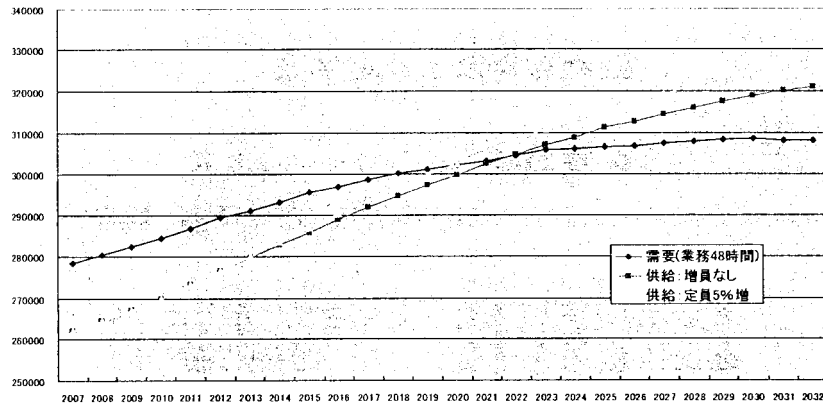


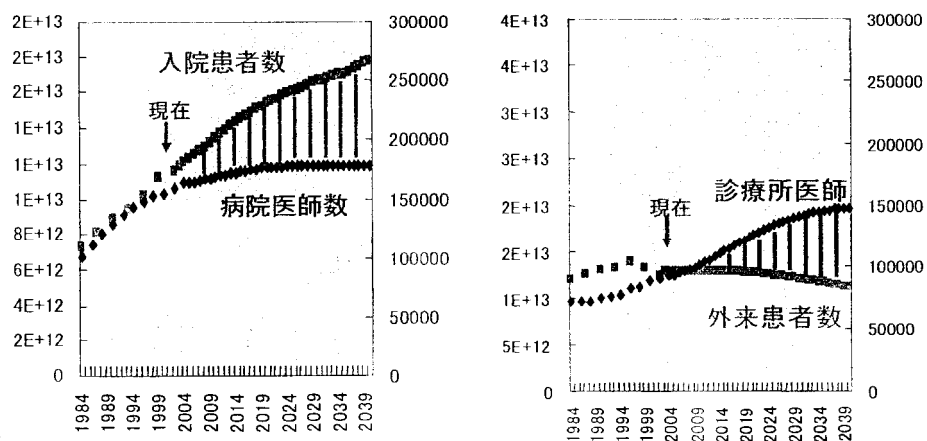
矢崎委員資料

医師の需給の見通し



医師推計と需要推計比較

病院医師と入院需要変化 診療所医師と外来需要変化



需要は医療費で重症度重み付け

現行医療体制の特徴

— 高い公益性

1) 国民皆保険と公定価格

2) 医療機関へのフリーアクセス

— いつでも、どこでも、誰でも

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

現行医療体制改革の背景

1) 高齢化の進展

2) 医療技術の進歩

3) 経済基調の変化

4) 国民の医療への意識変化

治療効果判定のパラダイムシフト

医学的尺度 → 患者側尺度

〔 身体所見
臨床検査値 〕

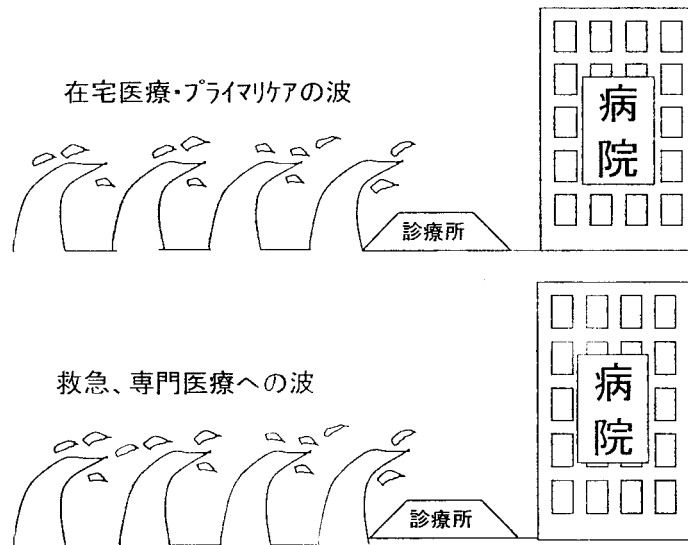
〔 全人的な対応
QOLの改善・満足度
医療への信頼感 〕

治療目標の量から質への転換

(患者本位の医療への転換)

医療提供体制の抜本的改革

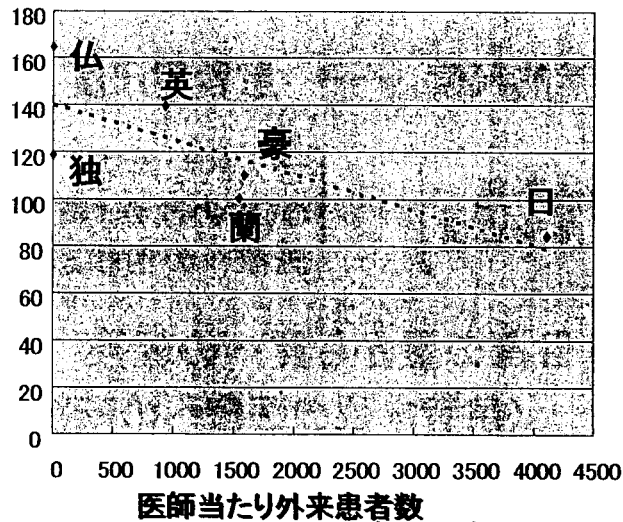
—フリーアクセスと病診連携—



独立行政法人国立病院機構 矢崎 義雄

医師対
年間退院数

外来負担と医师生産性



T Hasegawa
S Japan

各国政府統計資料、OECDデータベース2000頃

国民医療費(平成17年度)

(単位: 億円)

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

資料: 厚生労働省 国民医療費

近代医学は何をもたらしたか

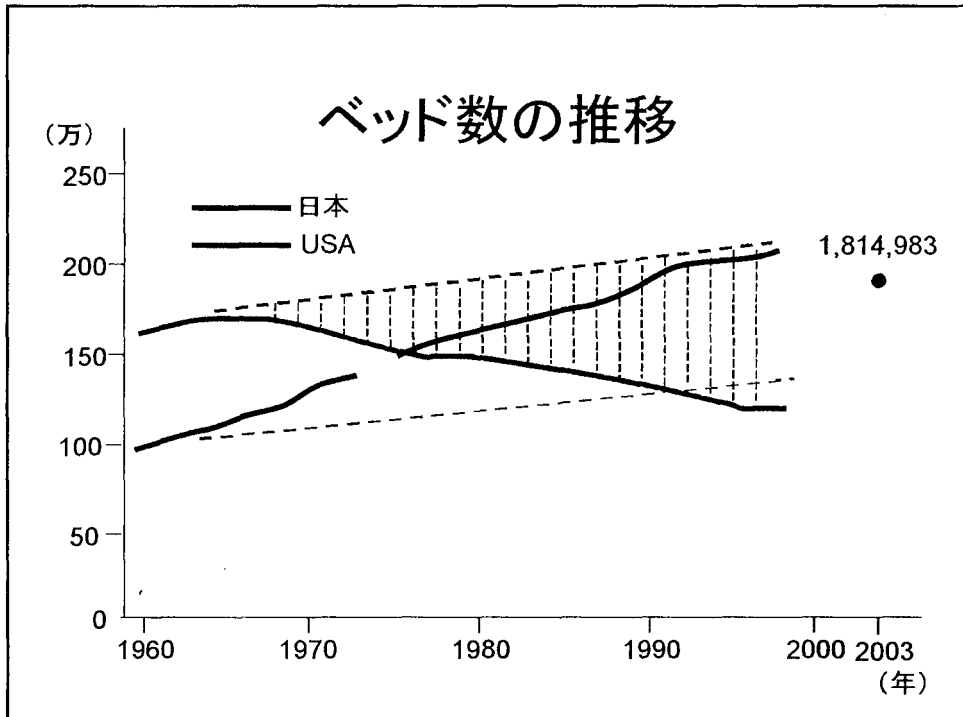
- ・高い専門性に基づく高度先進医療の進展
- ・完成度の高い治療法の確立 → 病気の克服・予防・寿命の延長
- ・治療効果への絶対的な期待と医療の成果主義
→ 医療の原点である「医療と医師のあり方」の視点の喪失。

医の原点－医療の倫理、医師のあり方

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

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

(唄孝一 都立大学名誉教授)



65歳以上人口に占める認定者数、各国の介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

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

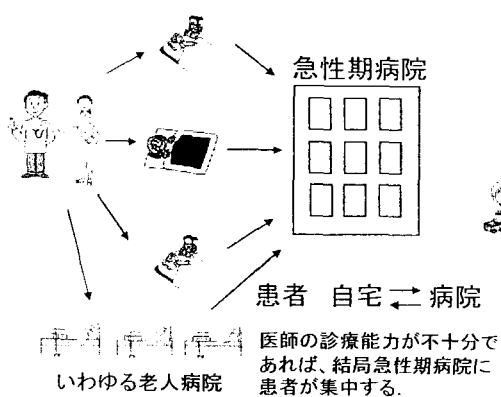
○各国の高齢者の居住状況（定員の比率）（全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合）

日本 (2005)	4.4%	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">※1 (0.9%)</td> <td style="text-align: center;">介護保険3施設等</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">※2 (3.5%)</td> </tr> </table>	※1 (0.9%)	介護保険3施設等		※2 (3.5%)
※1 (0.9%)	介護保険3施設等					
	※2 (3.5%)					
スウェーデン(2005)※3	6.5%	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">サービスハウス等 (2.3%)</td> <td style="text-align: center;">ナーシングホーム、 グループホーム等 (4.2%)</td> </tr> </table>	サービスハウス等 (2.3%)	ナーシングホーム、 グループホーム等 (4.2%)		
サービスハウス等 (2.3%)	ナーシングホーム、 グループホーム等 (4.2%)					
デンマーク (2006)※4	10.7%	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">プライエボリー-エルダボリー等 (8.1%)</td> <td style="text-align: center;">プライエム等 (2.5%)</td> </tr> </table>	プライエボリー-エルダボリー等 (8.1%)	プライエム等 (2.5%)		
プライエボリー-エルダボリー等 (8.1%)	プライエム等 (2.5%)					
英国 (2001)※5	11.7%	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">シェルタードハウジング (8.0%)</td> <td style="text-align: center;">ケアホーム (3.7%)</td> </tr> </table>	シェルタードハウジング (8.0%)	ケアホーム (3.7%)		
シェルタードハウジング (8.0%)	ケアホーム (3.7%)					
米国 (2000)※6	6.2%	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="text-align: center;">アシステッド リビング等 (2.2%)</td> <td style="text-align: center;">ナーシング-ホーム (4.0%)</td> </tr> </table>	アシステッド リビング等 (2.2%)	ナーシング-ホーム (4.0%)		
アシステッド リビング等 (2.2%)	ナーシング-ホーム (4.0%)					

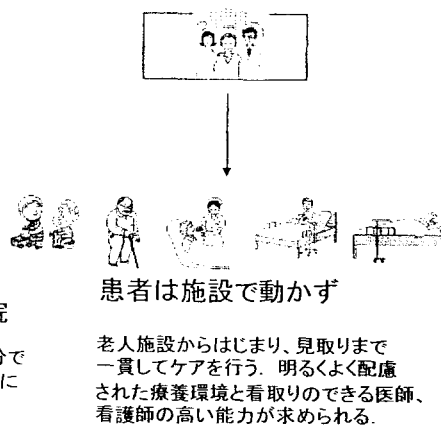
※1 シルバーハウジング、高齢者向け複合型住宅、有料老人ホーム、介護老人ホーム(併設老人ホーム) (2005年) ※2 介護保険3施設及びグループホーム
 ※3 Sweden: Sjukvårshögskolan (スウェーデン) 高齢者住宅の定員数 (2005) ※4 Denmark: Socialministeriet (デンマーク) 高齢者住宅の定員数 (2006)
 ※5 Elderly Accommodation Council (2004) (The elderly population) ※6 高齢者研究機構 高齢者住宅調査 (2005)

在宅医療のイメージ

(従来方式)

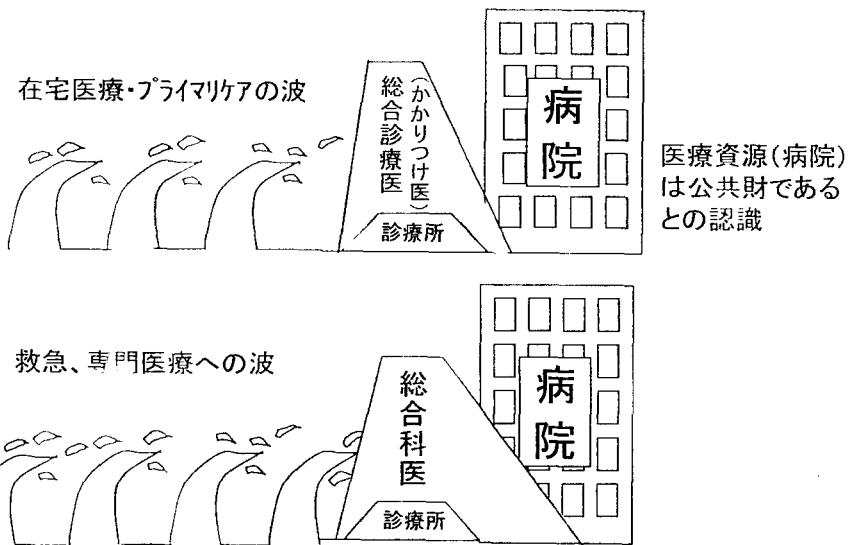


(今後の姿)



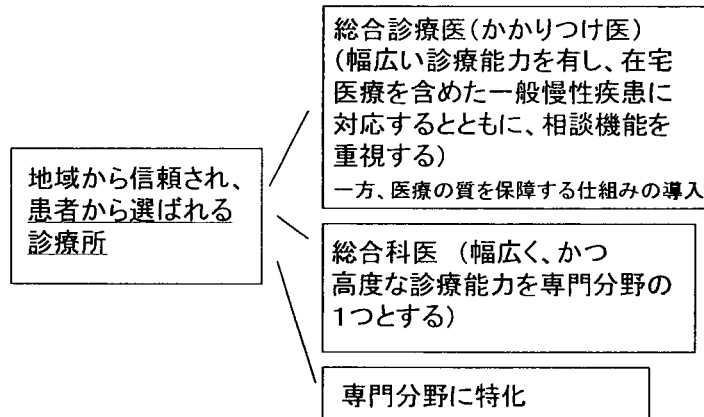
医療提供体制の抜本的改革

—フリーアクセスと病診連携—



独立行政法人国立病院機構 矢崎 義雄

これからの診療所の役割分担



総合科の考え方

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

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

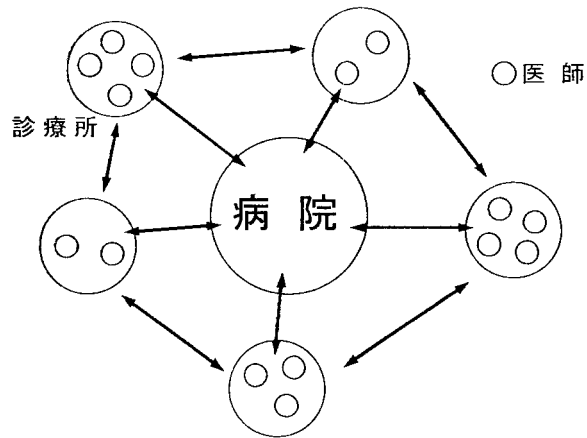
総合科の認定

高めの認定要件や育成プログラムを構築

(安易に取得できる仕組みではかえって患者が混乱する)

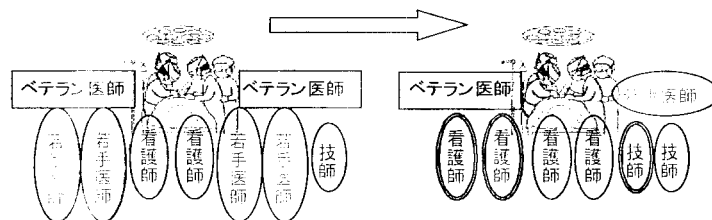
診療所の機能強化と病診連携

—チーム医療事業形態の促進



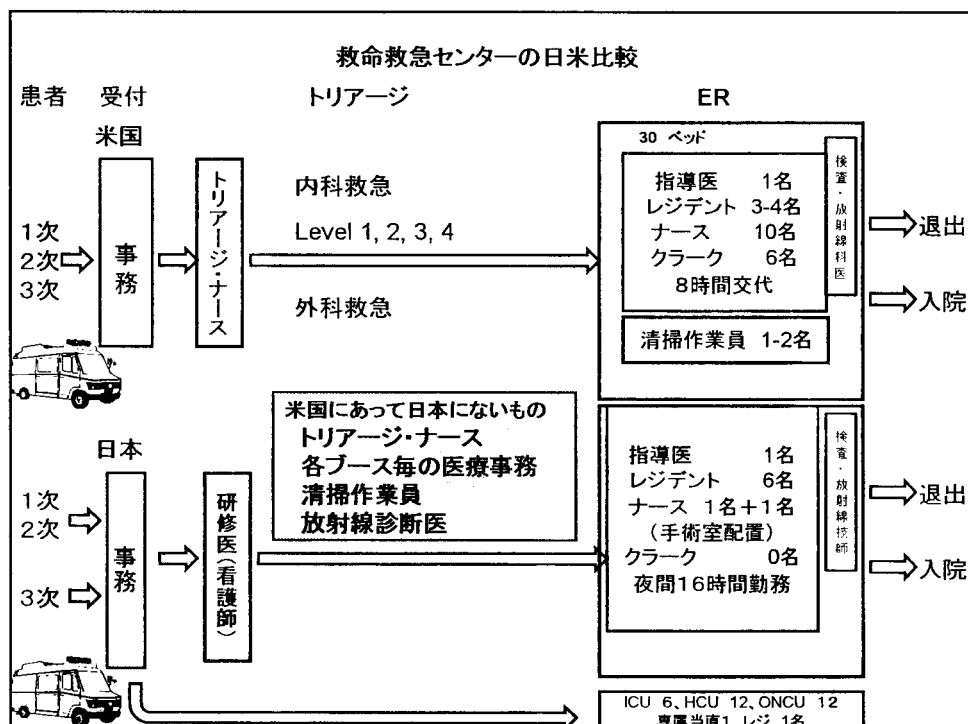
病院医師業務の課題

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



米国における上級看護師について

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



平成 20 年 4 月 21 日

第 7 回「安心と希望の医療確保ビジョン」会議

独立行政法人国立病院機構 矢崎 義雄

医療提供体制改善への提案

1) 医師需給の現状

病院医師数は絶対的に不足している。
しかし、将来は過剰になると予測される。

2) 医療(病院)危機をきたした背景

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

3) 病院と病院医師の質と生産性向上

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

4) 医師需給問題の考え方とその対策

・喫緊の対策

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

・中長期的な対策

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

5) 医療保険制度の課題