

医療政策の経緯、現状及び
今後の課題について

(計画作成に当たる都道府県職員向け参考資料)

平成19年4月

目次

はじめに

1. 位置付け	1
2. 構成	2
I 我が国の医療提供体制をめぐるこれまでの経緯	3
II 我が国の医療提供体制の現状と課題	5
1. 病院、診療所等分野別にみた現状と課題	5
①病院	5
②診療所	6
③医療従事者	7
④関係機関の連携	8
⑤後期高齢者の生活を支える体制	9
2. 患者・住民の視点からみた現状と課題	10
①医療の情報が少なく、地域の医療提供体制がわかりにくい	10
②地域の急性期を担う医療機関の体制が弱まっている	10
③夜間や休日など身近な場所での医療に不安がある	11
④在宅での療養生活を選択することが難しい	11
III それぞれの問題点に対応した今後の医療政策の検討の方向性	12
1. 地域における医療機能の明確化や機能分化・連携・情報開示・ITの 活用の推進	12
2. 総合的な医師確保対策の推進	16
3. 開業医の役割の重視と総合的な診療に対応できる医師の養成・確保	19
4. 在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進	22

医療政策の経緯、現状及び今後の課題について
(計画作成に当たる都道府県職員向け参考資料)

厚生労働省
医療構造改革推進本部
総合企画調整部会

はじめに

1. 位置付け

医療構造改革においては、国民の生活の質(QOL)の確保・向上を図りつつ医療の効率化を図ることを基本として医療費の適正化等を推進することとしており、その方向に沿って、平成18年の通常国会において医療制度改革関連法案が成立した。

今回の法律案成立に伴い、生活習慣病の予防を徹底するとともに、医療提供体制については、患者の視点に立って、医療情報の開示を進めつつ、急性期から回復期、在宅医療に至る医療を地域ごとに切れ目なく確保すること等により入院期間を短縮し、医療費の適正化を図ることとして、医療制度改革の施行に取り組むこととしている。

今回の医療制度改革を円滑に施行していくために、厚生労働省に大臣を本部長とする医療構造改革推進本部を設置するとともに、各般にわたる改革の全体が総合的に進められるよう総合企画調整部会を設け、同部会の下に、「医療費適正化計画PT」、「地域ケア・療養病床転換推進PT」及び「医師確保総合対策PT」の3つのプロジェクトチームを設置し、当面急がれる課題について集中的に検討を進めてきた。

検討の過程において、医療保険や介護保険の分野を含めたそれぞれの施策の共通の基礎として、全体に共通する、医療提供体制を中心とした医療政策のあり方に関し、これまでの経緯や現状を踏まえつつ、今後の検討に当たっての方向性について部局横断的に共通認識を持つことが重要であり、総合企画調整部会として考え方をとりまとめることが極めて重要であるという認識に至った。

そこで、今般、3つのプロジェクトチームの作業を踏まえ、総合企画調整部会において、今後の医療政策の検討の方向性についてとりまとめた。

改正医療法に基づき、医療提供体制の確保を図るための基本方針を新たに告示したところであるが、各都道府県が今後、同基本方針に則し、かつ地域の実情に応じて

医療計画を定めていくこととなり、また併せて、医療費適正化計画や地域ケア体制整備構想を作成していくこととなることから、都道府県におけるこれらの検討作業に資するよう、医療政策に係るこれまでの経緯、現状及び今後の課題をとりまとめた本資料を、計画作成に当たる都道府県職員向けの参考資料という位置付けで公表する。

もとより、政策として実施していくに際しては、関係の審議会や検討会等で様々な角度からのご意見をいただき、国民的な議論を重ねて合意形成を図りつつ実施に移していく必要があると考えており、関係各方面からの活発なご意見・ご議論を期待したい。

2. 構成

今後の医療政策の検討の方向性を整理するに当たり、まず、我が国の医療提供体制をめぐるこれまでの経緯、及び現状と課題について概観する。

現状と課題については、病院、診療所の現状等を分野別に概観した後、これを患者・住民の視点に立って改めて整理している。その上で、それぞれの問題点に対応した今後の医療政策の検討の方向性を示している。

なお、ここで示している4つの検討の方向性は、相互に密接に関連しており、同時並行的に検討されるべきものである。

I 我が国の医療提供体制をめぐるこれまでの経緯

(戦後から昭和50年代までの医療機関数の拡大)

我が国の医療提供の体制については、終戦後、感染症等の急性期の疾病への対応が中心の時代に医療法が制定(昭和23年)され、当初は、公立病院をはじめ公的な医療機関を中心に、病院の量的な確保がまず図られた。

昭和36年に国民皆保険が達成されたこと、保険証があれば全国どこでも受診できるフリーアクセスの仕組みであり、国民健康保険の給付率の改善(自己負担割合の減少)もあって医療機関の受診がし易くなったこと、自由開業制であることが相まって、経済が大きく成長する中、公立のみならず民間の医療機関も併せ、医療機関数は大きく拡大していった。

特に、高齢化率が上昇する中で、昭和48年に老人医療費の無料化政策が採られたことを契機に、老人の受療率は急激に伸び、国民医療費に占める老人医療費の割合も上昇した。高齢者の生活を支える介護の体制が量的にも不十分であり、また措置制度として介護が行われてきた中、昭和50年代に、必ずしも入院医療を必要としない者も含め、家庭での介護が難しい高齢者の受け皿としての病院・病床が増大した。

(病床規制制度の導入)

病院数は増大したが、病院の配置について調整を行う仕組みはなく、県庁所在地等人口の多い地域に集積しがちであったが、昭和60年の第一次医療法改正により都道府県医療計画制度が導入され、いわゆる病床規制制度が実施されている。地域の病床数が基準を超えている地域には原則として新たに病院設置ができないこととなり、この制度施行前のいわゆる「駆け込み増床」を最後に、病院・病床数の伸びに歯止めがかかることとなった。

診療所数も昭和30年代以来継続して増加している。昭和の終わりから平成の初めにかけて施設数の伸びが一時弱まったものの、その後は再度安定して増加(近年は特に無床診療所が増加)している。

(医療機能の分化・連携と患者の視点を重視した平成時代の医療法改正)

医療法はその後、平成4年、9年、12年と三次にわたり改正が行われており、特定機能病院制度及び療養型病床群の創設(平成4年)、総合病院制度の廃止と地域医療支援病院制度の創設(平成9年)、療養病床と一般病床の区分(平成12年)といった医療機能の分化・連携を推進するための制度改革が行われた。また、医療に対する国民の意識の変化等を踏まえ、広告規制の緩和、インフォームドコンセントの法律へ

の位置付け等患者の視点に立った見直しが行われている。

そして平成18年に、地域医療の連携体制の構築を進める医療計画制度の見直し、医療機関の機能に関する情報の開示等を内容とする第五次医療法改正が行われている。

(医師の養成に関する経過)

医師数についても量的拡大を目指し、昭和48年にはいわゆる無医大県解消政策を打ち出し、医学教育機関の新設、定員の増を進めてきたが、昭和61年から、医学部の定員については抑制基調となってきた。

医師免許取得後の研修については、従来は努力義務とされており、出身大学において単一分野の研修を受けることが一般的であったが、全人的な医療を行える医師の養成を目指しローテート方式で研修を行う新たな臨床研修制度が平成16年度から実施されており、現在は半数以上が大学病院以外の研修病院で臨床研修を受けている。

(介護が必要な高齢者の受け皿に関する経過)

介護の必要な高齢者の受け皿については、昭和62年に老人保健施設が制度化され、また平成2年には高齢者保健福祉推進10か年戦略(ゴールドプラン)を策定して、在宅介護の体制強化や、特別養護老人ホームやケアハウスも含めた施設整備が進められた。また、病院の中においても、特例許可老人病院(昭和58年に制度化。介護保険発足に際し廃止)、療養型病床群(平成4年に制度化)といった長期療養に対応した病床類型が位置付けられた。

平成12年の介護保険制度の発足に当たっては、社会的入院問題への対応が課題の一つであったが、介護基盤の不十分な中、療養型病床群(医療法の改正により、平成15年9月以降は「療養病床」)についても、介護保険施設の一類型(介護療養型医療施設)として位置付けられた。しかし、その後の介護基盤の整備を踏まえ、平成18年の制度改革において、平成23年度末をもって、介護療養型医療施設の類型は廃止されることとなっている。

Ⅱ 我が国の医療提供体制の現状と課題

1. 病院、診療所等分野別にみた現状と課題

①病院

(人口あたり病床数が多く中小規模の病院が多いといった我が国の病院の特徴)

OECDの調査によれば、若干の定義の違いはあるものの、我が国の医療提供体制については、諸外国に比べ、人口当たりの病床数が多く、病床当たりの医療従事者が少なく、平均在院日数は短縮傾向にはあるが長いという特徴がある。

病院の病床(約160万床)のうち、一般病床(精神病床、結核病床、感染症病床及び療養病床以外の病床)が約90万床と半数以上を占めるが、一般病床がどのような機能を持ち、役割分担するのかは明確になっていない。一般病床の病床利用率は8割を下回って推移しており、実際に利用されている病床数は70万床程度である。

病院(約9千施設)の7割は200床未満であり、一方、施設数の5%に当たる500床以上の病院で、全病床の2割を占める。100床未満の小規模な病院の比率は、個人立や医療法人立で特に高いが、市町村立病院についても3分の1は100床未満である。

一般病院の一病院あたりの診療科数は平均7科程度であるが、市町村立病院については、中小規模の比率が高いにもかかわらず、平均診療科数は11以上と比較的多くなっている。

(診療所との関係を含め病院機能が明確化される仕組みではない現状)

中小の病院については、医療法の体系でも診療報酬の体系でも、その機能の明確化が求められる仕組みとはなっていない。近年、施設数、病床数とも減少している有床診療所についても、中小の病院と同様、その機能が必ずしも明確ではない。

大病院についても、特定機能病院や地域医療支援病院の制度はあるが、一般病床のうちのごく一部にとどまるとともに、医療機能の分化・連携に十分機能していると言いき難く、また、制度が広く知られるには至っていない。

本来入院機能及び紹介患者に対する専門外来が期待されている大病院においても、多くの一般外来患者を受け入れており、一次的な地域医療を担う診療所等との役割分担が必ずしも図られていない。

診療所を含めた医療機関の役割分担が明確でなく、情報も十分でない中、患者は、自ら調べ、自分なりの判断で医療機関を選んでいる状況にある。現在の仕組みのもと

では、患者は、フリーアクセスということで大病院でも専門病院でも直接に受診が可能であるが、拠点となる急性期病院の外来に患者が集中し、勤務医に過度の負担がかかるなどの問題も生じてきている。

小児救急拠点病院の夜間外来を訪れる小児科患者の9割は軽症であるという調査結果もある。中には、無料だから、あるいは優先的に診てくれるから、という理由で、救急車を利用し、本来高度な救命救急を担う病院の救急外来を受診するケースもある。

②診療所

(無床診療所の増加)

近年、有床診療所が減少しているものの、無床診療所が大きく増加し、一般診療所の総数は増加している。診療所の開設数と廃止数の差(純増分)は、この15年間、年に1000～1500施設程度で、概ね横這いとなっている。

(時間外や夜間・休日診療を行う診療所の減少)

時間外や夜間・休日の診療を行っている診療所数及び診療の件数は、減少傾向にある(夜間・休日のニーズは「急病センター」で対応している地域(全国で約500箇所余りで近年推移)もあることに留意)。休日や夜間で診察時間外だったという理由で救急車を要請し、救急医療機関を利用しているケースが、東京消防庁調査によれば、この数年、全体の2割弱を占め続けている。

(在宅医療を行う診療所の割合の減少)

往診や訪問診療による在宅医療(通院が困難な患者の居宅を訪問して提供する医療)の実施施設数及び実施件数は概ね横這いであり、一般診療所が増える中、これらに取り組む施設割合は低下している。

在宅療養支援診療所として9434施設が届出を行っている(18年7月1日現在)が、全ての届出施設が、在宅での看取りや、訪問看護ステーションやケアマネジャー等の地域の資源と共同・連携ができていくかは、検証が必要である。

(患者が大病院を選ぶ理由)

患者が大病院を選んだ理由としては、医療機器や専門医が揃いどんな病気でも対応できる、大きな病院の方が安心、これまでもかかっている、また、身近な診療所では必要に応じ適切に専門の病院に紹介してくれるか心配、といったことが挙げられている。

③医療従事者

(医師数全体の増加と地域や診療科における偏在)

医師数は、全国的には毎年3500～4000人程度増加しているが、都道府県により、また都道府県内でも県庁所在地のある医療圏とそれ以外の医療圏など、地域格差がある。

新たな臨床研修制度の導入を契機として、従来から弱まっていた大学の医局による医師の供給調整機能が低下し、一部地域において医師の需給のミスマッチが発生している。

小規模な公立病院を中心に、医師の確保が困難となるケースが生じている。近年の大学病院を取り巻く状況の変化や研修医への指導体制の確保のため、大学において中堅医師等を確保する必要が生じたこと、また、その影響等により、急性期病院の勤務医が開業等によって退職した後任を大学医局からの派遣で補充する機能が低下したこと等が、その一因となっている。

医師確保が難しい要因としては、若手の医師は症例数が多い病院に魅力を感じ、地域の拠点病院(いわゆるマグネットホスピタル＝医師が多く集まる地域の中核的な病院)に集中する傾向があり、逆に研修先としての魅力の乏しい病院には若手医師が集まらないなどといったことも挙げられる。

(病院勤務医の厳しい労働環境)

病院勤務医の一週間当たりの勤務時間は、休憩時間や研究に充てた時間なども含めて計算すると、平均で約63時間、休憩時間等を除いた実際の従業時間は、平均で約48時間となっており、開業医に比べて、病院勤務医、特に急性期の病院勤務医の勤務状況は極めて厳しいものとなっている。当直の翌日に通常の勤務を行う働き方も多いことも指摘されている。

(訴訟の多発等医師の責任をめぐる動き)

近年、医療事故をめぐる訴訟が増加しており、また、出産時の死亡事故が刑事事件として取り扱われるなど、医師の責任を問う傾向が強まっている。極めて厳しい労働環境の下で治療に当たることを余儀なくされている急性期の病院の多くの勤務医から、「精一杯の努力をしている」、「限界に近い状況にある」、「勤務医の置かれた状況を国民に理解して欲しい」といった声が寄せられている。

(職種間の役割分担の不十分さ)

病院においては職種間の役割分担が十分でなく、大量の書類の作成などの事務手続き、高度な医療機器の操作や調整など、医師以外でも処理でき、かつ事務や機器

の専門家が行った方が効率的な業務までを、医師自らが行っている状況にある。

看護師についても類似の状況がある。中でも、同機能であっても規格が異なったり、コンピュータを内蔵した多種類の医療機器の操作、あるいは多種の薬剤等の管理は医療事故やヒヤリ・ハット事例を誘発しやすいが、こうした業務に追われている現状にある。特に新人看護師についてこうした医療現場の高度化、専門化とのギャップが勤務の継続を困難にしている理由の一つとなっているとの指摘があることもあり、看護職員の資質の向上は急務となっている。

(分娩を取り扱う医療機関数等の減少)

分娩を取り扱う医療機関数及び小児科を標榜する病院は減少している。医師数が増加する中、産科の医師は、訴訟の対象となる割合が高く、また、24時間体制の勤務が求められる厳しい労働環境にあること等から、分娩数当たりで見れば横這いであるものの、近年減少している。

地域の医療体制を確保するため、医療機関の集約化や再編成を行っている地域もある。例えば北海道の中空知地域においては、三つの市立病院に産科医が各1～2名ずつ配置されて分娩を取り扱っていたのを、分娩については一病院に集約し産科医も集中させるとともに、新生児の診療体制を強化したことにより、難しい分娩も札幌等の大病院に頼ることなく地元で対応可能となっている(分娩を取り扱わなくなった病院でも外来の産科医療は継続している。)

(専門医及び総合的な医療に対応できる医師の養成)

専門医の養成は、大学教育あるいは学会がその中心を担っており、基本的には内科の中でも循環器や消化器といった臓器別に養成されている。アメリカに比べ人口比で2倍以上の専門医が養成されている分野がある一方で、一人の人間を全人的にみる総合的な医療に対応できる医師の養成については、欧米諸国のような取組はなされていない。一方、患者の側も、自らの健康状態について正確に判断できないままに、専門性が高いからという理由で大病院を受診するという傾向もある。

④関係機関の連携

(地域連携クリティカルパスの活用等)

例えば脳卒中を発症したり大腿骨を骨折した患者が、直ちに急性期治療を受け、継続して回復期リハビリを受け、残存能力を最大限に回復して、できる限り速やかに自宅など生活の場に帰れるという、医療機関間が連携した一貫した切れ目のない医療の提供がなされるのか、住民には見えにくい。

熊本市における急性期から回復期に到る病院相互のシームレスな(継ぎ目のない)

連携など、こうした取組が行われている地域においては、地域連携クリティカルパスを用いた治療計画の説明も行われる等患者にもわかりやすいものとなっているが、連携パスの利用は、まだ一般化していない。

(医療・介護の連携による地域でのケア体制)

在宅医療の中心となるかかりつけの医師が、継続してケアを行っていく中で、再入院等の時も含め、医療機関や看護・介護サービス機関等との連携を図るなど中心的な役割を担う仕組みが採られている地域において、患者は安心して療養生活を送りやすいが、医療面だけでなく介護の相談や家族指導など生活面全般の対応といった全体の連携の進め方をよく承知した上で在宅医療を行ってくれる医師を見つけることは容易ではない。

また、広島県の公立みつぎ病院をはじめ、国民健康保険の直営診療施設が中心(拠点)となって、治療だけでなく、健康づくりから在宅ケア、リハビリ、介護にいたる面的な地域連携を図る地域包括ケアシステムの構築が進められているが、中山間地の小規模な自治体が現場となっており、必要な人材や社会資源の確保に困難があることが指摘されている。

訪問看護は、看護を中心に、医療や介護にも深く関わるサービスである。制度上は、高齢者については、居宅介護サービス計画に位置付けられての介護保険からの給付を基本に、がん末期等で多くの訪問回数が必要な場合等には医療保険から給付が行われているが、近年事業量や訪問看護ステーション数が頭打ちであるとともに、サービスの内容や体制も、ステーションによって差があるという現状にある。

⑤後期高齢者の生活を支える体制

(後期高齢者の急増の見通し)

2030年には、75歳以上の後期高齢者が、現在の2倍近い2260万人に増加する見通しである。

医療施設の整備に伴い、病院を利用しやすくなったことと相まって、昭和30年代には8割の方が家で亡くなっていたものが、昭和50年代に病院で亡くなる割合が上回るようになり、現在は8割の方が病院・診療所で亡くなっており、在宅死亡割合は1割余りとなっている。現在は約110万人である年間死亡者数は、2040年には166万にまで達する見通しとなっており、看取りを含めた医療のあり方が課題となっている。

また、高齢者の一人暮らし世帯が急速に増加することが見込まれるとともに、認知症の高齢者も急増していくことが見込まれる。

(介護施設の整備状況)

介護施設については、ゴールドプランによる整備推進や介護保険制度の実施により、特別養護老人ホーム(定員約38万)、老人保健施設(定員約30万)、ケアハウス(定員約7万)等が整備されている。今後都市部の高齢化が進む中で、高齢者の生活を支える体制をどう確保するかが大きな課題となっている。

2. 患者・住民の視点からみた現状と課題

医療提供体制をめぐるこれまでの経緯を踏まえ、1.において分野別に整理した現状及び課題を、医療の受け手である患者・住民の視点に立って、以下のように整理することができる。なお、医療に対する患者や住民の意識、また、医療提供体制の現状は、都市部とそれ以外の地域など、その置かれた状況によって大きな違いがあり、それぞれの地域の状況やニーズに十分配慮していかなければならないことにも留意が必要である。

①医療の情報が少なく、地域の医療提供体制がわかりにくい

地域のどこでどのような医療が受けられるのか詳しくわかるようにはなっていない。各医療機関の有する機能や患者の入退院、在宅療養の流れなどの現状に関する情報の把握やその開示については、各都道府県において一定程度行われているが、取組状況には差があり、医療の内容に関する情報の提供までを行っている地域は限定的であるなど、全国的には必ずしも十分なものとなっていない。

②地域の急性期を担う医療機関の体制が弱まっている

小児科や産科を中心に、医師確保の難しさから地域の医療機関が診療科を縮小あるいは廃止したり、医療機関自体がなくなることなど、急性期医療の確保が困難となっている地域がある。

特に産科については、病院勤務の医師が退職した後任を確保できず、その病院で分娩を取り扱えなくなった場合、地域にある他の分娩を取り扱う病院に妊婦が集中するために、その病院の負担が高まってしまい、人人体制を強化できなければその病院の医師も負担に耐えられなくなってしまう、という悪循環も生じることとなる。

③夜間や休日など身近な場所での医療に不安がある

普段から自分の健康状態を全体的に把握してくれていて、変調を気軽に訴えたりすることができ、必要に応じて専門の医療機関を紹介してくれる医師を地域で見つけることが難しい。

日中にかかっている診療所はビルの中にあり、夜になると連絡がとれなくなってしまう、往診など在宅医療を行う医師を地域で見つけられない、在宅医療については、急変した時のことや最期を迎える時のことが心配、といった状況がある。

④在宅での療養生活を選択することが難しい

高齢者が急増する一方で往診や訪問診療を行う診療所はむしろ減少しているなど、高齢者の生活を支える地域の基盤は不安定となりつつある。患者にとって、退院により一旦病院から切り離されてしまうと、いざという時に病院に戻れないのではないかとの不安がある。

慢性疾患を複数有することが多い後期高齢者については特に、臓器別の専門医よりは人間全体を診てくれる医師が期待されるが、そうした医師の養成は十分には行われていない。

自宅で最期を迎えることを希望する高齢者が多いが、家族の負担や症状が急変した場合の懸念や、現状では実際には看取ることが病院以外では難しいことから、選択できずにいる。

Ⅲ それぞれの問題点に対応した今後の医療政策の検討の方向性

1. 地域における医療機能の明確化や機能分化・連携・情報開示・ITの活用の推進

- ◎ 「医療の情報が少なく、地域の医療提供体制がわかりにくい」という問題に対しては、地域における医療機能の明確化や機能分化、また医療連携や情報開示、ITの活用を推進していくことが必要である。この取組と相まって、地域の医療機能の再編成に取り組んでいくことも必要である。

(国によるあるべき医療提供体制の姿の明示と診療報酬等様々な取組による実現)

- 国として、あるべき急性期、回復期、在宅医療等の医療の姿を念頭に置いて、それぞれを担う各医療機関の役割分担、並びに急性期から回復期、回復期から在宅療養といった医療の連携の姿を明らかにすることが求められている。これを明示するとともに、その実現を、診療報酬や必要な人材の養成を含めた様々な政策や関係者の取組により推進する必要がある。

(医療連携体制の構築の趣旨)

- 各医療機関が、地域医療の中で具体的にどのような役割を担い、連携を図っていくのかを、平成18年の医療法改正による新たな都道府県医療計画の作成の過程で明確にしていく必要がある。

各医療機関がそれぞれに多くの診療科を持って人材確保を図ることは現実的にも困難であり、住民に対し地域で完結した医療が提供できる体制を構築することを目指し、各医療機関が、地域の実情に応じて機能を分担・連携していくこと、そして、その分担状況と連携の仕組みを住民に明らかにしていくことが求められる。

(都道府県医療計画による疾病・事業ごとの具体的なネットワークの構築と公表)

- 都道府県の医療計画においては、主要な4疾病・5事業について、発症から入院そして居宅等に復帰するまでの医療の流れや医療機能に着目した診療実施施設(急性期、回復期、在宅療養等の機能ごとの医療機関)を、各医療圏域(これまでのいわゆる二次医療圏域の設定にとらわれることなく、それぞれの疾病・事業に応じた地域連携を図る圏域)ごとに明示する。 【資料p3、10、11参照】

(注)主要な4疾病・5事業:平成18年の医療法改正に際し、「がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病の4疾病、救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療及び小児医療(小児救急医療を含む。)の5事業」を、新たな医療計画において具体的な医療連携体制を構築すべきものとして位置付けている。

(医療機関の機能連携の例)

- 医療機関の機能連携の進め方としては、例えば青森県では、モデルとした二つの医療圏において、関係医療機関や地区医師会等との話し合いの場を設け、地域連携パスのたたき台を出して関係者の合意を形成しつつ、参加医療機関を増やし、これを他の圏域にも波及させる方式を推進している。人口減少地域であるか、あるいは大きな人口を抱えている地域であるか等、各都道府県ごと又は県内でも地域によって置かれている状況が異なるので、各都道府県において、様々な事例を参考にし、地域の実情に応じた推進方策を確立することが期待される。【資料p4参照】

(医療機関の機能に関する情報の開示)

- 平成18年の医療法改正において制度化された、医療機関の標榜診療科や医師、看護師数等の基本的な情報、提供する医療の内容に関する情報、医療連携や医療安全に関する情報など一定範囲の医療機能情報について、都道府県を通じて及び医療機関自らが開示する「医療機能情報提供制度」については、患者・住民に対しわかりやすい情報提供がなされるよう、的確な制度運用を図る。

【資料p6参照】

(入院医療の方向性)

- 医療の基本は、できるだけ短期間に集中して治療し、早期に日常生活や残存機能を生かした療養生活に復帰させることにあり、入院医療についても、今後更に、医療技術の進展等に合わせて、在院期間の短縮、早期の復帰を進めていくことが求められる。

具体的には、それぞれの地域において、前述の急性期、回復期、在宅を含む療養期といった治療の各ステージに合わせて、それぞれの分野の専門的な医療を提供することにより実現していくことになるが、各医療機関は、地域において求められている病院機能に応じて、自らの医療機能や、それに応じた人員体制、病床数をどのようなものとするかの検討を進めていくことが必要となる。

(中小病院及び有床診療所の今後の位置付け)

- 医療機関間の機能分担を考慮するに当たり、大病院における高度な急性期を終えた後の回復期リハの機能や、軽度の急性期医療への対応など地域の診療所と連携した在宅療養の支援拠点機能、といった機能を有する中小の病院が、身近な場所に存在することが望ましい。

また、大病院を設置できない地域においても、ある程度の急性期の医療に対応できる中小病院があることが必要である。このほか、単科の専門病院としての機能を持つ中小病院も考えられる。

また、入院機能を有する診療所(有床診療所)について、看護等の職員体制が薄いとといった課題もあるものの、地域における貴重な社会資源として有効な活用を図っ

ていくべきである。

こうした個々の中小病院や有床診療所が地域において果たすべき機能・役割については、地域の様々な実情に応じて、医療計画においても可能な限り具体的に明記されるべきである。

(病院と診療所の機能分化の方向性)

- 病院と診療所の機能分化の方向性は、
 - ・ 診療所は、一次的な地域医療の窓口として、患者の生活管理を含めた日常生活機能の向上を図りつつ、時間外にも連絡が可能であることや必要に応じ往診を行うこと等急な発症等への対応が診療所相互間の連携あるいは病院との連携によって実現できるようにすること
 - ・ 急性期の病院は、質の高い入院医療が24時間提供されるよう、原則として入院治療と専門的な外来のみを基本とする
- という方向性に向かうべき、と考える。また、退院後の生活においては、再度地域医療が訪問看護や介護サービス等を活用して受け止めていく必要がある。

(各都道府県の医療計画の推進と医師確保対策の関係)

- 各都道府県の医療計画の体系の下で、医療機能の分化・連携を推進し、医療提供体制を適切なものとしていく中で、機能の明確化された病院における勤務が医師のキャリア形成(専門医取得等)の中で重要視されることとなる。

拠点となる大病院だけでなく、その周辺に位置付けられる中小規模の病院についても、その大病院との関係で機能を明らかにすることにより、医師の研修の受け入れ等キャリアパスシステムの中に位置付けられることとなる。

機能や特徴のはっきりした病院には大学からも派遣しやすい。また、医師を散在させずに24時間体制をとる病院に集中させることにより、勤務する医師の労働環境は改善されることになる。

- 各医療機関の機能の明確化と連携体制の確保といった医療計画に係る取組自体が医師確保対策となる。各都道府県の医療対策協議会は、医師確保についての検討を進めるにとどまらず、今後、都道府県医療審議会等において議論することとなる医療機関間の機能分担と連携のあり方についての議論も踏まえていくことが必要である。

(医療分野におけるITの積極的な活用)

- 医療サービスの質の向上と効率化や医療サービスに係る情報収集・分析・評価を行っていく上で必要な基盤であるIT(情報技術)を積極的に活用していく必要がある。例えば、健診や診療情報、レセプトデータ等の収集分析、医療機関の情報化や

その情報連携、レセプトオンライン化の推進、健康ITカード(仮称)の導入の検討等を進め、生涯にわたる健康情報の利活用、医療機関のネットワーク化や電子的情報連携、事務の効率化や医療安全の確保といったIT活用による効果の実現を目指すことが必要である。 【資料p7参照】

(医療提供体制の方向性と診療報酬の体系の関係)

- 医療連携体制の構築や、後述する開業医の果たすべき役割や機能の明確化、在宅医療の推進など、医療提供体制のあり方として方向性を明らかにしている事項については、診療報酬の体系においてもこれを後押しするという関係性を明確にしていくべきと考える。

(地域住民の参加及び受診のあり方等についての実効性ある啓発・広報)

- 地域の医療連携体制の構築の検討に当たっては、専門家だけの議論に終わらせることなく、様々な形で地域住民の参加を求めることが必要である。そうした取組を通じ、
 - ・ 地域の医療資源は有限であり、地域全体の医療を守っていくためには病院と病院、病院と診療所、病院・診療所とその他のサービス等の効率的な役割分担を図る必要があること
 - ・ 患者の側においても、自らの健康状態を全体的に把握してくれていて信頼関係も強いかかりつけの医師を持ち、専門的あるいは高度な医療を必要とする場合にはその紹介で必要な医療を受けるなど、適切な受診のあり方が求められること等についての実効性のある啓発・広報を図ることができるとともに、具体的な医療機関等との役割分担と連携の状況の住民への情報の浸透も併せて可能となる。
このため、国においても、地域住民の理解を得て適切な受診行動を普及啓発するなどの地域の取組を促し、また、こうした好事例をまとめて関係方面に参考として紹介するなどを進める必要がある。

(保健所の役割)

- 地域の医療連携体制の構築に当たっては、平素より地域の医療情報を掌握し、医療機関と地域住民の中間に位置する保健所が、地域住民の適切な受診行動の普及啓発を含め、積極的な役割を果たすことが期待される。

(医療機能の明確化・分化の推進におけるナショナルセンターと地方中核病院との連携)

- 各都道府県における医療機能の明確化・分化の推進に際しては、ナショナルセンターも重要な役割を果たすべきである。特に、がん対策等政策医療の臨床水準の均てん化と更なる推進が求められている。

このため、現在がん対策で進められているようなナショナルセンターと地方の中核病院との連携を念頭に置いて、都道府県の医療計画等との連携を図りつつ、ナショナルセンターにおいては、がん、循環器病、精神・神経疾患、感染症、代謝症候群、成育医療、長寿医療等の各政策医療分野の医療、研究、人材育成、情報発信の牽引車としての役割や、高度先駆的技術の開発、高齢者の在宅医療システムの全国への普及等を行う役割を担うとともに、政策提言を行うことができる方向で、平成22年度の独立行政法人化に向けて、その果たすべき役割や機能等について検討を進める必要がある。【資料p8参照】

こうしたシステムの普及を図ることにより、我が国の医療分野の技術のイノベーションを推進していく必要がある。

2. 総合的な医師確保対策の推進

- ◎ 「地域の急性期を担う医療機関の体制が弱まっている」という問題に対しては、拠点病院を軸足とした医療提供体制の再編成、急性期病院勤務医の負担軽減、医学部卒業生の地元定着の促進など総合的な医師確保対策に取り組むこと、併せて医療従事者の質の向上と役割分担の明確化を図ることが必要である。

【資料p23参照】

(拠点病院を軸足とする医師のキャリアパスシステムの確立)

- 医師確保対策の中心的課題は、基本的には産科・小児科を中心とする急性期病院に係る対応である。急性期の病院において、医師が忙しく、責任も重く、医師が定着しにくい構造となってきた。この認識の下、急性期病院について集約化・重点化を図り、その拠点病院と地域医療とのネットワーク(拠点病院から地域医療への医師派遣を含む。)の中でキャリアアップしていくという仕組みを確立し、専門医となりたい者にとっても安心して働け、かつ、専門性を着実に向上させることができるという専門医のキャリアパスシステムとして位置付けることで、医師確保を図っていく必要がある。【資料p12、24参照】

- これを実施していくには、

ア 都道府県が中心となって、大学等の参画を得て医療対策協議会を実効あるものとして機能させることをはじめ、医師派遣についての都道府県の役割と機能を強化するとともに

イ 地域の拠点となる魅力ある病院づくりと地域医療とのネットワーク化を図る

ウ 並行して、急性期病院での対応が必要な場合の、拠点の医療機関へのアクセスの改善策を講じる必要がある。

(都道府県による医師派遣等の取組の例)

- 例えば島根県、長崎県、宮崎県においては、医師を県職員として採用し、県内の離島等医師確保が困難な地域の医療機関での勤務と、症例の多い県立病院等での勤務あるいは本人の希望する研修を組み合わせた医師の養成・確保事業を行っている。また、沖縄県では、症例の多い県立病院において、離島等における診療の従事を含めた医師の養成研修事業を行っている。【資料p25参照】

(マグネットホスピタルの活用)

- 1. に記述したとおり、医療機能の分化・連携の取組自体が医師確保対策となり、これに加えて都道府県が医療対策協議会での検討を基に、公的病院を中心としたいわゆるマグネットホスピタルを活用して、医師の供給調整機能を発揮できるようにすることで、地域の病院の医師確保は可能となっていくものと考えられる。
なお、よい指導医のいる病院が、医師にとってはそのキャリア形成上魅力のある病院であることから、マグネットホスピタルの活用にあたっては、大学との連携を図る等により、そうした人材の確保に留意する必要がある。【資料p24参照】

(急性期病院勤務医の負担の軽減策)

- 厳しい状況にある急性期病院の勤務医の負担を軽減するため、各般の施策を講じることが急がれている。このため、まず、3. で後述する開業医の役割・機能の明確化を通じ、少なくとも休日夜間急患センターに地域の開業医が参画すること、また、電話相談事業の実施等により、患者の受診行動の変化を働きかけること(併せて、啓発広報等により、患者側における適切な受診行動を促進することも重要)に取り組むことや、関係職種との役割分担の検討(後述)を進めることが必要である。
また、訴訟の対象となる割合の高い診療科に取り組む医師を確保する観点からも、死因究明制度の検討や産科医療補償制度の導入を含めた医療紛争処理制度などにより医療紛争の適切かつ早期の解決を図る仕組みづくりを急ぐ必要がある。
なお、地域で具体的な対策を講じる際には、現在の病院の給与体系において、個々の医師の能力や努力、確保の困難性が給与や処遇に反映されにくいといった構造があることにも留意が必要である。

(女性医師が働きやすい環境づくり)

- 産科・小児科等をはじめ、女性医師の数全体の増加が予想される中で、女性医師がライフステージに応じて柔軟に働くことができるよう、院内保育所への補助や、

職場復帰のための研修、女性医師バンクの活用といった取組を本格的に進めていくことが必要である。

(医療機関の役割分担と住民への啓発活動の例)

- 愛知県岡崎市においては、小児救急体制について、地元保健所の調整の下で住民参加の協議会活動を行い、シンポジウムの開催や、受診の仕方についてのガイドブックの作成などの患者・住民への啓発活動を行ったところ、大学からの派遣や地元開業医の交代出務によって一次医療を担う夜間急病診療所の利用者が増加し、高度な救急医療を担う市民病院救急外来の受診者は減少している。

【資料p15参照】

また、大阪府豊能地域においては、四市二町の共同で広域こども急病センターを設置し、大学等からの派遣や地元開業医の交代出務により診療を行うこととした結果、住民はまずセンターに受診するようになり、重症な患者(全体の3%以下)が市立病院等に搬送されることとなった。これにより、従来は5つの病院でそれぞれ、軽症、重症混在した状態の小児救急診療(夜間態勢は各病院とも小児科医一人)を実施していたものが、各病院をまず受診しようとする救急患者が8割程度減少するなど役割分担が図られるとともに、小児科勤務医の労働条件も改善されている。

【資料p14参照】

(医学部における地域枠の拡充等)

- また、医師確保対策の一環としては、
 - ア 現在、各大学で設定されている、医学部の入学者選抜における地元出身者のための入学枠(いわゆる地域枠)
 - イ 卒後、一定期間地元の医療機関で医療に従事することを条件とする都道府県の奨学金の拡充を一体的に推進し、今後とも、地域医療への関心と意欲を高めつつ、医学部卒業生の地元定着の促進を図ることが必要である。(その際には、島根大学医学部が実施する地域枠のように、志願者に対して、出身地近辺の医療機関等における体験活動や、市町村長による面接を課し、地域医療に対する強い意志と資質を確認する方法もある。)

【資料p27、28参照】

(医師と関係職種との役割分担のあり方)

- 医療の質の向上を図り、また、患者のニーズにより的確に对应していくためには、医師が本来の業務に専念できるような体制の構築や、チーム医療を推進するために医師の業務の効率化や質の向上を図ることが必要であり、こうした観点から、関係職種(歯科医師、看護職員、事務職等)の資質の向上や役割分担のあり方を検討する必要がある。

- 看護職員については、看護師の本来業務をより明らかにし、適切に他職種との役割分担を図るとともに、急性期の病院医療や、慢性期疾患を抱える高齢者等の在宅での療養を支える訪問看護の提供に求められる水準を満たす看護師の養成が必要である。また、新たな取り組みとして注目されている「院内助産所」や「助産師外来」等を推進していく上で、産科医との信頼関係を築いた上で助産を責任を持って担える助産師の養成が必要である。
- また、近年増大している書類の作成等医療職でなくても可能で、かつ専門的に行った方が効率的な事務について、事務職の積極的な活用を検討することが必要である。

(医師のへき地勤務義務づけについての検討と当面の対応)

- へき地等の医師確保が極めて困難な地域を抱える地方公共団体からは、例えば開業前にへき地勤務を義務づけるなどの規制をしてでも医師不在への対応を図ってほしいとの強い要請があるが、このことについて、へき地医師確保のための対策として全医師に個人として義務づけることの合理性を、自由開業制をとる制度体系の中でどのように位置付けるか等の論点にも留意しつつ検討することが必要である。
当面は、へき地での勤務を拠点病院(マグネットホスピタル)に勤務する医師のキャリアパスにしっかり組み込むルールを構築し、ここから派遣する仕組みが適切と考えられ、とりわけ、全国的な病院ネットワークを有する団体に働きかけていく必要がある。

3. 開業医の役割の重視と総合的な診療に対応できる医師の養成・確保

- ◎ 「夜間や休日などの身近な場所での医療に不安がある」という問題に対しては、開業医の果たすべき役割を重視し、機能を明確化していくこと、すなわち、一次的な医療の窓口としての機能、身近な地域での時間外診療や往診・訪問診療の実施等が求められる旨を明確化していくことが必要である。
また、併せて、臓器別の専門医だけでなく、人間全体を診る総合的な診療に対応できる医師の養成・確保を図ることが必要である。

(開業医の役割・機能の明確化)

- 病院と診療所の連携をはじめ、地域の医療連携体制構築の実現のためには、開

業医の役割の明確化が必要である。開業医に今後、より期待される役割として、例えば、

- ア 地域で在宅当番医制のネットワークを構築する、又は少なくとも休日・夜間の救急センターに交代で出務する
 - イ 時間外でも携帯電話で連絡がとれること
 - ウ 午前中は外来、午後は往診・訪問診療という経営モデル
 - エ 在宅療養支援診療所としてグループによる対応も含め24時間体制での対応（特に高齢者。看取りを含む。）を行う
- といった取組が本来期待されていることを明確にするとともに、その評価を明らかにする必要がある。

（在宅主治医の位置づけの必要性）

- 長期療養を必要とする高齢者など継続的かつチームでの医療を必要とする者については、その患者が、普段自分がかかっている医師の中から在宅主治医を選ぶこととし、その在宅主治医が、必要に応じ関係する医師の間の調整を行うとともに、担当患者の再入院や退院時のケアカンファレンスにおいて中心的な役割を担ってもらうことになれば、患者にとって望ましい療養がなされやすいのではないかと考える。
【資料p19参照】
- 病気になるまでは地域に主治医がいない患者の場合でも、脳血管疾患、骨折等で入院した高齢者等が、予め公表された地域の医師の中から在宅主治医を選び、当該医師が退院前カンファレンスや退院後の健康管理を担ってくれる仕組みができることは、住民の安心につながる、と考える。

（開業医のチーム化と研修の必要性）

- 診療所は医師一人のところが多く、こうした診療所でも24時間の在宅医療を提供できるようにするためには、複数診療所の医師のチーム化や on the job でのトレーニング（研修）等に関する支援が行われることにより、医師一人の診療所であっても、看取りも含め24時間体制での連絡や相談といった機能を果たすことのできる体制を検討する必要がある。
【資料p18参照】

例えば静岡市においては、市医師会が中心となって、消防と連携し、在宅療養中の方に事前にカードを配付し必要事項を記入してもらうことにより、その患者の緊急入院が必要な時、あるいは看取りが必要な時に、関係の病院や医師のグループとの連携が円滑に行われるようなシステム化を図っている。このようなものを含め、開業医のチーム化や研修の具体化には、地区医師会の調整機能が不可欠であると考えられる。
【資料p21参照】

また、4. に後述するとおり、在宅医療を行うためには、訪問看護ステーションやケアマネジャー等の地域の資源と共同・連携して在宅の患者を支えていく必要がある

る。

(総合的な診療に対応できる医師の位置付けの検討)

- 臓器別の専門医だけでなく、人間全体を診る総合的な診療を行える医師の養成が必要である。このことについては、新たな医師臨床研修制度により方向性を明らかにしているところであるが、さらに、こうした医師の位置付けについて、関係団体・学会の意見も踏まえつつ検討を行う必要がある。

この場合、現在既に専門医として位置付けられている段階にある医師と、今後専門医を目指す段階にある医師とを分けて整理する必要がある。

例えば、総合的な診療を行うことについての修練を積んでいない専門医が開業するに当たっては一定の研修を必要とする仕組みについても、今後、関係者間で議論していく必要があるのではないか、と考える。

(在宅医療を担う医師を活用した on the job での養成システム)

- 当面の対応としては、現在の在宅医療を担っている医師が、on the job で総合的な医療を行う力量を増していく方向を目指すということになると考えられる。そのような観点に立った養成システムについて、具体化のための検討を速やかに行う必要がある(4. 参照)。

(患者を適切に紹介できる医師の育成・確保)

- 今後の医師の養成に当たっては、病院と診療所の機能分化の方向性(1. 参照)を踏まえることも重要である。情報の非対称性(通常の財やサービスと異なり、当事者間で持っている知識や情報量に差があり、利用者が最適・正確な選択ができない)がある医療の分野においては、患者が自己判断(診断)して数多くの医療機関から受診先を選ぶことより、専門家である医師が判断して患者に適切な情報を提供する方がより望ましいと考えられることから、患者との間に立って各医療資源への振り分け機能を発揮できる医師の育成・確保を図る必要がある。

- 医師の側においては適切な説明を行うよう努めること、患者の側においては本来医療は不確実であることについての理解を持つことが求められる。かかりつけの医師を持っている者の方が、そうでない者より、受けた医療への満足度が高いという調査もある。かかりつけの医師と患者の信頼関係を基礎として、紹介された病院におけるその後の治療が行われれば、病院の医師と患者の間において、より望ましい意思疎通が図れるという観点からも、身近な開業医の機能発揮が期待される。

(専門医の質の確保等についての第三者機関による一定の関与の必要性)

- 大学での医学教育も、多くは臓器別に行われており、これが、医療現場における

臓器別の医療の過度の細分化を招いている一因となっているとの指摘もある。人間全体を診る総合的な診療を行える医師の位置付けの検討と併せて、臓器別にできている専門医の質の確保、あるいは養成のあり方について、現在は各学会において取り組まれているが、何らかの第三者的な機関が一定の関与を行うことについて、検討が必要ではないか、と考えられる。

4. 在宅医療など高齢者の生活を支援する医療の推進

- ◎ 「在宅での療養生活を選択することが難しい」という問題に対しては、本人や家族が希望する場合には、自宅やケアハウス、高齢者専用賃貸住宅など多様な住まいでの生活が可能となるよう、在宅医療、看護・介護サービスその他の高齢者の暮らしの安心につながる様々なサービスの連携を図ることのできる地域ケア体制の推進を図ることが必要である。

特に、後期高齢期の医療のあり方は、高齢者がどのように生き、どのように死を迎えたいか、という願いの実現を基本とすることから、生活の質を重視し、急性期の治療が終われば、生活の場における療養が確保される必要があるという視点、また、尊厳に配慮し、安心できる医療を実現していくという視点、を持つことが必要である。

(医療機関と患者・家族との調整及び看護・介護サービス機関等との連携)

- 高齢者は入院前のADL(日常生活動作)の状況等個人差が大きいこと、さらに、治療方法の選択が退院後の生活の質に影響を及ぼすことを踏まえ、入院直後から、退院後の生活を見越して、治療方針の選択を含めて患者・家族との相談を開始することが望ましいと考えられる。その際、高齢期に求められる医療や看護・介護は何かを、医療機関や看護・介護サービス機関等が本人や家族とよく話し合い、最も望ましい選択肢を選んでいくよう調整することが重要である。
- 退院後の介護施設への入所、あるいは在宅医療や在宅での看護・介護サービス等を受けながらの自宅や高齢者向けの多様な住まいでの生活に円滑に移行できるよう、少なくとも退院時から、在宅医療の中心となる在宅主治医を含めた医療機関と看護・介護サービス機関等との連携を図ることが必要である(3. 参照)。
- 広島県尾道市においては、長期継続ケアの必要な高齢者を、看取りまでを見通して支えていくシステムづくりを進めている。在宅主治医が中心となり、担当患者が再

入院をした場合に病院主治医との連携を図り、退院時のケアカンファレンスに参加して継続的なケアを図ることはもとより、医療・介護に関わる地域の多職種の協働で、また、医師会、社協、民生委員の連携も図りながら、認知症のケアや独居の高齢者も含め地域で解決していく仕組みを構築している。 【資料p19参照】

(チームで対応し後期高齢者の生活を支援する医療の視点)

○ 特に後期高齢者については、「疾患を治療する医療」だけでなく「生活を支援する医療」の視点が重要である。急変時の地域の入院機能を確保することと併せて、訪問看護ステーションをはじめとした介護保険関係サービスなどとの連携を含め、こうした医療を他職種を含めたチームで実施する際の具体的なあり方についても検討を行う必要がある。

その際、医師が一人で抱え込むことなく一定のサービスについては医師と看護師との間でプロトコルを作成し、その中で看護師に委ねる部分については委ねる形で連携していくことができるよう、看護師等の資質の向上を図る必要がある。

(在宅医療を推進する医師の確保)

○ 2040年の年間死亡166万人時代を控え、看取りまでを行うことができるとともに上記のような連携や調整を担当できる、地域の在宅医療を担える医師の養成・確保方策の検討を進める必要がある。併せて、在宅緩和ケアを担うことのできる医師や看護師の養成・確保を図る必要がある。

(在宅での看取り)

○ 在宅での看取りのケアについては、本人及び家族の意向を基本において、その実践を積み重ね、看取りのケア、終末期の医療のあり方について、更に国民的なコンセンサスを形成していくことも重要である。

(地域ケア体制の計画的な整備)

○ 今後本格化する療養病床の再編成は、医療の必要性の高い者のための療養病床は確保しつつ、基本的に、後期高齢者の療養を、終末期を含めて、生活の場において確保することを展望して行うものであることを踏まえ、各地域において、その転換による受け皿づくりを含め、後期高齢者の療養の将来的なニーズや社会資源の状況等に即して、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、「地域ケア体制」の計画的な整備を着実に行うことが特に必要である。

【資料p30～32参照】

(住宅政策との連携)

○ その際、地域における在宅医療や在宅での看護・介護サービス等により、自宅や高齢者向けの多様な住まいでの生活の継続を支援することを目指したケア体制を推

進する観点の基本であり、住宅政策との連携も図りながらこれに取り組む必要がある。

この場合、都市部(特にニュータウン等の大規模団地)の高齢化を展望し、公営住宅・都市再生機構住宅などのバリアフリー改修の推進と連携した形で在宅医療や地域密着型の看護・介護サービスの充実を図るなど、全国各地で具体的な取組を推進する必要がある。【資料p33～35参照】

(療養病床の再編成と地域における中小病院の機能・役割)

- 療養病床を有する中小病院の今後のあり方については、「地域ケア体制」を踏まえつつ、介護老人保健施設その他の介護施設のほか、地域の医療を担う場合においても、回復期リハ、軽度の急性期医療への対応など地域の診療所と連携した在宅療養の支援など、地域において今後求められ、そして果たすべき機能・役割を考慮しながら検討することが必要である。
- また、以上のような基本的な方向性を踏まえ、介護施設等の基本的なあり方やその入所者に対する医療の提供のあり方について検討が必要である。

(高齢者の医療の標準化)

- 高齢者については、複数の疾患を有していることから複数科受診に伴う重複投薬や検査が行われていることも指摘されるが、主治医等が高齢者の状態を把握することによりこうした重複投薬や検査を防いだり、高齢者の個人差の大きさを十分に踏まえつつ、薬剤の投与のあり方などを含む高齢者への診療の標準化を進めることなどにより、高齢者の特性を踏まえた適切な医療の普及を図る必要がある。

(高齢者にふさわしい総合的な評価を行う医療の必要性)

- 特に、後期高齢者は、複数の疾患の併発、ADLの低下等の状況にあることが多く、総合的な医療が必要である。手術等に際しては、CGA(高齢者総合的機能評価)等を行うことが必要であり、臓器の状況だけで手術の要否を判断すると、総合的に見て高齢者に最も適切な医療が選択されていない場合がありうる。また、こうした過程においては、代替方法の提示を含めて、家族や本人にしっかりと説明した上で納得を得ることが必要であり、そうした実践が増えていくことが望まれる。

【資料p36参照】

(注)CGA(高齢者総合的機能評価):高齢者の状態について、医学的問題点のみならず、生活機能、精神機能、社会・環境の3つの面から総合的にとらえて評価して、問題点を整理することを通じ、ケア全体をコーディネートする手法。

(総合的な視点に立って認知症に対応できる医療の必要性)

- また、高齢者を総合的に診療するためには、認知症の観点を持ち合わせる必要である。認知症の初期段階においては、早期診断や専門医への紹介、家族への説明が重要であり、中期段階では、ケアマネジャーをはじめとする介護サービスへの紹介・つながりが重要となる。また、終末期には、病院や看護・介護サービス機関と連携しつつ、在宅医療を提供することが重要となる。

(認知症高齢者や家族を支援する体制の構築)

- 認知症高齢者への対応について、ケアマネジャーや看護・介護サービス等との連携方策を含めた認知症に関する開業医に対する研修や、開業医をサポートし地域において医療・福祉諸機関との連携の核となる医師の養成を推進するとともに、医療機関、行政、看護・介護サービス機関、地域住民等の相互の連携を強化することにより、地域において認知症高齢者や家族が安心して生活を送ることができるよう総合的に支援する体制を構築する必要がある。

(老年医学の考え方の普及及び調査研究の推進の必要性)

- 認知症をはじめ、加齢に伴う様々な疾病、障害を併せ持ちながら地域において生活する高齢者の特性と、それを支える上で活用しうる必要な社会資源、検査の基準値や投薬する薬剤の量は壮年とは異なることその他の老年医学に関する知見や考え方の普及を図るとともに、更なる調査研究を推進する必要がある。

(終末期医療ガイドラインの策定)

- リビング・ウィル(書面による生前の意思表示)の考え方はまだ十分普及しておらず、本人の意思が不明な状態で入院に至った場合には、総合的に見た場合に本人の希望に沿うものではない可能性が高かったとしても、濃厚な医療処置を行わざるを得ない。

こうした現状も踏まえ、終末期の医療に関し、本人、家族、医療関係者の間での手続面でのガイドラインの策定を急ぎ、その周知を図るとともに、併せて、関係各方面において終末期医療ガイドラインの作成等について幅広く議論されることが望まれる。