

医療連携体制・かかりつけ医、医師確保との関係について

医療提供体制に関する意見（抄）

平成17年12月8日
社会保障審議会医療部会

4. 医療機能の分化連携の推進

4-1 医療計画制度の見直し

- 住民・患者が安心して日常生活を過ごすために必要な患者本位の医療サービスの基盤づくりを目指した医療計画制度の見直しを行う。その際の考え方としては、自分が住んでいる地域の医療機関で現在どのような診療が行われており、自分が病気になったときにどのような治療が受けられ、そして、どのように日常生活に復帰できるのか、また、地域の保健医療提供体制の現在の姿はようになっており、将来の姿はどう変わるのか、変わるために具体的にどのような改善策が必要かということ、都道府県が作成する医療計画において、住民・患者の視点に立って分かりやすく示すことを原則とした見直しとする。
- 医療計画の記載事項に、主要な事業（がん対策、脳卒中対策、急性心筋梗塞対策、糖尿病対策、小児救急を含む小児医療対策、周産期医療対策、救急医療対策、災害医療対策及びへき地医療対策をいう。）に係る医療連携体制を追加する。
- 見直し後の新しい医療計画制度によって、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が早く自宅に戻れるようにすることで、患者の生活の質（QOL）を高め、また、必要かつ十分な医療を受けつつトータルな治療期間（在院日数を含む。）が短くなる仕組みをつくる。

4-2 在宅医療の推進

- 在宅医療は、患者の生活の質（QOL）の維持向上という観点から、乳幼児から高齢者まで全世代を対象として、その推進がなされるべきものである。もとより、入院医療が望ましい場合や、患者や家族が在宅での療養を望まない場合にまで強要される性格のものではなく、介護保険等の様々な施策との適切な役割分担・連携も図りつつ、患者・家族が希望する場合の選択肢となり得る体制を地域において整備することが重要である。
- 特に、高齢化の進展が著しい我が国において、高齢者に対する医療をどう確保していくか、とりわけ、人としての尊厳の保持という観点も踏まえ、終末期医療を含む在宅医療をどう確保していくかは、今後の大きな課題である。
具体的には、高齢者が、できる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での死を迎えることを選択できるよう、支援する体制の構築を一層推進する必要がある。

4-3 かかりつけ医等の役割

- かかりつけ医について、国民が身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として、国民にわかりやすくその普及・定着を図る必要がある。かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師についても、それぞれの役割が果たせるように、その普及・定着を図る必要がある。
- 主要な事業ごとの医療連携体制を構築し、地域において実際に連携がなされるためには、かかりつけ医が、患者の病状に応じて適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者を支える立場に立って重要な役割を担うこと、また、診療時間外においても患者の病態に応じて患者又はその家族と連絡がとれるようにするなど適切に対応すること、が求められる。
- 患者の視点に立って、どのようなかかりつけ医の役割が期待されるか、また、その機能を発揮するために、サポート体制を含め何が必要か等、各地域での医療連携が適切に行われるよう、かかりつけ医のあり方について、引き続き検討していく必要がある。

医療計画の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進(改正医療法)

医療計画を通じ、がん、脳卒中、小児救急医療などの主要な事業ごとに医療連携体制を構築することによって、医療機関相互の連携の下で、適切な医療サービスが切れ目なく提供され、早期に在宅生活に復帰できるようにする。

医療機能の分化・連携の推進 による切れ目のない医療の提供

- 都道府県が作成する医療計画の見直しにより、脳卒中、がん、小児救急医療など事業別に、地域の医療連携体制を構築する。
- 地域の医療連携体制内においては、地域連携クリティカルパスの普及等を通じて、切れ目のない医療を提供する。

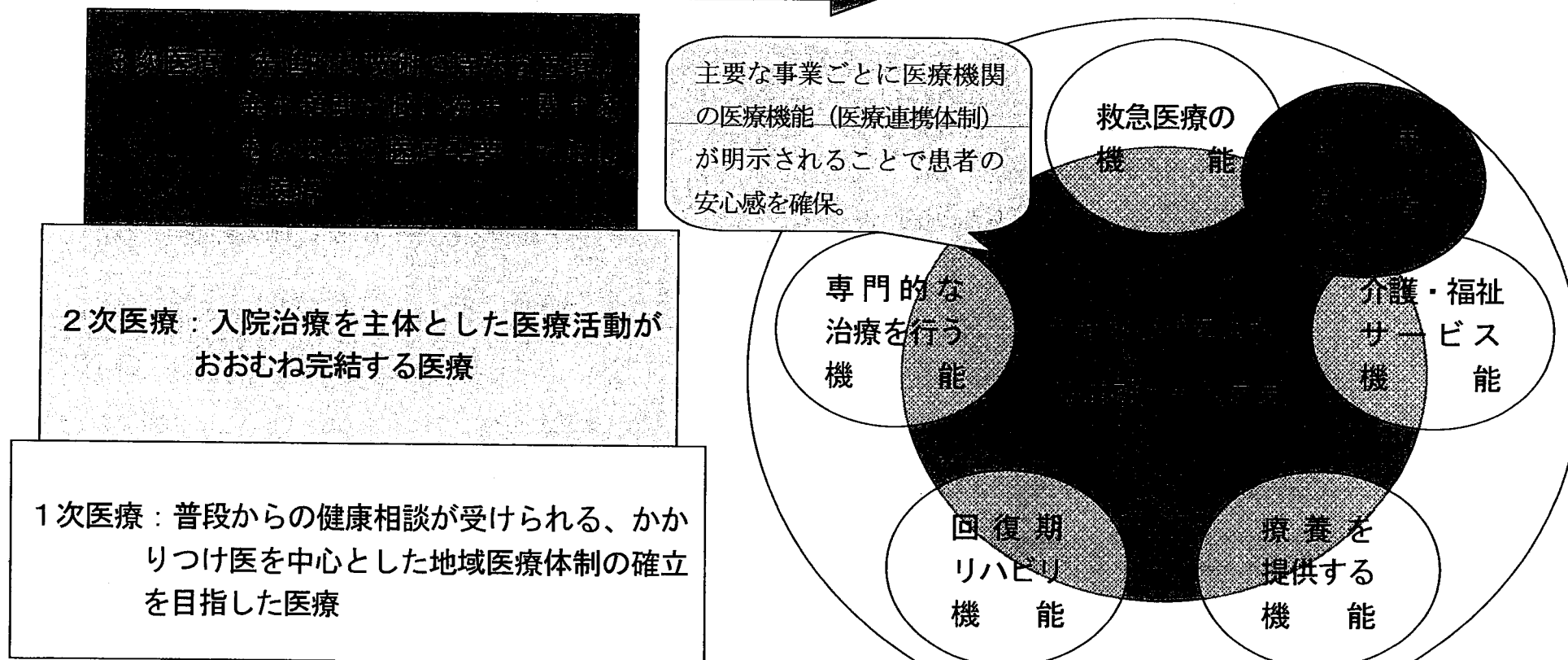
具 体 的 内 容

～以下の医療計画に関する基本的枠組みを医療法に規定～

- 国の基本方針(新たに法律に規定)によるビジョンの提示
- 事業別に、地域の実情に応じ関係計画との整合性を勘案し、分かりやすい指標と数値目標を住民・患者に明示し、事後評価できる仕組みにする。
- 事業ごとに医療連携体制を具体的に医療計画に位置付け、住民・患者に医療機関や連携の状況を明示する。
- 医療機能調査の上、住民、医療関係者、介護サービス事業者等と協議して医療連携体制を構築。

階層型構造の医療提供体制から住民・患者の視点に立った医療連携体制への転換

〔これまでの医療計画の考え方〕 □ □ → 〔新しい医療計画の考え方（イメージ）〕



“現在の医療計画制度の問題点”

- (1) 患者の実際の受療行動に着目するのではなく、医療提供サイドの視点で構想。
- (2) 地域の疾病動向を勘案しない量的な視点を中心に構想。
- (3) 地域の医療機関が担える機能に関係なく、結果として大病院を重視することとなる階層型構造を念頭に構想。

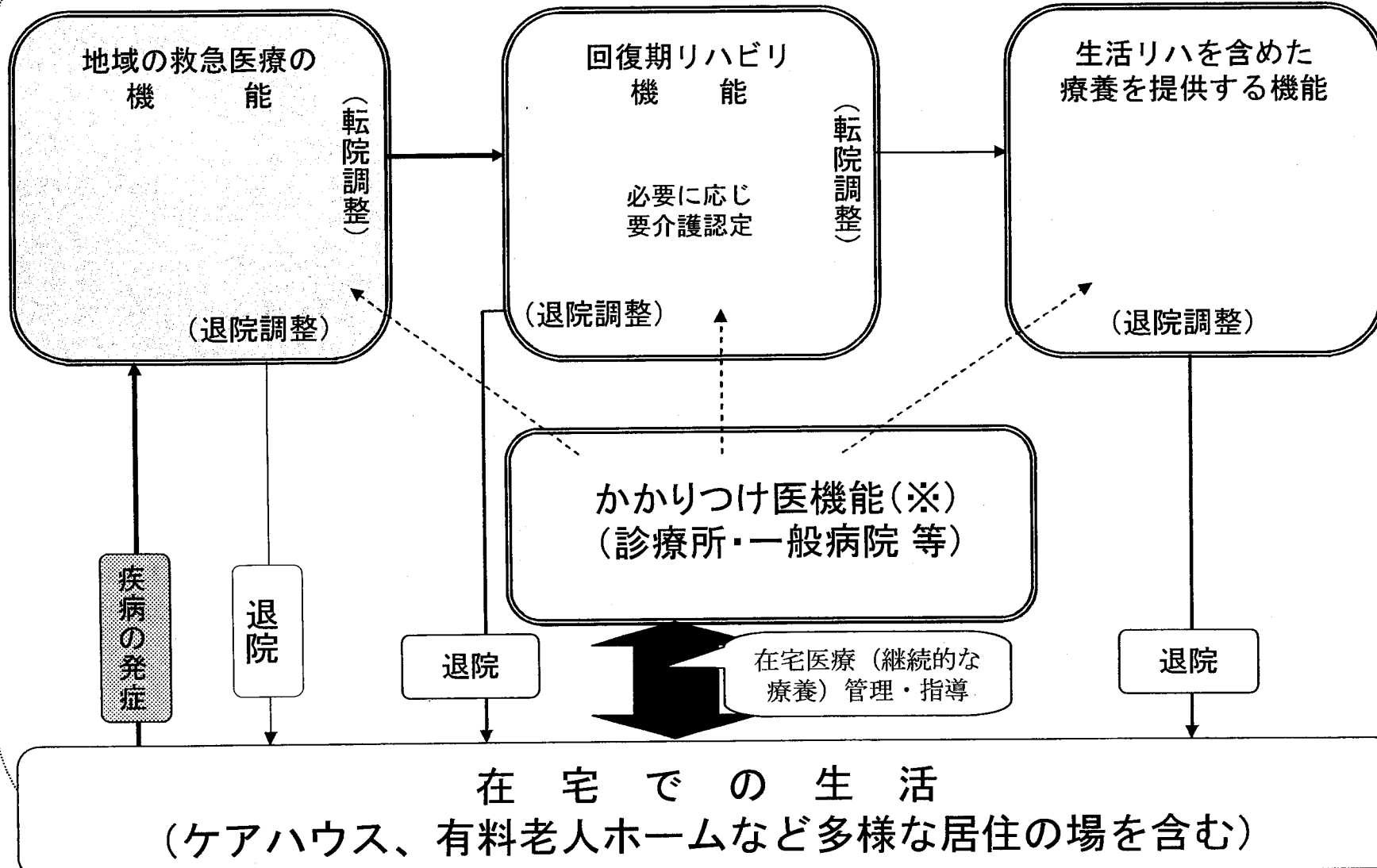
《新たな医療計画制度での医療連携体制の考え方》

- (1) 患者を中心にした医療連携体制を構想。
- (2) 主要な事業ごとに柔軟な医療連携体制を構想。
- (3) 病院の規模でなく医療機能を重視した医療連携体制を構想。

脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ

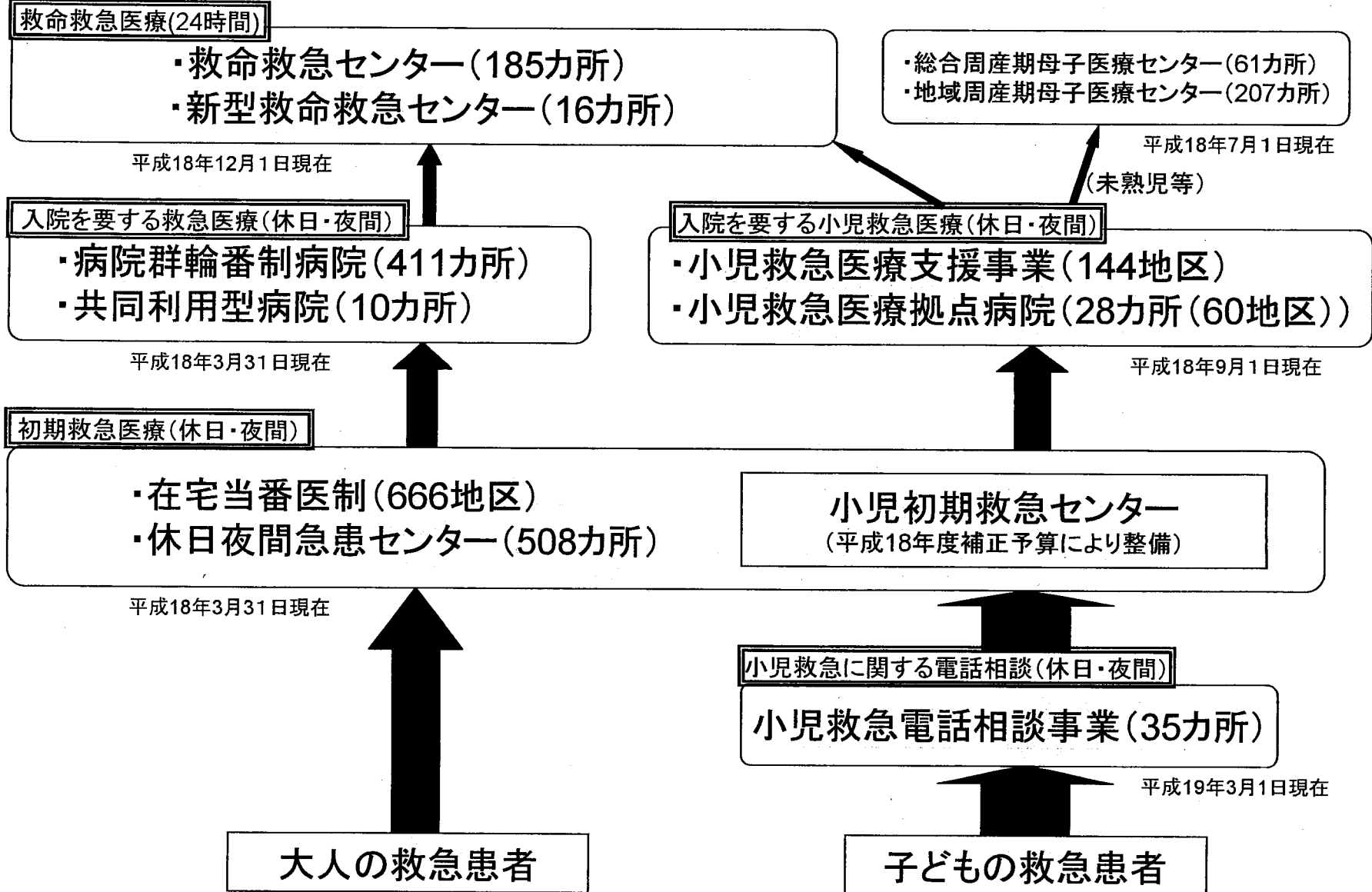
【急性期】

【回復期・亜急性期】



※ 急性期、回復期、療養期等各機能を担う医療機関それぞれにかかりつけ医がいることも考えられるが、ここでは、身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として、患者の病状に応じた適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者の立場に立った重要な役割を担う医師をイメージしている。

救急医療体系図



第10次 へき地保健医療対策の鳥瞰図

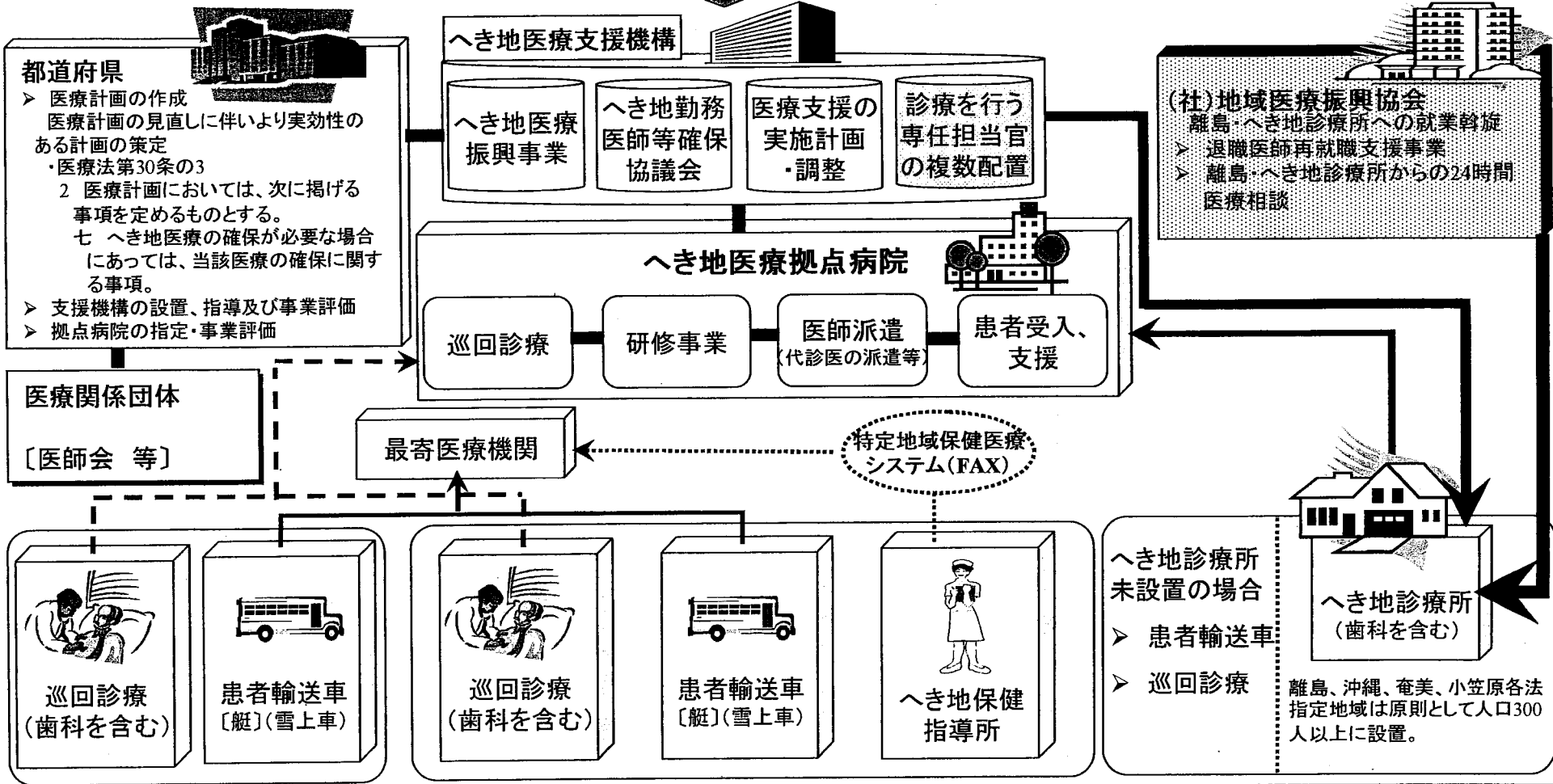
第10次計画：「へき地・離島の医療サービスを担う医師及び医療機関を確保するための新たな方策」

- 「みんなで考える」

 - 医療計画の策定を通じて、地域住民の納得が得られ、かつ、持続可能な体制に に向けた検討
 - 「へき地・離島医療マニュアル」による知識の共有
 - へき地医療支援情報システムを通じた広報（普及啓発）

「みんなで支える」

 - へき地医療支援機構の強化を通じた、診療所支援及び調整機能の強化
 - 情報通信技術による相談の相手先機関の確保
 - 新たな枠組みによる、医師と医療機関の配置と役割の調整



無医地区に準じる地区(人口50人未満)	無医地区(人口200人以上~1,000人未満)	無医地区(人口1,000人以上)
へき地保健医療対策の必要な地区 (半径4Km区域内の人口)		

小児救急病院における医師等の休日夜間配置の充実

～小児救急医療支援事業、小児救急医療拠点病院運営事業～

救命救急医療(24時間)

- ・救命救急センター
- ・新型救命救急センター

- ・総合周産期母子医療センター
- ・地域周産期母子医療センター

(未熟児等)

入院を要する救急医療(休日・夜間)

- ・病院群輪番制病院
- ・共同利用型病院

入院を要する小児救急医療(休日・夜間)

- ・小児救急医療支援事業(※1)
(18年度) 965百万円 → (19年度) 1,293百万円
- ・小児救急医療拠点病院(※2)
(18年度) 872百万円 → (19年度) 1,069百万円

初期救急医療(休日・夜間)

- ・在宅当番医制
- ・休日夜間急患センター

- ・小児初期救急センター
(平成18年度補正予算により整備)

(※1)

二次医療圏単位で、地域の小児科を標榜する病院が輪番制等により、入院を要する小児の救急患者を受け入れる。

(※2)

広域(複数の二次医療圏単位)で、都道府県の要請を受けた拠点病院により、入院を要する小児の救急患者を受け入れる。

小児救急に関する電話相談(休日・夜間)

小児救急電話相談事業

大人の救急患者

子どもの救急患者

各国のかかりつけ医制度について

	イギリス	フランス	ドイツ	オランダ	デンマーク
制度の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・全ての住民に対して、原則無料で、包括的なサービスを提供 ・住民は、予め登録した診療所で診療を受け、必要に応じて紹介の下に病院の専門医を受診 ・住民は、自由に診療所の登録を変更できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・05年7月よりかかりつけ医制を導入 ・かかりつけ医にかからない場合は、負担金が増額 ・かかりつけ医の選択は自由であるが、98%は一般医から選ばれている ・かかりつけ医の変更はいつでも可能 ・小児科、精神科、産婦人科、眼科、歯科については、かかりつけ医を通さずに受診しても負担金の増額はない 	<ul style="list-style-type: none"> ・保険診療は家庭医診療と専門医診療に区分され、家庭医診療は一般医・小児科医・家庭医診療を選択した内科医等が従事している ・国民は最初に家庭医を受診することは義務付けられてはいない ・紹介状を持たずに受診した場合は10ユーロを負担する ・国民の約9割がかかりつけの家庭医を持っており、事実上ゲートキーパーの役割を果たしている 	<ul style="list-style-type: none"> ・住民のほぼ全員がGPを決めている ・交通事故等の救急を除き、患者はまずGPを受診する必要がある ・GPを受診しないと専門医の診療に対して保険から費用が払われないことがある 	<ul style="list-style-type: none"> ・全ての住民は公的医療が保障されている。 ○グループ1 自宅から10km以内で開業しているGPに登録 登録するGPの紹介の下に専門医や病院での治療を受ける ○グループ2 どのGPの診療でも受けることができ、紹介がなくとも専門医を受診できるが、病院での治療を除くすべてのサービスの一部を負担する
総医師数	129,345人	201,400人	277,885人	56,540人	15,912人
一般医（家庭医、GP）の数	39,912人	98,505人	85,987人	7,420人	3,826人
一般医の教育	<ul style="list-style-type: none"> ・卒業1年目は、義務として、内科・外科の基本的な研修 ・卒業2年目は、専門分野に入る前の基礎研修 ・この2年間が終わった後に、病院医師と一般医それぞれの専門研修が4～5年間行われる 	<ul style="list-style-type: none"> ・卒業後、専門医試験に合格しなかったもの、または一般医を希望した者は2年間の研修を受ける ・一般医と専門医の診療科目については、医療行為規則で厳密に既定されている 	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床医となるためには、専門医研修を経て、専門医資格を取得することが必須 ・卒業5～6年間の専門研修が実施されている ・一般医の研修は3年程度 	<ul style="list-style-type: none"> ・GPになるために卒業3年間の教育制度がある。 ・GPの資格は5年更新 	<ul style="list-style-type: none"> ・GPになるためには、長い修行が必要であり、平均して卒業後10年程度かかる。

出典：高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会報告書
イギリス・フランス・ドイツ 医療関連データ集【2005版】
OECD Health Division 等