

第9回「医療計画の見直し等に関する検討会」議事次第

日時 平成17年5月30日(月)15:00~17:00
場所 厚生労働省共用第7会議室(5階)
東京都千代田区霞が関1-2-2

- 1 開 会
- 2 資料説明及び質疑
- 3 閉 会

議 題

- 1 平成18年の医療制度改革を念頭においた医療計画の見直しの方向性について
- 2 その他

「平成18年の医療制度改革を念頭においた医療計画の見直しの方向性」に係る論点整理（案）

◇全国規模の医療機能調査と主要な疾病・事業の「指標」について

（データに基づいた医療計画の作成と全国規模の医療機能調査）

- ↓ 住民・患者の視点を尊重し、住民・患者に分かりやすい保健医療提供体制を実現するため、主要な疾病又は事業（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、小児救急を含む小児医療、周産期医療、救急医療、災害医療、へき地医療など）について、都道府県においてどのような対策が講じられているか、住民・患者に分かりやすいものとしてその内容を医療計画に明示するとともに、医療サービスの提供者・住民（患者）双方が情報を共有し、客観的に評価できるような方法を検討するものとする。
- ↓ 都道府県が客観的なデータに基づいて保健医療提供体制を構築することを支援するため、国は全国規模の医療機能調査を実施することによって、主要な疾病又は事業ごとに地域においてどのような医療サービスが必要とされているのかについて判るようにするとともに、把握したデータを公表し、かつ、すべての国民が活用できるような環境を整備するものとする。
- ↓ あわせて、都道府県が地域（患者の受療行動に応じた圏域）ごとに必要とされる医療サービスを把握できるよう、国は患者の疾病動向や医療機能等に関する全国共通の指標を提示するものとする。
- ↓ また、都道府県は全国共通の指標を基に将来の望ましい保健医療提供体制の構築に向けた数値目標を医療計画に明示し、その改善プロセスを住民に公表することによって、実効性のある医療計画を作成するものとする。

(全国共通の指標の視点とその内容)

✦ 国が提示する全国共通の指標については、

- (1) 保健医療提供体制の視点のみではなく、患者の視点を中心としたものであること
- (2) 量的な整備目標という視点のみではなく、保健医療提供体制の質的な観点を重視し、国民に対し良質かつ適切な医療を効率的に提供できる体制の構築に向かうものであること
- (3) 個別の医療機関の医療機能だけの視点ではなく、地域全体の医療機能を概観する複数の視点でもって質の高い効率的な保健医療提供体制の構築を検証できるものであること

を基に検討するものとし、都道府県が医療計画に明示する数値目標についてもこれに準拠するものとする。

✦ また、全国共通の指標に関しては、これまで主流であった「構造」面の評価に加え、可能な限り、「プロセス」や「アウトカム」評価の導入を検討するとともに、指標は現状の評価にとどまらず、質の高い効率的な保健医療提供体制の構築に向けたものとする。

✦ さらに、都道府県は5年ごとに見直しする医療計画において、全国共通の指標を基に地域の保健医療提供体制を把握・分析するとともに、都道府県の任意の指標でもって現状を把握・分析することも可能であるものとする。

✦ 具体的な全国共通の指標については、患者の視点に立って、疾病の予防（検診）、治療・診療そしてリハビリテーション・在宅医療・ターミナルケアといった患者の病状の経過や治療のプロセスに対応したものであることを基礎として、質の高い効率的な保健医療提供体制の構築に資するものとする。

医療計画における指標一覧（疾病系）（案）

ステージ	把握したい概念	調査可能性※1	指標	指標				そのほか参考となる指標
				がん	脳卒中	急性心筋梗塞	糖尿病	
検診	住民は、どのくらい健康に関心があるのか	○	健診・検診受診率	がん検診受診率	基本健康診査受診率	基本健康診査受診率	基本健康診査受診率	<ul style="list-style-type: none"> ・検診異常発見率 ・保健指導実施率
	病気の可能性がある人が、どのくらい病気を自覚しているのか	△	精密検査受診率	精密検査受診率				
治療・診療	どのくらい病気を治そうとしているのか	△	有病者の受診割合	有病者の受診割合	有病者の受診割合	有病者の受診割合	有病者の受診割合	<ul style="list-style-type: none"> ・情報提供施設割合 ・セカンドオピニオン選択可能施設割合 ・受療率 ・有病率 ・合併症り患率 ・かかりつけ医保有率 ・診療可能施設数（対象患者あたり） ・入院可能病床数（対象患者あたり）
	病気だった人が、どのような経過で日常生活に復帰したのか	△	早期社会復帰率	平均連結入院日数（年間）	平均連結入院日数（年間）	平均連結入院日数（年間）	平均連結入院日数（年間）	
	患者が、希望する医療が受けられるのか	○	地域医療カバー率	診療科医師割合（対象患者あたり）※2	診療科医師割合（対象患者あたり）※2	診療科医師割合（対象患者あたり）※2	診療科医師割合（対象患者あたり）※2	
	患者は、地域の医療機関でどのくらい切れ目なく診療が受けられるのか	△	地域連携支援率	連携パス利用率	連携パス利用率	連携パス利用率	連携パス利用率	
リハ・在宅・ターミナル	地域では、どのような病気が多いのか	○	死亡率	死亡率	死亡率	死亡率	死亡率	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護認定者率 ・往診/訪問診療実施率 ・往診/訪問診療可能医師割合（対象患者あたり）
	病気になった時、在宅でどのくらい医療を受けられるのか	△	在宅支援率	在宅死亡割合	地域リハビリテーション実施者率	在宅復帰率		

※1 ○はほぼ同義で調査可能、△は定義の若干の変更を加えれば一部調査可能

※2 県民ニーズに応じた医療資源の適正配置を促すための指標

◇「診療ネットワーク」について

(診療ネットワークのねらい)

- ✦ 患者を中心とした地域の医療機関の医療機能と医療機関間の医療連携の状況（診療ネットワーク）を主要な疾病又は事業ごとに医療計画に明示することによって、住民・患者の診療のために地域の医療機関がどのような連携体制を組んでいるのか、更に、患者自身の病態に応じて適切な医療機関にどのように紹介するのかといったことなどを分かりやすく理解することができるようになり、その結果として、住民・患者が安心感をもてるようにする。
- ✦ 診療ネットワークを通して医療情報が患者と医療提供者との間で共有されることにより、患者が医療への参加意識を持ちやすくなるとともに、かかりつけ医から納得して適切な医療機関の紹介を受けることができるという、患者とかかりつけ医を中心とした質の高い効率的な保健医療提供体制を構築するものとする。
- ✦ 診療ネットワークは、一つの医療機関だけで完結をめざす医療から、地域の医療機関が医療連携によって地域全体で患者を診ていく医療への変化を促進するものであり、病院の自主的な機能分担と連携を推進するものとする。

(診療ネットワークの実現に向けた留意点)

- ✦ 地域の診療ネットワークの実現に向けた国・都道府県の支援に当たっては、
 - (1) 特定の疾患しか診療せず患者全体の状況を診ないという過度な専門医療を助長するものであってはならないこと
 - (2) 一つの医療機関が地域で患者を独占してしまい結果として医療サービスの質の競争が低下するものであってはならないこと
 - (3) あくまでも病院の自主的な機能分担を支援するものであり、国・都道府県が医療機関に対し強制的に機能分担を迫るものであってはならないこと

に留意する必要があるものとする。

(診療ネットワークの内容)

- ✦ 各診療ネットワーク内では、各医療機関は、患者に対し治療開始から終了までの全体的な治療計画（地域連携クリティカルパス）を共有した上で、各医療機関がそれぞれ担当する部分の治療計画（院内クリティカルパス）に沿った治療を行い、日常生活への復帰に向けた作業を患者と各医療提供者が共同して行うものとする。
- ✦ また、診療ネットワーク内では日常生活の復帰に向けた各患者の治療経過について再検証できるようデータ整備に努めるものとする。

(診療ネットワークの構築に向けた医療機関の役割と国・都道府県の役割)

- ✦ 診療ネットワークの構築に当たっては、住民、診療に関する有識者、保健事業を実施する者、市町村（保健・介護・福祉）、医育機関や臨床研修病院の代表など地域医療に関与する者が、協議・検討することからはじめ、地域に適した体制を構築するものである。その際、調整が必要となる事項等については、地域が選んだ医療連携の調整を進める医療機関（核となる医療機関）を定めるなど、円滑に推進される体制を整えるものとする。
- ✦ なお、核となる医療機関は、診療ネットワークの構築に向け、
 - (1) 各医療機関が有する医療機能を患者に適切に情報提供できるよう調整する
 - (2) 自院だけでなく診療ネットワーク全体でもって、患者に対し切れ目のない医療サービスの提供に向け調整する
 - (3) 診療ネットワーク全体の医療の質の向上のため、医療従事者の研修などに積極的に取り組む

役割を果たすことが求められるものとする。

- ✦ その上で、国・都道府県は、①住民・患者に対し各医療機関の適切な医療機能の情報が提供される基盤整備を推進するとともに、②すでに各地域で自主的に取り組まれている医療連携をより一層推進するためにどのような支援ができるのかという視点に立って検討するものとする。

基準病床数制度に関する現状の評価と今後のあり方について（メモ）

【基準病床数制度に関する問題意識（検討の背景）】

- ◇ 基準病床数制度に関する「医療計画の見直し等に関する検討会」ワーキンググループ報告書（WG報告書）や規制改革・民間開放推進3か年計画（改定）の指摘を踏まえると、患者本位の効率的で質の高い医療提供体制を構築するため、現状の基準病床数制度について、次の観点から、その必要性について改めて検討してはどうか。
- ◇ 検討に当たっては、単に基準病床数制度の存否にとどまらず、医療の質の向上と効率化という観点に立って、基準病床数制度の現状の評価と今後のあり方を考える必要があるのではないか。
- ◇ 以上のような前提に立って、まずは、WG報告書で指摘された、医療の質の向上と効率化に関する4つの条件について、それぞれどのように考えるべきか。
- （参考；適切な医療提供体制を確保するために最低限必要な条件）
- I. 入院治療の必要性を検証できる仕組み
 - II. 入院治療がなくなったら時点で退院を促す仕組み
 - III. 医療機関の診療内容等の情報が公開され、患者による選択が促進され、医療の質の向上と効率化が図られる仕組み
 - IV. 救急医療やへき地医療等政策的に必要な医療に関し、医療機関の経営、あるいは特定診療科の経営が採算に乗らない地域では、それを担当する医療機関に対して、補助金や診療報酬上の評価その他の手法により、引き続き医療サービスの提供を保障あるいは促進することができる仕組み

【医療の質の向上と効率化に関する条件と現状の評価（案）】

- I. 入院治療の必要性を検証できる仕組み
- II. 入院治療がなくなってきた時点で退院を促す仕組み

（上記条件に対する現状の評価）

EBMの推進や地域連携クリティカルパスの導入など、疾病ごとに、標準的な治療方法、入院治療の必要性及びその期間について客観的に把握できる体制の構築に向けた取組を進めているところであり、その効果も検証されつつあるが、これについて現段階では、EBMは特定の疾患に限られ、また、地域連携クリティカルパスは全国的な展開が未だ行われていない。このため、現状では、様々な病態の患者ごとに、それぞれ入院治療が必要か、また、入院治療がなくなってきたかについて、患者の自らの選択という視点も加味しつつ、治療の必要性や退院の時点客観的に判断できる仕組みは存在しないことから、上記2つの条件については、まだ整っていないと判断すべきではないか。

- III. 医療機関の診療内容等の情報が公開され、患者による選択が促進され、医療の質の向上と効率化が図られる仕組み

（上記条件に対する現状の評価）

個々の医療機関の診療内容等の情報について、都道府県がとりまとめ、医療計画等を通じて公開する仕組みを早急に検討することによって、患者が医療サービスの質について選択できるような基盤の構築に向けて、現在の医療計画の見直しの検討が推移しているところであるが、現段階においてはこのような仕組みはまだ整っていないと判断すべきではないか。

- IV. 救急医療やへき地医療等政策的に必要な医療に関し、医療機関の経営、あるいは特定診療科の経営が採算に乗らない地域では、それを担当する医療機関に対して、補助金や診療報酬上の評価その他の手法により、引き続き医療サービスの提供を保障あるいは促進することができる仕組み

（上記条件に対する現状の評価）

現在の検討推移を踏まえ、救急医療やへき地医療等政策的に必要な医療サービスの提供を保障あるいは促進することができる仕組みとして、地域で必要な医療サービスを指標をもって客観的に把握し、それに基づいて都道府県が実効性ある医療計画を立案する過程を通じて、政策的に必要な医療サービスの提供を保障あるいは促進するべきではないか。

基準病床数制度（いわゆる病床規制）の存否に対する各方面からの意見（参考）

◇「医療計画の見直し等に関する検討会」ワーキンググループ報告書（抄）

Ⅱ 今後の医療計画制度のあり方について

2. 医療計画に盛り込まれるべき内容

(3) 基準病床数

2) 適正な医療提供の確保との関係でみた基準病床数の存否

基準病床数を廃止し、医療機関の参入又は撤廃を全く自由にするという意見の論者も、限られた医療資源を効率的に活用し、医療の必要度に応じて入院治療が必要な患者が速やかに入院治療を受けることができるよう適切な機能別の病床数を確保することの必要性は認めるところである。他方で、供給側による誘導の結果として入院の必要度が低い患者が入院治療を受けるといった事態が生じることがないようにしなければならない。

このため、基準病床数を廃止する場合には、適切な医療提供体制を確保するために最低限必要な条件として次の事項が必要であると考え。

- ①入院治療の必要性を検証できる仕組み
- ②入院治療がなくなってきた時点で、退院を促す仕組み
- ③地域に参入する医療機関の診療内容等の情報が公開され、患者による選択が促進され、医療の質の向上と効率化が図られる仕組み
- ④救急医療やへき地医療等、政策的に必要な医療に関し、医療機関の経営、あるいは特定診療科の経営が採算に乗らない地域では、それを担当する医療機関に対して、補助金や診療報酬上の評価その他の手法により、引き続き医療サービスの提供を保障あるいは促進することができる仕組み

この仕組みを支えるためには、各医療機関により、1) 正確な分類に基づいたケースミックス（各種疾患を診断群に整理分類する方法）を用いた患者構造の明確化、2) 治療結果、3) 在院日数、4) 費用（経営指標）が一定のルールにより都道府県に報告されることにより、医療の透明性が確保され、患者の選択の促進と競争環境の整備が図られるものと考えられる。

なお、これらは基準病床数制度廃止のみを目的としたものではなく、医療の質の向上と効率化に資するという点に留意すべきである。

◇規制改革・民間開放推進3か年計画（改定）（平成17年3月25日閣議決定）

Ⅱ 16年度重点計画事項

4 医療計画（病床規制）の見直し等

(1) いわゆる病床規制の見直し

- ① いわゆる病床規制については、既存の医療機関の既得権益を保護することによって、新規参入を阻害し、もって医療機関の健全な競争が働かない等患者視点に立ってみると弊害も見られるところである。したがって、医療計画制度における都道府県の役割も踏まえながら、質が低く、都道府県の改善命令に従わない医療機関に対する開設許可の取り消し等実効的な手段によって退出を促すことにより、地域が真に必要なとす質の高い医療サービスを提供する医療機関の参入を阻害することのないような方策を検討する。

なお、いわゆる病床規制を撤廃するためには、どのような条件整備が必要かについても検討する。【平成18年の医療制度改革で措置】

Ⅲ 措置事項

9 医療関係 <ク その他（救急医療、小児医療、医療事故対策等）>

- b 医療計画制度における都道府県の役割も踏まえながら、質が低く、都道府県の改善命令に従わない医療機関に対する開設許可の取り消し等実効的な手段によって退出を促すことにより、地域が真に必要なとす質の高い医療サービスを提供する医療機関の参入を阻害することのないような方策を検討する。いわゆる病床規制を撤廃するためには、どのような条件整備が必要かについても検討する。

基準病床数制度の存否に関する各委員からの御指摘（抜粋）

◇第1回（平成15年8月）

- 医療で必須なのは、病床ではなく人。これまで医療提供体制の整備と言え、病床が大きな意味を持っていたが、病床の確保から人手の担保に考えをシフトする必要。病床不足ではなく、人手不足が医療の質、効率、安全に深刻な影を落としている。法令上の多くの規定は、病床に関するものだが、これを人を規定するものに変えていく必要がある。これにより、病床規制の意味合いも変わってくるのではないか。

◇第2回（平成16年10月）

- 病床規制については、各国の動向等も踏まえ、その規制方式の見直しを含め、基本的には当面維持することが適当であると考えられるが、一定の条件が満たされれば、将来的にはその撤廃も視野に入ってくることもあり得る。
- ドクターを確保しないと医療計画は空回りしてしまう。マンパワーの規制のほうに比重をかけないと、いわんや安全・安心なはずの所でこれだけ紛争が増えてくれば、もっと言えば患者の前に出せるドクターと出せないドクターがいる。そうであればどうするのか。どこがそれを規制するのか。
- 従来の病床規制だけにとどめるのではなく、医療従事者の問題も検討すべき。
- 基準病床数はいろいろ政策的に衝突するところがあるが、これを将来はどうしていくのか。発展的に解消していくような方向として、こういう仕組みを将来作っていくという書きぶりのほうが、むしろ受け取り方としては分かりやすいのではないか。
- 基準病床数を廃止する場合と維持する場合というのがあるが、これを見ると廃止する場合の条件のほうが極めてハードルが高い。先ほどのワーキンググループの座長のお話でも、近い将来というか遠い将来というか、かなり先のほうに視点を置いて基準病床数の廃止までいくかどうか、その中間段階もあるのかなとある。ここで見ると、どうも基準病床数の現在の考え方を維持する方向で書かれている。

ただ、今時の医療計画においては、特に県のような圏域が患者の受療行動

にほとんど関係しないような地域だと、圏域自体に患者は何のこだわりも持っていない。そういう意味で今回の医療計画の中の基準病床の言わば一定の圏域間調整という手法が、かなり巧みな形で入れ込まれていたことについては、今般の基準病床の算定の仕方については非常によく利用して、当初の政策的に推進すべき医療というものを、ある程度前向きに達成できたかなと思う。もし基準病床数という形を維持する方向性になった場合には、今般のようなある程度の圏域間調整が可能な仕組みを、絶対に維持していただきたい。

- 基準病床数の問題だが、長い日本列島の中で、公平・地域格差なくという形から言うと、やはり基準病床数の最低限の設定というのは、どうしても必要。ここ何年間か続いている営利法人の医療に対する参入の問題がある。この背景に別の意味で病床規制を外せという議論もある。そういった医療の本質に関わる問題、今後の日本の医療のまさに本質に関わる問題で、そういった動きがある中で、先ほど言われた「やめるほうにハードルが高い」という形は、これは非常にうまくまとめられたのではないかと私は評価している。
- 結局どういう需要の病床が必要かということについては、我々がそれをあらかじめ決めてしまうことは非常に難しい。したがって我々、仲間で議論をしていくと、基準病床数をやめてもらいたいというのが根源的な希望。
- 廃止する条件として4つほどあるが、医療関係者はこのことはよく分かるが、特に患者から見ると、とても不思議な条件。①必要性を検証できる仕組みというが、いまは必要がないのに入院していることになるのか。②必要がなくなった時点で退院を促す仕組みとあるが、必要がないのに入院しているというのが現状で、一般の国民には分からない。③も情報が公開されるとか、効率化という話も、では、今はやられていないのかという話だと思う。④の政策的にお金の面が大変だという話だが、これも一般の人から見ると、こういうことがきちんとやられていないこと自体が不可思議に思える。つまりこのハードルは一見、医療関係者には高そうに見えるが、一般の人が見ればこれは当たり前のことで、なぜこれがやられていないのかということが疑問に思われる事柄だと思うので、この書きぶりは慎重にしないと、この条件が満たしていないということが、いまの医療の問題点として、むしろ問題にされることがあり得る。これは患者の視点から、このようなことが、今もやられていないのかが理解され得るような書きぶりにしたほうが私はいいと思う。そのことを取り組むべき課題の中に、きちんと明解に示していく必要があるかと思う。

- ここで取り組むべき課題はまず行政が手を離すこと、舞台を設定するだけ、必要病床数は方法論であるから、今度もう一つ方法でやれば、私は必要医師数、必要医療費があると思う。この医療費をどれだけうまく使うか。病床規制数もあるだろうが、そもそもの原点に戻ってどうしたらいいかを都道府県に要請すれば、ものすごく面白がって作業をやると思う。病床規制というのは19世紀から20世紀の行政ツールだと思うので、これからは安心ということと、患者主体の医療ということであれば、ソフト、人間関係だからこそ、それぞれの都道府県の医療風土、歴史に応じてつくっていく、その主体性を維持するために国が何をしないといけないかということで、これは取り組むべき課題のマイナーな話だろう。

◇第3回（平成16年11月）

- 基準病床数の既得権問題というものがある。これについては大変悩みの深いところ。このためにも、基準病床数制度というものに、できるだけ縮めたが、>を外していく方向でやっていただければ。
- 基準病床について、急性期病床と療養病床のどちらが、本当に未だに基準病床が必要なのかというのを明確にしておかないといけない。日本の医療のために、どちらが基準病床をつくっておかないと、プロバイダー・インデューズドデマンドが起きて、どちらかはあまり起きないから、もう外してもいいのではないかというポイントのところを議論すべき。
- 基準病床数制度の計算式は大変難しくて計算できない。解決方法は二つ。一つは基準病床やそういったものを全部なくしてしまえば何の問題もない。もう一つは、一般病床数のほうだけ決めるということはある。というのは、療養病床数については、介護施設による対応可能なケースがあり、参酌標準で使えると思う。

1. 医療計画の見直しの方向性

○「地域完結型の医療」を目指した新しい医療提供体制の構築のためには、正確で公平な疾病調査、患者・住民のニーズ調査、医療機関の機能調査などが必要であり、それを前提にした診療ネットワークが検討されねばならない。需給のミスマッチの解消などを含めた基盤整備を行う必要があり、この際に、外来・入院機能の転換を行って、新しい役割を果たす医療機関に対しては積極的な援助を行う必要があるのではないか。

○現在の「医療計画の見直し等に関する検討会」においては、従来の医療計画が量的な整備や規制を中心としたものであったが、今後は提供される医療の内容に焦点が移行した、とされている。本来、この両者は医療計画において表裏一体でなければならない筈のものであるが、どうして乖離してしまったのか、歴史的な経過を踏まえた、幅広い面からの検討がもう少し必要ではなかったかと考える。ただ単に、焦点が移行したとか、視点が変わっただけで解決するとは考えにくい。

○今後の見直しの方向性としては ①住民・患者の視点を尊重した、分かりやすい「体制」の実現、②質が高く効率的で検証可能な「体制」の構築(数値目標と評価の導入による実効性のある医療計画)、③都道府県が自主性・裁量性を発揮することによる地域に適した「体制」の確立などが挙げられている。大枠ではある程度の評価ができるが、医療機能の評価や情報提供のあり方や診療ネットワークのつくり方など具体策になるとさまざまな問題点が浮上してくるだろう。多くの人が評価している都道府県の自主性・裁量性の拡大についても、財源や権限を伴わない限り、益々地域差を拡大することにならないだろうか。

2. 基準病床数制度(いわゆる病床規制)の意味について

○いわゆる病床規制に関しては、WG報告書で規制廃止のための4つの最低条件が示されているが、当面は実現の可能性は少ない。したがって、医療費への影響の観点、救急医療や僻地医療など採算に乗らない医療の確保、入院治療の必要性を客観的に検証する仕組みの未確立等の理由から、病床規制が存続されることとなった。しかし、あくまでも病床規制は消極的な意味として理解すべきなのか。

○一方、精神病棟では10年間で約7満床の減少を促すような、基準病床数算定式が社会保障審議会精神障害分会で報告されている。これは、かなり積極的、政策的な病床規制である。この公式との整合性と今後の展望をどう考えるのか。

○他方、某県では病床減少などによって、基準病床数を5百床以上下回ったところ、その隙間に政策的に殆ど意味のない病院開設が許可されてしまった。救急病床など不足していることから、必要な医療の内容が明確であったにもかかわらず、それに関係のない病床が増える結果となった。このような矛盾を繰り返さないためにこそ、病床規制の活用が必要ではなかったか。

3. 記載事項と数値目標について

○記載事項が多すぎると焦点がボヤケてしまうので、少ないほうがよいという意見があったが、内容を見る限りにおいてはすべて必要なものである。必要だからこそ、現在の8項目から、15項目に追加された訳でもある。しかしすべてが、都道府県レベルで実現可能のものではない。国レベルや地方ブロックや複数の都道府県レベルで実現するのが現実的方策の場合もある。これらの区別や調整やバックアップする機能は国の役割ではないか。

○数値目標を挙げるのは結構であるが、アウトカムによって評価する仕組みは慎重にすべきではないか。

4. 日常医療圏と診療ネットワーク

○疾患別の日常医療圏を設定するというが、イメージとしては理解できるとしても、地域によってエリアが違い煩雑である。主要疾患といえども、多くのバリエーションがあり、複数の疾患を合併している場合もあるから現実には複雑である。

○疾患別ネットワークとなれば、全人的な医療を否定することにならないか。

○窓口として「かかりつけ医」の機能が重要であるが、地方型と都市型ではそのあり方が違うのではないか。それぞれの機能を整理したほうが解りやすい。

○イメージ図の中に「一般病院」がない、その位置づけはどうなっているのか。

○「核になる病院」から始めるのではなく、「かかりつけ医」を中心とした連携強化を図ること、そのための情報ネットワークを充実させることが先決ではないか。

5. メンタルケアのすすめ

○身体疾患で入院治療中の患者のうち、30%から40%は適切なメンタルケアが必要であるといわれている。中でも多いのがうつ病である。癌や糖尿病や脳卒中においても20%から30%の合併率が報告されている。これらを早期に治療することによって、平均在院日数を短縮化させる効果があるという。つまり、癌患者だけ集めて専門的に治療することが必ずしも効率的でないことを示唆しているのではないか。