

医療提供体制について

医療提供体制について

ポイント

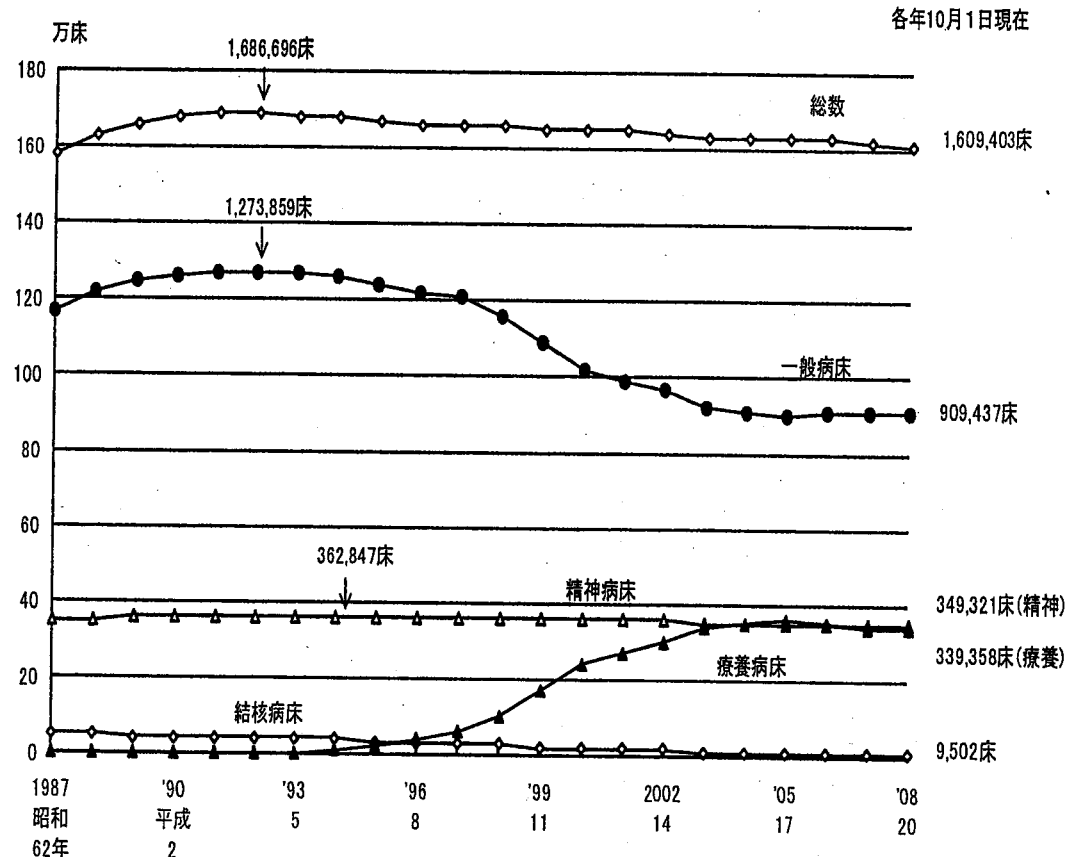
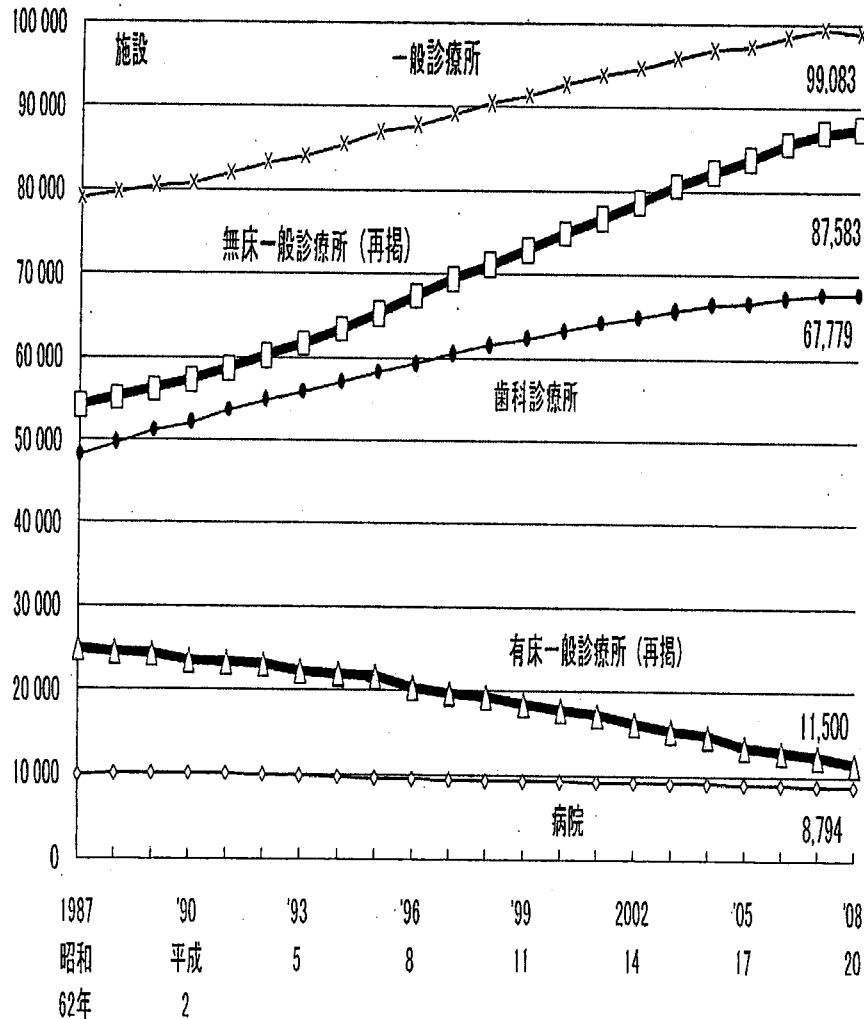
- 我が国の医療提供体制に関する法制度は、
 - ・ 医療法：医業を行う場所を病院(20床以上の病床を有するもの)と診療所(病床を有さないもの又は19床以下の病床を有するもの)に限定するなど、医療施設等について規定
 - ・ 医師法、保健師助産師看護師法等：医師、看護師等の資格・業務等について規定を中心として構築されている。
- 医療提供体制の確保を図るため、各都道府県において、国が定める基本方針・地域の実情を踏まえて医療計画を策定している。

基本データ

- 医療施設数＝病院：8,794、診療所：99,083、歯科診療所：67,779 （平成20年）
- 病床規模別病院数＝500床～：468、300～499床：1,111、100～299床：3,876、20～99床：3,339 （平成20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、看護師：882,819人 （平成20年、看護師については平成19年）

医療施設数・病院病床数の年次推移

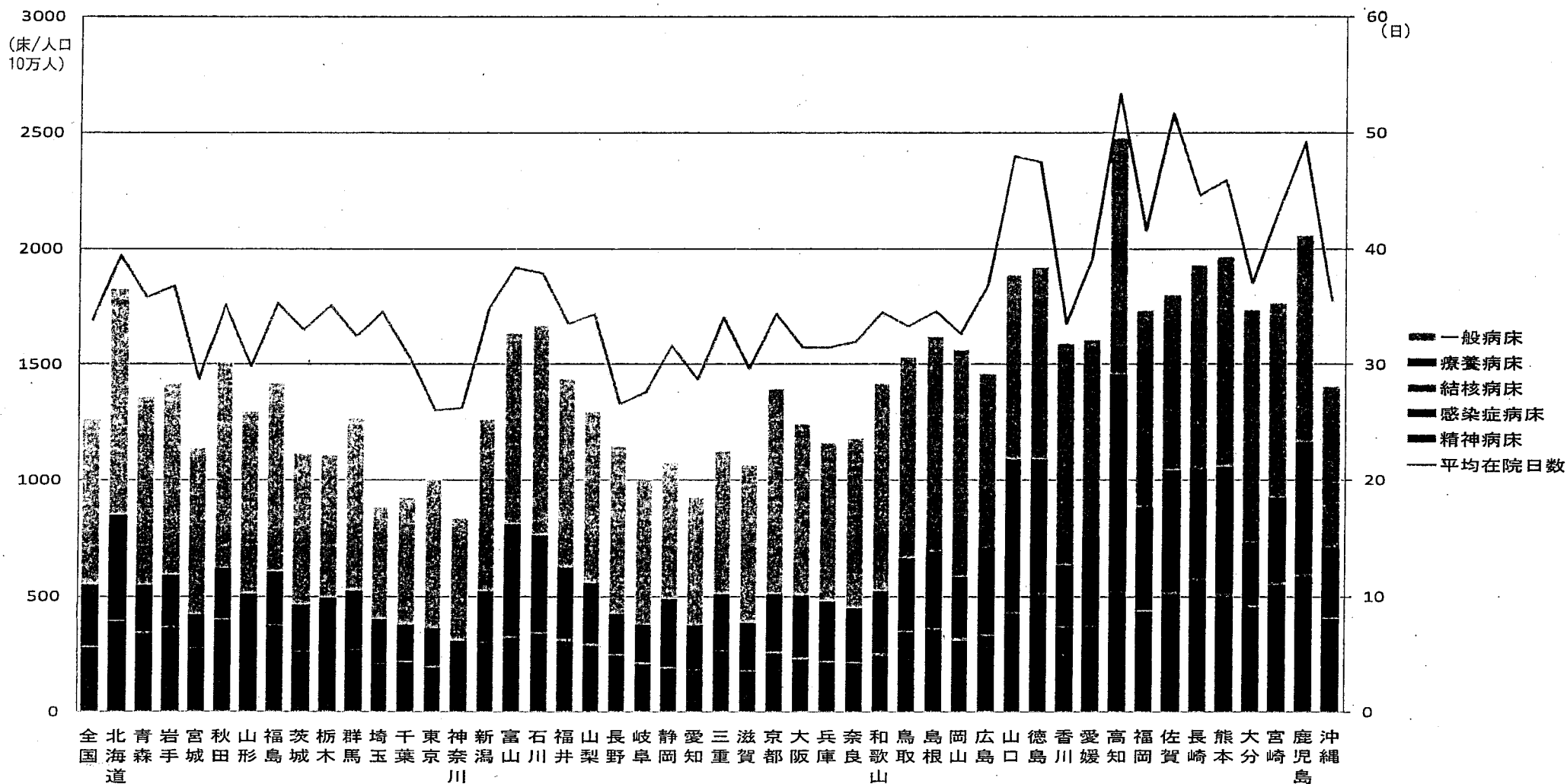
- 病院施設総数は、平成2年の10,096病院をピークに約1割減少し、平成20年で8,794病院。
- 有床診療所が大幅に減少する一方で、無床診療所は、有床診療所の無床化等により大幅に増加。
- 病院の病床数は、1,609,403床で、ピーク時よりも77,293床減少している。



注: 1) 「一般病床」は、昭和59年～平成4年は「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「経過的旧その他の病床(経過的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「経過的旧療養型病床群」である。

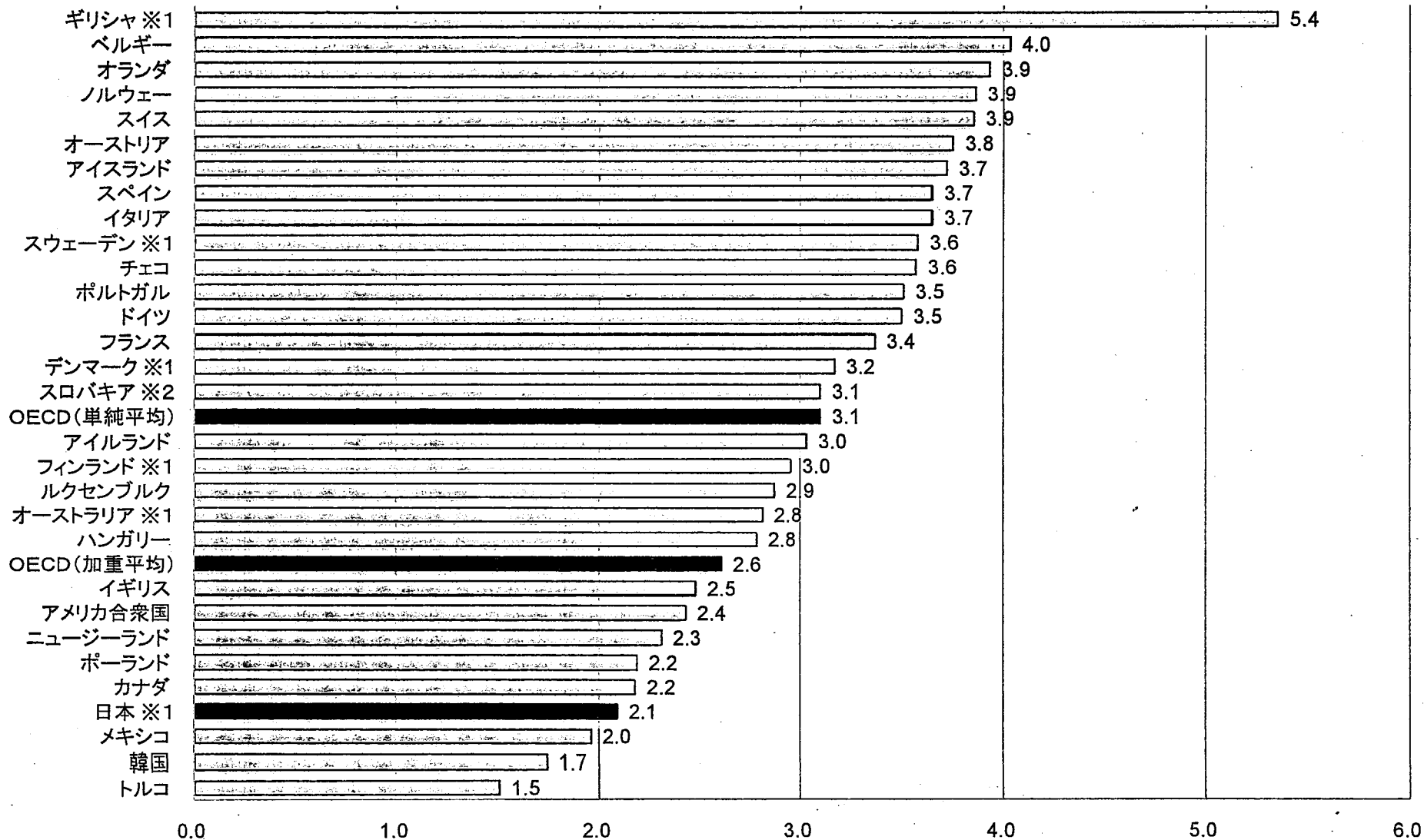
人口10万人当たり病院病床数、病院平均在院日数(平成20年)

- 人口10万人当たりの病院病床数は、全国平均は1260.4床で、前年に比べて7.6床減少。
都道府県別にみると、最多は高知県(2477.9床)、最少は神奈川県(832.2床)。
- 病院平均在院日数は、全国平均で33.8日で、前年に比べ0.3日短い。
都道府県別にみると、最長は高知県(53.4日)、最短は東京都(26.0日)。



(出典)医療施設調査・病院報告

人口1000人当たり臨床医数の国際比較(2007年(平成19年))



※1 2006 ※2 2004

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。

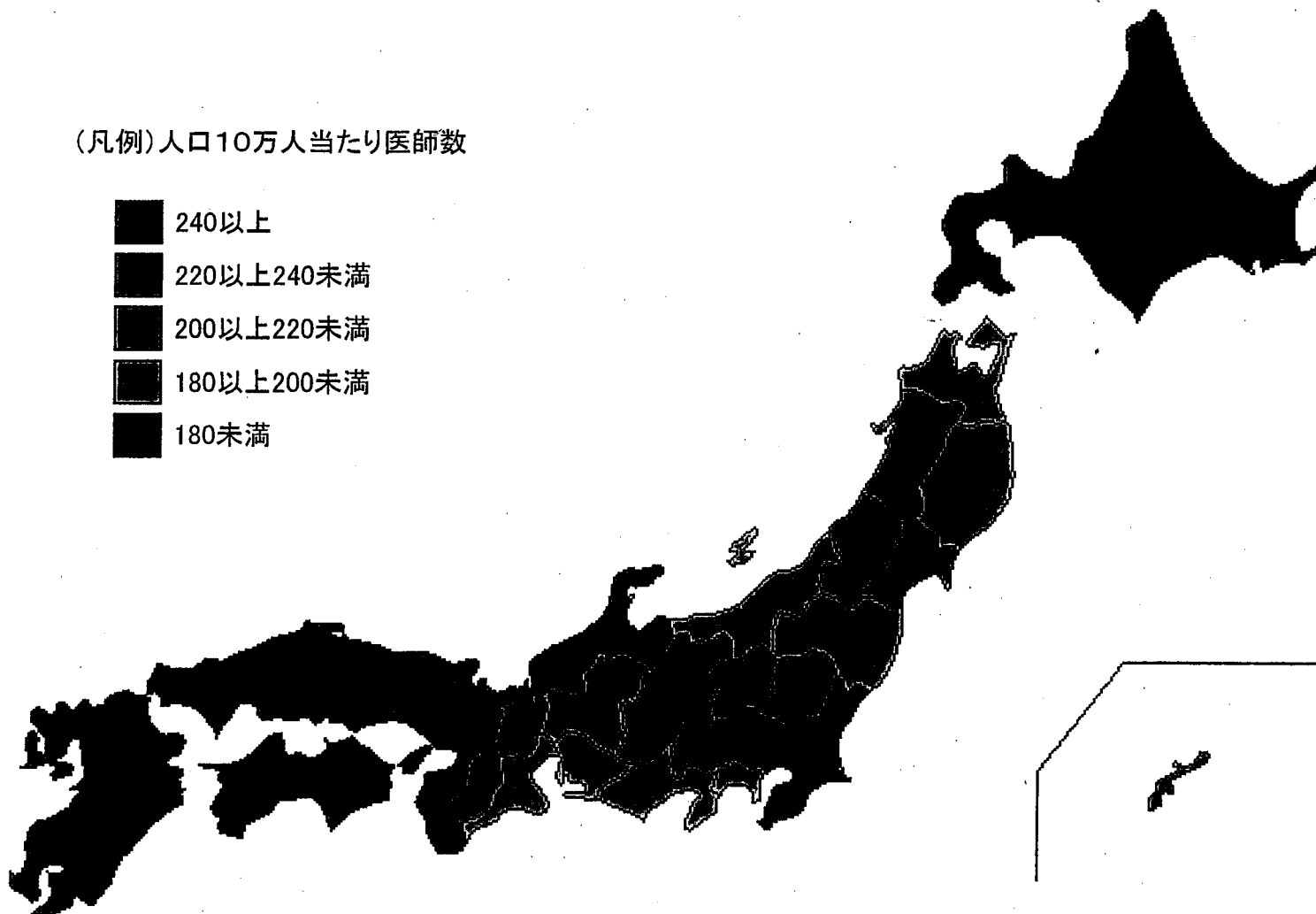
注3 一部の国では、臨床医数ではなく総医師数を用いている。

OECD Health Date 2009(平成21年)より

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

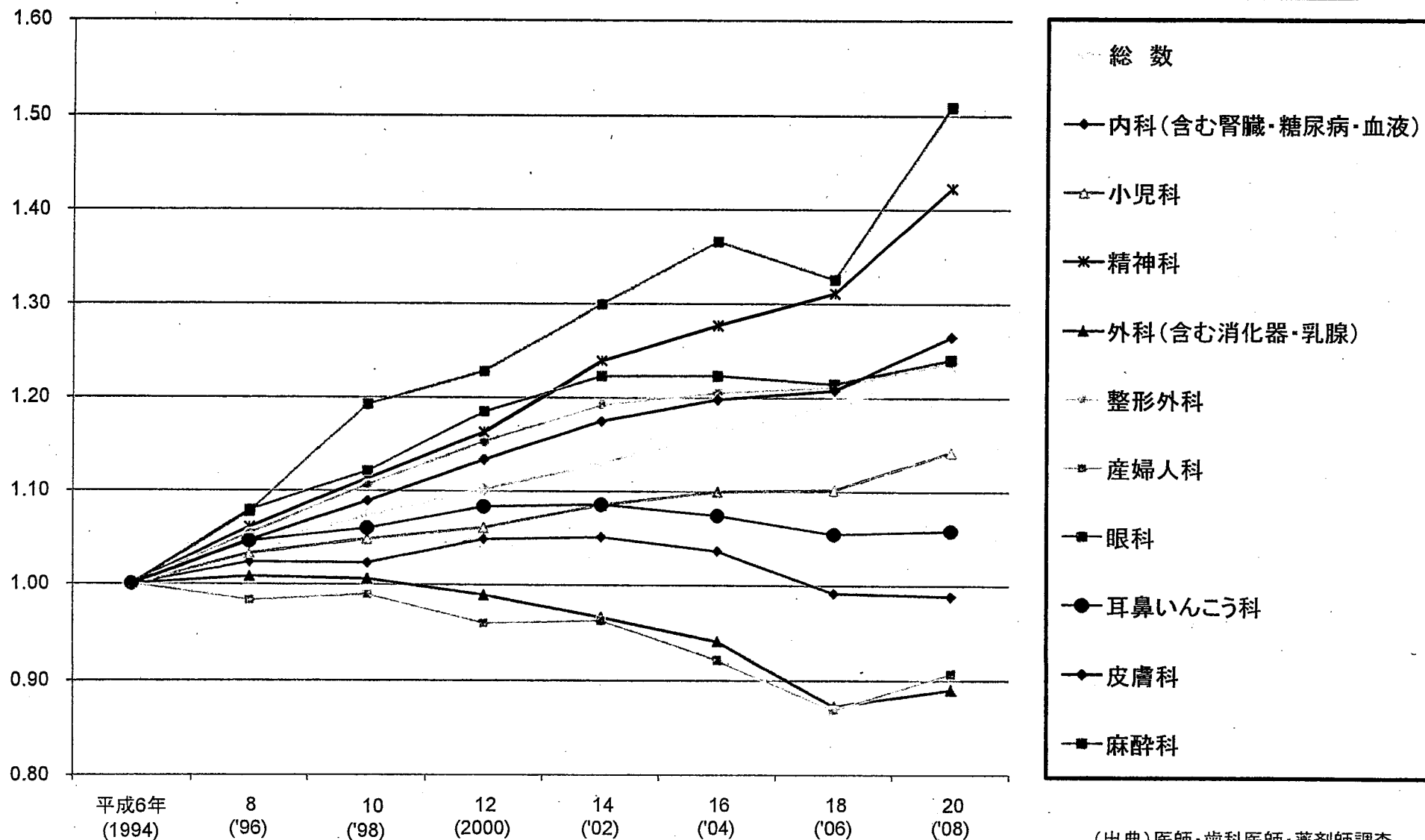
- 240以上
- 220以上240未満
- 200以上220未満
- 180以上200未満
- 180未満



(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

診療科別医師数の推移(平成6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

医療提供体制の各国比較(2007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	34.1	13.9	14.9	2.1	66.8	9.3
ドイツ	10.1	8.2	42.5	3.5	120.7	9.9
フランス	13.2	7.1	47.2	3.4	108.2	7.7
イギリス	8.1	3.4	72.7	2.5	294.2	10.0
アメリカ	6.3	3.1	77.5	2.4	337.2	10.6

(出典):「OECD Health Data 2009」

※医師数、看護師数について、日本は2006年のデータ

※ 病床百床当たり医師数、病床百床当たり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:NHSの全病床(長期病床を除く)

アメリカ:AHA(American Hospital Association)に登録されている全病院の病床

医療計画制度について

趣旨

- 各都道府県が、厚生労働大臣が定める基本方針に即して、かつ、地域の実情に応じて、当該都道府県における医療提供体制の確保を図るために策定。
- 医療提供の量(病床数)を管理するとともに、質(医療連携・医療安全)を評価。
- 医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。
- 地域の実情に応じた数値目標を設定し、PDCAの政策循環を実施。

記載事項

- 四疾病五事業(※)に係る目標、医療連携体制及び住民への情報提供推進策
- 居宅等における医療の確保 ○ 医師、看護師等の医療従事者の確保 ○ 医療の安全の確保
- 二次医療圏、三次医療圏の設定 ○ 基準病床数の算定 等

※ 四疾病五事業…四つの疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)と五つの事業(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(小児救急医療を含む))をいう。

【 基準病床数制度 】

- ◇ 二次医療圏等ごとの病床数の整備目標であるとともに、それを超えて病床数が増加することを抑制するための基準となる病床数(基準病床数)を算定。
- ◇ 基準病床数制度により、病床の整備を病床過剰地域から非過剰地域へ誘導し、病院・病床の地域偏在を是正。

【 医療連携体制の構築・明示 】

- ◇ 四疾病五事業ごとに、必要な医療機能(目標、医療機関に求められる事項等)と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築。
- ◇ 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解。

地域完結型医療の実現

生活習慣病の増加など
疾病構造の変化

医療資源(介護、福祉含む)を
有効活用する必要性

医療機能の分化・連携(「医療連携」)を推進することにより、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、地域全体で切れ目なく必要な医療が提供される「地域完結型医療」を推進。

➡

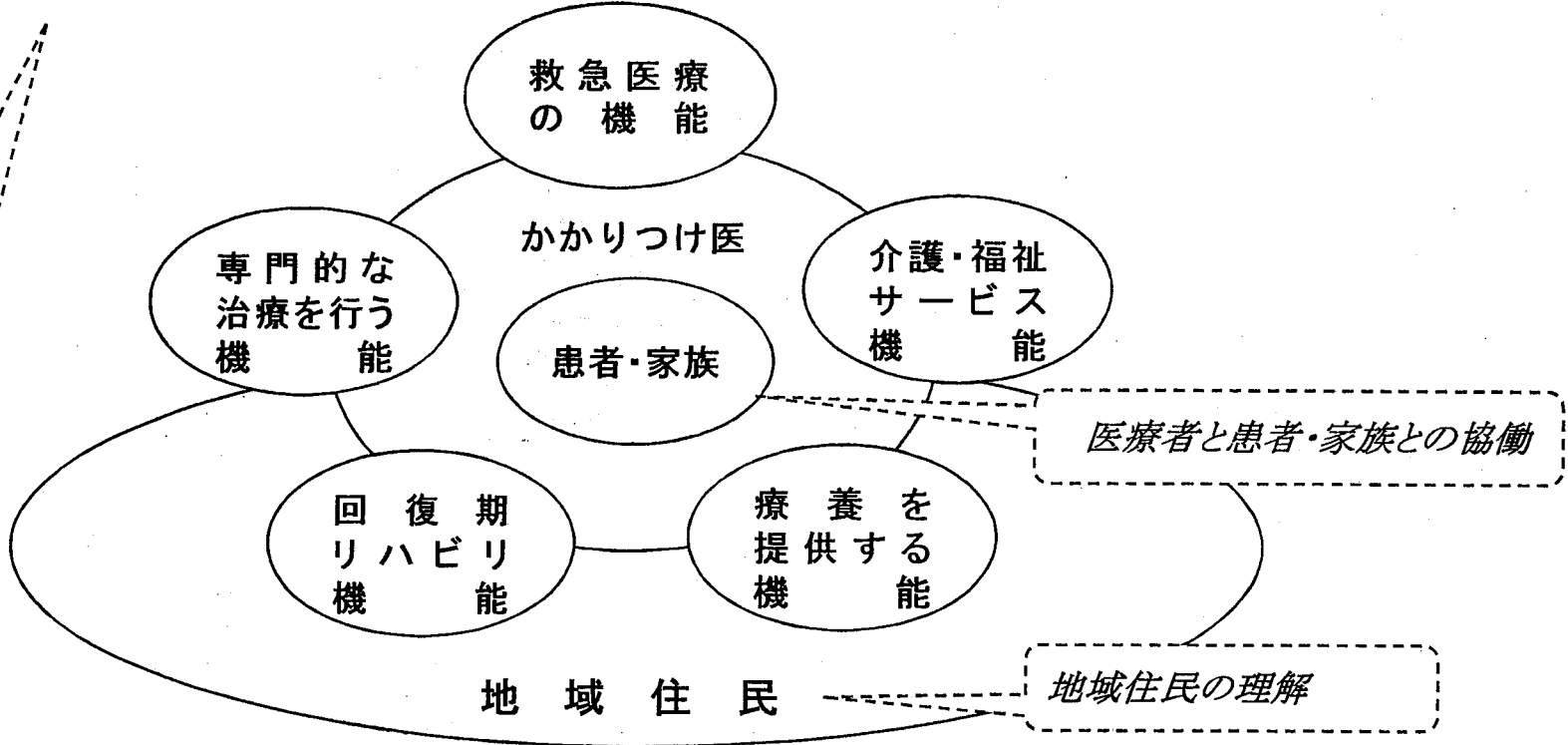
- 都道府県は、四疾病五事業ごとに、必要な医療機能と各医療機能を担う医療機関の名称を医療計画に記載し、地域の医療連携体制を構築
- 地域の医療連携体制を分かりやすく示すことにより、住民や患者が地域の医療機能を理解

- 四疾病**

 - ・ がん
 - ・ 脳卒中
 - ・ 急性心筋梗塞
 - ・ 糖尿病

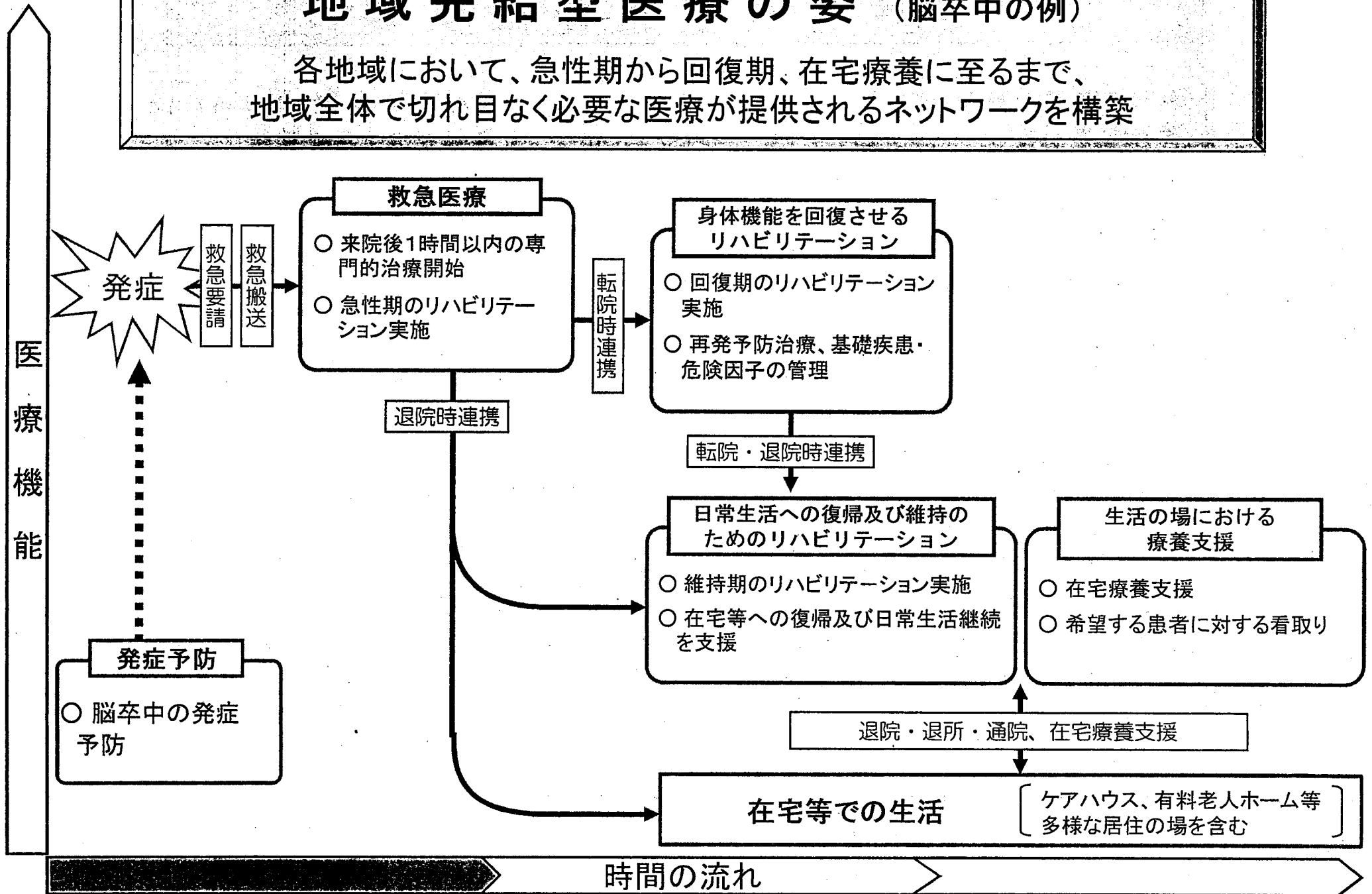
五事業

 - ・ 救急医療
 - ・ 災害医療
 - ・ へき地医療
 - ・ 周産期医療
 - ・ 小児医療
(小児救急含む)



地域完結型医療の姿 (脳卒中の例)

各地域において、急性期から回復期、在宅療養に至るまで、
地域全体で切れ目なく必要な医療が提供されるネットワークを構築



医療機能情報の提供制度について

平成19年4月1日施行

医療機関に対し、医療機関の医療機能に関する一定の情報について、都道府県への報告を義務付け、都道府県が情報を集約してわかりやすく提供する仕組みを創設(薬局についても同様の仕組みを創設)

医療機能情報提供制度

医療機関

医療機関の管理者に対し、医療機能に関する一定の情報について、報告を義務化

都道府県

○ 集約した情報をインターネット等でわかりやすく提供
○ 医療安全支援センター等による相談、助言

住民

- 「一定の情報」は医療機関でも閲覧可能
- 正確かつ適切な情報の積極的な提供を行うよう努める責務
- 患者等からの相談に適切に応ずるよう努める責務

【基本情報】

①名称 ②開設者 ③管理者 ④所在地 ⑤電話番号 ⑥診療科目 ⑦診療日 ⑧診療時間 ⑨病床種別及び届出・許可病床数

【基本情報以外の全ての情報】

- ①管理・運営・サービス等に関する事項(アクセス方法、外国語対応、費用負担 等)
- ②提供サービスや医療連携体制に関する事項(専門医[※広告可能なものに限る]、保有する設備、対応可能な疾患・治療内容、対応可能な在宅医療、セカンドオピニオン対応、地域医療連携体制等)
- ③医療の実績・結果に関する事項(医療安全対策、院内感染対策、クリティカルパスの実施、診療情報管理体制、情報開示体制、治療結果に関する分析の有無、患者数、平均在院日数 等)

一定の情報

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年度予算案等)

	課題	対応
医師確保・医療人材確保対策等の推進	<p>(病院の勤務医の過重労働) ○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) ○産科、救急など特定の診療科の医師が不足している。</p> <p>(医師の地域偏在) ○対人口比で見ても、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>◆医師の診療科偏在・地域偏在対策(22年度予算案 80億円) >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> <p>◆女性医師等の離職防止・復職支援(22年度予算案 25億円) >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> <p>◆地域医療再生基金(21年度1次補正予算 2,350億円) >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> <p>◆チーム医療の推進 >「チーム医療の推進に関する検討会」を開催し、看護師など各医療関係職種の専門性を活かした適切な役割分担について検討(平成21年度末までに具体策を取りまとめ)</p>

	課題	対応
救急医療・周産期医療の体制整備	<p>(周産期医療の不足)</p> <p>○周産期医療の病床や医師・看護師等が不足。</p> <p>(救急患者の受入れに時間がかかる)</p> <p>○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。</p>	<p>◆周産期医療体制の充実・強化 (22年度予算案 87億円)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢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 <p>◆救急医療体制の充実 (22年度予算案 152億円)</p> <ul style="list-style-type: none"> ➢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 <ul style="list-style-type: none"> ー 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 ー 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(仮称)」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】