

参考資料

<資料1関連>

- 国民医療総合政策会議「21世紀初頭における医療提供体制について」(抄) 1
- 「21世紀の医療保険制度(厚生省案)ー医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向ー」(抄) 4
- 「21世紀に向けての入院医療の在り方に関する検討会」報告書 7
- 医療審議会「医療提供体制の改革について(中間報告)」(抄) 13
- 「医療提供体制の改革について(医療審議会会長メモ)」 18
- 社会保障審議会医療部会「医療提供体制に関する意見」 20
- 社会保障国民会議における検討に資するために行う医療・介護費用シュミレーション
(解説資料) サービス提供体制改革の考え方) 24

<最近取りまとめられた報告書>

- 新人看護職員研修に関する検討会 報告書(抄) 39
- 看護教育の内容と方法に関する検討会報告書 56

21世紀初頭における医療提供体制について 国民医療総合政策会議中間報告

平成8年11月13日

I はじめに

- 医療制度及び医療保険制度を含む我が国の社会保障制度については、現在、大きな転機を迎えており、経済との調和を図りつつ活力ある安定した社会を維持するために、その役割・機能等を再点検する構造改革を進めることが求められている。
- 本政策会議は、こうした再点検の一環として、今後の医療提供体制のあるべき姿を医療制度及び医療保険制度の両面から総合的に検討するために厚生事務次官の私的懇談会として去る7月29日に設置されて以来、7回にわたる審議を重ねてきた。
- 審議の過程において委員からは幅広い角度から多方面にわたる様々な意見が出されたが、ここでは医療制度及び医療保険制度を通じた基本的な方向を示すことに努めた。
- また、医療提供体制にかかわる問題は、今後の高齢化の進展の状況、社会情勢の変化の状況等によってはさらに大きな影響を受けるものであり、ここでは国民的な議論のためのいわば素材を提供するという趣旨から、あくまで中間的なものとしてまとめたものである。

II 検討の基本的視点

- 我が国の医療制度及び医療保険制度は、昭和36年の国民皆保険の実現以来、国民経済の成長とともに質量両面からその充実向上が図られてきた。

- しかし、今後の経済状況の見通し、高齢化の急速な進展等を考慮すれば、21世紀に向けて制度を取り巻く社会経済環境は一層厳しいものになることが予想される。国民皆保険体制を維持しつつ、質の高い医療を提供する体制の確立と安定した財源の確保という課題に真剣に取り組むことが必要である。
- 今後の改革に際しては次の点に留意し、制度全般にわたる基本的な見直しをなされるべきである。
 - ・ 自由開業制（医療機関側の自由）、医療機関へのフリーアクセス（患者側の自由）、診療報酬上の出来高払い、現物給付といったこれまで我が国の医療制度及び医療保険制度の基本原則とされてきた事項についてもそのあり方について検討すべきである。
 - ・ 国民生活の基盤を支える医療については、医療技術水準の向上、医師等医療従事者の資質の向上を含めた医療全体の質の向上を図ることが重要である。
 - 一方、医療の国民経済及び国民負担に与える影響の大きさを考えると、将来にわたって医療の質の向上や医療技術の進歩を国民生活の向上につなげていくためには、医療に関する情報公開等ともあいまって今まで以上に徹底した効率化を図っていく必要がある。
 - ・ 医療及び医療保険制度において患者の立場を重視し、患者と医療機関との信頼関係を維持しつつ、医療に関する情報提供の推進を図るとともに、患者負担の問題も含めて医療の受け手としての主体的・自律的な受療のあり方、患者啓発の方法について検討すべきである。
 - ・ 医療保険制度の下では医療費は、保険料、公費負担及び患者負担により賄われるが、そのバランスをどのように図っていくのか、保険給付の範囲をどのように考えるか、医療保険制度において高齢者をどのように位置付けるかなどの点についても検討すべきである。
- 政策会議としては、以上の考えにより我が国の高齢化のピークを見据えつつ、中長期的観点に立って、医療制度及び医療保険制度の両面から総合的に21世紀初頭の医療提供体制のあるべき姿を提言する。

Ⅲ 改革の基本的方向

1 医療機関の体系化

- 世論調査によれば我が国の医療において医療機関へのフリーアクセスは非常に高い評価を受けているが、その一方で患者の大病院への集中やはしご受診といった弊害も指摘されている。
- 医療は患者の身近な地域で提供されることが望ましいという観点から、かかりつけ医、かかりつけ歯科医を地域における第一線の医療機関として位置付け、他の医療機関との適切な役割分担と連携を図る必要がある。また、二次医療圏単位で地域医療の充実を支援する病院（地域医療支援病院）の整備を進め、高度な医療についてもできるだけ身近な地域での提供を可能にすべきである。
- 慢性患者に対応した長期療養型施設（療養型病床群）の整備を促進し、特定機能病院、専門病院等も含め全体としてそれぞれの病院の機能を明確化するとともに、かかりつけ医と他の医療機関との関係など医療機関相互の機能分担と連携を強化することにより重層的な医療提供体制の確立を図るべきである。

また、医療機関の機能を明確化するため、診療報酬においても医療機関の機能に応じた評価を検討すべきである。

- このような医療提供体制を確立していくためには、まず第一にかかりつけ医の機能が広く国民に受け入れられ、地域に定着していくことが重要である。かかりつけ医の機能は、基本的には診療所の医師によって担われるべきであるが、かかりつけ医機能の定着のためには、診療所医師の自己努力・研鑽はもとより、国民的な医療改革への取組みが必要である。
- 医療へのフリーアクセスの抑制については、今後のそれぞれの医療機関の機能の定着状況、患者の流れの実態等を踏まえ、病院の外来診療のあり方を含めて、医療制度及び医療保険制度上の対応を検討すべきである。

2 医療の充実

(1) かかりつけ医機能の向上

- 医療機関の機能の明確化とその体系化が国民に広く受け入れられ、実際の患者の流れが例えばかかりつけ医から地域医療支援病院等、さらに必要に応じて特定機能病院という形になるためには、医療機関の機能の明確化と合わせて、前述のとおり地域の第一線でその役割を担うかかりつけ医の機能の活性化、地域住民のかかりつけ医への信頼の確保が不可欠である。
- 医学・医療技術等の進歩に対応して、かかりつけ医が継続的に地域医療の発展に寄与できるよう、生涯研修を充実することが必要である。
- かかりつけ医が専門医としての観点からも地域住民の信頼を得ることができるよう、現在様々な学会で行われている認定医の制度について、認定基準の統一・明確化等により、国民に受け入れられる制度として確立されることが必要である。
- 今後の少子・高齢社会において、在宅の高齢者あるいは子育て家庭等に対する支援者としてかかりつけ医の果たす役割は、ますます重要になってくるものと考えられる。
- 高齢者については、慢性期医療の充実が重要であり、特に在宅医療については、地域医療支援病院等との連携を図りつつ、かかりつけ医が積極的な役割を果たしていくべきである。その際、かかりつけ医は、自ら中心となり患者の立場に立って福祉サービスや関連諸サービス提供者とも連携して、患者の生活面における支援も積極的に行っていくことが必要である。
- かかりつけ医は、健康診断、健康相談といった患者・家族の健康管理、疾病予防の面についても、第一義的な役割を果たすべきである。
- こうしたかかりつけ医の機能を支援するため、専門医療機関等からの最新の診療情報や患者サービスのための保健福祉関連情報等を幅広く即時・正確にかかりつけ医に伝達できるかかりつけ医機能支援システムの開発が必要である。

- かかりつけ医の診断機能の高度化を図るため、適正な配置に配慮しつつ、高額医療機器の共同利用を推進すべきである。
- かかりつけ医が患者の多様な医療需要に応えることを可能にするため、複数の診療所が連携してそれぞれ得意の分野・機能を活かした相談・治療等を行うグループ診療を推進すべきである。

(2) 急性期医療の充実

- 新しい医学、医療技術と快適な療養環境に支えられた適切な入院医療の提供、社会復帰をより完全なものにする急性期リハビリテーションの充実を図る等急性期医療の充実が高齢者のみならず全ての国民に望まれていることである。
- 急性期医療の質の向上を図るため、患者の満足度の向上、治療成績（治癒率、合併症・二次感染の予防等）の向上、診療計画に基づく効率的・効果的な検査・治療の実施、治療期間（入院日数）の短縮、退院時期の明確化等を目指して医療技術評価の手法を開発し、その普及を図ることが必要である。
- また、医療機関における療養環境についても、これまで慢性疾患患者が入院する長期療養病床について多くの措置が採られてきたが、急性期医療の充実を推進する際には、医療従事者の集中的な配置を図るとともに個室化の推進等医療機関の療養環境を改善することが必要である。
- さらに入院期間の短縮を図るためには、退院時期の明確化を含む診療計画の作成等により入院直後から家庭や社会への復帰に向けた準備に取り組む必要があり、また、医療従事者間で患者にとって最も望ましい効率的な検査や治療の実施について十分な連携が図られることが肝要である。
- なお、入院期間の短縮に対応する診療報酬上の評価が必要である。

(3) 末期医療のあり方

- 末期医療については、従来から緩和ケア病床の整備といった施策もとられているが、一方で患者・家族の望まない延命医療は行わないという考え方や

その高額な医療費について国民の関心が高まっている。これは生命倫理の問題でもあり、広範な議論を行い国民的合意の形成を図ることが必要である。

こうした議論を進めていくためにも患者・家族を含む国民や実際に末期医療に携わっている医師を含む医療従事者との末期医療に対する意識を把握する必要がある。

3 医療提供体制の効率化

(1) 病床数の適正化

- 我が国の一般病床は、医療法に基づく医療計画上の必要病床数である約120万床を5万床上回っており、特に過剰地区だけでみれば9万床の過剰となっている。
- 介護保険制度の実施に向けて、訪問診療・訪問看護の推進等による在宅医療の充実、施設及び在宅の介護サービス基盤の計画的整備、適切な介護サービスへの誘導等いわゆる社会的入院を解消するための総合的対策を実施する必要があり、また、諸外国と比較して長いと言われている入院期間を短縮することも必要である。これに併せて必要病床数を見直す必要がある。
- 急性期医療の充実、介護保険の導入を踏まえ、単に一般病床というくりではなく、全体の必要病床数の枠の中で急性期病床と慢性期病床に区分することを検討すべきである。
- 一方、過剰病床地域においては、病院の新規開設又は増床の場合に医療法上勧告が行われ、保険指定しないこととされているが、既存の過剰病床そのものについては、何ら対応がなされていない。
- 今後医療制度あるいは医療保険制度上既存の過剰病床を削減する方策として、過剰病床に対する医療法上の許可のあり方及び保険医療機関の指定の取扱いについて検討する必要がある。

< 後 略 >

21世紀の医療保険制度（厚生省案）

－医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向－

（平成9年8月7日）

我が国は、国民すべてが医療保険制度に加入し、誰もが安心して医療を受けることができる、世界でも有数の医療制度を確立してきた。

しかし、急速な人口の高齢化、医療の高度化等により医療費は増大を続ける一方、経済基調の変化に伴い、医療費の伸びと経済成長との間の不均衡が拡大し、このままでは国民皆保険制度そのものが崩壊の途を辿ることにもなりかねない。

21世紀の本格的な少子高齢社会においても、すべての国民が安心して良質な医療サービスを受けることができるような医療制度を、我々の子どもや孫たちに引き継いでいくために、国民皆保険制度を堅持し、新しい時代を見据えながら、医療保険及び医療提供体制について抜本的な改革を実現させる。

○ 先の国会では、引き続き制度の抜本的改革を行うことを前提として、健康保険法等の一部改正法案を提出し、その成立を見たところであるが、法案審議の過程においても、早急に抜本的改革に着手すべきであるとの強い要請がなされた。

とりわけ、国民の負担増との関連で、医療費の適正化、医療費の伸びと経済成長との不均衡の是正、適正かつ効率的な医療提供体制の確立が主要な課題として指摘された。

○ 厚生省としては、抜本的改革に向けて本年4月に与党3党がまとめた「医療制度改革の基本方針」及び6月に閣議決定された「財政構造改革の推進について」の基本的考え方に基づいて、医療保険及び医療提供体制の抜本的改革案（厚生省案）を取りまとめたところである。

この案を「与党医療保険制度改革協議会」に提示するとともに広く国民の議論に供するものである。

○ これらの結果を踏まえ、今後厚生省としては、次期通常国会に向けて、抜本改革法案の取りまとめに努めることとする。

Ⅲ. 医療提供体制

1. 基本的な考え方

- 今後、少子高齢化の進展、高い成長が望めない経済などの環境変化の下で、質の高い医療の確保と医療保険制度の安定的運営との調和を図っていくためには、自由開業制や医療機関へのフリーアクセス（患者による医療機関の自由な選択）の基本は維持しつつ、医療機関の機能分担の明確化、過剰病床の削減や医師数の抑制等を通じて、医療需要に見合った適正かつ効率的な医療提供体制の確立が求められる。
- また、質の高い医療を確保するために、患者の立場を重視し、患者と医療従事者との信頼関係を維持しながら、医療に関する情報提供の推進を図っていくことが重要である。

2. 医療機関の機能分担の明確化

- 患者による自由な医療機関の選択を確保しつつ、患者の医療機関への受診の流れを適切に構築するため、医療機関の機能分担の明確化を図る。

(1) 大病院における外来の集中の是正

- 大病院の外来について、それ以外の医療機関の外来の給付率と差を設けるとともに、入院医療に重点を置いた措置を講ずる。

(2) かかりつけ医、かかりつけ歯科医の普及、定着

- かかりつけ医、かかりつけ歯科医を支援するため、地域医療支援病院を制度化し、機能の拡充を行う。
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医が専門医としても地域住民から信頼を得ることができ、地域住民も医療機関の適切な選択が可能となるよう、専門分野などについて情報公開を推進する。

長期入院の是正と過剰病床の削減

- 入院期間の短縮、社会的入院の是正等を図るため、医療計画上の必要病床数の在り方を見直すとともに、既存の過剰病床に対する適正化の措置を講ずる。

(1) 急性期病床と慢性期病床（療養型病床群）の区分の明確化

- 現行の必要病床数の算定方式を見直し、急性期病床と慢性期病床とに区分して、医療計画上の必要病床数を算定する。
- 急性期病床については、標準的な入院期間や地域の疾病の状況等を勘案し、慢性期病床については、高齢者の介護に必要な入院・入所施設の整備量等を考慮して算定する。

(2) 入院医療適正化対策

- 病院の医療従事者の人員配置基準及び構造設備基準を見直し急性期病床及び慢性期病床のそれぞれにふさわしいものとする

- 医療機関の開設の許可の在り方を見直し、許可の対象となる病床数を現に勤務している医療従事者数に見合った病床数とする仕組みに改め、病床数の適正化を図る。
- 入院患者が計画的に、かつ、速やかに家庭や社会へ復帰できるよう、退院時期を明確化させた診療計画の策定等の普及、定着を図り、看護を含めた効率的な入院医療システムを確立する。
- 都道府県は、国の策定する指針を参考とし、医療費適正化の観点も踏まえ、病床数の削減及び療養環境の向上、在宅医療の体制整備等を含む病床等の適正化に関する計画を作成する。

< 後 略 >

21世紀に向けての入院医療の 在り方に関する検討会

報 告 書

平成10年7月3日

目 次

1. はじめに
 2. 病床の区分について
 - (1) 病床の区分の必要性について
 - (2) 具体的な病床の区分について
(病床区分の考え方)
(具体的な病床の設定)
(その他)
 3. 人員配置基準及び構造設備基準の見直しについて
 - (1) 人員配置基準について
 - (2) 構造設備基準について
 - (3) 精神病床、結核病床等について
 4. 入院医療の質の確保について
 5. 入院医療の質の向上に向けた取組の促進について
 - (1) 各医療機関における体制整備について
 - (2) 病院情報の提供の推進について
 6. 実施時期について
 7. おわりに
- 検討会名簿

21世紀に向けての入院医療の在り方に関する検討会報告書

1. はじめに

- 医療法では、入院医療について衛生規制上必要な人員配置及び構造設備が規定されているが、昭和23年医療法制定時に、感染症等の急性期医療への対応を念頭において一般病床という区分を設けて以来、入院医療全般について基本的な見直しがないまま今日に至っている。
- 病院は、本来、入院医療に重点を置いた診療体制を構築していかなければならないが、現実には、急性期医療や慢性期医療を必要とする患者が、同一の病棟に混在し入院している場合があり、患者の状態にふさわしい入院医療を効率的に提供できる体制の整備が必要とされている。
- 一方、少子高齢化の進展など社会経済環境が大きく変化している中で、21世紀においては、より一層国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供していく体制の確立が求められている。
- このため、本検討会においては、このような病院における入院医療を取り巻く状況を踏まえ、21世紀に向けて、国民に対し良質かつ適切な入院医療が効率的に提供できる体制の確保ができるよう、病床の区分、病床区分に応じた人員配置基準及び構造設備基準、また、これらの入院医療の質の確保と向上策等の入院医療全般にわたる今後の入院医療の在り方について検討するため、平成9年9月以来、計10回にわたる審議を行ってきた。
この度、本検討会として、患者の生活の質（Quality of life、QOL）を重視し、かつ、患者の状態にふさわしい医療を提供するという目標の実現に向けて、以下のとおり意見をとりまとめ、提言を行うこととした。

2. 病床の区分について

(1) 病床の区分の必要性について

- 少子高齢化の進展など社会経済環境の変化の下で医療分野に活用できる社会資源は有限であるとの認識に立ちつつ、疾病構造の変化等医療需要の高度化・多様化に対応して、患者にふさわしい医療を提供するため、医療資源自体の適正配分と効率的な活用を促す具体的方策を検討する必要がある。
- 患者の状態は様々であり、必要とされる医療も異なっているが、個々の入院患者は、それぞれの状態にふさわしい医療が適切な療養環境の下で受けられることを望んでいる。病院としてはこのような患者の要望に的確に応えていくことが期待されている。
- また、病院は、今後入院医療に重点を置いた診療体制を構築する中で、患者の状態にふさわしい医療を効率的に提供していけるような管理・運営が必要とされている。
- 一方、医療資源の効率的活用、医療関係施設相互の機能連携の確保等を目的として医療計画が策定されているが、計画をより意味のあるものにしていくためには、一般病床については機能に着目して区分を行い、その地域における必要病床数の設定を行っていくことが求められている。
- 以上の点を踏まえ、一般病床については、その機能を明確化した上で、それにふさわしい人員配置基準と構造設備基準を設定するものとする。

(2) 具体的な病床の区分について

(病床区分の考え方)

- 患者の状態は、大きく、急性期医療を必要とする患者と慢性期医療を必要とする患者とに分けることができる。その場合、病状が不安定で回復期にある患者（いわゆる亜急性期医療を必要とする患者）をどのよう

に考えるかということが問題となるが、発症から病状の安定化までを一連の医療として捉え、急性期医療を必要とする患者と併せて考えるのが適当であろう。

- 従って、患者の状態としては、「急性増悪を含む発症間もない患者（急性期医療を必要とする患者）又は病状が不安定で回復期にある患者（亜急性期医療を必要とする患者）」と「病状は安定し、疾病と障害を抱えている患者（慢性期医療を必要とする患者）」とに区分され、これらの患者に対してそれぞれの状態の特性に応じた医療サービスの提供形態としては、「一定期間の集中的な医療の提供」と「長期間にわたる医療の提供」との概ね2つに分けられ、それぞれの機能に対応した区分が必要となる。

この場合、亜急性期医療を必要とする患者を急性期医療を必要とする患者と併せて一つのグループとして捉えたことから、病床区分に当たっては亜急性期医療を考慮した弾力的な取り扱いが必要となる。

- 病床区分については、入院患者の特性（症状や疾患名）に着目した区分、提供する医療の内容に着目した区分、医療を提供している期間（在院期間）に着目した区分などが考えられる。

入院患者の特性に着目した区分については、患者の症状や疾患名による区分では断面的にとらえたものになり易く、また、症状では個体差やばらつきがみられ、疾患名だけでは重症度が判断できず必要となる医療サービスが不明であることなど、必ずしも適切な区分とはいえないと考えられる。

在院期間はいわば患者の症状や疾患の状態の経過が集約され反映されたものと考えられるので、病床を一定のグループの纏まりとして区分していく際には、それぞれのグループの特性を全体としては反映しているという意味でその指標を用いることは妥当なものとする。

また、その区分を行う際には、提供する医療の内容の違いに着目してそれぞれにふさわしい人員配置基準及び構造設備基準を設定していくことが適当であろう。

- 病院内において、病床区分を行う場合には、患者の立場、病院運営の立場の両方の観点から見れば、原則として病棟単位で病床を区分し、そ

の運営に当たることが望ましい。

- 急性期医療や亜急性期医療が提供される病棟においては、より多くの医療従事者が配置され、集中的な医療が実施されることになるが、病棟管理上、目安或いは目標として在院期間を設定し、急性期病床として効率的な運営を行うことが望ましい。

- 以上の考え方から、次のように一般病床を区分するものとする。
 - ・ 急性期病床「主として、急性期医療を必要とする患者又は亜急性期医療を必要とする患者に対し一定期間の集中的な医療を提供して、患者の状態の改善を図る病床」
 - ・ 慢性期病床「主として、慢性期医療を必要とする患者に対し長期間にわたり医療を提供する病床」

なお、急性期病床、慢性期病床の名称については、病床機能をより明確化する観点から、それぞれ「短期治療病床」、「長期療養病床」などの様々な呼称が考えられるが、ここでは、一応、「急性期病床」、「慢性期病床」という名称を使用することとした。

（具体的な病床の設定）

- 急性期病床の区分に当たっては、在院期間を考慮するものとし、その病床機能にふさわしい人員配置基準及び構造設備基準を設定する。
- 急性期病床の在院期間については、弾力的な病床運営が確保され、病棟管理に著しい支障が生じることがないように配慮しつつ、一定期間の集中的な医療が国民に提供されるよう、急性期病床としてふさわしい平均在院日数を全国的な標準として設定することが望ましい。
- また、慢性期病床の要件については、「主として長期にわたり療養を必要とする患者を収容するためのもの」と定義されている療養型病床群の要件を踏襲して、人員配置基準及び構造設備基準を設定する。
- 区分単位は原則として病棟単位とするが、一定規模以下の病院につい

ては、その病院の運営を配慮した弾力的な取り扱いについて検討する必要がある。

- 患者に対して適切な医療を継続して提供できるように、病院内又は地域において急性期病床と慢性期病床との緊密な連携体制を確保していくことが望ましい。
- 急性期病床の区分に当たって考慮する平均在院日数については、各種調査を踏まえて、その具体的な数値の設定について検討する必要がある。また、平均在院日数の値については、今後、必要に応じ見直しを行うものとする。

(その他)

- 医療計画の策定に当たって、病床区分を考慮した必要病床数の算定方法等について別途検討する必要がある。

3. 人員配置基準及び構造設備基準の見直しについて

(1) 人員配置基準について

- 急性期病床に配置すべき人員を設定するに当たっては、当該病床に治療及び回復機能が求められることから、その平均在院日数を考慮しつつ、機能にふさわしい人員配置基準を検討すべきであり、現行の一般病床の職種と員数の基準を参考としながら設定する必要がある。
- 慢性期病床に配置すべき人員を設定するに当たっては、これらの病床に長期間にわたる医療の提供が求められることから、その機能に着目し、療養型病床群の職種と員数の基準を踏襲し設定する必要がある。
- 病院においては入院医療に重点を置いた診療体制が確保されるよう、また、現行の人員配置基準が最低基準として機能している面もあることから、入院に係る人員配置基準については、最低基準としての取り扱い

について検討する必要がある。

また、外来に係る人員配置基準については、病院の外来の在り方を踏まえ、入院に係る人員配置基準の最低基準の検討に併せて別途検討するものとする。

- なお、最低基準の検討に当たっては、医療法上必要とされる医療従事者数の算定方式については、整数値へその端数処理を行ってきたが、最近の病院における医療従事者の勤務形態の多様化等を踏まえて、その算定方式の取り扱いを併せて検討する必要がある。

(2) 構造設備基準について

- 構造設備基準については、規制緩和の観点から、医療法上必ず設置しなければならない施設の基準などの規制があるが、最近の他の法律の規制の動向等も参考としつつ、基本的に見直す必要がある。
- その上で、急性期病床については一般病床の構造設備基準を、慢性期病床については療養型病床群の構造設備基準を踏襲し設定する。

- 我が国における構造設備基準上1床当たりの病床面積は、欧米諸国に比べ2分の1程度の広さとなっている。

急性期病床及び慢性期病床の療養環境に関しては、病室内での医療行為を適切に実施できる必要な病床面積を確保するとともに、今後、患者にふさわしい療養環境が尊重されるなど患者の要請に応えられるよう、病室の個室化や個室型多床室などを推進し、将来の医療環境の変化に対応できる療養環境を確保していくことが望ましい。

このため、これらの構造設備基準については、時代の変化に対応し必要に応じ見直すものとする。

(3) 精神病床、結核病床等について

- 精神病床及び結核病床における人員配置基準については、基本的には一般病床の人員配置基準が適用されるが、医療法第21条但し書き及び同法施行令第4条の7の規定等により、医師、看護職員の人員配置の特

例が認められている。

精神病床、結核病床については、精神医療、結核医療の在り方を踏まえ、これらの措置を併せて見直し、それぞれ病床機能にふさわしい人員配置基準及び構造設備基準を設けるために、別途検討する必要がある。

- また、重症心身障害児（者）、肢体不自由児（者）等を収容する病床については、他の法律との関係もあり、その取り扱いについて別途検討する必要がある。
- 急性期又は亜急性期において、発症間もない脳血管疾患等によって生じた身体的な後遺症に対して、集中的な医療に加えリハビリテーションを必要とする患者については、急性期医療又は亜急性期医療の一貫として捉え対応することになるが、そのような患者を収容する場合の取り扱いについては別途検討する必要がある。

4. 入院医療の質の確保について

- 現行の医療法では、開設時において、開設許可の申請のあった病床数に見込まれる入院患者数に見合った医療従事者が配置され、他の許可条件を満たしていれば、開設許可申請が許可されることとなっている。
従って、適正な入院医療の質を確保する観点から、開設許可後においても開設時の状況が引き続き維持できるよう、医療従事者数に見合った病床が稼働している状況を確保できる仕組みとする必要がある。
- このため、医療従事者数が、一定期間以上、医療法上定められる人員配置を下回っている場合には、業務運営の改善命令、使用制限命令、開設許可取消等の措置を講ずることとし、その具体的な取り扱いについて検討する必要がある。

5. 入院医療の質の向上に向けた取り組みの促進について

(1) 各医療機関における体制整備について

- 患者の要求の多様化・高度化に適切に対応し、良質かつ効率的な医療の提供のためには、チーム医療での対応が求められるとともに、患者に合った医療サービスの計画とその提供、提供した医療サービスの評価と評価に基づく医療サービスの改善という一連の流れによる対応が必要となる。このような取り組みを実効あるものとするためには、患者に係わる医療関係者全員の理解と協力が必要であることに留意すべきである。
- また、患者の立場に立って良質な医療を提供する観点から、医療従事者による患者・家族に対する説明と理解に基づく医療を推進し、疾病についてより一層患者の理解が深まるよう情報提供を進めるとともに、患者等の相談に適切に対応するための院内体制をとる必要がある。

(2) 病院情報の提供の推進について

- 欧米諸国の中には、第三者評価や自己評価の報告・開示等による情報提供によって、入院医療の質が確保される仕組みがある。
しかしながら、我が国においては、そのような仕組みが十分確立・定着している状況とは言えないので、今後、患者・国民への情報提供による入院医療の質の確保のために、病院機能評価の充実・強化を図るとともに、その情報公開について検討される必要がある。
- また、医療機関が広告し得る事項については、これまでも逐次拡大されてきたところであるが、今回の病院の入院医療の在り方の見直しに併せて、さらに、患者による適切な医療機関の選択と医療機関間の適切な連携が推進できるよう、地域住民への医療機関情報の提供や広告事項の拡大など医療情報の提供をより一層推進することが求められる。

6. 実施時期について

- 病床区分の見直しに伴う一連の制度の変更は、個々の病院に与える影響が大きいため、一定の経過期間をおいて実施することが望ましい。

7. おわりに

- 今回、入院医療全般にわたりその在り方を検討し、急性期病床と慢性期病床とに区分し、それにふさわしい人員配置基準及び構造設備基準等について検討したが、21世紀を見据えた場合、緩和ケア病棟、日帰り手術用病床、陣痛・分娩・回復室（LDRシステム：Labor, Delivery and Recoveryシステム）等新しい入院医療の提供形態が考えられ、患者の要請に応えられる医療提供体制となるよう、入院医療の在り方については、これからも必要に応じ見直していくことを要望しておく。

なお、病院において適切な入院医療が提供されるためには、医療機関連携や在宅医療の充実・強化が必要であり、地域における関係者の積極的な取り組みを期待したい。

(別紙)

1 我が国の医療の現状と課題

(1) 医療を取り巻く環境の変化

21世紀を目前にして、我が国の医療を取り巻く環境は大きく変化してきている。とりわけ、医療技術の進歩、高齢化の進展、国民の生活水準の向上と意識の変化、そして、経済構造の変化という四つの要因は、今後の我が国の医療提供の在り方に、様々な影響を及ぼしていくと考えられる。

(医療技術の進歩)

飛躍的な発展を遂げつつある遺伝子レベルの研究及びその成果としての様々な治療法の開発、高度情報化技術の急激な進歩とそれに伴う画像処理技術や遠隔医療の進展などに代表される医療技術の進歩は、医療内容の一層の高度化、医療分野の多様化・専門分化を促進するとともに、治療期間の短縮化や患者のQOL (Quality of Life、生活の質) の改善にもつながっている。また、提供される医療サービスについての選択の幅を広げることで、個々の患者の病態やニーズに応じたきめ細かな対応をとることを可能にしてきている。一方で、こうした医学・医療の最新の成果を、臨床現場において効果的かつ効率的に利用していくための各種手法の開発が進んでいる。

(高齢化の進展)

我が国においては他に例を見ない急速なテンポで高齢化が進んでいる。高齢者の増加は、従来の急性期疾患主体の疾病構造を変化させ、慢性期疾患患者の増加をもたらした。また、こうした慢性期疾患の多くは、高血圧や糖尿病等に代表される生活習慣病であるため、その予防、治療に当たっては、自らの努力で生活習慣を改善していくなど、患者自身が積極的に関わっていくことが重要となっている。

(国民の生活水準の向上)

戦後の経済成長にともなって、所得の増大や居住環境の向上など、国民の生活水準は大幅に向上するとともに、生活意識も変化し国民の健康・医療に対する関心が高まってきている。その結果、療養環境の快適性の向上や医療情報に対する患者のニーズも強くなっている。

医療審第17号
平成11年 7月 1日

厚生大臣
宮下 創平 殿

医療審議会

会長 浅田 敏雄

医療提供体制の改革について (中間報告)

我が国の医療提供体制については、良質で効率的な医療提供体制を目指して、これまで数次にわたる制度改革が行われてきたが、医療技術の進歩、高齢化の進展、国民の生活水準の向上と意識の変化、経済構造の変化など、医療を取り巻く環境は大きく変化してきており、これらの変化に適切に対応していくことが必要となっている。

新しい世紀を目前にして、こうした環境変化に対応した医療提供体制を早急に確立するという認識に立って、医療審議会としては、今後取り組むべき医療提供体制の改革の在り方について、昨年9月以来、18回にわたって審議を重ねてきた。

審議の過程において各委員から幅広い角度から様々な意見が出されたが、今般、当審議会としての意見を別紙のとおりとりまとめたので、政府においては、平成12年度よりできるだけ速やかに、この趣旨に沿って、医療提供体制の改革に取り組むことを期待する。

(経済構造の変化)

我が国の経済基調が低成長に変化する中において、国民の間に医療費やその負担の在り方についての関心が高まっている。我が国の医療制度を支えている国民皆保険制度を維持しつつ、提供される医療の質の向上を図っていくためには、医療保険制度、医療提供体制の両面において、より効率的で適正な運営を目指し、必要な改革を実施していくことが要請されている。

(2) 我が国の医療提供体制の現状

我が国の医療提供体制は、戦後、全ての国民に対し平等に医療を受ける機会を保障するという観点から、医療提供の量的な拡大に主眼を置いた整備が図られるとともに、昭和36年以來の国民皆保険制度の下で、国民が容易に医療機関を利用できる体制が整備されてきた。

その結果、戦後の医療技術の進歩の成果を多くの国民が享受することが可能となり、全般的な生活水準や公衆衛生の向上、医療関係者の努力等とも相まって、平均寿命や乳児死亡率等の各種の衛生指標において、世界最高水準を達成することとなった。

しかし、一方で、我が国の医療の状況に関しては、諸外国に比して人口当たり病床数が多いこと、平均在院日数が長いこと、1床当たり医療従事者数が少ないこと、介護提供体制の整備の遅れから、主として介護サービスを必要とする患者の入院がみられることなどが指摘されている。また、昭和23年当時の水準を目安に定められた入院医療に関する療養環境等については、全体的にみれば一般的な国民生活の向上に比してなお低い水準に留まっている。

(3) 今後の課題

前述した医療を取り巻く環境の変化、我が国の医療提供体制の現状を考慮すれば、我が国の医療提供体制の見直しに当たっては、今後、以下のような課題に取り組んでいく必要がある。

来るべき21世紀において、国民が、医療技術の進歩の成果である、高度で多様な医療サービスを享受することを可能にしていくためには、急性期医療を中心とする医療提供体制の一層の充実と効率化を図るとともに、最新の医学や

医療技術を習得した質の高い医療従事者の養成に努める必要がある。

また、高齢化の進展により更に増加するであろう慢性期の患者に適切に対応するためには、長期の療養にふさわしい快適な療養環境を提供するとともに、効果的な治療の確保のために、患者自らが積極的に治療に参画することができるような環境を整備することが必要である。

さらに、国民の生活水準の向上に伴って、療養環境等の快適性に対する患者のニーズが高くなっていることから、特に入院時の療養環境等については、一般的な国民生活水準の向上を踏まえて見直すことが必要となっている。また、患者の医療情報に対する関心の高まりへの適切な対応も求められている。

なお、各地域においては、公的医療機関とともに民間医療機関もへき地医療や救急医療、医療関係者の養成等の医療分野に積極的に取り組んできており、それぞれの医療機関が担っている機能の特性を明確にしつつ、その充実を図っていくことが求められている。

一方で、経済基調が低成長に移行する中で、国民皆保険制度を維持しつつ、必要な医療水準を確保していくためには、個々の患者の病態に応じた医療を適切に提供する体制を整備し、限られた医療資源を有効に活用していくことが必要である。

2 改革の基本的方向

以上述べたような医療を取り巻く環境の変化に適切に対応して、今後とも良質な医療を効率的に提供していくためには、以下に示すような基本的方向に沿って、医療提供体制の全般にわたる見直しを進めていく必要がある。

(1) 入院医療を提供する体制の整備

医療技術の進歩に伴う医療の高度化、専門分化に対応するとともに、高齢化に伴う慢性期の患者の増加に適切に対応するために、急性期の患者のための病床と慢性期の患者のための病床を区分し、そのそれぞれにおいて、対象とする患者の病態にふさわしい医療を、適切な療養環境の下で、効率的に提供するための体制の整備を進める。

(2) 医療における情報提供の推進

医療に関する情報提供を求める国民ニーズの高まりに適切に対応し、また、患者が治療に積極的に関わっていくことを促すため、医療従事者と患者との信頼関係を確立し、患者・国民の適切な選択によって良質な医療が提供されるよう、患者に対する診療情報の開示や医療機関に関する情報の患者・国民への積極的な提供を図る。

(3) 医療の質の向上

医療の高度化、専門分化等に適切に対応し、将来にわたって良質かつ効率的な医療の提供が行われるよう、医師・歯科医師をはじめとする医療従事者の資質の向上を図る。また、医療技術評価の成果を臨床現場において有効に活用できる手法や安全な医療の提供に資する各種手法の普及を図る。

3 入院医療を提供する体制の整備

(1) 入院医療の現状

我が国の入院医療制度は、昭和23年の医療法制定時に、感染症等の急性期疾患を中心とした当時の疾病構造の下で、基本的な枠組みが定められた。

その後、この基本的な枠組みの上に立って、人口の少子高齢化に伴う疾病構造の変化や医療の高度化、専門分化に対応し、昭和58年の特例許可老人病棟制度、平成4年の療養型病床群制度、特定機能病院制度、平成9年の地域医療支援病院制度等の新たな制度の創設が行われてきた。

しかしながら入院医療の現状をみると、現行のその他の病床（精神病床、感染症病床、結核病床以外の病床。以下「一般病床」という。）においては、発症後間もない患者から長期間の療養生活を送っている患者まで様々な病態の患者が入院している。

また、平成4年の療養型病床群制度の創設は、一般病床の中で長期療養を必要とする患者を対象とした病床について、長期療養にふさわしい人員配置基準、構造設備基準を定めたものであったが、慢性期の患者を対象とした病床としては、この他に老人慢性疾患患者を対象とする特例許可老人病棟が存在している。

(2) 一般病床の在り方の見直し

① 基本的考え方

現行の一般病床の対象となっている患者は、発症後間もない又は病状が不安定なために短期間の集中的な医療を必要とする患者グループと長期にわたる療養を必要とする患者グループに大別できる。

この二つの患者グループは、全体としてその特性、医療ニーズが異なり、提供される医療サービスの内容も異なっている。

今後、このような観点に着目して、それぞれにふさわしい質の高い医療サービスを効率的に提供していくためには、現行の一般病床の在り方を見直し、主として急性期の患者が入院する病床と主として慢性期の患者が入院する病床に区分し、その機能分化を図り、それぞれの病床において提供する医療サービスにふさわしい人員配置基準、構造設備基準を設定することが必要である。

② 新たな病床の在り方

急性期患者のための病床においては、医療技術の高度化、専門分化に対応した集中的な医療を効率的に提供することが求められる。そのためには専門スタッフを充実し、治療に必要な病床面積を確保するとともに、在院期間について一定の目安を設けることにより、急性期患者のための病床にふさわしい医療環境の整備を促していくことが必要である。

慢性期患者のための病床については、長期の入院にふさわしい良好な環境の下で療養を送りたいという国民のニーズに応えるための体制が求められる。そのためには既存の制度を整理すると共に、現行の療養型病床群を踏まえて、長期の療養にふさわしいゆったりとした療養環境の確保を図っていく必要がある。

また、急性期患者のための病床、慢性期患者のための病床のそれぞれの具体的な人員配置基準、構造設備基準については、これまでの審議会における議論も踏まえ、それぞれの病床の機能に適切に対応した基準が設定されるよう今後さらに検討していくことが必要である。

なお、新たに区分けされた病床が、機能に応じて効率的に運用されるためには、設定の目的について、国民の理解を求めていくことが重要である。

③ 精神病床、結核病床

精神病床及び結核病床については、現行の一般病床の在り方の見直しに併せて、精神医療、結核医療それぞれの在り方を踏まえた検討を別途行うべきである。

(3) 医療計画の見直し

① 基本的考え方

昭和60年に創設された医療計画制度は、医療資源の効率的な配置や地域における医療提供の体系化を目指したものであった。

しかし、全ての都道府県において地域医療計画が定められて約10年を経過した今日においても、都道府県間の人口当たり病床数になお大きな格差があるなど、依然として病床の地域的な偏在がみられる。

それぞれの地域において、在宅医療を提供する体制の整備状況や保健予防への取り組み状況等により、医療需要が一定程度異なることを考慮しても、現状のような地域間の大きな格差は、医療資源の適正な配分を図る観点からは望ましくない。

このため、必要病床数算定式の在り方の見直し等を通じて、引き続き地域間格差の是正を図って行く必要がある。

② 必要病床数算定式の在り方

医療計画における必要病床数算定式については、地域間格差を是正し、他地域と比較して著しく入院率等が異なる地域についてはその適正化が図られるよう、算定式の見直しを行う必要がある。

なお、算定式の見直しに当たっては、地域の医療の実情を適切に反映する観点から、一定程度の都道府県知事の裁量を認めていくことが必要である。

③ 新たな病床の在り方を踏まえた見直し

一般病床の在り方の見直しに伴い、地域における急性期患者、慢性期患者それぞれの需要に応じて、効率的かつバランスがとれた病床整備を進めていく必

要がある。

このため、新たな病床区分への移行の段階においては、一般病床全体で必要病床数を算定するという現行の仕組みは基本的に維持しつつも、必要病床数の算定に当たり、急性期患者のための病床、慢性期患者のための病床のバランスのとれた整備が図られるよう配慮していくことが必要である。

その上で、新たな病床区分への移行が進んだ後は、それぞれの病床ごとに必要病床数を算定していくことが望ましい。

(4) その他

① 規制緩和を踏まえた病院の必置施設・設備の在り方

現行の医療法においては、病院の有する施設や設備に関して、多くの施設・設備を列挙して、これらを必ず設置すべきものと規定している。

しかし、これらの必置施設や設備のなかには、医療関連サービスの外部委託の進展等により、全ての病院が一律に有しなければならないと義務づける必要が薄れてきたものや、具体的な基準が実態と乖離しているものもある。

今後は、規制緩和の観点も踏まえ、医療法におけるこうした規制は必要最小限のものとするよう必要な見直しを行うべきである。なお、その際、特別養護老人ホーム等の医療施設以外の施設との併設時の、施設や設備の共同利用についても検討に含めるべきである。

② 適正な入院医療の確保

現行の医療法においては、各医療機関が最低限有しなければならない従業者数についての標準を定めているが、その遵守を求めるための仕組みが必ずしも十分とは言えない面があり、標準を大幅に下回っている医療機関が一部に存在している。このため、適正な入院医療を確保していくためには、老人保健施設の例も参考としながら、医療法が定める人員配置基準を満たしていない医療機関に対しては改善命令等の措置を講じていく必要がある。

また、医療需要に応じた適正な入院医療を提供する体制をそれぞれの地域において確保していくためには、医療計画制度の下で、医療資源の適正な配分を図るとともに、医療資源を有効に活用していくことが求められる。このため、

開設許可後、一定期間にわたって、実際の入院患者数が許可病床数を大きく下回り、非効率な病床利用となっている医療機関に対しては、その改善を促すための措置を講じていく必要がある。

③ その他充実が期待される医療分野

今回の検討に当たっては、主として入院医療を提供する体制の整備方策について議論を行ったが、国民の健康の確保、福祉の増進の観点からは、疾病の発症予防から、治療、社会復帰に至る一連の経過の中で、必要な医療が効果的に提供される体制を確保することが重要である。

特に、高齢化に伴って増加する生活習慣病等を可能な限り予防し、重症化を防止するための保健医療サービスの充実が必要である。また、患者の早期の社会復帰を可能とする、急性期からの効果的なりハビリテーション医療の実施や、介護保険により提供される各種介護サービスと連携し、患者の疾病、QOLの改善に寄与する在宅医療の推進も求められており、今後、引き続きその充実を図っていく必要がある

< 後 略 >

医療提供体制の改革について（医療審議会会長メモ）

1 入院医療を提供する体制の整備

(1) 病床区分について

○ 患者の混在を防ぎ、患者にふさわしい医療を提供できる体制を確保するという病床区分の趣旨から、現行「その他の病床」を新たに区分することには、大方の委員に異論はないと考える。しかし、急性期、慢性期という厳格な形での区分は、病態の変化に対応できないおそれなどが提起されている。

このような指摘を踏まえながら、病床区分の趣旨が生かされるよう、提供される医療サービスの形態に着目し区分するものとし、現行「その他の病床」を主として治療が必要な患者を収容するための一般病床と、主として長期にわたる療養を必要とする患者を収容するための療養病床とに区分してはどうか。

○ 一般病床の看護職員の人員配置基準については、事務局より2.5:1との提案が示されたが、より厚くすべきとの意見とより緩和すべきとの相反する意見が出された。上記のように病床区分を整理すると、患者の治療体制の向上という課題に応える必要がある一方、人員配置基準は最低標準として機能するものであることや、半世紀にわたる基準の変更に対する慎重な配慮が必要であることなどを踏まえると、3:1を基本としてはどうか。この場合、医療従事者の絶対数が不足している地域もあることや、小規模の医療機関においては、直ちにこうした基準に対応することが困難であることに配慮し、これらに該当する医療機関に対しては、十分な対応をする必要がある。

この病床の構造設備基準について、適切な療養環境を確保する観点から、今後新設（全面改築を含む）される病床における1人当たりの病床面積と廊下幅については、現行基準を充実させることについては、委員に異論はないと考える。また、既存の施設については、現行の「その他の病床」の基準と同じとするが、引き続き、療養環境の改善を促進することが必要と考える。

○ 療養病床の人員配置基準、構造設備基準については、現行の療養型病床群の基準と同じ基準とする事については、委員に異論はないと考える。しかし、既存の病床からの転換については、構造設備基準について本年4月以降の療養型病床群への転換に準じた経過措置を設けることとしてはどうか。

○ 新たに病床を区分するに当たっては、いわゆる患者の追い出しやたらい回しが行われられないよう、患者の入退院は医師による医療上の判断で行うこと

は当然であるが、その趣旨を徹底することが必要である。

(2) 医療計画について

新たな病床区分の整理を踏まえ、新たな医療計画への円滑な移行を図るために、次のような改正を行なってはどうか。

○ 必要病床数という名称を見直し、「基準病床数」とする。

○ 新しい病床区分が定着するまでの間においては、地域間格差の是正及び在院日数の短縮傾向等に対応しつつ、全体として基準病床数を算定する。

○ 新しい病床区分が定着した後においては、一般病床及び療養病床のそれぞれについて算定し、その合計数をもって基準病床数とする。

○ なお、具体的な算定に当たっては、都道府県知事の裁量により地域の医療の実情を反映することができるよう流入・流出加算の見直し等を行った上で、各圏域における基準病床数の算定を行う。

(3) 必置施設等に関する規制緩和

規制緩和の観点を踏まえて、必置施設の見直しを行うが、その際に、外部委託の可否及び医療の内容に関わるかどうか等を勘案して、

○ 全てが外部委託可能であるため、法律上の規定は削除し省令上の規制とするもの（消毒施設、洗濯施設）、

○ 既に必置施設として義務づける必要がないため、法律上、省令上の規制を廃止するもの（給水施設、暖房施設、汚物処理施設）に区分し、規制緩和を行ってはどうか。

なお、給食施設と臨床検査施設については、医療の内容に密接に関わるものであることから引き続き法律事項とするが、外部委託の際の扱いについては別に示すものとする。

(4) 適正な入院医療の確保

適正な入院医療の確保として、事務局から提案のあった一定期間大幅に人員配置基準を満たしていない場合の改善措置、非効率な病床利用が行われる場合の改善措置、報告徴収に関する法規定の整備については、基本的には委員に異論はなかったと考える。しかし、まずは指導を旨とするべきこと、明らかに休止とみられるものに限定するべきことなどの意見があったことを踏まえ、都道府県医療審議会における審議を経ること等、適用のための要件等を今後検討することとしてはどうか。

2 診療録等の診療情報提供の推進について

診療録等の診療情報の提供を医療現場において普及・定着させていくため

に、医療従事者の自主的な取組み及び環境整備を推進していく必要がある。

また、診療情報の提供に関する取組み状況を広告できる事項として追加してはどうか。

3 広告規制の緩和

広告規制の緩和についての具体論としては、様々な意見が出されたが、次の通り、広告規制の緩和を行うこととし、更に中間報告において示された基本的な考え方を踏まえて議論することとしてはどうか。

○ 広告規制の緩和を行う事項の例

中立的な医療機能評価機関が行う医療機能評価の結果、医師の略歴・年令・性別、共同利用できる医療機器、対応可能な言語、予防接種（種別）、健康診査の実施、保健指導・健康相談の実施、介護保険の実施に伴う事項（紹介をすることができる介護関連施設の名称等）

4 医師、歯科医師の臨床研修の必修化

医療関係者審議会が提言している医師、歯科医師の卒業後の臨床研修の必修化については、進めるべきものと考ええる。

その際、医療法上、医療機関の管理者は臨床研修を修了した医師又は歯科医師とするとともに、臨床研修を修了していない医師又は歯科医師が診療所を開設しようとする場合には、医師・歯科医師以外の者と同様に許可を要することとする。

5 公私病院等の機能分担と連携

(1) 公私病院の機能分担と連携

公私医療機関の機能分担については、それぞれの地域に応じた対応を行うことが必要と考えるが、地域の公的病院においては、医療機関の機能分担と連携を円滑に推進するため、地域の実情に応じて、救急医療、共同利用、紹介患者に対する医療提供など地域医療支援病院が有する諸機能について、できるだけ積極的に取り組むほか、例えば、当該地域において果たすべき役割について幅広く意見を聞く場を設置するなどしてはどうか。

(2) 病院、診療所の機能分担と連携

病院、診療所間の役割分担としては、診療所においては外来機能、病院においては入院機能を重視することを基本的な理念とするべきであると考えられる。しかし、制度的にこれを進めることについては、更に議論を深める必要

がある。

従って、当面は診療報酬制度などにより病診連携を促進するという努力を引き続き進めるとともに、地域医療支援病院については、今後とも一層の普及を図る必要があることから、その推進方策について検討を行うべきではないか。

平成14年3月28日

厚生労働大臣
坂口 力 殿

社会保障審議会医療部会
部会長 高久 史彦

医療提供体制に関する意見

本部会は、医療提供体制の在り方に関して審議を重ね、今般、別添のとおり意見をとりまとめたので、これを報告する。

医療提供体制に関する意見

平成14年3月28日
社会保障審議会医療部会

社会保障審議会医療部会は、昨年9月より8回にわたり、医療提供体制の確保に関する重要事項について審議を重ねてきた。

当部会におけるこれまでの議論の概要は、以下のとおりである。

1. 基本的な考え方と審議経過

1. 我が国では、国民皆保険制度の下で、全ての国民がいつでも、どこでも平等に医療機関に受診することが可能である。この結果、世界最高水準の平均寿命・健康寿命や高い保健医療水準を実現し、2000年6月に公表されたWHO（世界保健機関）の評価においても、我が国の保健システムは世界第一位と評価されている。
2. しかしながら、急速な少子高齢化の進行、医療技術の飛躍的進歩、国民の医療に対する意識の変化など、医療を取り巻く環境は大きく変化しており、我が国の医療提供体制について、(1)効率化・重点化の不足、(2)競争が働きにくい構造、(3)安心できる医療の確保が不十分、(4)情報基盤等の近代化の遅れ、などの問題点が指摘されている。
3. このことから、今後一層、患者の視点を尊重した質の高い効率的な医療提供体制の構築が求められており、このためには、患者に対する幅広い情報提供が推進され、患者の選択を尊重した医療提供を通じて、医療機関相互の競争が促進されることにより、医療の質の向上と効率化が図られることが重要である。

医療機関においては、患者との対話を重視しつつ、情報提供に努めるとともに、患者においても、医療を選択するための様々な情報や手段を得て、自らの健康の保持のための努力を行うとともに、自覚と責任を持って医療に参加することが求められる。

4. 厚生労働省の医療制度改革試案の別添「21世紀の医療提供の姿」（平成13年9月25日）においては、医療提供体制の改革において当面進めるべき施策として、「病院病床の機能の明確化・重点化」、「根拠に基づく医療の推進」、「医療のIT化の推進」、「医療を担う適切な人材の育成・確保」、「広告規制の緩和」、「医業経営の近代化・効率化」、「医療安全対策の総合的推進」、「小児救急医療対策の推進」などが取り上げられており、当部会では、これらを中心に概括的な審議を行った。また、経済財政諮問会議や総合規制改革会議で指摘されている「医業に係る株式会社の参入」と「医療分野における労働者派遣」についても、参考人からの意見聴取を行い、検討を加えた。
5. 特に、政府・与党社会保障改革協議会の「医療制度改革大綱」や総合規制改革会議の「規制改革の推進に関する第1次答申」などで、今年度中に措置することを求められていた「広告規制の緩和」については、集中的に議論を行い、具体的な結論を得た。

II. 個別の検討項目

1. 医療における情報提供の推進

(1) 情報提供の在り方

患者が自らの判断により適切な医療機関を選択するために必要な情報が、幅広く患者・国民に対し提供されることが望ましい。また、情報提供の手段としては、医療機関による広告に加え、広報、院内掲示、公的機関による情報提供などがあり、これらの手段が、それぞれの特性を踏まえ有効に活用されるよう、環境整備や内容の充実が図られるべきである。

医療機関の選択に資する情報提供の在り方として、客観的に比較可能なデータを提供するための用語の標準化等やIT化などの環境整備、情報の確実性や最新性が確保される形で散在している情報をデータベース化すること、これらの情報が地域住民に身近なところで得られることが重要である。

なお、上記に加え、患者の求めによる情報開示が重要であり、特に医療機関の有するカルテ、レセプト等の医療情報について開示の義務化を求める意見があったが、これに対しては、医療の公共性だけを理由に一律に情報開示を義務づけるべきではないという反対意見があった。

また、インフォームドコンセントの義務化についても議論すべきとの意見があった。一方、情報提供の推進に併せて、患者の自己決定を支援する体制の整備、さらに患者の教育、意識啓発の必要性が指摘された。

(2) 広告規制の緩和

医療機関による広告の規制緩和については、今回は患者保護の観点から現行のポジティブリスト方式を前提とし、客観的で検証可能な事項については、原則として規制緩和することとした。具体的な項目については、別添のとおりである。

なお、医療機関の広告については、基本的に、虚偽広告、誇大広告など患者にとって有害となるもの以外は規制を原則撤廃すべき（ネガティブリスト方式）という意見があった。

また、広告規制緩和の具体的な項目についての主な考え方は以下のとおりである。

- 「専門医」を認定する団体の取扱いに当たっては、客観性を担保するため、医学医術に関する団体の意見を聴くべきである。
さらに、幅広い団体の意見を聴くべきであるという意見があった。
- 「手術件数」、「分娩件数」、「患者数」、「平均在院日数」、「病床利用率」については、広告内容が容易に検証できるような仕組みが必要である。
- 「死亡率」については、現状では、重症患者の受入拒否や危険度の高い手術を避けるなど、医療の提供に悪影響を及ぼす可能性が強いため、患者の重症度等について客観的に比較するための環境整備の状況を見極めつつ、継続検討とする。
- 「病院・診療所を経営する法人の理事長の略歴」、「外部監査を受けている旨」については、「これからの医業経営の在り方に関する検討会」（座長：田中滋慶 慶應義塾大学教授）における検討結果を踏まえて措置すべきである。
- 「スタッフの略歴」、「専門看護師・認定看護師」、「看護実習病院」を広告事項にすることについては、医療関係職種全体に関わる問題であるので今後の検討課題とすべきである。
- 「ISO9000s」については、本来医療の質や機能を評価したものではないことに留意する必要がある。

2. 病院病床の機能の明確化・重点化

病院病床については先の医療法改正において、平成15年8月末までに療養病床と一般病床に区分されることとされているが、さらに広告規制の緩和を含めた医療情報の提供と患者の選択が進むことによって、病院病床の機能分化が促進されると考えられる。

なお、病院病床の機能分化については、急性期の患者にとっては望ましい方向である一方、亜急性期、慢性期の患者に係る病床の在り方は慎重に検討すべきという意見があった。

また、地域医療計画については、本来社会が求めている機能に対して新規参入規制になっている面があるとしたら、議論すべきという意見があった。

3. 根拠に基づく医療の推進

医療の質の向上を図るためには、地域の医療機関が容易に最新の医学情報を参照できるよう、EBM実践のための文献データベースや主要疾病の標準的診療ガイドラインが整備されることが極めて重要である。

これらの施策については、年次目標を定め、重点的な整備を進めることが肝要であり、患者が主体的に医療に参加する環境の整備のためにも重要である。

4. 医療におけるIT化の推進

患者・国民への医療情報の提供や地域の医療機関のネットワークを形成する上で、医療におけるIT化は重要な手段である。保健医療分野におけるIT化を推進するために、昨年12月に、「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン」が策定され、電子カルテやレセプト電算処理のシステムの普及について数値目標が示されたが、その着実な実施が必要である。

なお、電子カルテは単なるツールに過ぎず、電子カルテを導入する前に、個々の医療機関における業務の標準化や見直しを行うことが重要であるとの意見があった。

また、医療のIT化に係る費用負担の在り方について、今後さらに検討が必要であるとの意見や、地域の医療機関ネットワークの中で患者の情報が共有され、健康管理や個別指導、各段階に応じて適切なケアが切れ目なく行われる仕組みが必要との指摘があった。

5. 医療を担う適切な人材の育成・確保

医療サービスの質の向上を図るためには、それを担う医療従事者の質の向上や適正な数の確保、配置が重要である。

地域医療の確保の観点から、医師が専門化・細分化され過ぎており、総合的な診療能力を有する医師を養成する必要性が指摘されるとともに、大学を中心とした医師の人事

についての問題点が指摘された。特に、現在「医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会」（部会長：矢崎義雄国立国際医療センター総長）で検討されている医師の卒後臨床研修制度については、大学に依存する体制を改めるべきとの意見があった。医師の生涯学習の義務化、医師の免許更新制などについても議論すべきとの意見があった。また、国民に安定した医療を提供するためには、医療従事者の地域偏在の改善が重要な課題である旨の指摘があった。

6. 医療安全対策の総合的推進

相次ぐ医療事故やその報道を通じて、医療に対する国民の信頼が揺らぎかねない状況にある中、患者の視点を十分に踏まえ、国民に真に安心できる医療を提供するという観点から、関係者をあげて医療安全の推進に取り組むことが重要である。医療安全に関する今後の方針及び当面取り組むべき課題については、現在「医療安全対策検討会議」（座長：森亘日本医学会会長）で総合的な検討が進められているところである。医療に対する国民の信頼回復のために、緊急の取組が必要である。

7. 小児救急医療対策の推進

小児科医の負担の増大や大病院への救急患者の集中などが指摘される中、小児救急医療体制の確保は喫緊の課題であり、「小児救急医療拠点病院」の整備などの新たな施策については、その早急な実施が求められる。

なお、小児救急医療に関連して、小児科の不採算性についての指摘や、医学生が小児科医を目指すような学校教育の在り方についての意見があった。

8. 医療経営の近代化・効率化

非営利を原則としてきた我が国の医療機関経営について、昨今、経営の効率化や資金調達の多様化を図るために営利企業の参入を認めるべきとの主張がある。医療の効率化と質の向上を図るためには、まず、患者への情報提供を進めることによる患者選択を通じた医療機関相互の競争の促進や、理事長要件の緩和等の医療法人制度改革による医療経営の近代化などの取組を着実に進めることが必要である。

なお、営利企業の参入により、次のメリット等があるとの指摘がなされた。

- ・ 医療行為と経営の分化が進むことにより、経営の効率化や医療の質の向上が期待できる。
- ・ 従来、閉鎖的とされてきた医療の世界が社会的に広がりを持つこととなり、経営の透明化、健全化が期待できる。

- ・ 競争が促進され、特定の医療分野に特化した経営の展開や、快適な療養環境の提供、保険者からの委託による予防医療など多様なサービスが提供されることにより、国民の医療についての選択肢が拡大する。なお、不採算部門の切り捨てにつながるという考え方に対しては、経営形態ではなく公的観点からの検討が必要である。

しかしながら、営利企業による医療経営については、

- ・ 医療の強い公共性と株式会社の株主への利益配当という2つの要請を両立させることは困難である
- ・ 収益性の高い医療分野に集中し、不採算部門の切り捨てや医療費の高騰を招きかねない
- ・ 我が国は民間主導により十分な医療提供体制がすでに整備されている
- ・ 営利企業と病床規制とは相容れないため、地域医療計画が必要という前提では営利企業参入は馴染まない
- ・ 株式会社を参入させなくても、情報開示等を行えば競争原理が働く
- ・ 株式会社の参入が認められているアメリカにおいても、医療経営は非営利が主体であり、研究と教育に投資せず質の向上に限界がある株式会社よりも、研究、教育、臨床の3つに取り組む非営利病院の方が、地域における信頼を得ており、ネットワーク化されている

等の理由から、慎重な対応が必要であるという反対意見が多かった。

9. 医療分野における労働者派遣

医療分野に従事する専門的な人材の最適な配置を可能にするため、医療関連業務の従事者の労働者派遣に関する規制の見直しが求められており、雇用形態に関わりなくチーム医療は可能であること、派遣という形態で働きたい医療従事者の希望を一律に禁止すべきではないとの意見があった。

これに対し、適正な医療を提供するためには、チームの構成員が互いの能力や治療方針等を把握し合い、十分な意思疎通の下に業務を遂行することが不可欠であること、恒常的にチームの力を高めていくことによって、良い医療、良い看護、安全な治療の場を提供することができることから、医療機関における医療関連業務の労働者派遣に関して規制を緩和することは、慎重に検討すべきという意見が多かった。

また、現行の派遣制度においては、事前に労働者を特定する行為が禁じられていること、派遣期間に制限が設けられているため継続的な雇用が困難であることなどの問題点が指摘された。

10. その他

- リビング・ウィルの普及など、終末期医療の在り方について議論すべきとの意見があった。
- 医療保険制度改革については、医療保険部会で議論されているところであるが、当部会においても、医療保険制度の今後の在り方について、給付と負担の公平性や安定した保険運営の観点から、各保険者の厳しい財政状況を踏まえ、早急に制度の一本化を求める意見と、制度の一本化に反対する意見があった。
- 領収明細書を発行すべきであるという意見があった。

III. おわりに

厚生労働省は、情報提供の推進などをはじめとする当面の諸課題について、その改革を着実に実施するとともに、さらに、良質かつ効率的な医療提供体制の確保に向けて、その検討の進め方を含め、関係者の意見を反映しつつ、早急な検討を行っていくことが求められる。

社会保障国民会議における検討に資するために行う 医療・介護費用のシミュレーション

(解説資料)
サービス提供体制改革の考え方

目次

◆基本的考え方と改革の方向性等	2
●「シミュレーションの前提」における サービス提供体制改革の基本的考え方	3
●具体的改革の方向	4
●医療・介護サービスの需要と供給（一日当たり利用者数等）のシミュレーション	7
◆シミュレーションの手順と詳細	15
●シミュレーションの具体的な手順	16
●医療・介護サービスの需要と供給のシミュレーションの詳細	18
●具体的なシミュレーション ～ 改革のストーリー ～	20
●（参考）認知症高齢者ケアの全体像イメージ（認知症自立度Ⅱ以上）	25
●医療・介護サービスの単価に関するシミュレーションの詳細	26

基本的考え方と改革の方向性等

「シミュレーションの前提」におけるサービス提供体制改革の基本的考え方

- 平成37(2025)年において、国民の医療・介護ニーズを保障するために必要な医療・介護サービスを確保する(サービス総量の確保)。
- 社会保障国民会議中間報告で指摘されている、現在の医療・介護サービス提供体制の問題点を克服し、国民の求める医療・介護サービスを、質・量両面で最も効率的かつ効果的に提供できる体制を実現する。(効率的・効果的サービス提供の実現)
- 病気や介護が必要になっても、適切なサービスを利用して、個人の自立とQOLの追求が可能になるよう、医療・介護を通じて、個々人の心身状態に最もふさわしいサービスが切れ目なく提供できるような医療・介護サービス提供体制の一体的改革を行う。(サービスの質の確保、利用者の個別性の尊重)
- 施設か在宅かの二者択一ではなく、介護施設の生活環境の改善(個室、ユニット化)や小規模化と在宅医療・介護サービスの多様化と拡充、ケア付き住宅など居住系サービスの拡充により、利用者の希望と選択により、重度であっても、地域のなかでの暮らしを継続するために必要なサービスを提供する。(個人の選択・生活の継続性の保障)
- 欧米先進諸国の実情も参考にし、国際的にみても遜色ないレベルの医療・介護を目指す。

《参考》社会保障国民会議中間報告で指摘されているサービス提供体制の構造改革

- ・ 病院機能の効率化と高度化
- ・ 地域における医療機関のネットワーク化
- ・ 地域における医療・介護・福祉の一体的提供(地域包括ケア)の実現
- ・ 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

具体的改革の方向

(総論)

- 医療・介護を通じたサービス提供体制の一体的な改革を行うことを基本に、改革度合いが緩やかなシナリオ(B1シナリオ)から、最も改革が進んだシナリオ(B3シナリオ)まで、複数の改革シナリオを見込む。

(急性期医療)

- 急性期入院医療について、早期の社会生活復帰を可能とするよう、医療の質の向上と効率性の向上により平均在院日数の短縮を図る。
- このため、現在の一般病床を急性期病床と亜急性期・回復期病床等とに機能分化し、急性期病床について人的・物的資源の集中投入による重点化・機能強化を図る。
- 同時に、急性期後の継続的な入院医療が必要な者に対する回復期リハビリテーション、亜急性期医療の機能強化を図るとともに、連携パスの普及、在宅医療の充実強化等により、急性期医療全体での早期退院・社会復帰の実現・在宅での療養継続支援を目指す。
- また、医療の高度化、集中化、機能分化等の医療提供体制の充実により、救急医療体制についても、機能分化にあわせた救急機能の充実強化を図る。

(慢性期医療)

- 慢性期医療を中心とする長期療養について、重症化・重度化に対応した機能強化を図るとともに、在宅医療の充実強化、施設・在宅を通じた介護サービスの拡充により、できる限り住み慣れた地域での療養生活継続を実現する。

(介護)

- 介護サービスについては、高齢者の尊厳、個別性の尊重を基本に、できる限り住み慣れた地域での生活の継続を支援することを目指し、高齢化の進行等による要介護高齢者数の増大を踏まえたサービス全体の量的拡充を図るとともに、高齢単身／夫婦のみ世帯の増大、認知症高齢者の増大、重度要介護者の増大、医療・介護双方のサービスを必要とする高齢者の増大など、要介護高齢者の状態像の変化を踏まえたサービスの多様化と機能強化を実現する。
- できる限り住み慣れた地域での生活を継続したいという国民の意向を実現するため、既存の在宅サービスの充実に加えて、24時間対応訪問介護・看護サービスなどを拡充するとともに、グループホームやケア付き住宅などの居住系サービスを諸外国並みの水準まで拡充する。
- また、増大する認知症高齢者に適切な介護サービスを提供するため、小規模多機能サービスやグループホームを拡充し、重度化しても在宅生活の継続を可能にする在宅サービスの整備・機能強化を図る。
- 施設サービスについても、認知症高齢者への対応強化や個々人の暮らしの継続性を尊重する個別性の高いケアを実現する観点から、個室・ユニット化を推進するとともに地域に密着した小規模型施設を重点的に整備する。
- また、全体としての入所者の重度化の進行や終の棲家としての看取り機能、在宅支援(通所施設)機能など、介護施設利用者のニーズを踏まえた施設機能の強化を図る。

(在宅医療・地域ケア)

- 急性期・慢性期の入院医療からの早期退院・在宅療養や、在宅での緩和ケア・看取りのケアを希望する患者のニーズを満たすことができるよう、地域における病院・診療所の連携を強化するとともに、在宅療養支援診療所、訪問看護など在宅医療サービスの充実強化を図る。
- また、入院医療に関する機能強化・分化にあわせて、病院の外来を専門外来として位置づけるとともに診療所におけるプライマリケア機能や主治医機能の強化、訪問診療等の強化を目指す。
- さらに、多くの要介護者は、医療・介護双方のニーズを持つことから、地域において医療・介護を一体的に提供する地域包括ケアマネジメント体制を整備する。

(専門職種間の機能・役割分担の見直しと医療・介護を通じた協働体制の構築)

- 急性期を中心に医療資源を集中投入し、医師の配置増に加え、専門職種能力の一層の活用と生産性向上の観点から、専門職種間の役割分担の見直しを行い、看護職員等のコメディカル、事務職員等について、医師業務(看護師業務)のうち医師(看護師)でなくても行える業務を移す前提でより大幅な増員を図る。
これにより、医師や看護職員などが、自らの専門分野に特化した患者本位の医療に注力できるようにする。
- 入院から退院(転院)・地域生活への移行を支援するとともに、地域での暮らしの継続を支援する観点から、地域包括ケアマネジメントなど、医療・介護を通じた協働体制を構築する。

医療・介護サービスの需要と供給(一日当たり利用者数等)のシミュレーション

7

総括図

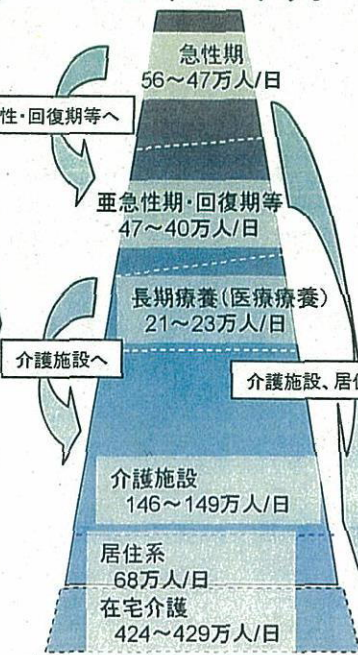
大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである

現状投影シナリオ(Aシナリオ)



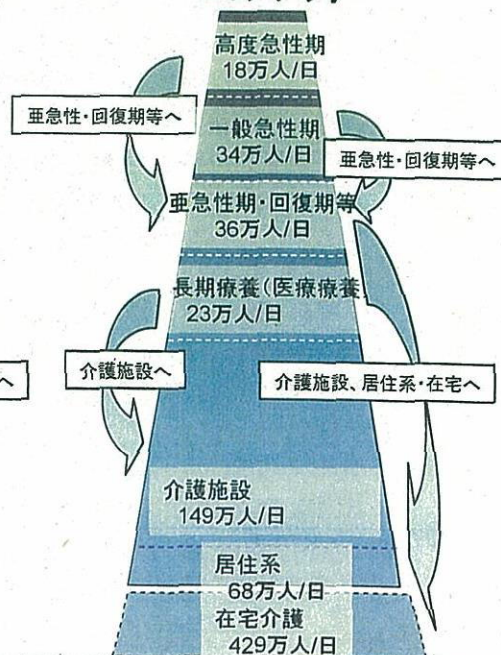
現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純においた場合

B1、B2シナリオ ー改革シナリオー



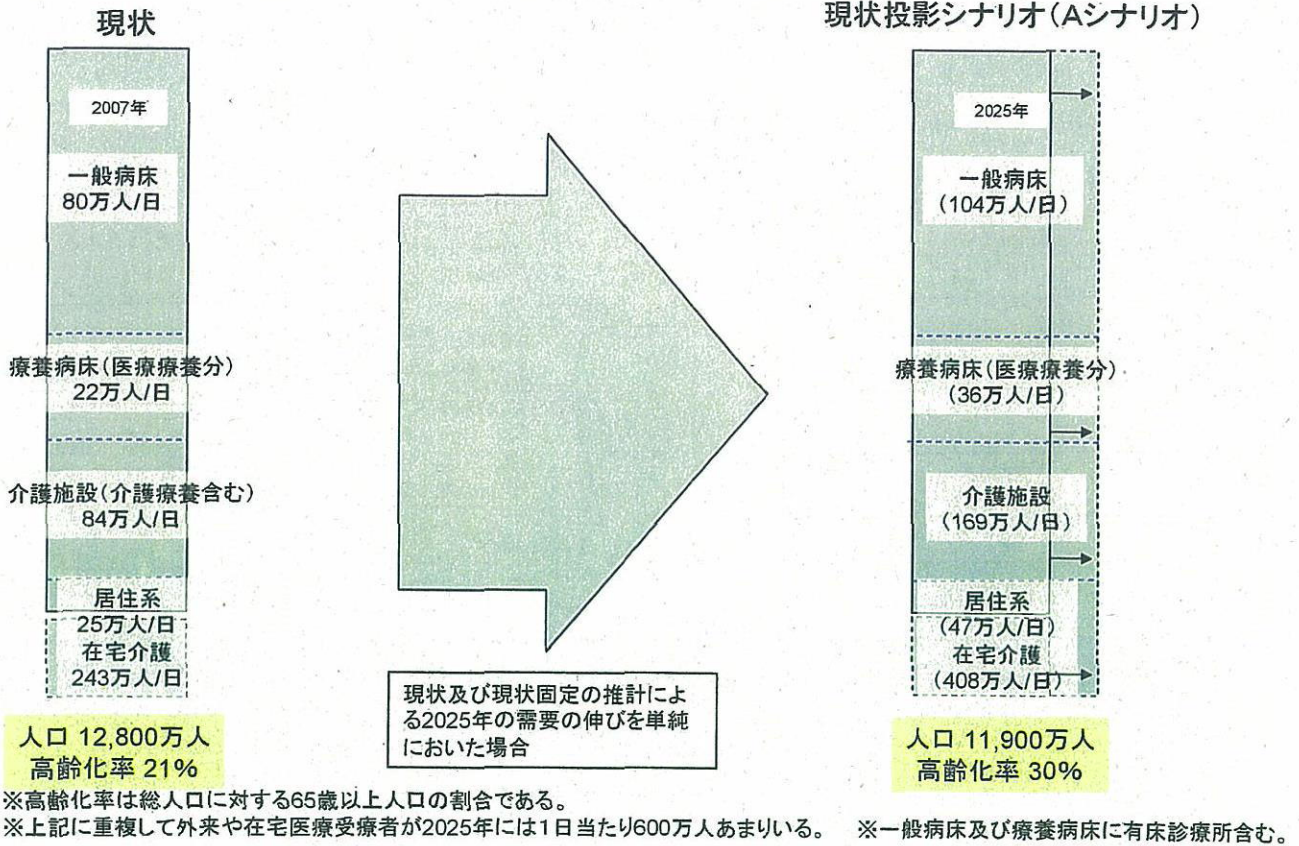
一般病床を機能分化(B1,B2シナリオは2分割、B3シナリオは3分割)。急性期の医療資源を集中投入し亜急性期・回復期との連携を強化。在院日数は減少。医療病床の医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。さらに在宅医療、居住系・在宅介護等の提供体制を強化することにより居住系・在宅サービスを強化。

B3シナリオ



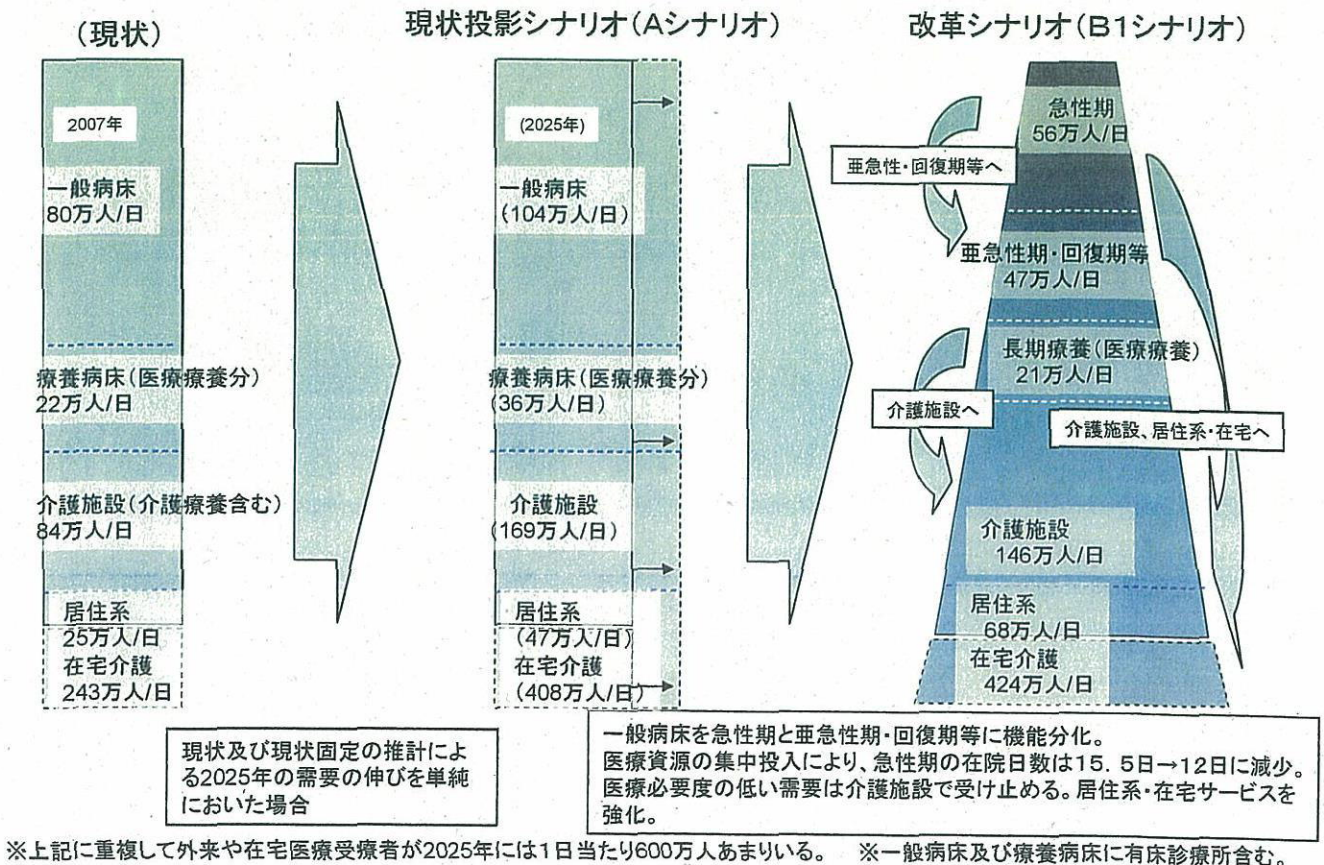
※上記に重複して外来や在宅医療受療者が2025年には1日当たり600万人あまりいる。 ※一般病床及び療養病床に有床診療所含む。

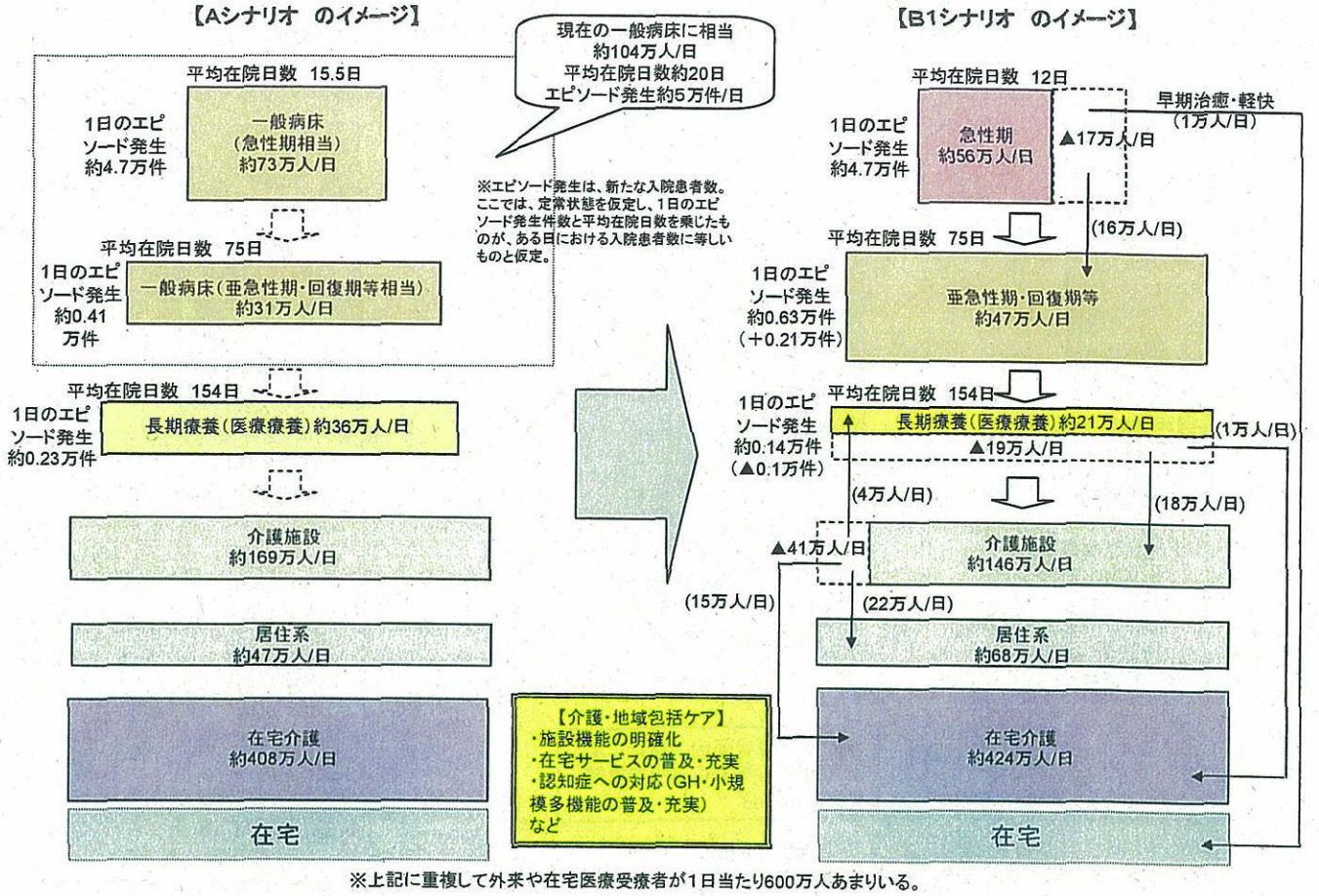
大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである



改革シナリオ(B1シナリオ)

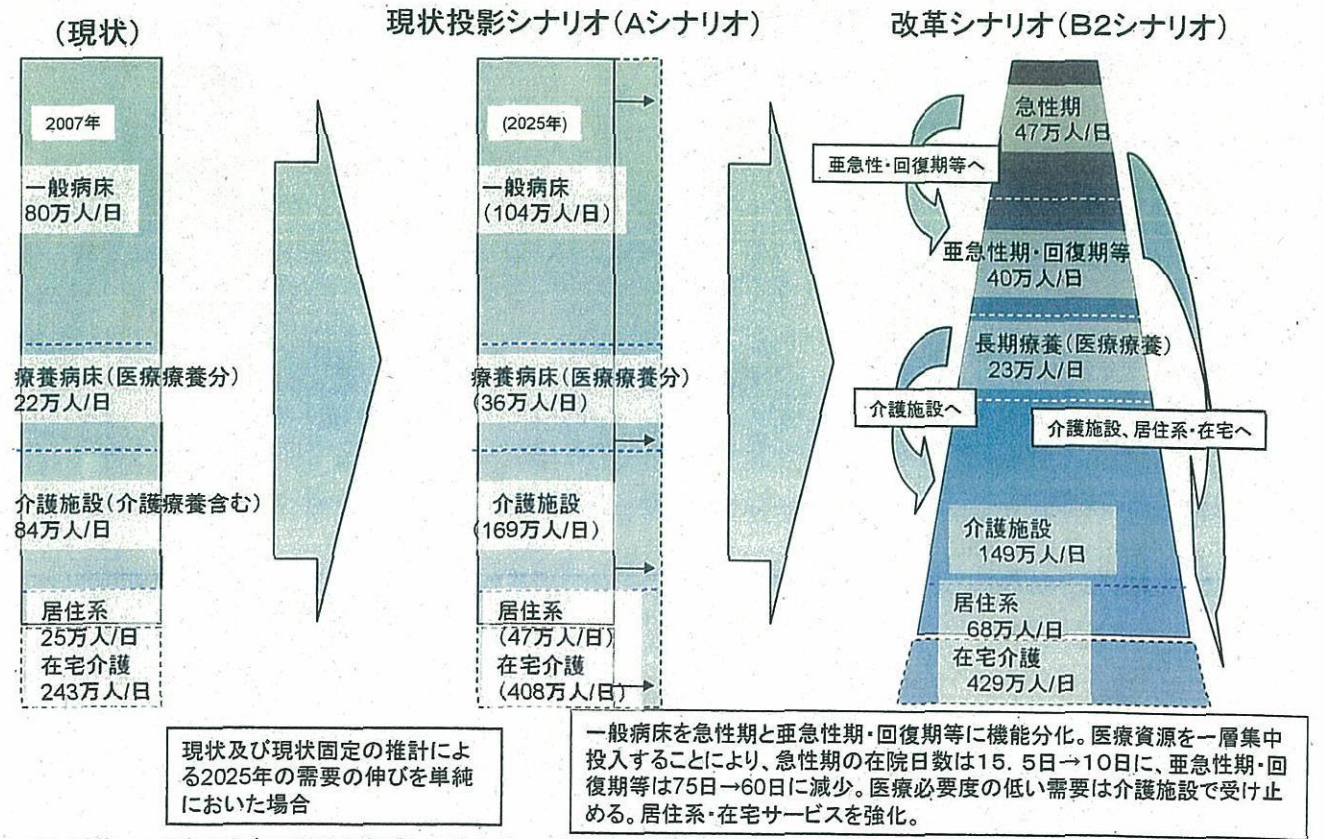
大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである

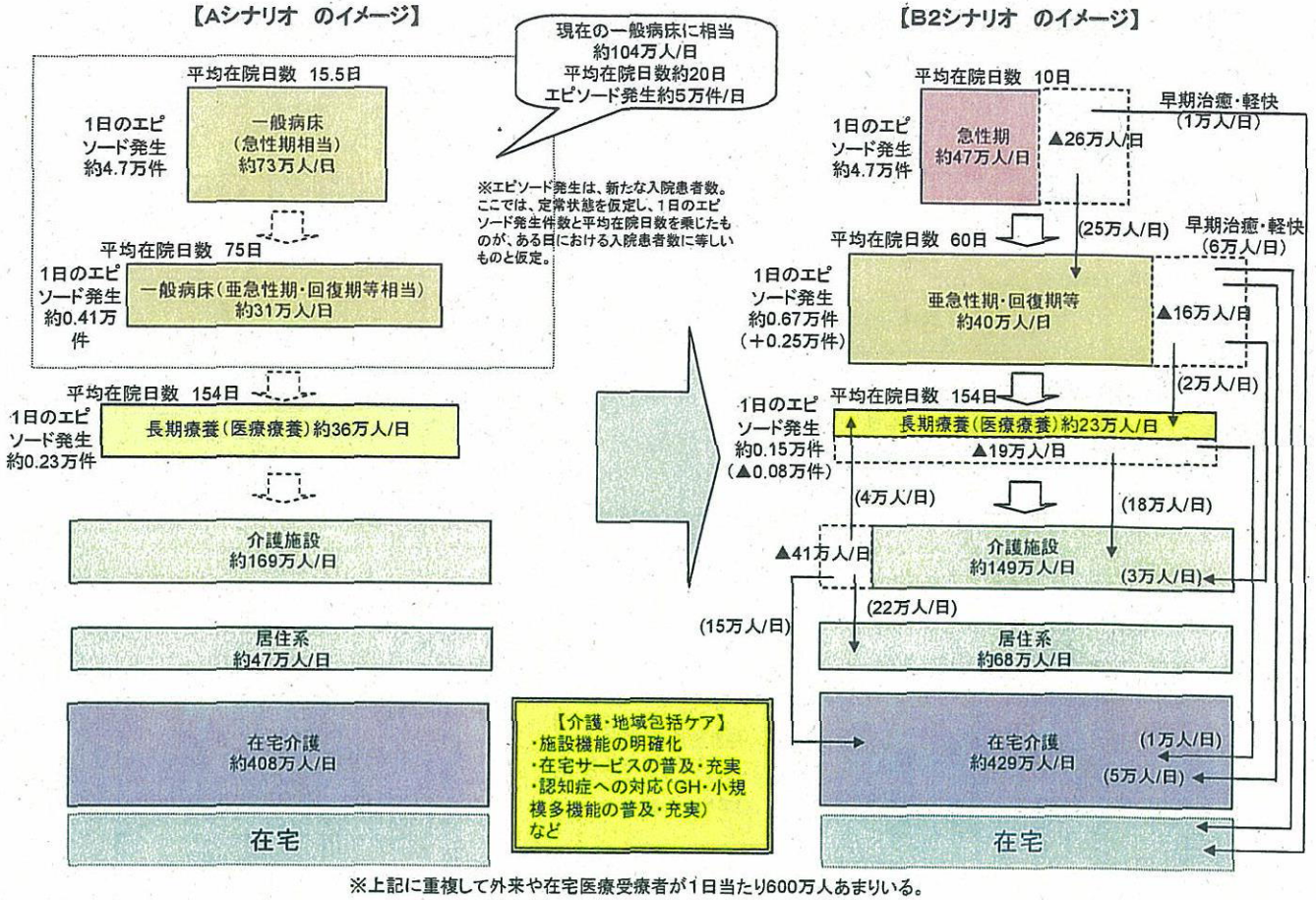




改革シナリオ(B2シナリオ)

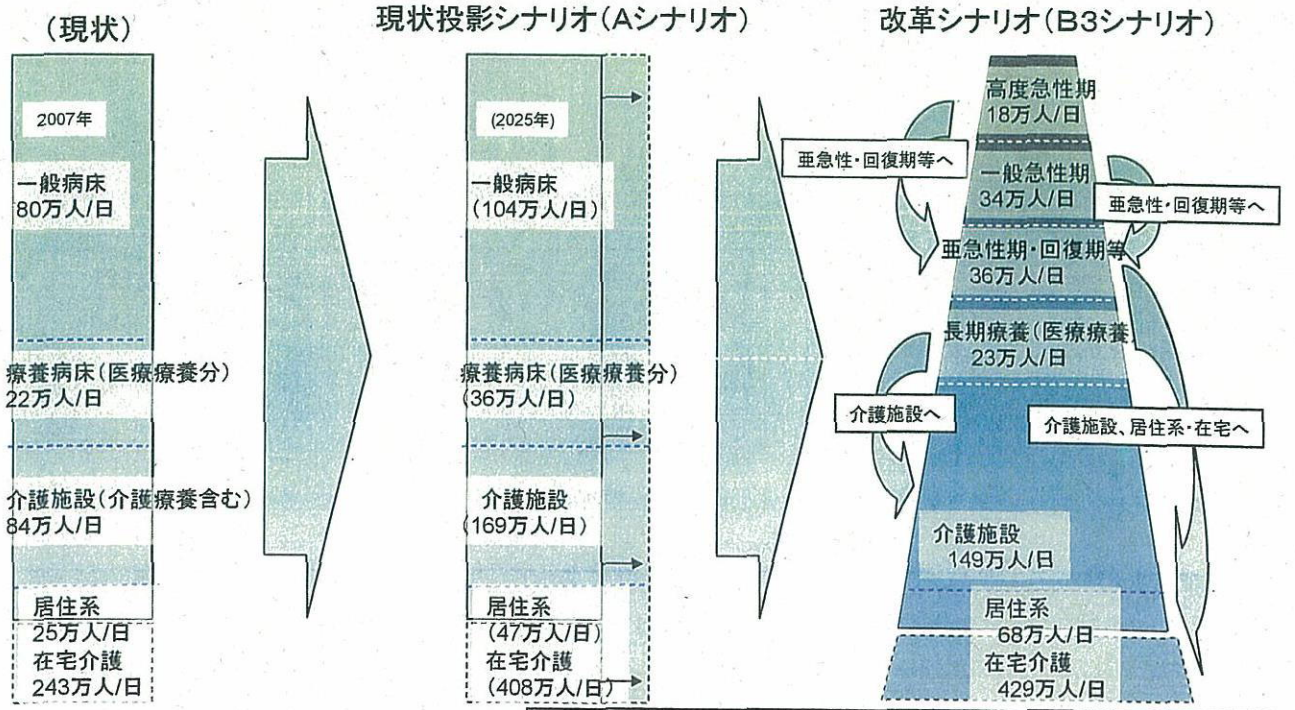
大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである





改革シナリオ (B3シナリオ)

大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである

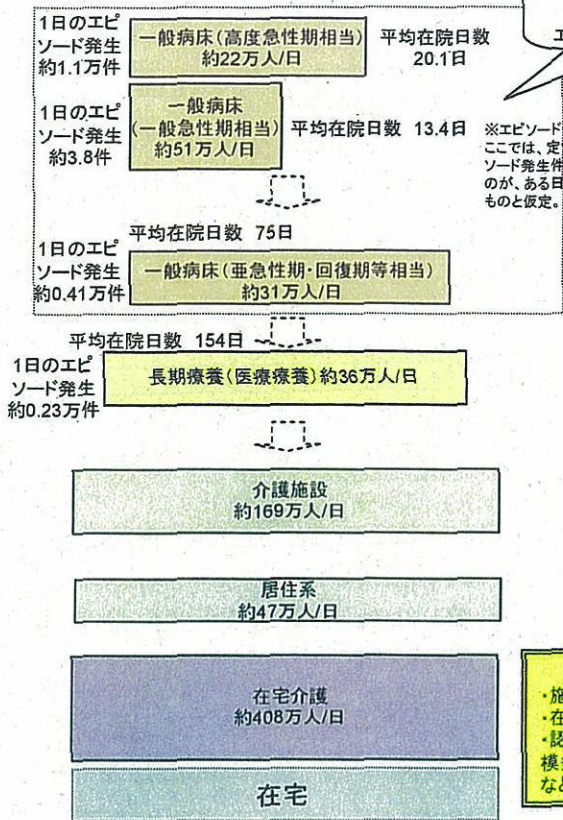


現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純においた場合

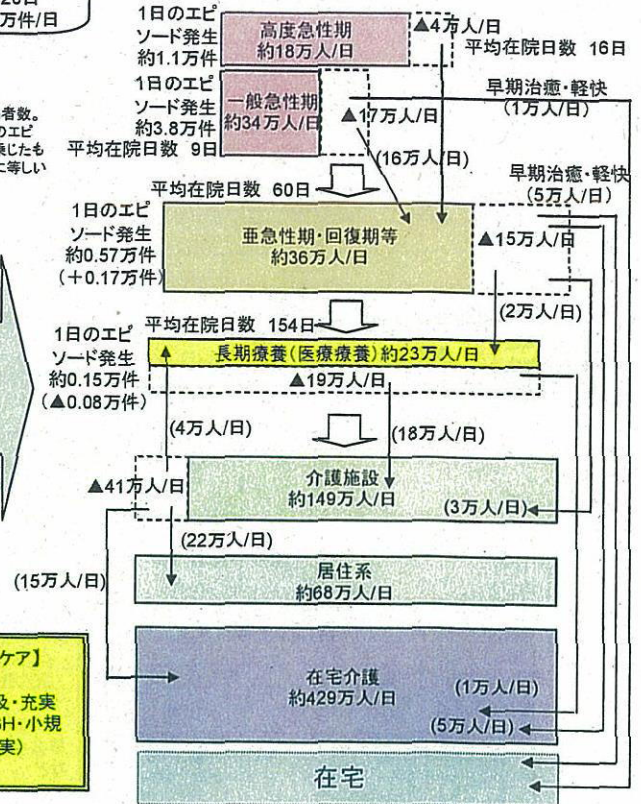
一般病床を高度急性期、一般急性期と亜急性期・回復期等に機能分化。医療資源の投入により、在院日数は高度急性期で20.1日→16日、一般急性期で13.4日→9日、亜急性期・回復期等で75日→60日に減少。医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。居住系・在宅サービスを強化。

※上記に重複して外来や在宅医療受療者が2025年には1日当たり600万人あまりいる。 ※一般病床及び療養病床に有床診療所含む。

【Aシナリオ のイメージ
(一般病床をさらに詳しくみた場合)】



【B3シナリオ のイメージ】



【介護・地域包括ケア】
・施設機能の明確化
・在宅サービスの普及・充実
・認知症への対応(GH・小規模多機能の普及・充実)など

※上記に重複して外来や在宅医療受療者が1日当たり600万人あまりいる。

シミュレーションの手順と詳細

【1】足元及び現状投影シナリオ(Aシナリオ)の需給状況を作成<Step1、2>**<Step1>**

- 足元は平成19(2007)年度とし、将来推計人口(平成18年12月推計)、患者調査(平成17年)、医療費の動向(平成19年度)、介護給付費実態調査(平成19年10月)等から、年齢階級別人口に対する各サービス利用者^(※1)の割合を作成するとともに、医療・介護の単価^(※2、※3)を作成。

(※1)入院や外来の1日の患者数、要介護認定者、介護施設・居住系サービスの利用者、在宅介護サービスの利用者。

(※2)入院の1人1月当たりの費用、外来の1人1日当たりの費用、介護施設・居住系サービスの1人1月当たり費用、在宅介護サービス利用者に係る1人1月当たり費用。

(※3)医療の費用は、国民医療費ベース(自己負担分を含む。自己負担を除く給付費が概ね社会保障給付費の医療分に相当)とし、薬局調剤医療費や訪問看護の費用は外来医療費にまとめる形で整理。介護の費用は、介護保険の各サービスの費用額(1割相当の自己負担分を含む)に、特定入所者介護(介護予防)サービス費を加えたものであり、基本的には、食費や居住費は対象外。

<Step2>

- 足元で作成した、年齢階級別人口に対する各サービス利用者の割合を、平成37(2025)年度の人口に乗じて、シミュレーションA(現状投影シナリオ)の各サービスの利用者数をシミュレートし、供給もこれにみあうものとする。
- 現状投影シナリオは、現状の医療・介護のサービス提供に関する問題点(不明確な機能分化、手薄な人員配置、ニーズに対応したサービス供給の不足等)は解決されず、効率化もなされないまま今後も推移していくこととなるシナリオであることに留意。

【2】Aシナリオから改革シナリオ(B1、B2、B3シナリオ)の需給状況を作成<Step3>

- Aシナリオの各サービス利用者数をベースに、サービス提供体制について選択と集中等による改革を図ることを想定して、改革シナリオにおける各サービス利用者数をシミュレートする。

- ・ B1シナリオ:一般病床について、急性期と亜急性期・回復期等とに機能分化することとし、医療資源の集中投入でなるべく早く急性期を脱することができるようになり、早く治癒するようになる。また、亜急性期や回復期のリハビリテーションが必要なケースなど、状態像に応じた適切な設備・人員配置のもとで医療や介護が受けられるようになる。さらに、在宅医療、居住系サービスや在宅介護サービスが充実し、比較的重度者であっても、希望に応じてなるべく住み慣れた地域でケアを受けることができるようになる。

- ・ B2シナリオ:B1シナリオをさらに推し進め、急性期について、現在の欧米並みの水準まで高めていくこととする。

そして、それに対応して、地域ケア体制の機能が強化される。

- ・ B3シナリオ:B1、B2シナリオとは異なり、急性期について、さらに、高度急性期と一般急性期とに機能分化を徹底する。(B2シナリオにおける急性期と亜急性期・回復期等の一部が一般急性期に再編成されるイメージ。)

→ いずれのシナリオにおいても、平均在院日数の短縮や在宅医療・在宅介護の推進などの医療・介護サービスの質向上・効率化の観点等を踏まえてサービス提供体制の改革を進め、生活習慣病予防などの予防重視の観点等も織り込んで需要を設定するものとする。

→ また、医療・介護のシステムが全体として機能するためには、急性期と亜急性期・回復期等、さらには、これらと長期療養や介護施設、居住系サービスや在宅介護サービス、在宅・外来医療との間での、徹底した機能分化と連携強化とが不可欠。

【3】各シナリオのサービス基盤、単価をシミュレート<Step4>

- Step3の各シナリオごとに、各サービスの役割を果たすために必要な単価をシミュレート。このとき、必要な医療・介護資源の投入量(各施設に配置されるべきマンパワー等)を勘案。

【4】名目値への換算<Step5>

- Step3でシミュレートされた利用者数と、Step4でシミュレートされた単価とを掛け合わせて、平成37(2025)年度の静態価格を計算し、これに、伸び率(名目値ベース)を乗じて医療・介護費用をシミュレート。結果は費用額としては名目値となるが、基本的には、経済規模(名目GDPなど)との対比でみていくのが適当。
- 経済成長や技術進歩等の要因がここで織り込まれることとなる。
- 一方、B1、B2、B3シナリオでは、Step3で織り込んだもののほか、医薬品や医療機器に関する効率化要素を織り込んで伸び率を設定。

医療・介護サービスの需要と供給のシミュレーションの詳細

【基本的な考え方】

- 足元（2007年度）の年齢階級別サービス利用状況が続いたとした場合の「現状投影シナリオ（Aシナリオ）」から考える。

【一般病床入院患者（1日当たり）】	2007年	約 80万人	→	2025年	約104万人
【医療療養病床入院患者（1日当たり）】	2007年	約 22万人	→	2025年	約 36万人
【介護施設入所者（1日当たり）】	2007年	約 84万人	→	2025年	約169万人
【居住系サービス利用者（1日当たり）】	2007年	約 25万人	→	2025年	約 47万人
【在宅介護サービス利用者（1日当たり）】	2007年	約243万人	→	2025年	約408万人
【外来・在宅医療（1日当たり）】	2007年	約582万人	→	2025年	約634万人

（上記と重複あり）

- B1シナリオ及びB2シナリオの前提

現状において、一般病床に入院している患者のうち、「急性期医療ニーズ」と「亜急性期等医療ニーズ」とにそれぞれどれだけ該当するか推計^(※)すると、急性期で7割、それ以外（亜急性期等）で3割と見込まれる。したがって、

急性期医療ニーズ	73万人/日
亜急性期等医療ニーズ	31万人/日 となる。

※ DPC及びDPC準備病院を急性期病院全体の代表として、在院日数等のデータをもとに急性期病床数必要数を試算すると、一般病床の基準病床に占める割合は70.3%となることから、104万人/日×70.3%=約73万人/日

- したがって、現状をベースに推計した、急性期73万人/日、亜急性期等31万人/日、長期療養（医療療養）36万人/日、介護施設169万人/日、居住系47万人/日、在宅介護408万人/日、外来・在宅医療634万人/日、が改革によってどのように変化していくかをシミュレートする。

（一統一）

- B3シナリオの前提

現状において一般病床に入院している患者について、「高度急性期医療ニーズ」、「一般急性期医療ニーズ」、「亜急性期等医療ニーズ」とにそれぞれどれだけ該当するか推計^(※)すると、高度急性期医療ニーズが全体（140万人）の15.6%（22万人）と見込まれる。したがって、

2025年	高度急性期医療ニーズ	22万人/日
	一般急性期医療ニーズ	51万人/日
	亜急性期等医療ニーズ	31万人/日

※ 急性期と亜急性期等の振り分けはB1及びB2シナリオと同様。高度急性期医療ニーズについては、特定機能病院の平均入院医療費収入程度以上の医療を行っているケースは高度急性期医療ニーズと仮定し、それを上回る費用がかかっているケースが入院全体の15.6%（件/日ベース）であるので、140万人/日 ×15.6%=約22万人/日

- したがって、現状をベースに推計した、高度急性期22万人/日、一般急性期51万人/日、亜急性期等31万人/日、長期療養（医療療養）36万人/日、介護施設169万人/日、居住系47万人/日、在宅介護408万人/日、外来・在宅医療634万人/日、が改革によってどのように変化していくかをシミュレートする。

(1) 急性期

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>急性期に医療を集中投入することにより、平均在院日数について、現状15.5日(DPC及びDPC準備病院46万床の平均)から、12日程度に短縮(23%短縮)を図る。これを実現するために、人員配置を現在の一般病床より手厚く※医療従事者等を配置する。</p> <p>※ターゲットとなる在院日数を実現している病院の平均的な人員配置を比較すると、医師、看護師、その他職員の配置が約1.2倍(平成18年度病院経営管理指標)</p> <p>これにより、一日あたりの患者も23%減少し、急性期医療ニーズは56万人/日となる。</p> <p>73万人/日から減少した17万人/日のニーズのうちほとんど(16万人/日)は、主に治療期間に重点的な医療が提供されることで安静・回復期ニーズの術後の在院期間の短縮が図られることによる減少分であり、亜急性期等の病床で対応するニーズに移るほか、1万人/日は、若年の患者を中心に、早期に軽快し、外来対応となることによる入院需要減と仮定する。</p>	<p>急性期に医療をより一層集中投入することにより、平均在院日数について、現状15.5日(DPC及びDPC準備病院46万床の平均)から、10日程度に短縮(35%短縮)を図る。これを実現するために、人員配置を現在の一般病床と比較しておおむね倍増※する。</p> <p>※参考資料にあるように諸外国との比較において、平均在院日数10日を実現している国の配置は日本の一般病床平均の職員配置の約2倍。</p> <p>これにより、一日あたりの患者も35%減少し、急性期医療ニーズは47万人/日となる。</p> <p>73万人/日から減少した26万人/日のニーズのうちほとんど(25万人/日)は、主に治療期間に重点的な医療が提供されることで安静・回復期ニーズの術後の在院期間の短縮が図られることによる減少分であり、亜急性期等の病床で対応するニーズに移るほか、1万人/日は、若年の患者を中心に、早期に軽快し、外来対応となることによる入院需要減と仮定する。</p>	<p>《高度急性期》 高度急性期に医療をより集中投入することにより、平均在院日数について、現状20.1日(医育機関+NC病院の平均)から、16日程度に短縮(20%短縮)を図る。これを実現するために、人員配置を現在の一般病床と比較しておおむね2.2倍とする。</p> <p>これにより、一日あたりの患者も20%減少し、高度急性期医療ニーズは、18万人/日となる。</p> <p>22万人/日から減少した4万人/日のニーズは、主に治療期間に重点的な医療が提供されることで術後の在院期間の短縮が図れることによる減少分であり、亜急性期等の病床で対応するニーズに移ることによる入院需要減と仮定する。</p> <p>《一般急性期》 一般急性期に医療を集中投入することにより、平均在院日数について、現状13.4日(急性期全体が現状15.5日であることから、高度急性期を20.1日とくと13.4日となる)から、9日程度に短縮(33%短縮)を図る。これを実現するために、人員配置を現在の一般病床と比較しておおむね1.8倍とする。</p> <p>これにより一日あたりの患者も、33%減少し、一般急性期医療ニーズは34万人/日となる。</p> <p>51万人/日から減少した17万人/日のニーズのうちほとんど(16万人/日)は、主に治療期間に重点的な医療が提供されることで術後の在院期間の短縮が図れることによる減少分であり、亜急性期等の病床で対応するニーズに移るほか、1万人/日は、若年の患者を中心に、早期に軽快し、外来対応となることによる入院需要減と仮定する。</p>

(2) 亜急性期・回復期リハビリテーション等

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>急性期の改革により、現状より早期に急性期の病床を退院することになるが、医療必要度がそれなりに高い状態で退院することとなるので、その受け皿として亜急性期等の病床の機能強化が重要になる。</p> <p>亜急性期等には、31万人/日に急性期から移行する16万人/日に加え、47万人/日になるものと思われる。</p> <p>この推計においては、亜急性期は医療・看護・リハビリの必要度が高まるために、コメディカルを中心に一定の増員が必要となる。</p>	<p>急性期の改革により、現状より早期に急性期の病床を退院することになるが、医療必要度がそれなりに高い状態で退院することとなるので、その受け皿として亜急性期等の病床の機能強化が重要になる。また、政策目標として、リハビリの早期開始・強化や、クリティカルパスの推進と職員体制の強化により、概ね20%程度の在院日数の短縮を見込む。</p> <p>亜急性期等のニーズは、31万人/日の現状投影ニーズに加え、急性期から移行する25万人/日に加え、56万人/日となるが、 ・20%の期間短縮効果(15日*)により11万人/日が軽快する、あるいは医療療養や介護施設等につづるものと見込む ・24時間対応可能な在宅医療の体制を整備することにより、本人の希望により在宅での看取りができる体制を強化することにより5万人/日が在宅等へ移行するものと見込む ことから、40万人/日になるものと思われる。</p> <p>この推計においては、亜急性期は医療・看護・リハビリの必要度が高まること、また、おおむね20%程度の在院日数の短縮を見込み、コメディカルを中心にB1推計以上の増員を図る。</p> <p>56万人/日から減少した16万人/日は、重篤な在宅医療に5万人/日、外来対応となる者が6万人/日、3万人/日が介護施設等へ、残り2万人/日が医療療養へ移行するものと仮定する。(重篤な在宅医療ニーズ以外は、若者と高齢者が概ね5割ずつと仮定する)</p>	<p>急性期の改革により、現状より早期に急性期の病床を退院することになるが、医療必要度がそれなりに高い状態で退院することとなるので、その受け皿として亜急性期等の病床の機能強化が重要になる。また、政策目標として、リハビリの早期開始・強化や、クリティカルパスの推進と職員体制の強化により、概ね20%程度の在院日数の短縮を見込む。</p> <p>亜急性期等のニーズは、31万人/日の現状投影ニーズに加え、高度急性期及び一般急性期から移行する20万人/日に加え、51万人/日となるが、 ・20%の期間短縮効果(15日*)により10万人/日が軽快する、あるいは医療療養や介護施設等につづるものと見込む ・24時間対応可能な在宅医療の体制を整備することにより、本人の希望により在宅での看取りができる体制を強化することにより5万人/日が在宅等へ移行するものと見込む ことから、36万人/日になるものと思われる。</p> <p>この推計においては、亜急性期は医療・看護・リハビリの必要度が高まること、また、おおむね20%程度の在院日数の短縮を見込み、コメディカルを中心にB1推計以上の増員を図る。</p> <p>51万人/日から減少した15万人/日は、重篤な在宅医療に5万人/日、外来対応となる者が5万人/日、3万人/日が介護施設等へ、残り2万人/日が医療療養へ移行するものと仮定する。(重篤な在宅医療ニーズ以外は、若者と高齢者が概ね5割ずつと仮定する)</p>

(3)長期療養(医療療養)

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>改革後の長期療養(医療療養)は、医療必要度の低いニーズが介護施設に移行することや、旧介護療養から医療必要度の高いニーズが移行してくることから、総体として平均的な医療必要度が高まり、医療に重点を置いた長期ケアが提供される。</p> <p>長期療養(医療療養)には、36万人/日から、医療必要度の低いニーズ19万人/日が介護に移行し、旧介護療養から医療必要度の高いニーズ4万人/日が医療療養に移行してくるため、21万人/日になるものと思われる。</p> <p>* 医療療養のうち、医療区分1に該当する37.7%と、医療区分2の3割に当たる14.2%の併せて51.9%のニーズ(2025年で約19万人/日)が介護へ移行し、旧介護療養のうち、医療区分3に該当する4.0%と、医療区分2の7割に当たる14.6%の併せて20.6%のニーズ(2025年で約4万人/日)が医療療養に移行すると仮定</p>	<p>改革後の長期療養(医療療養)は、医療必要度の低いニーズが介護施設に移行することや、旧介護療養から医療必要度の高いニーズが移行してくることから、総体として平均的な医療必要度が高まり、医療に重点を置いた長期ケアが提供される。</p> <p>長期療養(医療療養)には、36万人/日から、垂急性期等からの2万人/日を加え、医療必要度の低いニーズ19万人/日が介護に移行し、旧介護療養から医療必要度の高いニーズ4万人/日が医療療養に移行してくるため、23万人/日になるものと思われる。</p> <p>* 医療療養のうち、医療区分1に該当する37.7%と、医療区分2の3割に当たる14.2%の併せて51.9%のニーズ(2025年で約19万人/日)が介護へ移行し、旧介護療養のうち、医療区分3に該当する4.0%と、医療区分2の7割に当たる14.6%の併せて20.6%のニーズ(2025年で約4万人/日)が医療療養に移行すると仮定</p>	(同左)

(4)医療機関から介護や外来・在宅医療への移行

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
上記の結果、医療機関から介護や外来・在宅医療に移行する者は、140万人のうち、16万人/日と考えられる。	上記の結果、医療機関から介護や外来・在宅医療に移行する者は、140万人のうち、30万人/日と考えられる。	上記の結果、医療機関から介護や外来・在宅医療に移行する者は、140万人のうち、29万人/日と考えられる。

(5)介護(医療から介護への移行を踏まえた改革)

B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>(前提)</p> <p>①介護施設(特養・老健) まず、現状投影型における要介護度別世帯類型別施設入所者数を推計し、要介護度3以上の施設利用割合(要介護認定者等に対する施設利用者数の割合)が5%程度低下するものと仮定(要介護2は10%、要介護1は施設利用せずと仮定)。</p> <p>その上で、特養は重度者中心、老健は在宅復帰施設であることを念頭に中重度者中心の利用と仮定。なお、介護療養型老健は医療ニーズが一定程度ある高齢者が利用するものと仮定し、前記により全体的に重度シフトした施設利用者を現状の要介護度別施設利用者割合で按分して設定。</p> <p>このことに伴って、特養については、入所時の要介護度の上昇により平均在所期間が短くなり(3.74年程度→3年程度)その分入退所者数が増加すること、老健等他の施設の機能強化に伴って家庭からの入所が増加することを仮定。</p> <p>②居住系(グループホーム・特定施設) 施設・居住系サービス全体で、スウェーデンなみ(高齢者人口対比で6%程度)の整備を仮定。</p> <p>* 2025年の高齢者人口3,635万人×6%=218万人/日。これから、施設ニーズ①で設定したものに(1)～(4)により医療から移行する分を加えたものを控除して、居住系の利用は68万人/日と設定。</p> <p>* このうち、グループホームの整備量については、施設を利用しない認知症高齢者のうちグループホームを利用する者の割合を2025年に5割程度増加(11%→17%)させるものと仮定して、204万人/日×17%=35万人/日と設定。結果として、特定施設は68万人/日から35万人/日を控除して33万人/日と設定。</p> <p>③在宅 現状投影型における介護サービス利用者数から、上記①②を控除して設定。</p>	(同左)	(同左)

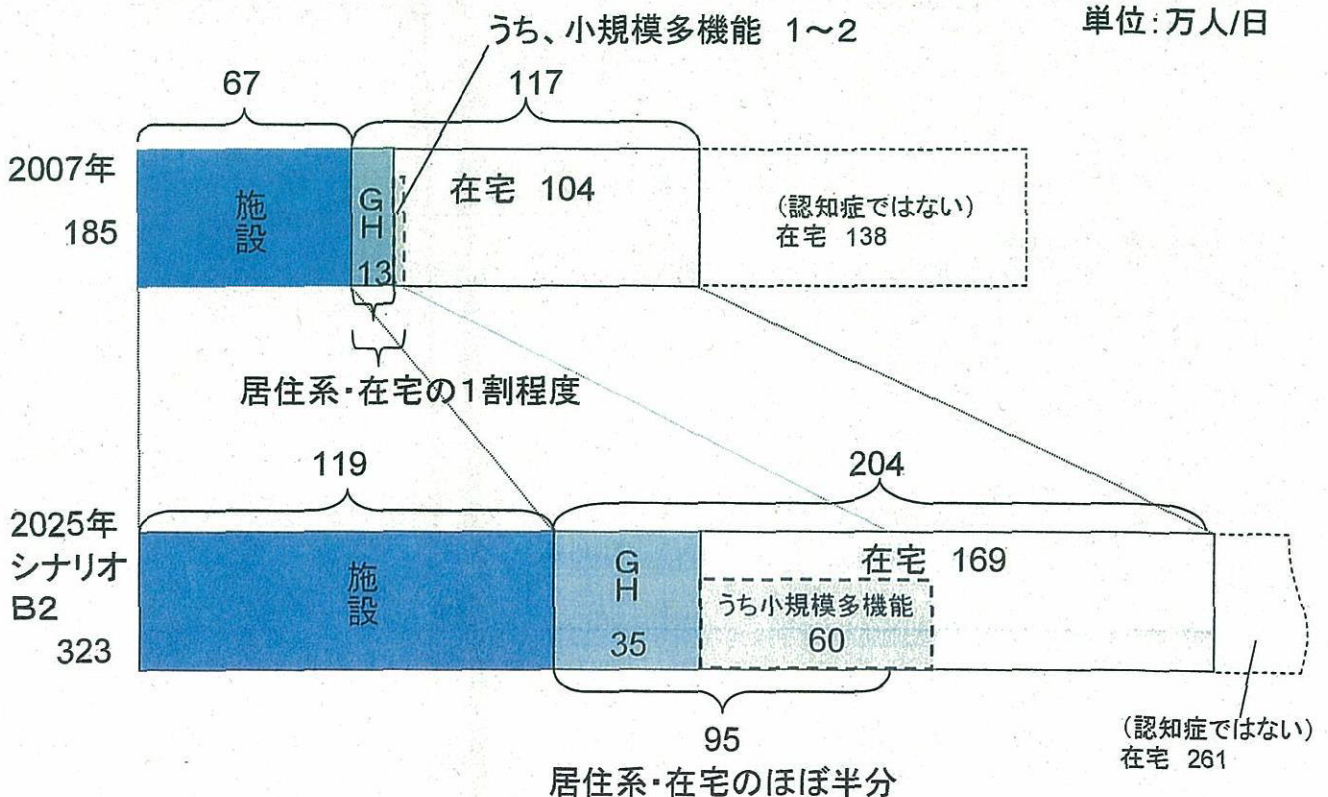
B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
<p>(医療から移行する者について) (1)～(4)により、医療から介護に移行する15万人/日については、医療ニーズが一定程度ある者であることから、大半(95%相当)が施設を利用するものと仮定する。</p> <p>「療養病床アンケート調査」(平成19年3月)によると、医療区分1もしくは2の患者について望ましいと考える施設として病院以外では特養、老健とするものが大半であり、各々同数程度であったことから、特養と療養型老健で半々程度で利用するものと仮定。残る1万人/日は在宅と仮定。結果として、特養7万人/日、療養型老健7万人/日、在宅1万人/日となる。</p>	<p>(医療から移行する者について) (1)～(4)により、医療から介護に移行する23万人/日のうち、医療が必要な亜急性期からの5万人/日については介護ニーズが比較的低いものとして、十分な在宅医療を受けながら在宅介護サービスで対応するものと仮定する。</p> <p>療養病床からの15万人/日及び亜急性期からの3万人/日の合計18万人/日については、医療ニーズが一定程度ある者であることから、大半(95%相当)が施設を利用するものと仮定する。</p> <p>「療養病床アンケート調査」(平成19年3月)によると、医療区分1もしくは2の患者について望ましいと考える施設として病院以外では特養、老健とするものが大半であり、各々同数程度であったことから、特養と療養型老健で半々程度で利用するものと仮定。残る1万人/日は在宅と仮定。結果として、特養9万人/日、療養型老健9万人/日、在宅6万人/日となる。(端数により合計が内訳の和に一致しない)</p>	<p>(同左)</p>

(6)その他

- 精神・感染症等の病床、歯科診療所、医療や施設からの移行を除く在宅介護利用者はB1、B2、B3シナリオにおいてもAシナリオと同じと仮定。具体的には精神感染症等の病床の入院患者数は2007年～2025年にかけて約30～40万人/日程度で推移、歯科診療所の1日あたり患者数は2007年～2025年にかけて約120～130万人/日程度で推移、移行を除く在宅介護利用者数は2007年の約240万人/日から2025年の約410万人/日へと増加する計算。
- 外来・在宅医療の患者数については、
 - ・近年の受診動向をみると、延べ患者数は減少傾向にあるが、今回のシミュレーションではこの傾向は織り込んでおらず、Aシナリオでは若干増加する計算となっている。
 - ・B1、B2、B3シナリオにおいては、生活習慣病予防への取り組みにより、2025年の外来・在宅医療の患者数がAシナリオに比べて5%程度減少するものと仮定。(外来医療費に占める糖尿病、高血圧性疾患、虚血性心疾患、脳血管疾患の割合が概ね2～3割程度であること、また、2015年度におけるメタボリックシンドロームの該当者及び予備軍を2008年度と比べて25%減少させるとの目標があることを勘案して、2割程度×25%=5%程度と仮定。)
 - ・また、在宅医療の普及等に鑑みて、B1、B2、B3シナリオにおいては、病院の外来・在宅医療の患者数及び医療費の半分程度が診療所に移行するものと仮定。
- 上で述べたような諸改革の実現に伴い平均在院日数の短縮が見込まれ、また、在宅サービスの充実、生活習慣病予防の効果が一定程度織り込まれており、全体として医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム(平成19年5月 厚生労働省)を一定程度踏まえたものとなっている。

(参考) 認知症高齢者ケアの全体像イメージ(認知症自立度Ⅱ以上)

単位:万人/日



(注) 増加する認知症に対応するため、中学校区(全国に約1万校区)に3箇所程度(定員20名)の小規模多機能を整備するものと仮定し、グループホーム(GH)と小規模多機能サービスにより施設以外にいる認知症高齢者のほぼ半分をカバーできることとなる。