

平成23年11月17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23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 病床区分の見直しについて
 - 資料1-2 特定機能病院制度の見直しについて
 - 資料1-3 医療の質の向上に資する臨床研究の推進について
 - 資料1-4 地域医療支援病院の見直しについて
 - 資料2-1 平成24年度診療報酬改定の基本方針(案)
 - 資料2-2 社会保障審議会医療部会 各委員の発言要旨
 - 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

(平成23年11月17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
遠藤 直幸	全国町村会 (山形県山辺町長)
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
※ 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
花井 圭子	日本労働組合総連合会総合政策局長
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

病床区分の見直しについて

病床の区分

病床について、医療法第7条第2項第1号から第5号までにおいて、以下のように定義されている。

一 精神病床

病院の病床のうち、精神疾患を有する者を入院させるためのものをいう。

二 感染症病床

病院の病床のうち、感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律（平成10年法律第114号）第6条第2項に規定する一類感染症、同条第3項に規定する二類感染症（結核を除く。）、同条第7項に規定する新型インフルエンザ等感染症及び同条第八項に規定する指定感染症（同法第7条の規定により同法第19条又は第20条の規定を準用するものに限る。）の患者（同法第8条（同法第7条において準用する場合を含む。）の規定により一類感染症、二類感染症、新型インフルエンザ等感染症又は指定感染症の患者とみなされる者を含む。）並びに同法第6条第9項に規定する新感染症の所見がある者を入院させるためのものをいう。

三 結核病床

病院の病床のうち、結核の患者を入院させるためのものをいう。

四 療養病床

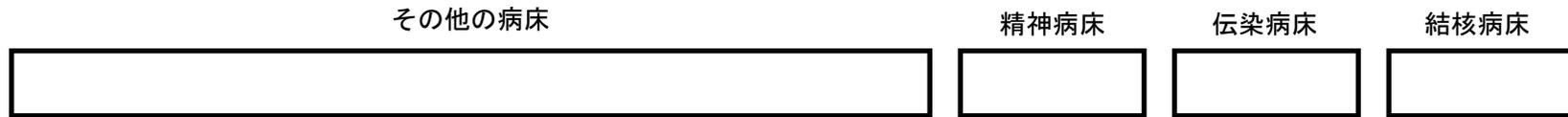
病院又は診療所の病床のうち、前三号に掲げる病床以外の病床であって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を入院させるためのものをいう。

五 一般病床

病院又は診療所の病床のうち、前各号に掲げる病床以外のものをいう。

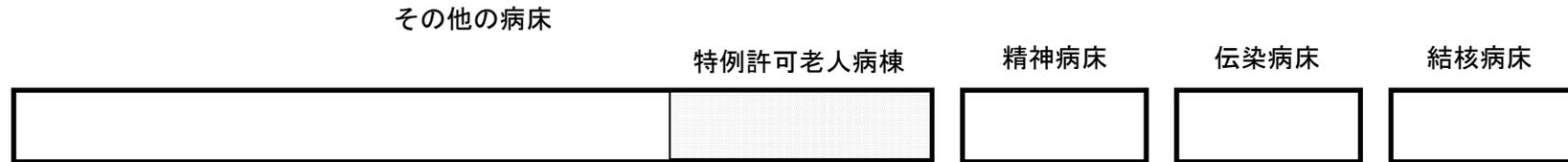
病床区分に係る改正の経緯

【制度当初～】



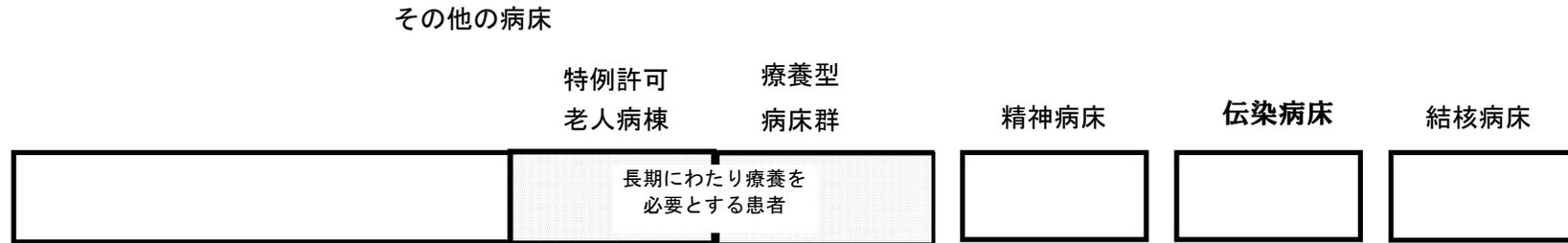
- ・ 高齢化の進展
- ・ 疾病構造の変化

【特例許可老人病棟の導入（昭和 58 年）】



- ・ 高齢化の進展、疾病構造の変化に対応するためには、老人のみならず、広く「長期療養を必要とする患者」の医療に適した施設を作る必要が生じる。

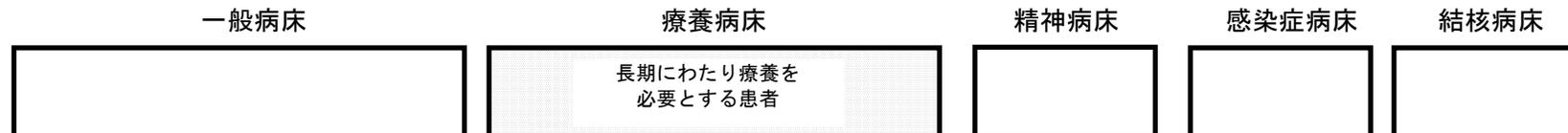
【療養型病床群制度の創設（平成 4 年）】



- ・ 少子高齢化に伴う疾病構造の変化により、長期にわたり療養を必要とする患者が増加。療養型病床群等の諸制度が創設されたものの、依然として様々な病態の患者が混在。

【一般病床、療養病床の創設（平成 12 年）】

患者の病態にふさわしい医療を提供



平成9年改正により、診療所に療養型病床群の設置が可能となった。

病床の機能分化を巡る現状

- 病床の機能分化について、医療法上での対応として、これまでは長期療養対応の体系化を図ってきたところ。一方、一般病床については、診療報酬上は、病院の機能に応じて、多様な病院・病床が位置づけられているが、医療法上は、その他病床としての区分しかなされておらず、同じ病床でも多様な患者を対象とするものが併存し、機能分担が明確になっていない。
- 我が国は、国際的にみて人口当たりの病床数は多くなっている一方、病床当たりの医師、看護職員数やスタッフ数も少なく、急性期病床（日本では一般病床）間で比較した平均在院日数は長い。一方で、病床当たりの医療従事者と平均在院日数の間には、相関関係がある。
- 近年、平均在院日数の短縮は進んでいるものの、一方で、インフォームドコンセントの実施、医療安全の確保、医療技術・機器の高度化等により、医療機関・スタッフの業務は拡大している状況。
- さらに、急性期治療を経過した患者に対し、その受け皿となる病床や在宅療養を支える機能の不足がみられる。

病院・病床機能を巡る現状と課題

機能未分化

医療法上は、慢性期医療を担う療養病床と、急性期医療を中心として担う一般病床と機能分化が行われてきたが、同じ一般病床でも多様な患者を対象とするものが併存し、医療提供体制における機能分担が不明確。

従事者の少なさ

国際的にみて人口当たり病床数は諸外国に比して多くなっているが、病床当たりの医師、看護職員数や全体としてのスタッフ数も少なく、急性期病床(日本では一般病床)間で比較した平均在院日数が長くなっている。

スタッフの負荷増大

術前・術後の平均在院日数の短縮が進む中で病床当たりの従事者数も並行して増加傾向にはあるが、一方、インフォームドコンセントの実施、医療安全の確保、医療技術・機器の高度化等が相俟って、医療機関・スタッフの業務は増大している。

後方機能不足

急性期治療を経過した患者に対する社会・家庭復帰支援や地域生活支援において、

- ・ 急性期治療を経過した重症患者の受け皿となる病床
- ・ 在宅療養を支える機能などが不足している。

【論点】

- 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か。
- その際、従来は慢性期医療に着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。

これまでの部会における病床機能等に関する委員の主な御意見

【機能分化、機能の明確化について】

- ・ 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⑭)
- ・ 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。(高智委員⑰)
- ・ 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⑰)
- ・ 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PICUと同じような形で決めていくべき。(日野委員代理⑰)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)



一般病床について、機能分化を進め、機能の明確化を図り、それを患者や国民の目にも明らかにしていくべきではないか。

【患者の病期、ニーズに合わせた人員配置の見直しについて】

- ・ 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いることが医療資源の効率的なあり方。(高智委員⑬)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)



患者の病期、ニーズに合わせた人的資源の集約化が必要であり、急性期医療に手厚く配置していくべきではないか。

【急性期医療から引き継ぐ医療について】

- ・ 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⑬)
- ・ 「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⑰)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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を議論していくべき。(相澤委員⑰)
- ・ 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⑱)
- ・ 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⑳)
- ・ 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)
- ・ 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けていかないといけない。(邊見委員⑰)
- ・ 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)
- ・ 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)[再掲]



急性期のみならず、急性期医療から引き継ぐ医療や在宅医療についても、機能分化、強化が必要ではないか。また、地域の実情に即した対応も必要ではないか。

■論点

- 患者の疾患の状態に応じ良質かつ適切な医療が効率的に行われるよう、急性期医療への医療資源の集中投入や、亜急性期・慢性期医療の機能分化・強化等により、入院医療の機能の明確化、強化を図り、そしてその機能を国民・患者に明らかにしていく必要がある。

一方、これまでもこうした方向性はあらゆる機会を示されてきたものの、なかなか実現には至っていない状況。そこで、こうした考えを医療法においても明記し、その方向性に沿って取り組む姿勢を明らかにするため、国、都道府県及び医療機関について、病床の機能分化等の推進に関する責務規定を設けてはどうか。
- 特に、急性期医療については、社会保障・税一体改革成案においても、2025年に向けた取組として、医療資源の集中投入を図るとされており、これにより機能強化を図ることで、病院医療従事者の負担の軽減や専門医等の集約による医療の質の向上等が図られ、もって、早期の社会生活復帰を可能となることが期待される。そこで、機能分化・強化を推進する取組の一環として、医療法上、一般病床について、新たに急性期医療を担う病床群(急性期病床群(仮称))を位置づけることとしてはどうか。
- 急性期医療から引き継ぐ亜急性期等の医療についても機能分化・強化が必要であるが、病床と機能が「急性期対応」として一致する急性期病床と異なり、亜急性期等の病床は診療報酬上の評価も様々であり、多様な機能を有している中で、制度上位置づけることについて、どう考えるか。

<急性期病床群(仮称)を制度上位置づけるとした場合の論点>

(法的位置づけ)

- 急性期病床群(仮称)においてのみ急性疾患に対応可能とするという法的構成は現状に鑑みると困難と考えられることから、急性期病床群(仮称)については、現行の「病床の許可」と同様の仕組みではなく、例えば、都道府県知事による認定を行うといった仕組みとしてはどうか。

※ 「許可」と「認定」について

一般病床は、人員配置及び構造設備基準等に適合し都道府県知事の許可を得なければ、入院治療を行うことができない。一方、例えば「急性期病床群(仮称)の認定」という仕組みでは、既に許可を受けた一般病床の一部について、一定の要件を満たした場合に急性期病床群(仮称)として認定する仕組みであり、認定がなくとも、急性期医療をはじめとした入院治療を行うことは可能である。

(機能に着目した評価の導入)

- 急性期の患者の状態に応じた良質かつ適切な医療を効率的に提供するため、急性期病床群(仮称)については、人員配置や構造設備基準だけでなく、その病床群において、急性期の患者に適切な急性期医療が効率的に提供されているか(すなわち、患者の疾病・病態や処置内容など)といった機能についても、認定に当たっての要件としてはどうか。

現行の診療報酬においても一部機能に着目した評価を行っているが、こうした制度を導入することにより、医療法においても、人員配置や構造設備基準だけでなく機能を評価する仕組みを設け、他の政策手段と連動して医療提供体制の強化に取り組むことが有効ではないか。

(更新制の導入)

- 急性期病床群の認定要件を継続的に満たしているかを確認するために、認定について、更新制を導入してはどうか。

(診療所の取扱い)

- 診療所の一般病床については、現在、人員配置基準も設けられていないが、急性期病床群(仮称)の対象とすることについて、どう考えるか。

「急性期病床群(仮称)」を制度化した場合のイメージ

現行(平成12年改正以降)の病床類型

一般病床(1,038,630床*)

精神、感染症、結核、療養病床以外の患者

療養病床
(356,877床*)

長期にわたり療養を
必要とする患者

精神病床
(349,321床*)

精神疾患を
有する患者

感染症病床
(1,785床*)

感染症
の患者

結核病床
(9,502床*)

結核
患者

同じ一般病床でも多様な患者を対象とするものが併存し、
医療提供体制における機能分担が不明確

*平成20年医療施設調査より

目指す方向性

一般病床

精神、感染症、結核、療養病床以外の患者
(急性期患者を除く)

急性期病床群(仮称)

<法的位置付け>

- 一般病床のうち、都道府県知事による認定
- 認定要件を継続的に満たしているかを確認するため更新制を導入

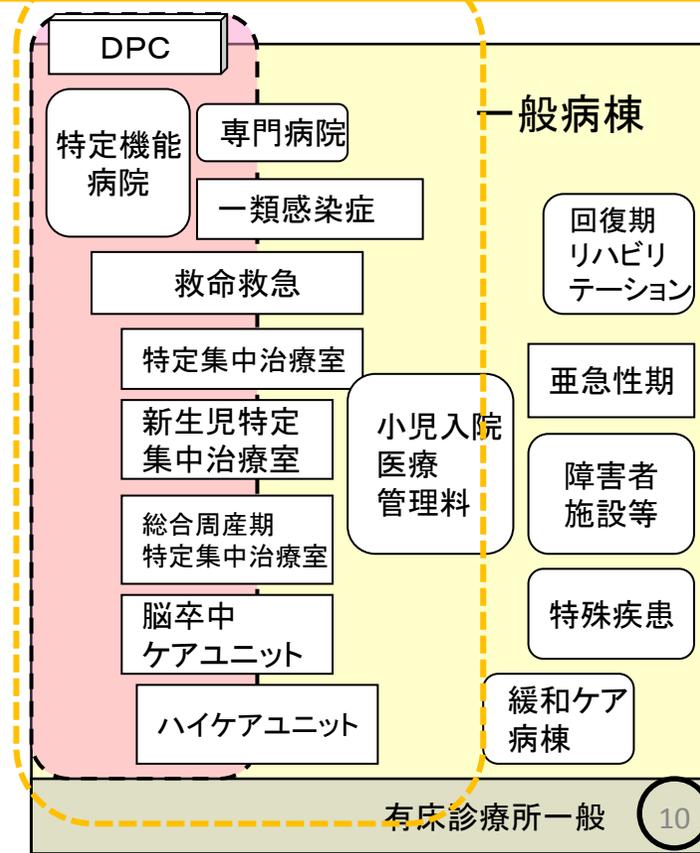
<想定される患者**>

- 心筋梗塞によって入院した患者や手術後の患者のように、状態が不安定であって、症状の観察などの医学的な管理や、傷の処置などの治療を日常的に必要とする患者
- 例) 周術期の患者、救急室からの患者 等

**急性期にある患者
に対し、急性期に見
合った適切な医療が
効率的に行われているか
ということを総合的に
評価

- ① 診療行為等
 - ・ 疾病、病態
 - ・ 処置内容
 - ・ 入院の目的
- ② 施設等
 - ・ 構造設備基準
 - ・ 人員配置
 - ・ 平均在院日数 等

診療報酬上の評価において想定される患者



特定機能病院制度の見直しについて

特定機能病院制度の概要

趣 旨

医療施設機能の体系化の一環として、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院について、厚生労働大臣が個別に承認するもの。

役 割

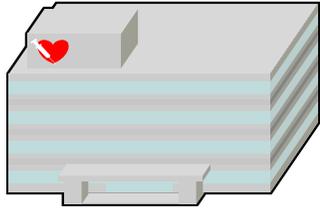
- 高度の医療の提供
- 高度の医療技術の開発・評価
- 高度の医療に関する研修

承認要件

- 高度の医療の提供、開発及び評価、並びに研修を実施する能力を有すること。
- 他の病院又は診療所から紹介された患者に対し、医療を提供すること(紹介率30%以上の維持)
- 病床数……400床以上の病床を有することが必要。
- 人員配置
 - ・医 師……通常の病院の2倍程度の配置が最低基準。
 - ・薬剤師……入院患者数÷30が最低基準。(一般は入院患者数÷70)
 - ・看護師等…入院患者数÷2が最低基準。(一般は入院患者数÷3)[外来については、患者数÷30で一般病院と同じ]
 - ・管理栄養士1名以上配置。
- 構造設備……集中治療室、無菌病室、医薬品情報管理室が必要。 等

特定機能病院の役割

高度の医療（特定機能病院）



総合診療能力

<要件>

- 400床以上 ○診療科10以上
- 手厚い人員配置(医師8:1など)
- 医療安全管理体制 等

<要件>

- 特定機能病院以外の病院では通常提供することが難しい診療を提供
 - ・先進医療への取組
 - ・特定疾患への取組
- 臨床検査・病理診断の実施体制
- 集中治療室等の設備

高度の医療の提供

<要件>

- 特定機能病院以外の病院では通常提供することが難しい診療に係る技術の評価及び開発
 - ・国等からの補助等による研究
 - ・年間論文発表数が100例以上
- 医療技術の有効性及び安全性を適切に評価
- 研究室等の設備

高度の医療技術の開発・評価

<要件>

- 高度の医療に関する臨床研修
 - ・初期臨床研修終了後の医師等
 - 研修医が年間平均30人以上

高度の医療に関する研修



機能分化

安定後、地域医療へ逆紹介
(要件なし)

医療技術の進歩・人材の育成等により、広く国民の健康に貢献

地域医療の枠を超えるような高度な医療等の必要時に紹介
(要件:紹介率30%以上)

地域医療・救急医療



地域医療提供体制の確保

- かかりつけ医機能
- 救急医療など4疾病5事業 等

↓
地域の医療機関の連携による「地域完結型」の医療提供体制の確立

医療施設体系のあり方に関する検討会における指摘事項

～「これまでの議論を踏まえた整理」(平成19年7月)から～

特定機能病院関係

(求められる機能、機能分化と連携の中での位置付け)

- 機能分化と連携を進めていく中で、求められる役割をより明確にする必要。特に、特定機能病院が提供する高度医療の内容についてより明確化を図る必要があるとの指摘あり。
- 外来機能を含め一般的な医療への対応について、特定機能病院を受診する外来患者の実情に留意しつつ、特定機能病院の役割を踏まえた検討が必要。

(大学病院との関係)

- 特定機能病院という制度・名称は国民にとってわかりにくく見直しが必要との指摘、また、大学病院が必ず特定機能病院である必要はないのではないかと指摘があることを踏まえ、検討が必要。

(承認要件のあり方)

- 高度医療の提供を行う医療機関としては、特定の疾患に対して最新の治療を提供する等の機能があれば、規模にかかわらず承認して構わないのではないかと指摘がある一方で、合併症併発や複合的な疾患への対応能力等の総合性が欠かせないとの指摘があり、引き続き検討が必要。
- 診療科別に評価を行い、病院の一部での承認を可能としてはどうかとの指摘がある一方で、総合的な対応能力を発揮するためには病院総体として高度である必要との指摘があり、引き続き検討が必要。
- 以下の項目について、急性期の病院に一般的に求められる事項との関係に留意しつつ、承認要件への位置付けや取組の一層の強化を求めてはどうかとの指摘があり、引き続き検討が必要。
 - ①難治性疾患への対応 ②標榜診療科目の充実 ③医療連携、特に退院調整機能、退院時支援機能の構築
 - ④医療安全体制の構築 ⑤高度な治験の実施 ⑥後期研修のプログラム ⑦診療記録の整備状況

(評価)

- 承認を受けた特定機能病院が求められる機能・役割を十分果たしているかどうかにつき、その評価のための指標を含め、検討が必要。

(施設類型の必要性)

- 地域の特性・実情に応じて個別の機能・役割を評価していく方向で考えるべきであり、特定機能病院という施設類型としての位置付けは必要ないのではないかと意見あり。

これまでの特定機能病院に関する委員の主な御意見

1. 特定機能病院のあり方について

【医療部会でのこれまでのご意見】

- 医療提供体制全般の中で、特定機能病院の機能・役割などについて見直す必要があるのではないか。(横倉委員、中川委員、田中委員、尾形委員、西澤委員⑭)
- 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⑰)
- 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なのか。(相澤委員⑱)
- 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。(部会長代理⑲)

【医療施設体系のあり方に関する検討会における指摘事項】

- 機能分化と連携を進めていく中で、求められる役割をより明確にする必要。
- 特定機能病院という制度・名称は国民にとってわかりにくく見直しが必要との指摘。
- 以下の項目について、急性期の病院に一般的に求められる事項との関係に留意しつつ、承認要件への位置付けや取組の一層の強化を求めているかどうかとの指摘があり、引き続き検討が必要。
 - ①難治性疾患への対応 ②標榜診療科目の充実
 - ③医療連携、特に退院調整機能、退院時支援機能の構築
 - ④医療安全体制の構築 ⑤高度な治験の実施 ⑥後期研修のプログラム ⑦診療記録の整備状況
- 承認を受けた特定機能病院が求められる機能・役割を十分果たしているかどうかにつき、その評価のための指標を含め、検討が必要。



特定機能病院については、制度発足当初から医療をとりまく様々な環境が変化している中、承認要件の見直し等が必要ではないか。また、その要件を継続的に満たしているかについては、実態に即した評価が必要ではないか。

2. 「高度の医療の提供」について

【医療部会でのこれまでのご意見】

- 特定機能病院が担う「高度の医療」とは、先進医療だけを指すわけではない。合併症が多い、人手がかかる、いざというときに重症患者を診る、というのが非常に重要な要件。(永井委員⑱)
- 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、また検診結果も早く出るとというのがメリット。(永井委員⑱)
- 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⑱)
- 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⑱)

【医療施設体系のあり方に関する検討会における指摘事項】

- 特定機能病院が提供する高度医療の内容についてより明確化を図る必要があるとの指摘。
- 高度医療の提供を行う医療機関としては、特定の疾患に対して最新の治療を提供する等の機能があれば、規模にかかわらず承認して構わないのではないかと指摘がある一方で、合併症併発や複合的な疾患への対応能力等の総合性が欠かせないとの指摘があり、引き続き検討が必要。
- 診療科別に評価を行い、病院の一部での承認を可能としてはどうかとの指摘がある一方で、総合的な対応能力を発揮するためには病院総体として高度である必要との指摘があり、引き続き検討が必要。
- 大学病院が必ず特定機能病院である必要はないのではないかと指摘。



今後の高齢社会において、複数の疾患を持つような複雑性の高い患者が増えることが予想される中、特定機能病院が担う「高度な医療の提供」については、多分野にわたる総合的な対応能力を有しつつ、かつ専門性の高い医療を提供することとしてはどうか。

3. 地域における医療提供体制について

【医療部会でのこれまでのご意見】

- 患者が大病院に行くのは、他に行く場所がないためであり、中堅の病院が機能をアピールすれば、患者は自然に流れるのではないか。(加藤委員⑰)
- 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)
- 患者の自覚を促すことが、特定機能病院に求められているのではないか。(日野委員⑱)
- 受け皿、診療体制、ホームドクターの体制についても併せて議論しなければ、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⑱)
- 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⑰)
- 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が望ましい。特定機能病院等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⑱)
- 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⑰)
- 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⑱)
- 国民が大病院に集中するのは、病院の情報がないため。(海辺委員⑰)

【医療施設体系のあり方に関する検討会における指摘事項】

- 地域の特性・実情に応じて個別の機能・役割を評価していく方向で考えるべきであり、特定機能病院という施設類型としての位置付けは必要ないのではないかと意見あり。



特定機能病院について、地域の中でどのような役割を果たすべきか。例えば、一般の医療機関では通常提供することが難しい診療を提供する病院として、地域医療の最後の拠り所としての役割を担わせてはどうか。

4. 外来機能について

【医療部会でのこれまでのご意見】

- 大学病院に外来が集中しており、勤務医の疲弊につながっている。(横倉委員⑰)
- 外来患者を多く診ること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者なのか。(西澤委員⑰)
- 本来の役割・機能に集中できるよう、原則、紹介外来制としてはどうか。(中川・日野・樋口委員⑱)
- 特定機能病院は、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⑱)
- 外来患者数の増加は、入院期間の短縮の結果ではないか。そこは峻別しつつ、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。(永井委員⑱)
- 国民が大病院に集中するのは、他の病院が説明責任を果たしていないため。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⑰)
- がん患者など、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、外来や、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⑱)

【医療施設体系のあり方に関する検討会における指摘事項】

- 外来機能を含め一般的な医療への対応について、特定機能病院を受診する外来患者の実情に留意しつつ、特定機能病院の役割を踏まえた検討が必要。



特定機能病院における外来患者の過度な集中についてどう考えるか。機能分化とそれによる適切な医療の推進という観点から、特定機能病院の外来紹介率の要件等について見直してはどうか。

5. 研究について

【医療部会でのこれまでのご意見】

- 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)



特定機能病院における研究については、論文数等によって評価することとなっているが、その質の担保のためには、さらなる評価の観点が必要ではないか。

■論点

- 特定機能病院に期待される役割自体は、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、こうした役割・機能を強化する観点から、現行の承認要件や業務報告の内容について、見直すこととしてはどうか。
- 特定機能病院の承認要件を継続的に満たしているかを確認するために、承認について、現在は業務報告の提出を求めているが、更に、特定機能病院としての質を引き続き確保していることを定期的に点検する仕組み(更新制)を導入してはどうか。

医療の質の向上に資する臨床研究の推進について

医療における臨床研究の重要性について

- 臨床研究とは、疾病の治療方法、診断方法及び予防方法の改善等を目的として実施される医学系研究のうち、人を対象とするものをいう。
- 新たな医薬品・医療機器を用いた診断法・治療法の開発や既存の医薬品・医療機器の組合せなどによる最適な治療法の開発のためには、最終的には人を対象とする臨床研究（薬事法に基づく治験を含む。）により、その有効性、安全性等を検証するプロセスが不可欠。
- したがって、疾病に対する新たな治療方法、診断方法及び予防方法の開発や改善並びにそのスピードアップのためには、医療機関における臨床研究を推進することが重要。

日本における臨床研究の枠組みについて

○ 人を対象として行われる臨床研究は、薬事法に基づき医薬品・医療機器の承認申請を目的に行う「治験」と「治験以外の臨床研究」に大別される。

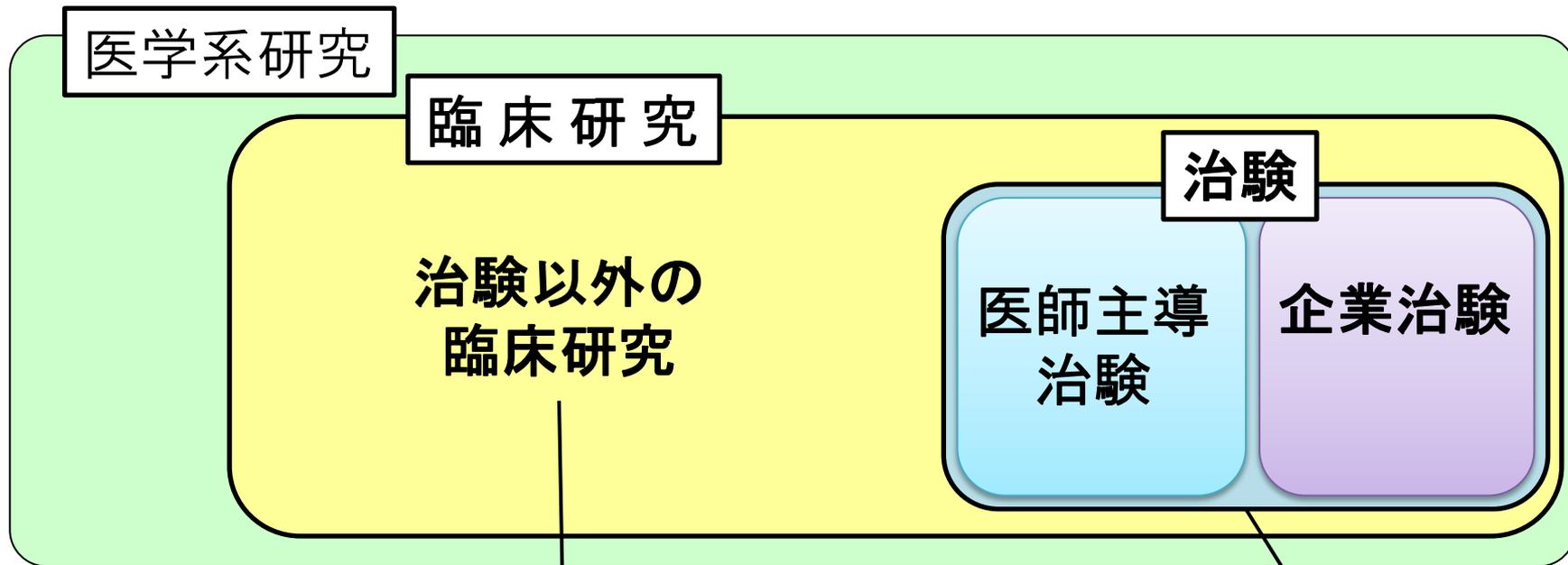
○ 治験は、企業が医療機関に依頼して行う治験（企業治験）と医師自らが行う治験（医師主導治験）に分類されるが、いずれも、薬事法に基づく臨床試験の実施の基準（GCP：Good Clinical Practice）が適用され、その遵守が求められる。

GCPでは、被験者保護に関する規定のほか、モニタリング、監査、記録の保存など、データの信頼性保証に関する規定が定められており、治験の結果を承認申請に用いることが可能である。

○ 他方、治験以外の臨床研究については、医薬品・医療機器を用いた介入研究のほか、医薬品等を用いない介入研究（術式の比較など）や診療情報を用いた観察研究など多種多様の形態がある。

また、GCPは適用されず、ヒト幹細胞の使用の有無など研究計画の内容に応じて、種々の倫理指針（大臣告示）が適用され、その遵守が求められる。

日本における臨床研究の枠組み(イメージ)



それ以外の目的(学術目的)

医療における疾病の予防方法、診断方法及び治療方法の改善、疾病原因及び病態の理解並びに患者の生活の質の向上を目的として実施されるヒトを対象とする研究

○介入研究 ○観察研究 に分類される。

臨床研究に関する倫理指針等を遵守

被験者保護を重視する観点から研究者等が遵守すべき事項を規定。

データの信頼性保証に関する規定がGCPほど厳格ではない。

薬事法の承認取得目的

医薬品・医療機器の開発のために薬事法の承認申請の際に提出すべき資料の収集を目的として実施される試験のうちヒトを対象とする研究

薬事法、GCP省令を遵守

被験者保護に関する規定のほか、モニタリング、監査、記録の保存など、データの信頼性保証に関する規定あり。

「医薬品の臨床試験の実施の基準(GCP基準)」と「臨床研究に関する倫理指針」の主な規定の比較

「臨床研究に関する倫理指針」は被験者保護に重点を置いているため、GCPに比しデータの信頼性保証に関する規定が厳格でない(×で示した項目がない)。

GCP基準の主な規定

臨床研究に関する倫理指針の主な規定

治験の準備に関する主な基準

- 業務手順書等
- 治験実施計画書
- 治験薬概要書
- 被験者に対する補償措置

- 手順書の作成
- 臨床研究計画書
- ×
- 被験者に対する補償措置

治験の管理に関する主な基準

- 治験薬の管理
- 副作用情報等
- モニタリングの実施
- 監査
-
- 総括報告書
- 記録の保存等

- ×
- 有害事象等への対応
- ×
- ×
- 自己点検(必要に応じ)
- 結果の概要の報告
- ×(個人情報保護等を目的とした試料等の保存等の規定有り)

治験を行う主な基準

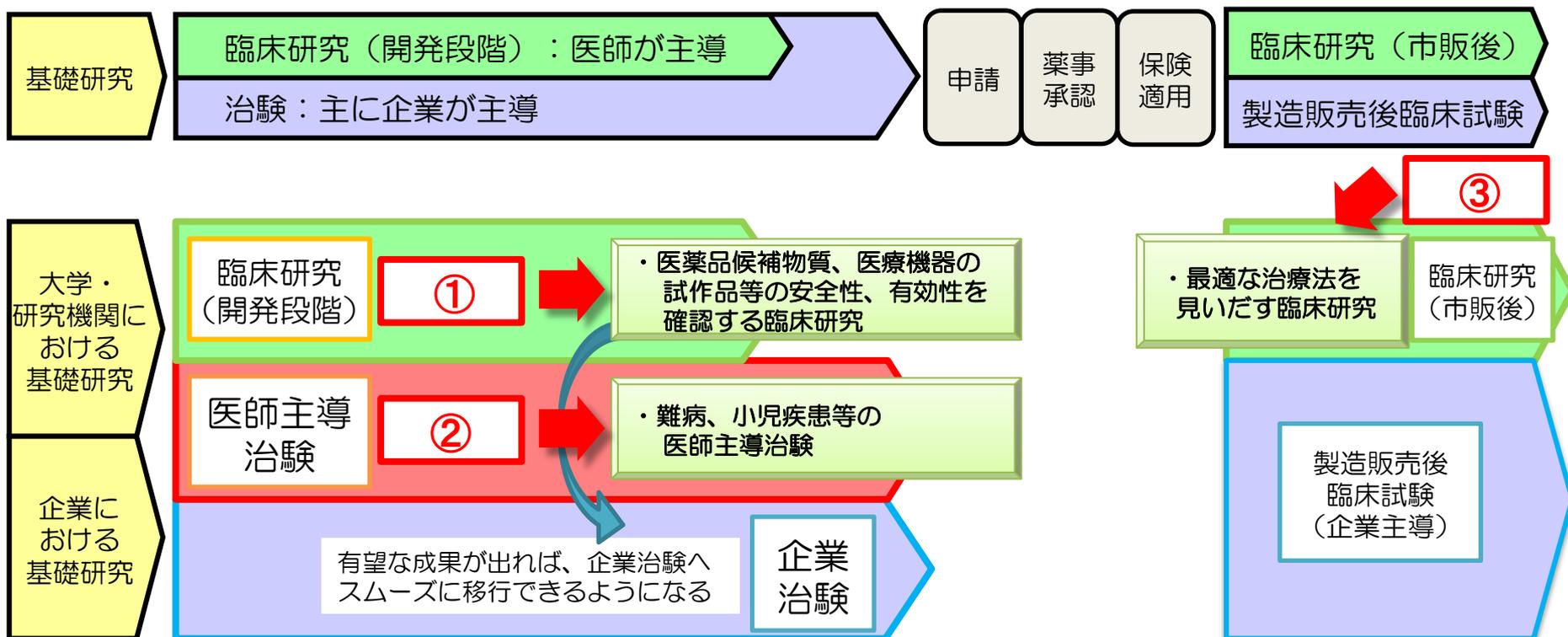
- (1) 治験審査委員会
 - 治験審査委員会の設置・審査及び公表
 - 記録の保存
- (2) 実施医療機関
 - 実施医療機関の長の責務
 - 治験事務局の設置
 - 記録の保存
- (3) 治験責任医師
 - 治験責任医師等の責務
 - 症例報告書等の作成
- (4) 被験者の同意
 - 文書による説明と同意の取得

- 倫理委員会の設置・審査及び公表
- ×(作成、公表の規定あり)
- 臨床研究機関の長、組織の代表者等の責務
- ×
- ×
- 研究者等、研究責任者の責務
- ×
- インフォームド・コンセント

日本における臨床研究の課題

医薬品・医療機器の開発に関する基礎研究から市販後までの一連の流れのうち、日本における臨床研究には以下の各段階において課題が存在する。

- ① 大学・研究機関における基礎研究で得られた医薬品候補物質、医療機器の試作品等について臨床研究を行い、安全性、有効性を確認する段階
- ② 患者数の少ない難病・小児等の領域で、医師主導治験によりエビデンスを創出する段階
- ③ 市販後に、既存薬の組合せ等により最適な治療法を見いだす臨床研究を実施する段階



基礎研究に強く臨床研究に弱い日本

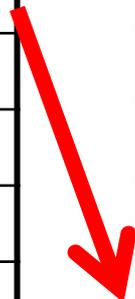
日本では、基礎研究に関する論文掲載数が多いが、その実用化につながる臨床研究に関する論文掲載数が少ないのが現状

基礎研究に関する
主な医学雑誌の掲載論文数

	発表国 2003～2007年	Nature Medicine, Cell, J Exp Med 3誌合計
1	米国	2,674
2	ドイツ	442
3	日本	369
4	英国	314
5	フランス	269
6	カナダ	204
7	スイス	166

臨床研究に関する
主な医学雑誌の掲載論文数

	発表国 2003～2007年	NEJM, Lancet, JAMA 3誌合計
1	米国	2,677
2	英国	873
3	カナダ	462
⋮		
15	中国	102
⋮		
18	日本	74



① 大学・研究機関発の医薬品候補物質等について 臨床研究を行い、安全性、有効性を確認する段階の課題

課題：信頼性保証の点で、薬事承認申請データとして利用可能な水準に達していない。

- 日本における「治験以外の臨床研究」は、臨床研究に関する倫理指針等を遵守して行われているが、倫理指針は、被験者保護に重点を置いているため、GCPに比しデータの信頼性保証に関する規定が厳格でない。

このため、大学・研究機関発の医薬品・医療機器シーズについて行った「治験以外の臨床研究」の成果が、薬事承認申請データとして利用できず、迅速な医薬品等の開発に結び付かない。

- 欧米諸国においては、「治験以外の臨床研究」についても治験と同じ基準（ICH-GCP^(※)）で行われており、日本でも臨床研究を国際水準で実施するためには、データの信頼性保証や適切な臨床研究計画の策定に関わる人的体制の確保などが不可欠。

しかしながら、企業からの依頼で行う治験について積極的に取り組んでいる医療機関であっても、「治験以外の臨床研究」を支援する医療機関内の体制が十分に整っていないのが現状。

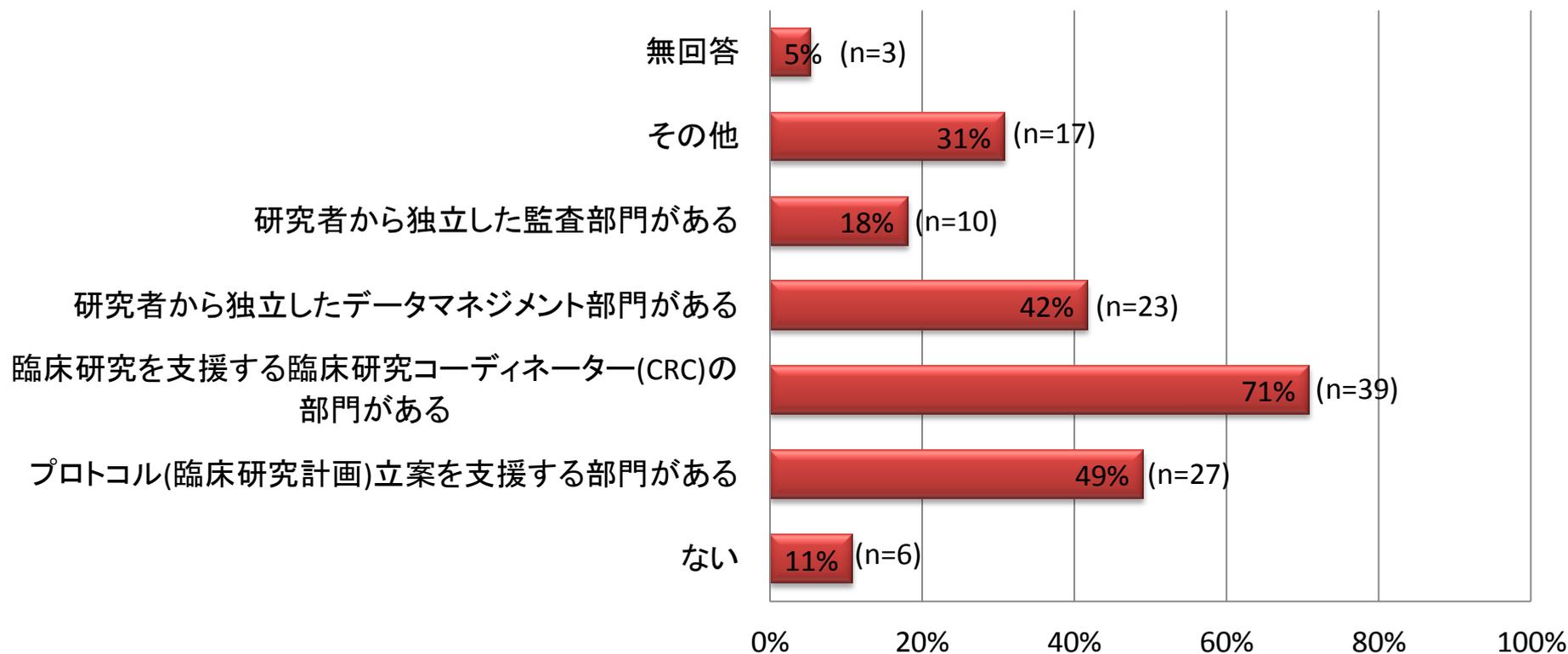
(※) ICH-GCP：日米EU医薬品規制調和会議において合意された医薬品の臨床試験の実施の基準。日本のGCPはICH-GCPに基づき詳細な手続きを定めたもの。

ICH (International Conference on Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use)

治験に積極的に取り組んでいる医療機関※1における臨床研究の実施体制の現状

治験を積極的に取り組んでいる医療機関であっても、「治験以外の臨床研究」を支援する医療機関内の体制が十分に整っていない。

○「治験以外の臨床研究」の支援部門の有無について(平成22年度)(n=55)



※1以下の医療機関を指す。

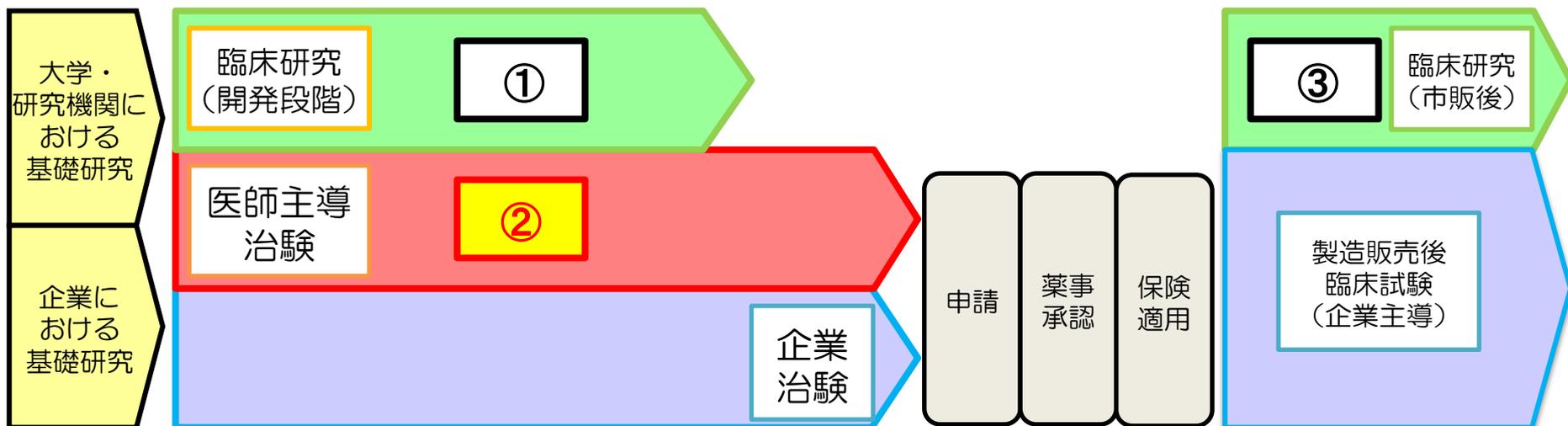
治験中核病院・・・実施に困難を伴う治験等を計画・実施できる専門部門及びスタッフを有する病院(10機関)(回答は11機関:がん中・がん東)
拠点医療機関・・・治験中核病院・拠点医療機関・地域の医療機関と連携し、治験等を円滑に実施できる体制を有する病院(30機関)
橋渡し研究支援拠点・・・有望な基礎研究の成果を実用化につなげる「橋渡し研究」の支援体制が整備された病院(9機関)
独立行政法人国立病院機構の代表・・・東京医療・名古屋医療・大阪医療・四国がん・九州医療(5機関)

② 患者数の少ない難病・小児等の領域で、医師主導治験によりエビデンスを創出する段階の課題

課題：難病など、医薬品等の開発には医師主導治験が必要とされる領域で、医師主導治験が十分に実施できていない。

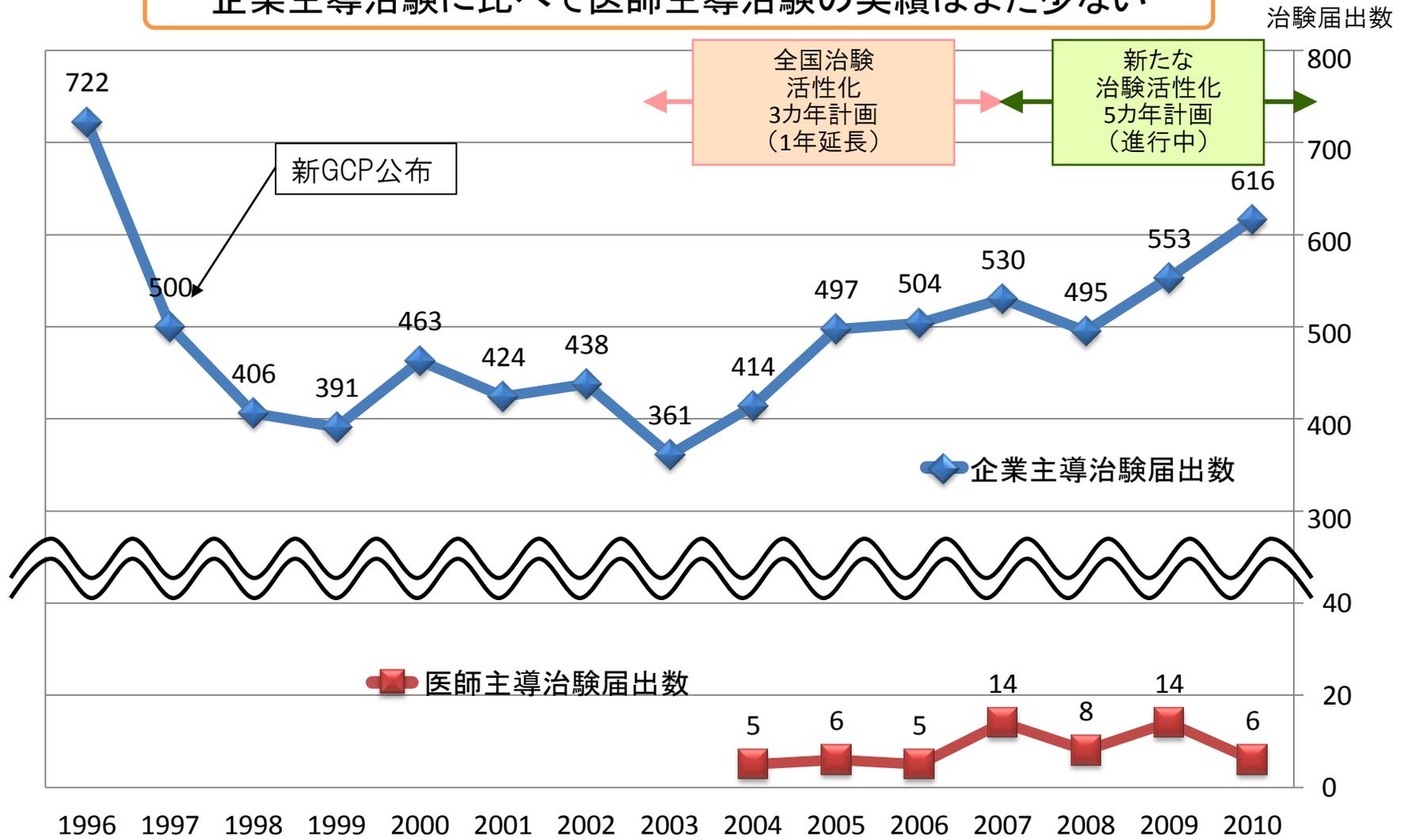
- 難病や小児疾患など、患者数が少なく企業が多額の費用を要する治験を実施し難い分野の医薬品・医療機器開発のためには、医師主導治験を実施して、その成果を企業に橋渡しすることが重要となる。

しかし、医療機関における臨床研究支援体制が不十分であるため、必要な医師主導治験が容易には実施できない状況にある。



医師主導治験の実施状況(医薬品)

企業主導治験に比べて医師主導治験の実績はまだ少ない



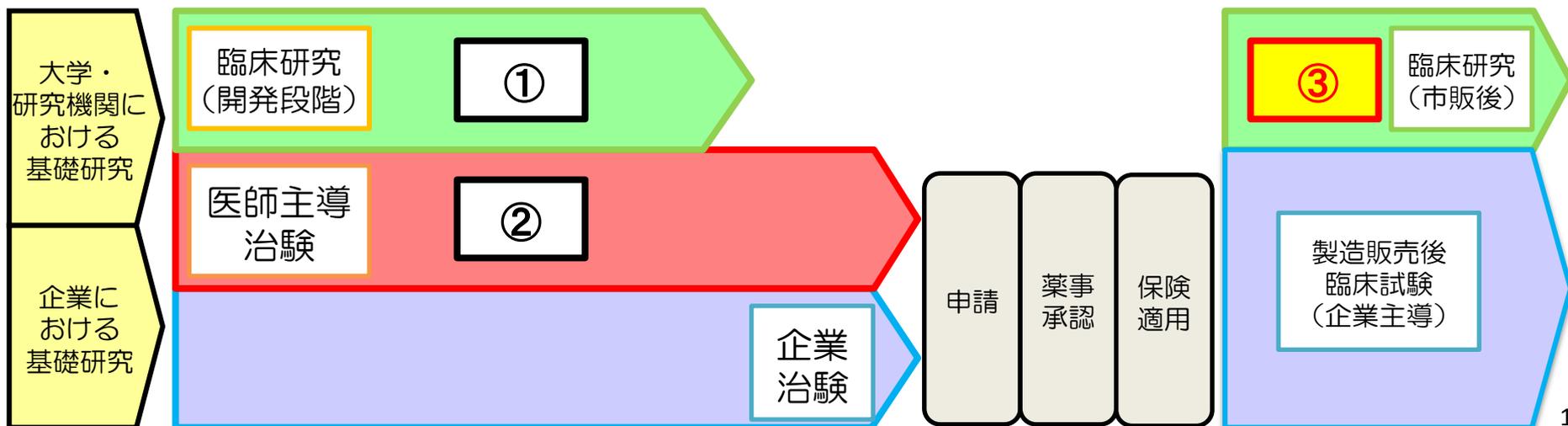
薬事法改正による医師主導治験の導入

③市販後に、既存薬の組合せ等により最適な治療法を見いだす臨床研究を実施する段階の課題

課題：市販されている医薬品・医療機器の効果を最適化する臨床研究が十分に実施できていない。

- がんなどの領域では、市販後に、既存薬の組合せなどによる最適な治療法を見いだしたり、併用治療の効果を検証したりする臨床研究を実施し、医療の質の向上につなげていくことが重要である。

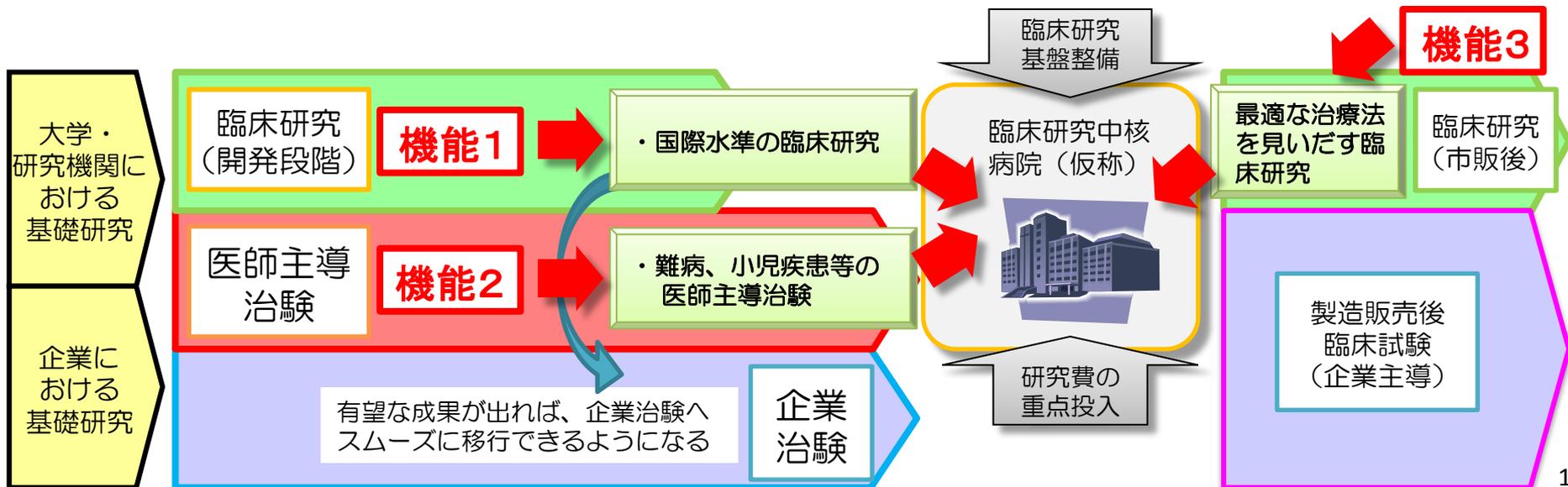
しかし、医療機関における臨床研究支援体制が不十分であるため、必要な市販後の臨床研究が容易には実施できない状況にある。



国際水準で臨床研究を実施する「臨床研究中核病院(仮称)」を整備する必要性

日本における臨床研究の課題を解決するため、重点疾患領域において、以下の機能を有する「臨床研究中核病院(仮称)」の整備を進めるべきではないか。

- 機能1** 大学等発の医薬品候補物質等を用いた国際水準（ICH-GCP準拠）の臨床研究を実施できる。
- 機能2** 患者数の少ない難病・小児等の医師主導治験を実施できる。
- 機能3** 市販後に既存薬の組合せ等により最適な治療法を見いだす臨床研究を実施できる



政府・与党社会保障改革検討本部決定(平成23年6月30日) 「社会保障・税一体改革成案」

- 社会保障・税一体改革成案の工程表において、医療イノベーション推進のため、国際水準の臨床研究中核病院を、2011（平成23）年度から3年間で15か所程度創設し、継続的に研究費を重点配分することとしている。

社会保障・税一体改革成案

平成23年6月30日
政府・与党社会保障改革検討本部決定

社会保障改革の具体策、工程及び費用試算

別紙2

充実、重点化・効率化

工程

<p>○全員参加型社会の実現 ☆</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ジョブ・カードの活用等による若者の安定的雇用の確保 ・女性の就業率のM字カーブの解消 ・超高齢社会に適合した雇用法制の検討など年齢にかかわらず働き続けることができる社会づくり ・福祉から就労への移行等による障害者の雇用促進 ・地域の実情に応じた関係機関の連携と就労促進施策の総合的実施 	<p>○就労促進策の継続的推進</p> <ul style="list-style-type: none"> ・就業率 <table border="1"> <tr> <td>2009年</td> <td>75%</td> <td>→</td> <td>2020年</td> <td>80%</td> </tr> <tr> <td>(若者)</td> <td>74%</td> <td>→</td> <td>77%</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>(女性 (25~44歳))</td> <td>66%</td> <td>→</td> <td>73%</td> <td>()</td> </tr> <tr> <td>(高齢者)</td> <td>57%</td> <td>→</td> <td>63%</td> <td>()</td> </tr> </table> ・ジョブ・カード取得者 300万人 (2020年) ・障害者の実雇用率 1.8% (2020年) 	2009年	75%	→	2020年	80%	(若者)	74%	→	77%	()	(女性 (25~44歳))	66%	→	73%	()	(高齢者)	57%	→	63%	()
2009年	75%	→	2020年	80%																	
(若者)	74%	→	77%	()																	
(女性 (25~44歳))	66%	→	73%	()																	
(高齢者)	57%	→	63%	()																	
<p>○ディーセント・ワーク (働きがいのある人間らしい仕事) の実現</p> <ul style="list-style-type: none"> ・非正規労働者の公正な待遇確保に横断的に取り組むための総合的ビジョンの策定 ・有期契約労働者の雇用の安定や処遇の改善に向けた法制度の整備の検討 ・長時間労働抑制やメンタルヘルス対策による労働者の健康・安全の確保 	<p>○総合的ビジョン：2011年に策定</p> <p>○法制度整備：2011年度 労働政策審議会で結論、所要の見直し措置</p> <p>○労働安全衛生法改正法案について、早期国会提出に向け検討</p>																				
<p>○雇用保険・求職者支援制度の財源の検討</p>	<p>○雇用保険法、求職者支援法の規定（注3）を踏まえ検討</p>																				
<p>○サービス基盤の整備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・あるべき医療・介護サービス提供体制の実現、こども園・保育サービス・放課後児童クラブ等のサービス目標達成に必要な基盤整備 	<p>○計画的・集中的基盤整備</p>																				
<p>○医療イノベーションの推進 ☆</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国際水準の臨床研究中核病院等の創設 	<p>○臨床研究中核病院等：2011年度から3年間で15か所程度創設</p> <p>○臨床研究中核病院等に対し、継続的に研究費を重点配分</p>																				

臨床研究中核病院(仮称)の整備を進めるために考えられる方策の例

○ 予算事業による整備（平成24年度予算要求中）

臨床研究について一定の実績があり、臨床研究中核病院となることを目指す医療機関を公募により10カ所選定し、質の高い臨床研究を実施するためのインフラを整備するために必要な経費（臨床研究コーディネーター及びその他の必要な人材を配置するための経費等）を予算措置により支援する。

○ 研究費の優先配分

臨床研究中核病院に対して、臨床研究に関する研究費を優先的に配分する。

○ 「治験以外の臨床研究」から得られたデータを薬事承認の審査に活用

大学・研究機関発の医薬品・医療機器シーズを用いて臨床研究中核病院で実施した「治験以外の臨床研究」から得られたデータについて、一定の条件を満たす場合には、後に開発企業が現れ薬事承認申請を行う際に、薬事承認の審査に活用できることとする。

○ 先進医療の取扱いに係る特例

先進医療の対象技術の申請においては、国内において数例の実績があることが求められているが、これを満たさない場合においても、申請された個々の技術にかんがみて、臨床研究中核病院において当該技術を安全かつ有効に実施できる旨が確認できる場合には、先進医療の実施を認めることとする。

臨床研究の推進に関する論点

医療の質の向上に資する臨床研究を推進する主体として、新たに臨床研究中核病院（仮称）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＞

単に予算事業で臨床研究の拠点を整備する場合に比較して、臨床研究の推進を継続的な取り組みとして位置付けることができるとともに、次に掲げる効果が期待できる。

- ① 臨床研究中核病院（仮称）で実施した「治験以外の臨床研究」の質が医療法に基づき保証されることで、薬事法に基づく承認申請への活用や先進医療における取扱いの弾力化が可能となること。
- ② 難病や小児疾患など、患者数が少ないために企業が手がけづらい医薬品・医療機器の開発に関して、医師主導治験を継続的に実施可能な体制が確保されること。
- ③ 市販されている医薬品・医療機器について、その組合せなどによる最適な治療法を見いだす臨床研究を実施し、エビデンスを創出できるようになること。

上記により、日本発の革新的医薬品・医療機器の開発や未承認薬等の解消につながるとともに、より効果の高い治療法等が、より迅速に全国の医療現場で広く行われることとなり、もって医療の質の向上につながると考えられる。

地域医療支援病院の見直しについて

地域医療支援病院制度について

趣 旨

医療施設機能の体系化の一環として、患者に身近な地域で医療が提供されることが望ましいという観点から、紹介患者に対する医療提供、医療機器等の共同利用の実施等を通じて、第一線の地域医療を担うかかりつけ医、かかりつけ歯科医等を支援する能力を備え、地域医療の確保を図る病院として相応しい構造設備等を有するものについて、都道府県知事が個別に承認している。

役 割

- 紹介患者に対する医療の提供(かかりつけ医等への患者の逆紹介も含む)
- 医療機器の共同利用の実施
- 救急医療の提供
- 地域の医療従事者に対する研修の実施

承認要件

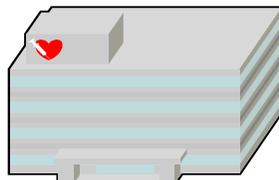
- 開設主体:原則として国、都道府県、市町村、社会医療法人、医療法人等
- 紹介患者中心の医療を提供していること
 - ① 紹介率80%を上回っていること(紹介率が60%以上であって、承認後2年間で当該紹介率が80%を達成すること が見込まれる場合を含む。)
 - ② 紹介率が60%を超え、かつ、逆紹介率が30%を超えること
 - ③ 紹介率が40%を超え、かつ、逆紹介率が60%を超えること
- 救急医療を提供する能力を有すること
- 建物、設備、機器等を地域の医師等が利用できる体制を確保していること
- 地域医療従事者に対する教育を行っていること
- 原則として200床以上の病床、及び地域医療支援病院としてふさわしい施設を有すること 等

※承認を受けている病院(平成23年3月末現在) ... 340病院

地域医療支援病院の役割

地域医療支援病院

- 原則として、いわゆる紹介外来制を実施。
- 24時間体制で入院治療を必要とする重症救急患者に必要な検査、治療を実施。このため、集中治療室等の整備、救急用自動車等の配備、通常の当直体制のほかに医師等を確保。
- 地域の医師会等医療関係団体の代表、都道府県・市町村の代表、学識経験者等で構成する委員会を開催し、病院運営等について審議。



地域医療の確保を支援

・協議会への参画

地域医療対策協議会を設置し、医師確保対策等を定め、公表

都道府県・保健所



- 地域医療体制の確保
- 医療機関の選択に資する情報の提供を支援
- 地域保健に関する思想の普及・向上

機能分化・連携

- ・患者の意思を確認した上で逆紹介を推進
- ・地域の医療従事者の資質向上のための研修を実施
- ・在宅医療の支援(提供者間の連携の支援、在宅医療に関する情報の提供など)

- ・患者の紹介
- ・医療機器、病床等の共同利用

・居宅等での療養の支援(在宅医療に関する情報の提供など)

- ・かかりつけ医等からの紹介受診
- ・救急受診

他の病院・診療所等



○患者に、より身近な地域での医療の提供

・一般的な入院診療、外来診療、往診、訪問診療等

患者・地域住民



○国民自らの健康の保持増進のための努力

医療施設体系のあり方に関する検討会における指摘事項

～「これまでの議論を踏まえた整理」(平成19年7月)から～

地域医療支援病院関係

(求められる機能、地域の医療連携体制の構築を図る上で果たすべき役割)

- 紹介患者に対する医療の提供、救急医療の提供等の役割については、急性期医療を担う病院であれば一般的な機能であることも念頭に置きながら、地域医療支援病院にふさわしい新しい姿・要件を考える必要。
- 地域医療支援病院の姿・要件を考えるにあたっては、各都道府県が主要な疾患・事業に係る医療連携体制を記載した医療計画を策定する状況の中で地域医療支援病院が果たすべき機能・役割の多様性、地域の特性・実情を踏まえたあり方について、目的の明確化が必要という視点も踏まえつつ、検討が必要。
- 地域での医療連携を推進する観点から、特に救急医療の提供等に一層取り組むとともに、以下のような役割を果たすべきとの指摘があり、検討が必要。
 - ①地域連携をする医療の拠点、連携に関する情報提供のセンター機能
 - ②訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理等在宅医療のバックアップ機能
- 未整備の二次医療圏が多数ある一方で、複数存在する二次医療圏もある。概ね二次医療圏に1つという発想を改め、地域の実情に応じて整備を図るよう考え直すべきとの指摘があり、対応が必要。

(承認要件のあり方)

- 地域における医療連携体制の構築を図るため、例えば、以下の項目について、承認要件への位置付けや取組の一層の強化を求めているかどうかとの指摘があり、検討が必要。
 - ①地域の医師確保対策への協力
 - ②在宅療養支援診療所との連携
 - ③地域連携パスへの取り組み
 - ④医療連携、特に退院調整機能、退院時支援機能の構築
 - ⑤精神科救急・合併症対応等地域の精神科医療等の支援
- 紹介率のあり方については、見直しが必要との指摘があり、更に具体的な検討が必要。

(評価)

- 地域医療支援病院が求められる機能・役割を十分果たしているかどうかにつき、その評価のための指標を含め、検討が必要。

(施設類型の必要性)

- 地域の特性・実情に応じて果たしている個別の機能・役割を評価していく方向で考えるべきであり、地域医療支援病院という施設類型は必要ないのではないかと意見あり。

これまでの地域医療支援病院に関する委員の主な御意見

1. 地域医療支援病院のあり方について

【医療部会でのこれまでのご意見】

- 「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⑱)
- 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⑱)
- 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ったが、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⑭)

【医療施設体系のあり方に関する検討会における指摘事項】

- 紹介患者に対する医療の提供、救急医療の提供等の役割については、急性期医療を担う病院であれば一般的な機能であることも念頭に置きながら、地域医療支援病院にふさわしい新しい姿・要件を考える必要。
- 地域医療支援病院が求められる機能・役割を十分果たしているかどうかにつき、その評価のための指標を含め、検討が必要。
- 地域の特性・実情に応じて果たしている個別の機能・役割を評価していく方向で考えるべきであり、地域医療支援病院という施設類型は必要ないのではないかと意見あり。



地域医療支援病院については、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。

2. 外来機能について

【医療部会でのこれまでのご意見】

- 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⑱)
- 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⑱)
- 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。地理的範囲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。(相澤委員⑱)

【医療施設体系のあり方に関する検討会における指摘事項】

- 紹介率のあり方については、見直しが必要との指摘があり、更に具体的な検討が必要。



機能分化とそれによる適切な医療の推進という観点から、地域医療支援病院の外来紹介率の要件等について見直してはどうか。

3. 地域における連携等について

【医療部会でのこれまでのご意見】

- 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⑱)
- 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⑱)
- 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⑱)
- 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。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るべき。(相澤委員⑱)

【医療施設体系のあり方に関する検討会における指摘事項】

- 地域医療支援病院の姿・要件を考えるにあたっては、各都道府県が主要な疾患・事業に係る医療連携体制を記載した医療計画を策定する状況の中で地域医療支援病院が果たすべき機能・役割の多様性、地域の特性・実情を踏まえたあり方について、目的の明確化が必要という視点も踏まえつつ、検討が必要。
- 地域での医療連携を推進する観点から、特に救急医療の提供等に一層取り組むとともに、以下のような役割を果たすべきとの指摘があり、検討が必要。
 - ①地域連携をする医療の拠点、連携に関する情報提供のセンター機能
 - ②訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理等在宅医療のバックアップ機能
- 未整備の二次医療圏が多数ある一方で、複数存在する二次医療圏もある。概ね二次医療圏に1つという発想を改め、地域の実情に応じて整備を図るよう考え直すべきとの指摘があり、対応が必要。
- 地域における医療連携体制の構築を図るため、例えば、以下の項目について、承認要件への位置付けや取組の一層の強化を求めてはどうかとの指摘があり、検討が必要。
 - ①地域の医師確保対策への協力
 - ②在宅療養支援診療所との連携
 - ③地域連携パスへの取り組み
 - ④医療連携、特に退院調整機能、退院時支援機能の構築
 - ⑤精神科救急・合併症対応等地域の精神科医療等の支援



地域医療支援病院について、地域医療の確保を図るという観点から、他の医療機関との連携のあり方等について評価することとしてはどうか。

■論点

- 地域医療支援病院に期待される役割自体は、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、こうした役割・機能を強化する観点から、現行の承認要件や業務報告の内容等について、見直すこととしてはどうか。

平成24年度診療報酬改定の基本方針（案）

I 平成24年度診療報酬改定に係る基本的考え方**1. 基本認識**

- 医療は国民の安心の基盤であり、超高齢社会においても、国民皆が質の高い医療を受け続けるためには、持続可能な医療保険制度を堅持し、効率的かつ効果的な医療資源の配分を目指すことが重要である。
- こうした背景を踏まえとりまとめられた「社会保障と税一体改革成案」（平成23年6月30日政府・与党社会保障検討本部決定）に沿って、病院・病床機能の分化・強化と連携（急性期医療への医療資源の集中投入等）、在宅医療の充実、重点化・効率化等を着実に実現していく必要があり、2025年のイメージを見据えつつ、計画的な対応を段階的に実施していくこととし、今回の改定をあるべき医療の実現に向けた第一歩とするべきである。
- また、次期改定は介護報酬との同時改定であり、今後増大する医療・介護ニーズを見据えながら、地域の既存の資源を活かした地域包括ケアシステムの構築を推進し、これらを切れ目なく提供するとともに、役割分担と連携をこれまで以上に進めることが必要である。
- さらに、効率的かつ効果的な医療資源の利用のためには、医療関係者や行政、保険者の努力はもちろんのこと、患者や国民も適切な受診をはじめとした意識を持ち、それぞれの立場での取組を進めるべきである。
- 中長期的な視点も含め、診療報酬については、医療計画をはじめとした地域医療の実情にも対応することが求められており、また、医療提供体制の強化については、診療報酬のみならず医療法等の法令や、補助金等の予算措置など、あらゆる手段を総合的に用いることにより実現していくべきである。

2. 重点課題

- 次期診療報酬改定においては、「社会保障・税一体改革成案」等を踏まえ、上記のような基本的な認識の下、以下の課題について重点的に取り組むべきである。

- 現在の医療・医療保険をとりまく状況に鑑み、平成24年度改定においては、引き続き、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくという観点から、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減について、重点課題とするべきである。
- また、今回の改定が診療報酬と介護報酬の同時改定であることも踏まえ、医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実に向けた取組について重点課題とするべきである。

3. 改定の視点

- がん医療、認知症医療など、国民が安心して生活することができるために必要な分野については充実していくことが必要あり、「**充実が求められる分野を適切に評価していく視点**」を改定の視点として位置付けることとする。
- 患者が医療サービスの利用者として必要な情報に基づき納得し、自覚を持った上で医療に参加していけること、生活の質という観点も含め、患者一人一人が心身の状態にあった医療を受けることが求められており、「**患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点**」を、改定の視点として位置付けることとする。
- 持続可能な医療保険制度を堅持していくためには、質が高く効率的な医療を提供していく必要があり、急性期、亜急性期、慢性期等の機能分化や、在宅医療等、地域における切れ目のない医療の提供、安心して看取り・看取られる場の確保等を目指していくことが必要であり、「**医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点**」を、改定の視点として位置付けることとする。
- 医療費は国民の保険料、公費、患者の負担を財源としており、適正化余地のある分野については適正化していくとともに、患者自身の医療費の適正化に関する自覚も重要であり、「**効率化余地があると思われる領域を適正化する視点**」を改定の視点として位置付けることとする。

Ⅱ 平成24年度診療報酬改定の基本方針(二つの重点課題と四つの視点から)

1. 重点課題

(1) 病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減

- 今後とも引き続き、救急、産科、小児、外科等の急性期医療を適切に提供していくことが重要であり、こうした観点からも、病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減に取り組んでいくべきである。
- このため、勤務体制の改善等の取組、救急外来や外来診療の機能分化の推進、病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進などに対する適切な評価について検討するべきである。

(2) 医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化の推進及び地域生活を支える在宅医療等の充実

- 今後増大する医療ニーズを見据えながら、医療と介護の役割分担の明確化と連携を通じて、効率的で質の高い医療を提供するとともに、地域で安心して暮らせるための医療の充実を図る必要がある。
- このため、在宅医療を担う医療機関の役割分担や連携の推進、看取りに至るまでの医療の充実、早期の在宅療養への移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進、地域における療養の質の向上に向けた在宅歯科、在宅薬剤管理の充実、退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実、維持期(生活期)のリハビリテーション等における医療・介護の円滑な連携などに対する適切な評価について検討するべきである。

2. 四つの視点

(1) 充実が求められる分野を適切に評価していく視点

- 我が国の医療において、充実が求められる領域については、それを適切に評価していくことにより、国民の安心・安全を確保する必要がある。
- このため、緩和ケアを含むがん医療の充実、感染症対策の推進、生活習慣病対策の推進、身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等の精神疾患に対する医療の充実、早期診断及び重度の周辺症状への適切な対応等の認知症対策の促進、リハビリテーションの充実、生活の質に配慮した歯

科医療の推進などに関する適切な評価について検討するべきである。

- さらに、手術等の医療技術の適切な評価について検討するとともに、医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価についても検討するべきである。

(2) 患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する視点

- 患者の視点に立った医療の実現のため、患者等から見て分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療に向けた取組を継続させていくことが必要である。
- このため、医療安全対策等の推進、退院支援の充実等の患者に対する相談支援体制の充実に対する適切な評価、明細書無料発行の促進、診療報酬点数表における用語・技術の平易化・簡素化などについて検討するべきである。

(3) 医療機能の分化と連携等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点

- 限られた医療資源の中で、国民に質の高い医療を提供し、かつ、効率的な医療を実現していくためには、医療機能の分化と連携等について診療報酬上のさらなる効果的な評価を検討することが重要である。
- このため、急性期、亜急性期等の病院機能にあわせた効率的な入院医療の評価、慢性期入院医療の適正な評価、医療の提供が困難な地域に配慮した医療提供体制の評価、診療所の機能に着目した評価、医療機関間の連携に対する評価などについて検討するべきである。

(4) 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点

- 今後医療費が増大していくことが見込まれるなかで、効率化余地がある領域については適正化を推進していくことが、患者負担や保険料への影響等の観点からも重要である。

- このため、後発医薬品の使用促進策、平均在院日数の減少や社会的入院の是正に向けた取組の推進などについて検討するべきである。
- また、医薬品、医療機器、検査については、市場実勢価格を踏まえた適正な評価を行うとともに、技術についても、相対的に治療効果が低くなった技術の置き換えが進むよう、適正な評価について検討を行うべきである。

Ⅲ 将来を見据えた課題

- 診療報酬が果たす役割も踏まえ、来年度の改定のみならず、超高齢社会のあるべき医療の姿を見据えつつ、引き続き、「社会保障と税一体改革成案」において、2025年の姿として描かれた病院・病床機能の分化・強化と連携、在宅医療の充実、重点化・効率化等の推進等に取り組んでいく必要がある。
- すなわち、急性期、亜急性期、慢性期等の病院・病床機能の分化、強化、これと併せた地域に密着した病床における急性期医療、亜急性期医療や慢性期医療等の一体的な対応、外来診療の役割分担、在宅医療の充実などについては、今後とも、その推進に向けた評価の検討に取り組んでいくべきである。
- その際には、地域医療の実情も踏まえた上で、医療計画の策定をはじめ、補助金等の予算措置、保険者の取組といった様々な手段との役割分担を明確にするとともに、これらの施策や医療法等の法令と効果的に相互作用し、補い合う診療報酬の在り方について、引き続き検討を行うべきである。
- また、持続可能で質の高い医療保険制度の堅持に向けて、効率的かつ効果的な医療資源の配分を行うため、これまでの評価方法や基準の軸にとらわれず、より良い手法の確立に向けて検討を行うべきである。
- さらに、将来的には、医療技術等について、さらなるイノベーションの評価や、開発インセンティブを確保しつつ、費用と効果を勘案した評価方法を導入することについて、検討を行っていく必要がある。

社会保障審議会医療部会 各委員の発言要旨

1 「視点」、「方向性」への一般的な意見

- ・ 前回改定で示した2つの重点課題と4つの視点については踏襲すべき。勤務医や看護師などの医療従事者の処遇改善や医療従事者の人材確保についても今回も重点課題とすべき。(9/22 小島委員)
- ・ 前回改定の4つの視点については、到達目標であり、踏襲すべき。また効率化の部分では後発医薬品の利用促進が挙げられているが、バイオシミラーについても後発品の使用促進とともに触れるのか。(9/22 高智委員)
- ・ 基本的な4つの視点は維持すれば良いが、今回は同時改定なので、介護との関係が重要。「地域包括ケアの実現」を目指してどのような形で今回の改定をやるのか明示的に示すべき。(9/22 尾形委員)

2 介護報酬との同時改定に関して

- ・ 医療、介護の連携の視点に基づき、在宅医療の強化や介護との連携、いままでの議論にもあった地域包括ケアシステムの確立を図るためにも、6年に1回の同時改定による医療、介護の改革は必須。(7/20 高智委員)
- ・ 診療報酬・介護報酬の全面同時改定については見送りを求めるが、不合理な介護報酬に加えて、介護保険料の決定のために必要なことは行うべき。(7/20 中川委員)
- ・ 次回は介護と医療の同時改定であり、中医協と介護給付費分科会と合同会議をしたらどうか。(7/20 邊見委員)
- ・ 医療・介護の連携強化をするべき。具体的には在宅医療や訪問看護の評価・連携が重要。精神疾患患者、身体的な救急を要する患者、合併症の患者を受け入れられるような連携も極めて重要。(9/22 小島委員)
- ・ 医療と介護の連携は、地域における包括ケアシステムの構築にも資する。また、社会的入院を是正していくためにも医療・介護連携をすすめるべき。(9/22 小島委員)
- ・ 在宅医療の連携にあたっては、既存の医療資源の有効活用という視点があってもいいのではないか。(10/27 小島委員代理 (花井参考人))
- ・ 「看取りに至るまでの医療の適切な評価」「早期の在宅療養への移行、地域生活への復帰に向けた取組の評価」「退院直後等の医療ニーズの高い者への重点化等の訪問看護の充実」について賛同。(10/27 斎藤 (訓) 委員)

3 「社会保障と税の一体改革」に関して

- ・ 社会保障と税の一体改革に関しては、消費税が決まらないと、今後の見通しが立たず、今後どのように考えていったらいいか難しい。(7/20 日野委員)

- ・ 社会保障・税一体改革の成案は与党内の反対意見も根強く、閣議決定ではなく閣議報告とされ、閣議の取扱いの中では一番低いレベル。成案をまとめる段階でどのような議論が行われたのかも全く不透明。今の政権は審議会、検討会でやっている議論を頭越しに閣議に持ってきて政治主導で決めてしまう。これを事務方が基本方針の中に反映させるというのは非常に問題が多い。(7/20 中川委員)
- ・ 以前、事務局からは、社会保障・税一体改革の成案は閣議報告であり、基本方針改定の具体的な議論は医療部会や医療保険部会で行うとの回答があった。しかし、「一体改革成案に沿って」など、「一体改革」の文字が頻繁に出てくる。一体改革の診療報酬項目がどこで議論されたかが全く見えて来ず、不信感がある。(10/27 中川委員)
- ・ 税も社会保障もトータルで考えるべき。まずは実情を掴むことが必要で、財源と課題を両睨みで扱っていくことが必要。(7/20 光山委員)
- ・ 社会保障と税の一体改革において、将来の在り方が示されているので、今回の改定をどう位置付けていくのか。あるべき姿を目指して、少なくとも今回はここまでやるという議論が必要。(9/22 尾形委員)
- ・ 一体改革では「急性期病院の平均在院日数を 9 日にする」とあるが、インフラ整備もないまま進められると、地域の急性期病院は皆つぶれてしまうということを理解すべき。(10/27 大西委員)

4 震災・改定の延期議論について

- ・ 東日本大震災といった混乱期において、同時全面改定を行うべきでない。医療経済実態調査も震災を反映していない。ただし、当初の目的と実態が乖離している不合理な部分については、早急に是正すべき。また、過去に期中で改定が行われた例もある。(7/20 中川委員)
- ・ 診療報酬改定については、誠意を持って取り組むという姿勢は必要。あらかじめ診療報酬の全面改定をやらないという結論ありきではなく、実情を掴むべき。震災があったから思考停止してしまうということがあってはならない。(7/20 光山委員)
- ・ 本部会においても、医療保険部会、中医協と足並を揃え、平成 24 年度改定の審議スケジュールに沿った検討を行うことが極めて肝要であり、私どもの責務。平成 24 年度の診療報酬改定は延期すべきではない。中医協の議論に先行する形で基本方針を取りまとめる必要がある。(7/20 高智委員)
- ・ 粛々と改定に向かって議論を進めて良いと思うが、大震災で影響を受けているところには十分な配慮が必要。単に点数を変えるだけではなくて、今度の震災のような緊急時にきちんとした医療提供体制が継続できるような診療報酬体系となるような基本方針とすべき。(7/20 西澤委員)
- ・ 診療報酬改定については、最初から全面改定を目指すのではないけれども、準備だけは粛々としておくということで、ほぼコンセンサスが得られたと思う。(7/20 斎藤部会)

長)

- ・ 震災後に安定的な医療提供をしていく上で、診療報酬での対応についての検討があり得るのではないか。(7/20 小島委員 (伊藤参考人))
- ・ 医療法における人員配置標準を満たさないと診療報酬が大きく下げられるが、なぜ医療法の人員配置標準と診療報酬が連動しているのか理解できない。入院基本料の場合は医師数が3割標欠まで減算されないのに、精神療養病棟入院料等の特定入院料については少しでも満たさなくなると減額されてしまう。(7/20 山崎委員)
- ・ 被災地における看護師の不足対策は触れられているが、医師不足への対応も重要。特に福島では子育て中の女医、看護師という若い医療従事者が離れている。精神医療の場合は、一名欠けただけでも特別入院料に落ちてしまう。放射能問題が解決するまで標欠を認めるべき。特に社会医療法人は医療法の基準が前提となっており、医師の退職により取り消しされてしまう。(9/22 山崎委員)
- ・ 大震災への対応に集中すべきで、全面改定は行うべきではない。ただし、必要な見直しは行うべき。被災地において医療機関は復興に尽力している。被災地では医療従事者の大移動が起きており、改定では人員配置基準に関わることは、要件緩和を除いて変更すべきではない。(9/22, 10/27 中川委員)
- ・ 災害が一過して慢性期医療に近い機能が必要となっているので、どう手当するか検討すべき。災害拠点病院は、国公立に独占されているが、民間病院も参加できるようにすべき。(9/22 日野委員)
- ・ インフラの整備は公費、通常の経常的なコストは診療報酬と役割分担をはっきりすべき。地域によって、重点的に何かを措置しなければならないものについては診療報酬と切り離してやるべき。被災地の人員不足は診療報酬で収斂できるものではない。(9/22 光山委員)

5 患者からみた視点

- ・ 患者から見て分かりやすい診療報酬という観点から明細書の定着を図るべき。負担も意識していくということが患者にとっても重要。(9/22 小島委員)
- ・ 患者から見て分かりやすいという視点が大事。「高度急性期」、「亜急性期」と言われても患者には分からない。また、地域には高度医療も亜急性期医療もない。機能分化は昭和60年くらいから言われているが、曖昧なままであり、診療報酬との関係はよく考えなければならない。(9/22 相澤委員)
- ・ 効果的な医療資源の利用のためには、患者の「協力」が必要とあるが、「協力」は外部者がすること。本来、国民は医療の主人公なので、「協力」ではない。(10/27 田中委員)
- ・ 「診療報酬点数表における用語の平易化」とあるが、診療報酬体系の平易化も加えてほしい。(10/27 高智委員)

6 医療の効率化の視点

- ・ 皆保険の中で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は、持たざるを得ない。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だと考えている。(7/20小島委員(伊藤参考人))
- ・ 効率化の部分では、薬の関連ばかり記載されているが、単に薬価を下げるのではなく、国で改定財源を確保すべき。薬価だけ下げて財源とする改定方式は辞めて欲しい。(9/22山本委員)
- ・ 前回の改定で取り組んだ後発医薬品や検査の見直しについては引き続き行うべき。電子レセプトの促進や高額医療機器の共同利用を促進する報酬とすべき。(9/22小島委員)
- ・ コンビニ受診、はしご受診の抑制等、被保険者への周知に努めていきたい。また、「医療機器、検査等の適正な評価」とあるが、医療機器はもう少し効率化が図れるのではないか。(10/27高智委員)

7 歯科関連

- ・ 口腔ケアが非常に大事。色々な病気が予防できるし、今一番やらなくてはならないことだと思う。いくつかの自治体が口腔ケアに対して力を入れているので、良い点数を付けるべき。(7/20水田委員)
- ・ 在宅歯科診療の推進を含めた在宅医療の推進の在り方について議論すべき(7/20近藤委員)
- ・ 「チーム医療」、「慢性期」といった観点を入れるべき。また、医療連携が大事であり、在宅医療と記載されているところには、在宅歯科医療とも記載すべき。(9/22近藤委員)

8 薬剤師・薬局関連

- ・ 薬剤師や薬局は、医療機関「等」と記載されることが多いが、薬剤師や薬局と記載すべき。(9/22山本委員)
- ・ ジェネリックのシェアを国際比較する場合には、諸外国の定義が異なるので、注意が必要(9/22山本委員)
- ・ 訪問薬剤管理指導を届け出る薬局、実施している薬局等もきちんと調査して、計画的に整備して薬局薬剤師の位置付けをきちんとすべき。(7/20山本委員(森参考人))
- ・ 「医薬品、医療材料等におけるイノベーションの適切な評価」と「医薬品、医療機器、検査等の適正な評価」とあるが、「適切」と「適正」の違いは、一般の方には分かりにくいのではないか。(10/27山本委員)

9 医療従事者の確保・処遇

- ・ 勤務医の勤務状況や労働環境は想像を絶する状況であるし、健康を害している医師も多い。(7/20 横倉委員)
- ・ 22年改定の答申書の申し送り事項や訪問看護の充実、勤務医や看護師といった医療人材の負担軽減について、この場で議論をしていくべき。(7/20 小島委員 (伊藤参考人))
- ・ 「医療従事者の負担軽減」は前回の改定の際もあったが、救急・産科・小児科・外科の従事者の負担は必ずしも軽減されていない。従事者が増えていない。(10/27 邊見委員)
- ・ 働いている医師、看護師の問題は、人材不足が根本にある。負担軽減はすべきだが、診療報酬だけではなく、地域医療支援センターなど診療報酬以外での対応も必要。(10/27 高智委員)
- ・ 医師・看護師を含む「医療従事者の負担軽減」が重点的に取り組む課題に位置付けられている点に賛同 (10/27 齋藤 (訓) 委員)

10 診療所の役割について

- ・ 有床診療所については、プライマリケア実践において、外来医療及び在宅医療を補完するための病床としての位置付けを明確にするとともに、小規模施設として相応しい独自の診療報酬体系を作りたい。有床診療所は介護と医療の橋渡し役としての位置付けを考えるべき。(7/20 横倉委員)
- ・ 有床診療所、無床診療所には、2つのタイプがあるのではないかと。非常に地域に密着しているところと、ある分野だけに特化して経営効率を高めているところがあるのではないかと。それが同じ中に詰め込まれているが、もう一度整理をして違う評価の仕方をすべき。(7/20 相澤委員)
- ・ 急性期の受け皿機能を持ったような診療所と、介護でいう地域包括ケアシステムの一員となるような診療所は、やはり機能が違うと思う。(7/20 部会長代理)
- ・ 診療所や病院の外来で日常生活の療養指導を確実にやっていく機能が必要だ。生活習慣病を悪化させない取組として重要。(7/20 齋藤 (訓) 委員)
- ・ 外来できちんと患者の健康管理をするときには、かかりつけ医に対する登録制を考えるべきではないか。(7/20 水田委員)
- ・ 専門医たる総合診療医の育成を図るべき。ドイツでは、専門一般医と呼ばれ、国民から信頼されている。診療、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をすべき。そのためには文科省との連携も図るべき。(9/22 高智委員)
- ・ かかりつけ医を持つことは大切だが、それを如何に制度化するかのところにいくつかの問題がある。登録制かかりつけ医については色々な問題がある。かかりつけ医と

いうのは、患者が自ら選ぶというのを残しておかないといけない。(7/20, 9/22 横倉委員)

11 その他

- ・ 日本医師会は前回の診療報酬改定に本当に失望している。医療界を挙げて、民主党政権に期待したが、結果は非常に不満足。(7/20 中川委員)
- ・ 特定機能病院、特に大学病院は運営費交付金又は私学助成金が削減されているが、適切な運営費交付金、私学助成金とすべき。(7/20 中川委員)
- ・ 医療機関はそれぞれの地域で果たしている、個々、個別の機能に応じて評価されることが、利用者である患者にとって分かりやすいのではないか。(7/20 高智委員)
- ・ 診療報酬と医療計画がある程度連動性・相互連携をもっていくという方向で検討すべき。(7/20、9/22 光山委員)
- ・ 前回改定の検証にもっと力を入れるべき。(7/20 海辺委員)
- ・ 昭和23年に40対1となったときから医療が高度化しているし、医療安全についても厳しい目がある。外来での説明時間も長くなっているし、人員配置を見直したら返ってより医師配置が必要となるのではないか。(7/20 斎藤部会長)
- ・ 現在は人員の配置で医療の質ということにしているが、本当の意味での医療の質を図ることが難しいから、こういう形式的基準にして諦めてしまっている。(7/20 樋口委員)
- ・ 基本方針の議論であるから大局的な見方をすべき。改定財源が潤沢にあるとき、そこそこあるとき、大震災や原発の問題があったときなどの場合において、基本方針の策定に当たってはどのように考えればいいのか。改定率が決まったあとに優先度を決めることには賛成だが、中医協の議論を先行させ、中医協で合意した事項を積み上げて、結果的に非常に重要な部分を最後に後回しにして、財源がなくなるからさらに大切な事項を先送りするというものがないように。(9/22 中川委員)
- ・ 前回重点課題とした分野の検証を十分にすべき。実際に医療提供体制の充実に繋がったのか。(9/22 光山委員)
- ・ 小児の在宅医療を推進すべきであり、小児に対する訪問看護を実施している診療所や訪問看護ステーション等の評価の充実、小児の在宅医療への参入のインセンティブを付与することが重要。(9/22 加藤委員)
- ・ 診療報酬改定の基本方針の(方向の例)で「身体疾患を合併する精神疾患救急患者への対応等急性期の精神疾患に対する医療の適切な評価」とあるが、そもそも一般救急と異なり、身体合併症に対応できる精神科3次救急はほとんどの都道府県にない現状で、どのように評価するのか。(9/22 山崎委員)
- ・ 15対1の一般病棟入院基本料は前回の改定で唯一点数が引き下げられたが、13対1や15対1が救急患者の受け入れを多く行っているのが実情であり、適切に評価すべき。

(9/22邊見委員)

- ・ 介護との関係、リハビリ、それらを含めたチーム医療が重要 (9/22 水田委員)
- ・ チーム医療は他の会議で議論中で、被災地を中心に医療従事者が移動しているときなので、新たにチーム医療の評価をすべきではない。(9/22 中川委員)
- ・ 高齢者が増えていくなかで、在宅医療も重要だが、そのキーを握っているのは急性期病院から退院する際の連携、退院支援。そこには看護師が非常に関わってくるので、その退院調整、退院の支援、退院後の連携に十分な手当てをする必要。(9/22 相澤委員)
- ・ 医療技術の評価、特に内科医の評価を上げて欲しい (9/22 相澤委員)
- ・ 外来診療の役割分担とあるが、とりわけ都市部の大学病院の外来機能を見直すべきではないか。(10/27 高智委員)
- ・ 認知症の場合、周りの家族がおかしいと思いながら暮らしていくうちに進行してしまっている。そういう不安を相談できる体制づくりも盛り込んでほしい。(10/27 (小島委員 (花井参考人))
- ・ 「医療機能の分化と連携を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点」について、地域において継続的に療養相談や療養指導を受け、疾病の重症化・悪化予防を図る視点が必要 (10/27 斎藤 (訓) 委員)

社会保障審議会医療保険部会 各委員の発言要旨

1 改定率・改定時期について

- ・ 賃金、物価ともに低水準で推移しており、更には電力供給の制約や円高の傾向の継続などを背景に、国内での事業活動を継続することすら危ぶまれる状況にある。加えて、震災復興のための巨額な費用も必要である。一方で、社会保障・税一体改革成案においても消費税引き上げの時期もあいまい。財源調達のめどが立たない中、診療報酬を引き上げるような状況にはない。ただ、具体的にはこれから各論でいろいろ議論していきたい。(7/21 斎藤正憲委員)
- ・ 次の同時改定は、新たな医療制度あるいは介護保険制度をつくっていく上で非常に重要なタイミングである。改定に向けた影響調査なども行っており、それらを踏まえてきちんとした、しっかりした議論を先送りせずに行う必要がある。(7/21 逢見委員)
- ・ 中医協意見書では、地域特性を踏まえた診療報酬の在り方の検討も課題として上げられており、地域特性ということ考えると今回の震災における被災地での医療提供体制の再構築と、その中で診療報酬をどう位置づけていくかということも重要な課題。そういう視点も踏まえて診療報酬、介護報酬の同時改定に向けた準備を進めるべき。(7/21 逢見委員)
- ・ 事業所は中小が多く、給与も減少しており、保険料を上げることはできない。医療と介護の連携の視点、QOLを高める視点、医療サービスの評価、効率化という視点も重要。ただし、効率化の項目を増やすべき。また、基本方針には、国民、患者目線に立ってどのような影響があるのか分かりやすく伝える内容にすべき。(9/16 小林委員)
- ・ 社会保障・税一体改革にとらわれずに基本方針を決めるべき。東日本大震災の影響もあるため、今回の改定では、施設基準等を要件づける新たな診療報酬の設定を行うべきではない。(11/9 鈴木委員)

2 介護報酬との同時改定、在宅医療に関して

- ・ 介護と医療のシームレスな連携が必要。例えば、高齢者の介護付きアパートに入居している患者が一旦肺炎を起こし入院すると、アパートを撤去することになる。病気が治っても、別の施設を探さなければならない。シームレスというが、実際には1度病気になると、分断されてしまう。そこをうまく繋ぐ形のシステムが必要。(7/21 高原委員)
- ・ 前は急性期に手厚い配分だったが、今回は介護の地域包括ケアに対応した医療の部分盛り込む必要がある。超高齢社会に向けて、亜急性期、慢性期、在宅医療をどう充実させるか、それを介護とどう関連させるかが大きなテーマ。また、全て在宅医療というのではなく、地域の中小病院、診療所など既存の資源を活用すべき。(9/16 鈴木委員)

- ・ 医療と介護の連携が大事。診療報酬に反映するには具体的にどのような連携が必要かこの部会としても議論すべき。特に高齢期の認知症の問題は、在宅ケアを推進していくためにもしっかりサポートすべき課題。(9/16 逢見委員)
- ・ 健康管理、医療、介護をトータルで考えるべき (9/16 横尾委員)
- ・ リハビリについては介護保険で対応すべきところを医療保険からズルズルと給付することのないようにすべき。(10/26 斎藤正憲委員)
- ・ 早期の在宅への移行が必要。在宅では、常に良い状態にあるわけではないので、在宅療養の維持を支えるのが看護職。そのためにも訪問看護ステーションを充実させるべき (10/26 紙屋委員)
- ・ 在宅支援診療所については、皆でネットワークを組んだ取組を評価すべき (10/21 高原委員)
- ・ 施設から在宅へと大きな流れには賛成だが、スタッフの認識はあるのか。高齢者の単身世帯が増えるなかで、一人暮らしの高齢者が退院をしたときなどを念頭に置いて考えるべき。(10/21 樋口委員)
- ・ 在宅医療では、身近な老人クラブにおける情報交換も大事。民生委員も活躍しているが、担当する住民の数が多すぎ、個人情報への取扱いの問題もある。近隣における支え合いが重要。(10/21 川尻委員)
- ・ 診療報酬と介護報酬の同時改定なので、医療と介護の連携という観点での対応が重要である。とりわけ在宅医療、訪問看護が重要。(11/9 菅家委員)
- ・ 効率性が社会保障・税一体改革の中で求められているが、長期的に在宅で療養を支える体制が重要。生活習慣病等の慢性期の患者の重度化を食い止めるのが大事。病院に逆戻りさせないためにも、地域の中で療養相談や療養指導が受けられる体制が重要である。(11/9 斎藤訓子委員)
- ・ 精神科病棟に認知症患者が増えてきている。精神科での治療が適切な場合もあるが、介護のほうでは認知症を日常的な生活の中で介護していくというノウハウがある。認知症は在院日数が長くなる。あくまでも生活という視点で処遇をしてもらいたい。ここまでは医療、ここまでは介護という役割分担よりも連携を。(11/9 樋口委員)
- ・ 有床診療所や中小病院を活用した日本型の在宅を進める必要がある。(11/9 鈴木委員)
- ・ 退院直後の訪問看護については、医療保険で見ているが介護保険のケアプラン等の柔軟性を高めることにより対応すべきであり、医療保険がカバーする範囲を安易に拡大すべきではない。(11/9 斎藤正憲委員(藤原参考人))
- ・ 医療と介護をつなげているのが訪問看護。退院直後には、在宅に移るまでの間、療養の場のギャップがある。そこを整えるのが重要。そこを整えば介護でも長期的に在宅で支えることができる。退院直後は、一定程度訪問看護が入ることが望ましい。(11/9 斎藤訓子委員)

3 震災関連

- ・ 災害に備え、医療をめぐる色々なデータのバックアップの仕組みをもう一度再確認しておく必要がある。(7/21 岡崎委員)
- ・ 被災地の医療の再建が大事。その中で公費と診療報酬の役割分担として、インフラに係る基盤整備や医療人材の確保は公費で、経常的な経費は診療報酬で対応すべき。(9/16 逢見委員)
- ・ 被災地において診療報酬でできることは非常に限られており、補助金の役目である。日々の医療サービスとして患者から見えにくいものは診療報酬の役割としては不向き。資本コストを診療報酬でみているということ自体も問題点があるということまでつながってくる。(9/16 岩本委員)
- ・ 被災地には患者が戻ってきていない。診療報酬の加算という話もあったが、四月まで待つことなく補助金や補償で速やかに対応すべき。(9/16 鈴木委員)
- ・ 「社会保障と税の一体改革」の中で共通番号制度の議論が進もうとしている。被災地でも有用であり、このような検討が目の前にあるということを想定して検討すべき。(9/16 横尾委員)
- ・ 震災対策については、本来は補助金の役割なので、診療報酬で対応することには違和感があり、非常に疑問。(10/26 斎藤正憲委員)
- ・ 東日本大震災の対応は診療報酬ではなく、税や補助金で行うべき。これは改定の視点に盛り込むべきではない。(11/9 斎藤正憲委員(藤原参考人))

4 患者からみた視点

- ・ 「患者からみて分かりやすい」というのが明細書の発行なのか違和感がある。明細書を発行するなという趣旨ではない。診療報酬が複雑すぎて患者は読んでも分からない。報酬体系を分かりやすくするのが基本。(9/16 高原委員)
- ・ 明細書が原則無償発行になったことを高く評価。患者が当事者意識を持つということが重要で、まだ発行が義務化されていない医療機関については着実に実行していくべき。明細書の発行を更に定着していく必要がある。明細書は、肝炎や薬害エイズの問題があったときに過去に自分がどのような治療を受けたのか知ることができる。(9/16 逢見委員)
- ・ 「患者からみて分かりやすい」という観点からは、患者がどこに行って誰に相談すれば良いかということが大事。医療ソーシャルワーカーが医療と介護を繋ぐ上で重要。(9/16 横尾委員)
- ・ 明細書の発行については、次回からは必要ないという人も多い。実際の医療行為と明細書の中身が合っていないので、患者に理解していただくには工夫が必要(9/16 堀委員)

- ・ 看護職が退院支援室に確保できないことがあるので、保健師も活用すべき。(10/21 大谷委員 (児玉参考人))

5 医療の効率化の視点

- ・ 四つの視点は総論的で異論はないが、「適正化する視点」に後発医薬品程度しか項目があがらないのが残念。システム化や番号制度を活用したネットワーク化を記載すべき (9/16 白川委員)
- ・ 医療費の伸びが避けられない中で、機能強化と同時に効率化にも取り組むことが必要。全体として保険料や患者負担が増えないようにして欲しい (9/16 山下委員)
- ・ レセプトの電子化については進捗状況を把握しながら的確なサポート体制をお願いしたい。IT化は医療費動向のチェックや医療費の抑制にも利用できる (9/16 逢見委員)
- ・ 医療の効率化の視点が重要。過去の改定の目的と達成度を十分に検証すべき。人口が減っていく中で、医療提供体制を診療報酬体系だけで対応するのは無理がある。都道府県の医療計画と診療報酬との連動・連携を考えるべき。(9/16 斎藤正寧委員 (藤原参考人))
- ・ 医療の機能強化は大事であるが、効率化も忘れないようにして、保険料が上がらないようにすべき。(10/21 山下委員)
- ・ 効率化として、平均在院日数の減少を評価する。90日越えの入院患者に対する評価の見直しはこの項目に含まれていると理解。(10/21 小林委員)
- ・ 特定除外に関するレセプトへの記載不備といった形式犯で重罪にすべきではない。(10/21 鈴木委員)
- ・ 急性期の中に慢性期の患者が入っているという不効率さが顕著になってきている。急性期医療は急性期の患者を見るために手厚い配置となっているのに、特定除外により慢性期の患者が入院しており、それにより失われる診療報酬の額は莫大。これを是正しなくてはならない。急性期医療での治療が終わって数日が急性期病院で、急性期病院に3か月も入院するのはおかしい。在宅を進めていく一方で、高度急性期でより高度な医療を提供することも必要である。(11/9 武久委員)
- ・ 保険財政は厳しい。企業や保険財政の状況等を考えて、医療機関の機能分化等による効率化・重点化を進めて、医療費の拡大は抑えてもらいたい。財源の範囲内でお願いしたい。(11/9 山下委員)
- ・ 経済情勢等を鑑みて、診療報酬の引き上げは云々という話もあるが、これからの超高齢社会にむけてセーフティネットとしての社会保障の充実が必要。(11/9 鈴木委員)
- ・ 医療・介護サービスについても、経済現象なのでそこに働くべき原理については他の市場経済で何が起きているのかを参考にすべき。(11/9 岩本委員)

6 歯科関連

- ・ 前回改定では歯科医療の充実が謳われたが、実際には歯科技工加算しかなかった。昨日まで元気に生きて美味しいものを食べて死ぬという質の高さを求めていくことに歯科医療が果たす役割は大きい。次期改定では在宅医療推進、高齢者医療の充実の中で在宅歯科医療を推進すべき。(9/16 堀委員)
- ・ 生活の質に配慮した歯科医療について、どのような役割を果たしていけるのか、特に在宅や高齢者医療において歯科が果たせる役割を議論していきたい。(11/9 堀委員)

7 薬剤師・薬局関連

- ・ DPCに含まれている薬剤費はカウントされないので、DPCでの薬剤も含めた入院での薬剤費の上がり方を示していただきたい。(7/21、9/16 高原委員)
- ・ 後発品の薬価は安いですが、実際には加算があって、患者負担・保険者負担はあまり変わらないのではないかと。いくつか例を挙げて実際に加算まで入れた医療費の軽減がどの程度なのか示していただきたい。本当は先発品を10年経ったら安くするのが一番良いのではないかと。(7/21、9/16 高原委員)
- ・ 社会保障と税の一体改革における「市販医薬品の価格水準も考慮」との提案があるが、日本のように定率負担があって、そこにまたこのような負担をパッチワーク的な発想で行うのは非常に問題。(7/21 安部委員)
- ・ 後発医薬品の促進も、患者から見た分かりやすさが大事。後発医薬品の価格や品質を国民にしっかり説明していくことが必要。ジェネリックの使用割合を各国で比較する際には、その分母も考えることが必要。(9/16 安部委員)
- ・ 在宅医療における薬剤師の役割も重要。(10/21 安部委員)

8 医療従事者の確保・処遇

- ・ 看護労働者の処遇が大事。医師不足も重要課題だが、看護師等の医療従事者の確保も重要。在宅の看取り、長期の在宅療養に対する体制整備を図っていくためには看護人材は不可欠。離職に歯止めをかけるため、労働時間や仕事と生活の両立支援等、処遇に対する配慮が必要。(9/16 逢見委員)
- ・ 全国の2分の1が過疎地域になっているなかで、地域医療は大きな問題。医師確保、医療スタッフへの配慮を記載して欲しい。(9/16 横尾委員)
- ・ 安全・安心な医療は、人が確保するものであり、医療を支える医師を含めた看護職員等医療従事者を確保する観点を入れるべき。(9/16 紙屋委員)
- ・ 救急、産科、小児、外科等の確保は、診療報酬だけでは不十分。他の施策による対応も必要。(10/21 斎藤正憲委員)
- ・ 看護師はレセプトの打ち込み業務に追われ、医師も患者よりカルテに向かう時間が多かたりとする。そのような場合にクラークを採用し、医師・看護師をデスクワー

クから解放し、専門職は専門職でないとできない業務に集中させるべき（10/21 紙屋委員）

- ・ 医療従事者の負担軽減については、同じような書類の整理が必要。（10/21 高原委員）
- ・ 医師も看護師も勤務状況が厳しく事故が起こらないのが不思議な程である。勤務態勢は、マンパワー不足であるという認識をもって取り組むべき。（10/21 紙屋委員）
- ・ 前回改定で勤務医の負担軽減がまとめられたがまだ道半ばである。医療従事者の負担軽減についてもぜひ取り組んでいただきたい。（11/9 斉藤訓子委員）
- ・ 勤務医の負担軽減については、診療報酬のみで対応するものではない。基本的考え方に、診療報酬以外の対応を同時に進めるという認識も盛り込むべき。（11/9 斎藤正憲委員（藤原参考人））

9 終末期医療

- ・ 年齢に着目した点数の設定には反対。年齢に関わらず終末期医療の在り方、治療の在り方について検討し、その成果をできるだけ早く広く国民、特に高齢者に示すべき。患者学や第2の義務教育のようなものも必要。人生100年時代を生きる情報を的確に情報提供し、患者として、利用者としての資質を上げていくべき。（9/16 樋口委員）
- ・ 在宅で末期患者を診ることがあるが、在宅では十分な治療ができないこともある。ガンの場合は耐えられるが、慢性期、特に認知症では家族が耐えきれない場合がある。終末期医療についてもう一度議論する必要がある。（9/16 高原委員）
- ・ 終末期医療のあり方や看取りについて考えるとクリニックも地域における存在は大きい。（9/16 横尾委員）
- ・ 看取りの取り組みが進むような体制を提案してもらいたい。（11/9 斉藤訓子委員）

10 その他

- ・ ガンの検診率を上げるべき。事前にケアができれば、医療費の適正化にも国民の安心にも繋がる。（9/16 横尾委員）
- ・ 「社会保障と税の一体改革」では番号制度が実現の方向である。診療報酬制度でも番号制度を利用すべき（9/16 横尾委員）
- ・ 日本の早期ガン発見率が高いのは、診療所の質が高いからであり、超高齢社会では気軽に身近なところで診断も検査も治療も受けられる日本型のミニ健康センター的な診療所が見直されるべき。（9/16 鈴木委員）
- ・ 急性期、慢性期を念頭に置いている部分については、亜急性期の視点も必要（10/26 鈴木委員）
- ・ 地域の産科、小児科を守るために、母親がもり立てている地域もある。そのような取組をリソースとして取り込めないか。診療報酬だと工夫がいるだろうが、患者と病院とのつなぎ目として期待。また、患者の意識改革も必要。（10/21 和田委員）

- 自殺者数は、10年続けて3万人を超えている。医療だけの話ではないが、医療も大事。22年改定で認知行動療法が評価されたが、今回も自殺対策を盛り込んで欲しい。
(10/21 柴田委員)

過去の診療報酬改定の基本方針における視点等

	平成18年度改定	平成20年度改定	平成22年度改定
重点課題等		<p>【緊急課題】 産科や小児科をはじめとする病院勤務医の負担の軽減</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ハイリスク妊産婦や母胎搬送への対応の充実 ・小児医療について専門的な医療を提供する医療機関の評価 ・診療所における夜間開業の評価 ・大病院が入院医療の比率を高めることの促進策 ・医師以外の者による書類作成等の体制の促進 	<p>【重点課題】 1. 救急、産科、小児、外科等の医療の再建</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域連携による救急患者の受入れの推進 ・救急患者を受け入れる医療機関に対する評価 ・新生児等の救急搬送を担う医師の活動の評価 ・後方病床、在宅療養の機能強化 ・手術の適正評価
			<p>【重点課題】 2. 病院勤務医の負担軽減</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医師以外の医療職が担う役割の評価 ・医療職以外が担う役割の評価 ・医療クラークの配置の促進 ・地域の医療・介護関係職種との連携の評価
視点	<p>① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬の名称等の位置づけを含めた分かりやすい診療報酬体系への見直し ・領収書の発行の義務付けを視野に入れた患者への情報提供の推進 ・生活習慣病等の重症化予防の推進 	<p>① 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・明細書を発行する仕組み ・分かりやすさの観点からの診療報酬体系や個々の評価項目の算定要件の見直し ・がん医療などについて、質を確保しつつ外来医療への移行を図るための評価 ・夕刻以降の診療所の開業の評価 ・地域単位での薬局における調剤の休日夜間や24時間対応の体制などに対する評価 	<p>① 患者から分かりやすく納得でき、安心・安全で、生活の質にも配慮した医療を実現する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診療報酬を患者等に分かりやすいものにするための検討 ・医療安全対策の推進に対する評価 ・患者一人一人の心身の特性や生活の質に配慮した医療の実現に対する評価 ・疾病の重症化予防などに対する適切な評価
	<p>② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・24時間診療ができる在宅医療や終末期医療への対応に係る評価 ・平均在院日数の短縮の促進に資する入院医療の評価 ・DPCの支払対象病院の拡大 ・病院と診療所の初再診料の格差等の外来医療の評価の在り方の検討 	<p>② 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・診断群分類別包括評価(DPC)の支払対象病院の在り方、拡大等 ・提供された医療の結果により質を評価する手法 ・7対1基本料等について医療ニーズに着目した評価 ・医療関係者間の連携や、介護・福祉関係者との連携、在宅歯科医療、訪問薬剤指導、訪問看護等の充実を含め、在宅医療が更に推進されるような評価 ・歯や口腔機能を長期的に維持する技術等についての評価 	<p>② 医療と介護の機能分化と連携の推進等を通じて、質が高く効率的な医療を実現する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・質が高く効率的な急性期入院医療や回復期リハビリテーション等の推進に対する評価 ・在宅医療や訪問看護、在宅歯科医療の推進 ・介護職種も含めた多職種間の連携などに対する適切な評価
	<p>③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・産科や小児科、救急医療等の適切な評価 ・IT化の集中的な推進 ・医療技術について、難易度、時間、技術力等を踏まえた適切な評価と保険導入手続の透明化・明確化 	<p>③ 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん医療の均てん化や緩和ケアの推進等のための評価 ・脳卒中にかかる発症後早期の治療体制や地域連携クリティカルパスを用いた円滑な医療提供体制の構築等に向けた評価 ・救急搬送された自殺企図への自殺防止のための精神科医を含めた総合的な診療の評価 ・子どもの心の問題に係る外来診療や専門的な医療機関の評価 ・医療安全の更なる向上のための新しい取組に対する評価 ・医薬品、医療機器に係るイノベーションの評価と後発医薬品の更なる使用促進 ・IT化の積極的な推進 	<p>③ 充実が求められる領域を適切に評価していく視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・がん医療の推進 ・認知症医療の推進 ・新型インフルエンザや結核等の感染症対策の推進 ・肝炎対策の推進 ・質の高い精神科入院医療の推進 ・歯科医療の充実 ・新しい医療技術や医薬品等についての、イノベーションの適切な評価
	<p>④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・慢性期入院医療の評価 ・入院時の食事に係る評価 ・外来医療における不適切な頻回受診の抑制のための評価 ・コンタクトレンズ診療等における不適切な検査の適正化のための評価 ・かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の本来の趣旨に即した適正な評価 ・後発医薬品の使用促進 ・医薬品、医療材料、検査の市場実勢価格等を踏まえた評価 	<p>④ 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相対的に治療効果が低くなった技術等は、新しい技術への置き換えが着実に進むような適正な評価 ・後発医薬品の更なる使用促進のための仕組みや環境整備の方策 ・医薬品、医療材料、検査等の市場実勢価格等を踏まえた適正な評価 	<p>④ 効率化余地があると思われる領域を適正化する視点</p> <ul style="list-style-type: none"> ・後発医薬品の使用促進 ・市場実勢価格調査等を踏まえた、医薬品・医療材料・検査の適正評価 ・相対的に治療効果が低くなった技術について、新しい技術への置き換えが着実に進むような適正な評価