

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

※ 委員名の後に記載された⑫～⑯は、それぞれ⑫：第12回(10/15)、⑬：第13回(11/11)、⑭：第14回(12/2)、⑮：第15回(12/22)、⑯：第16回(2/17)の医療部会を指す。

1. 医師等の人材確保

<部会資料でお示した論点>

- 診療科や地域における医師の偏在についてどのように考え、医師等医療人材の確保対策について、より有効なものとするために、どのような改善が考えられるか。(第13回)
- 病院勤務医が疲弊し、開業する者が増えているとの指摘もあるが、勤務医が安心して働き続けることができるようにするためにどのような対策が考えられるか。(第13回)
- 高齢化の進展や疾病構造の変化等が進む中、医療人材の専門性(知識や技能)の向上策、今後、入院・外来・在宅等の分野でそれぞれの医療人材が果たすべき役割についてどのように考えるのか。(第13回)
- 在宅医療・終末期医療に携わる人材育成・確保をどのように進めるべきか。(第15回)

【医師確保の現状について】

- ・ 高齢の医師が増えていることから、実働医師数が重要。また、都道府県内での医師の偏在の問題がある。(山崎委員⑫)
- ・ 地域医療の崩壊には、例えば9時～17時しか診療しない開業医の増加といった診療所機能の問題と中堅の先生が疲れて辞めていくという病院機能の問題がある。(山崎委員⑫)
- ・ 山村過疎地域では、未だ医師の確保が非常に大変である。(小野委員⑫)
- ・ 現場では、民間の医師派遣業者が高い報酬を要求しつつ、高い実績をあげているが、この実態を何とか改善する必要。(中川委員⑬)
- ・ 医療が細分化された中で質が問われているので、医師数が増えれば安心というわけではない。(加藤委員⑫)
- ・ 医師不足が解消されないと、外国から医師あるいは看護師をもってこいという声が国内から巻き起こる。(小島委員⑬)
- ・ 医師不足かつ勤務医の疲弊が深刻な地域で、若手の医師をきちんと質を確保しつつ、育成していくことは可能なのか。(海辺委員⑫)

【医療従事者の処遇改善について】

- ・ 医師手当等医師としての処遇改善が重要。(水田委員⑫)
- ・ 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)

- ・ 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、夜間働くことの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)
- ・ 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)
- ・ 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)

【医師等の養成、配置について】

- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 医師の養成数をもっと多めにとるべきなのではないか。(海辺委員⑬)
- ・ 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)
- ・ 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すべき。(山崎委員⑫)
- ・ 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)
- ・ 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とも考えるべき。(中川委員⑫)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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

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。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）。

- ・ 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）
- ・ 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）
- ・ 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）
- ・ 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）
- ・ 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）
- ・ 医師国家試験は毎年１割程度落ちており、難しすぎるので見直すべきではないか。（水田委員⑬）
- ・ 国家試験のあり方について、臨床実習を重点とした教育ができるような形に作り直すことも検討すべき。（横倉委員⑬）
- ・ 日本の医学教育は、臨床医ではなく研究者を育てるための医学教育であったので、その発想を変えるべき。（相澤委員⑬）
- ・ 第一線の現場には専門家ではなく、総合的に判断できる医師がいないと、あとにつながらない。単に医師を増やすだけではなくて、総合的に診られる医師を育てるといふ強い意思を持つべき。（相澤委員⑬）
- ・ 亡くなる方の看取りも医学教育の中に盛り込む必要がある。（海辺委員⑬）
- ・ 学生数を増やし、教育、研究、診療を大学病院に任せるのであれば、大学の教官数をもっと増やす必要がある。（山崎委員⑬）
- ・ 国家試験の回数がかつてのように年２回にしてはどうか。（山崎委員⑬）
- ・ 総合医がまさに地域の診療所等で、医療と介護をつないでいく役割を果たすのではないか。総合医を改めて医療提供体制の中で、きちんと位置づける必要がある。（小島委員⑬）

【地域医療支援センターについて】

- ・ 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で、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）
- ・ 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）
- ・ 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）
- ・ 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）
- ・ 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）

- ・ 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がか。
(水田委員⑬)
- ・ 地域医療支援センターは、PDCAサイクルに乗せることが重要。(海辺委員⑬)
- ・ 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)

【医療従事者間の役割分担とチーム医療について】

- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 医療を利活用する患者は何でも医師に期待しがち。チーム医療の推進の中で、どういう職種の人にはどういうことを期待できるというような啓発・広報も行ってほしい。
(辻本委員⑯)
- ・ チーム医療は、一人ひとりがプロであること、情報共有、カンファレンス、チームリーダーが必要であり、何が足りなくて何をすべきかを明確にすべき。(相澤委員⑯)
- ・ チーム医療に必要な、患者さんに対する目的と目標を明確にするカンファレンスが十分行われていないのではないか。(相澤委員⑯)

- ・ 「チーム医療」というならば、診療報酬上の評価は医師と看護師だけでなく、コメディカルを含めた配置で評価すべき。（山崎委員⑩）
- ・ メディカルクラークの評価をもう少し高くすることにより、ナースもコメディカルもドクターも、各々が担当できる職務に専従できる時間が増える。（加藤委員⑩）
- ・ 看護もいろいろな書類のやり取りが非常に多くなっているため、医療クラークの活用を拡大すべき。（齊藤（訓）委員⑩）
- ・ 家に帰ってからの生活については、チーム医療のリーダーは医師から看護師に代わるべき。（相澤委員⑩）
- ・ 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ことをこれまでも発言してきた。また、日本歯科総合研究機構の「病院でのチーム医療における歯科の係わりに関する調査」の結果を後日改めて報告したい。（近藤委員⑩）

2. 医療提供施設の機能

<部会資料でお示した論点>

- 人口・世帯構造や疾病構造の変化等をうけて、病院、診療所、薬局等には、患者のニーズ（急性期治療、リハビリ、長期療養、在宅医療など）に応じた医療機能の観点から、どのような役割が期待されるか。（第14回）
- 一般病床、療養病床の病床区分や介護保険の施設・在宅サービスなどを含め、医療機能分化の現状をどう評価するか。今後に向けて、病院・診療所が担う入院・外来の医療機能について、それぞれどのような方向性が考えられ、どのような機能強化が必要か。（第14回）
- 特定機能病院（高度の医療の提供、開発評価、研修など）、地域医療支援病院（地域での医療確保に必要な支援など）について、それぞれに期待される役割、今後の方向性をどう考えるか。（第14回）

【病院・病床の機能について】

- ・ 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）
- ・ 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）
- ・ 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）
- ・ 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）
- ・ 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ることが医療資源の効率的なあり方。（高

智委員⑬)

- ・ 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)
- ・ 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⑭)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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る、人員配置は自ずと異なる。(相澤委員⑭)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 救急・急性期の先の所を整備しなければ、救急・急性期がうまくいかない。在宅医療、介護まで含めてしっかり整備してこそ、医療機関の機能分担もうまくいく。(西澤委員⑯)

【特定機能病院等の在り方について】

- ・ 特定機能病院、地域医療支援病院の機能が曖昧になっている。病院の機能と人員配置のあり方、地域の医療機関で十分対応可能な患者が特定機能病院や地域医療支援病院、がん拠点病院等に集中していることや、外来が多く来る病院もある現状について、これらの病院と役割を分担する有床診療所や中小病院等も含めて、見直すよう議論すべき。(横倉委員⑭)
- ・ 医師等の地域間格差と診療科間格差がいわれるが、病院形態での格差も大きい。医療提供体制の面と、診療報酬の両面から、特定機能病院の在り方を検討する場を別途設けるべき。(中川委員⑭)
- ・ 病院の果たす役割、診療所の果たす役割を見直す必要がある。その中で、地域医療支援病院は、その病院でしかできない検査を地域の病院が共有するという趣旨などがあつたが、各種診断装置がいろいろなところに配置されていると、地域医療支援病院のそもそもの理念がどうなっているのか。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)
- ・ 特定機能病院にしても、DPCの進展とともに中身が変わってきているにもかかわらず、もとの制度のままであり、特定機能病院、地域医療支援病院について、取り上げるべき。(部会長代理⑭)
- ・ 特定機能病院、地域医療支援病院については、医療施設体系のあり方に関する検討

会である程度議論の整理が行われており、政府はこれを受け止め検討を進めるべき。
(尾形委員⑭)

【診療所について】

- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 無床診療所のあり方について広範・多岐、かつ地域住民と患者の安全・安心・信頼を担保できるように、満足度を高める方向で検討を急ぐべき。(高智委員⑯)
- ・ 特殊な診療科、専門性の高い診療所のあり方と、幅の広い診療分野を持つ診療所のあり方について、大病院に外来が集中して勤務医の疲弊の一因ともなる中で、本来どのような機能であるべきか検討すべき。(横倉委員⑯)
- ・ 地域における診療所の役割を医療提供体制の中でももう一度、きちんと位置づけを確認する必要がある。(小島委員⑯)

【人員配置標準について】

- ・ 地域による医師の偏在、新型インフルエンザのように急激な外来患者の増加なども踏まえ、医師の配置基準について、外来患者に係る現在の基準(40:1)の是非について議論が必要。(横倉委員⑭)
- ・ 外来の医師配置基準については、これを撤廃した場合の代替りの計算方式について検討する場をつくるべき。(山崎委員⑭)
- ・ 医師の配置標準は昭和23年以来変わっていないが、その当時と比較すると現在の方が1人の患者を診るのに時間がかかる。それが過労の原因にもなり、同じ基準ではやっていけない。(部会長⑭)
- ・ 人員配置基準は、医療のアウトカム情報の提供など、それに代わる指標が整備充実されれば撤廃は望ましいが、未だに標準人員を充足しない医療機関が存在しており、医療の安全の確保等の視点からみると重要。(高智委員⑭)
- ・ 医療法で定められている基準というのは、必要最低基準と認識しており、そのことはきちんと共有した上で議論する必要。(齊藤(訓)委員⑭)
- ・ 病院の中に歯科医師、歯科衛生士を置くことで、病院内でのチーム医療が発揮できる。病棟に歯科医師を置くような施設基準等について検討すべき。(近藤委員⑭)
- ・ 人員配置基準の話では、必ず看護師中心の議論になるが、チーム医療の観点からは、

看護師以外の職種を入れるなど柔軟性があってもよい。(山崎委員⑭)

- ・ 今後、医療安全やチーム医療を考えれば、人員配置の見直しに当たっては、実際に仕事をする必要性や目的を考えた上で検討すべき。(山本委員⑭)
- ・ ルールの定め方について、一律の基準ではなく、地域性、病院の特殊性に基づく例外も認めるような柔軟性を持った定め方があってもよいのではないか。(樋口委員⑭)
- ・ 医療職全体としてどういうスタッフが要るかという論点で議論をしないと、医師や看護師のみに負担がかかりかねない。(山本委員⑯)
- ・ 介護療養病床の廃止を延期することになった場合、看護職員の配置基準に関する経過措置の取扱いは、混乱が起きないようによく検討してもらいたい。(横倉委員⑯)

【医療機器の配置状況について】

- ・ 多くの保険医療機関が高額な医療機器を配置しており、その状況は国際比較からみても突出している。(高智委員⑭)
- ・ 医療機器の台数が多い反面、ほぼ待たずにアクセスできるという日本の良さを生かした中でどう効率化を図るかの議論が必要。(西澤委員⑭)
- ・ 病床数、医療機器が多い。一方、医療を受ける側から言うと、すぐ身近に病院があって良い機械があるというのは便利。その数を減らす、集約化するには国民、患者の理解を得ないと難しい。(部会長⑭)
- ・ 最近は患者側も医療機器の適正な設備の配置が必要と主張している。国民は負担をしているので、無駄なく理に適ったやり方にしてほしいと思っており、議論できる環境にあるのではないか。(海辺委員⑭)
- ・ 医療機器の配置が診療所に多いという指摘については、大病院が検査を行わない時間帯にCT専門のクリニックが検査している実態があり、その結果、患者サービスが向上している面がある。(日野委員⑭)

3. 在宅医療・連携

＜部会資料でお示した論点＞

- 子どもから高齢者に至るまで、ライフステージごとのニーズに応じた在宅医療の普及や質の確保を図るために、どのように取り組むべきか。特に、次期医療計画（平成25年から5年）に向け、数値目標等具体的な指針のあり方も含めて、どのように取り組むべきか。(第15回)
- 地域における看取りも含め、本人の意思を尊重した終末期医療を実現するために、どのような取り組みが必要か。(第15回)
- 在宅医療・終末期医療に携わる人材育成・確保をどのように進めるべきか。(第15回)

【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⑫）
- ・ 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⑮）
- ・ 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⑮）
- ・ 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⑮）
- ・ 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⑭）
- ・ 在宅医療に関する事項については、医療も介護もあまり区別がつかない状況であり、包括的な体系が取れないか検討すべき。（小野委員⑯）
- ・ 在宅をやっていくためには、国民を巻き込んでいかななくてはならないが、そのための議論や方向性がない。（相澤委員⑯）
- ・ 救命センターばかりでなく、二次救急の施策がないと、在宅の24時間のバックアップもできない。（日野委員（加納参考人）⑯）
- ・ 在宅ということは患者が主役になるという、その自立支援という形を根本に置いて議論すべき。（辻本委員⑯）
- ・ 病院から在宅への移行の際に、相談窓口が決まっていないとスムーズにいかない。（海辺委員⑯）
- ・ 在宅療養支援診療所になろうとすると、24時間の往診体制みたいなものをとらなければいけないが、医師1人とか2人ではほとんど提供不可能ということになる。チーム医療あるいは病診連携など地域として供給体制を整えるのが大事。（大西委員⑯）
- ・ 診療所について、1人で24時間常に対応するのは無理であり、システムが必要。地域にいろいろなサービスがあって、それが連携して初めて在宅での看取りが多いというよ

うに考えるべき。(西澤委員⑬)

- ・ 空白地域を特定して、そこに誘導的に在宅療養支援診療所や訪問看護ステーション、あるいはサテライトが設置できるようにすべき。(齊藤(訓)委員⑭)
- ・ 急性期病院をつくるために在宅医療は必要。ただし、生活支援や介護、住宅とセットで考えることが必要。(部会長代理⑬)
- ・ 訪問看護の経営で、看護師が看護業務に専念できるような社会体制が必要。(部会長代理⑬)
- ・ 在宅介護の問題では、病院、在宅医療の連携の中で、歯科衛生士の資質の向上も是非、医療部会の医師等の養成、配置との関係の中で議論すべき。(近藤委員⑬)
- ・ 在宅を診療所の医師と訪問看護と訪問介護で支えていき、生活の現場の中で最期を迎えることを日本の医療の基本概念とすべき。(相澤委員⑬)

【地域における医療機関間、医療・介護間の連携について】

- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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医療をみんなが利用できる環境を整備すべき。(光山委員⑭)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)
- ・ 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)

- ・ 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)
- ・ 訪問介護は、訪問看護よりも安いという理由で訪問介護にしてほしいという患者がいるが、訪問看護が必要な人はいる。少ない医療資源の中でサービスの質を高めることが非常に重要。(相澤委員⑯)
- ・ 訪問看護は介護保険と医療保険の両方にまたがるサービスなので、制度間の齟齬があって使いにくいので、それをなくしてほしい。(齊藤(訓)委員⑯)
- ・ 訪問看護師の確保が難しい状態であり、処遇改善も含めてどうあるべきか議論すべき。(齊藤(訓)委員⑯)
- ・ 急性期の医療が終わって生活に移っていくときに、退院調整の機能がうまく発揮できるかによってかなり状況が違ってくるため、調整機能の強化についても議論が必要。(齊藤(訓)委員⑯)
- ・ 地域の高齢化、安心子育て等に対応できる診療所のあるべき本来の姿、病診の機能分化あるいは病診連携、さらには介護保険制度に関連する事象との連携・調整に係る課題も念頭に置いた上での対応が不可欠。(高智委員⑯)
- ・ 急性期から行く亜急性期病棟や回復期病棟がなくて、その先の療養病床もいっぱい、その先の自宅も目一杯というのが現状。そうなったときに診療所の先生方が在宅でどれだけ診るかが重要であり、お年寄りが住む住宅を提供して、訪問看護や訪問リハビリ、在宅支援診療所の先生方の往診で支えていくのが、いちばん効率的。(相澤委員⑯)
- ・ 居場所の問題まで含めないと地域医療、在宅医療というのは支えられない。(小島委員⑯)

4. 医療計画

<部会資料でお示した論点>

- 地域ごとの医療資源の平準化を図る手法として、基準病床数制度があるが、その効果をどのように考えるか。(第15回)
- 二次医療圏については、各都道府県において、地理的条件等の自然的条件、日常生活の需要の充足状況、交通事情等の社会的条件を考慮して設定されているところであるが、現在の医療を取り巻く状況等を踏まえ、その設定のあり方についてどのように考えるか。(第15回)
- 医療連携体制を計画的に構築すべき疾病及び事業として、4つの疾病及び5つの事業を定めているが、この疾病及び事業の範囲について見直す必要はないか。このほか、医療計画に記載すべき事項及び内容について見直す必要はないか。(第15回)

【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。(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)
- ・ 在宅歯科医療の推進も含めて在宅医療は非常に重要な課題であり、医療計画の中で項目を別立てにすべき。(近藤委員⑯)
- ・ 医療計画を県で策定するときは、サービスが行き届かない空白地域を特定して、そこに在宅療養支援診療所や訪問看護ステーションの設置が誘導できるような内容を指針の中に入れてほしい。(齊藤(訓)委員⑯)
- ・ 在宅について、ストラクチャーやプロセスなどの数値目標を含めて医療計画の中での位置づけを拡充すべき。(尾形委員⑯)

【医療計画における4疾病5事業について】

- ・ 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ると、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)
- ・ 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)
- ・ 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)

- ・ 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。（高智委員⑮）
- ・ 4疾病5事業というカテゴライズがぴったり来ない。（日野委員⑮）

【基準病床数制度について】

- ・ 基準病床数が、平均在院日数をベースに計算されたり、二次医療圏の積み上げをベースに定められている限り、是正できるはずがない。基準病床のルールそのものについて、リソースの平準化、有効活用、地域偏在の解消という意味でも検討すべき。（光山委員⑭）
- ・ 一般病床は病床利用率が低下しており、基準病床は、今ある病床を守っているという逆の側面も発生しているのではないか。一般病床、特に急性期病床の基準病床の考え方について、今後取り上げる必要。（部会長代理⑭）
- ・ 国が一定の基準を設けるのは合理的で、病床基準も算定式もなくして都道府県に任せるのは混乱を招く可能性がある。（中川委員⑯）
- ・ 病床過剰地域での病床の新設に関する許可等の廃止や、国際医療交流でもこれが利用可能といったライフイノベーションWGの検討について、医療部会は決して許してはならない。（中川委員⑯）

5. 救急・周産期医療体制

＜部会資料でお示した論点＞

- 厳しい状況にある救急医療機関の負担を少しでも軽減する必要があるが、救急利用に対する住民の意識を高めるために、どのような取組みが考えられるか。（第15回）
- 2次救急医療機関の状況には大きな差があるが、そのうち、地域の中で大きな救急搬送受入実績を有する医療機関等が、その機能を十分に発揮できるような評価・位置付けについて、どのように考えるか。（第15回）
- 周産期医療の提供体制については、都道府県が今年度中に定めることとされている周産期医療体制整備計画に基づき体制の充実を図っていくこととなるが、その着実な実施のためにどのような取組みが必要となるか。（第15回）

【救急・周産期医療体制について】

- ・ 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）
- ・ 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）
- ・ 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）

- ・ 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）

6. 患者との関係、広告など

<部会資料でお示した論点>

- 広告可能事項の範囲やその内容について、患者・国民の選択を支援する観点から、どのような改善が考えられるのか。（第13回）
- 病院のホームページの記載等については、医療法上広告ではなく、患者自らのアクセスに対する情報提供として取り扱っているが、誤った情報が長期間更新されていない、不正確な情報が記載されるなどの事例が指摘されることがある。これらに対してどのような対応が考えられるか。（第13回）
- 患者にとって有益な情報を容易に得られる医療機能情報提供制度とするため、今後どのように制度を改善すべきか。また、医療の実績情報（アウトカム指標）の公表の在り方について、どのように考えるのか。（第13回）
- 厳しい状況にある救急医療機関の負担を少しでも軽減する必要があるが、救急利用に対する住民の意識を高めるために、どのような取組みが考えられるか。（第15回）

【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ついていく方向性が重要。（高智委員⑮）
- ・ 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）
- ・ 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）

【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）
- ・ 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）

【医療の質の評価・公表について】

- ・ 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）
- ・ 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）
- ・ 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）

【関連する動きについて】

- ・ 「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）
- ・ 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）
- ・ 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）