

題が多いといえる。この点に関しては、第5章であらためて検討する。

さて、次に、医師の長時間労働がなくなる医療システム上の1つの要因である医療施設の機能分化の不全と、それに大きく関連する患者の受療動向などを確認する。

### 第3節 医療施設供給の側面から

日本においては、フリーアクセスという自由のもと、患者は自己の選択により、どこにでも受診することが可能であって、伝統的に大病院志向と捉えられてきた。現に、日本では、診療所にも有床診療所が設置されており、病院も中小病院が数多く存在しており、診療所から大病院までいわば連続した医療提供体制がとられているといえよう。これら医療提供体制に対する行政のかじ取りを施設供給の側面から2007年の厚生労働白書<sup>255</sup>を参照し確認しておきたい。

#### 1. 医療提供体制の変遷

日本の医療提供体制の歴史は、大きく3つの時代に区分できる。第1に、概ね戦後1945年から1985年までの医療基盤の整備と量的拡充の時代、第2に、1985年から1994年までの病床規制を中心とする医療提供体制の見直しの時代、第3に、1992年以降の医療施設の機能分化と患者の視点に立った医療提供体制の整備の時代である<sup>256</sup>。

まず、医療基盤の整備と量的拡充の時代では、1948年に医療水準の確保を図るため病院の施設基準を定めた医療法が制定され、公立病院の設置に関する国庫補助が規定され、1951年には、日本赤十字社、厚生連（厚生農業協同組合連合会）、済生会といった他の公的医療機関にも拡大されている。しかし、独自の施設整備により病院が濫立されたため、1962年には、公的病院の病床規制の制度が導入されることとなる。一方、民間病院では、病床規制は行われなかったが、終戦後の窮迫した経済情勢下においては、医師単独による民間病院の開設は困難であった。そのため、1950年には、医療法人制度が設けられ、その後、急速に民間病院の開業が進んだ<sup>257</sup>。

1973年の老人医療費の無料化に伴う病床の急激な増加も手伝って、1985年ごろまでには、病床数の量的確保はほぼ達成されていたが、地域的な偏在や、医療施設の機能分担の不明確などの問題が残された。そのため、次の病床規制を中心とする医療提供体制の見直しの時代では、第1次医療法改正（1985年）において、都道府県ごとに医療計画を策定し、地域における体系立った医療体制の実現を目指すこととされた。これにより、二次医療圏

<sup>255</sup> 厚生労働省(2007c)「平成19年度版厚生労働白書」、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/07/>, (2015/12/25 アクセス)

<sup>256</sup> 厚生労働省(2007c)、同上書4頁参照。

<sup>257</sup> 厚生労働省(2007c)、同上書4～5頁参照。

単位で必要病床数を設定し許可制とすることで、自由開業制に一定の制約を課した。制度施行前のいわゆる「駆け込み増床」が見られたが、病院病床数の伸びに歯止めがかかることとなった<sup>258</sup>。この医療計画制度とは、第1次医療法改正により導入された新しい概念で、高齢化社会が進展するなかで、国民に対し適正な医療を確保していくために、医療資源の効率的活用に配慮しつつ、医療供給体制のシステム化を図ることを目的に制度化されたものである<sup>259</sup>。

その後の医療施設の機能分化と患者の視点に立った医療提供体制の整備の時代では、第2次医療法改正（1992年）において、それまで不明確であった医療施設の機能分化を図る観点から、新たに「特定機能病院」及び「療養型病床群」が制度化され、症状に応じた良質かつ最適な医療を効率的に提供する医療提供体制の確保が法的に義務付けられた。また、医療法に医療提供の理念が明記され、医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて良質かつ適切なものでなければならぬと定められた。その後、患者に対する情報提供を促進するための改正が相次ぐこととなる。第3次医療法改正（1997年）では、地域の必要な医療を確保し、地域の医療機関の連携などを図る観点から、かかりつけ医等を支援する医療機関として、地域医療支援病院制度が創設された。この医療政策では、各医療機関に明確な役割と機能を持たせることによって大病院志向に歯止めをかけ、病状に合った医療機関で、適切な医療を受けられる仕組みを作ろうとした。また、医療を提供するに当たり、インフォームド・コンセント（患者に対する十分な説明と同意）の努力義務規定が整備される。次の第4次医療法改正（2000年）では、医療提供体制の見直しを行い、患者にふさわしい医療を提供できる体制を確保するため、従来の「その他の病床」を「一般病床」と「療養病床」に区分し、第1次医療法改正以来の必要病床数（許可制）から基準病床数（届出制）へと変更した。また、このときの改正では、患者の医療に関する情報を求めるニーズの高まりと、患者による医療機関の選択に資するため、広告規制の緩和が行われるとともに、1999年以降の相次ぐ医療事故の表面化により、医療の質向上と医療安全を確保し、医療サービスを維持向上するために、一定の医療安全管理体制の確保が法的に義務付けられている<sup>260</sup>。

そして、過去最大の改正といわれる第5次医療法改正（2006年）では、医療機能の分化・連携推進により、患者に切れ目のない医療を提供しQOL（Quality Of Life）の向上を図ることとされ、患者の視点に立った体制の構築がなされた<sup>261</sup>。この流れを受け、第6次医療法改正（2014年）では、2025年の超高齢化時代を睨んだ医療提供体制の再構築が最大の課題と位置付けられ、病床の機能分化・連携の推進をすすめるために、「病床機能報告制度」と「地

<sup>258</sup> 厚生労働省(2007c)、同上書8頁参照。

<sup>259</sup> 1986年8月30日健政発第563号 厚生省健康政策局長通知「医療計画について」

<sup>260</sup> 厚生労働省(2007c)、前掲書10～11頁参照。

<sup>261</sup> 佐藤勝浩(2007)「第五次医療法改正と医業経営における最近のトレンド」医療関連サービス振興会、[https://ikss.net/about\\_ikss/pdf/148.pdf](https://ikss.net/about_ikss/pdf/148.pdf), (2015/12/25アクセス)、参照。

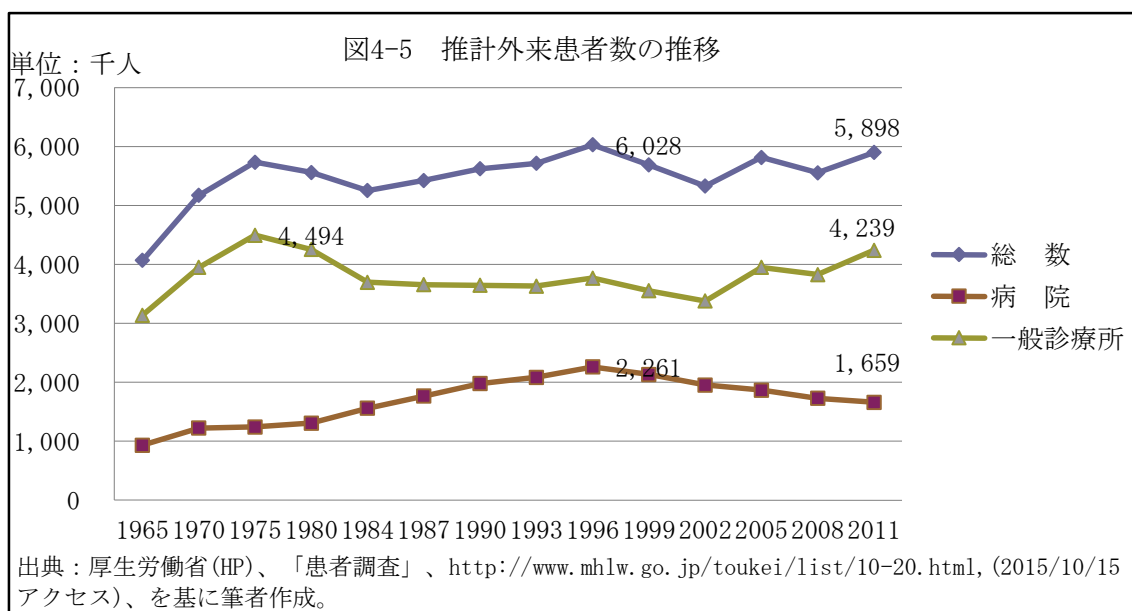
域医療構想の策定」が柱となっている<sup>262</sup>。

このように、これまでの医療法改正を見ると、病院の機能分化や連携に重点を置いていることがわかる。しかし、見方によればこの30年間、病院の機能分化は、遅々としてすすまず、患者の大病院志向に歯止めがかけられなかったことも意味する。では、次に、勤務医の労働負担、特に外来診療における負担に大きく関係する患者の大病院志向に関して確認する。

## 2. 患者の受療動向から機能分化を見る

日本の医療における外来診療については、診療所から、中小病院、大病院に至るまで機能分化が十分でなく、大病院に患者が集中し、患者側では長い待ち時間、医師側では、長時間労働の温床となっている。また、入院についても病床の機能分化が十分でなく、急性期の患者と長期療養が必要な患者が混在している。

ここでは、まず、外来の患者数を、厚生労働省の患者調査<sup>263</sup>から確認する。図(4-5)に示す通り、病院の外来患者数は、1990年代の半ばまで継続的に増加していた。その後、患者全体の外来数が減少したため分かりづらいが、2002年ごろから、診療所の外来は増加しているが、病院の外来は少しずつ減少していることがわかる。外来に関しては、若干なりとも、機能分化の政策が功を奏してきているのかもしれない。



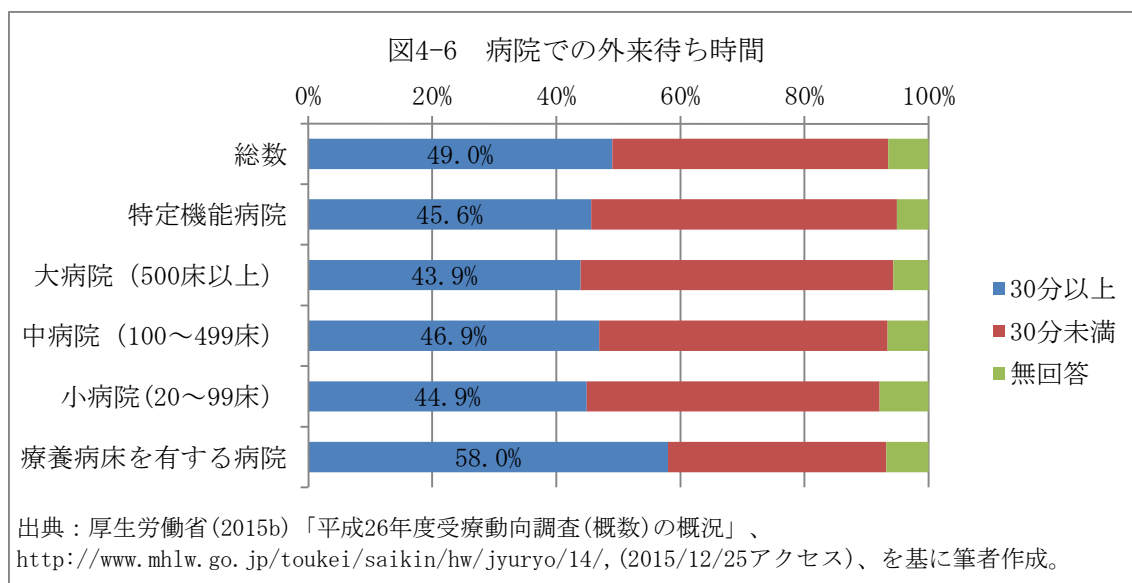
<sup>262</sup> 厚生労働省(2013b)「医療法等改正法案参考資料」、参照。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000350oy-att/2r985200000350tu.pdf>, (2015/12/21 アクセス)

<sup>263</sup> 厚生労働省(HP)、「患者調査」、

<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>, (2015/10/15 アクセス)、参照。

図(4-5)で示した通り、全体の患者数は減少傾向にあるが、外来での待ち時間は改善されているのであろうか。ここでは、厚生労働省受療動向調査から、その待ち時間を確認する。図(4-6)の通り、最近においても、病院における外来患者の待ち時間は、30分以上の待ち時間が、約半数と、外来の改善には、まだまだ時間がかかりそうである<sup>264</sup>。このことから、勤務医の外来での労働負担は、いまだ軽減されていないことが確認できる。



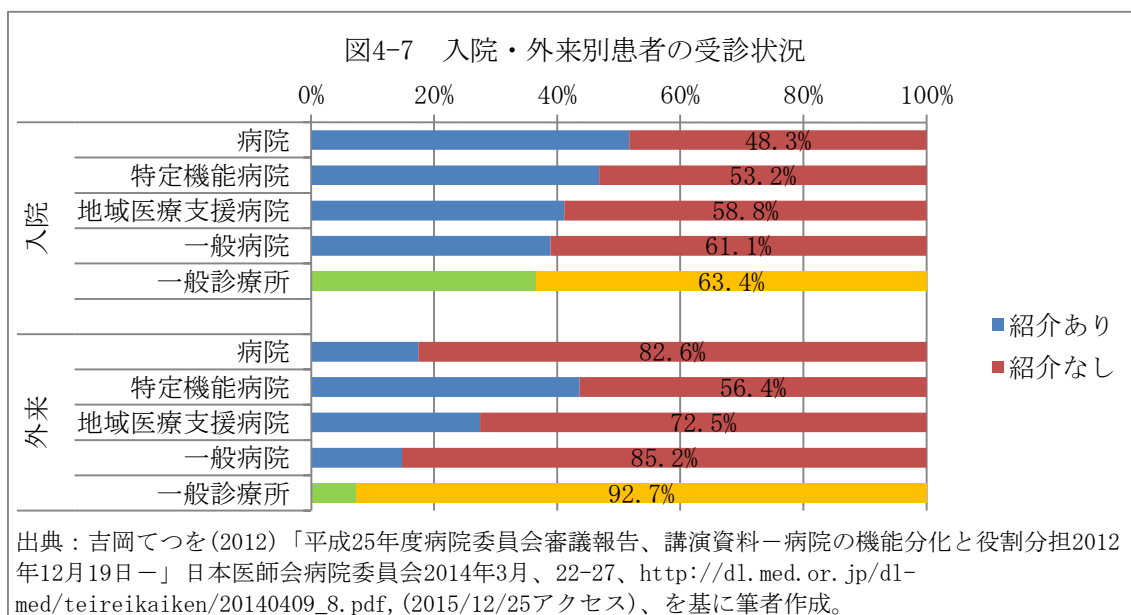
このように、本来、紹介があってはじめて病院の診察が受けられるように機能分化を進めているのであるが、病院での待ち時間が改善されていないことは、いまだ、患者の大病院志向には変化がなく、依然として機能分化が理解されていないことが考えられる。そこで、病院・診療所等からの病院への紹介の有無について、入院・外来別受診状況を確認してみる。入院・外来別患者の受診状況では、図(4-7)の通り、病院で受診した患者のうち、「紹介なし」は入院で48.3%、外来で82.6%と、いまだに紹介のない患者が直接病院に殺到している状況である<sup>265</sup>。特定機能病院という最も高機能な病院においてさえ、過半数が紹介なしという状況である。このように、患者の大病院志向には根強いものがあり、病院勤務医の外来業務の負担感は、非常に大きいと思われる。

<sup>264</sup> 厚生労働省(2015b)「平成26年度受療動向調査(概数)の概況」、参照。

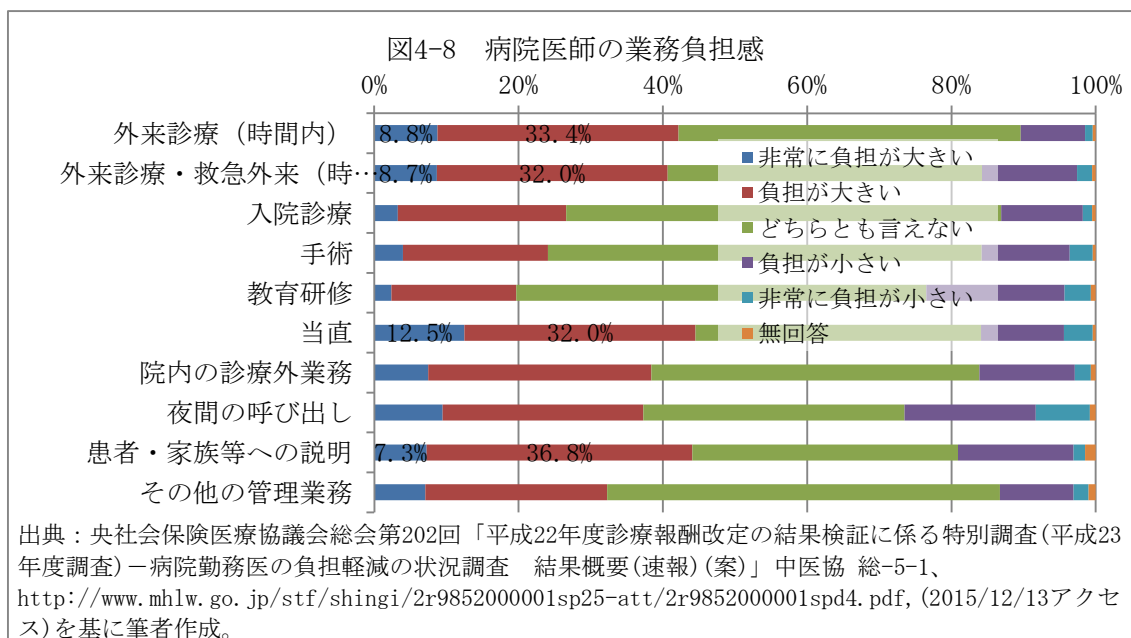
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/14/>, (2015/12/25アクセス)

<sup>265</sup> 吉岡てつを(2012)「平成25年度病院委員会審議報告、講演資料－病院の機能分化と役割分担2012年12月19日－」日本医師会病院委員会2014年3月、22-27、24頁参照。

[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20140409\\_8.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20140409_8.pdf), (2015/12/25アクセス)



また、この調査では、医師の業務負担感について聞いているが、図(4-8)の通り、外来業務に対する負担感は、当直や、患者・家族等への説明と並んで、かなりの負担となっていると考えられる<sup>266</sup>。



<sup>266</sup> 中央社会保険医療協議会総会第202回(2011)、「平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査(平成23年度調査)－病院勤務医の負担軽減の状況調査 結果概要(速報)(案)」中医協 総-5-1、29、54頁参照。  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001sp25-att/2r9852000001spd4.pdf>, (2015/12/13アクセス)

行政側は、長い年月をかけて、患者の受療行動を変えるため、機能分化を試みているが、いまだ功を奏しているとはいいがたい。現在の診療報酬上、外来の評価は、大病院でも一般診療所でも基本的に同点数となっており、特に大病院が高く設定されているわけではない。したがって、患者からすれば同じ料金であれば、大きな病院で診てもらった方が安心との心理が働いている。また、病院側から見れば、1人でも多くの患者を確保したいという心理が働くのは、一見無理からぬと思われる。

しかしながら、開業医と比べ資本投下の大きな病院では、実は、入院の可能性のない外来患者を抱えるのは、大きな損失となる。資本投下の軽重を比べれば、開業医と同じ料金設定では、大病院において利益が生まれる余地はないのである。つまり、外来診療は入院につながらなければ、意味がないのである。

しかし、従来、日本の病院経営者には大きな盲点がある。日本における病院の発達は、個人の開業医が、徐々に拡大し、病床数を増やして中小病院、大病院へと発展したと考えられている。二木は、それを検証し、必ずしもそうではないと知っているが、それでも前進が診療所である私的大病院は、4割弱存在している<sup>267</sup>。日本の医師のなかには、現在でも大病院志向があり、全ての診療科をそろえたいと考えている向きがある。いわゆる総合病院志向である<sup>268</sup>。病院経営者は、医師の労働のことなどは念頭になく、1人でも多くの外来患者を確保すること、そのため1つでも多くの診療科をそろえることを主眼に病院経営を行ってきたといえるように思われる。日本の病院では、診療科をそろえる目的での、医師の1人診療科、2人診療科が、いまだに数多く存在している。そのような取り組みが入院につながるかどうかを判断する考えもなく外来患者の確保に走っている。したがって、専門性の高い勤務医が、実は専門性を必要としない患者を、昼夜を分かたずたくさん診察しなければならぬという状況を作り出している。実は、これが勤務医の疲弊のもとともなっていると考えられる。

このように、医療施設の機能分化を誘導しようとしても、それを遮っているのは、患者の大病院志向と、経営者側の大病院志向でもあるのである。したがって、当然ながら患者教育なども必要とされる場所であるが、経営者の病院経営に対する考え方の意識改革も必要不可欠となるはずである。次に、病院機能の分化が軌道に乗らない要因として、「かかりつけ医」をめぐる問題について確認しておく。

### 3. 「かかりつけ医」をめぐる問題

「かかりつけ医」に関しては、日本医師会・四病院団体協議会の定義にもあるように、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を

---

<sup>267</sup> 二木立(1998)「わが国の大病院の構造とは圧点の実証的研究－(その2)」『医療と社会』Vol. 7, No. 4, 1998, 1頁参照。

<sup>268</sup> 野口哲英(1997)『逆転の発想 21』日本医療企画、112頁参照。

紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」<sup>269</sup>とされている。しかしながら、2012年8月31日の厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会中間まとめ」でも指摘されているように、総合的な診療能力を有する医師の名称について、その定義は明確にはされていない。「総合医」、「総合診療医」、「一般医」、「プライマリー・ケア医」、「家庭医」などの名称に関しては、統一して整理する必要があるとの見解にとどまっている<sup>270</sup>。このことは以前から何度も再燃されてきた議論であり、その名称が決まっていなくてもわかるように、行政や医師会などのあいだには見解の相違が見出される<sup>271</sup>。

因みに、専門医制度における基本領域の19番目の専門医として、「総合診療専門医」が加わっており、2017年から開催される予定である<sup>272</sup>。その名称はさておき、2013年の社会保障制度改革国民会議では、フリーアクセスについての問題を論議している。いつでも、好きなところでと極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスについて、社会保障制度改革国民会議は今日疲弊おびただしい医療現場を守るためにも、必要な時に必要な医療にアクセスできるという意味にその内容を理解する必要があると指摘している。このような理解に立脚して、いわば緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及が、今後は必須であると報告している<sup>273</sup>。行政側は、病院機能の分化、特に外来機能の縮小と専門外来への特化を念頭において、診療所を中心とした「かかりつけ医」の機能の強化を進めようとしている。

しかし、この「かかりつけ医」の担う医療に関しては、2014年OECDからも「医療の質レビュー—日本スタンダードの引き上げ—」と題して次のように指摘されている。つまり、プライマリーレベルの医療（すなわち、ただちに生命の危険がない新たな健康上の訴えを管理でき、長期的な病態を管理でき、病院ベースの医療への紹介が必要な場合に患者の判断をサポートできるサービス）を提供する日本の医療は独特であると指摘し、診療所（有床を含む）及び中小病院の医師たちは、半分一般医で半分専門医（つまり、不特定期間の病院勤務を終えた医師が、いくつかの専門医の認定を持って、一般医として、地域社会に

---

<sup>269</sup> 日本医師会・四病院団体協議会(2013)「医療提供体制のあり方—日本医師会・四病院団体協議会合同提言」2013年8月8日、4頁参照。

[http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-SeisakutoukatsukanSanjikanshitsu\\_Shakaihoshoutantou/0000015541.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-SeisakutoukatsukanSanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000015541.pdf), (2015/12/13 アクセス)

<sup>270</sup> 厚生労働省(2012a)「専門医の在り方に関する検討会中間まとめ」2012年8月31日、<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002iixs-att/2r9852000002iiz9.pdf>, (2015/12/13 アクセス)、参照。

<sup>271</sup> 福岡市医師会医療情報室(2013)「総合医について考える」医療情報室レポートNo.187、<http://www.city.fukuoka.med.or.jp/jouhousitsu/report187.html>, (2015/12/21 アクセス)、参照。

<sup>272</sup> 日本専門医機構(2015)「「総合診療専門医に関する委員会」からの報告」、19頁参照。

<sup>273</sup> 社会保障制度改革国民会議(2013)「社会保障制度改革国民会議報告書」2013年8月6日、24頁参照。<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>, (2015/12/26 アクセス)

て開業している)であり、また、有床診療所や、中小病院においては、病院の一部門としてプライマリー・ケアを提供し、そのまま患者を入院させることが可能であるというのである。このように日本の医療は、特にプライマリー・ケア、そして、急性治療と長期療養の分化されないまま、現在に至っている<sup>274</sup>。地域社会の一般医として勤務している診療所や中小病院の医師が、そのままプライマリー・ケアの専門医とはいかないのであって、もしその点が不明確であれば、患者の受療行動は今まで通りとなり、病院の外来は、プライマリーの患者が混合したままに推移してしまうことにならざるを得ない。これは、病院勤務医の労働にも大きく影響する部分であり、2017年の総合専門診療医の確立が果たす役割は大きいものがあると思われる。

以上、本章では、病院勤務医の長時間・過重労働に関して影響している医療システムのなかから、第1に、医療法における人員配置基準と、実際の診療場面での人員配置における労務管理上の問題を確認した。第2に、医師の確保に関わる問題として、法的なシステムではないが、日本の医療界のなかに根強く残っている医局講座制の弊害を確認した。第3に、医療施設の機能分化の遅れとその原因が、勤務医の労働に大きく影響を与えている点を確認した。また、これら旧態依然とした医療システムをみると、今までの慣習や古い考え方から抜けることができない医師の意識の問題が潜んでいることが考えられる。

次章においては、この長時間・過重労働の問題の解決の糸口を見つけるにあたって、第3者の視点により、医師が気づかない、気づきづらい、気づきたくない点に焦点をあてて検討してみたい。

---

<sup>274</sup> OECD (2014) 「OECD 医療の質レビューー日本スタンダードの引き上げー」 2014年11月5日、  
[http://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityJAPAN\\_ExecutiveSummary.pdf](http://www.oecd.org/els/health-systems/ReviewofHealthCareQualityJAPAN_ExecutiveSummary.pdf), (2015/11/14 アクセス)、41頁参照。