

医療提供体制のあり方

日本医師会・四病院団体協議会合同提言

2013年8月8日

日本医師会・四病院団体協議会

目 次

1. 基本方針	1
2. かかりつけ医	3
2.1. かかりつけ医の定義	3
2.2. かかりつけ医と在宅医療	5
3. 医療・介護の再編	6
3.1. 大きな方向性	6
3.2. 病床の区分	8
3.3. 病院と病床機能との関係	10
3.4. 有床診療所の意義	12

1. 基本方針

日本医師会・四病院団体協議会は、医療提供体制のあり方については、全国画一的な方向性を目指すのではなく、地域の実情にあわせて構築していくべきであるとする。地域住民が、地域の実情に応じて安心して医療を受けられるようにするためである。ここに、医療提供体制構築に向けての基本方針を示す。

医療提供体制構築にむけての基本方針

日本医師会・四病院団体協議会

1. 現在の超高齢社会にあっても、世界最高水準の健康水準を守り、国民の生活の安心を支えるため、国民とビジョンを共有しながら、新たな時代にふさわしい体制構築に向けて、国民とともに取り組む。
2. このため、発症からリハビリテーション、在宅復帰支援までどのような病期にあっても、患者の病態にあわせて、最善の医療を切れ目なく提供する体制を構築する。
3. 患者の命を守る質の高い医療を目指すとともに、生活の質を重視し、患者を支える医療を実践する。このため、地域の医療・介護・福祉との連携の下、地域包括ケアシステムの実現に向けて、在宅医療を含めた地域特性にあわせた柔軟な医療提供体制を構築する。

基本方針における私たちの考え方

上記基本方針を掲げるに当たっての、我々の考え方を表明しておきたい。

我が国は、WHOにおいても世界最高の保健医療水準と評価されているが、医療介護に対するニーズの急激な増大の一方で医療現場は負担の増大など様々な問題が顕在化しており、今後の超高齢社会において引き続きこの水準を維持し、国民の期待に応えて続けていくことは決して容易なことではない。

しかし、75歳以上人口が急速に増加する2025年までに残された時間は少なく、必要な体制構築は、医療界だけではなくまさに国民的、国家的課題と言える。重要なことは、医療提供者、国民、行政の三者が将来の姿のビジョンを共有しながら一体となって取り組むことである。

特に、従来 of 医療提供体制が急性疾患モデルを中心としたものだったのに対して、今後増大する慢性疾患モデルでは急性期対応後のリハビリテーションや治療、重症化予防を視野に入れた体制が不可欠となっている。この受け皿づくりと流れの道筋づくりに関係者が一致して取り組まなければならない。国民の理解も必要不可欠である。

これは病院だけの改革ではなく、「かかりつけ医」と病院の連携が必要になり、さらに介護、地域サービスとの連携も必要になる。現在、「地域包括ケア」の重要性が叫ばれているが、医療提供者としても積極的に参画していくものである。

このような、ビジョンと改革実行には、医療提供者の自主的取り組みに加え、制度的、財源的支援は必要不可欠である。

中長期的なビジョンと医療法をはじめとする制度的枠組みの整備、枠組みに沿った医療機関の自主的な改革努力と機能強化等に対する公的支援、必要な体制構築に取り組む全ての医療機関の経営努力を公平に支える適切な診療報酬体系の実現、及びこれらのための財源措置を強く求めたい。

2. かかりつけ医

超高齢社会では、高齢者の日常生活の不具合も含む早期発見、早期治療（対応）、長期にわたる慢性期かつ複数疾患の医学的管理の必要性がさらに高まり、身近で頼りになる「かかりつけ医」の役割、機能はますます重要になる。また、「かかりつけ医」には、国民の疾病予防や健康管理を支える役割も担っている。

国が推進している地域包括ケアシステム（住まい、医療、介護、予防、生活支援が、日常生活の場で一体的に提供できる地域での体制）においても、「かかりつけ医」がその中心的な役割を担う仕組みの構築が重要である。

日本医師会・四病院団体協議会は、こうした背景を踏まえ、患者・国民の健康に、生涯にわたって幅広く対応していくことを目指して、「かかりつけ医」の養成、「かかりつけ医機能」の充実に努める。

なお「かかりつけ医」のほか、「総合医」「総合診療医」などの名称があるが、今後も引き続き議論し、国民がどのように受け止めているかを見極めつつ、あらためて整理する¹。

2.1. かかりつけ医の定義

「かかりつけ医」は、以下の定義を理解し、「かかりつけ医機能」の向上に努めている医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない。そして、かかりつけ医は、患者のもっとも身近で頼りになる医師として、自ら積極的にその機能を果たしていく。

¹ 厚生労働省 専門医の在り方に関する検討会『中間まとめ』（2012年9月）「総合的な診療能力を有する医師の名称については、「総合医」、「総合診療医」、「一般医」、「プライマリ・ケア医」、「家庭医」などの定義を明確にした上で、国民にとって分かりやすい名称、例えば「総合医」に統一して整理することについて」は引き続き議論が必要とされている。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002jbsf-att/2r9852000002jbtw.pdf>

また同検討会は、『専門医の在り方に関する検討会 報告書』（2013年4月）で、総合診療医（総合的な診療能力を有する医師）を「総合診療専門医」として基本領域の専門医に位置づけることを提案している。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju-att/2r985200000300lb.pdf>

「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

「かかりつけ医機能」

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

2.2. かかりつけ医と在宅医療

高齢社会の進展などにより、在宅医療の中心的役割を担う「かかりつけ医」の重要性はますます高まる。今後は「かかりつけ医」がより主体的に在宅医療に取り組んでいく必要がある。

また、希望する患者が安心して在宅医療を受けることができるような環境整備も重要である。そして、在宅医療は、患者や家族の選択を尊重するものでなければならない。他職種との連携による環境整備、患者や家族の選択の支援についてもかかりつけ医の役割は大きい。

日本医師会・四病院団体協議会は、在宅医療を推進するため、今後率先して、「かかりつけ医」をはじめとする在宅医療に携わる医師および医療関係職種の養成、研修を支援する。

3. 医療・介護の再編

3.1. 大きな方向性

医療資源、介護資源が一定以上整備されている地域において機能が重複している場合には、その整理が必要である。一方、医療資源が十分整備されていない地域では、医療に切れ目が生じないように、地域性に応じた機能の見直しと整備が必要である。医療提供体制はこうした点を踏まえて構築していく必要があり、そのために病床機能情報の報告・提供制度を活用する。この制度の下で、都道府県が情報の収集、分析を行い、これを踏まえて地域の医療提供者、関係者等が主体的に医療提供体制を構築していく。

現時点では、医療提供体制のあり方について、大きな方向性として、以下のとおり提言する。

1. 地域の人口等に応じて一定数確保すべき病床は、医療計画に適切に組み込んでいく。
2. 急性期病床は地域における医療ニーズの実態と客観的な将来見込みを踏まえて再編を行う。病期としての急性期には、病態として重症・中等症・軽症が含まれる。このうち、救命救急センター、集中治療室等、専門医が常時配置されている病床は高度急性期病床として独立させる。高度急性期を担う病院はより急性期に集中できるように、人員・設備を充実する必要がある。また、軽症ほど早期に回復期に移行できる。一方、超高齢社会においては医療ニーズも変化し、さまざまな病期に適時・適切に対応する必要があることから、急性期、回復期、慢性期を担う医療機関が適切に役割分担と連携をすることも必要である。なお、ここでいう回復期には、ポストアキュート（急性期を脱したいいわゆる亜急性期の入院医療）および回復期のリハビリテーションが含まれる。なお、医療の効率化や集約化は、各地域の実情に合わせた提供体制構築の結果として進むものである。

3. 慢性期病床は地域の高齢化の実情と客観的な将来予測等を踏まえて他の提供体制と合わせて適切に構築されていくべきものであり、介護療養病床の廃止は見直していく必要がある。

4. 今後の超高齢社会では、これまで以上に在宅医療の充実が必要である。かかりつけ医による在宅医療を推進するとともに、身近なところにいつでも入院できる病院等を用意して、自宅や居住系施設、介護施設など、どこにいても医療が適切に確保できるように、地域毎に医師会や医療機関が行政や住民と協力しながら、介護など連携した地域包括ケアシステムを確立していく。

3.2. 病床の区分

現在、医療法では、一般病床は、いわゆる「その他の病床」（精神病床、感染症病床、結核病床、療養病床以外の病床）という位置づけであり、明確には定義されていない。また、「亜急性期」という名称はポストアキュートか、サブアキュートかを明確にしないまま用いられている。そこで、あらためて以下のように病期に応じて病床区分を整理する必要がある。また、ここでの区分を用いて、病床機能情報の報告・提供制度で報告を行っていくことを提案する。

表 報告する病床の区分（案）

名称（仮称）	内 容
高度急性期病床	<ul style="list-style-type: none"> ・救命救急センター、集中治療室等、救命のために専門医等が常時配置されている病床。
急性期病床	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期医療を提供する機能を持つ病床。 ・急性期の病態として重症・中等症・軽症があり、各病院の機能に応じた急性期医療を提供する。 ・多くの診療科を総合的に持つ病院病床、特定の専門分野の病院病床、地域に密着した病院病床と、地域の医療ニーズに応じてそれぞれが必要とされているため、きめ細かな報告制度が必要。 ・在宅や介護施設等の患者の急性増悪に対応する。 ・二次救急を担う。 ・地域包括ケアを推進するために、かかりつけ医との連携機能、介護との連携、患者支援などの機能も有する。
回復期病床	<ul style="list-style-type: none"> ・急性期経過後で引き続き入院医療が必要な患者に医療を提供する機能を持つ病床。リハビリテーションが必要な患者に専門的リハビリテーションを提供する病床とそれ以外の病床がある。一般病床でも療養病床でもこの機能を報告できることとすべき。
慢性期病床	<ul style="list-style-type: none"> ・長期にわたり療養を必要とする患者に医療を提供する病床。

3.3. 病院と病床機能との関係

地域の医療・介護・福祉資源を有効に活用するためには、適切な機能分化と連携が必要である。

機能分化と連携の目指すものは、患者が適時・適切に必要な医療を適切な場所で十分に受けることができる体制を構築することにある。したがって、機能分化は、各地域それぞれの医療資源等を踏まえて、地域の実情を十分に反映し柔軟に進めるべきである。

ここでは、主な例を示すが、これに限定されるわけではなく、地域ごとの将来ニーズを踏まえ、それぞれの病院が効率よく機能を発揮し、地域の連携体制が働き、かつ病院の経営が安定するような体制構築が求められる。

こうした体制構築に向け、各病院が機能構築を適切に判断できるための制度・財源両面にわたる支援が必要であり、医療法をはじめとする制度的枠組みの整備、医療機関に対する公的支援に加え、どのような機能を選択しても地域や患者ニーズに応じている限り経営が安定して成り立つよう、体制構築に取り組む全ての医療機関を公平に支える、それぞれの機能のコストを適切に反映した診療報酬体系の実現がきわめて重要である。



3.4. 有床診療所の意義

有床診療所は、地域の「かかりつけ医」として外来診療、在宅医療、そして在宅介護への受け渡し機能を担っている。有床診療所は、「かかりつけ医」自らが入院医療も担っており、今後は「地域密着多機能型」の入院機能を担っていくことも期待される。また、専門医療を提供するための小規模入院施設としての役割を担う有床診療所もあり、まさに地域の実情に応じて柔軟に活用できるようにすることが求められる。

地域密着多機能型の入院施設としての有床診療所、専門医療を中心に提供する有床診療所がそれぞれ地域で必要な役割を果たすためには、それぞれを適切に評価していくことも必要である。

有床診療所の5つの機能

1. 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡し機能
2. 専門医療を担って病院の役割を補完する機能
3. 緊急時に対応する医療機能
4. 在宅医療拠点としての機能
5. 終末期医療を担う機能