

〔平成19年3月9日（金）〕
16時00分～18時00分
省 議 室

第1回

社会保障審議会医療部会

議 事 次 第

- 1 後期高齢者医療の在り方について
- 2 今般の医療法等の改正内容及び施行準備状況について
- 3 その他

(配付資料)

- 資料1-1 後期高齢者医療の在り方に関する特別部会について
- 資料1-2 後期高齢者医療の在り方について（検討のたたき台）
- 資料1-3 後期高齢者医療の在り方について（検討のたたき台）に対する主な意見
- 資料1-4 特別部会で行われた有識者ヒアリング資料等抜粋
- 資料1-5 特別部会で行われた有識者ヒアリング等における主な意見
- 資料1-6 後期高齢者医療制度施行までのスケジュール
- 資料2 今般の医療法等の改正内容及び施行準備状況について
- 参考資料1 医療提供体制に関する意見
- 参考資料2 平成19年度予算（案）の概要
- 参考資料3 参考法令

後期高齢者医療の在り方に関する 特別部会について

後期高齢者医療の在り方に関する特別部会について

1 部会の設置の趣旨及び審議事項

- 健康保険法等の一部を改正する法律(平成18年法律第83号)により、75歳以上の後期高齢者については、平成20年4月より独立した医療制度を創設することとされている。
- 後期高齢者医療制度の創設に当たり、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるような新たな診療報酬体系を構築することを目的として、後期高齢者医療の在り方について審議するため、社会保障審議会に専門の部会として設置された。

2 特別部会委員(○:部会長)

- | | |
|---------|---------------------------|
| 遠藤 久夫 | 学習院大学経済学部教授 |
| 鴨下 重彦 | 国立国際医療センター名誉総長 |
| 川越 厚 | ホームケアクリニック川越院長 |
| 高久 史麿 | 自治医科大学学長 |
| 辻本 好子 | NPO法人ささえあい医療人権センターCOML理事長 |
| ○ 糠谷 真平 | 独立行政法人国民生活センター理事長 |
| 野中 博 | 医療法人社団博腎会野中医院院長 |
| 堀田 力 | 弁護士・さわやか福祉財団理事長 |
| 村松 静子 | 在宅看護研究センター代表 |

(50音順、敬称略)

3 開催経緯(平成18年中)

10月 5日 第1回開催

10月25日 第2回開催

(後期高齢者の心身の特性等について以下の有識者よりヒアリング)

- ・本間 昭 東京都老人総合研究所医学研究部長
- ・伴 信太郎 名古屋大学教授
- ・太田 壽城 国立長寿医療センター病院長

11月 6日 第3回開催

(地域医療の現状について以下の有識者よりヒアリング)

- ・桑田 美代子 青梅慶友病院看護介護開発室長
- ・秋山 正子 白十字訪問看護ステーション所長
- ・片山 壽 尾道市医師会会長

11月20日 第4回開催

(地域医療の現状について以下の有識者よりヒアリング)

- ・米山 武義 米山歯科クリニック院長
- ・林 昌洋 虎ノ門病院薬剤部部長
- ・岩月 進 ヨシケン岩月薬局薬剤師
- ・川島 孝一郎 仙台往診クリニック院長
- ・山口 昇 公立みつぎ総合病院事業管理者

12月12日 第5回開催

(終末期医療について以下の有識者よりヒアリング)

- ・町野 朔 上智大学教授
- ・田村 里子 東札幌病院診療部Ⅱ副部長
- ・川越 厚 ホームケアクリニック川越院長

4 当面のスケジュール

平成19年

2月 5日

第6回部会

フリーディスカッション

(医療部会及び医療保険部会において議論)

3月

後期高齢者医療の在り方に関する「基本的考え方」の取りまとめに向けた議論

(年度内を目途 基本的考え方の取りまとめ)

(春

パブリックコメントの実施(厚生労働省))

春～夏

後期高齢者の新たな診療報酬体系の骨格の取りまとめに向けた議論

(医療部会及び医療保険部会において議論)

夏～秋

後期高齢者の新たな診療報酬体系の骨格を取りまとめ

後期高齢者医療の在り方について (検討のたたき台)

| | |
|--|------|
| 第 6 回 社 会 保 障 審 議 会 後 期 高 齢 者 医 療 の 在 り 方 に 関 す る 特 別 部 会 | 資料 1 |
| 平 成 1 9 年 2 月 5 日 | |

後期高齢者医療の在り方について (検討のたたき台)

～後期高齢者の心身の特性にふさわしい
医療の在り方をどのように考えるか～

1 後期高齢者の心身の特性

- (1) 老化に伴う生理的機能の低下により、治療の長期化、複数疾患への罹患（特に慢性疾患）が見られる。
- (2) 多くの高齢者に、症状の軽重は別として、認知症の問題が見られる。
- (3) いずれ避けることが出来ない死を迎える。

2 基本的な視点

- ・後期高齢者の生活の中での医療
- ・後期高齢者の尊厳に配慮した医療
- ・後期高齢者が安心できる医療

3 後期高齢者医療における課題

- (1) 複数の疾患を併有しており、併せて心のケアも必要となっている。
- (2) 慢性的な疾患のために、その人の生活に合わせた療養を考える必要がある。
- (3) 複数医療機関を頻回受診する傾向があり、検査や投薬が多数・重複となる傾向がある。
- (4) 地域における療養を行えるよう、弱体化している家族及び地域の介護力をサポートしていく必要がある。
- (5) 患者自身が、正しく理解をして自分の治療法を選択することの重要性が高い。

4 後期高齢者にふさわしい医療の体系

- (1) 急性期医療にあっても、治療後の生活を見越した、
高齢者の評価とマネジメントが必要(CGA※、GEMs※)
- (2) 在宅(及び居住系施設)を重視した医療
 - ・かかりつけ医による訪問診療、訪問看護等
 - ・医療機関の機能特性に応じた地域における医療連携
 - ・複数疾患を抱える後期高齢者を総合的に診る医師
- (3) 安らかな終末期を迎えるための医療
 - ・十分に理解した上での患者の自己決定の重視
 - ・十分な疼痛緩和ケアが受けられる体制
- (4) 介護保険のサービスと連携の取れた一体的なサービス
提供

※CGA (Comprehensive Geriatric Assessment) : 高齢者総合評価

GEMs (Geriatric Evaluation and Management programs)

: 高齢者評価とマネジメントプログラム

参考資料1

後期高齢者医療の在り方について
(検討のたたき台)に対する主な意見

第6回特別部会における主な指摘

1 後期高齢者の心身の特性について

- ・ 75歳以上を後期高齢者としてまとめているが、60歳を過ぎれば、個人差が非常に大きいことには留意する必要がある。
- ・ 後期高齢者医療については、国民全体で「老いていく」ことについて考える必要がある。
- ・ 個人差が非常に大きく、高齢でも活躍している人も多くいる現代では、後期高齢者は終末期医療だけではないことを前提にした医療の在り方を考える必要があるのではないか。

2 基本的な視点について

- ・ 医療を選ぶ国民にとって、心暖かい医療制度であってほしい。経管栄養などの様々な医療行為を提供する際にも、患者や家族が医療提供者とよくよく相談し検討して実行する仕組みが大切である。
- ・ 終末期医療を考える際、適切な医療の提供は不可欠であるが、死を迎えるまでの充実した生活や人生を提供することが最も重要であり、従来の「治す医療」のみならず「支える医療」の観点も重要である。
- ・ 透析医療、ペースメーカー等、若い頃から受けている治療や処置を年齢に関係なく継続できる医療という観点が重要ではないか。
- ・ 本人が尊厳ある生き方をできるようにすることが非常に重要である。自己決定の重視も、自己決定が自己の尊厳を保つために必要だからである。認知症への対応や介護との連携、自己決定の重視といった点については、介護とも共通する一つの理念として「尊厳」を打ち出せば、統一した見方ができるではないか。
- ・ 生活、自然、緩和、安心、安全といった観点がキーワードである。患者とその家族が納得できるという点が重要であり、「後期高齢者・その家族が、安心・納得できる医療」とすべきではないか。
- ・ 「納得」という観点は重要であり、患者は治療内容に納得することにより病気に立ち向かう勇気が生まれる。インフォームド・コンセントには患者の納得が重要であると打ち出せば、医療者の配慮や説明努力も得られやすくなるのではないか。

- ・ 後期高齢者の受診拒否のない、納得できる医療という観点が重要ではないか。
- ・ 身体に無理のない、回復を見据えた医療という観点が重要ではないか。

3 後期高齢者医療における課題について

- ・ 日常生活の保障と心のサポートがあった上での医療を考えることが最重要課題である。
- ・ 認知症を有する高齢者に対しては、従来の精神科医療の枠組みだけではなく、認知症の発症早期からの「なじみの関係」を中心とした地域におけるケア体制構築が必要であり、この体制構築の意義が理解される必要がある。
- ・ 認知症患者の治療に当たって同意の問題をどう考えるかについては、法律家の意見も参考にしておくことが必要ではないか。
- ・ 認知症の方の尊厳を考えていく上で、残存能力を生かして地域で生活できるように支えることは、重要な課題である。
- ・ 認知症の方の自己決定を汲み取るために、どのようなやり方がよいのか、考えておく必要がある。
- ・ 日常を支えるという視点から見ると、家族・ヘルパーなど患者を取り巻く人を支えるために説明が重要。
- ・ 従来、医療連携は主に様々な疾病の急性期における入院治療を中心に検討されてきたが、病状が安定して退院後の生活を念頭に置いた医療連携も適切に実行されることがこれからの医療制度には不可欠である。例えば、要介護認定過程と医療との関係など様々な課題がある。
- ・ 地域の実態を把握した上で、地域連携の議論を進める必要がある。
- ・ 治療方法の選択の自己決定に当たっては、治療される部位だけでなく、患者の全身の機能のバランスを考えた上で、情報提供や診療が行われることが望ましい。このような点を重視してくれるような診療報酬やそういう研究が望まれる。
- ・ 自己決定の重視は、終末期以外にも必要とされる考え方である。本人の自己決定に基づいて生活を作ることが肝要である。

- ・ すべての人に自己決定能力がある、という前提は危険。すべての国民が自己決定能力を身につけているわけではない、という状況を理解すべき。誤解を恐れずに言えば、現在の後期高齢者は、一般的にパターナリスティックな医療を所与のものと考えることが多く、自己主張を過度に求めても患者自身が困惑することとなるのではないか。このような世代ごとの医療に対する意識や対峙の特徴を念頭に置いて議論することが重要である。
- ・ 患者の選択に対し、医療者がそれを実現できるような方向に向かって手だてを施すことが重要。
- ・ 各課題について、誰が取り組むべきものであるかを掘り下げて、次回以降検討を行っていくべきである。

4 後期高齢者にふさわしい医療の体系について

- ・ 回復の可能性を見越した高齢者の医療評価が必要である。
- ・ かかりつけ医による在宅訪問診療及び医療連携について、好事例を我が国全体に広げていくための方策を考えていく必要がある。
- ・ 在宅での24時間看護が進められる看護師の役務権限と報酬の再検討が必要である。
- ・ 療養者・家族・介護者の安心が得られる医療体制の構築が必要である。
- ・ 医療機関の機能分化と連携はこれまで長年取り組んできたが、必ずしも良い結果に結びついてきていない。後期高齢者医療で新たなモデルに取り組み、結果が良ければ一般の方にも当てはめる考え方もある。
- ・ 病院において入院医療が提供される際、退院後の生活をも考慮して医療が提供される必要がある。さらに退院までに地域の主治医すなわちかかりつけ医を始め生活を支える多職種との関係を適切に構築するシステムが大切であり、MSWなど様々な人材育成が必要である。
- ・ 病院は生活よりも治療に重点が置かれるのに対して、在宅医療の提供に当たっては患者の生活も考慮に入れることが一般である。このため、入院から在宅への以降については、在宅医療を提供する側が主体的に行うことが重要である。
- ・ 医療連携は、病院でなく、在宅・施設を中心とすべき旨、明確化すべきではないか。

- ・ 急性増悪期など一時的な入院が必要なことがあり、地域の病院の地域医療におけるバックアップ機能が不可欠であり、その結果高齢者の住み慣れた地域での安心した生活を実現することが可能となる。
- ・ 医療連携は、医療提供体制の在り方の中で、今後も引き続き議論していくべき点ではないか。
- ・ 地域には、診療所や薬局や介護施設など高齢者と関わる施設は多く存在している。高齢者にとってこの「なじみの関係」は大切であり、地域住民と日頃から関わりこの「なじみの関係」を構築することを地域の医師をはじめとする関係者には期待されている。
- ・ 後期高齢者を総合的に診る医師については、日本医師会の行っている「生涯教育制度」を強化することが必要ではないか。
- ・ 尊厳死については、難しい問題ではあるが、今後の課題とするかどうかなど、その取扱いを報告書に明確にしておくべきではないか。
- ・ 後期高齢者にとって、介護と医療は組み合わせて提供を受けることとなるものであり、医療の見直しから介護の見直しを考えることもあっても良いのではないか。

○今後の進め方について

- ・ パブリックコメントは、当事者である後期高齢者にも十分に認識してもらったうえで行うことが必要である。

参考資料2

特別部会で行われた有識者ヒアリング
資料等抜粋

後期高齢者医療の在り方について

～これまでのヒアリングでの資料等より～

・本資料は、第2回～第5回の本部会においてヒアリングを行った有識者の先生方の資料等を抜粋したものである。

(資料ページの右下に、提出された部会の回と有識者の方の名を記している。)

・編集の際、背景、フォント等の変更を適宜行っているが、文面は提出いただいた資料から変更していない。

【医療制度改革大綱】(平成17年12月1日政府・与党医療改革協議会)抄

(後期高齢者医療制度にふさわしい診療報酬体系)

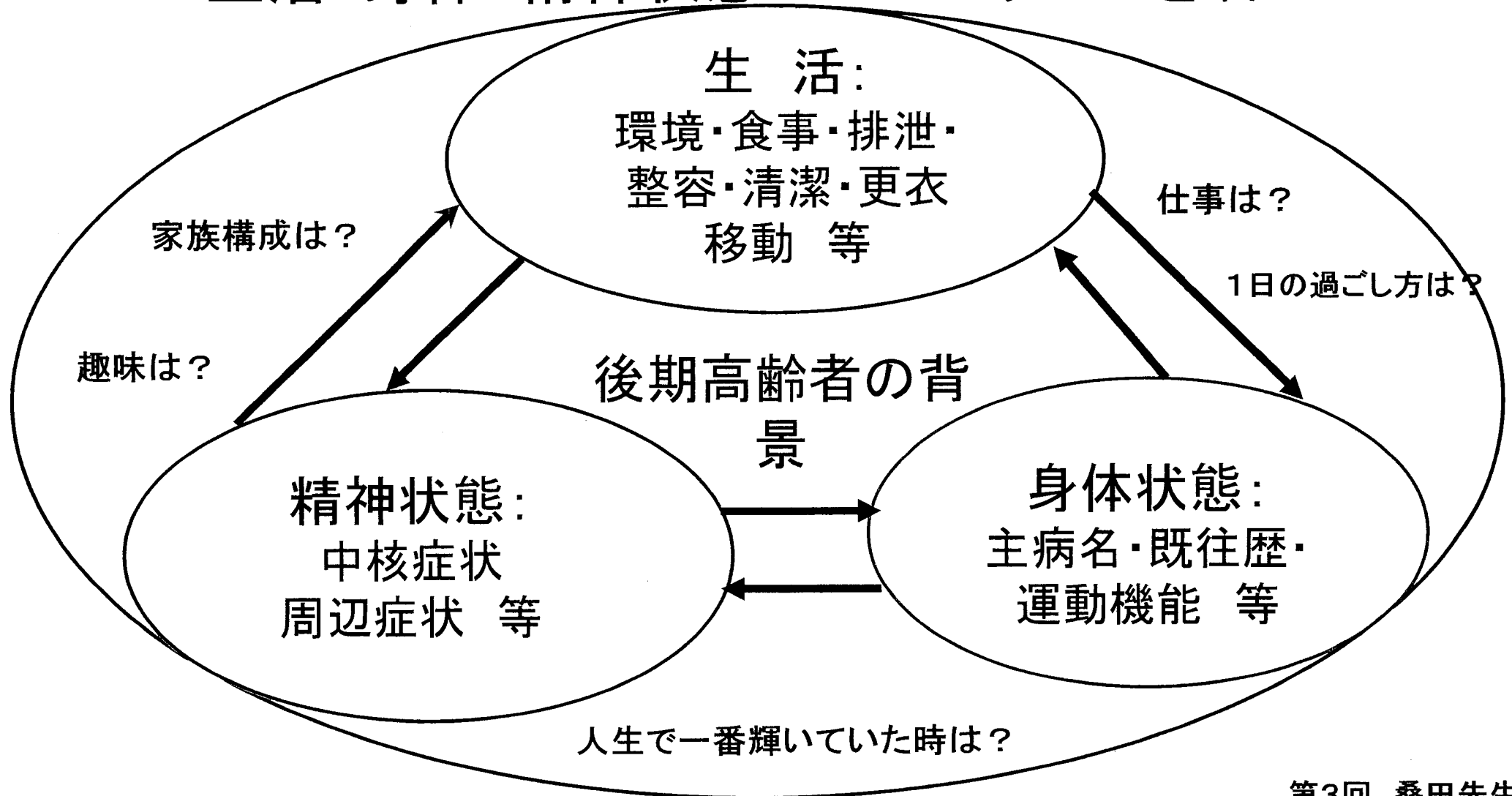
後期高齢者医療制度の創設に当たっては、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい医療が提供できるよう、新たな診療報酬体系を構築する。新たな体系においては、終末期医療の在り方についての合意形成を得て、患者の尊厳を大切にした医療が提供されるよう、適切に評価する。また、地域の主治医による在宅の患者に対する日常的な医学管理から看取りまでの常時一貫した対応を評価する。

【健康保険法等の一部を改正する法律案及び良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議】(平成18年6月13日参議院厚生労働委員会)抄

三 後期高齢者医療の新たな診療報酬体系については、必要かつ適切な医療の確保を前提とし、その上でその心身の特性等にふさわしい診療報酬とするため、基本的な考え方を平成十八年度中を目途に取りまとめ、国民的な議論に供した上で策定すること。

老人看護に必要な視点

生活・身体・精神状態の3つバランスを見る



提案：後期高齢者に対する Comfort Care：安楽ケア

- 後期高齢者の基本的生活を充足を行い、惨めでない・苦痛がない、心地良いケアを提供する。
- 後期高齢者の能力を過小評価せず、残存機能の活用をする。
- 意思疎通が困難で不動な状態になっても、意思のある人間として尊重し、尊厳を保つ。

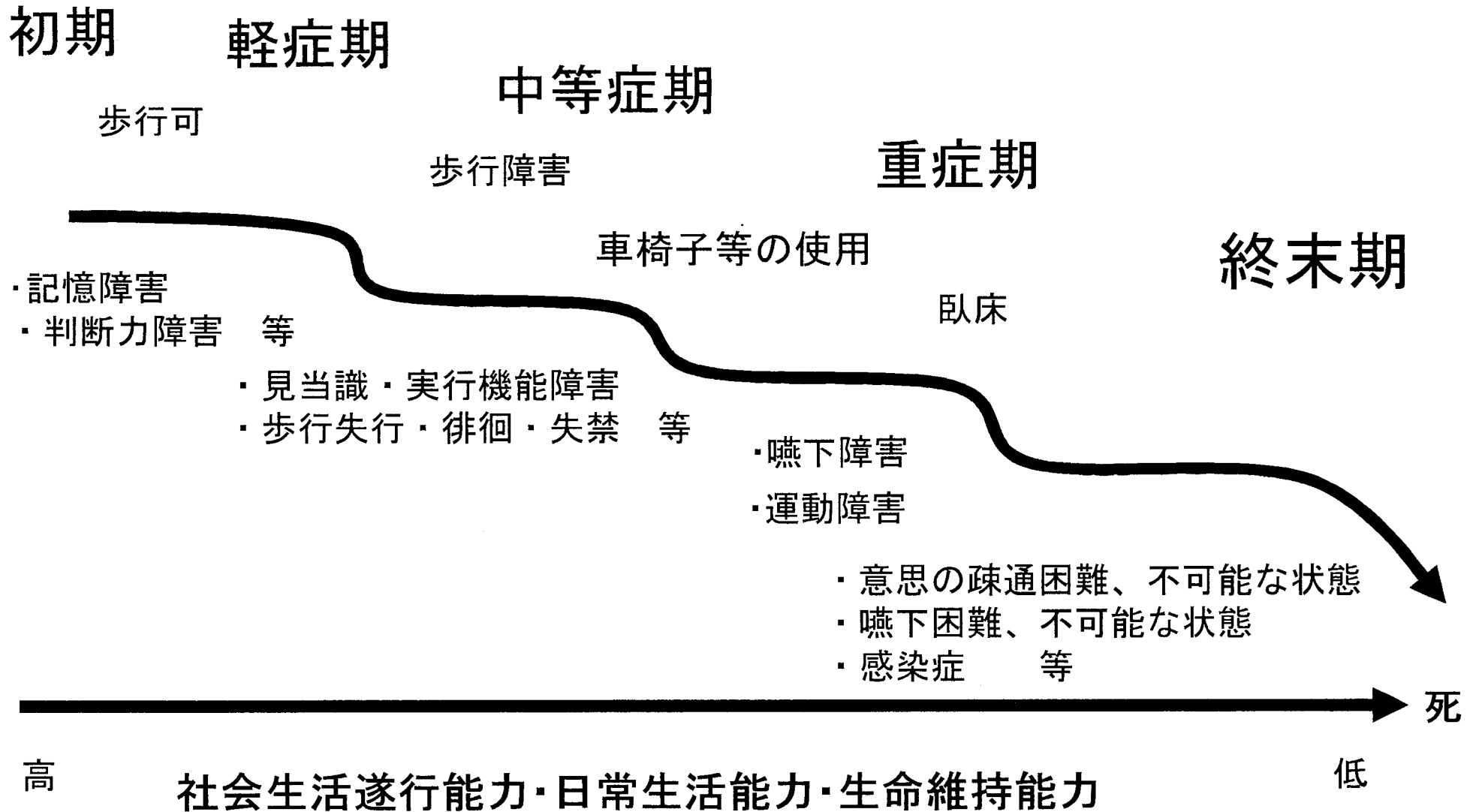
高齢者医療の特性と留意点

- 高齢者は多病で、一人で多数の疾患を有している、中でも循環器疾患、特に脳血管障害が多い
- 高齢者は多病であるにも拘らず、夫々が臓器別に診られていて、総合的視点が不足している（総合医療専門医の不足）
- 急性期医療（救命）後、障害をもつケースが多い
- 高齢者には急性期のあとの回復期から慢性期にかけてのケアが必要
 - 病院における急性期医療と在宅医療の間の医療を如何するか
 - しかもこれらの各ステージの移行期には空白（欠落）部分があってはならない（医療の継続性）
- 廃用症候群や要介護状態になる可能性が高く、これらの予防が大切
- 高齢者のリハビリは、PT・OT・STが適切に組み合わせられて総合的・一体的に提供されることが望ましい
- 高齢者には医療と介護（場合によってリハビリ）を同時提供することが必要なケースが多い（医療と介護の連携）
 - 総合医療の必要性
- 終末期医療（ターミナルケア）をどうするか
- 高齢者にこそ地域包括医療（ケア）が望まれる
 - 〔新医師臨床研修制度（プライマリケアの重視、地域保健・医療の必修化）の意義
〔地域包括医療認定制度（国診協・全自病）→プライマリケア科の標榜

高齢者薬物療法の特性と問題点

- ・ 加齢とともに複数の疾患を合併することが多くなる。このため、多剤併用が多くなり、重複投薬、薬物間相互作用のリスクが問題となる。
- ・ 視覚や聴覚機能の低下、嚥下障害などにより、服薬の自己管理や服薬自体に支援が必要。
- ・ 腎機能・肝機能の加齢による低下、体成分組成(筋肉量減少・体脂肪比率増加等)の変化による体内動態の変動がある。こうした生理機能の個人差に対応した処方、調剤、服薬の管理が必要。

認知症高齢者のステージ



認知症を支えるための課題

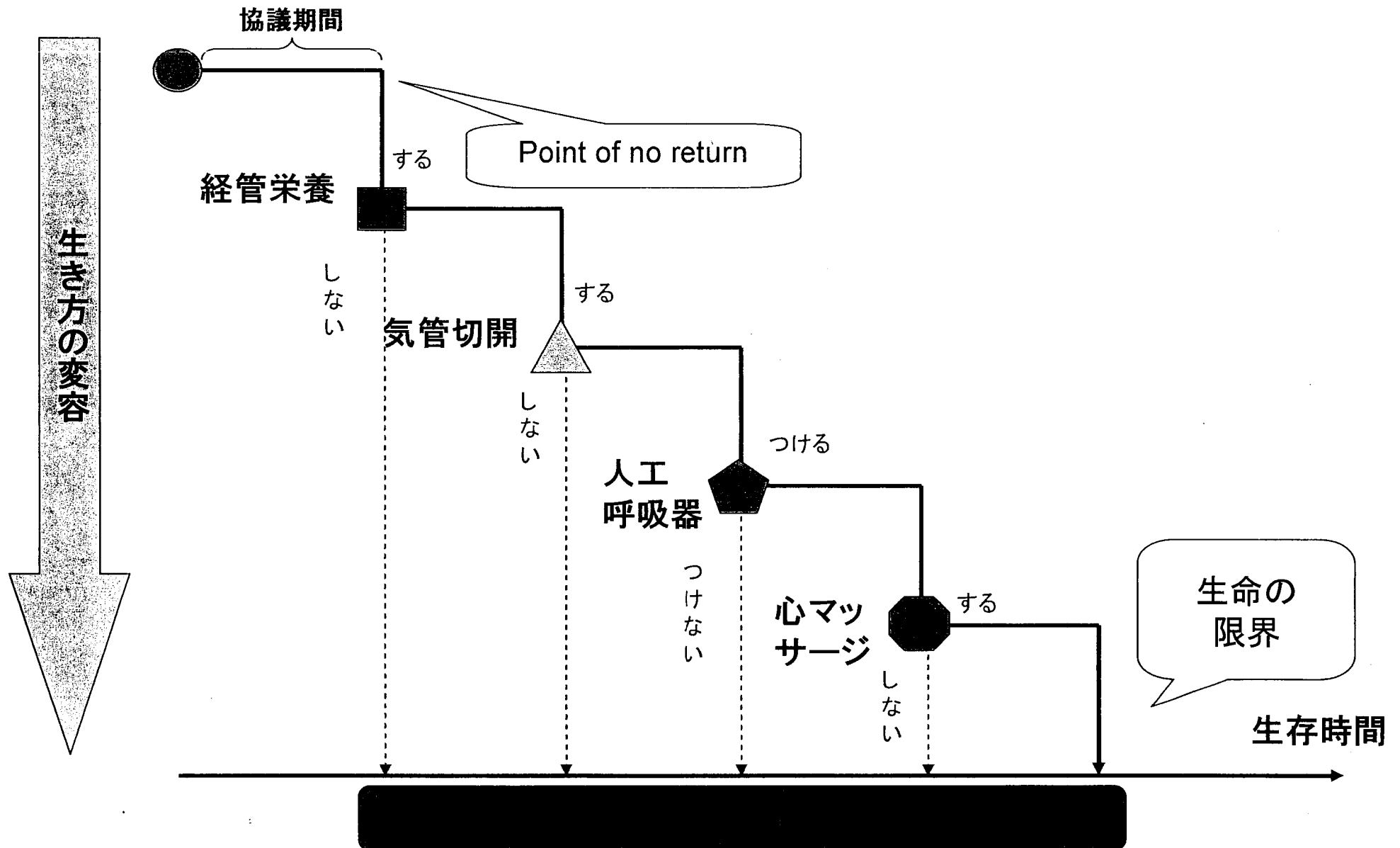
- 認知症疾患の早期発見・対応の遅れ
- かかりつけ医の役割と専門医との関係
- 医療と福祉(地域)の連携
- 長期療養と終末期医療
- 認知症ケアの共有化
- ごく軽度の認知症への対応
- 周辺症状に対する抗精神病薬の適応外の問題
- 認知症の身体合併症の問題:「周辺症状のために一般病棟では管理できないと治療を拒否されること」
- 認知症の救急医療:「身体科救急と精神科救急の狭間に陥ること」
- 認知症の医療同意を得るための法的整備の欠如
- 教育プログラムの標準化

認知症をめぐる医療、換言すれば75歳以上の高齢者の医療に関する最大の課題は、認知症による判断能力が低下した、あるいは欠如した場合に、本人の意思をどのように確認することができるかということである。医療同意をどのようにすれば得ることができるかについての論議が進んでいない。

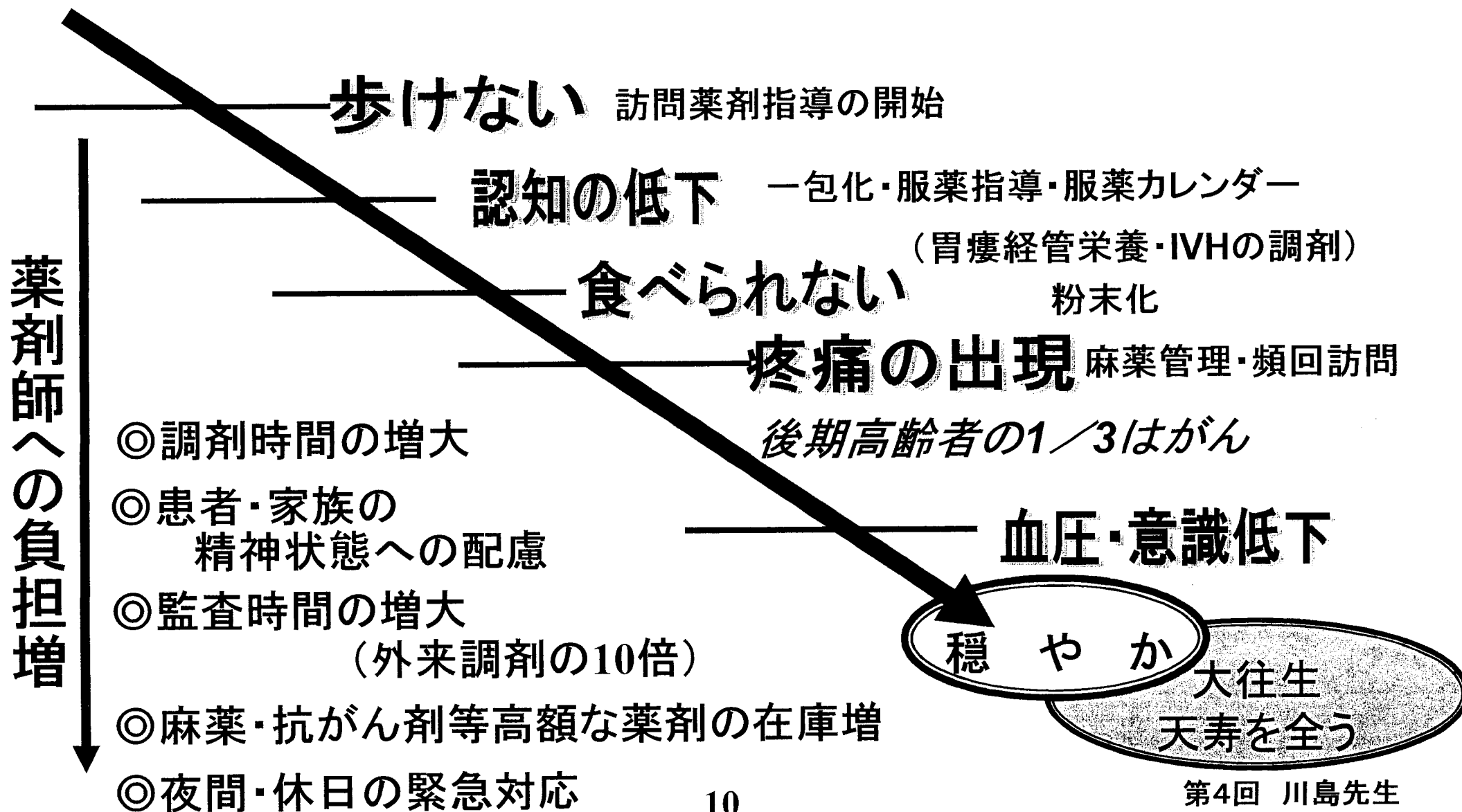
■後期高齢者医療を考える上では認知症の医療を無視できない

■その前提として適切な医療を受けるための環境が整っていない

Nonreversible process cascade の概念



後期高齢者と在宅療養支援調剤薬局



終末期後期高齢者の心理社会的問題

- 喪失への嘆き 老いと死への不安
「失われた」また「失っていく」ことへの怒りや悲嘆
変化と折り合う事の困難さ
 - ソーシャルサポートの脆弱さ
家族も高齢で介護力が弱体，血縁や地縁が希薄
増加している単身高齢者は孤立し特に支援協力体制が弱体
 - 認知症等による意思決定困難
成年後見等の活用，また活用不能な場合の検討合議，
医療の方向選択(栄養・補液・延命)，療養の場の選択など
複数の意見が異なる家族との合意形成の必要
 - 家族自身も支援が必要
予期悲嘆 介護負担 看取り等
- * 今まで生きてきた「気持ちと暮らし」の問題が凝縮し顕在化する

高齢者医療が成人内科医療と異なる点

* 高齢者医療は総合医療である:

— 全ての疾患・病変を治そうとしてはいけない

— 身体・精神心理・社会経済・価値観の勘案が必要

— QOLを保てる介入は積極的に行う

【例】大腿骨頸部骨折の治療

1994年より尾道市医師会が目指したもの

在宅主治医機能
支援システム

地域包括的医療
ケアシステム

在宅医療



介護保険
(ケアマネジメント)



包括的ケアシステム

高齢化率の高い医療圏における地域医療から地域ケアマネジメントへの転換

高齢者総合評価 (Comprehensive Geriatric Assessment)

医療・看護・介護サービスのケアマネジメントをツールとした総合化
(長期継続ケアの継続根拠と適切さ・ニーズの変遷に対応)
医療はシステムとして提供されるべき、協力・連携型医療圏の構築
地域医療連携+ケアマネジメント → 多職種協働

地域(医療圏)特性



課題解決型システム

尾道市医師会方式ケアカンファレンスから現場より医療・福祉の総合化
社医連協(社協2002) → 社医民連協(民生委員2004) → 新・地域ケア
地域ケアの再編 → 「機能する地域づくり」の包括支援システム

尾道市医師会方式から、「安心を支える尾道方式」へ

H.Katayama Onomichi Medical Association 2004

Progressive geriatric care

(尾道市医師会の目標)

もともと入院のきっかけとなった病気や怪我の治療を急性期病棟で終えた後も、最終的に適切な生活の場に落ち着くまで、体系的なサービス資源の流をシステムの的に整備してケアマネジメントすべきという老年医学の考え方

高齢者医療・ケアは、急性期病棟、評価病棟、ディ・ホスピタル
リハビリテーション病棟、長期療養病棟、在宅復帰、長期介護施設といった
流れに沿って、システムの的に展開すべき

低下した全身の「機能」評価を軸に社会福祉サービスと協働して安定した生活
の場に落ち着くまでケアマネジメントにかかわるべき。
疾患の「傷害の治療」から重点を「機能障害」「生活障害の改善」へ

多職種が協働(multidisciplinary)してケアの流を進めていく(progressive)

イタリア: 高齢者評価とマネジメントプログラム(GEMs)病棟の設置法制化(1992)
英国: GPは年1回のCGAを自分の受け持ち患者に行なうことが義務付け(1990)
デンマーク: CGAを病棟、外来、在宅ケアプログラムに標準化

GEMs(Geriatric Evaluation and Management programs)
【高齢者評価とマネジメントプログラム】

H.Katayama Onomichi Medical Association 1999

後期高齢者の在宅医療の現状

訪問看護ステーションの現場から

* 訪問看護を継続して利用することで、
住み慣れた自宅での最期を迎えることも実現可能になっている

過剰な医療処置に走らず、症状緩和に
努力しながらケア中心の看取りに
家族・介護者をサポートしていける

看取りには、在宅訪問診療医師との連携協力が不可欠である。

後期高齢者の場合は介護者も高齢の場合もあり、介護支援専門員(ケアマネジャー)や介護職等との連携や、レスパイトケアのできる施設との連携も必要である。

後期高齢者の医療における訪問看護の活用

- 住み慣れた場所や地域で最期を迎えられるように、在宅診療を担う医師との協働をはかり、訪問看護でのケアを提供する。
- 病院や施設との連携をはかり、環境が変わることでもたらされる弊害を最小にし、「生活」をも尊重した医療が提供できるよう支援する。
- できるだけ自然な形での加齢現象を、患者・家族が受け止められるよう、その経過に伴なって起こる急性憎悪時などに看護として応じ、「安心」が得られるようにする。
- 他職種、ことに介護職との連携をはかり、後期高齢者の急変時や医療対応に対する不安の解消が図れるようにする。

病院・施設とのスムーズな連携強化

家族機能の変化により、介護力のない状態での後期高齢者への在宅推進は、困難を極める場合がある。

自宅の代わりとなる施設への訪問看護の適応で、急性憎悪期を乗り越え、医療機関での入院を長引かせない効果がある。

入退院を繰り返す後期高齢者に対しては、病院の退院調整チームが、きちんと在宅への橋渡しをしていく必要がある。

病院・施設とのスムーズな連携強化

* 在宅での生活を維持していく為に

容態悪化時に利用できる緊急入院の病床を確保し、在宅チームとの連携を密にすることで入院を長引かせず、ADLの低下も最少限にしながら、再び在宅が継続できる場合も多い。この間、家族・介護者もレスパイトができる。この場合の対応は、後期高齢者の心身の特徴を十分踏まえた医療システムの確立が望ましい。

地域包括医療（ケア）とは

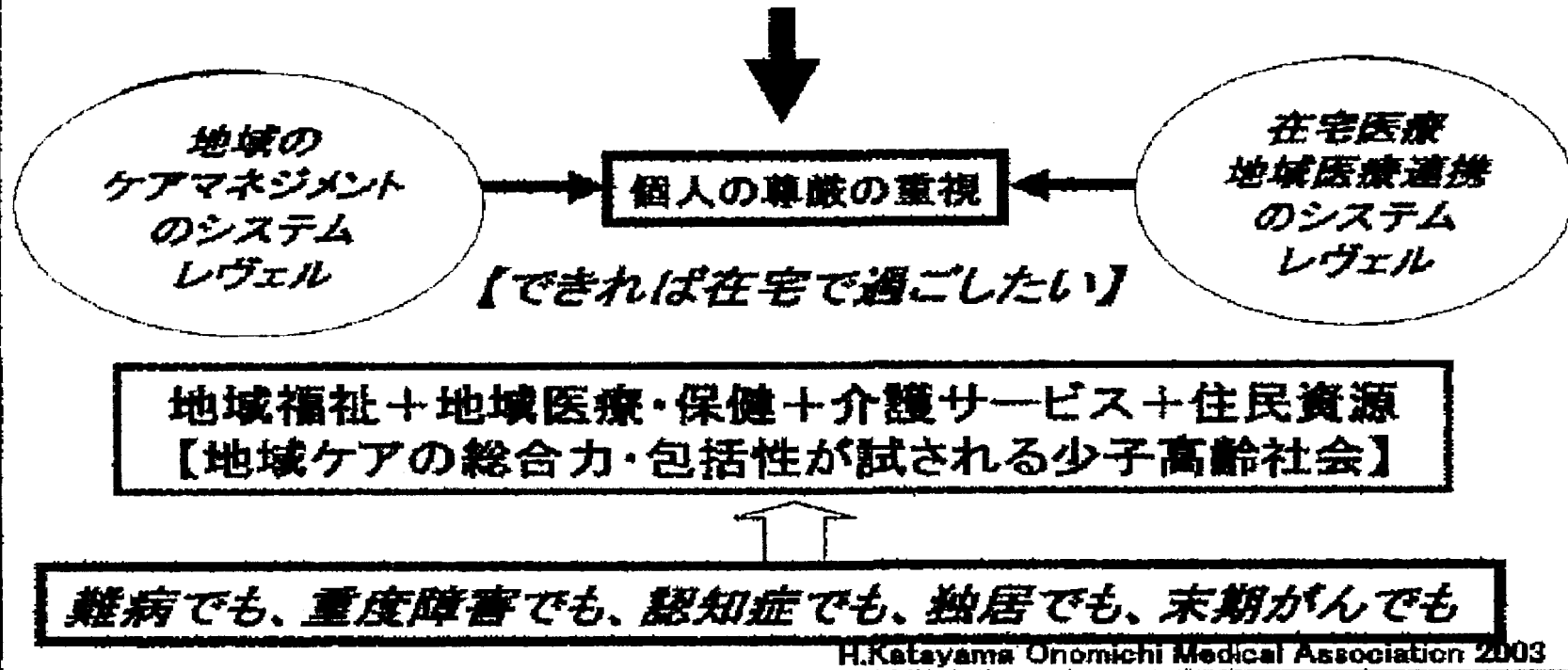
- 地域に包括医療を、社会的要因を配慮しつつ継続して実践し、住民のQOLの向上をめざすもの
- 包括医療（ケア）とは治療（キュア）のみならず保健サービス（健康づくり）、在宅ケア、リハビリテーション、福祉・介護サービスのすべてを包含するもので、施設ケアと在宅ケアとの連携及び住民参加のもとに、地域ぐるみの生活・ノーマライゼーションを視野に入れた全人的医療（ケア）
- 地域とは単なる Area ではなく Community を指す

「施設」「在宅」の統合概念は「地域」

高齢者が自分の地域(在宅)で最後まで暮らすことのできる「場」と「ケア」の実現

高齢者介護研究会報告書(2003.6) + 社会保険審議会・介護保険部会(2003.7)

あらゆる障害(疾病)があっても最期まで自分らしく暮らせる



H.Katayama Onomichi Medical Association 2003

急性期病院の「在宅支援機能」を利用者本位に最大限引き出すためのシステム

必要な急性期・回復期・維持期の機能分担と長期フォローアップ

- 医療政策(平均在院日数)
- 高齢化
- 社会保障政策(介護保険など)

循環器科・SCUIに見る即応・効率性

緊急対応は最大の在宅支援医療

- ①迅速・タイムリーな紹介
- ②適切な「専門医」へのアクセス
- ③的確・正確な診療情報提供
- ④必要な背景情報

利用者の課題を適切に解決
(在宅主治医機能)

高度の専門性
医療・看護・薬剤・栄養
リハビリ・緩和ケア等

急性期病院

院内連携

看護システム

病院主治医

地域連携室

退院前
ケアカンファレンス

緩和ケア
チーム

院内NST

共通ツールはケアマネジメント

The OMA method on long-term care management programs

在宅療養支援診療所

多職種協働空間
長期フォローアップのチーム
(ケアマネジメント空間)

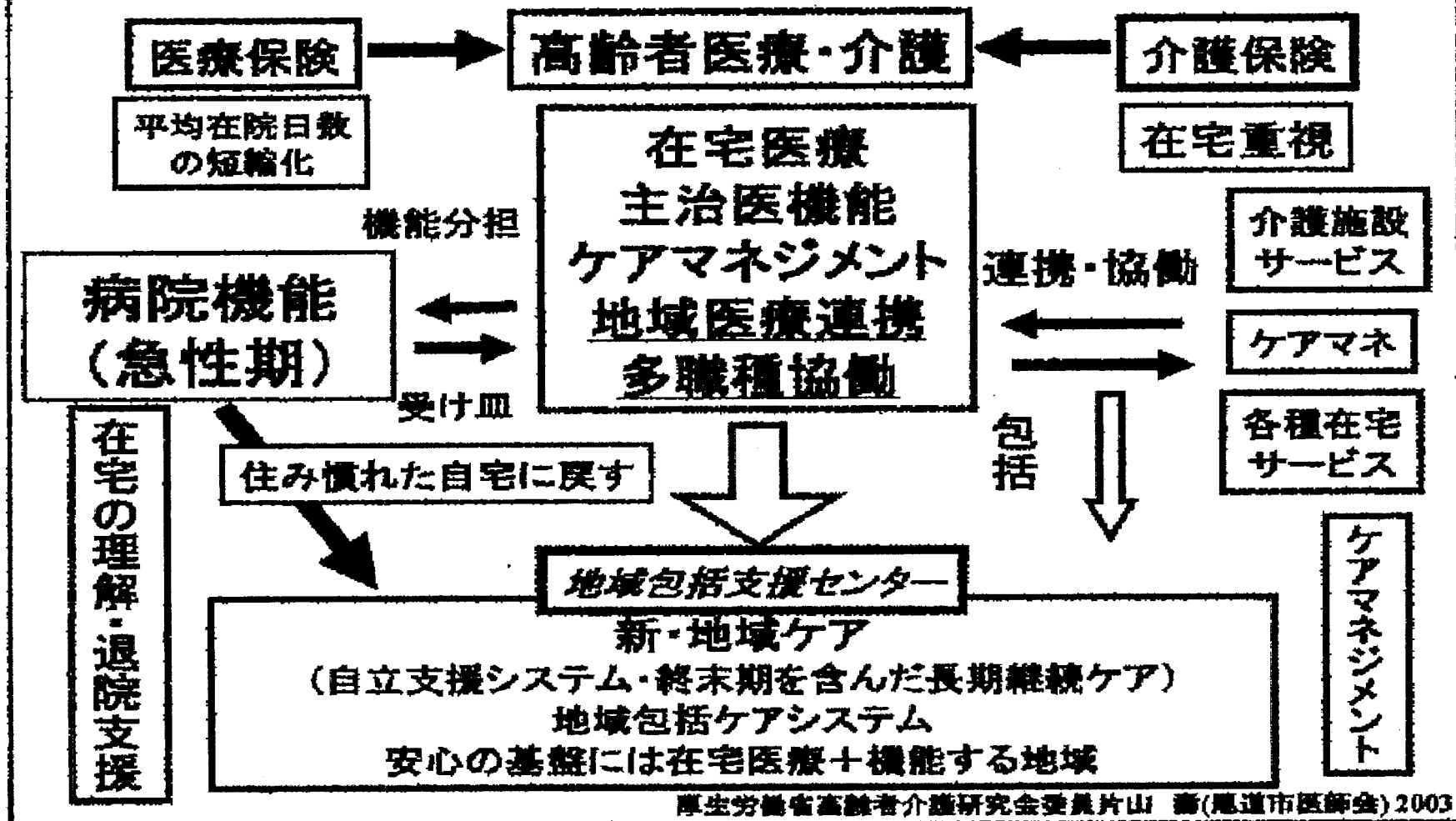
【継続医療・看護・介護・支援】
医学管理・看護管理・栄養管理
薬剤管理・リハビリ
例：在宅緩和ケア

在宅緩和ケア
チーム

在宅NST

急性期病院の持つ在宅支援機能は？
・在宅療養に適した医療手技(PEG等)
・利用者の安心＝段階的バックアップと
チームによるフォローアップ
(主治医間連携・多職種協働)

高齢者医療・介護と新・地域ケアの概念と在宅医療の位置付け



厚生労働省高齢者介護研究会委員片山 壽(尾道市医師会) 2003

医療は「システム」として適切な資源を投入して提供されるべきもの

医療保険



高齢者医療・介護



介護保険

平均在院日数の短縮化

受け皿としての機能が求められる

在宅重視

病院機能
(急性期) 退院前
CC

在宅医療
主治医機能
ケアマネジメント

介護施設
サービス

ケアマネ

各種在宅
サービス

ケアマネジメント

機能分
回

患者本位
(利用者本位)の
地域医療連携

維持期



維持期

新・地域ケア
(自立支援システム・長期フォローアップ)
包括的医療ケアシステム+地域資源による「在宅支援」機能に集約

H.Katayama Onomichi Medical Association 2004

地域における

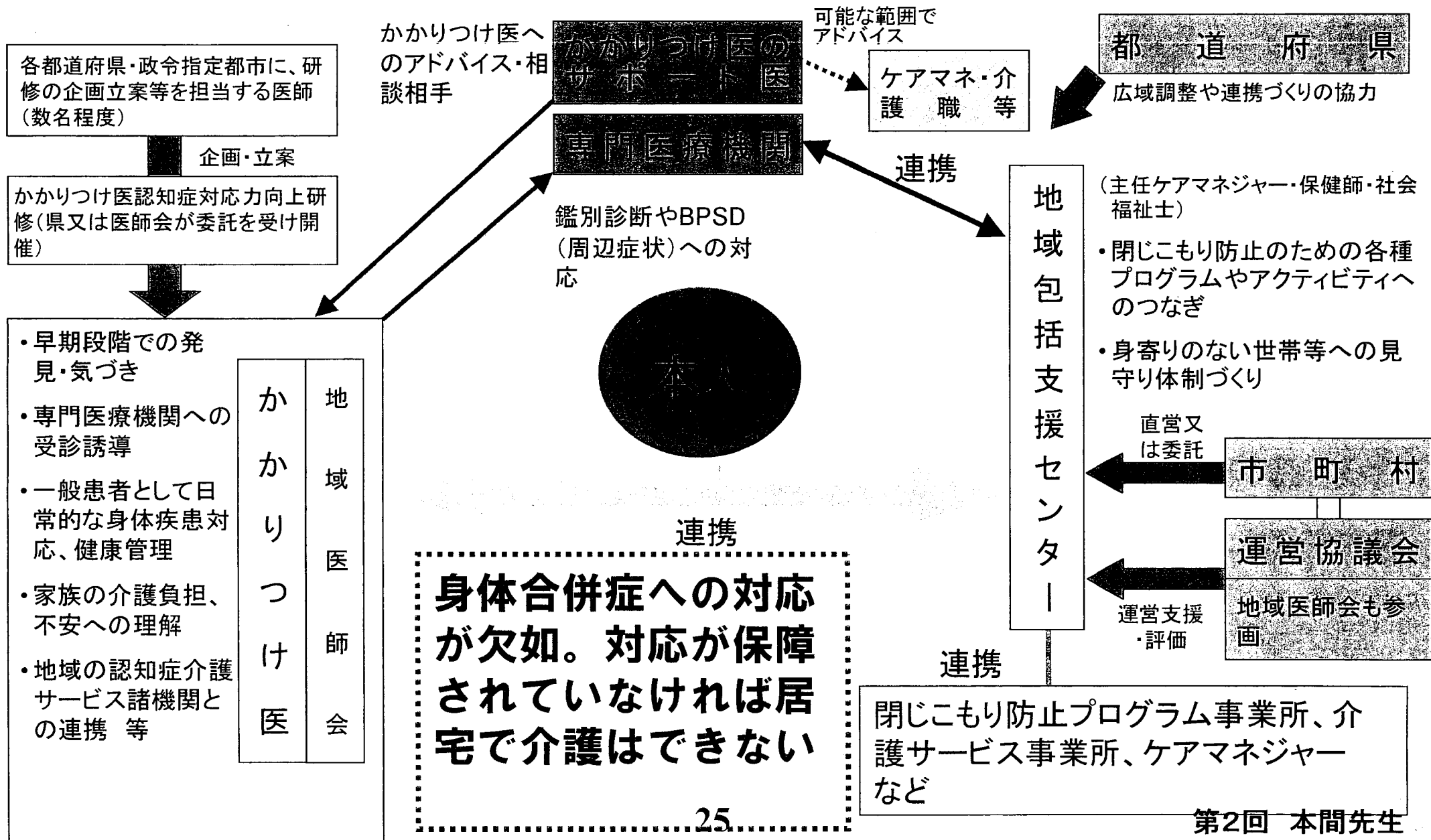
口腔ケアネットワークの必要性

病院にいる時から(入院時から)、地域で口に関わる多職種ネットワークができていたら、どんなに安心か。

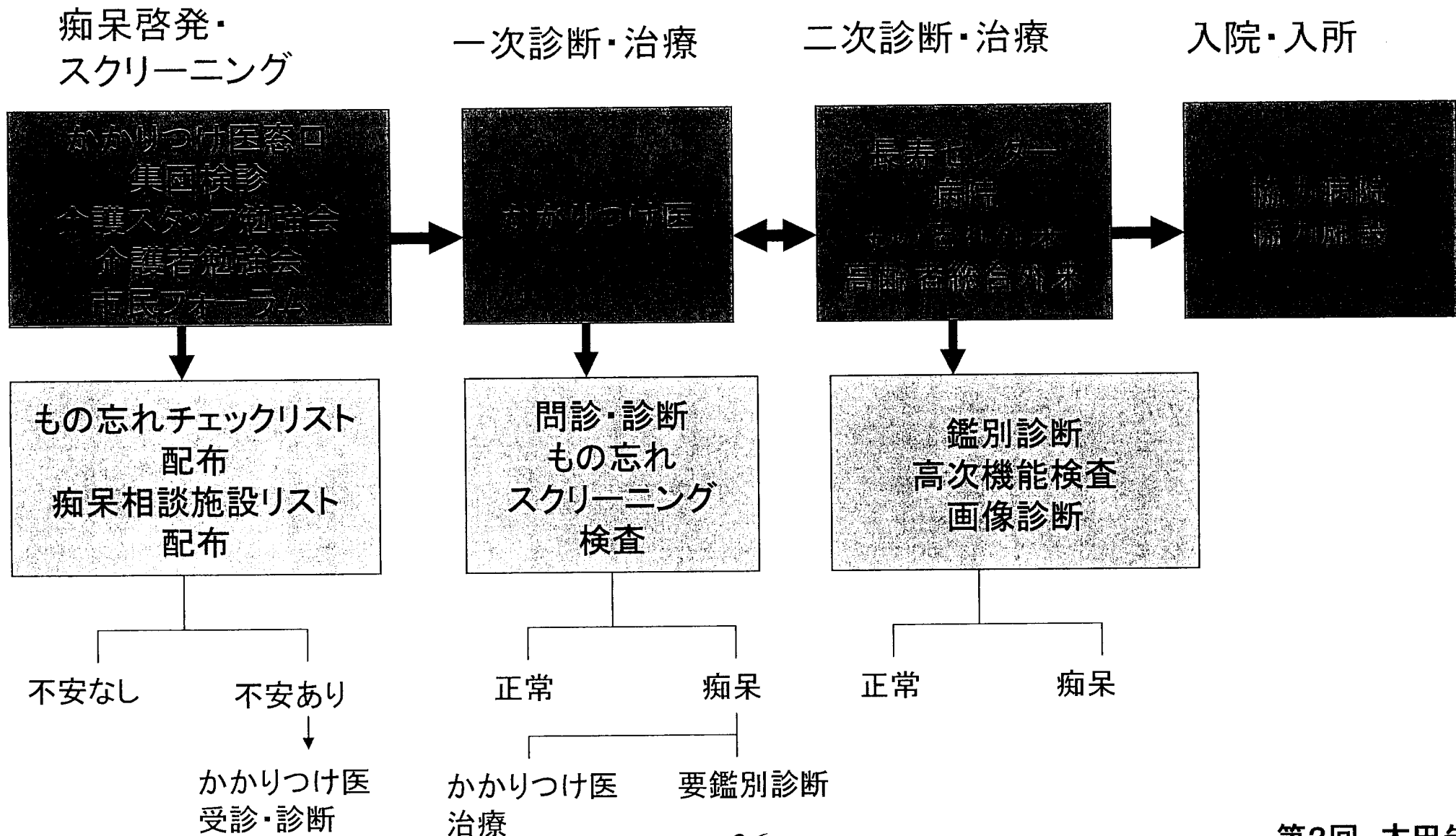
口から食べることの支援と誤嚥性肺炎の予防のために安心のネットワークがほしい。

病院の専門スタッフにとっても退院後、どうなっているか。まったく、その後が、見えてこない。

かかりつけ医が参画した早期からの認知症高齢者支援体制

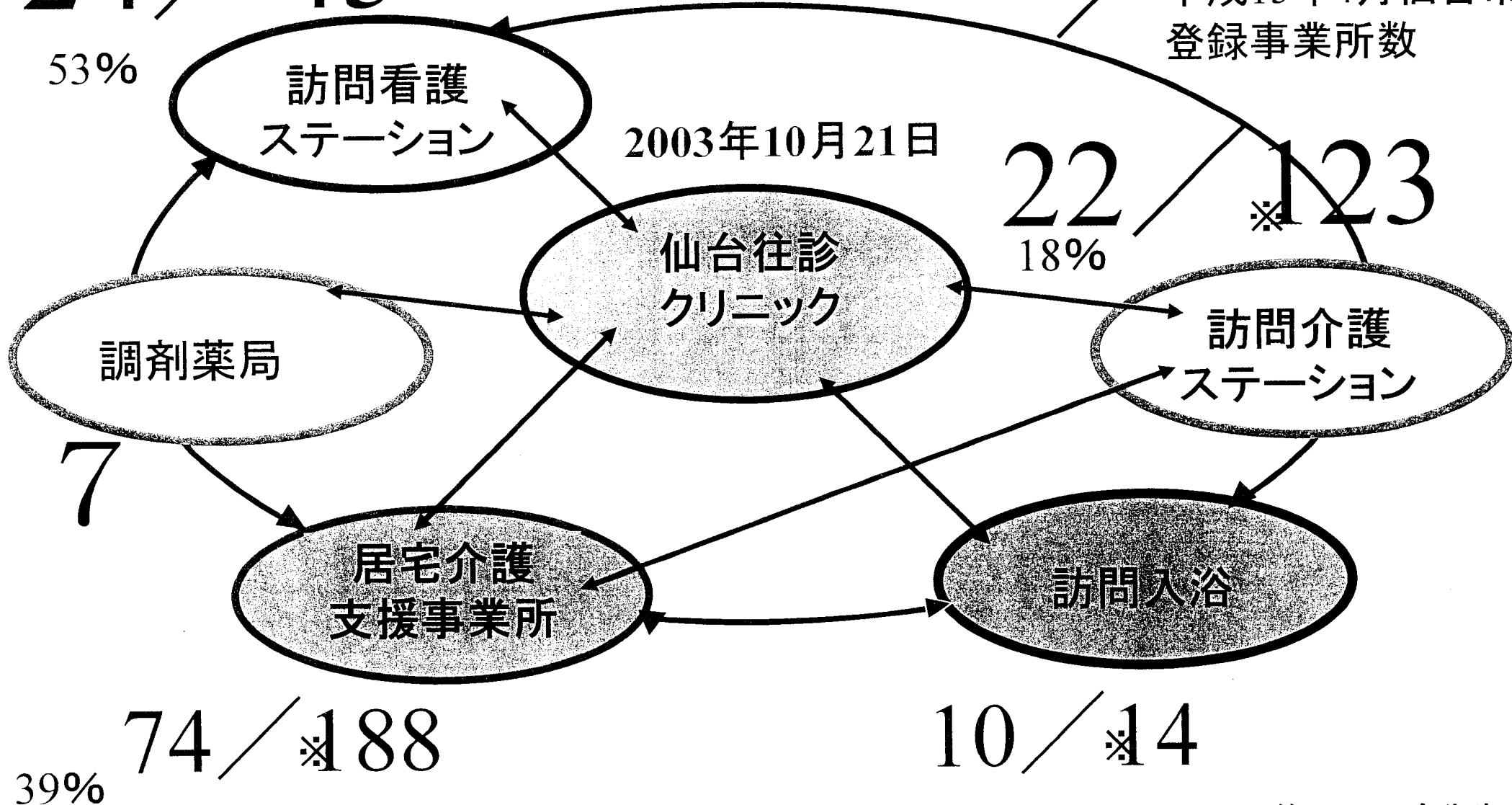


大府 痴呆総合支援ネットワーク



24 / ※45 連携事業所数

※平成15年4月仙台市登録事業所数



後期高齢者に対する歯科治療および口腔ケアの意義

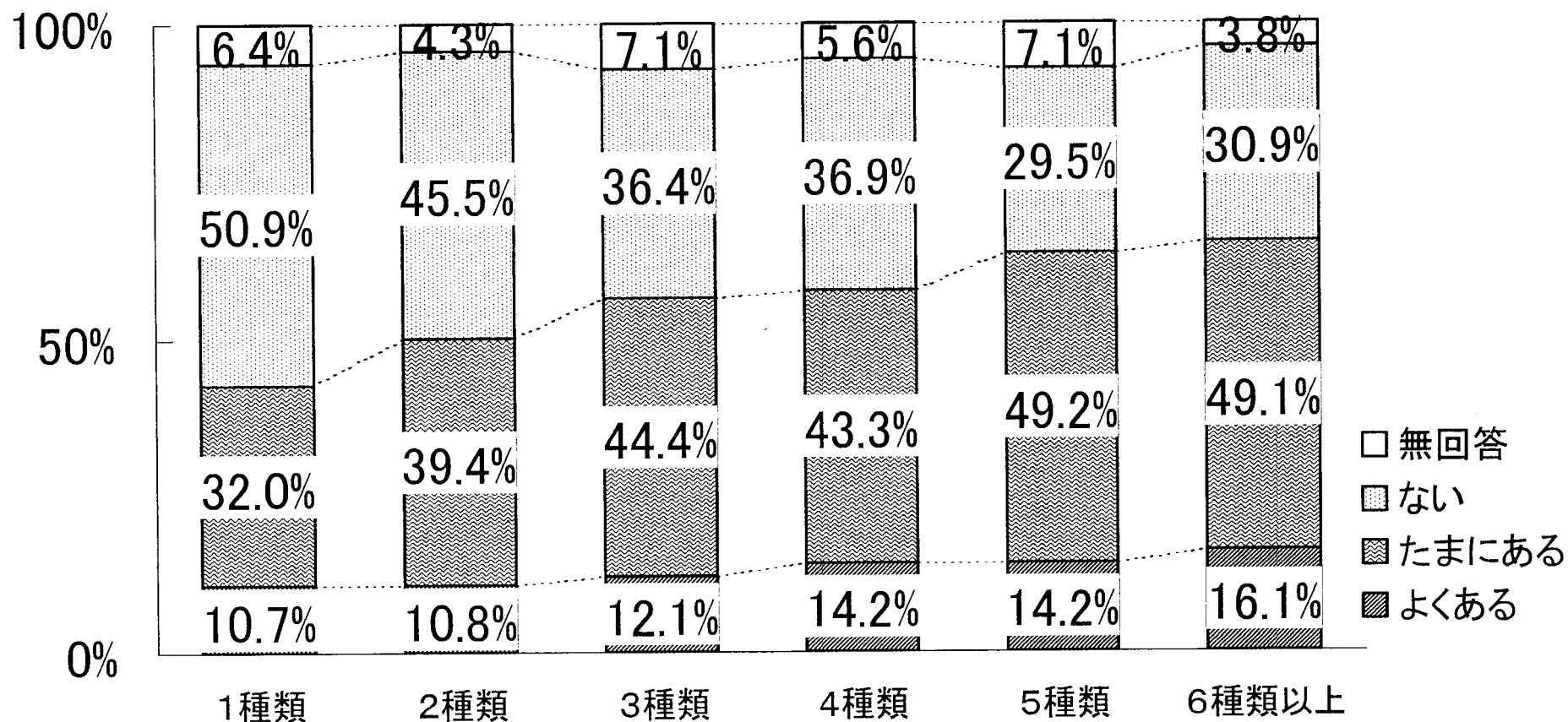
- 「食べること」と発話・表情などを通じた「コミュニケーション」を直接支える口腔機能は、人がその人らしく生きていくために欠かせない機能であり生涯における QOL の維持向上に深く関わる。
- 後期高齢者の口腔衛生状態の改善と咀嚼能力の改善を図ることが、誤嚥性肺炎の減少や低栄養および ADL の改善に有効であり、健康寿命の延伸に寄与する。
- 脳卒中患者への歯科的対応は、入院期間中の急性期からが効果的であり、しかもそれは入院期間の短縮につながる。
- 歯数が多く、よく噛めている高齢者ほど健康で総医療費が低いという調査結果が報告されており、高齢者の口腔機能を維持・増進することは、活力ある健康長寿社会を実現するために不可欠な課題の一つである。

- 高齢者の薬物療法では多剤併用が多く、重複投与や薬物相互作用が発現しやすく安全管理が重要。
- 高齢者は、生理機能の加齢変化により、副作用、相互作用が発現しやすく安全管理が重要。
- 急性期病院、療養型病床ともに、チーム医療の中で、薬剤師は薬物療法の安全管理機能を担っており、今後こうした職能を評価すべき。
- 安全な薬物療法を推進するには、院内における職種間連携とともに、病院薬剤師と保険薬局の薬剤師の連携が重要となる。

高齢者における医薬品の適正使用 と安全確保のために

- 地域における高齢者の医薬品の一元的管理が必須
 - どの医療機関(診療科)にかかっても、同一薬局を利用することで実現可能
 - 薬歴の活用
 - 訪問薬剤管理指導(在宅患者が対象)
 - 介護保険利用者については、地域包括支援センター・居宅介護支援事業所(ケアマネジメント担当者)との連携

高齢者の薬の飲み残し(入院外)



処方されている薬の種類

出典：平成17年「高齢者と薬」全国老人クラブ連合会女性委員会モニター調査

Ⅲ 患者が望む医療と医療の中止

- 「終末期」において、患者が望まない医療を中止する。
- 意識調査では、国民が何を望んでいるかはある程度分かるが、当該患者については分からないことが多い。
- 決定手続の適正化： ①Second Opinion、②Visibility

実体と手続

- 患者のBest Interestの不明確さ
- 手続による可視化
- 実体要件の可能な限りの明確化
- 終末期、中断しうる医療、QOL

終末期医療におけるMSWの役割

患者と家族の気持ちと暮らしを支え
心理社会的問題への
社会福祉的視点からの相談援助

II

心理的サポート・家族への支援
社会的問題への調整援助・人生の総まとめの援助



尊厳 ・ QOL ・ Well Being

ホスピス・緩和ケアの基本的な考え方

ホスピス・緩和ケアは、治癒不可能な疾患の終末期にある患者および家族のクオリティーオブライフ(QOL)の向上のために、さまざまな専門家が協力して作ったチームによって行われるケアを意味する。そのケアは、患者と家族が可能な限り人間らしく快適な生活を送れるように提供される。ケアの要件は、以下の5項目である。

1. 人が生きることを尊重し、誰にも例外なく訪れる「死への過程」に敬意を払う。
2. 死を早めることも死を遅らせることもしない。
3. 痛みやその他の不快な身体症状を緩和する。
4. 精神的・社会的な援助を行い、患者に死が訪れるまで、生きていることに意味を見出せるようなケア(霊的ケア)を行う。
5. 家族が困難を抱えて、それに対処しようとするとき、患者の療養中から死別したあとまで家族を支える

日本ホスピス緩和ケア協会定義

後期高齢者の終末期ケア

“良き旅立ち”をコーディネート



苦痛がなく、惨めな姿でなく、
大切にしてもらえていた

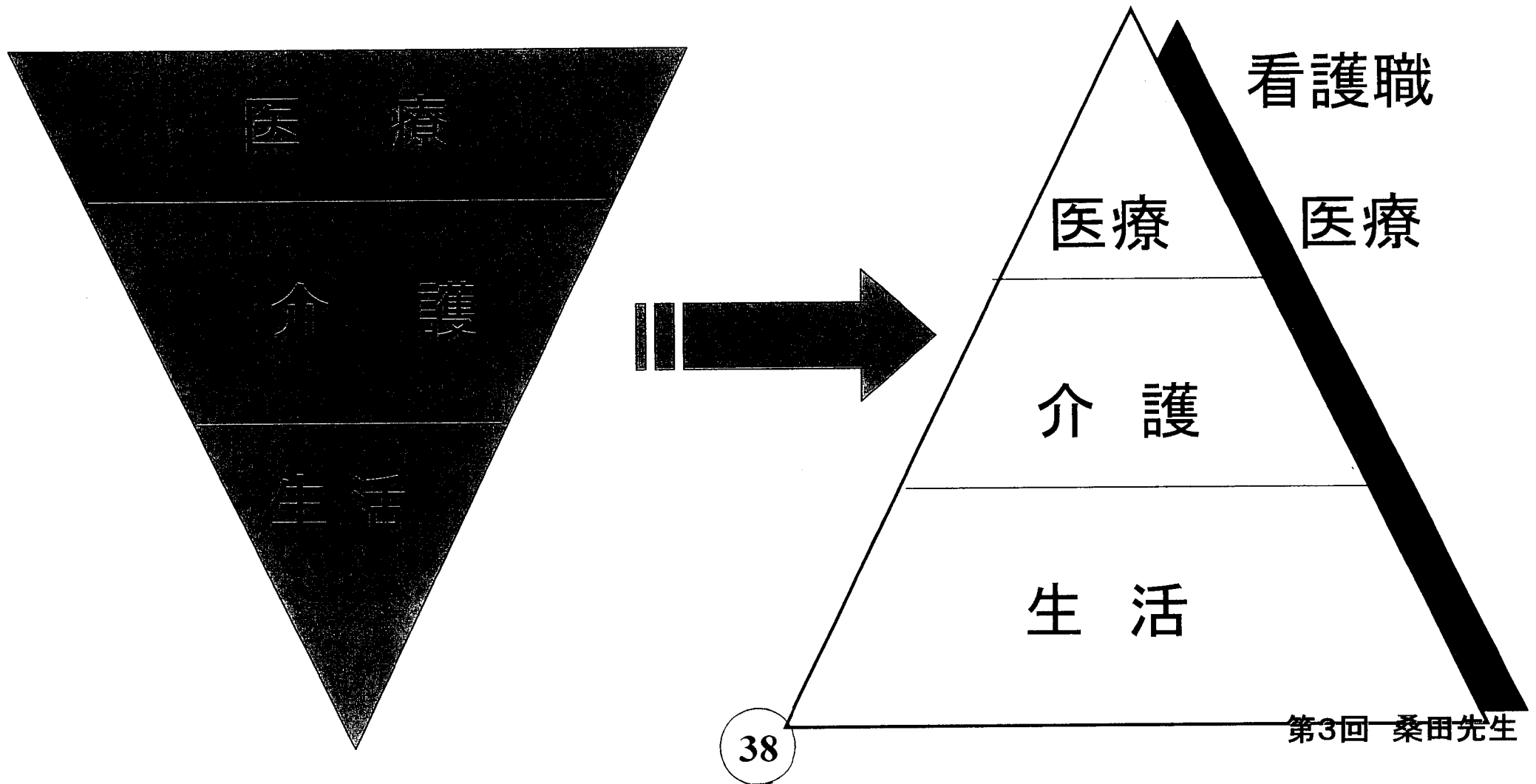


本人が納得（本人の満足）

家族が納得（家族の満足）

ケアする私達も納得（スタッフの満足）

Comfort Care: 安楽ケアサービスの組み立て



参考資料3

特別部会で行われた有識者ヒアリング等
における主な意見

| | |
|-----------------------------------|-----|
| 第6回社会保障審議会後期高齢者医療の 在り方に関する特別部会 | 参考2 |
| 平成19年2月5日 | |

後期高齢者の在り方に関する特別部会

これまでにいただいた主な意見

高齢者医療全般に関する意見

- ・高齢者は複数の病気に罹患することが多く、薬剤投与や治療行為が多くなる傾向があるが、それを抑制することについては検討が必要である。
- ・後期高齢者は、治療が長引くことが多いため、入院医療でも在宅医療でも、「病気とともに生活する」という視点が重要である。
- ・後期高齢者にICUと同じような濃厚な医療を行うことが良いのか、議論が必要である。
- ・救急に運ばれると、色々なチューブを入れられるが、入院期間の短縮のためチューブがついた状態で自宅に戻されるという問題について検討が必要である。
- ・都市部を中心に、地縁・血縁のサポート力が低下してきていることから、医療、福祉、介護などの社会資源を動員する必要がある。
- ・病院における高齢者医療の対応能力が不十分であり、これは診療する医師の問題と地域医療センターのようなシステムの問題がある。
- ・入院可能な後方支援医療機関と在宅の主治医との連携により、緊急時の対応が可能となる。
- ・退院後の多職種協働による包括的なケアのために、ケアカンファレンスを開催することが重要である。
- ・生活機能評価（GEMs（Geriatric Evaluation and Management programs））を行った上で、医療・介護・看護・ソーシャルワークなどが、どのような支援が必要であるかを整理し、医療・介護を過不足なく包括的に給付することが重要である。

在宅医療に関する意見

- ・在宅において、地域の医師や看護師等のケアを受け、家族に付き添われて亡くなることが一番安寧であり、医療費もかからない在り方である。
- ・退院・退所時の病院と施設の連携は不可欠で、医療と介護の両方を熟知した在宅ケアの専門家が橋渡し役を担い、在宅での生活をイメージできる状況で調整する必要がある。
- ・後期高齢者の医療における訪問看護の役割として、介護職等の他職種との連携により、患者・家族が加齢現象を受け止められるようにし、後期高齢者の急変時の不安を解消することが重要となる。
- ・急性期病院からの退院患者の医療の必要性が高くなる傾向にあり、「重症在宅」が増えてきている。特に末期がんの患者や、人工呼吸器、経管栄養、中心静脈等が増加してきている。
- ・診療所は、まだ「重症在宅」に十分に対応できる機能を持っていない。看取りも含めた重症型の在宅療養支援診療所を創設し、重症型、軽症型と二極構造化する必要がある。
- ・在宅医療の存在を国民（患者）に周知するためには、退院させる側の病院の医師に対して、在宅療養支援診療所の周知を徹底する必要がある。
- ・麻薬管理、夜間休日の緊急対応など在宅医療に対応できるような薬局が必要。
- ・外来診療を中心とし、時間がある時に往診に行くような医師では連携がうまくいかない。
- ・在宅療養支援診療所は、在宅医療に特化した診療所とそうでない診療所の2つに分かれており、それぞれに適した在宅医療の方法を考える必要がある。
- ・患者にとっては、在宅を希望しながら最期は病院がなければならないといった議論があるが、制度を整えると在宅死が増加するというデータもあり、現在の在宅医療がどういう状況なのかについての理解が必要である。
- ・終末期医療は、在宅医療、緩和ホスピス、急性期病院のすべてが統合された、無駄のない形でやっていく必要がある。また、在宅医療を担う診療所は、ホスピス緩和ケアの専門的な診療所を中心に提供されるべきだろうが、今後の人材の育成が課題

である。

- ・必要な時に必要な医療機関に1日でも入院できて、そこでの治療行為により再び在宅医療に復帰できるといった環境が整えば、在宅医療を目指す医師は増えるのではないか。

外来医療に関する意見

- ・不必要な入院をさせないような、プライマリ・ケア専門医の力量が不足している。
- ・外来については英国のG P制度による人頭制を検討してはどうか。

入院医療に関する意見

- ・入院の当初から、患者さんの退院後の行き先や将来的な状態について、家族に説明することが重要である。
- ・医療も介護も必要な患者を対象とする、急性期の入院医療と在宅医療の中間的な位置づけの病床（新高齢者病床、ターミナルケア病棟等）を創設してはどうか。
- ・新高齢者病床では、老健施設よりも医療の必要性が高い患者を対象とし、入院が長期にわたる場合にはDPC方式やリハビリのような上限設定を導入してはどうか。

認知症に関する意見

- ・認知症は、単に医療だけの問題ではないので、医師だけの視点ではなく、生活の視点から議論しなければならない。
- ・認知症の患者は、周辺症状のために一般病棟での管理が困難であり、入院を拒否されることが多いという問題がある。
- ・後期高齢者の医療を考える上で、認知症は決して無視できないものであり、認知症に係る適切な医療を受けられるような環境の整備が必要である。

口腔ケアに関する意見

- ・後期高齢者の心身の特性からみて、歯科疾患に基因する歯の喪失と加齢による摂食や嚥下機能の低下は、食べる機能の衰退として健康寿命の延伸の大きな阻害要因となり、歯科医療は、「食」や「会話」という人間の生活の根幹に関わる医療、すなわち「生きる力を支援する生活の医療」として位置づけられる。

- ・口腔ケアの目的として①感染の予防、②口腔機能の維持回復、③全身の健康の維持回復及び、④社会性の回復が挙げられる。
- ・口腔ケアの内容としては、口腔清掃、歯石除去、義歯の清掃・管理、摂食・咀嚼・嚥下機能の回復、誤嚥性肺炎、低栄養の予防に配慮した口腔の管理がある。
- ・後期高齢者の医療費については、「8020」の達成者の方が非達成者よりも低額であるというデータがある。
- ・後期高齢者の健康寿命を延長するためには、他科との医療連携を踏まえた口腔ケア（管理）を含む歯科的介入が必要。
- ・誤嚥性肺炎や低栄養の予防のためにも、口腔機能の向上及び義歯の装着・調整を含む維持管理などが必要である。
- ・後期高齢者の健康保持のためには、歯の喪失を予防することが重要であり、早い時期から虫歯や歯周病を管理する必要がある。
- ・後期高齢者の口腔管理のためには、まず検診の受診を徹底する必要がある。

薬剤に関する意見

- ・高齢者の薬物療法では多剤併用が多く、重複投与や薬物相互作用が発現しやすいこと、高齢者は生理機能の加齢変化により、副作用、相互作用が発現しやすいことから、安全管理が重要。チーム医療の中での薬剤師の薬物療法の安全管理機能を評価すべき。
- ・高齢者の医薬品の一元的管理の評価が必要であり、在宅高齢者の療養状況や療養環境等に応じた、きめ細かい服薬管理業務の評価が必要。

終末期医療について

- ・終末期医療における緩和医療等の適切性については、医療従事者の自治に任せ、法律は立ち入らないというのが基本原則である。
- ・本人の最良の利益は、その主観的評価を抜きにしては考えられず、自己決定はその手段となるものであるが、それが全てではなく、あくまで自己決定によって正しい選択がなされたというところに意味がある。すなわち、インフォームド・コンセントを得ることのみに従って全てを決めるのは妥当ではない。

- ・様々な延命措置の中止が、死に結びついたということの刑事裁判における証明はほとんどできないであろうが、そのことと、多くの人が死期を早めるに違いないと思っている医療を中止してよいかどうかは別の問題であり、医療関係者としては、分かりやすい言葉で国民の理解が得られるようにすべきである。

その他の意見

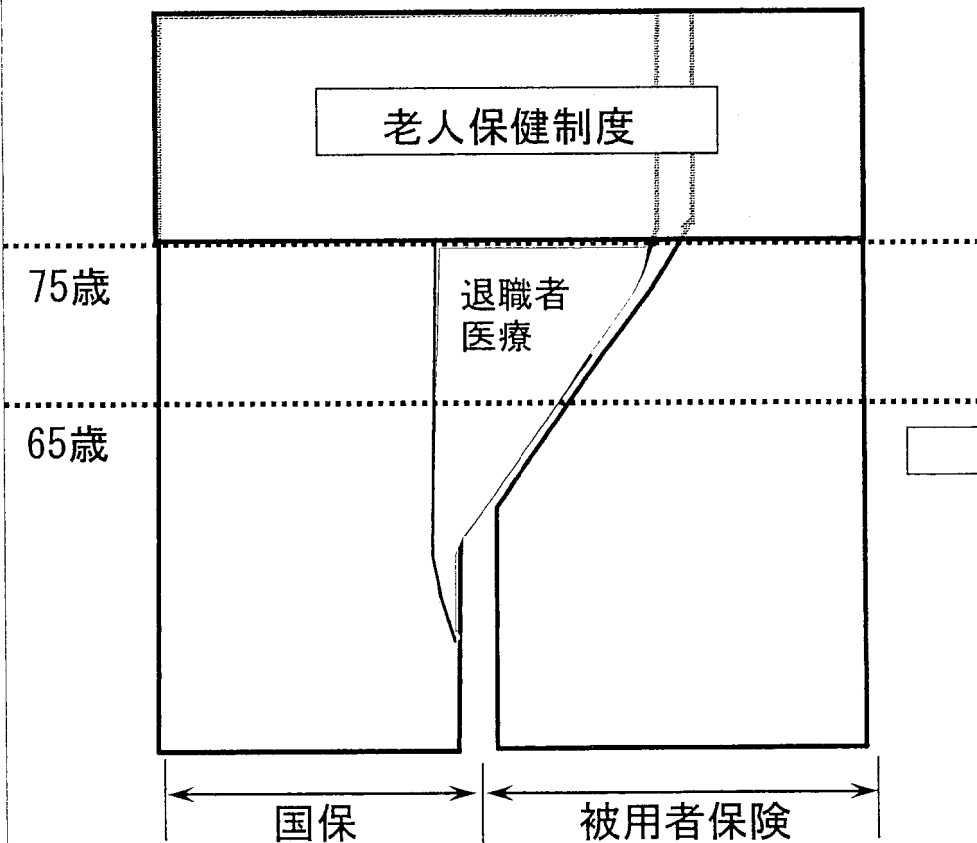
- ・入院期間 14 日以内の医療費は、前期高齢者と後期高齢者の間で差がないが、31～90 日になると、後期高齢者の医療費が増加してくる。
- ・地域医療を目指す医師に対して、地域医療に必要な知識や技能、態度などを修得する後期研修の期間を構築することが望ましい。
- ・医療従事者から見ると行わない方が良いと思うことを患者の家族が希望し、患者にとって、むしろ悪い方向に行くこともある。
- ・看護職の役割として、日々の生活の援助を通して、高齢者の心身の状態をアセスメントし、さらに予測を立てる、いわゆる「予防看護」が求められる。その中で苦痛の緩和や異常の早期発見ということに努めることも重要である。
- ・後期高齢者の特徴は、生きられる時間が短いことであり、残された時間をどのように生きるかという「生き方の提示」が求められる。
- ・不十分な説明のもとで事前指示書やリビングウィルが作成されている現状は、非常に危険である。
- ・後期高齢者については、家族が高齢であり介護力が弱いこと、地縁、血縁等が希薄なことなど、ソーシャルサポートが非常に脆弱である。
- ・後期高齢者の長い生活の歴史を踏まえた心理社会的な問題への相談援助が不可欠である。また、各種の介護保険施設や在宅での看取りの支援体制を整備していくという意味で、医療と福祉の有機的なネットワークづくり、ソーシャルワーカーのネットワーク機能を活用していく手段が考えられる。
- ・MSWが診療報酬上や病院の在り方の中でどうやって評価すべきか、検証すべきではないか。

後期高齢者医療制度施行までの スケジュール

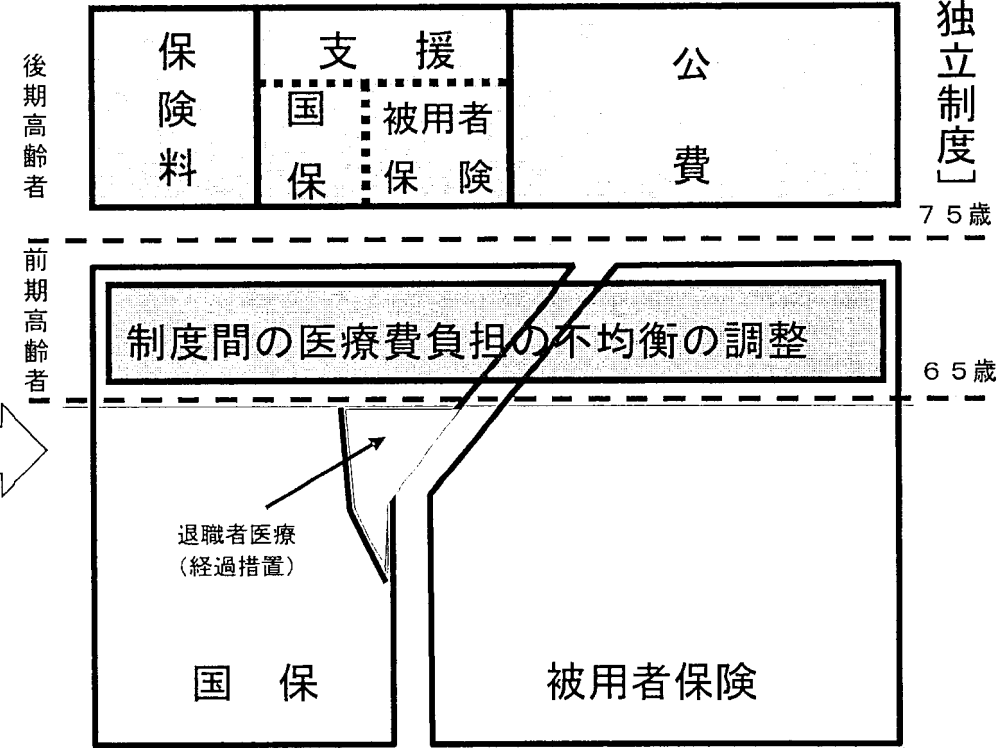
新たな高齢者医療制度の創設(平成20年4月)

- 75歳以上の後期高齢者については、その心身の特性や生活実態等を踏まえ、平成20年度に独立した医療制度を創設する。
- あわせて、65歳から74歳の前期高齢者については、退職者が国民健康保険に大量に加入し、保険者間で医療費の負担に不均衡が生じていることから、これを調整する制度を創設する。
- 現行の退職者医療制度は廃止する。ただし、現行制度からの円滑な移行を図るため、平成26年度までの間における65歳未満の退職者を対象として現行の退職者医療制度を存続させる経過措置を講ずる。

<現行(老人保健法)>



<高齢者の医療の確保に関する法律>



「独立制度」

75歳
65歳

後期高齢者医療制度の運営の仕組み(平成20年度)

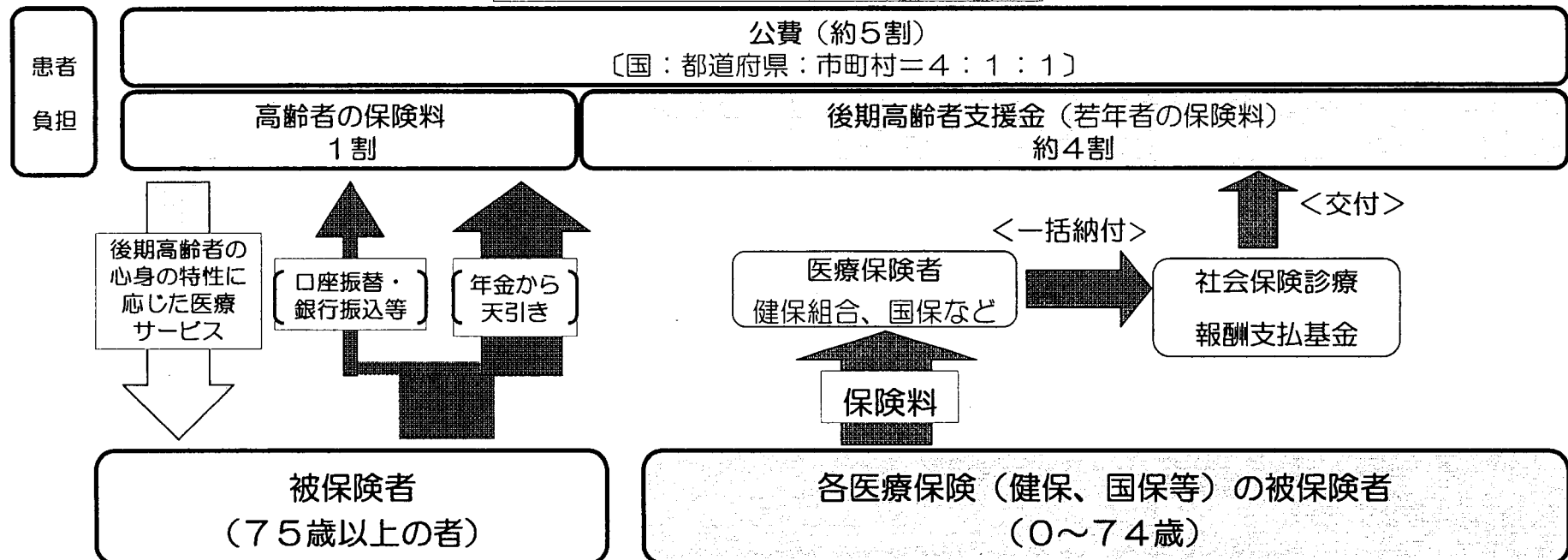
- 財源構成は、患者負担を除き、公費(約5割)、現役世代からの支援(約4割)のほか、高齢者から広く薄く保険料(1割)を徴収する。
- 現役世代からの支援は、国保(約4,200万人)・被用者保険(約7,100万人)の加入者数に応じた支援とする。

<対象者数> 75歳以上の後期高齢者 約1,300万人

<後期高齢者医療費> 11.4兆円

給付費 10.3兆円 患者負担1.1兆円

【全市町村が加入する広域連合】



(注1) 現役並み所得者については、老人保健法と同様に公費負担(50%)はないため、実質的な公費負担率は46%、後期高齢者支援金の負担率は44%となる。

(注2) 国保及び政管健保の後期高齢者支援金について、各々50%、16.4%の公費負担があり、また、低所得者等の保険料軽減について公費負担があり、これらを含めた公費負担率は58%となる。

後期高齢者医療制度施行までのスケジュール(案)

| | 地方議会の日程 | スケジュール | | |
|---|---|--|---|---|
| H18.7 | | 都道府県部局長説明会(於 厚生労働省) 市町村部課長説明会(於 各都道府県) | | |
| H18.9 | 9月議会 | 準備委員会設置 都道府県担当課長及び準備委員会事務局長会議(於 厚生労働省) | | |
| | | 都道府県、市町村による規約の事前協議 | | |
| H18.12 | 12月議会 | 市町村議会の議決(規約の議決、H18年度分賦金) | | |
| | | 市町村の協議により規約を定める | | |
| H19.1 | | 市町村から都道府県知事に対して申請 都道府県知事の設置許可 | | |
| H19.2 | 2月議会 | 広域連合長選挙 市町村議会(広域連合議会議員選挙(間接選挙の場合)、H19年度分賦金) | | |
| H19.3 | | 広域連合議会 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・組織、人事、給与、財務等広域連合に係る広域連合条例(20本程度)の制定 ・18年度予算、19年度予算 (注)必要に応じ、広域連合長による暫定予算の調製、執行 </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・広域計画 </td> </tr> </table> | <ul style="list-style-type: none"> ・組織、人事、給与、財務等広域連合に係る広域連合条例(20本程度)の制定 ・18年度予算、19年度予算 (注)必要に応じ、広域連合長による暫定予算の調製、執行 | <ul style="list-style-type: none"> ・広域計画 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・組織、人事、給与、財務等広域連合に係る広域連合条例(20本程度)の制定 ・18年度予算、19年度予算 (注)必要に応じ、広域連合長による暫定予算の調製、執行 | <ul style="list-style-type: none"> ・広域計画 | | | |
| | 6月議会 | | | |
| H19.7 | | 保険料設定の事前準備 <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・市町村住基情報の整理 ・医療費の見込み </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者台帳の作成 ・所得情報の整理 ・関係市町村との保険料設定に関する調整 </td> </tr> </table> | <ul style="list-style-type: none"> ・市町村住基情報の整理 ・医療費の見込み | <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者台帳の作成 ・所得情報の整理 ・関係市町村との保険料設定に関する調整 |
| <ul style="list-style-type: none"> ・市町村住基情報の整理 ・医療費の見込み | <ul style="list-style-type: none"> ・被保険者台帳の作成 ・所得情報の整理 ・関係市町村との保険料設定に関する調整 | | | |
| H19.11上旬 | | 広域連合議会 (保険料条例制定) 保険料賦課決定、 特別徴収のために社会保険庁への情報提供 | | |
| H20.4 | | 施行 | | |

※地域の実情に応じて、変更があり得る。

各都道府県における広域連合の設立準備状況

(平成19年3月5日現在)

1 広域連合が設立された都道府県 [42都道府県]

長崎県(12月18日設立)、千葉県(1月1日設立)、富山県(1月10日設立)、
神奈川県(1月11日設立)、香川県(1月15日設立)、大阪府(1月17日設立)、
茨城県(1月24日設立)、
青森県、岩手県、秋田県、山形県、福島県、栃木県、石川県、福井県、
山梨県、岐阜県、静岡県、三重県、滋賀県、京都府、兵庫県、和歌山県、
鳥取県、島根県、岡山県、広島県、山口県、徳島県、高知県、佐賀県、
熊本県、大分県(以上2月1日設立)、宮城県(2月8日設立)
群馬県、愛媛県(以上2月19日設立)、
北海道、埼玉県、東京都、新潟県、鹿児島県(以上3月1日設立)
沖縄県(3月5日設立)

2 今後年度内に広域連合が設立される都道府県 [5県]

奈良県(3/10)、愛知県(3/20)、長野県(3/23)、
宮崎県(3/30)、福岡県(3/30 予定)

今般の医療法等の改正内容及び 施行準備状況について

良質な医療を提供する体制の確立を図るための 医療法等の一部を改正する法律の概要

政府・与党医療改革協議会により、平成17年12月1日に取りまとめられた「医療制度改革大綱」に沿って、国民の医療に対する安心・信頼を確保し、質の高い医療サービスが適切に受けられる体制を構築するため、患者等への医療に関する情報提供の推進、医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応等の措置を講ずる。

I 概要

1 患者等への医療に関する情報提供の推進

患者等が医療に関する情報を十分に得られ、適切な医療を選択できるよう支援する。

- 都道府県が医療機関等に関する情報を集約し、分かりやすく住民に情報提供し、住民からの相談等に適切に応じる仕組みの制度化〔医療法、薬事法〕
- 入退院時における治療計画等の文書による説明の位置付け
- 広告規制の見直しによる広告できる事項の拡大〔以上 医療法〕

2 医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進

医療計画制度を見直し、地域連携クリティカルパスの普及等を通じ、医療機能の分化・連携を推進し、切れ目のない医療を提供する。早期に在宅生活へ復帰できるよう在宅医療の充実を図る。

- 医療計画に、脳卒中、がん、小児救急医療等事業別の具体的な医療連携体制を位置付け
- 医療計画に分かりやすい指標と数値目標を明示し、事後評価できる仕組みとすること〔以上 医療法〕
- 退院時調整等在宅医療の推進のための規定整備〔医療法、薬剤師法〕

3 地域や診療科による医師不足問題への対応

へき地等の特定地域、小児科、産科などの特定の診療科における医師不足の深刻化に対応し、医師等医療従事者の確保策を強化する。

- 都道府県の「医療対策協議会」を制度化し、関係者協議による対策を推進
- 医療従事者への地域医療確保への協力の位置付け〔以上 医療法〕

4 医療安全の確保

- 医療安全支援センターの制度化、医療安全確保の体制確保の義務付け等〔医療法〕
- 行政処分を受けた医師、歯科医師、薬剤師及び看護師等に対する再教育の義務化、行政処分の類型の見直し等〔医師法、歯科医師法、薬剤師法、保健師助産師看護師法〕

5 医療従事者の資質の向上

- 行政処分を受けた医師等の再教育の義務化等（再掲）
- 看護師、助産師等について、現行の業務独占規定に加え名称独占規定を設けること〔保健師助産師看護師法〕
- 外国人看護師、救急救命士等について、臨床修練制度の対象とすること〔外国医師等の臨床修練法〕

6 医療法人制度改革

（ 医業経営の透明性や効率性の向上を目指す。
公立病院等が担ってきた分野を扱う医療法人制度を創設する。 ）

- 解散時の残余財産の帰属先の制限等医療法人の非営利性の徹底
- 医療計画に位置付けられたべき地医療、小児救急医療等を担うべき新たな医療法人類型（「社会医療法人」）の創設等〔以上 医療法〕

7 その他

- 施設規制法の性格が強い現行の医療法を、患者の視点に立ったものとなるよう、目的規定及び全体的な構造の見直し
- 有床診療所に対する規制の見直しその他所要の改正〔以上 医療法〕

II 施行期日

- ◎ 平成19年4月1日を基本。 ※ 有床診療所の見直しは、平成19年1月1日
- ※ 薬剤師、看護師等の再教育の義務化、行政処分の類型の見直し等は、平成20年4月1日。

医療機能情報の提供制度の創設

平成19年4月1日施行

医療機関に対し、医療機関の医療機能に関する一定の情報について、都道府県への報告を義務付け、都道府県が情報を集約してわかりやすく提供する仕組みを創設(薬局についても同様の仕組みを創設)

現行制度

【患者が医療情報を得る手段】

- 医療機関の行う広告
- インターネット等による広報
- ※ 医療機関側による任意の情報
- 利用者に対する医療機関内の院内掲示

等

【見直しの視点】

- 必要な情報は一律に提供
- 情報を集約化
- 客観的な情報をわかりやすく提供
- 相談・助言機能の充実

改正後の制度

医療機関

医療機関の管理者に対し、医療機能に関する一定の情報について、報告を義務化

都道府県

- 集約した情報をインターネット等でわかりやすく提供
- 医療安全支援センター等による相談、助言

住民

- 「一定の情報」は医療機関でも閲覧可能
- 正確かつ適切な情報の積極的な提供を行うよう努める責務
- 患者等からの相談に適切に応ずるよう努める責務

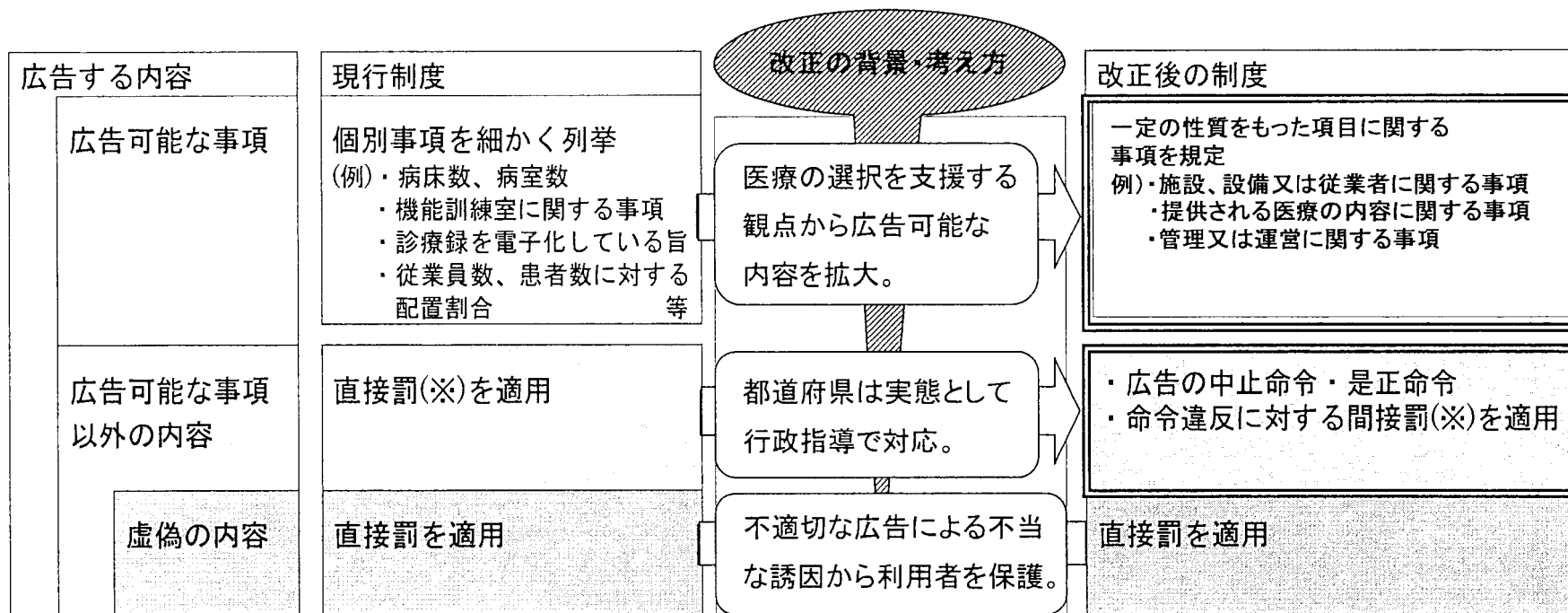
【「一定の情報」の例】 ※具体的な範囲は、厚生労働省医政局内に常設する検討会で検討

- 管理・運営・サービス等に関する事項(診療科目、診療日、診療時間、病床数、外国語対応 等)
- 提供サービスや医療連携体制に関する事項(専門医[※広告可能なものに限る]、保有する設備、対応可能な疾患・治療内容、対応可能な在宅医療、セカンドオピニオン対応、地域医療連携体制等)
- 医療の実績、結果に関する事項(医療安全対策、院内感染対策、クリティカルパスの実施、診療情報管理体制、情報開示体制、治療結果に関する分析の有無、患者数、平均在院日数 等)

※死亡率など治療結果情報のアウトカム指標については、今後、データの適切な開示方法等、客観的な評価が可能となったものから順次追加予定

広告規制の見直しによる広告可能な事項の拡大

- ・ 広告規制制度における広告可能な事項の規定方式について、現行の個別事項を細かく列挙する方式を改め、一定の性質をもった項目群ごとに、「〇〇に関する事項」というように包括的に規定する方式に改正。
 - ⇒ 広告規制の大幅な緩和
- ・ 広告可能な事項以外の内容を広告した場合の対応について、直接罰方式から間接罰方式へと改正。



※ 6ヶ月以下の懲役又は30万円以下の罰金

【緩和される広告の例】

- 医療従事者の専門性 ○ 施設や医療従事者等の映像、写真 ○ 治療方針 ○ 治験薬の一般名・開発コード
- 提供している診療、治療内容のわかりやすい提示 ○ 医療機器に関する事項 等

(※ただし、法令及びガイドラインに沿った内容でなければならない)

医療計画の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進(改正医療法)

医療計画を通じ、がん、脳卒中、小児救急医療などの主要な事業ごとに医療連携体制を構築することによって、医療機関相互の連携の下で、適切な医療サービスが切れ目なく提供され、早期に在宅生活に復帰できるようにする。

医療機能の分化・連携の推進 による切れ目のない医療の提供

- 都道府県が作成する医療計画の見直しにより、脳卒中、がん、小児救急医療など事業別に、地域の医療連携体制を構築する。
- 地域の医療連携体制内においては、地域連携クリティカルパスの普及等を通じて、切れ目のない医療を提供する。

具 体 的 内 容

～以下の医療計画に関する基本的枠組みを医療法に規定～

- 国の基本方針(新たに法律に規定)によるビジョンの提示
- 事業別に、地域の実情に応じ関係計画との整合性を勘案し、分かりやすい指標と数値目標を住民・患者に明示し、事後評価できる仕組みにする。
- 事業ごとに医療連携体制を具体的に医療計画に位置付け、住民・患者に医療機関や連携の状況を明示する。
- 医療機能調査の上、住民、医療関係者、介護サービス事業者等と協議して医療連携体制を構築。

地域医療確保のための都道府県による「医療対策協議会」

- 地域において必要とされる医療の確保に関する事項に関し必要な施策を定めるため、都道府県が中心となって地域の医療関係者と協議を行う場。
- 実体上都道府県に設置されていた協議会を法定化。平成19年4月1日施行。

構成

- ・ 特定機能病院、地域医療支援病院、公的医療機関等の病院関係者
- ・ 診療に関する学識経験者の団体
- ・ 医療従事者養成関係機関(大学等)など

法定事項

- ・ 都道府県の医政担当部局
- ・ 民間も含めた地域の中核的な病院やへき地等の病院の院長
- ・ 医療を受ける立場にある住民 など

その他の例

果たすべき機能

- どの地域にどれだけの医師がいるか、どの地域にどれだけの医療に対するニーズがあるかについて、現状分析。
- 地域の医療に対するニーズの把握と、ニーズに応じた短期及び中・長期的な効率的な医療提供体制のあり方についてのコンセンサスの形成。
- 上記の医療提供体制に応じた医師の配置。これを実現するため、医師の多い医療機関と医師の少ない医療機関との間で、都道府県が主体となって医師派遣の調整を実施。
- へき地等への医師派遣についてのシステムの検討。

※ 国としては、独自に創意工夫を凝らした先進的な取組と認められるものを、モデル事業として補助を行うこととしている。

医療安全の確保

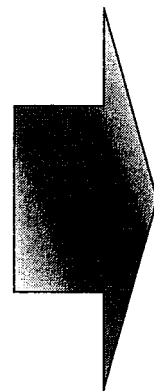
～基本的考え方～

- ◎ 医療法において医療安全の確保にかかる医療機関の管理者の義務を規定することにより医療安全の確保という施策の方向を明示する。
- ◎ 都道府県等が設置する医療安全支援センターについて医療法に位置づける。

(都道府県等: 都道府県、保健所を設置する市又は特別区)

【現状】

- 医療法施行規則において、病院、有床診療所の管理者に対して安全管理体制の整備が義務づけられている。
- 医療安全支援センターについて法律上の位置付けがなく、機能が明確でない。



【改正内容】

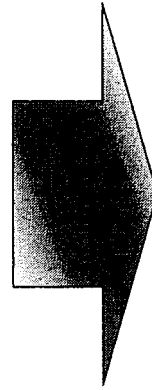
- ☆ 医療安全の確保に関する法律上の規定を新設した。
- ☆ 具体的には、病院、有床診療所に加え、無床診療所及び助産所の管理者に対して、医療の安全を確保するための措置を義務づける。厚生労働省令において、以下のことを定める予定である。
 - 安全管理体制(院内感染制御体制、医薬品・医療機器の安全管理体制等を含む)の充実・強化
- ☆ 医療安全支援センターを医療法に位置づける。
 - 都道府県等は医療安全支援センターを設置するよう努める。
 - 都道府県等は、医療安全支援センターの名称及び所在地を公示しなければならない。

医療従事者の資質の向上

安心、安全な医療を提供し、国民の医療に対する信頼を確保するため、行政処分を受けた医師等への再教育制度の創設等、医療従事者の資質の向上に向けた取組みを推進する。

【現行制度の課題】

- ◆ 業務停止を受けた医師、歯科医師、薬剤師、看護職員は、医業停止期間を過ぎれば、特段の条件なく医業（歯科医業）等に復帰でき、業務停止という行政処分だけでは、十分な反省や適正な医業等の実施が期待できない。
- ◆ 長期にわたる業務停止については、停止前の医療技術を保つことが困難であり、また、停止期間中の医療技術の進歩も十分に習得できていないという懸念がある。
- ◆ 安全、安心な医療を確保する観点から、看護職員に関する制度見直しの検討が必要である。



【改正内容】

- ☆ 行政処分を受けた医師等に対する再教育制度を創設する。
 - ☆ 「戒告」等業務停止を伴わない新たな行政処分の類型を設置する。また、長期間の業務停止処分について期間を明確化する。（3年を上限）
 - ☆ 個人情報保護に配慮しつつ医師等の氏名等の情報提供をする。
 - ☆ 看護師、助産師等について、現行の業務独占規定に加え、名称独占規定を設ける等必要な措置を講じる。
 - ☆ 外国人看護師、救急救命士等についても、医師、歯科医師と同様に、臨床修練制度の対象とする。
- 等

行政処分を受けた医師等に対する再教育の義務化(平成19年4月施行)

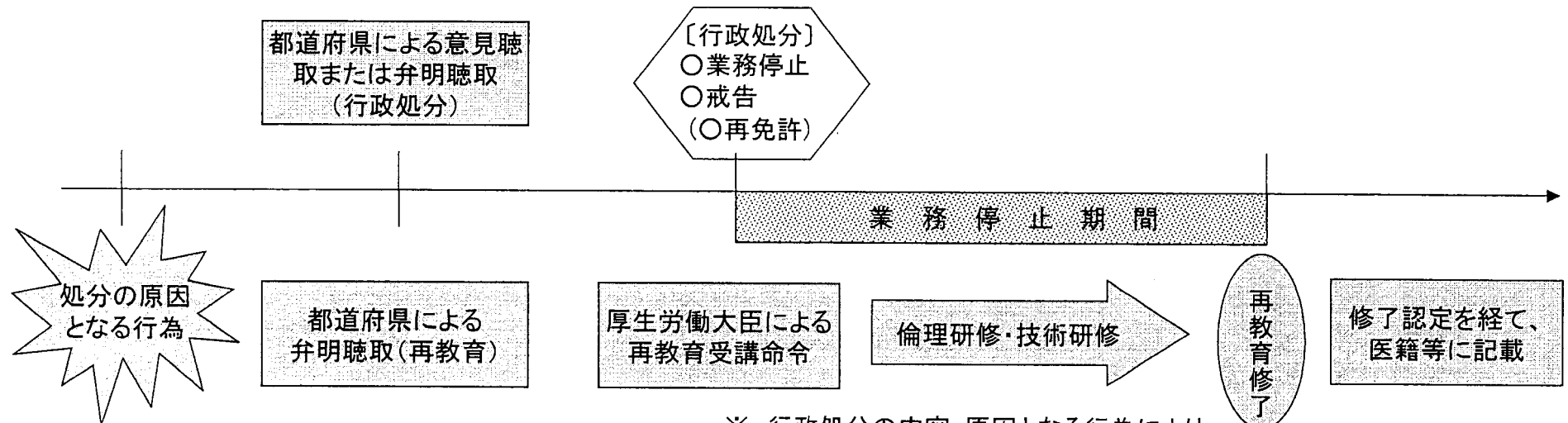
【現行制度の課題】

- ◆ 業務停止を受けた医師・歯科医師は、停止期間後は無条件で業務復帰できるため、行政処分のみでは、十分な反省や適正な業務の実施が期待できない。
- ◆ 長期の業務停止では、停止前の医療技術の維持が困難。また、停止期間中の医療技術の進歩を習得できていない懸念もある。

【医療制度改革における対応】

被処分者の職業倫理を高め、医療技術を再確認するため、行政処分を受けた医師等に対し、再教育の受講を義務付ける。

【イメージ】



※ 行政処分の内容・原因となる行為により再教育の内容・期間は異なる。

※ 再教育修了までは、病院等の管理者になれない。

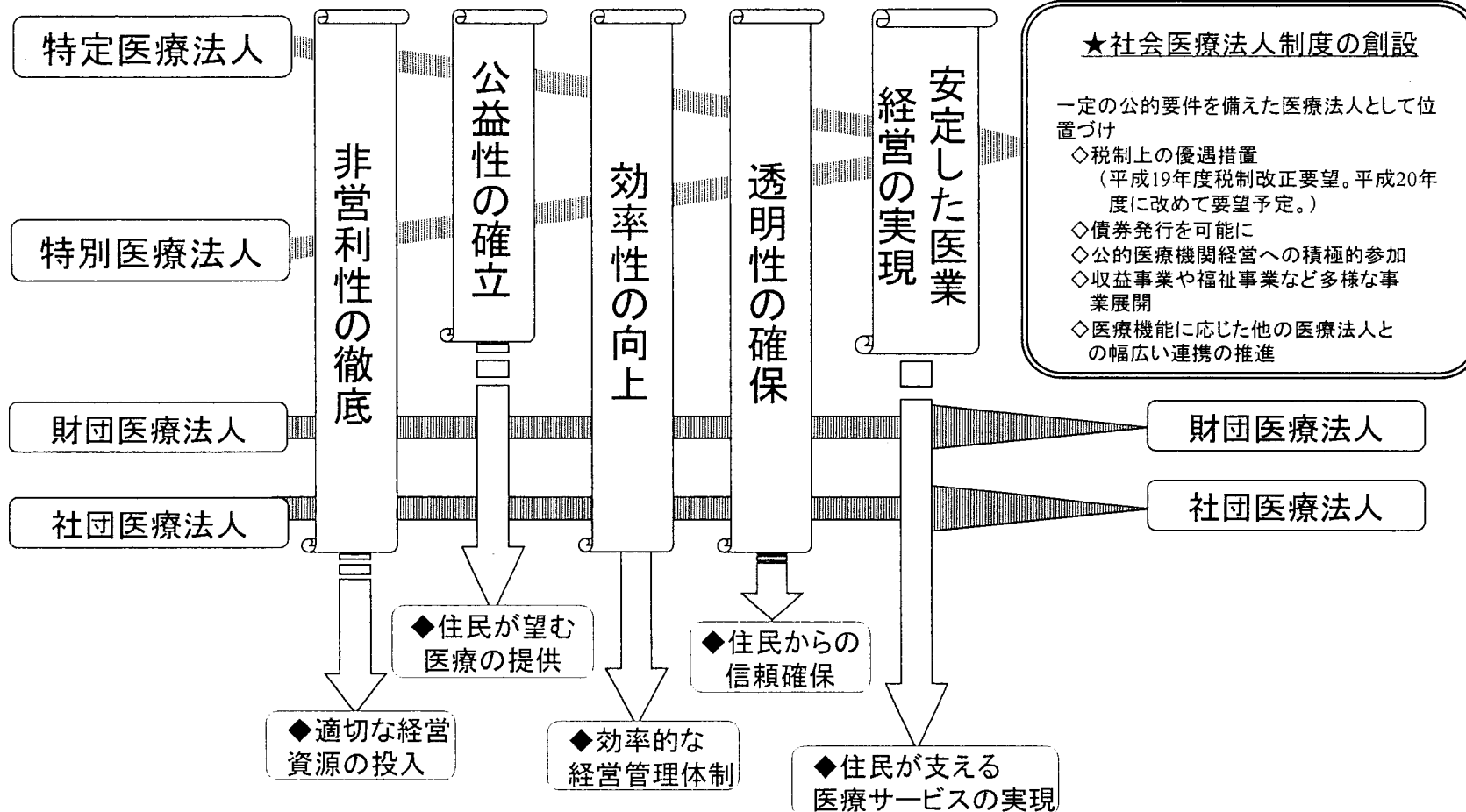
医療法人制度改革（医療法）

～基本的考え方～

- ◎ 非営利性の徹底を通じた医療法人に関する国民の信頼の確立。
- ◎ 「官から民への流れ」、「官民のイコールフットイング」をふまえ、従来公立病院等が担っていた医療を民間の医療法人が積極的に担うよう推進。
- ◎ 効率的で透明性のある医業経営の実現による地域医療の安定的な提供。

<現行>

<改正後>



☆医療計画に位置づけた医療の提供に伴う都道府県からの支援

有床診療所に対する規制の見直し

平成19年1月1日施行

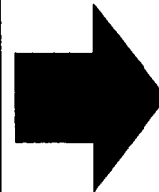
- 有床診療所のこれまで果たしてきた役割や今日提供している医療の状況等を踏まえ48時間の入院期間制限規定を廃止する。
- 上記規定の廃止に伴い、患者の緊急時に対応する体制確保の義務づけや医療従事者の配置等の情報開示を行わせる。
- 原則として、医療計画の基準病床数制度の対象とするが、在宅医療や産科など地域において特に必要とされる有床診療所の一般病床については、病床過剰地域においても設置できるよう措置する。

有床診療所(一般病床)の現状

- ・ 48時間の入院期間制限
- ・ 人員配置標準の規定なし
- ・ 医療計画の基準病床数制度の対象外

(問題点)

- ・ 有床診療所には、へき地等における入院施設や高度な手術を行う施設など、様々な機能を果たすものが存在するため、48時間規制を一律に課すことが適当ではない
- ・ 一般病床における実際の平均在院日数が16.6日(平成14年「患者調査」となっており、規制と実態が合っていない)



改正内容

- ・ 48時間の入院期間制限規定の廃止

- ・ 他の医療機関の医師との連携等、患者の緊急時に対応する体制確保を管理者に義務づけ
→ 一層の医療安全の確保

- ・ 医療従事者の配置等一定の情報について、
- 医療情報の都道府県への届出制度の届出対象
→ 情報開示を通じた医療の質の確保

- ・ 医療計画の基準病床数制度との関係について

- (対象) 新制度施行後に新設されるもの
 - ※既設の有床診療所の一般病床については、
 - ・新たに許可を得ることは求めない
 - ・政令で定める日までの間は既存病床数に含まない。(政令制定時期については現段階で未定)
 - ・※新設する診療所の一般病床のうち、届出で設置するものについては、知事の勧告の対象とはしない。既存病床数には含まれる。

※ 有床診療所の療養病床は、長期入院を対象とする病床であるため制度が異なる(入院期間制限なし、人員配置標準の規定であり、医療計画の基準病床数制度の対象)

医療法等の施行準備状況

| | 医療計画 | | 情報提供等 | | 医療安全 | 再教育・行政処分 | 臨床修練制度 | 助産所等 | 医療法人 | 有床診 |
|---------------|--|---|---|--------------------------------|-----------------------------------|---------------------------|--|-------------------|-------------------|-------------------------------|
| H18年 7~10月 | <p>国</p> <p>○全国での医療機能調査のための指標の提示(国)</p> <p>○全国での医療機能調査のデータ収集のための調査票、解説書作成及び県への送付(共通に入手可能な項目)</p> | <p>都道府県</p> <p>○国の提示以外に必要な都道府県独自のデータ収集のための調査票作成</p> <p>○都道府県が医療機能調査実施(国の提示以外に必要な都道府県独自のデータ収集は別途追加して医療機関に調査)</p> | | | <p>○医療安全省令・通知について関係団体への協力依頼</p> | <p>医師・歯科医師</p> <p>看護師</p> | | | | |
| 11月 | <p>○医療法に基づく基本方針(案)の概要を提示</p> | | <p>1. 都道府県を通じた情報提供制度関係</p> <p>○都道府県からのヒアリング等</p> <p>○「医療情報の提供等に関する検討会」における検討<検討内容></p> <p>・医療機関が報告する情報の範囲</p> | | <p>○医療安全支援センターについて、都道府県との意見交換</p> | | | | | <p>○パブリックコメント</p> <p>政令公布</p> |
| 12月 | | | <p>2. 広告規制の見直し等</p> <p>○「医療情報の提供等に関する検討会」における検討<検討内容></p> <p>・告示で定めるものの範囲</p> <p>・ガイドラインの策定</p> | | | | | | | <p>省令公布</p> |
| H19年 1月 | <p>○目標値設定のためのデータを提示</p> | <p>○事業ごとの医療連携体制の構築に向けて圏域ごとに医療関係者等による協議開始</p> | <p>○パブリックコメント 〔医療機能情報提供制度関係〕</p> | | <p>○パブリックコメント</p> | <p>○政令公布</p> | <p>○政令公布</p> | | <p>○政令公布</p> | <p>施行(1月)</p> |
| 2月 | <p>○国の試行的な調査、調査結果の分析(指標の直接的把握が困難で代替指標を用いる場合等)</p> | <p>○過剰な医療機能や不足している医療機能の把握</p> | | <p>○パブリックコメント 〔広告規制関係〕</p> | | <p>○パブリックコメント</p> | <p>○パブリックコメント</p> | <p>○パブリックコメント</p> | <p>○パブリックコメント</p> | |
| 3月 | <p>○省令(4疾病)公布</p> <p>○告示(基本方針)公布等</p> | | <p>省令公布</p> | <p>省令公布</p> | <p>省令公布</p> | <p>省令公布</p> | <p>省令公布</p> | <p>省令公布</p> | <p>省令公布</p> | |
| 4月 | <p>施行(4月)</p> | <p>○改正医療法施行に伴う新しい医療計画制度の施行(本格的な検討の開始)</p> | <p>施行(4月)</p> | | <p>施行(4月)</p> | | <p>施行(4月)</p> | | | |
| 夏以降 | <p>○(4月~)都道府県の医療計画策定に際し、継続的な技術的助言等</p> | <p>○(初秋目処)事業ごとの医療連携体制についての協議終了(圏域ごと)</p> <p>○(初秋目処)医療計画に定める数値目標の設定及び達成方策の検討</p> | <p>システム整備</p> | | | | <p>○再教育命令に伴う弁明の聴取に係る手続案</p> <p>○再教育研修の概要案</p> <p>○再教育研修の概要の通知</p> <p>①再教育命令に伴う弁明の聴取に係る手続</p> <p>②再教育研修の概要</p> <p>○戒告等の導入に伴う行政処分の基準等のパブリックコメント</p> <p>○准看護師の取り扱いについて</p> <p>等</p> | | | |
| H20年 4月 | | <p>新しい都道府県医療計画の実施</p> | <p>本格実施 H20年度中</p> | | | | <p>施行(4月)</p> | | | |