

〔平成23年3月9日（水）〕  
15時30分～18時  
中央合同庁舎第5号館9階  
厚生労働省議室

## 第17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
- その他

### （配布資料）

資料1 社会保障審議会医療部会（3／9）資料

資料2 医療提供体制の改革の検討の方向性に関するこれまでの主な議論・意見  
参考資料

### （委員提出資料）

西澤委員提出資料

資料 1

# 社会保障審議会医療部会(3/9)資料

# 医療施設機能について

(病床機能を中心に)

## 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。

# 病院病床に関する主な構造設備の基準及び人員の標準

	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床
定 義	精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床	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病床	精神疾患を有する者を入院させるための病床		感染症法に規定する一類感染症、二類感染症及び新感染症の患者を入院させるための病床	結核の患者を入院させるための病床
			1)大学病院等※1	1)以外の病院		
人員配置標準	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※2 4:1 看護補助者※2 4:1 理学療法士及び作業療法士 病院の実情に応じた適当数	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 48:1 薬剤師 150:1 看護職員※3 4:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 3:1	医師 16:1 薬剤師 70:1 看護職員 4:1
	(各病床共通) ・歯科医師 歯科、矯正歯科、小児歯科及び歯科口腔外科の入院患者に対し、16:1 ・栄養士 病床数100以上の病院に1人 ・診療放射線技師、事務員その他の従業者 病院の実情に応じた適当数  (外来患者関係) ・医師 40:1 ・歯科医師 病院の実情に応じた適当数 ・薬剤師 外来患者に係る取扱処方せん75:1 ・看護職員 30:1					

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。

※2 平成24年3月31日までは、6:1でも可

※3 当分の間、看護職員5:1、看護補助者を合わせて4:1

	一般病床	療養病床	精神病床		感染症病床	結核病床
			1)大学病院等※1	1)以外の病院		
<b>必置施設</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・各科専門の診察室</li> <li>・手術室</li> <li>・処置室</li> <li>・臨床検査施設</li> <li>・エックス線装置</li> <li>・調剤所</li> <li>・給食施設</li> <li>・診療に関する諸記録</li> <li>・分べん室及び新生児の入浴施設※2</li> <li>・消毒施設</li> <li>・洗濯施設</li> <li>・消火用の機械又は器具</li> </ul>	一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> <li>・機能訓練室</li> <li>・談話室</li> <li>・食堂</li> <li>・浴室</li> </ul>	一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神疾患の特性を踏まえた適切な医療の提供及び患者の保護のために必要な施設</li> </ul>		一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> <li>・機械換気設備</li> <li>・感染予防のためのしゃ断その他必要な施設</li> <li>・一般病床に必置とされる消毒施設のほかに必要な消毒設備</li> </ul>	一般病床の必置施設に加え、 <ul style="list-style-type: none"> <li>・機械換気設備</li> <li>・感染予防のためのしゃ断その他必要な施設</li> <li>・一般病床に必置とされる消毒施設のほかに必要な消毒設備</li> </ul>
<b>病床面積</b>	6.4㎡/床 以上 〈既設〉※3 6.3㎡/床 以上(1人部屋) 4.3㎡/床 以上(その他)	6.4㎡/床 以上※4	一般病床と同じ		一般病床と同じ	一般病床と同じ
<b>廊下幅</b>	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.1m以上 〈既設〉※3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	片側居室 1.8m以上 両側居室 2.7m以上 〈既設〉※3 片側居室 1.2m以上 両側居室 1.6m以上	一般病床と同じ	療養病床と同じ	一般病床と同じ	一般病床と同じ

※1 大学病院(特定機能病院及び精神病床のみを有する病院を除く。)のほか、内科、外科、産婦人科、眼科及び耳鼻咽喉科を有する100床以上の病院(特定機能病院を除く。)のことをいう。

※2 産婦人科又は産科を有する病院に限る。

※3 既設とは、平成13年3月1日時点で既に開設の許可を受けている場合のことをいう。

※4 平成5年4月1日時点で既に開設の許可を受けていた病院内の病床を、平成12年4月1日までに転換して設けられた療養型病床群であった場合は、6.0㎡/床 以上

## 医療施設別、病床区分別の人員配置標準について

	病床区分	職 種							
		医 師	歯科医師 (歯科、矯正歯科、小児歯科、歯科口腔外科の入院患者を有する場合)	薬剤師	看護師及び 准看護師	看護 補助者	栄養士	診療放射線技 師、事務員そ の他従業員	理学療法士 作業療法士
一般病院	一般	16 : 1	16 : 1	70 : 1	3 : 1	—	病床数 100 以上の病院 に1人	適当数	適当数
	精神・療養	48 : 1	16 : 1	150 : 1	4 : 1 (注1)	4 : 1 (注1)			
	外来	40 : 1 (注2)	病院の実状に 応じて必要と認め られる数	取扱処方せ んの数 75 : 1	30 : 1	—			
特定機能病 院	入院 (病床区分 による区別 はなし)	すべて (歯科、矯正歯科、 小児歯科、歯科口腔 外科を除く) の入院患者	歯科、矯正歯科、 小児歯科、歯科 口腔外科の入院 患者	すべての入 院患者	すべての入 院患者	—	管理栄養 士1人	適当数	—
		8 : 1	8 : 1	30 : 1	2 : 1				
	外来	20 : 1	病院の実状に 応じて必要と認め られる数	調剤数 80 : 1 (標準)	30 : 1				
療養病床を有 する診療所		1人	—	—	4 : 1 (注1)	4 : 1 (注1)	—	適当数(事務 員その他の 従業者)	—

(注1) 療養病床の再編成に伴い省令改正。平成24年3月31日までは、従来の標準である「6 : 1」が認められている。

(注2) 耳鼻咽喉科、眼科に係る一般病院の医師配置標準は、80 : 1である。

# 一般病床及び療養病床に係る医療従事者の配置標準に関する改正経緯について

## <医師>

## 昭和23年医療法制定時

## <看護師>

入院患者	外来患者
16:1	40:1 ※耳鼻咽喉科、眼科は、80:1

入院患者	外来患者
4:1	30:1

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

## 平成4年第二次 医療法改正

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

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

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

## 平成12年第四次 医療法改正

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

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

ただし、病院全体で最低3人以上の医師が必要

## 平成18年第五次 医療法改正

<同上>

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



## < 歯科医師 >

昭和23年医療法制定時

入院患者	外来患者
16 : 1	40 : 1

昭和31年改正

入院患者	外来患者
16 : 1	病院の実情に応じて必要と認められる数

## < 薬剤師 >

昭和23年医療法制定時

調剤
80 : 1

平成10年改正

療養型病床群や精神病院等の入院患者	左記以外の入院患者	外来患者に係る取扱処方せん
150 : 1	70 : 1	75 : 1

平成12年第四次医療法改正

精神病床及び療養病床の入院患者	左記以外の入院患者	外来患者に係る取扱処方せん
150 : 1	70 : 1	75 : 1

## < 看護補助者 >

平成4年第二次医療法改正時

療養型病床群に係る病室の入院患者
6 : 1

平成12年第四次医療法改正

療養病床の入院患者
6 : 1

平成18年第五次医療法改正

療養病床の入院患者
4 : 1 (※平成24年3月31日までは6 : 1)

## < 栄養士 >

昭和23年医療法制定時

入院患者
1以上 (病床数100以上の病院のみ)

## < 診療放射線技師、事務員その他従業者 >

昭和23年医療法制定時

病院の実情に応じた適当数
--------------

## < 理学療法士及び作業療法士 >

平成10年第三次医療法改正時

病院の実情に応じた適当数 (療養型病床群を有する病院のみ)
----------------------------------

平成12年第四次医療法改正

病院の実情に応じた適当数 (療養病床を有する病院のみ)
--------------------------------

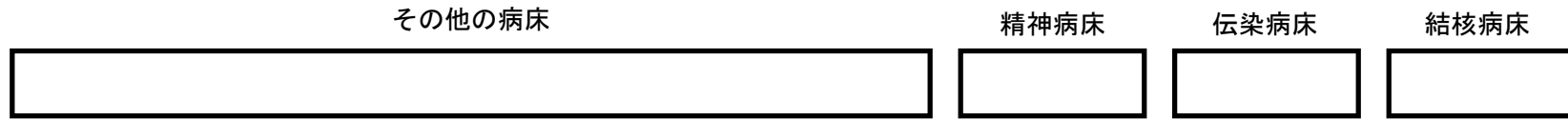
# 診療報酬における機能分化の例

	7対1入院基本料	亜急性期入院医療管理料		回復期リハビリテーション病棟入院料	
		管理料1	管理料2	入院料1	入院料2
対象患者		○亜急性期の患者	○急性期治療を経過した患者(3分の2以上)	○回復期リハビリテーションの必要性の高い患者(8割以上) ○新規入院の2割以上が重症患者	
算定単位	○看護必要度基準を満たす患者を1割以上入院させる病棟	○病室単位 ○一般病床の1割以下	○病室単位 ○一般病床の数の3割以下	○病棟単位	
人員配置	○看護職員:7対1(うち7割以上が看護師)	○看護職員:13対1(うち7割以上が看護師) ○在宅復帰支援担当者の適切な配置		○リハビリテーション科の医師、理学療法士、作業療法士の適切な配置 ○看護職員:15対1(うち4割以上が看護師) ○看護補助者:30対1	
その他	○2人以上による病棟夜勤 ○平均在院日数19日以内	○2人以上による病棟夜勤 ○特定機能病院以外の病院(管理料2については許可病床数が200床未満) ○在宅復帰率6割以上		○在宅復帰率6割以上	○2人以上による病棟夜勤 ○回復期リハビリテーションを要する状態の患者に対し、1日当たり2単位以上のリハビリテーションを提供

# 病床の機能分化に関するこれまでの議論

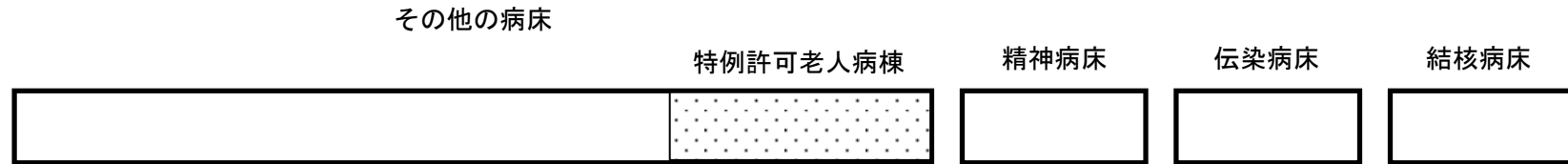
# 病床区分に係る改正の経緯

## 【制度当初～】



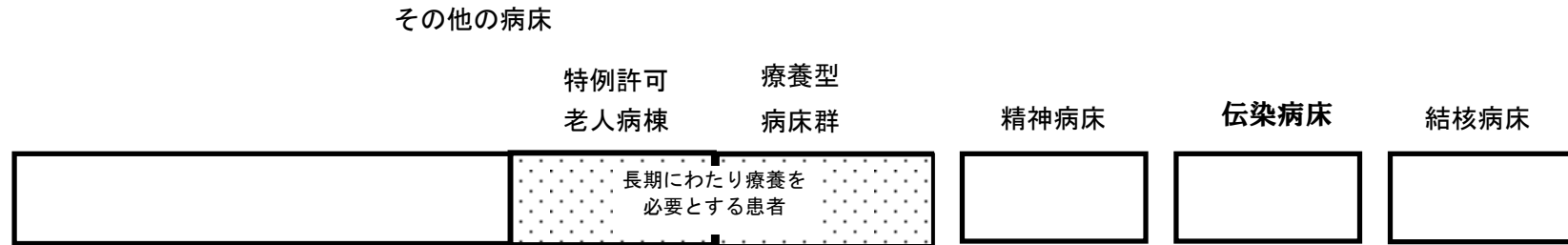
- ・ 高齢化の進展
- ・ 疾病構造の変化

## 【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。

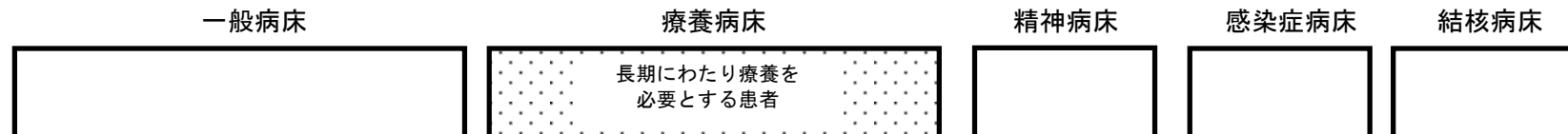
## 【療養型病床群制度の創設（平成 4 年）】



- ・ 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）】

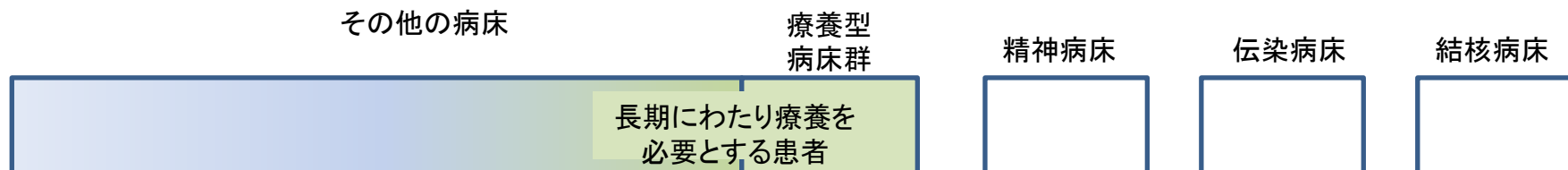
患者の病態にふさわしい医療を提供



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。

# 機能分化に関する提言①

## 当時(平成12年改正前)の病床類型



その他の病床:精神病床、伝染病床、結核病床以外の病床

療養型病床群:その他の病床のうち一群のものであって、主として長期にわたり療養を必要とする患者を収容するためのもの

### ◆平成8年11月13日 国民医療総合政策会議「21世紀初頭における医療提供体制について」(抜粋)

- 急性期医療の充実、介護保険の導入等を踏まえ、単に一般病床というくりではなく、全体の必要病床数の枠の中で急性期病床と慢性期病床に区分することを検討すべきである。

### ◆平成9年8月7日 「21世紀の医療保険制度(厚生省案)

#### —医療保険及び医療提供体制の抜本的改革の方向—」(抜粋)

- 現行の必要病床数の算定方式を見直し、急性期病床と慢性期病床とに区分して、医療計画上の必要病床数を算定する。
- 病院の医療従事者の人員配置基準及び構造設備基準を見直し、急性期病床及び慢性期病床のそれぞれにふさわしいものとする。

## ◆平成10年7月3日 「21世紀に向けての入院医療の在り方に関する検討会」報告書(抜粋)

- 次のように一般病床を区分するものとする。
  - ・ 急性期病床「主として、急性期医療を必要とする患者又は亜急性期医療を必要とする患者に対し一定期間の集中的な医療を提供して、患者の状態の改善を図る病床」
  - ・ 慢性期病床「主として、慢性期医療を必要とする患者に対し長期間にわたり医療を提供する病床」
- 急性期病床に配置すべき人員を設定するに当たっては、当該病床に治療及び回復機能が求められることから、その平均在院日数を考慮しつつ、機能にふさわしい人員配置基準を検討すべきであり、現行の一般病床の職種と員数の基準を参考としながら設定する必要がある。
- 慢性期病床に配置すべき人員を設定するに当たっては、これらの病床に長期間にわたる医療の提供が求められることから、その機能に着目し、療養型病床群の職種と員数の基準を踏襲し設定する必要がある。

## ◆平成11年7月1日 医療審議会「医療提供体制の改革について(中間報告)」(抜粋)

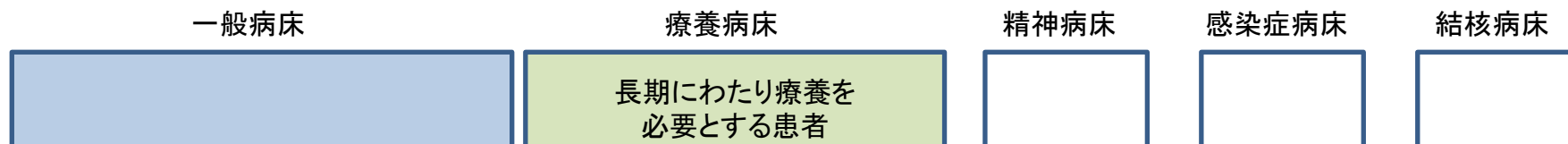
- 現行の一般病床の在り方を見直し、主として急性期の患者が入院する病床と主として慢性期の患者が入院する病床に区分し、その機能分化を図り、それぞれの病床において提供する医療サービスにふさわしい人員配置基準、構造設備基準を設定することが必要である。
- 新たな病床区分への移行の段階においては、一般病床全体で必要病床数を算定するという現行の仕組みは基本的に維持しつつも、必要病床数の算定に当たり、急性期患者のための病床、慢性期患者のための病床のバランスのとれた整備が図られるよう配慮していくことが必要である。その上で、新たな病床区分への移行が進んだ後は、それぞれの病床ごとに必要病床数を算定していくことが望ましい。

## ◆平成12年1月12日 「医療提供体制の改革について(医療審議会会長メモ)」(抜粋)

- 病床区分の趣旨が生かされるよう、提供される医療サービスの形態に着目し区分するものとし、現行「その他の病床」を主として治療が必要な患者を収容するための一般病床と、主として長期にわたる療養を必要とする患者を収容するための療養病床とに区分してはどうか。
- 医療計画について、新しい病床区分が定着するまでの間においては、地域間格差の是正及び在院日数の短縮傾向等に対応しつつ、全体として基準病床数を算定する。新しい病床区分が定着した後においては、一般病床及び療養病床のそれぞれについて算定し、その合計数をもって基準病床数とする。

# 機能分化に関する提言②

## 現行(平成12年改正以降)の病床類型



療養病床: 病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核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。

一般病床: 病院又は診療所の病床のうち、精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外のものをいう。

### ◆平成14年3月28日 社会保障審議会医療部会「医療提供体制に関する意見」(抜粋)

#### 2. 病院病床の機能の明確化・重点化

病院病床については先の医療法改正において、平成15年8月末までに療養病床と一般病床に区分されることがとされているが、さらに広告規制の緩和を含めた医療情報の提供と患者の選択が進むことによって、病院病床の機能分化が促進されると考えられる。

なお、病院病床の機能分化については、急性期の患者にとっては望ましい方向である一方、亜急性期、慢性期の患者に係る病床の在り方は慎重に検討すべきという意見があった。

また、地域医療計画については、本来社会が求めている機能に対して新規参入規制になっている面があるとしたら、議論すべきという意見があった。

## ◆平成20年6月19日 社会保障国民会議第二分科会(サービス保障(医療・介護・福祉))

### 中間とりまとめ(抜粋)

#### (2) サービス提供体制の構造改革

##### ① 病院機能の効率化と高度化

- ・ 国際標準から見て過剰な病院病床数について、疾病構造や医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と地域住民の利便性に配慮しつつ集約化を進め、思い切った適正化を図る。  
このことにより、医療(治療)から介護(生活支援)、施設・病院中心から在宅・地域中心という超高齢社会の医療・介護ニーズに対応したサービス提供体制整備を大きく促進する。
- ・ 同時に、専門的な医療提供を行う中核的病院(特に急性期病院)を中心に、診断・治療技術の進展に対応し、国際標準から見ても遜色のない水準の医療サービス提供を確保するための人的配置の思い切った拡充と病院・病床機能に対応した機器装備の充実を図る。

## ◆平成20年6月19日 社会保障国民会議 中間報告(抜粋)

### 4 医療・介護・福祉サービスの改革

#### (3) サービス提供体制の構造改革と人的資源・物的資源の計画的整備

(略)「選択と集中」の考え方に基づいて効率化すべきものは思い切って効率化し、他方で資源を集中投入すべきものには思い切った投入を行うことが必要であり、そのために必要な人的・物的資源の計画的整備を行うことが必要である。

##### ① サービス提供体制の構造改革

##### ・ 病院機能の効率化と高度化

国際標準から見て過剰な病床の思い切った適正化と疾病構造や医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化

専門的医療提供を行う中核的病院(特に急性期病院)を中心とした人員配置の思い切った拡充・機器装備の充実



## 具体的改革の方向

### (総論)

- 医療・介護を通じたサービス提供体制の一体的な改革を行うことを基本に、改革度合いが緩やかなシナリオ(B1シナリオ)から、最も改革が進んだシナリオ(B3シナリオ)まで、複数の改革シナリオを見込む。

### (急性期医療)

- 急性期入院医療について、早期の社会生活復帰を可能とするよう、医療の質の向上と効率性の向上により平均在院日数の短縮を図る。
- このため、現在の一般病床を急性期病床と亜急性期・回復期病床等とに機能分化し、急性期病床について人的・物的資源の集中投入による重点化・機能強化を図る。
- 同時に、急性期後の継続的な入院医療が必要な者に対する回復期リハビリテーション、亜急性期医療の機能強化を図るとともに、連携パスの普及、在宅医療の充実強化等により、急性期医療全体での早期退院－社会復帰の実現・在宅での療養継続支援を目指す。
- また、医療の高度化、集中化、機能分化等の医療提供体制の充実により、救急医療体制についても、機能分化にあわせた救急機能の充実強化を図る。

### (慢性期医療)

- 慢性期医療を中心とする長期療養について、重症化・重度化に対応した機能強化を図るとともに、在宅医療の充実強化、施設・在宅を通じた介護サービスの拡充により、できる限り住み慣れた地域での療養生活継続を実現する。

## **(在宅医療・地域ケア)**

- 急性期・慢性期の入院医療からの早期退院・在宅療養や、在宅での緩和ケア・看取りのケアを希望する患者のニーズを満たすことができるよう、地域における病院・診療所の連携を強化するとともに、在宅療養支援診療所、訪問看護など在宅医療サービスの充実強化を図る。
- また、入院医療に関する機能強化・分化にあわせて、病院の外来を専門外来として位置づけるとともに診療所におけるプライマリケア機能や主治医機能の強化、訪問診療等の強化を目指す。
- さらに、多くの要介護者は、医療・介護双方のニーズを持つことから、地域において医療・介護を一体的に提供する地域包括ケアマネジメント体制を整備する。

## **(専門職種間の機能・役割分担の見直しと医療・介護を通じた協働体制の構築)**

- 急性期を中心に医療資源を集中投入し、医師の配置増に加え、専門職種能力の一層の活用と生産性向上の観点から、専門職種間の役割分担の見直しを行い、看護職員等のコメディカル、事務職員等について、医師業務(看護師業務)のうち医師(看護師)でなくても行える業務を移す前提でより大幅な増員を図る。

これにより、医師や看護職員などが、自らの専門分野に特化した患者本位の医療に注力できるようにする。
- 入院から退院(転院)・地域生活への移行を支援するとともに、地域での暮らしの継続を支援する観点から、地域包括ケアマネジメントなど、医療・介護を通じた協働体制を構築する。

# (参考)各改革シナリオにおける主な充実要素、効率化・重点化要素

		2025年		
		B1シナリオ	B2シナリオ	B3シナリオ
充 実	急性期医療の改革 (医療資源の集中投入等)	・急性期医療の職員58%増、 単価約1.5倍 (増加率や倍率は、現状及びAシナリオの一般病床対比でみた場合)	・急性期医療の職員100%増 単価約1.8倍	・高度急性 116%増/約2.1倍 ・一般急性 80%増/約1.6倍
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・居住系・在宅介護利用者 約37万人/日増加 (増加数は、Aシナリオの居住系・在宅介護利用者数に対する数)	・居住系・在宅介護利用者 約43万人/日増加	(同左)
	認知症への対応	・グループホーム、小規模多機能 施設の充実 約95万人/日 (Aシナリオでは25+数万人/日)	(同左)	(同左)
	医療・介護従事者数の増加	・全体で2007年の1.6~1.7倍 程度 (Aシナリオでは、2007年に対して1.4~1.5倍程度)	・1.7~1.8倍程度	(同左)
	その他各サービスにおける充実、 サービス間の連携強化など	・介護施設におけるユニットケアの普及、在宅介護サービス利用量の増大、訪問診療の拡充等各種サービスの充実 ・各医療機関や介護サービス等の機能分化・強化、在宅医療・在宅介護の推進等のため、各サービス間の連携強化 など		
効 率 化 ・ 重 点 化	急性期医療の改革 (平均在院日数の短縮等)  ※ 早期の退院・在宅復帰に伴い 患者のQOLも向上	・急性期:平均在院日数12日 病床数80万床 ・亜急性期・回復期等:75日 52万床 (Aシナリオの一般病床では、平均在院日数20.3日[急性15.5日(高度急性20.1日、 一般急性13.4日)、亜急性期等75日]、病床数133万床)	・急性期:平均在院日数10日 病床数67万床 ・亜急性期・回復期等:60日 44万床	・高度急性:16日/26万床 ・一般急性:9日/49万床 ・亜急性期・回復期等: 60日/40万床
	在宅医療・在宅介護の推進等 (施設から在宅・地域へ)	・入院・介護施設入所者 約38万人/日減少 (減少数は、Aシナリオの入院・介護施設利用者数に対する数)	・入院・介護施設入所者 約50万人/日減少	・入院・介護施設入所者 約49万人/日減少
	予防(生活習慣病・介護)	・生活習慣病予防により外来患者 数約32万人/日減少 (対Aシナリオ)	(同左)	(同左)
	医薬品・医療機器に関する効率化等	・伸び率として、2012年まで△0.3%、 その後△0.1%程度 (伸び率ケース①の場合)	(同左)	(同左)
	医師・看護師等の役割分担の見直し	・病院医師の業務量△10%	・病院医師の業務量△20%	(同左)

# 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。

# 急性期機能強化・後方連携の事例

# 急性期病院における医療連携の取組（A病院の場合）

## 病院概要（H23年3月1日現在、患者数はH22年4月～12月実績）

- ・施設認定：地域医療支援病院、臨床研修指定病院、救命救急センター、がん診療連携拠点病院、DPC対象病院など
- ・病床数：一般病床406床、感染症病床3床 診療科：外科、内科、小児科、脳神経外科、泌尿器科、婦人科、整形外科、麻酔科など
- ・職員：医師120人、薬剤師20人、看護職員515人、MSW8人、理学療法士20人、作業療法士12人、言語聴覚士3人、管理栄養士5人  
臨床検査技師20人、臨床工学技士7人、診療放射線技師27人、総職員1075人
- ・患者数：入院患者数（1日平均）375名、外来患者数（1日平均）505名、平均在院日数（一般病床）12.1日

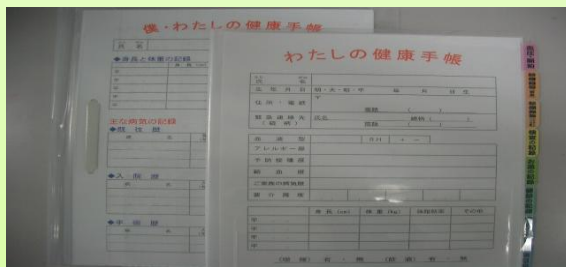
## 前方連携・地域医療支援

### ○主な取組

- ・かかりつけ医の推進のために、ポスター等を用いて普及啓発し、患者がかかりつけ医を探すのを支援
- ・地域医療支援病院としての役割を医師に自覚してもらうために、病診連携医師心得十箇条を作成
- ・かかりつけ医との共同診療を促進するための共同診療カードを導入
- ・他施設（病院、診療所、訪問看護ステーションなど）との情報共有促進のために患者所持型の情報ツール「わたしの健康手帳」を導入
- ・診療情報提供書の様式に、医師の共同診療に対する意識を高めるために「共同診療の依頼欄 有無」を追加
- ・診療所からのクレーム等に対し、すぐに院内周知と先方への訪問及び説明する連携職員の配置

実績（H21年度）  
紹介率 69%

年間  
初診患者の数 22925人  
紹介患者の数 13309人  
救急患者の数 2508人



## 後方連携

### ○主な取組

- ・大腿骨連携パス、脳卒中連携パス毎に地域連携合同会議を開催（医師、看護師、リハビリ、MSW、事務職員の5職種が参加）  
会場は持ち回りとし、会議後、その病院を見学
- ・毎月、看護師、事務職員、MSW、リハビリの連携チームが、受入条件や連携方法を打合わせるために、連携医療機関を訪問
- ・毎週、後方連携病院の師長、MSWが来院し、転院予定者の情報交換および患者・家族との面談を行う
- ・看護師研修の実施（病棟看護師を後方連携病院に研修派遣）
- ・退院調整期間を短縮化するために、連携病院間の診療情報提供書（医師・看護・MSW用の3種）を標準化し、同時に複数の連携病院への転院依頼を可能にした（転院待機が5.4日短縮）



実績（H21年度）  
逆紹介率 43.4%  
平均在院日数 12.4日

年間 逆紹介患者の数 9951人

# 急性期病院における医療連携の取組（B病院の場合）

病院概要（H22年12月1日現在、患者数はH22年実績）

- ・施設認定：地域医療支援病院、臨床研修指定病院、総合周産期母子医療センター、がん診療連携拠点病院、DPC対象病院など
- ・病床数：一般病床1141床、感染症病床10床 診療科：内科、精神科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、泌尿器科、産婦人科など
- ・職員：医師414人、歯科医師5人、薬剤師78人、看護職員1222人、MSW8人、理学療法士33人、作業療法士21人、言語聴覚士8人、管理栄養士18.8人、歯科衛生士13人、臨床検査技師115人、臨床工学技士45人、診療放射線技師73.6人、総職員2879人
- ・患者数：入院患者数（1日平均）1050名、外来患者数（1日平均）2835名、平均在院日数（一般病床）12.2日

## 前方連携

### ○主な取組

- ・CT、MRI、PET/CTなどの共同利用を推進するために、他院からアクセス可能な放射線科のWeb予約制度を構築
- ・画像診断医が不在の地域の医療機関を支援するために、医療画像伝送ネットワークを構築
- ・連携医療機関のリストおよび医師会との共作の顔写真つき担当医表を作成し、同病院HP、医師会イントラネットに掲載
- ・地域連携を目的とした勉強会を実施（地域医療連携室関与 45回/年）
- ・転院先との相互理解を深めるための多職種による病院訪問活動（病院訪問4-5件/年、診療所訪問（連携室単独）100-150件/年）

## 後方連携

### ○主な取組

- ・後方連携病院の多職種（看護師、リハビリ、MSW）が来院し、転院予定の患者・家族と面会（診療情報提供書では見えない部分の情報共有）
- ・退院待機時間を短縮するために、後方連携病院の空床情報を登録してもらう（11病院）
- ・かかりつけ医への紹介の促進のために、診察室で右の用紙（かかりつけ医のご紹介）を配布し地域医療連携室で医療機関を紹介

## 地域医療支援

### ○主な取組

- ・病院情報システム研究会（2001年～事務局として活動）  
県西部18病院：地域連携・経営・医事・物流・情報のWG
- ・連携実務者の会 5医療圏の代表者会（2009年～事務局として活動）  
県内20病院：各病院の連携実務者が集い、情報交換等を実施
- ・看護連携を奨める会（2002年～事務局として活動）  
県西部28病院：後方連携病院の看護師が集い、情報交換等を実施
- ・地域連携に関わる報告体制の構築  
連携上のトラブルと再発防止策を収集し、評価分析することで連携の質向上につなげる
- ・地域連携小児夜間・休日診療運営  
場所を提供し医師会と協働しながら夜間・休日の小児医療を提供
- ・開放病床利用：現在153名の診療所医師が登録（2010年運用実績）  
利用者数：のべ80名 利用医療機関：17医療機関  
共同指導実施回数：78回 共同指導実施患者数：47回

### かかりつけ医のご紹介

総合相談・地域医療センターへ（中央玄関横）ご持参ください

※当院は急性期病院です。病状が安定すると、他の病院・医院のご紹介をさせていただきます。できる限り患者さまのご希望にそった病院医院をご紹介させていただきます。かかりつけの先生よりご依頼があれば、いつでも診察させていただきます。

		実績（H22年）	
紹介率	68.1%	逆紹介率	84.7%
年間		平均在院日数	12.2日
初診患者の数	37054人	救急患者の数	1660人
紹介患者の数	23563人	逆紹介患者の数	31387人

出典：B病院よりいただいた資料を参考に作成

# チーム医療を活用した急性期医療への取組（C病院の場合）

## 病院概要（H23年2月1日現在、患者数はH21年度実績）

- ・施設認定： 地域医療支援病院、災害拠点病院、臨床研修指定病院、DPC対象病院など
- ・病床数： 一般病床338床 診療科：26科
- ・職員： 医師84.7人、薬剤師18.6人、看護職員393.9人、MSW7人、理学療法士62人、作業療法士15人、言語聴覚士5人、管理栄養士14人  
歯科衛生士2人、臨床検査技師36人、臨床工学技士22人、診療放射線技師17人、その他149.6人 総職員826.8人
- ・患者数： 入院患者数 329.1名（1日平均）、外来患者数 367.0名（1日平均）、平均在院日数 15.7日（一般病床）

## 実績（H21年度）

紹介率 84.2%、逆紹介率 49.7%、平均在院日数 15.7日

【年間】 初診患者の数11,878人 救急患者の数 4,940人  
紹介患者の数 5,059人 逆紹介患者の数 5,892人

## 急性期機能の強化

### ○救急医療、専門外来に特化した急性期機能強化への取組

紹介外来を重視し、急性期機能（特に入院治療）に人的資源等を集中するために、地域医療連携を強化

#### □連携強化するために各種会議を開催

- ・医療機関間の会議（年2回）、院内各職種間の会議（毎月1回）
- ・看護部代表者、地域連携・退院調整担当の実務者が各病棟をラウンドして実施する退院調整会議

#### ☑かかりつけ医との連携

- ・患者さんに近隣のかかりつけ医を知ってもらうため各医療施設を訪問（診療情報を収集）しつつ、かかりつけ医紹介冊子や検索端末を設置
- ・かかりつけ医に同病院の診療内容を紹介するため情報誌を毎月発行
- ・当院搬送車両による患者送迎\*、緊急要請時のドクターカー対応など

\* 患者さんの状態によっては看護職員が付き添う

#### □後方連携

- ・回復期リハ病院、訪問看護ステーションとの事例調整会議の開催
- ・顔の見える連携づくり  
ネットワーク会、連携パス連絡会、地域カンファレンスの開催
- ・看護スタッフの教育  
訪問看護への教育ローテーション等により教育プログラムとして在宅看護のイメージをつかむ場づくり
- ・退院調整パスの活用による標準化と可視化  
(他院との合同パス大会も開催→地域全体への意識づけ)



## チーム医療の実践

### ○急性期患者に対するチーム医療の取組

早期に症状の安定化を図り、廃用症候群等を予防するためのチーム医療の実践

#### ☑多職種の病棟配置

薬剤師、管理栄養士、MSW、臨床工学技士、歯科衛生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士

#### □各職種の専門性を高める取組

・専門性が必ずしも要求されない周辺業務は、外部委託職員等に委譲

#### ☑急性期リハビリテーションの取組

・早期介入、手厚いリハビリテーションの実施  
⇒患者さん1人に対し 9単位のリハ（3時間/1日）

#### ☑栄養サポートチーム（NST）の取組

・入院患者全員を週1回スクリーニングし、栄養状態の不良な患者には、NSTが早期介入  
⇒加算数 805件/月（入院患者の51%に介入） [H22.4~H23.1実績]

#### □急性期チームの取組

・患者さんの必要度に応じて適宜介入  
CE（急性期技師）チーム、透析サポートチーム、ICT（感染対策チーム）、呼吸器チーム、糖尿病サポートチーム、皮膚創傷チーム、緩和ケアチーム





# 回復期リハビリ病院における医療連携の取組（D病院の場合）

病院概要（H22年12月現在、患者数はH22年実績）

- 施設認定：回復期リハビリテーション病棟（3つの回復期リハビリ病棟：2病棟各48床、1病棟47床）
- 病床数：療養病床143床 診療科：神経内科、脳神経外科、リハビリテーション科
- 職員：医師6人、登録歯科医師19人、薬剤師2人、看護師70人、社会福祉士8人、理学療法士54人、作業療法士41人、言語聴覚士25人、管理栄養士4人、歯科衛生士3人、介護福祉士30人、診療放射線技師2人、総職員295人
- 患者数：入院患者数（1日平均）137名、外来患者数（1日平均）23名、平均在院日数（療養病床）96日

## 前方連携

### ○主な取組

- 毎週1回、主な急性期病院のカンファレンスに出席  
（出席者 院長;Dr、臨床部長;PT、臨床副部長;Ns、社会福祉士）
- 紹介入院時の工夫
  - 急性期病院からの  
入院予約用紙をFAXで受付
  - 毎朝の病床会議で、  
入院日及び病棟を決定
  - 入院日を連絡
  - 平日に入院を受入



実績（H22年）  
紹介率 100%

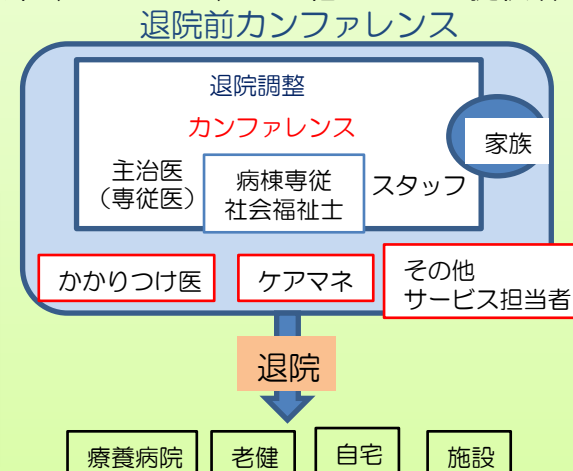
受入疾患  
 脳血管疾患：84.2%  
 運動器疾患：6.0%  
 廃用症候群：9.1%

## 後方連携

### ○主な取組

- 病棟専従社会福祉士が中心となり、カンファレンスにて退院調整  
（出席者 病棟専従社会福祉士、医師、病棟師長、副師長、担当スタッフ）
- 退院時の工夫
  - 退院前に自宅or介護老人保健施設等を訪問
  - 退院前カンファレンスを実施

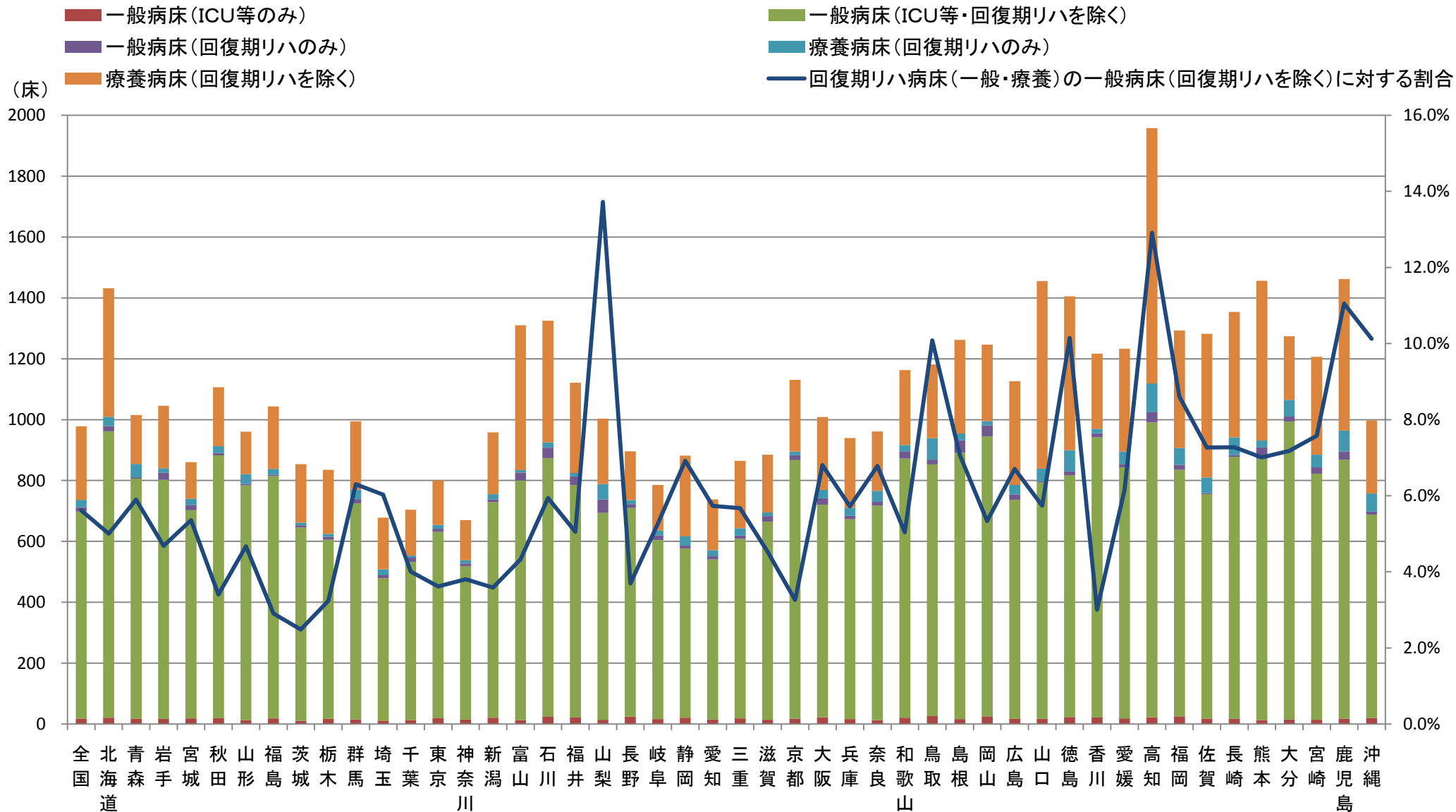
実績（H22年）  
 在宅復帰率 91.5%  
 在宅復帰施設等 82.8%  
 8.7%  
 平均在院日数 96日



## 亜急性期・回復期機能の確保

# 人口10万人当たりの一般病床と療養病床の状況(都道府県別)

○ 人口10万人当たりの回復期リハ病床(一般・療養)の一般病床(回復期リハ病床を除く)に対する割合は5.6%で、都道府県ごとにみると、茨城県の2.5%から、山梨県の13.7%まで分布。

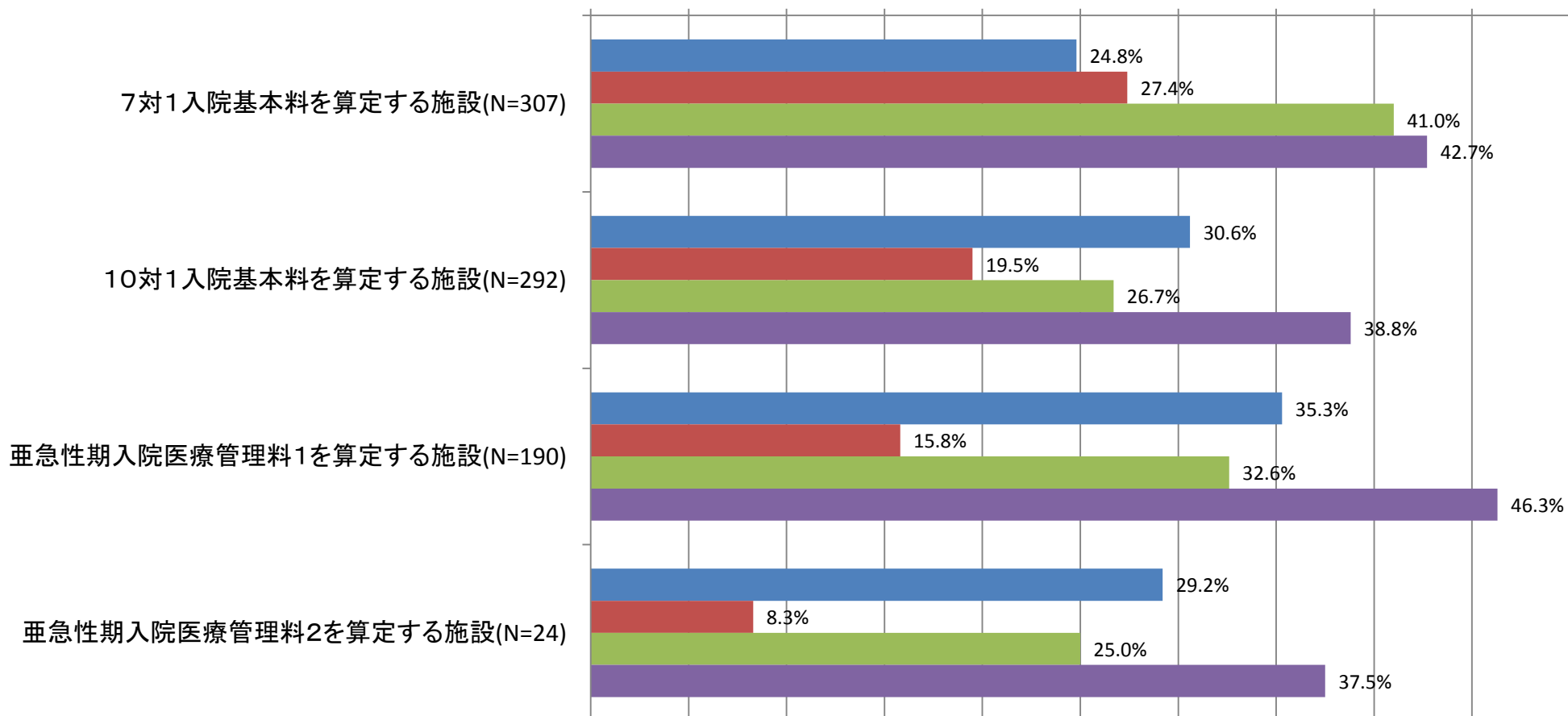


# 連携先として増やしたい医療機能

○ 連携する医療機関数を「増やしたい」と回答した医療機関に、今後の連携先として増やしたい医療機能を聞いたところ、7対1入院基本料を算定する施設をはじめ、回復期リハビリ機能および療養機能と回答する施設が多かった。

■ 急性期医療機能 ■ 亜急性期医療機能 ■ 回復期リハビリ機能 ■ 療養機能

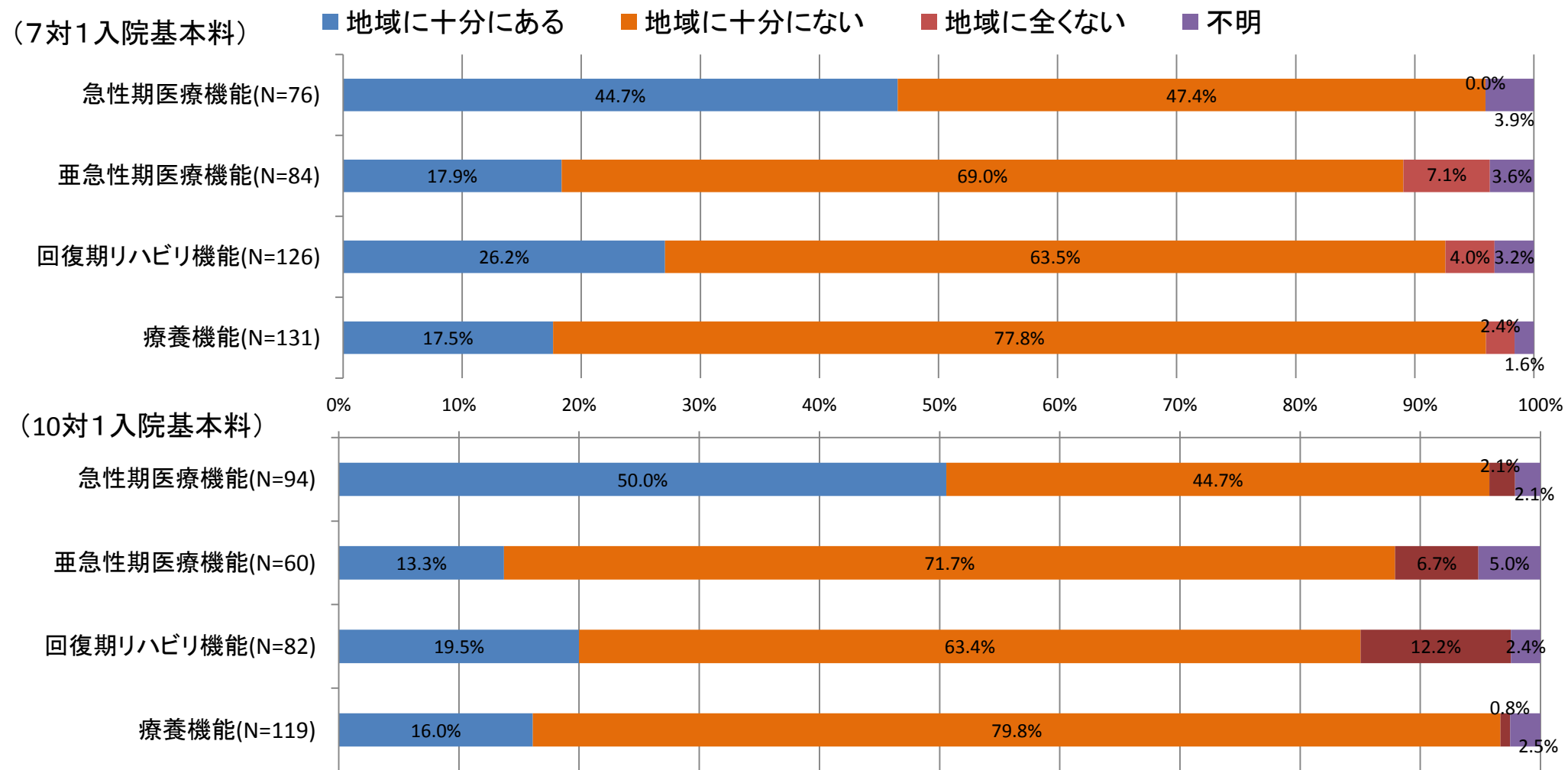
0.0% 5.0% 10.0% 15.0% 20.0% 25.0% 30.0% 35.0% 40.0% 45.0% 50.0%



※診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成21年調査)を基に作成

# 急性期機能を有する病院からみた連携先として確保したい 医療機能の整備状況

○ 7対1入院基本料、10対1入院基本料を算定する病院に、連携先として確保した医療機能が、現に地域にあるか否かを聞いたところ、特に、亜急性期医療機能、回復期リハビリ機能、療養機能が地域に不足しているとの回答が多かった。

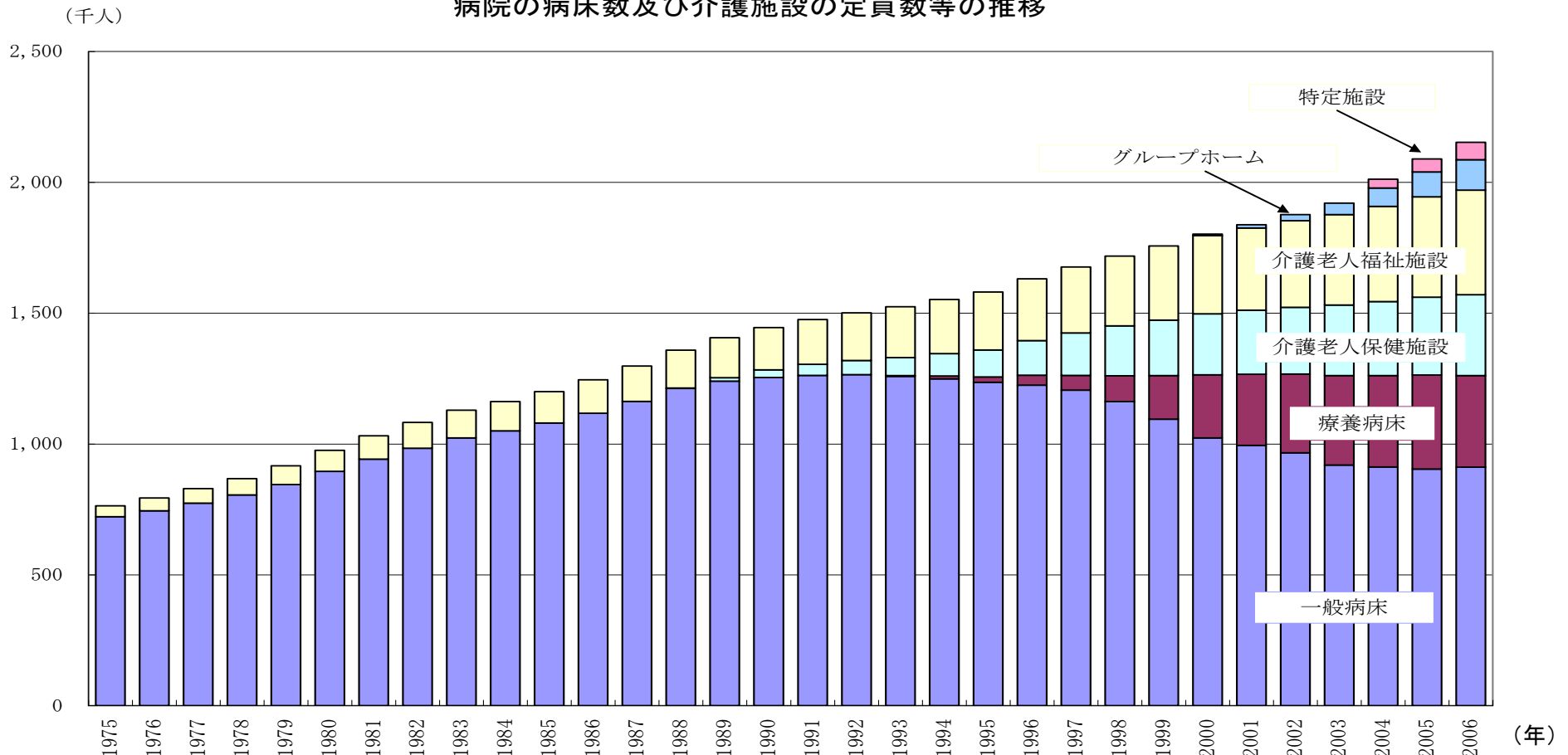


※診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成21年調査)を基に作成

# 病床数及び介護施設の定員数等の推移

- 老人医療費無料化時代(1973~82年)から1980年代頃までは、高齢者の入院・入所ニーズはほぼ病院で受け入れていたが、1990年からのいわゆるゴールドプランによる基盤整備、2000年からの介護保険制度の導入により、ニーズに応じた供給体制の整備が進んでいる。

病院の病床数及び介護施設の定員数等の推移



(注) グループホーム、特定施設: 介護サービス施設・事業所調査における認知症対応型共同生活介護、特定施設入居者生活介護。

なお、2006年はそれぞれ介護予防認知症対応型共同生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護を含む。

介護老人福祉施設 介護老人保健施設: 介護サービス施設・事業所調査。1975年~99年はそれぞれ特別養護老人ホーム、老人保健施設。

一般病床、療養病床: 各年の医療施設調査における病院の病床数。1999年~02年は、経過的旧療養病床群は療養病床に、老人病床は一般病床に含む。

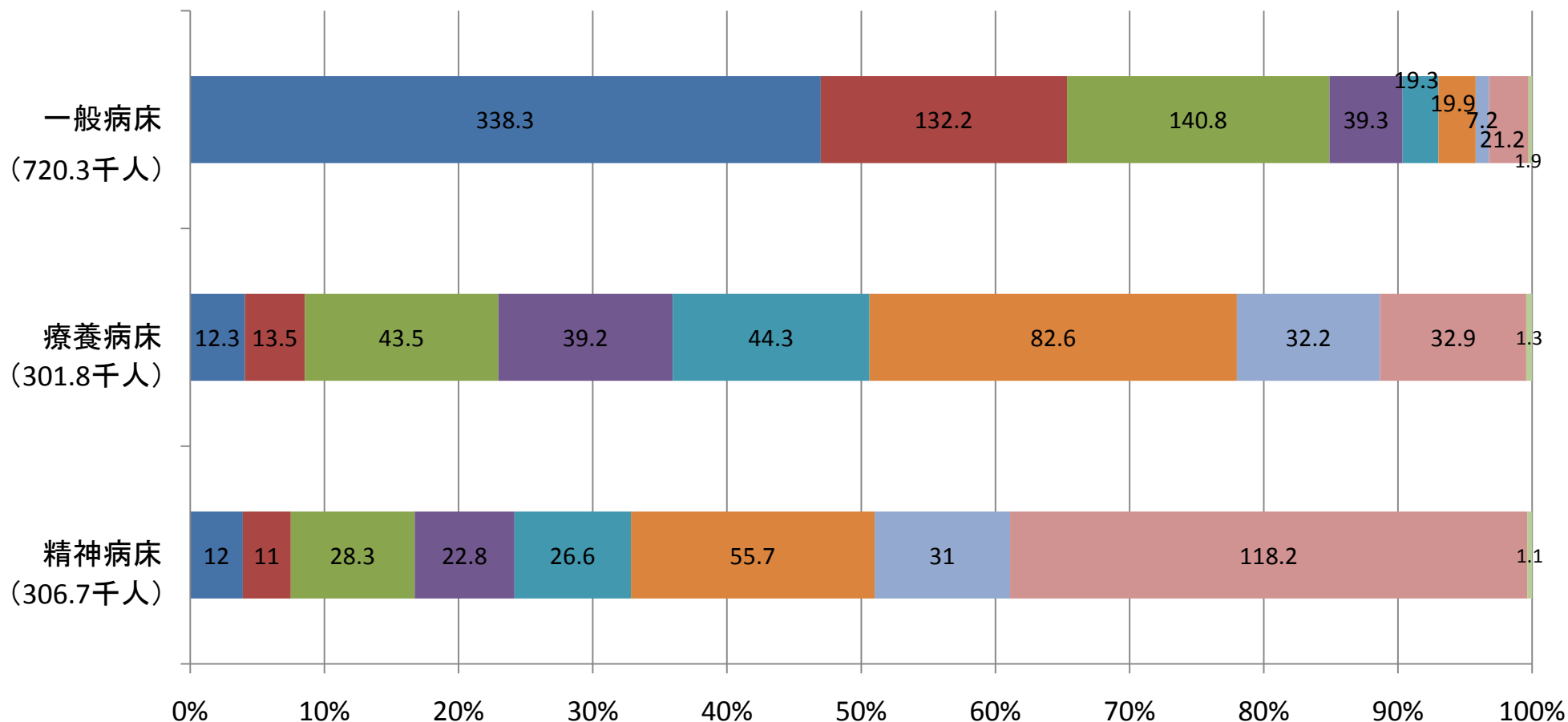
# 入院患者の状況

# 入院期間別入院患者数(病院)

○ 一般病床にあつては、入院してから14日以内の患者が50%弱。

■ 0~14日 ■ 15~30日 ■ 1月~3月 ■ 3月~6月 ■ 6月~1年 ■ 1年~3年 ■ 3年~5年 ■ 5年以上 ■ 不詳

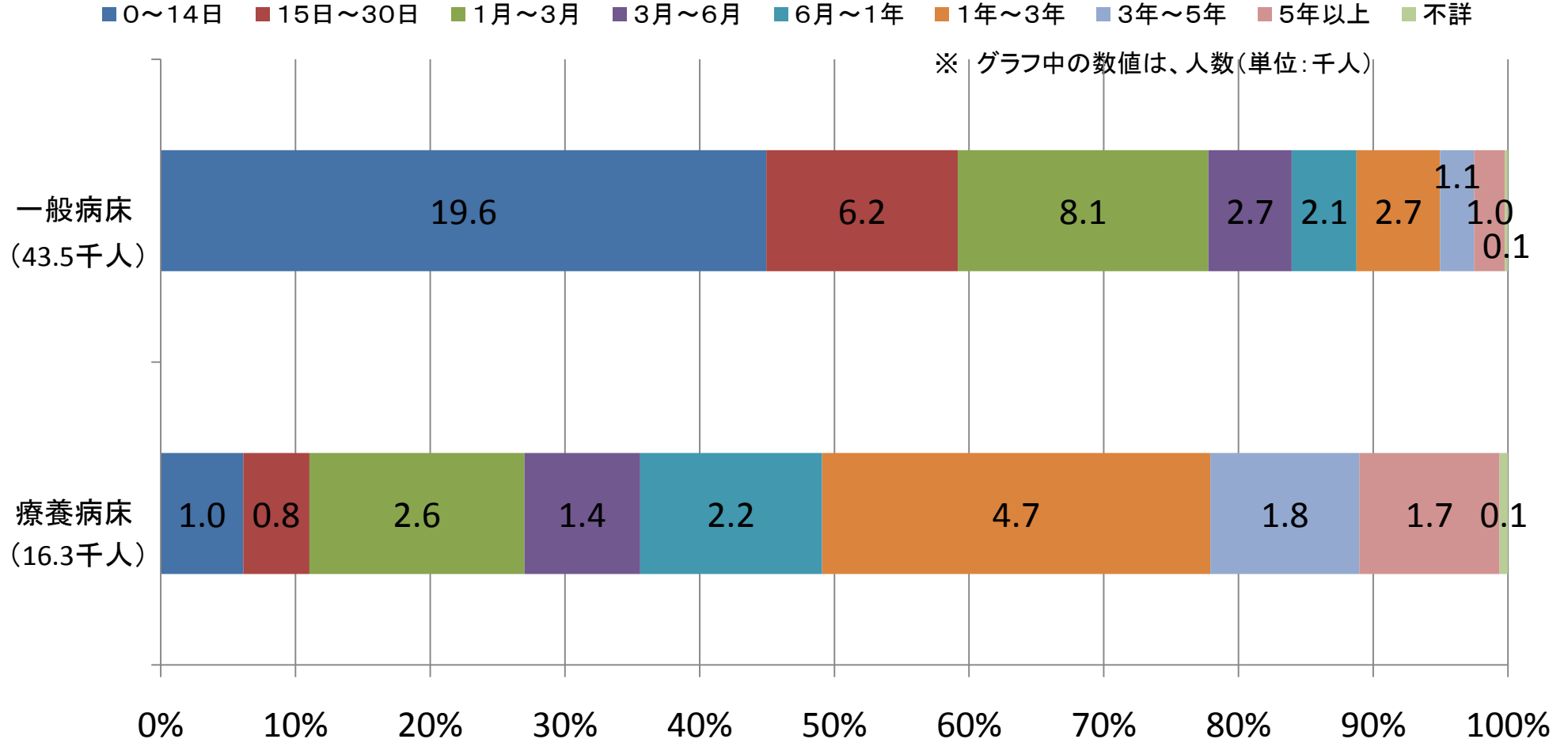
※ グラフ中の数値は、人数(単位:千人)





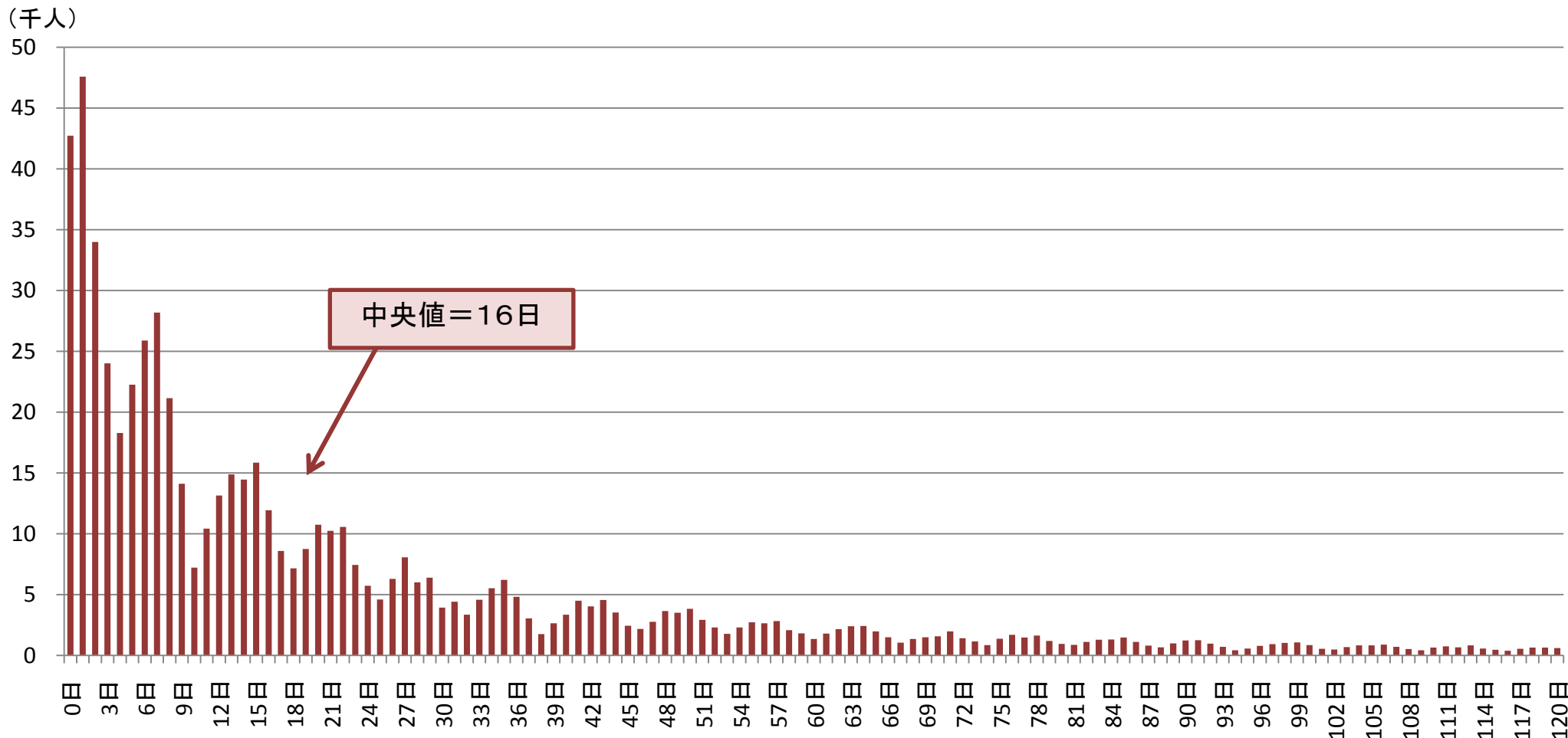
# 入院期間別入院患者数(診療所)

○ 一般病床にあっては、入院してから14日以内の患者が約45%。



# 日数ごとにみた推計入院患者数(病院・一般病床)の推移(0~120日)

- 病院・一般病床の推計入院患者(720.3千人)について、調査日(火・水・木曜日)において入院から何日目になっているかを見てみると、以下のとおり。
- 休日の影響による入院患者数の増減はみられるが、1日当たり一定程度の新时期入院があるとすれば、ある日に入院した患者は1週間を超える前後までに半数ほどが退院し、全入院患者の中央値である16日までには3分の2ほどが退院していると推測することができる。



注)120日以上は略

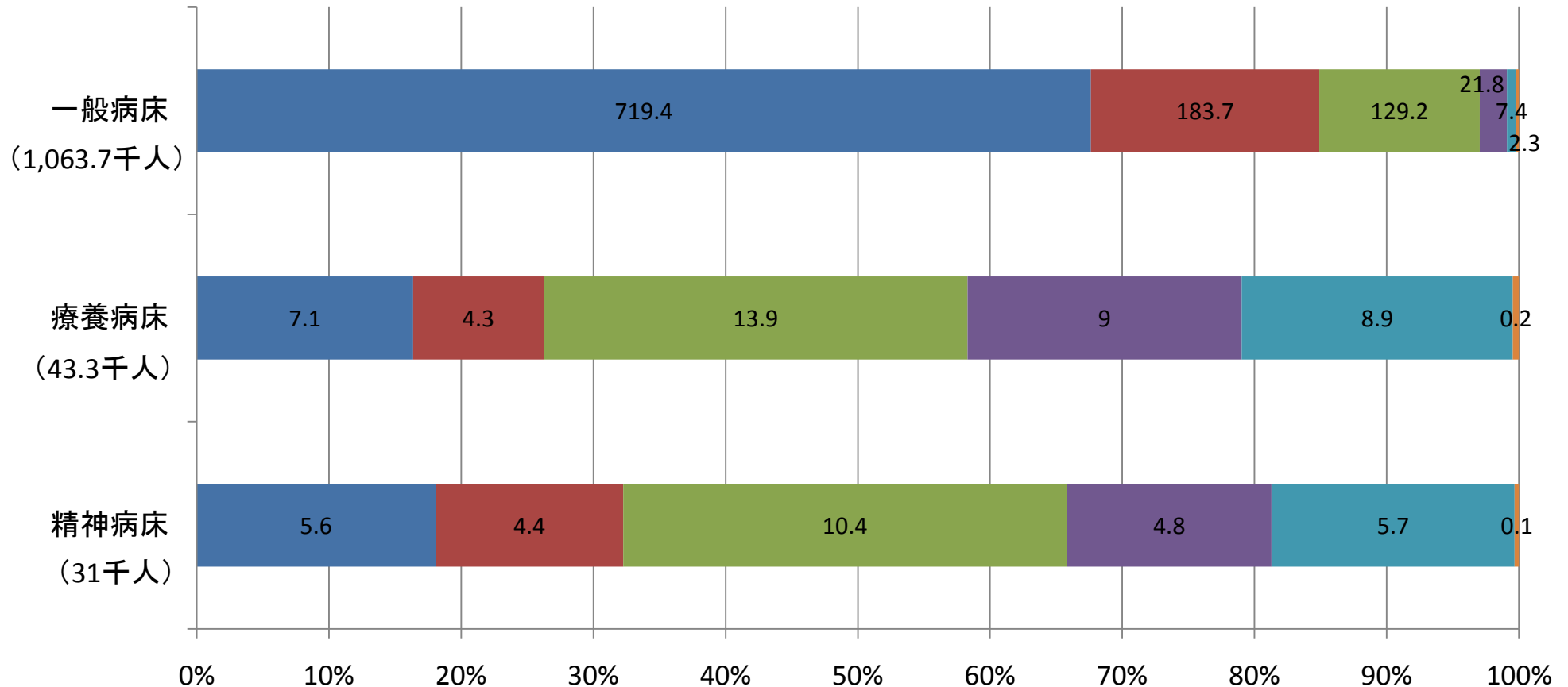
出典)厚生労働省 平成20年「患者調査」より作成

# 退院患者の在院期間別内訳(病院)

- 患者調査による1か月間(平成20年9月)の推計退院患者数は、一般病床が1063.7千人、療養病床が43.3千人、精神病床が31千人。
- 退院患者平均在院期間は、一般病床が21.1日、療養病床が213日、精神病床が347.7日。
- 一般病床にあっては、入院してから14日以内の患者が70%弱。

■ 0~14日 ■ 15~30日 ■ 1~3月 ■ 3~6月 ■ 6月以上 ■ 不詳

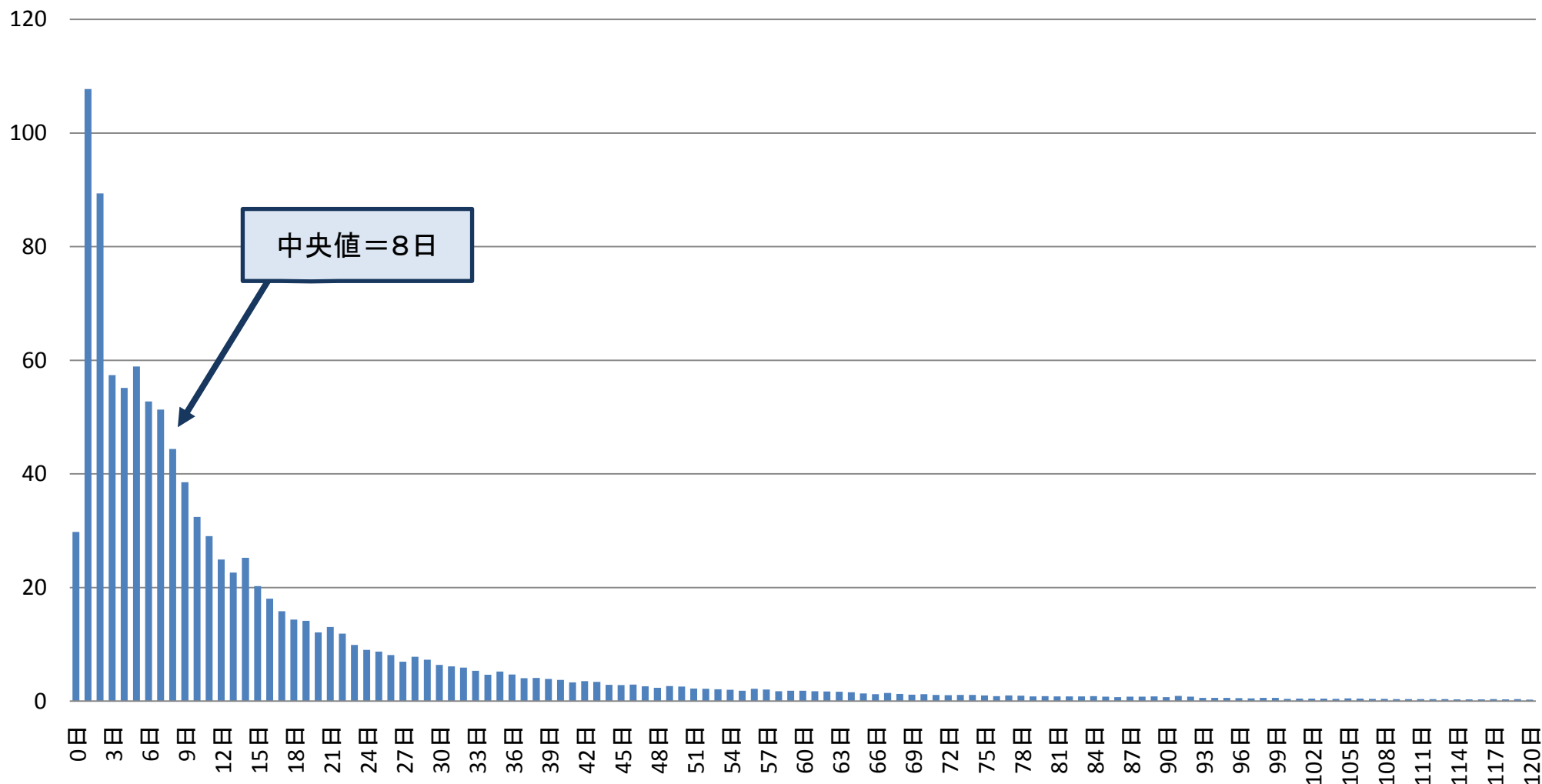
※ グラフ中の数値は、人数(単位:千人)



# 日数ごとにみた推計退院患者数(病院・一般病床)の推移(0~120日)

- 病院・一般病床の月間推計退院患者(平成20年9月。106.4万人)について、退院までの在院日数ごとの退院患者数(特別集計)をみると、以下のとおり。
- 121日以上患者も含めた平均値は21.1日、同中央値は8日。

(千人)



注)120日以上は略

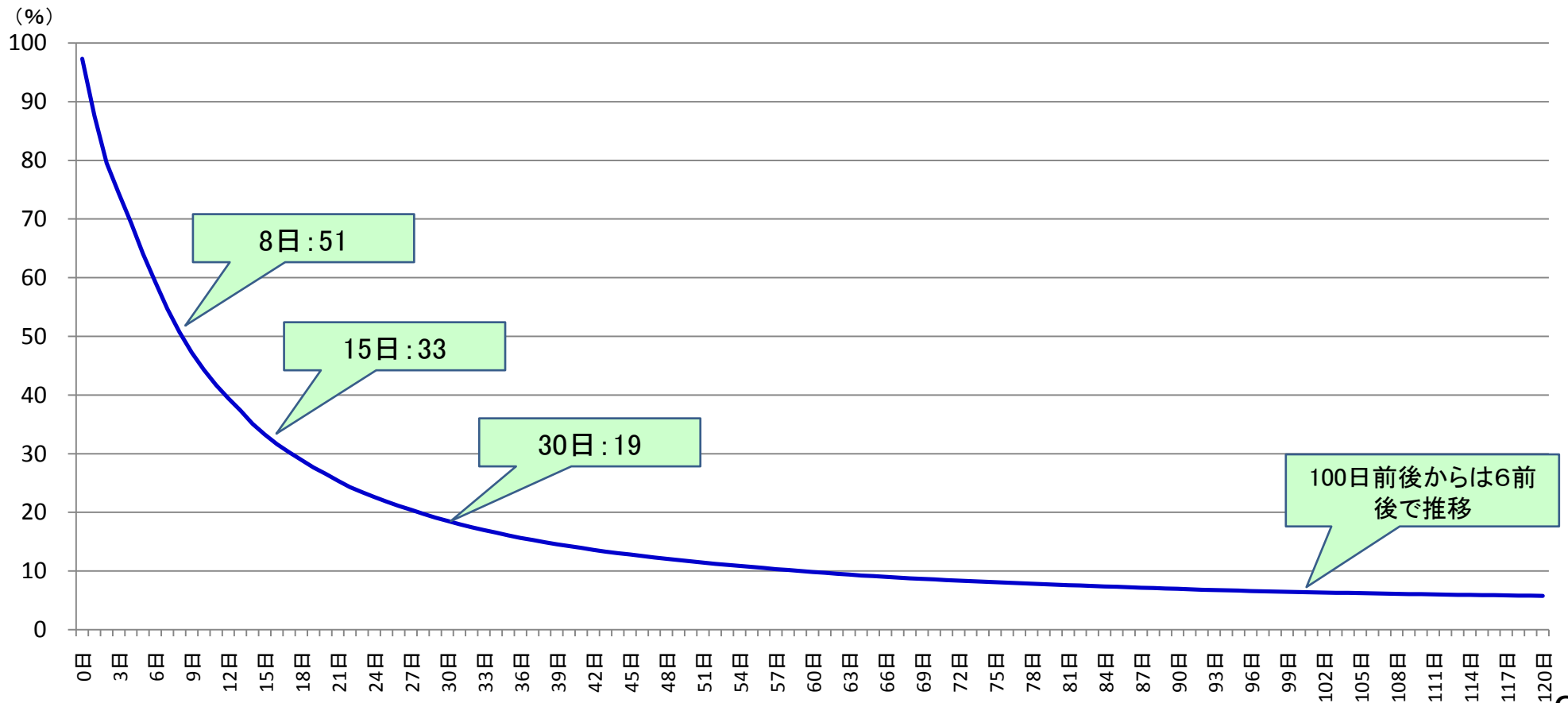
出典)厚生労働省 平成20年「患者調査」より作成

# 退院曲線イメージ(日数ごと退院患者数からの推測)

- 病院報告(平成20年)によると、病院の一般病床の1日平均新入院患者数は38,999人。
- 患者調査による月間推計退院患者(平成20年9月)について、在院日数ごとの退院患者数(特別集計)を30で除して得た数を $X_k$ とする。今回の特別集計では、 $0 \leq k \leq 120$ ( $k$ は整数)。
- これらの数字により、ある日に入院した患者のうち、 $n$ 日後に入院している患者数 $Y$ は、以下の式で表される。

$$Y = 38,999 - \sum_{k=0}^n X_k$$

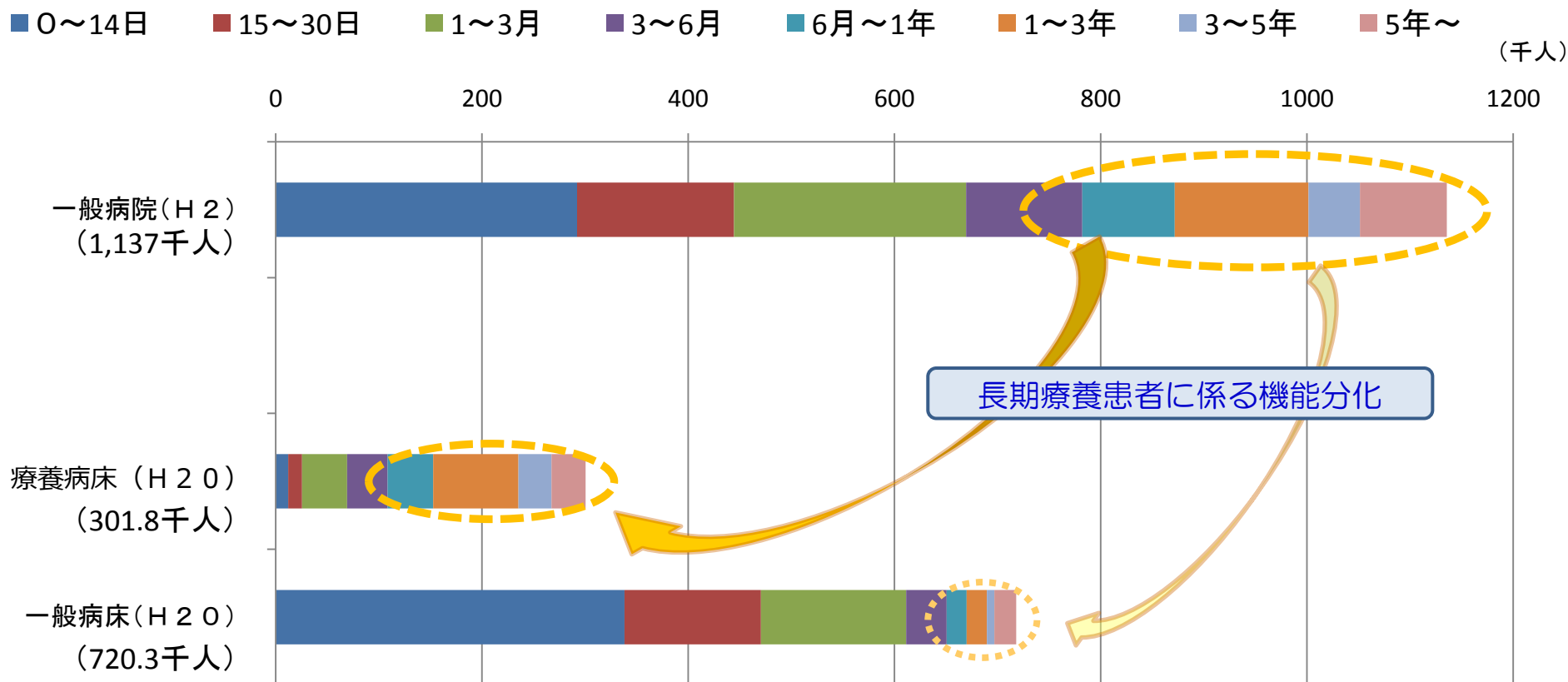
- 1日平均入院患者数(38,999人)を100として、上式で得られる $Y$ を百分率に換算してグラフ化すると以下の通り。



注)120日以上は略

# 入院期間別入院患者数と一般病床・療養病床（病院）

- 平成2年「患者調査」(療養病床(療養型病床群)の制度化以前)によると、一般病院(精神病院(当時)、結核療養所以外の病院)の入院患者は1,137千人、うち31%が6月以上入院。
- 平成20年患者調査によると、一般病床と療養病床の入院患者合計は1,022千人、うち25%が6月以上入院。一般病床のみでみると、6月以上入院は9%強。
- 介護基盤の整備、平成2年のデータには総合病院等の精神病床を含むこと、患者像は期間のみで語りきれないこと等の留意点はあるが、全体としては、病床類型の機能分化によって、現在では長期療養を要する患者は主として療養病床で対応していると言える。

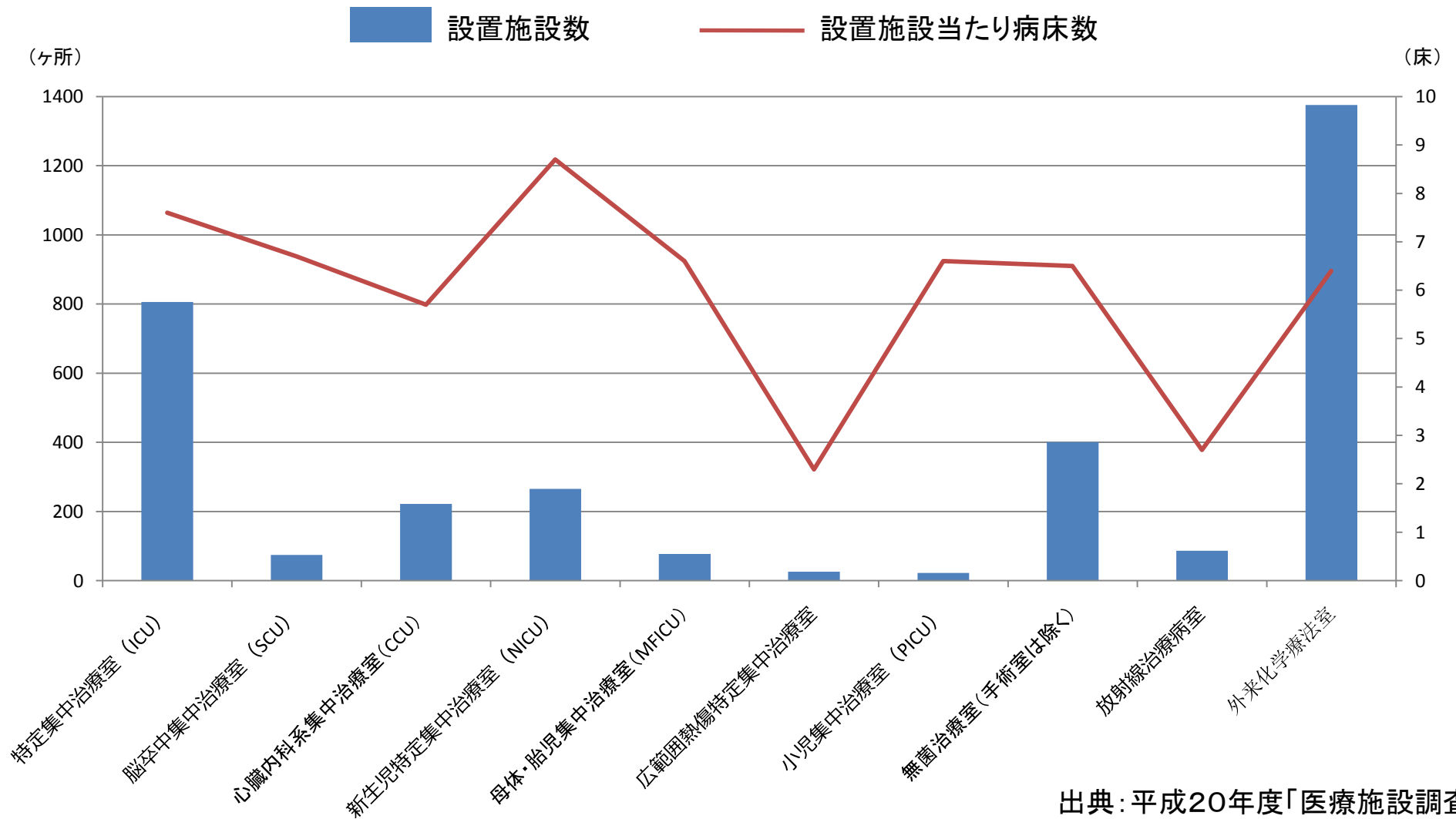


## 特殊診療設備の状況

特殊診療設備は、数床単位（ユニット単位）で運営されている。

# 病院の特殊診療設備の保有状況

○ 特定集中治療室(ICU)、新生児特定集中治療室(NICU)、小児集中治療室(PICU)といった特殊診療設備は、単純平均すれば、概ね6~9床で運営されている。



出典：平成20年度「医療施設調査」

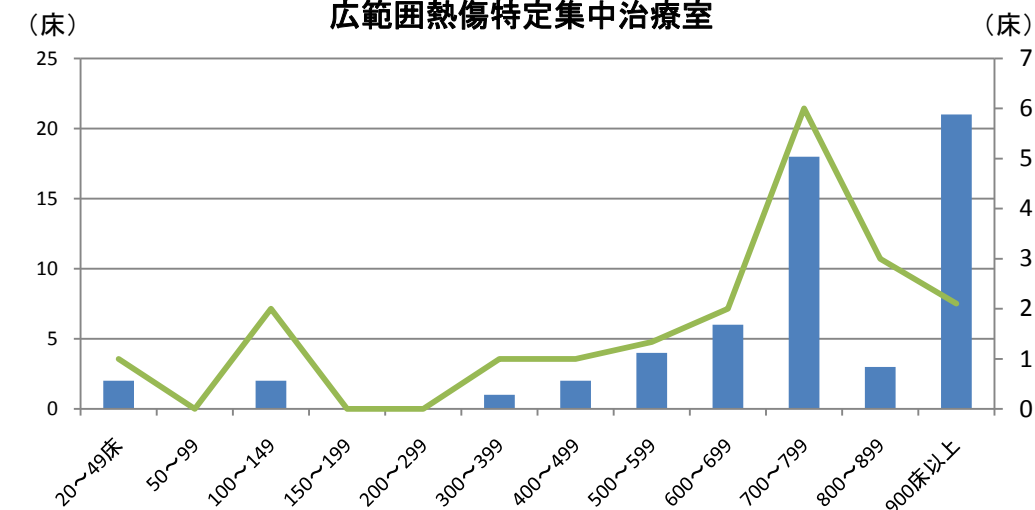
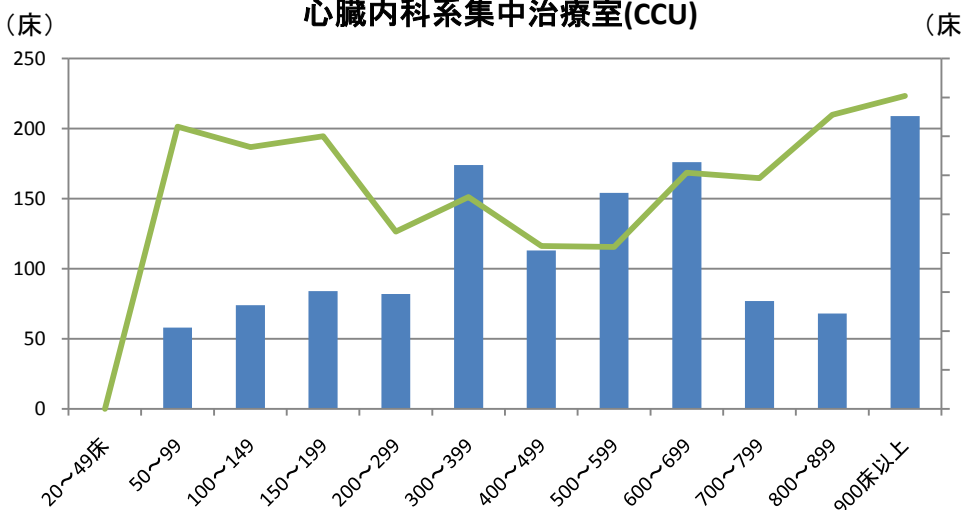
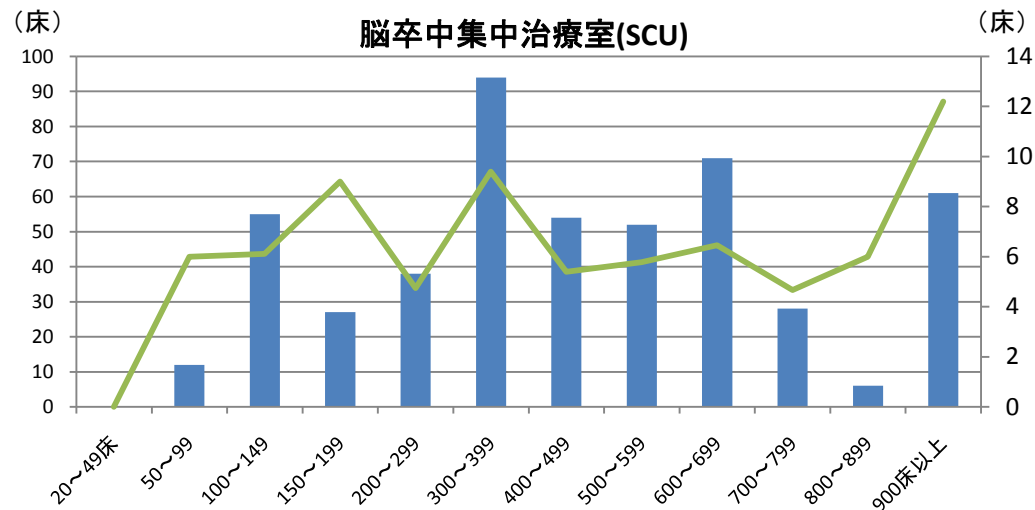
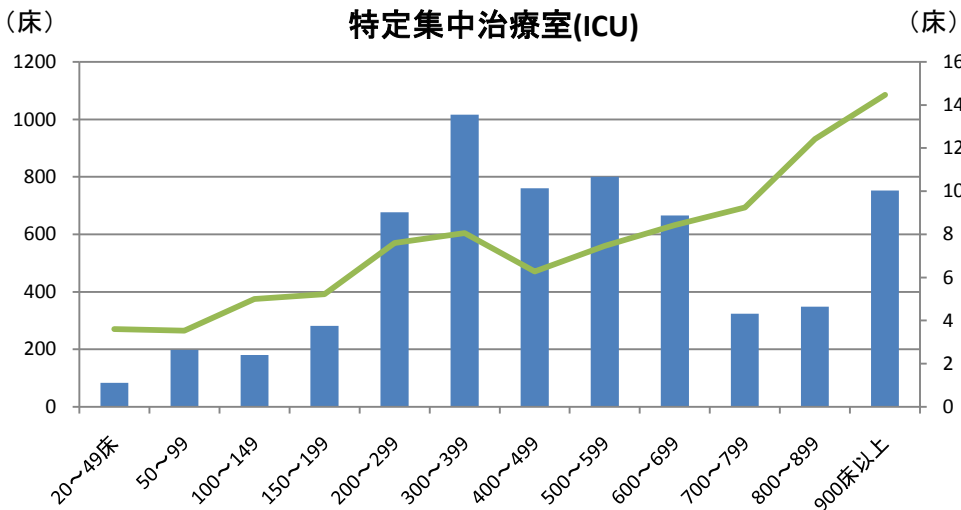


# 特殊診療設備の病床規模別保有状況①

- 特定集中治療室(ICU)の設置施設当たり病床数は、平均7床前後で、設置病院の病床規模にほぼ比例している。
- 脳卒中集中治療室(SCU)や心臓内科系集中治療室(CCU)については、設置病院の病床規模に対して、設置施設当たり病床数にややばらつきがある。

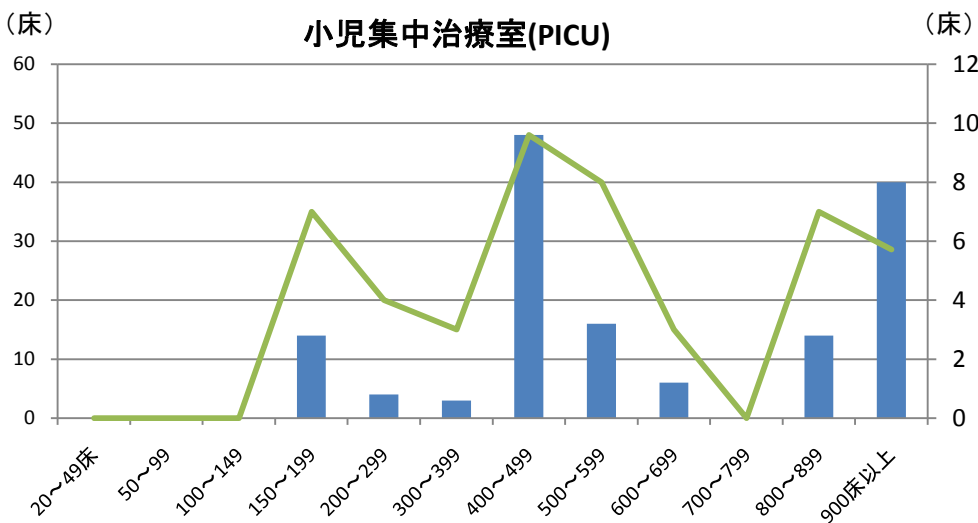
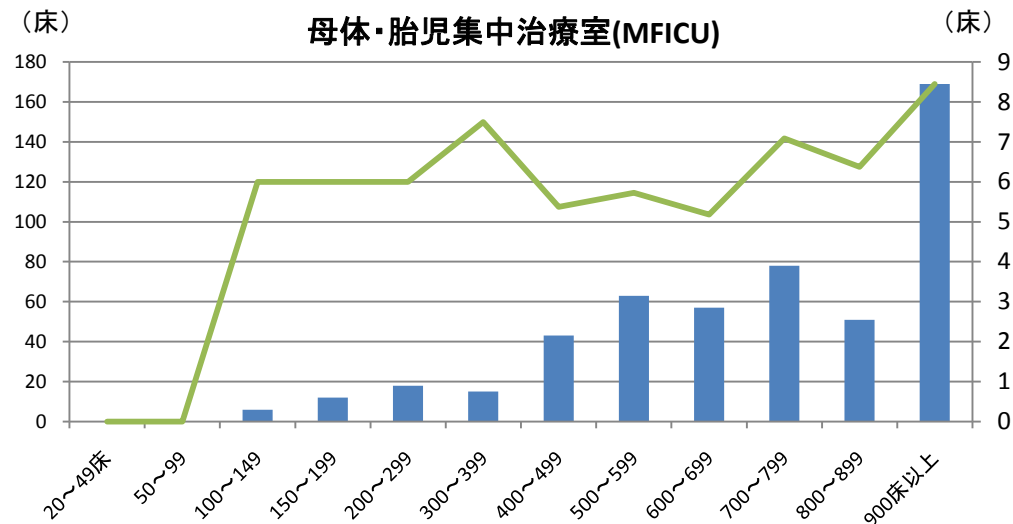
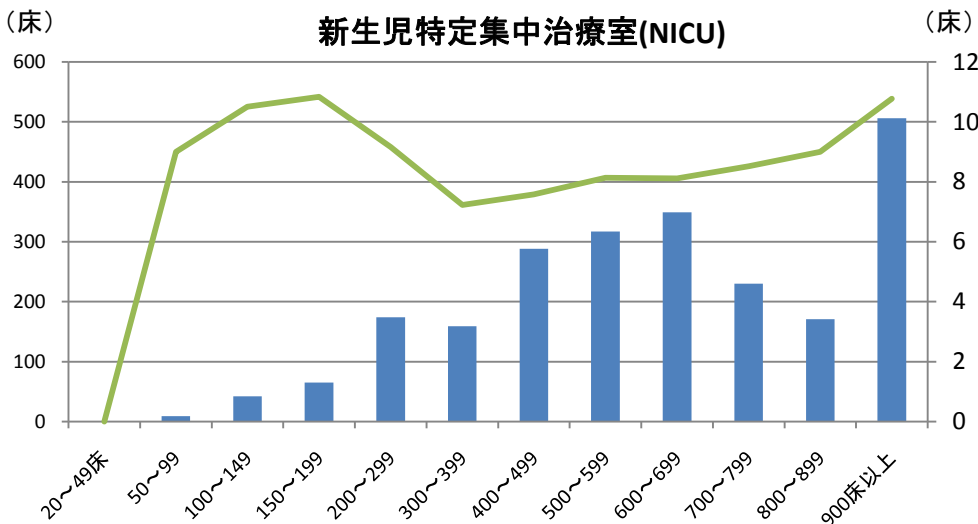
■ 病床数

— 設置施設当たり病床数



# 特殊診療設備の病床規模別保有状況②

○ 新生児特定集中治療室(NICU)は概ね8~10床で運営しており、母体、胎児集中治療室(MFICU)は概ね5~7床で運営している。

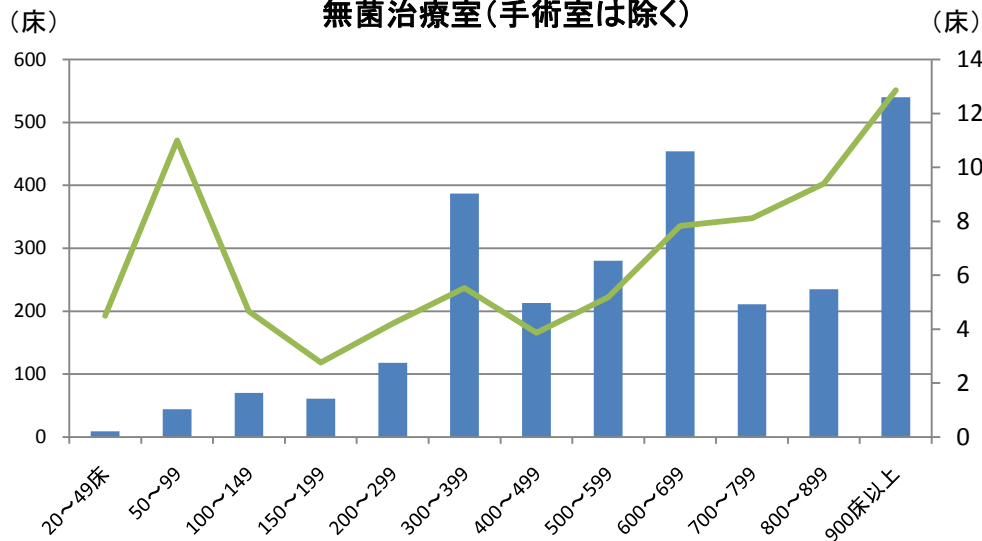


出典：平成20年度「医療施設調査」

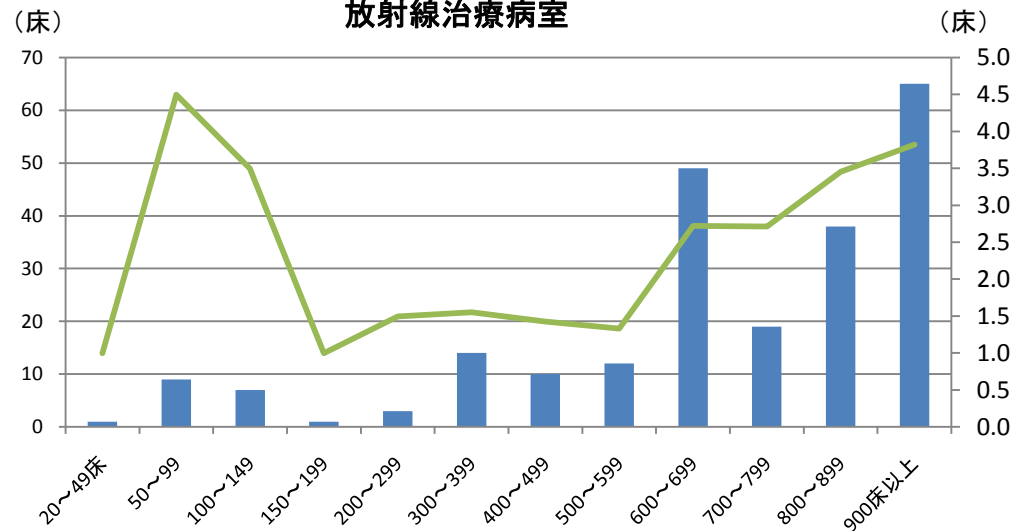
# 特殊診療設備の病床規模別保有状況③

○ 外来化学療法室は、設置施設当たり病床数が設置病院の病床規模とほぼ比例しているが、無菌治療室(手術室は除く)や放射線治療病室にはそのような傾向はみられない。

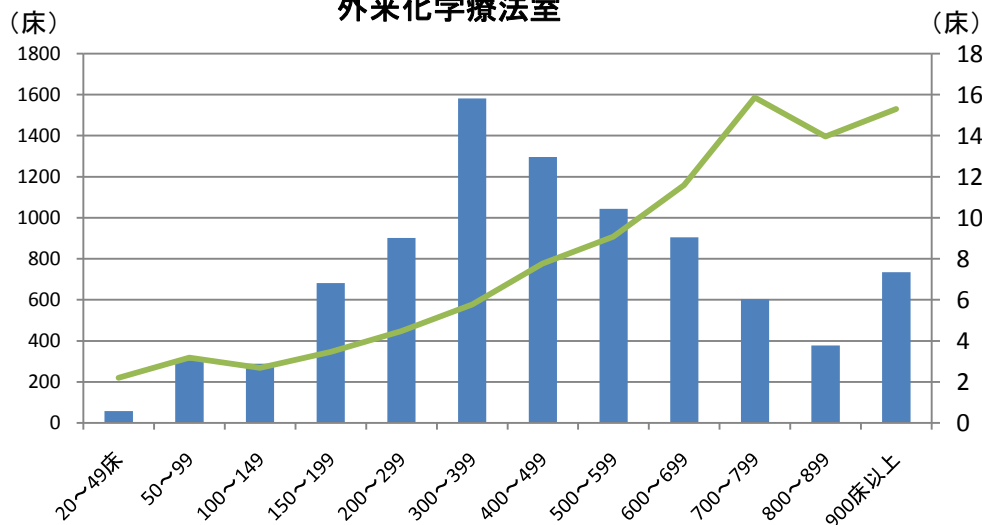
無菌治療室(手術室は除く)



放射線治療病室



外来化学療法室



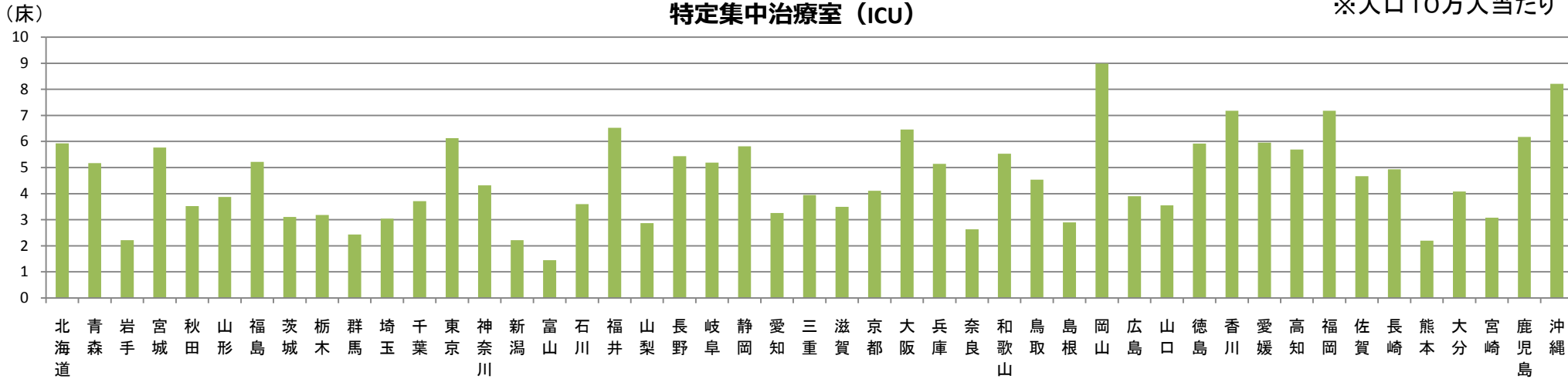
出典:平成20年度「医療施設調査」

# 特殊診療設備の都道府県別病床数①

- 特定集中治療室(ICU)の人口10万人当たり病床数は4.8床。都道府県別にみると、最多は岡山県(9.0床)、最少は富山県(1.5床)。
- 脳卒中集中治療室(SCU)の人口10万人当たり病床数は0.4床。都道府県別にみると、最多は長野県(2.3床)。

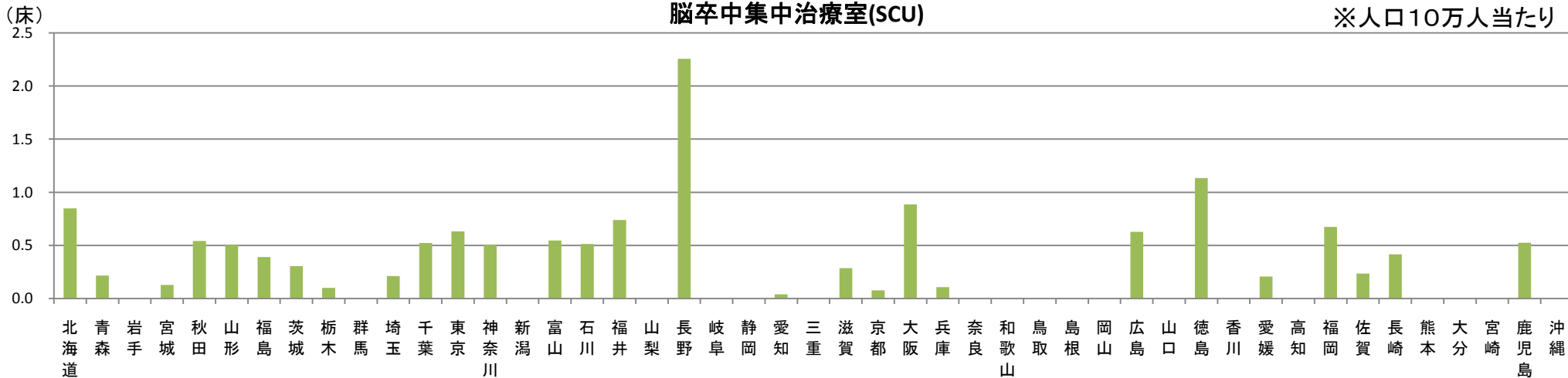
## 特定集中治療室 (ICU)

※人口10万人当たり



## 脳卒中集中治療室(SCU)

※人口10万人当たり



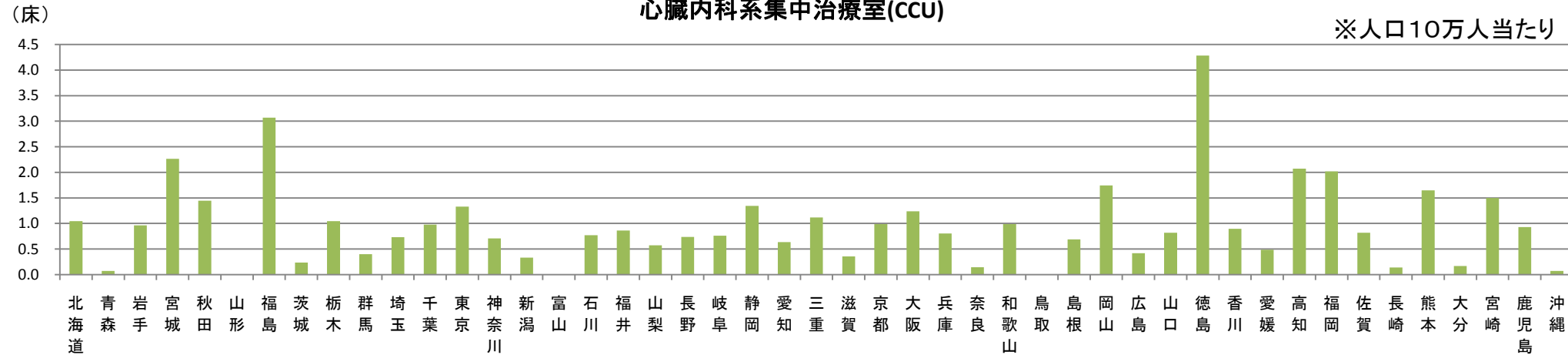
出典：平成20年度「医療施設調査」(平成20年10月1日現在)  
統計局「人口推計」(平成20年10月1日現在)

# 特殊診療設備の都道府県別病床数②

- 心臓内科系集中治療室(CCU)の人口10万人当たり病床数は1.0床。都道府県別にみると、最多は徳島県(4.3床)。山形県、富山県、鳥取県は病床を持たない。
- 広範囲熱傷特定集中治療室の人口10万人当たり病床数は0.05床。地方ごとに、特定の病院に機能が集積されていることがうかがえる。

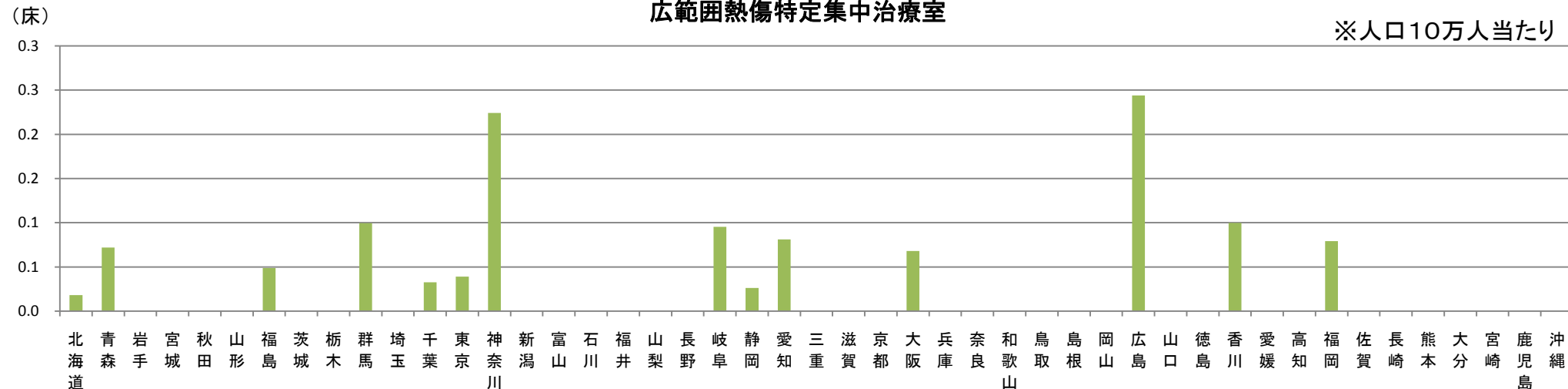
心臓内科系集中治療室(CCU)

※人口10万人当たり



広範囲熱傷特定集中治療室

※人口10万人当たり



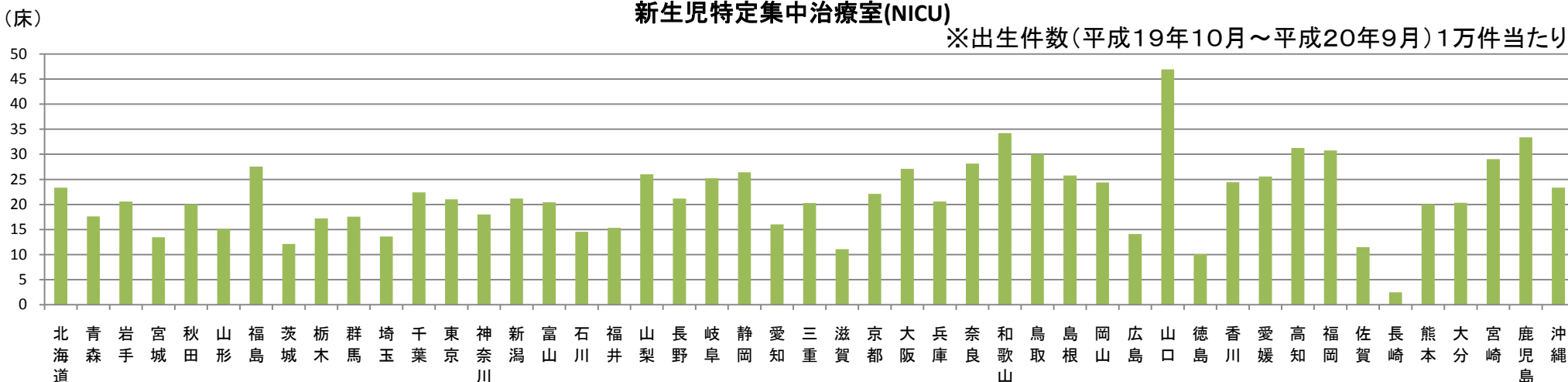
出典:平成20年度「医療施設調査」(平成20年10月1日現在)  
統計局「人口推計」(平成20年10月1日現在)

# 特殊診療設備の都道府県別病床数③

- 新生児特定集中治療室(NICU)の出生件数1万件当たり病床数は21.1床。都道府県別にみると、最多は山口県(46.9床)、最少は長崎県(2.5床)。
- 母体・胎児集中治療室(MFICU)の出生件数1万件当たり病床数は4.7床。都道府県別にみると、最多は香川県(14.0床)。山形県、富山県、佐賀県、長崎県は病床を持たない。

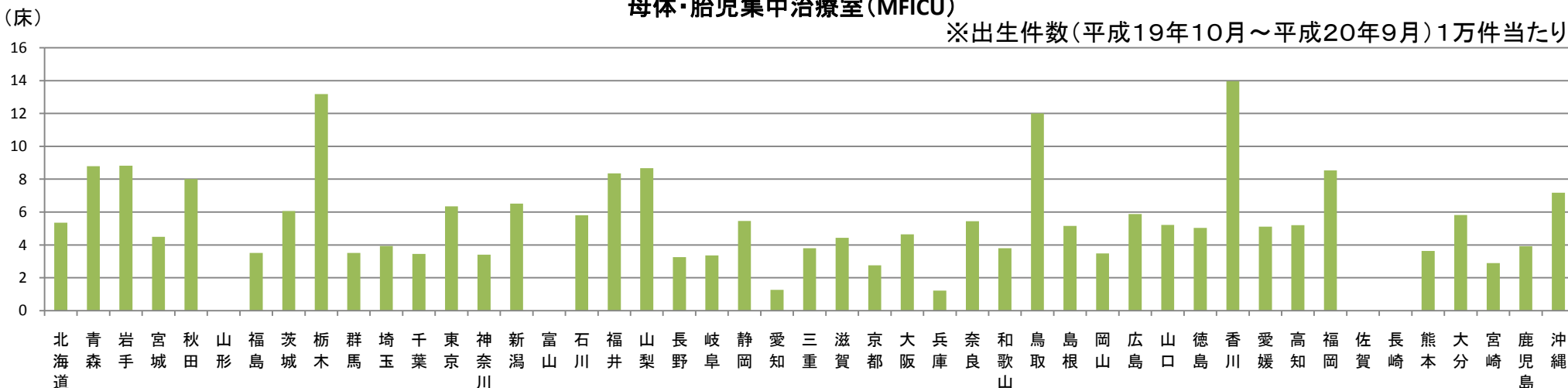
## 新生児特定集中治療室(NICU)

※出生件数(平成19年10月～平成20年9月)1万件当たり



## 母体・胎児集中治療室(MFICU)

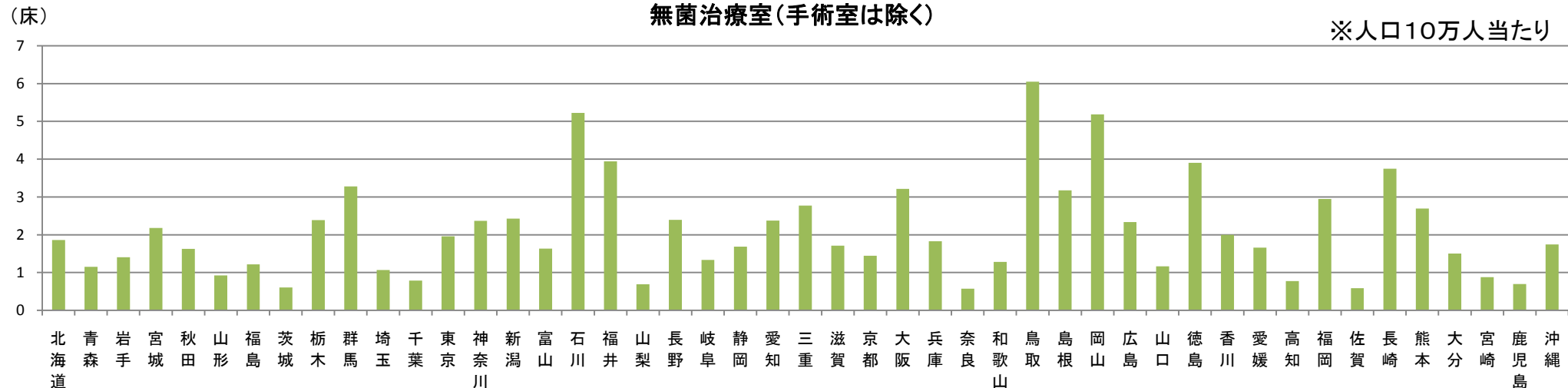
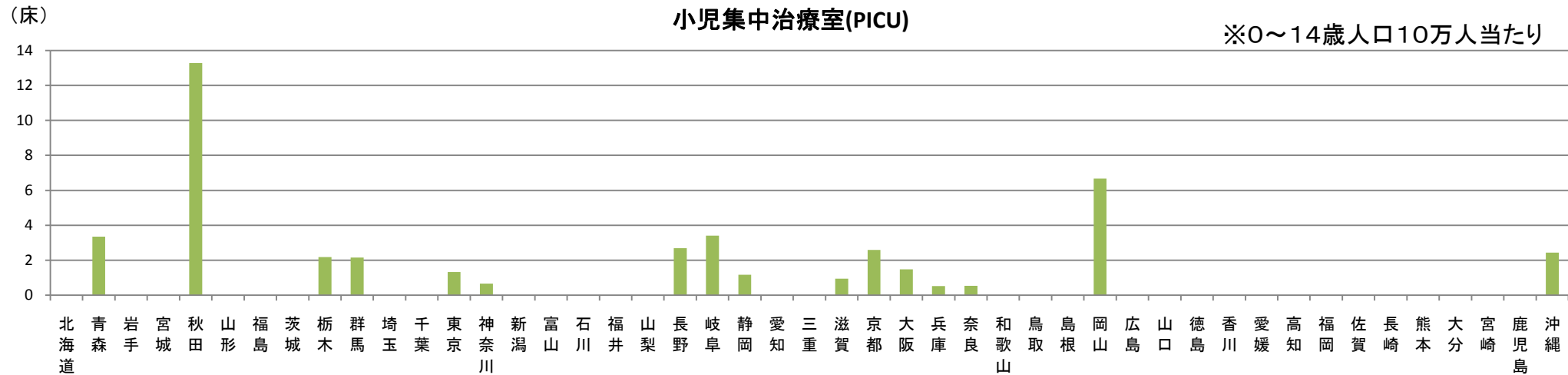
※出生件数(平成19年10月～平成20年9月)1万件当たり



出典:平成20年度「医療施設調査」(平成20年10月1日現在)  
統計局「人口推計」(平成20年10月1日現在)

# 特殊診療設備の都道府県別病床数④

- 小児集中治療室(PICU)の0～14歳人口10万人当たり病床数は0.8床。都道府県別にみると、最多は秋田県(13.3床)。病床を持たない県も多く、特に北陸や四国、九州で顕著。
- 無菌治療室(手術室は除く)の人口10万人当たり病床数は2.1床。都道府県別にみると、最多は鳥取県(6.1床)、最少は奈良県(0.6床)。

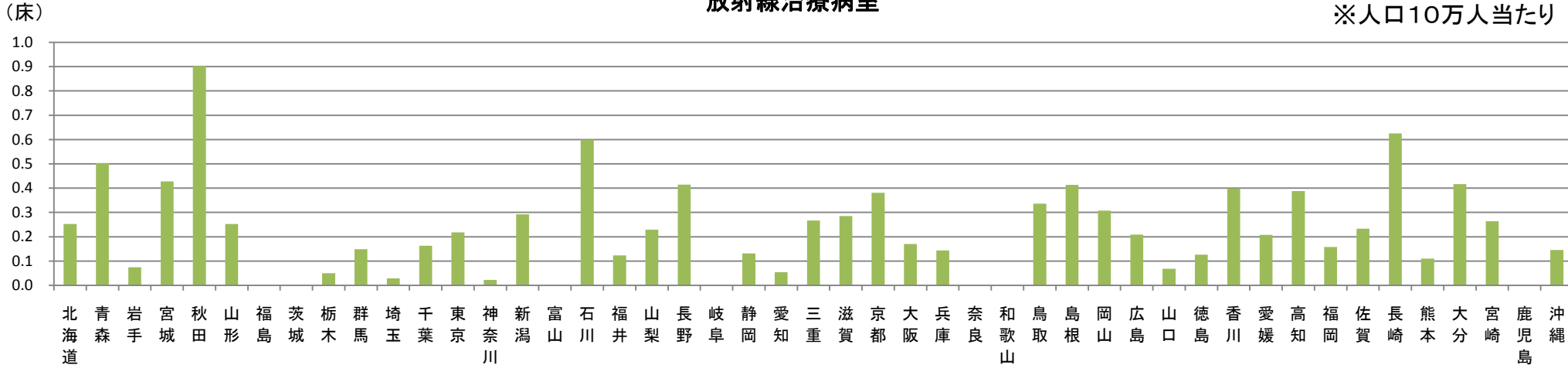


# 特殊診療設備の都道府県別病床数⑤

- 放射線治療病室の人口10万人当たり病床数は0.2床。都道府県別にみると、最多は秋田県(0.9床)。福島県、茨城県、富山県、岐阜県、奈良県、和歌山県、鹿児島県は病床を持たない。
- 外来化学療法室の人口10万人当たり病床数は6.9床。都道府県別にみると、最多は新潟県(13.1床)、最少は埼玉県(4.5床)。

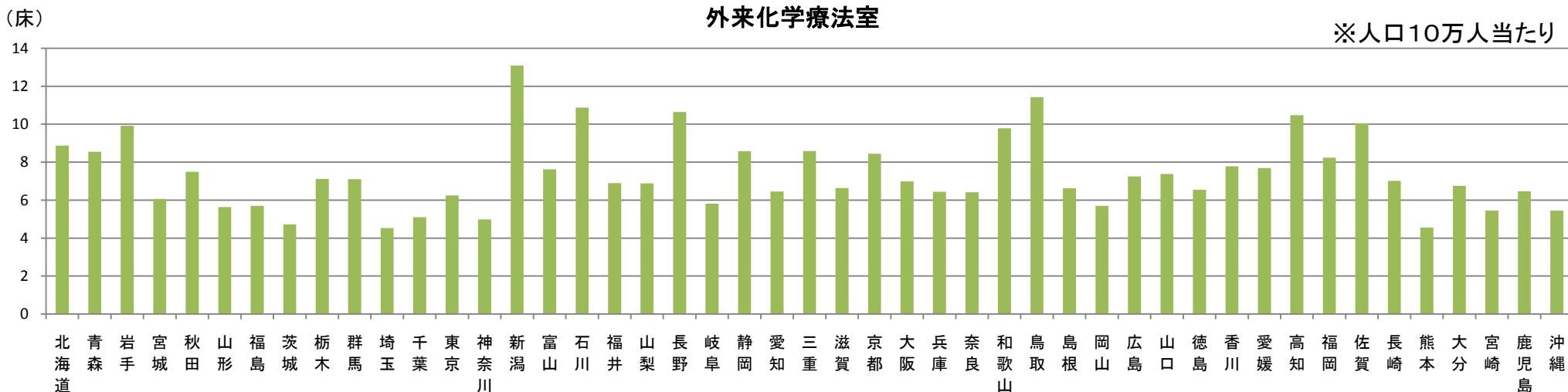
放射線治療病室

※人口10万人当たり



外来化学療法室

※人口10万人当たり

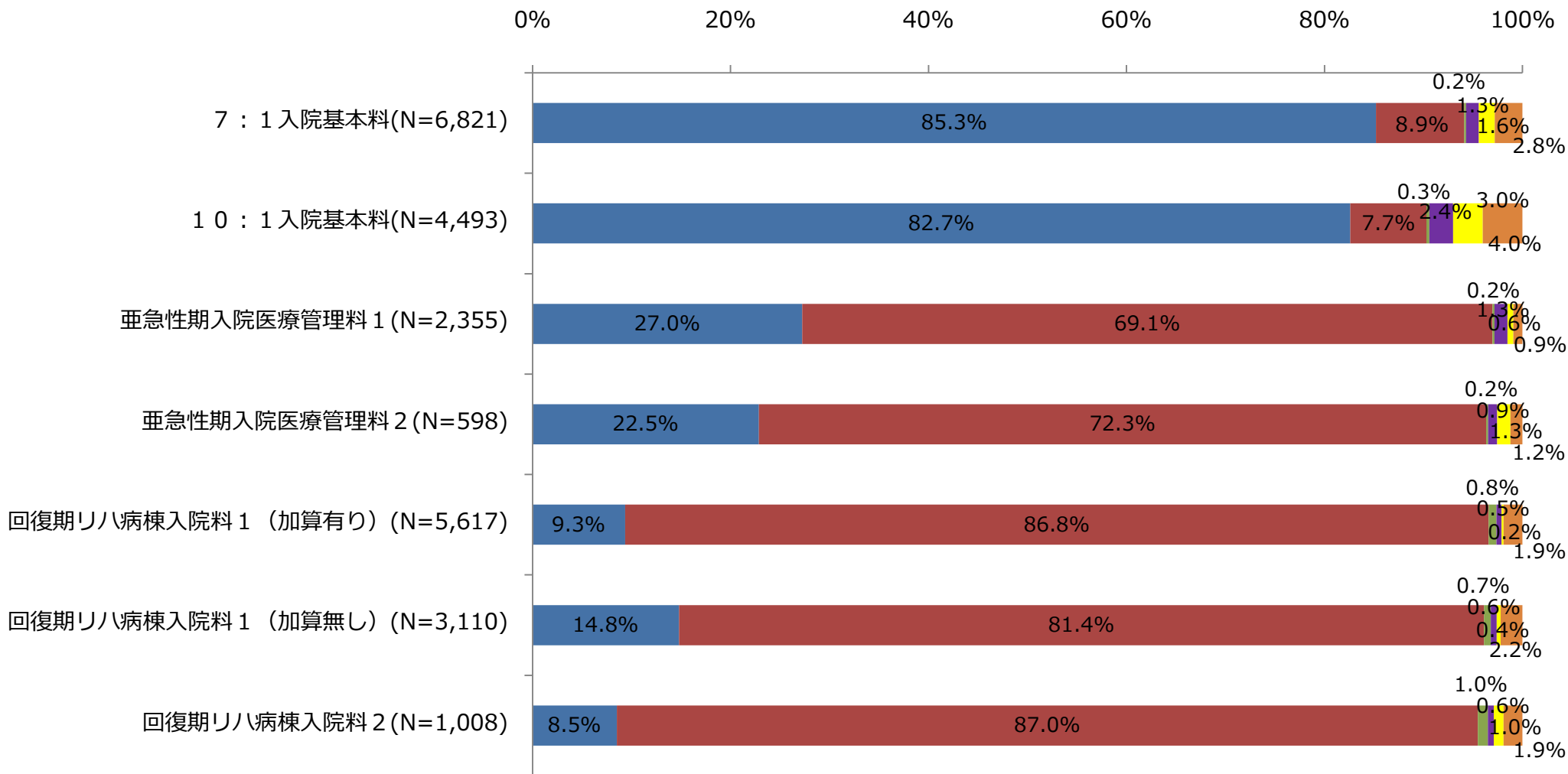




# 診療報酬上の機能と患者の状況

# 入棟前（入室前）の居場所

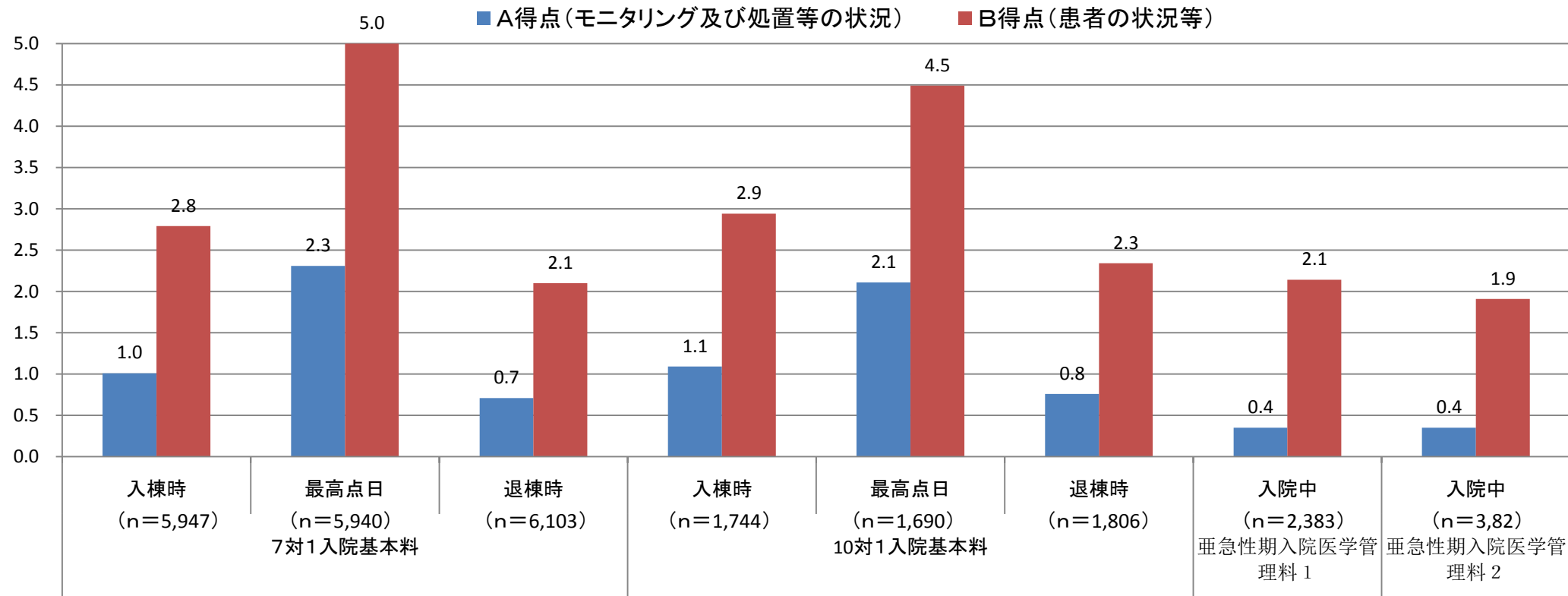
- 在宅
- 病院（回復期リハビリテーション病棟を除く）
- 回復期リハビリテーション病棟
- 介護老人保健施設（老人保健施設）
- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
- その他



※診療報酬改定結果検証に係る特別調査（平成21年調査）を基に作成

# 入院中の患者の状況

○ 患者の状態像をみたところ、急性期の患者により手厚い体制で対応する7対1入院基本料、10対1入院基本料を算定する病棟の入院患者は、主に急性期治療を経過した患者に対応する亜急性期入院医学管理料を算定する病室の入院患者よりも看護の必要性が高く、また、生活の自立度が低かった。



注) A得点とは、患者のモニタリング及び処置等の状況について、以下に掲げる事項により点数化を行ったもの。なお、亜急性期入院医学管理料を算定する病院とその他の入院基本料を算定する病院とでは、点数化の基礎となる項目が異なるため、単純な比較はできない。

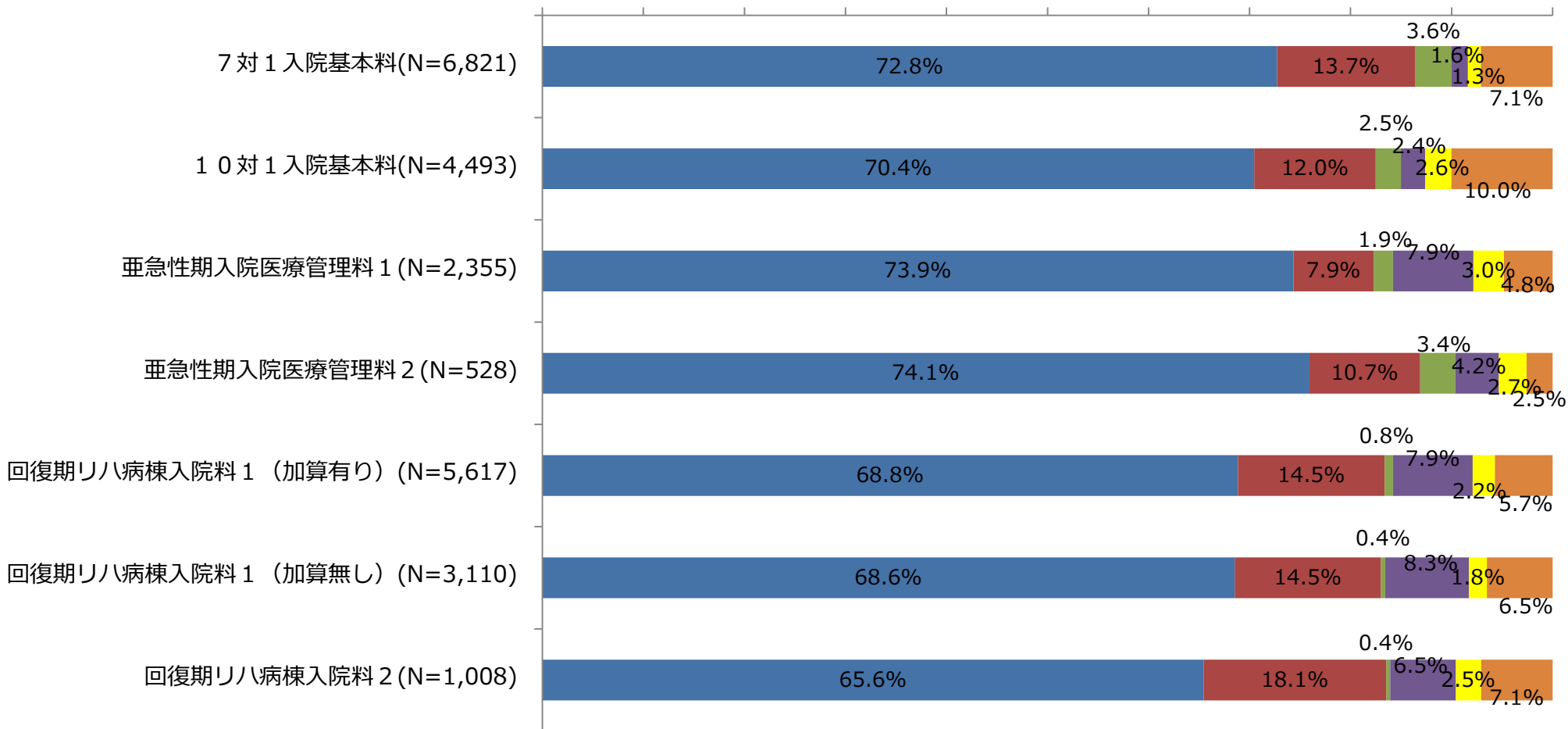
- ・ 7対1入院基本料算定病院および10対1入院基本料算定病院については、創傷処置、血糖測定、時間尿測定、呼吸ケア、点滴ライン同時3本以上、心電図モニター等の9項目
- ・ 亜急性期入院医学管理料を算定する病院については、創傷処置、血糖測定5回以上、時間尿測定、人工呼吸器管理、酸素吸入、気道内吸引等の32項目

B得点とは、寝返り、起き上がり、座位保持、移乗等の7項目により、患者の状態等について、点数化を行ったもの。なお、亜急性期入院医学管理料を算定する病院とその他の入院基本料を算定する病院とでは、点数化の基礎となる項目が異なるため、単純な比較はできない。

# 退棟後（退室後）の居場所

- 在宅
- 病院（回復期リハビリテーション病棟を除く）
- 回復期リハビリテーション病棟
- 介護老人保健施設（老人保健施設）
- 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）
- その他

0% 10% 20% 30% 40% 50% 60% 70% 80% 90% 100%

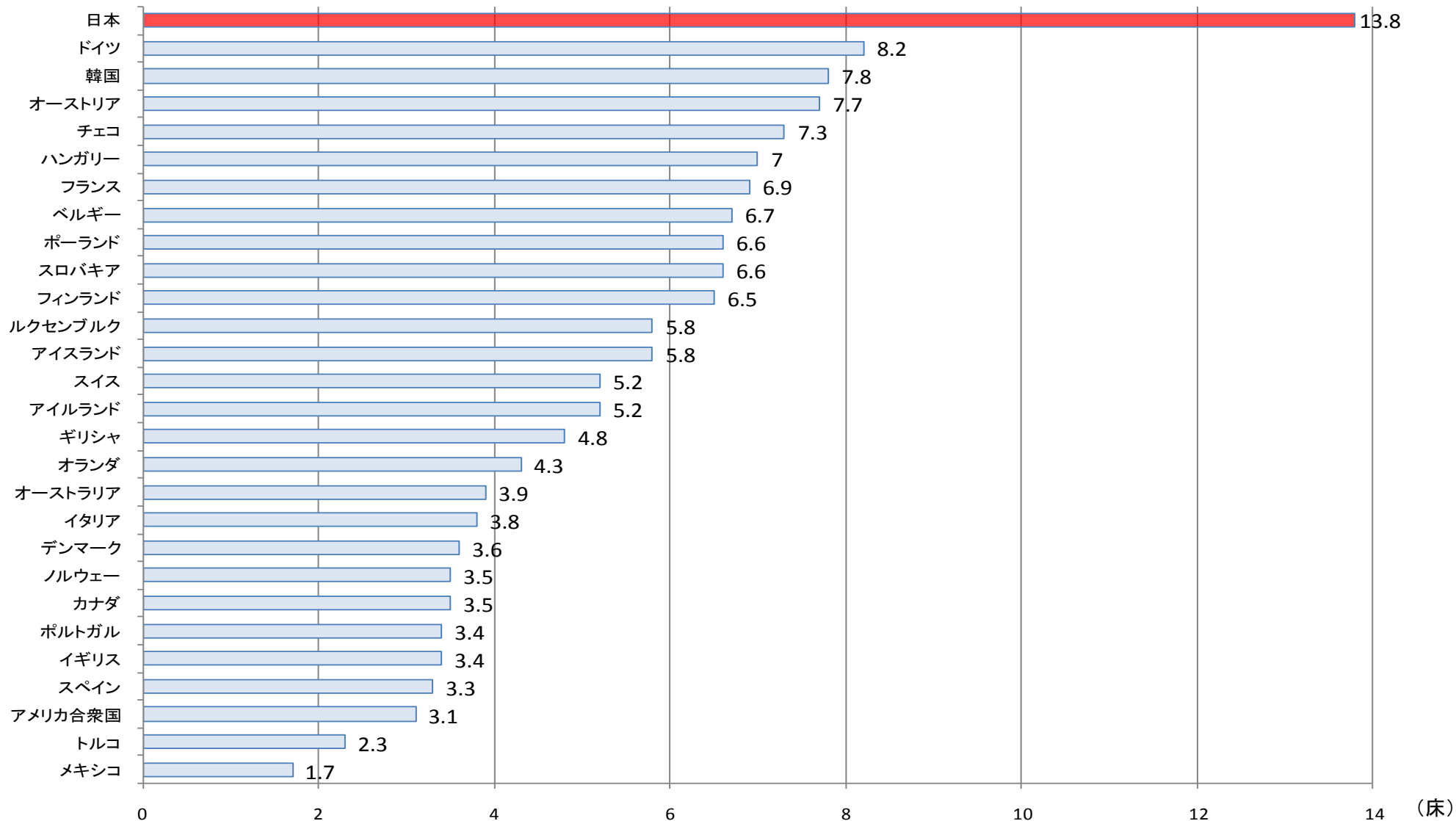


※診療報酬改定結果検証に係る特別調査(平成21年調査)を基に作成

## 国際比較

諸外国に比して、人口当たりの病床数は多いが、病床当たりのスタッフ数は少ない中で、インフォームドコンセントや医療安全確保、医療技術の高度化など業務は増大。

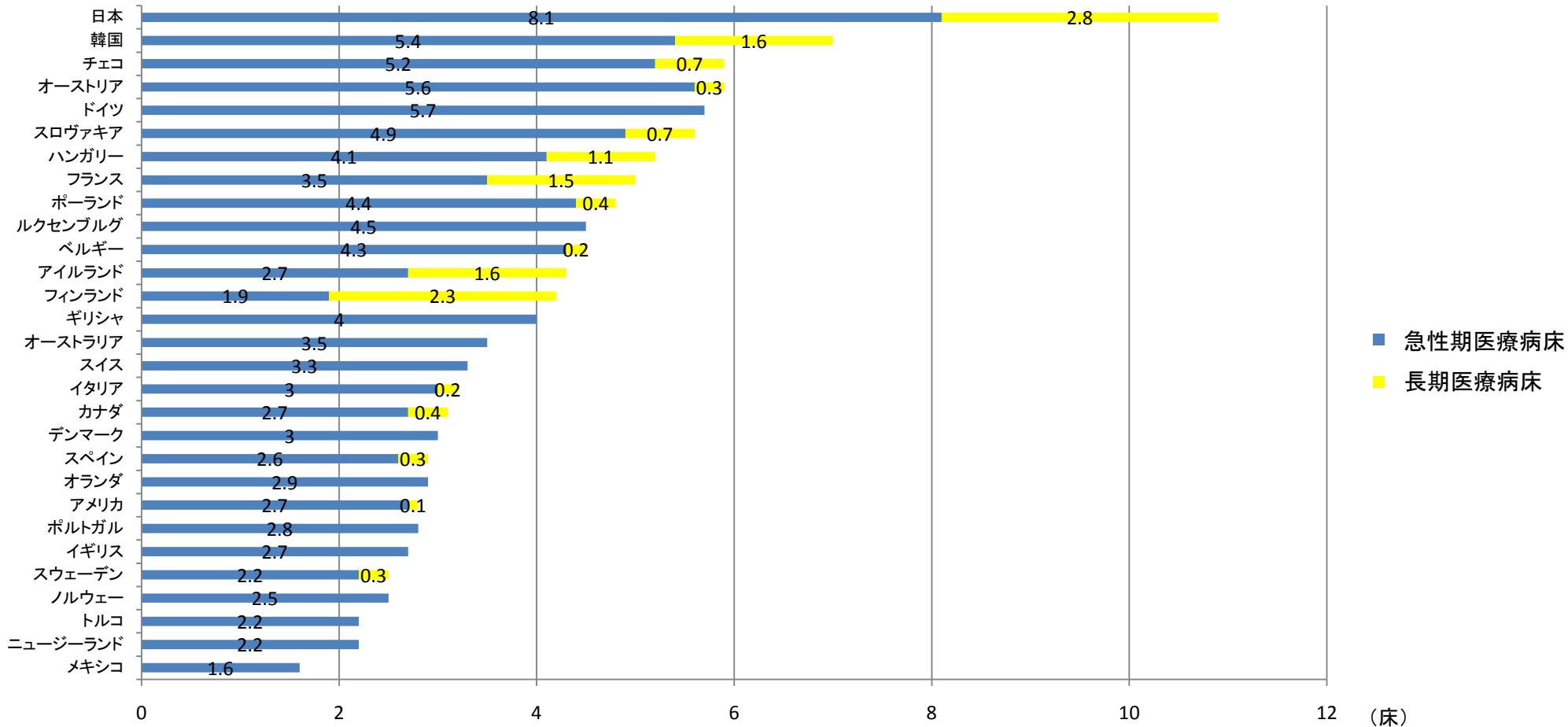
# OECD諸国の病床数について(2008年(平成20年))



出典:OECD Health Data 2010

注)上記の病床は、急性期・精神・療養・一般等医療機関における全ての病床数を含めたもの。(ただし、ナーシングホームや老健施設における病床数などを除く。)

# OECD諸国の人口1,000人当たりの急性期医療病床数、 長期医療病床数(2008年(平成20年))



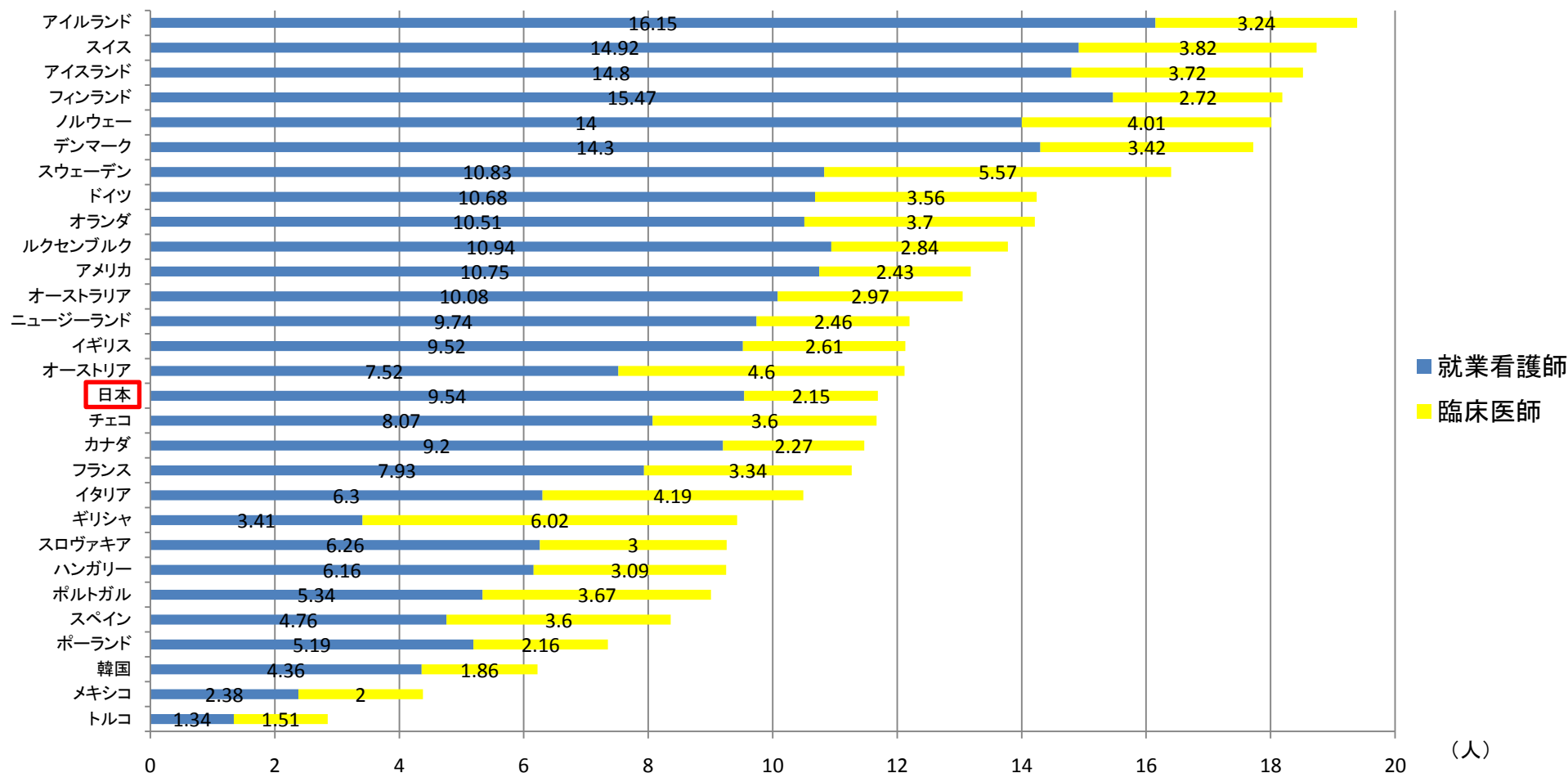
出典:OECD Health Data 2010

注1)急性期医療病床:急性期の患者に対し治療を行うための病床(病院内のものに限る。)

注2)長期医療病床:慢性的疾患やADL(Activities of Daily Living)における自立度の減少のため、長期のケアが必要とされる患者を収容する病床(病院内のものに限る)。諸外国では、ナーシングホームとして、病院外に病床が設けられているケースもある。

注3)国によりそれぞれの病床に含まれる基準が異なっているため、完全には定義と一致していないものもある。

# OECD諸国の人口1,000人当たりの臨床医師数及び就業看護師数(2008年(平成20年))



出典:OECD Health Data(2010)

注1)臨床医師:患者に直接サービスを提供している医師。(卒業していない学生、歯科医師及び歯科外科医師、行政機関、研究機関等直接患者と接触しない職場で働いている医師、雇用されていない医師、退職した医師を除く。)

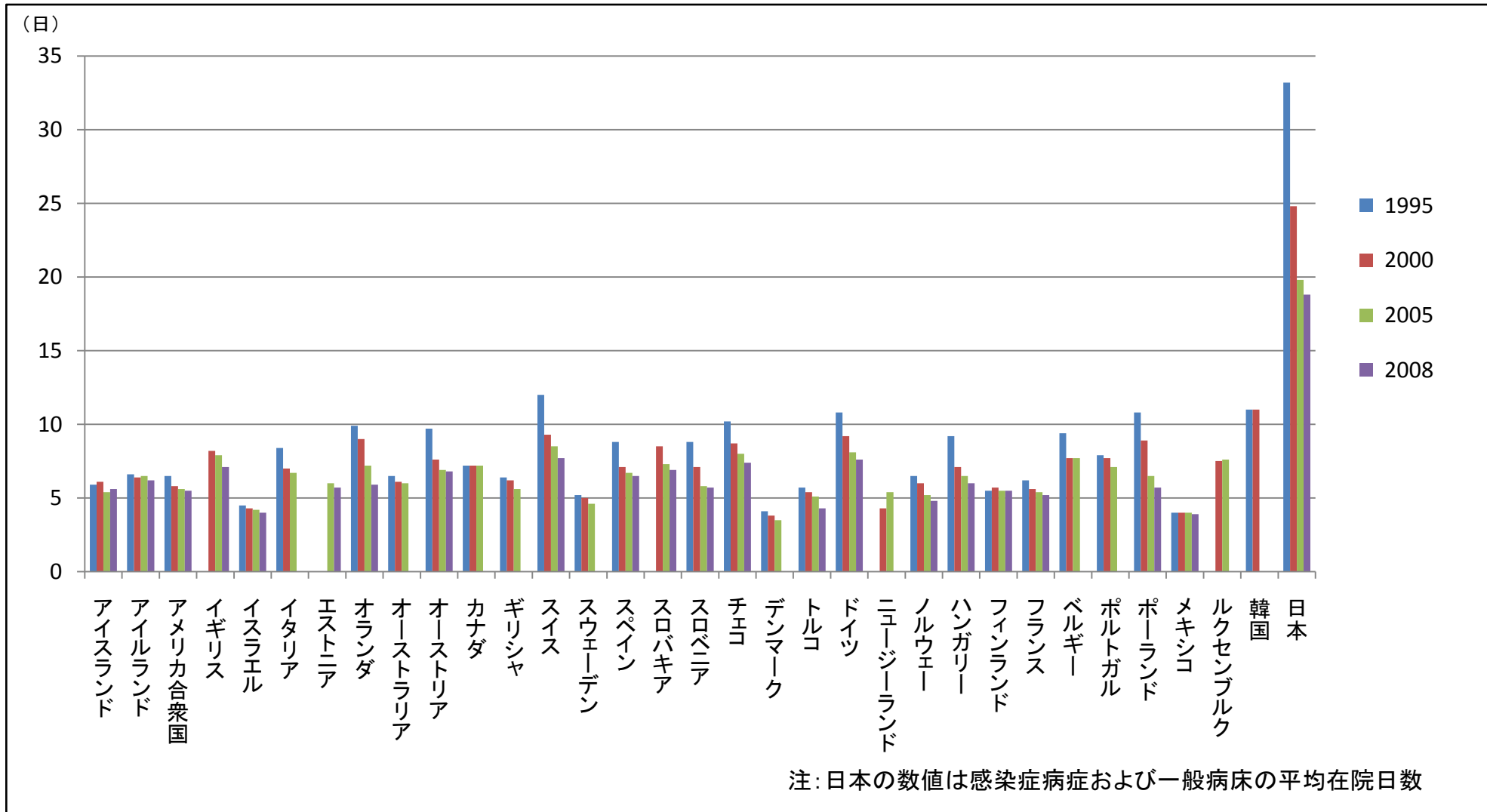
注2)就業看護師:基本的な看護教育課程を修了し、自身の国からあらゆる場面で看護業務を行う資格を与えられ、承認を得ており、患者に直接サービスを提供する看護師。

注3)国によってはOECDの定義に含まれない者まで含んでいるため、臨床医師数、就業看護師数の厳密な比較はできない。



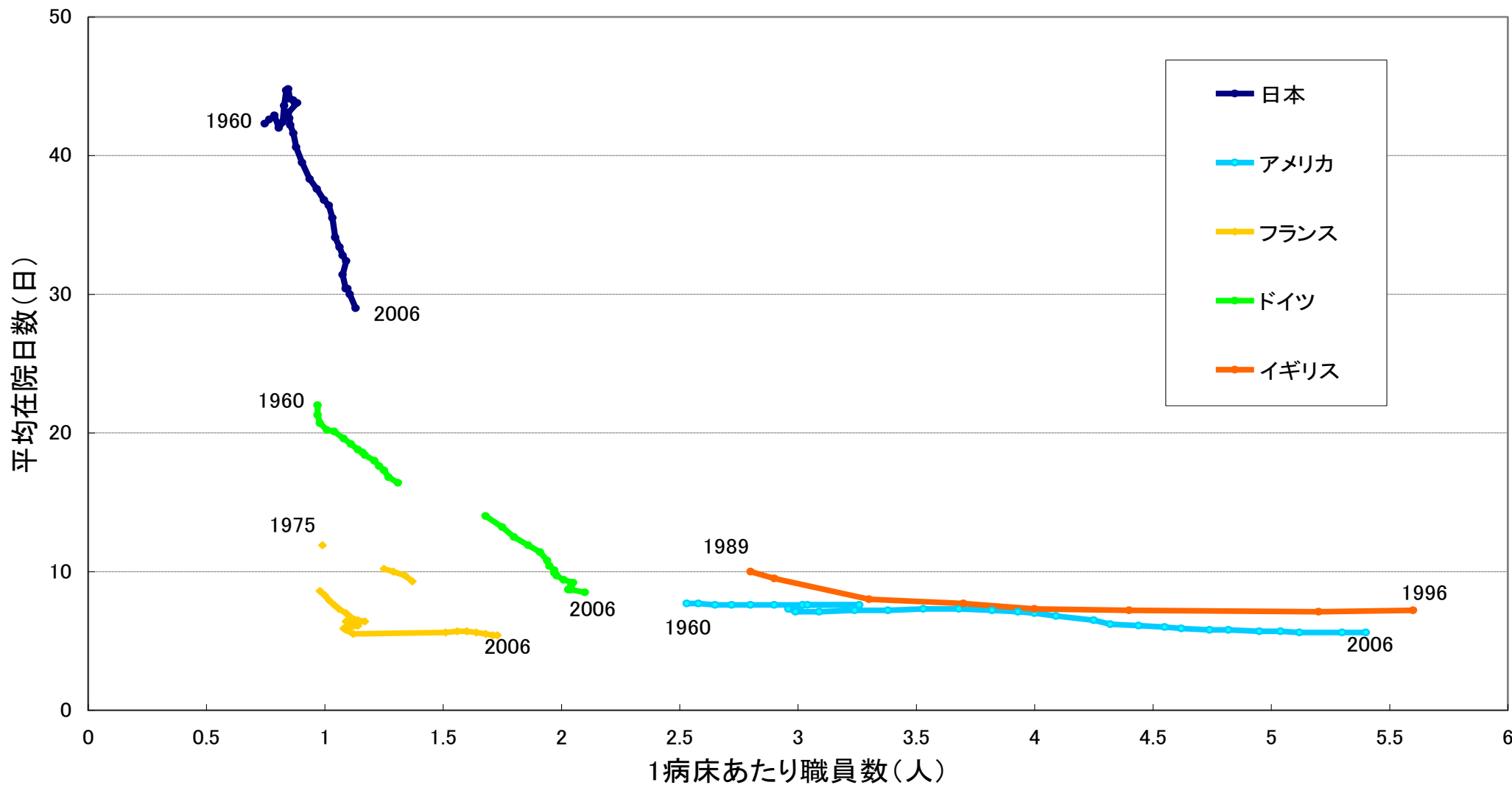
# 急性期医療の平均在院日数(1995-2008)

○ ほとんどの国で、急性期医療の平均在院日数は短縮傾向にある。



出典: OECD Health Data 2010

# 平均在院日数と1病床当たり職員数



(資料) 日本:「病院報告」(厚生労働省) 諸外国:「OECD Health Data 2008」

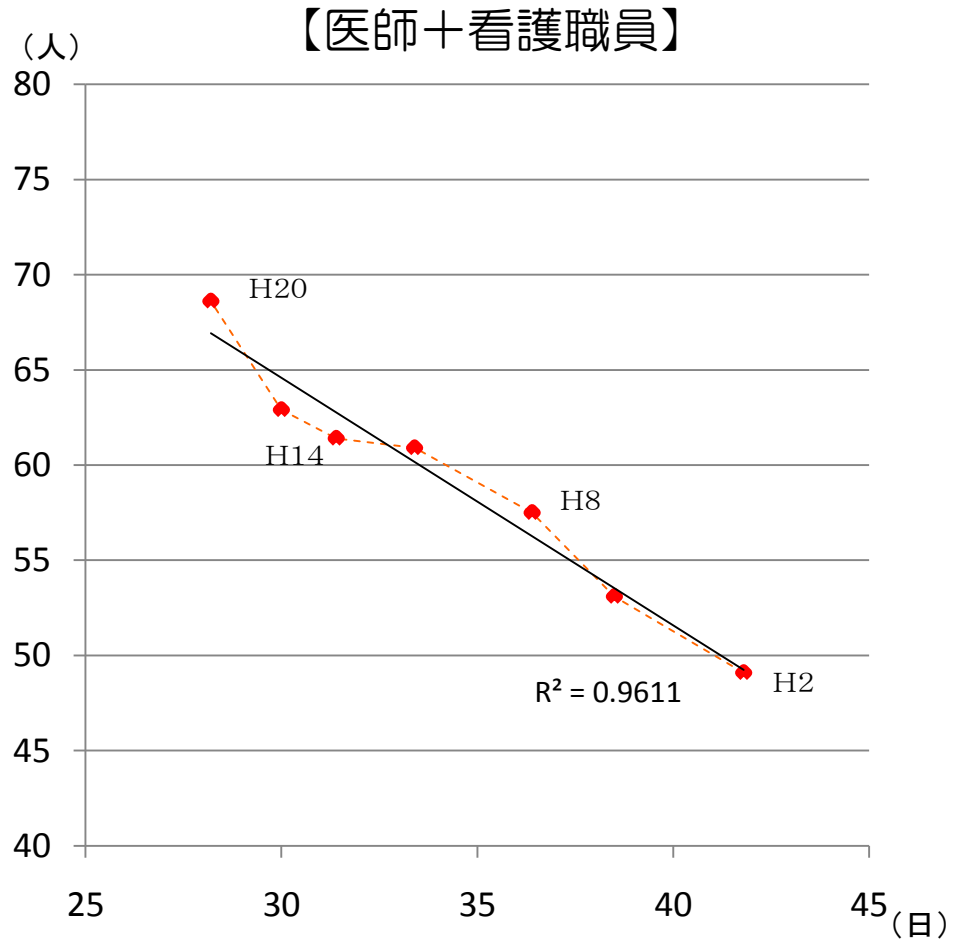
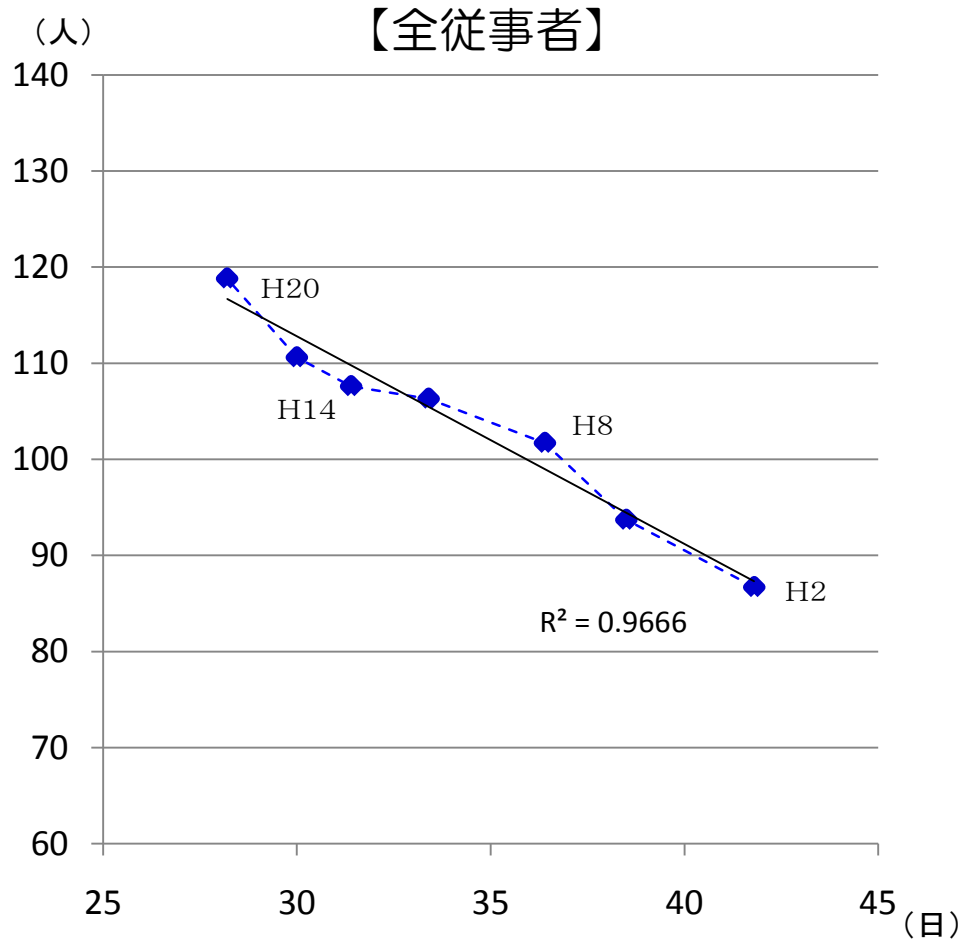
(注) 1. 日本は一般病院の数値である。

2. 諸外国はOECDの定義に基づく急性期医療(急性期病院)にかかる数値である。

# 100床当たり従事者数と平均在院日数(一般病院)

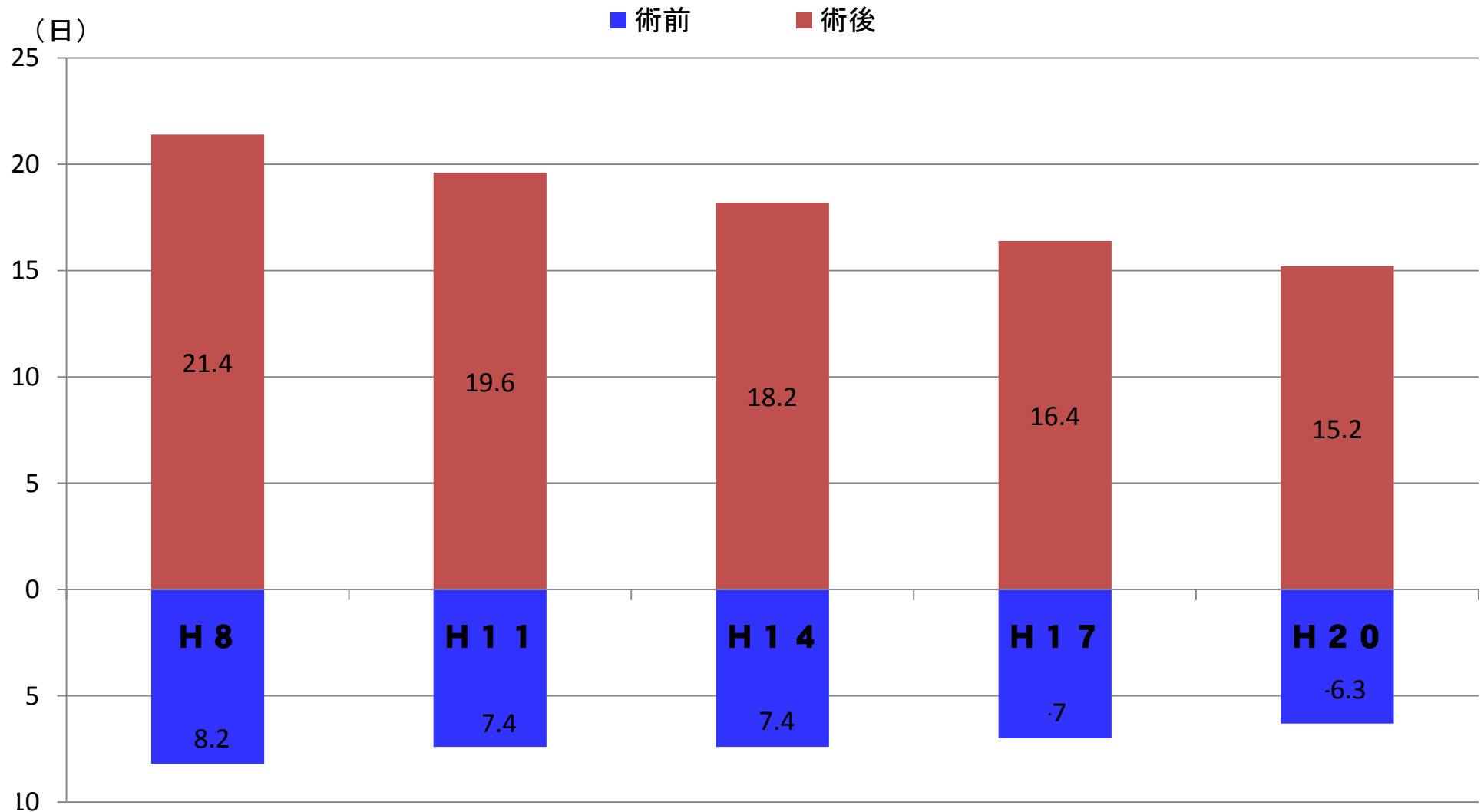
○ 100床当たりの従事者数と平均在院日数の間には、高い相関関係がみられる。

	<平成2年>	→	<平成8年>	→	<平成14年>	→	<平成20年>
100床当たり従事者数	86.7人	→	101.7人	→	107.6人	→	118.8人
うち、医師+看護職員	49.1人	→	57.5人	→	61.4人	→	68.6人
平均在院日数	41.8日	→	36.4日	→	31.4日	→	28.2日



# 退院患者の手術前・手術後の平均在院期間(病院)

○ 平成20年患者調査によると、病院の退院患者のうち手術有りの者について平成8年と比べると、手術前の在院期間は約2割、手術後の在院期間は約3割、それぞれ短縮されている。

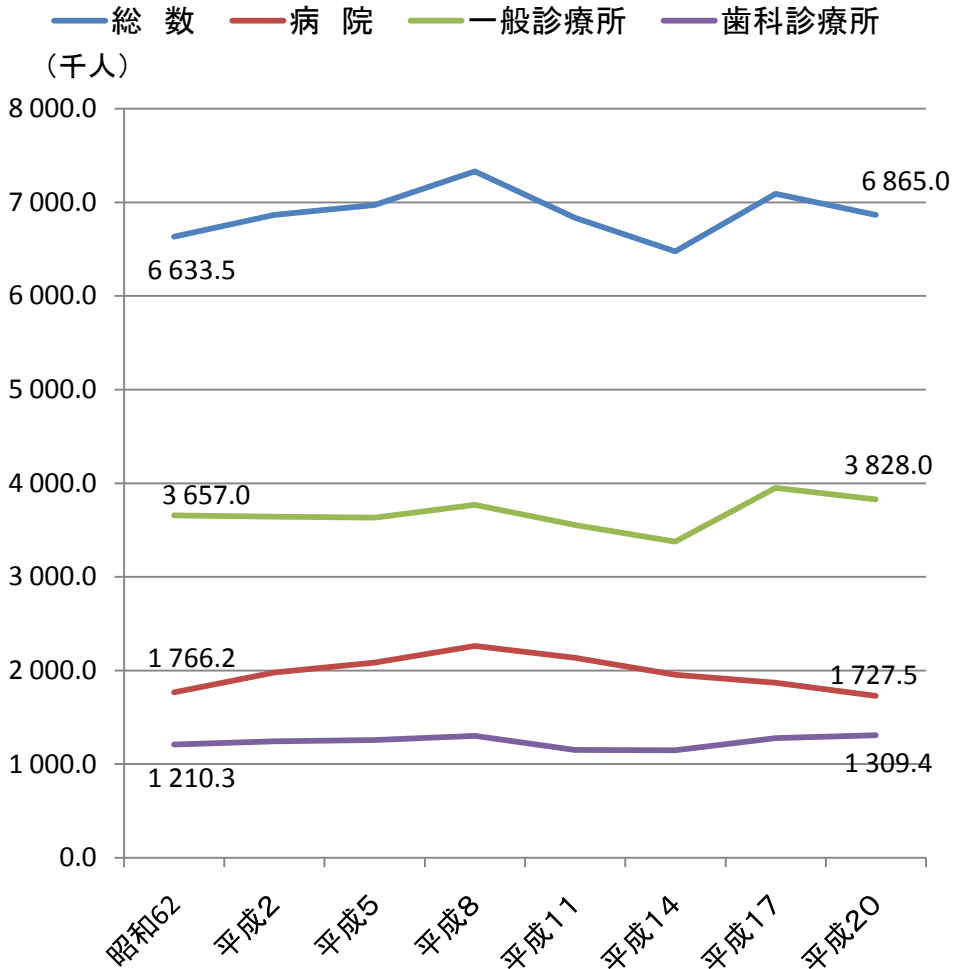


その他

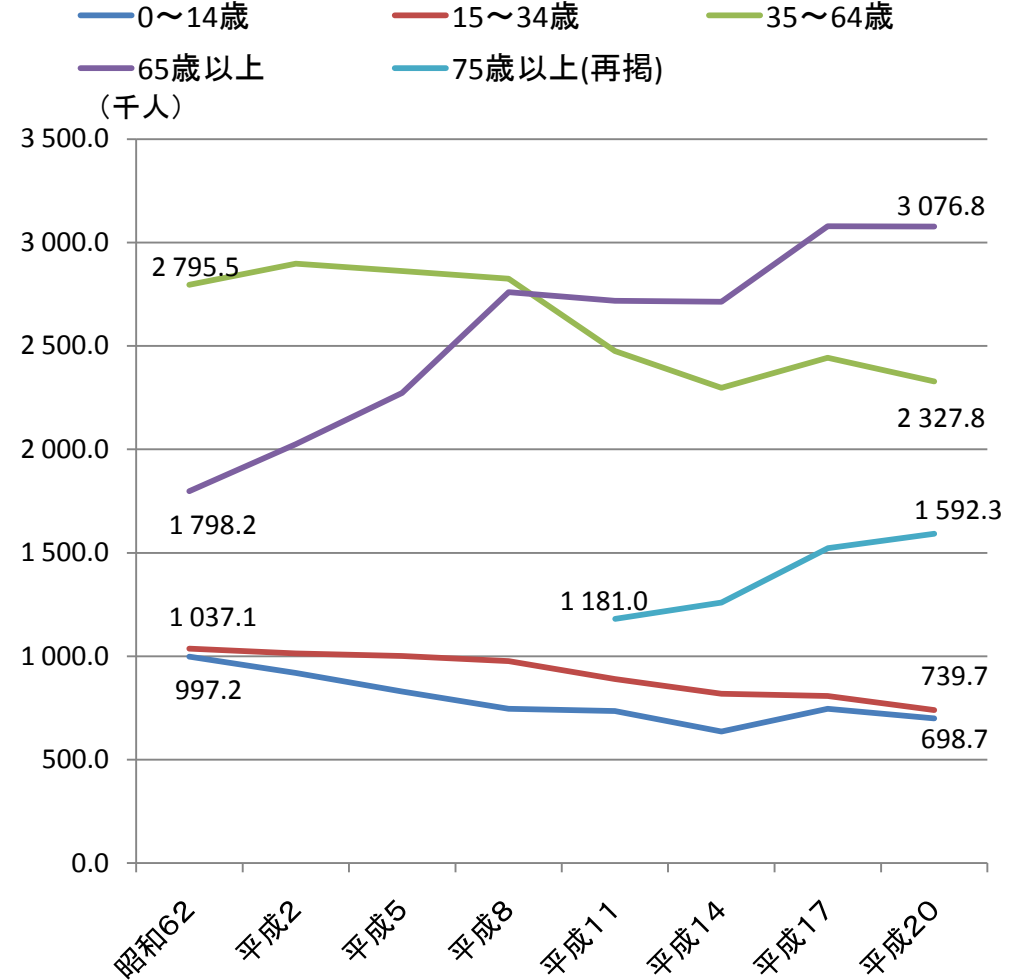
# 外来受診の状況

平成20年患者調査によると、調査日における推計外来患者数は、病院が約170万人、一般診療所が約380万人、歯科診療所が約130万人となっている。

## <推計外来患者数(施設種類別)>



## <推計外来患者数(年齢階級別)>



# 入院・外来別患者の受診状況

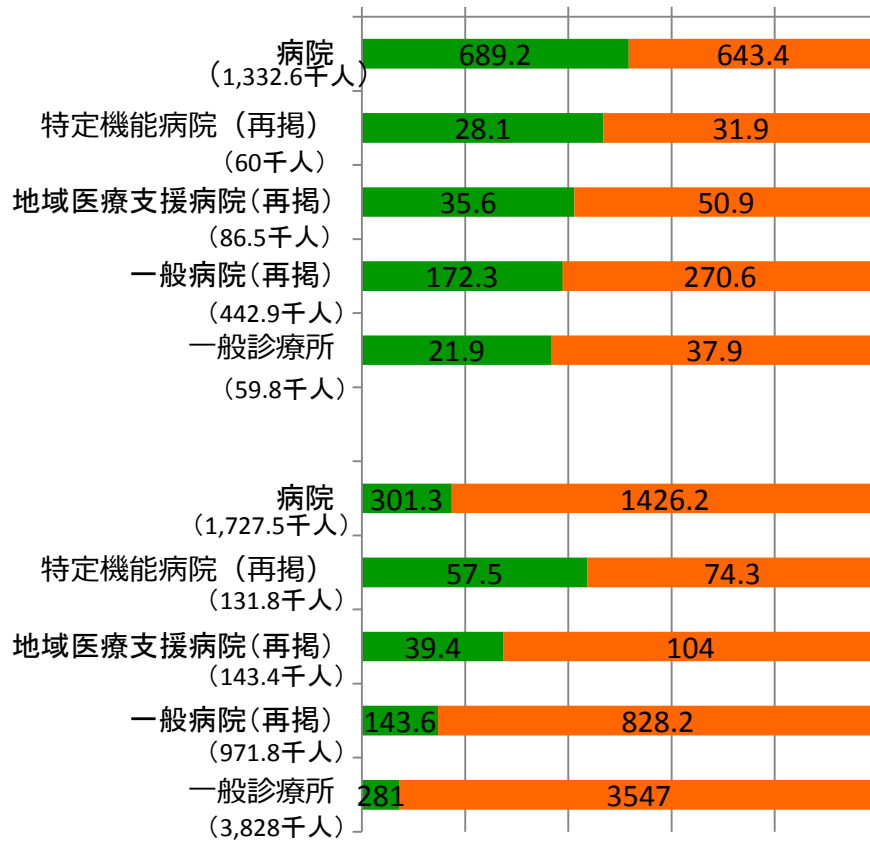
○ 平成20年患者調査の調査日における外来患者数は、病院が約170万人、一般診療所が約380万人、歯科診療所が約130万人。

○ 病院で受診した患者のうち紹介ありは、入院で52%、外来で17%。

※ いずれもグラフ内の数値は、人数(単位:千人)

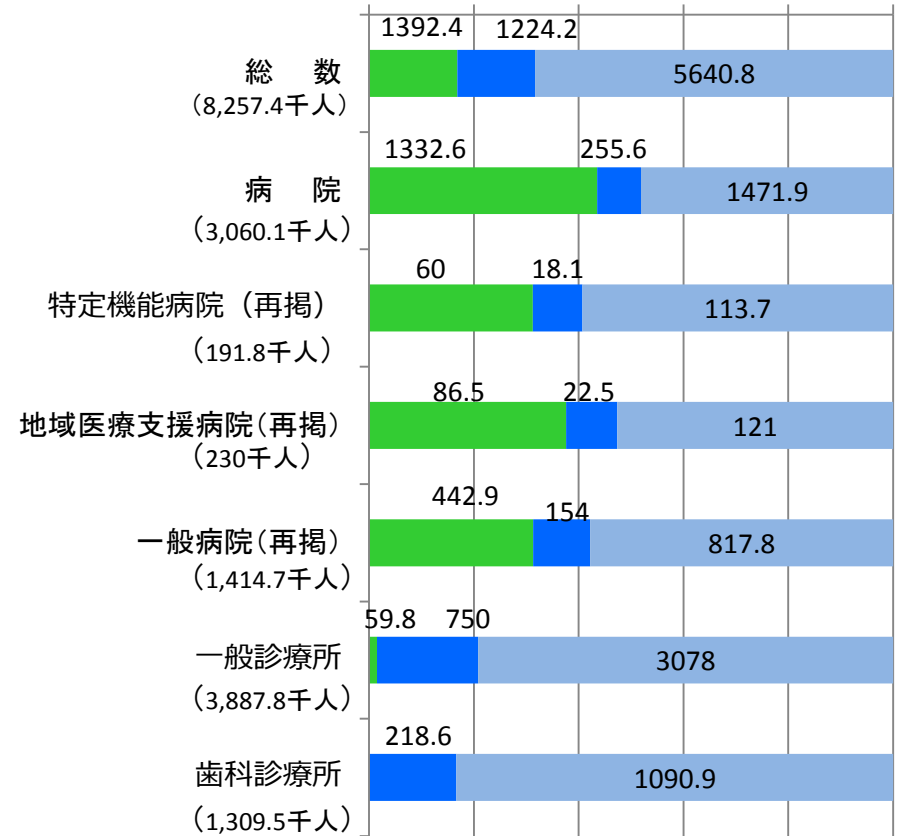
### <紹介の有無別推計患者数>

■ 紹介あり ■ 紹介なし  
0% 20% 40% 60% 80% 100%



### <入院・外来別推計患者数>

■ 入院 ■ 外来(初診) ■ 外来(再来)  
0% 20% 40% 60% 80% 100%



\* 「一般病院」は、精神科病院、結核療養所、特定機能病院、地域医療支援病院、療養病床を有する病院のいずれにも当たらない病院。

○病院の従業者数の推移（病院報告より）

（単位：人）

	11年	14年	17年	20年	21年
医師	166616.7	174261.2	180022.3	187947.6	191125.3
薬剤師	41472	38987.6	40119.6	41760	43113.6
看護師等	759504	758780.3	769514.5	829867.6	850030.3

○100床当たり従業者数の推移（病院報告より）

（単位：人）

	11年	14年	17年	20年	21年
全体	98.4	99.7	102.6	110	113.7
医師	10.1	10.6	11	11.7	11.9
薬剤師	2.5	2.4	2.5	2.6	2.7
看護師等	46	46.2	47.1	51.5	53.1

○人員配置標準の適合率（医療法第25条に基づく立入検査結果より）

（単位：%）

	11年	14年	17年	20年	21年
全体	86.8	89.1	93.1	94.9	95.5
医師	69.0	75.0	83.8	88.3	90.0
薬剤師	82.9	84.1	90.7	93.7	94.4
看護師等	98.1	98.3	99.3	98.9	99.2

※ 従事者数は常勤換算を行った数値

※ 病院報告は各年10月1日現在の数値

※ 「看護師等」は、保健師、助産師、看護師、准看護師の計



○ 病床規模別に見た外来患者数と、1病院あたり外来患者延べ数(年間)

	外来患者総数	病院数	1病院あたり外来患者延べ数(年間)( $\alpha$ )	1日当たり患者数( $\alpha / 365$ )
総数	517,148,265	8,745	59,136	162
20～29床	4,487,945	140	32,057	88
30～39	10,037,481	339	29,609	81
40～49	15,336,475	551	27,834	76
50～99	70,197,486	2,269	30,938	85
100～149	49,019,233	1,432	34,231	94
150～199	64,114,290	1,320	48,571	133
200～299	58,677,467	1,123	52,251	143
300～399	69,187,660	737	93,877	257
400～499	50,330,801	370	136,029	373
500～599	37,329,386	198	188,532	517
600～699	28,004,816	115	243,520	667
700～799	16,480,461	55	299,645	821
800～899	13,218,607	34	388,783	1,065
900床以上	30,726,157	62	495,583	1,358

※1 平成21年病院報告

※2 1病院あたり外来患者延べ数については、外来患者総数を病院数で割った数を小数点第2位で四捨五入したもの。

<参考> 一般診療所における1日当たり平均外来患者数は38.6人(平成20年度患者調査の調査日における外来患者数(3,823千人)を全国の一般診療所数(99,083)で割った数を小数点第2位で四捨五入したもの。)

医療提供体制の改革の検討の方向性に関する  
これまでの主な議論・意見

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

## 1. 医師等の人材確保

### <部会資料でお示した論点>

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

### 【医師確保の現状について】

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

### 【医療従事者の処遇改善について】

- ・ 医師手当等医師としての処遇改善が重要。(水田委員⑫)
- ・ 医療提供体制の議論の中で、勤務医と看護師等、医療従事者の労働条件の是正につ

いて直視する必要がある。（小島委員（伊藤参考人）⑫）

- ・ 医師、看護師、薬剤師等の医療従事者に女性が多くなっている現状の中、夜間働くことの健康リスクを踏まえて、女性が長く働けるような環境を検討する必要がある。（齋藤（訓）委員⑫）
- ・ 医療職全体を見据えて、女性をどうするかという論点が必要。（山本委員⑬）
- ・ 看護師の職場環境と同じように医師も、最終的には3交代、複数主治医制といった職場環境にならなくてはならない。（邊見委員⑬）

#### 【医師等の養成、配置について】

- ・ 現行の医療提供を踏まえ、どの地域にどのような医師が必要か検討した上で、将来の医師数の見通しを可能な限り明らかにするべき。（西澤委員⑫）
- ・ 女性医師が出産で医師として働けない期間も踏まえ、医師数は推計する必要がある。（西澤委員⑫）
- ・ 患者の絶対数が減ってきている中で、全体としてどういう医療提供体制を作るかによって医師の総数が決まるにもかかわらず、その議論がない。（相澤委員⑬）
- ・ 医師の養成数をもっと多めにとるべきなのではないか。（海辺委員⑬）
- ・ 歯科医師は過剰という問題がある。長期的に見て、医師を増やすことで歯科のようなことにならないように考えていく必要がある。（近藤委員⑫）
- ・ 地域枠は、例えば「県民枠」のように、そこに生活基盤のある人を取るようすべき。（山崎委員⑫）
- ・ 地域枠の学生も、将来その地域の中でしか仕事ができなくなると、夢や希望を持ちにくい。（辻本委員⑫）
- ・ 地域枠はその県出身の学生だけが対象だが、他県出身者でもその地域に貢献しようという学生のこと考えるべき。（中川委員⑫）
- ・ 医師の養成数を増やすとともに、実効性のある地域枠を設定してほしい。（小野委員⑬）
- ・ 医学部増員は、既存の医学部の定員を増やすべき。また、医師の偏在対策として、一定の制約をもたせた仕組み（地域で医師を育てる仕組み）を考える必要がある。医学部新設は反対。（中川委員⑫）
- ・ 医師偏在の是正を図るための需給調整システム、地域の実情に応じた柔軟な医師の派遣体制の構築を進めるための財政措置が必要。（小野委員⑬）
- ・ ほとんどの医者が国民皆保険制度の下で従事しているという点に着目した配置計画、養成計画が必要。（高智委員⑫）
- ・ 自由標榜制とフリーアクセスが今の財政の中で成り立つのか、そこに強制や法律を持ち込むのかといった議論が必要。（部会長⑬）
- ・ 職業選択の自由も奪わない一方で、地域における国民の生存権もきちんと守れるというような、緩やかな定数配置が必要ではないか。（邊見委員⑬）
- ・ 診療科別のバランスを取るためにも、医学部を卒業して臨床研修に行く過程の中で、診療科を一定程度誘導するシステムを構築できないか。（高智委員⑬）
- ・ 病院の勤務医が開業するに当たっては、地域での経験を積んだ方が開業する必要がある

あると考えるが、こうしたキャリアパスはどうなっているのか。また、地域で開業する医師にはコミュニケーション能力が必要。（海辺委員⑬）。

- ・ 医学部卒業後２年間の初期臨床研修制度はある程度成果を上げており、今後、後期の研修や専門医などが課題である。（部会長⑫）
- ・ 臨床研修制度で地域医療を学ぶ期間を延ばせないか。（小野委員⑬）
- ・ 全身像、心の病まできちんと診られる一般医（総合診療医）の養成が重要。ドイツでは、一般医という専門医職があり、国民の多くが、期待と信頼を持っている。（高智委員⑫）
- ・ 国として看護師の数を確保すべき。養成所に国として責任を持って補助をすべき。（横倉委員（羽生田参考人）⑬）
- ・ 医師の地域偏在を是正するため、保険医の需給調整と医療提供体制の役割分担を強力に進めるような体制整備を早急にすべき。（小島委員⑬）
- ・ 医師国家試験は毎年１割程度落ちており、難しすぎるので見直すべきではないか。（水田委員⑬）
- ・ 国家試験のあり方について、臨床実習を重点とした教育ができるような形に作り直すことも検討すべき。（横倉委員⑬）
- ・ 日本の医学教育は、臨床医ではなく研究者を育てるための医学教育であったので、その発想を変えるべき。（相澤委員⑬）
- ・ 第一線の現場には専門家ではなく、総合的に判断できる医師がいないと、あとにつながらない。単に医師を増やすだけではなくて、総合的に診られる医師を育てるという強い意思を持つべき。（相澤委員⑬）
- ・ 亡くなる方の看取りも医学教育の中に盛り込む必要がある。（海辺委員⑬）
- ・ 学生数を増やし、教育、研究、診療を大学病院に任せるのであれば、大学の教官数をもっと増やす必要がある。（山崎委員⑬）
- ・ 国家試験の回数がかつてのように年２回にしてはどうか。（山崎委員⑬）
- ・ 総合医がまさに地域の診療所等で、医療と介護をつないでいく役割を果たすのではないか。総合医を改めて医療提供体制の中で、きちんと位置づける必要がある。（小島委員⑬）

#### 【地域医療支援センターについて】

- ・ 民間の医師あっせん業者は高い手数料をとり、それが病院経営を圧迫しているので、地域医療支援センターがもっと知名度をあげ、早くこの問題を解決してほしい。（日野委員⑬）
- ・ 若い人の意識の変化、教授のガバナンスの低下に着目する必要がある。（相澤委員⑬）
- ・ 長期的には、センターで常勤で勤務する医師をどう育てるかが必要。（相澤委員⑬）
- ・ 現在、都道府県で行われている取組例を集め、お互いの都道府県が参考にできるようにすべき。（西澤委員⑬）
- ・ 機能として、地域医療対策協議会との関係や費用面で無駄が生じることがないように、また、地域の実情に応じた制度となるようにすべき。（光山委員⑬）

- ・ 地域医療支援センターは、全国一斉に始めるのではなく、まずモデル事業的にいくつかの県を集中して試行してみて、成果を見ながら次へ移るようにはいかがか。  
(水田委員⑬)
- ・ 地域医療支援センターは、PDCAサイクルに乗せることが重要。(海辺委員⑬)
- ・ 地域医療支援センターを、都道府県の地域医療対策協議会をより具体的に推進するための、中核的なセンターとして位置づけるべき。(小島委員⑬)

#### 【医療従事者間の役割分担とチーム医療について】

- ・ チーム医療は医者数が少ないからやるわけではなく、病院医療の質を高くするために必要である。(相澤委員⑫)
- ・ 役割分担とチーム医療は、少ない人数で最大の効果を上げるため、進めていくべき。  
(齋藤(訓)委員⑫)
- ・ 少子化が進む中、少ないマンパワーで、どうやって患者のニーズに医療従事者が応えていくかを考えると、役割分担やチーム医療の推進は必須。(齋藤(訓)委員⑬)
- ・ 医師以外の医療従事者の医療現場での活用について、積極的に検討する必要がある。  
(高智委員⑫)
- ・ チーム医療の中で、「専門的口腔ケア」を担う歯科医師、歯科衛生士の果たす役割は非常に大きい。(近藤委員⑫)
- ・ チーム医療の中に歯科を入れるべき。歯科医師が在宅医療チームの中で一緒に口腔ケアを行うことはとても大切である。(水田委員⑫)
- ・ 療養病床での歯科は非常に大切だ。最後まで自分の口で食べるということが大切。  
(海辺委員⑫)
- ・ 歯科医師、歯科衛生士が専門職種として口腔ケアに関与することで、医師不足問題、チーム医療に役立つことができる。(近藤委員⑬)
- ・ 薬が安全に提供されるということも国民・患者にとって安心な医療提供体制を組むという意味では大きな問題。(山本委員⑫)
- ・ 医療機関、施設、在宅と患者の移動があっても、薬剤など必要なサービスが受けられなくなるようなことがないように検討すべき。(山本委員⑭)
- ・ 患者、国民から見れば、どこに、どんな職種が、どのように配置されたいかというのは、重要。こうした視点で在宅や病院でどうするかを議論すべき。(山本委員⑬)
- ・ 新たな業務独占資格である特定看護師(仮称)の創設は、一般看護職員の業務縮小につながるため、その必要性はない。(横倉委員(羽生田参考人)⑬)
- ・ 医療を利活用する患者は何でも医師に期待しがち。チーム医療の推進の中で、どういう職種の人にはどういうことを期待できるというような啓発・広報も行ってほしい。  
(辻本委員⑯)
- ・ チーム医療は、一人ひとりがプロであること、情報共有、カンファレンス、チームリーダーが必要であり、何が足りなくて何をすべきかを明確にすべき。(相澤委員⑯)
- ・ チーム医療に必要な、患者さんに対する目的と目標を明確にするカンファレンスが十分行われていないのではないか。(相澤委員⑯)

- ・ 「チーム医療」というならば、診療報酬上の評価は医師と看護師だけでなく、コメディカルを含めた配置で評価すべき。（山崎委員⑩）
- ・ メディカルクラークの評価をもう少し高くすることにより、ナースもコメディカルもドクターも、各々が担当できる職務に専従できる時間が増える。（加藤委員⑩）
- ・ 看護もいろいろな書類のやり取りが非常に多くなっているため、医療クラークの活用を拡大すべき。（齊藤（訓）委員⑩）
- ・ 家に帰ってからの生活については、チーム医療のリーダーは医師から看護師に代わるべき。（相澤委員⑩）
- ・ チーム医療の中で、「専門的口腔ケア」を担う歯科医師、歯科衛生士の果たす役割は非常に大きいことをこれまでも発言してきた。また、日本歯科総合研究機構の「病院でのチーム医療における歯科の係わりに関する調査」の結果を後日改めて報告したい。（近藤委員⑩）

## 2. 医療提供施設の機能

### <部会資料でお示した論点>

- 人口・世帯構造や疾病構造の変化等をうけて、病院、診療所、薬局等には、患者のニーズ（急性期治療、リハビリ、長期療養、在宅医療など）に応じた医療機能の観点から、どのような役割が期待されるか。（第14回）
- 一般病床、療養病床の病床区分や介護保険の施設・在宅サービスなどを含め、医療機能分化の現状をどう評価するか。今後に向けて、病院・診療所が担う入院・外来の医療機能について、それぞれどのような方向性が考えられ、どのような機能強化が必要か。（第14回）
- 特定機能病院（高度の医療の提供、開発評価、研修など）、地域医療支援病院（地域での医療確保に必要な支援など）について、それぞれに期待される役割、今後の方向性をどう考えるか。（第14回）

### 【病院・病床の機能について】

- ・ 少子高齢化の進展により、入院する患者の疾病構造や患者の状態も大きく変わってきていることを十分認識する必要がある。（相澤委員⑫）
- ・ これからは小規模の自治体立病院がすべて必要な医師数を集めることは困難であり、その町の中で最低限必要な医療は何かを考え、提供体制を構築していく必要がある。（西澤委員⑫）
- ・ 医療の空洞化が心配される中、地域医療を担う保険医療機関にきちんと人が配置されることが重要だ。（小島委員（伊藤参考人）⑫）
- ・ がんの患者が増えると、非常に高度な治療を求める患者の数が増えるので、そういう病院などに手厚く医師を配置する必要がある。（海辺委員⑫）
- ・ 経験豊かで高いスキルを持った医師、医学部の教授などは、外来でかぜの患者を診るのではなく、最も重症度の高い方に向けることが医療資源の効率的なあり方。（高

智委員⑬)

- ・ がん対策基本法ができた後、各地に拠点病院ができたが、がん患者にはその機能が実感できない。病院は要件を満たすことに汲々として、ソフトが充足されていない。(海辺委員⑫)
- ・ 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)
- ・ 療養病床の再編について、ほとんど介護保険施設に転換できていないようだが、介護の社会化という、基本的な理念は推進する必要。(小島委員(伊藤参考人)⑭)
- ・ 今以上にマンパワーが増えない中、病床数が非常に多く、広く薄くマンパワーを配置している状況をどうするのか。機能分化を更に進めていくためにはどうあらねばならないのか検討が必要。(齊藤(訓)委員⑭)
- ・ 一般病床は、さまざまな機能を持った病床が一緒くたになっており、同一の基準では整合性がとれない。地域一般病床と急性期病床を区分する必要がある、人員配置は自ずと異なる。(相澤委員⑭)
- ・ 有床診療所や、中小病院の一般病床のあり方をしっかり議論すべき。(横倉委員⑭)
- ・ 平均在院日数の計算式を外国の計算式の考え方と合わせるべき。(山崎委員⑭)
- ・ 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⑯)

#### 【特定機能病院等の在り方について】

- ・ 特定機能病院、地域医療支援病院の機能が曖昧になっている。病院の機能と人員配置のあり方、地域の医療機関で十分対応可能な患者が特定機能病院や地域医療支援病院、がん拠点病院等に集中していることや、外来が多く来る病院もある現状について、これらの病院と役割を分担する有床診療所や中小病院等も含めて、見直すよう議論すべき。(横倉委員⑭)
- ・ 医師等の地域間格差と診療科間格差がいわれるが、病院形態での格差も大きい。医療提供体制の面と、診療報酬の両面から、特定機能病院の在り方を検討する場を別途設けるべき。(中川委員⑭)
- ・ 病院の果たす役割、診療所の果たす役割を見直す必要がある。その中で、地域医療支援病院は、その病院でしかできない検査を地域の病院が共有するという趣旨などがあつたが、各種診断装置がいろいろなところに配置されていると、地域医療支援病院のそもそもの理念がどうなっているのか。機能分化を更に進めていくためにはどうあらねばならないのか検討が必要。(齊藤(訓)委員⑭)
- ・ 特定機能病院にしても、DPCの進展とともに中身が変わってきているにもかかわらず、もとの制度のままであり、特定機能病院、地域医療支援病院について、取り上げるべき。(部会長代理⑭)
- ・ 特定機能病院、地域医療支援病院については、医療施設体系のあり方に関する検討

会である程度議論の整理が行われており、政府はこれを受け止め検討を進めるべき。  
(尾形委員⑭)

#### 【診療所について】

- ・ 有床診療所は、専門性の高い医療、救急医療、病院から在宅へのつなぎ等、地域において様々な機能を果たしているが、経営が苦しく、減少の一途を辿っている。(横倉委員⑭)
- ・ 地域で切れ目のない医療・介護の提供が必要とされる中、地域住民の身近にある病床としてその社会的役割は大きいので、有床診療所がその機能を維持できるよう対策と活用を図るべき。(横倉委員⑭)
- ・ 有床診は、今後地域での医療提供体制に欠かせない存在であり、有床診の機能を地域医療計画あるいは地域医療提供体制の構築の中できちんと位置付けるべき。(渡辺委員⑭)
- ・ 有床診療所の活用に当たっては、高齢者だけではなく、子どもの受け皿としても念頭におくべき。(加藤委員⑭)
- ・ 無床診療所のあり方について広範・多岐、かつ地域住民と患者の安全・安心・信頼を担保できるように、満足度を高める方向で検討を急ぐべき。(高智委員⑯)
- ・ 特殊な診療科、専門性の高い診療所のあり方と、幅の広い診療分野を持つ診療所のあり方について、大病院に外来が集中して勤務医の疲弊の一因ともなる中で、本来どのような機能であるべきか検討すべき。(横倉委員⑯)
- ・ 地域における診療所の役割を医療提供体制の中でももう一度、きちんと位置づけを確認する必要がある。(小島委員⑯)

#### 【人員配置標準について】

- ・ 地域による医師の偏在、新型インフルエンザのように急激な外来患者の増加なども踏まえ、医師の配置基準について、外来患者に係る現在の基準(40:1)の是非について議論が必要。(横倉委員⑭)
- ・ 外来の医師配置基準については、これを撤廃した場合の代替りの計算方式について検討する場をつくるべき。(山崎委員⑭)
- ・ 医師の配置標準は昭和23年以来変わっていないが、その当時と比較すると現在の方が1人の患者を診るのに時間がかかる。それが過労の原因にもなり、同じ基準ではやっていけない。(部会長⑭)
- ・ 人員配置基準は、医療のアウトカム情報の提供など、それに代わる指標が整備充実されれば撤廃は望ましいが、未だに標準人員を充足しない医療機関が存在しており、医療の安全の確保等の視点からみると重要。(高智委員⑭)
- ・ 医療法で定められている基準というのは、必要最低基準と認識しており、そのことはきちんと共有した上で議論する必要。(齊藤(訓)委員⑭)
- ・ 病院の中に歯科医師、歯科衛生士を置くことで、病院内でのチーム医療が発揮できる。病棟に歯科医師を置くような施設基準等について検討すべき。(近藤委員⑭)
- ・ 人員配置基準の話では、必ず看護師中心の議論になるが、チーム医療の観点からは、



看護師以外の職種を入れるなど柔軟性があってもよい。（山崎委員⑭）

- ・ 今後、医療安全やチーム医療を考えれば、人員配置の見直しに当たっては、実際に仕事をする必要性や目的を考えた上で検討すべき。（山本委員⑭）
- ・ ルールの定め方について、一律の基準ではなく、地域性、病院の特殊性に基づく例外も認めるような柔軟性を持った定め方があってもよいのではないか。（樋口委員⑭）
- ・ 医療職全体としてどういうスタッフが要るかという論点で議論をしないと、医師や看護師のみに負担がかかりかねない。（山本委員⑯）
- ・ 介護療養病床の廃止を延期することになった場合、看護職員の配置基準に関する経過措置の取扱いは、混乱が起きないようによく検討してもらいたい。（横倉委員⑯）

#### 【医療機器の配置状況について】

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

### 3. 在宅医療・連携

#### ＜部会資料でお示した論点＞

- 子どもから高齢者に至るまで、ライフステージごとのニーズに応じた在宅医療の普及や質の確保を図るために、どのように取り組むべきか。特に、次期医療計画（平成25年から5年）に向け、数値目標等具体的な指針のあり方も含めて、どのように取り組むべきか。（第15回）
- 地域における看取りも含め、本人の意思を尊重した終末期医療を実現するために、どのような取り組みが必要か。（第15回）
- 在宅医療・終末期医療に携わる人材育成・確保をどのように進めるべきか。（第15回）

#### 【在宅医療の推進について】

- ・ 在宅について、整備が進まない原因を分析し、高齢者が病院に逆戻りしない仕組み

をどのように作るのか考える必要がある。（齋藤（訓）委員⑫）

- ・ 訪問看護ステーションでの規模拡大、新規採用や教育研修の充実が進むような支援体制が必要。（齋藤（訓）委員⑬）
- ・ NICUに長期入院している患者について、後方病床や中間施設が必要。また、地域や家庭で生活できるような受け皿作り、特に在宅医療・在宅看護をより積極的に推進する必要がある。（加藤委員⑫）
- ・ 小児の在宅医療について、在宅での子どもへのサービスが非常に不足しており、障害を持った子供たちが長期間、親の負担も軽減しつつ療育できるような環境の整備をしていくべき。（齋藤（訓）委員⑮）
- ・ 次期医療計画策定の際には、在宅看取り率を各都道府県で目標として設定して、そのための指標として、訪問看護で働く従事者数を挙げてほしい。また、安定的な訪問看護サービスの提供が可能となるよう、事務作業のIT化、サテライト事業所の活用、常に衛生材料等が不足なく供給できる体制の整備が必要。（齋藤（訓）委員⑮）
- ・ 在宅医療の中で薬剤に関する問題は、高齢者の方が増えることによる重複投薬や相互作用へのリスク増や、視覚・聴覚感覚の衰え、嚥下能力の低下による入念な服薬の管理の必要性などがあり、薬剤師が参加できると考える。また、薬剤師が在宅医療に参加すれば、飲み残しの無駄が省けるほか、在宅を担当する医師の負担軽減につながる。（山本委員⑮）
- ・ 日本歯科医師会においても在宅医療における多職種との連携、チーム医療の中でどういう歯科医療を提供できるかを検討しているが、提出資料のとおり、歯科疾患を持っている要介護者に対して、歯科診療所からの医療提供体制が現在不十分であり、歯科医療側の体制を整えるとともに、医科、介護、歯科との連携を迅速に推進することが喫緊の課題。（近藤委員⑮）
- ・ 在宅医療の後方支援機能として、有床診療所の病床は重要である。また、患者の身近で、終末期医療も担っている。（横倉委員⑭）
- ・ 在宅医療に関する事項については、医療も介護もあまり区別がつかない状況であり、包括的な体系が取れないか検討すべき。（小野委員⑯）
- ・ 在宅をやっていくためには、国民を巻き込んでいかななくてはならないが、そのための議論や方向性がない。（相澤委員⑯）
- ・ 救命センターばかりでなく、二次救急の施策がないと、在宅の24時間のバックアップもできない。（日野委員（加納参考人）⑯）
- ・ 在宅ということは患者が主役になるという、その自立支援という形を根本に置いて議論すべき。（辻本委員⑯）
- ・ 病院から在宅への移行の際に、相談窓口が決まっていないとスムーズにいかない。（海辺委員⑯）
- ・ 在宅療養支援診療所になろうとすると、24時間の往診体制みたいなものをとらなければいけないが、医師1人とか2人ではほとんど提供不可能ということになる。チーム医療あるいは病診連携など地域として供給体制を整えるのが大事。（大西委員⑯）
- ・ 診療所について、1人で24時間常に対応するのは無理であり、システムが必要。地域にいろいろなサービスがあって、それが連携して初めて在宅での看取りが多いというよ

うに考えるべき。(西澤委員⑬)

- ・ 空白地域を特定して、そこに誘導的に在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、あるいはサテライトが設置できるようにすべき。(齊藤(訓)委員⑬)
- ・ 急性期病院をつくるために在宅医療は必要。ただし、生活支援や介護、住宅とセットで考えることが必要。(部会長代理⑬)
- ・ 訪問看護の経営で、看護師が看護業務に専念できるような社会体制が必要。(部会長代理⑬)
- ・ 在宅介護の問題では、病院、在宅医療の連携の中で、歯科衛生士の資質の向上も是非、医療部会の医師等の養成、配置との関係の中で議論すべき。(近藤委員⑬)
- ・ 在宅を診療所の医師と訪問看護と訪問介護で支えていき、生活の現場の中で最期を迎えることを日本の医療の基本概念とすべき。(相澤委員⑬)

#### 【地域における医療機関間、医療・介護間の連携について】

- ・ 地域における医療機関連携のための施策の実施状況や効果をきちんと検証すべき。地域連携は着実に進んでいるのか。(光山委員⑭)
- ・ 現在進んでいる厚労省の「地域医療再生計画」のプロジェクトでは、それぞれの県で行政、医師会、大学、地域の病院が一緒に行うという計画である。(水田委員⑭)
- ・ 救急については、もっと医療機関はお互い様の考え方を持って、分け合えばいいと思う。得意な分野だけ診てもらって、あとは他の病院で診るといった、柔軟な仕組みを作ればよい。(相澤委員⑭)
- ・ 紹介され別の病院に行くたびに同じ検査を繰り返し受けているのが現状。疑わしければ確かな施設できっちり診断してもらって、そのデータが他の病院でも活用されるようにすべき。(海辺委員⑭)
- ・ ICTを使った遠隔医療等が実施されているが、医療機関が連携し、リソースの共同利用を進め、同じエリアで同じ質の医療をみんなが利用できる環境を整備すべき。(光山委員⑭)
- ・ 全国の多くの町村は二次医療機関を持たないため、二次医療機関との情報ネットワークの形成が重要であり、電子カルテ等の整備を急ぐ必要。(小野委員⑭)
- ・ 家に帰っても見る人がいないといった変化の中で、慢性期や高齢者の医療、福祉、介護をどうしていくのかという視点から考える必要がある。(相澤委員⑭)
- ・ 医療提供体制ということで医療だけで見るとはなくて、介護、福祉を併せて議論すべき。(西澤委員⑭)
- ・ 高齢者も小児も、家事支援のような医療とは違うところも整わないと、家に帰るのは非常に難しい。(海辺委員⑭)
- ・ 精神科病院に入院している患者の半分は高齢者であるが、今ある施設を転換して、こうした者を地域で受け入れる体制を整備すべき。(山崎委員⑭)
- ・ 自殺した人の家族等に対する支援体制の構築が必要である。(山崎委員⑭)
- ・ 医療提供体制のグランドデザイン、介護提供体制のグランドデザインのリンケージを忘れてはならない。(部会長代理⑭)
- ・ 有床診療所は、病院と在宅、病院と介護施設のつなぎを行う受け皿(病院からの早

期退院も含む後方支援病床)として重要な役割を担っている。(横倉委員⑭)

- ・ 医療を伴う介護の拠点として有床診療所を活用することにより、地域の介護力アップにつながる。(横倉委員⑭)
- ・ 訪問介護は、訪問看護よりも安いという理由で訪問介護にしてほしいという患者がいるが、訪問看護が必要な人はいる。少ない医療資源の中でサービスの質を高めることが非常に重要。(相澤委員⑯)
- ・ 訪問看護は介護保険と医療保険の両方にまたがるサービスなので、制度間の齟齬があって使いにくいので、それをなくしてほしい。(齊藤(訓)委員⑰)
- ・ 訪問看護師の確保が難しい状態であり、処遇改善も含めてどうあるべきか議論すべき。(齊藤(訓)委員⑰)
- ・ 急性期の医療が終わって生活に移っていくときに、退院調整の機能がうまく発揮できるかによってかなり状況が違ってくるため、調整機能の強化についても議論が必要。(齊藤(訓)委員⑰)
- ・ 地域の高齢化、安心子育て等に対応できる診療所のあるべき本来の姿、病診の機能分化あるいは病診連携、さらには介護保険制度に関連する事象との連携・調整に係る課題も念頭に置いた上での対応が不可欠。(高智委員⑱)
- ・ 急性期から行く亜急性期病棟や回復期病棟がなくて、その先の療養病床もいっぱい、その先の自宅も目一杯というのが現状。そうなったときに診療所の先生方が在宅でどれだけ診るかが重要であり、お年寄りが住む住宅を提供して、訪問看護や訪問リハビリ、在宅支援診療所の先生方の往診で支えていくのが、いちばん効率的。(相澤委員⑯)
- ・ 居場所の問題まで含めないと地域医療、在宅医療というのは支えられない。(小島委員⑲)

#### 4. 医療計画

##### <部会資料でお示した論点>

- 地域ごとの医療資源の平準化を図る手法として、基準病床数制度があるが、その効果をどのように考えるか。(第15回)
- 二次医療圏については、各都道府県において、地理的条件等の自然的条件、日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して設定されているところであるが、現在の医療を取り巻く状況等を踏まえ、その設定のあり方についてどのように考えるか。(第15回)
- 医療連携体制を計画的に構築すべき疾病及び事業として、4つの疾病及び5つの事業を定めているが、この疾病及び事業の範囲について見直す必要はないか。このほか、医療計画に記載すべき事項及び内容について見直す必要はないか。(第15回)

##### 【医療計画について】

- ・ 医療制度の枠組み自体は、国がきちんと骨格を定めるべき。その上で、広域的自治体(都道府県というよりは将来は道州制の道州)に需要・供給を調整できる権限が与

えられるという姿が望ましい。(大西委員⑭)

- ・ 二次医療圏は都道府県で決めていいということになっているが、都道府県に本当にそうした意識があるのか。意識をもたせる方法の検討が必要。(西澤委員⑮)
- ・ 同じ二次医療圏同士の中でも相当な格差があり、二次医療圏を見直す必要があるのではないか。(渡辺委員⑫)
- ・ 医療提供体制は医療計画で二次医療圏ごとに作ることにしているが、一定の形になっていない二次医療圏ごとにやること自体が間違い。(相澤委員⑭)
- ・ 地域医療計画については、地域の範囲というのは何なのかというところを議論しないと、議論が進まない。基本的に地域をどういう具合に設定するかによって、計画の作り方が違う。(相澤委員⑮)
- ・ まずは医療圏の在り方を議論し、その中で、必要な地域医療の機能や、連携の在り方について、地域医師会の代表も関わり議論すべき。(横倉委員⑭)
- ・ 各地域における介護の分野も含めた具体的な医療提供体制のあり方を示さないと、マクロで議論していてもなかなか現実に進まない。(渡辺委員⑫)
- ・ 厚生労働省の指針では、医療機関の機能の分化・明確化、総合的な医師確保体制といったことも触れているが、踏み込みが足りない。二次医療圏のあり方も含めて、より具体的に踏み込んだ指針を作らないと、都道府県も動きようがないと思う。(渡辺委員⑮)
- ・ 地域医療計画の記載をどうするかというときに、地域の実情に応じたところをどう加味するか。特に連携のところは相当広い範囲での連携も狭い範囲での連携もある。そのあたりを十分に勘案する必要。(横倉委員⑮)
- ・ 一般医療の医療圏と精神科の医療圏が別になっており、都道府県によって、例えば社会医療法人が取りやすい県と、取りにくい県ができるなど問題が生じているので、整理が必要。(山崎委員⑮)
- ・ 在宅歯科医療の推進も含めて在宅医療は非常に重要な課題であり、医療計画の中で項目を別立てにすべき。(近藤委員⑯)
- ・ 医療計画を県で策定するときは、サービスが行き届かない空白地域を特定して、そこに在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションの設置が誘導できるような内容を指針の中に入れてほしい。(齊藤(訓)委員⑯)
- ・ 在宅について、ストラクチャーやプロセスなどの数値目標を含めて医療計画の中での位置づけを拡充すべき。(尾形委員⑯)

#### 【医療計画における4疾病5事業について】

- ・ 今後、増加する精神疾患患者への医療提供体制を安定的に確保するためには、一般医療と精神科医療との連携強化や地域連携を一層強化する必要があると、4疾病5事業の疾病に精神疾患を追加した5疾病5事業とすべき。(山崎委員⑮)
- ・ 精神疾患の方が救急で来た場合の連携が地域で問題となっており、精神科医療については4疾病から5疾病に増やすなり、何らかの対応が必要。(横倉委員⑮)
- ・ 4疾病5事業の中の歯科、歯科医師の役割は必ずしも明確でない。地域の医療資源としての歯科医師、歯科医療機関を活用する方法を講ずべき。(近藤委員⑮)

- ・ 現行の4疾病5事業についても、PDCAサイクルの実効性が当初の目標どおりに機能しているのか否かを検証するとともに、その評価結果を踏まえた議論が非常に大切になっていくのではないか。（高智委員⑮）
- ・ 4疾病5事業というカテゴライズがぴったり来ない。（日野委員⑮）

#### 【基準病床数制度について】

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

## 5. 救急・周産期医療体制

### ＜部会資料でお示した論点＞

- 厳しい状況にある救急医療機関の負担を少しでも軽減する必要があるが、救急利用に対する住民の意識を高めるために、どのような取組みが考えられるか。（第15回）
- 2次救急医療機関の状況には大きな差があるが、そのうち、地域の中で大きな救急搬送受入実績を有する医療機関等が、その機能を十分に発揮できるような評価・位置付けについて、どのように考えるか。（第15回）
- 周産期医療の提供体制については、都道府県が今年度中に定めることとされている周産期医療体制整備計画に基づき体制の充実を図っていくこととなるが、その着実な実施のためにどのような取組みが必要となるか。（第15回）

#### 【救急・周産期医療体制について】

- ・ 救急医療機関が総じて医師不足であり、担当する医師が疲弊をしているという現状をどうにかしないと、救急医療体制がきちんと組めなくなる。（大西委員⑮）
- ・ 小さい病院が救急医療を抱えるというのは非常に困難な状況。交付税措置はあるが、救急医療を担う病院に対して支援措置を確立してほしい。（小野委員⑮）
- ・ 消防法が改正され、各都道府県は傷病者の搬送および傷病者の受入れの実施に関する基準を策定することになったが、救急医療の計画を立てるときには、こうした消防

法との関係、調和が保たれる必要がある。（横倉委員⑮）

- ・ ドクターヘリについて、トリアージの仕方、ヘリコプターの固定費と、1回あたりに飛ぶときの変動費をどの財源から出すかといった検討もすべき。（部会長代理⑮）

## 6. 患者との関係、広告など

### <部会資料でお示した論点>

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

### 【患者中心の医療と住民意識の啓発について】

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

### 【広告・情報提供について】

- ・ 病院のホームページは今日では「広告」と考えるべきだが、実際の規制は技術的に

困難。各都道府県の医療機能情報提供制度のホームページからリンクされているという保証や、第三者認証といった工夫が必要。（部会長代理⑬）

- ・ 広告と広報は区別して議論すべき。広告は規制すべき。広報は第三者的な指標などを公的な機関が公表するものと理解している。（相澤委員⑬）
- ・ 医療機能情報の提供を検討するにあたっては、数字の出し方など、開示情報の統一が重要であり、広告の仕方も含め、情報提供のあり方そのものの検討が必要。県の医療機能情報提供制度は、今は単なるカタログ。地域で各医療機関が機能を特化し、役割分担・連携しているのだから、それが患者に理解してもらえて行動を誘導するような仕掛けが必要。（光山委員⑬）
- ・ がん患者の情報を集める取組を実施しているが、個人情報保護法に抵触するという理由で医療機関から患者情報の提供を断れてしまうことがある。患者情報を分析する目的で収集することは個人情報保護法上問題がない旨、もう少しアピールすべき。（樋口委員⑬）
- ・ 前回、医療情報を集めて公表するという制度ができたとき、将来的には質も含めて公表することを考えるという記述が入っていたが、そういうことは必要だと思う。（相澤委員⑬）

#### 【医療の質の評価・公表について】

- ・ 諸外国における評価・公表の主流は、ガイドラインに基づく診療を行った患者割合などのプロセス指標や入院待ち日数減少といったアウトプット指標。いずれにせよ、大切なことは指標を標準化すること。アメリカでも、標準化されたレポートでデータが横並びで見られることが第一歩であるということは理解されている。（部会長代理⑬）
- ・ 今は何となく出ている情報で患者が惑わされているという印象。きちんと公平なデータが出るようになってほしい。また、質に関してはもうちょっと厳しい評価軸を作ってほしい。（海辺委員⑬）
- ・ 医療の質に関する情報の公表は必要。患者が医療機関を決める際に最も大事にしているのは、一番親しい人の一言であり、医療機関は公表に躊躇する必要はない。（相澤委員⑬）

#### 【関連する動きについて】

- ・ 「グローバル臨床研究拠点等の整備の拡充」は重要。日本は日本国内の治験にこだわることから、良い薬があっても、なかなか使えるようにならない。臨床試験については予算づけをしてほしい。（海辺委員⑫）
- ・ 医療ツーリズムは、高い診療費を払う外国人患者優先につながるおそれがあり、やがては混合診療の全面解禁や株式会社の参入につながり、地域医療の崩壊を招くおそれがある。（中川委員⑫）
- ・ 医療提供体制全体について、中長期的な展望やビジョンを当部会でしっかり議論し、とりまとめるべき。（尾形委員⑭）