

論点	論点に係る主な意見(○数字は検討会の回)	承認要件の見直しに向けた共通認識と残された論点
<p>1. 高度の医療の提供について</p> <p>●特定機能病院は、今後の高齢社会を踏まえ、多分野にわたる総合的な対応能力を有しつつ、かつ専門性の高い医療を提供し、また、「地域医療の最後の拠り所」としての役割を担うことから、その承認要件としては、どのようなものが適当か。 (例えば、必須とする診療科目の設置及び専門医の配置など)</p>	<p>①医療法が最低基準を定めるものであるとすれば、技術進歩や地域格差というものにどう対応するのかという観点から、現行制度の枠組みのあり方に関する議論はあり得るのではないか。</p> <p>②高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び評価、高度の医療に関する研修という3つの機能を一体として持つ意味づけを整理すべき。</p> <p>①医療は常に進歩しており、承認要件を絶えず見直していくという観点が必要。</p> <p>①高齢社会を迎え、複数の疾患・病態をもった患者に対する高度な医療を提供する場合、高度な専門性の高い医療を実施していく上で、それをカバーできるだけの複数の診療科が必要という意味の総合性が求められる。</p> <p>③高度医療とは、手技的な面や知識の面で高度という場合と、合併症など複合的な要因により特殊な管理が必要になるという意味で高度という場合の2とおりがあると考えられる。</p> <p>①最後の拠り所となるような病院が、現状では各県に必要。</p> <p>①地域差はあるものの、1県1大学病院が設置されて県の医療レベルが飛躍的に向上したという現実がある。</p> <p>①特定機能病院を通して、全国の医療の均てん化を図っていくという役割もある。</p> <p>①特定機能病院がどんどん増えるとなると限られた財源の中で厳しくなる。貴重な医療資源の配分も考えるべき。</p> <p>②三位一体の機能を厳密にやれば、大学病院本院でも今後危なくなってくるところがあるのではないか。</p> <p>②要件設定に当たっては、地域性を加味してはどうか。</p>	<p>《論点》</p> <p>・当面、特定機能病院には3つの機能(高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び評価、高度の医療に関する研修)を一体として持つことが必要であるとした上で、承認要件の見直しを行うべきではないか。</p> <p>【診療科の指定】</p> <p>《共通認識》</p> <p>・特定機能病院は、今後の高齢社会を踏まえ、多分野にわたる総合的な対応能力を有しつつ、かつ専門性の高い医療を提供する。</p> <p>《論点》</p> <p>・現行の承認要件では、16の診療科のうち10以上を標榜していればよいとされているが、多分野にわたる総合的な対応能力を有する観点から、内科、外科、精神科等の特定の診療科は必ず標榜することとしてはどうか。その上で、専門性の高い医療を提供する観点から、当該診療科それぞれに一定数の専門医を配置することとしてはどうか。</p> <p>・複数の診療科による円滑な連携を図る観点から、診療科間の調整を状況に応じて行う部門(例えば、「総合診療部門」など)を院内に設置するべきではないか。</p> <p>【配置】</p> <p>《共通認識》</p> <p>・特定機能病院は、地域の一般の医療機関では通常提供することが難しい診療を提供する「地域医療最後の拠り所」としての役割を担う。</p> <p>《論点》</p> <p>・都道府県で最低1箇所ずつ配置する必要がある。一方、人的にも施設・設備的にも集約されることによって高度の医療を提供できる貴重な医療資源であり、同一都道府県内に複数箇所分散して配置することは提供する医療の質を低下させるおそれがあり、好ましくない。このため、原則、各都道府県に1か所配置することとしつつ、都道府県によっては、人口比率や地理的バランスを考慮し、複数箇所配置する場合もあることとしてはどうか。</p>
<p>●特定機能病院がその機能を適切に果たせるよう紹介制を高めていくべきではないか。そのためには、承認要件である紹介率や算定式をどのように見直したらよいか。</p>	<p>②最後のよりどころでもあり、紹介率は上げる方向で考えて欲しい。</p> <p>①患者の立場からすると、特定療養費を払ってでもかかりたいということも踏まえた検討が必要。</p> <p>③特定機能病院の位置付けを考えると、紹介外来あるいは専門外来がある程度中心となるのではないか。</p> <p>③原則として紹介外来をうたっても患者は来る。背景として専門外来が多いこと、いろいろな診療科があるので複合的な疾患や合併症を持った患者がかかりやすいことが挙げられる。</p> <p>③紹介率には地域差の影響もある。決して病院側が外来患者をかき集めている訳ではない。</p> <p>③外来は不採算部門となっている。</p> <p>③外来患者の何割かは入院する。病床稼働率などの経営上の課題との関連もあり、ある程度の外来は必要。</p> <p>②逆紹介率の導入も考えて欲しい。</p>	<p>【紹介機能】</p> <p>《共通認識》</p> <p>・特定機能病院の位置付けを踏まえると、紹介外来制の導入を求めていくことが必要。</p> <p>《論点》</p> <p>・特定機能病院は、地域の一般の医療機関では通常提供することが難しい診療を提供する病院として、原則、紹介外来制としてはどうか。</p> <p>・患者の大病院指向等もあり、紹介外来制の導入を病院側の努力のみに求めるのは困難と考えられるものの、現状に照らしながら、紹介率の基準値を適宜高めていくこととしてはどうか。</p> <p>・現行の紹介率算定式は、逆紹介患者数が分母・分子の両方に計上される等必ずしも病院の紹介機能を適切に評価できる形になっていない。このため、紹介機能をより適切に評価する観点から、紹介率、逆紹介率のそれぞれについて算定式を設けてはどうか。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>&lt;参考&gt; 現行の紹介率算定式</p> <math display="block">\text{紹介率} = \frac{\text{紹介患者数} + \text{逆紹介患者数} + \text{救急搬送患者数}}{\text{逆紹介患者数} + \text{初診患者数}}</math> </div>

論点	論点に係る主な意見(○数字は検討会の回)	承認要件の見直しに向けた共通認識と残された論点
		<p>②状態が落ち着いた患者を地元で継続的に治療できるという体制を要件に入れてはどうか。</p> <p>②できるだけ後方に転院させたいが、患者の多くが合併症を持っているため転院が難しい。</p>
2. 高度の医療技術の開発及び評価について	<p>●現在、「高度の医療技術の開発及び評価」についての承認要件を、病院に所属する医師等が発表した論文の数で設定しているが、今後、その質を問う観点で見直してはどうか。 (例えば、臨床研究論文の件数、インパクトファクターの高い学術雑誌への掲載件数など)</p>	<p>①3つの機能のうち、「高度の研修」と「高度の医療技術の開発と評価」に係る要件が手薄いのではないか。</p> <p>①論文について、数の視点と質(インパクトファクター)の視点の両方が必要。</p> <p>【高度の医療技術の開発と評価】 《共通認識》 ・現在、「高度の医療技術の開発及び評価」についての承認要件を、病院に所属する医師等が発表した論文の数で設定しているが、今後、その質を問う観点で見直すことが必要。</p> <p>《論点》 ・現行の承認要件では、病院に所属する医師等が発表した論文の数が、(使用言語を問わず)年間100件以上であることとされているが、高度の医療の提供に結びつく質の高い研究成果を適切に評価する観点から、より多数の研究者の評価を受けやすい、英文による論文の数を要件に加えてはどうか。</p>
3. 高度の医療に関する研修について	<p>●現在、「高度の医療に関する研修」についての承認要件を、専門的な研修を受ける医師及び歯科医師の人数で設定しているが、今後、高度の医療を継続して提供する人材養成の体制を確保する観点で見直してはどうか。 (例えば、指導医の配置など)</p>	<p>①医療従事者の養成を、卒前教育から資格取得後の高度な教育研修まで、首尾一貫して明確なビジョンを持って行うことができる施設が本来ふさわしいのではないか。</p> <p>②医学生の教育を抜きにして議論することはできないのではないか。大学病院本院とその他の病院とを一つにくくるのは限界があるのではないか。</p> <p>③医学部教育を大学病院のみと限定するのは理解できない。</p> <p>③医学部の教育、特にクリニカル・クラークシップは、他の病院、診療所、在宅を含めて包括的に行われており、大学の中だけでやっているという事はあり得ない。</p> <p>③関連病院等で学生の臨床実習をおこなったとしても、受け入れた医療機関が医学部教育をしていることにはならないのではないか。</p> <p>②医師の養成あるいは研修が本当の意味の「特定機能」ではないか。</p> <p>②医療技術の進歩にキャッチアップしていく医師を継続的に養成して欲しい。</p> <p>③高度の治療やケアを行う時に、共通した知識や技術を持ち合わせていないとチーム医療ができないのではないか。医師だけでなく他の医療職種の研修体制も必要ではないか。</p> <p>③チーム医療を行う上で、全体的な医療人の育成の観点は非常に大事。</p> <p>②養成した医師を地域の中核的な病院に安定的に派遣する機能を期待。</p> <p>④特定機能病院は高度の医療を提供するところ。地域医療の充実のために人材を確保する機能を持たせることについては議論が難しい。</p> <p>④医師の派遣は特定機能病院の機能としては疑問に感じる。</p> <p>【高度の医療に関する研修】 《共通認識》 現在、「高度の医療に関する研修」についての承認要件を、専門的な研修を受ける医師及び歯科医師の人数で設定しているが、今後、高度の医療を継続して提供する人材養成の体制を確保する観点で見直すことが必要。</p> <p>《論点》 ・一般に、高度の医療の研修を行うためには、各学会に認定されている指導医の下で研修を行うことが必要である。しかしながら、現行では、受け入れた研修医の数(専門的な研修を受ける医師及び歯科医師の数が年間平均30人以上であること)が承認要件とされており、必ずしも研修を行う体制自体を評価していない。このため、前述の特定の診療科(内科、外科、精神科等)ごとに指導医が配置されていることを要件に加えてはどうか。</p>
4. その他	<p>●その他に要件の見直しは考えられるか。また、承認後の評価のあり方をどうするか。(例えば、安全管理体制など)</p>	<p>①リスクも高まることから、医療安全のしっかりした整備が必要。</p> <p>【安全管理体制、個人情報管理体制】 《共通認識》 ・高度の医療の提供に伴い、リスクも高まることから、医療安全管理体制の確保が重要。</p> <p>《論点》 ・安全管理体制は客観的な数値基準の設定や評価が困難であり、特定機能病院が毎年行っている業務報告(書面)だけで、その状況を把握することは極めて困難である。このため、承認の更新の際に、現地視察など実態を確認する手続きを加えてはどうか。 ・取り扱う個人情報の量が多い中で、患者の個人情報の管理体制に関する要件も加えてはどうか。</p>

論点	論点に係る主な意見(○数字は検討会の回)	承認要件の見直しに向けた共通認識と残された論点
	①地域連携部門の設置を要件に加えてはどうか。在宅医療等の地域連携を適切に行うことを要件に加えてはどうか。	《論点》 ・地域連携や在宅医療の推進は、特定機能病院というよりは、地域医療支援病院が担うべき機能ではないか。
	①国の基本的な計画に則るという視点も大事ではないか。	【その他】 《共通認識》 ・その他、特定機能病院に求められる役割として、国の基本的な方針に沿うことや、提供している医療を患者や住民がイメージできるよう工夫することが必要。  《論点》 ・現在、医療費の適正化の観点から、国を挙げて後発医薬品の使用を推進している。特定機能病院は高度の医療を提供する医療機関であるが、国(厚生労働大臣)が承認を行う病院であることも踏まえ、可能な範囲で後発医薬品の使用割合を高める努力を求めることとしてはどうか。
	①診療を受ける患者や国民が、その提供する医療の内容をイメージできるようにすべき。	・特定機能病院がその機能を十分に発揮するためには、病院が果たしている役割を、地域住民が正しく認識していることが重要である。このため、病院が果たしている役割について地域住民に対し情報発信する努力を求めることとしてはどうか。 ・医療内容が標準化されていることを評価する観点から、DPC参加病院であることを要件としてはどうか。
	③更新制度は導入すべき。	【承認の更新】 《共通認識》 ・高度の医療の提供を担う特定機能病院としての質を継続的に確保していくため、更新制度を導入する。  《論点》 ・医療計画との関連も踏まえ、更新の期間を考慮することとしてはどうか。