

救急医療体系図

救命救急医療(24時間)

- ・救命救急センター(185カ所)
- ・新型救命救急センター(16カ所)

平成18年12月1日現在

- ・総合周産期母子医療センター(61カ所)
- ・地域周産期母子医療センター(207カ所)

平成18年7月1日現在

(未熟児等)

入院を要する救急医療(休日・夜間)

- ・病院群輪番制病院(411カ所)
- ・共同利用型病院(10カ所)

平成18年3月31日現在

入院を要する小児救急医療(休日・夜間)

- ・小児救急医療支援事業(144地区)
- ・小児救急医療拠点病院(28カ所(60地区))

平成18年9月1日現在

初期救急医療(休日・夜間)

- ・在宅当番医制(666地区)
- ・休日夜間急患センター(508カ所)

平成18年3月31日現在

小児初期救急センター
(平成18年度補正予算により整備)

小児救急に関する電話相談(休日・夜間)

小児救急電話相談事業(35カ所)

平成19年3月1日現在

大人の救急患者

子どもの救急患者

第10次 へき地保健医療対策の鳥瞰図

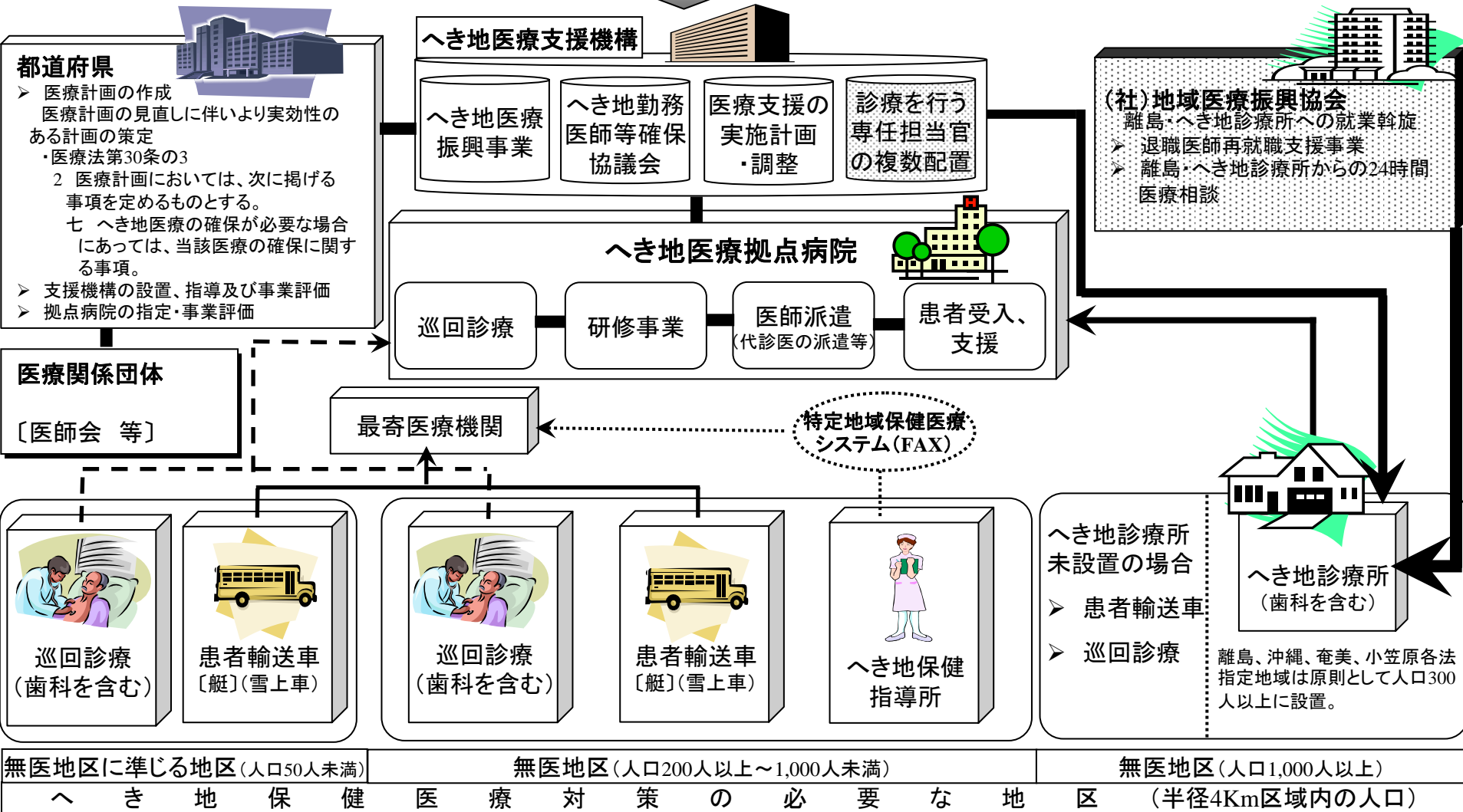
第10次計画：「へき地・離島の医療サービスを担う医師及び医療機関を確保するための新たな方策」

「みんなで考える」

- 医療計画の策定を通じて、地域住民の納得が得られ、かつ、持続可能な体制に に向けた検討
- 「へき地・離島医療マニュアル」による知識の共有
- へき地医療支援情報システムを通じた広報（普及啓発）

「みんなで支える」

- へき地医療支援機構の強化を通じた、診療所支援及び調整機能の強化
- 情報通信技術による相談の相手先機関の確保
- 新たな枠組みによる、医師と医療機関の配置と役割の調整



第1回医療施設体系のあり方に関する検討会において出された意見

(医療連携体制・かかりつけ医、医師確保との関係について)

意見の概要

- かかりつけ医の機能がもったきちんと整理されて国民に周知されなければならない。また、制度としてどうするかという問題と診療報酬上の手当をどうするか、基盤整備にどう取り組むかを検討せねばならない。
- 「大病院の外来診療のあり方」に関して、本当に高機能な医療が必要な患者とそうでない患者の振り分けを紹介制等で行っているが、それで良いのか患者の視点からも考える必要がある。また、そもそも大病院とは何かを考える必要がある。
- 昔かかりつけ医に関して意識調査をした時、医師の技術についての差ではなく、施設や総合力によって引きつけられているところがあった。そのため、システム全体を考えていかねばならない。
- 大病院を受診する患者が多いため、勤務医が疲弊して辞めるという状況があり、それが医師の偏在を生んでいるのではないか。なぜ、患者が大病院に流れるのかを議論していく必要があると思う。また、地域医療の専門医等プライマリケアの専門医というものも育成していくことを考えた上で、この制度を考えていく必要がある。
- 病院というものは、入院を主として診るべきものであり、外来も診なければ病院として成立しないという状況はおかしい。
- 医療機関の機能分化、連携が重要だと考えるが、そのためにそれぞれの医療機関に求められる役割を明確にし、その役割に集中できるような体制の整備が必要である。

- 平均在院日数の短縮のためには、地域医療連携が重要だと考えるが、そこでキーになるのがかかりつけ医である。そのかかりつけ医の役割を患者の視点でどう構築していくのかを検討する必要がある。
- かかりつけ医、診療所、大・中・小規模病院との連携を確実に作り上げていくようにすべき。また、国民が選択してみようと思うような在宅医療のあり方を検討すべき。
- 連携のアウトカム評価が今までなされていなかったもので、その仕組みについて議論すべき。
- 地域連携クリティカルパスが非常に連携ツールとして効果的であり、在院日数の短縮にもつながるため、この検討会の中で是非議論したい。
- 病院、診療所の受入体制がどのようになっているかの情報が欠けているため、病病連携、病診連携を自分たちでやらねばならない。そういった情報の公開を受入先の病院でやってもらえるといい。また、診療報酬や税制も視野に入れて議論をすべき。
- 地域医療連携体制を組み上げるのに、どのような連携体制を組むかがポイントになると思う。在宅医療の推進、地域医療連携体制の推進、かかりつけ医を中心とした地域の医療提供体制等を考える上では、薬の供給体制のこと等できちんとフォローすべき問題だと思う。地域医療を考える上での薬局の有り様について、議論していただきたい。
- かかりつけ医の役割が何なのかということをもう少し明確に、現実に応じた形で情報提供していくことが必要であり、そういった情報提供のあり方も考えていく必要がある。

- 医師の需給に関する検討会で報告書が出され、医師の数は足りているということであるが、実際には地域偏在等があり、現場では医師が足りないという状況。よって本検討会でも医師の需給のあり方について議論をしたい。
- 病院勤務医の過重労働のため、医師が病院から診療所へ流れてしまっている。この悪循環を変える措置を講ずる必要がある。
- 医師の仕事の一部を看護師にやらせることを可能にする等、医師以外の医療従事者の業務の見直しを考える必要がある。
- 医療従事者が働く環境をどのように良くしていくかも検討したい。

(参考資料) 委員よりお求めのあった資料

各国のかかりつけ医制度について

	イギリス	フランス	ドイツ	オランダ	デンマーク
制度の概要	<ul style="list-style-type: none"> ・全ての住民に対して、原則無料で、包括的なサービスを提供 ・住民は、予め登録した診療所で診療を受け、必要に応じて紹介の下に病院の専門医を受診 ・住民は、自由に診療所の登録を変更できる 	<ul style="list-style-type: none"> ・05年7月よりかかりつけ医制を導入 ・かかりつけ医にかからない場合は、負担金が増額 ・主治医の選択は自由であるが、98%は一般医から選ばれている ・かかりつけ医の変更はいつでも可能 ・小児科、精神科、産婦人科、眼科、歯科については、かかりつけ医を通さずに受診しても負担金の増額は無い 	<ul style="list-style-type: none"> ・保険診療は家庭医診療と専門医診療に区分され、家庭医診療は一般医・小児科医・家庭医診療を選択した内科医等が従事している ・国民は最初に家庭医を受診することは義務付けられてはいない ・紹介状を持たずに受診した場合は10ユーロを負担する ・国民の約9割がかかりつけの家庭医を持っており、事実上ゲートキーパーの役割を果たしている 	<ul style="list-style-type: none"> ・住民のほぼ全員がGPを決めている ・交通事故等の救急を除き、患者はまずGPを受診する必要がある ・GPを受診しないと専門医の診療に対して保険から費用が払われないことがある 	<ul style="list-style-type: none"> ・全ての住民は公的医療が保障されている。 ○グループ1 自宅から10km以内で開業しているGPに登録 登録するGPの紹介の下に専門医や病院での治療を受ける ○グループ2 どのGPの診療でも受けることができ、紹介がなくても専門医を受診できるが、病院での治療を除くすべてのサービスの一部を負担する
総医師数	129,345人	201,400人	277,885人	56,540人	15,912人
一般医（家庭医、GP）の数	39,912人	98,505人	85,987人	7,420人	3,826人
一般医の教育	<ul style="list-style-type: none"> ・卒業後1年目は、義務として、内科・外科の基本的な研修 ・卒業後2年目は、専門分野に入る前の基礎研修 ・この2年間が終わった後に、病院医師と一般医それぞれの専門研修が4～5年間行われる 	<ul style="list-style-type: none"> ・卒業後、専門医試験に合格しなかったもの、または一般医を希望した者は2年間の研修を受ける ・一般医と専門医の診療科目については、医療行為規則で厳密に既定されている 	<ul style="list-style-type: none"> ・臨床医となるためには、専門医研修を経て、専門医資格を取得することが必須 ・卒業後5～6年間の専門研修が実施されている ・一般医の研修は3年程度 	<ul style="list-style-type: none"> ・GPになるために卒業後3年間の教育制度がある。 ・GPの資格は5年更新 	<ul style="list-style-type: none"> ・GPになるためには、長い修行が必要であり、平均して卒業後10年程度かかる。

出典：高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会報告書
イギリス・フランス・ドイツ 医療関連データ集【2005版】
OECD Health Division

等

(参考資料)

医療提供体制の確保に関する基本方針(案)

【概要】 医療提供体制の確保に関する基本方針(案)

- 改正医療法第30条の3に基づき、良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針を厚生労働省告示で示すもの。

1. 医療提供体制の確保のため講じようとする施策の基本となるべき事項

- ・ 患者本位の医療を実現していくことが重要であること。
- ・ 4疾病(がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病)及び5事業(救急、災害、へき地、周産期、小児(小児救急を含む))に対応する医療連携体制の構築を図ることが必要であること。
- ・ 安全で質が高く、効率的な医療提供体制の確保のため、都道府県が中心となること。

2. 医療提供体制の確保に関する調査及び研究に関する基本的な事項

- ・ 国と都道府県は、医療機能調査による情報を公表することを通じて、地域の医療機能についての住民の理解を促進させること。

3. 医療提供体制の確保に係る目標に関する事項

- ・ 都道府県は、5年間を目途として、4疾病及び5事業等についての数値目標を定めること。また、少なくとも5年ごとに数値目標の達成状況について評価等を行い、必要があるときは医療計画を変更すること。

4. 医療提供施設相互間の機能の分担及び業務の連携並びに医療を受ける者に対する医療機能に関する情報の提供の推進に関する基本的な事項

- ・ 都道府県は、4疾病及び5事業それぞれについて具体的に示す地域の医療機能を踏まえ、医療提供施設相互間における業務の連携体制を構築し、医療計画に明示すること。
- ・ その際の情報については患者や住民に分かりやすく明示すること。

5. 医師、歯科医師、薬剤師、看護師その他の医療従事者の確保に関する基本的な事項

- ・ 都道府県は、医療連携体制の構築等の取組を踏まえ、地域の医療関係者等の参画を得て医療従事者の確保に関する必要な施策のための協議を行い、偏在への対応を実施していくこと。

6. 医療計画の作成及び医療計画に基づく事業の実施状況の評価に関する基本的な事項

- ・ 基準病床数の算定においては、医療圏にかかる考え方は従来と変わるものではないが、4疾病5事業に係る医療提供体制の確保においては、従来の二次医療圏ごとの計画ではなく、地域の実情に応じた計画を作成すること。

7. その他医療提供体制の確保に関する重要事項

- ・ 医療計画や具体的な施策を定めるに当たっては、医療関係各法等の規定や方針等に配慮して定めること。