

平成23年10月27日(木)
10時～12時30分
中央合同庁舎第5号館9階
厚生労働省省議室

第22回

社会保障審議会医療部会

議事次第

- 医療提供体制のあり方について
- 次期診療報酬改定の基本方針の検討について
- その他

(配布資料)

- 資料1-1 社会保障審議会医療部会(10/27)資料
 - 資料1-2 医療提供体制の改革の検討の方向性に関するこれまでの主な議論・意見
 - 資料2-1 平成24年度診療報酬改定の基本的認識、視点、方向等(案)
 - 資料2-2 社会保障審議会医療部会(7/20、9/22)各委員の発言要旨等
 - 資料2-3 過去の診療報酬改定の基本方針における視点等
- 参考資料

(委員提出資料)

- 齋藤(訓)委員提出資料

(平成23年10月27日現在)

社会保障審議会医療部会委員名簿

氏名	所属
相澤 孝夫	(社) 日本病院会副会長
上田 清司	全国知事会 (埼玉県知事)
海辺 陽子	NPO法人がんと共に生きる会副理事長
大西 秀人	全国市長会 (香川県高松市長)
尾形 裕也	九州大学大学院医学研究院教授
小島 茂	日本労働組合総連合会前総合政策局長
遠藤 直幸	全国町村会 (山形県山辺町長)
※ 加藤 達夫	(独) 国立成育医療研究センター総長
高智 英太郎	健康保険組合連合会理事
光山 由一	(社) 日本経済団体連合会社会保障委員会医療改革部会 部会長補佐
近藤 勝洪	(社) 日本歯科医師会副会長
齋藤 訓子	(社) 日本看護協会常任理事
※ 齋藤 英彦	(独) 国立病院機構名古屋医療センター名誉院長
水田 祥代	福岡歯科大学常任理事
田中 滋	慶應義塾大学経営大学院教授
永井 良三	東京大学大学院教授
中川 俊男	(社) 日本医師会副会長
西澤 寛俊	(社) 全日本病院協会会長
樋口 範雄	東京大学法学部教授
日野 頌三	(社) 日本医療法人協会会長
邊見 公雄	(社) 全国自治体病院協議会会長
山崎 學	(社) 日本精神科病院協会会長
山本 信夫	(社) 日本薬剤師会副会長
※ 横倉 義武	(社) 日本医師会副会長

※：社会保障審議会委員

社会保障審議会医療部会(10/27)資料

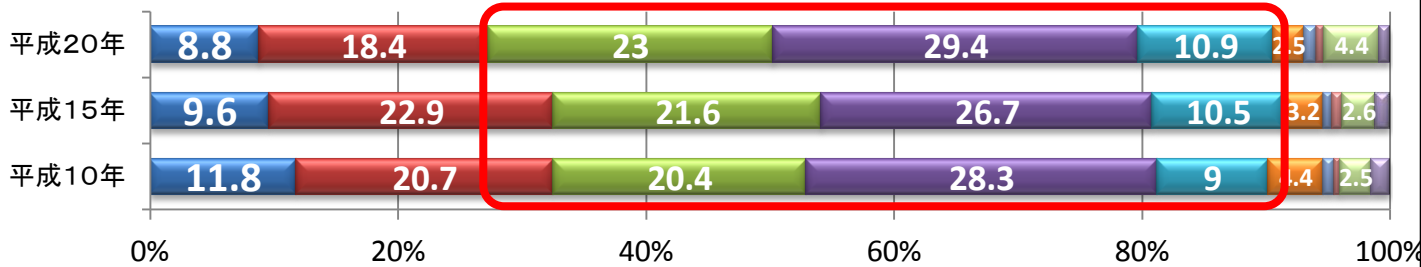
<在宅医療について>

1. 在宅医療に関する課題

在宅医療に関する国民のニーズ

- 自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したいと回答した者の割合を合わせると、**60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した**(上図)。
- また要介護状態になっても、**自宅や子供・親族の家での介護を希望する人が4割を超えた**(下図)。
- 住み慣れた環境でできるだけ長く過ごせるよう、また望む人は自宅での看取りも選択肢になるよう、在宅医療を推進していく必要がある。

■ 終末期の療養場所に関する希望



- なるべく今まで通った(または現在入院中の)医療機関に入院したい
- 自宅で療養して、必要になればそれまでの医療機関に入院したい
- 自宅で最後まで療養したい
- 老人ホームに入所したい
- 分からない

- なるべく早く緩和ケア病棟に入院したい
- 自宅で療養して、必要になれば緩和ケア病棟に入院したい
- 専門的医療機関(がんセンターなど)で積極的に治療を受けたい
- その他
- 無回答

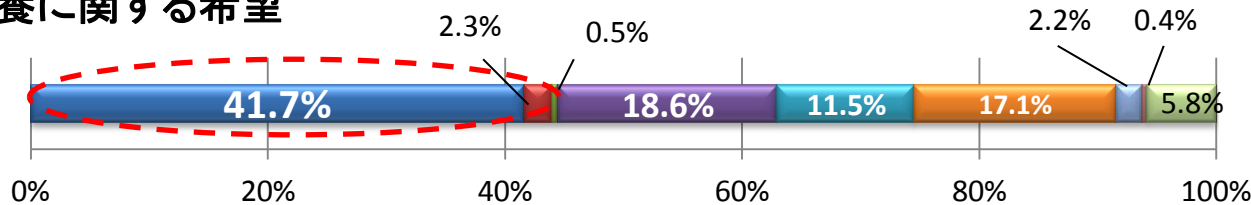
○ 調査対象及び客体
 ・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出
 ・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出

○ 調査の方法
 郵送法

○ 回収数
 2,527人(回収率50.5%)

出典: 終末期医療に関する調査(各年)

■ 療養に関する希望



- 自宅で介護してほしい
- 親族の家で介護してほしい
- 介護老人保健施設を利用したい
- 民間有料老人ホーム等を利用したい
- わからない
- 子どもの家で介護してほしい
- 介護老人福祉施設に入所したい
- 病院などの医療機関に入院したい
- その他

○ 調査対象
 全国の55歳以上の男女5,000人

○ 調査の方法
 調査員による面接聴取法

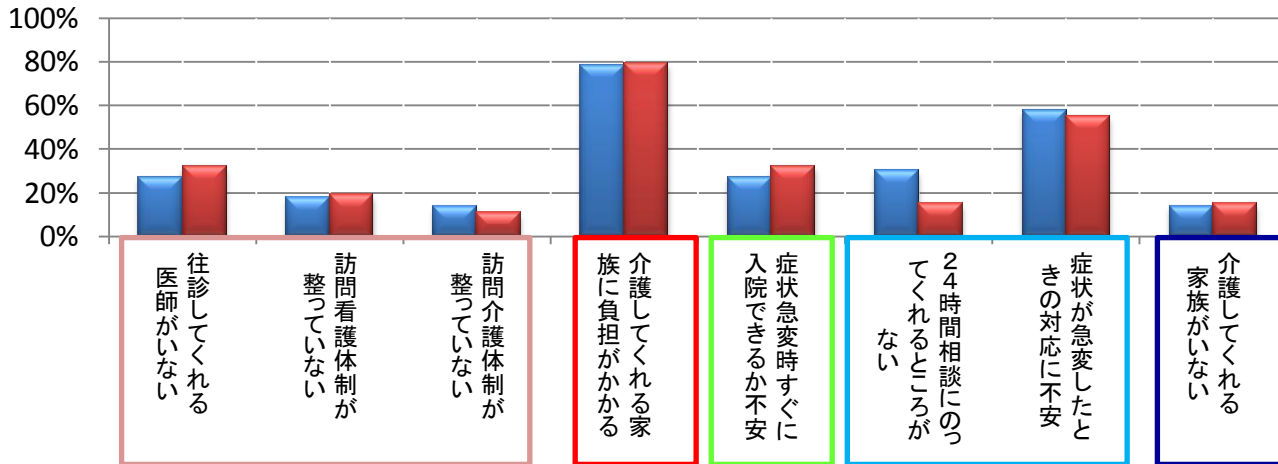
○ 標本抽出方法
 層化二段無作為抽出法

○ 回収数
 3,157人(回収率63.1%)

在宅医療推進にあたっての課題

- 在宅医療を必要とする者は2025年には29万人と推計され、約12万人増えることが見込まれる。
- 急性期治療を終えた慢性期・回復期患者の受け皿として、終末期ケアも含む生活の質を重視した医療としての在宅医療のニーズは高まっている。
- 在宅医療推進の課題として、1)在宅医療サービス供給量の拡充、2)家族支援、3)在宅療養者の後方ベッドの確保、4)24時間在宅医療提供体制の構築、5)在宅医療の質の向上・効率化、医療・介護の連携、が挙げられる。

■在宅療養移行や継続の阻害要因



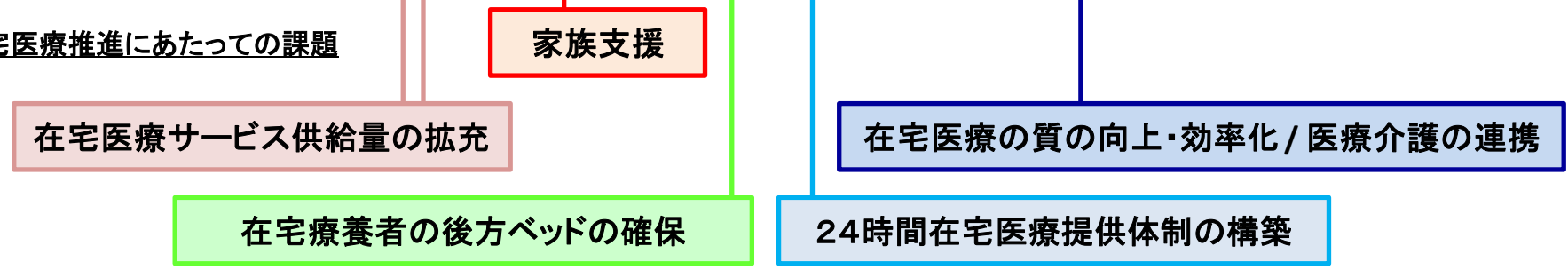
○調査対象及び客体
 ・全国の市区町村に居住する満20歳以上の男女から5,000人を層化二段無作為抽出法により抽出
 ・150国勢調査区の住民基本台帳から客体を無作為に抽出

○調査の方法
 郵送法

○回収数
 2,527人(回収率50.5%)

■平成15年 ■平成20年

■在宅医療推進にあたっての課題



2. 在宅医療推進の課題への対応の方向性

1) 在宅医療サービス供給量の拡充

2) 家族支援

3) 在宅療養者の後方ベッドの確保

在宅療養支援診療所の届出数の推移

○ 在宅療養支援診療所のうち、平成22年に看取りを行っているのは約半数。

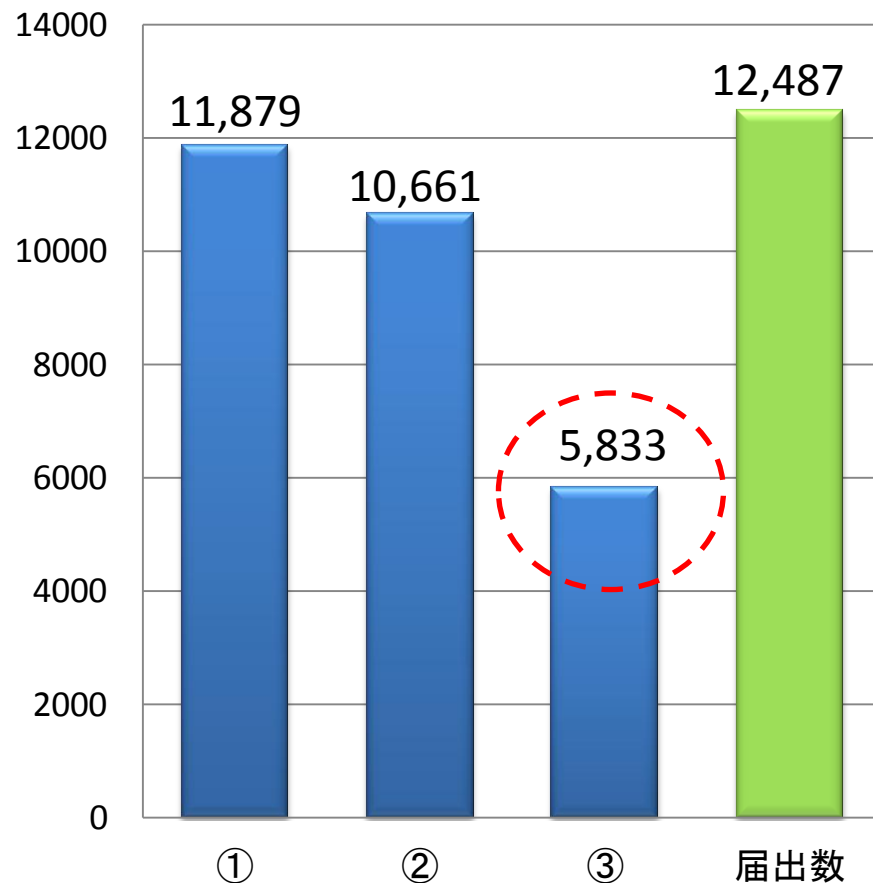
在宅療養支援診療所 届出数



※在宅療養支援診療所の要件

- 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
- 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携していること

在宅療養支援診療所の実績

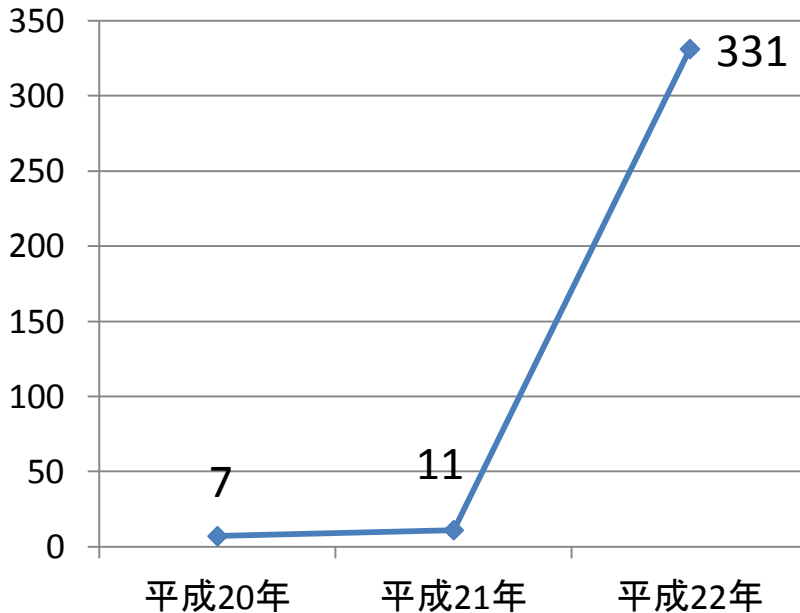


- ① 厚生局への実績報告届出数
- ② 担当患者数1名以上機関数
- ③ 在宅看取り数1名以上機関数

在宅療養支援病院の届出数の推移

- 平成22年の診療報酬改定の際に、在宅療養支援病院の要件が緩和され、数が急増している。

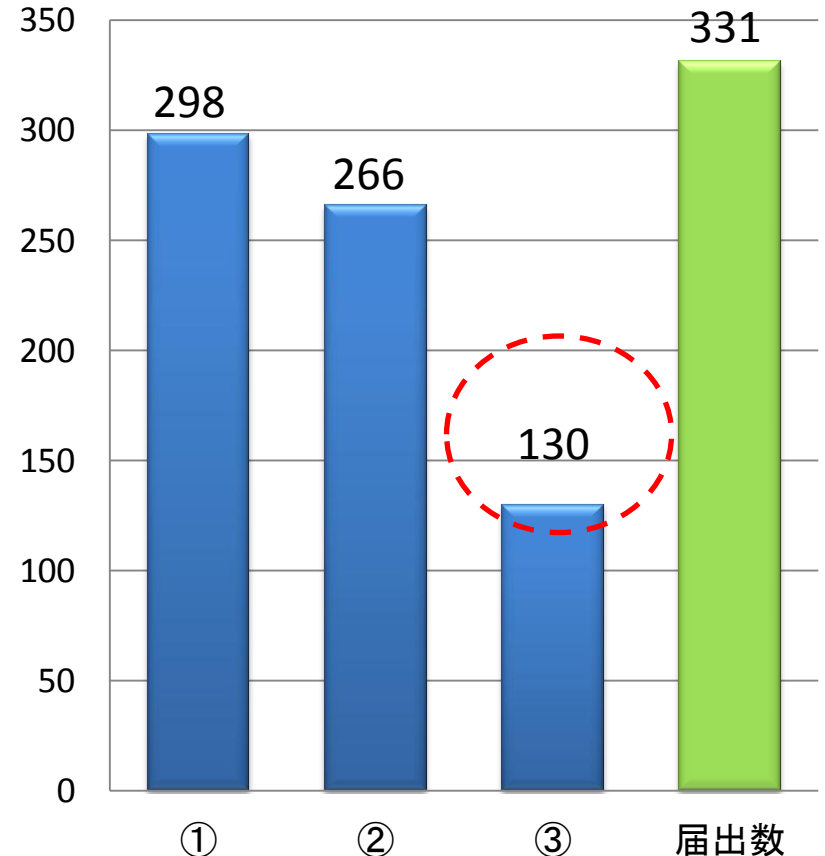
在宅療養支援病院 届出数



在宅療養支援病院の要件

- 24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定していること
- 患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保していること
- 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保していること
- 当該病院において、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること

在宅療養支援病院の実績



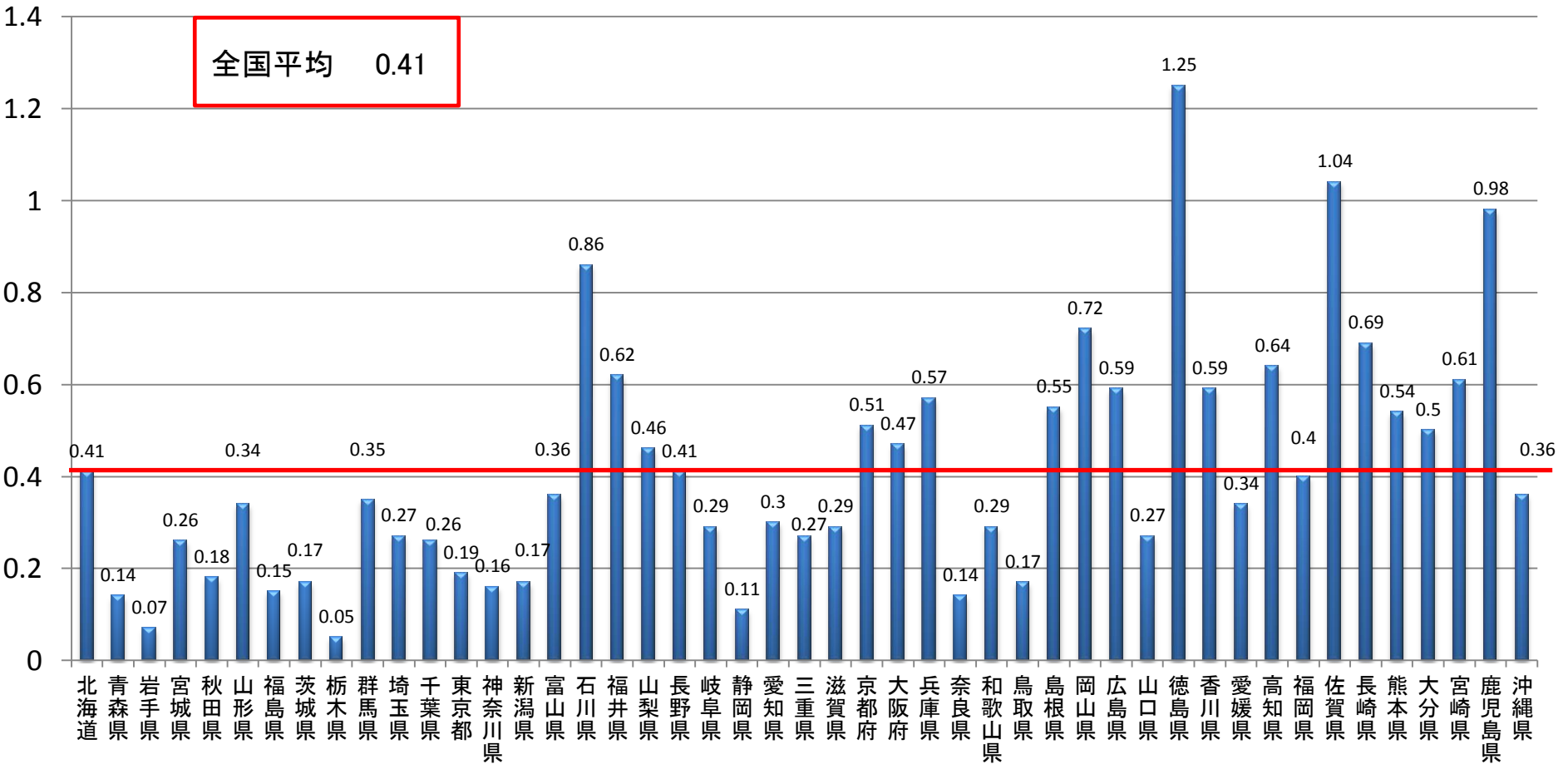
- ① 厚生局への実績報告届出数
- ② 担当患者数1名以上機関数
- ③ 在宅看取り数1名以上機関数

人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援病院数

人口10万人当たりの在宅療養支援病院数

数

全国平均 0.41

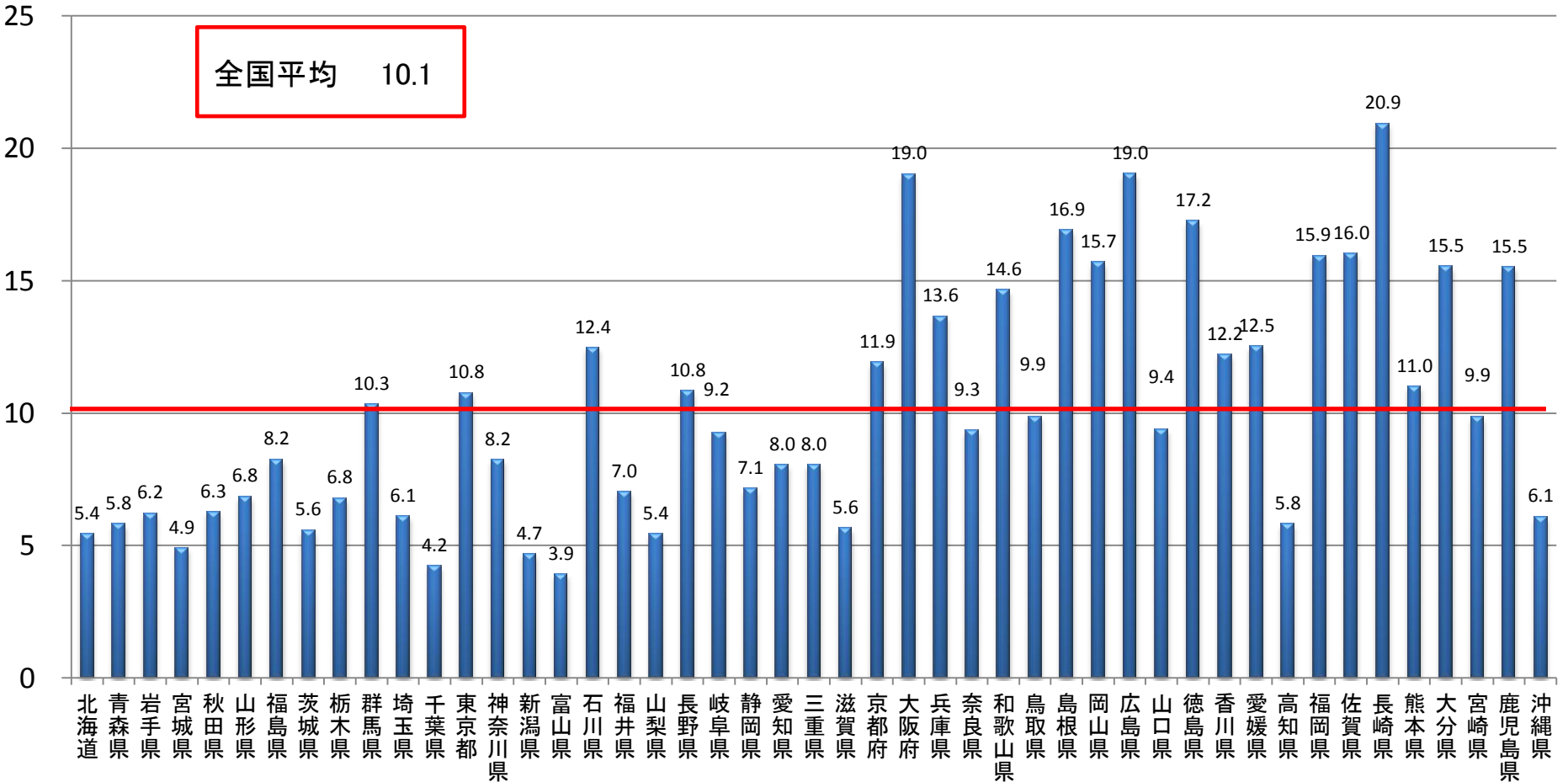


保険局医療課データ 平成23年7月

人口10万人当たりの都道府県別在宅療養支援診療所数

人口10万人当たりの在宅療養支援診療所数

数

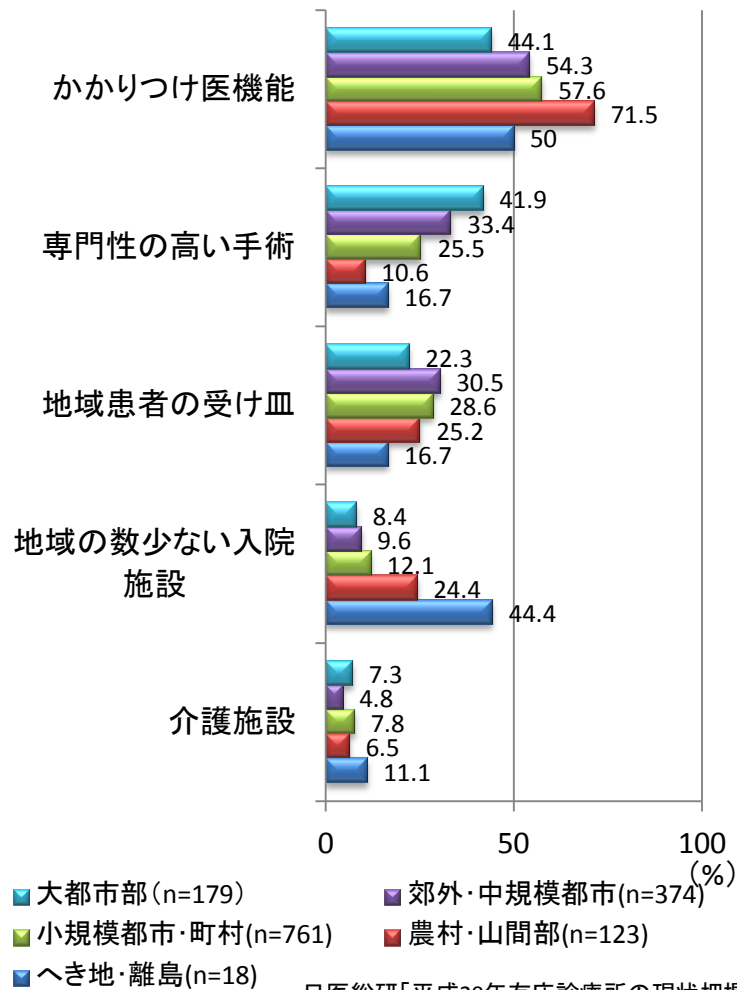


保険局医療課データ 平成23年7月

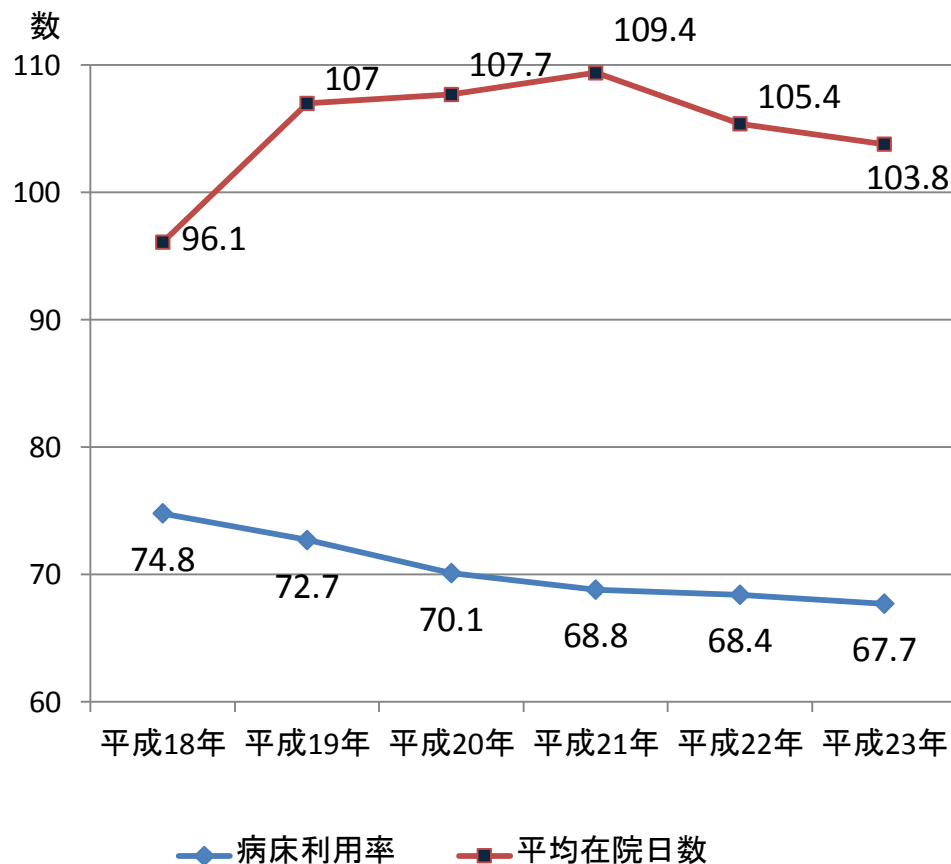
有床診療所の地域での役割及び病床利用率

- 大～中都市部では専門性の高い手術機関として、農村山間部ではかかりつけ医として、へき地・離島では入院施設として、地域特性に応じた役割・機能を果たしていることが示唆された。
- 有床診療所の病床利用率(療養病床)は、年々減少傾向であり、23年5月は67%である。

■提供している主な医療



■有床診療所の病床利用率と平均在院日数(療養病床のみ)

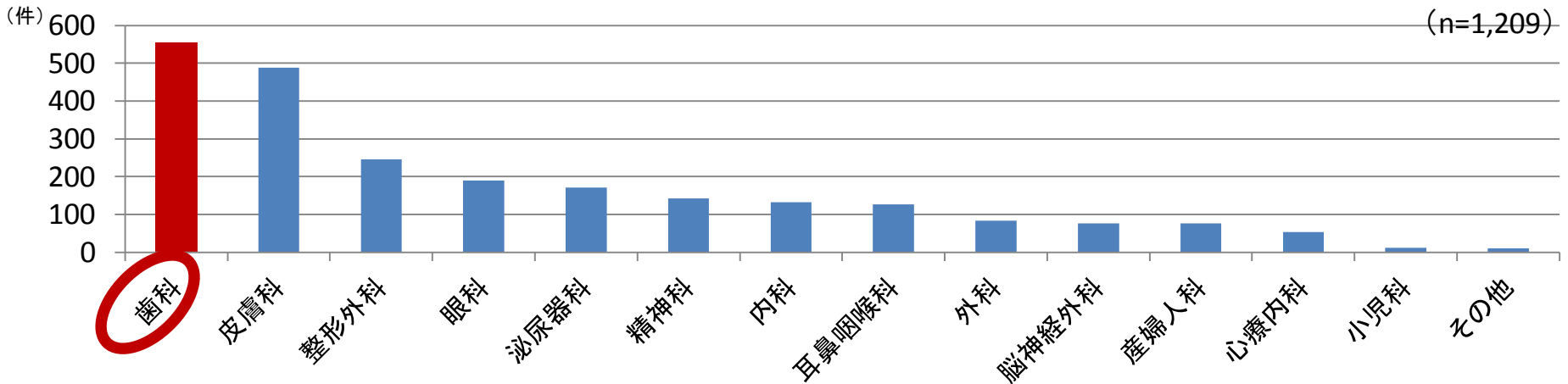


H23年病院報告

※146568床の有床診療所病床のうち、療養病床14384床分のみデータ
有床診療所の一般病床のデータはなし

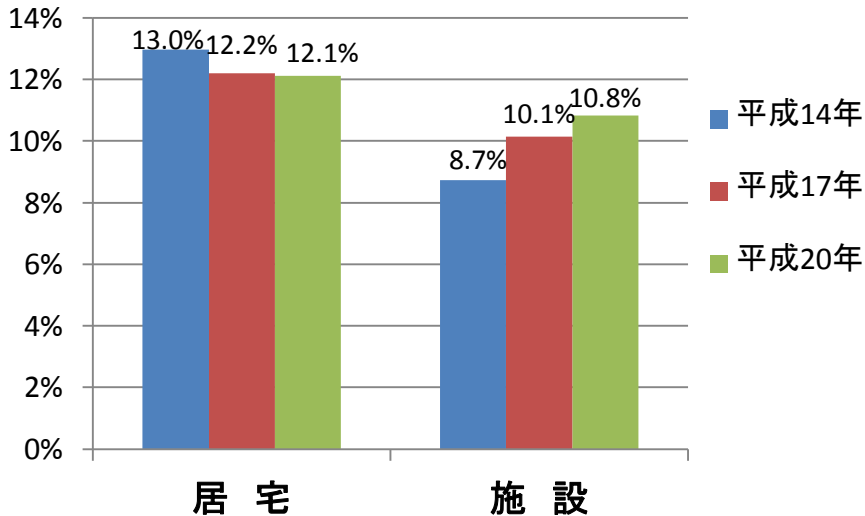
在宅歯科診療のニーズ

○在宅医療の主治医(医師)が連携を必要とした診療科は「歯科」が多い。



出典)東京の在宅医療の現在 ~東京都在宅医療実態調査

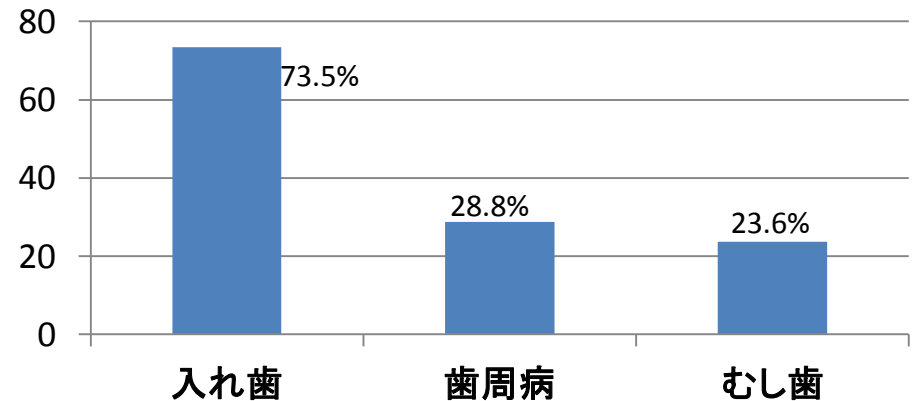
○訪問歯科診療を実施している歯科診療所の割合一施設は増加しているが居宅は増加していない。



出典)厚生労働省「医療施設調査」

○要介護者の希望する治療内容のほとんどは「入れ歯」の治療である。

要介護状態であって歯科の訪問診療を希望した1053人の希望する治療内容

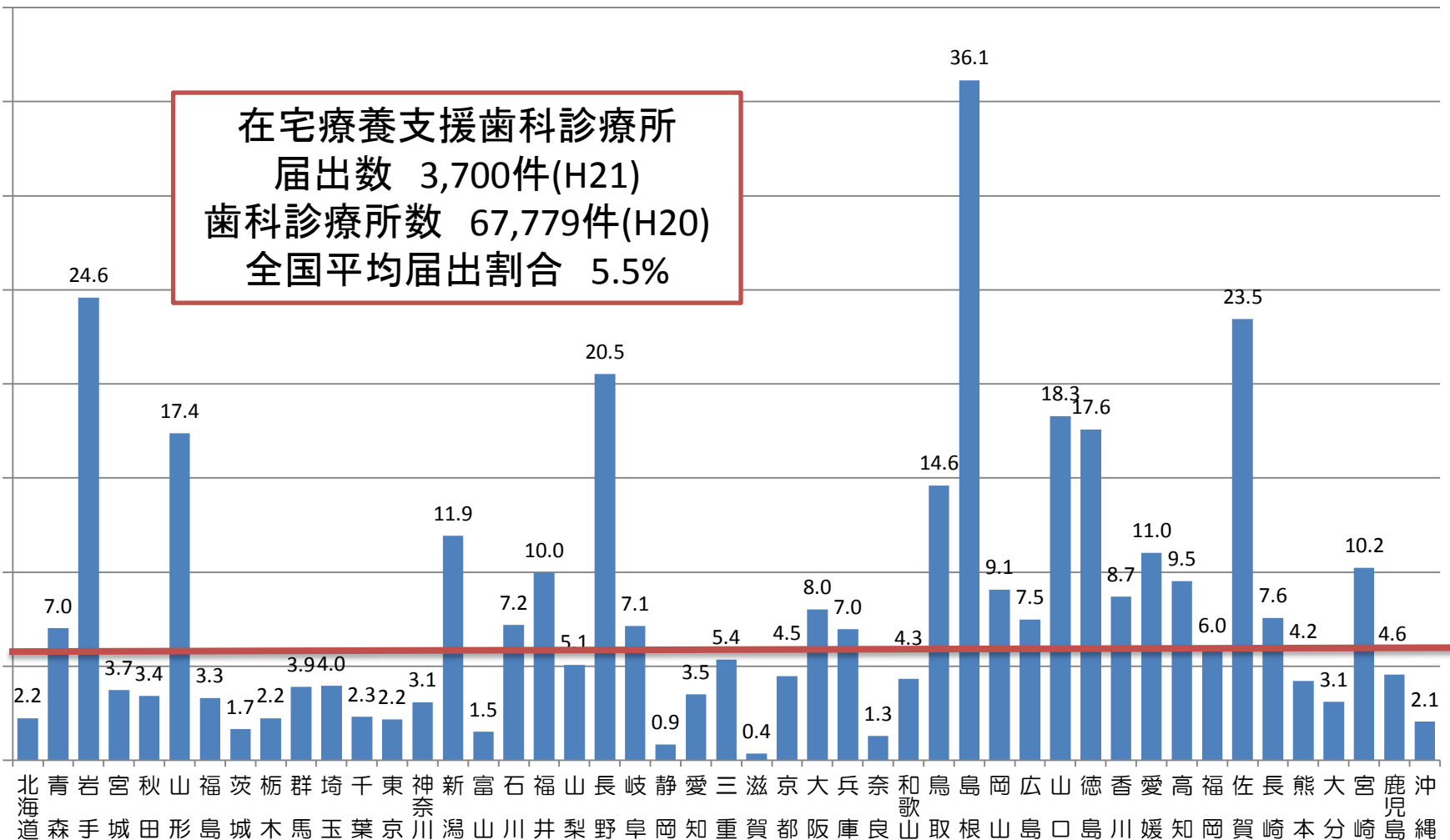


出典)平成12年度厚生科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)「要介護老人の摂食障害発生要因に関する研究」

在宅療養支援歯科診療所数

- 在宅または社会福祉施設等における療養を歯科医療面から支援する歯科診療所を「在宅療養支援歯科診療所」と位置付け、その機能を評価した。
- 都道府県による整備状況のばらつきが大きい。

(%) 在宅療養支援歯科診療所届出割合 (H21年4月時点)



在宅医療への薬剤師の関与とその意義

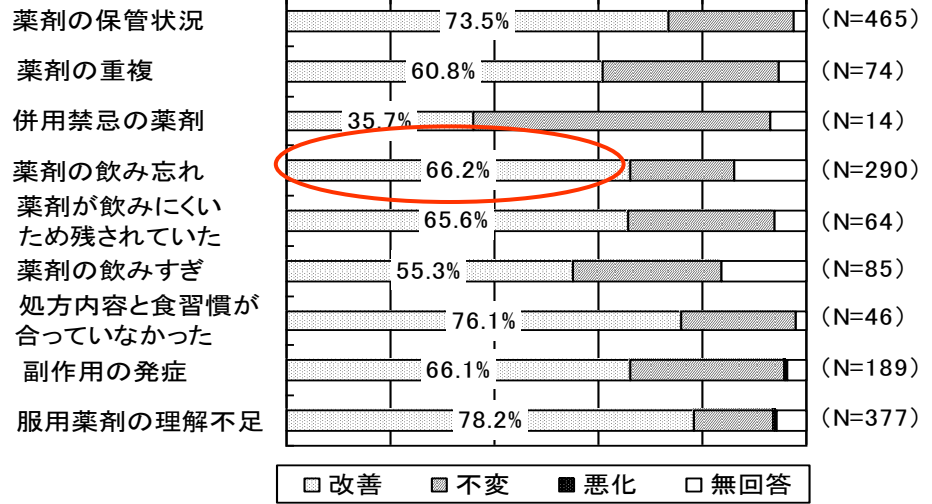
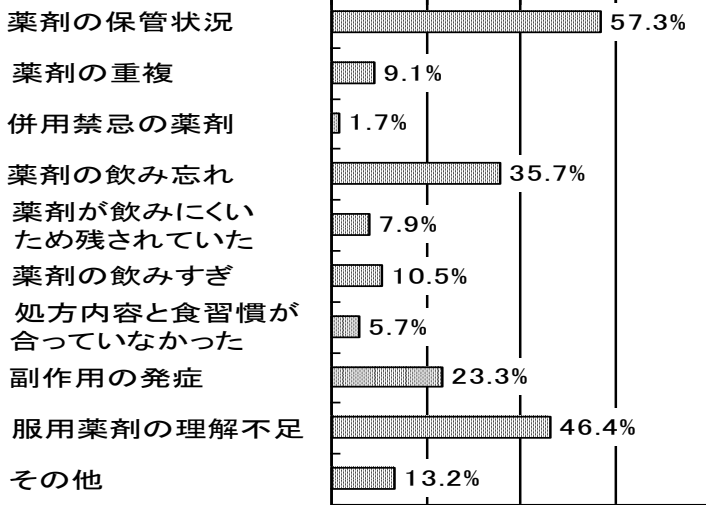
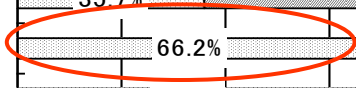
○ 訪問薬剤指導により、飲み忘れの残薬が減る可能性が示唆されている。

在宅患者訪問薬剤管理指導 又は居宅療養管理指導の開始時に 発見された薬剤管理上の問題点

在宅患者訪問薬剤管理指導 又は居宅療養管理指導の取り組みの効果

(N=812) 0% 20% 40% 60% 80%

0% 20% 40% 60% 80% 100%



(参考)

潜在的な飲み忘れ等の年間薬剤費の粗推計
=約500億円

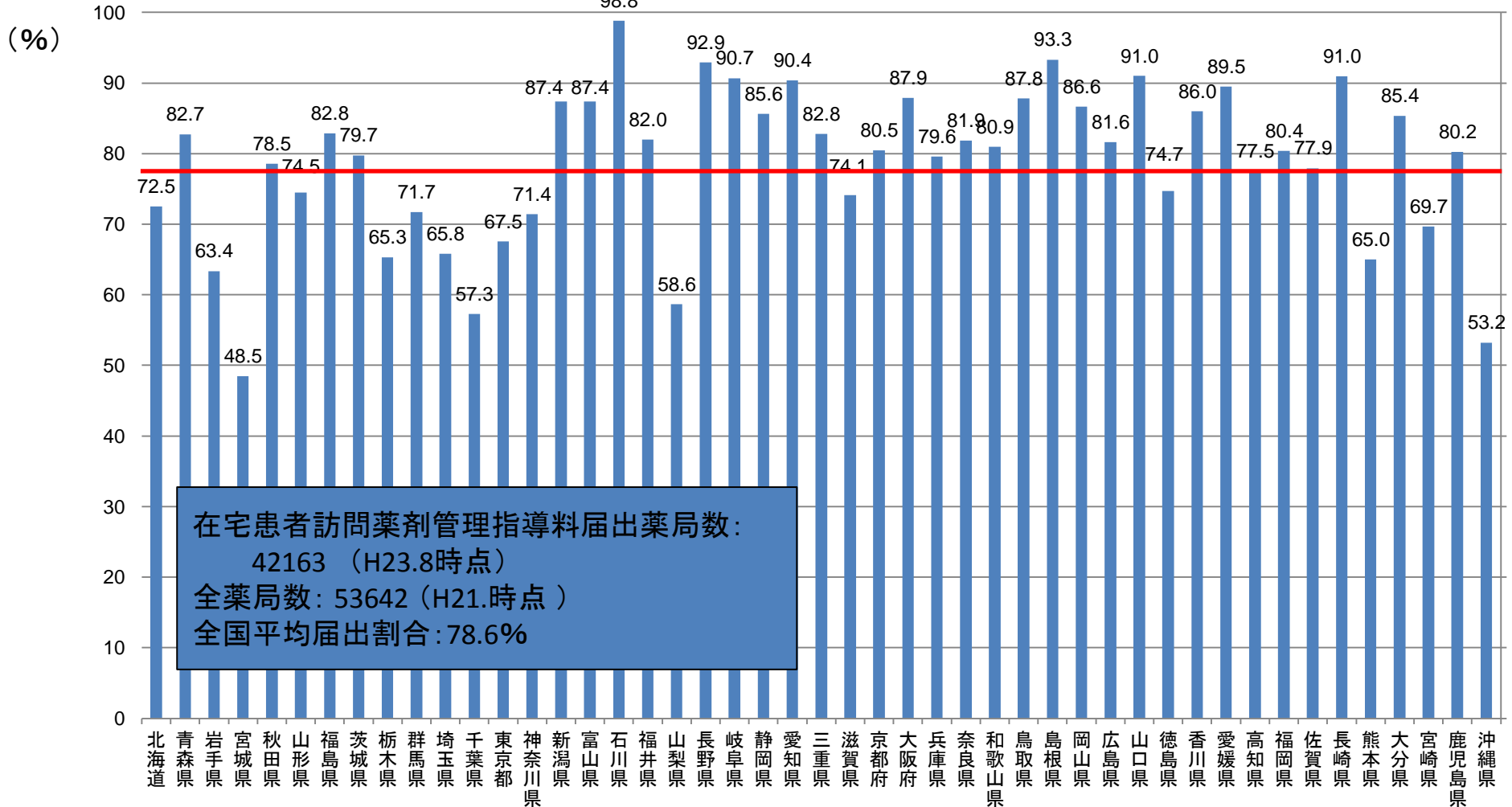
在宅患者訪問薬剤管理指導等により改善される
飲み残し薬剤費の粗推計
=約400億円

出典)平成19年度老人保健事業推進費等補助金「後期高齢者の服薬における問題と薬剤師の在宅患者訪問薬剤管理指導
ならびに居宅療養管理指導の効果に関する調査研究」

在宅患者訪問薬剤管理指導料届出薬局数

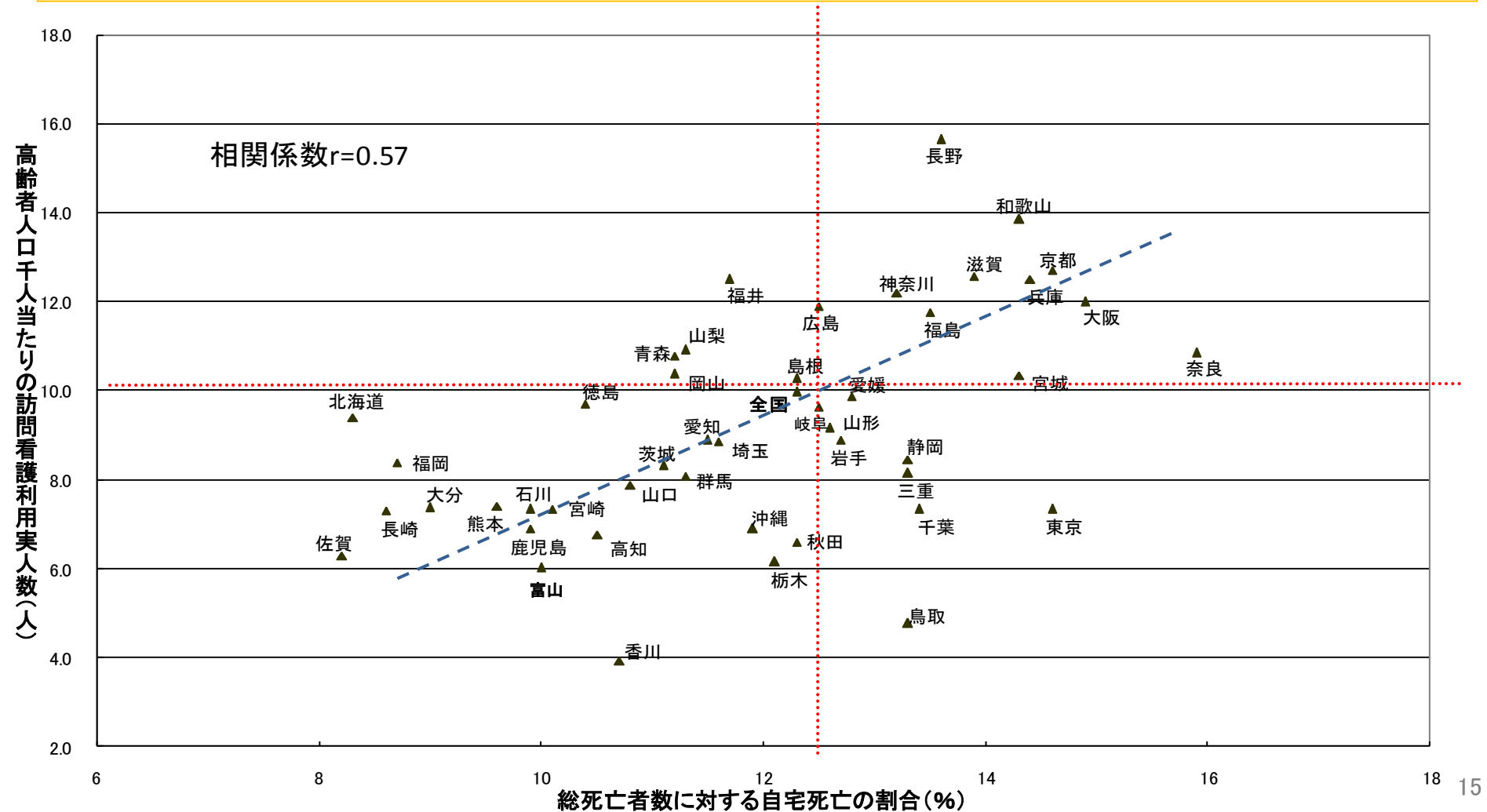
○ 在宅患者訪問薬剤管理指導料の届け出をしている薬局は、79%(全国平均)であったが、都道府県によってばらつきがある。

在宅患者訪問薬剤管理指導料届出割合



訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合

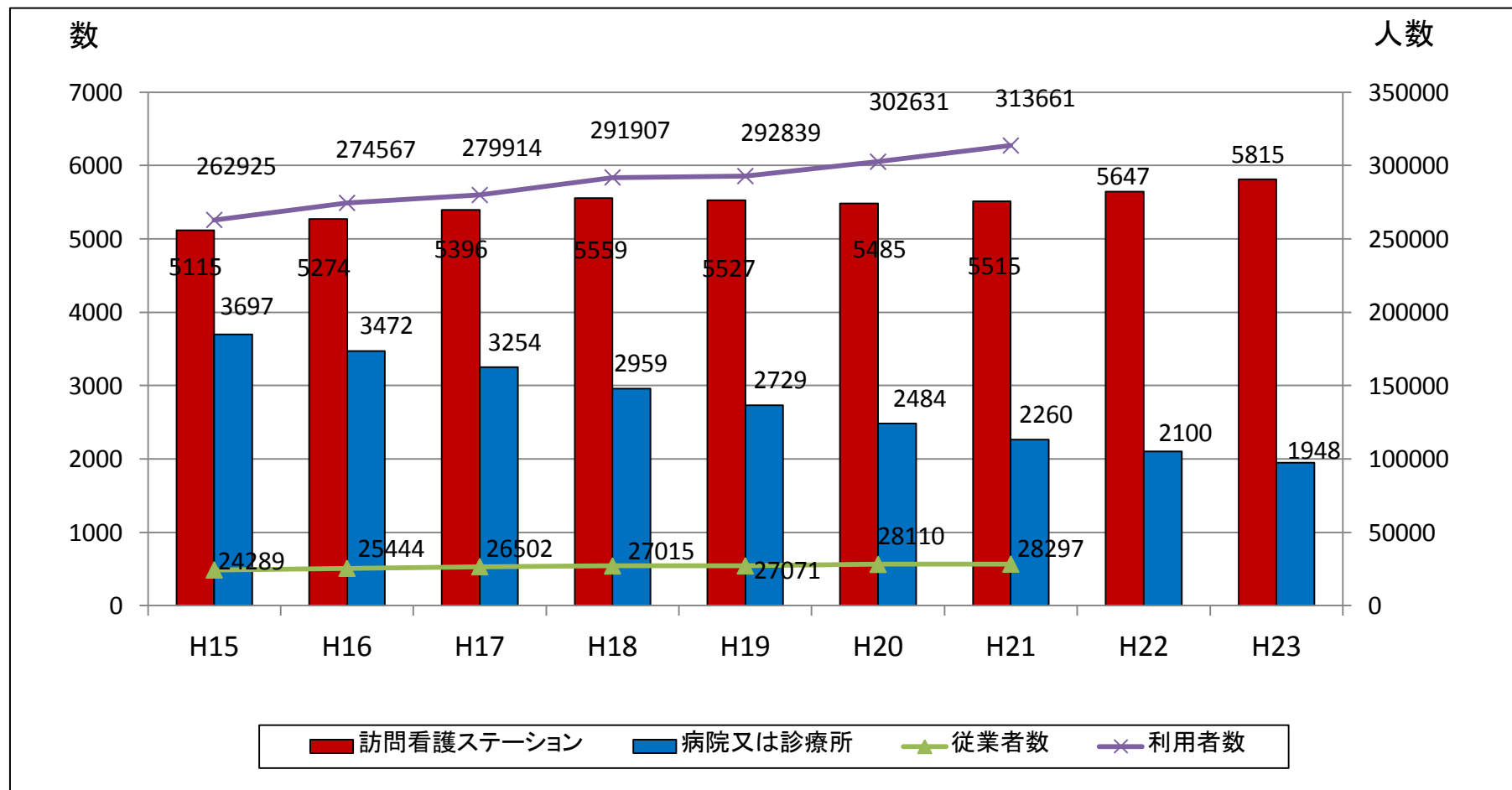
- 都道府県別高齢者人口千人当たりの訪問看護利用者数は約4倍の差がある。
(最多は長野県、最少は香川県)
- 高齢者の訪問看護利用者数が多い都道府県では、在宅で死亡する者の割合が高い傾向がある。



訪問看護事業所数

○訪問看護事業所数および訪問看護サービス利用者数は近年微増している。

■訪問看護事業所数および利用者の推移



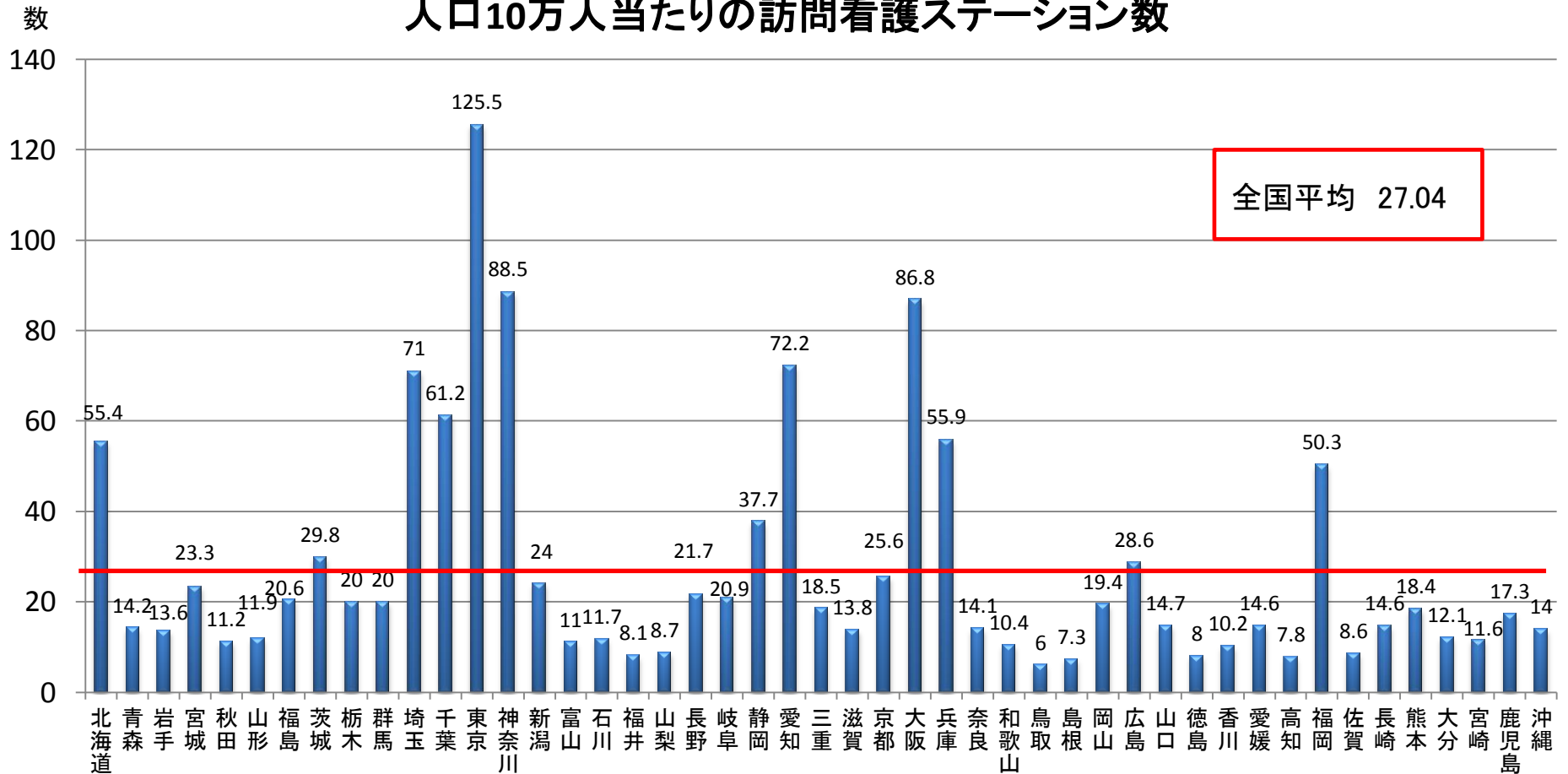
出典：訪問看護ステーション数、病院又は診療所数：厚生労働省「介護給付費実態調査・各年7月審査分」

従業者数(常勤換算従業者数)、利用者数：「介護サービス施設・事業所調査」(注：平成21年は調査方法の変更等による回収率変動の影響を受けているため、数量を示す従業者数、利用者数の実数は平成20年以前と単純に年次比較できない。)

人口10万人当たりの都道府県別訪問看護ステーション数

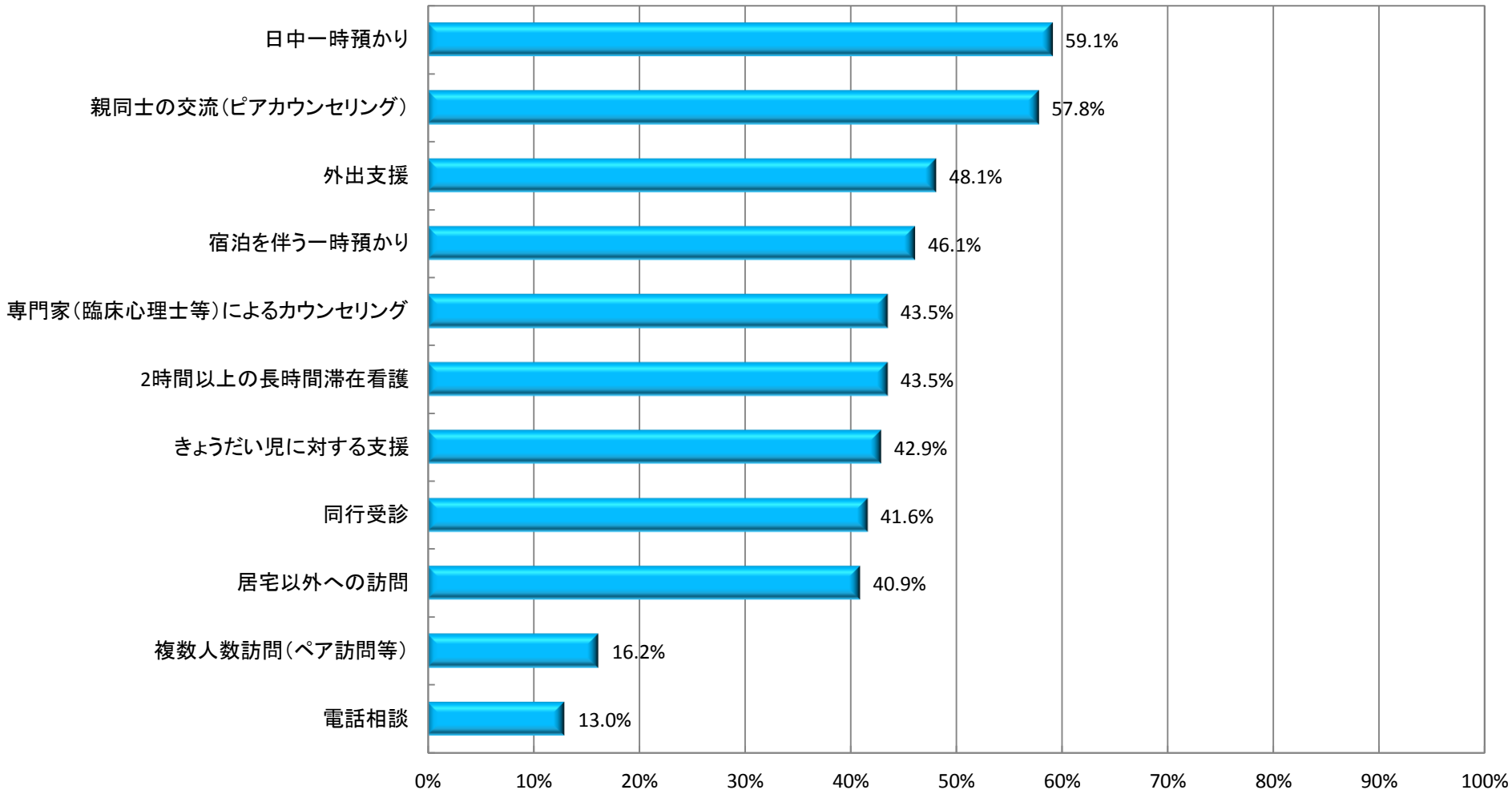
○ 都道府県によって、訪問看護ステーションの整備状況は異なる。

人口10万人当たりの訪問看護ステーション数



重症心身障害児の親のサービスニーズ

○重症心身障害児の親のサービスニーズとして「日中一時預かり」、「親同士の交流」、「外出支援」、「宿泊を伴う一時預かり」などのニーズが高い。



病院側から見た在宅重症児の地域生活を支える上での困難

- 病院側から見た在宅重症児の地域生活を支える上での困難として、地域の医療提供体制、後方病床、医療的ケアに対応できる福祉サービス体制の未整備が挙げられている。

■地域の医療提供体制の未整備

- 介護者の負担、ストレス、疲労が大きく、そのことに対する地域の支援体制が整っていない。
- 地域のかかりつけ医をお願いできる医師が少ない。
- 在宅医がいないため遠くても当院に通院が必要となり、緊急時に不安。
- 小児を受けてくれる往診医や訪問看護ステーションが少ない。
- 小児の医療体制の不備(特に夜間・休日)によって、退院時に家族からの不安・不満の声が多い。
- 生後10カ月未満の児のリハビリができる施設、訪問診療がない。
- 発達をフォローしてくれるところの窓口が不明瞭。

■後方病床の未整備

- 住宅に移行するまでの後方病床の確保が必要。
- 療育施設の病床が不足している。

■医療的ケアに対応できる福祉サービス体制が未整備

- 医療的ケアが必要な児を受け入れる保育所や幼稚園がない。
- 障害が重症であることを理由に施設から受け入れを拒まれる。
- 人工呼吸器装着や重度障害児の場合、ショートステイなど利用できるサービスが少ない。

短期入所(ショートステイ)年間累計受給者数の経年変化

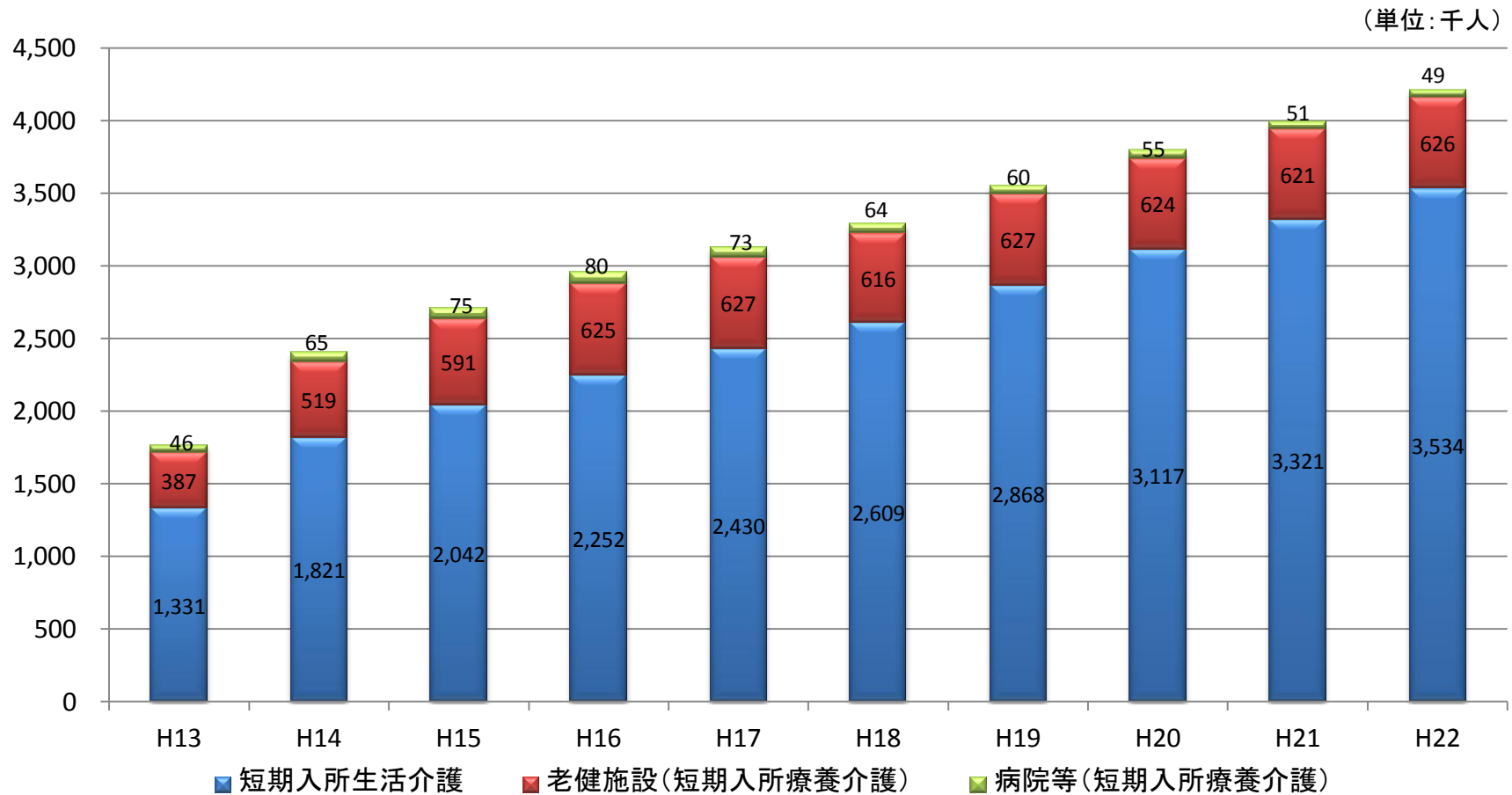
○ 短期入所生活介護と比較し、医療機関における短期入所療養介護に関する伸びは小さい。

* 特養等の短期入所生活介護

平成13年(1,331千人)→平成22年(3,534千人) 約2.7倍

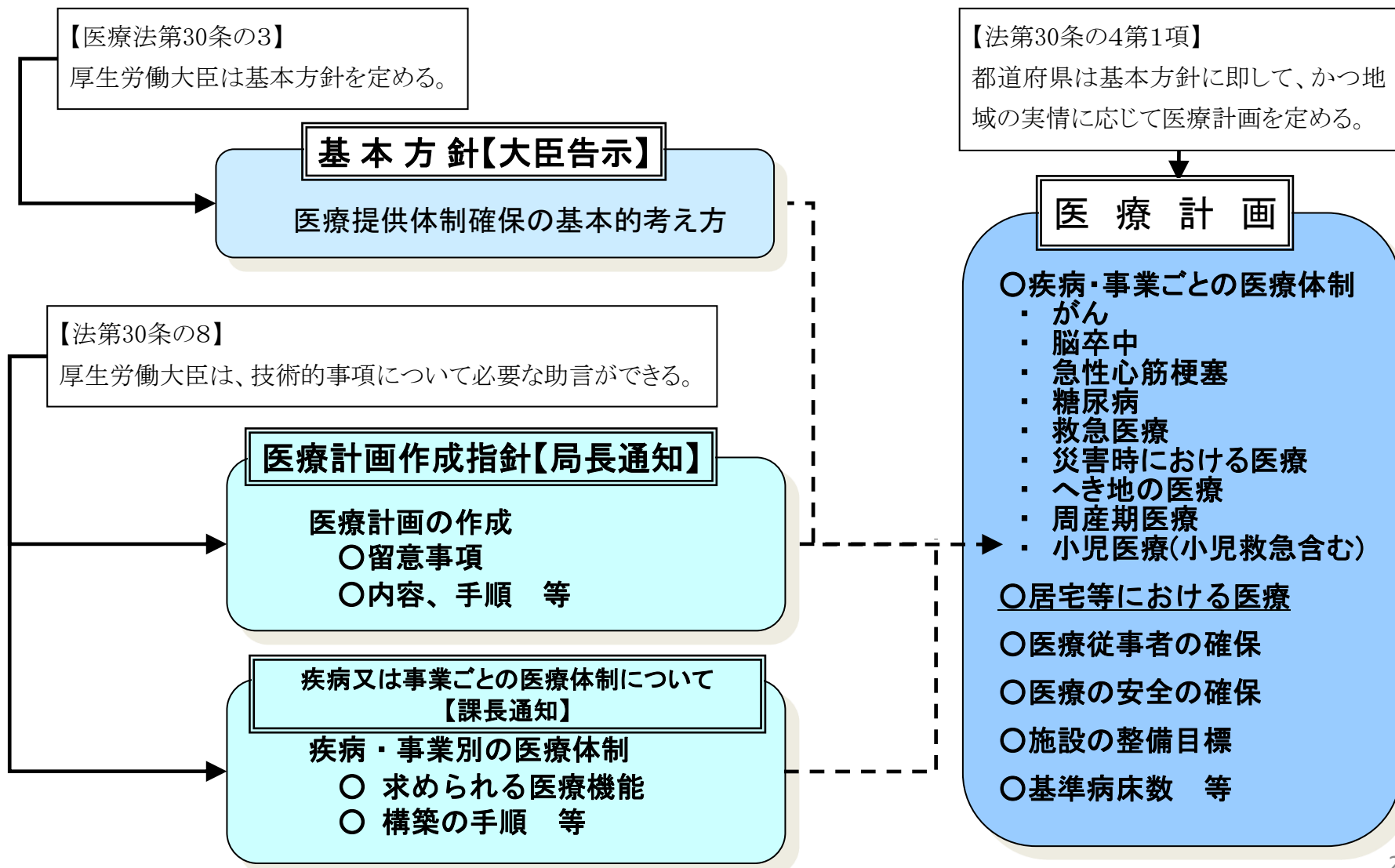
* 老健・病院等の短期入所療養介護

平成13年(433千人)→平成22年(675千人) 約1.6倍



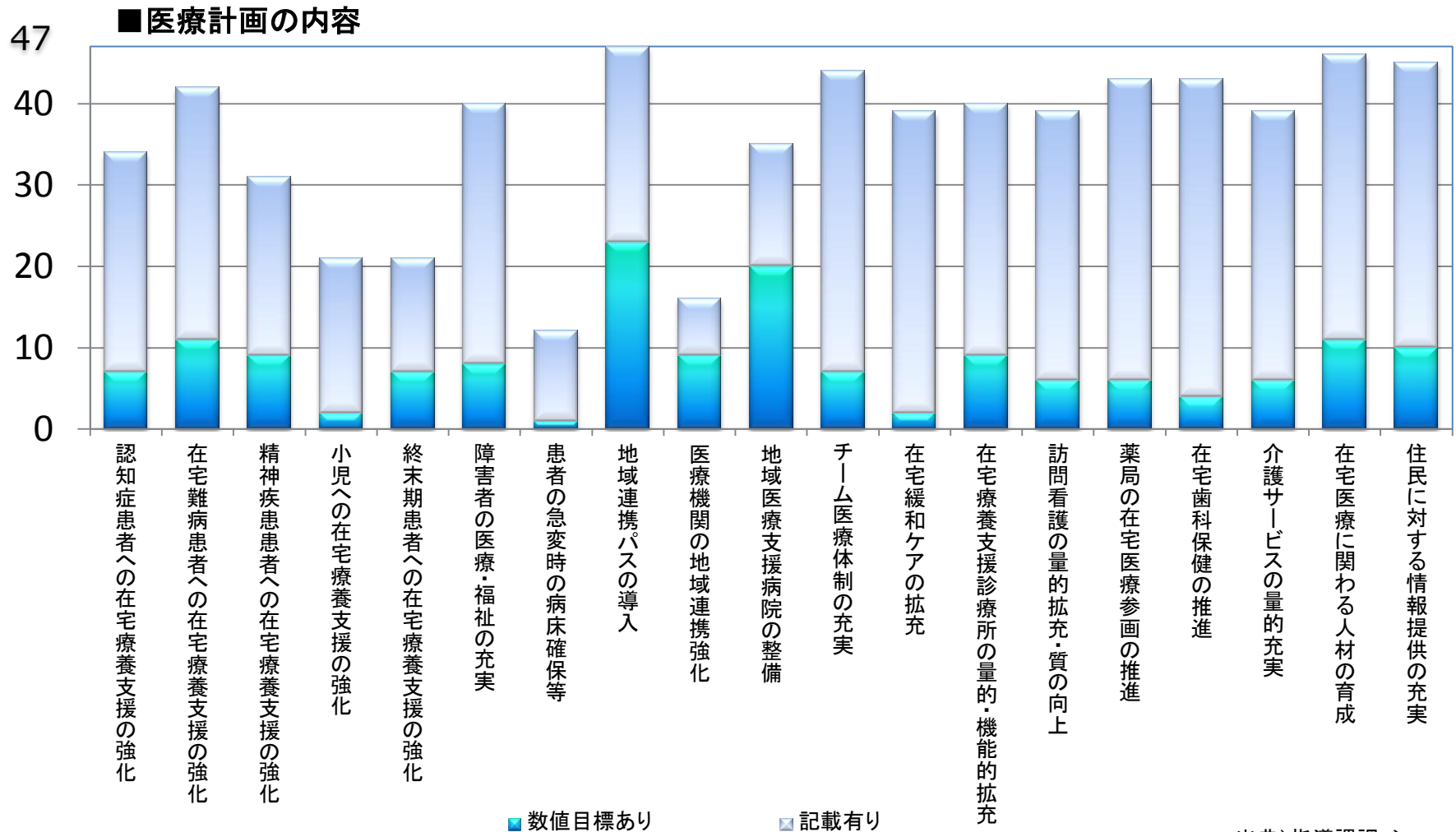
医療計画の基本方針(大臣告示)等について

- 平成25年の改定に際し、23年度中に4疾病5事業と同様、在宅医療についても医療計画の指針を策定し、都道府県に提示する。



在宅医療に関する医療計画の内容

○ 現状は、在宅医療の推進に関する記載は、網羅的ではあるものの数値目標を立て、計画的な整備に取り組んでいるところは少ない。



第5期介護保険事業（支援）計画の策定

- 地域包括ケアの実現を目指すため、第5期計画（平成24～26年度）では次の取組を推進。
 - ・ 日常生活圏域ニーズ調査を実施し、地域の課題・ニーズを的確に把握
 - ・ 計画の内容として、認知症支援策、在宅医療、住まいの整備、生活支援を位置付け

日常生活圏域ニーズ調査

（郵送＋未回収者への訪問による調査）

- ・ どの圏域に、
- ・ どのようなニーズをもった高齢者が、
- ・ どの程度生活しているのか

地域の課題や
必要となるサービス
を把握・分析

調査項目（例）

- 身体機能・日常生活機能
（ADL・IADL）
- 住まいの状況
- 認知症状
- 疾病状況

介護保険事業（支援）計画

これまでの主な記載事項

- 圏域の設定
- 介護サービスの種類ごとの見込み
- 施設の必要利用定員
- 地域支援事業（市町村）
- 介護人材の確保策（都道府県）など



地域の実情を踏まえて記載する新たな内容

- 認知症支援策の充実
- **医療との連携**
- 高齢者の居住に係る施策との連携
- 見守りや配食などの多様な生活支援サービス

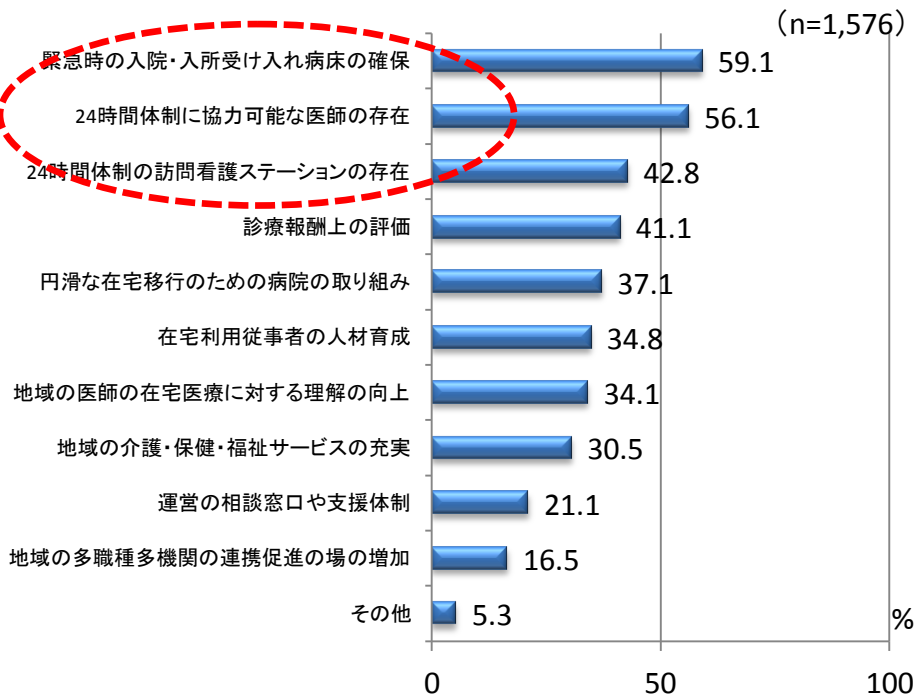
2. 在宅医療推進の課題への対応の方向性

4) 24時間在宅医療提供体制の構築

在宅医療を提供する診療所の課題

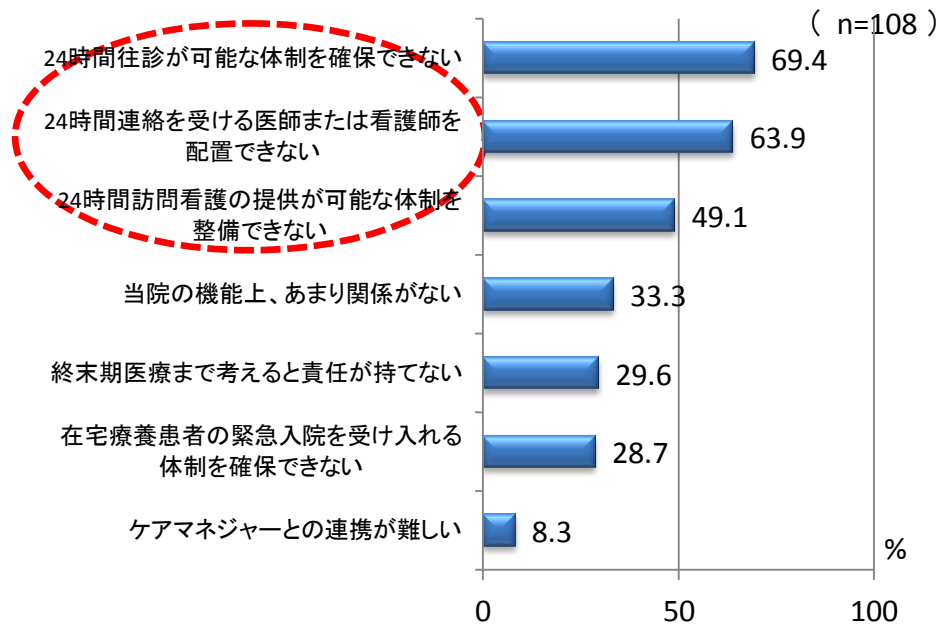
○ 診療所の在宅医療提供上の課題としては、緊急時の入院・入所施設の確保、24時間体制に協力可能な医師の存在、24時間体制の訪問看護の存在であった。

■在宅医療提供上の課題（複数回答）



- 調査対象
WAMNETに登録され公表された全国の届出訪問看護ステーションより都道府県別に50%を無作為に抽出し、最終的に2,693事業所を対象とした。
- 調査方法
郵送法によるアンケート調査
- 回収数
1,112事業所(回収率41.3%)

■在宅療養支援診療所の届出をしていない理由 —在宅療養支援診療所以外—（複数回答）



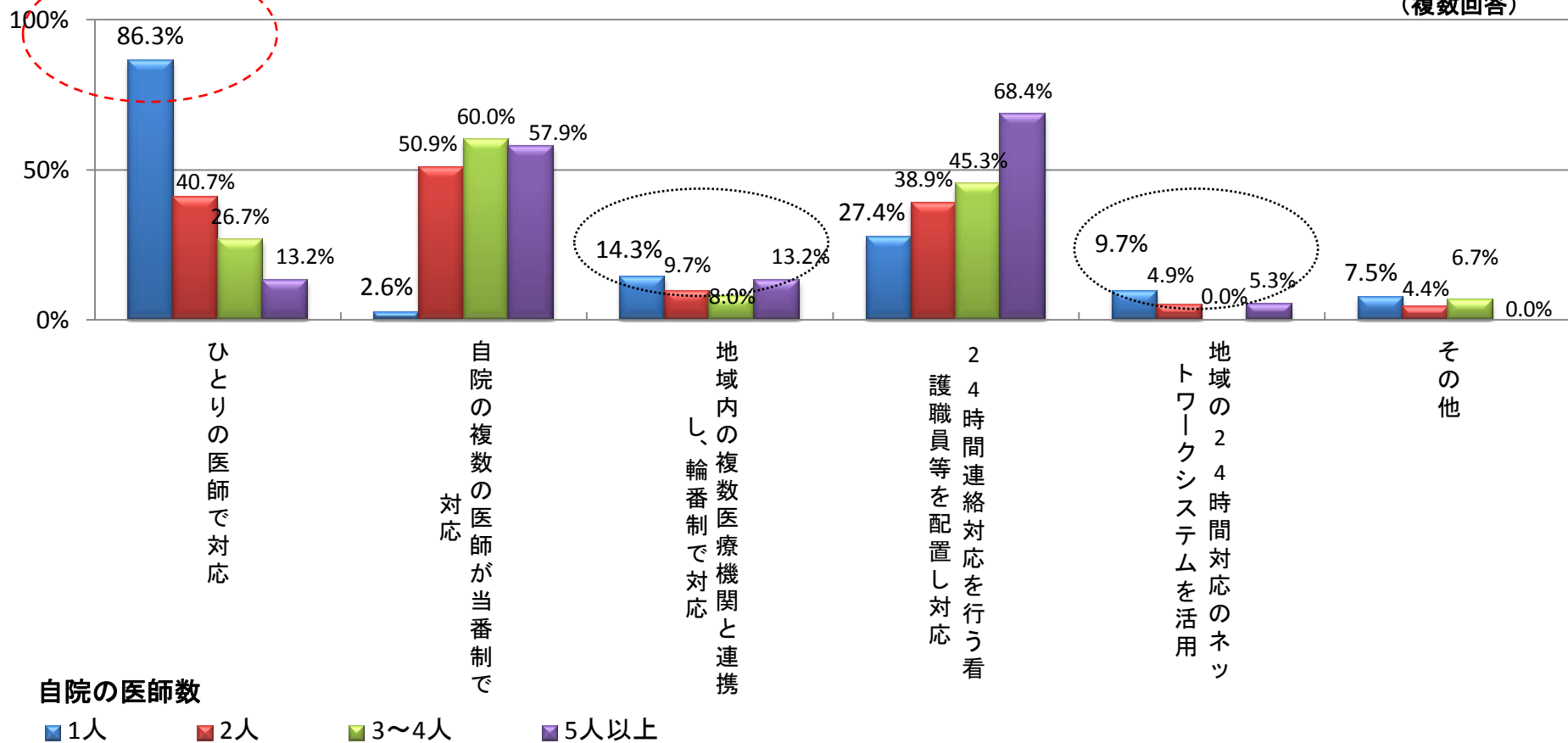
- 調査対象
福岡県下の診療所からランダムに486(在宅療養支援診療所が248あったため、ほぼ同数その他の診療所を抽出)の診療所を抽出
- 調査方法
郵送法
- 回収数
266事業所(回収率53.4%) ※うち在宅療養支援診療所156事業所(回収62.9%)

在宅医療における緊急時の対応体制

○一人開業の在宅療養支援診療所の場合、86%が一人の医師で24時間365日対応しており、輪番制やネットワークシステムを利用しているところは少ない。

(n=1,228 無回答を除く)

(複数回答)



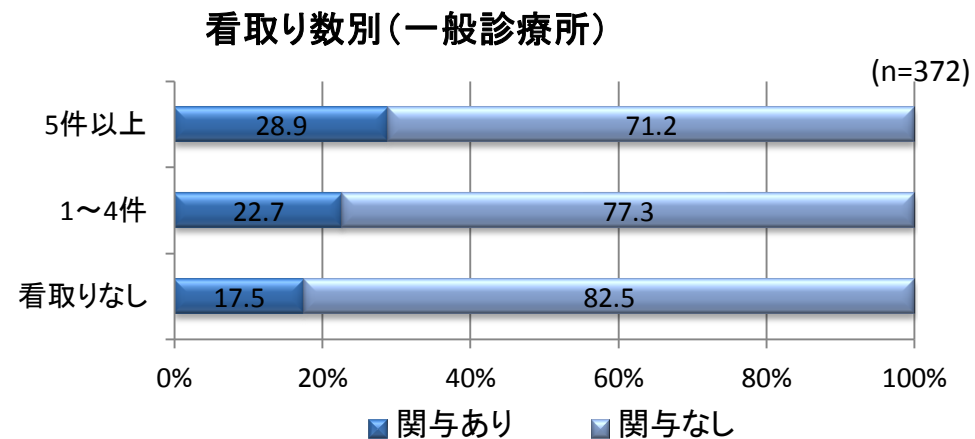
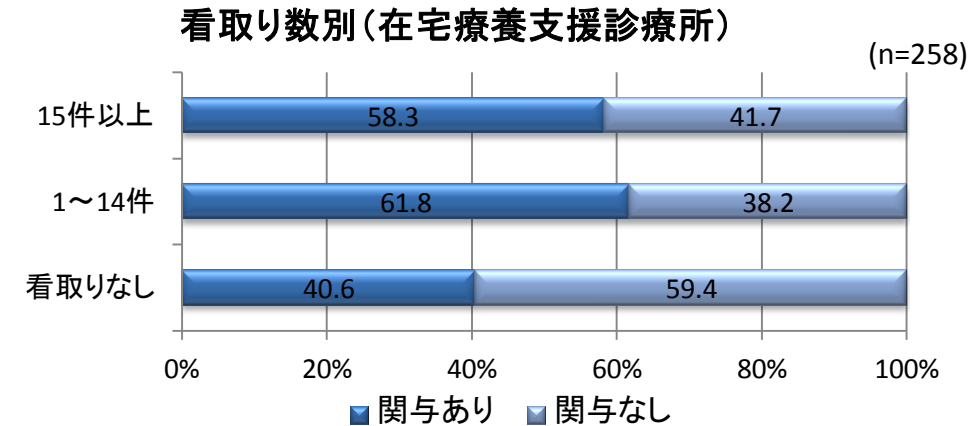
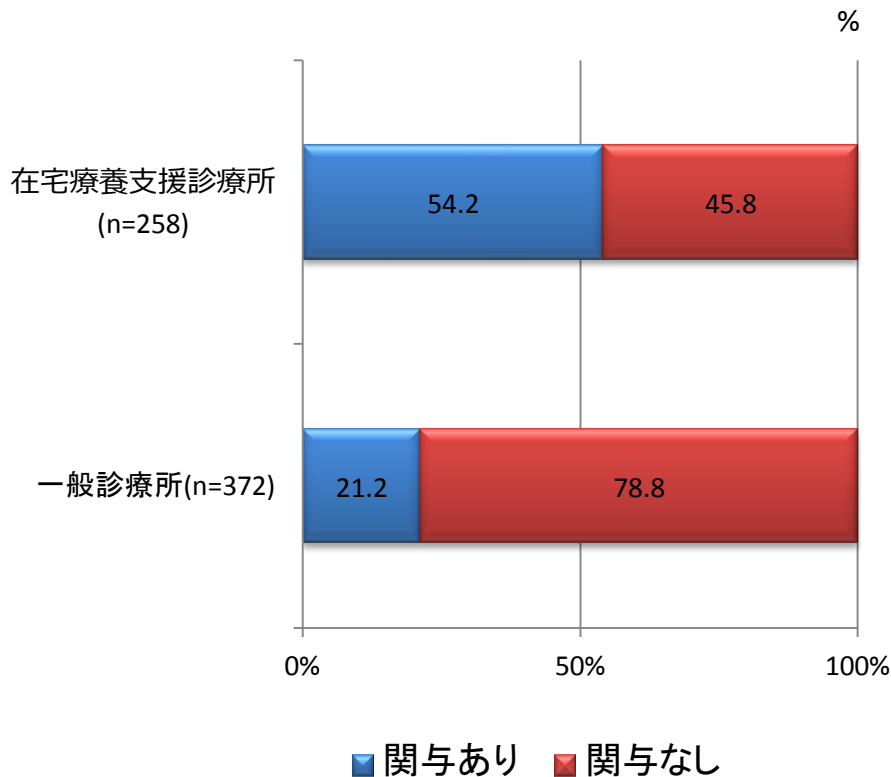
出典) 日本医師会総合政策研究機構

「在宅医療の提供と連携に関する実態調査」在宅療養支援診療所調査

24時間対応のためのネットワーク*への関与と看取り数

* 地域の診療所医師が不在の時に、担当患者のサポートを提供しあう診診連携等の協力体制

- 24時間対応のためのネットワーク等への関与がある在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所は4-5割見られ、関与がある在宅療養支援診療所においては、看取り数が多い傾向が見られた。



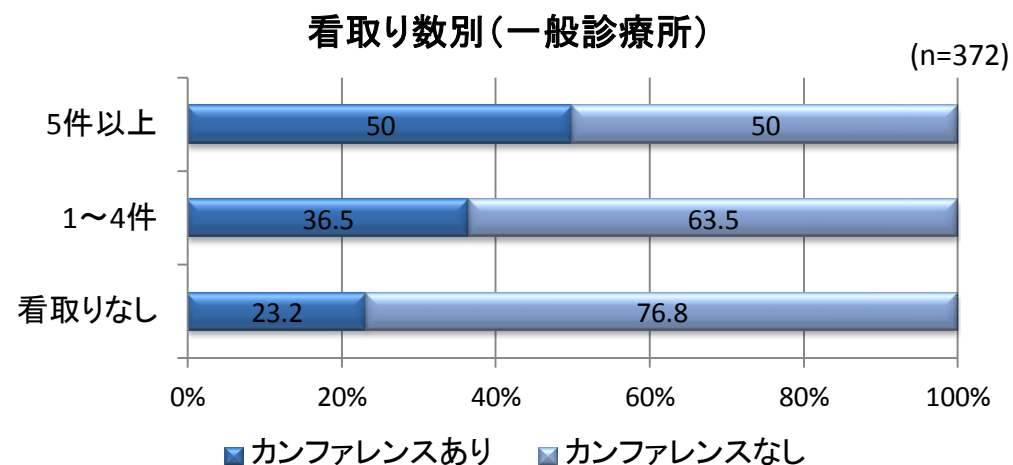
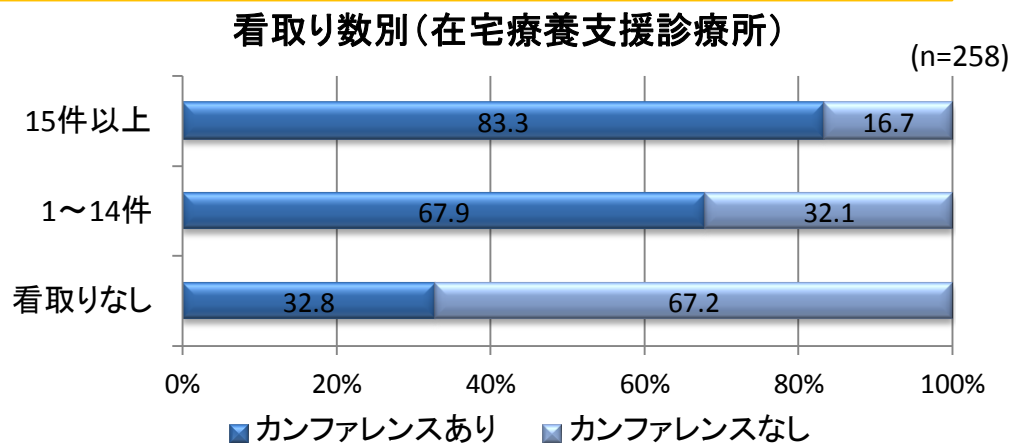
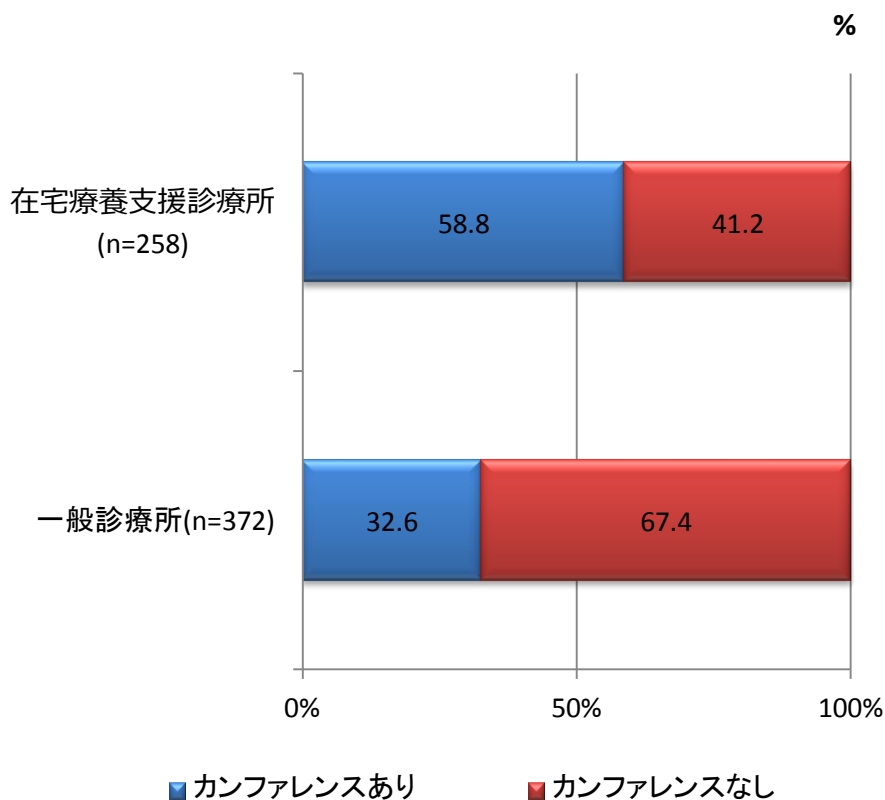
※在宅療養支援診療所は、年間看取り数15件以上が全体の上位10%に相当。
一般診療所は年間看取り数5件以上が全体の上位10%に相当。

2. 在宅医療推進の課題への対応の方向性

5) 在宅医療の質の向上・効率化 / 医療介護の連携

介護や看護に関わる他施設とのカンファレンスと看取り

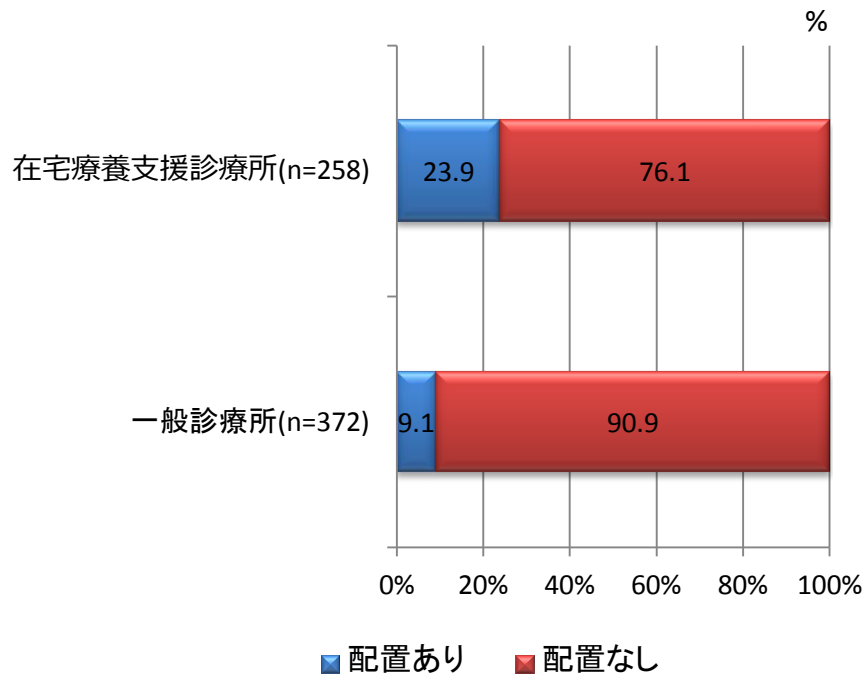
○ 訪問看護ステーション、ケアマネジャー等とのカンファレンスを開催している在宅療養支援診療所は、看取り数が多い傾向が見られた。特に看取り数が多い上位10%の在宅療養支援診療所(年間15件以上)では、8割以上が多機関多職種と連携をとっていた。



※在宅療養支援診療所は、年間看取り数15件以上が全体の上位10%に相当。
一般診療所は年間看取り数5件以上が全体の上位10%に相当。

地域医療連携に関わる職員の配置と看取り数

○ 地域医療連携に関わる職員を配置している在宅療養支援診療所は看取り数が多い傾向が見られた。連携に携わる人材が地域資源の有効活用を促進することにより、患者が安心して最期まで過ごせることが示唆される。

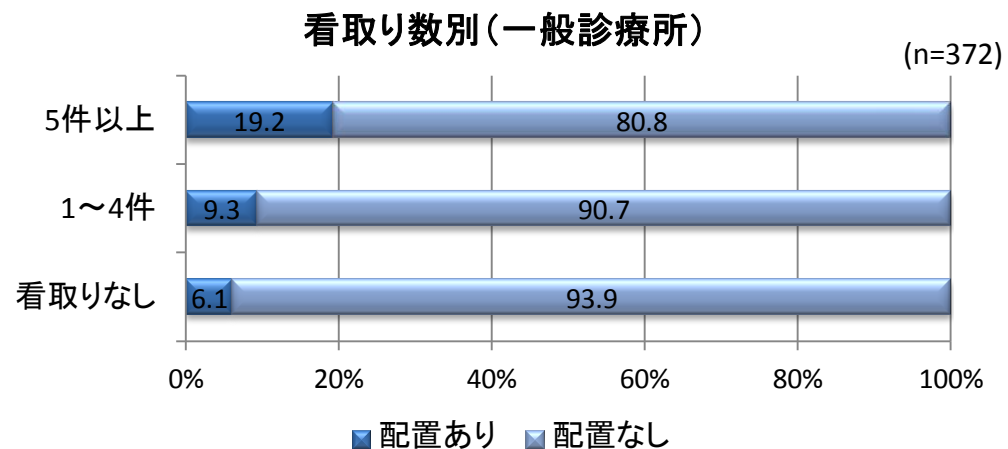
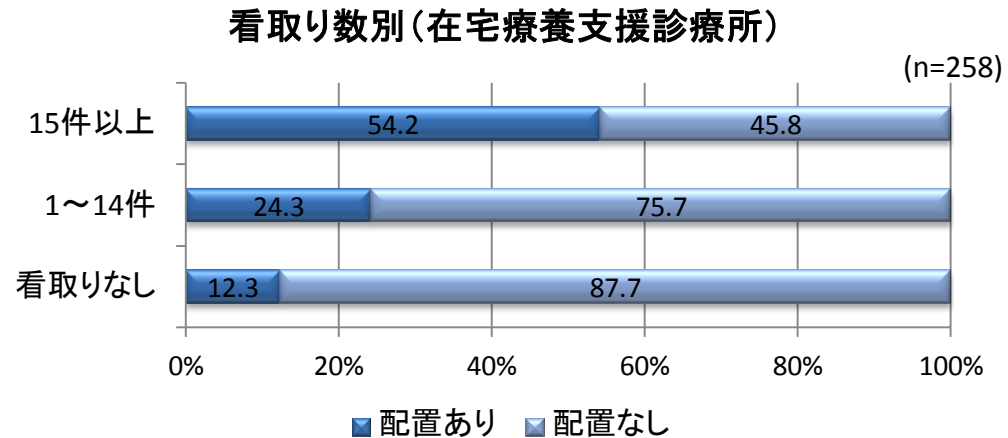


※地域医療連携に関わる職員(在宅療養支援診療所)

- ・看護師 54.4%
- ・介護職 26.1%
- ・事務職 10.9%
- ・医療ソーシャルワーカー 8.7%

※地域医療連携に関わる職員(一般診療所)

- ・看護師 68.4%
- ・介護職 10.5%
- ・事務職 18.4%
- ・医療ソーシャルワーカー 2.6%



※在宅療養支援診療所は、年間看取り数15件以上が全体の上位10%に相当。
一般診療所は年間看取り数5件以上が全体の上位10%に相当。

1 在宅チーム医療を担う人材の育成

- 在宅チーム医療の推進のための研修(在宅医療を担う職能別の研修)
- 多職種協働による在宅医療を担う人材育成(多職種協働によるサービス調整等の研修)

2 実施拠点となる基盤の整備

今後、医療計画に盛り込むことを検討している「在宅医療体制構築に関する指針(案)」に沿って、各地域で在宅医療(薬局も含む)、栄養ケア、介護の連携を図り、在宅医療・介護を推進。

- 在宅医療連携拠点事業(多職種協働による在宅医療連携体制の推進)
- 在宅医療提供拠点薬局整備事業(地域の在宅医療を提供する拠点薬局の整備)
- 栄養ケア活動支援整備事業(関係機関と連携した栄養ケア活動を行う取組の促進)
- 在宅サービス拠点の充実(複合型サービス事業所、定期巡回・随時対応サービス及び訪問看護ステーションの普及)
- 低所得高齢者の住まい対策

3 個別の疾患等に対応したサービスの充実・支援

(1) サービスの充実・支援に向けた取組

- 国立高度専門医療研究センターを中心とした在宅医療推進のための研究事業
(疾患の特性に応じた在宅医療の提供体制のあり方を含めた研究推進)
- 在宅医療推進のための医療機器承認促進事業(未承認医療機器に関するニーズ調査等)
- 在宅医療推進のための看護業務の安全性等検証事業(在宅医療分野における看護業務の安全性を検証)

(2) 個別の疾患等に対応した取組

- 在宅介護者への歯科口腔保健推進事業(歯科口腔保健の普及啓発のための口腔保健支援センター整備)
- 在宅緩和ケア地域連携事業(がん患者に対する地域連携における在宅緩和ケアの推進)
- 難病患者の在宅医療・在宅介護の充実・強化事業(ALS等の難病患者への包括的支援体制)
- HIV感染症・エイズ患者の在宅医療・介護の環境整備事業(エイズ患者等の在宅療養環境整備)
- 在宅での医療用麻薬使用推進モデル事業(地域単位での麻薬在庫管理システム等の開発)
- 薬物依存者の治療と社会復帰のための支援事業(依存者・家族への薬物乱用離脱支援)

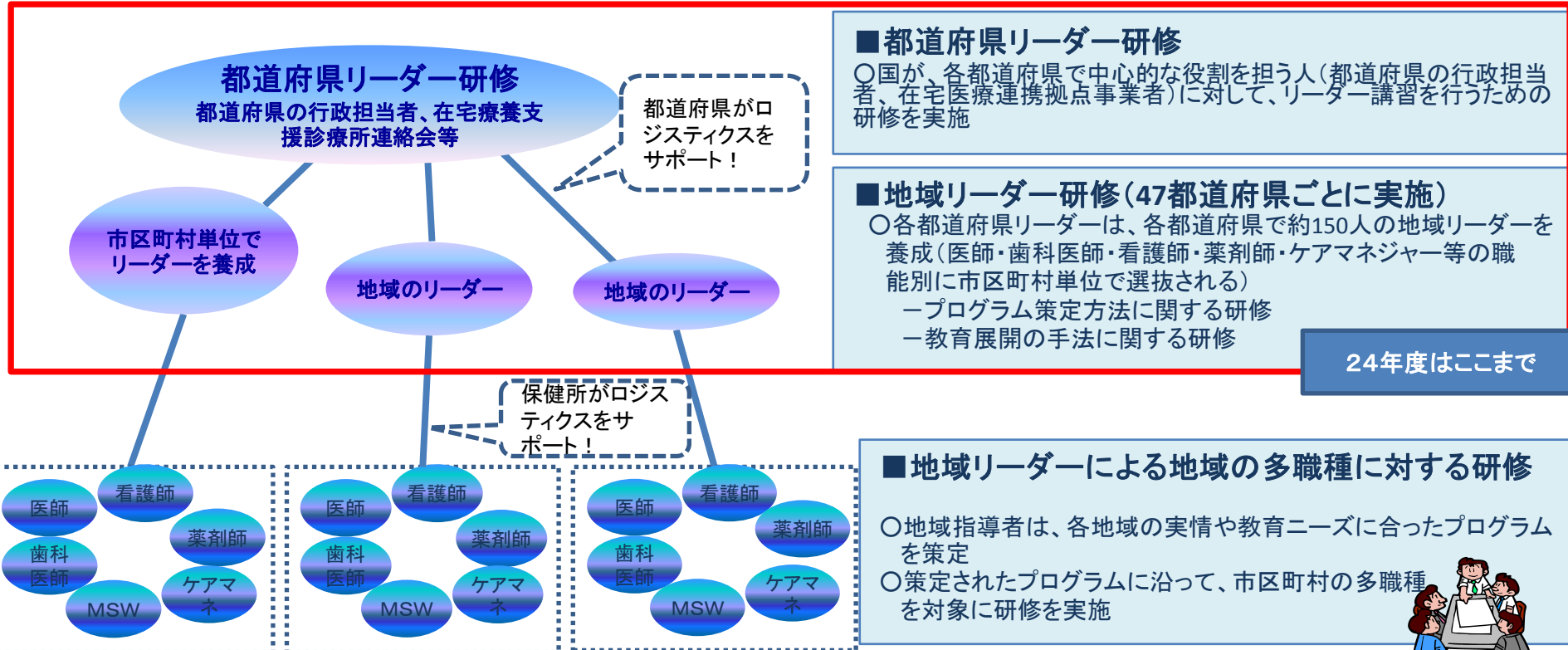
多職種協働による 在宅チーム医療を担う人材育成事業

要望額 3.2億円

■本事業の目的

- 在宅医療においては、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、介護士などの医療福祉従事者がお互いの専門的な知識を活かしながらチームとなって患者・家族をサポートしていく体制を構築することが重要である
- 国が、都道府県リーダーに対して、在宅医療を担う多職種がチームとして協働するための講習を行う(都道府県リーダー研修)
- 都道府県リーダーが、地域リーダーに対して、各地域の実情やニーズにあった研修プログラムの策定を念頭に置いた講習を行う(地域リーダー研修)
- 地域リーダーは、各地域の実情や教育ニーズに合ったプログラムを策定し、それに沿って各市区町村で地域の多職種への研修を行う。これらを通して、患者が何処にいても医療と介護が連携したサポートを受けられる体制構築を目指す

※WHO(世界保健機関)は、「多職種協働のためには、多職種の研修が重要である。」と推奨している。(2002年)



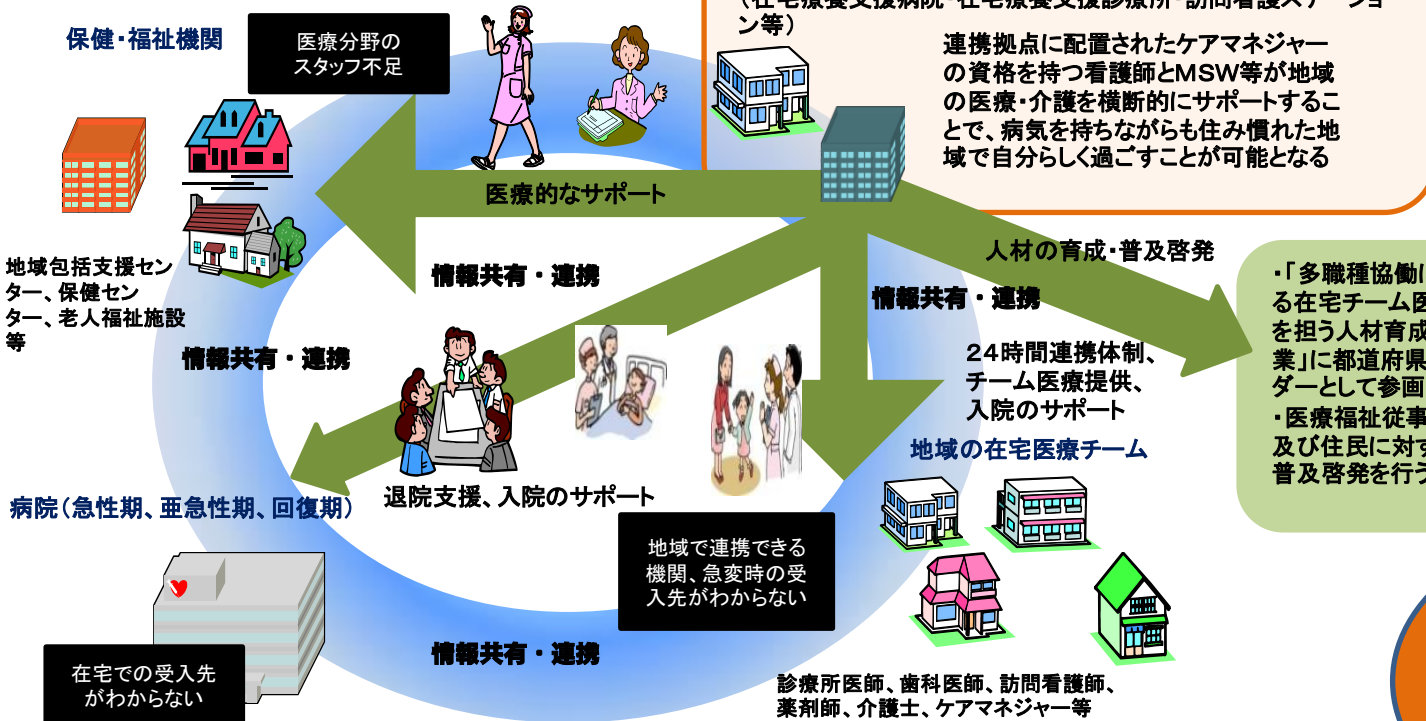
在宅医療連携拠点事業

要望額 31億円

■本事業の目的

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。
- このため、在宅医療を提供する機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、医療と介護が連携した地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。

在宅医療連携拠点事業のイメージ



事業終了後

在宅医療連携拠点

(在宅療養支援病院・在宅療養支援診療所・訪問看護ステーション等)

連携拠点に配置されたケアマネジャーの資格を持つ看護師とMSW等が地域の医療・介護を横断的にサポートすることで、病気をもちながらも住み慣れた地域で自分らしく過ごすことが可能となる

事業報告書の作成

- ・多職種連携の検討会において抽出された課題と解決策
- ・24時間体制やチーム医療体制の実現方法や課題
- ・効率的な医療提供のためのアウトリーチや活動内容
- ・連携拠点を担う医療機関の医師の役割や機能
- ・ITを利用した多職種間の情報共有のあり方 等

人材の育成・普及啓発

情報共有・連携

- 「多職種協働による在宅チーム医療を担う人材育成事業」に都道府県リーダーとして参画
- ・医療福祉従事者及び住民に対する普及啓発を行う

地域の在宅医療チーム

診療所医師、歯科医師、訪問看護師、薬剤師、介護士、ケアマネジャー等

- ・データ収集・分析を通じて、在宅医療連携拠点が地域において必要な役割を果たすための条件を見出ししていくことにつなげる
- ・好事例の情報を広く関係者に提供し、在宅医療の取組みの全国的な向上を図る

□ 在宅医療連携拠点事業の展開

■ 事業の実施地域 47都道府県 × 2か所 = 94か所

- データ収集・分析を通じて、在宅医療連携拠点が地域において必要な役割を果たすための条件を見出していくことにつなげる。
- 好事例の情報を広く関係者に提供し、在宅医療の取組みの全国的な向上を図る。
- この事業から得られた各種データや好事例の情報については、下記のような地域特性、連携拠点となる主体、対象疾患等による各種モデルごとに整理・分析を行い活用する。

■ 地域特性による実施例

【都市型モデル】

都市部での医療と介護の連携のあり方についての対応策を検討する

【過疎地域モデル】

山間地域等での医療と介護の連携のあり方についての対応策を検討する

■ 連携拠点となる主体による実施例

【在宅療養支援病院モデル】

診療所と同様に在宅医療の担い手となっている在宅療養支援病院が連携拠点となる(在宅療養支援のための病床運営のあり方を含め検討)

【在宅療養支援診療所モデル】

訪問診療を行い、自宅での療養をサポートする在宅療養支援診療所が連携拠点となる(有床診においては、在宅療養支援のための病床運営のあり方を含め検討)

【訪問看護ステーションモデル】

医療と介護の要として機能している訪問看護ステーションが連携拠点となる

【市町村主導モデル】

患者の日常圏域における行政をつかさどる市町村が地域の医療福祉従事者を結びつける役割を担う

【医師会主導モデル】

地域において医療機関等を束ねる医師会が主体となって、地域の医療福祉従事者を結びつける役割を担う

【保健所主導モデル】

保健所が行政と地域の医療福祉従事者を結びつける役割を担いながら、在宅医療連携拠点となる

■ 対象疾患等による実施例

【がん患者モデル】

痛みや苦痛症状を緩和しながら自分らしい生活を送ることができるよう必要なサポート体制についての検討を行う

【小児患者モデル】

NICU退院者等のサポート体制など、子どもが在宅で生活する上での必要な対応策を検討する

【精神疾患モデル】

統合失調症患者やうつ病患者も医療的・福祉的支援を受けながら地域で療養できる体制についての検討を行う

【難病・疾病患者モデル】

難病患者が可能な限り住み慣れた場所で生活できるよう必要なサポート体制についての検討を行う

【障害患者モデル】

障害者が可能な限り住み慣れた場所で生活できるよう必要なサポート体制についての検討を行う

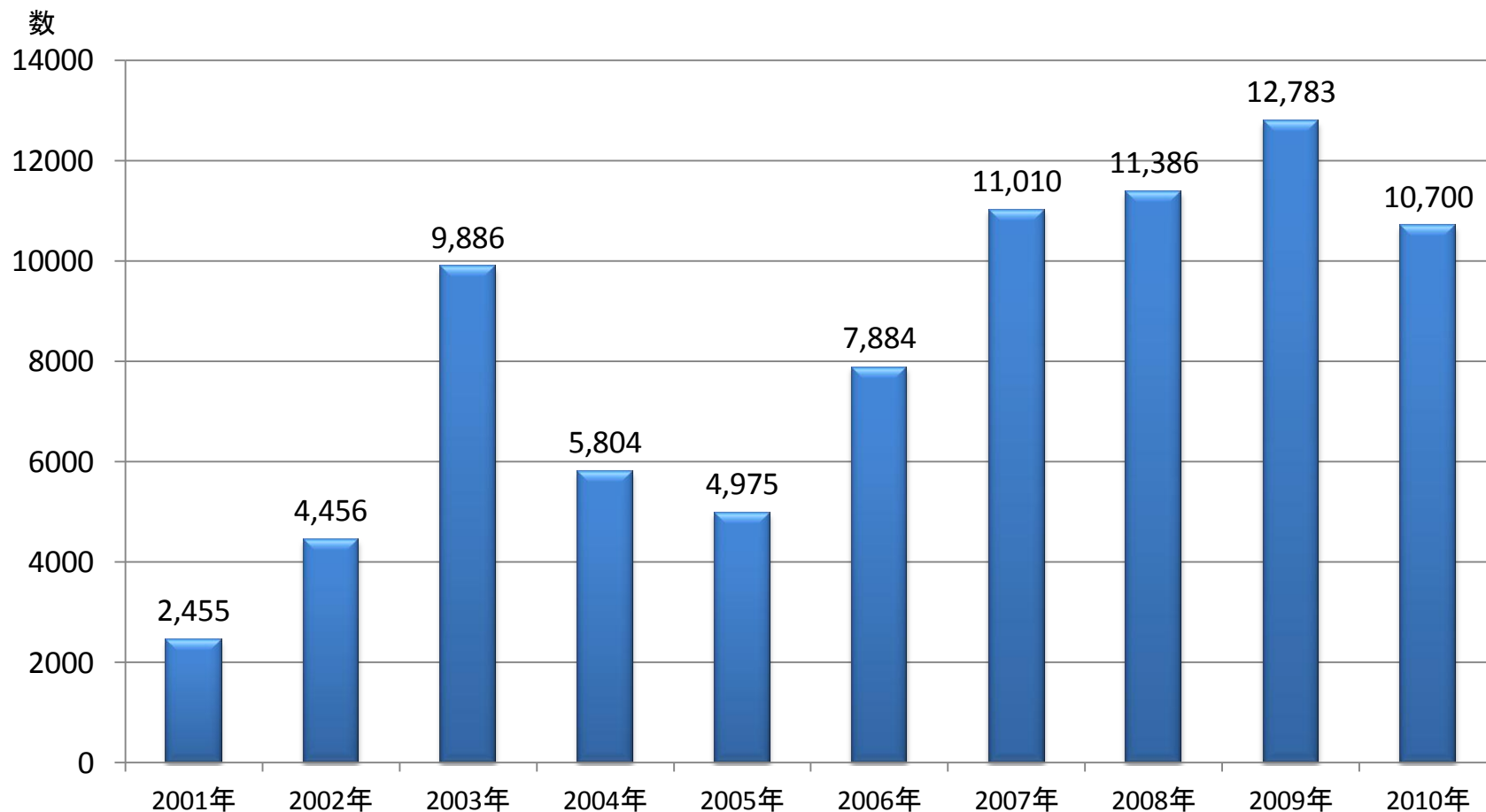
【認知症患者モデル】

認知症患者が可能な限り住み慣れた場所で生活できるよう必要なサポート体制についての検討を行う

3.災害時における医療機関の対応

在宅人工呼吸器管理指導料算定件数の推移

○ 在宅人工呼吸器使用者数は、近年約1万人である。



中長期の医療提供体制について

第3回災害医療のあり方に関する検討会(H23.9.30)資料より

	現行	医療提供体制確保の考え方(案)
都道府県	—	<p>都道府県は、災害発生時に救護班(医療チーム(JMAT等を含む。))等の派遣について、派遣元の関係団体と受入医療機関等の調整を行う災害対策本部内の組織(派遣調整本部(仮称))の設置に関する計画を、事前に策定しておくこと。</p> <p>また、派遣調整本部(仮称)には、地域の医療ニーズを的確に把握し、救護班等の調整を行うコーディネート機能が十分に発揮されるような体制を備えておくこと。</p>
保健所管轄区域・市町村単位等	<p>発災後定期的に保健所において情報交換の場を設けるとともに、自律的に集合した救護班の配置の重複や不均衡等がある場合等に配置調整を行うこと。</p>	<p>災害時に保健所・市町村等の行政担当者と、地域の医師会、災害拠点病院の医療関係者、医療チーム等が定期的に情報交換する場(地域災害医療対策会議(仮称))を設ける計画を、事前に策定しておくこと。</p> <p>地域災害医療対策会議(仮称)は保健所管轄区域や市町村単位等に設置することとし、災害時に地域の医療ニーズを的確に把握し、救護班等の派遣・調整を行うコーディネート機能が十分に発揮されるような体制を備えておくこと。</p>
計画・訓練等	<p>防災計画において医療活動が真に機能するために、都道府県、政令市及び特別区が設置する地域防災会議、若しくは災害医療対策関連の協議会等に医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係団体の代表、救急医療の専門家等を参加させることが適当であることから、その参加を促進すること。</p>	<p>防災計画において医療活動が真に機能するために、都道府県、政令市及び特別区が設置する地域防災会議、若しくは災害医療対策関連の協議会等に医師会、歯科医師会、薬剤師会、看護協会等の医療関係団体の代表、救急医療の専門家等を参加させることが適当であることから、その参加を促進すること。</p> <p>都道府県及び災害拠点病院は、関係機関と連携して、災害時における計画をもとに、定期的に訓練を実施しておくこと。その際、DMAT都道府県調整本部との調整や救護班等の派遣調整を行う組織の立ちあげ手順や、コーディネート機能が十分に発揮されるような体制、具体的な作業手順などについて明確にしておくこと。</p>
一般医療機関等	<p>医療機関が自ら被災することを想定して防災マニュアルを作成することが有用</p>	<p>医療機関が自ら被災することを想定して防災マニュアルを作成することが有用。</p> <p>医療機関は、災害時の中長期の対応に関して業務継続計画を作成することが望ましい。</p> <p>都道府県は、人工呼吸器等の医療機器を使用しているような患者等をかかえる医療機関が、災害時におけるこれらの患者の搬送先等について計画を策定しているか確認を行うこととしてはどうか。</p>

4. 論点

在宅医療の拠点となる機関および在宅医療提供機関に関する論点

■在宅医療の拠点となる機関に期待される役割

- 連携拠点機能（医療・介護関係者間の協議の場の開催、多職種連携のための人員配置、人材育成）
- 急変時に対応できる在宅医療提供体制の構築
 - ・一人開業医の24時間体制のサポート（複数医師の配置等）
 - ・災害など有事の際にも適切な医療を提供するための計画を策定し（人工呼吸器等の医療機器を使用している患者の搬送等を含む）、他の医療機関等の計画策定等を支援
- 介護をする家族への支援 等

■地域のニーズに応じた、在宅医療を提供する診療所（歯科診療所を含む）、病院、薬局、および訪問看護ステーションの整備が求められている。

■論点

- 在宅医療の拠点として期待される上述のような役割を担う診療所又は病院を医療法に位置付けてはどうか。
- 在宅医療を提供する診療所（歯科診療所を含む）、病院、薬局、および訪問看護ステーションについて、医療計画策定時に現状把握等に取り組むことにしてはどうか。
- 在宅医療を提供する機関の重要性は高まっており、このような機関の運営の支援について、どのように考えるか。

医療計画(特に介護との連携)に関する論点

- 都道府県が医療計画、市区町村が介護保険事業計画を策定するが、これらの計画は必ずしも連動していない。
- 第5次医療計画では、都道府県が在宅医療に関する計画を策定することを前提に、現在、「医療計画の見直し等に関する検討会」において、数値目標の設定やPDCAサイクルを回していくこと等が議論されている。
- 一方、地域包括ケアの一環として市区町村エリアで在宅医療の協議会などを設置している自治体も増えつつあり、都道府県と市区町村の有機的な連携が求められている。

■論点

- 医療計画における在宅医療についても、4疾病5事業と同様に、達成すべき数値の目標や医療連携体制に関する事項の記載を医療法上で義務づけてはどうか。
- 都道府県による、医療計画策定の際に、介護保険事業計画等を策定する市区町村と十分な情報共有を推進していくべきではないか。
- 在宅医療の医療計画は、二次医療圏、保健所単位、市区町村エリア等、どのような単位で立案していくべきか。

<地域医療支援センターについて>

地域医療支援センターの概要

地域医療支援センター運営経費 平成 24年度概算要求 10.9億円（平成 23年度予算 5.5億円）

地域医療支援センターの目的と体制

医師の地域偏在（都市部への医師の集中）の背景

▶ 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかという将来への不安等

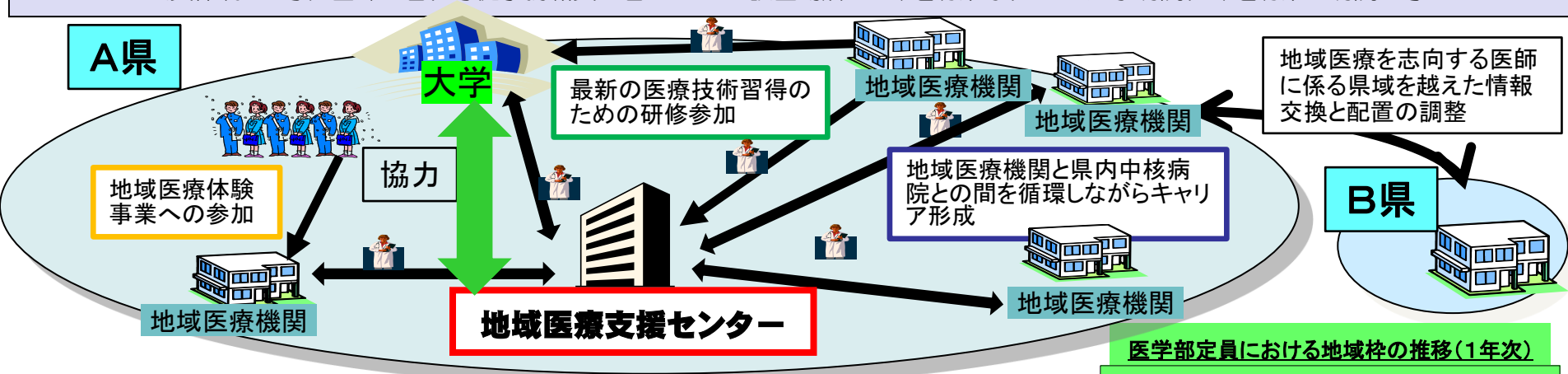
▶ 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーの確立。

▶ 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師など活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。

▶ 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。

・ 人員体制：専任医師2名、専従事務職員3名

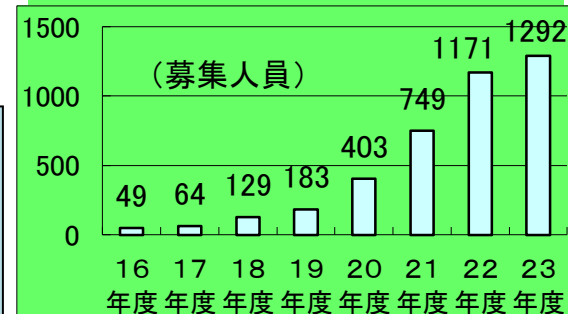
・ 設置場所：都道府県庁、〇〇大学病院、都道府県立病院 等



地域医療支援センターの役割

- 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学と調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。公的補助金決定にも参画する権限を付与。

医学部定員における地域枠の推移(1年次)



▶ 平成24年度は、平成23年度先行実施県での事業実施状況等を踏まえ、医療関係者の連携により医師の勤務先の調整を行い地域医療を担う医師の確保と定着を推進することや、複数病院のネットワークによる研修プログラムを提供しキャリアアップを支援するといった取り組みがより広域的に推進されるとともに、各県支援センター間のネットワークが形成されるよう、来年度の事業開始に意向を持つ15箇所を加えた30箇所の運営経費を要求する。

地域医療支援センターの業務



【医師確保の支援】

【情報分析・方針策定】

▶必要医師数実態調査の結果や必要に応じた個別病院へのヒアリング等により、都道府県内の医師不足の状況や活用できる医師の情報を把握・分析し、優先的に対応すべき地域や診療科等の方針を策定する。

【医師不足病院の医師確保支援】

▶地域枠医師やセンター自らが確保した医師などを活用し、本人の意向を踏まえながら、医師不足病院の医師確保を支援するほか、円滑な業務運営を行うための大学(医局)への働きかけ等必要な調整を実施する。

【地域医療に従事することへの不安解消】

【キャリア形成の不安を解消】

▶本人の意向も尊重しながら、地域の医療機関と県内中核病院とのローテーションを経験する中で、地域の医療機関で指導医として活躍したり、専門医(認定医)を取得したり出来るよう、キャリア形成を支援する。

【指導を受けられる環境を整備】

▶若い医師が様々な地域で医療技術を磨けるよう、地域医療の経験者等を指導医として計画的に養成する。

【学びの機会を提供】

▶代替医師を確保して、地域医療に従事する医師に、キャリアに応じた中核病院での研修や学会への出席等最新の医療に触れられる機会を提供する。

【情報発信・コーディネート】

【様々な相談への対応】

▶県内外の医師、医学生、高校生などからの様々な相談に対応する。また、HPを開設し、求人・求職情報や県内の医師確保対策の内容などの情報を発信する。

【協力関係の構築】

▶大学、中核病院、医師会等との意見調整等を行う。また、地域で医師を受け入れる医療機関に、医師が意欲を持って着任できるような環境整備のための指導・支援をする。

地域医療支援センター先行実施県における主な取り組み

【青森県】（設置場所：県庁）

- ・地域医療支援センターに、県内医療機関への勤務予定等のある医師8名を新規登録（うち7名は県内医療機関において初期臨床研修中、1名はセンターが医療機関と調整中）
- ・県外にいる県内出身のUターン希望の医師1名がむつ総合病院へ就職。現在も2名の希望者について医療機関と調整中
- ・弘前大学の医学生88名に対して青森県医師臨床研修指定病院合同説明会を開催

【岩手県】（設置場所：県庁）

- ・ホームページ等を通じて地域医療を志す医師を募集し、県外から14名の医師が県内医療機関へ就職。現在も10数名の医師について医療機関と調整中
- ・奨学金を貸与している県内外の医学生に対して、地域医療に関する「いわて医学奨学生サマーガイダンス」を実施

【長野県】（設置場所：県庁）

- ・ドクターバンク事業を実施し、今年度に入り13名が求職登録し、医療機関とのマッチングにより4名が県内の公立・公的・民間病院に就職
- ・修学資金貸与者を対象とした「地域医療研修会」を開催
- ・修学資金貸与者の配置方法について、大学及び関連病院との打合せを実施

【岐阜県】（設置場所：岐阜大学）

- ・初期研修修了医を対象として、本人の希望に基づく具体的なキャリアパスを作成。現在、そのキャリアパスに沿って、3名が県内医療機関にて後期研修を履修中

【静岡県】（設置場所：県庁）

- ・専門医研修ネットワークプログラム（大学医局にとらわれない、複数病院が連携した研修プログラム）を37本作成し、地域医療を志す医師に対して提供。現在3名がプログラムを活用し、県立総合病院などで勤務中
- ・病院見学バスツアーを6コース開催し、医学生等135人が参加

【京都府】（設置場所：府庁）

- ・内科(総合内科)及び外科(救急科)のキャリアパスモデルを作成し、医学生、研修医等を対象としたフォーラムを開催して公表予定。府内の臨床研修指定病院に所属する研修医のほか、ホームページやパンフレット等を通じて広くキャリアパス利用希望者を募集していく予定

【島根県】（設置場所：島根大学）

- ・キャリア形成プログラムを作成し、センター専用ホームページやパンフレットにより、参加医師を募集。現在、数名の医師とプログラムへの参加について折衝中
- ・本年度、総合医・家庭医ネットワーク、精神科ネットワークを立ち上げ、診療科単位での研修体制、支援体制を構築

【高知県】（設置場所：高知大学）

- ・高知医療再生機構が雇用した医師が、町立国保病院において診療に従事
- ・専用のホームページを活用して県内の医師求人情報を提供することにより、現在、県内外の3名の医師と相談中
- ・高知大学などの医学生や研修医に対して、地域医療に係る研修を実施
- ・キャリア形成支援の一環として、医師16名に対して指導医資格取得の支援、261名に対して専門医資格取得の支援を実施中

【宮崎県】（設置場所：県庁）

- ・宮崎大学の医学生に対して、自治医科大学と合同で、へき地病院等での「臨床研修ガイダンス」を実施
- ・今年度、県内外において、県内臨床研修病院の説明会を計5回開催

※平成23年9月22日時点 医政局指導課まとめ

※一部の県においては、上記の設置場所以外に、分室や事務局などを大学や県庁内に設置している。

医療対策協議会と地域医療支援センターの関係について(イメージ)

医療対策協議会※（医療法第30条の12に基づく）

※各都道府県によりその正式名称は異なる。

救急医療等確保事業^{※※}に従事する医療従事者の確保をはじめとして、都道府県において必要とされる医療の確保に関する方針などを定めるため、都道府県が中心となって地域の医療関係者と協議を行う場

※※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。）

構成

- ・ 特定機能病院、地域医療支援病院、公的医療機関等の病院関係者 ・ 医療従事者養成関係機関（大学等）
- ・ 診療に関する学識経験者の団体 ・ 関係市町村 ・ 地域住民を代表する団体 など

医師確保等の方針

取組状況の報告

地域医療支援センター

地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援

運営委員会

大学、関係医療機関、医師会、病院団体、市町村等の代表者

事務局の人員体制

専任医師2名、専従事務職員3名

都道府県が責任を持って、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。

地域医療支援センターに関する論点

喫緊の課題となっている医師の地域偏在を解消するため、地域で医師を育成するという基本的考え方の下、医療法に定められた「医療対策協議会」において取りまとめた医師確保の方針などに沿った施策を都道府県において推進する主体として、新たに地域医療支援センターを医療法に位置付けることについてどう考えるか。

<期待される効果>

- ① 法律的な位置付けの下で、地域医療支援センターによる取組みを医療計画の中に位置付けるなど、各都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むための体制が整えられるとともに、
- ② 複数の地域医療支援センター間で広域的ネットワークを形成することにより、より効果的な事業を展開していくことが可能となる、
などにより、医師不足対策の着実な推進が期待される。

<療養病床に係る経過措置について>

病院・診療所・主な高齢者関連施設の 人員配置基準の比較

(人員配置は、いずれも入院・入所者数に対する比率。なお、診療所の一般病床には特段の定めなし。)

	病院・診療所				介護老人 保健施設	特別養護老人 ホーム
	一般病床	療養病床		転換病床※1 平成24年 3月末まで		
		医療保険	介護保険			
医師	16:1	(病院) 48:1 (診療所) 1以上		96:1	100:1以上 常勤1以上	必要数 (非常勤可)
看護	3:1	医療法施行規則本則上は4:1※2 ただし、平成24年3月末までは6:1		看護・看護補助 あわせて3:1	看護・介護が 3:1以上	看護・介護が 3:1以上 うち、看護は 以下のとおり (左は入所者数) 0~30 :1以上 31~50 :2以上 51~130 :3以上 131~ :3+50:1
		※3	※4			
看護補助 ・介護	—	同上	同上	うち、看護が 1/3	うち、看護が 2/7	

※1 転換病床については、構造設備基準に係る経過措置も講じられている。

※2 診療所の療養病床については、平成13年改正の経過措置により看護・看護補助あわせて2:1、そのうち1人を看護とすれば足りることとされている。また、当該規定についても、経過措置により、平成24年3月末までは、看護・看護補助あわせて3:1、そのうち1人を看護とすれば足りることとされている。

※3 診療報酬では、①療養病棟入院基本料2として25:1(医療法方式では5:1に相当)まで評価、②有床診療所療養病床入院基本料として6:1まで評価している。

※4 指定介護療養型医療施設の人員、設備及び運営に関する基準で6:1と規定している。

一般病床及び療養病床に係る医療従事者の配置標準に関する改正経緯について

<医師>

昭和23年医療法制定時

<看護師>

入院患者	外来患者
16:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

入院患者	外来患者
4:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

平成4年第二次 医療法改正

療養型病床群 以外の入院患者	療養型病床群 の入院患者	外来患者
16:1	48:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

療養型病床群以外 の入院患者	療養型病床群 の入院患者	外来患者
4:1	6:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

平成12年第四次 医療法改正

一般病床の 入院患者	療養病床の 入院患者	外来患者
16:1	48:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

一般病床の 入院患者	療養病床の 入院患者	外来患者
3:1	6:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

平成18年第五次 医療法改正

<同上>

一般病床の 入院患者	療養病床の 入院患者	外来患者
3:1	4:1 ※平成24年3月31日 までは6:1	30:1

介護療養病床の取扱いについて

介護療養病床については、平成23年度までに老人保健施設等へ転換することとしていたが、転換が進んでいない現状を踏まえ、先の通常国会において成立した介護保険法等の一部改正法により、以下の措置が講じられた。

1. これまでの政策方針を維持しつつ、現在存在する介護療養病床については、6年間転換期限を延長する。
2. 平成24年度以降、介護療養病床の新設は認めないこととする。
3. なお、引き続き、介護療養病床から老人保健施設等への転換を円滑に進めるための必要な追加的支援策を講じる（平成24年度介護報酬改定における対応を検討）。

療養病床数の推移

(単位:床)

		医療療養病床	介護療養病床	医療＋介護	総数
平成18年 6月末※1	病院	245,884	110,985	356,869	380,044
	診療所	15,011	8,164	23,175	



		医療療養病床	介護療養病床	医療＋介護	総数
平成23年 2月末※2	病院	254,831	77,759	332,590	347,320
	診療所	9,767	4,963	14,730	

※1 厚生労働省「平成18年病院報告(全国編)上巻」

※2 厚生労働省「病院報告(平成23年2月分概数)」

診療報酬上の区分ごとの医療療養病床数

(単位:床)

診療報酬上の区分	病院			診療所	
	療養病棟入院基本料			有床診療所療養病床入院基本料	
	入院基本料1 ^{※2} (20:1)	入院基本料2 ^{※2} (25:1)	特別入院基本料	(6:1)	特別入院基本料
病床数 ^{※1}	99,413	110,760	1,306	8,916 (1,044施設)	145 (25施設)

※1 平成22年7月1日時点。(厚生労働省保険局医療課調べ)

※2 入院基本料1については、医療区分2・3の患者が8割以上存在することも要件とされており、これを満たさない場合、看護配置が20:1であっても入院基本料2にカウントされている。

※3 医療療養病床に係る診療報酬上の評価として、上記のほか、看護配置が15:1の回復期リハビリテーション病棟入院料(一般病床・療養病床)が存在する。

転換病床に係る経過措置

○ 平成24年3月末までに介護老人保健施設等に転換する病院の療養病床等については、当該転換までの間、人員配置基準について経過措置が設けられている。(人員配置基準はP49参照。)

介護保険移行準備病棟 (医療保険適用)	
(単位:施設数)	
平成18年	20 (1,043床)
平成19年	51 (2,889床)
平成20年	52 (3,011床)
平成21年	37 (2,380床)
平成22年	30 (1,983床)

経過型介護療養型医療施設 (介護保険適用)	
(単位:事業所数)	
平成18年	3
平成19年	12
平成20年	10
平成21年	8
平成22年	5

※ 施設数・病床数については各年7月1日時点。
(厚生労働省保険局医療課調べ)

※ 介護保険移行準備病棟については、経過措置により療養病棟入院基本料2を算定している。

※ 事業所数については各年10月時点。
(厚生労働省「介護給付費実態調査月報」)

療養病床の経過措置に係る論点

- ① 先般の介護保険法等の一部改正により、現在存在する介護療養病床について転換期限が6年間延長された趣旨を踏まえ、介護療養病床に係る医療法上の経過措置については、現在存在する介護療養病床に限り6年間延長することとしてはどうか。
- ② 医療療養病床について、医療必要度の高い患者を受け入れる病床に再編成するため、前回の制度改正時に看護配置基準を6:1から4:1に引き上げた。一方で、6年間は従前の取扱いとする医療法上の経過措置が設けられたが、今般、その期限が到来することについて、どう考えるか。
- ③ 介護療養病床の転換支援として、介護保険制度上、平成20年に「介護療養型老人保健施設」が創設されており、新たに転換病床を認める必要性は低いと考えられている中で、それに対応した医療法上の経過措置については、現在存在する転換病床に限り6年間延長することとしてはどうか。

医療提供体制の改革の検討の方向性に関する
これまでの主な議論・意見

※ 委員名の後に記載された⑫～⑳は、それぞれ⑫：第 12 回（10/15）、⑬：第 13 回（11/11）、⑭：第 14 回（12/2）、⑮：第 15 回（12/22）、⑯：第 16 回（2/17）、⑰：第 17 回（3/9）、⑱：第 18 回（6/8）、⑲：第 19 回（7/6）、⑳：第 20 回（7/20）、㉑：第 21 回（9/22）の医療部会を指す。

1. 医師等の人材確保

＜部会資料でお示した論点＞

- 診療科や地域における医師の偏在についてどのように考え、医師等医療人材の確保対策について、より有効なものとするために、どのような改善が考えられるか。（第13回）
- 病院勤務医が疲弊し、開業する者が増えているとの指摘もあるが、勤務医が安心して働き続けることができるようにするためにどのような対策が考えられるか。（第13回）
- 高齢化の進展や疾病構造の変化等が進む中、医療人材の専門性（知識や技能）の向上策、今後、入院・外来・在宅等の分野でそれぞれの医療人材が果たすべき役割についてどのように考えるのか。（第13回）
- 在宅医療（在宅歯科医療を含む。）・終末期医療に携わる人材育成・確保をどのように進めるべきか。（第15回、第16回）

【医師確保の現状について】

- ・ 高齢の医師が増えていることから、実働医師数が重要。また、都道府県内での医師の偏在の問題がある。（山崎委員⑫）
- ・ 地域医療の崩壊には、例えば9時～17時しか診療しない開業医の増加といった診療所機能の問題と中堅の先生が疲れて辞めていくという病院機能の問題がある。（山崎委員⑫）
- ・ 山村過疎地域では、未だ医師の確保が非常に大変である。（小野委員⑫）
- ・ 現場では、民間の医師派遣業者が高い報酬を要求しつつ、高い実績をあげているが、この実態を何とか改善する必要。（中川委員⑬）
- ・ 医療が細分化された中で質が問われているので、医師数が増えれば安心というわけではない。（加藤委員⑫）
- ・ 医師不足が解消されないと、外国から医師あるいは看護師をもってこいという声が国内から巻き起こる。（小島委員⑬）
- ・ 医師不足かつ勤務医の疲弊が深刻な地域で、若手の医師をきちんと質を確保しつつ、育成していくことは可能なのか。（海辺委員⑫）

【医療従事者の処遇改善について】

- ・ 医師手当等、医師としての処遇改善が重要。（水田委員⑫）
- ・ 医療提供体制の議論の中で、勤務医と看護師等、医療従事者の労働条件の是正について直視する必要がある。（小島委員（伊藤参考人）⑫）
- ・ 医師、看護師、薬剤師等の医療従事者に女性が多くなっている現状の中、夜間働くこと健康リスクを踏まえて、女性が長く働けるような環境を検討する必要がある。（齋藤（訓）委員⑫）
- ・ 医療職全体を見据えて、女性をどうするかという論点が必要。（山本委員⑬）
- ・ 看護師の職場環境と同じように医師も、最終的には3交代、複数主治医制といった職場環境にならなくてはいけない。（邊見委員⑬）

【医師等の養成、配置について】

- ・ 現行の医療提供を踏まえ、どの地域にどのような医師が必要か検討した上で、将来の医師数の見通しを可能な限り明らかにするべき。（西澤委員⑫）
- ・ 女性医師が出産で医師として働けない期間も踏まえ、医師数は推計する必要がある。（西澤委員⑫）
- ・ 患者の絶対数が減ってきている中で、全体としてどういう医療提供体制を作るかによって医師の総数が決まるにもかかわらず、その議論がない。（相澤委員⑬）
- ・ 医師の養成数はもっと多めにとるべきなのではないか。（海辺委員⑬）
- ・ 歯科医師は過剰という問題がある。長期的に見て、医師を増やすことで歯科のようなことにならないように考えていく必要がある。（近藤委員⑫）
- ・ 国として看護師の数を確保すべき。養成所に国として責任を持って補助をすべき。（横倉委員（羽生田参考人）⑬）
- ・ 地域枠は、例えば「県民枠」のように、そこに生活基盤のある人を取るようすべき。（山崎委員⑫）
- ・ 地域枠の学生も、将来その地域の中でしか仕事ができなくなると、夢や希望を持ちにくい。（辻本委員⑫）
- ・ 地域枠はその県出身の学生だけが対象だが、他県出身者でもその地域に貢献しようという学生のこと考えるべき。（中川委員⑫）
- ・ 医師の養成数を増やすとともに、実効性のある地域枠を設定してほしい。（小野委員⑬）
- ・ 医学部増員は、既存の医学部の定員を増やすべき。また、医師の偏在対策として、一定の制約をもたせた仕組み（地域で医師を育てる仕組み）を考える必要がある。医学部新設は反対。（中川委員⑫）
- ・ 医師偏在の是正を図るための需給調整システム、地域の実情に応じた柔軟な医師の派遣体制の構築を進めるための財政措置が必要。（小野委員⑬）
- ・ ほとんどの医者が国民皆保険制度の下で従事しているという点に着目した配置計画、養成計画が必要。（高智委員⑫）
- ・ 自由標榜制とフリーアクセスが今の財政の中で成り立つのか、そこに強制や法律を持ち込むのかといった議論が必要。（部会長⑬）

- ・ 職業選択の自由も奪わない一方で、地域における国民の生存権もきちんと守れるというような、緩やかな定数配置が必要ではないか。（邊見委員⑬）
- ・ 診療科別のバランスを取るためにも、医学部を卒業して臨床研修に行く過程の中で、診療科を一定程度誘導するシステムを構築できないか。（高智委員⑬）
- ・ 医師の地域偏在を是正するため、保険医の需給調整と医療提供体制の役割分担を強力に進めるような体制整備を早急にすべき。（小島委員⑬）
- ・ 最低1年は、医師不足の地域での研修を義務付けるなど、思い切ったことをやらないと、日本の医療体制はどうしようもなくなってきているのではないか。（樋口委員⑲）
- ・ 病院の勤務医が開業するに当たっては、地域での経験を積んだ方が開業する必要があると考えるが、こうしたキャリアパスはどうなっているのか。また、地域で開業する医師にはコミュニケーション能力が必要。（海辺委員⑬）。
- ・ 臨床研修制度で地域医療を学ぶ期間を延ばせないか。（小野委員⑬）
- ・ 医師国家試験は毎年1割程度落ちており、難しすぎるので見直すべきではないか。（水田委員⑯）
- ・ 国家試験のあり方について、臨床実習を重点とした教育ができるような形に作り直すことも検討すべき。（横倉委員⑯）
- ・ 日本の医学教育は、臨床医ではなく研究者を育てるための医学教育であったので、その発想を変えるべき。（相澤委員⑯）
- ・ 亡くなる方の看取りも医学教育の中に盛り込む必要がある。（海辺委員⑯）
- ・ 学生数を増やし、教育、研究、診療を大学病院に任せるのであれば、大学の教官数をもっと増やす必要がある。（山崎委員⑯）
- ・ 国家試験の回数がかつてのように年2回にしてはどうか。（山崎委員⑯）
- ・ 医学部卒業後2年間の初期臨床研修制度はある程度成果を上げており、今後、後期の研修や専門医などが課題である。（部会長⑫）
- ・ 専門医については、各学会が認定基準の統一あるいは資格名の整理などを行うとともに、専門医の認定は将来的に第三者機関に一元化してはどうか。（高智委員⑳）
- ・ 全身像、心の病まできちんと診られる一般医（総合診療医）の養成が重要。ドイツでは、一般医という専門医職があり、国民の多くが、期待と信頼を持っている。（高智委員⑫）
- ・ 第一線の現場には専門家ではなく、総合的に判断できる医師がいないと、あとにつながらない。単に医師を増やすだけではなくて、総合的に診られる医師を育てるという強い意思を持つべき。（相澤委員⑯）
- ・ 総合医がまさに地域の診療所等で、医療と介護をつないでいく役割を果たすのではないか。総合医を改めて医療提供体制の中で、きちんと位置づける必要がある。（小島委員⑯）
- ・ 医療における情報の非対称性を埋めるためには、かかりつけ医なり、日常的なプライマリケアを担うドクターの役割が非常に重要であり、総合医の議論も重要。（尾形委員⑰）
- ・ ITでの医療に関する情報へのアクセスについては、かかりつけ医が重要な役割を果たすのではないか。かかりつけ医がいないと、情報に対する判断が難しいだろう。（部

会長⑰)

- ・ 安心、安全、信頼につながる専門医たる「総合診療医」の育成を目指すべき。ドイツでは、スペシャリストでありながら臓器の部位ではなく「一般」という冠を付した「専門一般医」が国民から厚い信頼を得ている。「総合診療医」の呼称に固執するものではないが、診察や治療のみならず、患者に寄り添い、患者の日常生活面を医学的な知見に即して支える役割を担う医療職の制度化が必要。(高智委員⑳)
- ・ 平成の初めより「かかりつけ医」を普及させるための運動を行ってきたが、制度化にはいくつかの問題がある。内科総合医、外科系総合医、あるいは眼科や耳鼻咽喉科の専門科を含んだ総合医の提案もあり、その整理をやろうとしている。(横倉委員㉑)
- ・ 幅広く診ることができる医師の育成、養成は是非進めるべき。(部会長㉒)

【地域医療支援センターについて】

- ・ 民間の医師あっせん業者は高い手数料をとり、それが病院経営を圧迫しているのを、地域医療支援センターがもっと知名度をあげ、早くこの問題を解決してほしい。(日野委員⑬)
- ・ 若い人の意識の変化、教授のガバナンスの低下に着目する必要がある。(相澤委員⑬)
- ・ 長期的には、センターで常勤で勤務する医師をどう育てるかが必要。(相澤委員⑬)
- ・ 現在、都道府県で行われている取組例を集め、お互いの都道府県が参考にできるようにすべき。(西澤委員⑬)
- ・ 機能として、地域医療対策協議会との関係や費用面で無駄が生じることがないように、また、地域の実情に応じた制度となるようにすべき。(光山委員⑬)
- ・ 地域医療支援センターは、全国一斉に始めるのではなく、まずモデル事業的にいくつかの県を集中して試行してみて、成果を見ながら次へ移るようにしてはいかかが。(水田委員⑬)
- ・ 地域医療支援センターは、PDCAサイクルに乗せることが重要。(海辺委員⑬)
- ・ 地域医療支援センターを、都道府県の地域医療対策協議会をより具体的に推進するための、中核的なセンターとして位置づけるべき。(小島委員⑬)

【医療従事者間の役割分担とチーム医療について】

- ・ チーム医療は医者数が少ないからやるわけではなく、病院医療の質を高くするために必要である。(相澤委員⑫)
- ・ 役割分担とチーム医療は、少ない人数で最大の効果を上げるため、進めていくべき。(齋藤(訓)委員⑫)
- ・ 少子化が進む中、少ないマンパワーで、どうやって患者のニーズに医療従事者が応えていくかを考えると、役割分担やチーム医療の推進は必須。(齋藤(訓)委員⑬)
- ・ 医師以外の医療従事者の医療現場での活用について、積極的に検討する必要がある。(高智委員⑫)
- ・ 医療を利活用する患者は何でも医師に期待しがち。チーム医療の推進の中で、どういう職種の人にはどういふことを期待できるというような啓発・広報も行ってほしい。

(辻本委員⑩)

- ・ チーム医療は、一人ひとりがプロであること、情報共有、カンファレンス、チームリーダーが必要であり、何が足りなくて何をすべきかを明確にすべき。(相澤委員⑩)
- ・ チーム医療に必要な、患者さんに対する目的と目標を明確にするカンファレンスが十分行われていないのではないかと。(相澤委員⑩)
- ・ 家に帰ってからの生活については、チーム医療のリーダーは医師から看護師に代わるべき。(相澤委員⑩)
- ・ 「チーム医療」というならば、診療報酬上の評価は医師と看護師だけでなく、コメディカルを含めた配置で評価すべき。(山崎委員⑩)
- ・ 新たな業務独占資格である特定看護師(仮称)の創設は、一般看護職員の業務縮小につながるため、その必要性はない。(横倉委員(羽生田参考人)⑬)
- ・ チーム医療の中で、「専門的口腔ケア」を担う歯科医師、歯科衛生士の果たす役割は非常に大きい。(近藤委員⑫)
- ・ チーム医療の中に歯科を入れるべき。歯科医師が在宅医療チームの中で一緒に口腔ケアを行うことはとても大切である。(水田委員⑫)
- ・ 療養病床での歯科は非常に大切だ。最後まで自分の口で食べるということが大切。(海辺委員⑫)
- ・ 歯科医師、歯科衛生士が専門職種として口腔ケアに関与することで、医師不足問題、チーム医療に役立つことができる。(近藤委員⑬)
- ・ チーム医療の中で、「専門的口腔ケア」を担う歯科医師、歯科衛生士の果たす役割は非常に大きいことをこれまでも発言してきた。また、日本歯科総合研究機構の「病院でのチーム医療における歯科の係わりに関する調査」の結果を後日改めて報告したい。(近藤委員⑬)
- ・ 薬が安全に提供されるということも国民・患者にとって安心な医療提供体制を組むという意味では大きな問題。(山本委員⑫)
- ・ 医療機関、施設、在宅と患者の移動があっても、薬剤など必要なサービスが受けられなくなるようなことがないように検討すべき。(山本委員⑭)
- ・ 患者、国民から見れば、どこに、どんな職種が、どのように配置されたらいいかというのは、重要。こうした視点で在宅や病院でどうするかを議論すべき。(山本委員⑬)
- ・ 麻酔科や薬剤は診療報酬上の点数は出しにくいだが、麻酔科医、薬剤師なくして医療は成り立たず、それをひっくるめたチーム医療が大切。(加藤委員⑰)
- ・ メディカルクラークの評価をもう少し高くすることにより、ナースもコメディカルもドクターも、各々が担当できる職務に専従できる時間が増える。(加藤委員⑱)
- ・ 看護もいろいろな書類のやり取りが非常に多くなっているため、医療クラークの活用を拡大すべき。(齋藤(訓)委員⑱)
- ・ 基本方針案の中にチーム医療に対する評価を追加するべきではないかと。(近藤委員⑳)

2. 医療提供施設の機能

＜部会資料でお示した論点＞

- 人口・世帯構造や疾病構造の変化等をうけて、病院、診療所、薬局等には、患者のニーズ（急性期治療、リハビリ、長期療養、在宅医療など）に応じた医療機能の観点から、どのような役割が期待されるか。（第14回）
- 一般病床、療養病床の病床区分や介護保険の施設・在宅サービスなどを含め、医療機能分化の現状をどう評価するか。今後に向けて、病院・診療所が担う入院・外来の医療機能について、それぞれどのような方向性が考えられ、どのような機能強化が必要か。（第14回）
- 特定機能病院（高度の医療の提供、開発評価、研修など）、地域医療支援病院（地域での医療確保に必要な支援など）について、それぞれに期待される役割、今後の方向性をどう考えるか。（第14回）
- 患者の病期、ニーズに応じた医療資源の投入、診断・治療技術の進展への対応、提供体制上の役割の明確化等の観点から、一般病床について、果たす役割、有する体制等に応じて機能分化をすべきではないのか。また、機能分化をより効率的に進めるためにどのような方法が考えられるのか。（第17回）
- 従来は慢性期医療に注目した病床機能の明確化が行われてきたが、医療資源の集中投入がより必要な重症患者等への急性期医療の機能強化、急性期医療から引き継ぐ病床の確保の必要性などを踏まえた在り方を考えてはどうか。（第17回）
- 外来診療の在り方について、高齢化、疾病構造の変化等を踏まえ、目指すべき方向としてどのようなものがあるか。また、病院、診療所において、それぞれどのような外来機能を目指すべきか。（第20回）
- 地域に密着し、小規模の入院施設である有床診療所について、高齢化・小規模世帯化が進み、在宅医療、看取りまでの医療支援や介護との連携の重要度が増す中で、従来の役割がさらに進んで、その特性を活かしてどのような位置付け、機能強化が考えられるか。（第20回）
- 医療アクセス保障の観点、都市部での診療所の過当競争がみられることもあるとの指摘等にかんがみ、医師の地域偏在の一つとして、診療所数の地域差をどう捉えるか。（第20回）
- 時間外診療への対応、地域の救急体制への参画など診療所間での活動状況の違いについて、地域の医療提供体制との関わりという観点から、位置付けや機能等の面でどう考えるか。（第20回）
- 今後の外来機能のあるべき姿という観点から、外来機能における病院、診療所の役割分担の在り方、医療の高度化等を踏まえて、現行の病院、診療所に係る人員配置、施設基準等についてどう考えるか。（第20回）

【病院・病床の機能について】

- ・ 少子高齢化の進展により、入院する患者の疾病構造や患者の状態も大きく変わって

きていることを十分認識する必要がある。（相澤委員⑫）

- ・ これからは小規模の自治体立病院がすべて必要な医師数を集めることは困難であり、その町の中で最低限必要な医療は何かを考え、提供体制を構築していく必要がある。（西澤委員⑫）
- ・ 医療の空洞化が心配される中、地域医療を担う保険医療機関にきちんと人が配置されることが重要だ。（小島委員（伊藤参考人）⑫）
- ・ がんの患者が増えると、非常に高度な治療を求める患者の数が増えるので、そういう病院などに手厚く医師を配置する必要がある。（海辺委員⑫）
- ・ 経験豊かで高いスキルを持った医師、医学部の教授などは、外来でかぜの患者を診るのではなく、最も重症度の高い方に向けてることが医療資源の効率的なあり方。（高智委員⑬）
- ・ 救急・急性期の先の所を整備しなければ、救急・急性期がうまくいかない。在宅医療、介護まで含めてしっかり整備してこそ、医療機関の機能分担もうまくいく。（西澤委員⑭）
- ・ 「機能未分化」と「後方機能不足」は一体かつ裏腹な問題であり、同時に解決していく必要がある。その際、在宅療養を支える機能が鍵であり、診療所、訪問看護ステーション、居住系サービスまでを含め検討することが重要。（尾形委員⑮）
- ・ 医療提供体制は都会などの人口集中地域と人口がわりとまばらな地域では随分あり様が違う。地方モデルというものも頭の隅に入れながら改革案を作っていくべき。（横倉委員⑯）
- ・ 地域では、高度も急性期も亜急性期も混在した中で医療が行われており、それを分別することが本当に患者にとって分かりやすい、効率的な医療であるのかどうかを検討すべき。（相澤委員⑰）
- ・ がん対策基本法ができた後、各地に拠点病院ができたが、がん患者にはその機能が実感できない。病院は要件を満たすことに汲々として、ソフトが充足されていない。（海辺委員⑱）
- ・ 似たような総合病院が多すぎという印象が国民にはある。きっちり先進的な医療を提供してもらえるところと、治療後に近所で定期的に経過観察をしてもらえるところと、機能の棲み分けを行うべき。砂漠に水を撒くような感じではなく、どこに集中的にやるのかというのを、国民の目にもわかるように議論していく必要。（海辺委員⑲）
- ・ 国民・患者が一般病院のイメージ、機能、役割、設置の趣旨等について共有の認識を持つことのできる考え方を新たに考案する必要がある。一般病院について「急性期病院」という区分を新たに設けてはどうか。患者中心の医療にもつながる。（高智委員⑲）
- ・ 医療の高度化や国民の意識も変わる中、医療を提供する際、自分の病院の機能をアピールできないと、国民・患者も分からないし、病院間の連携もできない。（西澤委員⑲）
- ・ 救命センターの数が本当にこれだけ必要なのか、そこがどういう機能を果たしているのかということをもう一度検証すべきではないか。高度急性期の必要数もP I C Uと同じような形で決めていくべき。（日野委員代理⑲）
- ・ 胃瘻を置いて在院日数、入院日数を短縮して退院させてしまえば、それを処置しな

ければならない病院が増えてくる。そのジレンマが解決されなければならない。（加藤委員⑱）

- ・ それぞれの医療機関が自ら担う機能を選択し、その実情を患者、住民に明示することが必要。（高智委員⑳）
- ・ 療養病床の再編について、ほとんど介護保険施設に転換できていないようだが、介護の社会化という、基本的な理念は推進する必要。（小島委員（伊藤参考人）⑭）
- ・ 今以上にマンパワーが増えない中、病床数が非常に多く、広く薄くマンパワーを配置している状況をどうするのか。機能分化を更に進めていくためにはどうあらねばならないのか検討が必要。（齋藤（訓）委員⑭）
- ・ 一般病床は、さまざまな機能を持った病床が一緒くたになっており、同一の基準では整合性がとれない。地域一般病床と急性期病床を区分する必要がある、人員配置は自ずと異なる。（相澤委員⑭）
- ・ 有床診療所や、中小病院の一般病床のあり方をしっかり議論すべき。（横倉委員⑭）
- ・ 平均在院日数の計算式を外国の計算式の考え方と合わせるべき。（山崎委員⑭）
- ・ 医療従事者不足が指摘されている現状や、中小病院が非常に多い日本の医療提供体制の現状を踏まえると、医療安全と効率性確保の観点から、主に医療度に合わせた人的資源の集中化を図るべき。そのためには、病期別の機能分化が適当。（西澤委員⑰）
- ・ 社会保障国民会議のシミュレーションで「亜急性期・回復期」となっていた区分は、地域特性も考慮した柔軟な病床運営を可能とするため、地域における軽度～中等度の急性疾患患者の受入、急性期病棟からの亜急性期患者の受入、地域の在宅医療・介護保険施設等のネットワーク支援の機能を持つ「地域一般病棟」としてはどうか。（西澤委員⑰）
- ・ 入院医療は、高度機能病棟、急性期病棟、地域一般病棟、回復期リハビリテーション病棟、慢性期病棟とし、病棟単位で機能分化させることが望ましい。（西澤委員⑰）
- ・ 地域差が非常に大きい中で、急性期から療養にかける区分について、地域一般病床というものの概念が必要ではないか。一般病床の議論を是非していただきたい。（横倉委員⑰）
- ・ 一般病床については、急性期とそれ以外の亜急性期で区分をして最適化する必要がある。（小島委員⑰）
- ・ 多様な一般病床を分かりやすい観点で、一般病床を再度機能分化させることに賛成。（齋藤（訓）委員⑰）
- ・ 機能分化に伴った人の配置はどうするのか。チーム医療の議論が進む中で、どういう職種の人員がどれだけ必要かということも念頭に置いた議論をしないと、単に病床の議論だけで終わってしまう。（山本（信）委員⑰）
- ・ 特に地方には急性期医療から亜急性期、あるいは社会的入院まで担っている病院があるので、法律と診療報酬を相互にやっついていかないといけない。（邊見委員⑰）
- ・ 機能分化の議論は、イメージだけで理想を追い求めるのではなく、診療報酬の扱いについての議論も不可欠。（中川委員⑰）
- ・ 一般病床の機能分化の問題を議論するときは、人的な基準も一体として議論しなければならない。（近藤委員⑰）

- ・ 病床区分には、病気のステージによる分け方と医療にどれくらいのマンパワーが必要かという医療密度による分け方がある。どのくらいの医療の密度の病棟がどのくらい必要なのかという、算定、算出が必要ではないか。（永井委員⑰）
- ・ 高度医療に関しては医療密度が関係してくるのではないか。（加藤委員⑰）
- ・ 人員配置を厚くして相当重症の人を診なければならない病棟をまず区分けして、そのほかを一般病床で運用していくというのが現実的ではないか。（相澤委員⑰）
- ・ HCUで一段落したあとに、どのように一般病床へ誘導するかというメカニズムがあまりない。（永井委員⑰）
- ・ HCUから一般病床、いわゆる急性期病床への移行を制度的に決めるのがいいのか、議論が必要。制度で決めてしまうと、運用ができなくなるおそれがある。（横倉委員⑰）
- ・ 一般病床の退院後をどうするかというとき、在宅のウェイトは非常に大きい。在宅療養をどうするかということと急性期の機能は裏腹の関係であることは明らか。（尾形委員⑰）
- ・ 人口どれくらいに対し、本当にどれくらいの医療提供体制が必要なのか。高度の急性期はある程度切り分けられるとして、一般病床の機能分化をどうしていくかということ議論していくべき。（相澤委員⑰）

【特定機能病院等の在り方について】

<部会資料でお示した論点>

- 特定機能病院、地域医療支援病院とも、その期待される機能自体は現在の医療提供体制においても必要とされるものであり、現在の状況に合わせた機能強化等を図ることが適当ではないか。（第19回）
- 特定機能病院を特徴付ける「高度の医療」の「提供」、「開発・評価」、「研修」について、医療の高度化を始めとして制度発足後の各般の状況変化等を踏まえた見直しを検討すべきではないか。（第19回）
- 現在は特定機能病院、地域医療支援病院とも、主として紹介率を基に他の医療機関との連携に関する基準としているが、入院、外来（初診・再診）の状況等を踏まえ、病院間、病院・診療所間の機能分化・連携の観点から、例えば、外来・入院の比率などをどう考えるか。（第19回）
- 医療安全・チーム医療の実践、臨床指標による質の評価、患者との相談調整対応などに、率先して取り組むことを評価することについてどう考えるか。（第19回）
- 高度の医療に関連して、それぞれ以下のような論点が考えられるのではないか。（第19回）
（高度の医療を提供する能力）
現在は、①先進医療、②特定疾患治療研究事業（①が1件のみの場合に、年間500人以上を診療）を指標としているが、例えば以下のような点。
・ 先進医療、特定疾患治療研究事業の取組について、現在の要件としての取扱いや水準をどう考えるか。また、件数や年間診療人数といった数値のほか、内容面にわた

る要素について組み合わせて考えてはどうか。

- ・先進医療、特定疾患治療研究事業以外に、他の医療機関では実施が通常難しい診療（例 移植術）を新たに位置付けることは考えられないか。
- ・高度の医療の提供を支える診療体制として、有すべき診療科目（現在は16診療科の中から任意の10以上）などについてどう考えるか。（第19回）

（高度の医療技術の開発及び評価）

現在は、①国等からの補助金等による研究、②医師等の発表論文100件以上を指標としているが、例えば以下のような点。

- ・現在の①、②について、内容（例 論文の査読有無・公表方法等）を精査する必要はないか。
- ・新たに治験への取組体制や実施した治験の水準、その実績等を評価することについてどう考えるか。また、実績等を評価する場合、契約件数、治験の種類（相、難易度等）、実施状況（症例数、実施数等）等どのようなものが考えられるか。
- ・臨床研究の質の向上が課題とされているが、質の高い臨床研究の増加を図る観点から、特定機能病院においてどのような取組が考えられるか。（第19回）

（高度の医療に関する研修）

現在は、臨床研修終了の医師／歯科医師に対する専門的研修を年間平均30人以上実施することを指標としているが、例えば以下のような点。

- ・現在の専門的研修の実施体制として、当該研修に係る専門医・専門歯科医がどの程度指導に関わっているかを精査する必要はないか。
- ・専門医養成のための研修施設として関係学会からの認証等を得ていることを評価することは考えられないか。（第19回）

- ・ 特定機能病院、地域医療支援病院の機能が曖昧になっている。病院の機能と人員配置のあり方、地域の医療機関で十分対応可能な患者が特定機能病院や地域医療支援病院、がん拠点病院等に集中していることや、外来が多く来る病院もある現状について、これらの病院と役割を分担する有床診療所や中小病院等も含めて、見直すよう議論すべき。（横倉委員⑭）
- ・ 医師等の地域間格差と診療科間格差がいわれるが、病院形態での格差も大きい。医療提供体制の面と、診療報酬の両面から、特定機能病院の在り方を検討する場を別途設けるべき。（中川委員⑭）
- ・ 特定機能病院にしても、DPCの進展とともに中身が変わってきているにもかかわらず、もとの制度のままであり、特定機能病院、地域医療支援病院について、取り上げるべき。（部会長代理⑭）
- ・ 特定機能病院、地域医療支援病院については、医療施設体系のあり方に関する検討会である程度議論の整理が行われており、政府はこれを受け止め検討を進めるべき。（尾形委員⑭）
- ・ 病院に来た患者に別の病院を紹介するには時間をかけた説明が必要であり、忙しい大学病院の医師には大変。人員配置がなければ困難。また、国民が自分の行きたい病院にどんどん行けるという構造を変えるには機能分化と連携が重要。（相澤委員⑰）

- ・ 大学病院以外で高度な医療を提供できる医療機関もあることを踏まえ、特定機能病院の承認要件を再検討する必要があるのではないか。（中川委員⑱）
- ・ 特定機能病院が持つ3つの機能を財源的に診療報酬や公費でどのようにカバーするかを整理しておく必要がある。高度な医療技術の開発又は研修は、公費でカバーすべき。（小島委員⑲）
- ・ 特定機能病院が提供する高度医療とは何か。国全体の医療の中で特定機能病院は本当に必要か、必要であれば、どういう機能を持った病院がどれくらいの人口規模、あるいは地域的範囲の中で必要かという議論が必要。（相澤委員⑲）
- ・ ナショナルセンターは、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発・評価、高度の医療に関する研修の役割を全部担っている。（加藤委員⑲）
- ・ 総合医的な機能、1次診療を担う診療所が中心となって、特定機能病院を紹介するという格好の方が望ましい。特定機能病院や地域医療支援病院のあり方を議論するときには、地域診療所のあり方も併せて議論すべき。（渡辺委員⑲）
- ・ 特定機能病院の目的あるいは成果をどういう指標で測るかが重要。特定機能病院の承認要件は、紹介率を除くと、基本的に構造要因、体制要件だけであり、成果を見ていない。特定機能病院には、地域の、基本的には県レベルでの診療の分担体制をどう作れるかにかかわるポジションもあるべき。（部会長代理⑲）
- ・ 特定機能病院の機能、機能分化を、他の病院群と分けて議論し、機能が明らかになれば、特定機能病院に対する収入、報酬は、後で運営できるように付ければよい。（西澤委員⑲）
- ・ すべからず大学病院が特定機能病院である必要はなく、一定の基準を満たしていない病院は特定機能病院から下りてもらおうという考え方も必要であり、また基準を満たせば大学病院でなくても特定機能病院に昇格させるという方法を取るべき。（加藤委員⑲）
- ・ 大学病院がなかった県では、一つできたことによって医療レベルが上がったというところもある。大学病院にはある一定の機能を常に持たせるような財政処置を考えてほしい。（横倉委員⑲）
- ・ どこの病院に行ってもいいかわからない患者もいるので、標榜の中に振り分けの機能を行うといったことを載せてはどうか。（齋藤（訓）委員⑳）
- ・ 慢性疾患では大学病院に非常に外来が集中しており、それが勤務医の疲弊につながっているため、特定機能病院の外来のあり方についてはしっかりと議論する必要。（横倉委員⑲）
- ・ 非常に高度な医療を外来で済ませるようになると通院期間が長くなり、外来で患者を支える看護の機能も重要になる。一方、紹介状なしに特定機能病院に飛び込みで来る方もまだまだいるような状況については、外来のあり方を議論すべき。（齋藤（訓）委員⑲）
- ・ 大学病院での診察は2ヶ月に1度、3ヶ月に1度のペースとし、その間は近くの病院や診療所が連携しフォローする体制が望ましい。（永井委員⑲）
- ・ 大学病院が外来を多く診ても、それで特定機能を果たしているといえるのか。大学病院の外来患者は、本当に大学病院での診察が必要な患者なのか。必要なければきち

んと説明し、他のふさわしい病院に紹介するのが当たり前である。（西澤委員⑱）

- ・ 特定機能病院が本来の役割・機能に集中できるよう、特定機能病院では、原則、紹介外来以外の外来診療は行わないとしてはどうか。（中川委員⑲）
- ・ 特定機能病院の外来患者数の増加は、DPCの適用に伴う入院期間の短縮に伴い、外来での治療に切り替わるということもあるのではないか。そこは峻別した上で、紹介率の見直しも含め、外来医療のあり方の整理が必要。（小島委員⑲）
- ・ 特定機能病院は原則、紹介外来以外の外来診療を行わないとするのは賛成だが、外来で経営が成り立つという現実もあるので、大学病院への運営費交付金の増額が難しい今、例えば、入院料、手術料を大幅に値上げするという事も議論が必要。（渡辺委員⑲）
- ・ 特定機能病院や地域医療支援病院等は、入院に重点を置くとすれば、外来を減らすこと自体が機能を果たすことであり、そこで働く勤務医のモチベーションを上げることができる。（西澤委員⑲）
- ・ 受け皿、診療体制、ホームドクターの体制をどうするかということ併せて議論していかないと、大学病院だけ無理に外来を制約しても、患者はそのとおりに動かない。（永井委員⑲）
- ・ 末期癌患者など、通院によってQOLを維持している方が非常に多い中で、高度な機能を持っている病院が入院だけを見るというのは疑問。また、高度な病院は入院しか診ないとすると、外来とか、一定期間経過観察を受けている移植の患者などはどのような扱いになるのか。（海辺委員⑲）
- ・ 特定機能病院を含め、国公立病院の補助金が年々削られているため、仕方なく大学病院も外来を集めている状況。（山崎委員⑲）
- ・ 特定機能病院が担っている高度医療の開発、研修は国家的責務であることから、特定機能病院のうち大学病院に対しては、今後も適正な運営費交付金（私学の場合は私学助成金）を交付すべきである。（中川委員⑲）
- ・ 大学病院への運営費交付金が減ったのが一番の問題であり、いろいろな悪い連鎖が始まっているのではないか。（邊見委員⑲）
- ・ 大学病院への運営費交付金や私学助成金を削減し、診療報酬財源で補填するような努力を大学病院側に迫ったことに問題があるが、文科省の副大臣からは、削減分を診療報酬で収入を上げられるように手当したとの回答があり、驚いた。適切な運営費交付金、私学助成金を与えるべきという意見をしっかりとまとめてほしい。（中川委員⑳）
- ・ 患者の立場で考えたとき、患者が特定機能病院といった大病院に行くのは、他に行く場所がないからであって、中堅の病院が手を挙げて、機能をアピールするようになれば、患者は自然に流れるのではないか。（加藤委員⑲）
- ・ 国民が大病院に集中するのは、病院の情報がないため。個々の病院の機能や対象患者、治療内容といった情報が公表されていなければ、こうした病院を「選んで行かない」傾向は今後強まる。病院が説明責任を果たしていないから、大病院に集中せざるを得ないのに、その外来を抑制しても問題解決にならないのではないか。（海辺委員⑲）

- ・ 手術をした方は、なかなか手術をした病院から離れたがらない。また、地域の診療所の診療科目にないことがある。（邊見委員⑱）
- ・ 高齢者疾患のように複数の疾患を持つ患者が増えてきたこと、救急や重症患者への高度で良質な医療への期待、いざとなると診てくれるという安心感から、患者は大学病院の外来に来るのではないか。複数の疾患を持つ患者にとって、複数の科を受診でき、専門性も高い、また検査結果も早く出るというのがメリット。（永井委員⑱）
- ・ 患者の自覚を促すということが、特定機能病院に求められる時代が来ているのではないか。（日野委員⑱）
- ・ 特定機能病院は、その特徴に対応した患者を受け入れることとし、フリーアクセスを欠かせた方がいいのではないか。（日野委員⑱）
- ・ 医療機関の選択について、国や行政当局もそうだが、保険者や事業主が先頭に立って、保険者は保険者機能をさらに発揮し、大きなアクションを起こさなければいけないのではないか。そうすることで、適切な患者の振り分けが徐々に形成されていくのではないか。（高智委員⑱）
- ・ 特定機能病院ははっきりと特定された目的に分化されるべきであり、患者の病院選択の自由を狭めても、紹介状を必ず求める等、思い切って法規制で踏み込んでいいのではないか。（樋口委員⑱）
- ・ 特定機能病院が担う「高度の医療」の「高度」とは、高度医療、先進医療だけを指すわけではない。合併症が多いとか、人手がかかるとか、いざというときに重症患者を診るといのが高度の医療では非常に重要な要件のはず。（永井委員⑱）
- ・ 第2項の先進医療の約5割が特定機能病院以外で行われている。（部会長⑱）
- ・ 特定機能病院は83あるが、研究の面ではもっと集約化することが必要ではないか。研究の中心となる病院とそれをサポートする体制を構築してはどうか。研究面については、特定機能病院は2種類あってもいいと思う。（部会長代理⑱）
- ・ ドラッグ・ラグの問題を考えると、特定機能病院の重要な役割・機能として、治験に継続的に取り組むことも含まれるのではないか。これを評価したり、集約して機能を高めていく方向もあるのではないか。（光山委員⑱）
- ・ 83の特定機能病院が毎年100件以上の論文を発表しているが、その中身や質はどのように評価されているのか。「研究のための研究」になってしまっているのではないか。（海辺委員⑱）
- ・ 採算性を考えた病院経営となると、一番先に歯科が矢面に立たされることは事実だが、大学病院を中心とする特定機能病院の中で、歯科を含めた全医療の連携が非常に重要。（近藤委員⑱）

【地域医療支援病院について】

<部会資料でお示した論点>

- 特定機能病院、地域医療支援病院とも、その期待される機能自体は現在の医療提供体制においても必要とされるものであり、現在の状況に合わせた機能強化等を図ることが適当ではないか。（第19回（再掲））
- 地域医療支援病院について、地域における連携の推進、地域住民との協働等の観点

から、地域医療の確保を支援する病院としての機能の見直しを検討すべきではないか。(第19回)

- 現在は特定機能病院、地域医療支援病院とも、主として紹介率を基に他の医療機関との連携に関する基準としているが、入院、外来（初診・再診）の状況等を踏まえ、病院間、病院・診療所間の機能分化・連携の観点から、例えば、外来・入院の比率などをどう考えるか。(第19回(再掲))
- 医療安全・チーム医療の実践、臨床指標による質の評価、患者との相談調整対応などに、率先して取り組むことを評価することについてどう考えるか。(第19回(再掲))
- 救急医療を提供する能力として、24時間応需体制、優先/専用の病床確保等の体制を求めているが、受け入れの実績状況についても何らかの指標をみることを考えてはどうか。また、その中で、精神科救急・合併症対応等の実績を積極的に評価することを考えられないか。(第19回)
- 地域における医療の確保への支援等の観点から、
 - ・ 地方自治法による医師を始めとする医療従事者確保の取組への協力
 - ・ 地域の他の救急医療機関、消防・救急隊との連携(例 研修・実習、情報・意見交換)など地域の救急医療体制を支援するための取組
 - ・ 地域における医療連携の推進に資する取組(例 連携担当部門、地域連携パス導入支援)
 - ・ 地域住民等に対する地域連携に関する普及啓発や研修などを位置付けることが考えられないか。(第19回)

- ・ 「地域医療支援病院」である以上、当初の趣旨に沿って承認要件を見直し、かつ地域的にも偏在がないようにすべきではないか。また、承認要件を見直した上で、真に必要な病院機能に対してのみ、診療報酬財源を投入すべきではないか。(横倉委員^⑩)
- ・ 承認要件を緩和してでも、二次医療圏に1つずつは、最も地域医療を支援している病院を地域医療支援病院として認めてよいのではないか。(邊見委員^⑩)
- ・ 全ての医療圏に地域医療支援病院を設置すべきと思うが、承認要件は、紹介外来制を置くなど外来機能のあり方について十分な検討が必要。(横倉委員^⑩)
- ・ 外来と入院の患者数比率を要件とするやり方は1つの考え方としてある。(尾形委員^⑩)
- ・ 患者が暮らす地域での生活移動の範囲で、適切なケアを受けられる体制を整えつつ、患者を地域医療支援病院から移行させることが、これからさらに重要になるのではないか。退院調整機能の強化が論点に入るべきではないか。(齋藤(訓)委員^⑩)
- ・ ITの促進による情報連携は今後不可欠なものであり、どのような情報を流していくのかを考えることが大切。地域医療支援病院が拠点となり、情報を上手に流通、活用していくことが必要。(光山委員^⑩)
- ・ 地域の病院と診療所の連携をしていかなければならない。連携には「前方連携」と「後方連携」がある。前方連携では、紹介のあった患者をいかに受け入れるかというのは地域医療支援病院の当たり前の機能であり、最も重要なのは救急医療。地理的範

困の中で救急がきっちりと受けられるということは評価すべき。後方連携は患者を紹介していく機能であり、かかりつけ医だけでなく、中小病院や福祉との連携が必要。後方連携の窓口を持ち、どのくらい機能しているかを評価すべき。（相澤委員⑱）

- ・ 救急搬送の受入実績などを要件として組み込んでいくべき。（光山委員⑲）
- ・ 地域の医療を支援するのであるから、例えば調剤薬局の方々、訪問看護の方々、福祉施設で働いている看護の方々もきっちりと研修をするという機能を持ってもらうことが必要。（相澤委員⑲）
- ・ 地域医療支援病院から退院した多くの患者が、入院中と同様に薬物治療が継続して行われ、そのための医薬品は不可欠となっている。必要な医薬品を地域住民に供給するため、そして適正な薬物治療を行うために、薬局、薬剤師の担う役割は大きい。（山本委員代理⑲）
- ・ 病院の果たす役割、診療所の果たす役割を見直す必要がある。その中で、地域医療支援病院は、その病院でしかできない検査を地域の病院が共有するという趣旨などがあつたが、各種診断装置がいろいろなところに配置されていると、地域医療支援病院のそもそもの理念がどうなっているのか。機能分化を更に進めていくためにはどうあらねばならないのか検討が必要。（齋藤（訓）委員⑲）

【診療所について】

- ・ 特殊な診療科、専門性の高い診療所のあり方と、幅の広い診療分野を持つ診療所のあり方について、大病院に外来が集中して勤務医の疲弊の一因ともなる中で、本来どういう機能であるべきか検討すべき。（横倉委員⑳）
- ・ 地域における診療所の役割を医療提供体制の中でももう一度、きちんと位置づけを確認する必要がある。（小島委員⑳）
- ・ 診療所の役割として「かかりつけ医機能」を発揮できるような体制を整備すべき。（渡辺委員⑳）
- ・ 診療所には、日常の疾患患者から、初期の救急対応まで、地域医療を支えていただくことが期待される。従来の外来の機能に限らず、在宅療養の支援の強化に力点を置く必要がある。（光山委員⑳）
- ・ 専門医や総合医として、各診療所がどのような機能を持つのかわかりやすく表示すべき。また臨床指標なども診療所も作っていくべき。（永井委員⑳）
- ・ 有床診療所、無床診療所の中にも様々なタイプがある。評価を異ならせることによって、汗水を垂らして診療している先生が本当に報われるようなシステムを作るべき。（相澤委員⑳）
- ・ 有床診療所と無床診療所が一括りである中、診療所の機能をどのように地域でつないでいくかというのが一番の課題。（横倉委員⑳）
- ・ 診療所の機能は、制度上、在宅支援診療所があるくらいで、分かれていない。急性期の受け皿機能を持つ診療所と、介護でいう地域包括ケアシステムの中核になる診療所とでは機能は異なるものであり、その機能を重視していくべきではないか。（部会長代理⑳）
- ・ 診療所の機能の一つに、日常生活の療養指導を確実にやっていく機能を求めてはど

うか。看護がその機能を担うことも考えられ、病院では看護外来を設け外来を生活療養指導の場としているところもある。生活習慣病を悪化させない取組みとして重要。

（齋藤（訓）委員^⑳）

- ・ 地域のかかりつけ医に対して、患者を登録制にし、各地域ごとに長く診ていくこととしてはどうか。イギリスの national health service のようなかかりつけ医の登録制が重要ではないか。（水田委員^㉑）
- ・ 患者が自ら選ぶということを残しておかないと、登録制かかりつけ医では大変な混乱が起きる。（横倉委員^㉑）
- ・ かかりつけ医という話が出ているが、診療所の医師のレベルを測る指標が全くない。開業の増加がデータからわかってその質をどのように担保するかが重要。（海辺委員^㉑）
- ・ 医療資源を適正に配分して有効に活用していくという観点から、医療機関の開設に対する一定のルールというのは、診療所についてもあり得る議論ではないか。（小島委員代理^㉑）
- ・ 有床診療所は、専門性の高い医療、救急医療、病院から在宅へのつなぎ等、地域において様々な機能を果たしているが、経営が苦しく、減少の一途を辿っている。（横倉委員^⑭）
- ・ 地域で切れ目のない医療・介護の提供が必要とされる中、地域住民の身近にある病床としてその社会的役割は大きいので、有床診療所がその機能を維持できるよう対策と活用を図るべき。（横倉委員^⑭）
- ・ 有床診は、今後地域での医療提供体制に欠かせない存在であり、有床診の機能を地域医療計画あるいは地域医療提供体制の構築の中できちんと位置付けるべき。（渡辺委員^⑭）
- ・ 有床診療所の活用にあたっては、高齢者だけではなく、子どもの受け皿としても念頭におくべき。（加藤委員^⑭）
- ・ 有床診療所が、今後とも地域においてその機能を十分に発揮し、永続的に役割を果たしていくためには、有床診療所の現状を医療法に明確に示すべき。（横倉委員^㉑）
- ・ 地域の診療所はかかりつけ医機能を担っており、地域包括ケアシステムの中で、他医療機関、介護、福祉施設、行政との連携をさらに強化して、かかりつけ医機能を発揮していくとともに、有床診療所はかかりつけ医とともにその病床を幅広く活用していくことが望ましい。（横倉委員^㉑）
- ・ 無床診療所のあり方について広範・多岐、かつ地域住民と患者の安全・安心・信頼を担保できるように、満足度を高める方向で検討を急ぐべき。（高智委員^⑯）
- ・ 市町村は介護保険を持っており、医療との関わりがますます必要となることから、市町村行政の果たす役割は大きい。しかし、市町村だけでは財政上厳しいので、市町村へのサポート体制を国及び県が作るべき。（渡辺委員^㉑）

【人員配置標準について】

- ・ 人員配置基準は、医療のアウトカム情報の提供など、それに代わる指標が整備充実されれば撤廃は望ましいが、未だに標準人員を充足しない医療機関が存在しており、

医療の安全の確保等の視点からみると重要。（高智委員⑭）

- ・ 医療法で定められている基準というのは、必要最低基準と認識しており、そのことはきちんと共有した上で議論する必要。（齋藤（訓）委員⑭）
- ・ ルールの定め方について、一律の基準ではなく、地域性、病院の特殊性に基づく例外も認めるような柔軟性を持った定め方があってもよいのではないか。（樋口委員⑭）
- ・ 地域による医師の偏在、新型インフルエンザのように急激な外来患者の増加なども踏まえ、医師の配置基準について、外来患者に係る現在の基準（40：1）の是非について議論が必要。（横倉委員⑭）
- ・ 外来の医師配置基準については、これを撤廃した場合の代替りの計算方式について検討する場をつくるべき。（山崎委員⑭）
- ・ 医師の配置標準は昭和23年以来変わっていないが、その当時と比較すると現在の方が1人の患者を診るのに時間がかかる。それが過労の原因にもなり、同じ基準ではやっていけない。（部会長⑭）
- ・ 外来の40対1の配置標準は60年前から変わっていないので、新しい今日の医療提供体制に合った医師の標準数の計算方式について、検討する場所を作ってほしい。（山崎委員⑳）
- ・ 40対1の標準を定めた昭和23年と比べると、医療は遙かに高度化し、医療安全に対しても、患者、社会の目は非常に厳しく、一人一人の患者に外来でも説明時間は昔の何倍もかけている。もしこれを見直したら20対1になっても当然であり、そのような中かえって配置基準が緩くなれば、保険点数は下がるのではないか。（部会長㉑）
- ・ 病院の中に歯科医師、歯科衛生士を置くことで、病院内でのチーム医療が発揮できる。病棟に歯科医師を置くような施設基準等について検討すべき。（近藤委員⑭）
- ・ 人員配置基準の話では、必ず看護師中心の議論になるが、チーム医療の観点からは、看護師以外の職種を入れるなど柔軟性があってもよい。（山崎委員⑭）
- ・ 今後、医療安全やチーム医療を考えれば、人員配置の見直しに当たっては、実際に仕事をする必要性や目的を考えた上で検討すべき。（山本委員⑭）
- ・ 医療職全体としてどういうスタッフが要るかという論点で議論をしないと、医師や看護師のみに負担がかかりかねない。（山本委員⑯）
- ・ 外来患者に対する歯科医師の配置基準は「病院の実状に応じて必要と認められる数」とされているが、都道府県は概ね20人と指導している。改正前の40人に戻すべき。また、年間の平均入院患者が1人であっても、外来とは別に病棟に常勤を1人置けというのは問題。（山崎委員⑰）
- ・ 一般病棟の中で歯科専門職が医師と連携して果たすべき役割は小さくない。病棟に歯科医師を置くことで、患者中心の医療に貢献することができる。（永井委員⑰）
- ・ 介護療養病床の廃止を延期することになった場合、看護職員の配置基準に関する経過措置の取扱いは、混乱が起きないようによく検討してもらいたい。（横倉委員⑯）
- ・ 医師の職場環境改善のために医師の労働時間の設計基準案を作成中であるが、診療科によって勤務時間も異なるので、そういうものを目安として配置基準を作成してほしい。（横倉委員⑳）
- ・ 勤務医の就労環境や生活環境には改善の余地があり、医師の意識改革も必要だが、医

療機関として積極的な取組が必要。（横倉委員⑳）

- ・ 人員の配置で本当の意味での医療の質を図ることはできない。診療所には規制がないが、規制をするだけでは意味はない。診療所の中でも期待に応えているところとそうでないところがあるが、形式的な基準だけではなく、本当の意味での質を確保することまで考えて行く必要。（樋口委員㉑）

【医療法人について】

＜部会資料でお示した論点＞

- 地域医療の安定のため、医療法人が例外的に他の医療法人に対して融資を行うことについて、例えば次のような条件の下で行うということについてどう考えるか。
 - ・ 融資が業とみなされない範囲（特定性・非反復性）であること
 - ・ 融資対象となる医療法人と同一の医療圏内であり、既に医療連携を行っていて、かつ、医療連携を継続することが自らの医療機関の機能を維持・向上するために不可欠であること
 - ・ 融資を行う医療法人は、資金の余裕があり、かつ社員総会の議決（財団法人においては評議員会の同意）を得た上、都道府県への届出を行うこと
 - ・ 国において貸付限度額等を規定すること（第21回）
- 与信については、どう考えるか。（第21回）
- 例えば、都道府県医療審議会の意見聴取義務は存続させつつ、仮に当該審議会での手続が合併を行う上での支障となるおそれのある場合には、開催回数の増加や合併認可等を行う部会・分科会の設置を都道府県に求めることとするということについてどう考えるか。（第21回）
- 例えば、持分あり医療法人と持分なし医療法人とが合併する場合の取扱いについて、周知を図ることについてどう考えるか。（第21回）
- 社会医療法人の認定を受けている法人が新たに進出した都道府県で病院等を開設等した場合、例えば、認定取消を3年間猶予し、経過措置後にその実績が社会医療法人認定要件を満たすことができた場合には、認定取消は行わないものとするということについてどう考えるか。（第21回）
- 社会医療法人の認定が取り消された場合、際限のない課税の遡及期間により法人自体の存続が困難となることについて、地域医療確保の観点からどう考えるか。（第21回）

- ・ 医療法人は地域医療を担う医療機関の経営体として非常に重要であり、営利法人との間を明確にせずに営利法人が参入しやすい形にするのは非常に問題。営利法人との間を明確にするために、都道府県医療審議会の審査は重要な要件であり、その意見は尊重されるべき。（横倉委員㉑）
- ・ 医療法人は、曖昧な井勘定的な体質のまま現在まで至っており、数々の問題の原因はそこにある。（日野委員㉑）
- ・ 民間の中小企業の存続は社会に貢献するという観点から税制上の優遇措置が取られているが、医療は中小企業とはみなされず、税制上の優遇を受けられない。また、出資持

ち分ありの医療法人が全医療法人の9割以上を占めているが、そこに個人では払えないような額の相続税がかけられる。社会資本として病院は要らないのかと疑問に思う。医療というものの持っている社会性を担保するため、相続した者が同じ医業を続けるのであれば課税を猶予あるいは減額するという措置が必要ではないか。(日野委員⑳)

- ・ 社会医療法人が解散する際、当初からその時点までの非課税分を全額返却しなければならない。内的要因ならある程度仕方ないかもしれないが、社会医療法人の立地の横に公的病院が進出してきたり、医師の集団離職などの外的要因で社会医療法人の要件を満たせなくなった場合は配慮が必要なのではないか。(日野委員㉑)

【医療機器の配置状況について】

- ・ 多くの保険医療機関が高額な医療機器を配置しており、その状況は国際比較からみても突出している。(高智委員⑭)
- ・ 医療機器の台数が多い反面、ほぼ待たずにアクセスできるという日本の良さを生かした中でどう効率化を図るかの議論が必要。(西澤委員⑭)
- ・ 病床数、医療機器が多い。一方、医療を受ける側から言うと、すぐ身近に病院があって良い機械があるというのは便利。その数を減らす、集約するには国民、患者の理解を得ないと難しい。(部会長⑭)
- ・ 最近では患者側も医療機器の適正な設備の配置が必要と主張している。国民は負担をしているので、無駄なく理に適ったやり方にしてほしいと思っており、議論できる環境にあるのではないか。(海辺委員⑭)
- ・ 医療機器の配置が診療所に多いという指摘については、大病院が検査を行わない時間帯にCT専門のクリニックが検査している実態があり、その結果、患者サービスが向上している面がある。(日野委員⑭)

3. 在宅医療・連携

＜部会資料でお示した論点＞

- 子どもから高齢者に至るまで、ライフステージごとのニーズに応じた在宅医療の普及や質の確保を図るために、どのように取り組むべきか。特に、次期医療計画(平成25年から5年)に向け、数値目標等具体的な指針のあり方も含めて、どのように取り組むべきか。(第15回、第16回)
- 地域における看取りも含め、本人の意思を尊重した終末期医療を実現するために、どのような取組が必要か。(第15回、第16回)
- 在宅医療(在宅歯科医療を含む)・終末期医療に携わる人材育成・確保をどのように進めるべきか。(第15回、第16回)
- 入院前、退院後の連携を円滑・効果的に行うために必要な連絡調整等を担う職員や担当部門の在り方について、どう考えるか。
- 在宅での緩和ケア・看取り等への対応も含めて、在宅医療の普及・確保の観点から、病院・診療所(有床・無床・歯科)が取り組む在宅療養支援機能について医療提供

体制の中でどのような位置付けや機能強化策が考えられるか。(第16回)

- ニーズに応じて包括的な医療・介護サービスが地域の中で提供されるよう、医療機関、薬局、訪問看護事業所、介護サービス事業所、介護施設等による包括的な連携を進めるために、どういう連携強化策が考えられるのか。(第16回)

【在宅医療の推進について】

- ・ 在宅について、整備が進まない原因を分析し、高齢者が病院に逆戻りしない仕組みをどのように作るのか考える必要がある。(齋藤(訓)委員⑫)
- ・ 在宅をやっていくためには、国民を巻き込んでいかななくてはならないが、そのための議論や方向性がない。(相澤委員⑬)
- ・ 在宅ということは患者が主役になるという、その自立支援という形を根本に置いて議論すべき。(辻本委員⑭)
- ・ 2015年までは65歳以上の高齢者が、2020年までは75歳以上の後期高齢者が爆発的に増える中で、年をとられた方の自立、自助の精神が必要。(相澤委員⑮)
- ・ 在宅医療が進まないことの原因分析をしつつ、対策を考えて行かなければいけないのではないか。(齋藤(訓)委員⑯)
- ・ 在宅を診療所の医師と訪問看護と訪問介護で支えていき、生活の現場の中で最期を迎えることを日本の医療の基本概念とすべき。(相澤委員⑰)
- ・ 在宅医療に関する事項については、医療も介護もあまり区別がつかない状況であり、包括的な体系が取れないか検討すべき。(小野委員⑱)
- ・ 空白地域を特定して、そこに誘導的に在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、あるいはサテライトが設置できるようにすべき。(齋藤(訓)委員⑲)
- ・ 急性期病院をつくるために在宅医療は必要。ただし、生活支援や介護、住宅とセットで考えることが必要。(部会長代理⑳)
- ・ 病院から在宅への移行の際に、相談窓口が決まっていないとスムーズにいかない。(海辺委員㉑)
- ・ 在宅医療の後方支援機能として、有床診療所の病床は重要である。また、患者の身近で、終末期医療も担っている。(横倉委員㉒)
- ・ 救命センターばかりでなく、二次救急の施策がないと、在宅の24時間のバックアップもできない。(日野委員(加納参考人)㉓)
- ・ 在宅療養支援診療所になろうとすると、24時間の往診体制みたいなものをとらなければいけないが、医師1人とか2人ではほとんど提供不可能ということになる。チーム医療あるいは病診連携など地域として供給体制を整えるのが大事。(大西委員㉔)
- ・ 診療所について、1人で24時間常に対応するのは無理であり、システムが必要。地域にいろいろなサービスがあって、それが連携して初めて在宅での看取りが多いというように考えるべき。(西澤委員㉕)
- ・ 在宅療養支援診療所の役割・理念・位置付けを、診療報酬だけではなく、医療法において明確にしてはどうか。さらに、在宅療養支援診療所の具体的な整備目標や役割分担等について、医療計画に具体的に記述するとともに、病状の変化に応じた病床の確保のあり方や介護事業との連携等を医療計画に盛り込むべき。医療計画における位

置付けの中で診療報酬との連動性を持たせるといふ方向とするべきではないか。（光山委員⑳）

- ・ 訪問看護ステーションでの規模拡大、新規採用や教育研修の充実が進むような支援体制が必要。（齋藤（訓）委員⑬）
- ・ 次期医療計画策定の際には、在宅看取り率を各都道府県で目標として設定して、そのための指標として、訪問看護で働く従事者数を挙げてほしい。また、安定的な訪問看護サービスの提供が可能となるよう、事務作業のIT化、サテライト事業所の活用、常に衛生材料等が不足なく供給できる体制の整備が必要。（齋藤（訓）委員⑮）
- ・ 訪問看護の経営で、看護師が看護業務に専念できるような社会体制が必要。（部会長代理⑯）
- ・ NICUに長期入院している患者について、後方病床や中間施設が必要。また、地域や家庭で生活できるような受け皿作り、特に在宅医療・在宅看護をより積極的に推進する必要がある。（加藤委員⑫）
- ・ 小児の在宅医療について、在宅での子どもへのサービスが非常に不足しており、障害を持った子どもたちが長期間、親の負担も軽減しつつ療育できるような環境の整備をしていくべき。（齋藤（訓）委員⑮）
- ・ 子どもがNICUやPICUで治療を終えて在宅で療養するということに、レスパイト等のサービスがないので、増やしていかなければならない。（齋藤（訓）委員⑰）
- ・ 小児の在宅医療は必ずしも死を迎えるためのみだけでなく、期間も長期にわたり、在宅中に成長していくことが成人と異なるため、家族のため、レスパイトやショートステイ等、高齢者以上に家族を支援する仕組みが必要。（加藤委員⑳）
- ・ NICUから退院し在宅へ移行した場合、薬剤の適正な管理が難しくなっていると思われるので、薬をどう使い、管理するかという視点から、薬剤師等の様に的確に薬を扱える者が働く必要性がある。高齢者の在宅と同様、子どもの在宅でも薬を管理するという仕組みを持つべき。（山本委員㉑）
- ・ 日本歯科医師会においても在宅医療における多職種との連携、チーム医療の中でどういふ歯科医療を提供できるかを検討しているが、提出資料のとおり、歯科疾患を持っている要介護者に対して、歯科診療所からの医療提供体制が現在不十分であり、歯科医療側の体制を整えるとともに、医科、介護、歯科との連携を迅速に推進することが喫緊の課題。（近藤委員⑮）
- ・ 在宅介護の問題では、病院、在宅医療の連携の中で、歯科衛生士の資質の向上の是非、医療部会の医師等の養成、配置との関係の中で議論すべき。（近藤委員⑯）
- ・ 在宅医療の中で薬剤に関する問題は、高齢者の方が増えることによる重複投薬や相互作用へのリスク増や、視覚・聴覚感覚の衰え、嚥下能力の低下による入念な服薬の管理の必要性などがあり、薬剤師が参加できると考える。また、薬剤師が在宅医療に参加すれば、飲み残しの無駄が省けるほか、在宅を担当する医師の負担軽減につながる。（山本委員⑮）
- ・ 在宅医療を進める上で、高齢者が多い中で医薬品が必要となっており、必要な医薬品を在宅で療養している患者に提供するためにも、薬局・薬剤師の位置付けを明確にすべき。（山本委員代理㉒）

- ・ フランスなどでは経管の栄養はしない、胃瘻はやらないという全体的なコンセンサスが作られているが、日本の場合はそういう医療風土はなく、施設や在宅での経管や胃瘻に大変な介護費用がかかっている。しかし、それが本当に国民にとって幸せなのか。こうした視点も必要。（相澤委員⑩）
- ・ 年をとったときに、本人自身がどのように死にたいかということについての意思表示を受けないまま、医療を提供していることが根本的な間違い。（邊見委員代理⑩）
- ・ 胃ろうを外し、経口摂取に移行するなど生活機能改善の取り組みが重要。（齋藤（訓）委員⑩）
- ・ 患者の自己決定をしっかり支えていく仕組みがないと、結局は医師や家族の言うままとなり、幸せな看取りまでいかないという状況がある。（齋藤（訓）委員⑩）
- ・ 本人が元気なときに自己決定をし、その内容を書き置くようなことが常識になっていくように先導しないといけない部分があるのではないかと。（海辺委員⑩）

【地域における医療機関間、医療・介護間の連携について】

- ・ 地域における医療機関連携のための施策の実施状況や効果をきちんと検証すべき。地域連携は着実に進んでいるのか。（光山委員⑫）
- ・ 現在進んでいる厚労省の「地域医療再生計画」のプロジェクトでは、それぞれの県で行政、医師会、大学、地域の病院が一緒に行うという計画である。（水田委員⑫）
- ・ 救急については、もっと医療機関はお互い様の考え方を持って、分け合えばいいと思う。得意な分野だけ診てもらって、あとは他の病院で診るといった、柔軟な仕組みを作ればよい。（相澤委員⑮）
- ・ 紹介され別の病院に行くたびに同じ検査を繰り返し受けているのが現状。疑わしければ確かな施設できっちり診断してもらって、そのデータが他の病院でも活用されるようにすべき。（海辺委員⑭）
- ・ ICTを使った遠隔医療等が実施されているが、医療機関が連携し、リソースの共同利用を進め、同じエリアで同じ質の医療をみんなが利用できる環境を整備すべき。（光山委員⑭）
- ・ 全国の多くの町村は二次医療機関を持たないため、二次医療機関との情報ネットワークの形成が重要であり、電子カルテ等の整備を急ぐ必要。（小野委員⑭）
- ・ 家に帰っても看る人がいないといった変化の中で、慢性期や高齢者の医療、福祉、介護をどうしていくのかという視点から考える必要がある。（相澤委員⑫）
- ・ 医療提供体制ということで医療だけで見るとはなくて、介護、福祉を併せて議論すべき。（西澤委員⑫）
- ・ 高齢者も小児も、家事支援のような医療とは違うところも整わないと、家に帰るのは非常に難しい。（海辺委員⑫）
- ・ 医療提供体制のグランドデザイン、介護提供体制のグランドデザインのリンケージを忘れてはならない。（部会長代理⑫）
- ・ 病院と診療所との間の地域連携やかかりつけ医の推進がお互いの理解や信頼感の醸成に必要。（横倉委員⑰）
- ・ 地域ごとにお互いに顔が見える間柄でないと、紹介も逆紹介も難しい。（部会長⑰）

- ・ 有床診療所は、病院と在宅、病院と介護施設のつなぎを行う受け皿（病院からの早期退院も含む後方支援病床）として重要な役割を担っている。（横倉委員⑭）
- ・ 医療を伴う介護の拠点として有床診療所を活用することにより、地域の介護力アップにつながる。（横倉委員⑭）
- ・ 急性期の医療が終わって生活に移っていくときに、退院調整の機能がうまく発揮できるかによってかなり状況が違ってくるため、調整機能の強化についても議論が必要。（齋藤（訓）委員⑯）
- ・ 在宅医療で鍵となるのは、急性期病院の後をいかにつなげていくかということ。退院までには相当の準備期間を要するものであり、そこには看護師が非常に関わってくる。退院調整、退院の支援、退院後の連携をどうしていくかが重要。（相澤委員⑰）
- ・ 急性期から行く亜急性期病棟や回復期病棟がなくて、その先の療養病床もいっぱい、その先の自宅も目一杯というのが現状。そうなったときに診療所の先生方が在宅でどれだけ診るかが重要であり、お年寄りが住む住宅を提供して、訪問看護や訪問リハビリ、在宅支援診療所の先生方の往診で支えていくのが、いちばん効率的。（相澤委員⑰）
- ・ 居場所の問題まで含めないと地域医療、在宅医療というのは支えられない。（小島委員⑱）
- ・ 在宅における医療と介護の連携では、いつも「病院、診療所、訪問看護ステーション『等』」となっているが、薬剤師や薬局の必要性も認めていくべき。（山本委員⑲）
- ・ 在宅における医療連携が重要。在宅における歯科医療は、医療連携として非常に重要な課題である。（近藤委員⑲）
- ・ 訪問介護は、訪問看護よりも安いという理由で訪問介護にしてほしいという患者がいるが、訪問看護が必要な人はいる。少ない医療資源の中でサービスの質を高めることが非常に重要。（相澤委員⑱）
- ・ 訪問看護は介護保険と医療保険の両方にまたがるサービスなので、制度間の齟齬があって使いにくいので、それをなくしてほしい。（齋藤（訓）委員⑱）
- ・ 訪問看護師の確保が難しい状態であり、処遇改善も含めてどうあるべきか議論すべき。（齋藤（訓）委員⑱）
- ・ 地域の高齢化、安心子育て等に対応できる診療所のあるべき本来の姿、病診の機能分化あるいは病診連携、さらには介護保険制度に関連する事象との連携・調整に係る課題も念頭に置いた上での対応が不可欠。（高智委員⑲）
- ・ 精神科病院に入院している患者の半分は高齢者であるが、今ある施設を転換して、こうした者を地域で受け入れる体制を整備すべき。（山崎委員⑳）
- ・ 自殺した人の家族等に対する支援体制の構築が必要である。（山崎委員㉑）

4. 医療計画

<部会資料でお示しした論点>

- 地域ごとの医療資源の平準化を図る手法として、基準病床数制度があるが、その効果をどのように考えるか。（第15回）

- 二次医療圏については、各都道府県において、地理的条件等の自然的条件、日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して設定されているところであるが、現在の医療を取り巻く状況等を踏まえ、その設定のあり方についてどのように考えるか。（第15回）
- 医療連携体制を計画的に構築すべき疾病及び事業として、4つの疾病及び5つの事業を定めているが、この疾病及び事業の範囲について見直す必要はないか。このほか、医療計画に記載すべき事項及び内容について見直す必要はないか。（第15回）
- 患者の早期治療や地域への移行を目的として、急性期の入院医療の重点化や訪問診療・訪問看護等の充実等を図るとともに、地域の精神科をはじめとする病院、診療所、訪問看護ステーションなどが個々の機能に応じた連携を推進することが必要ではないか。（第19回）
- 精神疾患を医療計画に記載すべき疾病に追加し、求められる医療機能の明確化、各医療機関等の機能分担や連携を推進してはどうか。（第19回）

【医療計画について】

- ・ 医療制度の枠組み自体は、国がきちんと骨格を定めるべき。その上で、広域的自治体（都道府県というよりは将来は道州制の道州）に需要・供給を調整できる権限が与えられるという姿が望ましい。（大西委員⑭）
- ・ 二次医療圏は都道府県で決めていいということになっているが、都道府県に本当にそうした意識があるのか。意識をもたせる方法の検討が必要。（西澤委員⑮）
- ・ 同じ二次医療圏同士の中でも相当な格差があり、二次医療圏を見直す必要があるのではないか。（渡辺委員⑫）
- ・ 医療提供体制は医療計画で二次医療圏ごとに作るということになっているが、一定の形になっていない二次医療圏ごとにやること自体が間違い。（相澤委員⑭）
- ・ 地域医療計画については、地域の範囲というのは何なのかというところを議論しないと、議論が進まない。基本的に地域をどういう具合に設定するかによって、計画の作り方が違う。（相澤委員⑮）
- ・ まずは医療圏の在り方を議論し、その中で、必要な地域医療の機能や、連携の在り方について、地域医師会の代表も関わり議論すべき。（横倉委員⑭）
- ・ 各地域における介護の分野も含めた具体的な医療提供体制のあり方を示さないと、マクロで議論していてもなかなか現実に進まない。（渡辺委員⑫）
- ・ 厚生労働省の指針では、医療機関の機能の分化・明確化、総合的な医師確保体制といったことも触れているが、踏み込みが足りない。二次医療圏のあり方も含めて、より具体的に踏み込んだ指針を作らないと、都道府県も動きようがないと思う。（渡辺委員⑮）
- ・ 地域医療計画の記載をどうするかというときに、地域の実情に応じたところをどう加味するか。特に連携のところは相当広い範囲での連携も狭い範囲での連携もある。そのあたりを十分に勘案する必要。（横倉委員⑮）
- ・ 一般医療の医療圏と精神科の医療圏が別になっており、都道府県によって、例えば社会医療法人が取りやすい県と、取りにくい県ができるなど問題が生じているので、

整理が必要。(山崎委員⑮)

- ・ 在宅歯科医療の推進も含めて在宅医療は非常に重要な課題であり、医療計画の中で項目を別立てにすべき。(近藤委員⑯)
- ・ 医療計画を県で策定するときは、サービスが行き届かない空白地域を特定して、そこに在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションの設置が誘導できるような内容を指針の中に入れてほしい。(齋藤(訓)委員⑯)
- ・ 在宅について、ストラクチャーやプロセスなどの数値目標を含めて医療計画の中での位置づけを拡充すべき。(尾形委員⑯)
- ・ 糖尿病、がん等の4疾病の中で、歯科医師が果たすべき役割、特に病院と歯科診療所の連携に重点を置いた事項を医療計画に明確に記載すべき。(近藤委員⑰)
- ・ 在宅歯科医療も含めた在宅医療の重要性を、5事業にプラスすべき。(近藤委員⑱、⑲)
- ・ 在宅医療が推進されるために、医療計画の中に記載していく必要がある。(近藤委員⑳)
- ・ 医療計画の5疾病5事業で、歯科のあり方、位置付けを明確にすべき。(近藤委員㉑)

【医療計画における4疾病5事業について】

- ・ 今後、増加する精神疾患患者への医療提供体制を安定的に確保するためには、一般医療と精神科医療との連携強化や地域連携を一層強化する必要がある、4疾病5事業の疾病に精神疾患を追加した5疾病5事業とすべき。(山崎委員⑮)
- ・ 精神疾患の方が救急で来た場合の連携が地域で問題となっており、精神科医療については4疾病から5疾病に増やすなり、何らかの対応が必要。(横倉委員⑮)
- ・ 精神疾患を4疾病5事業に追加すべきことに賛成。(高智委員⑰)
- ・ 地域で精神科を診られる医療機関が増加し、その連携が必要となり、また、入院治療後の社会復帰に向けた様々な施設が地域で展開されている中で、精神科は他の4疾病よりも、地域連携という観点が非常に重要である。(横倉委員⑰)
- ・ 精神疾患は、治療という観点、職場への復帰という観点、予防という観点があり、医療の専門家だけでなく、学校や職場など、様々な職域にも足を伸ばし、連携体制を組むべき。(光山委員⑰)
- ・ 精神疾患患者に対しては、適切な薬物療法の確保という視点から、医療提供体制の中に、薬局、薬剤師の役割・位置づけについても検討すべき。(山本委員代理⑰)
- ・ 精神科の救急医療圏は、複数の2次医療圏をあわせたものとしていくべき。(山崎委員⑰)
- ・ 4疾病5事業の中の歯科、歯科医師の役割は必ずしも明確でない。地域の医療資源としての歯科医師、歯科医療機関を活用する方法を講ずべき。(近藤委員⑮)
- ・ 4疾病の中で、歯科医師が果たすべき役割、特に病院と歯科診療所の連携に重点を置いた事項を医療計画に明確に記載するべきではないか。(近藤委員⑰)
- ・ 現行の4疾病5事業についても、PDCAサイクルの実効性が当初の目標どおりに機能しているのか否かを検証するとともに、その評価結果を踏まえた議論が非常に大切になっていくのではないか。(高智委員⑮)

- ・ 4 疾病 5 事業というカテゴライズがぴったり来ない。（日野委員⑮）

【基準病床数制度について】

- ・ 基準病床数が、平均在院日数をベースに計算されたり、二次医療圏の積み上げをベースに定められている限り、是正できるはずがない。基準病床のルールそのものについて、リソースの平準化、有効活用、地域偏在の解消という意味でも検討すべき。（光山委員⑭）
- ・ 一般病床は病床利用率が低下しており、基準病床は、今ある病床を守っているという逆の側面も発生しているのではないか。一般病床、特に急性期病床の基準病床の考え方について、今後取り上げる必要。（部会長代理⑭）
- ・ 国が一定の基準を設けるのは合理的で、病床基準も算定式もなくして都道府県に任せるのは混乱を招く可能性がある。（中川委員⑯）
- ・ 病床過剰地域での病床の新設に関する許可等の廃止や、国際医療交流でもこれが利用可能といったライフイノベーションWGの検討について、医療部会は決して許してはならない。（中川委員⑯）

5. 救急・周産期医療体制

<部会資料でお示した論点>

- 厳しい状況にある救急医療機関の負担を少しでも軽減する必要があるが、救急利用に対する住民の意識を高めるために、どのような取組みが考えられるか。（第15回）
- 2次救急医療機関の状況には大きな差があるが、そのうち、地域の中で大きな救急搬送受入実績を有する医療機関等が、その機能を十分に発揮できるような評価・位置付けについて、どのように考えるか。（第15回）
- 周産期医療の提供体制については、都道府県が今年度中に定めることとされている周産期医療体制整備計画に基づき体制の充実を図っていくこととなるが、その着実な実施のためにどのような取組みが必要となるか。（第15回）
- 二次救急医療機関の状況には大きな差があるが、そのうち、多くの救急受入実績を有する等地域の救急医療において、より大きな役割を果たしている医療機関の位置づけと支援について、どのように考えるのか。また、そのような医療機関の要件について、どのように考えるのか。
例）・救急の受入台数
・休日・夜間の診療体制（当直する医師数など） など（第21回）
- 平成21年の改正消防法に基づき、都道府県は傷病者の搬送及び傷病者の受入れの実施に関する基準を定め、受入困難事案等への対応をおこなうことになっているが、救急搬送の現状等を踏まえ、どのように考えるか。（第21回）
- 周産期医療の提供体制については、都道府県が昨年度策定することになっていた周

産期医療提供体制整備計画に基づき体制の充実を図っているが、その着実な実施について、どのように考えるか。（第21回）

- 出生に占める低出生体重児の割合は増加しているが、こうした児の在宅療養等に向けた支援体制について、どのように考えるか。（第21回）

【救急・周産期医療体制について】

- ・ 救急医療機関が総じて医師不足であり、担当する医師が疲弊をしているという現状をどうにかしないと、救急医療体制がきちんと組めなくなる。（大西委員^⑮）
- ・ 地域の救急では全ての患者を受け入れられる病院はほとんどなく、整形が強いあるいは脳外科が強いという病院が二次救急を担っているため、地域の救急が回っている。救急搬送の件数は少ないが、15対1の病院や中小病院が地域の救急を支えているという認識を持つべき。（相澤委員^⑳）
- ・ 小さい病院が救急医療を抱えるというのは非常に困難な状況。交付税措置はあるが、救急医療を担う病院に対して支援措置を確立してほしい。（小野委員^⑮）
- ・ 3次救急へ流れている2次救急の患者をどうするのかという2次救急の問題点も議論すべき。本来の2次救急にもっと重点的にいろいろな形での支援をお願いしたい（日野委員代理^⑰）
- ・ 消防法が改正され、各都道府県は傷病者の搬送および傷病者の受入れの実施に関する基準を策定することになったが、救急医療の計画を立てるときには、こうした消防法との関係、調和が保たれる必要がある。（横倉委員^⑮）
- ・ 救急を評価するに当たっても、2次医療圏の中でも人口に大きな差があるので、数のみの実績だけでなく、その点も考慮した評価を行うべき。（加藤委員^㉑）
- ・ 各県は消防庁と一緒に搬入基準を作成し、毎月の救急搬入の状況を分析している。救急は数だけで評価すべきでなく、こうしたいうものも参考にすべき。（横倉委員^㉑）
- ・ 救急受入困難事由として、精神疾患を持っている患者が高い比率となっているが、精神疾患患者と身体的な緊急を要する患者、合併症の患者を受け入れられるような連携が重要ではないか。（小島委員^㉑）
- ・ 受入困難な患者の3分の2が精神疾患関連となっているのに、救急搬送の施策は一般救急を中心に考えられている。精神科救急のシステムの現状について理解が得られていない。（山崎委員^㉑）
- ・ 精神科救急の三次救急は全国で数カ所しかない。診療報酬上、身体疾患を合併する精神疾患救急患者等の対応について評価するとされているが、提供する場がない。（山崎委員^㉑）
- ・ ドクターヘリについて、トリアージの仕方、ヘリコプターの固定費と、1回あたりに飛ぶときの変動費をどの財源から出すかといった検討もすべき。（部会長代理^⑮）
- ・ NICUからの退院をスムーズに進めないと、NICUを少しずつ増やしても間に合うものではない。（加藤委員^㉑）
- ・ NICUを退院するように家族を説得するには1年ほどの長い時間を要するが、退院後の行き着く先は家庭しかない。しかし、高齢者の場合と異なり、小児を対象とした在宅医療や訪問看護実施機関はほとんどないのが現状。小児の在宅医療を推進して

いくためには、小児の訪問看護を実施している在宅診療所や訪問看護参入へのインセンティブを与える方向で工夫する必要。（加藤委員⑳）

- ・ 妊婦が重度の歯周病に罹患している場合には低出生体重児が生まれやすいというエビデンスが出来つつあるが、周産期への歯科の関与は少ないといわれる。周産期医療における歯科医師や歯科医療機関が果たす役割を医療計画に記載していただきたい。（近藤委員㉑）

6. 患者との関係、広告など

<部会資料でお示した論点>

- 広告可能事項の範囲やその内容について、患者・国民の選択を支援する観点から、どのような改善が考えられるのか。（第13回）
- 病院のホームページの記載等については、医療法上広告ではなく、患者自らのアクセスに対する情報提供として取り扱っているが、誤った情報が長期間更新されていない、不正確な情報が記載されるなどの事例が指摘されることがある。これらに対してどのような対応が考えられるか。（第13回）
- 患者にとって有益な情報を容易に得られる医療機能情報提供制度とするため、今後どのように制度を改善すべきか。また、医療の実績情報（アウトカム指標）の公表の在り方について、どのように考えるのか。（第13回）
- 厳しい状況にある救急医療機関の負担を少しでも軽減する必要があるが、救急利用に対する住民の意識を高めるために、どのような取組みが考えられるか。（第15回）

【患者中心の医療と住民意識の啓発について】

- ・ 医療関係者の患者に対するアプローチの仕方が良くなったので、患者の満足度は上がっている。これはとても良いことであり、大切なことである。（水田委員⑬）
- ・ 医療計画のあるべき姿を検討する上においても、患者中心の医療に着実に結び付いていく方向性が重要。（高智委員⑮）
- ・ 医療保険の事務的分野でのICT化が進歩・発展しており、蓄積されたデータの有効活用という視点から、積極的に対応すべき。（高智委員⑮）
- ・ 地域の医療を話す場には地域の住民の方も参加して議論するという形式が必要であり、そのためには、住民へのわかりやすい情報提供や公平なデータの公開などが必要。（海辺委員⑭）
- ・ 救急車利用の啓発や、コンビニ受診の抑制等地域でも取り組んでいるが、国からもそういうことをやってはダメだというキャンペーン的な対策を検討してほしい。（大西委員⑮）
- ・ 東京消防庁によると、救急車が1台出るために人件費・保険費を含めて3万円かかるとのこと。住民の意識を高めるために、こういうコストがかかることを住民等に情報公開すべき。（加藤委員⑮）

- ・ スキルとアビリティを備えて、診療科への振り分け、紹介、逆紹介にも臨機応変に対応できる総合診療医を、患者自身が容易に判断できるような「見える化」を達成する必要あり。（高智委員⑰）

【広告・情報提供について】

- ・ 病院のホームページは今日では「広告」と考えるべきだが、実際の規制は技術的に困難。各都道府県の医療機能情報提供制度のホームページからリンクされているという保証や、第三者認証といった工夫が必要。（部会長代理⑬）
- ・ 広告と広報は区別して議論すべき。広告は規制すべき。広報は第三者的な指標などを公的な機関が公表するものと理解している。（相澤委員⑬）
- ・ 医療機能情報の提供を検討するにあたっては、数字の出し方など、開示情報の統一が重要であり、広告の仕方も含め、情報提供のあり方そのものの検討が必要。県の医療機能情報提供制度は、今は単なるカタログ。地域で各医療機関が機能を特化し、役割分担・連携しているのだから、それが患者に理解してもらえて行動を誘導するような仕掛けが必要。（光山委員⑬）
- ・ がん患者の情報を集める取組を実施しているが、個人情報保護法に抵触するという理由で医療機関から患者情報の提供を断れてしまうことがある。患者情報を分析する目的で収集することは個人情報保護法上問題がない旨、もう少しアピールすべき。（樋口委員⑬）
- ・ 前回、医療情報を集めて公表するという制度ができたとき、将来的には質も含めて公表することを考えるという記述が入っていたが、そういうことは必要だと思う。（相澤委員⑬）
- ・ 診療内科の看板で精神科のトレーニングなしに精神科を開業する医師が非常に増える中、その医師の研修歴は情報公開されていないため、結果として、患者のうつ病が増悪するケースが増えており、それを防ぐ広告・情報提供の仕組みが必要。（山崎委員⑰）
- ・ 第五次医療法改正で医療機関からの情報提供を進める措置が導入されたが、工夫や努力の余地がある。米国 CMS が実施している hospital compare や Ns home compare などを参考にしながら、情報提供の取組を推進すべき。（尾形委員⑰）
- ・ 「いい病院のランキング」などが雑誌などに出されているか、正確な情報に基づくものなのか分からない。オーソライズしたデータを出していく必要がある。またどのようにオーソライズするかについても検討が必要。（水田委員⑰）
- ・ 都道府県による医療機関の機能の公表が国民の目に入っていない実状もあり、それをどのように知らせるかが重要。（横倉委員⑰）
- ・ 医師の経歴や経験についての情報が得られず、何を以て医療機関を選んでいいのか患者は分からない。京大の臨床指標公表の取組のように臨床指標の公表を推進すべき。（海辺委員⑰）

【医療の質の評価・公表について】

- ・ 諸外国における評価・公表の主流は、ガイドラインに基づく診療を行った患者割合

などのプロセス指標や入院待ち日数減少といったアウトプット指標。いずれにせよ、大切なことは指標を標準化すること。アメリカでも、標準化されたレポートでデータが横並びで見られることが第一歩であるということは理解されている。（部会長代理⑬）

- ・ 今は何となく出ている情報で患者が惑わされているという印象。きちんと公平なデータが出るようになってほしい。また、質に関してはもうちょっと厳しい評価軸を作してほしい。（海辺委員⑬）
- ・ 医療の質に関する情報の公表は必要。患者が医療機関を決める際に最も大事にしているのは、一番親しい人の一言であり、医療機関は公表に躊躇する必要はない。（相澤委員⑬）
- ・ 在宅医療ではそれをバックアップする病院や有床診療所が必要であるとか、急性期病院では、難しい手術に挑戦すれば手術成功率は落ちるといったところがある。それぞれの医療機関をどのような基準でどう評価するかは重要。（横倉委員⑰）
- ・ 制度を変えてもなかなか思いどおりにならない。ストラクチャーやプロセス、アウトカムといった指標をきっちり出して、それを見て社会が判断していくというように誘導をかけることが重要。（永井委員⑰）
- ・ PICUの質の評価については、実死亡率と予測死亡率とを比較したPIM2という指標がある。全ての分野についての指標を評価・公表することは難しいと思うが、確立した指標がある場合には、分野を絞って取り組んでもいいのではないか。（加藤委員⑰）
- ・ 質に対する評価については、ある程度の責任を持って精査する第三者機関がなければ、なかなか機能しないのではないか。（海辺委員⑰）
- ・ 医療の質の評価のため、すべての病院が日本医療機能評価機構の審査を受け、認定を得るということも一つの形ではないか。また、全ての疾患についてアウトカム指標を出すのは困難。プロセス指標やストラクチャー指標で補完すると良いのではないか。（西澤委員⑰）
- ・ アウトカム指標に従って診療報酬を支払う仕組みがあってもいいと思う。（齋藤部会長⑰）
- ・ 使用法等を事前にきちんとした指導等を行うことで、未然に医薬品に起因する被害から守れたという事例は多数ある。指標としては目に見え難いが、このような見えない部分の情報をどう評価するのかという切り口が必要。また、薬局については、多職種と比べ、アウトカムが見え難い分野だと思う。（山本（信）委員⑰）
- ・ DPC データなどを使って臨床指標を評価・公表する取組を政府として進めるべき。また、この病気はこれくらいの期間で治っているかなど情報の提供が必要ではないか。（邊見委員⑰）
- ・ 大学病院だけでなく、全国の病院や診療所がもっと細かい医療の質、クリニカルインディケーターを出して、患者が選択できるようにしていかなければならない。（永井委員⑱）

【関連する動きについて】

- ・ 「グローバル臨床研究拠点等の整備の拡充」は重要。日本は日本国内の治験にこだ

わることから、良い薬があっても、なかなか使えるようにならない。臨床試験については予算づけをしてほしい。（海辺委員⑫）

- ・ 医療ツーリズムは、高い診療費を払う外国人患者優先につながるおそれがあり、やがては混合診療の全面解禁や株式会社の参入につながり、地域医療の崩壊を招くおそれがある。（中川委員⑫）
- ・ 医療提供体制全体について、中長期的な展望やビジョンを当部会でしっかり議論し、とりまとめるべき。（尾形委員⑭）