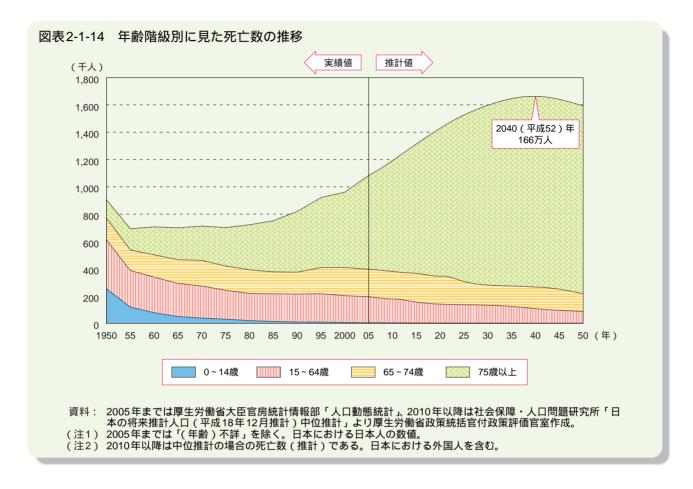
また、年間死亡者数は、2005(平成17)年に108万人であるが、2040(平成52)年には166万人に達すると推計されており^(注4)、今後は看取りを含めた終末期医療の在り方が重要な課題となっている(図表2-1-14)。



2 これまでの医療費適正化対策

第1章で述べてきたように、これまで医療費適正化のため、医療保険制度においては、自己 負担の引上げや診療報酬・薬価等の引下げが行われてきた。また、医療提供体制においても、 都道府県医療計画による病床規制や医学部入学定員の抑制などが行われてきた。

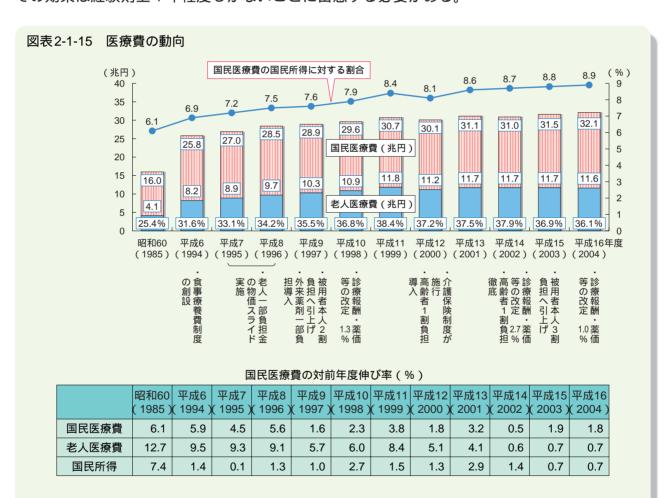
最近の国民医療費の動向を見ると、1994(平成6)年度から2004(平成16)年度までの10年間で、25.8兆円から32.1兆円に6.3兆円増加し、24.5%上昇した。中でも、高齢化の進行もあって、過去10年間(1994~2004年度、介護保険制度が導入された2000(平成12)年度は除く。)の老人医療費の年平均伸び率は4.6%となっており、国民医療費全体の同時期の年平均伸び率(2.7%)を大きく上回っている。

もっとも、国民医療費については、1996(平成8)年度までは4~6%程度の伸びとなっていたが、1997(平成9)年度以降やや伸び率が落ち着いてきたかに見える。また、老人医療費も2000年度以降伸び率が低下している。

⁽注4) 国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(2006(平成18)年12月推計)中位推計」

これは、厳しい経済情勢が続く中で、国民の受療行動が変化した影響もあるが、制度改革・診療報酬改定の影響が大きい。最近の主なものだけでも、 患者自己負担の引上げ(1997年度、2000年度、2002(平成14)年度、2003(平成15)年度) 介護保険制度の創設(介護的色彩の強い高齢者医療の介護保険への移行(2000年度)) 診療報酬等の引下げ(1998(平成10)年度、2002年度、2004年度)などが行われてきた。一方で、このような大きな制度改正や診療報酬の引下げがなかった1999(平成11)年度と2001(平成13)年度は、それぞれ3.8%、3.2%となっており、同年度の国民所得の伸びはマイナスであるため、これを5~6ポイント上回る大きな伸びとなっている(図表2-1-15)

このように、近年の医療保険制度の改正においては、医療費適正化のために、患者自己負担の引上げが繰り返し行われてきた。しかしながら、それぞれの患者自己負担引上げによる医療費の伸びの抑制効果については、患者自己負担の引上げを実施した当初には患者サイドにコスト意識が働くことにより、その受療行動が変化して、医療費の伸びが抑制されるものであり、その効果は経験則上1年程度しかないことに留意する必要がある。



資料: 厚生労働省大臣官房統計情報部「国民医療費」、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」

(注1) 国民所得は、内閣府発表の国民経済計算(2006年5月発表)による。

(注2) 老人医療費は、2002年の制度改正により、対象年齢が70歳から段階的に引き上げられており、2004年10月より72歳以上となっている。

3 今後の医療政策の検討の方向性

このような中、我が国の国民皆保険制度を堅持し、持続可能な医療保険制度を構築していくためには、短期的な医療費適正化対策に加え、国民・患者の視点に立って、生活習慣病対策、良質かつ効率的な医療提供体制の確立に努める中で、中長期を見据えた医療費適正化を推進することが求められている。具体的には、生活習慣病の有病者・予備群を減らすとともに、入院期間を短縮し病院から早く家庭や地域に戻れるようにし、国民の生活の質(QOL)を確保・向上しつつ、結果として医療費適正化に資するという、中長期的な対策を講ずることが求められている。

また、今後、後期高齢者が大幅に増加していく中、家族による看護や介護が難しい高齢者世帯や認知症高齢者の増加、終末期医療の在り方も視野に入れつつ、患者の視点に立った医療提供の在り方を考える必要がある。

以下の節では、こうした医療構造改革の必要性を踏まえ、医療提供体制、医療保険制度、健康づくりに分けて、我が国の保健医療の現状と課題を整理する。

第2節

医療提供体制をめぐる現状と課題

第1章第1節において、医療提供体制の変遷について概観してきたが、日本の医療については、国際的に見て長い平均在院日数や医療紛争の増加の問題に加え、最近では、産科・小児科、へき地等における医師不足の問題、病院における勤務医の疲弊等、多くの問題が指摘されている。

本節では、まず、医療提供をめぐる現状と課題について整理し、次に、それらを、国民・患者の立場から見た現状と課題という形で再整理する。

1 医療提供をめぐる現状と課題

医療提供体制について、ここでは、病院、一般診療所等の医療施設と、それぞれの医療施設 で働く医療従事者について、その現状と課題を整理する。

(1)一般診療所

(無床診療所数の増加)

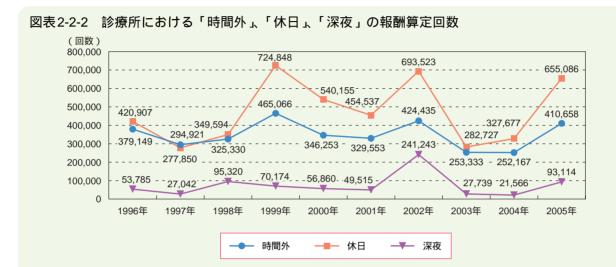
医療施設調査(2005(平成17)年)によると、全国の医療施設173,200施設のうち、一般診療所の数は97,442施設を占めている。近年の一般診療所数の推移を見ると、入院機能を持つ有床一般診療所(13,477施設)は減少しているものの、入院機能を持たない無床一般診療所(83,965施設)が大きく増加し、一般診療所の総数は増加している(図表2-2-1)。



(診療所による時間外や夜間、休日診療)

地域においては、事故等によるけがや体調の急変による救急患者への対応は、平日昼間だけでなく、平日夜間や休日にも求められる。

しかし、診療所数が増加しているにも関わらず、診療所における時間外、深夜、休日の診療の件数は、必ずしも増加していない(図表2-2-2)。また、東京消防庁調査によれば、夜間・休日で診察時間外だったという理由で救急車を要請し、救急医療機関を利用しているケースは、この数年、全体の2割弱を占め続けている(図表2-2-3)。



資料: 厚生労働省大臣官房統計情報部「社会医療診療行為別調査」より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。 (注) 「時間外」、「休日」、「深夜」の報酬算定回数とは、毎年6月審査分の診療報酬明細書の中で、初診料及び再診料の時間外加算、休日加算、深夜加算が算定された回数をいう。

図表2-2-3 救急車の要請理由(5年間の推移)

(%)

	2002年 (内=519)	2003年 (内=298)	2004年 (内=315)	2005年 (内=425)	2006年 (内=531)
生命の危険があると思った	27.7	26.2	38.1	28.7	28.8
軽症や重症の判断がつかなかった	12.3	19.8	19.0	22.8	21.8
自力で歩ける状態でなかった	53.0	49.3	49.8	48.2	52
交通手段がなかった	3.3	4.7	2.2	2.8	3.6
どこの病院に行けばよいかわからなかった	3.5	5.0	7.3	7.3	8.1
家族・知人に勧められた	19.1	7.4	8.9	11.1	8.3
かかりつけの医師又は医療関係者に勧められた	7.7	6.4	9.5	7.8	7.3
病院へ連れて行ってくれる人がいなかった	7.5	7.4	5.7	7.8	7.0
かかりつけの病院が休診だった	1.2	0.7	0.6	0.9	0.8
夜間・休日で診察時間外だった	14.6	14.8	15.9	19.3	16.6
救急車は無料だから		1.7	0	1.4	0.4
救急車で病院に行った方が優先的に診てくれると思った		4.7	3.5	5.2	4.1
通院(又は入院)予定だった			0.3	0.2	0.4
その他	13.9	20.1	16.5	14.4	17.5

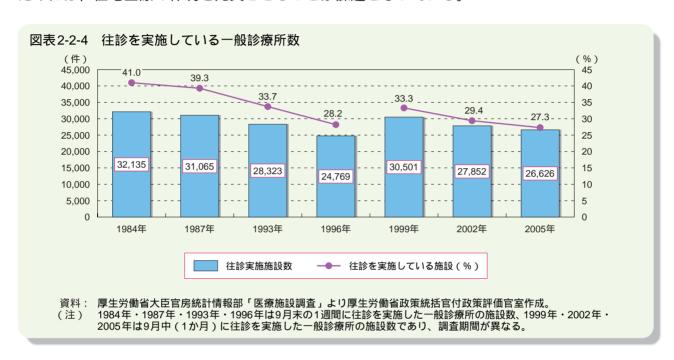
資料: 東京消防庁「消防に関する世論調査」(2006年11月)より厚生労働省政策統括官付政策評価官室作成。

(在宅医療を行う診療所の割合の低下)

病気になった高齢者の多くが、在宅での療養生活を希望しても、長期間の入院生活を送り、 人生の最期もそのまま病院で迎えているのが現状である(第1節(35頁)参照)。

図表2-2-4を見ると、往診を実施している一般診療所数はおおむね減少傾向にあり、一般診療所の総数が増加する中で、在宅医療に取り組む施設の割合は低下している。

こうした中、一度入院した高齢者が、家庭や地域で再び生活を送ることができるようにする ためには、在宅医療の体制を充実させることが課題となっている。



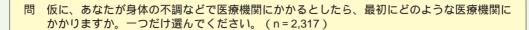
(2)病院

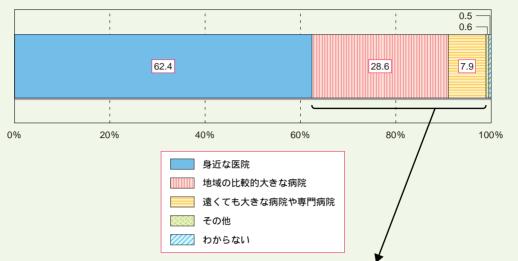
(診療所との関係も含め病院機能が明確化されていない現状)

特定機能病院、地域医療支援病院等、いわゆる大病院には、入院機能や紹介患者に対する高度先端医療など専門外来の役割が期待されている。しかし、大病院が多くの一般外来患者を受け入れており、必ずしも、一次的な地域医療を担う診療所等との役割分担が図られているとはいえない。

患者の医療機関の選択に関する調査結果によると、身体の不調などで最初にかかる医療機関について、「身近な医院」にかかるとする者が62.4%いる一方、「地域の比較的大きな病院」、「遠くても大きな病院や専門病院」にかかるとする者がそれぞれ28.6%、7.9%となっており、大病院志向の患者も多い。また、患者が大病院等を選んだ理由としては、「各種医療機器がそろっている」、「高い技術を持った専門医がいる」、「どんな病気でも対応してくれる」、「大きな病院の方が何となく安心できる」をあげる人が多い(図表2-2-5)。







「地域の比較的大きな病院」又は「遠くても大きな病院や専門病院」を選んだ理由 (2つまでを選択(n = 846))	(%)
各種医療機器がそろっていると思うから	52.2
どんな病気でも対応してくれるから	36.4
高い技術を持った専門医がいると思うから	35.9
はっきりした理由はないが大きな病院の方が何となく安心できるから	24.2
これまでもずっとかかってきたから	13.2
身近な医院では症状が改善しにくいとき、自分が希望する他の医療機関を紹介して 欲しいとはいいにくいから	10.2

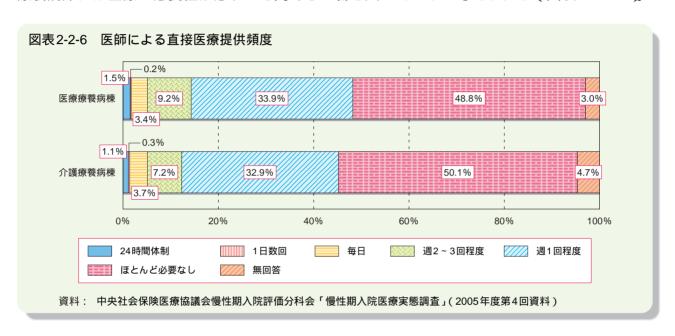
資料:「埼玉県政に関する世論調査」(2001年)

このように、診療所を含め、医療機関の役割分担が明確でなく、情報も十分でない中で、患者は、自ら調べ、自らの判断で医療機関を選んでいる状況にある。現在の仕組みの下では、患者は、フリーアクセスが保障され、大病院でも直接に受診が可能であるため、大病院の外来に患者が集中し、その勤務医に過度の負担がかかるといった問題も生じてきている。

こういった状況から、今後は病院と診療所の機能の更なる分化・連携の推進が必要となっている。

(療養病床の現状)

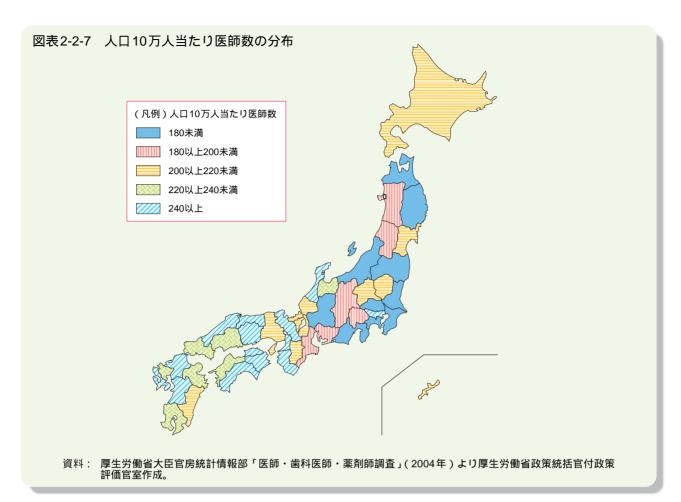
日本の平均在院日数は、国際的に見て長いが(第1節(32頁参照)、その大きな要因の一つが 療養病床である。療養病床は、主として長期にわたり療養を必要とする患者を受け入れるもの で、病床数は約37万床あり、うち医療保険が適用されている医療療養病床は約25万床、介護保 険が適用されている介護療養病床は約12万床である。しかし、慢性期入院医療実態調査(2005 (平成17)年度)によると、医療療養病床と介護療養病床で提供されているサービス内容には大 差がなく、療養病床の患者の約半分が医師による指示の変更がほとんど必要ない方たちであり、 療養病床には医療の必要性が必ずしも高くない者も入っていると考えられる(図表2-2-6)。

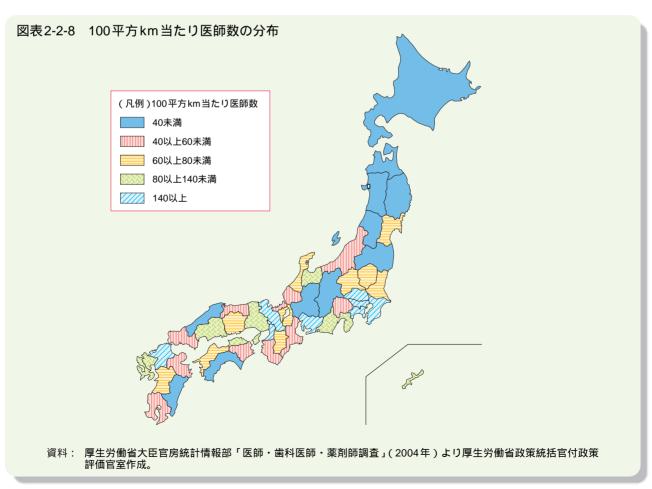


(3)医療従事者

(医師数全体の増加と地域における医師不足)

医師数は、全国的には毎年3,500~4,000人程度増加しているが、都道府県間、また同一都道府県内でも県庁所在地のある医療圏とそれ以外の医療圏間で地域格差がある。都道府県別の人口当たり・面積当たりの医師数を見ると、全体としては、西日本では多く、東日本では少ない傾向にあることが分かる(図表2-2-7、8)。また、都道府県内の二次医療圏レベルで見ると、県庁所在地など都市部では多く、郡部では少ない傾向が見られ、その差は、都道府県別の医師数が少ない東日本で特に顕著となる傾向がある(図表2-2-9)。





図表2-2-9 二次医療圏別人口10万人当たり医師数

都道府県	人口10万 人当たり 従事医師 数(県)	二次医療圏	人口10万 人当たり 従事医師 数(県内)	県内での差	都道府県	人口10万 人当たり 従事医師 数(県)	二次医療圏	人口10万 人当たり 従事医師 数(県内)	県内での差	都道府県	人口10万 人当たり 従事医師 数(県)	二次医療圏	人口10万 人当たり 従事医師 数(県内)		
北海道 203.6	上川中部	284.6	3.0倍 石川県	238.8	石川中央	303.0	2.4倍	岡山県	246.3	県南東部	282.6	2.2倍			
70/母/旦	根室	根室	95.8	3.010	口川末	230.6	能登北部	124.4	2.410	四山东	240.3	高梁・阿新	127.4	2.214	
青森県	津軽地域	津軽地域	241.6	2.6倍	福井県	202.7	福井・坂井	276.2	2.6倍	広島県	場 224.9	呉	276.3	1.6倍	
月林木	104.0	西北五地域	94.7	2.010	油井朱	202.1	奥越	104.9	2.010	四両示		広島中央	174.3		
岩手県	167.9	盛岡	247.4	2.4倍	山梨県 186.8	甲府地区	311.5	3.3倍	山口県	山口県 224.1	宇部・小野田	364.9	2.3倍		
石丁宗	107.9	二戸	102.7	4.4	山木尓	160.6	東部	93.8	3.310	ш⊔ж	224.1	萩	159.9	2.310	
宮城県	188.0	仙台	291.6	6.5倍	長野県	県 181.8	松本	295.5	2.6倍	徳島県	₹ 262.4	東部I	302.0	1.7倍	
古城宗	100.0	黒川(1)	45.1	6.51百	技野宗	101.0	木曽	114.5	2.01亩			西部川	179.2		
秋田県	181.9	秋田周辺	250.4	2.5倍	社包旧	165.0	岐阜	213.7	. o.b	1.0位 禾川県	236.6	高松	301.8	2.2倍	
松田宗	101.9	湯沢・雄勝	101.0	2.51亩	岐阜県	165.0	中濃	120.2	1.8倍	香川県		小豆	140.3		
.I.TKIE	404.0	村山	225.6	4.0/\$	热回旧	400.5	西遠	219.8	0.0/\$	五極田	000.0	松山	267.9	1.6倍	
山形県	184.2	最上	126.3	1.8倍	静岡県	168.5	北遠	84.7	2.6倍	愛媛県	223.9	今治	165.8		
行自旧	474.0	県北	223.4	2.2/=	- Arnı⊟	III 474.0	尾張東部	317.1	4.0/\$	京加目	261.4	中央	293.8	1.9倍	
福島県	171.0	南会津	99.4	2.2倍	愛知県	174.9	尾張中部	64.2	4.9倍	高知県		高幡	151.4		
******	440.0	つくば	322.2	4.0/1	一手间	470.0	中勢伊賀	228.5	4 0/17	*= E218	050.0	久留米	385.9	3.1倍	
茨城県	142.3	常陸太田・ひたちなか	80.1	4.0倍	三重県	176.8	東紀州	145.4	1.6倍	福岡県	253.2	京築	126.0		
栃木県	189.8	県南	235.7		滋賀県	』 189.7	大津	307.4	2.8倍	佐賀県	216.4	中部	277.8	1.9倍	
伽不乐	189.8	県西	118.4	2.0倍	滋貝宗	189.7	甲賀	110.4	2.81音			西部	149.9		
###:18	400.0	前橋	368.6	0.0/#	- *0 rb	7/T 050 0	京都・乙訓	341.4	2.2/\$	3.3倍 長崎県 2.	県 247.2	長崎	318.4	0.0/2	
群馬県	192.2	太田・館林	131.8	2.8倍	京都府	258.3	山城南	104.2	3.3倍			上五島	106.0	3.0倍	
林工旧	400.4	西部第二	222.3	0.0/#	V÷ + 177 15	- TC CO 4 C	大阪市	315.2	4.0/1	能士田	松土田	235.4	熊本	352.8	0.0/÷
埼玉県	129.4	児玉	84.8	2.6倍	大阪府	231.2	中河内	163.5	1.9倍	熊本県	- 235.4	阿蘇	109.9	3.2倍	
て共旧	440.0	安房	253.4	3.0倍 兵	८	407.0	神戸	254.9	2.0倍	十八旧	- 226.9	別杵速見	295.0	2.3倍	
千葉県	146.0	夷隅長生	84.3		兵庫県	197.3	西播磨	128.7	2.0倍	大分県		東国東	128.6		
東京都	264.2	区中央部(2)	1,190.6	9.6倍	奈良県	196.7	中和	236.5		中岐旧	宮崎県 206.9	宮崎東諸県	283.3	0.5/立	
(3)	204.2	西多摩	123.5	9.01亩	示氏宗	190.7	西和	146.4	1.6倍	宮崎県		西都児湯	114.4	2.5倍	
油太川県	107.1	川崎南部	232.8	o o /th Tolk luis	4nab.l.ı⊟	和歌山県 236.8	和歌山	313.3	0.4/2 #1222		鹿児島	319.9	2.0/5		
神奈川県	167.4	県央	116.6	2.0倍	1 和歌山県		那賀	146.8	2.1倍	鹿児島県	212.9	熊毛	100.0	3.2倍	
女に行い日	100.0	新潟	311.2	2.4/\$		250.0	西部	351.9	20/5	沖縄県	196.3	南部	235.2	1.6倍	
新潟県	166.9	十日町	99.6	3.1倍	鳥取県	258.3	中部	176.7	2.0倍			宮古	149.7		
المالية	040.0	富山	257.7		ė 10 IP	000 1	出雲	360.1	0.7/5						
富山県	213.6	新川	167.5	1.5倍	島根県	根県 238.1	雲南	133.4	2.7倍						

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)より厚生労働省医政局作成。 (注) 1黒川(大和町、大郷町、富谷町、大衡村) 2区中央部(千代田区、中央区、港区、文京区、台東区) 3島しょ医療圏を除く。

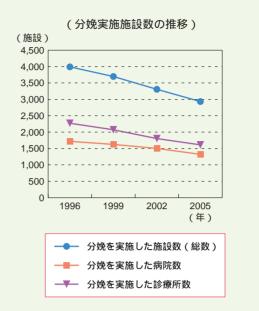
(産婦人科医、小児科医を取り巻く環境の変化)

一部の診療科における医師不足が、地域医療に大きな影響を及ぼしている例も見られ、特に、 産婦人科・小児科においては、病院の診療科の閉鎖など大きな社会問題となっている。

産婦人科医数については全国的に減少しているものの、出生千人当たりの産婦人科医数は横ばいである一方、分娩を実施した施設(病院、診療所)は、この10年で26.5%減少している(図表2-2-10)。これは、不規則な勤務時間や訴訟リスクの高まり等により、産婦人科医が分娩の扱いを取りやめるという事態も生じていることが一因となっていると考えられる。

図表2-2-10 産婦人科医療施設従事医師数と分娩実施施設数の推移





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」より厚生労働省医政局作成。

(注) 産科医療施設従事医師数を含む。

資料: 厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」

資料: 厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査

(静態・動態)調査・病院報告」(2005年)

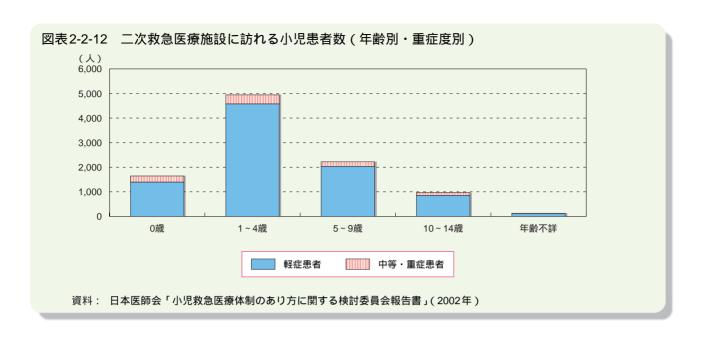
小児科医数の現状を見ると、その総数及び15歳未満小児人口1万人当たりの小児科医数はともに、1998(平成10)年以降増加傾向が続いている(図表2-2-11)。こうした増加傾向にもかかわらず、小児科を標榜する病院は減少しており(図表2-2-11)、その一因に病院の小児科医の厳しい労働環境があげられる。特に、小児救急の医療機関における休日・夜間の小児患者の9割以上は入院の必要がない軽症であるという結果も出ており(図表2-2-12)。そうした軽症患者の集中が、小児救急を担う医療機関の厳しい勤務環境に拍車をかけている。

図表2-2-11 小児科医師数と一般病院における小児科を標榜する施設数の推移 般病院における小児科を (小児科医師数の推移) 標榜する施設数の推移 (施設) 10.0 3,900 14.800 3,800 14,600 9.0 3,700 8.3 14,400 小児科医師数 8.0 3,600 76 8.0 3.500 14,200 7.0 3,400 14,000 7.0 14 677 3,300 14,481 13,800 3.200 6.0 14.156 3,100 13,600 13,989 3 000 13.781 5.0 13,400 2,900 13.200 4 0 2.800 2005 1996 1998 2000 2002 2004 1997 1999 2001 2003 (年) (年) 小児科医師数(人) 小児1万人当たり

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」より厚生労働省医政局作成。



(大学病院による医師派遣(紹介)機能の低下)

地域的な医師不足や、一部の診療科における医師不足の背景の一つに、医師臨床研修制度の 義務化や大学病院を取り巻く状況の変化により、大学病院の医師派遣(紹介)機能が低下した ことが指摘されている。具体的には、新しい医師臨床研修制度の導入により、臨床研修の場と して大学病院より臨床研修病院を選ぶ医師が増えたこと等があげられる^(注1)(第1章第1節 (12頁)参照)。

今後の医師派遣(紹介)機能については、大学病院だけでなく、医療機関、医師会、行政等が協力していくことが求められている。

(病院勤務医の厳しい労働環境)

病院に従事する全体の医師数は増加しているにもかかわらず、病院内の診療外業務、臨床研修医等への教育・指導、外来患者数、外来患者 1 人に費やす時間の変化により、病院における勤務の繁忙感が強まっていることが医療現場から強く指摘されている (注2)。病院勤務医の 1 週間当たり勤務時間は、休憩時間や研究に充てた時間なども含めて計算すると、平均で約63時間、休憩時間等を除いた実際の従業時間は、平均で約48時間であり、病院勤務医の勤務状況は厳しいものとなっている。また、当直の翌日に通常勤務を行う働き方が多いことも指摘されている。

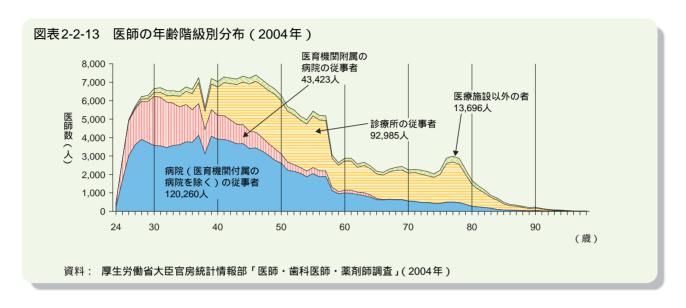
上記のような病院における繁忙感に加え、勤務に見合う処遇が与えられていないこと、さらに訴訟のリスクにさらされていることも含めて、社会からの評価も低下しつつあるという感覚が、病院診療の中核を担う中堅層に広がり、病院での勤務に燃え尽きるような形で、病院を退職する医師が増加しているとの指摘がある^(注2)。

⁽注1) 研修先を選ぶ理由としては、臨床研修病院は「症例が多い」、「研修プログラムが充実している」が上位を占めるのに対し、大学病院は「出身大学である」、「実家が近い」が上位を占めている(厚生労働科学研究費補助金研究「平成17年度『臨床研修に関する調査』報告」(2006(平成18)年8月)。

⁽注2) 医師の需給に関する検討会「医師の需給に関する検討会報告書」(2006(平成18)年7月)

医師の年齢階級別に従事する施設の種別の分布を見ると、30歳代後半以降、病院や医育機関付属の病院等の医師数が減少し、診療所の医師数が増加している(図表2-2-13)。

今後は、病院勤務医の厳しい労働環境を改善するため、病院と診療所の機能の更なる分化・ 連携の推進や、病院勤務医の働き方の見直しが必要となっている。



(女性医師の増加)

医師全体で見ると、女性の従事医師数は全体の15%程度にとどまるが、近年、医師国家試験合格者の3割以上を女性が占めるまでになっており、医師全体に占める女性医師の割合が今後増加していくことが予想される。

診療科別では、特に産婦人科、小児科ともに、女性医師が大きな割合を占めているが(図表2-2-14) 産科診療や小児救急の厳しい勤務環境と結婚、出産、育児の両立が難しく、女性医師が離職し、そのまま復職しないことが多いと考えられる。

こうした中、診療と子育てが両立できる支援体制を整える等、女性医師のライフステージに 応じた就労支援を行っていくことが、今後の医師確保を考える上で重要となっている。

図表2-2-14 医療施設に従事する、主な診療科別の女性医師の割合

	男性(人)	女性(人)	総数(人)	女性医師の割合(%)
内科	62,749	10,921	73,670	14.8
心療内科	591	161	752	21.4
呼吸器科	3,056	599	3,655	16.4
消化器科	9,270	1,082	10,352	10.5
循環器科	8,139	870	9,009	9.7
小児科	10,105	4,572	14,677	31.2
精神科	9,906	2,245	12,151	18.5
神経科	380	70	450	15.6
神経内科	2,814	644	3,458	18.6
外科	22,160	1,080	23,240	4.6
整形外科	18,087	684	18,771	3.6
形成外科	1,402	363	1,765	20.6
脳神経外科	6,052	235	6,287	3.7
呼吸器外科	1,059	51	1,110	4.6
心臓血管外科	2,533	99	2,632	3.8
小児外科	577	105	682	15.4
産婦人科	7,951	2,212	10,163	21.8
眼科	7,867	4,585	12,452	36.8
耳鼻咽喉科	7,408	1,668	9,076	18.4
皮膚科	4,824	2,956	7,780	38.0
ひ尿器科	5,838	194	6,032	3.2
放射線科	3,899	881	4,780	18.4
麻酔科	4,538	1,859	6,397	29.1
総数	214,628	42,040	256,668	16.4

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)

(医師との信頼関係の構築)

近年、医療紛争が増加している。医療紛争が起こる背景の一つとして、医師と患者との信頼 関係が構築されていないことも指摘されている。

かかりつけの医師を持っている者の方が、そうでない者より、受けた医療への満足度が高い という調査もあることから(図表2-2-15) 地域住民が日頃から相談できる医師を持てるよう にすることが医師と患者との信頼関係の点でも望まれるところである。