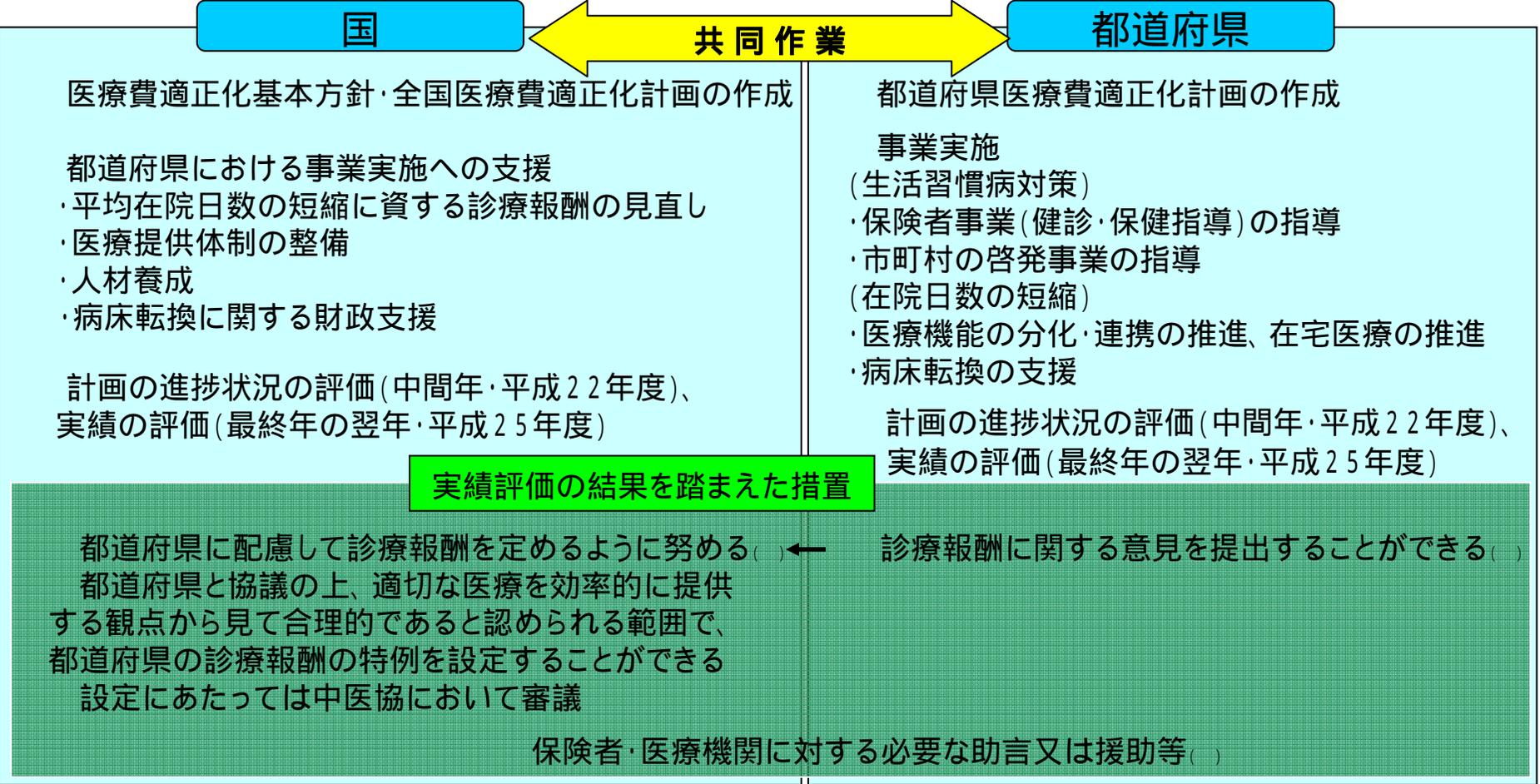


# 医療費の伸びの抑制（中長期的対策）

**基本的考え方**  
 平成20年度を初年度とする医療費適正化計画（5年計画）において、政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化

- ・ 生活習慣病予防の徹底      政策目標：生活習慣病有病者・予備群を25%減少（平成27(2015)年度）
- ・ 平均在院日数の短縮      政策目標：全国平均(36日)と最短の長野県(27日)の差を半分に縮小（同上）



## 保険者

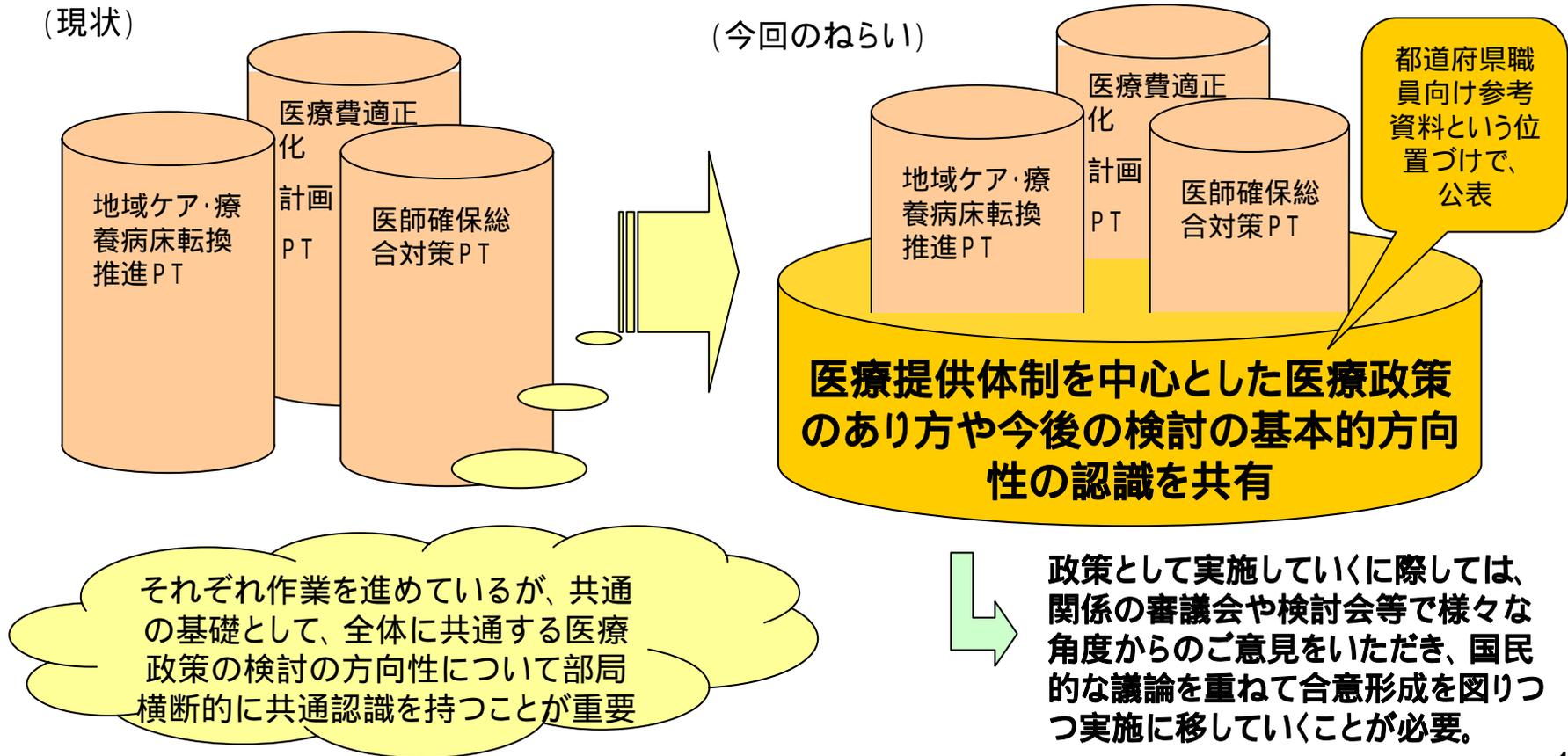
( )については中間年における進捗状況の評価時と同様

保険者に、40歳以上の加入者に対して、糖尿病等に着目した健康診査及び保健指導の実施を義務付け

# 「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」の策定の趣旨

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医療構造改革の方向性に沿って、平成18年の通常国会で関連法案が成立

厚生労働省医療構造改革本部(本部長:大臣)に、総合企画調整部会(事務次官、厚生労働審議官、医政局長、保険局長、老健局長ほか医療関係部局の局長等で構成)、及びその下に局を横断する3つのプロジェクトチームを設置し、改革の円滑施行に取り組中



# 医師不足問題についての基本的認識と対応の構図

## 基本的認識

医師数全体は将来的に均衡する見込み

しかし…

産科・小児科といった診療科による偏在がある

【産科】

医師数及び分娩実施施設数は、減少傾向  
各病院に1人ずつ配置されるなど、薄く広い配置等による厳しい勤務環境  
産科による訴訟リスクの高まりに対する懸念

【小児科】

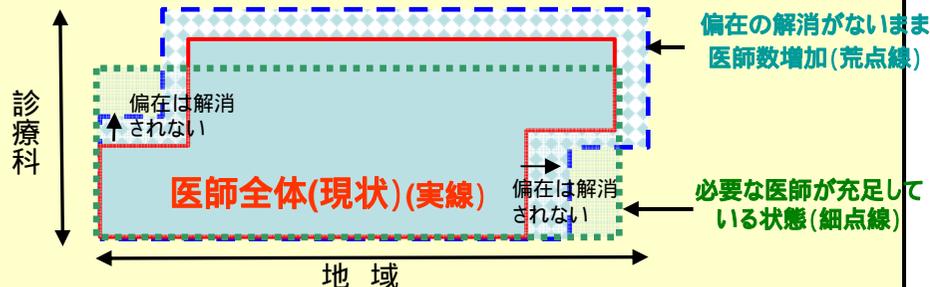
医師数は増加しているが、病院への夜間・休日患者の集中  
産科・小児科以外の診療科においても、急性期の病院において医師が不足する地域が生じている

地域による偏在がある

全国的な地域間の偏在と、同じ都道府県内でも県庁所在地とそうでないところとの偏在

仮に…

単純に医師総数を増やしても偏在の解消にはつながらない



必要なことは…

## 対応

短期的な対応

【地域における偏在への対応】

都道府県を中心にした新しい医師派遣機能の構築

【共通の対応】

医師が集まる拠点病院づくりや、拠点病院と医療機関相互のネットワークの構築(特に産科・小児科)

外来における開業医と病院の役割分担(住民の理解と協力が必要)

女性医師バンクの活用等、女性医師が働きやすい環境づくり

【産科の対応】

訴訟の増加により、産科医療が萎縮しないようにするため、死因究明制度や産科医療補償制度の検討

医師との協働による助産師外来、院内助産所の活用

【小児科の対応】

小児救急病院における医師等の夜間休日配置の充実

初期小児科救急の当番制による開業医等の活用

小児救急電話相談事業の普及・充実



「医師確保等支援チーム」による都道府県への具体的な支援

中長期的な対応

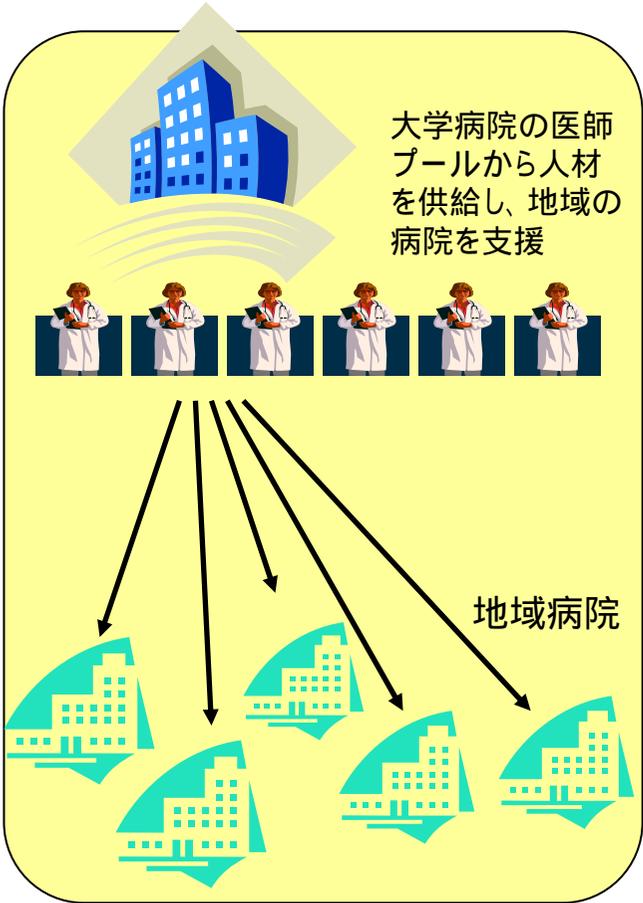
医師不足が深刻な県を主な対象に、大学医学部における暫定的な定員増や、地元出身者のための地域枠を設定

医師と関係職種との役割分担の在り方の検討

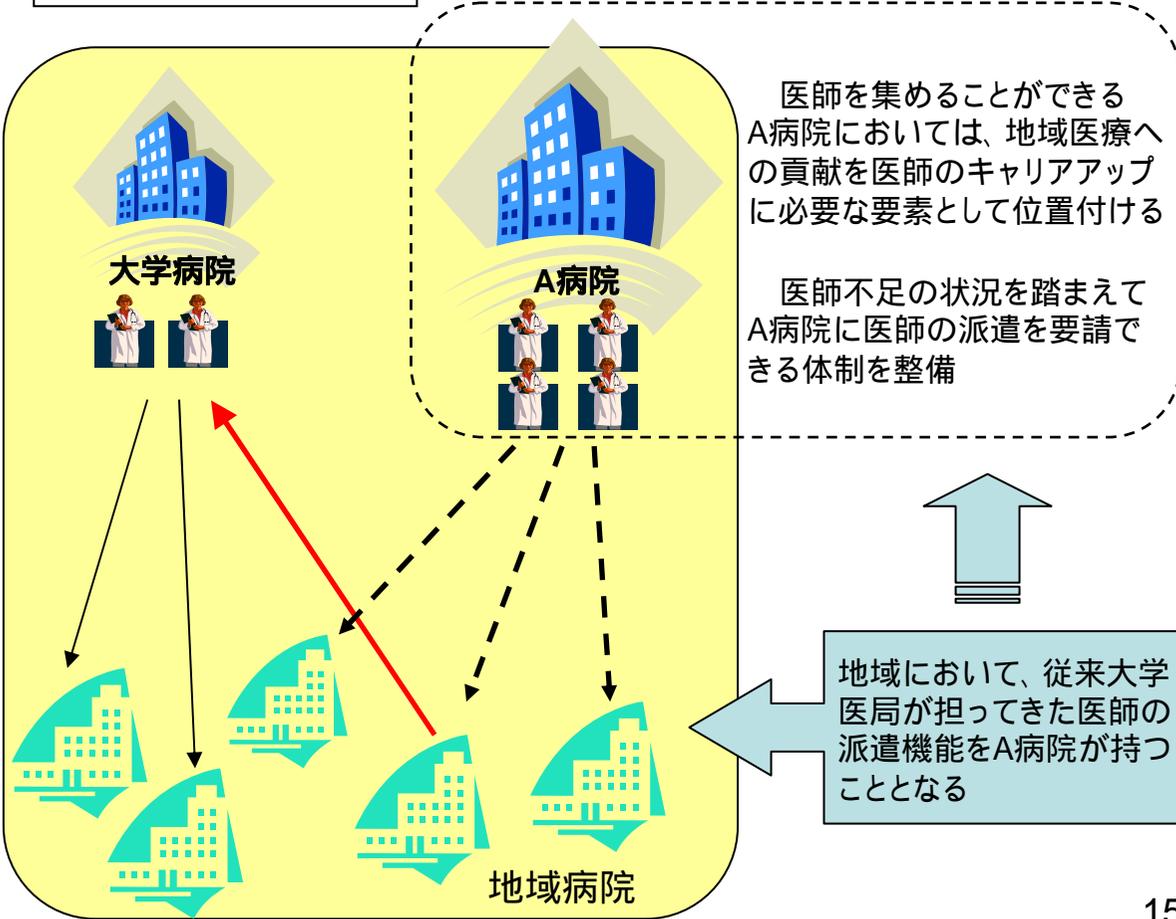
# 医師派遣機能に関する取組のイメージ

大学医学部の医局が従来担っていた地域の医療機関に対して医師を紹介する機能が弱まっている事情がある。  
大学病院以外に医師を集めることができる魅力的な病院が存在する。

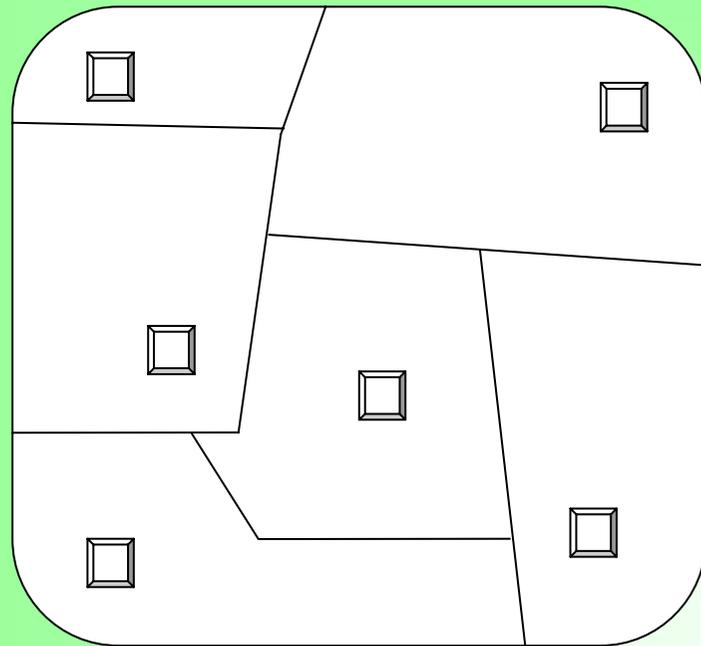
## 従来の医師の供給体制



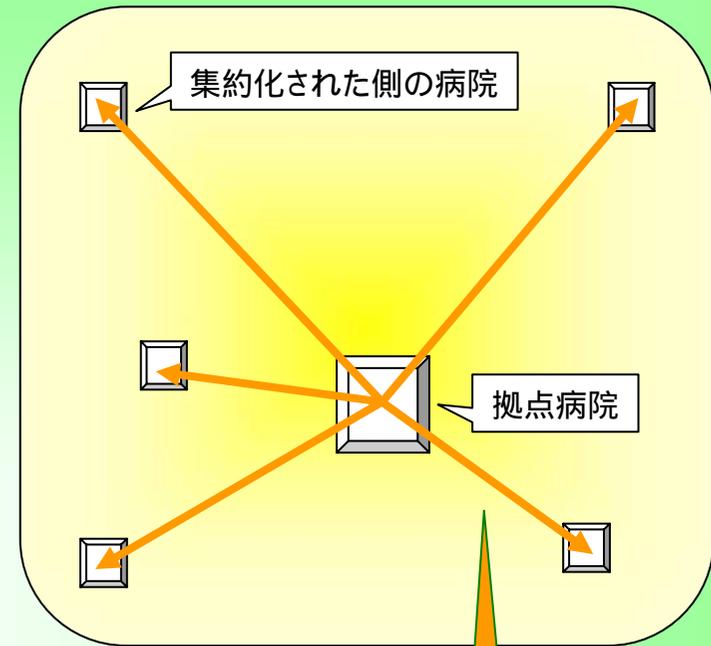
## 取組のイメージ



# 産科・小児科の医療資源の重点的かつ効率的な配置(集約化・重点化)のイメージ



拠点づくり  
連携構築



小児科医  
産科医の異動

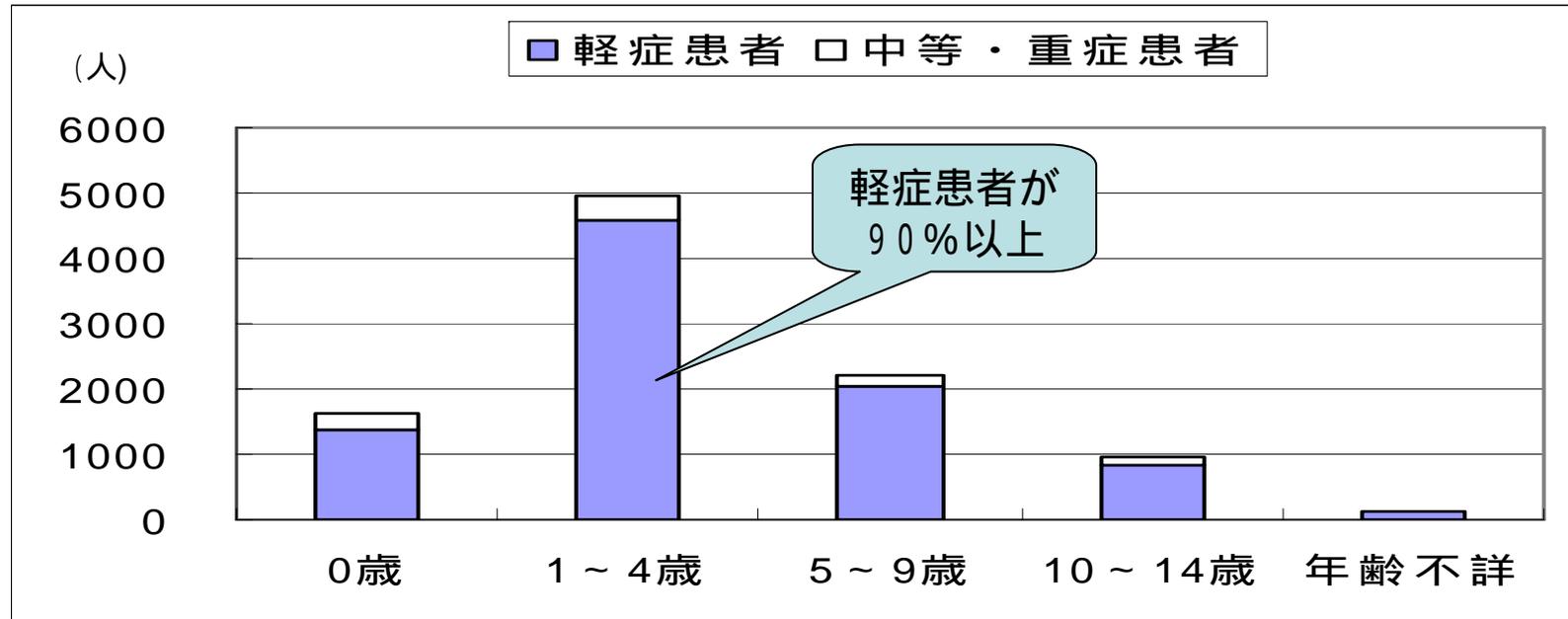
**拠点病院**  
地域に必要な特定分野の小児医療  
ハイリスク分娩中心の産科医療 等

**集約化された側の病院**  
一般小児医療  
産科医療(正常分娩、分娩前後の診療等) 等

外来機能の維持等のための  
小児科医  
産科医の派遣

## 小児2次救急医療機関を訪れる患者の症状 90%以上は軽症患者

### 2次救急医療施設に訪れる年齢別・重症度別の患者数



出典: 日本医師会小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会報告書(平成14年)

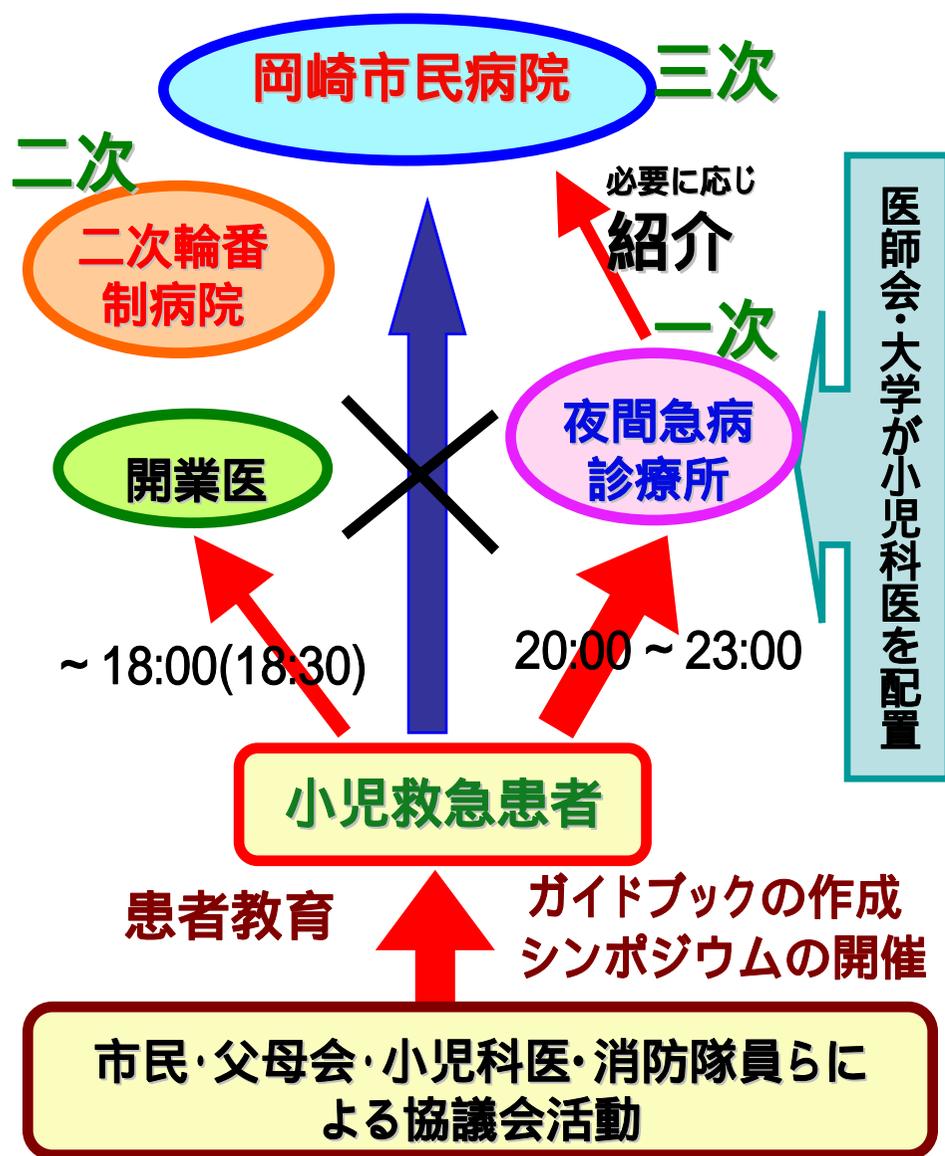
## 平成16年度東京都休日・全夜間診療事業(小児科)実績報告

(都内51施設二次小児救急医療での診療患者数)

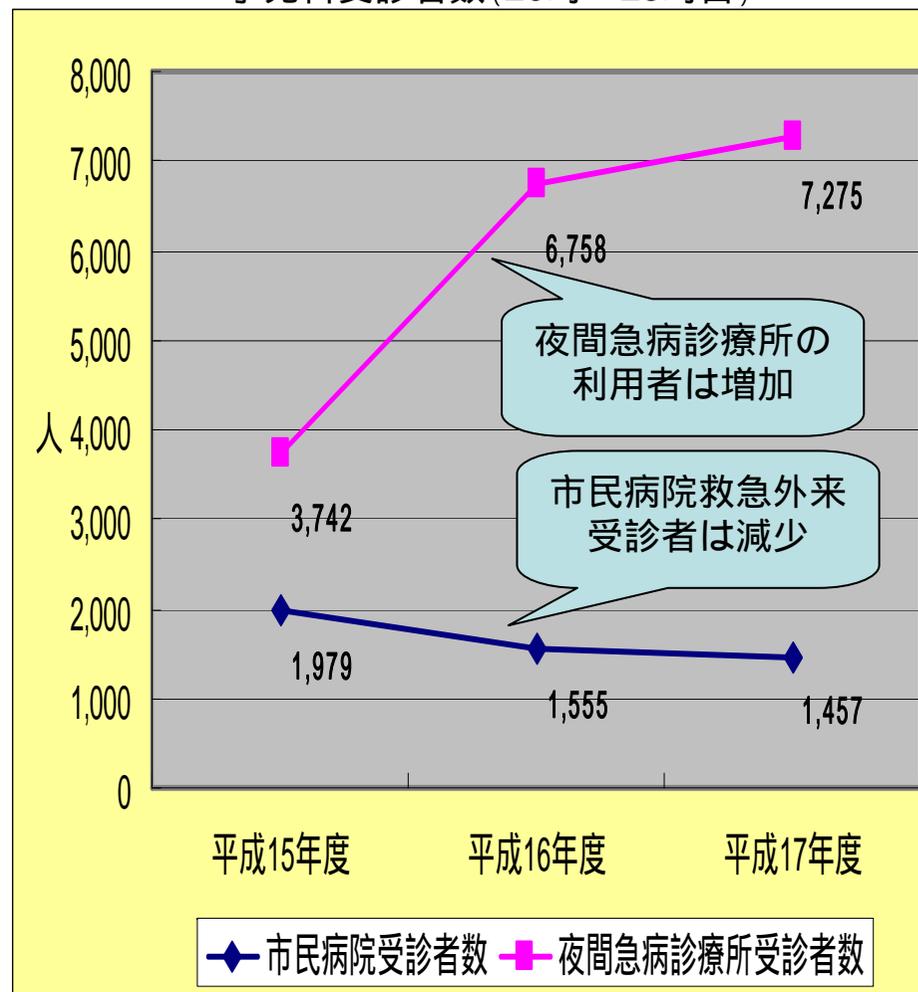
来院患者総数	33万1615人
うち入院を要しなかった患者	31万5757人 (約95%)

# 岡崎市の取組例

岡崎市においては、小児救急体制について、住民参加の協議会活動を行い、シンポジウムの開催や受診の仕方についてのガイドブック作成などの患者・住民への啓発広報活動を行ったところ、一次医療を担う夜間急病診療所の利用者が増加し、高度な救急医療を担う市民病院救急外来受診者は減少した。

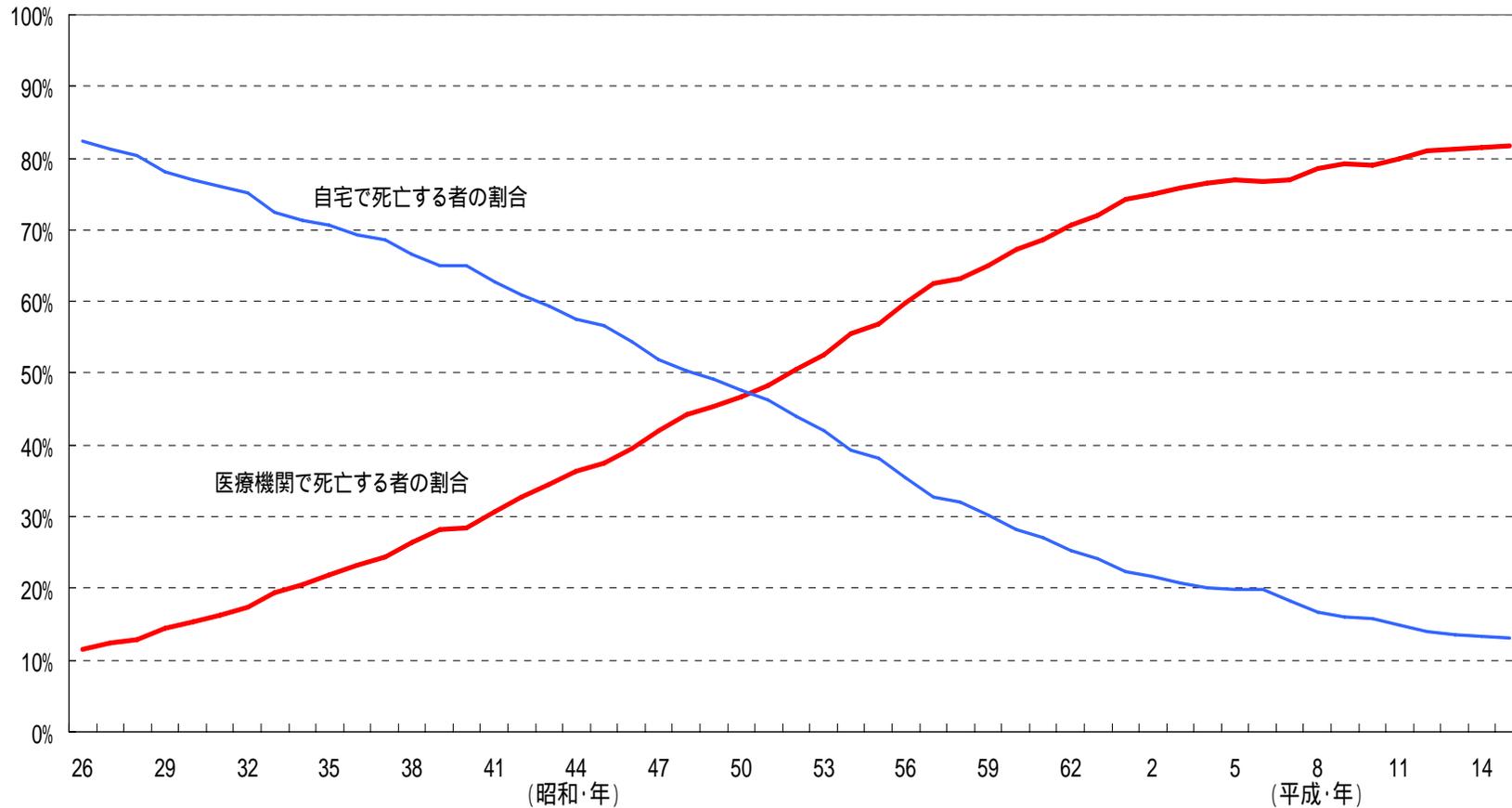


岡崎市民病院救急外来、夜間急病診療所別  
小児科受診者数(20時~23時台)



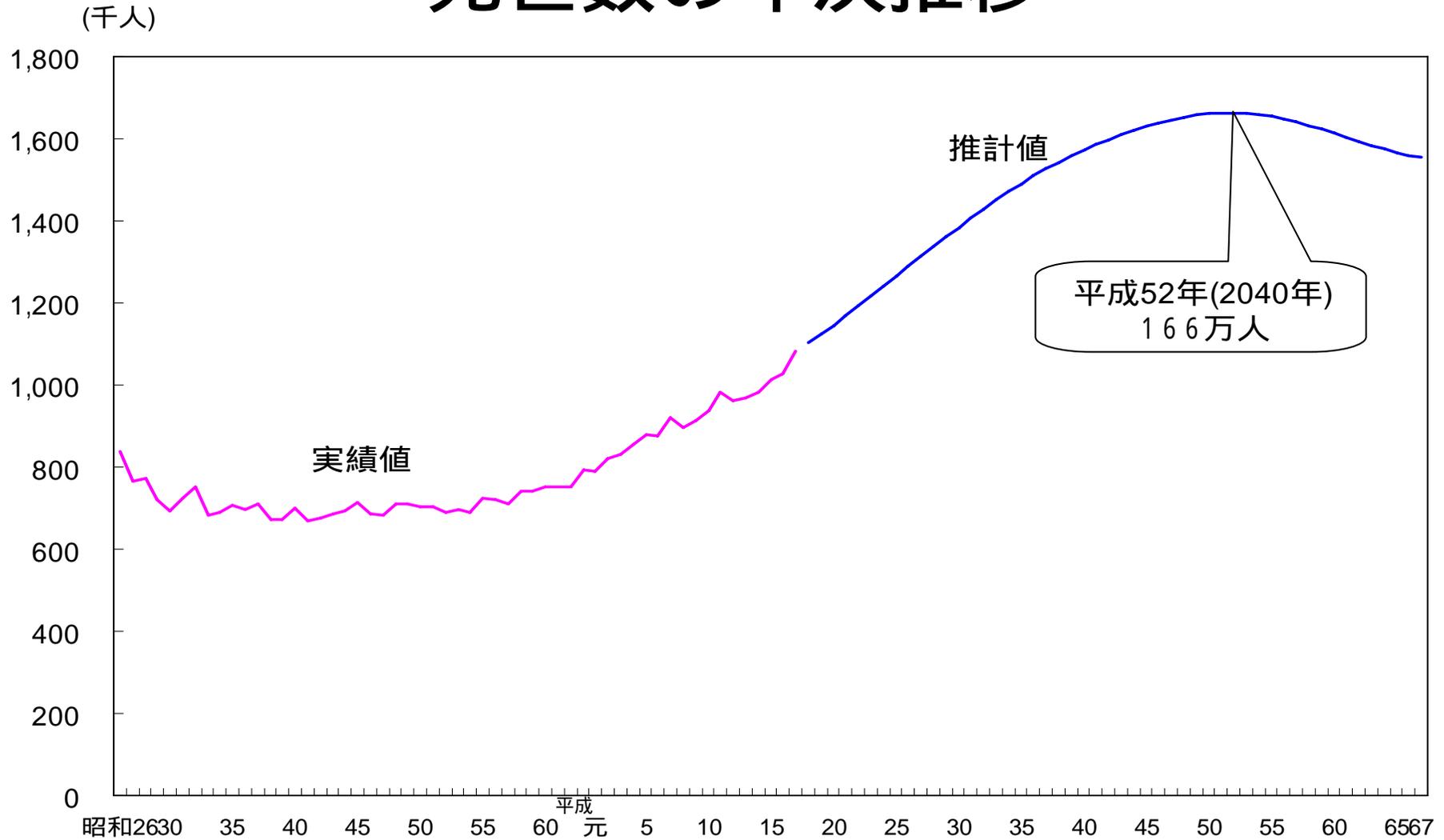
## 医療機関における死亡割合の年次推移

- 医療機関において死亡する者の割合は年々増加しており、昭和51年に自宅で死亡する者の割合を上回り、更に近年では8割を超える水準となっている。



資料：「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)

# 死亡数の年次推移



資料) 平成17年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」  
平成18年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

# 脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ

【急性期】

【回復期・亜急性期】

地域の救急医療の機能

(転院調整)

回復期リハビリ機能

(転院調整)

生活リハを含めた療養を提供する機能

必要に応じ  
要介護認定

(退院調整)

(退院調整)

(退院調整)

かかりつけ医機能( )  
(診療所・一般病院等)

疾病の発症

退院

退院

在宅医療(継続的な療養)管理・指導

退院

在宅での生活  
(ケアハウス、有料老人ホームなど多様な居住の場を含む)

急性期、回復期、療養期等各機能を担う医療機関それぞれにかかりつけ医がいることも考えられるが、ここでは、身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として、患者の病状に応じた適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者の立場に立った重要な役割を担う医師をイメージしている。

# 医療連携の取組(青森県)

## 青森県地域連携パス標準化モデル開発・普及事業

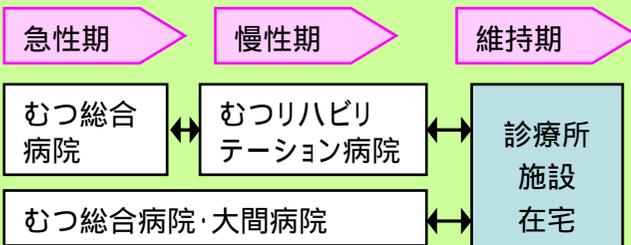
- ・ 開始時期:平成17年度から
- ・ 対象地域:八戸圏域と下北圏域
- ・ 対象疾患:脳血管疾患
- ・ 入院患者が退院後に円滑に地域での生活に戻り、早期に社会復帰できる仕組みづくり
- ・ 適時適切なサービスを切れ目なく提供できるようにするために、筋道(パス)を保健医療福祉関係者と患者家族で共有し活用することにより、適切なサービスが提供できるようにするもの

### 参加医療機関数

	病院	診療所
八戸圏域	17	34
下北圏域	4	11

地域の多くの医療機関が参加。介護施設等も参加

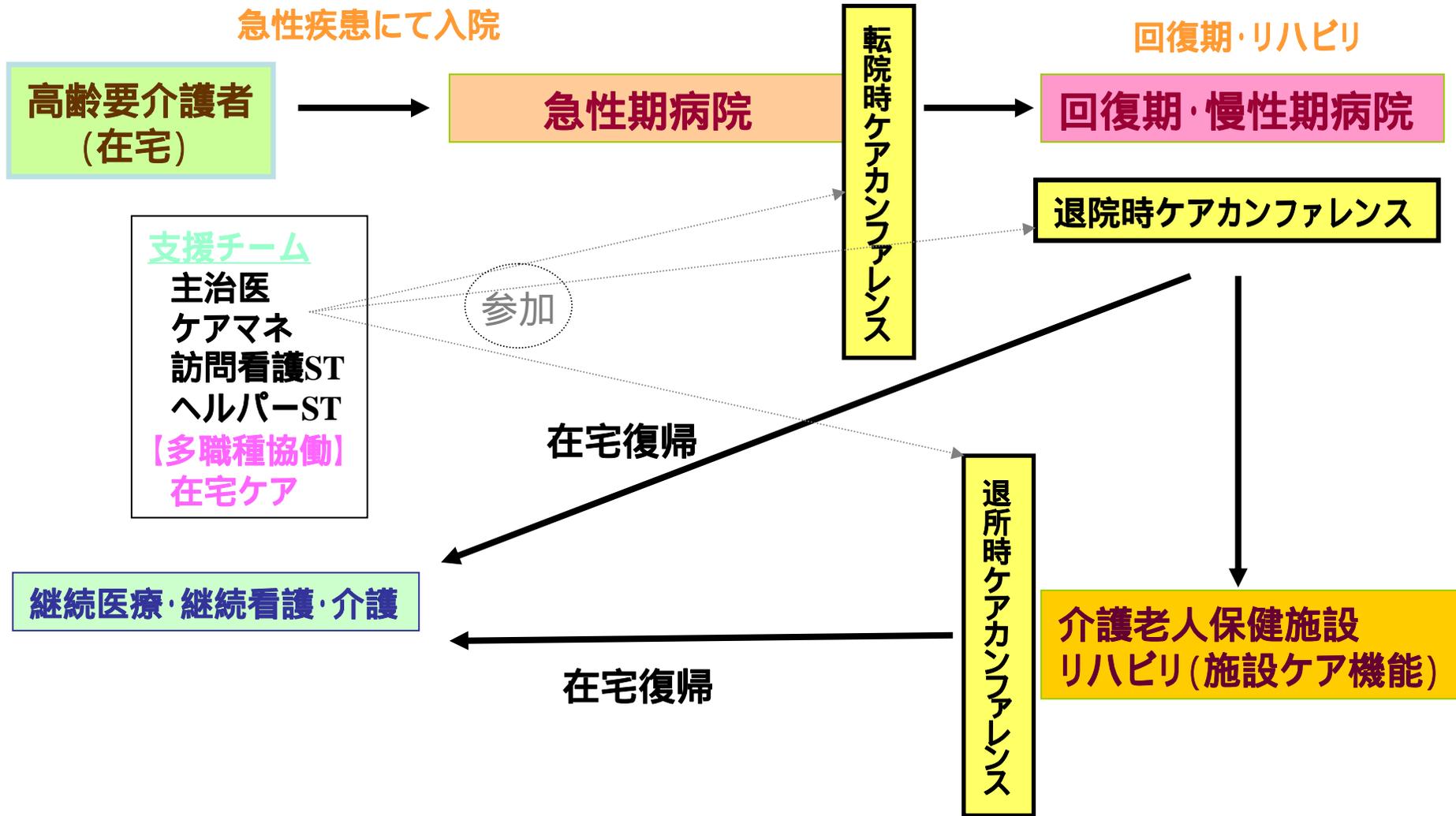
### 下北圏域の運用



地域連携パス(下北圏域)

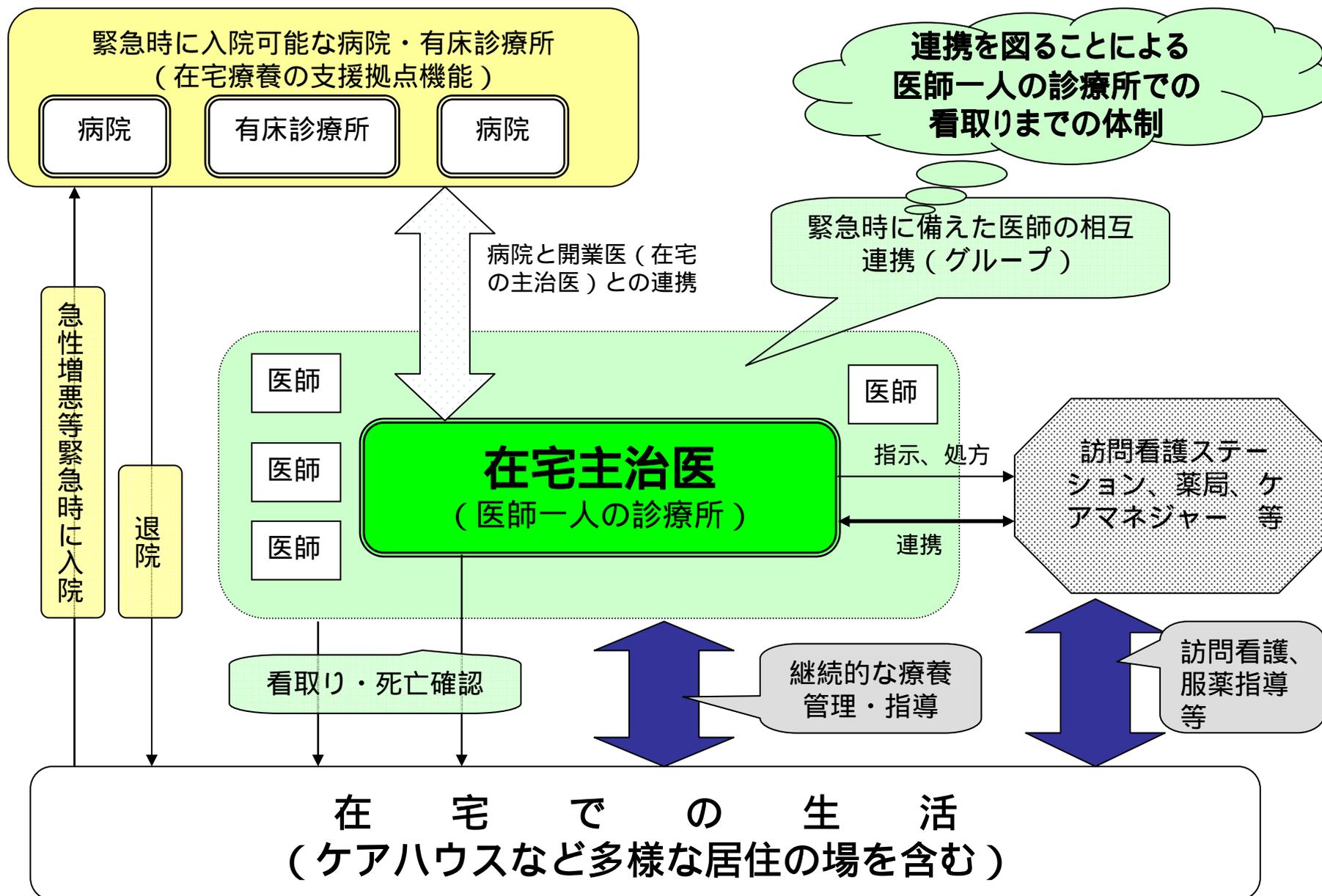
# 尾道市で行われている在宅での医療と介護の機能分担・連携の例

(ポイント) 高齢要介護者の長期フォローアップとケアカンファレンスの継続  
主治医とケアマネジャーがケアカンファレンスに参加



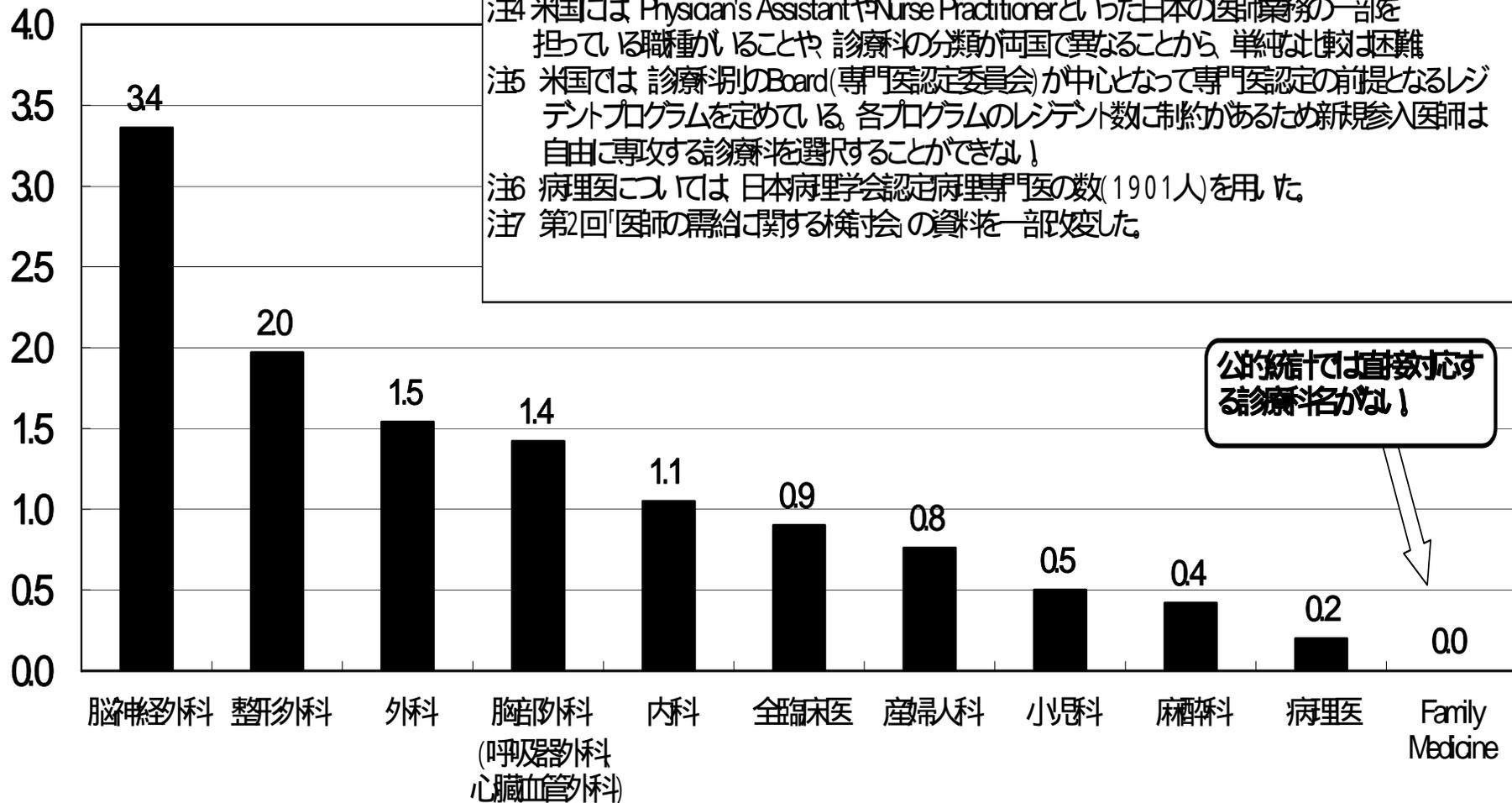
(注) 尾道市医師会作成資料を基に厚生労働省にて作成

## 在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ



# 米国の人口当たり医師数を1とした場合の日本の医師数

- 注1 米国データは 2004年6月現在の専門医数(米国では医師の約9割が専門医資格保有)
- 注2 日本データは 2002年末現在の医師・歯科医師・薬剤師調査に基づき「主たる診療科名」
- 注3 米国ではInternal Medicine (161,000名)のほかFamily Medicine (65,000名)がある。これを内科に含めた場合は 内科の日本の対米国医師比率は0.75となる
- 注4 米国には Physician's AssistantやNurse Practitionerといった日本の医師業務の一部を担っている職種があることや、診療科の分類が両国で異なることから、単純な比較は困難
- 注5 米国では 診療科別のBoard(専門医認定委員会)が中心となって専門医認定の前提となるレジデントプログラムを定めている。各プログラムのレジデント数に制約があるため新規参入医師は自由に専攻する診療科を選択することができない!
- 注6 病歴因については 日本病歴学会認定病歴専門医の数(1901人)を用いた
- 注7 第2回「医師の需給」に関する研究会の資料を一部改変した

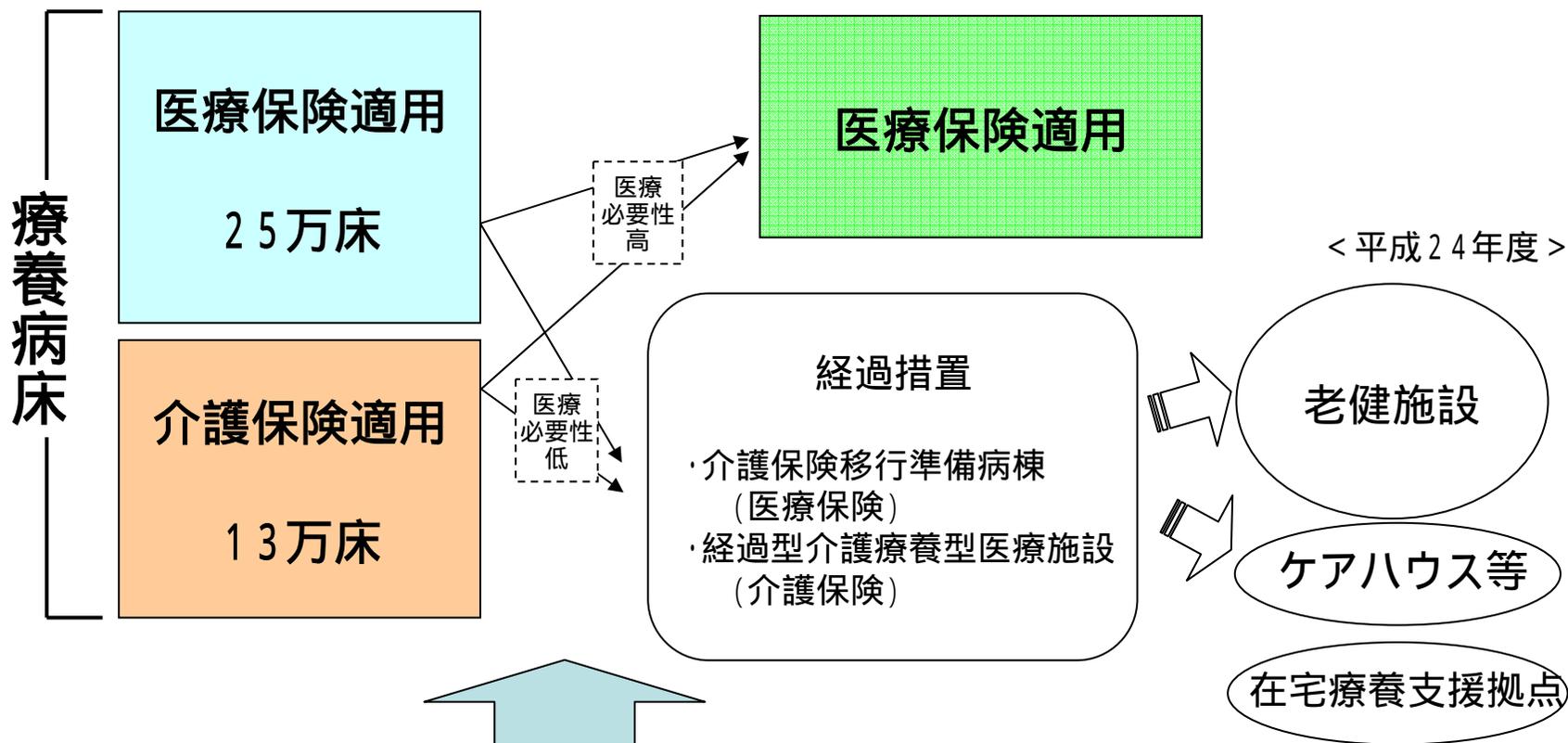


# 療養病床の再編成について

再編成は次のような形で進めます。

療養病床は全部廃止されるのではなく、医療サービスの必要性の高い方を対象とした医療療養病床は存続します。

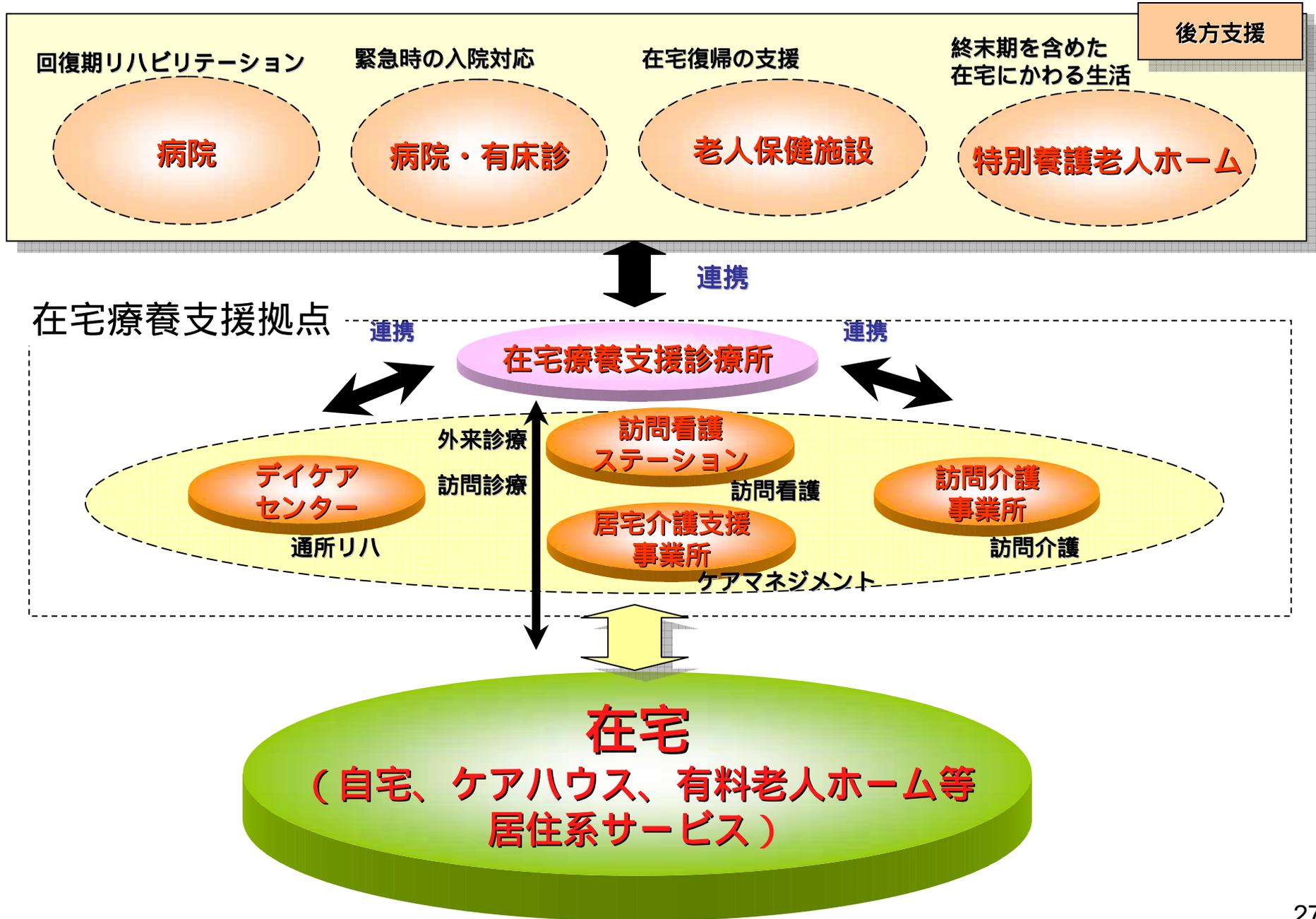
介護療養病床の廃止は平成23年度末であり、その間に老健施設等への転換を進めます。療養病床の再編成を踏まえ、地域のサービスニーズに応じたケア体制の整備を計画的に進めます。



平成18年度の介護報酬・診療報酬改定

介護療養型医療施設の廃止(平成24年3月)

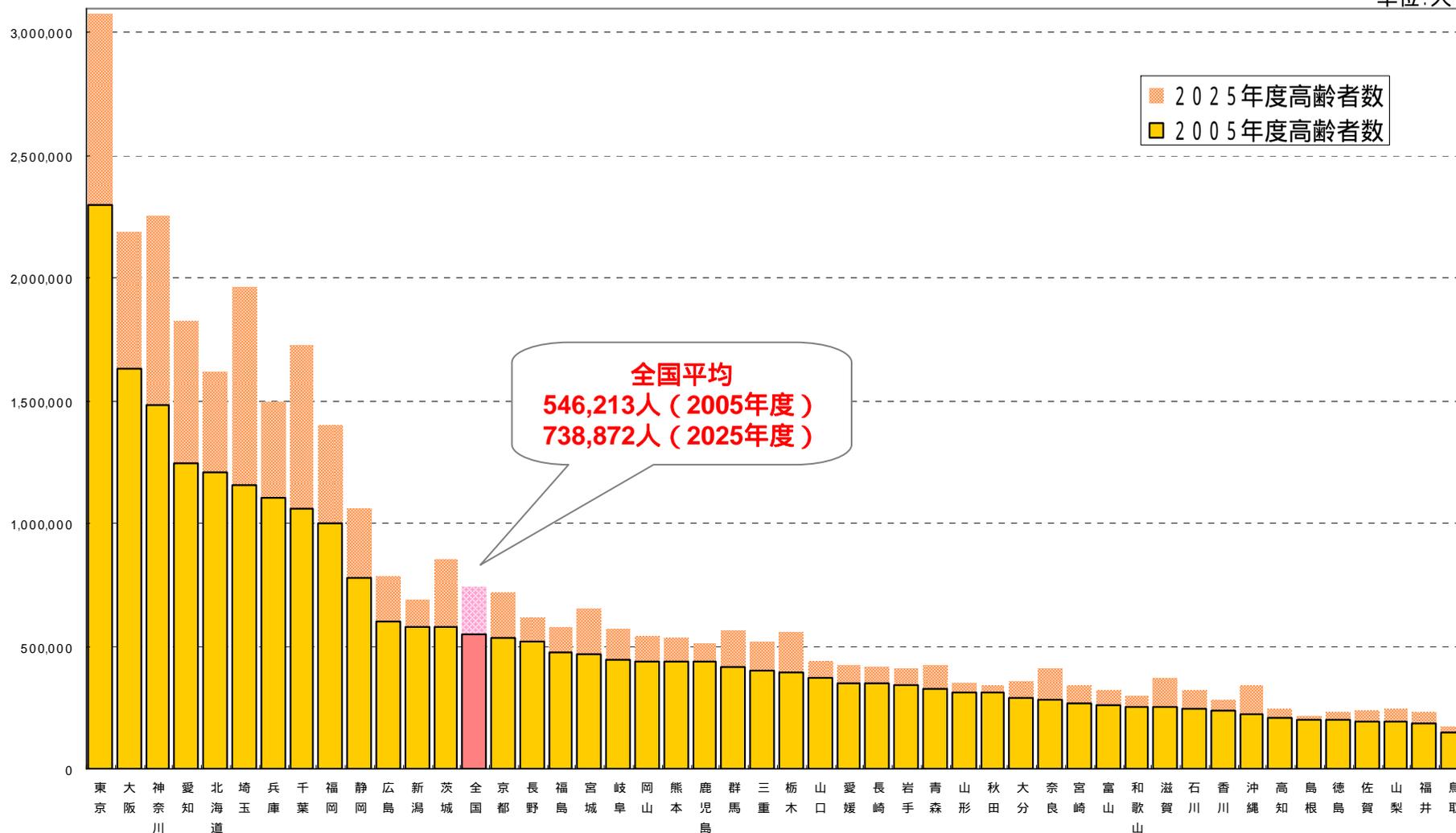
# 在宅療養支援拠点イメージ ～地域で支えるケアの構築～



# 都道府県別高齢者数の増加状況

高齢者人口は、今後20年間、首都圏を始めとする都市部を中心に増加し、高齢者への介護サービス量の増加が見込まれるとともに、高齢者の「住まい」の問題等への対応が不可欠になる。

単位：人

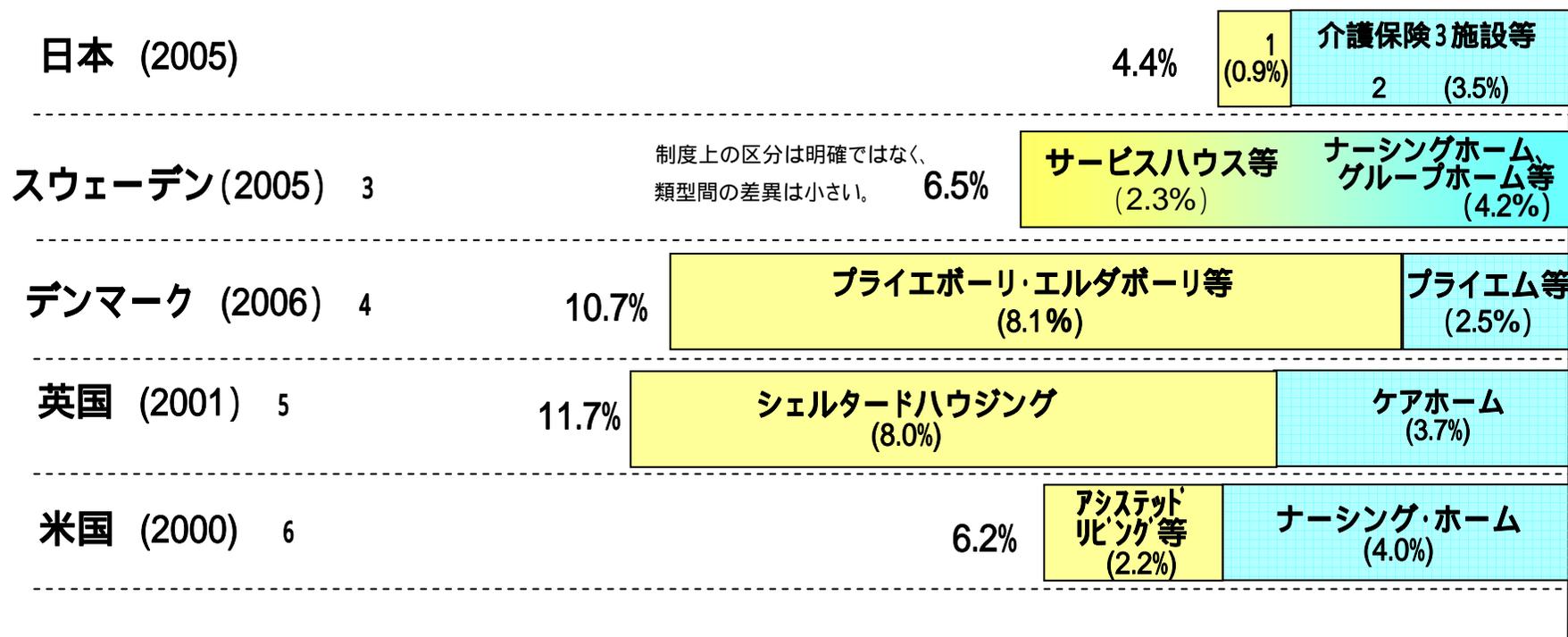


**【資料】**

2005年の高齢者人口については、総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計(確定値)」  
 2025年の高齢者人口については、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口(平成14年3月推計)」

# 65歳以上人口に占める介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

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）



- 1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)。
- 2 介護保険3施設及びグループホーム
- 3 Sweden Socialstyrelsen(スウェーデン社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)
- 4 Denmark Socialministeriet(デンマーク社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)
- 5 Elderly Accommodation Counsel(2004)「the older population」
- 6 日本総合研究所「介護施設等の費用体系に関する総合調査報告書」(2004)