

## 「検討の方向性」・関連する最近の指摘事項

(凡例)

- ・国民会議中間報告：社会保障国民会議中間報告（平成 20 年 6 月）
- ・成長戦略：新成長戦略（平成 22 年 6 月）
- ・調査会中間整理：税と社会保障の抜本改革調査会「中間整理」（平成 22 年 12 月）
- ・有識者報告：社会保障改革に関する有識者検討会報告（平成 22 年 12 月）

医療提供体制の改革の検討の方向性に関するこれまでの主な議論・意見（第12回～第15回）	社会保障全体の改革に関する最近の報告書等における関連指摘
医師等の人材確保	
<p>&lt;医療従事者の処遇改善について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師手当等医師としての処遇改善が重要。（水田委員⑫）</li> <li>・ 医療提供体制の議論の中で、勤務医と看護師等、医療従事者の労働条件の是正について直視する必要がある。（小島委員（伊藤参考人）⑫）</li> <li>・ 医師、看護師、薬剤師等の医療従事者に女性が多くなっている現状の中、夜間働くこと健康リスクを踏まえて、女性が長く働けるような環境を検討する必要がある。（齋藤（訓）委員⑫）</li> <li>・ 医療職全体を見据えて、女性をどうするかという論点が必要。（山本委員⑬）</li> <li>・ 看護師の職場環境と同じように医師も、最終的には3交代、複数主治医制といった職場環境にならなくてはならない。（邊見委員⑬）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 勤務環境や処遇の改善による勤務医や医療・介護従事者の確保（成長戦略）</li> </ul>
<p>&lt;医師等の養成、配置について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 現行の医療提供を踏まえ、どの地域にどのような医師が必要か検討した上で、将来の医師数の見通しを可能な限り明らかにするべき。（西澤委員⑫）</li> <li>・ 女性医師が出産で医師として働けない期間も踏まえ、医師数は推計する必要がある。（西澤委員⑫）</li> <li>・ 患者の絶対数が減ってきている中で、全体としてどういう医療提供体制</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療・介護分野全体及び専門分野ごとの人的資源需要予測を行い、計画的養成・整備に早急に取り組む（国民会議中間報告）</li> <li>・ 「地域医療支援センターなどを通じた医師の適正配置のための効果的な仕組み」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要（調査会中間整理）</li> </ul>

<p>を作るかによって医師の総数が決まるにもかかわらず、その議論がない。 （相澤委員⑬）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師の養成数はもっと多めにとるべきなのではないか。（海辺委員⑬）</li> <li>・ 歯科医師は過剰という問題がある。長期的に見て、医師を増やすことで歯科のようなことにならないように考えていく必要がある。（近藤委員⑫）</li> <li>・ 国として看護師の数を確保すべき。養成所に国として責任を持って補助をすべき。（横倉委員（羽生田参考人）⑬）</li> </ul>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域枠は、例えば「県民枠」のように、そこに生活基盤のある人を取るようにすべき。（山崎委員⑫）</li> <li>・ 地域枠の学生も、将来その地域の中でしか仕事ができなくなると、夢や希望を持ちにくい。（辻本委員⑫）</li> <li>・ 地域枠はその県出身の学生だけが対象だが、他県出身者でもその地域に貢献しようという学生のこと考えるべき。（中川委員⑫）</li> <li>・ 医師の養成数を増やすとともに、実効性のある地域枠を設定してほしい。（小野委員⑬）</li> <li>・ 医学部増員は、既存の医学部の定員を増やすべき。また、医師の偏在対策として、一定の制約をもたせた仕組み（地域で医師を育てる仕組み）を考える必要がある。医学部新設は反対。（中川委員⑫）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医師養成数の増加（成長戦略）</li> <li>・ 「地域医療支援センターなどを通じた医師の適正配置のための効果的な仕組み」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要（調査会中間整理）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ ほとんどの医者が国民皆保険制度の下で従事しているという点に着目した配置計画、養成計画が必要。（高智委員⑫）</li> <li>・ 自由標榜制とフリーアクセスが今の財政の中で成り立つのか、そこに強制や法律を持ち込むのかといった議論が必要。（部会長⑬）</li> <li>・ 職業選択の自由も奪わない一方で、地域における国民の生存権もきちんと守れるというような、緩やかな定数配置が必要ではないか。（邊見委員⑬）</li> <li>・ 診療科別のバランスを取るためにも、医学部を卒業して臨床研修に行く過程の中で、診療科を一定程度誘導するシステムを構築できないか。（高智委員⑬）</li> <li>・ 病院の勤務医が開業するに当たっては、地域での経験を積んだ方が開業する必要があると考えるが、こうしたキャリアパスはどうなっているのか</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「地域医療支援センターなどを通じた医師の適正配置のための効果的な仕組み」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要である（調査会中間整理）</li> <li>・ 健康問題・病気を幅広くケアできる質の高い家庭医を多数養成するとともに、医療提供体制の中で明確な位置付けを行うなど、プライマリ・ケアの役割を明確にしていくことが求められる（有識者報告）</li> </ul>

<p>。また、地域で開業する医師にはコミュニケーション能力が必要。（海辺委員⑬）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医学部卒業後2年間の初期臨床研修制度はある程度成果を上げており、今後、後期の研修や専門医などが課題である。（部会長⑫）</li> <li>・ 臨床研修制度で地域医療を学ぶ期間を延ばせないか。（小野委員⑬）</li> <li>・ 全身像、心の病まできちんと診られる一般医（総合診療医）の養成が重要。ドイツでは、一般医という専門医職があり、国民の多くが、期待と信頼を持っている。（高智委員⑫）</li> <li>・ 医師偏在の是正を図るための需給調整システム、地域の実情に応じた柔軟な医師の派遣体制の構築を進めるための財政措置が必要。（小野委員⑬）</li> <li>・ 医師の地域偏在を是正するため、保険医の需給調整と医療提供体制の役割分担を強力に進めるような体制整備を早急にすべき。（小島委員⑬）</li> </ul>	
<p>&lt;地域医療支援センターについて&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 民間の医師あっせん業者は高い手数料をとり、それが病院経営を圧迫しているの、地域医療支援センターがもっと知名度をあげ、早くこの問題を解決してほしい。（日野委員⑬）</li> <li>・ 若い人の意識の変化、教授のガバナンスの低下に着目する必要がある。（相澤委員⑬）</li> <li>・ 長期的には、センターで常勤で勤務する医師をどう育てるかが必要。（相澤委員⑬）</li> <li>・ 現在、都道府県で行われている取組例を集め、お互いの都道府県が参考にできるようにすべき。（西澤委員⑬）</li> <li>・ 機能として、地域医療対策協議会との関係や費用面で無駄が生じることがないように、また、地域の実情に応じた制度となるようにすべき。（光山委員⑬）</li> <li>・ 地域医療支援センターは、全国一斉に始めるのではなく、まずモデル事業的にいくつかの県を集中して試行してみて、成果を見ながら次へ移るようにはいかかがか。（水田委員⑬）</li> <li>・ 地域医療支援センターは、P D C Aサイクルに乗せることが重要。（海辺委員⑬）</li> <li>・ 地域医療支援センターを、都道府県の地域医療対策協議会をより具体的</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「地域医療支援センターなどを通じた医師の適正配置のための効果的な仕組み」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要である（調査会中間整理）</li> </ul>

<p>に推進するための、中核的なセンターとして位置づけるべき。(小島委員⑬)</p>	
<p>医療従事者間の役割分担とチーム医療について</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ チーム医療は医者数が少ないからやるわけではなく、病院医療の質を高くするために必要である。(相澤委員⑫)</li> <li>・ 役割分担とチーム医療は、少ない人数で最大の効果を上げるため、進めていくべき。(齋藤(訓)委員⑫)</li> <li>・ 少子化が進む中、少ないマンパワーで、どうやって患者のニーズに医療従事者が応えていくかを考えると、役割分担やチーム医療の推進は必須。(齋藤(訓)委員⑬)</li> <li>・ 医師以外の医療従事者の医療現場での活用について、積極的に検討する必要がある。(高智委員⑫)</li> <li>・ チーム医療の中で、「専門的口腔ケア」を担う歯科医師、歯科衛生士の果たす役割は非常に大きい。(近藤委員⑫)</li> <li>・ チーム医療の中に歯科を入れるべき。歯科医師が在宅医療チームの中で一緒に口腔ケアを行うことはとても大切である。(水田委員⑫)</li> <li>・ 療養病床での歯科は非常に大切だ。最後まで自分の口で食べるということが大切。(海辺委員⑫)</li> <li>・ 歯科医師、歯科衛生士が専門職種として口腔ケアに関与することで、医師不足問題、チーム医療に役立つことができる。(近藤委員⑬)</li> <li>・ 薬が安全に提供されるということも国民・患者にとって安心な医療提供体制を組むという意味では大きな問題。(山本委員⑫)</li> <li>・ 医療機関、施設、在宅と患者の移動があっても、薬剤など必要なサービスが受けられなくなるようなことがないように検討すべき。(山本委員⑭)</li> <li>・ 患者、国民から見れば、どこに、どんな職種が、どのように配置されたいかというのは、重要。こうした視点で在宅や病院でどうするかを議論すべき。(山本委員⑬)</li> <li>・ 新たな業務独占資格である特定看護師(仮称)の創設は、一般看護職員の業務縮小につながるため、その必要性はない。(横倉委員(羽生田参考人)⑬)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救急医療の問題、地域医療の困窮、産科小児科医の不足など、様々な緊急の課題に直面している。…救急医療体制の強化や臨床研修指定病院の機能強化、専門職種間の役割分担の見直しによる医師の負担軽減など、現段階でできる緊急の対策を講じていくことはもちろん必要(国民会議中間報告)</li> <li>・ 「チーム医療」「多職種協働」を基本に、限られた専門人材を効果的・効率的に活用し、利用者に対するよりよいサービスの提供を実現(国民会議中間報告)</li> <li>・ 医療・介護従事者間の役割分担を見直す(成長戦略)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療機関経営・介護事業経営に関わる専門人材の養成・能力開発 (国民会議中間報告)</li> </ul>
<p>病院・病床の機能について</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>少子高齢化の進展により、入院する患者の疾病構造や患者の状態も大きく変わってきていることを十分認識する必要がある。(相澤委員⑫)</li> <li>これからは小規模の自治体立病院がすべて必要な医師数を集めることは困難であり、その町の中で最低限必要な医療は何かを考え、提供体制を構築していく必要がある。(西澤委員⑫)</li> <li>医療の空洞化が心配される中、地域医療を担う保険医療機関にきちんと人が配置されることが重要だ。(小島委員(伊藤参考人)⑫)</li> <li>がんの患者が増えると、非常に高度な治療を求める患者の数が増えるので、そういう病院などに手厚く医師を配置する必要がある。(海辺委員⑫)</li> <li>経験豊かで高いスキルを持った医師、医学部の教授などは、外来でかぜの患者を診るのではなく、最も重症度の高い方に向けてことが医療資源の効率的なあり方。(高智委員⑬)</li> <li>がん対策基本法ができた後、各地に拠点病院ができたが、がん患者にはその機能が実感できない。病院は要件を満たすことに汲々として、ソフトが充足されていない。(海辺委員⑫)</li> <li>似たような総合病院が多すぎという印象が国民にはある。きっちり先進的な医療を提供してもらえるところと、治療後に近所で定期的に経過観察をしてもらえるところと、機能の棲み分けを行うべき。砂漠に水を撒くような感じではなく、どこに集中的にやるのかというのを、国民の目にもわかるように議論していく必要。(海辺委員⑬)</li> <li>療養病床の再編について、ほとんど介護保険施設に転換できていないようだが、介護の社会化という、基本的な理念は推進する必要。(小島委員(伊藤参考人)⑭)</li> <li>今以上にマンパワーが増えない中、病床数が非常に多く、広く薄くマンパワーを配置している状況をどうするのか。機能分化を更に進めていくためにはどうあらねばならないのか検討が必要。(齊藤(訓)委員⑭)</li> <li>一般病床は、さまざまな機能を持った病床が一緒くたになっており、同</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病床数が諸外国と比較して多く、急性期・慢性期・回復期といった病床の機能分化は不明確である一方で、医療現場の人員配置が手薄で、国際標準から見ても病床当たりで比較した医師・看護師数が少なく、病院全体のスタッフ数も少ない(国民会議中間報告)</li> <li>国際標準から見て過剰な病床の思い切った適正化と疾病構造や医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化(国民会議中間報告)</li> <li>専門的医療提供を行う中核的病院(特に急性期病院)を中心とした人員配置の思い切った拡充・機器整備の充実(国民会議中間報告)</li> <li>医療機関の機能分化と高度・専門的医療の集約化(成長戦略)</li> <li>医師不足が深刻な急性期医療を中心に、…「病床機能の効率化・高度化」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要(調査会中間整理)</li> <li>ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化を図り、急性期病院を中心とした人員配置の思い切った拡充等を図る(有識者報告)</li> <li>不必要な入院期間を減らして早期に家庭へ復帰できるようにするとともに、できる限り最後まで地域や家庭で過ごすことができ、高齢者と家族が幸福を感じることができる社会を目指す。そのために、地域ごとに医療・介護・福祉の継続的で包括的な連携をすすめ、地域包括ケアを実現する(有識者報告)</li> </ul>

<p>一の基準では整合性がとれない。地域一般病床と急性期病床を区分する必要があり、人員配置は自ずと異なる。(相澤委員⑭)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 有床診療所や、中小病院の一般病床のあり方をしっかり議論すべき。(横倉委員⑭)</li> <li>・ 平均在院日数の計算式を外国の計算式の考え方と合わせるべき。(山崎委員⑭)</li> </ul>	
<p>診療所について</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 有床診療所は、専門性の高い医療、救急医療、病院から在宅へのつなぎ等、地域において様々な機能を果たしているが、経営が苦しく、減少の一途を辿っている。(横倉委員⑭)</li> <li>・ 地域で切れ目のない医療・介護の提供が必要とされる中、地域住民の身近にある病床としてその社会的役割は大きいので、有床診療所がその機能を維持できるよう対策と活用を図るべき。(横倉委員⑭)</li> <li>・ 有床診は、今後地域での医療提供体制に欠かせない存在であり、有床診の機能を地域医療計画あるいは地域医療提供体制の構築の中できちんと位置付けるべき。(渡辺委員⑭)</li> <li>・ 有床診療所の活用に当たっては、高齢者だけではなく、子どもの受け皿としても念頭におくべき。(加藤委員⑭)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「施設完結型」システムから「地域完結型」システムへの転換。地域の病院・診療所が網の目状のネットワークをはり、地域資源を最大限効率的に活用しながら相互の機能分担・連携によって「面的」に医療ニーズをカバーする体制の実現(国民会議中間報告)</li> <li>・ 「地域における医療機能ネットワーク化」…「急性期からポストホスピタルの一体化」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要である(調査会中間整理)</li> </ul>
<p>地域における医療機関間、医療・介護間の連携、在宅医療の推進について</p>	
<p>&lt;地域における医療機関間、医療・介護間の連携について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域における医療機関連携のための施策の実施状況や効果をきちんと検証すべき。地域連携は着実に進んでいるのか。(光山委員⑫)</li> <li>・ 現在進んでいる厚労省の「地域医療再生計画」のプロジェクトでは、それぞれの県で行政、医師会、大学、地域の病院が一緒に行うという計画である。(水田委員⑫)</li> <li>・ 救急については、もっと医療機関はお互い様の考え方を持って、分け合えばいいと思う。得意な分野だけ診てもらって、あとは他の病院で診るといった、柔軟な仕組みを作ればよい。(相澤委員⑮)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「施設完結型」システムから「地域完結型」システムへの転換。地域の病院・診療所が網の目状のネットワークをはり、地域資源を最大限効率的に活用しながら相互の機能分担・連携によって「面的」に医療ニーズをカバーする体制の実現(国民会議中間報告)</li> <li>・ 「地域における医療機能ネットワーク化」…「急性期からポストホスピタルの一体化」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要である(調査会中間整理)</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 紹介され別の病院に行くたびに同じ検査を繰り返し受けているのが現状。疑わしければ確かな施設できっちり診断してもらって、そのデータが他の病院でも活用されるようにすべき。(海辺委員⑭)</li> <li>・ ICTを使った遠隔医療等が実施されているが、医療機関が連携し、リソースの共同利用を進め、同じエリアで同じ質のものがみんなで利用できる環境を整備すべき。(光山委員⑭)</li> <li>・ 全国の多くの町村は二次医療機関を持たないため、二次医療機関との情報ネットワークの形成が重要であり、電子カルテ等の整備を急ぐ必要。(小野委員⑭)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ とによって対応していくことが必要である(調査会中間整理)</li> <li>・ 在宅での医療介護の充実(調査会中間整理)</li> <li>・ 地域資源を効率的に活用しながら、相互の機能分担によって、地域医療のネットワーク化を実現(有識者報告)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 家に帰っても見る人がいないといった変化の中で、慢性期や高齢者の医療、福祉、介護をどうしていくのかという視点から考える必要がある。(相澤委員⑫)</li> <li>・ 医療提供体制ということで医療だけで見るとはなくて、介護、福祉を併せて議論すべき。(西澤委員⑫)</li> <li>・ 高齢者も小児も、家事支援のような医療とは違うところも整わないと、家に帰るのは非常に難しい。(海辺委員⑫)</li> <li>・ 精神科病院に入院している患者の半分は高齢者であるが、今ある施設を転換して、こうした者を地域で受け入れる体制を整備すべき。(山崎委員⑭)</li> <li>・ 自殺した人の家族等に対する支援体制の構築が必要である。(山崎委員⑮)</li> <li>・ 医療提供体制のグランドデザイン、介護提供体制のグランドデザインのリンケージを忘れてはならない。(部会長代理⑫)</li> <li>・ 有床診療所は、病院と在宅、病院と介護施設のつなぎを行う受け皿(病院からの早期退院も含む後方支援病床)として重要な役割を担っている。(横倉委員⑭)</li> <li>・ 医療を伴う介護の拠点として有床診療所を活用することにより、地域の介護力アップにつながる。(横倉委員⑭)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 人々が日常を過ごす地域で、必要な医療・介護・福祉のサービスが包括的・継続的に提供できる体制の実現(国民会議中間報告)</li> <li>・ 在宅支援機能を持つ主治医と介護支援専門員の連携を軸とした「地域包括ケアマネジメント」の実現(国民会議中間報告)</li> <li>・ 医療・介護・健康関連サービス提供者のネットワーク化による連携(成長戦略)</li> <li>・ 介護施設、居住系サービスの増加を加速(成長戦略)</li> <li>・ 都道府県ごとに、関係団体や行政が客観的データに基づき協議し、地域医療の在り方をデザインする。地域ごとに医療・介護・福祉の継続的で包括的な連携をすすめ、地域包括ケアを実現(有識者報告)</li> <li>・ ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化を図り、急性期病院を中心とした人員配置の思い切った拡充等を図る(有識者報告)</li> <li>・ 不必要な入院期間を減らして早期に家庭へ復帰できるようにするとともに、できる限り最後まで地域や家庭で過ごすことができ、高齢者と家族が幸福を感じることができる社会を目指す。そのために、地域ごとに医療・介護・福祉の継続的で包括的な連携をすすめ、地域包括ケアを実現(有識者報告)</li> </ul>

<在宅医療の推進について>

- ・ 在宅について、整備が進まない原因を分析し、高齢者が病院に逆戻りしない仕組みをどのように作るのか考える必要がある。(齋藤(訓)委員⑫)
- ・ 訪問看護ステーションでの規模拡大、新規採用や教育研修の充実が進むような支援体制が必要。(齋藤(訓)委員⑬)
- ・ NICUに長期入院している患者について、後方病床や中間施設が必要。また、地域や家庭で生活できるような受け皿作り、特に在宅医療・在宅看護をより積極的に推進する必要がある。(加藤委員⑭)
- ・ 小児の在宅医療について、在宅での子どもへのサービスが非常に不足しており、障害を持った子供たちが長期間、親の負担も軽減しつつ療育できるような環境の整備をしていくべき。(齋藤(訓)委員⑮)
- ・ 次期医療計画策定の際には、在宅看取り率を各都道府県で目標として設定して、そのための指標として、訪問看護で働く従事者数を挙げてほしい。また、安定的な訪問看護サービスの提供が可能となるよう、事務作業のIT化、サテライト事業所の活用、常に衛生材料等が不足なく供給できる体制の整備が必要。(齋藤(訓)委員⑯)
- ・ 在宅医療の中で薬剤に関する問題は、高齢者の方が増えることによる重複投薬や相互作用へのリスク増や、視覚・聴覚感覚の衰え、嚥下能力の低下による入念な服薬の管理の必要性などがあり、薬剤師が参加できると考える。また、薬剤師が在宅医療に参加すれば、飲み残しの無駄が省けるほか、在宅を担当する医師の負担軽減につながる。(山本委員⑰)
- ・ 日本歯科医師会においても在宅医療における多職種との連携、チーム医療の中でどういう歯科医療を提供できるかを検討しているが、提出資料のとおり、歯科疾患を持っている要介護者に対して、歯科診療所からの医療提供体制が現在不十分であり、歯科医療側の体制を整えるとともに、医科、介護、歯科との連携を迅速に推進することが喫緊の課題。(近藤委員⑱)
- ・ 在宅医療の後方支援機能として、有床診療所の病床は重要である。また、患者の身近で、終末期医療も担っている。(横倉委員⑲)

- ・ 「施設完結型」システムから「地域完結型」システムへの転換。地域の病院・診療所が網の目状のネットワークをはり、地域資源を最大限効率的に活用しながら相互の機能分担・連携によって「面的」に医療ニーズをカバーする体制の実現(国民会議中間報告)
- ・ 勤務環境や処遇の改善による勤務医や医療・介護従事者の確保(成長戦略)
- ・ 医療機関の機能分化と高度・専門的医療の集約化(成長戦略)
- ・ 情報通信技術の活用による在宅での生活支援ツールの整備(成長戦略)
- ・ 都道府県ごとに、関係団体や行政が客観的データに基づき協議し、地域医療の在り方をデザインする。地域資源を効率的に活用しながら、相互の機能分担によって、地域医療のネットワーク化を実現(有識者報告)
- ・ 不必要な入院期間を減らして早期に家庭へ復帰できるようにするとともに、できる限り最後まで地域や家庭で過ごすことができ、高齢者と家族が幸福を感じることができる社会を目指す。そのために、地域ごとに医療・介護・福祉の継続的で包括的な連携をすすめ、地域包括ケアを実現(有識者報告)



## 医療計画

### <医療計画について>

- ・ 医療制度の枠組み自体は、国がきちんと骨格を定めるべき。その上で、広域的自治体（都道府県というよりは将来は道州制の道州）に需要・供給を調整できる権限が与えられるという姿が望ましい。（大西委員⑭）
- ・ 二次医療圏は都道府県で決めていいということになっているが、都道府県に本当にそうした意識があるのか。意識をもたせる方法の検討が必要。（西澤委員⑮）
- ・ 同じ二次医療圏同士の中でも相当な格差があり、二次医療圏を見直す必要があるのではないかと。（渡辺委員⑫）
- ・ 医療提供体制は医療計画で二次医療圏ごとに作ることにしているが、一定の形になっていない二次医療圏ごとにやること自体が間違い。（相澤委員⑭）
- ・ 地域医療計画については、地域の範囲というのは何なのかというところを議論しないと、議論が進まない。基本的に地域をどういう具合に設定するかによって、計画の作り方が違う。（相澤委員⑮）
- ・ まずは医療圏の在り方を議論し、その中で、必要な地域医療の機能や、連携の在り方について、地域医師会の代表も関わり議論すべき。（横倉委員⑭）
- ・ 各地域における介護の分野も含めた具体的な医療提供体制のあり方を示さないと、マクロで議論していてもなかなか現実に進まない。（渡辺委員⑫）
- ・ 厚生労働省の指針では、医療機関の機能の分化・明確化、総合的な医師確保体制といったことも触れているが、踏み込みが足りない。二次医療圏のあり方も含めて、より具体的に踏み込んだ指針を作らないと、都道府県も動きようがないと思う。（渡辺委員⑮）
- ・ 地域医療計画の記載をどうするかというときに、地域の実情に応じたところをどう加味するか。特に連携のところは相当広い範囲での連携も狭い範囲での連携もある。そのあたりを十分に勘案する必要。（横倉委員⑮）
- ・ 一般医療の医療圏と精神科の医療圏が別になっており、都道府県によって、例えば社会医療法人が取りやすい県と、取りにくい県ができるなど問題が生じているので、整理が必要。（山崎委員⑮）
- ・ 医療・介護ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化（国民会議中間報告）
- ・ 「施設完結型」システムから「地域完結型」システムへの転換。地域の病院・診療所が網の目状のネットワークをはり、地域資源を最大限効率的に活用しながら相互の機能分担・連携によって「面的」に医療ニーズをカバーする体制の実現（国民会議中間報告）
- ・ 医療機関の機能分化と高度・専門的医療の集約化（成長戦略）
- ・ 「病床機能の効率化・高度化」「地域における医療機能ネットワーク化」…「急性期からポストホスピタルの一体化」…などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要（調査会中間整理）
- ・ 都道府県ごとに、関係団体や行政が客観的データに基づき協議し、地域医療の在り方をデザインする。地域資源を効率的に活用しながら、相互の機能分担によって、地域医療のネットワーク化を実現（有識者報告）
- ・ 不必要な入院期間を減らして早期に家庭へ復帰できるようにするとともに、できる限り最後まで地域や家庭で過ごすことができ、高齢者と家族が幸福を感じることができる社会を目指す。そのために、地域ごとに医療・介護・福祉の継続的で包括的な連携をすすめ、地域包括ケアを実現（有識者報告）

<p>&lt;医療計画における4疾病5事業について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 今後、増加する精神疾患患者への医療提供体制を安定的に確保するためには、一般医療と精神科医療との連携強化や地域連携を一層強化する必要があり、4疾病5事業の疾病に精神疾患を追加した5疾病5事業とすべき。(山崎委員⑮)</li> <li>・ 精神疾患の方が救急で来た場合の連携が地域で問題となっており、精神科医療については4疾病から5疾病に増やすなり、何らかの対応が必要。(横倉委員⑮)</li> <li>・ 4疾病5事業の中の歯科、歯科医師の役割は必ずしも明確でない。地域の医療資源としての歯科医師、歯科医療機関を活用する方法を講ずべき。(近藤委員⑮)</li> <li>・ 現行の4疾病5事業についても、PDCAサイクルの実効性が当初の目標どおりに機能しているのか否かを検証するとともに、その評価結果を踏まえた議論が非常に大切になっていくのではないかと。(高智委員⑮)</li> <li>・ 4疾病5事業というカテゴリーがぴったり来ない。(日野委員⑮)</li> </ul>	
<p>救急・周産期医療体制</p>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救急医療機関が総じて医師不足であり、担当する医師が疲弊をしているという現状をどうにかしないと、救急医療体制がきちんと組めなくなる。(大西委員⑮)</li> <li>・ 小さい病院が救急医療を抱えるというのは非常に困難な状況。交付税措置はあるが、救急医療を担う病院に対して支援措置を確立してほしい。(小野委員⑮)</li> <li>・ 消防法が改正され、各都道府県は傷病者の搬送および傷病者の受入れの実施に関する基準を策定することになったが、救急医療の計画を立てるときには、こうした消防法との関係、調和が保たれる必要がある。(横倉委員⑮)</li> <li>・ ドクターヘリについて、トリアージの仕方、ヘリコプターの固定費と、1回あたりに飛ぶときの変動費をどの財源から出すかといった検討もすべき。(部会長代理⑮)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 救急医療の問題、地域医療の困窮、産科小児科医の不足など、様々な緊急の課題に直面している。…救急医療体制の強化や臨床研修指定病院の機能強化、専門職種間の役割分担の見直しによる医師の負担軽減など、現段階でできる緊急の対策を講じていくことはもちろん必要(国民会議中間報告)</li> <li>・ 救急医療体制の揺らぎや医師不足問題などに対して緊急の対策を講じていく(有識者報告)</li> </ul>

## 患者との関係、広告など

### <患者中心の医療と住民意識の啓発について>

- ・ 医療関係者の患者に対するアプローチの仕方が良くなったので、患者の満足度は上がっている。これはとても良いことであり、大切なことである。(水田委員⑬)
- ・ 医療計画のあるべき姿を検討する上においても、患者中心の医療に着実に結び付いていく方向性が重要。(高智委員⑮)
- ・ 地域の医療を話す場には地域の住民の方も参加して議論するという形式が必要であり、そのためには、住民へのわかりやすい情報提供や公平なデータの公開などが必要。(海辺委員⑭)
- ・ 救急車利用の啓発や、コンビニ受診の抑制等地域でも取り組んでいるが、国からもそういうことをやってはダメだというキャンペーン的な対策を検討してほしい。(大西委員⑮)
- ・ 東京消防庁によると、救急車が1台出るために人件費・保険費を含めて3万円かかるとのこと。住民の意識を高めるために、こういうコストがかかることを住民等に情報公開すべき。(加藤委員⑮)

- ・ 医師と患者の信頼関係、医療・介護サービスを求める者と利用する者の信頼関係が非常に重要である。両者がそれぞれに相手の立場を理解し、協力し合う関係をつくることが重要(国民会議中間報告)

### <広告・情報提供について>

- ・ 病院のホームページは今日では「広告」と考えるべきだが、実際の規制は技術的に困難。各都道府県の医療機能情報提供制度のホームページからリンクされているという保証や、第三者認証といった工夫が必要。(部会長代理⑬)
- ・ 広告と広報は区別して議論すべき。広告は規制すべき。広報は第三者的な指標などを公的な機関が公表するものと理解している。(相澤委員⑬)
- ・ 医療機能情報の提供を検討するにあたっては、数字の出し方など、開示情報の統一が重要であり、広告の仕方も含め、情報提供のあり方そのものの検討が必要。県の医療機能情報提供制度は、今は単なるカタログ。地域で各医療機関が機能を特化し、役割分担・連携しているのだから、それが患者に理解してもらえて行動を誘導するような仕掛けが必要。(光山委員⑬)
- ・ がん患者の情報を集める取組を実施しているが、個人情報保護法に抵触

<p>するという理由で医療機関から患者情報の提供を断れてしまうことがある。患者情報を分析する目的で収集することは個人情報保護法上問題がない旨、もう少しアピールすべき。(樋口委員⑬)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 前回、医療情報を集めて公表するという制度ができたとき、将来的には質も含めて公表することを考えるという記述が入っていたが、そういうことは必要だと思う。(相澤委員⑬)</li> </ul>	
<p>&lt;医療の質の評価・公表について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 諸外国における評価・公表の主流は、ガイドラインに基づく診療を行った患者割合などのプロセス指標や入院待ち日数減少といったアウトプット指標。いずれにせよ、大切なことは指標を標準化すること。アメリカでも、標準化されたレポートでデータが横並びで見られることが第一歩であるということは理解されている。(部会長代理⑬)</li> <li>・ 今は何となく出ている情報で患者が惑わされているという印象。きちんと公平なデータが出るようになってほしい。また、質に関してはもうちょっと厳しい評価軸を作ってほしい。(海辺委員⑬)</li> <li>・ 医療の質に関する情報の公表は必要。患者が医療機関を決める際に最も大事にしているのは、一番親しい人の一言であり、医療機関は公表に躊躇する必要はない。(相澤委員⑬)</li> </ul>	
<p>&lt;関連する動き等について&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療保険の事務的分野でのICT化が進歩・発展しており、蓄積されたデータの有効活用という視点から、積極的に対応すべき。(高智委員⑮)</li> <li>・ 「グローバル臨床研究拠点等の整備の拡充」は重要。日本は日本国内の治験にこだわることから、良い薬があっても、なかなか使えるようにならない。臨床試験については予算づけをしてほしい。(海辺委員⑫)</li> <li>・ 医療ツーリズムは、高い診療費を払う外国人患者優先につながるおそれがあり、やがては混合診療の全面解禁や株式会社の参入につながり、地域医療の崩壊を招くおそれがある。(中川委員⑫)</li> <li>・ 医療提供体制全体について、中長期的な展望やビジョンを当部会でしっかり議論し、とりまとめるべき。(尾形委員⑭)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療・介護におけるIT化の推進 (国民会議中間報告)</li> <li>・ がんや認知症などの重点疾患ごとに、専門的医療機関を中心としたコンソーシアムを形成し、研究費や人材を重点的に投入する (成長戦略)</li> <li>・ アジアの富裕層等を対象とした健診、治療等の医療及び関連サービスを観光とも連携して促進 (成長戦略)</li> </ul>

## 社会保障国民会議医療・介護費用のシミュレーション「参考資料」(平成 20 年 10 月 23 日)より

### 医療・介護提供体制にかかる課題 ～ 我が国の一般病床・療養病床 ～

- ・老人医療費無料化時代（1973～82年）から1980年代頃までは、高齢者の入院・入所ニーズはほぼ病院で受け入れていた。
- ・1990年頃から、急性期医療（一般病床）、慢性期医療（療養病床）、介護（介護老人保健施設）のニーズに応じた機能分化を進めてきたが、機能分化はまだ不十分であるとともに、急性期医療をさらに機能分化・機能強化するニーズが生じてきている。

#### （一般病床）

- ・急性期医療については、医療資源の集中投入がより必要な重症患者を中心とした急性期医療の機能分化・重点化が十分でなく、さらに、平均在院日数も諸外国と比較しても長くなっており、全体として非効率であるのみならず、医療の質・患者のQOLにも影響を与えている。
- ・他方、そのような重症急性期患者の退院後の受け皿となる、いわゆる亜急性期・回復期にふさわしい、ある程度安定した急性期治療やリハビリ等の機能を有する病床は非常に不足している。このことが、一般病床と療養病床の機能分化、平均在院日数短縮が進まない一因となっている。

#### （療養病床）

- ・医療ニーズの強い患者を受けれている事例が存在する一方、いわゆる社会的入院を受け入れる事例もあるなど、病院の機能と患者の状態像とが必ずしも合致していない。

## 社会保障国民会議医療・介護費用のシミュレーション「解説資料」(平成 20 年 10 月 23 日)より

### 「シミュレーションの前提」におけるサービス提供体制改革の基本的考え方

- 平成 37 (2025) 年において、国民の医療・介護ニーズを保障するために必要な医療・介護サービスを確保する（サービス総量の確保）。
- 社会保障国民会議中間報告で指摘されている、現在の医療・介護サービス提供体制の問題点を克服し、国民の求める医療・介護サービスを、質・量両面で最も効率的かつ効果的に提供できる体制を実現する。（効率的・効果的サービス提供の実現）
- 病気や介護が必要になっても、適切なサービスを利用して、個人の自立と QOL の追求が可能になるよう、医療・介護を通じて、個々人の心身状態に最もふさわしいサービスが切れ目なく提供できるような医療・介護サービス提供体制の一体的改革を行う。（サービスの質の確保、利用者の個別性の尊重）
- 施設か在宅かの二者択一ではなく、介護施設の生活環境の改善（個室、ユニット化）や小規模化と在宅医療・介護サービスの多様化と拡充、ケア付き住宅など居住系サービスの拡充により、利用者の希望と選択により、重度であっても、地域のなかでの暮らしを継続できるために必要なサービスを提供する。（個人の選択・生活の継続性の保障）
- 欧米先進諸国の実情も参考にし、国際的にみても遜色ないレベルの医療・介護を目指す。

《参考》社会保障国民会議中間報告で指摘されているサービス提供体制の構造改革

- ・ 病院機能の効率化と高度化
- ・ 地域における医療機関のネットワーク化
- ・ 地域における医療・介護・福祉の一体的提供（地域包括ケア）の実現
- ・ 医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築

### 具体的改革の方向

#### （総論）

- 医療・介護を通じたサービス提供体制の一体的な改革を行うことを基本に、改革度合いが緩やかなシナリオ（B 1 シナリオ）から、最も改革が進んだシナリオ（B 3 シナリオ）まで、複数の改革シナリオを見込む。

#### （急性期医療）

- 急性期入院医療について、早期の社会生活復帰を可能とするよう、医療の質の向上と効率性の向上により平均在院日数の短縮を図る。

- このため、現在の一般病床を急性期病床と亜急性期・回復期病床等とに機能分化し、急性期病床について人的・物的資源の集中投入による重点化・機能強化を図る。
- 同時に、急性期後の継続的な入院医療が必要な者に対する回復期リハビリテーション、亜急性期医療の機能強化を図るとともに、連携パスの普及、在宅医療の充実強化等により、急性期医療全体での早期退院－社会復帰の実現・在宅での療養継続支援を目指す。
- また、医療の高度化、集中化、機能分化等の医療提供体制の充実により、救急医療体制についても、機能分化にあわせた救急機能の充実強化を図る。

### **(慢性期医療)**

- 慢性期医療を中心とする長期療養について、重症化・重度化に対応した機能強化を図るとともに、在宅医療の充実強化、施設・在宅を通じた介護サービスの拡充により、できる限り住み慣れた地域での療養生活継続を実現する。

### **(介護)**

- 介護サービスについては、高齢者の尊厳、個別性の尊重を基本に、できる限り住み慣れた地域での生活の継続を支援することを目指し、高齢化の進行等による要介護高齢者数の増大を踏まえたサービス全体の量的拡充を図るとともに、高齢単身／夫婦のみ世帯の増大、認知症高齢者の増大、重度要介護者の増大、医療・介護双方のサービスを必要とする高齢者の増大など、要介護高齢者の状態像の変化を踏まえたサービスの多様化と機能強化を実現する。
- できる限り住み慣れた地域での生活を継続したいという国民の意向を実現するため、既存の在宅サービスの充実に加えて、24時間対応訪問介護・看護サービスなどを拡充するとともに、グループホームやケア付き住宅などの居住系サービスを諸外国並みの水準まで拡充する。
- また、増大する認知症高齢者に適切な介護サービスを提供するため、小規模多機能サービスやグループホームを拡充し、重度化しても在宅生活の継続を可能にする在宅サービスの整備・機能強化を図る。
- 施設サービスについても、認知症高齢者への対応強化や個々人の暮らしの継続性を尊重する個別性の高いケアを実現する観点から、個室・ユニット化を推進するとともに地域に密着した小規模型施設を重点的に整備する。
- また、全体としての入所者の重度化の進行や終の棲家としての看取り機能、在宅支援（通過施設）機能など、介護施設利用者のニーズを踏まえた施設機能の強化を図る。

### **(在宅医療・地域ケア)**

- 急性期・慢性期の入院医療からの早期退院・在宅療養や、在宅での緩和ケア・看取りのケアを希望する患者のニーズを満たすことができるよう、地域における病院・診療所の連携を強化するとともに、在宅療養支援診療所、訪問看護など在宅医療サービスの充実強化を図る。
- また、入院医療に関する機能強化・分化にあわせて、病院の外来を専門外来として位置づけるとともに診療所におけるプライマリケア機能や主治医機能の強化、訪問診療等の強化を目指す。

- さらに、多くの要介護者は、医療・介護双方のニーズを持つことから、地域において医療・介護を一体的に提供する地域包括ケアマネジメント体制を整備する。

#### **(専門職種間の機能・役割分担の見直しと医療・介護を通じた協働体制の構築)**

- 急性期を中心に医療資源を集中投入し、医師の配置増に加え、専門職種能力の一層の活用と生産性向上の観点から、専門職種間の役割分担の見直しを行い、看護職員等のコメディカル、事務職員等について、医師業務（看護師業務）のうち医師（看護師）でなくても行える業務を移す前提でより大幅な増員を図る。  
これにより、医師や看護職員などが、自らの専門分野に特化した患者本位の医療に注力できるようにする。
- 入院から退院（転院）・地域生活への移行を支援するとともに、地域での暮らしの継続を支援する観点から、地域包括ケアマネジメントなど、医療・介護を通じた協働体制を構築する。



# 民主党・税と社会保障の抜本改革調査会「中間整理」(抜粋) (平成 22 年 12 月 6 日)

## 3. 個別の社会保障の課題と方向性

### (1) サービス給付(医療、介護)

#### <課題>

医療は国民の生命に直結する課題であり、国民の関心も高い。我が国の医療制度は国際的には高い評価を受ける一方で、救急や産科・小児科・外科などの医師不足、地域医療の困窮などの医療提供体制や、高齢化の進展に応じた財源確保のための保険料、自己負担額の増大に対する国民の不安が高まっている。

介護保険は 2000 年にスタートした、比較的新しい保険制度であるが、その需要の伸びは著しく、介護保険料が累次にわたり引き上げられ、その負担が課題となっている。また、保険スタート時に示された「在宅介護中心」は、在宅サービスの不足などから未だに実現していない。

#### <方向性>

世界に先駆けて実現した、我が国の「皆保険」制度は将来にわたって堅持していかなければならない。病気やけがなどで医療を必要とする人がいつでも適切な医療サービスの提供を受けられる「フリーアクセス」は国民の安心感の基盤であり、引き続き、堅持していく。現在の国民の不安に対しては、医師不足が深刻な急性期医療を中心に、「病床機能の効率化・高度化」「地域における医療機能ネットワーク化」「地域医療支援センターなどを通じた医師の適正配置のための効果的な仕組み」「急性期からポストホスピタルの一体化」「ガンをはじめとする生活習慣病対策の強化」などに効率的・重点的に資源を投入することによって対応していくことが必要である。また、規制制度の改革などによるドラッグ・ラグ、デバイス・ラグの解消、在宅での医療介護の充実など、国民がより良質の医療サービスを受けられるようにすべきである。

介護については、24 時間の介護サービス提供など地域におけるトータルケアの充実などの在宅介護サービスの質的・量的な拡充や家族介護者へのサポートなど在宅支援の強化に引き続き取り組むと共に、介護人材の養成や待遇改善による介護従事者の確保を行っていく必要がある。「介護予防」については、引き続き、その効果の検証を踏まえ、行っていくべきである。

医療、介護いずれについても、増大する需要を支える財源をいかに求めるかが最大の課題である。不要・過剰なサービスの根絶、診療報酬審査機関を含めた関連事務体制の効率化などに最大限努めつつ、国民の理解を得られる財源確保の手段を検討すべきである。

一方で医療、介護の分野の潜在需要は大きく、量的な不足の解消、多様なサービスの提供など国民ニーズに基づき潜在需要を顕在化させることで、医療、介護に係わる産業の成長を促し、雇用の拡大を図ることができる。社会保障全体の改革、特に医療、介護分野の改革は、成長戦略の一環と位置づけるべきである。

なお、現在政府において「高齢者医療の見直し」「介護保険制度改革」の議論が進んでいるが、これらの改革は抜本改革と平仄を合わせたものでなければならない。

# 社会保障改革に関する有識者検討会報告～安心と活力への社会保障ビジョン～（抜粋）（平成22年12月6日）

## ＜サービス保障 医療・介護＞

医療・介護については、救急医療体制の揺らぎや医師不足問題などに対して緊急の対策を講じていくとともに、今後増大するサービス需要に確実にかつ効率的に応え、国民が安心して過ごすことのできる医療・介護サービス提供基盤の強化を図ることが必要である。

医療・介護のサービス提供体制については、次のようなかたちでサービス供給体制の整備を図るべきである。

- ①ニーズの変化に対応した病院・病床の機能分化の徹底と集約化を図り、急性期病院を中心とした人員配置の思い切った拡充等を図る。
- ②都道府県ごとに、関係団体や行政が客観的データに基づき協議し、地域医療の在り方をデザインする。地域資源を効率的に活用しながら、相互の機能分担によって、地域医療のネットワーク化を実現する。
- ③不必要な入院期間を減らして早期に家庭へ復帰できるようにするとともに、できるかぎり最後まで地域や家庭で過ごすことができ、高齢者と家族が幸福を感じることができる社会を目指す。そのために、地域ごとに医療・介護・福祉の継続的で包括的な連携をすすめ、地域包括ケアを実現する。

そのような取組の中で、健康問題・病気を幅広くケアできる質の高い家庭医を多数養成するとともに、医療提供体制の中で明確な位置付けを行うなど、プライマリ・ケアの役割を明確にしていくことが求められる。こうしたプライマリ・ケアの実現は、とくに高齢者ケアに関しては、家庭医による複数の併存症のマネジメント、多重薬剤の回避、介護資源の効率的利用、疾病予防など、医療・介護サービスの質を高め、医療・介護費用の増大の抑制につながる効果も期待できる。

こうした改革を確実にすすめていくためには、サービス供給体制の改革と同時に、安定的な財源を継続的に確保していくために、医療制度と介護制度内部での資源配分のあり方を見直していくことが必要になる。おりしも2012年4月には、6年に一度の診療報酬・介護報酬の同時改定が行われる。ここで、診療報酬と介護報酬の基本骨格の見直しをおこなうべきである。その際には、介護サービスにおける労働力を確保するためにも、介護労働者のキャリアのステップアップを支援するとともに、その給与水準が改善されるような配慮が求められる。