

今後の医療政策について

～ 医療構造改革の目指すもの～

平成19年 4月 17日

医療制度改革法の概要

医療制度改革大綱の基本的な考え方

1. 安心・信頼の医療の確保と予防の重視

- (1) 患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築
 - ・医療情報の提供による適切な選択の支援
 - ・医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供(医療計画の見直し等)
 - ・在宅医療の充実による患者の生活の質(QOL)の向上
 - ・医師の偏在によるへき地や小児科等の医師不足問題への対応 等
- (2) 生活習慣病対策の推進体制の構築
 - ・「内臓脂肪症候群(メタボリックシンドローム)」の概念を導入し、「予防」の重要性に対する理解の促進を図る国民運動を展開
 - ・保険者の役割の明確化、被保険者・被扶養者に対する健診・保健指導を義務付け
 - ・健康増進計画の内容を充実し、運動、食生活、喫煙等に関する目標設定 等

2. 医療費適正化の総合的な推進

- (1) 中長期対策として、医療費適正化計画(5年計画)において、政策目標を掲げ、医療費を抑制(生活習慣病の予防徹底、平均在院日数の短縮)
- (2) 公的保険給付の内容・範囲の見直し等(短期的対策)

3. 超高齢社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現

- (1) 新たな高齢者医療制度の創設
- (2) 都道府県単位の保険者の再編・統合

【良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律】

- 都道府県を通じた医療機関に関する情報の公表制度の創設など情報提供の推進
- 医療計画制度の見直し(がんや小児救急等の医療連携体制の構築、数値目標の設定等)等
- 地域や診療科による医師不足問題への対応(都道府県医療対策協議会の制度化等)
- 医療安全の確保(医療安全支援センターの制度化等)
- 医療従事者の資質の向上(行政処分後の再教育の義務化等)
- 医療法人制度改革 等

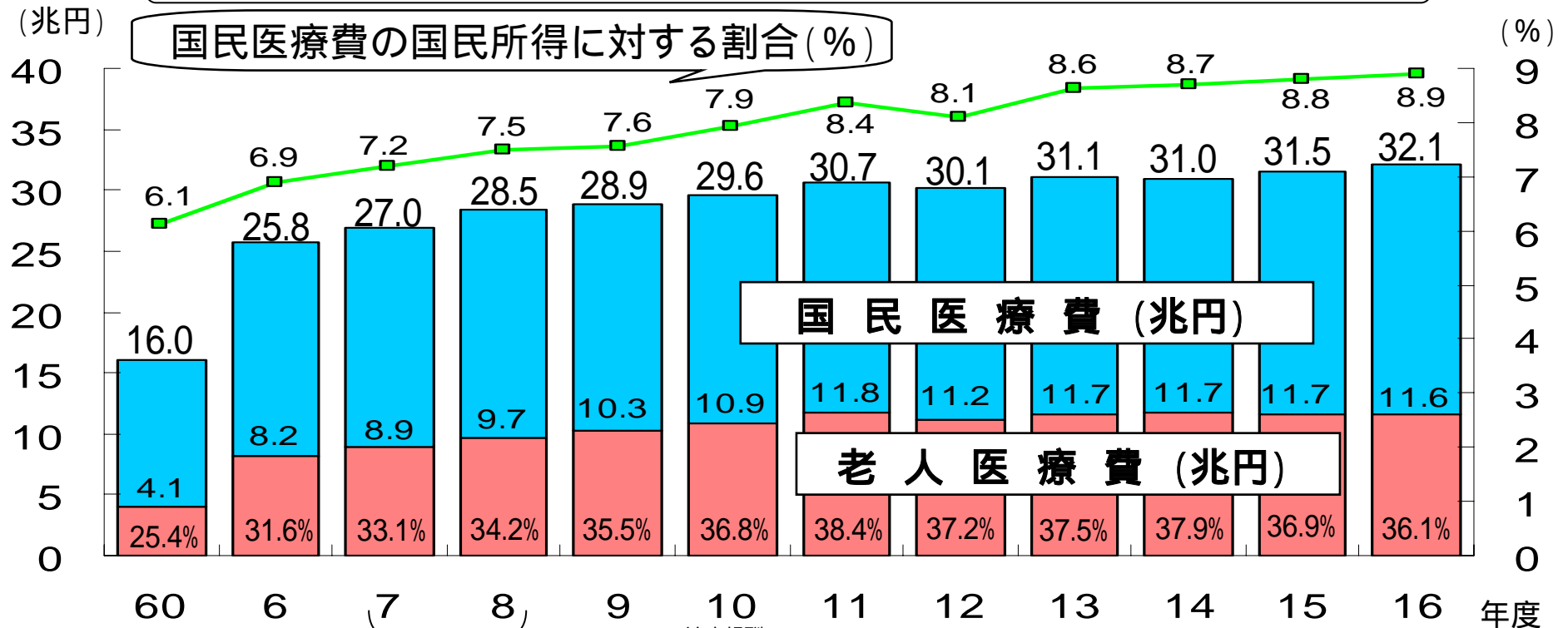
医療計画、介護保険事業支援計画、健康増進計画との調和が必要

【健康保険法等の一部を改正する法律】

- 医療費適正化の総合的な推進
 - ・医療費適正化計画の策定、保険者に対する一定の予防健診の義務付け
 - ・保険給付の内容、範囲の見直し等
 - ・介護療養型医療施設の廃止
- 新たな高齢者医療制度の創設(後期高齢者医療制度の創設、前期高齢者の医療費にかかる財政調整)
- 都道府県単位の保険者の再編・統合(国保の財政基盤強化、政管健保の公法人化等) 等

医療費の動向

我が国の国民医療費は国民所得を上回る伸びを示している。



60 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 年度

・食事療養費制度の創設
 ・老人一部負担金の物価スライド実施
 ・被用者本人2割負担へ引上げ
 ・外来薬剤一部負担導入
 ・診療報酬・薬価等の改定 1.3%
 ・介護保険制度が施行
 ・高齢者1割負担導入
 ・診療報酬・薬価等の改定 2.7%
 ・高齢者1割負担徹底
 ・被用者本人3割負担へ引上げ
 ・診療報酬・薬価等の改定 1.0%

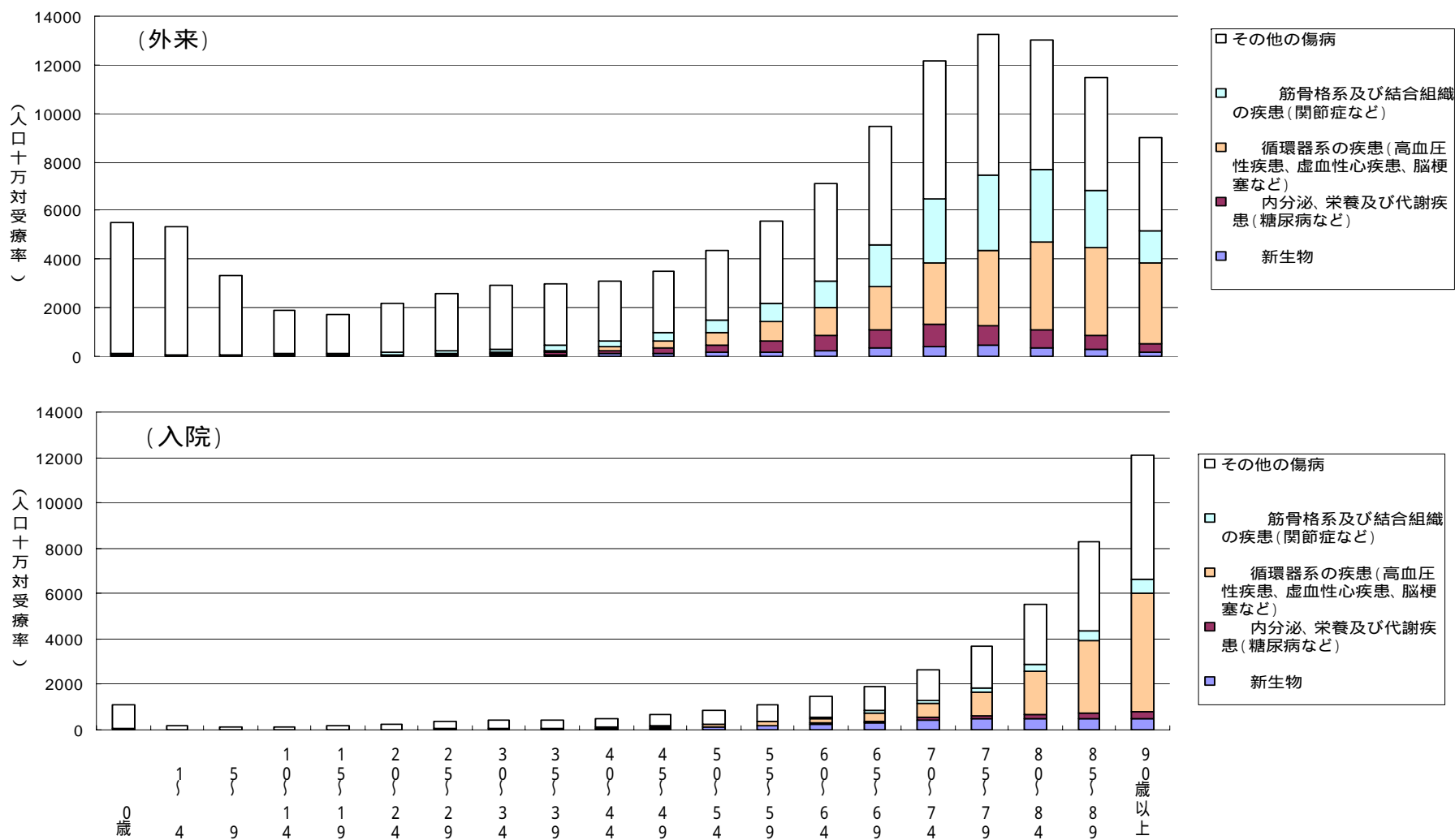
国民医療費等の対前年度伸び率(%)

	60	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
国民医療費	6.1	5.9	4.5	5.6	1.6	2.3	3.8	1.8	3.2	0.5	1.9	1.8
老人医療費	12.7	9.5	9.3	9.1	5.7	6.0	8.4	5.1	4.1	0.6	0.7	0.7
国民所得	7.4	1.4	0.1	1.3	1.0	2.7	1.5	1.3	2.9	1.4	0.7	0.7

注1: 国民所得は、内閣府発表の国民経済計算(2006年5月発表)による。

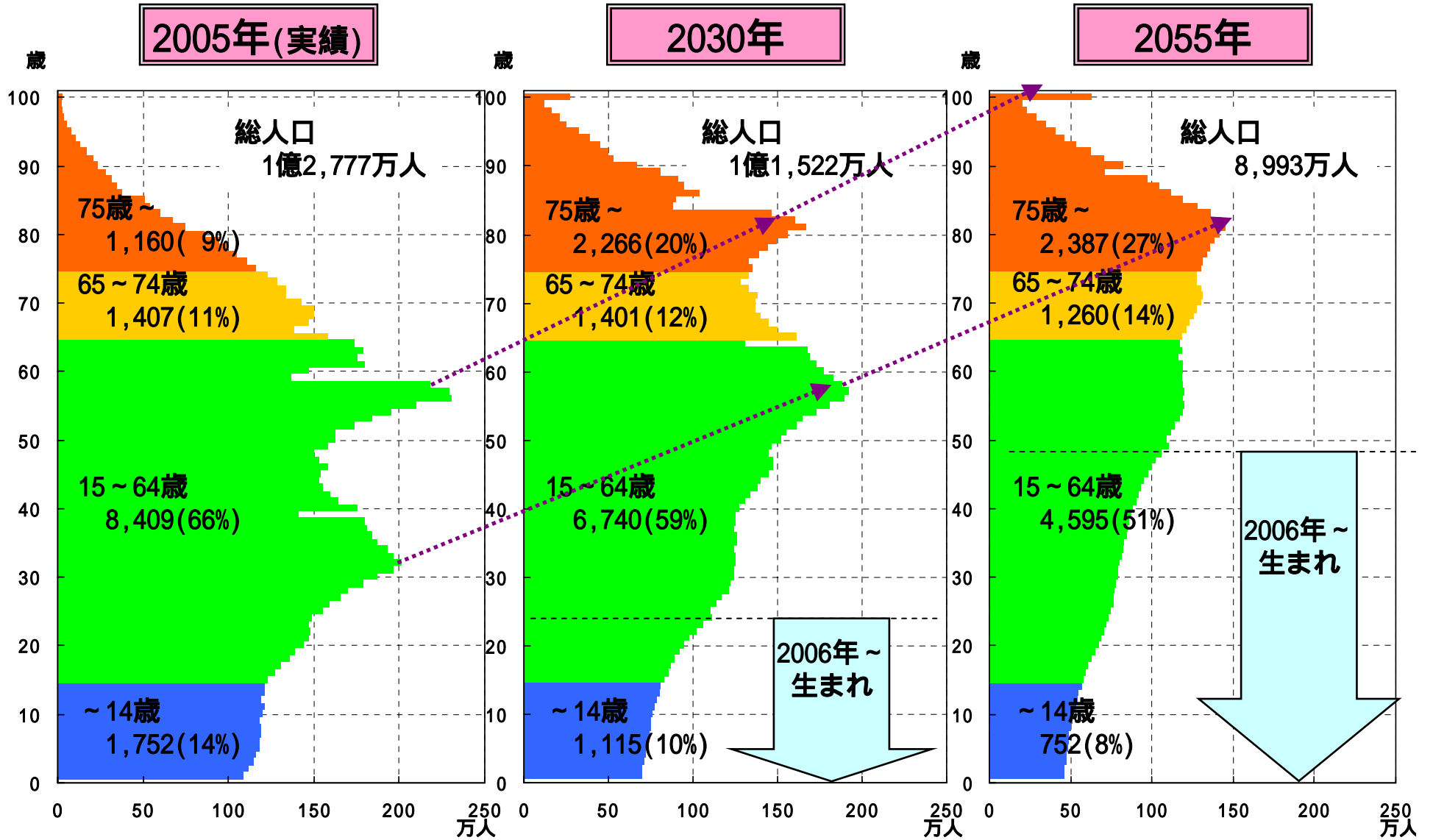
注2: 老人医療費は、平成14年の制度改正により、対象年齢が70歳から段階的に引き上げられており、平成16年10月より72歳以上となっている。

年齢階級別受療率(主として生活習慣病に分類される疾患について)



(注)「患者調査」(平成14年)により作成

人口ピラミッドの変化(2005, 2030, 2055) -平成18年中位推計-



注: 2005年は国勢調査結果。総人口には年齢不詳人口を含むため、年齢階級別人口の合計と一致しない。

生活習慣病とは

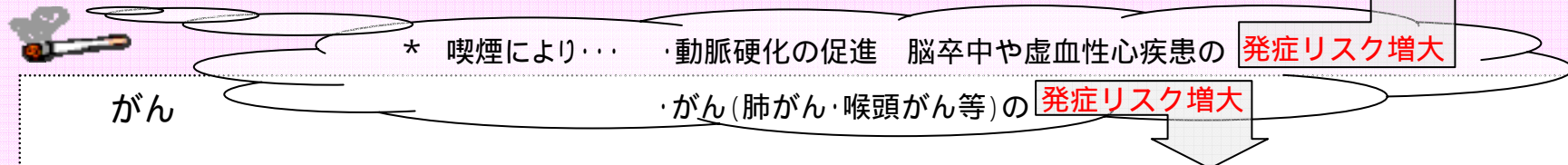
不適切な食生活、運動不足、喫煙などで起こる病気

内臓脂肪症候群としての肥満症、糖尿病、高血圧症、高脂血症及びこれらの予備群

自覚症状に乏しく日常生活に大きな支障はないが、健診で発見された後は、基本となる生活習慣の改善がなされないと...

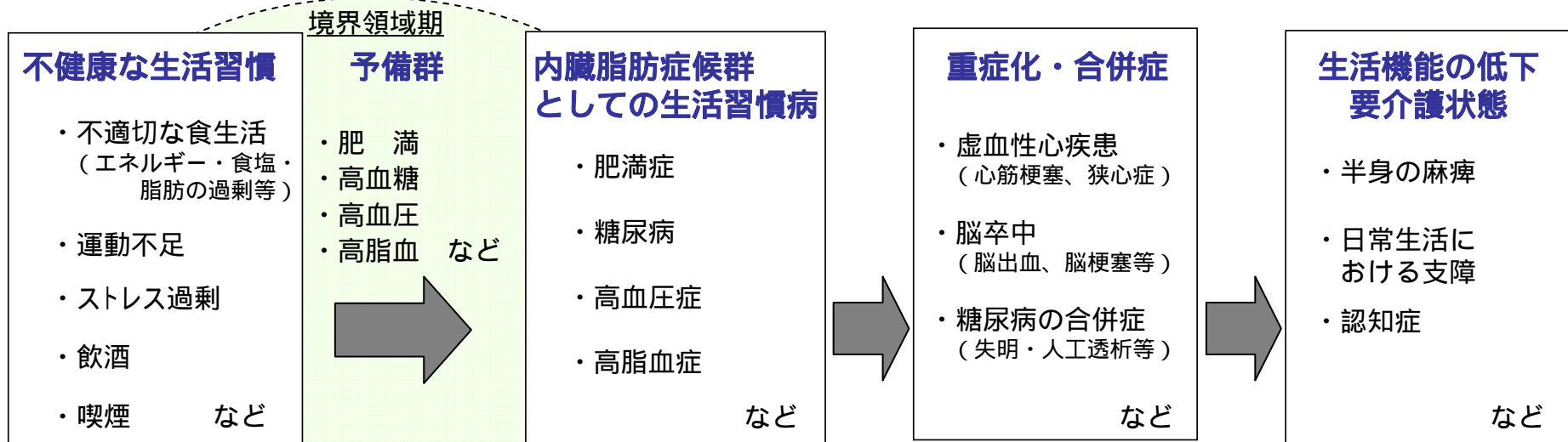
脳卒中や虚血性心疾患（心筋梗塞等）

その他重症の合併症（糖尿病の場合：人工透析、失明など）に進展する可能性が非常に高い。



がん検診や自覚症状に基づいて発見された後は、生活習慣の改善ではなく、手術や化学療法などの治療が優先される。

がん検診の普及方策やがん医療水準の均てん化等、「早期発見」、「治療」といったがん対策全般についての取組が別途必要。



* 一部の病気は、遺伝、感染症等により発症することがある。

「不健康な生活習慣」の継続により、「予備群(境界領域期)」、「内臓脂肪症候群としての生活習慣病」、「重症化・合併症」、「生活機能の低下・要介護状態」へと段階的に進行していく。どの段階でも、生活習慣を改善することで進行を抑えることができる。

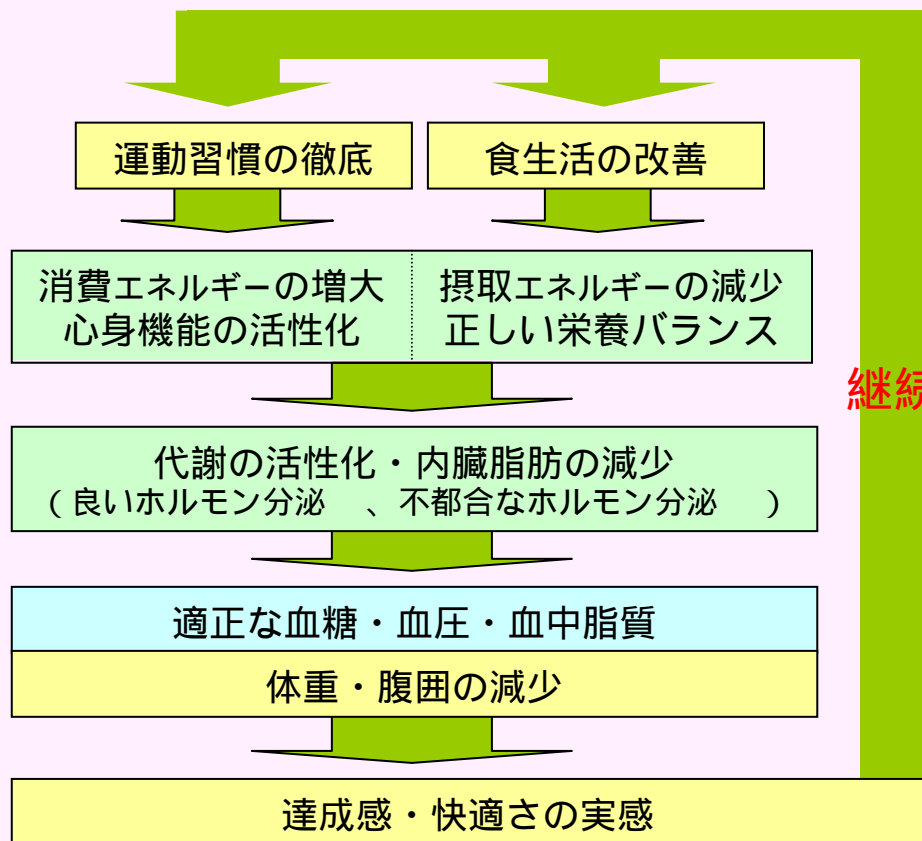
とりわけ、境界領域期での生活習慣の改善が、生涯にわたって生活の質(QOL)を維持する上で重要である。

生活習慣病の発症・重症化予防

高血糖、高血圧、高脂血、内臓肥満などは別々に進行するのではなく、「ひとつの氷山から水面上に出たいくつかの山」のような状態

投薬（例えば血糖を下げるクスリ）だけでは水面に出た「氷山のひとつの山を削る」だけ

根本的には運動習慣の徹底と食生活の改善などの生活習慣の改善により「氷山全体を縮小する」ことが必要

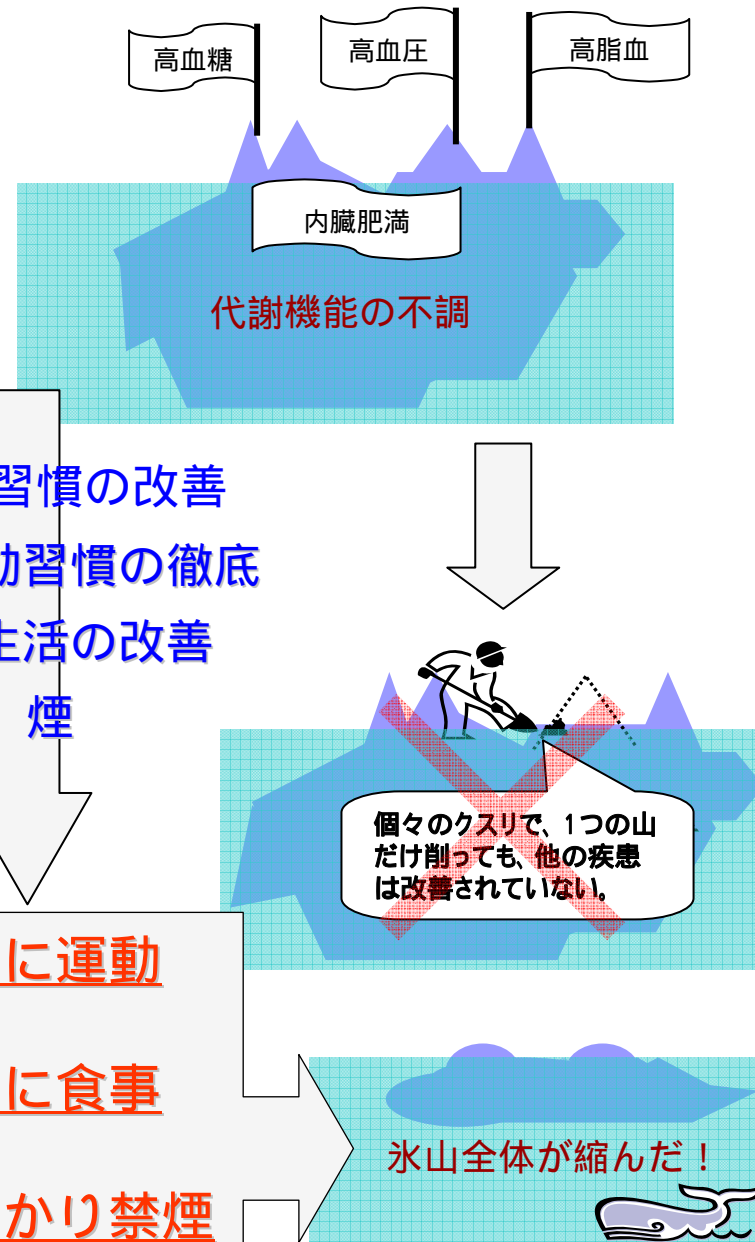


継続

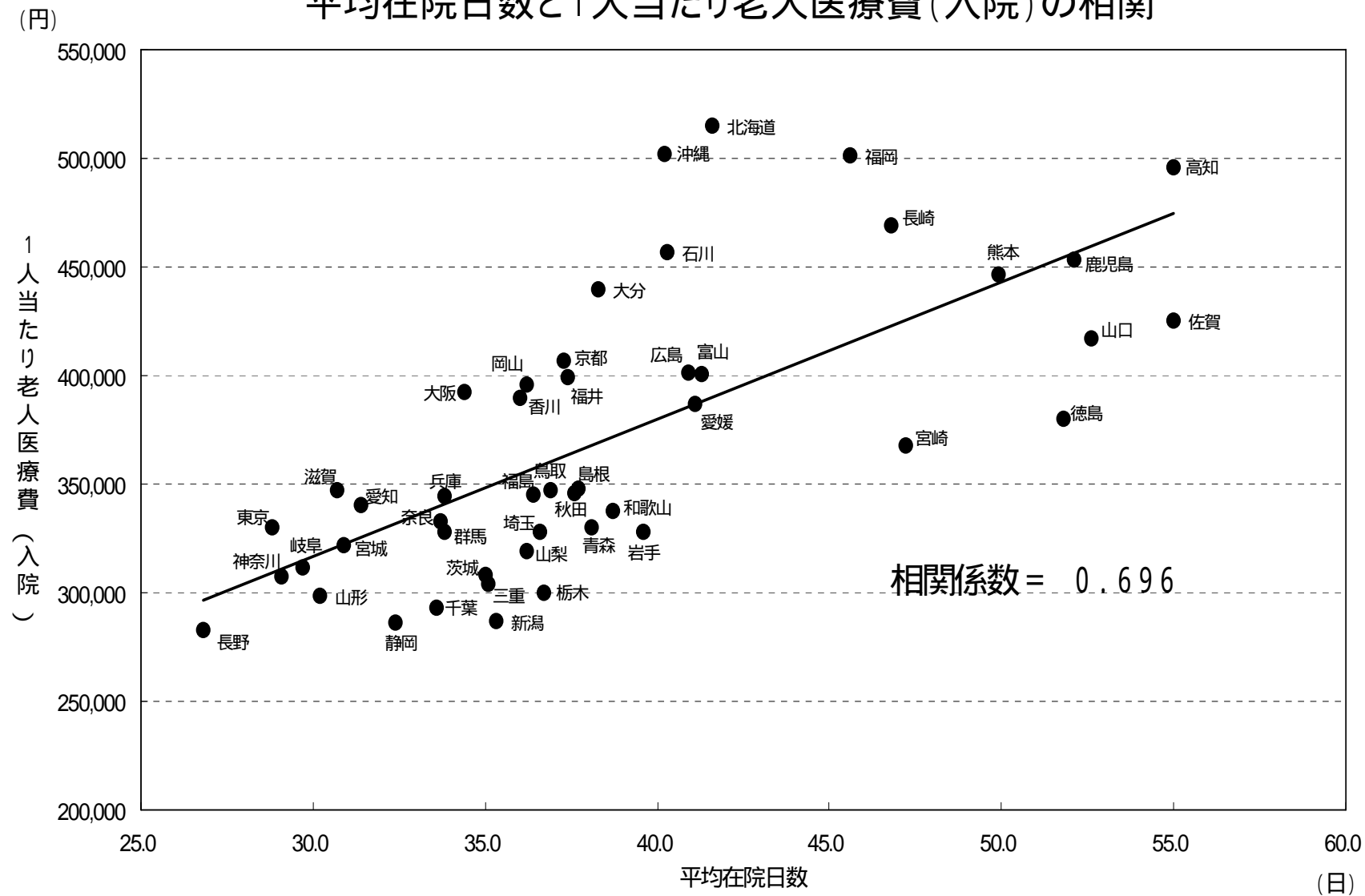
生活習慣の改善

- ・ 運動習慣の徹底
- ・ 食生活の改善
- ・ 禁煙

- 1 に運動
 - 2 に食事
- しっかり禁煙
- 最後にクスリ



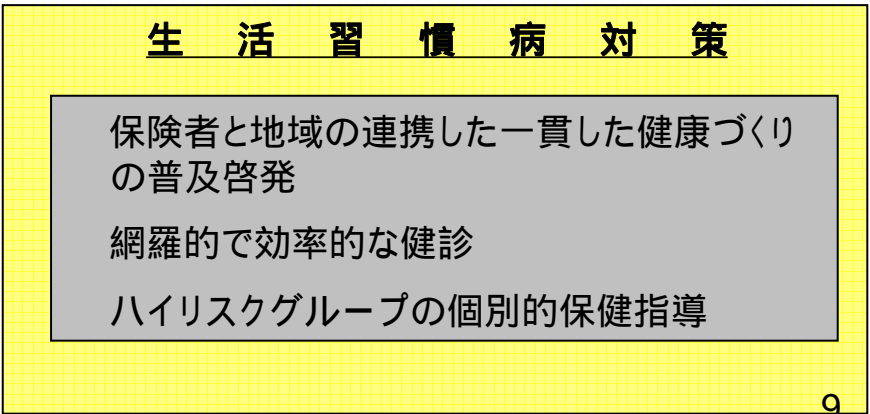
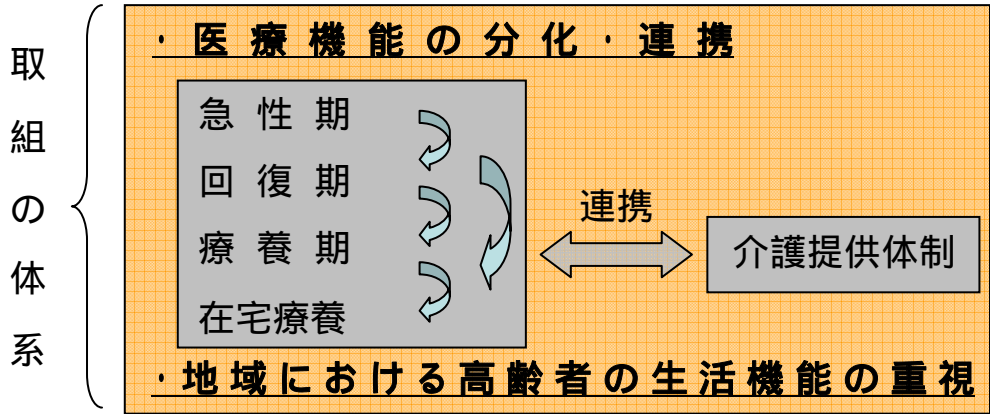
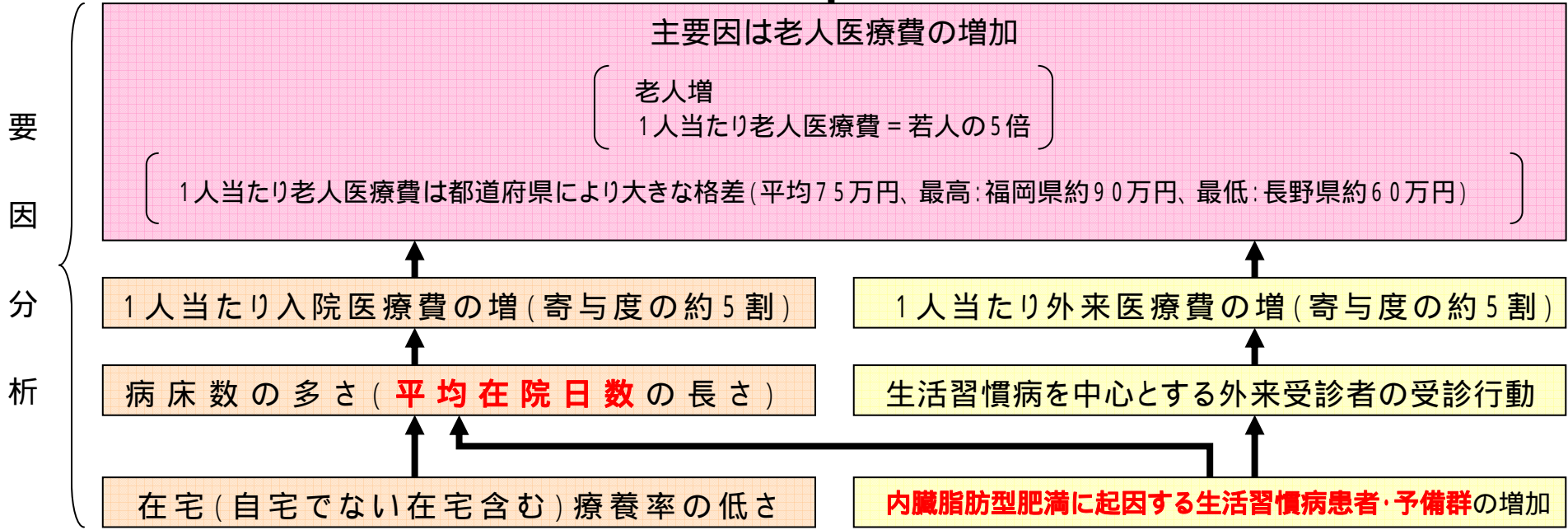
平均在院日数と1人当たり老人医療費(入院)の相関



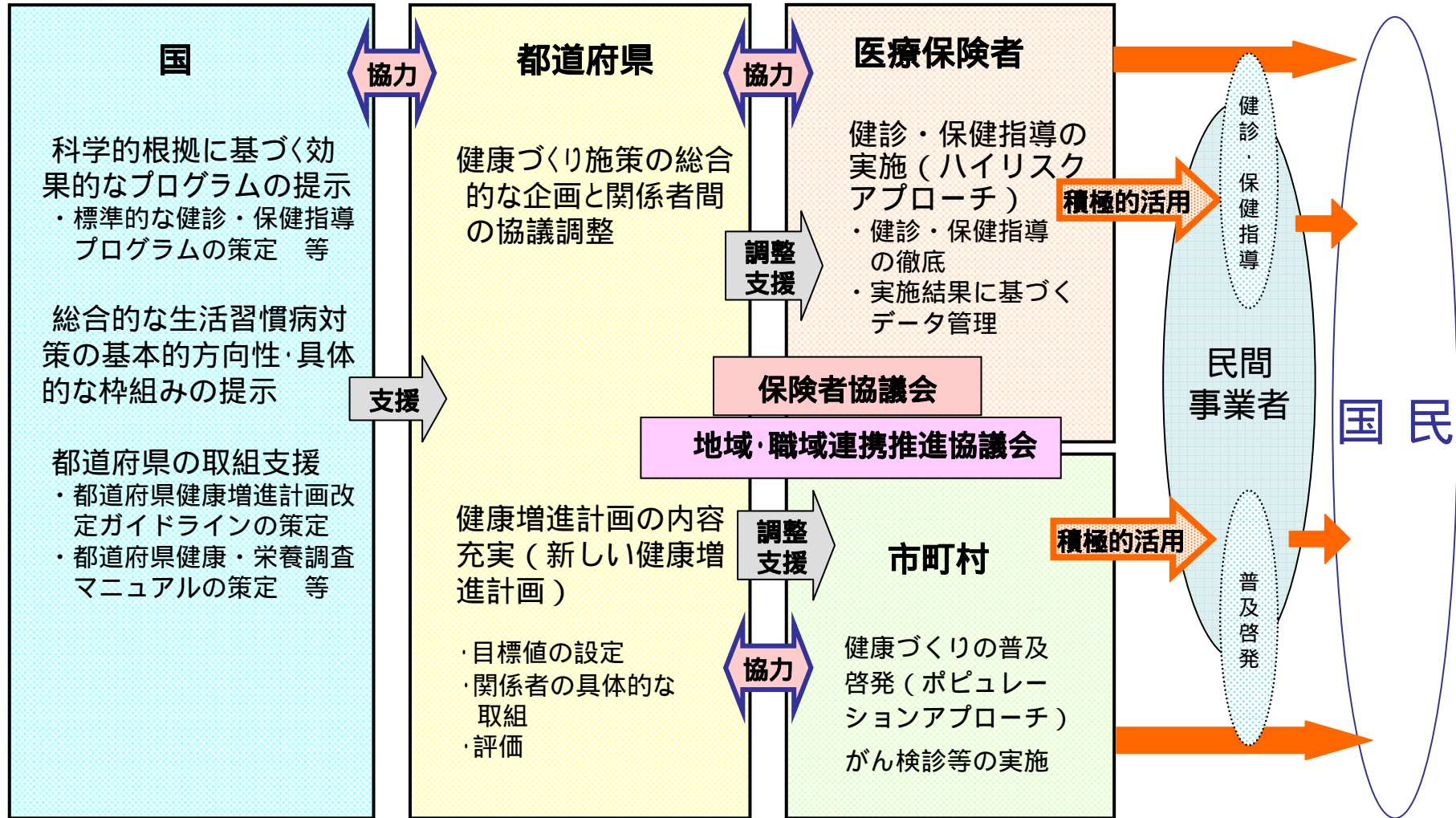
資料出所: 保険局調査課調べ(厚生労働省大臣官房統計情報部「平成15年病院報告」、厚生労働省保険局「老人医療事業年報」(平成15年度)より作成)

医療費増加の構図

医療費の増加



生活習慣病対策の推進体制の構築



患者の視点に立った、安全・安心で質の高い医療が受けられる体制の構築

～医療情報を十分に得られる～

医療情報の提供による適切な医療の選択の支援

都道府県による情報の集約と公表

医療機関が施設の医療機能を都道府県に届け出て都道府県がその情報を分かりやすく情報提供する仕組みを制度化する。

住民・患者に対し、自分の住む地域の医療機能や医療機関の連携の状況を医療計画により明示する。

広告できる事項を拡大する。

～安全で質の高い医療を安心して受けられる～

医療機能の分化・連携の推進による切れ目のない医療の提供

医療計画の見直しにより、脳卒中、がん、小児救急医療など事業別に、地域の医療連携体制を構築する。

地域の医療連携体制内においては、地域連携クリティカルパスの普及等を通じて切れ目のない医療を提供する。

地域連携クリティカルパス

急性期病院から回復期病院を経て自宅に戻るまでの治療計画。患者や関係する医療機関で共有することにより、効率的で質の高い医療の提供と患者の安心につながる

➡ 転院・退院後も考慮した適切な医療提供の確保

～早期に在宅生活へ復帰できる～

在宅医療の充実による患者の生活の質(QOL)の向上

介護保険等の様々な施策との適切な役割分担・連携も図りつつ、患者・家族が希望する場合の選択肢となり得るよう、在宅医療の提供体制を地域において整備する。

医療計画において、脳卒中、糖尿病、がん等の在宅等での看取り率や在宅復帰率等について、数値目標を導入する。

24時間対応ができる在宅医療や終末期医療への対応に係る評価等、在宅医療に係る診療報酬上の評価を充実する。

安全・安心で質の高い医療の基盤整備

文書交付等患者への適切な情報提供

医療安全対策の総合的推進

根拠に基づく医療(EBM)の推進

地域や診療科による医師偏在問題への対応

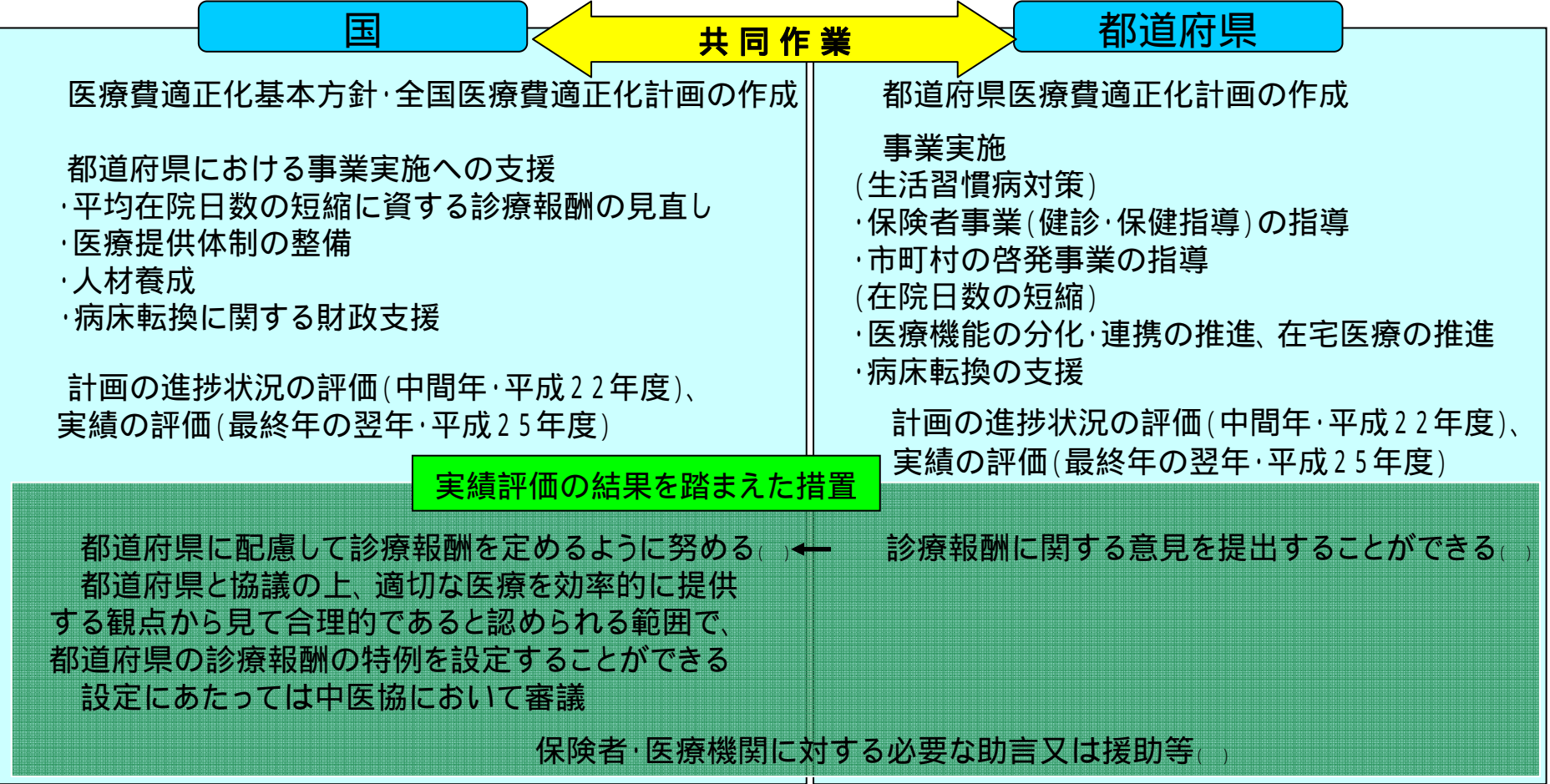
医療従事者の資質の向上

医療法人制度改革

医療費の伸びの抑制（中長期的対策）

基本的考え方
 平成20年度を初年度とする医療費適正化計画（5年計画）において、政策目標を掲げ、医療費の伸びを適正化

- ・ 生活習慣病予防の徹底 政策目標：生活習慣病有病者・予備群を25%減少（平成27（2015）年度）
- ・ 平均在院日数の短縮 政策目標：全国平均（36日）と最短の長野県（27日）の差を半分に縮小（同上）



保険者

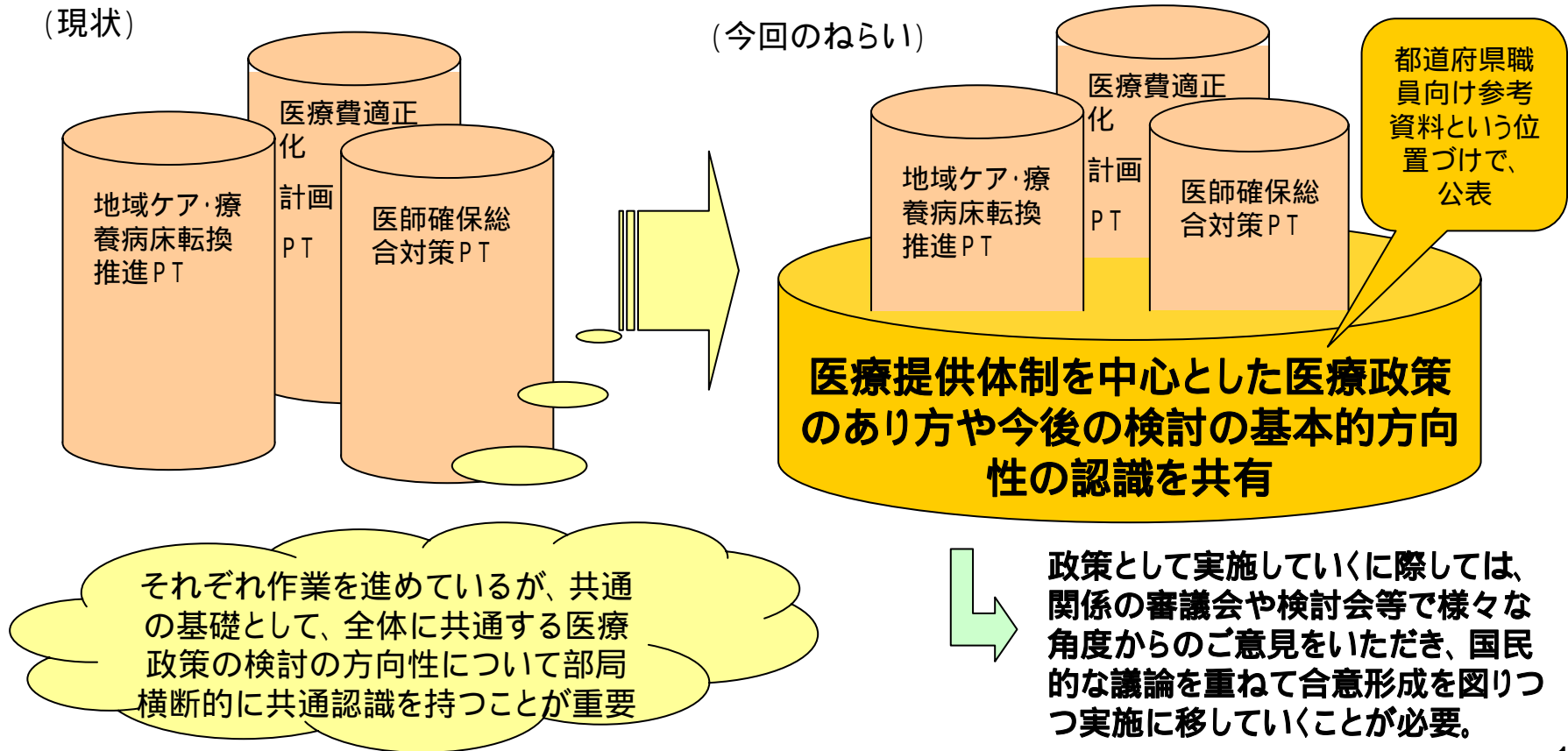
（ ）については中間年における進捗状況の評価時と同様

保険者に、40歳以上の加入者に対して、糖尿病等に着目した健康診査及び保健指導の実施を義務付け

「医療政策の経緯、現状及び今後の課題について」の策定の趣旨

国民の生活の質(QOL)の確保・向上を図りつつ医療の効率化を図ることを基本として医療費の適正化等を推進する医療構造改革の方向性に沿って、平成18年の通常国会で関連法案が成立

厚生労働省医療構造改革本部(本部長:大臣)に、総合企画調整部会(事務次官、厚生労働審議官、医政局長、保険局長、老健局長ほか医療関係部局の局長等で構成)、及びその下に局を横断する3つのプロジェクトチームを設置し、改革の円滑施行に取り組中



医師不足問題についての基本的認識と対応の構図

基本的認識

医師数全体は将来的に均衡する見込み

しかし…

産科・小児科といった診療科による偏在がある

【産科】

医師数及び分娩実施施設数は、減少傾向
各病院に1人ずつ配置されるなど、薄く広い配置等による厳しい勤務環境
産科による訴訟リスクの高まりに対する懸念

【小児科】

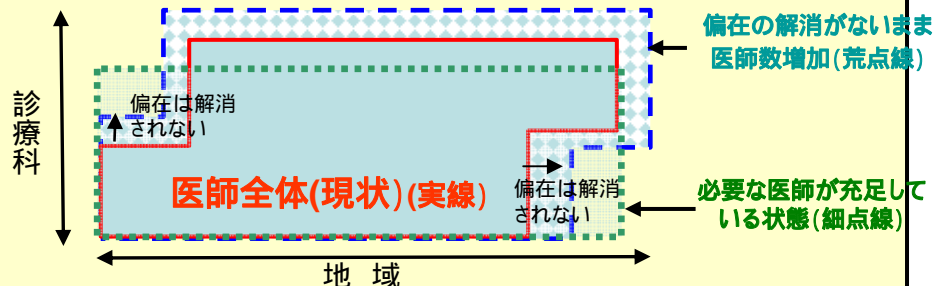
医師数は増加しているが、病院への夜間・休日患者の集中
産科・小児科以外の診療科においても、急性期の病院において医師が不足する地域が生じている

地域による偏在がある

全国的な地域間の偏在と、同じ都道府県内でも県庁所在地とそうでないところとの偏在

仮に…

単純に医師総数を増やしても偏在の解消にはつながらない



必要なことは…

対応

短期的な対応

【地域における偏在への対応】

都道府県を中心にした新しい医師派遣機能の構築

【共通の対応】

医師が集まる拠点病院づくりや、拠点病院と医療機関相互のネットワークの構築(特に産科・小児科)

外来における開業医と病院の役割分担(住民の理解と協力が必要)

女性医師バンクの活用等、女性医師が働きやすい環境づくり

【産科の対応】

訴訟の増加により、産科医療が萎縮しないようにするため、死因究明制度や産科医療補償制度の検討

医師との協働による助産師外来、院内助産所の活用

【小児科の対応】

小児救急病院における医師等の夜間休日配置の充実

初期小児科救急の当番制による開業医等の活用

小児救急電話相談事業の普及・充実



「医師確保等支援チーム」による都道府県への具体的な支援

中長期的な対応

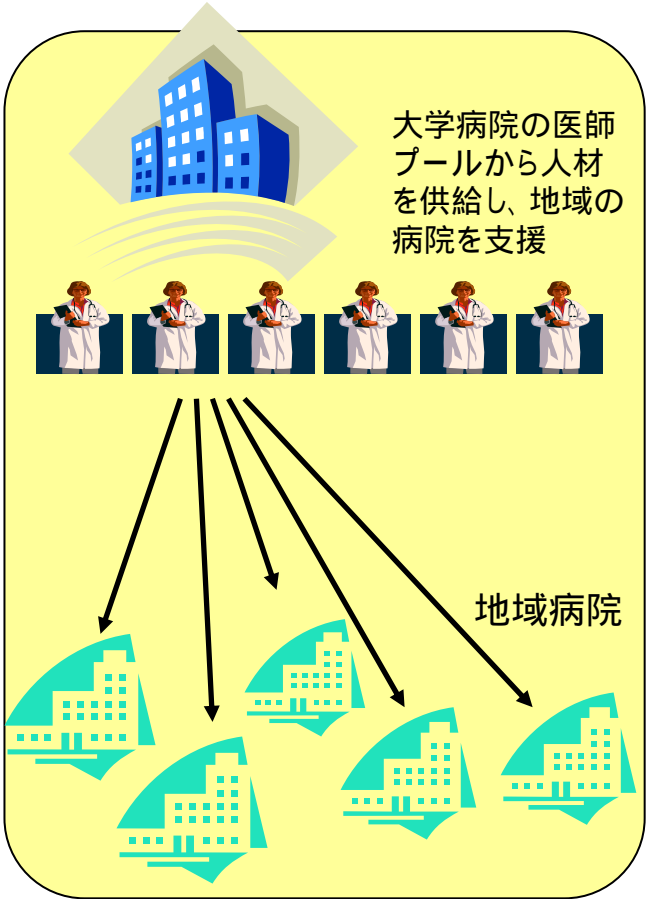
医師不足が深刻な県を主な対象に、大学医学部における暫定的な定員増や、地元出身者のための地域枠を設定

医師と関係職種との役割分担の在り方の検討

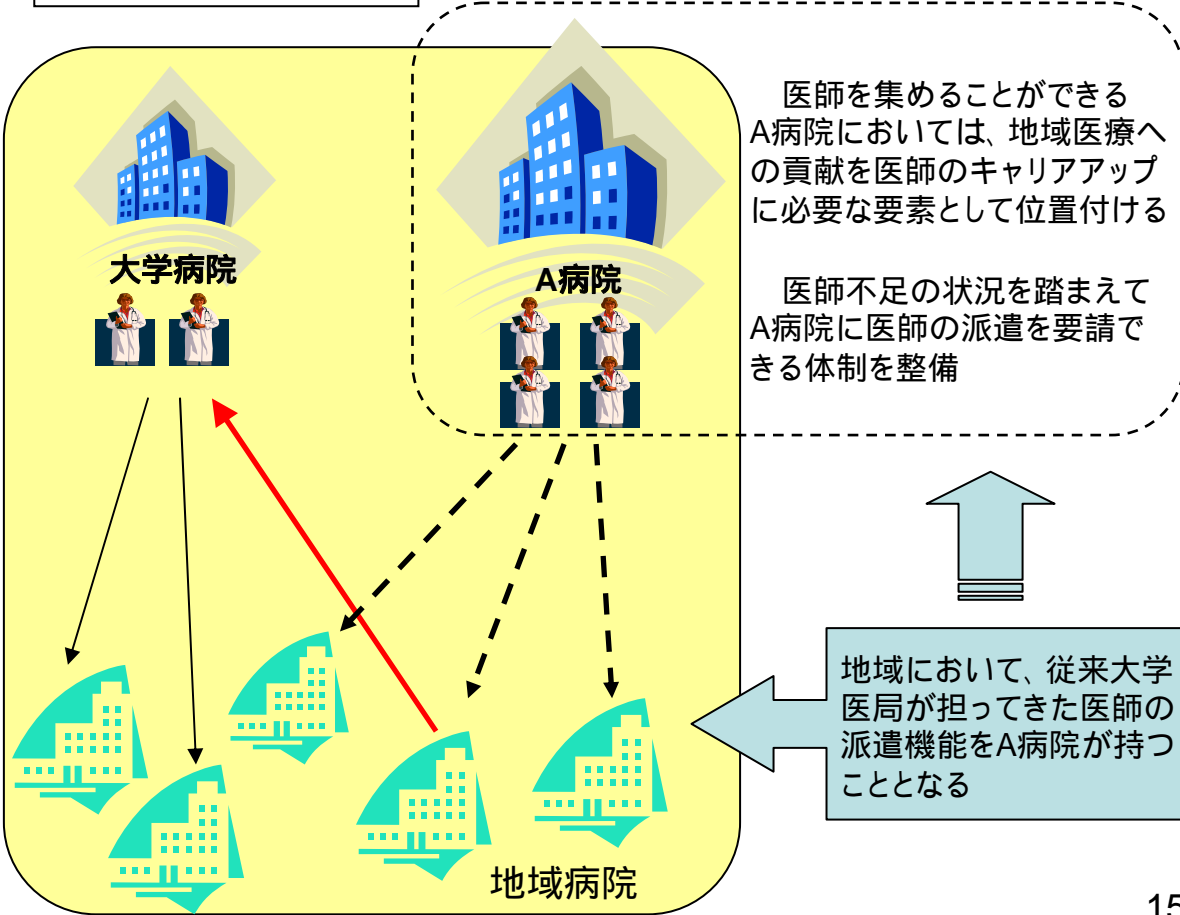
医師派遣機能に関する取組のイメージ

大学医学部の医局が従来担っていた地域の医療機関に対して医師を紹介する機能が弱まっている事情がある。
大学病院以外に医師を集めることができる魅力的な病院が存在する。

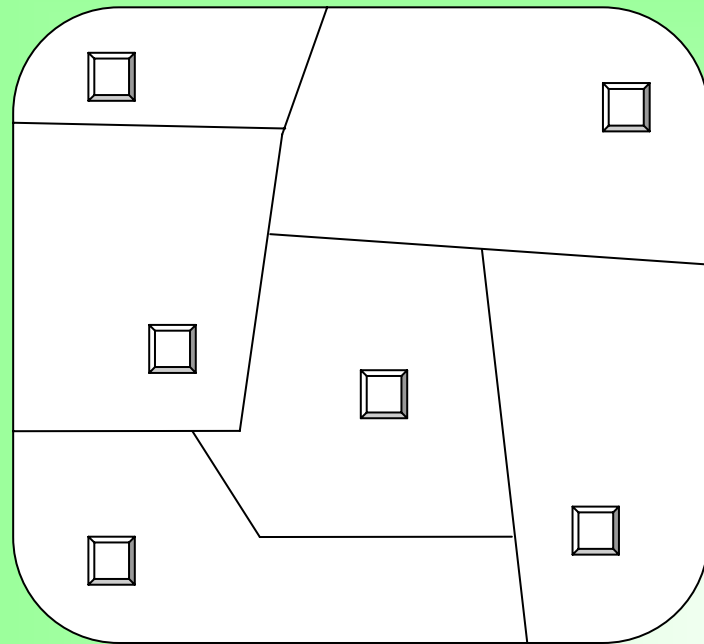
従来の医師の供給体制



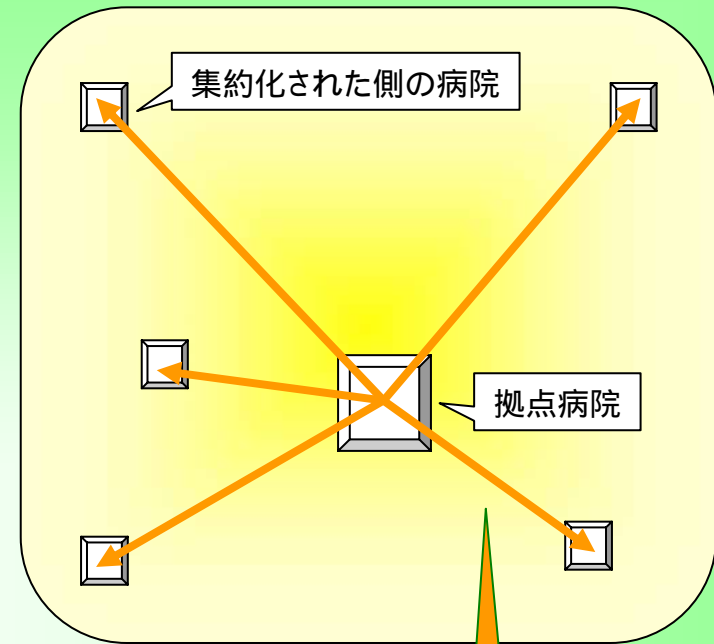
取組のイメージ



産科・小児科の医療資源の重点的かつ効率的な配置(集約化・重点化)のイメージ



拠点づくり
連携構築



小児科医
産科医の異動

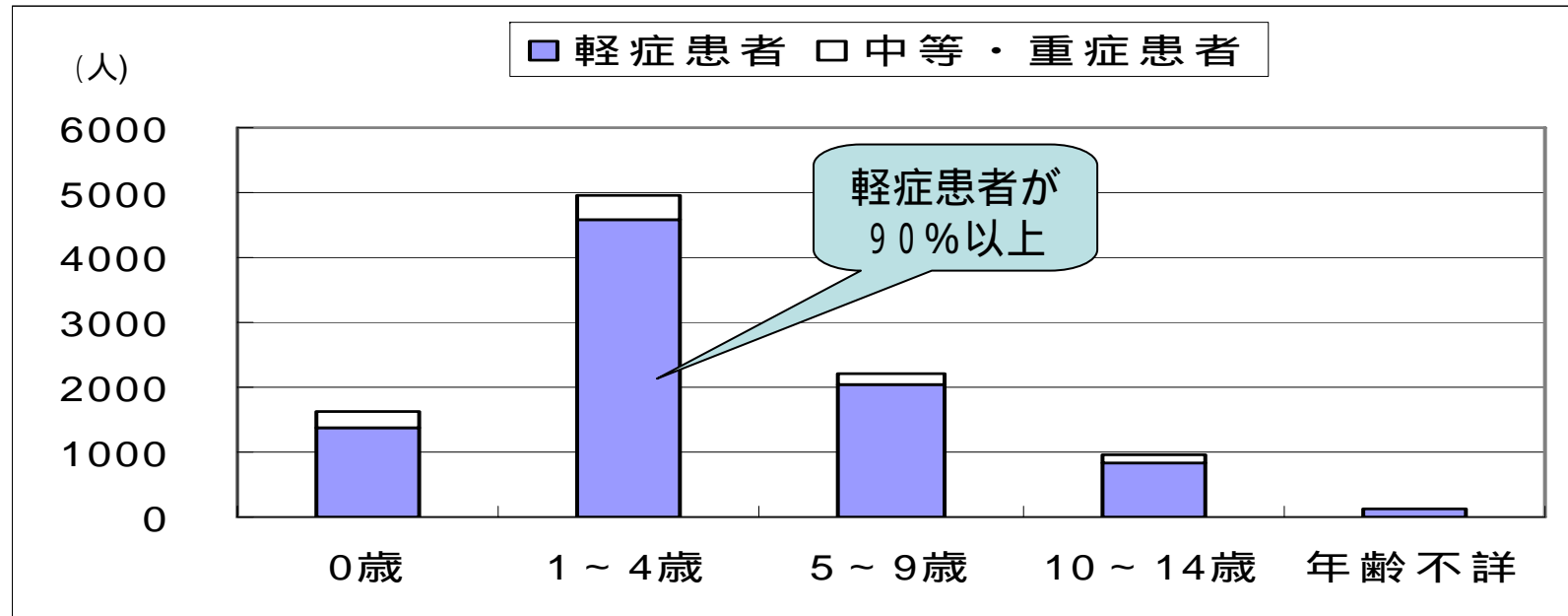
拠点病院
地域に必要な特定分野の小児医療
ハイリスク分娩中心の産科医療 等

集約化された側の病院
一般小児医療
産科医療(正常分娩、分娩前後の診療等) 等

外来機能の維持等のための
小児科医
産科医の派遣

小児2次救急医療機関を訪れる患者の症状 90%以上は軽症患者

2次救急医療施設に訪れる年齢別・重症度別の患者数



出典: 日本医師会小児救急医療体制のあり方に関する検討委員会報告書(平成14年)

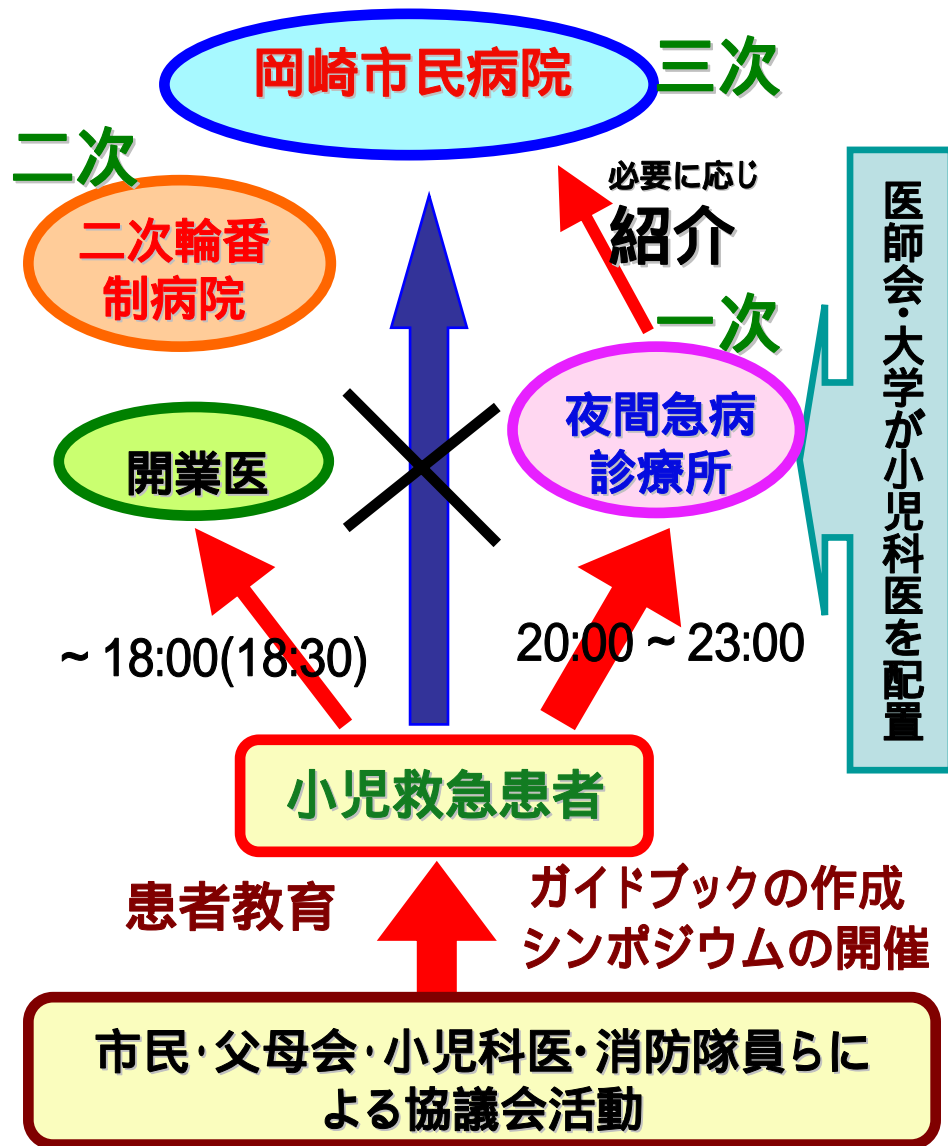
平成16年度東京都休日・全夜間診療事業(小児科)実績報告

(都内51施設二次小児救急医療での診療患者数)

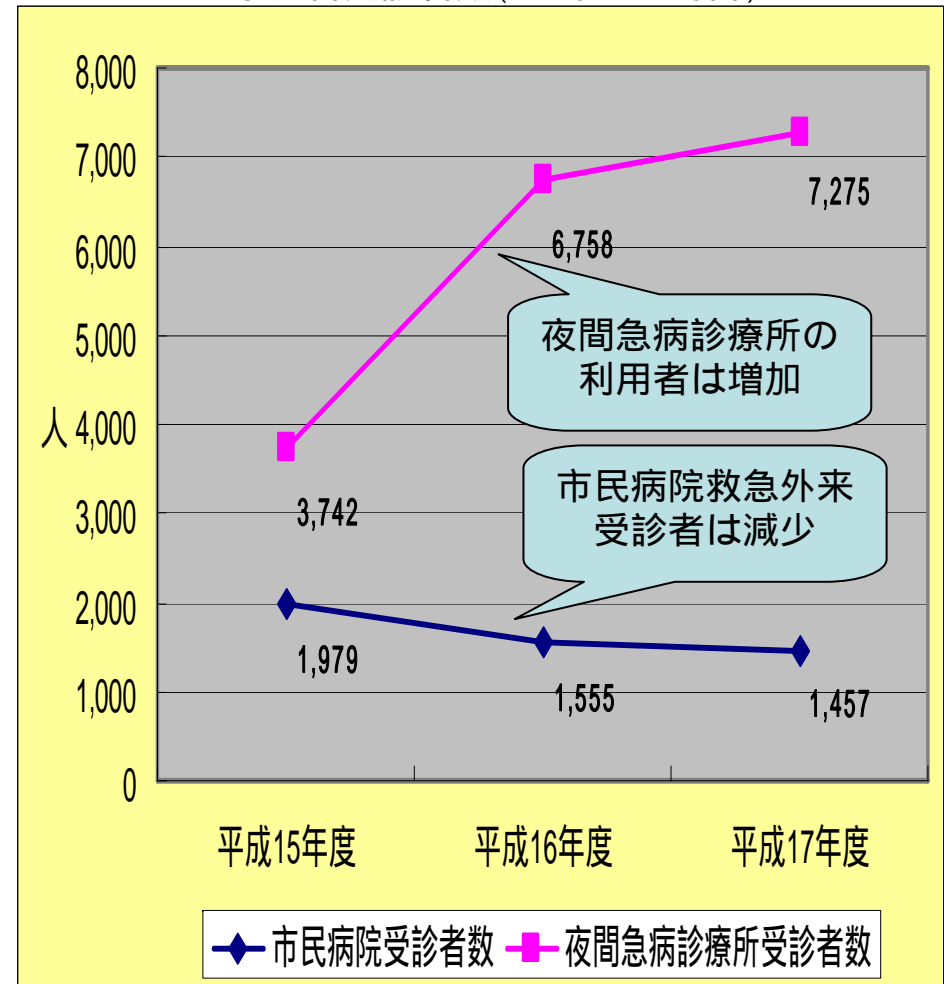
来院患者総数	33万1615人
うち入院を要しなかった患者	31万5757人 (約95%)

岡崎市の取組例

岡崎市においては、小児救急体制について、住民参加の協議会活動を行い、シンポジウムの開催や受診の仕方についてのガイドブック作成などの患者・住民への啓発広報活動を行ったところ、一次医療を担う夜間急病診療所の利用者が増加し、高度な救急医療を担う市民病院救急外来受診者は減少した。

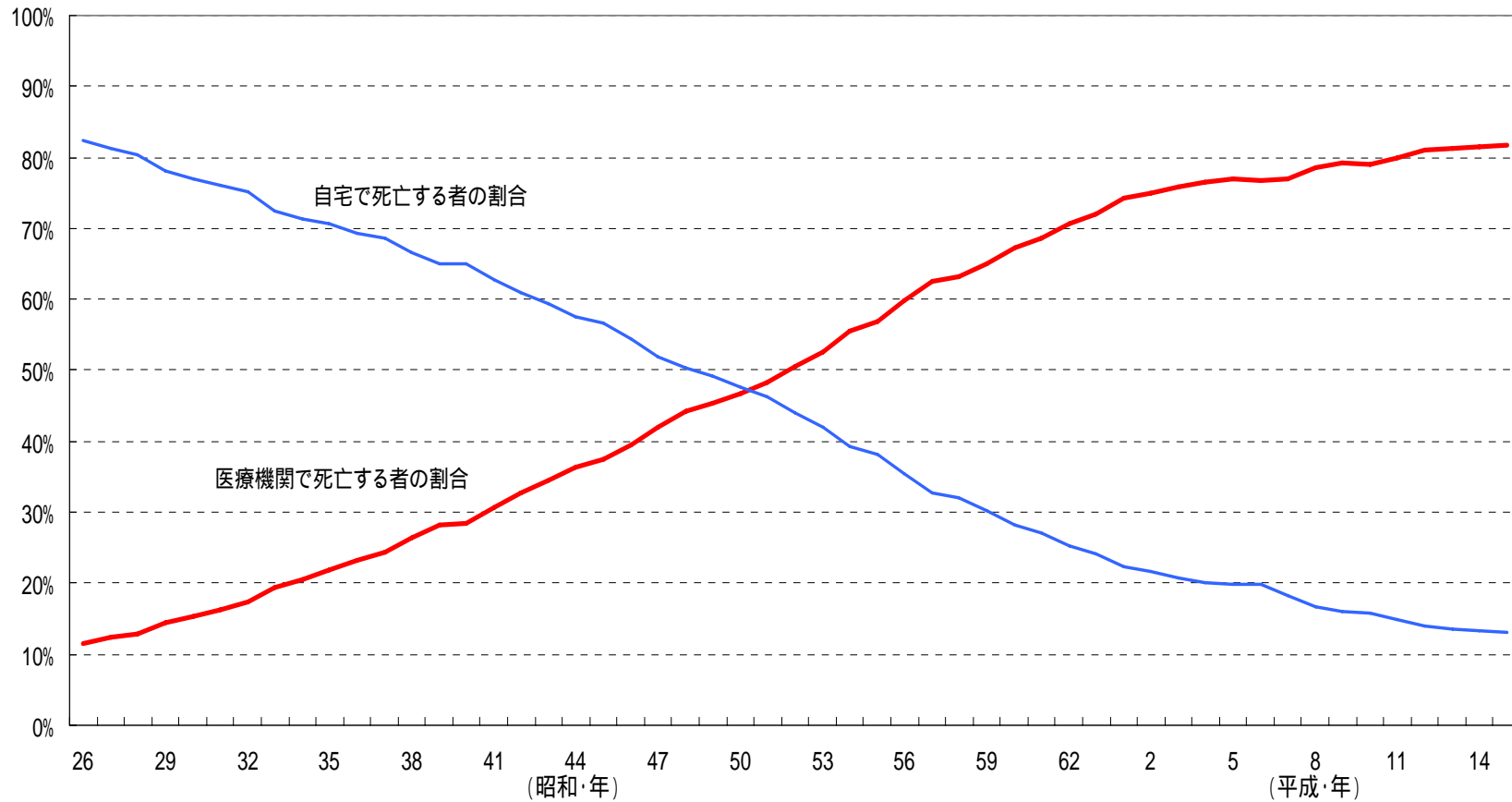


岡崎市民病院救急外来、夜間急病診療所別
小児科受診者数(20時～23時台)



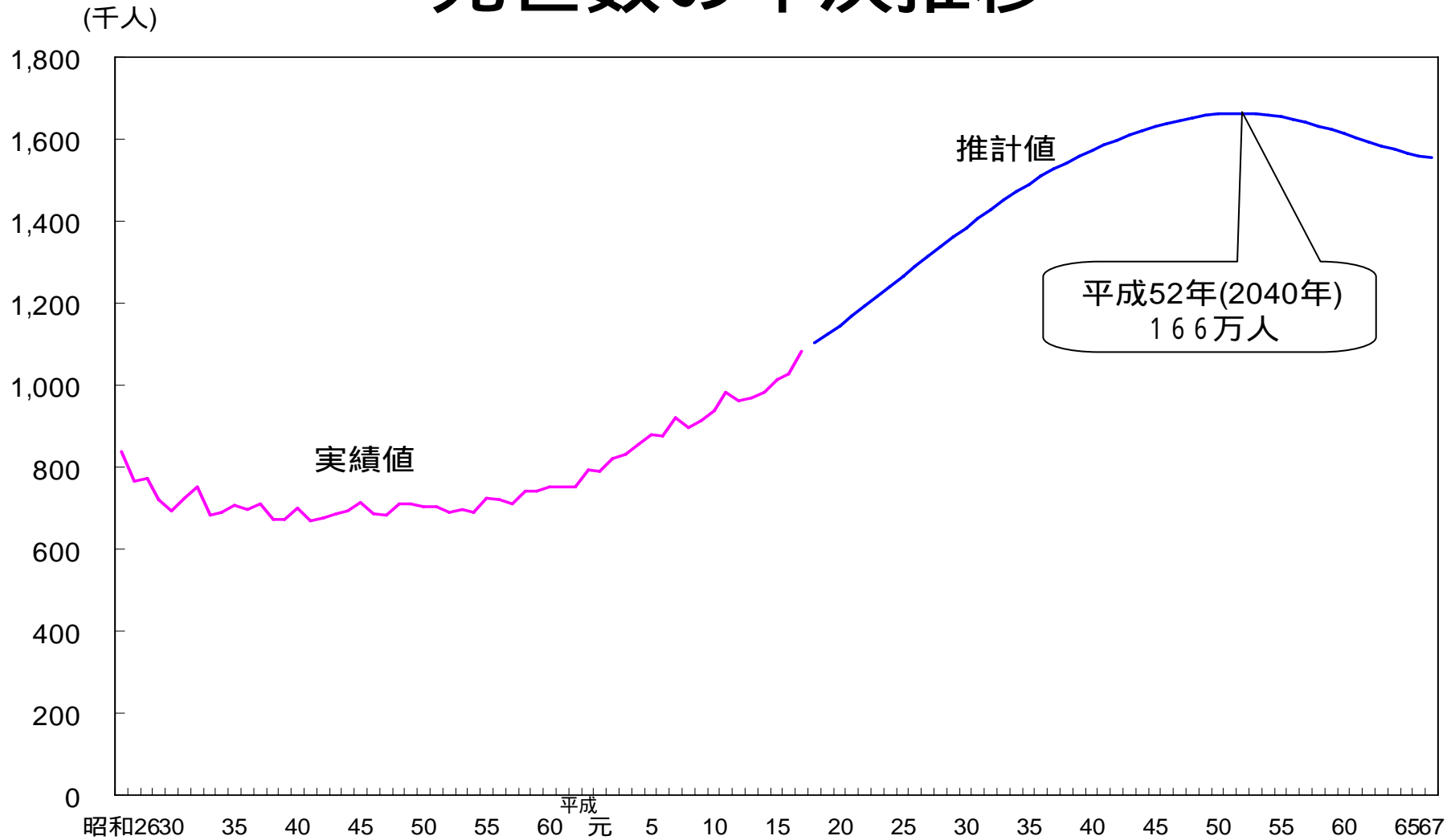
医療機関における死亡割合の年次推移

- 医療機関において死亡する者の割合は年々増加しており、昭和51年に自宅で死亡する者の割合を上回り、更に近年では8割を超える水準となっている。



資料：「人口動態統計」(厚生労働省大臣官房統計情報部)

死亡数の年次推移



資料) 平成17年までは厚生労働省大臣官房統計情報部「人口動態統計」
平成18年以降は社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」(出生中位・死亡中位)

脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ

【急性期】

【回復期・亜急性期】

地域の救急医療の機能

(転院調整)

回復期リハビリ機能

必要に応じ
要介護認定

(転院調整)

生活リハを含めた療養を提供する機能

(退院調整)

(退院調整)

(退院調整)

かかりつけ医機能()
(診療所・一般病院等)

疾病の発症

退院

退院

在宅医療(継続的な療養)管理・指導

退院

在宅での生活
(ケアハウス、有料老人ホームなど多様な居住の場を含む)

急性期、回復期、療養期等各機能を担う医療機関それぞれにかかりつけ医がいることも考えられるが、ここでは、身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として、患者の病状に応じた適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者の立場に立った重要な役割を担う医師をイメージしている。

医療連携の取組(青森県)

青森県地域連携パス標準化モデル開発・普及事業

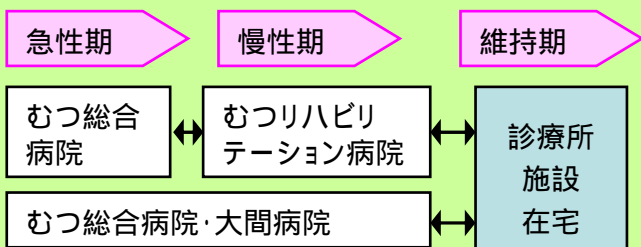
- ・ 開始時期:平成17年度から
- ・ 対象地域:八戸圏域と下北圏域
- ・ 対象疾患:脳血管疾患
- ・ 入院患者が退院後に円滑に地域での生活に戻り、早期に社会復帰できる仕組みづくり
- ・ 適時適切なサービスを切れ目なく提供できるようにするために、筋道(パス)を保健医療福祉関係者と患者家族で共有し活用することにより、適切なサービスが提供できるようにするもの

参加医療機関数

	病院	診療所
八戸圏域	17	34
下北圏域	4	11

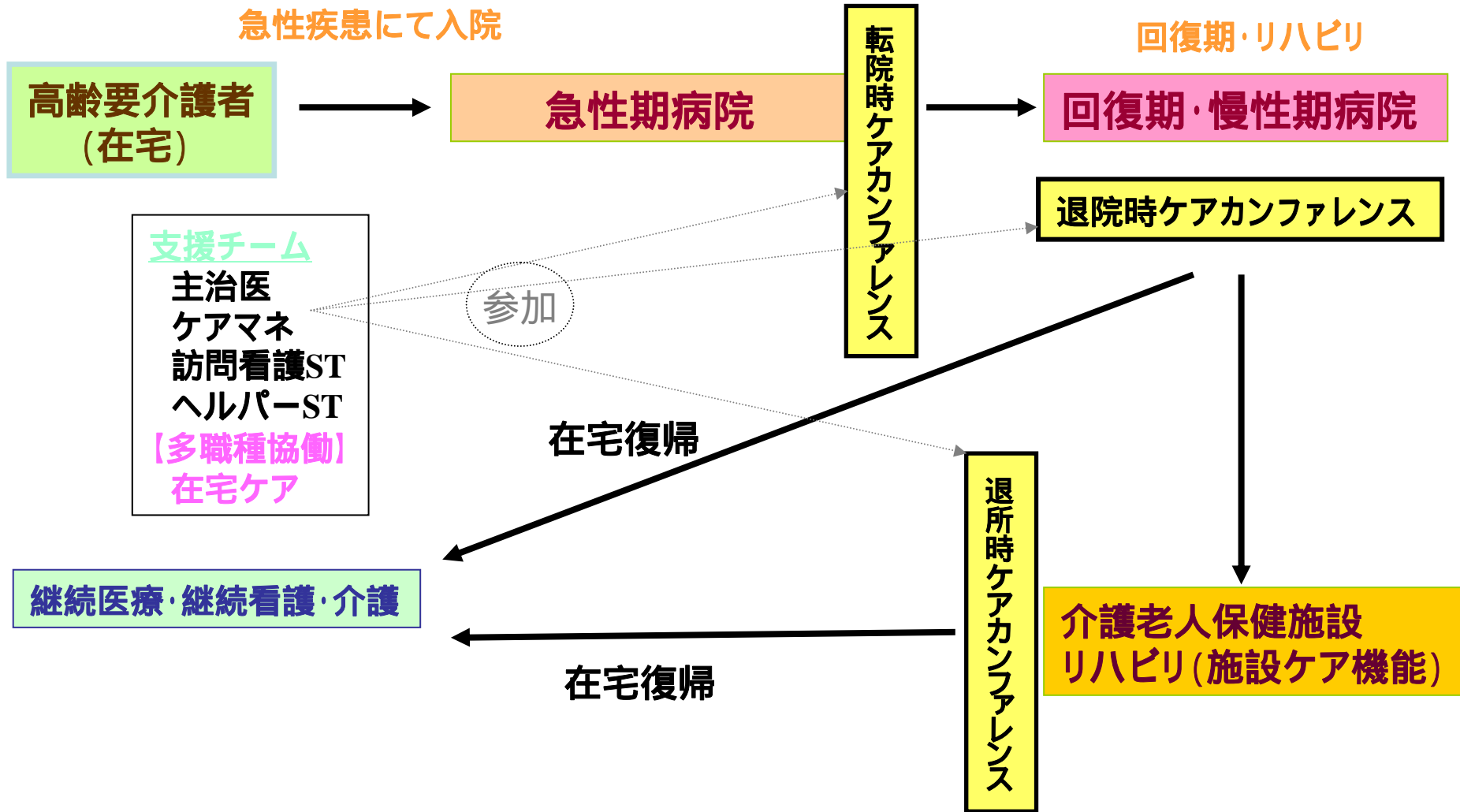
地域の多くの医療機関が参加。介護施設等も参加

下北圏域の運用



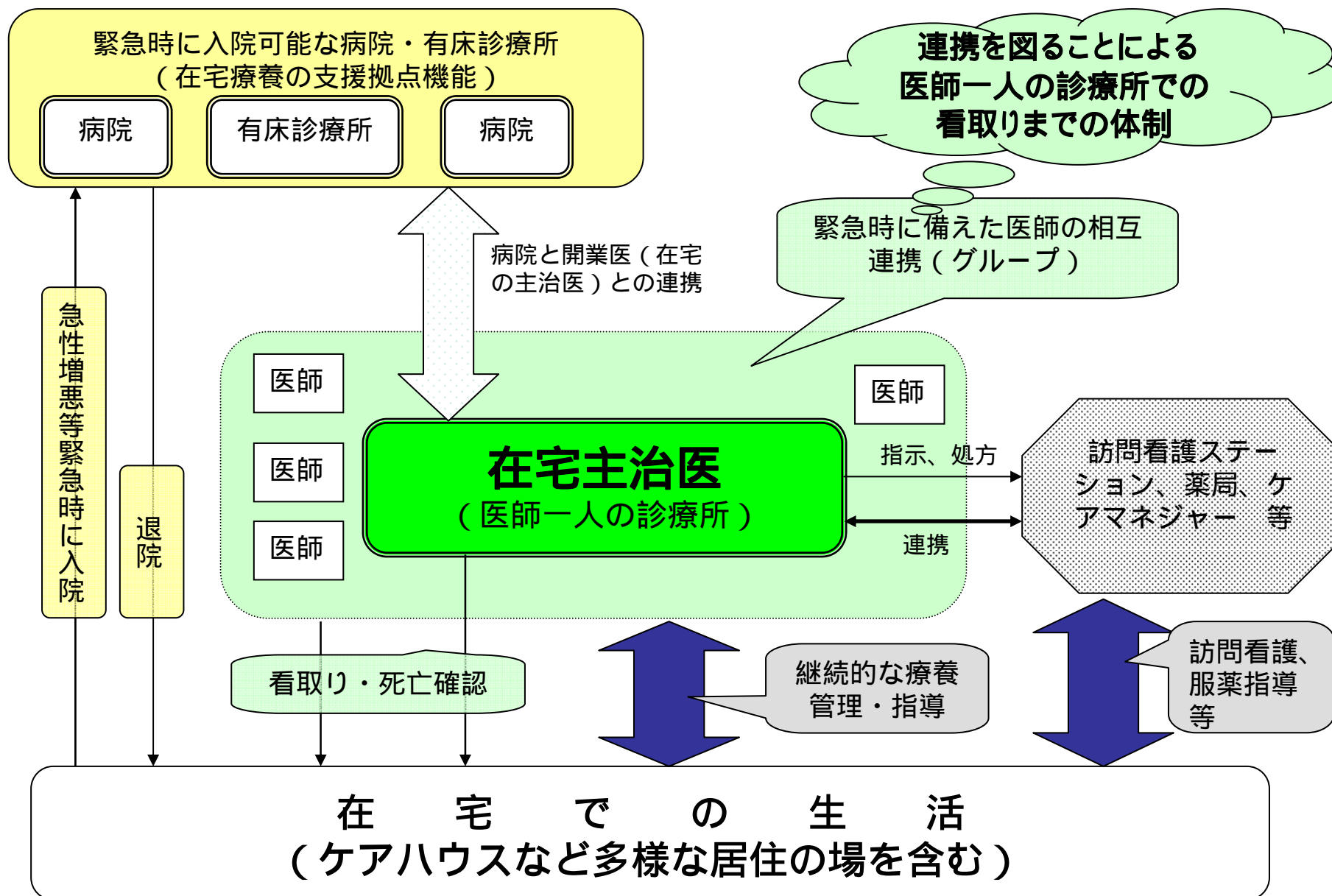
尾道市で行われている在宅での医療と介護の機能分担・連携の例

(ポイント) 高齢要介護者の長期フォローアップとケアカンファレンスの継続
主治医とケアマネジャーがケアカンファレンスに参加



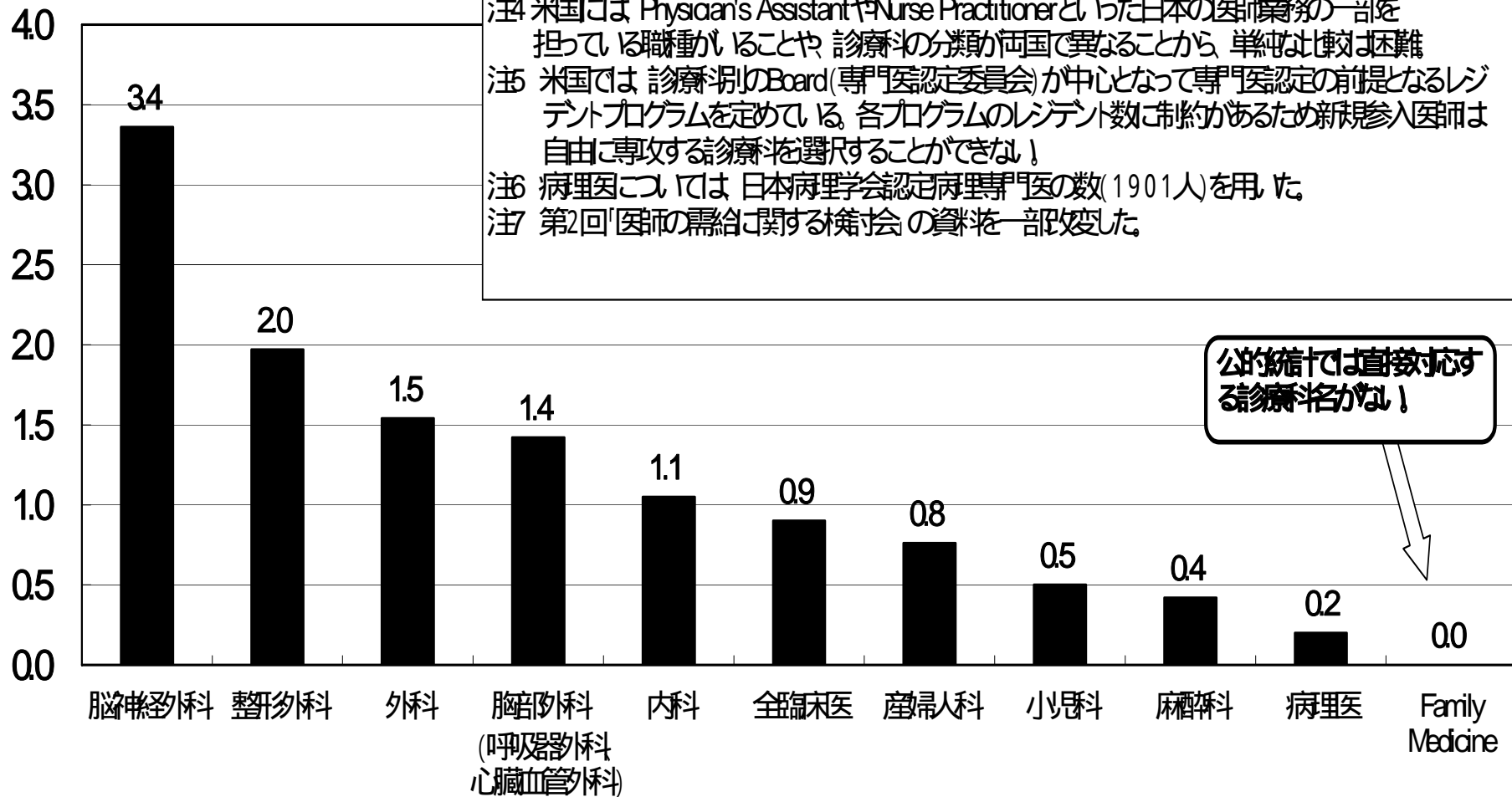
(注) 尾道市医師会作成資料を基に厚生労働省にて作成

在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ



米国の人口当たり医師数を1とした場合の日本の医師数

- 注1 米国データは 2004年6月現在の専門医数(米国では医師の約9割が専門医資格保有)
- 注2 日本データは 2002年末現在の医師・歯科医師・薬剤師調査に基づき「主たる診療科」
- 注3 米国ではInternal Medicine (161,000名)のほかFamily Medicine (65,000名)がある。これを内科に含めた場合は 内科の日本の対米国医師比率は0.75となる
- 注4 米国には Physician's AssistantやNurse Practitionerといった日本の医師業務の一部を担っている職種がいることや、診療科の分類が両国で異なることから、単純な比較は困難
- 注5 米国では 診療科別のBoard(専門医認定委員会)が中心となって専門医認定の前提となるレジデントプログラムを定めている。各プログラムのレジデント数に制約があるため新規参入医師は自由に専攻する診療科を選択することができない!
- 注6 病歴因については 日本病歴学会認定病歴専門医の数(1901人)を用いた
- 注7 第2回「医師の需給」に関する研究会の資料を一部改変した

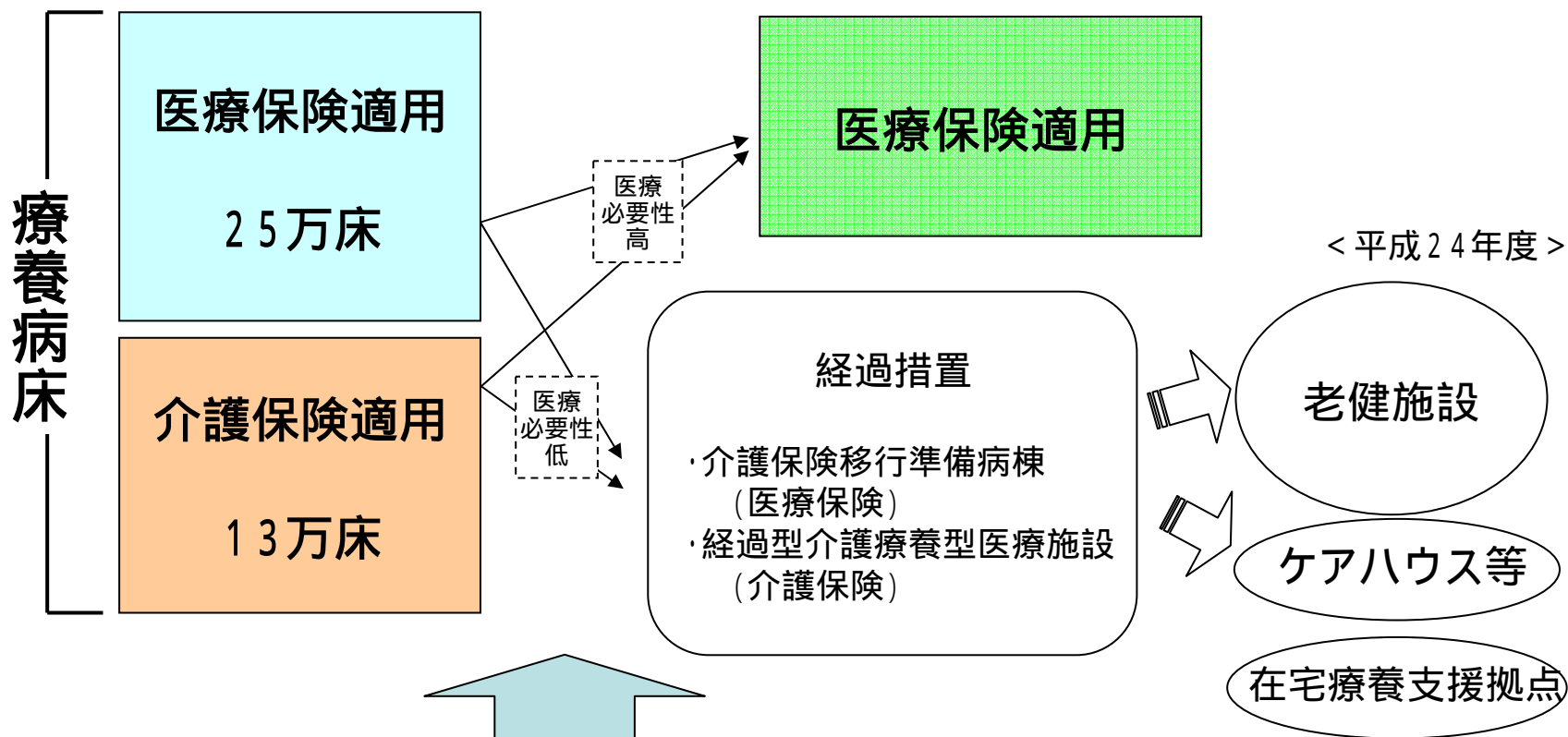


療養病床の再編成について

再編成は次のような形で進めます。

療養病床は全部廃止されるのではなく、医療サービスの必要性の高い方を対象とした医療療養病床は存続します。

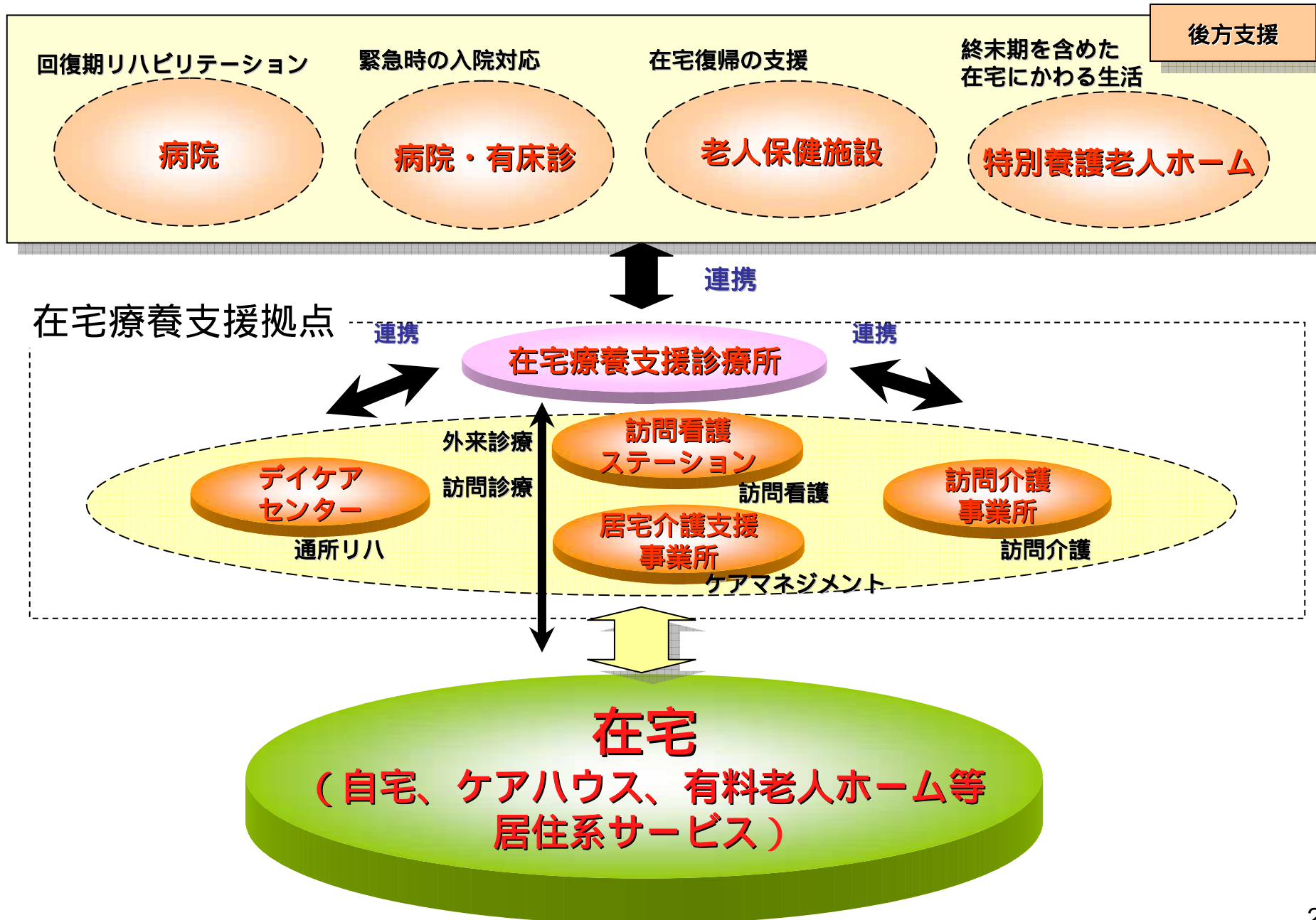
介護療養病床の廃止は平成23年度末であり、その間に老健施設等への転換を進めます。療養病床の再編成を踏まえ、地域のサービスニーズに応じたケア体制の整備を計画的に進めます。



平成18年度の介護報酬・診療報酬改定

介護療養型医療施設の廃止(平成24年3月)

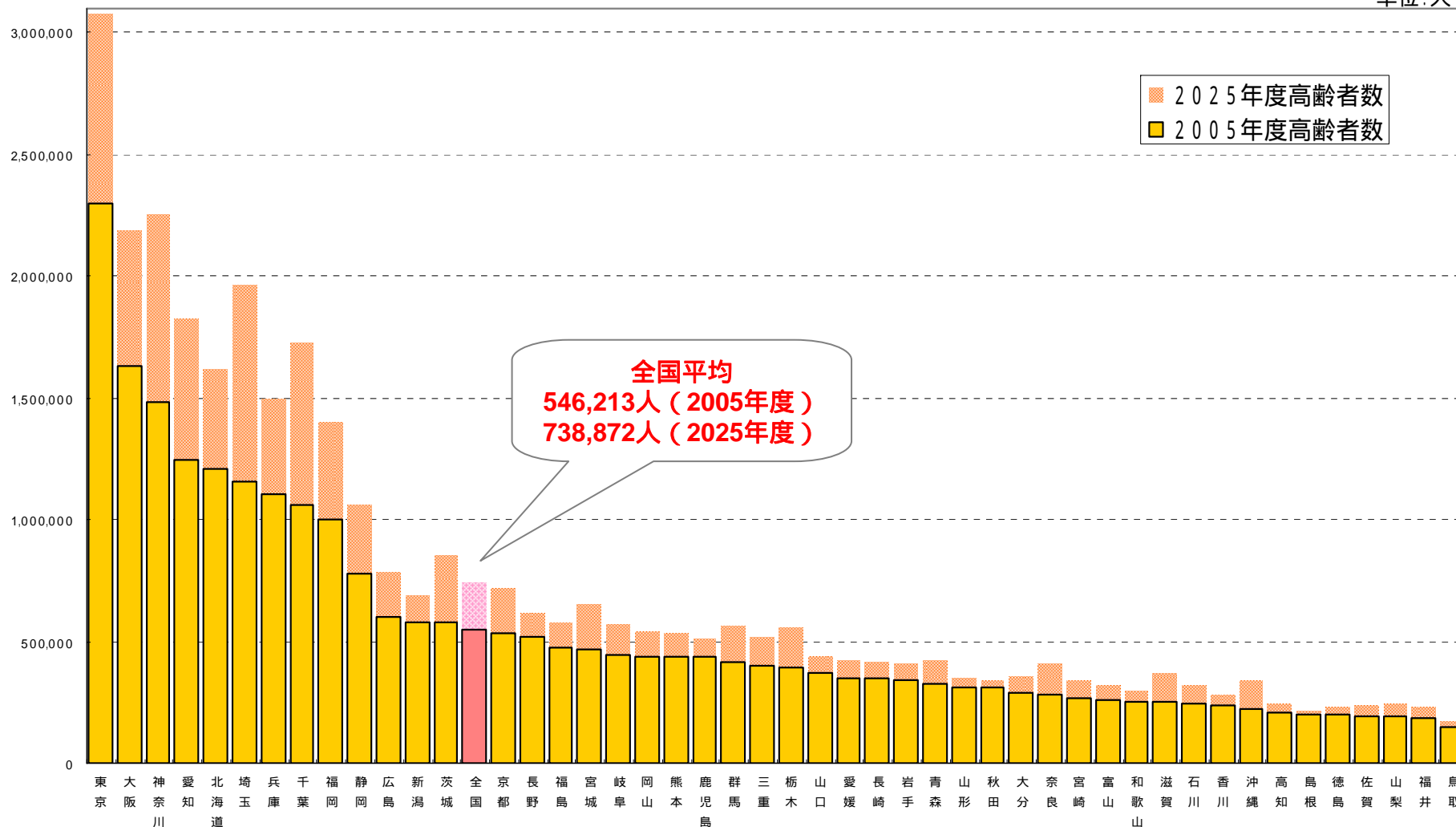
在宅療養支援拠点イメージ ～地域で支えるケアの構築～



都道府県別高齢者数の増加状況

高齢者人口は、今後20年間、首都圏を始めとする都市部を中心に増加し、高齢者への介護サービス量の増加が見込まれるとともに、高齢者の「住まい」の問題等への対応が不可欠になる。

単位：人

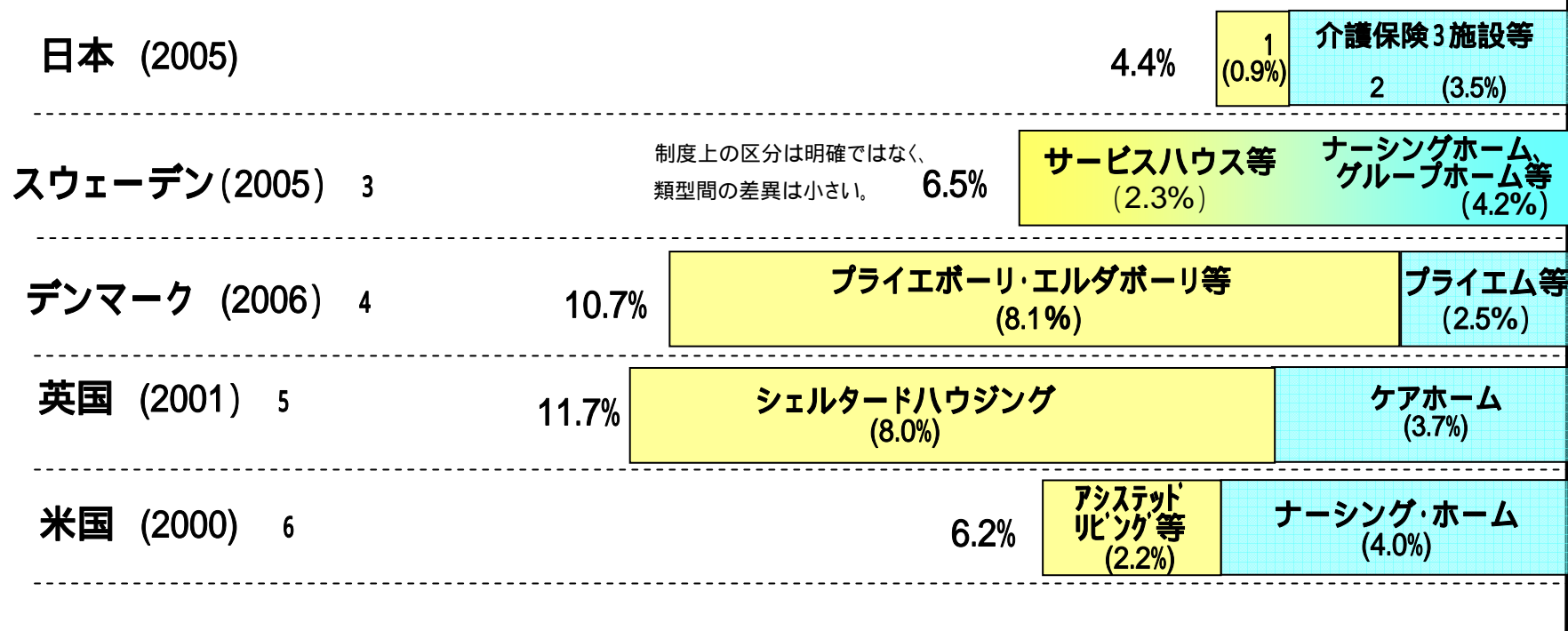


【資料】

2005年の高齢者人口については、総務省統計局「平成17年国勢調査第1次基本集計（確定値）」
 2025年の高齢者人口については、国立社会保障・人口問題研究所「都道府県の将来推計人口（平成14年3月推計）」

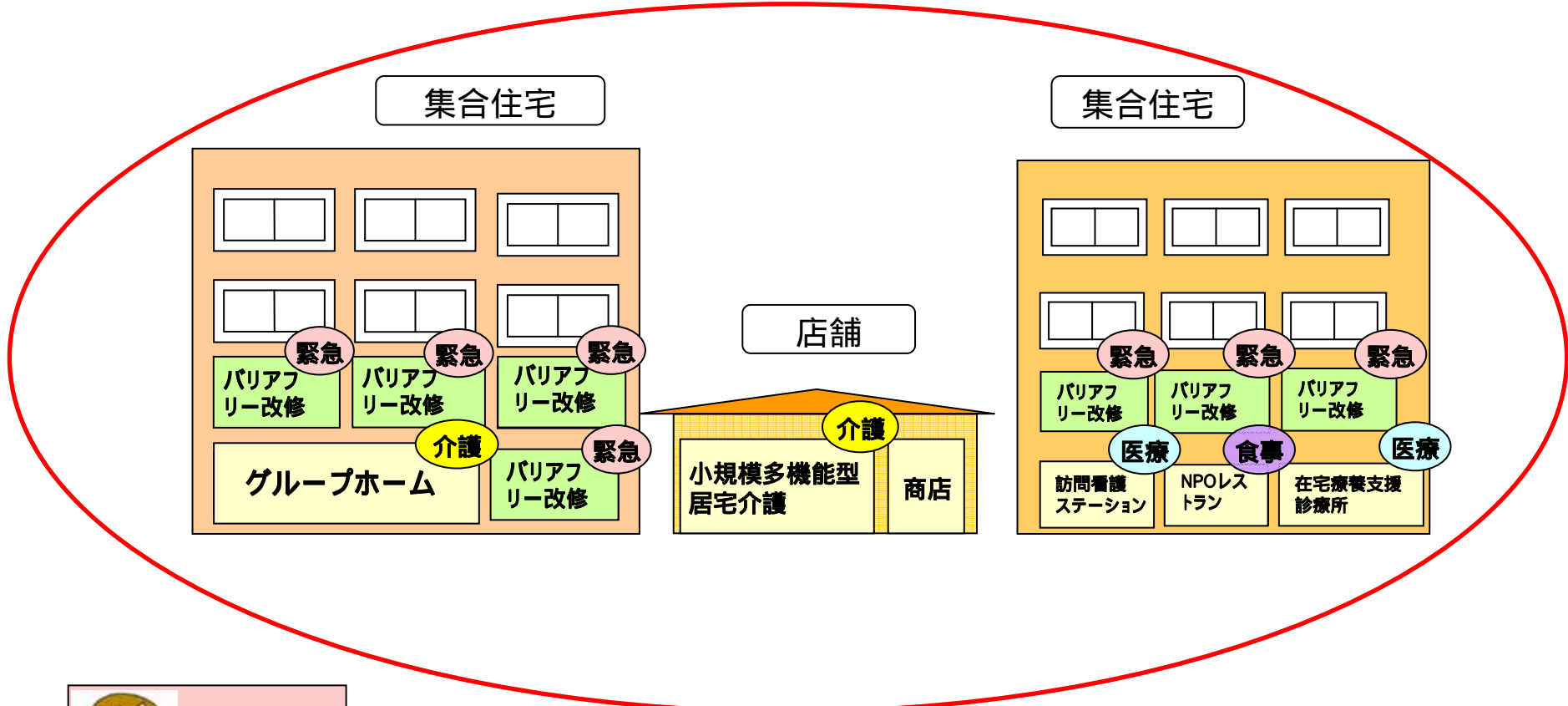
65歳以上人口に占める介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

各国の高齢者の居住状況（定員の比率）（全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合）



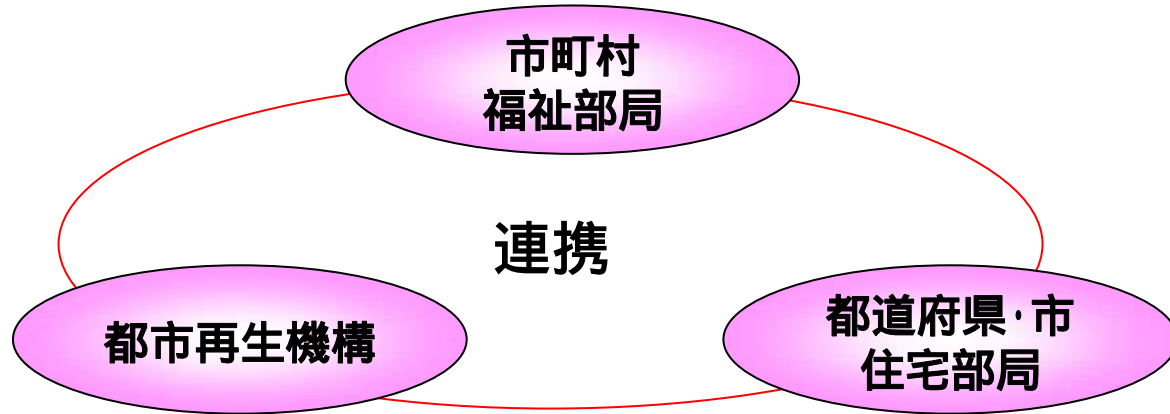
- 1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)。
- 2 介護保険3施設及びグループホーム
- 3 Sweden Socialstyrelsen(スウェーデン社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)
- 4 Denmark Socialministeriet(デンマーク社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)
- 5 Elderly Accommodation Counsel(2004)「the older population」
- 6 日本総合研究所「介護施設等の費用体系に関する総合調査報告書」(2004)

住宅政策との連携のイメージ



連携

タクシー会社



医療費適正化計画及び関連計画等の策定スケジュール

	18年10月	19年3月	19年4月	19年夏～秋	20年4月
医療費適正化		医療費適正化基本方針案の提示		都道府県医療費適正化計画の策定	医療費適正化基本方針の施行
		全国医療費適正化計画(案)の提示			都道府県医療費適正化計画の施行 全国医療費適正化計画の施行
健康増進計画		健康増進法に基づく基本方針改正案の提示			
		都道府県健康増進計画改定ガイドライン確定版を提示		新しい都道府県健康増進計画の策定	新しい都道府県健康増進計画の施行
医療計画			改正医療法施行		
			医療法に基づく基本方針の施行	新しい都道府県医療計画の策定	新しい都道府県医療計画の施行
介護	療養病床アンケート調査の実施・集計・分析		地域ケア整備指針(国)の策定	地域ケア整備構想(都道府県)の策定	(21年4月)第4期介護保険事業支援計画の施行
				第4期介護保険事業支援計画の参酌標準の基本的考え方の提示	

四つの検討の方向性の関係

現状認識(ポイント)

中小病院が多い。病院ごとの特徴が明確ではない。

公立病院を中心に医師確保が困難になっている。

病院が、家庭での介護・在宅療養が困難な高齢者の受け皿となってきた面もある。

地域連携は十分でなく、住民から見えにくい。

病院勤務医の労働環境は厳しい。

診療所の数や診療所勤務医師が増えているが、患者は大病院を選ぶ傾向。

- ・どんな病気でも対応でき安心
- ・診療所が専門病院を紹介してくれるか心配

年間110万人の死亡者のうち在宅での看取りは2割以下。2040年には166万人が死亡する見通し。

一人暮らし高齢者が増加、認知症高齢者が増加、の見通し。

医療機能の明確化・機能分化・連携・情報開示・IT活用の推進

- ・脳卒中、小児救急等の事業ごとに、拠点となる病院の明確化と、地域の医療機関の連携体制づくり
- ・拠点となる病院(マグネットホスピタル)を中心とした医師のキャリアパス、医師派遣システムの構築
- ・医療機関の機能の情報開示の推進、医療機能に着目した地域医療の再編成の検討

機能・特徴のはっきりした病院には大学からも派遣しやすい

総合的な医師確保対策

医師を散在させず、24時間体制をとる病院に集中させることにより、医師の労働環境は改善される

在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進

老健施設、居住系サービス等地域ケア体制の推進(住宅政策との連携)

介護保険との連携

後期高齢者にふさわしい医療の在り方

- ・生活の場における医療
- ・在宅療養を基本とする体制の推進
- ・認知症への対応
- ・看取りのケア 等

病院と診療所、病院同士、介護、在宅医療を含めた連携体制が必要

高齢者の地域での生活を支える在宅医療の推進、これを担う医師の確保が必要

こうした取組を、診療報酬、人材養成等様々な政策で推進

開業医の役割の重視と総合的な診療に対応できる医師の養成・確保

開業医に求められる以下のような機能を明確化する

- ・在宅当番医のネットワークの構築又は休日夜間急患センターへの交代出務
- ・時間外でも携帯電話で連絡
- ・午前外来、午後往診
- ・24時間体制での看取りを含む在宅医療の対応

在宅主治医の位置付け、開業医のチーム化
総合的な診療に対応できる医師の養成・確保、on the jobでの養成システム
患者を適切に紹介できる医師の養成・確保

問題点の整理と、これに対応した今後の医療政策の検討の方向性

医療の情報が少なく、地域の医療体制がわかりにくい



地域における医療機能の明確化や機能分化・連携・情報開示・ITの活用の推進

地域の急性期を担う医療機関の体制が弱まっている



総合的な医師確保対策の推進

夜間や休日などの身近な場所での医療に不安がある



開業医の役割の重視と総合的な診療に対応できる医師の養成・確保

在宅での療養生活を選択することが難しい



在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進

地域における医療機能の明確化や機能分化・連携・情報開示・ITの活用の推進(その1)

検討の方向性

国によるあるべき医療提供体制の姿の明示と診療報酬等様々な取組による実現

医療連携体制の構築の趣旨

- ・各医療機関がそれぞれで多くの診療科を持って人材確保を図ることは現実的にも困難
- ・住民に対し地域で完結した医療が提供できる体制を構築することを目指し、地域の実情に応じて、各医療機関が機能を分担、連携していく
- ・その分担状況と連携の仕組みを住民に明らかにしていく

都道府県医療計画による疾病・事業ごと^(*)の具体的なネットワークの構築と公表

(*)がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の4疾病、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療(小児救急医療を含む。)の5事業

医療機関の機能に関する情報の開示

- ・標榜診療科や、医師、看護師数等の基本的な情報、提供する医療の内容に関する情報、医療連携や医療安全に関する情報など

入院医療の方向性

- ・医療の基本は、できるだけ短期間に集中的に治療し、早期に日常生活等に復帰させること
- ・医療技術の進展等に合わせて、今度更に在院期間の短縮、早期の復帰を進めることが求められる
- ・各医療機関は、治療の各ステージに合わせて各分野の専門的な医療を提供できるよう、地域において求められている病院機能に応じて、自らの医療機能やそれに応じた人員体制、病床数を検討することが必要

中小病院及び有床診療所の今後の位置付け

- ・大病院の急性期を終えた後の回復期リハ、軽度の急性期医療への対応など在宅療養の支援拠点、大病院のない地域での急性期医療、単科の専門病院機能等

地域における医療機能の明確化や機能分化・連携・情報開示・ITの活用の推進(その2)

病院と診療所の機能分化の方向性

- ・診療所は、一次的な地域医療の窓口として、患者の生活管理を含めた日常の生活機能の向上を図るとともに、時間外にも連絡が可能であることや必要に応じ往診を行う等急な発症等への対応が診療所相互間の連携あるいは病院との連携によって実現できるようにする
- ・急性期の病院は、原則として入院治療と専門外来のみを基本
- ・退院後の生活は、再度地域医療が看護・介護サービスとともに受け止め

医療計画の推進と医師確保対策の関係

- ・医療機能の分化・連携を推進し、医療提供体制を適切なものとしていく中で、機能の明確化された病院における勤務が専門医の取得等医師のキャリア形成の中で重要視されることになる。
- ・拠点となる大病院だけでなく、周辺の中小病院での勤務も、拠点病院との関係で位置付けられることになる。
- ・機能や特徴の明確な病院には大学からも派遣しやすい。
- ・各医療機関の機能の明確化と連携体制の確保といった医療計画の取組自体が、医師のキャリアパスシステムの構築となり、医師確保対策となるという関係にあることを踏まえた検討が必要。

医療分野におけるITの積極的な活用

- ・健診や診療情報、レセプトデータ等の収集分析、医療機関の情報化やその情報連携、レセプトオンライン化の推進、健康ITカード(仮称)の導入の検討等

医療提供体制の方向性と診療報酬の体系の関係

地域住民の参加及び受療のあり方等についての実効性ある啓発・広報

医療機能の明確化・分化の推進におけるナショナルセンターと地方中核病院との連携

- ・我が国の医療分野の技術のイノベーションの推進

総合的な医師確保対策の推進

検討の方向性

拠点病院を軸足とする医師のキャリアパスシステムの確立

- ・都道府県が中心となって、地域医療対策協議会を機能させるなど都道府県の役割と機能強化
- ・地域の拠点となる病院づくりと地域医療のネットワーク化
- ・並行して、急性期病院での対応が必要な場合の拠点医療機関へのアクセスの改善策

島根県、長崎県、宮崎県等で、都道府県による医師派遣・キャリアシステムを構築。沖縄県立病院における離島等での診療従事を含めた医師の養成研修事業

マグネットホスピタルの活用

- ・医療対策協議会での検討を基に、医師が多く集まる地域の中核的な病院(マグネットホスピタル)を活用し、医師の供給調整機能を発揮

急性期病院勤務医の負担の軽減策

- ・開業医の役割・機能の明確化、休日夜間急患センターへの開業医の参画
- ・電話相談事業等による患者の受診行動の変化
- ・医療紛争の適切かつ早期解決の仕組み 等

女性医師が働きやすい環境づくり

愛知県岡崎市や大阪府豊能地区において、夜間急患センターへの開業医の参加や住民への啓発活動により、患者の受診行動の変化、医療機関の役割分担の明確化や勤務医の労働環境の改善を実現

医学部における地域枠の拡充等

医師と関係職種との役割分担のあり方の検討

医師のへき地勤務義務づけについての検討と当面の対応

- ・当面は拠点病院勤務医師のキャリアパスに組み込むルールの構築

開業医の役割の重視と総合的な診療に対応できる医師の養成・確保

検討の方向性

開業医の役割・機能の明確化

- ・例えば、在宅当番医ネットワークの構築、休日夜間急患センターへの交代での出務
- ・時間外でも携帯電話で連絡が取れる
- ・午前中は外来、午後は往診や訪問診療
- ・24時間対応での看取りを含めた在宅医療(グループによる対応を含む)

在宅主治医の位置づけの必要性

- ・かかりつけの医師の中から在宅主治医を選んで中心的な役割を担ってもらえると患者にとって望ましい療養が実現

開業医のチーム化と研修の必要性

- ・複数診療所の医師のチーム化やon the jobでのトレーニング(研修)等の支援により、医師一人の診療所であっても、看取りを含めて24時間体制での連絡や相談の機能を果たすことのできる体制の検討
- ・地区医師会の調整機能が不可欠

総合的な診療に対応できる医師の位置付けの検討、在宅医療を担う医師を活用したon the jobでの養成システム

- ・関係団体、学会の意見も踏まえつつ、こうした医師の位置付けについて検討が必要
- ・当面の対応としてのon the jobでの養成システム

患者を適切に紹介できる医師の育成・確保

- ・専門家として患者に適切な情報を提供し、各医療資源への振り分け機能を発揮できる医師の育成・確保

専門医の質の確保等についての第三者機関による一定の関与の必要性

- ・総合的な診療に対応できる医師の位置づけの検討と併せた検討が必要

在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進

検討の方向性

《在宅医療を基本とする提供体制の推進》

医療機関と看護・介護サービス機関等との連携及び患者・家族との調整の推進
チームで対応し後期高齢者の生活を支援する医療の視点
在宅医療を推進する医師の確保 在宅での看取り

《地域ケア体制の推進》

地域ケア体制の計画的な整備 住宅政策との連携
療養病床の再編成と地域における中小病院の機能・役割

《高齢者にふさわしい医療の在り方》 : 生活の質を重視、生活の場における療養、尊厳に配慮、安心できる医療

高齢者の医療の標準化

・高齢者の特性を踏まえた適切な医療の普及

高齢者にふさわしい総合的な評価を行う医療の必要性 (CGA(高齢者総合的機能評価)等)

総合的な視点に立って認知症に対応できる医療の必要性

認知症高齢者や家族を支援する体制の構築

老年医学の考え方の普及及び調査研究の推進

終末期医療ガイドラインの策定

・本人、家族、医療関係者の間での手続き面でのガイドラインの策定を急ぎ、その周知を図ることが必要