

「医療計画に関する今後の検討課題」について（意見）

社団法人 日本病院会
副会長 池澤康郎

I. どのような地域包括的医療提供体制が組めるか

1) 地域完結型の医療計画の目指すところは、地域における病院、診療所、福祉施設のみならず、多種多様な医療関連機関、職種の有機的連携、すなわち継ぎ目のない地域医療ネットワークの構築であろう。

そのためには、現行の各病院で設置している地域医療連携室がまだ個々の医療機関内の活動にとどまっているのが実情と思われることから、行政もしくは非営利法人による広域医療連携センターなる機関の設置が望まれる。

この機関の機能としては各施設の連携・調整以外に次のようなものが必要と思われる。

- ① 医療圏ごとの医療資源（施設、機器、人員）の現状分析と目標設定
 - ② 広域の医療情報管理（疾病登録、ことに地域がん登録）とIT化による医療情報ネットワークの構築
 - ③ 疫学的研究
 - ④ 疾病費用研究
 - ⑤ 予防・スクリーニング・治療などにかかわる医療技術の経済評価研究
 - ⑥ 診療指針の策定
 - ⑦ 住民、患者教育・啓蒙方法の策定と普及活動等
- 以上のような機能を持った地域・施設モデルの設置が望まれる。

2) そのためにも、まずは医療機関別に実質的に提供できる医療内容がどのようなものかを認識する必要がある。→在宅診療で提供できる医療内容は？診療所の提供できる医療内容は？小規模病院で提供できる医療内容は？大規模病院で提供できる医療内容は？急性期診療を扱う病院で提供できる医療内容は？療養型診療を行う病院で提供できる医療内容は？等々…。

日常医療圏で求められる医療内容は次の通り。

- ① 予防医学的医療
 - ・ 潜在する疾病の発見（早期発見を含む）
 - ・ 生活習慣病予備群の模索と予防
 - ・ 生活習慣病患者の生活指導と生活習慣病の調節
 - ② 要治療患者に対する医療
 - ・ 救急診療体制
- 初期、二次、三次救急体制の再編成

さほど緊急性のない時間外診療に相当する患者への診療体制

・症状のある患者の診断・治療、治療を要する疾病をもつ患者の治療

系統疾患群別の完結診療体制と、個々の患者を包括的に診療する体制の構築…チーム診療と医療連携：各医療機関はその規模と機能に応じて機能特化し、それらの医療機関が密接な連携を図ること

3) そもそもこれらは医師が充足している地域で可能となる医療体制である。まずは地域の医師不足解消に向け打開策を実行すべきであると考える。

殊に夜間救急の際の医療スタッフ不足は早急に対策を講じなければならない問題である。現行の地域医療支援病院にその役割の一端を担うように義務づけるなど解消は図れないか。

同様に、医学・医療の進歩と分化に伴って、医療各分野における専門的医師の絶対的、相対的不足状態が生じてきており、その対応策がなされなければ、更に医療の地域格差が深刻化することが想定される。

考えられる対応策は次の通りである。

①医療各分野における専門的医師の増員

②各分野診療の標準化と体系化による質の確保

③包括的あるいは全人的医療という観点からは、個々の患者に対するチームあるいは連携診療の推進と診療を調整する仕組みの構築あるいは主治医的医師の育成

4) 直近の医療現場で起こっている問題点

休日・夜間に小児救急患者が2次救急医療機関に来診しているが、緊急入院が必要な患者は5%前後である。また多くは1次救急で対応可能なのに拘らず、直接2次救急に来院してくる。その結果、2次救急医療機関の医師は疲弊しており、開業医志向が強くなり、病院は勤務医不足と悪循環に陥っている。地域住民が先ずは近くの診療所にかかるように行政が教育する一方で、患者も近くの診療所に行くよう心掛ける必要があるのではないか。他方、診療所が夜間・休日は診療していない場合が多く、これは地域に応じて病診協力体制をとるか、輪番制をするかなど完結できる方策をとるべきである。

5) 地域によっては医療機関完結型で十分な医療が提供されている処が数多くある。そこでの問題点が今後の構築に役立つと思われる。

Ⅱ. がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病などのネットワークの在り方について

1) 拠点病院から患者の流れを考えるのではなく、現行の医療機関がこれらの疾患に関して何ができるかを積み上げてネットワークを構築してもらいたい。

・生活習慣病に対しては一次予防が基本であり、二次予防、三次予防を効率的に行うには地域完結型の医療ネットワークの構築がベストと考えられる。当然、多種多様な医療機関、職種の参画と連携が必要となる。そのためにも前述した広域医療連携センターの設置が望まれる。

・また患者の多様な要求、やはり自宅で、或いは自宅近くの医療機関にかかりたいという申し出に対し、専門医による巡回診療を実行するなどネットワークに補助的な仕組みの導入が望まれる。

2) 拠点となる病院の体制をどう考えているのか。また、地域に複数ある場合の対応など病院間の調整をどうするのか。

・医療は日進月歩の発展が著しく、また逆に絶えず新たな疾患が生まれる可能性を内在した分野である。今日の主要な疾患は必ずしも明日のそれではない。硬直化したネットワークを敷くことにより、新たな疾患に対応できないことのないようにしてもらいたい。また、民間病院の参画に対しては将来に生じるかも知れない不利益を考慮してもらいたい。

3) 挙げられている主要な疾患に①心臓手術、不整脈特に心房細動対策、②大腸疾患対策、③肝臓疾患対策、④呼吸不全対策を加えられるよう望む。

4) 各種がん検診、糖尿病を含めた基本検診の受診率は現在でよいか。更に向上させるとしたら目標値はどれぐらいか。

・日常医療圏ごとに発生する疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）とその治療成績の評価体制（診断精度、治療による死亡率と改善率）の共有化を図るべきである。

5) ネットワークは各日常医療圏で働いている医師数不足では組み得ない。

Ⅲ. 地域の医療を評価するにあたり活用すべき指標について

1. 既に取れる指標

- 1) 日常医療圏での救急患者比率
- 2) 患者紹介率
- 3) 疾患（がん、脳卒中、心筋梗塞）の死亡率
 - 脳卒中のA D L改善率
 - 糖尿病合併症の発生率
 - 糖尿病予防対策の水準
- 4) 小児救急の普及率
- 5) 平均寿命
- 6) 医療費
- 7) 各種検診普及率、検診精度、追跡調査体制
- 8) 地域特性（医療機関・医師の分布状況、人口密度、交通状況、気象状況等）
- 9) 在宅医療の普及率
- 10) 福祉機関・施設の整備状況

2. 将来取るべき指標

- 1) 救急患者比率による評価
- 2) 疾病（脳卒中、心筋梗塞）患者のQ O L
- 3) 生活習慣予防対策の充実、健康教育・啓蒙活動の内容と実施率
- 4) 真に必要とする専門医（例えば肝臓病とかP T C Aの出来る医師）の必要人数
- 5) 地域疾患登録からみた罹患率、死亡率他各種統計
- 6) 地域連携パスの作成率、導入率
- 7) 治療指針の普及率
- 8) 地域医療ネットワークへの各種医療機関の参加率と関与状況

平成 17 年 3 月 24 日

「医療計画に関する今後の検討課題」についての意見

社団法人 全日本病院協会

1. 地域にとって意義のある地域包括的医療提供体制の構築に関する提言

- 1) 必要な医療提供体制の構築には、WGが提案したように主要疾患を中心に一定の地域における正確な疾病調査が不可欠である。

この疾病調査に基づいた提供体制の確立を考えなければならない。(一定の地域とは、現在の2次医療圏ではなく交通網の検討も含めた日常の生活圏を反映させたものが適切であり、救急医療の観点から1時間以内に当該施設に救急搬送できる範囲とすることが適当)

正確な疾病調査を行うためには、診療所も含めた全国一律の基準に従った主病名(あるいは副傷病名も)登録の制度化が必要である。当面、ICD10による分類が適当と考える。厚生労働省提供ソフト『病名くん』などの利用推奨も一案である。

今回の医療計画の見直しを契機に、日本の正確な疾病統計を作るという行政の強い意思決定が必要であり、その実行のためには診療報酬や情報基盤整備等の積極的な施策が必要である。

- 2) 医療機関の機能分化が進められているが、一定地域内の各施設の機能は、自由競争の中で各々が、医療の状況と将来展望の中で決定したものであり、地域で必要な提供体制との整合は必ずしも図られていない。各施設の機能の公表は、現行の内容では大雑把過ぎて他施設・利用者には利用が困難である。現実には、小都市、町村以外では十分な機能分化を意識した病病・病診連携は、点や線レベルのものであり、一定地域の面での包括的な連携はなされていない。

各施設ごとに、専門とする主要疾患、科目別常勤・非常勤医師数、看護単位のみならず実働看護師数、病院全体(ケアミックスなら病棟ごとの)の在院日数、救急対応、連携のための担当者の配置、訪問診療・看護等の在宅対応などに関して、行政が調査し、機能分化の実態把握を行う必要がある。この結果は種々の媒体を通じ各医療施設及び市民に公表するものとする。

- 3) 医療提供体制構築においては、公が民を不必要に圧迫しないよう最大の注意を払うべきである。国公立施設は近隣に相当する医療施設がない場合を除き、国が定めた独立行政法人化の理念に従い政策医療を主体に行うこととし、民間施設が中心となる提供体制の確立を行うべきである。この場合にも、政策医療は、医療内容を基準として、その範囲を明確に定義することが必須である。従って、政策医療は、施設単位ではなく提供する医療の内容に応じて評価しなければならない。

2. 主要疾患におけるネットワークのあり方

主要疾患については、各年代ごとの疾病負担を考慮して決定すべきである。全年齢を対象とした場合には、いわゆる生活習慣病のみが選択されることになり、乳幼児、小児期、若年層に多い疾患への対応がおろそかになる危険があることに留意すべきである。具体的には3大死因、3大生活習慣病、寝たきりにつながる疾患としての骨粗しょう症・認知症、小児・周産期医療、救急医療などが挙げられる。

ネットワークの構築にあたっては、移動距離などを考慮した地域での展開、疾患ごとのケアの継続性の双方が考慮されるべきである。また複数の疾患を有する患者への対応について考慮する必要がある。検討会の示した模式図では、ネットワークの横軸（距離）、縦軸（時間軸、疾患のステージに応じた継続的ケア）、複数疾患への対応について、不明瞭な部分がある。

- 癌治療については、外科的治療・化学療法・放射線治療・緩和ケアが一体あるいは一定地域に集約できる体制の構築を原則とするが、緩和ケアについては地方市町村などでは必要に応じ診療所の利用も考慮する。
- 脳卒中については、外科・リハビリ・長期療養・介護が一定地域において密接に連携することが必要であるが、現状では施設に温度差があるところから、一施設におけるこれらケアの提供も考慮すべきである。施設介護について地方市町村においては診療所の利用も考慮する。
- 急性心筋梗塞については、外科・血管内治療の可能な循環器・リハビリが一体あるいは一定地域に集約できる体制とする。
- 高血圧、糖尿病、高脂血症、骨粗しょう症、認知症などの疾患を対象にして、ネットワークとチーム医療の観点から、医療従事者の生涯教育体制を整備し、その充実を図るべきである。

3. 地域医療の評価について活用すべき指標

指標は、(1) 地域の健康水準に関する指標、(2) 疾患の各ステージにおいて適切なケアが提供できているかを明らかにするための指標、に大別される。また、これらの指標に基づいてデータが得られる体制整備がなされているか否かもあわせて評価されるべきである。以下はその代表的なものである。

- 出生時よりの健康管理及び診療内容などの個人の健康状態、受診歴を登録するシステムの確立
- 健康管理のための啓蒙教育（栄養・運動等）実施回数・参加者数
- EBMに沿って作成された検診内容とその受診率：脳・心臓・食道・胃・大腸・肺・乳房・子宮・前立腺・骨量等
- 主要疾患新規登録患者数、疾患罹患率、死亡率、治療目標値の設定と達成率
- 主要疾患の診療に関する調査により、急性期・亜急性期・長期療養に関する標準的入院期間・入所期間の設定と達成率
- 提供体制構築の目標値の設定と改善計画
- 全国平均との差異のある機能については改善計画の策定と実施時期の明示
- 健康管理、医療介護に関する費用対効果の判断基準の明示と住民満足度調査の実施

4. 医療計画の策定と実施に関連する医療・介護施設のIT化

前述の通り、正確な疾病統計の把握をはじめ医療の実態を適時・的確に掌握し、国民に信頼される医療政策を行うためには、質の高い情報を効率的に収集することが必要である。そのためには、医療の標準化を推進するとともに、標準的な医療情報システムの構築が急務である。標準化およびその基盤整備は国の責任において行うべき事業である。

IT化は、医療・介護提供の効率化と質向上につながると共に、財源の有効な配分にも利用でき、ひいてはIT関連事業の振興にもつながる。更に、世界で最も安く最も高度な提供を行っている日本の医療・介護に関して、これらのIT化されたシステムとともに発展途上国の制度作りに提供すれば、国際協調にも大きく寄与するものと考えられる。IT化に当たっての国のリーダーシップ、国の予算を用いてのIT化事業は、種々の角度から見た費用対効果の点からも早急に押しすすめるべきものとする。

以上

平成17年4月20日

「医療計画の見直し等に関する検討会」への意見

社団法人 日本医療法人協会
会長 豊田 堯

1. 医療計画の見直しの方向性

医療計画の見直しにあたり、住民・患者の視点に重点をおき、国が基本方針を示し、都道府県に自主性・裁量性を発揮させる方針が示されたことは評価に値する。各都道府県の特性を踏まえた医療計画の作成が望まれる。

2. 主要な疾病ごとの保健医療提供体制の整備

国と都道府県が役割を分担し、主要な疾病ごとに数値目標を掲げて実施する保健医療提供体制整備構想は、住民・患者にとってわかりやすいものであり、高く評価される。

3. 都道府県が構築する診療ネットワーク

患者を中心に医療機能を重視した診療ネットワークは新しい発想であり、評価に値するが、このネットワークが機能するためには、「かかりつけ医」機能の整備とネットワークに参加する医療機関等が相互の医療機能について十分な情報を共有することが欠くことのできない要件となる。

「かかりつけ医」とは、「気軽に相談のできる身近な医師」をイメージすればよいと考えられるが、相談に根拠をもって回答するには、それなりの情報が必要である。都道府県は医療機関ごとの医療機能を正確に把握し、かかりつけ医やネットワークを構成する医療機関に、何時でも情報を開示できる情報面での支援体制を整備する必要がある。

また、主要な疾患を想定して診療ネットワークを構築するにあたっては、核となる医療機関の指定は不可欠である。

4. 医師の偏在

わが国の医療提供体制における地域格差は未解決の問題であり、とりわけ医師をはじめとする要員の問題は深刻である。この問題を5年から10年の期間で解決しようとした場合、医師の養成増大では実効性がない。

そこで国としては、医療法や診療報酬において要求される医師の標準について、地域ごとの充足率を勘案した計算式を策定する等、法令上の整備を行うことが求められよう。

また、地方においては、現有要員で不足を補うシステムを構築すべきである。救急医療における診療所医師と病院医師の協力体制の構築や、地域における医療機関の機能を明確化したうえで役割分担の明確化を図るべきである。

5. 専門医の少ない診療科における救急体制

昨今、小児救急のあり方が社会問題になっているが、他の診療科においても、夜間診療、救急診療に対応する病院医師の過労による消耗は珍しいことではない。

治療を要する患者が来院すれば、病院はそれに対応する責務がある。しかし、医師不足により十分な対応ができないのであれば、地域の医師の力を借りるしかない。そこで、夜間の外来患者には診療所の医師が交代で対応し、救急患者や入院患者には病院医師が対応するなどの対策を検討すべきであり、その実現には行政の支援が必要である。

6. 認知症患者の取扱いについて

認知症は精神科領域の疾患であり、患者は精神科病院では厳格な法的手続きの下で処遇されている。しかし、福祉関連の施設では法的規制は行われておらず、認知症患者は縦割り行政により人権が翻弄されている。社会の高齢化が進展するなかで、地域における医療計画に認知症に係る記載事項を設けるべきである。

7. 交付金、補助金、政策融資、診療報酬

都道府県の作成した医療計画を実現するためには、国からの交付金、補助金、政策融資が重要となるが、地方の自主性、裁量性を生かすためには高い自由度を認めるべきである。併せて、医療機関への補助金等は、その開設主体にかかわらず、地域における政策医療等、必要な医療を提供しているものに対して支出されるべきである。

また、わが国の医療制度は、医療提供体制の整備と診療報酬が両輪となって成立している。医療制度を構築するにあたっては、この両面への留意が不可欠である。

第8回「医療計画の見直し等に関する検討会」資料

日本歯科医師会

常務理事 高津茂樹

【医療計画見直しにおける歯科にかかわる課題】

- 1) 患者本位の医療サービスの基盤作りの中で特定されている主要疾患または事業としての「がん・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病・小児救急を含む小児医療・周産期医療・救急医療・災害医療・へき地医療」などの診療ネットワーク構築において、歯科医療関連が明確に示されていない。
- 2) 上記の疾患に対応するための歯科医療の機能の把握など、歯科界における基礎作業が進んでいない。
- 3) 日常医療圏のなかで地域の医療機関の相互の連携にかかりつけ歯科医機能が普及・啓発されていない。
- 4) 国が実施する全国規模の医療機能調査のなかで調査すべき事項の歯科関連の内容が盛り込まれていない。

【事例：離島医療に関わる問題】

長崎県の事例にみられる問題点から

- 1) へき地医療対策補助事業において、へき地医療拠点病院に歯科医師派遣などの体制や環境整備ができていない。
→へき地医療拠点病院の指定基準や事業内容それに運営費補助などを含め、拠点病院に歯科医師を派遣するに際して拠点病院の歯科室の整備ができていない。
- 2) 無歯科医地区に対する支援体制が、へき地支援機構、へき地医療拠点病院、へき地診療所などで全く考慮されていない。
- 3) 長崎県における離島へき地医療支援体制の中で歯科の問題を検討するような環境が整備されていない。
→長崎県離島・へき地医療支援センターの中にメンバーに歯科関係者がいない。
→常勤職員として医師については派遣体制の整備がなされているが、歯科医師はその対象ではない。
→無歯科医地区を抱える離島において、地元連携などに対する予算措置などの体制の整備が図られていない。

- 4) 長崎県で把握されている離島における無歯科医地区での、歯科保健活動や地域福祉などの活動体制が構築されていない。
→関係者のマンパワーが揃ってないため、個人の診療所(約60医療機関)が対応している地区では必要な地域活動ができない。
→へき地保健指導所へ看護師と同様に歯科衛生士などの派遣環境の整備ができていない
- 5) 遠隔医療システムによってTV会議などで症例検討会などのシステムの整備が図らようとしているが、歯科についての整備は検討されていない。
- 6) 第9次のへき地保健医療計画の基本的な考え方の中で、へき地医療に関心を高めるような卒前卒後の臨床教育が重要とされている。しかし長崎県においては、へき地での臨床実習や臨床研修を行う拠点が無い。
→へき地中核病院やへき地医療支援病院すべてに歯科が設置されていない。

以上の長崎の事例から考えられる離島医療の問題は、以下の通りと考えられます。

長崎県事例から見た離島・へき地医療に関する問題のまとめ

- 1) 離島医療に関する問題で、常時活動を行う離島・へき地医療支援センターに歯科関係者の配置の必要性。
- 2) 離島の中核病院やへき地医療拠点病院に歯科室の整備の必要性。
- 3) へき地保健指導所などへ看護師と同様に歯科衛生士の派遣な法整備の必要

地域医療提供体制における薬局の位置づけなどについて

平成17年4月22日
日本薬剤師会 山本 信夫

- 現在検討が進められている医療計画の見直しに当たっては、患者を中心とした“診療ネットワーク”を日常医療圏において構築する方針が示され、“かかりつけ医”が他の医療機関や介護施設等と連携を取り、「地域完結型」の医療提供体制を目指す考え方が示されています。
- 医療において医薬品が重要な役割を果たしていることは言うまでもありませんが、現在、医薬分業率は全国平均で51.9%に達しており、投薬が必要な外来患者の2人に1人は地域の薬局から医薬品の提供を受けている実態があります。
- したがって、医薬分業の進捗度や地域における住民・患者への医薬品提供の現状に鑑みれば、現在検討されている“日常医療圏における診療ネットワーク”においても、医療提供施設の一つとして“薬局”を明確に位置づける必要があります。

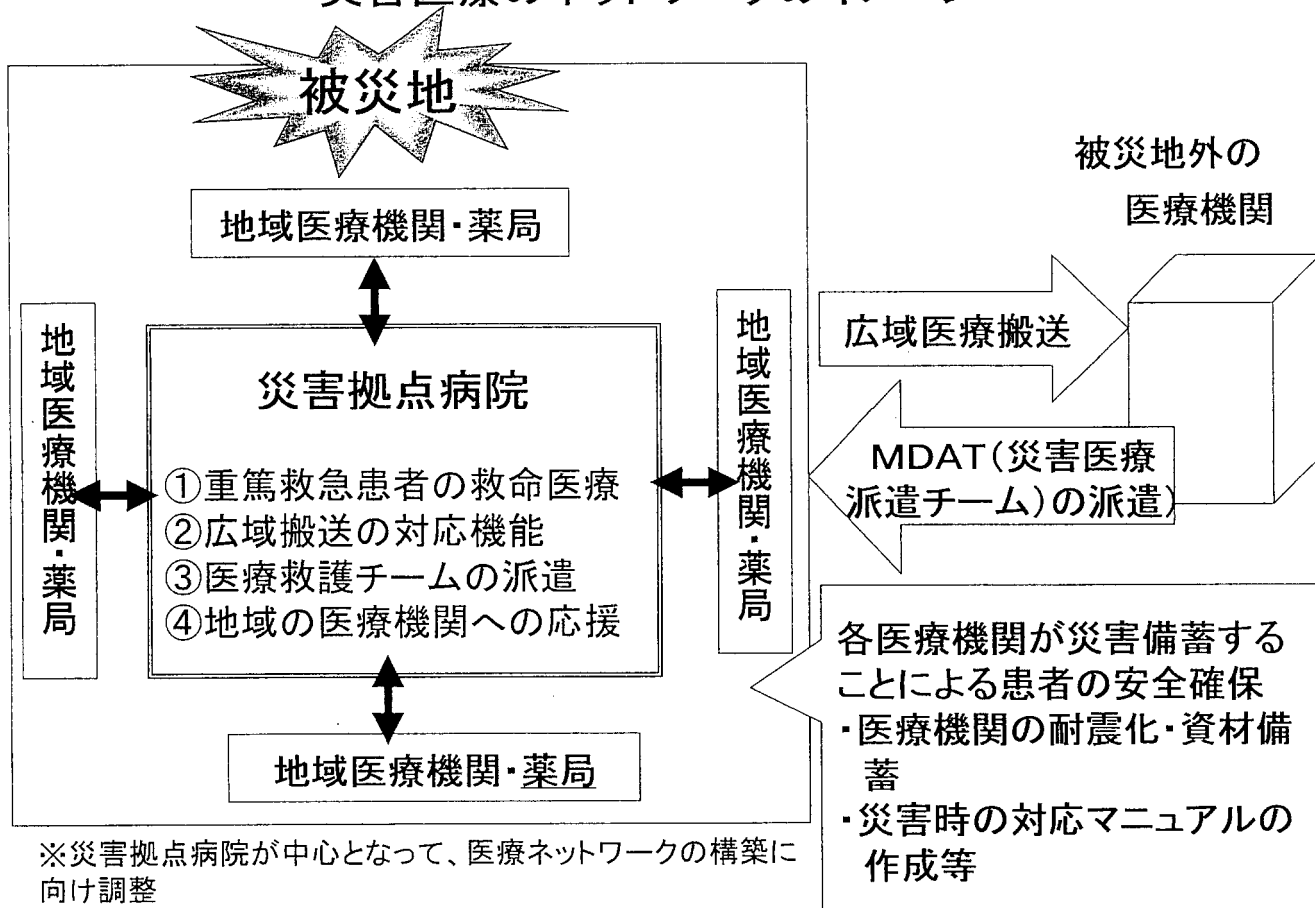
- また、3月28日の第7回検討会では、「終末期ケアを含む在宅医療」のイメージ図が示され、薬局を活用する考え方が示されました。在宅における療養では使用する医薬品の種類も多く、特に終末期医療では緩和ケアのために麻薬を使用する機会が増えていることから、医薬品の安全管理・適正使用のために薬局・薬剤師を活用することは重要であると考えます。
- しかしながら、現在、在宅患者訪問薬剤管理指導を行う届出を行っている薬局は全国で31,528薬局（保険薬局数の64.8%）であり、また、麻薬小売業免許を有する薬局も25,816薬局（薬局数の51.9%）にとどまっています。
- 在宅医療の一層の充実を図り、安心・安全な医療提供体制を構築する上では、日常医療圏単位で上記に係る整備目標を策定し、全国的な体制整備に努める必要があると考えます。

- また、2月14日の第6回検討会では、医療計画の記載事項案が提示され、「医薬品・医療機器の提供体制」の一環として、「服薬状況の改善目標」を設定する考え方が示されました。
- 日本薬剤師会の調査によれば、治療上必要な医薬品を飲み残している患者は63%もいたものの、飲み残しのある患者に対して薬剤師が服薬指導をした結果、約半数の患者で服薬状況が改善したことが明らかになっています。
- 糖尿病などの生活習慣病対策においては、自覚症状がないために服薬が疎かになりがちな患者に服薬の重要性を認識させ、指示どおりの服用を遵守させるきめの細かい患者指導が、合併症を予防する観点からも重要であります。服薬状況の改善・向上に寄与する薬局・薬剤師の積極的な活用を、“日常医療圏の診療ネットワーク”及び“都道府県が構築する質の高い効率的な保健医療提供体制”に位置づけることが必要と考えます。

- また、第7回検討会で示された「救急医療」や「災害医療」のイメージ図においては、薬局の活用は想定されておりません。しかしながら、休日・夜間や災害時の医療提供体制にも医薬品の供給は当然不可欠であり、2月14日の第6回検討会では、医療計画の記載事項案として「医薬品・医療機器の提供体制の整備」が示されているところであります。
- 実際、医薬分業率が50%を超えている現状では、例えば休日夜間急患センターに対応し、休日夜間救急対応薬局を開設している地域も少なくなく、日本薬剤師会の調査では、約36%の地域薬剤師会が休日・夜間の医薬品供給体制を整備しています。しかしながら、こうした地域薬剤師会の取り組みは医療計画に明記されたものでないため、地域住民への広報も十分に行われていないのが実状であります。
- こうした現状を踏まえ、「災害時、へき地、休日・夜間時に必要な医薬品を迅速に提供できる体制」を日常医療圏ごとに整備することと併せ、「救急医療」や「災害医療」において「薬局・薬剤師の役割」を明記することが必要であると考えます。

以上

災害医療のネットワークのイメージ



参 考

●**処方せん受取率（医薬分業率）** 51.9%（平成16年7月、日本薬剤師会）

●**服薬コンプライアンスとその改善に対する薬剤師の関与についての実態調査**

（平成13年12月、日本薬剤師会）

患者の飲み残しの有無

あり	63.0%
なし	35.3%

ノンコンプライアンスに対する薬剤師の対応

薬の飲み方や使い方、飲み忘れた場合の対処法などを服薬指導して改善	45.5%
服薬の意義や重要性を説明	31.4%
患者や家族の同意を得て、使用期限切れの医薬品を廃棄・整理	15.9%
医師に連絡の上、処方日数を調整	6.9%
医師に連絡の上、薬剤を変更・削除	4.6%
医師に連絡の上、服用時点毎に一包化	3.6%
医師に連絡の上、剤型を変更	2.1%
医師に連絡の上、服用時点を変更	0.8%

●**高齢者の服薬状況と薬識に関する調査研究**

（平成15年3月、日本薬剤師会委託、日本大学薬学部実施）

処方薬に占める「ほとんど服用（使用）していない薬」の割合

院外投薬者	8.0%
院内投薬者	15.2%
高齢者（院外・院内）全体	9.3%

●**外来慢性疾患患者における投薬日数制限の緩和の影響調査**

（平成15年9月、日本大学薬学部実施）

薬の飲み忘れや飲み残し

「よくある」「時々ある」	37.2%
「あまりない」「ほとんどない」	60.1%

●**在宅患者訪問薬剤管理指導料に係る届出状況**（平成16年7月）

31,528 薬局（保険薬局数の64.8%）

●**麻薬小売業者薬局数**（平成15年12月）

25,816 薬局（薬局数の51.9%）

●**薬局による休日・夜間における市区町村単位での医薬品供給体制整備の進捗状況**

（平成14年7月、日本薬剤師会）

休日・夜間体制を整備している地域薬剤師会の割合 35.7%

平成 17 年 4 月 22 日

医療計画の見直し等に関する検討会

座長 黒川 清 殿

健康保険組合連合会

副会長 福島 龍郎

医療計画の見直しに関する意見

現在検討されている「平成 18 年度の医療制度改革を念頭においた医療計画の見直しの方向性」については、(1)住民・患者にわかりやすい保健医療提供体制の実現、(2)質が高く効率的で検証可能な保健医療提供体制の構築、(3)都道府県が自主性・裁量性を発揮することによる地域に適した保健医療提供体制の確立—という基本的かつ重要な考え方が明示されており、今後の医療計画のあり方としてとくに異論はないが、見直しを実効あるものとするため、この際とくに強調しておきたい項目と視点を整理すれば以下のとおりである。

【医療計画のあり方】

- 今後の医療計画のあり方としては、医療計画の本来の目的である医療資源の効率的活用とともに、医療提供体制の改革を促すものとするべきである。

【医療機能の分化と連携】

- 定着しつつあるとされた新たな病床区分の届出状況だが、依然、一般病床と療養病床の比率に都道府県ごとに大きな格差が生じており、真に病床の機能を考慮した届出の見直しが早期に行われるべきである。
- 診療報酬上では、急性期から亜急性期（回復期）、慢性期へと医療機関の機能に応じた評価が導入されつつあるが、医療機能の分化と連携を促進するためには、診療報酬制度との関連を十分に考慮に入れた議論が必要である。
- 県庁所在地や大都市において公的・私的医療機関が集中して立地することにより、診療内容や高額医療機器の整備に関して、無意味と思われる競争や医療資源の浪費が行われている現状がある。医療機関の統廃合や、建替え・移転整備にあたっては、医療機能の確保と連携の観点から、医療機関の再編成が可能になるよう、地域において十分な検討と調整が行われ、決定されるべきである。
- 介護保険事業計画や障害者プランとの整合性ある連携を医療計画上、明確にするべきである。また、社会的入院の解消へ向けての対応等を講じる必

要がある。

- 住民・患者の視点に立ち、主要な疾病ごとに各医療機関の機能によって柔軟に対応する「診療ネットワーク」構想が提示されているが、ネットワークの核となる「かかりつけ医」の定義が明確でないままに位置づけられており、その機能について詳細に検討する必要がある。
- 「診療ネットワーク」を構築するにあたって、日常医療圏ごとに都道府県が主催する住民、診療に関する有識者、保健事業の実施者、市町村、医育機関や臨床研修病院の代表などを構成員とした協議会（診療ネットワーク協議会（仮称））の意見を基に検討する方向性が示されているが、患者中心の医療の実現という観点から、同協議会には住民・患者、そして医療保険者も参画し、意見が十分に反映されるようにするべきである。

【医療圏、基準病床数】

- 2次医療圏については、主として一般病床の整備を図るべき圏域として地理的条件や日常生活の需要の充足状態などの社会的条件を考慮して設定することとされているが、現状では、人口・面積規模で大きな格差があり、地域において医療に関する圏域としての実感に乏しい。また、2次医療圏が一旦設定されるとそのまま固定化する傾向があるが、患者の受療状況に加えて、交通事情の変化、市町村合併の動向、医療の進歩などを的確に把握して、2次医療圏を地域の実態に合うよう、的確に見直すべきである。
- 3次医療圏は、特殊な医療を提供する地域単位として基本的に都道府県単位とされているが、当該医療機能の整備にあたっては、とくに大都市圏に隣接するようなケースにおいて医療資源の効率的活用の観点から、関係都道府県による密接な協議・調整のもとに圏域を越えた柔軟な対応も可能とするべきである。
- いわゆる病床規制については、医療費への影響の観点、救急医療やへき地医療など不採算医療の確保、入院医療の必要性を客観的に検証する仕組みの未確立等から引き続き存続させる方向が示されているが、ケースミックス（各種疾患を診断群に整理分類して管理する手法）の普及や医療の質の評価などの環境整備がなされていないままの現状で、病床規制を撤廃することは適切でない。

【記載事項等】

- 第3次医療法改正で医療計画に記載を義務づけられたいわゆる「記載事項」を実現するため、都道府県は、医療提供体制のあるべき姿を明確に提示するとともに、その責任・フォロー体制を具体的な仕組みとして構築すべき

である。また、地域において優れて公益性の高い医療機能を発揮している民間病院に対しても、施設整備等へのインセンティブが働く財政支援のあり方等について検討されるべきである。

以上

平成 17 年 4 月 22 日
医療計画の見直し等に関する検討会
委員 古橋 美智子
(日本看護協会 副会長)

医療計画の見直し等に関する意見について

1. 国民（住民・患者）に分かりやすい保健医療提供体制の実現について
 - 1) 都道府県が日常医療圏に必要な医療資源を把握し、主要な疾病ごとの診療ネットワークを構築することがこれまで検討されてきている。しかしながら、検討会資料の「日常医療圏の診療ネットワークのイメージ」の図のなかで、かかりつけ医、診療所が前面に出されているが、日常医療圏の医療機関の役割等の実態、地域性を踏まえた計画とすること。特にかかりつけ医については、国民にその実像がわかるような概念規定や要件を明確にすること。
 - 2) 日常医療圏の医療提供にとどまらず、疾病予防、重症化予防、疾患管理、介護予防、家族のレスパイトなどの観点から、地域保健、福祉等との連携も含めて総合的な医療計画とすること。日常医療圏の定義・概念については、地域保健、障害者福祉、介護保険等を含めて、制度横断的に共有化を図り、制度間の整合性、連携を図ることができるものとする。
 - 3) 関係機関の連携、チーム医療の観点から、介護施設、訪問看護ステーション、保健所、市町村保健センター、助産所、薬局等の連携がネットワークのイメージ図のなかに描かれ、これらの存在が明示されること。さらに、患者会や老人クラブ等、地域住民の主体的活動およびネットワークも計画のなかで位置づけることが検討され、患者参加の視点からも関連図が構成されること。

また、医療法に謳われている医療提供の理念（法第1条の2）からも、医療の担い手は、医師・歯科医師・薬剤師・看護師・その他の職種であり、その連携の姿が、国民に分かるようにすること。

- 4) 国民にわかりやすい医療提供体制の構築を前提とし、病院と診療所の役割・機能などの実態を踏まえて、診療所の構造設備等の基準を明確にすること。また、有床診療所における医療内容・医療技術の適正な評価、夜間看護体制、看護技術の評価を行った上で、これを診療報酬に反映させると共に、安心・安全な医療・看護の提供のために適切な人員配置について見直しを検討すること。

2. 質が高く効率的で検証可能な保健医療提供体制の構築

- 数値目標の設定及び数値目標を達成するための活動計画としての医療計画の立案等にあたっては、人材の養成確保、医療安全対策等も含め可能な限り、きめ細やかな計画とするとともに、事業評価等に当たっては、医療関係者のみならず患者会等の住民参加の検討のもとで行うこと。

3. 都道府県が自主性・裁量性を発揮することによる地域に適した保健医療提供体制の確立

- 日常医療圏における医療機能の把握や各医療機関の医療機能の内容に関する住民への情報提供など医療計画の作成・実施に当たっての都道府県の役割を強化する際に、地域住民、患者団体のニーズを的確に把握するための方策を検討するとともに、保険者協議会等との連携を進めること。

以上