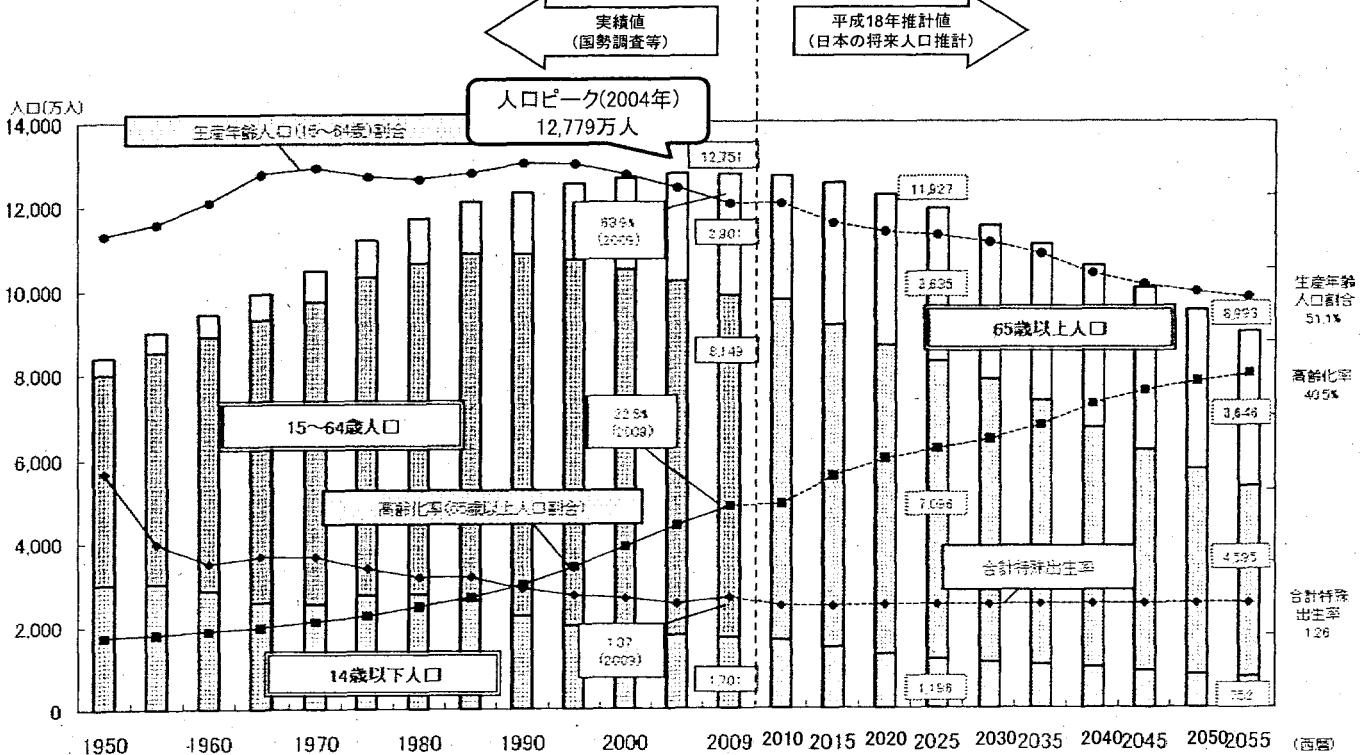


# 医療提供体制について

## 高齢化等の動向

# 我が国の人口の推移

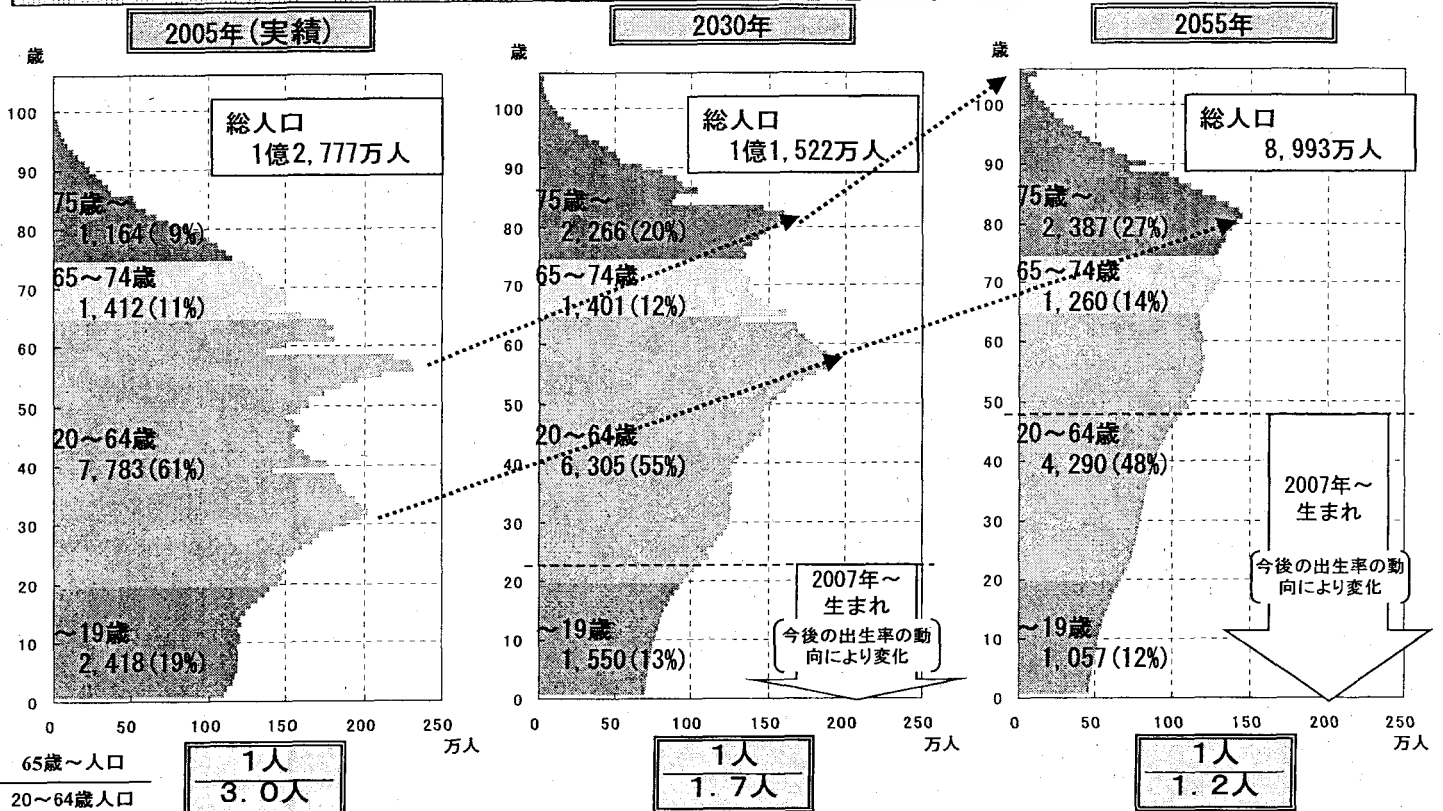
○我が国の人口は2004年にピークを迎え、減少局面に入っている。2055年には9000万人を割り込み、高齢化率は40%を超えると推計されている



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

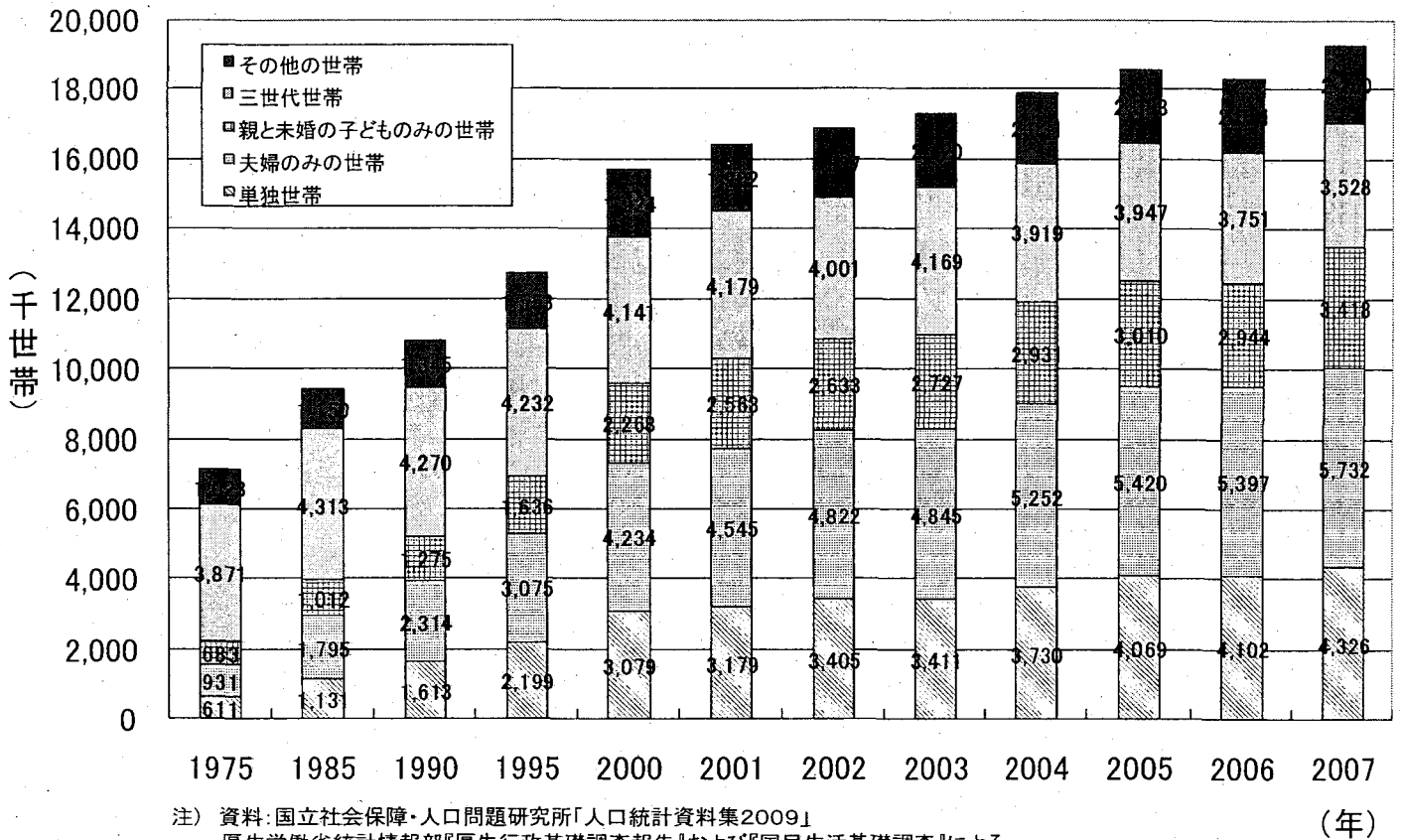
## 人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) - 平成18年中位推計 -

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



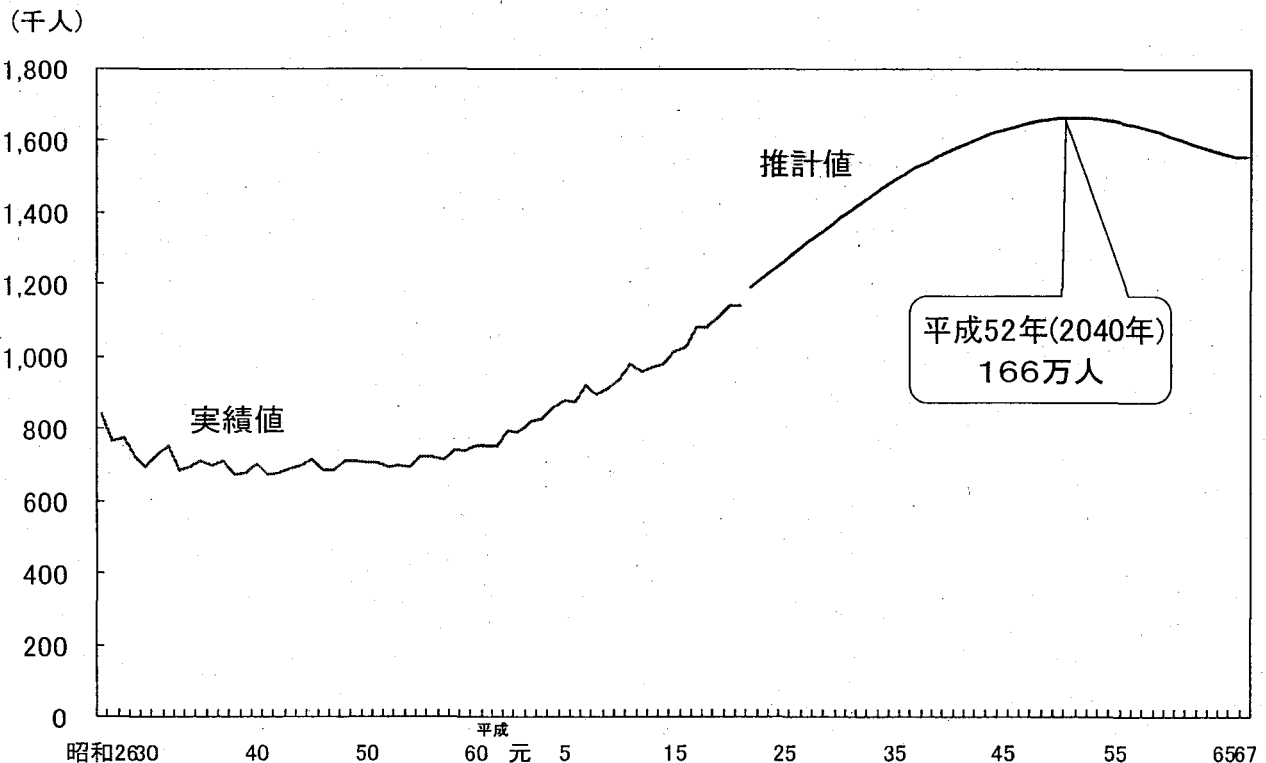
注: 2005年は国勢調査結果(年齢不詳按分人口)。

## 65歳以上の高齢者のいる世帯数及び構成割合(世帯構造別)



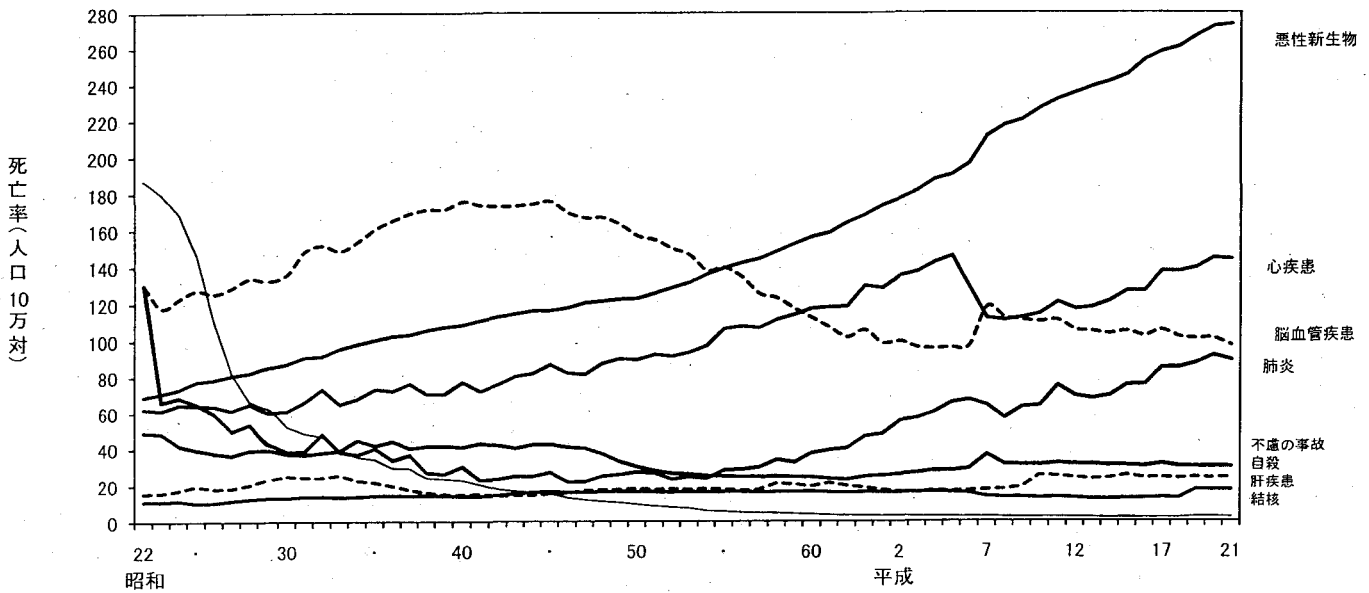
注) 資料: 国立社会保障・人口問題研究所「人口統計資料集2009」  
 厚生労働省統計情報部『厚生行政基礎調査報告』および『国民生活基礎調査』による。  
 1995年の数値は、兵庫県を除いたものである。「三世代世帯」は、世帯主を中心とした直系三世代以上の世帯。

## 死亡数の年次推移



資料) 平成21年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」  
 平成22年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

## 主な死因別にみた死亡率の年次推移

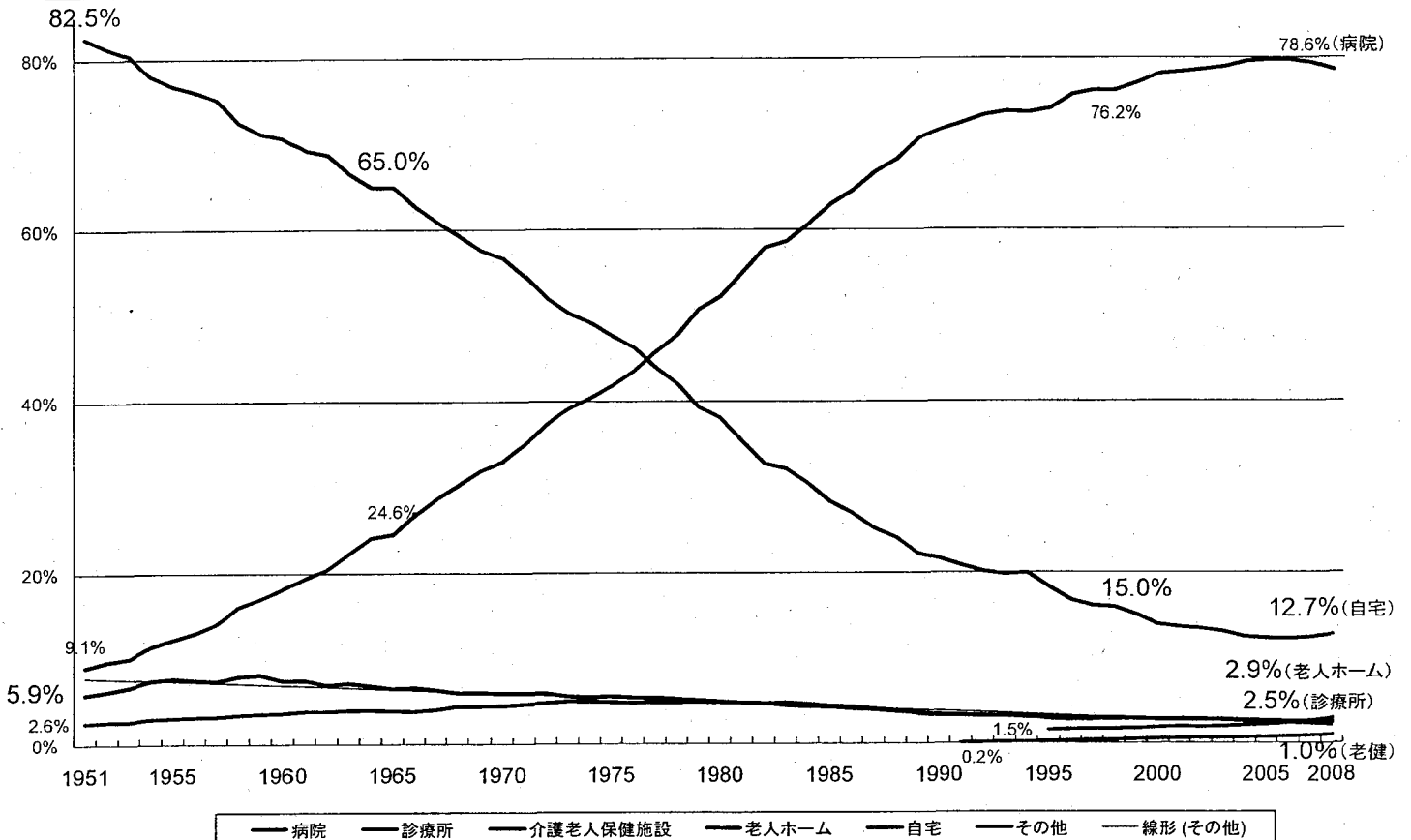


資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」

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

5

## 死亡場所の推移

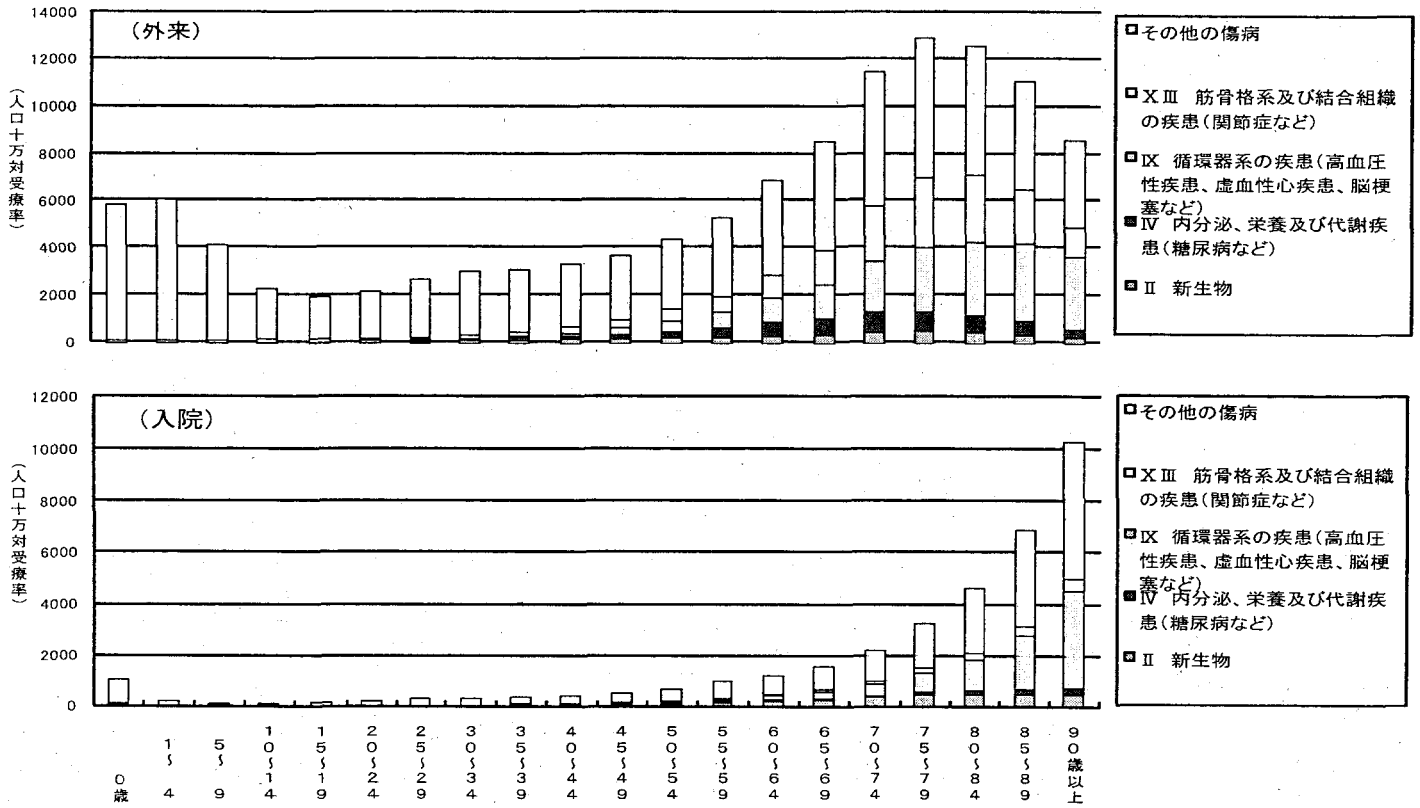


※1994年までは老人ホームでの死亡は、自宅に含まれている

出典：厚生労働省 人口動態調査 死亡の場所別に見た年次別死亡数

6

# 年齢階級別受療率



(注)「患者調査」(平成20年)により作成

## 医療提供体制について

# 医療提供体制について

## 背景・趣旨

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

## 基本データ

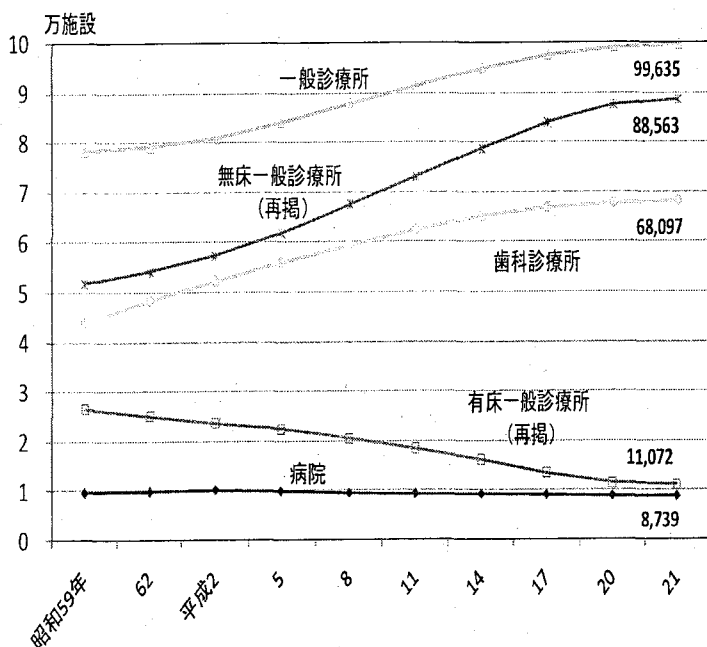
- 医療施設数 = 病院：8,739、診療所：99,635、歯科診療所：68,097（平成21年）
- 病床規模別病院数 = 500床～：462、300～499床：1,106、100～299床：3,875、20～99床：3,296（平成21年）
- 医療関係者数 = 医師：286,699人、歯科医師：99,426人、薬剤師：267,751人、看護職員：1,397,333人（平成20年）

8

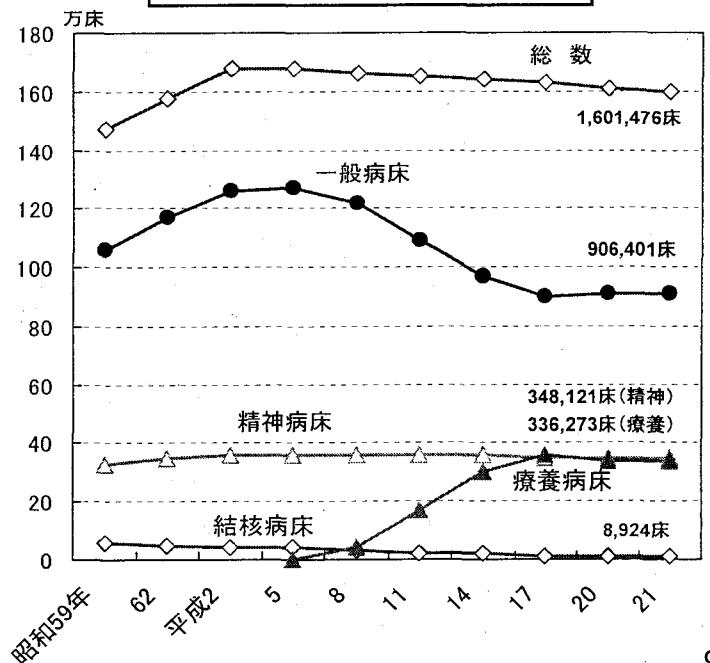
# 医療施設数及び病床数の推移

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

医療施設数の推移



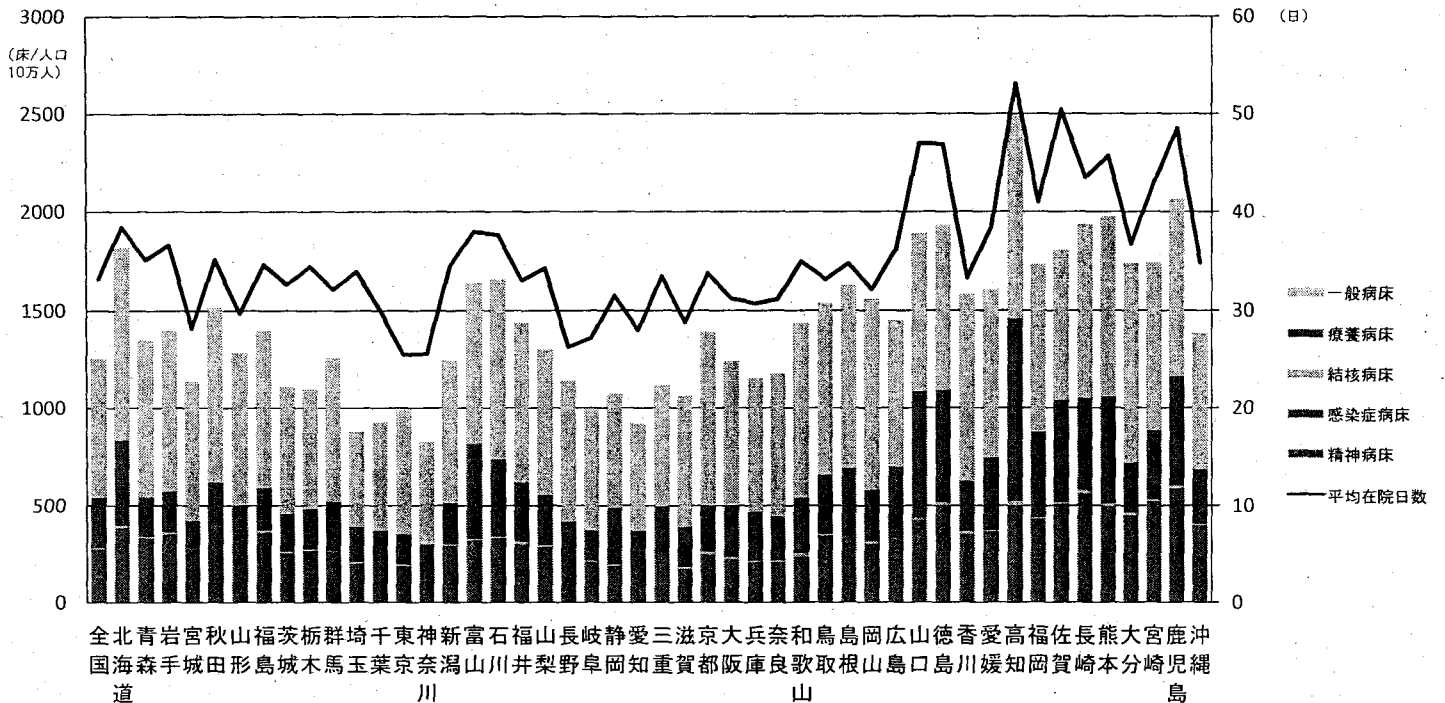
種類別病院病床数の推移



9

## 人口10万人当たり病院病床数、病院平均在院日数(平成21年)

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

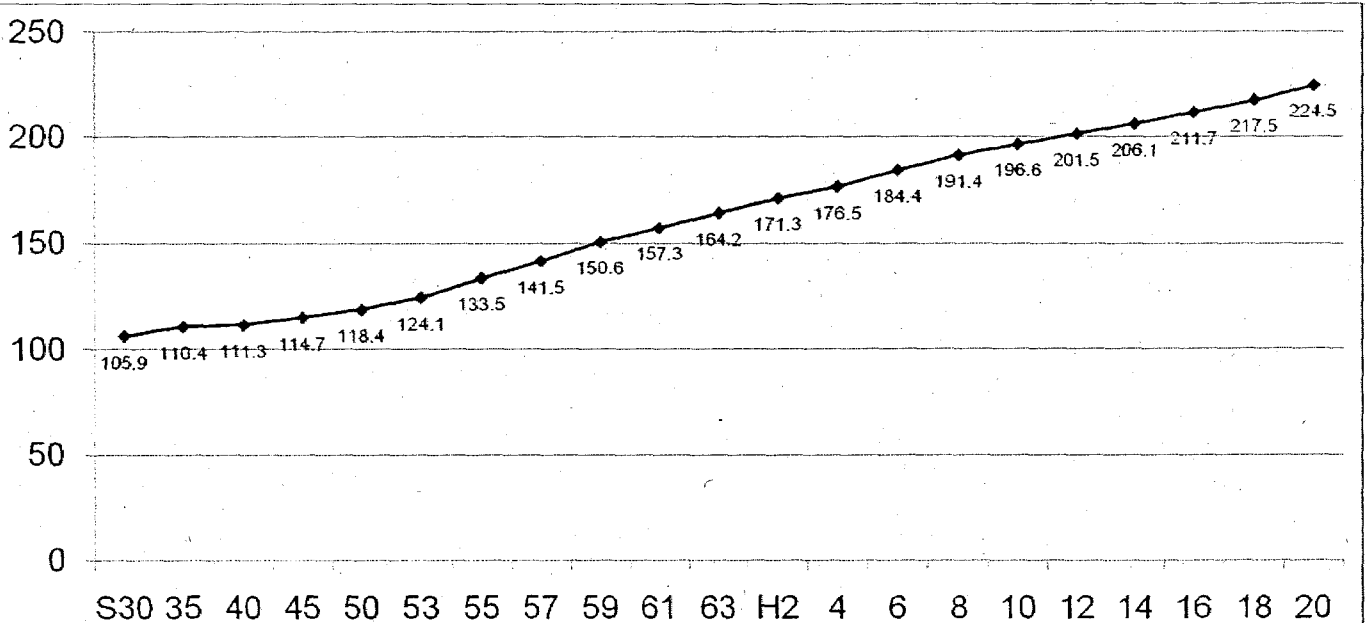


(出典)医療施設調査・病院報告10

## 人口10万対医師数の年次推移

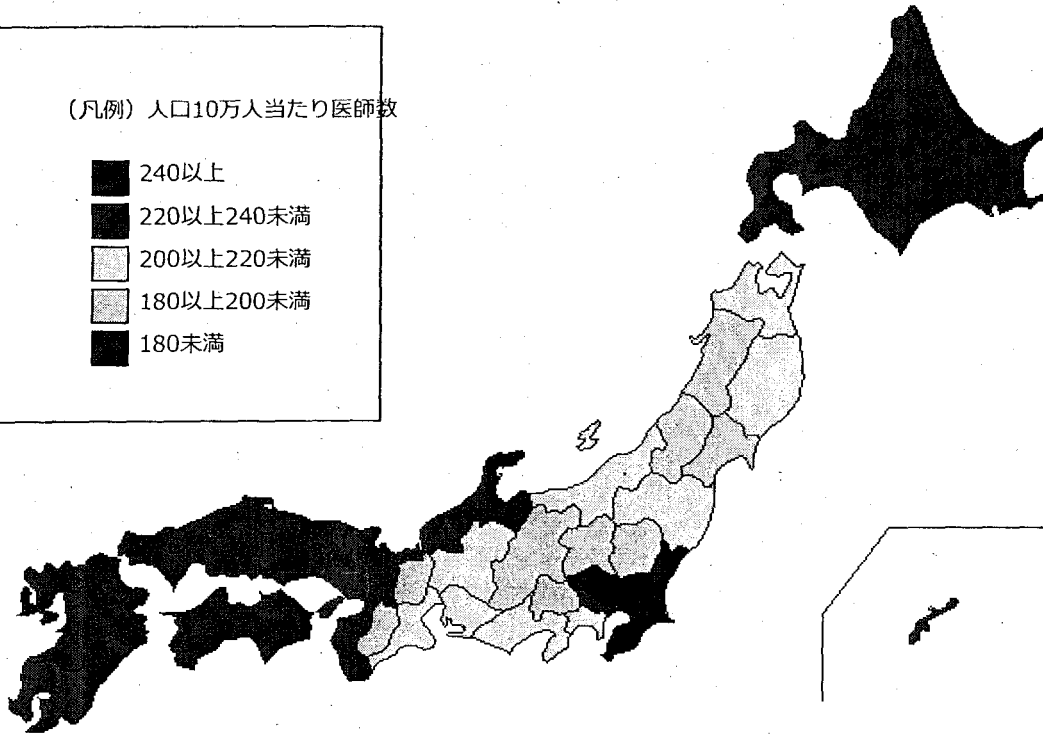
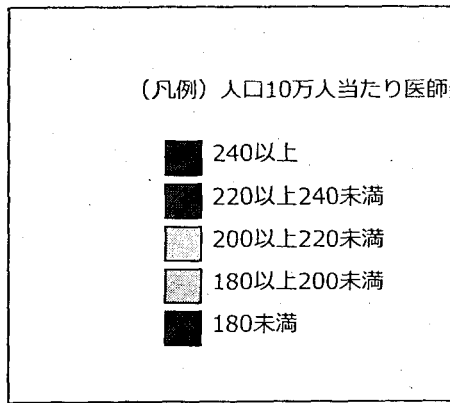
○近年、医師国家試験の合格者は毎年7,600~7,700人程度であり、死亡等を除いても、医師数は、毎年3,500~4,500人程度増加。

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



(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

# 人口10万人当たり医師数の分布（平成20年）



(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

## 二次医療圏別人口10万人当たり従事医師数

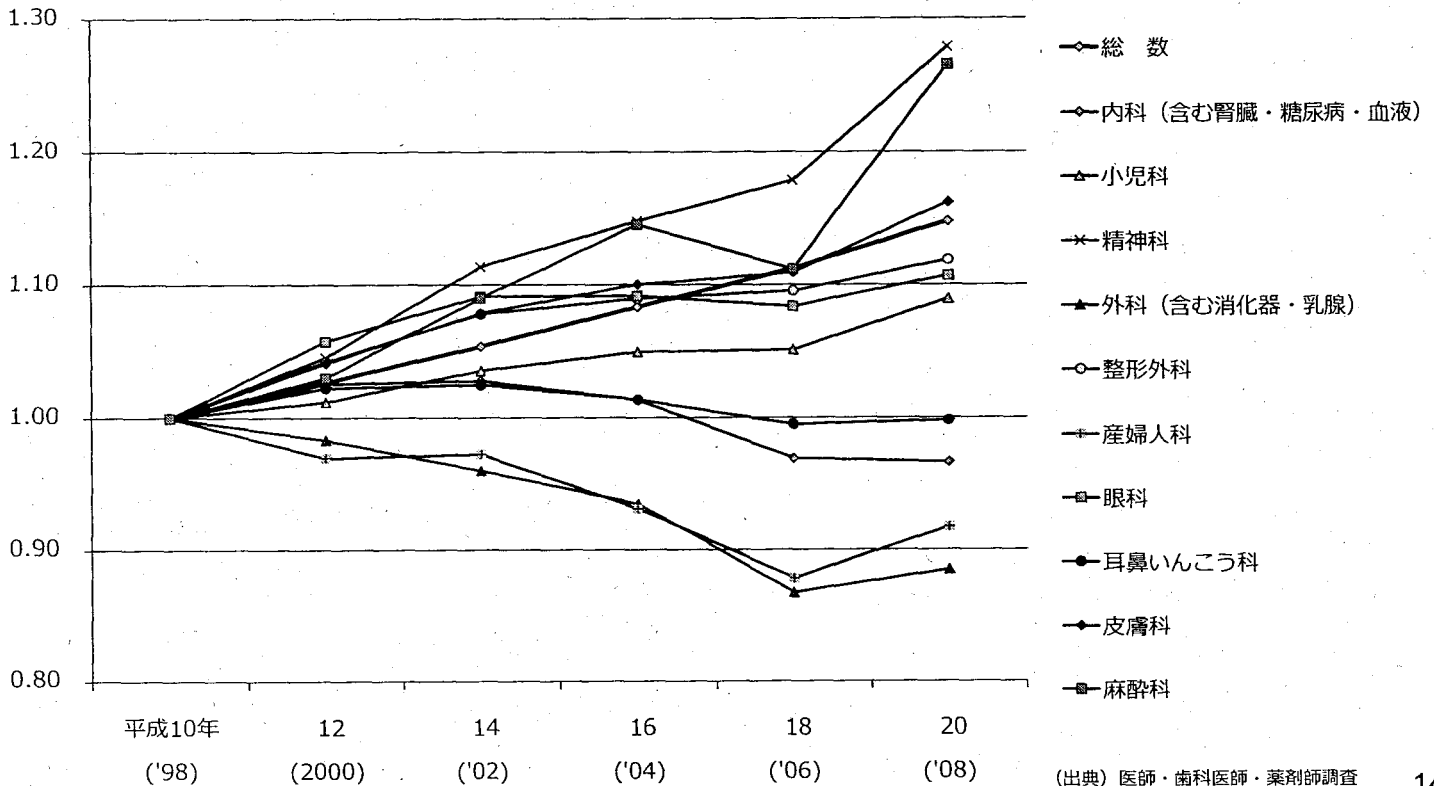
各都道府県内においても、県庁所在地など人口当たりの医師数が多い地域と、郡部など少ない地域がみられる。

都道府県	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数(県内)	県内での差	都道府県	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数(県内)	県内での差	都道府県	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数(県内)	県内での差
北海道	上川中部	313.2	3.5倍	石川県	石川中央	328.8	2.6倍	岡山県	県南東部	324.3	2.1倍
	根室	89.8			能登北部	124.7			高梁・新見	151.2	
青森県	津軽地域	285.2	2.9倍	福井県	福井・坂井	315.5	2.7倍	広島県	呉	291.8	1.6倍
	西北五地域	98.5			奥越	115.8			広島中央	185.5	
岩手県	盛岡	288.5	2.5倍	山梨県	中北	269.8	2.6倍	山口県	宇部・小野田	386.1	2.3倍
	久慈	114.4			峡南	105.6			萩	167.9	
宮城県	仙台	270.5	2.7倍	長野県	松本	339.0	2.9倍	徳島県	東部I	353.4	2.1倍
	登米	99.9			木曾	115.5			南部II	164.7	
秋田県	秋田周辺	290.3	2.5倍	岐阜県	岐阜	239.1	1.7倍	香川県	高松	319.1	2.2倍
	北秋田	116.8			中濃	137.7			小豆	148.1	
山形県	村山	262.5	1.9倍	静岡県	西部	237.9	1.9倍	愛媛県	松山	309.2	2.0倍
	最上	136.2			中東通	122.7			宇摩	156.0	
福島県	東北	256.7	2.5倍	愛知県	尾張東部	353.7	4.7倍	高知県	中央	325.6	2.2倍
	南会津	104.3			尾張中部	75.5			高橋	149.1	
茨城県	つくば	352.8	4.0倍	三重県	中勢伊賀	252.9	1.7倍	福岡県	久留米	422.4	3.1倍
	常陸水戸・ひたちなか	89.1			東紀州	150.4			京築	138.5	
栃木県	県南	399.8	3.2倍	滋賀県	大津	341.8	2.7倍	佐賀県	中部	337.6	2.2倍
	県西	126.5			甲賀	125.0			西部	154.8	
群馬県	前橋	384.3	2.8倍	京都府	京都・乙訓	396.3	3.2倍	長崎県	長崎	368.1	2.9倍
	太田・群林	135.9			山城南	124.3			上五島	126.9	
埼玉県	西部第二	271.2	2.7倍	大阪府	中河内	344.6	2.0倍	熊本県	熊本	394.5	3.4倍
	利根	102.1			大坂市	173.5			阿蘇	115.1	
千葉県	安房	336.3	3.4倍	兵庫県	神戸	294.6	2.0倍	大分県	中部	293.1	2.0倍
	山笠長生夷崎	98.9			山播磨	145.4			西部	146.8	
東京都	区中央部	1305.2	10.1倍	奈良県	東和	248.8	1.5倍	宮崎県	宮崎東諸県	319.8	2.6倍
	島しょ	128.7			南和	161.0			西部児湯	122.2	
神奈川県	横浜南部	247.0	1.9倍	和歌山県	和歌山	357.1	2.3倍	鹿児島県	鹿児島	335.7	3.1倍
	県央	133.3			那賀	154.9			奄美	108.2	
新潟県	新潟	246.0	2.0倍	鳥取県	西部	389.4	2.0倍	沖縄県	南部	274.4	1.7倍
	魚沼	121.6			中部	199.1			宮古	164.4	
富山県	富山	295.6	1.6倍	鳥取県	出雲	427.2	3.4倍	「平成20年医師・歯科医師・薬剤師調査」(厚生労働省)、 「住民基本台帳に基づく人口、人口動態及び世帯数(平成21年 3月31日現在)」(総務省)より作成			
	高岡	189.8			雲南	126.1					



## 診療科別医師数の推移（平成10年を1.0とした場合）

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



## 病院等における必要医師数実態調査の概要

### 調査結果のポイント

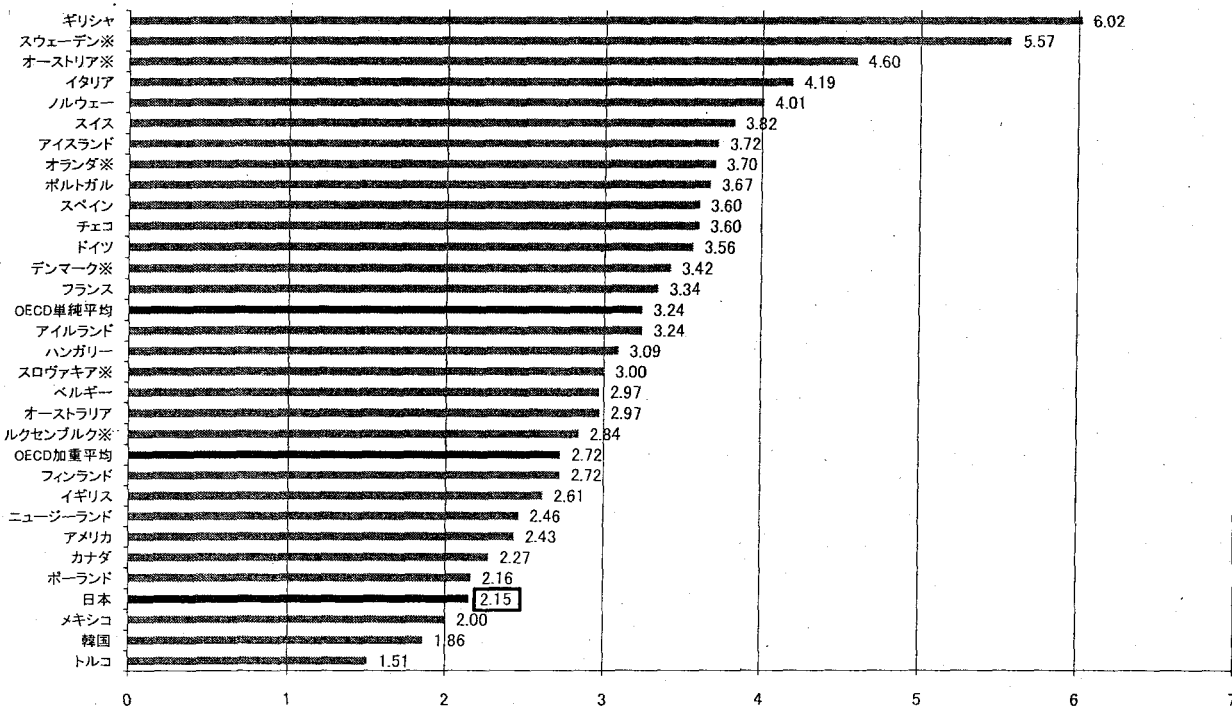
- 必要求人医師数は 18,288人であり、現員医師数と必要求人医師数の合計数は、現員医師数の1.11倍であった。また、必要医師数(必要求人医師数と必要非求人医師数の合計医師数をいう)は 24,033人であり、現員医師数と必要医師数の合計数は、現員医師数の1.14倍であった。(これらの倍率を「現員医師数に対する倍率」という)
- 現員医師数に対する倍率が高い都道府県は、次のとおりであった。
  - ・必要求人医師数：島根県1.24倍、岩手県1.23倍、青森県1.22倍
  - ・必要医師数：岩手県1.40倍、青森県1.32倍、山梨県1.29倍
- 現員医師数に対する倍率が高い診療科は、次のとおりであった。
  - ・必要求人医師数：リハビリ科1.23倍、救急科1.21倍、呼吸器内科1.16倍、分娩取扱い医師(再掲)1.11倍
  - ・必要医師数：リハビリ科1.29倍、救急科1.28倍、産科1.24倍、分娩取扱い医師(再掲)1.15倍

### 病院等における必要医師数実態調査について

- <調査の目的> 本調査は、全国統一的方法により各医療機関が必要と考えている医師数の調査を行うことで、地域別・診療科別の必要医師数の実態等を把握し、医師確保対策を一層効果的に推進していくための基礎資料を得ることを目的としたものであり、厚生労働省が実施した調査としては初めてのものである。  
なお、本調査の結果は、医療機関から提出された人数をそのまま集計したものである。
- <調査の期日> 平成22年6月1日現在
- <調査の対象> 全国の病院及び分娩取扱い診療所を対象(10,262施設)
- <回収の状況> 回収率は、病院88.5%、分娩取扱い診療所64.0%の合計で84.8%であった

# 人口1,000人当たり臨床医数の国際比較（2008年（平成20年））

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



※は2007年

注1 単純平均とは、各国の人口当たり医師数の合計を国数で割った数のこと。

注2 加重平均とは、全医師数を全人口で割った数のこと。

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

OECD Health Data2010より

# 医療提供体制の各国比較（2008年）

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

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

〔出典〕：「OECD Health Data 2010」

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

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

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

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

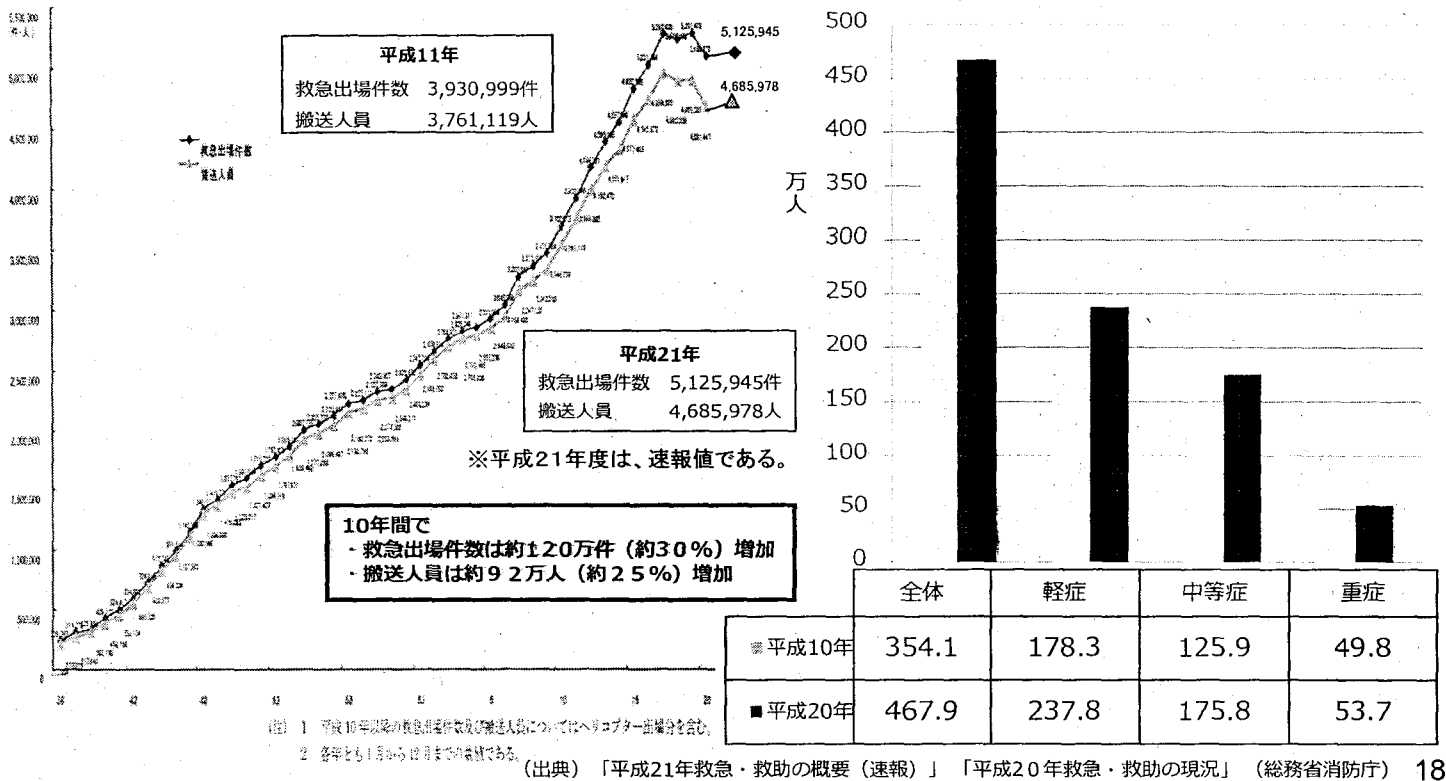
フランス：急性期病床、長期病床、精神病床、その他の病床 イギリス：イギリス国営医療サービス事業に登録されている全病床（長期病床を除く）

アメリカ：アメリカ病院協会に登録されている全病院の病床

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

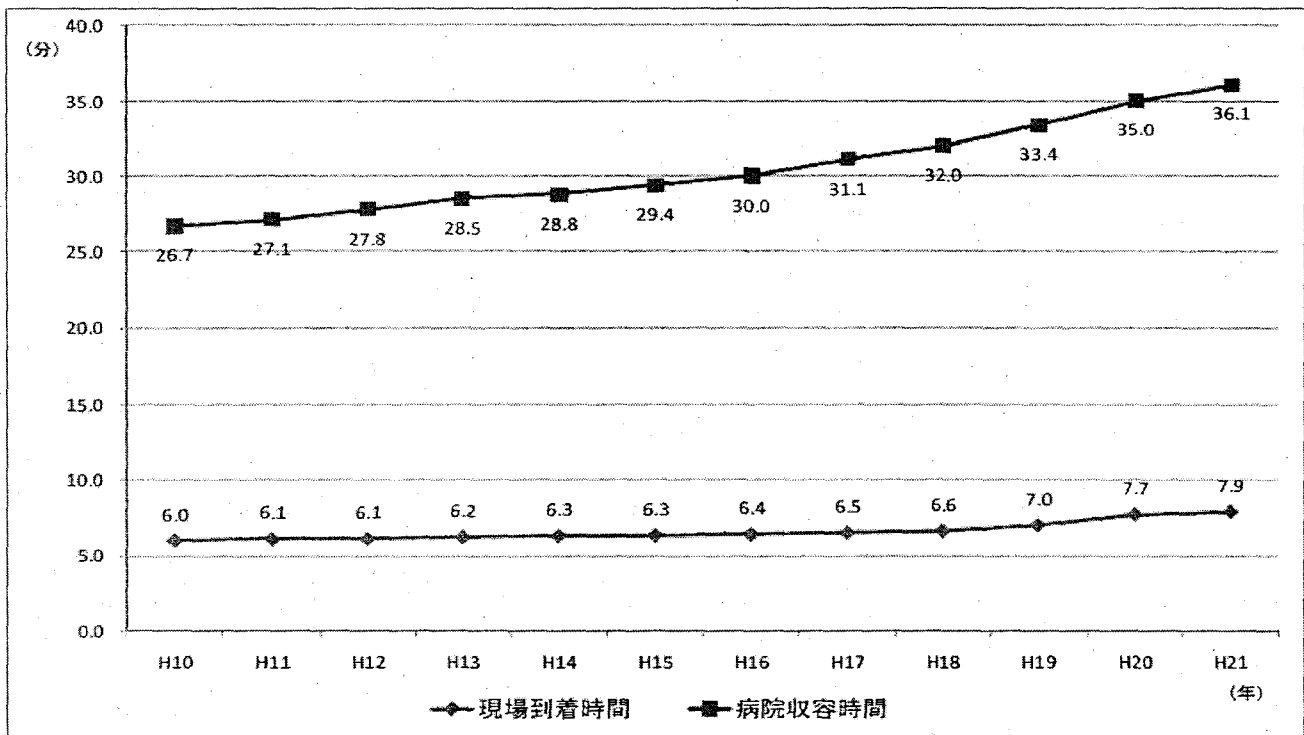
## 救急出動件数及び搬送人員の推移（左図） 過去10年間の救急搬送人員の変化（重症度別）（右図）

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



## 現場到着時間及び病院収容時間の推移

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

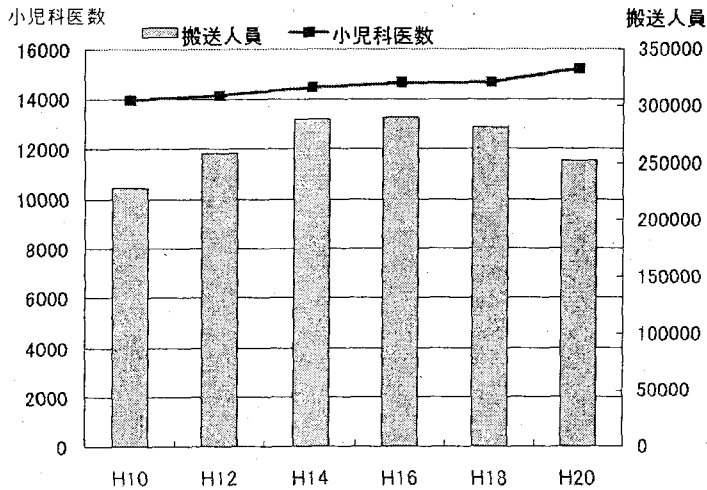


「平成21年救急・救助の概要（速報）」（総務省消防庁）

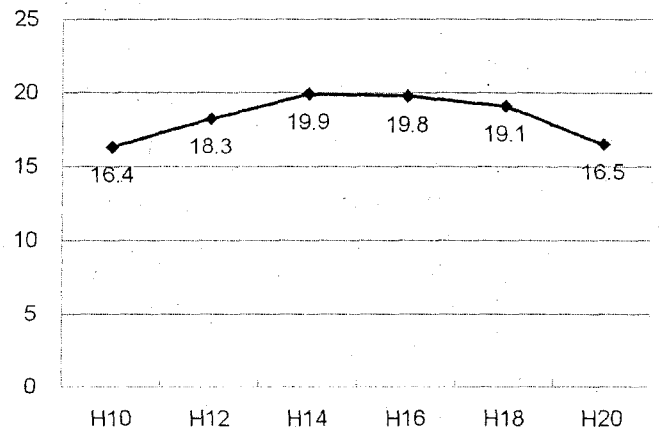
## 小児科医師数と救急自動車による7歳未満の搬送人員

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

実数



小児科医師1人当たりの搬送人員数

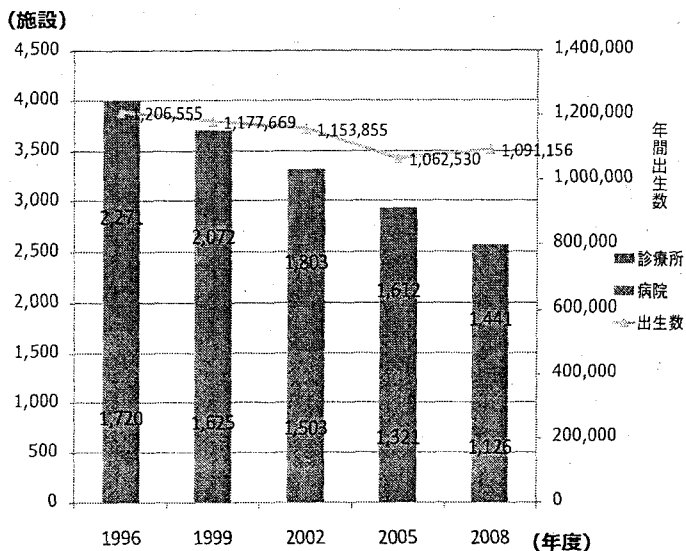


救急・救助の現況、医師・歯科医師・薬剤師調査

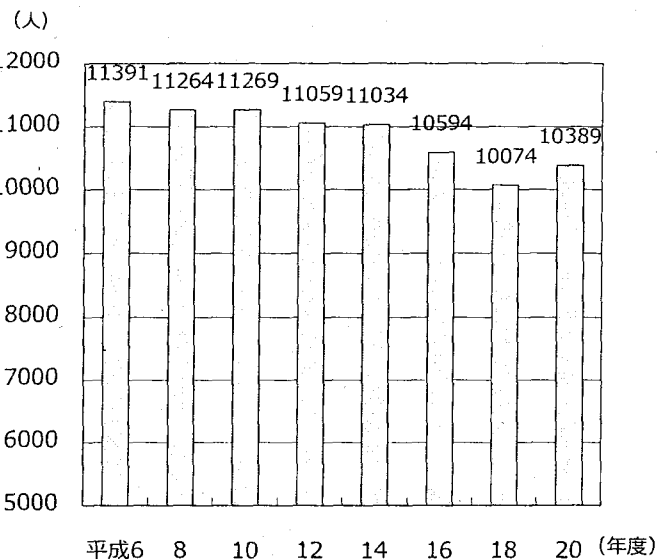
## 分娩取扱い施設及び産婦人科・産科医の推移

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

分娩取扱い施設の推移



産婦人科・産科医数の推移



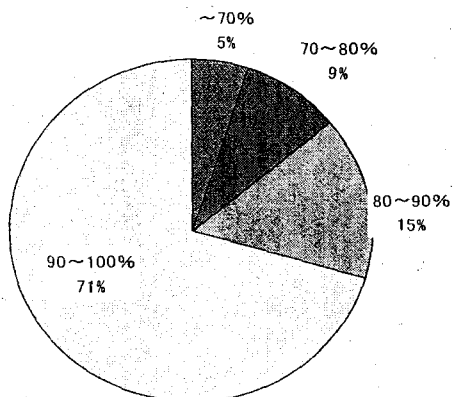
## 母体及び新生児の搬送受入れ

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

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

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

#### NICU病床利用率90%超のセンターは約7割



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

#### 受入れができなかった主な理由は「NICU満床」

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

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

※受入れができなかったことがあるセンター数に対する割合

(厚生労働省医政局指導課調べ) 22

## 地域医療の機能強化に関する厚生労働省の取組み（平成22年度予算等）

課題	対応
<b>医師確保・医療人材確保対策等の推進</b>  (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。  (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。  (医師の地域偏在) ○対人口比でも、全国的に大都市に医師が集中し、周辺地域やへき地で医師が不足している。	<b>◆医師の診療科偏在・地域偏在対策（22年度予算 80億円）</b> >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
	<b>◆女性医師等の離職防止・復職支援（22年度予算 25億円）</b> >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
	<b>◆地域医療再生基金（21年度1次補正予算 2,350億円）</b> >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
	<b>◆チーム医療の推進</b> >チーム医療検討会の報告書を受け、幅広い医療行為を実施できる「特定看護師（仮称）」制度の導入等、チーム医療の推進に関する具体的方策の実施に向けて、「チーム医療推進会議」を開催し検討を進める。

	課題	対応
救急医療・周産期医療の体制整備	(周産期医療の不足) ○周産期医療の病床や医師・看護師等が不足。	◆周産期医療体制の充実・強化 (22年度予算 87億円) ▶周産期母子医療センターのMFICU(母体・胎児集中治療室)、NICU(新生児集中治療室)等に対する財政支援 ▶NICU等に長期入院している小児の在宅への移行促進
	(救急患者の受入れに時間がかかる) ○救急患者が、病院に受け入れられるまでに時間がかかるケースがある。	◆救急医療体制の充実 (22年度予算 152億円) ▶重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターに対する財政支援 ▶二次救急医療体制の充実 - 受入困難患者の受入れを確実にを行う医療機関の空床確保に対する財政支援 - 診療所医師が二次救急医療機関等で休日・夜間に診療支援を行う場合の財政支援 ▶重篤な小児救急患者に対する医療の充実を図るため、「小児救命救急センター」や小児集中治療室に対する財政支援 ▶改正消防法に基づき、都道府県において地域の搬送・受入ルールを策定【総務省消防庁と連携】

## 医療法の改正の主な経緯について

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