

平成24年2月23日（木）
14時～16時
中央合同庁舎第5号館18階
専用第22会議室

急性期医療に関する作業グループ 第4回会合

議 事 次 第

- 一般病床の機能分化を進め、急性期医療への人的資源の集中化を図るための具体的方策について

（配布資料）

- 資 料 1 急性期医療に関する作業グループ第4回会合資料
- 資 料 2 急性期病床群（仮称）を医療法に位置づける効果
- 資 料 3 今後の議論を進めていく上でのポイント
- 資 料 4 これまでの議論で出てきた疑問点と当該疑問点に対する考え方

（構成員提出資料）

中川参考人提出資料

急性期医療に関する作業グループ構成員名簿

氏名	所属
相澤 孝夫	(社) 日本病院会副会長
尾形 裕也	九州大学大学院医学研究院教授
高智 英太郎	健康保険組合連合会理事
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
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
日野 頌三	(社) 日本医療法人協会会長
横倉 義武	(社) 日本医師会副会長

急性期医療に関する作業グループ第4回会合 資料

【目次】

1. 看護職員の配置の差による医療の実施内容について
 - 1-1. 看護職員の「配置が薄い病院」が多い地域について
 - 1-2. 全医療圏及び人的資源が乏しい医療圏における「配置が厚い病院」と「配置が薄い病院」について
2. 高齢者に対する医療について
3. 高齢者の割合が高い（75歳以上人口割合が高い）地域における医療について
4. 診療科数ごとの医療の実施内容について
5. 病院の特性ごとの平均在院日数について

※特に注釈がない場合、「平均在院日数」とは、一般病床の平均在院日数を指す。

なお、算定に当たっては、病院報告における定義 $\left(\frac{\text{年間在院患者延数}}{1/2 \times (\text{年間新入院患者数} + \text{年間退院患者数})} \right)$ を用いた。

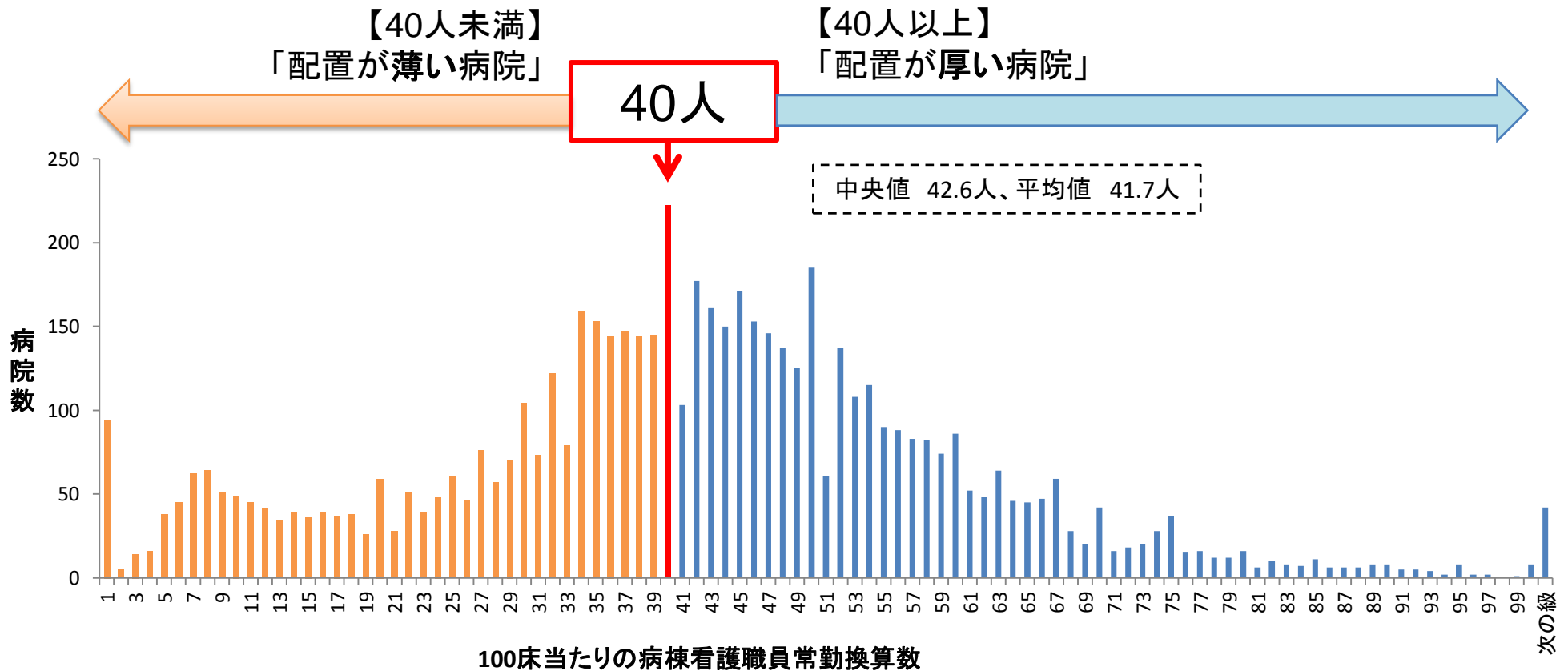
1. 看護職員の配置の差による医療の実施内容について

1-1. 看護職員の「配置が薄い病院」が多い地域について

看護職員の「配置が厚い病院」と「配置が薄い病院」について

○病院における人的資源を代表する要素として、一般病床100床当たりの病棟看護職員数をみた場合に、全病院の中央値・平均値*に近い40人を区切りとし、40人以上の病院(以下「配置が厚い病院」という。)と40人未満の病院(以下「配置が薄い病院」という。)の二群に分けることとする。

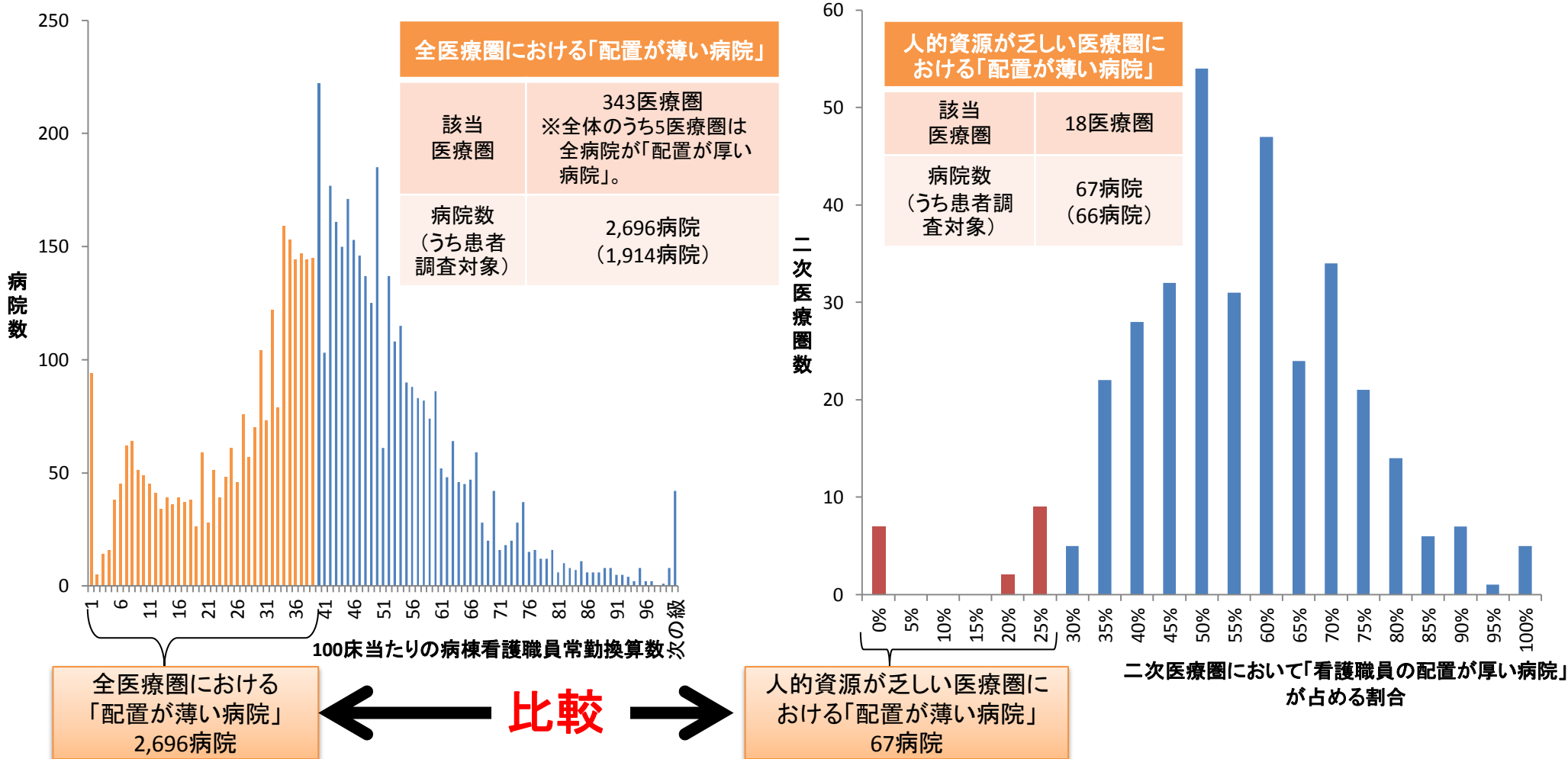
*一般病床を有する6,028病院について、一般病床100床当たりの病棟看護職員(看護師・准看護師)常勤換算数の中央値は42.6人、平均値は41.7人であるため、病棟看護職員常勤換算数40人を区切りとした。



「人的資源が乏しい医療圏」について

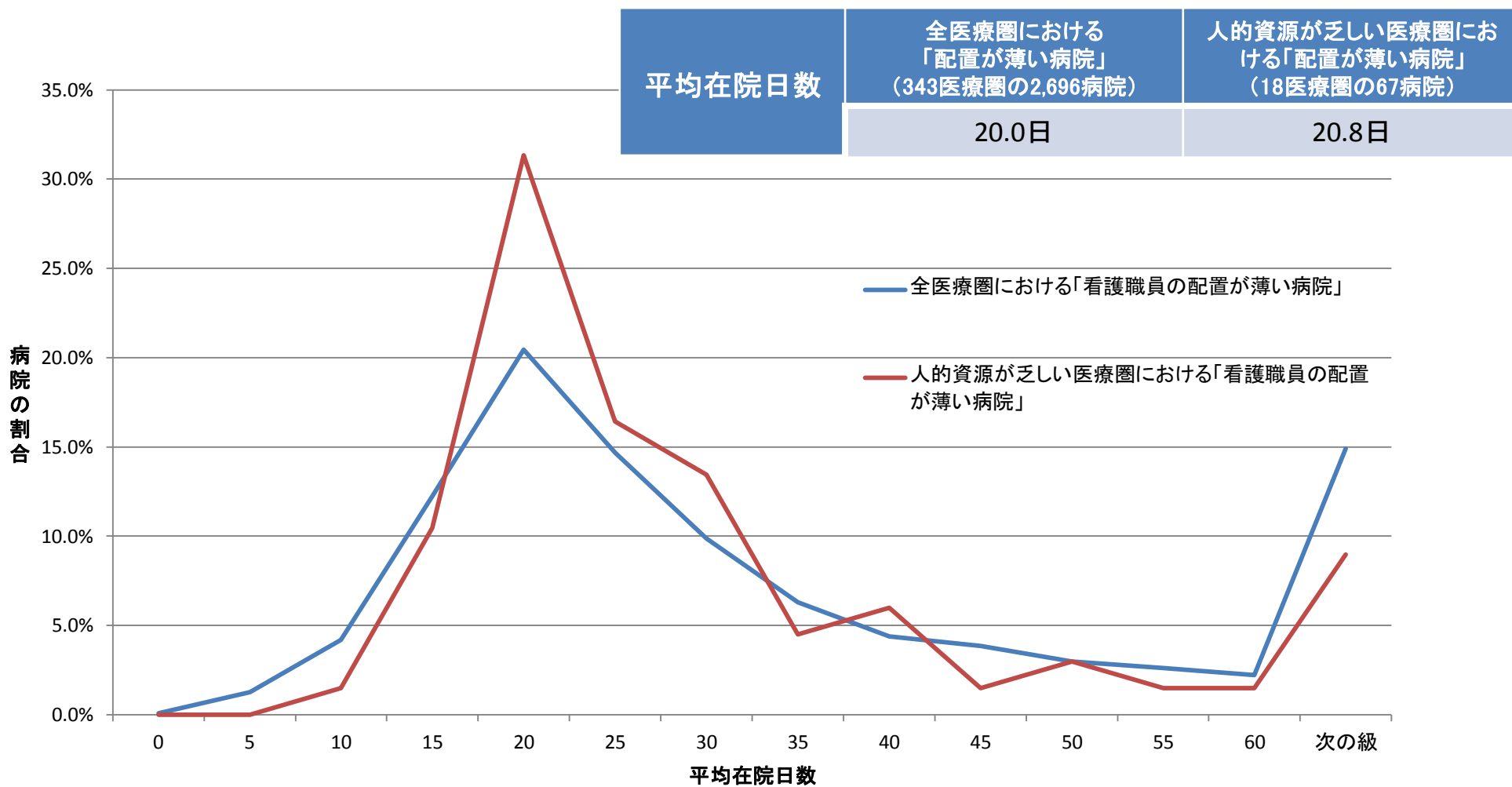
○各二次医療圏内の病院のうち、「配置が薄い病院」が75%以上を占める医療圏を「人的資源が乏しい医療圏」とすると、18医療圏が該当する。

○全医療圏と、当該18医療圏のそれぞれにおける「配置が薄い病院」同士を比較する。



平均在院日数別の病院の分布（「配置が薄い病院」間の比較）

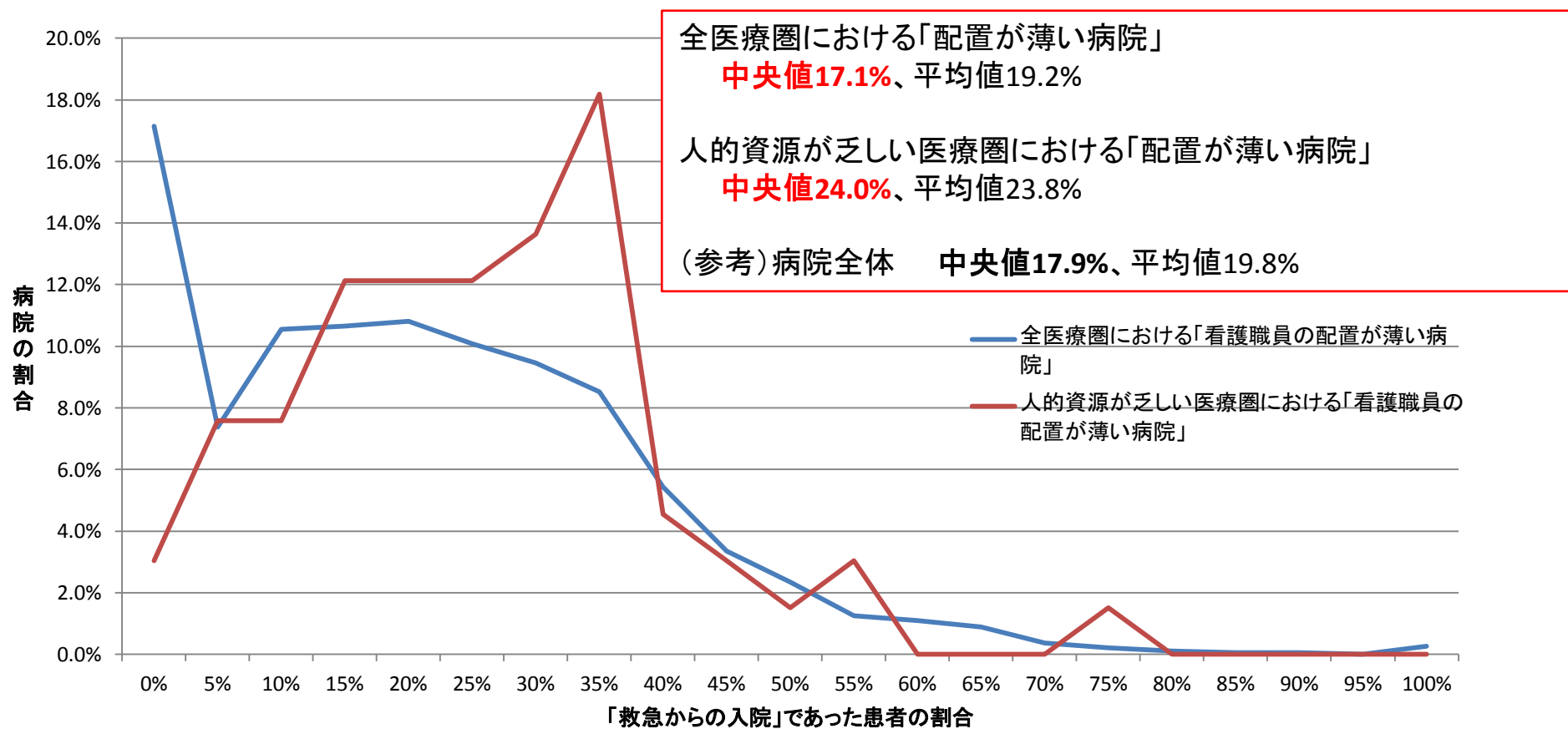
- 人的資源が乏しい医療圏における「配置が薄い病院」の平均在院日数は20.8日であり、全医療圏における「配置が薄い病院」とほぼ変わらない。
- 医療圏内の多くが「配置が薄い病院」であっても、全体と比較して、平均在院日数の差はみられない。



退院した患者のうち「救急からの入院」であった患者の割合（「配置が薄い病院」間の比較）

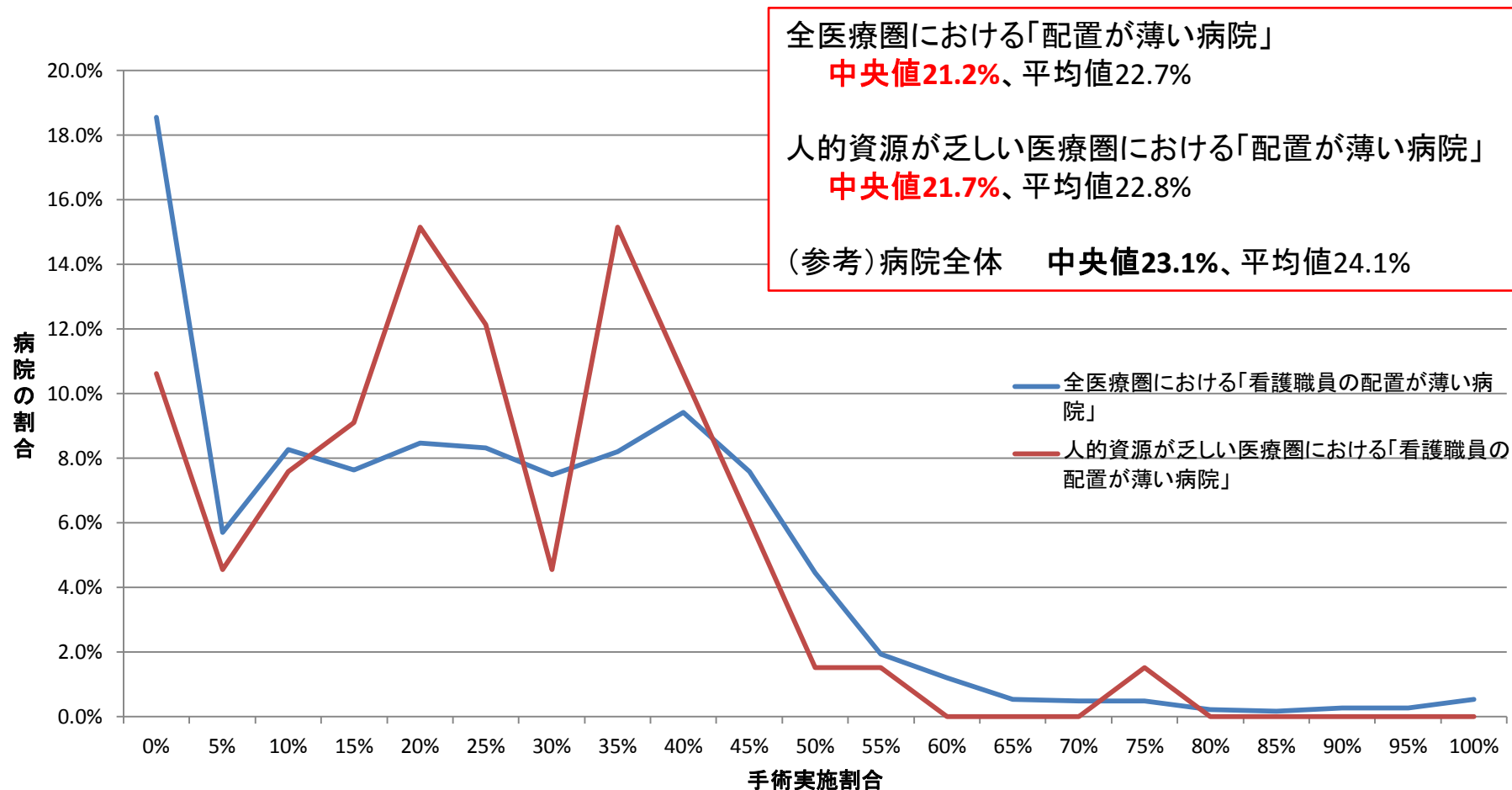
- 一般病床から退院した患者のうち、「救急からの入院*」であった患者の割合について、中央値で比較すると、人的資源が乏しい医療圏における「配置が薄い病院」は、全医療圏における「配置が薄い病院」と比べて、6.9%高い。また、病院全体の中央値と比較しても、6.1%高い。
- 人的資源が乏しい医療圏においては、その他の地域と比べて、「配置が薄い病院」が救急医療をより担っているといえる。

*「救急からの入院」とは、救急車、救急外来、診療時間外のいずれかにより入院した患者。



退院した患者のうち「手術を実施した患者」の割合（「配置が薄い病院」間の比較）

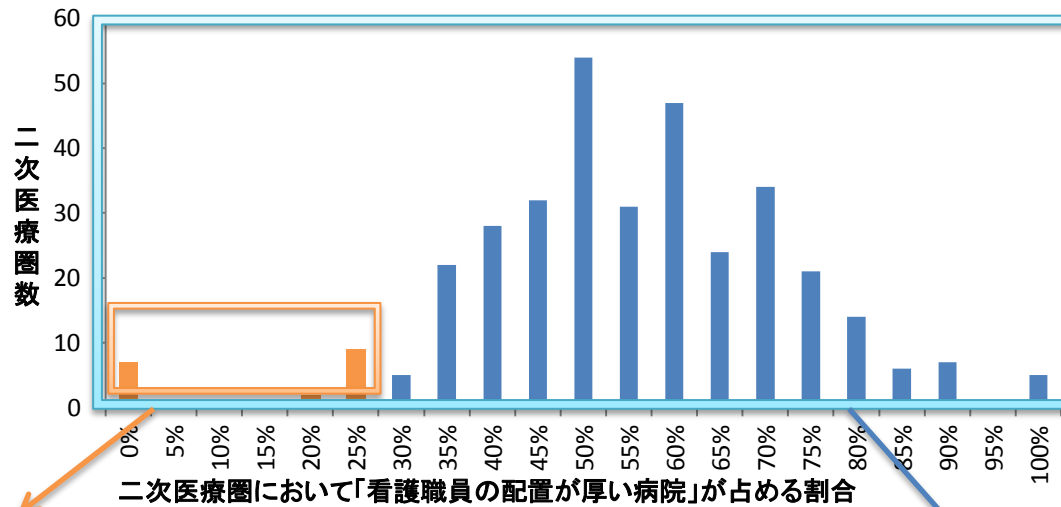
○一般病床から退院した患者のうち、手術を実施した患者の割合について、中央値で比較すると、人的資源が乏しい医療圏における「配置が薄い病院」は、全医療圏における「配置が薄い病院」とほぼ変わらない。



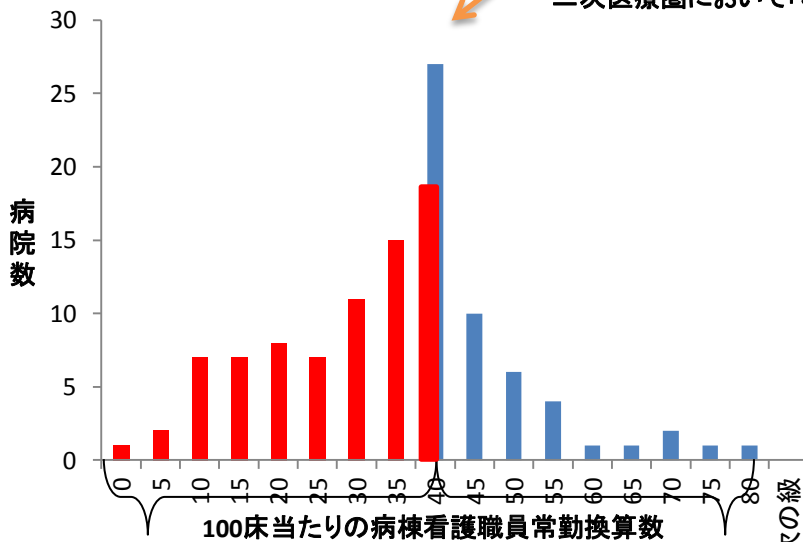
1. 看護職員の配置の差による医療の実施内容について
 - 1-2. 全医療圏及び人的資源が乏しい医療圏における「配置が厚い病院」と「配置が薄い病院」について

全医療圏及び人的資源が乏しい医療圏における 「配置が厚い病院」と「配置が薄い病院」について

人的資源が乏しい医療圏	
医療圏数	18医療圏
病院数 (うち患者調査対象)	81病院 (80病院)
配置が薄い病院数 (うち患者調査対象)	67病院 (66病院)



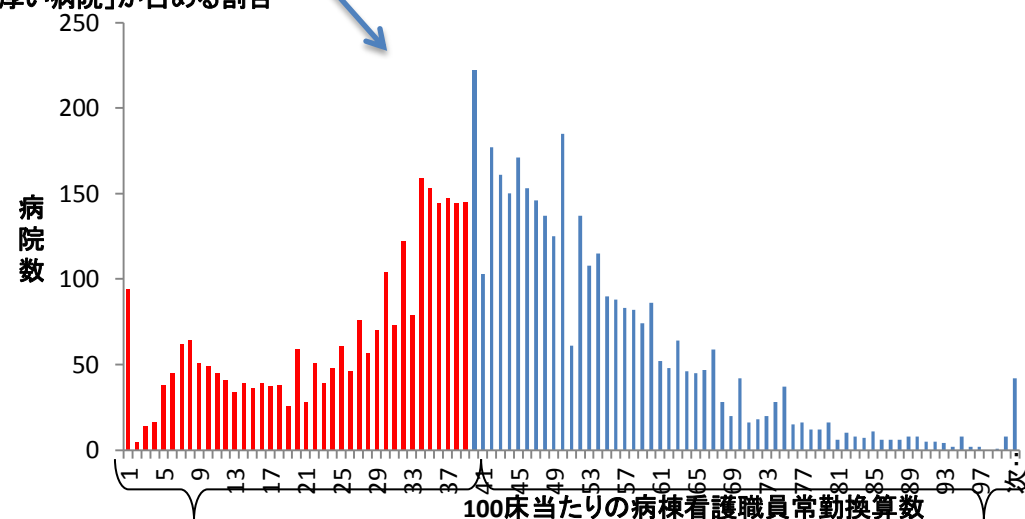
全医療圏	
医療圏数	348医療圏 (H20当時)
病院数 (うち患者調査対象)	6,028病院 (4,341病院)
配置が薄い病院数 (うち患者調査対象)	2,696病院 (1,914病院)



人的資源が乏しい医療圏における「配置が薄い病院」
67病院

人的資源が乏しい医療圏における「配置が厚い病院」
14病院

比較



全医療圏における「配置が薄い病院」
2,696病院

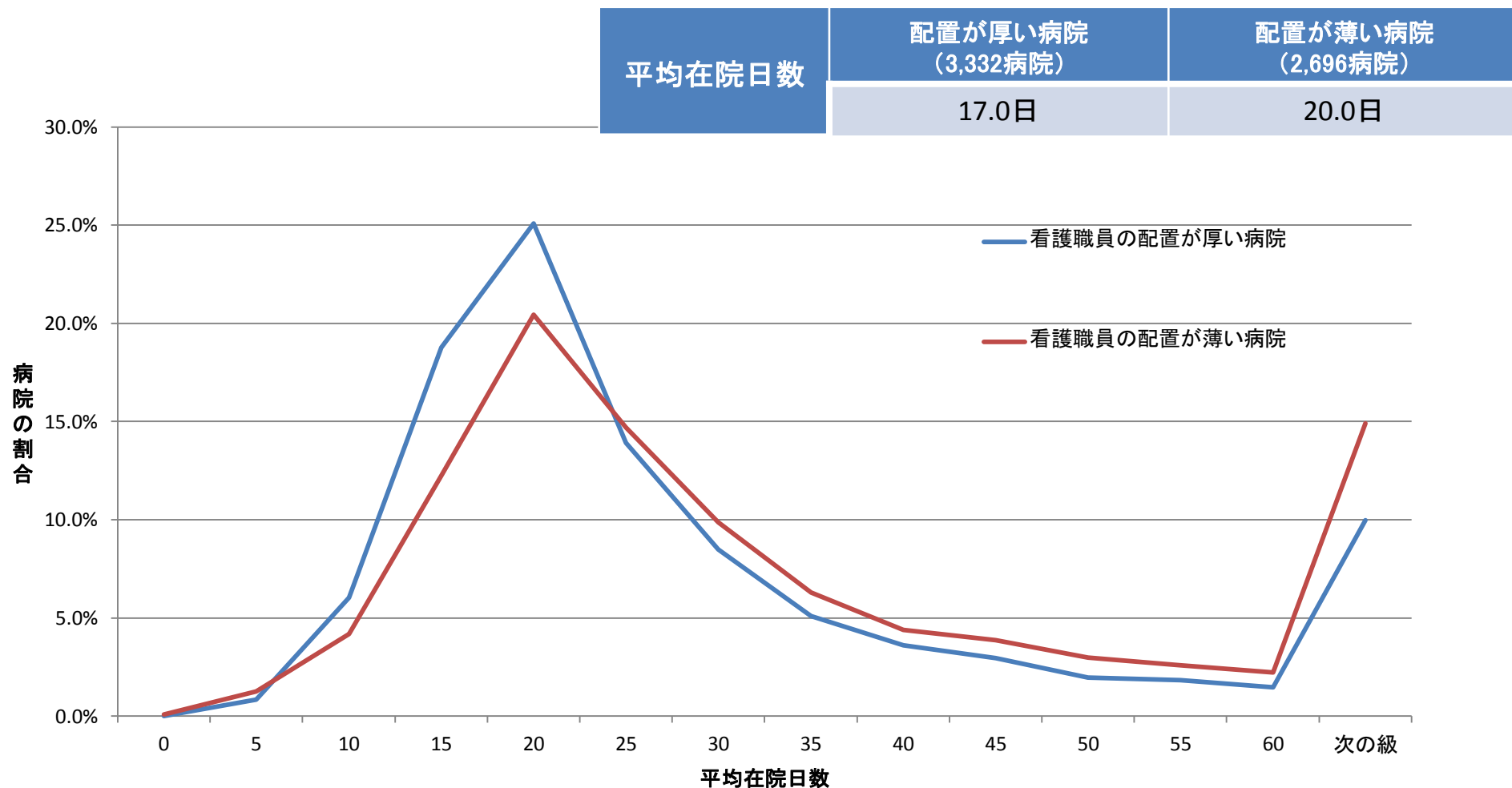
全医療圏における「配置が厚い病院」
3,332病院

比較

平均在院日数別の病院の分布

(全医療圏における「配置が厚い病院」と「配置が薄い病院」で比較)

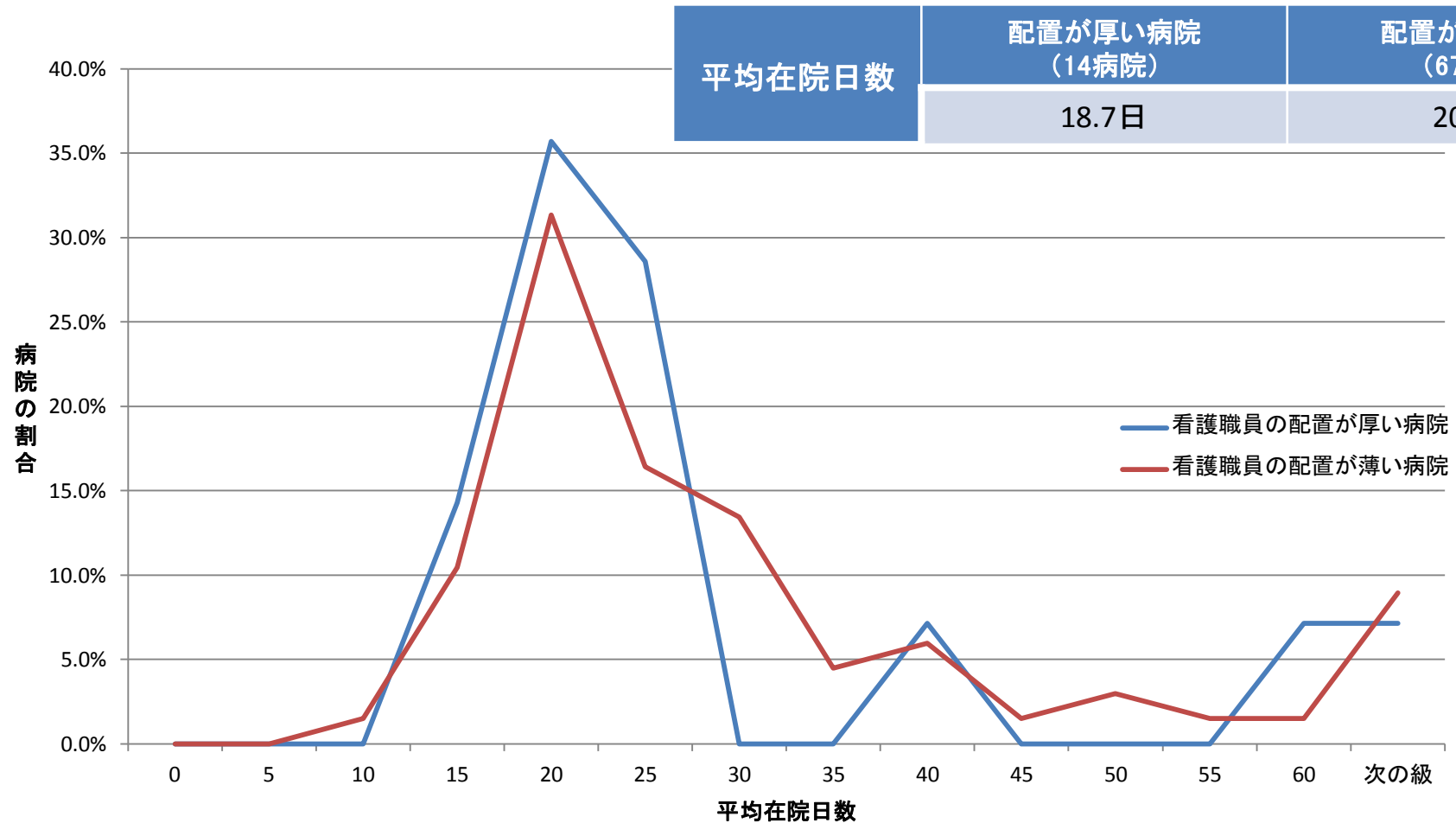
○全医療圏における「配置が薄い病院」の平均在院日数は20.0日であり、「配置が厚い病院」に比べて、3日長い。



平均在院日数別の病院の分布

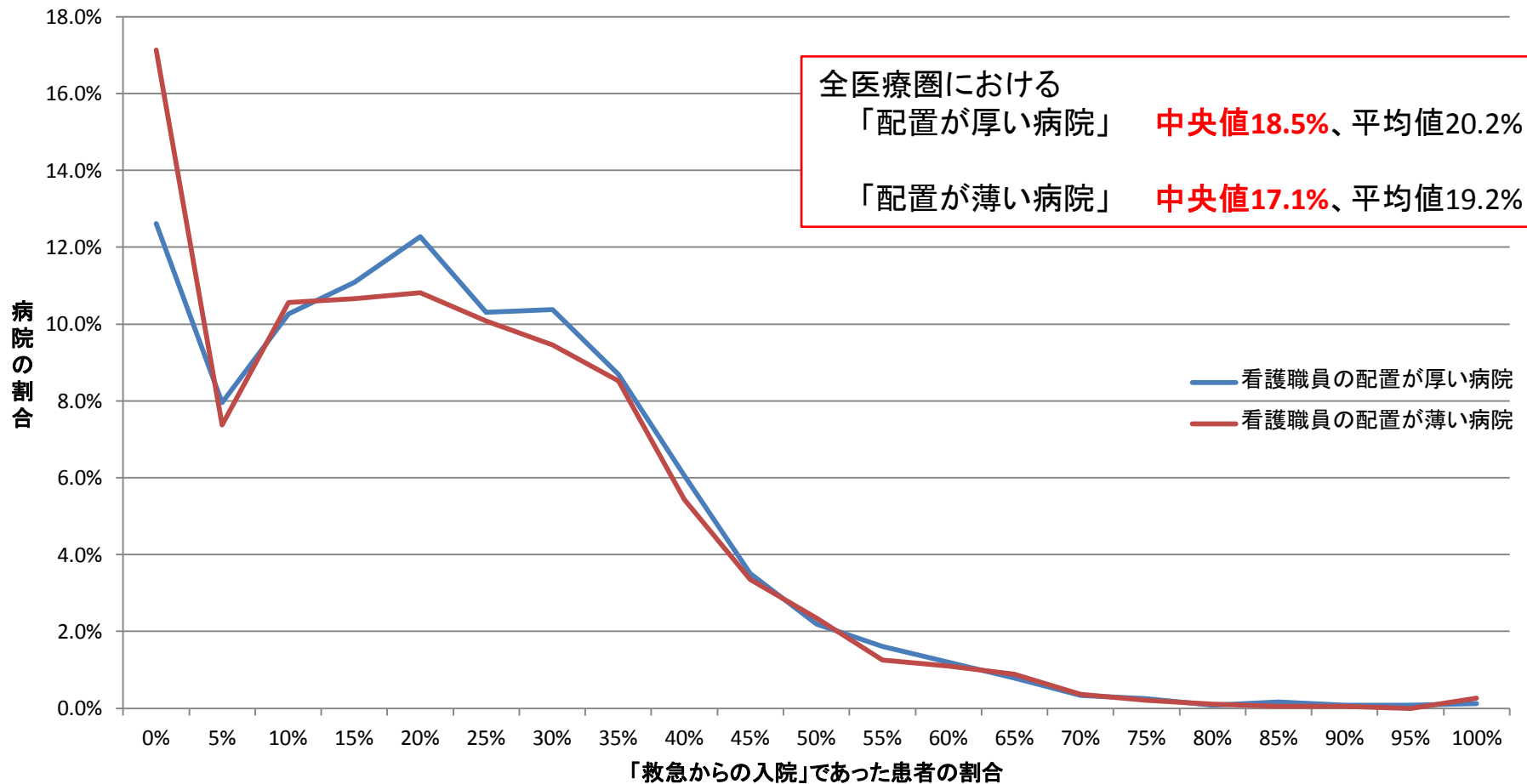
(人的資源が乏しい医療圏における「配置が厚い病院」と「配置が薄い病院」で比較)

○人的資源が乏しい医療圏における「配置が薄い病院」の平均在院日数は20.8日であり、「配置が厚い病院」に比べて、2.1日長い。



退院した患者のうち「救急からの入院」であった患者の割合 (全医療圏における「配置が厚い病院」と「配置が薄い病院」で比較)

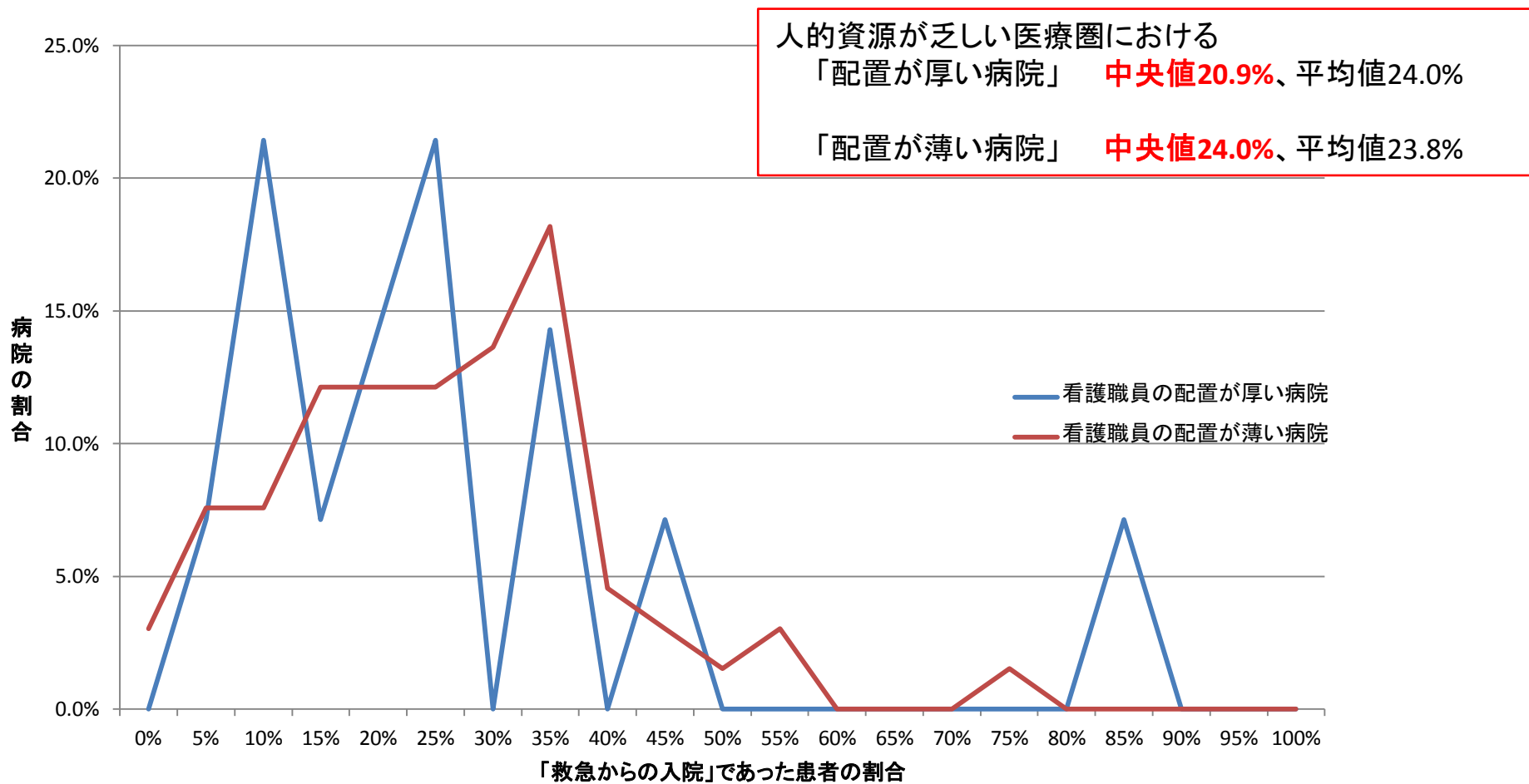
○一般病床から退院した患者のうち、救急からの入院であった患者の割合について、中央値で比較すると、「配置が薄い病院」は、「配置が厚い病院」と比べて、1.4%低い。



退院した患者のうち「救急からの入院」であった患者の割合

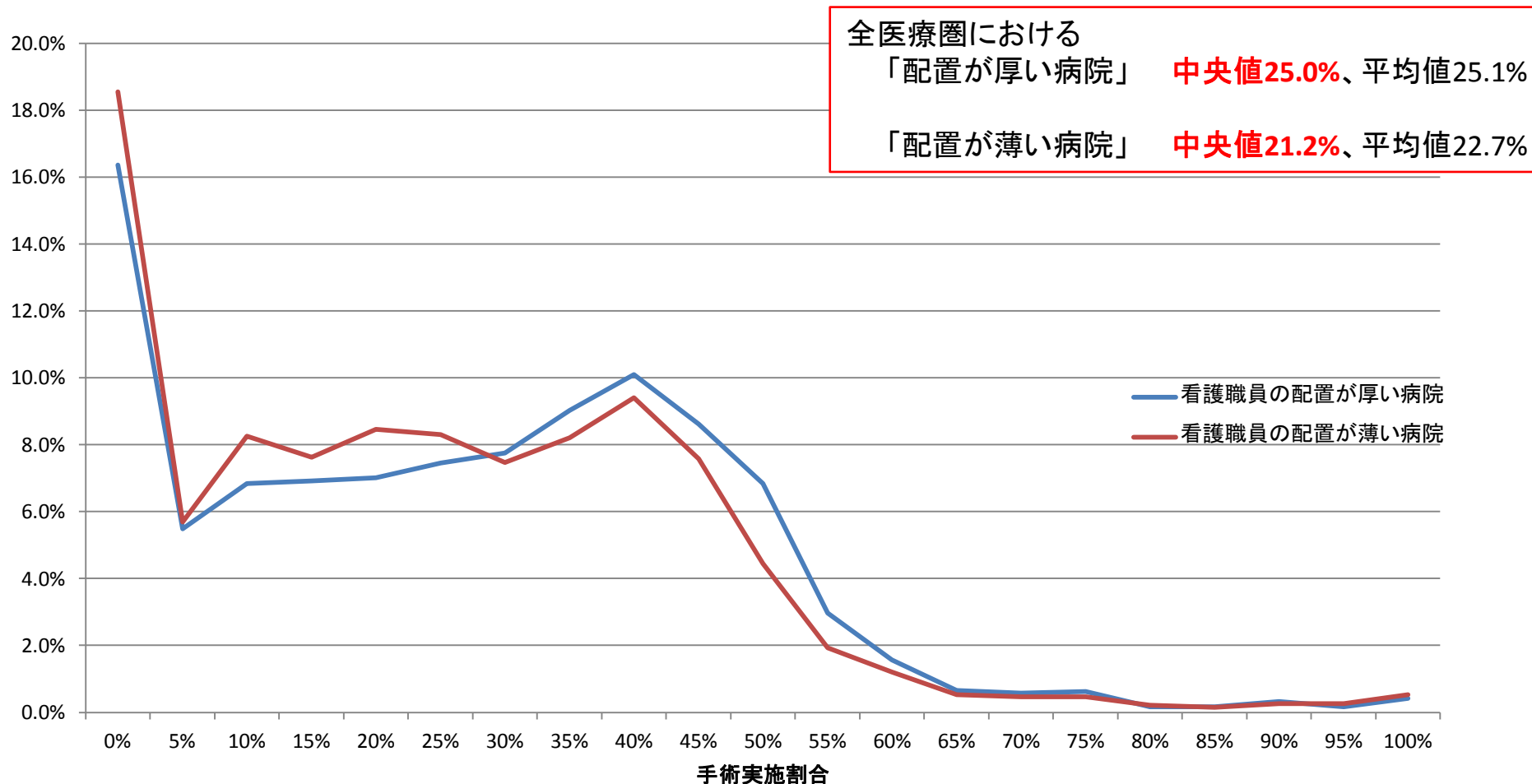
(人的資源が乏しい医療圏における「配置が厚い病院」と「配置が薄い病院」で比較)

- 人的資源が乏しい医療圏において、一般病床から退院した患者のうち、救急からの入院であった患者の割合について、中央値で比較すると、「配置が薄い病院」は、「配置が厚い病院」と比べて、3.1%高い。
- 人的資源が乏しい医療圏では、全医療圏と異なり、「配置が薄い病院」が救急医療をより担っている。



退院した患者のうち「手術を実施した患者」の割合 (全医療圏における「配置が厚い病院」と「配置が薄い病院」で比較)

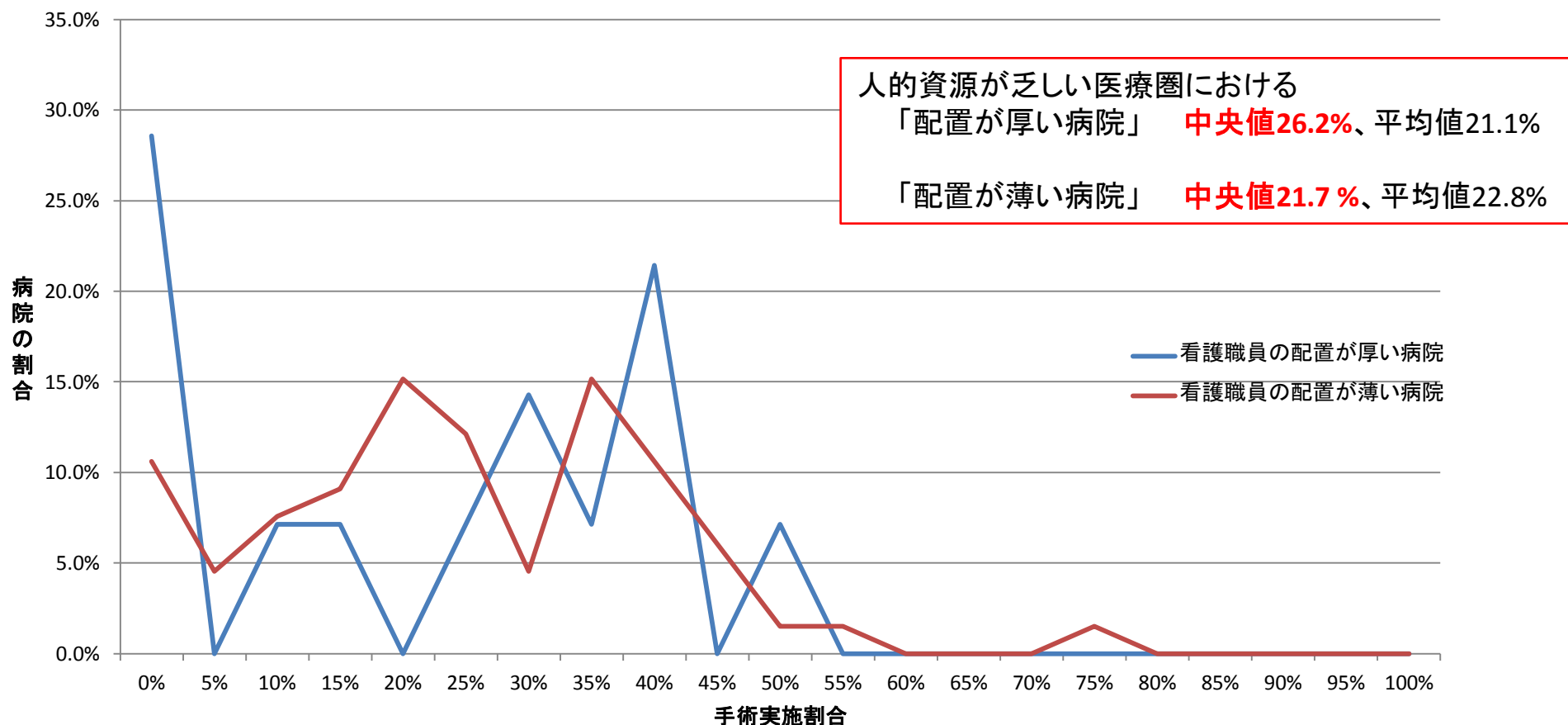
○一般病床から退院した患者のうち、手術を実施した患者の割合について、中央値で比較すると、「配置が薄い病院」は、「配置が厚い病院」と比べて、3.8%低い。



退院した患者のうち「手術を実施した患者」の割合

(人的資源が乏しい医療圏における「配置が厚い病院」と「配置が薄い病院」で比較)

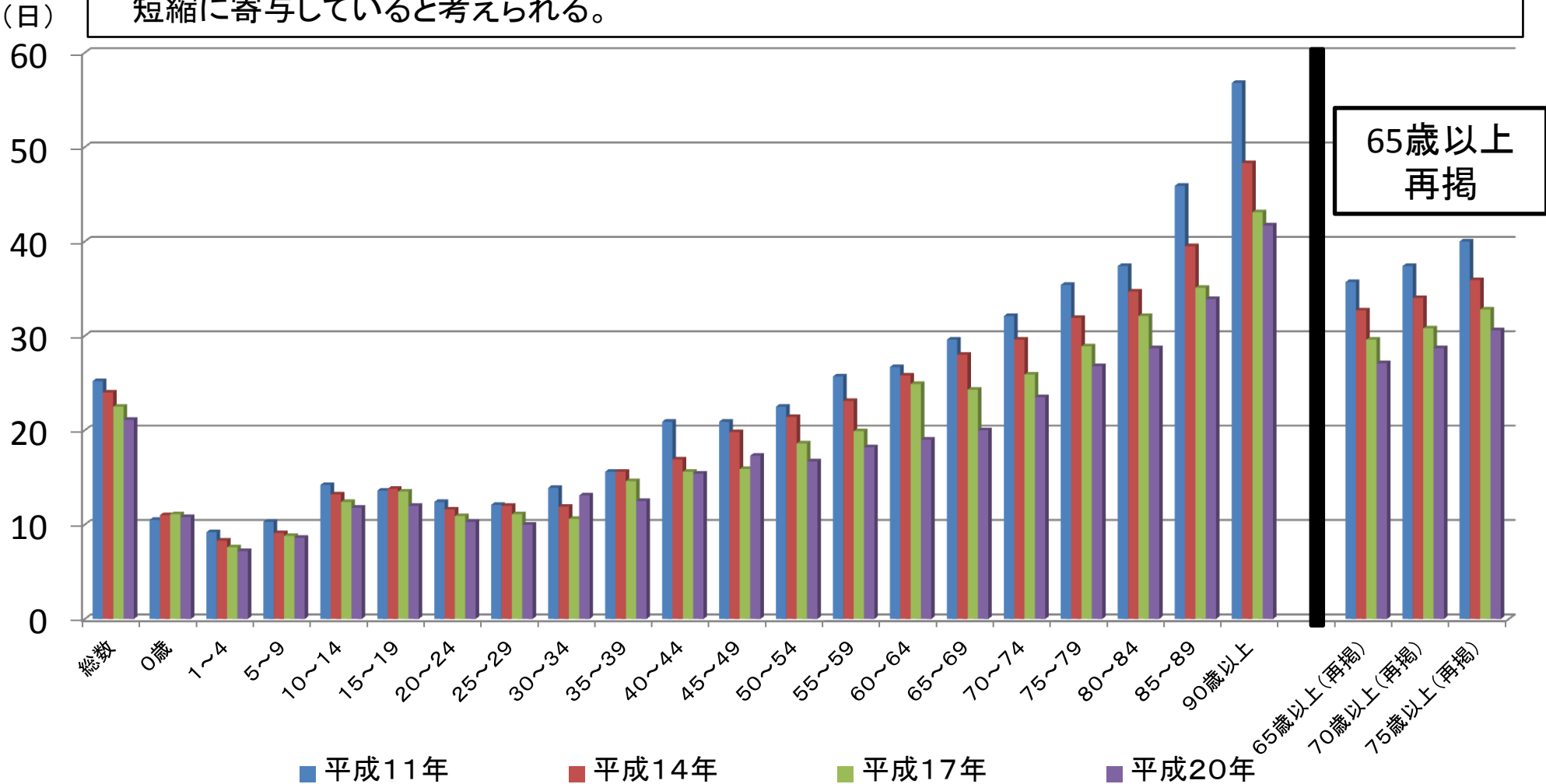
- 人的資源が乏しい医療圏において、一般病床から退院した患者のうち、手術を実施した患者の割合について、中央値で比較すると、「配置が薄い病院」は、「配置が厚い病院」と比べて、4.5%低い。
- 人的資源が乏しい医療圏においても、全医療圏の傾向と同じように、「配置が厚い病院」がより多くの手術を実施している傾向にある。



2. 高齢者に対する医療について

退院患者平均在院日数の年次推移（病院の一般病床について）

- 一般病床からの退院患者でみたときに、年齢が高いほど、退院患者平均在院日数は長くなる傾向にあるが、年次推移を見ると、各年齢階級とも短くなる傾向にある。
- 高齢者のほうが若年者に比べて、平均在院日数が短くなる傾向は大きく、全体の平均在院日数の短縮に寄与していると考えられる。

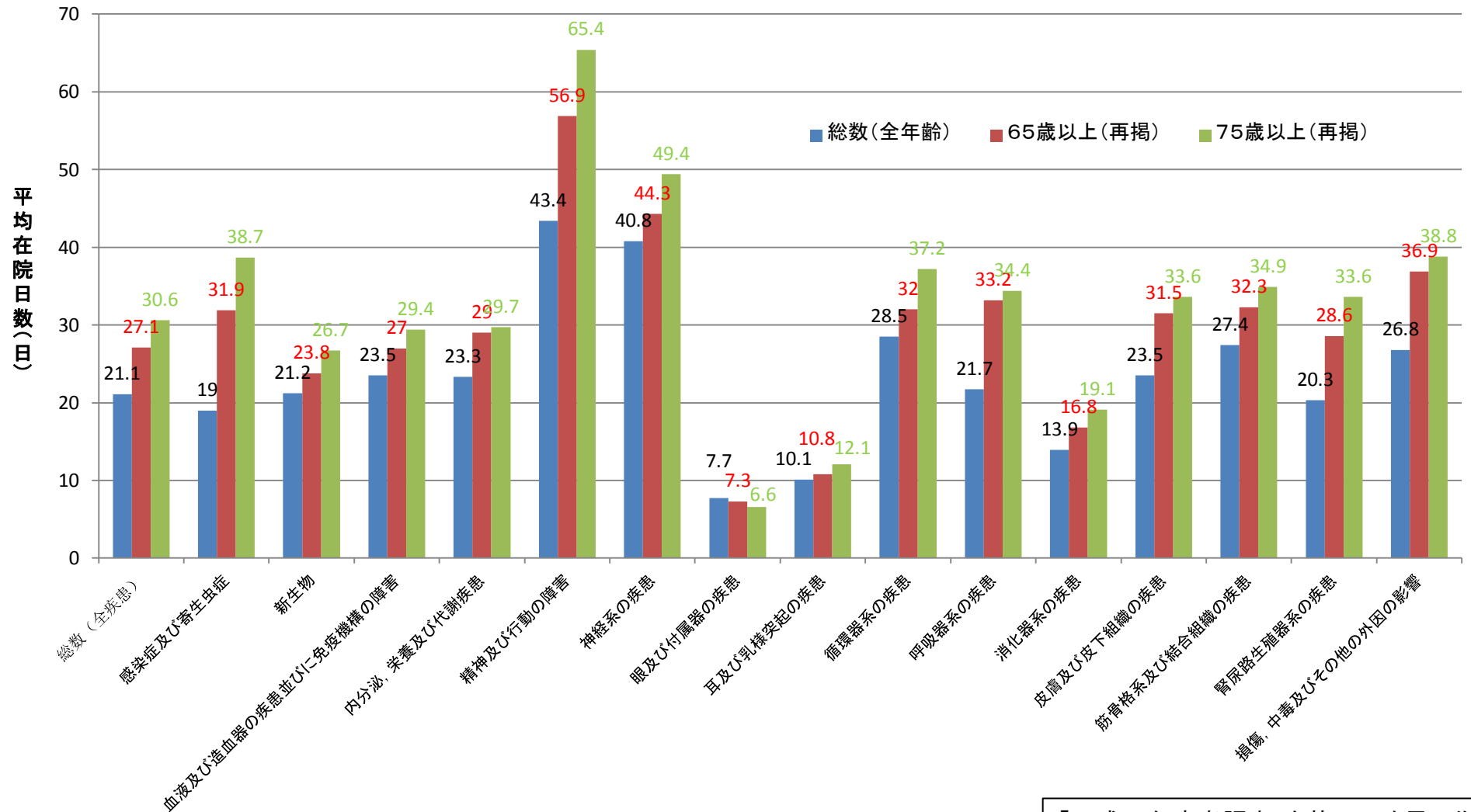


※一般病床のデータを比較しているが、平成11年は「その他の一般病床」のデータとなっている。

※※ここでいう「平均在院日数」は、「患者調査」のデータによる。

退院患者の年齢・疾患別の平均在院日数（病院の一般病床について）

○一般病床からの退院患者でみたときに、退院患者の平均在院日数は、一部の疾患を除いて、年齢が高いほど長くなっている。
 ○全疾患でみた平均在院日数は21.1日だが、そのうち、75歳以上に限ると30.6日となっている。

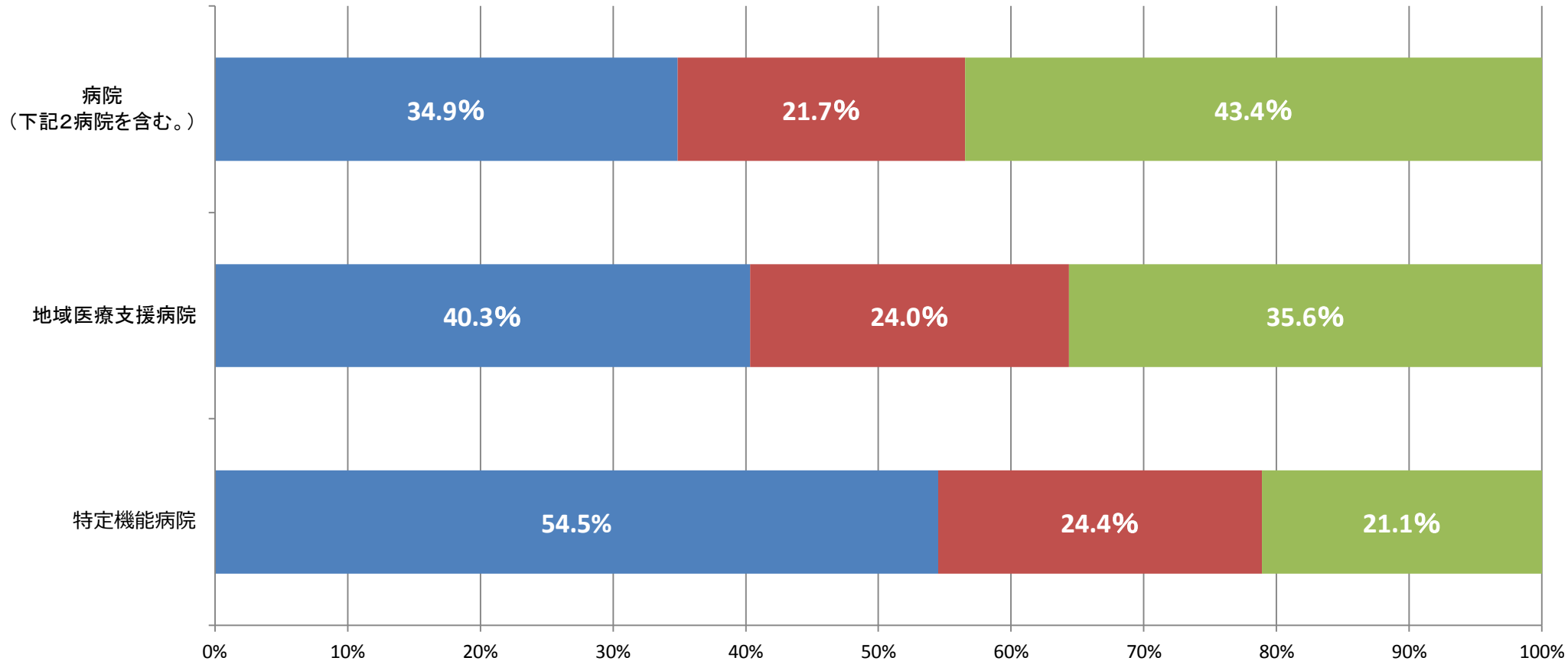


※ここでいう「平均在院日数」は、「患者調査」のデータによる。

年齢構成別入院患者数 ①

- 病院の一般病床に入院している患者のうち、65歳未満の患者の割合については、病院全体が34.9%、地域医療支援病院が40.3%、特定機能病院が54.5%であった。
- 病院全体に比べると、地域医療支援病院や特定機能病院の高齢者の割合は少なく、これらに含まれない病院が高齢者医療を相対的に多く担っていると考えられる。

■ 0～64歳 ■ 65～74歳 ■ 75歳～

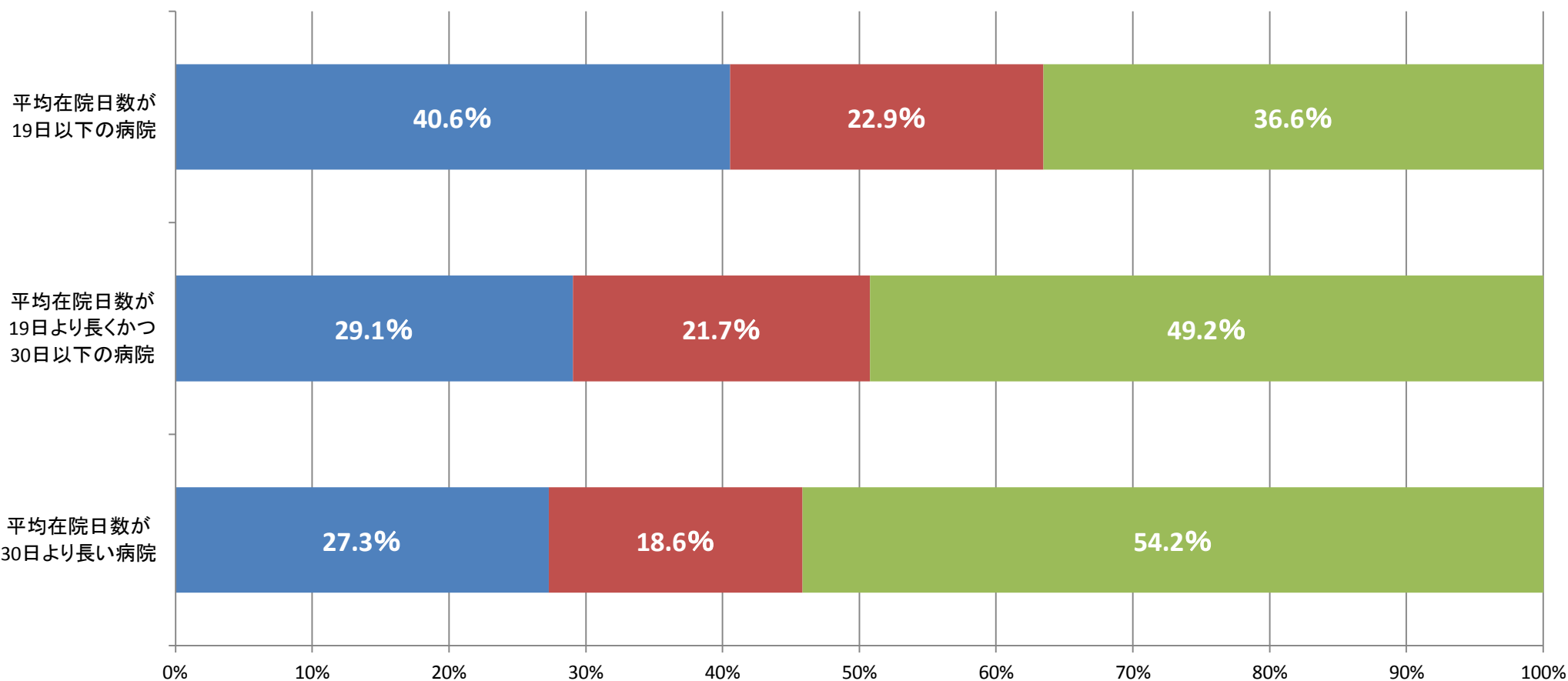


年齢構成別入院患者数 ②

○病院の一般病床に入院している患者のうち、65歳未満の患者の割合については、平均在院日数が19日以下の病院が40.6%、19日より長くかつ30日以下の病院が29.1%、30日より長い病院が27.3%であった。

○平均在院日数が長い病院では、高齢者の割合が高い。

■ 0～64歳 ■ 65～74歳 ■ 75歳～



※ここでいう「平均在院日数」は、「患者調査」のデータによる。

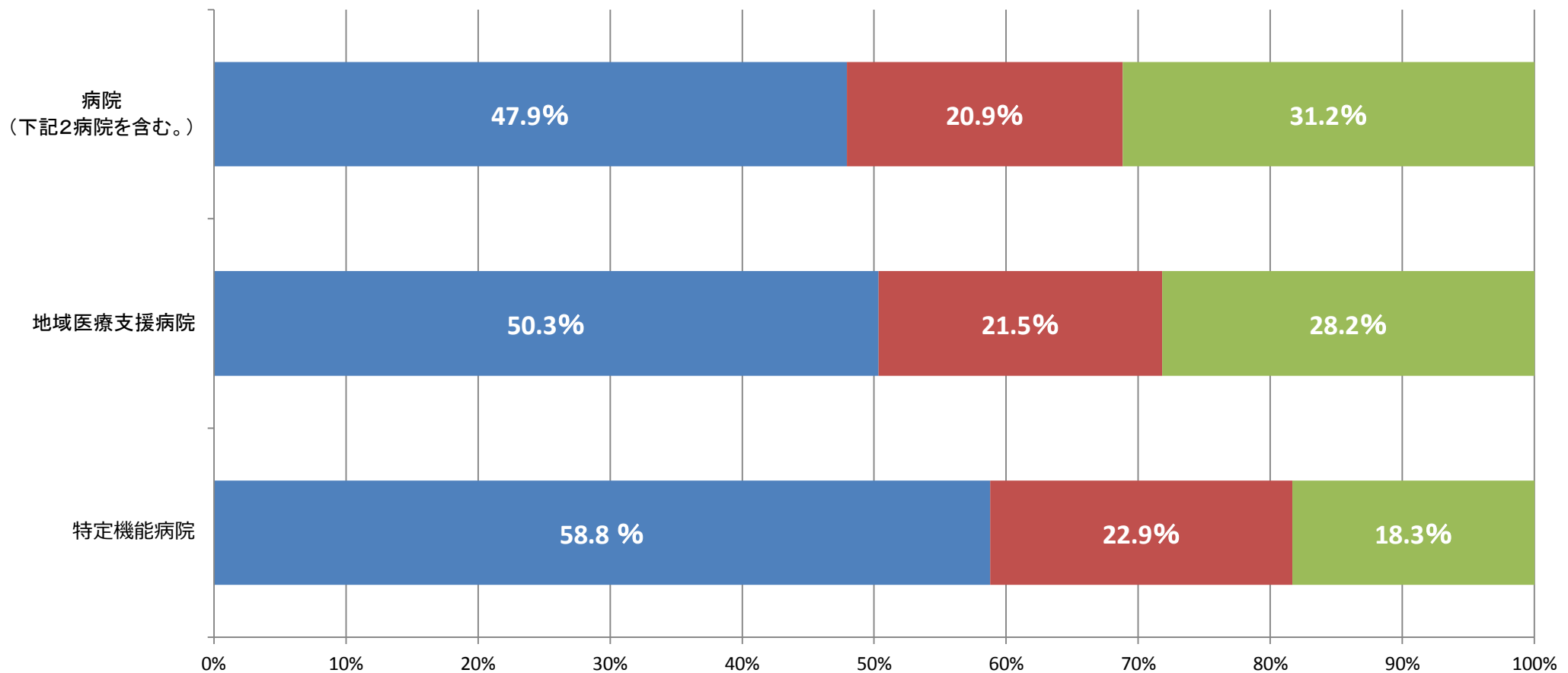
「平成20年患者調査」を基に医政局で作成

年齢構成別退院患者数 ①

○病院の一般病床から退院した患者のうち、65歳未満の患者の割合については、病院全体が47.9%、地域医療支援病院が50.3%、特定機能病院が58.8%であった。

○病院全体に比べると、地域医療支援病院や特定機能病院の高齢者の割合は少なく、これらに含まれない病院が高齢者医療を相対的に多く担っていると考えられる。

■ 0～64歳 ■ 65～74歳 ■ 75歳～

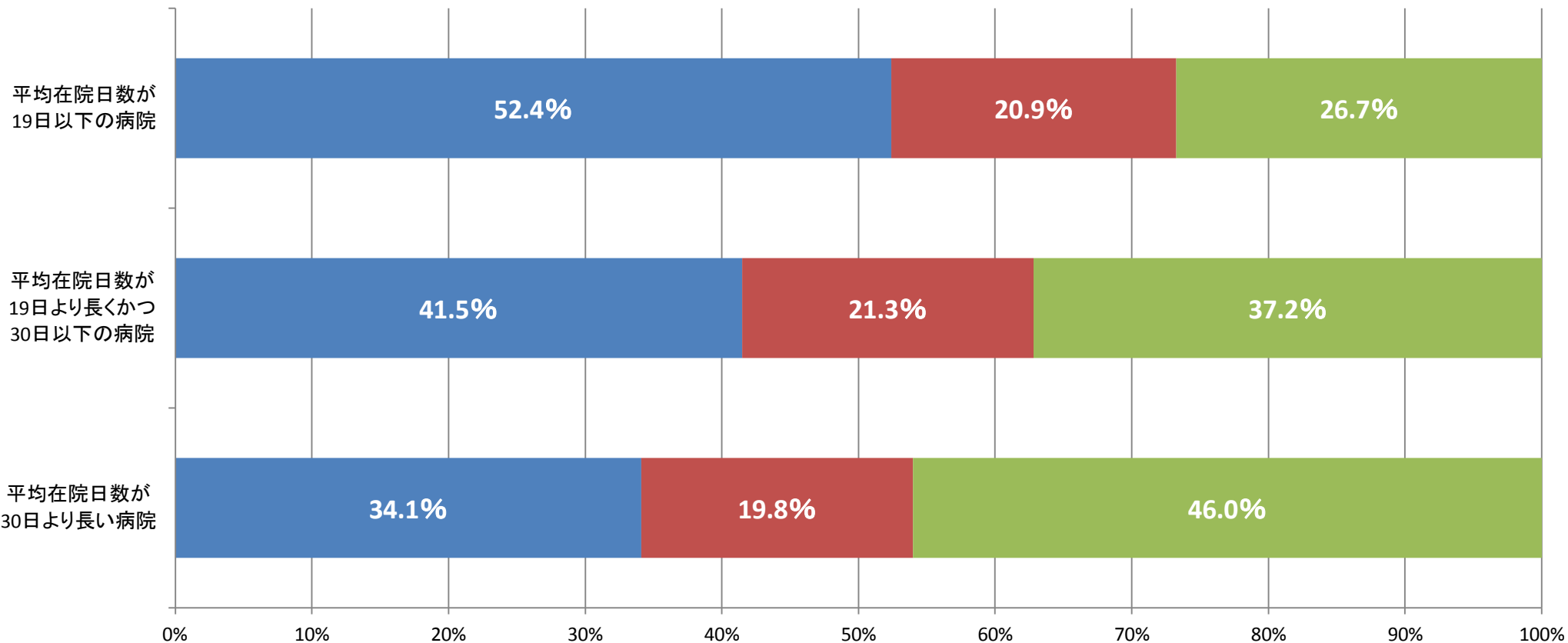


年齢構成別退院患者数 ②

○病院の一般病床から退院した患者のうち、65歳未満の患者の割合については、平均在院日数が19日以下の病院が52.4%、19日より長くかつ30日以下の病院が41.5%、平均在院日数が30日より長い病院が34.1%であった。

○平均在院日数が長い病院では、高齢者の割合が高い。

■ 0～64歳 ■ 65～74歳 ■ 75歳～



※ここでいう「平均在院日数」は、「患者調査」のデータによる。

「平成20年患者調査」を基に医政局で作成

**3. 高齢者の割合が高い(75歳以上人口割合が高い)
地域における医療について**

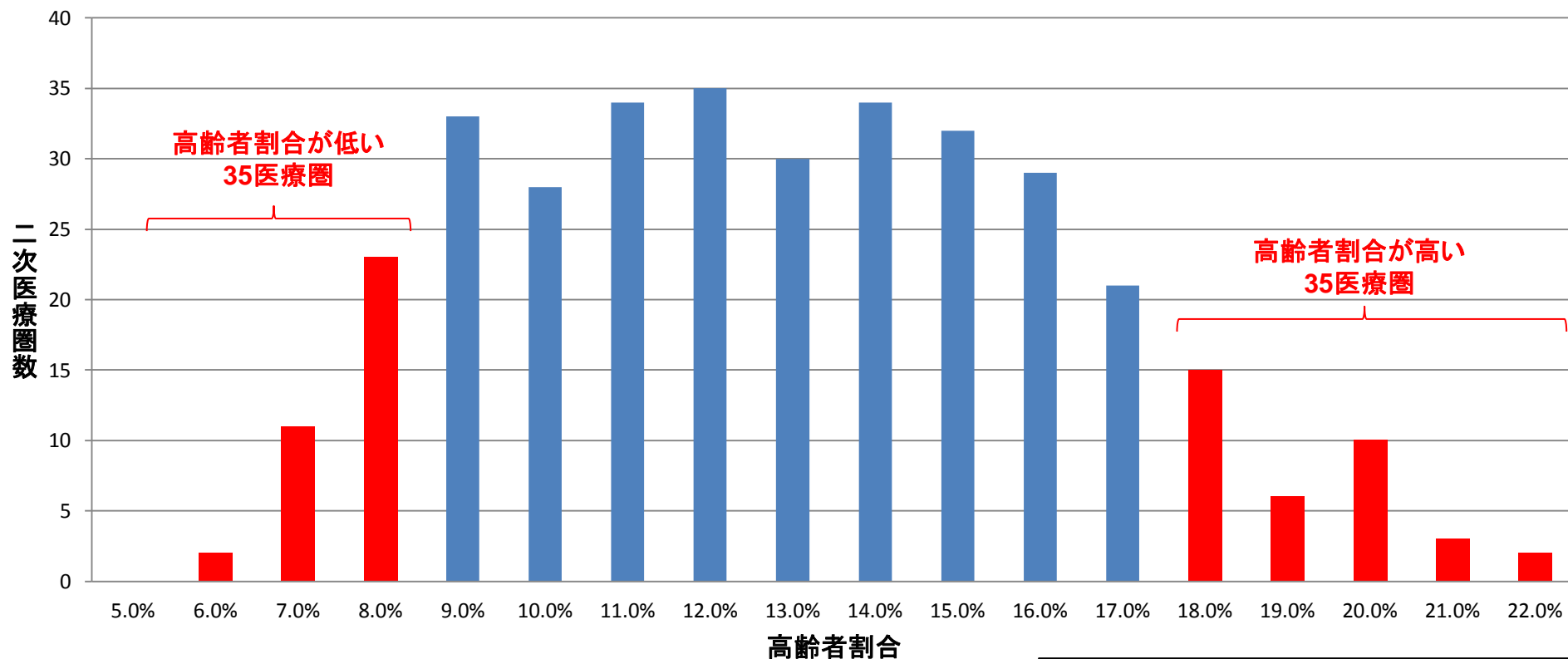
二次医療圏別高齢者割合

○全人口で見ると、高齢者(75歳以上)割合は10.0%。(平成20年住民基本台帳より)

○二次医療圏別にみた場合、

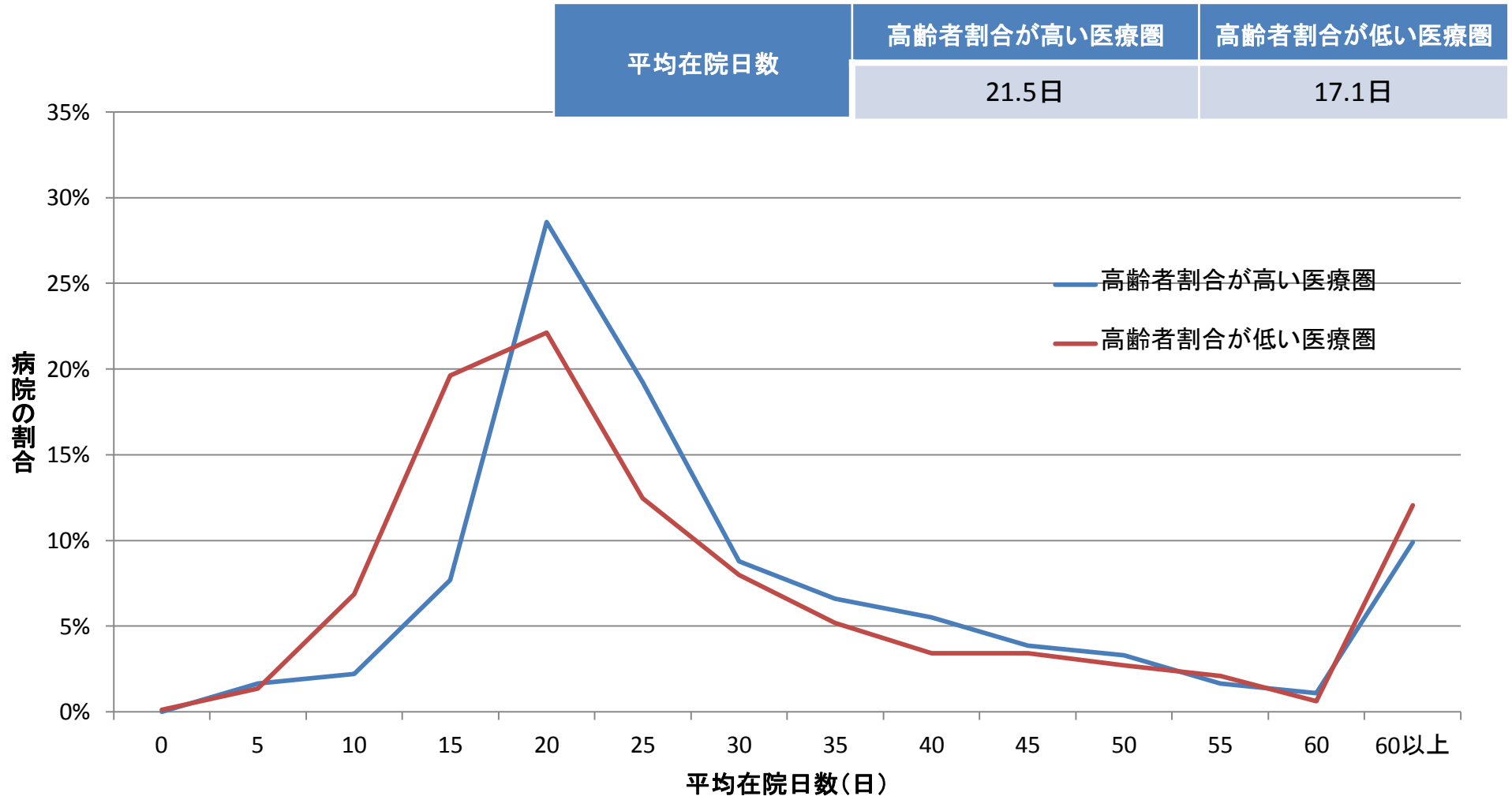
- ・高齢者割合が高い上位10%の35医療圏では、高齢者割合17.0%~21.8%
- ・高齢者割合の低い上位10%の35医療圏では、高齢者割合5.8%~7.9%

と地域によって差がある。



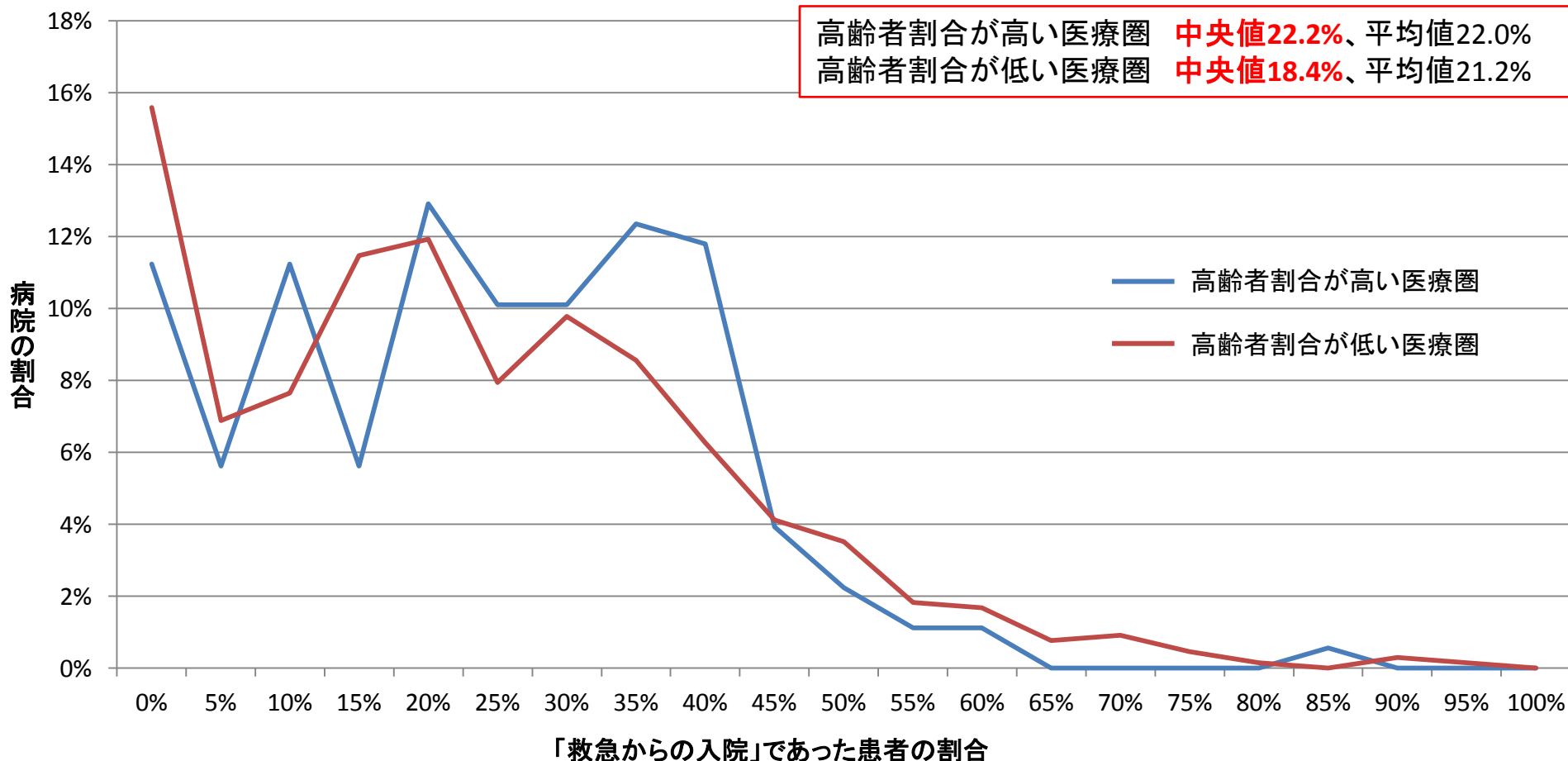
二次医療圏別高齢者割合別の平均在院日数

○二次医療圏別にみた場合、一般病床の平均在院日数について、高齢者割合が低い医療圏は、高い医療圏に比べて、平均在院日数が約4日短い。



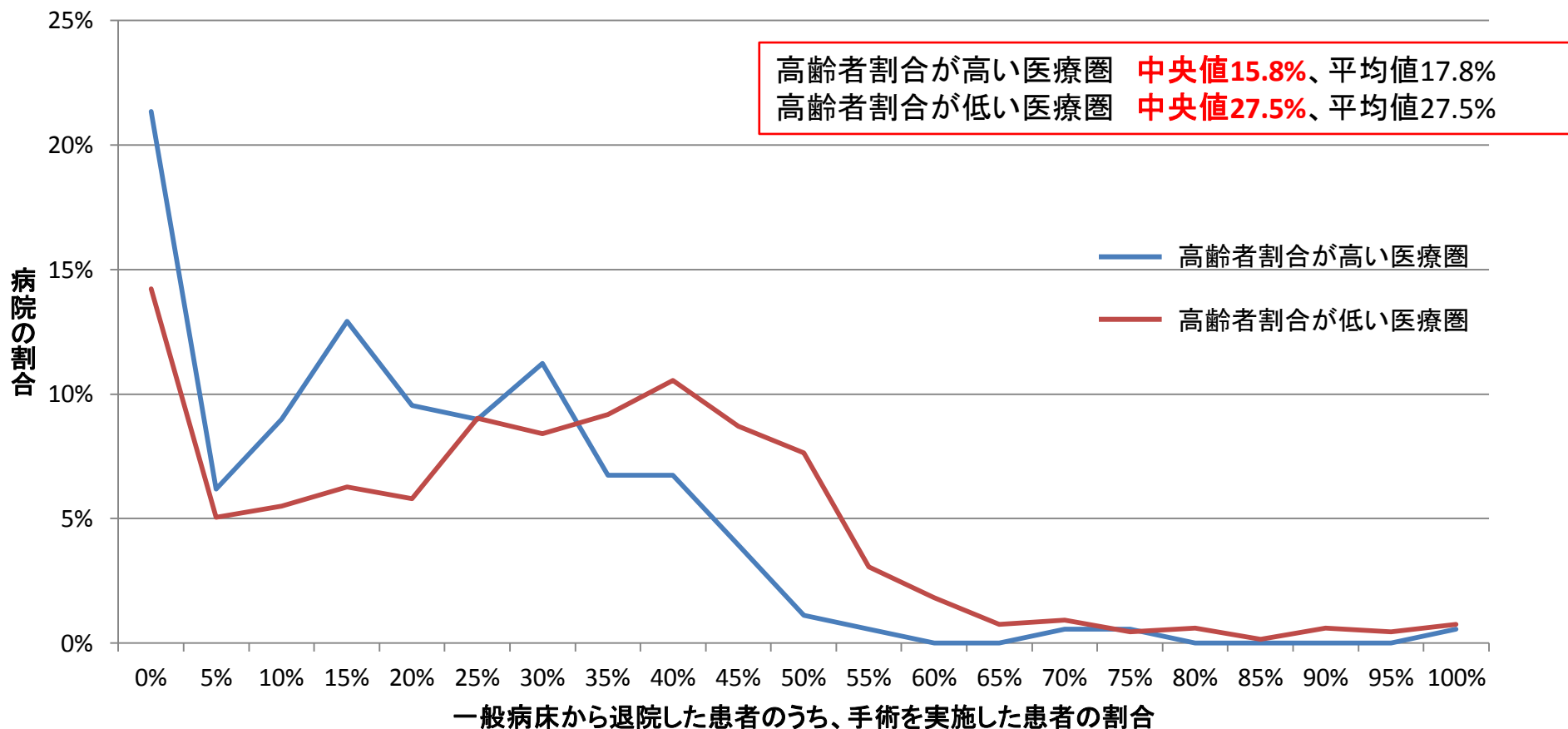
二次医療圏別高齢者割合別の「救急からの入院」患者の割合

- 二次医療圏別にみた場合、一般病床からの退院患者のうち、「救急からの入院」であった患者の割合について、中央値と比較すると、高齢者割合が高い医療圏は、低い医療圏に比べて、3.8%高い。
- 高齢者割合が高い地域では、より救急医療の必要性が高いと考えられる。



二次医療圏別高齢者割合別の手術の実施割合

○二次医療圏別にみた場合、一般病床からの退院患者のうち、手術を実施した患者の割合について、中央値と比較すると、高齢者割合が低い医療圏は、高い医療圏に比べて、11.7%高い。



高齢者割合別看護配置別の平均在院日数

- 二次医療圏別にみた場合、一般病床の平均在院日数について、**高齢者割合が高い医療圏**の中でも、看護職員の「配置が厚い病院(※1)」は、看護職員の「配置が薄い病院(※2)」に比べて、平均在院日数が**1日短い**。
- 二次医療圏別にみた場合、一般病床の平均在院日数について、**高齢者割合が低い医療圏**の中でも、「配置が厚い病院」は、「配置が薄い病院」に比べて、平均在院日数が**2.3日短い**。

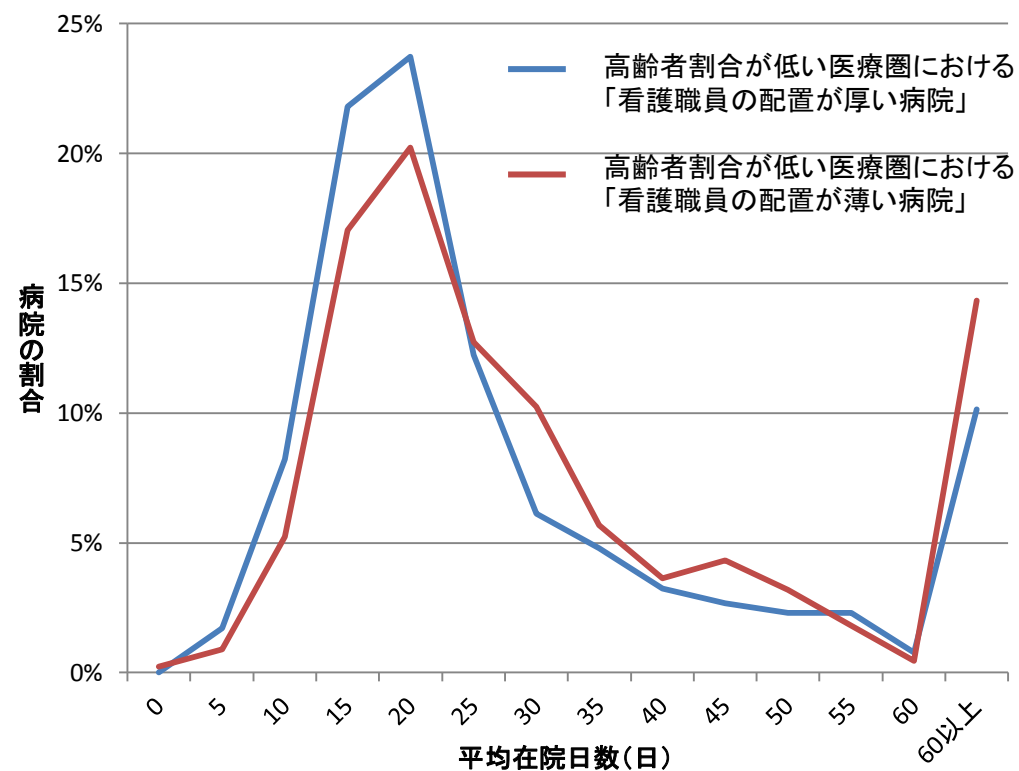
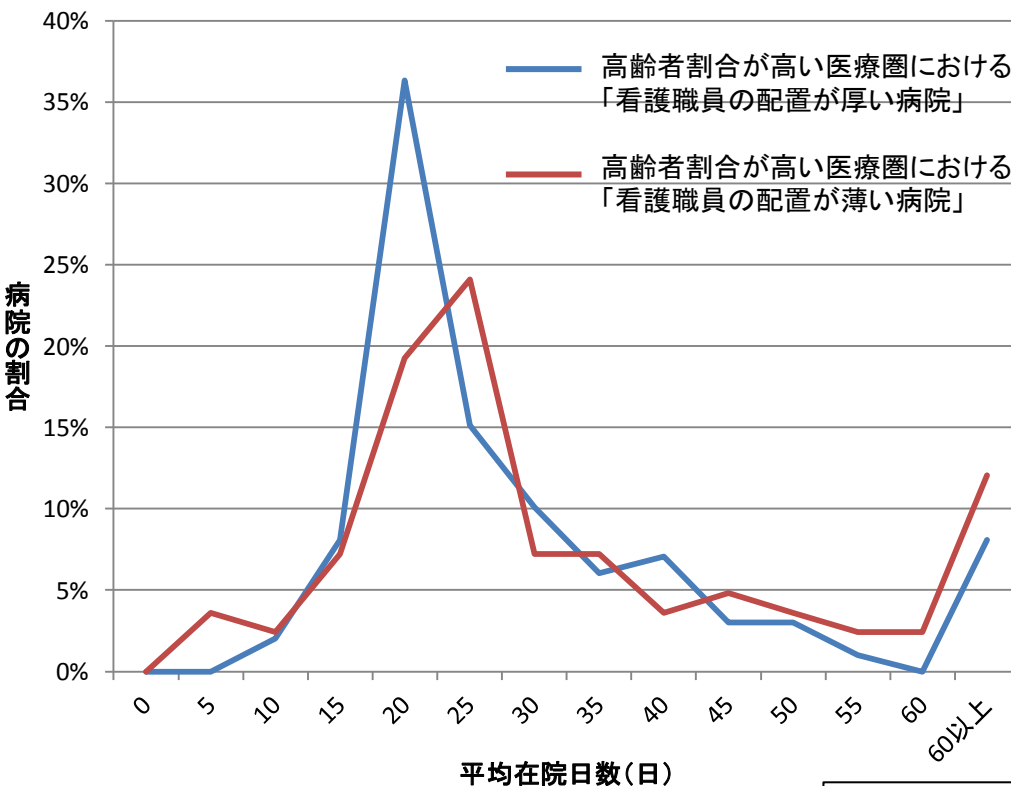
※1 一般病床100床当たりの病棟看護職員常勤換算数が40人以上の病院 ※2 一般病床100床当たりの病棟看護職員常勤換算数が40人未満の病院

高齢者割合が高い医療圏

平均在院日数	配置が厚い病院	配置が薄い病院
	21.1日	22.1日

高齢者割合が低い医療圏

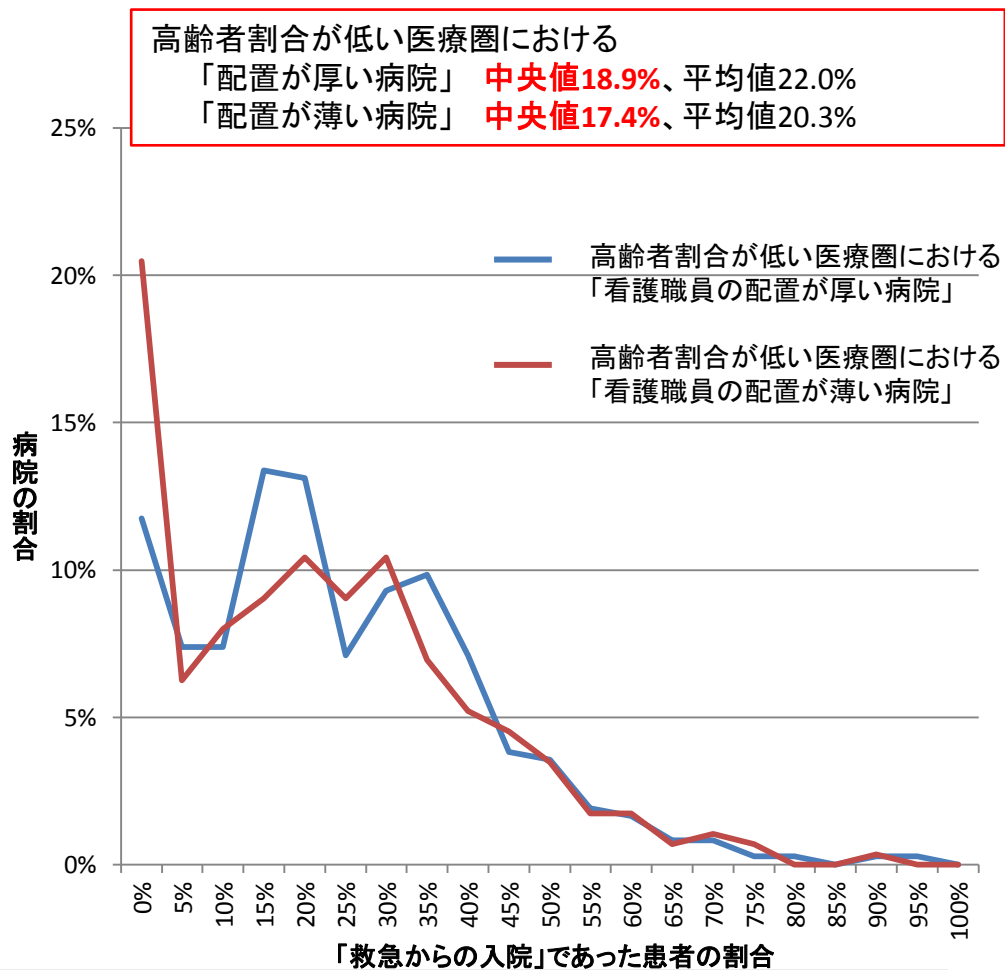
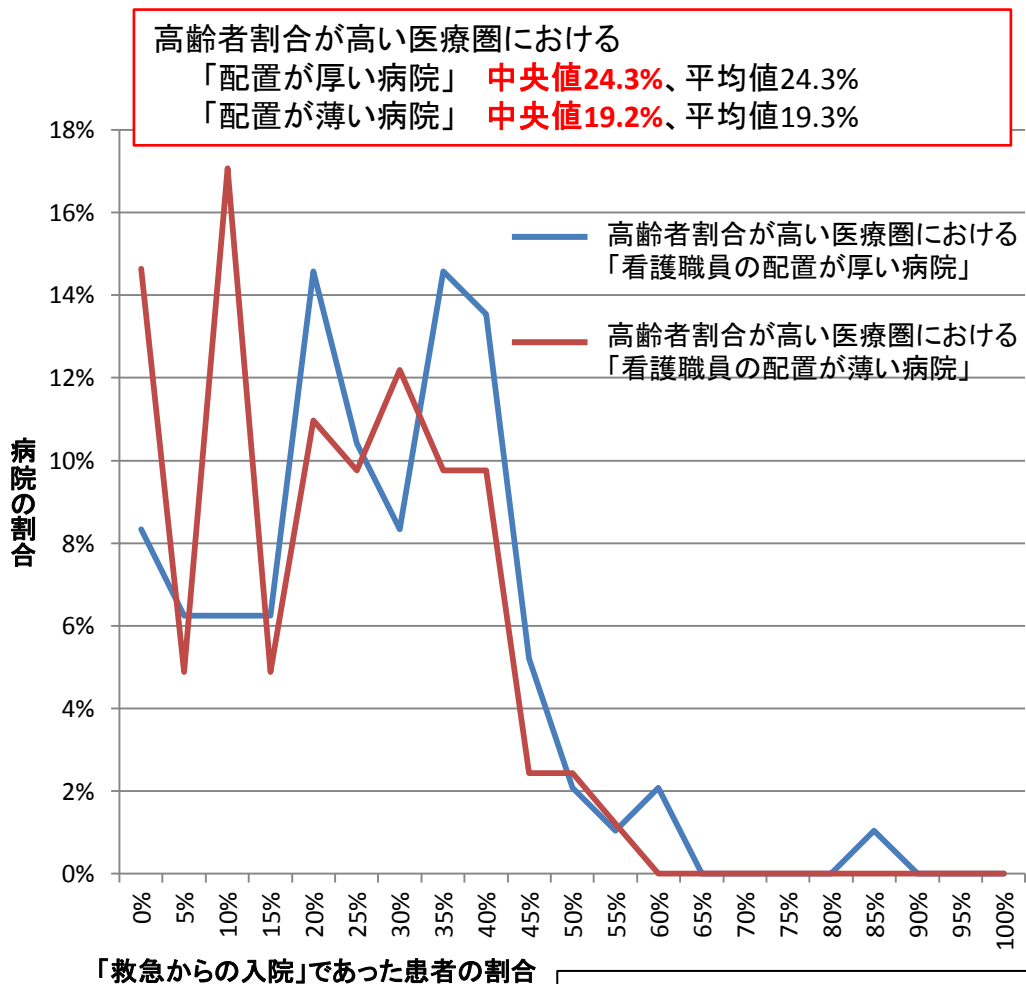
平均在院日数	配置が厚い病院	配置が薄い病院
	16.2日	18.5日



高齢者割合別看護配置別の「救急からの入院」患者の割合

○一般病床からの退院患者のうち、「救急からの入院」であった患者の割合について、中央値で比較すると、**高齢者割合が高い医療圏**の中でも、「配置が厚い病院」は「配置が薄い病院」に比べて**5.1%高い**。

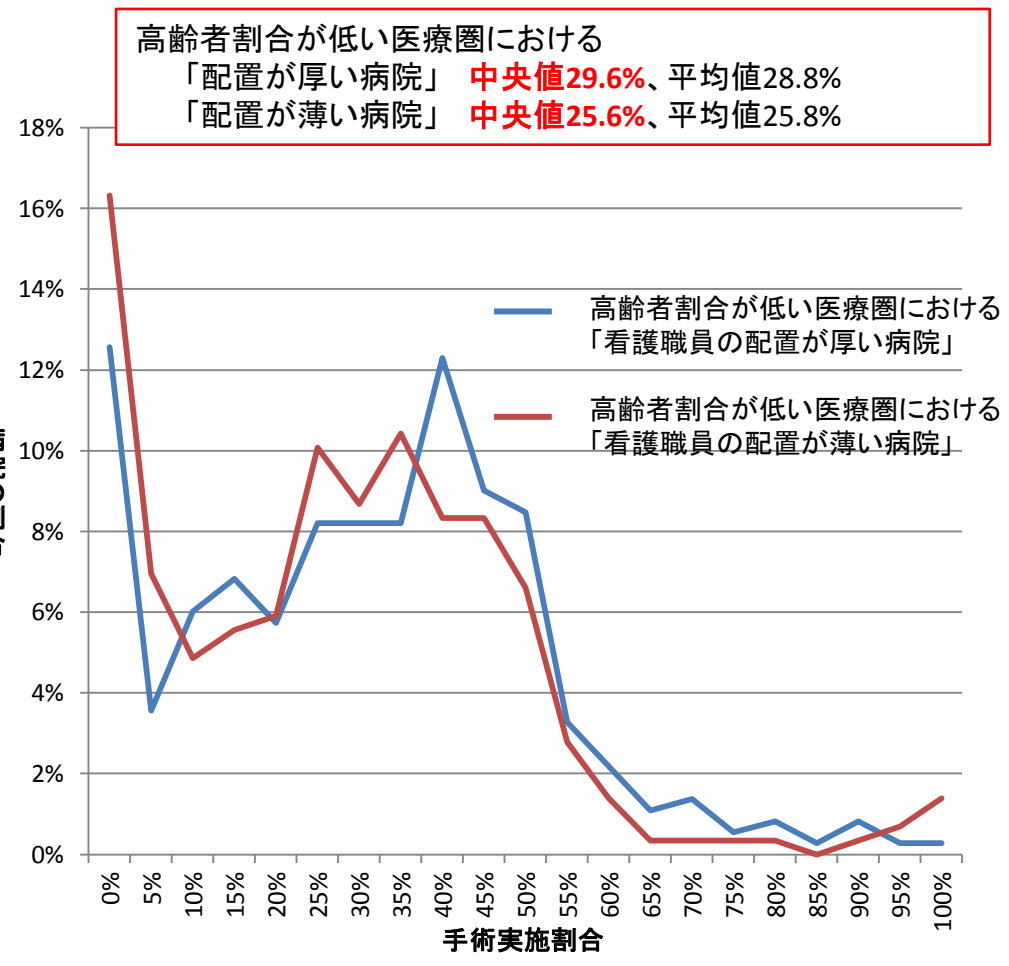
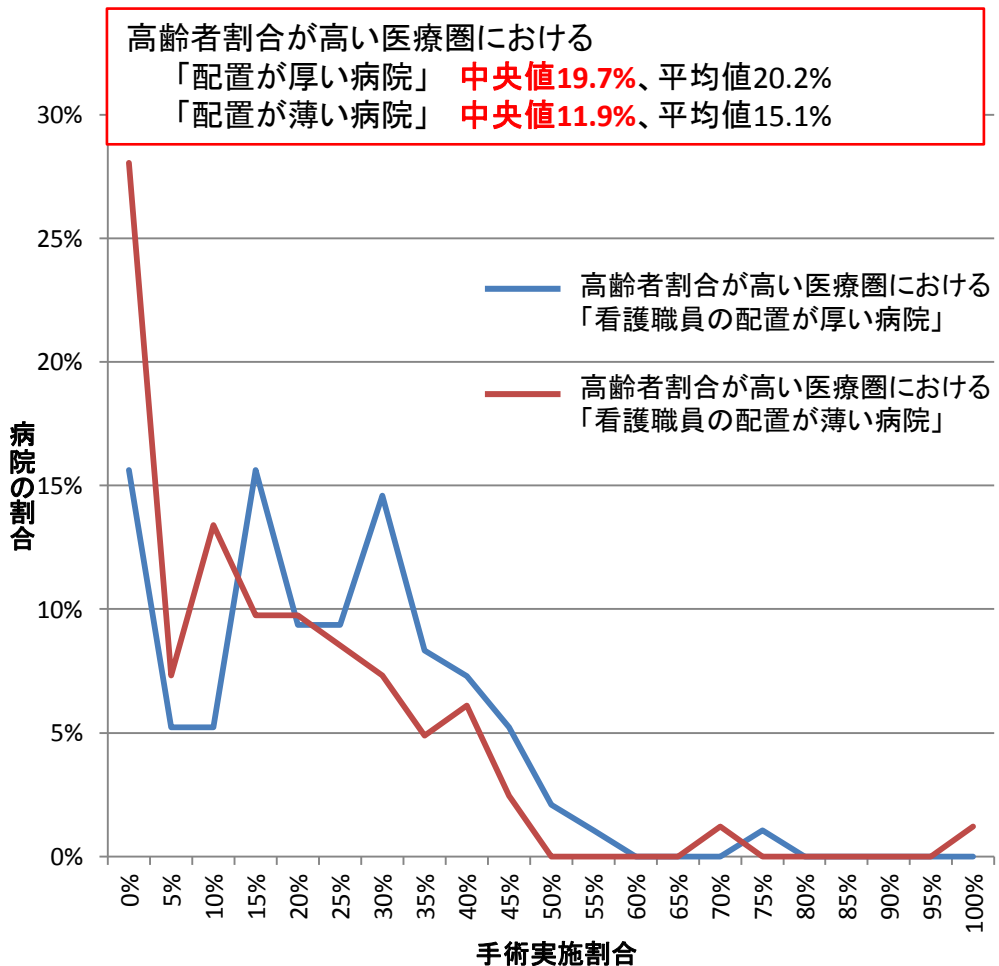
○一般病床からの退院患者のうち、「救急からの入院」であった患者の割合について、中央値で比較すると、**高齢者割合が低い医療圏**の中でも、「配置が厚い病院」は「配置が薄い病院」に比べて**1.5%高い**。



高齢者割合別看護配置別の手術の実施割合

○一般病床からの退院患者のうち、手術を実施した患者の割合について、中央値で比較すると、**高齢者割合が高い医療圏**の中でも、「配置が厚い病院」は、「配置が薄い病院」に比べて、**7.8%高い**。

○一般病床からの退院患者のうち、手術を実施した患者の割合について、中央値で比較すると、**高齢者割合が低い医療圏**の中でも、「配置が厚い病院」は、「配置が薄い病院」に比べて、**4.0%高い**。



「平成20年住民基本台帳」「平成20年病院報告」「平成20年医療施設静態調査」「平成20年患者調査」を基に医政局で作成

4. 診療科数ごとの医療の実施内容について

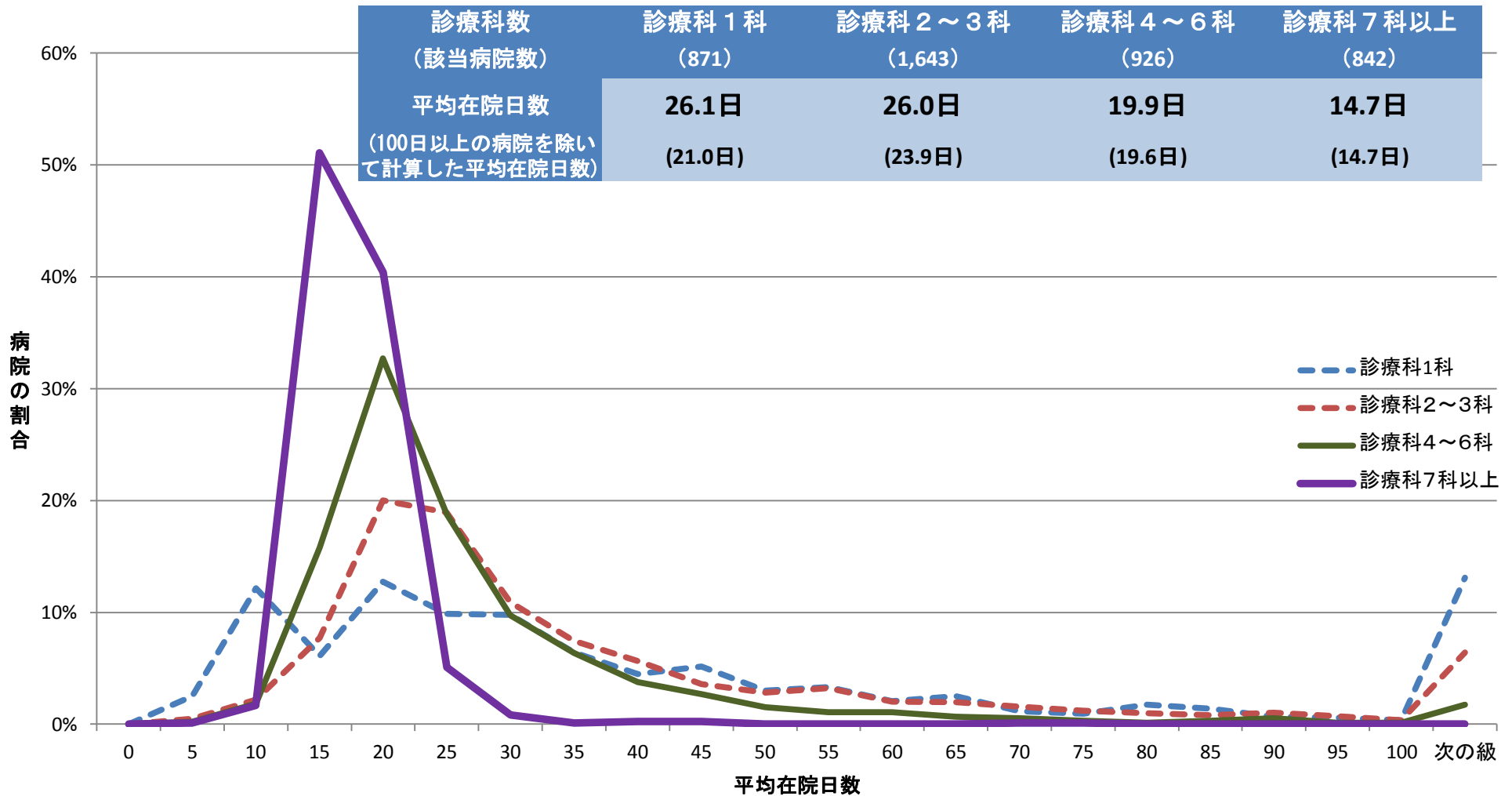
診療科の分類の方法について

- 「平成20年医療施設静態調査」で列挙された43診療科について、基本的な診療科と考えられる16分野に分類。
- 各病院の基本的な診療科ごとに、在院患者が3人以上である診療科を、当該病院の稼働診療科と想定。

基本的な診療科 (在院患者が3人以上を 稼働診療科と想定)	「平成20年医療施設静態調査」で列挙された43診療科					
内科	内科	呼吸器内科	循環器内科	消化器内科	腎臓内科	神経内科
	糖尿病内科	血液内科	アレルギー科	リウマチ科	感染症内科	
皮膚科	皮膚科					
小児科	小児科	小児外科				
精神科	精神科	心療内科				
外科	外科	呼吸器外科	循環器外科	乳腺外科	気管食道外科	消化器外科
	肛門外科	美容外科				
泌尿器科	泌尿器科					
脳神経外科	脳神経外科					
整形外科	整形外科					
形成外科	形成外科					
眼科	眼科					
耳鼻いんこう科	耳鼻いんこう科					
産婦人科	産婦人科	産科	婦人科			
リハビリテーション科	リハビリテーション科					
検査等	放射線科	麻酔科	病理診断科	臨床検査科		
救急科	救急科					
歯科	歯科	矯正歯科	小児歯科	歯科口腔外科		

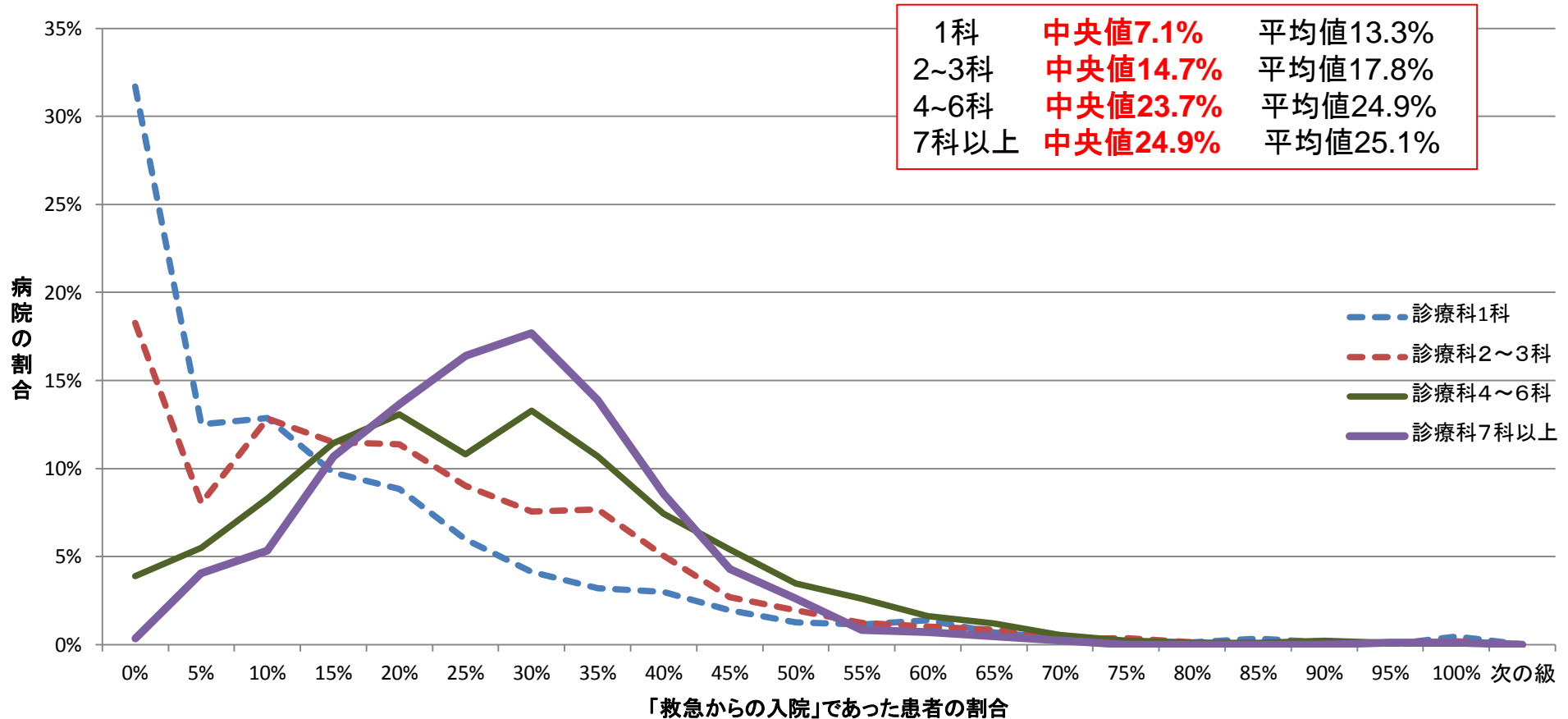
診療科数ごとの平均在院日数別の病院の分布

○在院患者が3人以上である診療科数で比較したところ、診療科が1科では26.1日、2～3科で26.0日、4～6科で19.9日、7科以上で14.7日と、診療科数が多い病院ほど平均在院日数は短い傾向にある。



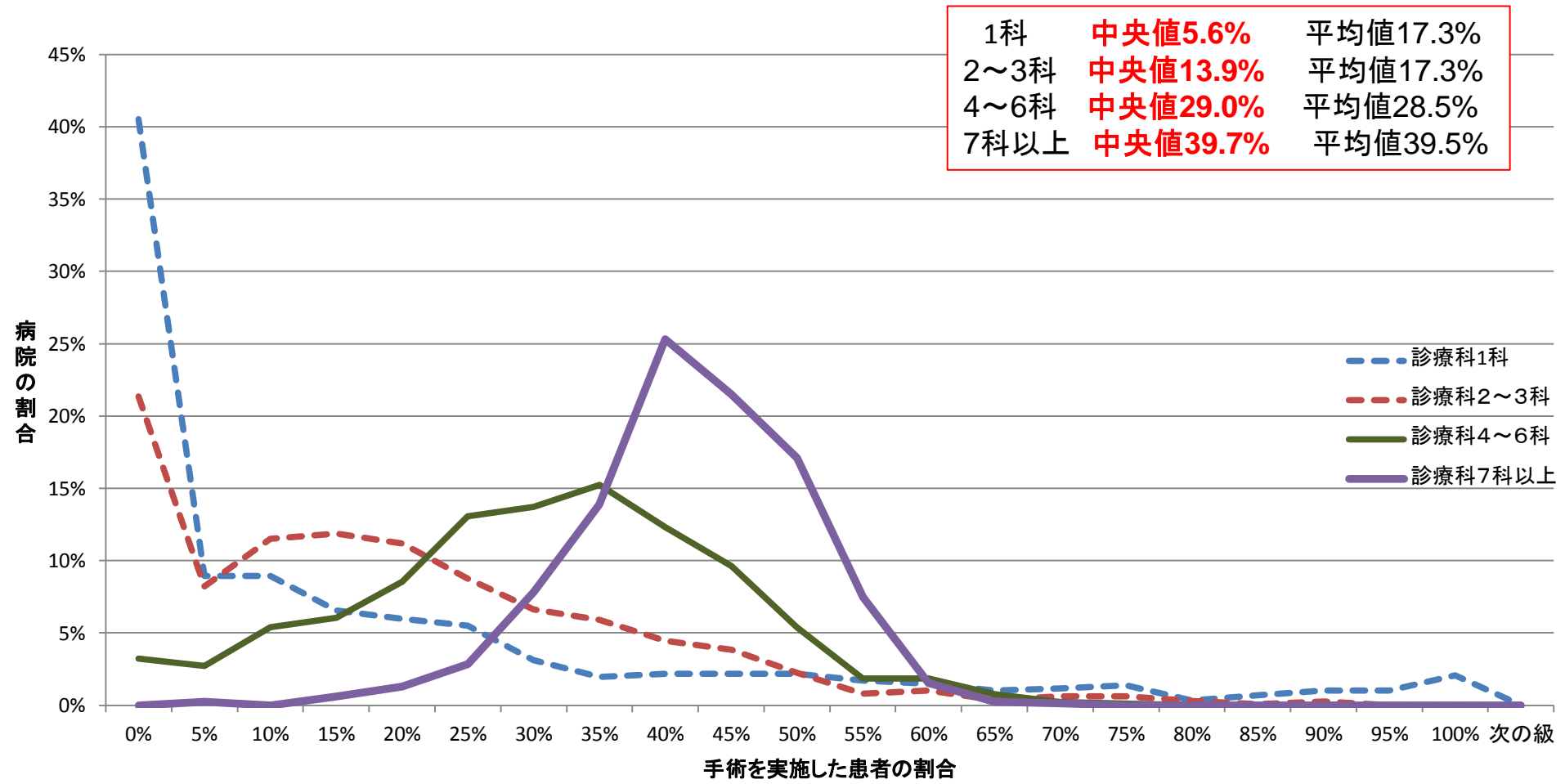
退院した患者のうち「救急からの入院」であった患者の割合（診療科数別）

○在院患者が3人以上である診療科数で比較したところ、一般病床からの退院患者のうち、救急からの入院であった患者の割合について、中央値で比較すると、診療科が1科では7.1%、2~3科で14.7%、4~6科で23.7%、7科以上で24.9%と、診療科数が多い病院ほど救急からの入院患者の割合は高い。



退院した患者のうち「手術を実施した患者」の割合（診療科数別）

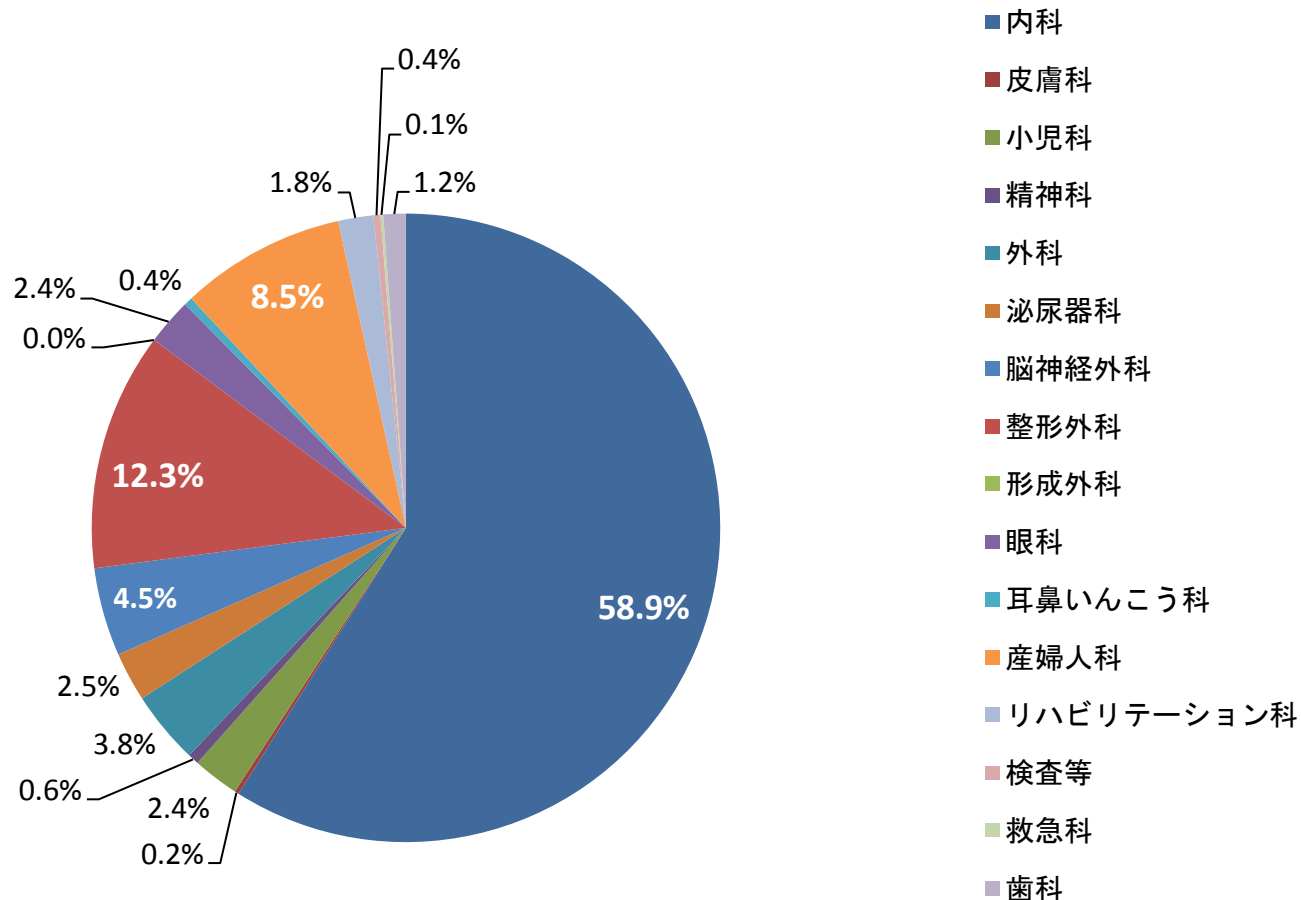
○在院患者が3人以上である診療科数で比較したところ、一般病床からの退院患者のうち、手術を実施した患者の割合について中央値で比較すると、診療科が1科では5.6%、2～3科で13.9%、4～6科で29.0%、7科以上で39.7%と、診療科数が多い病院ほど手術を実施した患者の割合は高い。



診療科が1科である病院の割合

○在院患者が3人以上である診療科数が1科である病院について、その診療科別の割合を比較したところ、内科が58.9%、整形外科が12.3%、産婦人科が8.5%の順が多かった。
○また、脳神経外科が4.5%、泌尿器科が2.5%、眼科が2.4%であった。

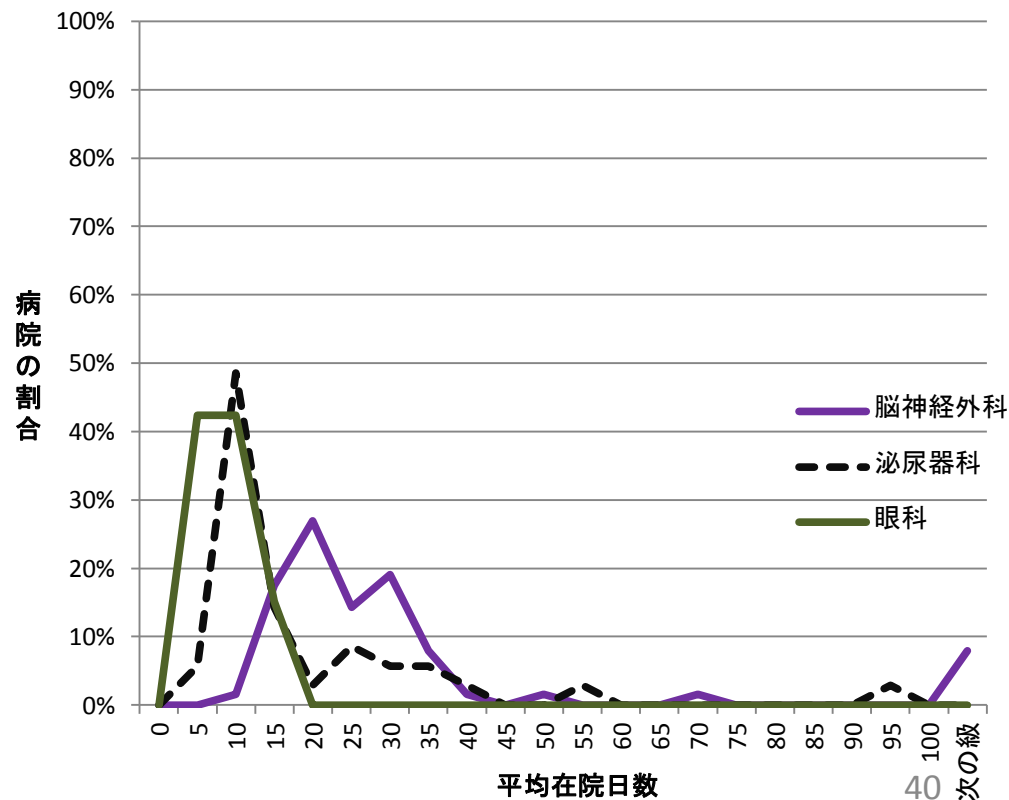
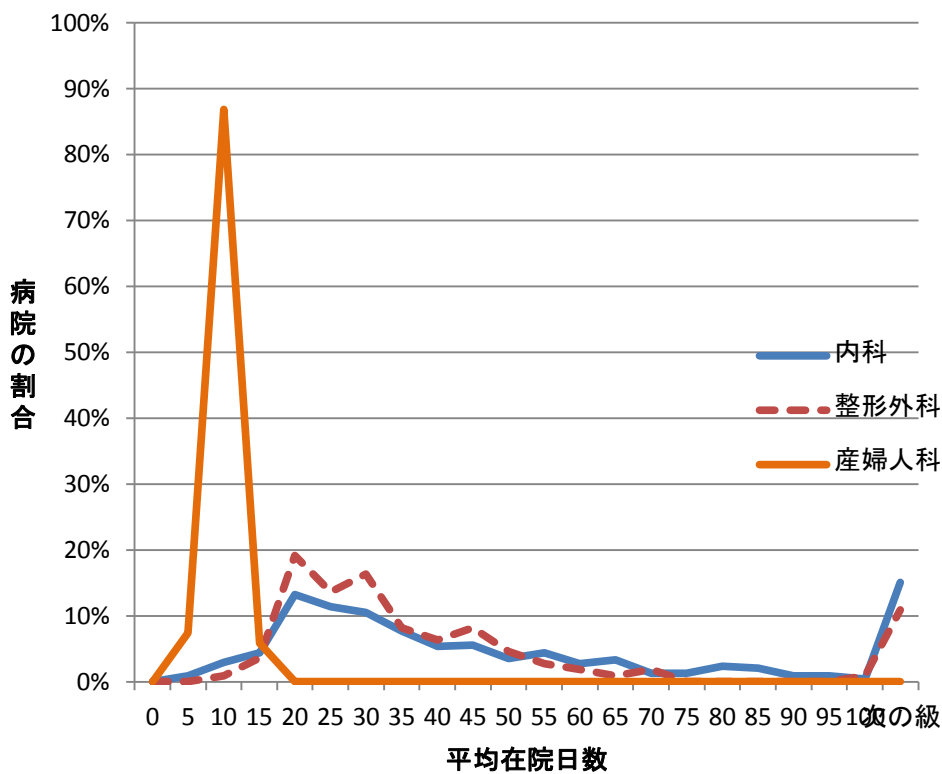
1診療科のみの病院における診療科



診療科が1科である病院における平均在院日数

○診療科別の平均在院日数を比較すると、内科34.2日、整形外科28.8日、産婦人科6.7日、脳神経外科21.2日、泌尿器科12.4日、眼科5.5日となり、診療科による差が大きいといえる。

診療科数 (該当病院数)	内科 (545)	整形外科 (110)	産婦人科 (68)	脳神経外科 (63)	泌尿器科 (35)	眼科 (33)
平均在院日数 (日)	34.2日	28.8日	6.7日	21.2日	12.4日	5.5日



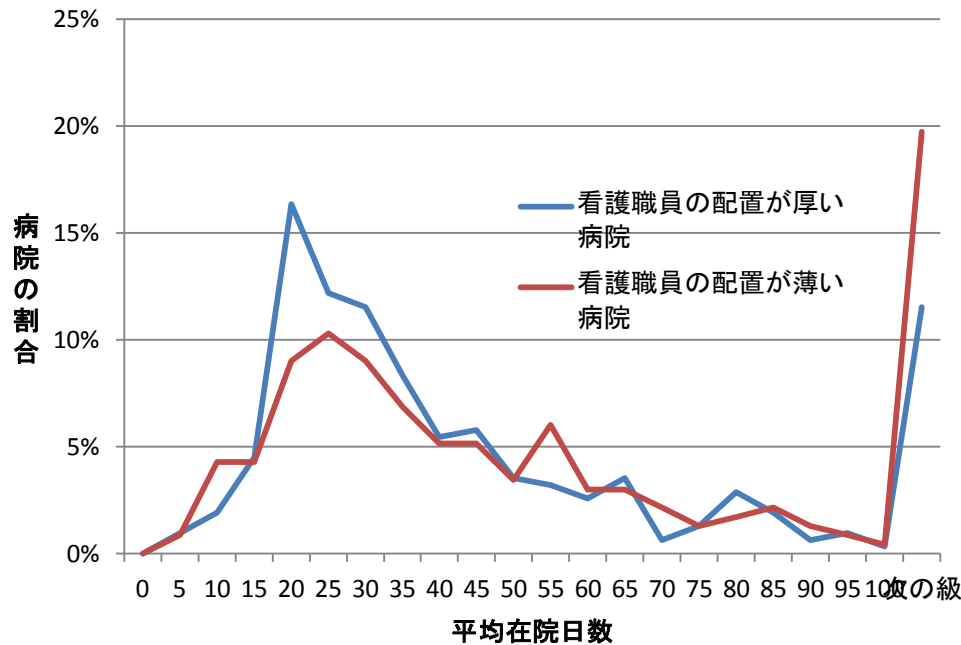
診療科数が1科である病院における平均在院日数(看護職員の配置別)

○在院患者が3人以上である診療科数が1科である病院について、平均在院日数を比較したところ、内科、整形外科ともに、看護職員の「配置が厚い病院(※1)」は、看護職員の「配置が薄い病院(※2)」に比べて、内科については5.9日、整形外科については4.6日短くなった。

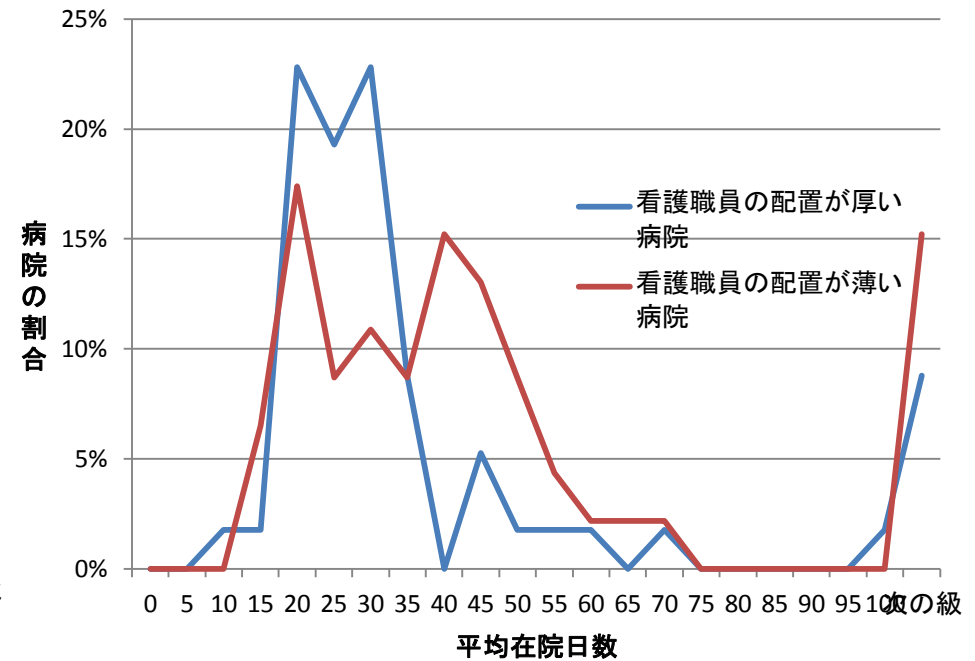
※1 一般病床100床当たりの病棟看護職員常勤換算数が40人以上の病院 ※2 一般病床100床当たりの病棟看護職員常勤換算数が40人未満の病院

診療科	内科のみ		整形外科のみ	
	配置が厚い病院	配置が薄い病院	配置が厚い病院	配置が薄い病院
平均在院日数(日)	31.7日	37.6日	26.8日	31.4日
(100日以上の病院を除いて計算した平均在院日数)	(26.8日)	(28.6日)	(23.9日)	(27.4日)

内科のみの病院の平均在院日数



整形外科のみの病院の平均在院日数



5. 病院の特性ごとの平均在院日数について

退院患者の平均在院日数の分析(病院の一般病床について)

- 平均在院日数について、例えば眼科疾患など、他と比べて明らかに平均在院日数が短い疾患が及ぼす影響等について検討。
- 傷病分類別平均在院日数と、全傷病に対する各傷病分類毎の患者数が占める割合を基に平均在院日数を試算すると21.1日となる。眼科系の疾患患者がゼロと仮定した場合に、同様の手法で平均在院日数を試算すると、21.6日となり、約0.5日伸びる。

	傷病分類別 平均在院日数 (日)	患者数 (千人)	全患者数に 占める割合	眼科系疾患患者がゼ ロとした場合の全患 者数に占める割合
感染症及び寄生虫症	19	33.4	3.1%	3.3%
新生物	21.2	216.5	20.4%	21.1%
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	23.5	6.9	0.6%	0.7%
内分泌, 栄養及び代謝疾患	23.3	31.7	3.0%	3.1%
精神及び行動の障害	43.4	6.4	0.6%	0.6%
神経系の疾患	40.8	30.2	2.8%	2.9%
眼及び付属器の疾患	7.7	37.3	3.5%	-
耳及び乳様突起の疾患	10.1	8.9	0.8%	0.9%
循環器系の疾患	28.5	139.5	13.1%	13.6%
呼吸器系の疾患	21.7	91.6	8.6%	8.9%
消化器系の疾患	13.9	133.8	12.6%	13.0%
皮膚及び皮下組織の疾患	23.5	14.3	1.3%	1.4%
筋骨格系及び結合組織の疾患	27.4	49.7	4.7%	4.8%
腎尿路生殖器系の疾患	20.3	55.7	5.2%	5.4%
妊娠, 分娩及び産じょく	9.1	55.2	5.2%	5.4%
周産期に発生した病態	12.3	13.4	1.3%	1.3%
先天奇形, 変形及び染色体異常	19.7	8	0.8%	0.8%
症状, 徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	16.8	23.7	2.2%	2.3%
損傷, 中毒及びその他の外因の影響	26.8	93.1	8.8%	9.1%
健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	7.6	14.5	1.4%	1.4%

21.1日

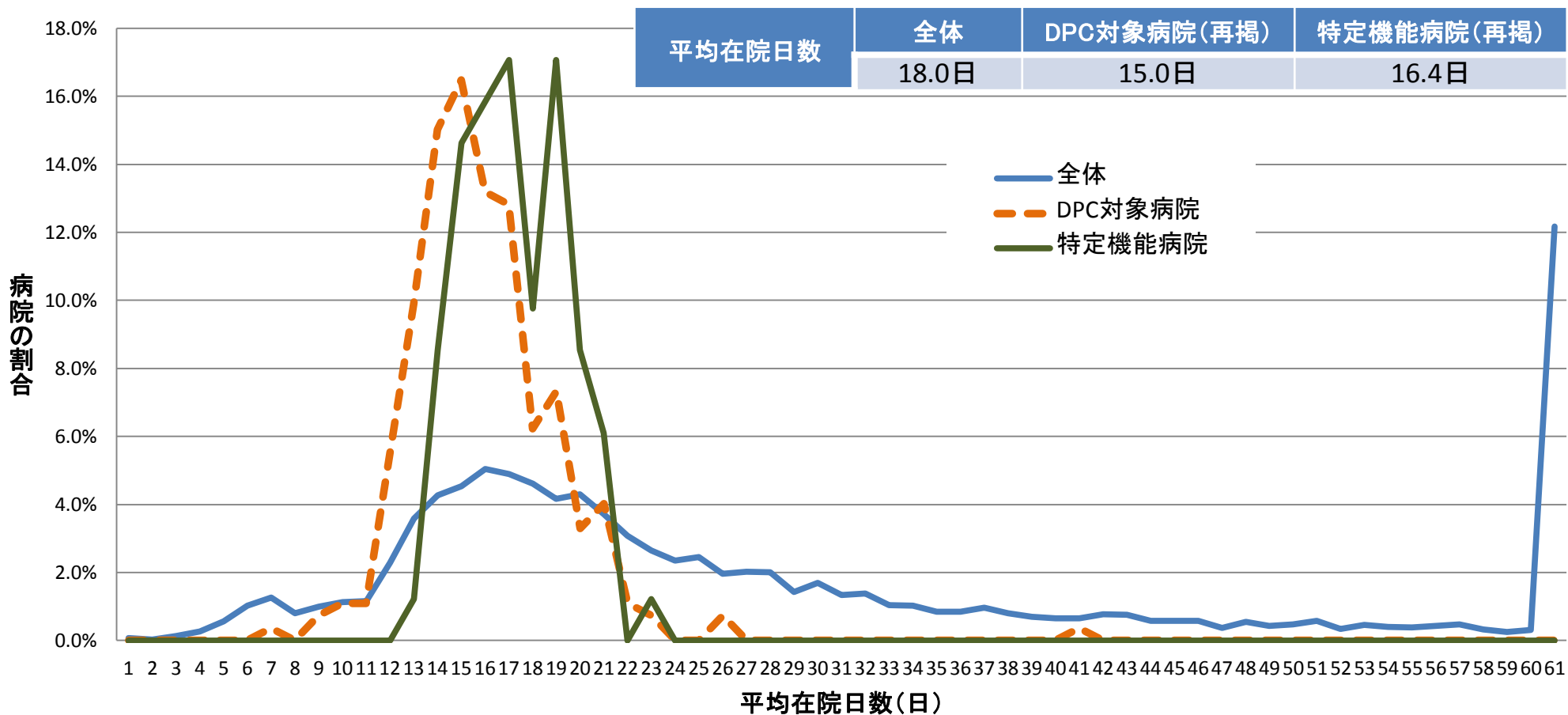
21.6日

※ここでいう「平均在院日数」は、「患者調査」のデータによる。

「平成20年患者調査」を基に医政局で作成

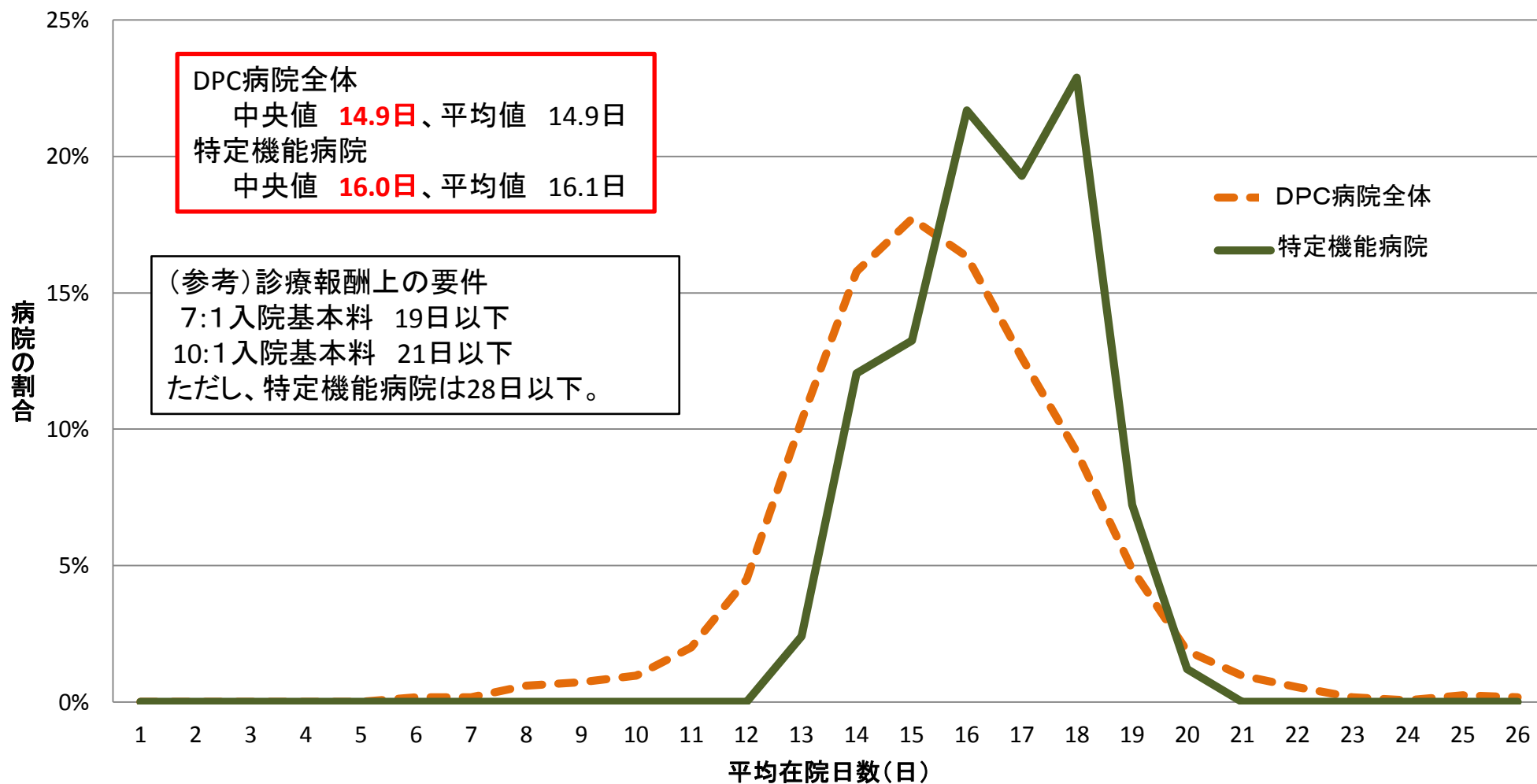
DPC対象病院と特定機能病院における平均在院日数(病院報告により算出)

- 「一般病床を有する病院」において、一般病床に入院する患者の平均在院日数は18日。このうち、分析対象のDPC対象病院の一般病床に入院する患者の平均在院日数は15日であり、一般病床を有する病院全体に比べて3日短い。
- また、DPC対象病院のうち特定機能病院について、一般病床の平均在院日数は16.4日であり、全体と比べて1.6日短いですが、DPC対象病院全体と比べると1.4日長い。



DPC病院と特定機能病院における平均在院日数(DPCデータにより算出)

○ DPC病院(DPC対象病院とDPC準備病院を含む。)の平均在院日数は14.9日。そのうち、特定機能病院の平均在院日数は16日であり、DPC病院全体に比べて1.1日長い。



※ここでいう「平均在院日数」は、DPCデータによる。

「平成23年度第9回診療報酬調査専門組織・DPC評価分科会」を基に医政局で作成

急性期病床群（仮称）を医療法に位置づける効果

1. 急性期病床群（仮称）を位置づける必要性

- 今後の本格的な少子高齢社会を見据えれば、限られた医療資源の有効活用が我が国にとって最大の課題である。そこで、限られた医療資源を効果的かつ効率的に活用し、「急性期」から「亜急性期」、療養、在宅に至るまでの流れを構築するため、第一段階として「急性期」に着目し、一般病床について機能分化を進めていくことが必要である。なお、この機能分化は一朝一夕に達成されるものではなく、今後、中長期的に進めていく必要がある。
- そこで、一般病床について急性期病床群（仮称）を位置づけ、認定を受ける医療機関において、一般病床の機能分化を図ることによって、「急性期医療」のニーズに見合った病床が明らかとなる一方、「急性期医療」と同様に重要な「亜急性期」等の医療を担う病床も明らかとなる。その結果、「急性期医療」から「亜急性期」等の医療について、医療の機能に見合った医療資源の効率的かつ効果的な配置が進められ、結果として、医療全体が機能強化され、「急性期」から「亜急性期」等まで患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい良質な医療サービスを受けることができることにつながる。
- また、医療機関にとっても、認定の申請を契機として、地域において他の医療機関の状況を踏まえながら自ら担う機能や今後の方向性を選択することになり、限られた医療資源の有効活用という我が国の課題への対応に資することになる。また、医療機関が認定された機能を国民・患者に発信することにより、医療機関の機能を患者が適切に理解し、利用する一助となる。

2. 急性期病床群（仮称）を医療法に位置づける意味、効果

- 診療報酬によって、こうした機能分化を進めることもできるが、医療法において制度上位置づけることにより、診療報酬のみでは対応することのできない以下のような効果が期待される。

<基本的考え方の明確化>

これまで一般病床の機能分化は2年ごとに改定される診療報酬という経済的な誘導策により先行的に取り組まれており、既に一定の成果を挙げてきた。しかしながら、診療報酬という手段だけでは、今後の国としての医療提供体制のあるべき姿を示すことは困難であり、今後、本格的な少子高齢社会を迎える中で、中長期的な視点から機能分化に取り組む姿勢を明らかにしていくためにも、医療提供の理念等を定めた医療法において、機能分化の基本的な考え方やその推進策の一つとしての急性期病床群（仮称）を規定し、更なる機能分化の推進を図っていくことが重要である。

<医療機関自身による機能の選択・発信と患者の適切な理解・利用の促進>

急性期病床群（仮称）の認定制度を医療法上位置づけることにより、認定の申請を契機として医療機関自身が自ら担う機能を選択し、必要に応じて医療機関内の医療資源を適切に再配分していくとともに、認定された機能を国民・患者へ発信することにつながる。また、医療機関自身が地域の中で担うべき医療を確認・点検し、必要な選択を行う中で、地域内の医療資源の再配分が促され、地域医療として提供される医療の質の向上が期待されるとともに、機能の発信が、患者による医療機関の機能の適切な理解、利用を促すことにつながる。

<地域における機能分化・連携の推進>

今回、推進しようとする医療の機能分化・連携の強化は、地域において患者の状態にふさわしい良質な医療サービスが提供できる体制の構築を目指すものだが、この体制は、個々の医療機関における機能分化だけで実現するものではなく、地域全体の医療機関の適切な役割分担・連携が進むことによってはじめて実現する。

これまで機能分化を先行的に進めてきた診療報酬による誘導は、あくまでも個々の医療機関内における機能分化の推進が主であり、こうした地域全体の医療機関の適切な機能分担・連携の推進は、診療報酬だけで実現するのではなく、地域全体の医療提供体制を描く医療法という政策手段によって初めて実現する。

例えば、急性期病床群（仮称）を医療法に位置づけ、認定業務等に都道府県が関与する場合には、都道府県内の急性期医療の提供状況を都道府県が把握し、より実態に即した医療計画の策定に結びつくことが期待される。

<一般病床の機能分化の推進に向けた役割の明確化>

一般病床の機能分化を推進していくには、国や都道府県といった行政や医療機関のみならず、患者・国民も含めたあらゆる主体がその役割を果たしていくことが必要である。こうした方向性を明らかにし、それぞれの役割を整理することが可能となるのは医療法による対応である。

急性期医療に関する作業グループ (今後の議論を進めていく上でのポイント (案))

【機能分化の意義について】

- 急性期で手厚い医療が必要な人もそうでない人も混在している病室で入院しているが、地域や介護との連携を進め、医療の資源を有効に活用していくことが、もっとも急を要することだ。病床群の話は、現状の問題というより、これからの超少子高齢社会に向けてどうしていくべきかという話だと理解している。(花井構成員①)
- 急性期をきちんと区分し、受診が適切に行われるよう、受診に際し患者の満足度が上がるようにするということや、医療費の効率的な使用にも寄与するといった方向性で、新しい病床群像を描いていくべき。(高智構成員①)
- 医療資源は社会的な資源であり、国民みんなで支え合っていく必要があるという観点からみれば、医療資源の効率化とか有効活用というものは非常に重要な視点であり、そこからも病床機能の区分というものは進めていくべき。(花井構成員②)
- 医療資源の有効活用という側面を1つの理念として考えた方がよいのではないか。多くの考え方を同時に詰め込むと混乱する。(日野構成員②)
- 急性期医療を患者が選ぶというのは、間違った選択をしかねない。急性期病床の方がいいと思われるのは問題であり、急性期病床群は、医療全体が良質になるために必要なことであり、患者それぞれにふさわしい医療サービスが提供されるという説明が適切だ。(座長③)

<今後の議論を進めていく上でのポイント>

医療資源の有効活用や、「急性期」から「亜急性期」等まで患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい良質な医療サービスを受けることができるという観点から、一般病床の機能分化を進めるべきという考え方が重要ではないか。

【医療機関自身による機能の選択・発信と患者の適切な理解・利用の促進】

- 機能分化で最も重要なのはその病院の意志であり、それを患者・国民に発信し、本当にそうなっているのかはデータから見ることもできるシステムを作れば、国民にもわかりやすく病院も頑張れる仕組みになるのではないか。(相澤構成員③)
- 病院自身が手掛ける医療を決めていくことが必要であり、それにより、患者に提供される医療の質の向上や患者にとっても提供される医療サービスの可

視化につながる。病院が自ら行うことを発信していくというのは情報提供にも通じるものであり、病院のこれからの大きな仕事になっていくのではないか。(高智構成員③)

- 患者が選択するということではなく、機能分化が今後の社会の在り方、医療の目指す方向性ということではないか。急性期病床を見える化することで、患者自身が賢い選択をしていくきっかけになるのではないか。(花井構成員③)
- 病院の一部に急性期病床群があったからといって、それで患者が選択するわけではないと思う。(相澤構成員①)
- 10年前から比べると機能分化は進んできていると思う。ニーズと違うところに患者が行くのは、機能分化していないからではなくて、情報がきちんと伝わっていないためではないか。(西澤構成員①)
- 機能の見える化は、各医療機関の機能情報をどのように国民に知らせるかという方法論で相当解決するのではないか。(横倉構成員②)
- 機能の見える化による選択というのは、急性期病床群がなくても情報は開示されているので対応できている。また、急性期医療を担うための設備や人員配置は医療機関が自ら考えながらやっているのだから、あえて急性期病床群を新たに設ける必要はないのではないか。(西澤構成員③)

<今後の議論を進めていく上でのポイント>

医療機関が自らの機能を選択し、医療資源を再配分していくとともに、その選択した機能を発信していくことで、患者が医療機関の機能を適切に理解し、利用していくことにつなげていくことが重要ではないか。

【医療法に位置づける必要性について】

- 診療報酬の他に、医療法で区分する必要性が理解できない。(横倉構成員①)
- 病院は自らが機能分化を進めており、それをもっと縛ってやるのか、この流れに任せて現場がもっと機能分化しやすいように後押し的なことだけをするのか、議論が必要。(西澤構成員③)
- 診療報酬改定の中で、各医療機関はその地域における役割を自覚化するようになってきているし、医療計画の見直しの中で地域における役割が明確化される。こうした時期に医療法で決めるのがよいか、それともある程度地域の中で区分けが行われた上で医療法で決めていくのか、時間軸を考えるべき。(横倉構成員③)
- 国際比較を見ると日本が特異な状況に見えるが、日本では、他の病床を除い

た残りが一般病床とされ、その除き方が十分ではないため、多様な要素が混じっている。(尾形構成員③)

- 国民から見ても、精神や療養病床を除いたものが一般病床だというのはわかりにくい。診療報酬上で、急性期医療を担っている病院・病床が評価されてきており、医療法上でも急性期病床を区分する時期に来ている。(尾形構成員②)
- 医療法で決める意味は、1つの基準を日本という国の中で共通にすることだ。ベッド数や医療機関の数も相当違いがある中、同じ保険料を払っているのに、受けられる医療の質と量が違うのは疑問であり、医療法で、最低のスタンダードとして法律で決めておくということは必要ではないか。(花井構成員②)
- 診療報酬では、基本的な考え方が整理されていないため、政策変更がしばしば起き、現場の混乱をもたらしている面がある。基本的な考え方は医療法で整理しておく必要があるのではないか。(尾形構成員③)

＜今後の議論を進めていく上でのポイント＞

今後の国や地域における医療提供体制のあるべき姿を示す役割を担うのが医療法であることを念頭に置く必要があるのではないか。

【急性期医療等の概念整理について】

- 「急性期医療」という言葉の定義や「急性期病床群（仮称）」のイメージが共通認識とならない限り、議論が進まない(西澤、日野、横倉構成員①)
- 言葉の使い方は、全体像が見えた後にフォローしていけば十分だ。(高智構成員①)
- 医療費の効率化という切り口から急性期医療を捉えると、救命救急センターや3次救急のような高機能の集団をつくり、集約化を図ることだが、患者が考える急性期は、急な頭痛や発熱、交通事故等である。概念がバラバラのまま急性期病床群をつくって機能するのか。(日野構成員①)
- 高度急性期等々非常に人員を厚く配置しなければならない医療はあるが、急性期の定義が難しい。(横倉構成員②)
- 急性発症でもなく、とにかく今、緊急に手当が多く必要だという濃密な医療を施さなければならない人を、緊急医療という概念でとらえた方がわかりやすいのではないか。(横倉構成員①)
- 一般急性期と亜急性の間で分けるのではなく、全部まとめて急性期病床群という考えもあるのではないか。あえて分けるのであれば、一般と亜急性の間を分けるよりは、高度と一般を分けた方が分けやすいという考えもある。また、高度、一般、亜急性までを急性期とみて、それから外れるものを外して

クリアにしていくという考え方もある。様々なデータを用いて、どういう形が一番わかりやすいかをもう一度検討した方がよい。(西澤構成員②)

○急性期病床群を導入するとかえって機能分化を妨げるのではないか。一般病床に含まれるものを見つつ、急性期から明らかに外れるものを外していくやりの方がやりやすいのではないか。(西澤構成員③)

○急性期ではないものは何かということを確認にした方がよりわかりやすいのではないか。(横倉構成員②)

<今後の議論を進めていく上でのポイント>

一般病床を機能分化し、人的資源の厚い配置を要する医療について、「急性期」という概念だけでなく、「比較的高い診療密度を要する医療」といった異なる概念からも議論していくべきではないか。

【地域への配慮について】

○地方では、1病院が様々な機能を持つことが多く、こうした病院への配慮も考える必要があり、その中で医療法で厳格に規定することがいいのか疑問。

(横倉構成員①)

○急性期病床群のハードルを上げすぎるとこの病床群がない地域が多く出るため、基準の設定が難しい。国が大筋のみ決めておいて、細部はそれぞれの地域に任せるといった規定をしてもよいのではないか。(横倉構成員③)

○大都市で医療資源が豊富なところは分けがけができるが、地域によってはそれを明確に区分けすることで国民に迷惑をかける地域があるのではないか。1つの病院の中でいろんな機能を持つ、地域に密着した病院が日本の医療を支えており、そこに混乱をもたらしたくないか。(横倉構成員②)

○地域に密着した病院、もしくは地域密着の在り方というものが非常に重要。在宅との関係や地域の診療所との関係でも、様々な状態の方が来るが、より高度の医療が必要な方はより高度な医療機関に転送して行く必要があるし、また、バックアップも必要。(横倉構成員②)

○最も必要なのは、急性期病床から次につなぐ亜急性期、療養や終末期を迎えられるところを明確にすることだという意見が多くある。初めにそれを考えていった方がよいのではないか。(横倉構成員②)

○医療法の規定だけで地域の医療の提供体制が整うかといえば、それは別問題。地域の医療提供体制はこまめな対応が必要であり、国はそういうことを考えて医療計画を策定するよう都道府県に指導してほしいし、地方も考えてほしい。急性期病床群の数が重要なのではなく、地域で急性期医療を提供できる量と質が整備されているかが重要。(西澤構成員③)

＜今後の議論を進めていく上でのポイント＞

医療資源の限られた地域における医療に混乱がもたらされないよう配慮した仕組みも必要ではないか。地域において身近に必要な医療機関の役割も念頭におく必要があるのではないか。

【今後の高齢化への対応について】

- 高齢者は治療以外にも、身体的な介護がかなり必要になってくる。また、高齢者は様々な疾患を持っており、身体機能も衰えており、その人がどんな機能、状態かを見ていくことが、急性期の入院医療では非常に重要になってきている。(相澤構成員②)
- 今後は、高齢者に対する急性期医療を念頭におく必要があり、現在の状況に応じた提供体制をつくっても2025年は今と全く違う人口構造であり、齟齬を来すのではないか。(西澤構成員②)
- これからどういう疾患の患者がどれだけ出るかを考え、急性期病床の必要数を算出し、認定を考えていかないと、患者の数と認定を受けた病床数とに齟齬を来すのではないか。その結果、患者が必要な医療を受けられなくなることを危惧している。(西澤構成員③)
- 後期高齢者は全国一律に増加していくわけではなく、それも念頭において、医療機能を考え、資源を投下し過ぎないというような視点からも検討を進めるべき。(座長②)

＜今後の議論を進めていく上でのポイント＞

今後高齢者が増加することにより求められる医療機能がどのように変化するかという視点も念頭におきつつ、検討を進める必要があるのではないか。

【急性期病床群（仮称）の要件について】

- 医療法上の認定要件はできる限りシンプルなものが多い。細かに要件を規定する必要はなく、例えば在院日数を軸として、その他幾つかの基本的な要件を設定すれば十分ではないか。(尾形構成員②)
- 看護基準で15対1という手薄な状況であっても人口が集中していない不採算地区では約8割の病院が救急を担っている状況にあり、急性期病床を定める際に病棟、病床、病院のいずれの単位とするのかを議論する際に考慮する必要がある。(横倉構成員③)
- 今の日本の医療がどのくらいのマンパワーで行われており、求められている急性期医療を行うためには何人が必要かということをご提案すべき。(永井構)

成員③)

<今後の議論を進めていく上でのポイント>

機能分化のための認定要件の設定に当たっては、指摘された点も踏まえ、検討を進めることが必要ではないか。

【急性期病床群（仮称）を機能させるための患者の役割について】

- 病床の機能分化は患者がステージにより移動するということであり、それが機能するようなソフトをしっかりと考えておく必要。区分だけしても今度は手厚いところに患者が集まる。（永井構成員③）
- 機能分化について、患者が納得できるような情報の提供があれば、病床を移動することに対しそんなに問題は生じないのではないか。（花井構成員③）
- 患者を転院させることは大変。むしろそれを法制化してはどうか。応召義務が注目される状態で、医療関係者が能動的に動くというのは非常に難しい。（日野構成員③）

<今後の議論を進めていく上でのポイント>

機能分化を進めるには、患者の理解・協力も必要であり、それを促すことも併せて検討が必要ではないか。

これまでの議論で出てきた疑問点と当該疑問点に対する考え方

<疑問点①>

医療法に急性期病床群(仮称)を規定すると、その基準を満たさなくなれば、「急性期医療」ができなくなるのではないか。

<考え方>

- 従来の医療法の考えでは、病床は「許可」のスキームであり、原則として、医療の実施に必須となる基本的な要件が満たされない場合には、その「許可」は取り消され、医療の提供が禁止される。
- しかしながら、今回の提案は、既に医療法上の「許可」を受けている一般病床について、一定の上乗せの要件を満たした場合に急性期病床群(仮称)を「認定」する制度である。(新たに許可制度を設けるものではない)
したがって、要件をみたさなくなり、「認定」がなくなっても、一般病床の「許可」を有している限り、引き続き、「急性期医療」も含め、必要な医療の実施は可能であり、何ら治療に影響を与えるものではない。

<疑問点②>

入院初期は診断が確定せず、少しずつ病態が明らかとなることが数多くある中で、入院初期の診断で入院する病床を決めることや、病態が変わる度に、転院や転床をさせることは不可能ではないか。そうであれば、急性期を区分することはできないのではないか。

<考え方>

- 一般病床については、現状、様々な機能を担っており、そこで提供される主な医療によって診療密度に違いがあると考えられる。そこで、診療密度に応じ、一般病床を大きく区分することとし、主に比較的高い診療密度を要する医療を提供している病床群について、一定の要件の下で「急性期病床群(仮称)」として医療法に位置づけることとしている。
- その要件の考え方として、比較的高い診療密度を要する医療の実施に当たって望ましい体制や、効率的な医療の提供がなされているかといったことのほか、比較的高い診療密度を要する医療を実施しているかを確認することとしている。
- 比較的高い診療密度を要する医療の実施を見るための要件としては、緊急入院の患者の割合が一定以上あるか、手術を行う患者の割合が一定以上かといった要件を確認することを提案している。その要件を確認する際、一人一人の患者がその要件を満たすかどうかは必ずしも正確に判断できるとは限らず、また、厳格な要件を設けて病態が変わる度に転院や転床を求めることは現実的ではない。したがって、病床群全体として、一定の期間で見て、結果的にこれらの要件を満たしていればよいと考えており、随時個々の患者に至るまでその要件を満たしていることまでを求める必要はないと考えている。

<疑問点③>

急性期病床群(仮称)は病院単位で認定するのか、それとも病棟単位で認定するのか。

<考え方>

- 比較的高い診療密度を要する医療を実施する病院の中には、病院全体でこうした医療を担っている病院がある一方で、こうした医療の他にも、「亜急性期」の医療等地域で必要とされる様々な医療ニーズに対応している病院もある。

これらの医療機関について、限られた医療資源の有効活用を図るため、医療機関内での機能に見合った人的資源の効率的かつ効果的な配置を進めていくことが必要であり、また、こうした取組を行う医療機関を幅広く認定対象としていく必要がある。こうした点に鑑みれば、病棟を基本に急性期病床群(仮称)を認定していくことを想定している。

<疑問点④>

急性期病床群(仮称)の導入によって、7対1入院基本料を導入したときのような看護師確保を巡る混乱が生じないようにしていくべきではないか。

<考え方>

- 急性期病床群(仮称)を位置づけ、一般病床の機能分化を図ることによって、医療の機能に見合った人的資源の効率的かつ効果的な配置を進め、結果として、医療全体を機能強化し、患者が状態に見合った病床でその状態にふさわしい良質な医療サービスを受けることができるようにしていくことが本制度の趣旨である。

したがって、本制度の導入によって、地域の医療提供体制に混乱が生じることは避けなければならない、制度導入の際の基準の設定や導入に向けたスケジュールについては、時間をかけて十分に検討を行う必要があると考えている。

また、中長期的には、機能分化によって、医療機関内のみならず、地域内の医療資源の再配分も促され、地域医療全体として提供される医療の質の向上につながるものと考えている。

「社会保障・税一体改革素案」に対する
日本医師会の見解

定例記者会見

2012年2月1日

社団法人 日本医師会

目 次

1. はじめに	1
2. 消費税	2
2.1. 消費税の社会保障財源化.....	2
2.2. 控除対象外消費税の問題について.....	6
3. 公的医療保険のあり方	11
4. 医療提供体制	16
4.1. 急性期病床の位置付けの明確化.....	16
4.2. 一般病棟における長期入院の適正化.....	22
4.3. 在宅医療の拠点となる医療機関.....	26
4.4. 医師確保対策.....	28
4.5. チーム医療の推進.....	34
5. 地域包括ケアシステム	40
6. 社会保障・税番号制度	43

1. はじめに

政府は、2012年1月6日に、「社会保障・税一体改革素案」(以下、「素案」)を決定¹し、同日閣議報告した。

「素案」は、社会保障の機能強化と持続可能性の確保を目指しており(2頁)これについては、日本医師会としてもその方向性は同じである。また、安定財源を確保するため、消費税率を引き上げること、控除対象外消費税の解消を大前提として異論はない。

また、「素案」は、医療・介護・子育て分野の雇用創出が経済成長との好循環を実現するとの認識を示しているが(3頁)これについても、日本医師会がかねてから主張してきたとおりである²。なお、「素案」には、医療・介護の分野で民間企業を含めた多様な事業主体の参入を促進するとあるが(3頁)同時に、国民皆保険を堅持するともある(5頁)。日本医師会は、医療・介護の営利産業化ありきではなく、国民皆保険の堅持が根幹であることを強く願う。

以下、各論について、日本医師会の「素案」に対する見解をあらためて述べる。

¹ 政府・与党社会保障改革推進本部決定

² 日本医師会は以前にも、「医療、介護への投資は雇用拡大、経済成長をもたらし、これをもって充実した社会保障を実現させると考えます」と見解を述べた((社)日本医師会「『新成長戦略』に対する日本医師会の見解」2010年6月23日、定例記者会見より)。

2. 消費税

2.1. 消費税の社会保障財源化

「素案」では、消費税の使途について、次のように記載されている。

「社会保障・税一体改革素案」

平成 11 年度予算から、高齢者 3 経費（基礎年金、老人医療、介護）に国分の消費税収を充てるいわゆる福祉目的化を行った。（略）

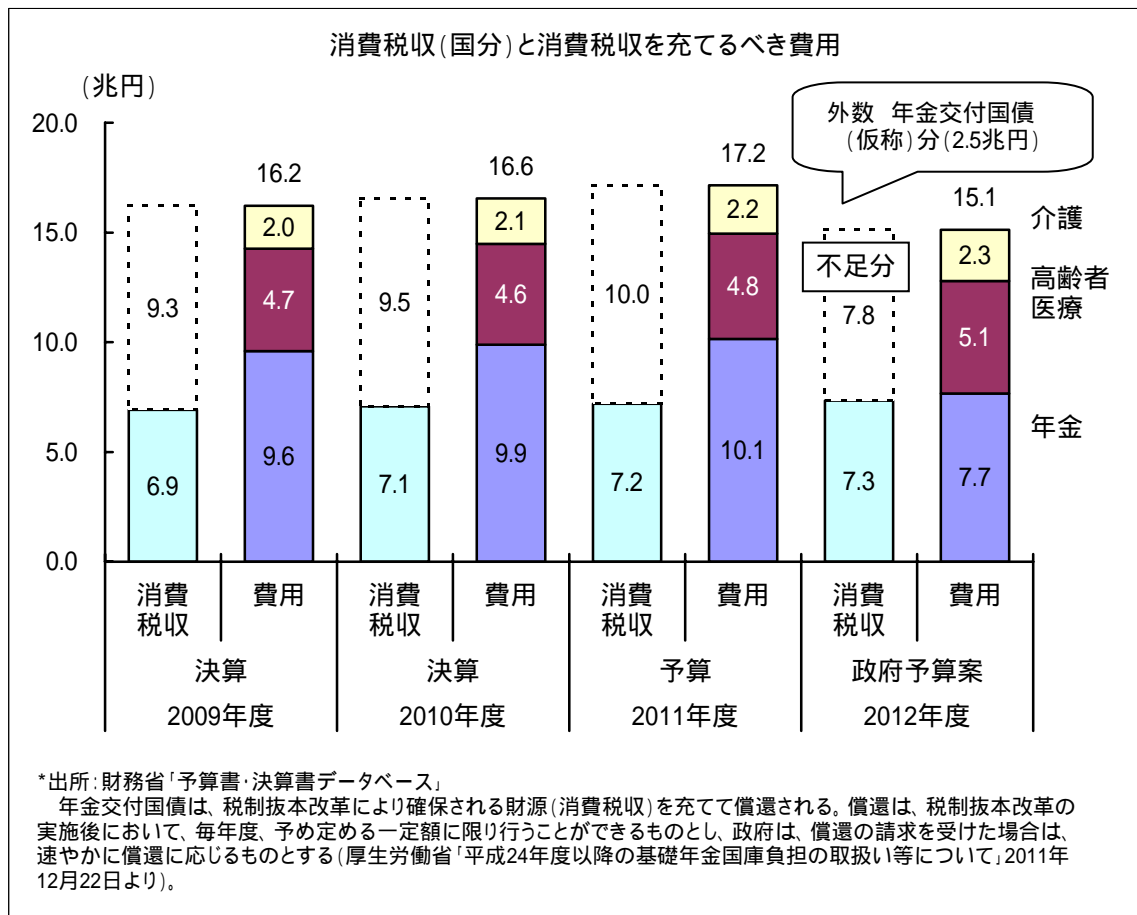
消費税について 2014 年 4 月に 8%、2015 年 10 月に 10%へと、段階的に地方分を合わせた税率の引上げを行う。その際、国分の消費税収について法律上全額社会保障目的税化するなど、消費税収（国・地方、現行分の地方消費税を除く。）については、その使途を明確にし、官の肥大化には使わず全て国民に還元し、社会保障財源化する。

消費税収（国分）は、素案に示されているとおり「目的化」されており、全額が年金、高齢者医療、介護（高齢者 3 経費）の国庫負担分に充てられている（図 2.1）。しかし、現状は消費税収（国分）が不足し、消費税以外の税収や公債も高齢者 3 経費に充てられている。

今後は、「目的税化」と記されている。「目的税化」とは、厳密に言えば、消費税収の範囲で必要費用をまかなうことを意味しており、消費税収が不足した場合には、消費税率を引き上げるか、必要費用を消費税収の範囲内に圧縮するかしかない。

「素案」の「目的税化」は厳密な意味ではないのかもしれないが、一方で、不足分を他の財源から補てんするということも明示されていない。国民の納得を得るためには、「目的税化」の意味をわかりやすく示し、社会保障を後退させることのないよう、消費税収が不足した場合には他の財源を充当する方向を維持すべきである。

図 2.1 消費税込(国分)と消費税込を充てるべき費用



2012年1月20日の関係5大臣会合で決定された「一体改革・広報に関する基本方針」では、消費税増収分（国・地方あわせて13.5兆円程度）の用途を次のように示している。

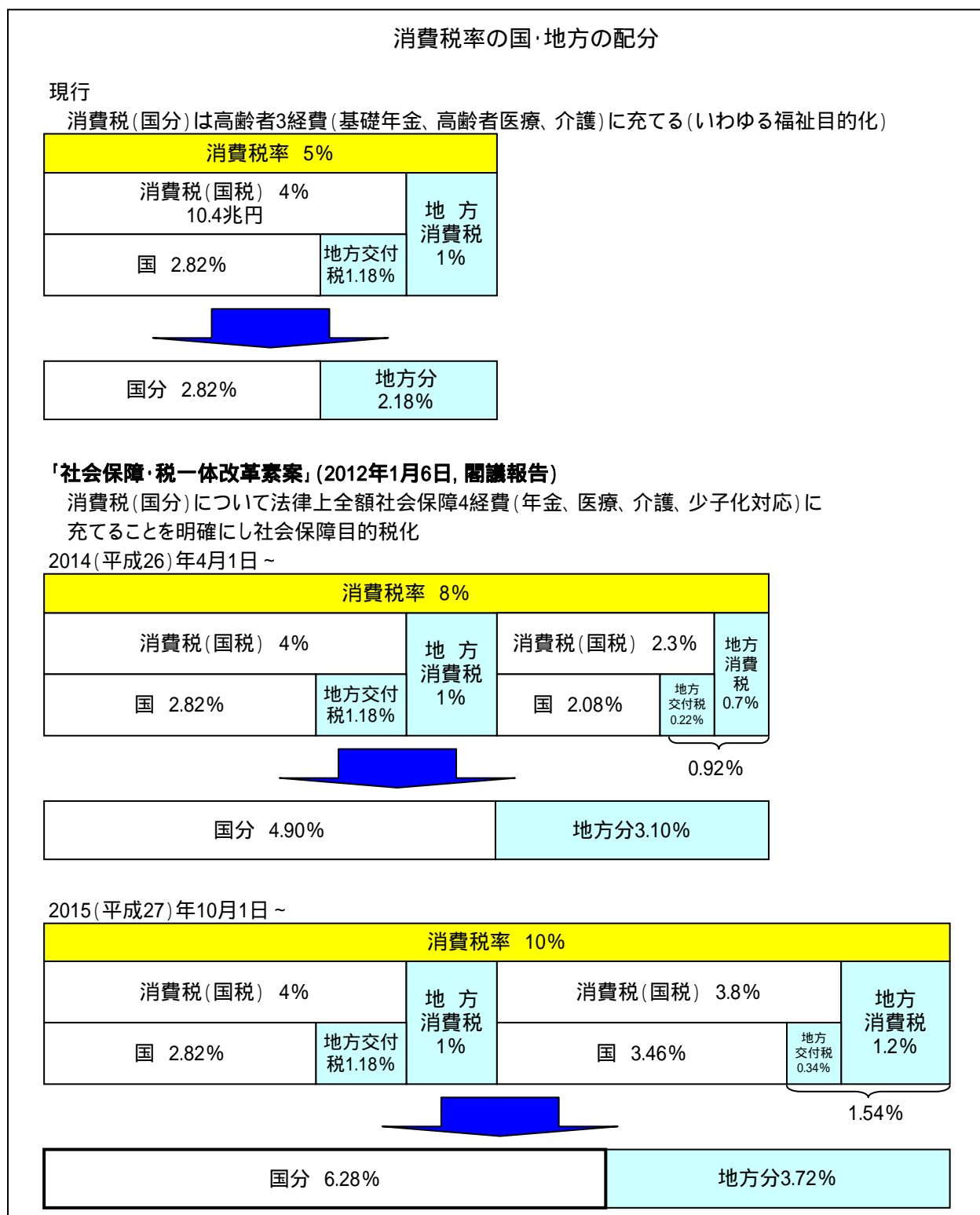
「一体改革・広報に関する基本方針」

- (1) 社会保障の充実：+2.7兆円程度（消費税収1%程度）
 - 子ども・子育て対策（0.7兆円程度）
 - 医療・介護の充実（～1.6兆円弱程度）
 - 高度急性期への医療資源の集中投入、在宅医療・介護の充実など
 - 年金制度の改善（～0.6兆円程度）
 - 貧困・格差対策の強化（再掲・～1.4兆円程度）
- (2) 社会保障の安定化：+10.8兆円程度（消費税収4%程度）
 - 年金国庫負担2分の1（2.9兆円程度）
 - 後代への負担のつけ回しの軽減（7.0兆円程度）
 - 高齢化等に伴う増（自然増）や安定財源が確保できていない
 - 既存の社会保障費
 - 消費税引上げに伴う社会保障支出の増（0.8兆円程度）

上記のうち、年金国庫負担2分の1、後代への負担のつけ回しの軽減が現状のスキマ（不足分）に相当する。

また、消費税率10%時点で、高度急性期、在宅医療・介護等に1.6兆円を充当する方向であるが、それ以降の医療・介護の確保および高度化のためには、さらなる財源が不可欠である。そのためにも、消費税収の「目的税化」が厳格な運用を意味するものであってはならない。

図 2.2 消費税率の国・地方の配分



2.2. 控除対象外消費税の問題について

「素案」では、控除対象外消費税について、次のように記載されている。

「社会保障・税一体改革素案」

今回の改正に当たっては、社会保険診療は、諸外国においても非課税であることや課税化した場合の患者の自己負担の問題等を踏まえ、非課税の取扱いとする。その際、医療機関等の行う高額な投資に係る消費税負担に関し、新たに一定の基準に該当するものに対し区分して手当てを行うことを検討する。これにより、医療機関等の仕入れに係る消費税については、診療報酬など医療保険制度において手当てすることとする。また、医療機関等の消費税負担について、厚生労働省において定期的に検証する場を設けることとする。なお、医療に係る消費税の課税のあり方については、引き続き検討をする。

日本医師会の見解

医療機関における社会保険診療は非課税であり、患者から消費税を徴収しない。しかし、社会保険診療のための医薬品などの仕入れ代金、医療機器などの購入代金には消費税がかかるので、医療機関が消費税分を負担している。

日本医師会の調査によれば、医療機関が負担している控除対象外消費税は、社会保険診療等に対して 2.22%に相当する税負担を負っていた(図 2.3)。そのうち、設備投資から生じる部分が 0.35%、医薬品や材料から生じる部分が 1.12%、その他の仕入れや購入から生じる部分が 0.74%である。また、一部の医療機関では、設備投資により、極端に大きな消費税負担が生じている(図 2.4, 図 2.5, 図 2.6)。

これらの消費税負担に対する手当てとして、消費税導入時及び税率引上げ時に診療報酬に対して合わせて 1.53%の上乗せがなされ、解決済みとされてきた。

図 2.3 医療機関の控除対象外消費税

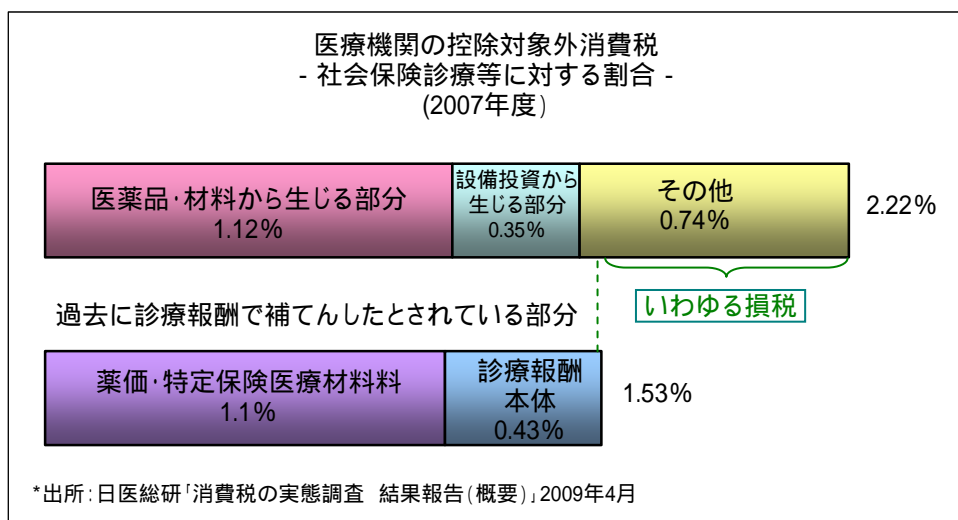


図 2.4 病院・診療所 社会保険診療等に対する控除対象外消費税の負担割合
- 負担割合の階層別 -

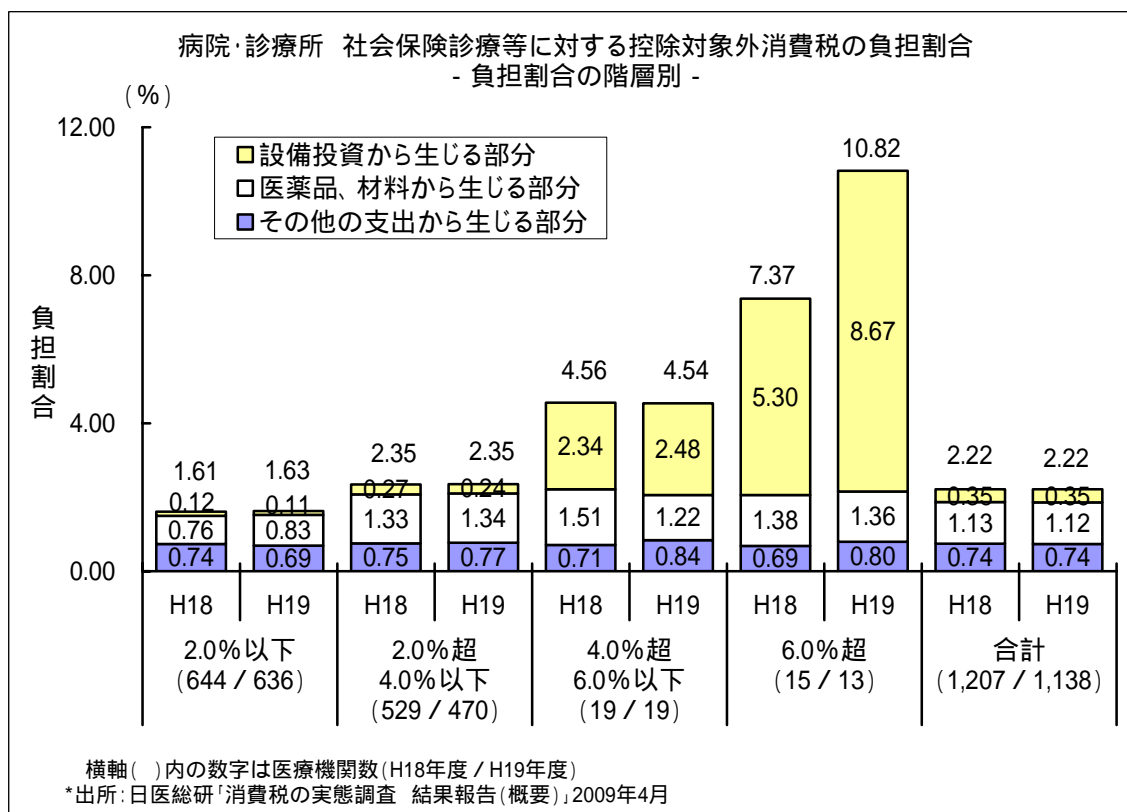


図 2.5 社会保険診療等に対する控除対象外消費税の発生状況（2007年度）

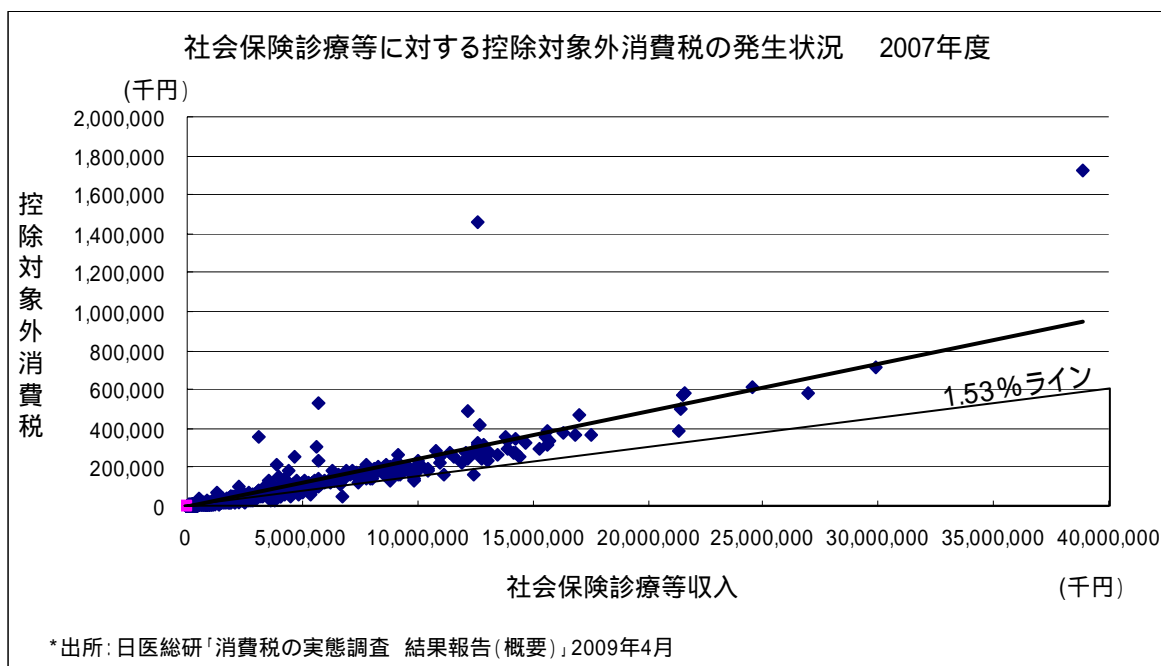
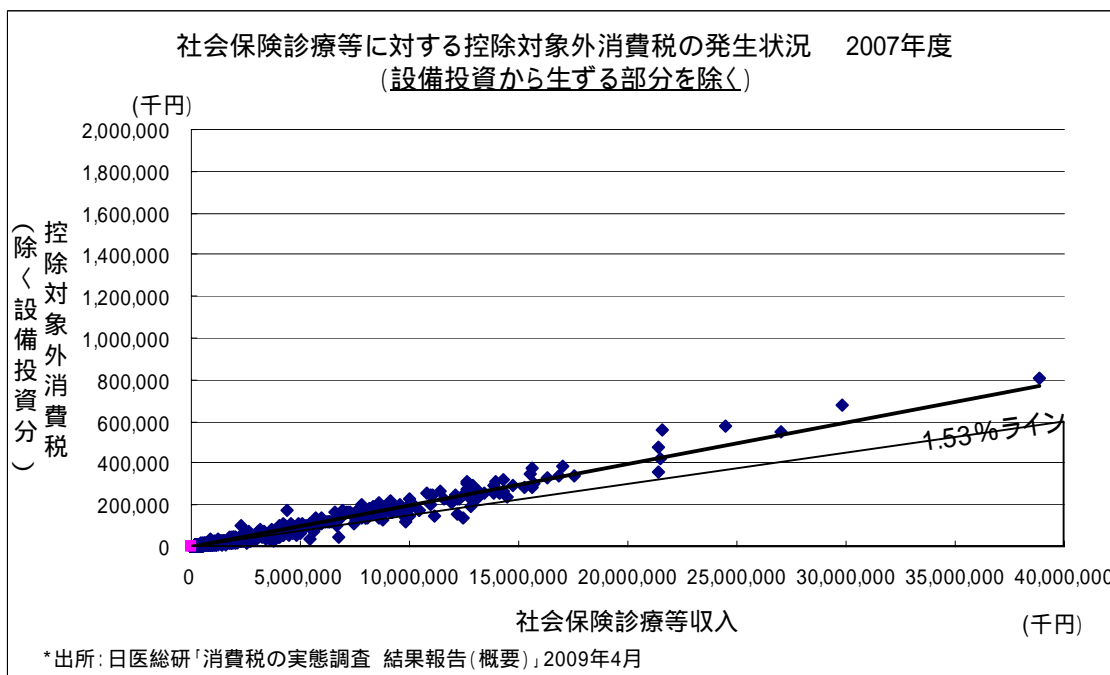


図 2.6 社会保険診療等に対する控除対象外消費税の発生状況（2007年度）
（設備投資から生ずる部分を除く）



しかし、上記の通り、診療報酬への上乗せが不十分であるために、いわゆる損税が生じており、日本医師会は、その解決を求め、以下の税制要望を掲げている。

社会保険診療報酬等に対する消費税の非課税制度を、仕入税額控除が可能な課税制度に改め、かつ患者負担を増やさない制度に改善。

上記課税制度に改めるまでの緊急措置として、設備投資に係る仕入税額控除の特例措置創設。

今回の「素案」は、非常に長い間放置され続けてきた、医療機関が抱える負担を解消する方向に道筋をつけたという点で一定の評価ができる。しかし、抜本的解決のためには、多くの課題が残されている。

まず、高額な投資に係る消費税負担について一定の手当てを行なうことを検討することとされた点については、日本医師会は次善の策として上記の税制要望を掲げており、「素案」では、税ではなく診療報酬の中での手当という不十分さを抱えているものの、部分的な実現を見たと言える。「検討」にとどまらず、確実に実施することを求める。

また、診療報酬への消費税分の上乗せ 1.53% を超える消費税負担、いわゆる損税について、定期的に検証する場が設けられることも評価できる。これまで、日本医師会が要望してきたにもかかわらず検討の場が設けられて来なかったが、これにより国民や保険者が問題を認識し、抜本的解決に向けた議論の場とすることが可能となると思われる。すみやかに設置することを求める。

しかし、非課税制度のまま医療保険制度の枠内での改善では、改定率という予算制約を免れないという点で、抜本的解決からほど遠い。10%への引き上げ時には、仕入税額控除が可能な税制に改め、かつ患者負担を増やさない制度とすることを求める。「今回の改正に当たっては」の部分は8%への引上げ時まで限定すべきものである。

冒頭にある「社会保険診療は、諸外国においても非課税であることや課税化した場合の患者の自己負担の問題等を踏まえ」の部分については、あたかも将来にわたって非課税制度のままにしておくべきとの印象を与える等、誤解を招く恐れが高いことから削除することを求める。諸外国の多くについて社会保険

診療が非課税であることは事実であるが、近年、株式会社立病院の増加が認められるものの、依然として公的病院が多く、しかも設備投資に対する手厚い補助金などにより、医療機関の消費税負担問題が生じにくい医療提供体制と支援策の組み合わせとなっている。これに対して、日本の場合は、医療機関の大半が民間で、かつ、設備投資に対する補助金も稀であるという点で大きく異なり、日本の特殊性を考慮する必要がある。現在の医療保険制度の下では、世界的に類をみない窓口負担が3割にもなっていることから、患者に新たな負担が生じないようにすることは当然である。

なお、消費税を課税にした場合、事業税の特例措置及び四段階制³に影響を与えないことを求める。そもそも、仕入税額控除を可能とするためにやむなく課税にするのであって、医療の公共性を否定するためではない。他方で、事業税の特例措置及び四段階制は、それぞれの根拠や政策目的により、創設され継続されてきた経緯がある。事業税の特例措置については、社会保険診療は公共性・非営利性の高い事業であり、事業税非課税を前提とした低廉な公定価格であること、医師は行政が行なうべき公共性の高い多くのサービスを代行していることを根拠としている。また、四段階制は、小規模・高齢医師による診療所を支え、ひいては地域医療を支えることを政策目的としている。

³ 社会保険診療等が5,000万円以下の場合の所得計算の特例措置。2,500万円以下（概算経費率72%）、2,500万円超3,000万円以下（同70%）、3,000万円超4,000万円以下（同62%）、4,000万円5000万円以下（57%）の四段階。

3. 公的医療保険のあり方

「素案」は、公的医療保険制度について、「市町村国保の低所得者保険料軽減の拡充など財政基盤の強化と財政運営の都道府県単位化」を図るとしている。

公的医療保険制度については、日本医師会は2010年11月に「国民の安心を約束する医療保険制度」をとりまとめ、公的医療保険制度の全国一本化を提案しているところである。今回の「素案」に対する見解を述べるに当たり、一部修正した（図 3.1）。

公的医療保険制度の全国一本化は4段階で進め、それぞれの段階ごとに問題点を洗い出し、その対策を講じた上で、次の段階に進むこととする。

なお、「一本化」「一元化」は次のように定義する。

一本化：制度としてひとつに統合すること。なお一本化しても、現行制度と同様に高齢者や低所得者に配慮し、保険料や一部負担割合の軽減措置を講じる方向とする。

一元化：財政調整により財源面で一体的運用を図ること。日本医師会が提案する全国一本化が実現するまでの間は、保険者間の財政調整が必須である。

第1段階 高齢者医療制度も含めた医療保険制度全体の方向性の検討

現行の後期高齢者医療制度は、2012年度末に廃止され、2013年度から新たな制度に移行する予定であるが（「素案」では、2012年通常国会に廃止法案提出予定）、一般および高齢者の医療保険制度を一体的に検討し、その方向性がかたまった時点で、新たな制度の実施時期を設定すべきと考える。それまでの間は、現行の後期高齢者医療制度を弾力的に運用して対応する。

第2段階 地域保険の創設と職域保険の段階的統合

高齢者医療制度、市町村国保を都道府県単位で統合し、地域保険を創設する。また職域保険として、共済組合を協会けんぽに統合し、国保組合、組合健保を段階的に協会けんぽに統合する。ただし地域保険的な国保組合については、地域保険への移行も可能にする。なお、高齢者の現役サラリーマンは、希望があれば職域保険等に参加しなおすことができるようにする。

第3段階 職域保険の完全統合

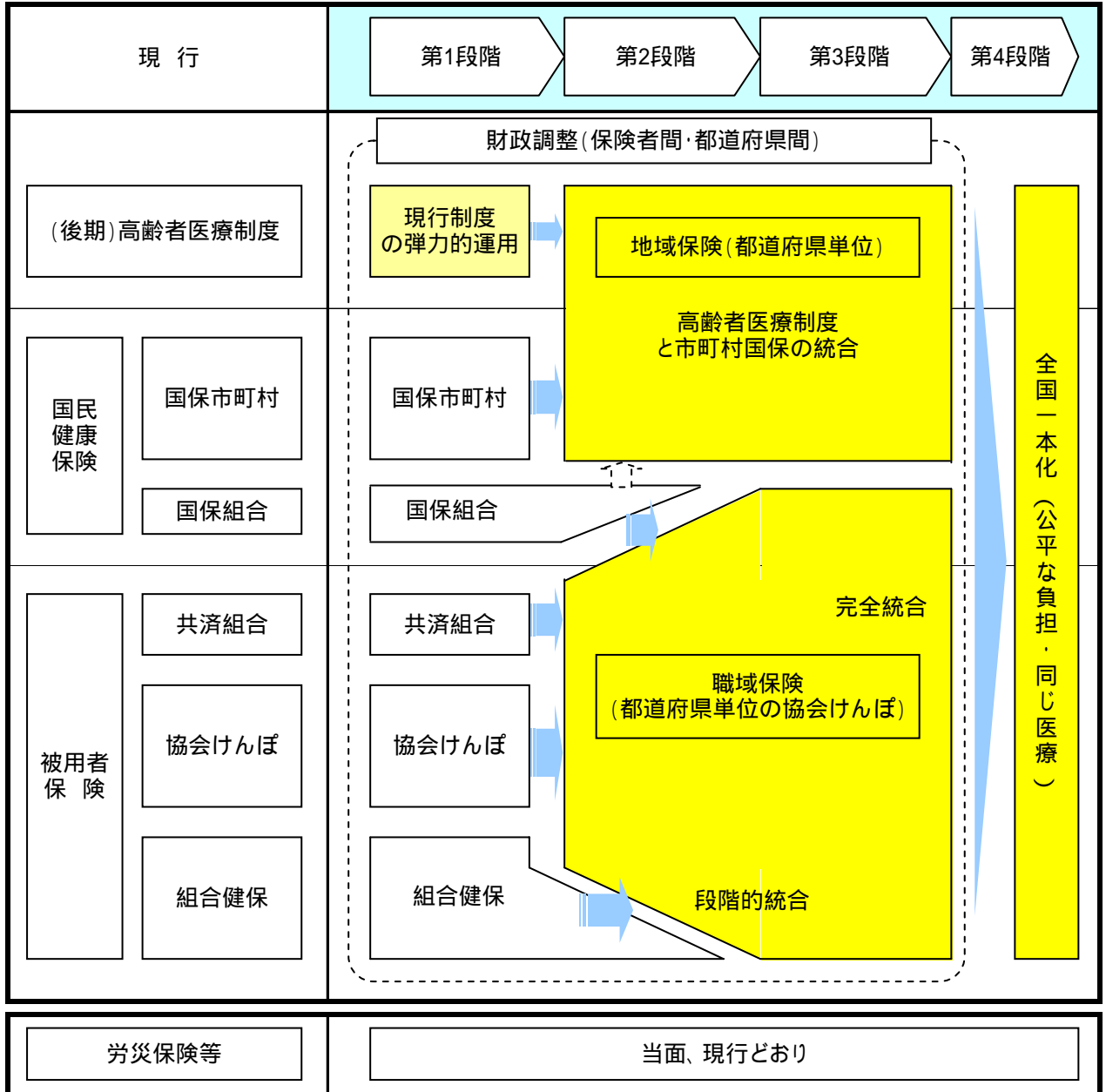
第3段階から全国一本化までの間は、特に財政調整が重要である。保険料の見直しなどにより、財源面での一体的運用（すなわち「一元化」）を図る。

第4段階 全国一本化

都道府県ごとの地域保険および職域保険（協会けんぽ）を全国一本化する。

図 3.1 日本医師会「国民の安心を約束する医療保険制度」

- 公的医療保険一本化までの道すじ -



()内は、2009年度(2010年3月)の加入者数(概数)

1)協会けんぽには船員保険を含む

*出所：厚生労働省「平成21年度 後期高齢者医療事業年報」「平成21年度 国民健康保険事業年報」「健康保険事業状況報告」
「健康保険・船員保険事業状況報告」
財務省「平成21年度 国家公務員共済組合事業統計年報」
地方公務員共済組合協議会「平成21年度 地方公務員共済組合等事業年報」
日本私立学校振興・共済事業団「平成21年度 私学共済制度事業統計」

また、日本医師会は、一本化までの間の財政調整財源として、保険料改革、消費税改革、国の歳出改革を同時並行で行なうべきであると考えている。このうち、保険料については、すべての国民が、支払能力に応じて公平な負担をすることが重要であり、とくに高所得者層の保険料の見直しを提案する。

保険料の見直しについての日本医師会の提案

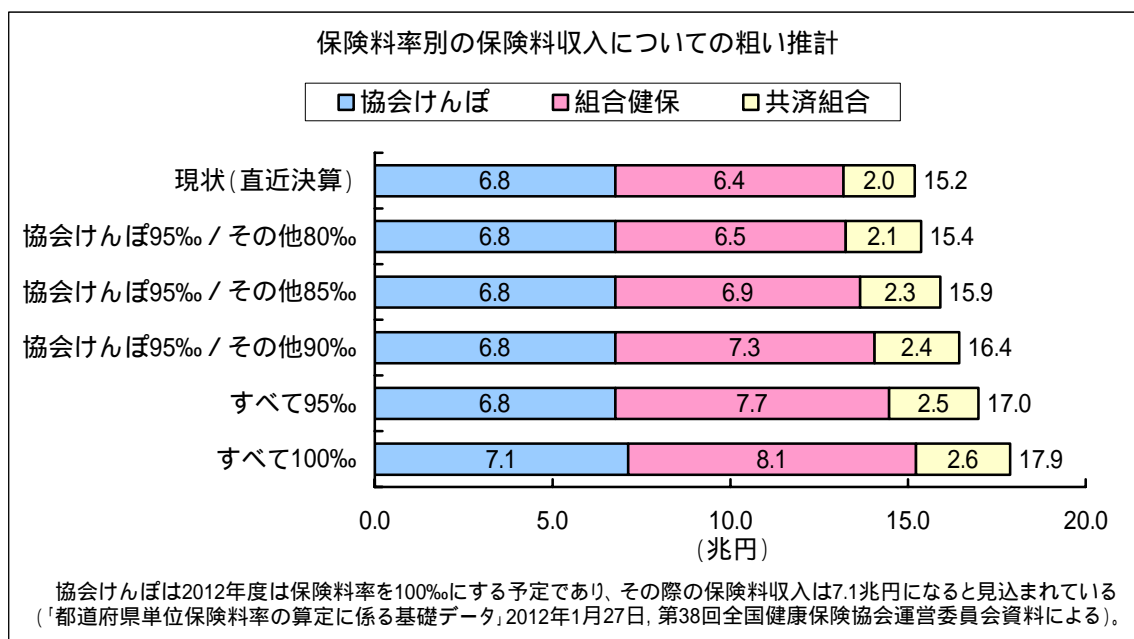
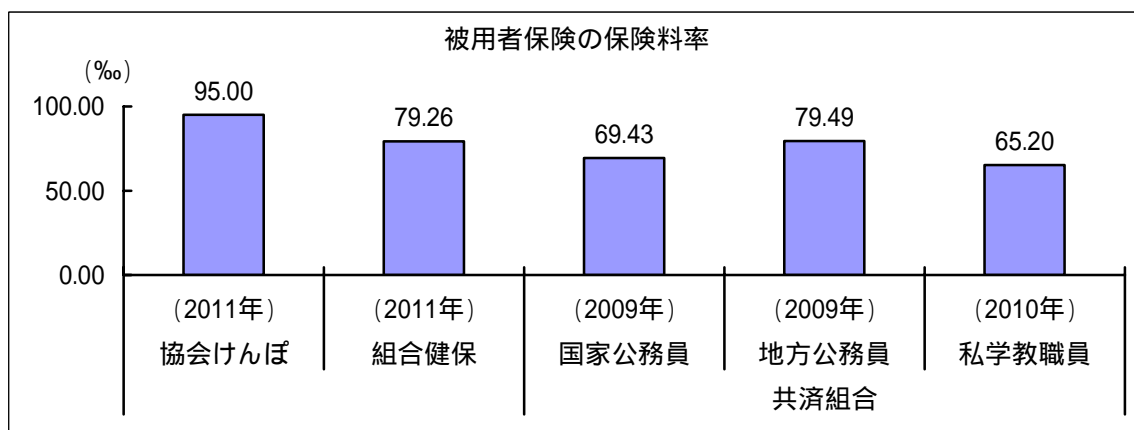
被用者保険の保険料率を、もっとも保険料率の高い協会けんぽの水準に引き上げる。

国民健康保険の賦課限度額、被用者保険の標準報酬月額の上限を引き上げ、高額所得者に応分の負担を求める。一方、低所得者や高齢者の負担軽減に配慮する。

*出所：(社)日本医師会「国民の安心を約束する医療保険制度」2010年11月2日

たとえば、被用者保険の保険料率を 100.00‰で公平化した場合、保険料収入は 17.9 兆円となり、現状の 15.2 兆円に比べて 2 兆円以上の保険料増収効果が見込まれる（図 3.2）。

図 3.2 被保険者の保険料率と保険料収入



*出所：
 協会けんぽ 全国健康保険協会「平成23年度の保険料率」, 2011年2月10日
 協会けんぽは都道府県の保険料率の平均
 組合健保 健康保険組合連合会「平成23年度健保組合予算早期集計結果の概要」, 2011年4月21日
 一般保険料率と調整保険料率の合計
 国家公務員共済組合 財務省「平成21年度国家公務員共済組合事業統計年報」, 2011年3月
 地方公務員共済組合 地方公務員共済組合協議会「平成21年度地方公務員共済組合等事業年報」, 2011年3月
 私学教職員等共済組合 日本私立学校振興・共済事業団「平成22年度私学共済制度事業統計」, 2011年8月31日

4. 医療提供体制

4.1. 急性期病床の位置付けの明確化

「素案」は、「急性期病床の位置付けを明確化」するとしている。

これについては、現在、厚生労働省の「急性期医療に関する作業グループ」において、急性期病床群（仮称）を医療法に位置づけ、認定することについて議論が進められている。厚生労働省事務局が示している効果は以下のとおりである（2011年12月22日 作業グループ提出資料より）。

急性期病床群（仮称）を医療法に位置づける効果

< 機能の見える化 >

- ・認定により、急性期病床群（仮称）の機能が明らかとなり、それを有する病院の機能が見える化するとともに、認定を受けることが、医療機関自身が地域の中で担うべき医療を確認し、点検していくことにつながり、それにより地域医療として提供される医療の質が向上していくことが期待される。

< 医療計画との関係 >

- ・急性期病床群（仮称）を医療法に位置づけ、認定業務等に都道府県が関与する場合には、都道府県内の急性期医療の提供状況を都道府県が把握し、より実態に即した医療計画の策定が期待される。

*出所：厚生労働省「急性期医療に関する作業グループ第1回会合 提出資料」

2011年12月22日

現在、医療法では、病床を次のように定義しているが、一般病床については明確な定義がない。

医療法第7条2(要約)

精神病床	精神疾患を有する者を入院させるためのもの
感染症病床	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、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8項に規定する指定感染症の患者並びに同法第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
結核病床	結核の患者を入院させるためのもの
療養病床	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
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

日本医師会の見解

(1) 一般病床のあり方について

日本医師会において推計している2015年以降の一般病床数は、次項で述べるとおりである(表4.1)。日本医師会として、今後も、急性期医療への偏った医療資源の集約ではなく、地域で入院医療を支えている一般病床全体の充実に努めていく所存である。

地域の医療ニーズは、住民の年齢・疾病構造、受療行動や交通事情などによって多様であり、かつ変化しうる。個々の患者においても状態は常に変化し、またNICUの長期入院の問題など、院内外での転床・転院先が確保できない事態も生じうる。一般病床において、病床の定義や位置付けを明確化し、対象患者の範囲を限定すれば、その範囲に該当しない患者が行き場を失うことになる。

一般病床は、幅広い概念である現在の定義だからこそ、地域の医療ニーズの変化・多様化に柔軟に対応できてきたが、機能分化を法制度で決めてしまうと、

運用が硬直的になる恐れもある。

1つの病院が様々な機能を持ち、地域に密着して医療を提供していることが、日本の医療を支えてきた。さらに、今後の高齢化の進展により、患者の病態は様々なものとなる。急性期ではなく、むしろ慢性期から病床のあり方を考えていくことも重要である。

まずは、急性期医療及び在宅医療の中間に立つ一般の病院や診療所の機能強化こそが重要である。そして、医療の機能分化や連携は、あくまでも地域の関係者が参画、議論した上で作成する医療計画により推進するべきである。

(2) 一般病床の定義について

前述した通り、一般病床には、どのような患者を入院させるのかという明確な定義はない。

第4次医療法改正(2001年)に当たり、「その他の病床」(現在の一般病床および療養病床)の区分が議論された際、厚生省(当時)は、当初「急性期病床」と「慢性期病床」、あるいは「短期病床」と「長期病床」に区分しようとした。これに対して日本医師会は、在院日数などに着目した病床区分では、長期療養が必要な重症患者等が病床区分の狭間に落ちるおそれがあると反論し、あくまで良質な入院医療の確保という観点から検討すべきであると主張した。その結果、一般病床の現在の定義づけがなされた経緯がある⁴。

(3) 「見える化」について

「見える化」については、住民が求めるものは、病院の病床を区分した「急性期病床群」などではなく、いざ病気になったら受け入れてくれる「病院」や「診療所」である。それは、地域医師会により、かかりつけ医機能をさらに推進することで対応可能である。

また、医療計画で、たとえば脳卒中に対応する病院を位置付け、住民に広報することで、「見える化」を達成することができる。さらに、地域医師会による住民向け医療マップや啓発資料の活用、都道府県による医療機能情報提供制度

⁴ (社)日本医師会『グラウンドデザイン 2007 各論』

の充実・周知徹底でも可能であり、要は方法論の問題である。

(4) 医療法改正と診療報酬上の評価等について

新たな制度には、必ず診療報酬や公的補助制度がリンクしてくるが、急性期病床群の要件を満たせる病院は限られる。

医療法上は急性期病床群でなくとも急性期医療を行なえるとされている。しかし、急性期医療に関する診療報酬や公的補助が急性期病床群に重点的に配分された場合、実質的に不可能となり、急性期医療から脱退する病院が多く現れ、過度の集約化等につながる恐れがある。

急性期病床群の要件を満たせる病院が少ない地域では、病院の統廃合など過度の集約化を行なわざるを得ない。大都市と地方など、医療資源の格差の増大につながる。

2001年に、一般病床、療養病床に区分した結果起きた問題(医療療養病床への医療区分の導入と低い診療報酬評価、介護療養型医療施設の廃止など)を検証するべきである。

(5) プロフェッショナル・オートノミーとの関係について

どの病床に、どのような患者を入院させるべきか、それぞれの病床においてどのような処置を行なうか、その必要性、適合性は、医師が、プロフェッショナル・オートノミー⁵に基づいて、医学的合理性により判断するものである。医師の医学的判断や、医師と患者との関係に、法令や行政機関が立ち入るべきではない。

(6) 有床診療所について

有床診療所については、地域住民の身近にあつて、専門性の高い医療と緊急時の医療、在宅医療の後方支援など多様な役割・機能を担い、地域の実情に合わせて柔軟に運営されている。有床診療所における急性期の入院医療のあり方は、有床診療所の多様性や柔軟性が十分に確保されなければならない。

⁵ 「医師のプロフェッショナル・オートノミーと臨床上の独立性に関するソウル宣言」2008年10月 WMAソウル総会(韓国)参照

(7) 平均在院日数について

急性期病床群の要件の1つとして平均在院日数が挙げられ、いっそうの日数短縮を推進することが懸念されるが、その問題点については、次項のとおりである。

表 4.1 一般病床についての粗い推計

最近の推移

		2002年	2005年	2008年
入院患者数(千人)	0～14歳	36	32	31
	15～74歳	492	443	399
	75歳以上	283	308	333
	計	811	784	763
人口(千人)	0～14歳	18,102	17,585	17,176
	15～74歳	99,291	98,543	97,298
	75歳以上	10,044	11,638	13,217
	計	127,437	127,766	127,691
入院受療率 (人口10万対)	0～14歳	199	184	178
	15～74歳	496	450	410
	75歳以上	2,820	2,647	2,518
	計	637	613	597

		2002年	2005年	2008年	平均
入院受療率の伸び (年換算, %)	0～14歳	-	-2.5	-1.2	-1.9
	15～74歳	-	-3.2	-3.0	-3.1
	75歳以上	-	-2.1	-1.6	-1.9
	計	-	-1.2	-0.9	-1.1

将来の見通し - 粗い推計 -

		2015年	2020年	2025年	2030年
人口(千人)	0～14歳	15,827	14,568	13,240	12,039
	15～74歳	94,312	90,742	85,633	81,795
	75歳以上	16,458	18,790	21,786	22,784
	計	126,597	124,100	120,659	116,618
入院受療率 1 (人口10万対)	0～14歳	178	178	178	178
	15～74歳	410	410	410	410
	75歳以上	2,518	2,518	2,518	2,518
	計	597	597	597	597
入院患者数 2 (千人)	0～14歳	28	26	24	21
	15～74歳	387	372	352	336
	75歳以上	414	473	549	574
	計	830	871	924	931
病床利用率(%) 3		80.0	80.0	80.0	80.0
必要病床数(千床)		1,037	1,089	1,154	1,164

- 1 入院受療率 これまでは平均在院日数の短縮化等により低下してきたが、今後は無理な短縮化は行なわないこととし、横ばいで見込んだ
- 2 入院患者数 人口×入院受療率
- 3 病床利用率 必ずしも計画的入院ができないことから一定の余裕を見ている

*出所：厚生労働省「患者調査」、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成24年1月推計)」から推計。2008年、2005年、2002年の人口は、総務省統計局「人口推計」各年10月1日現在による。

4.2. 一般病棟における長期入院の適正化

「素案」では、「一般病棟における長期入院の適正化を推進する」とある。

平均在院日数は、DPC 病院、特に平成 15 年度 DPC 参加病院（すべて特定機能病院）で大幅に短縮化されてきたが、その一方で、退院時の治癒・軽快の割合が減少し、再入院の割合が増加している（図 4.1, 図 4.2, 図 4.3）。また、その他の DPC 参加病院では、平均在院日数に下げ止まりの傾向が見られる。

平均在院日数の短縮化が限界に来ているのではないかと考えられる。平均在院日数の短縮化が、国民の安心、健康に寄与したというエビデンスもない。平均在院日数の短縮化ありきではなく、患者の状態に応じた適切な医療を提供することが重要である。

図 4.1 DPC 参加病院 在院日数の推移

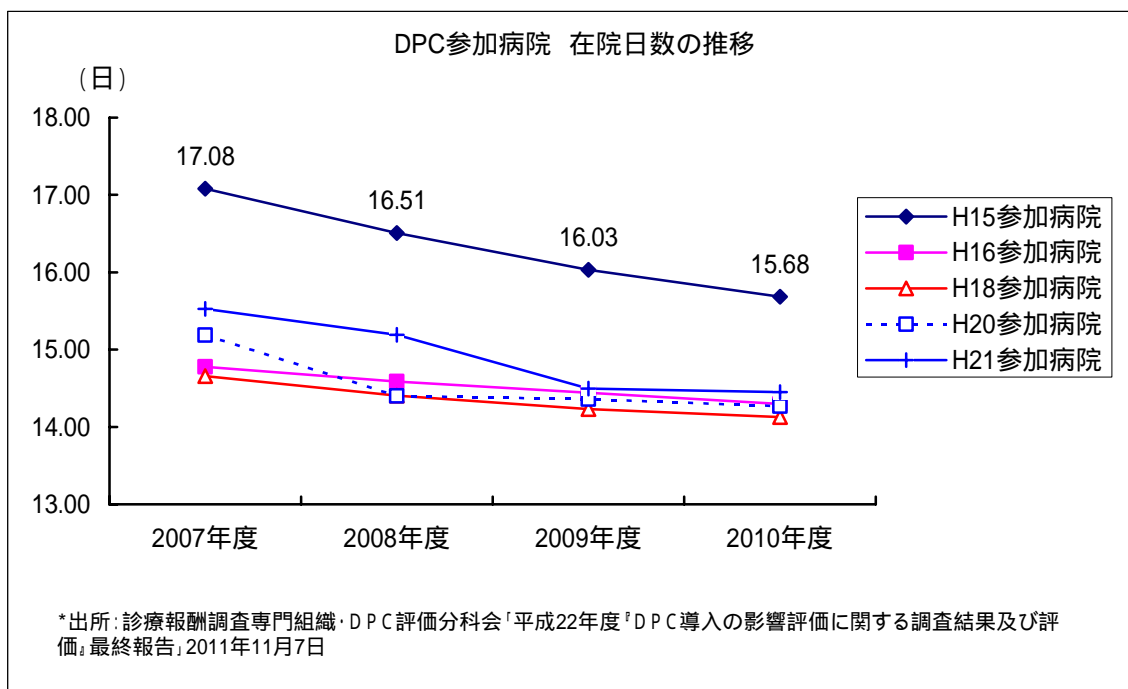


図 4.2 DPC 参加病院 退院時の治癒・軽快の割合

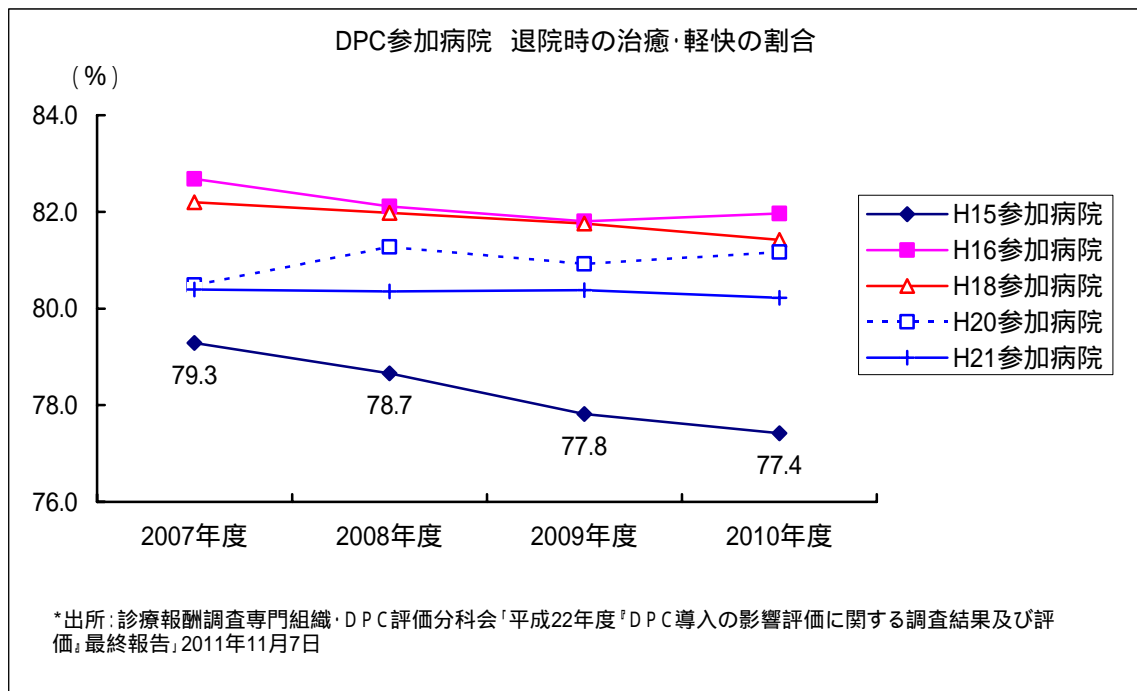
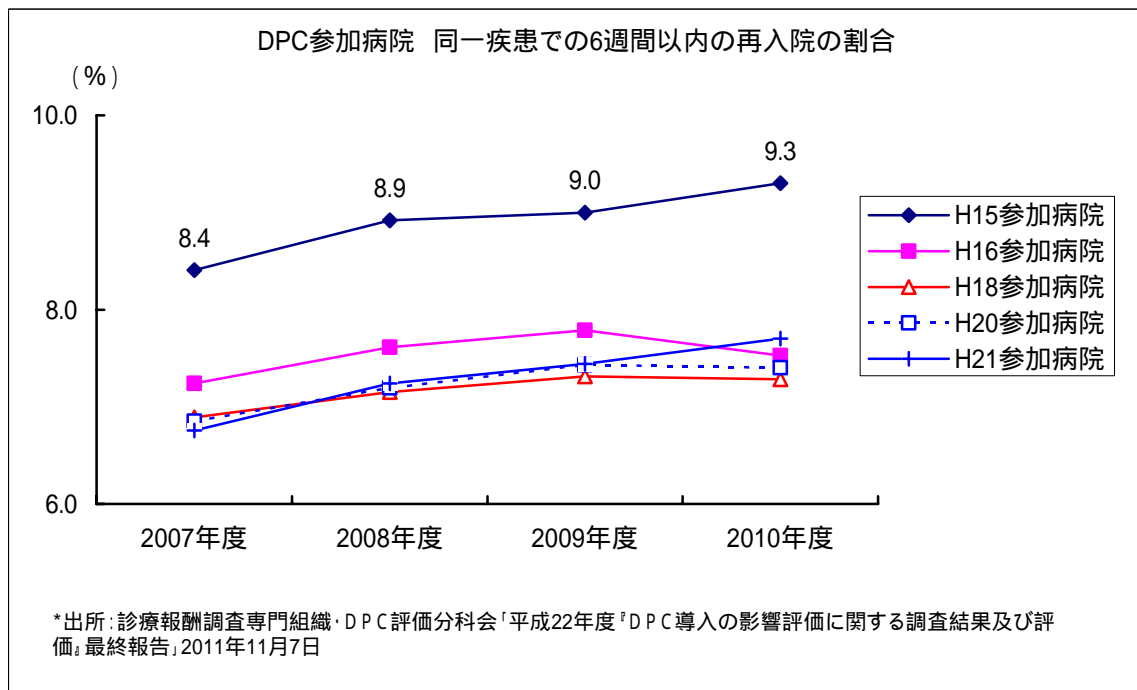
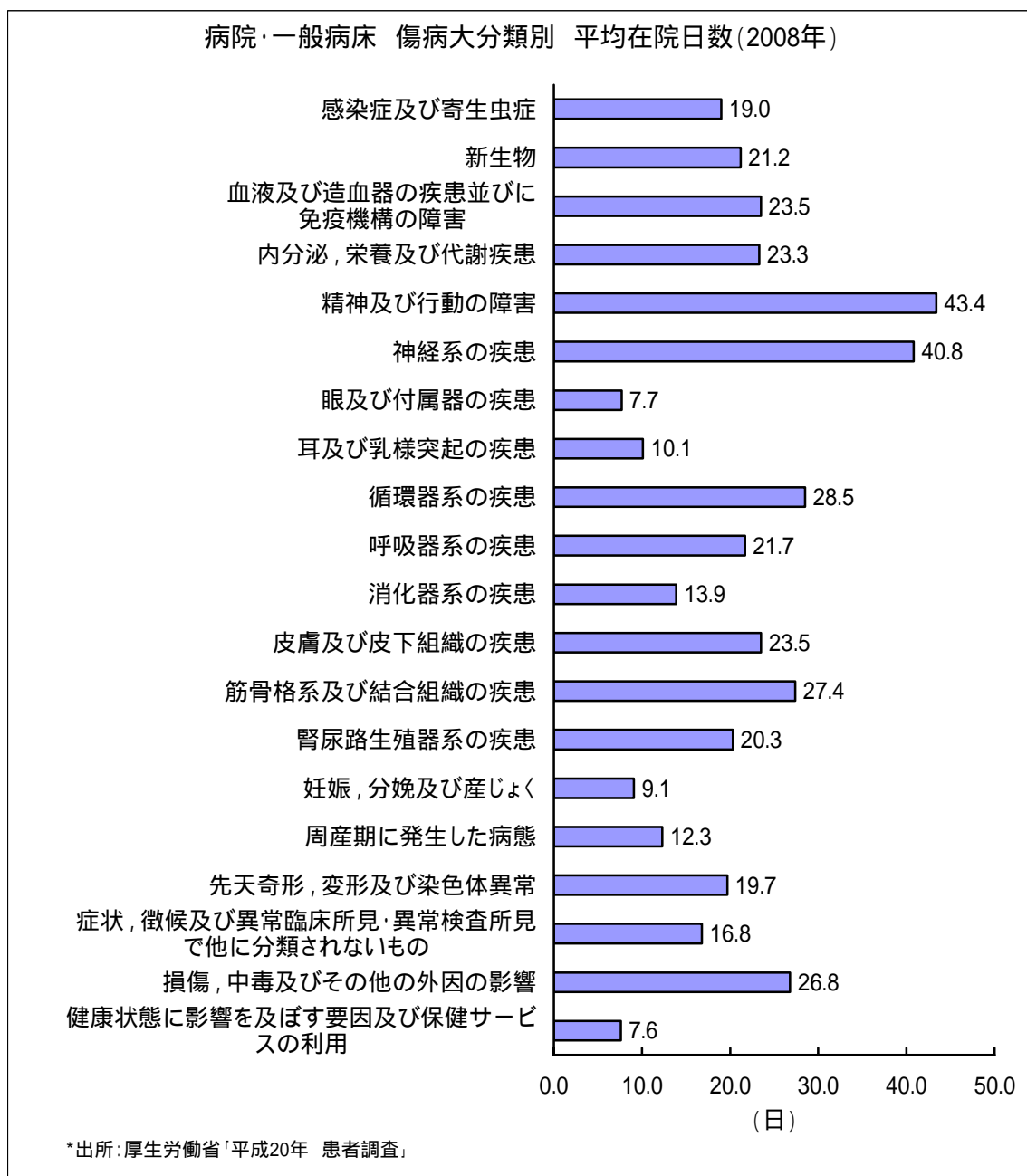


図 4.3 DPC 参加病院 同一疾患での6週間以内の再入院の割合



平均在院日数については、疾患別の在院日数の違いを考慮していないことも問題である（図 4.4）。一定の症例数がある疾患の中にも、在院日数がかなり長くならざるを得ない疾患があるので、一律で議論すべきではない。

図 4.4 病院・一般病床 傷病大分類別 平均在院日数 (2008年)



4.3. 在宅医療の拠点となる医療機関

「素案」は、「在宅医療の拠点となる医療機関の趣旨及び役割を明確化するとともに、在宅医療について、達成すべき目標、医療連携体制等を医療計画に記載すべきことを明確化する」としている。

日本医師会の見解

(1) 在宅医療における連携のあり方について

地域全体の会員医師より構成され、行政や拠点病院とも連携して地域を面として捉え、ネットワークづくりを目指してきた地域医師会こそが、公平・中立な観点から地域連携の調整の役割を果たすべきである。

今般、在宅医療における連携体制が「5 疾病 5 事業」と同様に医療計画に位置づけられる方向となったが、地域医師会は在宅医療連携の拠点となり、多職種協働による包括的かつ継続的な在宅医療の提供体制を構築していくことが求められる。

また、都道府県医師会においても、医療審議会や地域医療対策協議会などの場で医療計画を作成するに当たり、地域の実情に応じた在宅医療の連携システムをいっそう構築していくべきである。

(2) 在宅医療の拠点となる医療機関の法制化について

厚生労働省の「在宅医療の拠点となる医療機関」(在宅医療連携病院・診療所)の法制化案は、在宅医療連携拠点モデル事業を基盤としているが、同事業は本年度に実施したばかりであり、その検証が行なわれたかは不明である。また、同モデル事業は、医療機関だけではなく、地域医師会等も対象である。

在宅医療連携病院・診療所の法制化により、特定の医療機関がネットワークをつくったとき、どうしても自分たちのグループの中での連携となり、開設者が異なる医療機関や訪問看護ステーションなどとの連携も困難である。やはり、地域医師会こそが、公平・中立な観点から地域連携の調整の役割を果たすべきである。

(3) 診療報酬等との関係について

新たな制度には、必ず診療報酬や公的補助制度がリンクしてくる。仮に、在宅医療連携病院・診療所との連携でなければ、診療報酬上の評価を得られないとなれば、地域連携はゆがんだものとなり、他の医療機関との格差、さらには地域格差の拡大につながる。

4.4. 医師確保対策

「素案」は、「医師の地域間、診療科間の偏在の是正に向け、都道府県が担う役割を強化し、医師のキャリア形成支援を通じた医師確保の取組を推進する」としている。

日本医師会は、2011年4月に「医師養成についての日本医師会の提案 - 医学部教育と臨床研修制度の見直し - (第2版)」を発表した。その要点は以下のとおりである。

日本医師会「医師養成についての日本医師会の提案
- 医学部教育と臨床研修制度の見直し - (第2版)」

医学部教育改革

< 参加型臨床実習 >

日本医師会は、医学部5～6年生は参加型の臨床実習を行なうことを提案している。

参加型臨床実習とは、CBT・OSCEに合格し、医師国家資格の取得を目指す学生（主に医学部の5年生・6年生）が、指導教員の下で、医療チームの一員として、患者の診察、診断、治療などに参加する実習とする。到達目標は、医学教育モデル・コア・カリキュラムに準じる。

また、医師としての適格性を養う目的で、5年生終了時または6年生のときに、指導教員や地域医療の代表者等による一般面接（OSCEでの問診形式の医療面接とは異なり、面接者が学生に対して直接試問するもの）を行ない、指導教員が面接結果にもとづいて適切な指導を行なっていく（図4.5）。

図 4.5 医学部教育の改革案

1年生	2年生	3年生	4年生	5年生	6年生
<p>6年間一貫したリベラル・アーツ教育</p> <p>心理学・社会学・哲学・倫理学・ 社会保障制度・医療経済 ほか</p>			<p>C B T ・ O S C E</p>	<p>参加型臨床実習</p> <p>CBT・OSCEに合格し、医師国家資格の取得を目指す学生が、指導教員の下で、医療チームの一員として、患者の診察、診断、治療などに参加する実習。</p> <p>医師としての適格性を養う目的で5年生終了時または6年生のときに、指導教員や地域医療の代表者等による一般面接を行ない、指導教員が面接結果にもとづいて適切な指導を行なう。</p>	
<p>臨床医学教育の一環として、介護や福祉との連携も視野に入れた演習、見学実習、ボランティア活動等を実施</p> <p>・基礎医学</p> <p>・臨床医学</p> <p>・社会医学</p>				<p>卒業試験</p>	<p>医師国家試験（上級OSCE）</p>

臨床研修制度

日本医師会は、地域医療を代表する立場から、日本の医療を担う若手医師の養成を支えていく。日本医師会が、当面の改革案として考える臨床研修制度の基本的方向性は次のとおりである。

日本医師会 臨床研修制度の基本的方向性（当面の課題として）

基本的なプライマリ・ケア能力を獲得し、地域医療を担うことができる医師を養成するため、地域社会で充実した研修体制を整備する。

研修希望者数と全国の臨床研修医の募集定員数を概ね一致させる。都道府県の募集定員は人口や地理的条件など地域の実情を踏まえて設定する。

臨床研修医が単なる労働力として位置付けられることなく研修に専念できる環境を整備する。

臨床研修医の研修先における給与水準を一定の範囲内にする。

< 研修プログラム >

到達目標は、医学部 5 年生、6 年生での参加型臨床実習を経て、臨床研修を修了した医師が、十分な診療能力を身につけていることとした。

1 年目

プライマリ・ケア能力の獲得に一定の目途をつけることを目指し、内科、救急医療、地域医療（小児医療、高齢者医療を含む）、精神科（認知症対策、うつ病対策など）を必修とし、約 1 年間研修する。それぞれの必修科においては、介護、福祉との連携も視野に入れる。

2 年目

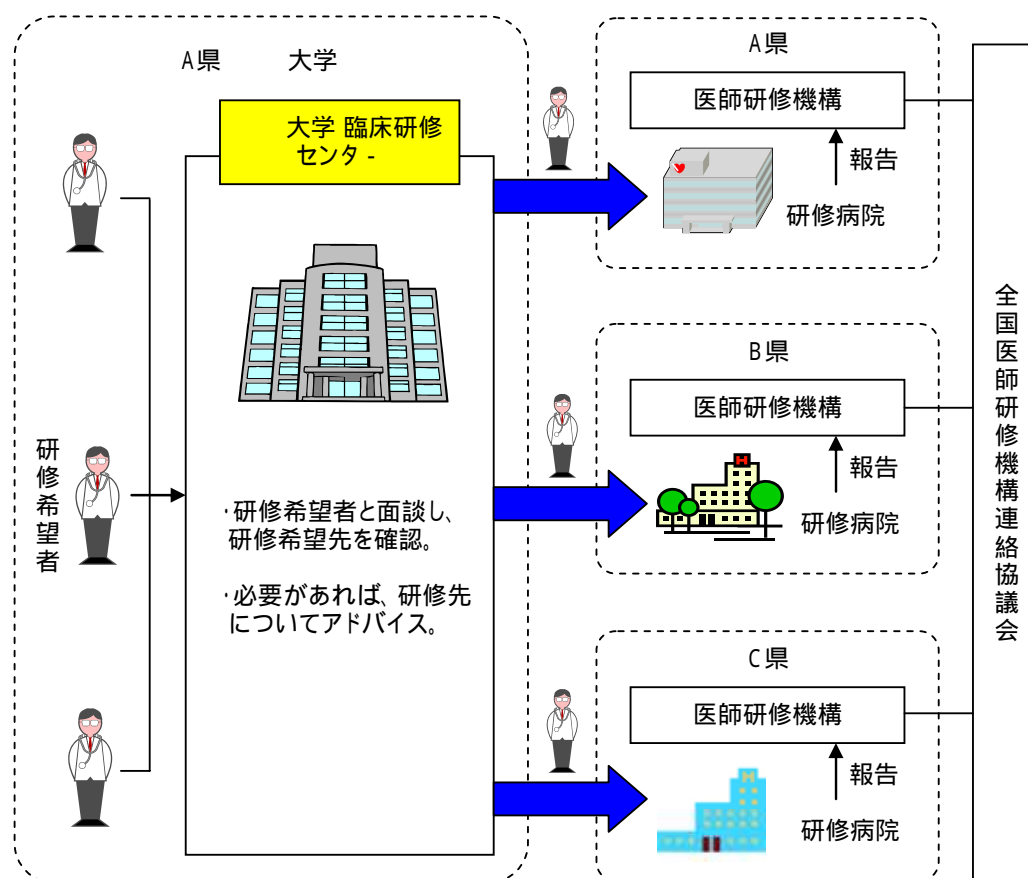
将来専門としたい診療科のプライマリ・ケアを中心に研修する。

- ・ 基礎医学に進む場合には、卒業直後からではなく、後年あらためて臨床研修を受けることができるようにする。
- ・ 研修プログラムは、これまでの新医師臨床研修制度の成果や社会情勢の変化等を踏まえ、適宜、見直しを行なっていく。

研修システム

都道府県ごとに「医師研修機構」を設置し、人口や地理的条件など地域の実情を踏まえて、研修希望者数と全国の臨床研修医の募集定員数が概ね一致するよう、臨床研修医募集定員数を設定・調整すること、各大学に「臨床研修センター」を設置し、卒業生の進路決定を支援することを提案している（図 4.6）。

図 4.6 「臨床研修センター」と「医師研修機構」のイメージ



都道府県による医師確保対策

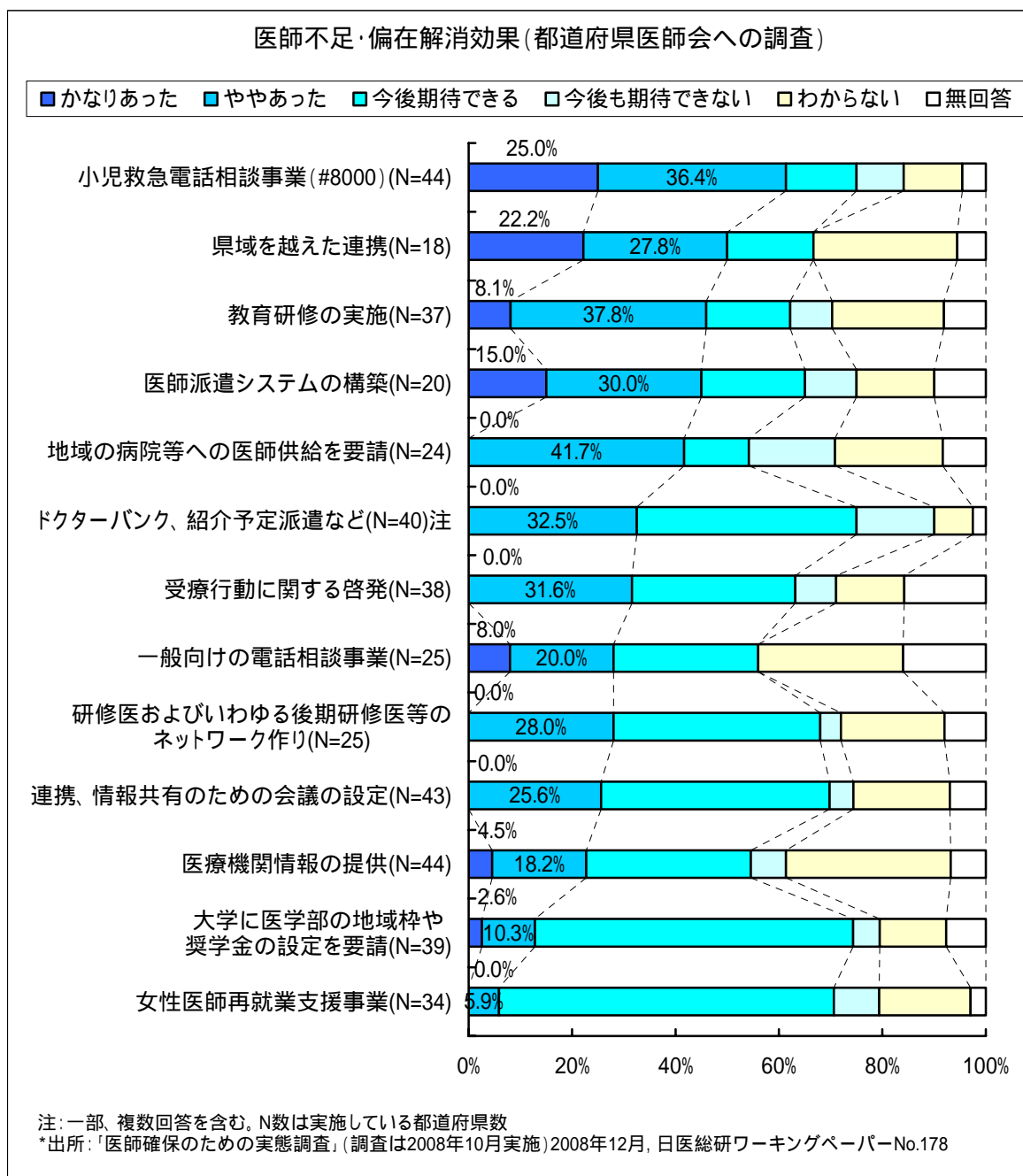
現在も既に、医師不足・偏在解消のために、都道府県で様々な事業に取り組んでいる。日本医師会は都道府県医師会を対象に、2008年12月、実施している事業とその効果についてアンケート調査を行なった⁶。

調査結果から、医師不足・偏在解消効果が認められた割合が高かったのは、「小児救急電話相談事業（#8000）」（61.4%）、「県域を越えた連携（医師の相互供給、ドクターヘリの共同運航など）」（50.0%）、「教育研修の実施（かかりつけの医師、初期救急医療、各疾病ガイドラインの普及など）」（45.9%）、「医師派遣システムの構築（大学・国公立病院等から地域の医療機関への派遣）」（45.0%）であった（図 4.7）。

都道府県医師会から一定の効果が得られたと回答のあったこれらの取り組みを参考に、医師確保対策の検討を進めていくべきと考える。

⁶ 「医師確保のための実態調査」2008年12月、日医総研ワーキングペーパーNo.178

図 4.7 医師不足・偏在解消効果（都道府県医師会への調査）



4.5. チーム医療の推進

「素案」では、「高度な知識・判断が必要な一定の行為を行う看護師の能力を認証する仕組み」の導入を検討している。これについては、これまで、社会保障審議会医療部会、チーム医療推進会議で議論が行なわれてきた。

社会保障審議会 医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」(2011年12月22日)より抜粋

看護師、診療放射線技師等の業務範囲

現場で患者に寄り添っている看護師が、患者に安全かつ迅速にサービスを提供するために、また、その能力を十分に発揮するためにも、公的に認証することを含め一定以上の能力を認証する仕組みは重要であり、この認証の仕組みの在り方については、医療現場の実態を踏まえたものとする必要がある。

チーム医療推進会議「看護師特定能力認証制度骨子（案）」（2011年11月18日）より抜粋

1 特定行為

医師又は歯科医師の指示の下、臨床に係る実践的かつ高度な理解力、思考力、判断力その他の能力をもって行わなければ、衛生上危害を生ずるおそれのある行為に関する規定を保健師助産師看護師法に位置付けることとする。

2 特定行為の実施

看護師は、以下のいずれかの場合に限り、特定行為を実施することができることとする。

- (1) 厚生労働大臣から能力の認証を受けた看護師が、能力認証の範囲に応じた特定行為について、医師の指示を受けて実施する場合
- (2) 看護師が、特定行為を実施しても衛生上危害を生ずるおそれのない業務実施体制で、医師の具体的な指示を受けて実施する場合

3 厚生労働大臣の認証

チーム医療推進会議「看護師特定能力認証制度骨子（案）」に対する意見」（2011年12月7日）より抜粋

看護師特定能力認証制度について、今後、政府において法制化を見据え議論を行う際には、以下の点について十分配慮することが必要であり、本会議での意見を尊重されたい。

- ・ 特定行為やカリキュラムの具体的な内容等、制度の詳細については、特定看護師（仮称）養成調査試行事業及び特定看護師（仮称）業務試行事業の実施状況、専門看護師や認定看護師との関係等を踏まえ、引き続き十分に検討する必要がある。その際、特定行為については、チーム医療推進の観点から、医療関係職種の業務範囲との関連を踏まえつつ検討を進める必要がある。

日本医師会は、2011年11月に次のような見解を示した。

日本医師会定例記者会見資料（2011年11月16日）

11月7日の看護業務検討ワーキンググループに「看護師特定能力認証制度骨子案」が示されたが、厚生労働省は十分な議論を経ないままに、保健師助産師看護師法の改正に向けて、12月の社会保障審議会医療部に諮ろうとしている。関係者や国民の合意なきままに、社会保障・税一体改革ありきで法制化を急ぐことは許されない。特定看護師（仮称）の創設は、国民の生命にかかわる重大な問題であり、社会保障・税一体改革とは一線を画し、時間をかけて慎重に検討することを求める。

あらためて、看護師等の業務範囲、チーム医療についての見解をまとめると、次のとおりである。

日本医師会の見解

(1) 総論：チーム医療の推進について

国民がより安全で質の高い医療を受けられるよう、全ての医療関係職種が質の向上に取り組み、連携・協働していくことがチーム医療であるが、現在の議論は、ややもすると「チーム医療の推進」＝「業務範囲の拡大」となっている。業務範囲の拡大により医療安全が損なわれては本末転倒であり、慎重な議論を要する。

医師と看護職員の業務範囲の見直しに関する議論の背景には医師不足があるが、医師と看護師は教育の内容（医学と看護学）が異なっており、医師の代わりにはなり得ない。国民は、看護師がリスクの高い医行為を行なうことは望んでいない。侵襲性の高い医行為及び難しい判断を伴う医行為は、医療安全の観点から、医師が行なわなければならない。

新たな資格や認証制度の創設が、さらなる看護師不足を招来し、また一般の看護師の業務を縮小させ、地域医療の現場を混乱させるようなことがあってはならない。

(2) 各論：看護師特定能力認証制度骨子案について

看護師の能力を認証する仕組みは国民から求められて出てきたものではなく、医師不足を補うために、看護師に医師の代わりをさせたいという一部の医師と、看護のキャリアアップのために必要と主張する一部の看護師に端を発するものである。医師の負担軽減あるいは看護師のキャリアアップのために、看護師がリスクの高い医行為を実施することは、到底理解は得られない。

「包括的指示」であれ「具体的指示」であれ、同じ行為ができるのであれば、

保健師助産師看護師法を改正して認証制度を設ける必要はない。また、医師の指示の内容は、患者の容体、診療の補助の内容、指示を受ける看護師の業務経験等を勘案して、個々の医師が決めるものであり、「包括的指示」「具体的指示」として明確に規定され得るものではない。

法令上に「特定行為」を位置付けること自体が、事実上の業務独占となり得る。看護師自身は、これまで安全に実施してきた行為であっても、認証がなければ実施を躊躇するおそれがある。また国民からは、包括的指示や具体的指示の違いではなく、「認証が必要な危険な行為」として捉えられるおそれがある。そうならば、「認証のない看護師にはやってほしくない」と思うのが当然であり、たとえ現場で十分な経験を積んできた看護師がいても、事実上実施できない事態が生じ得る。結果として、看護師の業務縮小となり、医療現場に大きな混乱をもたらすことは必至である。

具体的な「特定行為」が明らかにされていない段階で制度化しようとしている。対象となる行為が何かを明らかにした上で、認証の必要性を議論すべきである。そもそも、2年間や8か月もの間、現場を離れて大学院等で勉強しなければ安全性が担保されないような行為は、「診療の補助」を超えるものではないのか。厚労省の試行事業では、一部ではあるが、医師がすべきと考えられる行為まで実習させており、それらの行為が「特定行為」に相当するとすれば、医療安全の観点から断じて容認できない。

(3) まとめ

現場が求めているのは、新たな認証制度ではなく、一般の看護師が診療の補助として実施できる行為を整理し、必要に応じて通知等で示すことである。医師でなければできない行為ではなく、看護師が一定程度の研修を受けて実施可能な行為は、現場のOJT(現任教育)等によりスキルアップして実施していくことが十分可能である。

看護師が自己研鑽を積み、質の向上を図ることは医療職として必要なことで

ある。既に日本看護協会の認定看護師や専門看護師は現場で役割を果たしており、二重三重に国が認証する必要はない。

認証制度や業務拡大については、看護界も意見が分かれている。「現行制度の医師の包括的指示によってチーム医療の推進を図ることは十分できる」とする看護系学会の意見⁷、「看護師がすべきことはもっと他にある」、「そんな看護師を養成するよりも看護師の数を増やしてほしい」、「訪問看護の現場では、具体的指示でなければできなくなると困る」という現場の看護師達の声もある⁸。

医療現場や患者の不安を省みず、厚生労働省は、早ければ今通常国会への法案提出を目指している。国民の生命に関わる重大な問題であり、関係者や国民の合意なきままに、社会保障・税一体改革ありきで法制化を急ぐことは認められない。

⁷ 日本看護技術学会「特定看護師（仮称）について（意見）」厚生労働省医政局長宛文書，2011年11月17日

⁸ 看護の科学社「看護実践の科学」1月号他

5. 地域包括ケアシステム

「素案」には、地域包括ケアシステムについて、次のように記載されている。

「社会保障・税一体改革素案」

(2) 地域包括ケアシステムの構築

在宅サービス・居住系サービスの強化

- ・切れ目のない在宅サービスにより、居宅生活の限界点を高めるための 24 時間対応の訪問サービス、小規模多機能型サービスなどを充実させる。
- ・サービス付き高齢者住宅を充実させる。

介護予防・重度化予防

- ・要介護状態になる高齢者が減少し、自立した高齢者の社会参加が活発化する介護予防を推進する。
- ・生活期のリハビリテーションの充実を図る。
- ・ケアマネジメントの機能強化を図る。

医療と介護の連携の強化

- ・在宅要介護者に対する医療サービスを確保する。
- ・他制度、多職種チームケアを推進する。
- ・小規模多機能型サービスと訪問看護の複合型サービスを提供する。
- ・退院時・入院時の連携強化や地域における必要な医療サービスを提供する。

認知症対応の推進

- ・認知症に対応するケアモデルの構築や地域密着型サービスの強化を図る。
- ・市民後見人の育成など権利擁護の推進を図る。

日本医師会の見解

(1) 在宅サービス・居住系サービスの強化

概念が曖昧なまま使われている「在宅」と「居宅」、「居住系施設」については、その定義を明確にすべきである。高齢者がこれまで居住していた「自宅」と、サービス付き高齢者住宅や有料老人ホーム等の「集合住宅」などへのサービス提供が同じ報酬で評価されることになれば、モラルハザードが起こる恐れがある。「集合住宅」へのサービス提供については、囲い込みによる効率的なサービス提供も考慮し、防止するのではなく、居住系施設として報酬体系を新たに作るべきである。

(2) 介護予防・重度化予防

介護予防と重度化予防は、高齢者の自立を促し、高齢者が要介護状態にならないためにも重要である。そのため、リハビリテーションを含めたケアマネジメントが鍵となり、その質の向上も求められることになる。

(3) 医療と介護の連携の強化

超高齢社会においては、医療・介護がともに必要とされるため、医療と介護が同時に提供できる複合型サービスは極めて有効なものとなる。

また、医療機関から多種多様な住まいへ退院するためには、多職種による退院調整のカンファレンスが必須と考える。

(4) 認知症対応

今後急増する認知症患者が地域で生活していく上では、認知症に対する早期の気づきと適切な医療の介入が重要である。

現在、認知症サポート医に関しては有効に活用されていない状況にある。認知症サポート医が、かかりつけ医、専門医療機関、認知症疾患医療センターとの連携の要となることや、医療・介護・福祉等に関わる関係職種を繋ぐことが出来れば、各地域の総合的な認知症対策の推進に期するものとなる。例えば、地域包括支援センターや認知症疾患医療センターなどに認知症サポート医を配

置し、十分な評価が可能となれば、認知症対策への積極的な施策の推進に通じ、これを提案する。

医師の多くが介護保険や認知症に関してより理解を深め、地域包括ケアシステムの推進の中心とならなければならない。

そのためにも実りある講習会や研修会を企画し、積極的に関与すべきと考えている。

6. 社会保障・税番号制度

「素案」では、医療・介護・保育等に関する自己負担の合計額に上限を設定する「総合合算制度」の創設に関して、「制度実現には、番号制度等の情報連携基盤の導入が前提であるため、平成 27 年度以降の導入に向け、引き続き検討する」とある。

日本医師会の見解

日本医師会は、公的医療保険制度について、すべての国民が、支払能力に応じて公平な負担をする制度とするため、全国一本化を主張しているところである。そのためには、自営業者等の所得と被用者の給与をいかに捕捉し、公平な賦課方式を導入するかということが課題である。したがって、公平な負担と給付のために所得や保険料を捕捉するシステムは必要であると考えます。

しかし、日本医師会は、これらの基本となる番号制度が社会保障の現物サービス給付に拙速に持ち込まれることを危惧している。社会保障の現物サービス給付には、プライバシーの問題、個人情報保護に関する法律や環境の整備、受診抑制等の管理医療に関する懸念など様々な問題点がある。

共通番号制度は、2015 年スタートが大前提になっているが、問題への懸念が払拭されない限り、見切り発車してはならない。

また、マイナンバー法案の提出の中で、医療分野に関しては、医療等の分野の機微性の高い個人情報について環境整備等、特別の措置を検討する特別法案が提出されることになっているが、医療等に係る情報は専門的な知識による判断を必要とするものが多いことから、日本医師会としても積極的にその内容について関与していくことを求める。

参考資料 1 : 病院（一般病床）の平均在院日数 傷病小分類

(日)	
感染症及び寄生虫症	19.0
原因の明示された腸管感染症	14.7
感染症と推定される下痢及び胃腸炎	8.8
呼吸器結核	31.1
その他の結核	47.3
百日咳	9.0
敗血症	39.1
その他の細菌性疾患	45.0
梅毒	19.4
淋菌感染症	6.2
主として性的伝播様式をとるその他の感染症	4.6
ヘルペスウイルス感染症	13.7
水痘	7.9
帯状疱疹	11.7
麻疹	11.6
風疹	4.7
皮膚及び粘膜の病変を伴うその他のウイルス疾患	4.1
B型ウイルス肝炎	14.6
C型ウイルス肝炎	14.5
その他のウイルス肝炎	13.8
ヒト免疫不全ウイルス〔HIV〕病	40.1
ムンプス	5.2
その他のウイルス疾患	15.2
皮膚糸状菌症	14.1
カンジダ症	60.9
その他の真菌症	33.1
結核の続発・後遺症	46.8
その他の感染症及び寄生虫症の続発・後遺症	1,694.5
その他の感染症及び寄生虫症	19.8
新生物	21.2
口唇、口腔及び咽頭の悪性新生物	35.5
食道の悪性新生物	30.0
胃の悪性新生物	23.6
結腸の悪性新生物	17.7
直腸S状結腸移行部及び直腸の悪性新生物	19.0
肛門及び肛門管の悪性新生物	32.0
肝及び肝内胆管の悪性新生物	21.3
胆のう及びその他の胆道の悪性新生物	30.7
膵の悪性新生物	30.3
その他の消化器の悪性新生物	29.3
喉頭の悪性新生物	36.3
気管、気管支及び肺の悪性新生物	25.3
その他の呼吸器及び胸腔内臓器の悪性新生物	27.5
骨及び関節軟骨の悪性新生物	35.5
皮膚の悪性黒色腫	18.4
その他の皮膚の悪性新生物	18.9
中皮及び軟部組織の悪性新生物	24.0
乳房の悪性新生物	15.4
子宮頸(部)の悪性新生物	19.3
子宮体(部)の悪性新生物	13.0
子宮の部位不明の悪性新生物	18.9
卵巣の悪性新生物	15.4
その他の女性生殖器の悪性新生物	18.9
前立腺の悪性新生物	12.3
その他の男性生殖器の悪性新生物	22.0
腎及び腎盂の悪性新生物	26.7
膀胱の悪性新生物	17.7

	(日)
その他の尿路の悪性新生物	22.6
眼及び付属器の悪性新生物	9.5
中枢神経系の悪性新生物	46.5
甲状腺の悪性新生物	13.9
ホジキン病	30.2
非ホジキンリンパ腫	34.4
白血病	51.9
その他のリンパ組織、造血組織及び関連組織の悪性新生物	40.3
その他の悪性新生物	22.3
子宮頸(部)の上皮内癌	5.6
その他の上皮内新生物	10.3
皮膚の良性新生物	5.3
乳房の良性新生物	5.1
子宮平滑筋腫	10.3
卵巣の良性新生物	10.0
腎尿路の良性新生物	7.4
中枢神経系のその他の新生物	31.8
その他の新生物	12.4
血液及び造血器の疾患並びに免疫機構の障害	23.5
鉄欠乏性貧血	15.0
その他の貧血	29.6
出血性の病態並びにその他の血液及び造血器の疾患	21.7
免疫機構の障害	18.6
内分泌、栄養及び代謝疾患	23.3
甲状腺中毒症	14.4
甲状腺炎	20.7
その他の甲状腺障害	15.9
インスリン依存性糖尿病	28.2
インスリン非依存性糖尿病	23.3
その他の糖尿病	31.4
卵巣機能障害	4.9
栄養失調(症)及びビタミン欠乏症	29.4
肥満(症)	23.7
高脂血症	10.8
体液量減少(症)	19.4
その他の内分泌、栄養及び代謝疾患	17.0
精神及び行動の障害	43.4
血管性及び詳細不明の認知症	94.2
アルコール使用<飲酒>による精神及び行動の障害	6.3
その他の精神作用物質使用による精神及び行動の障害	5.6
統合失調症、統合失調症型障害及び妄想性障害	155.3
気分[感情]障害(躁うつ病を含む)	39.5
神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害	13.7
精神遅滞	442.9
その他の精神及び行動の障害	31.3
神経系の疾患	40.8
髄膜炎	12.2
中枢神経系の炎症性疾患	88.5
脊髄性筋萎縮症及び関連症候群	99.2
パーキンソン病	69.3
アルツハイマー病	76.6
多発性硬化症	35.4
てんかん	21.4
片頭痛及びその他の頭痛症候群	4.7
一過性脳虚血発作及び関連症候群	9.2
睡眠障害	5.0
神経、神経根及び神経そのの障害	14.8
脳性麻痺及びその他の麻痺性症候群	257.6
自律神経系の障害	24.4
その他の神経系の疾患	58.6

(日)

眼及び付属器の疾患	7.7
麦粒腫及びさん粒腫	2.7
涙器の障害	6.0
結膜炎	4.6
角膜炎	14.3
白内障	6.8
網膜剥離及び裂孔	13.1
網膜血管閉塞症	7.5
緑内障	10.7
斜視	4.2
屈折及び調節の障害	6.3
盲く失明く及び低視力	10.1
その他の眼及び付属器の疾患	9.1
耳及び乳様突起の疾患	10.1
外耳炎	19.2
耳垢栓塞	4.5
その他の外耳疾患	5.8
中耳炎	7.3
耳管炎	10.0
耳管閉塞	16.0
中耳真珠腫	12.5
その他の中耳及び乳様突起の疾患	7.3
メニエール病	9.1
中枢性めまい	6.3
その他の内耳疾患	6.7
難聴	18.1
その他の耳疾患	12.1
循環器系の疾患	28.5
本態性(原発性)高血圧(症)	24.0
高血圧性心疾患	16.9
高血圧性腎疾患	39.3
高血圧性心腎疾患	10.6
二次性高血圧症	40.6
狭心症	8.8
急性心筋梗塞	21.1
冠動脈硬化症	6.7
陳旧性心筋梗塞	9.0
その他の虚血性心疾患	9.8
慢性リウマチ性心疾患	28.2
慢性非リウマチ性心内膜疾患	31.8
心筋症	25.3
不整脈及び伝導障害	12.8
心不全	34.0
その他の心疾患	31.7
くも膜下出血	59.5
脳内出血	67.0
脳梗塞	53.4
脳動脈硬化(症)	17.7
その他の脳血管疾患	28.0
肺塞栓症	27.8
動脈硬化(症)	23.3
大動脈瘤及び解離	26.7
レイノー症候群	27.6
動脈の塞栓症及び血栓症	28.0
その他の動脈、細動脈及び毛細血管の疾患	14.3
静脈炎、血栓(性)静脈炎並びに静脈の塞栓症及び血栓症	23.0
下肢の静脈瘤	8.3
痔核	10.5
食道静脈瘤	18.8
低血圧(症)	20.2
その他の循環器系の疾患	18.5

(日)

呼吸器系の疾患	21.7
急性鼻咽頭炎[かぜ] <感冒>	6.3
急性副鼻腔炎	7.2
急性咽頭炎及び急性扁桃炎	5.9
急性喉頭炎及び気管炎	5.9
その他の急性上気道感染症	5.9
インフルエンザ	36.8
肺炎	25.2
急性気管支炎	12.6
急性細気管支炎	7.5
アレルギー性鼻炎	6.9
慢性副鼻腔炎	8.2
その他の鼻及び副鼻腔の疾患	17.0
扁桃及びアデノイドの慢性疾患	8.1
その他の上気道の疾患	6.6
急性又は慢性と明示されない気管支炎	11.0
慢性閉塞性肺疾患	33.9
喘息	10.7
気管支拡張症	20.0
じん肺(症)	32.5
間質性肺疾患	33.7
気胸	11.1
その他の呼吸器系の疾患	40.4
消化器系の疾患	13.9
う蝕	4.5
歯肉炎及び歯周疾患	8.1
その他の歯及び歯の支持組織の障害	5.1
口内炎及び関連疾患	39.5
その他の口腔、唾液腺及び顎の疾患	7.9
胃潰瘍	18.2
十二指腸潰瘍	22.2
部位不明の消化性潰瘍	17.4
胃炎及び十二指腸炎	10.9
その他の食道、胃及び十二指腸の疾患	14.6
虫垂の疾患	8.4
膵径ヘルニア	8.2
その他のヘルニア	15.1
クローン病	14.5
潰瘍性大腸炎	26.7
腸閉塞	19.3
過敏性腸症候群	15.2
便秘	8.5
裂肛及痔瘻	12.0
その他の胃腸の疾患	6.6
腹膜の疾患	21.4
アルコール性肝疾患	22.1
慢性肝炎(アルコール性のものを除く)	27.1
肝硬変(アルコール性のものを除く)	33.3
その他の肝疾患	24.6
胆石症	15.7
胆のう炎	21.2
急性膵炎	19.7
慢性膵炎	17.5
その他の膵疾患	14.8
その他の消化器系の疾患	17.9
皮膚及び皮下組織の疾患	23.5
皮膚及び皮下組織の感染症	19.7
アトピー性皮膚炎	13.8
接触皮膚炎	9.4
その他の皮膚炎及び湿疹	12.8
乾せん及びその他の丘疹落せつ性障害	25.5

	(日)
じんま疹	4.9
爪の障害	5.9
脱毛症	7.2
ざ瘡<アクネ>	21.6
色素異常症	6.3
うおのめ及びべんち	10.1
その他の皮膚及び皮下組織の疾患	31.7
筋骨格系及び結合組織の疾患	27.4
関節リウマチ	22.8
痛風	15.3
その他の炎症性多発性関節障害	19.3
関節症	34.8
四肢の後天性変形	21.3
膝内障	19.2
関節痛	13.0
その他の関節障害	25.3
全身性エリテマトーデス<SLE>	31.9
乾燥症候群[シェーグレン症候群]	16.5
ベーチェット病	27.7
その他の全身性結合組織障害	26.7
脊椎障害(脊椎症を含む)	29.7
椎間板障害	19.0
頸腕症候群	14.2
腰痛症及び坐骨神経痛	19.9
その他の背部痛	10.0
その他の脊柱障害	22.8
軟部組織障害	32.8
肩の傷害<損傷>	18.3
骨粗しょう症	50.1
その他の骨の密度及び構造の障害	26.7
骨髄炎	41.6
若年性骨軟骨症<骨端症>	40.7
その他の筋骨格系及び結合組織の疾患	31.5
腎尿路生殖器系の疾患	20.3
急性及び急速進行性腎炎症候群	29.9
ネフローゼ症候群	36.2
その他の糸球体疾患	13.6
腎尿細管間質性疾患	15.5
慢性腎不全	48.7
その他の腎不全	36.9
尿路結石症	6.2
膀胱炎	16.3
その他の腎尿路系の疾患	16.2
前立腺肥大(症)	10.0
その他の男性生殖器の疾患	7.2
乳房の障害	5.4
卵管炎及び卵巣炎	92.5
子宮頸(部)の炎症性疾患	2.3
その他の女性骨盤臓器の炎症性疾患	8.3
子宮内膜症	8.2
女性性器脱	10.1
卵巣、卵管及び子宮広間膜の非炎症性障害	5.8
月経障害	5.5
閉経期及びその他の閉経周辺期障害	11.3
女性不妊症	1.8
その他の女性生殖器の疾患	9.0
妊娠、分娩及び産じょく	9.1
自然流産	1.3
医学的人工流産	5.5
その他の流産	2.4
妊娠高血圧症候群	12.2

(日)

妊娠早期の出血(切迫流産を含む)	14.6
前置胎盤,胎盤早期剥離及び分娩前出血	17.7
その他の胎児及び羊膜腔に関連する母体のケア並びに予想される分娩の諸問題	16.1
早産	14.6
分娩後出血	5.2
単胎自然分娩	5.9
その他の妊娠及び分娩の障害及び合併症	12.0
主として産じょくに関連する合併症及びその他の産科的病態,他に分類されないもの	5.9
周産期に発生した病態	12.3
妊娠期間及び胎児発育に関連する障害	24.5
出産外傷	12.6
周産期に特異的な呼吸障害及び心血管障害	10.5
周産期に特異的な感染症	6.4
胎児及び新生児の出血性障害及び血液障害	3.7
その他の周産期に発生した病態	7.0
先天奇形,変形及び染色体異常	19.7
二分脊椎<脊椎披裂>	20.2
その他の神経系の先天奇形	71.0
心臓の先天奇形	19.0
その他の循環器系の先天奇形	16.9
唇裂及び口蓋裂	10.5
小腸の先天欠損,閉鎖及び狭窄	25.1
その他の消化器系の先天奇形	13.8
停留精巣<睾丸>	2.7
その他の腎尿路生殖器系の先天奇形	9.6
股関節部の先天変形	26.9
足の先天変形	13.1
脊柱及び骨性胸郭の先天奇形	176.7
その他の筋骨格系の先天奇形及び変形	14.8
その他の先天奇形	27.7
染色体異常,他に分類されないもの	34.4
症状,徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	16.8
腹痛及び骨盤痛	6.9
めまい	7.6
不明熱	14.9
頭痛	5.4
老衰	100.7
その他の症状,徴候及び異常臨床所見・異常検査所見で他に分類されないもの	20.0
損傷,中毒及びその他の外因の影響	26.8
頭蓋骨及び顔面骨の骨折	9.7
頸部,胸部及び骨盤の骨折(脊椎を含む)	36.5
大腿骨の骨折	47.8
その他の四肢の骨折	30.2
多部位の骨折	39.0
部位不明の骨折	30.0
脱臼,捻挫及びストレイン	18.7
眼球及び眼窩の損傷	8.4
頭蓋内損傷	23.9
その他の内臓の損傷	15.5
挫滅損傷及び外傷性切断	16.6
その他の明示された部位,部位不明及び多部位の損傷	21.0
自然開口部からの異物侵入の作用	39.9
熱傷及び腐食	26.1
薬物,薬剤及び生物学的製剤による中毒	2.9
薬用を主としない物質の毒作用	7.4
虐待症候群	31.3
その他及び詳細不明の外因の作用	6.8
外傷の早期合併症並びに外科的及び内科的ケアの合併症,他に分類されないもの	17.1
損傷,中毒及びその他の外因による影響の続発・後遺症	85.2
歯科診療所の外因による損傷	.

(日)

健康状態に影響を及ぼす要因及び保健サービスの利用	7.6
新生児の検査・健診・管理	4.2
乳幼児の検査・健診・管理	9.5
それ以外の検査・健診・管理	1.3
予防接種	0.4
正常妊娠・産じょくの管理	8.3
歯の補てつ	2.8
その他の保健サービス	14.4

*出所：厚生労働省「平成20年 患者調査」

参考資料 2 : 地域医師会を中心とした在宅医療連携が行われている例

A 医師会では、地域の医療機関の役割分担を明確にし、医療・福祉・介護間のスムーズな連携をつくり上げることが目的として、地域で在宅医療連携体制検討会を主催してきた。東日本大震災により深刻な打撃を受けたが、仮設住宅への移行に伴い在宅医療の必要性が増している現在、これまで以上に医療・介護の連携を重視するとしている。2011年8月に開催された中医協委員による被災地訪問・意見交換会においても、地域を代表して、在宅医療連携に関する意見・要望を提出した。

B 医師会では、「一地域一患者一カルテ」の発想から生まれた電子カルテシステムを基盤として、医師会主導により、かかりつけ医（診療所）、市立病院や医師会共同利用施設（医師会病院、介護老人保健施設、訪問看護、訪問リハビリ、在宅サービスセンター、ケアプランセンターなど）からなる多職種による地域連携を進めてきた。現在は、新システムへ更新し、携帯型医療用端末 PC の在宅ケアの現場（訪問診療、訪問看護）への普及、病院医師・看護師、かかりつけ医、訪問看護師、調剤薬局、ケアマネージャー等の関係者によるカンファレンスが可能な Web 会議システムを導入している。地域連携パス（大腿骨近位部骨折、脳卒中）についても、医師会病院を中心としたシステムを構築している。

C 医師会では、かかりつけ医、自治体、消防署、二次救急医療機関（国立病院機構立病院及び医療法人立病院、計 2 病院）の協力による在宅医療・独居老人ネットワークを構築、運営している。同ネットワークは、地域住民が「かかりつけ医」に登録した既往歴、服薬歴、アレルギーの有無などの情報が医師会を通じて消防署、二次救急医療機関へと伝達され、救急搬送または独自に受診する際、この情報を元にして病院側は救急医療を提供する仕組みである。

在宅医療連携の事例

「地域における在宅医療の進展状況に関する調査 - 『在宅医療の進展状況に関する調査（郡市区医師会調査）の報告 - 』2011年4月26日、日医総研ワーキングペーパーNo.232 重点事業事例集（自由回答）」

1.在宅かかりつけ医同士のネットワーク構築

通し番号	医師会名	事業名	経緯	目的
1	北海道旭川市	地域ケア推進委員会	地域ケアのシステム化のために地域医師会が中心的役割を果たすことが必然となることから、医師会が在宅医療を行っている医師のネットワークの窓口となり構築する。	地域内医療機関の相互補助、補完。
2	山形県天童市村山郡	iQubeを用いた24時間在宅医療ネットワークの構築	必要性を感じ、医師会独自で検討し、やっと開始。	24時間の在宅医療を複数医療機関で共有する。
3	福島県白河	在宅看取りあんしんシステム	900名近くの独居老人に対して、いざというときに看取ることのできる往診医を提供し、在宅で最後までいられるという安心感をもたせようと考えた。	独居老人の孤独死防止対策。
4	茨城県取手市	取手市医師会在宅ネットワーク	2009年12月医師会に在宅委員会を設置し検討を始めている。	医師個人の負担を制限することにより、在宅医療支援診療所を増やし地域ごとの連携を図ること。
5	埼玉県所沢市	在宅医療ネットワーク	所沢市医師会在宅医療推進委員会により在宅医療ネットワーク立ち上げ。	在宅医を全面的にバックアップすると共に、在宅医療に係わるスタッフの多職種間の医療情報の共有とスムーズな連携を図る。
6	埼玉県草加八潮	草加八潮医師会在宅医療ネットワーク	医師会員相互の連携を図るため。	在宅医療を必要とする患者が、より良い医療を円滑に受けられるようにする。
7	埼玉県岩槻	岩槻在宅医療連絡会	管内で2診療所のみが在宅医療を行い、手一杯のため。	新規の医師の参加を募り、かつコメディカルと連携するため。
8	東京都板橋区	在宅かかりつけ医同志のネットワーク構築	24時間体制で地域住民を支えるシステムを作る必要があるため。	地域ケア力のレベルアップと在宅かかりつけ医との連携を図るため。
9	神奈川県茅ヶ崎	在宅医療委員会	在宅医療のニーズが増加したため。	在宅医療のレベルアップと地域の連携を図る。
10	富山県富山市	富山市在宅医療支援センター設置事業	富山市医師会として在宅医療をする医療機関を支えたいという考えを持っている。	在宅医療を実施しやすい環境を構築。
11	富山県氷見市	氷見在宅医療連携会	医師会員の中からの要望で。	会員どうして在宅での看取りの助け合いをする。
12	滋賀県湖北	(仮称)在宅療養支援ネットワーク	かかりつけ医が必要と感じたから。	在宅かかりつけ医の連携を図る。
13	大阪府泉大津市	診療所間ネットワークの構築	主治医不在となる時間の代理体制の確立が望まれていた。	在宅主治医の学会参加、旅行などの時間の確保。

事業の内容	実施回数 開催時間	運営体制	開始 時期	年間事 業費用 (万円)
・歯科医との連携システムの構築。・がん拠点病院との連携バスの構築と実施。	-	旭川市医師会が運営。	2006年 8月	- (-)
現在12月～来年3月までパイロットスタディ中。費用、活用性、有効性を検討し、行政等と共同事業にしたい。	継続運用。	現在は医師会主導。将来的には行政も交え、地域包括支援センター、居宅支援、訪問看護ステーションなど、そして患者家族を交えての情報共有であり、窓口は行政と考える。	2010年 12月	7 (0)
民生委員とケアマネに独居老人を登録してもらい「かかりつけ医」と「連携往診医」を記録し在宅あんしんカードとして作成し、冷蔵庫の壁に保管した。	2009年4月～2010年2月まで5回開催、昼休み約1時間半。	在宅あんしんネット委員会(病院、診療所、県、市、消防署、社協、民生委員、ケアマネ、NPO)。	2009年 4月	210 (200)
管内を4地域に分割し、地域ごとに複数の医師による在宅ネットワークを構築する。年2回程度在宅医療研究会を開催する(そのうち1回は住民向けの講演会とした。一筆者の意見)。	在宅委員会は年4回開催、平日夜19:30から2時間程度。	事務局は医師会事務局に置く。ネットワークに参加する在宅医療の依頼は事務局が一括して受け付ける。主治医及び連携する担当医を決定する(方法等検討中)。	2011年	30 (0)
ITによる在宅医療ネットワークシステムを利用することにより、在宅主治医、副主治医、協力医、協力病院、ケアマネジャー、薬剤師、歯科医などのスムーズな連携をとりながら在宅医療を推進する。在宅医の当番制を実施開始。	在宅医療推進委員会は2ヶ月に1度、平日夜7:30～8:30。	在宅医療ネットワークは所沢市在宅医療推進委員会が運営。在宅医療ネットワークシステムは所沢市医師会医療情報共用システムを利用。	2009年 6月	180 (0)
・会員間のネットワークの構築。・定期的な事例報告と意見交換。・年1回の講演会または事例研究等の実施。	年1回。	事務局は草加八潮医師会事務所とし、在宅医療の依頼にあたり、会員相互間または病院等から依頼について調整がつかない場合は、医師会事務局が担当理事と相談し、調整を図る。	2009年 4月	20 (0)
まずは参加者を募る。	年3～4回。	地域の中核的病院の勤務医と診療所医師で協力して開催。	2010年 11月	1 (0)
かかりつけ医同士の協力を促し、情報共有のあり方を考える。	3ヶ月毎を予定。	-	2010年 12月	- (-)
年4回程度の委員会と、1年に2回の講演会や勉強会を行ってきた。	3ヶ月に1回(定例)、PM7:00～2時間。	市医師会内にて委員会を運営。	2001年 10月	1.8 (0)
在宅かかりつけ医同士のグループ化や診療所と病院との円滑な連携を進めてきた。	-	市医師会の中に設置予定。	2011年 4月	- (-)
日曜祝祭日に当番を決めて、在宅患者の対応で主治医が対応できない時に当番が対応する。	毎週当番は決める。実際に主治医のかわりに当番が在宅患者を訪問したのは1回のみ。	市医師会の中の部会。	2009年 4月	6 (3.8)
在宅医療の実態調査を実施。研修会の開催。	21年度 年4回の検討会、1回の市民公開フォーラム実施。	医師会事務局。	2009年 6月	- (-)
主治医不在時の代理依頼。主に看取りのために死亡診断。	不定期。要望あれば。	メールで依頼している。	2008年 4月	- (-)

1.在宅かかりつけ医同士のネットワーク構築

通し番号	医師会名	事業名	経緯	目的
14	兵庫県 姫路市	姫路市医師会地域連携室	病院の地域連携室、居宅介護支援事業所等からの強い要望。	病診連携、診診連携、主治医不在の在宅療養患者の主治医紹介。
15	広島県 佐伯地区	佐伯地区医師会在宅医療ネット	在宅療養支援診療所の中から連携体制強化の要望があったため。	在宅療養を希望する患者の円滑な受け入れを図り、在宅医療を行っている医療関係者との連携により在宅医療の質の向上を目指す。
16	広島県 府中地区	在宅安心ネット	かかりつけ医、在宅医からの発案。	主治医の負担軽減。
17	佐賀県 佐賀市	佐賀市在宅医療ネットワーク	佐賀市の一部の医療施設からの強い要望。	在宅医療の医療施設のみならず、看護ステーション、薬局との連携。
18	長崎県 諫早	諫早医師会在宅ネット	2003年3月、長崎市で「長崎在宅Drネット」が、2005年4月には大村市で「大村在宅Drネット」が発足し、両者は診診連携、病診連携によるグループ診療を行い、開業医にとっては相互協力により個々の負担を軽減し、患者・病院に対しては在宅医療の受け皿となることによって、地域により良い在宅医療を提供していた。これに倣って2006年11月諫早医師会でも「諫早医師会在宅ネット」を発足。	諫早地域で訪問診療にかかわる医師、並びにこれを協力する医師によって構成され活動すること。
19	長崎県 大村市	大村市医師会地域医療福祉連携室(大村在宅ドクターネット)	長崎市では2003年に在宅ドクターネットが稼働を開始し、当地でも同様の需要が想定されたためドクターネットを構築することとなった(2005年7月1日正式稼働開始)。その効率的運用と連携強化の必要性から地域医療福祉連携室を設置した(2007年11月)。	ドクターネットは在宅医療を会員の医療資源として地域医療へ提供し、ML(メーリングリスト)の活用により在宅医の間での情報交換を行う。医師会地域医療福祉連携室はドクターネットの窓口として運用を効率化するとともに、会員および外部医療機関・介護事業所等と医師会の運営する在宅介護支援事業(訪問看護ステーション、居宅介護支援後事業所)との連携を強化する。
20	熊本県 荒尾市	医療連携マニュアル(有明地域保健医療福祉連携協議会)	「かかりつけ医」モデル事業を実施以来。	各医療施設の特徴、専門分野の紹介。
21	沖縄県 浦添市	浦添市在宅医療ネットワーク	在宅療養支援診療所の有志と浦添市医師会の理事が加わりネットワーク準備会を発足し、進めてきた。	在宅主治医を紹介するシステムを構築することにより、地域における在宅医療の環境を整え、在宅医療の受け皿、相談窓口の機能を果たし、地域社会における質の高い在宅医療を市民に提供するため。

2.在宅かかりつけ医と病院とのネットワーク構築

通し番号	医師会名	事業名	経緯	目的
1	北海道 上川北部	病診連携事業	市立病院の改築を契機とし、一次および二次医療の密なる連携下による機能分担が必要との住民意識の高まりがあった。	地域の医療機関相互の交流連携を密にし、医療の確保向上を図るため。
2	神奈川県 藤沢市	ターミナルケア地域連携ネットワーク協議会	-	-
3	新潟県 長岡市	地域連携バス	病院から在宅への紹介、移行の要請があった。	地域基幹病院と在宅医のスムーズな連携。
4	福井県 丹生郡	在宅コーディネーター事業	行政からの補助金事業。	在宅かかりつけ医と地域病院の連携。
5	山梨県 南巨摩郡	(地域医療再生基金による)在宅ケア支援センターの設置	当医師会の中南部地域(身延町・南部町)は病院とクリニックの医師による在宅医療の普及地域だった。中部の身延町にある飯高病院に在宅医療支援センターをおき、北部地域へ普及をめざすため基金約1億8000万円でセンターを設置した。	在宅医療の推進を図るため。

事業の内容	実施回数 開催時間	運営体制	開始 時期	年間事 業費用 (万円)
各病院・診療所の機能公開。在宅療養時の主治医紹介。	不定。	医師会内に独立した部署として設置。	2011年	- (-)
地区医師会内の在宅療養支援診療所が数ヶ所ずつ小グループを作りお互いに主治医不在時の便宜を図る。支援診療所以外の協力医を募り、各専門科の技術・知識の援助のもと在宅医療の質の向上を図る。各支援診療所医師が講演を行い意見交換を行う。	3～4ヶ月に1回、平日の午後7時から1.5時間程度の会議を行う。	運営の事務局は佐伯地区医師会事務局内に置く。	2010年	40 (0)
輪番で在宅患者の急変時、看取りに対応。	土曜午後、日、祝日。	事務局は医師会に置く。	2008年 6月	1.7 (0)
主治医のいない病院退院予定の在宅医療を希望する患者の窓口。医療施設や訪問看護ステーション、薬局との連携によりスムーズに在宅医療が進行出来るようにすることを目指す。	定例として2ヶ月に1回、19時～21時。	事務局は矢部地区医師会内に置く。佐賀市の複数の医療施設、訪問看護ステーション、薬局がバックアップする。	2010年 10月	- (-)
本会は病院に入院中の患者が在宅医療に移行する際の受け皿の機能を果たす。本会は訪問診療に関わる医師どうしの協力体制を支援する。本会は訪問診療にかかわる医師とこれに協力する「協力医」との連携を促進する。本会は訪問診療にかかわる医療機関と訪問看護ステーションなど関係機関との連携を促進する。本会は在宅医療に関する勉強・情報交換の場を提供し在宅医療の質の向上を目指す。	定例として2か月に1回、19時～21時。	事務局は諫早医師会。	2006年 11月	30 (0)
在宅医の要望があれば連携室が受けてドクターネットML(メーリングリスト)で在宅医を募り複数主治医をあっせんする。退院前カンファレンスの調整、連絡、及び出席して情報収集を行う。中核病院連携室との協議会を開催して地域における医療連携の諸問題の検討を行う。医師会員の定例会合のうち比較的高出席率の高い地区別の会合に連携室スタッフが参加して情報交換および懇親を図る。	在宅医需要発生時随時ML(メーリングリスト)投稿、市内連携室協議会年に1回以上の開催(目標)。医師会員会合への出席年に1回。	医師会内に連携室事務局を設置し、在宅介護支援事業部管理者が連携室長を兼務、他スタッフ1名で医師会担当理事と随時協議のうえ実務を遂行。	2005年 7月	- (-)
会内の施設の紹介の冊子を作成、地域住宅全戸に医療関係のマップを配布。	第2回有明地域保健医療福祉連携協議会を開催。	隣接の各都市医師会とともに2医師会、2市5町と協議会をつくり計画・実施・報告をしている。	-	200 (150)
訪問診療支援事業、学会発表事業、医療情報交換事業、学術講演会開催事業、症例検討会事業。	2ヶ月に1回、第3火曜日の夜、勤務終了後19時～2時間/回実施。	運営の事務局は、浦添市医師会内事務局に置く。	2009年 1月	39.6 (0)

事業の内容	実施回数 開催時間	運営体制	開始 時期	年間事 業費用 (万円)
医療機能の役割分担の研究、症例検討、研修会、地域内の患者紹介、逆紹介。	定例＝年2回(3月・7月)勤務終了後2時間程度。	事務局は医師会、市立病院(地域センター、地域センター病院)、研修会等の企画、地域医療運営状況の把握。	1992年 4月	- (-)
多職種に良き事例検討。	年2～3回。	-	2007年 4月	- (-)
連携バスの書式、様式を整備し会員に配布、利用をすすめた。	必要に応じて、最低年3～4回。	委員会を設置。定期的に連絡会議を開催している。	2008年 5月	- (-)
県内急性期病院に「かかりつけ医がいなくて、在宅に帰れない患者様」の紹介の依頼、年2～3回の講演会。	ほぼ1～2ヶ月に1回、pm7:00～2時間。	地域の病院の地域医療連携室に事務局を設置。	2009年 4月	64 (32)
・地域医療従事者育成支援事業、医師看護師の育成。 ・地域医療従事者研修奨励金交付。 ・在宅医療支援センターの設置。 ・在宅健康管理システム整備。	医療、福祉、行政の連携を図り、在宅医療の円滑な実施を図る。そのための会議、説明会等を定期的に実施する。原則として、8～17時をめざすが夜間の活動もある。	山梨県により飯富病院にセンターを設置し、ベテランの訪問看護師(保健師)1名、事務職員1名、医師(非常勤)をおき、今後5年間の活動を行い、結果をみて全県下の事業へと発展させる。	2011年 4月	1,900 (1,900)

2.在宅かかりつけ医と病院とのネットワーク構築

通し番号	医師会名	事業名	経緯	目的
6	静岡県 焼津市	在宅医療推進委員会	在宅医療の必要性から。	在宅医療の推進を図るため。
7	三重県 四日市	地域連携室連絡会の定期開催	通院困難となった患者さんの情報を病院から在宅スタッフへ円滑に伝達する上で、の問題点を整理解決する必要があった。	在宅医療へ移行した患者さんの情報の共有化。
8	京都府 京都北	北・上京区地域医療連携懇話会	2007年、当医師会会員で在宅医療についての勉強会を立ち上げた。	ML(メーリングリスト)を使って地域医療・介護を協働で行う。
9	大阪府 浪速区	ブルーカードシステム	救急医療崩壊から地域住民を守るために密接な地域医療連携が必要と考えたから。最初は在宅患者のみを対象としていたが、一般の通院患者にも発行できるようにした。	本会と近隣病院とが、患者情報・病院情報を共有し、救急医療における地域連携ネットワークを構築するため。
10	大阪府 大阪市 東淀川区	地域支援病院とかかりつけ医の間での在宅医療連携	地域医療支援病院の在宅への移行の要望及びかかりつけ医の在宅の充実のため。	在宅医療へのスムーズな移行と地域の在宅医療介護のレベルアップ。
11	兵庫県 神戸市	病診懇話会を中心に訪問看護ステーション、ケアマネ、包括支援センター等と連絡会	後方病床を担当する病院と、かかりつけ医の意思疎通を図るために開始されたが近回38回目(半年1回)となる。	近年は、在宅かかりつけ医との連携を図るため講演研修の意見交換の場となり積極的に行っている。
12	兵庫県 尼崎市	尼医ネット	病診連携、診診連携、病院退院在宅をすすめる必要があった。	地域への在宅医療を進めるため。
13	兵庫県 芦屋市	在宅かかりつけ医と病院とのネットワーク	地域の病院より連携要望があった。	患者のバックアップ支援を図るため。
14	兵庫県 洲本市	病診連携委員会	県立病院と各診療所との連携促進の必要があった。	地域連携室の設置。
15	奈良県 天理地区	1.病診連携協議会・講演会 2.地域医療介護実務者会議	医療機能が進む中、在宅医療・介護の充実には急性期・慢性期病院の連携及び診療所の在宅診察との連携が必要となってきた。同時に診療所同士の連携も必要になってきた。	高齢者の終末期、末期ガン患者が安心して在宅療養を送るために、各医療機関が情報交換し、介護と医療の連携をスムーズに行えるネットワークシステムを創る。
16	和歌山県 西牟婁郡	地域医療連携支援病院指定に伴い事業が顕著化、従前から行われていた。	病院からの積極的な要望により。	地域ケアをスムーズに行うための連携。
17	鳥取県 東部	病診連携事業(オープンシステム運営を含む)	医師会の重点事業としている。	地域における病院と診療所の連携により、一貫した診療体制を形成するため。
18	島根県 雲南	圏域の拠点病院のオープンベッド事業(医師会との連携)	過去5年間の地域医療を考えるシンポジウムの中で、病診連携の重要性が示され、その具体化として病院側からの提案が医師会にあった。	病診連携をより実践化し、退院時のカンファレンス実施などにより在宅医療の充実に繋げる。
19	広島県 松永沼隈地区	福山・府中地区在宅療養支援連携ネットワーク	在宅医療を担う医療機関の機能情報を知りたいという病院側からの希望が原点。	入院患者さんの地域の基幹病院から、在宅への、スムーズな移行を目的としている。

事業の内容	実施回数 開催時間	運営体制	開始 時期	年間事 業費用 (万円)
委員会を随時開催し、医師会として在宅医療を推進するための方策を検討。本年度は研修会や在宅かかりつけ医同士のネットワーク、病院とのネットワークを検討中。	随時、平日18:45～。	事務局は医師会内に設置、研修会等の企画は委員会にて検討。	2009年 4月	211.1 (211.1)
・退院時ケアカンファレンス運用マニュアルの作成。 ・地域連携室が把握している在宅医療へ移行した症例の報告及び問題点の発表。	1年に2回(半年ごと)。	医師会事務局、急性期病院4病院、療養病床施設6施設の地域連携室担当者に連絡し、会議を開催。	2007年 7月	5 (0)
在宅医療に不可欠な医療・介護(診療所、病院、介護事業所、薬局、専門医(歯科も含む))の連携をML(メーリングリスト)で行う。	定例として6ヶ月に1回、全体でシンポジウムを開催。	事務局は京都府医師会在宅サポートセンターに置く。講演会、シンポジウム等は当地区医師会が担当。	2010年 10月	50 (1)
病診連携委員会を毎月開催し、ブルーカードシステムの運用について話し合ってきた(ブルーカードに患者情報を記入(病名など)し、緊急時には連携病院でスムーズに診てもらえる)。	毎月1回、19時30分～21時ごろ。	運営の事務局は、浪速区医師会。	2009年 4月	5 (0)
具体的に病院側が在宅医療へのどのような支援ができるのか、(緊急時の入院、器材の提供等)情報の共有の仕方、在宅医療の考え方、研修会の実施等。	3ヶ月に1回、土曜日の午後 2時間程度。	地域医療支援病院と医師会の共催。	2010年 7月	- (-)
各病院側から講演があり、かかりつけ医からも発言提案が交わされる。連携の確認もしやすくなっている。	半年に1回病診懇話会があり、病診連絡会が間に2～3回、各種連絡会が年に1回程度。	灘区医師会が中心となって運営している。	-	- (-)
診療所、病院の診療内容、在宅対応の範囲などを調査し、2009年には冊子にした。2010～2011年度にかけてWeb化しオンデマンドに備えるべく準備している。	定例として毎月検討会を火曜日のPM2～3時に行っている。	医師会の委員会(病診連携勤務医会)として会をもっている。	2009年 4月	250 (0)
病院と情報交換を図る。	不定期。	-	2008年	- (-)
現在は総務委員会に内包されている。	年4回。	-	1990年	- (-)
急性期病院、慢性期病院の現状と連携への考えを講演で話していただき、同時に診療所や訪問看護ステーションから症例を発表している。病院、診療所の医師、地域連携室の担当者、訪問看護師、ケアマネ、ヘルパーが出席しディスカッションしている。	1.年1回8月頃。2.年1回5～6月頃。	医師会が運営している。医師会の中で連携し訪問診療を行う5施設が中心となっている。	2008年 4月	21.8 (0)
病院への地域連携室主催の勉強会を行い、知識等のレベルアップにつなげていく。	平均1回/数ヶ月程度。	ほぼすべて病院の連携室。	2009年 6月	- (-)
・病診連携懇談会・勤務医師会・オープンシステム運営協議会・地域連携バス等。	-	医師会が事務局となり、担当理事を置く。	2004年 4月	- (-)
開業医と病院主治医とがオープンベッド利用によって顔の見える信頼関係が生まれると同時に、患者の安心が得られよりよい在宅医療へ繋げていく。	事業開始後、病院側と医師会で定期的に事業の経過を見守る会合を開く(連絡会)。	左記連絡会で検討する。	2011年 4月	- (-)
年1度、在宅療養支援診療所の機能調査を実施し、その情報を関係する各医師会のホームページに掲載する事によって、病院のみならず、広く一般の方や診療所への情報提供を行っている。	年1度の医療機関の機能調査。年1度の同ネットワークの総会。	福山市、府中市、沼隈地区、深安地区の4医師会がそれぞれ1年間にわたり、順番に担当幹事を務め、毎年の業務を行っている形態をとっている。	2008年 1月	- (-)

3.がんの在宅医療推進に関する取り組み

通し番号	医師会名	事業名	経緯	目的
1	岩手県 一関市	一関在宅緩和支援ネットワーク	在宅医が中心となって呼びかけ。	がん患者を地域で支える試み(医師・訪問看護師・薬剤師・ボランティア・患者会)。
2	千葉県 千葉市	在宅がん患者管理支援モデル事業	-	千葉県がんセンターの協力で医師会員が在宅で診ている。がん患者に対する管理・支援体制を整える。
3	静岡県 田方	在宅診療連携体制推進事業(脳卒中を含む)	経緯:がん患者・脳卒中患者が通院出来なくなった時、専門病院を受診しなくてもかかりつけ医が今まで受診していた専門病院の医師と連携をし、かかりつけ医が継続して在宅診療をして欲しいとの要望がありました。	当医師会では在宅診療の中でも、がん・脳卒中患者が専門病院を受診することなく、専門病院との連携を密にして、出来るだけ急性期を担う専門病院の負担を少しでも少なくし、専門病院との連携の中でかかりつけ医が在宅診療を行うことを目的とする。
4	大阪府 都島区	末期がん患者の在宅医療推進	地域の病院からの要望があったため。	ケアのノウハウと社会資源の利用効率の向上。
5	大阪府 富田林	癌対策医療委員会	癌の患者の増加(在宅で)。	病院連携、診診連携を図る。
6	岡山県 高梁	肝炎・肝癌検診事業 介護認定審査会事業 障害程度区分判定審査会 医師会立訪問看護ステーション事業	医師会・大学・自治体の連携事業。 医師会・自治体協同事業。 医師会事業。	かかりつけ医のレベルアップと医師会の団結により地域社会に貢献した。
7	広島県 安芸地区	安芸地区在宅緩和ケア事例検討会	訪問看護ステーションから要望があり、オブザーバーの助言も貰いながら開催した。	事例検討を通して現状における課題を検討し、病院と地域が連携して在宅ホスピスケアの質の向上と支援体制を構築する。
8	山口県 宇部市	緩和ケア連携バスの運用(退院情報連絡)	癌医療とDPCによって在宅での緩和ケアが重要となったため。	緩和ケアを在宅と病院の連携で上手く運用できる事が目的。
9	山口県 山口市	在宅緩和ケア推進事業	行政機関(地域包括支援センター)とがん拠点病院の要望による。	医療機関と福祉介護施設との連携構築と相互理解を図る。

事業の内容	実施回数 開催時間	運営体制	開始 時期	年間事 業費用 (万円)
在宅での症例検討や講師を招いての勉強会等。	定例回毎月1回。	県立病院に事務局、私立病院に医師がコーディネート。	2007年 4月	- (-)
千葉県がんセンターにおける管理プランの作成。医療看護介護資源との連携構築。千葉県がんセンター緩和医療センター等をバックアップ病床とした入院管理。患者さん家族のためのレスパイトを目標とした緩和医療センターへの入院。在宅管理で起こる様々な問題に対する相談(がんセンター)。千葉市医師会員の緩和ケアに対するスキルアップ研修会。	2009年1/23 19:30～約2時間。 3/19 19:00～約1時間。 5/7 19:00～約1時間。 7/2 19:00～1時間。 9/3 19:00～1時間。 11/12 19:00～1時間。 2010年 11/11 19:30～2時間。	千葉県医師会在宅医療部会及び千葉市医師会在宅医療推進委員会が中心となり、医師会会員及び千葉市内訪問看護ステーションを対象にスキルアップ研修会を開催。	2008年 4月	- (-)
現在は医師会の会員に、がん患者や脳卒中およびそれ以外の在宅診療が必要な患者をかかりつけ医が在宅診療するために、薬(麻薬)の使用手順やメンタルケアについて共通認識を持つための講演会や、利用するであろう訪問看護ステーションのケアマネジャーとの連携が取れるような講演会・研究会を医師会として開催していく。	在宅がん緩和ケアチームの連絡会および医師会会員に対しての定例会を2ヶ月に1回、午後7時より実施。脳卒中の研修会は静岡県東部地区全体として実施(年2～3回午後)。地域の訪問看護ステーションのケアマネジャーとの連絡協議会を開催予定(年2回位)。	運営体制:在宅診療推進事業の事務局は医師会が中心になって行っている。運営の事務局は医師会内の在宅診療事業の理事が緩和ケア推進部門長、脳卒中部門長が実務を担当している。	2010年 4月	246 (246)
病院と連携し講演会を実施。	不定期ではあるが、年間に3～4回、2時間/回 実施。	医師会立訪問看護ステーションを窓口とし、地域の病院勤務医と医師会員がバックアップ。	2004年 4月	1 (1)
癌末期を診れる診療所の意見交換、病院の受け入れ体制、診療所紹介。	土曜日など年2～3回。2～3時間/回。	在宅医療部会。	2008年	- (-)
当地区は過疎地域で限界集落に陥り(少子・高齢化が進み)、医療疲弊を来している。こうした状態について、医師会が中心となって、ニーズを汲み上げるべく努力し、関係機関と共に向かって行く覚悟である。	-	医師会が中心となり自治体を巻き込み、コミュニティ団体の他に民生委員、愛育委員、栄養委員、自治会、消防団等々がスクラムを組んで発展させていきたい。	-	- (-)
1.年3回の在宅緩和ケア事例検討会を開催(2月・6月・9月)。2.事例検討より明らかになった課題に対し、具体的な対策の立案。「在宅におけるがん疼痛マネジメントの薬物療法」冊子作成(2004年・2009年改訂)。在宅診療機能情報(メディカルマップ)作成(2004年・2007年改訂)。持続注入ポンプを医師会で購入しレンタル可能に(迅速な対応可)。ICとコミュニケーションのあり方、勉強会。安芸薬剤師会に依頼、会営の府中・畑質薬局で麻薬処方と配達やクリーンベンチ設置にて無菌調剤可能。遺族の集い(グリーフケア)。ホスピスボランティア養成講座。3.在宅ホスピスケアに関する支援・広報活動	年3回の在宅緩和ケア事例検討会を開催(2月・6月・9月)、19時から2時間。打ち合わせ会(事例検討会開催2週間前)の19時から2時間。反省会(事例検討会終了後)21時から1時間。	事務局は安芸地区医師会内訪問看護ステーションに置く。会の円滑な運営を図るために運営委員会を設置する。1.運営委員会は、本会の目的を果たすために必要な活動を企画・実施する。2.事例検討会の打ち合わせ会・反省会に出席し、円滑な運営を図る。3.必要に応じ、検討会以外の活動の支援を行う。4.運営委員は安芸地区医師会会長より委嘱する。会場は3ヶ所の後方支援病院の持ち回りとする。5.安芸地区在宅緩和ケア事例検討会の趣旨に賛同するものは、医療・介護などの職種に関係なく誰でも参加できる。	2002年 3月	100 (100)
連携バスの作成、在宅医や病院スタッフへの周知、行政(介護保険など)との連携。	定例として、1ヶ月に1回、19:30～、1時間半程度。	退院情報連絡はすでに、山口県宇部健康福祉センターが事務局であり、市および医師会員がバックアップ(2000年4月～)している。緩和ケア連携バスもそこに組み込む形を予定。	2011年 4月	- (-)
関係機関の医師職員参加の下「症例検討会」「合同学習会」等を通じ、連携強化はもとより、相互理解、情報の伝達、共有化を目指す。	年6～7回、平日夜勤務終了後19時から1時間半程度。	在宅緩和ケア支援センター(総合病院内に設置)のスタッフを中心として開催し、医師会員や福祉施設等のケアマネに参加を呼びかける。	2003年	400 (400)

3.がんの在宅医療推進に関する取り組み

通し番号	医師会名	事業名	経緯	目的
10	長崎県 長崎市	緩和ケア普及のための地域プロジェクト(OPTIM)	地域における緩和ケア普及の必要性があり、厚生労働省戦略研究のプロジェクトに応募し、受託した。	緩和ケアの教育・啓発。 市民啓発。 地域連携促進。 専門緩和ケアサービス利用向上。
11	徳島県 徳島市	・徳島市医師会在宅緩和ケアネットワーク ・徳島市医師会在宅医療支援センター ・徳島市医師会後方支援病院ネットワーク	がん患者が、最期は住み慣れた家で過ごしたい或いは一時的にでも家に帰りたいなど、がん緩和ケア領域における在宅医療のニーズが増えて来ているが、がん診療連携拠点病院やホスピスなどから、終末期のがん患者や一時的に家で過ごしたいと望んでいるにもかかわらず在宅かかりつけ医がいなかった場合、がん患者を在宅で診て頂ける医療機関がわからないために、そのまま病院死を迎えているケースが少なからずあるとの意見が聞かれていた。	がん診療連携拠点病院やホスピスに入院しているがん患者が在宅での療養を希望されたものの、かかりつけ医がいなかった場合において、速やかに在宅主治医を紹介し在宅医療を実行する。

事業の内容	実施回数 開催時間	運営体制	開始 時期	年間事 業費用 (万円)
医師会館内に緩和ケアに関する相談窓口を開設し、患者・家族・市民・関係職種からの相談対応。緩和ケアに関わる講演会、研修会、地域カンファレンスなどの開催。緩和ケアを必要とする患者さんの在宅移行を推進するネットワークの構築のための活動、など。	がん相談支援センターの開設(相談受付・平日9～17時、土9～12時)。 がん拠点病院緩和ケアカンファレンスへの参加(週1回平日午後、約2時間)。運営委員会(2ヶ月に1回、平日19時～約2時間)。	医師会館内に事務局、相談支援センターを開設。医師会長を統括責任者とし、担当理事をおき、運営委員会にて、研修会等の企画・調整を行う。事業の推進には、医師会員・がん拠点病院スタッフ、ホスピス病棟をもつ病院スタッフ、一般急性期病院スタッフ、薬剤師、訪問看護ステーション、居宅介護、行政ほか150施設、320名が参加している。	2008年 4月	1,920.5 (0)
徳島市医師会在宅医療センター(緩和ケア部門)・・・徳島市内一円のがん患者における在宅医療の受け入れ窓口となるセンターで、市医師会に事務局を置き、在宅での療養を希望しつつも在宅主治医がいないがん患者に対して速やかに在宅緩和ケアネットワークに参加していただいている在宅療養支援診療所を紹介する。 徳島市医師会在宅緩和ケアネットワーク...あらかじめ登録いただいた在宅療養支援診療所のネットワーク。徳島市内にある19の在宅療養支援診療所が参加し、がん診療連携拠点病院やホスピスからの依頼により、徳島市医師会在宅医療支援センターを通じて在宅医療の希望があった患者に対し、かかりつけ医となり在宅医療を提供する。 徳島市医師会後方支援病院ネットワーク...何らかの事情で在宅医療が困難となった場合の緊急入院先として、20病院が後方支援病院として登録しており、在宅医療のセーフティネットワークとして機能している。	-	市医師会在宅医療連携委員会が中心となり運営。事務局及び職員は本会事務局と在宅事業の職員(看護師・社会福祉士等)が兼務。	2010年 5月	80,000 (0)