

医療政策の経緯、現状及び
今後の課題について

(計画作成に当たる都道府県職員向け参考資料)

平成19年4月

目次

はじめに

1. 位置付け	1
2. 構成	2
I 我が国の医療提供体制をめぐるこれまでの経緯	3
II 我が国の医療提供体制の現状と課題	5
1. 病院、診療所等分野別にみた現状と課題	5
①病院	5
②診療所	6
③医療従事者	7
④関係機関の連携	8
⑤後期高齢者の生活を支える体制	9
2. 患者・住民の視点からみた現状と課題	10
①医療の情報が少なく、地域の医療提供体制がわかりにくい	10
②地域の急性期を担う医療機関の体制が弱まっている	10
③夜間や休日など身近な場所での医療に不安がある	11
④在宅での療養生活を選択することが難しい	11
III それぞれの問題点に対応した今後の医療政策の検討の方向性	12
1. 地域における医療機能の明確化や機能分化・連携・情報開示・ITの活用 の推進	12
2. 総合的な医師確保対策の推進	16
3. 開業医の役割の重視と総合的な診療に対応できる医師の養成・確保	19
4. 在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進	22

医療政策の経緯、現状及び今後の課題について
(計画作成に当たる都道府県職員向け参考資料)

厚生労働省
医療構造改革推進本部
総合企画調整部会

はじめに

1. 位置付け

医療構造改革においては、国民の生活の質(QOL)の確保・向上を図りつつ医療の効率化を図ることを基本として医療費の適正化等を推進することとしており、その方向に沿って、平成18年の通常国会において医療制度改革関連法案が成立した。

今回の法律案成立に伴い、生活習慣病の予防を徹底するとともに、医療提供体制については、患者の視点に立って、医療情報の開示を進めつつ、急性期から回復期、在宅医療に至る医療を地域ごとに切れ目なく確保すること等により入院期間を短縮し、医療費の適正化を図ることとして、医療制度改革の施行に取り組むこととしている。

今回の医療制度改革を円滑に施行していくために、厚生労働省に大臣を本部長とする医療構造改革推進本部を設置するとともに、各般にわたる改革の全体が総合的に進められるよう総合企画調整部会を設け、同部会の下に、「医療費適正化計画PT」、「地域ケア・療養病床転換推進PT」及び「医師確保総合対策PT」の3つのプロジェクトチームを設置し、当面急がれる課題について集中的に検討を進めてきた。

検討の過程において、医療保険や介護保険の分野を含めたそれぞれの施策の共通の基礎として、全体に共通する、医療提供体制を中心とした医療政策のあり方に関し、これまでの経緯や現状を踏まえつつ、今後の検討に当たっての方向性について部局横断的に共通認識を持つことが重要であり、総合企画調整部会として考え方をとりまとめることが極めて重要であるという認識に至った。

そこで、今般、3つのプロジェクトチームの作業を踏まえ、総合企画調整部会において、今後の医療政策の検討の方向性についてとりまとめた。

改正医療法に基づき、医療提供体制の確保を図るための基本方針を新たに告示したところであるが、各都道府県が今後、同基本方針に則し、かつ地域の実情に応じて

医療計画を定めていくこととなり、また併せて、医療費適正化計画や地域ケア体制整備構想を作成していくこととなることから、都道府県におけるこれらの検討作業に資するよう、医療政策に係るこれまでの経緯、現状及び今後の課題をとりまとめた本資料を、計画作成に当たる都道府県職員向けの参考資料という位置付けで公表する。

もとより、政策として実施していくに際しては、関係の審議会や検討会等で様々な角度からのご意見をいただき、国民的な議論を重ねて合意形成を図りつつ実施に移していく必要があると考えており、関係各方面からの活発なご意見・ご議論を期待したい。

2. 構成

今後の医療政策の検討の方向性を整理するに当たり、まず、我が国の医療提供体制をめぐるこれまでの経緯、及び現状と課題について概観する。

現状と課題については、病院、診療所の現状等を分野別に概観した後、これを患者・住民の視点に立って改めて整理している。その上で、それぞれの問題点に対応した今後の医療政策の検討の方向性を示している。

なお、ここで示している4つの検討の方向性は、相互に密接に関連しており、同時並行的に検討されるべきものである。

I 我が国の医療提供体制をめぐるこれまでの経緯

(戦後から昭和50年代までの医療機関数の拡大)

我が国の医療提供の体制については、終戦後、感染症等の急性期の疾病への対応が中心の時代に医療法が制定(昭和23年)され、当初は、公立病院をはじめ公的な医療機関を中心に、病院の量的な確保がまず図られた。

昭和36年に国民皆保険が達成されたこと、保険証があれば全国どこの医療機関でも受診できるフリーアクセスの仕組みであり、国民健康保険の給付率の改善(自己負担割合の減少)もあって医療機関の受診がし易くなったこと、自由開業制であることが相まって、経済が大きく成長する中、公立のみならず民間の医療機関も併せ、医療機関数は大きく拡大していった。

特に、高齢化率が上昇する中で、昭和48年に老人医療費の無料化政策が採られたことを契機に、老人の受療率は急激に伸び、国民医療費に占める老人医療費の割合も上昇した。高齢者の生活を支える介護の体制が量的にも不十分であり、また措置制度として介護が行われてきた中、昭和50年代に、必ずしも入院医療を必要としない者も含め、家庭での介護が難しい高齢者の受け皿としての病院・病床が増大した。

(病床規制制度の導入)

病院数は増大したが、病院の配置について調整を行う仕組みはなく、県庁所在地等人口の多い地域に集積しがちであったが、昭和60年の第一次医療法改正により都道府県医療計画制度が導入され、いわゆる病床規制制度が実施されている。地域の病床数が基準を超えている地域には原則として新たに病院設置ができないこととなり、この制度施行前のいわゆる「駆け込み増床」を最後に、病院・病床数の伸びに歯止めがかかることとなった。

診療所数も昭和30年代以来継続して増加している。昭和の終わりから平成の初めにかけて施設数の伸びが一時弱まったものの、その後は再度安定して増加(近年は特に無床診療所が増加)している。

(医療機能の分化・連携と患者の視点を重視した平成時代の医療法改正)

医療法はその後、平成4年、9年、12年と三次にわたり改正が行われており、特定機能病院制度及び療養型病床群の創設(平成4年)、総合病院制度の廃止と地域医療支援病院制度の創設(平成9年)、療養病床と一般病床の区分(平成12年)といった医療機能の分化・連携を推進するための制度改革が行われた。また、医療に対する国民の意識の変化等を踏まえ、広告規制の緩和、インフォームドコンセントの法律へ

の位置付け等患者の視点に立った見直しが行われている。

そして平成18年に、地域医療の連携体制の構築を進める医療計画制度の見直し、医療機関の機能に関する情報の開示等を内容とする第五次医療法改正が行われている。

(医師の養成に関する経過)

医師数についても量的拡大を目指し、昭和48年にはいわゆる無医大県解消政策を打ち出し、医学教育機関の新設、定員の増を進めてきたが、昭和61年から、医学部の定員については抑制基調となってきた。

医師免許取得後の研修については、従来は努力義務とされており、出身大学において単一分野の研修を受けることが一般的であったが、全人的な医療を行える医師の養成を目指しローテート方式で研修を行う新たな臨床研修制度が平成16年度から実施されており、現在は半数以上が大学病院以外の研修病院で臨床研修を受けている。

(介護が必要な高齢者の受け皿に関する経過)

介護が必要な高齢者の受け皿については、昭和62年に老人保健施設が制度化され、また平成2年には高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)を策定して、在宅介護の体制強化や、特別養護老人ホームやケアハウスも含めた施設整備が進められた。また、病院の中においても、特例許可老人病院(昭和58年に制度化。介護保険発足に際し廃止)、療養型病床群(平成4年に制度化)といった長期療養に対応した病床類型が位置付けられた。

平成12年の介護保険制度の発足に当たっては、社会的入院問題への対応が課題の一つであったが、介護基盤の不十分な中、療養型病床群(医療法の改正により、平成15年9月以降は「療養病床」)についても、介護保険施設の一類型(介護療養型医療施設)として位置付けられた。しかし、その後の介護基盤の整備を踏まえ、平成18年の制度改革において、平成23年度末をもって、介護療養型医療施設の類型は廃止されることとなっている。

Ⅱ 我が国の医療提供体制の現状と課題

1. 病院、診療所等分野別にみた現状と課題

①病院

(人口あたり病床数が多く中小規模の病院が多いといった我が国の病院の特徴)

OECDの調査によれば、若干の定義の違いはあるものの、我が国の医療提供体制については、諸外国に比べ、人口当たりの病床数が多く、病床当たりの医療従事者が少なく、平均在院日数は短縮傾向にはあるが長いという特徴がある。

病院の病床(約160万床)のうち、一般病床(精神病床、結核病床、感染症病床及び療養病床以外の病床)が約90万床と半数以上を占めるが、一般病床がどのような機能を持ち、役割分担するのかは明確になっていない。一般病床の病床利用率は8割を下回って推移しており、実際に利用されている病床数は70万床程度である。

病院(約9千施設)の7割は200床未満であり、一方、施設数の5%に当たる500床以上の病院で、全病床の2割を占める。100床未満の小規模な病院の比率は、個人立や医療法人立で特に高いが、市町村立病院についても3分の1は100床未満である。

一般病院の一病院あたりの診療科数は平均7科程度であるが、市町村立病院については、中小規模の比率が高いにもかかわらず、平均診療科数は11以上と比較的多くなっている。

(診療所との関係を含め病院機能が明確化される仕組みではない現状)

中小の病院については、医療法の体系でも診療報酬の体系でも、その機能の明確化が求められる仕組みとはなっていない。近年、施設数、病床数とも減少している有床診療所についても、中小の病院と同様、その機能が必ずしも明確ではない。

大病院についても、特定機能病院や地域医療支援病院の制度はあるが、一般病床のうちのごく一部にとどまるとともに、医療機能の分化・連携に十分機能していると言いき、また、制度が広く知られるには至っていない。

本来入院機能及び紹介患者に対する専門外来が期待されている大病院においても、多くの一般外来患者を受け入れており、一次的な地域医療を担う診療所等との役割分担が必ずしも図られていない。

診療所を含めた医療機関の役割分担が明確でなく、情報も十分でない中、患者は、自ら調べ、自分なりの判断で医療機関を選んでいる状況にある。現在の仕組みのもと

では、患者は、フリーアクセスということで大病院でも専門病院でも直接に受診が可能であるが、拠点となる急性期病院の外来に患者が集中し、勤務医に過度の負担がかかるなどの問題も生じてきている。

小児救急拠点病院の夜間外来を訪れる小児科患者の9割は軽症であるという調査結果もある。中には、無料だから、あるいは優先的に診てくれるから、という理由で、救急車を利用し、本来高度な救命救急を担う病院の救急外来を受診するケースもある。

②診療所

（無床診療所の増加）

近年、有床診療所が減少しているものの、無床診療所が大きく増加し、一般診療所の総数は増加している。診療所の開設数と廃止数の差（純増分）は、この15年間、年に1000～1500施設程度で、概ね横這いとなっている。

（時間外や夜間・休日診療を行う診療所の減少）

時間外や夜間・休日の診療を行っている診療所数及び診療の件数は、減少傾向にある（夜間・休日のニーズは「急病センター」で対応している地域（全国で約500箇所余りで近年推移）もあることに留意）。休日や夜間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が、東京消防庁調査によれば、この数年、全体の2割弱を占め続けている。

（在宅医療を行う診療所の割合の減少）

往診や訪問診療による在宅医療（通院が困難な患者の居宅を訪問して提供する医療）の実施施設数及び実施件数は概ね横這いであり、一般診療所が増える中、これらに取り組み施設割合は低下している。

在宅療養支援診療所として9434施設が届出を行っている（18年7月1日現在）が、全ての届出施設が、在宅での看取りや、訪問看護ステーションやケアマネジャー等の地域の資源と共同・連携ができていくかは、検証が必要である。

（患者が大病院を選ぶ理由）

患者が大病院を選んだ理由としては、医療機器や専門医が揃いどんな病気でも対応できる、大きな病院の方が安心、これまでもかかっている、また、身近な診療所では必要に応じ適切に専門の病院に紹介してくれるか心配、といったことが挙げられている。

③医療従事者

(医師数全体の増加と地域や診療科における偏在)

医師数は、全国的には毎年3500～4000人程度増加しているが、都道府県により、また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など、地域格差がある。

新たな臨床研修制度の導入を契機として、従来から弱まっていた大学の医局による医師の供給調整機能が低下し、一部地域において医師の需給のミスマッチが発生している。

小規模な公立病院を中心に、医師の確保が困難となるケースが生じている。近年の大学病院を取り巻く状況の変化や研修医への指導体制の確保のため、大学において中堅医師等を確保する必要が生じたこと、また、その影響等により、急性期病院の勤務医が開業等によって退職した後任を大学医局からの派遣で補充する機能が低下したこと等が、その一因となっている。

医師確保が難しい要因としては、若手の医師は症例数が多い病院に魅力を感じ、地域の拠点病院(いわゆるマグネットホスピタル＝医師が多く集まる地域の中核的な病院)に集中する傾向があり、逆に研修先としての魅力の乏しい病院には若手医師が集まらないなどといったことも挙げられる。

(病院勤務医の厳しい労働環境)

病院勤務医の一週間当たりの勤務時間は、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時間となっており、開業医に比べて、病院勤務医、特に急性期の病院勤務医の勤務状況は極めて厳しいものとなっている。当直の翌日に通常の勤務を行う働き方も多いことも指摘されている。

(訴訟の多発等医師の責任をめぐる動き)

近年、医療事故をめぐる訴訟が増加しており、また、出産時の死亡事故が刑事事件として取り扱われるなど、医師の責任を問う傾向が強まっている。極めて厳しい労働環境の下で治療に当たることを余儀なくされている急性期の病院の多くの勤務医から、「精一杯の努力をしている」、「限界に近い状況にある」、「勤務医の置かれた状況を国民に理解して欲しい」といった声が寄せられている。

(職種間の役割分担の不十分さ)

病院においては職種間の役割分担が十分でなく、大量の書類の作成などの事務手続き、高度な医療機器の操作や調整など、医師以外でも処理でき、かつ事務や機器

の専門家が行った方が効率的な業務までを、医師自らが行っている状況にある。

看護師についても類似の状況がある。中でも、同機能であっても規格が異なったり、コンピュータを内蔵した多種類の医療機器の操作、あるいは多種の薬剤等の管理は医療事故やヒヤリ・ハット事例を誘発しやすいが、こうした業務に追われている現状にある。特に新人看護師についてこうした医療現場の高度化、専門化とのギャップが勤務の継続を困難にしている理由の一つとなっているとの指摘があることもあり、看護職員の資質の向上は急務となっている。

(分娩を取り扱う医療機関数等の減少)

分娩を取り扱う医療機関数及び小児科を標榜する病院は減少している。医師数が増加する中、産科の医師は、訴訟の対象となる割合が高く、また、24時間体制の勤務が求められる厳しい労働環境にあること等から、分娩数当たりで見れば横這いであるものの、近年減少している。

地域の医療体制を確保するため、医療機関の集約化や再編成を行っている地域もある。例えば北海道の中空知地域においては、三つの市立病院に産科医が各1～2名ずつ配置されて分娩を取り扱っていたのを、分娩については一病院に集約し産科医も集中させるとともに、新生児の診療体制を強化したことにより、難しい分娩も札幌等の大病院に頼ることなく地元で対応可能となっている(分娩を取り扱わなくなった病院でも外来の産科医療は継続している。)

(専門医及び総合的な医療に対応できる医師の養成)

専門医の養成は、大学教育あるいは学会がその中心を担っており、基本的には内科の中でも循環器や消化器といった臓器別に養成されている。アメリカに比べ人口比で2倍以上の専門医が養成されている分野がある一方で、一人の人間を全人的にみる総合的な医療に対応できる医師の養成については、欧米諸国のような取組はなされていない。一方、患者の側も、自らの健康状態について正確に判断できないままに、専門性が高いからという理由で大病院を受診するという傾向もある。

④関係機関の連携

(地域連携クリティカルパスの活用等)

例えば脳卒中を発症したり大腿骨を骨折した患者が、直ちに急性期治療を受け、継続して回復期リハビリを受け、残存能力を最大限に回復して、できる限り速やかに自宅など生活の場に帰れるという、医療機関間が連携した一貫した切れ目のない医療の提供がなされるのか、住民には見えにくい。

熊本市における急性期から回復期に到る病院相互のシームレスな(継ぎ目のない)

連携など、こうした取組が行われている地域においては、地域連携クリティカルパスを用いた治療計画の説明も行われる等患者にもわかりやすいものとなっているが、連携パスの利用は、まだ一般化していない。

（医療・介護の連携による地域でのケア体制）

在宅医療の中心となるかかりつけの医師が、継続してケアを行っていく中で、再入院等の時も含め、医療機関や看護・介護サービス機関等との連携を図るなど中心的な役割を担う仕組みが採られている地域において、患者は安心して療養生活を送りやすいが、医療面だけでなく介護の相談や家族指導など生活面全般の対応といった全体の連携の進め方をよく承知した上で在宅医療を行ってくれる医師を見つけることは容易ではない。

また、広島県の公立みつぎ病院をはじめ、国民健康保険の直営診療施設が中心（拠点）となって、治療だけでなく、健康づくりから在宅ケア、リハビリ、介護にいたる面的な地域連携を図る地域包括ケアシステムの構築が進められているが、中山間地の小規模な自治体が現場となっており、必要な人材や社会資源の確保に困難があることが指摘されている。

訪問看護は、看護を中心に、医療や介護にも深く関わるサービスである。制度上は、高齢者については、居宅介護サービス計画に位置付けられての介護保険からの給付を基本に、がん末期等で多くの訪問回数が必要な場合等には医療保険から給付が行われているが、近年事業量や訪問看護ステーション数が頭打ちであるとともに、サービスの内容や体制も、ステーションによって差があるという現状にある。

⑤後期高齢者の生活を支える体制

（後期高齢者の急増の見通し）

2030年には、75歳以上の後期高齢者が、現在の2倍近い2260万人に増加する見通しである。

医療施設の整備に伴い、病院を利用しやすくなったことと相まって、昭和30年代には8割の方が家で亡くなっていたものが、昭和50年代に病院で亡くなる割合が上回るようになり、現在は8割の方が病院・診療所で亡くなっており、在宅死亡割合は1割余りとなっている。現在は約110万人である年間死亡者数は、2040年には166万にまで達する見通しとなっており、看取りを含めた医療のあり方が課題となっている。

また、高齢者の一人暮らし世帯が急速に増加することが見込まれるとともに、認知症の高齢者も急増していくことが見込まれる。

(介護施設の整備状況)

介護施設については、ゴールドプランによる整備推進や介護保険制度の実施により、特別養護老人ホーム(定員約38万)、老人保健施設(定員約30万)、ケアハウス(定員約7万)等が整備されている。今後都市部の高齢化が進む中で、高齢者の生活を支える体制をどう確保するかが大きな課題となっている。

2. 患者・住民の視点からみた現状と課題

医療提供体制をめぐるこれまでの経緯を踏まえ、1.において分野別に整理した現状及び課題を、医療の受け手である患者・住民の視点に立って、以下のように整理することができる。なお、医療に対する患者や住民の意識、また、医療提供体制の現状は、都市部とそれ以外の地域など、その置かれた状況によって大きな違いがあり、それぞれの地域の状況やニーズに十分配慮していかなければならないことにも留意が必要である。

①医療の情報が少なく、地域の医療提供体制がわかりにくい

地域のどこでどのような医療が受けられるのか詳しくわかるようにはなっていない。各医療機関の有する機能や患者の入退院、在宅療養の流れなどの現状に関する情報の把握やその開示については、各都道府県において一定程度行われているが、取組状況には差があり、医療の内容に関する情報の提供までを行っている地域は限定的であるなど、全国的には必ずしも十分なものとなっていない。

②地域の急性期を担う医療機関の体制が弱まっている

小児科や産科を中心に、医師確保の難しさから地域の医療機関が診療科を縮小あるいは廃止したり、医療機関自体がなくなることなど、急性期医療の確保が困難となっている地域がある。

特に産科については、病院勤務の医師が退職した後任を確保できず、その病院で分娩を取り扱えなくなった場合、地域にある他の分娩を取り扱う病院に妊婦が集中するために、その病院の負担が高まってしまい、人員体制を強化できなければその病院の医師も負担に耐えられなくなってしまう、という悪循環も生じることとなる。

③夜間や休日など身近な場所での医療に不安がある

普段から自分の健康状態を全体的に把握してくれていて、変調を気軽に訴えたりすることができ、必要に応じて専門の医療機関を紹介してくれる医師を地域で見つけることが難しい。

日中にかかっている診療所はビルの中にあり、夜になると連絡がとれなくなってしまう、往診など在宅医療を行う医師を地域で見つけられない、在宅医療については、急変した時のことや最期を迎える時のことが心配、といった状況がある。

④在宅での療養生活を選択することが難しい

高齢者が急増する一方で往診や訪問診療を行う診療所はむしろ減少しているなど、高齢者の生活を支える地域の基盤は不安定となりつつある。患者にとって、退院により一旦病院から切り離されてしまうと、いざという時に病院に戻れないのではないかとの不安がある。

慢性疾患を複数有することが多い後期高齢者については特に、臓器別の専門医よりは人間全体を診てくれる医師が期待されるが、そうした医師の養成は十分には行われていない。

自宅で最期を迎えることを希望する高齢者が多いが、家族の負担や症状が急変した場合の懸念や、現状では実際には看取ることが病院以外では難しいことから、選択できずにいる。