

〔平成19年9月14日（金）〕
16時00分～18時00分
厚生労働省省議室

第2回

社会保障審議会医療部会

議 事 次 第

- 1 後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子（案）（たたき台）について
- 2 平成20年度の診療報酬改定に向けた検討について
- 3 その他

（配付資料）

- 資料1-1 後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子（案）（たたき台）
- 資料1-2 後期高齢者医療の診療報酬に関する検討状況について
- 資料1-3 後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方
- 資料2-1 平成20年度の診療報酬改定に向けた検討について
- 資料2-2 平成20年度の診療報酬改定に向けた検討について（参考資料）
- 資料3-1 緊急医師確保対策について
- 資料3-2 医療施設体系のあり方に関する検討会について
- 資料3-3 病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会について
- 資料3-4 平成20年度概算要求の概要（厚生労働省医政局）

後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子(案)(たたき台)

- 第164回国会においては、健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年法律第83号)が成立し、平成20年度から後期高齢者医療制度が創設されることとなった。参議院厚生労働委員会の審議過程においては、当該制度に関して附帯決議(平成18年6月13日)がなされ、「後期高齢者医療の新たな診療報酬体系については、必要かつ適切な医療の確保を前提とし、その上でその心身の特性等にふさわしい診療報酬とするため、基本的な考え方を平成18年度中を目途に取りまとめ、国民的な議論に供した上で策定すること」とされた。
- 当特別部会では、この附帯決議を踏まえ、後期高齢者医療の在り方について、平成18年秋より〇〇回にわたり部会を開催し、議論等を重ねてきた。この中では、有識者からのヒアリングを行うとともに、本年4月に「後期高齢者医療の在り方に関する基本的な考え方」を取りまとめることと併せ、広く国民的な議論に供すべくパブリックコメントを実施し、検討に当たっての参考としたところである。
- このような過程を経て、今般、平成20年4月に新たに創設される後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子について、次のように取りまとめた。この趣旨を十分に踏まえた上で、今後、中央社会保険医療協議会において、具体的な診療報酬案の検討が進められることを希望する。

1. 後期高齢者にふさわしい医療(基本的事項)

- 後期高齢者には、若年者と比較した場合、次に述べるような心身の特性がある。
 - (1) 老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患(特に慢性疾患)が見られる。
 - (2) 多くの高齢者に、症状の軽重は別として、認知症の問題が見られる。
 - (3) 新制度の被保険者である後期高齢者は、この制度の中で、いずれ避けることができない死を迎えることとなる。
- こうした心身の特性から、後期高齢者に対する医療には、次のような視点が必要である。
 - ・ 後期高齢者の生活を重視した医療
一般に、療養生活が長引くことなどから、後期高齢者の医療は、高齢者の生活を支える柱の一つとして提供されることが重要である。そのためには、どのような介護・福祉サービスを受けているかを含め、本人の生活や家庭の状況等を踏まえた上での医療が求められる。

- ・ 後期高齢者の尊厳に配慮した医療
自らの意思が明らかな場合には、これを出来る限り尊重することは言うまでもないが、認知症等により自らの意思が明らかでない場合にも、個人として尊重され、人間らしさが保たれた環境においてその人らしい生活が送れるように配慮した医療が求められる。
 - ・ 後期高齢者及びその家族が安心・納得できる医療
いずれ誰もが迎える死を前に、安らかで充実した生活が送れるように、安心して生命を預けられる信頼感のある医療が求められる。
- もとより、高血圧や糖尿病に対する各種指導や投薬・注射、骨折に対する手術等のように、後期高齢者に対する医療の多くは、その範囲や内容が74歳以下の者に対するものと大きく異なるものではなく、患者個々人の状態に応じて提供されることが基本となる。
- すなわち、医療の基本的な内容は、74歳以下の者に対する医療と連続しているもので、75歳以上であることをもって大きく変わるものではない。
- これらのことから、後期高齢者にふさわしい医療は、若年者、高齢者を通じた医療全般のあるべき姿を見据えつつ、先に述べた後期高齢者の特性や基本的な視点を十分踏まえて、構築していくべきである。

2. 後期高齢者医療の診療報酬に反映すべき事項

- 我が国の国民皆保険制度は「必要かつ適切な医療は基本的に保険診療により確保する」という理念を基本としている。高齢者に対する医療についても、これまで、この考え方に基づくとともに、累次の老人診療報酬の改定等により、在宅医療の推進、入院療養環境の向上や長期入院の是正、あるいは漫然・画一的な診療は行わないことや、複数医療機関での受診や検査、投薬等はみだりに行わないことといった取組を行ってきたところである。
- 後期高齢者医療制度の施行に伴う新たな診療報酬体系の構築に当たっては、診療報酬全体の在り方に係る検討を着実に進めながら、高齢者医療の現状を踏まえ、このような老人診療報酬の取組を更に進めるとともに、診療報酬全体の評価体系に加え、1. に述べた後期高齢者にふさわしい医療が提供されるよう、次に述べる方針を基本とするべきである。

(1)外来医療について

(後期高齢者を総合的に診る取組の推進)

- 前述の後期高齢者の心身の特性等を踏まえれば、外来医療においては、主治医は次のような役割を担うことが求められている。
 - ・ 患者の病歴、受診歴や服薬状況、他の医療機関の受診状況等を一元的に把握すること。
 - ・ 基本的な日常生活の能力や認知機能、意欲等について総合的な評価を行い、結果を療養や生活指導で活用すること。
 - ・ 専門的な治療が必要な場合には、適切な医療機関に紹介し、治療内容を共有すること。
- 主治医がこのような取組を進めるための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(薬歴管理)

- 外来医療を受ける後期高齢者は、服薬している薬の種類数が多いこと、入退院も少なく服薬に関わる医療関係者も多くなると考えられることから、薬の相互作用や重複投薬を防ぐ必要がある。このため、医療関係者（医師、歯科医師、薬剤師及び看護師）や患者自身が、服用している医薬品の情報を確認できるような方策を進めるための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(関係者、患者・家族との情報共有と連携)

- 外来医療を受ける後期高齢者は、他の医療や介護・福祉サービスが必要な場合や、現に受けている場合も少なくない。後期高齢者の生活を支えるためには、受診歴、病歴、投薬歴などの情報や前述の総合的な評価の結果について、医療従事者間の情報の共有を進めるほか、介護・福祉サービスとの連携を進めるため、主治医等とケアマネジャーを中心として、相互の情報共有を進める必要がある。また、医療や介護・福祉サービスについて、患者や家族の選択等に資するために、患者や家族に対する情報共有を進める必要がある。

必要なカンファレンスの実施等も含め、このような情報の共有と連携が進められるよう、診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(2)入院医療について

(退院後の生活を見越した計画的な入院医療)

- 後期高齢者の生活を重視するという視点からも、慢性期のみならず急性期を含む入院医療において、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行うとともに、後期高齢者の入院時から、地域の主治医との適切

な連携の下、退院後にどのような生活を送るかということを念頭に置いた医療を行う必要がある。

退院後の療養生活に円滑に移行するためには、個々人の状況に応じ、退院後の生活を見越した診療計画が策定され、それに基づく入院医療が提供されることが重要であり、このための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(入院中の評価とその結果の共有)

- 退院後の後期高齢者の生活を支えるには、入院中に行われた総合的な評価の情報が、在宅生活を支えることとなる医療関係者や介護・福祉関係者に共有されることが重要である。この入院中の評価の実施や、ケアカンファレンス等を通じ、評価結果について在宅を支える関係者との共有が進むよう、診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(退院前後の支援)

- 患者は退院直後が最も不安となる場合が多いとの指摘があるが、このようなケースについては、退院直後の時期をまず重点的に支えることにより、円滑に在宅生活に移行することができるようにすることが重要である。このため、関係職種が連携して必要な退院調整や退院前の指導等に取り組むことができるような診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(3)在宅医療について

(情報共有と連携)

- 後期高齢者の在宅療養を医療面から支えるには、主治医等が中心となって、医療従事者間の情報の共有や連携を図りながら、それぞれの役割をしっかりと担う必要がある。

後期高齢者の生活を支えるには、医療関係者のみならず、介護・福祉関係者との相互の情報の共有や連携を行う必要がある。主治医等とケアマネジャーが中心となって、カンファレンス等を通じて、主治医による総合的な評価を含めた情報の共有や連携が図られるような診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(病院等による後方支援)

- また、病状の急変時等入院が必要となった場合に、円滑に入院できるようにするとともに、在宅での診療内容や患者の意向を踏まえた診療が入院先の医療機関においても引き続き提供されるようにするべきである。このような医療機関間の連携が強化されるための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(在宅歯科診療)

- 全身的な健康維持や誤嚥性肺炎予防の観点等からも、要介護者等の継続的な口腔機能の維持・管理が重要であるとともに、在宅において適切な歯科診療が受けられるよう、地域の医療関係者から歯科診療に係る情報提供が歯科医療従事者になされるなどの連携を進めることが必要であり、このための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(在宅療養における服薬支援)

- 後期高齢者の在宅療養において、薬の「飲み忘れ」等による状態悪化を招くことのないよう、本人や家族、介護を担う者による日々の服薬管理等の支援を推進することが重要であり、このための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(訪問看護)

- 安心して安全な在宅療養を支えるには、訪問看護の役割が大変重要であるが、退院前後の支援、緊急時の対応を含めた24時間体制の充実、患者の状態に応じた訪問の実施などが更に取り組みされるための診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(居住系施設等における医療)

- 居住系施設を含む様々な施設等を利用している後期高齢者について、その施設等の中で提供されている医療の内容や施設の状況等も踏まえつつ、外部からの医療の提供に対する適正な評価の在り方について検討するべきである。

(4) 終末期における医療について

(終末期の医療)

- 患者が望み、かつ、患者にとって最もよい終末期医療が行われるよう、本人から書面等で示された終末期に希望する診療内容等について、医療関係者等で共有するとともに、終末期の病状や緊急時の対応等について、あらかじめ家族等に情報提供等を行うことが重要であり、これらの診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

また、在宅患者の看取りについて、訪問看護が果たしている役割を踏まえて、その診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

(疼痛緩和ケア)

- 在宅ターミナルケアで使用する医療用麻薬の服薬指導に当たっては、患者宅での適切な保管管理、廃棄等の方法について、調剤した薬剤師が患者及びその家族への指導を行うとともに、定期的にその状況を確認していくことが必要であり、このような取組が進むような診療報酬上の評価の在り方について検討するべきである。

3. 留意すべき事項

- 後期高齢者の生活を総合的に支えるためには、述べてきたように、医療関係者や介護・福祉関係者間の連携及び情報の共有が必須のものである。
- また、医療関係者の連携、情報共有等により、頻回受診、重複検査や重複投薬を少なくし、後期高齢者の心身への必要を超えた侵襲や薬の相互作用等の発生を防止するとともに、医療資源の重複投入の抑制につながると考えられる。
- さらに、新たな制度の被保険者である後期高齢者の負担を考慮し、制度の持続可能性に留意した、効果的・効率的な医療提供の視点が必要である。

(以上)

後期高齢者医療の診療報酬に関する 検討状況について

後期高齢者医療の在り方に関する特別部会について

1 部会の設置の趣旨及び審議事項

- 健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年法律第83号)により、75歳以上の後期高齢者については、平成20年4月より独立した医療制度を創設することとされている。
- 後期高齢者医療制度の創設に当たり、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるような新たな診療報酬体系を構築することを目的として、後期高齢者医療の在り方について審議するため、社会保障審議会に専門の部会として設置された。

2 特別部会委員(○:部会長)

- | | |
|---------|---------------------------|
| 遠藤 久夫 | 学習院大学経済学部教授 |
| 鴨下 重彦 | 国立国際医療センター名誉総長 |
| 川越 厚 | ホームケアクリニック川越院長 |
| 高久 史磨 | 自治医科大学学長 |
| 辻本 好子 | NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長 |
| ○ 糠谷 真平 | 独立行政法人国民生活センター顧問 |
| 野中 博 | 医療法人社団博腎会野中医院院長 |
| 堀田 力 | 弁護士・さわやか福祉財団理事長 |
| 村松 静子 | 在宅看護研究センター代表 |

(50音順、敬称略)

後期高齢者医療の在り方に関する特別部会・検討の経緯

平成18年10月～平成19年2月 第1回～第6回特別部会開催

3月 医療部会・医療保険部会における議論

第7回特別部会開催

4月11日 「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」取りまとめ

「基本的考え方」御意見の募集(5月11日まで)

6月～7月 第8回～第10回特別部会開催

・後期高齢者医療について、入院、外来、在宅医療に分けて議論

9月 4日 第11回特別部会開催

・「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子(案)(たたき台)」の提示

9月14日 医療部会開催

9月20日 医療保険部会開催

・「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子(案)(たたき台)」の議論

10月 これまでの議論を踏まえ、

「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」の取りまとめ

→中医協において個別の点数について議論

平成 20 年度診療報酬改定に向けた今後の予定について（案）

	平成 20 年度改定	【参考】平成 18 年度改定
4 月	中医協各部会・分科会等における議論 ⇒ まとまり次第、順次、中医協基本小委等で報告	
5 月		
6 月		
7 月	検討項目（案）提示 検討項目等の提示	7/13 基本検討項目例（議論のためのたたき台）提示
8 月		*秋「社会保障審議会後期高齢者特別部会」において
9 月		後期高齢者医療の新たな診療報酬体系の骨子とりまとめ
10 月		9/28 検討項目及び審議スケジュール提示
11 月	改定項目について、中医協基本小委等において、集中的に議論	基本小委を週に 1～2 回開催し審議（計 12 回）
12 月	* 社会保障審議会「基本方針」とりまとめ	* 11/25 社会保障審議会「基本方針」
1 月	診療報酬点数の改定について諮問・答申	1/11 点数改定について諮問
2 月		2/15 答申
3 月		
4 月	平成 20 年度改定・後期高齢者制度施行	平成 18 年度改定施行

後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方

～平成19年4月11日 社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会～

後期高齢者の心身の特性

- 1 老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患（特に慢性疾患）が見られる。
- 2 多くの高齢者に、症状の軽重は別として、認知症の問題が見られる。
- 3 新制度の被保険者である後期高齢者は、この制度の中で、いずれ避けることのできない死を迎えることとなる。

基本的な視点

- 1 後期高齢者の生活を重視した医療
- 2 後期高齢者の尊厳に配慮した医療
- 3 後期高齢者及びその家族が安心・納得できる医療

後期高齢者医療における課題

- 1 複数の疾患を併有しており、併せて心のケアも必要。
- 2 慢性的な疾患のために、その人の生活に合わせた療養を考えることが必要。
- 3 複数医療機関を頻回受診し、検査や投薬が多数・重複となる傾向。
- 4 地域における療養を行えるよう、弱体化している家族及び地域の介護力をサポートしていく必要。
- 5 患者自身が、正しく理解をして自分の治療法を選択することの重要性が高い。

後期高齢者にふさわしい医療の体系

- 1 急性期入院医療にあっても、治療後の生活を見越した高齢者の評価とマネジメントが必要
- 2 在宅（居住系施設を含む）を重視した医療
 - ・ 訪問診療、訪問看護等、在宅医療の提供
 - ・ 複数疾患を抱える後期高齢者を総合的に診る医師
 - ・ 医療機関の機能特性に応じた地域における医療連携
- 3 介護保険等他のサービスと連携の取れた一体的なサービス提供
- 4 安らかな終末期を迎えるための医療
 - ・ 十分に理解した上での患者の自己決定の重視
 - ・ 十分な疼痛緩和ケアが受けられる体制

後期高齢者の心身の特性等にふさわしい診療報酬については、この「基本的考え方」に基づき、今後、診療報酬体系の骨子を取りまとめるべく検討を進める。

後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方

平成19年4月11日

社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会

第164回国会においては、健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年法律第83号)が成立し、平成20年度から後期高齢者医療制度が創設されることとなった。参議院厚生労働委員会の審議過程においては、当該制度に関して附帯決議(平成18年6月13日)がなされ、「後期高齢者医療の新たな診療報酬体系については、必要かつ適切な医療の確保を前提とし、その上でその心身の特性等にふさわしい診療報酬とするため、基本的な考え方を平成18年度中を目途に取りまとめ、国民的な議論に供した上で策定すること。」とされた。

当特別部会では、この附帯決議を踏まえ、後期高齢者の医療の在り方について、平成18年秋より7回にわたり有識者からのヒアリング及び論議を重ねてきたが、今回、その中間的な報告として後期高齢者医療の診療報酬を考える上での基本的考え方を取りまとめることとした。この「基本的考え方」は、当部会での議論やヒアリングを通じて明らかになった、後期高齢者の心身の特性、基本的な視点及び課題を取りまとめたものである。当特別部会としては、この「基本的考え方」について、今後パブリックコメント等により広く御意見を頂くことを期待するとともに、これに基づいて、さらに論議を深めていくこととしたい。

人口の高齢化が進行する中で、後期高齢者は、安心して生活できるために必要な医療が確保されることに願いを抱いている。当特別部会においては、こうした後期高齢者の思いを念頭に置きつつ、必要な医療を適切に確保していく観点から、今後、後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子を取りまとめるべく、引き続き議論を行いたい。

1 後期高齢者の心身の特性について

後期高齢者医療の診療報酬については、後期高齢者に特有の心身の特性等を踏まえ、これにふさわしい医療を提供するためにはどのような仕組みが適切か、という視点に基づいて考える必要がある。

なお、後期高齢者については、心身の特性のほか、経済面を含めた生活環境が多様であることに留意する必要がある。

後期高齢者の心身の特性については、次のような指摘がされている。

- (1) 老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患(特に慢性疾患)が見られる。

- (2) 多くの高齢者に、症状の軽重は別として、認知症の問題が見られる。
- (3) 新制度の被保険者である後期高齢者は、この制度の中で、いずれ避けることができない死を迎えることとなる。

2 基本的な視点

こうした心身の特性から、後期高齢者に対する医療には、次のような視点が必要である。

- ・ 後期高齢者の生活を重視した医療

一般に、療養生活が長引くことなどから、後期高齢者の医療は、高齢者の生活を支える柱の一つとして提供されることが重要である。そのためには、どのような介護サービスを受けているかを含め、本人の生活や家庭の状況等を踏まえた上での医療が求められる。

- ・ 後期高齢者の尊厳に配慮した医療

自らの意思が明らかな場合には、これを出来る限り尊重することは言うまでもないが、認知症等により自らの意思が明らかでない場合にも、個人として尊重され、人間らしさが保たれた環境においてその人らしい生活が送れるように配慮した医療が求められる。

- ・ 後期高齢者及びその家族が安心・納得できる医療

いずれ誰もが迎える死を前に、安らかで充実した生活が送れるように、安心して生命を預けられる信頼感のある医療が求められる。

3 後期高齢者医療における課題

こうした基本的視点に立って、現状の後期高齢者に対する医療を振り返ると、次のような課題があると考えられる。

- (1) 複数の疾患を併有しており、併せて心のケアも必要となっている。
- (2) 慢性的な疾患のために、その人の生活に合わせた療養を考える必要がある。
- (3) 複数医療機関を頻回受診する傾向があり、検査や投薬が多数・重複となる傾向がある。
- (4) 地域における療養を行えるよう、弱体化している家族及び地域の介護力をサポートしていく必要がある。

(5) 患者自身が、正しく理解をして自分の治療法を選択することの重要性が高い。

後期高齢者に対しては、その抱える個々の疾患を疾患別に診るという医療だけでなく、精神的な不安も含めた複数の疾患について、トータルに診る医療が必要である。また、後期高齢者の中には、一人暮らしで寝たきりのケースも多く、単に医療機関に自ら治療を受けに来る患者を診るということだけでは十分とは言えない。

複数医療機関を受診することは、検査や投薬の重複が起きやすくなる結果として、提供される医療が不適切なものとなるなど、患者にとっても、また社会的に見ても好ましくない場合がある。このため、過剰・頻回受診を是正する必要がある。

そのほか、後期高齢者自らが医療サービスを自分の生活に合わせて選べるという選択の余地の拡大や、終末期に備えたリビング・ウィル(生前の意思表示)を確認し、これを尊重する仕組みも必要である。

4 後期高齢者にふさわしい医療の体系

後期高齢者が受ける医療は、74歳までの者との連続性が必要である。その上で、後期高齢者の心身の特性とこれまでの後期高齢者医療の課題を踏まえると、今後の後期高齢者医療について特に考えるべき点としては以下のものが挙げられる。

(1) 急性期入院医療にあっても、治療後の生活を見越した高齢者の評価とマネジメントが必要

慢性期医療の提供においては、治療が長期にわたるために後期高齢者の生活を踏まえた医療を提供していくべきことは当然であるが、急性期入院医療においても、後期高齢者の入院時から、退院後にどのような生活を送るかということを念頭に置いた上で、その生活を実現するための総合的な治療計画を立てていく取組を進め、それを元にして入院医療を実施するほか、看護や介護といったサービスとの連携体制を考えていくことが重要である。

(2) 在宅(居住系施設を含む)を重視した医療

- ・訪問診療、訪問看護等、在宅医療の提供
- ・複数疾患を抱える後期高齢者を総合的に診る医師
- ・医療機関の機能特性に応じた地域における医療連携

地域での療養生活を安心して送ることができるようにするためには、信頼感の確保された在宅医療が必要であり、そのためには、患者についての情報を共有しつつ、患者を中心に、地域における医師、歯科医師、薬剤師、看護師等の医療関係者が相互に協力して、チームとして対応する必要がある。

この場合、中心となって医療関係者の連携を調整する役割を担う医師が置かれる仕組みが重要となる。これを実現するためには、後期高齢者を総合的に診る医師が必要である。

また、在宅医療を後方支援する医療機関との連携を進めていくことが必要である。さらに、全身状態の維持にも重要である継続的な口腔管理を促すことや、重複投薬・相互作用の発生防止を目的とした同一の薬局による使用医薬品の管理、在宅での療養を支える訪問看護の取組等を進めていくことが必要である。

通院医療についても、在宅医療と同様に、後期高齢者を総合的に診る医師により提供されることが重要である。

また、これらの取組については、各地域の実情に応じて進めていく視点も必要である。

(3) 介護保険等のサービスと連携の取れた一体的なサービス提供

後期高齢者の医療を考える上では、後期高齢者が介護保険のサービスを受けていることも多いことから、主治医とケアマネジャーが緊密に情報交換を行い、後期高齢者の状態を十分に踏まえたサービス提供を行うなど、医療サービスの枠内に止まらず、公的な介護・福祉サービスや地域との連携を図ることが不可欠である。

(4) 安らかな終末期を迎えるための医療

- ・十分に理解した上での患者の自己決定の重視
- ・十分な疼痛緩和ケアが受けられる体制

終末期医療については、患者及び家族と医療関係者との信頼関係に基づく緊密なコミュニケーションの中で、患者及び家族の希望を尊重しつつ、その尊厳を保つことに配慮した医療を実現していくべきであり、その具体的な在り方については、国民の関心も高く、実践が積み重ねられる中で、今後とも慎重に議論を行っていくべき問題である。

なお、現在、厚生労働省の「終末期医療の決定プロセスのあり方に関する

検討会」において、「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」を早期に作成することとしている。

(5) その他

新制度の被保険者である後期高齢者の負担を考慮し、制度の持続可能性に留意した、効果的・効率的な医療提供の視点が必要である。

また、後期高齢者にふさわしい医療の体系を目指し、段階的に取組を進めていく視点も必要である。

(参考)

後期高齢者医療の在り方に関する特別部会について

1 「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」の設置の趣旨及び審議事項

健康保険法等の一部を改正する法律（平成18年法律第83号）により、75歳以上の後期高齢者については、平成20年4月より独立した医療制度を創設することとされている。

後期高齢者医療制度の創設に当たり、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるような新たな診療報酬体系を構築することを目的として、後期高齢者医療の在り方について審議いただくため、社会保障審議会に専門の部会を設置したものの。

2 特別部会委員（○：部会長）

遠藤	久夫	学習院大学経済学部教授
鴨下	重彦	国立国際医療センター名誉総長
川越	厚	ホームケアクリニック川越院長
高久	史磨	自治医科大学学長
辻本	好子	NPO 法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長
○糠谷	真平	独立行政法人国民生活センター顧問
野中	博	医療法人社団博腎会野中病院院長
堀田	力	さわやか福祉財団理事長
村松	静子	在宅看護研究センター代表

（50音順、敬称略）

（委員の所属・役職は平成19年4月1日現在）

「後期高齢者医療の在り方に関する特別部会」開催経緯

平成18年

10月 5日 第1回開催

10月25日 第2回開催

有識者からのヒアリング①：後期高齢者の心身の特性等について

- ・本間 昭 東京都老人総合研究所医学研究部長
- ・伴 信太郎 名古屋大学教授
- ・太田 壽城 国立長寿医療センター病院長

11月 6日 第3回開催

有識者からのヒアリング②：地域医療の現状について①

- ・桑田 美代子 青梅慶友病院看護介護開発室長
- ・秋山 正子 白十字訪問看護ステーション所長
- ・片山 壽 尾道市医師会会長

11月20日 第4回開催

有識者からのヒアリング③：地域医療の現状について②

- ・米山 武義 米山歯科クリニック院長
- ・林 昌洋 虎ノ門病院薬剤部部長
- ・岩月 進 ヨシケン岩月薬局薬剤師
- ・川島 孝一郎 仙台往診クリニック院長
- ・山口 昇 公立みつぎ総合病院事業管理者

12月12日 第5回開催

有識者からのヒアリング④：終末期医療について

- ・町野 朔 上智大学教授
- ・田村 里子 東札幌病院診療部Ⅱ副部長
- ・川越 厚 ホームケアクリニック川越院長

平成19年

2月 5日 第6回開催

後期高齢者医療について（フリーディスカッション）

3月29日 第7回開催

「後期高齢者医療の在り方に関する基本的考え方」（案）について

平成20年度の診療報酬改定に向けた検討について

平成20年度診療報酬改定に向けた検討については、今後社会保障審議会においてとりまとめられる基本方針や内閣において決定される改定率を踏まえて行われる。

その検討に当たっては、一定の地域や産科・小児科などの診療科において必要な医師が確保できず、医療の提供や患者の受療に支障が生じている状況もあり、地域医療の確保・充実に特に配慮を行う必要がある。

(別添参考資料参照)

改定に向けた具体的な検討項目としては、以下のように考えてはどうか。

1 より良い医療の提供を目指すための評価

① 医療の実情を踏まえた視点からの検討

ア 勤務医の負担軽減のための方策

病院勤務医の勤務が過酷になっている状況にあり、勤務医の負担軽減のための方策を検討する必要がある。

イ 救急医療、産科医療、小児医療等の重点的な評価

出産の状況が変化する一方で、分娩施設数が10年間で約1,000施設減少する等の状況の中で、必要な医療の確保に向けて検討する必要がある。

② 医療機関・薬局の機能を踏まえた視点からの検討

ア 初診料・再診料体系等の外来医療の評価の在り方の検討

診療所と病院の外来機能について、地域における役割を踏まえ適切な評価を検討する。なお、薬局についても、同様に、その役割・機能に着目した評価を検討する必要がある。

イ 入院医療の評価の在り方の検討

病院は、主として入院機能を担っていくべきであるが、現実には来院する外来患者に対応している状況もあり、結果として、勤務医が疲弊しているとの指摘もある。このため、大病院が入院医療の比重を高める取組の促進に向けて検討する必要がある。

③ 個別の医療施策を推進する視点からの検討

ア がん対策を推進するための評価の検討

がん対策については、がん対策基本法が本年4月1日より施行され、同法に基づき「がん対策推進基本計画」が、平成19年度から平成23年度までの5年間を対象として策定された。この基本計画に基づき、がん医療の推進のための評価を検討する必要がある。

イ 心の問題等への対応と適正な評価の検討

我が国の自殺者数増加に対応するため、必要な人に適切な精神科医療が受けられるよう評価を検討する必要がある（自殺対策基本法及び自殺対策大綱参照）。

また、子どもの心の問題についても、必要な医療が十分に受けられるよう検討を行う必要がある。

2 患者の視点の重視

○ 安心・納得できる医療の評価の検討

平成18年改定により、保険医療機関等に医療費の内容の分かる領収書の発行を義務付けたが、その発行状況等に係る検証結果を踏まえて検討する必要がある。

3 医療技術の適正な評価

① 真の医療ニーズに沿った医療の評価

必要な医療は、基本的に公的保険で給付するという国民皆保険の理念を維持するためには、医療保険の給付対象を真の医療ニーズに対して提供された医療に限るべきであり、7対1入院基本料の基準を始め、必要な見直し等を行う必要がある。

② 医療技術の評価・再評価

医療技術の進歩や治療結果等を踏まえ、新規技術の適切な導入等が図られるよう、医療技術の評価、再評価を進める必要がある。

③ 医療の質の評価

医療の質については、これまで、医師の経験年数や有すべき施設といった提供側に具備すべき要件を設けること等により確保してきたが、今後、提供された医療の結果により質を評価する手法を検討する必要がある。

4 革新的新薬・医療機器等イノベーションの適切な評価と後発品

の使用促進

革新的新薬の適切な評価の検討とともに、特許の切れた医薬品については後発品への置き換えが着実に進む方策を検討する。

5 上記以外の重要項目

① 歯科診療の特性を踏まえた適正な評価の検討

歯科疾患に係る指導管理料等の算定要件とされている文書による情報提供等につき、検証結果を踏まえて必要な検討を行う必要がある。また、歯科診療ガイドラインの見直し等を受けて、見直し等を検討する必要がある。

② D P Cの在り方の検討

D P C対象病院数の拡大に伴って、D P C対象医療機関の基準の在り方、適切な算定及び請求ルールの構築等、制度・運用の見直しが必要となっている。

③ 診療報酬改定結果検証を踏まえた検討

ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査等の9項目について、平成18年改定による結果検証を実施しており、その結果検証を受けて必要な見直しを行う必要がある。

④ その他

初診料の電子化加算等、政策的に導入した項目等について、現状に合わせて検討する必要がある。

平成20年度の診療報酬改定に向けた 検討について

(参考資料)

大学医学部(いわゆる医局)の医師派遣機能の低下

病院勤務医の過重労働

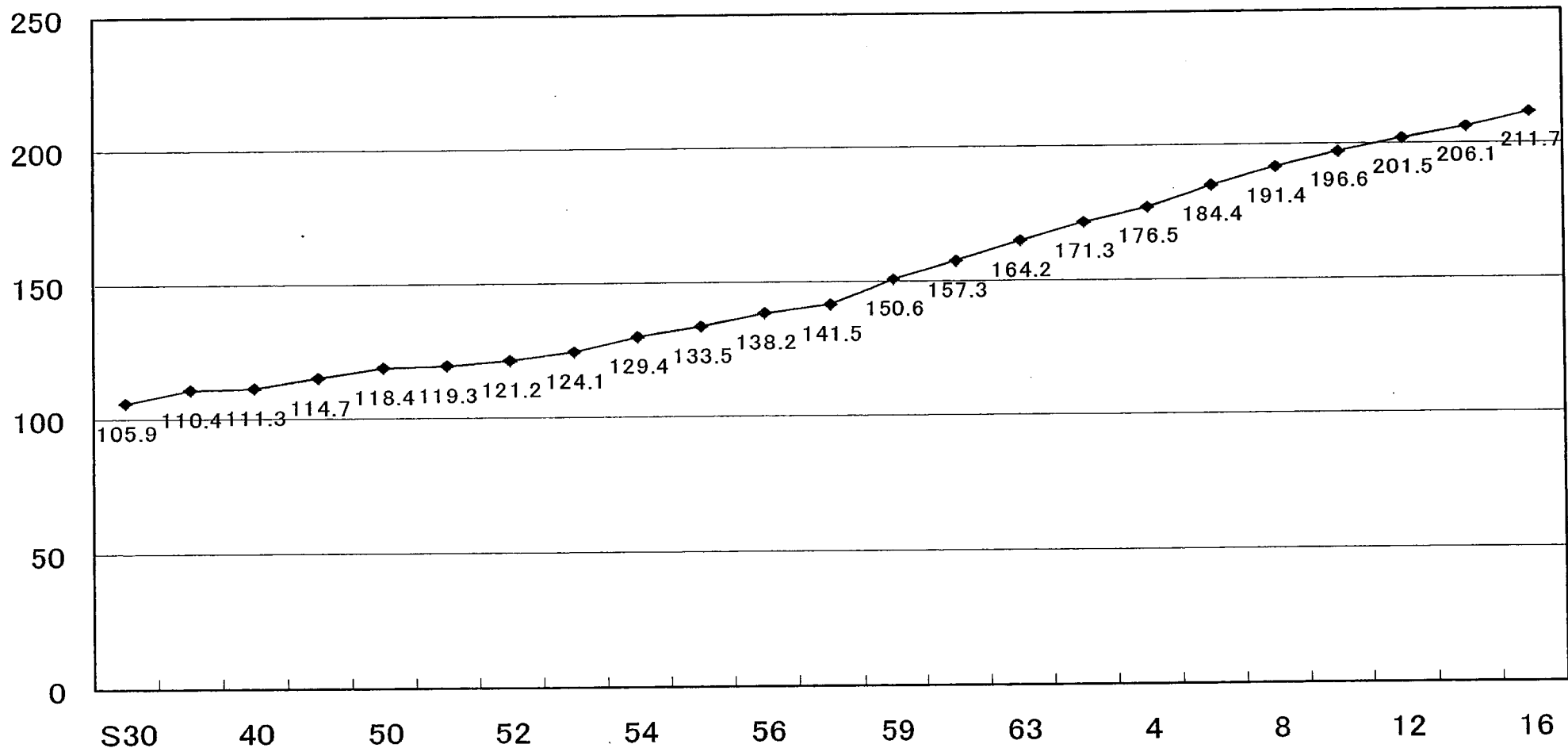
- 夜間・休日における患者の集中
- 小児科医・産科医等の広く薄い配置による厳しい勤務環境

女性医師の増加

- 出産・育児による離職の増加

医療にかかる紛争の増加に対する懸念

- 近年、医師国家試験の合格者は毎年7,600～7,700人程度であり、死亡等を除いても、毎年3,500～4,000人程度増加。
 (医師数) 平成10年 24.9万人 → 平成16年 27.0万人
- 人口10万人対医師数についても毎年増加。



医師・歯科医師・薬剤師調査

- 都道府県別に見て、人口10万人対医師数は134.2(埼玉県)から282.4(徳島県)まで存在。
(人口10万人対従事医師数で見ると、129.4(埼玉県)から264.2(東京都)まで存在。)
- しかし、平成10年から16年において、東京都、大阪府の医師が顕著に増加している事実はなく、医師が大都市に一極集中しているとまでは必ずしもいえない。

	平成10年	平成16年	
	(総医師数)	(総医師数)	(従事医師数)
全国	196.6	211.7	201
北海道	192.8	216.2	203.6
青森	168.3	173.7	164
岩手	168.8	179.1	167.9
宮城	184.7	201.0	188
秋田	177.1	193.2	181.9
山形	177.2	198.8	184.2
福島	167.5	178.1	171
茨城	136.4	150.0	142.3
栃木	181	200.2	189.8
群馬	187.9	201.4	192.2
埼玉	116.5	134.2	129.4
千葉	138.3	152.0	146
東京	264.4	278.4	264.2
神奈川	164.2	174.2	167.4
新潟	168.8	179.4	166.9
富山	207.6	230.4	213.6
石川	253.5	252.8	238.8
福井	197.1	212.4	202.7
山梨	180.8	193.0	186.8
長野	171.9	190.9	181.8
岐阜	156.8	171.3	165
静岡	157.7	174.9	168.5
愛知	175	184.9	174.9

	平成10年	平成16年	
	(総医師数)	(総医師数)	(従事医師数)
三重	175.6	184.3	176.8
滋賀	176.3	200.8	189.7
京都	262.9	274.8	258.3
大阪	228.9	244.6	231.2
兵庫	193.7	207.1	197.3
奈良	180.2	204.3	196.7
和歌山	221.4	247.8	236.8
鳥取	255.8	280.6	258.3
島根	228.1	253.0	238.1
岡山	237	258.8	246.3
広島	222.9	237.0	224.9
山口	216.6	237.9	224.1
徳島	263.3	282.4	262.4
香川	233.7	249.7	236.6
愛媛	219.3	233.2	223.9
高知	258.3	273.6	261.4
福岡	252.1	268.0	253.2
佐賀	209.7	228.2	216.4
長崎	237.8	262.5	247.2
熊本	239.7	247.5	235.4
大分	219.4	238.5	226.9
宮崎	199.2	218.4	206.9
鹿児島	211.7	224.3	212.9
沖縄	176.6	204.9	196.3

	人口10万人対医師数の 平成10年→平成16年の増加率
全国	107.7%(196.6 → 211.7)
東京	105.3%(264.4 → 278.4)
大阪	106.9%(228.9 → 244.6)
愛知	105.7%(175.0 → 184.9)

(参考) 総医師数

全国平均 … 211.7人

最大都道府県 … 徳島県(282.4人)

最小都道府県 … 埼玉県(134.2人)

最大と最小の差は、約2.1倍

出典: 厚生労働省大臣官房統計情報部
平成16年 医師・歯科医師・薬剤師調査

注) 総医師数…医師・歯科医師・薬剤師調査に届け出た全ての医師の数
従事医師数…総医師数のうち、医療機関(病院・診療所)に勤務する医師の数

各都道府県内においても、県庁所在地など人口当たりの医師数が多い地域と、郡部など少ない地域が見られる。

平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査より作成

都道府県	人口10万人当たり 従事医師数(県)	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数(県内)	県内での差	都道府県	人口10万人当たり 従事医師数(県)	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数(県内)	県内での差	都道府県	人口10万人当たり 従事医師数(県)	二次医療圏	人口10万人当たり 従事医師数(県内)	県内での差
北海道	203.6	上川中部	284.6	3.0倍	石川県	238.8	石川中央	303.0	2.4倍	岡山県	246.3	県南東部	282.6	2.2倍
		根室	95.8				能登北部	124.4				高梁・阿新	127.4	
青森県	164	津軽地域	241.6	2.6倍	福井県	202.7	福井・坂井	276.2	2.6倍	広島県	224.9	呉	276.3	1.6倍
		西北五地域	94.7				奥越	104.9				広島中央	174.3	
岩手県	167.9	盛岡	247.4	2.4倍	山梨県	186.8	甲府地区	311.5	3.3倍	山口県	224.1	宇部・小野田	364.9	2.3倍
		二戸	102.7				東部	93.8				萩	159.9	
宮城県	188	仙台	291.6	6.5倍	長野県	181.8	松本	295.5	2.6倍	徳島県	262.4	東部Ⅰ	302.0	1.7倍
		黒川(※1)	45.1				木曾	114.5				西部Ⅱ	179.2	
秋田県	181.9	秋田周辺	250.4	2.5倍	岐阜県	165	岐阜	213.7	1.8倍	香川県	236.6	高松	301.8	2.2倍
		湯沢・雄勝	101.0				中濃	120.2				小豆	140.3	
山形県	184.2	村山	225.6	1.8倍	静岡県	168.5	西遠	219.8	2.6倍	愛媛県	223.9	松山	267.9	1.6倍
		最上	126.3				北遠	84.7				今治	165.8	
福島県	171	県北	223.4	2.2倍	愛知県	174.9	尾張東部	317.1	4.9倍	高知県	261.4	中央	293.8	1.9倍
		南会津	99.4				尾張中部	64.2				高幡	151.4	
茨城県	142.3	つくば	322.2	4.0倍	三重県	176.8	中勢伊賀	228.5	1.6倍	福岡県	253.2	久留米	385.9	3.1倍
		常陸太田・ひたちなか	80.1				東紀州	145.4				京築	126.0	
栃木県	189.8	県南	235.7	2.0倍	滋賀県	189.7	大津	307.4	2.8倍	佐賀県	216.4	中部	277.8	1.9倍
		県西	118.4				甲賀	110.4				西部	149.9	
群馬県	192.2	前橋	368.6	2.8倍	京都府	258.3	京都・乙訓	341.4	3.3倍	長崎県	247.2	長崎	318.4	3.0倍
		太田・館林	131.8				山城南	104.2				上五島	106.0	
埼玉県	129.4	西部第二	222.3	2.6倍	大阪府	231.2	大阪市	315.2	1.9倍	熊本県	235.4	熊本	352.8	3.2倍
		児玉	84.8				中河内	163.5				阿蘇	109.9	
千葉県	146	安房	253.4	3.0倍	兵庫県	197.3	神戸	254.9	2.0倍	大分県	226.9	別府速見	295.0	2.3倍
		夷隅長生	84.3				西播磨	128.7				東国東	128.6	
東京都 (※3)	264.2	区中央部(※2)	1,190.6	9.6倍	奈良県	196.7	中和	236.5	1.6倍	宮崎県	206.9	宮崎東諸県	283.3	2.5倍
		西多摩	123.5				西和	146.4				西都児湯	114.4	
神奈川県	167.4	川崎南部	232.8	2.0倍	和歌山県	236.8	和歌山	313.3	2.1倍	鹿児島県	212.9	鹿児島	319.9	3.2倍
		県央	116.6				那賀	146.8				熊毛	100.0	
新潟県	166.9	新潟	311.2	3.1倍	鳥取県	258.3	西部	351.9	2.0倍	沖縄県	196.3	南部	235.2	1.6倍
		十日町	99.6				中部	176.7				宮古	149.7	
富山県	213.6	富山	257.7	1.5倍	島根県	238.1	出雲	360.1	2.7倍					
		新川	167.5				雲南	133.4						

※1 黒川(大和町、大郷町、富谷町、大衝村)

※2 区中央部(千代田区、中央区、港区、文京区、台東区)

※3 島しょ医療圏を除く。

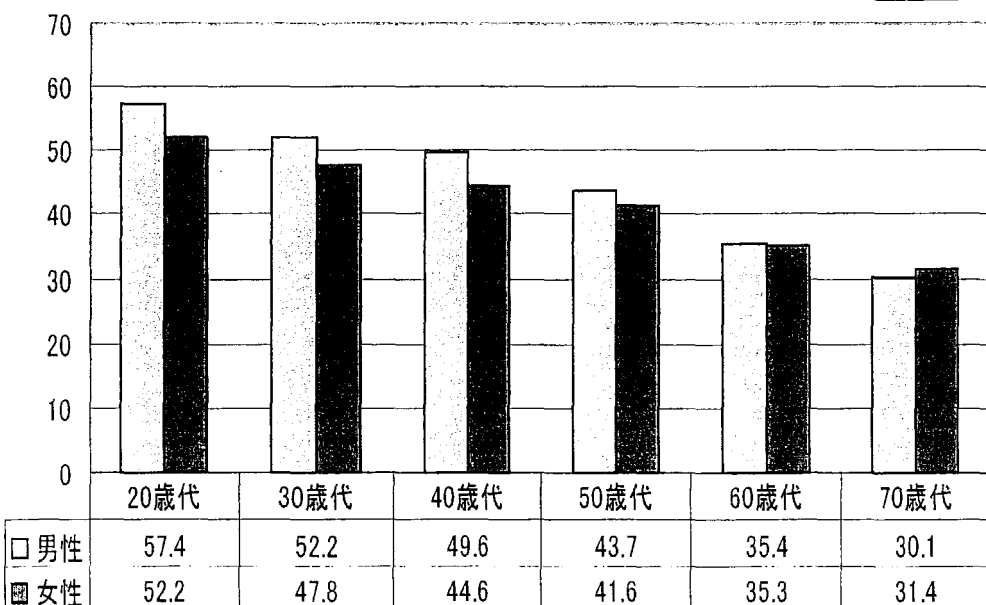
「医師需給」を知る医師

医師の従業時間について調査を行い、233病院から、病院常勤医師4077人の有効回答を得、650診療所から、診療所常勤医師536人の有効回答を得た。医師が医療機関に滞在する時間のうち、診療・教育・会議等の時間を合計し、休憩時間・自己研修・研究を除いたものを従業時間とすると、年齢階級別の従業時間は下記の通りであった。(病院常勤医師の平均従業時間は平均で週48時間であるが、診療所常勤医師の平均従業時間は平均すると週40時間を下回っている。)

※ なお、休憩時間や自己研修・研究等に充てた時間を含めた、病院常勤医師が医療機関に滞在する時間は、平均すると合計で週63時間であった。

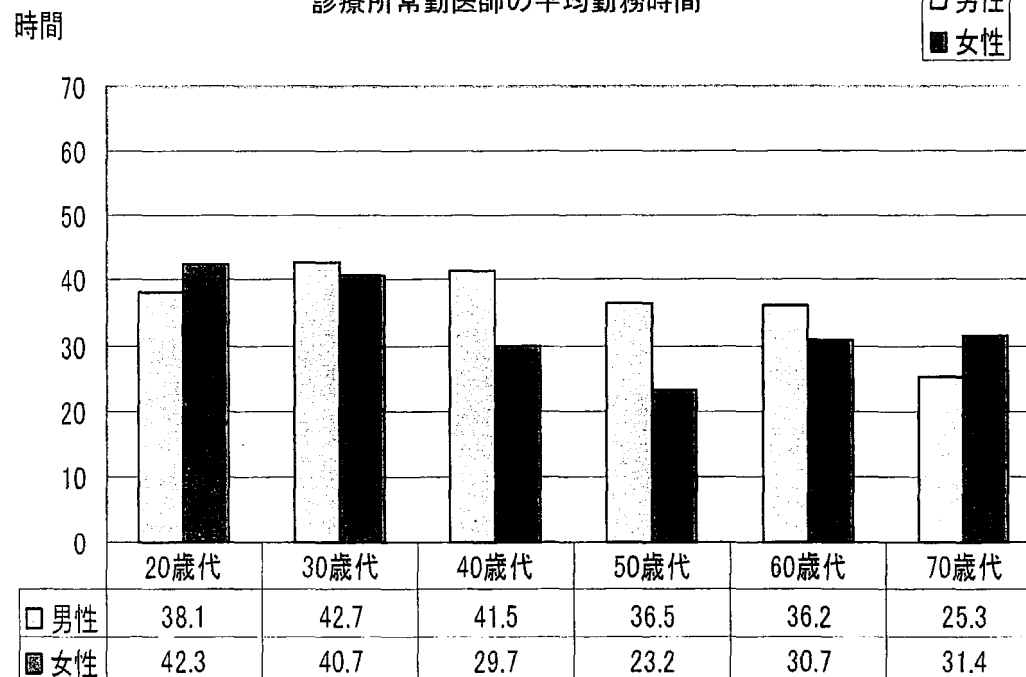
病院常勤医師の平均勤務時間

□ 男性
■ 女性



診療所常勤医師の平均勤務時間

□ 男性
■ 女性



(出典)平成18年度厚生労働科学研究費補助金「日本の医師需給の実証的調査研究」 主任研究者長谷川敏彦

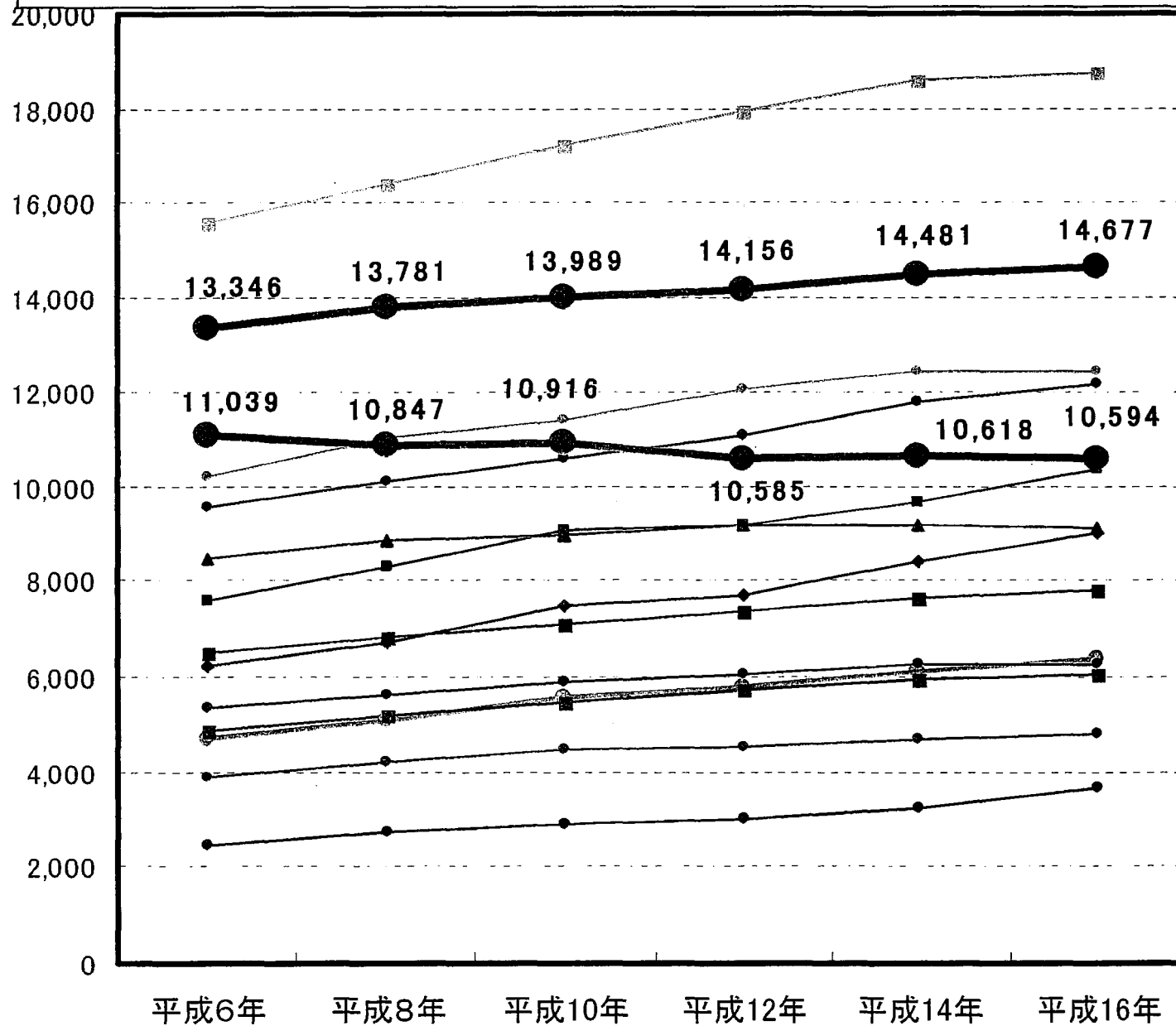
診療科別(主たる)医師数の年次推移

小児科医は微増し、産婦人科医は減少している。

※ 内科・外科を除く

内科: 73,670人(H16)

外科: 23,240人(H16)



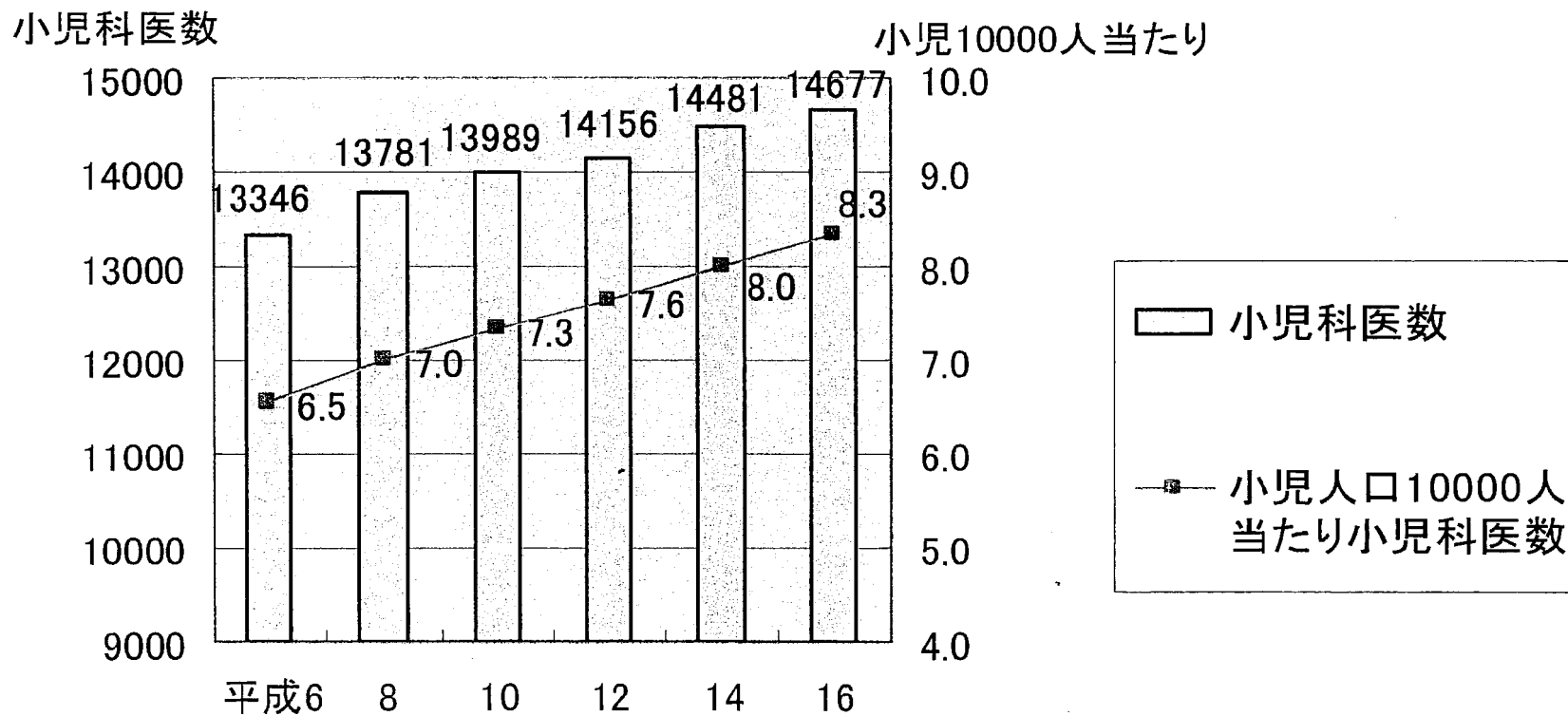
- 整形外科
- 小児科
- 眼科
- 精神科
- 消化器科
- 産婦人科
- ▲ 耳鼻いんこう科
- ◆ 循環器科
- 皮膚科
- 麻酔科
- 脳神経外科
- 泌尿器科
- 放射線科
- 呼吸器科

医師・歯科医師・薬剤師調査

小児科医数と小児人口

平成10年から平成16年において、小児科医数及び小児1万人あたりの小児科医数は増加している。都道府県別にみても、ほぼ全ての都道府県で増加している。
 ※ 小児科医数は、36県で増加、1県で増減無し、10県で減少。(平成16年)

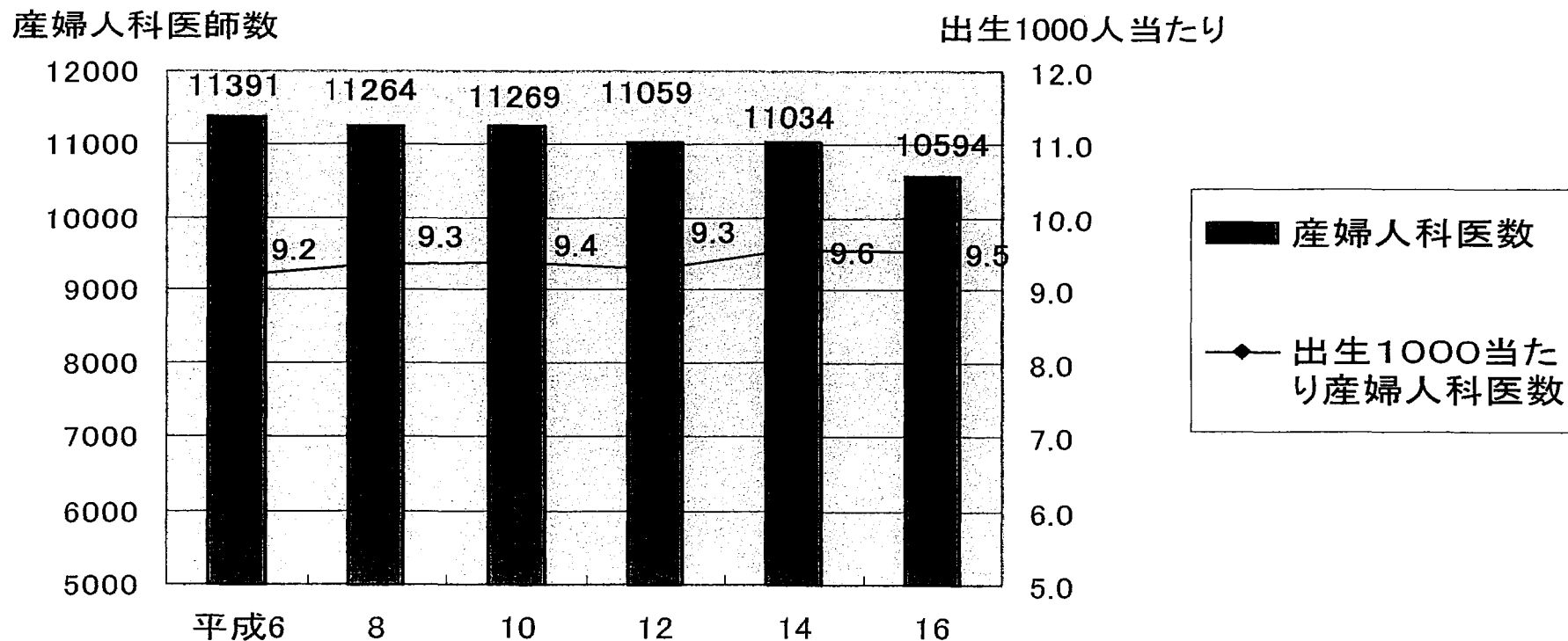
小児科医数と小児人口10000人当たり小児科医数



厚生労働省大臣官房統計情報部医師・歯科医師・薬剤師調査

全国的には、産婦人科医は減少しているものの、出生数あたりの産婦人科医は横ばい。
 また、都道府県における産婦人科医の増減には差がある。(産婦人科医とは、産科及び
 産婦人科を主な診療科として医療機関において従事している医師)
 ※ 産婦人科医数は、9県で増加、3県で増減無し、35県で減少。(平成16年)

産婦人科医数と出生1000人当たり産婦人科医師数推移

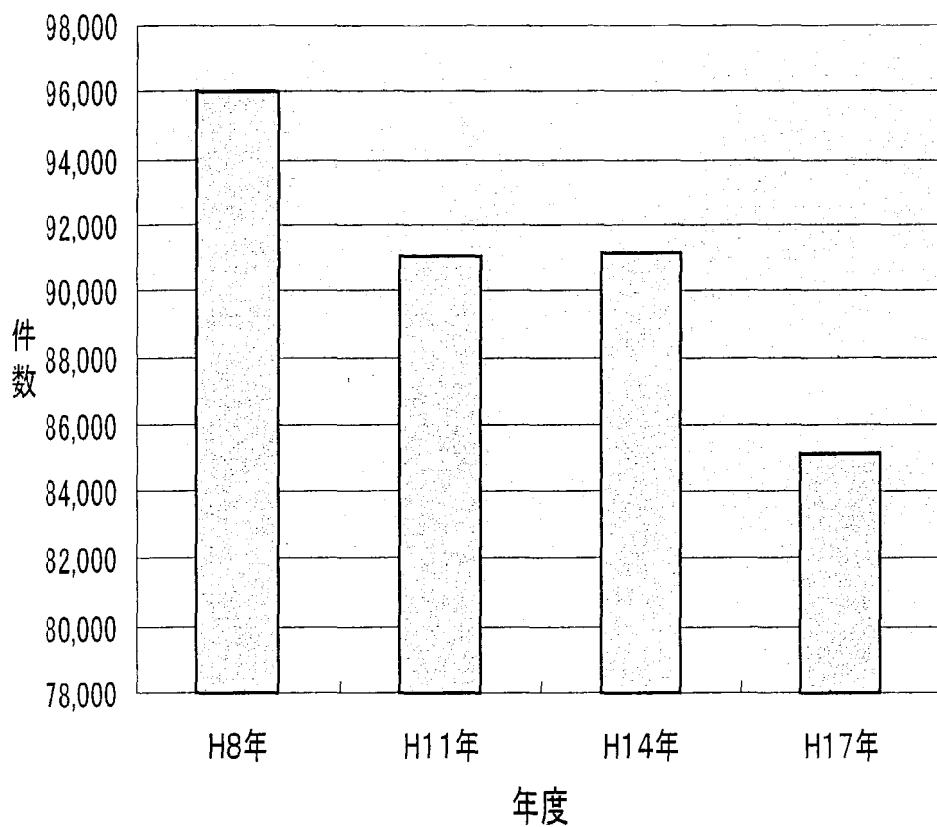


厚生労働省大臣官房統計情報部医師・歯科医師・薬剤師調査

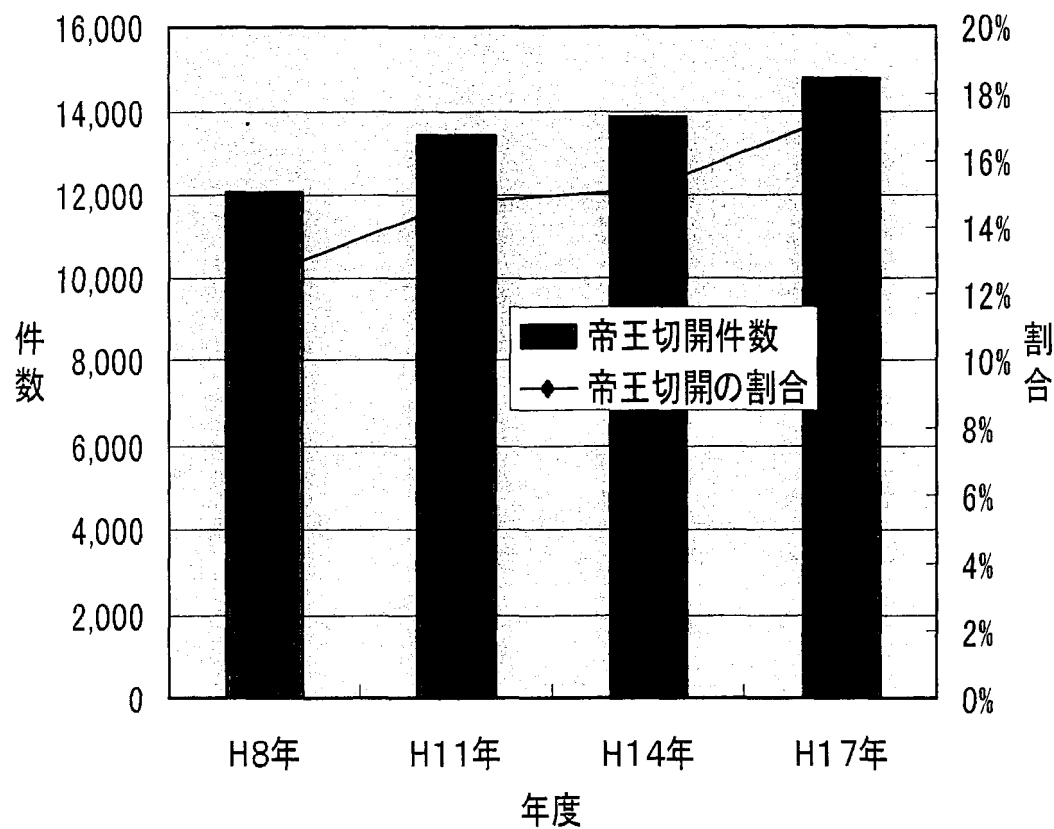
分娩件数と帝王切開件数

- 近年、分娩件数は、平成8年から平成17年で1割以上減少している。
- 一方、帝王切開による分娩の件数は2割以上増加しており、分娩件数に占める割合も増加してきている。

分娩件数

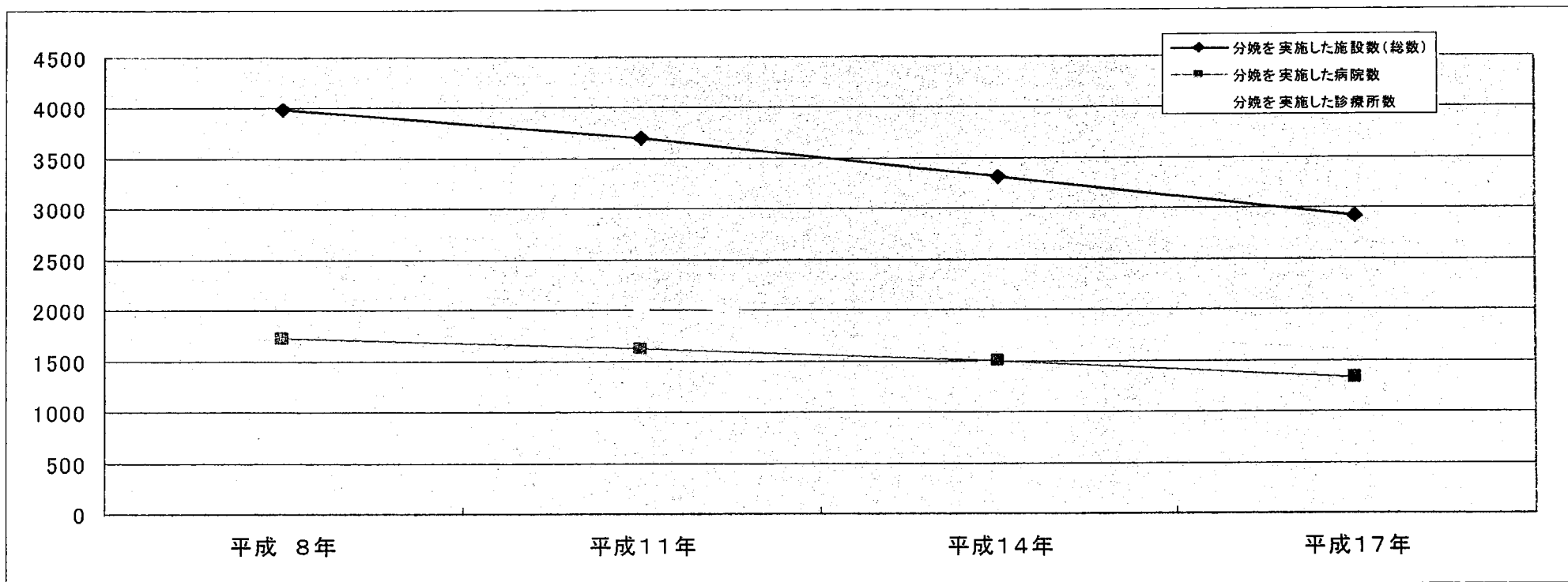


帝王切開の年次推移



医療施設調査(各年9月)

平成8年から平成17年において、分娩実施施設数は病院、診療所いずれにおいても、減少傾向である。



	分娩を実施した施設数(総数)	分娩を実施した病院数	分娩を実施した診療所数
平成 8年	3991	1720	2271
平成11年	3697	1625	2072
平成14年	3306	1503	1803
平成17年	2933	1321	1612

病院・診療所の勤務医師数

- 平成10年から平成16年において、病院勤務医師は10,583名(6.9%)、診療所勤務医師数は9,152名(10.9%)増加しており、増加率は診療所の方が若干高い。
- なお、病院・診療所の合計では19,735人(8.3%)増加。【平成10年から平成16年の医師数の変化】

病院勤務医師増加数
(平成10年→平成16年)
10,583人

診療所勤務医師増加数
(平成10年→平成16年)
9,152人

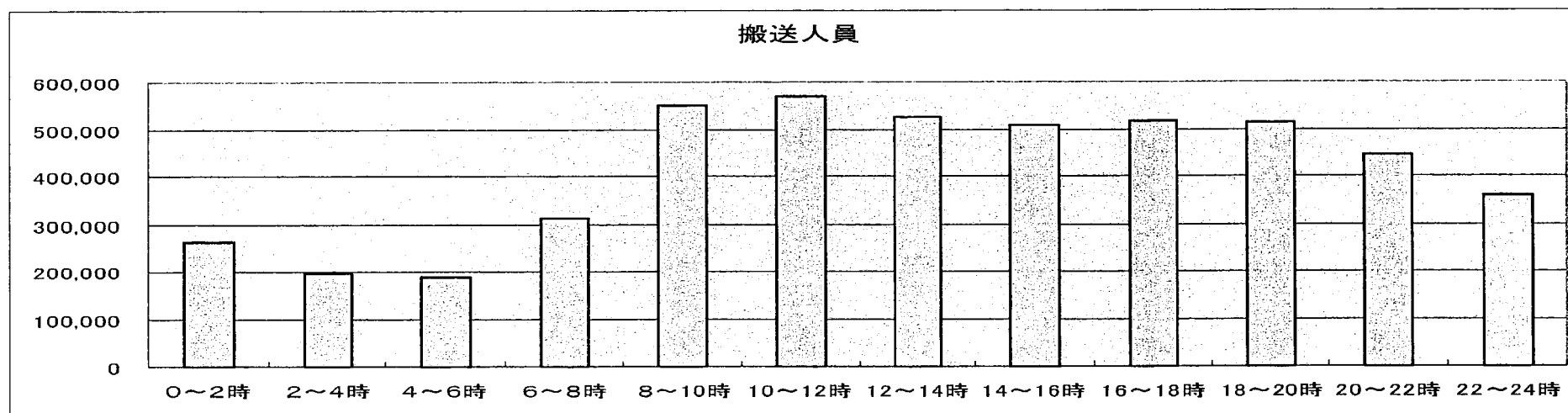
病院勤務医師の割合の変化
[平成10年] 64.6% → [平成16年] 63.8%

救急医療の現状①

救急自動車による搬送人数の増加と軽症者の割合

救急自動車による搬送	平成8年度	平成11年度	平成14年度	平成17年度
全搬送人員	3,247,129	3,761,119	4,331,917	4,958,363
軽症者の数	1,628,072	1,886,784	2,219,052	2,579,910
軽症者の割合	50.14%	50.20%	51.20%	52.10%

救急自動車による搬送人員のうち軽症者の割合は増加していないが、10年間で軽症者数は、全搬送人数の増加に伴い約95万人の増加となっている。



覚知時刻による搬送人員は、8～20時にかけて患者が多く、それ以降は減少している。

救急医療の現状②

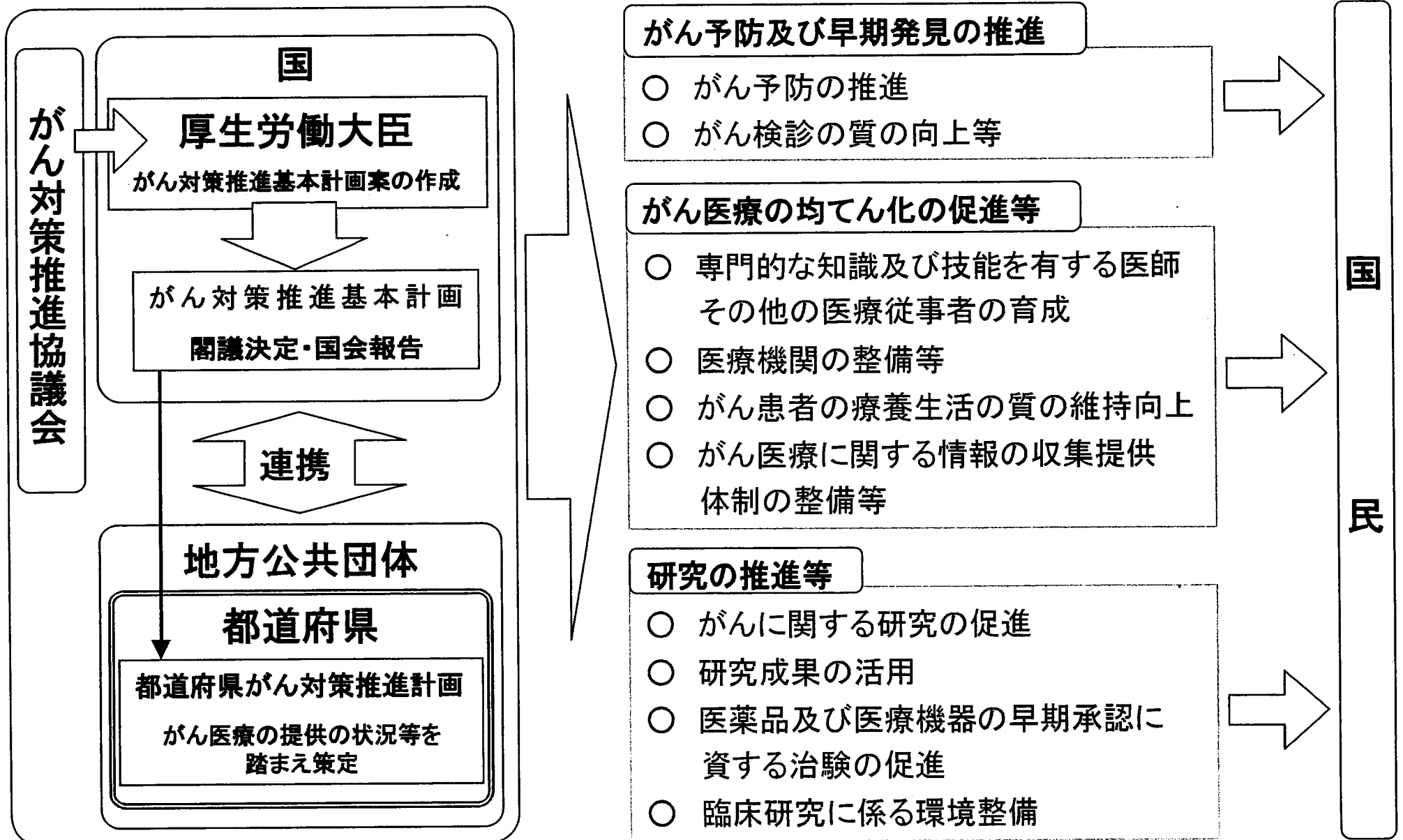
救急医療に関する施設整備の推移

	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度
初期救急 (休日夜間急患センター)	504	509	510	512	508
初期救急 (在宅当番医制実施地区 数)	678	686	683	677	666
入院を要する救急 (施設数)	3289	3271	3253	3228	3214
入院を要する救急 (輪番制地区数)	403	403	403	411	411
救命救急センター	160	165	165	178	189

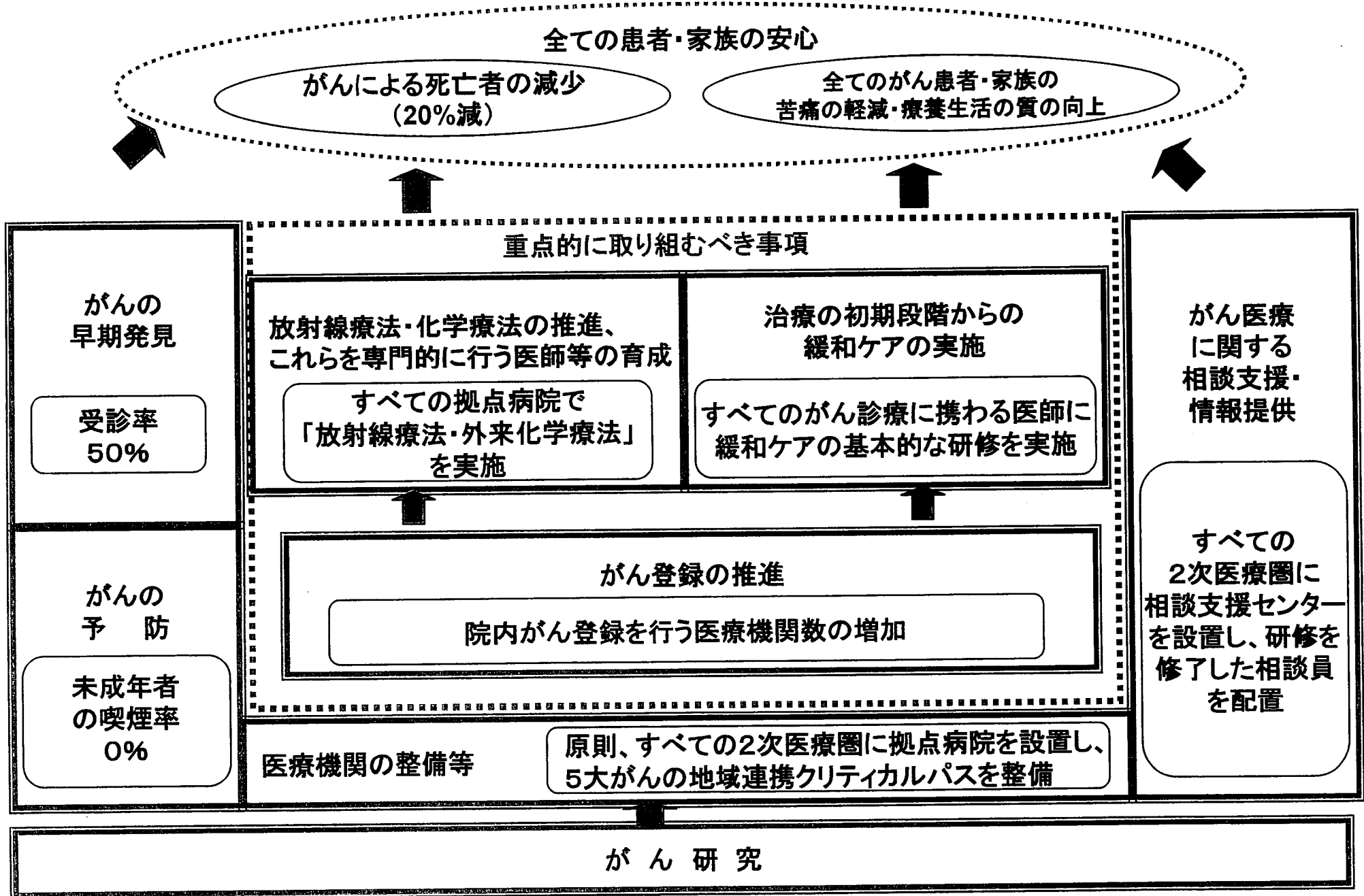
機能別にみた救急医療提供体制の整備状況の推移を見ると、救命救急センターは増加傾向にあるものの、他についてはほとんど横ばい状態である。

がん対策基本法

がん対策を総合的かつ計画的に推進



がん対策推進基本計画



自殺対策基本法のあらまし

基本理念

- ① 自殺の背景には様々な社会的要因があり、社会的な取り組みが必要
- ② 自殺は多様かつ複合的な原因及び背景を有するものであり、精神保健的観点のみならず、その実態に即した取り組みが必要
- ③ 自殺の予防、発生危機への対応、発生後、未遂時など各段階に応じた対策が必要
- ④ 行政、医療機関、事業主、学校、民間団体等の密接な連携が必要

国の責務
対策の総合的策定と実施

地方自治体の責務
地域の状況に応じた施策の策定と実施

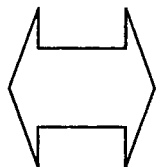
事業主の責務
被用者の心の健康保持

国民の責務
自殺対策への関心と理解

基本的施策

- ① 自殺防止等に関する調査研究、情報収集・提供等
- ② 教育・広報活動等を通じた国民理解の増進
- ③ 人材の確保・養成・資質向上
- ④ 職域、学校、地域等における心の健康保持に係る体制整備
- ⑤ 精神科医に受診しやすい環境整備、精神科医と他の医師との連携等の確保
- ⑥ 自殺の危険性が高い者の早期発見、相談など自殺発生回避のための体制整備
- ⑦ 自殺未遂者に対する支援
- ⑧ 親族等に対する支援
- ⑨ 民間団体の活動に対する支援

自殺対策大綱



策定



関係行政機関の調整

自殺総合対策会議
(関係大臣)

政府

↓
国会

自殺の概要・自殺対策の実施状況の年次報告

自殺総合対策大綱の概要

現状と基本認識

(現状)

- 平成10年に自殺者数が3万人を超え、以降、9年連続で高い水準で推移
欧米の先進諸国と比較しても高い水準
- 世代別の自殺の現状
 - ・将来ある子どもの自殺や20代、30代のインターネット自殺が問題化
 - ・心理的、社会的負担の大きい中高年男性が自殺者急増の主要因
 - ・高齢者は、健康問題に加え、介護、看病疲れも課題

(基本認識)

- ◇自殺は追い込まれた末の死
 - ・多くの自殺は個人の自由な意思や選択の結果ではなく、社会的要因を含む様々な要因が複雑に関係して、心理的に追い込まれた末の死
 - ・自殺者の多くは、自殺の直前にうつ病等の精神疾患に罹患
- ◇自殺は防ぐことができる
 - ・制度、慣行の見直しや相談・支援体制の整備という社会的な取組とうつ病等の精神疾患に対する適切な治療により予防が可能
- ◇自殺を考えている人はサインを発している
 - ・家族や同僚の気づきを自殺予防につなげていくことが課題

基本的考え方

○社会的要因も踏まえ総合的に取り組む

- ・働き方の見直しや再チャレンジが可能な社会の構築、失業、多重債務等の相談支援体制の整備
- ・うつ病の早期発見、早期治療
- ・命の大切さの理解を深めるとともに、自殺や精神疾患に対する偏見をなくす取組
- ・マスメディアの自主的な取組への期待

○国民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう取り組む

○自殺の事前予防、危機対応に加え、未遂者や遺族等への事後対応に取り組む

○関係者が連携して包括的に支える

○実態解明を進める 当面、これまでの知見に基づき施策を展開

○中長期的視点に立って、継続的に進める

当面の重点施策

- 自殺の実態を明らかにする
- 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す
- 早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する
- 心の健康づくりを進める
- 適切な精神科医療を受けられるようにする
- 社会的な取組で自殺を防ぐ
- 自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ
- 遺された人の苦痛を和らげる
- 民間団体との連携を強化する

自殺対策の数値目標

- 平成28年までに、自殺率を20%以上減少
- なお、一人でも多くの自殺を考えている人を救うため、早期の目標達成に努力
- 目標達成の場合、見直し期間にかかわらず数値目標を見直す

推進体制等

- 国、地方それぞれに関係行政機関、民間団体等相互の緊密な連携・協力
- 評価見直しへの民間有識者の関与
- 5年後を目途に見直し



平成19年1月31日

厚生労働大臣 柳澤 伯夫 殿

中央社会保険医療協議会

会長 土田 武史

建 議 書

当協議会においては、昨年4月の平成18年度診療報酬改定実施以後、看護の問題に関して、経過措置の在り方などを慎重に検討してきた。特に同改定において導入した「7対1入院基本料」については、急性期入院医療の実態に即した看護配置を適切に評価する目的で導入したものであるが、制度導入後、短期間に数多くの届出が行われるとともに、一部の大病院が平成19年度新卒者を大量に採用しようとしたことにより、地域医療に深刻な影響を与える懸念が示されてきた。このような状況を踏まえ、当協議会においては、昨年11月29日の第95回総会以降、この問題について取り上げ、実情の把握に努めるとともに、対応について審議を重ねてきたところである。

その結果、今春に向け国立大学病院等を中心として積極的な採用活動が行われていることが明らかとなった。しかし、一方で、今回の診療報酬改定の趣旨に必ずしも合致しているか疑問なしとしない病院においても7対1入院基本料の届出が行われているとの指摘がなされているところである。看護職員という貴重な医療資源が限られていることを考慮すると、このような状況に対して、当協議会としては深い憂慮を示さざるを得ない。

これを踏まえ、7対1入院基本料の取扱いについて今般結論を得るに至ったので、社会保険医療協議会法（昭和25年法律第47号）第2条第1項の規定に基づき、下記のとおり建議する。

なお、各保険医療機関におかれては、看護職員の募集・採用に当たって、地域医療の実情に配慮し、節度を持って行われるよう、強く期待したい。

記

- 1 看護職員の配置数等を満たした病院について届出を認めるという現行の7対1入院基本料の基準を見直し、急性期等手厚い看護が必要な入院患者が多い病院等に限って届出が可能となるようなものとする事。
- 2 手厚い看護を必要とする患者の判定方法等に関する基準の在り方について、必要な研究に早急に着手し、その結果を踏まえて、平成20年度の診療報酬改定において対応すること。
- 3 看護職員確保に関する各般の施策について、積極的に取り組むこと。

7:1入院基本料届出医療機関数(病床数)の推移

中医協 総 - 1
19.7.11

平成19年5月1日現在の7対1入院基本料の届出状況について調査した。

	届出総数 平成18年5月1日現在		平成18年5月1日現在			平成18年10月1日現在			届出総数 平成19年5月1日現在		平成19年5月1日現在		
	医療機関 数	病床数	医療機関 数	病床数	割合 ^{注1}	医療機関 数	病床数	割合 ^{注1}	医療機関 数	病床数	医療機関 数	病床数	割合 ^{注2}
一般病棟入院 基本料	5,732	723,484	280	44,831	6.2%	544	103,836	14.4%	5,567	705,373	787	162,730	23.1%
結核病棟入院 基本料	248	9,720	4	80	0.8%	13	211	2.2%	244	8,105	21	343	4.2%
特定機能病院 入院基本料 (一般病棟)	78	61,068	11	9,382	15.4%	17	15,257	25.0%	81	63,484	27	23,178	36.5%
特定機能病院 入院基本料 (結核病棟)	13	198	0	0	0.0%	2	11	5.6%	13	152	5	43	28.3%
特定機能病院 入院基本料 (精神病棟)	74	3,467	2	47	1.4%	3	74	2.1%	73	3,300	3	74	2.2%
専門病院入院 基本料	16	5,593	4	1,196	21.4%	3	1,100	19.7%	18	5,957	4	1,480	24.8%
合計	—	803,530	—	55,536	6.9%	—	120,489	15.0%	—	786,371	—	187,848	23.9%

注1:平成18年5月1日現在の届出病床総数に占める割合

注2:平成19年5月1日現在の届出病床総数に占める割合

※速報値につき、後日変更があり得るものである。

革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略について

(平成19年4月26日 文部科学省・厚生労働省・経済産業省)

1. 経緯

- 平成18年9月29日 安倍総理は、所信表明演説において、医薬分野を第一にあげ成長に貢献するイノベーションの創造に向けた施策の推進を表明。
- 平成19年3月16日 経済財政諮問会議において、4月中に戦略を策定すべきことが議題に。
- 平成19年4月26日 「革新的創薬のための官民対話」の場において、5か年戦略を決定・公表。
- 平成19年5月15日 厚生労働大臣より経済財政諮問会議に報告。

2. 趣旨

- 医薬品・医療機器産業を日本の成長牽引役へ導くとともに、世界最高水準の医薬品・医療機器を国民に迅速に提供することを目標とする。
- 研究開発・審査段階における諸施策を講ずるとともに、薬価・診療報酬についても医療保険制度と調和を図りつつ革新的なものや国内外の最新の治療法が適正に評価される制度としていく。

3. イノベーションの適切な評価

(薬価)

革新的新薬の適切な評価、海外における標準的又は最新の治療方法の迅速な導入という観点と、医療保険財政の持続可能性等との調和を図る必要がある。こうした観点から、革新的新薬の適切な評価に重点を置き、特許の切れた医薬品については後発品への置き換えが着実に進むような薬価・薬剤給付制度にしていく。こうした観点から、関係業界の意見も聴きながら、具体的な制度のあり方について検討する。(平成19年度に検討、結論；厚生労働省)

革新的医薬品・医療機器創出のための5か年戦略の概要

世界最高水準の医薬品・
医療機器を国民に提供

医薬品・医療機器産業
を日本の成長牽引役に

平成19年4月
文部科学省
◎厚生労働省
経済産業省

日本先行開発・日本参加の世界同時開発を目指した施策群

①研究資金の集中投入

- ・医薬品・医療機器関連予算の重点化・拡充
- ・産官学による重点開発領域等の調整組織の設置
- ・研究開発税制の充実・強化の検討

②ベンチャー企業育成等

- ・研究資金の拡充
- ・施設や機器の共用化等
- ・企業化支援体制の整備、OB人材の活用、相談窓口の充実等
- ・審査手数料の支援検討
- ・医療機器の部材提供を活性化する方策の検討

③臨床研究・治験環境の整備

- ・国際共同治験の推進
- ・国民に重大な影響を与える疾患に対し、国立高度専門医療センターを中心に産官学が密接に連携して臨床研究を進める「医療クラスター」の整備
- ・橋渡し研究拠点、再生医療拠点、臨床研究体制の整備
- ・医療クラスターを中心とした治験の拠点化・ネットワーク化・IT化
- ・医師や臨床試験を支援する人材の育成・確保
- ・医師等の臨床業績評価を向上させるための取組
- ・臨床研究の規制の適正化の推進

④アジアとの連携

- ・重要な疾病について共同研究推進
- ・東アジアで収集されたデータの活用方法の共同研究

⑤審査の迅速化・質の向上

- ・新薬の上市までの期間を2.5年間短縮(ドラッグ・ラグの解消)
- ・審査人員を倍増・質の向上(3年間で236人増員)
- ・承認審査の在り方や基準の明確化、GCPの運用改善
- ・国際共同治験に関するガイダンスの作成、優先的治験相談の実施
- ・日米欧審査当局との間での共同治験相談の導入の協議
- ・医療機器の安全性を確保しつつ、治験・承認審査の合理化・簡素化を推進
- ・医療機器審査人員の充実・育成
- ・医療機器GCPの運用改善

⑥イノベーションの適切な評価

- 薬価制度等における革新的な製品のより適切な評価の検討

⑦官民対話

関係省・研究機関・産業界の連携強化

定期的な官民対話の実施

DPC病院数の推移

* 枠内は病院数

	平成15年	平成16年	平成17年	平成18年
支払い 対象病院	82	144	144	360
調査 対象病院	92	51	228	371

平成19年7月 支払い対象病院 360病院

(約18万床)

調査対象病院 1073病院

(約28万床)

参考:全医療機関における一般病床数 約90万床

平成18年度診療報酬改定の結果検証に係る特別調査 の実施について

1 目的

平成18年7月12日に中央社会保険医療協議会診療報酬改定結果検証部会（以下「検証部会」という。）において策定された「平成18年度診療報酬改定結果の検証方針」（以下「検証方針」という。）に基づき、特別調査を実施し、検証部会における平成18年度診療報酬改定の結果検証のための資料を得ることを目的とする。

2 調査の実施方法

特別調査は、外部委託により実施することとし、実施に当たっては、調査機関、検証部会委員、関係学会等により構成された「調査検討委員会」により、具体的な調査設計及び集計、分析方法の検討を行う。

3 調査項目

〔平成18年度調査〕

- ・ 保険医療機関等における医療費の内容が分かる明細書の発行状況調査
- ・ ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査
- ・ リハビリテーション実施保険医療機関における患者状況調査
- ・ 後発医薬品の使用状況調査
- ・ 歯科診療における文書提供に対する患者意識調査

〔平成19年度調査〕

- ・ セカンドオピニオン外来実施医療機関の利用状況調査
- ・ 生活習慣病管理料算定保険医療機関における患者状況調査
- ・ 地域連携診療計画管理料算定保険医療機関における連携体制等の状況調査
- ・ 紹介率要件の廃止に伴う保険医療機関への影響調査
- ・ 医療安全管理対策の実施状況調査
- ・ 褥瘡管理対策の実施状況調査
- ・ 透析医療に係る改定の影響調査
- ・ ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査（平成18年度からの継続調査）
- ・ 後発医薬品の使用状況調査（平成18年度からの継続調査）

平成18年度診療報酬改定の結果の検証について

～中医協診療報酬改定結果検証部会特別調査（平成18年度調査）の結果概要～

中医協診療報酬改定結果検証部会では、平成18年度診療報酬改定の結果を検証し、次期改定に係る議論に繋げることを目的に、平成18年度に5項目の特別調査を実施したところ。

平成19年5月16日の中医協総会において調査結果の報告を行った。

保険医療機関等における医療費の内容が分かる明細書の発行状況調査

- ・ 全国の保険医療機関、保険薬局のうち4,000施設に対し、患者から求めがあったときに発行に努めることとされている「個別の診療報酬点数の算定項目の分かる明細書」の発行状況等を調査

(主な結果)

- ・ 発行が義務化された「領収書」の発行開始時期をみると、平成18年4月を境に発行施設数が増加し、経過措置期間が終了した平成18年10月には、回答のあった施設のうち無回答を除く全ての施設が発行。
- ・ 発行に努めることとされている「明細書」については、回答のあった施設のうち、55%が「発行している」と回答。
- ・ 「明細書を発行している」としている施設のうち約75%は、発行に関して患者に「特に何も周知していない」と回答。
- ・ 「明細書を発行している」としている施設のうち約40%は、「全ての患者に発行」と回答。また、約27%が「レセプトと同じものを発行」と回答。
- ・ 「明細書を発行している」としている施設のうち約89%は、「費用を徴収していない」と回答。

(検証部会としての評価)

平成18年度診療報酬改定において発行が義務化された領収証については、本調査に回答した施設のうち約5%を占める無回答を除けば全施設で発行されており、概ね発行義務が遵守されていると考えられる。

明細書については本調査に回答した施設の55.0%が「明細書を発行している」と回答していることから、一定の割合で明細書が発行されていることが伺える。但しこの割合は、一度だけでも明細書を発行したケースも含まれている。また「明細書を発行している」としている施設のうち約40%は、「全ての患者に発行」と回答していることから、回答のあった施設の約22%は「全ての患者に発行」していることになる。

しかし、今回の調査の回収率は54.6%であり、本調査に回答した施設と比べ

て回答しなかった施設では明細書の発行されていない比率が高いと仮定すれば、全施設における「明細書を発行している」施設の割合、および「全ての患者に明細書を発行している」施設の割合は、これらの値より小さくなる可能性がある。

また、明細書を発行している施設においても、明細書の発行について患者に対する周知がなされている割合は低いことが判明した。患者に対して情報の提供を促進する意味から、明細書の発行に関しては、医療施設において、また、社会全体においても、更なる周知が必要と考えられる。

ニコチン依存症管理料算定保険医療機関における禁煙成功率の実態調査

- ・ 全国の保険医療機関のうちニコチン依存症管理料を算定している 1,000 施設に対し、禁煙治療の状況等について調査。
- ・ 上記の調査対象施設において、平成18年6月および7月の2ヶ月間に医療機関でニコチン依存症管理料の算定を開始した患者全員について治療終了からの禁煙／喫煙の状況を医療機関側から追跡調査。

(主な結果)

- ・ ニコチン依存症管理料の施設基準の届出時期は、4月が全体で約36%と最も多く、次いでニコチンパッチ等が保険適用となった6月の25%となっている。
- ・ ニコチン依存症管理料算定医療機関における禁煙治療については、病院では約47%が専門外来の設置等、特別な体制で実施。一方、診療所においては約87%が通常の診療体制の中で実施している。
- ・ ニコチン依存症管理料を算定した患者のうち、禁煙指導を5回終了した患者は全体の約28%と最も多く、これらの患者は指導終了時点で約74%が4週間禁煙をしていた。
- ・ 禁煙指導終了3ヶ月後の状況では、全体で約32%が3ヶ月後も禁煙を継続しており、5回の指導を全て終了した患者では3ヶ月後の禁煙継続率は約59%であった。指導を受けた回数が多いほど、禁煙継続率は高かった。
- ・ 二次調査において、指導終了から3ヶ月後及び6ヶ月後の状況をみると、全体で3ヶ月後の禁煙継続率は約35%、6ヶ月後の禁煙継続率は約33%であった。5回の指導を全て終了した患者の3ヶ月後及び6ヶ月後の禁煙継続率は、各々約63%、約54%であった。指導を受けた回数が多いほど、禁煙継続率は高かった。

(検証部会としての評価)

ニコチン依存症の治療の効果に関しては、指導終了3ヶ月後に「禁煙継続」と「失敗」がそれぞれ約3割である。しかし、患者数の最も多い禁煙指導を5回受けた患者に限定すれば指導終了3ヶ月後に「禁煙継続」が58.9%、「失敗」が21.6%であったことから一定の治療効果があると認められる。

今後、更に専門家の意見も踏まえつつ、平成 19 年度に行われる継続調査においてより長期間で禁煙指導の効果がどの程度持続するのかを明らかにする必要がある。また、これらの結果を国際比較することも重要である。

さらに、指導の回数が多いほど、禁煙継続率が高い傾向が認められることから、禁煙指導が途中で中止されないような工夫を検討することも必要である。

リハビリテーション実施保険医療機関における患者状況調査

- ・ 心大血管疾患リハビリテーション料等を算定している全 1, 297 施設に対し、リハビリテーションを実施した患者及び終了した患者等の状況を調査。
- ・ 上記医療機関においてリハビリテーションを終了又は算定日数上限に到達した患者について、リハビリテーションの実施期間、実施内容、リハビリテーション終了後の状況等を調査。
- ・ 施設向け患者調査対象者に対し、医療機関で受けたリハビリテーションの内容、リハビリテーション終了後の状況等を調査。

(主な結果)

- ・ リハビリテーション料の算定を終了した患者のうち、大半の患者（心大血管疾患 88%、脳血管疾患等 75%、運動器 77%、呼吸器 89%）は算定日数上限前に終了していた。

除外対象疾患のため上限後に終了した者と合わせると約78%~89%。

- ・ 算定日数上限で終了した患者を個別に見ると、終了時点で「身体機能の改善の見込みがある」（＝医療保険によるリハビリが必要である）とされた患者は、心大血管疾患では約7%、運動器リハでは約10%であり、特に脳血管疾患等では約2%、呼吸器では約3%とわずかであった。
- ・ 状態の維持のためにリハビリの継続が必要（＝介護保険によるリハビリが必要）であるが、年齢等により介護保険の対象外となる患者がわずかながらいた（心大血管疾患 約1%、脳血管疾患等 約1%、運動器 約2%、呼吸器 0%）。
- ・ リハビリテーションを終了した患者の多くは、今後自宅で過ごす予定としている（心大血管疾患 約68%、脳血管疾患等 約56%、運動器 約67%、呼吸器 約50%）。

また、患者がリハビリテーションに望むことについては、現在の日常生活の動作や活動を保ちたいとする者が多かった（心大血管疾患 約57%、脳血管疾患等 約58%、運動器 約53%、呼吸器 約57%）。

(検証部会としての評価)

今回の検証により、算定日数上限で設定された日数については概ね妥当であったと判断できるが、一部の患者においては、状態の改善を見込めるにも関わらず

算定日数上限を理由に医療保険によるリハビリを終了するケース、あるいは、状態の改善は見込めないものの状態維持のためのリハビリの継続が必要であるが算定日数上限を理由にリハビリが受けられないケース、同様に維持のためのリハビリが必要であるが年齢などの理由により介護保険の対象とならずリハビリを受けることができない患者が存在することが明らかとなった。また、算定日数の上限を理由にリハビリを終了した患者の中には、医師より介護保険サービスを紹介されたにも関わらず、そうしたサービスを受けていない患者もいた。

リハビリテーションに関しては、既にこの検証結果（速報）を踏まえて、見直しを行うことが3月14日の中央社会医療協議会で決定され、4月から施行されたところである。今後は、見直した内容が期待する効果を果たしているかどうかを観察することが重要である。

なお、見直しの際に付された中央社会医療協議会の附帯意見にもあるように、維持期のリハビリテーションについて、今後の在り方を検討する必要がある。

また、平成18年度改定により、リハビリテーションの施設基準を満たすことが出来なくなった施設があったとの指摘を踏まえ、施設基準の妥当性については検討を行う必要がある。

後発医薬品の使用状況調査

- ・ 全国の保険薬局のうち1,000施設に対し、「後発医薬品への変更可」として処方医の署名等がある処方せんの受付状況等について調査

(主な結果)

- ・ 「後発医薬品へ変更可」欄に処方医の署名等がある処方せんの割合は、全体の処方せんの約17%、処方医の署名等がある処方箋のうち、実際に後発医薬品に変更された処方せんの割合は約6%であった。
- ・ 後発医薬品へ変更した薬局（293薬局）において、後発医薬品へ変更可の処方せん（後発医薬品が存在するもの）に占める、実際に後発医薬品に変更した処方せんの割合についてみると、78薬局が5%未満である一方、41薬局が90%以上であり、薬局ごとに大きなばらつきが見られた。
- ・ 「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せんを取り扱った薬局において、
 - ① 患者が後発医薬品への変更を希望したが、処方せんの「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がなかった場合の対応として、「設問のようなケースはなかった」は約44%、「その旨を患者さんに説明の上、変更しなかった」は約34%、「処方医に照会し、了解を得て変更した」は約24%であった。
 - ② 「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せんを持参した患者に対する後発医薬品への変更に関する説明は、全薬局のうち約7割

の薬局が、「すべての患者さんに説明できている」又は「ほぼすべての患者さんに説明できている」であった。

③ 「後発医薬品への変更可」欄に処方医の署名等がある処方せんを取り扱った薬局において、患者一人当たりの平均説明時間は、患者が後発医薬品を選択した場合は9.20分、選択しなかった場合は4.86分であった。

- ・ 調査対象となった全635薬局において、平成17年10月と平成18年10月の備蓄品目数を比較すると、全品目の品目数の伸び率は10%未満の薬局が344薬局と一番多くなっていたが、後発医薬品の品目数の伸び率は50%以上が215薬局と一番多くなっていた。
- ・ 実際に後発医薬品へ変更した場合の保険医療機関への情報提供について、薬局が保険医療機関側から受けた要望・苦情の内容として、調剤した銘柄等の情報は毎回は不要（調剤した後発医薬品の銘柄が、前回の後発医薬品の銘柄から変更された場合のみでよい）の旨が複数見られた。
- ・ 実際に後発医薬品に変更された処方せんについて、実際に調剤した薬剤料は、記載銘柄により調剤した場合の薬剤料の約66%となっていた。

（検証部会としての評価）

全処方せんのうち、後発医薬品に変更された処方せんの割合はまだ低く、今後の改善が望まれる。とりわけ、「変更可」の処方せんのうち、薬局で実際に後発医薬品に変更された割合は約6%で、かつ薬局ごとに変更率に大きなばらつきがあることが明らかになった。

こうしたことから、平成19年度において継続調査を実施し、その中で薬局において後発医薬品への変更が進まない理由を調査し、後発医薬品の使用促進策を検討する必要がある。

また、同様の視点から平成19年度調査においては医療機関等を調査対象として、処方医の属性や意識等と「変更可」の状況との関係を調査する必要がある。

歯科診療における文書提供に対する患者意識調査

- ・ 全国の歯科診療所、歯科大学病院等のうち、1,161施設に対し、患者への文書提供の状況を調査
- ・ 歯科を受診した患者5,000人に対し、文書提供の有無、満足度等を調査

（主な結果）

- ・ 医療機関において1日あたり文書作成に要する時間は、約26分であり、患者1人あたりの文書作成時間は、約5分となっている。
- ・ 文書による情報提供については、医療機関の意識としては、患者の満足度や理解度の向上にはあまり寄与しておらず、「待ち時間が長くなった」「治療時間や患者数の減少」等、歯科治療に影響を及ぼすものと考えている一方で、受け

取った患者は概ね満足（約72%）している。

- ・ 文書提供の在り方については、今と同じ文書をもらいたいと回答したものが4割程度である一方、「口腔内状態に変化がない場合は不要」などの意見も4割程度あった。

（検証部会としての評価）

文書による情報提供に伴う患者の満足度等の向上について、歯科医師が考える以上に患者の満足度・理解度は高く、今回の改定の基本的考え方である患者の視点の重視（情報提供の推進）については、患者サイドから一定の評価を得られたものと考えられる。

しかし、文書による情報提供に対して満足している患者のうち約4割が「2回目からは症状に大きな変化があったときだけでよい」「もっと簡単でわかりやすきものにしてほしい」と回答しており、また、「口頭の説明で十分」「口頭での説明が少ないから」「いつも同じような内容だから」等の理由で不満足であるという患者も全回答者の約1割いることから、情報提供の内容や提供方法等については、次期診療報酬改定に向けての検討課題と考えられる。

緊急医師確保対策について

平成 19 年 5 月 31 日
政 府 ・ 与 党

医師確保対策については、平成 19 年度予算においても、その拡充を図り、新たな対策を進めている。しかしながら、全国各地の医師不足を訴える声は日増しに大きくなっている。その声を深刻に受け止め、地域に必要な医師を確保していかなければならない。

医療は地域生活に欠くべからざるものであり、誰もが地域で必要な医療を受けられるよう、また、地域の医療に従事する方々が働きがいのある医療現場をつくっていけるよう、万全を期したい。

このため、「地域の医療が改善されたと実感できる」実効性のある更なる以下の緊急対策を講じる。

- 1. 医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的医師派遣システムの構築**
医師不足地域に対し、都道府県からの求めに応じ、国レベルで緊急臨時的な医師の派遣を行う体制を整備する。上記の実施に伴い、規制緩和等の所要の措置を講じる。
- 2. 病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等**
病院勤務医の過重な労働を解消するため、交代勤務制など医師の働きやすい勤務環境の整備、医師、看護師等の業務分担の見直し、助産師や医療補助者等の活用を図る。また、特に勤務が過重で、深刻な医師不足の現状にある地域医療を支える病院への支援を充実する。さらに、一次救急を含めて地域医療を担う総合医の在り方について検討する。
- 3. 女性医師等の働きやすい職場環境の整備**
出産や育児による医師等の離職を防止し、復職を促すため、院内保育所の整備など女性の働きやすい職場環境の整備を図るとともに、女性医師の復職のための研修等を実施する病院等への支援や女性医師バンクの体制を充実する。
- 4. 研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し等**
大学病院を含む医師臨床研修病院の臨床研修制度の在り方や定員の見直し等を行うことにより、都市部の病院への研修医の集中の是正に取り組む。また、臨床研修後の専門医に向けた研修の在り方についても、地域医療への従事や医師派遣の仕組みと関連付けて検討する。
- 5. 医療リスクに対する支援体制の整備**
産科補償制度の早期実現や、診療行為に係る死因究明制度（医療事故調査会）の構築など、医療リスクに対する支援体制を整備する。
- 6. 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進**
地域や特定の診療科で医師が不足している現状に対応し、奨学金を活用して都道府県が定める地域や診療科に確実に医師が配置できるための医師養成数の緊急臨時的な増加を行う。さらに、地域の医療に従事する医師数の増加を図るため、医学部における地域枠の拡充を図るとともに、医師養成総数が少ない県においては、医師の養成数を増加させる。また、臨床医を養成する医育機関の在り方についても検討する。

医師確保対策に関する政府・与党協議会

(政府側)

内閣官房長官	塩崎恭久
総務大臣	菅義偉
財務大臣	尾身幸次
文部科学大臣	伊吹文明
厚生労働大臣	柳澤伯夫
内閣官房副長官 (政務・衆)	下村博文
内閣官房副長官 (政務・参)	鈴木政二
内閣官房副長官 (事務)	的場順三

(与党側)

自由民主党幹事長	中川秀直
自由民主党総務会長	丹羽雄哉
自由民主党政務調査会長	中川昭一
参議院自由民主党幹事長	片山虎之助
自由民主党国会対策委員長	二階俊博
参議院自由民主党政策審議会長	舛添要一
自由民主党社会保障制度調査会長	鈴木俊一
自由民主党社会保障制度調査会医療委員長	鴨下一郎
公明党代表	太田昭宏
公明党幹事長	北側一雄
公明党副代表	坂口力
公明党政務調査会長	斉藤鉄夫
公明党国会対策委員長	漆原良夫
参議院公明党幹事長	木庭健太郎
参議院公明党政策審議会長	山口那津男
公明党社会保障制度調査会長	福島豊

「緊急医師確保対策」に関する取組についての概要

19年度予算総額(厚生労働省分)
9,219 百万円

20年度予算要求総額(厚生労働省分)
→ 16,034 百万円(対前年比 74%増)

(注)19年度から実施している医師確保対策を含む。

1. 医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的医師派遣システムの構築 2,968百万円

○6月26日に国レベルの緊急臨時的医師派遣システムによる第一弾医師派遣として、以下の6カ所への派遣を決定。医師派遣の緊急性・必要性が高いものについて、引き続き実施

【第1弾の派遣先】

道県名	病院名	派遣元
北海道	北海道社会事業協会岩内病院(内科)	全国社会保険協会連合会
岩手県	県立大船渡病院(循環器科)	国立病院機構
	県立宮古病院(循環器科)	日本赤十字社・恩賜財団済生会
栃木県	大田原赤十字病院(内科)	日本赤十字社
和歌山県	新宮市立医療センター(産婦人科)	応募医師
大分県	竹田医師会病院(救急(内科))	日本医科大学

○国の緊急医師派遣や都道府県の決定した医師派遣に協力する病院等に対し、必要な経費を補助

○医師派遣をより柔軟に行えるようにするため、労働者派遣法施行令を改正する方向で検討中 等

2. 病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等 1,321百万円

- 病院勤務医の負担軽減に資するよう、交代勤務制等の導入を支援するための補助事業等を拡充
- 病院勤務医の負担軽減に資するよう、医師等の様々な事務を補助する医療補助者の配置を推進するためのモデル事業等の創設
- 身近な地域で安心して出産できる環境整備に資するよう、地域の実情により分娩数が少なく採算が取れない産科医療機関を支援するための補助事業を創設
- 診療報酬全体の見直しの中で勤務医の負担軽減のための方策についても検討 等

3. 女性医師等の働きやすい職場環境の整備 2,328百万円

- 病院内保育所の更なる拡充(24時間保育等の補助額の引上げなど)
- 女性医師の復職のための研修を実施する病院を支援する補助事業を新たに創設
- 就業相談機能を充実することにより、「女性医師バンク」の体制を強化 等

4. 研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し等 2,537百万円

- 都市部の臨床研修病院について、医師不足地域での研修を支援する補助事業を創設
- 今年中に都市部への研修医の集中是正のための医師臨床研修病院の定員の見直しの実施に着手
- 医師派遣に協力する臨床研修病院への臨床研修費補助金の在り方について検討 等

5. 医療リスクに対する支援体制の整備 225百万円

- 分娩時における障害の早期救済等に資する「産科補償制度」について、(財)日本医療機能評価機構に設けられた準備委員会において制度の詳細を検討しており、平成19年度中の創設を目指す。
- 医療事故の再発防止等に資する「医療事故調査会」の設置に向け、その準備のためのモデル事業を充実するとともに、制度施行の準備のための経費を要求する。 等

6. 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進

- 都道府県知事が指定する医師が不足する医療機関で勤務する医師の確保に資するよう、医師養成数(医学部定員)の暫定的な増加を実施(各都府県 5名 北海道15名)。
- 医師養成総数が80名未満である県及び入学定員が80名未満の大学が所在する県における医師養成数(医学部定員)の増加を実施(20名)。
- 臨床医を養成する医育機関の在り方を検討するために、医師養成制度の国際比較と学士編入学の評価等に関する調査研究を実施 等

※1～6以外の19年度から引き続き実施している医師確保対策として、小児科・産科連携病院等協力体制促進事業、医師不足地域における臨床研修の実施、へき地巡回診療へり運営費などの経費(H19:9, 180百万円、H20:9, 489百万円)を含む。

平成19年8月30日

		関係省庁における施策の状況																		
1. 医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的医師派遣システムの構築	(1) 医師派遣システムの構築	<p>＜医師不足地域に対する国レベルの医師派遣の実施＞</p> <p>○ 6月26日に地域医療支援中央会議幹事会を開催し、国レベルの緊急臨時的医師派遣システムによる第一弾医師派遣として、以下の6カ所への派遣を決定。この医師派遣については、今後も都道府県からの要請を受け付けることとし、その中で緊急に医師派遣する必要性が高いものについて引き続き実施（厚生労働省）</p> <p>【第1弾の派遣先】</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>道県名</th> <th>病院名</th> <th>派遣元</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>北海道</td> <td>北海道社会事業協会岩内病院(内科)</td> <td>全国社会保険協会連合会</td> </tr> <tr> <td>岩手県</td> <td>県立大船渡病院(循環器科) 県立宮古病院(循環器科)</td> <td>国立病院機構 日本赤十字社・恩賜財団済生会</td> </tr> <tr> <td>栃木県</td> <td>大田原赤十字病院(内科)</td> <td>日本赤十字社</td> </tr> <tr> <td>和歌山県</td> <td>新宮市立医療センター(産婦人科)</td> <td>応募医師</td> </tr> <tr> <td>大分県</td> <td>竹田医師会病院(救急(内科))</td> <td>日本医科大学</td> </tr> </tbody> </table>	道県名	病院名	派遣元	北海道	北海道社会事業協会岩内病院(内科)	全国社会保険協会連合会	岩手県	県立大船渡病院(循環器科) 県立宮古病院(循環器科)	国立病院機構 日本赤十字社・恩賜財団済生会	栃木県	大田原赤十字病院(内科)	日本赤十字社	和歌山県	新宮市立医療センター(産婦人科)	応募医師	大分県	竹田医師会病院(救急(内科))	日本医科大学
		道県名	病院名	派遣元																
北海道	北海道社会事業協会岩内病院(内科)	全国社会保険協会連合会																		
岩手県	県立大船渡病院(循環器科) 県立宮古病院(循環器科)	国立病院機構 日本赤十字社・恩賜財団済生会																		
栃木県	大田原赤十字病院(内科)	日本赤十字社																		
和歌山県	新宮市立医療センター(産婦人科)	応募医師																		
大分県	竹田医師会病院(救急(内科))	日本医科大学																		
		<p>○ 緊急臨時的医師派遣実施のため、退職した医師等を公募し、地域医療に従事するための知識・技能を身につけるための研修等に必要な経費や、また、病院グループ等の病院が、いわゆる後期研修等において、国が決定する医師不足地域の病院で研修を行う他派遣に必要な経費に対して補助（厚生労働省）</p> <p>○ 併せて、都道府県レベルにおいても、医療対策協議会における議論を踏まえて都道府県が決定した医師派遣に協力する病院等に必要な経費に対し、都道府県を通じて補助（厚生労働省）</p>																		

1. 医師不足地域に対する国レベルの緊急臨時的医師派遣システムの構築	(1) 医師派遣システムの構築	<p>[20年度主な概算要求の内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 【新規】へき地等勤務希望医師の再就業支援研修事業のうち緊急臨時的医師派遣分(22 百万円)【厚生労働省】 ・ 【新規】医師派遣型研修システム創設支援事業【Bタイプ】のうち緊急臨時的医師派遣分(23 百万円)【厚生労働省】 ・ 医師確保等推進事業(H19:705 百万円→H20:714 百万円)【厚生労働省】 ・ 【新規】医師派遣病院診療体制強化事業(605 百万円)【厚生労働省】 ・ 【新規】医師派遣病院診療体制強化設備整備事業(1,534 百万円)【厚生労働省】
	(2) 規制緩和等の所要の措置	<p><医師派遣に係る規制緩和等></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 医師については、へき地への派遣の場合等を除き、労働者派遣契約により派遣を行うことが禁止されているため、拠点病院等から医師不足の病院に医師を派遣できるよう、労働者派遣業法施行令を改正する方向で検討(厚生労働省) ○ 国立病院機構から医師不足の自治体病院へ医師を派遣した場合に、地方自治体から国立病院機構が一定の費用負担が受け取ることができるよう地方財政再建促進特別措置法施行規則の改正を行うとともに、所要の通知を発出(厚生労働省、総務省)

2. 病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等	(1) 交代勤務制など 医師の環境の整備	<p><交代勤務制等の導入></p> <p>○ 病院勤務医の負担軽減方策として、産科、小児科等における医師の労働時間が過重になっている病院において、交代勤務制、変則勤務制等の導入を支援するため、必要な経費に対して補助(厚生労働省)</p> <p>[20年度主な概算要求の内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 【新規】医師交代勤務等導入促進事業(426 百万円)【厚生労働省】 <p><産科・小児科等の医師不足の診療科に対する支援の充実></p> <p>○ 産科・小児科等の医師不足分野における大学の人材養成に必要な経費に対して補助(文部科学省)</p> <p>[20年度主な概算要求の内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム(H19:1,305 百万円の内数→H20:855 百万円の内数)【文部科学省】 ・ 医師不足分野等教育指導推進経費(H19:2,923 百万円→H20:2,923 百万円 国立大学法人運営費交付金の一部)【文部科学省】
	(2) 医師、看護師等の業務分担の見直し	<p><医師、看護師等の業務分担の見直しによる負担の均てん・緩和></p> <p>○ 業務分担の実情を踏まえ、医師以外の者であっても実施可能な医療行為の例や業務例を明示し、医師以外の者の積極的活用を促すなど、平成 19 年中に、医師、看護師等の医療従事者等の役割分担の見直しについて一定の結論を得る。(厚生労働省)</p>

<p>2. 病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等</p>	<p>(3) 助産師や医療補助者等の活用</p>	<p><助産師数の増加策及びその活用></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 産科医師の業務の軽減を図るため、院内助産所・助産師外来の設置を促進するための施設・設備整備費等の必要な経費に対して補助(厚生労働省) ○ 助産師数の増加を図るため、現在は定時制のみである助産師養成所開校促進事業の全日制への拡大等(厚生労働省) ○ 助産師の養成・確保策や助産師の派遣システム等の検討及び調整の場を都道府県毎に設置(厚生労働省) <p>[20年度主な概算要求の内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 【新規】院内助産所・助産師外来設備整備事業(25百万円)【厚生労働省】 ・ 【新規】院内助産所・助産師外来施設整備事業(メニューの追加)【厚生労働省】 ・ 【新規】院内助産所・助産師外来開設のための助産師等研修事業(38百万円)【厚生労働省】 ・ 助産師養成所開校促進事業(H19:13百万円→H20:17百万円)【厚生労働省】 ・ 看護師等養成所運営費(助産師養成所の充実)(H19:39百万円→H20:55百万円)【厚生労働省】 ・ 【新規】助産師確保地域ネットワークづくり推進事業(44百万円)【厚生労働省】 <p><医療補助者の配置の推進></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 産科、小児科等の診療科を有する病院に医師等の様々な事務を補助する医療補助者を配置し、医師の業務の負担軽減を図るモデル事業等を実施(厚生労働省) <p>[20年度主な概算要求の内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 【新規】病院勤務医勤務環境改善事業(58百万円)【厚生労働省】
	<p>(4) 医師不足の厳しい地域医療を支える病院への支援の充実</p>	<p><身近な地域での出産を確保するための産科医療機関への支援></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 身近な地域で安心して出産できる環境を整備するため、地域的な事情により、分娩数が少なく、採算のとれない産科病院への必要な経費に対して補助(厚生労働省) <p>[20年度主な概算要求の内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 【新規】産科医療機関確保事業(566百万円)【厚生労働省】 ・ 【新規】産科医療機関施設整備事業(92百万円)【厚生労働省】

2. 病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等	(4) 医師不足の厳しい地域医療を支える病院への支援の充実	<p><国立大学附属病院の機能強化></p> <p>○ 地域の中核病院である国立大学附属病院が地域医療貢献に必要な体制整備を図るため、若手医師の職務・勤務実態等に応じた処遇改善や支援要員の配置(文部科学省)</p> <p>[20年度主な概算要求の内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 【新規】国立大学法人運営費交付金のうち附属病院関係経費(13,000 百万円)【文部科学省】 <p><地域の医療機関等と連携した大学附属病院の人材育成・供給機能の強化></p> <p>○ 卒前・卒後を通じた医師のキャリア形成や地域への医師派遣など、大学附属病院の人材育成・供給機能を強化するため、地域の医療機関等と連携した、循環型の医師養成の取組等に必要な経費に対して補助(文部科学省)</p> <p>[20年度主な概算要求の内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 【新規】地域連携型高度医療人養成推進事業(10,000 百万円)【文部科学省】
	(5) 総合医の在り方についての検討	<p><「総合科」創設の検討></p> <p>○ 医道審議会診療科名標榜部会において、内科・小児科を中心とした幅広い診療能力を持った医師が標榜できる診療科として「総合科」を加えることを検討中であり、その議論を踏まえ、総合医の認定基準等の検討や総合医の認定審査を行う。(厚生労働省)</p> <p>[20年度主な概算要求の内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 【新規】総合科標榜資格審査部会(医道分科会費)(1 百万円)【厚生労働省】
	(6) その他	<p>○ 診療報酬全体の見直しの中で勤務医の負担軽減のための方策についても検討</p>
3. 女性医師等の働きやすい職場環境の整備	(1) 院内保育所の整備など女性の働きやすい職場環境の整備	<p><院内保育所の拡充></p> <p>○ 女性医師の働きやすい環境を整備するため、院内保育所の更なる拡充(厚生労働省)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 保育児童数の最低基準の緩和(2→1人) ・ 緊急一時預かり保育に対する加算の実施 ・ 24時間保育等の補助額の引上げ ・ 院内保育所の開設に係る施設整備事業(メニューの追加) <p>[20年度主な概算要求の内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院内保育所運営事業(H19:1,333 百万円→H20:1,587 百万円)【厚生労働省】 ・ 【新規】病院内保育所施設整備事業(メニューの追加)【厚生労働省】

3. 女性医師等の働きやすい職場環境の整備	(2) 女性医師の復職のための研修等を実施する病院等への支援	<p><女性医師復職に係る支援の実施></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 女性医師の復職のための研修を実施する病院への必要な経費に対して補助(厚生労働省) ○ 女性医師の臨床現場定着及び復職支援に関する大学の意欲的な取組に必要な経費に対して補助(文部科学省) <p>[20年度主な概算要求の内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 【新規】女性医師復職研修支援事業(520 百万円)【厚生労働省】 ・ 社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム(H19:1,305 百万円→H20:855 百万円の内数 再掲)【文部科学省】
	(3) 女性医師バンクの実施体制の充実	<p><女性医師バンクの充実></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 女性医師バンクにおいてきめ細やかな就業相談に応じることができるようコーディネーターを養成(厚生労働省) <p>[20年度主な概算要求の内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師再就業支援事業(H19:96 百万円→H20:222 百万円)【厚生労働省】
4. 研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し等	(1) 大学病院を含む医師臨床研修病院の定員の見直し等による都市部の病院への研修医の集中の是正	<p><研修医が医師不足地域で臨床研修を行うための支援></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 都市部の臨床研修病院の研修医が一定期間医師不足地域等で研修を行う場合に必要な経費に対して補助(厚生労働省) ○ 医師派遣に協力する臨床研修病院への臨床研修費補助金の在り方について検討 <p>[20年度主な概算要求の内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 臨床研修費補助金(【新規】緊急医師確保対策経費)(2,400 百万円)【厚生労働省】 <p><臨床研修病院の定員見直し></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 臨床研修病院の定員の在り方について、今年度中に都市部の病院への研修医の集中を是正する方向で、医道審議会臨床研修部会において検討を行うなど、今年中に見直しの実施に着手(厚生労働省)

<p>4. 研修医の都市への集中の是正のための臨床研修病院の定員の見直し等</p>	<p>(2) 臨床研修後の専門医に向けた研修の在り方についても、地域医療の従事や医師派遣の仕組みと関連付けて検討</p>	<p><臨床研修後の専門医に向けた研修の在り方の検討></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「総合科」の創設にあたって、地域勤務の経験をどのように評価していくかについて医道審議会において検討(厚生労働省) ○ 地域医療の従事や医師派遣の仕組みと関連付けたプログラムを実施した場合に必要な経費に対して補助(厚生労働省) <p>[20年度主な概算要求の内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 医師派遣型研修システム創設支援事業(マグネットホスピタル研修)(H19:379百万円→H20:379百万円)【厚生労働省】
<p>5. 医療リスクに対する支援体制の整備</p>	<p>(1) 産科補償制度の早期実現</p>	<p><産科補償制度の検討></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ (財)日本医療機能評価機構に設けられた準備委員会において制度の詳細を検討しているところであり、平成19年度中の創設を目指す。(厚生労働省) <p>[20年度主な概算要求の内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 【新規】産科医療補償制度運営費補助金(30百万円)【厚生労働省】
<p>5. 医療リスクに対する支援体制の整備</p>	<p>(2) 医療事故調査会の構築</p>	<p><医療事故調査会設置に向けた検討状況></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 厚生労働省に設置した「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等の在り方に関する検討会」において制度の在り方について検討中であり、その議論も踏まえ、早期に成案を得る。(厚生労働省) <p>[20年度主な概算要求の内容]</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 【新規】死因究明制度施行準備経費(30百万円) ・ 診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業(H19:127百万円→H20:128百万円)【厚生労働省】 ・ 死因究明制度及び裁判外紛争処理制度に関する検討会費(H19:3百万円→H20:3百万円)【厚生労働省】

6. 医師不足地域や診療科で勤務する医師の養成の推進	(1) 医師養成数の増加	<p><医師確保が必要な地域や診療科に医師を確保・配置するための緊急臨時的な医師養成増></p> <p>○ 都道府県が指定する医師が不足する医療機関で勤務する医師の確保・配置に資するよう、原則として、平成21年度から9年間、医師養成数の暫定的な増加(各都府県 最大5名、北海道15名)を別紙のとおり実施(文部科学省、厚生労働省)</p> <p><医師養成総数が少ない県における医師養成数増></p> <p>○ 医師養成総数が80名未満である県及び入学定員が80名未満の大学が所在する県において、平成20年度から最大20名の医師養成数増を別紙のとおり実施(文部科学省、厚生労働省)</p>
	(2) 医学部における地域枠の拡充	<p><地域枠の設定・拡充をはじめとした地域医療を担う医師の養成の推進></p> <p>○ 入学者選抜における地域枠の設定・拡充を各大学に要請するとともに、医師養成数増を行う大学に対しては、学生を地域に定着させるための更なる取組を求めるなど、地域医療を担う医師の養成を推進(文部科学省)</p>
	(3) 臨床医を養成する医育機関の在り方の検討	<p><医育機関の在り方を検討するための調査研究の実施></p> <p>○ 臨床医を養成する医育機関の在り方を検討するために、医師養成制度の国際比較と学士編入学の評価等に関する調査研究を実施(文部科学省)</p> <p>[20年度主な概算要求の内容]</p> <p>・ 【新規】医療人養成推進等委託費(H20:150 百万円)【文部科学省】</p>

医師確保が必要な地域や診療科で勤務する医師の養成の推進について

平成19年8月30日

1. 医師確保が必要な地域や診療科に医師を確保・配置するための緊急臨時的な医師養成増

地域における医師不足の状況にかんがみ、将来の医師の養成を前倒しするとの趣旨の下、下記の条件等により、現行の都道府県内の医師の養成数に上乘せする暫定的な調整計画を容認する。

(1) 対象となる県

全都道府県

(2) 医師養成増数の上限

都道府県ごとに最大5名まで（ただし、北海道は15名まで）

(3) 都道府県の講ずるべき措置等

- ・都道府県は、都道府県知事の指定する医師確保が必要な医療機関で原則として9年間（注1）以上従事することを返還免除の条件とする奨学金（学費及び生活費相当額）を設定する。

（注1）学士編入学等の場合には、奨学金支給期間の1.5倍の期間とする。

- ・当該都道府県は、上記奨学金を活用した医師の確保・配置に資するよう、地域医療を担う医師を養成するためのプログラムの策定・実施を大学医学部（注2）に依頼する。
- ・当該都道府県の取組を前提として、関係審議会において、大学の具体的な定員の在り方について検討を行った上で大学の定員増の申請の審査を行う。
- ・暫定的な養成増を行った都道府県において、養成増に見合っって医師の定着数の増加が図られたと認められる場合には、前倒しの趣旨にかかわらず、当該趣旨の終了後も、当該都道府県の現行養成数（暫定措置を講じる前の養成数）を維持できるものとする。

(4) 養成増の期間

平成 21 年度（可能であれば平成 20 年度）から最大 9 年間（平成 20 年から実施の場合は 10 年間。終期を前回の医師養成増とそろえるという考え方）

(注 2) 都道府県内に複数の医学部がある場合等の取り扱いについて

①都道府県内に複数の大学医学部がある場合の取り扱い

- ・上記の地域医療を担う医師の養成のプログラムの策定・実施を、都道府県内のいずれの大学に依頼するかについては、大学との話し合い等も踏まえた都道府県の判断によるが、複数の大学で希望がある場合には、都道府県は、地域医療対策協議会で協議の上承認を得るなど透明性のある方法で依頼先を決定することが必要なものとする。その際、5 人の範囲内で複数の大学に依頼することは可能とする。

②都道府県外の大学に依頼する取り扱い

- ・上記の地域医療を担う医師養成のプログラムの策定・実施については、都道府県内の大学医学部に依頼するのが原則であるが、都道府県からの依頼に都道府県内の大学が一部又は全部応じられない場合などの特別の事情がある場合には、その範囲において、都道府県外の大学に依頼することができるものとする。

2. 医師養成総数が少ない県における医師養成増

地域における医師不足の状況にかんがみ、地域で必要な医師を一定数確保できるようにするという観点から、医師養成総数の絶対数の少ない県及びこれに準ずる県において、下記の条件等により、現行の都道府県内の医師の養成増を容認する。

(1) 対象となる県

- ①県内の医師養成総数が 80 名未満である県及び②県内の人口当たりの医師養成数が全国平均以下であり、当該県内に相対的に養成数の少ない大学があり、当該大学の養成増により当該県又は医師確保が必要な県の医師確保対策の充実が期待できる県（なお、「相対的に養成数が少ない大学」は、上記①の医師養成総数が 80 名未満とされていること、79 医科大学中 77 大学が入学定員 80 名以上であることなどを踏まえ、入学定員 80 名未満の大学が適当と考える。）

(2) 養成増の上限

20 名

(3) 対象県の講ずべき措置等

- ・ 前回の医師養成増において対象県が講ずることとされていた措置と同等の医師の県内定着のための措置を講ずるものとする。
- ・ 当該県の取組を前提として、関係審議会において、大学の具体的な定員の在り方について検討を行った上で、当該県内の対象となる大学についての定員増の申請の審査を行う。

(前回の医師養成増において対象県が講ずべき措置)

- ア 当該県の増員後の医学部定員の5割以上の者を対象として、同一県内又は医師不足県での特に医師確保が必要な分野（救急医療等確保事業）における一定期間の従事を条件とする奨学金の設定。この場合、地元出身者以外の奨学金被貸与者の割合の上限は6割とする。
- イ 養成増を必要とする県が、奨学金を貸与する医師の卒業後の活用・配置の計画を策定し、国（厚生労働省）に協議
- ウ 地域に必要な医師の確保の調整を含めた医療計画と医療費適正化計画の国への事前協議

(4) 養成増の期間

平成20年度から可能とし、恒常的な措置とする

「医療施設体系のあり方に関する検討会」について

平成 18 年 7 月
医政局 総務課

1. 開催の趣旨等

平成17年12月8日にとりまとめられた社会保障審議会医療部会の「医療提供体制に関する意見」において、①地域医療支援病院制度全般にわたる検討課題、②特定機能病院制度のあり方及び③医療法施行規則の「病院における外来患者数に基づく医師数の配置標準」規定の必要性、の3つの課題について、医療施設体系のあり方に関する検討会を開催して検討を進める旨が指摘されている。

また、平成18年の医療法改正を踏まえ、医療計画の見直し等を通じた医療機能の分化連携を図っていくこととなるが、その際、かかりつけ医に求められる役割や機能のあり方や、医療連携体制の構築の中での救急医療等確保事業に必要な医師の確保方策などについても、検討していくことが求められる。

このため、「医療提供体制に関する意見」で具体的に掲げられた病院に係る制度に関わる論点にとどまらず、診療所も含め、地域医療を担う医療施設の体系の今後のあり方に関わる論点について、幅広く議論することとする。

2. 検討課題例

- ・ 地域医療支援病院制度又はこれに類する制度の必要性の有無
- ・ 上記制度に求められる機能及び要件
- ・ 特定機能病院制度又はこれに類する制度の必要性の有無
- ・ 上記制度に求められる機能及び要件
- ・ 上記制度と医育機関(大学病院)との関係
- ・ 上記制度と専門医の育成のあり方との関係
- ・ 病院における外来患者数に基づく医師数の配置標準
- ・ 医療連携体制の構築に際してかかりつけ医の果たすべき役割と機能
- ・ プライマリケア、病診連携その他地域の医療連携のあり方
- ・ 救急、へき地医療等に必要な医師の確保方策との関係における医療施設の役割

3. 検討会の位置づけ等

医政局長による検討会

(検討会の庶務は医政局総務課で行う)

4. 検討会のメンバー

別紙の通り

5. 開催回数

7月に1回、9月以降月に1回程度のペースで開催予定

医療施設体系のあり方に関する検討会委員名簿

氏名	所属
五十里 明	愛知県健康福祉部健康担当局長
内田 健夫	社団法人日本医師会常任理事
○ 遠藤 久夫	学習院大学経済学部教授
太田 謙司	社団法人日本歯科医師会常務理事
島崎 謙治	政策研究大学院大学教授
島村 勝巳	日本通運健康保険組合理事長
鈴木 満	社団法人日本医師会常任理事
武谷 雄二	東京大学医学部附属病院院長
◎ 田中 滋	慶應義塾大学経営大学院教授
西澤 寛俊	社団法人全日本病院協会会長
藤川 康立	東芝人事部部長附
古橋 美智子	社団法人日本看護協会副会長
武藤 正樹	特定非営利活動法人日本医療マネジメント学会理事 (地域医療委員会委員長)
梁井 皎	順天堂大学医学部附属順天堂医院長
山崎 學	社団法人日本精神科病院協会副会長
山本 信夫	社団法人日本薬剤師会副会長
和田 ちひろ	特定非営利活動法人ヘルスケア・リレーションズ理事長

◎ 座長

○ 座長代理

医療施設体系のあり方に関する検討会の開催経緯について

第1回 平成18年7月12日

1. 医療施設体系のあり方について

第2回 平成18年9月20日

1. 地域医療支援病院制度について

第3回 平成18年11月20日

1. 特定機能病院制度について

第4回 平成18年12月27日

1. 特定機能病院制度について（ヒアリング）
2. 地域医療支援病院制度について（ヒアリング）

第5回 平成19年3月23日

1. 医療連携体制・かかりつけ医、医師確保との関係について
2. 医療法に基づく人員配置標準について

第6回 平成19年4月23日

1. 地域医療支援病院について
2. 医療連携体制・かかりつけ医、医師確保との関係について

第7回 平成19年5月24日

1. 特定機能病院について
2. 専門医について
3. 医療法に基づく人員配置標準について

第8回 平成19年6月21日

1. これまでの議論を踏まえた整理について

第9回 平成19年7月18日

1. これまでの議論を踏まえた整理について

平成19年7月18日 「これまでの議論を踏まえた整理」取りまとめ

これまでの議論を踏まえた整理

平成19年7月18日

医療施設体系のあり方に関する検討会

我が国は、国民皆保険のもと、誰もが安心して医療を受けることができる医療制度を実現し、世界最長の平均寿命や高い保健医療水準を達成してきた。医療は、我が国社会の重要かつ不可欠な資産であり、医療提供体制は、国民の健康を確保するための重要な基盤となっている。国民の医療に対する安全・安心を確保し、質の高い医療サービスが適切に提供される医療提供体制を構築していく必要があり、今後とも不断の努力が必要である。

医療施設体系のあり方に関する検討会では、平成18年7月12日以降、我が国の医療提供体制をめぐる様々な課題の中で、医療施設の体系、地域における医療連携等に関する検討項目について議論を重ねてきたところであるが、今般、これまでの議論について以下のとおり整理を行うものである。

1 地域医療支援病院について

(地域医療支援病院に求められる機能、各地域の医療連携体制の構築を図る上で果たすべき役割)

- 地域医療支援病院は、紹介患者に対する医療の提供、医療機器の共同利用の実施、救急医療の提供、地域の医療従事者に対する研修の実施等、地域における医療の確保のために必要な支援に関する要件を満たす医療機関として、医療法上位置づけられているものであるが、その果たしている紹介患者に対する医療の提供、救急医療の提供等の役割については、急性期医療を担う病院であれば一般的な機能であることも念頭に置きながら、地域医療支援病院にふさわしい新しい姿・要件を考えていくことが必要である。
- 地域医療支援病院の姿・要件を考えていくにあたっては、今後、各都道府県ががん対策、脳卒中对策等の主要な疾患・事業に係る医療連携体制を記載した医療計画を策定していくこととなる状況の中で果たすべき機能・役割の多様性、地域の特性・実情を踏まえたあり方について、目的の明確化が必要という視点も踏まえつつ、検討していく必要がある。

例えば、今後、地域医療支援病院が地域での医療連携を推進する観点から、特に救急医療の提供等に一層取り組むとともに、以下のような役割を果たすべきとの指摘があり、検討していく必要がある。

- (1) 地域連携をする医療の拠点、連携に関する情報提供のセンター機能
- (2) 訪問診療、訪問看護、訪問歯科診療、訪問薬剤管理等在宅医療のバックアップ機能

- 地域医療支援病院は二次医療圏単位で地域医療の充実を図る目的で制度化されたが、未整備の二次医療圏が多数ある一方で、複数の地域医療支援病院が存在する二次医療圏もある。概ね二次医療圏に1つという発想を改め、地域の実情に応じて整備を図るよう考え直すべきとの指摘があり、対応していく必要がある。

(地域医療支援病院の承認要件のあり方)

- 地域における医療連携体制の構築を図るため、例えば、以下の項目を地域医療支援病院の承認要件の中に位置づけたり、あるいは取り組みの一層の強化を求めてはどうかとの指摘があり、検討が必要である。

なお、検討にあたっては、地域医療支援病院が地域で果たすべき機能・役割の多様性等を踏まえて行う必要がある、また、急性期の病院に一般的に求められる事項との関係について留意する必要がある。

- (1) 地域の医師確保対策への協力
- (2) 地域の在宅療養支援診療所、中小病院等との連携
- (3) 地域連携パスへの取り組み
- (4) 医療連携、特に退院調整機能、退院時支援機能の構築
- (5) 精神科救急・合併症対応等地域の精神科医療等の支援

なお、地域医療支援病院においても平均在院日数の短縮に取り組むべきとの指摘があったが、一方で、承認要件としては適切でないとの意見があった。

- 紹介率のあり方については、いわゆる門前クリニックの問題への対応を含め、見直しが必要との指摘があり、更に具体的な検討が必要である。

(地域医療支援病院の評価)

- 承認を受けた地域医療支援病院が、その求められる機能・役割を十分果たしているかどうかについて評価を行うことが必要であり、評価のための指標を

含め、検討が必要である。

(地域医療支援病院としての施設類型の必要性)

- なお、地域医療支援病院については、地域の特性・実情に応じて果たしている個別の機能・役割を評価していく方向で考えるべきであり、地域医療支援病院という施設類型としての位置づけは必要ないのではないかとの意見があった。

2 特定機能病院について

(特定機能病院に求められる機能、医療機関間の機能分化と連携の中での位置づけ)

- 特定機能病院は、高度医療の提供、高度医療技術の開発・評価及び高度医療に関する研修を実施する能力を有する医療機関として、医療法上位置づけられているものであるが、医療機関間の機能分化と連携を進めていく中で、求められる役割をより明確にしていくことが必要である。

特に、特定機能病院が提供する高度医療の内容についてより明確化を図る必要があるとの指摘があり、特定機能病院が担っている医療に関するデータ等も踏まえ、検討していく必要がある。

- 特定機能病院が高度医療の提供等に専念できるよう、医療機関間の機能分化・連携や患者の啓発を図ること等を通じて、外来機能を含め、一般的な医療への対応は縮小していくべきではないかとの指摘がある一方で、医療従事者の教育機能や入院患者退院後の対応等を考えれば、一定の外来機能は必要であるとの指摘があり、特定機能病院を受診する外来患者の実情に留意しつつ、特定機能病院の役割を踏まえた検討が必要である。

なお、検討にあたっては、患者の受療行動に対する経済的誘導策について、その是非及び有効性を議論してはどうかとの意見があった。

(特定機能病院と大学病院との関係)

- 特定機能病院について考える際には、そのほとんどが大学病院である現状に留意し、特定機能病院に関する議論と大学病院が有する医育機能に関する議論を分けて考える必要がある。

特定機能病院のほとんどが大学病院である現状からすれば、特定機能病院という制度・名称は国民にとってわかりにくく、見直しが必要ではないかとの指摘があり、また、大学病院がかならず特定機能病院である必要はないのではないかとの指摘があることを踏まえ、検討が必要である。

(特定機能病院の承認要件のあり方)

- 高度医療の提供を行う医療機関としては、特定の疾患に対して最新の治療を提供する等の機能を有していれば、その規模にかかわらず、特定機能病院として承認しても構わないのではないかとの指摘がある一方で、特定機能病院としては、合併症併発や複合的な疾患への対応能力等の総合性が欠かせないのではないかとの指摘があり、引き続き、検討が必要である。
- 特定機能病院の承認を得ていてもすべての診療科が高度な医療に対応できているとは限らないことから、診療科別に評価を行い、病院の一部について特定機能病院の承認を行うことを可能としてはどうかとの指摘がある一方で、特定機能病院としての総合的な対応能力を発揮するためには病院総体として高度である必要があり、どの診療科も一定の水準を確保する必要があるとの指摘があり、引き続き、検討が必要である。
- 特定機能病院の承認を行うにあたって、例えば、以下の項目について特定機能病院の承認要件の中に位置づけたり、あるいは取り組みの一層の強化を求めてはどうかとの指摘があり、検討が必要である。

なお、検討にあたっては、急性期の病院に一般的に求められる事項との関係について留意する必要がある。

- (1) 難治性疾患への対応
- (2) 標榜診療科目及び診療内容の充実
- (3) 医療連携、特に退院調整機能、退院時支援機能の構築
- (4) 特段の医療安全体制の構築
- (5) 高度な治験の実施
- (6) 後期研修のプログラム
- (7) 特段の診療記録の整備

なお、特定機能病院においても平均在院日数の短縮に取り組むべきとの指摘があったが、一方で、承認要件としては適切ではないとの意見があった。

(特定機能病院の評価)

- 承認を受けた特定機能病院が、その求められる機能・役割を十分果たしているかどうかについて評価を行うことが必要であり、評価のための指標を含め、検討が必要である。

(特定機能病院としての施設類型の必要性)

- なお、特定機能病院については、地域の特性・実情に応じて果たしている個別の機能・役割を評価していく方向で考えるべきであり、特定機能病院という施設類型としての位置づけは必要ないのではないかとの意見があった。

3 医療連携体制・かかりつけ医、医師確保との関係について

(医療連携体制の構築)

- 医療連携体制の構築は、患者が可能な限り早期に居宅等での生活に復帰し、退院後においても継続的に適切な医療を受けることを可能とし、居宅等における医療の充実による生活の質の向上を目指すものであるが、医療機関の機能分化・連携を進めていく上では、国民に対しその趣旨・方向性等をきちんと情報提供することが重要である。また、国民としても、医療機関がそれぞれの地域で果たしている機能・役割に対する理解を深め、地域の貴重な医療資源として適切に利用していくという視点が大切ではないかと考えられる。
- また、都道府県の医療計画の中で、医療機関の機能分化・連携を進めていくことが必要であるが、そのためには地域において求められている医療機能に対応して、各医療機関が自らの医療機能やそれに応じた体制をどのようなものとすべきか判断していくことが必要である。
- 更に、医療計画をはじめ、地域の医療連携を考えるにあたって、患者の居宅等における療養生活を支える機能として、訪問看護の体制整備・充実を進めていくことが必要であるとともに、医薬品等の供給拠点としての薬局の役割について併せて考えることが不可欠であり、休日・夜間の対応、患者の居宅への供給、緩和ケアへの対応等医薬品等の供給体制、更には医薬品の安全な使用を確保するための適切な服薬指導を行う体制の確保・充実が重要である。

(大病院における外来診療のあり方)

- 病院は主として入院機能を担うべきであるが、現実には来院する外来患者に対応せざるを得ない状況もあるとの指摘もある。特に急性期の病院については、入院機能や専門的な外来のみを基本とする形作りが必要ではないかと考えられるが、どのように対応すべきか、引き続き、検討する必要がある。
- 患者の立場からすると、大病院で診断・治療を受けたいという気持ちは強く、また、診療情報の共有、予約制の導入による待ち時間の短さ等の面でも病院の受診に傾きがちであり、大病院志向にも一定の理由はあるとの指摘がある。医学的な知識が必ずしも十分でない患者にとっての医療機関選択の困難さを踏まえつつ、一方で医療従事者のおかれた労働環境への配慮という面にも留意して対応していくことが必要である。
- 上記に関連し、地域の医療連携を確実に形作り、医療機関間の役割分担の姿を地域住民の目に見える形で構築していくことが、患者・住民の地域医療に関する理解を深め、大病院に患者が集中する傾向を緩和することに寄与するのではないかと考えられる。また、連携という視点に立って、例えば休日・夜間等の病院・診療所の診療時間をもう少し地域全体で考えて行くことによって、患者・住民の地域医療に対する安心感を高め、患者が休日・夜間等に大病院を受診せざるを得ない状況を改善できるのではないかと考えられる。

(医療連携体制の中でのプライマリケア及びそれを支える医師の位置づけ・役割)

- かかりつけ医については、身近な地域で日常的な医療を受けたり、健康の相談等ができる医師として、国民にわかりやすくその普及・定着を図る必要があるとされているが、その機能・役割について、もう少し明確にする必要がある。
- 例えば、以下のような機能・役割が求められるのではないかと指摘があり、診療情報のIT化、標準化を含めて、かかりつけの医師がその機能を果たすために何が必要かという点と併せ、検討していく必要がある。
 - (1) 複数の領域の基本的な疾病に対応しつつ、患者の病状に応じて、専門医、病院等へ適切につないでいくことができる
 - (2) 診療時間外においても患者の病態に応じて患者又はその家族と連絡がとれるようにする

- (3) 医療機関の機能分化、連携が進んでいけば、転院等に伴いその都度患者と医師の関係が切れることになるため、患者の立場に立ってつなぎ止める役割を果たす
- (4) 病院から逆紹介を受けた患者等の術後管理、日常的な保健予防活動、生活管理等を適切に行うことができる
- (5) 意識の面では、患者の生活を全人的に見ていく

○ 上記(2)に関し、少なくとも一定の時間までは携帯電話等で連絡がとれる体制の確保や複数の開業医によるグループ対応を進める必要がある。また、こうした対応を進めるにあたっては、医療機関のネットワーク化や電子的情報の安全で円滑な交換・共有等のIT化を進めていくことも大切である。

なお、休日・夜間の連絡体制の確保はともかく、救急対応・診療までかかりつけの医師に求めることは、在宅療養支援診療所のように24時間往診できる体制の確保が求められる場合等を別にすれば難しい場合が多いと考えられ、そうした場合の診療時間外の役割としては、相談に応じ、適切なアドバイスを行う機能が期待されるのではないかと考えられる。

○ また、上記(4)に関連し、平成20年度より医療保険者に特定健康診査の実施が義務づけられることを踏まえ、開業医が医療保険者との十分な連携の下、特定健康診査の担い手として、更には健診結果に基づく適切な保健指導・治療等の担い手として、重要な役割を果たすことが期待される。

○ 地域医療を支え、総合的な診療を担う医師の育成が必要である。

領域の問題とレベルの問題を含めた医療連携体制の中での位置づけ・専門性をどう考えるか、プライマリケア、地域医療の実地研修等を通じ専門医として育成していく観点から関係学会等の取り組みを踏まえた具体的な育成のあり方をどう考えるか、そうした修練を積んでいない医師が開業する段階で、一定の研修プログラムを経るようなシステムを考えてはどうかとの指摘があるがどう考えるか、検討していく必要がある。

また、総合的な診療を担う医師の育成について、大学における医学教育でどう取り組んでいくかが重要な課題である。

○ 総合的な診療に対応できる医師を育成していくには、例えば、能力を発揮できる勤務場所の普及を図るなど、医師のキャリアパス形成への配慮が欠かせないことに留意すべきである。

- なお、地域の医療連携体制を構築していく上では、特定の領域で高い専門性を有する開業医の果たす役割も重要であり、今後、主要な事業ごとに医療連携体制を記載した医療計画を策定していく際には、こうした医師も位置づけていくべきである。

(医師確保対策)

- 政府・与党として「緊急医師確保対策について」(平成19年5月31日)が取りまとめられたところであるが、迅速にその具体化を図り、喫緊の課題として、医師不足問題への対応、病院勤務医の労働環境の改善等をさらに総合的に進めるべきである。また、助産師等看護職員の確保についても併せて推進する必要がある。
- その際、女性医師・看護職員等が働きやすい職場環境の整備に努めるとともに、医師、看護師その他の医療関係職種の業務を見直し、役割分担等を検討していくことが必要である。

4 専門医について

(専門医のあり方、質の確保)

- 専門医制度を考える際には、領域の問題とレベルの問題とを分けて考えることが必要である。
- 専門医に関しては、現在の各学会の取り組みとしての位置づけを踏まえ、その質の確保・レベルの確保という観点から、各学会で統一基準のようなものを設け、第三者的で公正な立場での専門医の認定を行う仕組みを考えていくこと等も含め、学会主導による迅速で自律的な取り組みが期待されるとの指摘がある。
一方で、国民・患者の視点からは、そもそも専門医をどのように位置づけるべきかという観点から、専門医の役割の明確化、地域的・全国的な必要数を踏まえた養成、更には症例数等技術的な側面の評価が必要ではないかとの指摘があり、学会の今後の取り組み状況、専門医に対する国民の意識を踏まえつつ、引き続き、議論していく必要がある。

- 各学会による専門医の認定率に差がある現状に関しては、あまり極端な差異については質・レベルの確保という観点から疑義が生じかねないため、学会による改善に向けた取り組みが必要であるとの指摘がある一方で、専門医が扱う領域は、学会によってその広さ、深さに差があることから、必ずしも学会の会員数と専門医のバランスが問題だということにはならないのではないかととの指摘があり、引き続き、議論していく必要がある。
- なお、専門医制度と診療報酬の関係に関し、もっと診療報酬上の評価を行うべきではないかととの指摘があるが、一方で、診療報酬上の評価を行えば、行政の関与が伴うことに留意が必要との指摘があった。

(専門医に対する国民の意識)

- 国民・患者の立場からすると、専門医に診てほしいとの気持ちがあるが、専門医認定の客観性を確保する一方で、医師が専門医を強く志向し、患者が専門医による診療にこだわるという過度の専門医志向については、今後、軌道修正を図っていく必要があるのではないかと考えられる。

5 医療法に基づく人員配置標準について

(人員配置標準の必要性・位置づけ)

- 人員配置標準については、大変古い制度であり、また、質の担保については診療報酬上の評価で行われていることから廃止すべきではないかととの指摘がある。
一方で、人員配置標準については、疾病構造の変化等に対応して見直すことが必要だが、廃止については、医療の質の確保をどう担保するかということと併せて検討する必要がある、医療機能の分化・連携や医療機能に関する情報提供がまだ十分進んでいない現状においては、これを廃止することは困難ではないかととの指摘があり、引き続き、検討が必要である。
- また、病院における外来患者数に基づく医師数の配置標準規定の必要性については、外来診療部門の分離により、実情を反映していない場合があるとの指摘もあり、検討を進めていく必要がある。

- 人員配置標準は、法的には最低基準とはされていないが、実質的には、その遵守について行政指導の対象となっており、また、診療報酬上の評価とも結びついていることから、その法的な位置づけ・性格について整理が必要ではないかとの指摘があり、引き続き、議論が必要である。

- 人員配置に関する情報提供を行うにあたっては、ただ単に情報提供をするということではなく、それが適正な数であるかどうか国民に分かるように行うことが必要である。

病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会について

平成18年12月

医政局総務課

1. 開催の趣旨等

病院における薬剤師の業務は、患者に対して適切かつ安全な薬物療法が行えるよう、調剤行為のみならず、チーム医療に積極的に参画し、病棟における服薬指導等を行うことが必要であり、これらの業務は医療技術の進展等により高度化・多様化している。

こうした中、平成17年12月にとりまとめた社会保障審議会医療部会の「医療提供体制に関する意見」において、病院薬剤師の人員配置標準について、検討会を設置し、これまでの経緯等を踏まえた具体的検討を行うよう指摘されている。

このため、病院における薬剤師の業務の実態・配置状況を踏まえた上で、今後の病院薬剤師の業務及び人員配置のあり方について議論することとする。

2. 検討事項

- ・病院において薬剤師が行う業務の実態・配置状況の把握
- ・上記を踏まえた病院薬剤師の業務及び人員配置のあり方の検討

3. 検討会の位置付け

医政局長による検討会

(検討会の庶務は医政局総務課で行う)

4. 検討会のメンバー

別紙の通り

5. 検討スケジュール

平成19年夏を目途に報告書を取りまとめる。

病院における薬剤師の業務及び人員配置のあり方に関する検討会 の開催経緯について

第1回 平成18年12月27日

1. これまでの経緯について
2. 病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する実態調査の実施について

この間、病院における薬剤師の業務及び人員配置のあり方を検討するにあたり、病院における薬剤師の業務及び人員配置の実態調査を実施。

第2回 平成19年6月26日

1. 病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する実態調査について

第3回 平成19年7月30日

1. 病院における薬剤師の業務及び人員配置のあり方について

平成19年8月10日

「病院における薬剤師の業務及び人員配置のあり方に関する検討会報告書」
取りまとめ

病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会報告書

平成19年8月10日

病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会

目 次

1	はじめに	1
2	病院薬剤師のあるべき業務と役割	1
	(1) 医療・薬物治療の安全確保と質の向上のための業務	2
	1) 医療の安全確保のための薬歴に基づく処方鑑査の充実	
	2) 患者情報に基づく服薬指導と薬学的ケアの実施（病棟における医薬品関連業務への参画）	
	3) 入院患者の持参薬管理	
	4) 注射剤の処方せんに基づく調剤の実施	
	5) がん化学療法への参画	
	6) 手術室、集中治療室等における病院薬剤師による医薬品の適正管理	
	7) 高齢者に対する適正な薬物療法への参画	
	8) 精神科領域薬物療法における患者の服薬遵守の向上	
	9) チーム医療への参画による安全性の確保と質の向上（感染制御チーム、緩和ケアチーム、褥瘡対策チーム、栄養サポートチームへの参画）	
	10) 個々の患者に応じた薬物療法への参画（院内製剤業務の実施と薬物血中濃度の測定・解析による薬物療法の最適化）	
	11) 夜間・休日における病院薬剤師の業務の実施	
	(2) 医療の安全確保のための情報に関する業務	5
	1) 医療安全確保のための情報の共有化	
	2) 医薬品の採用に必要な情報の収集と提供	
	(3) その他取り組むべき業務	6
	1) 教育・研修への積極的な関与	
	2) その他	
3	あるべき業務と役割を踏まえた人員配置のあり方	6
	(1) 人員配置に関する実態	
	(2) 業務の多様化・複雑化、薬学教育6年制等による環境の変化	
	(3) 人員配置のあり方	
4	おわりに	7
参 考	：実態調査の結果を基にしたグラフ（図1～11）	8
別 紙	：検討会名簿	12

1 はじめに

病院における薬剤師（以下「病院薬剤師」という。）の人員配置標準については、長らく調剤数（調剤数 80 に 1 人）を基準としてきたが、平成 8 年に医療審議会において、調剤技術の進歩とともに、服薬指導や薬歴管理等の病棟業務の増大という状況を踏まえ、入院患者数等を考慮した考え方に改めるべきとの指摘がなされ、平成 10 年 11 月より入院患者数と外来患者に係る取扱処方せん数（原則として、入院患者の数 70 に 1 人、外来患者に係る取扱処方せんの数 75 に 1 人）が標準とされた。

平成 10 年当時の人員配置標準の見直し時には、3 年後を目途に見直しを行うこととされ、平成 13 年に「病院における薬剤師の人員配置基準に関する検討会」が開催されたが、「平成 10 年に定められた基準を、ただちに変更する必然性は認められない」とされ、今後の薬剤師の需給、業務内容や配置状況、薬剤師養成における臨床教育の充実等の進展を踏まえ、3 年後を目途に人員配置標準の検討を開始すべきとされていた。

こうした経緯を受け、平成 17 年 12 月にとりまとめられた社会保障審議会医療部会の「医療提供体制に関する意見」において、病院薬剤師の人員配置標準について検討会を設置し、これまでの経緯等を踏まえた具体的検討を行うよう指摘があり、今般、本検討会において、病院薬剤師のあるべき業務と役割を検討し、そのあるべき業務と役割を踏まえた人員配置のあり方について検討を行った。

2 病院薬剤師のあるべき業務と役割

病院薬剤師の業務は、患者に対して適切かつ安全な薬物療法が行えるよう、調剤のみならず、チーム医療に積極的に参画し、病棟における服薬指導等を行うことが必要であり、これらの業務は医療技術の進展等により高度化・多様化している。

一方で、病棟での業務が増えてきていると言われているものの、その業務実態に関する詳細なデータは存在しなかった。

このため、本検討会では、病院薬剤師の業務の実態・配置状況について、まず実態調査を実施し、その結果を踏まえた上で、今後の病院薬剤師のあるべき業務と役割を整理することとした。

あるべき業務については、(1)「医療・薬物治療の安全確保と質の向上のための業務」、(2)「医療の安全確保のための情報に関する業務」、(3)「その他取り組むべき業務」の 3 点に大きく分類し、それぞれに求める主な業務に関する業務内容、実施状況、あるべき姿等について整理した。

なお、調剤所の医薬品管理、服薬指導、院内処方せんによる調剤等、すべての病院で実施がなされていることが当然である業務に関しては、記載していないが、こうした基本的な業務についても、一層の質の向上が求められる。また、本報告書に記載したそれぞれの業務は、病院の規模やその機能に応じ、当該業務の必要性や重要性等は、当然に異なることに注意が必要である。

(1) 医療・薬物治療の安全確保と質の向上のための業務

1) 医療の安全確保のための薬歴に基づく処方鑑査の充実

今回の実態調査から薬歴に基づく処方鑑査の実施状況をみると、ハイリスク薬（抗がん薬、免疫抑制薬等）については薬剤師数が多いほど実施割合が高くなっていった（図1）。

処方鑑査は病院薬剤師が行うべき業務であるが、少なくとも、事故発生により患者に重大な影響を及ぼすおそれのあるハイリスク薬が処方されている患者については、過去の副作用発生状況の確認や薬剤名違い等による重大な事故を回避するために、薬歴に基づいた処方鑑査を実施すべきである。

2) 患者情報に基づく服薬指導と薬学的ケアの実施（病棟における医薬品関連業務への参画）

今回の実態調査では、薬剤管理指導業務の届出施設の割合は、薬剤師数が2～4人の施設においても69.9%を占めていた。一方、全病棟又は一部病棟に薬剤師が常駐している施設は12.2%、全病棟に薬剤師が定期的に訪問している施設は43.9%であり、今後更なる実施の推進が求められる。

病棟における患者情報に基づく服薬指導、薬物治療のモニタリング、医薬品管理、医療スタッフ等への情報提供など医薬品に関連する業務に参画するため、各病棟に病院薬剤師が常駐又は定期訪問することは、医療の安全と質の向上の観点から重要である。

3) 入院患者の持参薬管理

入院患者の持参薬に関する情報不足による死亡事故も発生しており、持参薬との重複投与、相互作用などを回避する必要がある。また、入院患者が一般用医薬品の服用やいわゆる健康食品を摂取しているケースがあり、これらについても確認が求められる。

今回の実態調査では、全て又は一部の入院患者に対する持参薬管理については、薬剤師数の増加に伴って実施割合が高くなっていった（図2）。

病院薬剤師は、持参薬の確認とそれらに関する情報収集・評価を行い、必要な情報を医師等に提供し、服薬管理することにより、医療事故の防止を図るべきである。

4) 注射剤の処方せんに基づく調剤の実施

今回の実態調査によれば、処方せんによる注射剤調剤の実施率は、病床規模や薬剤師1人あたりの入院患者数に関わりなく、ほぼ70%の施設で実施されていた（図3）。

医療事故情報収集等事業の報告書によれば、形状、ラベル、名称や薬効の類似した薬剤や規格の取り違え、投与速度等の指示の受け間違い等の多くのインシデント・アクシデント事例が報告されていることからすれば、病院薬剤師が患者ごとに注射剤の処方情報を把握することにより薬物療法の一層の適正化が図られると考えられ、また、注射剤の取り違え等の防止を図るために、注射剤の処方せんに基づく

調剤は、全ての患者について、実施が求められる。

5) がん化学療法への参画

今回の実態調査では、薬剤師が10人以上配置されている病院では、抗がん薬の無菌調製実施率は、がん患者が入院にしている施設の58.2%であったが、2～4人になると14.1%しか実施されていない状況であった。未実施の理由としては、人手不足と安全キャビネット等の設備の未整備を挙げた施設が多かった。

有効ながん化学療法を安全に行うためには、薬剤師による処方鑑査、抗がん薬による治療計画（レジメン）の登録・管理、適切な支持療法への支援、抗がん薬の無菌調製、さらに患者が安心してがん化学療法が受けられるよう治療内容の説明、副作用対策等がなされるべきであり、病院薬剤師ががん化学療法に積極的にチーム医療の一員として参画し、その専門性を発揮すべきである。

6) 手術室、集中治療室等における病院薬剤師による医薬品の適正管理

手術室、集中治療室等では、麻薬、麻酔薬、毒薬等の特別な管理が必要な薬剤が大量に使用され、かつ、緊急対応が求められる環境下で使用されるという特殊性がある。

今回の実態調査からは、薬剤師数が多くなるほど手術室、集中治療室への常駐又は定期訪問、セットによる医薬品管理を行っている割合が多くなっていた（図4、図5）。また、手術室に病院薬剤師が定期的に訪問することのメリットとしては、事故防止が61.9%、適正使用の促進が52.7%、経費節減が30.8%、請求漏れ防止が19.9%の施設で挙げられた。集中治療室に病院薬剤師が定期的に訪問することのメリットとしては、事故防止が56.8%、経費節減が33.5%、請求漏れ防止が20.9%の施設で挙げられた。

今後、手術室や集中治療室等における医薬品の安全な使用と適正な管理に対しては、病院薬剤師が積極的に取り組むべきである。

7) 高齢者に対する適正な薬物療法への参画

高齢者は複数の疾患の合併により多剤併用が多くなる。また、腎機能・肝機能の低下などによって薬物の体内動態も変動し、副作用が生じやすく、さらに、視覚・聴覚機能の低下により、服用方法を遵守できない場合もある。

今回の実態調査では、服薬困難な患者に対する適切な剤形選択、嚥下補助剤の選択等の服薬支援の実施状況は薬剤師数が2～4人では58.9%であるが、10人以上では74.3%となっているなど薬剤師の人数が多いほど実施率が高いことが示された（図6）。

今後高齢化社会を迎えるにあたり、患者の状態等にあわせた最適な薬物療法の実施に、服薬支援業務等により病院薬剤師が積極的にチーム医療の一員として参画し、その専門性を発揮すべきである。

8) 精神科領域薬物療法における患者の服薬遵守の向上

今回の実態調査からは、薬剤師が精神科の患者やその家族に対して適切な服薬指導を行うことで、患者が薬物療法の必要性を理解するなど、服薬遵守の向上が期待されることが示された（図7）。

精神科領域の薬物療法では、患者の積極的な参加による服薬遵守の向上が治療上極めて重要であり、患者 - 医療従事者間の信頼関係の構築により達成されるものである。病院薬剤師が薬物療法に関する情報を適切に患者やその家族に説明するとともに、医師、看護師等に対しては服薬指導により得られた情報も含め提供し、情報を共有すべきである。

9) チーム医療への参画による安全性の確保と質の向上（感染制御チーム、緩和ケアチーム、褥瘡対策チーム、栄養サポートチーム等への参画）

感染制御チームでは、抗菌薬の使用状況、感染症発生状況等を把握し、適正な抗菌薬の使用を推進するなど、院内感染防止対策に参画すべきである。また適切な消毒薬の使用や管理等の業務にも取り組むべきである。

緩和ケアチームでは、がんや後天性免疫不全症候群の患者に対して、薬剤師は疼痛緩和のための麻薬の施用状況の確認、麻薬に関する正しい知識や管理法の説明も含めた服薬指導、副作用対策等を実施すべきである。

褥瘡対策チームにおいては、褥瘡の病態に合った薬剤の選択と適切な治療材料等について助言を行うなど、早期治癒と発生予防に取り組むべきである。

栄養サポートチームでは、適切な輸液選択などへの支援、嚥下・摂食障害患者への投与方法の検討等の業務に参画すべきである。

今回の実態調査からは、薬剤師の人数が多いほど、それぞれのチームに参画している割合が高いことが分かった（図8）。

病院薬剤師が医薬品の専門家として、これらチームを始めとする病院内の各チームに参画し、質の高い、安全な医療の提供に貢献すべきである。

10) 個々の患者に応じた薬物療法への参画（院内製剤業務の実施と薬物血中濃度の測定・解析による薬物療法の最適化）

治療上必要であるが市販されていない場合や、患者の状態等により市販の医薬品では十分な対応ができない場合などにおいては、院内で製剤化されている。このような院内製剤業務は、個々の患者に最適な薬剤を提供し、薬物治療の効果を最大限に引き出すためにも、薬学的知識と技術を持った薬剤師が実施すべきである。

今回の実態調査からは、薬剤師数が多い施設ほど院内製剤業務の実施割合が高いことが示された（図9）。

また、薬物療法の有効性と安全性を担保し、個々の患者の処方へ反映させるために薬物血中濃度の測定と解析による投与設計を行うことは、適正な薬物療法を行う上で有効である。病院薬剤師は、医師の指示の下で実施される薬物血中濃度の測定と解析に関与することにより、最適な薬物療法の実施に、チーム医療の一員として取り組み、その専門性を発揮すべきである。

11) 夜間・休日における病院薬剤師の業務の実施

夜間・休日の時間帯に医薬品に関連する医療事故が増加する傾向にあり、夜間・休日においても病院薬剤師が勤務する体制を整備し、医薬品使用の安全確保を図るべきである。

今回の実態調査によれば、薬剤師数が10人以上の施設では65.6%が夜間の宿直体制をとって24時間対応しているのに対し、5～9人以下の施設では6.4%に落ち込んでおり、24時間対応するには最低でも10人程度の薬剤師が必要であることが示された。

救急指定施設をはじめ、重症度の高い患者の多い施設においては、24時間対応できる体制を整備し、それ以外の病院においても、病院の規模や機能を踏まえた必要性に応じ、オンコール等により、医薬品の使用に関して病院薬剤師が責任をもって夜間・休日に対応できる体制の確保に努めるべきである。

(2) 医療の安全確保のための情報に関する業務

1) 医療安全確保のための情報の共有化

今回の実態調査によれば、医薬品に関連する医療安全確保のための情報の共有化を図るための医師の回診への同行や、病棟でのカンファレンスへの参加については、薬剤師数が多いほど回診同行やカンファレンスへの参加が多い結果であった(図10)。

医薬品を安全かつ適正に使用するためには、病院薬剤師が製薬企業や厚生労働省等からの医薬品に関する情報を収集し、また、服薬指導や回診同行、カンファレンス等で得た患者情報を解析・評価し、医師、歯科医師、看護師等に提供し、情報を共有化することで、適切な薬物療法の実施にチーム医療の一員として参画すべきである。

2) 医薬品の採用に必要な情報の収集と提供

新規医薬品の採用にあたっては、国内外の治験成績、承認審査報告書及び添付文書等の情報を収集・評価し、さらに既存の治療法との費用と効果の比較等の薬剤経済学的な検討も行い、それらを基に薬事委員会での資料を作成するなど、病院薬剤師が適正な医薬品の採用に関与すべきである。

今回の実態調査では、薬剤師が10人以上いる施設では、新規医薬品の採用時に薬剤師が評価・作成した資料に基づき薬事委員会等で審議している施設が86.3%と高いことが示された(図11)。

また、後発医薬品の採用に関しても、品質、安定供給及び情報提供等の観点を重視した採用基準を薬剤師が中心となって作成することが重要となる。後発医薬品の生物学的同等性試験結果等の品質確保に関する情報提供や市販後の使用成績調査等の検証については、国や製薬企業が当然実施すべきことであるが、病院薬剤師もこうした情報について説明し、医療関係者や患者が抱えている後発医薬品への不安感等の払拭に、貢献していくことが求められる。

(3) その他取り組むべき業務

1) 教育・研修への積極的な関与

今回の実態調査では、薬剤師数が10人以上いる施設では88.0%が実習生を受け入れているが、2～4人の施設では15.3%という結果であり、その環境が十分に整備されていない現状が推察される。

人材育成の観点から薬学教育6年制での長期実務実習の受け入れ、また、がん薬物療法、感染症薬物療法等に精通した薬剤師養成等の卒後教育の充実への取り組みなども病院薬剤師が積極的に取り組むべき社会的使命であり、今後更なる努力が求められる。

また、病院薬剤師は医薬品の適正な管理・取り扱いに関する研修の企画立案など、院内の職員が常に医薬品に関連する最新情報を共有するための教育研修の実施に取り組む必要がある。

2) その他

この他にも病院薬剤師に取り組みが求められる業務として、小児や妊産婦に対する最適な薬物療法への参画、治験コーディネーターを始めとする治験への参画、地域の医療機関・薬局・訪問看護ステーション等との連携による退院後の在宅療養への関与などが挙げられる。

3 あるべき業務と役割を踏まえた人員配置のあり方

(1) 人員配置に関する実態

病院において勤務している薬剤師数については、平成17年の病院報告によれば、常勤換算で40,119.6人であり、100床当たり2.5人である。また、医療法第25条に基づく立入検査の結果では、平成17年度の適合率は90.7%であり、前回の検討会当時である平成13年の85.4%より改善は見られているが、北海道・東北地域では86.2%、近畿地域では96.3%であるなどの地域格差が見受けられる。

一方で、今回の実態調査において、現在の薬剤師数に関する認識の項目で、「業務を遂行するのに十分な数が確保されている」と回答した施設は10.9%のみであり、病院の病床規模とは反比例する傾向が見られた。また、業務を遂行するのに十分な人数には、あと1～3人不足が35.5%、あと4～10人不足が32.4%と回答しており、多くの施設では薬剤師が不足しているとの認識であった。

さらに、平成17年度の採用の困難性に関する調査項目では、常勤薬剤師の採用について、採用困難が19.7%、非常に困難が34.1%との回答であり、容易に採用できたとの回答があった施設は9.6%のみであった。

このように、医療法の人員配置標準については、9割以上の病院で満たしているものの、地域格差が見られ、また、業務の遂行に十分な人員に達していないとの認識の病院が多いものの、採用については困難であるとの実態が明らかとなった。

(2) 業務の多様化・複雑化、薬学教育6年制等による環境の変化

今回の実態調査において、各業務について、小規模な病院や薬剤師数の少ない病院でも実施している病院がある一方で、大規模な病院や薬剤師数の多い病院でも実施していない病院があるなど、業務の内容は多様化・複雑化しており、その病院の規模や機能にもより、求められる業務は異なるものである。

さらに、オーダーリングシステム・電子カルテ等のIT化の推進による業務の効率化(今回の実態調査によれば、オーダーリングシステムの入院外来処方への導入率は31.8%)、医薬分業の進展(平成17年度の分業率は54.1%)、平成18年度から始まった薬学教育6年制への移行等、病院薬剤師を取りまく環境が変化してきていることも人員配置を考える上で考慮すべきである。

(3) 人員配置のあり方

病院薬剤師の役割の重要性が高まってきていることについては、本検討会においても、改めて認識されたところではあるが、今回の実態調査の結果と本報告書で提言した病院薬剤師のあるべき業務と役割を踏まえた人員配置のあり方を検討すると、

ア) 現行の人員配置標準を満たしている病院は多いが、地域格差が見受けられること、
イ) 勤務している薬剤師数は不足しているとの認識が多いが、一方で採用が困難な状況があること、

ウ) 業務の内容は多様化・複雑化しており、その病院の規模や機能により求められる業務は異なること、

エ) 薬学教育6年制が平成18年よりスタートしたばかりであり、薬科大学・薬学部の新設あるいは薬事法の改正等の影響も踏まえた、今後の薬剤師の需給動向を見定めるべきであること、

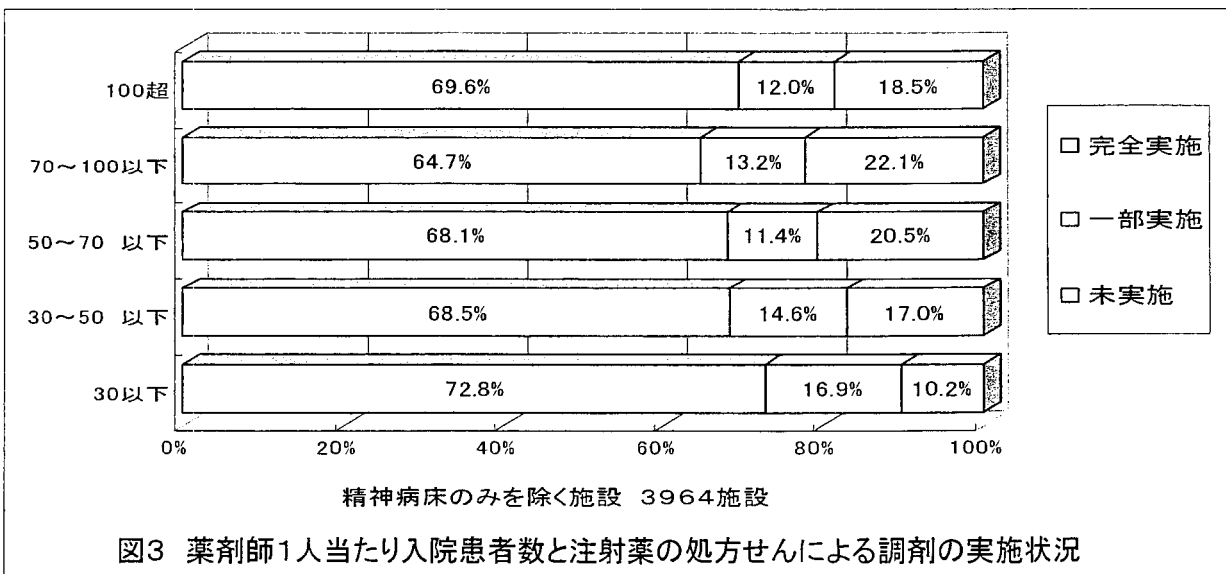
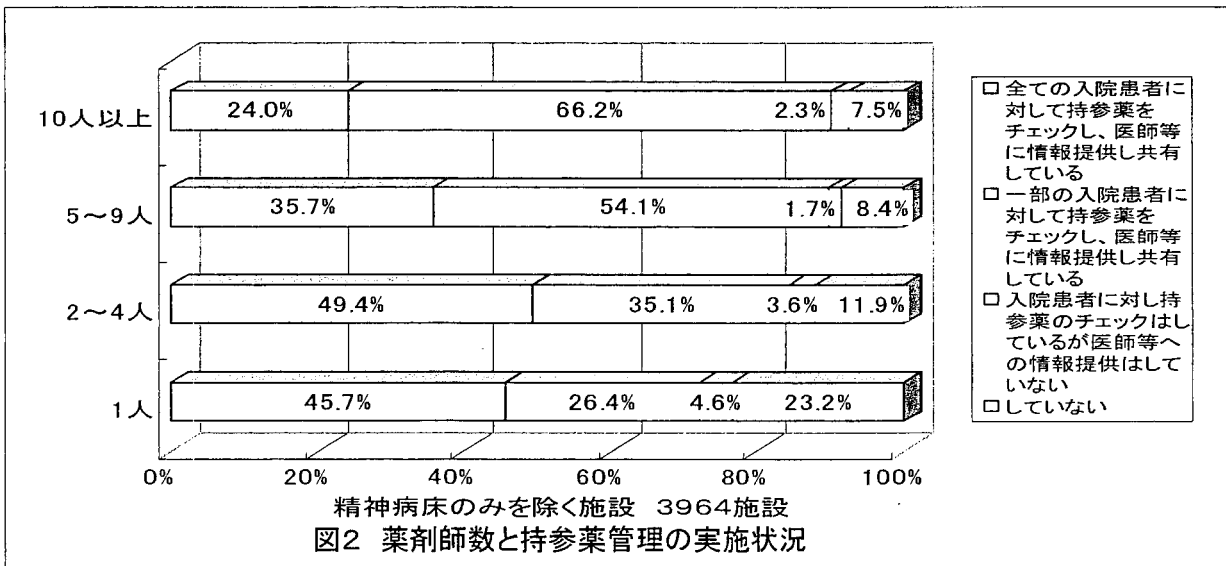
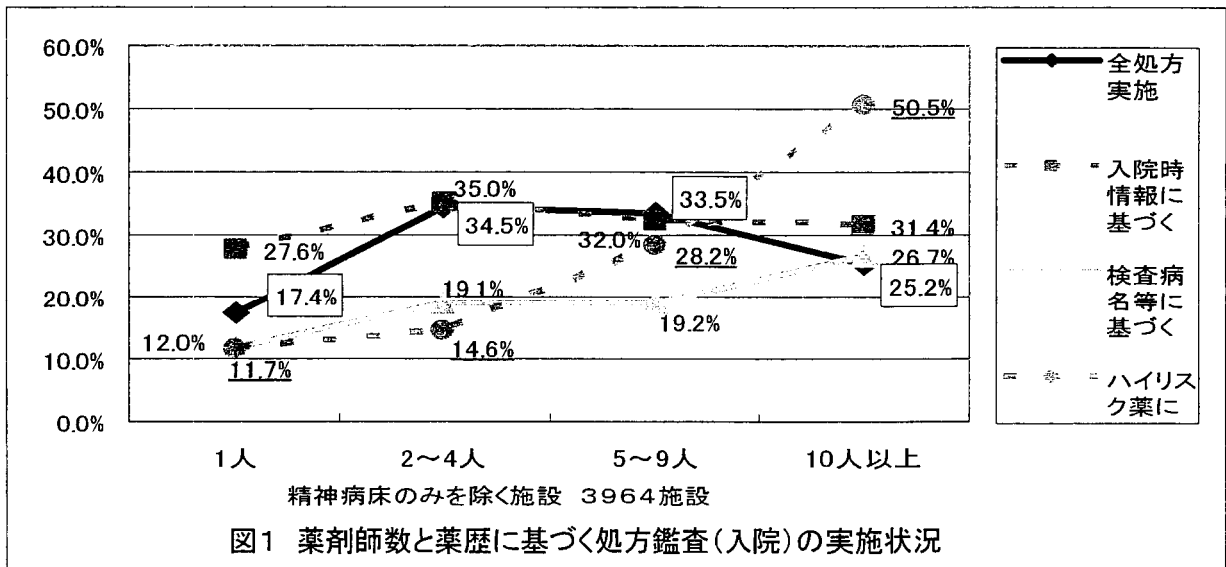
等といったことを考慮すると、現行の人員配置標準をただちに見直す必要性までは認められないものの、当該病院の規模や機能に応じて、個々の病院で必要な医薬品関連の業務が実施されるのに十分な薬剤師数を確保していくことが重要であると考えられる。

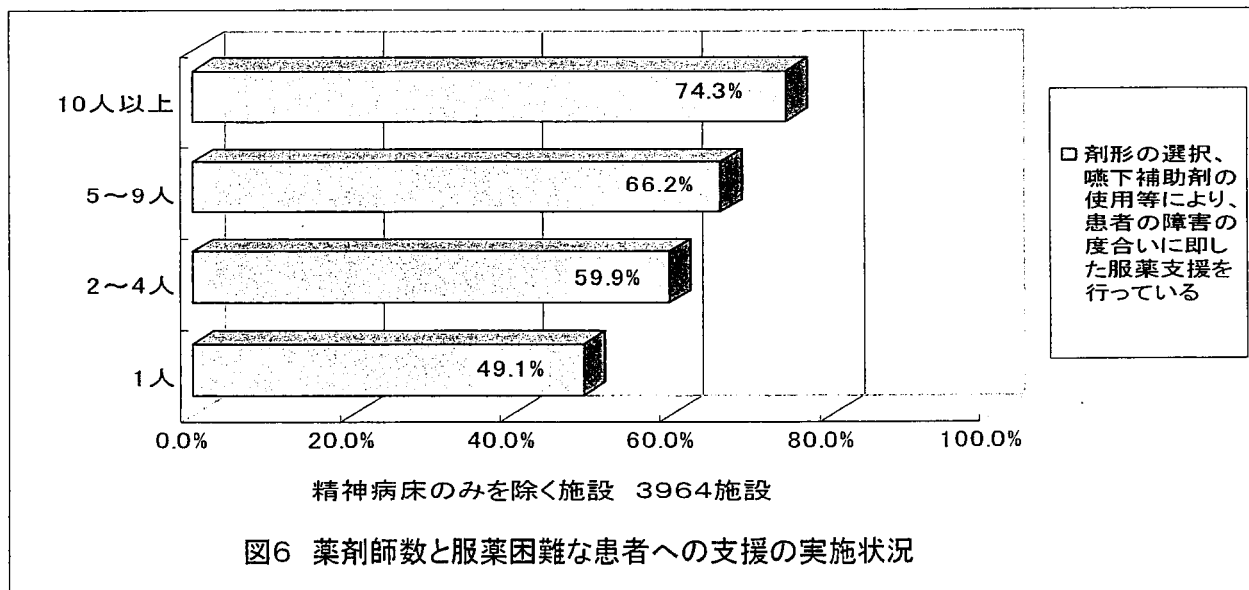
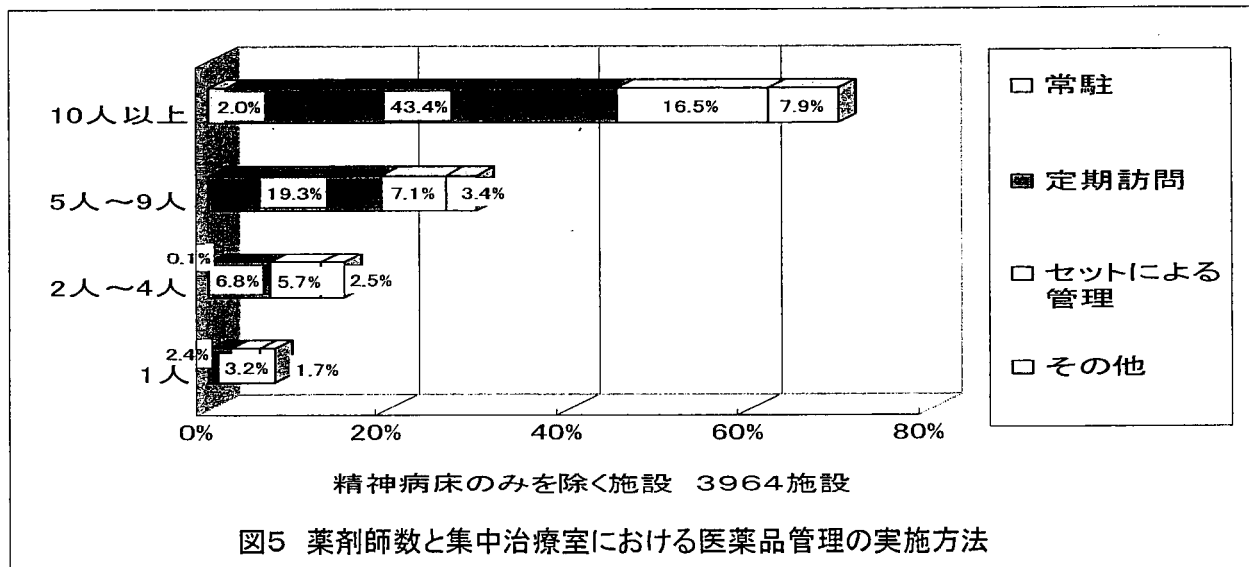
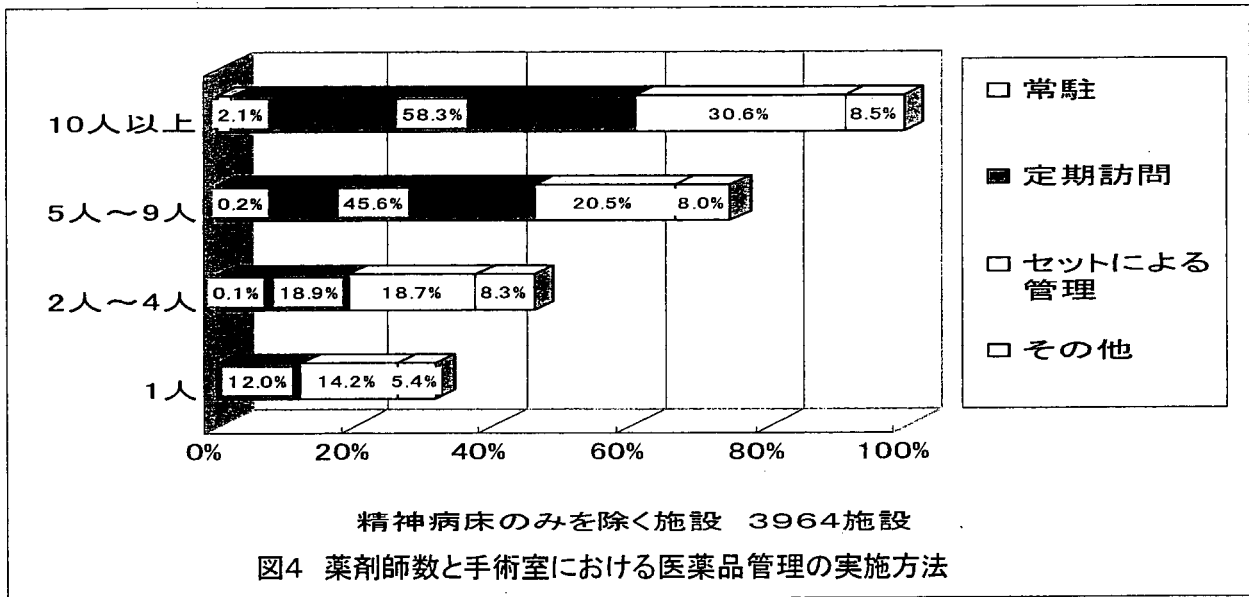
4 おわりに

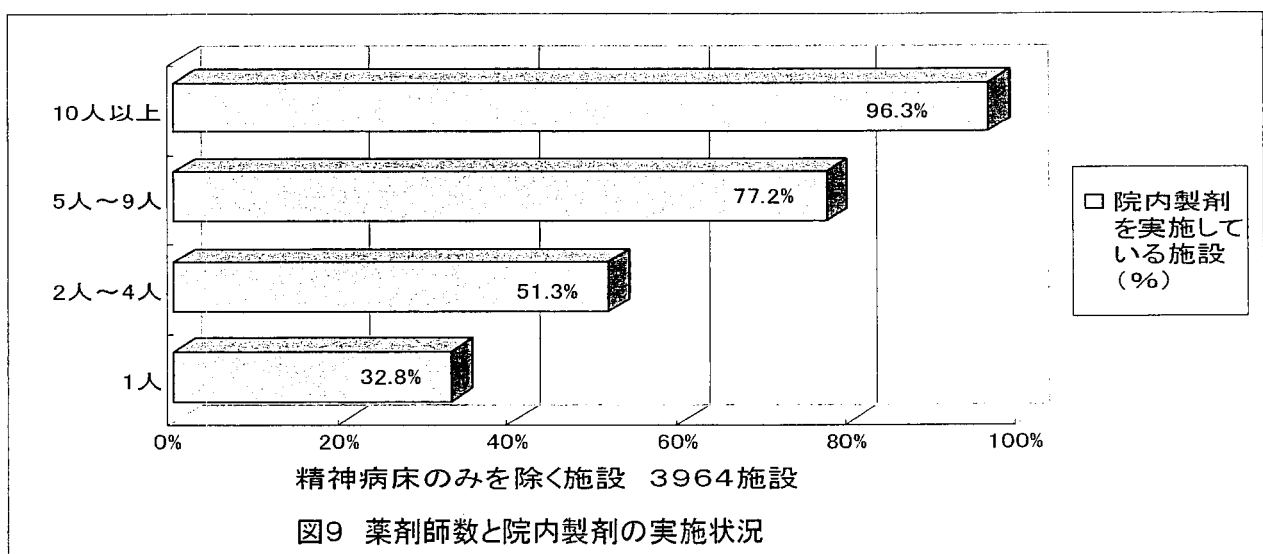
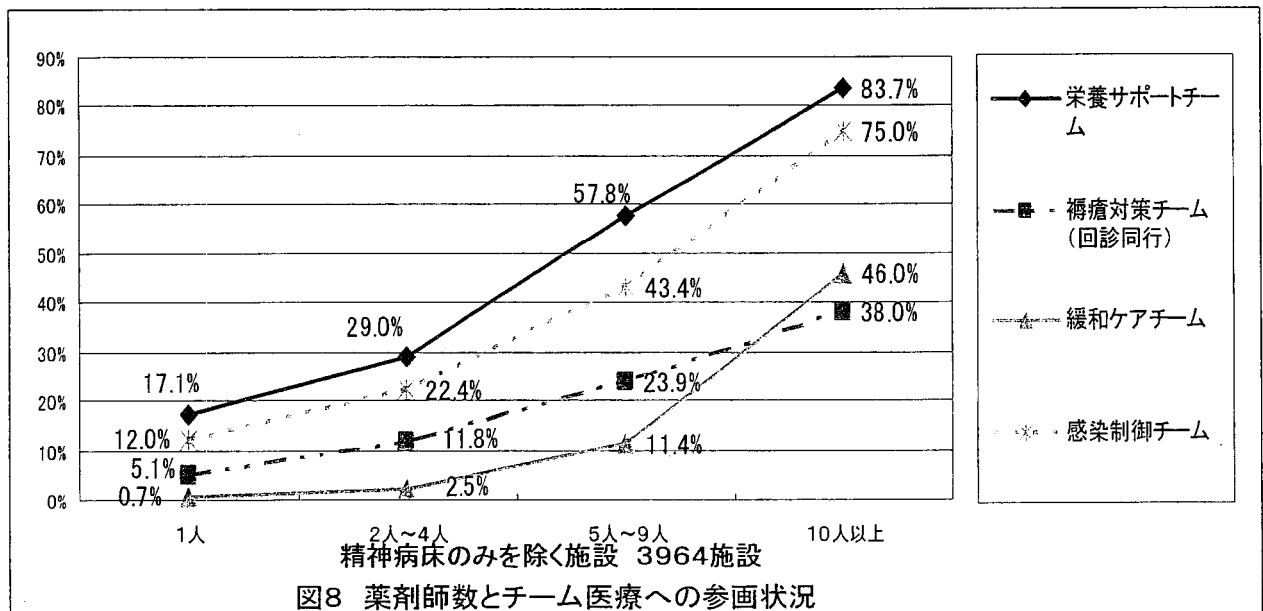
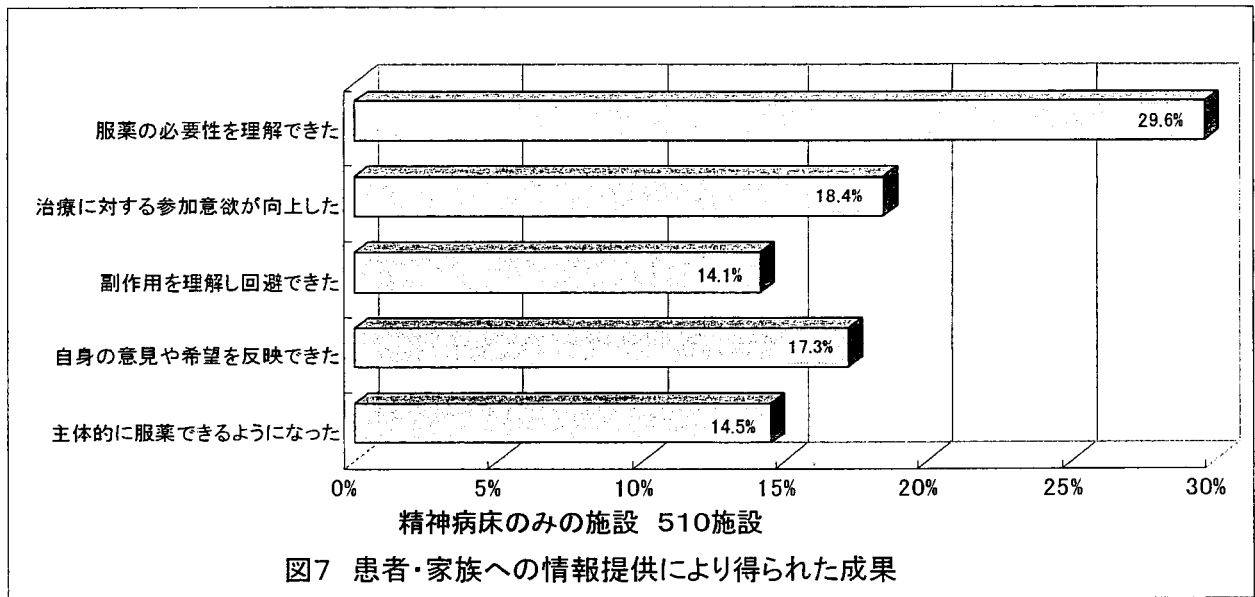
今回提言したあるべき業務を始めとする業務の実施状況、薬学教育6年制の状況、日進月歩である医薬品に関連する技術・IT化の進展等を注視し、それらの状況の変化に応じて、必要が生じた時期に、改めてあるべき業務とそれらを踏まえた人員配置のあり方について検討するべきである。

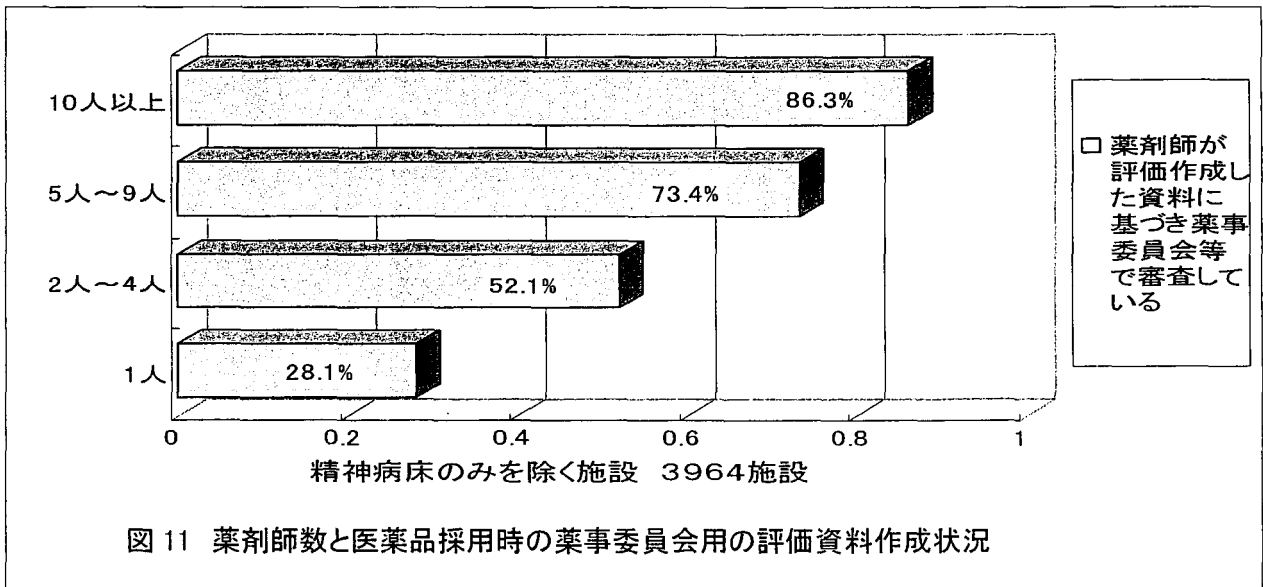
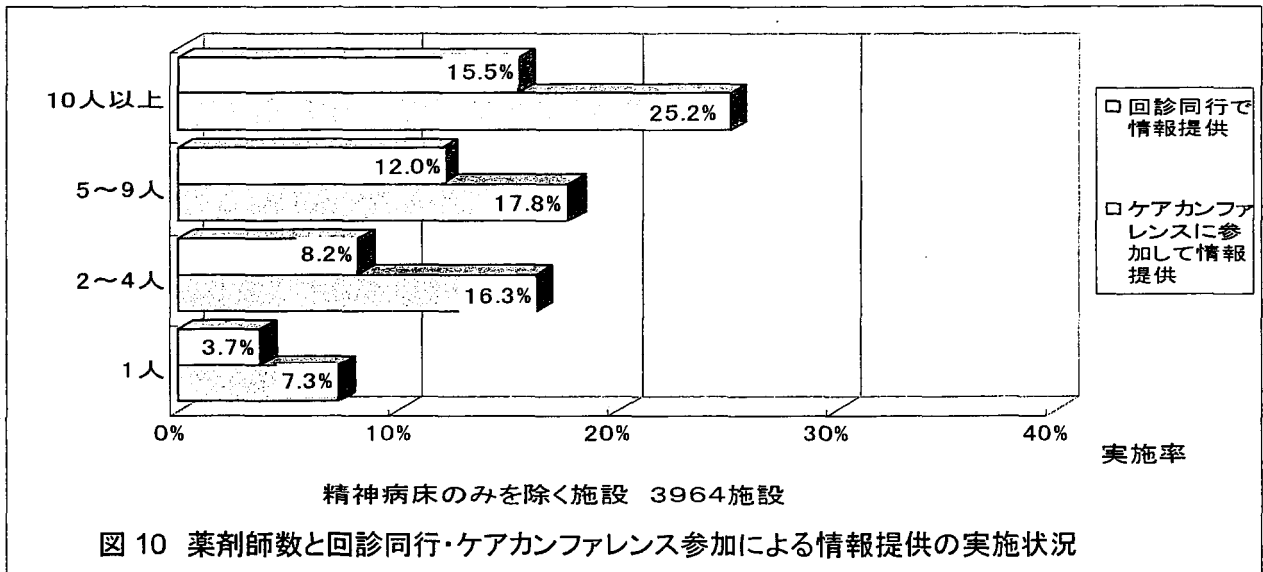
また、これら業務を実施することにより、患者の医療安全と薬物療法の質の向上が期待される病院薬剤師の業務については、診療報酬上の適切な評価がなされるべきとの指摘もあった。

最後に、チーム医療への参画や定期的な服薬管理等の病棟業務を通じて、患者からも病院薬剤師の業務が理解され、患者の信頼の下に「顔の見える薬剤師」と呼ばれるよう努力を求めます。









病院における薬剤師の業務及び人員配置に関する検討会

名 簿

(敬称略、五十音順)

(◎…座長、○…座長代理)

- 伊賀 立二 社団法人日本病院薬剤師会会長
- 内山 文博 社団法人日本歯科医師会専務理事 (平成19年3月まで)
- 大井 洋 東京都福祉保健局医療政策部医療安全課長
- 倉田 雅子 納得して医療を選ぶ会
- ◎齋藤 康 千葉大学大学院医学研究院教授
- 鈴木 満 社団法人日本医師会常任理事
- 手束 昭胤 社団法人全日本病院協会副会長
- 豊田 堯 社団法人日本医療法人協会会長
- 廣瀬 千也子 社団法人日本看護協会常任理事
- 堀内 龍也 群馬大学大学院医学系研究科教授、医学部附属病院薬剤部長
- 三村 優美子 青山学院大学経営学部教授
- 村上 恵一 社団法人日本歯科医師会専務理事 (平成19年6月から)
- 村上 信乃 社団法人日本病院会副会長
- 山崎 學 社団法人日本精神科病院協会副会長
- 山本 信夫 社団法人日本薬剤師会副会長

平成 20 年度概算要求の概要 (厚生労働省医政局)

平成 20 年度概算要求額	2, 336 億 2 千 1 百万円
平成 19 年度予 算 額	1, 985 億 5 千 3 百万円
差 引 増 △ 減 額	350 億 6 千 8 百万円
対 前 年 度 伸 率	117.7%

(注) 上記計数には、「★厚生労働科学研究費補助金 167 億 5 千 2 百万円 (平成 19 年度 138 億 3 千 7 百万円)」は含まない。

主 要 施 策

1. 医師確保対策の更なる推進
2. 安全・安心で質の高い医療の基盤整備
3. 革新的医薬品・医療機器創出の推進
4. 医療分野における情報化の推進
5. その他

主要施策

1. 医師確保対策の更なる推進

16,034百万円(9,219百万円)

地域間、診療科間等における医師の偏在により、医師不足が深刻になっている状況に対応するため、「緊急医師確保対策」に基づく更なる医師確保対策等を推進

(1) 医師派遣システムの構築

2,968百万円

○ 医師派遣体制の構築・推進

825百万円

都道府県が医療対策協議会における検討に基づき実施する医師派遣に対して支援を行う。

また、医師確保の必要性や緊急性が高く、かつ、都道府県において域内での医師派遣の可能性について、十分に検討するなど一定の努力を行ってもなお必要な医師が確保できない地域に対し、安定的に医師が確保できるまでの間、国レベルで緊急臨時的な医師派遣を行う体制をつくる。

○ 医師派遣に協力する病院の診療体制の強化(新規)

2,143百万円

派遣元の病院において、派遣医師が従前行っていた業務をカバーする医師など派遣医師以外の医師の負担を軽減するとともに、診療体制の強化を図るため、診療体制の確保や医療機器等の整備に対する支援を併せて行う。

(2) 病院勤務医の過重労働解消のための勤務環境の整備等

1,321百万円

○ 医師交代勤務導入等による勤務環境の整備(新規)

484百万円

病院勤務医の過重労働を解消するため、交代勤務制、変則勤務制等を導入する病院への補助事業を創設するとともに、病院勤務医の事務を補助する医療補助者の配置を推進する。

○ 産科医療機関への支援(新規)

658百万円

産科医療機関が減少している現状にかんがみ、産科医療機関への財政的支援を実施する。

○ 助産師の活用

178百万円

地域において安心・安全な出産ができる体制を確保するため、産科を有する病院・診療所に「院内助産所」「助産師外来」の設置を促進するとともに、その助産師等の研修を行う。

また、都道府県に助産師確保・養成策や医療機関等の連携・派遣体制などを協議する「助産師確保連絡協議会（仮称）」の設置を促進するとともに、助産師を活用する体制の整備を進めるため、臨床実務研修を行い、潜在助産師等の産科診療所での就業を促進する。

(3) 女性医師等の働きやすい職場環境の整備

2,328百万円

女性医師バンクの体制の充実を図り、病院等で行われる女性医師の復職のための研修等の実施への支援を行うとともに、病院内保育所の更なる拡充等により、女性医師、看護職員等の離職防止及び再就業の促進を図る。

○ 女性医師復職研修支援事業（新規）

520百万円

出産や育児等により離職せざるを得なかった女性医師が不安なく再就業するための研修を希望するにあたり、都道府県が受付・相談窓口を設置し、研修受入医療機関の紹介、復職後の勤務態様に応じた研修の実施により再就業の促進を図る。

(4) 研修医の都市への集中の是正等

2,537百万円

都市部の臨床研修病院の研修医が一定期間医師不足地域等で研修を行うことへの支援や、医師不足地域等における研修医の確保が容易となる事業の創設。臨床研修後の専門医に向けた研修について、地域医療の従事と関連づけた事業を推進する。

(5) 医療リスクに対する支援体制の整備

225百万円

産科医療補償制度創設後における一定の支援を行うとともに、診療行為に関連した死亡に係る死因の調査や臨床評価・分析、再発防止等に取り組む組織が創設された場合に必要となる準備体制を確保する。

(6) 患者のアクセスの支援

168百万円

○ 医師不足地域における患者輸送車運行支援（新規）

77百万円

特定の地域や診療科で医師が不足している現状において、患者の医療機関までのアクセスを確保するための車の運行に対する支援を行う。

○ 患者宿泊施設の整備に対する支援

離島等アクセスが悪い地域の患者等が拠点病院を利用するための患者宿泊施設の施設・設備整備に対する支援を行う。

（医療施設等施設・設備整備費補助金（合計18億円）の内数）

(7) 小児科・産科をはじめ地域の拠点となる病院づくりとネットワーク化等の取組

9,321百万円

○ 小児科・産科をはじめ急性期の医療をチームで担う拠点病院づくり

582百万円

小児科・産科医療体制の集約化・重点化を行うため、他科病床への医療機能の変更等に係る整備の支援などを行う。

○ 小児救急病院における診療体制の確保

2,266百万円

小児の二次救急医療を担う小児救急支援事業及び小児救急拠点病院の休日夜間における診療体制の確保を図る。

○ 臨床研修において医師不足地域や小児科・産婦人科を重点に支援

2,166百万円

へき地・離島の診療所における地域保健・医療の研修、小児科・産婦人科や医師不足地域の病院における宿日直研修に対する支援の実施等により、地域の医療提供体制の確保を図る。

○ 出産・育児等に対応した女性医師等の多様な就業の支援

1,808百万円

女性医師及び看護職員等が子育てと診療等の両立のための支援が推進されるよう院内保育所の更なる拡充等を図る。

また、女性医師バンクの体制の充実を図り、女性のライフステージに応じた就労を支援するとともに、離職医師の再就業を支援するための研修等を実施する。

2. 安全・安心で質の高い医療の基盤整備

64,476百万円(58,820百万円)

安全・安心で質の高い医療を提供し、国民の医療に対する信頼を確保するための基盤整備が図られるよう必要な施策を実施

(1) 小児救急医療体制をはじめとする救急医療体制の確保 9,458百万円

特に予後に重大な影響を伴い、初期の救命医療が重要な脳卒中、心筋梗塞その他重度外傷等に対応できるよう、高度の救命救急センターにおける専門医の確保を図るとともに、既存の救命救急センターまで相当の時間を要する地域に対し、「地域救命救急センター(仮称)」の設置を図る。

また、小児の二次救急医療を担う小児救急支援事業、小児救急拠点病院の休日夜間における診療体制の確保や小児救急電話相談事業(＃8000)など小児救急医療体制を確保する。

○ ドクターヘリ導入促進事業の拡充 1,359百万円

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。

(2) 災害時における迅速・適切な初動体制の確保 257百万円

大規模災害発生時において、被災状況等を医療面から調査・把握し、迅速・適切な災害初動体制を確保するための災害医療調査を行うとともに、DMATの活動に必要な経費を支援する。

(3) へき地などの保健医療対策の充実 2,496百万円

各都道府県が設置するへき地医療支援機構の体制を強化し、へき地・離島の診療所等に対する支援の充実を図る。

(4) 臨床研修病院等評価ガイドラインの検討

5百万円

臨床研修病院等の質の向上を図るための臨床研修病院等評価ガイドラインを作成するために必要な検討を行う。

(5) 歯科保健医療の普及向上

505百万円

新健康フロンティア戦略の推進を図るため、幼児期・学齢期のう蝕（むし歯）予防対策、主に成人期の歯周疾患対策及び高齢期・寝たきり者等の口腔ケアに関する検討を進めるとともに、在宅歯科医療、口腔ケア等に係る専門的知識及び技能を有する歯科医師等を養成することにより8020運動をさらに推進する。

(6) 看護職員の資質向上と就業継続支援

10,221百万円

新人看護師に対する研修を推進するためのモデル事業を創設するとともに、多様な勤務形態により看護職員を活用している医療機関の事例を普及することにより看護職員の就業の促進を図る。

3. 革新的医薬品・医療機器創出の推進

28,231百万円（23,693百万円）

健康リスクが高い等の事業リスクが高い技術、遺伝子治療、再生医療、ナノテクノロジー等を活用した「革新的技術」の開発・普及の推進を図る

(1) 革新的医薬品・医療機器創出の研究開発の推進

25,435百万円

○ 医薬品・医療機器に関する研究費の重点化・拡充

25,276百万円

臨床研究・実用化研究、がん・精神神経疾患・難病等の重大疾病領域、希少疾病領域、新たな技術（バイオマーカー、テーラーメイド医療、再生医療、マイクロドーズ）などの領域を重視し、革新的医薬品・医療機器の研究開発を推進する。

- ベンチャー企業の育成(新規) 38百万円
 大学発のベンチャー企業等を対象として、治験、承認申請等の薬事制度に係る相談に応じる体制を整備する。

- アジアとの連携(新規) 38百万円
 中国及び韓国と共同で行う臨床研究を支援する体制を整備するとともに、韓国、中国など東アジア諸国における医薬品治験データの活用に関する調査を実施する。

- 後発医薬品の使用促進 83百万円
 後発医薬品に係る理解を向上させるため、都道府県事業として、関係者を構成員とする後発医薬品促進のための協議会を設置するとともに、昨年に引き続き、パンフレット等による普及啓発を行う。

(2) 臨床研究・治療環境の整備	2,757百万円
------------------	----------

- 「医療クラスター」(仮称)の整備(新規) 1,500百万円
 産官学が密接に連携して基礎研究から臨床研究への実用化を進める「医療クラスター(仮称)」(中核的医療機関を中心として臨床研究推進病床、実験施設、機器等)の整備を行う。

- 再生医療を推進するための拠点の整備(新規) 412百万円
 再生医療の技術者の養成及び先進技術の民間への技術移転を推進する実施拠点を整備する。

- 治験・臨床研究の充実のための拠点の整備 757百万円
 治験拠点病院における治験コーディネーターの配置等、治験環境の充実を図るとともに、関連する医療機関への情報提供等の支援を行う。

- 治験コーディネーター等の養成 89百万円
 治験の実施に当たり、医師と患者とのパイプ役となり、治験を円滑に進める治験コーディネーターの養成研修、及び質の高い治験を効率的に行うために必要な治験データの収集や整理を担当するデータマネジャーの養成研修を実施する。

4. 医療分野における情報化の推進

931百万円(803百万円)

電子化される医療情報を有効に活用できる環境を整備するとともに、医療分野における情報化を推進

(1) 電子化される医療情報の利活用

317百万円

- 個人が本人の健康情報を活用できる基盤づくりに向けた取組（新規） 145百万円
電子化される健康情報の高度利活用を図るため、医療・健診等データの相互利用をはじめとする情報共有のための方策、情報技術者のいない医療機関において医療情報を長期にわたり安全に保管するための方策及び個人の健康情報を有効に医療へ活用するための方策について検討するための試行的事業を実施する。
- 医療情報システムのための医療知識基盤データベースの研究開発 172百万円
医療分野の情報化に伴い蓄積される医療情報から、臨床研究や診療に有用な情報を効率的に得られるよう、容易に検索や解析が可能なデータベースを研究開発する。

(2) 診療情報連携のための医療情報システムの普及

370百万円

- 医療情報システムの相互運用性確保に向けた取組 141百万円
医療機関内の仕様の異なる各システムの相互接続性や互換性を確保するための取組を進め、システムの標準化を図り、効率的な医療情報システムの普及を図る。
- 診療情報連携のための電子カルテシステムの普及 229百万円
診療情報連携ネットワークの構築を効率的に推進するため、地域の医療機関が電子カルテの導入に必要な設備等を幅広く共同利用可能な体制を整備（共同利用型データセンター設置等）し、電子カルテ導入費用を軽減しつつ、情報連携に適した電子カルテシステムの普及を図る。

5. その他

(1) 国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構における政策医療等の実施

122,709百万円

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、教育研修及び情報発信を推進する。

(2) 国立ハンセン病療養所の充実

39,803百万円

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) 北海道洞爺湖サミットにおける救急医療への対応（新規）

720百万円

北海道洞爺湖サミットにおける救急医療体制を確保する。

(4) 経済連携協定に基づく外国人看護師・介護福祉士の円滑かつ適正な受入（看護師）

20百万円

外国人看護師候補者の円滑かつ適正な受入を実施する観点から、看護導入研修を実施するとともに、受入施設に対し巡回指導等を行う。（総事業費69百万円）

(5) 独立行政法人福祉医療機構の融資（社会・援護局一括計上）

○ 福祉医療機構の医療貸付（融資）に係る貸付条件の改善

- ・療養病床転換支援貸付制度の創設
- ・社会医療法人等に対する貸付の場合の保証人徴求免除

○ 貸付事業規模

貸付契約額 3,501億円（うち医療貸付 1,770億円）

1. 後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子(案)
2. 平成 20 年度の診療報酬改定に向けた検討について

上記 2 件の議事にあたって、国民の立場として意見を申し述べる。

要点

- ① 「国民の安心」「分かりやすさ」の後退
 - ② 生まれ来る子のケア不在の「医療」をいつまで続けるのか
 - ③ 医療計画(20 年 4 月)をふまえた診療報酬改定延期
-
- ① 平成 17 年 11 月 25 日付 社会保障審議会医療保険部会・社会保障審議会医療部会で答申した「平成 18 年度診療報酬改定の基本方針」の達成度を検証した後に 20 年度を検討すべき
1 平成 18 年度診療報酬改定に係る基本的考え方および
2 4つの視点から見た平成 18 年度改定の基本方針
上記にあった文言「国民の安心」(4 箇所記載)が達成に近づいている実感がない(病院閉鎖、妊婦死産等)。実際に今回の「改定に向けた検討について」には「国民の安心」の記載は無い。「患者から見て分かりやすく」(5 箇所記載)という理念が今回は後退しているのではないかと。かろうじて「領収書を発行する」という医療行為後の金額だけはわかるようだが、これでは医療行為を受ける前に理解し納得するというインフォームドコンセントのプロセスに合致していない。
 - ② 後期高齢者医療に対して診療報酬を別枠にし、「いずれ避けることができない死」を看取することも含めた制度を考えるのであれば、生まれることに対する制度を整備すべきである。生まれるまでの1年未満という短い期間にかかる経済的負担(現時点では原則保険外診療)が、「かかりつけ医」をもてない親の胎児(将来のわが国の担い手)の不幸を招いている事実を目を向けるべきである。当該妊婦と胎児の問題ではなく、その家族、その地域、わが国全体の次世代育成にかかわる問題として考え直すべきである。「老化と死」と等しく「妊娠・出産」も医療の対象としなければ国民の安心にはつながらない。また、世代間の連帯も危ぶまれるだろう。
 - ③ 改正医療法で規定された医療計画制度で、医療機能の分化・連携が推進され地域において切れ目のない医療の提供が実現され、良質かつ適切な医療を効率的に提供される体制が構築され、国民としては、医療に対する安心、信頼が確保できるものと期待していた。診療報酬は、医療計画にもとづき、そこから算出されるのが本筋ではないだろうか。平成 20 年 4 月から適用される都道府県の医療計画に焦点をあてるために、今回の診療報酬改定は時期を半年ずらし、医療計画との整合性を保つようにしていただきたい。保険料を納付し、納税する立場として、居住する地域の医療を知り、見守り、協力する姿勢をもつためにも、是非検討されたい。