



4. 医療提供体制

第2版

JHPN とは

Japan Health Policy NOW (JHPN) は、日本の医療政策に関する情報を日・英、二か国語で発信する世界で唯一のプラットフォームです。

「高齢化が最も急速に進む国の一つである日本の医療政策は、世界中からの注目を集めています。それらの情報を発信するサイトとして、2015年9月に日本医療政策機構（Health and Global Policy Institute）が開設し、運営しています。

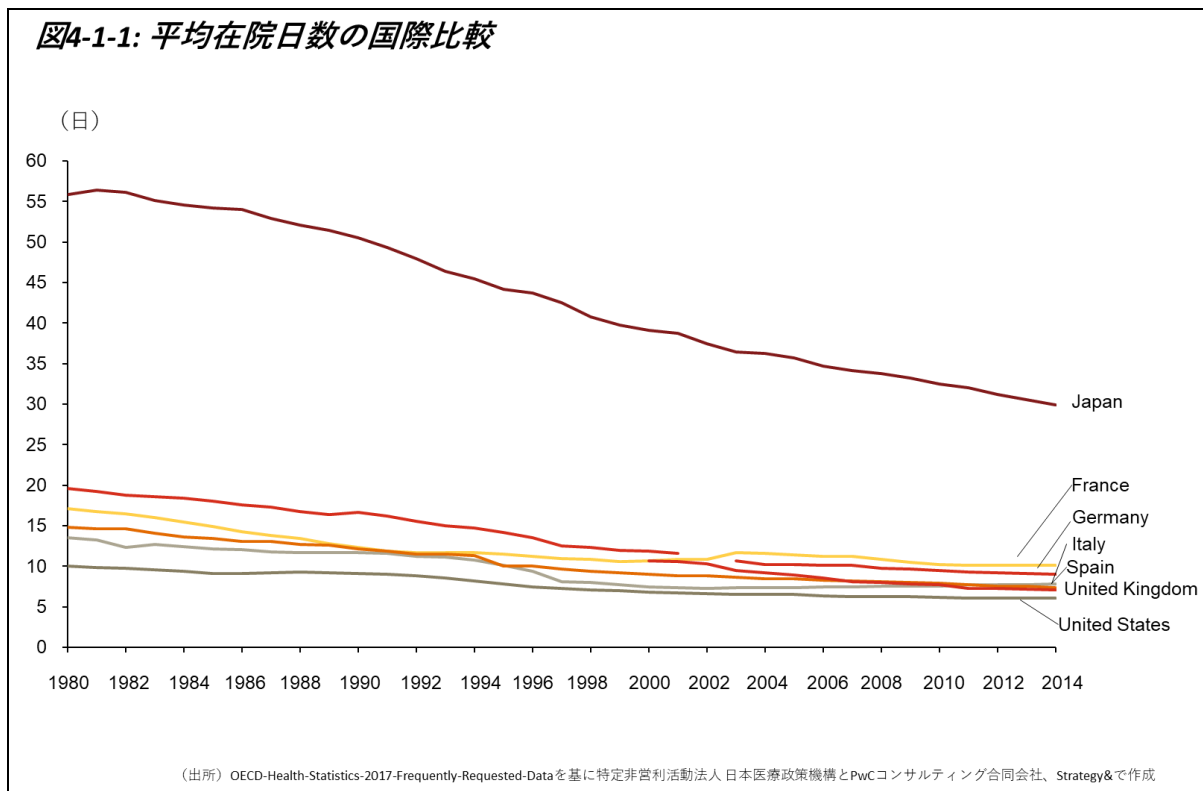
JHPN においては、以下の情報を重点的に提供しています。

- ・日本の医療政策の概要と基本情報
- ・政策トピックスを扱う「特別シリーズ」
- ・日本の医療政策の最新動向
- ・英語での情報源をまとめたリスト（論文、書籍、報告書など）

詳細につきましては、<http://japanhpn.org/ja/home/>をご覧ください。

4.1 医療提供体制 | 日本の医療提供体制の概要

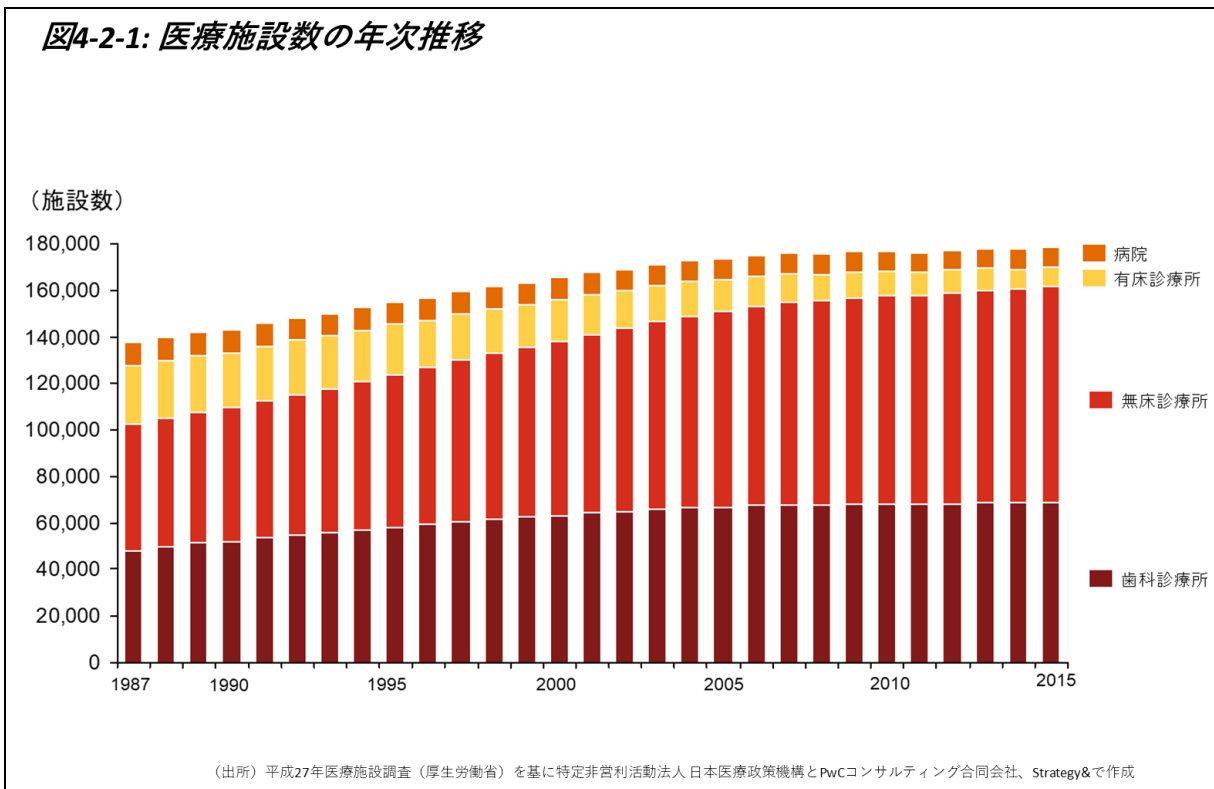
日本の医療提供体制は、国民皆保険制度の下、フリーアクセス制度があるため、どの医療機関でも受診することができる。また、病院は個人及び民間医療機関（医療法人）が7割、病床数では5割以上を占めており、民間中心の医療提供体制となっているのが日本における医療提供体制の特徴の1つである¹。また国際的にみて日本は、人口当たり病床数が多い、平均在院日数が長い、1床当たりの医療従事者数が少ないことがあげられる。例えば、平均在院日数については短縮されてきているものの、図4-1-1でみると、他の国と比較して長い状況にある。こういった病床数をもって算出した平均在院日数であるかは、国ごとに算出対象とする病床が異なることから単純には比較できないという点に留意する必要がある。



¹ 厚生労働省「医療提供体制に関する現状と課題」http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000184301.pdf (アクセス日 2018 年 2 月 1 日)

4.2 医療提供体制 | 日本における医療施設、病床の類型

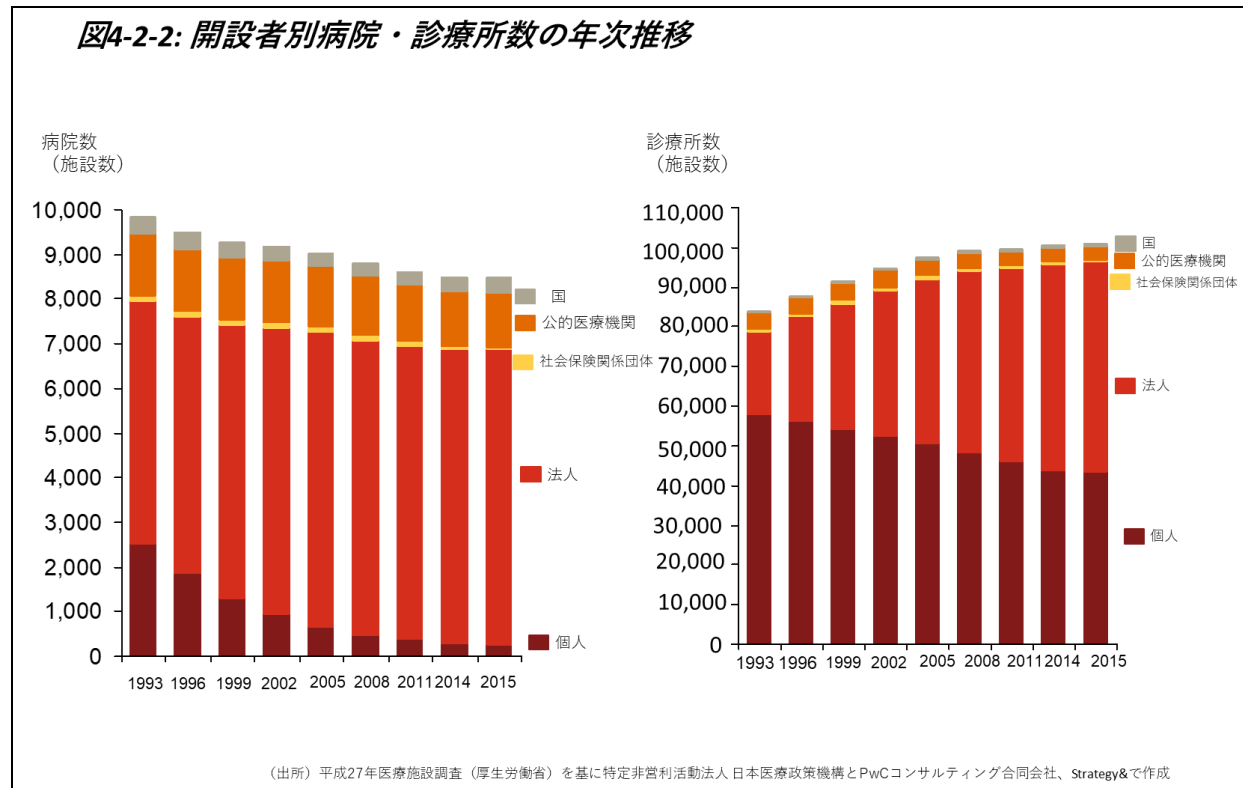
日本における医療施設は、一般診療所（有床・無床）、歯科診療所、病院に分けることができる。図4-2-1からも分かるように、医療施設数のほとんどを診療所が占めている。



病院と診療所はベッド数によって区別されており、病床数が20床以上の医療機関を病院、19床以下もしくは入院設備がない医療機関を診療所という。2015年時点では、病院数8,480施設、有床診療所7,961施設、無床診療所93,034施設、歯科診療所68,737施設となっている。1987年から2015年で医療機関の増減幅をみると、病院が0.86倍と減少傾向にあるのに対して、無床診療所は、1.7倍となっている²。

² 厚生労働省「医療施設調査」http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/15/dl/02_01.pdf（アクセス日 2017年11月20日）

病院、診療所を開設者別でみると、国立、公的医療機関、社会保険関係団体、法人、個人に大別することができる。図 4-2-2 から分かるように、日本における医療提供体制は民間中心であり、診療所については、以前は個人診療所が多かったが、ここ最近は法人開設の診療所が最も多くなっている。イギリスやフランスなどにおける病院は公的機関が大半を占めることから、こうした状況は日本の医療提供体制の 1 つの特徴といえる³。

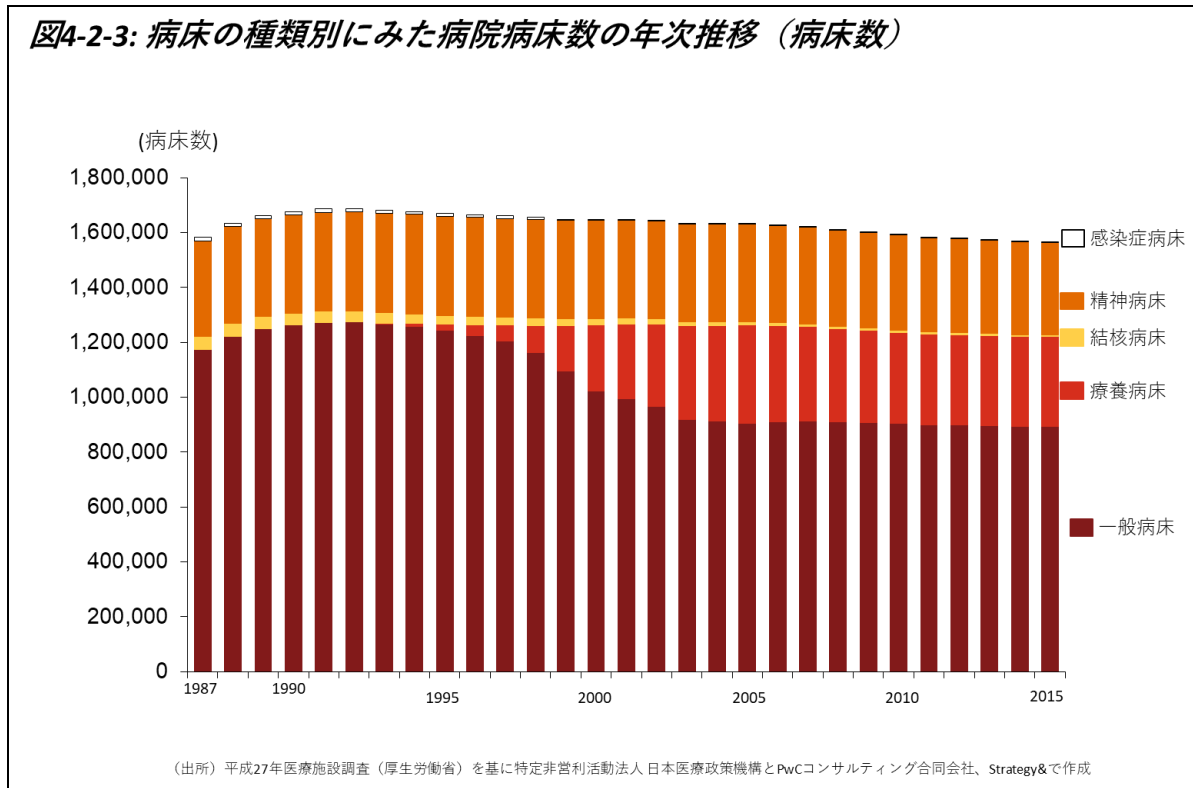


病院の類型については、一般病院、特定機能病院、地域医療支援病院、臨床研究中核病院、精神科病院、結核病院がある。このうち特定機能病院、地域医療支援病院、臨床研究中核病院は、一般病院とは異なる人員配置などの要件が定められている。こうした要件を満たした病院には名称独占が認められている⁴。

³ 厚生労働省「海外における医療法人の実態に関する調査研究」報告書 http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10800000-Iseikyoku/001_2.pdf (アクセス日 2017 年 11 月 20 日)

⁴ 厚生労働省「平成 29 年度版厚生労働白書」<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/17-2/dl/02.pdf> (アクセス日 2017 年 11 月 27 日)

日本における病床には、一般病床、療養病床、精神病床、感染症病床、結核病床がある⁵。病床区分については、2000 年の第 4 次医療法改正において、患者の病態にふさわしい医療を提供する観点から、「その他病床」の区分が「療養病床」と「一般病床」に区分された。図 4-2-3 から分かるように一般病床が最も多くなっている。



一般病床のこうした動向は、国民皆保険制度達成後に実施された、高額療養費制度など医療費の負担軽減策等により、医療に対する国民の需要が伸び、それにあわせて病院、病床数が増加したという背景がある⁶。こうした背景の中には、退院して自宅に戻ったとしても生活ができない等の理由により退院できない「社会的入院」の患者が一般病床に多い実情もある。

団塊の世代（1947～49 年生まれ）が 2025 年頃までに全員、後期高齢者となり、介護・医療費等社会保障費が急増することが指摘されており、今後はさらなる高齢化の進展が予想される中、限られた医療財源を効率的に利用する必要がある。医療機関の病床を医療ニーズの内容に応じて機能分化し、どの地域でも患者の状態にあわせて適切な医療を適切な場所で受けることができるように、政府は、2025 年に向けて、病院ベッド数を 115 万～119 万床へ減らすとしている⁷。

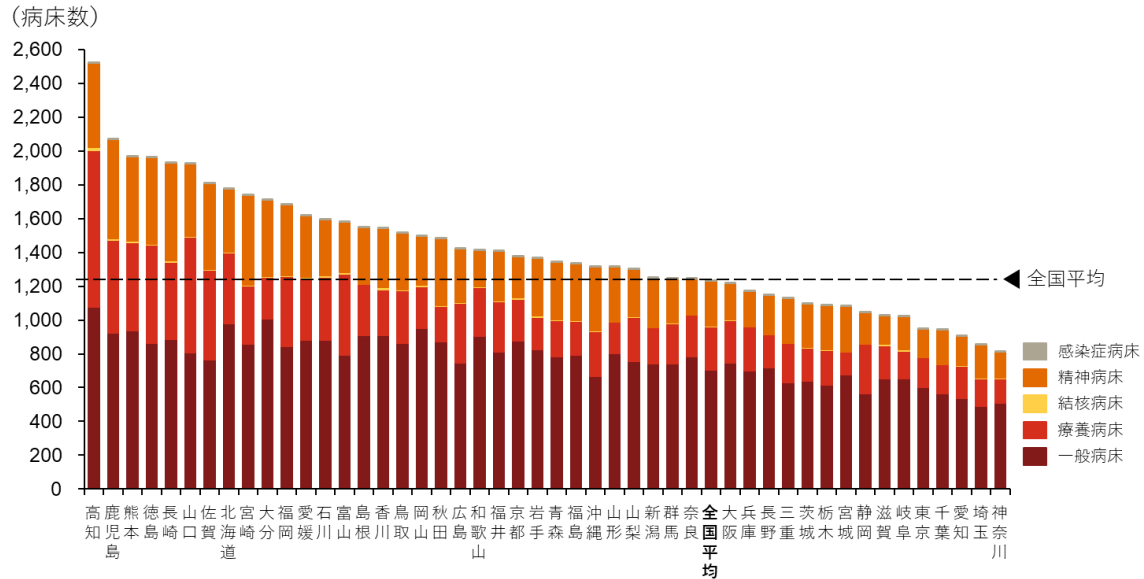
⁵ 厚生労働省「平成 29 年度版厚生労働白書」<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/17-2/dl/02.pdf>（アクセス日 2017 年 11 月 27 日）

⁶ 健康保険組合連合会（2017）「図表で見る医療保障平成 29 年度版」ぎょうせい p43

⁷ 厚生労働省「全国厚生労働関係部局長会議資料」<http://www.mhlw.go.jp/topics/2016/01/dl/tp0115-1-03-01p.pdf>（アクセス日 11 月 27 日）

ここで病床数を都道府県別にみると、図 4-2-4 のように、地域によって大きなバラツキがある。人口 10 万対病院病床数が最も多い高知県と最も少ない神奈川県では約 3 倍の差がある。こうした地域差については、地域医療構想（Section 4.4 参照）を策定し、都道府県は知事に病床の医療機能等を報告し、それをもとに各医療機能の必要量等を含め、あるべき将来の医療提供体制を実現していくこととなる。

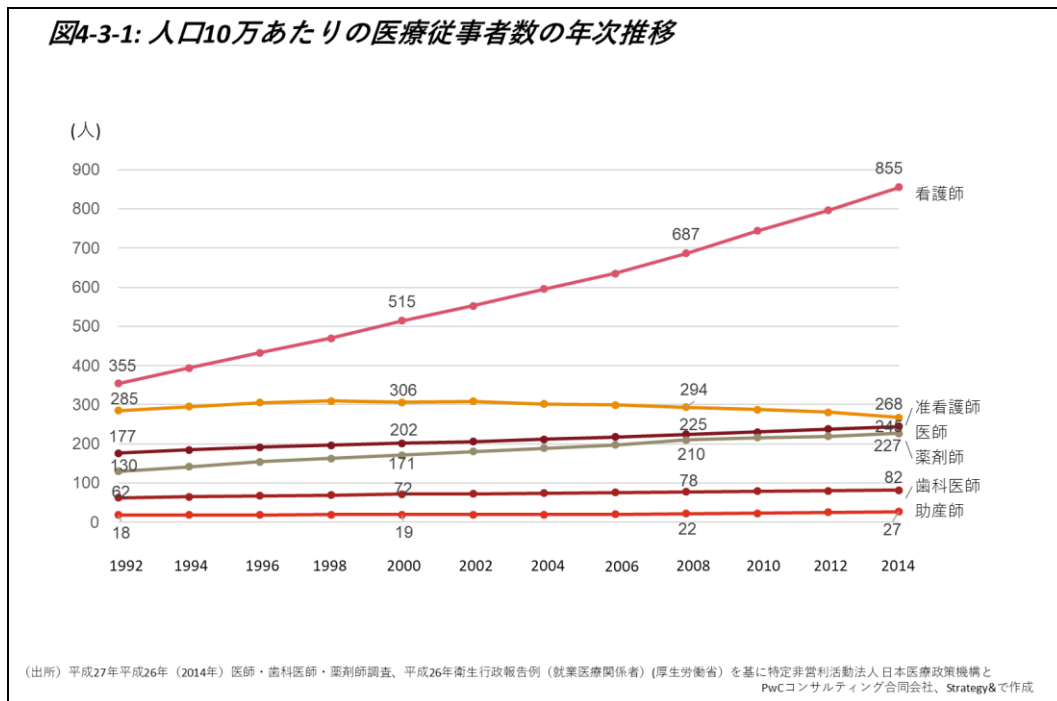
図4-2-4: 都道府県別にみた人口10万対病院病床数 (2015年10月1日時点)



(出所) 平成27年医療施設調査(厚生労働省)を基に特定非営利活動法人日本医療政策機構とPwCコンサルティング合同会社、Strategy&で作成

4.3 医療提供体制 | 医療従事者数について

医療従事者数については、図 4-3-1 にあるように、看護師の人数が最も伸びている。医師数については、ほぼ横ばいの状態が続いているが、毎年約 4,000 人ずつ増え続けている状況である。



医師不足が指摘されていた産婦人科・外科においては、1994 年時点からみると増加傾向に転じている。しかし、医師の地域偏在はいまだ課題としてあり、様々な医師偏在対策の取組みが行われている。具体的には、①地域枠を活用した入学定員増による対応、②地域医療支援センターによる対応、③産婦人科・小児科等が不足している診療科への対応、④臨床研修制度による対応、⑤新たな専門医の仕組みによる対応、⑥医療従事者の需給に関する検討会の開催—があげられる。ここ最近の動きとしては⑤であり、当初は 2017 年度から新専門医制度が開始される予定だったが、新たな制度が施行されることで、地域医療の現場に大きな混乱をもたらす等の懸念があったため、2018 年開始に向け動いているところである⁸。

また、医師の地域偏在による地域医療への影響等について検討課題となっている新たな専門医制度については、これまで、各学会が独自に運営していたことから、学会の認定基準の統一性や専門医の質の担保について懸念があった。そこで、新専門医制度は、専門医の質を高め、良質な医療が提供されることを目的として構築している。具体的には中立な第三者機関を設立し、専門医の認定、養成プログラムの評価・認定を統一的に行うこと等を新たな仕組みとして設けた⁹。

⁸ 厚生労働省「2.医師偏在対策」http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000184302.pdf (アクセス日 2018 年 2 月 1 日)

⁹ 厚生労働省「2.医師偏在対策」http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000184302.pdf

4.4 医療提供体制 | 地域における医療提供体制の整備等

医療提供体制が抱える課題に対して、都道府県などでもそれらの課題を解決するべく様々な取り組みが行われている。効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムの構築を通して、地域における医療及び介護の総合的な確保を推進する医療介護総合確保推進法の施行により、医療計画内への地域医療構想の策定や地域包括ケアシステムの構築など大きな動きがあった。具体的な取り組みについては以下の通りである¹⁰。

医療計画

医療計画は、地域における医療提供体制の整備を促進するために、医療資源の効率的活用等を目的に、1985 年の医療法改正において創設されたものである。現在、医療計画は都道府県が地域の実情を踏まえ、医療提供体制を確保するために策定している。地域における病床数を管理し、質の高い医療が提供されるよう体制の整備を行っている。

医療計画の記載事項については、5 疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、精神疾患）・5 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））、在宅医療に係る達成すべき目標、医療連携体制、人材確保、住民への情報提供推進策、医療の安全性の確保、2 次、3 次医療圏の設定、基準病床数の算定－等がある。

医療計画の記載事項の見直し等は医療法改正により行われており、ここ最近の見直しとしては、2014 年の第 6 次医療法改正で、「効率的かつ質の高い医療提供体制を構築するとともに、地域包括ケアシステムの構築」により、医療・介護の総合的な確保を推進するため、病床機能報告制度の創設、地域医療構想の策定、地域医療介護総合確保基金の創設、地域医療構想調整会議の設置－等があげられる¹¹。

地域医療構想

2025 年までに団塊の世代が 75 歳以上の後期高齢者になり、医療・介護費用が急増すると推測されている。さらに、高齢者人口の増加率は地域によって差があり、それぞれの地域で必要とされる医療機能に見合った資源を効果的かつ効率的に配分するために、急性期から回復期、慢性期と患者の状態にあわせたより良質な医療サービスが提供される体制の整備が必要であるという認識のもと、都道府県は医療計画の中で「地域医療構想」を定めることになった。

医療介護総合確保推進法による改正後の医療法では、医療計画において地域における病床の機能の分化及び連携を推進するための基準として、厚生労働省令で定める基準に従い定める区域（構想区域）における、次に掲げる事項を含む将来の医療提供体制に関する構想（地域医療構想）を定めることが

[Sanikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000184302.pdf](http://www.sanikanshitsu-shakaihoshoutantou/0000184302.pdf)（アクセス日 2018 年 2 月 1 日）

¹⁰ 厚生労働省「医療介護総合確保推進法（医療部分）の概要について」http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000038005_1_2.pdf（アクセス日 2018 年 2 月 2 日）

¹¹ 厚生労働省「地域包括ケアシステム」

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/（アクセス日 2017 年 10 月 20 日）

規定された。都道府県は、地域の医療需要の将来推計や報告された情報等を活用して、構想区域ごとの各医療機能の将来必要量を含めた地域医療構想を策定し、医療計画に新たに盛り込み、医療機関のさらなる機能分化を推進することとされた。

地域医療構想の内容については、2025 年の医療需要（入院、外来別・疾患別患者数等）、2025 年に目指すべき医療提供体制（2 次医療圏ごとの医療機能別の必要量等）、目指すべき医療提供体制を実現するための施策等が盛り込まれている。

その他の主要な政策

認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）¹²

高齢化の進展により、認知症対策も 1 つの大きな課題となっている。2025 年には認知症の患者は約 700 万人前後になり、65 歳以上高齢者に対する割合は、現状の約 7 人に 1 人から約 5 人に 1 人に上昇する見込みが明らかとなった。このような社会において、認知症の人を単に支えられる側と考えるのではなく、認知症の人に寄り添いながら、認知症の人が認知症とともによりよく生きていくことができるよう、環境整備を行っていくことが求められている。そこで、認知症の人やその家族など様々な関係者から幅広く意見を聴取し、厚生労働省が関係府省庁と共同して新オレンジプランを策定した。

新オレンジプランの概要は以下の通りである。

- ・ 認知症への理解を深めるための普及・啓発の推進（啓発キャンペーン、認知症サポーター養成等）
- ・ 認知症の容態に応じた適時・適切な医療・介護等の提供（本人主体の医療・介護等の徹底、発症予防の推進、早期診断・早期対応のための体制整備等）
- ・ 若年性認知症施策の強化（普及啓発等）
- ・ 認知症の人の介護者への支援（認知症初期集中支援チーム等による早期診断・早期対応等）
- ・ 認知症の人を含む高齢者にやさしい地域づくりの推進（生活の支援（ソフト面）、生活しやすい環境（ハード面）の整備等）
- ・ 認知症の予防法、診断法、治療法、リハビリテーション、介護モデルなどの研究開発及びその成果の普及の推進（認知症の病態等の解明等）
- ・ 認知症の人やその家族の視点の重視（初期段階の認知症の人のニーズ把握や生きがい支援等）

など

がん対策¹³

日本において、がんは 1981 年から死因の第 1 位であり、2015 年には年間約 37 万人が亡くなっていることから、国民の健康にとって重要な問題となっている。こうした状況も鑑み、2006 年 6 月にはがん対策の一層の充実を図ることを目的にがん対策基本法が成立し、2007 年 4 月に施行された。また同年 6 月には、がん対策の総合的かつ計画的な推進を図るため、第 1 期のがん対策推進基本計画が策定された。

¹² 厚生労働省「認知症施策推進総合戦略（新オレンジプラン）」<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000064084.html>（アクセス日 2018 年 3 月 2 日）

¹³ 厚生労働省「がん対策推進基本計画」<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000183313.html>（アクセス日 2018 年 3 月 2 日）

第 1 期（2007～2011 年度）の基本計画では、「がん診療連携拠点病院」の整備、緩和ケア提供体制の強化及び地域がん登録の充実が図られた。第 2 期（2012～2016 年度）の基本計画では、小児がん、がん教育及びがん患者の就労等の問題に取り組むこととなった。さらに、2015 年 12 月には、「がん対策加速化プラン」が策定された。

このようにがん対策として様々な取り組みが行われたが、2007 年度からの 10 年間の目標であった「がんの年齢調整死亡率（75 歳未満）の 20%減少」については、達成することができなかった。今後は、こうした状況も踏まえ、予防のための対策をさらに充実させていくことが必要である。がんにかかった場合は、早期発見・早期治療につなげられるように検診の受診率を向上させることも重要である。

第 3 期がん対策推進基本計画（2017～2022 年度）は、全体目標を「がん患者を含めた国民が、がんを知り、がんの克服を目指す」とし、分野別の施策は以下の通りである。

1.がん予防

- （1）がんの 1 次予防、（2）がんの早期発見、がん検診（2 次予防）

2.がん医療の充実

- （1）がんゲノム医療、（2）がんの手術療法、放射線療法、薬物療法、免疫療法、（3）チーム医療、（4）がんのリハビリテーション、（5）支持療法、（6）希少がん、難治性がん（それぞれのがんの特性に応じた対策）、（7）小児がん、AYA（Adolescent and Young Adult：思春期と若年成人）世代のがん、高齢者のがん、（8）病理診断、（9）がん登録、（10）医薬品・医療機器の早期開発・承認等に向けた取り組み

3.がん共生

- （1）がんと診断された時からの緩和ケア、（2）相談支援、情報提供、（3）社会連携に基づくがん対策・がん患者支援、（4）がん患者等の就労を含めた社会的な問題、（5）ライフステージに応じたがん対策

上記 1～3 を支える基盤として、がん研究や人材育成、がん教育、普及啓発の体制の整備が掲げられている。

また、がん対策を総合的かつ計画的に推進するための必要事項としては、関係者等の連携協力の更なる強化、都道府県による計画の策定、がん患者を含めた国民の努力、患者団体等との協力、必要な財政措置の実施と予算の効率化・重点化、目標達成状況の把握、基本計画の見直し-が項目としてあげられている。