

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第4章 医療サービス提供のあり方

第1節 医療情報は特殊だが,できるだけ共有化に取り組む必要がある

医療サービスが増大し,変化する患者ニーズをいかに合致させるかが課題となっている。同一の疾病で複数の医療機関に受診する患者も少なくない。また,それぞれの医療機関の医師や専門とするところを知りたいという者も多い。

医療サービスの特性として,サービスの内容が事前に明らかでなく,また消費者である患者がその内容を決めるといよりは医療専門家が決めていくということがある。情報の不足などから患者の満足度が低くなったり,また特定の医療機関に患者が集中してしまうという事態が生じることもある。

特に患者の日常生活の維持が重要な慢性疾患では,患者の意思決定が重要な意味を持つてくる。生活習慣に根ざした慢性疾患に対応するには,患者あるいは家族の病気に対する理解と,治療方針への積極的な協力が不可欠であるからである。患者に対する十分な説明と同意(インフォームド・コンセント)が注目を集めているのは,単に不治の病におけるQOLの向上だけではなく,まさにこのような状況があるからにほかならない。

また,患者はどこにどのような医療サービスがあるか,それがどのようなかたちで提供されるのかを的確に把握し,そして自らの責任において医療という医師などの専門家との共同作業に取り組むことで,満足を得ることができる。したがって,医師をはじめとする医療関係者が変容を迫られていると同時に,患者もまた変わっていくことが求められている。

医療情報については,多くの制約はあるものの,医療関係者,患者ともに努力しながらその共有化に向けて取り組んでいかなければならない。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第4章 医療サービス提供のあり方

第1節 医療情報は特殊だが,できるだけ共有化に取り組む必要がある

1 医療情報への要請は,時代とともに急速に変わってきている

医療に関する情報としては,制度や仕組みにかかわる行政情報,医療機関や医療関係者の情報,医学・医術の情報,そして患者や家族の情報などがある。これらの情報が,患者と家族のものになりにくい原因として,以下のような医療情報の特性が指摘されている。

- 1) 医療サービスとして提供されるものの内容の専門性が高く,一般には理解しにくい
- 2) 医師(医療従事者)と患者との医学・医療知識の差が大きい
- 3) 患者のプライバシー保護など医師の職業倫理や,良き医者はいかにあるべきかを説いた「ヒポクラテスの誓い」からくる「患者の利益と思う養生法をとり」「悪く有害と知る方法は決してとってはならない」に象徴される伝統的な医師の姿勢(パターナリズム)がある。
- 4) 医療法による医療機関の広告規制の存在がある

しかし,こうした医療情報をめぐって変化が生じている。まず,米国の「患者の権利宣言」などに代表されるように,医療の主役が患者であるという意識変革が我が国にも押し寄せてきている。第1章の意識調査では,半数の回答者が「納得するまで説明を聞きたいが,実際にはできない」と答えているものの,医療をサービス業としてとらえている回答者も若い年代で少なくとも,こうした人々が患者となりやすい年齢層にすれば,変化が生じてくるものと思われる。また,近年,医療に関する情報がマスメディアなどで積極的にわかりやすく流されるようになってきている。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第4章 医療サービス提供のあり方

第1節 医療情報は特殊だが、できるだけ共有化に取り組む必要がある

2 医療機関の情報提供には制約があるが、多くの情報が提供されるようになってきている

医療はそのサービスの特殊性(公共性,生命関連など)から,営利性を否定されており,医療機関が広告できる内容は,診療科名,医師の氏名,入院設備の有無,診療時間などのわずかなものでしかなかった。しかし,国民の医療知識の向上,医療情報ニーズの増大,広告の方法や媒体の多様化などを背景に,平成4年の医療法の改正において,これらに加え,予約診療,紹介,休日診療,駐車設備,往診,訪問看護,人間ドック,健康相談,基準看護,緩和ケア病棟の有無などの事項を広告することができることとされた。さらに,患者に対する適切な情報の提供という観点から,医療機関に対して必要最小限の事項の院内掲示が義務づけられた。

これら医療施設に関する適切な情報提供は,患者にとっては医療機関を選択する重要な材料となる。医療サービスの公共性などを考慮しながら,こうした情報ができるだけ多く患者に達するようにしていく必要がある。

また,以上のような制約はあるが,地域に向けた情報提供を医療機関の活動として取り組んでいるところが増大している。PR(public relations)というこの活動は,地域社会との関係づくりを目的とする,いわば医療機関の広報活動ともいうべきものである。これは医療機関の経営上の理由に動機づけられている場合もある。活動の具体例としては,広報誌の発行に始まって,健康教室,料理(栄養)教室,胎教コンサート,母親教室などから,運動会,祭りといった大がかりなイベントを手がけているものもある。

これらの活動を通して,医療機関が自らがどのようなサービスを提供するか,それを支える医療従事者の顔ぶれがどのようなものかといった情報を提供し,地域の医療機関であることを印象づけている。医療機関のマーケティングでもあるこういった地道な活動によって,患者や家族と医療機関・医療従事者の信頼関係が醸成されていくものと思われる。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第4章 医療サービス提供のあり方

第1節 医療情報は特殊だが,できるだけ共有化に取り組む必要がある

3 情報処理技術の進展が医療情報の提供に貢献するようになっている

急速な進展がみられる情報関連技術は,医療分野においてもその応用が図られ,さまざまなシステムが開発普及されてきた。これまでに開発普及されてきたシステムを大きく分類すると,1)地域保健医療情報システム(救急医療情報システム,ICカードや光カードなどのパッケージメディアを利用した保健医療カードシステム,電子媒体による医用画像情報保存システム,国や地方のがんセンター間の画像転送システムなど),2)医事会計処理,診療録管理などの病院情報システム,3)医薬品副作用や中毒などの情報を提供する医療情報サービスシステムがある(第2編保健,医療,福祉サービスの情報化の推進参照)。

今後とも,サービスを提供する地方自治体や民間施設が高度情報化を図れるよう環境整備を行っていくことが求められており,システムの標準化やプライバシー保護対策などの共通基盤的な課題に取り組んでいくとともに,さまざまな支援措置を検討していかなければならない。

患者団体の活動も情報の共有化に力を発揮している

医療情報が,医師あるいは医療機関から表に出てこない理由として,患者のプライバシーの保護の開題がある。医療上,知り得た患者の情報を漏らさないことは当然のことだが,医師の職業上の倫理として確立され定着したことが,必要以上に医療情報へのアクセスが限定される原因となった。

こうした中,昭和23年に誕生した「日本国立私立療養所患者同盟」をはじめとしたさまざまな患者団体が,医療情報の共有化に独自の動きをみせていく。昭和46年に設立された「全国腎臓病忌者連絡協議会」もその一つである。当時はまだ台数も少なく治療費も負担だった人工透析治療の費用保障等を求めてスタートした同会だったが,慢性腎不全という死亡率が高い病気の性格上,医療上の情報交換等にも会の力が注がれ始めた。会員それぞれが集めた医療機関や専門の医師の存在,あるいは食事や水のとり方,また病気が長期に及ぶため合併症に関する情報など,単独では収集しきれない情報が会に集約され,整理されて会員やその家族に提供されていった。また,同会では以上のような医療情報の提供者,あるいはコーディネーターとして医療ソーシャルワーカーの普及,資格・制度化にも早くから取り組んできた。

また,患者本人の団体だけでなく,「がんの子供を守る会」などの親や家族の会もある。ここでは,小児がんに関する知識の普及,相談事業,調査研究やその奨励助成など,単に患者家族の療養の支援にのみとどまらず,その分野の研究者の育成や関係機関との連携等総合的な活動を行っている。

こうした患者や家族の団体は,全国レベル,地域レベルに数多く組織され,医療情報へのアクセスや共有,それを基にした普及,啓発活動を通じて,患者の健康の維持,向上に力を発揮している。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第4章 医療サービス提供のあり方

第1節 医療情報は特殊だが,できるだけ共有化に取り組む必要がある

4 患者への十分な説明が求められている

(1) 患者の権利意識の高まりが十分な説明を求めた

欧米諸国では,患者への十分な説明に基づいた医療サービスの提供が定着してきているが,いわゆる「十分な説明と同意(インフォームド・コンセント)」に基づいた医療については,我が国においても昭和62年の「国民医療総合対策本部・中間報告」においてその重要性が指摘された。その後,平成2年には,日本医師会生命倫理懇談会が,インフォームド・コンセントの定義づけを行っている。翌3年には「患者の権利法をつくる会」においても,そのあり方についてまとめられるなど,年々論議が活発になっている。そして4年の医療法改正において,書葉こそ使用されなかったものの,医療提供の理念の一部として信頼関係の重要性が改めて強調された。

医療サービスの提供に当たって十分な説明が重要視されるようになってきた背景には,1)患者の権利意識の増大,2)医療技術の高度化,複雑化に伴う治療方法の選択の幅の拡大,3)患者と医師の新たな信頼関係づくりによる治療効果の一層の向上といったことが指摘されている。

欧米諸国の例をあげ,我が国においても説明と同意に基づく医療についての法制化の声があるが,1)「説明と同意」の定義について,共通の理解があるとはいえない,2)「説明と同意」に留意するあまり,医療関係者が防衛的医療に走る不安がある,3)我が国では患者の選択が普及しているとはいいがたいなどを理由に慎重を期するよう主張する関係者も少なくない。

これら,説明と同意が議論の対象となる具体的な医療場面は医療サービス全体にかかわるが,特別な配慮の必要な例として,がんなどの告知,臓器移植,医薬品および医療用具の臨床試験,技術的に十分確立されていない医療技術の適用,小児医療,精神医療などにおける本人の意志の確認,診療報酬上の取扱いのような例があげられる。これら数多くの課題に対して,平成5年より「インフォームド・コンセントのあり方に関する検討会」において,我が国の実状に応じたあり方が検討されている。

(2) 重要な役割を担う看護職員

単に病名あるいは病状などを患者や家族に伝えるだけでは,説明と同意があったとはいえない。たとえ言葉で「わかりました」という反応があっても,本当に患者や家族が理解し,納得したかどうかの確認や,場合によっては繰り返し説明することが必要になる。

医師と患者のインフォームド・コンセントが仮に不十分に終わった場合,それを補完する者として看護職員の役割が重要になる。看護職員は,療養生活上,患者に最も接する機会が多い。そこで,インフォームド・

コンセントを行う際,看護職員には次のようなことが求められる。

1) 医師との十分な連携と情報提供

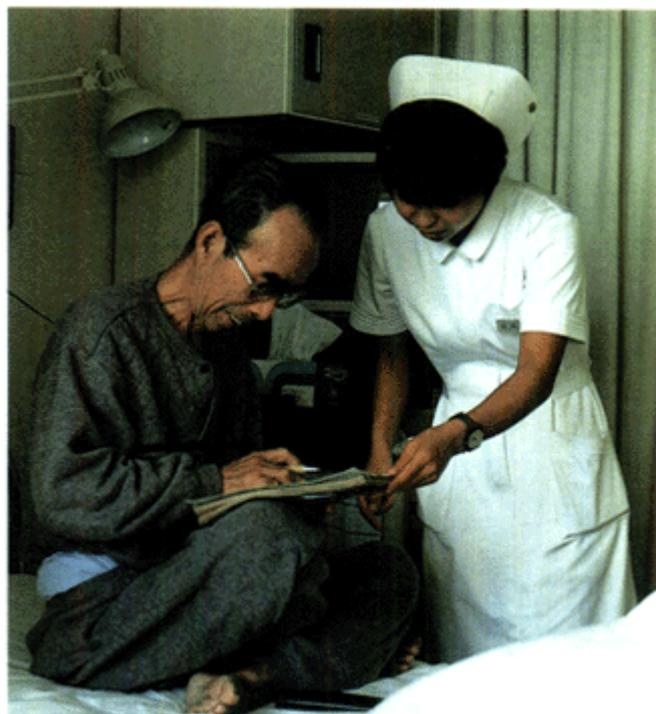
患者・家族から病名や病状などの問い合わせを受けた場合,医師との連携が十分でないと,患者の混乱を起こしてしまう。また,医師によるインフォームド・コンセントをどの時点で,どのように行うかという判断のための患者の心理面を含めた情報の収集,提供が求められる。

2) 療養生活上のフォローアップ

先に指摘したように,患者・家族が十分理解していないと判断された場合は,ベッドサイドにおける看護職員のフォローアップが重要になる。我が国の医師患者関係の現状からいって,医師には聞けないことも看護職員には比較的聞きやすいということもある。

また,慢性疾患患者や高齢の患者の場合,生活上のケアについても高い関心を持っている。入院中や退院後の生活について話し合う会議に患者本人や家族が参加したり,患者のベッドサイドで会議を行ったりして,患者と医療関係者のインフォームド・コンセントに配慮する病院も出始めている。看護婦にとって,療養上の世話の領域でもインフォームド・コンセントを進めることが今後の課題である。

看護計画を示して患者に説明する看護婦



看護計画を示して患者に説明する看護婦

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第4章 医療サービス提供のあり方

第2節 医療施設の類型化,機能分化

症状などに応じて地域の診療所や近くの病院で受診するというように,医療機関をある程度判断しているという第1章の意識調査の結果であったが,病院と診療所を比較すると病院の受診が増加してきている。しかも,現実には大病院を利用している患者は少なくなく,病院外来の混雑を生み出しているといわれている。グラフは外来受診時の待ち時間の分布を示している(図4-2-1)。

表4-2-1 医療法による医療施設および人員の比較

表4-2-1 医療法による医療施設および人員の比較

区分	一般病院	特定機能病院	療養型病床群 (新築の病院の場合)	(参考) 老人保健施設
必置施設、その他の要件	病室 手術室 診察室 臨床検査室 処置室 エックス線装置 調剤所 消毒施設 給食施設 給水施設 暖房施設 洗濯施設 汚物処理施設、その他	左記の一般病院の施設の他以下のもの 集中治療室 化学・細菌・病理検査施設 研究室 講義室 図書室 無菌病室 医薬品情報管理室	左記の一般病院の施設の他以下のもの 機能訓練室 [40㎡以上] 食堂 [1㎡以上/人] 談話室 浴室	療養室 診察室 機能訓練室 談話室 食堂・浴室 レクリエーションルーム 洗面所 サービスステーション 調理室 洗濯室・場 汚物処理室 デイルーム 便所
患者一人当り病室面積	4.3㎡	4.3㎡	6.4㎡ 1病室当り4床以下	8.0㎡
廊下幅	1.2m (両側居室は1.6m)	1.2m (両側居室は1.6m)	1.8m (両側居室は2.7m)	1.8m (中廊下では2.7m)
人員 (入院患者100人の場合)	医師 6人 看護婦 25人	医師 13人 看護婦 40人	医師 3人 看護婦 17人 介護職員 17人	医師 3人 看護婦 8~10人 介護職員 20~24人 PT,OT 1人

このため,できるだけニーズとサービスの内容を合致させるための取組も行われつつある。第一は医療機関を分類し,それぞれの役割,機能を制度的に明らかにし,体系化していくことである。これにより,事前に患者がサービスの内容に目安をつけることができ,自己の判断で医療機関を選択しやすくするものである。第二が専門家の判断面で,患者のニーズを特定した後,それに適したサービスを提供できるような医療機関,医師などを紹介していく機能の強化である。かかりつけ医機能の一つでもある。第一の医療施設機能の分類,体系化は,この紹介機能を発揮させる意味でも重要なものとなっている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第4章 医療サービス提供のあり方

第2節 医療施設の類型化,機能分化

1 医療法による医療施設機能の体系化

昭和23年に制定された医療法においては,平成4年まで,病院,診療所,助産所が医療を提供する施設として定められていたが,近年の人口の高齢化,疾病構造の変化,医学医術の進歩などの医療をとりまく環境の変化を背景として,患者がそれぞれの病状に応じて最適な医療施設でサービスが受けられるように患者の流れを形成していくことが必要になっていた。このようなことから,平成4年の医療法改正によって,新たに特定機能病院と療養病床群が制度化され,医療施設機能の体系化が図られた。

特定機能病院は,高度の医療サービスの提供,高度の医療技術の開発能力などの機能を有する病院であり,他の病院や診療所からの紹介患者の受け入れを行うことが特徴である。平成7年4月現在,国立がんセンターや国立循環器病センター,大学病院の本院などの75施設が承認をされている。

療養型病床群は,主として長期にわたり療養を必要とする患者のために,人的・物的両面において長期療養にふさわしい療養環境を有する病床群である(第3章図3-1-3参照)。平成7年1月現在,230施設(1万5,553床)が許可されている。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第4章 医療サービス提供のあり方

第2節 医療施設の類型化,機能分化

2 診療報酬における病院(病棟病室)の機能化

このような医療法による体系化のほか,診療報酬の中でも類型化が行われている。医療法に基づく体系化と異なり,特定のサービスを提供する機関として機能した場合に,その費用を支払う診療報酬という医療費の清算の中の機能分化であるため,一般患者にわかりにくい側面があるが,病院内の掲示などで情報の提供が行われている。

こうした機能一覧を医療法に基づく機能分類とともに示したのが,表4-2-1・4-2-2である。

表4-2-2 診療報酬上の病院機能

表4-2-2 診療報酬上の病院機能

区分	介護力強化病院	緩和ケア病棟	老人痴呆疾患治療病棟	老人性痴呆疾患療養病棟	特殊疾患療養病棟	精神療養病棟
対象者	体位変換または座上起座が不可能または不能, 食事および用便につき介助を要する老人	末期悪性腫瘍患者, 後天性免疫不全症候群	精神症状および行動異常が特に著しい痴呆性老人(急性期)	精神症状および行動異常が特に著しい痴呆性老人(慢性期)	入院患者のおおむね8割以上が脊髄損傷等の重度障害者, 筋ジストロフィーまたは神経難病患者	主として長期にわたり入院療養が必要な精神障害者
必置施設	(ベッド, 廊下, 浴室, 便所など適切な配置が望ましい)	個室(病室のおおむね5割, ただし特別の療養環境にかかわる病室数が5割以下) 患者家族控え室 患者専用の台所 面談室 談話室	生活機能回復訓練室 [4㎡以上/人]かつ [60㎡以上]専用の回廊式廊下または両端にデイルーム等の共有空間を持つ行動しやすい廊下	生活機能回復訓練室 [4㎡以上/人]かつ [60㎡以上]		作業療法室 生活機能回復訓練室 談話室 食堂 面会室 浴室(シャワー室)
患者1人当たり病室病棟面積	4.3㎡	8.0㎡ 病棟床面積30㎡	6.0㎡ 病棟床面積23㎡ 1看護単位当たりおおむね40~60床を上限	6.0㎡ 病棟床面積23㎡ 1看護単位当たりおおむね40~60床を上限	病棟床面積16㎡ 1病室当たり6床以下 1看護単位当たり60床以下	5.8㎡ 病棟床面積18㎡ 1病室当たり6床以下 1看護単位当たり60床以下
100床当たり人員	医師 3人 看護婦 17人 介護職員 17人~34人	医師 6人 看護婦 67人	医師 1人 看護婦 17人 介護職員 20人 OT 1人 ソーシャルワーカーまたは臨床心理技術者 1人	医師 1人 看護婦 17人 介護職員 13人 OT 1人 ソーシャルワーカーまたは臨床心理技術者 1人	医師 1人 看護婦 25人~ 介護職員 25人	医師 3人 看護婦 17人 介護職員 16人 OT 2人 ソーシャルワーカーまたは臨床心理技術者 1人

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

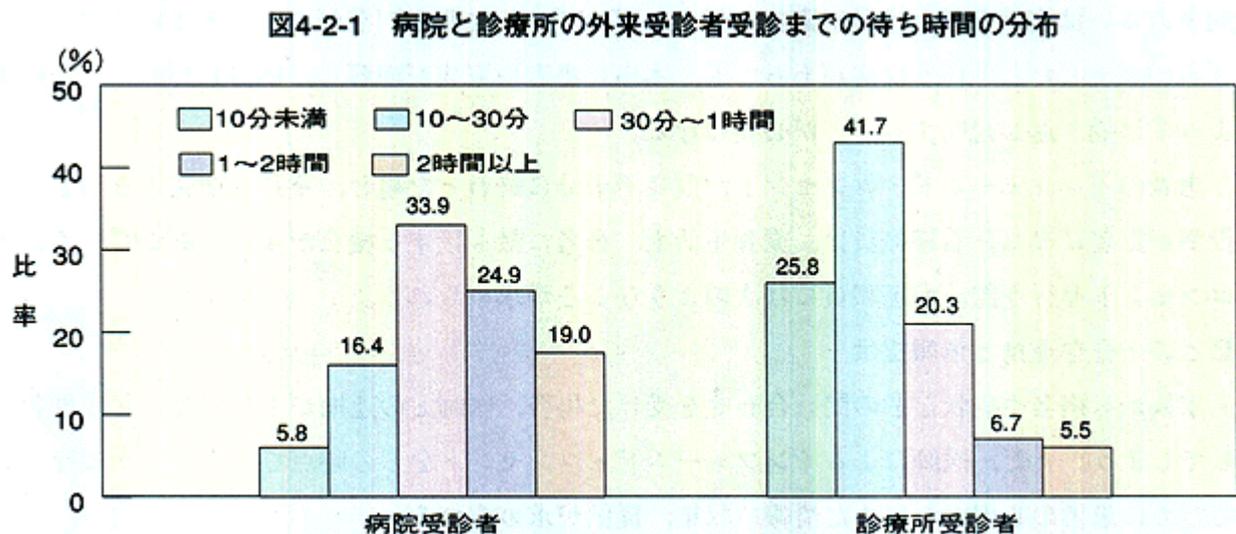
第4章 医療サービス提供のあり方

第2節 医療施設の類型化,機能分化

3 患者紹介の推進と期待されるかかりつけ医機能

このように体系化は進みつつあるが、患者が病状に適したサービスを得るため、医療機関を選ぶということが必要になる。患者自らが情報を得て選択することもあるが、地域の医療機関については専門家である医師がその情報を有していることが多いこと、また、患者の医療ニーズの内容を医師は特定することができることから、地域の医師による他の適切な医療機関への患者の紹介が推進されている。

図4-2-1 病院と診療所の外来受信者受診までの待ち時間の分布



資料：健康保険組合連合会「適正な医療機関選択促進のための情報提供のあり方に関する研究事業」

具体的には、紹介を行った医師、紹介された患者を受け入れた医療機関などに対して報酬を保険から支払う(診療情報提供料)こととなり、平成6年4月から、図4-2-2にみるようなかたちでの紹介の流れが整理され、制度化された。

紹介については患者の期待も高く、昭和60年から患者情報提供料が新設されて以来、徐々に増加している。また、紹介する医師のほうは「患者の満足を得ている」という意識が強く、患者のほうでもこうした機能を発揮するかかりつけ医を求める声が大きくなっている。

また、在宅医療では、患者は日常生活の中にいるため、施設間連携による疾病の治療にとどまらず、医師以外の従事者や民間サービスも含む保健・福祉との広範囲な協力により、「生活を支える連携」を行っていくことが欠かせない。

厚生白書(平成7年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編
 第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」
 第4章 医療サービス提供のあり方
 第2節 医療施設の類型化,機能分化
 4 地域で医療サービスが他のサービスとともに適時適切に受けられる体制づくりが進められなければならない

従来の地域における医療資源の整備は,医療施設単位ごとに行われてきたが,医学医療の専門分化が進む中で,1施設で多様なサービスを提供することは困難になってきている。このため,地域レベルでのサービスの供給体制を整備していく必要がある。

図4-2-2 診療情報提供料の算定

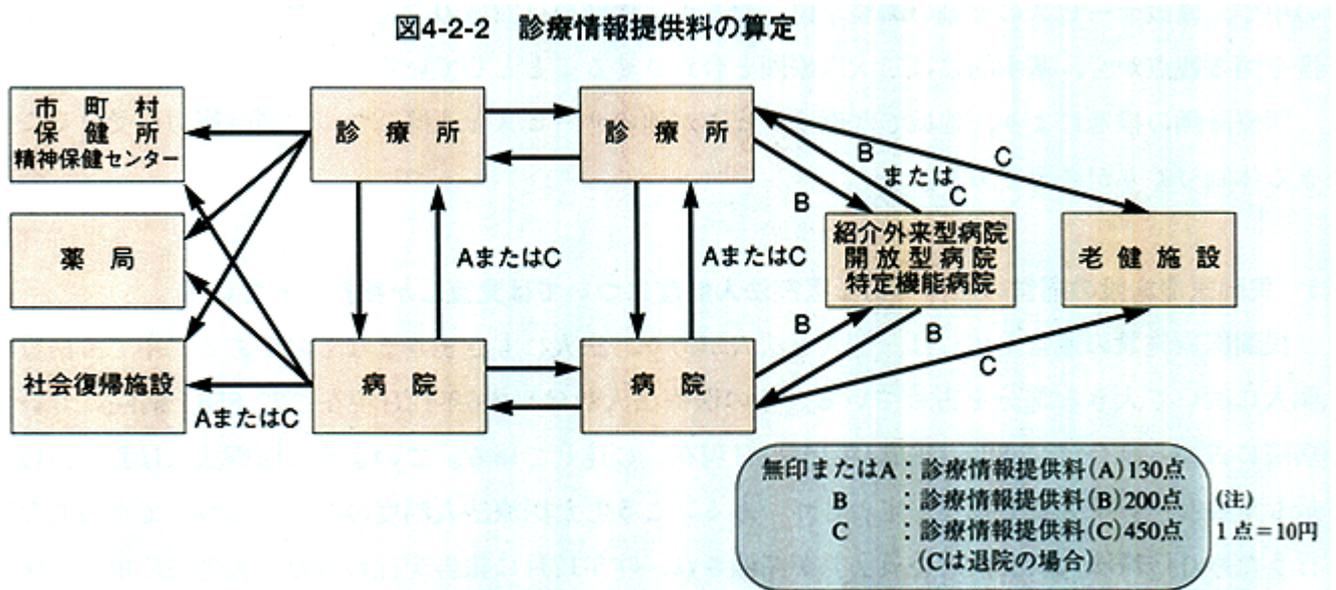


表4-2-3 一般診療所における他の医療機関への紹介患者数

表4-2-3 一般診療所における他の医療機関への紹介患者数

	患者数				1施設あたり紹介患者数			
	平成5年 (1993)	平成2年 (1990)	昭和62年 (1987)	昭和59年 (1984)	平成5年 (1993)	平成2年 (1990)	昭和62年 (1987)	昭和59年 (1984)
総数	168,299	138,064	124,647	111,371	3.8	3.4	3.2	3.0
入院医療を必要とする者	50,002	46,019	43,190	40,910	1.1	1.1	1.1	1.1
専門的診断治療(入院を除く) を必要とする者	94,253	76,764	71,647	61,549	2.1	1.9	1.9	1.7
その他の者	24,044	15,281	9,810	8,912	0.5	0.4	0.3	0.2
他の医療機関へ紹介した施設数	44,472	40,624	38,460	37,204				

(注) 患者数および施設数は、各年9月最終週一週間の数値である。

資料：厚生省「医療施設調査・病院報告」

医療計画はこのような考え方のもと、地域の中で、住民にとり必要な医療を確保するため、また、医療資源の地域的偏在を是正するために導入されたものであり、その鍵となるのが、医療計画の中の二次医療圏である。この二次医療圏は、全国で342圏域が設定され(各圏域の平均人口は約35万人である。)、特殊な医療を除く一般の医療の確保をその圏域内で達成できることを考え方の基本に据えており、その意味からの病床や機能の整備、さらには病院や診療所などの医療機関どうしの連携、へき地医療、救急医療の確保などを求めている(第2編医療計画参照)。

さらに、高齢社会における保健サービス、福祉サービスの一体的提供を目指している老人保健福祉計画の中で、施設サービスの整備の調整単位となる老人保健福祉圏域の設定に当たり、医療・保健・福祉の連携を図る観点から、基本的には二次医療圏と合致させることとしている。

医療計画の推進により、地域で医療サービスが他のサービスと連携しつつ、適時適切に受けることのできる体制づくりが必要である。

第1編
第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」
第4章 医療サービス提供のあり方
第2節 医療施設の類型化,機能分化
5 民間医療施設の運営の主体である医療法人制度については見直しが検討されている

民間医療施設の運営主体には,個人と法人があり,法人にもさまざまなものがある。中でも医療法人が個人に次いで大きな部分を占めている。その医療法人数は平成6年12月現在で22,856,病院においては全病院に占める割合は44.8%(平成4年10月1日現在)に達している。このように医療法人は我が国の医療の最も重要な担い手として普及,定着しつつある。こうした医療法人制度のあり方について全般的な検討を行うため「医療法人制度検討委員会」が開催され,昨年12月に報告が行われた。報告書の中では医療法人の基本的な性格,業務範囲,持ち分の定めのある社団医療法人における持ち分制度,財団医療法人および社団医療法人から特定医療法人への移行等今後検討されるべき多くの問題が指摘されている。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第4章 医療サービス提供のあり方

第2節 医療施設の類型化,機能分化

6 変化に対応して国立病院・療養所の役割を明確にするとともに再編成を進めていかなければならない

国立病院・療養所は、戦後、国民病といわれた結核の減少などに大きく貢献し、また疾病構造の変化に対応したがん、循環器病などの医療から、一般の医療機関では実施が困難な難病などの医療、さらには国際医療協力、臨床研修などに至るまで幅広い医療活動を展開し、国民医療の確保と向上に大きな役割を果たしてきた。一方、医療機関の量的な充足、医学技術の進歩など、国立病院・療養所をとりまく環境の変化に対応して、「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本指針(昭和60年閣議報告)」に基づき、地域における医療供給体制の中で基本的・一般的医療の提供は、民間医療機関および地方公共団体などの公的医療機関に委ね、国立病院・療養所は、1)がん、循環器病などの高度先駆的医療、難病の専門医療など、国の医療政策として特に推進すべき政策医療、2)政策医療に直結した臨床研究、3)地域の開業医の教育研修などの政策医療を推進するとともに、このような機能の充実強化を図るため、全国的視点に立って施設の統合・移譲を行う再編成、効率的な経営体制の確立を図るための経営の合理化を進めている(第2編国立病院・療養所の再編成参照)。

基本指針策定後、医療計画ゴールドプランの策定、保健・福祉の両分野にわたる地方分権の推進など医療をとりまく環境はさらに変化しており、国立病院・療養所の役割についても、改めて明確にする必要がある。また、再編成については、平成7年度には計画策定以来10年目を迎える。計画においては策定時の239施設を165施設に再編成することとしていたが、最近は加速しているものの、平成6年度現在で229施設にとどまっております。当初の計画どおりには進んでいない。このため、平成7年1月から有識者による懇談会において、今後の政策医療のあり方や再編成などについて議論が行われているところであり、この議論を踏まえ、21世紀において国立病院・療養所が果たすべき役割を明確にするとともに、再編成の一層の推進を図るため、基本指針や再編成計画の見直しを進めていくこととしている。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第4章 医療サービス提供のあり方

第3節 救急医療は医療サービスの基本の一つであり、国民の期待も大きい

救急医療は医の原点といわれている。いざというときの医療体制が完備しているかどうかは、その国の医療水準を示すといっても過言ではない。「いかに病気やけがを的確に診断しできるだけ早く治療して患者を日常生活に復帰させるか」という点からは、救命・救急医療はその基本であり、阪神・淡路大震災前に行われた第1章の意識調査でも多くの人が今後求められる医療として期待している。

表4-2-4 開設者別にみた病院数・病床数

表4-2-4 開設者別にみた病院数・病床数

(単位：割合%)

		施設数		病床数											
				総数		精神病床		伝染病床		結核病床		らい病床		一般病床	
		実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合	実数	割合
総数	平成元年	10,081	100.0	1,661,952	100.0	355,743	100.0	12,621	100.0	44,050	100.0	9,655	100.0	1,239,883	100.0
	平成5年	9,844	100.0	1,680,952	100.0	362,436	100.0	11,061	100.0	37,043	100.0	8,833	100.0	1,261,579	100.0
国	平成元年	400	4.0	159,111	9.6	9,284	2.6	1,225	9.7	19,146	43.5	9,498	98.4	119,958	9.7
	平成5年	394	4.0	157,526	9.4	9,332	2.6	1,158	10.5	17,612	47.5	8,726	98.8	120,698	9.6
公的	平成元年	1,502	14.9	384,447	23.1	31,636	8.9	10,779	85.4	13,337	30.3	0	0.0	328,695	26.5
	平成5年	1,515	15.4	393,397	23.4	31,727	8.8	9,289	84.0	10,830	29.2	0	0.0	341,551	27.1
公立病院	平成元年	1,075	10.7	247,193	14.9	25,260	7.1	8,696	68.9	9,648	21.9	0	0.0	203,589	16.4
	平成5年	1,083	11.0	253,592	15.1	25,402	7.0	7,343	66.4	7,799	21.1	0	0.0	213,048	16.9
社会保険関係団体	平成元年	136	1.3	38,995	2.3	343	0.1	179	1.4	1,226	2.8	0	0.0	37,247	3.0
	平成5年	137	1.4	38,977	2.3	318	0.1	173	1.6	1,020	2.8	0	0.0	37,466	3.0
その他の公的病院	平成元年	291	2.9	98,259	5.9	6,033	1.7	1,904	15.1	2,463	5.6	0	0.0	87,859	7.1
	平成5年	295	3.0	100,828	6.0	6,007	1.7	1,773	16.0	2,011	5.4	0	0.0	91,037	7.2
民間	平成元年	8,179	81.1	1,118,394	67.3	314,823	88.5	617	4.9	11,567	26.3	157	1.6	791,230	63.8
	平成5年	7,935	80.6	1,130,029	67.2	321,377	88.7	614	5.6	8,601	23.2	107	1.2	799,330	63.4
医療法人	平成元年	4,041	40.1	628,488	37.8	219,449	61.7	195	1.5	4,654	10.6	0	0.0	404,190	32.6
	平成5年	4,550	46.2	696,346	41.4	236,224	65.2	192	1.7	4,038	10.9	0	0.0	455,892	36.1
個人	平成元年	3,275	32.5	279,572	16.8	57,787	16.2	0	0.0	2,485	5.6	0	0.0	219,300	17.7
	平成5年	2,530	25.7	221,353	13.2	47,191	13.0	0	0.0	1,380	3.7	0	0.0	172,782	13.7
その他	平成元年	863	8.6	210,334	12.7	37,587	10.6	422	3.3	4,428	10.1	157	1.6	167,740	13.5
	平成5年	855	8.7	212,330	12.6	37,962	10.5	422	3.8	3,183	8.6	107	1.2	170,656	13.5

(注) 1. その他の公的病院は、日赤、済生会、厚生連などの病院である。
 2. 民間病院のその他は、公益法人、社会福祉法人、生協、学校法人などの病院である。
 資料：厚生省「医療施設調査・病院報告」(平成元年、5年)

厚生白書(平成7年版)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第4章 医療サービス提供のあり方

第3節 救急医療は医療サービスの基本の一つであり、国民の期待も大きい

1 救急医療体制および救急業務体制の整備と現状

救急医療対策は、昭和38年に救急業務が消防の任務として位置づけられ、39年に救急患者を受け入れる外科系を中心とする救急病院、救急診療所が指定されたことに始まる。

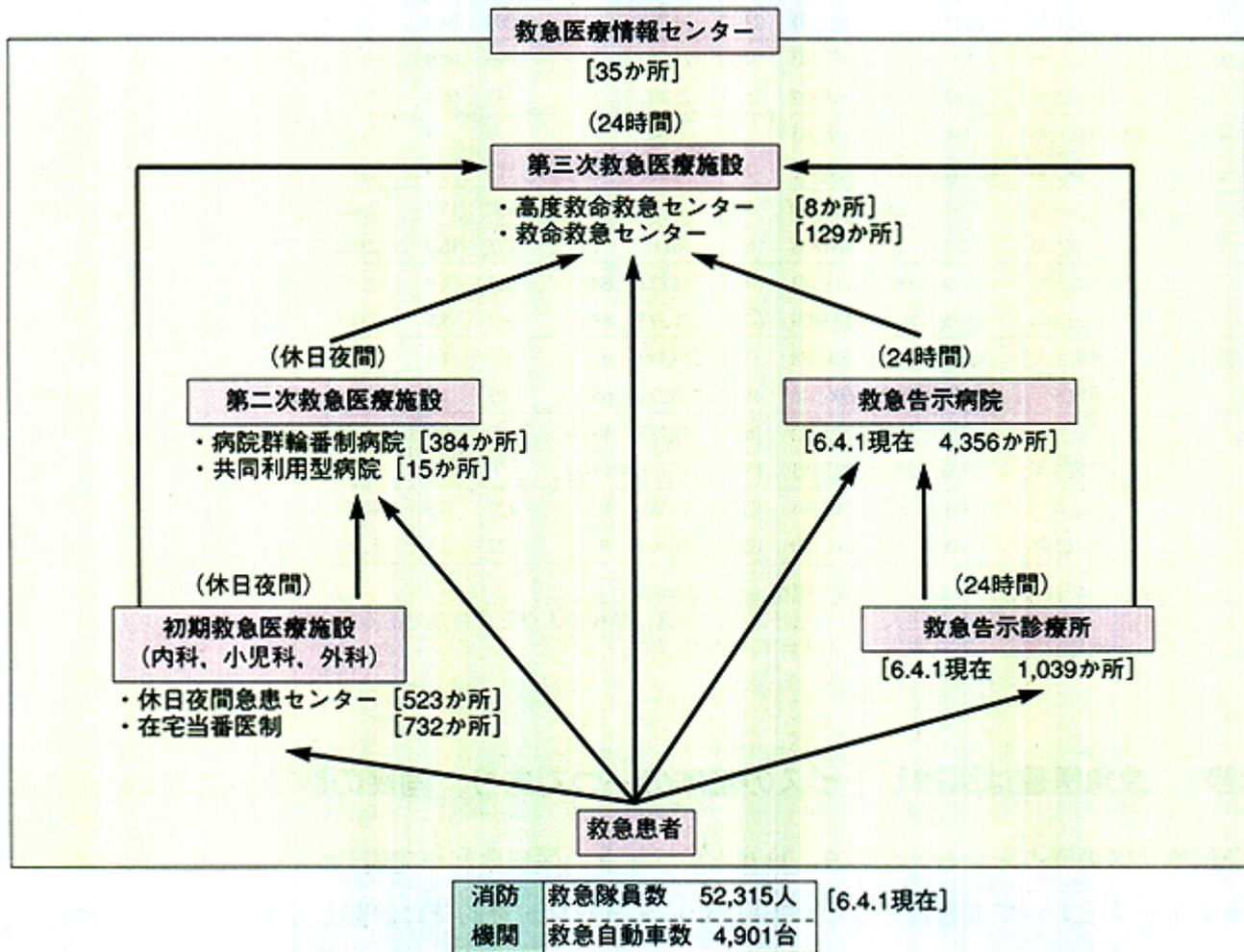
昭和40年代に、いわゆる「救急患者のたらい回し事件」が頻発し、その教訓から、現在の初期救急医療体制、二次救急医療体制、そして救命救急センターを核とする第三次救急医療体制を昭和50年代初頭から10年以上をかけて築き上げてきた。

その後、平成3年に、体制整備の実績を踏まえ、救急医療のあるべき姿を念頭においた「21世紀に向けての救急医療体制の充実方策」が示された。その内容は、1)二次医療圏に救急医療体制を整備していく、2)高度救命救急センターを全国10程度の広域ブロックごとに設置する、3)新たな国家資格としての救急救命士制度の創設、4)ドクターカー事業の推進などを報告したものであった。この報告を踏まえ、21世紀に向けた我が国の救急医療の一層の充実が図られている。

救急医療体制の現状は図4-3-1に示すとおりである。

図4-3-1 救急医療体制図

図4-3-1 救急医療体制図
(24時間)



※平成5年救急自動車による搬送者の数 2,853,339人

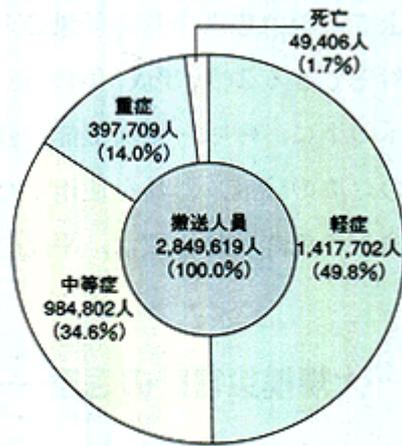
(注) [] 書は、平成7年度運営か所(地区)数

急病と交通事故による救急車の出動件数の全件数に対する割合をみると、13大都市においても、その他の市町村においても、急病によるものが増えており、50%を超えている。救急医療体制および救急業務体制の整備により、全体の約8割が30分以内に医療機関に搬送されている(平成5年)。全国で約10.8秒に1回の割合で救急隊が出動し、また119番通報を受けてから救急車が現場に到着するまでの時間は平均5.7分となっている(消防庁「救急救助の現況」)。

なお、傷病程度別搬送人員の状況をみると、約半数が入院加療を必要としない傷病程度である(図4-3-2)。

図4-3-2 傷病程度別搬送人員の状況

図4-3-2 傷病程度別搬送人員の状況



(注) 搬送人員は、医師の診断を受け傷病程度の判明した人員

資料：消防庁「平成6年版救急救助の現況」

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第4章 医療サービス提供のあり方

第3節 救急医療は医療サービスの基本の一つであり,国民の期待も大きい

2 高度救急医療機関の整備

脳卒中・心筋梗塞・頭部損傷などの重篤な救急患者を受け入れるため,高度の診療機能を有する24時間診療体制の救命救急センターが計画的に整備されている。救命救急センターは,従前はおおむね人口100万人に1か所を目標としていたが,平成4年度からは,人口,地勢などを考慮しておおむね人口30万人の二次医療圏についても補助対象となり,整備が進められている。救命救急センターには,必要に応じドクターカーが整備されている。

また,平成4年度より高度救命救急センターの整備が始まった。高度救命救急センターは,救命救急センターに搬送されるような第三次医療の必要な患者のうち,特に広範囲熱傷,指肢切断,急性中毒などの特殊疾病患者を受け入れることのできる救命救急センターである。平成6年度末現在,全国6か所で整備されている。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第4章 医療サービス提供のあり方

第3節 救急医療は医療サービスの基本の一つであり、国民の期待も大きい

3 救急現場・搬送途上の医療(プレホスピタル・ケア)の充実

(1) ドクターカー制度の推進

平成3年度から、救急自動車に医師などを同乗させ、傷病者に対し早期に高度の救急処置を行うとともに、医療機関と救急車に専用回線を確認し、搬送中における患者の状態を医療機関に迅速に伝え、救命率の向上を図ることを目的とする「救急現場医療確保事業」、いわゆるドクターカーの整備を行っている。

ドクターカーを保有している救命救急センターは、平成5年度において49施設で総数55台である。ドクターカーの運用システムにはさまざまな種類があり、「ランデブー方式」と呼ばれる路上中継システムやドクターカーを病院に最も近い消防署に常駐させ、同病院の医師を乗車させていく「ピックアップ方式」などを採用しているところもある。

ドクターカー



ドクターカー

(2) 救急救命士制度の創設

搬送途上で、救急患者の救命効果の向上を目的として、また、ドクターカー方式が早期に普及できない地域にも対応できるよう・平成3年4月新たな国家資格として創設された救急救命士は、搬送途上において、医師の指示の下に、呼吸・循環機能が停止した患者に対しては、半自動式除細動器による心臓除細動、静脈路確保のための輸液、器具を使用した気道確保といった高度な救急救命処置ができることになっている。

救急救命士の免許登録総数は、平成6年度末現在8・009名である。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

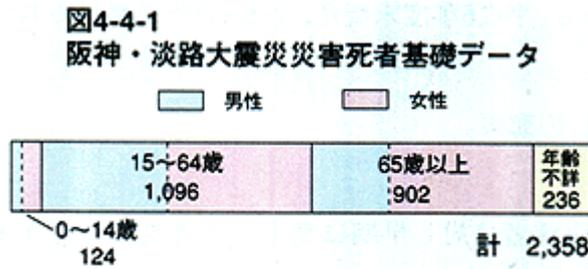
第4章 医療サービス提供のあり方

第4節 大規模災害時の医療-阪神・淡路大震災の経験と対応

阪神・淡路大震災の被害は甚大であった。人の被害についてだけでも死者約5千5百人、負傷者約3万7千人にのぼった(平成7年4月3日現在)。このような中で、大地震などの災害時の救急医療の重要性が改めて示された。同時に、大規模災害時の医療需要は、直後は、外科・整形外科系中心、次第に内科系中心、さらに時の経過とともに、メンタルケアのための精神科系の重要性が高まるなど、時間の経過や局面によって大きく変わるものであることや、災害発生直後は救急搬送を担当する消防機関などとの連携が、また初期を過ぎた後は避難所管理や応急仮設住宅設置などの生活関連部門との連携が、適切な医療を進めていく上で重要であることが示された。

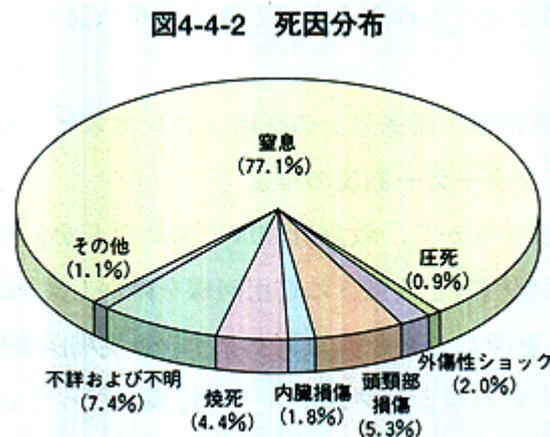
厚生省においては厚生省現地対策本部を設置し、県市との災害救助の調整、医療チームの派遣調整などを行ったことをはじめ、各種の対応をとったところである。

図4-4-1 淡路大農災災害死者基礎データ



資料：兵庫県監察医報告 (平成7年2月6日現在)

図4-4-2 死因分布



資料：兵庫県監察医報告 (平成7年2月6日現在)

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第4章 医療サービス提供のあり方

第4節 大規模災害時の医療-阪神・淡路大震災の経験と対応

1 初期の医療対応

各医療機関が日常実施している「救急医療」は、一人の生命を救うために多数の人員と病院機構を傾注する医療であって、同時に搬入された多数患者のできるだけ多くの救命を望む「災害医療」とは対応手段がおのずから異なる。「災害医療」実施に際しては、一般診療や通常救急対応体制とは異質の勤務配置や機材の配備を要することになる。

(1) 災害現場での応急処置仲制

災害医療においては、困難な状況の中で、まず、救命のため時間との厳しい競争を要求される。

初期の医療対応が適切に機能するためには、治療すべき患者の選別をする「トリアージ」が重要であるといわれている。これは、限られた資源の中で最大の効果を上げるための選別技術である。しかしながら、訓練された医師が現場にたどり着けない状況下では、トリアージもその成果を発揮できにくい。阪神・淡路大震災では、死体検案された約2,400名のうち、地震発生後15分以内に9割以上が死亡し、その死因の多くは窒息死であったと報告されている(兵庫県監察医報告)。これらのことを踏まえて、今後トリアージを含めた災害医療のあり方について検討していく必要がある。

また、救助活動では、近隣住民が大きな役割を果たしたことから、市民に対する蘇生教育の重要性が改めて認識された。

(2) 搬送

高速道路の倒壊などにより道路網は寸断され、利用可能な道路も渋滞で患者の搬送は困難を極めた。

搬送体制については、緊急輸送路の確保など交通手段の確保や、搬送すべき患者や搬送すべき医療機関を的確に指示するための通信手段の確保が重要である。ヘリコプターの活用については、消防機関、自衛隊などとの連携の強化を通じて、搬送体制の確立が望まれる。

(3) 救護班などの活動

被災当日から日本赤十字社の救護班が現地で医療救護活動を開始したのをはじめとして、国立病院・療養所医療班、自衛隊医療班、大学病院、地元自治体病院医療班、他の自治体からの応援医療班などによる活動が展開された。特に初期救急医療については、こうした自律的な活動が重要な役割を果たした。また、被災地の医療機関においては、医療従事者が高い職業モラルの下に直後から医療機関に集まり、困難の中、医療に従事する姿が各所にみられた。

(4) 医療機関のライフラインの確保

電気、水道、ガスなどいわゆるライフラインの停止は、医療機関においても重大な影響を与え、患者が運び込まれても十分な治療ができないなどの事態が生じたと言われている。適切な医療の提供のためには、自家発電によるエネルギーの自給をはじめ、医薬品の備蓄など医療機関のライフラインの確保が重要な課題である。特に震災直後の緊急医療に必要な外科的治療に用いる医薬品などについては、製薬業界や医療機関による協力があったものの交通・通信事情や搬送手段の不足のため、医療現場において不足するケースもみられた。こうした医薬品などについては、平常時から被災地内で確保しておくことも、迅速な対応を行う上で一つの有効な手段と考えられる。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第4章 医療サービス提供のあり方

第4節 大規模災害時の医療-阪神・淡路大震災の経験と対応

2 初期に引き続いて行われた医療対応

(1) 避難所における適切な医療の確保

避難所住民などに対する医療を確保するため、地元県・市において避難所救護センターの設置、巡回診療、巡回健康相談の実施などによる当面の体制整備が図られてきた。これらのための人材の確保に当たっては、日本赤十字社、自衛隊、大学病院、国立病院・療養所、自治体などからの応援を得られた。また、避難所救護センターへの薬剤師ボランティアによる医薬品の供給が行われた。

一方、避難所などにおける医療の提供体制に関しては、時間の経過とともにみられる、1)避難所住民の漸減、2)地域の既存医療機関の診療機能の回復、3)応急医療から慢性疾患への医療ニーズの移行などの変化を踏まえ、救護所体制から地域医療体制へ円滑に移行していかなければならない。このような観点から、地域ごとの医療の需給関係をきめ細かに把握しつつ、避難所、地区医師会、救護センターなどと協議・調整の上、避難所救護センターから既存の診療所などの活用へと円滑な移行が図られた。

(2) 医療ボランティアの積極的受け入れ

今回の震災では、医療関係者のボランティア活動が成果を上げたが、その受け入れに当たっては混乱もみられた。医療ボランティアの受け入れについては、被災地に負担をかけないことを原則に、被災地に入れる人から入ってもらうという姿勢が大切である。一方で、ボランティアを積極的に受け入れるための調整を行うためのマニュアルや日ごとの訓練、窓口や受け皿の一本化やコーディネーターなどの必要性が認識された。

(3) 地元の医療機関のできるだけ早い立ち上げ

地域医療の確保のため、被災医療施設の早期復旧は重要課題である。このため、社会福祉・医療事業団による低利融資、「阪神・淡路大震災に対処するための特別の財政援助及び助成に関する法律」による補助の拡充、医療施設近代化施設整備事業の適用拡大が図られた。

一方、医療機関における診療の便宜を図るため、被保険者証を医療機関に提示できない場合でも、氏名、住所などを申告することにより受診できる取扱いとしたことに加え、保険診療における一部負担金の免除など、医療保険制度や老人保健制度面でも柔軟な対応がなされた。

(4) 保健・福祉などのサービスとの連携と橋渡し

このほか難病患者や人工透析患者の医療の確保,メンタルヘルス,インフルエンザ予防などの問題の顕在化に対し,初期段階よりそれぞれ対応がなされたが,市民生活の確保にとって,医療は重要だが,生活の一部を支えているにすぎない。健康管理といった保健サービスや,仮設住宅設置などを含めた民生・生活関連部門と相まって,対応がなされることが重要である。特に,災害弱者といわれる高齢者,障害者,乳幼児などへ適切なサービスを提供するためには,早期から福祉サービスと連携しつつ総合的な施策の展開を図ることが重要である。

阪神・淡路大震災



阪神・淡路大震災

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第4章 医療サービス提供のあり方

第4節 大規模災害時の医療-阪神・淡路大震災の経験と対応

3 今回の大喪災により浮き彫りとなった災害医療の課題と今後の対応

阪神・淡路大震災における対策については、時点時点でき得るかぎりの措置がとられたが、量の面、質の面そして時間の面、さらにはシステムとしての機能面で課題を残した。

平成6年1月から「集団災害時における救急医療・救急搬送体制のあり方に関する研究班」を設けていたが、7年度よりこの研究会では班員を拡充し、「阪神・淡路大震災を契機とした災害医療のあり方に関する研究会」として改組することとしている。今回の震災の教訓を踏まえ、適切な体制整備のあり方について、検討を行うこととしており、その成果を各都道府県に配付して地域防災計画の見直しなどに活用を促すこととしている。

また、国立病院東京災害医療センター(仮称、病床数390床)を平成7年7月に開設することとしている(国立立川病院と国立王子病院を統合して設置)。これは、昭和54年に策定された立川広域防災基地内に、東京消防庁、海上保安庁、国土庁、警視庁、食糧庁などの災害・救急対策施設とともに災害医療センターを開設するものである。屋上ヘリポートや地下の備蓄倉庫、自家発電装置、井戸も備えた国内で初めての広域災害の基幹施設とされる。公的機関を結ぶホットラインも設け、災害時には病床数の2倍程度の入院患者を受け入れることができ、高度な救急医療を可能とするほか、災害医療を中心とした臨床研究や災害時のネットワークの研究、教育・研修も行うこととしている。

1) 医師の大量養成・無医大県解消構想から医学部の定員削減まで

平成4年末における全国の医師数は21万9,704人(届出ベース)であり、人口10万人に対する医師数は176.5人である。昭和36年の国民皆保険の実現などを契機に患者数が増加し、昭和30年代後半より深刻な医師不足となり、これに対応するため、37年から順次医科大学・医学部の入学定員の増加を行った。さらに昭和48年の経済社会基本計画において、地域医療の確保の観点から「無医大県解消構想」が提唱され、56年の琉球大学医学部の開設によって全都道府県に医育機関が設けられ、養成体制の急速な拡充が図られた。

その結果、昭和45年に立てられた人口10万人対150人の医師の供給目標が59年には達成される。その後は予想される医節過剰時代への対応が課題となる。昭和59年8月には「将来の医節需給に関する検討委員会」が開催され、「1995年を目途として医師の新規参入を最小限10%程度削減すべし」との結論が出され、これらを踏まえ医科大学・大学医学部の入学定員数は60年以降年々削減されてきている。

表4-5-1 全国医科大学(医学部)数・入学定員の推移

表4-5-1 全国医科大学(医学部)数・入学定員の推移

年度	昭和30 (1955)	35 (1960)	40 (1965)	45 (1970)	50 (1975)	55 (1980)	60 (1985)	平成2 (1990)	3 (1991)	4 (1992)	5 (1993)	6 (1994)
学校数	46	46	46	50	70	79	80	80	80	80	80	80
入学定員 (募集人員)	2,820	2,840	3,560	4,380	7,120	8,260	8,340	7,835 (7,750)	7,815 (7,740)	7,775 (7,740)	7,775 (7,720)	7,755 (7,710)

こうした状況の中、「医師需給の見直し等に関する検討会」が開催され、平成6年11月にその意見が報告された。将来医師が過剰になる可能性は高いと考えられるが、寝たきり・痴呆の高齢者数や、外来・入院患者数の変化、医節の活動性など、推計の前提条件の動向を踏まえて検証し、必要があれば医師数の適正化のための対策をとることが望ましいとしている。

表4-5-2 医師の平均年齢

表4-5-2 医師の平均年齢

年度	昭和55 (1980)	56 (1981)	57 (1982)	59 (1984)	61 (1986)	63 (1988)	平成2 (1990)	4 (1992)
医師全体	48.2	48.1	47.9	47.5	47.3	47.2	47.2	47.2
診療所の開業医	56.4	56.6	57.1	57.8	58.5	59.1	59.7	60.2

出典：厚生省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

2) 病院の従事者数が増えているが、壮年期の医師の診療所開業意欲も高い

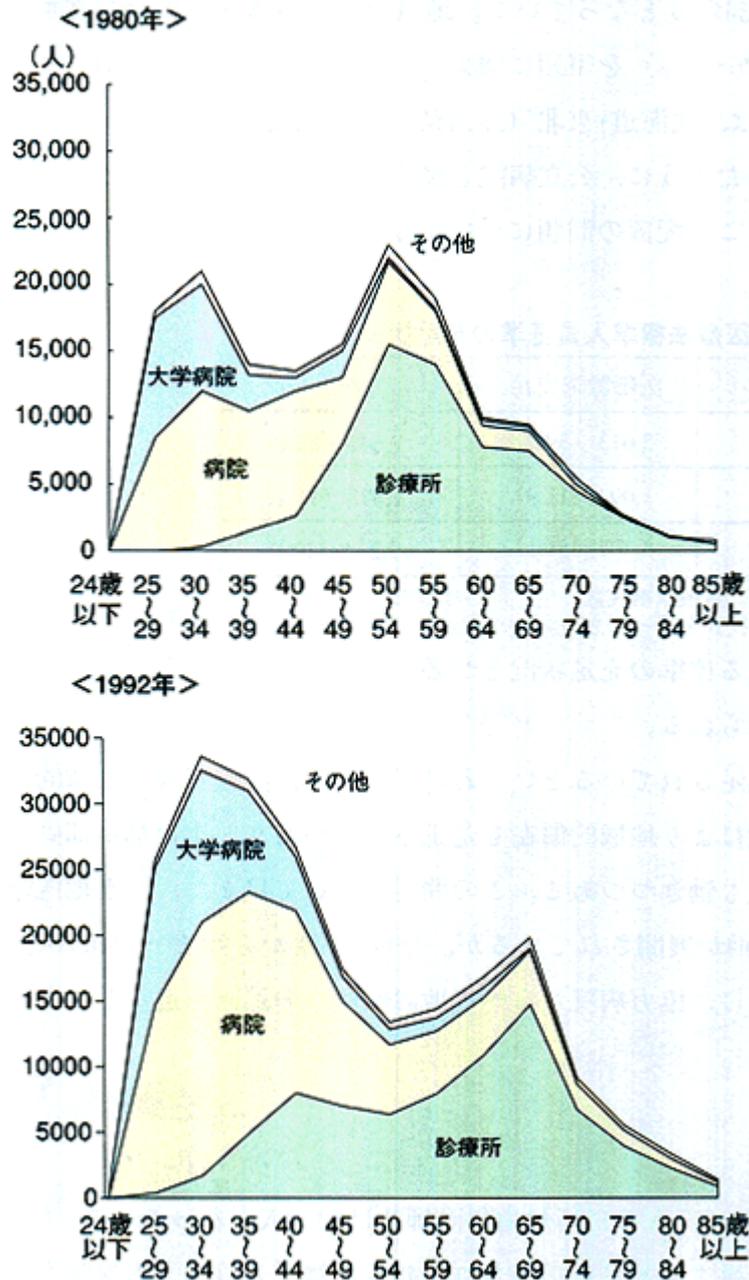
業務の種別構成割合で見ると、診療所の従事者は減り続け、病院の従事者割合が増大している。

勤務医としての経験を経た上で診療所を開業すること、また開業している医師については年齢の高いところに大きな集団があることから、開業医の平均年齢は従来より年を経るごとに高まってきている。平成4年末の開業医の平均年齢は60.2歳である。

しかし、近年では病院数が減少する一方、診療所の数が増加してきている。特に診療所の新規開設者の年齢は、社会福祉・医療事業団の融資申し込み者の年齢で見ると、壮年期の医師が圧倒的に多い。今後、開業医の世代交代が進む可能性が高い。開業医は地域医療におけるプライマリーケアを担うという重要な役割を待っており、若い開業医が、かかりつけ医機能を積極的に果たしていくことが期待されている。

図4-5-2 業務の種類別、年齢階層別の医師数の変化

図4-5-2 業務の種類別、年齢階層別の医師数の変化



資料：厚生省「医師・歯科医師・薬剤師調査」

3) 医師の地域的偏在,施設間の医師の偏在

医師に関しては、「地域的偏在」「医療施設間の偏在」の問題がある。なお、この問題については比較的容易になってきている患者の移動なども考慮に入れなければならない。例えば、東京近県の患者の場合、東京の病院に入院するケースも少なくない。

医療施設従事医師について分布状況を見ると、人口10万対(全国169.9人)では、徳島県227.1人が最も高く、ついで京都府225.9人、東京都225.1人などが高率で、埼玉県101.6人、千葉県114.1人、茨城県119.1人などが低率になっている。高率県と低率県との間にはかなりの格差がみられ、比較的西日本に高率県が多く、関東以北の県は低率となっている。

また、人口10万対一般病床数(全国1011.2床)を県別にみると、高知県が2043.6床と最も多く、千葉県が696.3床と最も少ない。地域別にみると北海道、北陸、西日本に高率県が多い。

次に、一般病院における医療法による標準人員(例えば、外来患者がいないとした場合、入院患者100人につき医師6人、看護職員25人などという基準)の充足状況の推計値を全国ベースでみると表4-5-3のとおりである。病院における人員配置は年々改善されてきているが、医療法による標準を満たす医師数が配置されている一般病院は、現在のところ全体の5割程度となっている。地域分布をみると、医師の医療法標準を満たす医療機関の割合が高いのは、近畿(68.1%)を筆頭に関東(54.6%)、九州(50.7%)、東海(48.6%)などの地区であり、その割合が低いのは、北海道・東北(25.4%)、北陸甲信越(39.5%)、四国(41.8%)、中国(42.4%)である。また、前述したように、公立病院と民間病院の配置を比較すると、平均的には前者が手厚い配置となっている。なお、この配置の問題については医療機関の機能を考慮して考えなければならない。

表4-5-3 病院における医療法標準人員基準の充足状況

表4-5-3 病院における医療法標準人員基準の充足状況

	医師数充足	医師数未充足	計
看護職員数充足	4,028 (43.7)	3,613 (39.2)	7,641 (82.9)
看護職員数未充足	479 (5.2)	1,094 (11.9)	1,573 (17.1)
計	4,507 (48.9)	4,707 (51.1)	9,214 (100)

(注) 平成4年度医療監視結果による。数値は病院数、()内は構成割合(%)、医師、看護職員数ともに、常勤換算を行ったもの。

また、人口10万対医師数の分布と、医療法による標準の充足状況とが必ずしも一致していないが、これは、医療施設の配置状況に影響されていると考えられる。

このようにすべての地域、医療機関で医師が充足されているというわけではなく、医療資源の地域的偏在の是正に向けた取組が行われている。医療計画により地域的偏在も是正されつつあり、また都市部勤務医の給与は抑制ぎみとなっており、市場原理の力も働きつつある。この問題についてはまた、へき地医療対策としての取組もある。すでに7次にわたる計画が展開されているが、平成3年度から始まった第7次計画では、へき地対策の対象地域を拡大するとともに、協力病院からへき地診療所への巡回派遣などにより医師の確保を図ることとしている。

(2) 歯科医師も需給上の問題が生じてきている

平成4年末の届出歯科医師総数は7万7,416人であり、人口10万対歯科医師数は62.2人となっている。

歯科医師については、医師同様、昭和30年代後半より不足が指摘され、45年には「人口10万人対50人の歯科医師の確保」の目標の下に養成が進められた。昭和55年にこの目標が達成されると、医師同様、将来の過剰が予想されるようになった。

歯科診療所に関しては、歯科医師資格を獲得した者のほとんどが開業することとなるため、より深刻に将来の過剰に対応されるようになった。昭和61年7月の「将来の歯科医師需給に関する検討委員会」最終意見

では、「1995年を目途に新規参入を最小限20%程度削減すべき」との提言がなされ、これらを踏まえ歯科大学・大学歯学部の入学生定員は年々削減されてきている。

表4-5-4 全国歯科大学(歯学部)数・入学定員の推移

表4-5-4 全国歯科大学(歯学部)数・入学定員の推移

年度	昭和30 (1955)	35 (1960)	40 (1965)	45 (1970)	50 (1975)	55 (1980)	60 (1985)	平成2 (1990)	3 (1991)	4 (1992)	5 (1993)	6 (1994)
学校数	7	7	13	17	23	29	29	29	29	29	29	29
入学定員 (募集人員)	650	690	1,140	1,460	2,220	3,360	3,380	3,060 (2,732)	3,055 (2,722)	3,025 (2,722)	3,005 (2,720)	3,005 (2,714)

(3) 近年急増している看護職員など

看護職員の資格としては、保健婦助産婦看護婦法で定められている「保健婦・保健士」「助産婦」「看護婦・看護士」「准看護婦・准看護士」がある。平成5年末における看護職員数は表4-5-5のとおりである。「看護婦等の人材確保の促進に関する法律」に基づき、質量両面にわたる看護職員確保対策が推進されたことなどを反映して、看護職員数は急増し、平成3年12月に策定された需給見通しに沿って推移してきている。養成の数・就業者の数が大きいだけに、需給の動向に細心の注意を払う必要がある。(表4-5-6参照)。

表4-5-5 看護職員就業者数(平成5年末)

表4-5-5 看護職員就業者数(平成5年末)

(就業者ベース)	保健婦・保健士	助産婦	看護婦・看護士	准看護婦・准看護士	総数
職員数	30,607	23,261	481,557	387,046	922,471

資料：厚生省「看護関係統計資料」

また、医療機関などでリハビリテーションに従事する資格として理学療法士と作業療法士がある。高齢化や疾病構造の変化などにより、その需要が高まっており、また、養成を強化してきていることなどを反映して、近年その数が急増している。

第1編

第1部 医療——「質」「情報」「選択」そして「納得」

第4章 医療サービス提供のあり方

第5節 医療サービスを提供する人材

2 医療に携わる人材の養成と質が大きな課題となっている

(1) ニーズに対応した医師の養成

1) 医師に求められる資質

疾病構造の変化などに伴い、個々の疾病に着目した治療のみならず、患者の状態全体に着目した全人的医療が求められている。医学・医術の進歩に遅れることなく専門医療を行うことだけでなく、患者、家族のかかえるさまざまな身体的、心理的、社会的問題を的確に認識・判断し、治療のみならず必要な看護、介護サービスなどとの連携を図るなど、総合的に問題を解決する能力を備えることが必要となってきた。

2) 医師の資質向上のための方策

そのためには、専門領域のいかににかかわらず、通常みられる疾病の患者に対して適切な診療を行い、また、特に救急時の診療を行う能力などを身につけていかなければならない。

具体的には、適切な判断力と診断治療のための基本的手技、さらに全身管理能力を身につける必要がある。また、必要に応じて患者を適切にほかの施設などに送る能力の養成も重要で、さらに通者のかかえる問題について身体的、心理的、社会的に適切に把握した上解決し、また指導するためには、患者および家族とのコミュニケーションを保つ能力の養成も大切である。

これらについて、卒前、卒後臨床教育、生涯教育において精力的な取組もみられるものの、多くの課題も残されている。

ア 卒前教育

医学教育は、学問としての医学に片寄ることなく、医療の視点や患者の視点が重視される必要がある。また、老年学、老人医療・死に対する医療のかかわりなどの新たなそして種々な課題に十分対応し、地域の対人社会サービスとのかかわりにも十分配慮していかなければならない。医療の専門家を養成する大学教育への期待には大きいものがある。

医師として有すべき知識・技能を評価する国家試験についてもその内容の改善が図られてきている。平成5年の医師国家試験からは科目別構成によることなく、医学総論と医学各論の二本柱により、診療科目の範ちゅうに拘束されずに実施されるようになった。

イ 卒後臨床研修

卒後臨床研修制度は、実地修練(インターン)制度の廃止後において医師の資質の向上目的として制度化された義務ではなく、医師の自発的努力を期待する制度として位置づけられている。その後臨床研修については、救急医療、初期医療などの基本的知識および技能を修得できる研修の必要性と方策が示され、さらに、卒後臨床研修目標を設定し、それを達成する「研修プログラム」による臨床研修への移行を推進してきている。

医師免許取得者の約8割が臨床研修を行い、そのうちの約8割が大学病院と残りの2割が臨床研修指定病院で研修を行っている。臨床研修指定病院では、研修プログラムに基づく研修と内科系や外科系の診療科について各々1以上の科の研修を行フローアイト方式による研修を推進しているが、双方まだ十分に普及し定着しているとは言いがたい。

平成6年12月に出された「医療関係者審議会臨床研修部会意見書」中間まとめにもあるが、医学・医療の進歩などに伴い、現在の卒前の臨床教育では、臨床医として日常遭遇する疾病に対する必要な知識および技能を修得するのに必ずしも十分ではない。臨床研修制度の果たす役割の重要性を認識し、診療に従事しようとするすべての医師が幅広い基本的な診療能力を身につけることができるように、基本的には臨床研修を必修するとともに、その内容の改善などを図ることが課題となっている。

ウ 生涯教育

質的向上を図るためには、卒前の教育課程から国家試験、卒後臨床研修、生涯教育との整合性を図っていかなければならない。これらは一貫性を有するべきであり、教育目標は専門医教育までの段階を経て次第に深さを増していくべきものである。

認定医・専門医など医師の専門性にかかわるものについては、学会認定医制協議会などの場でそのあり方について検討がなされている。また、日本医師会においても、平成4年「生涯教育カリキュラム」を導入し、医師生涯教育における二つの課題、すなわち、臨床医として繰り返し研さんすべき日常遭遇する疾病に対する診療や最近の医学の進歩などの「医学的課題」と、全人的医療を展開するための基礎をつくる「医療的課題」とに対応し、生涯教育の向上に努めている。

(2) 歯科医師の資質向上

近年の歯科医学の進歩、治療技術の高度化、歯科材料の革新などに伴い、歯科医療が専門分化していく傾向にあり、一般歯科診療に携わる歯科医師が育ちにくくなっている状況にある。その一方で、高齢化が進展していく中で、国民の歯科医療に対するニーズは多様化、高度化してきている。こうした中で、いかに資質の高い歯科医師を養成していくかが課題となっている。

ア 卒前教育と卒後臨床研修

歯科大学・大学歯学部での歯学教育は、歯科医療を行うのに必要な基本的な知識と技能の習得を目指して行われ、また、歯科医師として持つべき知識と技能を評価する国家試験は、その出題基準の改訂により、歯科医療をとりまく状況の変化に対応してきている。しかしながら、国民が求める臨床歯科医師を養成する観点からは、こうした仕組みとその改善だけでは必ずしも十分とはいえなくなっている。

昭和62年からは、免許取得直後の歯科医師を対象に歯科大学・大学歯学部の附属病院などにおいて1年間の臨床研修が任意に実施されており、現在対象者の約半数がこの研修を行っている。この臨床研修は、独立

して一般歯科診療に従事し得る知識と技能を習得させ、その診療能力を向上させることを目的とするものであるが、その内容には人間の理解と支援に関する学習も包含することが期待されている。国民のニーズにこたえる臨床歯科医師を養成していくためには、より多くの者がこの臨床研修を行うようになるとともに、研修の質のさらなる向上を図っていくことが今後の重要な課題である。

イ 生涯研修

医師同様、生涯にわたる一貫した資質の向上への取組が期待される。

歯科の専門学会においてはさまざまな専門的な研究・研修の場が設けられており、また、日本歯科医師会においても、平成2年度から「日歯生涯研修事業」を実施しており、歯科医師が国民の歯科保健医療の重要な担い手であることを踏まえ、全人的な歯科医療を実現できる人材の育成に努めている。

(3) 看護職、理学療法士、作業療法士などの資質の向上

看護職員は、医療機関の中で最も患者に接する機会が多いといわれている職種であり、その質の向上が患者のサービスの向上に直結する。

看護職員の養成はこれまで量的な不足の解決に重点が置かれてきたが、高齢化の進展、医療サービスの高度化・多様化などに対応できる質の高い看護職員を確保すべきという要請に対応し、看護教育に変化が生じている。特に、長期ケアや訪問看護が大きな課題となってきた。平成6年4月現在、看護大学(4年制)は全国で30校に達し、短期大学(2年課程を除く)も60校に増加している。

このような状況の中で、平成6年12月に「少子・高齢社会看護問題検討会」の報告書が出された。この報告書においては、看護職員の養成に関し今後取り組むべき具体策として、看護系大学などの高等教育の充実のほか、養成所の教員、施設などの充実を図ること、高齢者や在宅療養者の看護を重視するなど教育カリキュラムの充実を図ること、生涯教育の充実を図ることなどが指摘されており、看護職員の養成においてもその質の向上が課題となっている。

また、理学療法士や作業療法士などの医療関係職種についても、質の向上が今後のその養成に課せられた課題となっている。

(4) 薬剤師の資質の向上

薬剤師は、医療の中で医薬品の適正使用に責任を持つ医薬品の専門家である。近年、医薬品の安全使用の重要性など医療をめぐる状況は大きく変化してきている。また、科学技術の進歩により薬理活性が強く、使用に特に注意を要する医薬品が開発されるなど、医薬品をとりまく環境も大きく変化してきている。その中で医薬分業の進展や薬剤師の病棟業務、在宅医療への参画など、薬剤師は、患者本意の良質で効率的な医療を提供するため、医療チームの一員として積極的に医療に参画することが求められている。

薬剤師国家試験の受験資格については、薬科大学(薬学部)の卒業生に限られているにもかかわらず、これまでの薬学教育は医薬品の開発などに関わる者の養成が中心で、医療人としての薬剤師の養成という点では不十分であった。

このため、「薬剤師養成問題検討委員会」で検討が進められ、薬剤師国家試験受験資格については、6か月以上の実務実習の実施を含めた6年の教育(当面は、大学院修士課程の活用)を受けたものに受験資格を与えることを有力なあり方として提案し、大学関係者などの合意を得て、大学新入生に対する新しい受験資格が遅くとも今世紀中には適用されるよう報告されている。その報告を受け、病院、薬局といった実習を行う施設、実習指導者の養成などの受入体制整備などについて検討を進めている。

また、薬剤師国家試験についても平成5年より出題基準などの大幅な見直しを行い、社会のニーズに合致した出題を可能とするとともに、医療関連の問題を増やし、医療に貢献する薬剤師の供給に向けて、平成8年の国家試験から新しい出題基準で試験を実施することとしている。

さらに,薬剤師の生涯教育については(賦薬剤師研修センターを中心に,各地で講習会の開催などを通じて積極的に進められている。

(C)COPYRIGHT Ministry of Health , Labour and Welfare