



福岡医発第 171 号 (総)

平成 19 年 4 月 27 日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会
会 長 横 倉 義 武
(公印省略)

「社会保障制度調査会・医療委員会」資料の送付について

標記について、衆議院議員山崎 拓先生より別紙のとおり委員会の資料が送られてまいりましたので、ご参考までにお送りいたします。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽



社会保障制度調査会

医 療 委 員 会 次 第

平成19年4月18日(水)

正午 党本部702号室

【議題】 医療政策の経緯、現状及び今後の課題について

(計画作成に当たる都道府県職員向け参考資料)

一、開会の挨拶

鴨 下 一 郎 医療委員長

一、挨拶

鈴 木 俊 一 社会保障制度調査会長

一、医療政策の経緯、現状及び今後の課題について

(計画作成に当たる都道府県職員向け参考資料)

(説明) 厚生労働省 大臣官房 深田 参事官

(質疑・応答)

一、閉会

医療政策の経緯、現状及び今後の課題について
(計画作成に当たる都道府県職員向け参考資料)

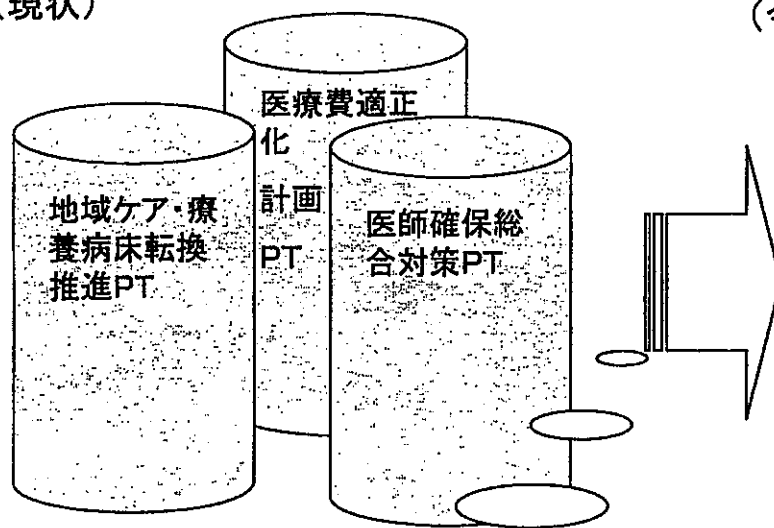
説明資料

「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

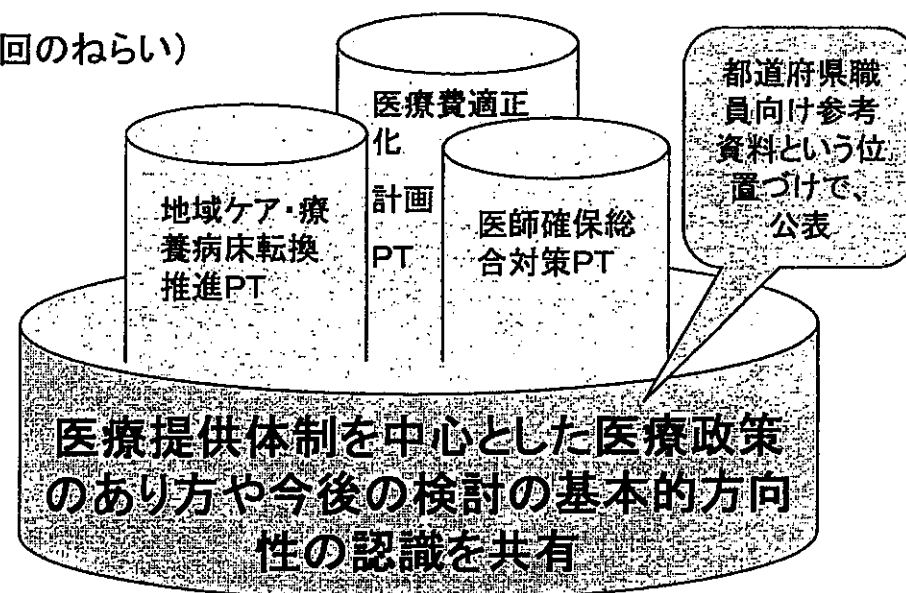
国民の生活の質(QOL)の確保・向上を図りつつ医療の効率化を図ることを基本として医療費の適正化等を推進する医療構造改革の方向性に沿って、平成18年の通常国会で関連法案が成立

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組中

(現状)



(今回のねらい)



それぞれ作業を進めているが、共通の基礎として、全体に共通する医療政策の検討の方向性について部局横断的に共通認識を持つことが重要

政策として実施していくに際しては、関係の審議会や検討会等で様々な角度からのご意見をいただき、国民的な議論を重ねて合意形成を図りつつ実施に移していくことが必要。

位置付け

これから、平成19年度中に、新しい医療計画、医療費適正化計画、地域ケア体制整備構想を策定することとなる都道府県職員向けの参考資料という位置づけで、公表するもの

厚労省内で部局横断的に検討し、共通認識をもって作成

国(厚生労働省)

○医療計画の作成に関する基本方針
(医政局)

○医療費適正化計画に関する基本方針案
(保険局)

○地域ケア体制整備指針案
(老健局)

それぞれから出される通知文書だけでは、全体像がわかりにくい。

都道府県

○医療計画の作成

○医療費適正化計画の作成

○地域ケア体制整備構想の作成

全体に共通する医療政策の経緯、現状及び今後の課題についても、併せて提示することで、都道府県において、全体像を把握しやすくなる

構 成

I 我が国の医療提供体制をめぐるこれまでの経緯

II 我が国の医療提供体制の現状と課題

1. 分野別にみた現状と課題

- ①病院について ②診療所について ③医療従事者について ④関係機関の連携
- ⑤後期高齢者の生活を支える体制

2. 患者・住民の視点からみた現状と課題(1. を患者・住民の視点に立って整理)

- ①医療の情報が少なく、地域の医療提供体制がわかりにくい
- ②地域の急性期を担う医療機関の体制が弱まっている
- ③夜間や休日など身近な場所での医療に不安がある
- ④在宅での療養生活を選択することが難しい

III それぞれの問題点に対応した今後の医療政策の検討の方向性

- 1. 地域における医療機能の明確化や機能分化・連携・情報開示・ITの活用の推進
(上記2①に対応)
- 2. 総合的な医師確保対策の推進(上記2②に対応)
- 3. 開業医の役割の重視と総合的な診療に対応できる医師の養成・確保(上記2③に対応)
- 4. 在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進(上記2④に対応)

問題点の整理と、これに対応した今後の医療政策の検討の方向性

①

医療の情報が少なく、地域の医療体制がわかりにくい



地域における医療機能の明確化や機能分化・連携・情報開示・ITの活用推進

②

地域の急性期を担う医療機関の体制が弱まっている



総合的な医師確保対策の推進

③

夜間や休日などの身近な場所での医療に不安がある



開業医の役割の重視と総合的な診療に対応できる医師の養成・確保

④

在宅での療養生活を選択することが難しい



在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進

四つの検討の方向性の関係

現状認識(ポイント)

- 中小病院が多い。病院ごとの特徴が明確ではない。
- 公立病院を中心に医師確保が困難になっている。
- 病院が、家庭での介護・在宅療養が困難な高齢者の受け皿となってきた面もある。
- 地域連携は十分でなく、住民から見えにくい。
- 病院勤務医の労働環境は厳しい。
- 診療所の数や診療所勤務医師が増えているが、患者は大病院を選ぶ傾向。
 - ・どんな病気でも対応でき安心
 - ・診療所が専門病院を紹介してくれるか心配
- 年間110万人の死亡者のうち在宅での看取りは2割以下。2040年には166万人が死亡する見通し。一人暮らし高齢者が増加、認知症高齢者が増加、の見通し。

医療機能の明確化・機能分化・連携・情報開示・IT活用の推進

- ・脳卒中、小児救急等の事業ごとに、拠点となる病院の明確化と、地域の医療機関の連携体制づくり
- ・拠点となる病院(マグネットホスピタル)を中心とした医師のキャリアパス、医師派遣システムの構築
- ・医療機関の機能の情報開示の推進、医療機能に着目した地域医療の再編成の検討

機能・特徴のはっきりした病院には大学からも派遣しやすい

総合的な医師確保対策

医師を散在させず、24時間体制をとる病院に集中させることにより、医師の労働環境は改善される

在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進

老健施設、居住系サービス等地域ケア体制の推進(住宅政策との連携)

介護保険との連携

後期高齢者にふさわしい医療の在り方

- ・生活の場における医療
- ・在宅療養を基本とする体制の推進
- ・認知症への対応
- ・看取りのケア 等

病院と診療所、病院同士、介護、在宅医療を含めた連携体制が必要

高齢者の地域での生活を支える在宅医療の推進、これを担う医師の確保が必要

こうした取組を、診療報酬、人材養成等様々な政策で推進

開業医の役割の重視と総合的な診療に対応できる医師の養成・確保

開業医に求められる以下のような機能を明確化する

- ・在宅当番医のネットワークの構築又は休日夜間急患センターへの交代出務
- ・時間外でも携帯電話で連絡
- ・午前外来、午後は往診
- ・24時間体制での看取りを含む在宅医療の対応

在宅主治医の位置付け、開業医のチーム化
総合的な診療に対応できる医師の養成・確保、on the jobでの養成システム
患者を適切に紹介できる医師の養成・確保

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

必要なことは...

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



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

医療政策の経緯、現状及び 今後の課題について

(計画作成に当たる都道府県職員向け参考資料)

平成 1 9 年 4 月

目次

はじめに

1. 位置付け	1
2. 構成	2

我が国の医療提供体制をめぐるこれまでの経緯	3
-----------------------	---

我が国の医療提供体制の現状と課題	5
------------------	---

1. 病院、診療所等分野別にみた現状と課題	5
病院	5
診療所	6
医療従事者	7
関係機関の連携	8
後期高齢者の生活を支える体制	9
2. 患者・住民の視点からみた現状と課題	10
医療の情報が少なく、地域の医療提供体制がわかりにくい	10
地域の急性期を担う医療機関の体制が弱まっている	10
夜間や休日など身近な場所での医療に不安がある	11
在宅での療養生活を選択することが難しい	11

それぞれの問題点に対応した今後の医療政策の検討の方向性	12
-----------------------------	----

1. 地域における医療機能の明確化や機能分化・連携・情報開示・ITの活用 の推進	12
2. 総合的な医師確保対策の推進	16
3. 開業医の役割の重視と総合的な診療に対応できる医師の養成・確保	19
4. 在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進	22

医療政策の経緯、現状及び今後の課題について
(計画作成に当たる都道府県職員向け参考資料)

厚生労働省
医療構造改革推進本部
総合企画調整部会

はじめに

1. 位置付け

医療構造改革においては、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こととしており、その方向に沿って、平成18年の通常国会において医療制度改革関連法案が成立した。

今回の法律案成立に伴い、生活習慣病の予防を徹底するとともに、医療提供体制については、患者の視点に立って、医療情報の開示を進めつつ、急性期から回復期、在宅医療に至る医療を地域ごとに切れ目なく確保すること等により入院期間を短縮し、医療費の適正化を図ることとして、医療制度改革の施行に取り組むこととしている。

今回の医療制度改革を円滑に施行していくために、厚生労働省に大臣を本部長とする医療構造改革推進本部を設置するとともに、各般にわたる改革の全体が総合的に進められるよう総合企画調整部会を設け、同部会の下に、「医療費適正化計画PT」、「地域ケア・療養病床転換推進PT」及び「医師確保総合対策PT」の3つのプロジェクトチームを設置し、当面急がれる課題について集中的に検討を進めてきた。

検討の過程において、医療保険や介護保険の分野を含めたそれぞれの施策の共通の基礎として、全体に共通する、医療提供体制を中心とした医療政策のあり方に関し、これまでの経緯や現状を踏まえつつ、今後の検討に当たっての方向性について部局横断的に共通認識を持つことが重要であり、総合企画調整部会として考え方をとりまとめることが極めて重要であるという認識に至った。

そこで、今般、3つのプロジェクトチームの作業を踏まえ、総合企画調整部会において、今後の医療政策の検討の方向性についてとりまとめた。

改正医療法に基づき、医療提供体制の確保を図るための基本方針を新たに告示したところであるが、各都道府県が今後、同基本方針に則し、かつ地域の実情に応じて

医療計画を定めていくこととなり、また併せて、医療費適正化計画や地域ケア体制整備構想を作成していくこととなることから、都道府県におけるこれらの検討作業に資するよう、医療政策に係るこれまでの経緯、現状及び今後の課題をとりまとめた本資料を、計画作成に当たる都道府県職員向けの参考資料という位置付けで公表する。

もとより、政策として実施していくに際しては、関係の審議会や検討会等で様々な角度からのご意見をいただき、国民的な議論を重ねて合意形成を図りつつ実施に移していく必要があると考えており、関係各方面からの活発なご意見・ご議論を期待したい。

2. 構成

今後の医療政策の検討の方向性を整理するに当たり、まず、我が国の医療提供体制をめぐるこれまでの経緯、及び現状と課題について概観する。

現状と課題については、病院、診療所の現状等を分野別に概観した後、これを患者・住民の視点に立って改めて整理している。その上で、それぞれの問題点に対応した今後の医療政策の検討の方向性を示している。

なお、ここで示している4つの検討の方向性は、相互に密接に関連しており、同時並行的に検討されるべきものである。

我が国の医療提供体制をめぐるこれまでの経緯

(戦後から昭和50年代までの医療機関数の拡大)

我が国の医療提供の体制については、終戦後、感染症等の急性期の疾病への対応が中心の時代に医療法が制定(昭和23年)され、当初は、公立病院をはじめ公的な医療機関を中心に、病院の量的な確保がまず図られた。

昭和36年に国民皆保険が達成されたこと、保険証があれば全国どこでも受診できるフリーアクセスの仕組みであり、国民健康保険の給付率の改善(自己負担割合の減少)もあって医療機関の受診がし易くなったこと、自由開業制であることが相まって、経済が大きく成長する中、公立のみならず民間の医療機関も併せ、医療機関数は大きく拡大していった。

特に、高齢化率が上昇する中で、昭和48年に老人医療費の無料化政策が採られたことを契機に、老人の受療率は急激に伸び、国民医療費に占める老人医療費の割合も上昇した。高齢者の生活を支える介護の体制が量的にも不十分であり、また措置制度として介護が行われてきた中、昭和50年代に、必ずしも入院医療を必要としない者も含め、家庭での介護が難しい高齢者の受け皿としての病院・病床が増大した。

(病床規制制度の導入)

病院数は増大したが、病院の配置について調整を行う仕組みはなく、県庁所在地等人口の多い地域に集積しがちであったが、昭和60年の第一次医療法改正により都道府県医療計画制度が導入され、いわゆる病床規制制度が実施されている。地域の病床数が基準を超えている地域には原則として新たに病院設置ができないこととなり、この制度施行前のいわゆる「駆け込み増床」を最後に、病院・病床数の伸びに歯止めがかかることとなった。

診療所数も昭和30年代以来継続して増加している。昭和の終わりから平成の初めにかけて施設数の伸びが一時弱まったものの、その後は再度安定して増加(近年は特に無床診療所が増加)している。

(医療機能の分化・連携と患者の視点を重視した平成時代の医療法改正)

医療法はその後、平成4年、9年、12年と三次にわたり改正が行われており、特定機能病院制度及び療養型病床群の創設(平成4年)、総合病院制度の廃止と地域医療支援病院制度の創設(平成9年)、療養病床と一般病床の区分(平成12年)といった医療機能の分化・連携を推進するための制度改革が行われた。また、医療に対する国民の意識の変化等を踏まえ、広告規制の緩和、インフォームドコンセントの法律へ

の位置付け等患者の視点に立った見直しが行われている。

そして平成18年に、地域医療の連携体制の構築を進める医療計画制度の見直し、医療機関の機能に関する情報の開示等を内容とする第五次医療法改正が行われている。

(医師の養成に関する経過)

医師数についても量的拡大を目指し、昭和48年にはいわゆる無医大県解消政策を打ち出し、医学教育機関の新設、定員の増を進めてきたが、昭和61年から、医学部の定員については抑制基調となってきた。

医師免許取得後の研修については、従来は努力義務とされており、出身大学において単一分野の研修を受けることが一般的であったが、全人的な医療を行える医師の養成を目指しローテーション方式で研修を行う新たな臨床研修制度が平成16年度から実施されており、現在は半数以上が大学病院以外の研修病院で臨床研修を受けている。

(介護が必要な高齢者の受け皿に関する経過)

介護の必要な高齢者の受け皿については、昭和62年に老人保健施設が制度化され、また平成2年には高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)を策定して、在宅介護の体制強化や、特別養護老人ホームやケアハウスも含めた施設整備が進められた。また、病院の中においても、特例許可老人病院(昭和58年に制度化。介護保険発足に際し廃止)、療養型病床群(平成4年に制度化)といった長期療養に対応した病床類型が位置付けられた。

平成12年の介護保険制度の発足に当たっては、社会的入院問題への対応が課題の一つであったが、介護基盤の不十分な中、療養型病床群(医療法の改正により、平成15年9月以降は「療養病床」)についても、介護保険施設の一類型(介護療養型医療施設)として位置付けられた。しかし、その後の介護基盤の整備を踏まえ、平成18年の制度改革において、平成23年度末をもって、介護療養型医療施設の類型は廃止されることとなっている。

我が国の医療提供体制の現状と課題

1. 病院、診療所等分野別にみた現状と課題

病院

(人口あたり病床数が多く中小規模の病院が多いといった我が国の病院の特徴)

OECDの調査によれば、若干の定義の違いはあるものの、我が国の医療提供体制については、諸外国に比べ、人口当たりの病床数が多く、病床当たりの医療従事者が少なく、平均在院日数は短縮傾向にはあるが長いという特徴がある。

病院の病床(約160万床)のうち、一般病床(精神病床、結核病床、感染症病床及び療養病床以外の病床)が約90万床と半数以上を占めるが、一般病床がどのような機能を持ち、役割分担するのかは明確になっていない。一般病床の病床利用率は8割を下回って推移しており、実際に利用されている病床数は70万床程度である。

病院(約9千施設)の7割は200床未満であり、一方、施設数の5%に当たる500床以上の病院で、全病床の2割を占める。100床未満の小規模な病院の比率は、個人立や医療法人立で特に高いが、市町村立病院についても3分の1は100床未満である。

一般病院の一病院あたりの診療科数は平均7科程度であるが、市町村立病院については、中小規模の比率が高いにもかかわらず、平均診療科数は11以上と比較的多くなっている。

(診療所との関係を含め病院機能が明確化される仕組みではない現状)

中小の病院については、医療法の体系でも診療報酬の体系でも、その機能の明確化が求められる仕組みとはなっていない。近年、施設数、病床数とも減少している有床診療所についても、中小の病院と同様、その機能が必ずしも明確ではない。

大病院についても、特定機能病院や地域医療支援病院の制度はあるが、一般病床のうちのごく一部にとどまるとともに、医療機能の分化・連携に十分機能していると言い難く、また、制度が広く知られるには至っていない。

本来入院機能及び紹介患者に対する専門外来が期待されている大病院においても、多くの一般外来患者を受け入れており、一次的な地域医療を担う診療所等との役割分担が必ずしも図られていない。

診療所を含めた医療機関の役割分担が明確でなく、情報も十分でない中、患者は、自ら調べ、自分なりの判断で医療機関を選んでいる状況にある。現在の仕組みのもと

では、患者は、フリーアクセスということで大病院でも専門病院でも直接に受診が可能であるが、拠点となる急性期病院の外来に患者が集中し、勤務医に過度の負担がかかるなどの問題も生じてきている。

小児救急拠点病院の夜間外来を訪れる小児科患者の9割は軽症であるという調査結果もある。中には、無料だから、あるいは優先的に診てくれるから、という理由で、救急車を利用し、本来高度な救命救急を担う病院の救急外来を受診するケースもある。

診療所

(無床診療所の増加)

近年、有床診療所が減少しているものの、無床診療所が大きく増加し、一般診療所の総数は増加している。診療所の開設数と廃止数の差(純増分)は、この15年間、年に1000～1500施設程度で、概ね横這いとなっている。

(時間外や夜間・休日診療を行う診療所の減少)

時間外や夜間・休日の診療を行っている診療所数及び診療の件数は、減少傾向にある(夜間・休日のニーズは「急病センター」で対応している地域(全国で約500箇所余りで近年推移)もあることに留意)。休日や夜間で診察時間外だったという理由で救急車を要請し、救急医療機関を利用しているケースが、東京消防庁調査によれば、この数年、全体の2割弱を占め続けている。

(在宅医療を行う診療所の割合の減少)

往診や訪問診療による在宅医療(通院が困難な患者の居宅を訪問して提供する医療)の実施施設数及び実施件数は概ね横這いであり、一般診療所が増える中、これらに取り組む施設割合は低下している。

在宅療養支援診療所として9434施設が届出を行っている(18年7月1日現在)が、全ての届出施設が、在宅での看取りや、訪問看護ステーションやケアマネジャー等の地域の資源と共同・連携ができているかは、検証が必要である。

(患者が大病院を選ぶ理由)

患者が大病院を選んだ理由としては、医療機器や専門医が揃いどんな病気でも対応できる、大きな病院の方が安心、これまでもかかっている、また、身近な診療所では必要に応じ適切に専門の病院に紹介してくれるか心配、といったことが挙げられている。

医療従事者

(医師数全体の増加と地域や診療科における偏在)

医師数は、全国的には毎年3500～4000人程度増加しているが、都道府県により、また都道府県内でも県庁所在地のある医療圏とそれ以外の医療圏など、地域格差がある。

新たな臨床研修制度の導入を契機として、従来から弱まっていた大学の医局による医師の供給調整機能が低下し、一部地域において医師の需給のミスマッチが発生している。

小規模な公立病院を中心に、医師の確保が困難となるケースが生じている。近年の大学病院を取り巻く状況の変化や研修医への指導体制の確保のため、大学において中堅医師等を確保する必要が生じたこと、また、その影響等により、急性期病院の勤務医が開業等によって退職した後任を大学医局からの派遣で補充する機能が低下したこと等が、その一因となっている。

医師確保が難しい要因としては、若手の医師は症例数が多い病院に魅力を感じ、地域の拠点病院(いわゆるマグネットホスピタル＝医師が多く集まる地域の中核的な病院)に集中する傾向があり、逆に研修先としての魅力の乏しい病院には若手医師が集まらないなどといったことも挙げられる。

(病院勤務医の厳しい労働環境)

病院勤務医の一週間当たりの勤務時間は、休憩時間や研究に充てた時間なども含めて計算すると、平均で約63時間、休憩時間等を除いた実際の従業時間は、平均で約48時間となっており、開業医に比べて、病院勤務医、特に急性期の病院勤務医の勤務状況は極めて厳しいものとなっている。当直の翌日に通常の勤務を行う働き方も多いことも指摘されている。

(訴訟の多発等医師の責任をめぐる動き)

近年、医療事故をめぐる訴訟が増加しており、また、出産時の死亡事故が刑事事件として取り扱われるなど、医師の責任を問う傾向が強まっている。極めて厳しい労働環境の下で治療に当たることを余儀なくされている急性期の病院の多くの勤務医から、「精一杯の努力をしている」、「限界に近い状況にある」、「勤務医の置かれた状況を国民に理解して欲しい」といった声が寄せられている。

(職種間の役割分担の不十分さ)

病院においては職種間の役割分担が十分でなく、大量の書類の作成などの事務手続き、高度な医療機器の操作や調整など、医師以外でも処理でき、かつ事務や機器

の専門家が行った方が効率的な業務までを、医師自らが行っている状況にある。

看護師についても類似の状況がある。中でも、同機能であっても規格が異なったり、コンピュータを内蔵した多種類の医療機器の操作、あるいは多種の薬剤等の管理は医療事故やヒヤリ・ハット事例を誘発しやすいが、こうした業務に追われている現状にある。特に新人看護師についてこうした医療現場の高度化、専門化とのギャップが勤務の継続を困難にしている理由の一つとなっているとの指摘があることもあり、看護職員の資質の向上は急務となっている。

(分娩を取り扱う医療機関数等の減少)

分娩を取り扱う医療機関数及び小児科を標榜する病院は減少している。医師数が増加する中、産科の医師は、訴訟の対象となる割合が高く、また、24時間体制の勤務が求められる厳しい労働環境にあること等から、分娩数当たりで見れば横這いであるものの、近年減少している。

地域の医療体制を確保するため、医療機関の集約化や再編成を行っている地域もある。例えば北海道の中空知地域においては、三つの市立病院に産科医が各1～2名ずつ配置されて分娩を取り扱っていたのを、分娩については一病院に集約し産科医も集中させるとともに、新生児の診療体制を強化したことにより、難しい分娩も札幌等の大病院に頼ることなく地元で対応可能となっている(分娩を取り扱わなくなった病院でも外来の産科医療は継続している。)。

(専門医及び総合的な医療に対応できる医師の養成)

専門医の養成は、大学教育あるいは学会がその中心を担っており、基本的には内科の中でも循環器や消化器といった臓器別に養成されている。アメリカに比べ人口比で2倍以上の専門医が養成されている分野がある一方で、一人の人間を全人的にみる総合的な医療に対応できる医師の養成については、欧米諸国のような取組はなされていない。一方、患者の側も、自らの健康状態について正確に判断できないままに、専門性が高いからという理由で大病院を受診するという傾向もある。

関係機関の連携

(地域連携クリティカルパスの活用等)

例えば脳卒中を発症したり大腿骨を骨折した患者が、直ちに急性期治療を受け、継続して回復期リハビリを受け、残存能力を最大限に回復して、できる限り速やかに自宅など生活の場に帰れるという、医療機関間が連携した一貫した切れ目のない医療の提供がなされるのか、住民には見えにくい。

熊本市における急性期から回復期に到る病院相互のシームレスな(継ぎ目のない)

連携など、こうした取組が行われている地域においては、地域連携クリティカルパスを用いた治療計画の説明も行われる等患者にもわかりやすいものとなっているが、連携パスの利用は、まだ一般化していない。

(医療・介護の連携による地域でのケア体制)

在宅医療の中心となるかかりつけの医師が、継続してケアを行っていく中で、再入院等の時も含め、医療機関や看護・介護サービス機関等との連携を図るなど中心的な役割を担う仕組みが採られている地域において、患者は安心して療養生活を送りやすいが、医療面だけでなく介護の相談や家族指導など生活面全般の対応といった全体の連携の進め方をよく承知した上で在宅医療を行ってくれる医師を見つけることは容易ではない。

また、広島県の公立みつぎ病院をはじめ、国民健康保険の直営診療施設が中心(拠点)となって、治療だけでなく、健康づくりから在宅ケア、リハビリ、介護にいたる面的な地域連携を図る地域包括ケアシステムの構築が進められているが、中山間地の小規模な自治体が現場となっており、必要な人材や社会資源の確保に困難があることが指摘されている。

訪問看護は、看護を中心に、医療や介護にも深く関わるサービスである。制度上は、高齢者については、居宅介護サービス計画に位置付けられての介護保険からの給付を基本に、がん末期等で多くの訪問回数が必要な場合等には医療保険から給付が行われているが、近年事業量や訪問看護ステーション数が頭打ちであるとともに、サービスの内容や体制も、ステーションによって差があるという現状にある。

後期高齢者の生活を支える体制

(後期高齢者の急増の見通し)

2030年には、75歳以上の後期高齢者が、現在の2倍近い2260万人に増加する見通しである。

医療施設の整備に伴い、病院を利用しやすくなったことと相まって、昭和30年代には8割の方が家で亡くなっていたものが、昭和50年代に病院で亡くなる割合が上回るようになり、現在は8割の方が病院・診療所で亡くなっており、在宅死亡割合は1割余りとなっている。現在は約110万人である年間死亡者数は、2040年には166万にまで達する見通しとなっており、看取りを含めた医療のあり方が課題となっている。

また、高齢者の一人暮らし世帯が急速に増加することが見込まれるとともに、認知症の高齢者も急増していくことが見込まれる。

(介護施設の整備状況)

介護施設については、ゴールドプランによる整備推進や介護保険制度の実施により、特別養護老人ホーム(定員約38万)、老人保健施設(定員約30万)、ケアハウス(定員約7万)等が整備されている。今後都市部の高齢化が進む中で、高齢者の生活を支える体制をどう確保するかが大きな課題となっている。

2. 患者・住民の視点からみた現状と課題

医療提供体制をめぐるこれまでの経緯を踏まえ、1.において分野別に整理した現状及び課題を、医療の受け手である患者・住民の視点に立って、以下のように整理することができる。なお、医療に対する患者や住民の意識、また、医療提供体制の現状は、都市部とそれ以外の地域など、その置かれた状況によって大きな違いがあり、それぞれの地域の状況やニーズに十分配慮していかなければならないことにも留意が必要である。

医療の情報が少なく、地域の医療提供体制がわかりにくい

地域のどこでどのような医療が受けられるのか詳しくわかるようにはなっていない。各医療機関の有する機能や患者の入退院、在宅療養の流れなどの現状に関する情報の把握やその開示については、各都道府県において一定程度行われているが、取組状況には差があり、医療の内容に関する情報の提供までを行っている地域は限定的であるなど、全国的には必ずしも十分なものとなっていない。

地域の急性期を担う医療機関の体制が弱まっている

小児科や産科を中心に、医師確保の難しさから地域の医療機関が診療科を縮小あるいは廃止したり、医療機関自体がなくなることなど、急性期医療の確保が困難となっている地域がある。

特に産科については、病院勤務の医師が退職した後任を確保できず、その病院で分娩を取り扱えなくなった場合、地域にある他の分娩を取り扱う病院に妊婦が集中するために、その病院の負担が高まってしまい、人員体制を強化できなければその病院の医師も負担に耐えられなくなってしまう、という悪循環も生じることとなる。

夜間や休日など身近な場所での医療に不安がある

普段から自分の健康状態を全体的に把握してくれていて、変調を気軽に訴えたりすることができ、必要に応じて専門の医療機関を紹介してくれる医師を地域で見つけることが難しい。

日中にかかっている診療所はビルの中にあり、夜になると連絡がとれなくなってしまう、往診など在宅医療を行う医師を地域で見つけられない、在宅医療については、急変した時のことや最期を迎える時のことが心配、といった状況がある。

在宅での療養生活を選択することが難しい

高齢者が急増する一方で往診や訪問診療を行う診療所はむしろ減少しているなど、高齢者の生活を支える地域の基盤は不安定となりつつある。患者にとって、退院により一旦病院から切り離されてしまうと、いざという時に病院に戻れないのではないかと不安がある。

慢性疾患を複数有することが多い後期高齢者については特に、臓器別の専門医よりは人間全体を診てくれる医師が期待されるが、そうした医師の養成は十分には行われていない。

自宅で最期を迎えることを希望する高齢者が多いが、家族の負担や症状が急変した場合の懸念や、現状では実際には看取ることが病院以外では難しいことから、選択できずにいる。

それぞれの問題点に対応した今後の医療政策の検討の方向性

1. 地域における医療機能の明確化や機能分化・連携・情報開示・ITの活用の推進

「医療の情報が少なく、地域の医療提供体制がわかりにくい」という問題に対しては、地域における医療機能の明確化や機能分化、また医療連携や情報開示、ITの活用を推進していくことが必要である。この取組と相まって、地域の医療機能の再編成に取り組んでいくことも必要である。

(国によるあるべき医療提供体制の姿の明示と診療報酬等様々な取組による実現)

- 国として、あるべき急性期、回復期、在宅医療等の医療の姿を念頭に置いて、それぞれを担う各医療機関の役割分担、並びに急性期から回復期、回復期から在宅療養といった医療の連携の姿を明らかにすることが求められている。これを明示するとともに、その実現を、診療報酬や必要な人材の養成を含めた様々な政策や関係者の取組により推進する必要がある。

(医療連携体制の構築の趣旨)

- 各医療機関が、地域医療の中で具体的にどのような役割を担い、連携を図っていくのかを、平成18年の医療法改正による新たな都道府県医療計画の作成の過程で明確にしていく必要がある。

各医療機関がそれぞれに多くの診療科を持って人材確保を図ることは現実的にも困難であり、住民に対し地域で完結した医療が提供できる体制を構築することを目指し、各医療機関が、地域の実情に応じて機能を分担・連携していくこと、そして、その分担状況と連携の仕組みを住民に明らかにしていくことが求められる。

(都道府県医療計画による疾病・事業ごとの具体的なネットワークの構築と公表)

- 都道府県の医療計画においては、主要な4疾病・5事業について、発症から入院そして居宅等に復帰するまでの医療の流れや医療機能に着目した診療実施施設(急性期、回復期、在宅療養等の機能ごとの医療機関)を、各医療圏域(これまでのいわゆる二次医療圏域の設定にとらわれることなく、それぞれの疾病・事業に応じた地域連携を図る圏域)ごとに明示する。【資料p3、10、11参照】

(注)主要な4疾病・5事業:平成18年の医療法改正に際し、「がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の4疾病、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療(小児救急医療を含む。)の5事業」を、新たな医療計画において具体的な医療連携体制を構築すべきものとして位置付けている。

(医療機関の機能連携の例)

- 医療機関の機能連携の進め方としては、例えば青森県では、モデルとした二つの医療圏において、関係医療機関や地区医師会等との話し合いの場を設け、地域連携パスのたたき台を出して関係者の合意を形成しつつ、参加医療機関を増やし、これを他の圏域にも波及させる方式を推進している。人口減少地域であるか、あるいは大きな人口を抱えている地域であるか等、各都道府県ごと又は県内でも地域によって置かれている状況が異なるので、各都道府県において、様々な事例を参考にし、地域の実情に応じた推進方策を確立することが期待される。【資料p4参照】

(医療機関の機能に関する情報の開示)

- 平成18年の医療法改正において制度化された、医療機関の標榜診療科や医師、看護師数等の基本的な情報、提供する医療の内容に関する情報、医療連携や医療安全に関する情報など一定範囲の医療機能情報について、都道府県を通じて及び医療機関自らが開示する「医療機能情報提供制度」については、患者・住民に対しわかりやすい情報提供がなされるよう、的確な制度運用を図る。

【資料p6参照】

(入院医療の方向性)

- 医療の基本は、できるだけ短期間に集中して治療し、早期に日常生活や残存機能を生かした療養生活に復帰させることにあり、入院医療についても、今後更に、医療技術の進展等に合わせ、在院期間の短縮、早期の復帰を進めていくことが求められる。

具体的には、それぞれの地域において、前述の急性期、回復期、在宅を含む療養期といった治療の各ステージに合わせて、それぞれの分野の専門的な医療を提供することにより実現していくことになるが、各医療機関は、地域において求められている病院機能に応じて、自らの医療機能や、それに応じた人員体制、病床数をどのようなものとするかの検討を進めていくことが必要となる。

(中小病院及び有床診療所の今後の位置付け)

- 医療機関間の機能分担を考慮するに当たり、大病院における高度な急性期を終えた後の回復期リハの機能や、軽度の急性期医療への対応など地域の診療所と連携した在宅療養の支援拠点機能、といった機能を有する中小の病院が、身近な場所に存在することが望ましい。

また、大病院を設置できない地域においても、ある程度の急性期の医療に対応できる中小病院があることが必要である。このほか、単科の専門病院としての機能を持つ中小病院も考えられる。

また、入院機能を有する診療所(有床診療所)について、看護等の職員体制が薄いといった課題もあるものの、地域における貴重な社会資源として有効な活用を図る

ていくべきである。

こうした個々の中小病院や有床診療所が地域において果たすべき機能・役割については、地域の様々な実情に応じて、医療計画においても可能な限り具体的に明記されるべきである。

(病院と診療所の機能分化の方向性)

- 病院と診療所の機能分化の方向性は、
 - ・ 診療所は、一次的な地域医療の窓口として、患者の生活管理を含めた日常生活機能の向上を図りつつ、時間外にも連絡が可能であることや必要に応じ往診を行うこと等急な発症等への対応が診療所相互間の連携あるいは病院との連携によって実現できるようにすること
 - ・ 急性期の病院は、質の高い入院医療が24時間提供されるよう、原則として入院治療と専門的な外来のみを基本とする
- という方向性に向かうべき、と考える。また、退院後の生活においては、再度地域医療が訪問看護や介護サービス等を活用して受け止めていく必要がある。

(各都道府県の医療計画の推進と医師確保対策の関係)

- 各都道府県の医療計画の体系の下で、医療機能の分化・連携を推進し、医療提供体制を適切なものとしていく中で、機能の明確化された病院における勤務が医師のキャリア形成(専門医取得等)の中で重要視されることとなる。

拠点となる大病院だけでなく、その周辺に位置付けられる中小規模の病院についても、その大病院との関係で機能を明らかにすることにより、医師の研修の受け入れ等キャリアパスシステムの中に位置付けられることとなる。

機能や特徴のはっきりした病院には大学からも派遣しやすい。また、医師を散在させずに24時間体制をとる病院に集中させることにより、勤務する医師の労働環境は改善されることになる。
- 各医療機関の機能の明確化と連携体制の確保といった医療計画に係る取組自体が医師確保対策となる。各都道府県の医療対策協議会は、医師確保についての検討を進めるにとどまらず、今後、都道府県医療審議会等において議論することとなる医療機関間の機能分担と連携のあり方についての議論も踏まえていくことが必要である。

(医療分野におけるITの積極的な活用)

- 医療サービスの質の向上と効率化や医療サービスに係る情報収集・分析・評価を行っていく上で必要な基盤であるIT(情報技術)を積極的に活用していく必要がある。例えば、健診や診療情報、レセプトデータ等の収集分析、医療機関の情報化や

その情報連携、レセプトオンライン化の推進、健康ITカード(仮称)の導入の検討等を進め、生涯にわたる健康情報の利活用、医療機関のネットワーク化や電子的情報連携、事務の効率化や医療安全の確保といったIT活用による効果の実現を目指すことが必要である。【資料p7参照】

(医療提供体制の方向性と診療報酬の体系の関係)

- 医療連携体制の構築や、後述する開業医の果たすべき役割や機能の明確化、在宅医療の推進など、医療提供体制のあり方として方向性を明らかにしている事項については、診療報酬の体系においてもこれを後押しするという関係性を明確にしていくべきと考える。

(地域住民の参加及び受診のあり方等についての実効性ある啓発・広報)

- 地域の医療連携体制の構築の検討に当たっては、専門家だけの議論に終わらせることなく、様々な形で地域住民の参加を求めることが必要である。そうした取組を通じ、
 - ・ 地域の医療資源は有限であり、地域全体の医療を守っていくためには病院と病院、病院と診療所、病院・診療所とその他のサービス等の効率的な役割分担を図る必要があること
 - ・ 患者の側においても、自らの健康状態を全体的に把握してくれていて信頼関係も強いかかりつけの医師を持ち、専門的あるいは高度な医療を必要とする場合にはその紹介で必要な医療を受けるなど、適切な受診のあり方が求められること等についての実効性のある啓発・広報を図ることができるとともに、具体的な医療機関等の間の役割分担と連携の状況の住民への情報の浸透も併せて可能となる。
- このため、国においても、地域住民の理解を得て適切な受診行動を普及啓発するなどの地域の取組を促し、また、こうした好事例をまとめて関係方面に参考として紹介するなどを進める必要がある。

(保健所の役割)

- 地域の医療連携体制の構築に当たっては、平素より地域の医療情報を掌握し、医療機関と地域住民の間に位置する保健所が、地域住民の適切な受診行動の普及啓発を含め、積極的な役割を果たすことが期待される。

(医療機能の明確化・分化の推進におけるナショナルセンターと地方中核病院との連携)

- 各都道府県における医療機能の明確化・分化の推進に際しては、ナショナルセンターも重要な役割を果たすべきである。特に、がん対策等政策医療の臨床水準の均てん化と更なる推進が求められている。

このため、現在がん対策で進められているようなナショナルセンターと地方の中核病院との連携を念頭に置いて、都道府県の医療計画等との連携を図りつつ、ナショナルセンターにおいては、がん、循環器病、精神・神経疾患、感染症、代謝症候群、成育医療、長寿医療等の各政策医療分野の医療、研究、人材育成、情報発信の牽引車としての役割や、高度先駆的技術の開発、高齢者の在宅医療システムの全国への普及等を行う役割を担うとともに、政策提言を行うことができる方向で、平成22年度の独立行政法人化に向けて、その果たすべき役割や機能等について検討を進める必要がある。【資料p8参照】

こうしたシステムの普及を図ることにより、我が国の医療分野の技術のイノベーションを推進していく必要がある。

2. 総合的な医師確保対策の推進

「地域の急性期を担う医療機関の体制が弱まっている」という問題に対しては、拠点病院を軸足とした医療提供体制の再編成、急性期病院勤務医の負担軽減、医学部卒業生の地元定着の促進など総合的な医師確保対策に取り組むこと、併せて医療従事者の質の向上と役割分担の明確化を図ることが必要である。

【資料p23参照】

(拠点病院を軸足とする医師のキャリアパスシステムの確立)

- 医師確保対策の中心的課題は、基本的には産科・小児科を中心とする急性期病院に係る対応である。急性期の病院において、医師が忙しく、責任も重く、医師が定着しにくい構造となってきた。この認識の下、急性期病院について集約化・重点化を図り、その拠点病院と地域医療とのネットワーク(拠点病院から地域医療への医師派遣を含む。)の中でキャリアアップしていくという仕組みを確立し、専門医になりたい者にとっても安心して働け、かつ、専門性を着実に向上させることができるという専門医のキャリアパスシステムとして位置付けることで、医師確保を図っていく必要がある。【資料p12、24参照】

- これを実施していくには、

ア 都道府県が中心となって、大学等の参画を得て医療対策協議会を実効あるものとして機能させることをはじめ、医師派遣についての都道府県の役割と機能を強化するとともに

イ 地域の拠点となる魅力ある病院づくりと地域医療とのネットワーク化を図る

ウ 並行して、急性期病院での対応が必要な場合の、拠点の医療機関へのアクセスの改善策を講じる必要がある。

(都道府県による医師派遣等の取組の例)

- 例えば島根県、長崎県、宮崎県においては、医師を県職員として採用し、県内の離島等医師確保が困難な地域の医療機関での勤務と、症例の多い県立病院等での勤務あるいは本人の希望する研修を組み合わせた医師の養成・確保事業を行っている。また、沖縄県では、症例の多い県立病院において、離島等における診療の従事を含めた医師の養成研修事業を行っている。【資料p25参照】

(マグネットホスピタルの活用)

- 1. に記述したとおり、医療機能の分化・連携の取組自体が医師確保対策となり、これに加えて都道府県が医療対策協議会での検討を基に、公的病院を中心としたいわゆるマグネットホスピタルを活用して、医師の供給調整機能を発揮できるようにすることで、地域の病院の医師確保は可能となっていくものと考えられる。
なお、よい指導医のいる病院が、医師にとってはそのキャリア形成上魅力のある病院であることから、マグネットホスピタルの活用に当たっては、大学との連携を図る等により、そうした人材の確保に留意する必要がある。【資料p24参照】

(急性期病院勤務医の負担の軽減策)

- 厳しい状況にある急性期病院の勤務医の負担を軽減するため、各般の施策を講じることが急がれている。このため、まず、3. で後述する開業医の役割・機能の明確化を通じ、少なくとも休日夜間急患センターに地域の開業医が参画すること、また、電話相談事業の実施等により、患者の受診行動の変化を働きかけること(併せて、啓発広報等により、患者側における適切な受診行動を促進することも重要)に取り組むことや、関係職種との役割分担の検討(後述)を進めることが必要である。
また、訴訟の対象となる割合の高い診療科に取り組む医師を確保する観点からも、死因究明制度の検討や産科医療補償制度の導入を含めた医療紛争処理制度などにより医療紛争の適切かつ早期の解決を図る仕組みづくりを急ぐ必要がある。
なお、地域で具体的な対策を講じる際には、現在の病院の給与体系において、個々の医師の能力や努力、確保の困難性が給与や処遇に反映されにくいといった構造があることにも留意が必要である。

(女性医師が働きやすい環境づくり)

- 産科・小児科等をはじめ、女性医師の数全体の増加が予想される中で、女性医師がライフステージに応じて柔軟に働くことができるよう、院内保育所への補助や、

職場復帰のための研修、女性医師バンクの活用といった取組を本格的に進めていくことが必要である。

(医療機関の役割分担と住民への啓発活動の例)

- 愛知県岡崎市においては、小児救急体制について、地元保健所の調整の下で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の作成などの患者・住民への啓発活動を行ったところ、大学からの派遣や地元開業医の交代出務によって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の受診者は減少している。

【資料p15参照】

また、大阪府豊能地域においては、四市二町の共同で広域こども急病センターを設置し、大学等からの派遣や地元開業医の交代出務により診療を行うこととした結果、住民はまずセンターに受診するようになり、重症な患者(全体の3%以下)が市立病院等に搬送されることとなった。これにより、従来は5つの病院でそれぞれ、軽症、重症混在した状態の小児救急診療(夜間態勢は各病院とも小児科医一人)を実施していたものが、各病院をまず受診しようとする救急患者が8割程度減少するなど役割分担が図られるとともに、小児科勤務医の労働条件も改善されている。

【資料p14参照】

(医学部における地域枠の拡充等)

- また、医師確保対策の一環としては、
 - ア 現在、各大学で設定されている、医学部の入学者選抜における地元出身者のための入学枠(いわゆる地域枠)
 - イ 卒後、一定期間地元の医療機関で医療に従事することを条件とする都道府県の奨学金の拡充を一体的に推進し、今後とも、地域医療への関心と意欲を高めつつ、医学部卒業生の地元定着の促進を図ることが必要である。(その際には、島根大学医学部が実施する地域枠のように、志願者に対して、出身地近辺の医療機関等における体験活動や、市町村長による面接を課し、地域医療に対する強い意志と資質を確認する方法もある。)

【資料p27、28参照】

(医師と関係職種との役割分担のあり方)

- 医療の質の向上を図り、また、患者のニーズにより的確に応えていくためには、医師が本来の業務に専念できるような体制の構築や、チーム医療を推進するために医師の業務の効率化や質の向上を図ることが必要であり、こうした観点から、関係職種(歯科医師、看護職員、事務職等)の資質の向上や役割分担のあり方を検討する必要がある。

- 看護職員については、看護師の本来業務をより明らかにし、適切に他職種との役割分担を図るとともに、急性期の病院医療や、慢性期疾患を抱える高齢者等の在宅での療養を支える訪問看護の提供に求められる水準を満たす看護師の養成が必要である。また、新たな取り組みとして注目されている「院内助産所」や「助産師外来」等を推進していく上で、産科医との信頼関係を築いた上で助産を責任を持って担える助産師の養成が必要である。
- また、近年増大している書類の作成等医療職でなくても可能で、かつ専門的に行った方が効率的な事務について、事務職の積極的な活用を検討することが必要である。

(医師のへき地勤務義務づけについての検討と当面の対応)

- へき地等の医師確保が極めて困難な地域を抱える地方公共団体からは、例えば開業前にへき地勤務を義務づけるなどの規制をしてでも医師不在への対応を図ってほしいとの強い要請があるが、このことについて、へき地医師確保のための対策として全医師に個人として義務づけることの合理性を、自由開業制をとる制度体系の中でどのように位置付けるか等の論点にも留意しつつ検討することが必要である。

当面は、へき地での勤務を拠点病院(マグネットホスピタル)に勤務する医師のキャリアパスにしっかり組み込むルールを構築し、ここから派遣する仕組みが適切と考えられ、とりわけ、全国的な病院ネットワークを有する団体に働きかけていく必要がある。

3. 開業医の役割の重視と総合的な診療に対応できる医師の養成・確保

「夜間や休日などの身近な場所での医療に不安がある」という問題に対しては、開業医の果たすべき役割を重視し、機能を明確化していくこと、すなわち、一次的な医療の窓口としての機能、身近な地域での時間外診療や往診・訪問診療の実施等が求められる旨を明確化していくことが必要である。

また、併せて、臓器別の専門医だけでなく、人間全体を診る総合的な診療に対応できる医師の養成・確保を図ることが必要である。

(開業医の役割・機能の明確化)

- 病院と診療所の連携をはじめ、地域の医療連携体制構築の実現のためには、開

業医の役割の明確化が必要である。開業医に今後、より期待される役割として、例えば、

ア 地域で在宅当番医制のネットワークを構築する、又は少なくとも休日・夜間の救急センターに交代で出務する

イ 時間外でも携帯電話で連絡がとれること

ウ 午前中は外来、午後は往診・訪問診療という経営モデル

エ 在宅療養支援診療所としてグループによる対応も含め24時間体制での対応（特に高齢者。看取りを含む。）を行う

といった取組が本来期待されていることを明確にするとともに、その評価を明らかにする必要がある。

（在宅主治医の位置づけの必要性）

- 長期療養を必要とする高齢者など継続的かつチームでの医療を必要とする者については、その患者が、普段自分がかかっている医師の中から在宅主治医を選ぶこととし、その在宅主治医が、必要に応じ関係する医師の間の調整を行うとともに、担当患者の再入院や退院時のケアカンファレンスにおいて中心的な役割を担ってもらうことになれば、患者にとって望ましい療養がなされやすいのではないかと考える。

【資料p19参照】

- 病気になるまでは地域に主治医がいない患者の場合でも、脳血管疾患、骨折等で入院した高齢者等が、予め公表された地域の医師の中から在宅主治医を選び、当該医師が退院前カンファレンスや退院後の健康管理を担ってくれる仕組みができることは、住民の安心につながる、と考える。

（開業医のチーム化と研修の必要性）

- 診療所は医師一人のところが多く、こうした診療所でも24時間の在宅医療を提供できるようにするためには、複数診療所の医師のチーム化や on the job でのトレーニング（研修）等に関する支援が行われることにより、医師一人の診療所であっても、看取りも含め24時間体制での連絡や相談といった機能を果たすことのできる体制を検討する必要がある。

【資料p18参照】

例えば静岡市においては、市医師会が中心となって、消防と連携し、在宅療養中の方に事前にカードを配付し必要事項を記入してもらうことにより、その患者の緊急入院が必要な時、あるいは看取りが必要な時に、関係の病院や医師のグループとの連携が円滑に行われるようなシステム化を図っている。このようなものを含め、開業医のチーム化や研修の具体化には、地区医師会の調整機能が不可欠であると考えられる。

【資料p21参照】

また、4. に後述するとおり、在宅医療を行うためには、訪問看護ステーションやケアマネジャー等の地域の資源と共同・連携して在宅の患者を支えていく必要がある。

る。

(総合的な診療に対応できる医師の位置付けの検討)

- 臓器別の専門医だけでなく、人間全体を診る総合的な診療を行える医師の養成が必要である。このことについては、新たな医師臨床研修制度により方向性を明らかにしているところであるが、さらに、こうした医師の位置付けについて、関係団体・学会の意見も踏まえつつ検討を行う必要がある。

この場合、現在既に専門医として位置付けられている段階にある医師と、今後専門医を目指す段階にある医師とを分けて整理する必要がある。

例えば、総合的な診療を行うことについての修練を積んでいない専門医が開業するに当たっては一定の研修を必要とする仕組みについても、今後、関係者間で議論していく必要があるのではないかと考える。

(在宅医療を担う医師を活用した on the job での養成システム)

- 当面の対応としては、現在の在宅医療を担っている医師が、on the job で総合的な医療を行う力量を増していく方向を目指すということになると考えられる。そのような観点に立った養成システムについて、具体化のための検討を速やかに行う必要がある(4. 参照)。

(患者を適切に紹介できる医師の育成・確保)

- 今後の医師の養成に当たっては、病院と診療所の機能分化の方向性(1. 参照)を踏まえることも重要である。情報の非対称性(通常の財やサービスと異なり、当事者間で持っている知識や情報量に差があり、利用者が最適・正確な選択ができない)がある医療の分野においては、患者が自己判断(診断)して数多くの医療機関から受診先を選ぶことより、専門家である医師が判断して患者に適切な情報を提供する方がより望ましいと考えられることから、患者との間に立って各医療資源への振り分け機能を発揮できる医師の育成・確保を図る必要がある。
- 医師の側においては適切な説明を行うよう努めること、患者の側においては本来医療は不確実であることについての理解を持つことが求められる。かかりつけの医師を持っている者の方が、そうでない者より、受けた医療への満足度が高いという調査もある。かかりつけの医師と患者の信頼関係を基礎として、紹介された病院におけるその後の治療が行われれば、病院の医師と患者の間において、より望ましい意思疎通が図れるという観点からも、身近な開業医の機能発揮が期待される。

(専門医の質の確保等についての第三者機関による一定の関与の必要性)

- 大学での医学教育も、多くは臓器別に行われており、これが、医療現場における

臓器別の医療の過度の細分化を招いている一因となっているとの指摘もある。人間全体を診る総合的な診療を行える医師の位置付けの検討と併せて、臓器別にできている専門医の質の確保、あるいは養成のあり方について、現在は各学会において取り組まれているが、何らかの第三者的な機関が一定の関与を行うことについて、検討が必要ではないか、と考えられる。

4. 在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進

「在宅での療養生活を選択することが難しい」という問題に対しては、本人や家族が希望する場合には、自宅やケアハウス、高齢者専用賃貸住宅など多様な住まいでの生活が可能となるよう、在宅医療、看護・介護サービスその他の高齢者の暮らしの安心につながる様々なサービスの連携を図ることのできる地域ケア体制の推進を図ることが必要である。

特に、後期高齢期の医療のあり方は、高齢者がどのように生き、どのように死を迎えたいか、という願いの実現を基本とすることから、生活の質を重視し、急性期の治療が終われば、生活の場における療養が確保される必要があるという視点、また、尊厳に配慮し、安心できる医療を実現していくという視点、を持つことが必要である。

(医療機関と患者・家族との調整及び看護・介護サービス機関等との連携)

- 高齢者は入院前のADL(日常生活動作)の状況等個人差が大きいこと、さらに、治療方法の選択が退院後の生活の質に影響を及ぼすことを踏まえ、入院直後から、退院後の生活を見越して、治療方針の選択を含めて患者・家族との相談を開始することが望ましいと考えられる。その際、高齢期に求められる医療や看護・介護は何かを、医療機関や看護・介護サービス機関等が本人や家族とよく話し合い、最も望ましい選択肢を選んでいくよう調整することが重要である。
- 退院後の介護施設への入所、あるいは在宅医療や在宅での看護・介護サービス等を受けながらの自宅や高齢者向けの多様な住まいでの生活に円滑に移行できるよう、少なくとも退院時から、在宅医療の中心となる在宅主治医を含めた医療機関と看護・介護サービス機関等との連携を図ることが必要である(3.参照)。
- 広島県尾道市においては、長期継続ケアの必要な高齢者を、看取りまでを見通して支えていくシステムづくりを進めている。在宅主治医が中心となり、担当患者が再

入院をした場合に病院主治医との連携を図り、退院時のケアカンファレンスに参加して継続的なケアを図ることはもとより、医療・介護に関わる地域の多職種の協働で、また、医師会、社協、民生委員の連携も図りながら、認知症のケアや独居の高齢者も含め地域で解決していく仕組みを構築している。【資料p19参照】

(チームで対応し後期高齢者の生活を支援する医療の視点)

- 特に後期高齢者については、「疾患を治療する医療」だけでなく「生活を支援する医療」の視点が重要である。急変時の地域の入院機能を確保することと併せて、訪問看護ステーションをはじめとした介護保険関係サービスなどとの連携を含め、こうした医療を他職種を含めたチームで実施する際の具体的なあり方についても検討を行う必要がある。

その際、医師が一人で抱え込むことなく一定のサービスについては医師と看護師との間でプロトコルを作成し、その中で看護師に委ねる部分については委ねる形で連携していくことができるよう、看護師等の資質の向上を図る必要がある。

(在宅医療を推進する医師の確保)

- 2040年の年間死亡166万人時代を控え、看取りまでを行うことができるとともに上記のような連携や調整を担当できる、地域の在宅医療を担える医師の養成・確保方策の検討を進める必要がある。併せて、在宅緩和ケアを担うことのできる医師や看護師の養成・確保を図る必要がある。

(在宅での看取り)

- 在宅での看取りのケアについては、本人及び家族の意向を基本において、その実践を積み重ね、看取りのケア、終末期の医療のあり方について、更に国民的なコンセンサスを形成していくことも重要である。

(地域ケア体制の計画的な整備)

- 今後本格化する療養病床の再編成は、医療の必要性の高い者のための療養病床は確保しつつ、基本的に、後期高齢者の療養を、終末期を含めて、生活の場において確保することを展望して行うものであることを踏まえ、各地域において、その転換による受け皿づくりを含め、後期高齢者の療養の将来的なニーズや社会資源の状況等に即して、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、「地域ケア体制」の計画的な整備を着実に行うことが特に必要である。

【資料p30～32参照】

(住宅政策との連携)

- その際、地域における在宅医療や在宅での看護・介護サービス等により、自宅や高齢者向けの多様な住まいでの生活の継続を支援することを目指したケア体制を推

進する観点の基本であり、住宅政策との連携も図りながらこれに取り組む必要がある。

この場合、都市部（特にニュータウン等の大規模団地）の高齢化を展望し、公営住宅・都市再生機構住宅などのバリアフリー改修の推進と連携した形で在宅医療や地域密着型の看護・介護サービスの充実を図るなど、全国各地で具体的な取組を推進する必要がある。【資料p33～35参照】

（療養病床の再編成と地域における中小病院の機能・役割）

- 療養病床を有する中小病院の今後のあり方については、「地域ケア体制」を踏まえつつ、介護老人保健施設その他の介護施設のほか、地域の医療を担う場合においても、回復期リハ、軽度の急性期医療への対応など地域の診療所と連携した在宅療養の支援など、地域において今後求められ、そして果たすべき機能・役割を考慮しながら検討することが必要である。
- また、以上のような基本的な方向性を踏まえ、介護施設等の基本的なあり方やその入所者に対する医療の提供のあり方について検討が必要である。

（高齢者の医療の標準化）

- 高齢者については、複数の疾患を有していることから複数科受診に伴う重複投薬や検査が行われていることも指摘されるが、主治医等が高齢者の状態を把握することによりこうした重複投薬や検査を防いだり、高齢者の個人差の大きさを十分に踏まえつつ、薬剤の投与のあり方などを含む高齢者への診療の標準化を進めることなどにより、高齢者の特性を踏まえた適切な医療の普及を図る必要がある。

（高齢者にふさわしい総合的な評価を行う医療の必要性）

- 特に、後期高齢者は、複数の疾患の併発、ADLの低下等の状況にあることが多く、総合的な医療が必要である。手術等に際しては、CGA（高齢者総合的機能評価）等を行うことが必要であり、臓器の状況だけで手術の要否を判断すると、総合的に見て高齢者に最も適切な医療が選択されていない場合がありうる。また、こうした過程においては、代替方法の提示を含めて、家族や本人にしっかり説明した上で納得を得ることが必要であり、そうした実践が増えていくことが望まれる。

【資料p36参照】

（注）CGA（高齢者総合的機能評価）：高齢者の状態について、医学的問題点のみならず、生活機能、精神機能、社会・環境の3つの面から総合的にとらえて評価して、問題点を整理することを通じ、ケア全体をコーディネートする手法。

(総合的な視点に立って認知症に対応できる医療の必要性)

- また、高齢者を総合的に診療するためには、認知症の観点を持ち合わせることが必要である。認知症の初期段階においては、早期診断や専門医への紹介、家族への説明が重要であり、中期段階では、ケアマネジャーをはじめとする介護サービスへの紹介・つながりが重要となる。また、終末期には、病院や看護・介護サービス機関と連携しつつ、在宅医療を提供することが重要となる。

(認知症高齢者や家族を支援する体制の構築)

- 認知症高齢者への対応について、ケアマネジャーや看護・介護サービス等との連携方策を含めた認知症に関する開業医に対する研修や、開業医をサポートし地域において医療・福祉諸機関との連携の核となる医師の養成を推進するとともに、医療機関、行政、看護・介護サービス機関、地域住民等の相互の連携を強化することにより、地域において認知症高齢者や家族が安心して生活を送ることができるよう総合的に支援する体制を構築する必要がある。

(老年医学の考え方の普及及び調査研究の推進の必要性)

- 認知症をはじめ、加齢に伴う様々な疾病、障害を併せ持ちながら地域において生活する高齢者の特性と、それを支える上で活用しうる必要な社会資源、検査の基準値や投薬する薬剤の量は壮年とは異なることその他の老年医学に関する知見や考え方の普及を図るとともに、更なる調査研究を推進する必要がある。

(終末期医療ガイドラインの策定)

- リビング・ウィル(書面による生前の意思表示)の考え方はまだ十分普及しておらず、本人の意思が不明な状態で入院に至った場合には、総合的に見た場合に本人の希望に沿うものではない可能性が高かったとしても、濃厚な医療処置を行わざるを得ない。

こうした現状も踏まえ、終末期の医療に関し、本人、家族、医療関係者の間での手続面でのガイドラインの策定を急ぎ、その周知を図るとともに、併せて、関係各方面において終末期医療ガイドラインの作成等について幅広く議論されることが望まれる。

資料編

医療機能の明確化や機能分化・ 連携・情報開示・ITの活用

- ・脳卒中の連携体制
- ・地域連携クリティカルパス
- ・医療機能の情報公表
- ・IT化の推進
- ・ナショナルセンターの役割

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

必要に応じ
要介護認定

(転院調整)

生活リハを含めた
療養を提供する機能

(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

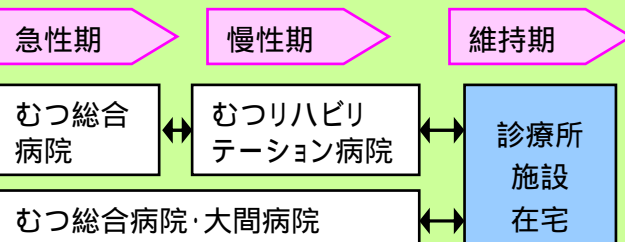
- ・ 開始時期:平成17年度から
- ・ 対象地域:八戸圏域と下北圏域
- ・ 対象疾患:脳血管疾患
- ・ 入院患者が退院後に円滑に地域での生活に戻り、早期に社会復帰できる仕組みづくり
- ・ 適時適切なサービスを切れ目なく提供できるようにするために、筋道(パス)を保健医療福祉関係者と患者家族で共有し活用することにより、適切なサービスが提供できるようにするもの

参加医療機関数

	病院	診療所
八戸圏域	17	34
下北圏域	4	11

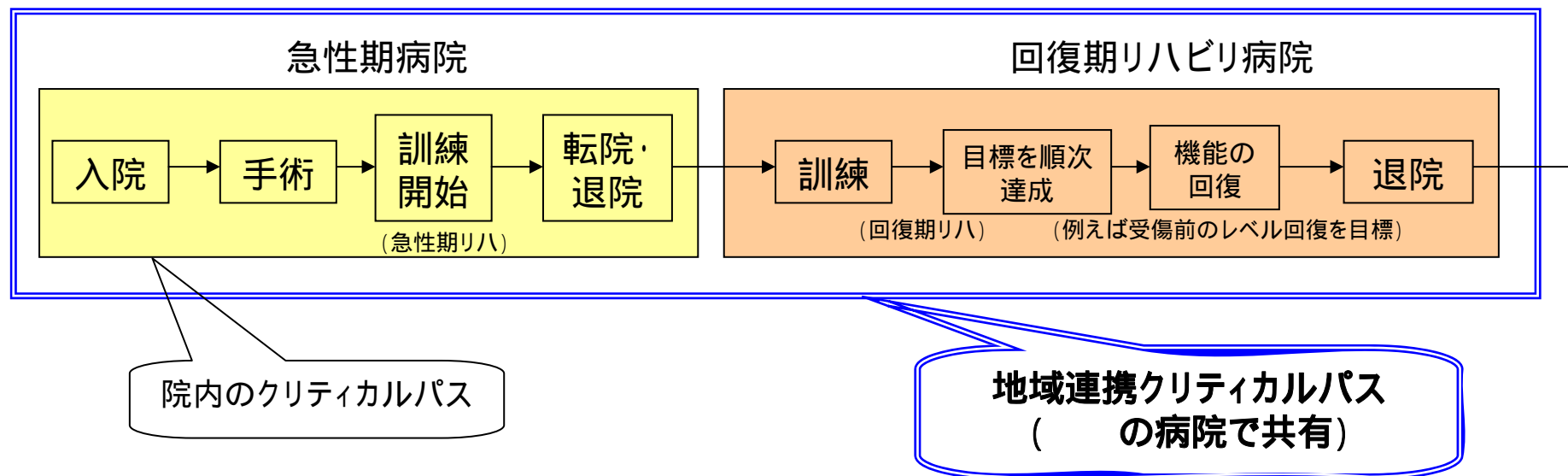
地域の多くの医療機関が参加。介護施設等も参加

下北圏域の運用



地域連携パス(下北圏域)

地域連携クリティカルパスのイメージ



熊本市での取組実績

急性期病院における平均在院日数の変化

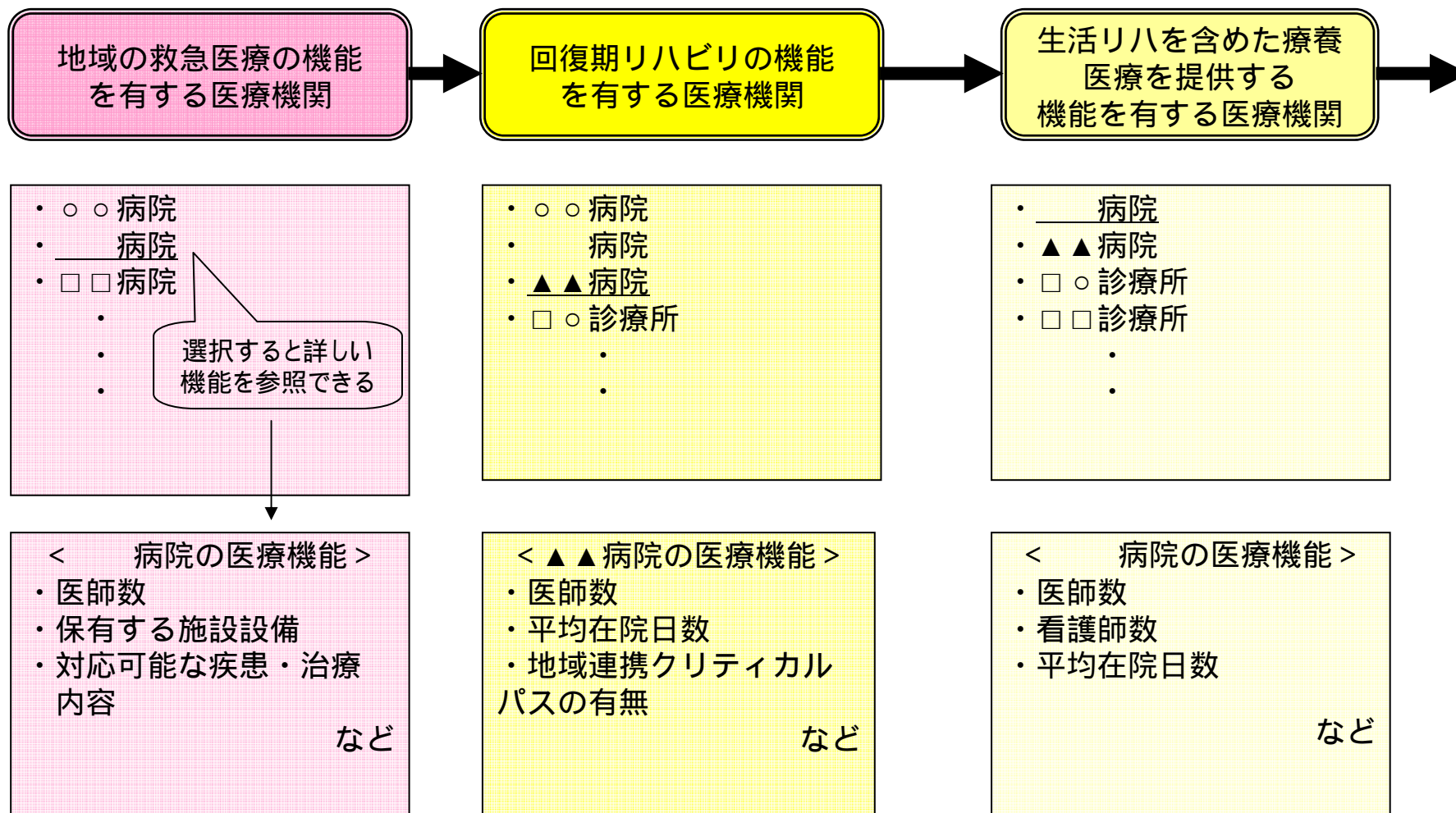
	事例数	平均在院日数	(A)に対する減少率
連携パス導入前 (H11.1～12)	72例	28.5日 (A)	-
連携パス導入後 (H13.1～8)	77例	19.6日	約31%減
連携パス導入後 (H15.1～H17.1)	423例	15.4日	約46%減

連携先病院(ある回復期リハビリテーション施設)における平均在院日数の変化

	事例数	平均在院日数	(B)に対する減少率
連携パス導入前(H15)	55例	90.8日 (B)	-
連携パス導入後(H16)	53例	67.0日	約26%減

医療及び医療機関に関する情報の公表

- 各地域の医療機関の機能連携を具体的に明らかにした医療計画を十分住民に周知します。
- それぞれの医療機関の機能を都道府県が整理し、住民にわかりやすく公表するようにします。



医療等におけるIT化の推進

ITに対する基本的考え方

- ITは、医療等のサービスの質の向上と効率化や、これらサービスに係る情報収集・分析・評価(PDCAサイクル)に必要となる重要な基盤
- 医療等におけるIT化を重点的に推進するため、「医療・健康・介護・福祉分野の情報化グランドデザイン(ITグランドデザイン)」を策定(平成19年3月27日)

IT化の具体的内容

○ 健診・診療情報、レセプトデータ等の収集分析

- ・平成20年度から開始される保険者実施の健診・保健指導において、健診情報の収集を開始。平成21年度以後、疫学的利用方策を検討
- ・平成20年度にレセプトデータの全国的な収集・分析体制を構築し、平成21年度から段階的に収集分析を開始

○ 医療機関の情報化、情報連携の推進

- ・医療用語・コード等の標準化(継続中)、医療情報システムの相互運用性の確保(平成19年度～)、ネットワークセキュリティ要件の明確化など情報連携のための環境整備

○ レセプトオンライン化の推進

- ・大規模医療機関・薬局を中心に、レセプトの電子媒体化が進んでおり、平成22年4月には8割以上のレセプトが、また、平成23年4月には、原則、全てのレセプトがオンライン化

○ 健康ITカード(仮称)の導入に向けた検討

- ・平成19年度中に結論 等
個人情報の保護には万全を期す

ITの活用により期待される効果

○ 生涯にわたる健康情報の効率的な利活用

- ・健診・診療情報等を電子的に入手・管理し、個人が日常の健康管理に活用
- ・個人が健診・診療情報等を医療機関に提供し、適切な医療を受ける

○ 医療機関等のネットワーク化・電子的情報連携

- ・利用者に係る情報(持病、アレルギー、薬歴・検査歴、急変時への対応等)の伝達による適切な医療の確保
- ・診療画像、検査情報等の円滑な情報交換→診療において活用
- ・遠隔医療の推進
- ・専門医への紹介、セカンドオピニオンへの円滑化
- ・重複・不要検査等の是正

○ 健康情報の統計的・疫学的分析によるEBMの推進

○ 保険者による効果的な保健指導

○ 医療機関の事務の効率化・安全の確保

- ・カルテ保存や運搬の効率化・誤記・誤読防止 等

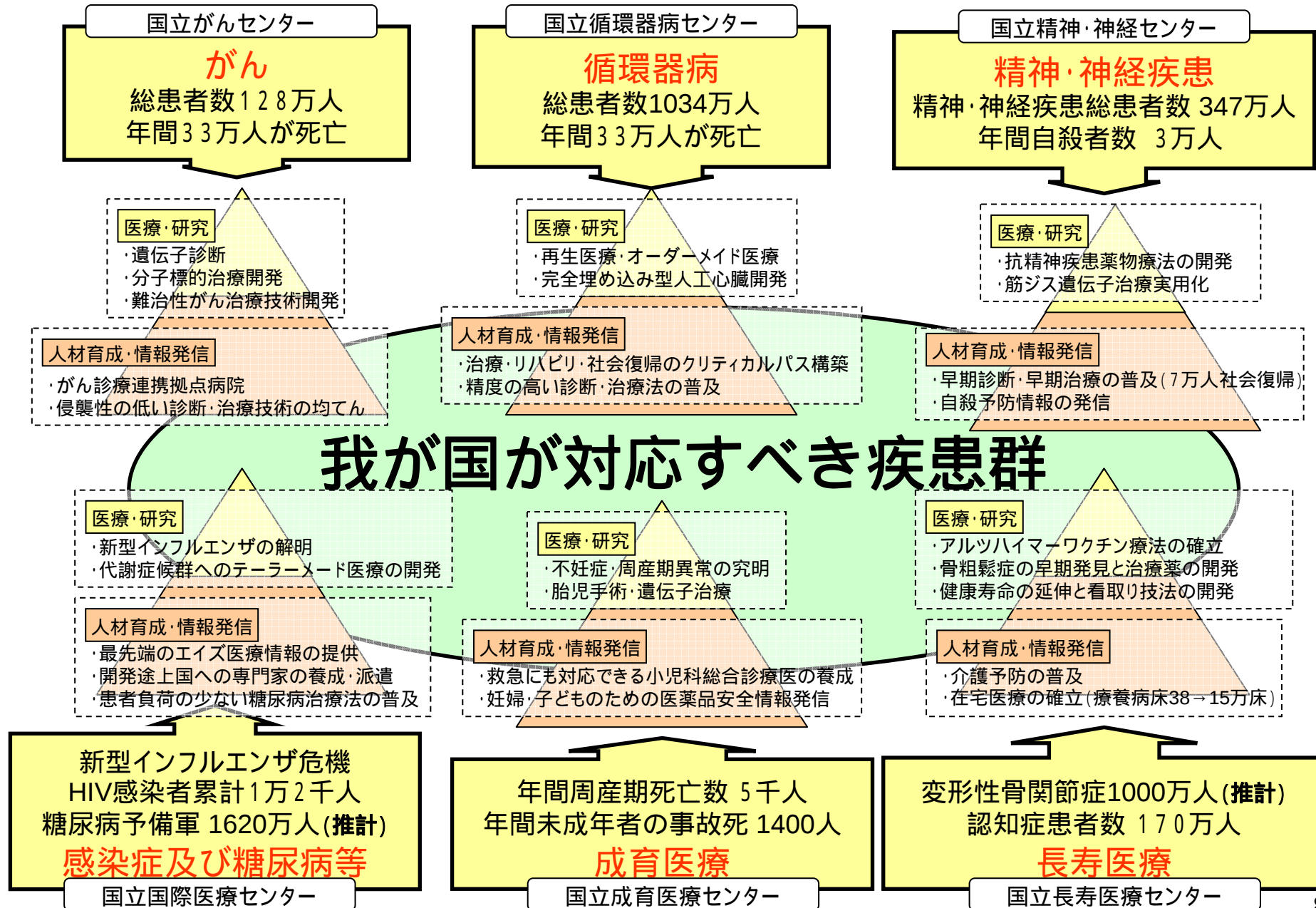
○ 保険者や審査支払機関の医療保険事務コストの抑制

○ 社会保障給付の重複調整

等

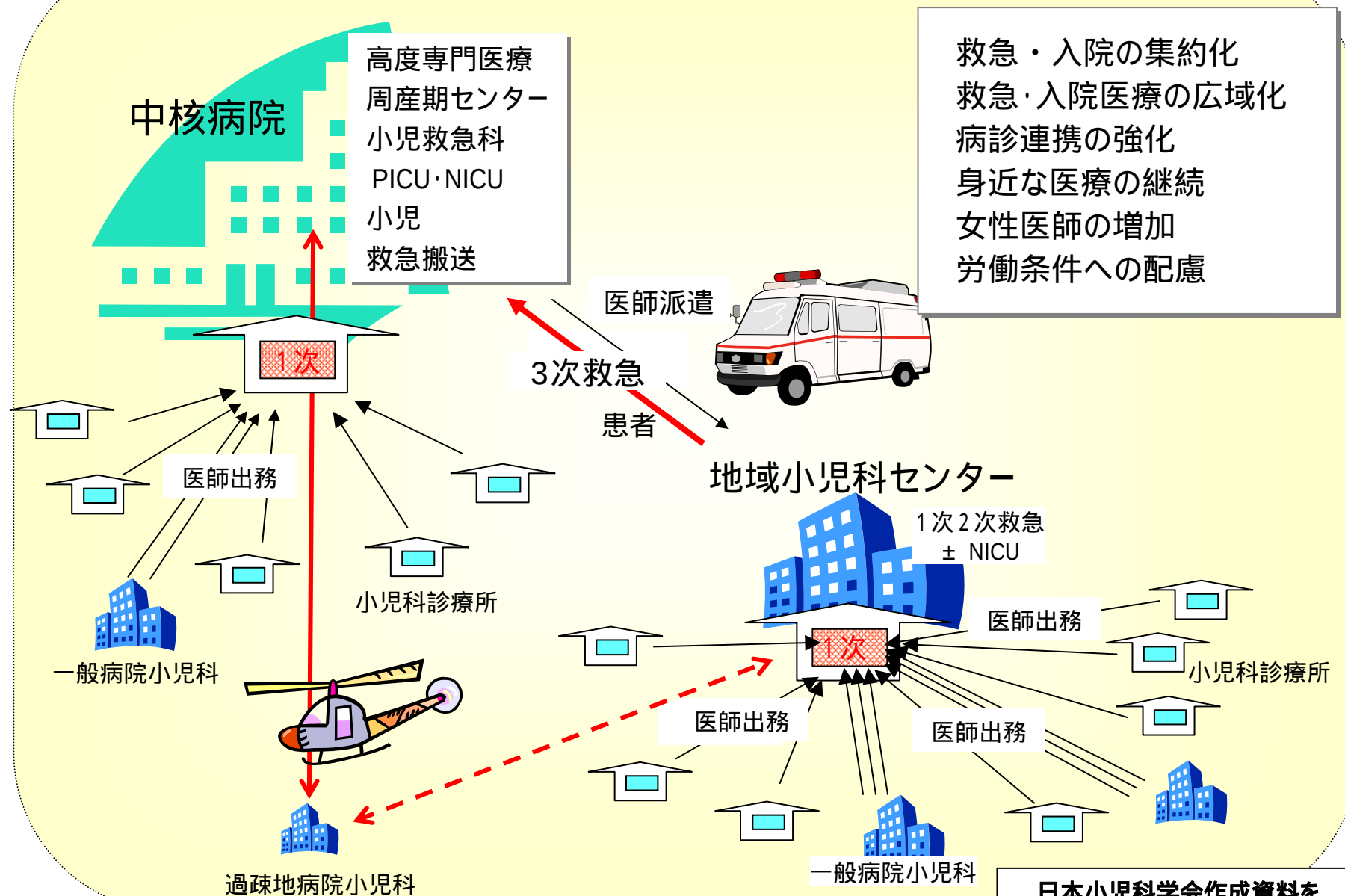
目指すべき将来の姿

国立高度専門医療センター(ナショナルセンター)を 中核に取り組む主な医療課題



小児救急・周産期医療の連携体制

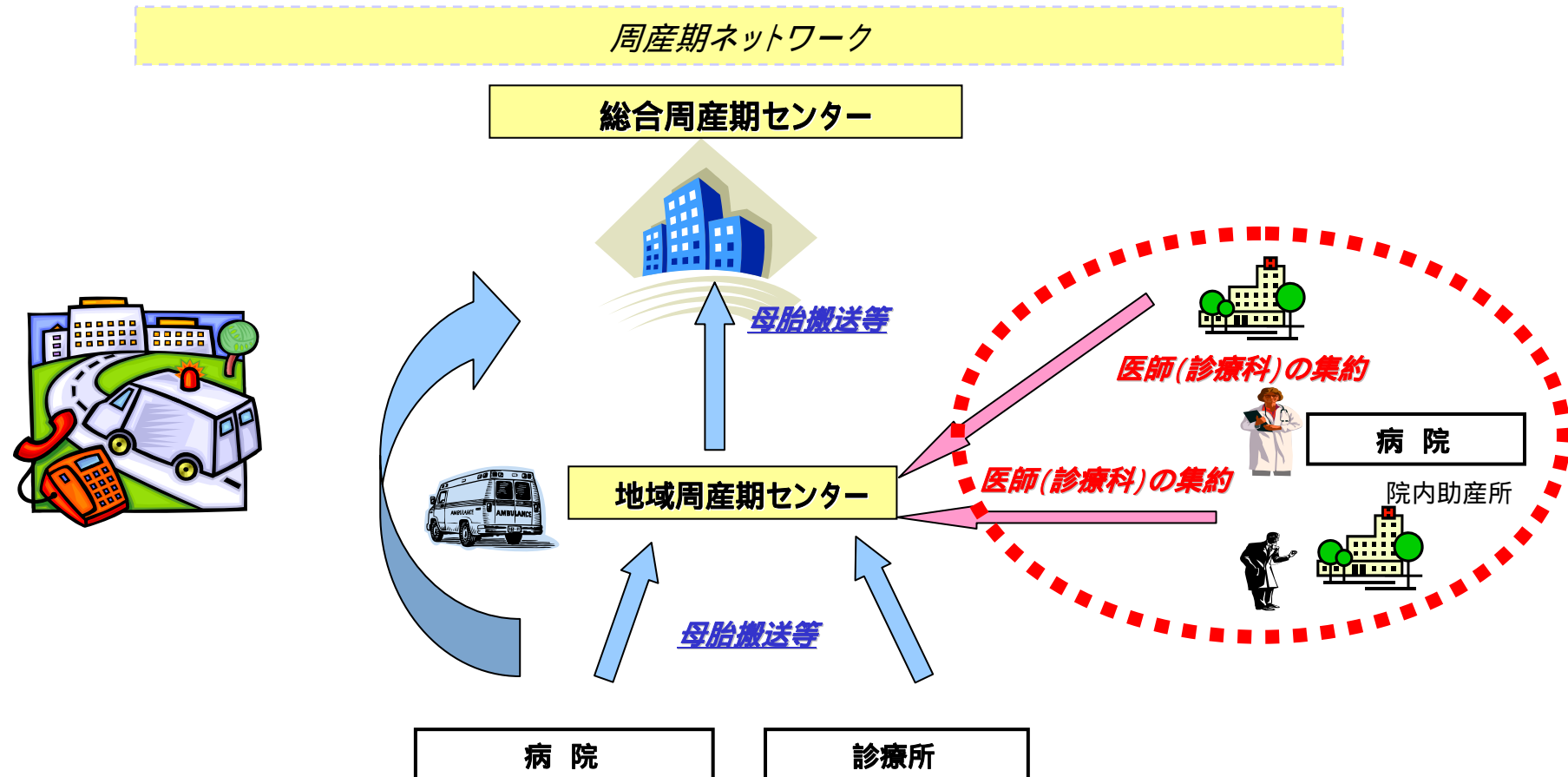
小児救急医療体制の連携のイメージ



救急・入院の集約化
救急・入院医療の広域化
病診連携の強化
身近な医療の継続
女性医師の増加
労働条件への配慮

日本小児科学会作成資料を
基に一部編集

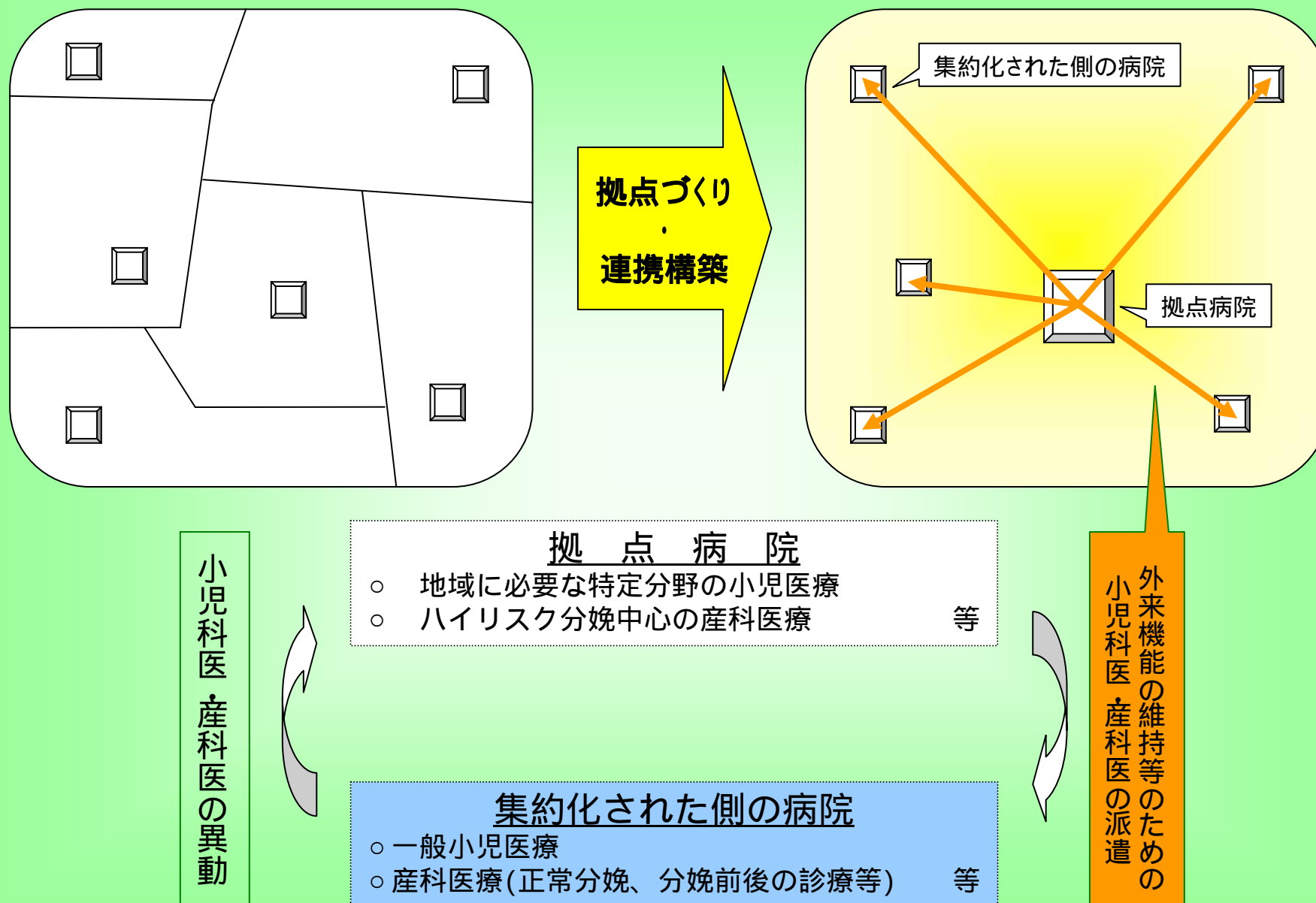
周産期医療の連携体制のイメージ



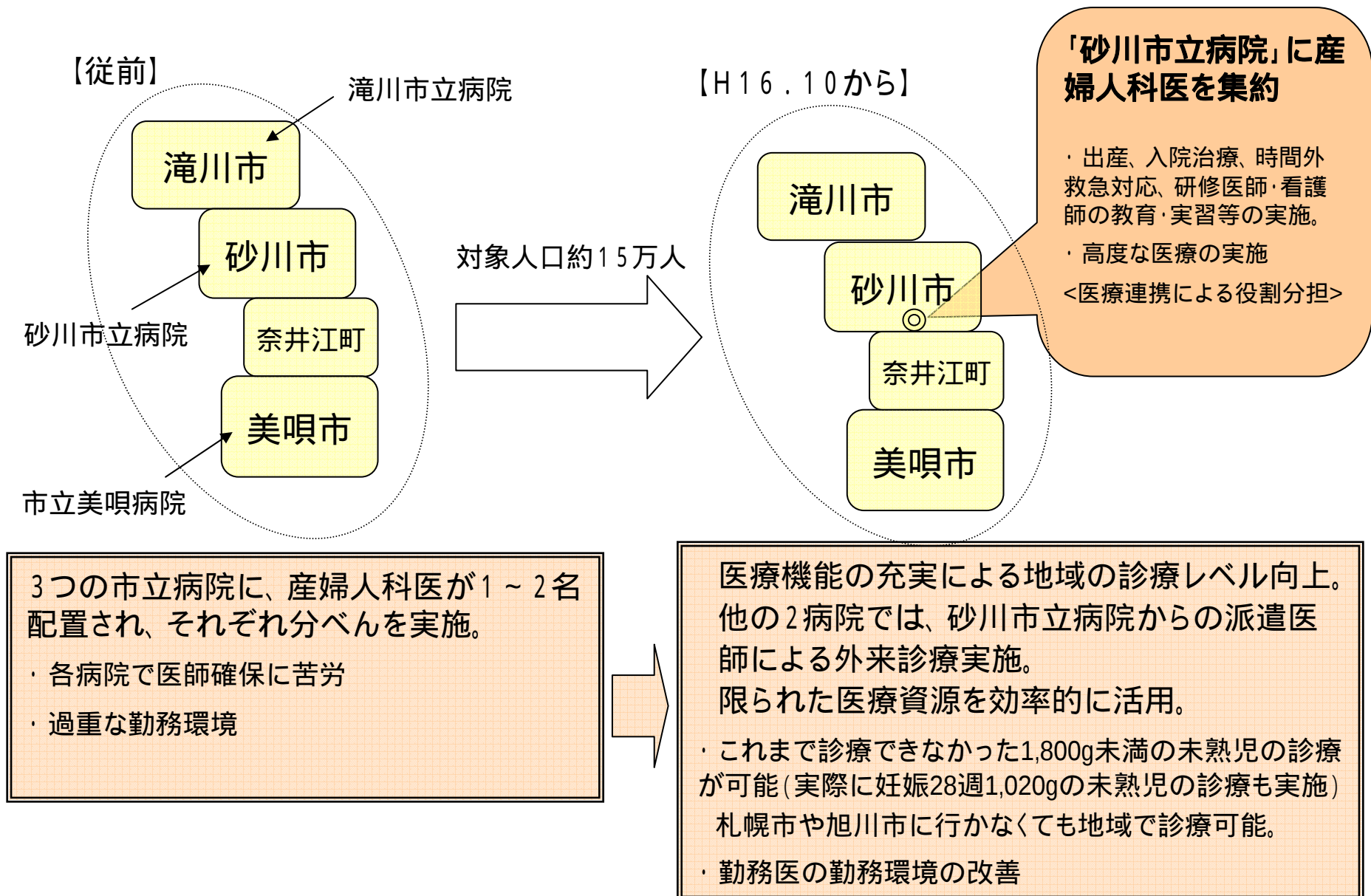
概要

- 現在の周産期ネットワークは一層充実させることとした上で、地域周産期センターへの医師の集約を行ない、病院の集約化、併せてコメディカル集約化を図る。
- 地域の病院・診療所から地域周産期センターに母胎搬送等により患者紹介。
- このシステムにより、病院の麻酔医や新生児医、また看護婦などが一人の妊産婦の周辺に分娩時に待機することが可能となる。

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

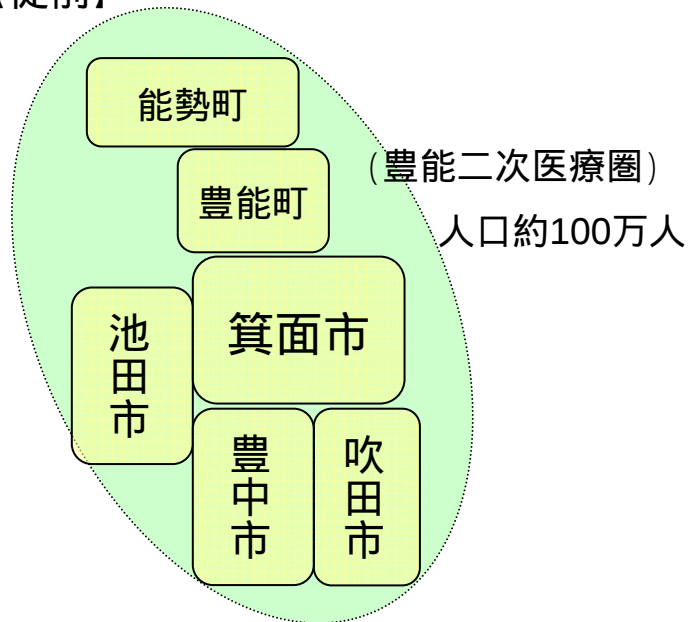


医療資源の集約化の例(北海道中空知地域)



夜間における小児医療の医療資源の集約化の例(大阪府豊能地域)

【従前】

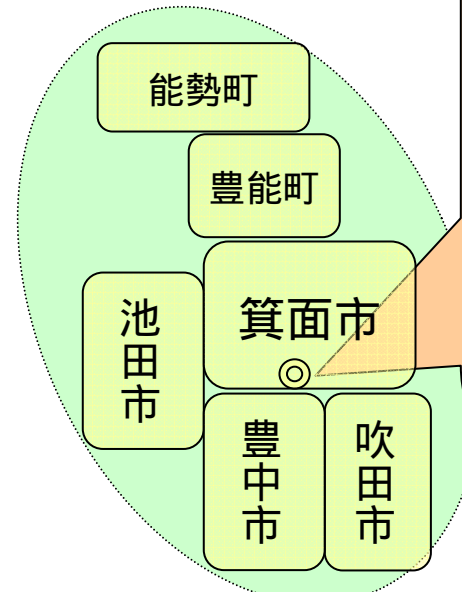


4つの市の市立病院と、1つの公的病院が、それぞれで、24時間365日の小児救急診療を実施。

・風邪などの軽症患者も重症の患者も混在して受診

・各病院の夜間態勢は、小児科医1人ずつの配置であり、過重な労働環境

【H16.4から】



「豊能広域こども急病センター」を設置

・一次救急患者を診察し、重症度を見極め、重症の場合は市立病院等へつなく機能を担う。入院機能はない。
・入院が必要な患者は、各地域の市立病院などで精密検査や入院治療を受ける。
・大学や国立病院からの派遣医師の他、地元の開業医も交代で出務し診療する。

各病院の一次救急患者は減少。センターが担う一次救急と、各市立病院等が担う二次救急の役割分担が図られ、効率化の実現とともに小児科勤務医の労働条件も改善。

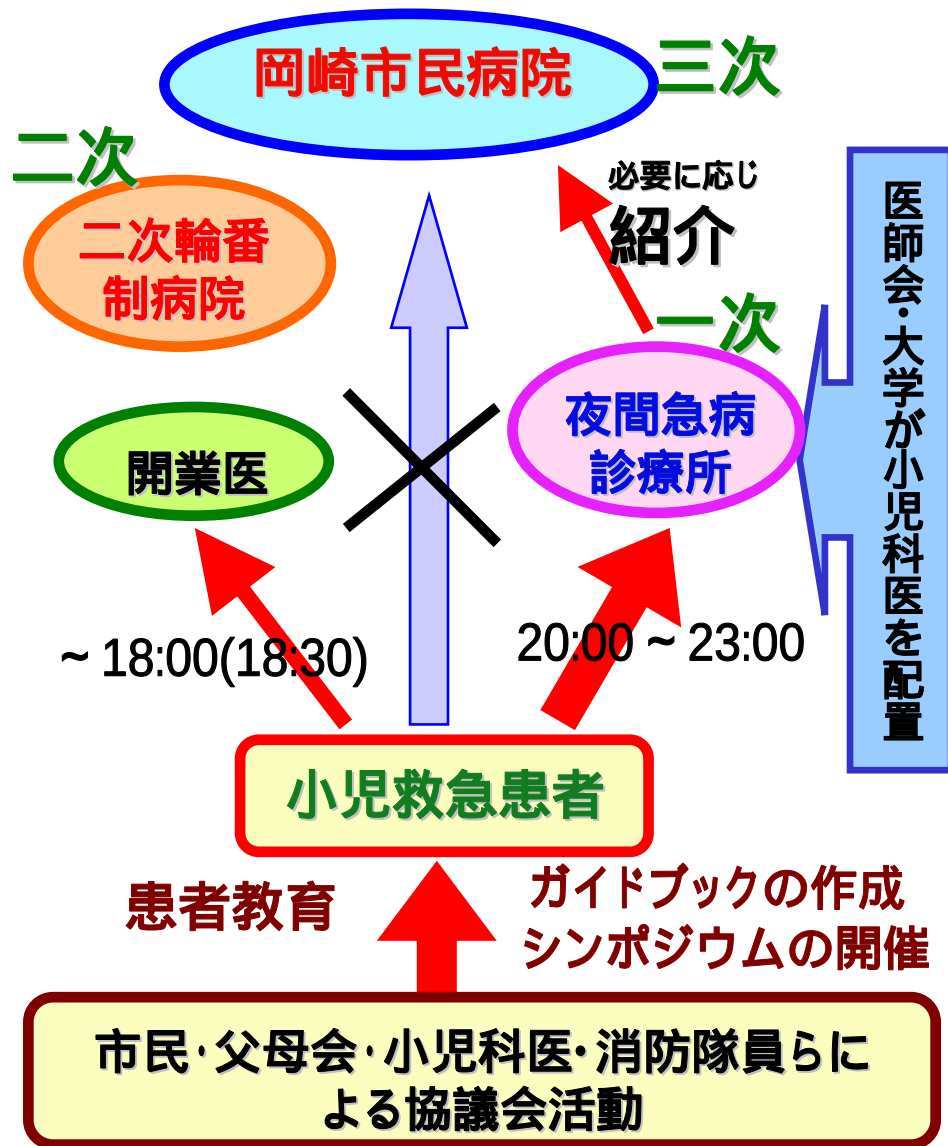
・センターを受診する患者の重症度は、軽症97.4%、重症2.6%(平成17年度)

・市立病院等への搬送はセンター全受診者の2.6%(同)

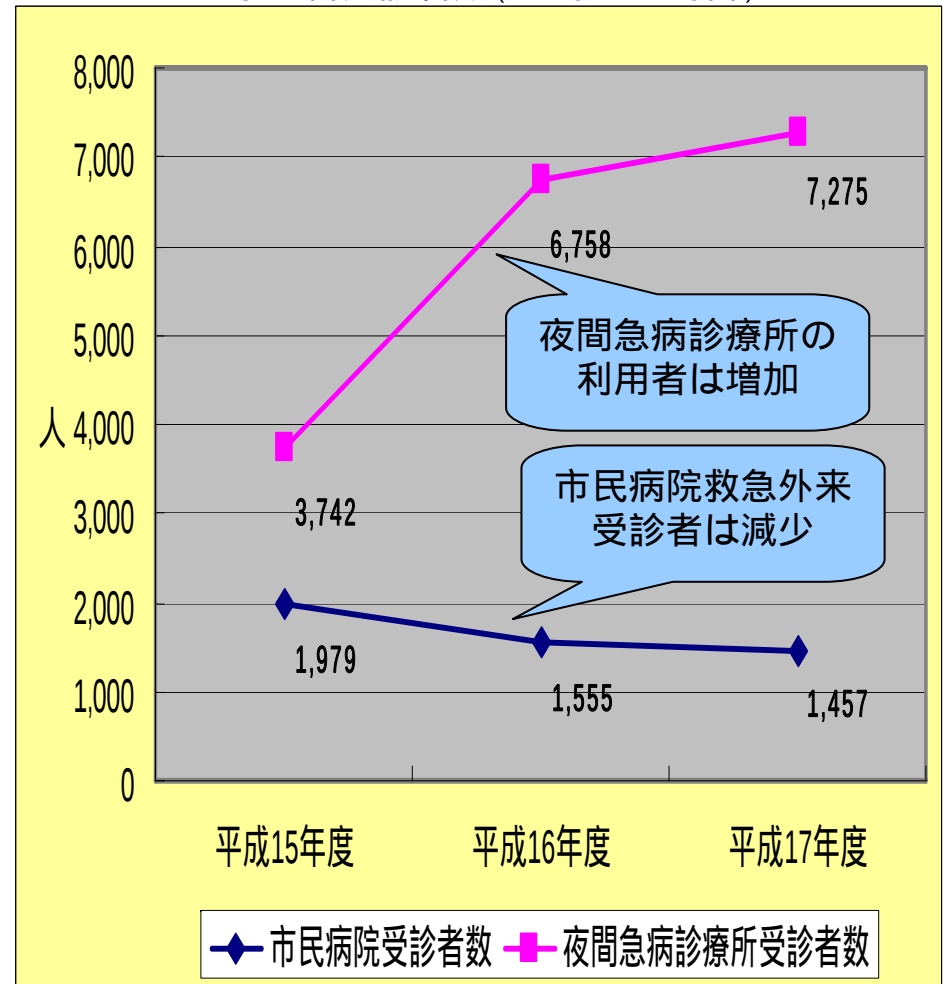
・市立病院等への一次救急患者は約8割減少(同)

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。



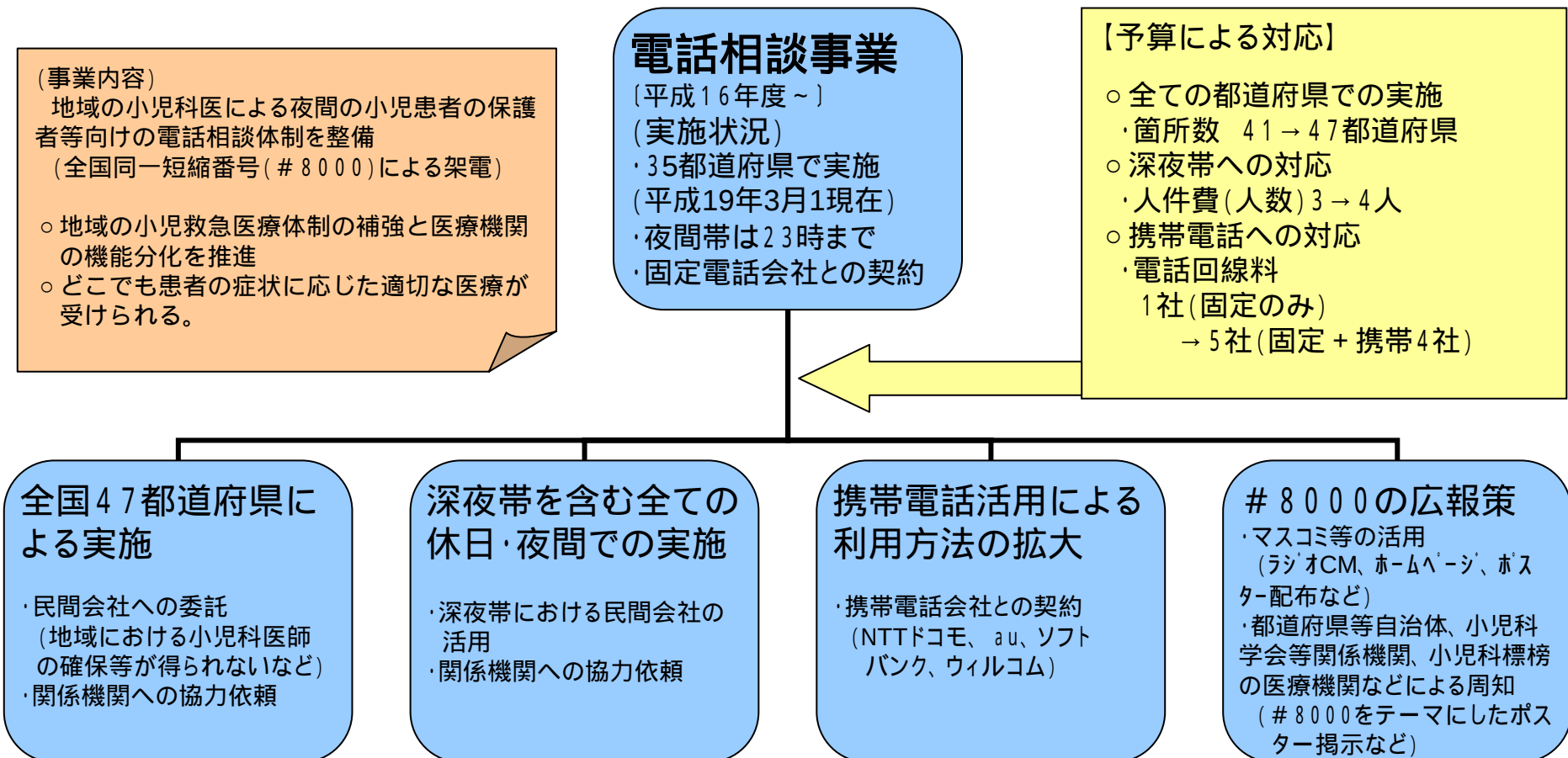
岡崎市民病院救急外来、夜間急病診療所別
小児科受診者数(20時～23時台)



小児救急電話相談事業(# 8 0 0 0) の拡充

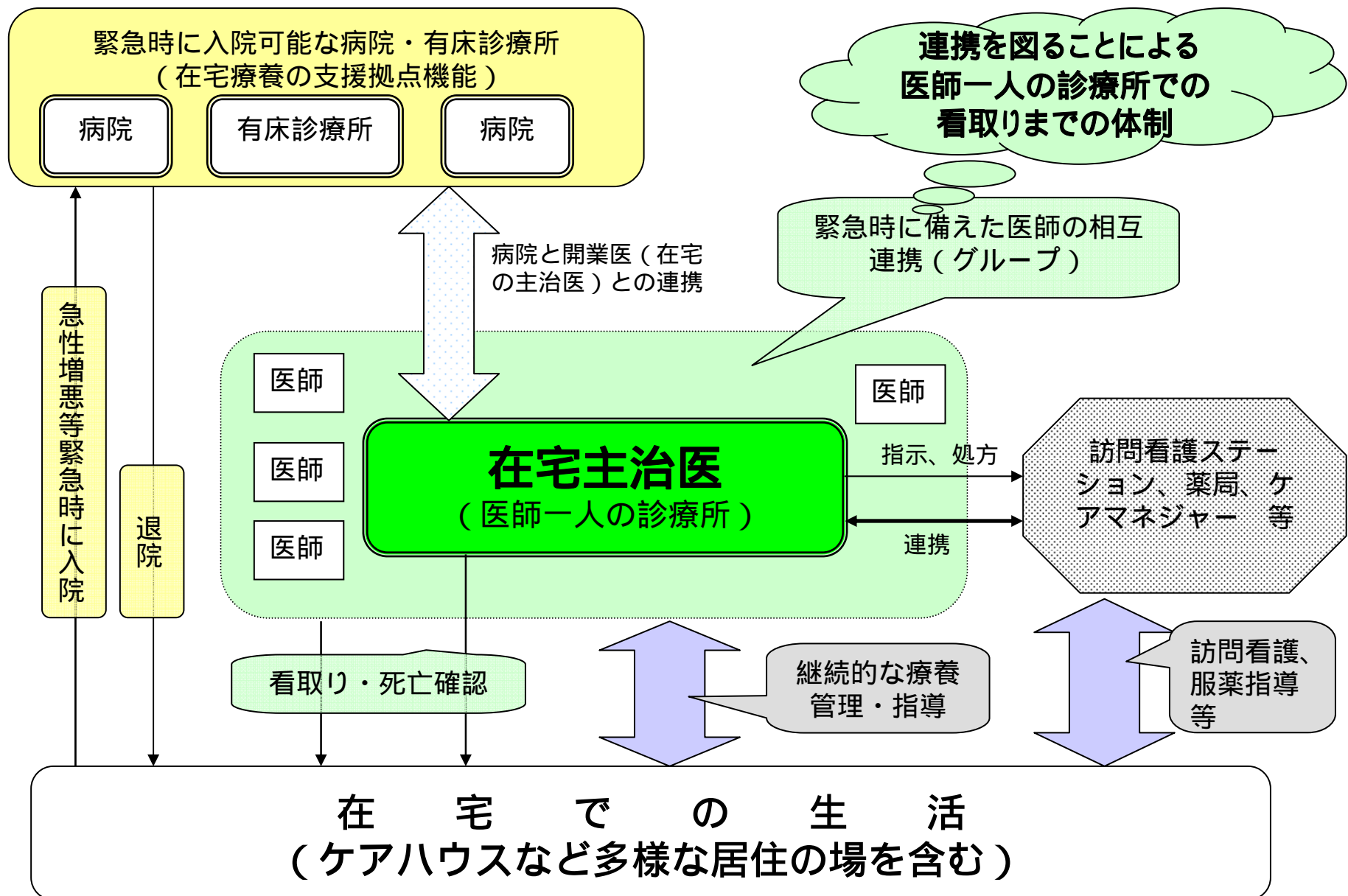
小児救急電話相談事業(# 8 0 0 0)は、

- ・小児科特有の問題として、休日夜間の外来患者数が多く、そのほとんどが軽症患者であるという実態から、適切な受入体制へのアクセス誘導をする上でも重要
- ・小児救急医療体制の構築とともに、小児科医師の確保が困難な地域における医療資源の集約化・重点化の推進においても、その周辺整備における重要な位置づけ



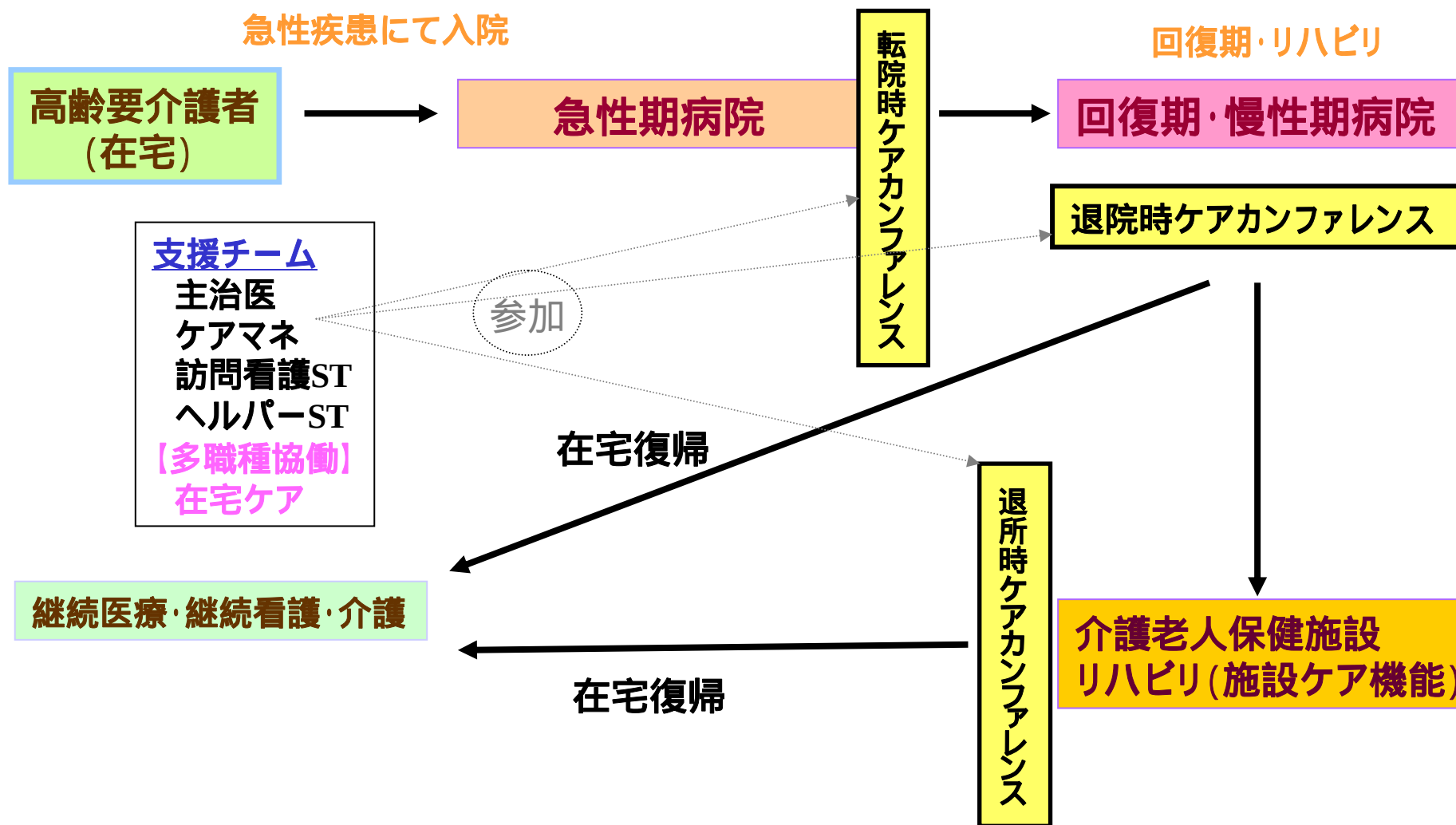
在宅医療の連携体制

在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ



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

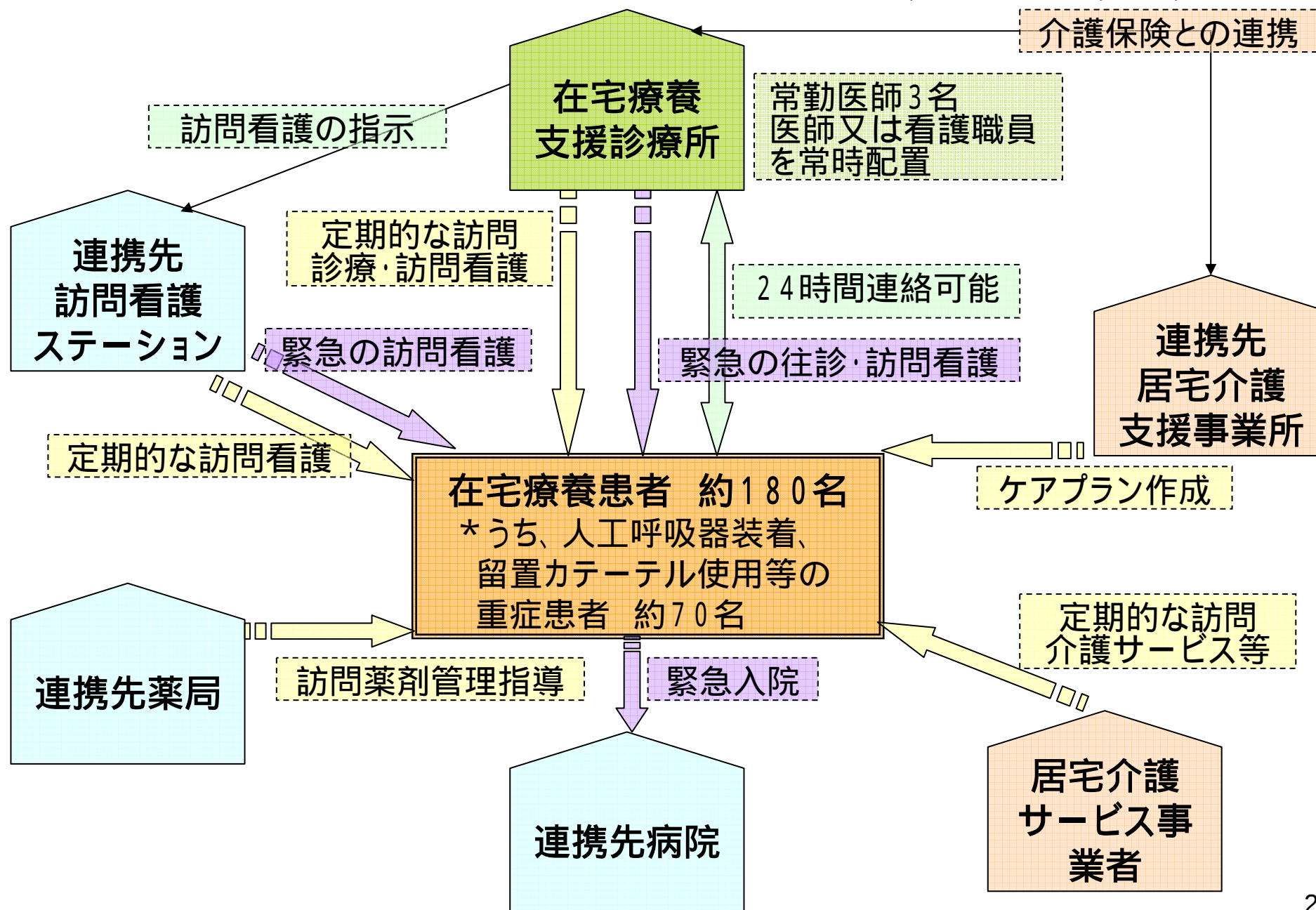
(ポイント) 高齢要介護者の長期フォローアップとケアカンファレンスの継続
主治医とケアマネジャーがケアカンファレンスに参加



(注) 尾道市医師会作成資料を基に厚生労働省にて作成

「在宅療養支援診療所」のイメージ

(仙台市内で看取りまで含めた在宅医療を行っている診療所(医師複数配置)の例)



静岡市静岡医師会と市内の病院で行われている在宅医療の地域連携の例

○在宅患者相互連携システム(イエローカード・システム)

・制度の概要

- ア 在宅の寝たきり患者が、病状の悪化に備えて、自分が診療を希望する病院を選択し、かかりつけ医は、当該患者の病状をあらかじめ病院に登録する。
 - 患者にイエローカードを配付
- イ 家で寝たきりの患者の容態が急に悪くなったときは、まず、かかりつけ医に連絡するが、万一連絡がとれない場合は、イエローカードに登録してある病院に連絡し、当該病院で診療を受け、必要ならば入院もできる。

○在宅医療支援看取りシステム(グリーンカード・システム)

・制度の概要

- ア 家族とともに在宅で最後を全うしたいと希望する患者について、かかりつけ医は患者の希望を受けて、あらかじめ病状を医師会に登録しておく。
 - 患者にグリーンカードを配付
- イ 在宅で看取りを希望される患者の容態が急変したときには、まず、かかりつけ医に連絡する。万一連絡がとれない場合は、救急隊に電話をし、グリーンカードを持っていることを伝え、救急隊が当番の医師に連絡し、当該医師が駆けつけ、在宅患者の看取りを行う。

医師確保対策

(都道府県による医師派遣システム・
医学部卒業生の地元定着促進策)

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

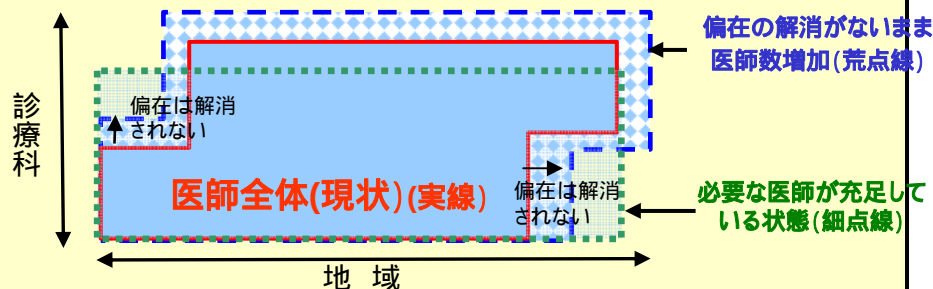
地域による偏在がある

- 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

必要なことは…

仮に…

単に医師総数を増やしても偏在の解消にはつながらない



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

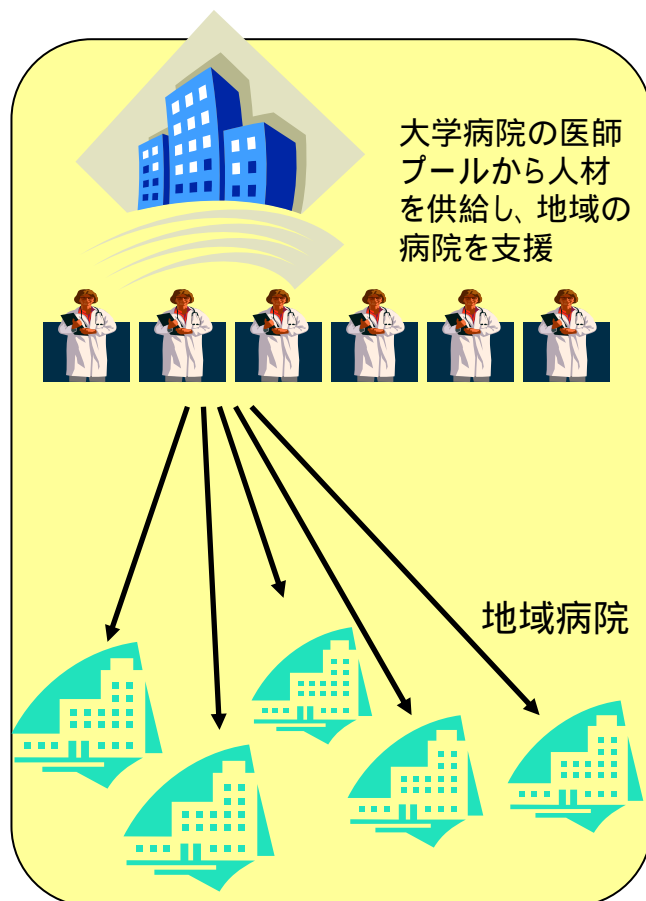
中長期的な対応

- 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

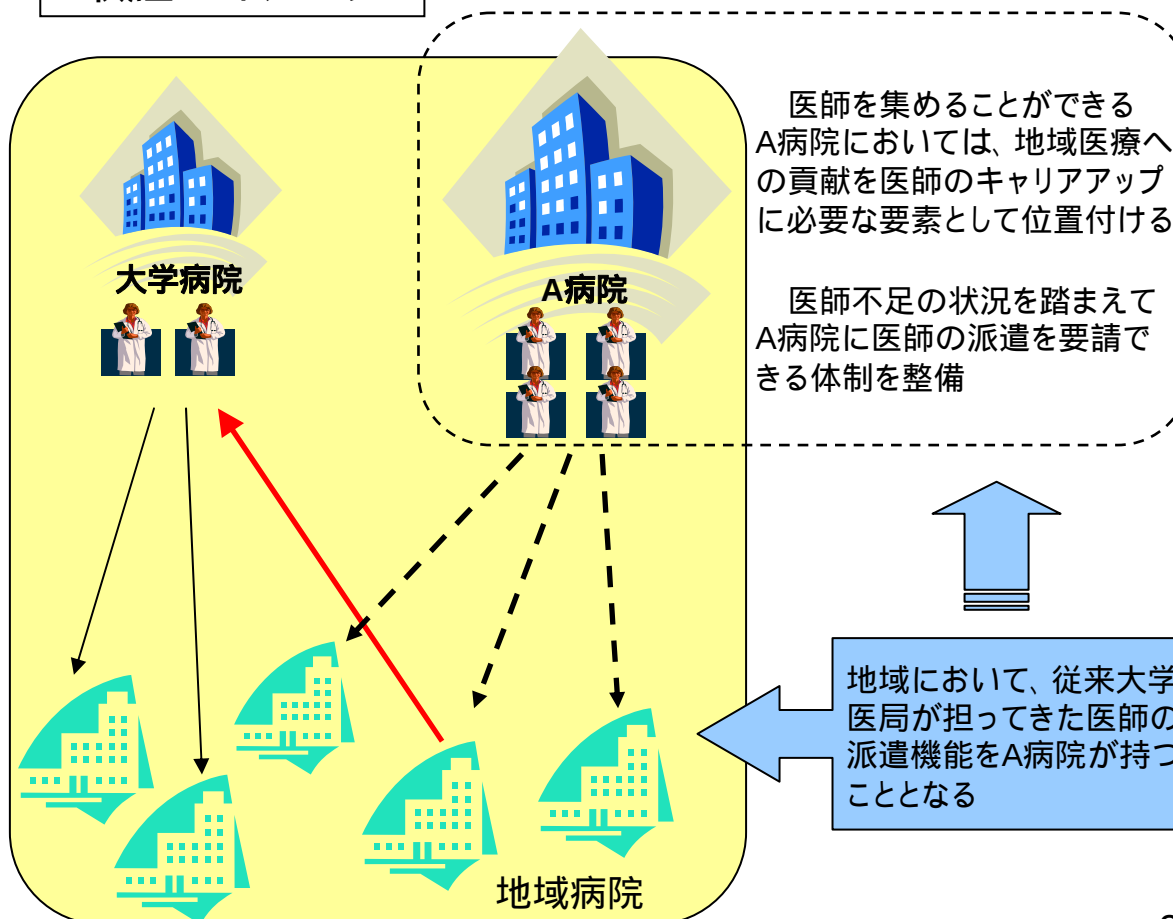
医師派遣機能に関する取組のイメージ

- 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



医師派遣の例(長崎県ドクターバンク事業)

県内の離島に所在する市町からの要請
↓
医師を全国的に公募して、長崎県職員として採用
↓
県内の離島診療所に派遣

【特徴1】県職員(常勤の地方公務員)として採用し身分を保証

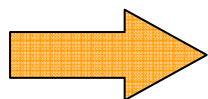
- 給 与:市町村が支給(1,600万円程度/年(免歴10年))
- 退職金:県が支給

【特徴2】有給の長期自主研修を保証

- 給 与(自主研修期間):市町村が支給(1,200万円程度/年(同上))
- 原則として2年間を1単位として、**1年半の離島勤務後、半年間の有給の自主研修を保証。**
これを繰り返す(2単位まとめて、3年間勤務後、1年間の自主研修も可)。

【特徴3】24時間365日支援

- 県の離島・へき地医療支援センター専任医師が、国立長崎医療センターの協力の下、派遣医師の相談にいつでも応じる(必要に応じ、診療応援や代診医としての支援も)。



上記特徴により、離島勤務に際しての不安(専門外対応、離島勤務長期化、最新医学からの遅れ)を解消。**現在までに5名の採用・派遣実績(16年4月～)。**



医師派遣の例(宮崎県医師派遣システム事業)



平成18年度から県職員として医師を採用
2年間地域医療に従事すると最長半年間
の長期研修が取得できる

【特徴1】勤務ローテーション



- 勤務ローテーションは、原則として4年間で1単位
- 2年間へき地病院勤務した場合、本人の希望する長期研修(半年を上限)に取り組める
- 残りの1年半は、県立病院等で勤務

【特徴2】長期研修制度



- 長期研修は半年間を上限として、医師本人の希望を反映し、先進的な取り組みを行っている病院や研究機関等で研修を行うことができる。

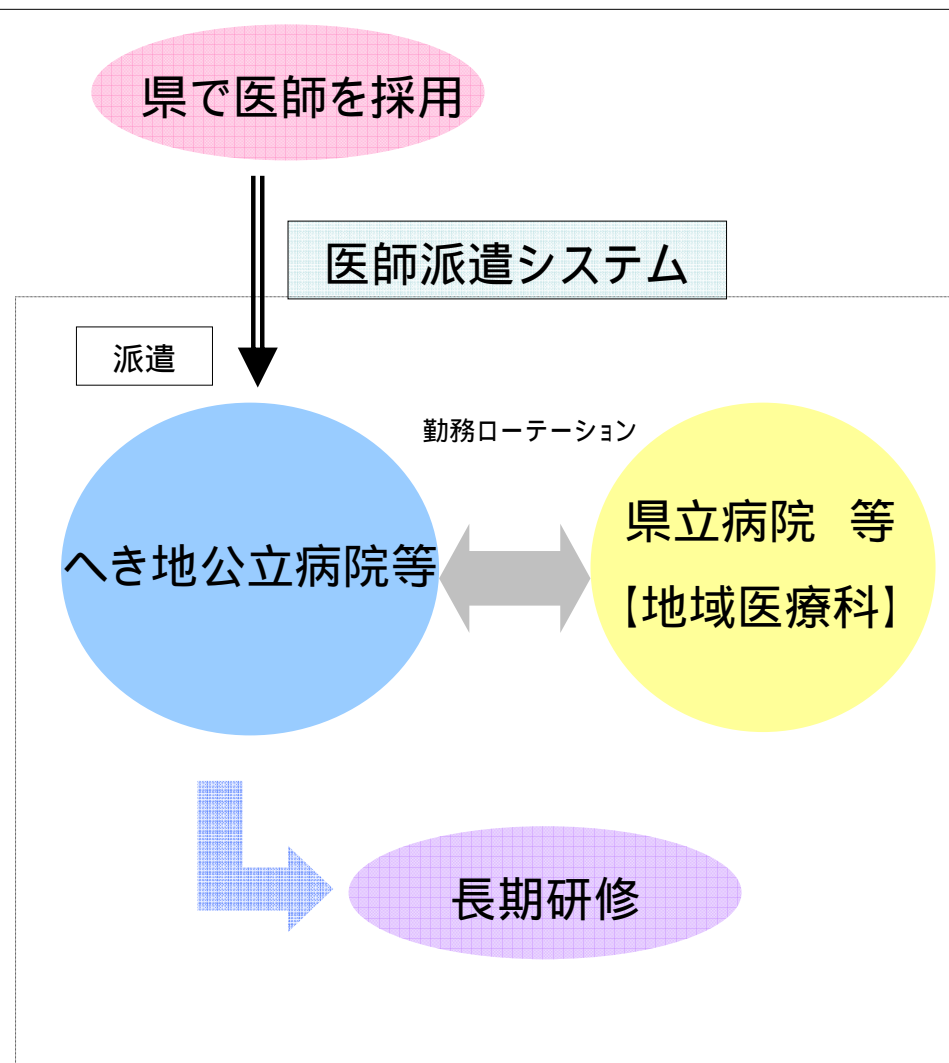
【特徴3】身分及び財政負担



- 県職員として採用
- 4年間のローテーション期間のうち、市町村派遣期間の2.5年間は市町村が、県立病院に勤務する1.5年間については、県が、それぞれ人件費を負担
- 研修経費は県が全額負担



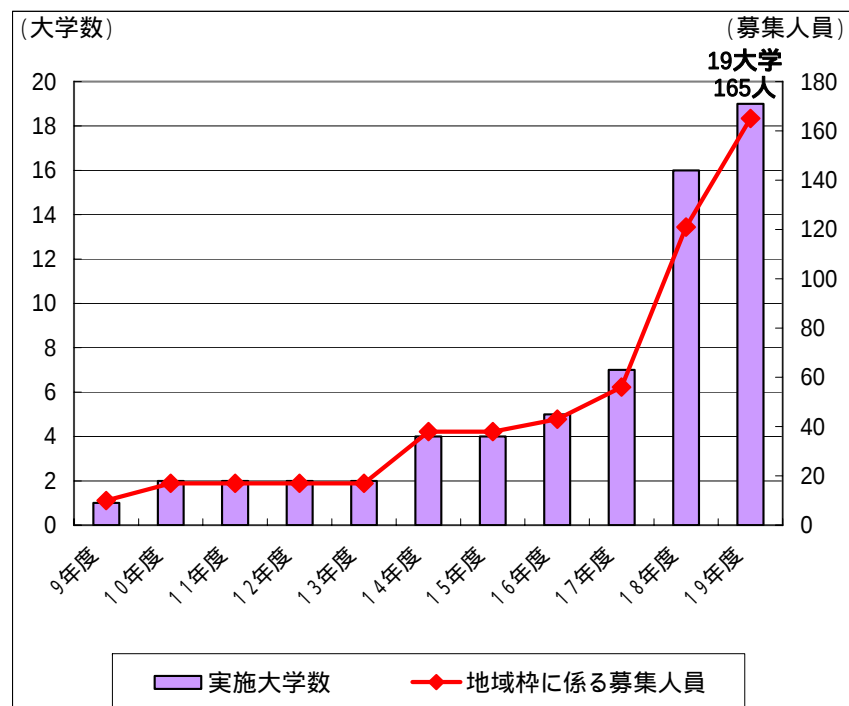
今後4カ年をかけて6名の医師を確保予定
現在1名採用し、H19年4月から派遣



地域医療科：県内の医師確保や医療技術向上を支援するため、県立宮崎病院に医師教育・研修機能の充実及びへき地医師確保の受け皿として新設

医学部医学科における地域を指定（地域枠）した入学者選抜について

文部科学省資料



都道府県名	区分	大学名	入学定員	うち地域枠募集人員	導入年度
北海道	公立	札幌医科大学	100人	20人	9年度
青森県	国立	弘前大学	80人	20人	18年度
岩手県	私立	岩手医科大学	80人	5人	14年度
秋田県	国立	秋田大学	95人	5人	18年度
福島県	公立	福島県立医科大学	80人	8人	16年度
富山県	国立	富山大学	90人	8人	19年度
長野県	国立	信州大学	95人	10人	17年度
三重県	国立	三重大学	100人	10人	18年度
滋賀県	国立	滋賀医科大学	85人	7人	10年度
和歌山県	公立	和歌山県立医科大学	60人	6人	14年度
鳥取県	国立	鳥取大学	75人	5人	18年度
島根県	国立	島根大学	85人	10人	18年度
		島根大学（3年次編入学）	10人	3人	19年度
山口県	国立	山口大学	85人	10人	19年度
香川県	国立	香川大学	90人	10人	18年度
愛媛県	国立	愛媛大学	90人	5人	18年度
佐賀県	国立	佐賀大学	95人	8人	17年度
大分県	国立	大分大学（2年次編入学）	10人	3人	19年度
宮崎県	国立	宮崎大学	100人	10人	18年度
鹿児島県	国立	鹿児島大学	85人	2人	18年度
計		19大学	1,590人	165人	

注1）地域枠募集人員は、島根大学及び大分大学の編入学を除き、全て推薦入学枠である。また、「○○人程度」「○○人以内」を含む。

注2）平成14年度から、札幌医科大学は10人→20人に変更。

平成18年度から、福島県立医科大学は5人→8人に変更。

平成19年度から、弘前大学は15人→20人に、信州大学は5人→10人に、三重大学は5人→10人に、島根大学は5人→10人に変更。

地域枠と連動した県の奨学金制度の例

地域枠			奨学金制度				
大学名 (入学定員)	募集人員	応募資格	実施主体	対象者	対象人数	貸与額	返還免除
国立・秋田大学 (95人)	推薦入学枠30人 のうち5人	- 県内高等学校卒業見込者で、 - 卒業後県内の医療機関への就職を希望する優秀な者	秋田県	県内の高等学校出身者で、将来県内の公的医療機関等に勤務する意思がある者	10人 (うち地域枠入学者5人)	入学料相当額: 28万2千円 月額貸与額: 15万円	貸与期間の1.5倍の期間 、県内の公的医療機関等において医師の業務に従事等の条件を満たす場合、全額免除
国立・鳥取大学 (75人)	推薦入学枠15人 のうち5人以内	- 県内高等学校卒業生又は卒業見込者で、 - 県内の地域医療に貢献したい強い意志を持つ、優秀な者	鳥取県	地域枠入学者	5人以内	月額貸与額: 12万円	貸与期間の1.5倍の期間内に、貸与期間 、知事が定める病院等において医師の業務に従事等の条件を満たす場合、全額免除
国立・鹿児島大学 (85人)	2人 (推薦入学枠すべて)	- 県内高等学校卒業生又は卒業見込者で、 - 県の地域医療、特に離島へき地診療に従事しようとする強い意欲と情熱を持つ、高等学校長が責任をもって推薦できる、優秀な者	鹿児島県	地域枠入学者	2人	入学料:28万円 授業料:52万円 / 年 生活費:7万5千円 / 月 図書費:20万円 / 年(4~6年次)	3年間 、県内のへき地医療機関等において医師の業務に従事等の条件を満たす場合、全額免除

高齡者の生活を支える体制

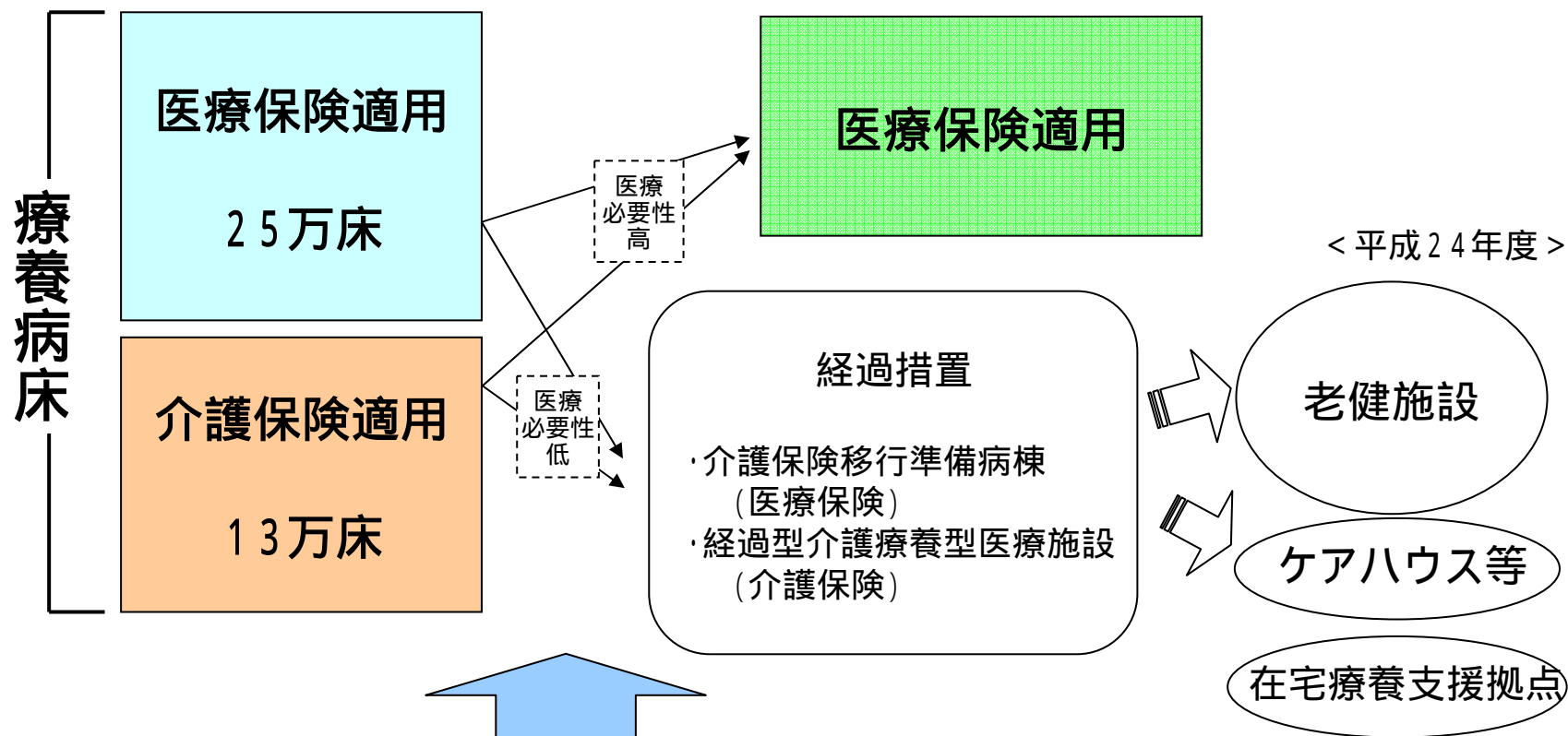
- ・療養病床の再編成
- ・住宅政策との連携
- ・高齡者総合的機能評価

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。

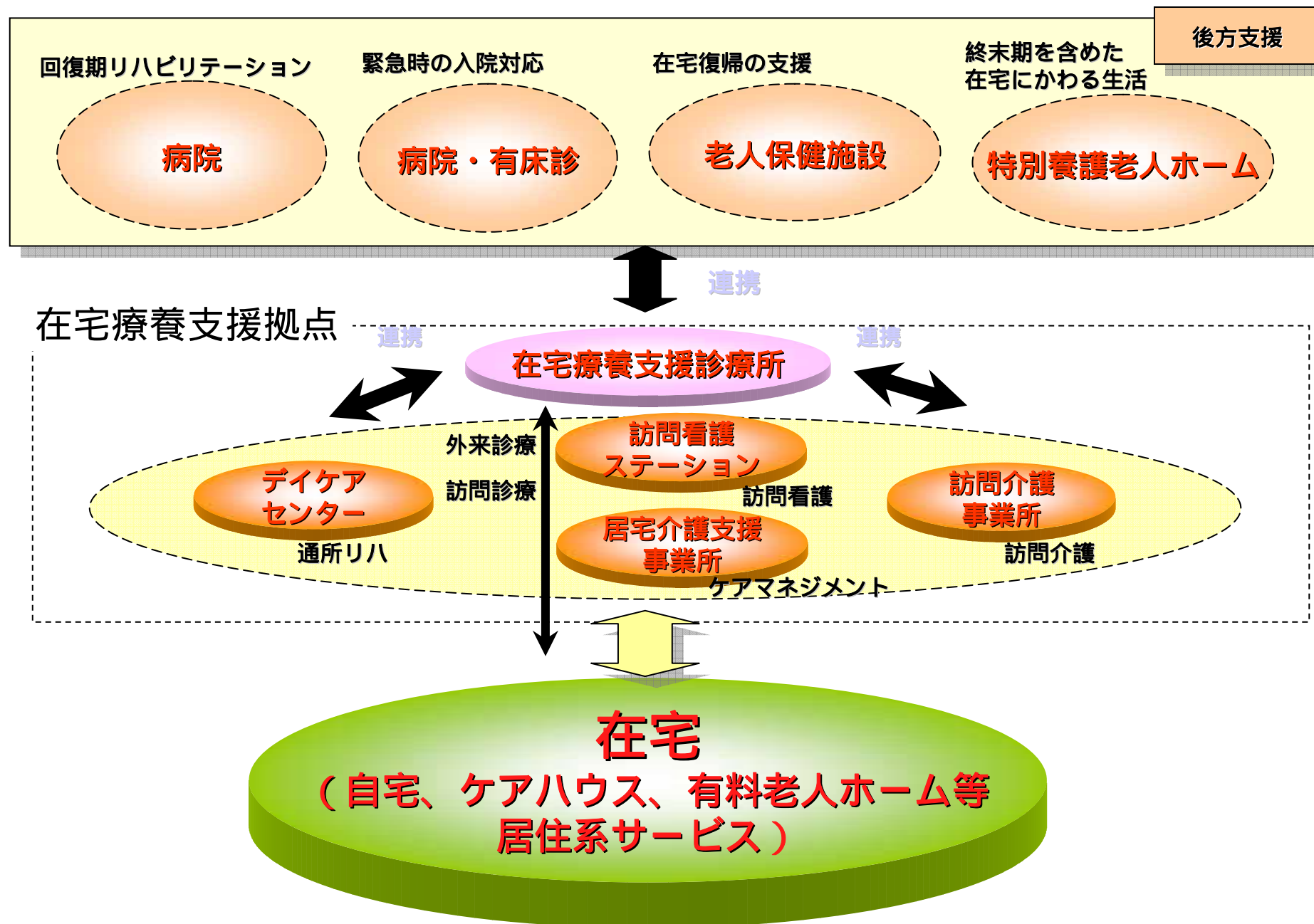
介護療養病床の廃止は平成23年度末であり、その間に老健施設等への転換を進めます。療養病床の再編成を踏まえ、地域のサービスニーズに応じたケア体制の整備を計画的に進めます。



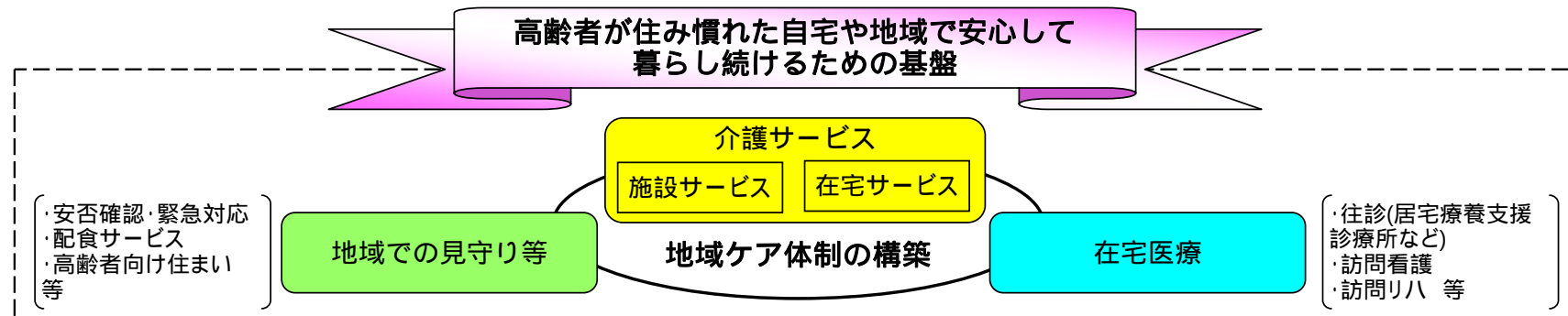
平成18年度の介護報酬・診療報酬改定

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～

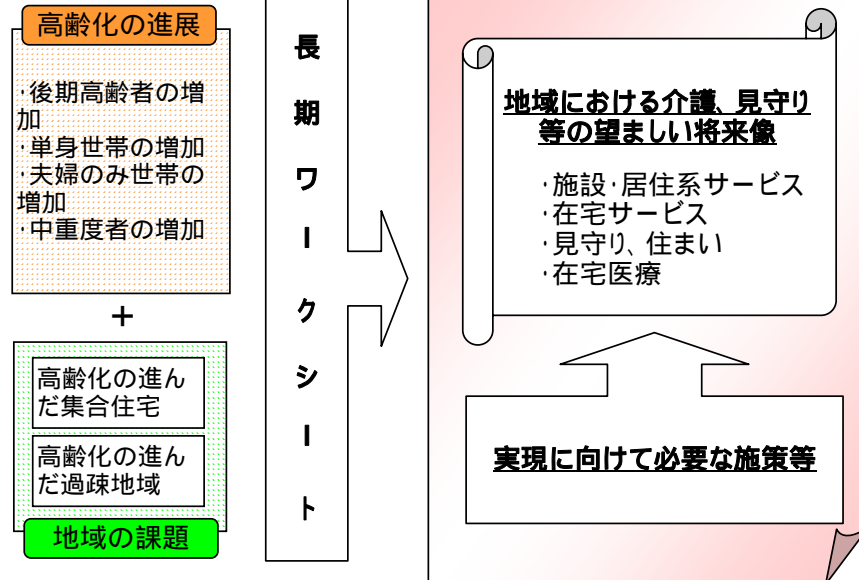


地域ケア体制整備構想のイメージ

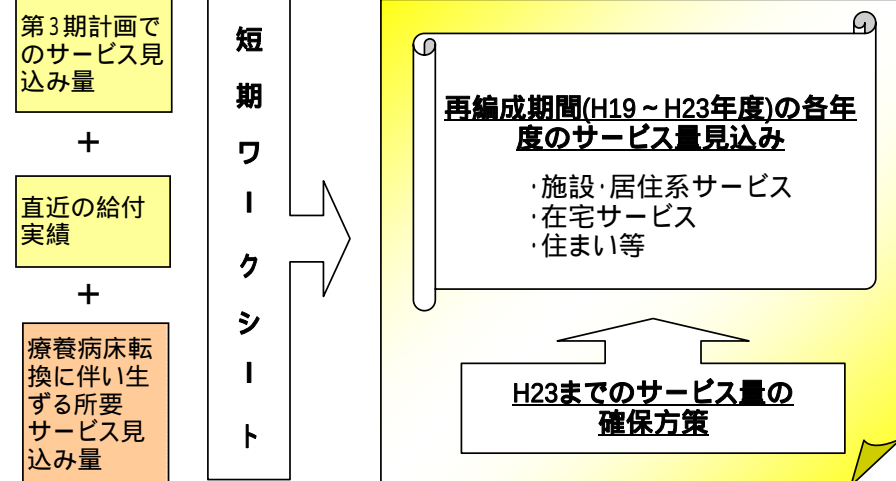


踏まえて検討

H47に向けた地域ケアの将来像



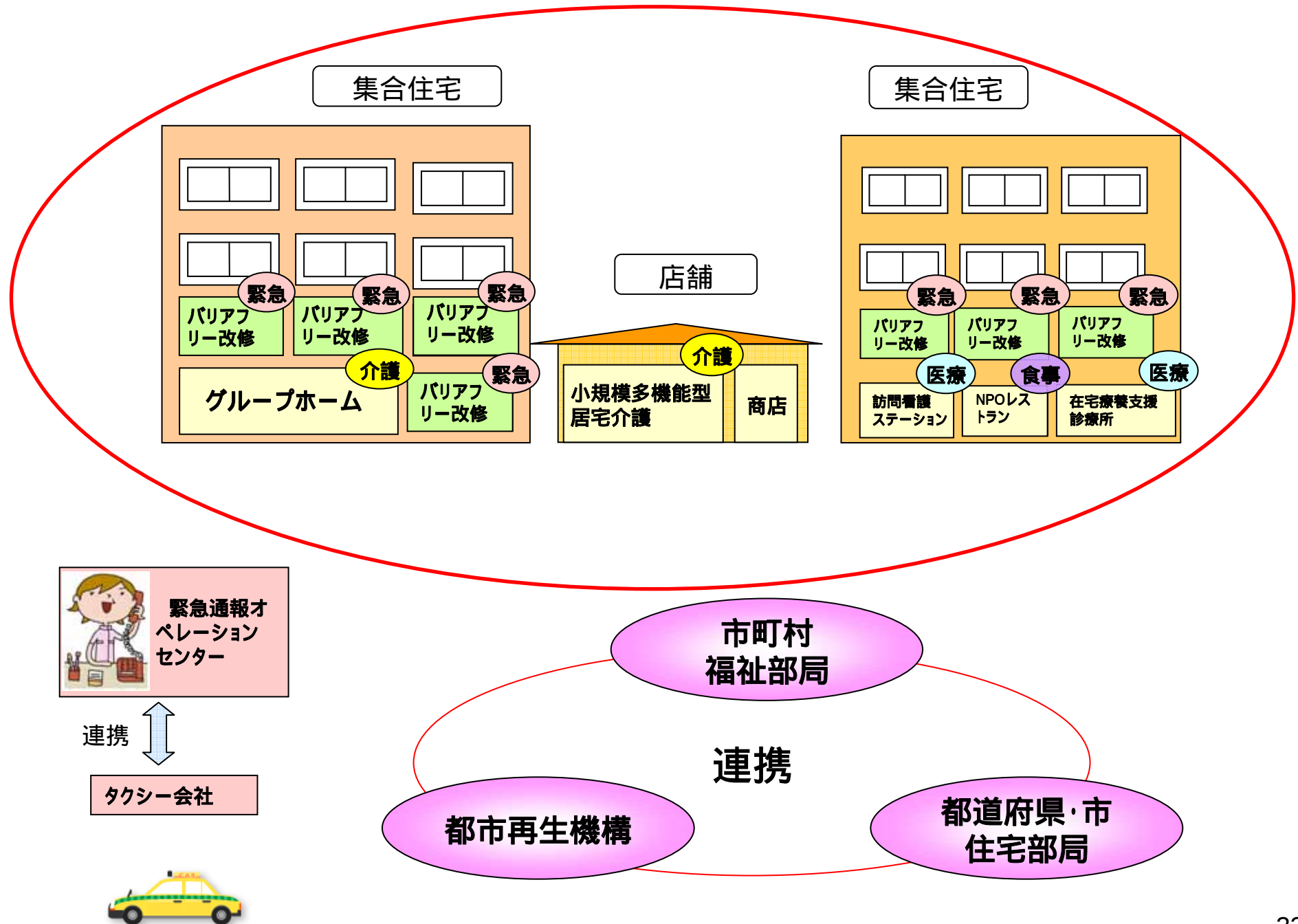
H23までの介護サービス等の見込みと確保方策



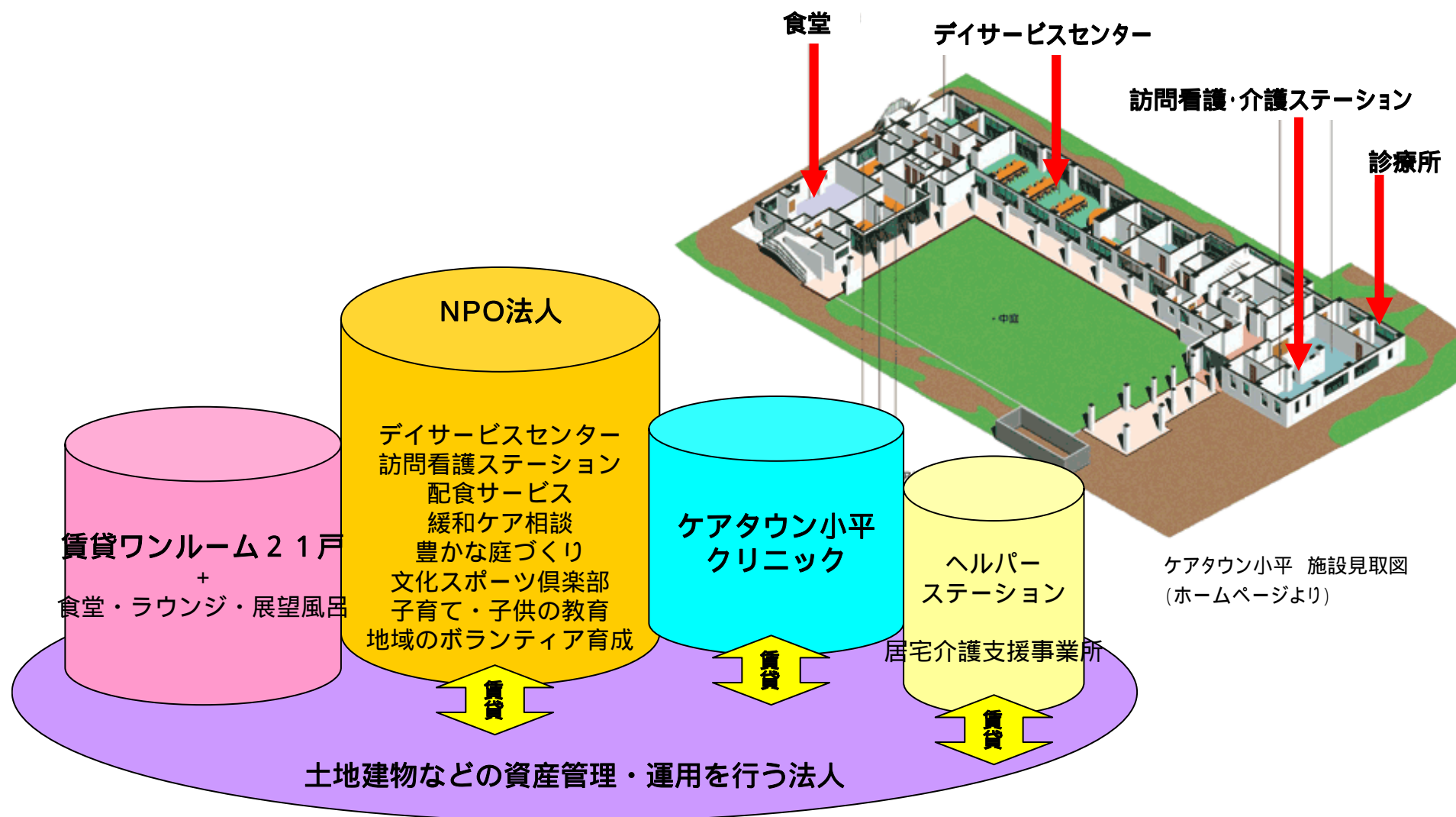
療養病床転換推進計画

- ・現状と課題
- ・各年度・各圏域の療養病床転換推進計画
- ・転換支援(相談体制、支援措置)

住宅政策との連携のイメージ



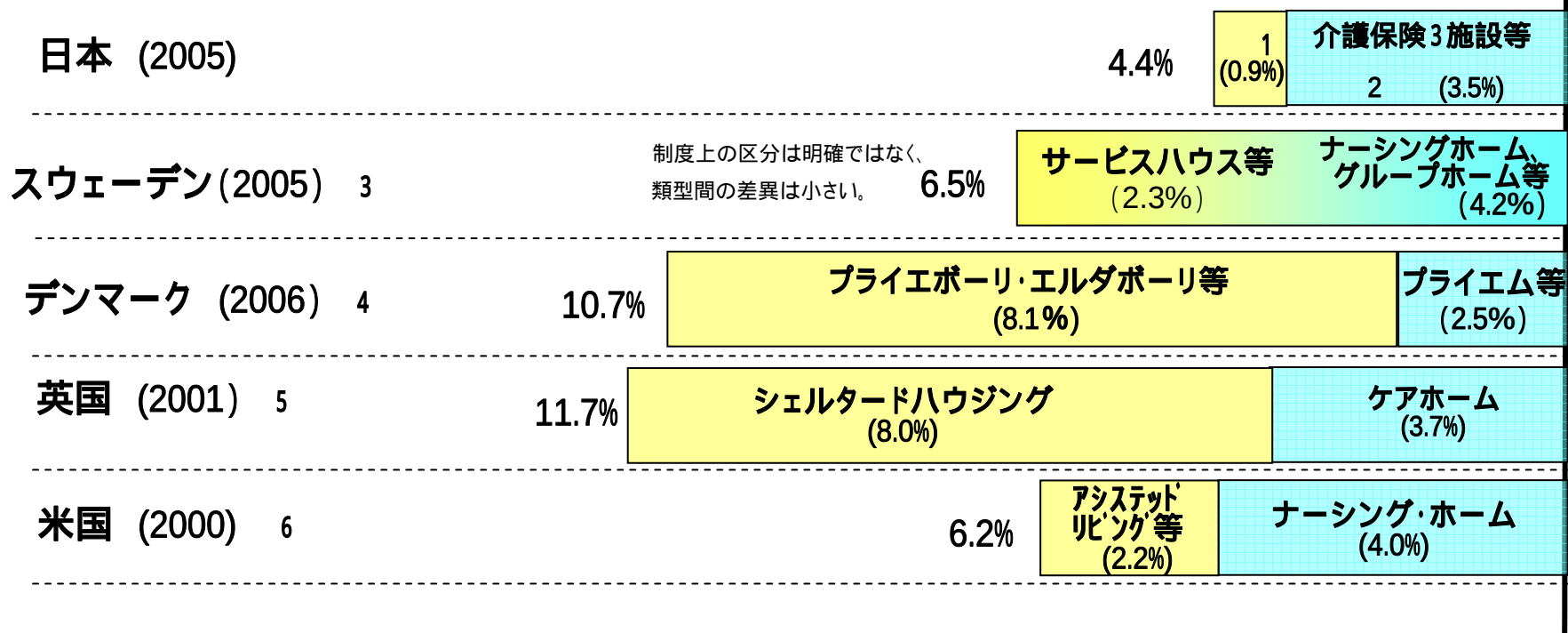
グループホーム、ケアハウスといった多様な住居の場での在宅医療の例



(注) ケアタウン小平 山崎章郎先生のスライドを基に厚生労働省にて作成

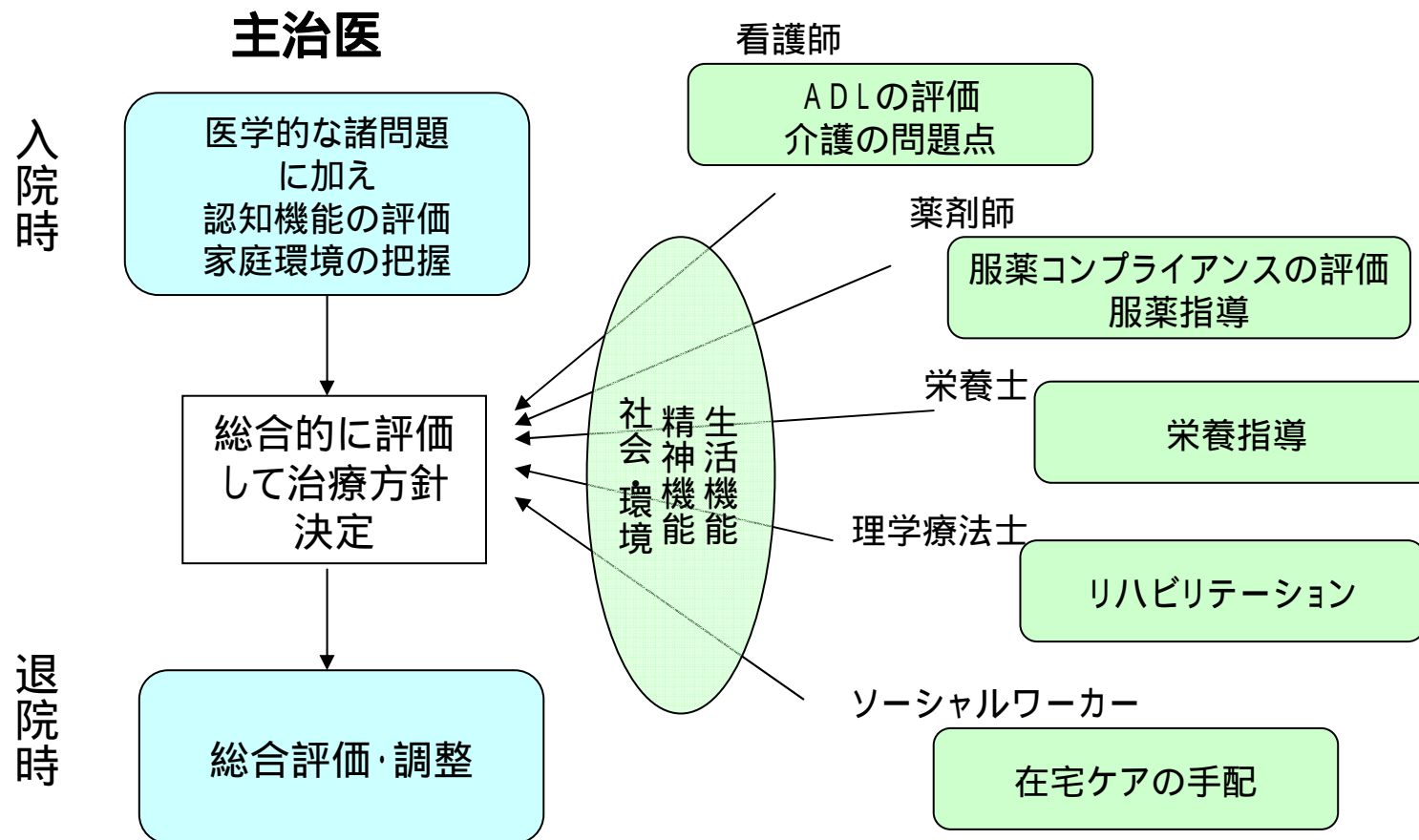
65歳以上人口に占める介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

○ 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)

C G A (Comprehensive Geriatric Assessment : 高齢者総合的機能評価) について



参 考 統 計 資 料

目 次 (括弧内はスライド番号)

医療提供体制の現状(病院、診療所)

- 医療施設数の年次推移 (4)
- 病床の種類別にみた病院病床数の年次推移 (5)
- 開設者別にみた施設・病床数 (6)
- 開設者主体別病院数、平均病床数、診療科数の比較 (7)
- 開設者主体別・病院の病床規模別分布 (8)
- 診療所の開設・廃止の年次推移 (9)
- 診療所における「時間外」の報酬算定回数 (10)
- 診療所における「休日」の報酬算定回数 (11)
- 診療所における「深夜」の報酬算定回数 (12)
- 小児科を標榜する一般病院・一般診療所数の推移 (13)
- 分娩実施施設数の変遷 (14)
- 特定機能病院、地域医療支援病院の病院数と病床数 (15)
- 特定機能病院・地域医療支援病院・大学病院に対する認識 (16)
- 特定機能病院等における外来の推計患者数(紹介の有無別)(17)
- 医療提供体制の各国比較 (18-20)

医療提供体制の現状(医師)

- 人口10万人対医師数の年次推移 (22)
- 都道府県別にみた人口10万人対医師数の年次推移 (23)
- 人口10万人当たり医師数の分布 (24)
- 100平方km当たり医師数の分布 (25)
- 二次医療圏別人口10万人当たり従事医師数 (26)
- 施設毎の医師数の年次推移 (27)
- 臨床研修医在籍状況の推移 (28)
- 小児科医数及び産婦人科医数の現状 (29)
- 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 (30)
- 病院勤務医と診療所勤務医の週当たりの勤務時間の分布 (31)
- 医事関係訴訟事件の診療科目別新規受付数 (32)
- 診療科別の医事関係訴訟件数 (33)

医療提供体制の現状(患者)

- 医療機関を選択した理由 (35)
- 最初にかかる医療機関について (36)
- 小児2次救急医療機関を訪れる患者の症状 (37)
- 救急車の要請理由(5年間の推移) (38)
- 都道府県による医療機関(病院)の情報公表への取組状況例 (39)

在宅医療

- 往診を受けた外来患者数の年次推移 (41)
- 往診を実施している一般診療所数 (42)
- 在宅医療費と国民医療費の推移、在宅医療費の内訳 (43)
- 訪問看護ステーション数の年次推移 (44)
- 24時間の連絡体制をとる訪問看護ステーション数の推移 (45)

後期高齢者の増加

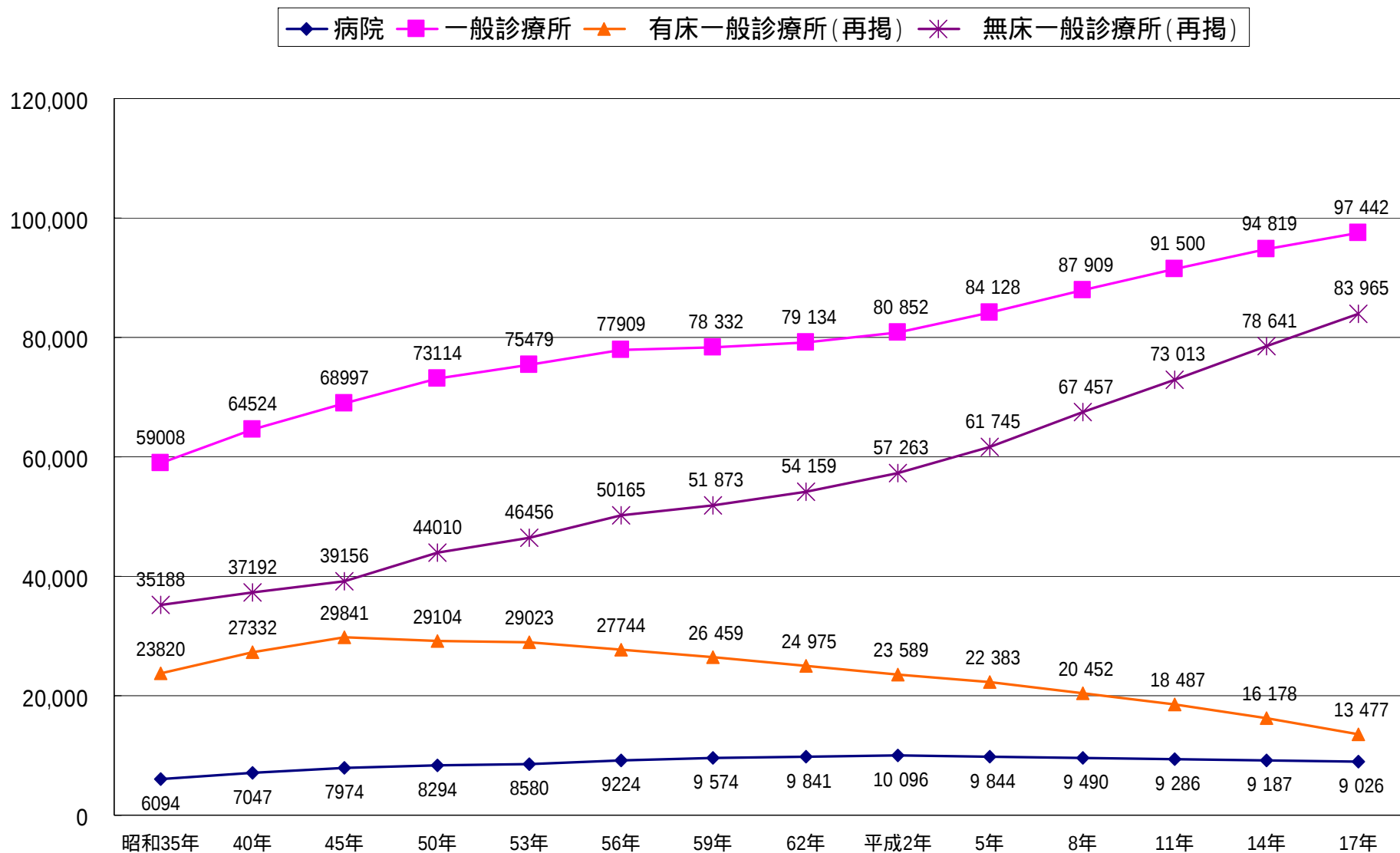
- 人口ピラミッドの変化(2005、2030、2055) (47)
- 都道府県別高齢者数の増加状況 (48)
- 医療機関における死亡割合の年次推移 (49)
- 死亡数の年次推移 (50)
- 高齢一人暮らし世帯の増加 (51)
- 認知症高齢者の増加 (52)
- 特別養護老人ホーム等の施設数、定員数の推移 (53)
- 終末期における療養の場所 (54)
- 自宅で最期まで療養することが困難な理由 (55)
- 介護施設における看取りの状況 (56)

関係資料

- 医療法改正の経緯 (58)
- 病床区分に係る改正の経緯 (59)

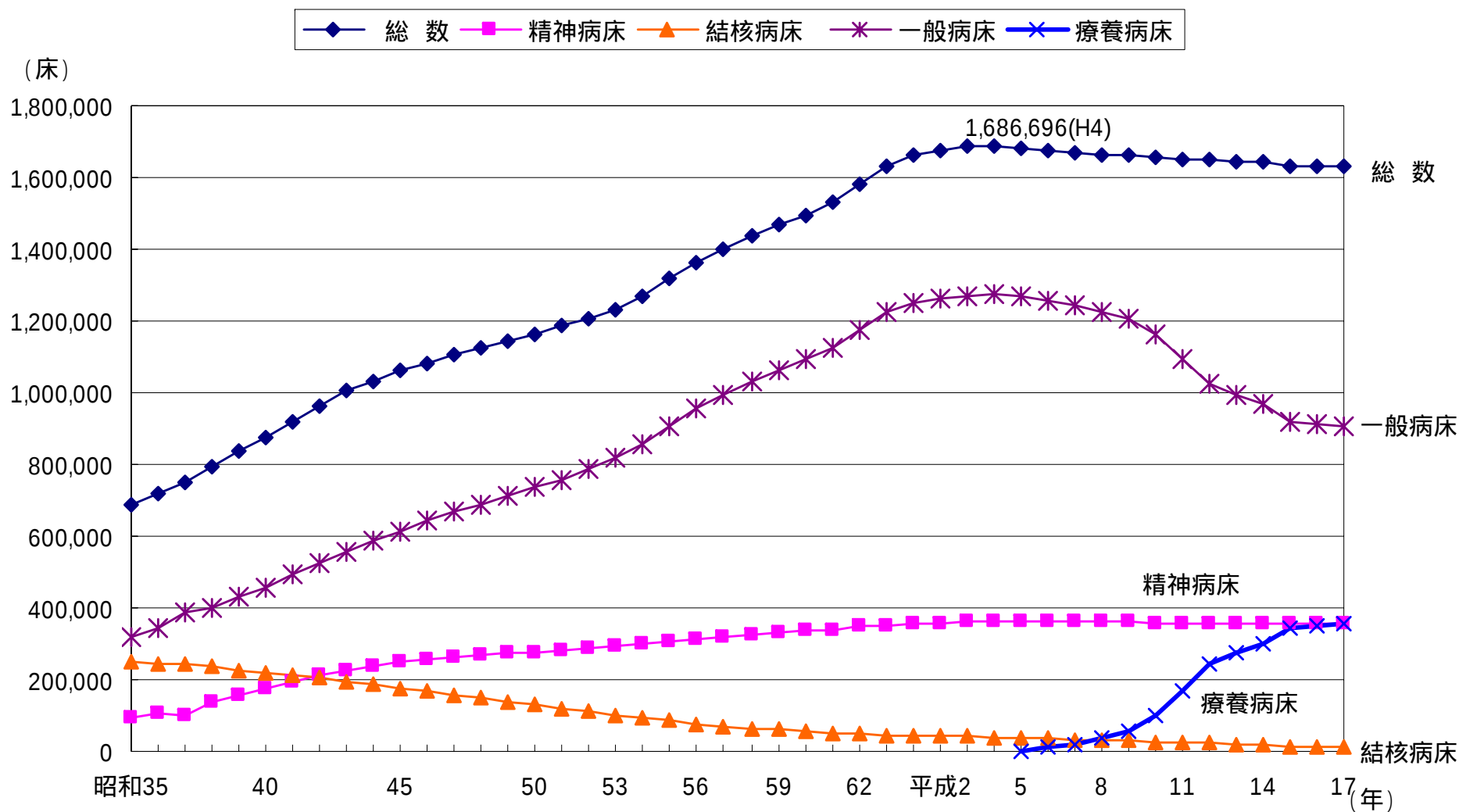
医療提供体制の現状 (病院・診療所)

医療施設数の年次推移



資料: 厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」

病床の種類別にみた病院病床数の年次推移



資料: 厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」

- 注: 1) 「一般病床」は、平成4年までは「その他の病床」であり、平成5年～平成12年は「その他の病床」のうち「療養型病床群」を除いたものであり、平成13・14年は「一般病床」及び「経過旧その他の病床(経過旧療養型病床群を除く。)」である。
 2) 「療養病床」は、平成12年までは「療養型病床群」であり、平成13・14年は「療養病床」及び「経過旧療養型病床群」である。

開設者別にみた施設・病床数

- 個人及び民間医療機関(医療法人)は、設立した病院数で見ると6,372施設で、全病院の70.6%を占めており、また、病床総数で見ると、病院と診療所の合計1,060,887床で、全病床数(1,798,637床)の60%を占めており、日本の医療の中核を担っている。
- しかしながら、施設数と病床数のシェアの違いからわかるように中小病院が多い。
- 大規模病院においては、公的病院が多い。
- 一般診療所は、民間医療機関、とくに個人診療所のシェアが圧倒的に高い。

各年10月1日現在

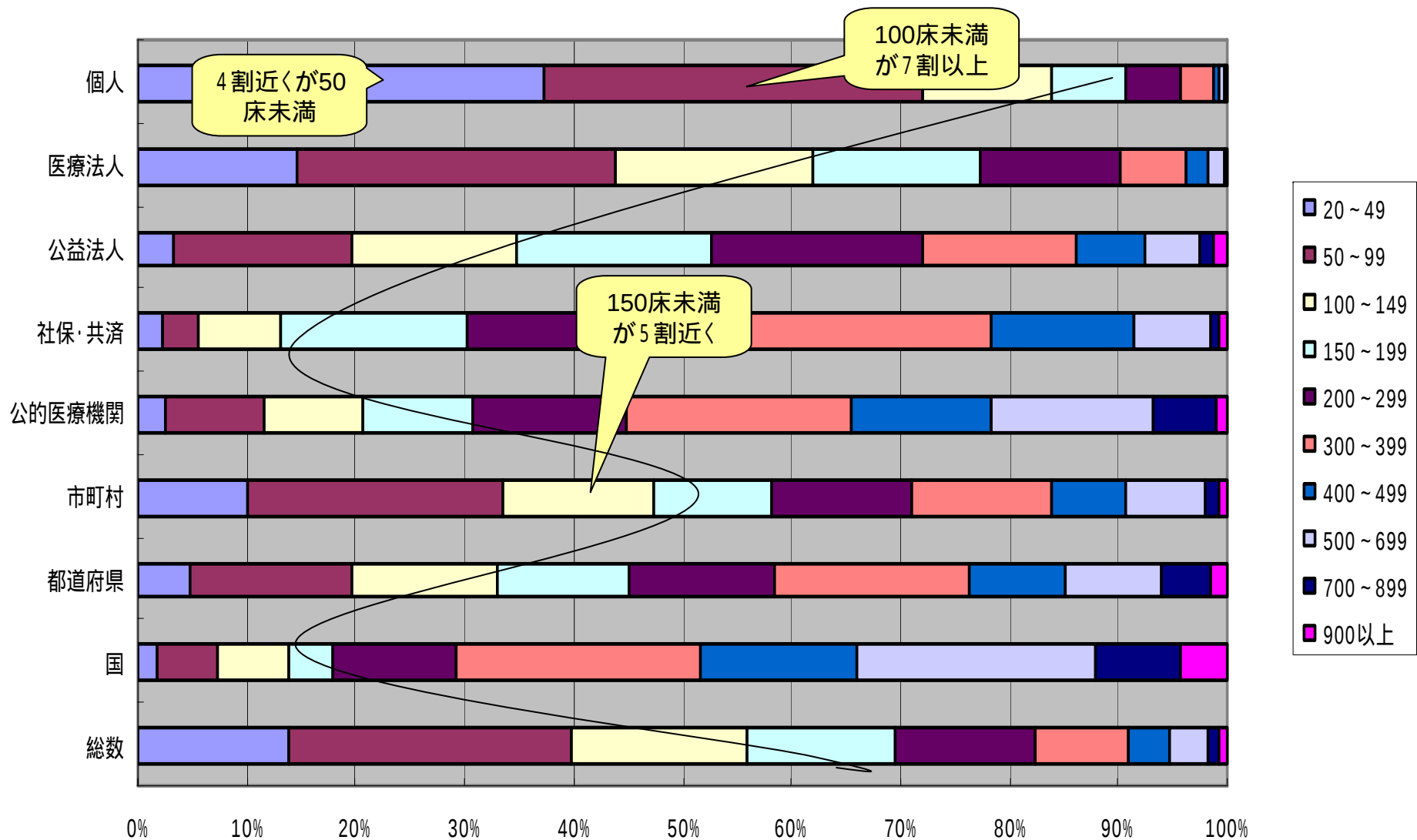
	施設数		病床数		構成割合(%):施設数		構成割合(%):病床数	
	平成17年 (2005)	平成16年 (2004)	平成17年 (2005)	平成16年 (2004)	平成17年 (2005)	平成16年 (2004)	平成17年 (2005)	平成16年 (2004)
病 院	9,026	9,077	1,631,473	1,631,553	100.0	100.0	100.0	100.0
国	294	304	125,295	127,083	3.3	3.3	7.7	7.8
公的医療機関	1,362	1,377	351,254	355,196	15.1	15.2	21.5	21.8
社会保険関係団体	129	129	37,525	37,353	1.4	1.4	2.3	2.3
医療法人	5,695	5,644	839,354	830,289	63.1	62.2	51.4	50.9
個 人	677	760	61,842	69,477	7.5	8.4	3.8	4.3
その他	869	863	216,203	212,155	9.6	9.5	13.3	13.0
一般診療所	97,442	97,051	167,000	181,001	100.0	100.0	100.0	100.0
国	633	620	2,395	2,362	0.6	0.6	1.4	1.3
公的医療機関	3,964	4,119	3,071	3,381	4.1	4.2	1.8	1.9
社会保険関係団体	750	776	44	45	0.8	0.8	0.0	0.0
医療法人	30,941	29,528	95,017	97,706	31.8	30.4	56.9	54.0
個 人	50,693	51,730	64,674	75,481	52.0	53.3	38.7	41.7
その他	10,461	10,278	1,799	2,026	10.7	10.6	1.1	1.1
歯科診療所	66,732	66,557	164	168	100.0	100.0	100.0	100.0
国	2	1			0.0	0.0		
公的医療機関	304	310			0.5	0.5		
社会保険関係団体	13	13			0.0	0.0		
医療法人	8,971	8,281			13.4	12.4		
個 人	57,110	57,610			85.6	86.6		
その他	332	342			0.5	0.5		
合計	173,200	172,685	1,798,637	1,812,722				

開設者主体別病院数、平均病床数、診療科数の比較

	総数	国	都道府県	市町村	自治体以外の 公的医療機関
病院数	9,077	304	312	762	303
病床数	1,631,553	127,083	87,201	167,045	100,950
一病院当たり病床数	180	418	279	219	333
中央値の所在する区分	100～149	300～399	200～299	150～199	300～399
一般病院一院当たり診療科数	8.7	14.1	12.4	11.3	14.8
	社保・共済	公益法人	医療法人	学校法人	個人
病院数	129	400	5,644	100	760
病床数	37,353	94,892	830,289	52,194	69,477
一病院当たり病床数	290	237	147	522	91
中央値の所在する区分	200～299	150～199	100～149	400～499	50～99
一般病院一院当たり診療科数	14.1	10.5	7.3	16.4	6.0

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」（平成17年）

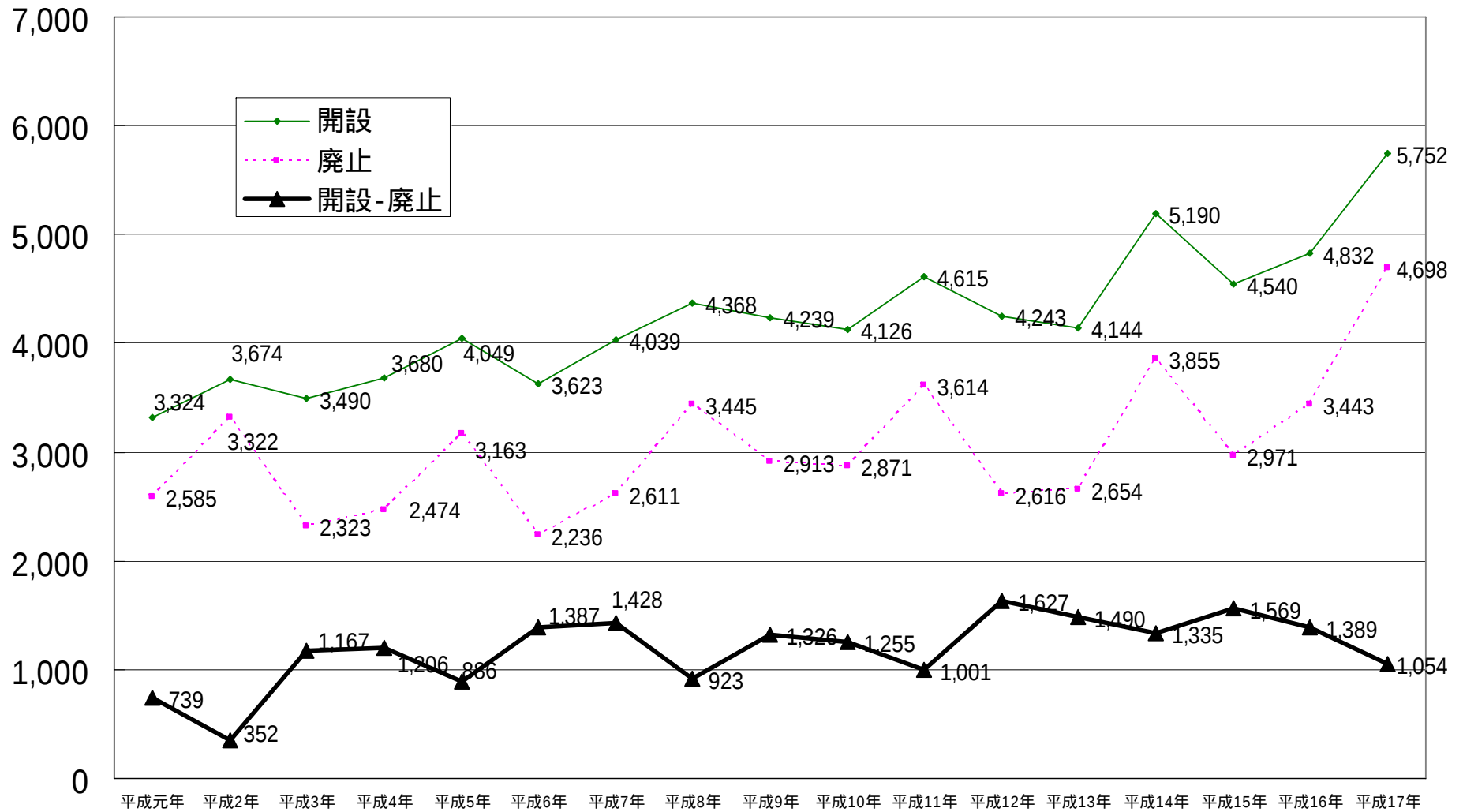
開設者主体別・病院の病床規模別分布



(注) 曲線は、概ね150床未満の病院の構成割合である。

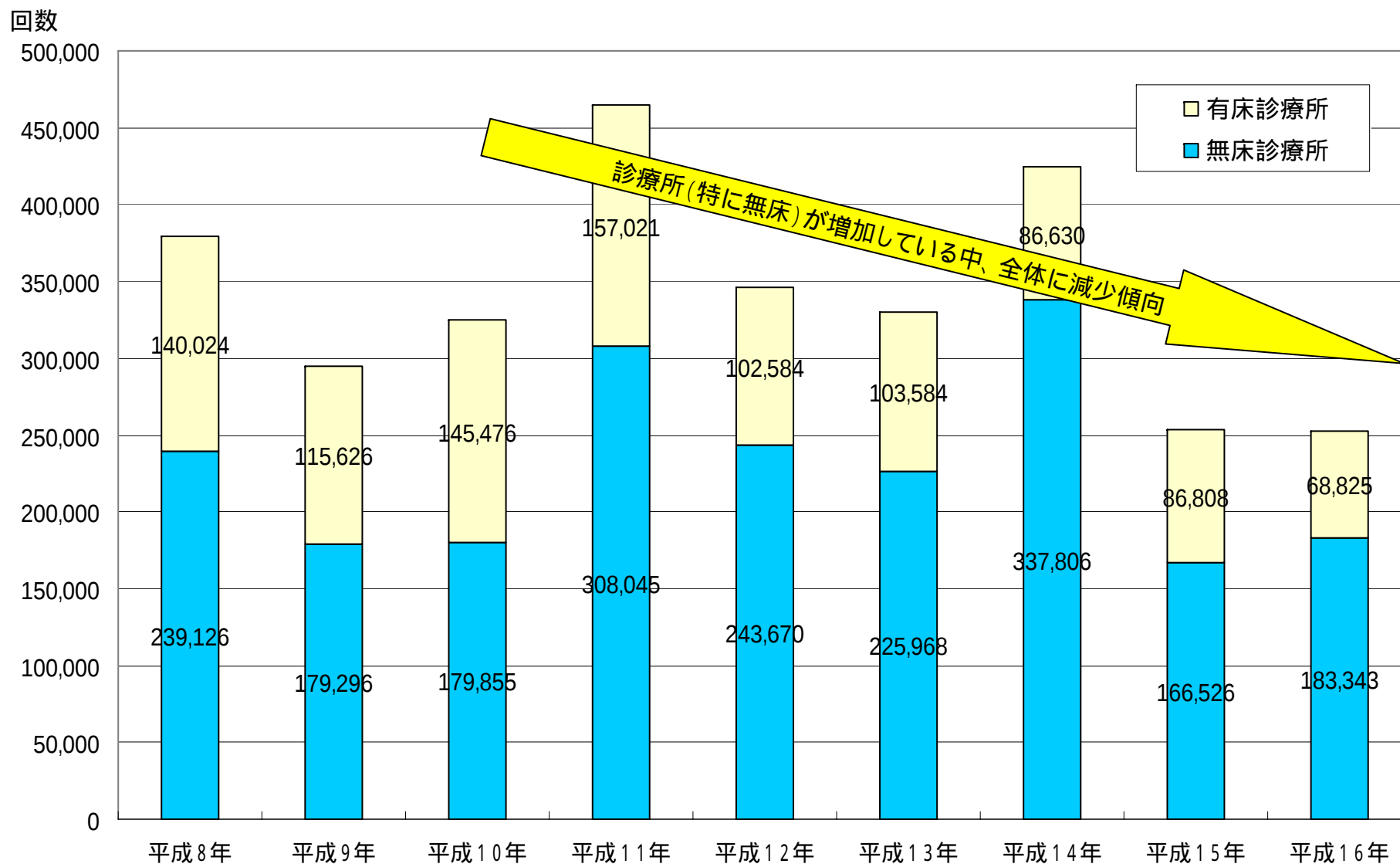
診療所の開設・廃止の年次推移

診療所数

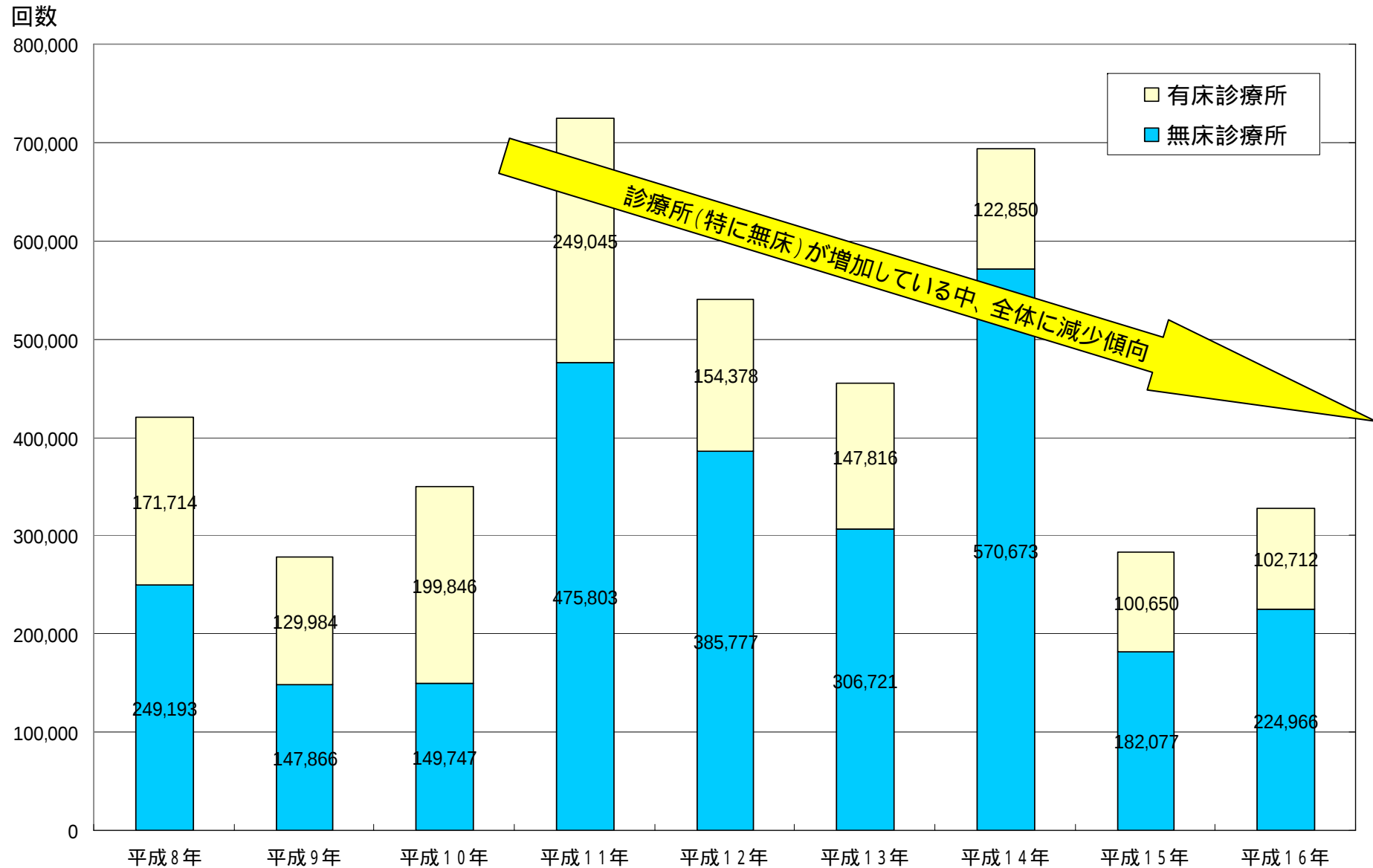


資料:厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」

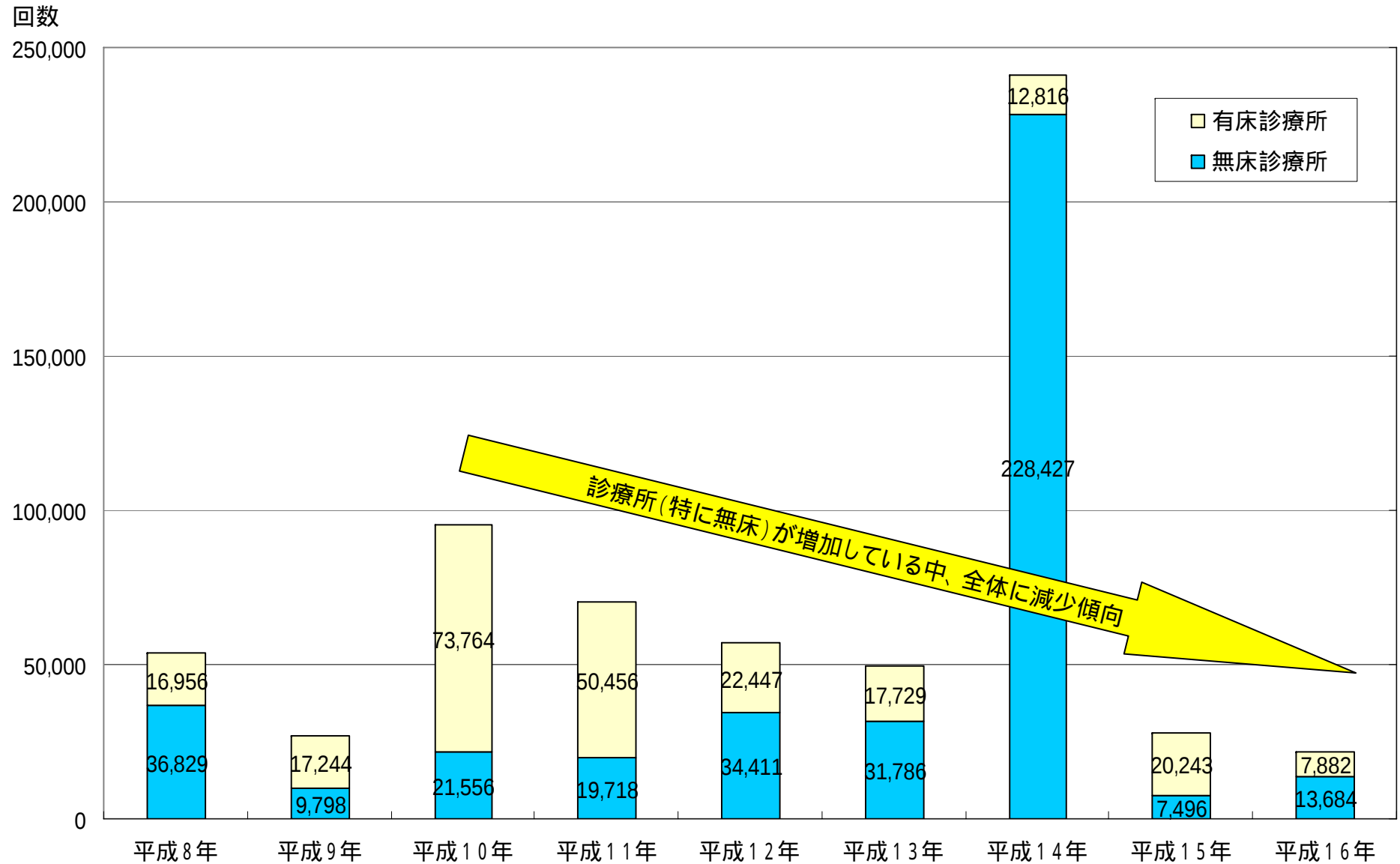
診療所における「時間外」の報酬算定回数



診療所における「休日」の報酬算定回数

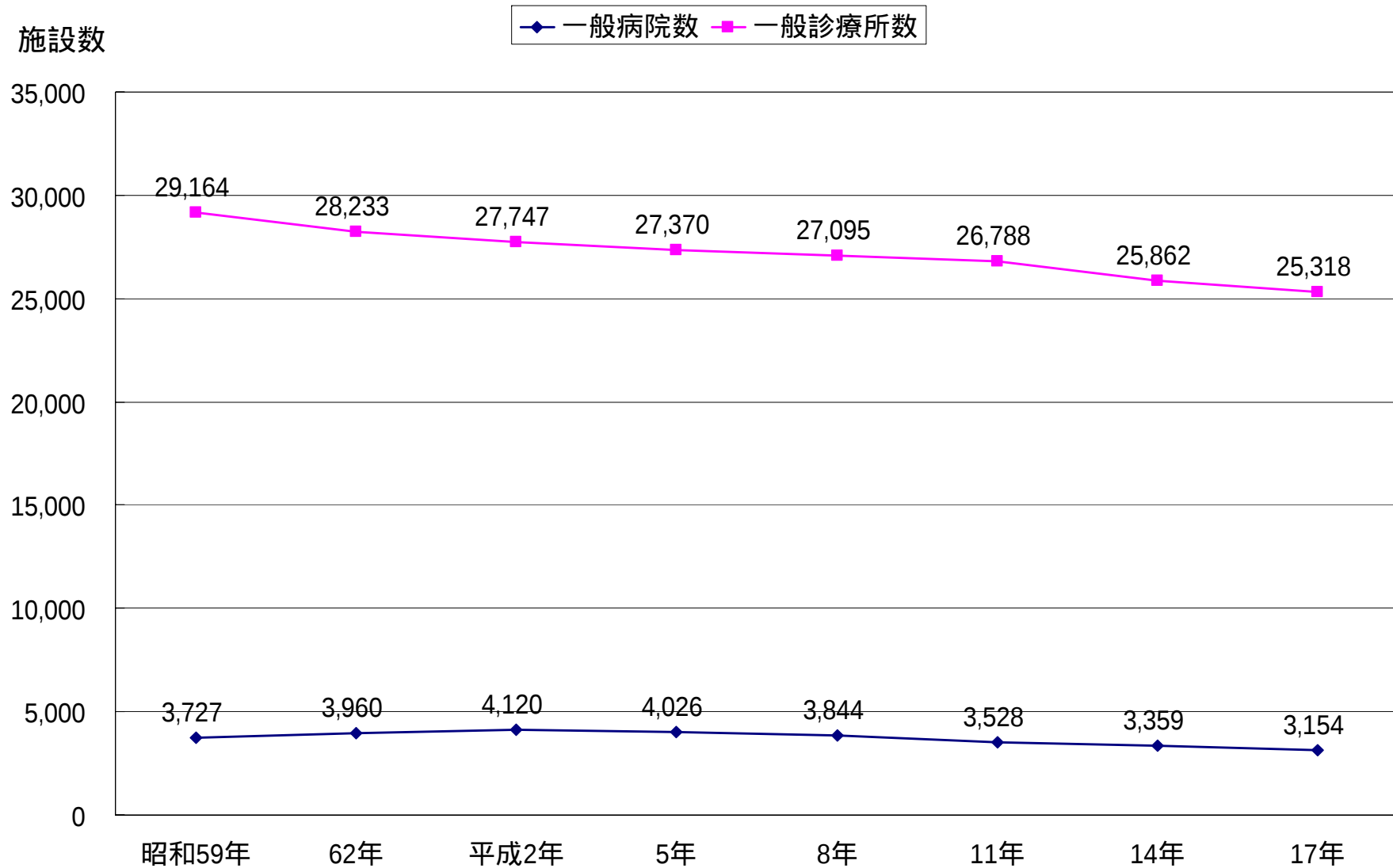


診療所における「深夜」の報酬算定回数



資料:厚生労働省大臣官房統計情報部「社会医療診療行為別調査」

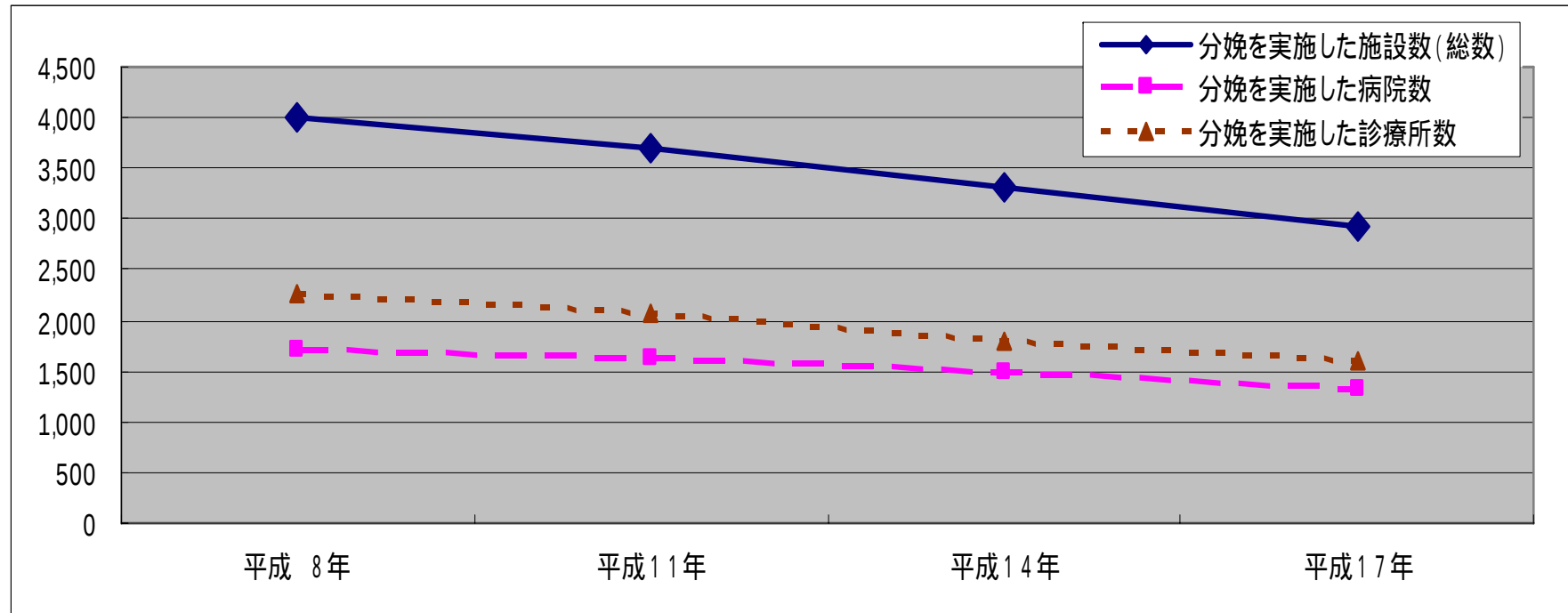
小児科を標榜する一般病院・一般診療所数の推移



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」

分娩実施施設数の変遷

平成8年から平成17年において、分娩実施施設数は病院、診療所いずれにおいても、減少傾向である。



	分娩を実施した施設数(総数)	分娩を実施した病院数	分娩を実施した診療所数
平成 8年	3991	1720	2271
平成11年	3697	1625	2072
平成14年	3306	1503	1803
平成17年	2933	1321	1612

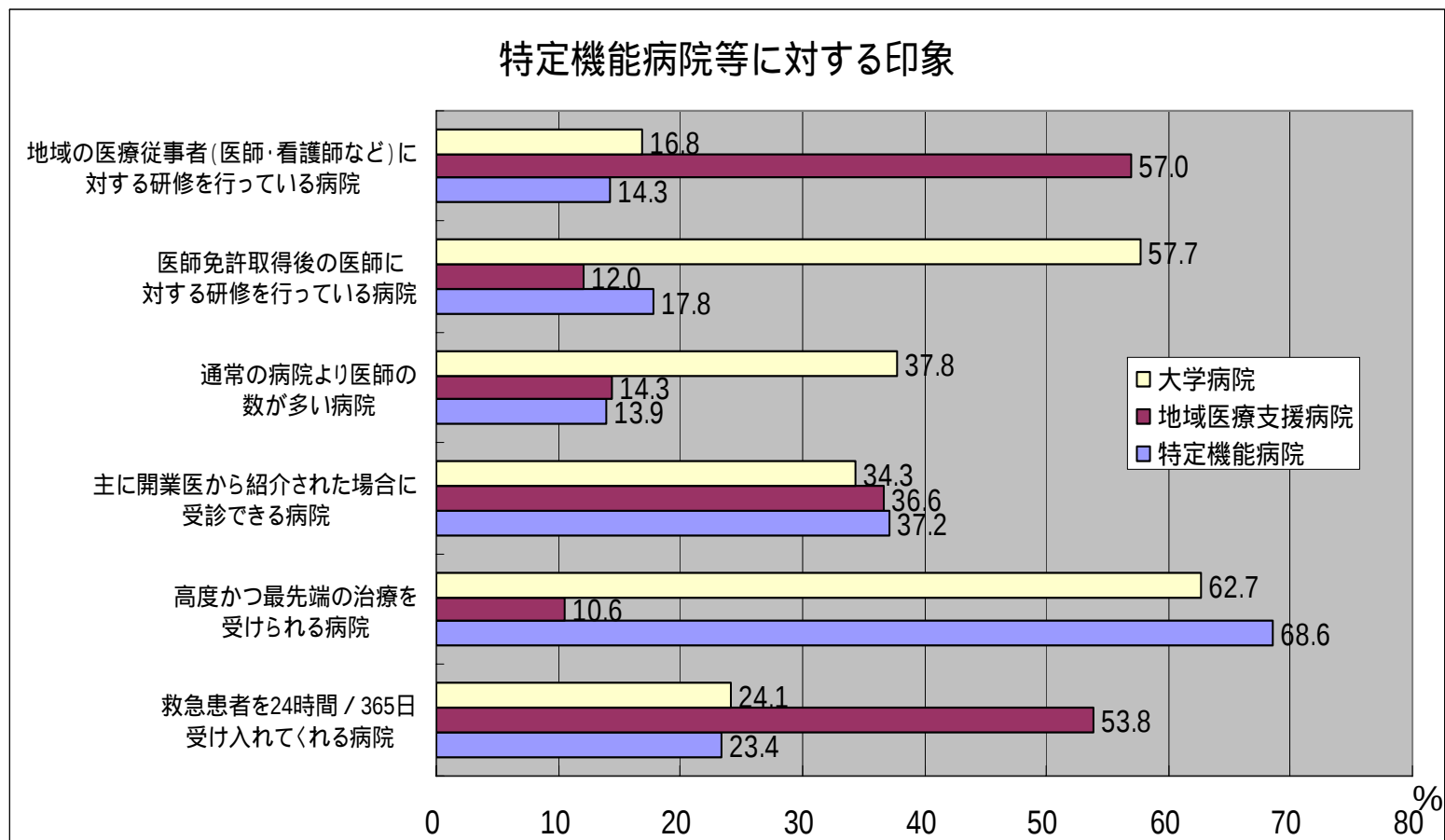
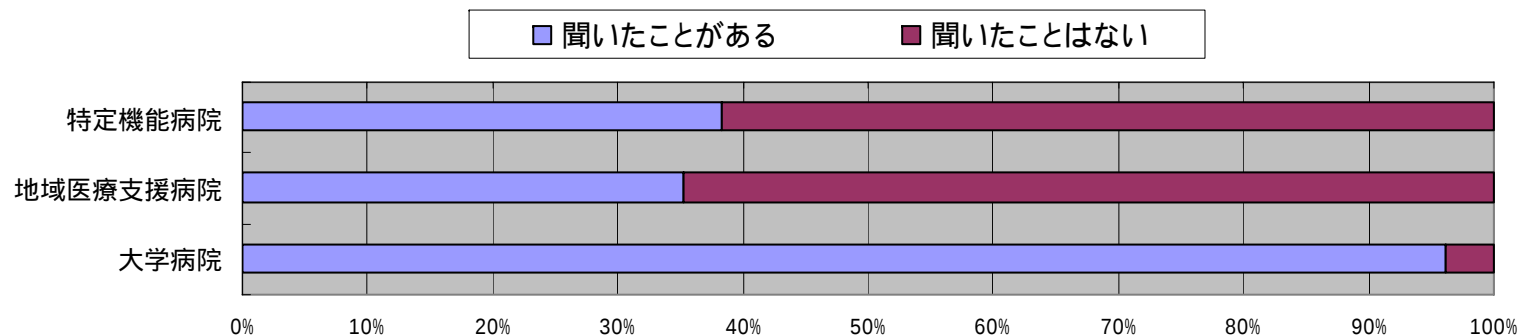
資料: 厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」

特定機能病院、地域医療支援病院の病院数と病床数

	病院数(総数)						病床数(総数)					
			特定機能病院	病院全体に占める割合	地域医療支援病院	病院全体に占める割合			特定機能病院	病床全体に占める割合	地域医療支援病院	病床全体に占める割合
総 数	9,026	100.0%	80	0.9%	106	1.2%	1,631,473	100.0%	71,001	4.4%	44,080	2.7%
20～29床	180	2.0%	-	-	-	-	4,412	0.3%	-	-	-	-
30～39	396	4.4%	-	-	-	-	13,430	0.8%	-	-	-	-
40～49	638	7.1%	-	-	-	-	28,052	1.7%	-	-	-	-
50～99	2,344	26.0%	-	-	-	-	169,652	10.4%	-	-	-	-
100～149	1,442	16.0%	-	-	3	0.2%	174,273	10.7%	-	-	402	0.2%
150～199	1,274	14.1%	-	-	8	0.6%	222,370	13.6%	-	-	1,335	0.6%
200～299	1,149	12.7%	-	-	25	2.2%	276,848	17.0%	-	-	5,684	2.1%
300～399	764	8.5%	-	-	18	2.4%	256,190	15.7%	-	-	6,134	2.4%
400～499	354	3.9%	-	-	20	5.6%	155,246	9.5%	-	-	8,925	5.7%
500～599	207	2.3%	-	-	14	6.8%	110,685	6.8%	-	-	7,604	6.9%
600～699	123	1.4%	23	18.7%	5	4.1%	78,771	4.8%	14,122	17.9%	3,240	4.1%
700～799	54	0.6%	7	13.0%	7	13.0%	39,916	2.4%	5,070	12.7%	5,216	13.1%
800～899	34	0.4%	13	38.2%	4	11.8%	28,430	1.7%	10,793	38.0%	3,327	11.7%
900床以上	67	0.7%	37	55.2%	2	3.0%	73,198	4.5%	41,016	56.0%	2,213	3.0%

資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査」（平成17年）

特定機能病院・地域医療支援病院・大学病院に対する認識



特定機能病院等における外来の推計患者数(紹介の有無別)

単位：人、箇所

	推計患者数 (外来)	うち紹介あり	うち紹介なし	施設数	一施設当たり「紹介 なし」の平均患者数
病院全体	1,866,400	246,300	1,620,100	9,026	179
特定機能病院	124,100	41,500	82,600	80	1,033
その他病院(上記以外)	1,681,300	189,000	1,492,300	8,840	169

(資料)厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」(平成17年)
「医療施設調査」(平成17年)

[参考] 外来患者数から見た特定機能病院の分布(平成17年度)

外来患者数が1日平均3000人超

3病院

〃 1日平均2001～3000人

22病院

〃 1日平均1001～2000人

45病院

〃 1日平均1000人以下

10病院

(医政局総務課調べ)

医療提供体制の各国比較(2004年)

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	36.3	14.2	14.3	2.0	63.2	9.0
ドイツ	10.4	8.6	39.5	3.4	112.5	9.7
フランス	13.4	7.5	44.9	3.4	100.0	7.5
イギリス	7.2	4.0	57.0	2.3	226.8	9.2
アメリカ	6.5	3.3	73.3	2.4	233.0 (2002)	7.9 (2002)

(出典)「OECD Health Data 2006」

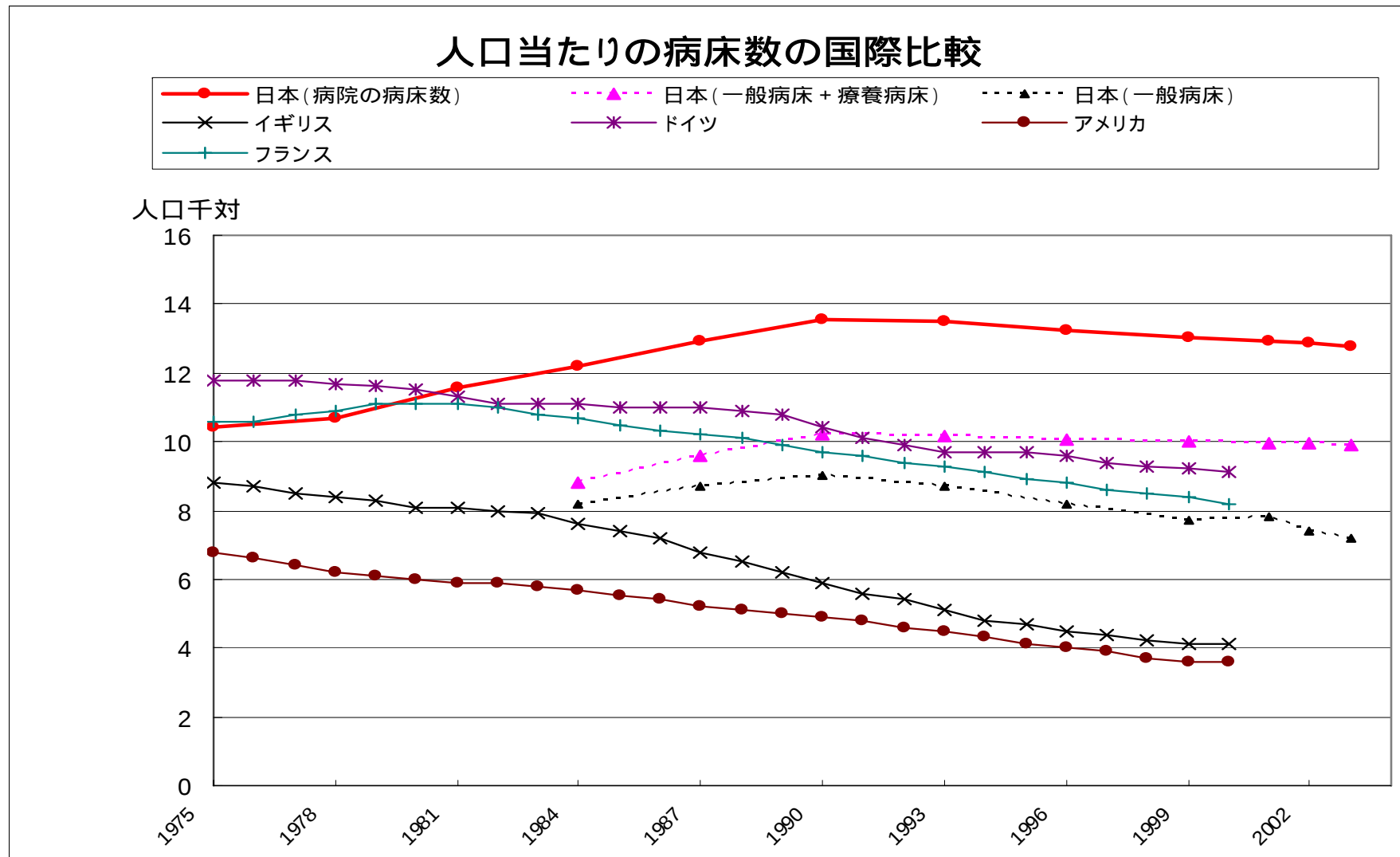
病床百床当たりの医師数、病床百床当たりの看護職員数については医師数、看護職員数を病床数で単純に割って百をかけた数値である。
平均在院日数の算定の対象病床はOECDの統計上、以下の範囲となっている。

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:NHS(National Health Service:国民保健サービス)の全病床

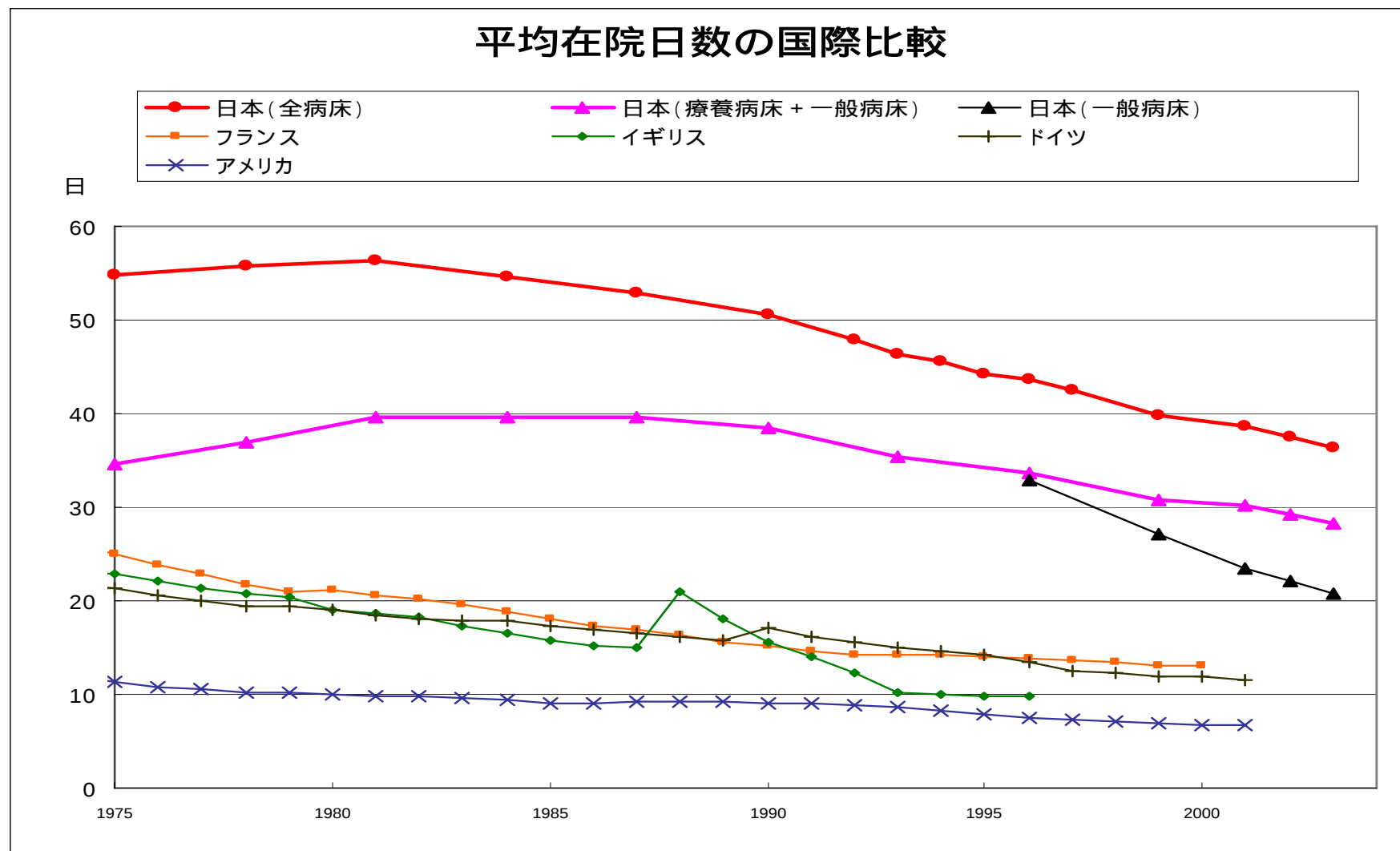
アメリカ:AHA(American Hospital Association:米国病院協会)に登録されている全病院の病床 (長期病床を除く)

- 我が国は、諸外国と比して人口当たり病床数が多いが、医療計画制度を導入以降、上昇傾向に歯止めがかかっている。



2000年までは旧医療法に規定する「その他の病床」であり、2001・2002年は「一般病床」、「療養病床」及び「経過
的旧その他の病床(経過的旧療養型病床群を含む。)を指す。

- 我が国の平均在院日数は、減少傾向にあるが、諸外国と比して長い。

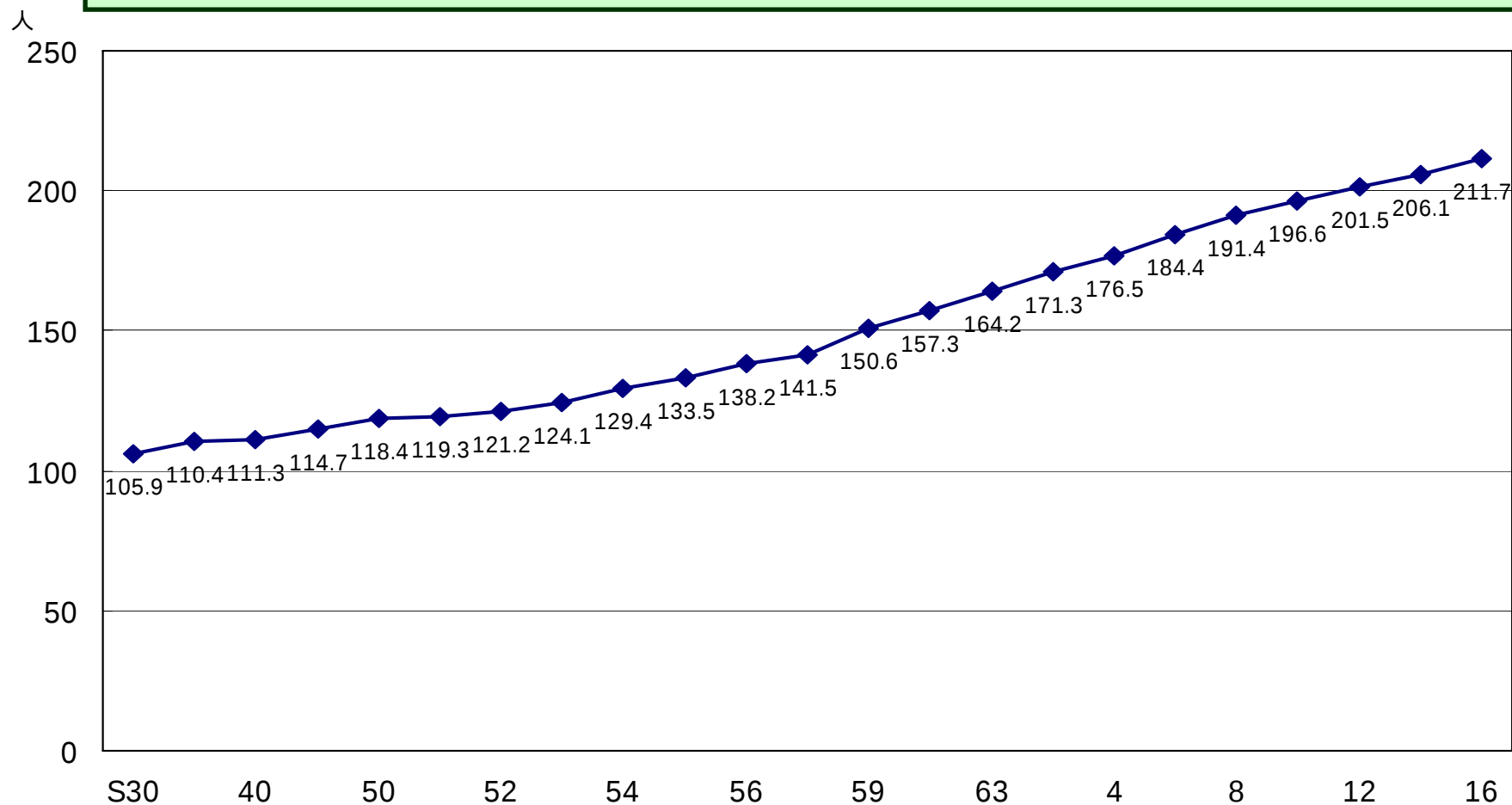


2000年までは旧医療法に規定する「その他の病床」であり、2001・2002年は「一般病床」、「療養病床」及び「経過
 的旧その他の病床(経過的旧療養型病床群を含む。)を指す。

医療提供体制の現状 (医師)

人口10万人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、毎年3,500～4,000人程度増加。
(医師数) 平成10年 24.9万人 → 平成16年 27.0万人
- 人口10万人対医師数についても毎年増加。



(資料)厚生労働省大臣官房統計情報部 「医師・歯科医師・薬剤師調査」

都道府県別にみた人口10万人対医師数

- 都道府県別に見て、人口10万人対医師数は134.2(埼玉県)から282.4(徳島県)まで存在。
(人口10万人対従事医師数で見ると、129.4(埼玉県)から264.2(東京都)まで存在。)
- しかし、平成10年から16年において、東京都、大阪府の医師が顕著に増加している事実はなく、医師が大都市に一極集中しているとまでは必ずしもいえない。

	平成10年 (総医師数)	平成16年 (総医師数)	平成16年 (従事医師数)
全国	196.6	211.7	201
北海道	192.8	216.2	203.6
青森	168.3	173.7	164
岩手	168.8	179.1	167.9
宮城	184.7	201.0	188
秋田	177.1	193.2	181.9
山形	177.2	198.8	184.2
福島	167.5	178.1	171
茨城	136.4	150.0	142.3
栃木	181	200.2	189.8
群馬	187.9	201.4	192.2
埼玉	116.5	134.2	129.4
千葉	138.3	152.0	146
東京	264.4	278.4	264.2
神奈川	164.2	174.2	167.4
新潟	168.8	179.4	166.9
富山	207.6	230.4	213.6
石川	253.5	252.8	238.8
福井	197.1	212.4	202.7
山梨	180.8	193.0	186.8
長野	171.9	190.9	181.8
岐阜	156.8	171.3	165
静岡	157.7	174.9	168.5
愛知	175	184.9	174.9

	平成10年 (総医師数)	平成16年 (総医師数)	平成16年 (従事医師数)
三重	175.6	184.3	176.8
滋賀	176.3	200.8	189.7
京都	262.9	274.8	258.3
大阪	228.9	244.6	231.2
兵庫	193.7	207.1	197.3
奈良	180.2	204.3	196.7
和歌山	221.4	247.8	236.8
鳥取	255.8	280.6	258.3
島根	228.1	253.0	238.1
岡山	237	258.8	246.3
広島	222.9	237.0	224.9
山口	216.6	237.9	224.1
徳島	263.3	282.4	262.4
香川	233.7	249.7	236.6
愛媛	219.3	233.2	223.9
高知	258.3	273.6	261.4
福岡	252.1	268.0	253.2
佐賀	209.7	228.2	216.4
長崎	237.8	262.5	247.2
熊本	239.7	247.5	235.4
大分	219.4	238.5	226.9
宮崎	199.2	218.4	206.9
鹿児島	211.7	224.3	212.9
沖縄	176.6	204.9	196.3

	人口10万人対医師数の 平成10年→平成16年の増加率
全国	107.7%(196.6 → 211.7)
東京	105.3%(264.4 → 278.4)
大阪	106.9%(228.9 → 244.6)
愛知	105.7%(175.0 → 184.9)

(参考) 総医師数

全国平均 ... 211.7人

最大都道府県 ... 徳島県(282.4人)

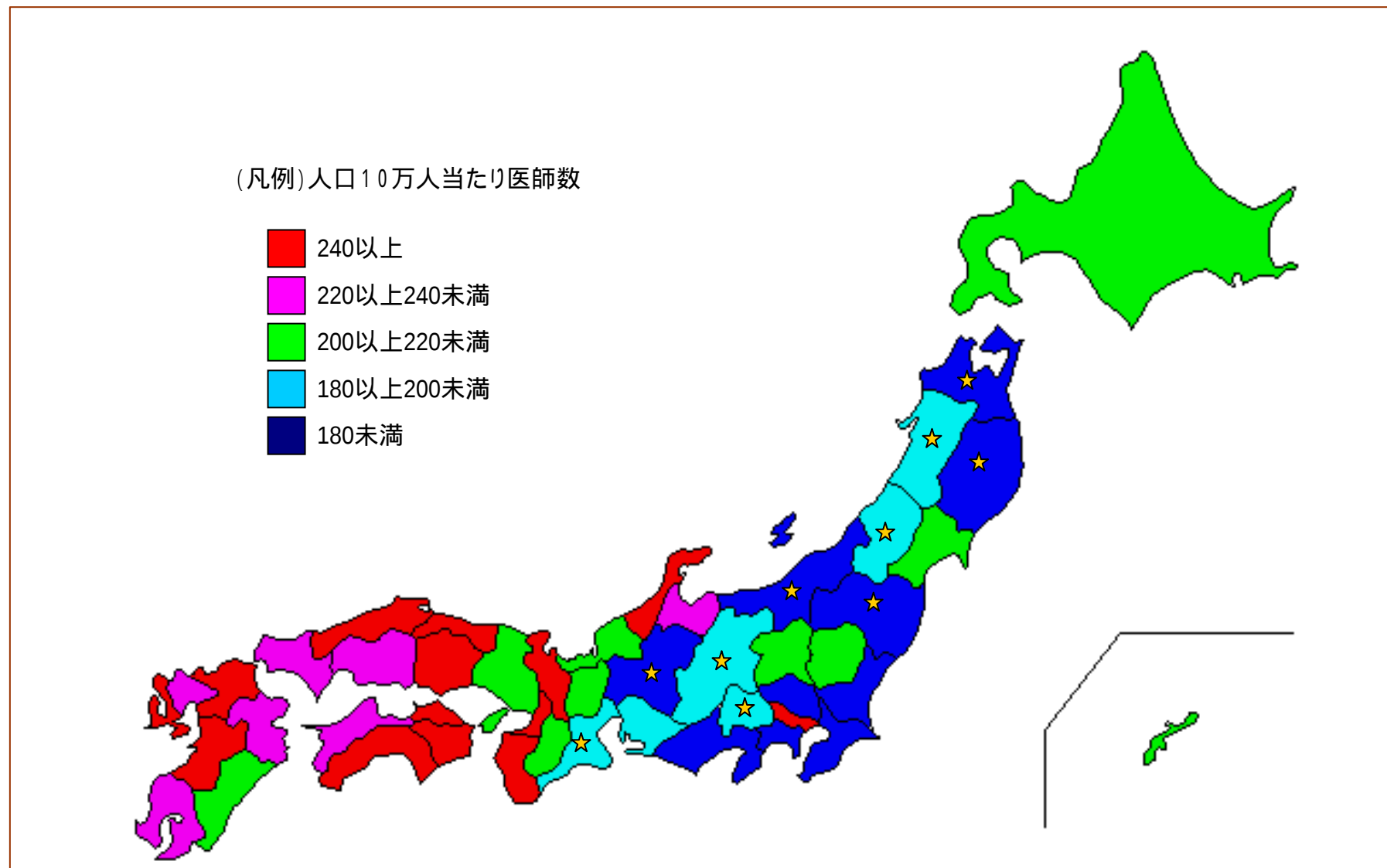
最小都道府県 ... 埼玉県(134.2人)

最大と最小の差は、約2.1倍

出典：厚生労働省大臣官房統計情報部
平成16年 医師・歯科医師・薬剤師調査

注) 総医師数...医師・歯科医師・薬剤師調査に届け出た全ての医師の数
従事医師数...総医師数のうち、医療機関(病院・診療所)に勤務する医師の数

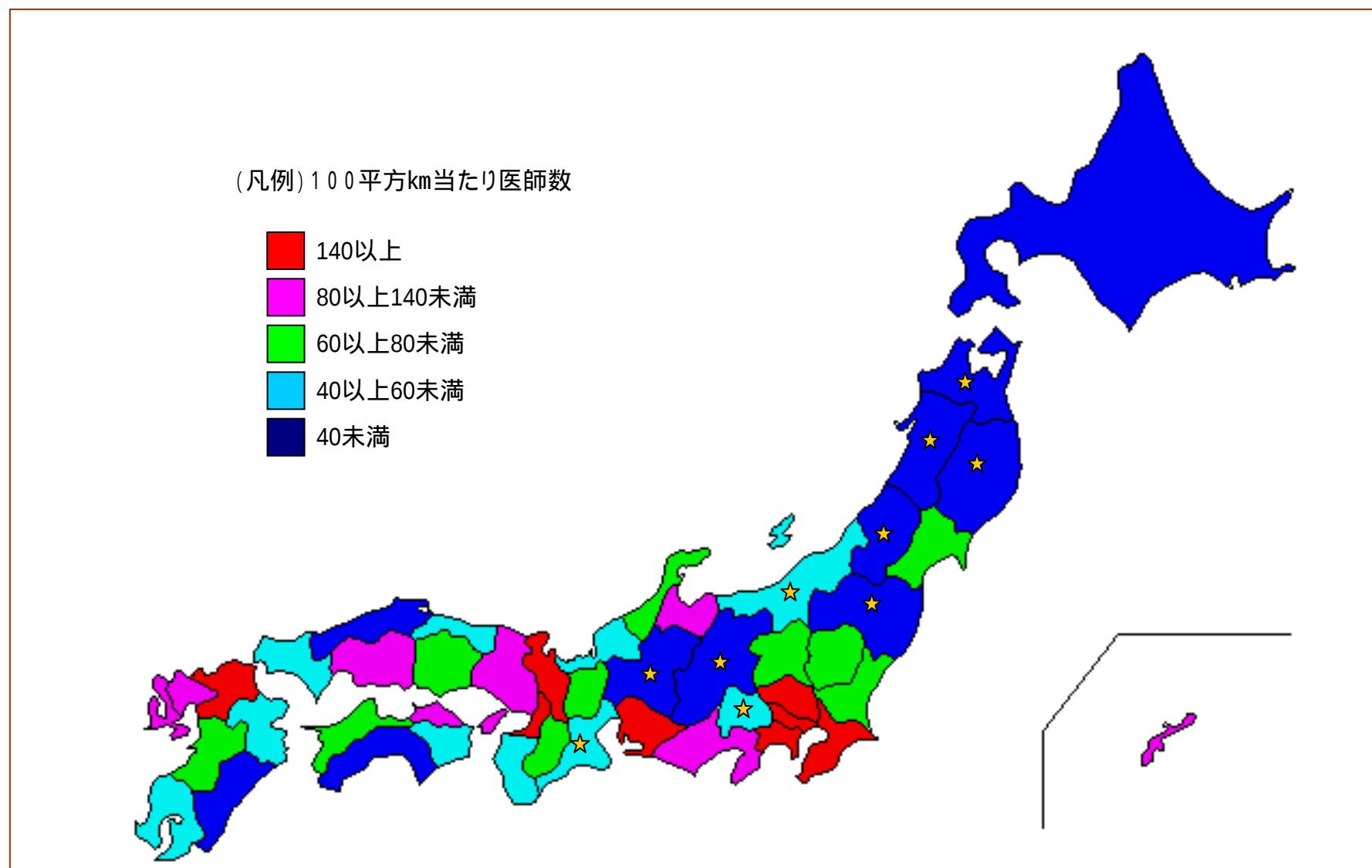
人口10万人当たり医師数の分布



★：暫定的医師養成増対象県(人口10万対200未満、ただし100km当たり医師数60以上を除く)

(資料)厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」(平成16年)

100平方km当たり医師数の分布



★ : 暫定的医師養成増対象県(人口10万対200未満、ただし100km当たり医師数60以上を除く)

(資料)厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」(平成16年)

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。

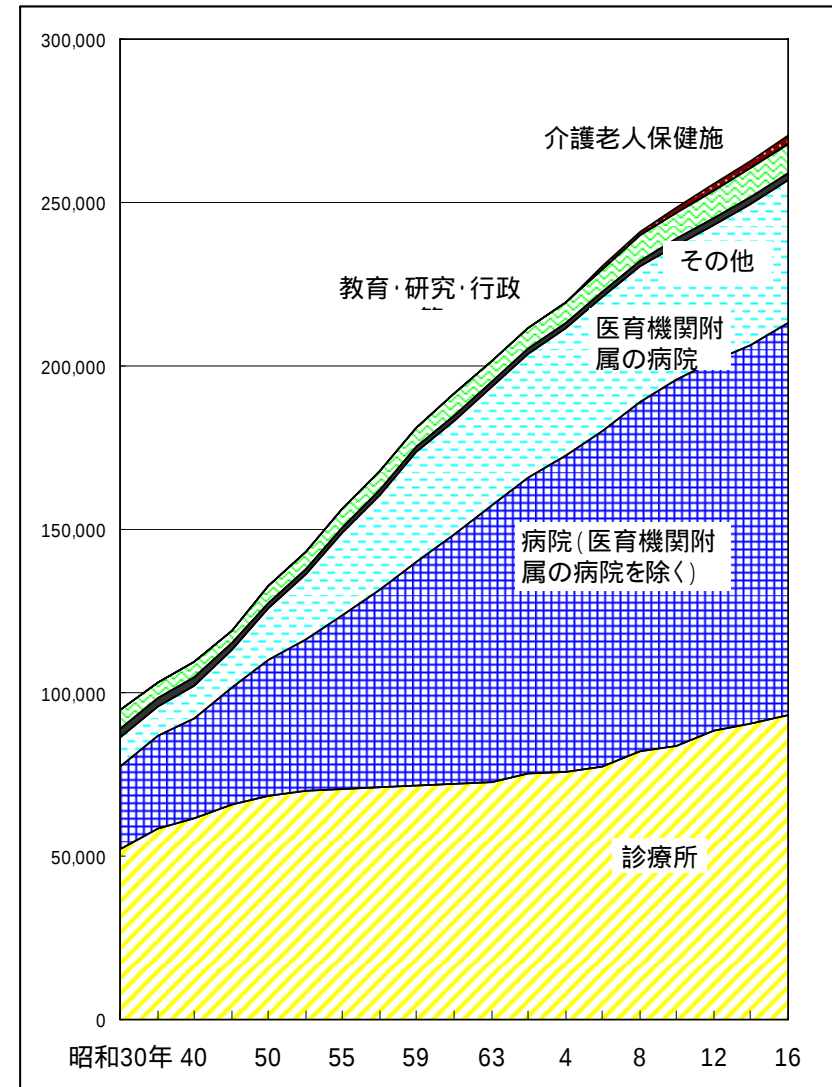
平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査より作成

都道府県	人口10万人当たり 従事医師数(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	人口10万人当たり 従事医師数(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	人口10万人当たり 従事医師数(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	203.6	上川中部 根室	284.6 95.8	3.0倍	石川県	238.8	石川中央 能登北部	303.0 124.4	2.4倍	岡山県	246.3	県南東部 高梁・阿新	282.6 127.4	2.2倍
青森県	164	津軽地域 西北五地域	241.6 94.7	2.6倍	福井県	202.7	福井・坂井 奥越	276.2 104.9	2.6倍	広島県	224.9	呉 広島中央	276.3 174.3	1.6倍
岩手県	167.9	盛岡 二戸	247.4 102.7	2.4倍	山梨県	186.8	甲府地区 東部	311.5 93.8	3.3倍	山口県	224.1	宇部・小野田 萩	364.9 159.9	2.3倍
宮城県	188	仙台 黒川(1)	291.6 45.1	6.5倍	長野県	181.8	松本 木曽	295.5 114.5	2.6倍	徳島県	262.4	東部 西部	302.0 179.2	1.7倍
秋田県	181.9	秋田周辺 湯沢・雄勝	250.4 101.0	2.5倍	岐阜県	165	岐阜 中濃	213.7 120.2	1.8倍	香川県	236.6	高松 小豆	301.8 140.3	2.2倍
山形県	184.2	村山 最上	225.6 126.3	1.8倍	静岡県	168.5	西遠 北遠	219.8 84.7	2.6倍	愛媛県	223.9	松山 今治	267.9 165.8	1.6倍
福島県	171	県北 南会津	223.4 99.4	2.2倍	愛知県	174.9	尾張東部 尾張中部	317.1 64.2	4.9倍	高知県	261.4	中央 高幡	293.8 151.4	1.9倍
茨城県	142.3	つくば 常陸太田・ひたちなか	322.2 80.1	4.0倍	三重県	176.8	中勢伊賀 東紀州	228.5 145.4	1.6倍	福岡県	253.2	久留米 京築	385.9 126.0	3.1倍
栃木県	189.8	県南 県西	235.7 118.4	2.0倍	滋賀県	189.7	大津 甲賀	307.4 110.4	2.8倍	佐賀県	216.4	中部 西部	277.8 149.9	1.9倍
群馬県	192.2	前橋 太田・館林	368.6 131.8	2.8倍	京都府	258.3	京都・乙訓 山城南	341.4 104.2	3.3倍	長崎県	247.2	長崎 上五島	318.4 106.0	3.0倍
埼玉県	129.4	西部第二 児玉	222.3 84.8	2.6倍	大阪府	231.2	大阪市 中河内	315.2 163.5	1.9倍	熊本県	235.4	熊本 阿蘇	352.8 109.9	3.2倍
千葉県	146	安房 夷隅長生	253.4 84.3	3.0倍	兵庫県	197.3	神戸 西播磨	254.9 128.7	2.0倍	大分県	226.9	別杵速見 東国東	295.0 128.6	2.3倍
東京都 (3)	264.2	区中央部(2) 西多摩	1,190.6 123.5	9.6倍	奈良県	196.7	中和 西和	236.5 146.4	1.6倍	宮崎県	206.9	宮崎東諸県 西都児湯	283.3 114.4	2.5倍
神奈川県	167.4	川崎南部 県央	232.8 116.6	2.0倍	和歌山県	236.8	和歌山 那賀	313.3 146.8	2.1倍	鹿児島県	212.9	鹿児島 熊毛	319.9 100.0	3.2倍
新潟県	166.9	新潟 十日町	311.2 99.6	3.1倍	鳥取県	258.3	西部 中部	351.9 176.7	2.0倍	沖縄県	196.3	南部 宮古	235.2 149.7	1.6倍
富山県	213.6	富山 新川	257.7 167.5	1.5倍	島根県	238.1	出雲 雲南	360.1 133.4	2.7倍					

- 1 黒川(大和町、大郷町、富谷町、大衡村)
- 2 区中央部(千代田区、中央区、港区、文京区、台東区)
- 3 島しょ医療圏を除く。

施設毎の医師数の年次推移

	病院(医 育機関 附属の病 院を除く)	医育機 関附属 の病院	診療所	介護 老人保 健施設	教育・ 研究・ 行政等	その他	計
昭和30年	24,882	9,063	52,299		5,626	2,693	94,563
35	28,345	9,394	58,299		4,769	2,324	103,131
40	30,646	9,749	61,620		4,425	2,929	109,369
45	36,058	11,517	65,639		3,981	1,795	118,990
50	41,335	16,101	68,534		5,040	1,469	132,479
53	46,331	19,738	70,095		5,183	1,637	142,984
55	53,543	24,879	70,393		5,763	1,657	156,235
57	60,368	28,787	71,224		5,833	1,740	167,952
59	68,425	33,206	71,821		5,906	1,743	181,101
61	76,348	34,785	71,996		6,402	1,815	191,346
63	84,636	36,389	72,657	22	6,254	1,700	201,658
平成2年	90,823	37,942	75,032	204	6,196	1,600	211,797
4	96,782	39,063	75,653	349	6,219	1,638	219,704
6	102,665	40,747	77,441	861	6,929	1,876	230,519
8	107,036	41,163	82,098	1,128	7,577	1,906	240,908
10	111,999	41,101	83,833	1,838	7,777	2,063	248,611
12	112,743	41,845	88,613	2,114	8,154	2,323	255,792
14	115,993	43,138	90,443	2,315	8,611	2,187	262,687
16	120,260	43,423	92,985	2,668	8,607	2,428	270,371



教育・研究・行政等：医育機関の臨床系以外の勤務者又は大学院生、医育機関以外の教育機関又は研究機関の勤務者、行政機関・保健衛生施設の従事者
 その他：その他の業務の従事者、無職の者、不詳

(資料)厚生労働省大臣官房統計情報部 医師・歯科医師・薬剤師調査より

臨床研修医在籍状況の推移

区 分	平成15年度		平成16年度		平成17年度		平成18年度	
	研修医 数	比率	研修医 数	比率	研修医 数	比率	研修医 数	比率
臨床研修 病院	2,237	27.4	3,262	44.1	3,824	50.8	4,266	55.3
大学病院	5,923	72.6	4,130	55.9	3,702	49.2	3,451	44.7
計	8,160	100.0	7,392	100.0	7,526	100.0	7,717	100.0

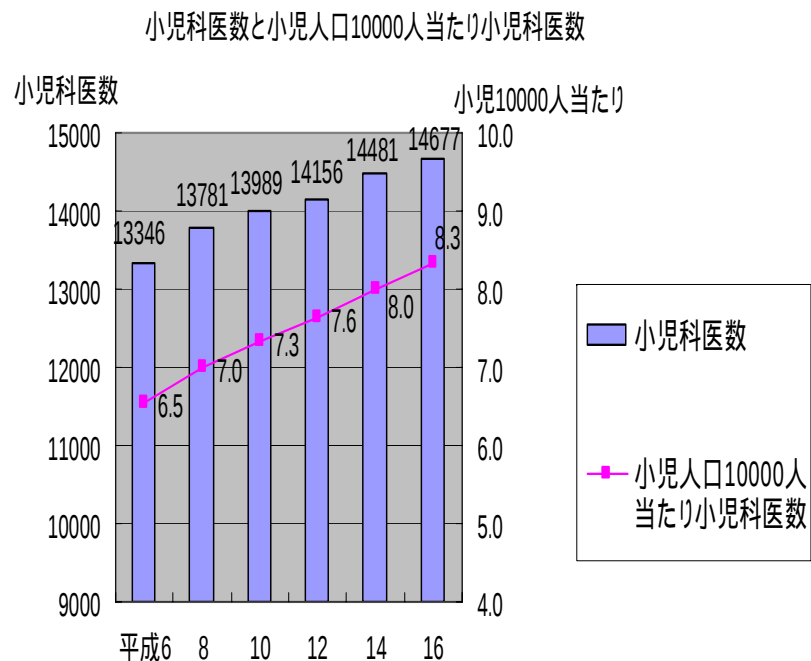
研修医数については、各年度、国家試験合格発表後の厚生労働省医政局医事課調べの数字である。

マッチ結果については、マッチング未参加者(自治医科大学、防衛医科大学校卒業生等)を含んでいない。

小児科医数及び産婦人科医数の現状

小児人口10,000人当たり小児科医数

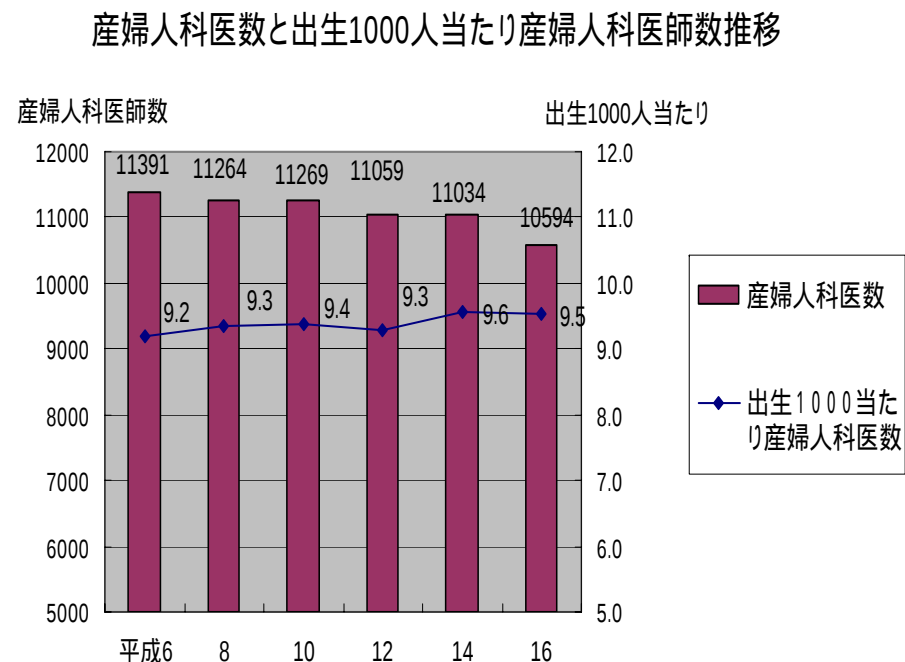
平成10年から平成16年において、小児科医数及び小児1万人あたりの小児科医数は増加している。都道府県別にみても、ほぼ全ての都道府県で増加している。
小児科医数は、36県で増加、1県で増減無し、10県で減少。(平成16年)



厚生労働省大臣官房統計情報部医師・歯科医師・薬剤師調査

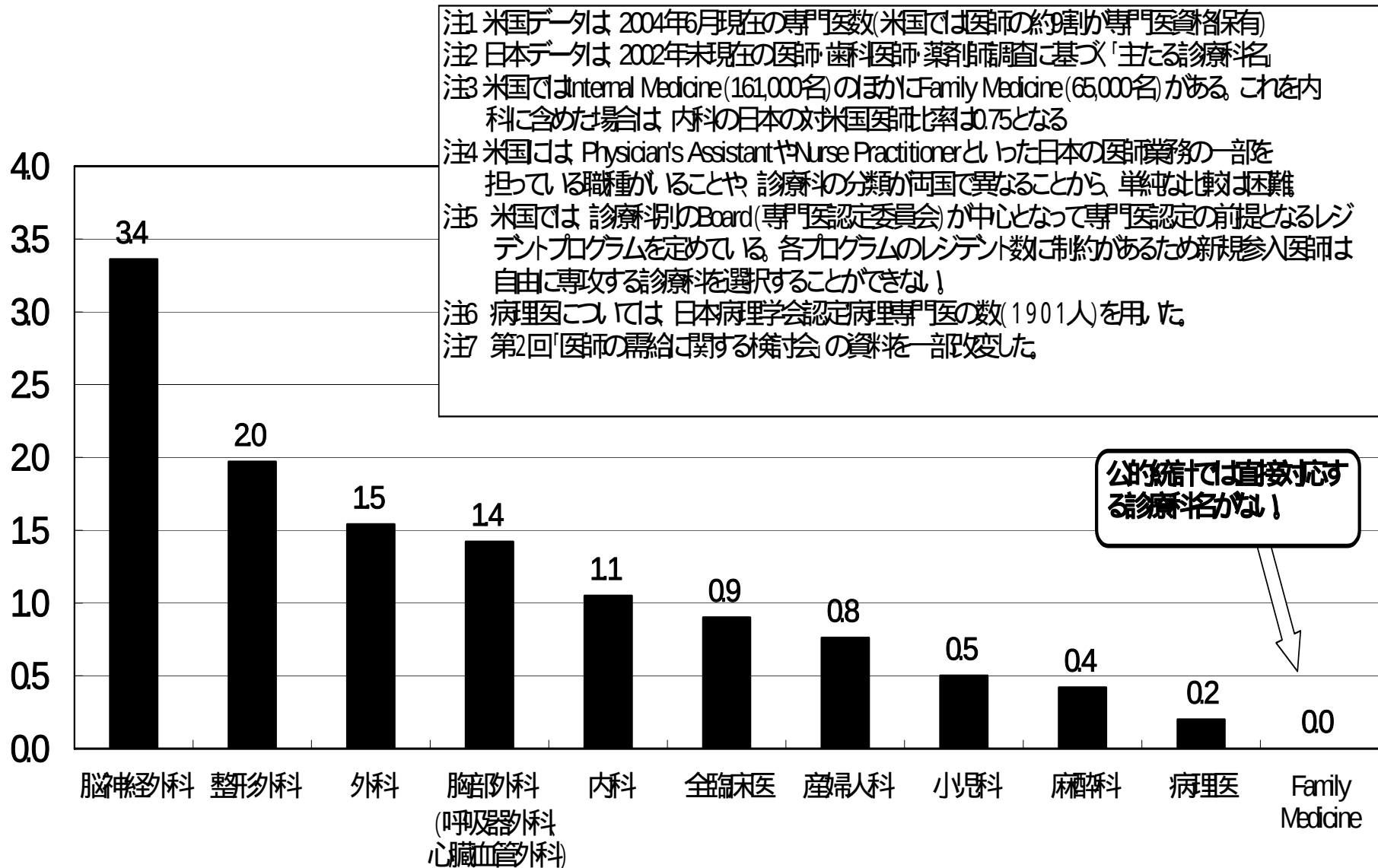
出生1000人当たり産婦人科医師数推移

全国的には、産婦人科医は減少しているものの、出生数あたりの産婦人科医は横ばい。
また、都道府県における産婦人科医の増減には差がある。(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)
産婦人科医数は、9県で増加、3県で増減無し、35県で減少。(平成16年)



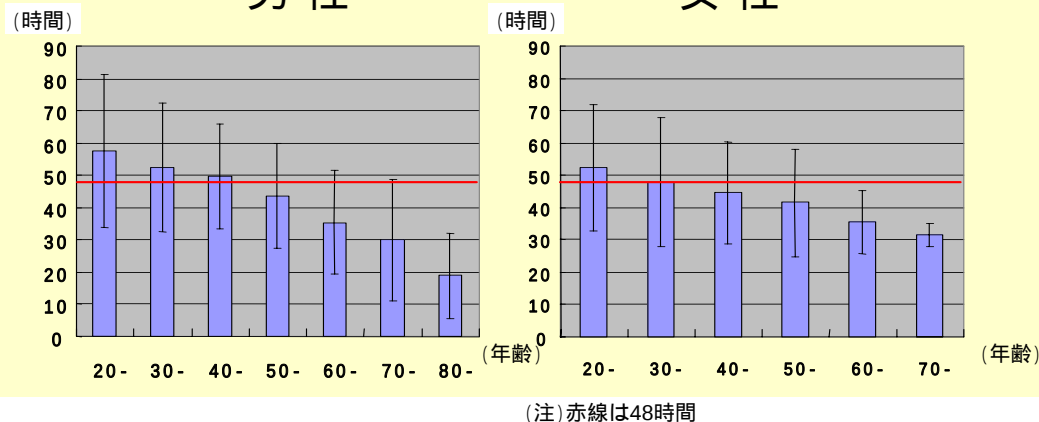
厚生労働省大臣官房統計情報部医師・歯科医師・薬剤師調査

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



病院勤務医と診療所勤務医の週当たりの従業時間の分布

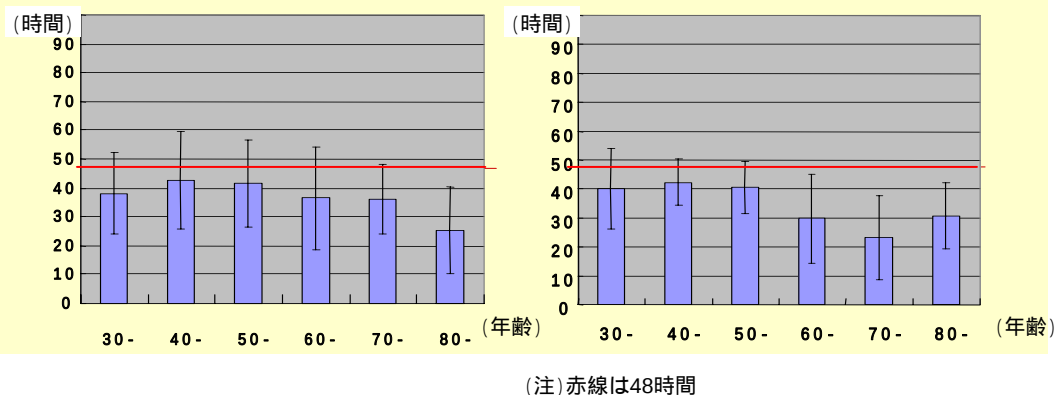
平均従業時間 病院常勤医師 男性 女性



- 1週間当たりの病院勤務医の従業時間(常勤のみ)
全体(4077人): 平均 約48時間
(無効回答601人)

「実際の始業・就業時間」のうち、診療、他のスタッフ等への教育、その他会議等の時間を従業時間として算出。

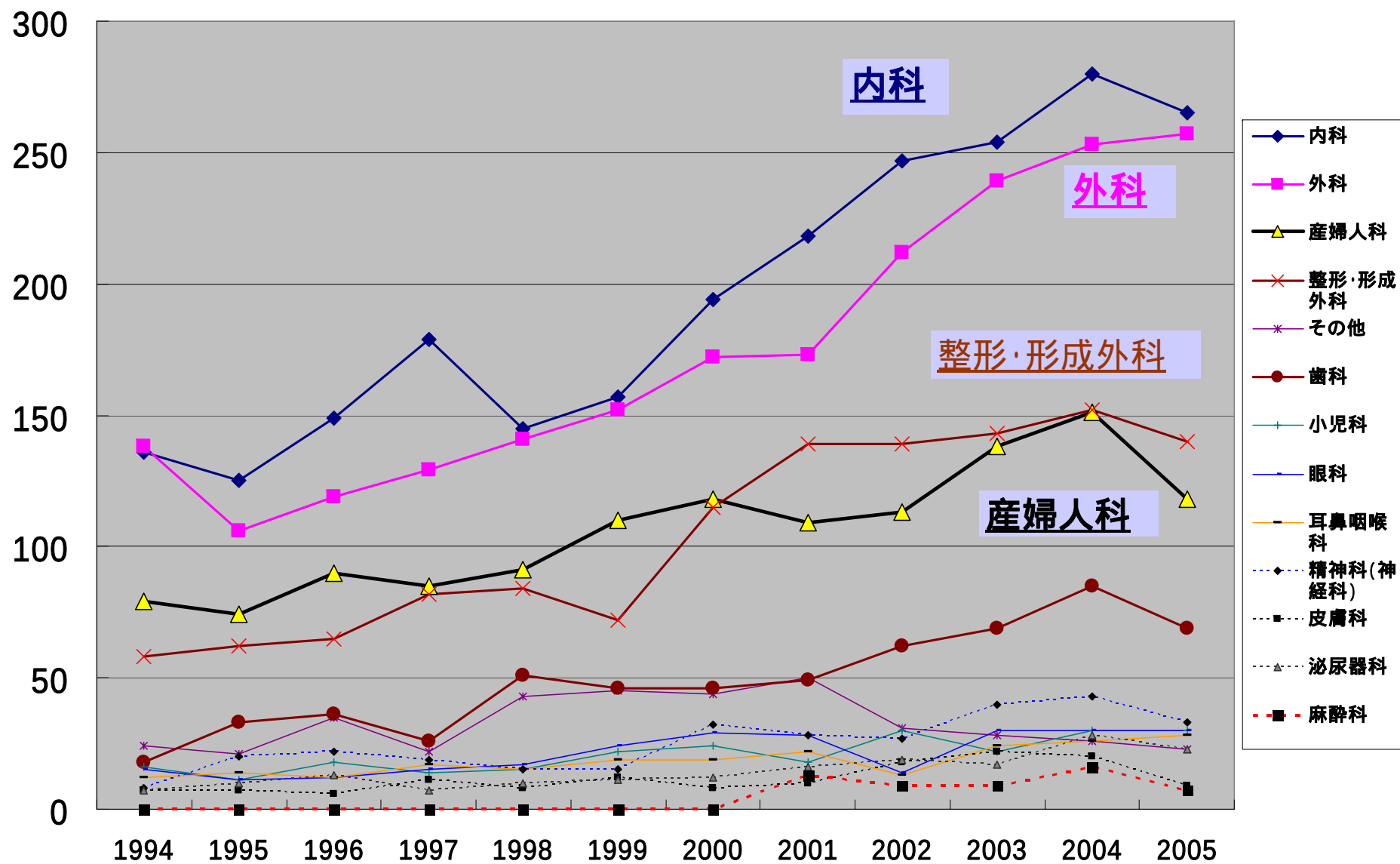
平均従業時間 診療所常勤医師 男性 女性



- 1週間当たりの診療所勤務医の従業時間(常勤のみ)の平均は、病院勤務医の従業時間平均(約48時間)を下回っている。
全体(536人): (無効回答77人)

(資料)「医師需給に係る医師の勤務状況調査」
(「医師の需給に関する検討会」資料より)
「医師の需給推計について(研究総括中間報告)」
(「医師の需給に関する検討会報告書」参考資料より)

医事関係訴訟事件の診療科目別新規受付件数



資料：最高裁判所調べ(但し、平成17年の数値は速報値)

診療科別の医事関係訴訟件数

	平成15年	平成16年	平成16年 医師千人あたり	平成17年
内科	254 (24.6%)	280 (24.6%)	3.7件	256 (25.7%)
外科	239 (23.2%)	253 (22.2%)	9.8件	257 (24.9%)
産婦人科	138 (13.4%)	151 (13.2%)	11.8件	118 (11.4%)
小児科	22 (2.9%)	30 (2.6%)	2.0件	30 (2.9%)

資料：最高裁判所調べ(但し、平成17年の数値は速報値)及び「医師・歯科医師・薬剤師調査(平成16年)」より算出

医療提供体制の現状 (患者)

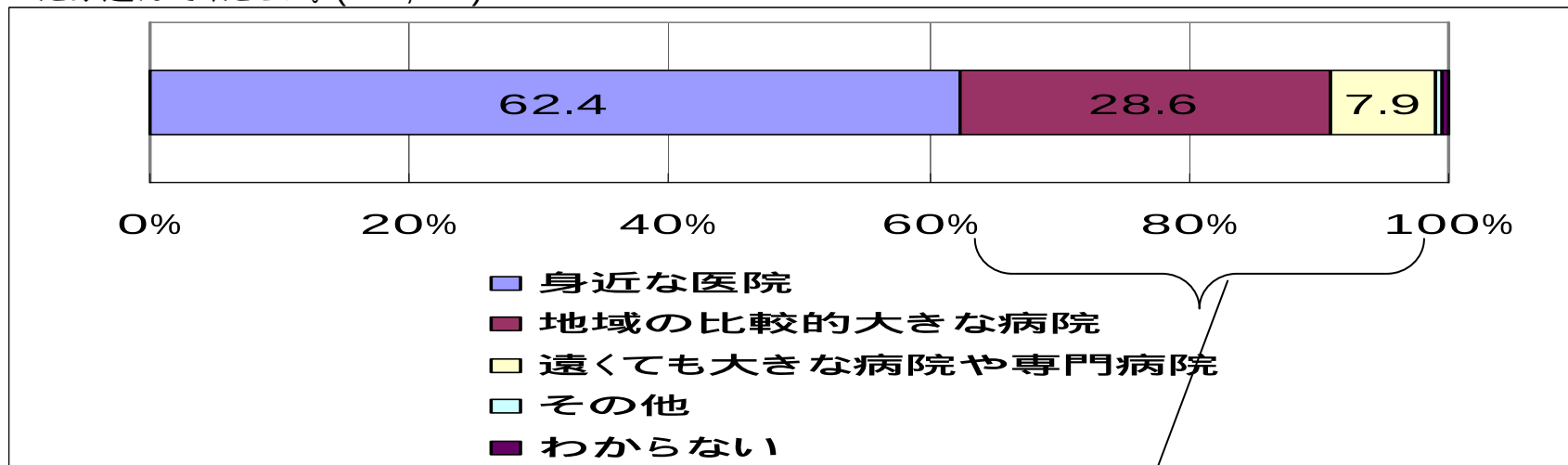
医療機関を選択した理由

	総数	理由がある										特にない
				かかりつけ医だから	医師に紹介されたから	専門性が高いから	家族・友人・知人から勧められたから	交通の便がよいから	広告、刊行物、番組、インターネットで紹介されていたから	保健所などの行政機関からの情報	その他	
外 来	100.0	94.7	(100.0)	(40.9)	(23.9)	(27.2)	(17.3)	(33.1)	(1.3)	(2.1)	(7.7)	3.0
特定機能病院	100.0	97.3	(100.0)	(23.2)	(50.0)	(39.2)	(14.6)	(19.1)	(2.0)	(1.2)	(5.8)	1.2
大 病 院	100.0	95.9	(100.0)	(31.0)	(36.7)	(38.1)	(15.8)	(25.6)	(1.5)	(1.9)	(7.3)	2.2
中 病 院	100.0	94.4	(100.0)	(37.5)	(25.8)	(28.0)	(16.7)	(33.1)	(1.1)	(2.3)	(8.5)	3.3
小 病 院	100.0	94.8	(100.0)	(45.2)	(14.2)	(26.8)	(22.4)	(35.3)	(1.9)	(1.8)	(7.0)	3.0
療養病床を有する病院	100.0	93.9	(100.0)	(52.5)	(12.7)	(18.0)	(17.4)	(39.5)	(1.1)	(2.2)	(7.8)	3.6
入 院	100.0	94.1	(100.0)	(32.9)	(39.7)	(23.3)	(19.8)	(27.6)	(1.5)	(3.6)	(9.0)	4.4
特定機能病院	100.0	97.2	(100.0)	(23.2)	(62.6)	(37.5)	(12.9)	(16.0)	(2.3)	(1.1)	(5.9)	1.5
大 病 院	100.0	95.6	(100.0)	(28.7)	(49.7)	(35.0)	(16.5)	(24.5)	(2.0)	(2.1)	(8.8)	3.1
中 病 院	100.0	94.8	(100.0)	(33.0)	(42.0)	(28.5)	(17.0)	(27.2)	(1.7)	(2.6)	(8.8)	3.5
小 病 院	100.0	93.4	(100.0)	(40.6)	(26.1)	(26.8)	(21.7)	(26.9)	(2.4)	(1.7)	(8.8)	4.5
療養病床を有する病院	100.0	93.1	(100.0)	(34.1)	(34.7)	(15.3)	(22.7)	(30.0)	(1.2)	(5.0)	(9.5)	5.5

注：総数には無回答を含む。（資料）厚生労働省大臣官房統計情報部「受療行動調査」（平成17年）

最初にかかる医療機関について(埼玉県県政に関する世論調査(H13)より)

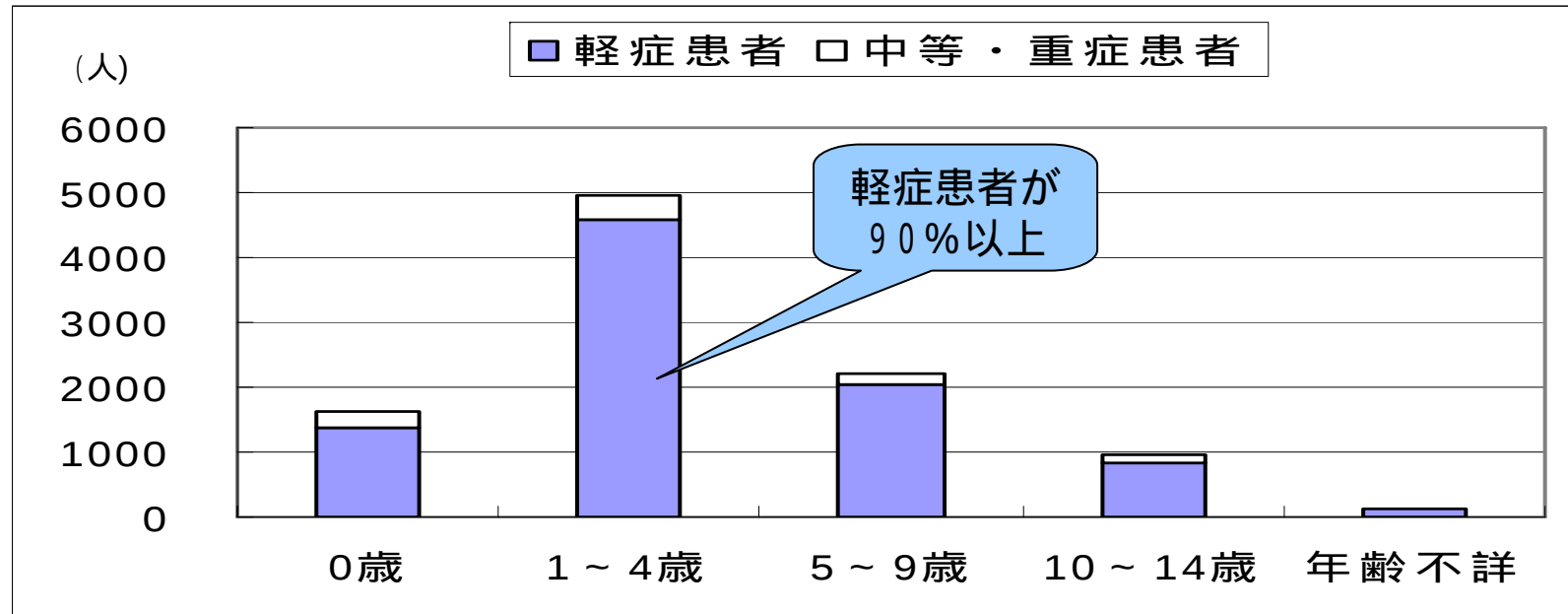
問 仮に、あなたが身体の不調などで医療機関にかかるとしたら、最初にどのような医療機関にかかりますか。一つだけ選んでください。(n=2,317)



「地域の比較的大きな病院」又は「遠くても大きな病院や専門病院」を選んだ理由 (2つまでを選択(n=846))	(%)
各種医療機器がそろっていると思うから	52.2
どんな病気でも対応してくれるから	36.4
高い技術を持った専門医がいると思うから	35.9
はっきりした理由はないが大きな病院の方が何となく安心できるから	24.2
これまでもずっとかかっていたから	13.2
身近な医院では症状が改善しにくいとき、自分が希望する他の医療機関を紹介して欲しいとはいいいにくいから	10.2

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%）

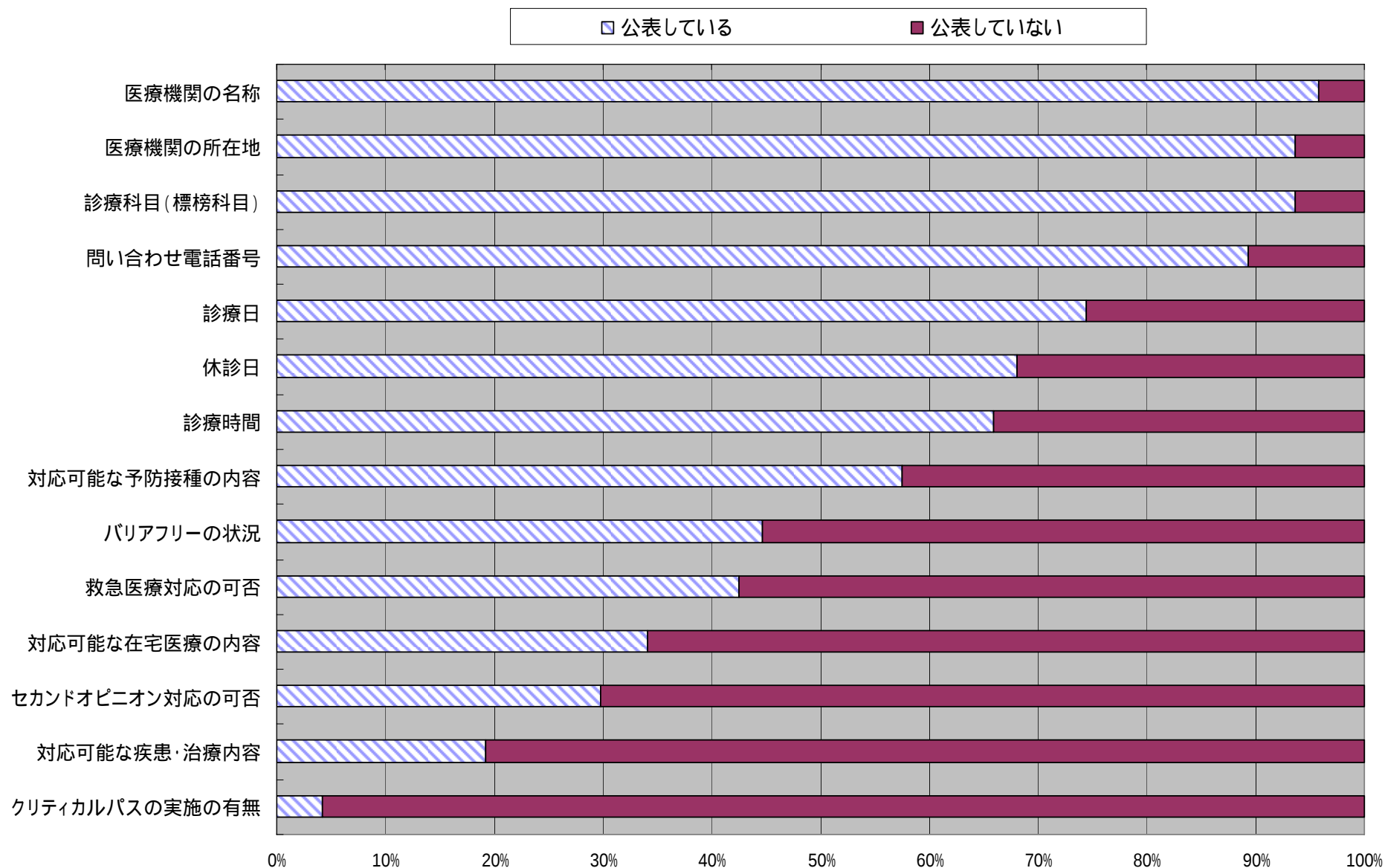
救急車の要請理由(5年間の推移)

(%)

	平成14年	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年
生命の危険があったと思った	27.7	26.2	38.1	28.7	28.8
軽症や重症の判断がつかなかった	12.3	19.8	19.0	22.8	21.8
自力で歩ける状態でなかった	53.0	49.3	49.8	48.2	52.0
交通手段がなかった	3.3	4.7	2.2	2.8	3.6
どこの病院に行けばよいかわからなかった	3.5	5.0	7.3	7.3	8.1
家族・知人に勧められた	19.1	7.4	8.9	11.1	8.3
かかりつけの医師又は医療関係者に勧められた	7.7	6.4	9.5	7.8	7.3
病院へ連れて行ってくれる人がいなかった	7.5	7.4	5.7	7.8	7.0
かかりつけの病院が休診だった	1.2	0.7	0.6	0.9	0.8
夜間・休日で診察時間外だった	14.6	14.8	15.9	19.3	16.6
救急車は無料だから		1.7	0.0	1.4	0.4
救急車で病院に行った方が優先的に診てくれると思った		4.7	3.5	5.2	4.1
通院(又は入院)予定だった			0.3	0.2	0.4
その他	13.9	20.1	16.5	14.4	17.5

(資料)「消防に関する世論調査」東京消防庁(平成18年11月)

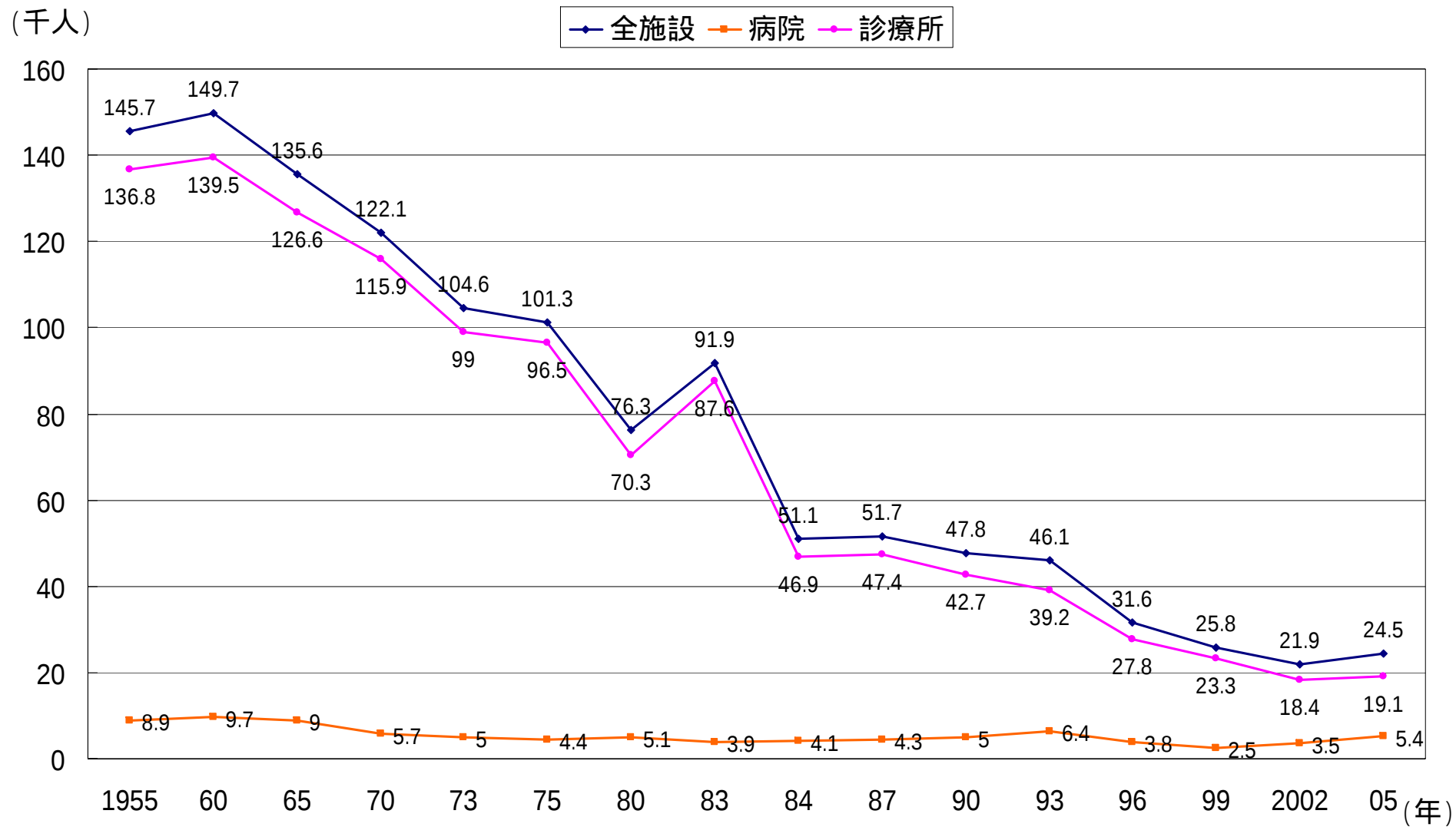
都道府県による医療機関(病院)の情報公表への取組状況例



(注) パーセント表示は、全都道府県に占める割合 (資料) 医政局総務課調べ(平成18年)

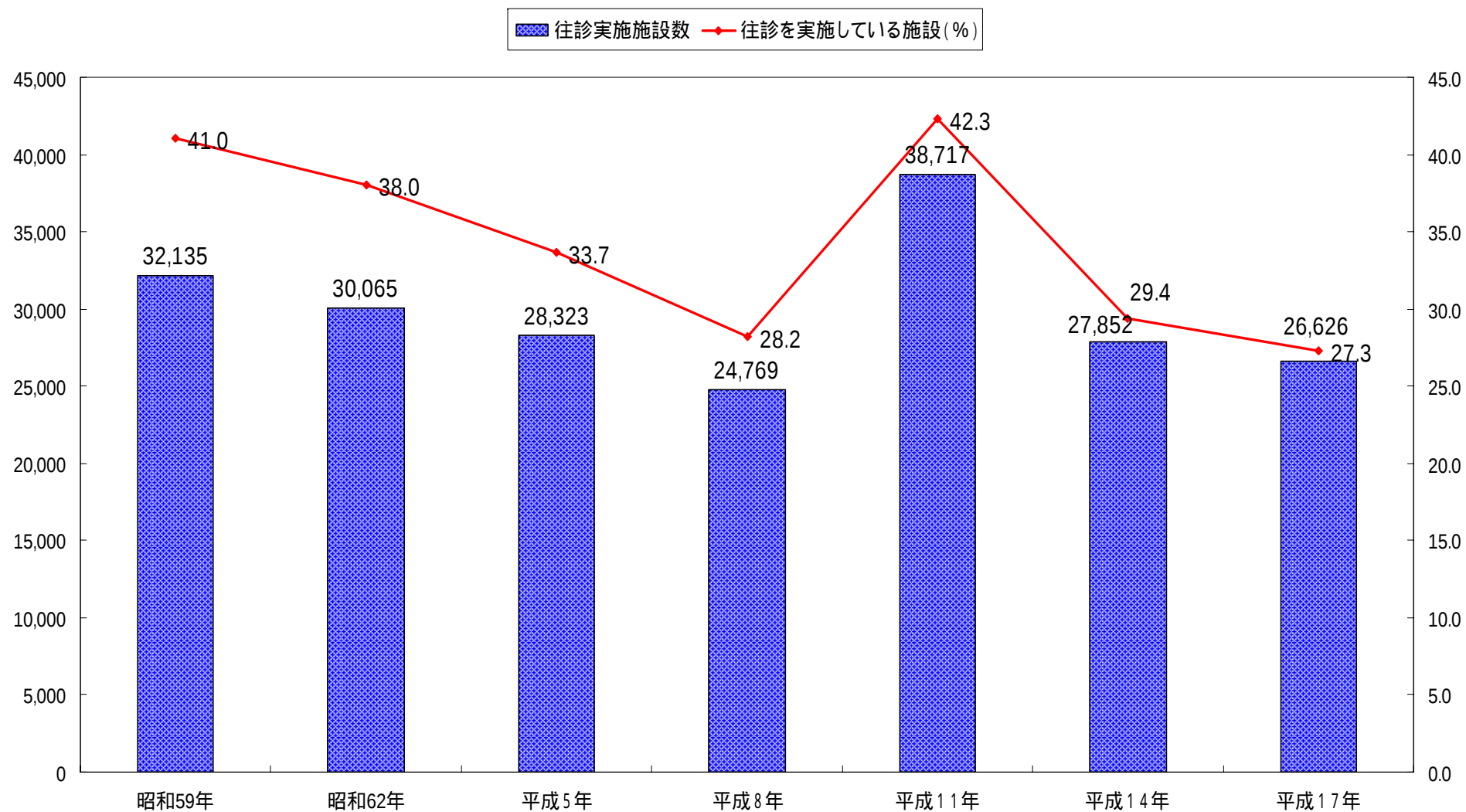
在宅医療

往診を受けた外来患者数の年次推移



資料: 厚生労働省大臣官房統計情報部「患者調査」

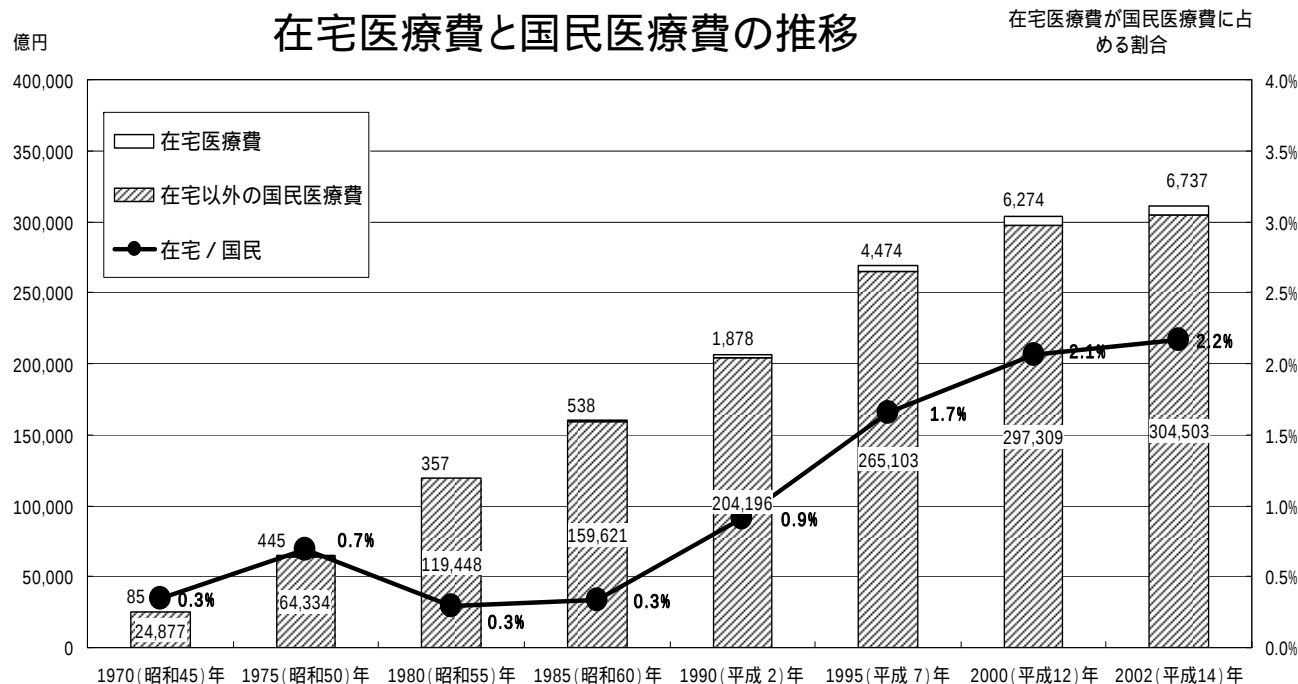
往診を実施している一般診療所数



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医療施設調査・病院報告」

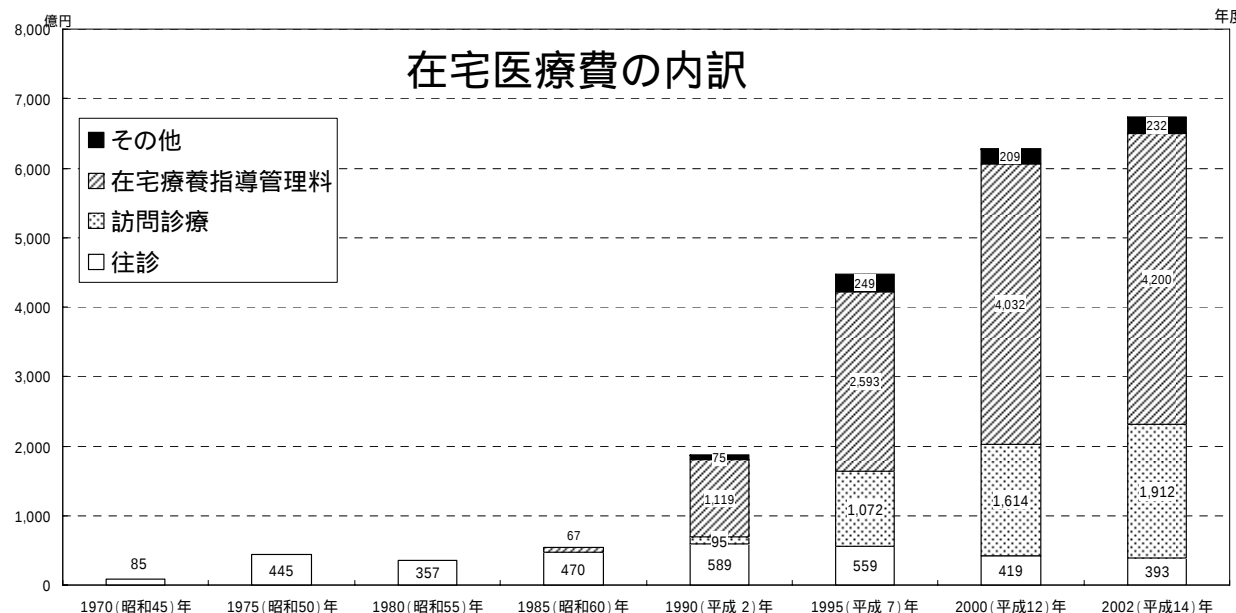
(注)平成5年までは、9月25日～10月1日までの間に往診を実施した一般診療所の割合、平成8年以降は、9月中に往診を実施した一般診療所の割合である。

在宅医療費と国民医療費の推移、在宅医療費の内訳



在宅医療費は、国民医療費の2%強。

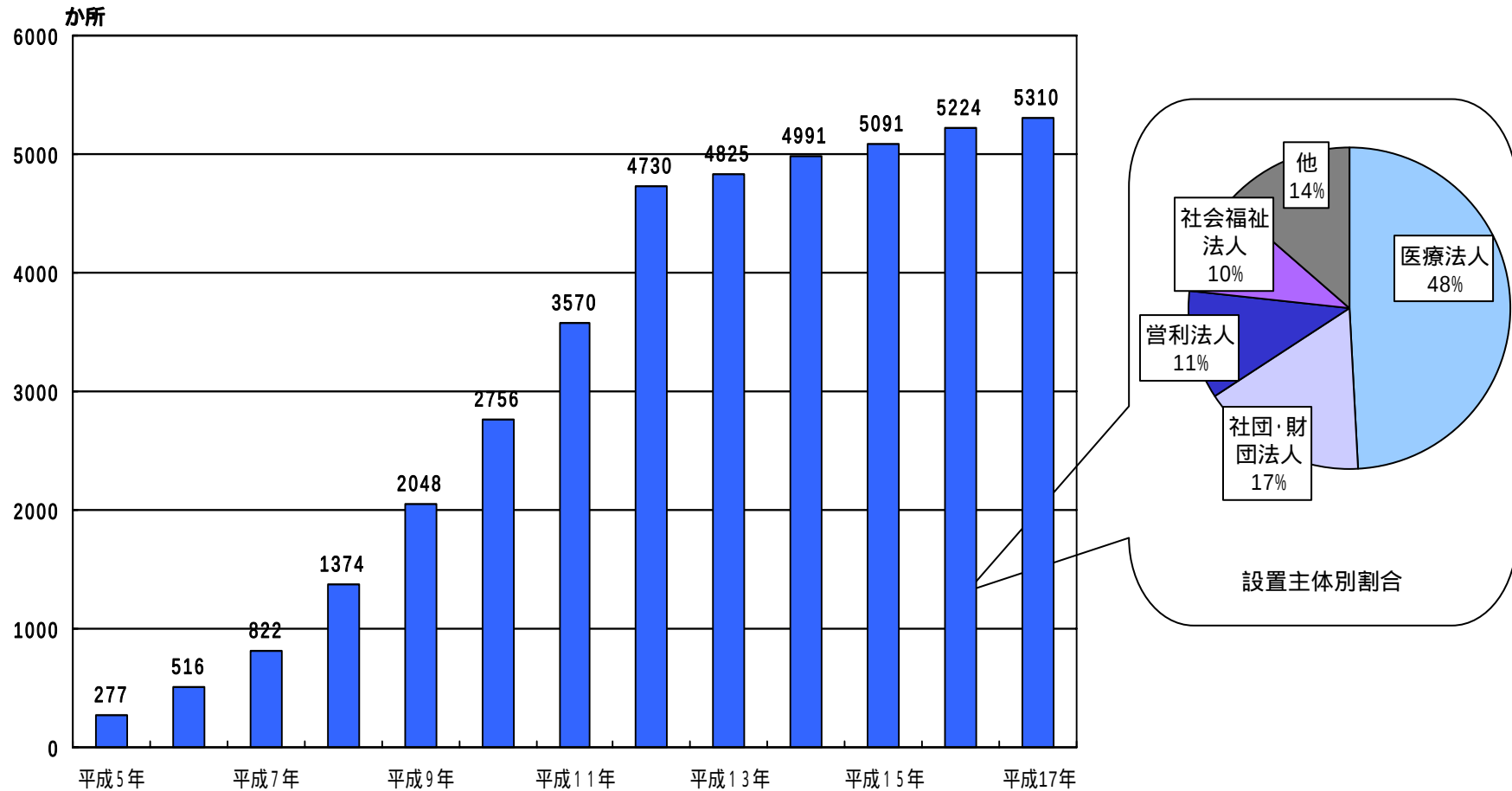
在宅医療費全体は、近年、額・率ともに伸びているが、その中心は管理料や計画的な訪問診療であり、患家の求めに応じて診療する「往診」は実額ベースで20年来横ばいであり、ウエイトは小さくなっている。



注) 国民医療費、社会医療診療行為別調査(いずれも統計情報部)をもとに算出

訪問看護ステーション数の年次推移

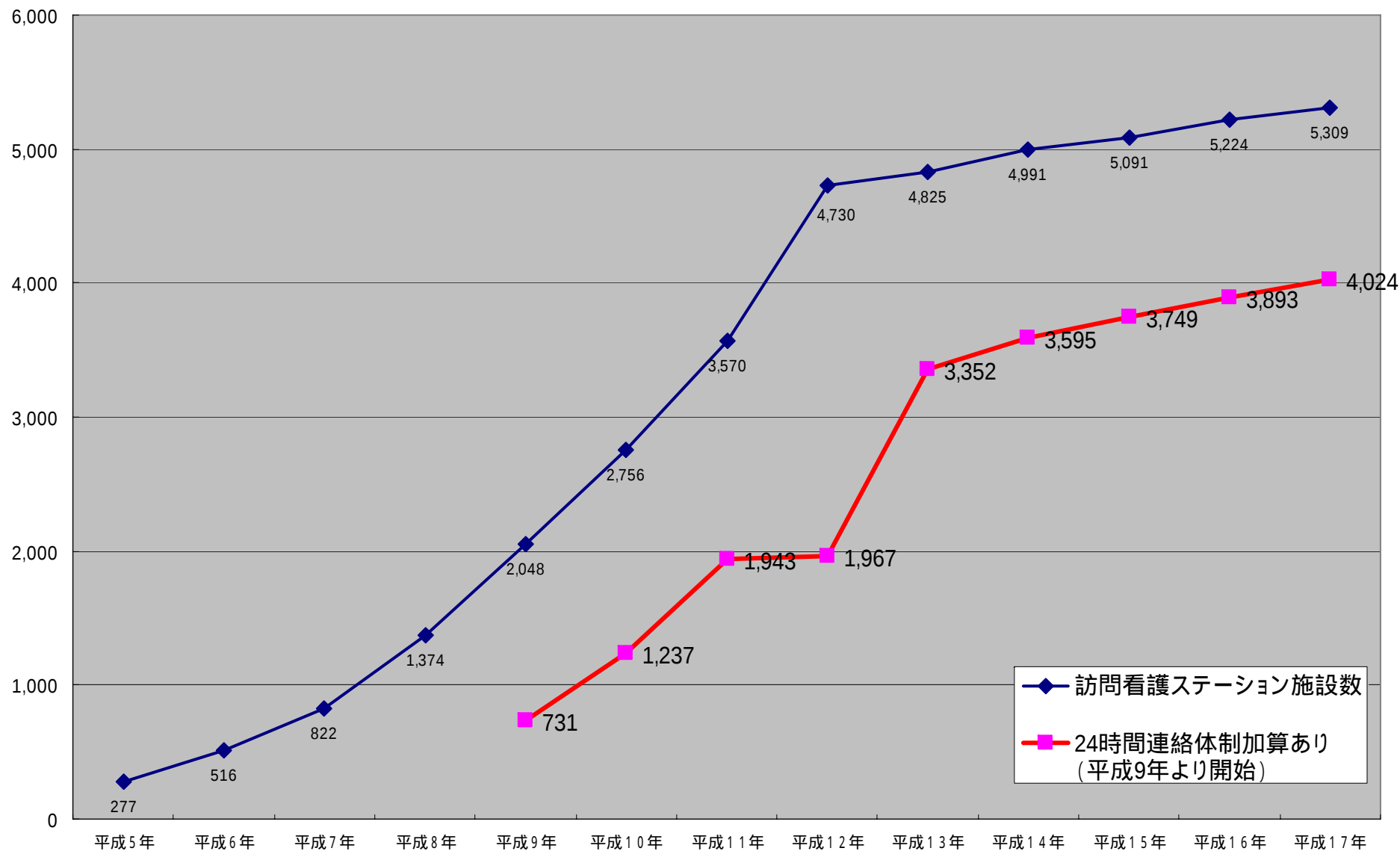
平成4年の訪問看護ステーションの制度化以来、訪問看護ステーションの件数は増加してきているが、介護保険制度が導入された平成12年以降の伸びは鈍化している。



平成5年～11年(10月1日):訪問看護実態調査(統計情報部)

平成12年～17年(10月1日):介護サービス施設・事業所調査(統計情報部)

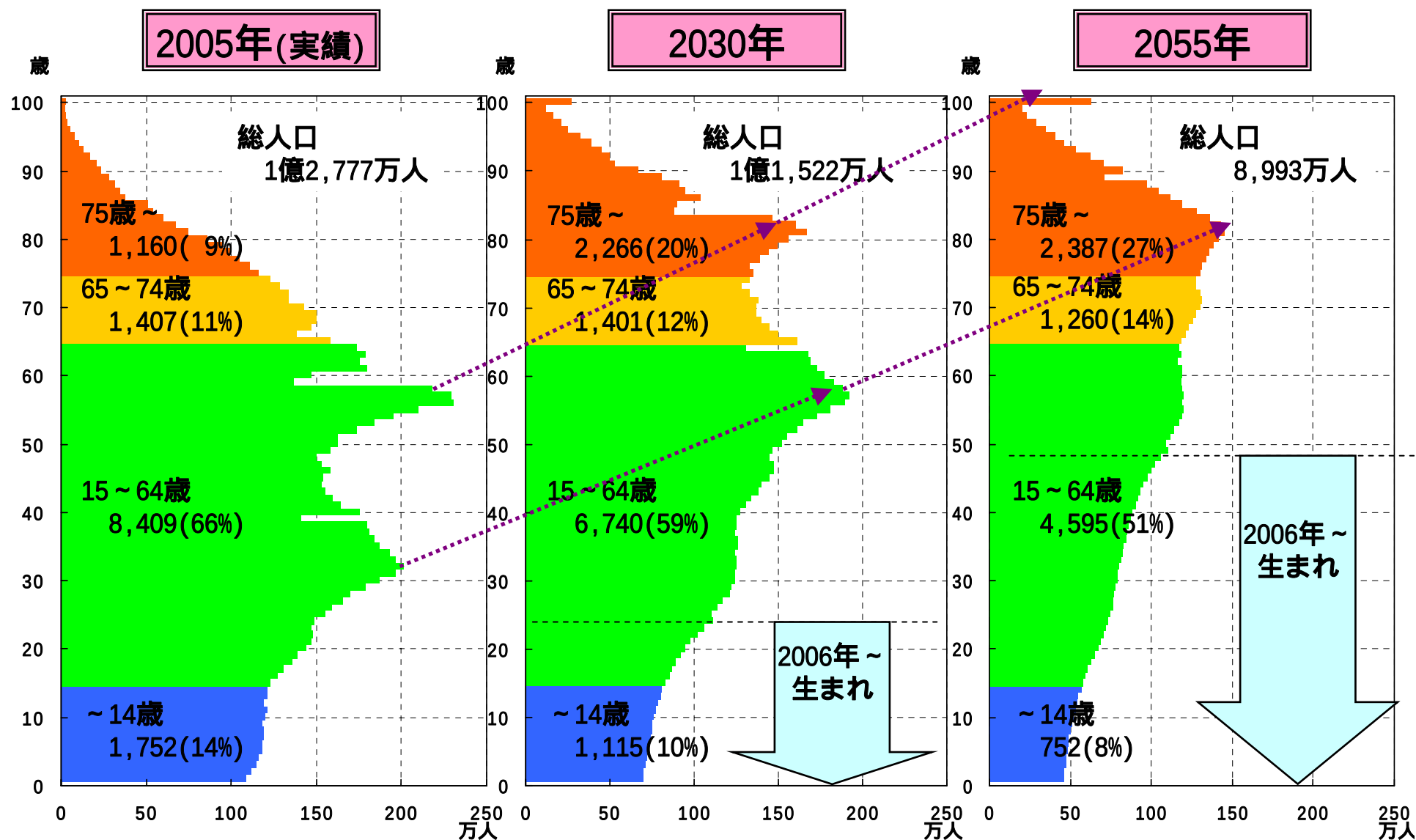
24時間の連絡体制をとる訪問看護ステーション数の推移



(資料) 平成5年～11年:訪問看護実態調査(統計情報部)
平成12年～17年:介護サービス施設・事業所調査(統計情報部)

後期高齢者の増加

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

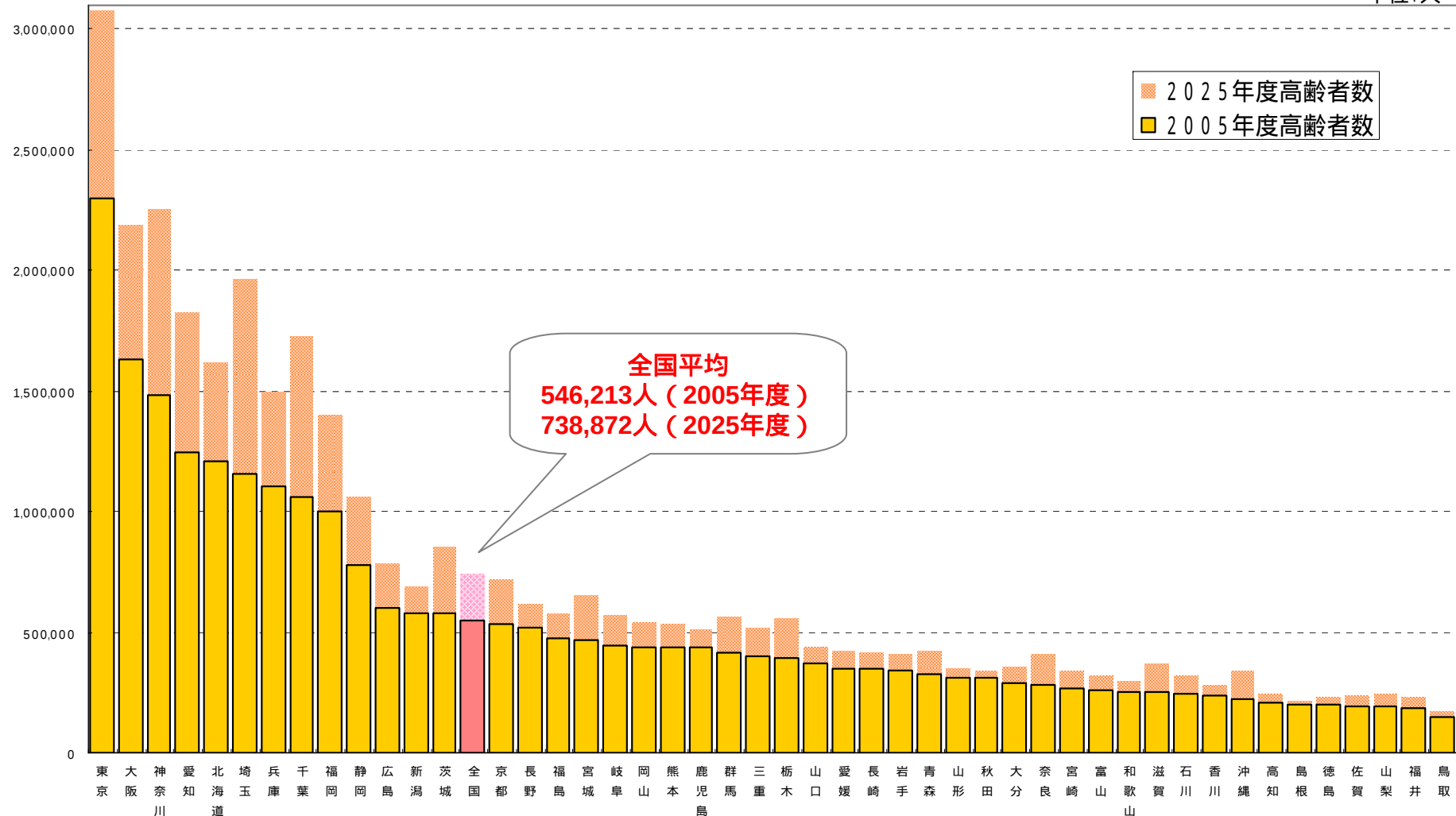


注: 2005年は国勢調査結果。総人口には年齢不詳人口を含むため、年齢階級別人口の合計と一致しない。

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



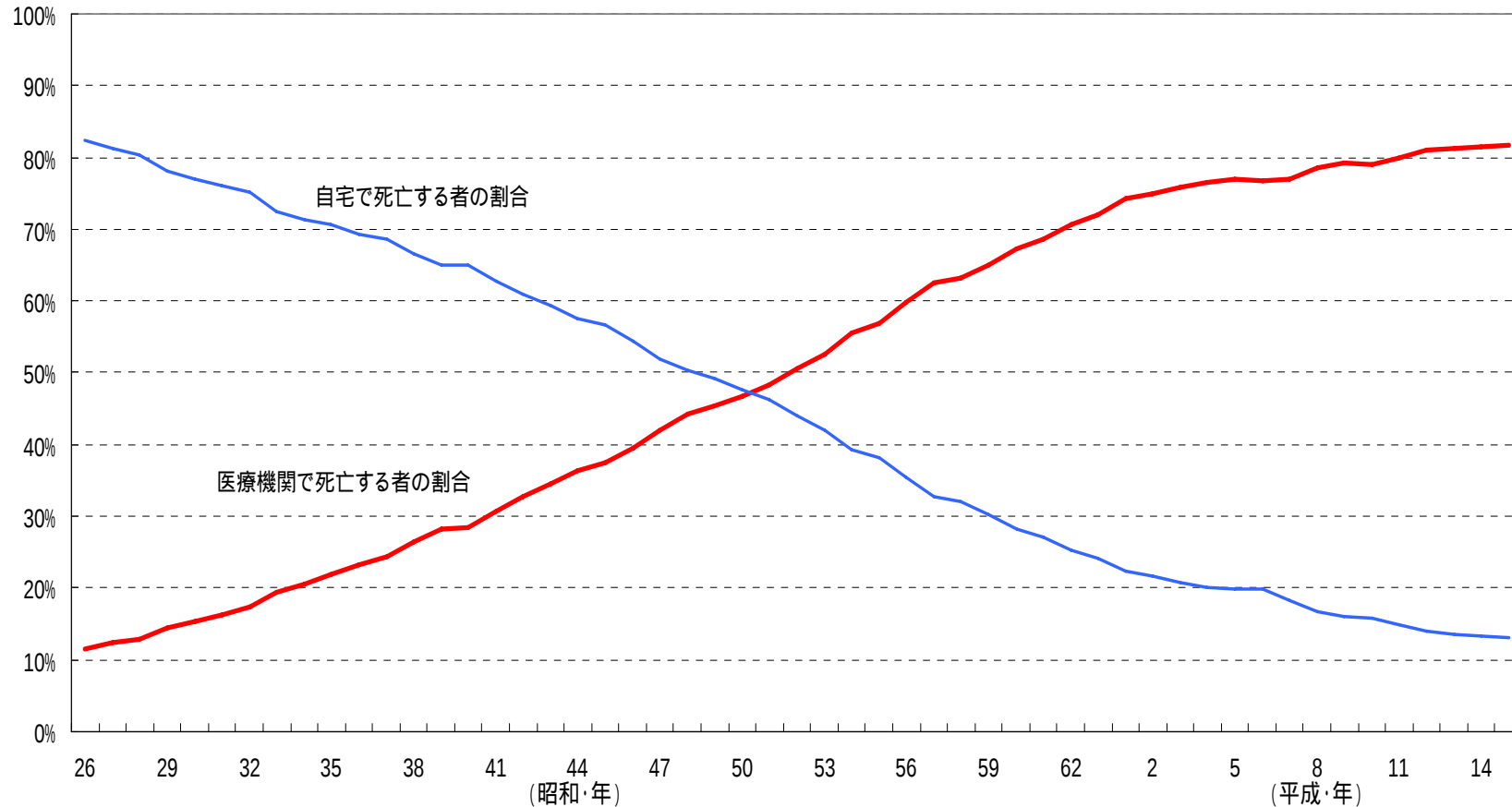
【資料】

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）」

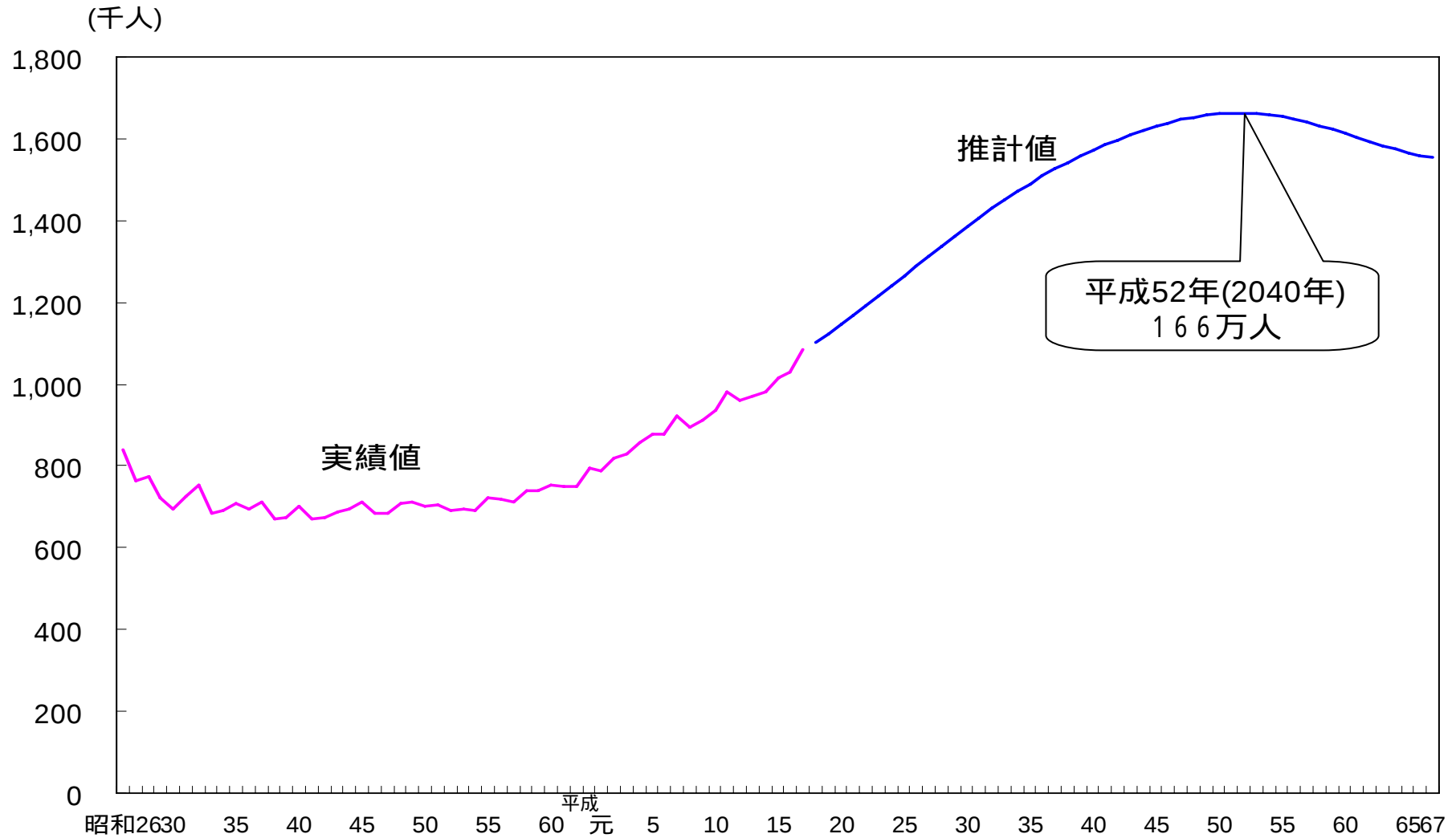
医療機関における死亡割合の年次推移

- 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)

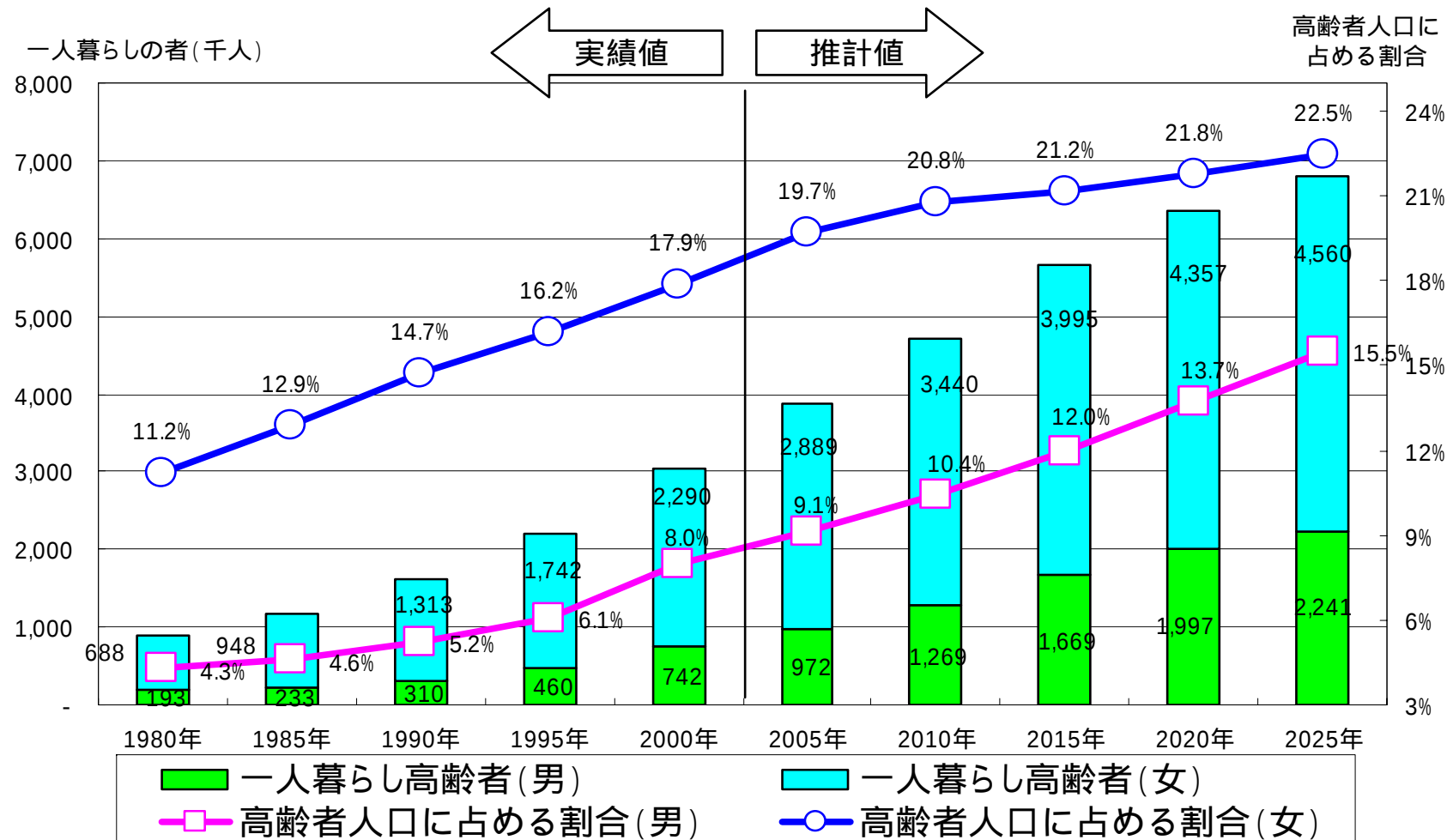
死亡数の年次推移



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)

高齢一人暮らし世帯の増加

- 今後、同居率の低下に伴い、**高齢者の一人暮らし世帯**が急速に増加する。



資料:総務省「国勢調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計」、「日本の将来推計人口」

認知症高齢者の増加

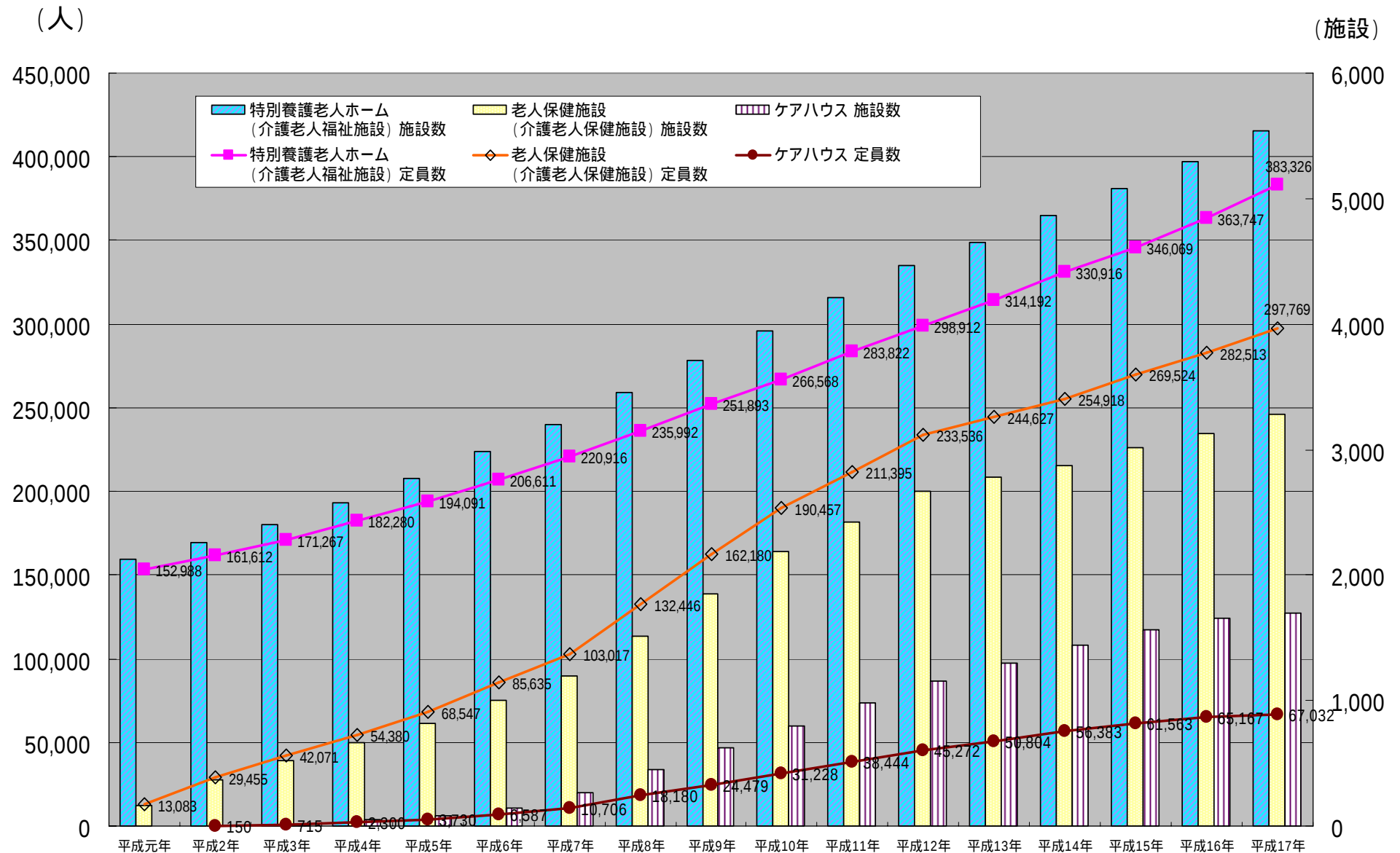
- 要介護者のうち **1 / 2** は、認知症(痴呆)の影響が認められ、今後、認知症高齢者は**急速に増加する**。

要介護者の痴呆性老人 自立度 (2002年9月末現在)		要介護者 要支援者	認定申請時の所在(再掲) 単位:万人				
			居宅	特別養 護老人 ホーム	老人保 健施設	介護療養型 医療施設	その他の 施設
総 数		314	210	32	25	12	34
再 掲	痴呆自立度 以上	149	73	27	20	10	19
	痴呆自立度 以上	79 (25)	28 (15)	20 (4)	13 (4)	8 (1)	11 (2)

将来推 計	2002	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045
痴呆自立 度 以上	149	169	208	250	289	323	353	376	385	378
	6.3	6.7	7.2	7.6	8.4	9.3	10.2	10.7	10.6	10.4
痴呆自立 度 以上	79	90	111	135	157	176	192	205	212	208
	3.4	3.6	3.9	4.1	4.5	5.1	5.5	5.8	5.8	5.7

下段は、65歳以上人口比(%)

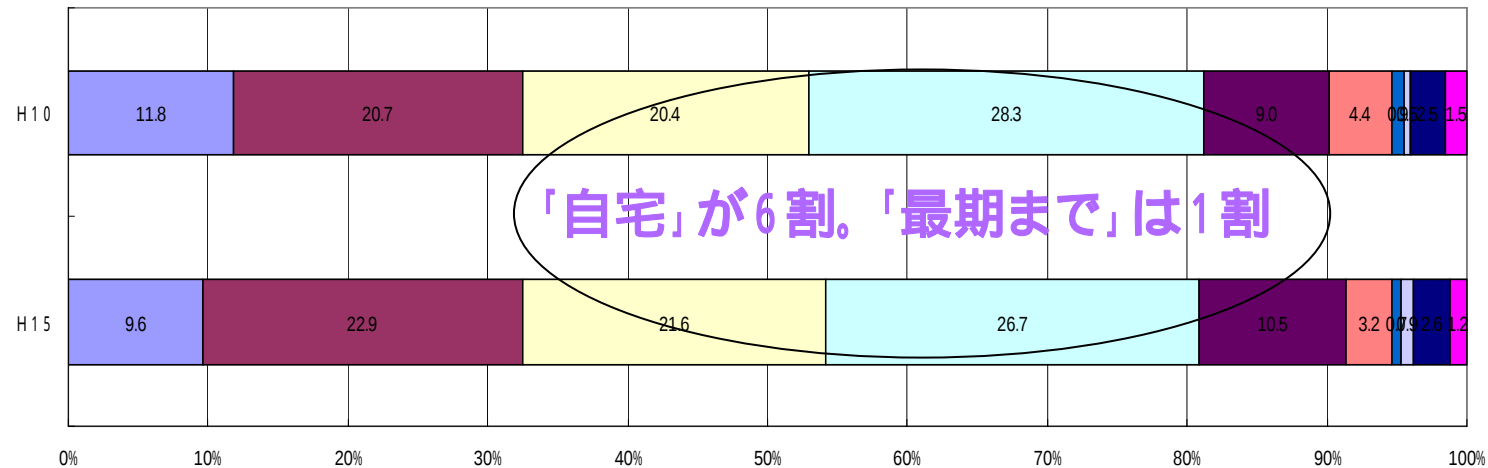
特別養護老人ホーム等の施設数、定員数の推移



(資料) 社会福祉施設等調査報告、老人保健施設調査、介護サービス施設・事業所調査

終末期における療養の場所

問 ご自身が痛みを伴い治る見込みがなく死期が迫っている場合、療養生活は最期までどこで送りたいですか。



「自宅」が6割。「最期まで」は1割

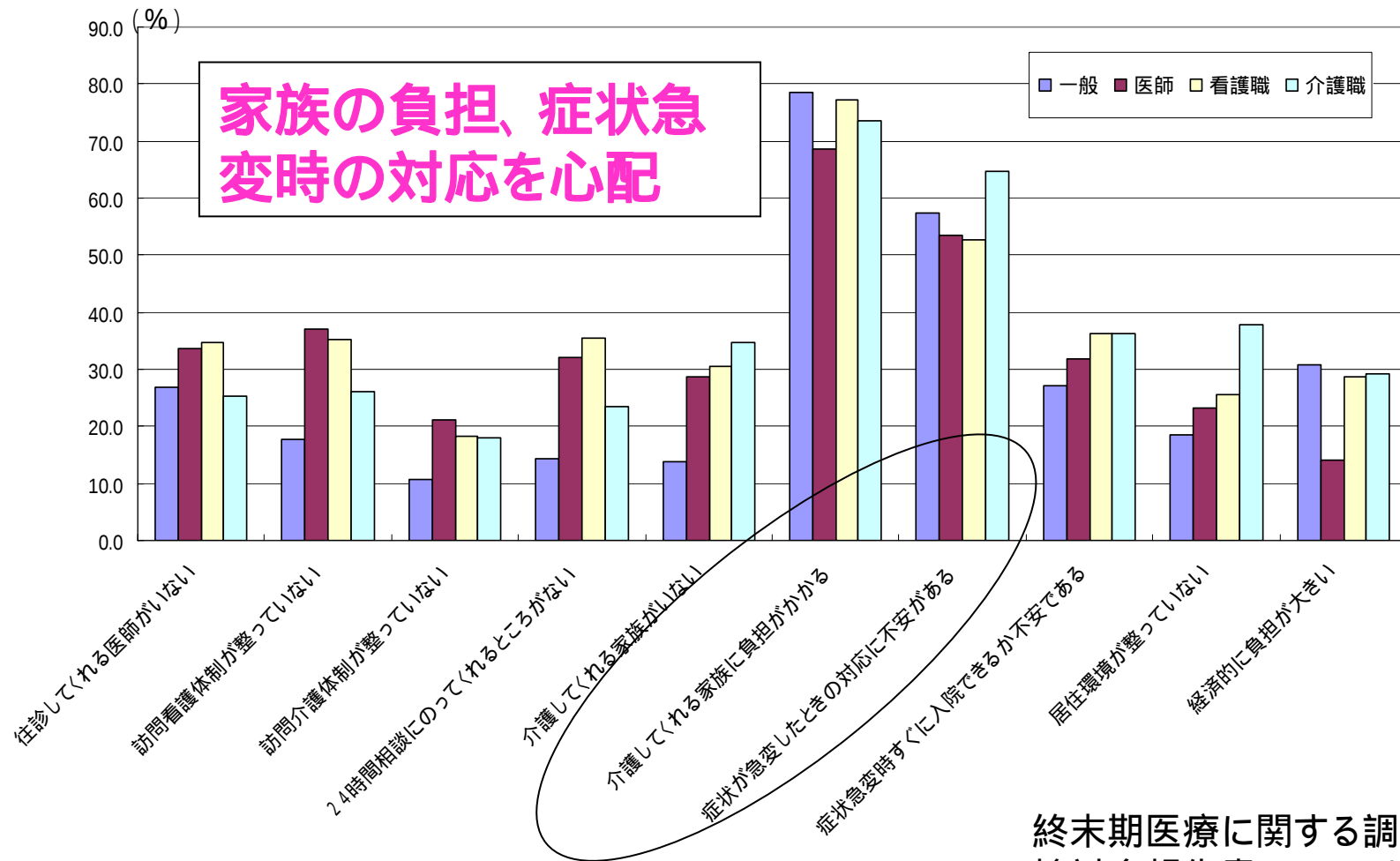
自宅希望 →

- なるべく早く今まで通った(又は現在入院中の)医療機関に入院したい
- なるべく早く緩和ケア病棟(終末期における症状を和らげることを目的とした病棟)に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療を受けたい
- 老人ホームに入所したい
- その他
- わからない
- 無回答

終末期医療に関する調査等
検討会報告書(H16)より

自宅で最期まで療養することが困難な理由

問 最期までの自宅療養が実現困難であるとお考えになる具体的な理由をいくつかもお答えください。



介護施設における看取りの状況

- 利用者の死亡が予想される場合、介護療養型医療施設の約3割、老人保健施設の約8割、特別養護老人ホームの約5割が「速やかに病院等に移す」としており、「施設内で看取る」とする施設は介護療養型医療施設の約5割、老人保健施設の約6%、特別養護老人ホームの約2割である。

	介護療養型医療施設		老人保健施設		特別養護老人ホーム	
死亡時期の予測：ある程度予測できていた	73.1%		62.1%		71.8%	
死亡が予想される場合の基本方針	療養病床の病棟内で看取る	53.3%	施設内で看取る	5.9%	施設内で看取る	19.4%
	速やかに自院の一般病床へ移す	26.9%	速やかに病院等に移す	83.4%	速やかに他の病院に移す	54.9%
	速やかに他の病院に移す	5.2%				
	<患者・家族が在宅死を希望した場合の対応>		<施設内死亡の希望の受け入れ>		<施設内死亡の希望の受け入れ>	
	自院で支援する	50.0%	原則受け入れる	33.8%	原則受け入れる	69.1%
	同一・関連法人で支援する	19.3%	受け入れない	46.5%	受け入れない	13.5%
	他の医療機関を紹介する	19.3%				

【資料】「療養病床における医療・介護に関する調査報告書」（医療経済研究機構、平成17年3月）
付表：3施設における調査結果の比較表

關係資料

医療法改正の経緯

終戦後：感染症等の急性期患者が中心の時代。医療へのフリーアクセス確保のため、医療機関、医療従事者の量的な充実が急務

1948年 医療法制定 医療水準の確保を図るため病院の施設基準等を整備

高齢化の進展、疾病構造の変化(急性疾患→慢性疾患)。国民の意識の変化
量的整備がほぼ達成→医療機関の地域偏在の解消。医療施設の機能の体系化
医療の高度化・専門化, チーム医療の進展

1985年 第一次改正 医療計画の創設

1992年 第二次改正 療養型病床群制度導入・特定機能病院制度導入

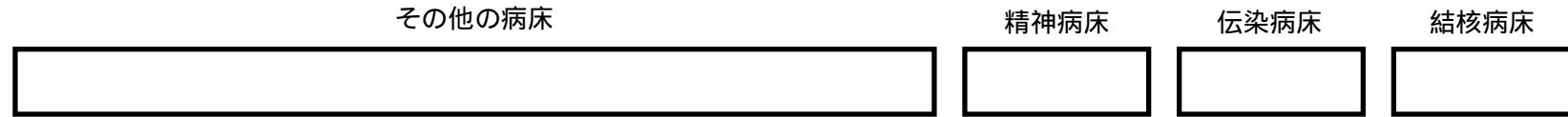
1997年 第三次改正 地域医療支援病院制度導入 (介護保険法と一体)

2000年 第四次改正 病床区分見直し(療養病床と一般病床の区分)・
医療情報提供の推進・臨床研修必修化

2006年 第五次改正 患者の視点に立った法構造の見直し、医療情報提供の
推進、医療計画制度の見直し、医師確保対策等

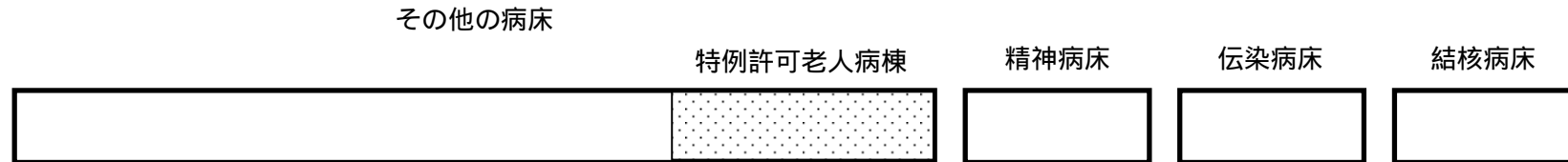
病床区分に係る改正の経緯

【制度当初（昭和 23 年）～】



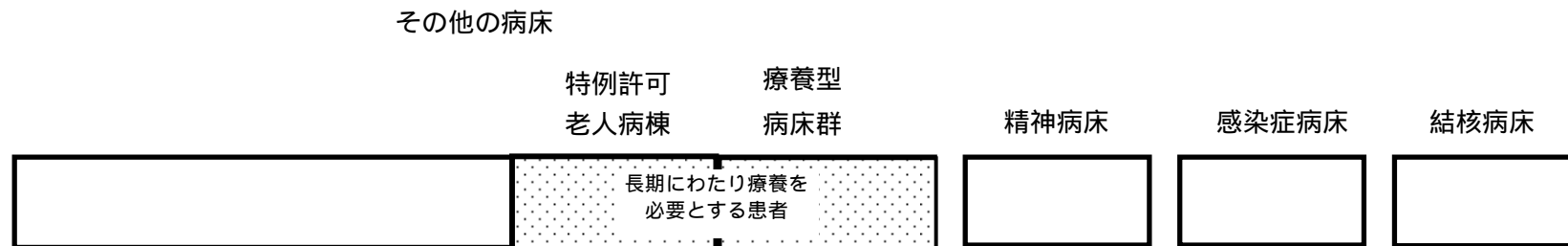
- ・ 高齢化の進展
- ・ 疾病構造の変化

【特例許可老人病棟の導入（昭和 58 年）】



- ・ 高齢化の進展、疾病構造の変化に対応するためには、老人のみならず、広く「長期療養を必要とする患者」の医療に適した施設を作る必要が生じる。

【療養型病床群制度の創設（平成 4 年）】



- ・ 少子高齢化に伴う疾病構造の変化により、長期にわたり療養を必要とする患者が増加。療養型病床群等の諸制度が創設されたものの、依然として様々な病態の患者が混在。

【一般病床、療養病床の創設（平成 12 年）】

患者の病態にふさわしい医療を提供

