

・精神科医療機関における従事者の確保について

検討の方向性	主な意見
<p>○ 国民のニーズ及び若手医師のキャリア形成の双方に資するよう、学会・医療機関等が連携して、若手の医療従事者の養成の充実を図ることにより、精神医療への魅力を高め、精神科の従事者の確保を図ることが求められる。</p>	
<p>○ 精神病床の医療の質の向上を図るために、段階的に看護職員等の人員基準の充実を目指すべきではないか。（「入院医療における病床等の機能」の論点を参照）</p>	<p>○ 人員配置を引き上げて、質の高い看護を提供していくことが、看護職の確保につながる。（小川構成員）</p> <p>○ 医療観察法における手厚い人員配置、他職種チームによる治療やリハビリが精神医療の中で汎化されていくべき。そのような体制が整うよう、予算措置を考えていくべき。併せて実質ある精神科医療の特例の撤廃を書き込むべき。（大塚構成員 第20回）</p>
<p>○ その上で、医療従事者数が有限であることを踏まえ、精神医療の中でも、最も必要な分野に重点的に医療従事者を確保する必要があるのではないか。</p>	<p>○ 国がベッド数を削減して、スタッフを充実し、診療報酬を上げるという具体案を提案すべき。（上ノ山構成員）</p>
<p>○ 具体的には、在宅医療、救急・急性期医療、精神・身体合併症に対する医療、各領域の専門医療等、今後需要の見込まれる分野に勤務する医療従事者が相対的に増加し、長期入院患者の病棟等に勤務する医療従事者が相対的に減少するよう、施策を講じるべきではないか。その際、新たな分野に従事する者への研修等についても考慮するべきではないか。</p>	<p>○ 救急、地域の部分にどれだけの人手とお金をかけるか。東京は特別として、地方では救急の輪番への助成が減っており、救急はもたない。救急には人手が必要ということに十分配慮しつつ、手当と地域差を踏まえた体制づくりが重要。（長尾構成員）</p> <p>○ 「地域が病院である」という考え方を進めていくような施策が必要なのではないか。（伊藤構成員）</p> <p>○ 病院、診療所、福祉及び医療を調整する機関が必要。調整機関を誰が担うのかを検討すべきではないか。（上ノ山構成員）</p>
<p>○ 確保の難しい医師・看護師の業務を軽減する観点も踏まえ、他の職種の従事者の資質の向上や更なる活用について、どう考えるか。</p>	<p>○ 医療業務以外の業務や書類が多い。もっと簡便にやれるような形を検討すべき。（長尾構成員）</p>

◆地域医療体制のあり方・入院医療体制のあり方について【第20回】

・統合失調症による今後の入院患者数についての考え方

検討の方向性	主な意見
<p>○ 統合失調症の入院患者数については、地域移行等の努力が現状通りであった場合、今後減少することが予想される。</p> <p>○ 一方、ADL や IADL の障害を主たる原因として入院しているなど、居住先や支援が整えば退院できる患者が存在することを踏まえ、福祉サービスの供給量を増加させ、また、精神科救急医療、訪問看護等の地域生活を支える医療の充実を図り、入院患者数を、現状がそのまま推移した場合の予測値よりも更に減少させることを目標とすべきではないか。</p> <p>○ 統合失調症の入院患者数は、平成 17 年に 19.6 万人であったが、具体的にはこれを改革ビジョンの終期に当たる平成 26 年までに 15 万人程度まで減少させることができるよう、各般の施策を講じるべきではないか。また、その達成状況も踏まえつつ、平成 27 年以降においても、各般の施策を展開することにより、より一層の減少を目指すべきではないか。</p> <p>○ また、同時に、高齢精神障害者については、現にその多くが ADL や IADL の支援を要する状況であることを踏まえて、適切な生活の場を確保することが必要ではないか。</p>	<p>○ 統合失調症の将来推計だが、過去 5 年間、統合失調症の入院患者は減っているが、病床はほとんど減らなかった。(田尾構成員)</p> <p>○ 目標は、居住の場やサポート体制等のサービスの量を勘案して立てるのが本来の姿。ただ単に目標設定だけが突然出てきて、それに向かって努力しましょうというものではない。(長尾構成員)</p> <p>○ 近い将来、4 割ぐらいの方は退院可能だとすると、15 万というは、私はもうちょっといけるだろうと思う。今は、データに基づいて、支援のあり方とかりハビリのあり方を整えていくべき。数値目標そのものよりも、数値目標の中身について議論していくべき。(大塚構成員)</p> <p>○ 一般病床並みに人員配置基準を改めるべき。当分の間という人員配置基準も期限を切って本則に戻していく。本則自体も是正すべき。そういうことを通じて 15 万床へということであれば非常に理解ができる。(小川構成員)</p>

・認知症による今後の入院者数についての考え方

検討の方向性（一部抜粋）	主な意見
<p>○ 認知症を主病として精神病床に入院している患者数は近年増加しており、その中には、退院先の確保待ちや、セルフケア能力の支援等のため、必ずしも入院による治療を要さない者も存在する状況が明らかになっており、医学的に精神病床への入院が必要な者は、入院患者のうち一定割合であるものと考えられる。</p> <p>○ このため、平成 22 年度までのものとして現在行われている、認知症の有病率や BPSD の発生頻度等に関する調査を早急に進め、その結果に基づき、認知症の専門医療機関の機能を更に明確化・重点化する観点も踏まえて、精神病床（認知症病棟等）や介護保険施設等の入院・入所機能とその必要量等を検討すべきではないか。</p> <p>○ その際、認知症高齢者の心身の状態に応じた適切な支援の提供を確保し、また、精神科の専門医療を機能させるためにも、入院治療を要さない者が入院を継続することのないよう、介護保険施設等の生活の場の更なる確保と、認知症に対応した外来医療及び介護保険サービスの機能の充実について検討するべきではないか。</p>	<p>○ 統合失調症で減ったベッドを認知症が埋めていくという危険性がある。世界の先進諸国では認知症を精神病床で見ている国はない。認知症のモデルはもっとほかの方法がある。また、退院先を決めておかないと、認知症も統合失調症などと同じ社会的入院者が多く占めるようになり、そのような状況が既に起こっている。介護保険の施設に入所するよりも、精神科病院に入院するほうが安上がりになる場合があり、危険な状況。（田尾構成員）</p> <p>○ 認知症の社会的な入院の方をつくり出さない仕組みが必要。今の介護保険では、認知症の方を支える仕組みとしては量も質も足りない。精神症状に対する介護保険施設の対応力について底上げも必要。また、精神科医療との連携が足りない。精神科医療もアウトリーチでリエゾンをしに行くべき。常にかかわり状態像を判断しながら、リエゾンをしていく役割が精神科医療の役割。（長野構成員）</p> <p>○ 特養では一部精神科医療との連携加算がついているが、グループホームにも精神科医療との連携加算をつけるべき。マンパワーが圧倒的に足りない状況にある。（長野構成員）</p> <p>○ 国の補助金との関係もあり、施設の個室化をすすめるを得ないが、個室化により利用価格が高くなってしまう。（坂元構成員）</p> <p>○ 認知症の方の対応も含めて、看護補助加算を一般病棟の入院基本料で認めるべき。また、人を確保して身体合併症の医療を行うべき。（小川構成員）</p> <p>○ 居住系サービスの整備とあわせて住宅手当の助成ができないか。（大塚構成員）</p> <p>○ 認知症疾患医療センターは出口のコントロールが現行制度の中では全くされてない。また、かなり地域偏在がはっきりしている。（末安構成員）</p> <p>○ 法を正しく運用して認知症の方の入院を医療保護入院にすることは今すぐやらなければいけない。2～3年後にはこのBPSDを伴わない認知症の方は強制入院の対象にはならないということを決めるべき。（中島構成員）</p> <p>○ 民間の有料老人ホームに入っても、ほとんどの方が医療費が別途かかるということを知らない。また、病院と介護施設との連携は非常に悪く大きな価格差が生じており問題。（坂元構成員）</p>

・その他の疾患による今後の入院患者数についての考え方

検討の方向性	主な意見
<ul style="list-style-type: none"> ○ 統合失調症・認知症以外の疾患による精神病床への入院患者数は、近年やや減少傾向にある。 ○ 一方で、この中には、気分障害など患者が増加している疾患や、依存症等、今後も適切な治療・支援が不可欠な分野が含まれている。 ○ このため、統合失調症・認知症以外の疾患による精神病床への入院患者数については、当面、これまでと同程度と見込むことでよいか。 	

・居住系サービス等の確保についての考え方

現状と課題及び検討の方向性	主な意見
<p>○ 精神障害者に対する障害福祉サービス量は平成19年11月と比べると約4割増加し、全サービス利用者延べ数に占める精神障害者の割合も平成19年11月の8.3%から平成21年3月には10.2%に上昇している。</p> <p>○ 特に、居住系サービスについてみると、法施行後の約2年半の間で、精神障害者の利用者数が、約1.5倍に増加（旧体系サービスからの移行分を差し引いて約6000人分の純増）している。</p> <p>○ 居住系サービス利用者に占める精神障害者の割合は上昇傾向にあるが、仮にこれを26%で一定とすると、障害福祉計画における居住系サービスの整備目標（合計：8.0万人分 平成20年度末比：3.2万人分増）が達成された場合、精神障害者の居住系サービス利用者数は、平成20年度末よりも約8000～8500人程度増加すると見込まれる。</p> <p>○ 今後、新たな目標値に基づいて統合失調症患者の地域生活への移行を更に進めていくために、障害福祉計画に基づく障害福祉サービス見込量についても、その上乘せについて検討を行うとともに、計画的な整備を一層進めていくべきではないか。</p>	<p>○ 自立支援法になり、ニーズに応じて地域資源は増やせるようになっている。（田尾構成員、門屋構成員）</p> <p>○ 現在の自立支援法の改正案では、グループホーム・ケアホームの補助が充実することになっており、今後ますます増えていくのではないか。（野沢構成員）</p> <p>○ 自立支援法になってから、居住系のサービスが増えたという実感はない。（長尾構成員）</p> <p>○ 地域のサービスには、インフォーマルなサービスもあり、いろいろな資源が受け皿につながっている。（品川構成員）</p> <p>○ 住宅については、公的な整備が必要。（末安構成員）</p> <p>○ 福祉サービスだけでなく、地域での外来医療がベースにならないと、入院から地域へという流れを支えられない。現在外来で行っている心理教育や、認知機能に対するリハビリテーション等に対して適正な評価をすべき。（上ノ山構成員）</p> <p>○ 福祉のケアマネジメントと言われているが、医療を含んだケアマネジメントであるべきで、医療機関の側においてもケアマネジメントが進んでいくような制度設計がなされるべき。外来においても、そのようなケアマネジメントがあってしかるべき。外来機能の強化をすべき。（上ノ山構成員）</p> <p>○ ケアマネジメントそのものは地域生活を支える方法論としてある。福祉、医療というふうに分けるのではなくて、医療の必要な人が生活をする上で、医療も包括した形のケアマネジメントがごく当たりと認識しているので、地域の側が医療の方々と連携をとって行う。そこだけは誤解のないようにしていただきたい。（門屋構成員）</p>

・目標の達成状況の評価・目標設定に関する考え方

現状と課題及び検討の方向性	主な意見
<p>3. 精神保健医療福祉体系の再編に向けた今後の目標設定に関する考え方</p> <p>○ 改革ビジョンの前期5年間の取組を踏まえ、後期5年間において改革ビジョンの趣旨を更に実現できるよう、特に精神保健医療福祉体系の再編のための取組を強化すべきとの認識の下で、具体的目標についても、施策の実現に向けた進捗管理に資するよう、以下のような観点から見直すこととしてはどうか。</p> <p>◆ 統合失調症、認知症の入院患者数をはじめとして、施策の体系や、患者像（入院期間、疾病、年齢）の多様性も踏まえた適切な目標を掲げるべきではないか。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 「受入条件が整えば退院可能な者」に替わる指標として、「統合失調症による入院患者数」を、特に重点的な指標として位置付け目標値を定めるとともに、定期的かつ適時に把握できる仕組みを導入してはどうか。 	<p>○ 突然退院可能者数の調査をすることをやめるのではなく、主観的なところをどうやったら客観的に持っていけるのか、精神医療の中で考えていくことが必要。（大塚構成員）</p> <p>○ どういう精神医療が日本にとって必要なのだという議論をすべき。ここでは語られていない。小さな部会でも開かないと、語られないような気がする。それ抜きでは、単なる数字合せになってしまう。（門屋構成員）</p> <p>○ 以前は数値目標を上げることで、体制を変えることができたが、今回は、具体的にどうするかということを検討しないと、数値目標だけではつじつま合わせになってしまうことが危惧される。（山根構成員）</p>

<ul style="list-style-type: none"> ・ 認知症については、平成 22 年度までのものとして現在行われている有病率等の調査を早急に進め、その結果に基づき、精神病床（認知症病棟等）や介護保険施設等の入院・入所機能のあり方とその必要量等や、介護保険施設等の生活の場の更なる確保と介護保険サービスの機能の充実について検討を行いつつ、適切な目標値を定めることとしてはどうか。 ◆ 障害福祉計画における目標値（退院可能精神障害者数）についても、上記の「統合失調症による入院患者数」に係る新たな目標値や、障害福祉サービスの整備量に関する目標との整合性を図りつつ、見直しを行うべきではないか。 ◆ また、医療計画の「救急医療等確保事業（5 事業）」における目標値等を踏まえつつ、地域ごとに、精神医療体制を構築する際に活用できる目標設定についても検討を行うべきではないか。 ○ 上記のアウトカムに関する目標に加え、施策の実施状況等のプロセス評価についても適切に組み合わせて、より効果的に施策の進捗管理を行うべきではないか。 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 精神病床の削減を進めながら、地域支援体制について引き続き増強・拡充の方向で進めていかなければならない。精神保健医療福祉全体の財政フレームが 97 対 3 という割合でなかなか地域活動のほうに十分に回っていない。この枠組みを変えていくべき。（伊澤構成員） ○ 医療提供の地域偏在や格差という問題がある。この議論の先には限界が明確にあるが、こういう場所で議論すべき。（末安構成員） ○ 1 病院当たりの医療提供の有効性や限界、医療内容についても議論すべき。（末安構成員）
---	---

○ 精神病床数については、改革ビジョンに基づき設定された、医療計画における基準病床数を誘導目標として引き続き掲げるとともに、都道府県や個々の医療機関による取組を直接に支援する具体的方策について検討することとしてはどうか。

○ 適正病床数については、増やしてもいい地域があつて、それ以外は現状維持というところ、今後精神病床は増える可能性があるのではないかと。病床過剰地域に対しては、適正病床に近づける行政指導をする、ペナルティーを課すということを確認に示すべき。また、精神科病院自らが病床削減を目指すような政策誘導も検討すべき。(田尾構成員)

○ ベッドを満床にしないと経営が維持できない体制のままではベッドが削減できるわけがない。具体的に精神医療をどのようにしていくのかということをはっきり語るべき。ベッドを削減するといっても、これは例えば経営者の経営努力によって削減させるものなのか。国は責任をどのように考えて、どのように果たしていくのか明示すべきではないか。(上ノ山構成員)

○ 入院病床をこのまま維持するのはやはりまずい。今ある病床のスタッフを地域に移行させて、どのように有効に活用していくのかということがある程度ははっきりしないと、安心してダウンサイジングできないため、病床転換のシステム明確にした上で、ダウンサイジングの具体的なスケジュールを示していくことが望ましい。また地域における外来治療の充実に対して、どのようなマンパワーを投入し、どの程度の体制とするか明確にすべき。(上ノ山構成員)

○ 精神科病床の今後のあり方に関する検討については、この問題についてのみピンポイントで扱う特別委員会等を設置し、諮問機関として、精神科病床の削減と時代状況を踏まえた病床の有効活用法等を検討する機会を持っていただきたい。その諮問機関からの答申をもって、時限立法のようなものを立ち上げ、予算的にも瞬間最大風速的につぎ込み、病床の削減と必要な施設整備や設備整備も盛り込んだ展開を一挙に進めるべきではないか。(伊澤構成員)

○ 患者とか障害者側から見れば、国の政策誘導で病院をたくさんつくり、そちらに誘導されて地域での生活を奪われてきた。地域での生活を奪われてきたことに対する責任をどのようにとるのだということを強調したい。今こそ国の責任において地域での生活というものを保障してほしい。(野沢構成員)

○ 病床削減の話題には、経営防衛のようなものが大きく影響しているように思う。病院の経営不安がなければ、精神科病床数はいくら必要なのか。病床数削減の7万あまりも、認知症で埋めさえしなければ死亡退院で減っていく数値ではないか。(山根構成員)

これまでの議論の整理と今後の検討の方向性（論点整理）

平成 20 年 9 月 3 日
今後の精神保健医療福祉の
あり方等に関する検討会

【関係部分抜粋】

Ⅲ 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方

1. 基本的考え方

(1) 我が国の精神保健医療福祉施策の沿革

- 我が国の精神保健医療福祉施策については、明治 33 年の「精神病患者監護法」の制定まで法的な規制は存在していなかった。同法により、私宅、病院等での監置制度が設けられたが、私宅監置を容認していたため医療保健の面では極めて不十分であった。
- 戦後、昭和 25 年の精神衛生法の制定により、都道府県に対する精神科病院の設置義務付けや指定入院制度の創設を行い、それ以降、自宅や地域における処遇の問題を改善する観点から、精神科病院への入院を中心とした処遇が進められてきた。
- その後、昭和 39 年にはいわゆる「ライシャワー事件」が起こり、昭和 40 年には通院公費負担制度を創設し、在宅精神障害者の訪問指導・相談事業を強化する等の精神衛生法の改正が行われた。この改正以降、精神障害者の社会復帰の推進を図ったものの、我が国においては、医療、福祉等の精神障害者の地域生活を支える資源が不十分であり、この時期に精神病床数を急速に増加させた。また、昭和 36 年 10 月の精神衛生法の改正による措置入院費の国庫補助率の引き上げ等を背景として、措置入院患者数についても、昭和 35 年の約 1.2 万人が昭和 45 年には約 7.7 万人でピークに達するなど急速な増加をみせた。
- さらに、その後、昭和 59 年に起こった、精神科病院における無資格者による診察等の実施や看護助手らによる暴行が行われた事件等、精神科病院における人権侵害事件を契機に、入院患者をは

じめとする精神障害者の人権擁護を求める声が高まり、それを背景に、昭和 62 年には、精神障害者の人権に配慮した適正な医療及び保護の確保と精神障害者の社会復帰の促進を図る観点から、任意入院制度の創設や精神医療審査会の創設等を内容とする精神衛生法の改正が行われ、法律の名称も精神衛生法から精神保健法へと改められた。

- 障害者基本法（平成 5 年）、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（平成 7 年）、障害者自立支援法（平成 17 年）の成立等を経て、入院処遇中心から地域移行への方向転換が図られてきたが、地域生活を支える医療・福祉サービスの提供体制が十分でないことや、我が国における精神疾患や精神障害者への理解が十分でなかったこと等の理由により、その成果は未だ十分でなく、依然として多くの長期入院患者が存在している。

(2) 今後の精神保健医療福祉施策の基本的考え方

- このように、現在の長期入院患者の問題は、入院医療中心であった我が国の精神障害者施策の結果であり、行政をはじめ関係者は、その反省に立った上で、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づいて、今後の施策の立案・実施に当たるべきである。
- 精神保健医療福祉施策に関しては、今後も、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律及び障害者自立支援法に則り、また、障害者権利条約等の国際的な動向も踏まえつつ、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく方策を更に推し進め、精神障害があっても地域において安心して自立した生活を送ることができるようにするとともに、精神疾患に罹患した場合にも早期に適切な医療にかかれるような社会としていくことを基本的な考え方とし、以下の柱に沿って、施策を講ずるべきである。
 - 1) 精神疾患の早期発見・早期対応による重症化の防止のための体制の整備
 - 2) 急性期入院医療の充実等による入院医療の質の向上や、精神科救急医療、精神科訪問看護等地域生活を支える医療の整備を通じた入院の長期化や再入院の抑止
 - 3) 地域における福祉サービス・医療サービス等の充実を通じた入

院患者の地域生活への移行及び地域生活の支援の一層の推進と、長期入院が必要な患者に対する適切な療養の提供

- 具体的施策については、上記の基本的な考え方や施策の柱を踏まえて、以下の方向性でその推進を図るべきである。

- ①地域生活を支える支援の充実

精神障害者が、地域において質が高く適切な福祉サービスや医療サービス等の必要な支援を十分に受けることができる体制作りを行う。

- ②精神医療の質の向上

救急医療の整備、入院医療の急性期への重点化等、疾患や病期に応じて人権に配慮した適切な医療が提供されるとともに、精神医療の質が向上することにより、精神障害があっても、地域において安心して生活を営み、かつ、入院した場合でもできる限り早期に地域生活に戻ることができる体制作りを行う。

- ③精神疾患に関する理解の深化

精神疾患に関する正しい理解が進み、精神疾患にかかった場合でも早期に適切な対応が行われ、かつ、精神障害者が地域の住民として暮らしていくことができる社会を構築する。

- ④長期入院患者を中心とした地域生活への移行・定着支援

①から③までの取組を進めることにより、既に長期にわたり入院している精神障害者を中心として、それぞれの特性を踏まえつつ、地域生活への移行・定着をはじめとして、入院から本人にふさわしい生活への移行・定着までが、円滑に行われる流れを作る。

2. 施策の推進体制等について

- 上記の考え方にに基づき、精神保健医療福祉施策を推進していくに当たっては、将来のあるべき姿（ビジョン）を示した上で、可能な限り、客観的な指標に基づく明確な数値目標を定め、それを実現するためのロードマップを明確にし、必要な財源を確保しつつ個別の対策を講じ、更に定期的にその進捗状況を評価するという一連の政策の流れを徹底すべきである。

- また、精神障害者の地域生活への移行及び地域生活の支援等の施策が着実に推進されるよう、市町村を中心とした地域（都道府

県・政令指定都市、保健所設置市区、その他の市町村等)における検討・推進体制(当事者の施策立案過程への参画を含む。)のあり方や制度上の位置付けについても検討すべきではないか。

その際、市町村等における人的・財政的な基盤の確保や、地域における施策の推進体制の強化等のための障害福祉計画の充実、医療計画と障害者計画や障害福祉計画との関係をはじめとする各種計画の相互関係の強化のための方策等についても検討すべきではないか。

- なお、上記のビジョンの提示や数値目標の設定、ロードマップの明確化については、本年末に予定されている本検討会の中間まとめや来年夏頃に予定されている本検討会の最終まとめにおいて具体的に示すことを目指して今後検討を行うこととし、具体的施策の検討については、IVからVIまでで示す方向性に沿って進めることとしてはどうか。

V 精神保健医療体系の再構築に関する今後の検討の方向

1. 検討の基本的方向性

- 今後の精神保健医療福祉施策に関する基本的考え方や検討会におけるこれまでの議論を踏まえ、今後、精神保健医療体系については、以下の基本的考え方に沿って検討を行ってはどうか。
 - ・ 人員基準の見直しや医療計画制度の見直し等、医療制度全体に係る近年の取組の状況も念頭に置きつつ、精神保健医療の水準の向上を目指す。
 - ・ 病期（急性期、回復期、療養期）や疾患（統合失調症、認知症、うつ病、身体合併症、児童・思春期等）に応じて、入院医療をはじめとする医療機能のあり方を明示した上で、将来的な病床の機能分化や医療体制の姿を提示する。
 - ・ その際、統合失調症をはじめとする精神疾患に関する入院の短期化や、認知症患者の増加等の疾病構造の変化や精神病床・介護保険施設等の入院・入所機能のあり方を含めた認知症に係る体制の全体像に関する総合的な検討を踏まえた上で、機能に応じた病床の必要数を明確化し、これを踏まえて、住まいの場をはじめとする地域生活支援体制の整備を進めるとともに、それぞれの機能にふさわしい人員・構造等の基準を明らかにしそれに応じた適切な評価を行いつつ、統合失調症患者の地域移行を更に促進するなどして、病床数の適正化を図る。
 - ・ 入院や通院を含めた医療機能について、関連する他のサービスとの連携も含めて医療計画に記載するなど、制度的な対応を充実する。

2. 個別の論点

(1) 入院医療について

- 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」に掲げられた方向性や地域移行の推進という施策の方向性を踏まえ、病期や疾患に応じた入院機能のあり方を明らかにするとともに、病棟・病室（ユニット）単位での機能分化を含め病床機能分化の推進のための具体的方策について検討すべきではないか。