

平成23年2月17日(木) 10時～
中央合同庁舎第5号館9階
厚生労働省議室

第16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1-1 医療提供体制の改革の検討の方向性に関するこれまでの主な議論・意見
 - 資料1-2 「検討の方向性」・関連する最近の指摘事項
 - 資料2 在宅医療と連携について
 - 資料3 平成23年度予算案関係資料
 - 資料4 社会保障改革の動向について
- 関連資料

(委員提出資料)

山本委員提出資料

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⑫～⑮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)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）

【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してはいかかが。（水田委員⑬）
- ・ 地域医療支援センターは、PDCAサイクルに乗せることが重要。（海辺委員⑬）
- ・ 地域医療支援センターを、都道府県の地域医療対策協議会をより具体的に推進するための、中核的なセンターとして位置づけるべき。（小島委員⑬）

【医療従事者間の役割分担とチーム医療について】

- ・ チーム医療は医者数が少ないからやるわけではなく、病院医療の質を高くするために必要である。（相澤委員⑫）
- ・ 役割分担とチーム医療は、少ない人数で最大の効果を上げるため、進めていくべき。（齋藤（訓）委員⑫）
- ・ 少子化が進む中、少ないマンパワーで、どうやって患者のニーズに医療従事者が応えていくかを考えると、役割分担やチーム医療の推進は必須。（齋藤（訓）委員⑬）
- ・ 医師以外の医療従事者の医療現場での活用について、積極的に検討する必要がある。（高智委員⑫）

- ・ 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）

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り、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)

【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ったが、各種診断装置がいろいろなところに配置されていると、地域医療支援病院のそもそもの理念がどうなっているのか。機能分化を更に進めていくためにはどうあらねばならないのか検討が必要。(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あたっては、高齢者だけではなく、子どもの受け皿としても念頭におくべき。（加藤委員⑭）

【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あたっては、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）
- ・ 最近では患者側も医療機器の適正な設備の配置が必要と主張している。国民は負担をしているので、無駄なく理に適ったやり方にしてほしいと思っており、議論できる環境にあるのではないか。（海辺委員⑭）
- ・ 医療機器の配置が診療所に多いという指摘については、大病院が検査を行わない時間帯にCT専門のクリニックが検査している実態があり、その結果、患者サービスが向上している面がある。（日野委員⑭）

3. 在宅医療・連携

＜部会資料でお示した論点＞

- 子どもから高齢者に至るまで、ライフステージごとのニーズに応じた在宅医療の普及や質の確保を図るために、どのように取り組むべきか。特に、次期医療計画（平成25年から5年）に向け、数値目標等具体的な指針のあり方も含めて、どのように取り組むべきか。（第15回）
- 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。（齊藤（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）

【地域における医療機関間、医療・介護間の連携について】

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

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）

【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り、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と。（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と。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）

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付いていく方向性が重要。（高智委員⑮）
- ・ 医療保険の事務的分野でのICT化が進歩・発展しており、蓄積されたデータの有効活用という視点から、積極的に対応すべき。（高智委員⑮）
- ・ 地域の医療を話す場には地域の住民の方も参加して議論するという形式が必要であ

り、そのためには、住民へのわかりやすい情報提供や公平なデータの公開などが必要。
(海辺委員⑭)

- ・ 救急車利用の啓発や、コンビニ受診の抑制等地域でも取り組んでいるが、国からもそういうことをやってはダメだというキャンペーン的な対策を検討してほしい。(大西委員⑮)
- ・ 東京消防庁によると、救急車が1台出るために人件費・保険費を含めて3万円かかるとのこと。住民の意識を高めるために、こういうコストがかかることを住民等に情報公開すべき。(加藤委員⑮)

【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⑬）
- ・ 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）

「検討の方向性」・関連する最近の指摘事項

(凡例)

- ・国民会議中間報告：社会保障国民会議中間報告（平成 20 年 6 月）
- ・成長戦略：新成長戦略（平成 22 年 6 月）
- ・調査会中間整理：税と社会保障の抜本改革調査会「中間整理」（平成 22 年 12 月）
- ・有識者報告：社会保障改革に関する有識者検討会報告（平成 22 年 12 月）

| 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（第12回～第15回） | 社会保障全体の改革に関する最近の報告書等における関連指摘 |
|--|---|
| 医師等の人材確保 | |
| <p><医療従事者の処遇改善について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師手当等医師としての処遇改善が重要。（水田委員⑫） ・ 医療提供体制の議論の中で、勤務医と看護師等、医療従事者の労働条件の是正について直視する必要がある。（小島委員（伊藤参考人）⑫） ・ 医師、看護師、薬剤師等の医療従事者に女性が多くなっている現状の中、夜間働くこと健康リスクを踏まえて、女性が長く働けるような環境を検討する必要がある。（齋藤（訓）委員⑫） ・ 医療職全体を見据えて、女性をどうするかという論点が必要。（山本委員⑬） ・ 看護師の職場環境と同じように医師も、最終的には3交代、複数主治医制といった職場環境にならなくてはならない。（邊見委員⑬） | <ul style="list-style-type: none"> ・ 勤務環境や処遇の改善による勤務医や医療・介護従事者の確保（成長戦略） |
| <p><医師等の養成、配置について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療・介護分野全体及び専門分野ごとの人的資源需要予測を行い、計画的養成・整備に早急に取り組む（国民会議中間報告） ・ 「地域医療支援センターなどを通じた医師の適正配置のための効果的な仕組み」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要（調査会中間整理） |

| | |
|--|---|
| <p>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）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師の養成数はもっと多めにとるべきなのではないか。（海辺委員⑬） ・ 歯科医師は過剰という問題がある。長期的に見て、医師を増やすことで歯科のようなことにならないように考えていく必要がある。（近藤委員⑫） ・ 国として看護師の数を確保すべき。養成所に国として責任を持って補助をすべき。（横倉委員（羽生田参考人）⑬） | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 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にすべき。（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） | <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師養成数の増加（成長戦略） ・ 「地域医療支援センターなどを通じた医師の適正配置のための効果的な仕組み」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要（調査会中間整理） |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 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 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 「地域医療支援センターなどを通じた医師の適正配置のための効果的な仕組み」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要である（調査会中間整理） ・ 健康問題・病気を幅広くケアできる質の高い家庭医を多数養成するとともに、医療提供体制の中で明確な位置付けを行うなど、プライマリ・ケアの役割を明確にしていくことが求められる（有識者報告） |

| | |
|--|--|
| <p>。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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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) ・ 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) ・ 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) | |
| <p><地域医療支援センターについて></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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、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か。(水田委員⑬) ・ 地域医療支援センターは、P D C A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 | <ul style="list-style-type: none"> ・ 「地域医療支援センターなどを通じた医師の適正配置のための効果的な仕組み」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要である(調査会中間整理) |

| | |
|--|--|
| <p>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)</p> | |
| <p>医療従事者間の役割分担とチーム医療について</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 救急医療の問題、地域医療の困窮、産科小児科医の不足など、様々な緊急の課題に直面している。…救急医療体制の強化や臨床研修指定病院の機能強化、専門職種間の役割分担の見直しによる医師の負担軽減など、現段階でできる緊急の対策を講じていくことはもちろん必要(国民会議中間報告) ・ 「チーム医療」「多職種協働」を基本に、限られた専門人材を効果的・効率的に活用し、利用者に対するよりよいサービスの提供を実現(国民会議中間報告) ・ 医療・介護従事者間の役割分担を見直す(成長戦略) |

| | |
|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> 医療機関経営・介護事業経営に関わる専門人材の養成・能力開発 (国民会議中間報告) |
| <p>病院・病床の機能について</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> 少子高齢化の進展により、入院する患者の疾病構造や患者の状態も大きく変わってきていることを十分認識する必要がある。(相澤委員⑫) これからは小規模の自治体立病院がすべて必要な医師数を集めることは困難であり、その町の中で最低限必要な医療は何かを考え、提供体制を構築していく必要がある。(西澤委員⑫) 医療の空洞化が心配される中、地域医療を担う保険医療機関にきちんと人が配置されることが重要だ。(小島委員(伊藤参考人)⑫) がんの患者が増えると、非常に高度な治療を求める患者の数が増えるので、そういう病院などに手厚く医師を配置する必要がある。(海辺委員⑫) 経験豊かで高いスキルを持った医師、医学部の教授などは、外来でかぜの患者を診るのではなく、最も重症度の高い方に向けてることが医療資源の効率的なあり方。(高智委員⑬) 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⑬) 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 | <ul style="list-style-type: none"> 病床数が諸外国と比較して多く、急性期・慢性期・回復期といった病床の機能分化は不明確である一方で、医療現場の人員配置が手薄で、国際標準から見ても病床当たりで比較した医師・看護師数が少なく、病院全体のスタッフ数も少ない(国民会議中間報告) 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(国民会議中間報告) 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・機器整備の充実(国民会議中間報告) 医療機関の機能分化と高度・専門的医療の集約化(成長戦略) 医師不足が深刻な急性期医療を中心に、…「病床機能の効率化・高度化」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要(調査会中間整理) 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を図り、急性期病院を中心とした人員配置の思い切った拡充等を図る(有識者報告) 不必要な入院期間を減らして早期に家庭へ復帰できるようにするとともに、できる限り最後まで地域や家庭で過ごすことができ、高齢者と家族が幸福を感じることができる社会を目指す。そのために、地域ごとに医療・介護・福祉の継続的で包括的な連携をすすめ、地域包括ケアを実現する(有識者報告) |

| | |
|---|--|
| <p>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り、人員配置は自ずと異なる。(相澤委員⑭)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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) | |
| <p>診療所について</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 「施設完結型」システムから「地域完結型」システムへの転換。地域の病院・診療所が網の目状のネットワークをはり、地域資源を最大限効率的に活用しながら相互の機能分担・連携によって「面的」に医療ニーズをカバーする体制の実現(国民会議中間報告) ・ 「地域における医療機能ネットワーク化」…「急性期からポストホスピタルの一体化」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要である(調査会中間整理) |
| <p>地域における医療機関間、医療・介護間の連携、在宅医療の推進について</p> | |
| <p><地域における医療機関間、医療・介護間の連携について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域における医療機関連携のための施策の実施状況や効果をきちんと検証すべき。地域連携は着実に進んでいるのか。(光山委員⑫) ・ 現在進んでいる厚労省の「地域医療再生計画」のプロジェクトでは、それぞれの県で行政、医師会、大学、地域の病院が一緒に行うという計画である。(水田委員⑫) ・ 救急については、もっと医療機関はお互い様の考え方を持って、分け合えばいいと思う。得意な分野だけ診てもらって、あとは他の病院で診るといった、柔軟な仕組みを作ればよい。(相澤委員⑮) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 「施設完結型」システムから「地域完結型」システムへの転換。地域の病院・診療所が網の目状のネットワークをはり、地域資源を最大限効率的に活用しながら相互の機能分担・連携によって「面的」に医療ニーズをカバーする体制の実現(国民会議中間報告) ・ 「地域における医療機能ネットワーク化」…「急性期からポストホスピタルの一体化」…などに効率的・重点的に資源を投入すること |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 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ものがみんなで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) | <ul style="list-style-type: none"> ・ とによって対応していくことが必要である(調査会中間整理) ・ 在宅での医療介護の充実(調査会中間整理) ・ 地域資源を効率的に活用しながら、相互の機能分担によって、地域医療のネットワーク化を実現(有識者報告) |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 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⑫) ・ 医療提供体制ということで医療だけで見るとはなくて、介護、福祉を併せて議論すべき。(西澤委員⑫) ・ 高齢者も小児も、家事支援のような医療とは違うところも整わないと、家に帰るのは非常に難しい。(海辺委員⑫) ・ 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⑮) ・ 医療提供体制のグランドデザイン、介護提供体制のグランドデザインのリンケージを忘れてはならない。(部会長代理⑫) ・ 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 人々が日常を過ごす地域で、必要な医療・介護・福祉のサービスが包括的・継続的に提供できる体制の実現(国民会議中間報告) ・ 在宅支援機能を持つ主治医と介護支援専門員の連携を軸とした「地域包括ケアマネジメント」の実現(国民会議中間報告) ・ 医療・介護・健康関連サービス提供者のネットワーク化による連携(成長戦略) ・ 介護施設、居住系サービスの増加を加速(成長戦略) ・ 都道府県ごとに、関係団体や行政が客観的データに基づき協議し、地域医療の在り方をデザインする。地域ごとに医療・介護・福祉の継続的で包括的な連携をすすめ、地域包括ケアを実現(有識者報告) ・ 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を図り、急性期病院を中心とした人員配置の思い切った拡充等を図る(有識者報告) ・ 不必要な入院期間を減らして早期に家庭へ復帰できるようにするとともに、できる限り最後まで地域や家庭で過ごすことができ、高齢者と家族が幸福を感じることができる社会を目指す。そのために、地域ごとに医療・介護・福祉の継続的で包括的な連携をすすめ、地域包括ケアを実現(有識者報告) |

<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⑭)
- ・ 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⑯)
- ・ 在宅医療の中で薬剤に関する問題は、高齢者の方が増えることによる重複投薬や相互作用へのリスク増や、視覚・聴覚感覚の衰え、嚥下能力の低下による入念な服薬の管理の必要性などがあり、薬剤師が参加できると考える。また、薬剤師が在宅医療に参加すれば、飲み残しの無駄が省けるほか、在宅を担当する医師の負担軽減につながる。(山本委員⑰)
- ・ 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⑱)
- ・ 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⑲)

- ・ 「施設完結型」システムから「地域完結型」システムへの転換。地域の病院・診療所が網の目状のネットワークをはり、地域資源を最大限効率的に活用しながら相互の機能分担・連携によって「面的」に医療ニーズをカバーする体制の実現(国民会議中間報告)
- ・ 勤務環境や処遇の改善による勤務医や医療・介護従事者の確保(成長戦略)
- ・ 医療機関の機能分化と高度・専門的医療の集約化(成長戦略)
- ・ 情報通信技術の活用による在宅での生活支援ツールの整備(成長戦略)
- ・ 都道府県ごとに、関係団体や行政が客観的データに基づき協議し、地域医療の在り方をデザインする。地域資源を効率的に活用しながら、相互の機能分担によって、地域医療のネットワーク化を実現(有識者報告)
- ・ 不必要な入院期間を減らして早期に家庭へ復帰できるようにするとともに、できる限り最後まで地域や家庭で過ごすことができ、高齢者と家族が幸福を感じることができる社会を目指す。そのために、地域ごとに医療・介護・福祉の継続的で包括的な連携をすすめ、地域包括ケアを実現(有識者報告)

医療計画

<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と。（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）
- ・ 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（国民会議中間報告）
- ・ 「施設完結型」システムから「地域完結型」システムへの転換。地域の病院・診療所が網の目状のネットワークをはり、地域資源を最大限効率的に活用しながら相互の機能分担・連携によって「面的」に医療ニーズをカバーする体制の実現（国民会議中間報告）
- ・ 医療機関の機能分化と高度・専門的医療の集約化（成長戦略）
- ・ 「病床機能の効率化・高度化」「地域における医療機能ネットワーク化」…「急性期からポストホスピタルの一体化」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要（調査会中間整理）
- ・ 都道府県ごとに、関係団体や行政が客観的データに基づき協議し、地域医療の在り方をデザインする。地域資源を効率的に活用しながら、相互の機能分担によって、地域医療のネットワーク化を実現（有識者報告）
- ・ 不必要な入院期間を減らして早期に家庭へ復帰できるようにするとともに、できる限り最後まで地域や家庭で過ごすことができ、高齢者と家族が幸福を感じることができる社会を目指す。そのために、地域ごとに医療・介護・福祉の継続的で包括的な連携をすすめ、地域包括ケアを実現（有識者報告）

| | |
|---|--|
| <p><医療計画における4疾病5事業について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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り、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と。(高智委員⑮) ・ 4疾病5事業というカテゴリーがぴったり来ない。(日野委員⑮) | |
| <p>救急・周産期医療体制</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> ・ 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) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 救急医療の問題、地域医療の困窮、産科小児科医の不足など、様々な緊急の課題に直面している。…救急医療体制の強化や臨床研修指定病院の機能強化、専門職種間の役割分担の見直しによる医師の負担軽減など、現段階でできる緊急の対策を講じていくことはもちろん必要(国民会議中間報告) ・ 救急医療体制の揺らぎや医師不足問題などに対して緊急の対策を講じていく(有識者報告) |

患者との関係、広告など

<患者中心の医療と住民意識の啓発について>

- ・ 医療関係者の患者に対するアプローチの仕方が良くなったので、患者の満足度は上がっている。これはとても良いことであり、大切なことである。(水田委員⑬)
- ・ 医療計画のあるべき姿を検討する上においても、患者中心の医療に着実に結び付いていく方向性が重要。(高智委員⑮)
- ・ 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)

- ・ 医師と患者の信頼関係、医療・介護サービスを求める者と利用する者の信頼関係が非常に重要である。両者がそれぞれに相手の立場を理解し、協力し合う関係をつくることが重要(国民会議中間報告)

<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

| | |
|---|---|
| <p>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)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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) | |
| <p><医療の質の評価・公表について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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) | |
| <p><関連する動き等について></p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 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) ・ 「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) | <ul style="list-style-type: none"> ・ 医療・介護におけるIT化の推進 (国民会議中間報告) ・ がんや認知症などの重点疾患ごとに、専門的医療機関を中心としたコンソーシアムを形成し、研究費や人材を重点的に投入する (成長戦略) ・ アジアの富裕層等を対象とした健診、治療等の医療及び関連サービスを観光とも連携して促進 (成長戦略) |

社会保障国民会議医療・介護費用のシミュレーション「参考資料」(平成 20 年 10 月 23 日)より

医療・介護提供体制にかかる課題 ～ 我が国の一般病床・療養病床 ～

- ・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。
- ・1990年頃から、急性期医療（一般病床）、慢性期医療（療養病床）、介護（介護老人保健施設）のニーズに応じた機能分化を進めてきたが、機能分化はまだ不十分であるとともに、急性期医療をさらに機能分化・機能強化するニーズが生じてきている。

（一般病床）

- ・急性期医療については、医療資源の集中投入がより必要な重症患者を中心とした急性期医療の機能分化・重点化が十分でなく、さらに、平均在院日数も諸外国と比較しても長くなっており、全体として非効率であるのみならず、医療の質・患者のQOLにも影響を与えている。
- ・他方、そのような重症急性期患者の退院後の受け皿となる、いわゆる亜急性期・回復期にふさわしい、ある程度安定した急性期治療やリハビリ等の機能を有する病床は非常に不足している。このことが、一般病床と療養病床の機能分化、平均在院日数短縮が進まない一因となっている。

（療養病床）

- ・医療ニーズの強い患者を受けれている事例が存在する一方、いわゆる社会的入院を受け入れる事例もあるなど、病院の機能と患者の状態像とが必ずしも合致していない。

社会保障国民会議医療・介護費用のシミュレーション「解説資料」(平成 20 年 10 月 23 日)より

「シミュレーションの前提」におけるサービス提供体制改革の基本的考え方

- 平成 37 (2025) 年において、国民の医療・介護ニーズを保障するために必要な医療・介護サービスを確保する（サービス総量の確保）。
- 社会保障国民会議中間報告で指摘されている、現在の医療・介護サービス提供体制の問題点を克服し、国民の求める医療・介護サービスを、質・量両面で最も効率的かつ効果的に提供できる体制を実現する。（効率的・効果的サービス提供の実現）
- 病気や介護が必要になっても、適切なサービスを利用して、個人の自立と QOL の追求が可能になるよう、医療・介護を通じて、個々人の心身状態に最もふさわしいサービスが切れ目なく提供できるような医療・介護サービス提供体制の一体的改革を行う。（サービスの質の確保、利用者の個別性の尊重）
- 施設か在宅かの二者択一ではなく、介護施設の生活環境の改善（個室、ユニット化）や小規模化と在宅医療・介護サービスの多様化と拡充、ケア付き住宅など居住系サービスの拡充により、利用者の希望と選択により、重度であっても、地域のなかでの暮らしを継続できるために必要なサービスを提供する。（個人の選択・生活の継続性の保障）
- 欧米先進諸国の実情も参考にし、国際的にみても遜色ないレベルの医療・介護を目指す。

《参考》社会保障国民会議中間報告で指摘されている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
- ・ 地域における医療機関のネットワーク化
- ・ 地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現
- ・ 医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築

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（B 1 シナリオ）から、最も改革が進んだシナリオ（B 3 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。

(介護)

- 介護サービスについては、高齢者の尊厳、個別性の尊重を基本に、できる限り住み慣れた地域での生活の継続を支援することを目指し、高齢化の進行等による要介護高齢者数の増大を踏まえたサービス全体の量的拡充を図るとともに、高齢単身／夫婦のみ世帯の増大、認知症高齢者の増大、重度要介護者の増大、医療・介護双方のサービスを必要とする高齢者の増大など、要介護高齢者の状態像の変化を踏まえたサービスの多様化と機能強化を実現する。
- できる限り住み慣れた地域での生活を継続したいという国民の意向を実現するため、既存の在宅サービスの充実に加えて、24時間対応訪問介護・看護サービスなどを拡充するとともに、グループホームやケア付き住宅などの居住系サービスを諸外国並みの水準まで拡充する。
- また、増大する認知症高齢者に適切な介護サービスを提供するため、小規模多機能サービスやグループホームを拡充し、重度化しても在宅生活の継続を可能にする在宅サービスの整備・機能強化を図る。
- 施設サービスについても、認知症高齢者への対応強化や個々人の暮らしの継続性を尊重する個別性の高いケアを実現する観点から、個室・ユニット化を推進するとともに地域に密着した小規模型施設を重点的に整備する。
- また、全体としての入所者の重度化の進行や終の棲家としての看取り機能、在宅支援（通過施設）機能など、介護施設利用者のニーズを踏まえた施設機能の強化を図る。

(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。

民主党・税と社会保障の抜本改革調査会「中間整理」(抜粋) (平成 22 年 12 月 6 日)

3. 個別の社会保障の課題と方向性

(1) サービス給付(医療、介護)

<課題>

医療は国民の生命に直結する課題であり、国民の関心も高い。我が国の医療制度は国際的には高い評価を受ける一方で、救急や産科・小児科・外科などの医師不足、地域医療の困窮などの医療提供体制や、高齢化の進展に応じた財源確保のための保険料、自己負担額の増大に対する国民の不安が高まっている。

介護保険は 2000 年にスタートした、比較的新しい保険制度であるが、その需要の伸びは著しく、介護保険料が累次にわたり引き上げられ、その負担が課題となっている。また、保険スタート時に示された「在宅介護中心」は、在宅サービスの不足などから未だに実現していない。

<方向性>

世界に先駆けて実現した、我が国の「皆保険」制度は将来にわたって堅持していかなければならない。病気やけがなどで医療を必要とする人がいつでも適切な医療サービスの提供を受けられる「フリーアクセス」は国民の安心感の基盤であり、引き続き、堅持していく。現在の国民の不安に対しては、医師不足が深刻な急性期医療を中心に、「病床機能の効率化・高度化」「地域における医療機能ネットワーク化」「地域医療支援センターなどを通じた医師の適正配置のための効果的な仕組み」「急性期からポストホスピタルの一体化」「ガンをはじめとする生活習慣病対策の強化」などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要である。また、規制制度の改革などによるドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの解消、在宅での医療介護の充実など、国民がより良質の医療サービスを受けられるようにすべきである。

介護については、24 時間の介護サービス提供など地域におけるトータルケアの充実などの在宅介護サービスの質的・量的な拡充や家族介護者へのサポートなど在宅支援の強化に引き続き取り組むと共に、介護人材の養成や待遇改善による介護従事者の確保を行っていく必要がある。「介護予防」については、引き続き、その効果の検証を踏まえ、行っていくべきである。

医療、介護いずれについても、増大する需要を支える財源をいかに求めるかが最大の課題である。不要・過剰なサービスの根絶、診療報酬審査機関を含めた関連事務体制の効率化などに最大限努めつつ、国民の理解を得られる財源確保の手段を検討すべきである。

一方で医療、介護の分野の潜在需要は大きく、量的な不足の解消、多様なサービスの提供など国民ニーズに基づき潜在需要を顕在化させることで、医療、介護に係わる産業の成長を促し、雇用の拡大を図ることができる。社会保障全体の改革、特に医療、介護分野の改革は、成長戦略の一環と位置づけるべきである。

なお、現在政府において「高齢者医療の見直し」「介護保険制度改革」の議論が進んでいるが、これらの改革は抜本改革と平仄を合わせたものでなければならない。

社会保障改革に関する有識者検討会報告～安心と活力への社会保障ビジョン～（抜粋）（平成22年12月6日）

＜サービス保障 医療・介護＞

医療・介護については、救急医療体制の揺らぎや医師不足問題などに対して緊急の対策を講じていくとともに、今後増大するサービス需要に確実にかつ効率的に応え、国民が安心して過ごすことのできる医療・介護サービス提供基盤の強化を図ることが必要である。

医療・介護のサービス提供体制については、次のようなかたちでサービス供給体制の整備を図るべきである。

- ①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を図り、急性期病院を中心とした人員配置の思い切った拡充等を図る。
- ②都道府県ごとに、関係団体や行政が客観的データに基づき協議し、地域医療の在り方をデザインする。地域資源を効率的に活用しながら、相互の機能分担によって、地域医療のネットワーク化を実現する。
- ③不必要な入院期間を減らして早期に家庭へ復帰できるようにするとともに、できるかぎり最後まで地域や家庭で過ごすことができ、高齢者と家族が幸福を感じることができる社会を目指す。そのために、地域ごとに医療・介護・福祉の継続的で包括的な連携をすすめ、地域包括ケアを実現する。

そのような取組の中で、健康問題・病気を幅広くケアできる質の高い家庭医を多数養成するとともに、医療提供体制の中で明確な位置付けを行うなど、プライマリ・ケアの役割を明確にしていくことが求められる。こうしたプライマリ・ケアの実現は、とくに高齢者ケアに関しては、家庭医による複数の併存症のマネジメント、多重薬剤の回避、介護資源の効率的利用、疾病予防など、医療・介護サービスの質を高め、医療・介護費用の増大の抑制につながる効果も期待できる。

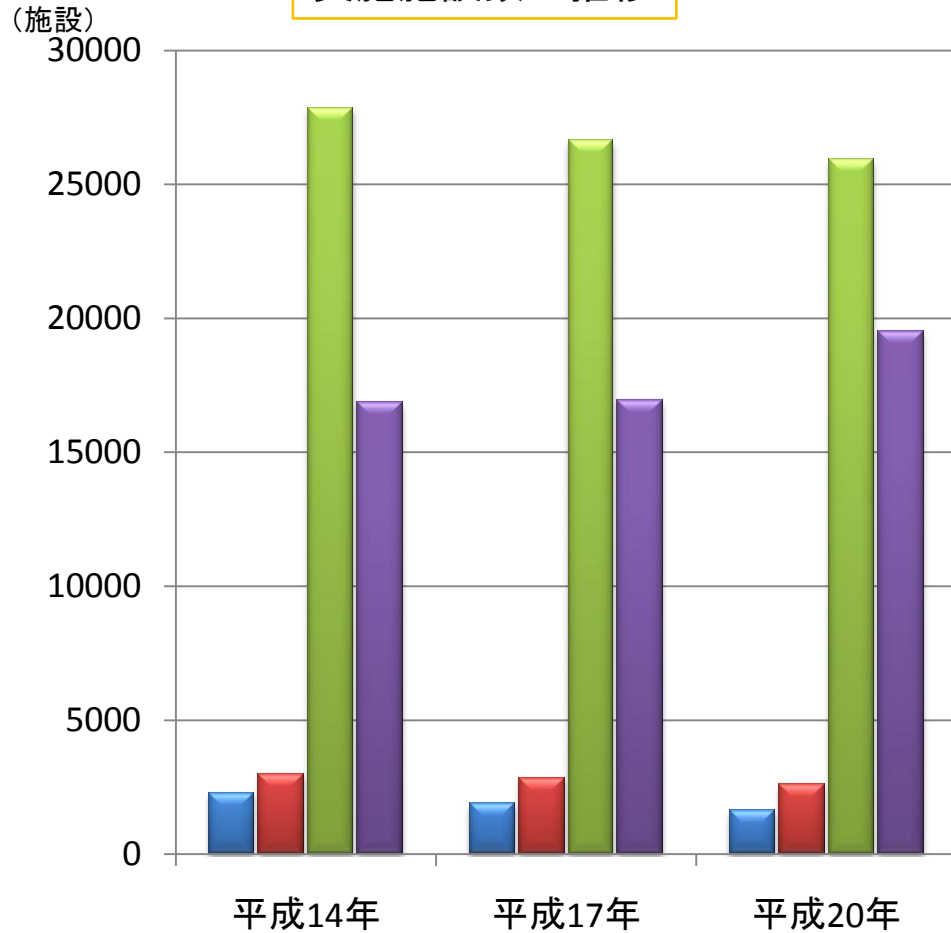
こうした改革を確実にすすめていくためには、サービス供給体制の改革と同時に、安定的な財源を継続的に確保していくために、医療制度と介護制度内部での資源配分のあり方を見直していくことが必要になる。おりしも2012年4月には、6年に一度の診療報酬・介護報酬の同時改定が行われる。ここで、診療報酬と介護報酬の基本骨格の見直しをおこなうべきである。その際には、介護サービスにおける労働力を確保するためにも、介護労働者のキャリアのステップアップを支援するとともに、その給与水準が改善されるような配慮が求められる。

在宅医療と連携について

<在宅医療>

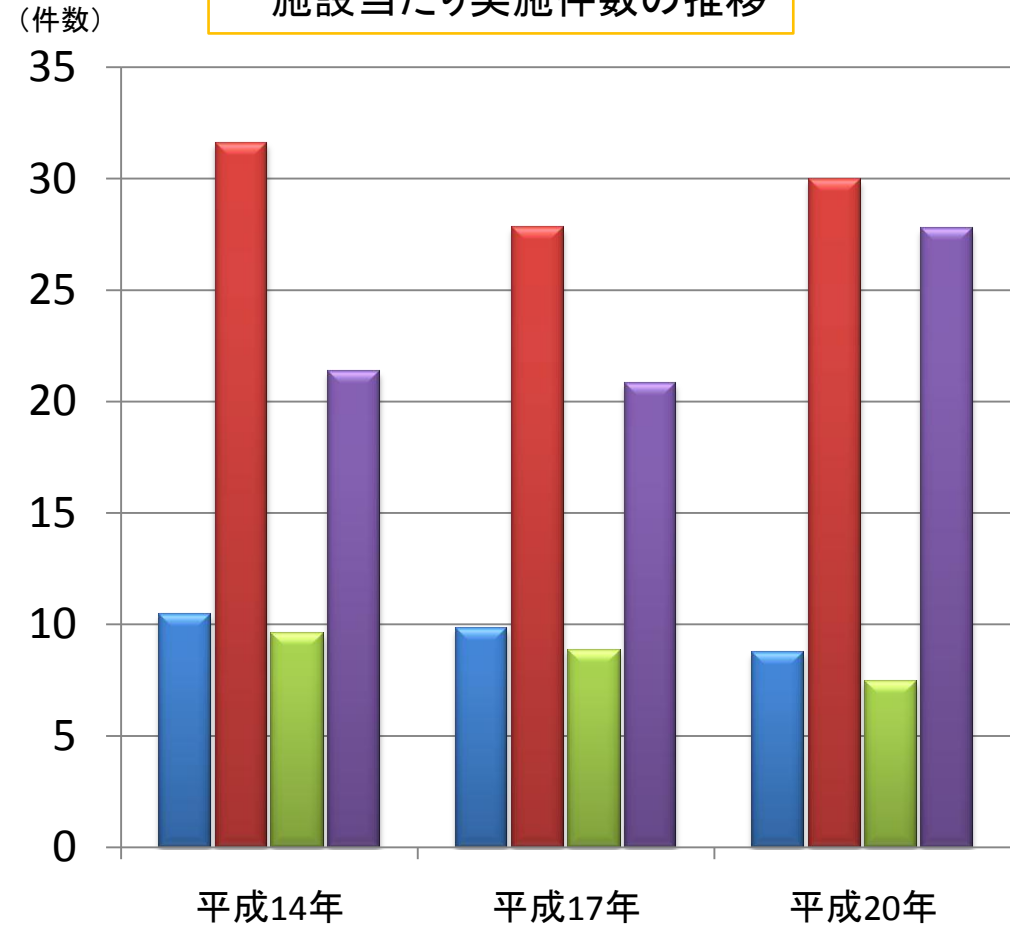
往診・訪問診療の状況

実施施設数の推移



■ 病院 往診 ■ 病院 訪問診療
■ 一般診療所 往診 ■ 一般診療所 訪問診療

一施設当たり実施件数の推移



■ 病院 往診 ■ 病院 訪問診療
■ 一般診療所 往診 ■ 一般診療所 訪問診療

注1) 往診とは、患家の求めに応じて患家に赴き行われた診療

注2) 訪問診療とは、在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して定期的に訪問して行われた診療

在宅療養支援診療所

在宅療養支援診療所の届出状況：12487件

(厚生労働省保険局医療課調べ：平成22年7月1日時点)

平成18年度創設

患家に対する24時間の窓口として、必要に応じて他の病院、診療所等との連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供できる体制を構築。

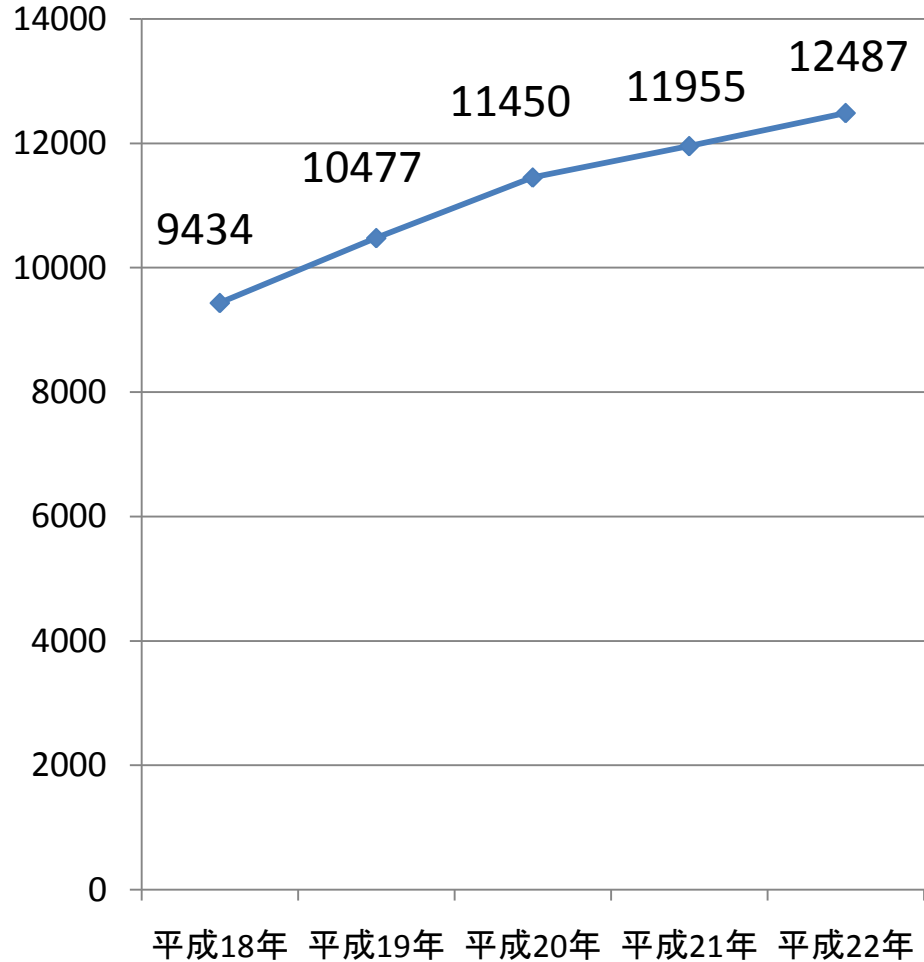
在宅療養支援診療所の要件

- 保険医療機関たる診療所であること
- 当該診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員を配置し、その連絡先を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関の保険医との連携により、当該診療所を中心として、患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関、訪問看護ステーション等の看護職員との連携により、患家の求めに応じて、当該診療所の医師の指示に基づき、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当看護職員の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 当該診療所において、又は他の保険医療機関との連携により他の保険医療機関内において、在宅療養患者の緊急入院を受け入れる体制を確保していること
- 医療サービスと介護サービスとの連携を担当する介護支援専門員(ケアマネジャー)等と連携していること
- 当該診療所における在宅看取り数を報告すること 等

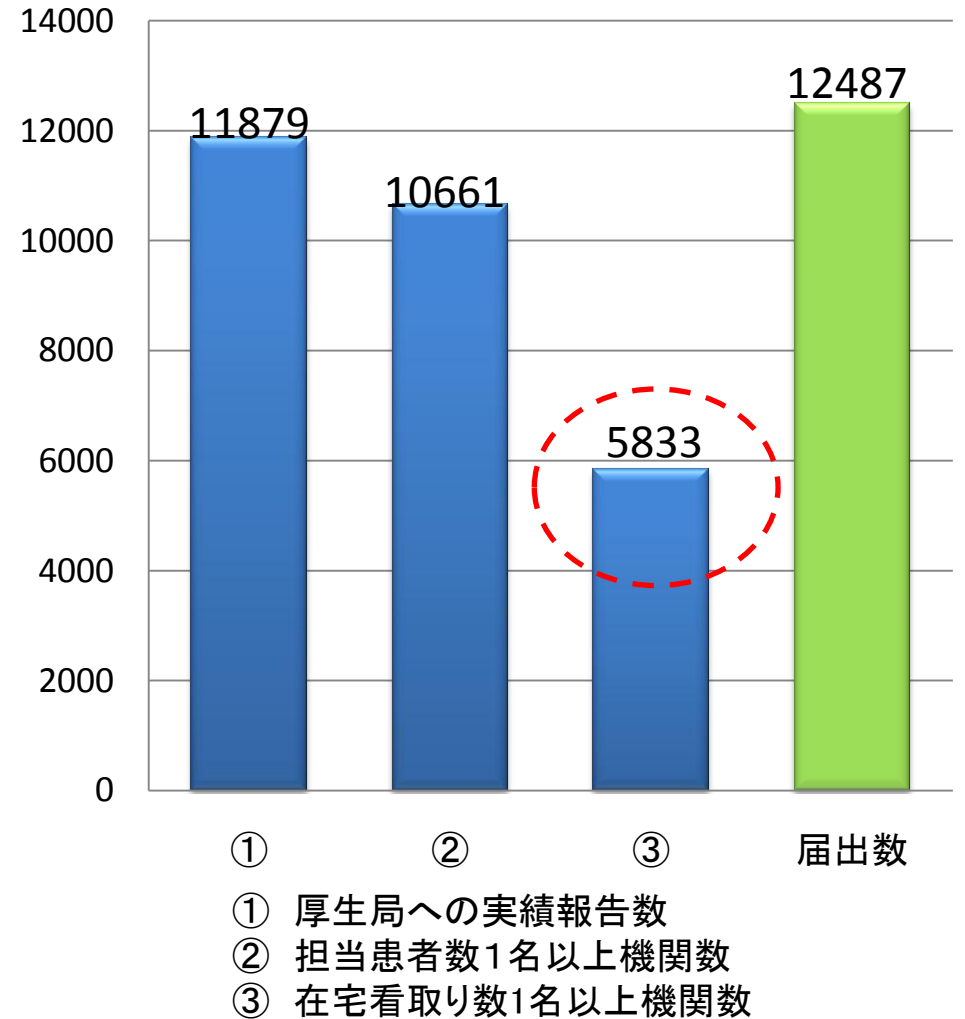
在宅療養支援診療所の届出数の推移

○ 在宅療養支援診療所のうち、平成22年に看取りを行っているのは約半数。

在宅療養支援診療所 届出数



在宅療養支援診療所の実績



在宅療養支援病院

在宅療養支援病院の届出状況: 331件

(厚生労働省保険局医療課調べ:平成22年7月1日時点)

平成20年度創設

診療所のない地域においては、在宅医療の主たる担い手が病院となっている現状に着目し、そのような病院が行う在宅医療について在宅療養支援診療所と同様の評価を行うこととした。

■ 具体的な内容

下記のような要件を満たす病院を在宅療養支援病院とし、在宅療養支援診療所と同じように在宅時医学総合管理料1及び在宅末期医療総合診療料の算定を認める。

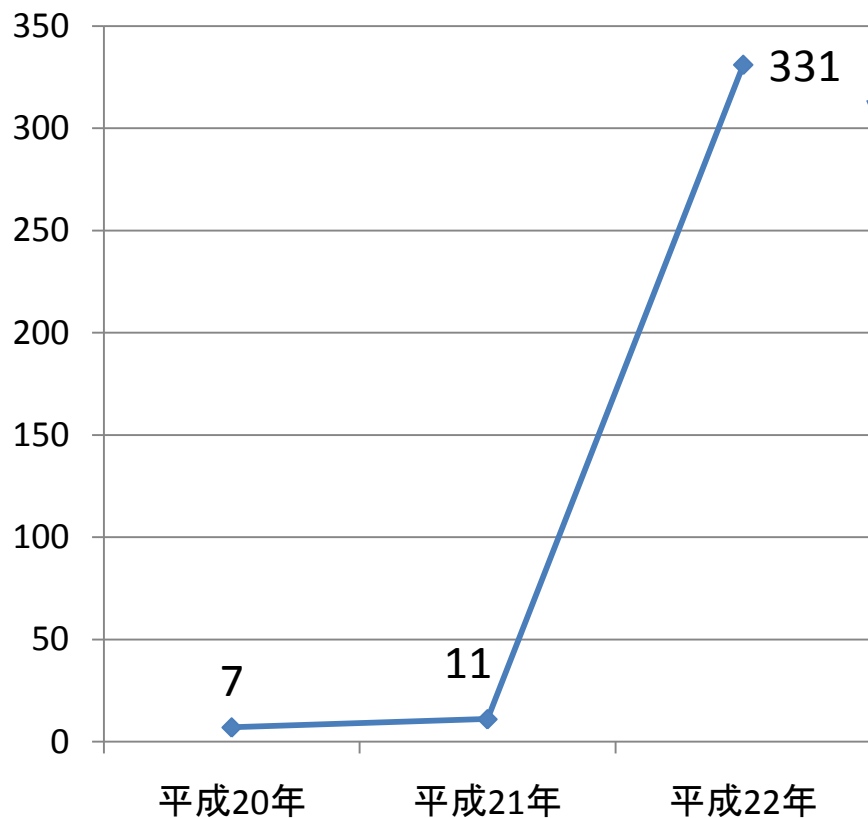
在宅療養支援病院の要件

- 許可病床数が200床未満の病院であること又は当該病院を中心とした半径4Km以内に診療所が存在しないものであること
- 24時間連絡を受ける担当者をあらかじめ指定し、その連絡先を文書で患家に提供していること
- 患家の求めに応じて、24時間往診が可能な体制を確保し、往診担当医の氏名、担当日等を文書で患家に提供していること
- 往診を担当する医師は当該保険医療機関の当直体制を担う医師とは別の者であること
- 当該病院において、又は訪問看護ステーションとの連携により、24時間訪問看護の提供が可能な体制を確保し、訪問看護の担当者の氏名、担当日等を文書により患家に提供していること
- 当該病院において、緊急時に居宅において療養を行っている患者が入院できる病床を常に確保していること
- 当該地域において、他の保健医療サービス及び福祉サービスとの連携調整を担当する者と連携していること
- 在宅看取り数等を報告していること等

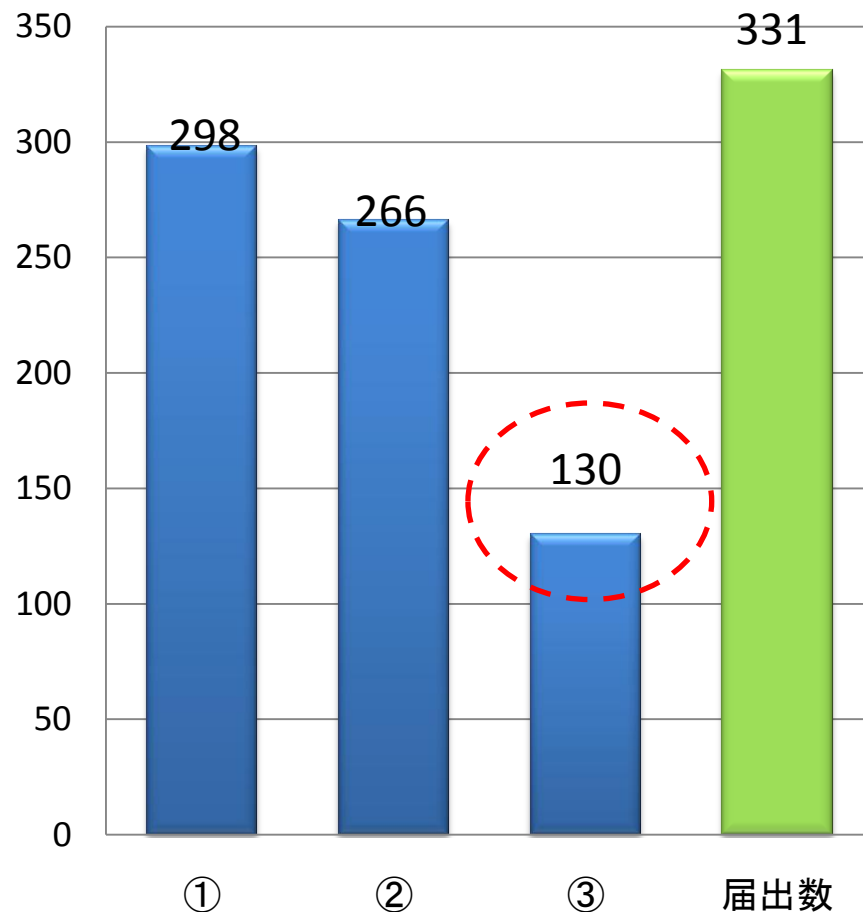
在宅療養支援病院の届出数の推移

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

在宅療養支援病院 届出数



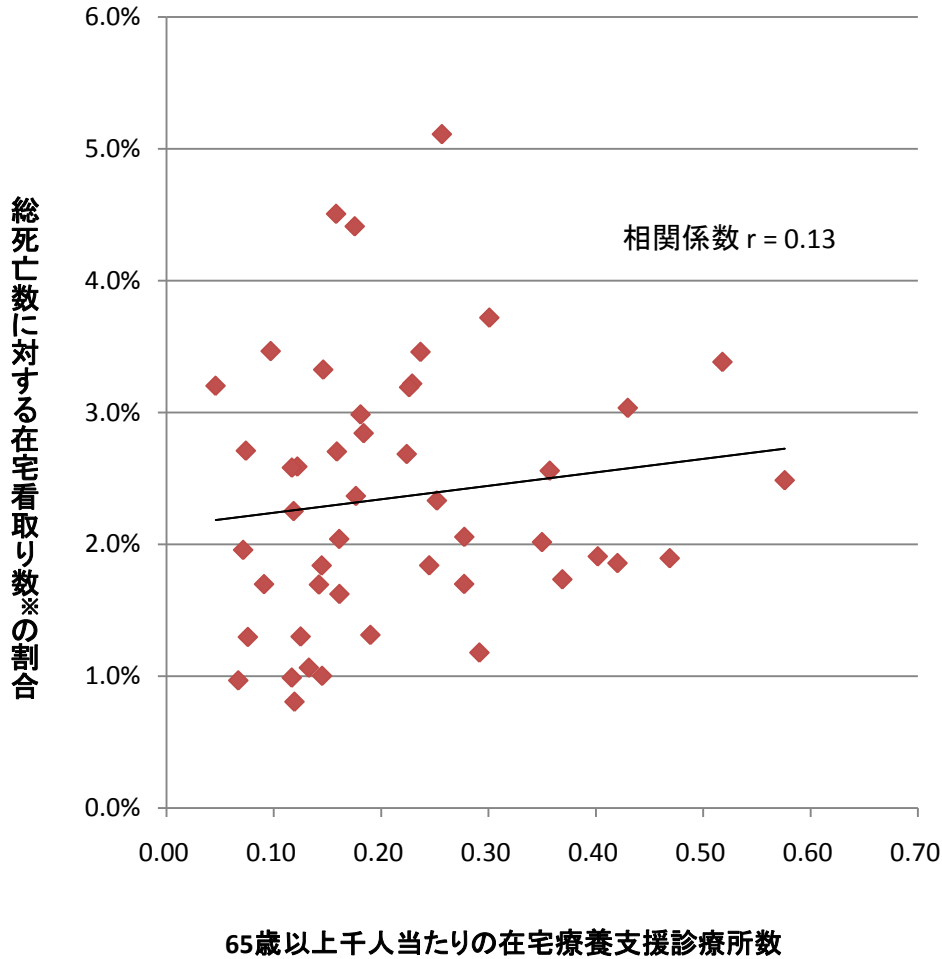
在宅療養支援病院の実績



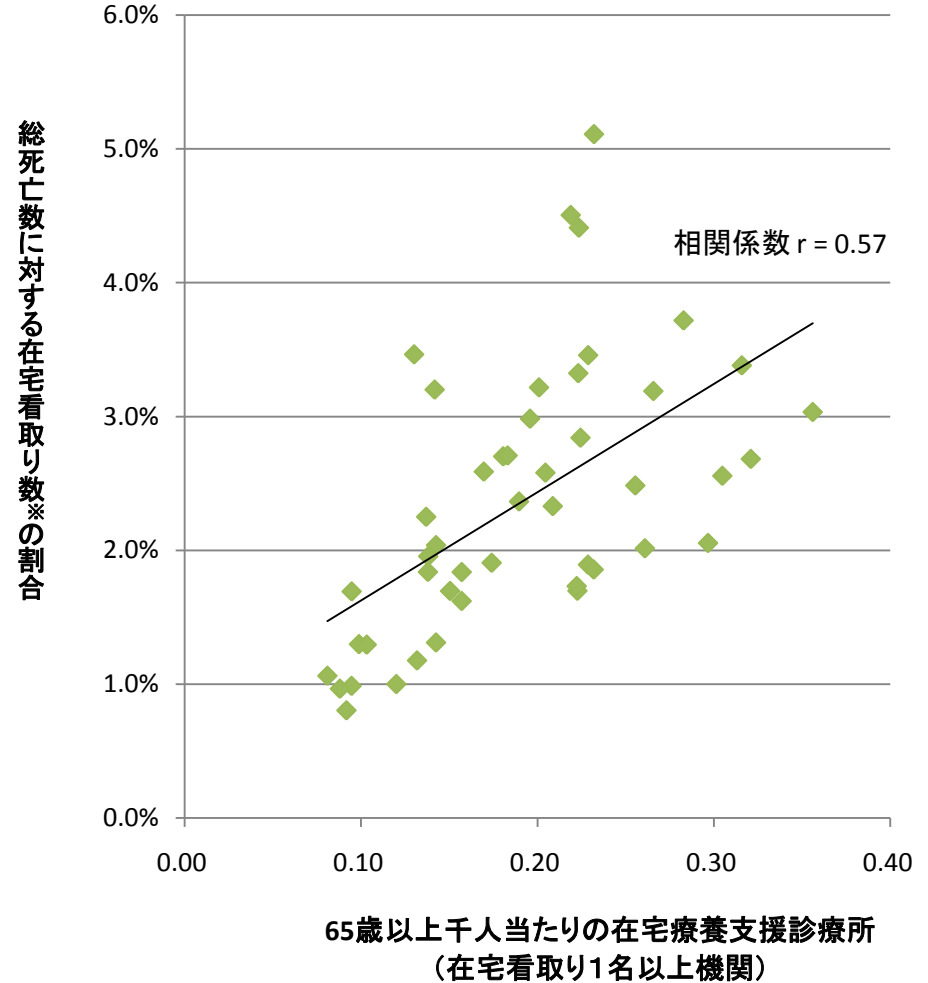
- ① 厚生局への実績報告数
- ② 担当患者数1名以上機関数
- ③ 在宅看取り数1名以上機関数

在宅療養支援診療所と在宅看取り数※の関係 (都道府県別)

在宅療養支援診療所



在宅看取り数1名以上の在宅療養支援診療所

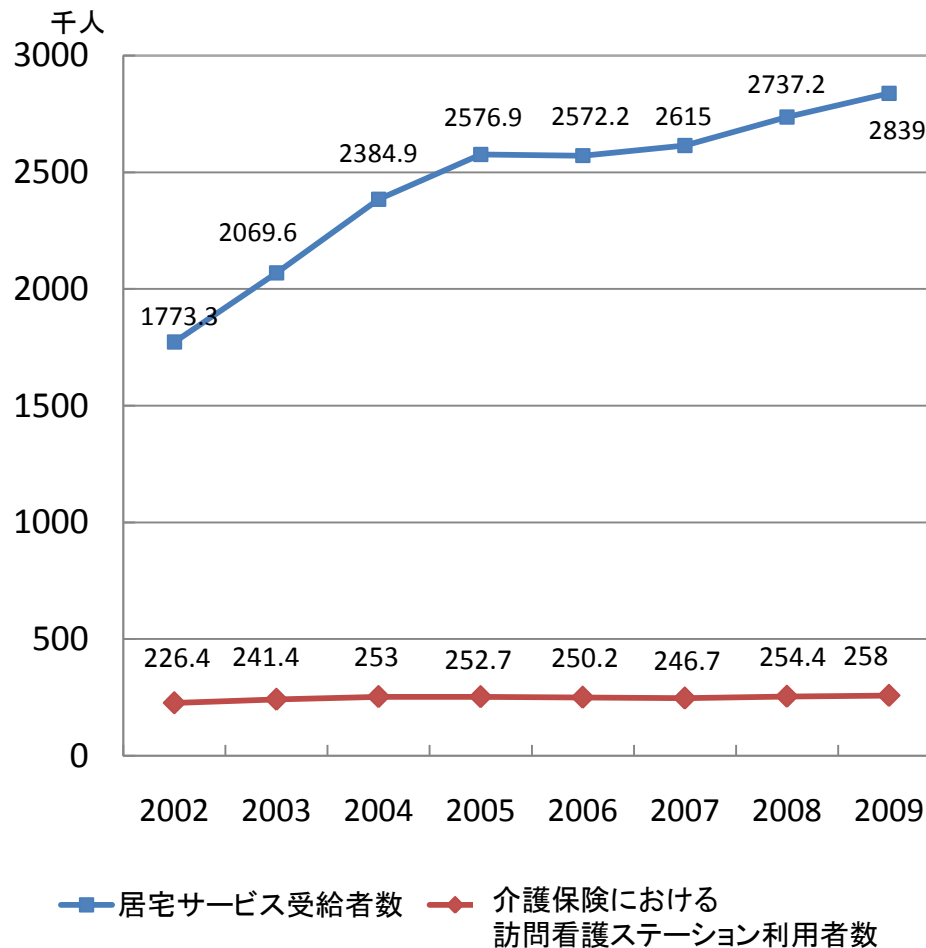


(※)在宅療養支援診療所が行っている在宅看取り数

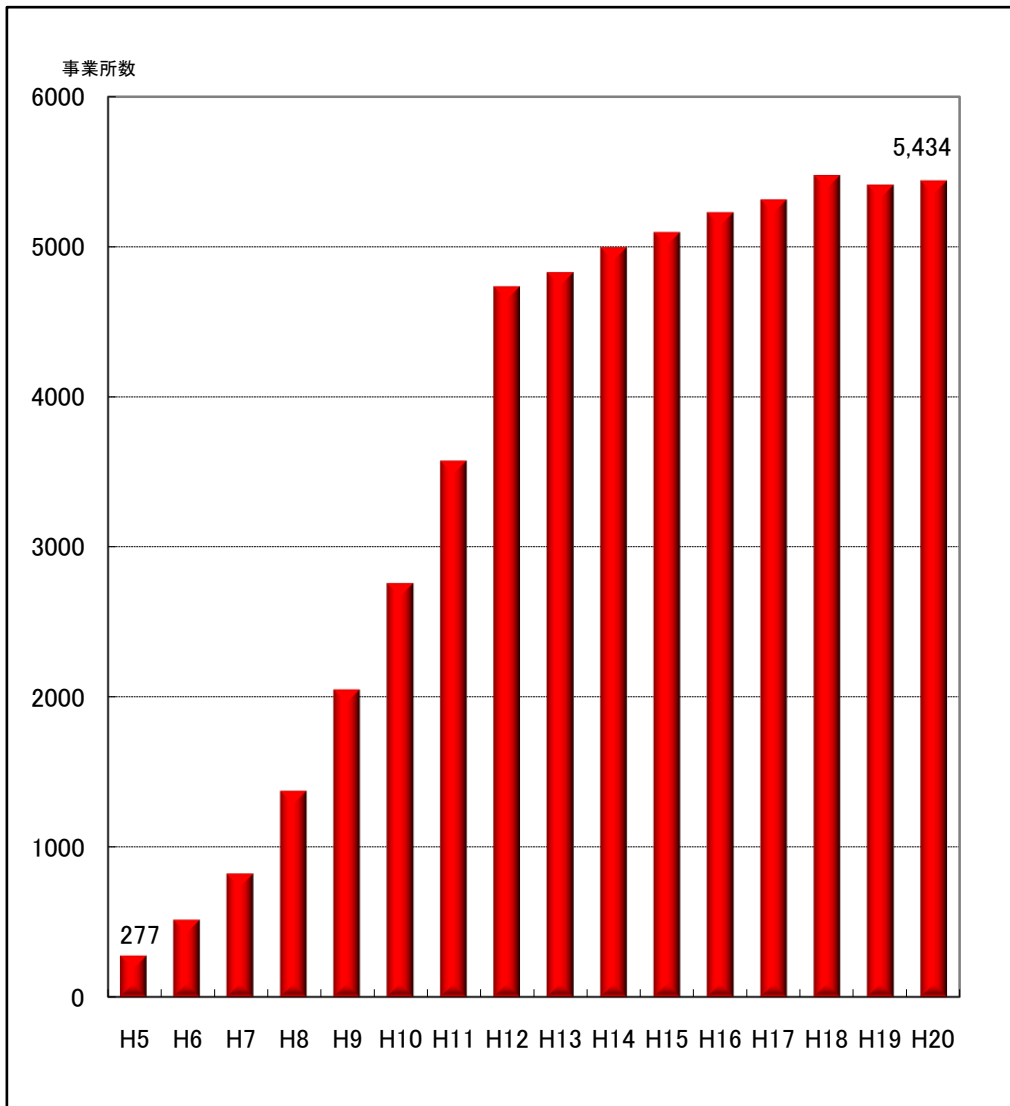
訪問看護サービス利用者数と訪問看護ステーション数の推移

■ 居宅サービス利用者および訪問看護利用者の推移

居宅サービス全体の利用者数は伸びているが、訪問看護サービス利用者数は横ばいである。



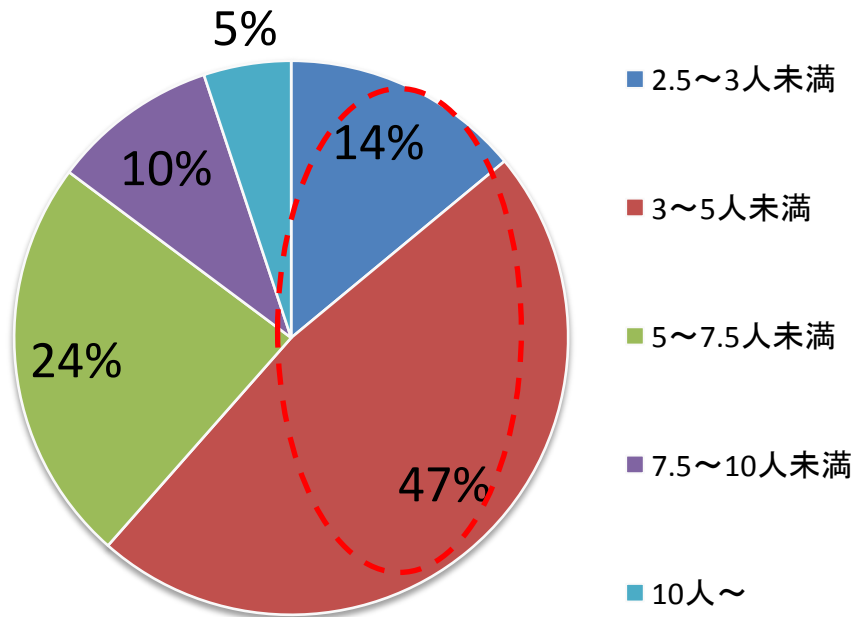
■ 訪問看護ステーション数の変化



訪問看護ステーションの規模別状況

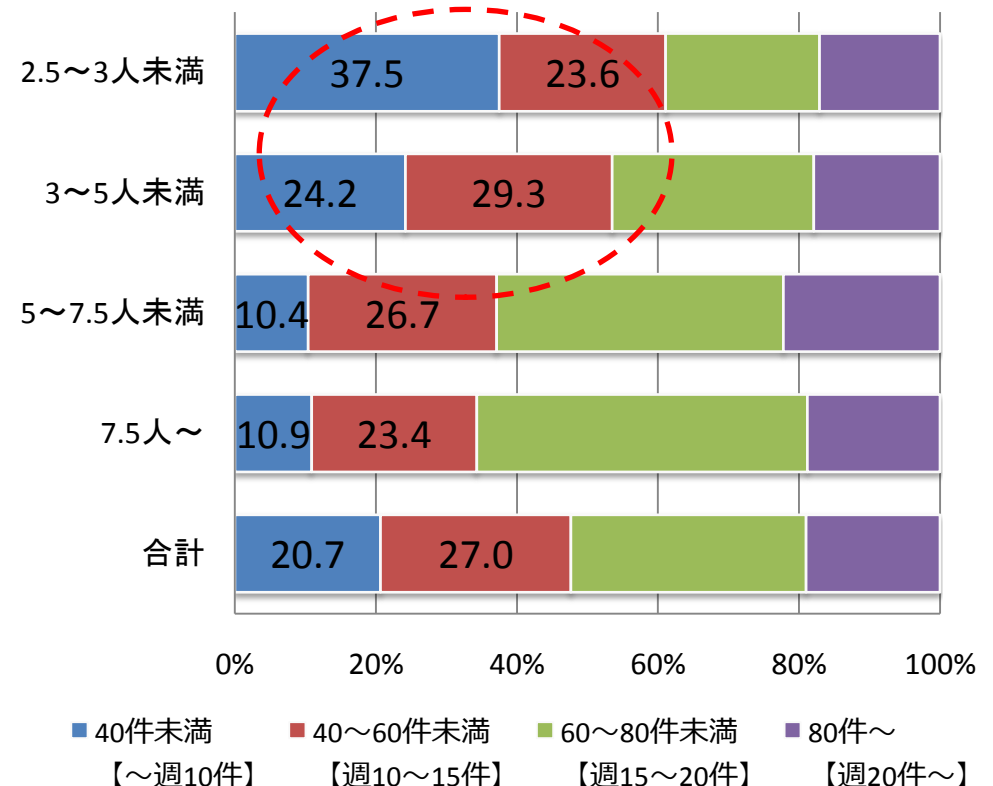
- 5人未満の小規模なステーションが約60%を占めている。
- 小規模なステーションであるほど職員一人当たりの訪問件数(医療保険と介護保険の合計数)が少ない。

職員※数規模別にみた事業所数の構成(N=1,713)



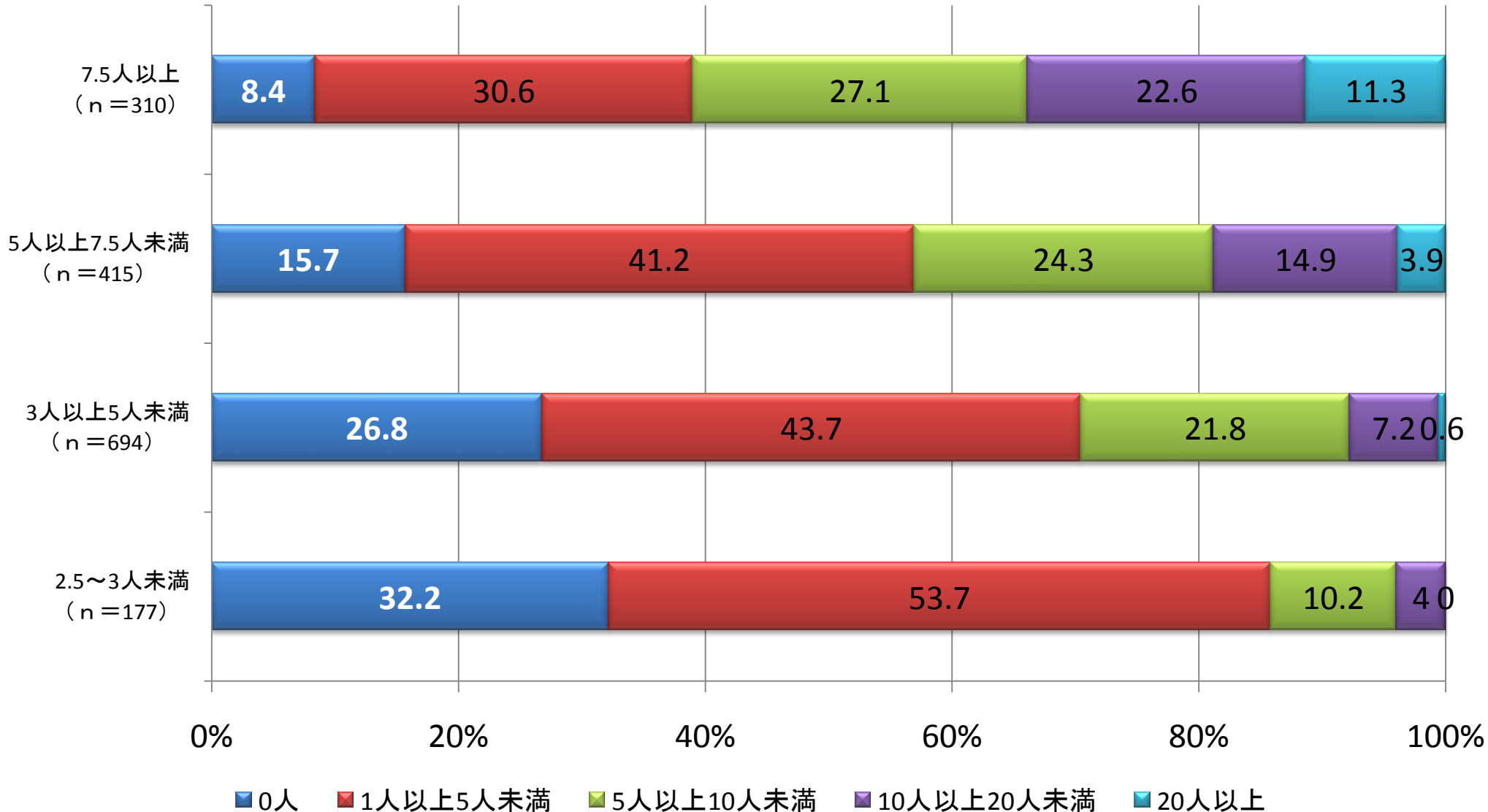
※訪問看護の人員基準の算定対象となる職員のみ

職員※数規模別にみた
職員一人月当たりの訪問看護件数(N=1,556)



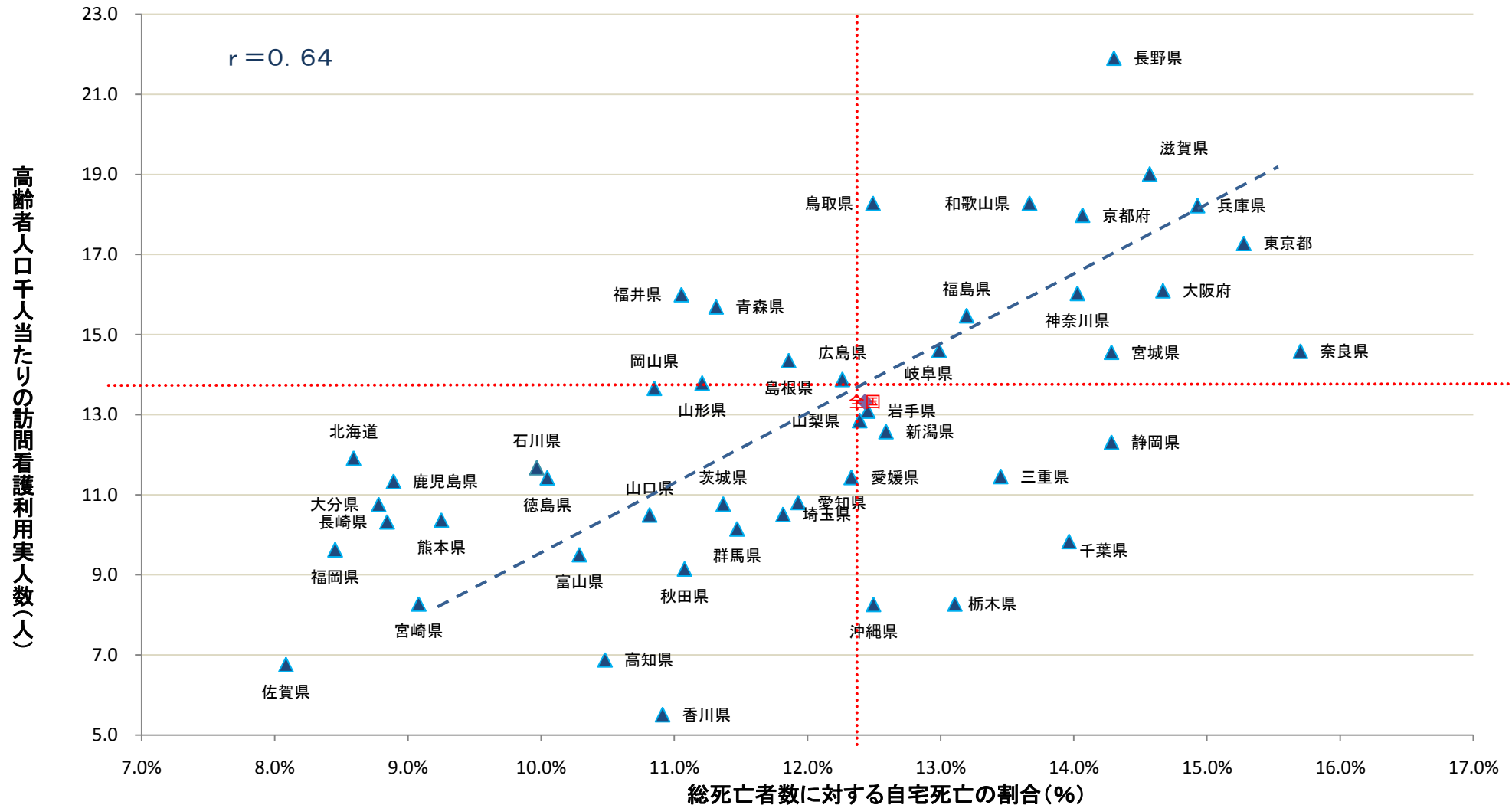
訪問看護事業所の規模別年間看取り数の状況

○訪問看護事業所の規模が小さいほど、在宅における看取り数も少ない傾向がある。



訪問看護の利用状況と自宅死亡の割合

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



■ 在宅医療推進上の課題

- 高齢者の増加、価値観の多様化に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごす「生活の質」を重視する医療が求められている。

■ 本事業の目的

- 在宅医療提供機関等を連携拠点として、多職種協働による在宅医療の支援体制を構築し、地域における包括的かつ継続的な在宅医療の提供を目指す。

在宅医療の連携拠点を設け、地域包括支援センター等と連動しながら
多職種連携を促進

分断した医療と介護を包括的に提供できる体制を構築する

多職種連携の課題に対する 解決策の抽出

地域の医療福祉従事者が、一堂に会する場を定期的に設定。

在宅医療における連携上の課題抽出し、その対応策の検討等を行う。

在宅医療従事者の負担軽減の支援

地域の在宅医療をより効率的に提供するための仕組みを構築。

- ・ 24時間体制を構築するための地域医療資源のネットワーク化
- ・ チーム医療を提供するための情報共有体制

効率的な医療提供のための 多職種連携

医療・福祉分野の経験豊富なスタッフを配置。

地域の医療・福祉資源の量・質に関する最適化に向けての活動等を通じて、地域のハブ機関としての機能を担う。

生活の視点を重視した看護提供や医療と介護をつなぐ役割など、在宅医療において重要な役割を担う訪問看護の推進と充実を図る。

訪問看護推進協議会設置の支援

- 訪問看護ステーションに関する総合的な相談
- 訪問看護普及のための活動
- 医療福祉従事者による多職種会議の開催

研修事業の支援

- 訪問看護ステーションの看護師の研修
- 医療機関の看護師の研修
- 訪問看護ステーション間の研修

在宅医療普及啓発活動の支援

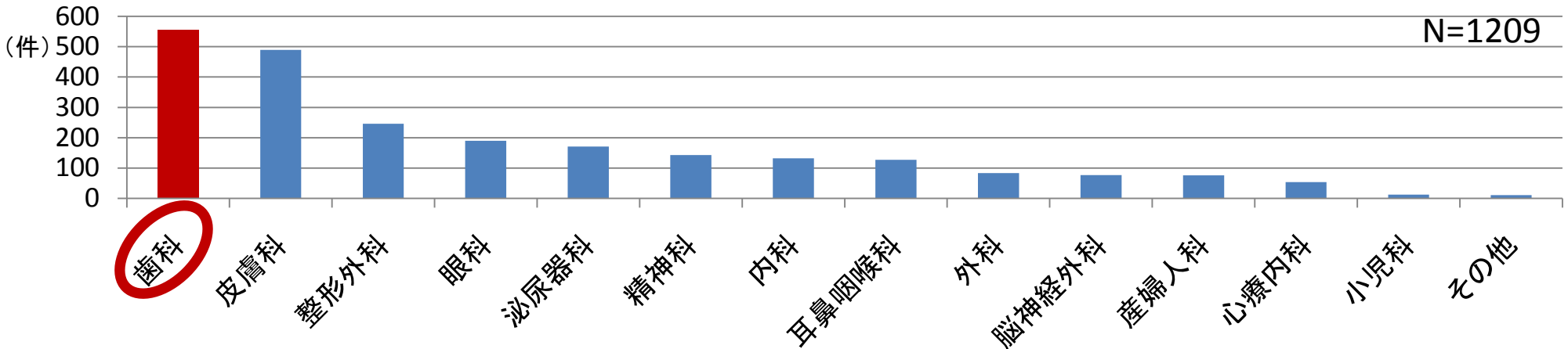
- 在宅医療全般に関するフォーラム、講演会等の開催
- パンフレットの作成等

訪問看護事業所の看護の質の向上
訪問看護師の人材育成



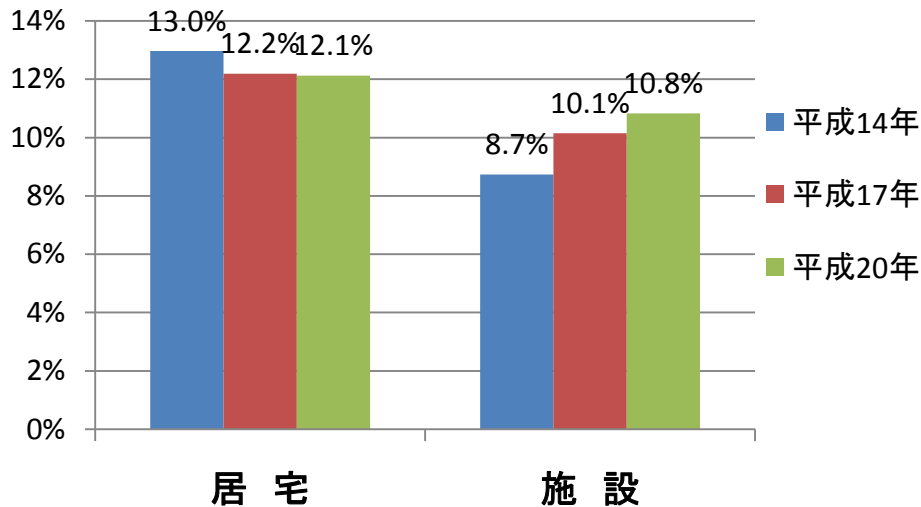
在宅歯科診療の現状

在宅医療の主治医(医師)が連携を必要とした診療科は「歯科」が多い。



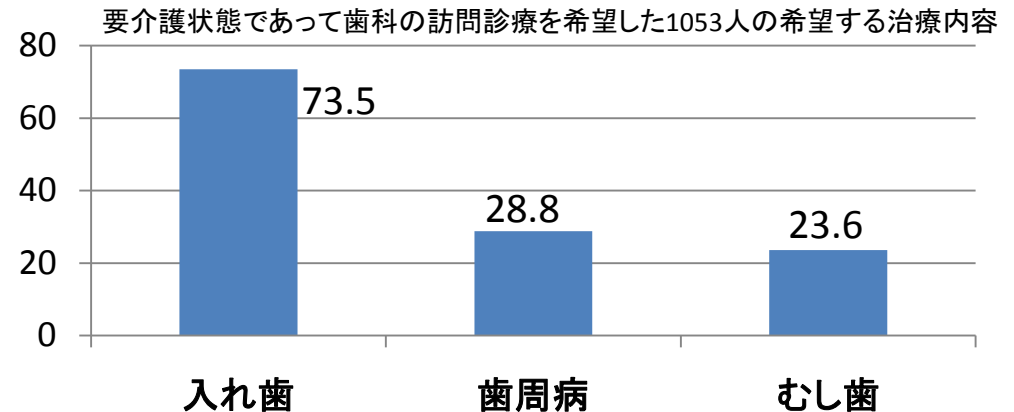
出典) 東京の在宅医療の現在 ~ 東京都在宅医療実態調査

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



出典) 厚生労働省「医療施設調査」

要介護者の希望する治療内容のほとんどは
「入れ歯」の治療である。



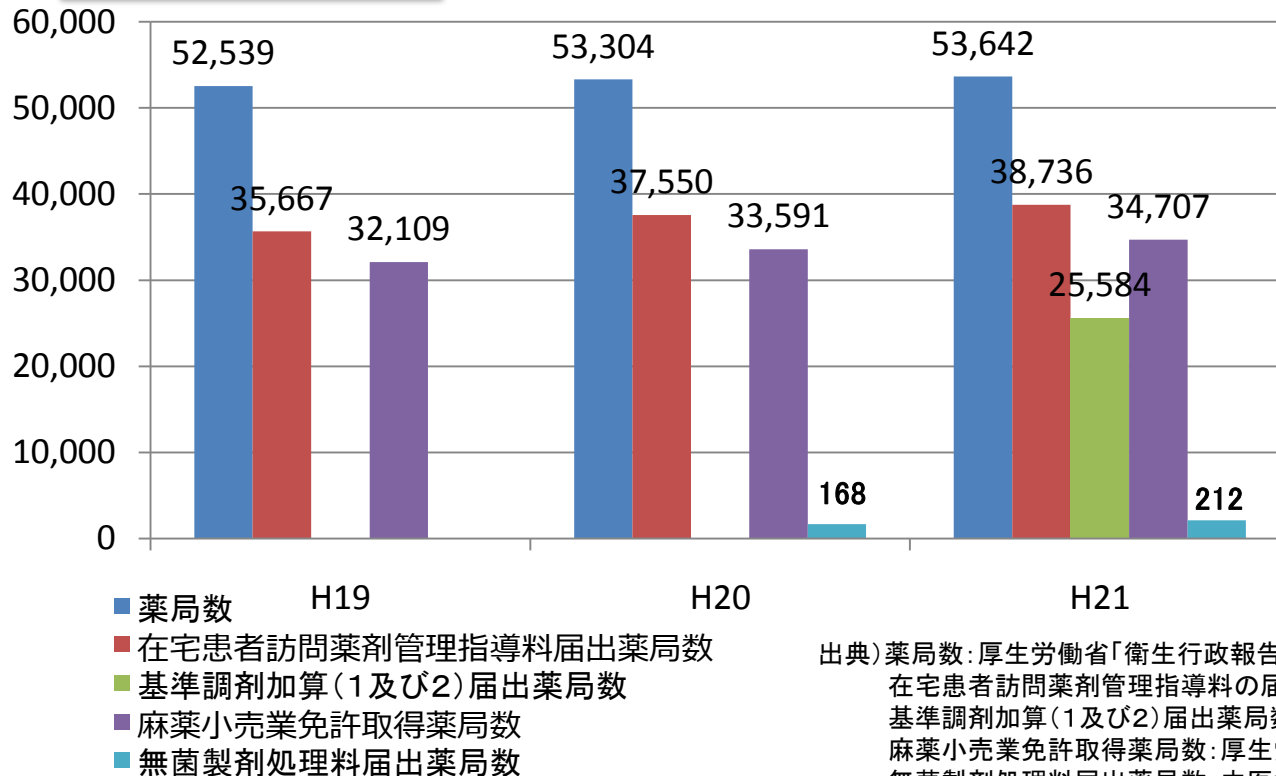
出典) 平成12年度厚生科学研究費補助金(長寿科学総合研究事業)
「要介護老人の摂食障害発生要因に関する研究」

在宅医療における薬局・薬剤師の役割と現状

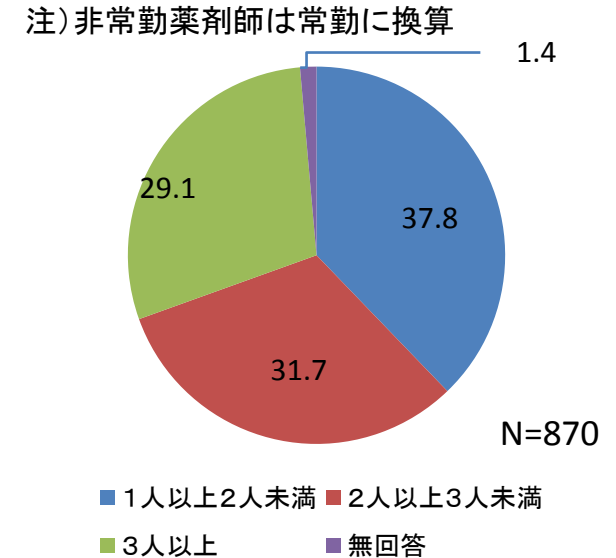
「安心と希望の医療確保ビジョン」(H20年6月)

薬局については、**夜間・休日の対応、患者宅への医薬品・衛生材料等の供給、緩和ケアへの対応などを確実に実施**するため、地域における**医薬品などの供給体制**や、**医薬品の安全かつ確実な使用を確保するための適切な服薬支援を行う体制の確保・充実**に取り組む。

薬局数等の推移



勤務薬剤師数別の薬局数



出典) 薬局数: 厚生労働省「衛生行政報告例結果」
在宅患者訪問薬剤管理指導料の届出薬局数: 中医協資料
基準調剤加算(1及び2)届出薬局数: 中医協資料
麻薬小売業免許取得薬局数: 厚生労働省「麻薬・覚せい剤行政の概要」
無菌製剤処理料届出薬局数: 中医協資料
勤務薬剤師数別の薬局数: 平成22年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査
—後発医薬品の使用状況調査 結果概要(速報)(案)—

薬局薬剤師の緩和ケアの取り組み状況

薬局での医療用麻薬の取り扱いについて

麻薬小売業者免許を有している施設 76.7% (n = 795)

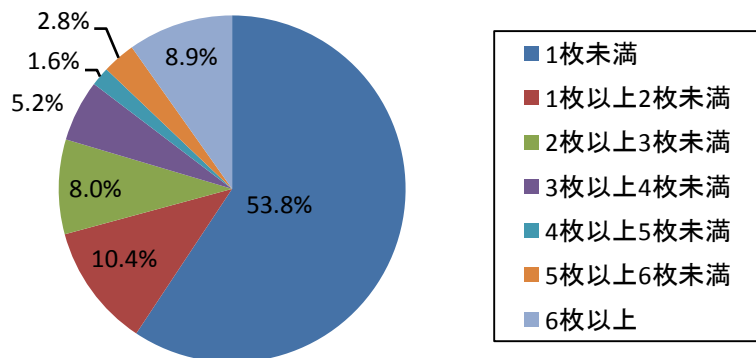
麻薬の在庫を有している施設 61.5% (n = 637)

医療用麻薬の在庫を有している施設の状況

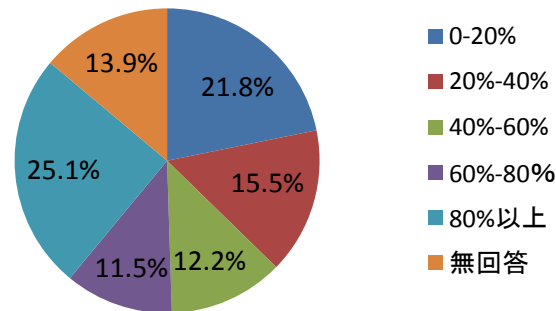
麻薬調剤について
 経口麻薬製剤の調剤 53.6% (n = 555)
 注射麻薬製剤の調剤 0.6% (n = 6)

麻薬の配達について
 経口麻薬製剤の配達 15.1% (n = 156)
 注射麻薬製剤の配達 0.7% (n = 7)

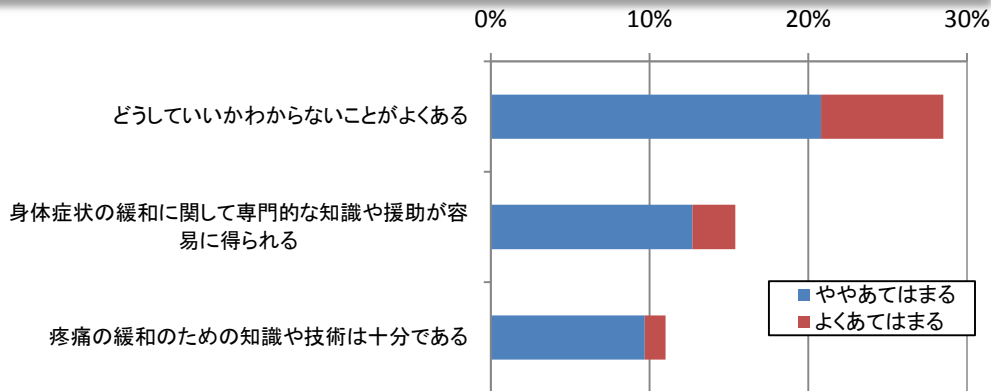
月平均麻薬処方の処方せん枚数



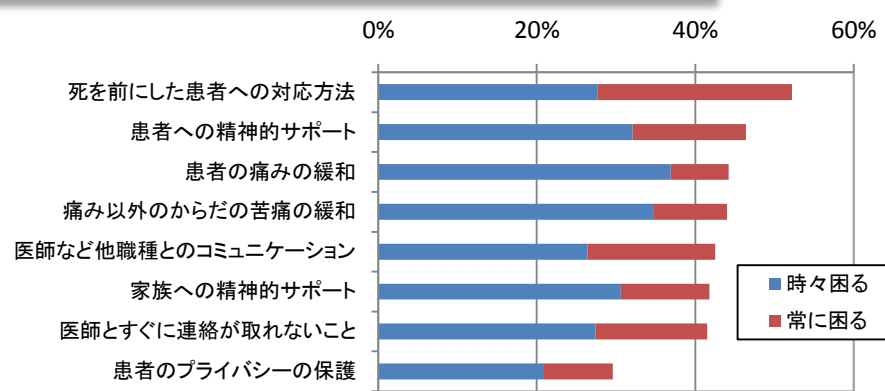
全体の仕入れ量に対するデットストックの割合



医療用麻薬を使用しているがん患者への対応について



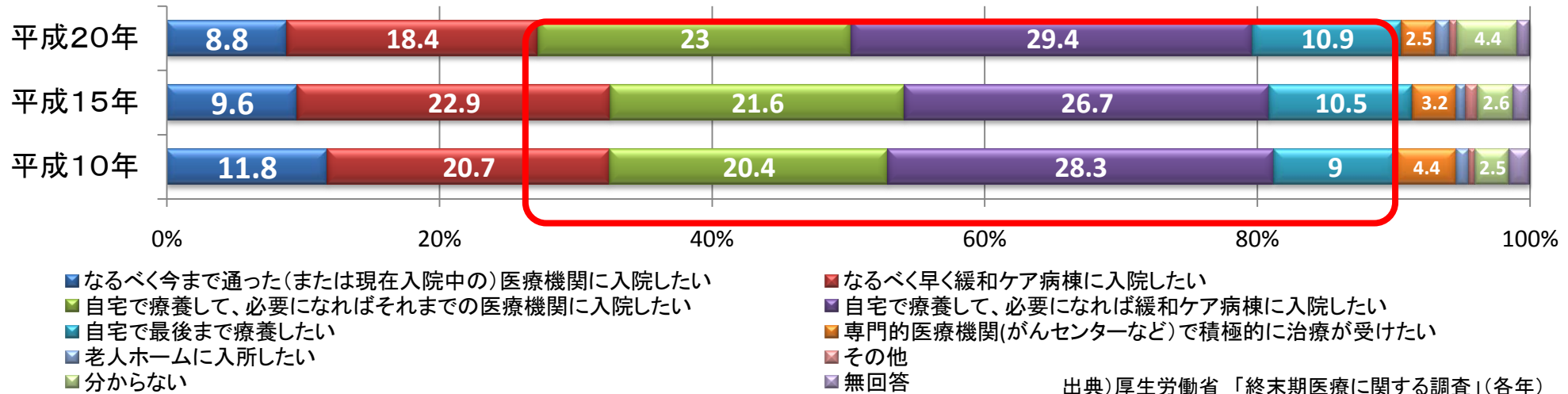
がん患者への対応について、困っていること



終末期医療に関する調査(1)

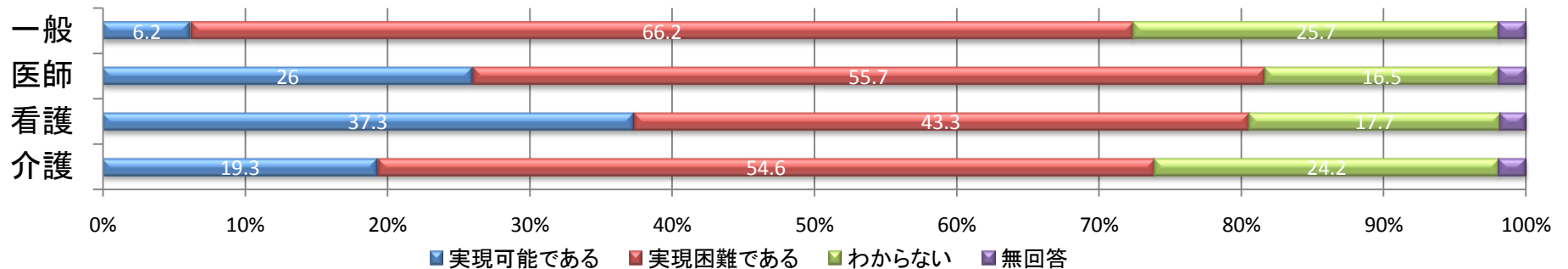
■ 終末期の療養場所に関する希望

「自宅で最後まで療養したい」「自宅で療養して、必要になれば医療機関等を利用したい」と回答した者の割合を合わせると、60%以上の国民が「自宅で療養したい」と回答した。



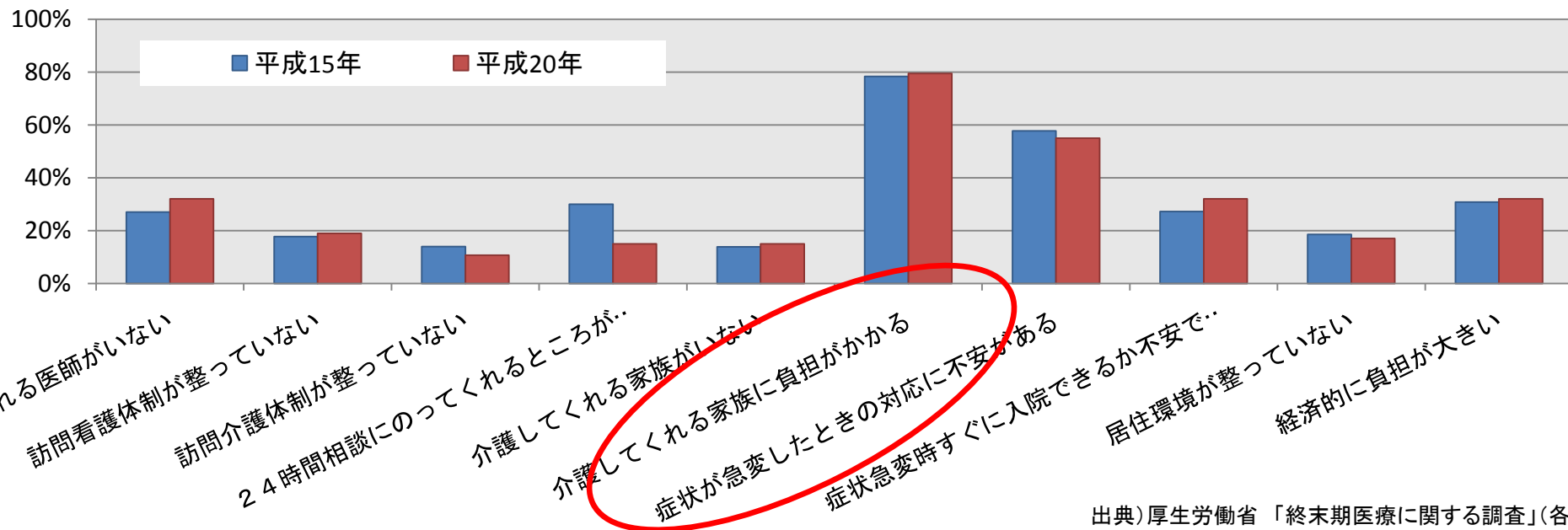
■ 自宅での療養: 60%以上の国民が、最期まで自宅での療養は困難と考えている。

「実現可能である」と回答した者の割合は一般国民(6%)よりも医療福祉従事者が上回った(医師26%、看護師37%、介護士19%)。



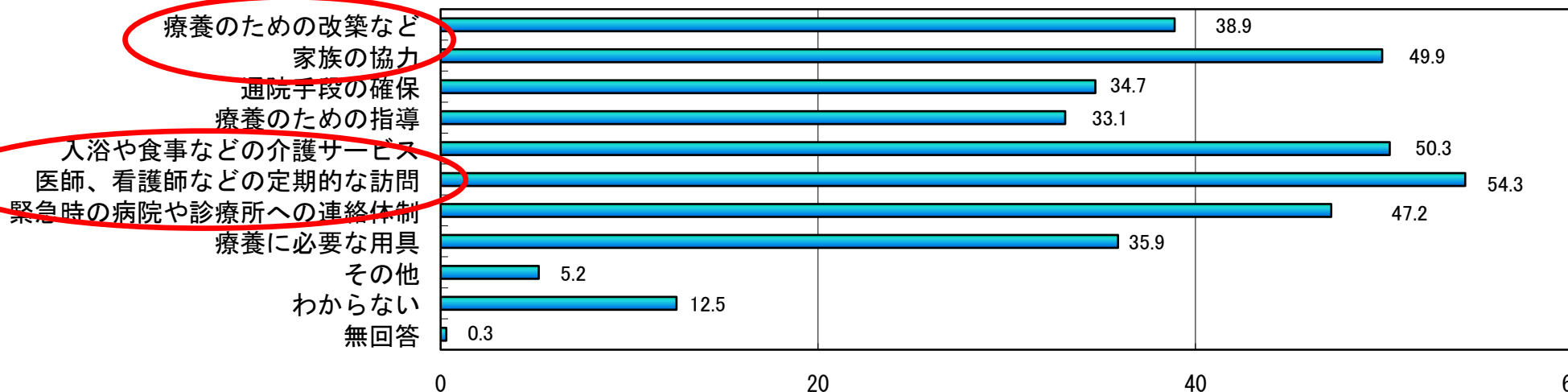
終末期医療に関する調査(2)

■ 自宅で最期まで療養することが困難な理由(複数回答)



出典)厚生労働省「終末期医療に関する調査」(各年)

■ 自宅療養を可能にする条件(複数回答)(※)



※「自宅で治療・療養したい」と回答した者のうち、「自宅で療養できない」と答えた者を対象

出典)厚生労働省 平成20年「受療行動調査」 18

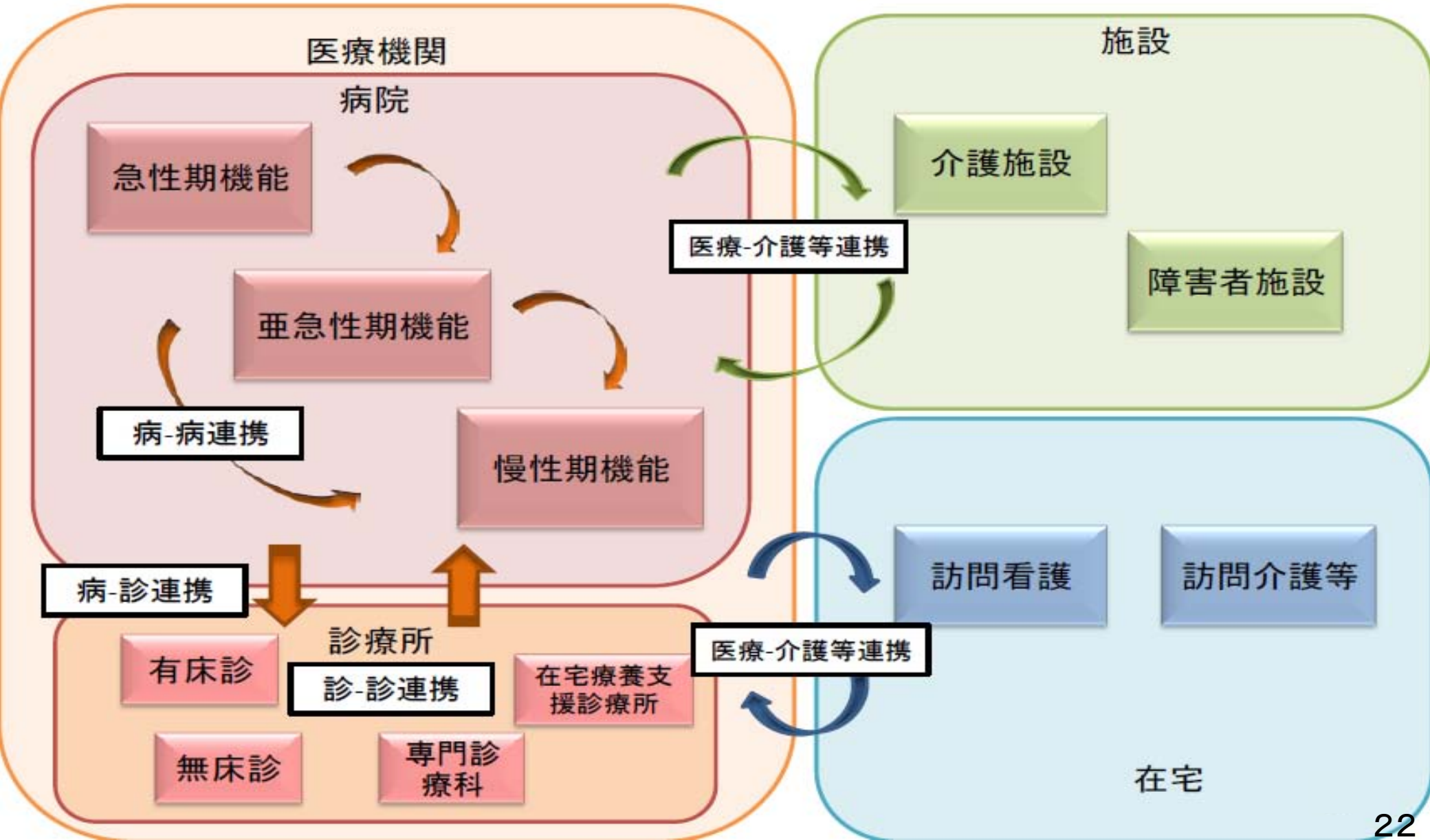
< 連携 >

医療法における連携に係る主な規定

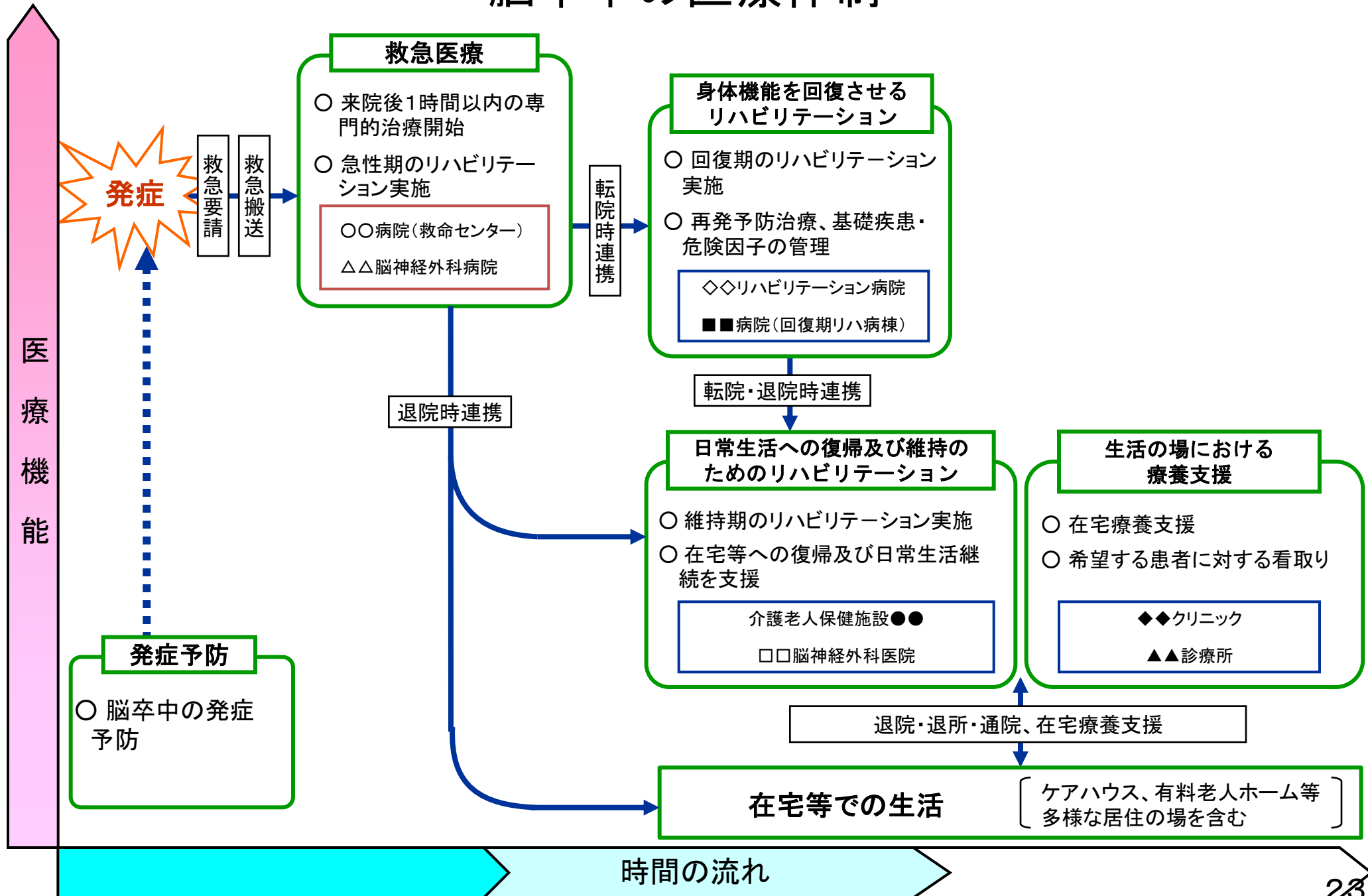
- 医療は、病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設（以下「医療提供施設」という。）、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない（第1条の2第2項）
- 医師及び歯科医師は、医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携に資するため、必要に応じ、医療を受ける者を他の医療提供施設に紹介し、必要な限度において医療を受ける者の情報を他の医療提供施設に従事する医師、歯科医師、薬剤師に提供し、その他必要な措置を講ずるよう努めなければならない（第1条の4第3項）
- 病院又は診療所の管理者は、退院する患者が引き続き療養を必要とする場合には、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を図り、当該患者が適切な環境の下で療養を継続することができるよう配慮しなければならない（第1条の4第4項）
- 医療提供施設の開設者及び管理者は、医療技術の普及及び医療の効率的な提供に資するため、当該施設に勤務しない医療従事者の診療、研究又は研修のために、その建物又は設備を利用させるよう配慮しなければならない（第1条の4第5項）

- 病院又は診療所の管理者は、患者を退院させるときは、退院後の療養に必要な保健医療サービス又は福祉サービスに関する事項を記載した書面の作成、交付及び適切な説明が行われるよう努めなければならない(第6条の4第3項)
- 病院又は診療所の管理者は、第三項の書面の作成に当たっては、当該患者の退院後の療養に必要な保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携が図られるよう努めなければならない(第6条の4第5項)
- 病床を有する診療所の管理者は、入院患者の病状が急変した場合においても適切な治療を提供することができるよう、当該診療所の医師が速やかに診療を行う体制を確保するよう努めるとともに、他の病院又は診療所との緊密な連携を確保しておかなければならない(第13条)

医療機関等の連携について



脳卒中の医療体制



がんの医療体制

専門的ながん診療

- 手術、放射線療法及び化学療法を効果的に組み合わせた集学的治療の実施
 - 初期段階からの緩和ケア、緩和ケアチームによる専門的な緩和ケア
 - 身体症状、精神心理的問題の対応を含めた全人的な緩和ケア
- 等

※ さらに、がん診療連携拠点病院としては
院内がん登録、相談支援体制、地域連携支援 等

○○病院(がん診療連携拠点病院)

紹介・転院・退院時の連携

経過観察・合併症併発・再発時の連携

標準的ながん診療

- 精密検査や確定診断等の実施
 - 診療ガイドラインに準じた診療
 - 初期段階からの緩和ケア
 - 専門治療後のフォローアップ
 - 疼痛等身体症状の緩和、精神心理的問題の対応
- 等

□□病院、◆◆診療所

在宅療養支援

- 生活の場での療養の支援
 - 緩和ケアの実施
- 等

△△クリニック

在宅療養支援

在宅等での生活

発見

予防

- がん発症リスク低減
- 検診受診率の向上

がん治療

緩和ケア

時間の流れ

医療機能

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。
- 地域における看取りも含め、本人の意思を尊重した終末期医療を実現するために、どのような取組が必要か。
- 在宅医療（在宅歯科医療を含む。）・終末期医療に携わる人材育成・確保をどのように進めるべきか。
- 入院前・退院後の連携を円滑・効果的に行うために必要な連絡調整等を担う職員や担当部門の在り方について、どう考えるか。
- 在宅での緩和ケア・看取り等への対応も含めて、在宅医療の普及・確保の観点から、病院・診療所（有床・無床・歯科）が取り組む在宅療養支援機能について医療提供体制の中でどのような位置付けや機能強化策が考えられるか。
- ニーズに応じて包括的な医療・介護サービスが地域の中で提供されるよう、医療機関、薬局、訪問看護事業所、介護サービス事業所、介護施設等による包括的な連携を進めるために、どういう連携強化策が考えられるか。

平成23年度予算案の概要

(厚生労働省医政局)

| | | |
|------------------------|--------------|-----------|
| 平成23年度予算案 | 1,696億 | 5百万円 |
| 〔うち、要求枠 元氣な日本復活特別枠〕 | 1,608億3千2百万円 | 87億7千3百万円 |
| 平成22年度当初予算額 | 1,943億3千6百万円 | |
| 差引増▲減額 | ▲247億3千1百万円 | |
| 対前年度比 | | 87.3% |

(注) 上記計数には、厚生労働科学研究費補助金等は含まない。

「元氣な日本復活特別枠」で要望した事業の予算案

| | |
|---|--------|
| ・地域医療確保推進事業 | 19.1億円 |
| ・地域医療支援センター運営経費 | 5.5億円 |
| ・臨床研修指導医の確保事業 | 10億円 |
| ・チーム医療の実証事業 | 3.6億円 |
| ・健康長寿のためのライフ・イノベーションプロジェクト | 85.3億円 |
| ※ 医政局分のみ計上 | |
| ※ 上記計数には、研究事業（厚生労働科学研究費補助金）を含めて計上 | |
| ・世界に先駆けた革新的新薬・医療機器創出のための 臨床試験拠点の整備事業 | 33.3億円 |
| ※ うち7.7億円は研究事業（厚生労働科学研究費補助金） | |
| ・再生医療の実用化研究事業（厚生労働科学研究費補助金） | 9億円 |
| ・先端医療技術等の開発・研究の推進事業 （国立高度専門医療研究センター） | 43億円 |

主要施策

1. 地域医療確保対策の推進

43,495百万円（52,366百万円）

医師の地域偏在の是正など地域医療を担う人材の確保を図るとともに、質の高い医療サービスを実現し、国民が安心・信頼できる医療提供体制を確保する

(1) 地域医療支援センターの整備

546百万円

地域医療に従事する医師のキャリア形成の支援と一体的に医師不足病院への医師の配置等を行うため、都道府県※が実施する「地域医療支援センター」の運営について財政支援を行い、各都道府県の医師確保対策の取組を支援する。（新規・特別枠）

※ 平成23年度は、先行的に、県内医師の地域偏在が大きい、へき地、無医地区が多い等の15の都道府県で実施予定。

(2) 臨床研修の充実

1,096百万円

① 医師不足地域における臨床研修の充実（新規・特別枠）

1,003百万円

医師不足地域の臨床研修指導医や研修医を確保するため、大学病院や都市部の中核病院と医師不足地域の中小病院・診療所が連携した臨床研修の実施について財政支援を行う。

② 臨床研修の質の向上及び研修医の確保等に向けた臨床研修病院群の形成促進（新規）

93百万円

地域の特色ある研修プログラムの作成や研修医の適正配置に関する協議など臨床研修の質の向上や地域医療を担う人材の確保に向けた取組（臨床研修病院群の形成）を促進する。

(3) チーム医療の総合的な推進

365百万円

看護師、薬剤師等医療関係職種の活用の推進や役割の拡大によりチーム医療を推進し、各職種の業務の効率化・負担軽減等を図るとともに、質の高い医療サービスを実現するため、チーム医療の安全性や効果の実証を行う。（新規・特別枠）

(4) 女性医師等の離職防止・復職支援

2,200百万円

出産や育児等により離職している女性医師の復職支援のため、都道府県に受付・相談窓口を設置し、研修受け入れ医療機関の紹介や復職後の勤務態様に応じた研修を実施する。

また、病院内保育所の運営に対する財政支援について、新たに休日保育を対象に加え、子どもを持つ女性医師や看護職員等の離職の防止、復職支援の充実を図る。

(5) 看護職員の確保策等の推進**7, 583百万円**

看護の質の向上や安全な医療の確保、早期離職防止の観点から、新人看護職員研修の更なる普及や充実を図るため、新たに新人看護職員を指導する教育担当者及び実地指導者に対する研修等を実施するとともに、病院内保育所や看護師等養成所の運営に対する財政支援を行う。

(6) へき地などの保健医療対策の充実**2, 013百万円**

へき地医療支援事業の企画・調整などを行う「へき地医療支援機構」の充実を図るほか、へき地医療の現場を担う人材を育成するため、へき地医療拠点病院における人材育成機能を強化する。

(7) 在宅医療・在宅歯科医療の推進**417百万円****① 在宅医療の推進（新規）****109百万円**

在宅医療を希望する患者ができる限り住み慣れた地域や家庭で生活を送ることを支えていくため、医療・福祉・保健にまたがる様々な支援を包括的かつ継続的に提供していく連携体制の構築に向けた取組を行う。

② 在宅歯科医療の推進**245百万円**

生涯を通じて歯の健康の保持を推進するため、寝たきりの高齢者や障害者等への在宅歯科医療について、地域における医科、介護等との連携体制の構築、人材の確保、在宅歯科医療機器の整備等について財政支援を行う。

(8) 医療分野の情報化の推進**890百万円**

新成長戦略(平成22年6月閣議決定)等を踏まえ、シームレスな地域連携医療を実現するため、医療機関間等でのデータ共有や、個人が自らの診療情報等を電子的に管理・活用できる仕組みを構築するための実証事業を実施し、情報サービスの確立を目指す。(新規)

また、電子カルテ導入等の医療分野の情報化の推進や遠隔医療の設備整備に対する支援を行い、地域医療の充実を図る。

(9) 歯科保健医療対策の推進**476百万円**

8020運動について、成人の歯科疾患予防や検診の充実を行うなど、生涯を通じた歯の健康の保持を引き続き推進する。

全てのライフステージにおける国民の歯・口腔の健康状態の把握や、8020運動等をはじめとした取組の効果について検証を行うため、歯科疾患に関する実態調査を行う。

また、安全で安心かつ良質な歯科保健医療を提供する観点から、歯科医療現場における院内感染対策の取組状況等の情報収集等を行い、国民や歯科医療関係者へ歯科医療に関する情報発信を行う。

2. 救急医療・周産期医療の体制整備

20,731百万円(23,826百万円)

救急、周産期等の医療提供体制を再建し、国民の不安を軽減する

(1) 救急医療体制の充実

13,748百万円

① 救急医療体制の整備

5,286百万円

救急患者の円滑な受入れが行われるよう、受入困難患者の受入れを確実にを行う医療機関の空床確保に対する財政支援を行うとともに、重篤な救急患者を24時間体制で受け入れる救命救急センターへの財政支援を行う。

② ドクターヘリ導入促進事業の充実

2,932百万円

早期治療の開始と迅速な搬送による救命率の向上を図るため、ドクターヘリ(医師が同乗する救急医療用ヘリコプター)事業を推進する。

③ 重篤な小児救急患者に対する医療の充実

457百万円

超急性期にある小児の救命救急医療を担う「小児救命救急センター」の運営への支援や、その後の急性期にある小児への集中的・専門的医療を行う小児集中治療室の整備等に対する財政支援を行う。

(2) 周産期医療体制の充実

7,123百万円

地域において安心して産み育てることのできる医療の確保を図るため、総合周産期母子医療センターやそれを支える地域周産期母子医療センターのMFICU(母体・胎児集中治療室)、NICU(新生児集中治療室)等に対する財政支援を行う。

3. 革新的な医薬品・医療機器の開発促進

20,694百万円(21,374百万円)

革新的新薬・医療機器創出のための臨床試験拠点の体制整備、研究費の重点配分など、革新的な医薬品・医療機器の開発を促進する

(1) 世界に先駆けた革新的新薬・医療機器創出のための臨床試験拠点の整備

整備事業 2,559百万円

研究事業 770百万円

日本発の革新的な医薬品・医療機器を創出するため、世界に先駆けてヒトに初めて新規薬物・機器を投与・使用する臨床試験等の実施拠点となる医療機関の人材確保、診断機器等の整備、運営に必要な経費について財政支援を行う。(新規・特別枠)

(2) グローバル臨床研究拠点等の整備

518百万円

医薬品開発の迅速化を図り、ドラッグラグの解消に資するため、外国の研究機関との国際共同治験・臨床研究を実施する拠点の体制整備を行うとともに、国内における未承認薬等の開発を推進するための治験支援拠点等の体制整備を行う。

(3) 医薬品・医療機器に関する研究費の重点化・拡充

17,205百万円

革新的な医薬品・医療機器の臨床研究・実用化を促進するために、再生医療、次世代ワクチン、ナノメディシン、活動領域拡張、希少疾病への研究費の重点化等を行う。

(4) 質の高い臨床研究・治験の実施体制の強化

9百万円

高度な臨床研究・治験を実施する人材の育成と確保を図るため、臨床研究コーディネーター及びデータマネージャー育成に対する支援を行い、質の高い臨床研究・治験の実施体制の強化を図る。(新規)

(5) 後発医薬品の使用促進

101百万円

後発医薬品に関する理解を向上させるため、各都道府県に設置した協議会において、地域の実情に応じた事業を検討・実施するとともに、新たに保険者が差額通知サービス(被保険者に対する後発医薬品を利用した場合の自己負担額の軽減の周知)を導入しやすくするための環境作りを行い、より一層の推進を図る。

4. その他

| |
|---|
| (1) 国立高度専門医療研究センター及び(独)国立病院機構における政策医療等の実施等 71,863百万円 【うち、元気な日本復活特別枠 4,300百万円】 |
|---|

- ① 国立高度専門医療研究センター及び(独)国立病院機構における政策医療等の実施
67,563百万円

全国的な政策医療ネットワークを活用し、がん、循環器病等に関する高度先駆的医療、臨床研究、教育研修、情報発信等を推進する。

- ② 先端医療技術等の開発・研究の推進(国立高度専門医療研究センター)(新規・特別枠)
4,300百万円

国立高度専門医療研究センターの豊富な症例数、専門性等を活かし、バイオリソース(血液等の生体試料)等の蓄積、先端医療技術等の開発を進めるとともに、知的財産管理のための人材確保を行う。

| |
|--------------------------------|
| (2) 国立ハンセン病療養所の充実 34,450百万円 |
|--------------------------------|

居住者棟の更新築整備を推進するとともに、リハビリ体制を強化するなど、入所者に対する医療及び生活環境の充実を図る。

| |
|--|
| (3) 経済連携協定に基づく外国人看護師候補者の円滑かつ適正な受入等 268百万円 |
|--|

経済連携協定に基づく外国人看護師候補者を円滑かつ適正に受け入れるため、看護導入研修を行うとともに、受入施設に対する巡回指導や日本語の習得を含めた看護師国家試験の合格に向けた学習の支援を行う。

| |
|--|
| (4) 国際医療交流(外国人患者の受入れ)のための体制整備に向けた取組 35百万円 |
|--|

新成長戦略において国際医療交流を推進するとされたことを踏まえ、外国人患者を受け入れる医療機関の質の確保を図ることを目的に、外国人患者の受入に資する医療機関の認証制度の整備に向けた取組を行う。(新規)

(5) 統合医療の情報発信に向けた取組

10百万円

近代西洋医学と伝統医学・相補代替医療を組み合わせた統合医療について、国民にわかりやすく、適切な情報発信を行うため、統合医療の技術評価の手法、情報発信の対象、情報発信の在り方等について検討を行う。(新規)

(6) 死因究明体制の充実に向けた支援

198百万円

異状死及び診療関連死の死因究明を進めるとともに、死亡時画像診断の取組を促進させるため、医療機関等に対する支援を行う。

社会保障改革の動向について

社会保障審議会（平成23年2月10日）配付資料（抜粋）

社会保障制度を取り巻く状況の変化について

- 現在の社会保障制度を取り巻く状況は1960～70年代当時から大きく変化している。
 - ① 雇用基盤の変化(就労形態の多様化)
 - ② 家族形態の変化(単身高齢世帯の増加、離婚の増加に伴うひとり親世帯の増加)
 - ③ 地域基盤の変化(都市化と過疎化の同時進行、地域コミュニティの弱体化、人口減少社会到来)
 - ④ 生活・リスク形態の変化(社会的ストレスの増大、自殺、うつ等の増加)



+

少子高齢化の進展と経済成長の鈍化により、
社会保障給付費の対GDP比が増加

社会情勢の変化に対応し、これまで、年金、医療、福祉など制度ごとに対応を実施してきたが、

- 世代間の給付・負担のアンバランス、ニーズの変化に対応したサービスの充実・強化、縦割り型制度、不十分な貧困・困窮者対策、負担の次世代への先送りといった問題は未解決
- 問題解決には、財源問題も含めた社会保障制度の一体的・抜本的な改革が必要



改革の全体像を議論するためのポイント

- 経済を支え、経済成長に貢献する社会保障(一人一人の能力を引き出す社会保障＝ポジティブ・ウェルフェア)の構築
- 新たな課題やニーズの変化、各制度が内包している課題に対応した社会保障の機能強化
他方、必要な効率化を併せて実施
- 安定的な財源の確保

※これらを一体的、総合的に議論する必要

社会保障改革に係る検討体制

政府・与党社会保障改革検討本部

本部長：菅内閣総理大臣

本部長代理：枝野内閣官房長官

与謝野社会保障・税一体改革担当大臣

(政府側構成員)

片山総務大臣、野田財務大臣、細川厚生労働大臣、海江田経済産業大臣、
与謝野内閣府特命担当大臣(経済財政政策、少子化対策)、玄葉国家戦略担当大臣、
藤井内閣官房副長官、福山内閣官房副長官、細野内閣総理大臣補佐官、峰崎内閣官房参与

(与党側構成員)

仙谷民主党代表代行、岡田民主党幹事長、玄葉民主政策調査会長、
小沢民主党社会保障と税の抜本改革調査会会長代理、
平田民主党参議院幹事長、藤村民主政策調査会会長代理、長妻民主党筆頭副幹事長、
城島民主政策調査会会長代理、一川民主政策調査会会長代理、
下地国民新党幹事長、亀井国民新党政務調査会長、田中新党日本代表

社会保障改革に関する有識者検討会

宮本太郎 北海道大学大学院法学研究科教授(座長)
駒村康平 慶應義塾大学経済学部教授(副座長)
井伊雅子 一橋大学国際・公共政策大学院教授
土居丈朗 慶應義塾大学経済学部教授
大沢真理 東京大学社会科学研究所教授

社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会

与謝野社会保障・税一体改革担当大臣
藤井官房副長官、平野内閣府副大臣、末松内閣府副大臣
鈴木総務副大臣、小川法務副大臣、五十嵐財務副大臣、
大塚厚生労働副大臣、池田経済産業副大臣、
和田内閣府大臣政務官、細野内閣総理大臣補佐官、
峰崎内閣官房参与
(オブザーバー)
古本民主党税制改正PT事務局長
大串民主党社会保障と税の抜本改革調査会事務局長
亀井国民新党政務調査会長

社会保障改革に係る最近の検討経過

| 時 期 | 概 要 |
|-----------------------|--|
| 平成22年 10月28日 | 第1回 政府・与党社会保障改革検討本部 ・今後の進め方 |
| 11月 9日 ～ 12月 8日 | 社会保障改革に関する有識者検討会 (第1回) ・社会保障の現状と課題 (第2回) ・社会保障改革に関するこれまでの主な議論 ・社会保障の財源と財政運営戦略 (第3回) ・社会保障を支える税制 ・相対的貧困と財政、雇用 (第4回) ・社会保障改革の具体的内容に関するこれまでの議論 (第5回) ・報告書とりまとめ |
| 12月10日 | 第2回 政府・与党社会保障改革検討本部 ・民主党「税と社会保障の抜本改革調査会中間整理」の報告 ・「社会保障改革に関する有識者検討会報告」の報告 ・本部決定 |
| 12月14日 | 閣議決定 |
| 平成23年 1月21日 | 第3回 政府・与党社会保障改革検討本部 ・「社会保障改革に関する集中検討会議」の設置について |
| 1月31日 | 第4回 政府・与党社会保障改革検討本部 ・社会保障・税に関わる番号制度についての基本方針決定 ・「社会保障改革に関する集中検討会議」の人選について |
| 2月5日 | 第1回 社会保障改革に関する集中検討会議 ・今後の進め方 |

社会保障改革の推進について（平成22年12月14日閣議決定）

社会保障改革については、以下に掲げる基本方針に沿って行うものとする。

1. 社会保障改革に係る基本方針

- 少子高齢化が進む中、国民の安心を実現するためには、「社会保障の機能強化」とそれを支える「財政の健全化」を同時に達成することが不可欠であり、それが国民生活の安定や雇用・消費の拡大を通じて、経済成長につながっていく。
- このための改革の基本的方向については、民主党「税と社会保障の抜本改革調査会中間整理」や、「社会保障改革に関する有識者検討会報告～安心と活力への社会保障ビジョン～」において示されている。
- 政府・与党においては、それらの内容を尊重し、社会保障の安定・強化のための具体的な制度改革案とその必要財源を明らかにするとともに、必要財源の安定的確保と財政健全化を同時に達成するための税制改革について一体的に検討を進め、その実現に向けた工程表とあわせ、23年半ばまでに成案を得、国民的な合意を得た上でその実現を図る。
また、優先的に取り組むべき子ども子育て対策・若者支援対策として、子ども手当法案、子ども・子育て新システム法案(仮称)及び求職者支援法案(仮称)の早期提出に向け、検討を急ぐ。
- 上記改革の実現のためには、立場を超えた幅広い議論の上に立った国民の理解と協力が必要であり、そのための場として、超党派による常設の会議を設置することも含め、素直に、かつ胸襟を開いて野党各党に社会保障改革のための協議を提案し、参加を呼び掛ける。

2. 社会保障・税に関わる番号制度について

- 社会保障・税に関わる番号制度については、幅広く国民運動を展開し、国民にとって利便性の高い社会が実現できるように、国民の理解を得ながら推進することが重要である。
- このための基本的方向については、社会保障・税に関わる番号制度に関する実務検討会「中間整理」において示されており、今後、来年1月を目途に基本方針をとりまとめ、さらに国民的な議論を経て、来秋以降、可能な限り早期に関連法案を国会に提出できるよう取り組むものとする。

厚生労働省社会保障検討本部

本 部

事務局

政務三役会議

大臣
(本部長)

大塚副大臣
(医療・介護、年金、番号担当)

小宮山副大臣
(子ども・子育て支援、就労促進担当)

岡本政務官
(医療・介護、貧困・格差担当)

小林政務官
(就労促進担当)

事務次官
(副本部長)

厚生労働審議官
(副本部長)

統括官(社会保障)
(事務局長)

医政局長
健康局長
医薬局長
基準局長
安定局長
能開局長
雇児局長
社援局長
老健局長
保険局長
年金局長
統括官(労働)

医療・介護チーム
└ 医療イノベーション
サブチーム

年金チーム

就労促進チーム

貧困・格差チーム

└ 低所得者対策
(自己負担等軽減)
総合検討サブ
チーム

子ども・子育て
支援チーム

番号チーム

検討事項（医療・介護チーム、医療イノベーションサブチーム）

- 診療報酬・介護報酬同時改定の基本となる方針を策定する。
- 上記の基本となる方針の策定に当たって、それと統合的な医療及び介護の提供体制の見直し等の改革案を作成する。その際、以下の課題について、改革の内容、手法等を具体化する。

<政策課題>

- ・ 医療・介護施設の機能分化の推進及び地域における連携体制の構築
 - …病院・病床機能、介護施設機能、医療・介護計画、療養病床の再編の検討を含む。
 - ・ 急性期医療の強化、重点化及び急性期から慢性期への円滑な移行
 - ・ 在宅医療・介護の充実、プライマリケアの明確化
 - …地域包括ケアの具体像の提示を含む。
 - ・ 在宅を支える高齢者向け住宅保障
 - ・ マンパワーの充実確保 等
- 予防医療、介護予防の具体化
 - ・ 介護予防に関するエビデンスやノウハウの集積、普及 等
 - 医療・介護の効率化方策の具体化
 - ・ IT化の推進 等
 - 上記改革を踏まえた、医療・介護の費用推計
 - ・ 社会保障国民会議試算を推計の基礎とし、改革内容に応じた修正を適切に行う。
 - ・ 必要な給付費から算定されるニーズと実態のギャップに基づき、必要な基盤整備などの投資的経費の試算を行う。

<サブチームでの検討事項>

- 新成長戦略に基づく医療イノベーションの具体化
 - ・ 日本発の医薬品・医療機器、医療技術の研究開発推進
 - ・ 内閣官房における検討と連携して取り組む。

※ 上記検討に当たっては、医療・介護分野における雇用拡大等、経済成長とのよい循環を生んでいく観点を踏まえた内容とすること。

社会保障改革に関する集中検討会議

1. 趣旨

社会保障・税一体改革の検討を集中的に行うとともに、国民的な議論をオープンに進めていくため、内閣総理大臣を議長とし、少数の関係閣僚及び与党幹部と民間有識者からなる会議を政府・与党社会保障改革検討本部の下に設置する。

2. 役割

- 社会保障・税一体改革に関する重要提案のヒアリング、論点の明確化
- 政府における一体改革検討に関する助言
- 国民的な議論を進めるための環境作り

3. 構成

【幹事委員】

(1) 政府

内閣総理大臣（議長）
社会保障・税一体改革担当大臣（議長補佐）
内閣官房長官、内閣官房副長官
総務大臣、財務大臣、厚生労働大臣、国家戦略担当大臣

(2) 与党

仙谷由人 民主党社会保障と税の抜本改革調査会長
亀井亜紀子 国民新党政務調査会長

(3) 各界有識者

【経済界】

成田豊 電通名誉相談役（安心社会実現会議座長）
渡辺捷昭 トヨタ自動車株式会社代表取締役副会長

【労働界】

古賀伸明 日本労働組合総連合会会長

【学界】

清家篤 慶應義塾長
宮本太郎 北海道大学大学院法学研究科教授
吉川洋 東京大学大学院経済学研究科教授
（社会保障国民会議座長）

【有識者】

堀田力 さわやか福祉財団理事長
峰崎直樹 内閣官房参与
宮島香澄 日本テレビ解説委員
柳澤伯夫 城西国際大学学長

【委員】

赤石 千衣子 特定非営利活動法人しんぐるまざあず・ふぉーらむ理事
安藤 哲也 特定非営利活動法人ファザーリング・ジャパン代表理事
岡村 正 日本商工会議所会頭
小川 泰子 社会福祉法人いきいき福祉会専務理事
亀田 信介 医療法人鉄蕉会亀田総合病院院長
駒崎 弘樹 特定非営利活動法人フローレンス代表理事
笹森 清 内閣特別顧問
生水 裕美 野洲市市民部市民生活相談室主査
鈴木 晶子 特定非営利活動法人ユースポート横濱理事

丹生 裕子 県立柏原病院の小児科を守る会代表
中橋 恵美子 特定非営利活動法人わははネット理事長
濱田 邦美 徳島県那賀町日野谷診療所長
藤本 晴枝 特定非営利活動法人地域医療を育てる会理事長
細野 真宏 株式会社アーク・プロモーション代表取締役社長
前田 正子 甲南大学教授
宮本 みち子 放送大学教授
矢崎 義雄 独立行政法人国立病院機構理事長
湯浅 誠 内閣府参与 反貧困ネットワーク事務局長