

連携など、こうした取組が行われている地域においては、地域連携クリティカルパスを用いた治療計画の説明も行われる等患者にもわかりやすいものとなっているが、連携パスの利用は、まだ一般化していない。

(医療・介護の連携による地域でのケア体制)

在宅医療の中心となるかかりつけの医師が、継続してケアを行っていく中で、再入院等の時も含め、医療機関や看護・介護サービス機関等との連携を図るなど中心的な役割を担う仕組みが採られている地域において、患者は安心して療養生活を送りやすいが、医療面だけでなく介護の相談や家族指導など生活面全般の対応といった全体の連携の進め方をよく承知した上で在宅医療を行ってくれる医師を見つけることは容易ではない。

また、広島県の公立みつぎ病院をはじめ、国民健康保険の直営診療施設が中心(拠点)となって、治療だけでなく、健康づくりから在宅ケア、リハビリ、介護にいたる面的な地域連携を図る地域包括ケアシステムの構築が進められているが、中山間地の小規模な自治体が現場となっており、必要な人材や社会資源の確保に困難があることが指摘されている。

訪問看護は、看護を中心に、医療や介護にも深く関わるサービスである。制度上は、高齢者については、居宅介護サービス計画に位置付けられての介護保険からの給付を基本に、がん末期等で多くの訪問回数が必要な場合等には医療保険から給付が行われているが、近年事業量や訪問看護ステーション数が頭打ちであるとともに、サービスの内容や体制も、ステーションによって差があるという現状にある。

⑤後期高齢者の生活を支える体制

(後期高齢者の急増の見通し)

2030年には、75歳以上の後期高齢者が、現在の2倍近い2260万人に増加する見通しである。

医療施設の整備に伴い、病院を利用しやすくなったことと相まって、昭和30年代には8割の方が家で亡くなっていたものが、昭和50年代に病院で亡くなる割合が上回るようになり、現在は8割の方が病院・診療所で亡くなっており、在宅死亡割合は1割余りとなっている。現在は約110万人である年間死亡者数は、2040年には166万にまで達する見通しとなっており、看取りを含めた医療のあり方が課題となっている。

また、高齢者の一人暮らし世帯が急速に増加することが見込まれるとともに、認知症の高齢者も急増していくことが見込まれる。

(介護施設の整備状況)

介護施設については、ゴールドプランによる整備推進や介護保険制度の実施により、特別養護老人ホーム(定員約38万)、老人保健施設(定員約30万)、ケアハウス(定員約7万)等が整備されている。今後都市部の高齢化が進む中で、高齢者の生活を支える体制をどう確保するかが大きな課題となっている。

2. 患者・住民の視点からみた現状と課題

医療提供体制をめぐるこれまでの経緯を踏まえ、1.において分野別に整理した現状及び課題を、医療の受け手である患者・住民の視点に立って、以下のように整理することができる。なお、医療に対する患者や住民の意識、また、医療提供体制の現状は、都市部とそれ以外の地域など、その置かれた状況によって大きな違いがあり、それぞれの地域の状況やニーズに十分配慮していかなければならないことにも留意が必要である。

①医療の情報が少なく、地域の医療提供体制がわかりにくい

地域のどこでどのような医療が受けられるのか詳しくわかるようにはなっていない。各医療機関の有する機能や患者の入退院、在宅療養の流れなどの現状に関する情報の把握やその開示については、各都道府県において一定程度行われているが、取組状況には差があり、医療の内容に関する情報の提供までを行っている地域は限定的であるなど、全国的には必ずしも十分なものとなっていない。

②地域の急性期を担う医療機関の体制が弱まっている

小児科や産科を中心に、医師確保の難しさから地域の医療機関が診療科を縮小あるいは廃止したり、医療機関自体がなくなることなど、急性期医療の確保が困難となっている地域がある。

特に産科については、病院勤務の医師が退職した後任を確保できず、その病院で分娩を取り扱えなくなった場合、地域にある他の分娩を取り扱う病院に妊婦が集中するために、その病院の負担が高まってしまい、人員体制を強化できなければその病院の医師も負担に耐えられなくなってしまう、という悪循環も生じることとなる。

③夜間や休日など身近な場所での医療に不安がある

普段から自分の健康状態を全体的に把握してくれていて、変調を気軽に訴えたりすることができ、必要に応じて専門の医療機関を紹介してくれる医師を地域で見つけることが難しい。

日中にかかっている診療所はビルの中にあり、夜になると連絡がとれなくなってしまう、往診など在宅医療を行う医師を地域で見つけられない、在宅医療については、急変した時のことや最期を迎える時のことが心配、といった状況がある。

④在宅での療養生活を選択することが難しい

高齢者が急増する一方で往診や訪問診療を行う診療所はむしろ減少しているなど、高齢者の生活を支える地域の基盤は不安定となりつつある。患者にとって、退院により一旦病院から切り離されてしまうと、いざという時に病院に戻れないのではないかとの不安がある。

慢性疾患を複数有することが多い後期高齢者については特に、臓器別の専門医よりは人間全体を診てくれる医師が期待されるが、そうした医師の養成は十分には行われていない。

自宅で最期を迎えることを希望する高齢者が多いが、家族の負担や症状が急変した場合の懸念や、現状では実際には看取ることが病院以外では難しいことから、選択できずにいる。

Ⅲ それぞれの問題点に対応した今後の医療政策の検討の方向性

1. 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

- ◎ 「医療の情報が少なく、地域の医療提供体制がわかりにくい」という問題に対しては、地域における医療機能の明確化や機能分化、また医療連携や情報開示、ITの活用を推進していくことが必要である。この取組と相まって、地域の医療機能の再編成に取り組んでいくことも必要である。

(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)

- 国として、あるべき急性期、回復期、在宅医療等の医療の姿を念頭に置いて、それぞれを担う各医療機関の役割分担、並びに急性期から回復期、回復期から在宅療養といった医療の連携の姿を明らかにすることが求められている。これを明示するとともに、その実現を、診療報酬や必要な人材の養成を含めた様々な政策や関係者の取組により推進する必要がある。

(医療連携体制の構築の趣旨)

- 各医療機関が、地域医療の中で具体的にどのような役割を担い、連携を図っていくのかを、平成18年の医療法改正による新たな都道府県医療計画の作成の過程で明確にしていく必要がある。

各医療機関がそれぞれに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であり、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、各医療機関が、地域の実情に応じて機能を分担・連携していくこと、そして、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ことが求められる。

(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)

- 都道府県の医療計画においては、主要な4疾病・5事業について、発症から入院そして居宅等に復帰するまでの医療の流れや医療機能に着目した診療実施施設(急性期、回復期、在宅療養等の機能ごとの医療機関)を、各医療圏域(これまでのいわゆる二次医療圏域の設定にとらわれることなく、それぞれの疾病・事業に応じた地域連携を図る圏域)ごとに明示する。 【資料p3、10、11参照】

(注)主要な4疾病・5事業:平成18年の医療法改正に際し、「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」を、新たな医療計画において具体的な医療連携体制を構築すべきものとして位置付けている。

(医療機関の機能連携の例)

- 医療機関の機能連携の進め方としては、例えば青森県では、モデルとした二つの医療圏において、関係医療機関や地区医師会等との話し合いの場を設け、地域連携パスのたたき台を出して関係者の合意を形成しつつ、参加医療機関を増やし、これを他の圏域にも波及させる方式を推進している。人口減少地域であるか、あるいは大きな人口を抱えている地域であるか等、各都道府県ごと又は県内でも地域によって置かれている状況が異なるので、各都道府県において、様々な事例を参考にし、地域の実情に応じた推進方策を確立することが期待される。【資料p4参照】

(医療機関の機能に関する情報の開示)

- 平成18年の医療法改正において制度化された、医療機関の標榜診療科や医師、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一定範囲の医療機能情報について、都道府県を通じて及び医療機関自らが開示する「医療機能情報提供制度」については、患者・住民に対しわかりやすい情報提供がなされるよう、的確な制度運用を図る。

【資料p6参照】

(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して治療し、早期に日常生活や残存機能を生かした療養生活に復帰させることにあり、入院医療についても、今後更に、医療技術の進展等に合わせて、在院期間の短縮、早期の復帰を進めていくことが求められる。

具体的には、それぞれの地域において、前述の急性期、回復期、在宅を含む療養期といった治療の各ステージに合わせて、それぞれの分野の専門的な医療を提供することにより実現していくことになるが、各医療機関は、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、病床数をどのようなものとするかの検討を進めていくことが必要となる。

(中小病院及び有床診療所の今後の位置付け)

- 医療機関間の機能分担を考慮するに当たり、大病院における高度な急性期を終えた後の回復期リハの機能や、軽度の急性期医療への対応など地域の診療所と連携した在宅療養の支援拠点機能、といった機能を有する中小の病院が、身近な場所に存在することが望ましい。

また、大病院を設置できない地域においても、ある程度の急性期の医療に対応できる中小病院があることが必要である。このほか、単科の専門病院としての機能を持つ中小病院も考えられる。

また、入院機能を有する診療所(有床診療所)について、看護等の職員体制が薄いといった課題もあるものの、地域における貴重な社会資源として有効な活用を図つ

ていくべきである。

こうした個々の中小病院や有床診療所が地域において果たすべき機能・役割については、地域の様々な実情に応じて、医療計画においても可能な限り具体的に明記されるべきである。

(病院と診療所の機能分化の方向性)

- 病院と診療所の機能分化の方向性は、
 - ・ 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生活機能の向上を図りつつ、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こと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こと
 - ・ 急性期の病院は、質の高い入院医療が24時間提供されるよう、原則として入院治療と専門的な外来のみを基本とする
- という方向性に向かうべき、と考える。また、退院後の生活においては、再度地域医療が訪問看護や介護サービス等を活用して受け止めていく必要がある。

(各都道府県の医療計画の推進と医師確保対策の関係)

- 各都道府県の医療計画の体系の下で、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医師のキャリア形成(専門医取得等)の中で重要視されることとなる。

拠点となる大病院だけでなく、その周辺に位置付けられる中小規模の病院についても、その大病院との関係で機能を明らかにすることにより、医師の研修の受け入れ等キャリアパスシステムの中に位置付けられることとなる。

機能や特徴のはっきりした病院には大学からも派遣しやすい。また、医師を散在させずに24時間体制をとる病院に集中させることにより、勤務する医師の労働環境は改善されることになる。

- 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に係る取組自体が医師確保対策となる。各都道府県の医療対策協議会は、医師確保についての検討を進めるにとどまらず、今後、都道府県医療審議会等において議論することとなる医療機関間の機能分担と連携のあり方についての議論も踏まえていくことが必要である。

(医療分野におけるITの積極的な活用)

- 医療サービスの質の向上と効率化や医療サービスに係る情報収集・分析・評価を行っていく上で必要な基盤であるIT(情報技術)を積極的に活用していく必要がある。例えば、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)の導入の検討等を進め、生涯にわたる健康情報の利活用、医療機関のネットワーク化や電子的情報連携、事務の効率化や医療安全の確保といったIT活用による効果の実現を目指すことが必要である。 【資料p7参照】

(医療提供体制の方向性と診療報酬の体系の関係)

- 医療連携体制の構築や、後述する開業医の果たすべき役割や機能の明確化、在宅医療の推進など、医療提供体制のあり方として方向性を明らかにしている事項については、診療報酬の体系においてもこれを後押しするという関係性を明確にしていくべきと考える。

(地域住民の参加及び受診のあり方等についての実効性ある啓発・広報)

- 地域の医療連携体制の構築の検討に当たっては、専門家だけの議論に終わらせることなく、様々な形で地域住民の参加を求めることが必要である。そうした取組を通じ、
 - ・ 地域の医療資源は有限であり、地域全体の医療を守っていくためには病院と病院、病院と診療所、病院・診療所とその他のサービス等の効率的な役割分担を図る必要があること
 - ・ 患者の側においても、自らの健康状態を全体的に把握してくれていて信頼関係も強いかかりつけの医師を持ち、専門的あるいは高度な医療を必要とする場合にはその紹介で必要な医療を受けるなど、適切な受診のあり方が求められること等についての実効性のある啓発・広報を図ることができるとともに、具体的な医療機関等との役割分担と連携の状況の住民への情報の浸透も併せて可能となる。
このため、国においても、地域住民の理解を得て適切な受診行動を普及啓発するなどの地域の取組を促し、また、こうした好事例をまとめて関係方面に参考として紹介するなどを進める必要がある。

(保健所の役割)

- 地域の医療連携体制の構築に当たっては、平素より地域の医療情報を掌握し、医療機関と地域住民の間に位置する保健所が、地域住民の適切な受診行動の普及啓発を含め、積極的な役割を果たすことが期待される。

(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)

- 各都道府県における医療機能の明確化・分化の推進に際しては、ナショナルセンターも重要な役割を果たすべきである。特に、がん対策等政策医療の臨床水準の均てん化と更なる推進が求められている。

このため、現在がん対策で進められているようなナショナルセンターと地方の中核病院との連携を念頭に置いて、都道府県の医療計画等との連携を図りつつ、ナショナルセンターにおいては、がん、循環器病、精神・神経疾患、感染症、代謝症候群、成育医療、長寿医療等の各政策医療分野の医療、研究、人材育成、情報発信の牽引車としての役割や、高度先駆的技術の開発、高齢者の在宅医療システムの全国への普及等を行う役割を担うとともに、政策提言を行うことができる方向で、平成22年度の独立行政法人化に向けて、その果たすべき役割や機能等について検討を進める必要がある。【資料p8参照】

こうしたシステムの普及を図ることにより、我が国の医療分野の技術のイノベーションを推進していく必要がある。

2. 総合的な医師確保対策の推進

- ◎ 「地域の急性期を担う医療機関の体制が弱まっている」という問題に対しては、拠点病院を軸足とした医療提供体制の再編成、急性期病院勤務医の負担軽減、医学部卒業生の地元定着の促進など総合的な医師確保対策に取り組むこと、併せて医療従事者の質の向上と役割分担の明確化を図ることが必要である。

【資料p23参照】

(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)

- 医師確保対策の中心的課題は、基本的には産科・小児科を中心とする急性期病院に係る対応である。急性期の病院において、医師が忙しく、責任も重く、医師が定着しにくい構造となってきた。この認識の下、急性期病院について集約化・重点化を図り、その拠点病院と地域医療とのネットワーク(拠点病院から地域医療への医師派遣を含む。)の中でキャリアアップしていくという仕組みを確立し、専門医となりたい者にとっても安心して働け、かつ、専門性を着実に向上させることができるという専門医のキャリアパスシステムとして位置付けることで、医師確保を図っていく必要がある。【資料p12、24参照】

- これを実施していくには、

ア 都道府県が中心となって、大学等の参画を得て医療対策協議会を実効あるものとして機能させることをはじめ、医師派遣についての都道府県の役割と機能を強化するとともに

イ 地域の拠点となる魅力ある病院づくりと地域医療とのネットワーク化を図る

ウ 並行して、急性期病院での対応が必要な場合の、拠点の医療機関へのアクセスの改善策を講じる必要がある。

(都道府県による医師派遣等の取組の例)

- 例えば島根県、長崎県、宮崎県においては、医師を県職員として採用し、県内の離島等医師確保が困難な地域の医療機関での勤務と、症例の多い県立病院等での勤務あるいは本人の希望する研修を組み合わせた医師の養成・確保事業を行っている。また、沖縄県では、症例の多い県立病院において、離島等における診療の従事を含めた医師の養成研修事業を行っている。【資料p25参照】

(マグネットホスピタルの活用)

- 1. に記述したとおり、医療機能の分化・連携の取組自体が医師確保対策となり、これに加えて都道府県が医療対策協議会での検討を基に、公的病院を中心としたいわゆるマグネットホスピタルを活用して、医師の供給調整機能を発揮できるようにすることで、地域の病院の医師確保は可能となっていくものと考えられる。

なお、よい指導医のいる病院が、医師にとってはそのキャリア形成上魅力のある病院であることから、マグネットホスピタルの活用に当たっては、大学との連携を図る等により、そうした人材の確保に留意する必要がある。【資料p24参照】

(急性期病院勤務医の負担の軽減策)

- 厳しい状況にある急性期病院の勤務医の負担を軽減するため、各般の施策を講じることが急がれている。このため、まず、3. で後述する開業医の役割・機能の明確化を通じ、少なくとも休日夜間急患センターに地域の開業医が参画すること、また、電話相談事業の実施等により、患者の受診行動の変化を働きかけること(併せて、啓発広報等により、患者側における適切な受診行動を促進することも重要)に取り組むことや、関係職種との役割分担の検討(後述)を進めることが必要である。

また、訴訟の対象となる割合の高い診療科に取り組む医師を確保する観点からも、死因究明制度の検討や産科医療補償制度の導入を含めた医療紛争処理制度などにより医療紛争の適切かつ早期の解決を図る仕組みづくりを急ぐ必要がある。

なお、地域で具体的な対策を講じる際には、現在の病院の給与体系において、個々の医師の能力や努力、確保の困難性が給与や処遇に反映されにくいといった構造があることにも留意が必要である。

(女性医師が働きやすい環境づくり)

- 産科・小児科等をはじめ、女性医師の数全体の増加が予想される中で、女性医師がライフステージに応じて柔軟に働くことができるよう、院内保育所への補助や、

職場復帰のための研修、女性医師バンクの活用といった取組を本格的に進めていくことが必要である。

(医療機関の役割分担と住民への啓発活動の例)

- 愛知県岡崎市においては、小児救急体制について、地元保健所の調整の下で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の作成などの患者・住民への啓発活動を行ったところ、大学からの派遣や地元開業医の交代出務によって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の受診者は減少している。

【資料p15参照】

また、大阪府豊能地域においては、四市二町の共同で広域こども急病センターを設置し、大学等からの派遣や地元開業医の交代出務により診療を行うこととした結果、住民はまずセンターに受診するようになり、重症な患者(全体の3%以下)が市立病院等に搬送されることとなった。これにより、従来は5つの病院でそれぞれ、軽症、重症混在した状態の小児救急診療(夜間態勢は各病院とも小児科医一人)を実施していたものが、各病院をまず受診しようとする救急患者が8割程度減少するなど役割分担が図られるとともに、小児科勤務医の労働条件も改善されている。

【資料p14参照】

(医学部における地域枠の拡充等)

- また、医師確保対策の一環としては、
 - ア 現在、各大学で設定されている、医学部の入学者選抜における地元出身者のための入学枠(いわゆる地域枠)
 - イ 卒後、一定期間地元の医療機関で医療に従事することを条件とする都道府県の奨学金の拡充を一体的に推進し、今後とも、地域医療への関心と意欲を高めつつ、医学部卒業生の地元定着の促進を図ることが必要である。(その際には、島根大学医学部が実施する地域枠のように、志願者に対して、出身地近辺の医療機関等における体験活動や、市町村長による面接を課し、地域医療に対する強い意志と資質を確認する方法もある。)

【資料p27、28参照】

(医師と関係職種との役割分担のあり方)

- 医療の質の向上を図り、また、患者のニーズによりの確に応えていくためには、医師が本来の業務に専念できるような体制の構築や、チーム医療を推進するために医師の業務の効率化や質の向上を図ることが必要であり、こうした観点から、関係職種(歯科医師、看護職員、事務職等)の資質の向上や役割分担のあり方を検討する必要がある。