

医療提供体制について

平成23年7月21日
厚生労働省医政局

医療提供体制の概要

制度の基本構造

- 我が国の医療提供体制にかかる施策体系は、主に医療施設と医療従事者に対する法律を中心に構成されている。



医療法：医療提供の理念、病院及び診療所の構造設備、医療機関の運営主体（医療法人）に関する規制等、主に医療施設の在り方（モノ）に関して規定。



医師法、保健師助産師看護師法等：医師、看護師等の医療従事者（ヒト）に関する資格・業務等について規定

基礎データ

【主な施設数】

病院：8,739 診療所：99,635 歯科診療所：68,097（平成21年）



【主な医療従事者数】

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）

我が国の医療提供体制の主な特徴


- 国民皆保険制度の下、フリーアクセスにより、どの医療機関でも受診が可能であり、世界最長の平均寿命を達成するなど、世界の中でも高い保健医療水準を実現。
- 個人及び民間医療機関（医療法人）が病院数で6,235と70.3%、病床（ベッド）数で896,648と55.3%を占めており、民間中心の医療提供体制となっている。

※ 公的な医療機関としては、国直営のハンセン病療養所（13カ所）、地方自治体が運営する自治体病院、（独）国立病院機構が運営する病院（144病院）、6つの国立高度専門医療研究センター（NC独法）などがある。

医療提供体制の現状と課題について(概要)

我が国の医療提供体制については、高い保健医療水準の確保に貢献してきたが、近年、下記のような課題が指摘されている。

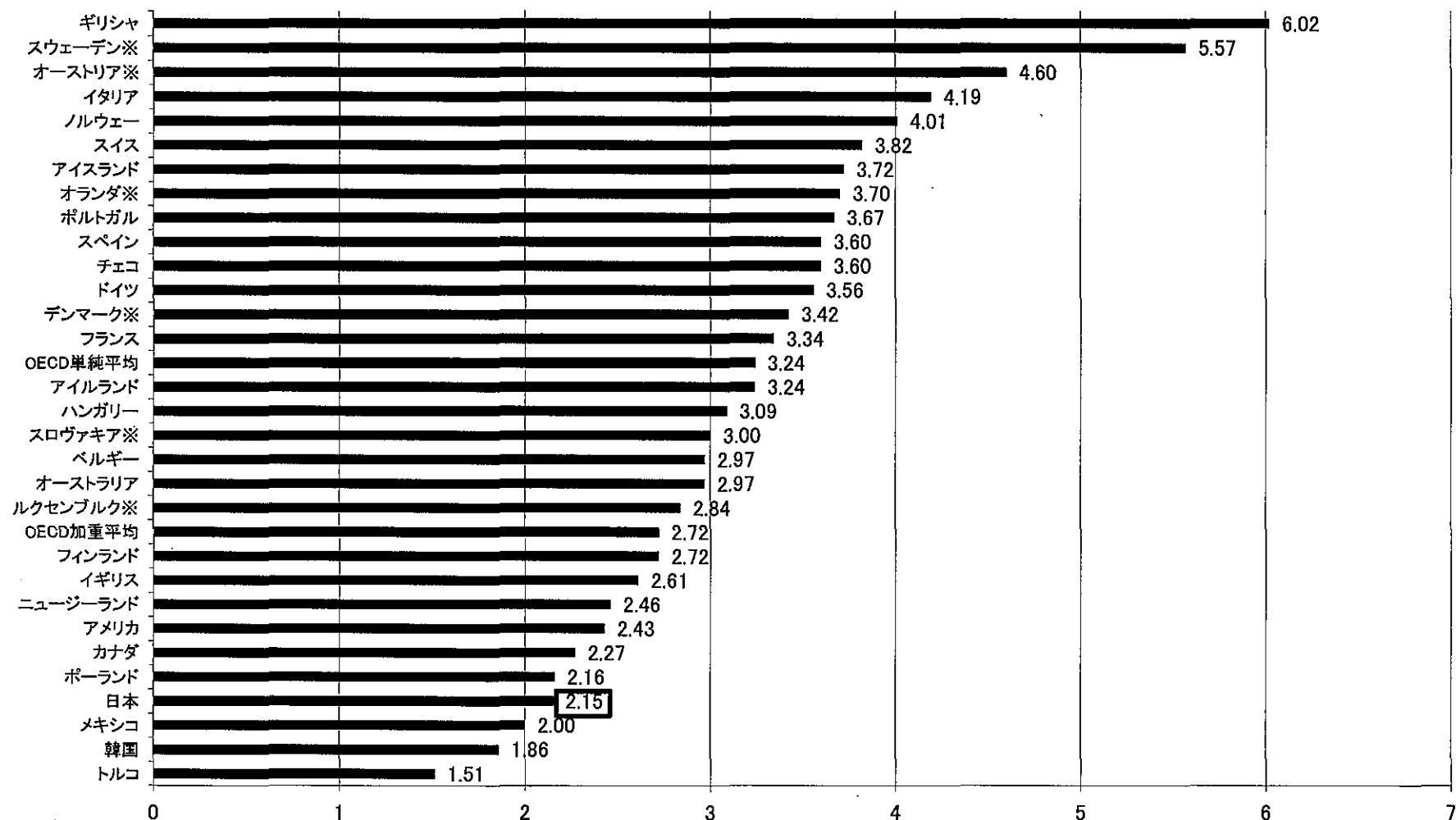
- ・ 国際的にみて人口当たり医師数が少なく、医師の不足・偏在が発生
- ・ 救急、産科・小児科等の確保困難
- ・ 医療技術・機器の高度化、インフォームドコンセントの実践、医療安全の確保等に伴って、医師を始めとするスタッフの業務増大
- ・ 国際的にみて人口当たり病床数の多さに対し、病床当たり従事者は少ない
- ・ 病院・病床の機能分担が不明確
- ・ 疾病構造が変化する中、急性期治療を経過した患者を受け入れる入院機能や、在宅医療機能などが不足



国民が安心して良質な医療を受けることができるよう、①医師確保・偏在対策、②病院・病床の機能分化・強化、③在宅医療体制の強化などにより、医療提供体制の機能強化を図る必要がある。

人口千人当たり臨床医数の国際比較(2008年(平成20年))

○我が国の人口千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。

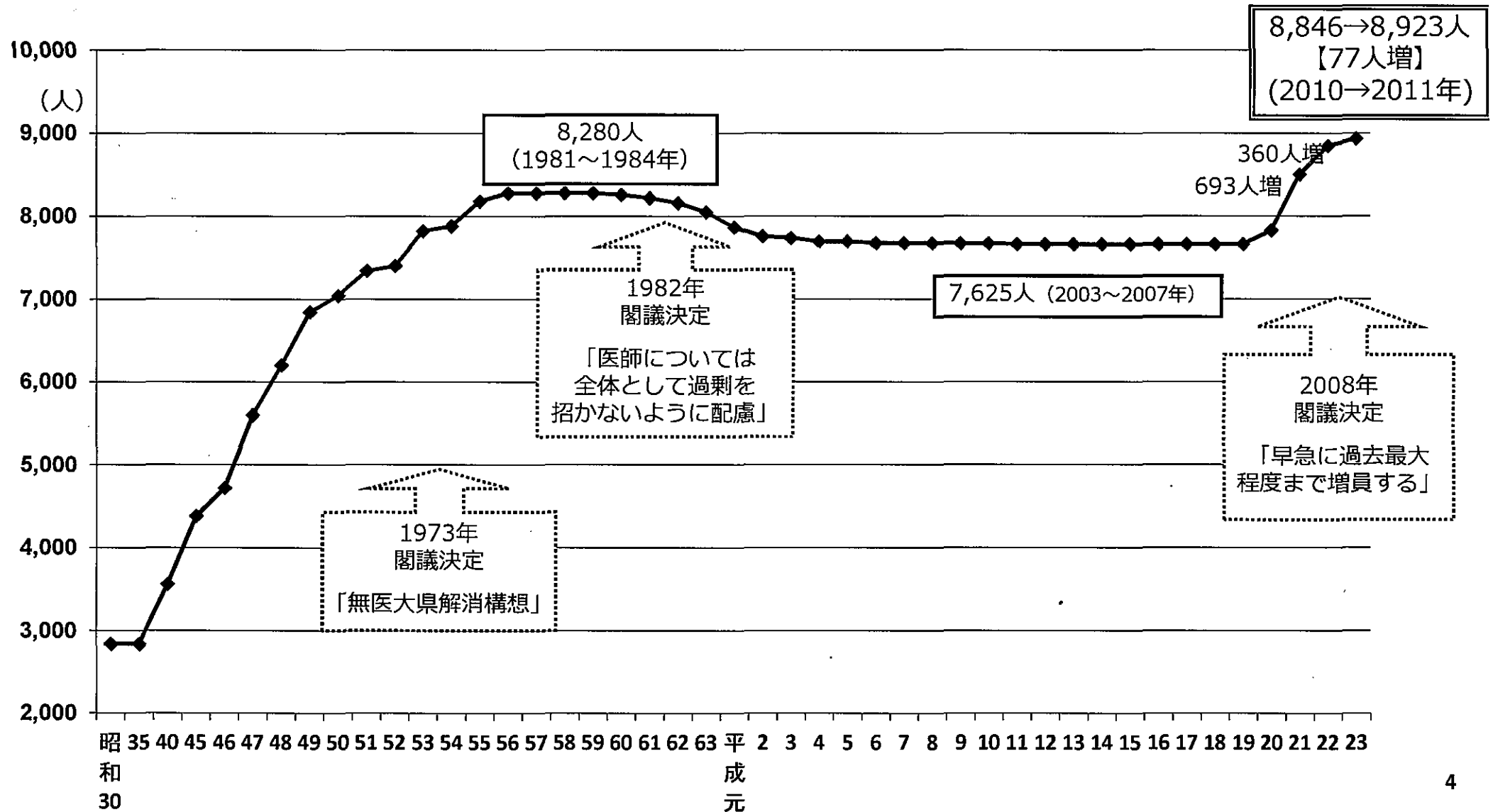
注2 加重平均とは、全医師数を全人口で割った数のこと。

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

医学部入学定員の年次推移

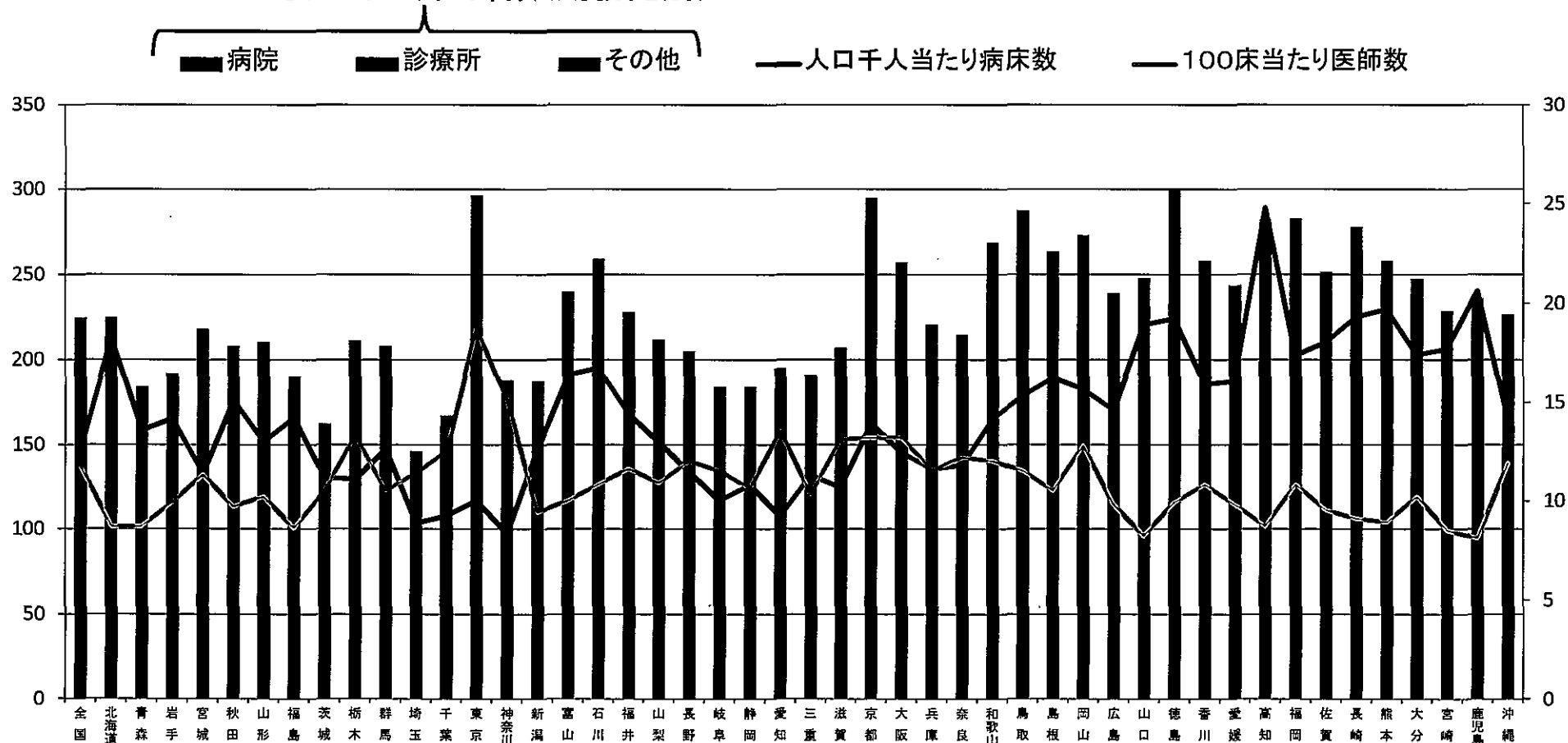
○医学部の入学定員を、過去最大規模まで増員。



人口当たり医師数

- 人口当たり医師数は、地域によって差がある。
- 人口当たり医師数が全国平均より高めな地域であっても、人口当たり病床が多ければ、結果的に病床当たりの医師配置は薄くなる。

人口10万人当たり医師数(勤務先別)



※医療施設調査、医師・歯科医師・薬剤師調査(各平成20年)に基づき作成

病院等における必要医師数実態調査の概要

○全国的に医師が不足しているが、地域、診療科によって不足の程度が異なる。

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> 全国統一的方法により各医療機関が必要と考えている医師数を調査
<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)
<回収率> 病院88.5%、分娩取扱い診療所64.0%の合計で84.8%

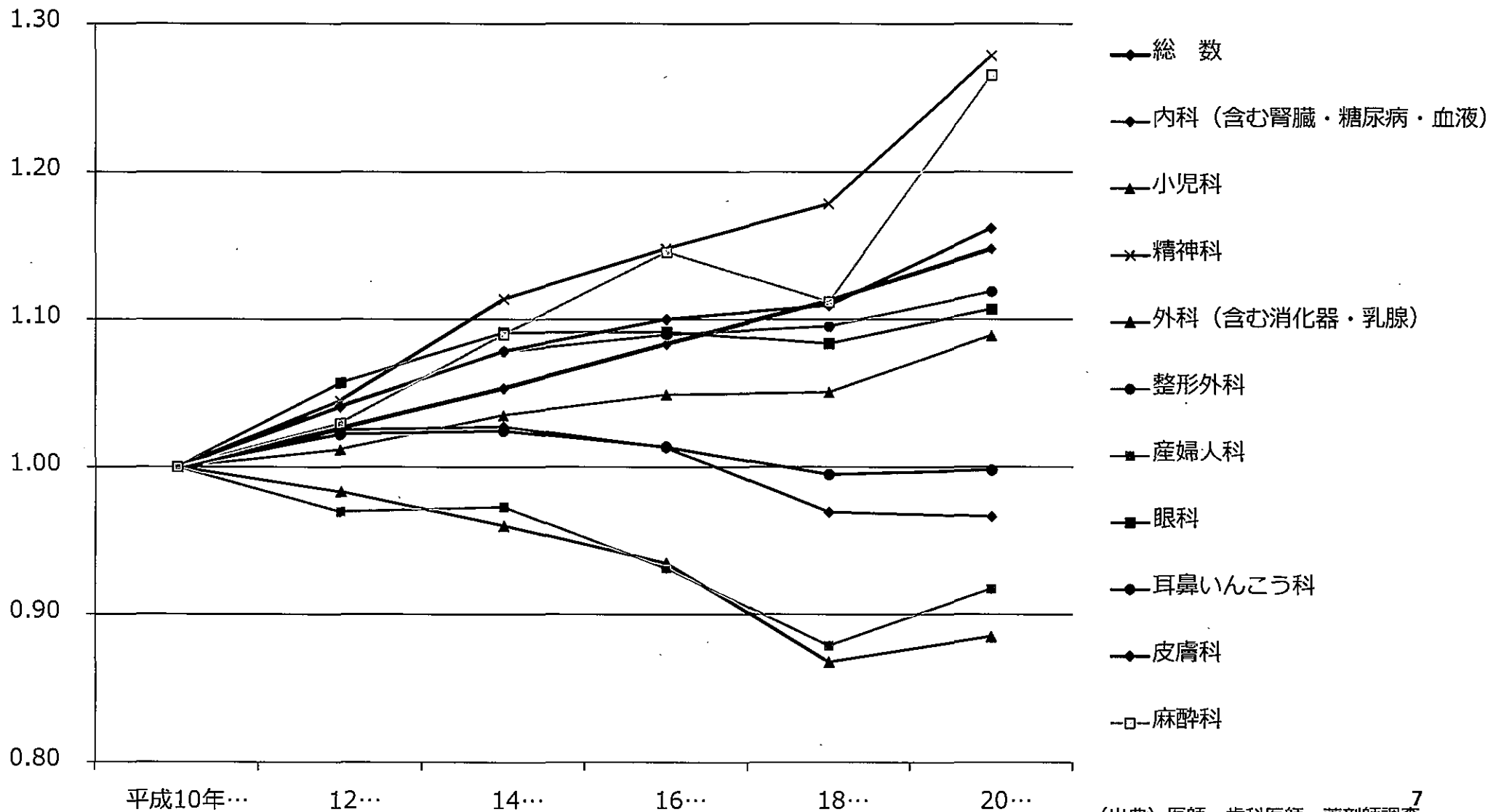
調査結果のポイント

- 現員医師数(167,063人)に対する倍率
- ・必要求人医師数 18,288人 1.11倍
 - ・必要医師数 24,033人 1.14倍
- ※ 倍率は、いずれも必要数と現員数の合計値を、現員数で除したもの
(必要医師数 = 必要求人医師数 + 求人していないが必要と考える医師数)
- 現員医師数に対する倍率が高い都道府県
- ・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
- ・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、
 - ・必要医師数：リハビリ科1.29倍、救急科1.28倍、産科1.24倍、

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。



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(ナースィ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)

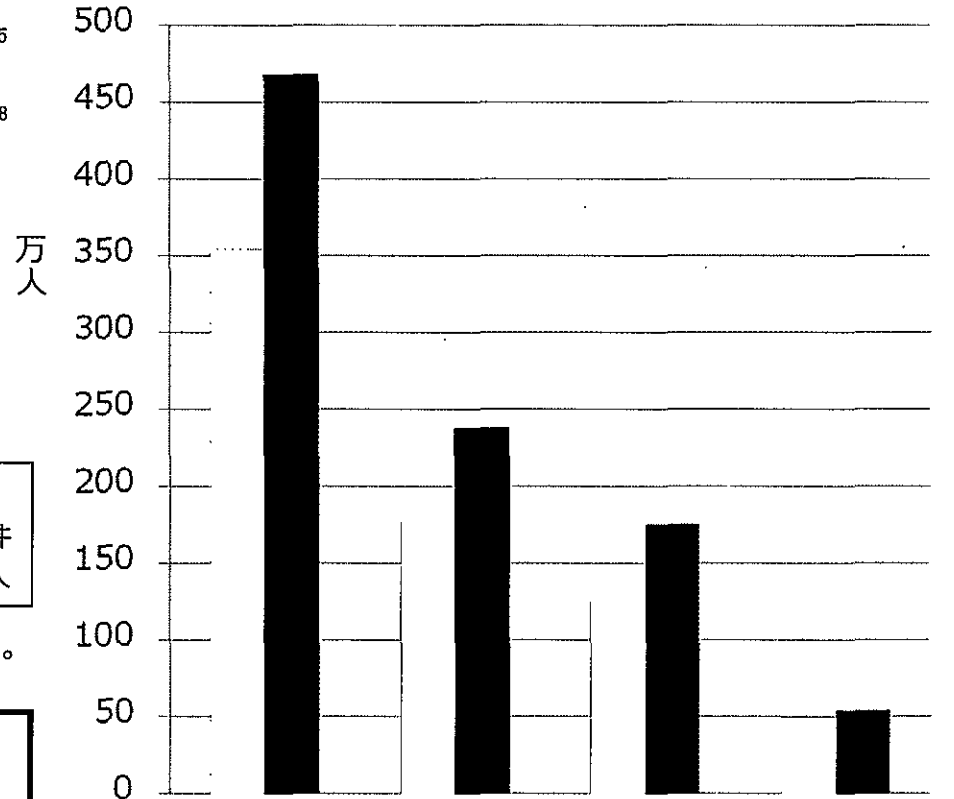
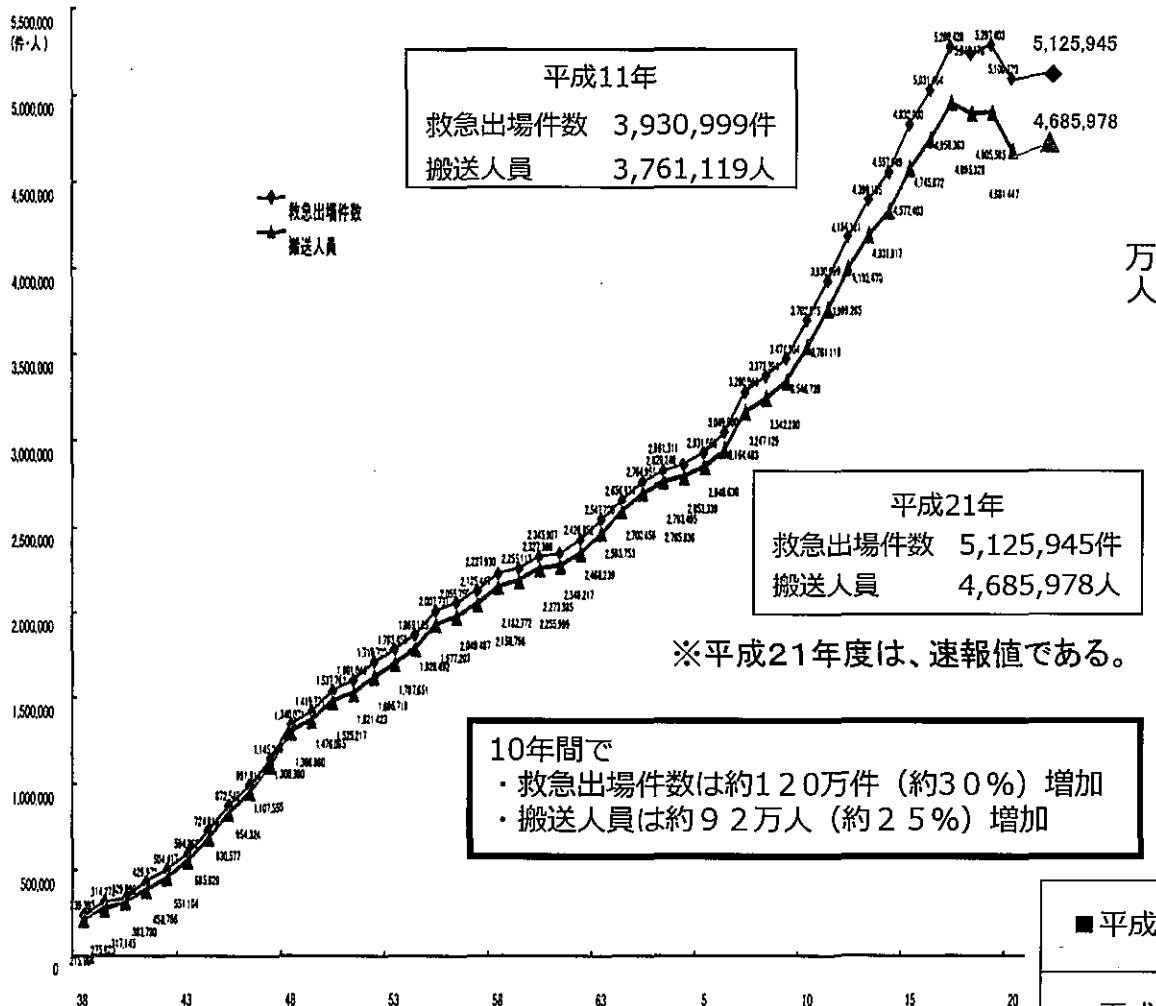
アメリカ:アメリカ病院協会に登録されている全病院の病床

※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。

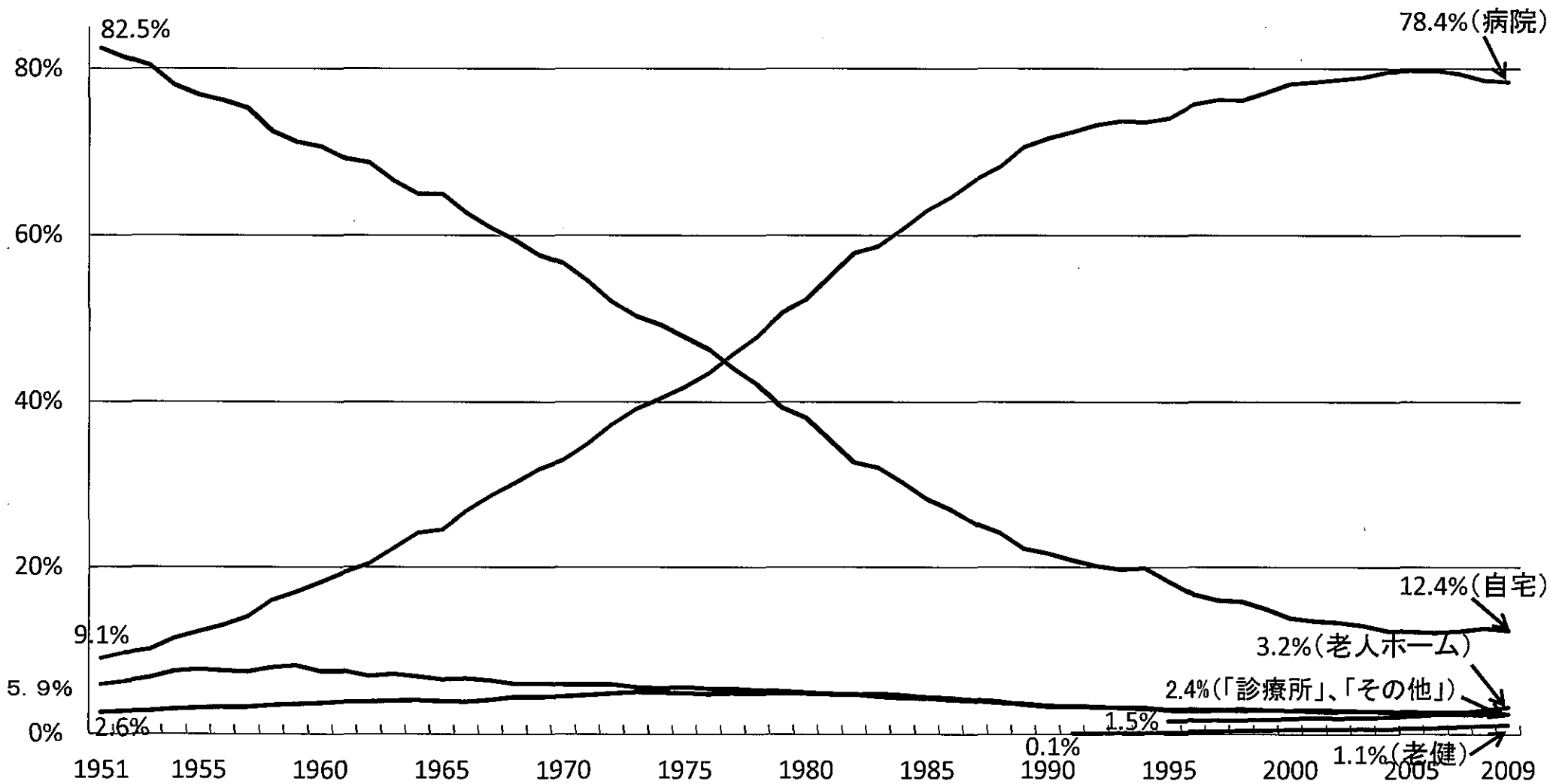


	全体	軽症	中等症	重症
■平成10年	354.1	178.3	125.9	49.8
■平成20年	467.9	237.8	175.8	53.7

(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。

死亡場所の推移

○20世紀半ばには自宅で死亡する者が8割超であったが、現在では8割近くの者が病院で死亡している。



— 病院 — 診療所 — 介護老人保健施設 — 老人ホーム — 自宅 — その他

※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

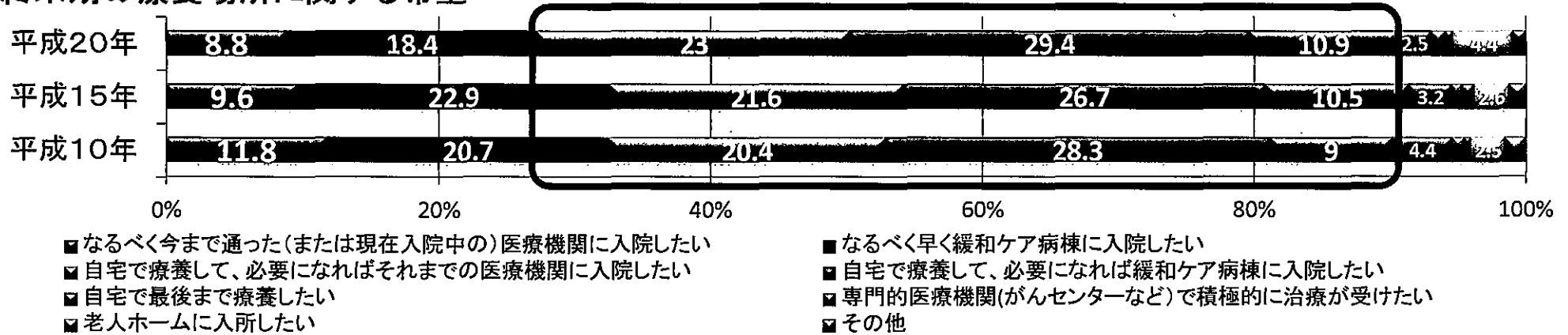
出典)厚生労働省「人口動態調査」

終末期医療に関する調査

○60%以上の国民が「自宅で療養したい」と希望。

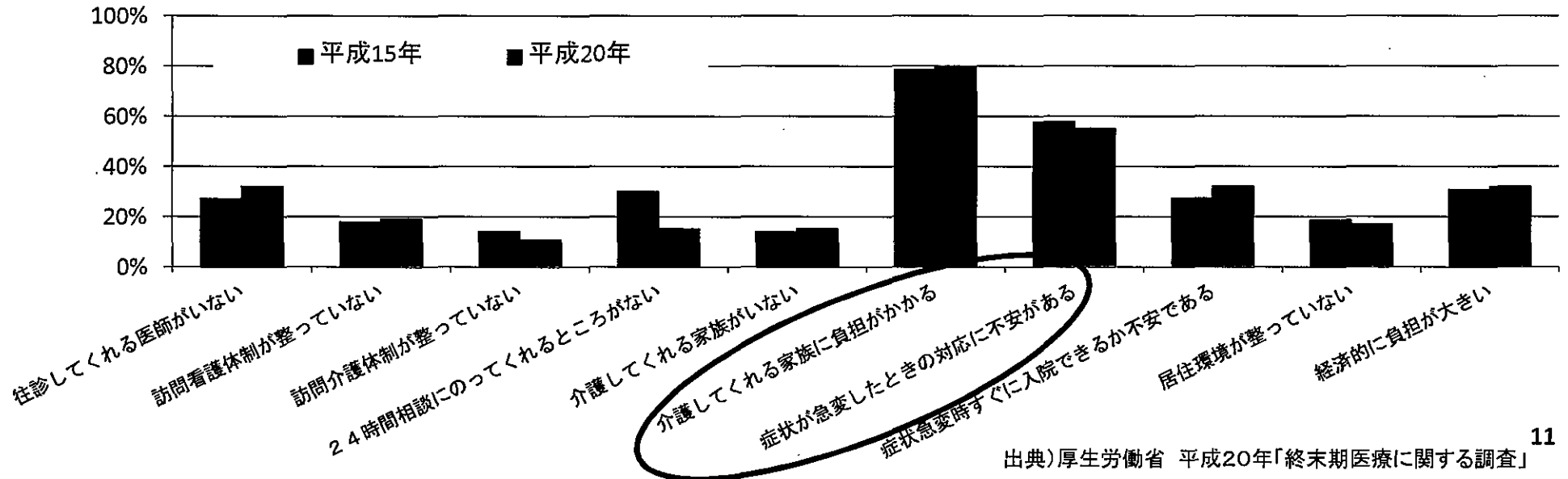
○自宅で最期まで療養するには、家族の負担や急変したときの対応などに不安を感じている。

■終末期の療養場所に関する希望



出典)厚生労働省「終末期医療に関する調査」(各年)

■自宅で最期まで療養することが困難な理由(複数回答)



出典)厚生労働省 平成20年「終末期医療に関する調査」

地域医療支援センター運営経費

平成23年度予算 5.5億円

医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

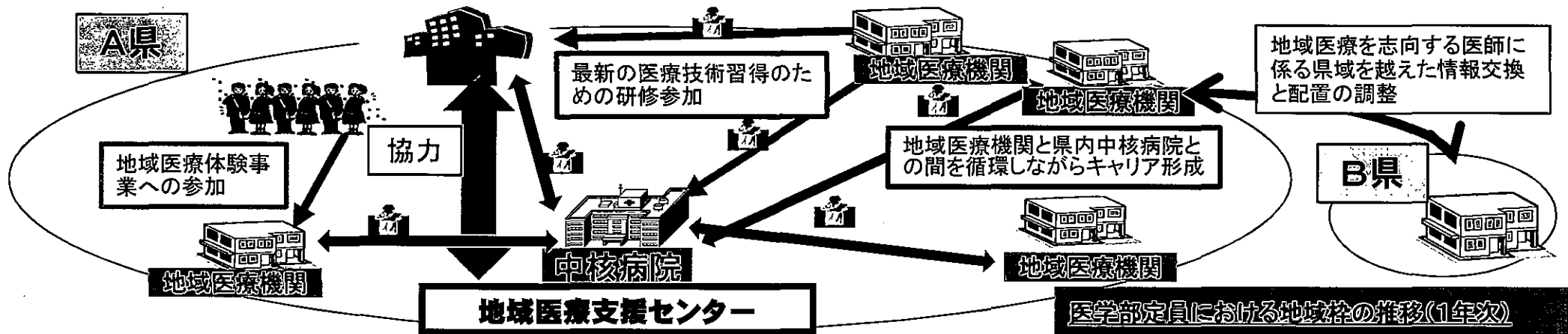
➢ 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかと将来への不安等

地域医療支援センターの目的と体制

- 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーの確立。
- 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師など活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。

・ 人員体制：専任医師2名、専従事務職員3名

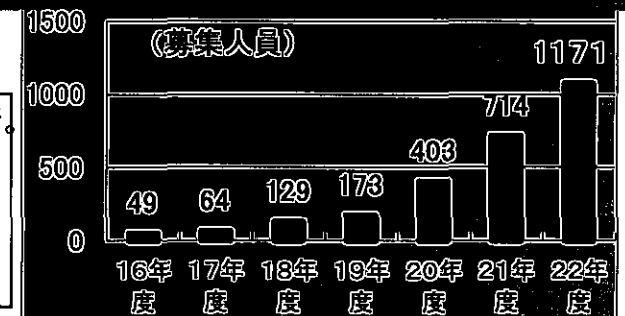
・ 設置場所：都道府県立病院、〇〇大学病院等



地域医療支援センターの役割

- 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学と調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。公的補助金決定にも参画する権限を付与。

医学部定員における地域枠の推移(1年次)



➢ 平成23年度は、15箇所※で先行的に事業を実施。 ※「県内医師の地域偏在が大きい」、「へき地、無医地区が多い」等を基に選定。

➢ 先行事例の経験を蓄積し、今後の取組に活かしていくことで、各都道府県の医師確保対策の取組みを継続的に支援。

現状の課題

現在の地域医療再生計画は、二次医療圏を基本単位としていることから、都道府県単位(三次医療圏)の広域医療圏における医療提供体制の考え方が、十分に計画されているとはいえない状況である。

事業概要

◎ 都道府県が策定する地域医療再生計画に基づく事業を支援

- 対象地域 都道府県単位(三次医療圏) ※一次・二次医療圏を含む広域医療圏
- 対象事業 地域の実情に応じて自由に事業を決定
- 計画期間 平成25年度までの4年間
- 予算総額 2,100億円 (15億円×52地域、加算額 1,320億円) (上限120億円)
- 計画の評価・助言は、厚生労働省に設置する有識者による会議で実施

今後のスケジュール案

- | | |
|------------|------------------|
| 平成23年6月16日 | 地域医療再生計画の提出期限 |
| 8月中旬 | 有識者会議の開催 |
| 8月下旬 | 都道府県に対する交付金の額の内示 |
| 9月初旬 | 都道府県に対する交付金の交付決定 |

※被災3県については、左のスケジュールに関係なく、交付額の上限である120億円を確保。そのうち基礎額部分の15億円については、医療機能を回復するために緊急的に必要である場合は、前倒して交付することを可能とした。

社会保障審議会医療部会の最近の開催状況について

社会保障審議会医療部会において、今後の医療提供体制のあり方について議論を行っているところ。現在の主な議論の状況は下記のとおり。

○ 10月15日 総論

- ・ 医療提供体制の総論

○ 11月11日 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

○ 12月 2日 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

○ 12月22日 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

○ 2月17日

- ・ 前回までの議論の整理
- ・ 在宅医療

○ 3月 9日

- ・ 前回までの議論の整理
- ・ 病床区分の在り方

○ 6月 8日

- ・ 東日本大震災への対応
- ・ 社会保障集中検討会議提出資料について

○ 7月 6日

- ・ 特定機能病院・地域医療支援病院について
- ・ 4疾病5事業について(精神疾患の取扱いについて)

○ 7月20日

- ・ 診療報酬改定について
- ・ 外来診療機能等について

社会保障・税一体改革成案(抄)
(平成23年6月30日政府・与党社会保障改革検討本部決定)

I 社会保障改革の全体像

2 改革の優先順位と個別分野における具体的改革の方向

(2) 個別分野における具体的改革

＜個別分野における主な改革項目(充実／重点化・効率化)＞

II 医療・介護等

- 地域の実情に応じたサービスの提供体制の効率化・重点化と機能強化を図る。
そのため、診療報酬・介護報酬の体系的見直しと基盤整備のための一括的な法整備を行う。
 - ・ 病院・病床機能の分化・強化と連携、地域間・診療科間の偏在の是正、予防対策の強化、在宅医療の充実等、地域包括ケアシステムの構築・ケアマネジメントの機能強化・居住系サービスの充実、施設のユニット化、重点化に伴うマンパワーの増強
 - ・ 平均在院日数の減少、外来受診の適正化、ICT活用による重複受診・重複検査・過剰薬剤投与等の削減、介護予防・重度化予防

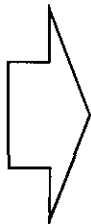
医療提供体制の効率化・重点化と機能強化 ～良質な医療を効率的に～

- 高齢化等に伴う医療ニーズの増大や医療技術の高度化等に対応するため、患者ニーズに応じて入院機能の分化を図り、メリハリを付けて医療資源を投入する。
- 看取り対応も含めた在宅医療の充実・強化、医療と介護の連携強化等を進める。
- これらにより、患者の職場、地域生活等への早期復帰を支援し、平均在院日数の短縮を図る。

所要額（公費）
2015年
0.4兆円程度

<現状>

- 国際的にみて人口当たり医師数が少なく、医師不足・偏在等への対応が急務。
- 国際的にみて人口当たり病床数の多さに対し、病床当たり従事者が少ない。一方で、医療技術の高度化等に伴い医療スタッフの業務は増大。
- 一般病床の役割分担が不明確で、病院の人員配置も手薄。
- 疾病構造が変化する中で、急性期治療を経た患者を受け止める亜急性期、リハビリ等の入院機能や、在宅医療機能などが不足。



充 実

<改革の具体策>

- 医師の確保・偏在対策（地域医療支援センター等）、看護職員確保対策の強化、多職種連携・協働によるチーム医療の推進。
- 急性期医療への資源集中投入、亜急性期・回復期・慢性期医療への資源投入強化を始めとして手厚い体制へと入院医療の機能強化。
(例) 高度急性期対応の従事者：現状の約2倍程度(2025年に)
亜急性期等対応の従事者：コメディカルを中心に現状の約3割程度増(同上)
- 診療所等による総合的な診療や在宅療養支援の強化・評価、訪問看護の計画的整備など、地域における外来・在宅医療の充実。
- 精神病床の機能に応じた体制強化やアウトリーチ（訪問支援）体制整備など、精神保健医療の改革。
- 在宅連携拠点機能の整備や連携パスの普及など、入院から在宅への移行時や医療と介護の間での連携強化。

(合わせて8,700億円程度)

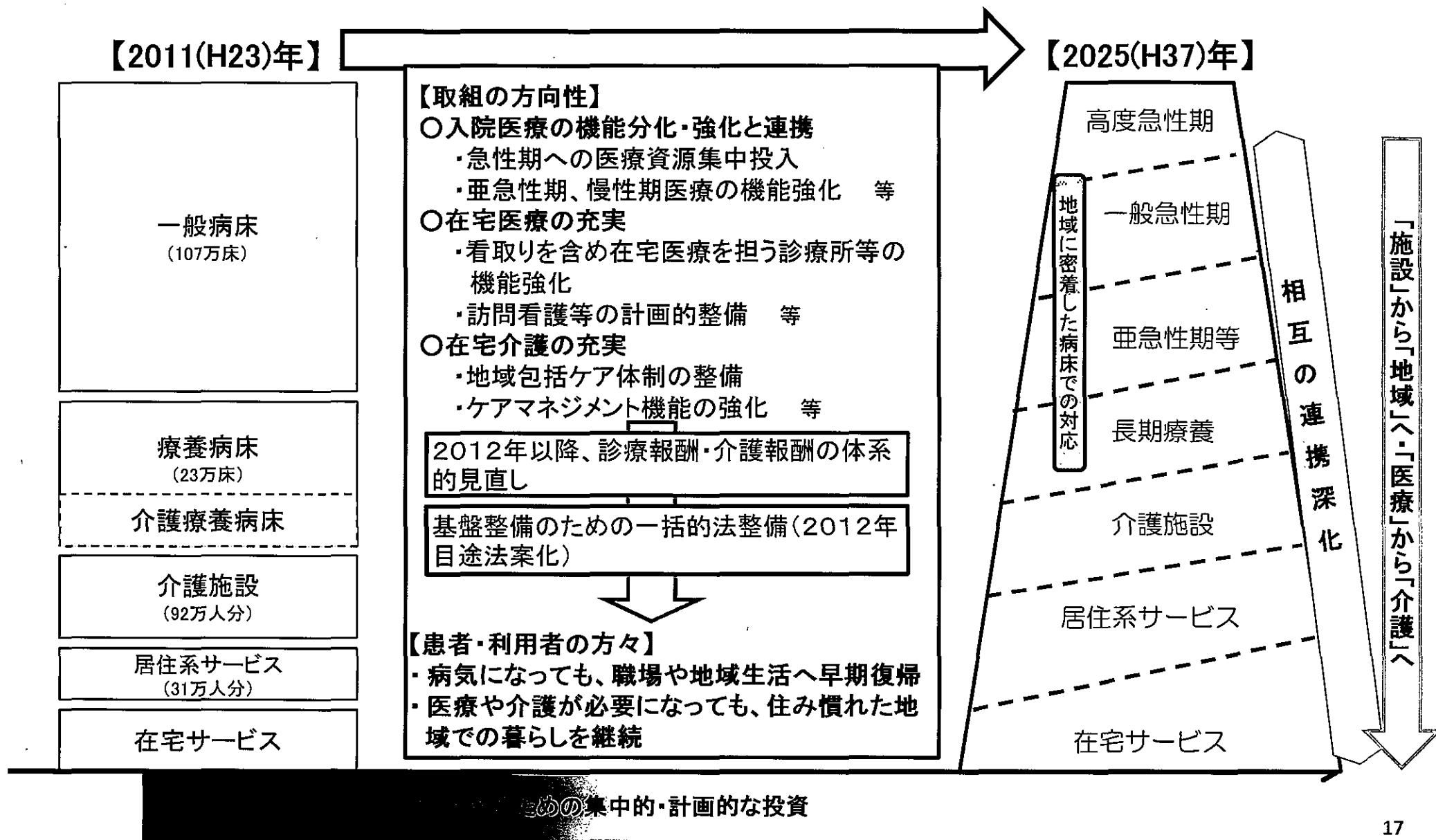
重点化・効率化

<改革の具体策>

- 医療資源の投入強化等による機能強化、医療機関間や医療と介護の連携の強化等により、平均在院日数の短縮。 (▲4,300億円程度)

将来像に向けての医療・介護機能再編の方向性イメージ

- 患者ニーズに応じた病院・病床機能の役割分担や、医療機関間、医療と介護の間の連携強化を通じて、より効果的・効率的な医療・介護サービス提供体制を構築。

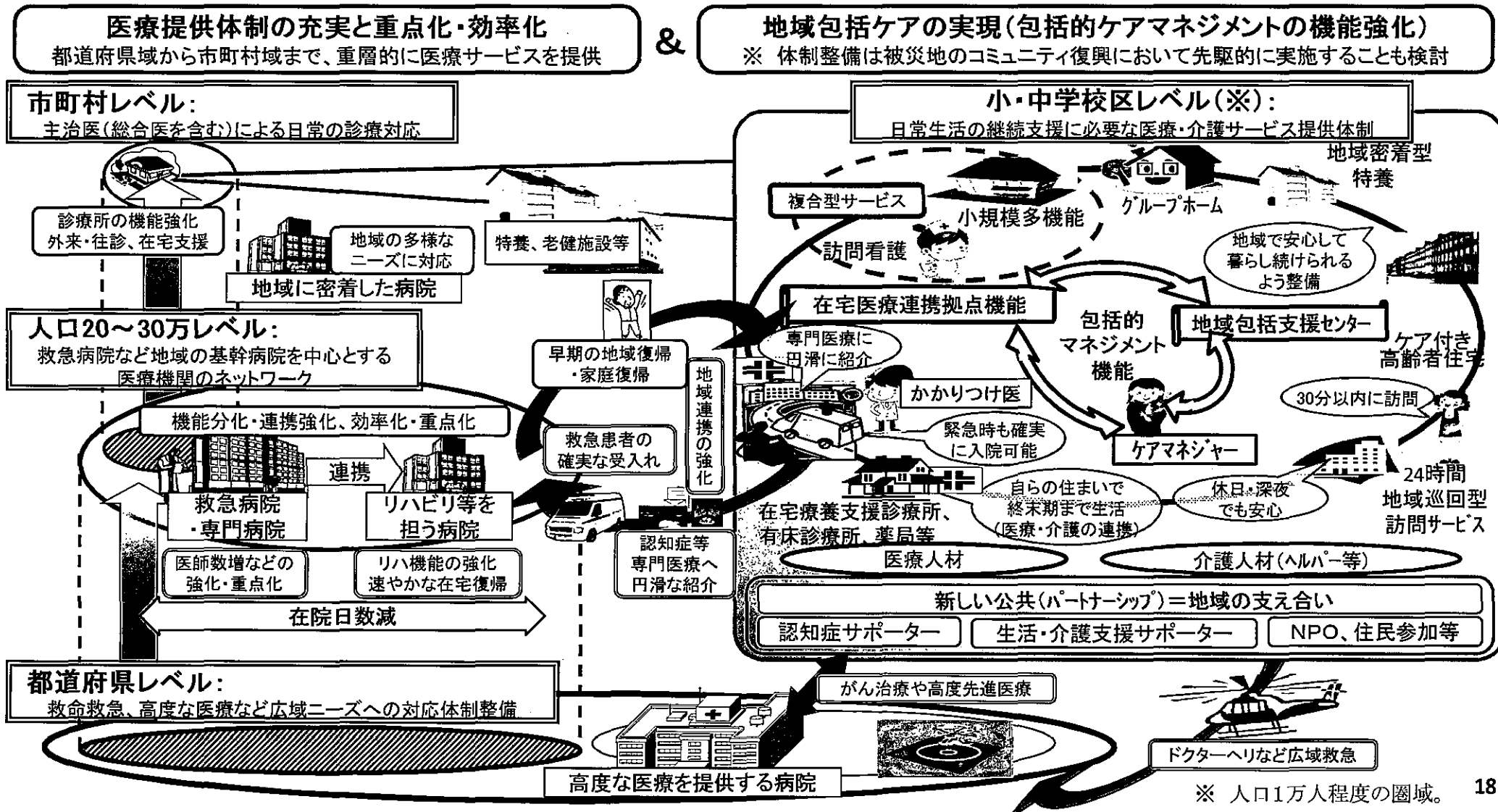


医療・介護の提供体制の将来像の例

～機能分化し重層的に住民を支える医療・介護サービスのネットワーク構築～

○日常生活圏域内において、医療、介護、予防、住まいが切れ目なく、継続的かつ一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の確立を図る。

○小・中学校区レベル(人口1万人程度の圏域)において日常的な医療・介護サービスが提供され、人口20～30万人レベルで地域の基幹病院機能、都道府県レベルで救命救急・がんなどの高度医療への体制を整備。



参考資料

～最近の主な報告書等の概要～

終末期医療のあり方に関する懇談会(概要)

■終末期医療のあり方に関する懇談会

- 平成20年3月に実施された一般国民及び医療福祉従事者(医師、看護職員、介護施設職員)に対する終末期医療に関する調査、関係者からのヒアリングをもとに、日本人の死生観、倫理観等を踏まえて、終末期医療の現状の問題点の抽出、終末期医療の考え方の整理及び望ましい終末期医療のあり方について検討を行った。
- 平成20年10月から計6回開催し、平成22年12月に「終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」がとりまとめられた。

■終末期医療のあり方に関する懇談会の主な意見の概要

(「終末期医療のあり方に関する懇談会報告書」(平成22年12月)より作成)

- リビング・ウィルの法制化については慎重な意見が多かったが、リビング・ウィルが患者の医師を尊重した終末期を実現する一つの方法として、リビング・ウィルを作成する際も、意思決定に至る過程において患者・家族に十分な情報を提供し、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」に記載されているようなプロセスをさらに現場に浸透させ、充実させていくことが望まれる。
- 医療福祉従事者から十分な情報提供や説明を行うためには、医療福祉従事者が終末期医療に関する知識を十分に備えた上で、患者、患者家族及び医療福祉従事者が話し合う機会を確保していくことが必要である。
- 緩和ケアについても、終末期医療と同様、患者や家族の暮らしを支える観点が必要であり、緩和ケアを提供できる場所の拡大や、緩和ケアに関わる医療福祉従事者に対する正しい知識の普及が重要である。
- 患者をそばで支える家族へのケア、遺族に対するグリーフケアについて今後議論を深めるべきである。

チーム医療の推進について（チーム医療検討会 報告書概要）①

1. 基本的な考え方

- 「チーム医療」とは「多様な医療スタッフが、各々の高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担し、ついでに連携・補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」。
- 「チーム医療」の効果は、①医療・生活の質の向上、②医療従事者の負担軽減、③医療安全の向上。
- チーム医療を推進するためには、①各医療スタッフの専門性の向上、②各医療スタッフの役割の拡大、③医療スタッフ間の連携・補完の推進、という方向で様々な取組を進める必要。

2. 看護師の役割の拡大

- チーム医療の推進に資するよう看護師の役割を拡大するためには、①看護師が自律的に判断できる機会の拡大、②看護師の実施可能な行為の拡大、によって、能力を最大限に発揮できる環境を用意する必要。

【自律的に判断できる機会の拡大】

- 看護師の能力等に応じた医師の「包括的指示」の活用が不可欠であるため、「包括的指示」の具体的な成立要件を明確化。

【看護師の実施可能な行為の拡大】

- 看護師が実施し得るか否か不明確な行為が多いことから、その能力を最大限に発揮し得るよう、実施可能な行為を拡大する方向で明確化。 ⇒ 看護業務に関する実態調査等を早急を実施

【行為拡大のための新たな枠組み】

- 一定の医学的教育・実務経験を前提に専門的な臨床実践能力を有する看護師（特定看護師（仮称））が、従来よりも幅広い医行為を実施できる新たな枠組みを構築する必要。 ⇒ 医療現場や養成現場の関係者等の協力を得て専門的・実証的に検討

<行為例>

◆CT・MRI等の実施時期の判断、読影の補助等 ◆縫合等の創傷処置 ◆副作用出現時等の薬剤変更・中止

- 当面は現行法下で試行。試行結果を検証、法制化を視野に具体的措置を検討。

※ 医師の指示を受けずに診療行為を行う「ナースプラクティショナー」（NP）については、医師の指示を受けて「診療の補助」行為を行う特定看護師（仮称）とは異なる性格を有しており、その導入の必要性を含め基本的な論点について慎重な検討が必要。

チーム医療の推進について（チーム医療検討会 報告書概要）②

3. 看護師以外の医療スタッフ等の役割の拡大

- 薬剤師について、現行制度の下で実施可能な業務（積極的な処方提案、患者の薬学的管理等）を明確化することにより、病棟・在宅医療等における活用を促進。
- 助産師、リハビリ関係職種、管理栄養士等について、各々の専門性を最大限に活用できるよう、業務の拡大等を推進（リハビリ関係職種による喀痰吸引等）。
- 医療関係事務に関する処理能力の高い事務職員（医療クラーク）について、量の確保（必要養成数の把握等）、質の確保（検定の導入等）、医療機関への導入支援等、導入の推進に向けた取組を推進。
- 介護職員について、患者・家族のサービス向上を推進する観点から、一定の医行為（喀痰吸引や経管栄養等）の実施方策を別途早急に検討。

4. 医療スタッフ間の連携の推進

- 各医療スタッフの専門性の向上や役割の拡大を活かすため、医療スタッフ間の連携（医療機関内における連携、在宅医療における地域横断的な連携等）の推進が重要。



- 社会的に認知されるような新たな枠組みとして、客観的な基準（体制・設備等）に基づいてチーム医療を推進する医療機関を認定する仕組みや、認定を受けたことを広告できるようにする仕組みを検討する必要。
- 認定主体として、臨床現場の関係者、医師・看護師等の医療スタッフ関係者、教育関係者、関係学会等が参画する公正・中立的な第三者機関が必要。

看護師等の「雇用の質」の向上に関する省内プロジェクトチーム報告書(平成23年6月公表)(概要)

～魅力ある職業として「職場づくり、人づくり、ネットワークづくりの推進」～

職場づくり

人づくり

ネットワークづくり

現状・課題

- ・看護師長等の経験に依存した労働時間等管理
- ・看護師に委ねられる事務量の増加
- ・育児等との両立の困難さ
→離職の増加

- ・質と量の両面における人材確保
- ・継続的なキャリア形成支援の必要性

- ・地域レベルにおける医療行政、労働行政及び関係者の新たなネットワークづくりの必要性

23年度の取組

【医療機関の取組】

- ◆労働時間管理者の明確化
- ◆申送りの改善
- ◆雇用制度、保育施設、職場風土の改善

【行政の取組】

- ◆労働時間設定改善コンサルタントによる支援・研修の実施
- ◆業務改善取組事例や多様な働き方の導入に関する好事例の情報提供・管理者研修への支援
- ◆保育施設への財政的支援

【医療機関の取組】

- ◆新人看護師への研修内容等の充実
- ◆求職者への効果的な情報提供

【行政の取組】

- ◆新人看護師から専門性の高い看護師の養成までの体系的な支援
- ◆潜在看護職員復職研修事業の実施
- ◆ハローワークやナースセンターの利用促進

- ◆都道府県労働局、都道府県、関係団体、地域住民等による協働の枠組みを構築

↓
地域の医療従事者の勤務環境改善等に取り組む恒常的な連絡協議の場として育成

今後の課題

- 23年度の取組のフォローアップを行い、24年度以降も、PT構成部局等の有機的な連携による取組を強化・継続。
- 医師をはじめ医療従事者全体の勤務環境の改善に向けた課題と対応に関する幅広い知見の収集・分析。
- 中医協において、看護師等を含めた病院医療従事者の負担軽減策に関し、平成24年度診療報酬改定に向けて検討。