

5. 医療計画制度 ※ 医療計画制度の見直しについては、現在「医療計画の見直し等に関する検討会」において検討が行われている。			
①医療計画制度の在り方	<p>○都道府県の役割について、医療機能の把握、医療提供体制の整備などを更に強化し、国は基本方針の策定など都道府県を補完、支援する立場を明確にしてはどうか。</p> <p>○医療計画の作成に当たっては、作成、執行、政策評価そして次期医療計画への反映といった一貫した都道府県の政策の流れが構築できるようにしてはどうか。</p> <p>○患者や住民にも分かりやすい疾病ごとの指標を作成し、二次医療圏内にある医療機能について、主な疾病ごとに把握できるようにしてはどうか。</p> <p>○医療提供体制側から住民への情報量を増大させるよう推進するとともに、都道府県医療審議会の機能強化等により、住民が求めるきめ細かな医療サービスのニーズについても計画の中で把握できるようにしてはどうか。</p> <p>○医療圏の考え方や具体的な範囲について見直す必要はないか。</p> <p>○医療機器についても医療機能として把握できるようにしてはどうか。</p>	<p>○国としての基本方針、ビジョンを決めていくことは大事なこと。しかし、国は地方の補完に徹するべきで、具体的な実行計画の策定については地域地域に委ねていくべき。(第3回野呂委員)</p> <p>○全国の自治体で、住民の声を積極的に取り入れ、きめ細かな住民のニーズに応えることを考えるべき。(第2回佐伯委員)</p> <p>○計画策定のプロセスに、患者、地域住民及び保険者の視点を入れることが必要。(文書意見・龍井・松井・福島委員)</p> <p>○福岡県の二次医療圏は、少ない医療圏は人口が9万人、多い医療圏は150万人。いろいろなネットワークを考える場合には、二次医療圏ということだけで考えるのではなく、もう少し細分化するなど考える必要。(第3回杉町委員)</p> <p>○例えば医療計画を策定するにしても、それぞれの地域で必要とされる診療科目別に医師がどれだけ確保されなければいけないのかとか、必要な医療機器についてどのように定めるのか、などを検討していくことが必要。(第3回野呂委員)</p>	
②基準病床数制度の在り方	<p>○基準病床数制度については、医療機関の競争が働かなく、新規参入が妨げられ、医療機関の競争が働かないとの指摘がある一方、供給側による誘導の結果入院の必要性が低い患者が入院治療を受けるといったことなどに</p>	<p>○人口当たりの病床が多い、外来受診率が高いことが本当に悪いことか。医療費を非常に高くしているか、あるいは医療の質を落として健康寿命が悪くなっているのかという検証なく、病床を単純に減らさなければならないというの</p>	<p>規制改革・民間開放推進会議第1次答申</p>

	より効率的な医療提供とならないとの指摘もある。基準病床数制度の役割、在り方についてどう考えるか。	はおかしい。(第3回三上委員)	
③医療計画を通じた医療機能の分化・連携の推進	<p>○患者、住民のQOLの向上の観点から、医療機能の分化、連携を推進し、急性期から回復期を経てかかりつけ医の下での在宅療養といった流れが原則二次医療圏内で完結するような体制確保をする内容に見直すことを基本に考えるべきではないか。</p> <p>○主な疾病ごとに地域の医療機能の状況を把握することによって、病床数という量的管理だけでなく疾病ごとの医療機能という質的管理を重視したものに転換すべきではないか。</p>	○医療計画において、病床規制ではなくて、診療科別にそれぞれに必要なものをきめ細かく定めていくことが重要である。(第3回松井委員)	
④医療計画で明らかにすべき事項	<p>○医療計画において明らかにすべき事項としてどのようなものがあるか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医や小児・成人への往診、訪問看護などの在宅医療の推進方策 ・診療科別の医師数 ・小児救急医療をはじめとする救急医療や周産期医療、へき地医療等に関する数値目標 ・公的医療機関と民間医療機関との役割分担 ・臨床研修の取組や医療安全に係る活動・対策 ・歯科診療所も含めた二次医療圏内の診療所の役割 ・薬局の役割や医薬品・医療機器の供給体制。特に、災害時、感染症発生時、及び休日・夜間、へき地における医薬品供給のあり方 ・地域住民が新しい治療法や医薬品へアクセスしやすくするための地域における治験ネットワークなどの整備 	<p>○在宅医療を支える要の訪問看護ステーションの数値目標の設定と計画的な推進。(文書意見・古橋委員)</p> <p>○医療法で規制されている病床数や病床単位の医療従事者よりも、それぞれの地域で必要とされる診療科目別に医師がどれだけ確保されなければいけないかや、医療機器について定めていくことが必要。(第3回野呂委員)</p> <p>○地域における小児を含めた救急医療体制、災害時医療体制の整備及び精神障害者、難病患者等の支援計画の策定の検討が必要(文書意見・古橋委員)</p>	

<p>⑤補助金制度改革と医療計画制度の在り方</p>	<p>○医療計画を実効性のあるものにしていくため、医療提供体制整備のための補助金についても、医療計画と密接に関連づけたものに見直し、都道府県の自主性・裁量性の発揮をより高めるようにするという観点から改革を行うべきではないか。</p> <p>○介護支援計画や健康増進計画と医療計画が連携し、整合性がとれるようにしてはどうか。</p>	<p>○医療分野の補助金の見直しに当たっては、国民的なコンセンサスの下、国、地方でやることをはっきりさせ、国の責任を放棄した形にならないようにすべき。(第1回土屋委員、第1回古橋委員、村上委員、見城委員同旨)</p> <p>○地方でできることに国の関与を小さくしていくことが大事。さらに、個人ができることに基本的には行政は関与しないが、やはり病気のことなので、体制はとっていく。個人、あるいは地域に対して強くあり方を求めていくという姿勢が基本的には大事。</p> <p>地域地域でそれぞれ独立してやらせ、国のビジョン、基本方針の中から、地域ではできないものについて、国として特化してどういうものやっていくかということを経験的に考えるべき。(第3回野呂委員、第1回山本(文)委員同旨)</p>	
<p>⑥その他</p>	<p>○小児医療や救急医療など地域に必要な医療提供体制を構築するためには、小児科医や麻酔科医など不足している医師を確保することが重要であり、これらの医師を養成する大学医学部や臨床研修病院も視野に入れた医療計画制度を構築してはどうか。</p>		

6. へき地医療提供体制の確保			
	※ 現在、へき地医療等の確保の計画的推進に関し、第10次へき地保健医療計画の策定に向けたへき地保健医療対策検討会で検討中。	○へき医療対策は、政策の優先順位からすると高い問題。無医地区における問題の実態把握と、今の施策で対策が進んでいるのかの現状認識が重要。(第3回龍井委員)	
①へき地医療の内容	○患者等の視点に立って、へき地医療に求められる医療内容(医薬品供給も含む)はどういったものか。	○都会ばかりではなく、田舎のほうの医療が一体どうあったらいいのかということ、議論すべき。(第3回山本(文)委員) ○へき地では、薬局は偏在するので、薬が入手できる体制を考える必要。(第3回山本(信)委員)	
②医師等の確保	○へき地における医師、看護師、薬剤師等の確保の方策をどうしていくか。 ○都道府県において、医療関係団体、中核的病院、県内の医科大学、大学医学部等を構成員とした協議会の開催等を通じ、関係者が一体となった取組を進めることが重要ではないか。 ○医師の養成・就業の実態、地域や診療科による偏在等を総合的に考慮して、医師需給見通しの見直しを行うことが必要ではないか。	○都市部以外での医師確保は大変で、国として、都市部における医師、看護師等の医療従事者について一定の制限を加えるべき。(第3回野呂委員) ○職業選択の自由などを考えると、都市部における医師、看護師について、制限を加えるのは難しい現状である。へき地医療において、経験が少ない若い医師等がすべてに対応するのは難しい点もあるので、新しい臨床研修制度以外の施策も含めて、医師を育成する仕組み、あるいは経験豊かな定年医師を活用する仕組みを考えるべき。(第3回松井委員) ○開業するドクターに、開業するには1年か2年、必ずへき地等の病院に勤めなければならないという開業医免許制度を作ってはどうか。(第4回大橋委員)	
③ITの有効利用	○遠隔医療システムの整備の推進など、ITの有効的な利用を進めていくことが必要ではないか。		・「e-Japan 重点計画2004」 ・規制改革等3カ年計画

7. 医療機能の分化・連携、医療施設体系及び医療施設に係る規制の在り方

(1) 医療機能の分化・連携の推進

<p>①医療機能の分化・連携</p>	<p>○患者、住民のQOLの向上の観点から、医療機能の分化、連携を推進し、急性期から回復期を経てかかりつけ医の下での在宅療養といった流れが原則二次医療圏内で完結するような体制確保をすることを基本に考えるべきではないか。</p> <p>○入院診療計画（いわゆるクリティカルパス等）における適切な退院計画の作成、退院に向けた情報提供やサービス調整による適切な入院医療やリハビリテーション、退院後の療養生活の確保や社会復帰の支援を行うなど、地域における医療連携、医療機関と薬局の連携、さらに保健・福祉との連携を推進することが必要であるが、具体的にどのような仕組みでこれらを実現するか。</p>	<p>○医療機関の機能分担と連携は、従来から指摘されてきた問題であり、改めてそれをさらに具体化するプロセスを考えていくべき。（第2回龍井委員）</p> <p>○地域医療のネットワークは、医療サービスだけのネットワークではなく、福祉サービス、訪問看護ステーション、介護老人保健施設などとのネットワークも広げることが非常に大事。（第3回杉町委員）</p> <p>○社会的入院の是正のため、介護保険施設や在宅医療等の機能に応じた役割の分担、地域における医療と介護の連続性ある体制整備等の検討が必要。（文書意見・龍井・松井・福島委員）</p> <p>○患者の立場からすれば、手術をした病院にとどまりたいという気持は当然あるので、逆紹介が可能となるような情報提供や環境整備の仕組みが十分整っていないと、機能分化、連携もうまくいかないのではないかと。（第3回松井委員）</p> <p>○在院日数の適正化と在宅療養推進のための退院調整部門の強化が必要（文書意見・古橋委員）</p> <p>○本来患者側の視点からすると、医療へのアクセスをどのように段階的に、効率的にやるかが重要で、病床区分というよりは、外来の機能がどうなっているのか、紹介型の病院であるかということで機能がはっきり分けられる。</p> <p>病床区分で機能分化については、患者は1つの医療、治療を完成させるために、いろいろな医療機関を転々としなければならないということが、果たして幸せなのかという</p>	
--------------------	---	--	--

	<p>○医療機能の分化、連携を推進する観点から、特定機能病院や地域医療支援病院の在り方、要件等についてどのように考えるべきか。</p>	<p>議論もすべき。(第3回三上委員)</p> <p>○医療機関の機能分化とは病床機能ばかりではなく、もっと幅広く、かつ深い。例えば臨床研修の受入れ病院も一種の医療機関の機能であるし、医療安全対策をとっている病院も機能である。(第3回渡辺委員)</p> <p>○ホームドクター(開業医)と病院とがより円滑に連携を図れるようなネットワーク作り(共同で研修会を開催する等)が必要。それにより、紹介状を用いた患者紹介のシステムも生かされ、また、相互の医療従事者の資質向上が図られる。(文書意見・見城委員)</p> <p>○地域医療支援病院の紹介率の計算方法を変えたが、地域の中核病院が支援病院になれない厳しいものである。地域の状況に応じて、地域医療支援病院を作るべき。(第3回村上委員)</p> <p>○救急患者が多いだけで一挙に地域医療支援病院になり、それで入院基本料に対する加算が非常に大きくなる。紹介率の整理について、もう一度考えるべき。(第3回三上委員)</p> <p>○救急医療患者は、救急車で来ない限りは紹介率から外されている。救急車だけに限っていることについて、論議すべき。(第3回村上委員、山本(文)委員)</p> <p>○本来地域支援病院なるものは病診連携なり、地域の連携を目的として設置された。今回の見直しで、紹介患者の数や救急患者の数は初診患者のみを対象にすることを明確化したために、逆に紹介率が減ったところがある。もう1回見直して整理すべき。(第3回土屋委員)</p>	
--	---	---	--

②薬局等医薬品の供給体制の位置づけ	○近年の医薬分業の進展も踏まえ、薬局等医薬品の供給体制も含めた医療機能の連携、医療提供体制整備を考えるべきではないか。	○前回、前々回の医療法改正時と違い、現在外来患者の大半は、地域の薬局から処方箋を通じて医薬品の供給を受けている。地域においては薬局も含めた幅広い体制整備が議論されるべき。(第3回山本(信)委員) ○都会でも、夜間になると患者は処方箋を交付されても、薬の入手に大変苦勞するケースがある。へき地では、薬局は偏在するので、薬が入手できる体制を考える必要。医療法の中で、薬局の位置づけを明記すべき。(第3回山本(信)委員)	
(2) 医療提供施設の機能分化			
①医療機能の分化	○医療ニーズの多様化への対応、患者の視点に立った医療提供、平均在院日数の短縮化、医療提供体制の効率化を図っていく上では、医療機能の分化や明確化を進めていくことが必要ではないか。 ○一方、医療法上の施設類型・病床区分として、更なる区分の見直し、細分化を行う必要性はあるか。		
②療養病床	○療養病床については、医療保険適用のものと介護保険適用のものがあるが、介護保険制度創設後の状況も踏まえ、その機能の明確化、在り方についてどう考えていくか。 ○療養病床と他の介護保険施設(介護老人保健施設、介護老人福祉施設)の役割の明確化、在り方についてどう考えていくか。	○いわゆる社会的入院について、介護保険導入によりどう推移しているかきちんと精査をする必要がある。(第3回龍井委員)	

③公的病院等	○医療法人制度の改革や市町村合併等が進む中で、公的病院等の在り方、役割についてどのように考えるべきか。	○国は民間ができることにあまり関与すべきではなく、あるいは、公的病院の役割のあり方も、民間ができることについては、重ねてはやらないという整理をしながら、国でなければ新しい医療を切り開いていくことができない部分へ特化していくことが大事。(第3回野呂委員)	
(3) 人員配置標準の在り方			
	<p>○医療機関における人員の配置標準の在り方について、医療安全など昨今の医療に関する環境の変化等を踏まえ、どのように見直していくべきか。</p> <p>○病棟における服薬指導などの業務量、医療安全関連など業務の多様化など、病院における薬剤師の役割の重要性の高まりにかんがみ、病院における薬剤師の配置を充実すべきとの意見があるが、どう考えるか。</p> <p>○医療法による人員配置基準は、医療機関が守るべき標準として機能するものであることなどを考慮する必要があるのではないか。また、へき地等の地域性を考慮すべきという考え方についてどう考えるか。</p>	<p>○専門的なものを身に付けた医師が何人も必要な医療機関と、それぞれの地域で身の丈にあった医療を提供する医療機関を1つの配置基準のルールで縛るのは、実態に即していない。(第4回土屋委員)</p> <p>○日本の医療費は例えば米国に比較して安い。したがって、同じ数だけ看護師や医師を雇えない。病床あたりの医師、看護師が少ないのには、そのような背景がある。(第3回杉町委員)</p> <p>○例えば県内で養成した看護師は県外にでていくし、全体で看護師数が足りていても中山間地では不足数が非常にでる。人員配置の増の議論は、地域性も考慮すべきである。(第4回山本(文)委員)</p> <p>○夜昼のない医療業務、あるいは在院日数が非常に短縮して業務の濃度が濃くなって、高速な回転が始まっている中で、患者の疾病構造、医療内容、現実の業務量から、人員配置についての検討が必要。(第2回古橋委員)</p> <p>○・急性期一般病床は患者対看護職員 1.5 : 1 以上、夜間帯看護職員配置数の増員及び常時配置の考え方の導入 ・外来機能の強化・充実を目指した生活習慣病等の看護専門外来等の設置 (文書意見・古橋委員)</p> <p>○患者の自己決定能力を支援するため、医療システムとし</p>	病院における薬剤師の人員配置基準に関する検討会報告(平成13年10月)

		<p>での患者の自立支援体制が必要。そのため、看護の人員配置基準並びに当面の措置として外来の看護役割（業務）の患者自立支援の観点からの見直しが必要。（文書意見・辻本委員）</p> <p>○病床数当たりの看護職員の数が、他国と比べて差がある。人口当たりに直せば違うかもしれないが、大きな改革が必要。（第3回龍井委員）</p> <p>○これまでも薬剤師の人員配置は議論されてきているが、新しい問題として休日・夜間の問題、あるいは医療安全、専門性の高い薬剤を使用することを支える薬剤師の役割といったことが、必ずしも十分に反映された議論がされていなかったのではないか。</p> <p>医療提供体制の中での薬剤師の員数をどうするかという議論を進める中で、特に医療機関における薬剤師の役割、あるいは配置について、そうしたことを踏まえた議論をすべき。（第4回山本（信）委員）</p> <p>○医療用具にまつわる死亡事故、あるいは有害事象が報告されている。人員配置に関しても、臨床工学技士、あるいは病棟薬剤師をもっと配置すべき。栄養士やいろんな職種も必要である。ニーズ把握をすべき。（第2回、第4回佐伯委員）</p>	
--	--	--	--

(4) その他医療施設に係る規制の在り方			
①有床診療所、助産所	<p>○現行の医療法では、病院と診療所の種々の規制の違いがある（有床診療所については、構造設備・人員配置の基準が緩やかなものである一方で、いわゆる48時間規制がかかっている）が、多様なニーズに柔軟に対応する観点から、有床診療所の在り方を含め、どう考えるか。</p> <p>○医療安全の観点等から、有床診療所（特に産科、産婦人科）や助産所の規制の在り方について、どう考えるか。</p>		医療分野における規制改革に関する検討会報告書（平成16年1月）
②施設の共同利用	<p>○衛生の確保に万全を期す等の観点から、診療所の玄関、待合室、外来患者窓口等について複数の医療機関が共有することを禁じているが、医療資源の効率的な利用等の観点から、責任の所在等を明確化した上で、同一の建物内で診療に直接提供されない場所の共同利用を進めることについてどう考えるか。</p>		医療分野における規制改革に関する検討会報告書（平成16年1月）

8. 在宅医療の推進

○できる限り住み慣れた地域、家庭において療養生活を送ることができることが、患者のQOLの向上の観点からも必要であり、在宅医療の一層の推進が必要ではないか。

○かかりつけ医（歯科医）の充実・普及、訪問看護の充実・普及等、在宅医療に係る医療提供体制の確保をいかに進めていくか。また、薬局、薬剤師によるサービス提供も考慮すべきではないか。

○一般病床での在院日数が近年短縮してきている中、在宅医療のあり方についても検討すべき。

今後、国民がどう在宅医療や通院治療を受け入れていくかということも含めて、在宅医療、継続医療、訪問看護の推進の在り方について議論が必要。（第1回古橋委員）

○在宅療養を望む方々への適切な医療提供ができる環境づくりの検討が必要。（文書意見・龍井・松井・福島委員）

○21世紀は多死の時代とも言われ、住み慣れた我が家で療養生活を送れる環境整備が必要。

在宅医療が進まない理由として、サービス機関が小規模で経営的に問題がある、在宅医療に対する報酬も施設医療に対して検討が遅れている、診療材料等の負担も自宅療養の方が負担が高いといったことがある。（第3回古橋委員）

○訪問看護の機能とあり方の見直し、および看護職員の業務の拡大に関する検討が必要（文書意見・古橋委員）

○かかりつけ医の機能が充実すべき。特に医師の往診が充実することが重要。

往診が、かかりつけ医として身近な医療を実践できる方法であり、その充実で病院外来の混雑解消にも資する。（第3回佐伯委員・文書意見）

○在宅の患者にとっては医薬品は不可欠なので、医薬品を安定して供給する上で、薬局・薬剤師がどんな形で連携できるか考える必要。（第3回山本（信）委員）