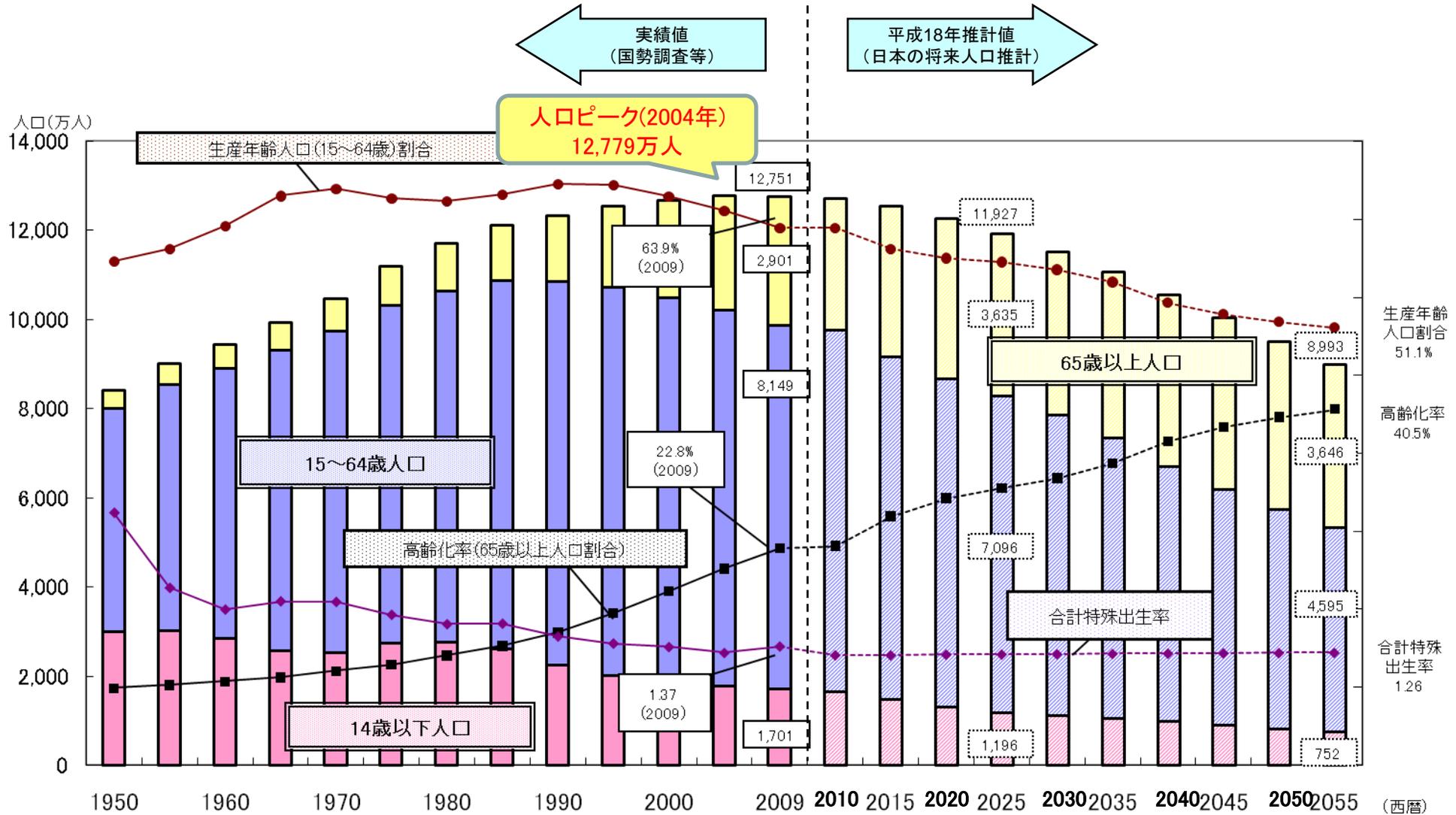


医療提供体制について

高齢化等の動向

我が国の人口の推移

○我が国の人口は2004年にピークを迎え、減少局面に入っている。2055年には9000万人を割り込み、高齢化率は40%を超えると推計されている

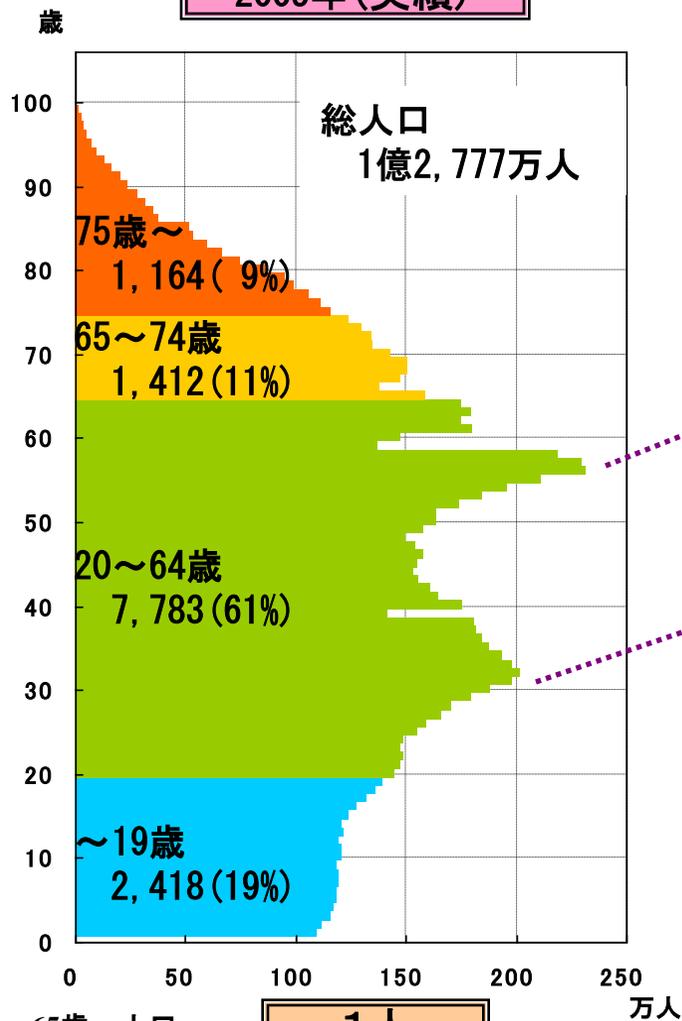


資料: 総務省統計局「国勢調査」、総務省統計局「推計人口(年報)」、厚生労働省「人口動態統計」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)中位推計」

人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

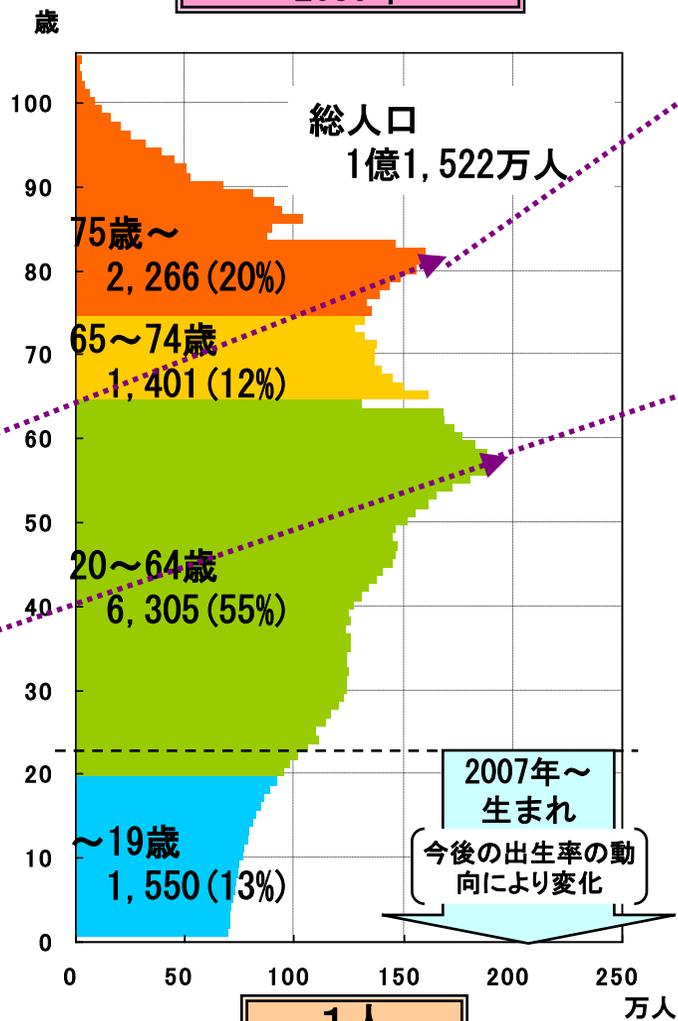
○我が国の人口構造の変化を見ると、現在1人の高齢者を3人で支えている社会構造になっており、少子高齢化が一層進行する2055年には1人の高齢者を1.2人で支える社会構造になると想定

2005年(実績)



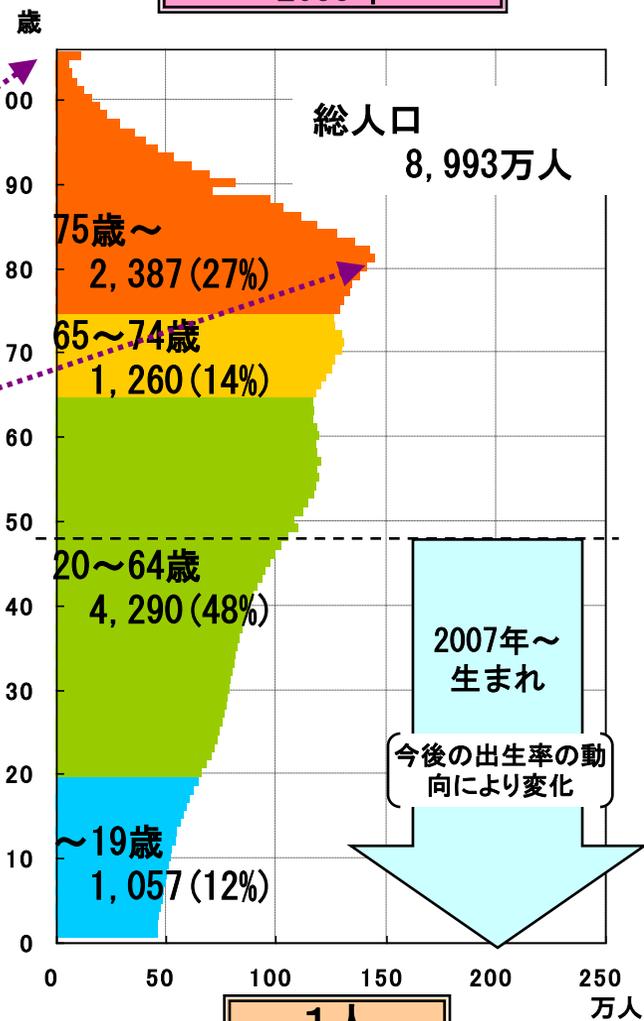
65歳~人口	1人
20~64歳人口	3.0人

2030年



65歳~人口	1人
20~64歳人口	1.7人

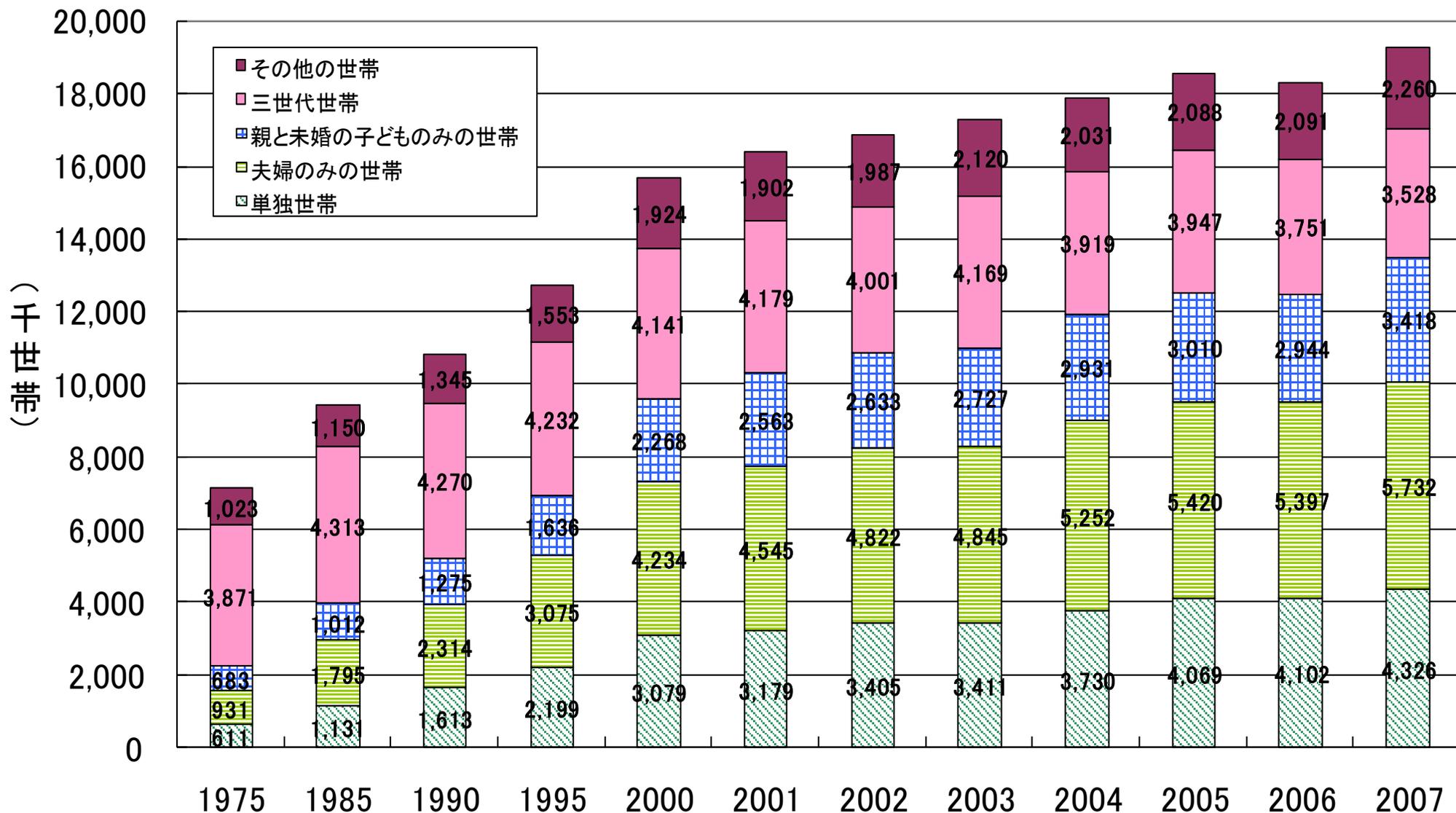
2055年



65歳~人口	1人
20~64歳人口	1.2人

注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

65歳以上の高齢者のいる世帯数及び構成割合(世帯構造別)



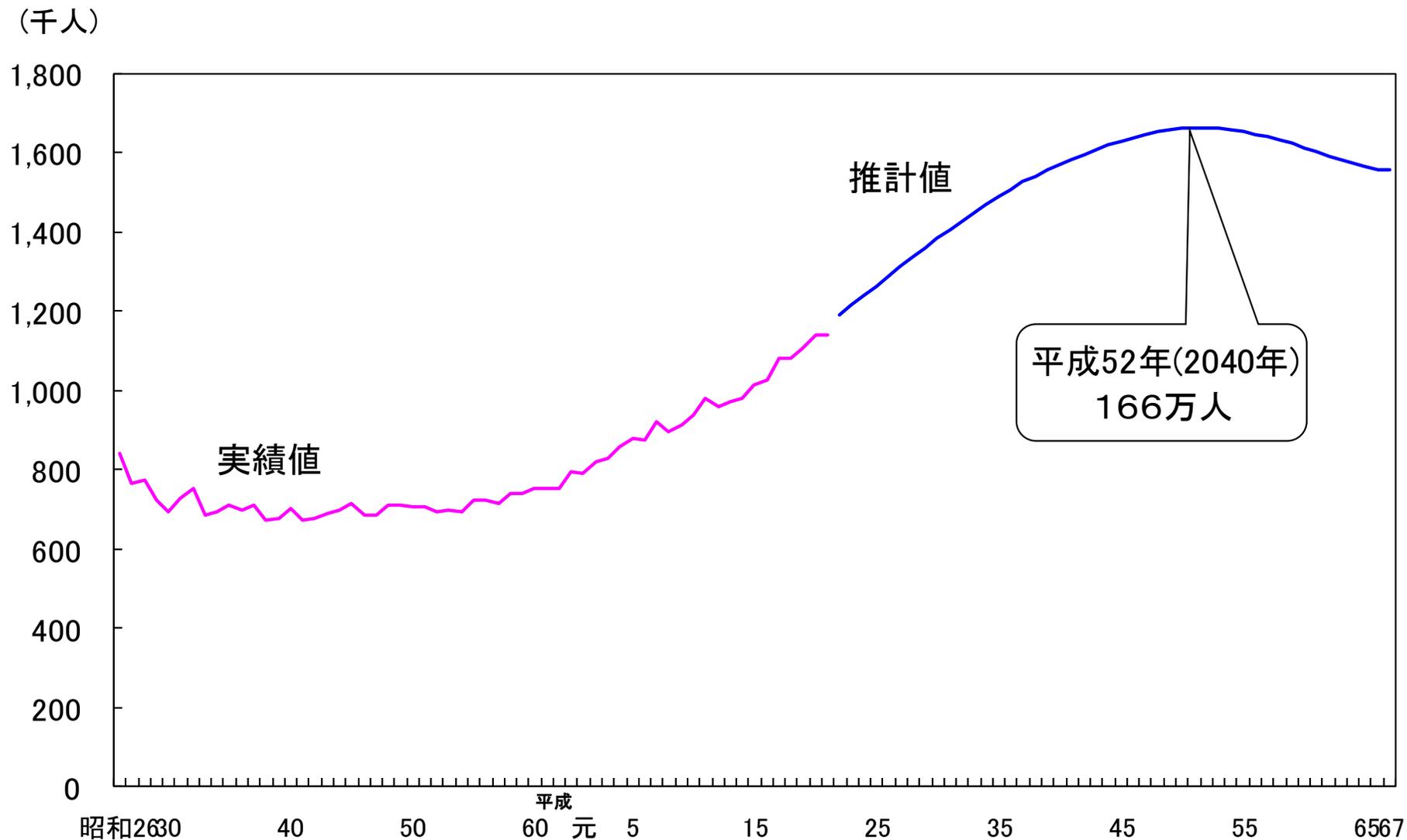
注) 資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集2009」

厚生労働省統計情報部『厚生行政基礎調査報告』および『国民生活基礎調査』による。

1995年の数値は、兵庫県を除いたものである。「三世代世帯」は、世帯主を中心とした直系三世代以上の世帯。

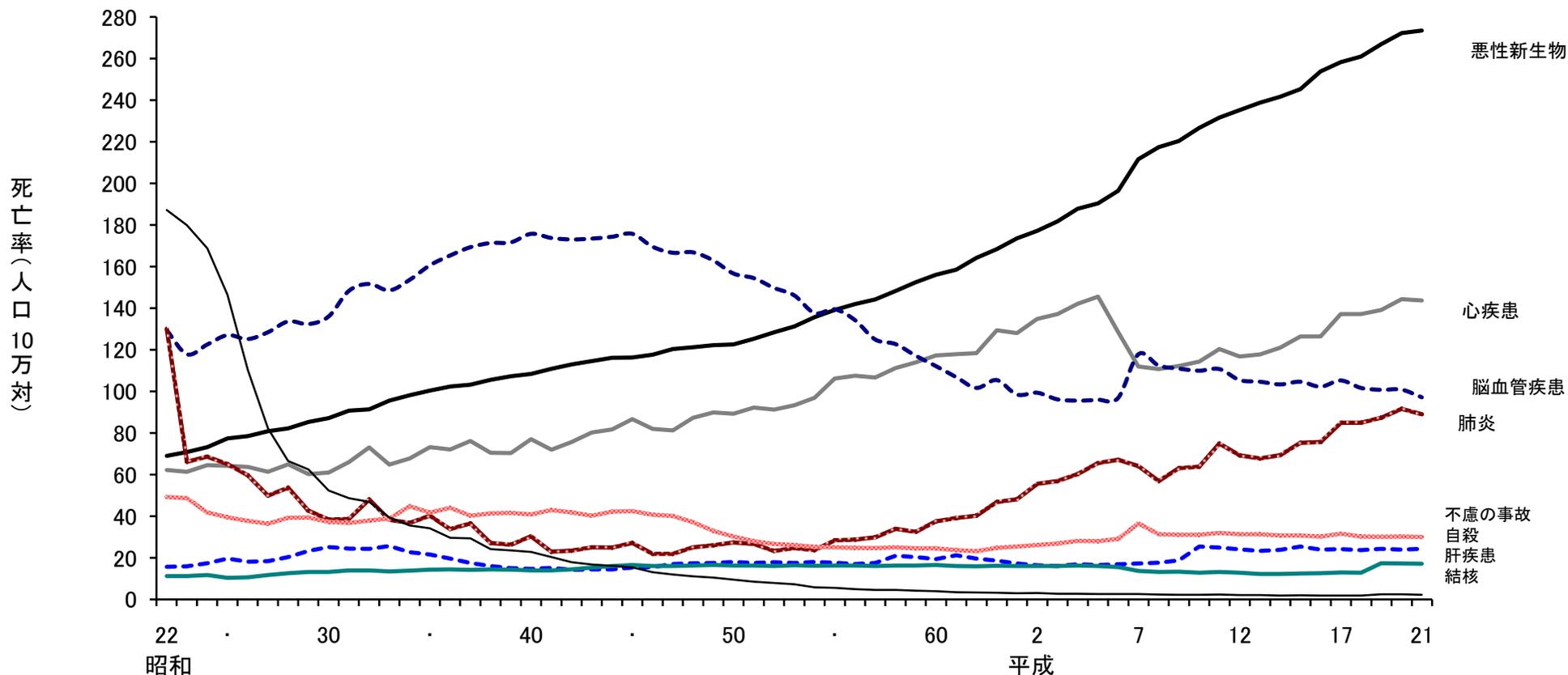
(年)

死亡数の年次推移



資料) 平成21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22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)

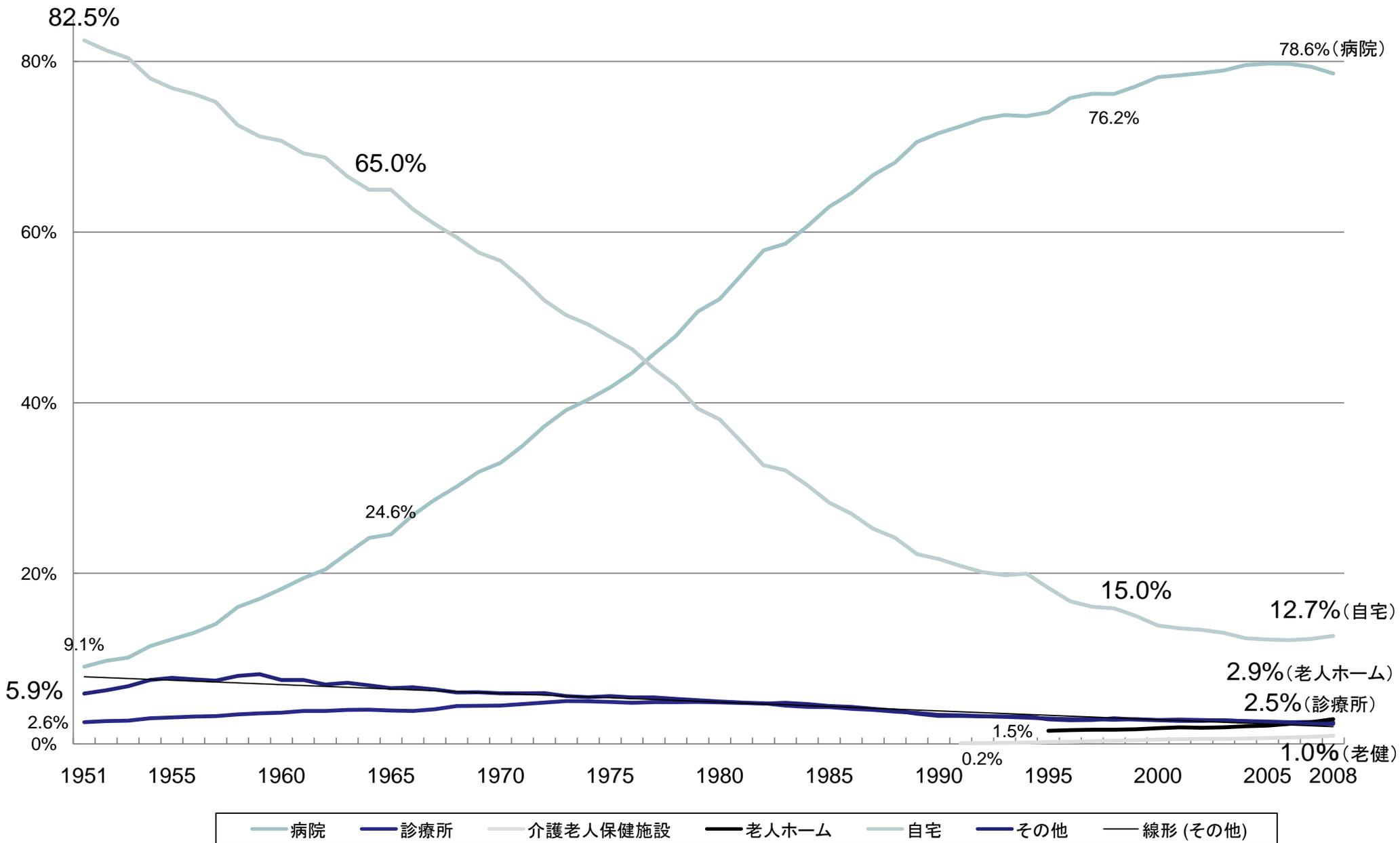
主な死因別にみた死亡率の年次推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

- (注) 1. 平成6・7年の心疾患の低下は、死亡診断書(死体検案書)(平成7年1月施行)において「死亡の原因欄には、疾患の終末期の状態としての心不全、呼吸不全等は書かないでください」という注意書きの施行前からの周知の影響によるものと考えられる。
2. 平成7年の脳血管疾患の上昇の主な要因は、ICD-10(平成7年1月適用)による原死因選択ルールの特異化によるものと考えられる。

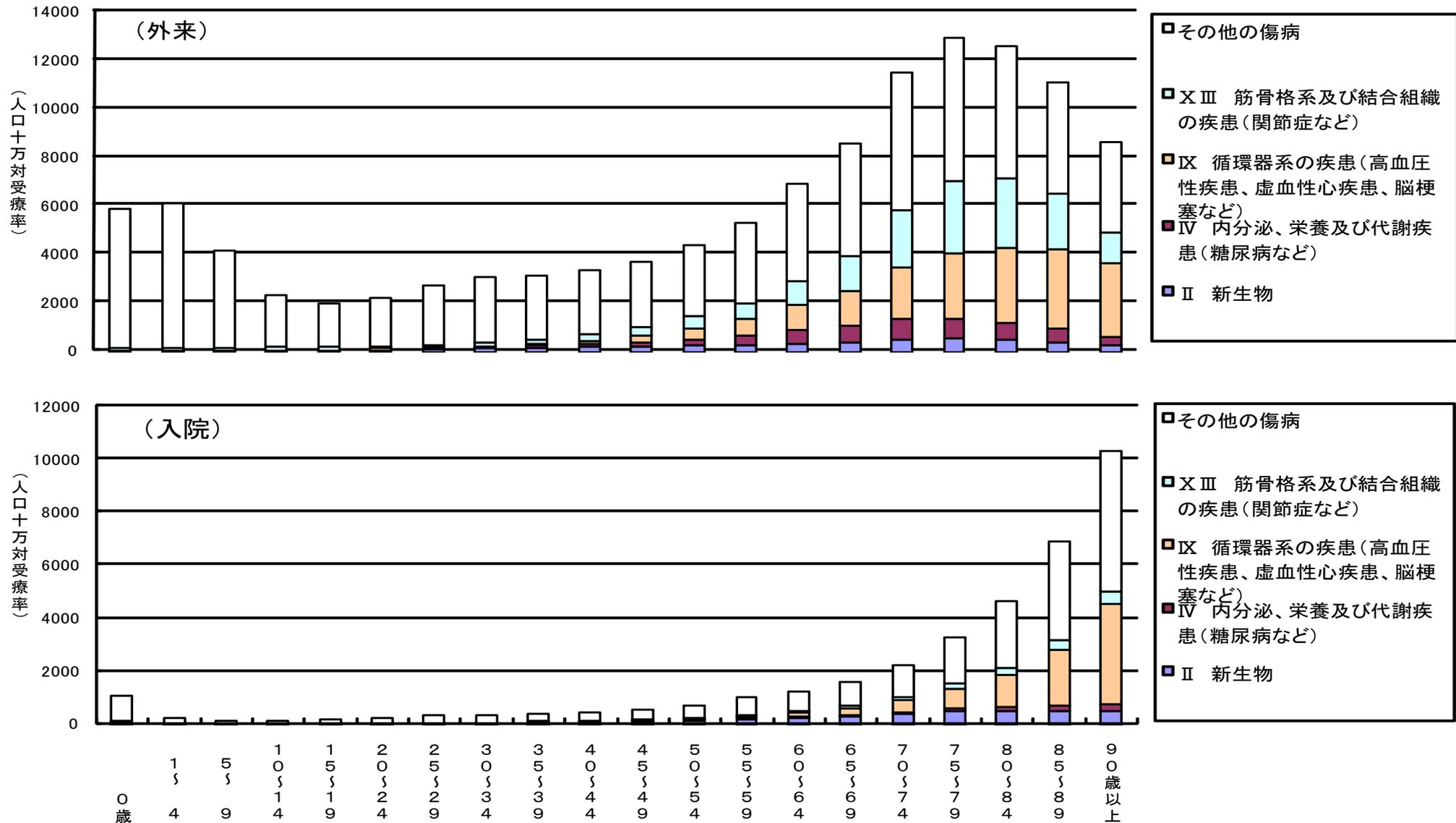
死亡場所の推移



※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

出典:厚生労働省 人口動態調査 死亡の場所別に見た年次別死亡数

年齢階級別受療率



(注)「患者調査」(平成20年)により作成

医療提供体制について

医療提供体制について

背景・趣旨

- 我が国の医療提供体制は
 - ・ **医療法**：医業を行う場所を病院（20床以上の病床を有するもの）と診療所（病床を有さないもの又は19床以下の病床を有するもの）に限定するなど、医療施設等について規定
 - ・ **医師法、保健師助産師看護師法等**：医師、看護師等の資格・業務等について規定を中心として構築されている。

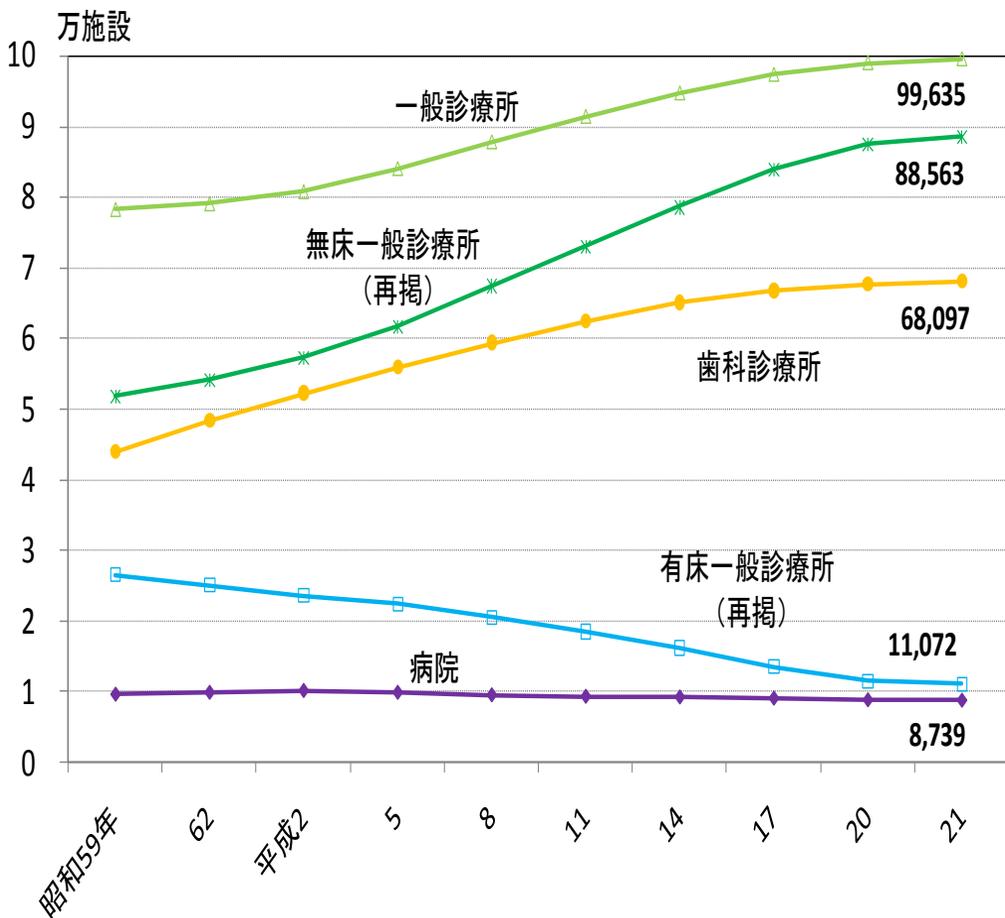
基本データ

- 医療施設数 = 病院：8,739、診療所：99,635、歯科診療所：68,097（平成21年）
- 病床規模別病院数 = 500床～：462、300～499床：1,106、100～299床：3,875、20～99床：3,296（平成21年）
- 医療関係者数 = 医師：286,699人、歯科医師：99,426人、薬剤師：267,751人、看護職員：1,397,333人（平成20年）

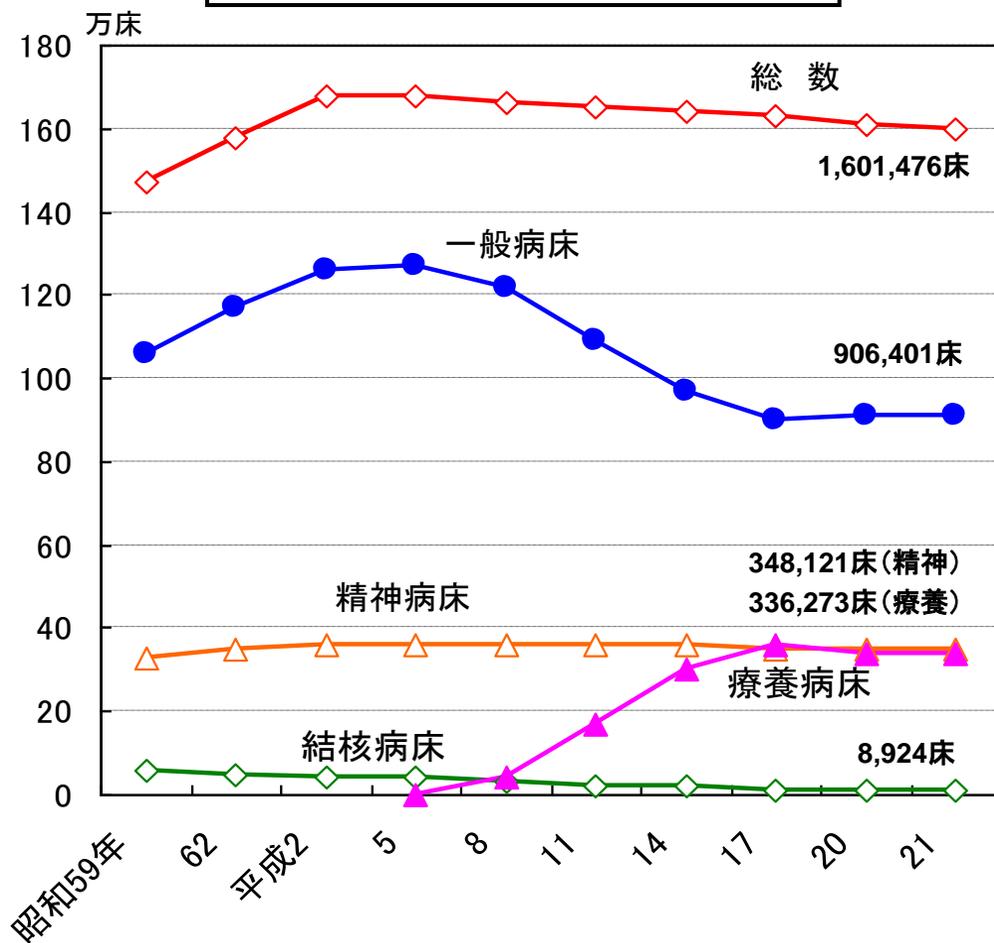
医療施設数及び病床数の推移

- 病院数は、平成2年をピークに1割減少。有床診療所は大幅に減少する一方、無床診療所が増加。
- 病床数は、平成4年をピークに減少。

医療施設数の推移

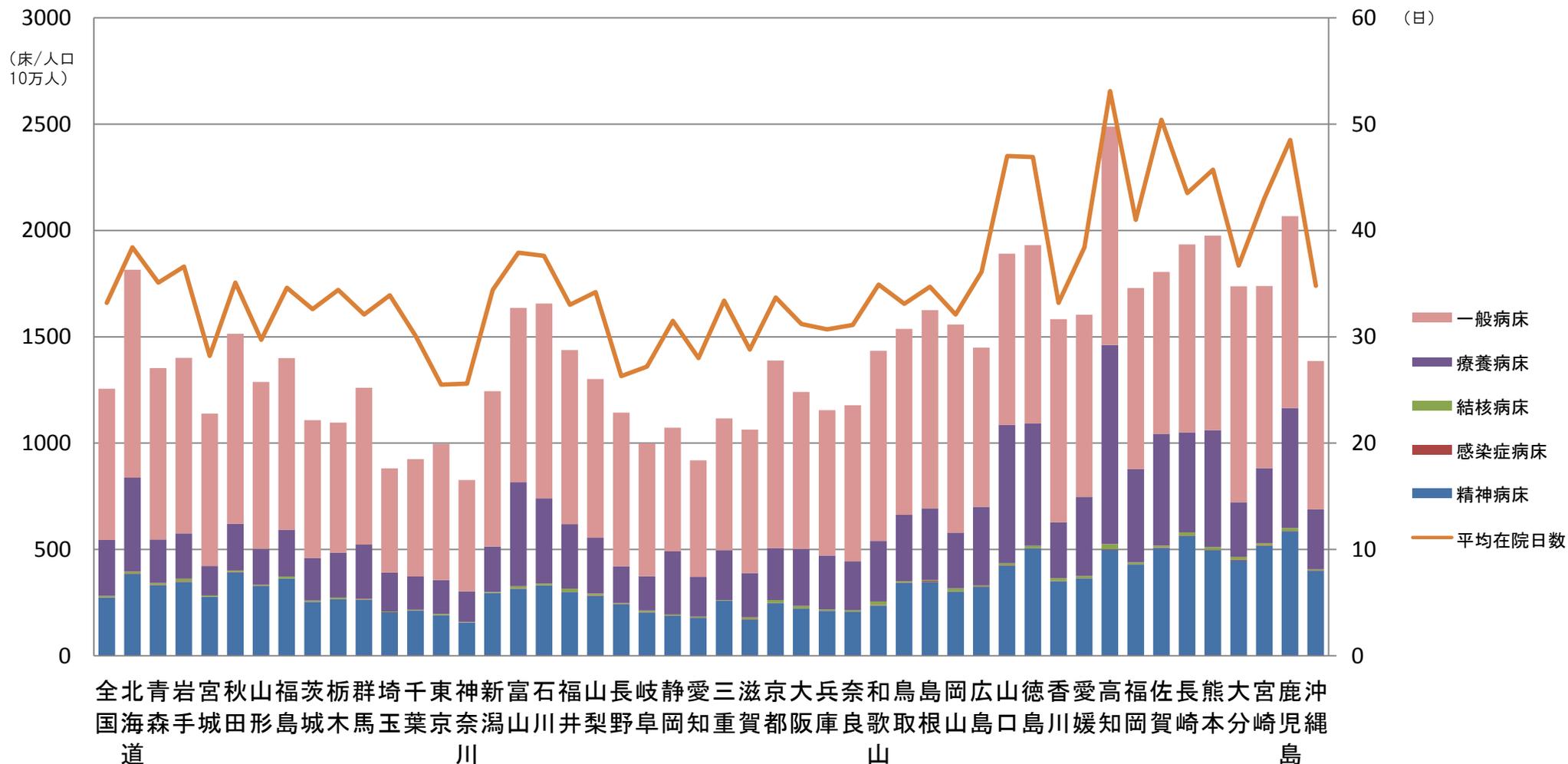


種類別病院病床数の推移



人口10万人当たり病院病床数、病院平均在院日数(平成21年)

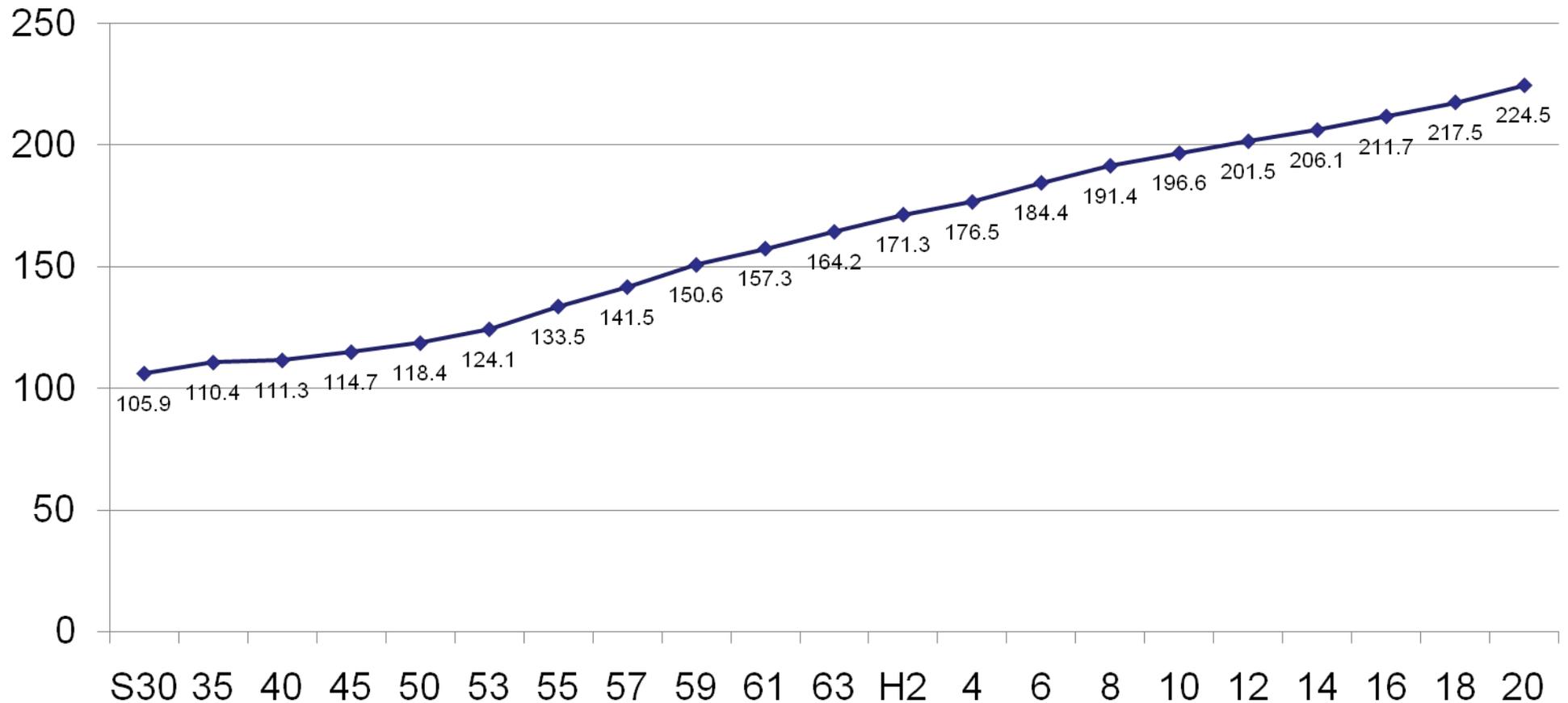
- 人口10万人当たりの病院病床数は、全国平均は1256.0床。
都道府県別にみると、最多は高知県(2488.5床)、最少は神奈川県(826.7床)。
- 病院平均在院日数は、全国平均で33.2日。
都道府県別にみると、最長は高知県(53.1日)、最短は東京都(25.5日)。



人口10万対医師数の年次推移

○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、医師数は、毎年3,500～4,500人程度増加。

(医師数) 平成10年 24.9万人 → 平成20年 28.7万人 (注) 従事医師数は、27.2万人

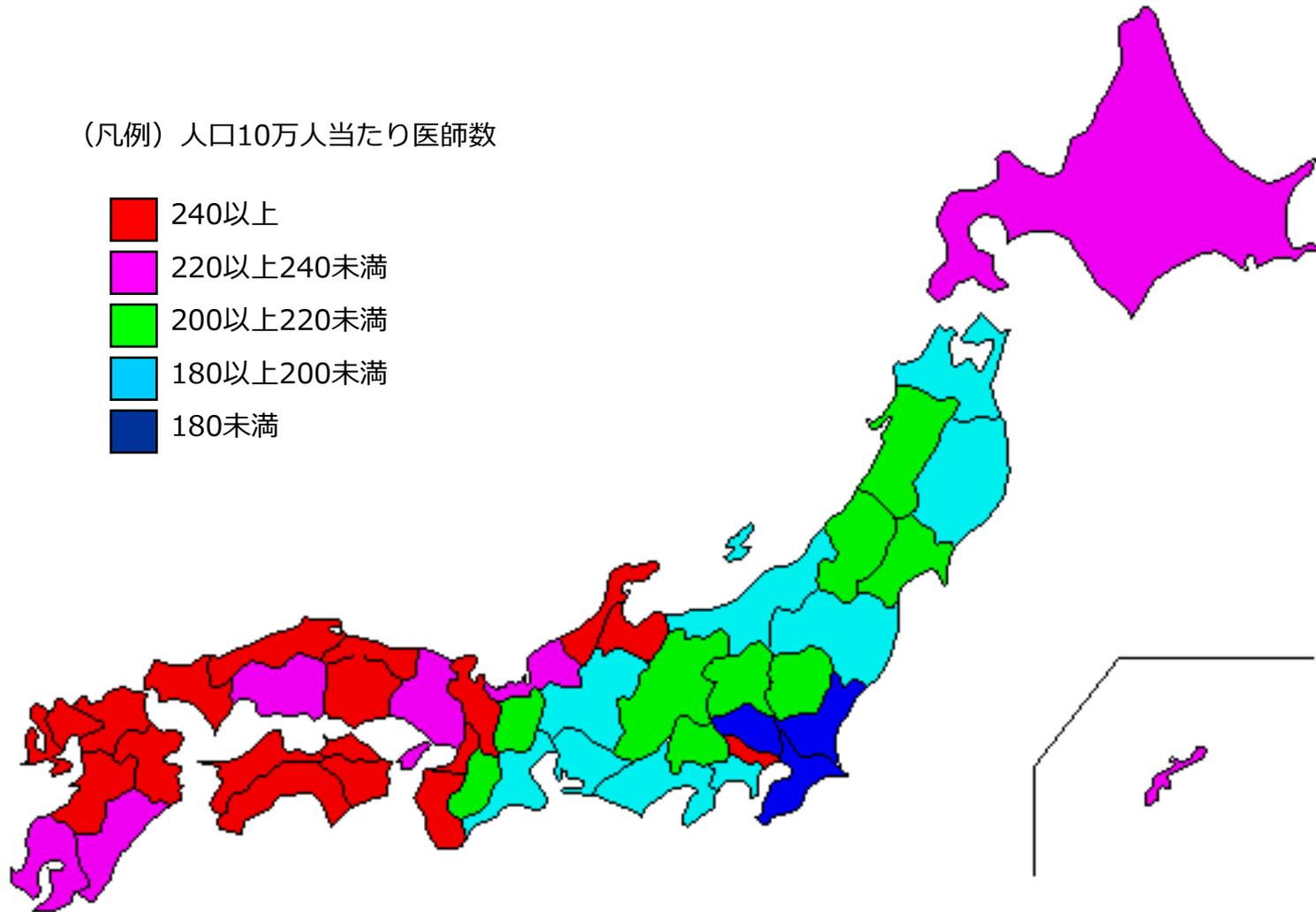


(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

人口10万人当たり医師数の分布（平成20年）

（凡例）人口10万人当たり医師数

- 240以上
- 220以上240未満
- 200以上220未満
- 180以上200未満
- 180未満



（出典）医師・歯科医師・薬剤師調査

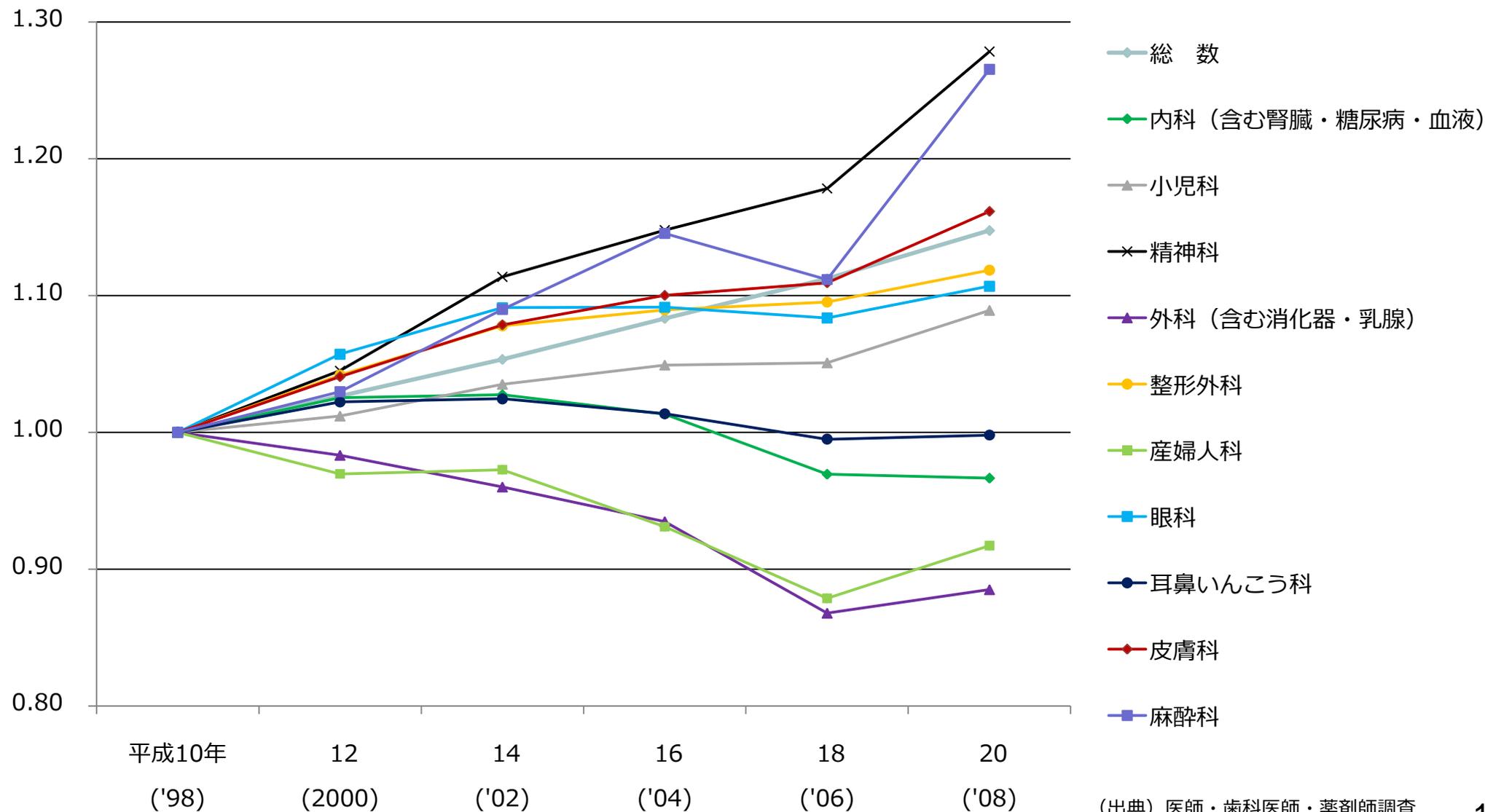
二次医療圏別人口10万人当たり従事医師数

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みられる。

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）	県内での差
北海道	上川中部	313.2	3.5倍	石川県	石川中央	328.8	2.6倍	岡山県	県南東部	324.3	2.1倍
	根室	89.8			能登北部	124.7			高梁・新見	151.2	
青森県	津軽地域	285.2	2.9倍	福井県	福井・坂井	315.5	2.7倍	広島県	呉	291.8	1.6倍
	西北五地域	98.5			奥越	115.8			広島中央	185.5	
岩手県	盛岡	288.5	2.5倍	山梨県	中北	269.8	2.6倍	山口県	宇部・小野田	386.1	2.3倍
	久慈	114.4			峡南	105.6			萩	167.9	
宮城県	仙台	270.5	2.7倍	長野県	松本	339.0	2.9倍	徳島県	東部Ⅰ	353.4	2.1倍
	登米	99.9			木曾	115.5			南部Ⅱ	164.7	
秋田県	秋田周辺	290.3	2.5倍	岐阜県	岐阜	239.1	1.7倍	香川県	高松	319.1	2.2倍
	北秋田	116.8			中濃	137.7			小豆	148.1	
山形県	村山	262.5	1.9倍	静岡県	西部	237.9	1.9倍	愛媛県	松山	309.2	2.0倍
	最上	136.2			中東遠	122.7			宇摩	156.0	
福島県	県北	256.7	2.5倍	愛知県	尾張東部	353.7	4.7倍	高知県	中央	325.6	2.2倍
	南会津	104.3			尾張中部	75.5			高幡	149.1	
茨城県	つくば	352.8	4.0倍	三重県	中勢伊賀	252.9	1.7倍	福岡県	久留米	422.4	3.1倍
	常陸太田・ひたちなか	89.1			東紀州	150.4			京築	138.5	
栃木県	県南	399.8	3.2倍	滋賀県	大津	341.8	2.7倍	佐賀県	中部	337.6	2.2倍
	県西	126.5			甲賀	125.0			西部	154.8	
群馬県	前橋	384.3	2.8倍	京都府	京都・乙訓	396.3	3.2倍	長崎県	長崎	368.1	2.9倍
	太田・館林	135.9			山城南	124.3			上五島	126.9	
埼玉県	西部第二	271.2	2.7倍	大阪府	中河内	344.6	2.0倍	熊本県	熊本	394.5	3.4倍
	利根	102.1			大阪市	173.5			阿蘇	115.1	
千葉県	安房	336.3	3.4倍	兵庫県	神戸	294.6	2.0倍	大分県	中部	293.1	2.0倍
	山武長生夷隅	98.9			西播磨	145.4			西部	146.8	
東京都	区中央部	1305.2	10.1倍	奈良県	東和	248.8	1.5倍	宮崎県	宮崎東諸県	319.8	2.6倍
	島しょ	128.7			南和	161.0			西部児湯	122.2	
神奈川県	横浜南部	247.0	1.9倍	和歌山県	和歌山	357.1	2.3倍	鹿児島県	鹿児島	335.7	3.1倍
	県央	133.3			那賀	154.9			曾於	108.2	
新潟県	新潟	246.0	2.0倍	鳥取県	西部	389.4	2.0倍	沖縄県	南部	274.4	1.7倍
	魚沼	121.6			中部	199.1			宮古	164.4	
富山県	富山	295.6	1.6倍	島根県	出雲	427.2	3.4倍	「平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査」（厚生労働省）、 「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数（平成21年 3月31日現在）」（総務省）より作成			
	高岡	189.8			雲南	126.1					

診療科別医師数の推移（平成10年を1.0とした場合）

- 多くの診療科で増加傾向。
- 外科、産婦人科は減少傾向にあったが、平成20年は増加に転じた。



(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

病院等における必要医師数実態調査の概要

調査結果のポイント

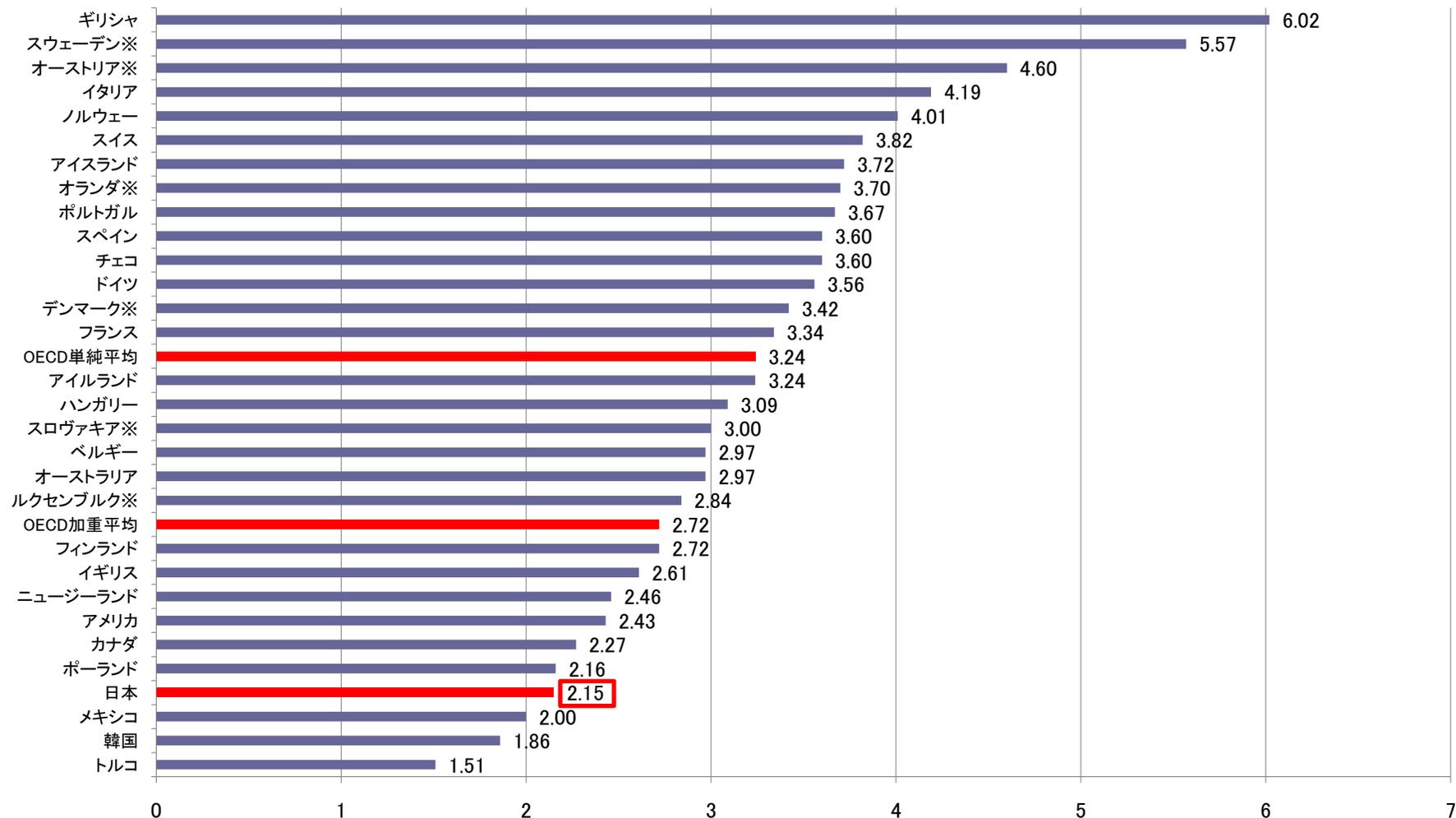
- 必要求人医師数は 18, 288人であり、現員医師数と必要求人医師数の合計数は、現員医師数の1. 11倍であった。また、必要医師数(必要求人医師数と必要非求人医師数の合計医師数をいう)は 24, 033人であり、現員医師数と必要医師数の合計数は、現員医師数の1. 14倍であった。(これらの倍率を「現員医師数に対する倍率」という)
- 現員医師数に対する倍率が高い都道府県は、次のとおりであった。
 - ・必要求人医師数 : 島根県1. 24倍、岩手県1. 23倍、青森県1. 22倍
 - ・必要医師数 : 岩手県1. 40倍、青森県1. 32倍、山梨県1. 29倍
- 現員医師数に対する倍率が高い診療科は、次のとおりであった。
 - ・必要求人医師数 : リハビリ科1. 23倍、救急科1. 21倍、呼吸器内科1. 16倍、
分娩取扱い医師(再掲)1. 11倍
 - ・必要医師数 : リハビリ科1. 29倍、救急科1. 28倍、産科1. 24倍、
分娩取扱い医師(再掲)1. 15倍

病院等における必要医師数実態調査について

- <調査の目的> 本調査は、全国統一的な方法により各医療機関が必要と考えている医師数の調査を行うことで、地域別・診療科別の必要医師数の実態等を把握し、医師確保対策を一層効果的に推進していくための基礎資料を得ることを目的としたものであり、厚生労働省が実施した調査としては初めてのものである。
なお、本調査の結果は、医療機関から提出された人数をそのまま集計したものである。
- <調査の期日> 平成22年6月1日現在
- <調査の対象> 全国の病院及び分娩取扱い診療所を対象(10, 262施設)
- <回収の状況> 回収率は、病院88. 5%、分娩取扱い診療所64. 0%の合計で84. 8%であった

人口1,000人当たり臨床医数の国際比較（2008年（平成20年））

○我が国の人口1,000人当たり臨床医数は、OECD単純平均の約2 / 3 となっている。



※は2007年

注1 単純平均とは、各国の人口当たり医師数の合計を国数で割った数のこと。

注2 加重平均とは、全医師数を全人口で割った数のこと。

注3 カナダ・フランス・ギリシャ・イタリア・トルコは現職医師数を、アイルランド・オランダ・ポルトガル・スウェーデンは総医師数を用いている。

OECD Health Data2010より

医療提供体制の各国比較（2008年）

○ 我が国は諸外国に比して平均在院日数が長く、また、病床当たりの医療従事者数が少ない。

国名	平均在院日数	人口千人当たり病床数	病床百床当たり医師数	人口千人当たり医師数	病床百床当たり看護職員数	人口千人当たり看護職員数
日本	33.8	13.8	15.7	2.2	69.4	9.5
ドイツ	9.9	8.2	43.3	3.6	130.0	10.7
フランス	12.9	6.9	48.5	3.3	115.2	7.9
イギリス	8.1	3.4	76.5	2.6	279.6	9.5 (予測値)
アメリカ	6.3	3.1 (予測値)	77.9	2.4	344.2	10.8

(出典):「OECD Health Data 2010」

※医師数は臨床医師数(ただし、フランスにおいては研究機関等に勤務し実際に臨床にあたらぬ医師も含む)

※看護職員数は臨床看護師数(ただし、フランスとアメリカにおいては研究機関等に勤務し実際に臨床にあたらぬ看護職員も含む)

※平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の通り各国で定義が異なっている。

日本:全病院の病床 ドイツ:急性期病床、精神病床、予防治療施設及びリハビリ施設の病床(ナーシングホームの病床を除く)

フランス:急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床 イギリス:イギリス国営医療サービス事業に登録されている全病床(長期病床を除く)

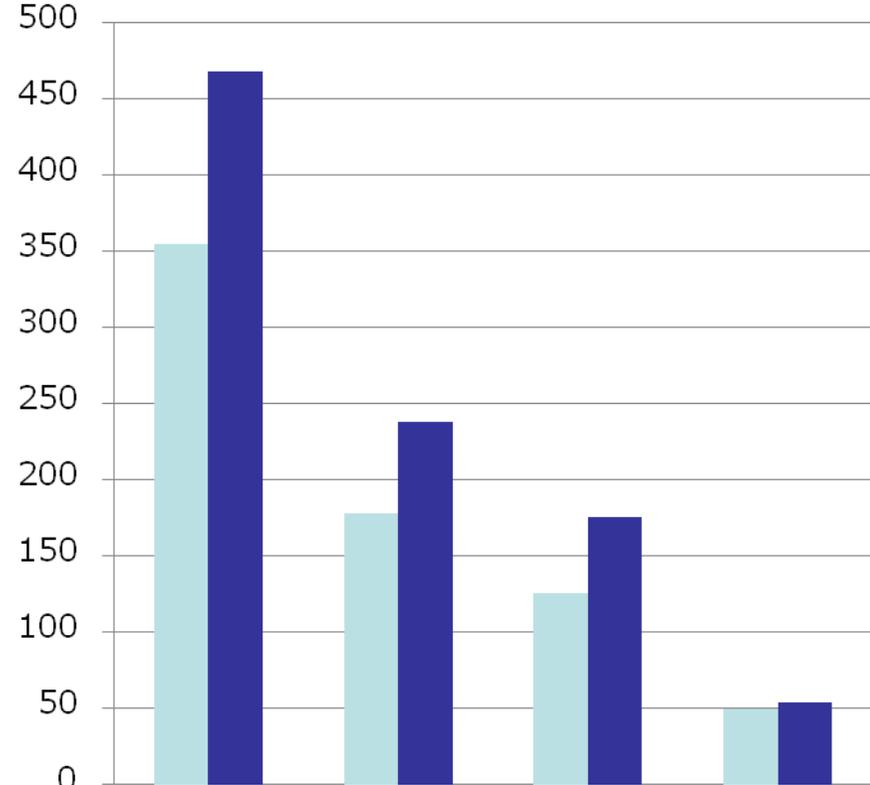
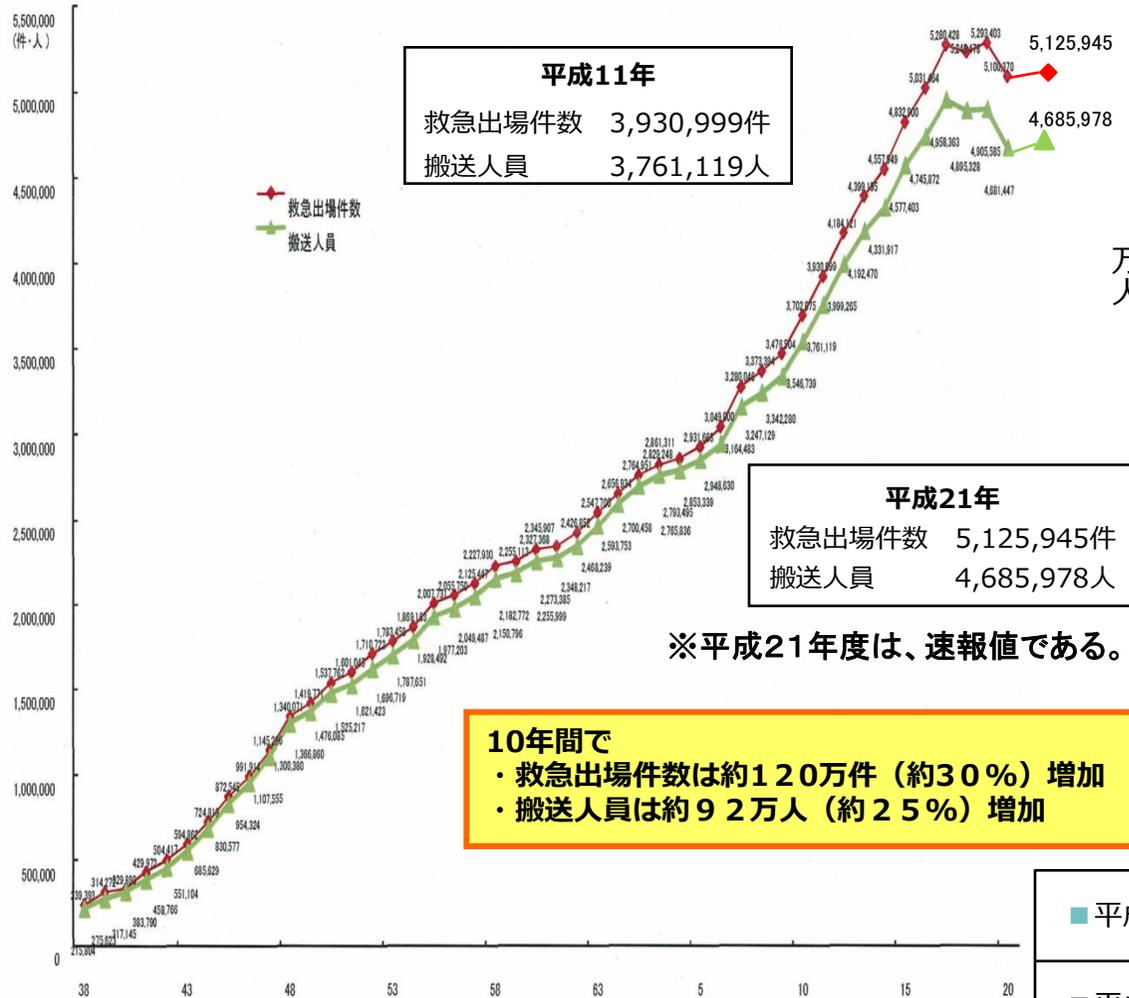
アメリカ:アメリカ病院協会に登録されている全病院の病床

※日本における病床種別毎の平均在院日数は、一般病床18.8日、療養病床176.6日、精神病床312.9日 (出典):「平成20年病院報告」

救急出動件数及び搬送人員の推移（左図）

過去10年間の救急搬送人員の変化（重症度別）（右図）

○救急出動件数及び搬送人員数ともに、10年間で急増しているが、搬送人員数の伸びは、主に軽症者・中等症者の搬送人員増によるものである。

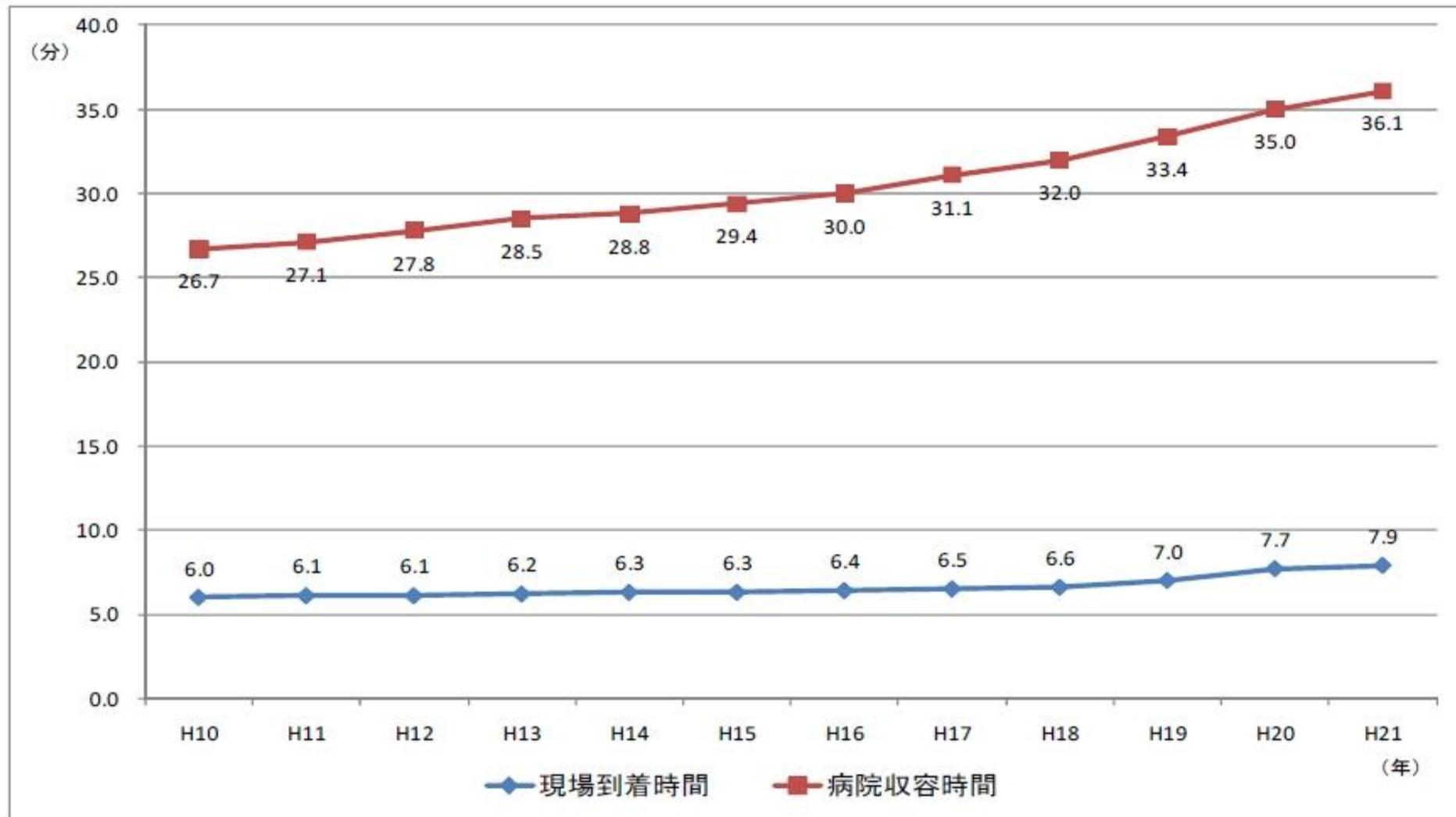


	全体	軽症	中等症	重症
■平成10年	354.1	178.3	125.9	49.8
■平成20年	467.9	237.8	175.8	53.7

(注) 1 平成10年以降の救急出場件数及び搬送人員についてはヘリコプター出場分を含む。
2 各年とも1月から12月までの数値である。

現場到着時間及び病院収容時間の推移

- 現場到着から病院収容までの時間は10年間で9.4分（約35%）遅延している。

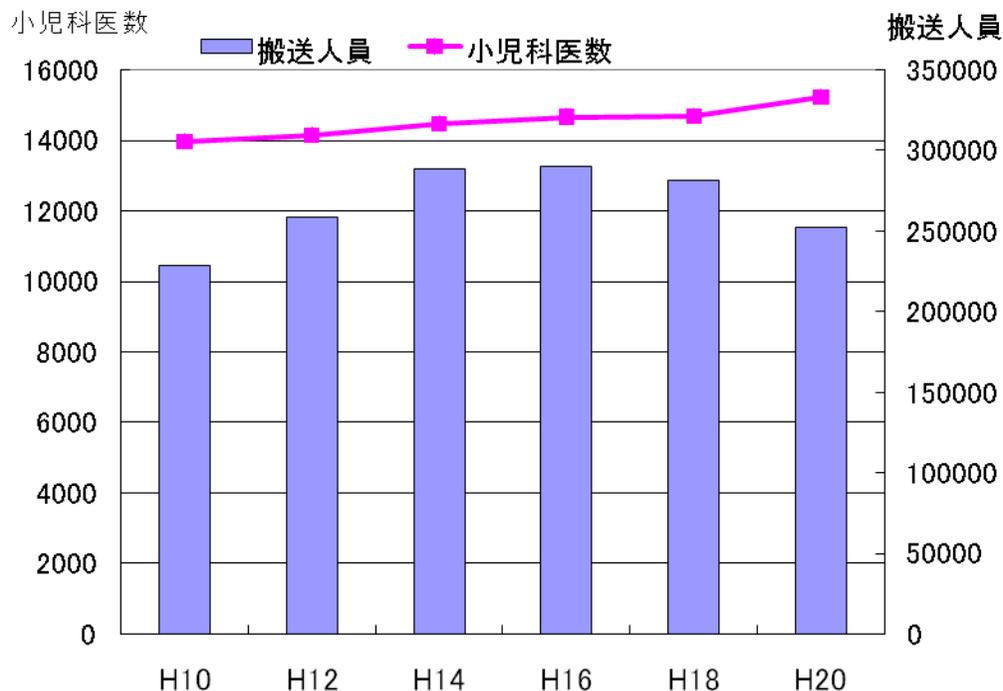


「平成21年救急・救助の概要（速報）」（総務省消防庁）

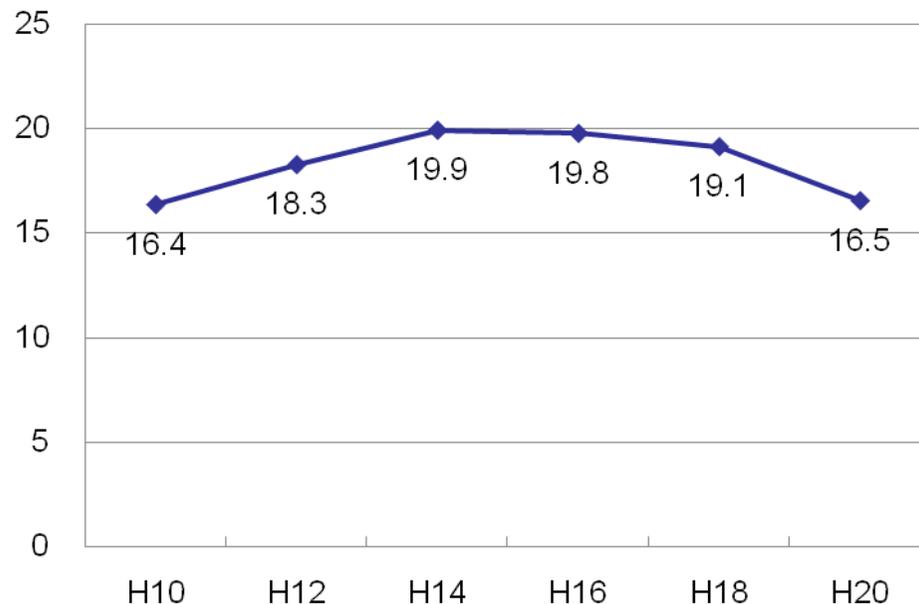
小児科医師数と救急自動車による7歳未満の搬送人員

- 医療施設に従事する小児科医師数は増加傾向。
- 救急自動車により搬送される7歳未満の搬送人員は増加傾向にあったが、近年は減少傾向。
- 医師1人当たりの搬送人員も増加傾向にあったが、近年は減少傾向。

実数



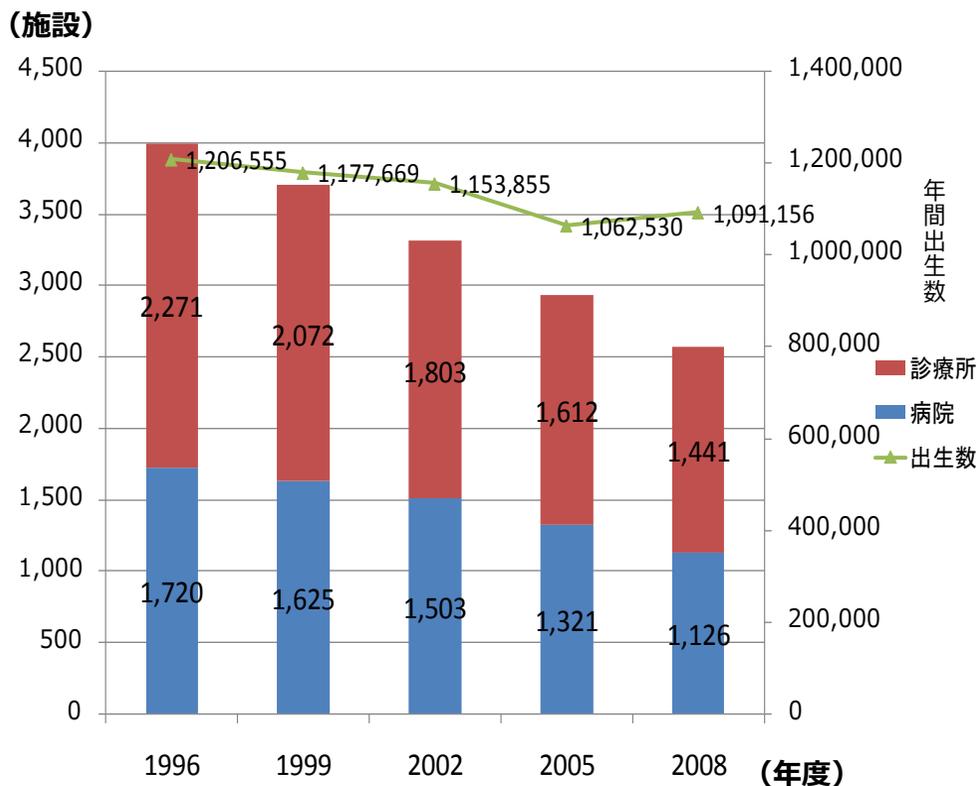
小児科医師1人当たりの搬送人員数



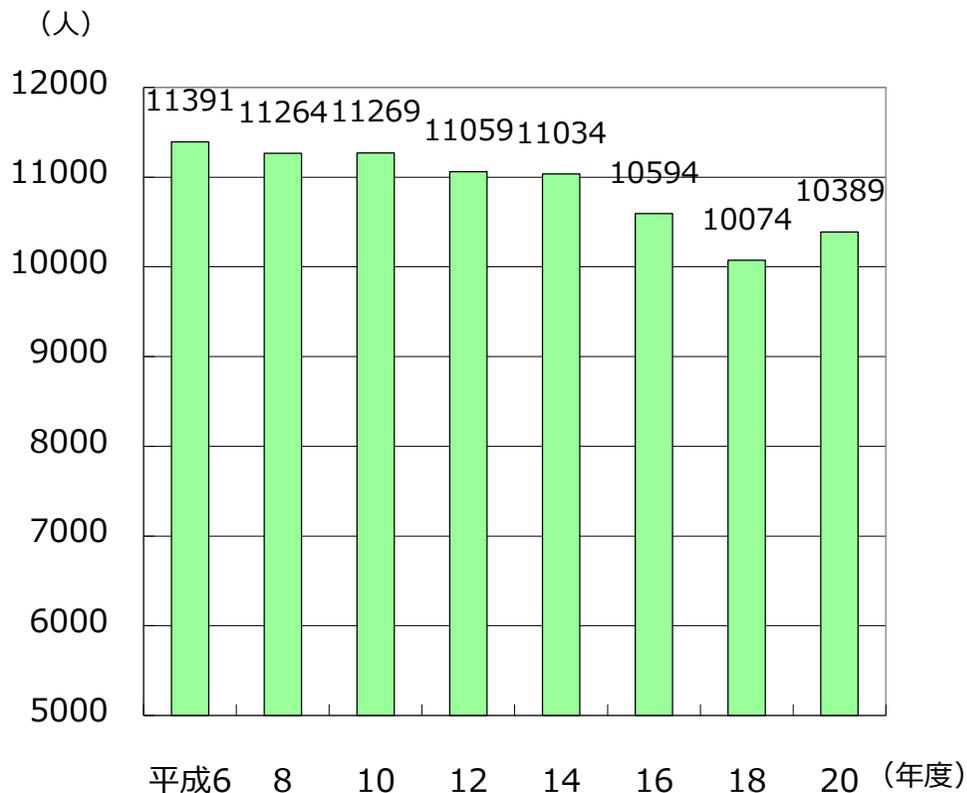
分娩取扱い施設及び産婦人科・産科医の推移

- 年間出生数は減少している。
- 分娩取扱い施設及び産婦人科・産科医数は減少傾向にあるが、産婦人科・産科医数は平成20年度に増加に転じた。

分娩取扱い施設の推移



産婦人科・産科医数の推移



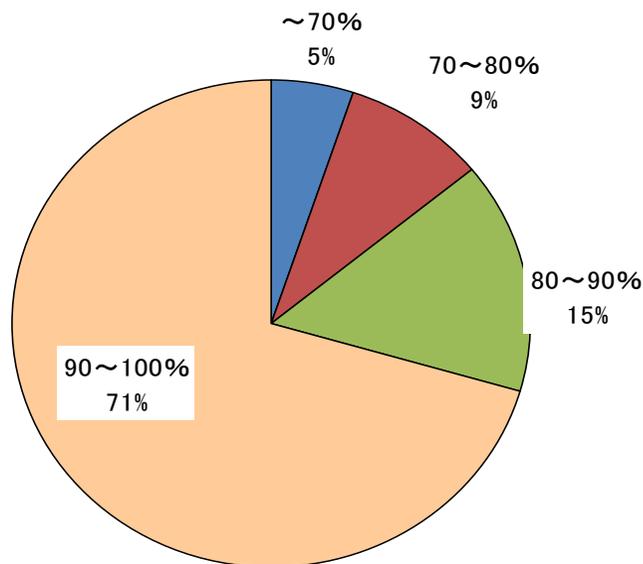
母体及び新生児の搬送受入れ

- 約7割の総合周産期母子医療センターにおいて、NICU（新生児集中治療管理室）の病床利用率が90%超。母体・新生児の搬送受入れが困難である理由として、「NICU満床」と回答したセンターは8割を超えている。

「周産期医療ネットワークに関する実態調査（平成21年12月実施）」結果にみる現状について

NICU病床利用率について
(総合周産期母子医療センター77施設における20年度実績)

NICU病床利用率90%超のセンターは約7割



母体及び新生児搬送受入れができなかった理由について
(総合周産期母子医療センター 20年度実績)

受入れができなかった主な理由は「NICU満床」

母体

理由	NICU満床	MFICU満床	診察可能医師不在	その他
センター数	53/62	32/62	17/62	33/62
割合(%)※	85.5%	51.6%	27.4%	53.2%

新生児

理由	NICU満床	診察可能医師不在	その他
センター数	40/47	2/47	16/47
割合(%)※	85.1%	4.2%	34.0%

※受入れができなかったことがあるセンター数に対する割合

地域医療の機能強化に関する厚生労働省の取組み（平成22年度予算等）

医師確保・医療人材確保対策等の推進

課題	対応
<p>（病院の勤務医の過重労働）</p> <p>○病院の医師が夜勤・当直などで疲弊し、病院の医師不足に拍車をかけている。</p>	<p>◆医師の診療科偏在・地域偏在対策（22年度予算 80億円）</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢救急、分娩、新生児医療を担う勤務医等の手当への財政支援 ➢医師不足地域の臨床研修病院において研修医が宿日直等を行う場合の医療機関への財政支援 等
<p>（医師の診療科偏在）</p> <p>○産科、救急など特定の診療科の医師が不足している。</p>	<p>◆女性医師等の離職防止・復職支援（22年度予算 25億円）</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢出産・育児等により離職している女性医師の復職支援のための都道府県への受付・窓口の設置等の支援 ➢病院内保育所の運営等に対する財政支援の拡充
<p>（医師の地域偏在）</p> <p>○対人口比でも、全国的に大都市に医師が集中し、周辺地域やへき地で医師が不足している。</p>	<p>◆地域医療再生基金（21年度1次補正予算 2,350億円）</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢都道府県において基金を創設し、地域の医療課題の解決に向けて都道府県が策定する「地域医療再生計画」に基づく地域の医師確保、医療機能の強化等の取組を支援 <p>◆チーム医療の推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢チーム医療検討会の報告書を受け、幅広い医療行為を実施できる「特定看護師（仮称）」制度の導入等、チーム医療の推進に関する具体的方策の実施に向けて、「チーム医療推進会議」を開催し検討を進める。

課題

対応

(周産期医療の不足)

- 周産期医療の病床や医師・看護師等が不足。

(救急患者の受入れに時間がかかる)

- 救急患者が、病院に受け入れられるまでに時間がかかるケースがある。

◆周産期医療体制の充実・強化 (22年度予算 87億円)

- 周産期母子医療センターのMFICU (母体・胎児集中治療室)、NICU (新生児集中治療室) 等に対する財政支援
- NICU等に長期入院している小児の在宅への移行促進

◆救急医療体制の充実 (22年度予算 152億円)

- 重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターに対する財政支援
- 二次救急医療体制の充実
 - － 受入困難患者の受入れを確実にを行う医療機関の空床確保に対する財政支援
 - － 診療所医師が二次救急医療機関等で休日・夜間に診療支援を行う場合の財政支援
- 重篤な小児救急患者に対する医療の充実を図るため、「小児救命救急センター」や小児集中治療室に対する財政支援
- 改正消防法に基づき、都道府県において地域の搬送・受入ルールを策定 【総務省消防庁と連携】

医療法の改正の主な経緯について

改正年	改正の趣旨等	主な改正内容等
昭和23年 ＜医療法制定＞	終戦後、医療機関の量的整備が急務とされる中で、医療水準の確保を図るため、病院の施設基準等を整備	○ 病院の施設基準を創設
昭和60年 ＜第一次医療法改正＞	医療施設の量的整備が全国的にほぼ達成されたことに伴い、医療資源の地域偏在と是正と医療資源の地域偏在の是正と医療施設の連携の推進を目指したものの。	○ 医療計画制度の導入 ○ 医療法人の指導監督規定等の整備
平成4年 ＜第二次医療法改正＞	人口の高齢化等に対応し、患者の症状に応じた適切な医療を効率的に提供するための医療施設機能の体系化、患者サービスの向上を図るための患者に対する必要な情報の提供等を行ったもの。	○ 医療提供の理念規定の整備 ○ 特定機能病院の制度化 ○ 療養型病床群の制度化 ○ 広告規制緩和、病院掲示義務付け ○ 医療機関の業務委託の水準確保
平成9年 ＜第三次医療法改正＞	要介護者の増大等に対し、介護体制の整備、日常生活圏における医療需要に対する医療提供、患者の立場に立った情報提供体制、医療機関の役割分担の明確化及び連携の促進等を行ったもの。	○ 医療提供時の患者への説明と理解 ○ 診療所への療養型病床群の設置 ○ 地域医療支援病院制度の創設 ○ 医療法人制度の改正 ○ 広告事項の拡大
平成12年 ＜第四次医療法改正＞	高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化等を踏まえ、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するため、入院医療を提供する体制の整備等を行ったもの。	○ 療養病床、一般病床の創設 ○ 医療計画の見直し ○ 必置施設の規制緩和 ○ 臨床研修の必修化
平成18年 ＜第五次医療法改正＞	質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、医療に関する情報提供の推進、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応等を行ったもの。	○ 都道府県の医療情報提供制度創設 ○ 都道府県の医療対策協議会制度化 ○ 医療安全支援センターの制度化 ○ 社会医療法人の創設

良質な医療を提供する体制の確立を図るための 医療法等の一部を改正する法律の概要

政府・与党医療改革協議会により、平成17年12月1日に取りまとめられた「医療制度改革大綱」に沿って、国民の医療に対する安心・信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、患者等への医療に関する情報提供の推進、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応等の措置を講ずる。

I 概要

1 患者等への医療に関する情報提供の推進

患者等が医療に関する情報を十分に得られ、適切な医療を選択できるよう支援する。

- 都道府県が医療機関等に関する情報を集約し、分かりやすく住民に情報提供し、住民からの相談等に適切に応じる仕組みの制度化〔医療法、薬事法〕
- 入退院時における治療計画等の文書による説明の位置付け
- 広告規制の見直しによる広告できる事項の拡大〔以上 医療法〕

2 医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進

医療計画制度を見直し、地域連携クリティカルパスの普及等を通じ、医療機能の分化・連携を推進し、切れ目のない医療を提供する。早期に在宅生活へ復帰できるよう在宅医療の充実を図る。

- 医療計画に、脳卒中、がん、小児救急医療等事業別の具体的な医療連携体制を位置付け
- 医療計画に分かりやすい指標と数値目標を明示し、事後評価できる仕組みとすること〔以上 医療法〕
- 退院時調整等在宅医療の推進のための規定整備〔医療法、薬剤師法〕

3 地域や診療科による医師不足問題への対応

へき地等の特定地域、小児科、産科などの特定の診療科における医師不足の深刻化に対応し、医師等医療従事者の確保策を強化する。

- 都道府県の「医療対策協議会」を制度化し、関係者協議による対策を推進
- 医療従事者への地域医療確保への協力の位置付け〔以上 医療法〕

4 医療安全の確保

- 医療安全支援センターの制度化、医療安全確保の体制確保の義務付け等〔医療法〕
- 行政処分を受けた医師、歯科医師、薬剤師及び看護師等に対する再教育の義務化、行政処分の類型の見直し等〔医師法、歯科医師法、薬剤師法、保健師助産師看護師法〕

5 医療従事者の資質の向上

- 行政処分を受けた医師等の再教育の義務化等（再掲）
- 看護師、助産師等について、現行の業務独占規定に加え名称独占規定を設けること〔保健師助産師看護師法〕
- 外国人看護師、救急救命士等について、臨床修練制度の対象とすること〔外国医師等の臨床修練法〕

6 医療法人制度改革

（ 医療経営の透明性や効率性の向上を目指す。
公立病院等が担ってきた分野を扱う医療法人制度を創設する。 ）

- 解散時の残余財産の帰属先の制限等医療法人の非営利性の徹底
- 医療計画に位置付けられたべき地医療、小児救急医療等を担うべき新たな医療法人類型（「社会医療法人」）の創設等〔以上 医療法〕

7 その他

- 施設規制法の性格が強い現行の医療法を、患者の視点に立ったものとなるよう、目的規定及び全体的な構造の見直し
- 有床診療所に対する規制の見直しその他所要の改正〔以上医療法〕

II 施行期日

- ◎ 平成19年4月1日を基本。 ※ 有床診療所の見直しは、平成19年1月1日
- ※ 薬剤師、看護師等の再教育の義務化、行政処分の類型の見直し等は、平成20年4月1日。

最近の動き

安心と希望の医療確保ビジョン(平成20年6月とりまとめ)※舩添厚生労働大臣の私的懇談会

※歴史的・文化的・国際的位置付けも踏まえた我が国の医療の在り方について議論を行い、「安心と希望の医療確保ビジョン」をとりまとめた。

I. はじめに

- 現場地域のイニシアチブを第一とする
- 改革努力を怠らない
- 医療従事者のみならず、患者・家族等国民がみんなで医療を支えることが必要

II. 具体的な政策

①医療従事者の数と役割

医師数の増加(H9年閣議決定の見直し)
医師の勤務環境の改善(女性医師の離職防止・復職支援)
診療科のバランスの改善等(産科・小児科等の増員方策の検討)
職種間の協働・チーム医療の充実 等

②地域で支える医療の推進

救急医療の改善策の推進(量的・質的な充実、地域全体でのトリアージ、夜間・救急利用の適正化)
「地域完結型医療」の推進(医療計画に基づく医療連携体制の推進、診療所機能の強化)、
在宅医療の推進
地域医療の充実・遠隔医療の推進 等

③医療従事者と患者・家族の協働の推進

相互理解の必要性
医療の公共性に関する認識、患者や家族の医療に関する理解の支援 等

III. 医療のこれからの方向性

- 「治す医療」から「治し支える医療」へ

社会保障国民会議最終報告(平成20年11月4日)における医療・介護の記述

※社会保障のあるべき姿について、国民に分かりやすく議論を行うことを目的として、開催。

① 医療・介護にかかる需要の増大

75歳以上高齢者の増大・家族介護力の低下・地域のサポート力の低下等々により医療・介護サービス需要は増大。需要に応えるサービス確保のための将来の財源確保が大きな課題となることは不可避。

② 不十分・非効率なサービス提供体制

我が国の病院は、人的・物的資源の不足、非効率が指摘される一方で、救急医療問題、地域医療の困窮、産科小児科医の不足など様々な課題に直面している。これらの課題に対し現段階でできる緊急の対策を講じていくことが必要だが、同時に構造問題の解決への取組が不可欠である。

③ サービス提供体制の構造改革と人的資源・物的資源の計画的整備

「選択と集中」の考え方に基づいて、病床機能の効率化・高度化、地域における医療機能のネットワーク化、医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築、人的資源の計画的養成・確保など、効率化すべきものは思い切って効率化し、他方で資源を集中投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であり、そのために必要な人的・物的資源の計画的整備を行うことが必要である。

④ 診療報酬体系・介護報酬体系の見直し

改革を実現していくためには、安定的な財源の確保・継続的な資金投入が必要だが、同時に医療制度・介護制度内部での財源配分のあり方についての見直しも必要。診療報酬・介護報酬体系そのもの、基本骨格のあり方にさかのぼった検討が必要である。

⑤ 医療・介護に関する将来試算の実施

あるべきサービスの姿はどのようなものなのか、そのことを明らかにしつつ、それを実現し、維持していくためにはどれだけの費用(フロー・ストック)が必要なのかを推計する試算を早急に実施。費用推計試算を踏まえ、財源の確保方策について検討を行う。

規制改革等の主な動き

【臨床修練】

○規制改革に係る対処方針について(平成22年6月18日閣議決定)

- ・医師の臨床修練制度の活用を促進するため、手続の簡素化や2年間という年限の弾力化を図るなど、制度・運用を見直す。また、国内での診療について、臨床修練目的の場合だけでなく、医療技術の教授目的の場合や国際水準の共同研究目的の場合にも認めるための制度改正を行う。〈平成22年度中検討、結論〉
- ・看護師の臨床修練制度についても、医師と同様にその活用を促進するため、手続の簡素化を図るなど、制度・運用を見直す。〈平成22年度中検討、結論〉

○新成長戦略実現に向けた3段構えの経済対策(平成22年9月10日閣議決定)

- ・医師の臨床修練制度の活用を促進するため、手続の簡素化や2年間という年限の弾力化を図るとともに国内での診療について、臨床修練目的の場合だけでなく、医療技術の教授目的の場合や国際水準の共同研究目的の場合にも認めることについて、制度・運用の見直しを早期に検討し、平成22年度中に結論を得て、できる限り平成23年中に順次所要の措置を講ずる。
- ・看護師の臨床修練制度についても、医師と同様にその活用を促進するため、手続の簡素化を図ること等について制度・運用の見直しを早期に検討し、平成22年度中に結論を得て、できる限り平成23年中に順次所要の措置を講ずる。

【死体解剖保存法】

○「明日の安心と成長のための緊急経済対策」における構造改革特区に係る臨時提案等に対する政府の対応方針」(平成22年6月2日構造改革特別区域推進本部決定)

- ・医療技術研修等のための死体利用について、現在実施中の研究(死体を利用した医療技術研修のニーズ等)の結果を踏まえ、提案の実現に向けて、国民の合意形成を得るべく、必要な対応策を検討し、結論を得る。〈平成23年度できるだけ早期〉

新成長戦略・基本方針(抜粋)

〈平成22年6月18日閣議決定〉

(医療・介護・健康関連産業を成長牽引産業へ)

我が国は、国民皆保険制度の下、低コストで質の高い医療サービスを国民に提供してきた結果、世界一の健康長寿国となった。世界のフロンティアを進む日本の高齢化は、ライフ・イノベーション(医療・介護分野革新)を力強く推進することにより新たなサービス成長産業と新・ものづくり産業を育てるチャンスでもある。

したがって、高い成長と雇用創出が見込める医療・介護・健康関連産業を日本の成長牽引産業として明確に位置付けるとともに、民間事業者等の新たなサービス主体の参入も促進し、安全の確保や質の向上を図りながら、利用者本位の多様なサービスが提供できる体制を構築する。誰もが必要なサービスにアクセスできる体制を維持しながら、そのために必要な制度・ルールの変更等を進める。

(日本発の革新的な医薬品、医療・介護技術の研究開発推進)

安全性が高く優れた日本発の革新的な医薬品、医療・介護技術の研究開発を推進する。産官学が一体となった取組や、創薬ベンチャーの育成を推進し、新薬、再生医療等の先端医療技術、情報通信技術を駆使した遠隔医療システム、ものづくり技術を活用した高齢者用パーソナルモビリティ、医療・介護ロボット等の研究開発・実用化を促進する。その前提として、ドラッグラグ、デバイスラグの解消は喫緊の課題であり、治験環境の整備、承認審査の迅速化を進める。

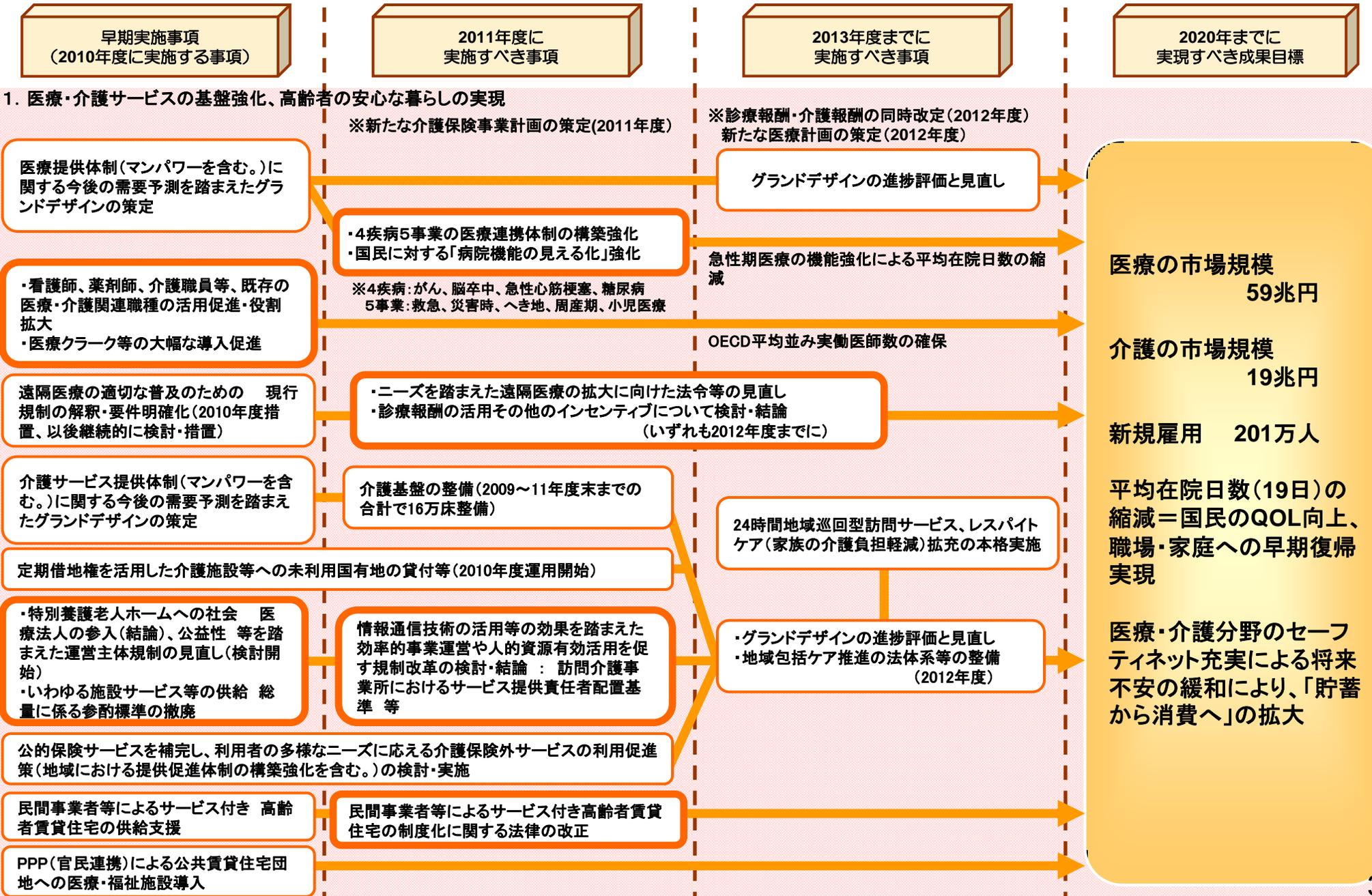
(不安の解消、生涯を楽しむための医療・介護サービスの基盤強化)

高齢者が元気に活動している姿は、健全な社会の象徴であり、経済成長の基礎である。しかし、既存の制度や供給体制は、近年の急速な高齢化や医療技術の進歩、それに伴う多様で質の高いサービスへの需要の高まり等の環境変化に十分に対応できていない。高齢者が将来の不安を払拭し、不安のための貯蓄から、生涯を楽しむための支出を行えるように医療・介護サービスの基盤を強化する。

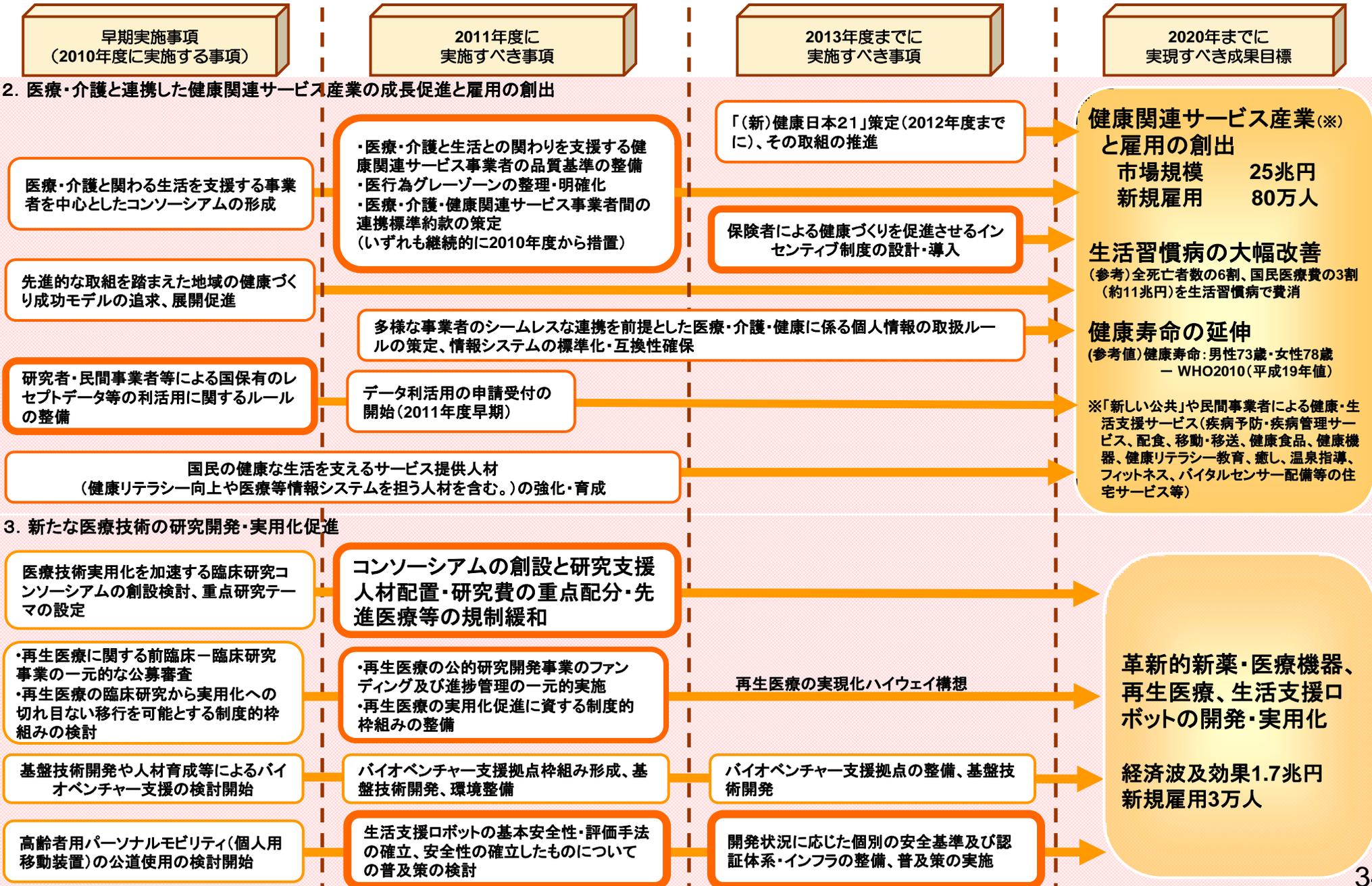
具体的には、医師養成数の増加、勤務環境や処遇の改善による勤務医や医療・介護従事者の確保とともに、医療・介護従事者間の役割分担を見直す。また、医療機関の機能分化と高度・専門的医療の集約化、介護施設、居住系サービスの増加を加速させ、質の高い医療・介護サービスを安定的に提供できる体制を整備する。

(地域における高齢者の安心な暮らしの実現)

医療、介護は地域密着型のサービス産業であり、地方の経済、内需を支えている。住み慣れた地域で生涯を過ごしたいと願っている高齢者は多く、地域主導による地域医療の再生を図ることが、これからの地域社会において重要である。具体的には、医療・介護・健康関連サービス提供者のネットワーク化による連携と、情報通信技術の活用による在宅での生活支援ツールの整備などを進め、そこに暮らす高齢者が自らの希望するサービスを受けることができる社会を構築する。



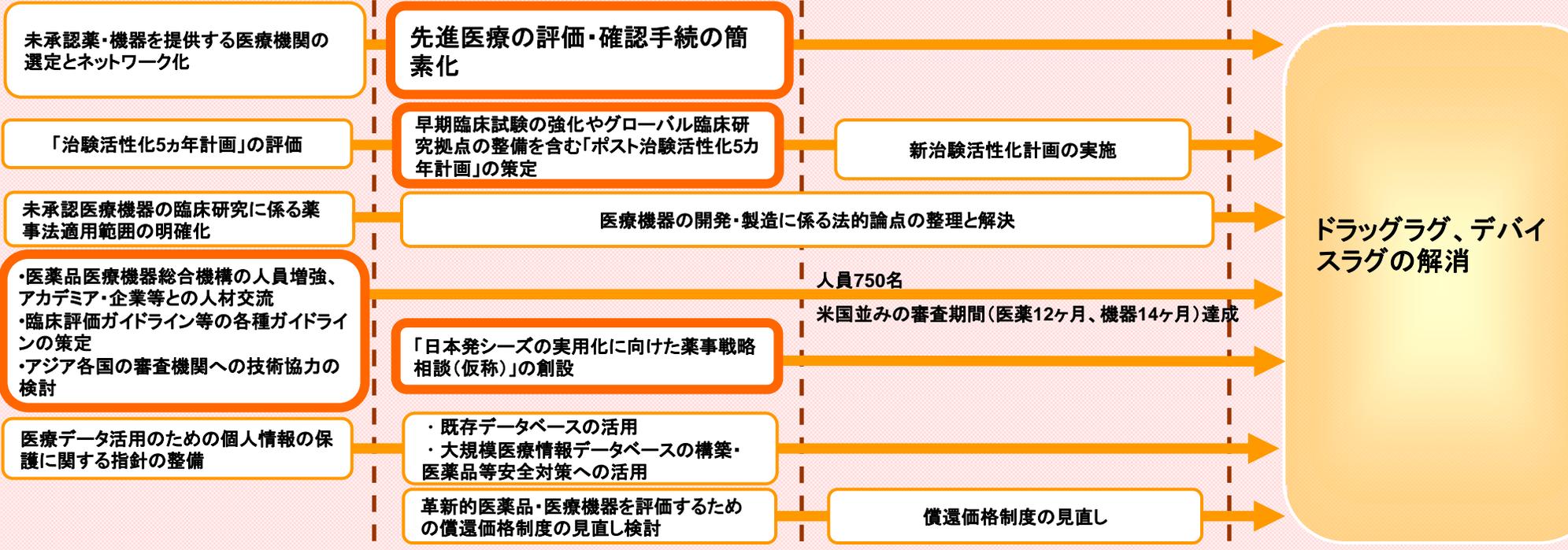
II 健康大国戦略



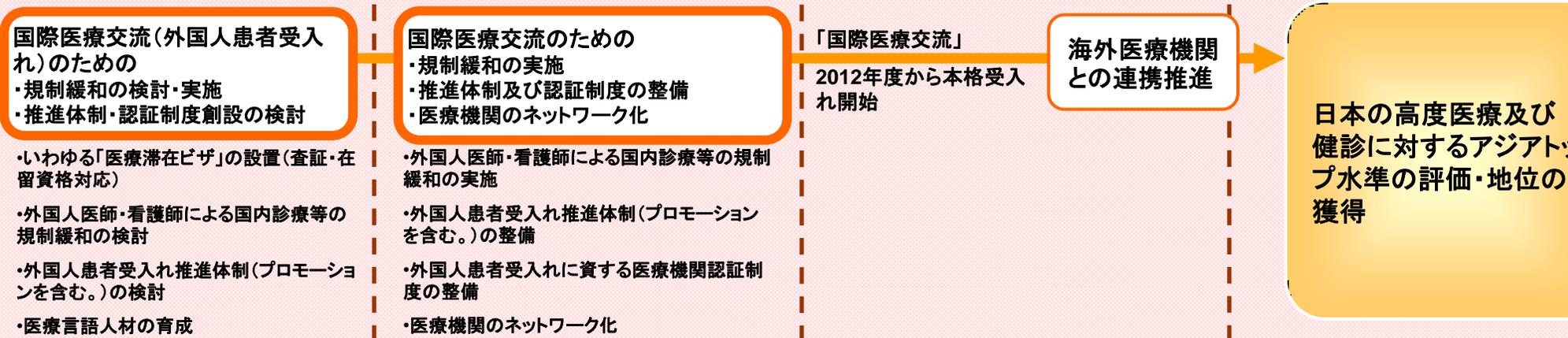
II 健康大国戦略



4. ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの解消



5. 医療の国際化推進



③生産性を上げる

【良質な医療サービスの提供】

※新成長戦略(平成22年6月18日閣議決定)
「健康大国戦略」

現状の問題点

- ◆ 病院・病床間、医療関係職種間の役割分担が不十分。

今後の対応

◇ 医療機関の役割分担・連携強化

- 病院・病床の役割分担を進め、急性期医療の機能強化、リハビリ・在宅医療などの充実・連携強化により、シームレスな医療提供体制を構築
- 患者や市民の参画による、地域のニーズを反映した医療提供体制の整備
- 4疾病5事業の医療連携体制の構築強化、病院機能の見える化

◇ 専門職種の役割分担の見直し

- 「チーム医療の推進に関する検討会」の報告書を受け、特定看護師(仮称)制度など、医療関係職種間の役割分担を推進
- 看護師、薬剤師、介護職員等、既存の医療・介護関連職種の活用促進・役割拡大、医療クランク等の大幅な導入促進
- 介護職員等の医療行為(痰の吸引・経管栄養)について特養において看護師と連携して円滑に進めるとともに、更なる措置について、法的措置を含めて検討

◇ 地域における医師の確保

- チーム医療の推進等により、OECD平均並みを目指して実働医師数を増加
- 診療科ごと、地域ごとの医師等の不足の実態把握

実施時期・効果等

平均在院日数(19日)の縮減＝国民のQOL向上、職場・家庭への早期復帰実現

平成22年度に特定看護師(仮称)の試行事業を実施(その状況を踏まえ制度化を検討)

平成22年度から実施

平成22年中にグランドデザインを策定

平成22年に開始し、同年夏過ぎを目途に公表

③生産性を上げる

【イノベーション】創薬、医療機器、介護機器(福祉用具)開発の促進

現状の問題点

※新成長戦略(平成22年6月18日閣議決定)
「健康大国戦略」

- ◆ 海外での開発・上市が先行するドラッグ・ラグ、デバイス・ラグ
- ◆ 諸外国と比べて高コストの治験体制
- ◆ 安全性基準、国際標準が定まっていない生活支援ロボット

今後の対応(1)

◇ ドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの解消

- 医薬品医療機器総合機構の人員増強、アカデミア・企業等との人材交流、臨床評価ガイドライン等の整備、アジア各国の審査機関への技術協力の検討等により、開発から承認までの期間を短縮

◇ 新たな医療技術等の研究開発・実用化促進

- 医療の実用化促進のためのコンソーシアムの創設と研究支援人材配置・研究費の重点配分、先進医療等の規制緩和
- 未承認薬・機器を提供する医療機関の選定とネットワーク化、当該医療機関における先進医療の評価・確認手続の簡素化
- 早期臨床試験の強化やグローバル臨床研究拠点の整備を含む「ポスト治験活性化5カ年計画」の策定・実施
- 未承認医療機器の臨床研究に係る薬事法適用範囲の明確化、医療機器の開発・製造に係る法的論点の整理と解決
- 再生医療の臨床研究から実用化への切れ目のない移行を可能とする制度的枠組みの検討・整備
- 大規模医療情報データベースの構築・活用による医薬品等安全対策の推進
- 「日本発シーズの実用化に向けた医薬品・医療機器薬事戦略相談事業(仮称)」の創設
- 新薬創出・適応外薬解消等促進加算制度の実施により薬価の引き下げを緩和

実施時期・効果等

医薬品:平成23年度までに2.5年のドラッグ・ラグ解消
医療機器:平成25年度までに19カ月のデバイス・ラグ解消

2020年までに約7000億円/年の経済効果

平成23年度以降実施

平成22年度以降実施

平成22年度以降実施

医療データ活用のための個人情報の保護に関する指針を整備し、2013年度までに構築

平成23年度開始を検討

平成22年度(試行的導入)
医療費ベースで約700億円を充当

今後の対応(2)

◇ ワクチン開発・生産体制の整備

- 基金の活用による新型インフルエンザワクチン開発・生産体制の整備
- トランスレーショナルリサーチ(基礎から実用化への橋渡し研究)の推進等によるワクチン開発の推進

◇ 介護機器(福祉用具)振興、生活支援ロボットの実用化

- 介護機器(福祉用具)の研究開発の推進・臨床評価の拡充
- 介護機器(福祉用具)における給付のあり方の検討(サービスの向上・貸与と販売の整理等)
- 生活支援ロボットの基本安全性・評価手法の確立、国際標準化の推進(経産省と連携)

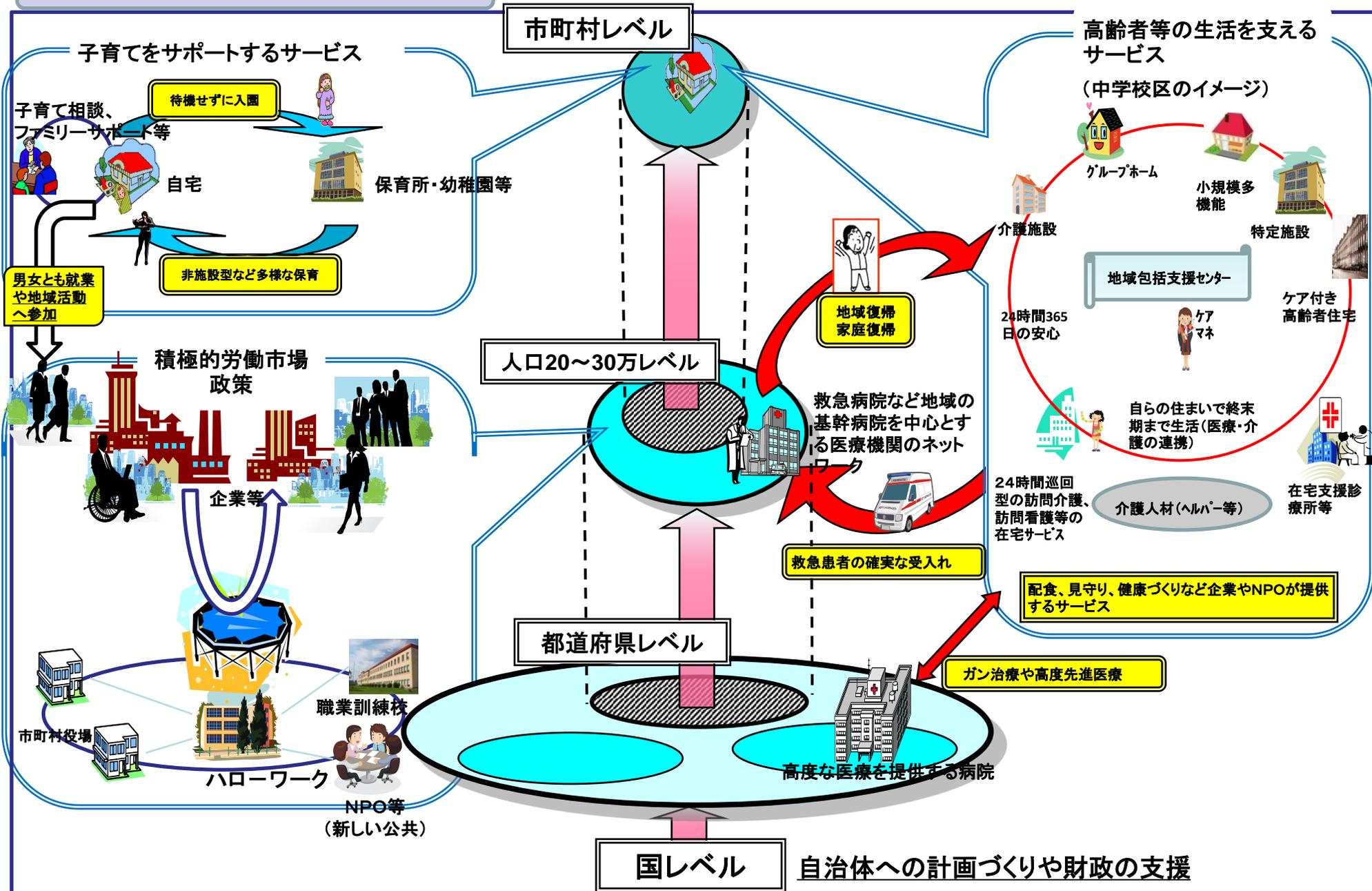
実施時期・効果等

全国民分の新型インフルエンザワクチンの生産期間:5年以内を目途に1年半-2年→約半年

平成24年度までに実施

平成24年度までに実施

平成25年度までに実施



今後の主な予定等について

【当面の当部会の開催予定】

当面、年内には、以下のようなテーマに沿って数回程度開催(予定)

○ 医療を支える基盤(ソフト)

- ・ 医師等医療人材の確保
- ・ 情報提供・広告・安全確保
- ・ 医療法人

○ 医療を支える基盤(ハード)

- ・ 医療施設体系
- ・ 特定機能病院、地域医療支援病院

○ 地域における医療体制

- ・ 医療計画
- ・ 救急医療、小児・周産期医療
- ・ 在宅医療

※ 医療計画については、4疾病5事業に係る医療機能の見直しなどの実務的な検討を行うため、別途検討会を設置(詳細は次項参照)

1. 検討項目

- ・ 医療体制の構築に係る指針(*1)に示された、4疾病5事業(*2)に係る医療機関に求められる医療機能の見直し
- ・ 医療計画の達成状況を把握するための指標の在り方
- ・ 医療計画策定のためのデータ集積・分析等の在り方 等

*1 疾病又は事業ごとの医療体制構築に係る指針(平成19年7月20日指導課長通知)

*2 がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・救急医療・災害時における医療・へき地の医療・周産期医療・小児医療

2. スケジュール

平成25年度からの次期医療計画の開始に向けて、平成23年度中を目途に検討結果をとりまとめる。

※ 委員は、関係団体、自治体及び有識者で構成