

「安心と希望の医療確保ビジョン」第7回会議

日時：平成20年4月21日（月）18:00～20:00

場所：厚生労働省 9階省議室

議 事 次 第

1. 開会

2. 議題

- ・各論ヒアリング（薬剤師）
- ・アドバイザリーボードからのプレゼンテーション

3. 閉会

【配付資料】

- 資料1：林先生資料
- 資料2：辻本委員資料
- 資料3：野中委員資料
- 資料4：矢崎委員資料
- 資料5：事務局提出資料

資料 1

林先生資料

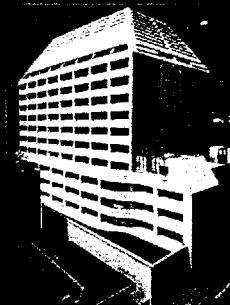
チーム医療による質の確保 と効率化

～ 薬剤師の立場から ～

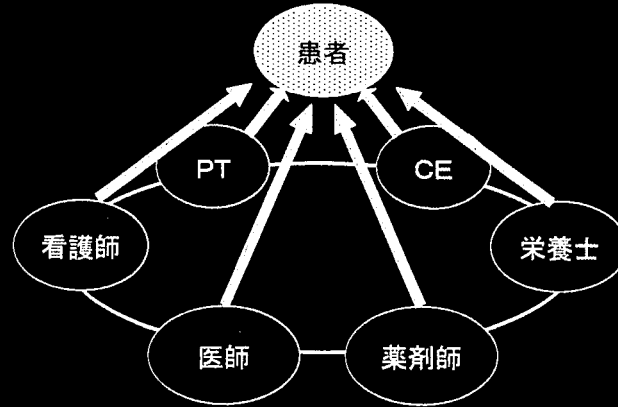
虎の門病院 薬剤部長
林 昌洋

虎の門病院

- 基本理念
医学への精進と貢献、病者への献身と奉仕を旨とし、その時代時代になしうる最良の医療を提供すること。
- 病床数 876 床
- 医師数 303 名 非常勤医師数 161 名
- 薬剤師数 30 名 非常勤薬剤師数 16 名



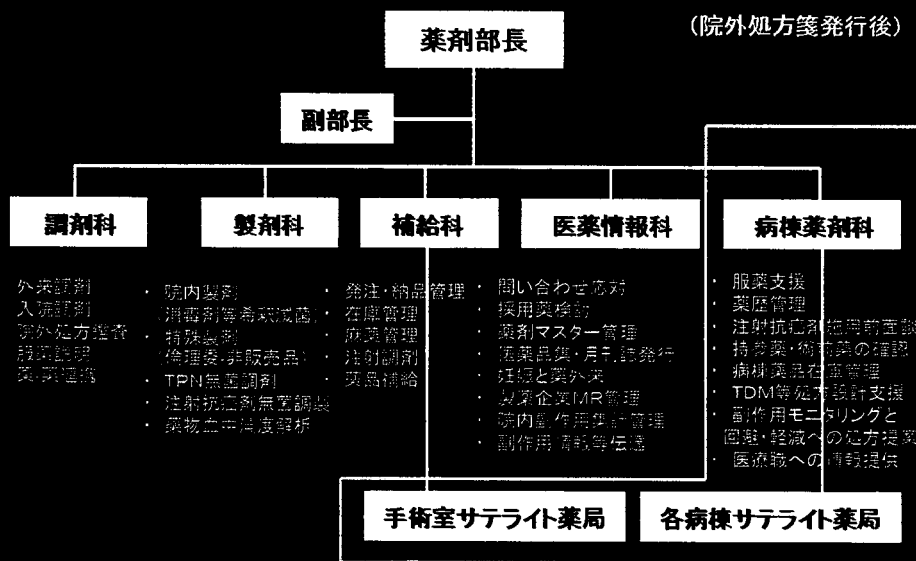
チーム医療による質の確保と効率化



患者さんを医療の中心において、医師、薬剤師、看護師をはじめとした医療専門職がそれぞれの専門分野を生かして分担・連携し、質の高い医療の実現を達成する医療提供体制。

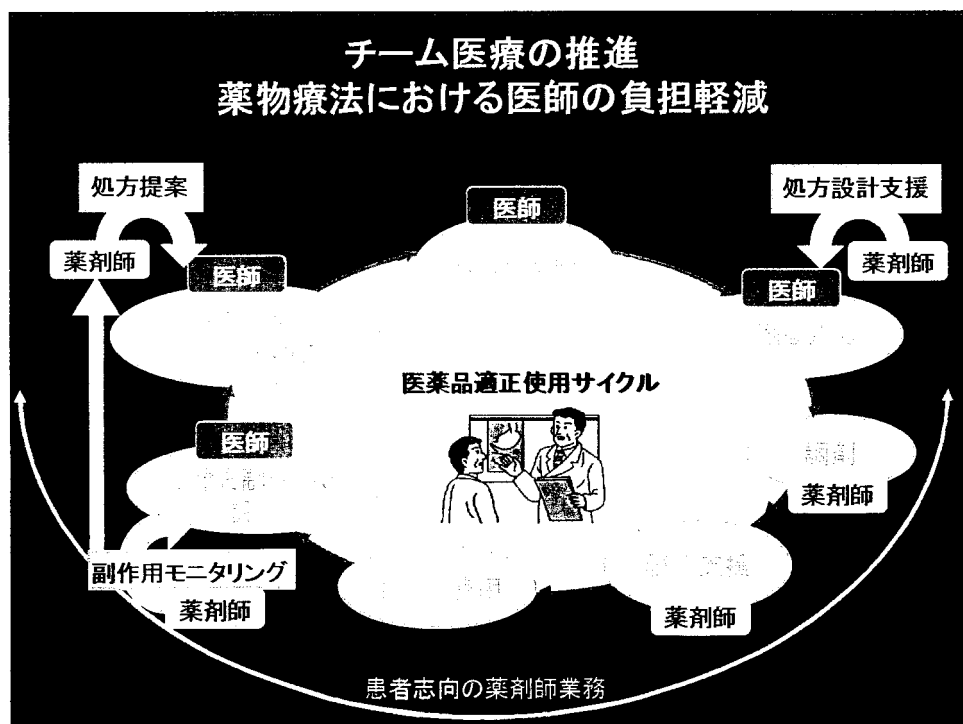
専門職が分担・連携・相互支援するため、医師をはじめ各職種の仕事も分散し軽減化。

薬剤部の組織と主な業務



チーム医療における病棟薬剤師の役割

- 薬の専門職としてできること…
- (薬) = (物) + (情報)
- ‘物’としての薬を志向した業務
[医薬品の調製、供給管理、品質管理…]
- 患者志向で薬の‘情報’を臨床応用する業務
 - ↳ [薬学的な患者ケア]
 - ↳ [お一人おひとりの薬の問題点の把握]
 - ↳ [薬物療法への薬学的対策立案]
 - ↳ [処方提案、処方設計支援]



持参薬の管理

《入院時》

- ・ 薬剤師が入院患者に面談、持参薬の確認と、入院中の服薬計画書を作成

《服薬指示書が完成した》



- ・ 医師は、薬剤師の服薬計画書をもとに、服薬指示を確定

《承認・捺印により、最終の指示完了》

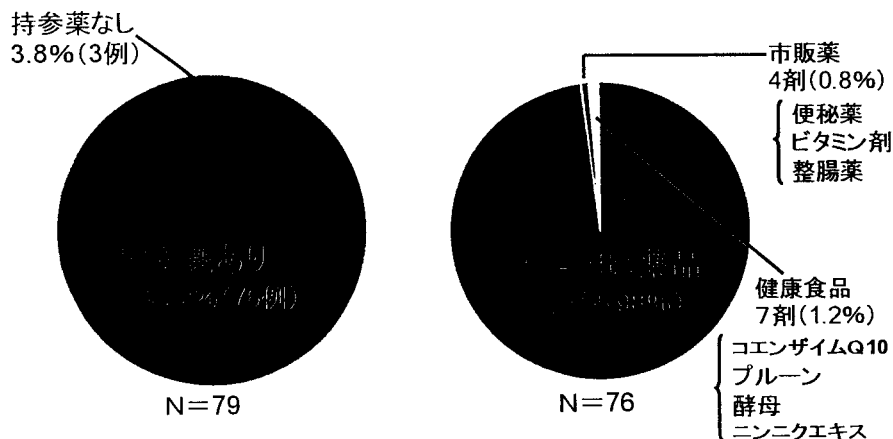


持参薬確認から服薬指示までの分担手順書

- | | | |
|---|-------|---------|
| 1. 入院患者面談準備 | 《薬剤師》 | 前日 |
| 患者背景の把握：原病歴、入院目的、検査データ 当院処方歴の把握 | | |
| 2. 患者面談 | 《薬剤師》 | 当日、入院直後 |
| 処方歴、紹介状、お薬手帳にもとづき持参薬等を確認 直接現品を確認するとともに、患者面談により服薬に関する問題点を把握 | | |
| 3. 持参薬に関する服薬書作成 | 《薬剤師》 | 入院当日 |
| 服薬の問題点、相互作用、重複、手術・検査に影響する薬剤、疾患禁忌等への薬学的考察 持参薬確認表を用い、薬剤師が持参薬情報を医師に提供あわせて問題解決のための処方提案 | | |
| 4. 入院中の薬物療法の指示 | 《医師》 | 入院当日 |
| 承認印の押印(必要に応じ修正承認) | | |

持参薬の現状

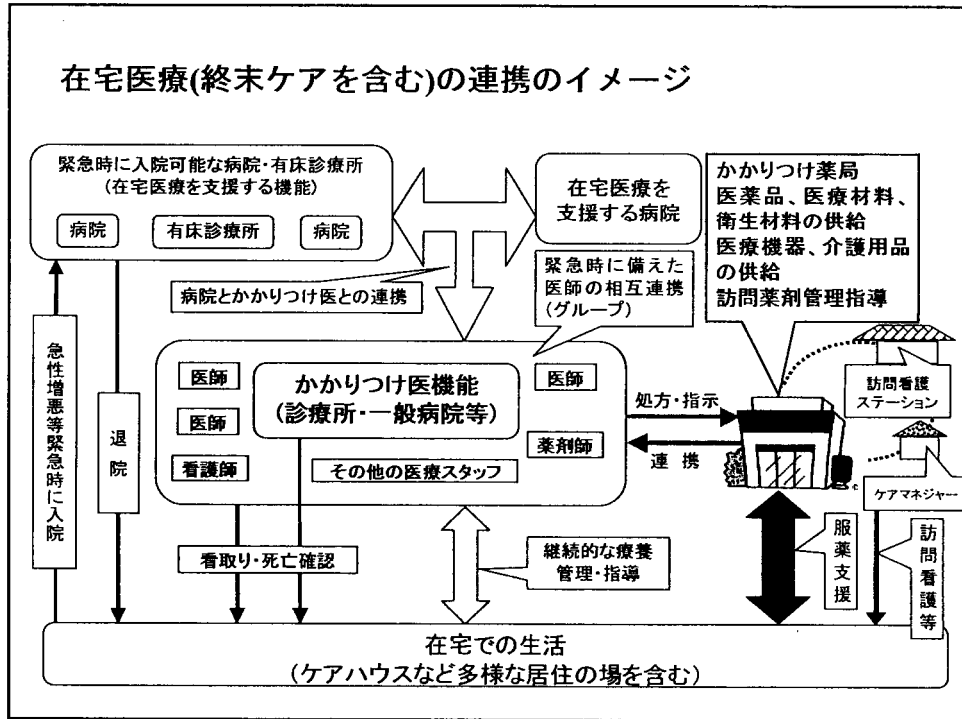
H18年10月、循環器科の入院患者、平均持参薬品目数:7.5剤
医療用医薬品、市販薬、健康食品 総品目数:570剤



持参薬に関連した薬剤師の処方提案

- 腎機能に応じた投与量の修正提案:14件**
 H2ブロッカー、高脂血症用剤、アロプリノール等の用量が腎機能を考慮すると過量で、副作用発現のおそれがあると評価。副作用防止の為、薬剤師が医師へ減量提案、全例医師承認。
- 手術前に抗血小板薬を服薬発見:10件**
 血小板機能を抑制する薬剤を服用中の患者について、止血困難が予想されるため、一時中止の処方提案、全例医師承認。
- 患者の勘違いによる用法違いの発見:3件**
 患者面談により、「食前服用が必要な糖尿病治療薬(α-GI)を、食後に服用していた」などを発見した。
 食前服用の意義を説明し、正しい用法で服用することの理解が深まる。医師へ情報提供し、今後の処方の参考とすることとなる。

在宅医療(終末ケアを含む)の連携のイメージ



がん化学療法チーム

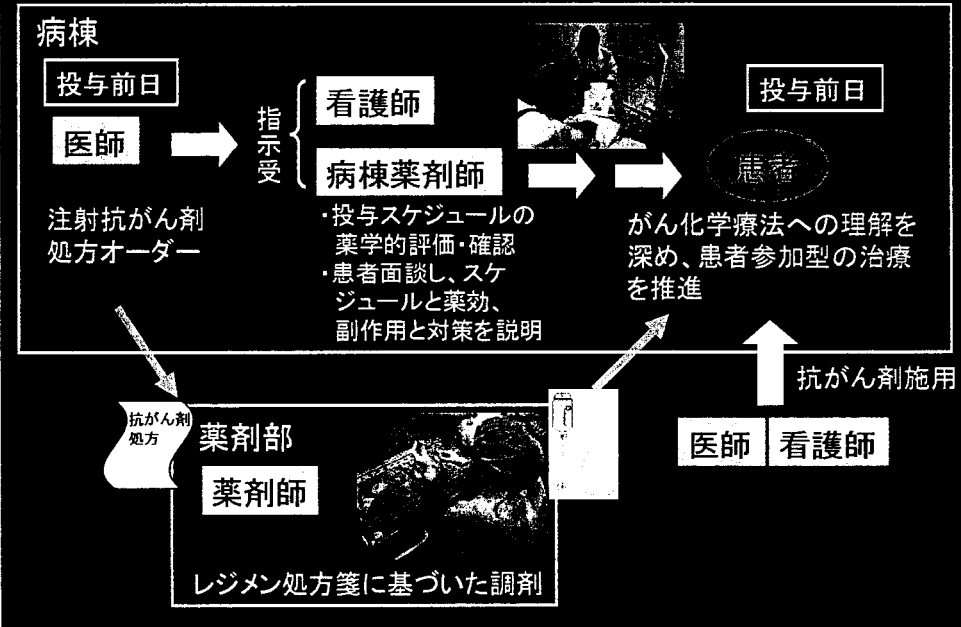


消化器外科回診



薬剤部がん化学療法チーム

全病棟における注射抗がん剤施用手順



がん化学療法の説明書 と スケジュール説明書

3. がん化学療法とその目的

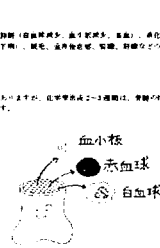
がん化学療法は、がん細胞を殺すことで腫瘍の増殖を抑制したり、腫瘍細胞を壊滅させることにより腫瘍を縮小させ、病状を改善し、患者の生存率を向上させることを目的とする治療です。

3.1 治療の目的

(a) 病状の悪化を抑制し、患者の生活の質を向上させること
(b) 病状の悪化を抑制し、患者の生活の質を向上させること
(c) 病状の悪化を抑制し、患者の生活の質を向上させること
(d) 病状の悪化を抑制し、患者の生活の質を向上させること

3.2 副作用の発生

がん化学療法は、がん細胞を殺すことで腫瘍の増殖を抑制したり、腫瘍細胞を壊滅させることにより腫瘍を縮小させ、病状を改善し、患者の生存率を向上させることを目的とする治療です。



がん化学療法 投与スケジュール表

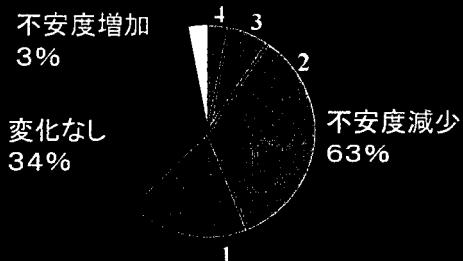
| 投与前日 | 投与前日 | 投与前日 | 投与前日 | 投与前日 | 投与前日 |
|--------|------|------|------|------|------|
| 抗がん剤処方 | 薬剤部 | 薬剤部 | 薬剤部 | 薬剤部 | 薬剤部 |
| 医師 | 看護師 | 看護師 | 看護師 | 看護師 | 看護師 |

投与スケジュールに関する説明書

効果・副作用・副作用対策の説明書

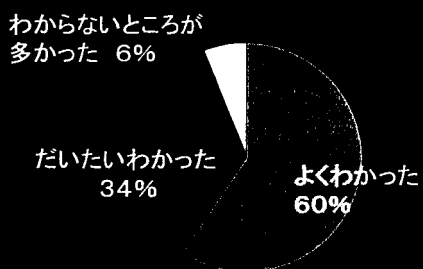
薬剤師の化学療法施行前面談に対する患者意識調査

面談前後での不安の解消度

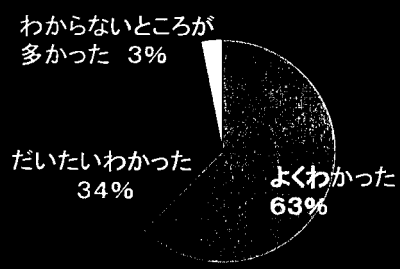


理解度

スケジュールの説明



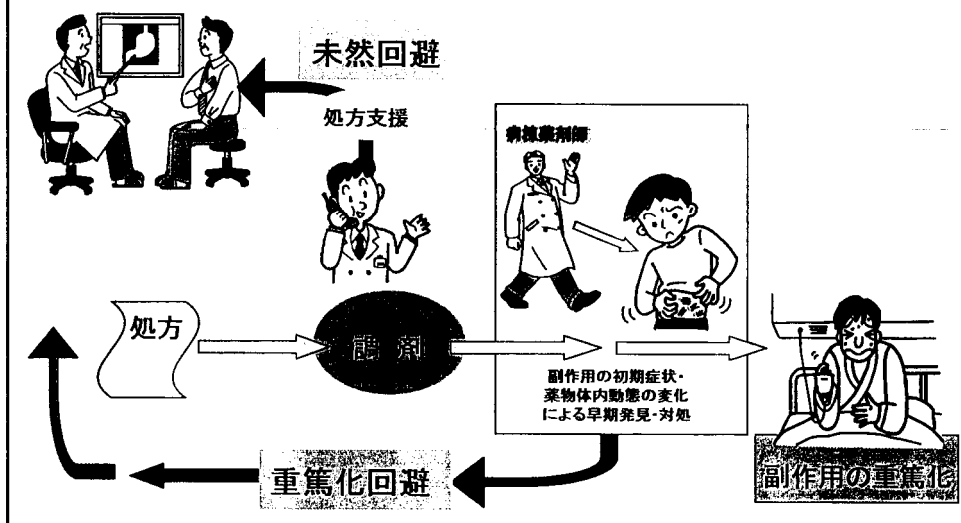
副作用とその対策の説明



処方支援による副作用の未然回避

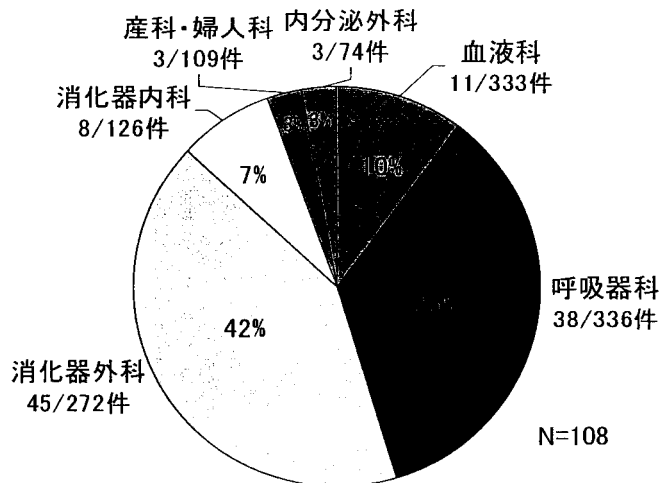
と

病棟薬剤師による副作用の早期発見・重篤化回避

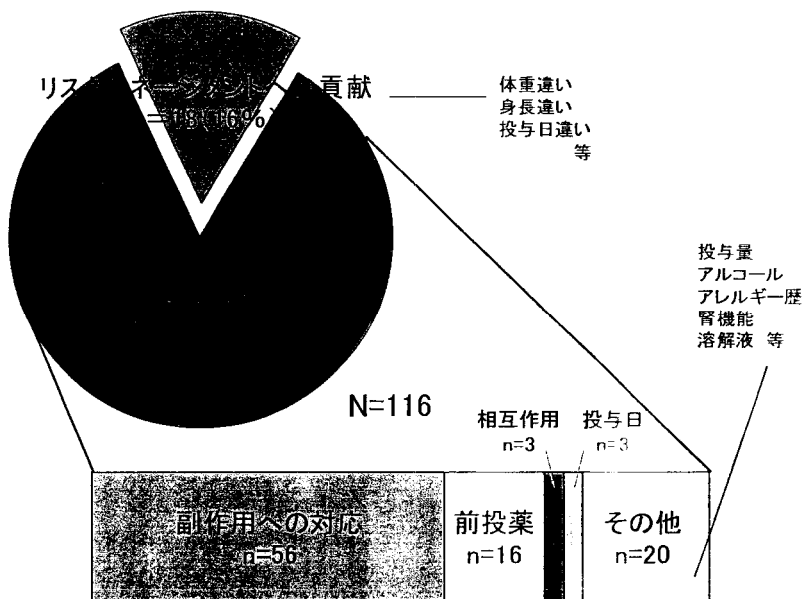


注射抗がん剤の処方件数と処方提案件数

処方提案承認例・件数：108例 116件／1321件



薬剤師の処方提案の承認内容



抗菌薬処方支援チーム



重要な抗菌薬の治療プロトコール作成 と 薬剤師による処方設計支援

- 難治性で、耐性菌が問題となる抗菌薬に関して、標準的な治療プロトコールを作成(感染対策チーム・委員会)
↓
- 患者を診断した医師が抗菌薬を選択、プロトコールの初期投与量を処方オーダー
↓
- 処方医と病棟薬剤師が、投与設計協議。
薬剤師が、体内動態解析にもとづき維持投与量を処方設計し提案(特殊症例では、病棟薬剤師が感染専門薬剤師へ相談)
↓
- 医師が提案内容を確認し、承認(必要時、修正承認)

虎の門病院バンコマイシン投与プロトコール

(耐性ブドウ球菌用抗菌薬)

初期投与量:

1. 初回 15 mg/kg を投与し、後は病棟薬剤師が計算し提案。
2. Moellering のノモグラム: $Ccr \times 15 = \text{dose (mg/day)}$
1 回量が 400 mg 以上になるように分割投与。

血中濃度の測定日時:

定常状態に達していると考えられる 2~3 日後の投与直前
および投与終了 2 時間後に血中濃度測定のため採血。

血中濃度測定後の投与量調整:

血清クレアチニン値の変動の有無を確認後、医師による
副作用と効果判定を指標にし、Bayesian 法を用いて薬剤師
が投与設計を行い処方提案。

病棟薬剤師は担当医と面談協議の上、投与設計支援業務を行う。

チーム医療による質の確保と効率化

- 薬剤師が患者面談し、副作用をモニタリング、薬物療法の問題点を把握し、処方提案することにより、医師と薬剤師が役割分担している。
- 適正使用が特に重要となる医薬品に関して、院内投与プロトコールを製作し、体内動態解析にもとづき薬剤師が投与設計を行い、医師を支援している。
- 院内のチーム医療と同様に、入院時・退院時の「お薬手帳」の活用を含め、薬-薬連携が進み在宅の治療においてもチーム医療が定着している。

(今後の課題)

- 副作用モニタリングには、薬物血中濃度の検査、添付文書に記載の生化学検査等が必要になる薬物が少なくない。
薬剤師から医師へ検査実施を提案しているが、医師の同意を得て薬剤師が検査オーダ可能であれば、医師負担の軽減と医療の質の担保につながる。

辻本委員資料

NPO法人
ささえあい医療人権センター

Consumer Organization for Medicine & Law

辻本 好子

プレゼンテーションの要旨

- COMLの活動
- 18年・・・患者の意識の変遷
- 患者が医療に望むこと
- 期待と提言

COMLとは？

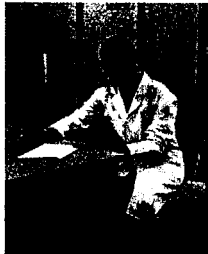
1990年9月
2002年4月

- 1 自覚
- 2 意識化
- 3 言語化
- 4 コミュニケーション能力
- 5 ひとりで悩まないで

合言葉
賢い患者になりましょう

患者と医療者の
コミュニケーション

COMLの活動 (2008年3月末現在)



SP活動: 950回 (OSCE230回)

相談: 43217件



コミュニケーション講座: 49回 (出前11)

病院探検隊: 61回



講演: 2364回
研修や活動紹介: 22回

患者塾: 154回



相談の基本姿勢

- 丁寧な言葉で対応する。
- さえぎらずに、話にじっくり耳を傾ける。
- 補足質問は話が一段落してから。
- 「どうしたいのか」という気持ちを引き出す。
- 客観的な情報提供とアドバイス。
- 方向づけや誘導はしない。

トラブルにならないために

- 対応者の気持ちは相手に通じる
→早く電話を切ろうとせず、気持ちを受け止めてじっくり耳を傾ける。
- 頭ごなしに否定しない。
- 理由や根拠を必ず伝える。
- 積極的傾聴。
- 「相談」と肩に力を入れず「一緒に考える」スタンス。
- 対応者のストレス→ため込まないこととスタッフ間で相談できる体制。

新

医者にかかる10箇条

あなたが“いのちの主人公・からだの責任者”

新 医者にかかる10箇条

あなたが“いのちの主人公・からだの責任者”

- 1 伝えたいことはメモして準備
- 2 対話の始まりはあいさつから
- 3 よりよい関係づくりはあなたにも責任が
- 4 自覚症状と病歴はあなたの伝える大切な情報
- 5 これからの見通しを聞きましょう
- 6 その後の変化も伝える努力を
- 7 大事なことはメモをとって確認
- 8 納得できないときは何度でも質問を
- 9 医療にも不確実なことや限界がある
- 10 治療方法を決めるのはあなたです

患者と医療者の深い河・異文化圏

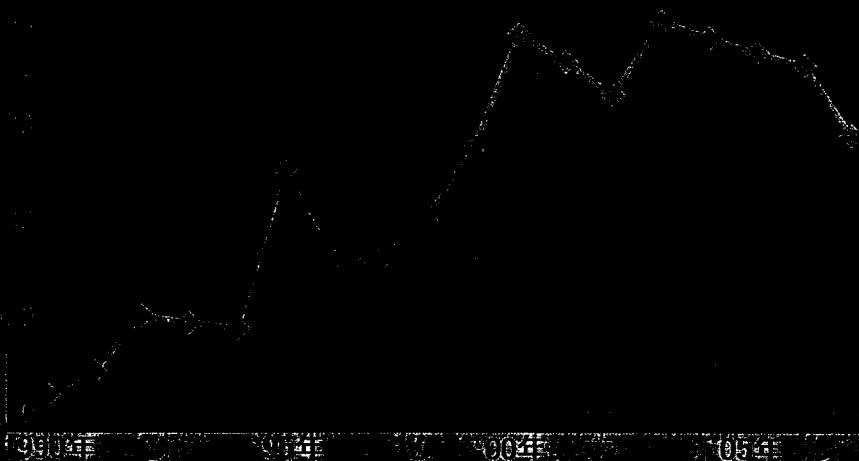
コミュニケーション
話を聴く・思いを伝える

提供側

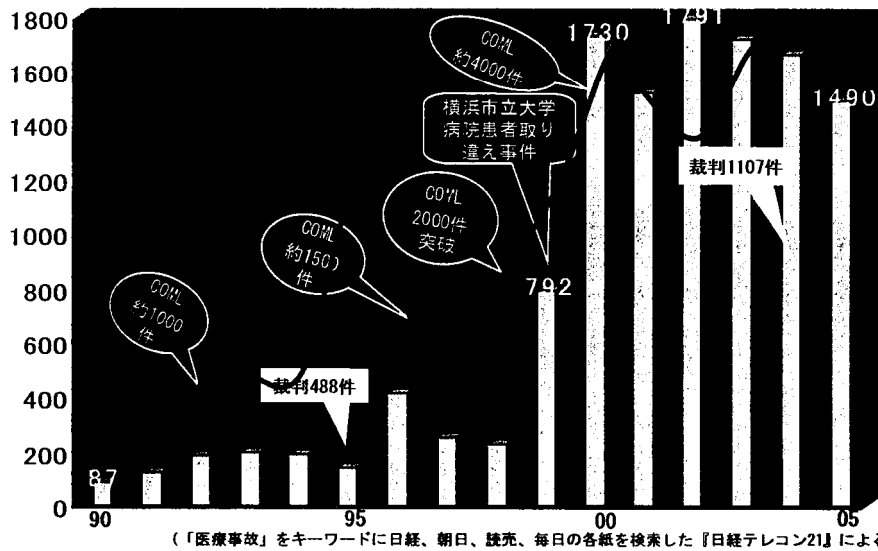
求める側

日常 非日常
経験 体験
診る・見る 感じる
不特定多数 個別性

電話相談件数の推移



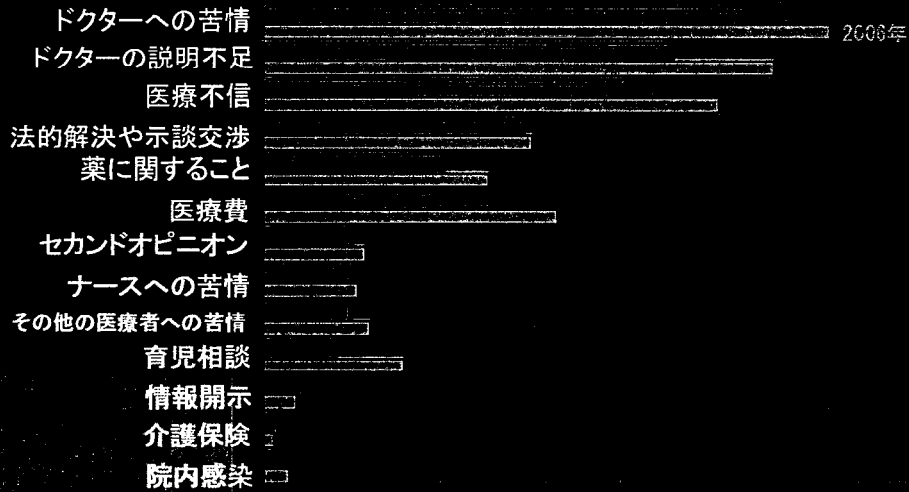
医療事故に関する報道記事数



患者の意識の変遷

- 90年 「お任せ」で受け身の姿勢
- 95年前後 横断的意識
 - 阪神・淡路大震災、ソリブジン事件、薬害エイズ事件
- 97年ごろ 「患者の権利」
 - 自己負担増、不況の深刻化
- 99年～ 医療事故・ミス報道の過熱化
 - 横浜市立大学附属病院患者取違事件
 - 都立広尾病院誤薬投与事件
- 医療不信
- 00年～ 医療者からの相談が顕在化
- 03～04年 医療不信がピークを迎える
- 07年 「医療崩壊元年」

項目別相談件数の比較



電話相談ニーズの世代間格差

高齢者
親切・丁寧・
優しく・親身

50～60歳代
根拠に基づく情報
人間関係
コミュニケーション

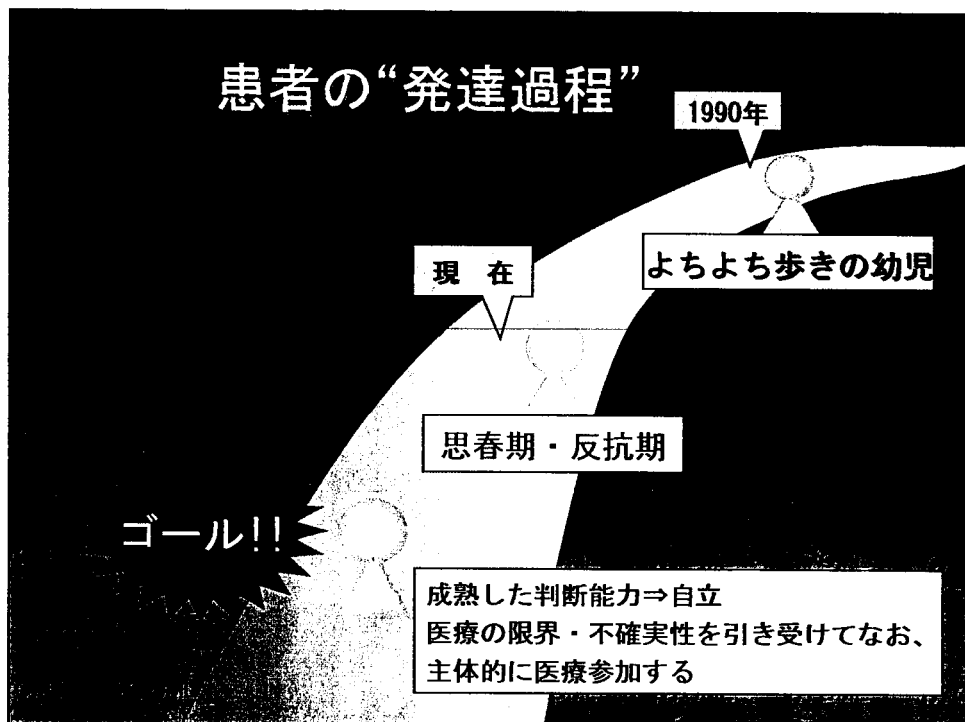
30～40歳代
正解と完璧
e-患者

20歳代
マニュアル志向

患者を取り巻く背景

- 社会のことが少しずつ見え始めた。
- 自分の気持ちを相手に伝える言葉を持つようになった。
- 一部には「自分さえよければいい」と周りの見えない人も→医療のコンビニ化
- 豊かな時代の反映か？
- 人が人として成長する過渡期か？
- 情報が増える→選択肢が増える→迷いも増える
- 迷う先の医療は不透明→不安・不満が募る
- 医療への期待が大きい→攻撃的になる

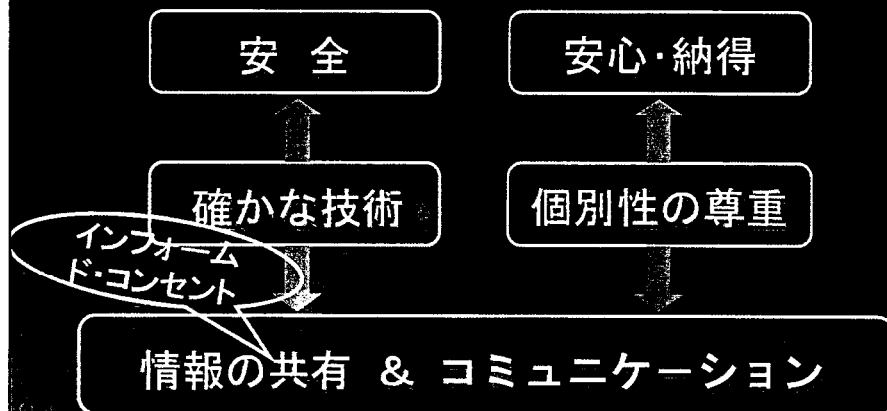
患者の“発達過程”



医療現場の現状

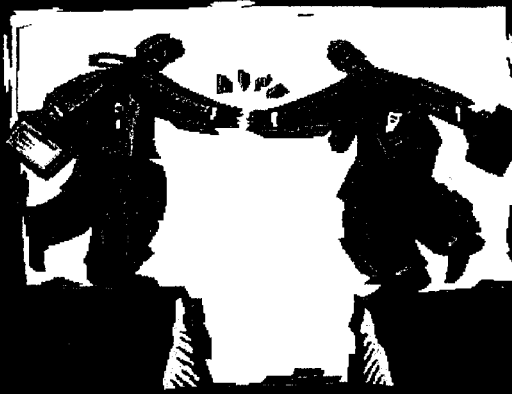
- 2000年頃～医療現場からの悲鳴
→ 医師不足と疲弊感
立ち去り型サボタージュ
聖職意識の低下
- 患者も医療者もワガママ・本音（これも時代の反映か？）
- 医療現場における『傲慢と卑屈のねじれ現象』

患者の基本的医療ニーズ



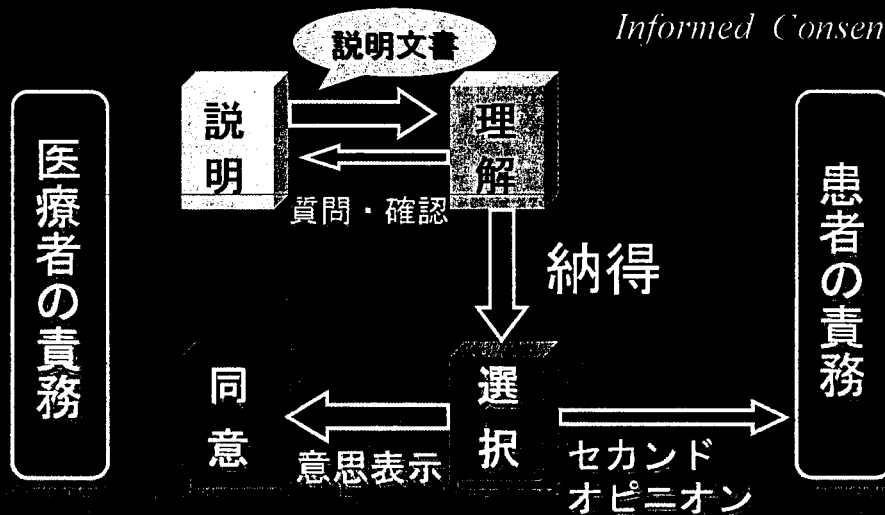
協働する人間関係の創造

この人に出会えてよかった!!



インフォームド・コンセント

Informed Consent



信頼関係の再構築 キーワードは「協働」

患者の課題

医療の限界と不確実性

→完璧・正解はない

受診行動の見直し

医療者とのコミュニケーション

「賢い」妥協と諦め→納得

死生観(患者の意思の理解と尊重)

患者が学ぶべきこと

1961年 国民皆保険制度(与えられ・施される医療)

パターンリズム医療×「お任せ」の受け身

1990年 変化の胎動 情報も学習もないまま・・・

1995年 『厚生白書』まえがき「医療サービス」が登場

患者の権利意識の高まり

日本医療機能評価機構による第三者評価

メディアの功罪



医療は限りある社会資源

財源は税金による公共サービス

保険料と自己負担⇒権利と義務

患者が地域医療を支える担い手に！

- 自助・共助を育む⇒つながりの安心
個々人ができること、ともに支え合うこと
- 患者教育・支援
情報リテラシー支援(患者情報室など)
相談機能の充実
- 地域活動の支援・育成
NPO ボランティア(人・もの・金)
- 柏原のお母さんたち 患者塾や病院探検隊
- 情報開示と共有から「おせっかい」が生まれる
(例 未受診妊婦 孤独死など)
- 教育現場で患者・遺族体験を語るボランティア

医療への願い

- 喫緊の課題は医師不足対策
- 安心できる救急医療体制
- チーム医療の構築
(つなぎ役の配置 MSW・CRC・クラーク など)
- 看護力強化→副院長・専門・認定ナース
- 総合(診療)科の確立・家庭医の育成
- 医療の地域ネットワーク(在宅支援など)

財源投入

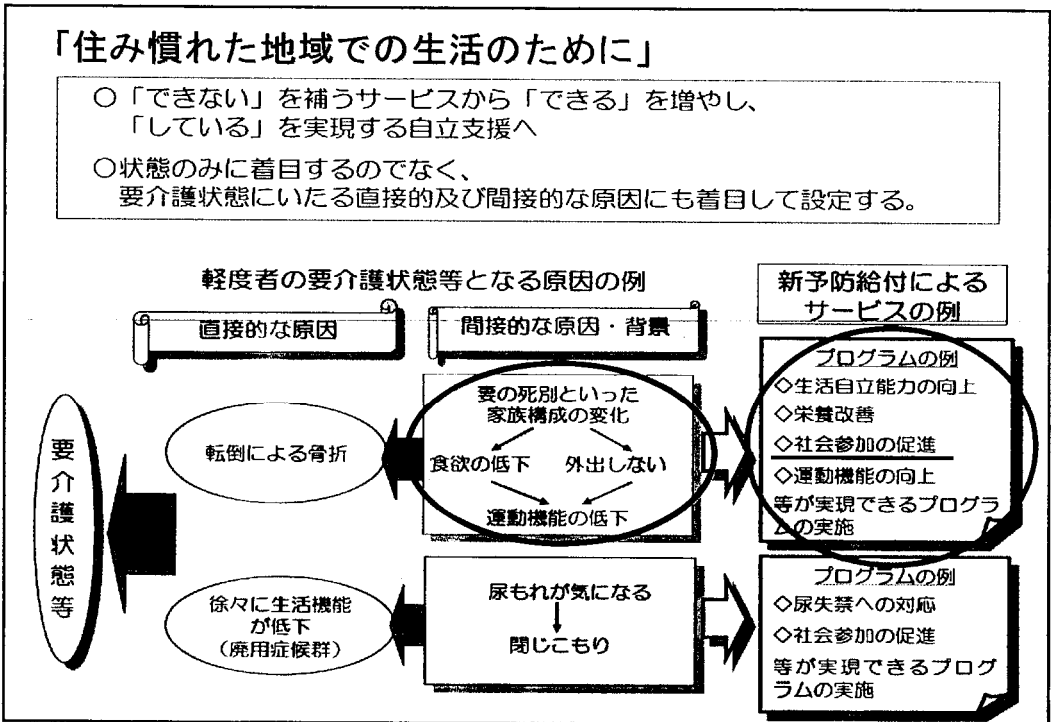
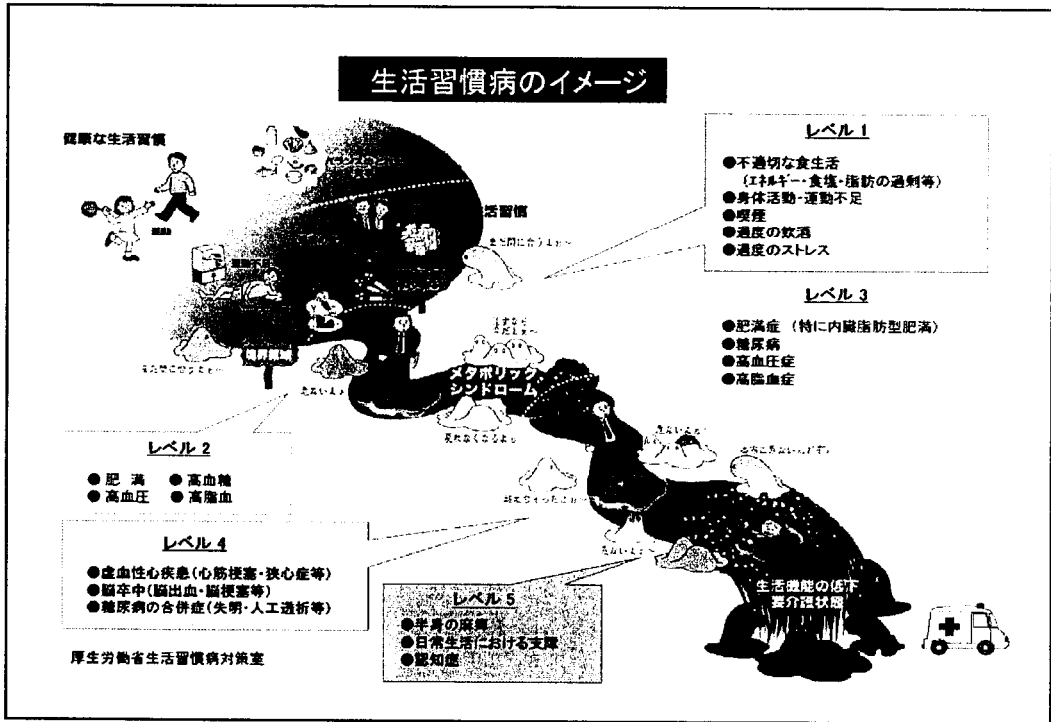
野中委員資料

透析医療から学んだ事

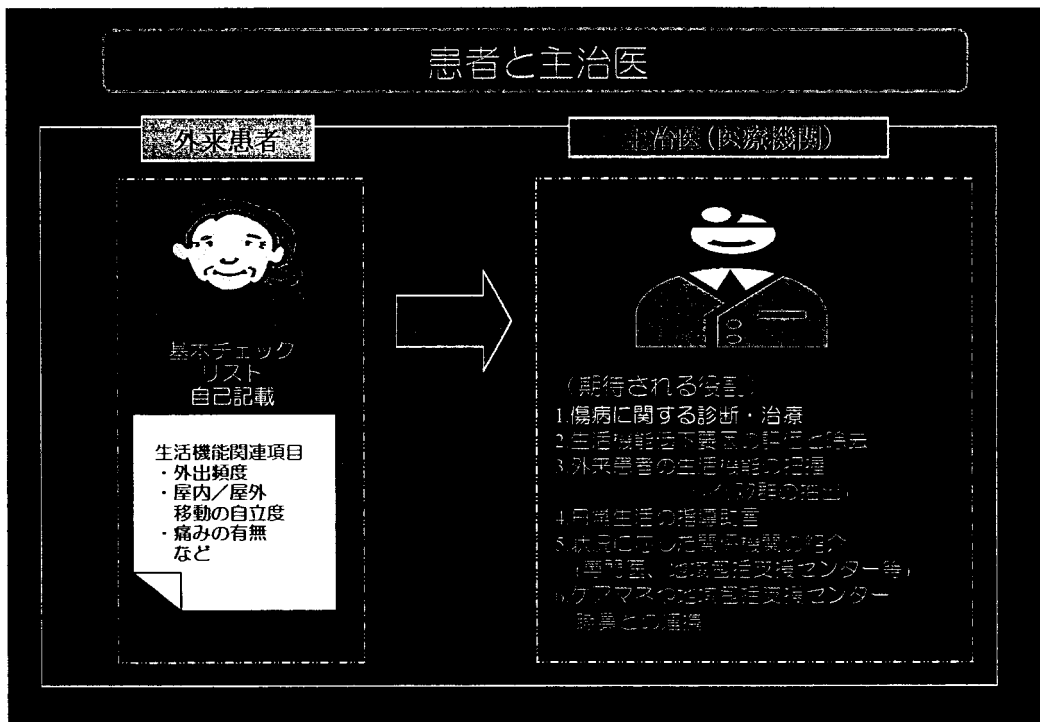
- ・ 患者さんの社会復帰
- ・ 人生・生活を支える
- ・ 医療連携の意味
- ・ 行動変容の意義

・ 治す医療

・ 支える医療



患者と主治医



基本チェックリスト

| | | 調査項目 | 回答 |
|------------|-------------------------------|---------------------------------|------------|
| 生活機能 移動 | 1 | 1週間以内で1人で外出していますか | 0:いいえ 1:はい |
| | 2 | 日用品の買物をしていますか | 0:いいえ 1:はい |
| | 3 | 服や靴の着脱を一人でしていますか | 0:いいえ 1:はい |
| | 4 | 友人の家を訪ねていますか | 0:いいえ 1:はい |
| | 5 | 家族や友人の相談のついでに行きますか | 0:いいえ 1:はい |
| 生活機能 認知 | 6 | 道を歩いたり歩道を渡ったりしていますか | 0:いいえ 1:はい |
| | 7 | 歩道の端から歩道の向こうの歩道まで歩きますか | 0:いいえ 1:はい |
| | 8 | 15分程度まで歩いていますか | 0:いいえ 1:はい |
| | 9 | この1年間で転んだことがありますか | 1:はい 0:いいえ |
| | 10 | 転倒に対する不安がありますか | 1:はい 0:いいえ |
| 栄養 | 11 | 1日平均で2~3kg以上の体重減少がありましたか | 1:はい 0:いいえ |
| | 12 | 身長()cm 体重()kg BMI() | |
| | 13 | 1年間で10%以上体重の減少がありましたか | 1:はい 0:いいえ |
| 口腔機能 嚥下 | 14 | お箸や湯匙で食べる量が減りましたか | 1:はい 0:いいえ |
| | 15 | 口の動きが急に鈍りましたか | 1:はい 0:いいえ |
| | 16 | 嚥下1回以上目外に出ていますか | 0:いいえ 1:はい |
| 生活機能 自立 | 17 | 歩道から歩道へ移動ができていますか | 1:はい 0:いいえ |
| | 18 | 歩道の端から歩道の向こうの歩道まで歩行ができていますか | 1:はい 0:いいえ |
| | 19 | 自分で洗濯物を調べて、乾燥機に入れることができますか | 0:いいえ 1:はい |
| うつ状態 | 20 | 毎日の生活が苦しいと感じることがありますか | 1:はい 0:いいえ |
| | 21 | (ここ2週間)毎日の生活が苦しいと感じることがありますか | 1:はい 0:いいえ |
| | 22 | (ここ2週間)に比べて楽しんでいないと感じることがありますか | 1:はい 0:いいえ |
| | 23 | (ここ2週間)に比べて寝てしまっていると感じることがありますか | 1:はい 0:いいえ |
| | 24 | (ここ2週間)自分が役に立つ人間だと感じることがありますか | 1:はい 0:いいえ |
| 25 | (ここ2週間)毎日寝た気が醒れた感じがする感じがありますか | 1:はい 0:いいえ | |

後期高齢者の外来診療のイメージ

慢性疾患を有している後期高齢者の特性

- ・複数の疾患を有している者が多い
- ・認知機能が低下している者が、若人よりも多い
- ・介護を必要とする者が多く、リスクが高い
- ・合併症の発症及び重症化のリスクが高い

左記のような特性を有している。

定期的な検査及び総合的な評価

(定期的・総合的に評価を行い、結果を療養及び生活指導で活用する)

- 定期的な検査(年2回程度)
 - ・血液検査(血球数、アルブミン値等)
 - ・尿検査(尿酸、尿蛋白等)
 - ・心電図検査
 - ・胸部レントゲン検査
 - ・眼底検査
- 総合的な評価(年1回程度)
 - ・基本的な日常生活の能力
 - ・認知機能
 - ・意欲
 - ・情緒や気分

<質問事項等の例>
 ・「普段、ひとりで暮らした町へどうやって行きますか？」
 ・「これから言う言葉を繰り返してください。」
 ・「診察時に被験者の挨拶を待つ」
 ・「自分1人でトイレに行きますか？」

家族・医師・歯科医師・薬剤師・介護福祉士等で情報を共有

他の医療機関への紹介 (専門的な診療が必要な場合)

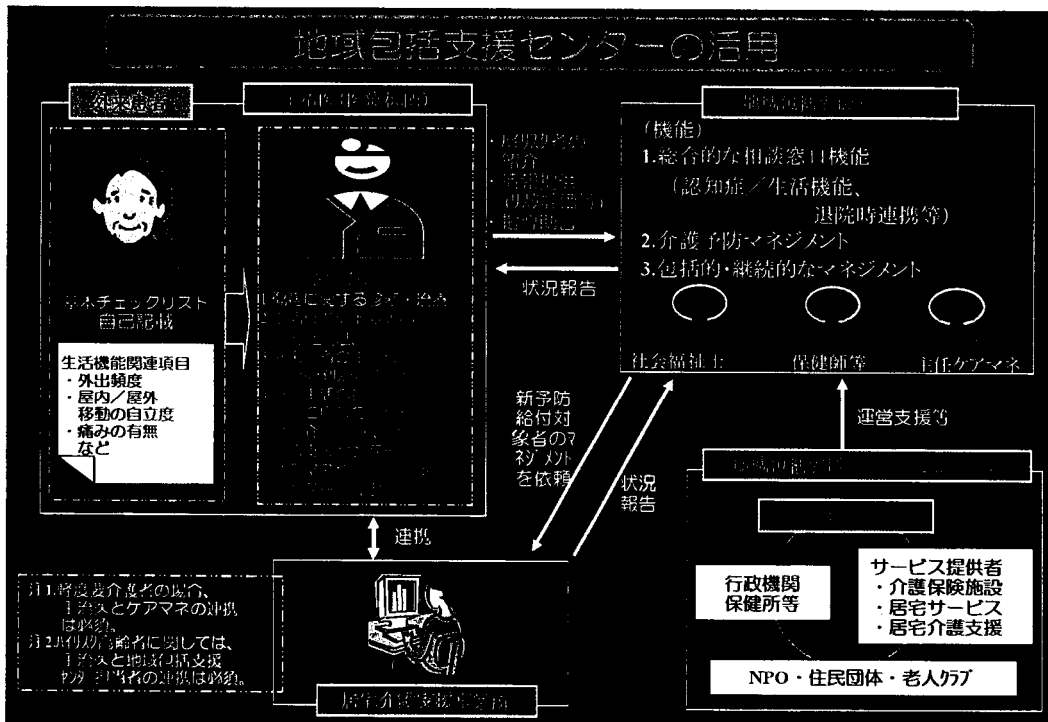
- ・合併症等の診断や治療
- ・専門的な検査や治療

検査及び評価を踏まえた診療

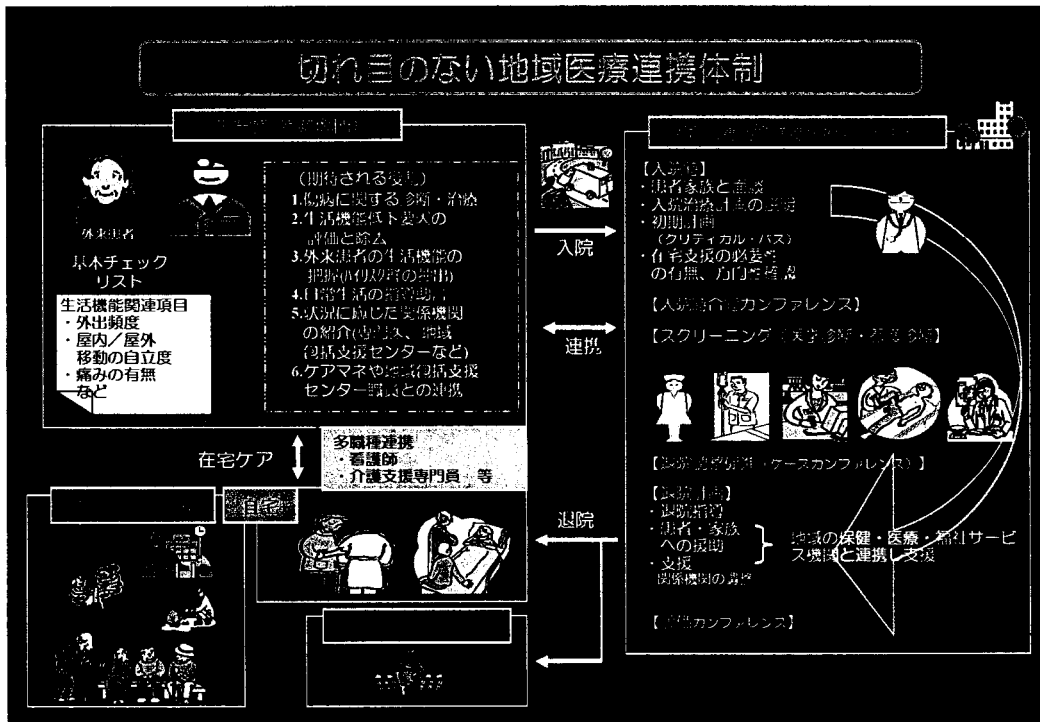
- ・口腔ケアについて相談
- ・服薬状況を確認し、家族等とも連絡をとって、服薬支援措置を工夫

地域包括支援センター等へ連絡 介護予防等の取り組み

- ・栄養、食事の内容の変更(低栄養状態の改善)



切れ目のない地域医療連携体制



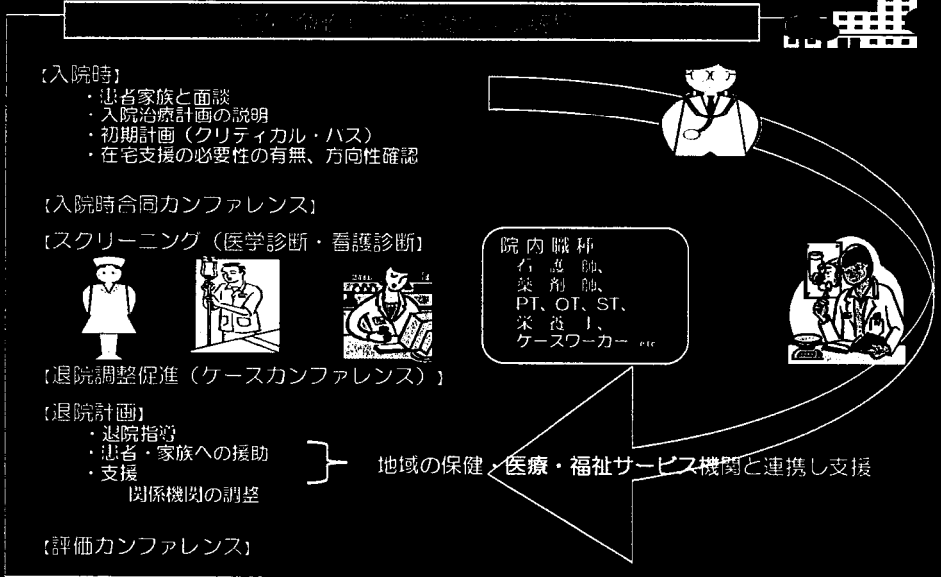
入院医療の目標

1. 生活を脅かしている原因を除去・緩和
2. 退院後の健康と生活の安定

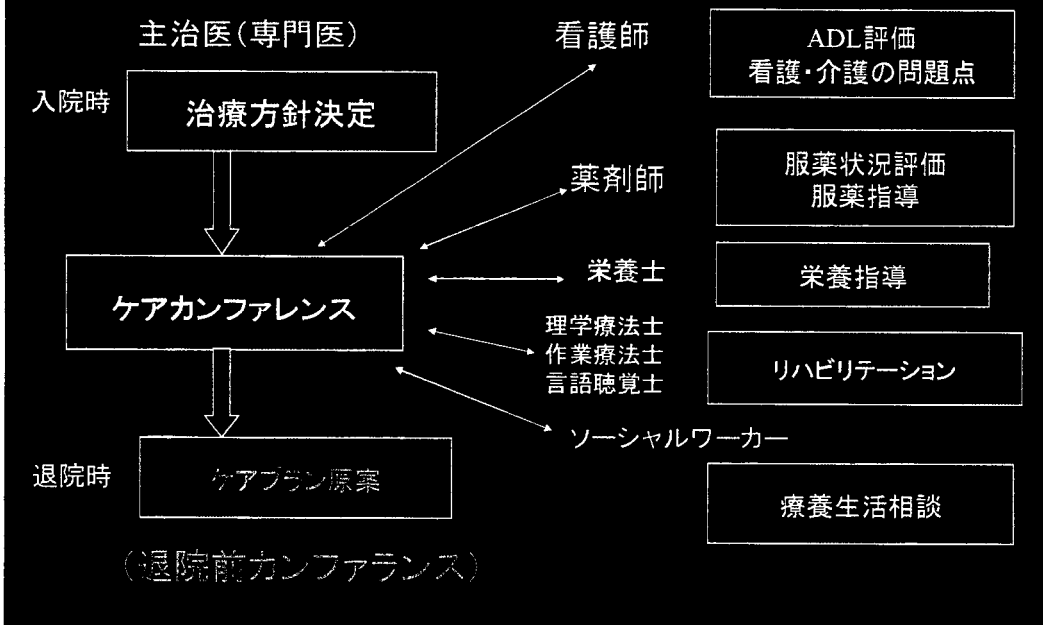
そのため、患者・家族に対して退院後予想される問題を検討し、十分な援助計画を作成し退院に結びつけることが病院の基本的な責務である。

退院調整！！

入院から退院へ

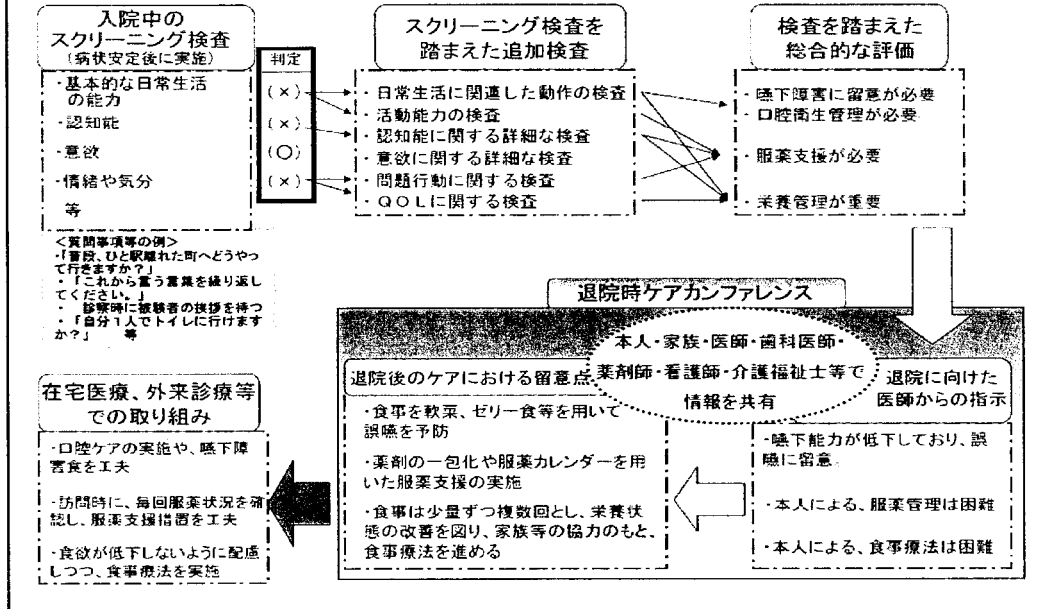


入院から退院へ

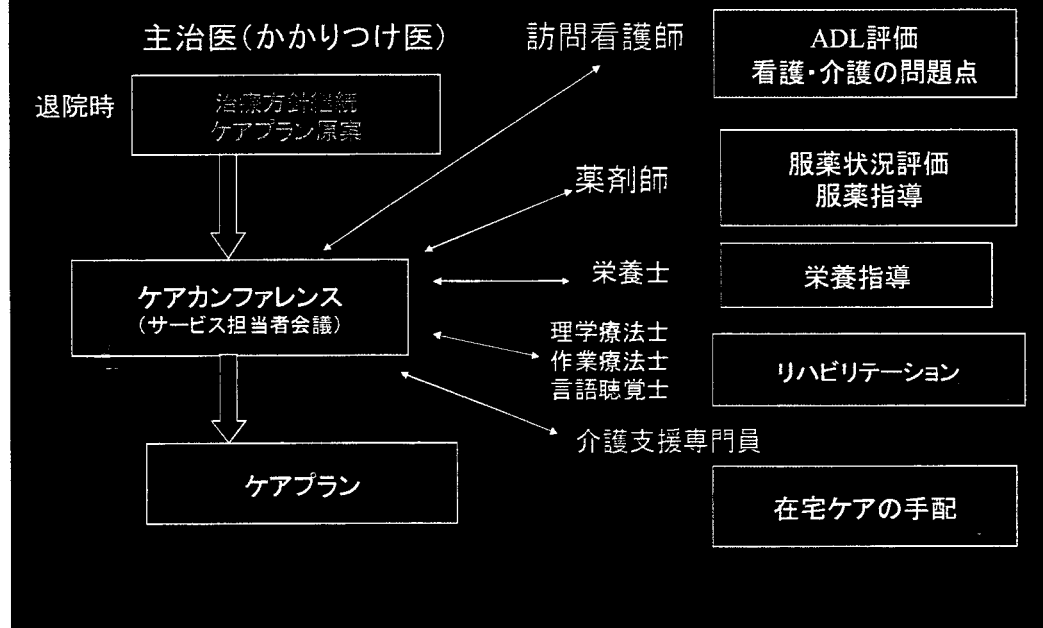


高齢者の総合的な評価のイメージ

80歳代 女性 ・脳梗塞後遺症 ・糖尿病 の場合



病院からの退院を受けて(サービス担当者会議)



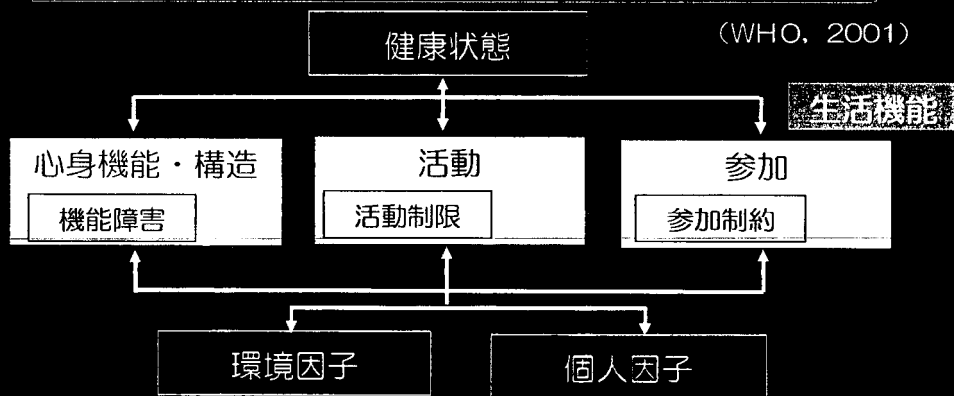
切れ目のない医療連携

医療機関における
多職種連携による退院調整
(退院前カンファランス)

ケアプラン

地域における
多職種連携による生活支援
(サービス担当者会議)

国際生活機能分類モデル (ICFモデル)



機能障害そのものに直接的に働きかけて、その結果、能力低下や社会的不利を改善させるという考え方から、「残っている「心身機能」と日常生活の「活動」と社会への「参加」に対するそれぞれの働きかけを通じて、生活機能を向上させ、併せて生活環境の改善を行うことにより、活動制限や参加制約を少なくさせて利用者本人の生活を支えていくという考え方」に立っている。

出典：高齢者リハビリテーション研究会資料

地域医療の要素

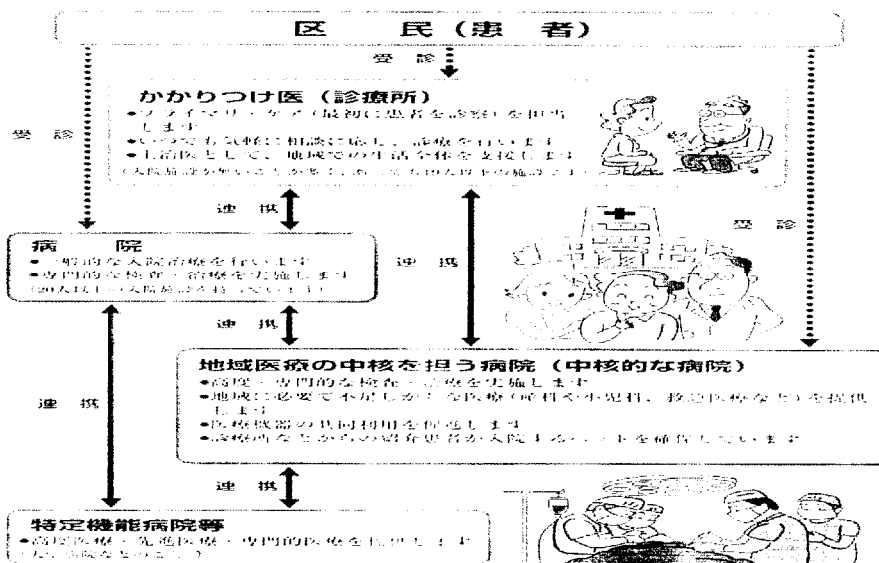
患者の生活を支える医療

「専門医」の役割

「かかりつけ医」の役割

協働診療

適切な医療を受けるために



不安→不満→不信

病気を抱える不安

患者さんの不安を共有

共に考え、共に歩む、共に闘う

医療は患者さんとの協働作業

不安→→安心へ

住み慣れた地域

自分を理解してくれる

自分らしさが発揮できる

なじみの地域

諦め→→→勇気

そして社会参加へ

医療の目的とは

地域のすべての人々が、人間としての尊厳が尊重され、住み慣れた地域で最愛の家族と地域の人々に囲まれながら、安心していつまでも暮らすことを医学を通じて支援することが医療の目的

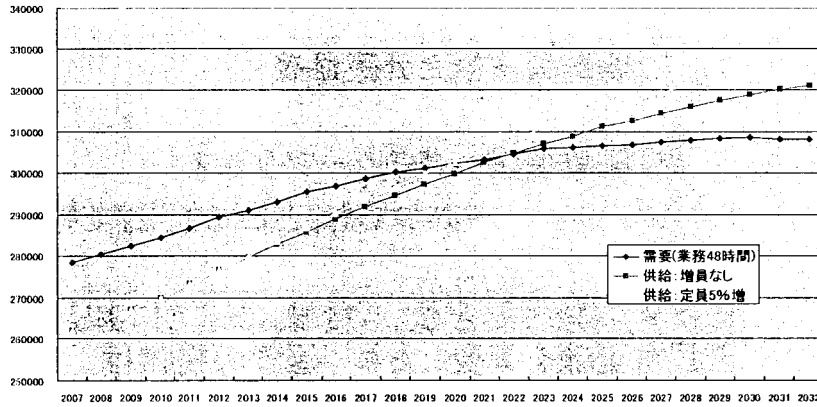
総合的に診る医師

総合的に診る体制

資料 4

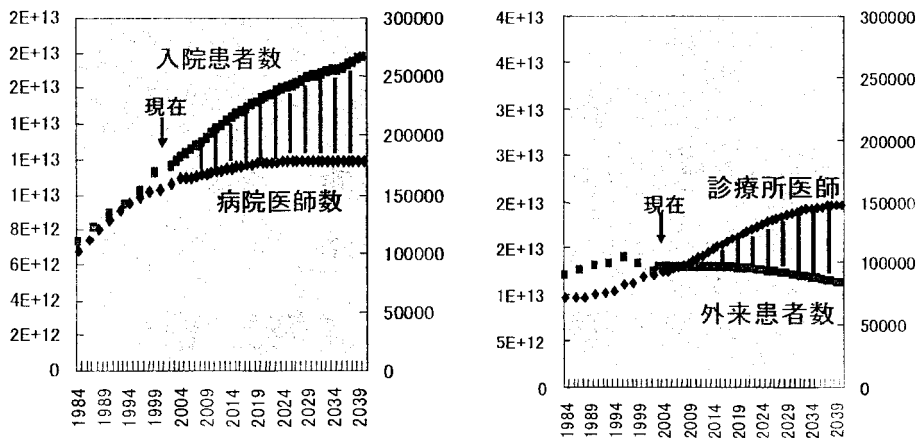
矢崎委員資料

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

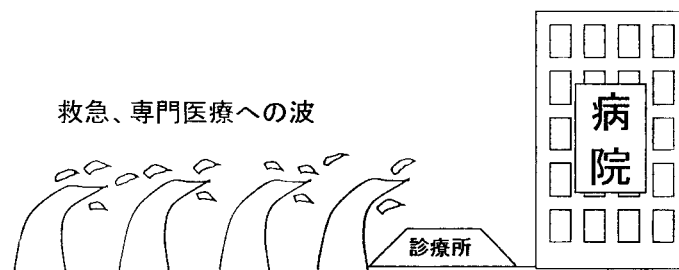


治療目標の量から質への転換

(患者本位の医療への転換)

医療提供体制の抜本的改革

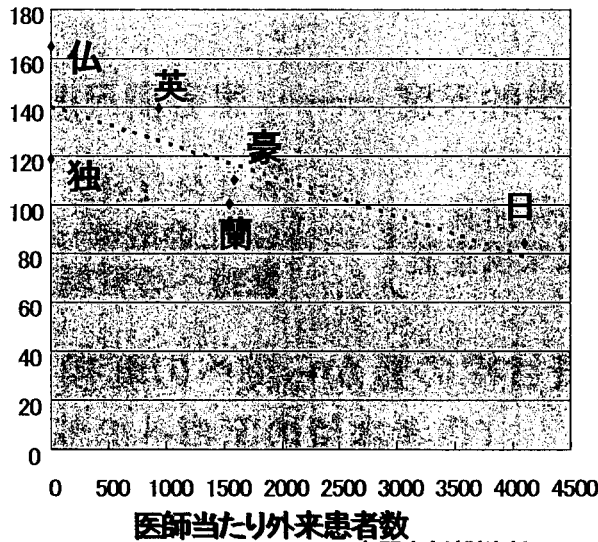
—フリーアクセスと病診連携—



独立行政法人国立病院機構 矢崎 義雄

医師対
年間退院数

外来負担と医師生産性



C. Hasegawa
JMS 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.

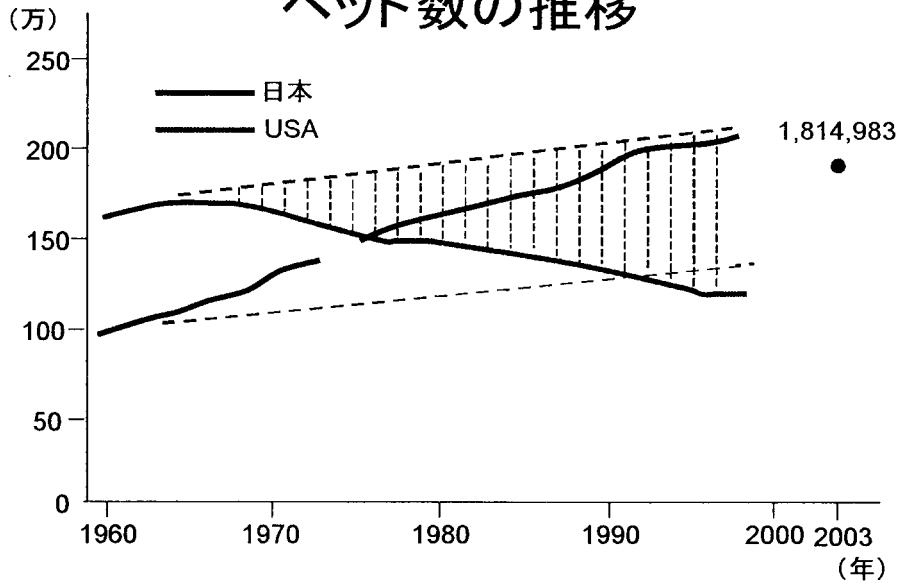
医の原点－医療の倫理、医師のあり方

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)

ベッド数の推移



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）

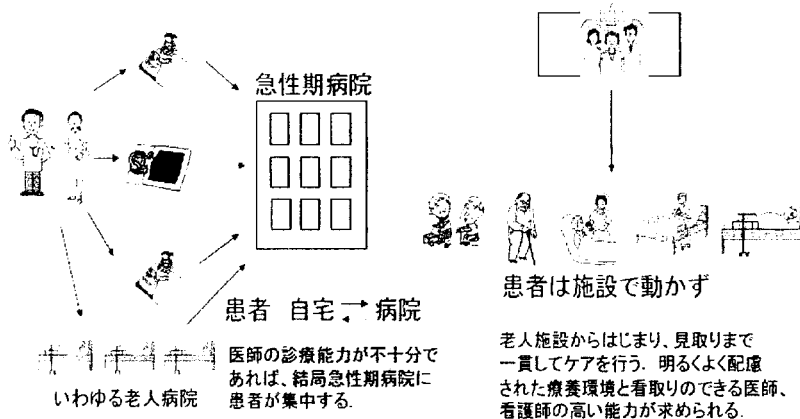
| | | | |
|------------------|-------|---------------------------|----------------------------------|
| 日本 (2005) | 4.4% | ※1 介護保険3施設等 (0.9%) | ※2 (3.5%) |
| スウェーデン (2005) ※3 | 6.5% | サービスハウス等 (2.3%) | ナースィングホーム、 グループホーム等 (4.2%) |
| デンマーク (2006) ※4 | 10.7% | プライエボリー・エルダボリー等 (8.1%) | プライエム等 (2.5%) |
| 英国 (2001) ※5 | 11.7% | 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% | アシステッド リビング等 (2.2%) | ナースィング・ホーム (4.0%) |

※1 シェルタードハウジング、高齢者向け複合ケア住宅、高齢者ケアホーム及び障害老人ホーム(特養老人ホーム) (2004年) ※2 介護保険3施設及びグループホーム
 ※3 Sweden Socialstyrelsen スウェーデン全国保健福祉庁(2005) ※4 Denmark Socialmedicinsk Forskningscenter 社会医学部高齢者研究センター (2006)
 ※5 Elderly Accommodation Council (2004) (the older population) ※6 高齢社会研究機構 米国高齢者ケア調査 (2005)

在宅医療のイメージ

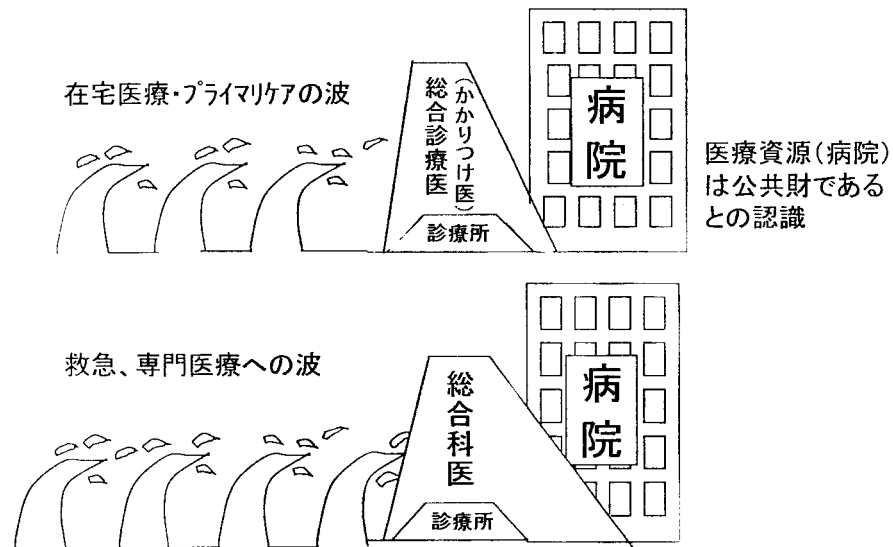
(従来方式)

(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

地域から信頼され、
患者から選ばれる
診療所

総合診療医(かかりつけ医)
(幅広い診療能力を有し、在宅
医療を含めた一般慢性疾患に
対応するとともに、相談機能を
重視する)
一方、医療の質を保障する仕組みの導入

総合科医 (幅広く、かつ
高度な診療能力を専門分野の
1つとする)

専門分野に特化

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。

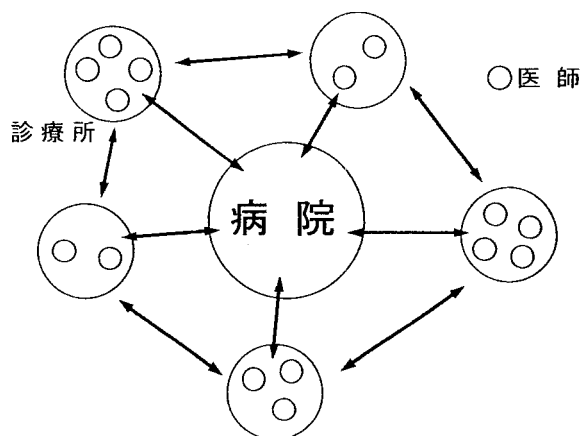
(専門医が総合診療を主たる業務とする場合に、所定の
臨床研修を行った者も対象とする。)

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)

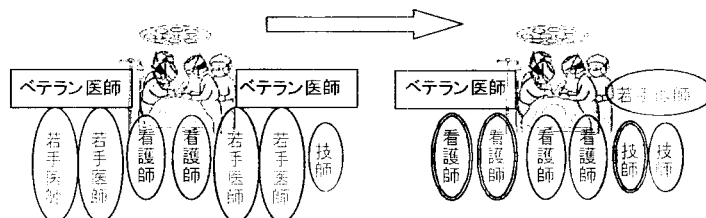
診療所の機能強化と病診連携

—チーム医療事業形態の促進



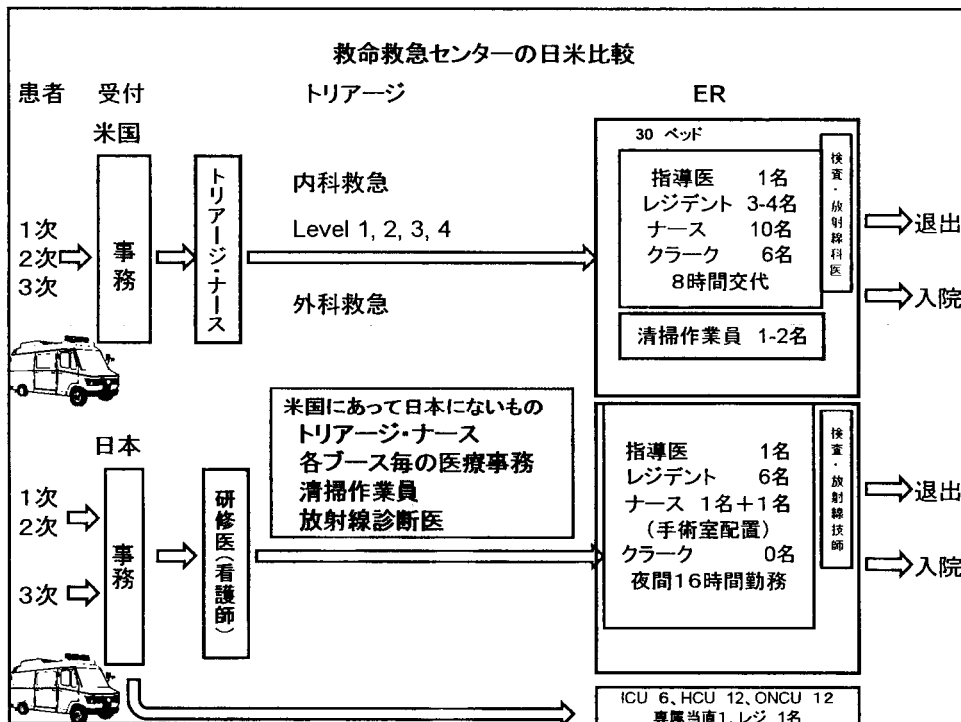
病院医師業務の課題

- ・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らえ方
－ 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

事務局提出資料

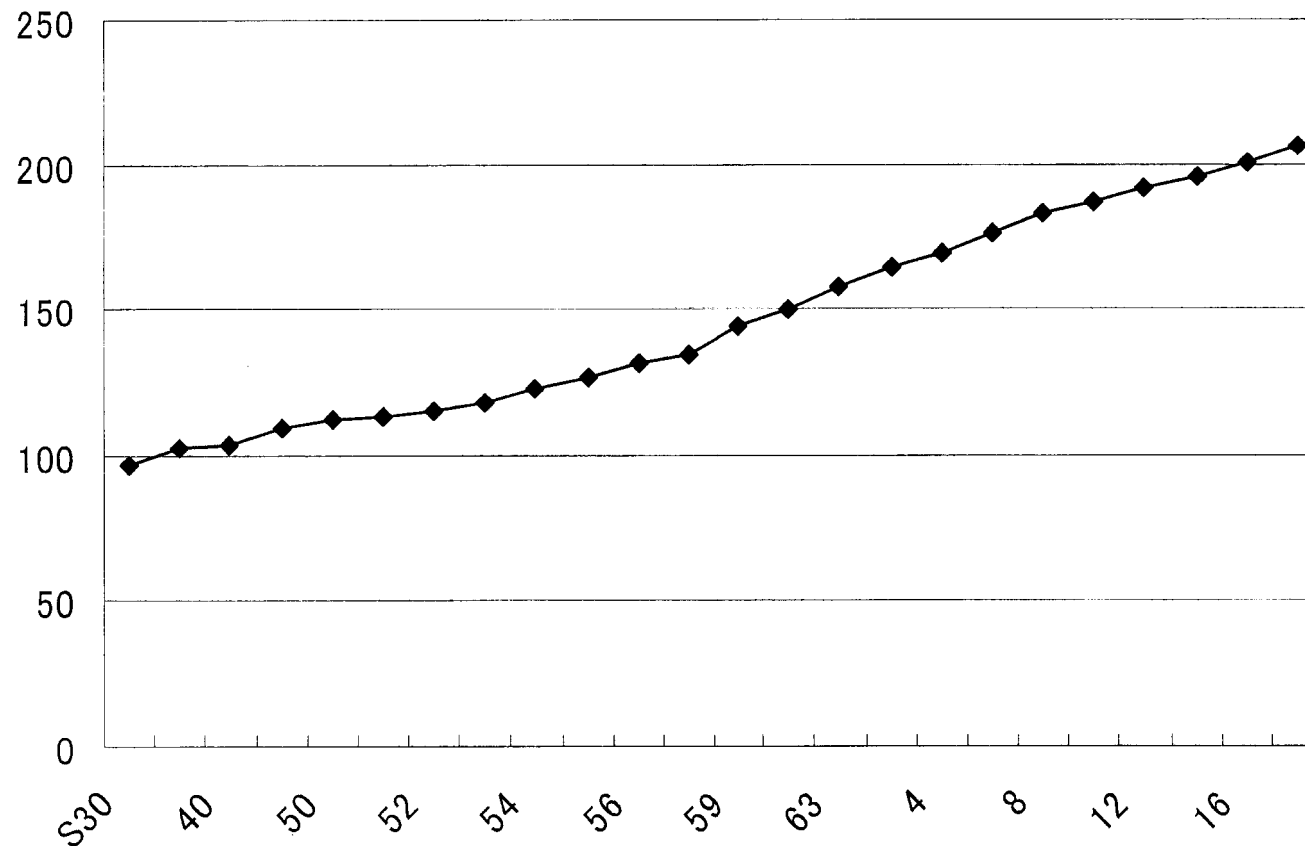
近年の医師需給の動向(平成14年度から平成18年度の比較)

○ 平成18年度の医師・歯科医師・薬剤師調査において明らかになった、医師需給の動向に関連する主なデータは以下の通りである。

| | 平成18年 (2006) | 平成16年 (2004) | 平成14年 (2002) |
|-----------------------|-----------------|-----------------|-----------------|
| 医師数(人) | | | |
| 総数 | 277,927 | 270,371 | 262,687 |
| 男 | 229,998 | 225,743 | 221,548 |
| 女 | 47,929 | 44,628 | 41,139 |
| 医療施設に従事する医師数 | 263,540 | 256,668 | 249,574 |
| 人口10万対医療施設に従事する医師数(人) | 206.3 | 201.0 | 195.8 |
| 平均年齢(歳) | 48.5 | 48.2 | 48.0 |
| 施設の種別にみた医師数(人) | | | |
| 病院(医育機関附属病院を除く) | 123,639 | 120,260 | 115,993 |
| 診療所 | 95,213 | 92,985 | 90,443 |
| 医育機関附属の病院 | 44,688 | 43,423 | 43,138 |
| 診療科の種別にみた医師数(人) | | | |
| 小児人口10,000人当たり小児科医数 | 8.4 | 8.3 | 8.0 |
| 小児科医数 | 14,700 | 14,677 | 14,481 |
| 出生1000人当たり産婦人科医師数 | 9.2 | 9.5 | 9.6 |
| 産婦人科医数 | 10,074 | 10,594 | 11,034 |

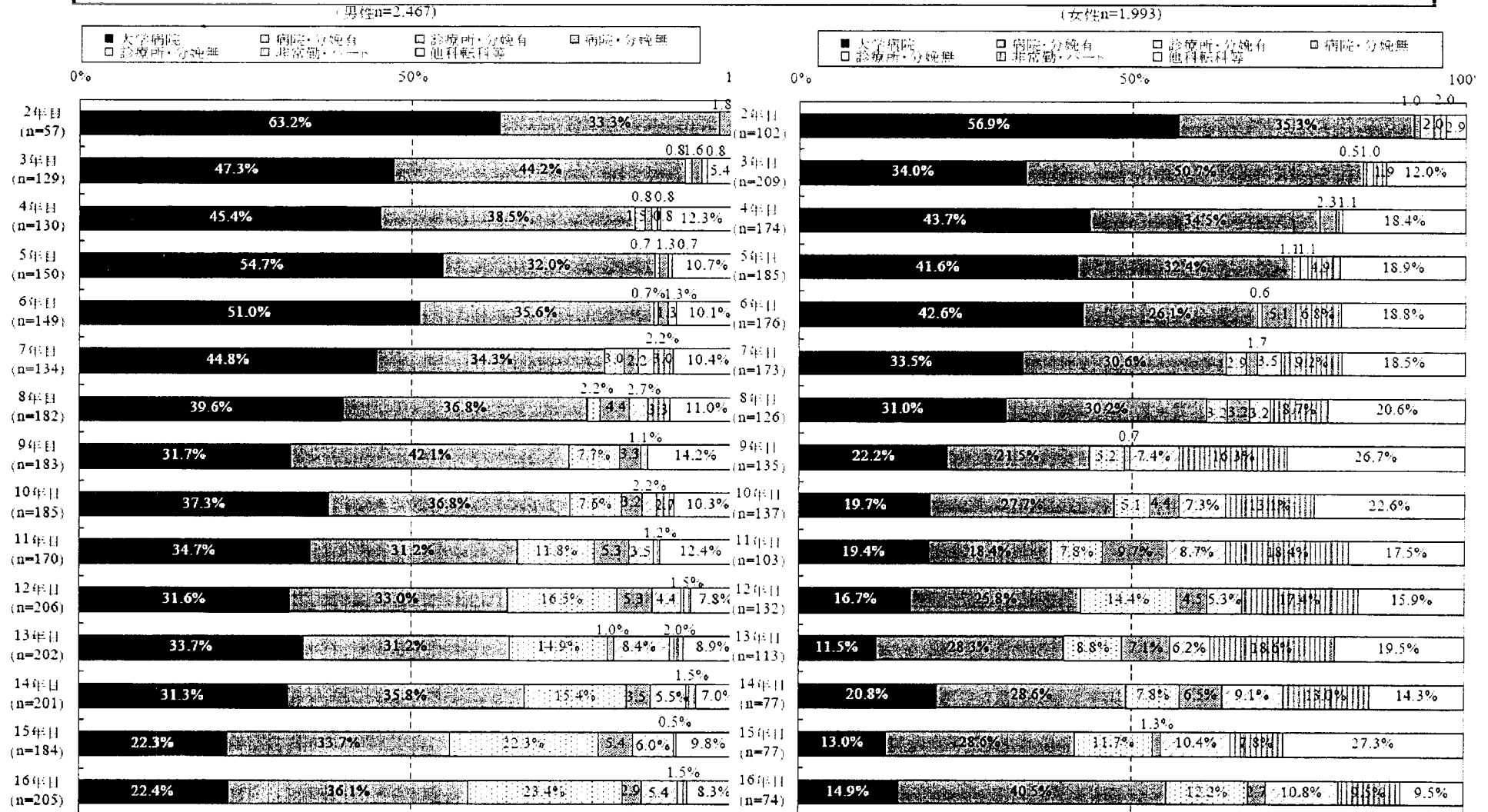
人口10万対医療機関に従事する医師数の年次推移

- 近年、医師国家試験の合格者は毎年7,600～7,700人程度であり、死亡等を除いても、医師の総数は毎年3,500～4,000人程度増加。
(医師総数) 平成10年 24.9万人 → 平成18年 27.8万人
- 人口10万人対医療機関に従事する医師数についても毎年増加(平成18年206.3人)。



経験年数別勤務形態の構成

- 女性医師においては分娩を取り扱う医療機関に勤務する医師の割合の低下は男性医師に比べて著しい。
- 女性医師においては非常勤もしくはパートの勤務形態が1～2割を占めている。



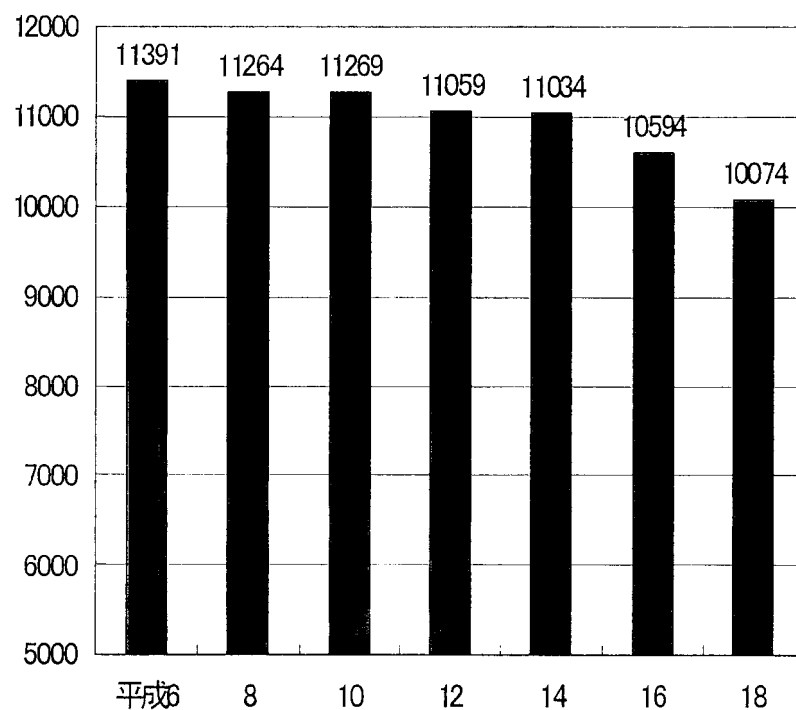
nは医師数。単年ごとの経験年数を把握出来なかった41人は省略した。日本産科婦人科学会員の卒後2年から16年における就労状況について(社団法人日本産科婦人科学会)

産婦人科・産科医及び分娩取り扱い施設の推移

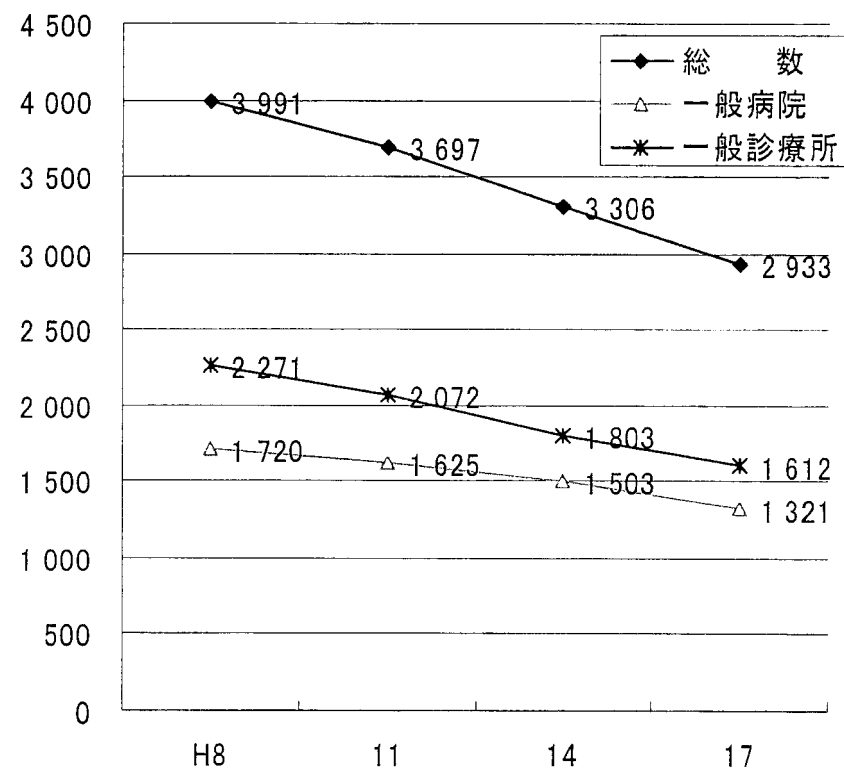
○ 産婦人科医数及び分娩の取り扱い施設はともに減少している。

(産婦人科医とは、産科及び産婦人科を主な診療科として医療機関において従事している医師)

産婦人科・産科医数の推移



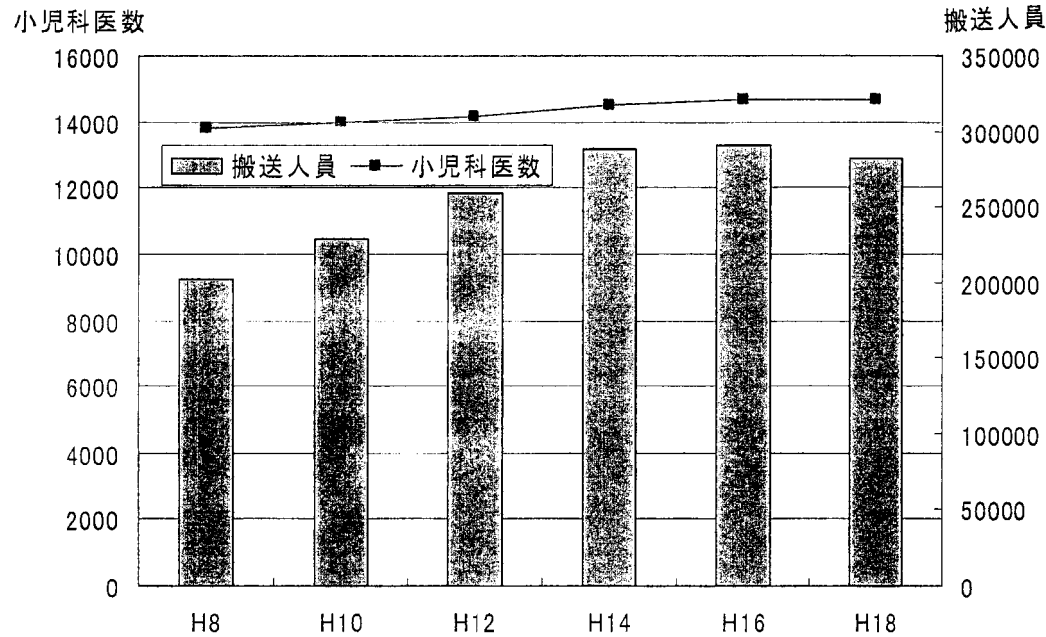
分娩取り扱い施設の推移



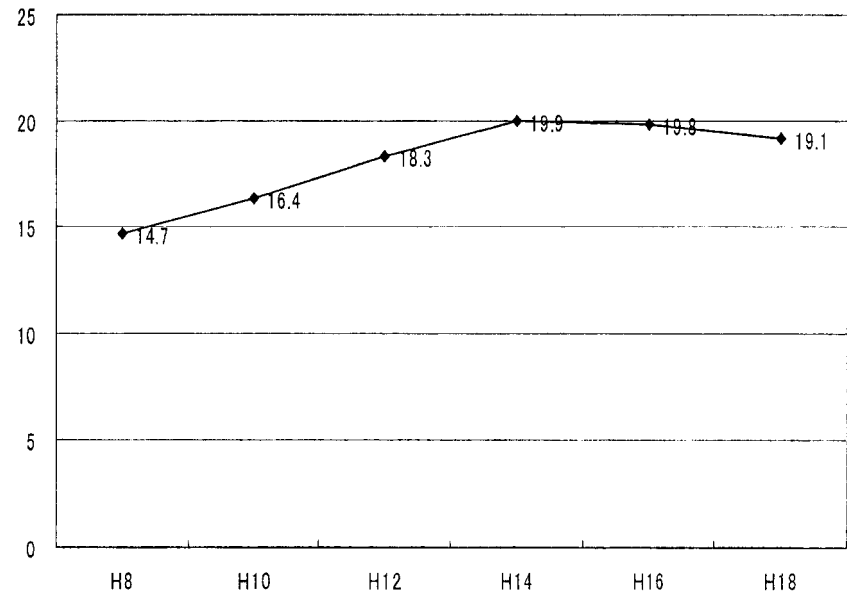
小児科医師数と救急自動車による7歳未満の搬送人員

- 医療施設に従事する小児科医師数と救急自動車により搬送される7歳未満の搬送人員はともに増加傾向である。
- しかし、医師1人当たりの搬送人員は増加していることから、搬送人員の伸びは医師数の伸びを上まわっている。

実数



小児科医師1人当たりの搬送人員数



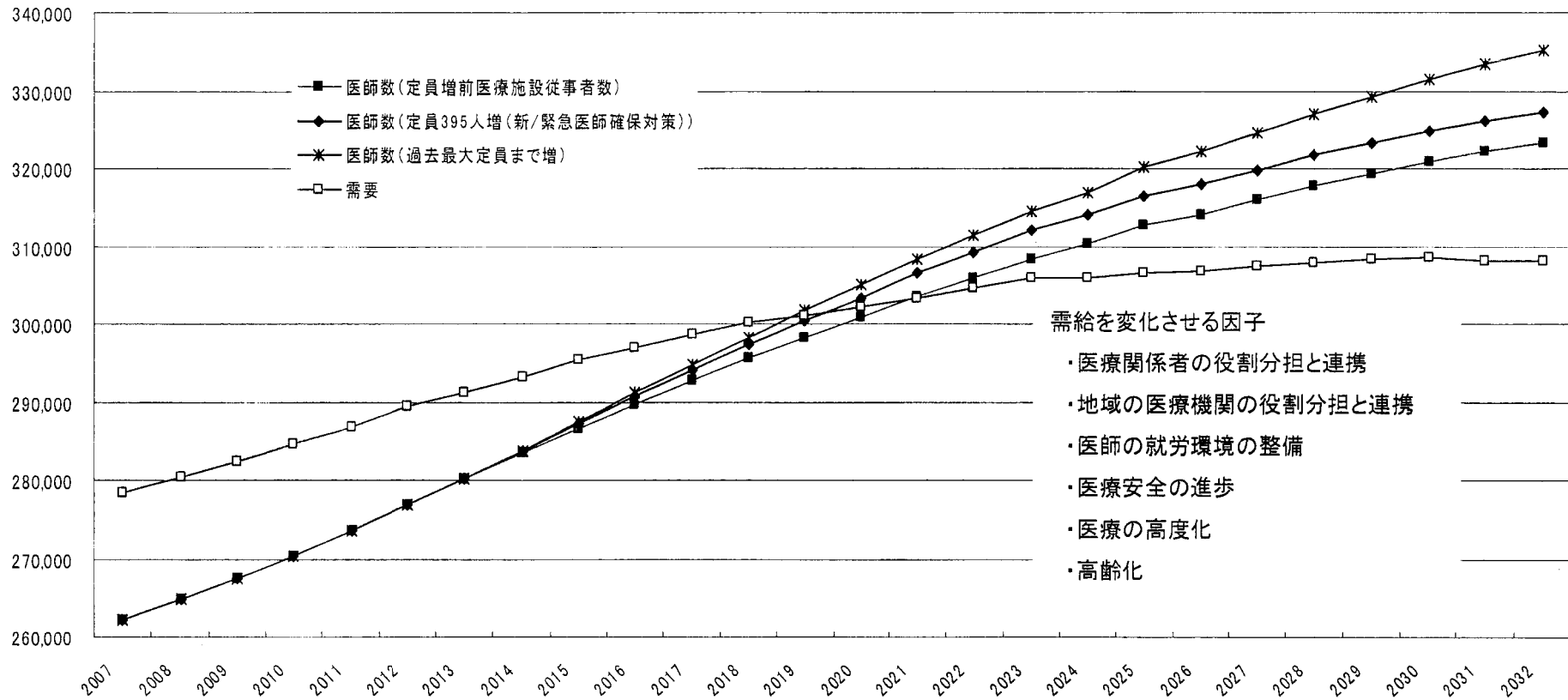
二次医療圏別人口10万人当たり従事医師数

○ 各都道府県内においても、県庁所在地など人口当たりの医師数が多い地域と、郡部など少ない地域が見られる。

| 都道府県 | 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 | 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 | 二次医療圏 | 人口10万人当たり従事医師数(県内) |
|-------------|-------|--------------------|-------|------|-------|--------------------|-------|---------------|--------|--------------------|
| 北海道 | 上川中部 | 288.6 | 3.4倍 | 石川県 | 石川中央 | 302.1 | 2.5倍 | 岡山県 | 県南東部 | 289.5 |
| | 根室 | 84.7 | | | 能登北部 | 120.6 | | | 高梁・阿新 | 136.2 |
| 青森県 | 津軽地域 | 258.4 | 2.6倍 | 福井県 | 福井・坂井 | 282.6 | 2.6倍 | 広島県 | 呉 | 279.7 |
| | 西北五地域 | 97.9 | | | 奥越 | 108.5 | | | 広島中央 | 175.1 |
| 岩手県 | 盛岡 | 254.4 | 2.4倍 | 山梨県 | 中北 | 246.6 | 2.4倍 | 山口県 | 宇部・小野田 | 363.1 |
| | 釜石 | 105.9 | | | 峡南 | 103.9 | | | 萩 | 154.9 |
| 宮城県 | 仙台 | 296.0 | 4.2倍 | 長野県 | 松本 | 301.3 | 2.3倍 | 徳島県 | 東部Ⅰ | 315.9 |
| | 黒川 | 70.5 | | | 木曾 | 130.7 | | | 南部Ⅱ | 147.2 |
| 秋田県 | 秋田周辺 | 258.1 | 2.4倍 | 岐阜県 | 岐阜 | 224.8 | 1.8倍 | 香川県 | 高松 | 283.5 |
| | 湯沢・雄勝 | 108.6 | | | 中濃 | 123.9 | | | 小豆 | 149.8 |
| 山形県 | 村山 | 230.4 | 1.8倍 | 静岡県 | 西部 | 212.9 | 1.9倍 | 愛媛県 | 松山 | 275.2 |
| | 最上 | 127.1 | | | 中東遠 | 110.5 | | | 宇摩 | 148.1 |
| 福島県 | 県北 | 230.2 | 2.7倍 | 愛知県 | 尾張東部 | 316.7 | 4.4倍 | 高知県 | 中央 | 301.3 |
| | 南会津 | 86.8 | | | 尾張中部 | 72.6 | | | 高幡 | 133.2 |
| 茨城県 | つくば | 305.0 | 3.6倍 | 三重県 | 中勢伊賀 | 235.0 | 1.7倍 | 福岡県 | 久留米 | 399.4 |
| | 鹿行 | 85.7 | | | 東紀州 | 135.2 | | | 京築 | 140.3 |
| 栃木県 | 県南 | 260.8 | 2.2倍 | 滋賀県 | 大津 | 303.3 | 2.8倍 | 佐賀県 | 中部 | 303.9 |
| | 県西 | 118.6 | | | 甲賀 | 109.6 | | | 西部 | 145.3 |
| 群馬県 | 前橋 | 376.8 | 2.8倍 | 京都府 | 京都・乙訓 | 361.7 | 3.2倍 | 長崎県 | 長崎 | 325.4 |
| | 太田・館林 | 135.6 | | | 山城南 | 114.0 | | | 上五島 | 106.6 |
| 埼玉県 | 西部第二 | 232.6 | 2.4倍 | 大阪府 | 大阪市 | 315.2 | 2.0倍 | 熊本県 | 熊本 | 369.0 |
| | 児玉 | 96.0 | | | 中河内 | 161.5 | | | 阿蘇 | 109.8 |
| 千葉県 | 安房 | 294.5 | 3.1倍 | 兵庫県 | 神戸 | 262.7 | 1.9倍 | 大分県 | 別府速見 | 285.9 |
| | 夷隅長生 | 95.3 | | | 西播磨 | 139.9 | | | 臼津 | 118.7 |
| 東京都 (※1) | 区中央部 | 1,173.5 | 9.3倍 | 奈良県 | 東和 | 253.7 | 1.8倍 | 宮崎県 | 宮崎東諸県 | 287.9 |
| | 西多摩 | 126.3 | | | 西和 | 141.1 | | | 西都児湯 | 114.0 |
| 神奈川県 | 横浜南部 | 222.3 | 1.8倍 | 和歌山県 | 和歌山 | 324.9 | 2.2倍 | 鹿児島県 | 鹿児島 | 329.2 |
| | 県央 | 124.2 | | | 那賀 | 146.8 | | | 熊毛 | 104.3 |
| 新潟県 | 新潟 | 218.4 | 1.8倍 | 鳥取県 | 西部 | 352.3 | 1.9倍 | 沖縄県 | 南部 | 245.1 |
| | 魚沼 | 118.1 | | | 中部 | 182.5 | | | 宮古 | 144.4 |
| 富山県 | 富山 | 264.8 | 1.5倍 | 島根県 | 出雲 | 393.6 | 3.1倍 | ※1 島しょ医療圏を除く。 | | |
| | 高岡 | 178.6 | | | 雲南 | 125.4 | | | | |

医師に関する需要と供給

＜平成18年「医師需給検討会報告書」における医師需給推計＞



(参考)

○ 平成10年5月における推計では、外来・入院患者数を基に需給を推計し「平成29年(2017年)頃から供給医師数が必要医師数を上回る」と推計。

○ 平成18年7月における推計では、現場での医師の過重労働を配慮し、医師の労働時間に一定の制限(診療、教育、会議等の時間を週48時間に制限)を加える前提で推計した。


なお、定員の推計には防衛医科大学校の定員を含んでいる。

医師と他の医療従事者等との役割分担の推進

○ 医師でなくても対応可能な業務を医師が行っていることが病院勤務医の厳しい勤務環境の一因。

○ このため、医師等でなくても対応可能な業務例を下記のとおり整理。

(平成19年12月28日付け医政局長通知「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」より)

| 事務職員・看護補助者 | 助産師 | 看護師等 |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 書類等の記載の代行 <ul style="list-style-type: none"> ・診断書 ・診療録 ・処方せん ・主治医意見書等 ② オーダリングシステムへの入力代行（診察や検査の予約） ③ 院内の物品の補充・患者の検査室等への移送等 | <ul style="list-style-type: none"> ① 正常分娩における助産師の活用 ② 妊産婦健診や相談における助産師の活用 ③ 病院内で医師・助産師が連携する仕組みの導入（院内助産所・助産師外来等） <div style="text-align: center; margin-top: 20px;">  </div> | <ul style="list-style-type: none"> ① 訪問看護等における医師の事前指示に基づく薬剤の投与量の調節【看護師】 ② 静脈注射の実施【看護師】 ③ 救急医療における診療の優先順位の設定【看護師】 ④ 採血の実施・検査の説明【臨床検査技師】 ⑤ 病棟等における薬剤管理【薬剤師】 ⑥ 医療機器の管理【臨床工学技士】 |