1) 実働医師の確保	14
	(2) 医師の連携体制の推進	15
	(3) チーム医療の促進	15
	(4) 医療の質を保証できる体制	16
6	信頼に支えられた医療の実現のために、何が必要なのか	
	(1) 国民として考えること	18
	(2) 政府・行政として考えること	19
	(3) 医療者として考えること	19
7	信頼に支えられた医療の実現のために:要望	21

1 はじめに

過去数十年を振り返ると、人々が安心して心豊かな生涯を送るうえで、医療の進歩が大きく貢献してきたことは疑いない。しかし、高度化、専門化を続ける医療は、高いコストを必要とする時代に入り、将来の医療がいかにあるべきか、すべての先進諸国において、大きな戸惑いを生んでいる。わが国もその例外ではなく、舵取りの方向によっては、すでにいくつかの先進国で見られるように、医療が崩壊してしまう可能性がある。産科、小児科などの医師不足や、救急医療の深刻な危機などの現象が次々と現れることは、わが国の医療が崩壊に向かっている証左である。

個々の現象に対して個別的な政策で対処しても、根本的解決にはならない。かえって、個々の政策が次の矛盾を生み、問題が拡大していくことさえ懸念される。長期的な視野に立ち、持続可能な医療を作り上げることこそが必要とされている。そのためには、医療への信頼が再生され、信頼に支えられて医療の提供ができるよう、医療全体の仕組みの医療のイノベーションが図られなければならない。このことは、医療者の養成制度の充実、在宅医療を含む高齢者医療と介護の適切な連携、臨床研究や治験の推進、医療安全と医事紛争にかかわる公正な仕組みの構築など、医療をめぐる様々な問題を解決するための前提ともなるものである。

このような認識に基づき、日本学術会議は、相互に関連し錯綜する問題群について、関係する諸団体や行政機関の個別の立場を超えた、学術的で中立的な見地から、それら問題群の根源を押さえた対策を検討し、政府に対する要望を取りまとめることとした。

2 委員会設置の背景と審議の経過

「医療のイノベーション検討委員会」(以下、本委員会)は、先行して審議を行っていた「臨床医学委員会医療制度分科会」(以下、同分科会)が取りまとめた対外報告を受けて、新たに設置されたものである。

平成 18 年 3 月に設置された同分科会は、特に医師の分布の地域的・専門的偏りと医師不足の問題を重点課題と捉えて審議を行い、平成 19 年 6 月 21 日に、対外報告「医師の偏在問題の根底にあるもの 提言:量から質の医療への転換による克服」を取りまとめた。

この対外報告では、現在深刻となっている医師の偏在と医師不足の問題は、わが国の医療が量(アクセス)を重視する体制から、医療の質を重視する先進国型の体制に転換しない状態のまま、社会が医療の量と質の双方を強く要求するようになった結果として進行しつつあると分析した。そして、医療の危機を克服する具体的な方策を探るため、各分野の専門家を集めて更に検討を行うべきものとした。

これを受けて、平成 19 年 7 月 26 日に、「医療への信頼を再生し、長期的に社会から支持される医療にしていくための具体的な方策について調査審議する」ことを目的として、本委員会が設置された。以後、現在までに計 7 回の会合を開催し審議を行ったほか、メールや郵便物を通じた意見交換も活発に実施し、検討の結果を取りまとめた。

3 今、医療に起きていること

(1) 引き金となった初期臨床研修制度

平成 16 年(2004 年)より、新しい初期臨床研修制度が始まった。昭和 21 年(1946 年)に GHQ の勧告により米国式インターン制度が創設されてから、実に 58 年ぶりに、大きな改正がなされたことになる。新しい初期臨床研修制度は大学病院だけでなく、一般病院を含めて多くの教育研修病院でプライマリケアを中心とした初期研修を行うことを目的として作られたものである。実際に、新しい制度の下で多くの新卒医師が大学病院を離れて、市中病院で研修を受けるようになった。

ところが、この初期臨床研修制度が、平成 16-7 年ころから急激に深刻となって来た病院の医師不足のきっかけとなったと言われている。初期臨床研修医が自ら研修施設を選択できる仕組みを取り入れたことが、なぜこれほど深刻な問題の端緒となったのであろうか。その背景要因として、以前から存在していた、病院医療の深刻な脆弱性を挙げなければならない。

初期臨床研修制度施行の結果、顕著に起こったことは、大学病院での研修率の低下である。新しい制度では、研修医はマッチング制度により研修病院を選択することになり、研修医が大学病院で研修を受ける割合は 70%程度から 50%程度へと大きく低下し、大学病院自体が地域の中核病院として機能するうえで、困難を抱え込むこととなった¹。このため、市中病院などに派遣していた指導医クラスの医師を、研修医不足をきたした大学病院に働き手として戻すことを余儀なくされた。その結果、以前から医師不足に悩んでいた産科、小児科、救急などの診療科を中心として、微妙なバランスの上に維持されてきた病院医療に深刻な医師不足が誘発されることとなった。

このようにして、本来、良い方向に働くと考えられて作られた初期臨床研修制度は、医師の初期臨床研修を充実するという当初の目標は達成しつつあるものの²、その一方で、新たな問題を顕在化させる契機ともなったのである。

(2) 病院医療におけるマンパワーの危機

わが国では、医師の総数は規制されているが、診療科ごとの医師の量的な制御はなされておらず、自分がどのような専門領域を選ぶかは、それぞれの医師の希望によって決められている。その時々状況を反映して、若い医師が希望する専門分野は世代とともに変化し、時代時代において、人気の高い分野と低

1 <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/zaiseki/index.html> に臨床研修医の大学とそれ以外の在籍状況、各県別の在籍状況が示されている。

2 厚生労働省の調査による「臨床研修に関する調査」最終報告では、臨床研修病院の 2 年次研修医の 65.5%が研修体制等に満足しているとされており、研修の充実という目標の少なくとも一部は達成されたと考えられる。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/chosa-saisyu06/index.html>

い分野とが生まれることになる。また、最近の傾向として、医師の世界においても、他の社会と同様に、個人の生活を大切に、家族との生活と自らの自由時間を重視するという価値観を持つ者が増加してきていると考えられる。

こうした状況の中で、本来は数多くの医師が配置されるべき一部の診療科の「人気」が下がり、極端な医師不足が生まれることになる。小児科、産科、救急医療などにおける危機的な医師不足は、その顕著な現れであろう。

夜間の救急業務が多く、したがって当直業務の多い病院の小児科は、診療報酬上で不利な扱いを受けてきた事情もあり、以前から医師不足の悩みを抱えていた^{3,4}。産科の置かれた現状も同様である⁵。小児科同様にもともと激務である上に、診療上の問題が発生すると医事紛争になりやすい診療科であり、分娩を取り扱う産科の勤務医が激減し続けている。

加えて、女性医師の処遇の改善が遅れていることも、問題を深刻にしている。近年医師を目指す女性が増加し、医学部学生の1/3以上を女性が占めるようになってきている⁶。特に産婦人科では30代半ば以前の医師の半数以上を女性が占めるまでになっている。しかし、経験年数が10年頃になると、女性産婦人科医の約半数は分娩取り扱い現場から離脱している⁷。一部の先進的な取り組みを実行している病院を除き、長時間労働を強いられ、自分自身の産前・産後休暇、育児休暇や長期休暇の確保が困難であり、当直や夜間の緊急呼び出しが多いことが、その原因とされている。

さらにこの他にも、日本の医療、特に病院医療の現場における医師のマンパワー不足を悪化させる事態が急速に進行している。病院医療を急性期医療へ対応させるべく平均在院日数の短縮を推進したことの当然の帰結として、現場の診療業務の量(密度)は急速に増大したが、これに見合う人員体制の強化は十分行われないうままとなっている。また、医療安全対策の強化や個人情報保護への配慮、診療ドキュメントの管理の改善、各種法令に基づき作成する文書の増加など、診療そのものではない周辺業務が爆発的に増加していることも、

- 3 小児科では以前より、小児科医の確保が必要であるとして、提言や要望を公表している。日本小児科学会(平成12年11月12日、日本小児科学会理事会)小児科医確保に関する提言—より良き小児医療実現のために— 日本小児科学会雑誌 105(1):67-68,2001。あるいは、小児科学会会長、小児保健協会会長、小児科医会会長連名による小児救急医療体制整備に関する要望(平成13年7月27日) 日本小児科学会雑誌 105(8):906-907,2001 がある。
- 4 日本小児科学会 病院小児科医の将来需要について(厚生労働省:第3回医師の需給に関する検討会資料)<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/s0406-6a.html>
- 5 藤井信吾 日本における産婦人科医療の危機(厚生労働省:第3回医師の需給に関する検討会資料)<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/s0406-6b.html>
- 6 医師の中の男女比は医師国家試験合格者の男女比のデータから明らかである。
[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb10examinfo.nsf/0/e049ac1105b8c5e849257140001f46de/\\$FILE/100-isi.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb10examinfo.nsf/0/e049ac1105b8c5e849257140001f46de/$FILE/100-isi.pdf)
- 7 日本産科婦人科学会・女性医師の継続的就労支援のための委員会 2006年度「女性医師の継続的就労支援のための調査」中間報告(平成19年3月)
http://www.jsog.or.jp/news/pdf/jyoseiishi_shuuroushien19MAR2007.pdf

軽視できない問題である。すでにわが国の病院医師のマンパワー不足は危機的であり、医療を維持していくことも危ぶまれるような限界に達していると言わなければならない。

(3) わが国の医療の成果とその限界

わが国の医療には世界に誇れる点があった。OECDヘルスデータ⁸を見ると、日本の医療は驚異的とも言える成果を上げている。例えば、わが国は世界一の長寿国であり、また周産期死亡率の低さも世界のトップレベルにある⁹。これらの成果は、国民の生活水準が向上したことを反映している面もあるが、医療の貢献も大きかったと考えられる。平成12年(2000年)に公表されたWHOヘルスレポート¹⁰でも、世界各国の保健システムの総合評価を行い、日本の健康の状態に関し、総合評価で世界第1位としている¹¹。

このように、わが国の医療は、一方で世界に誇るべき実績を示しているが、他方で、それが極めて脆弱な基盤の上に築かれているという実態を、いまやわれわれは、はっきりと認識すべきである。現在、医療が直面している危機は、この脆弱な基盤が現実に崩壊を始めつつあるということに他ならない。国民の健康を今後も守ってゆくためには、医療の基盤の強化が急務である。

8 医療費の国際比較では、OECDより刊行されているOECD Health Dataが客観的な指標を与えてくれるものと考えられる。OECD Health Data 2007が最新である。

http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html

9 厚生労働省統計表データベースシステム 第1-24表 諸外国の周産期死亡率(出生千対)、年次別。<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/data17k/1-24.xls>

10 厚生労働省 平成16年度厚生労働白書

<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/04/dl/0a.pdf>

序章 現代生活と健康 において、WHO「The World Health Report」2000年のランキングを示している。それによると、2000年の報告において、わが国の保健医療システムの総合目標達成度は191か国中第1位とされている。

11 同時に、日本の医療満足度、主観的健康度は低く、必ずしも国民が満足している状態ではなかったことにも注意を払う必要がある。

4 医療はどうあるべきか —正しい国民的選択を行うために

医療は社会的諸活動の中で基盤的な部分を占める重要な機能であり、それを支える医療制度は国民全体が共有する社会資本である。このような考えは、ほとんどの先進諸国に共通している。医療は国民にとって基本的な権利の一部をなすものであり、必要な医療が安定して提供されることは、社会の存立のために必須の条件であるとされてきた。

医療がどうあるべきかの選択は、最終的には国民的合意に基づくものでなければならない。本節では、正しい選択を行うために国民全体に知っていただきたいことを述べる。

(1) わが国の医療制度の沿革

わが国では、昭和2年(1927年)に健康保険制度が開始されて以降¹²、医療に要する費用のうち公的な保険制度が負担する対象を広げていった。この仕組みは昭和36年(1961年)に国民皆保険として結実し、国民健康保険及び被用者健康保険の家族では5割給付にとどまっていたものの、全住民が一応公的保険によりカバーされる体制が実現した¹³。その後、昭和48年(1973年)には老人医療の自己負担がなくなり、被用者保険家族の給付率も7割に上昇した。わが国は福祉社会の実現に向けた努力を続けてきたのである。

しかし、負担すべき医療費の増大に伴い、昭和58年(1983年)には老人医療、翌59年(1984年)には被用者保険本人に一部負担が導入され、後者は平成9年(1997年)に2割、平成15年(2003年)に3割と増大した。その結果、現在、総医療費に占める患者自己負担の割合は先進諸国の中でも最も高い部類に属するに至った¹⁴。法律によって¹⁵これ以上の負担増を行わないことが定められているが、現実的に患者の自己負担は既に限界に達しているとの意見も多い。

(2) 医療提供体制の問題点 —医療のアクセスと医療の質

わが国の医療は、これまで、何時でも何処でも誰でも診療を受けられる体制、別の言葉で言うと「量とアクセス」を重視してきた。これは戦後の荒廃から立ち

12 法律の制定は大正11年(1922年)

13 法律の制定は昭和36年であるが、実際に全国に制度がいきわたるまでには2年以上の期間を要した。また国民皆保険とはいわばキャッチフレーズであり、生活保護適用者など例外も存在する。

14 医療費に対する患者負担の割合はG7諸国のうち、フランス11.6%、英国12.6%、ドイツ13.7%、米国15.5%、カナダ16.3%であるのに対し、日本は21.1%とイタリアの22.5%とならんで、先進国の中で最も高い部類に属する(WHO/The World Health Statistics 2006による)。

15 健康保険法等の一部を改正する法律(平成14年法律第102号)附則第2条第1項に、「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり100分の70を維持するものとする。」と定められている。

http://www.shugiin.go.jp/itdb_housei.nsf/html/housei/15420020802102.htm

直る過程の医療提供体制としては、適切な考え方であった。1960年代当時、日本を含めて多くの先進諸国の病院数、ベッド数、平均在院日数などの指標には、現在ほど大きな差はなかった。

しかしその後、日本を除く大部分の先進諸国では、病院機能の急性期医療への集中と平均在院日数の短縮を行い、量的拡大よりも医療の質に重点を置く医療制度改革を推進してきた¹⁶。一方、わが国では経済の状況が良かったこともあって、病院数の拡大や入院ベッドの増大がそのまま進行し、他の先進諸国とは異なる医療提供体制が形成されることとなった。この制度には医療の量とアクセスの面で評価できる点があったことは否定できないが、やがて顕在化する、大きな問題を抱えていたことも見逃せない。

先進国型あるいは成熟経済型の医療の特徴を挙げるとすると、それは医療の質、医療レベルの評価、患者の権利、情報の開示などというキーワードで語られ、以下のような特徴を持った医療体制である。

- ① 充実した教育体制と厳格な専門医認定制度
- ② 病院機能の集中化・集約化
- ③ 病院と診療所の密接な連携体制
- ④ チーム医療の推進と業務範囲の職種による制限の見直し
- ⑤ 医療安全と患者権利尊重のためのシステム

わが国においても、現在、社会はこのような、より質の高い医療を求めている。先進国となった日本の社会が、先進国としての医療を求めるようになるのは当然であると言えよう。国民のニーズが大きく変化してきたにもかかわらず、量とアクセスの充実だけで応えようとしても、社会の満足は得られない。

前述したように、日本の医療の最大の長所は、フリーアクセスにあると言われている¹⁷。しかし、改めて考えてみれば、フリーアクセスの本義は、「経済的なバリアがなく(患者・家族の経済力の乏しさがバリアとならず)、必要な医療にアクセスできること」であるはずである。アクセスは医療の重要な要素の一つであり、アクセスが良いことは、良い医療の条件の一つである。しかし、アクセスに関する要望が行き過ぎて、何時でも、何処でも、誰でも、「状態を問わず、任意の時に行けば、すぐに診療を受けられる」のが良い医療体制であるとされてしまうと問題である。救命救急センターは、本来重症患者の治療に専念することがその役割であるが、そこに次々に軽症の患者が押しかけると、本当に治療を必要としている患者を引き受けることができなくなる。わが国においても、「本当に必要

16 OECD (訳)伊藤友里 OECD Health Data 2003 3rd Edition 図表でみる世界の医療—OECD インディケータ (2003年版) 明石書店 (平成16年) OECD (訳)伊藤友里

17 日本医師会 グランドデザイン 2007—国民が安心できる最善の医療を目指して— 総論 2007年3月 http://www.med.or.jp/nichikara/gd2007/gd2007_all.pdf

な時に、本当に必要な医療を」これからも持続的にすべての国民が受けられるようにするという観点から、医療の利便性と医療の必要度とのバランスを考えていくことが必要不可欠である。

(3) 医療費負担と経済の活力

医療技術が進歩し、国民がその利用を望み、さらに人口の高齢化が進展すれば、必然的に総医療費が増加することとなる¹⁸。医療の向上を願う気持ちは現代に生きる人間の基本的な要求であり、単に総医療費の増加を抑制すれば足りるとするような政策は、国民の支持を得ることができないであろう。事実、第二次世界大戦後の先進諸国は、程度の差はあれ、医療と福祉の充実に政策の重点を置いてきた。

しかし他方で、医療の質を確保するために総医療費を増加させ、それを賄う社会保険給付及び公費投入を増大させれば、必然的に国民負担率¹⁹も増加することとなる。近年、日本政府は、財政赤字の深刻化もあり、極めて厳しい総医療費の増加抑制政策を採用してきた。このような政策の根底には、単に財政赤字への対応ということだけではなく、「国民負担率増大は経済の活力を失わせ、国力を弱体化する」という考え方が存在しているものと考えられる。しかし、このような考え方が本当に正しいと言えるのか、客観的に検証してみなければならない。

もちろん、誰もが正解と認める結論があるわけではない。しかし、一つの単純な事実を示すことは可能である。日本は、先進7か国(G7)の中で、医療に投じる金額の対GDP比が最も小さい国家であり、OECDの全加盟諸国の中でもその水準は低い方に属する²⁰。日本よりも医療費の対GDP比が大きいにもかかわらず、日本よりも高い経済成長を達成している国家は枚挙に暇がない²¹。

現段階においては、医療に関する国民負担率と経済活力との関係は不明であるというのが最も客観的な見解であろう。負担と経済活力を結びつけて、日本の社会保障給付を抑制すべきだとの主張は理論的にも実証的にも根拠が不十分である。逆に負担と給付が高ければ経済活力が増すと唱える主張も同様

18 愈炳匡「改革」のための医療経済学 メディカ出版 2006年

19 税・社会保険料負担額の国民所得(ないし GDP)に対する比率。わが国政府はこの他に潜在的国民負担率(税・社会保険料負担額+新規公債発行額の国民所得ないし GDPに対する比率)と名づけた数値も使っている。なお、OECD National Accountsなどの統計においては、「租税負担と社会保障負担合計額の GDP(国内総生産)に対する割合」の方が一般的。

20 わが国の医療費対 GDP 比は他の G7 諸国よりかなり低い。OECD Health Data 2007 によると、米国 15.3%、フランス 11.1%、ドイツ 10.7%、カナダ 9.8%、イタリア 8.9%、英国 8.3%に対して、日本は 8.0%となっている。OECD 平均は 9.0%であり、日本は OECD30 か国中 22 番目である。

21 OECD 諸国の中で、日本より医療費対 GDP 比が高い国の中で、日本より経済成長率の低い国は 6 か国、日本より経済成長率の高い国は 13 か国で、英国とスイスは経済成長率が 1.9%でデータ上日本と同じ。

である²²。国民負担率が上がりすぎた場合に起こり得る事態と、国民負担率を抑制しすぎた場合に起こり得る事態の双方を冷静に分析した上で、国民的な選択を行うべきであろう。

どれだけの費用を医療に使うかは、国民的な合意を得て行われるべき政治判断である。しかし、現状の医療費水準では社会が必要とする医療を実現することができないことも明白になりつつある。社会が先進国としての医療を求めらる中で、わが国が他の G7 諸国よりかなり低い対 GDP 比の金額しか医療に対して使っていないという現状を政策的に固定化することは、決して得策とは考えられない。

(4) 他国の事例の教訓

各国の医療制度は様々であるが、単純化して2つの典型的なタイプに分類すれば、以下のようになろう。

1つは、医療提供体制、とりわけ病院医療を公的な機能と考え、その運営と費用負担の責任を公的な組織が負う一方、診療所については医師の経営責任に任せつつ、患者が受診するための費用は公的保障制度が担う形である。主として西欧諸国や豪・カナダなどにおいて採用されている方法と言える。その財源は、主として税によって国が負担する場合、主として保険制度によって公的負担がなされる場合、あるいは、この両者を組み合わせた公的負担が行われる場合等がある。

もう1つは、ある意味でその対極にある考え方と言えよう。医療を消費者である住民に提供される私的財の一種ととらえ、その費用負担を市場的な機能、具体的には私的保険に委ね、公的保障制度の役割はセーフティーネットとして高齢者・貧困者などを対象とする最低限度の費用保障のみに限定するというものである。この考え方の医療制度を選択している国の代表は米国である。(ただし、セーフティーネットとしての公的保障であるメディケア²³・メディケイド²⁴が受け持つ医療費の対GDP比だけで、日本のすべての公的な医療費負担(公費医療+医療保険給付)を上回る値に達していることに留意しなければならない。)

歴史は、偉大なる師であり、上記の2つのタイプそれぞれについて実際の事例を見てみることは有益である。まず、前者のタイプにおいて、総医療費の抑

22 京極高宣「社会保障は日本経済の足を引っ張っているか」時事通信社 2006 年、あるいは田中滋「マクロ経済と医療費用保障—「国民負担率」をめぐる論点」講座 医療経済・政策学 第1巻 西村周三、田中滋、遠藤久夫 編著 勁草書房 2006 pp87-105 などを参照。

23 高齢者・一部の障害者・連邦政府と鉄道従事者の退職者等が利用する、医療特別会計による保障制度。自由加入であるパート B 財源の 25%についての保険料負担、及びパート D を除き、加入者の拠出が財源となる「保険」ではない。

24 州政府が運営する公的医療扶助制度。州の経済力の弱さに応じて連邦政府財政からの補助が行われている。

制政策がどのような結果を招く可能性が高いかを、英国の例で見てみる。

英国医療の大部分を担ってきたNHS (National Health Service) は、1980年代にサッチャー首相がとった政策によって大きな困難に直面した²⁵。サッチャー政権は、医療や教育についても、公的予算の抑制と市場的競争の導入、私的セクターの拡大によって改善するはずであるとの新自由主義的政策を当てはめようとした。しかし医療や教育は、利益獲得を目的とした投資がさほど期待できず、また本来、財としての性質が一般の経済財と異なり、住民の貧富の差が利用量にストレートに反映されるあり方は好ましくないと考えられる分野である。そのため、1990年を迎える頃には、予算削減によりNHS医療も公教育も荒廃し、「ゆりかごから墓場まで」と言われた英国の福祉政策の主要な柱である国営医療システムは惨憺たる事態になった²⁶。例えば患者の入院や手術の待ち時間はしばしば1年を超え、病院設備は古び、一部の患者は欧州大陸や米国に受療機会を求め、英国の医療関係者には深い失望感と士気の喪失が広がり、医師の海外流出も相次いだ。

これに対し、ブレア政権では医療改革を第一の政策課題に掲げ、綿密な調査に基づき、2000年以降、公的医療費の急速な増額に踏み切ることにより、総医療費を毎年増加させて来た。英国の総医療費の対GDP比は2004年には日本を上回り、その後も両国間の差は開きつつある²⁷。このようなブレア政権下の英国医療システム改革の試みとその成果には、学ぶべき事柄も見られる。とはいえ、1980年代から1990年代の資本投下不足による病院設備の老朽化、住民健康格差の拡大、低下した医療関係者の士気は簡単には改善できないと言われている。以前の荒廃期のダメージはあまりに大きく、一度崩壊の危機に瀕した社会資本の再生の難しさを示す実例である。

次に、総医療費の問題は市場経済的概念に任せるのが良いという考え方について見てみる。それがどのような結果を招くかは、米国の例に顕著である。

米国では、先進国で最も自由と考えられる医療提供者間競争と、私的医療保険を費用保障の中心とするシステムの下、医療技術はもとより、病院の対顧客サービス、個々の医療機関及びIDS²⁸の経営手法、非営利機関による第三者評価の仕組み、データ管理ツール、そして保険者による医療管理技法等が、他国の追随を許さぬほど高い水準に到達した。そうした周辺的な諸活動を賄う費用を反映するとともに、後述の非効率な資源配分もあって、医療費対GDP比

25 ただし、フェアな評価のためには、11年(1979年から1990年)にわたって政権の座にあったサッチャー首相が実行した様々な規制改革の結果、同国経済が金融や通信部門等を推進力として著しい改善を遂げたことも理解する必要がある。

26 近藤克則「医療費抑制の時代」を超えて—イギリスの医療・福祉改革 医学書院 平成16年

27 英国の医療費対GDP比は1990年代の半ばまではほぼ日本と同じ、その後日本の方が多くなった。2003年には日本8.1%、英国7.8%、2004年には日本8.0%、英国8.1%と抜かれ、2005年には日本8.0%、英国8.3%と差が開いた。

28 Integrated Delivery Systemの略。IHS(Integrated Health System)ともいう。日常医療から急性期医療、慢性期医療、在宅医療等を一貫して提供する複合経営体。

は世界で突出して大きくなり²⁹、個別の医療価格も著しく高騰していった。また、価格上昇の当然の帰結として、それを支払えない住民・患者が増え、医療の階層間格差が著しくなっている³⁰。

さらに、価格設定の自由を含む提供者間競争は、医療の階層化とあいまって資源配分の非効率を医療にもたらしている。米国の非営利病院・医師の多くは、メディケア・メディケイド適用者(低い公定料金)の診療に加え、無保険者に対し、人道上の配慮と、病院の非営利ステータス確保のために医療費減免・慈善医療を行う(多くは低料金又は無料)。そこでの収入では、医療に要した費用を当然賄うことができず、寄付金等でも埋めきれない額を補填するため、医療機関経営者は策を講じることが必要になる。一般にとられてきた手段は、私的保険を利用する患者、私費患者へのコストシフト(価格上乘せ)である。その結果、減免医療に要したコストを他の患者の料金に上乘せして請求を図る医療提供者側と、それを予測して値引きを要求する保険者等の支払い者側の双方において、欧州や日本の医療にはない間接的な費用³¹を生じさせている。

コストシフト対応だけが原因ではないが³²、それに象徴される「自由な市場経済原理と医療の不調和」ゆえに、公的保障制度を根幹に置く国々と比べ、米国の医療システムでは大きな間接コストがかかっている。マーケティングに使う費用などもあり、米国の私的医療保険者が集めた保険料のうち、医療機関に支払われる率は8割前後にとどまっているとされ³³、また、医療機関の側でも、保険者から支払われた「医療費」のうち、相当な割合を、経営管理部門で使われる間接費に当てなくてはならないとされている。

以上の二つの事例に見るように、医療の特質を踏まえずに、市場経済の原理を無原則に持ち込んだ場合、公正面・効率面ともに大きな問題を生じさせるとともに、医療者の職業倫理やわが国社会の価値観とも重大な齟齬を来たす結果となる恐れが強い。

現在わが国においては、小泉内閣でとられた政策の影響もあって、国民の経済格差が拡大し、貧困層が増加していると言われている³⁴。医療においても、保険料を負担しきれず滞納したまま保険証を使えない人々が増え、受診の遅れなど、深刻な格差が生まれているという指摘がある。本委員会は経済政策全般の運営について意見を述べる立場にはないが、富裕層が進んだ質の高い医

29 2位グループである、独・仏などの医療費対GDP比が10%強にとどまるのに対し、米国は15%。

30 ただし、米国医療の公正観をめぐる議論は、米国人が医療をどのように社会的に位置づけているかについての哲学を云々することになり、日本人の価値観に基づいて外から批判すべきものではない。これに対し、「わが国医療には米国のような所得階層別の大きな受療格差を決して認めてはならない」と論ずることはわれわれの自由であろう。

31 院内及び保険者側の交渉担当者の人件費、交渉を支援する法務や会計の専門家とコンサルティング企業、コストシフトを行う／防ぐためのソフトウェア・ベンダーへの支払い等々。

32 最大の要因の一つは、医療訴訟に備えるための損害保険料である。

33 総研クォーターリー47号 <http://www.sj-ri.co.jp/issue/quarterly/data/qt47.pdf> を参照。

34 例えば、文春新書編集部「論争 格差社会」文芸春秋社 平成18年

療を享受できる一方で、貧困層は必要な医療を受ける機会を強く制限される、というような医療制度は国民の公平感にそうものか、強い疑問を抱かずにはいられない。むしろ、可能な限り平等で公平な医療の実現を目指すべきであると考える。

(5) 医療への健全な理解

健全な医療の実践には、医療を提供する側と受ける側とが、医療に対して共通の現実的な認識を持っていることが必要である。

近代医学は、かつては不可能と思われたことを次々と現実のものとしてきた。しかしそれでも医学が万能であるなどということはない。進んだ医学をもってしても、治療に随伴するリスクは避けがたく、最大限の努力をした場合においても、不満足な結果を招く可能性は無視できないほど高い。それを知識と技術、そして、さらなる医学研究を行うことで、可能な限り低いものに収めようとしているのが、現実の医療の姿である。この点に関し、実態として、医師と一般の人々との間に相当大きな認識のギャップが存在している。そしてそのギャップは、そのまま、医療の結果が残念なものに終わった場合の「責任」をめぐる見解の相違にまで行き着くことになる。もとより単純に論ずるのは困難な問題ではあるが、少なくとも、医療行為に対して刑事司法手続きを適用することについては、本来医療にはリスクが伴うものであることを十分に踏まえて、諸外国と同様に謙抑的な運用が維持されるべきではないだろうか。そのことについて一般の人々との理解が広がることを望みたい。

また、社会の持つ、「医師一般」に対するイメージも、実態を正確に反映しているとは言い難い面がある。いまだに社会の一般的イメージでは、「医師一般」は特別に恵まれた職業とされる傾向が根強く残っている³⁵。しかし最近ようやくメディアでも報道されるようになってきたように、現実には、病院の医師の中には極めて過酷な条件の下で勤務している者が多数存在している³⁶。このことは、わが国の医療が崩壊の危機に瀕している現在、周知される必要がある。地域の医療を守っていく上で、患者や地域住民の理解と支援は欠かせないからである。

医療は患者と医師の信頼を基礎に行われる行為である。従来、患者は医師を信頼し、医師は患者に可能な限りその時代において最善と考えられる治療を施して、その対価として尊敬も受けるという相互関係にあった。患者は医師に信頼を置き、医療行為に改めて詳細な説明を求めなかった。そしてこの「パターナリズム」³⁷に基づく関係は、かつては、その「信頼を伴った不透明さ」が、患者側に

35 橋本俊詔「格差社会—何が問題なのか」岩波新書 1033 平成 18 年。86 ページにそのような記述がある。

36 鶴田憲一「医師の過重労働とその背景並びに医療体制に及ぼす影響」産業医学レビュー 20(3):113-134,2007

37 パターナリズムは訳語として「家長主義」、「温情的干渉主義」が当てられる。何も説明もせず意見も聞かず、決めた方針を最善のものとして行うこと。星野一正「医療の倫理」岩波新書 201 平成

ある種の安心感を与えていた面もあったであろう。近年、パターンリズムが否定されることにより、患者と医師の関係は大きく変わり、診断や治療に関しては、医師が患者に十分な説明をし、また、患者の疑問に答え、その結果患者自らが判断をして、双方が合意の上で治療を行うようになった。そのこと自体は望ましいことであるが、同時に、このような患者と医師との新しい関係は、医師が一人一人の患者のために十分な時間を割くことができなければ、信頼の伴わない、無機質なものになってしまう危険性がある。ここでもまた、量とアクセスを重視した医療から、質を重視した医療への転換が求められている。

医療とは、本来、医療を提供する側とそれを受ける側との信頼関係から出発すべきものである。わが国の医療制度の根本的な改革には、医療を提供する側と受ける側とが一体になって、お互いの理解の下に、現実的で、かつ、合理的な最善の解決策を考えるべき時代が来ているのである。

5 医療の仕組みをどう変えるのか

わが国の医療を転換するために、取り組むべき重要課題は枚挙に暇がない。とりわけ焦眉の課題は、わが国の医療の根幹にある脆弱性を修復することであり、そうしてこそ、信頼に支えられた医療の実現に向けて、改革を着実に進めていくことができる。

現時点においては、まず従来の医療費抑制政策を直ちに見直し、必要な資源投入を行うとともに、医療の提供体制の抜本的な再構築を行い、質の高い医療をできるだけ効率的に提供し得る体制を整備していく必要がある。そのことが、わが国の医療全体にイノベーションをもたらす端緒となる。

(1) 実働医師の確保

わが国の医師の需給に関しては、厚生労働省の「医師の需給に関する検討会」が平成 18 年(2006 年)7 月に公表した報告書に詳しい³⁸。この報告書によると、わが国の医師は毎年 7700 人誕生し、退職数を差し引くと年間約 4000 名の割合で増加しつつある。この速度で増加すれば、平成 34 年(2022 年)には需要と供給が均衡し、以後は医師の過剰に転ずるとされている³⁹。

しかしこのような議論には限界がある。「医師数」として統計上現れる数字は、単に「医籍登録」された者の数を表しているに過ぎず、その「医師数」がそのまま「実働医師」の数とはならないからである。わが国において「実働医師」の統計がはっきりとしないことには、いくつかの根本的な理由がある。最も大きな理由は、医師免許に更新制度がなく、また、統一された専門医制度の規格がないことである。

大切なことは、「実働医師」の絶対的な不足を補うことである。そのためには、医学部の定員を増やして将来の布石とし、医師の絶対数を増加させることが必要である。しかし医師は簡単に養成できず、また、長期的な視野で計画的に人員の確保を図るべきものであることから、医学部の定員増だけで現下の医師不足を解決しようとするのは現実的ではない。このため、現在の病院医療を抜本的に改革することが極めて重要なのである。具体的には、そのための主要な対策として以下の措置が講じられる必要がある。

- ① 地域における病院機能と医療資源を適切に集中化・集約化し、医師のマンパワーが効率的に活用されるようにすること

38 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

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/dl/s0728-9c.pdf> なお、

<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/aCategoryList?OpenAgent&CT=30&MT=070&ST=040> より、この報告書に付随する大量の資料をダウンロードすることができる。

39 最近の政府の国会答弁書(平成 20 年 2 月 12 日内閣衆質 169 第 52 号)によると、医師数は総数としても充足している状況にはないとの認識が政府によって表明されている。

- ② その際病院と診療所の密接な連携体制を構築し((2)で後述。)、同時に、医療に対する現行のアクセスの在り方を見直すこと
- ③ そして病院の医師の勤務環境を抜本的に改善すること(極端な連続勤務の見直し等、基本的な労働環境の改善や技術料の適切な評価、他の専門職種への医師の業務の積極的な委譲((3)で後述。)、特に女性医師の勤務環境の改善 等)

これらの改革の実現には一定の期間を要するが、改革の道筋さえ明確に示されれば、現在、現場の主力となっている働き盛りの医師が、希望を持って病院で働き続けることが可能になり、医療の崩壊を食い止めることにもつながる。

(2) 医師の連携体制の推進

医学の劇的な進歩は専門職の細分化をもたらした。現在では、医学のすべての専門分野に秀でた人材を作ることは事実上不可能であり、適切な医療を施すためには、複数の医師のグループによる医療が必要である。最も分かりやすい構図は、まず、それぞれの患者にプライマリケアを担当する医師がいて、そこに、必要に応じて他の個別の分野を専門とする医師がその都度参加して医療を行うというものである。この意味において、医療現場にとって最初に必要となるのが、プライマリケアを担当する医師である。空間的利便性があり(自宅に近くアクセスが保障される)、時間的連続性が保たれ(長年にわたって診てもらえる)、かつ、プライマリケアに徹して、診療グループのまとめ役を果たす医師の存在は、地域に密着した医療の質の向上のためには不可欠である。

しかしながら、現在の日本の医療制度には、グループによる診療を実践する素地ができていない。プライマリケアを担う医師は孤立した環境での医療実践を強いられることが多い。医療は、病院と診療所、又は勤務医と開業医の区別なく、必要な医療機能を協力して担うグループとして、運営されることが理想である。それぞれがはっきりとした役割分担を持ち、なおかつ相互の密接な協力関係にあることが大切である。

そのためには、後述する、医療提供システムのそれぞれの段階でその信頼性を保証する専門医制度の確立が非常に重要である。また、制度改革を成功に導くには、これまで、「家庭医」とか「かかりつけ医」と呼ばれた現場の医師たちが、プライマリケアの専門医として、積極的にチーム医療へと参加することも不可欠となる。本来プライマリケアを担う医師と、病院の医師は相互に協調・協力して医療全体を担うべき存在であるからである。

(3) チーム医療の促進

チーム医療の促進には、医師以外の職種との綿密な協力体制が求められることに疑問の余地はない。医師法第 17 条は、「医師でなければ、医業をなして

はならない。」と定めているが、一定の範囲の医療行為⁴⁰については、看護師などの職種に委譲されている⁴¹。このように、現在でも医療行為の分担についての考え方がないわけではないが、問題はどの範囲の医療行為を委譲し得るかにある。この点は、医師以外の職種の知識・技量の発達や時代の変化に即して柔軟に対応する必要があり、そうしなければ医療の実情にそぐわないものとなる。現在医師のみが実施し得るとされている医療行為の一部について、看護師など、適切な教育を受け、必要な知識と能力を有する他の職種に委譲していくことについて、速やかに検討すべきである。高度の専門性を有する他職種にこのような業務を委譲していくことは、医療の質の向上とともに医療の効率化にも寄与し得るであろう。

また、近年の医療現場においては、周辺的な業務が爆発的に増加しており、これらが医師に与える負担も看過し得ない状況になってきている。その対策の一つとして、医師に対する支援について必要な知識と能力を有する診療情報管理士などの資格を有する人材を一層積極的に活用することを考える必要がある。

日本の医療制度は、職種による業務制限の大幅な見直しを含む、本当の意味でのチーム医療への体制変換が求められているのである。

(4) 医療の質を保證できる体制

わが国において、医学領域の各学会はそれぞれの専門分野ごとに専門医制度を導入し、専門医試験を実施してきている。その中には、関係者の努力によって非常によく運営されている専門医制度もある。

しかし、残念ながら、わが国の専門医制度の現状は、その理想からほど遠いところにあると言わざるを得ない。まず、各専門医制度は質のコントロールを目指しているが、量のコントロールは考えていない。それぞれの分野に毎年いったい何人の専門医を生み出していくことが適切かを検討する機能が、専門医制度そのものに存在しないのである。本来、専門医制度の機能は、専門医の質を保證しつつ、必要な専門医の数を、分野ごと地域ごとに決定し、持続的に一定の臨床経験を持った専門医を養成するという点にある。しかし、わが国の専門医教育の実態は、医師の偏在が起きることに対して無防備な仕組みとなっている。

次に、専門医の認定において、それぞれの学会は「試験」の施行を重視する反面、専門医を育てるための教育制度や教育病院の評価は十分とは言えない。それぞれの学会ごとの独自の方針で運営されており、適切な外部評価を受けていない。また、それぞれの専門医制度に医療全体から見た統一規格が存在せ

40 医師法によって医師に限定される医療行為を指す用語として「医行為」が用いられるが、ここではより広い意味で医療行為を用いている。

41 平成19年12月28日、厚生労働省医政局長発の通知文「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」〈医政発第1228001号〉のように、他職種への委譲が進んでいる業務もある。

ず、国民がその信頼度を確認できる機構ともなっていない。その結果、専門医そのものが、はっきりとした実効性を持たず、かつ、実益もない、単なる名称にとどまっているに近い実情がある。他の先進諸国では専門医が確固たる信頼の証となっていることに対して、日本の現状は決定的に異なる。

わが国において、それぞれの専門医が信頼のできる医師であるとの保証を行う制度を確立することは喫緊の課題である。いわば、「専門医の JIS 規格」のようなものを作り上げるのである。そこから、すべての専門医の医療の「保証」も、病院の医療の「保証」も、信頼できる専門医に師事すれば自分も信頼できる専門医になれるという教育の「保証」も、確立することができる。いわば、「保証の連鎖」が始まるのである。

この連鎖が、医療実践の様々な場面で、良い波及効果をもたらすことは明白である。わが国では、開業医になる者の大部分は、専門医教育を受けた 40 代から 50 代にかけての勤務医であるのに、ひとたび開業医になると、病院医療との関係は希薄になってしまう傾向にある。しかし、上述の専門医制度を確立することができれば、開業医と病院の勤務医とが、再び病院医療の現場で信頼して協力する基盤が形成されることになろう。将来的には、オープンシステムの病院制度などの導入を図ることにより、開業医が病院で診療に従事することが促進されよう。病診連携はさらに有効に機能し、同時にまた、病院勤務医の数的不足の問題の解決にもつながりうる。確立した専門医制度による専門医の標榜が始まれば、専門医資格を有する専門領域の看板に対する共通の信頼が形成されることにより、開業医と勤務医の区別も緩やかとなっていっくだろう。このように医師及び医療機関の区別の相対化が進行し、フレキシブルな医療提供体制が生まれるならば、わが国の医療が将来にわたって持続できるものに再生していかうえで、重要な寄与をなすと考える。

さらに、専門医制度の抜本的な再構築に際して、専門医制度全体を認証する組織(6(3)に後述。)に医師の自浄能力を担保する機能を担わせることにより、医師の倫理の確立にも大きな役割を果たすことが期待される。

6 信頼に支えられた医療の実現のために、何が必要なのか

健康な生活は、すべての人間に保障されるべき権利である。医療には、与える側と受ける側という区別は、本来存在しない。たとえ、現在医療を施す側にいる人間であっても、すべて、やがて医療を受ける側に立つことになる。だからこそ、医療が行われる場とは、すべての国民にとって本質的な重要性を有するものであり、国民の手で作られ、守られるべき場なのである。

まず、多くの国民が求める質の高い医療を、現在のわが国の医療は提供することができず、むしろ疲弊し崩壊しつつあるという現状を直視する必要がある。今や、わが国の医療のあり方そのものが根源的に問い直されているのであり、単に行政機関や医療関係者だけの議論で対策を決定できるような次元の問題ではなくなっている。

本委員会は、もとより政府や医療者に対して必要な対応を取ることを要望するものであるが、同時に、何より重要なこととして、国民一人一人が医療に対する正しい認識を持ち、あるべき医療の姿を選択すべく、声を上げ、行動していただくことを切望している。

(1) 国民として考えること

国民全体が共有する重要な社会基盤である医療が疲弊し、崩壊の危機に直面している。国民一人一人がそのことを認識し、医療を持続可能なものとするためにはどうしたらよいか、ぜひ考えていただきたい。

まず、医療提供には相応の費用がかかること、この点が正しく理解されることが大切である。英国のように、公的医療費を抑えることで大きな混乱を招いた国家は存在しても、総医療費抑制で成果を挙げた例は知られていない。そして、日本は先進7か国の中で医療支出の最も低い国家である。このような事実が、果たしてどれだけの人々に知られているだろうか。現在日本が直面する医療危機を乗り越えるためには、少なくとも他の先進諸国なみの資源を医療に投ずることが不可欠である。わが国の医療費の現状についての認識が国民の間に広く共有され、民主主義国家として正しい選択が行われることを望んでやまない。

次に、医療そのものについても理解を深めていただきたい。医療は無制限に利用できるサービスではなく、不的確な、あるいは過剰な利用が行われれば、結果として必要な時に必要な医療を受ける機会を喪失することにつながる。また、医学は完全なものではなく、医療には本来避けがたくリスクが伴うものである。その点により客観的な理解を持っていただくとともに、地域の医療を持続させていくには、住民の参加と支援がますます重要となることも、できるだけ多くの人々に知っていただきたい。医療を医師に一任していればよかったかつてのパターナリズムの時代と決別した現在では、患者の側においても、適切な理解の下に、一定の責任を分かち持ち、自ら行動し参加することが求められるので

ある。このことが社会的なコンセンサスとなることを期待したい。

また、医療について国民が理解し考えていく上で、正確な情報を獲得できる環境を整備することは大切である。医療機関や医療に関わる者が、インターネットなどを利用して情報発信することも重要であるが、メディアにおいても、医療をめぐる問題について一層積極的な情報提供が行われることを望むものである。

(2) 政府・行政として考えること

医療危機が語られている主たる現場は病院であり、また、絶対的な医師不足が問題となっている場所も病院である。まず病院医療を崩壊から救うことが急務であり、そのための抜本的な改革に速やかに着手しなければならない。具体的な方策については、5(1)で述べたとおりであるが、既に病院医師の勤務環境は限界的な状況を呈しつつあり、待ったなしの対応が求められている。わが国の医療を、今後も持続可能なものへと再生するために、政府・行政が直接・間接に関与すべき課題は山積しており、その責任は極めて重大である。

そして、こうした政策を実現するために、従来の医療費抑制政策を根本的に転換する方向を検討すべきである。確かに経済や財政の状況は重要である。しかし、医療は人の健康と生命とを守ることを基本的な使命としており、支出抑制を重視する余りに、人々に必要な医療が提供されないような事態に陥るならば、まさに本末転倒であって、社会の存立すら危うくしかねない。現在、わが国の医療は非常に危険な状態に入りつつあり、このことに強く警鐘を鳴らすものである。

また、関連して、医師の養成数を抑制し続けていることや、現在、公立病院等の公的な病院に対して、地域の実情を十分踏まえることなく、数値目標等による一律の経営改善を強く求めていることなどについても、速やかに見直しを行うことが望まれる。

政府・行政においては、医療の現状の正確で冷静な分析に基づき、勇気を持って政策の変更を行うことを心より期待する。

(3) 医療者として考えること

医師をはじめとする医療者は、率先して、医療の信頼回復に努めなければならない。そのための根幹となる取り組みは、医療の質とその透明性の確実な保証を、医師自らが行うことである。患者や家族が断片的な情報に基づいて、「信頼できる医師」、「信頼できる病院」を探さなければならないと言う日本の現状は、医療の享受に著しい不公平を惹起しかねないものである。すべての専門医はすべて信頼のできる医師であり、専門医のいる病院はその分野において信頼できる病院であるとの保証は、医療を遂行する側が厳格な管理の下に妥協なく行うべきである。それが実現して初めて、社会は医療に本当の意味での信頼感

を持つことができる。

専門医の育成、生涯教育、能力判定などを厳密に管理する組織を作らなければならない。それは、時間をかければ十分実現可能である。それぞれの専門医の育成、生涯教育、能力判定などには、医師会、病院会、学会など、多様な組織が主体となり得る。しかしそれら個別の専門医制度の上に、専門医制度全体の質の保障を行う認証組織を設けることが必要である。現在わが国で実施されている各種の専門医制度の問題点については、5(4)に前述したとおりであり、これらの諸問題を解決するために、上位認証組織の存在は欠かせない。

このような上位認証組織の在り方を検討するに当たっては、世界的にも評価が高い米国の専門医認証組織 (Accreditation Council for Graduate Medical Education、略称ACGME) が一つの有力なモデルとなる。その最大の特徴は、それぞれの地域における医療への要求に応じて、適切に医療が行われることを保証する役割を担っている点にある⁴²。具体的には、それぞれの専門医研修プログラムで教育可能な研修医数を、それぞれの地域におけるその専門医の必要性に応じて決定、認可することとしており、これによって同時に全国どのプログラムに参加したとしても、効果的な専門医研修が受けられることを担保する機能も果たしている。

なお、米国の ACGME は民間の団体である。一方わが国に求められる上位認証組織では、既に各学会等により運営されている多数の専門医制度を改めて束ねる役割を担い、地域における受入れ数の設定等において、関係する行政機関等との連携・協力も重要となると想定される。また、必要に応じて懲戒権を行使し自浄機能を発揮できるようにすることが期待されることなどから、上位認証組織については、法律に根拠を有する公的な組織にすることが適切ではないかと考える。

42 米国での専門医制度の認証を行っている ACGME のホームページ <http://www.acgme.org> を参照。

7 信頼に支えられた医療の実現のために：要望

日本学術会議は、医療に関係する諸団体の個別の立場を超えた、学術的で中立的な見地から、医療崩壊という、絶対に避けるべき緊急事態を回避するために、政府に対して、省庁の枠を超えた、強力な「医療改革委員会」(仮称)を設置し、下記の三項目を審議することを強く要望する。

(1) 医療費抑制政策の転換

わが国の医療の崩壊を食い止めるため、従来の厳しい医療費抑制政策を速やかに見直し、他の先進諸国と同様な水準の資源投入を行うようにすること。

(2) 病院医療の抜本的な改革

特に危機的状況にある病院医療について、実働医師の不足対策を中心とした抜本的な改革の検討を速やかに開始し、3年以内に実施すること。

(3) 専門医制度認証委員会の設置

専門医制度を根本的に見直し、新しい制度を確立するために、「専門医制度認証委員会」(仮称)の設置を速やかに実現し、10年以内に新しい専門医制度の体制整備を完了すること。

後期研修医数の試算

2006年「医師・看護師・薬剤師調査」を基に計算した
現在の就業者数を維持するのに必要な毎年の養成者数

2006年	調査実数			専門分野	基本診療科 +専門分野	徐数を36.6に設定		徐数を35に設定	
	病院	診療所	計			基本診療科	専門研修	基本診療科	専門研修
総数	168,327	95,213	263,540						
内科	31,096	39,374	70,470	30,169	100,639	2,750	*	2,875	
心療内科	327	514	841		*		23		23
呼吸器科	3,615	351	3,966		*		108		113
消化器科(胃腸科)	7,487	3,275	10,762		*		294		307
循環器科	7,945	1,471	9,416		*		257		269
アレルギー科	112	72	184		*		5		5
リウマチ科	625	135	760		*		21		22
小児科	8,228	6,472	14,700		14,700	402		420	
精神科	9,978	2,496	12,474		12,474	341		356	
神経科	206	149	355		355	10		10	
神経内科	3,150	293	3,443		*		94		98
外科	16,738	4,836	21,574	4,501	26,075	712	**	745	
整形外科	11,853	7,017	18,870		18,870	516		539	
形成外科	1,540	361	1,909		1,909	52		55	
美容外科	12	392	394		394	11		11	
脳神経外科	5,377	854	6,241		6,241	171		178	
呼吸器外科	1,242	13	1,255		**		34		36
心臓血管外科	2,539	46	2,585		**		71		74
小児外科	623	38	661		**		18		19
産婦人科	5,361	4,231	9,592	2,191	11,783	322	***	337	
産科	322	160	482		***		13		14
婦人科	597	1,012	1,709		***		47		49
眼科	4,789	7,573	12,362		12,362	338		353	
耳鼻いんこう科	3,644	5,265	8,909	22	8,931	244	****	255	
気管食道科	20	2	22		****				
皮膚科	3,258	4,597	7,845		7,845	214		224	
泌尿器科	4,573	1,560	6,133		6,133	168		175	
性病科	4	22	25		26	1		1	
こう門科	151	222	373		373	10		11	
リハビリテーション科 (理学療法科)	1,738	122	1,855		1,855	51		53	
放射線科	4,589	294	4,883		4,883	133		140	
麻酔科	5,763	446	6,209		6,209	170		177	
全科	175	126	301		*				
その他	2,689	459	3,148	797	3,945	108		113	
病理	1,284	13	1,297		1,297	35		37	
救命救急	1,693	5	1,698		1,698	46		49	
研修医	14,385	17	14,402		7,201	197		206	
主たる診療科名不詳	320	-	320		*				
診療科名不詳	176	-	176		*				
	168,327	94,275	262,602		256,198	7,002	985	7,320	1029
263540÷7201=36.6									

Specialty
Subspecialty

基本診療科
専門分野

米国の専門医・専門分野別 ACGME プログラム数・レジデント数

JAMA 2007;298:1081-1097

Graduate Medical Education, 2006-2007

		No.(%)					
		2001-2002	2002-2003	2003-2004	2004-2005	2005-2006	2006-2007
プログラム数		8,025	8,064	8,192	8,246	8,403	8,502
レジデント数							
	合計	96,410	98,258	99,964	101,291	103,106	104,879
	1年目	23,034	23,443	23,922	23,789	24,732	24,772
	未経験1年目	21,254	21,864	22,444	22,788	23,325	23,587
出身医学部							
	米国	65,661	66,646	67,131	68,456	68,578	69,721
	他国	25,403	25,783	26,577	26,720	27,636	28,176
	整骨医	4,658	5,327	5,838	5,675	6,474	6,629
	カナダ	422	418	393	413	366	353
	その他	266	84	25	27	32	0
専門 Specialties							
	プログラム数	4,203	4,176	4,169	4,151	4,149	4,134
	レジデント数	84,319	85,368	86,357	86,975	88,241	89,269
専門分野 Subspecialties							
	プログラム数	3,822	3,888	4,023	4,095	4,254	4,368
	レジデント数	12,091	12,890	13,607	14,316	14,865	15,610

米国：レジデント数

JAMA 2007;298:1081-1097

Graduate Medical Education, 2006-2007

	レジデント数	1年目レジデント数	未経験 1年目
麻酔科	4,970	1,518	526
大腸直腸外科	71	69	0
皮膚科	1,069	354	7
救急医学	4,379	1,408	1,157
家庭医学	9,456	3,156	3,010
内科	22,099	8,564	8,400
医学遺伝学	77	34	1
神経外科	881	152	31
神経科	1,507	439	70
核医学	143	80	0
産婦人科	4,739	1,225	1,177
眼科	1,225	384	0
整形外科	3,187	637	596
耳鼻咽喉科	1,292	262	239
病理	2,310	613	547
小児科	7,964	2,622	2,576
理学リハビリテーション	1,167	365	57
形成外科	609	185	56
予防医学	285	150	2
精神科	4,613	1,184	1,138
放射線腫瘍学	556	152	0
放射線診断学	4,368	1,063	65
睡眠医学	34	34	0
一般外科	7,651	2,363	2,303
胸部外科	282	118	0
泌尿器科	992	178	0
transitional year	1,169	1,156	1,152
混合			
合計	104,879	36,493	23,587

地域(州)別のプログラム数とレジデント数

JAMA 2007;298:1081-1097

Graduate Medical Education, 2006-

地域(州)	対人口10万の レジデント数	2006年の人口 x1,000	プログラム		レジデント	
			数	%	数	%
New England	60	14,270	688	8.1	8,620	8.2
Middle Atlantic	62	40,471	1,866	21.9	25,204	24.0
East North Central	39	46,276	1,429	16.8	18,008	17.2
West North Central	34	19,942	582	6.8	6,819	6.5
South Atlantic	27	57,144	1,404	16.5	15,690	15.0
East South Central	26	17,754	401	4.7	4,667	4.4
West South Central	28	34,186	783	9.2	9,488	9.0
Mountain	18	20,846	328	3.9	3,800	3.6
Pacific	25	48,510	956	11.2	11,922	11.4
Puerto Rico	17	3,928	65	0.8	652	0.6
計	35	303,326	8,502	100.0	104,879	100.0

心臓手術

全国ランキングTOP40

全国ランキング
心臓病

順位	病院名	所在地	手術 総数	冠動脈 バイパス術 (うちアオフロン)	複合 冠動脈 バイパス術	弁膜症	胸部 大動脈瘤・ 大動脈剝離	先天性 心疾患	その他
1	榊原記念病院	東京都府中市	1076	254(229)	69	255	71	420	7
2	国立循環器病センター	大阪府吹田市	840	174(165)	67	179	150	202	68
3	小倉記念病院	北九州市小倉北区	550	218(216)	68	184	64	11	5
4	東京女子医科大学病院	東京都新宿区	511	74(56)	9	104	104	176	44
5	大和成和病院	神奈川県大和市	425	194(140)	34	121	56	12	8
6	岩手医科大学循環器医療センター	盛岡市	424	102(41)	15	126	74	85	21
7	心臓病センター榊原病院	岡山市	421	137(37)	0	173	76	13	22
8	順天堂大学順天堂医院	東京都文京区	410	147(146)	9	109	41	104	-
9	近畿大学奈良病院	奈良県生駒市	393	164(6)	40	89	45	46	9
10	岡山大学病院	岡山市	388	21(13)	3	21	15	315	13
11	岸和田徳洲会病院	大阪府岸和田市	382	201(119)	40	80	51	8	2
12	兵庫県立姫路循環器病センター	兵庫県姫路市	351	102(59)	47	89	84	10	19
13	市立静岡病院	静岡県葵区	349	152(99)	20	88	69	12	8
14	福岡市立こども病院・感染症センター	福岡市中央区	332	0(0)	0	0	0	332	0
15	自治医科大学大宮医療センター	さいたま市大宮区	317	91(76)	32	91	80	13	10
16	近畿大学病院	大阪府大阪狭山市	316	106(23)	26	73	48	39	24
17	葉山ハートセンター	神奈川県葉山町	310	100(44)	34	119	29	9	19
18	新葛飾病院	東京都葛飾区	307	181(153)	23	50	42	5	6
19	静岡県立こども病院	静岡県葵区	304	0(0)	0	0	0	304	0
20	日本大学板橋病院	東京都板橋区	300	137(1)	12	61	43	15	32
21	名古屋第一赤十字病院	名古屋市中村区	294	126(51)	3	67	58	38	2
22	倉敷中央病院	岡山県倉敷市	293	72(54)	33	91	72	19	6
23	京都府立医科大学病院	京都市上京区	291	81(67)	22	54	11	120	3
24	千葉西総合病院	千葉県松戸市	284	84(10)	0	64	115	11	10
25	九州厚生年金病院	北九州市八幡西区	280	74(58)	2	41	38	125	0
26	豊橋ハートセンター	愛知県豊橋市	276	67(51)	28	108	22	9	42
27	新東京病院	千葉県松戸市	272	76(64)	38	99	42	11	6
28	慶応義塾大学病院	東京都新宿区	267	48(47)	12	58	60	87	2
29	仙台厚生病院	仙台市青葉区	265	143(9)	16	68	27	7	4
29	済生会熊本病院	熊本市	265	83(46)	33	93	35	7	14
31	立川総合病院	新潟県長岡市	264	98(70)	18	79	40	16	13
32	天理よろづ相談所病院	奈良県天理市	263	49(25)	0	57	112	34	11
33	市立広島市民病院	広島市中区	261	50(38)	15	58	61	73	4
34	心臓血管センター北海道大野病院	札幌市西区	258	104(101)	29	81	32	8	4
35	大阪市立総合医療センター	大阪市都島区	253	41(6)	5	54	14	128	11
36	愛知県立循環器呼吸器病センター	愛知県一宮市	249	140(8)	7	66	29	6	8
37	(国)鹿児島医療センター	鹿児島市	239	104(5)	24	56	40	8	7
38	自治医科大学病院	栃木県下野市	237	58(14)	17	78	38	31	15
39	神戸市立中央市民病院	神戸市中央区	236	58(30)	21	110	37	7	3
40	群馬県立心臓血管センター	前橋市	233	75(20)	8	86	47	9	8

冠動脈バイパス手術と人工心臓を使った開心術の手術総数(2005年1年間)でランキングし、手術の内訳を記した。複合冠動脈バイパス術は、弁膜症手術等を同時にしたもの

心カテーテル治療

全国ランキングTOP40

心臓病
全国ランキング

順位	病院名	所在地	治療数	緊急
1	小倉記念病院	北九州市小倉北区	2303	363
2	千葉西総合病院	千葉県松戸市	2001	351
3	新東京病院	千葉県松戸市	1850	290
4	倉敷中央病院	岡山県倉敷市	1575	274
5	仙台厚生病院	仙台市青葉区	1263	302
6	札幌東徳洲会病院	札幌市東区	1068	37
7	豊橋ハートセンター	愛知県豊橋市	1053	133
8	福岡徳洲会病院	福岡県春日市	1016	123
9	埼玉県立循環器・呼吸器病センター	埼玉県熊谷市	911	181
10	湘南鎌倉総合病院	神奈川県鎌倉市	898	128
10	徳島赤十字病院	徳島県小松島市	898	206
12	岐阜市民病院	岐阜市	878	72
13	大垣市民病院	岐阜県大垣市	863	156
14	岡村記念病院	静岡県清水町	824	95
15	川崎社会保険病院	川崎市川崎区	776	152
16	土谷総合病院	広島市中区	760	106
17	熊本中央病院	熊本市	750	67
18	武田病院	京都市下京区	744	50
19	宮崎市郡医師会病院	宮崎市	724	210
20	国立循環器病センター	大阪府吹田市	713	175
21	石心会狭山病院	埼玉県狭山市	712	175
22	兵庫県立姫路循環器病センター	兵庫県姫路市	710	154
22	新古賀病院	福岡県久留米市	710	147
24	名古屋第二赤十字病院	名古屋市昭和区	700	225
25	富永病院	大阪市浪速区	667	92
26	岐阜県総合医療センター	岐阜市	666	201
27	榊原記念病院	東京都府中市	660	185
28	市立広島市民病院	広島市中区	650	150
29	桜橋渡辺病院	大阪市北区	645	174
30	高橋病院	神戸市須磨区	643	144
31	心臓病センター榊原病院	岡山市	619	153
32	舞鶴共済病院	京都府舞鶴市	610	58
32	りんくう総合医療センター・市立泉佐野病院	大阪府泉佐野市	610	74
34	京都桂病院	京都市西京区	606	55
35	東宝塚さとう病院	兵庫県宝塚市	596	128
36	大和成和病院	神奈川県大和市	590	88
37	厚生連安城更生病院	愛知県安城市	583	125
38	済生会熊本病院	熊本市	580	149
38	(国)鹿児島医療センター	鹿児島市	580	99
40	近森病院	高知市	568	189

冠動脈のカテーテル治療の症例数（2005年1年間）でランキングし、内訳として急性心筋梗塞に対する緊急治療の症例数を記した。のべ患者数（穿刺回数）で数えた

乳がん手術

全国ランキングTOP40

乳がん
全国ランキング

順位	病院名	所在地	手術数	温存率	術前化学療法	センチネル生検
1	癌研有明病院	東京都江東区	732	61%	78	384
2	埼玉県立がんセンター	埼玉県伊奈町	526	95%	59	508
3	聖路加国際病院	東京都中央区	516	76%	206	360
4	相良病院	鹿児島市	444	47%	20	303
5	国立がんセンター中央病院	東京都中央区	406	51%	88	195
6	プレストピアなんば病院	宮崎市	377	55%	51	0
7	愛知県がんセンター中央病院	名古屋市千種区	352	47%	30	267
8	神奈川県立がんセンター	横浜市旭区	350	69%	70	250
9	県立がんセンター新潟病院	新潟市	332	63%	79	192
10	札幌乳腺外科クリニック	札幌市中央区	331	51%	11	223
11	(国)四国がんセンター	松山市	315	56%	28	5
12	聖マリアンナ医科大学病院	川崎市宮前区	310	69%	40	168
13	東北公済病院	仙台市青葉区	296	63%	9	73
14	大阪府立成人病センター	大阪市東成区	294	67%	27	68
15	(国)九州がんセンター	福岡市南区	288	63%	29	210
16	県立静岡がんセンター	静岡県長泉町	285	—	—	—
17	北九州市立医療センター	北九州市小倉北区	273	33%	27	190
18	千葉県がんセンター	千葉市中央区	261	63%	41	167
19	市立広島市民病院	広島市中区	255	80%	39	190
20	市立熊本市市民病院	熊本市	253	70%	30	229
21	(国)北海道がんセンター	札幌市白石区	251	66%	15	177
22	札幌こどもに乳腺クリニック	札幌市西区	249	60%	14	169
23	国立がんセンター東病院	千葉県柏市	248	78%	62	160
24	京都府立医科大学病院	京都市上京区	247	92%	74	178
25	都立駒込病院	東京都文京区	242	70%	68	137
26	新札幌乳腺クリニック	札幌市厚別区	236	64%	0	0
27	三井記念病院	東京都千代田区	231	54%	20	148
28	千葉大学病院	千葉市中央区	230	70%	36	102
29	那覇西クリニック	那覇市	227	68%	14	136
30	亀田総合病院	千葉県鶴川市	225	82%	85	210
30	日本大学板橋病院	東京都板橋区	225	61%	72	70
32	乳腺クリニック 児玉外科	京都市北区	221	79%	11	0
33	近畿大学病院	大阪府大阪狭山市	220	80%	16	74
33	社会保険久留米第一病院	福岡県久留米市	220	37%	29	64
35	静岡県立総合病院	静岡市葵区	219	59%	14	8
36	兵庫県立成人病センター	兵庫県明石市	213	46%	64	157
37	おおもと病院	岡山市	212	55%	18	10
38	東京医科大学病院	東京都新宿区	207	57%	23	170
39	東京女子医科大学病院	東京都新宿区	203	38%	11	194
39	北里大学病院	神奈川県相模原市	203	58%	14	59

原発性乳がんの切除手術の総数（2005年1年間）でランキングし、総手術数に占める乳房温存術の割合（％）と、術前化学療法、センチネルリンパ節生検の各症例数を記した

肺がん手術

全国ランキングTOP40

がん
手術
ランキング

順位	病院名	所在地	手術数	開胸	胸腔鏡
1	国立がんセンター中央病院	東京都中央区	444	444	0
2	国立がんセンター東病院	千葉県柏市	268	247	21
3	(国)姫路医療センター	兵庫県姫路市	213	50	163
4	市立広島市民病院	広島市中区	201	120	81
5	県立がんセンター新潟病院	新潟市	200	172	28
6	大阪府立成人病センター	大阪市東成区	197	180	17
7	兵庫県立成人病センター	兵庫県明石市	194	23	171
8	神奈川県立がんセンター	横浜市旭区	186	179	7
9	東海大学病院	神奈川県伊勢原市	179	46	133
10	愛知県がんセンター中央病院	名古屋市千種区	164	164	0
11	県立静岡がんセンター	静岡県長泉町	158	153	5
11	倉敷中央病院	岡山県倉敷市	158	39	119
13	三井記念病院	東京都千代田区	152	147	5
13	大阪市立総合医療センター	大阪市都島区	152	101	51
15	札幌南三条病院	札幌市中央区	151	16	135
15	東京医科大学病院	東京都新宿区	151	130	21
17	(国)近畿中央胸部疾患センター	堺市北区	148	66	82
18	石川県立中央病院	金沢市	135	16	119
19	虎の門病院	東京都港区	132	7	125
20	埼玉県立がんセンター	埼玉県伊奈町	131	66	65
20	(国)四国がんセンター	松山市	131	37	94
22	埼玉県立循環器・呼吸器病センター	埼玉県熊谷市	129	116	13
23	天理よろづ相談所病院	奈良県天理市	128	70	58
24	福岡大学病院	福岡市城南区	127	102	25
25	岡山大学病院	岡山市	124	51	73
26	慶応義塾大学病院	東京都新宿区	121	91	30
27	癌研有明病院	東京都江東区	119	109	10
28	(国)北海道がんセンター	札幌市白石区	118	9	109
29	(国)九州がんセンター	福岡市南区	117	18	99
30	東京女子医科大学病院	東京都新宿区	113	29	84
30	(国)刀根山病院	大阪府豊中市	113	110	3
30	奈良県立医科大学病院	奈良県橿原市	113	8	105
33	京都桂病院	京都市西京区	112	112	0
34	千葉大学病院	千葉市中央区	110	46	64
35	(国)西群馬病院	群馬県波川市	109	106	3
36	日立総合病院	茨城県日立市	106	33	73
37	聖隷三方原病院	静岡県浜松市	104	16	88
38	富山県立中央病院	富山市	101	56	45
39	青森県立中央病院	青森市	98	35	63
39	大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター	大阪府羽曳野市	98	79	19
39	(国)九州医療センター	福岡市中央区	98	54	44

肺がん手術等のうち、原発性肺がん（非小細胞がん、小細胞がん）の切除手術数（2005年1年間）でランキングし、内訳として開胸手術と胸腔鏡手術の症例数を記した。開胸手術で補助的に胸腔鏡を使用する症例は「開胸」に含む。試験開胸手術、腫瘍切除なしを除く

食道がん手術

全国ランキングTOP40

がん
内視鏡
化学放射線
療法

順位	病院名	所在地	手術数	内視鏡 治療	化学放射線 療法
1	順天堂大学順天堂医院	東京都文京区	131	39	96
2	国立がんセンター中央病院	東京都中央区	130	90	110
3	恵佑会札幌病院	札幌市白石区	119	61	75
4	東海大学病院	神奈川県伊勢原市	91	54	13
5	大阪市立大学病院	大阪市阿倍野区	86	24	47
6	大阪府立成人病センター	大阪市東成区	71	55	45
7	大阪市立総合医療センター	大阪市都島区	66	11	41
7	大阪大学病院	大阪府吹田市	66	2	11
9	埼玉県立がんセンター	埼玉県伊奈町	63	42	43
10	虎の門病院	東京都港区	59	33	63
10	癌研有明病院	東京都江東区	59	89	43
10	岡山大学病院	岡山市	59	30	13
13	国立がんセンター東病院	千葉県柏市	58	137	129
13	九州大学病院	福岡市東区	58	-	42
15	近畿大学病院	大阪府大阪狭山市	57	3	52
16	東京医科歯科大学病院	東京都文京区	54	53	31
17	自治医科大学病院	栃木県下野市	51	9	80
18	秋田大学病院	秋田市	50	27	37
19	東京女子医科大学病院	東京都新宿区	48	17	18
19	都立駒込病院	東京都文京区	48	110	86
21	大分大学病院	大分県由布市	45	4	24
22	愛知県がんセンター中央病院	名古屋市千種区	43	48	59
23	京都大学病院	京都市左京区	42	15	11
24	群馬大学病院	前橋市	41	17	15
24	神奈川県立がんセンター	横浜市旭区	41	18	12
26	兵庫県立成人病センター	兵庫県明石市	40	20	43
27	千葉大学病院	千葉市中央区	39	18	99
27	久留米大学病院	福岡県久留米市	39	6	25
29	鹿児島大学病院	鹿児島市	37	12	23
30	日本医科大学病院	東京都文京区	35	5	25
31	岩手県立中央病院	盛岡市	34	3	11
31	慶応義塾大学病院	東京都新宿区	34	15	23
31	県立静岡がんセンター	静岡県長泉町	34	71	72
31	和歌山県立医科大学病院	和歌山市	34	15	13
35	昭和大学横浜市北部病院	横浜市都筑区	33	37	5
35	県立がんセンター新潟病院	新潟市	33	-	-
35	名古屋大学病院	名古屋市昭和区	33	-	18
35	広島大学病院	広島市南区	33	37	55
39	神戸市立中央市民病院	神戸市中央区	32	20	28
40	太田西ノ内病院	福島県郡山市	31	10	16
40	関西医科大学滝井病院	大阪府守口市	31	12	27

食道がん手術等のうち、食道がん手術の総数（2005年1年間）でランキングし、内視鏡治療と化学放射線療法の症例数も併記した

胃がん手術

全国ランキングTOP40

がん
全国ランキング

順位	病院名	所在地	手術数	開腹	腹腔鏡	内視鏡
1	国立がんセンター中央病院	東京都中央区	526	501	25	502
2	癌研有明病院	東京都江東区	378	290	88	211
3	県立静岡がんセンター	静岡県長泉町	347	346	1	244
4	県立がんセンター新潟病院	新潟市	289	289	0	—
5	神奈川県立がんセンター	横浜市旭区	230	206	24	95
6	国立がんセンター東病院	千葉県柏市	216	216	0	177
6	倉敷中央病院	岡山県倉敷市	216	216	0	65
8	大垣市民病院	岐阜県大垣市	212	212	0	60
9	愛知県がんセンター中央病院	名古屋市千種区	210	207	3	52
10	自治医科大学病院	栃木県下野市	209	200	9	94
11	都立駒込病院	東京都文京区	208	203	5	73
12	恵佑会札幌病院	札幌市白石区	188	188	0	126
12	大阪市立大学病院	大阪市阿倍野区	188	173	15	74
14	埼玉県立がんセンター	埼玉県伊奈町	187	187	0	214
15	天理よろづ相談所病院	奈良県天理市	182	172	10	45
16	山形県立中央病院	山形市	180	169	11	102
16	静岡県立総合病院	静岡市葵区	180	171	9	43
18	大阪市立総合医療センター	大阪市都島区	179	58	121	32
19	獨協医科大学病院	栃木県壬生町	167	162	5	25
20	太田西ノ内病院	福島県郡山市	165	165	0	127
21	福井県立病院	福井市	164	161	3	52
22	(国)四国がんセンター	松山市	163	162	1	55
23	札幌厚生病院	札幌市中央区	161	121	40	—
23	虎の門病院	東京都港区	161	149	12	150
23	兵庫県立成人病センター	兵庫県明石市	161	161	0	51
26	香川県立中央病院	高松市	159	135	24	56
27	順天堂大学順天堂医院	東京都文京区	158	158	0	89
28	富山県立中央病院	富山市	156	156	0	142
29	仙台オープン病院	仙台市宮城野区	155	155	0	120
29	慶応義塾大学病院	東京都新宿区	155	101	54	123
29	横浜市立大学病院	横浜市金沢区	155	115	40	42
32	千葉県がんセンター	千葉市中央区	154	132	22	80
32	東京慈恵会医科大学病院	東京都港区	154	129	25	149
34	済生会中津病院	大阪市北区	152	144	8	149
35	市立広島市民病院	広島市中区	150	145	5	82
36	和歌山県立医科大学病院	和歌山市	149	135	14	90
37	東京女子医科大学病院	東京都新宿区	148	141	7	154
37	東京大学病院	東京都文京区	148	104	44	215
39	大阪赤十字病院	大阪市天王寺区	147	138	9	73
40	横須賀共済病院	神奈川県横須賀市	146	123	23	28
40	高知医療センター	高知市	146	138	8	41

原発性胃がんの切除手術の総数（2005年1年間）でランキングし、内訳として開腹手術と腹腔鏡手術の症例数を記した。内視鏡治療数も併記した

慶應義塾の科研費取寄の現状

平成20年度 専修医採用

専修医制度開始から三年目 239名の専修医を受け入れた

新制度による後期研修医の「専修医制度」が始まって三年目となる平成二十年度には、二百三十九名の専修医を受け入れた。昨年度までと異なる点は、四年間のうち二年間は研究活動に専念することと条件に、大学院生でありながら専修医（臨床研究）として臨床研修を受けられるように制度を改めたことである。今年度は二十六名の大学院生が専修医として応募した。

新規採用専修医のうち、一年目の専修医としての受け入れは百七十九名（内十四名が大学院

生）であった。内訳は、

内科	64
外科	29
麻酔科	13
整形外科	23
形成外科	6
小児科	27
産婦人科	12
眼科	10
皮膚科	8
泌尿器科	2
耳鼻科	6
精神科	19
放射線科	6
歯科・口腔外科	6
リハビリ	6
救急部	2
計	239

内科六十四名、外科二十九名、麻酔科十三名、整形外科二十三名、形成外科六名、小児科二十七名、産婦人科十二名、眼科十名、皮膚科八名、泌尿器科二名、耳鼻科六名、精神・神経科十九名、放射線科六名、歯科・口腔外科六名、リハビリ六名、救急部二名であった。内訳は、

平成十八年三月に卒業の八十五回生は、今回専修医一年目となるが、国家試験合格者八十七名のうち、七十三名が専修医に応募しており、一名が大学院生として大学に残るため、計七十四名（85%）が大学に戻った。慶應義塾大学病院で初期研修を受けた七十七名中、五十五名が専修医に、一名が大学院に入学している（77・8%）。専修医が開始される。他大学や関連施設との連携をさらに深め、臨床研究も行う優れた医師を育成するため、一層魅力ある研修プログラム作りが求められている。

（武田純三 52回）

専修医は、文部科学省において、医師をはじめとする保健医療福祉専門職の養成を担当している。医師の養成に関する行政である医務行政は明治維新から明治八年（一八七五年）までは文部省が所管していたが、医務行政とその他の衛生行政はその後に分離し、以来、後者は内務省、そして厚生

政・官・財から見た慶應医学②

医学教育の改革と慶應医学

文部科学省 高等教育局 三浦 公嗣
医学教育課

離前の総合的衛生行政を文部省において最後に担当した長与専善医務局長はそのまま内務省の担当局長となり、少なからず、二〇数十年前は、文部省で医師は医務行政の責任者ではなかった。

そのような環境の中で、医学教育全体の大きな流れは医学部の教授などの先導するところとなった。全国の医学部で行われている医学教育は、医学・医療技術の進歩や社会情勢の動向を受けて、筆者自身がおよそ三十年前に受けたそれとは量的にも質的にも大きく変化し、特にここ数年は医学教育の改革は急速に進んでいると実感する。たとえば、医学部が卒業までに学ばなければならない内容は「医学教育・モデル・コア・カリキュラム」として定められ、五年生への進級の際にはその中から出題される「共用試験」の合格が事実上の要件とされている。

しかし、一面では、これらの改革は多くの大学の関係者の意思に基づき、すべての医学部が対応できるように目標が設定され、それを各大学が確実に達成してきたから、大会全体の百

ない。医療の公的投資比は多く、また、国民するものもなってきた。ついでに高等教育環境の中で、学部や附属環境も少し、たとえ、学・診療と学部の附属機能の水準に保たなりつつある関係者の意もある。

これからあり方としての医学部の動向は、社会的要請を踏まえて、医師を育てる大学は先見の明を要する。さて、総論として、慶應義塾大学で、どのようなことに注力するに当たって、関係者の意見

慶應義塾 医学部新聞

発行所 三井物産ビル 三井物産ビル 三井物産ビル
〒160-8582 東京都新宿区信濃町35
電話(3353)1211 内線64096
会費 年会費 1000円
購読料 1000円
発行人 比企能樹
毎月 1回 20日

信濃町駅前・各種診療

慶應義塾大学病院

診療時間 午前9時～午後11時
電話 3353-1211 (大代表)

信濃町駅前・各種診療

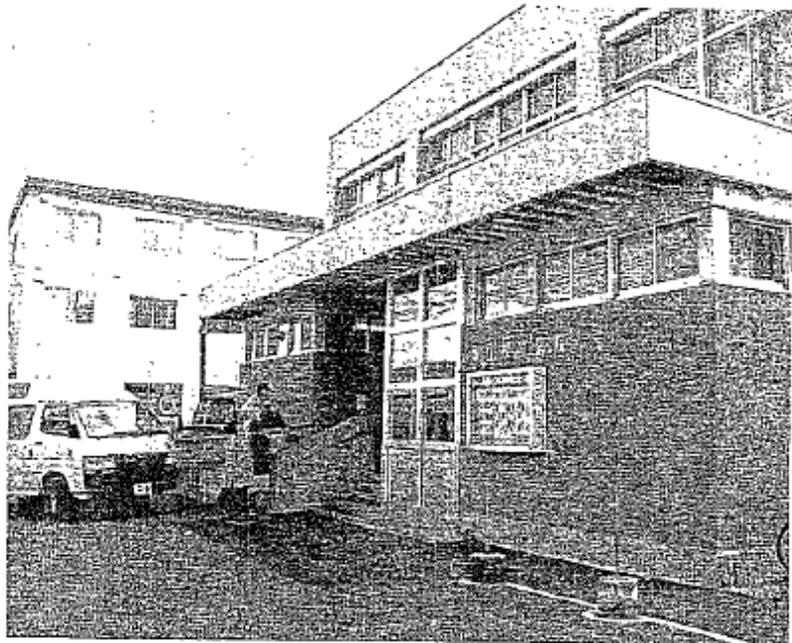
慶應義塾大学病院

診療時間 午前9時～午後11時
電話 3353-1211 (大代表)

KEIO 150
Design the Future

がんセンターが蹴った訳

「無担難題」が「地域医療問題の縮図」が。最果て、北海道根室市の市民病院への医師派遣を巡り、東京で政官医トップのバトルが勃発した。



湯中の市立根室病院。「根室地域の医療圏の基幹病院が危機的状況にあるから、ということで、今回は特別です」と厚生労働省は説明する

東京・築地にある日本のがん治療の総本山。国立がんセンター中央病院の院長室に4月3日、厚生労働省国立病院課の岡山卓人課長がやってきた。

「この問題は本来、北海道が解決すべき問題ではありませんが、緊急の事態なのでがんセンターも貢献して下さい」と、課長は、

「政権与党の政調会長からの依頼もあった。医政局長も了解していることです」

要請は一般消化器外科

医師不足に対応するために、消化器外科医を2人派遣して欲しい、という要請で、前の週にも国立病院を管轄する岡山課長から電話で依頼があったのを断ったところ、直接、乗り込んできたのだ。

求められているのは、盲腸なども含めた一般の消化器外科医。なぜ、がん診療が専門の国立がんセンターに派遣の依頼が来るのか。能登半島地震で緊急に外科医を派遣しろというなら、予定されていた手術をキャンセルしてでも派遣する。でも、根室で一般の消化器外科の診療をするためにこのがん診療に影響が出るのでは、国民も納得しない。土屋院長がそう言うと、岡山課長は、「1時間ほど括った上で、また来ます」と

言って、去っていったという。土屋院長は憤る。

「筋が違つ。地域医療への貢献をしないと云っているのではない。阪神大震災では支援チームを出しました。貢献する分野がちよつと今回は違います。まず北海道内、そこで派遣できないなら、次は東北の厚労省管轄下の病院、といった具合に順序があるはずですよ」

国立がんセンター中央病院は、乳がんの手術は5週間待ち、前立腺がんの手術は2カ月待ちなど、決して医師に余裕のある病院ではない。確かに、土屋院長の言うとおりのやりとりがあったとすれば、中川氏が、地元の病院のために、通常の手続きなり順序を吹っ飛ばし、厚労省に働きかけたようにも受け取れる。根室は中川氏の父、故中川一郎氏時代の中選挙区だった地域でもある。

「今初めて聞いたよ」

実際のところは、どうだったのか。中川政調会長は、アエラの取材に対してこう話す。「確かに医師が足りなくて大変だと根室から聞かされて、厚労省に話した。その後のことは知らないよ。『がんセンター』なんて今初めて聞いたよ」

となると、厚労省は、勝手に中川氏の名前を持ち出したということになる。岡山課長に確認すると、中川氏の秘書と根室市長の隣席には対応したことを認めたものの、

「中川議員に限らず、民主党や共産党の議員の名前も出して、国会質問などで市立根室病院の医師不足を何とかして欲しいと要請が出ている、という話をしました」と、土屋院長の「証言」を否定したが、後から、

「地元議員の名前を全部挙げるのではなく、代表として中川議員の名前を挙げました」

「ただ、あくまでも北海道からの依頼があったから。政治家から依頼があったからではありません」

どちらが本当なのか、判定がつきにくいのが、根室病院が深刻な状況にあるのもまた、間違いない。

常勤医師は05年度には17人、06年度は11人と年々減少し続け、今年4月以降はついに6人にまで落ち込んだ。市内唯一の産婦人科と脳神経外科に続き、9日からは外科と整形外科が一部休診に追い込まれる。医師を派遣していた旭川医大自体の病院の医師確保が難しくなり、医師を引きあげたことなどが大きな原因だ。

ただ、医師不足は何も根室だけの問題ではない。同じように深刻な不足に悩む病院は全国に数多い。ちなみに、憤慨した土屋院長は、中川氏とは因縁の関係の元自民党の実力者、あの鈴木宗男代議士に直訴した。しかも、根室は「鈴木」の古くからの完全な地盤だ。

地域医療問題の縮図から、別次元のバトルまで始まるかもしれない。

編集者 大岩ゆり、森 慶一

第二回安心と希望の医療改革ビジョン具体化に関する検討会資料

(追加)

医師の地域偏在、診療科偏在への対応

地域医療振興協会 顧問

(社団法人日本専門医制評価認定機構 監事)

吉村博邦

平成 20 年 7 月 30 日

1. 地域偏在への対応

研修制度が施行されて以降、結果として地方の大学病院の医師派遣機能が失われ、地域医療が崩壊した。

大学病院の研修医 H15年 5,923人（制度導入前）

H20年 3,591人（導入後5年目）

（大学全体で約40%の減少。地方の減少はより顕著）

→ 新研修制度の理念は正しいがマッチングの方法に問題がある。

(1) 初期研修制度のマッチングの見直し

① 定員を希望者数と均衡させる。

（平成19年度 定員 11,563、希望者 8,500人、空席 3,063人）

② 地域別定数の導入。

人口比で配分。東京、千葉、埼玉は首都圏として配慮。

都道府県に委員会を作って、病院への研修医の配分を行う。

(2) 研修施設の認定基準を厳格化（指導体制の確保、研修医の質の確保）

施設数 H15年 637施設（大学 134、一般 476）

H20年 2,435施設（大学 133、一般 2,302）

マッチング結果

H19年 1,080施設参加

希望者 5人以下 718施設（66.4%） マッチ者数 1,243人（15.5%）

10人未満 856施設（79.3%） マッチ者数 2,211人（27.6%）

(3) 膨大な国費が投じられている国立大学医学部の卒業生に対する、一定期間の医師不足地域勤務の制度化

2. 診療科偏在への対応

(1) 過剰勤務の解消

主治医制から、交替勤務制へ。スキルミックスの導入など。

(2) インセンティブの付加

① 現行の保険制度

ex. 専門医の行う手術に加算（10-20%）。

病院を経由して、直接医師に還元する。

専門医の質と量がコントロールされる必要がある。

② 混合診療が認められる場合

民間保険などを利用して、医師にインセンティブを付加する方法はあり得る。

限定的な領域について、自由診療をミックスさせる。

(3) 訴訟への不安の解消（安心して診療に従事できる環境の確保）

刑事罰から、民事、行政処分へ。

「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3回会議議事録（抜粋）

平成20年8月5日（火）

○高久座長

それでは今日お見えの葛西先生と有賀先生からお話をお伺いしたいと思います。まず葛西先生から10分ぐらいでお話いただけますか。

○葛西龍樹教授（福島県立医科大学医学部地域・家庭医療部）

ありがとうございます。資料の4と、今日持ち込みました私の所の後期研修のプログラムについての概要のパンフレットと、この2つを使ってお話をさせていただきたいと思います。表紙にホームページとありますので、詳しいことについては是非ホームページをご参照いただければと思います。まず1頁で、私の経歴について簡単に述べさせていただきます。大学を卒業して、日本には家庭医の研修のプログラムがありませんでしたので、最初から家庭医を専門にする予定でしたけれども、ないということで、最初は小児科の研修を北海道でやっておりました。それからカナダで正規のトレーニングをしまして、川崎大に戻ってきましたけれども、大学附属病院の中では家庭医というのは役割はなかなか示すことは難しいと考えておりました、96年に北海道に行きました。これは医療法人の中に、北海道家庭療育センターというものを作りまして、10年間そこで、日本で初となる本格的な家庭医の養成システムを構築していったところであります。後期研修に相当する研修プログラムで、後期研修卒業生を私がいる間に16名出して、いま現在もそれは続いております。この検討会の前の検討会で、参考人としてお話をいただいた草場鉄周君も、私のところの第3期生になります。それから2年前に、福島県立医科大学のほうに移りまして、ここで大学の中ではなくて、県内に広がる地域を基盤とした、県単位に広がる広域の家庭医養成システムを構築して、現在に至っています。

2頁目であります、その他の活動としましては、特に家庭医は各専門分野にわたる知識、技術等を使いますので、家庭医として臨床研究のエビデンスを評価し、それを活用するという立場からいろいろとEBMの仕事などもやっておりました。英国の医学会、医師会ですね、英国医師会出版部のBMJパブリッシンググループですが、そのClinical Evidenceの委員とか、それからBMJ雑誌本体の編集委員、さらにいろいろな総合的な生涯教育も含めた、BMJ Knowledge というもののアドバイザーなどを務めております。こういうこともきっかけとなりましたし、世界の家庭医とのいろいろな仕事が認められまして、英国家庭医学会からは名誉正会員・専門医であるMRCGPの認定を受けております。それから日本では、日本家庭医療学会の副代表理事をいま2期、2003年から務めておりました、今年の5月末に大会長として第23回の学術集会を主宰したところであります。

医療情報の関係では、マインズの事業ですね。日本医療機能評価機構の医療情報サービス事業の運営委員で、土屋先生とご一緒しております。それからClinical Evidenceの日本語版を作るということで、現在は医学書院でやっている編集委員長をやっております。

3頁目ですけれども、「家庭医療」とは、という定義を一般の人にわかる言葉で書いたものです。ただ、我々としてはここに書かれたたくさんの特徴が、実際の診療でちゃんとした成果として出せるかという、その質をどのようにするかというのが非常に注意しているところで、これを具体的な後期研修のカリキュラムに盛り込んでやっているということでもあります。最近の論文でも、家庭医療ある

いはプライマリーケアというのは質を高く提供するの是非常に大変であるけれども、質を低いものを提供するのはいかにも簡単な分野であるというような、皮肉の論文もあります。

4 頁目にきますと、家庭医のやっていることが出ています。ポイントとしましては、日常よく起こり得る、よく遭遇する状態を適切に自分で対応する。それは統計を取ってみますと、諸外国大体一致して、およそ 8 割ぐらいの問題が解決できる。それ以外の 2 割についても、自分が見ないというわけではなくて、私たちが見た上でその適切なタイミングで専門医の先生と、あるいはその他の専門職の人と協力して解決していくという、その連携が非常に得意とするところであります。そして患者の気持、家族の事情、地域の特性を考慮していく。そして患者中心の医療の方法という、具体的なエビデンスがある方法を使っています。エビデンスというのは、その患者中心の医療を行った場合に患者の満足度が上昇する、それから患者の健康度が上昇するということが、これが統計解析を用いた量的な研究でも示されているエビデンスがありますので、我々はこれを使っています。家庭医療の先進国は、大体そういう書かれている所ですけども、世界中に先進国はありまして、こういう所では医療制度上も、あるいは医学教育の上でも制度として確立しております。

5 頁目ですけども、これもよく出てくる図です。地域における健康問題が、実際 1 カ月でどのように推移していくかというのを図したものです。これは、1961 年とかなり古いデータですけども、同じ研究が小児も含めまして 2001 年にまた発表されて、ほとんど同じ結果でしたので、簡単にこの図で説明いたします。地域住民を 1,000 を分母で考えると、75%の人が、1 カ月に 1 つ以上の健康問題が出てくる。病気をするとか怪我をするとかですね。ところが、3 分の 1 しか医療に到達していない。そして入院は 9 人です。それから家庭医以外の他科専門医が必要なのが 5 人、大学病院が 1 人、そういうことになっておりますので、私はここに斜めの線を引き、その左上の領域と、右下の領域とでそれぞれの役割を果たせる医師を養成すべきだと思います。それが 6 頁に書かれていますが、その特徴をまとめました。斜めの線の左上で、地域で活躍する家庭医と、それから右下の高度先進機器の病院で先進的な各科の専門医療をする医師と、両方医師がいて、互いにその連携をすることが、少なくとも医療の医師が関わる部分では必要であって。今日この後ディスカッションになる救急のところでも正規に起こる、よくある 8 割の問題を家庭医が対応し、それ以外のところについて適切に救急の先生と協力していくということで、地域住民の救急がかなり良いケアができるのではないかと思います。日本の場合に、この各科専門医の教育はそれぞれにあるわけですが、家庭医の教育というものはいままでもなかったということがあるので、これを早急に進めていかなければならないと思います。

7 頁は、既に家庭医療の先進国で示されているエビデンス等です。家庭医と各科専門医が実際にいて、協働したらどのようなようになるか。ここでは家庭医と各科専門医が、それぞれ同じぐらいの数その国にいるというのが、大体家庭医療先進国の状況であります。このぐらいのマンパワーがいたときにどうなるかということです。ヘルスケアの要求の 90%に有効・安全に対応できる。これは家庭医が 90%対応するわけではなくて、家庭医とそれから家庭医と各科専門医との連携の上で解決できる問題も含めたものであります。残念ながら 10%の問題については、いまの医療ではまだ解決不能というもの、あるいは安全ではなかったとか、そういうアウトカムの出るものです。それからコストを減らせるとか、大事なのは病院のスペシャリストがそれぞれの仕事に集中できるということで、肺がんの専門医は肺がんの診療に専念できて、普通の肺炎とか喘息とかそういうものを見る時間はなくていいということになってまいります。救急でもそうで、普通の一次あるいは一、五次ぐらいの救急に時間を

取られることなく、入院が必要な救急患者さん、それからさらには高度な三次救急に集中できるというメリットがあります。それから医師のほうでも、この働く上でのサイエンスとアートのバランスもとれるということがあります。

8 頁目は、私の考えです。家庭医がかなりの数養成されて、各科専門医と協働することができたら、日本でどのようなことが期待されるかということであります。これはあくまでも家庭医も各科専門医も、それぞれかなり質の高いレベルに教育されているということが前提であります。まず、住民の受療のパターンが改善する。最近ではコンビニ受診というのが問題だという形では言われますが、家庭医の私たちから考えると、それだけそのコンビニエンスだから使うということがありますし、それからどうしても不安でやってきたということがあって。ただ単に医学的な問題の軽さだけで、何でこんな時間に来たんだと医療者がいうことは、どこか違うのであります。では、どういうふうに適切に医療を利用したらいいのかということと、患者あるいは住民の近くで一緒に考えてあげる、相談してあげる、そういう家庭医がいればいいのかであります。まず家庭医が、コンビニエントな家庭医を利用するという受療パターンができればいいということで、あえてその賢いコンビニ需要の普及というふうに書かせていただきました。先ほど言いましたように、病院の勤務医は病院の自分の得意な仕事に集中できますので、病院勤務医師のQOLが向上しますので、立ち去り型の開業が減少していくであろう。それから基幹病院では、いま各科専門医が非常に少ないということがありますし、福島も非常に大変な状況ではあります。ここでも、よくある問題について家庭医が地域で対応するということができれば、その連携が取れる状況であれば、たとえ少し少なめの人数でも、自分たちのやれる得意な仕事に集中できるということがあります。家庭医はエビデンス等を用いた効率的な費用対効果のいいケアを提供しますので、無駄な医療の利用が減少していきます。それから家庭医は、これだけに対応するわけではありませんけれども、高齢者の医療、長寿医療、それから予防のこと、あるいは在宅医療についても非常にこの分野でもよくある8割の問題については適切に対応できますので、そのマンパワーとしても確保できると思います。先ほども、医師の入学定員を増やすというような話が出ておりますけれども、いまでも地域枠、地域医療を担うということとを想定した枠組みで医学生の定員が増えていきますけれども、こういう学生たちに対しても卒後の後期研修にちゃんと目指すキャリアパスがあるんだということを提示できると思います。

9 頁目、福島医大のモデルについてお話します。福島医大がなぜ、私に来ていま2年で、いま3年目になったところですが、こちらのパンフレットを見ていただきますと、めくっていただいたところに福島の地図があります。そこに、これ研修医の似顔絵と指導医の似顔絵ですが、実際似顔絵でよく似ているように描かれています。このような形で県内にばっと研修医の苗を植えて、私と指導医がいま全県を回って研修をしているのです。こういうシステムが2年の間にできました。これとしましては、福島医大モデルとしての特徴は、まず大学の中に非常に連携に対する志向性が強かったということで、最近ではNEDOの採択事業であるとか、あるいは医療スーパー特区の申請であるとか、そういったことを準備したりとか、あるいは医療ITネットワークなどを開発したりして。会津大学というところに医療IT分野のエキスパートがおりますので、そういった所との連携があります。それから地域医療のニーズに応えるために専門分野を超えた教授たちがプロジェクトチームを作りまして、これが非常によく機能して、私を呼んでくれるきっかけにもなったということがあります。そういうことがありますので、地域に生き、地域に働く家庭医を県内の各地域を舞台にして養成すると

いうことを、全学でバックアップしますし、それからいま独立法人になりましたが、県立であったということもありまして、県行政もバックアップしてくれております。地域の町村行政も協力しております。それから最初から附属病院を主として使うのではなくて、県内に広がる地域を実践教育の活動の場としておりますので、その中で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ております。いま現在 20 ぐらいの施設が参加しております。それから私のネットワークがあります。世界の家庭医とのネットワークが非常に利用できるということがありまして、もう何人も指導医が福島に実際においでになっています。

10 頁ですが、質の高い家庭医を養成するというところで、日本医事新報のほうに私と、それから北海道家庭療育センターの 3 期生になりますが、富塚太郎君と 2 人で、英国の家庭医制度を少し調べまして、論文にしていますので、ご参照ください。その中で、1 番させてもらった Q O F というのは、イギリスの家庭医が 2004 年から導入した、少しラジカルな実際に質を高くしたらお金が入ってくるというインセンティブを取った、世界でもかなりラジカルな実験になります。実際このことで 2 年間経つと、ここにあるような、これは糖尿病のペアを例としていますが、これだけパフォーマンスが実際上がるということがあります。日本でもこういう形でするのでなくて、日本の実情に合わせて家庭医の質が追求できるようなインセンティブも含めた制度が必要かと思えます。

11 頁、最後ですけれども、具体的な私の僭越ながら提言をさせていただきます。まず、都道府県単位以上の広域で、広域に及ぶ公益性の高いシステムを構築して、家庭医と、家庭医の指導医を多数養成していただきたいと思えます。いま家庭医療学会が後期研修プログラムの標準としたものを作って、それで 70 ぐらいの研修プログラムが全国でできています。本当に 1 つの大学、1 つの病院とでやっていて、なかなか都道府県単位で大きなものからできるというのは、福島でしかいまありませんので、是非こういうことを誘導していただきたいと思えます。その際に、1 つの施設だけでやるのではなくて、大学や医療機関、住民、行政、医師会が協働して、実際にみんなが連携してやれる先進モデルを核としていただけたらと思えます。もちろん福島は喜んでそれをお手伝いしたいと思えます。北海道では、北海道家庭療育法人ですが、それ以外に町村が 3 つぐらいいまやっております。それ以外に札幌医大等でやっている北海道の研修プログラムもありますから、北海道は可能性としてはあるのではないかというふうに考えています。そして質に拘りますけれども、国民のニーズに応えるというのが一番大事ですので、そのための質の高い家庭医を養成する、そのための教育評価認定システムの構築を支援していただきたいと思えます。いずれにしても、地域で頑張っている医師が報われて、そこで働くことが楽しいというようなシステムになっていければいいなと思えます。以上です。

(中略)

○ 川越委員

葛西先生にお聞きしたいのですが、家庭医というか、いままでいくつか養成の講座というのがなされてきたのですが、それがうまくいったという話はあまり聞かなくて、残念な気がしていたのです。どうしてそれがうまくいかなかったのか、どういう所を改善すれば先生がやられていたようなものができたのでしょうか。つまり、先行の試みというものがあれば教えていただきたい、これが第 1 点です。

あと、医者を育てても、1人で地域に出て行くのはかなりきついことなのですね。ですから、後のバックアップ体制が非常に大切なわけです。つまり、ある意味で未完成の医者が地域に出て行くことが当然起き得るわけですね。これは自治医大のほうで経験があると思うのですけれども。高久先生にもその辺のところ。昔で言うと、要するに1人で敵地に出して行くようなものですね。やはりそれに対してのバックアップがないと、せっかく育てた医者がつぶれてしまうことが当然あり得るわけで、その辺の所がすごく大事ではないかという点です。もしその点に対してのコメントがいただけたらよろしいかと思います。その2点についてお聞きします。

○高久座長

葛西先生、どうぞ。

○葛西教授

ありがとうございます。成功しているプログラムがあまり目立たないというのは確かにありますが、私が先ほど話した、北海道で10年間やったものに関しては外部の評価もあって、住民の満足度、救急のトリアージ、それから、医療機関の適正利用という点で、かなり改善したという報告は出ております。それが1つと、いま福島で2年間、このぐらい立ち上げられたことがあります。それから、日本家庭医療学会のほうで、平成18年度に新しく標準化した後期研修のプログラムを作って、これで後期研修を募集したところです。この研修がスタートしたのが平成18年で、いま70プログラムぐらいが研修を進めているのですが、多くの所では、指導医でさえ家庭医のことについてよくわからないとか、内科の研修プログラムとほぼ変わらないようなことをしてたりとか、まだまだだと思いますが、学会のほうでは指導医に、家庭医を指導することについてのワークショップを年4回開催して、できるだけいいプログラムになっていっていただこうとやりながら、研修プログラムをよくしていっていただこうということで、数年後が楽しみだという状況です。

それから、研修が終わった後に1人で派遣というのですが。日本の場合だと、診療所の医師、あるいは開業医という者はソロプロドクター、1人で診療してるというイメージが非常に強いのですが、それだと当然、物理的に地域を24時間、365日守ることができません。我々が考える単位は1つの完成型なり、研修医が2人、指導医が2人というところで、4人単位です。そうすると、1カ月で1週間、夜間、休日の当番をすることができますので、医師のQOLとしてもそれほど悪くない、そして、指導員にも相談できるという状況を作っていこうと、もう少し大きい所では、さらにその指導医を指導する上級指導医も含めた8人体制を作ろうと、そういうことでやっております。ただ、2年間で研修医が13人集まったといっても、これは福島医大の出身者が4人で、それ以外が他の所から来て、北海道からも沖縄からも来ています。13人来てもまだ研修医ですから、後期研修の最初の2年間は病院でのトレーニングを主体として、3年目から地域に出ると。1人で出るのではなくて、まだ指導医が少ないですけど、最初の3年目になった人にはとりあえず2人で頑張ってもらって、そこに日中必ず指導医が出かけて行くと、夜間に関しては電話対応していこうというわけで、数年後に完成型の4人になるのを目指してやっております。ですから、研修が終わっても1人で行ってやることは、地域住民のニーズに応える質から考えてもやはり問題ですので、我々は複数名で配置することを考えて、他のプログラムにもそれを推奨していきたいと思っています。

○高久座長

葛西先生が福島に来られる前は、これは室蘭でしたね。

○葛西教授

室蘭ですけど、札幌と。2と1でも。

○高久座長

そうですね。家庭医療センターをやっておられて。私は主に後期研修ですね。

○葛西教授

そうですね。

○高久座長

卒業式に行ったことがあります。かなりうまくいっていると思いました、ただ、人数が少なかったから、あまりよく知られていない。コースをきちんと修了されて、開業され、立派にやっておられていますし、カリキュラムはうまくいっていると思います。それから、自治医大の場合には、今度変わりましたが、以前は大学から研修病院に特にお願いをして、別なプログラムで内科とか救急などを中心とした初期研修のプログラムをお願いをしてきました。初期研修が終わった後には島で一人で診療するためなかなか大変なのですが、陽性な人間はいいのですね。住民に頼られてやりがいがある。陰性の方は、大変だと言っています。性格にもよりますが。大学も色々なバックアップ体制を作っています。しかし、個人差がかなりあると思います。7年間へき地医療をやりますとプライマリーケアに非常に強くなります。それだけは間違いありません。

○岡井委員

いまの話の延長で言いますと、葛西先生が説明された家庭医というものは地域医療の中では絶対に不可欠だと私も思います。ただ、いま医療の中で、位置づけと役割というか、制度としてきちっと認知されていないところがあって、相当しっかりやらないと。そういうことを目指している若い医師がいても、自分の立場を理解してもらえない、国の制度の中で認知してもらっていないから、その体制がしっかり確立されないのだと思います。吉村先生、いま専門医制度の中ではどういう方向に持っていこうと考えているのか、教えていただければと思います。

○吉村委員

前回申し上げましたが、すべての基本的な医療体制の中で、総合医と、それから、眼科とか耳鼻科とか消化器科とか、各科の専門医がありますね。まず、そういうものを基本専門医師学として見ていきたいと。それに、そのプログラムを各学界が現代に担っているわけですね。ですから、これを各学界が勝手にやっていますので、それを是非オーソライズされた組織できちんとやります。その中の総合医というのは当然専門領域の1つとして認定していかないと。希望する方は少なくはないのですが、制度として確立していない。専門医も取れないし、何も取れないと。各個人の熱意とか、そういうことに頼っているのが現状だと思います。

○岡井委員

標榜科という、基本診療科というのがあるではないですか。そういう概念が少なくともその中に入っていないですね。

○高久座長

それにはいろいろな経緯があります。先生のおっしゃるとおりです。20年前に当時の厚生省が家庭医構想というのを出したのですが、非常に強い反対があって、それで消えてしまった。それから、唐澤医師会長がなられ、1期目のときに、総合診療医の認定制を作ろうとされて、いま話を進めていた

ところでは、そのときに厚生労働省から、総合科の標榜科という提案がありまして、それで、また少しガタガタしました。私の個人的な考えですが、唐沢先生がもう1期やられるので、おそらく医師会で、総合診療医の認定制を作ると思います。葛西先生の日本家庭医療学会やプライマリーケア学会、総合診療医学会と合同で、認定制を作るかという案がありました。そうすると、吉村先生の専認協とうまく話し合いをしていく必要があるのではないかと。しかし早速小児医科学会から反対が出ました。総合医は、小児もせめて学童ぐらゐは診ようではないかと言ったところ、総合医が小児科の患者を診るのは小児科診療のレベルを下げるという反対声明が小児科学会から出ましたが、一部の小児科の先生は、学会の声明に批判的です。しかし、小児科学会の中枢の方々はそのように考えています。私とすれば、どういう形でもいいから、岡井先生がおっしゃったようなパスを是非作る必要がある。それから、今後後期研修の議論をするときに、総合医とか総合診療医、家庭医の問題が当然入ってくると思います。

○ 吉村委員

1つだけ追加させてください。いま座長から標榜診療科の話が出ましたが、標榜診療科とは、医師が「私はこの診療領域の患者さんを受け入れますよ」という、患者さんを受け入れる診療の範囲です。本来、標榜科の診療はその領域の専門医によって行われるべきとは思いますが、特に、地方では、自分の専門領域以外でも一般的な小児科や内科、皮膚科など幅広く診て欲しいわけです。その中で、例えば私は循環器内科の専門医を持っていますよとか、小児科の専門医を持っていますよといった、そういう専門領域のトレーニングを受けたという証である専門医資格を併記することで、受け入れる標榜診療科とは別に、患者さんから見て、この先生はこういうトレーニングを受けた方で、これが専門だということがわかるようにしたらどうかと考えております。

それからもう1つ、総合医のことです。いま葛西先生のお話にあったように、最初から若い時から総合医としてのトレーニングを受けた方とか、あるいは自治医大のように幅広く、僻地でも離島でも1人でやるようにトレーニングされた方と、いったん専門領域の診療を終えて開業している先生方、それぞれ専門を持ちながらもリタイアした後で地域で幅広く診ておられる方、例えば、心臓外科の医師もいずれ病院を辞めれば心臓の手術ができないわけですから、そういう方々が地域医療に貢献したいと考えたときにどうトレーニングするか、その2つをドッキングしなければいけないと思います。

○ 嘉山委員

よろしいですか。葛西先生はイギリスの医療のことをおっしゃったのですが、私は2年前にイギリスへ視察に行って、やはりイギリスは家庭医を作って、非常にいいと思います。ただ、イギリスの医療はなかなかうまくいってない現実があるわけですね。葛西先生は非常にシームレスに患者さんの受け渡しができているようにお書きになっているのですが、いま高久座長がおっしゃったように、家庭医から専門医に行く所の壁が高いのではないかとというのが日本の多くの学会の危惧なのです。ですから、イギリスでは崩壊してしまっていて、胃がんが6カ月も待つことが現実になっているわけです。何故イギリスの家庭医はうまくいってないのか、教えていただきたいのです。

○ 葛西教授

イギリスの家庭医はうまくいってなかったのですね。

○ 嘉山委員

先生は先ほど、イギリスも家庭医が非常にうまくいっているとお話をされたのですが、実はそんなにいいレベルではないのですね。

○ 葛西教授

ああ、わかりました。イギリスの医療に関しては日本でもいろいろな情報がありますが、多くはサッチャー政権の頃の話で、その後のブレア政権からいまのブラウン政権の改革とか、新しいものがほとんど入ってきていない状況です。ですから、いまでも半年待ちとかいうのがあって、それを短くする努力はしてたというのがありますので。家庭医療に関しては、私が資料として出した、日本医事新報の文献を是非読んでいただきたいと思います。

かなり問題を大きくしてしまうと、では医療制度がうまくいっている国がどこにあるのかということになります。それぞれの問題があるわけで、その問題の解決のために、それぞれの国の歴史とか文化、社会保障制度の歴史等を見て、みんながうまく知恵を出していいシステムにしてきた。ですから、私は個々のシステムに、何が秀れてる秀れてないというよりも、ある意味で改革疲れをしてるといふ所もありますが、改革を一生懸命続けてきた、そして、それが国民のニーズに合ったものにするという大きな目的のために戦ってきたと、そこを見習えばいいと思います。

○ 嘉山委員

ただ、新しいコンセプトを入れるときには、ちゃんと問題点をわかって導入しないと、ある理念で入れてしまうと、見えない影が国民に大きく負担にきますので、そこを先生が、やはりシームレスに専門医を送ることを強調して教育していただけるならいいと思います。

○ 葛西教授

ええ。もちろんそういう教育をしていくということで。家庭医の議論をする場合に、3頁に書いた「家庭医療」とは？とか、家庭医療の本質に関わる部分について、これは反対される方は少ないのではないかと思います。ただ日本の場合、理念的な所、家庭医療の役割をどのように実際の現実に適用するかという管理運営的な所、あるいは手続き的な所で、イギリスの制度を持って来たら順当割りになってどうのこうのとか、アメリカのシステムをやったら市場原理が入ってどうのこうのとか、いろいろと管理運営的な所で困るのです。それは家庭医療の欠点を言っているわけではなくて、日本ではどうしたらうまく導入できるかということを考えていただきたい。我々はもちろん専門医との連携に対して非常に気を使ったトレーニングをしますし、それから、専門医の先生たちにも聞いて、どういうタイミングでどう送るのがいいのか。そして、これは地域によっても非常に違います。福島の場合、例えば南会津とかであれば、小児科のいる病院まで1時間かかるとか、さらに高度な医療が必要な場合にはその先また2時間かかるとか、そういう状況の中で専門医とどう連携していくのかは、その地域ごとの実情に合わせてやっていかなければと思います。

○ 嘉山委員

わかりました。大臣がいらしたので、お願いします。先ほど川越委員が言われた、若い人はどうだろうと、資料9の6-1、これです。これは文部科学省から概算でいただいて、先ほどお話になった、私も団塊の世代なのですが、医師になってる人で団塊の世代はすごく、社会に貢献することを美化と教わってきていますので、そういう人たちをリフレッシュで教育して、去年1年間で6人を地域医療に回しています。それは葛西先生がおっしゃったようなプログラムで総合医として教育し、地域医療で必要なスキル、ノリジェンド、エシックスを教えて、オーダーメイドのプログラムを組んで、山形からではなくて他の地域から来て全国の地域医療へ赴きました、もしこういう所に予算を取っていただければ。全国でやっているのは、文部科学省ではうちだけがこのプロジェクトを行っています。各

地区でこういう、要するにリチャレンジではなくてリフレッシュだと思っているのですが、心臓外科の医師がその専門を捨てて総合医になるということをやれば、安心して離島にも出せますので。この辺の予算を組んでいただけたらと、これはコンセプトとして大きなことなので、お願いしたいと思います。

○舛添厚生労働大臣

山形でこれだけやるのに、いまどのくらいお金がかかっていますか。

○嘉山委員

これだけやるのに、大体 8,000 万円です。

○舛添厚生労働大臣

8,000 万円ですか。

○嘉山委員

ええ。この前文部科学省でヒアリングを受けたのですが、新木さんもいらしたと思いますが、三浦さんだったかな、6人だとドクター派遣会社を通じるよりもずっと安く教育しています。

○舛添厚生労働大臣

では、この件は検討させていただきます。新木課長、いますから検討項目に挙げておいてください。

○土屋委員

先ほどの岡井委員の、形を作って、それでというのは、先ほど高久座長がご説明になったように、30年ぐらい前から何度か失敗してるので、いま持ち出すのはあまり適当ではないだろう。むしろ葛西先生の言われるようなもので、いまは小規模だけど、これを繰り返していく中で、本物の家庭医が育ったところで、デファクトスタンダードとして出来上がったところで後から名称を得るというほうが、実際には発展性があるのではないか。そのつなぎとしては、いま嘉山委員がおっしゃったように、いま10年目、15年目の、ある専門分野では1人前なのを幅を広げて僻地に行けるようにするプログラムがいいのです。これは2月12日の超党派議連のときにも提案したのですが、そういう方を1、2年つなぎで行っている間に、葛西先生の所の本物が育ってくるのを待つべきではないかと。いまいきなり持ち出すと、右往左往して、てんやわんやになると思いますので、その点は気をつけたほうがよろしいかと。

それから、自治医大の高久座長を前にして申し訳ないのですが、多くの件で失敗してるのは、やはり研修病院や、大学病院がセクショナリズムで、葛西先生のが武田総合病院と大学中央病院で、私は両方とも手術をやりに行ったことがあります。中央病院には隔壁がないのですね。ですから、同じ内科といっても、消化器も循環器も呼吸器も全部勉強できます。大学だと、ある内科に預けてしまうと1つのことしかできないわけです。その辺が、大学病院も隔壁を取って、ローテーションができるようなシステムを作らないと、家庭医を大量に育てることはなかなか難しいでしょう。おそらく葛西先生の所も、全国規模に広げるにはどうしたらいいか、そこを真剣に考えなければいけないと思います。

○高久座長

いま後期研修という形で、亀田総合病院がそうですが、家庭医のコースが大分できていますので、そういうコースをもっと増やして、後期研修を終えた人に総合医なり家庭医の認定を出すことならば、若い人は結構入ってくると思います。若い人は何らかの資格がほしい、これは当たり前のことだと思

います。後期研修の中でそういうコースを増やしていく。私はアメリカのレジデンシー制度なども参考にしながら、後期研修の問題を議論していく必要があると思います。そうしないと、医師の専門の偏重の問題が永遠に片づかないと思いますし、この問題が片づかないと、医師を如何に増やしても結局いやな所に行かないですから。後期研修をどのようにして構築していくか。その中で家庭医、総合医というのが議論されるべきではないかと考えます。

○ 海野委員

私は、地域偏在の問題と診療科偏在の問題、両方あるわけですが、地域偏在の問題を解決するのは非常に難しく、その1つの答えが家庭医療であるのは間違いないと思います。いま日本の中で、地域医療として家庭医療分野を本当に必要としているのがどの程度あって、そこをどういう形で他の専門分野の先生方と連携していく形を作っていくのか、都市部で本当にいるかどうかという問題もあると思うので、その辺は必要かと思えます。それで、産婦人科・小児科救急の問題がずうっと出てますが、私の認識では、それはやはり国民のニーズとして、実際にはそれらの科が地域でプライマリケアを提供しているのだと思います。要するに、地域でお産したいというのはごく自然なことですし、子供が具合が悪いときにすぐ診てもらいたいというのもニーズなので、それに対してどう応えるか、全部簡単にはいかないことになると思います。この間大臣に、具体的な、どのような、予算になるような話をということだったものですから。資料6の3頁に、incentive 付与に関するご提案を3頁にわたって書かせていただきました。これは incentive 付与の具体的なやり方についてのことです。

それから、小児科ですが、小児科のほうはここに委員がいないので、小児科学会の先生方に伺います。私の資料のいちばん後ろ、41頁ですが、「地域病院小児科医療確保のための要望」という形で、これは大阪の母子保健総合医療センター総長の藤村先生のお名前で要望が出ています。大熊先生の資料7にその内容と背景が詳しく書かれていますので、ご覧ください。

○ 高久座長

どうもありがとうございました。

「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3回会議資料（抜粋）
○資料4 葛西先生提出資料（抜粋）

「家庭医療」とは？

どのような問題にもすぐに対応し
家族と地域の広がりの中で
疾患の背景にある問題を重視しながら
病気を持つひとを人間として理解し
からだとこころをバランスよくケアし
利用者との継続したパートナーシップを築き
そのケアに関わる多くの人と協力して
地域の健康ネットワークを創り
十分な説明と情報の提供を行うことに責任を持つ
家庭医によって提供される
医療サービスです

Department of Community and Family Medicine, Fukushima Medical University: R. Kassai 2008

3

「家庭医」とは？

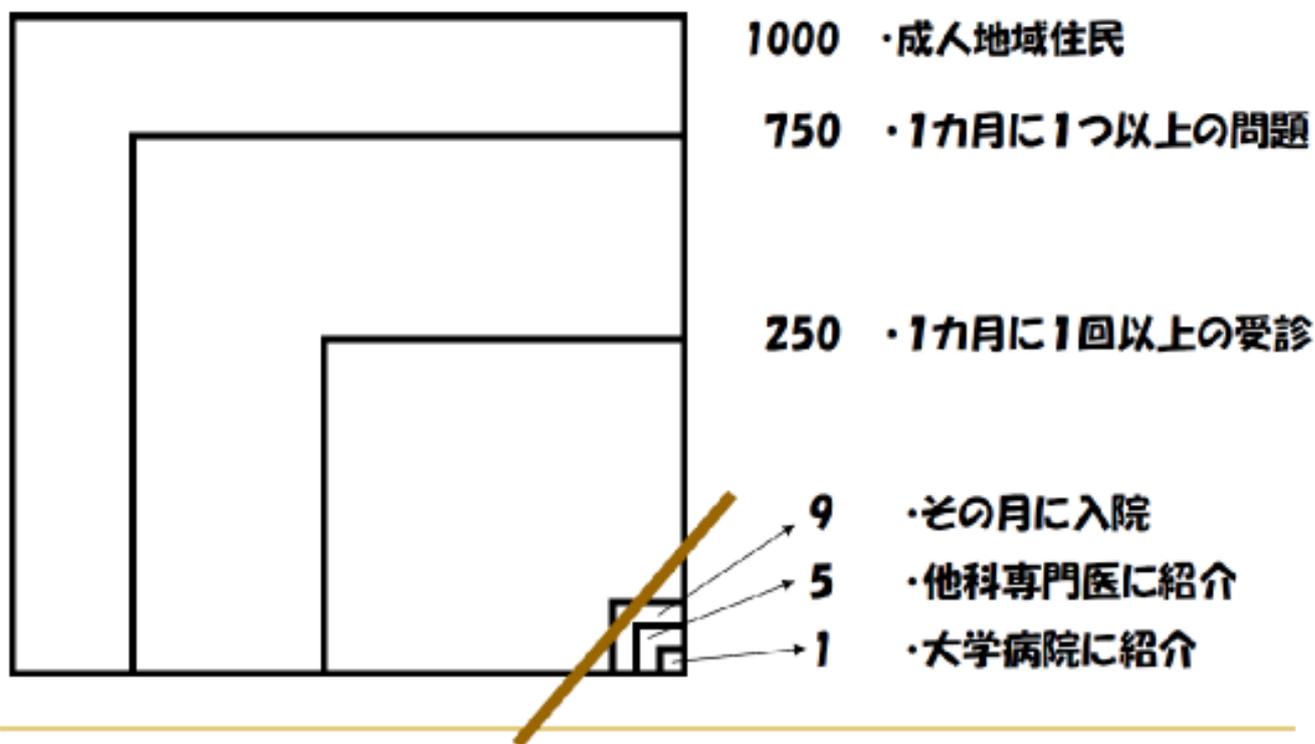
- 「家庭医」とは、健康問題や病気の8割を占める「日常よく遭遇する状態」を適切にケアすることができ、各科専門医やケアに関わる人々と連携し、患者の気持ち、家族の事情、地域の特性を考慮した、エビデンスに基づく「患者中心の医療」を実践できる医師をいう。
- 「家庭医療」は、ヨーロッパ（英国、オランダ、デンマーク）、北米（カナダ）、アジア・オセアニア（シンガポール、香港、マレーシア、オーストラリア）、アフリカ（南アフリカ）では、医療制度上も医学教育制度上も確立している専門分野である。

Department of Community and Family Medicine, Fukushima Medical University: R. Kassai 2008

4

地域に起きる健康問題の行方

(White KL, Williams F, Greenberg B: N Engl J Med, 1961)



Department of Community and Family Medicine, Fukushima Medical University: R Kassai 2008

5

■ 家庭医

- よくある健康問題
- 初期像から対応
- 主として外来・在宅
- エピソードを越えて継続
- 時間を使う
- 多数の患者
- 家族・地域の背景
- 健康因を重視
- 個別健康維持・増進

■ 各科専門医

- まれな疾患
- 経過中に紹介される
- 主として入院
- エピソードごと
- 高度先進医療を使う
- 限られた患者
- 生物・病理的背景
- 病因を重視
- 集団検診

Department of Community and Family Medicine, Fukushima Medical University: R Kassai 2008

6

家庭医と各科専門医がいて協働したら (家庭医療先進国で示されていること)

- ヘルスケア要求の90%に有効・安全に対応できる
- 検査、紹介、治療のコストを減らせる
- 病院とスペシャリストは必須の仕事に集中できる
- 患者の満足度が増加する
- 健康についての不平等が改善する
(貧 vs. 富、都市 vs. 地方)
- 医療におけるサイエンスとアートのバランスをとる

[Neighbour R (2007) *Family Medicine: the speciality of community generalism.*]

家庭医と各科専門医がいて協働したら (日本で期待されること)

- 住民の受療パターンが改善する
→賢い「コンビニ受診」の普及
- 病院勤務医のQOLが向上する
→立ち去り型開業の減少
- 基幹病院における各科専門医の不足を緩和
→各科専門医療の質が向上
- 効率的なケア提供 → 無駄な医療が減少
- 長寿医療、予防、在宅医療のマンパワー確保
- 「地域医療枠」医学生へ目指すキャリアパスを提示

福島医科大学モデルの特長

- 優れた連携の基盤がある(新エネルギー・産業技術総合開発機構NEDO採択事業、医療 IT ネットワーク、医療スーパー特区申請)
- 地域医療のニーズへ応えるため、専攻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
- 「地域に生き、地域で働く」家庭医を県内各地域を舞台に養成することを全学で、そして県行政でバックアップした(町村行政も協力している)
- 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
- 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世界標準の質を目指すことができる

家庭医療の質追求

プライマリ・ケア再考－英国家庭医制度から学ぶ

①プライマリ・ケア診療の質追求

②家庭医の役割・倫理教育と規制 — 特に医師免許更新制度を巡って

[葛西龍樹, 富塚太郎(2008) 日本医事新報 2月9日・5月31日号]

Quality and Outcomes Framework (QOF) “pay-for-performance”

人口46万の地域、糖尿病16,867人、2004年4月→2006年3月

BMI 73→89%

喫煙 44→95%

HbA1c 75→94%

網膜症スクリーニング 47→84%

末梢の脈拍 22→81%

末梢神経障害検査 22→81%

血圧 87→97%

微量アルブミン検査 7→77%

血清クレアチニン 81→94%

血清コレステロール 78→93%

[目標達成の改善]

□ 禁煙アドバイス

□ HbA1c

□ 血圧

□ ACE阻害薬使用

□ 総コレステロール

□ インフルエンザ予防接種

[Tahrani (2007) *Br J Gen Pract*]

Department of Community and Family Medicine, Fukushima Medical University: R. Kassai 2008

10

具体的な提言

- 広域(都道府県単位以上)におよ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する
- 大学、医療機関、住民、行政、医師会の協働ができる先進モデルを核とする
- 「国民のニーズに応える」質の高い家庭医の教育・評価・認定システムの構築を支援する

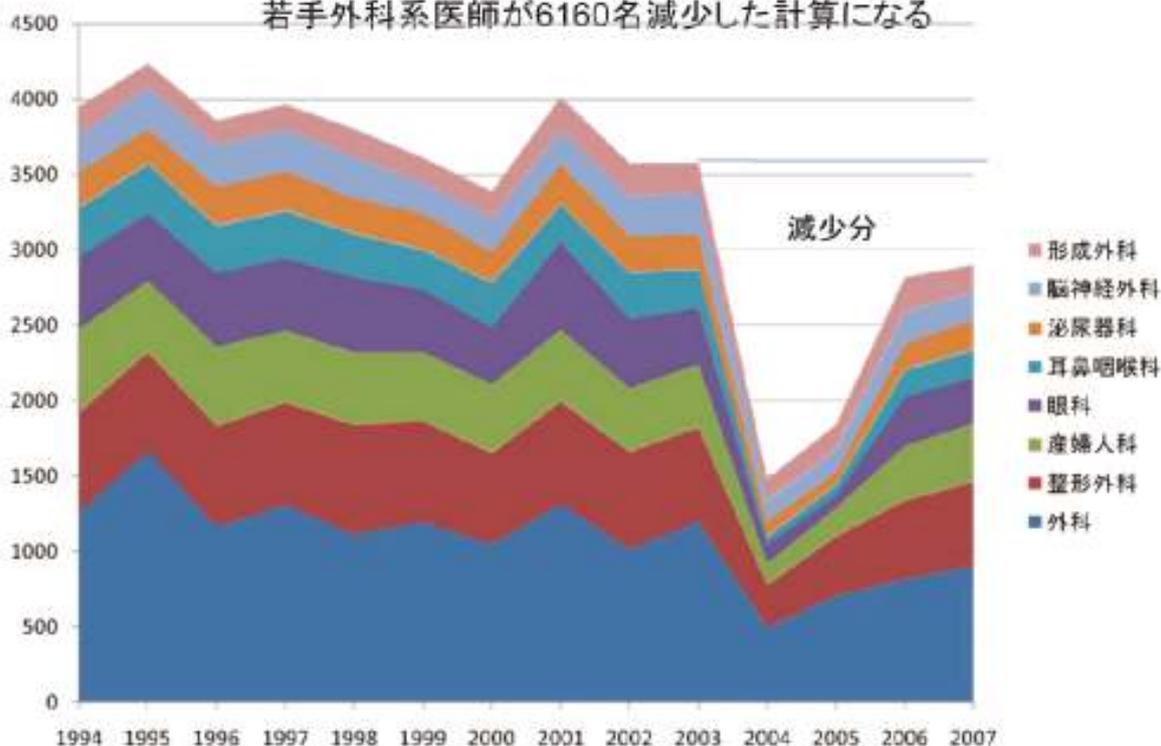
地域で頑張っている医師が報われる政策に期待します

Department of Community and Family Medicine, Fukushima Medical University: R. Kassai 2008

11

外科系学会新入会員の推移

2002-2003年と比較して、2006-2007年には新入会員が25%減少した
臨床研修制度開始後、病院の医療現場から、
若手外科系医師が6160名減少した計算になる



新医師臨床制度の導入前後の基本領域学会の新規入会者数の推移

導入期には減少したが、その後は、導入以前の水準以上に入会者数が回復している学会								
1994-2003平均	内科	医学放射線学会	形成外科	小児科				
	3280	252	184	608				
2004-2005平均	3163	102	153	419				
2006-2007平均	3364	262	203	699				
臨床研修制度導入期の変化率	-3.7%	-59.5%	-16.8%	-31.1%				
臨床研修制度導入後の変化率	2.4%	3.9%	10.2%	14.9%				
導入期に減少し、その後も、導入以前の水準に入会者数が回復していない学会								
1994-2003平均	外科	整形外科	産婦人科	眼科	耳鼻咽喉科	泌尿器科	脳神経外科	皮膚科
	1232	663	470	463	295	239	256	220
2004-2005平均	603	336	161	109	62	93	143	212
2006-2007平均	664	535	372	319	183	104	199	199
臨床研修制度導入期の変化率	-51.0%	-48.9%	-65.7%	-76.0%	-79.1%	-61.3%	-44.2%	-3.5%
臨床研修制度導入後の変化率	-29.9%	-18.8%	-20.9%	-31.2%	-39.0%	-23.1%	-22.4%	-14.0%
導入期に入会者数の明らかな減少が認められなかった学会								
1994-2003平均	皮膚科	臨床検査	救急医学	リハビリ				
	351	247	722	487				
2004-2005平均	377	256	1161	510				
2006-2007平均	282	255	1011	488				
臨床研修制度導入期の変化率	7.5%	3.8%	60.7%	4.6%				
臨床研修制度導入後の変化率	-19.6%	5.0%	40.0%	0.1%				
データが不完全、あるいは導入期と専門医制度の改革が重なって、入会者数が新規専攻者数を反映しない可能性のある学会								
1994-2003平均	精神神経科	麻酔科						
	196	344						
2004-2005平均	961	456						
2006-2007平均	1042	426						
臨床研修制度導入期の変化率	390.6%	32.6%						
臨床研修制度導入後の変化率	431.6%	23.7%						

「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回会議資料（抜粋）

平成20年8月21日（木）

○資料1 事務局提出資料（抜粋）

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歯学部総合病院	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
杏林大学医学部附属病院	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	388.0
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	278.0
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	31,931.8
		平均	389.4

資料 8

「「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5回会議資料（抜粋）

平成20年8月23日（土）

○資料 4 吉村委員提出資料

第五回安心と希望の医療改革ビジョン具体化に関する検討会資料

（第二回提出資料に追加・改変）

医師の地域偏在、診療科偏在への対応

地域医療振興協会 顧問

吉村博邦

平成20年8月

1. 地域偏在への対応

新医師臨床研修制度が施行されて以降、結果として地方の大学病院の医師派遣機能が失われ、地域医療が崩壊した。地域医療崩壊への対応は急務。

→ 新研修制度の理念は正しいがマッチングの方法に問題がある。

(1) 初期研修制度のマッチングの見直し

- ① 定員が過剰。希望者数と均衡させる必要がある。
(平成19年度 定員 11,563、希望者 8,500人、空席 3,063人)
- ② 地域別定数の導入。
人口比で配分。東京、千葉、埼玉は首都圏として配慮。
都道府県に委員会を作って、研修医の配分を行う。
地方の大学と地域の基幹病院が連携したプログラムの作成。

(2) 研修施設の認定基準を厳格化

指導体制の確保、専門研修と連続性を持たせる。

→ 質の高い医師の養成を図る必要がある。

認定施設数

H15年(制度導入前) 637施設(大学134、一般476)

H20年(導入後5年目) 2,435施設(大学133、一般2,302)

マッチング結果

H19年 1,080施設参加

希望者 5人以下 718施設(66.4%) マッチ者数 1,243人(15.5%)

10人未満 856施設(79.3%) マッチ者数 2,211人(27.6%)

→ 全診療科のバランスのとれた医師養成は困難

(3) 膨大な国費が投じられている、特に国立大学医学部の卒業生に対し、一定期間の医師不足地域での勤務を促す仕組み(制度)を構築する。

2. 診療科偏在への対応

(1) 過剰勤務の解消

医師数の増加が必須

主治医制から、交替勤務制へ。

スキルミックスの導入

メディカルクラークの導入

トリアージナースの養成

医療メディエーターの育成

助産師、看護師等による医行為の規制緩和と教育など。

残業手当・夜間勤務手当の支給（これを可能とする診療報酬体系）

(2) インセンティブの付加

① 現行の保険制度

専門医の行う手術等に加算（10－20％）。

救急医療、分娩施設に対する補助金

→病院を経由して、直接医師に還元する。

専門医の質と量をコントロールできる、権限を有する組織が必要。

② 混合診療が認められる場合

医師にインセンティブを付加する方法はあり得る。

限定的な領域について、一定限度の自由診療をミックスさせる。

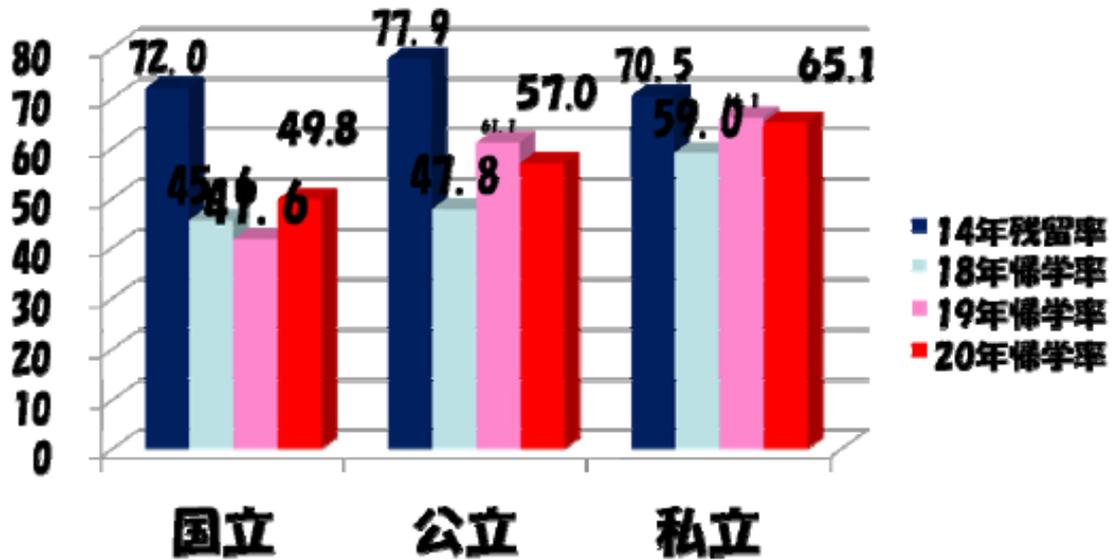
慎重な議論が必要である。

(3) 訴訟への不安の解消（安心して診療に従事できる環境の確保）

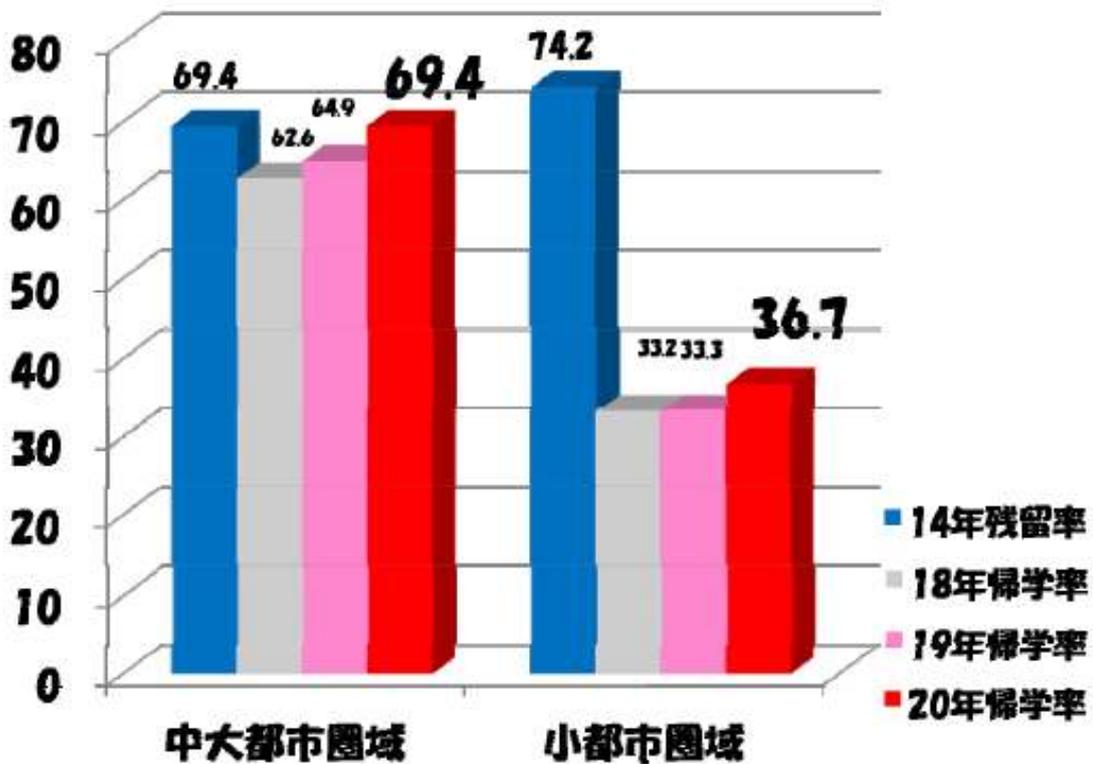
刑事罰から、ADR（裁判外紛争処理）、民事訴訟、行政処分へ。

参考 1. 大学別臨床研修終了者帰学状況（全国医学部長病院長会議資料）

大学別臨床研修終了者帰学状況



参考 2. 大学別臨床研修終了者帰学状況（全国医学部長病院長会議資料）



参考 3. 北里大学病院における研修医の志望診療科の分布

平成19年度、後期研修医の志望診療科(北里大学病院)

	北里研修終了者	他施設からの採用者	合計
消化器内科	3		3
内分泌代謝内科	3		3
循環器内科	5		5
神経内科	1		1
呼吸器内科	1		1
血液内科	4		4
精神神経科	2	4	6
皮膚科	4	2	6
放射線科	0	1	1
外科	1		1
整形外科	4		4
形成外科	0	4	4
眼科	3		3
耳鼻咽喉科	2		2
泌尿器科	1		1
産婦人科	3		3
小児科	3		3
麻酔科	1		1
救命救急センター部	2	2	4
総合診療部	1		1
合計	44	13	57

膠原病感染内科	0
心臓血管外科	0
呼吸器外科	0
脳神経外科	0
臨床検査部	0
病院病理部	0

参考 4. 医学生、研修医、医師の施設別分布 (平成 14 年)

	大学病院	一般病院	診療所 (開業)
医学生	100 %		
研修医	71.4%	28.6%	
20代*	41.6%	57.1%	1.4%
30代	30.2%	58.9%	11.0%
40代	13.9%	50.5%	35.6%
50代	6.9%	40.6%	52.5%
60代	3.6%	31.6%	64.8%
(* 研修医を含む)		(厚生労働省資料より)	