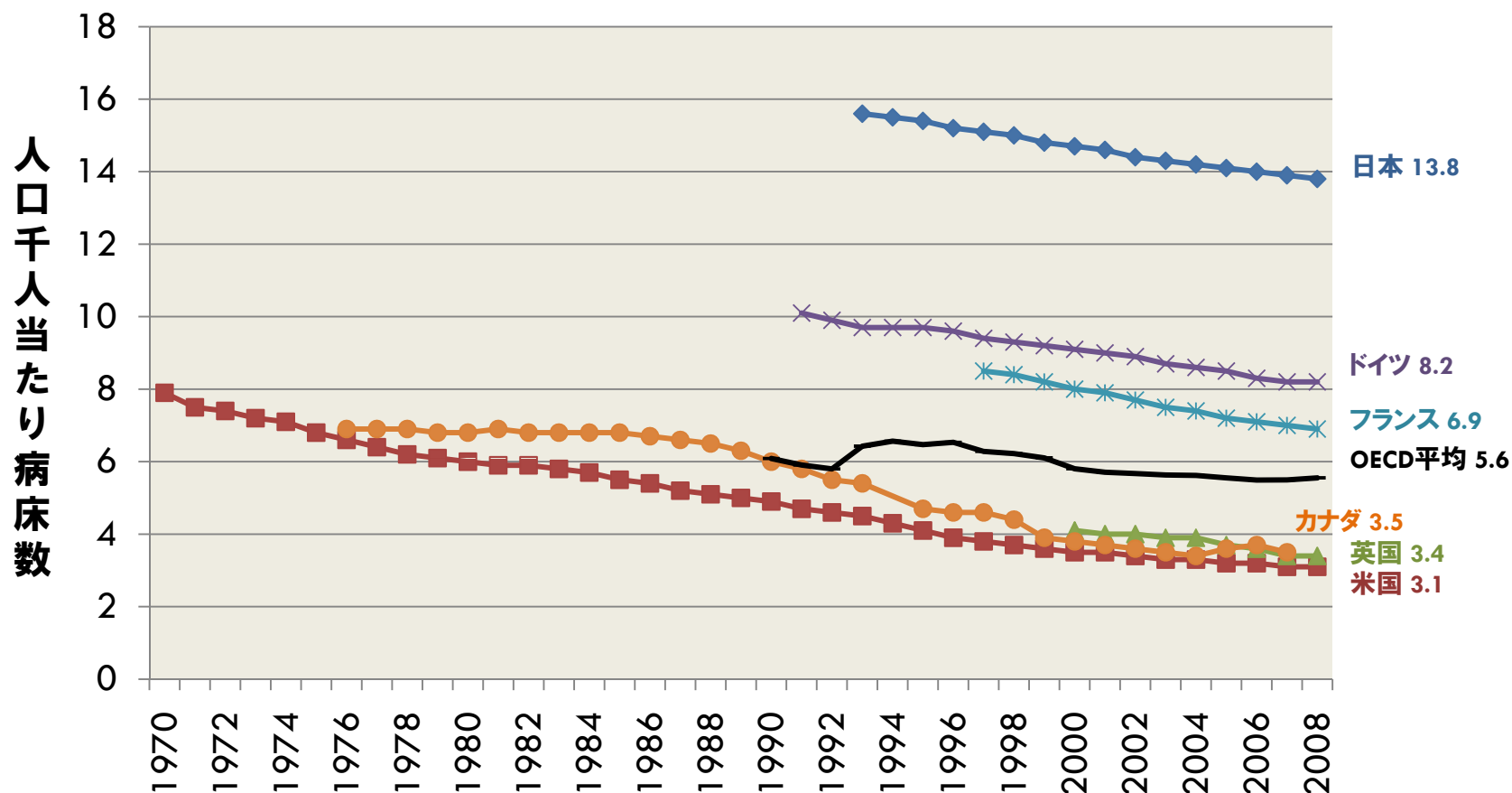


わが国の医療のあり方についての基本資料

# 病床数等

# 病院病床数の国際比較

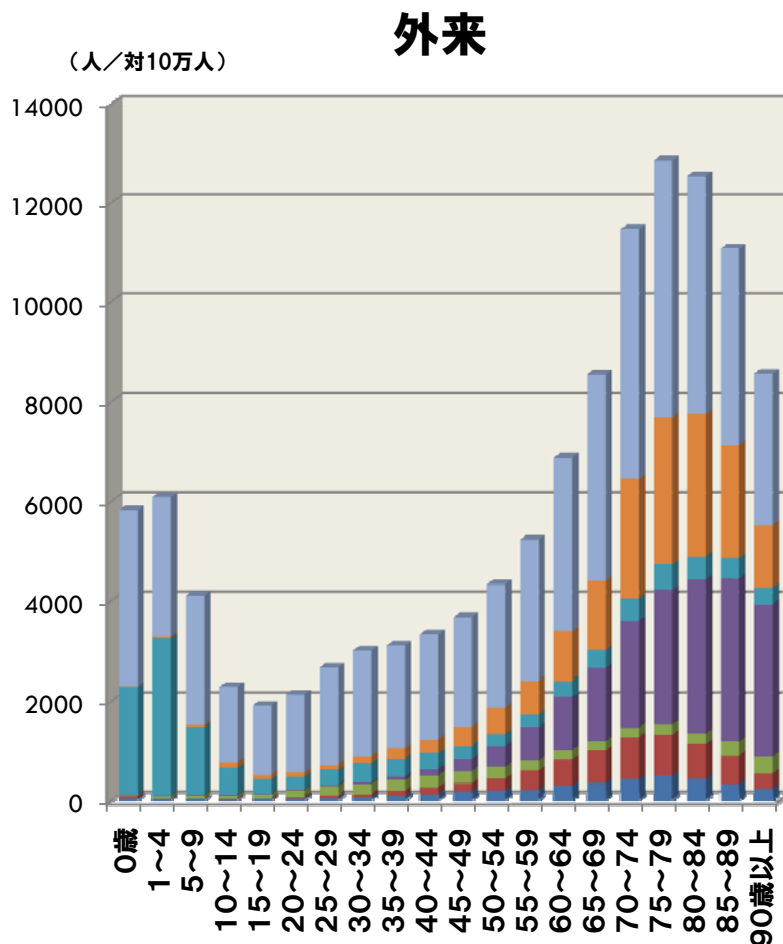
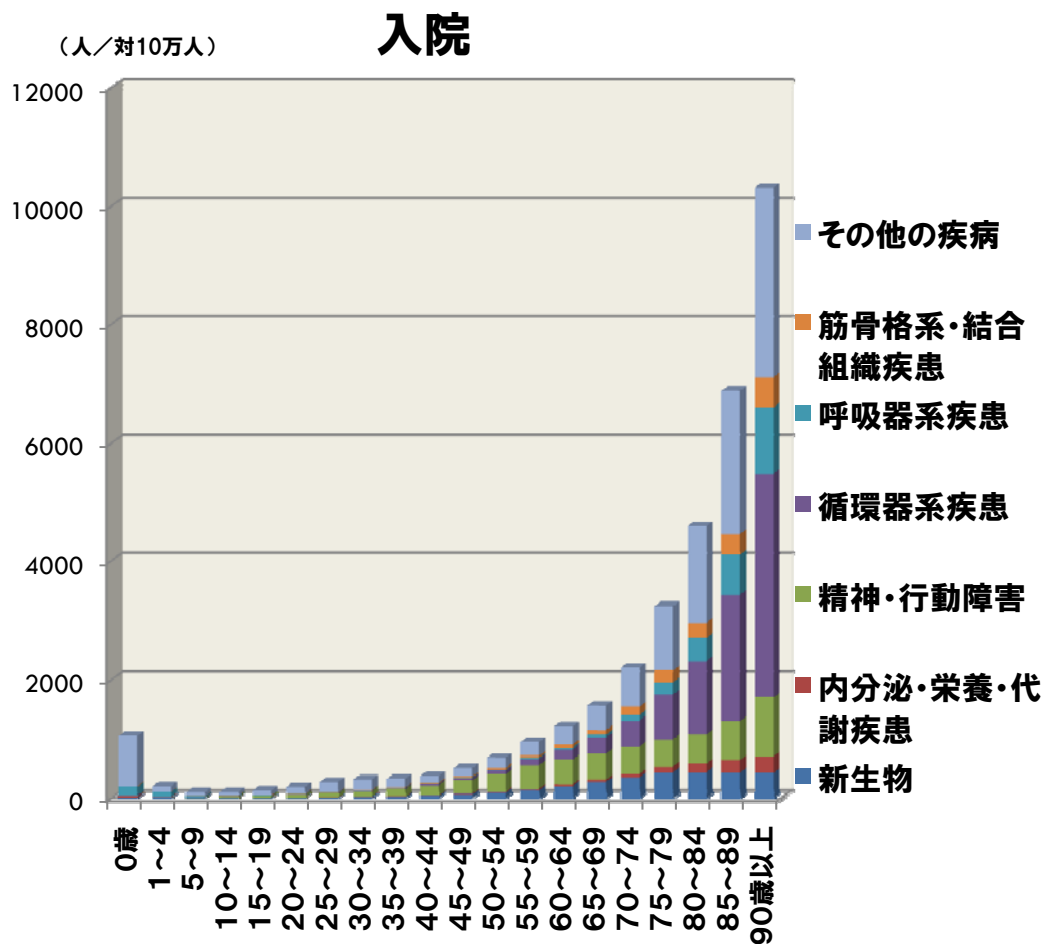
OECD統計では、日本の病院病床数(有床診療所を含む)は多いが、同統計は、諸外国で多数整備されている長期療養施設の病床数が除かれたものである。日本の場合は、病院がそうした施設の役割を引き受けている側面もある。



※日本:全病院・診療所の病床 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ing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 英国:英国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)  
 米国:アメリカ病院協会に登録されている全病院の病床

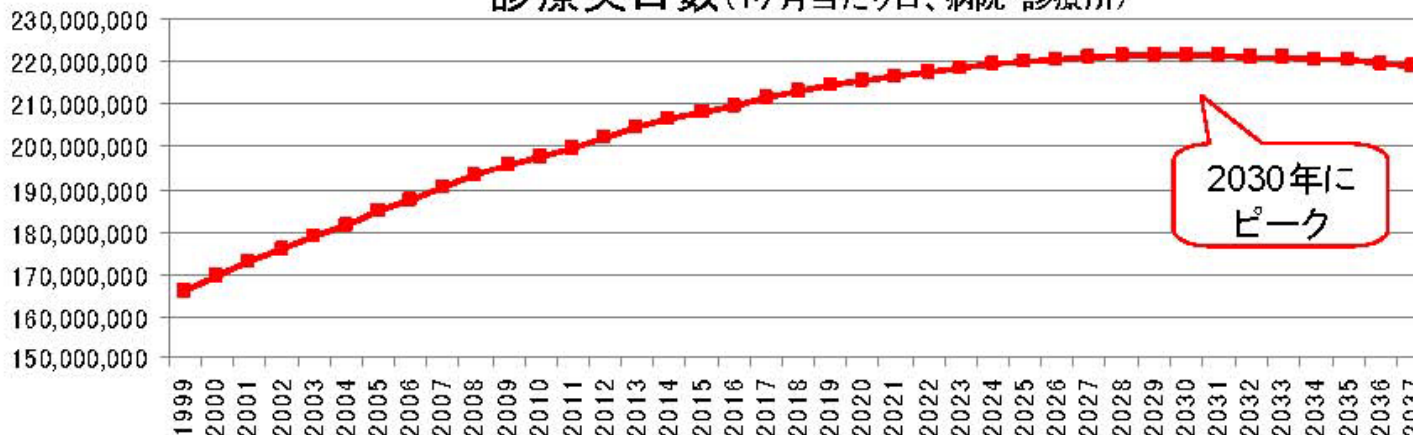
# 年齢階級別受療率(人口10万人あたり)

年齢が上がるにしたがって、生活習慣病関連の疾病を中心に受療率が急上昇する。  
今後さらに高齢化が進む中、こうした疾病構造に対応できる医療提供体制の確保が必要。

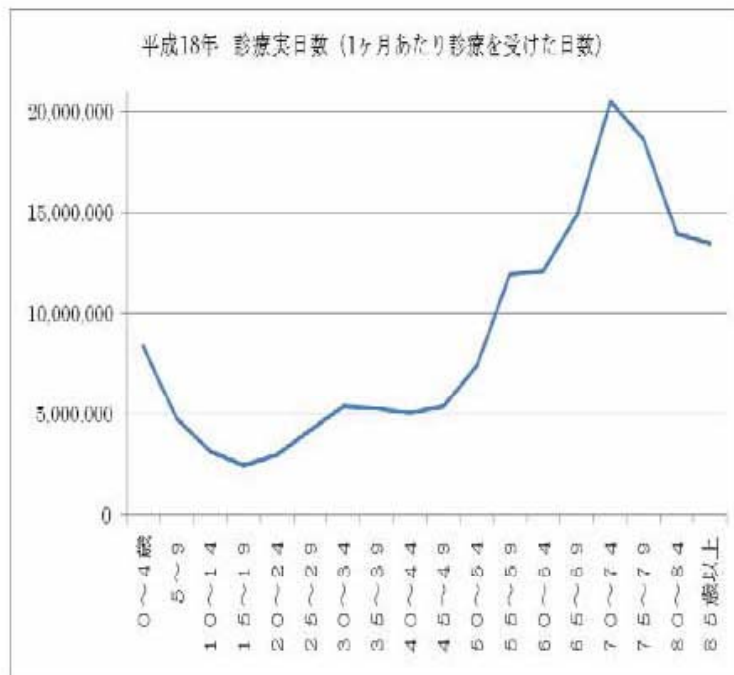


# 高齢化とともに医療需要は今後も増大

診療実日数(1ヶ月当たり日、病院・診療所)



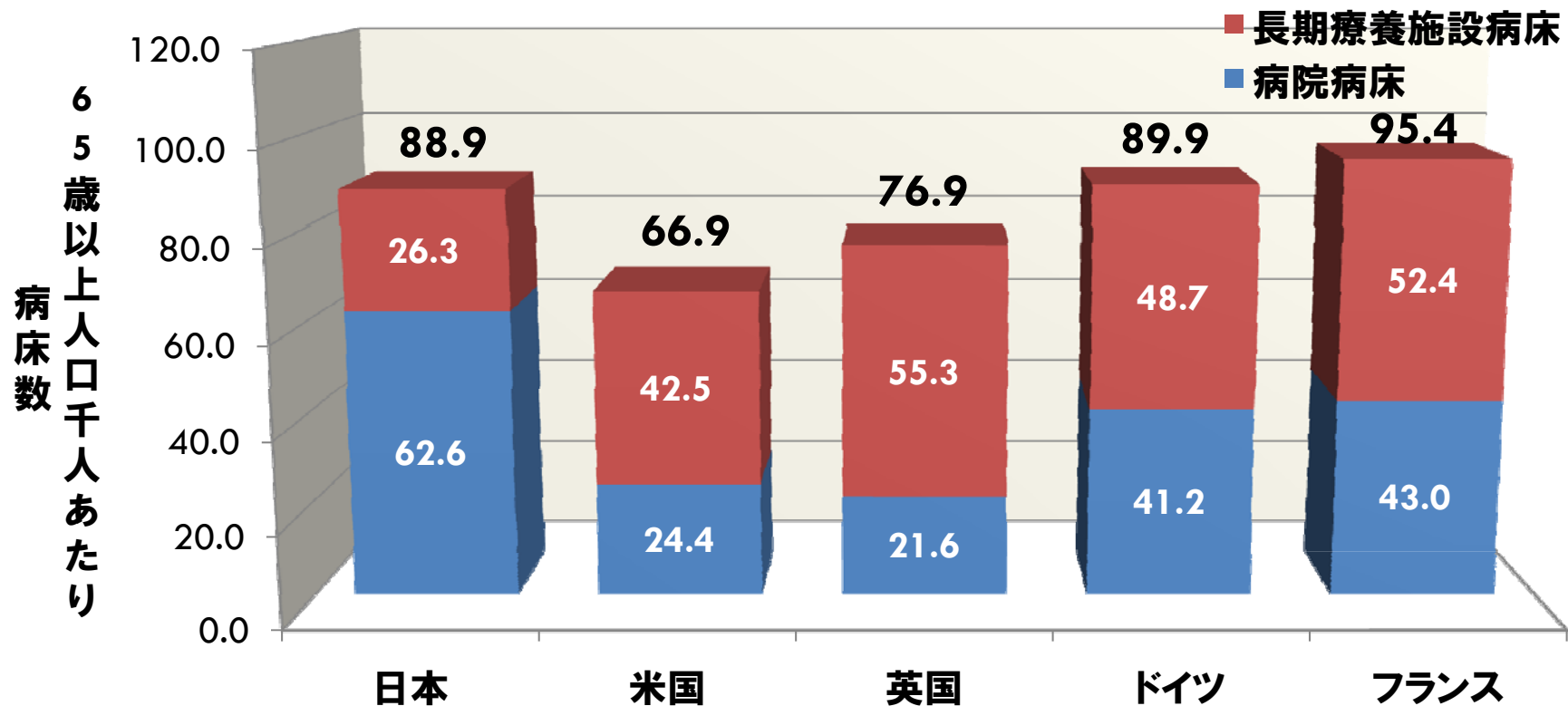
※診療実日数:入院では当月中の入院日数、入院外では当月中の外来、往診等で医師の診療を受けた日数



# 日本の病床数は必ずしも多くはない

日本では病院以外の長期療養施設が十分に整備されていないため、今後の高齢化の進展を考えると、日本の病床数は、必ずしも著しく多いとは言えない。

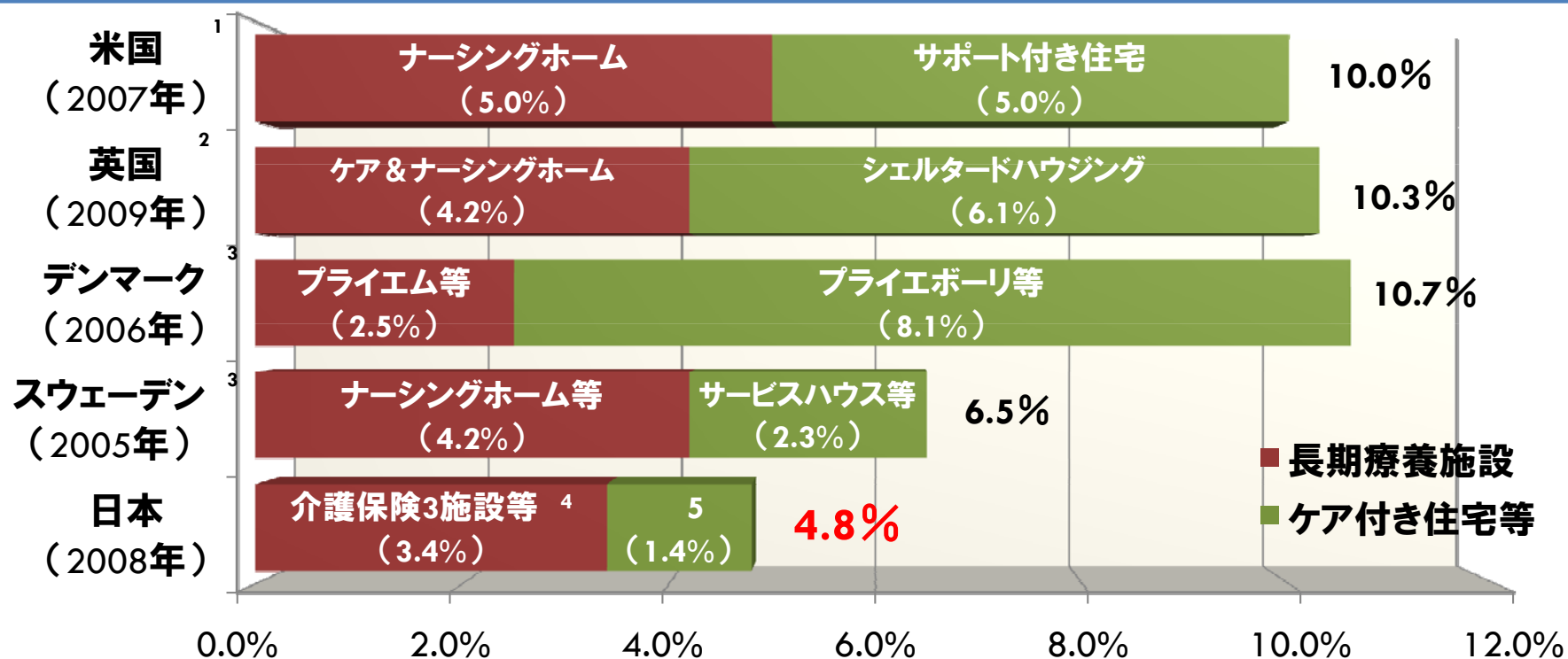
## 病院＋長期療養施設病床数の国際比較(2008年)



緩和ケアや中～重度の機能障害を有する患者を対象とした専門施設を含む。  
日本は、介護老人保健施設と介護老人福祉施設の定員数の統計。ドイツは2007年のデータ。

# 介護施設・ケア付き住宅への高齢者の居住率

さらに、日本では、ケア付き高齢者住宅等の整備も欧米諸国と比較して不十分である。したがって、病床数の議論には、長期療養施設、ケア付き住宅の整備状況を踏まえた慎重な議論が必要。

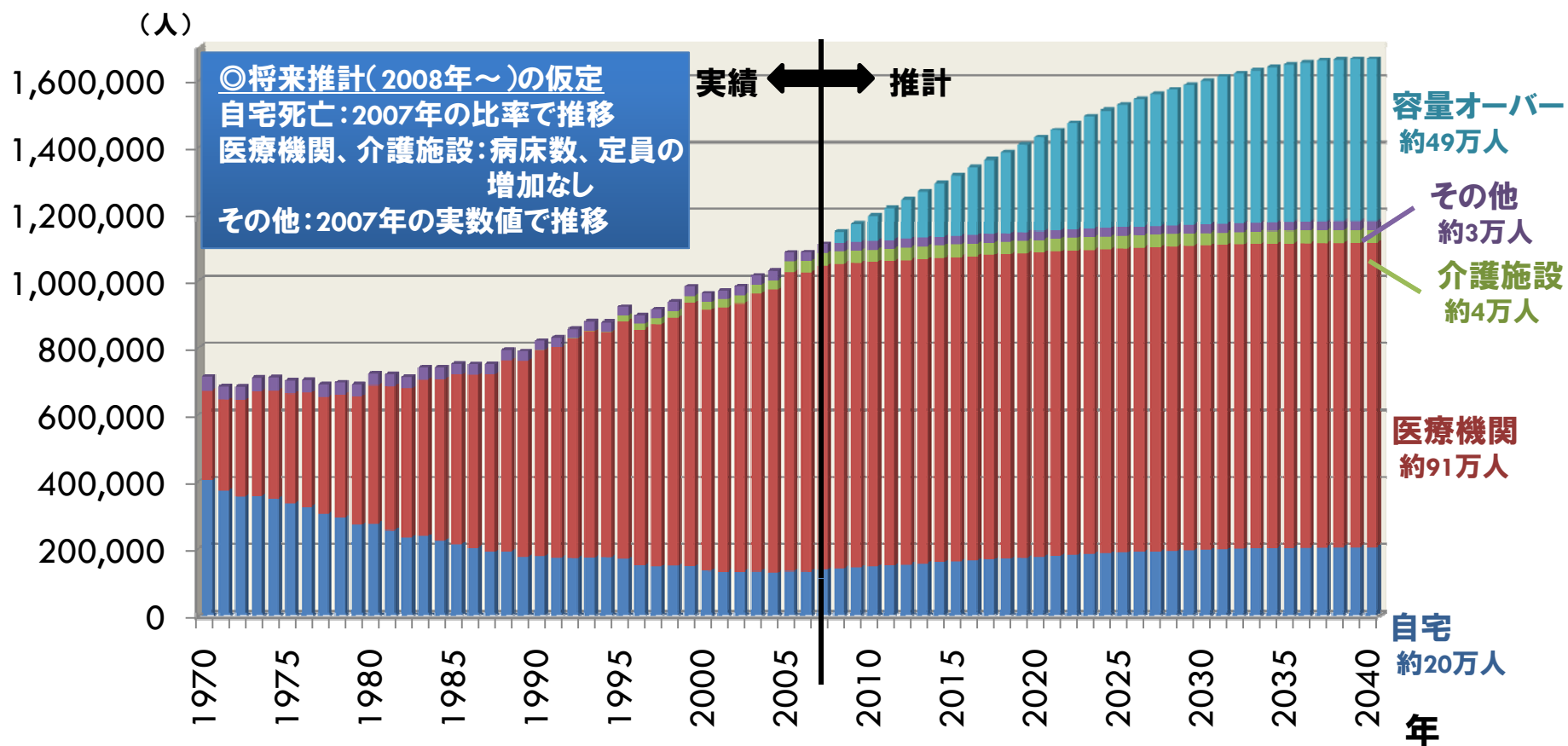


65歳以上人口に対する長期療養施設・ケア付き住宅等の定員数の割合

- 1 クルーム洋子「アメリカの高齢者住宅とケアの実情」『海外社会保障研究』164: 66-76, 2008.
- 2 Elderly Accommodation Counsel (2009) *Housing and Care Homes for Older People in England Key Data Report 2009*
- 3 厚生労働省調べ。ただし、スウェーデンは、両者の制度上の区分は明確ではない。
- 4 介護3施設およびグループホーム
- 5 シルバーハウジング、高専賃、高優賃、有料老人ホーム、軽費老人ホーム、養護老人ホーム

# 看取りの場所の確保が今後、必要

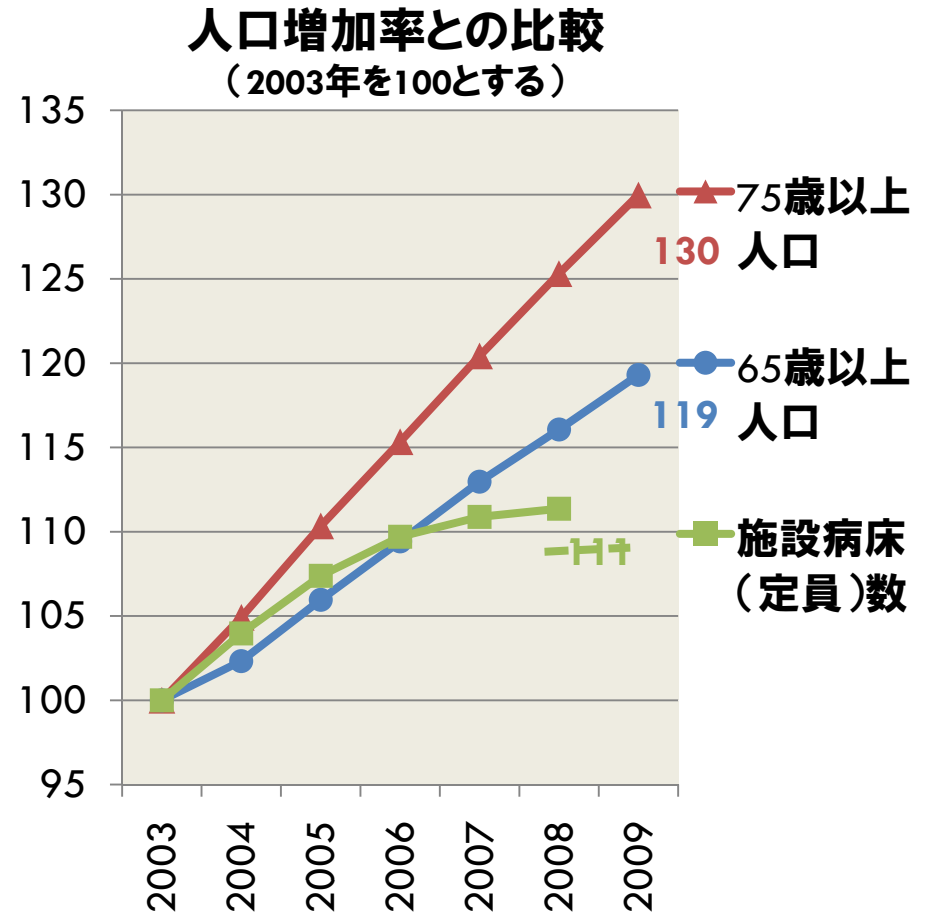
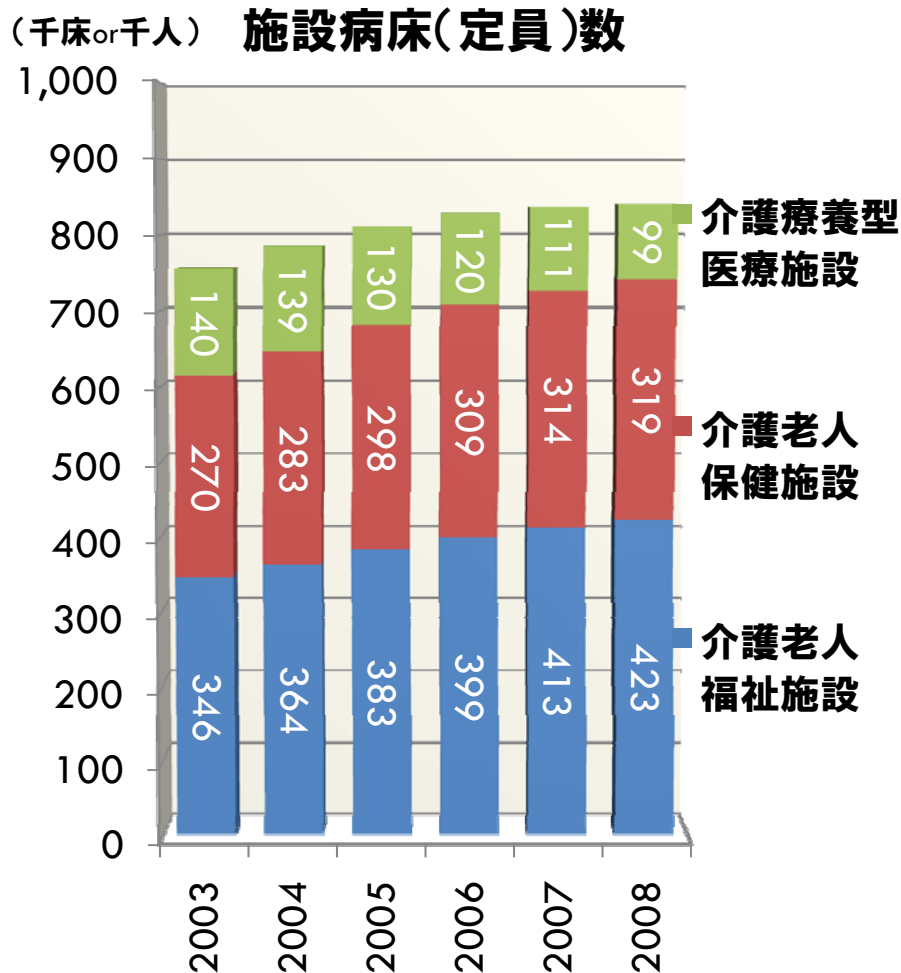
1976年に在宅死の割合と医療機関等での死亡の割合が逆転。2007年時点での医療機関死亡者数、介護施設死亡者数、自宅死亡者割合、その他の死亡者数のまま推移すると、2040年には約49万人分の看取りの場所が不足する見込み。



(出所)2007年までは「人口動態統計」、2008年以降は「将来人口推計」に基づき、推計

# 介護保険施設の整備は高齢化に追いついていない

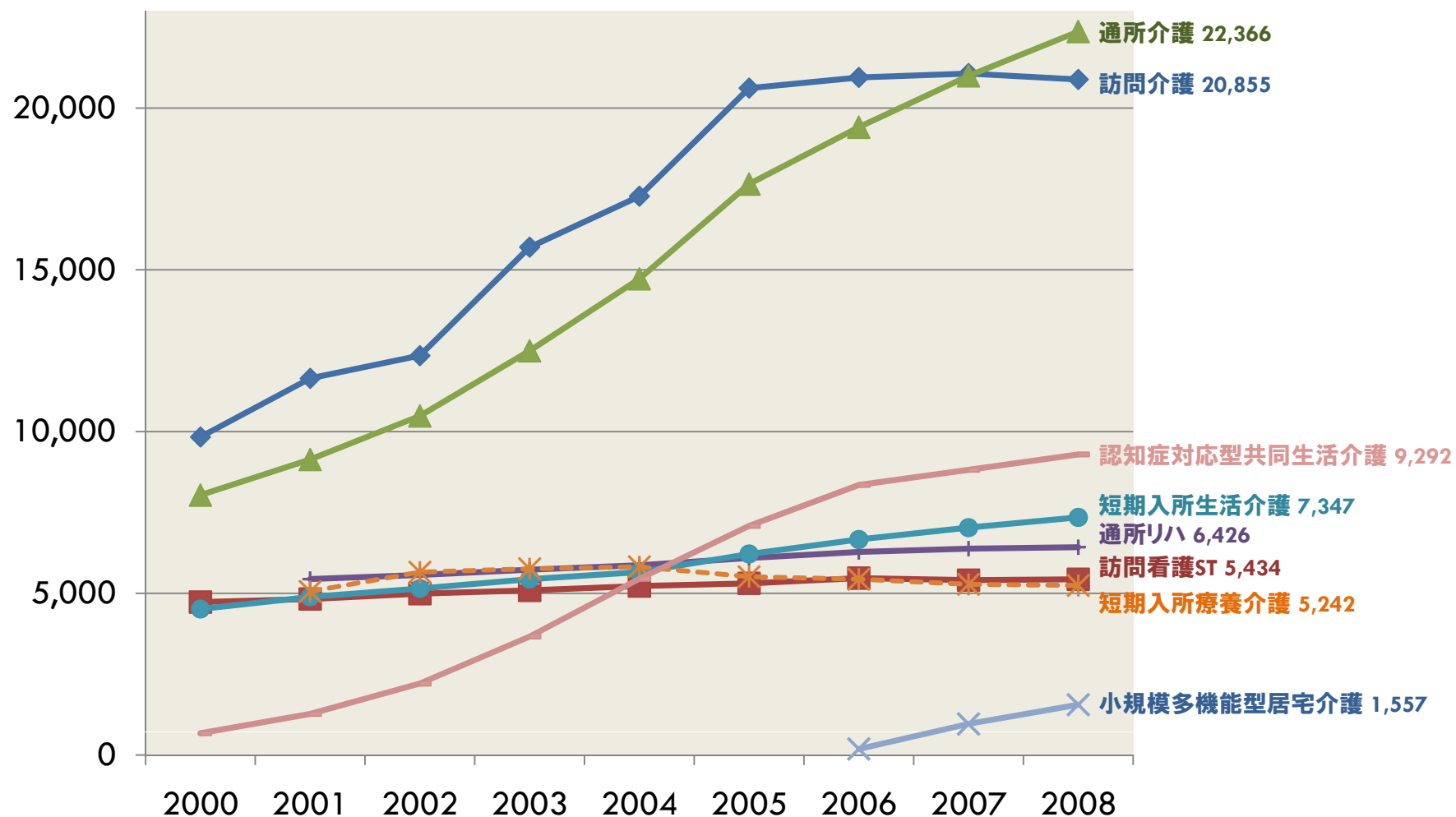
介護施設整備のスピードは遅く、施設の病床(定員)数の伸びは、高齢者人口の伸びに追いついておらず、高齢者の「受け皿」はいまだに不十分である。





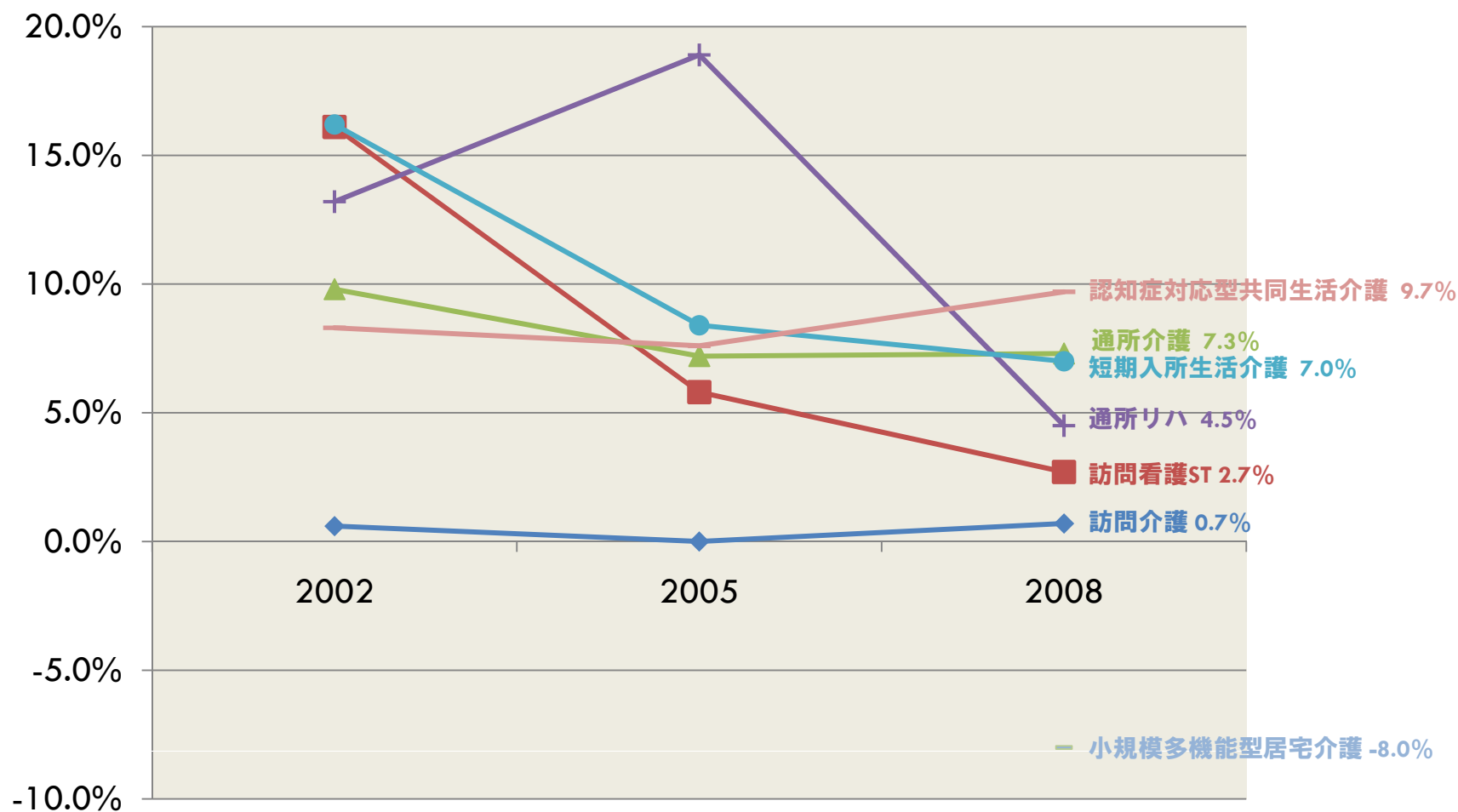
# 居宅サービス事業所数の推移

訪問看護ステーションは在宅医療を推進する上で重要な役割が期待されているものの、伸び悩んでいる。他方、通所介護事業所数と訪問介護事業所数は大きな伸びを示したが、訪問介護事業所数は、近年、頭打ち状態にある。



# 居宅サービス事業所の収支差率

居宅サービス事業の収支差率は全体的に減少傾向にある。特に、長期入院の「受け皿」の整備にとって重要な訪問介護、訪問看護ステーションの収支差率は低水準となっている。



# 介護療養病床で提供されているサービスと同等のサービスを在宅で提供した場合に必要な利用者負担額の比較

## <事例>

- ・ 年齢:75歳
- ・ 主病名:脳血管疾患(片麻痺、嚥下障害、言語障害)
- ・ 要介護度:3
- ・ 医療処置:特にないが、降圧剤、下剤等の服薬あり。
- ・ ADL:屋外の単独歩行等は困難な状態(車椅子か要介助)。
- ・ 家族:あり。ただし、家族による食事介助は不可能。

## <試算上の留意点>

- ・ 同程度の介護度における介護療養病床と在宅での療養費の比較ではなく、介護療養病床で提供されているサービスと同等のサービスを在宅で受けた場合の試算。
- ・ 在宅でのサービスに換算の際には、現行制度上での訪問看護の回数制限はないものとして扱った。
- ・ 介護療養病床での人員配置は基準を満たす必要最小人員数として、在宅サービスに換算した。

# (1) 介護療養型医療施設の場合 (1月=30日、1単位=10円として計算)

(平成21年4月改定後)

内容	積算根拠	利用者負担額(月額)	保険給付額(月額)
施設サービス費(看護職員6:1、介護職員4:1の配置)	1,142単位/日		
夜間勤務等看護加算(1)	23単位/日		
サービス提供体制強化加算(常勤職員75%以上)	6単位/日		
栄養マネジメント加算	14単位/日		
感染対策指導管理	5単位/日		
褥瘡対策指導管理	5単位/日	40,276円	362,484円
経口維持加算	28単位/日	(1割負担)	
口腔機能維持管理加算	30単位/日		
作業療法	123単位×4回		
言語療法	203単位×2回		
摂食機能療法	208単位×4回		
理学療法( )	123単位×12回		
薬剤管理指導	350単位×1回		
高額介護サービス費	40,276円-37,200円	-3,076円	3,076円
居住費(多床室)	320円/日(標準額)	9,600円	
食費	1,380円/日(標準額)	41,400円	
特定診療費以外の医療費		一部を除き、施設サービス費に包括	
食事、更衣、入浴、排泄介助、体位変換、経過観察		施設サービス費に包括	
合計		<b>88,200円</b>	<b>365,560円</b>

## (2) 在宅の場合 (1単位=10円として計算)

(平成21年4月改定後)

内容	積算根拠	利用者負担額(月額)	保険給付額(月額)
訪問診療	訪問診療料 830点×2 在宅時医学総合管理料 4,500点×1回	6,160円 (1割負担)	55,440円
訪問看護(ステーション)	830単位×4(週1回60分未満) サービス提供体制強化加算 6単位×4 緊急時訪問看護加算 540単位×1	26,750円 (1割負担)	240,750円
訪問介護	254単位×3×18(毎日3回30分未満)		
通所リハビリテーション	995単位×12(週3回)、入浴介助加算50単位×12、 サービス提供体制加算6単位×12、リハマネジメント加算 230単位、個別リハ実施加算80単位×12、口腔機能向 上加算150単位×2、栄養改善加算150単位×2		
福祉用具貸与	車椅子 600単位、付属品 150単位		
介護保険支給限度額超の費用	(32,602単位-26,750単位)×10(10割負担)	58,520円	
居宅療養管理指導	医師 290単位×2(月2回) 病院薬剤師 550単位×1(月1回)	1,130円	10,170円
居住費(水光熱費込)	厚労省資料(H17.3.23社保審介護給付費分科会)	52,000円	
食費	〃	31,000円	
合計		<b>175,560円</b>	<b>306,360円</b>

**介護療養病床と同等のサービスを在宅で受けると利用者負担は 87,360円増える。  
さらに、家族の介護負担等も発生する。**

在宅にも高額介護サービス費を適用した場合でも、利用者負担は34,692円増となる。

# 在宅介護による可処分所得の減少

在宅介護を行った場合には、介護者の労働時間の減少もしくは退職などによって、世帯の年間可処分所得は約16%低下することになり、経済的に見た機会費用も大きい。

被説明変数: 世帯(年間)可処分所得(自然対数値)

	A: 要介護の指標を用いた場合	B: 寝たきりの指標を用いた場合
世帯人員数(自然対数値)	0.1937 (0.0187) ***	0.1940 (0.0187) ***
世帯主年齢	0.0442 (0.0019) ***	0.0443 (0.0019) ***
世帯主年齢2乗	-0.0004 (0.0000) ***	-0.0004 (0.0000) ***
世帯主性別	0.2672 (0.0155) ***	0.2670 (0.0155) ***
既婚か未婚か	0.1207 (0.0161) ***	0.1208 (0.0161) ***
子供数/世帯人員数	-0.0949 (0.0339) ***	-0.0961 (0.0339) ***
同居親数/世帯人員数	-0.4260 (0.0480) ***	-0.4326 (0.0478) ***
所得人数	0.2701 (0.0053) ***	0.2700 (0.0053) ***
最多所得者企業中規模	0.2126 (0.0099) ***	0.2125 (0.0099) ***
最多所得者企業大規模	0.4058 (0.0093) ***	0.4056 (0.0093) ***
要介護者(寝たきり)がいるか否か	-0.1149 (0.0424) ***	-0.1534 (0.0613) **
定数項	3.8045 (0.0655) ***	3.7694 (0.0668) ***
調整済み決定係数	0.4723	0.4703
サンプル数	15325	15325

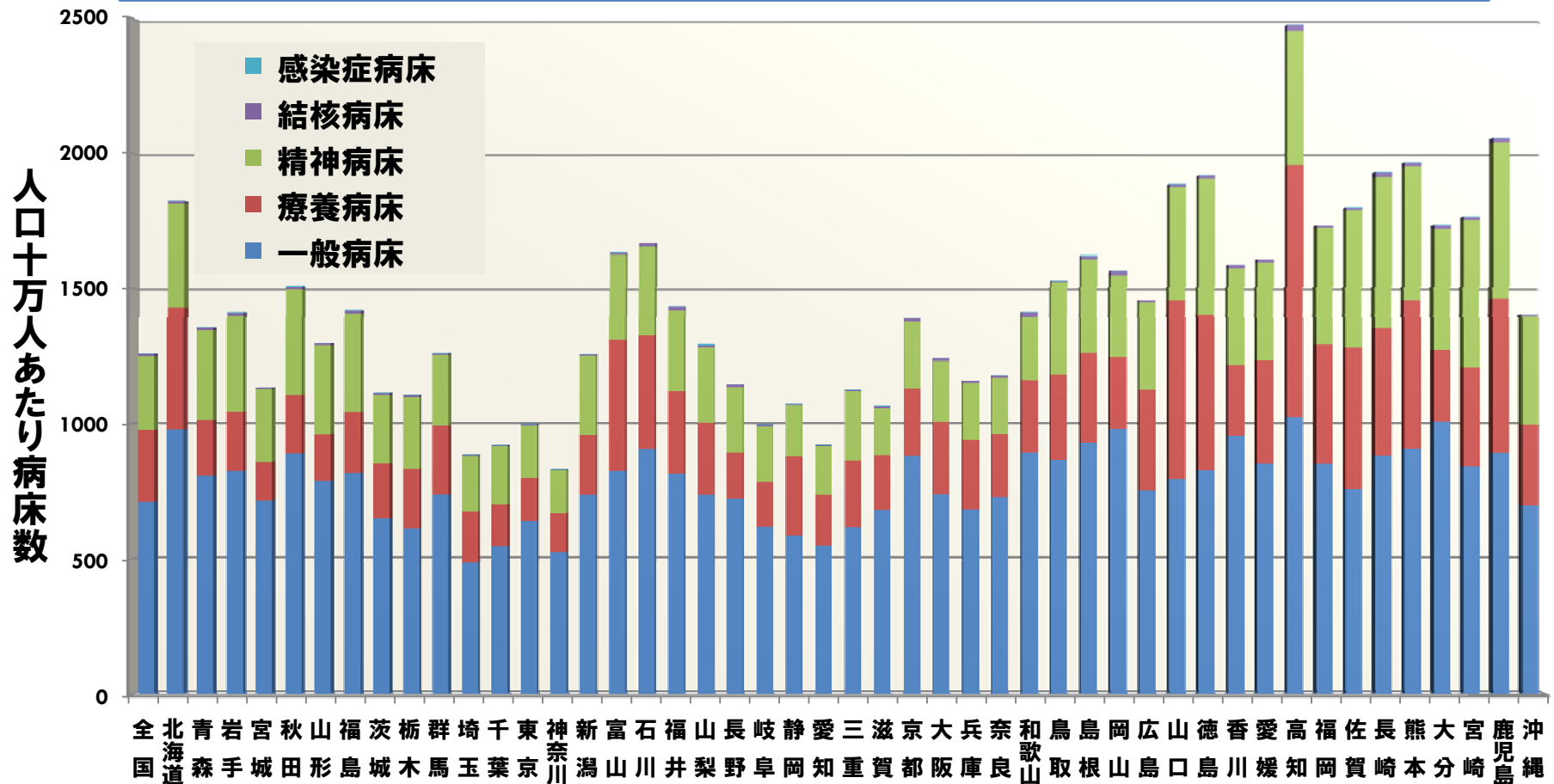
要介護者がいる世帯の可処分所得は11%低く、さらに要介護者の発生により世帯の有業者が0.226人低下するため、有業者数の減少による世帯所得の低下は6%と推定され、合計した所得低下は16%となる。

- ・括弧内の値は標準誤差を示す。
- ・\*\*\*, \*\*, \* はそれぞれ 1%、5%、10%の水準で有意であることを示す。
- ・世帯主の性別、既婚か未婚か、最多所得者企業中(大)規模は、それぞれ、男性ならば1、既婚ならば1、中(大)規模ならば1となるダミー変数である。
- ・要介護者がいるか否かは、世帯主、配偶者、世帯主・配偶者の親のいずれかが4種以上の介護状態ならば1となるダミー変数である。また、寝たきりの者がいるか否かは、世帯主、配偶者、世帯主・配偶者の親のいずれかがほとんど寝たきりか、全く寝たきりであるならば1となるダミー変数である。15歳未満の者、年齢不詳の者は、要介護者や寝たきりの者の定義から外れる。
- ・実際の推計には、県ダミーも説明変数に入れている。
- ・世帯人員数は対数として、子供数、親数は世帯人員数への割合として入っている。

(出所)岩本康志、小原美紀、齊藤誠「世帯構成員の長期療養に起因する経済厚生への損失について—要介護者と寝たきりの経済的コスト」『季刊社会保障研究』、第36巻第4号、2001年3月、547-560頁

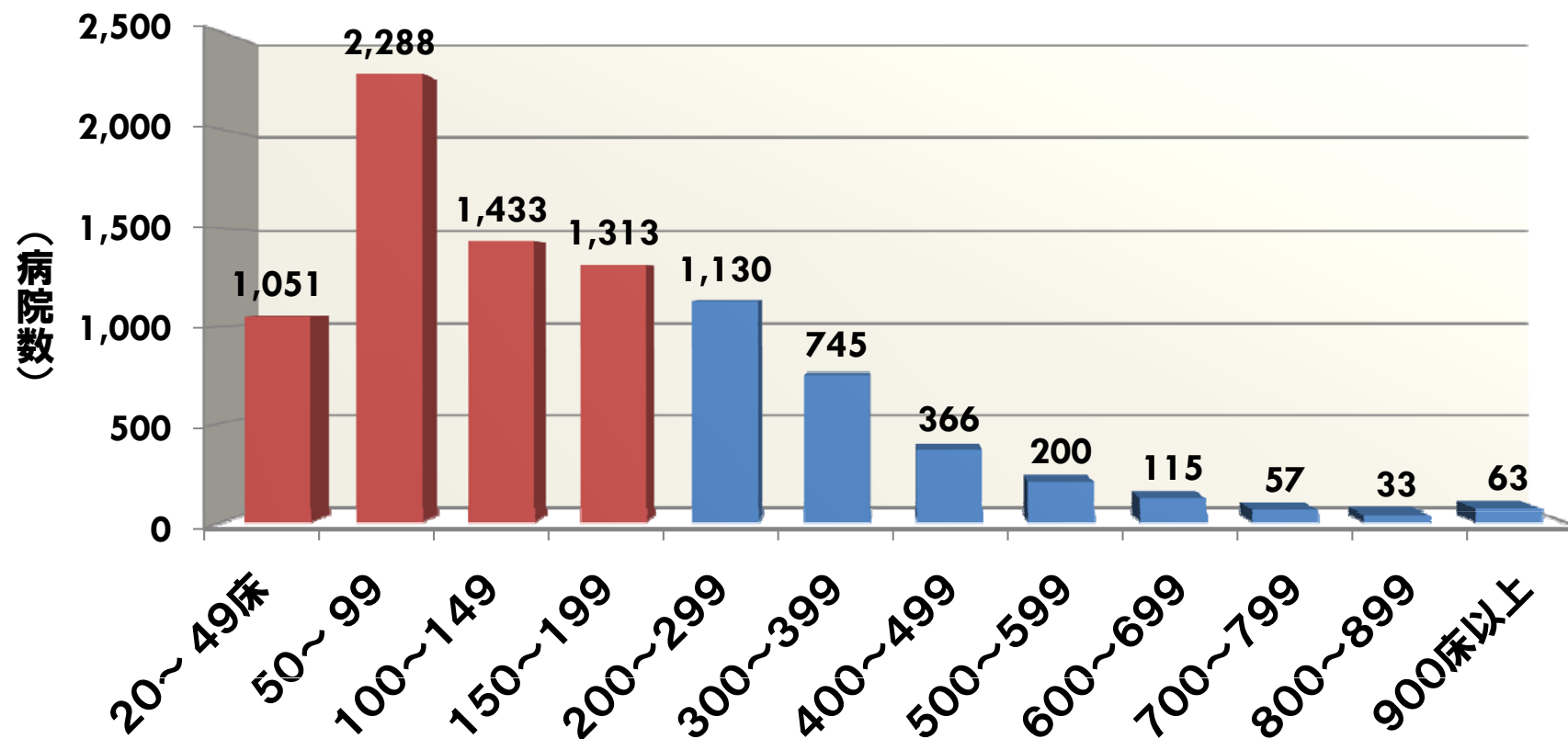
# 都道府県別人口あたり病床数

病床数は都道府県ごとに大きな格差(一般病床で2倍、療養病床で6倍以上の差)があり、介護施設等の整備状況や在宅医療をめぐる環境も含め地域の特性を踏まえた医療提供体制の整備が必要。



# 病院の病床規模別分布

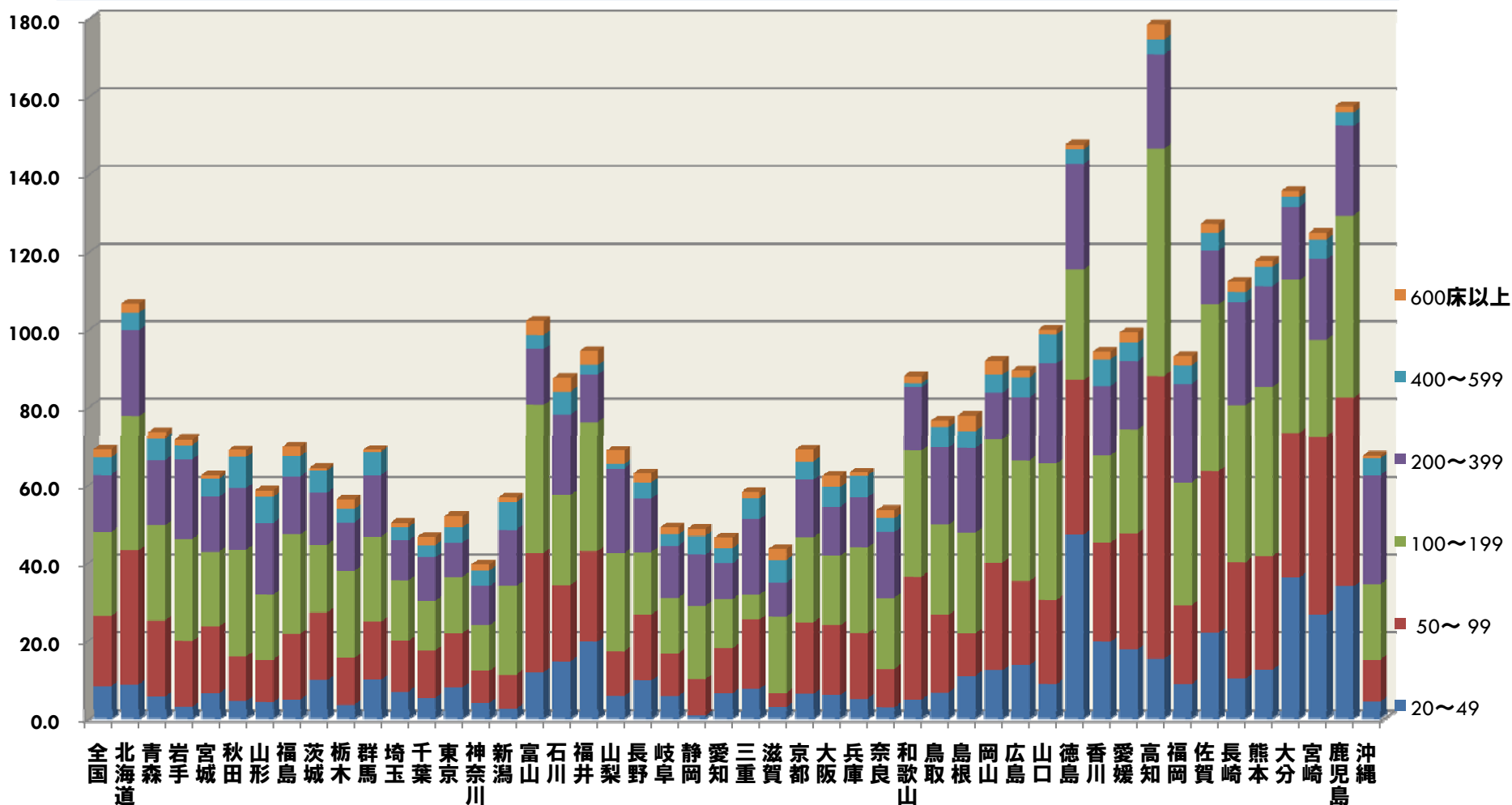
わが国では200床未満の病院が約7割を占める。先進医療や重症度の高い救急医療は一定規模の病院での対応が必要となる一方、地域で中核的な機能を果たしている中小病院においては、軽～中等度の急性期疾患への対応、急性期後の入院医療やリハビリを引き受ける機能が重要となる。地域の実情等も考慮した形での病期別の機能分化が必要。





# 病床規模別病院数(人口100万人あたり)

200床未満の病院数の数(人口100万人あたり)が多いのは、高知県(146.7;全体の82.1%)、鹿児島県(129.4;82.1%)、徳島県(115.4;78.2%)。全国平均は47.9病院(69.2%)であり、西高東低の分布がみられる。



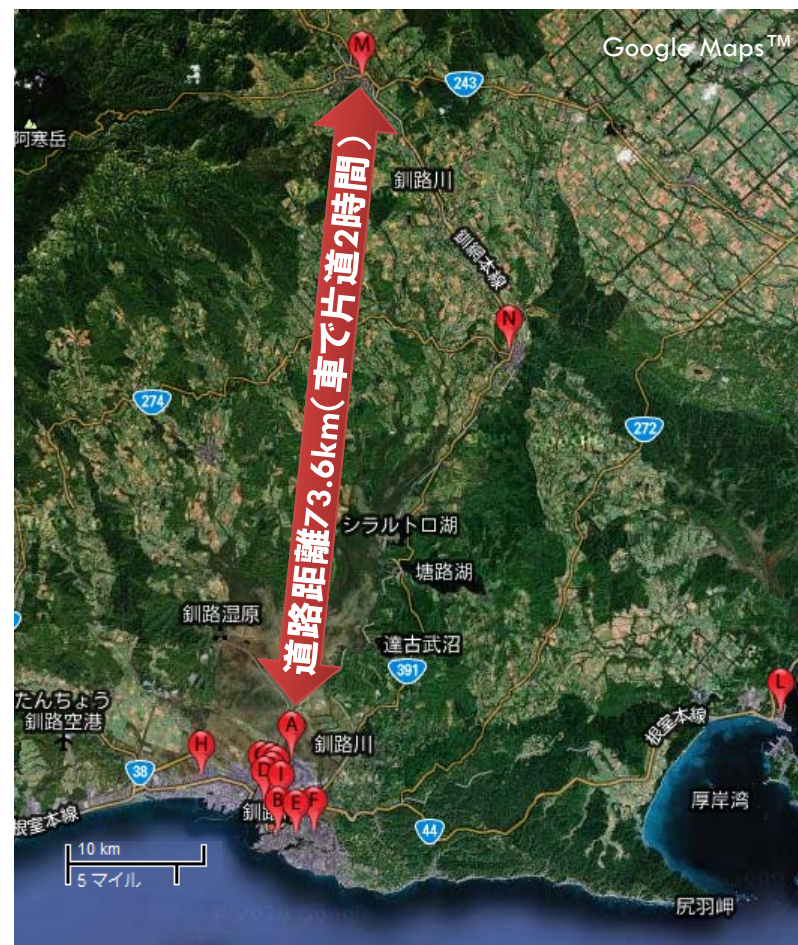
# 地域医療の砦として急性期医療を担う中小病院

都市部の基幹病院では医療従事者がある程度確保できていても、都市部から大きく離れた郡部で急性期医療の砦の役割を果たしている病院では、医療従事者の確保が著しく困難であり、13対1や15対1の基準で積極的な急性期医療を行わざるをえない。

## 北海道・釧路二次医療圏の一般病院

開設	住所	病床数	うち一般病床	医師数	看護職員数	入基
A 民間	釧路市	232	225	15.3	88.5	10:1
B 民間	釧路市	126	126	8.0	96.0	10:1
C 民間	釧路市	184	137	13.0	115.0	10:1
D 民間	釧路市	183	183	10.3	97.0	10:1
E 公立	釧路市	647	535	85.0	525.0	7:1
F 民間	釧路市	80	54	6.4	44.0	13:1
G 公的	釧路市	489	431	57.0	403.0	10:1
H 民間	釧路市	138	42	9.8	66.0	15:1
I 民間	釧路市	60	42	3.8	19.0	13:1
J 公的	釧路市	500	500	52.0	300.0	10:1
K 民間	釧路市	94	50	3.0	21.0	特別
L 公立	厚岸郡厚岸町	98	56	5.0	44.0	15:1
M 公的	川上郡弟子屈町	99	55	7.2	40.0	13:1
N 公立	川上郡標茶町	85	85	4.0	37.0	15:1

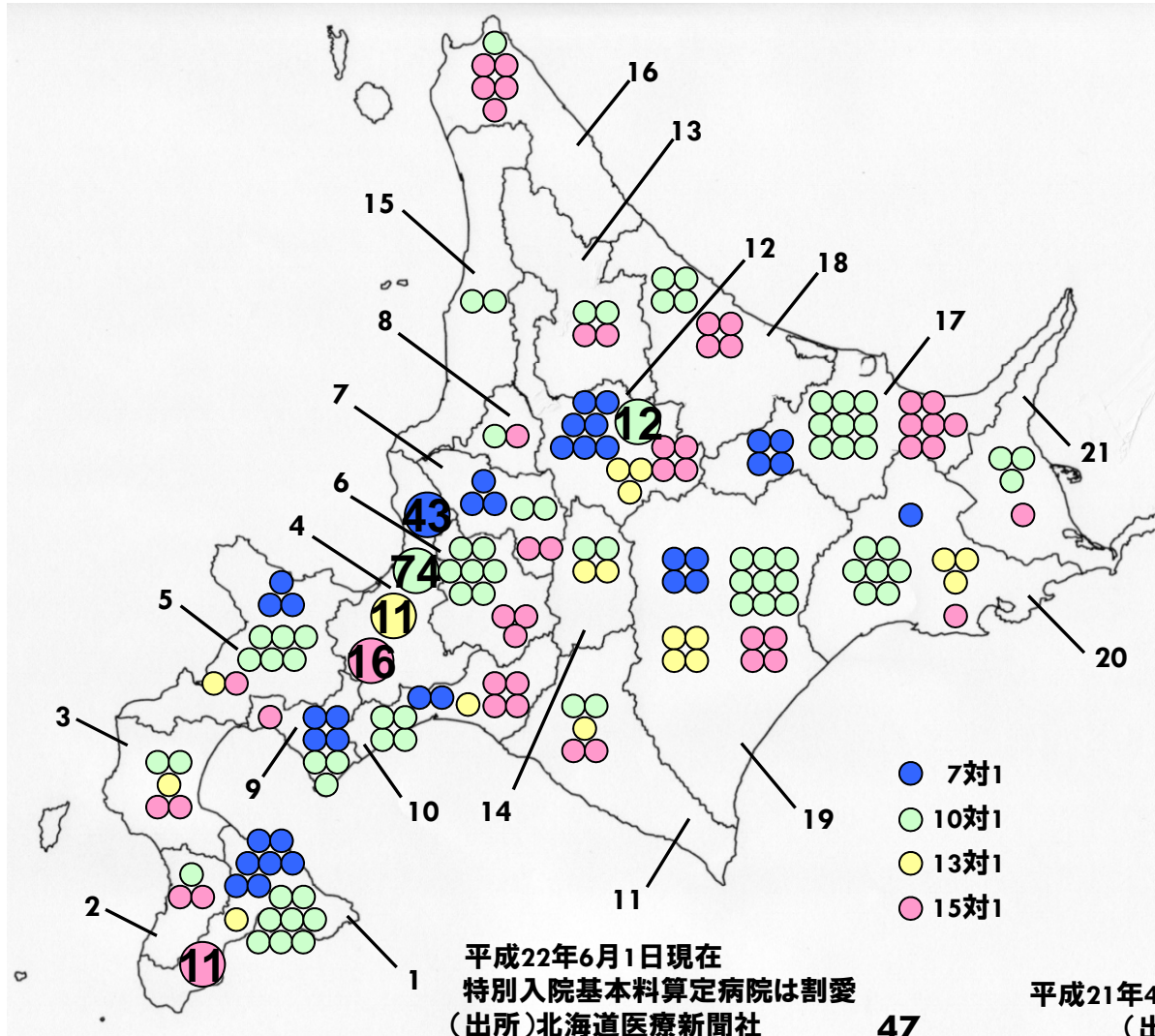
平成21年4月現在



(出所)北海道医療新聞社『北海道病院名鑑H21年4月』、北海道厚生局ウェブサイト

# 北海道における一般病棟入院基本料算定状況

釧路二次医療圏は例外的な存在ではなく、他の二次医療圏でも、13対1、15対1の一般病院が点在しており、医療連携が地理的に困難な状況のなか、少ない医療従事者数で地域医療の中核的な役割を担っており、集約化にも限界がある。

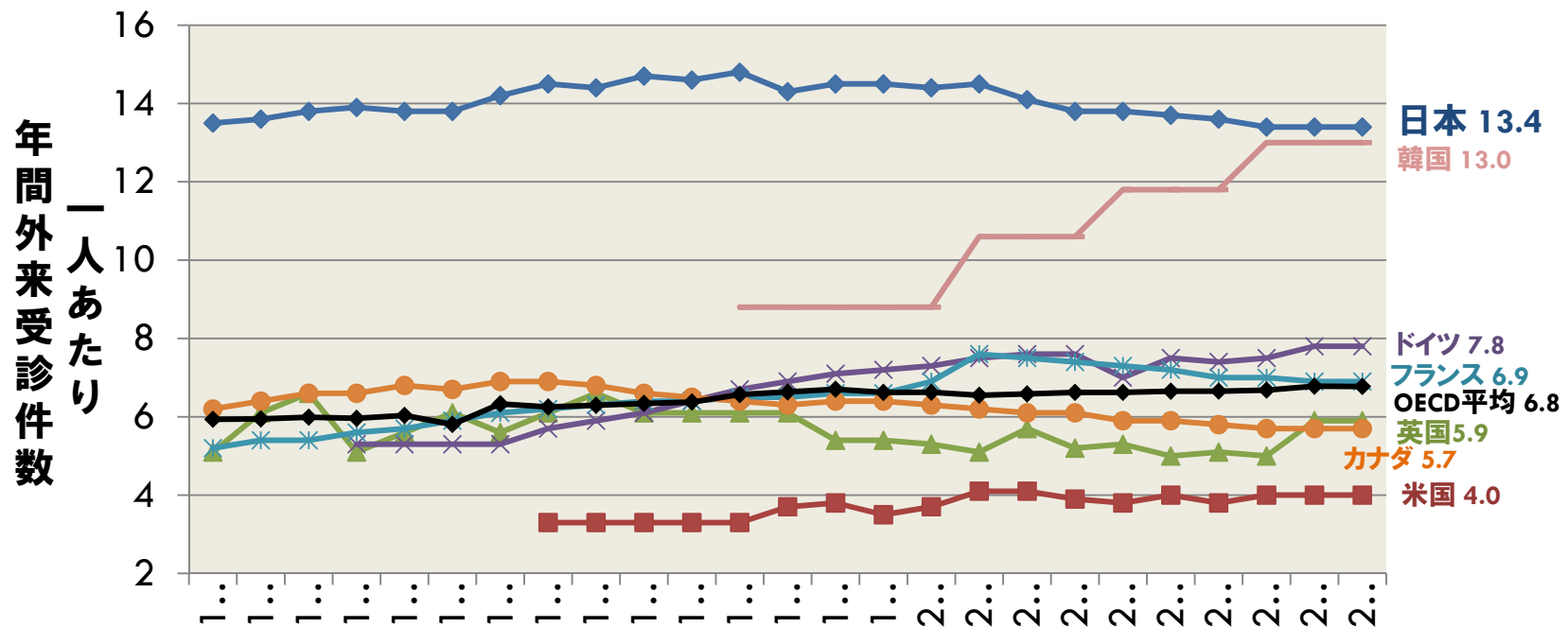


三次医療圏	二次医療圏	医師数	看護職数	人口	
道南	1 南渡島	592.5	4,070.9	412,111	
	2 南檜山	20.0	159.0	28,193	
	3 北渡島檜山	49.5	474.3	42,018	
道央	4 札幌	4,483.0	20,915.0	2,313,130	
	5 後志	279.0	2,004.9	238,803	
	6 南空知	215.4	1,431.3	185,887	
	7 中空知	207.3	1,523.6	122,401	
	8 北空知	49.0	492.9	36,842	
	9 西胆振	358.5	2,366.9	203,815	
	10 東胆振	237.5	1,717.8	217,645	
	11 日高	67.0	414.8	77,367	
	道北	12 上川中部	969.6	4,377.7	411,868
		13 上川北部	86.2	559.5	73,118
14 富良野		49.5	303.2	46,342	
15 留萌		62.6	380.8	57,776	
16 宗谷		64.6	452.0	71,328	
オホーツク		17 北網	299.7	1,945.4	234,212
	18 遠紋	86.7	645.2	78,345	
十勝	19 十勝	430.2	2,731.3	353,726	
釧路・根室	20 釧路	319.8	1,890.8	256,185	
	21 根室	66.3	416.8	82,444	

平成21年4月データ～平成22年9月データ、人口は21年3月31日現在  
(出所)北海道医療新聞社『北海道病院名鑑H21年4月』ほか

# 外来受診の容易さが可能にしている早期治療

日本の外来受診件数は多いが、フリーアクセスが疾病の早期治療を可能にし、不必要な入院を防いでいる可能性もある。ただし、軽症患者の大病院への集中などの弊害も見られ、疾病特性に応じた外来機能の分化が必要。

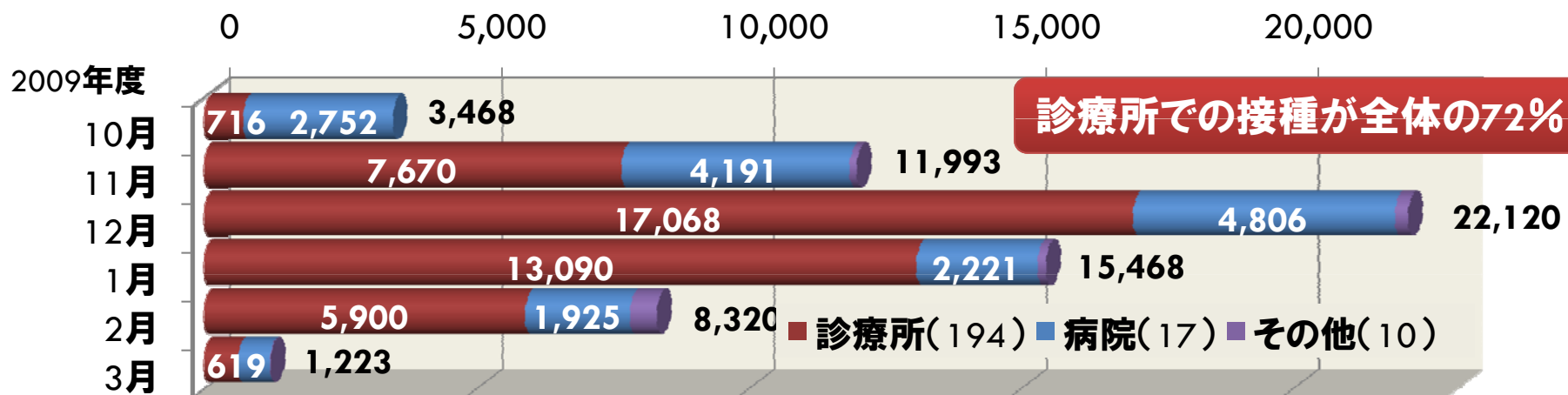


- 注) ・カナダは、州の医療保険計画による支払い分のみであり、一部の往診も除く。
- ・ドイツは、3か月間で最初の診療分のみをカウント(Barmer GEKの分析によれば、すべての外来を含めると、2007年は17.7回で2008年は18.1回と推計されている)。
  - ・英国は、NHSのGP受診およびNHS病院の外来受診のみで、独立セクターの医師の診療や、病院の外来以外の専門医の診療を除く。
  - ・米国は、診療所医師への受診のみで、病院医師への受診、麻酔・病理学・放射線専門医への受診、主として教育・研究・経営に従事している医師への受診を除く。
  - ・韓国の受診件数の増加の背景には、2000年の医薬分業改革時に、薬局による調剤に医師の処方箋が必要とされるようになったことがあるとされている(Jeong 2005)。

# 新型インフルエンザ治療に対する診療所の貢献

日本では、フリーアクセス制をとっていることから、新型インフルエンザ(H1N1)の場合にも、診療所や病院での迅速な治療が可能であった。  
 しかし、日本にはワクチン接種に対する無過失補償・免責制度がない。

## 医療機関種別ワクチン接種数(山形市)



※凡例の括弧内は、受託医療機関数(出所)山形市調べ

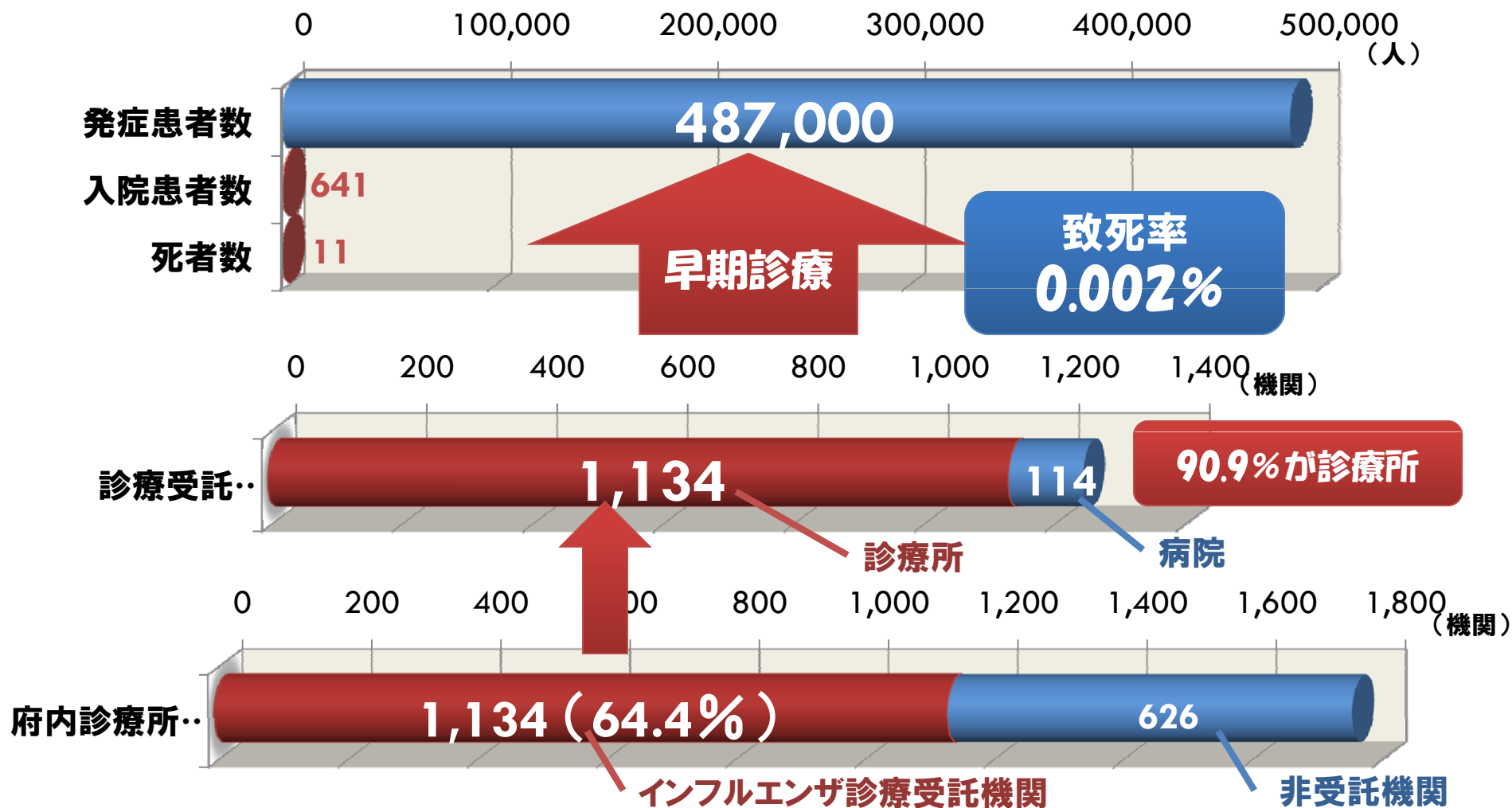
## 新型インフルエンザによる死亡率(2009年)



	日本	英国	メキシコ	米国
死亡数(人)	198	457	1,111	推計 12,000
死亡率(対10万人)	0.15	0.76	1.05	(3.96)
集計日	3/23	3/14	3/13	2/13

# 京都府におけるインフルエンザ診療(H21年度)

インフルエンザ早期診療は診療所の貢献が不可欠である。京都府では、行政から求められた疑義患者の時間・空間分別が不可能な診療所が多かったなか、64%の診療所(内科・小児科)が受託しており、上記制約をクリアできた診療所の大半が行政の求めに応じてインフル外来を設置した。



# 京都府におけるインフルエンザ診療(H21年度)

さらに、日々の診療の合間に、  
関連する会議・説明会も頻回に開催

## ○関連会議の開催

- ・ 地区感染症担当理事連絡協議会:5回
- ・ 感染症対策委員会:隔月開催
- ・ 感染予防対策講習会:2回
- ・ インフルエンザワクチン等確保検討会:2回
- ・ 新型インフルエンザ対策医療機関関係団体等連絡協議会:2回
- ・ 新型インフルエンザワクチン接種に係る打合せ会議:2回

## ○医療機関への説明会の開催

- ・ 新型インフルエンザ今後の医療体制とサーベイランスに関する説明会:2回
- ・ 新型インフルエンザワクチン接種に関する説明会:1回

## ○関連会議への出席

- ・ 府・市新型インフルエンザ対策専門家会議:4回、
- ・ 新型インフルエンザに係る医療機関連携会議:1回

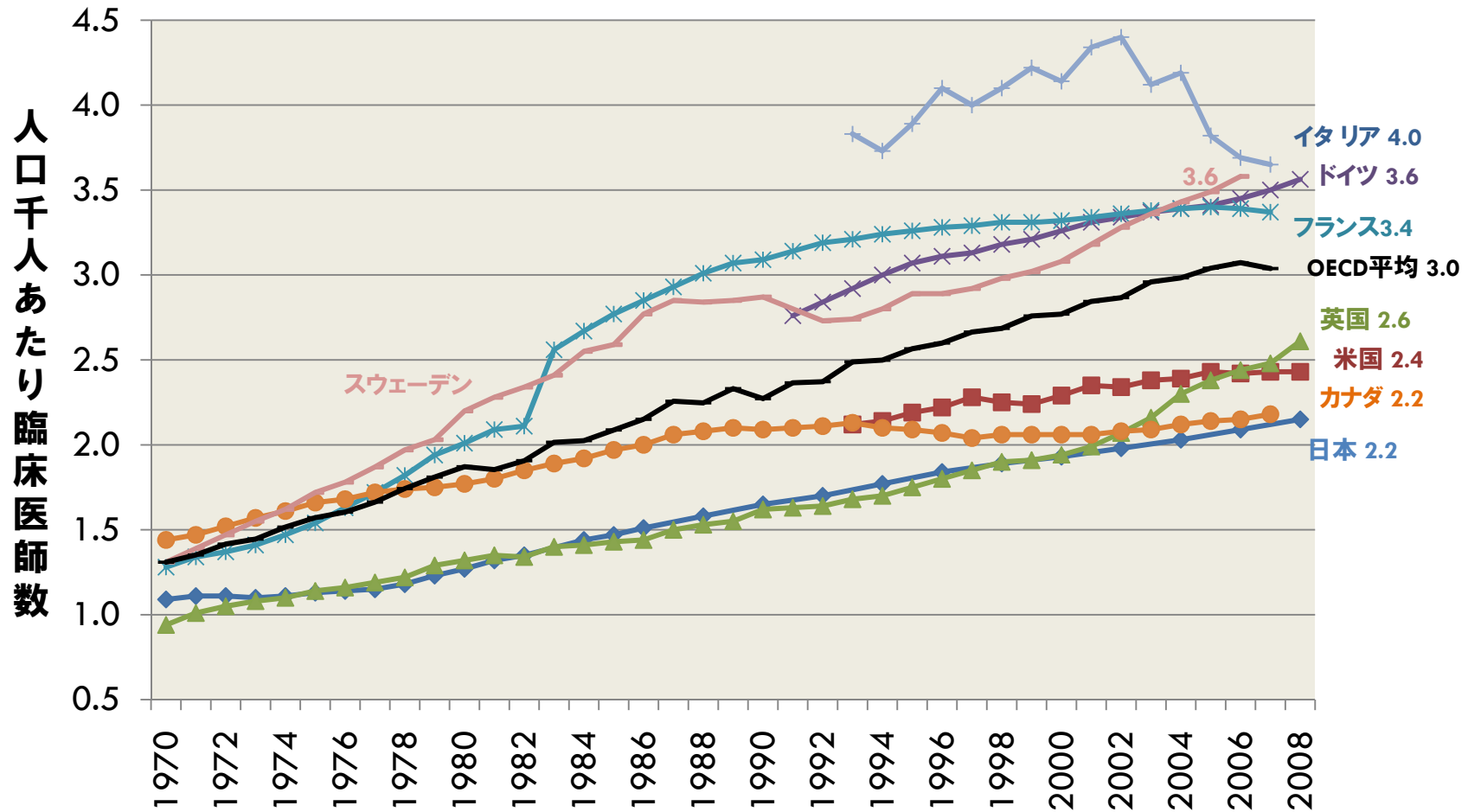
わが国の医療のあり方についての基本資料

# 医師数・病院従事者数等



# 人口あたり臨床医師数はG7最下位

日本の医師数は、国際的に見てかなり少なく、OECD加盟国単純平均の3分の2の水準である。



(出所) OECD Health Data 2010, Ver. Jun 2010

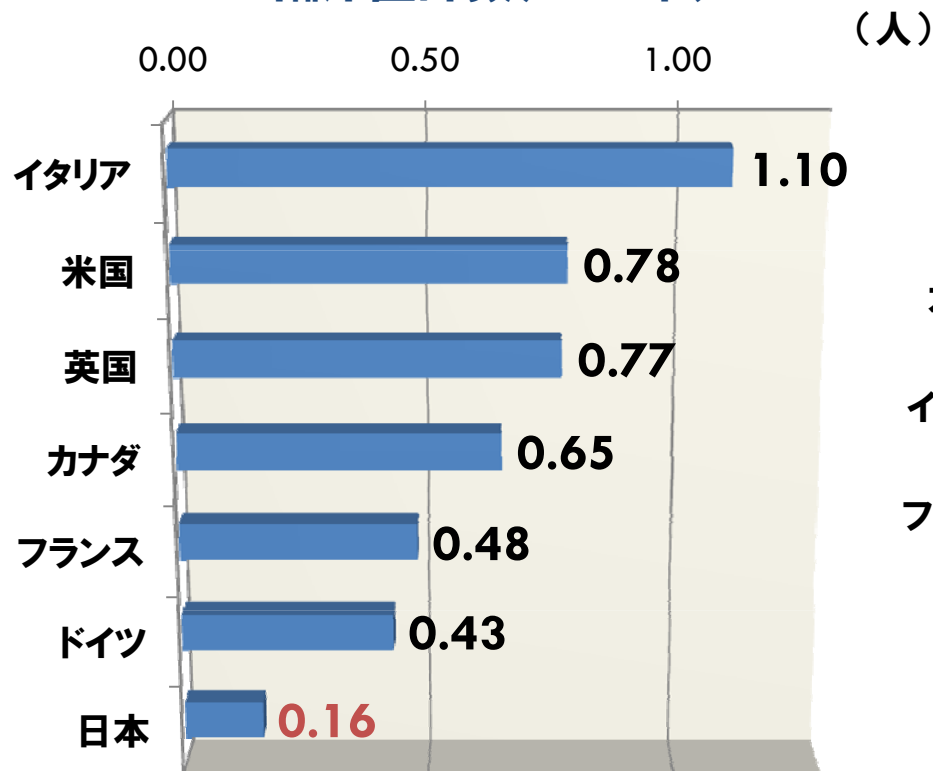
フランス、カナダ、イタリアは、Health Data 2009, Ver. Nov 2009

# 病院医師、病院従事者数もG7最下位

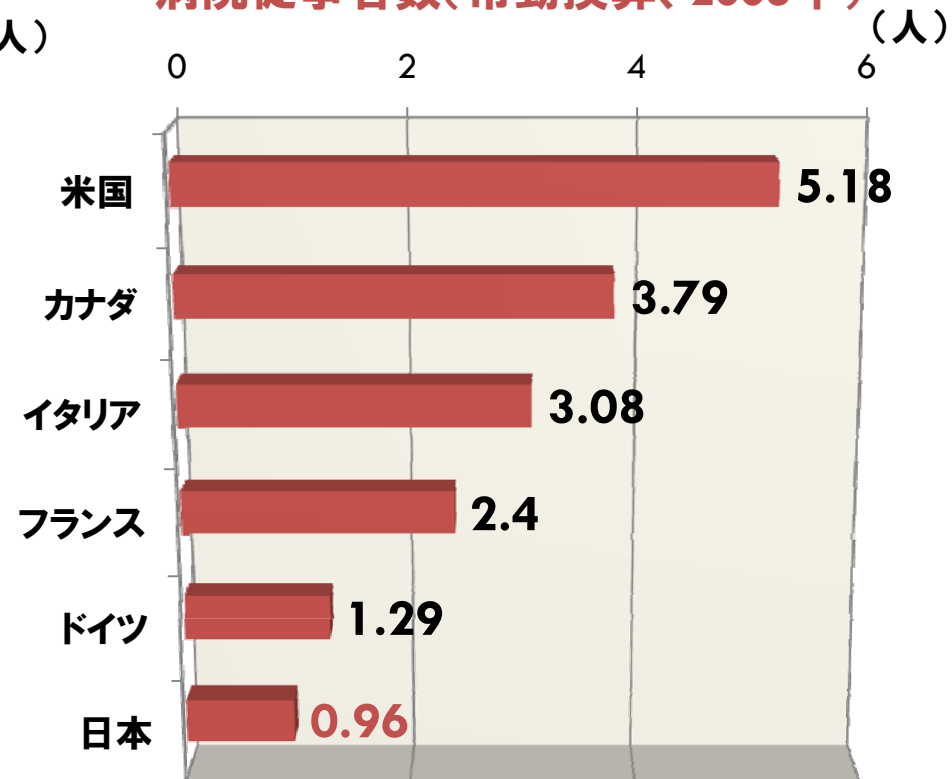
日本は、医師数、コメディカル等病院従事者数ともに国際的に見てかなり低い水準であり(病床あたりではG7では最下位)、医療現場は深刻なマンパワー不足にある。

## 病院病床あたり臨床医師、病院従事者数

臨床医師数(2008年)



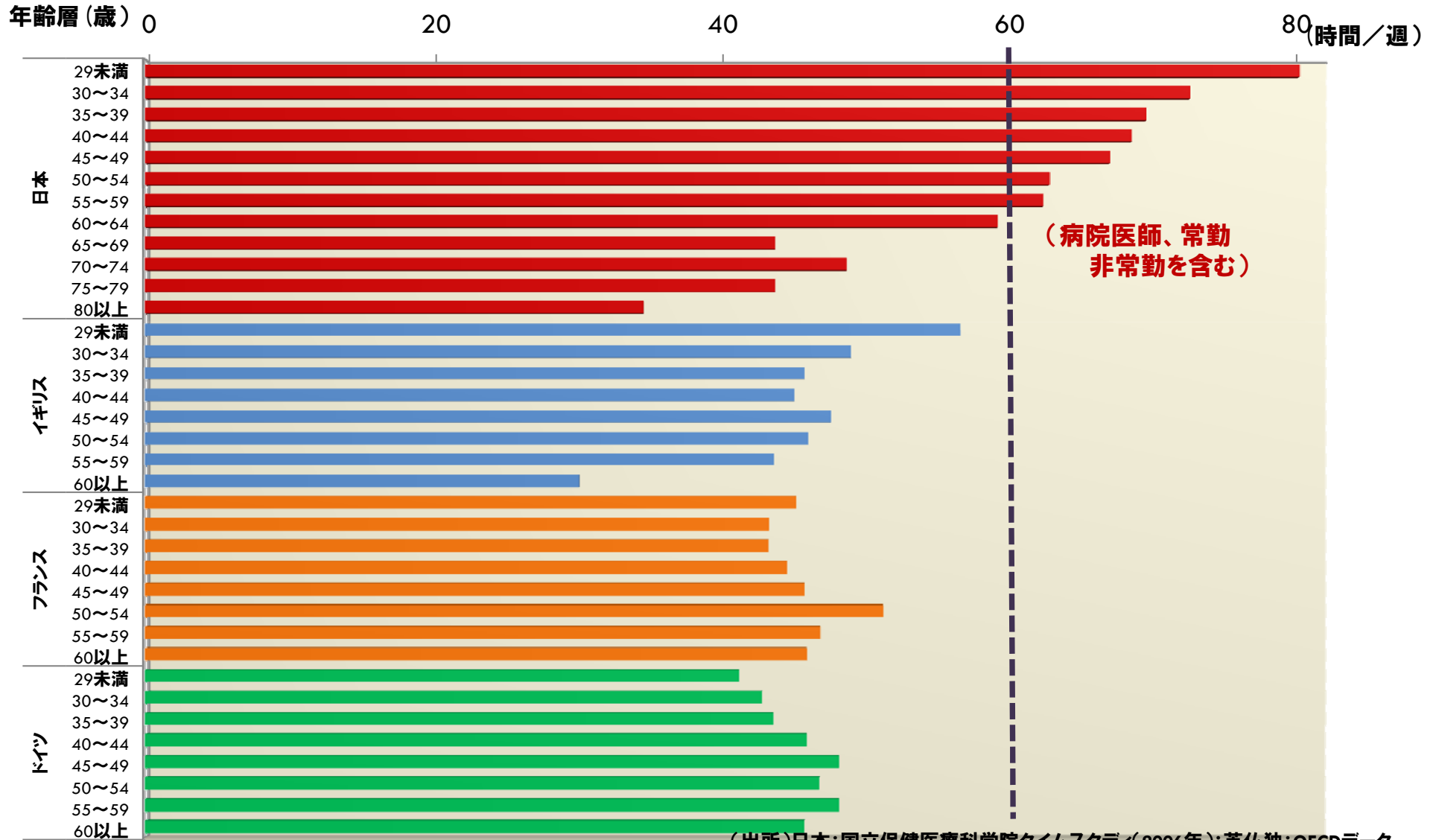
病院従事者数(常勤換算、2006年)



英国の病院従者数(常勤換算)はデータ無し。  
(出所) OECD Health Data 2009, Ver. Nov 2009  
OECD Health Data 2010, Ver. Jun 2010

# 突出した日本の医師の労働時間

日本では、59歳までは平均でも週60時間以上働いており明らかに諸外国よりも長い。60歳を超えても他国の中堅層と大差ないほど働いている。

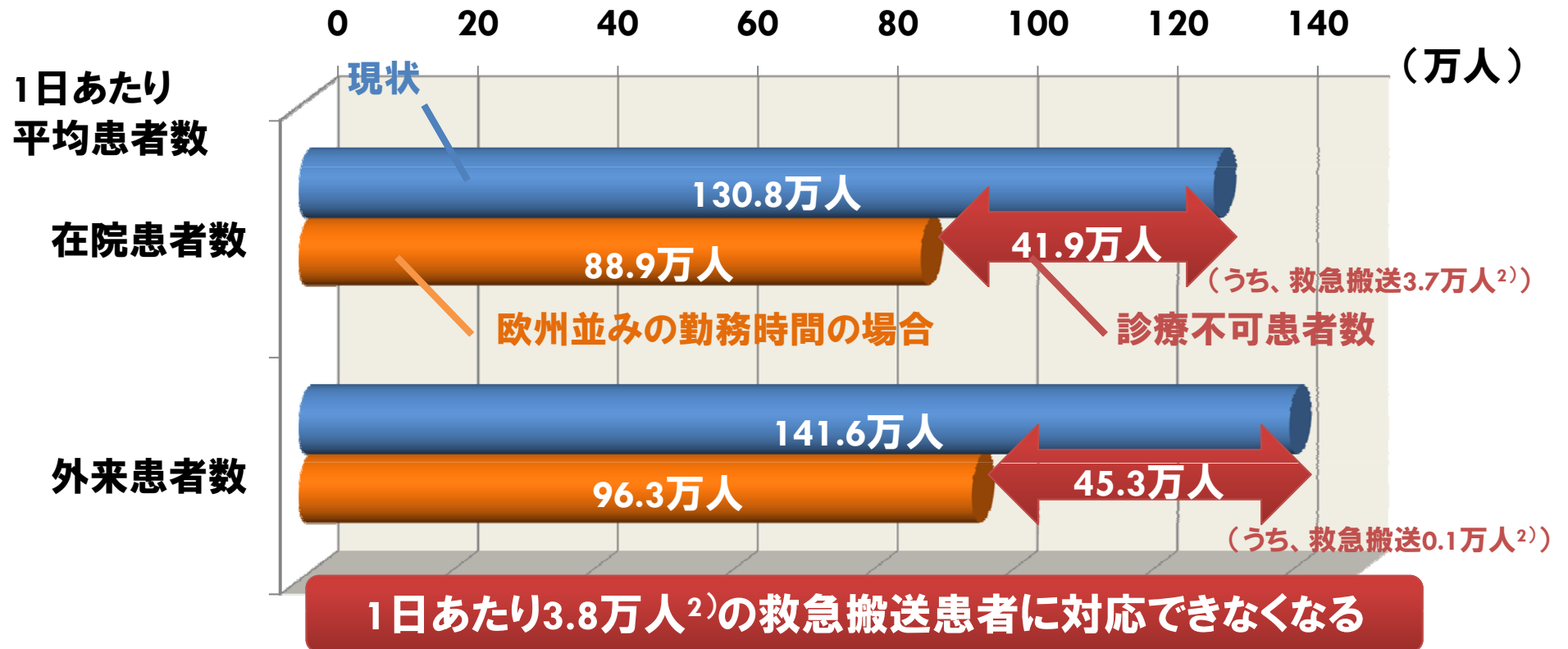


(出所)日本:国立保健医療科学院タイムスタディ(2006年);英仏独:OECDデータ

# 勤務医が欧州並みの勤務時間数になったら.....

絶対的な医師不足と医療従事者不足のなか、日本の病院勤務医は長時間に及ぶ勤務を厭わないことで、数多くの患者を診療してきた。逆に言えば、日本の病院医療は、勤務医の過重労働無しには成り立たない状況が続いてきた。

日本の平均70.6時間勤務が欧州並みの勤務時間48時間<sup>1)</sup>になった場合、一日病院患者数でみると、在院患者で41.9万人、外来患者で45.3万人が診られなくなる。



1) European Time Directive 2006による。

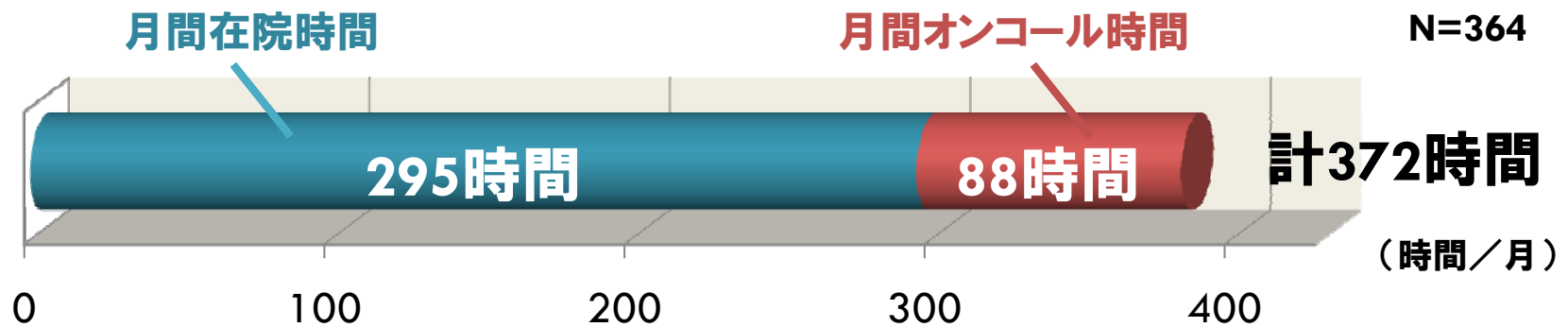
2) 「平成20年患者調査」の救急搬送の割合より推計。

(出所)患者数は、「病院報告」(平成21年)による。

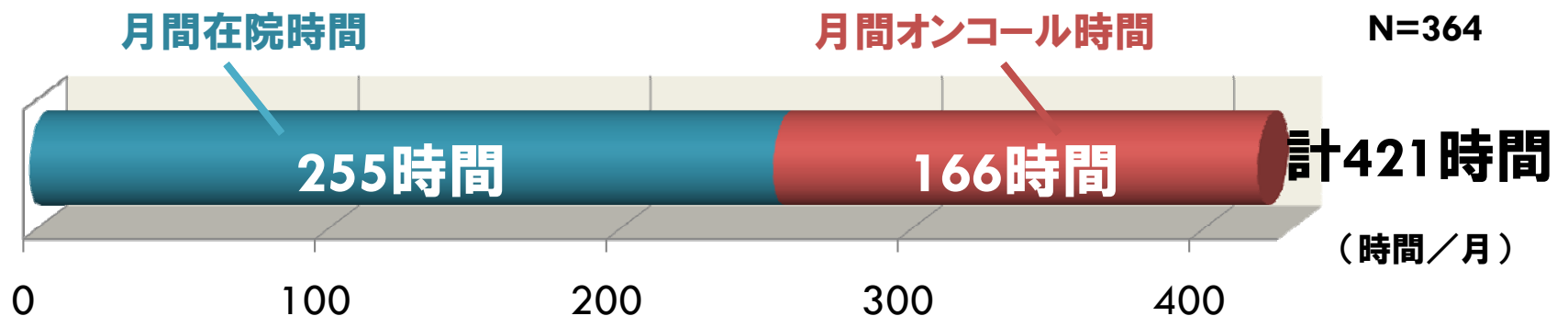
# 医療従事者に特有のオンコールの拘束感

医療従事者に特有の労働環境として、さらに、長時間勤務に加えてオンコール体制による拘束感の強さも挙げられる。女性医師が増え続けるなかで、安定的な医療従事者の確保のためには、負担軽減の推進やワークライフバランスの改善が不可欠である。

## 当直体制のある一般病院における産婦人科医の平均月労働拘束時間(平均41歳)



## 当直体制のない一般病院における産婦人科医の平均月労働拘束時間(平均44歳)

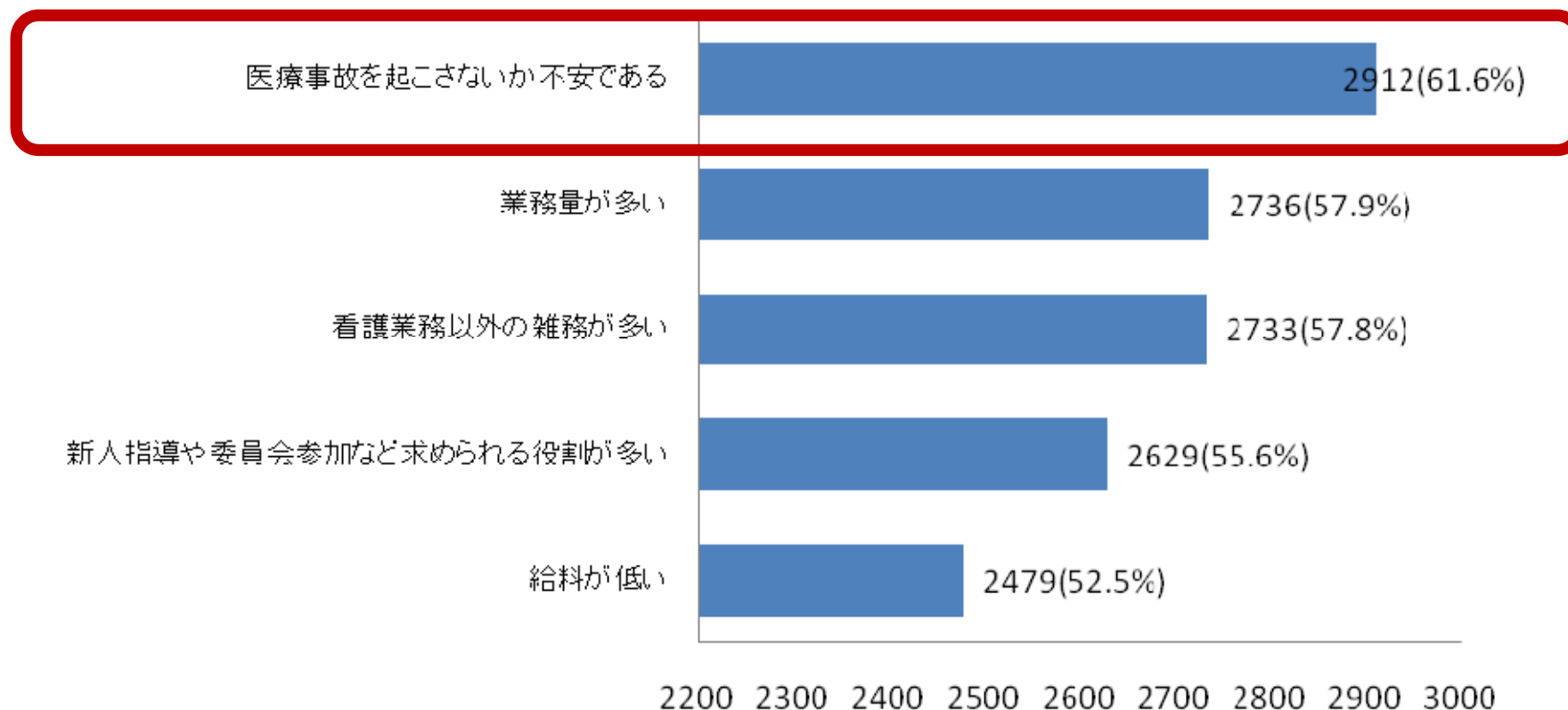


(出所)日本産科婦人科学会産婦人科医療提供体制検討委員会「わが国の病院産婦人科勤務医の在院時間実態調査総括報告書」

# 常時、生死と向き合う責任と緊張

医療従事者の労働環境の最大の特徴は、常時患者の生死と向き合う責任の重さと緊張感の存在にある。たとえば、看護職員の6割以上が医療事故への不安を抱えており、業務量の多さに対する不満よりも高い率を占めている。

職場での悩みや不満 上位5項目/20 (n=4725)



# 日々、自費でスキルアップに努める日本の医師

米国の学会は年一回の全国大会の開催のみが普通であるのに対して、日本の場合は、全国学会の下に地方会が置かれており、数多くの学会を地方レベルでも土日を使って定例的に開催している。このように、日本の医師は、日常的に、学術研究の発展、学術的知見・医療技術の進歩普及に注力し、日々の診療の質の向上に努めている。

## 山形県内の脳外科医の場合(2008年)

12月	11月	10月	9月	8月	7月	6月	5月	4月	3月	2月	1月
● 第31回東北脳血管障害研究会 12 / 6	● 第26回日本脳腫瘍学会 11 / 30 ● 第61回山形神経放射線懇話会 11 / 12 ● 第15回日本神経内視鏡学会 11 / 28 ● 第18回山形県対脳卒中治療研究会 11 / 22 ● 第20回日本脳循環代謝学会総会 11 / 6 ● 第13回日本脳腫瘍の外科学会 10 / 20 ● 第15回東北脳循環カンファレンス 10 / 18 ● 第55回山形脳神経外科懇話会 10 / 17 ● 第67回日本脳神経外科学会総会 10 / 1 ● 第46回日本脳腫瘍の外科学会 10 / 28 ● 第67回日本脳腫瘍の外科学会 10 / 21 ● 第13回日本脳腫瘍の外科学会 10 / 21	● 第44回東北脳SPECT研究会 9 / 19 ● 第18回日本脳神経外科学会東北支部会 9 / 20	● Fighting Vascular Event in Yamagata 9 / 3	● 第9回日本分子脳神経外科学会総会 8 / 30	● 第20回日本頭蓋底外科学会 7 / 7 ● 第54回山形脳神経外科懇話会 7 / 11	● 第17回日本脳ドック学会総会 6 / 28 ● 第9回山形ニューロサイエンス研究会 6 / 21 ● 第7回山形県脳ドック研究会 6 / 12 ● 第23回日本生体磁気学会大会 6 / 12 ● 第17回国際脳腫瘍治療研究会議 6 / 9 ● 第10回日本ヒト脳機能マッピング学会 6 / 6 ● 第17回日本脳腫瘍病理学会 5 / 23 ● 第17回山形県対脳卒中治療研究会 5 / 31	● 第28回日本脳神経外科コンgres 5 / 9 ● 第26回日本脳腫瘍病理学会 5 / 24 ● 第17回山形県対脳卒中治療研究会 5 / 31	● 第17回脳神経外科手術と機器学会 4 / 11 ● 第53回山形脳神経外科懇話会 4 / 25	● 第42回東北脳腫瘍研究会 3 / 29 ● 第37回日本脳卒中の外科学会 3 / 20 ● 第33回日本脳卒中の外科学会 3 / 22 ● 第10回山形めまい研究会 3 / 8 ● 第21回日本老年脳神経外科学会 3 / 8 ● 第4回日本脳神経外科光線力学研究会 3 / 1	● 第18回日本脳神経C1学会 2 / 21 ● 第31回日本脳神経C1学会 2 / 22 ● 第52回山形脳神経外科懇話会 2 / 1 ● 第18回日本間脳下垂体腫瘍学会 2 / 29 ● 第31回日本間脳下垂体腫瘍学会 2 / 29	● 第47回日本てんかん外科学会 1 / 24 ● 第31回日本定位・機能神経外科学会 1 / 25 ● 第47回日本てんかん外科学会 1 / 25 ● 第31回日本定位・機能神経外科学会 1 / 26



参加費計 334,500円<sup>1)</sup>

年会費計 153,000円

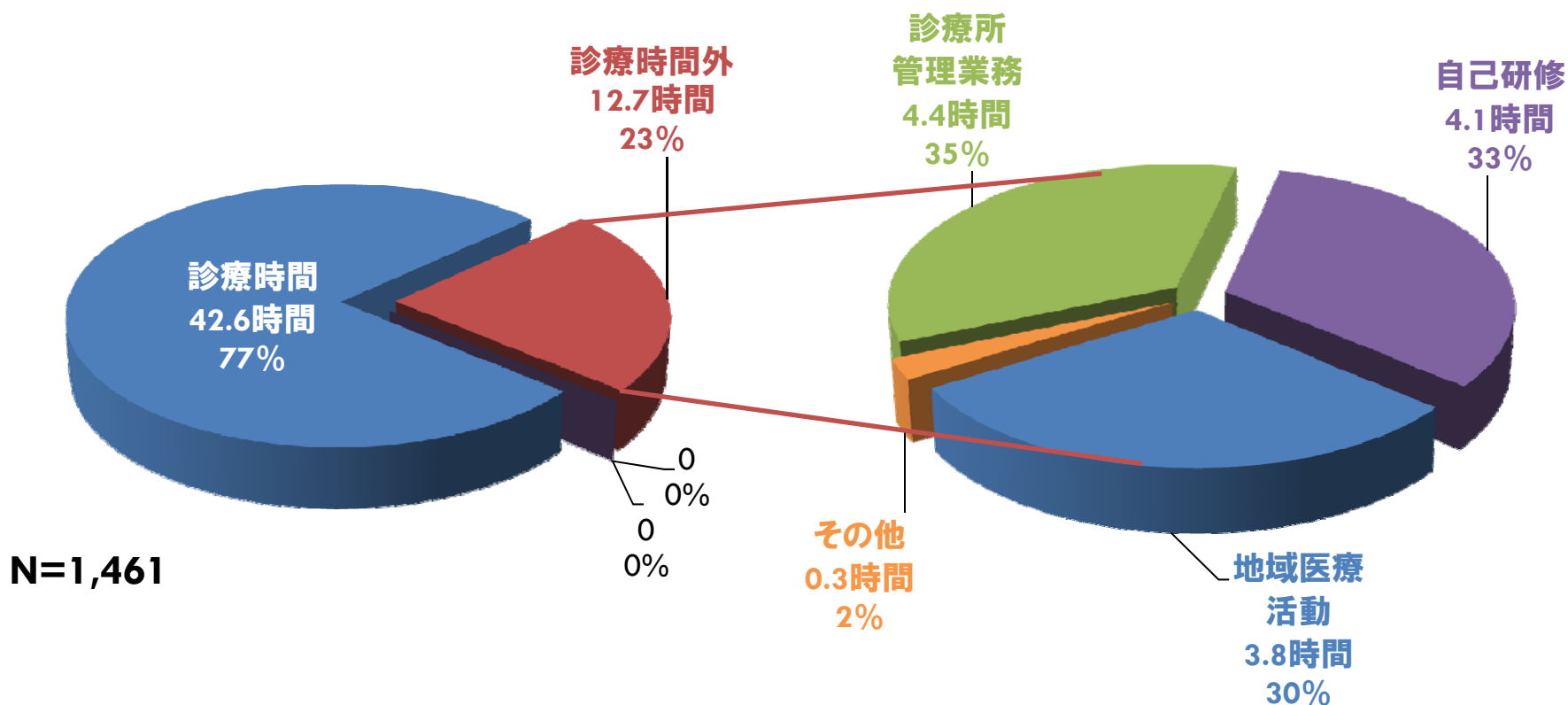
※これら以外にも、隣接領域の学会・研究会が多数あり、参加・報告している。

1)交通費・宿泊費は除く。

# 診療時間外も地域医療に貢献する診療所医師

日本の診療所医師は、通常の診療時間(平均42.6時間、休憩時間を除く)以外にも、平均して12.7時間の診療時間外業務に従事している。このうち、診療所管理業務がもっとも長く、次いで自己研修、地域医療活動(学校医・産業医等、救急対応等)が続く。

## 診療所医師(管理者)1週間の診療時間および時間外診療時間の内訳



地域医療活動の詳細については次スライドを参照。

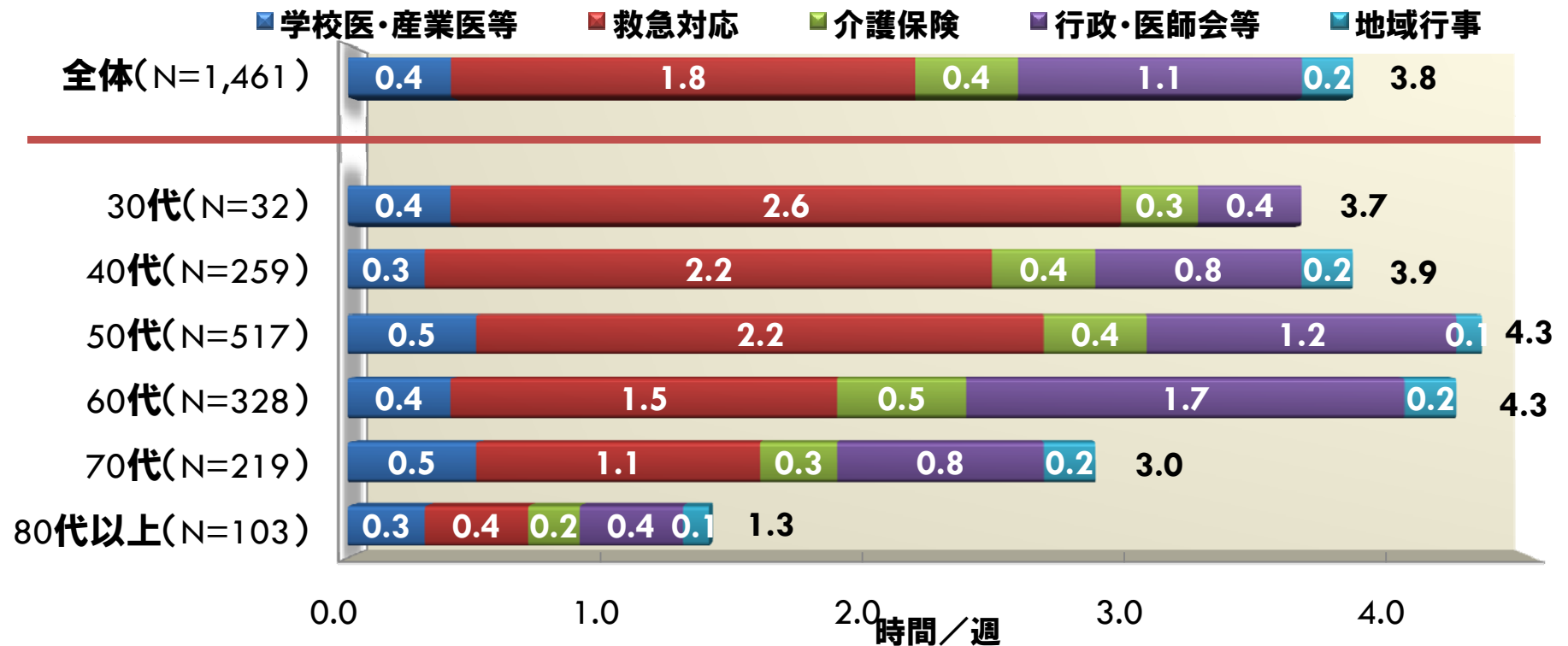
(出所)日医総研ワーキングペーパー「診療所医師の診療時間および時間外活動に関する調査結果(2007年7月実施)」



# 地域の医療と健康を支える日本の診療所

日本の診療所医師は、通常診療のみならず、学校医や休日・夜間の救急対応、介護保険、行政・医師会等活動などでも大きな役割を果たしており、地域医療活動の面から世界一の日本の医療を下支えしている。トリアージ機能を主とする他国の診療所医師(ホームドクター)とは、役割も位置づけも異なる。

## 診療所医師(管理者)1週間の地域医療活動の内訳



救急対応: 夜間・休日診療業務、小児夜間診療当番医、夜間急病センター等への出務など  
 (出所)日医総研ワーキングペーパー「診療所医師の診療時間および時間外活動に関する調査結果(2007年7月実施)」

# 診療所医師も日々、スキルアップに努めている

診療所の医師もまた、診療の質の向上に努めており、日々の自己研鑽や学会参加のほかにも、定期的に地方医師会・地区医師会による研修会を開催・参加している。

## ○京都府医師会主催・共催の研修会

平成21年度データ

– 年間開催回数：99回 年間開催時間：233時間

● 診療所医師(A会員)1人あたり：

– 年間参加回数：5.1回 年間参加時間：12時間38分

## ○京都府内地区医師会主催・共催の研修会

● 1地区医師会あたり：

– 年間開催回数：8.3回 年間開催時間：15時間30分

● 診療所医師(A会員)1人あたり：

– 年間参加回数：2.6回 年間参加時間：4時間57分

1人あたり1年で合計、約8回(約18時間)、地区でも研修

※上記は日医生涯教育認定の公式的な研修会のみをカウント

(出所)京都府医師会資料

わが国の医療のあり方についての基本資料

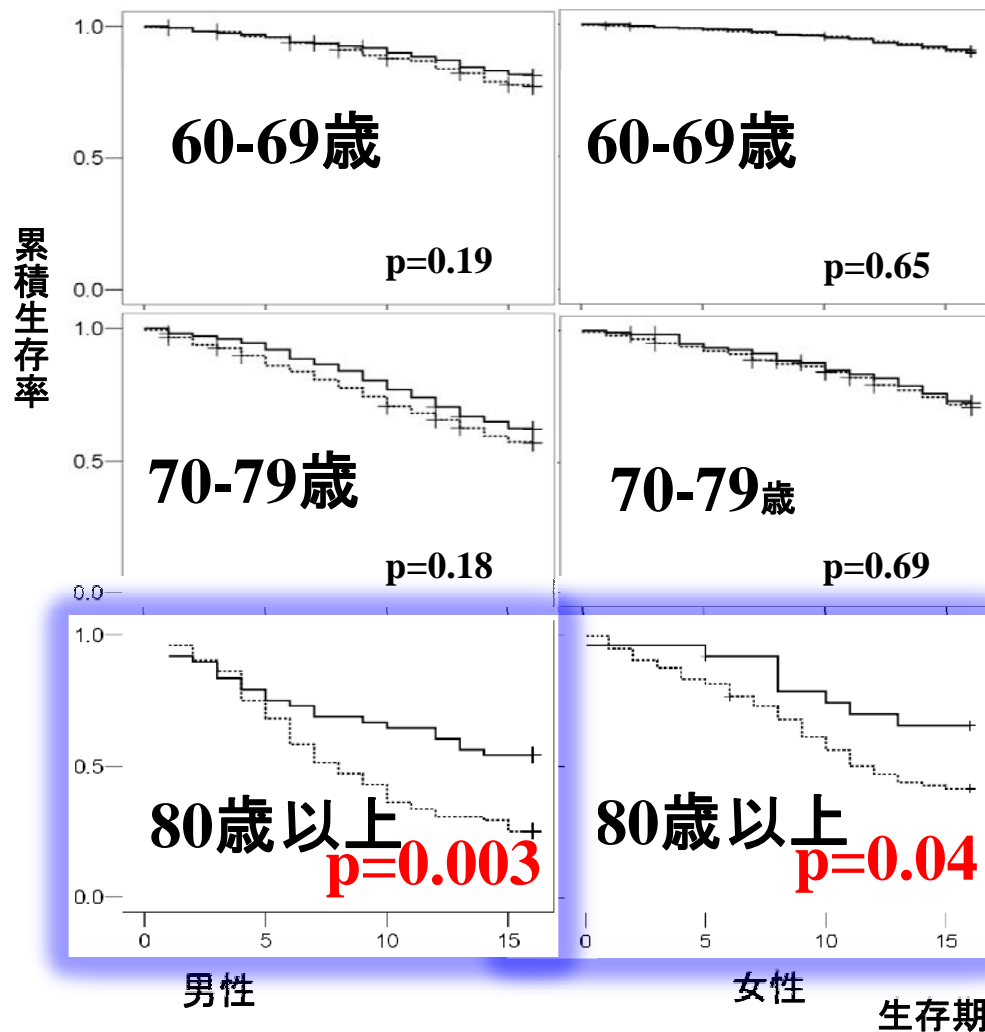
# 歯科医療と全身の健康との関係

## 「歯科医療と全身の健康との関係」

1. 歯の数と生存期間の関係 (1)
2. 義歯の状況を含めての生存期間との関係(2)
3. 歯の数と認知症の関係 (3)
4. 歯の数と健康度との関係 (4,5)
5. 20本以上の歯を有する者の割合の推移 (6,7 )
6. 歯周治療と糖尿病との関係 (8)
7. 口腔ケアと誤嚥性肺炎との関係(9)
8. 口腔ケアと術後合併症との関係(10)
9. 在宅歯科医療に必要とされる時間について(11,12)

# 歯数と生存期間との関係

## 機能歯数(10歯未満/10歯以上)と生存曲線



40歳以上の宮古島住民5,730名を対象とした15年追跡のコホート研究の結果

80歳以上では男女とも機能歯数が10本以上の住民において有意な生存期間の延長がみられた。

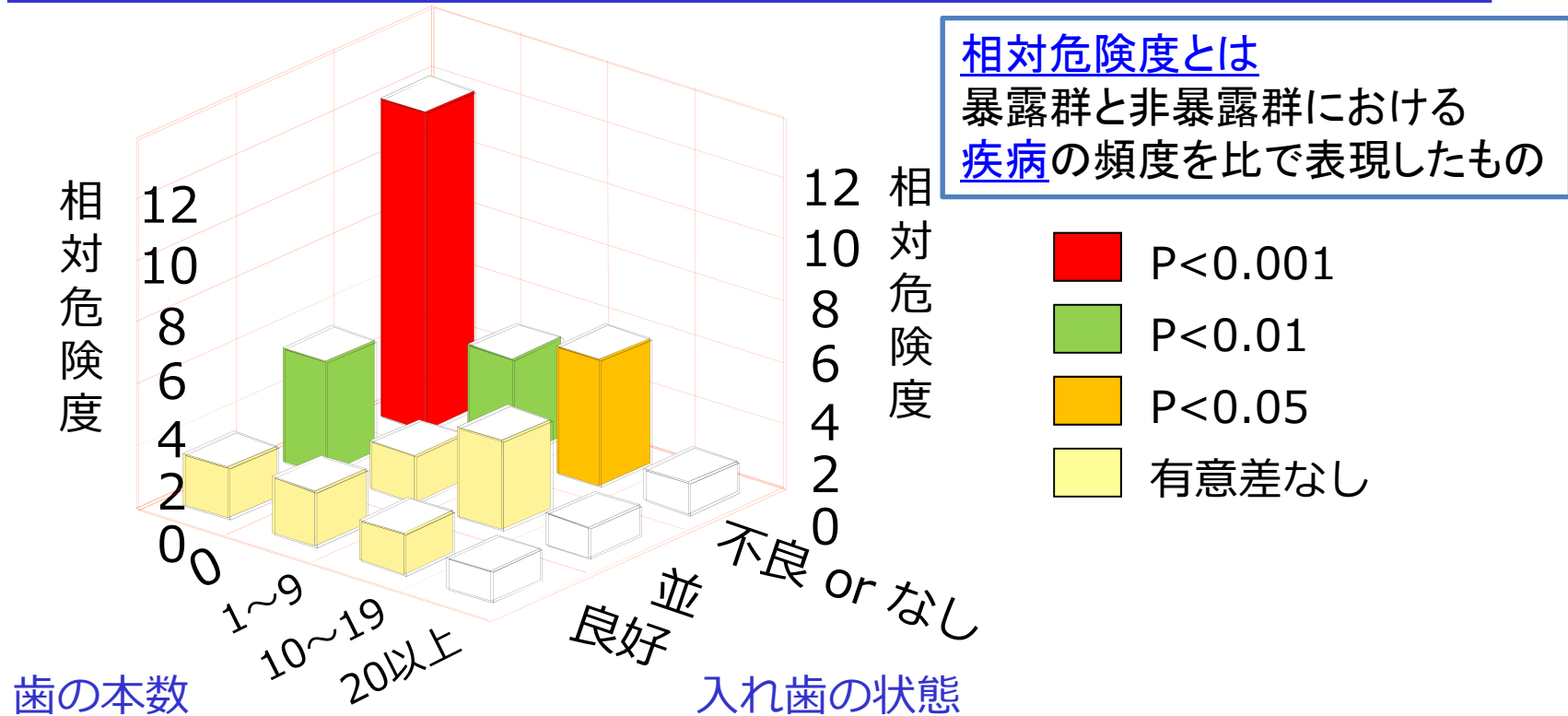
—— 機能歯10歯以上  
 ..... 機能歯10歯未満

注) 機能歯数: 調査開始時の使える歯の総数

# 義歯の状況も含めての生存期間との関係

歯が少なく、入れ歯の状態も悪い高齢者では、  
身体的健康状態が悪化することが示唆される。

\* 身体的健康悪化とは介助必要や寝たきりとなること。(調査対象55歳以上)



1,929名の6年間の追跡調査より  
(新潟大学データ, 1996)

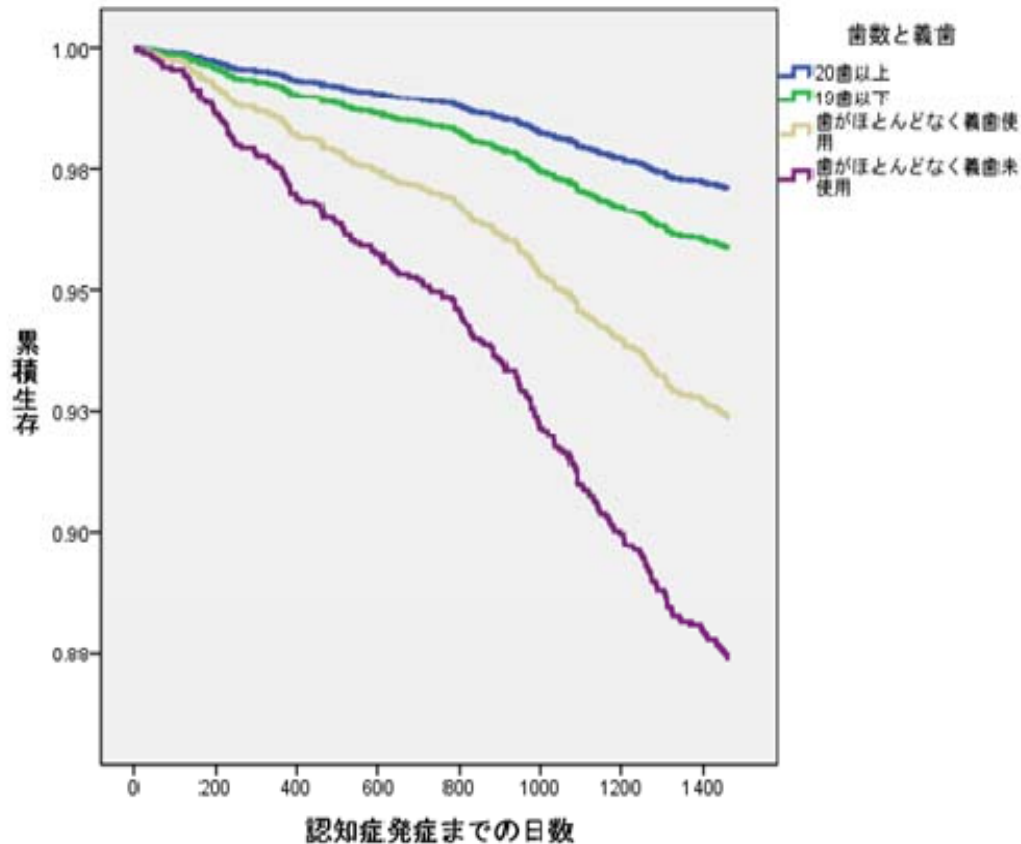
# 歯数と認知症との関係

## 歯を失うと認知症のリスクが最大1.9倍に

～厚労省研究班が愛知県の高齢者4,425名のデータを分析～

プレスリリース(2011.01.05)より(神奈川歯科大学データ)

### 歯数・義歯と認知症発症までの日数との関係



65歳以上の健常者を対象とした歯科検診に併せ、4年間、認知症の認定状況を追跡。



年齢、疾患の有無や生活習慣等に関わらず

- ①歯が殆ど無く義歯を使用していない人
- ②あまり噛めない人
- ③かかりつけ歯科医院のない人

は、認知症発症のリスクが高くなることが示された。

図は、「歯がほとんどなく義歯を使用していない人は、20本以上歯が残っている人と比べ最大1.9倍認知症発症のリスクが高いこと」を示す。 67 歯-3

## 歯の数と健康度との関係(医療費で見た場合)

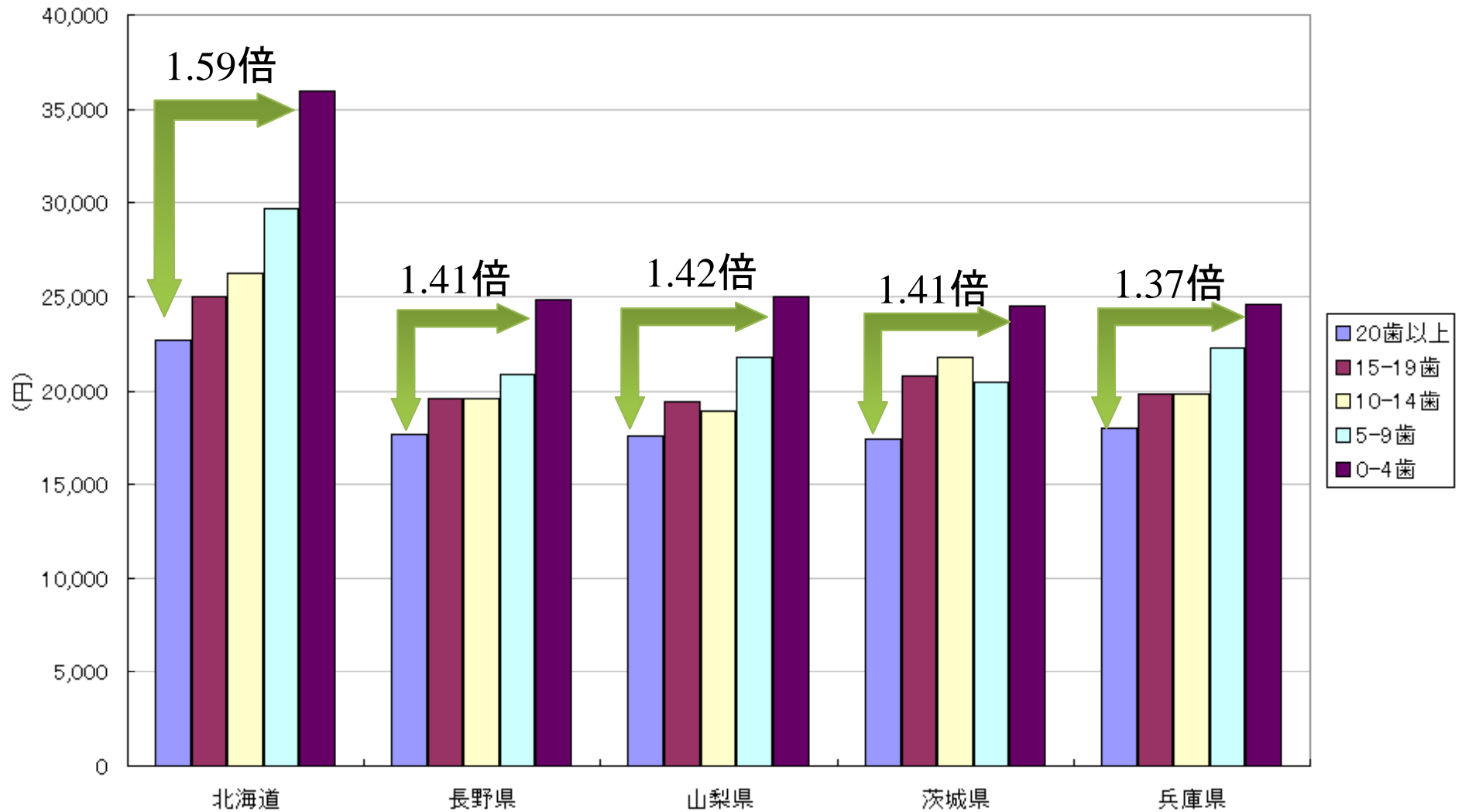
調査地域	調査主体	調査年	調査期間	対象者年齢	対象者数	「0-4歯」対「20歯以上」比
北海道	北海道国民健康保険 団体連合会	H19年5月	1か月	70歳以上	10,3118件	1.59
長野県	長野県歯科医師会 国保連合会	H20年6月	1か月	65歳以上	62,117件	1.41
山梨県	山梨県歯科医師会	H19年12月	1か月	65歳以上	37,746件	1.42
茨城県	茨城県歯科医師会	H18年9月	1か月	70歳以上	11,899件	1.41
兵庫県	兵庫県歯科医師会 国保連合会	H17年5月	1か月	70歳以上	55,093件	1.37
香川県	香川県歯科医師会 国保連合会	H18年5月,8月,11月, H19年2月	4か月分	40歳以上	19,434件	1.71

\*調査方法: 歯科を受診した人の歯数とその期間の医科レセプト点数を算出



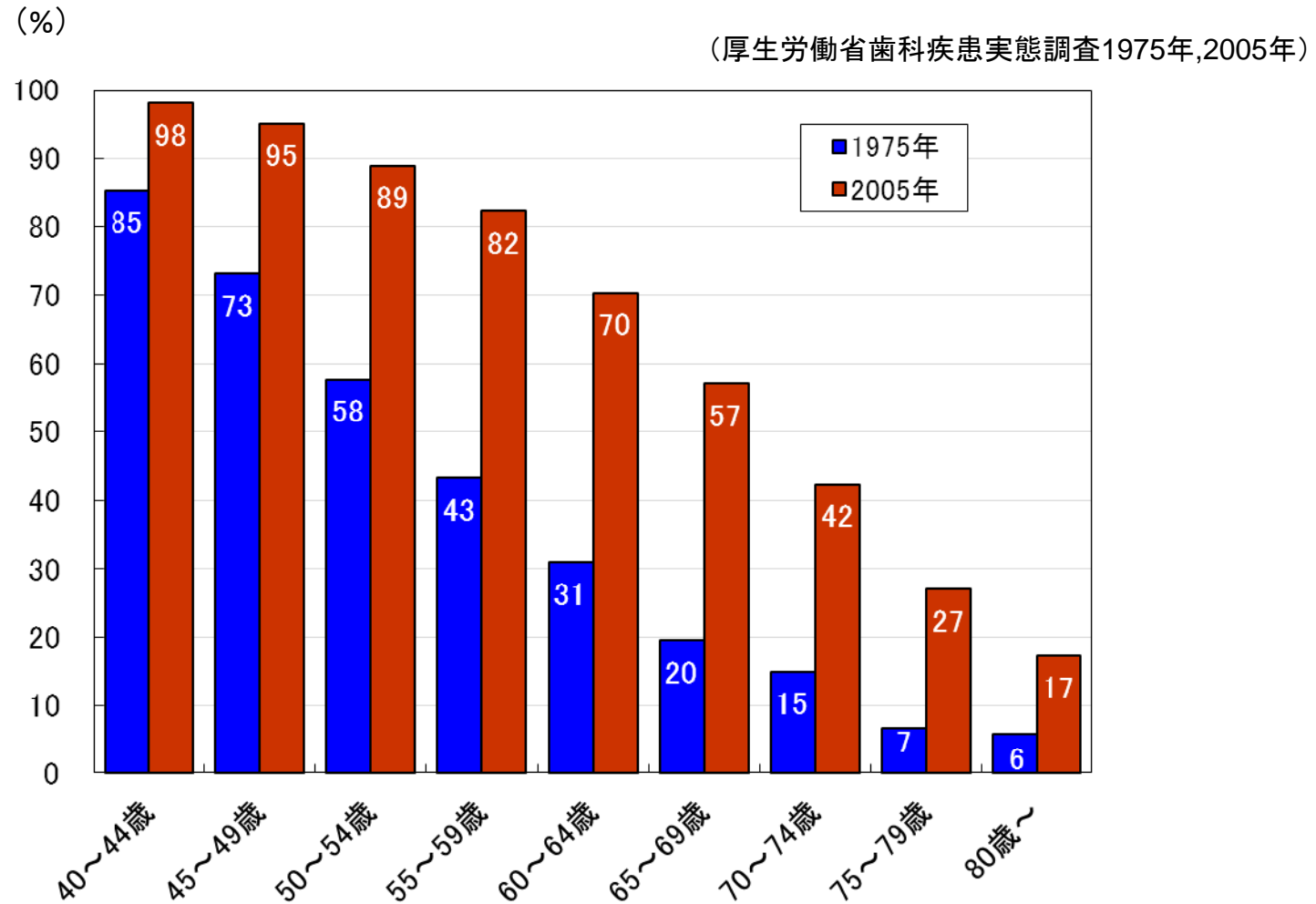
# 歯の数と健康度との関係(医療費で見た場合)

1か月の医科診療費(残存歯数別)



歯が残っている人ほど医科医療費が少ない傾向を示す

# 「20本以上の歯を有する者」割合の推移

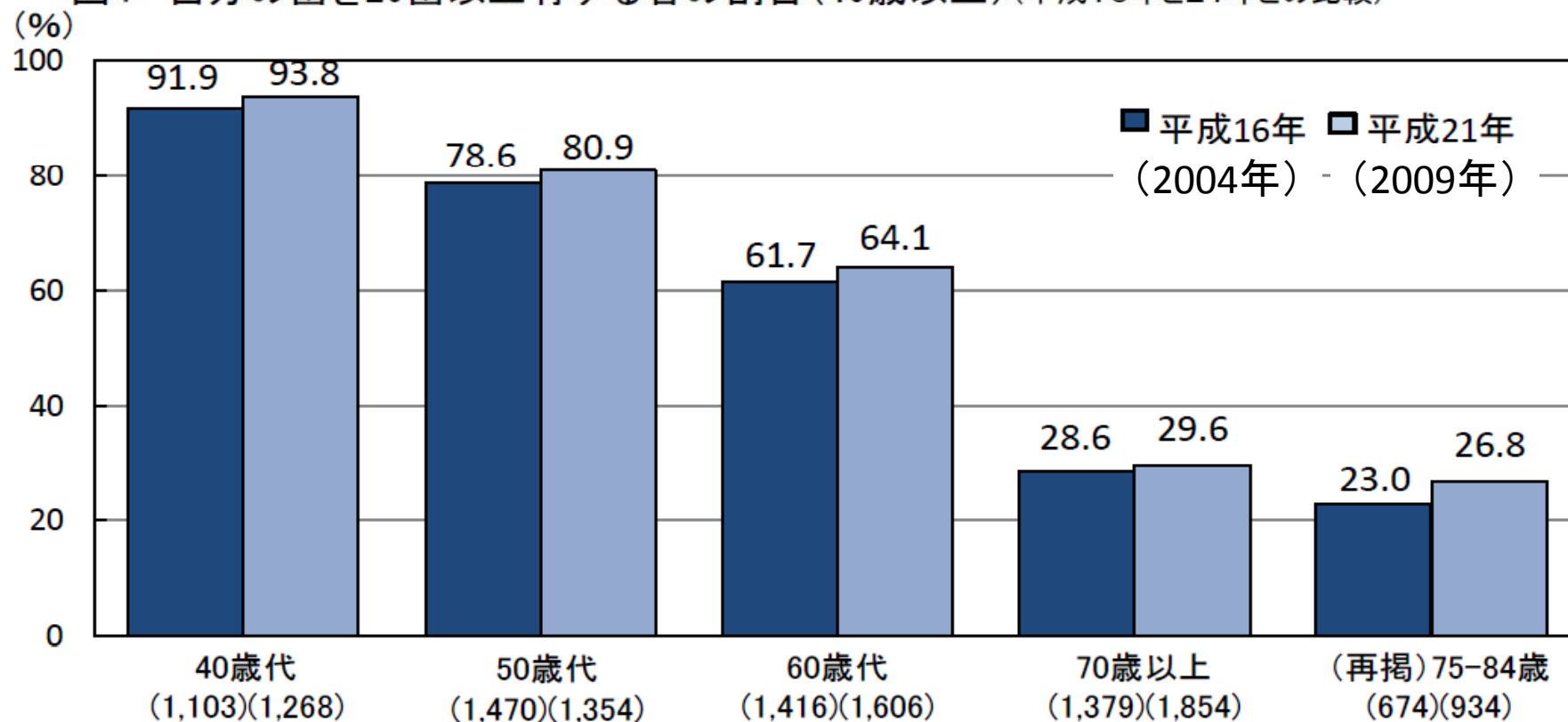


# 「20本以上の歯を有する者」割合の推移

平成21年国民健康・栄養調査結果の概要より

20本以上自分の歯を有する者は、75歳～84歳で平成16年と比較し3.8%増加

図1 自分の歯を20歯以上有する者の割合(40歳以上)(平成16年と21年との比較)



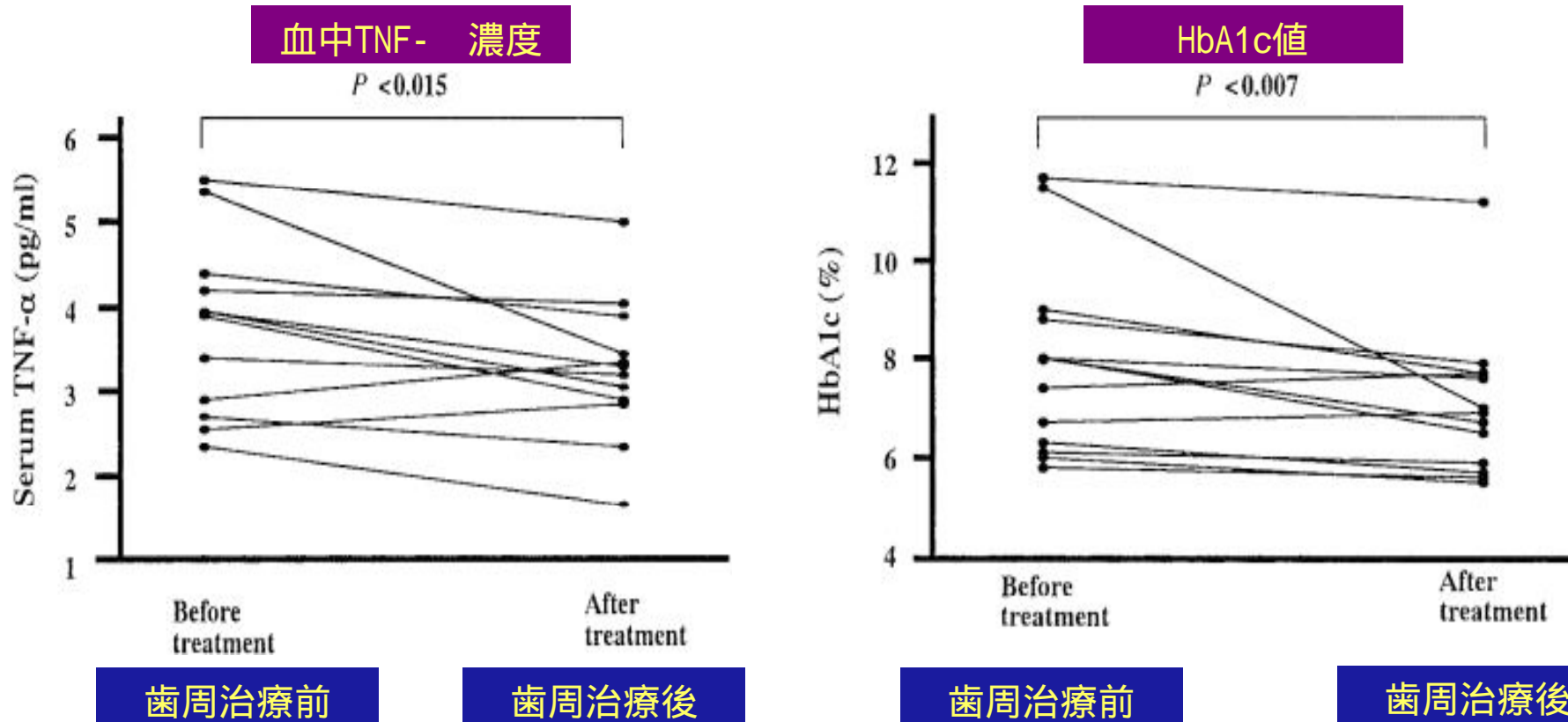
※「自分の歯は何本ありますか」の問いに対して、自己申告した歯の本数から算出

(参考) 「健康日本21」の目標  
80歳で20歯以上の自分の歯を有する人の増加  
目標値：80歳(75～84歳)で20歯以上 20%以上

# 歯周治療と糖尿病との関係

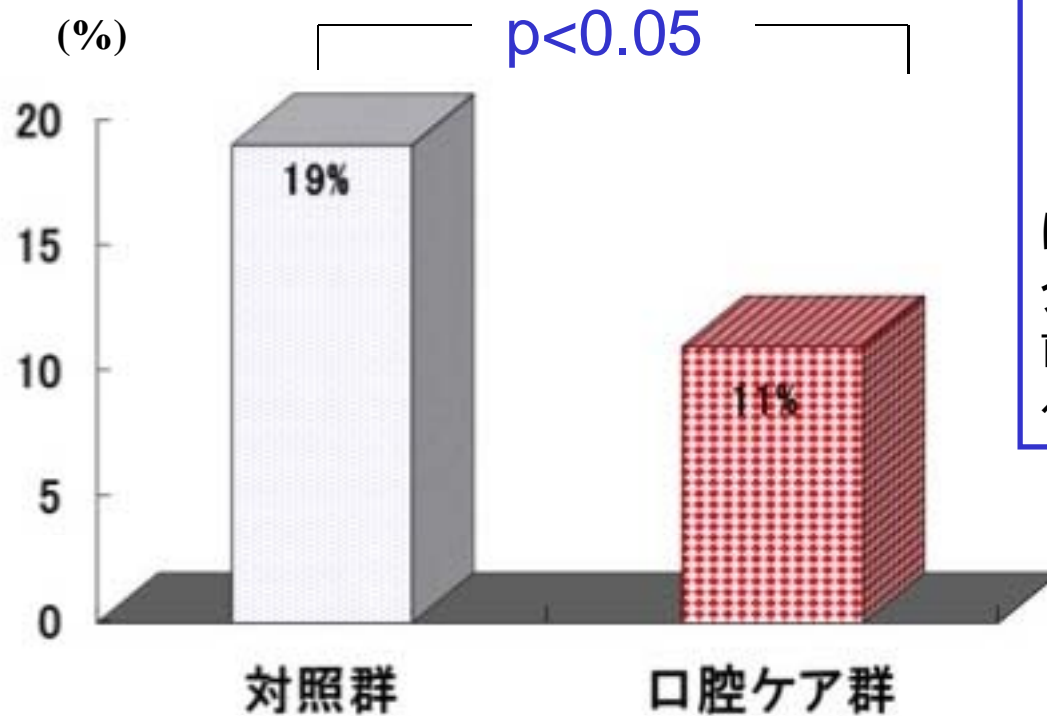
歯周治療で歯周組織の炎症と血糖コントロールが改善する可能性が示唆される

Ⅱ型糖尿病患者（13名）に歯周治療（歯石除去と歯周ポケットに抗生物質を注入）をし、1カ月後に治療の前後を比較したところ、歯周治療後には、歯周ポケット内の細菌数が減ると共に、血中のTNF- $\alpha$ 濃度が減少し、HbA1cの値も改善した。



# 口腔ケアと誤嚥性肺炎との関係

2年間の肺炎発症率の比較において、専門的口腔管理・ケアと口腔清掃により、誤嚥性肺炎の発症が約6割以下に減少



全国11カ所の特別養護老人ホーム  
入所者366名を対象

口腔ケア群  
週に1度、歯科医師・歯科衛生士による専門的な口腔管理を実施し、介護者又は看護師による毎食後の歯磨きおよび1%ポピオンヨードによる含漱を実施

Yoneyama T, Yoshida Y, Matsui T, Sasaki H : Lancet 354(9177), 515, 1999.

# 口腔ケアと術後合併症との関係

## 頭頸部進行がん患者の再建手術における口腔ケアの介入効果

- 術後合併症率（単変量解析）

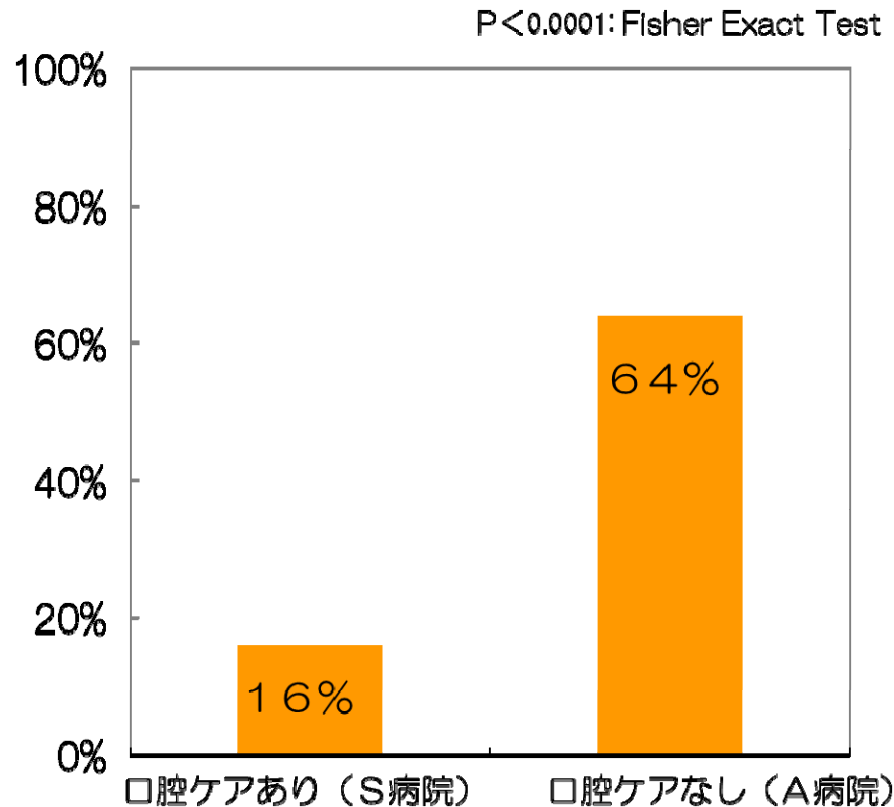


表 頭頸部癌再建手術後の合併症

	口腔ケアあり (N=56)	口腔ケアなし (N=33)
瘻孔形成	3例 (5.3%)	5例 (15.1%)
創部感染	3例 (5.3%)	7例 (21.2%)
皮弁壊死	0例 (0.0%)	3例 (5.3%)
肺炎	0例 (0.0%)	3例 (5.3%)
その他	3例 (5.3%)	3例 (5.3%)
合計	9/56 例 (16.1%)	21/33 例 (63.6%)

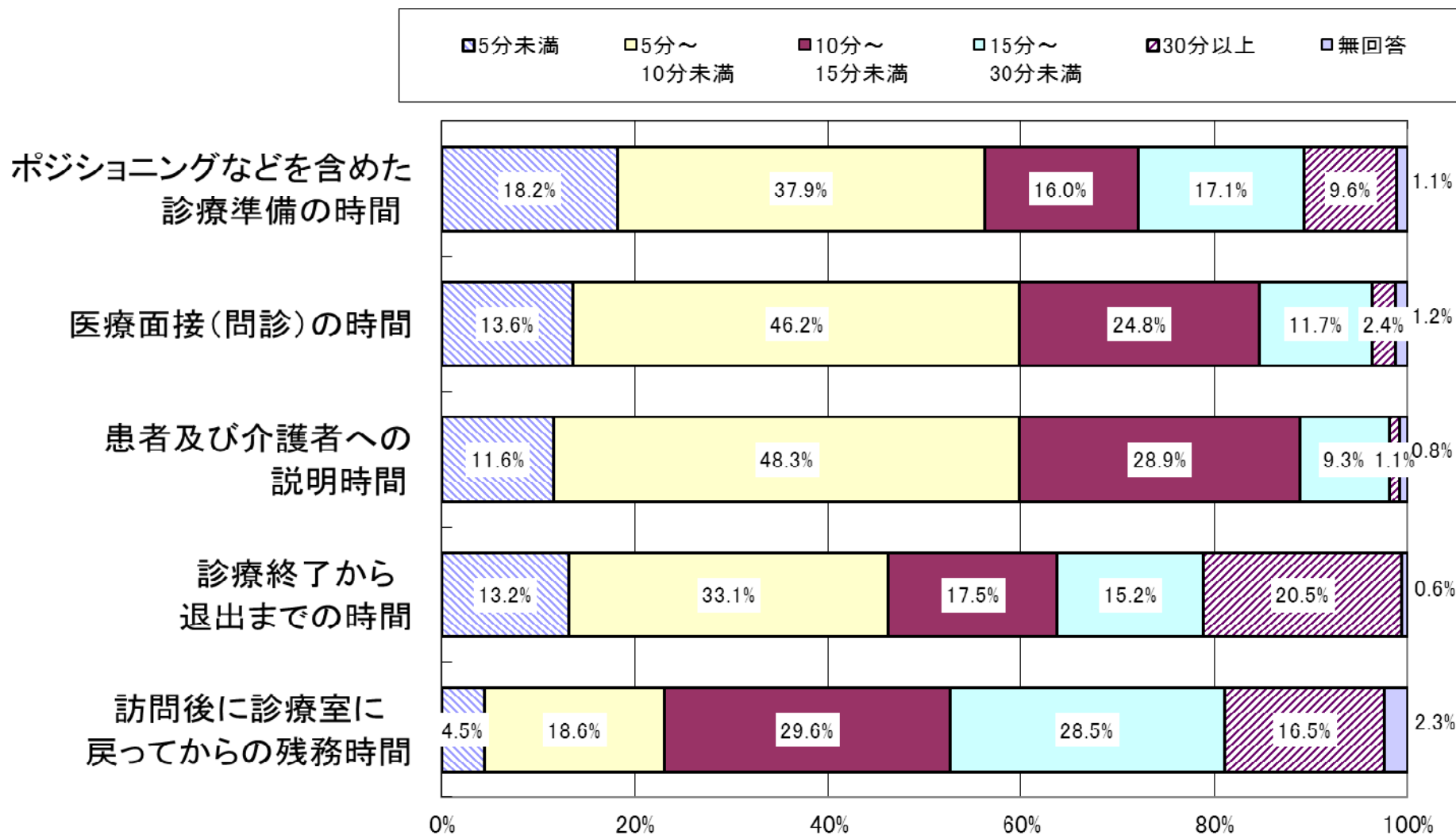
大田洋二郎, 米山武義: 口腔ケアについての情報提供:  
PRACTICE IN PROSTHODONTICS, 38(5), 500-583, 2005

静岡がんセンター(大田, 歯界展望 2005)

# 在宅歯科治療に関連して要する時間

(n=1,966 患者宅へ訪問している歯科診療所数)

在宅療養支援歯科診療所調査より  
(平成21年日本歯科総合研究機構)



上記以外に患家までの往復時間がかかる 75

# 在宅歯科治療と外来治療時間の比較

(n=1,966 患者宅へ訪問している歯科診療所数)

在宅療養支援歯科診療所調査より  
(平成21年日本歯科総合研究機構)

在宅歯科治療本体は、外来で行う同一診療と比較し約2倍かかる。

