

医療提供体制に関する意見

平成17年12月8日

社会保障審議会医療部会

医療提供体制に関する意見

平成17年12月8日
社会保障審議会医療部会

社会保障審議会医療部会においては、医療提供体制の改革について、「患者の視点に立った、患者のための医療提供体制の改革を基本的な考え方とすべき」との共通認識のもと、平成16年9月から検討を開始し、平成17年8月に、それまでの15回の議論を踏まえ、Iに記載する医療及び医療提供体制に関する基本的な考え方を整理するとともに、審議の結果を中間的にとりまとめた。

本部会においては、中間まとめを基本として、また、関係する検討会の議論も踏まえ、平成17年中の意見のとりまとめを目指し、9月以降引き続き6回（通算21回）にわたり検討を進めてきたところであるが、これまでの議論を踏まえ、医療提供体制に関する意見を、以下のとおりとりまとめた。

厚生労働省においては、本部会の意見を踏まえ、制度見直しが必要な事項についての法律改正案を次期通常国会に提出する等、改革に早急に取り組み、着実に実施されたい。

I 基本的な考え方

医療は、我が国社会の重要かつ不可欠な資産であり、医療提供体制は、国民の健康を確保するための重要な基盤となっている。

医療は、患者と医療提供者との信頼関係を基本として成り立つものである。患者、国民に対して選択に必要な情報が提供されつつ、診療の場面においては、インフォームドコンセントの理念に基づき、医療を受ける主体である患者本人が求める医療を提供していく、という患者本位の医療を実現していくことが重要である。また、安全で質の高い、よりよい医療の実現に向けて、患者や国民が、その利用者として、また費用負担者として、これに関心を持ち、医療提供者のみに任せるのではなく、自らも積極的かつ主体的に医療に参加していくことが望ましく、そうした仕組みづくりが求められる。

さらに、医療は、周産期医療、小児医療から始まり、生命のすべての過程に関わるものであり、傷病の治療だけではなく、健康づくりなどを通じた予防から、慢性の症状を持ちながらの継続した介護サービスの利用や終末期における

医療まで、様々な領域と関わるものである。その過程においては、医療分野や福祉分野の専門職種、ボランティア、家族その他様々な人が関わってくることから、医療機関等において、医師とその他の医療従事者がそれぞれの専門性を発揮しながら協力してチーム医療を推進していくことはもとより、地域において、患者を中心とした協力と連携の体制を構築していく必要がある。

医療提供体制については、以上のような医療の望ましいあり方、理念に基づき、少子高齢化の進展や医療技術の進歩、国民の意識の変化等も踏まえながら、安全で安心できる、より質の高い効率的な医療サービスを提供するための改革に積極的に取り組んでいくべきである。

そして、改革のための具体的な施策を講じるに当たっては、医療提供体制の現状や医療に対する住民の意識は、都道府県により、あるいは都道府県の中でも都市部と中山間地とでは、大きな違いがあることから、それぞれの地域の状況やニーズに応じた適切な対応ということに十分留意していく必要がある。

II 個別の論点について

1. 医療法の全体構造の見直し

- 現行の施設規制法の性格が強い医療法について、患者の視点に立ったものとなるよう、必要な規定の追加も含めて全体的な構造を見直す。

2. 患者・国民の選択の支援

(1) 医療及び医療機関に関する情報提供の推進

- 患者・国民の選択を支援する観点から、国、都道府県及び医療機関について、医療に関する情報提供の推進に関する責務規定を医療法に新設する。
- 医療機関について、一定の情報を都道府県に届け出、都道府県がこれを整理して、インターネットその他住民が利用しやすい形で公表する制度を創設する。
- 「一定の情報」の範囲については、広告可能な事項等を参考に、(2)で

後述する広告規制等検討会で検討し、厚生労働省令に規定する。その際、都道府県が独自の項目を設定することを可能とする。

(2) 広告規制制度の見直し

- 広告規制制度については、患者・国民の選択を支援する観点から、現行の告示のように一つ一つの事項を個別に列記するのではなく一定の性質を持った項目群ごとに、例えば「〇〇に関する客観的事実」等と規定する「包括規定方式」を導入することにより、広告可能な内容を相当程度拡大する。その上で、治療の方法及び医師等医療従事者に関する事項については、客観性が確保できるとして厚生労働大臣が定めたものを広告できることとする。医療の実績情報（アウトカム指標）についても広告可能とし、具体的には客観的な評価が可能として厚生労働大臣が定めたものから認めていくこととする。
- 医療の実績情報について客観的な評価を可能とするための手法の研究開発を推進する等のため、一定の病院について、提供する医療の実績情報に関するデータを収集するとともに、分析後のデータを還元する等の具体的な仕組みを構築する。
- 広告規制違反について、行政機関による報告徴収、立入検査及び広告の中止等の改善措置を命ずる規定並びにこれら命令を発した事実を公表できる規定を新設するとともに、命令に従わない場合に罰則を適用する制度に移行（ただし、虚偽及び誇大広告については、引き続き、直ちに罰則を適用できる制度を維持）する。
- 広告できる事項の見直しや広告に関するガイドラインの策定等を行うとともに、新制度施行後に実際に広告された内容の客観性等を判断し、随時改善を図る事後チェック機能を働かせるため、厚生労働省に少人数の検討会（広告規制等検討会）を設置する。

(3) その他医療機関に関する情報提供の推進策

- 医療機関による自主的・自立的な取組により、インターネットを含む広報により提供される医療情報の信頼性を確保するという基本的な考え方に基つき、厚生労働省の一定の関与の下でガイドラインを作成し、その普及を図る。
- 学会等からの意見の聴取等、標榜診療科の追加等に関する手続きを進める。
- 医療機関の名称に係る制限を緩和するとともに、院内掲示を義務づける事項を見直す。いずれも、具体的な取扱いは広告規制等検討会で検討する。

- 独立行政法人福祉医療機構のWAM-NETをはじめ、健康保険組合連合会等の公的な団体において、医療機関情報の集積と公表が行われているが、今後ともこうした取組の推進に期待するとともに、各医療機関による財団法人日本医療機能評価機構の医療機能評価の受審の促進とその結果のインターネットでの公表を進め、患者・国民の選択を支援することが必要である。

(4) 診療情報の提供の推進と患者の選択の尊重

- 医療機関の管理者に対し、患者及びその家族からの相談等に適切に対応する機能や体制整備についての努力義務規定を、医療法に新設する。
- 医療機関の管理者に対し、入院時の入院診療計画の策定及び患者への交付・説明を義務づけるとともに、退院時における、退院後の保健医療サービス・福祉サービス等に関する計画の策定及び退院患者への交付・説明についての努力義務規定を、医療法に新設する。
- 特定機能病院及び地域医療支援病院以外の病院についても、その備えるべき診療の諸記録に、看護記録を追加する。
- 適切な診療情報の提供がなされるよう、「診療情報の提供等に関する指針」（平成15年9月）、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」（平成16年12月）の周知徹底と定着を図るための措置を講じる。
- 根拠に基づく医療（EBM）については、引き続き、学会等が作成したEBM指向の診療ガイドライン等の情報提供サービス（財団法人日本医療機能評価機構のMINDS事業）の充実等により、医療の質の向上を図り、患者が主体的に医療に参加する環境の整備を図るため、その普及を図っていくことが必要である。
- インフォームドコンセント、セカンドオピニオンなどの考え方が普及、定着していく中、患者本位の医療提供が図られるようにするため、医療安全支援センターの活用を含め、患者が提供される情報をよく理解し、主体的に考えて自己決定できるよう支援できる環境整備の具体的な検討が必要である。
また、医療従事者の資質の向上の一環として、養成や研修の課程において、インフォームドコンセント等についての理解を深め、また、効果的なコミュニケーション能力等を身につけることができるような対応を検討するべきである。

3. 医療安全対策の総合的推進

- 医療は、患者と医療従事者の信頼関係、ひいては医療に対する信頼の下で、患者の救命や健康回復が最優先で行われるべきものである。平成14年4月にまとめられた「医療安全推進総合対策」は、この基本理念に基づき、医療事故の未然防止のための提言を行い、関係者において取組が行われてきた。
しかし、未だ十分な医療安全体制が確立されておらず、一層の取組が求められるところであり、「医療安全推進総合対策」の考え方を尊重しつつも、それに加えて「医療の質の向上」という観点を一層重視し、施策を充実していくことが求められる。
- 医療の質の向上を実現していくためには、これまでの医療機関、医療従事者による取組だけでなく、患者、国民の主体的参加を促進することが重要である。このような認識の下、医療に関する情報を国民、患者と共有し、国民、患者が医療に積極的に参加することを通して、医療の質の向上を図り、医療安全を一層推進していく必要がある。
- 患者の安全を最優先に考え、その実現を目指す「安全文化」が醸成されることを通じて、安全な医療の提供と、患者、国民から信頼される医療の実現を目指していくため、以下に掲げる具体的施策に取り組む。
- まず、医療の質と安全性の向上の観点から、
 - ① 現行の病院及び有床診療所に加え、無床診療所、歯科診療所、助産所についての安全管理体制についての基準を新設する。
 - ② 病院、診療所及び助産所に対し、院内感染制御体制についての基準を新設する。
 - ③ 医療機関の管理者に対し、医薬品及び医療機器の安全使用及び管理体制に関する一定の基準を新設する。
 - ④ 有床診療所について、他の医療機関の医師との緊密な連携等、入院患者の緊急時に適切に対応できる体制の確保を義務づける。
 - ⑤ 助産所について、産科の嘱託医師の他に連携医療機関を定めることとする。
 - ⑥ 医療従事者について、コミュニケーション能力、エビデンスと情報の活用、医療人としての職業倫理等を含めた資質向上を図る。
 - ⑦ 医師及び歯科医師、薬剤師並びに保健師、助産師及び看護師の行政処分に関し、被処分者に対して再教育の受講を義務づけるとともに、長期の医

業停止処分等の見直し、戒告の新設等の見直しを行う。

- また、医療事故等事例の原因究明・分析に基づく再発防止対策の徹底の観点から、
 - ① 対策のために有効な報告様式の作成、事例の分析方法等を含めた研修内容に関するガイドライン作成、発生予防・再発防止対策に関する医療安全緊急情報（仮称）による周知ルール・システムの明確化等を図る。
 - ② 医療関連死の届出制度・中立的専門機関における医療関連死の原因究明制度及び医療分野における裁判外紛争処理制度について、様々な検討課題はあるものの、具体化に向けた検討を進める必要があり、平成17年度からの「診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」を実施する中で課題を整理しながら基礎資料を収集するとともに、医療機関と患者遺族等との調整を担う人材の養成方法等について検討する。

- さらに、患者・国民との情報共有と患者・国民の主体的な参加促進の観点から、
 - ① 医療安全推進週間の行事等を通じ、国及び地方公共団体による啓発、普及活動と、医療機関等によるわかりやすい説明や広報等を推進する。
 - ② 医療機関の管理者に対し、患者及びその家族からの相談等に適切に対応する機能や体制整備についての努力義務規定を、医療法に新設する。（再掲）
 - ③ 都道府県等に設置されている医療安全支援センターについて、その活動の評価を行いながら、患者の医療への参加を総合的に支援するための機能、医療安全に関する情報の医療機関への提供や患者・国民に対する医療安全教育等に関する機能の付与など、その機能強化を図るとともに、医療安全支援センターを医療法に位置付ける。

- 国及び都道府県は、安全、安心で良質な医療の確保に必要な基盤整備と人材の確保、それに必要な財源確保について配慮することが必要である。

- 医療政策上の最重要課題である医療安全対策に係るこれらの具体的な取組を推進していくため、国、都道府県及び医療機関について、医療安全対策についての責務規定を医療法に新設する。

- 上記のほか、「今後の医療安全対策について」（「医療安全対策検討ワーキ

ンググループ」報告書（平成17年5月）に整理された、当面進めるべき施策について、取り組んでいくこととする。

4. 医療機能の分化連携の推進

4-1 医療計画制度の見直し

- 住民・患者が安心して日常生活を過ごすために必要な患者本位の医療サービスの基盤づくりを目指した医療計画制度の見直しを行う。その際の考え方としては、自分が住んでいる地域の医療機関で現在どのような診療が行われており、自分が病気になったときにどのような治療が受けられ、そして、どのように日常生活に復帰できるのか、また、地域の保健医療提供体制の現在の姿はどうなっており、将来の姿はどう変わるのか、変わるために具体的にどのような改善策が必要かということ、都道府県が作成する医療計画において、住民・患者の視点に立って分かりやすく示すことを原則とした見直しとする。
- 医療計画の記載事項に、主要な事業（がん対策、脳卒中対策、急性心筋梗塞対策、糖尿病対策、小児救急を含む小児医療対策、周産期医療対策、救急医療対策、災害医療対策及びへき地医療対策をいう。）に係る医療連携体制を追加する。

医療連携体制の構築に当たっては、住民、直接診療に従事する者、医育機関等地域医療に関与する者が協議することから始めて、地域に適した体制を構築する（その際に調整が必要な事項等については、地域で「中心となって医療連携体制の構築に向けて調整する組織」が果たす役割が重要）ことが必要であることから、この協議への関係者の協力についての規定を新設する。
- 医療計画に、上記の主要な事業等に係る数値目標や指標を設定するとともに、医療計画制度に、作成、実施、評価及び見直しの政策循環の機能が働く仕組みを組み込む。
- 見直し後の新しい医療計画制度によって、地域の医療機能の適切な分化・連携を進め、急性期から回復期、慢性期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が早く自宅に戻れるようにすることで、患者の生活の質（QOL）を高め、また、必要かつ十分な医療を受けつつトータルな治療期間（在院日数を含む。）が短くなる仕組みをつくる。
- 医療計画の作成、実施及び実施状況の評価に関する必要な事項等に関し国

が定める基本方針についての規定を新設する。

- 現行医療法において、医療計画に位置付けられる各事業の体制をいわゆる二次医療圏ごとに明らかにするよう求めている規定を削除する等、医療計画に関する規定を整備する。
- なお、基準病床数制度については、医療費への影響の観点、救急医療やへき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が未だ確立されていないこと等から存続が必要であるが、医療計画制度の見直しにより導入される新たな仕組みの実施状況を踏まえ、今後とも検討していく必要がある。

4-2 在宅医療の推進

- 在宅医療は、患者の生活の質（QOL）の維持向上という観点から、乳幼児から高齢者まで全世代を対象として、その推進がなされるべきものである。もとより、入院医療が望ましい場合や、患者や家族が在宅での療養を望まない場合にまで強要される性格のものではなく、介護保険等の様々な施策との適切な役割分担・連携も図りつつ、患者・家族が希望する場合の選択肢となり得る体制を地域において整備することが重要である。
- 特に、高齢化の進展が著しい我が国において、高齢者に対する医療をどう確保していくか、とりわけ、人としての尊厳の保持という観点も踏まえ、終末期医療を含む在宅医療をどう確保していくかは、今後の大きな課題である。具体的には、高齢者が、できる限り住み慣れた家庭や地域で療養しながら生活を送れるよう、また、身近な人に囲まれて在宅での死を迎えることを選択できるよう、支援する体制の構築を一層推進する必要がある。
- このため、当面、以下の制度見直し等を実施する必要がある。
- 医療機関の管理者に対し、患者の退院時に退院調整機能を発揮すること等在宅医療の推進についての努力義務規定を医療法に新設する。
- 地域医療支援病院の管理者の義務として、「地域において在宅医療等を提供する他の医療機関等を支援」する機能を発揮すべきことを医療法に規定する。
- 医療計画の記載事項に在宅医療を明記するとともに、在宅医療の充実を客観的に評価できる数値目標を医療計画に設定する。
- 患者宅での薬剤の交付などのサービスが推進されるよう、処方せんの確認も患者宅で行えるようにする。

- 麻薬が適切かつ円滑に提供される体制整備（適切な譲渡・保管・管理に関するマニュアルの作成等）、死亡診断書の交付に関する取扱いルールの周知等、看取りまでを含めた在宅医療の推進の環境整備を図る。
- 訪問看護サービスの充実・普及、薬局・薬剤師の積極的な関与、医療機関における退院調整機能の促進など、主治医をはじめ、多職種が協働して患者を支える体制整備が必要であり、在宅医療に係る医療連携体制を地域ごとに構築していく。また、原則として医行為でない行為についての医政局長通知（平成17年7月26日医政発第0726005号）の周知を図る。
- 終末期を家庭で迎えるためには、かかりつけ医と容態急変時の受入病院の確保や、上記の死亡診断書や麻薬の取扱いの問題など、新たな看護のあり方に関する検討会報告書（平成15年3月）を踏まえ、関係者の連携と総合的な取組を図る。
- なお、在宅医療の場面に限られるものではないが、終末期の医療のあり方について、終末期医療に関する調査等検討会報告書（平成16年7月）を踏まえ、現在、望ましい終末期医療に関するガイドライン作成のための研究が行われているとともに、立法府において尊厳死の法制化に関する議論が開始されているところであり、人の尊厳ある生き方を支えるという観点に立って、医療界と法曹界とを交えた真剣な国民的議論が行われることが望まれる。

4-3 かかりつけ医等の役割

- かかりつけ医について、国民が身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として、国民にわかりやすくその普及・定着を図る必要がある。かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師についても、それぞれの役割が果たせるように、その普及・定着を図る必要がある。
- 主要な事業ごとの医療連携体制を構築し、地域において実際に連携がなされるためには、かかりつけ医が、患者の病状に応じて適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者を支える立場に立って重要な役割を担うこと、また、診療時間外においても患者の病態に応じて患者又はその家族と連絡がとれるようにするなど適切に対応すること、が求められる。
- 患者の視点に立って、どのようなかかりつけ医の役割が期待されるか、また、その機能を発揮するために、サポート体制を含め何が必要か等、各地域での医療連携が適切に行われるよう、かかりつけ医のあり方について、引き続き検討していく必要がある。

4-4 医療施設の類型、医療施設に係る諸基準の見直し

(1) 地域医療支援病院

- 地域医療支援病院の管理者の義務として、「地域において在宅医療等を提供する他の医療機関等を支援」する機能を発揮すべきことを医療法に規定する。(再掲)
- 地域医療支援病院の開設者から毎年提出される業務報告について、都道府県知事が公表する仕組みを新設する。

地域医療支援病院の承認後に承認要件を満たさなくなった場合等において、改善を指導してもなお要件を満たさない場合には法に従い承認の取消しを行う等、各都道府県において、制度の趣旨に沿った運用が行われるよう促す。
- 医療連携体制の構築との関係や地域医療支援病院に本来求められる機能や承認要件のあり方等、地域医療支援病院制度全般にわたる検討課題について、医療施設体系のあり方に関する検討会を開催して検討を進める。

(2) 特定機能病院

- 地域の医療連携体制の構築において、高度な医療技術や専門性を必要とする治療などの医療需要に対応できる機能等を有する「医療連携体制を支える高度な医療機能を有する病院」が必要とされていることから、特定機能病院にこのような病院としての役割を期待し、「高度な医療の提供等に当たり医療連携体制の構築に配慮すること」を、特定機能病院の管理者の義務として医療法に規定する。
- 高度先進医療の見直しに伴い、特定機能病院の要件の一つである「高度の医療」の範囲について整理する。
- 看護職員の人員配置標準について、医療安全の推進を図る観点から、特定機能病院に係る入院患者数に対する基準を引き上げる(現行2.5対1)。
- 今後検討を進めていく必要のある専門医の育成のあり方、医療機関間における機能分化と連携等に係る論点も踏まえて、特定機能病院に本来求められる機能や承認要件及び名称等、特定機能病院制度のあり方について、医療施設体系のあり方に関する検討会において検討する。

(3) 有床診療所

- 有床診療所における48時間を超える入院を禁止する医療法の規定については、有床診療所のこれまで果たしてきた役割や今日の提供している医療の状況等を踏まえ、これを廃止する。
- 上記規定の廃止を踏まえ、有床診療所において一層の医療安全の確保を図る観点から、他の医療機関の医師との緊密な連携等、入院患者の緊急時に適切に対応できる体制を確保することを、有床診療所の管理者の義務として規定する。(再掲)
- 患者への情報開示を通じて医療の質の確保を図る観点から、医療従事者の配置等一定の情報については、医療情報の都道府県への届出制度(2(1))において届出の対象とするとともに、院内掲示を義務づける。
- 有床診療所の療養病床以外の病床(以下「有床診療所の一般病床」という。)についても、48時間の入院期間制限規定の廃止に伴い、原則として医療計画の基準病床数制度の対象とする。
- 基準病床数制度の対象は、新制度施行後に新設されるもの(療養病床から一般病床に転換されるものを含む。)とし、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。ただし、既存病床数のカウントには、既設のものも含むものとする。
- 以下のような一定の場合については、病床の設置や増加に関する都道府県知事の勧告の対象としない。
 - ア 病院を廃止して一つの診療所に転換する場合
 - イ 有床診療所を相続し承継する場合等増床を伴わずに開設者を変更する場合
 - ウ へき地・離島に開設する場合
- 有床診療所の一般病床についても、医療連携体制を構築していく中で地域にとって必要と都道府県知事が判断し、医療計画に位置付けられた場合には、病院の場合と同様、病床過剰地域においても必要に応じ例外的に病床の整備を可能とする「特例病床」の対象とする。
- なお、以上の有床診療所に関する制度の見直しについては、有床診療所の現状を機能分化の観点から十分に把握した上で判断することが適当であり、提供される医療の質を担保する方策、20床以上という病院の病床数に係る定義のあり方等を含め、医療施設体系のあり方に関する検討会で検討すべきであるとの意見があった。

(4) 人員配置標準

- 看護職員の人員配置標準について、医療安全の推進を図る観点から、特定機能病院に係る入院患者数に対する基準を引き上げる（現行2.5対1）。
（再掲）
また、夜間帯の体制確保も考慮して人員配置標準を充実させることについて、検討することが必要である。
- 過疎地域等関係法による指定を受けた地域等、医師の確保が困難と判断できる地域に所在する医療機関について、都道府県知事が、全国一律のものより緩やかな独自の医師配置標準を設定できる制度を新設する。
- 病院における外来患者数に基づく医師数の配置標準については、医師に応召義務があること等から、規定を置く合理性が乏しいのではないかとの指摘がなされている。このため、医療法施行規則の当該規定の必要性については、紹介患者を中心とした入院機能を求められる大病院における外来診療のあり方や、医師の配置状況に関する情報の患者への提供等との関係も含め、医療施設体系のあり方に関する検討会において、併せて検討する。
- 病院薬剤師の人員配置標準について、検討会を設置し、これまでの経緯等を踏まえた具体的検討を行う。

- 医療機関が人員配置状況などの正確な情報を公開すること、例えば2(1)に前述した都道府県による医療機関の情報の整理・公表が円滑に行われ、患者・国民が必要な情報をわかりやすく得られる環境の整備等がなされるのであれば、人員配置標準について、これを緩和するなど廃止を含めた見直しも考えられる。しかし、現状においては上記のような環境が整っていないことから、直ちに人員配置標準を廃止したり一律に緩和することは困難であるが、情報の開示を含めた医療の安全や質の確保を担保できる別の方策との組み合わせにより何らかの見直しを行うことについて、今後の検討が必要である。

(5) その他（共同利用等）

- 医療施設の一部の共同利用についての考え方や取扱いを明確にした上で、設備等を所有する医療機関と利用する医師等との契約において責任の所在等を明確化すること等を条件に、効率的で利便性の高い医療提供が可能な共同利用が円滑に実施できるようにすべきである。その際、受付や待合室の共同利用については、未受診の段階での待合室での感染があった場合の責任分担

の困難さ等をどう評価するか、といった問題があり、診療に直接供する部分の共同利用とは異なる整理をすべきである。

また、有床診療所同士での共同利用を行う場合については、構造設備の基準や人員配置標準に関する規制における病院との均衡に留意した検討が必要である。

- 検体検査については、今後、医療機能の分化連携を推進していく中で、実施主体にかかわらず、その質を確保していく必要があることから、医療機関自らが行う場合を含め、精度管理の適切な実施を図っていくべきである。

4-5 薬局

- 薬局を医療提供施設として位置付け、次の事項を実施し、医薬品等の供給拠点として地域医療により貢献していくようにする。
 - ア 医療計画における医療連携体制への位置付け
 - イ 薬局機能に関する一定の情報の届出・公表の制度化
 - ウ 薬局における安全管理体制等の整備
 - エ 薬局における医薬品に係る情報提供・相談体制の整備

4-6 公的医療機関

- へき地・離島等における診療や救急医療などその確保が特に求められている事業の実施を通じた地域医療の支援を、医療法上公的医療機関の責務と位置付け、公私の役割分担を明確にする。
- 厚生労働大臣又は都道府県知事が、公的医療機関の開設者又は管理者に対して、上に掲げたような事業を実施するよう命令する権限を医療法に新設する。

5. 母子医療、救急医療、災害医療及びへき地医療体制の整備

(1) 母子医療の体制整備

- 少子化が進行する我が国において、次世代育成支援の観点から、母子医療の充実を図ることは喫緊の課題である。
 - 母子医療のうち、周産期医療については、妊娠・出産の安全を確保する身

近な周産期医療施設の役割分担と連携を推進することとし、安心して出産できる体制が構築できるよう、各都道府県が最低1か所は総合周産期母子医療センターを設置することを含め、全都道府県に周産期医療ネットワークを構築し、これを医療計画に位置づけていくこととする。また、これを担う人材確保を図るための具体的方策の検討が必要である。

- また、小児医療については、各地域において、医療連携体制を構築し、これを医療計画に位置づけていくことを通じ、地域での小児医療施設の再編・集約化や診療所と病院との連携強化を図り、また、休日夜間の電話相談体制の整備や、ITの活用による小児科専門医の診療支援を通じて遠隔地や時間外でも小児の症状に応じた適切な医療が効率的に行えるようにするなど、患者の受療行動に応じた切れ目のない保健医療提供体制を構築する。

(2) 救急医療及び災害医療の体制整備

- 救急医療については、休日夜間を含む初期、2次、3次の救急医療体制が体系的・効率的に整備できるよう、地域の事情に応じて小規模の新型救命救急センターを設置するなど、各地域において、医療連携体制を構築し、これを医療計画に位置づけていくことを通じ、各地域において、いわゆる「患者のたらい回し」が起こることのない体制を構築する。

また、AED（自動体外式除細動器）の普及を含む傷病者の身近にいる者による救護の強化のため、国民への啓発・教育を充実する。さらに、救急救命士の事前事後の評価体制を強化するなど、救急搬送体制の強化を図る。このような取組を通じ、地域全体で以上の活動を適切に把握・評価し、関係者へ還元する体制を構築する。

精神科救急医療についても、緊急時の適切な医療及び保護の機会の確保のため、都道府県単位での体制づくりを図る。

- 災害医療については、自然災害やテロ等の災害時に迅速に対応できるよう、各地域において、医療連携体制を構築し、これを医療計画に位置づけていく。特に、被災地外に患者を搬送するための広域医療搬送体制の構築や、被災地における基幹となる医療機関への他の医療機関からの支援など、通常の診療体制から大きく変化して対応する体制の構築をあらかじめ想定・準備することが重要である。

また、災害医療の基礎として、平時より、各医療機関が、災害に強い施設

- ・設備の構築と体制づくりに取り組むことが重要である。

(3) へき地医療の体制整備

- へき地医療については、拠点となる医療機関がへき地にある診療所を支援し、へき地診療体制を広域的に展開することが必要であり、医療計画に医療連携体制を位置付け、具体的な取組を進める。

具体的には、

- ① へき地診療所や巡回診療等による「へき地・離島保健医療の確保」、
- ② へき地医療支援機構による代診医の派遣調整や研修、情報通信技術を活用した診療支援等による「へき地・離島の保健医療サービスを担う医師等に対する支援」、
- ③ 医師に対する救急医療講習や搬送体制など「救急医療の確保支援」等の具体的な支援方策が考えられるところであり、これらの他、「へき地保健医療対策検討会」の報告書（平成17年7月）において整理されているものも含め、平成18年度からの第10次へき地保健医療計画において実施すべく検討を進める。

(4) これらの取組と新しい医療計画との関係

- 医療計画の見直しに際し、4-1に記載したとおり、母子医療（周産期医療及び小児医療）、救急医療、災害医療、へき地医療など主要な事業ごとに、地域における医療連携体制を構築して医療計画に位置付け、また、住民の視点に立った分かりやすい指標による数値目標を導入し、評価可能な計画としていく方向を示している。そして、計画の策定から実行、政策評価、次期計画の見直しという考え方を、医療計画に盛り込むこととしている。

こうした新しい医療計画に位置付けることにより、各地域において、これらの対策がどのような体制を目指しているのか、また、どれだけ進捗しているか等の評価が可能となるものである。

なお、医療計画の達成に向けて、これらの医療を地域で担う医療機関に対する支援も、地域の実情に応じて行われるべきものと考えられる。

6. 医療法人制度改革

- 医業経営に関しては、疾病構造や社会経済状況が変化する中で取り巻く環境は厳しさを増しているが、医療法人制度について、非営利であることは明確に確保しつつ、経営の透明性や効率性を高め、地域の信頼を得ながら、地域に必要な医療を担う安定的な運営を行えるような仕組みを確立していく必要がある。
- 医療法人の非営利性に関する規律を明確化するため、解散時の残余財産は個人に帰属しないこととする等の規定を整備する。新制度への移行については、各法人の自主的・自立的な取組を基本として適切な法人自治に基づいて移行がなされるよう経過措置を講ずる。
- 特別医療法人制度について、現行の税制に基づく特定医療法人の要件や、社会福祉法人等の他の非営利法人の要件を参考に、新たな要件を設定するとともに、都道府県が作成する医療計画に記載された事業を担うものとするを規定する。
- 医療法人が行うことのできる業務範囲を拡大（有料老人ホームの運営等）する。
- 公立病院の運営を、医療法人が指定管理者として積極的に担えるよう規定を明確化する。

7. 医療を担う人材の養成と医療に従事する者の資質の向上

(1) 医療を担う人材の養成

- 平成10年に行われた医師の需給見通しにおいては、医師の需要を最大、医師の供給を最小に見積もっても、平成29年（2017年）には医師が過剰になるという推計が示されている。医療の高度化、専門化等による需要面の変化や、医師の高齢化、女性医師の増加など供給面の変化など、その後の医療を取り巻く環境の変化や社会経済状況の変化等を踏まえた需給推計を行い、定量的な調査・分析を行うとともに、今後取り組む課題について検討する必要がある。
- 歯科医師数については過剰な傾向にあるため、今後の歯科医師の需給バランスについて検討を行うことが必要である。
- 薬剤師数については、薬学教育6年制の導入等の影響を踏まえ、需給の把

握に努め、所要の検討を行うことが必要である。

- 本年中に策定する新しい看護職員需給見通しを踏まえ、看護職員の養成・確保を計画的に進める必要がある。
- このほか、医療を担う様々な職種の人材の確保と資質の向上に取り組む必要がある。また、国及び都道府県は、保健医療行政を担う職員の人材育成に努める必要がある。

(2) 医療に従事する者の資質の向上

- 現行の法律では、医業停止を受けた医師等（被処分者）は、医業停止期間等を過ぎれば、特段の条件無く医業等に復帰することができるが、被処分者は、職業倫理の欠如や医療技術の未熟さ等があつて、期間を定めた医業停止等のみでは、十分な反省や適正な医業等の実施ができないことが指摘されている。
- このため、医師及び歯科医師、薬剤師並びに保健師、助産師及び看護師の行政処分に関し、被処分者に対して再教育の受講を義務づけるとともに、長期の医業停止処分等の見直し、戒告の新設等の見直しを行う。（再掲）
- 助産師、看護師及び准看護師について名称独占資格とする。新たな保健師及び助産師の免許付与について、看護師国家試験の合格を要件とする。
- 看護師の資質を確保し、向上させるため、新人看護職員研修について検討する必要がある。
- 医師及び歯科医師の臨床研修の円滑な実施、薬学教育6年制における実務実習の円滑な導入及び薬剤師研修の充実、医師、歯科医師、薬剤師、看護師などの国家試験について、問題の公募や出題内容、形式の見直しなど、養成課程も含め、各資格者の資質の向上につながる施策を積極的に進めるべきである。
- 専門医については、現在、国は、広告規制制度の中で、研修体制、試験制度等の基準を満たした学会による認定専門医を、医療機関等が広告できる事項としているにとどまり、専門医の質の確保については各学会に委ねられているが、専門医の質の確保に当たり、国あるいは公的な第三者機関が一定の関与を行う仕組みとすることを含め、医療の質の向上と医療安全のさらなる推進を図る上での専門医の育成のあり方について検討すべきである。

- また、心臓外科や血管外科等特に高い専門性が求められると考えられる一定の領域について、専門医の養成・確保や専門的医療を行う病院の位置づけを通じて、医師の専門性を評価する仕組みとすることも考えられる。

8. 医師偏在問題への対応

- 現状の医師の需給状況をみたとき、患者及び医師の双方から見て、医師は不足していると感じられる場面が多く、医療機関、診療科等、時間帯、地域による医師の偏在が指摘されている。医師の地域偏在と診療科等による偏在は、喫緊の課題として対応する必要がある。
- 都道府県医療対策協議会を制度化し、同協議会への参画についての関係者の責務規定を医療法に新設する。
- へき地・離島等における診療や救急医療などその確保が特に求められている事業に従事することについて、関係者の責務規定を医療法に新設する。
- 小児科・産科医師の確保が困難な地域での医師偏在問題に対する緊急避難的な措置として、医療計画の見直し、医療対策協議会の設置を通じ、医療資源の集約化・重点化を促進する。

具体的には、医師偏在が問題となる地域において、公立病院を中心とした医療資源の集約化・重点化を推進することが当面の最も有効な方策と考えられることから、後述の関係省庁連絡会議の下に設けられた「小児科・産科における医療資源の集約化・重点化に関するワーキンググループ」が平成17年12月にとりまとめた「小児科・産科医師確保が困難な地域における当面の対応について」の内容に従い、関係者の検討を踏まえ都道府県が計画を策定し、関係者の協力のもと、これを実施することが必要である。

- 上記のほか、「医師確保総合対策」（地域医療に関する関係省庁連絡会議（平成17年8月11日））としてとりまとめた具体的な確保対策に取り組む必要がある。

9. 医療を支える基盤の整備

- 医薬品・医療機器の研究開発の推進について、健康フロンティア戦略の一環として、画期的な医薬品・医療機器の研究開発の促進のため、①近年、進歩が著しいゲノム科学等のバイオテクノロジーやナノテクノロジーなどを活

用した「先端医療の実現」に向けたライフサイエンス研究の重点的な推進、②トランスレーショナルリサーチ（基礎研究から臨床研究への橋渡し）の一層の充実を図る。

また、政策的観点から重点的に医薬品の開発を進めるべき分野における創薬を推進する必要がある。

- 治験のネットワーク化の推進、治験コーディネーターの養成確保、国民に対する治験の意義等に関する普及啓発等について、さらに治験環境の充実を図るため、治験の活性化を計画的に推進するための方策を講じていくべきである。
- 臨床研究基盤の整備について、地域における治験実施機関の充実を図るとともに、患者や被験者への情報提供の拡充を図るため、臨床研究登録制度の構築を検討する。また、治験のみならず臨床研究全体の推進を図るため、がん及びその他の疾患を対象として、データマネジメントや関係職員の研修等を行う体制の整備を検討する必要がある。さらに、臨床研究基盤の整備の一環として、高度な専門性を有する人材養成のあり方についても検討する必要がある。医療の水準についての科学的な検証を可能とする研究開発や情報提供の基盤整備について、今後の課題として検討する必要がある。
- 厚生労働科学研究費補助金については、より戦略的・機動的な配分ができるよう、厚生労働省の既存施設等機関の専門性に着目し、研究事業の内容に応じて、その配分機能機能を付与する方向で検討すべきである。
- 電子カルテやオーダーリングシステム等の病院内情報システムやレセプト電算処理の普及など医療の情報化については、医療の質の向上や効率化の支援を図る有力な手段として位置付け推進してきている。患者と医師との信頼関係を基本としつつ、情報化の今後の一層の推進のためには、安価で有用性の高い標準的電子カルテの開発に向けた産業界の取組と連携して、セキュリティ確保等の必要な基盤整備を図りながら、電子カルテによる医療上の効果や患者のメリット等を踏まえたインセンティブの付与など、効果的な普及方策を検討し、積極的に推進すべきである。

特に、患者への充実したわかりやすい情報提供や地域の医療機関内外の連携促進など、国民の視点を重視した医療の実現という情報化の目的を明確化しつつ、電子紹介状の推進、電子カルテの地域共同利用の推進や、医療計画

制度における医療機能連携促進の基盤としての位置付けなど、地域全体で適切かつ効率的な情報化を指向していくことが必要である。

- ヒューマンエラー等が発生しやすい部門や手技については、IT機器等の適切な運用管理により、IT化に伴うリスクを考慮しつつ医療安全確保策を講じるとともに、患者との情報共有が推進される必要がある。さらに、離島やへき地の患者等に対して、地域の実情に応じた利便性の高い効果的な医療サービスが提供されるよう、ITを活用した遠隔診療の取組をさらに推進することが必要である。

平成19年度予算(案)の概要 (厚生労働省医政局)

平成19年度予算（案）の概要 （厚生労働省医政局）

平成19年度予算案	1,985億5千3百万円
平成18年度予算額	2,008億9千5百万円
差引増△減額	△23億4千2百万円
対前年度伸率	98.8%

（注）上記計数には、「★厚生労働科学研究費補助金138億3千7百万円（平成18年度133億3千5百万円）」は含まない。

I 医師確保対策予算の概要

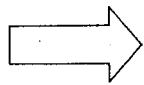
II 主要施策

1. 医師確保対策の推進
2. 医療資源の効率的活用による地域医療提供体制の確保
3. 安全・安心で質の高い医療の基盤整備
4. 医療分野における情報化の推進
5. 医薬品・医療機器産業の国際競争力の強化
6. その他

医師確保対策の推進

地域間・診療科間等における医師の偏在により、医師不足が深刻になっている状況に対応するため、都道府県地域医療対策協議会の取組に対する支援や、小児科・産科における拠点病院づくりをはじめ、「新医師確保総合対策」(平成18年8月)等に基づく各般の医師確保対策を推進する。

18年度当初
予算額
41億円



19年度 予 算 案	92億円
18年度補正予算	8億円
合 計	100億円

併せて、地方財政措置として、

・医師確保対策に係る地方単独事業分(※の事業)	30億円
・医師確保対策に係る補助事業の地方負担分	64億円
・18年度補正予算計上補助事業の地方負担分	7億円
合 計	101億円

1. 医師派遣についての都道府県等の役割と機能の強化

- 医療対策協議会を都道府県に設置(地方財政措置(6.1億円)【新規】※)
- 地域医療支援中央会議を国に設置【新規】 1百万円
- 医療対策協議会の計画に基づく派遣に協力する病院への助成【新規】 7.1億円
- 拠点病院(マグネットホスピタル)の活用【新規】 3.8億円
- 地域医療の確保を図るための先駆的なモデル事業に助成【新規】 1.9億円
- 都道府県による地域定着を条件とした奨学金(地方財政措置(11億円)【新規】※)
- 市町村による医師不足病院等における医師確保支援*(地方財政措置(12億円)【新規】※)

2. 開業医の役割の強化

- 初期救急の対応に地域の開業医等が参画する仕組みの強化等
・小児初期救急センター整備事業の実施(18年度補正予算(3.2億円))
・休日夜間急患センターに配置する医師の増員
(地方財政措置(12億円: *の再掲) ※)
- 患者・住民への啓発 5.7億円
・小児救急電話相談事業(＃8000)の拡充(電話相談事業の休日夜間対応・携帯電話の利用等の充実)

3. 地域の拠点となる病院づくりとネットワーク化

- 小児科・産科のネットワーク化のための連携病院の整備費用の助成(18年度補正予算(2.7億円)) 5.8億円
- 小児救急病院における医師等の休日夜間配置の充実 24億円
- 臨床研修において医師不足地域や小児科・産婦人科を重点的に支援【新規】 22億円
- 出産・育児等に対応した女性医師等の多様な就業の支援 14億円
- 助産師の活用 1.6億円

4. 患者のアクセスの支援

- 離島等アクセスが悪い地域の患者等が拠点病院などを利用するための宿泊施設整備(18年度補正予算(1.2億円))
- 離島巡回診療ヘリ運営事業の創設【新規】 90百万円

5. 医療紛争の早期解決

- 分娩時に医療事故に遭った患者に対する救済制度の設計・調査等の支援(18年度補正予算(1.1億円)) 10百万円
- 医療事故に係る死因究明制度の検討等 1.3億円

Ⅱ 主要施策

1. 医師確保対策の推進

9, 180百万円 (4, 071百万円)

地域間、診療科間等における医師の偏在により、医師不足が深刻になっている状況に対応するため各般の医師確保対策を推進

(1) 医師派遣についての都道府県の役割と機能の強化 (新規) 1, 275百万円

都道府県による地域医療の確保に向け、医療対策協議会の計画に基づく派遣に協力する病院やマグネットホスピタルを活用した研修等への助成を行うとともに、国に、公的医療団体等が参画する「地域医療支援中央会議」を設置し、関係団体等により実施されている好事例の収集・調査・紹介など改善方策の検討、都道府県からの要請に応じ、緊急時の医師派遣など地域の実情に応じた支援を行う。

また、都道府県が地域医療の確保を図るため、独自に創意工夫を凝らした先駆的なモデル事業を実施するために必要な支援を行う。

(2) 開業医の役割強化 573百万円

小児救急電話相談事業（#8000）の拡充や小児初期救急センターの整備を行い、軽症患者の不安解消を図るとともに、患者の症状に応じた適切な医療提供を推進する。

(3) 地域の拠点となる病院づくりとネットワーク化 6, 814百万円

○ 小児科・産科をはじめ急性期の医療をチームで担う拠点病院づくり (新規) 582百万円

多くの病院で小児科医・産科医が少数で勤務している結果、勤務環境が厳しくなっている状況などを踏まえ、限られた医療資源の重点的かつ効率的な配置による地域の医療提供体制の構築を図る中で、小児科・産科医療体制の集約化・重点化を行うため、他科病床への医療機能の変更等に係る整備などを行う場合に、支援を行う。

○ 小児救急病院における医師等の休日夜間配置の充実 2, 362百万円

小児の二次救急医療を担う小児救急支援事業及び小児救急拠点病院の休日夜間における診療体制の充実を図る。

- 臨床研修において医師不足地域や小児科・産婦人科を重点に支援（新規）
2, 231百万円
へき地・離島の診療所における地域保健・医療の研修、小児科・産婦人科や医師不足地域の病院における宿日直研修に対する支援の実施等により、地域の医療提供体制の確保を図る。
- 出産・育児等に対応した女性医師等の多様な就業の支援
1, 429百万円
病院内保育所について、女性医師等が子育てと診療の両立のための支援が推進されるよう基準を緩和する。
また、女性医師バンクを設立し、女性のライフステージに応じた就労を支援するとともに、離職医師の再就業を支援するために研修を実施する。
- 助産師の活用
161百万円
地域において安心・安全な出産ができる体制を確保する上で、産科医師との適切な役割分担・連携の下、正常産を扱うことのできる助産師や助産所を活用する体制の整備を進めるため、臨床実務研修を行い、潜在助産師等の産科診療所での就業を促進する。
また、産科診療所等で働く看護師が、助産師資格を取得しやすくするため、助産師養成所の開校を促進し助産師の養成を図る。

（４）患者のアクセスの支援（新規）

90百万円

複数の離島が点在する地域等において、ヘリコプターを活用し、巡回診療を実施するために必要な支援を行う。

（５）医療紛争の早期解決

140百万円

- 産科無過失補償制度への支援（新規）
10百万円
安心して産科医療を受けられる環境整備の一環として、分娩に係る医療事故により障害等が生じた患者に対して救済し、紛争の早期解決を図るとともに、事故原因の分析を通して産科医療の質の向上を図る仕組み（いわゆる無過失補償制度）の創設に伴い、普及啓発のための支援を行う。
- 医療事故に係る死因究明制度の検討等
130百万円
診療行為に関連した死亡事例についての調査分析を実施し、再発防止策を検討するモデル事業の充実を図るとともに、これまでのモデル事業の実施状況も踏まえ、医療事故の死因究明制度、裁判外紛争処理制度等の構築に向けて具体的検討を行う。

※ 平成18年度補正予算案において、小児初期救急センターの整備等の助成及び産科無過失補償制度の創設に向け、調査・制度設計等のための支援を行う。（823百万円）

2. 医療資源の効率的活用による地域医療提供体制の確保

29,422百万円(25,558百万円)

救急やへき地など医療資源を効率的に活用した地域医療提供体制の確保

(1) 小児救急医療体制をはじめとする救急医療体制の確保 8,948百万円

小児救急医療体制の更なる整備やドクターヘリ事業の拡充など救急医療体制の計画的かつ体系的な整備を図る。

- ドクターヘリ導入促進事業の拡充 1,103百万円
早期治療の開始と迅速な搬送による救命率の向上を図るため、ドクターヘリ(救急医療の専門医・看護師が同乗する救急専用ヘリコプター)事業の充実を図る。

(2) へき地などの保健医療対策の充実 2,321百万円

電話やインターネット等により、へき地・離島に勤務する医師に対する専門医による診療相談体制などの充実を図る。

3. 安全・安心で質の高い医療の基盤整備

31,321百万円(35,127百万円)

安全・安心で質の高い医療を提供し、国民の医療に対する信頼を確保するための基盤整備が図られるよう必要な施策を実施

(1) 医師、看護師等の資質向上 9,558百万円

- 医師等の再教育の実施(新規) 3百万円
行政処分を受けた医師等に再教育を実施する。
- 新人看護職員研修のあり方に関する検討会(新規) 5百万円
新人看護職員の資質を確保し向上させるための研修のしくみ等について検討を行う。
- 専門分野(がん・糖尿病)における質の高い看護師の育成事業の充実 201百万円
がん及び糖尿病の患者に対する看護ケアを充実するため、臨床実務研修の実施により、臨床実践能力の高い専門的な看護師の育成を図る。

- 看護職員の多様な勤務形態による就業促進事業（新規） 8百万円
 看護職員確保のため、多様な勤務形態により看護職員を活用している医療機関の事例の収集・紹介を行うとともに、医療機関の人事・労務担当者に対する普及研修を実施する。

(2) 終末期医療のあり方についての調査・検討（新規）	5百万円
-----------------------------	------

終末期医療に関する、国民、医療従事者、介護・福祉施設職員の意識の変化を調査し、患者の意思を尊重した望ましい終末期医療のあり方について検討を行う。

(3) 在宅緩和ケア対策の推進	214百万円
-----------------	--------

在宅療養患者とその家族の生活の質（QOL）の向上を目指し、在宅における緩和ケアを希望する患者等に対する総合的な相談・支援を行う在宅緩和ケア支援センターを新たに設置するとともに、医療従事者の研修や在宅ホスピスケア推進のためのアドバイザー派遣、普及啓発を実施する。

4. 医療分野における情報化の推進 803百万円（518百万円）

医療に関する情報を提供し、患者の選択を尊重した医療の実現を図るとともに、医療分野における情報化を推進
--

(1) 根拠に基づく医療（EBM）の推進	190百万円
----------------------	--------

根拠に基づく医療（EBM）が実践できるようインターネット等を活用し、最新で質の高い医療情報を医療関係者や患者・国民に提供する。（★厚生労働科学研究費補助金）

(2) 診療情報連携のための電子カルテシステムの普及	612百万円
----------------------------	--------

- 医療情報システムのための医療知識基盤データベースの研究開発（新規） 185百万円

IT化に伴い蓄積される医療情報から、臨床研究や診療に有用な情報を効率的に得るため、検索や解析を容易にする日本語版医療知識基盤データベースを研究開発する。

- 医療情報システムの相互運用性確保のための対向試験ツールの開発（新規）
140百万円
異なるメーカー間のシステムを相互接続することに資するよう、相手システムと支障なく情報のやりとりができるかどうかの確認を行うための試験ツールを開発し、その試験結果を公表することにより、医療情報システムの普及と標準化を併せて推進する。

- 診療情報連携のための電子カルテシステムの普及
229百万円
診療情報連携ネットワークの構築を効率的に推進するため、地域の医療機関が電子カルテの導入に必要な設備等を幅広く共同利用可能な体制を整備（共同利用型データセンター設置等）し、電子カルテ導入費用を軽減しつつ、情報連携に適した電子カルテシステムの普及を図る。

5. 医薬品・医療機器産業の国際競争力の強化

6,050百万円（4,603百万円）

国際的に魅力のある創薬環境の実現及び医薬品・医療機器産業ビジョンの実現に向けた取り組みの推進

(1) 優れた医薬品・医療機器の研究開発の推進等 5,198百万円

- 先端医療の実用化
1,861百万円
国際的に最先端の研究が進められている再生医療分野を含め、先端医療の実用化に資する基礎研究成果を臨床応用に向けて加速させるための研究を推進する。
(★厚生労働科学研究費補助金)

- 優れた医薬品・医療機器の研究開発の推進
3,330百万円
国民の保健医療水準の向上に資するよう我が国の医薬品・医療機器産業に係る研究開発を推進する。このため、質の高い臨床試験の実施そのものに対して研究資金を提供するほか、身体への負荷の低減を目指した医療機器の研究開発を推進する。
(★厚生労働科学研究費補助金)

- 後発医薬品の使用促進（新規）
7百万円
後発医薬品の使用を促進するため、後発医薬品の信頼性確保の観点から、メーカーに対して安定供給の実効的な指導を行うとともに、後発医薬品の品質等に関して医療関係者及び患者・国民に対して周知を図る。

(2) 治験を含む臨床研究実施環境の緊急整備・充実 852百万円

- 治験拠点病院の整備・充実（新規）
756百万円
医薬品の承認に不可欠な治験を推進するため、治験拠点病院を選定し、治験環境の整備・充実を5カ年計画で図り、国際競争力のある創薬環境を整備する。

- 治験コーディネーター等の養成 90百万円
治験の実施に当たり医師と患者とのパイプ役となり治験を円滑に進める治験コーディネーターの養成研修及び質の高い治験を効率的に行うために必要な治験データの収集や整理を担当するデータマネージャーの養成研修を実施する。
- 「臨床研究に関する倫理指針」遵守状況調査の実施（新規） 6百万円
臨床研究における被験者保護の観点から、厚生労働科学研究費補助金を受けている研究事業のうち、臨床研究を実施しているものを対象とした書面及び実地の調査を行う。

6. その他

(1) 国立高度専門医療センター及び独立行政法人国立病院機構における政策医療等の実施	98,870百万円
--	-----------

全国的な政策医療ネットワークを活用し、がん、循環器病等に関する高度先駆的医療、臨床研究、教育研修及び情報発信を推進する。

- 国立がんセンター東病院通院治療部（仮称）の設置（新規） 27百万円
平均在院日数の短縮、患者の身体的・経済的負担の軽減、がん医療水準の向上を図るため、抗がん剤投与の治療を外来で実施できるよう、国立がんセンター東病院に「通院治療部（仮称）」を設置する。

(2) 国立ハンセン病療養所の充実	39,619百万円
-------------------	-----------

居住者棟の更新築整備を推進するとともに、リハビリ体制を強化するなど、入所者に対する医療及び生活環境の充実を図る。

(3) 独立行政法人福祉医療機構の融資（社会・援護局一括計上）

- 福祉医療機構の医療貸付（融資）に係る貸付条件の改善
 - ・療養病床の介護老人保健施設への転換に係る貸付要件の緩和
 - ・有床診療所に係る貸付要件の緩和
- 貸付事業規模
貸付契約額 3,708億円（うち医療貸付 1,690億円）

(4) 経済連携協定の円滑な実施	12百万円
日比経済連携協定に基づく看護師・介護福祉士の受入（看護師）	

フィリピン人看護師候補者の円滑かつ適正な受入を実施する観点から、看護導入研修を実施するとともに、受入施設に対し巡回指導等を行う。（総事業費41百万円）

平成18年度補正予算の概要

(厚生労働省医政局)

(1)地域の小児科の医療機能の維持

小児初期救急センター施設・設備整備事業 3. 2億円

- 小児の軽症の救急患者について、従来の在宅当番医制や休日夜間急患センターに加えて、病院と連携し、その対応に当たる小児初期救急センターを整備することとし、施設・設備整備費用の一部を助成。

(2)小児科・産科の拠点病院づくりとネットワーク化

小児科・産科連携病院等病床転換施設・設備整備事業 2. 7億円

- 小児科・産科のネットワーク化のための連携病院の施設・設備整備費用の一部を助成。

(3)患者アクセスの支援

離島等患者宿泊施設施設・設備整備事業 1. 2億円

- 離島等アクセスが悪い地域の患者等が拠点病院などを利用するための患者宿泊施設の施設・設備整備費用の一部を助成。

(4)医療紛争の早期解決

産科無過失補償制度支援事業 1. 1億円

- 産科におけるいわゆる無過失補償制度の創設に向け、調査・制度設計等のための支援を行う。

(5)アスベスト対策

国立高度専門医療センター及び国立ハンセン病療養所におけるアスベスト対策経費 3. 6億円

- 労働安全衛生法施行令及び石綿障害予防規則の一部改正（平成18年9月1日施行）に伴うアスベスト含有の石綿等吹き付けが行われている建築物の撤去等に必要な経費。

参 考 法 令

○社会保障審議会令

(平成十二年六月七日)
(政令第二百八十二号)

(組織)

第一条 社会保障審議会(以下「審議会」という。)は、委員三十人以内で組織する。

- 2 審議会に、特別の事項を調査審議させるため必要があるときは、臨時委員を置くことができる。
- 3 審議会に、専門の事項を調査させるため必要があるときは、専門委員を置くことができる。

(委員等の任命)

第二条 委員及び臨時委員は、学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する。

- 2 専門委員は、当該専門の事項に関し学識経験のある者のうちから、厚生労働大臣が任命する。

(委員の任期等)

第三条 委員の任期は、二年とする。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

- 2 委員は、再任されることができる。
- 3 臨時委員は、その者の任命に係る当該特別の事項に関する調査審議が終了したときは、解任されるものとする。
- 4 専門委員は、その者の任命に係る当該専門の事項に関する調査が終了したときは、解任されるものとする。
- 5 委員、臨時委員及び専門委員は、非常勤とする。

(会長)

第四条 審議会に会長を置き、委員の互選により選任する。

- 2 会長は、会務を総理し、審議会を代表する。
- 3 会長に事故があるときは、あらかじめその指名する委員が、その職務を代理する。

(分科会)

第五条 審議会に、次の表の上欄に掲げる分科会を置き、これらの分科会の所掌事務は、審議会の所掌事務のうち、それぞれ同表の下欄に掲げるとおりとする。

名称	所掌事務
統計分科会	統計の総合的企画、調査及び研究、統計の改善及び整備並びに統計の知識の普及及び指導に関する事項を調査審議すること。

医療分科会	医療法(昭和二十三年法律第二百五号)の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。
福祉文化分科会	児童福祉法(昭和二十二年法律第百六十四号)、身体障害者福祉法(昭和二十四年法律第二百八十三号)及び社会福祉法(昭和二十六年法律第四十五号)第二百二十五条の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。
介護給付費分科会	介護保険法(平成九年法律第二百二十三号)及び介護保険法施行法(平成九年法律第二百二十四号)の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。
医療保険料率分科会	健康保険法(大正十一年法律第七十号)、船員保険法(昭和十四年法律第七十三号)及び健康保険法等の一部を改正する法律(昭和五十九年法律第七十七号)の規定によりその権限に属させられた事項を処理すること。

- 2 前項の表の上欄に掲げる分科会に属すべき委員、臨時委員及び専門委員は、厚生労働大臣が指名する。
- 3 分科会に分科会長を置き、当該分科会に属する委員の互選により選任する。
- 4 分科会長は、当該分科会の事務を掌理する。
- 5 分科会長に事故があるときは、当該分科会に属する委員又は臨時委員のうちから分科会長があらかじめ指名する者が、その職務を代理する。
- 6 審議会は、その定めるところにより、分科会の議決をもって審議会の議決とすることができる。

(部会)

第六条 審議会及び分科会は、その定めるところにより、部会を置くことができる。

- 2 部会に属すべき委員、臨時委員及び専門委員は、会長(分科会に置かれる部会にあつては、分科会長)が指名する。
- 3 部会に部会長を置き、当該部会に属する委員の互選により選任する。
- 4 部会長は、当該部会の事務を掌理する。
- 5 部会長に事故があるときは、当該部会に属する委員又は臨時委員のうちから部会長があらかじめ指名する者が、その職務を代理する。
- 6 審議会(分科会に置かれる部会にあつては、分科会。以下この項において同じ。)は、その定めるところにより、部会の議決をもって審議会の議決とすることができる。

(幹事)

第七条 審議会に、幹事を置く。

- 2 幹事は、関係行政機関の職員のうちから、厚生労働大臣が任命する。
- 3 幹事は、審議会の所掌事務について、委員を補佐する。

4 幹事は、非常勤とする。

(議事)

第八条 審議会は、委員及び議事に関係のある臨時委員の三分の一以上が出席しなければ、会議を開き、議決することができない。

2 審議会の議事は、委員及び議事に関係のある臨時委員で会議に出席したものの過半数で決し、可否同数のときは、会長の決するところによる。

3 前二項の規定は、分科会及び部会の議事に準用する。

(資料の提出等の要求)

第九条 審議会は、その所掌事務を遂行するため必要があると認めるときは、関係行政機関の長に対し、資料の提出、意見の表明、説明その他必要な協力を求めることができる。

(庶務)

第十条 審議会の庶務は、厚生労働省政策統括官において総括し、及び処理する。ただし、次の各号に掲げる分科会に係るものについては、それぞれ当該各号に定める課において処理する。

- 一 統計分科会 厚生労働省大臣官房統計情報部企画課
- 二 医療分科会 厚生労働省医政局総務課
- 三 福祉文化分科会 厚生労働省雇用均等・児童家庭局育成環境課
- 四 介護給付費分科会 厚生労働省老健局老人保健課
- 五 医療保険保険料率分科会 厚生労働省保険局総務課

(雑則)

第十一条 この政令に定めるもののほか、議事の手続その他審議会の運営に関し必要な事項は、会長が審議会に諮って定める。

附 則

- 1 この政令は、内閣法の一部を改正する法律(平成十一年法律第八十八号)の施行の日(平成十三年一月六日)から施行する。
- 2 平成十三年三月三十一日までの間は、第五条第一項中「厚生年金保険法(昭和二十九年法律第百十五号)及び国民年金法(昭和三十四年法律第百四十一号)」とあるのは、「国民年金法等の一部を改正する法律(平成十二年法律第十八号)」とする。

附 則 (平成一四年六月五日政令第一九七号) 抄

(施行期日)

第一条 この政令は、平成十五年四月一日から施行する。

附 則（平成一七年六月二九日政令第二二六号）抄

（施行期日）

第一条 この政令は、平成十七年七月一日から施行する。

附 則（平成一八年三月三〇日政令第九五号）抄

（施行期日）

第一条 この政令は、平成十八年四月一日から施行する。

後期高齢者医療に関する健保連の考え方

現在健保連では、平成 20 年 4 月の後期高齢者医療制度の創設に向けて、多角的な視点からその診療報酬のあり方等について議論しているところである。今後、各論ではさらに議論を深めることとなるが、ベースとなる考え方を現段階で取りまとめると以下の通りである。

＜基本的な考え方＞

- 慢性疾患を中心に複数の疾患（認知症も含む）を抱え、複数医療機関間の受診、検査・投薬の重複という傾向があり、終末期医療の問題も切実—といった後期高齢者の特性に配慮した医療が、患者の尊厳、安心、納得等が確保された上で、効率的に提供されることが重要である。
- そのためには、わかりやすい情報が適切に患者・家族へ提供されるとともに、提供される医療サービスが「病気の治療」から保健・医療・介護が一体的に提供される「生活を支えるサービス」を主体としたものに転換されていくことが重要である。
- また、診療報酬は、上記の後期高齢者の特性や望ましいサービス提供のあり方等を勘案し、74 歳以下の医療との整合性も視野に入れつつ、病院、診療所等それぞれの機能・役割の明確化と連携推進並びに包括払い方式の拡大をより一層進める等、後期高齢者の医療に相応しい体系とすべきである。

＜外来医療について＞

- 患者にとって信頼できるいわゆる「かかりつけ医」を持つことは、安心・納得の医療を受けるための有力な手段であり、特に後期高齢者の場合、複数医療機関間の受診、検査・投薬の重複といった医療の無駄と危険性の是正（患者にとっては最適な医療の享受）にもつながる。さらに、今日的には若年からの生活習慣病の予防を目的とした継続一貫した保健指導や重症化予防のための疾病管理についても重要な役割を果たすことが期待されるところである。

- しかし、「かかりつけ医」については、○欧米におけるいわゆる「家庭医」、「総合診療医」といった一定の専門的教育を受けた幅広い技術や能力を有する医師とは異なり、むしろ特定分野の専門技術を基盤としていること、○さらに、自由標榜制下で本人の専門分野と標榜している診療科目に乖離が見受けられること一など、その機能を有効に発揮させるために解決すべき多くの課題がある。
- これらの課題への対応に加え、新たな医療計画制度の着実な推進による医療連携体制の構築（病院・診療所の外来機能の分化促進を含む）や診療報酬点数の包括化一等を通じて、「かかりつけ医」に期待される機能を明確化していく取り組みが必要である。
- なお、イギリス等における「家庭医」に患者を登録させる方式についても、上記の課題解決に併せて検討されるべきであり、また、医療機関等へのフリーアクセスを一定程度、制限・制約することについても検討する必要がある。

<入院医療について>

- 平成18年度診療報酬改定で導入された医療療養病床における患者の特性（患者分類）に基づく包括払い点数（入院基本料）を、検証を踏まえて見直し、対象範囲を急性期以外の入院医療全体に拡大していくべきである。
- 「地域連携クリティカルパス」について、現在診療報酬上評価されている大腿骨頸部骨折における実績を踏まえつつ、その対象となる疾患の範囲を拡大し、地域におけるスムーズな医療連携を促進していくべきである。

<在宅医療について>

- 後期高齢者の心身の特性に配慮し、その安心を支えるためには、在宅（及び居住系施設）を中心とした保健・医療・介護の切れ目のない連携が重要かつ不可欠である。
- 24時間体制で在宅医療を支える中心的な存在として診療報酬上評価されている「在宅療養支援診療所」は、「かかりつけ医」の重要な機能の一つであり、今後とも整備・推進が図られるべきで

あるが、その求められる機能に即した実態になっているかどうかの検証も必要である。なお、現在届け出が診療所に限られていることの是非についても検討するべきである。

- 患者の居所（医療施設、介護施設、有料老人ホーム、在宅等）にかかわらず、適切な医療、介護サービスが弾力的に提供されるよう、診療報酬、介護報酬の関係を整理し、見直すべきである。

<ホテルコストについて>

- 病院等におけるホテルコストについては、在宅医療推進の観点から、在宅と施設との整合性を図るべきである。

<終末期医療について>

- 終末期医療については、単に医療費抑制の観点から捉えるのではなく、むしろ医療提供体制のあり方や医の倫理、患者の尊厳・選択等も含めて幅広く総合的に検討する必要がある。
- 法制面の課題等も含めたガイドラインの作成や、適切な終末期医療の提供に向けた疾患・病態（例えば、がん、認知症等）ごとのプロセスに応じたキメ細やかな検討等が必要である。
- 終末期医療に向き合う患者や家族の視点に立って、リビングウィル（尊厳死宣言書）の普及やホスピス等施設整備にも積極的に取り組むべきである。

<薬剤給付の適正化について>

- 後期高齢者への医薬品の重複給付の防止等、適正な医薬分業のあり方、特に分業の「質」を高めるための見直しが必要である。
- 慢性疾患が多い後期高齢者医療においては特に、後発医薬品の普及促進を図るとともに、代替調剤の促進策も検討する必要がある。

<その他>

- 私たちは、新たな後期高齢者医療制度について、当初から、制度運営に費用負担者が参画することの重要性を主張してきた。後期高齢者の診療報酬を議論するにあたって、その前提の下に取り組んで参りたい。

2007年3月9日

社会保障審議会医療部会
部会長 鴨下 重彦 殿

社会保障審議会医療部会
委員 堤 健吾

後期高齢者医療の在り方について

後期高齢者医療の在り方に関する「基本的な考え方」の取りまとめにあたって、下記のとおり、意見を提出いたします。

記

1. 後期高齢者に対しては、その心身の特性を重視し、加齢に伴う身体機能低下の進度、疾病の状況などを体系だて、適切に医療を提供していくことが必要である。
2. 基本的な視点として、「生活の中の医療」「尊厳に配慮した医療」「安心できる医療」に加え、制度の持続可能性を高める観点から「効率的・効果的な医療提供」の視点が不可欠であり、以下の点を踏まえ、新たな診療報酬体系を構築すべきである。
 - (1) 外来も含めた包括的な診療報酬体系の構築
 - (2) 客観的な基準に基づいた「かかりつけ医」制度の導入
 - (3) ICTを活用した医療の透明性の確保
 - (4) 医療と介護の役割の明確化と適切な連携、民間の創意工夫の活用

以上

後期高齢者医療制度に対する基本的な考え方

社団法人 日本歯科医師会

1. 本制度への歯科医療の役割と使命

1) 健康寿命の延伸

後期高齢者の心身の特性（資料1）を踏まえ、また、国民の一人一人の立場になって、本医療制度を考えたとき、その目的は健康寿命の延伸であると考えます。

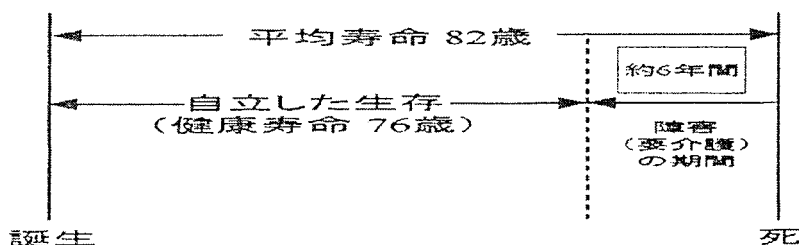
日本の平均寿命は男女平均で82歳であるが、健康寿命は76歳である。平均して最後の約6年間は病床または要介護の生活を強いられている。

この健康寿命を平均寿命に近づけることが本制度の基本的な使命と考えます。

* 健康寿命を平均寿命まで

健康寿命を平均寿命まで

活動的で自立した状態（心身ともに）で生存できる期間



そのための歯科医療の役割

歯科医療は健康寿命の延伸のために、高齢者の口腔機能を回復させ、さらに、その維持のために継続的な口腔管理を進めて、8020達成者を増加させる。

その結果として、生活のQOLおよびADLも向上し、社会的行動が積極化する（資料2）。さらに、全身の健康の維持増進に貢献し、その結果の一つとして、医療費の減少が見られる（資料3）。

* 8020達成で一人でも多くの元気な高齢者を
（噛むことは健康の源）

2) 有病者・要介護者の生活を守る

入院中の患者や要介護者の口腔内は極めて悲惨な状況となる危険がある(資料4)。すなわち、口腔清掃の不全による衛生状態の悪化は、う蝕の多発、歯周病の進行を早め、歯の喪失、咀嚼力の低下のみならず、口腔機能全体の低下を引き起こす。

その結果、栄養摂取の低下によって低栄養状態となり、全身に影響を及ぼすこととなる。(資料5) さらに、不潔な状況と嚥下機能の低下と相俟って、誤嚥性肺炎を高い確率で引き起こす危険がある。(資料6)

生活面から見ると、発音機能の低下により会話の楽しみを失い、さらに、咀嚼嚥下機能の低下により、楽しく美味しく食べるという最高のQOLを失うこととなる。

これを防ぐために、入院、入所、また居宅の高齢者に対する歯科の役割は重大で、かつ不可欠のものとする。

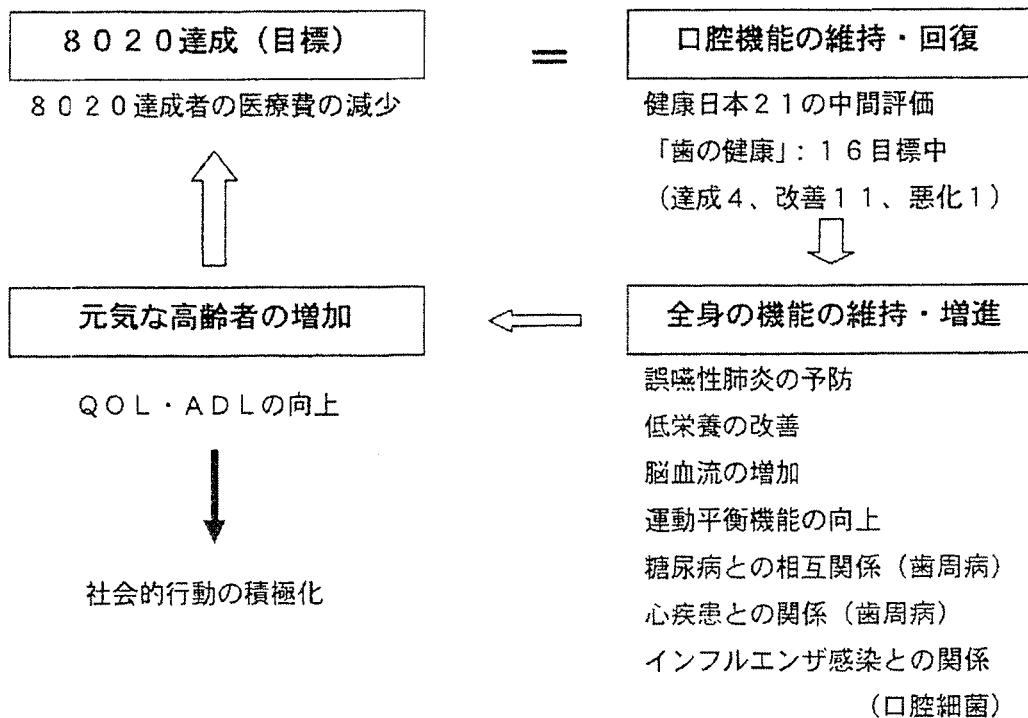
*** 口腔管理と食の維持で生活の質を守り向上させる**

3) 看取りの歯科医療の確立(ターミナル・デンティストリー)

「食」は人間としての尊厳を守るための大切な営みであり、歯科は最後までこれを支える。

*** 「昨日食べたものが美味しかった」と言って逝かれるために**

歯科医療の役割と使命



2. 本制度における歯科医療の課題

1) 口腔機能の維持・回復のための診療行為の評価

口腔の状態が75歳から急に変化することではないので、成人期からの制度の連続性が不可欠である。

特に、歯周病治療、口腔機能維持のための専門家による口腔管理（口腔ケア）（資料7）の評価が必要である。

さらに、機能回復と維持のためのリハビリテーションの評価が求められる。

2) 高齢者の歯科受診率の向上

高齢者になるほど歯科受診率が減少する（資料8）。また、高齢化率の伸びほど歯科医療費は増えていない（資料9）。

本制度の目的達成のためには、高齢者への教育的アプローチ（口腔機能の大切さを伝える）が必要であり、さらに、受診率を向上させるために健診により受診の必要性の理解を深めることが必要である。

また、リスクの増加する高齢者への手厚い医療提供とその評価が必要である。

* 75歳節目健診「後期高齢者口腔診断」

3) 歯科訪問診療の拡充

診療報酬制度に新たな歯科訪問診療のための対応策が必要である。

専門家による口腔管理（口腔ケア）の評価が全て高齢者に必要であるが、特に要介護者に対しては強く求められる。

4) 診療報酬体系の基本的な在り方

診療報酬体系の具体的な内容についての基本的な在り方について述べる。

- ① 新たな制度が現行制度との連続性を欠いてはならない。
- ② 歯科医療は細かな技術の積み重ねであり、基本的に出来高払いを堅持する。
- ③ 訪問歯科診療推進のために、かかりつけ歯科医機能を支える「地域歯科医療センター」、並びに関連する医療、介護等との連携複合体としての地域連携センターを確立し、これを評価する。
- ④ 現制度の利点（フリーアクセス等）を守り、それらを阻害しかねない制度（人頭割り等）には反対する。

後期高齢者の心身の特徴

1. 全身的特徴

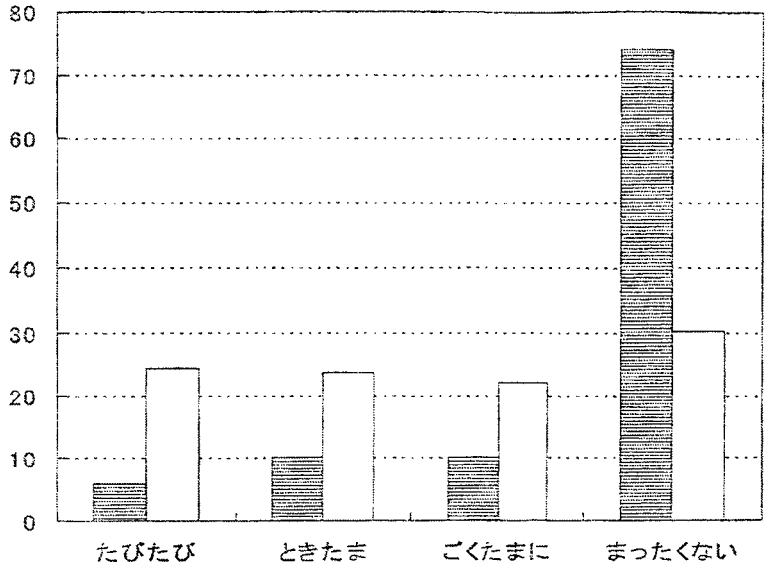
- 1) 生理的機能の低下（生活機能の低下）
運動能力、反射、抵抗力（免疫機能）の低下
- 2) 精神機能の低下（認知・理解能力の低下）
認知症状、うつ症状、情緒不安定、忍耐力の低下
- 3) 全身疾患の増加
循環器系疾患（高血圧・心疾患・脳血管疾患）・糖尿病等の代謝系疾患
呼吸器系疾患、多剤服薬

2. 口腔の特徴

- 1) 口腔機能の低下
咀嚼嚥下機能の低下、発声障害、表情発現の減退
唾液分泌の低下——口腔乾燥症
- 2) 口腔環境の悪化
口腔清掃状態の劣化——口腔疾患の進行、誤嚥性肺炎の誘発、口臭
顎堤吸収
- 3) 口腔疾患の進行
歯周疾患の進行
根面う蝕の多発、歯の咬耗・摩耗の進行
歯の欠損の増加

資料2①

手紙を書くか？

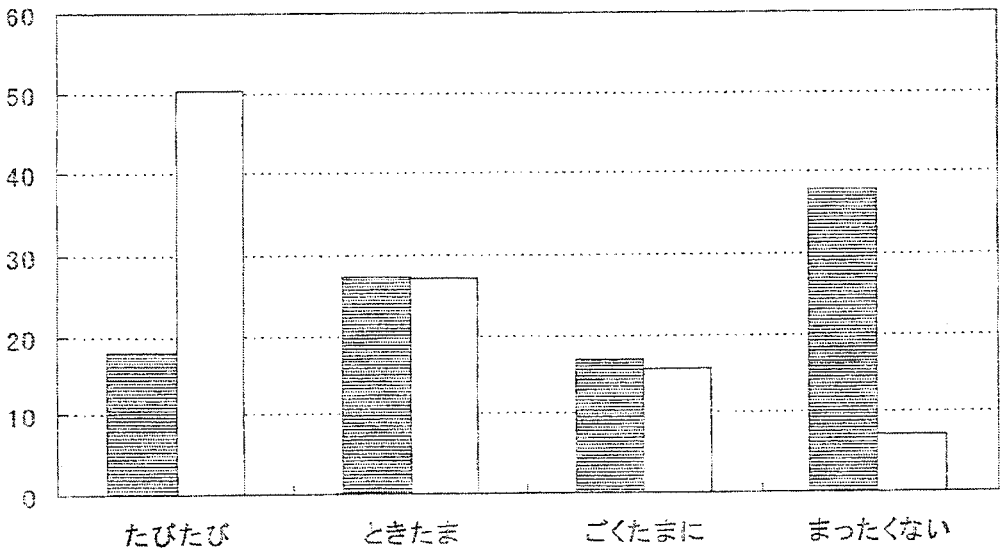


静岡県80歳以上在宅高齢者の生活と健康(県立大調査)

■ 80一般者
□ 8020者

	たびたび	ときたま	ごくたまに	まったくない
80一般者	5.9	10	10	74
8020者	24.2	23.5	21.9	30.3

電話をかけるか？

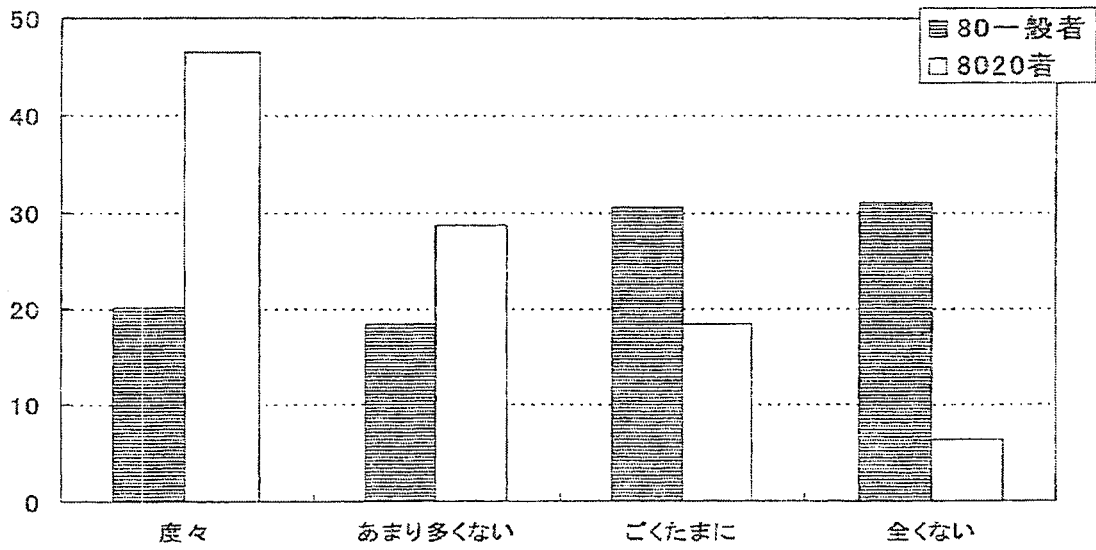


■ 80一般者
□ 8020者

	たびたび	ときたま	ごくたまに	まったくない
80一般者	18	27.4	16.9	37.7
8020者	50.3	27.1	15.5	7.1

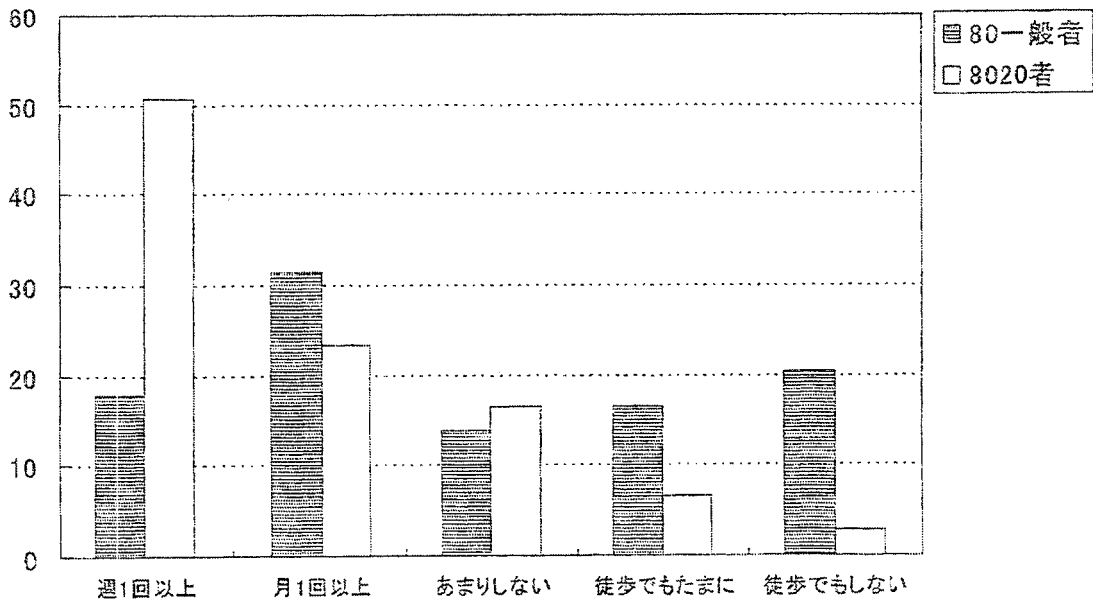
資料2②

親しい人をたずねていくか？



	時々	あまり多くない	ごくたまに	全くない
80一般者	20.1	18.3	30.6	31.1
8020者	46.5	29.8	18.4	6.3

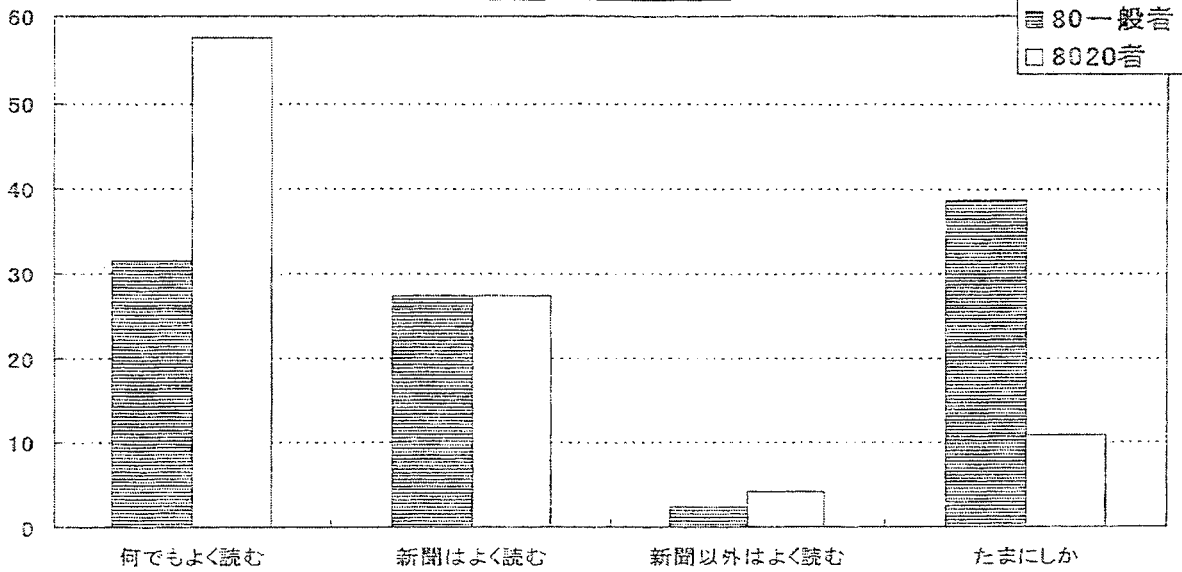
乗り物で外出するか？



	週1回以上	月1回以上	あまりしない	徒歩でもたまに	徒歩でもしない
80一般者	17.8	31.5	13.7	16.4	20.5
8020者	50.6	23.5	16.5	6.5	2.9

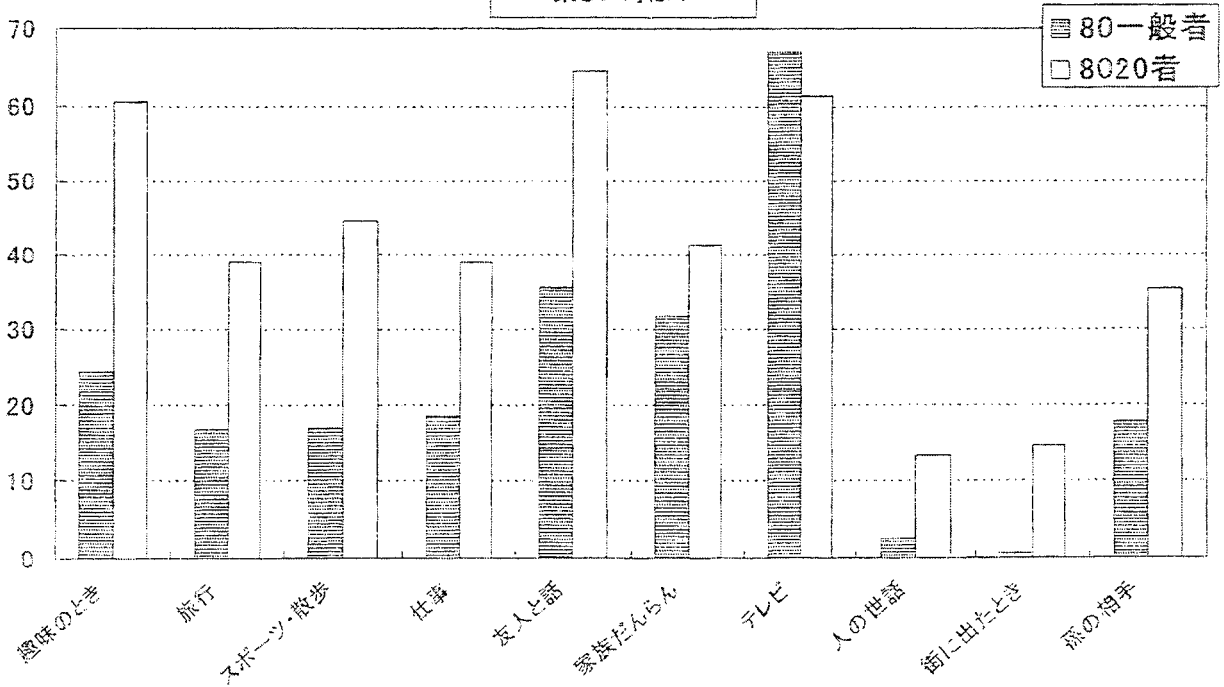
資料2③

新聞・本を読むか？



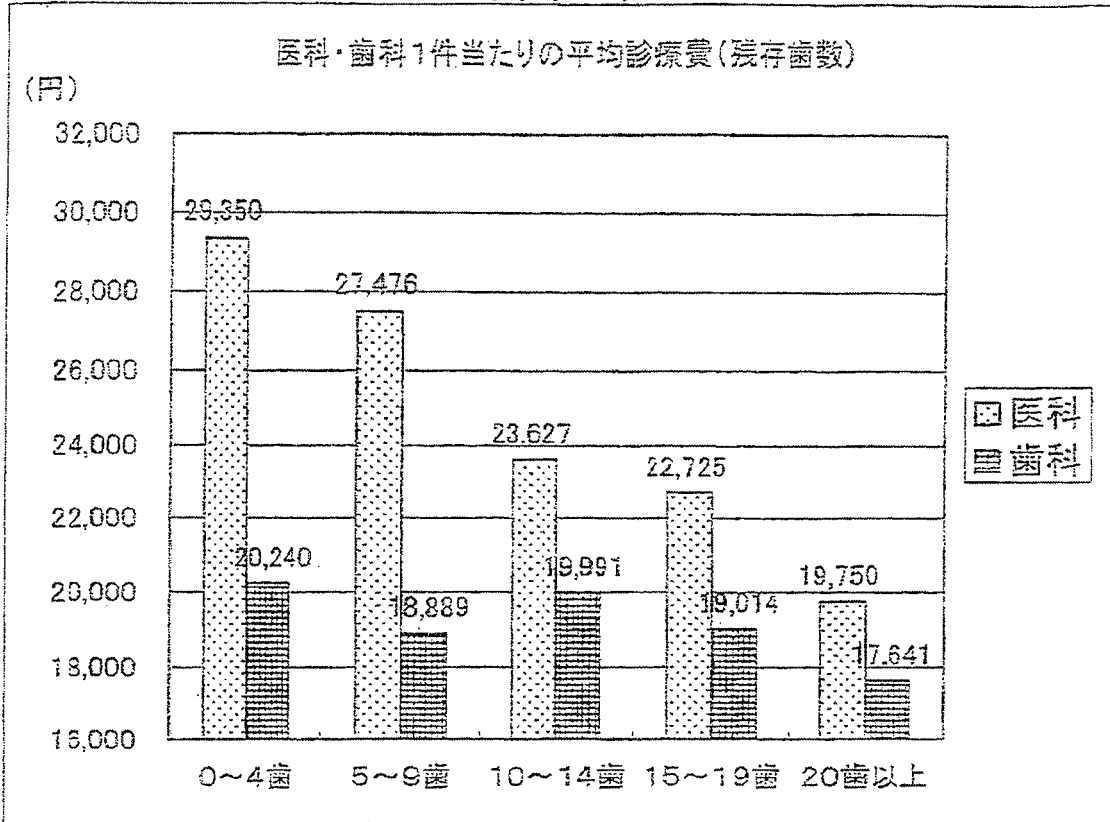
	何でもよく読む	新聞をよく読む	新聞以外はよく読む	たまにしか
80一般者	31.5	27.4	2.3	38.8
8020者	57.6	27.3	4.2	10.9

楽しい時は？

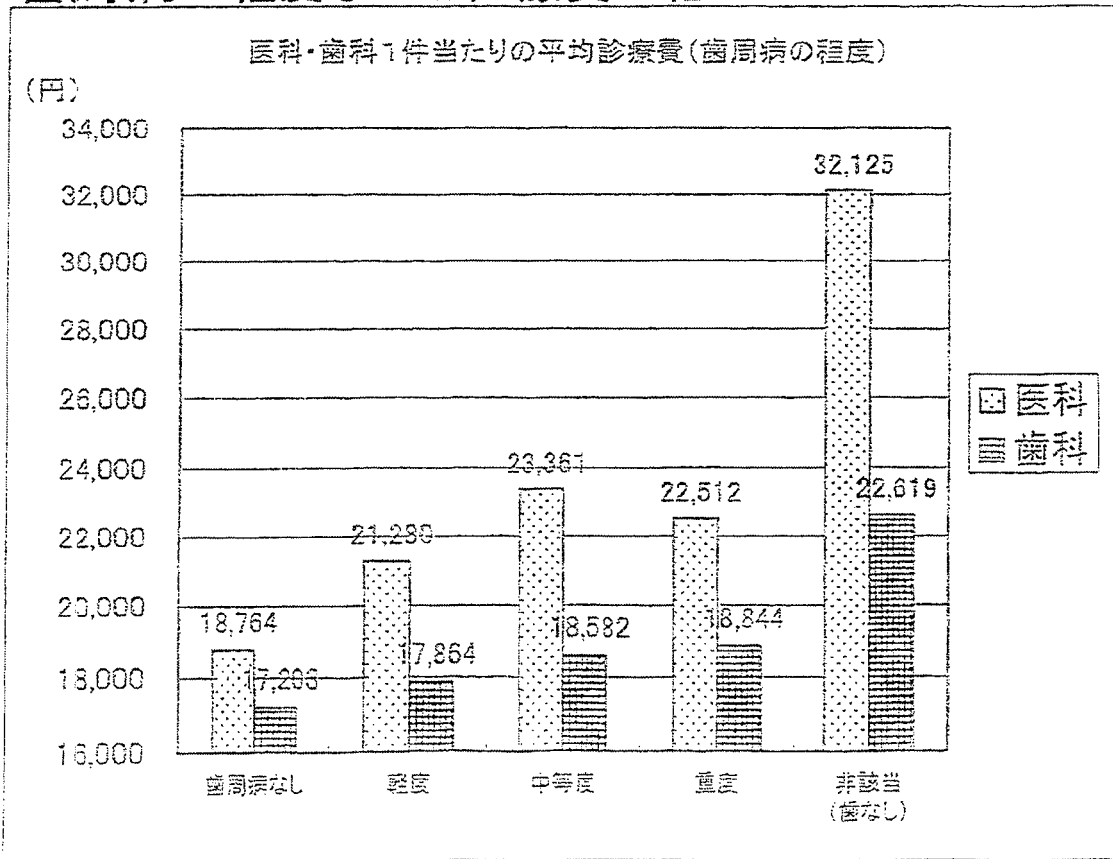


	趣味のとき	旅行	スポーツ・散歩	仕事	友人と話	家族だんらん	テレビ	人の世話	街に出たとき	孫の相手
80一般者	24.4	16.9	17.1	18.5	35.4	31.7	66.9	2.5	0.7	17.8
8020者	60.5	38.9	44.4	38.9	64.4	41.2	61.1	13.4	14.7	35.3

歯の数が多いほど医療費は低い



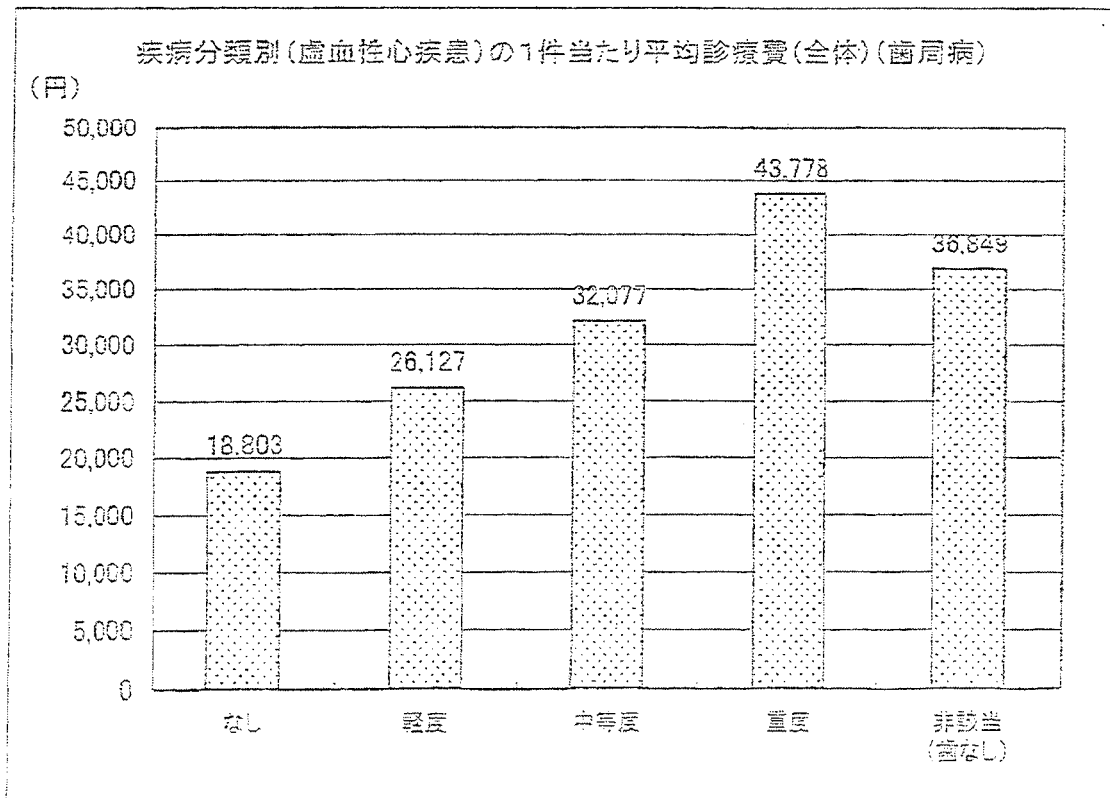
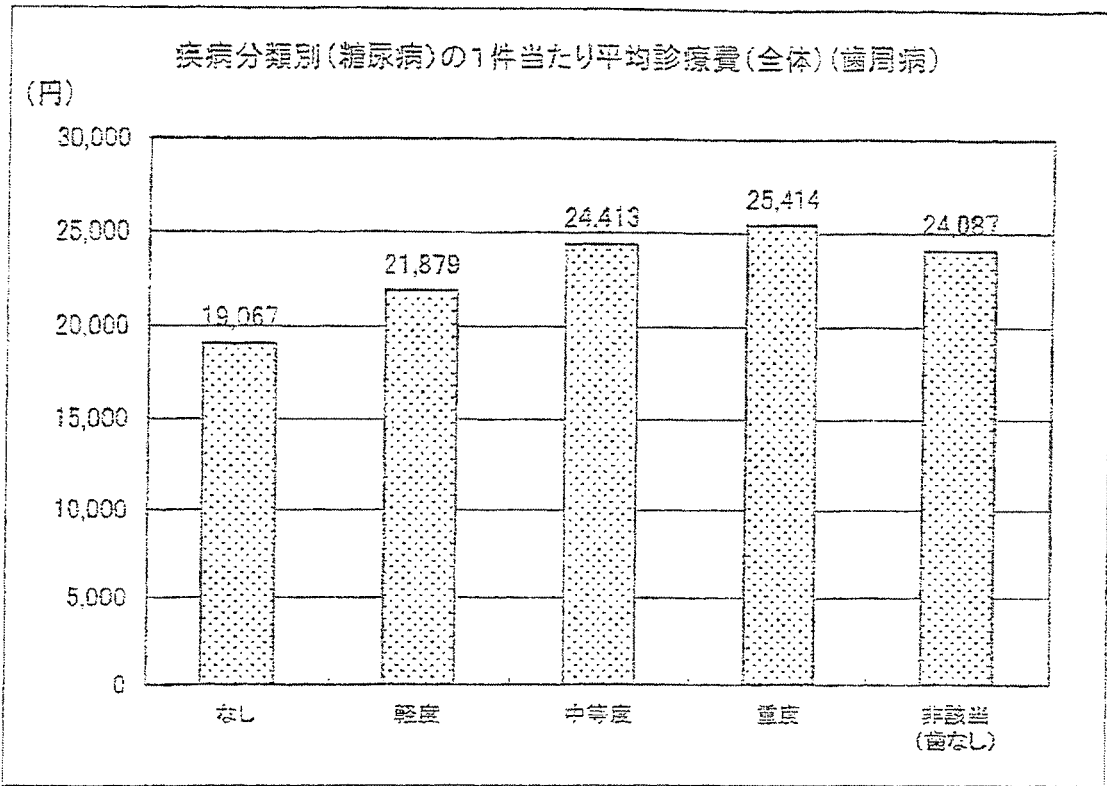
歯周病が軽度なほど医療費は低い



「高齢者における歯の健康と医療費に関する意識調査」
香川県老人医療費適正化に関する検討委員会(平成17年7月)

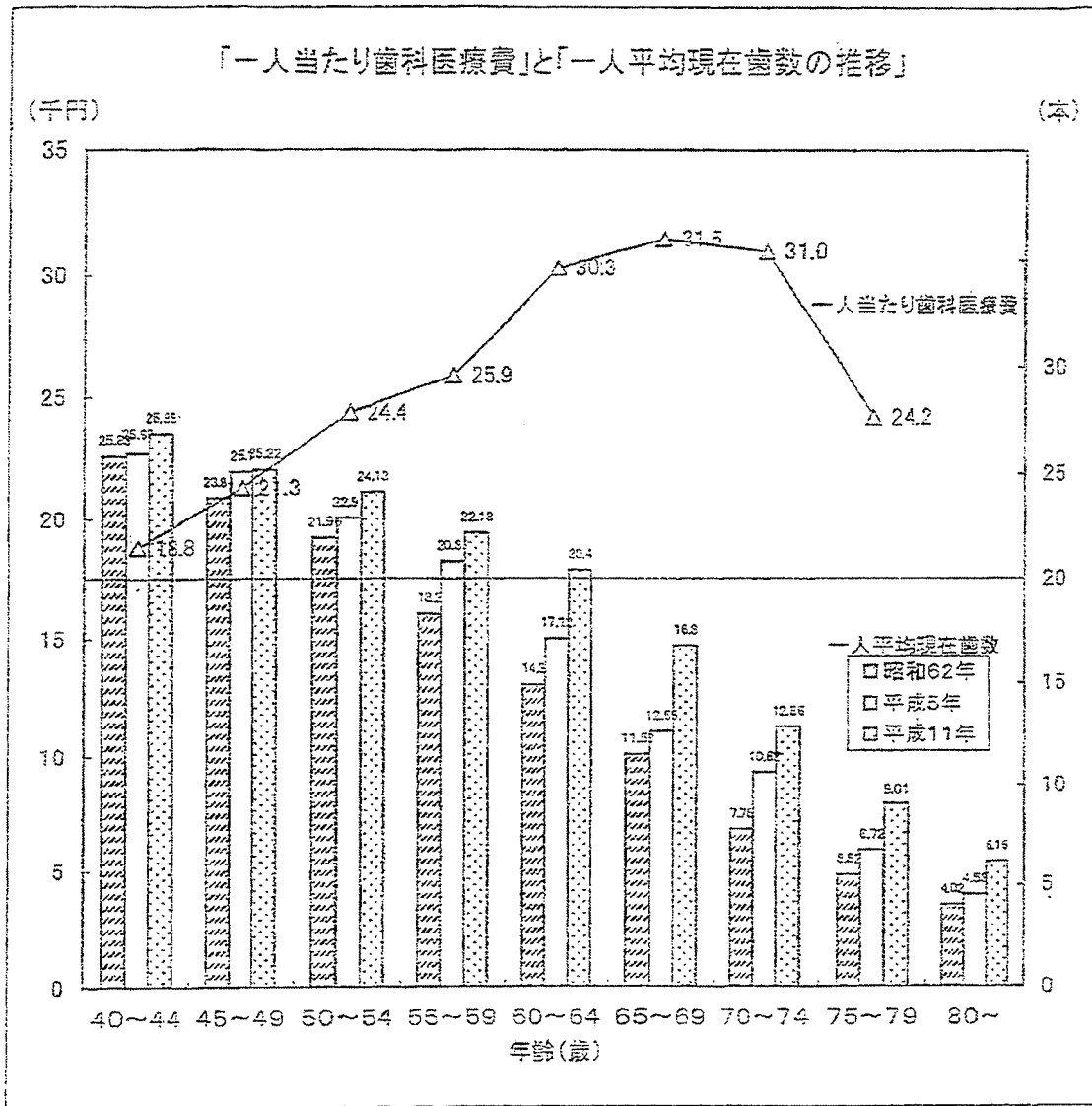
生活習慣病、特に糖尿病と虚血性心疾患において
医療費の差が大きい

—歯周病が軽度なほど医療費は低い—



「高齢者における歯の健康と医療費に関する実態調査」
香川県老人医療費適正化に関する検討委員会(平成17年7月)

65歳以上は20本以下 ⇨ 歯が少ないほど医療費が高い



資料：歯科疾患実態調査(昭和62年、平成5年、平成11年)
国民医療費(平成15年度)

高齢者の負担増は受診抑制 ⇨ 重症化による医療費増
歯が健康なほど医療費が低いことが分かりました。

また、歯の健康は糖尿病や心疾患などの生活習慣病と
関連があります。

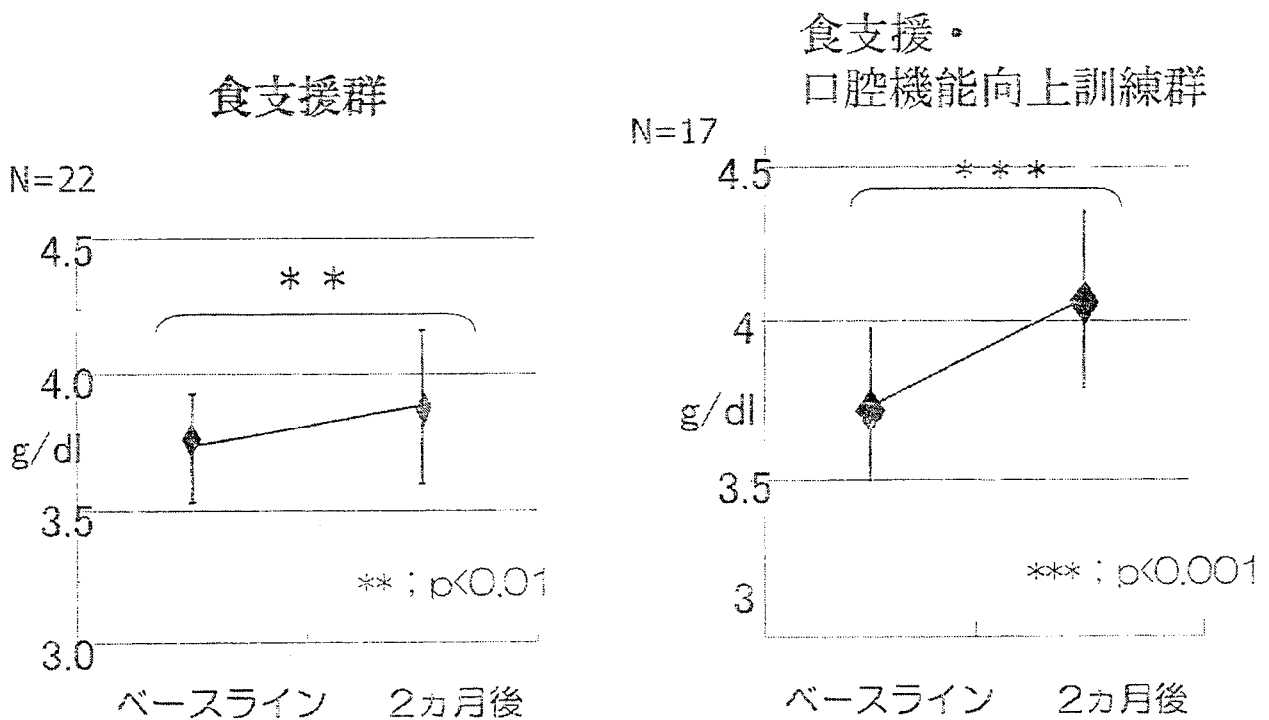
従って、国の生活習慣病対策の中に、歯周病予防を
組み入れることが必要です。

要介護者の口腔の現状

要介護者の口腔の環境は
誰かがケアをしない限り
悪くなることはあっても
自然に改善することはない。
そして心も老化してしまう。
口腔は死を迎えるまで大切な器官である。

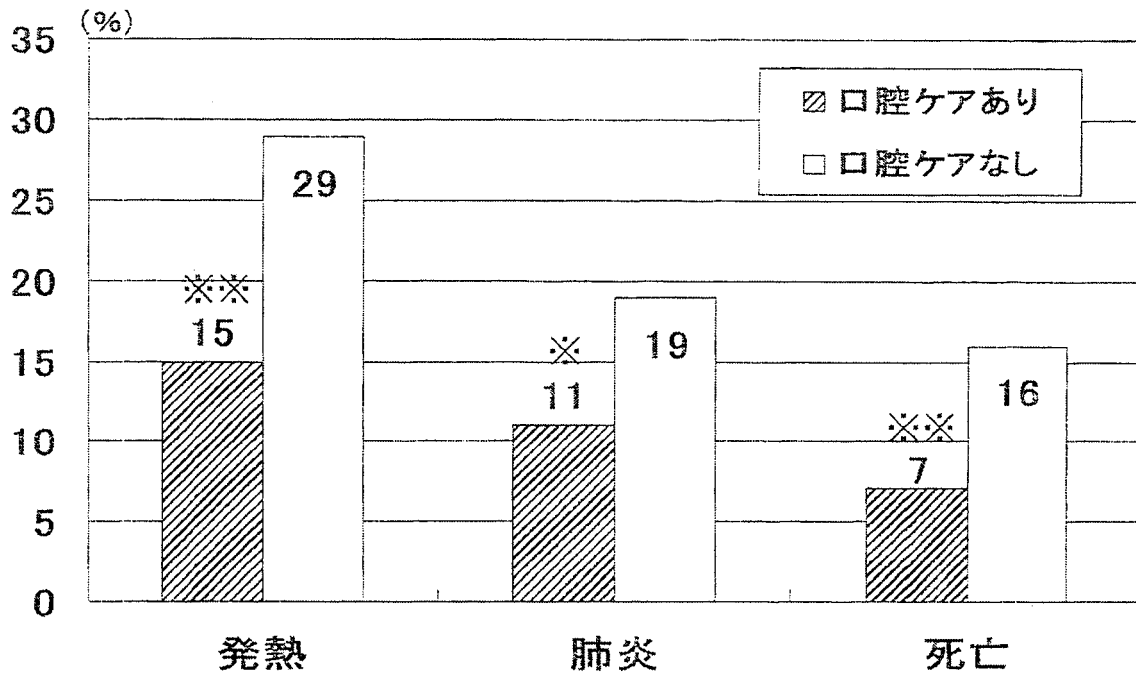
1. 歯科治療が必要な人は多いが、
2. 治療を受けている人は少ない。
3. 治療とケアが一体になった時の効果について知られていない

血清アルブミンの変化



平成16年度厚生労働省未来志向研究プロジェクト(菊谷ら、老年歯学、2005.)

資料6①

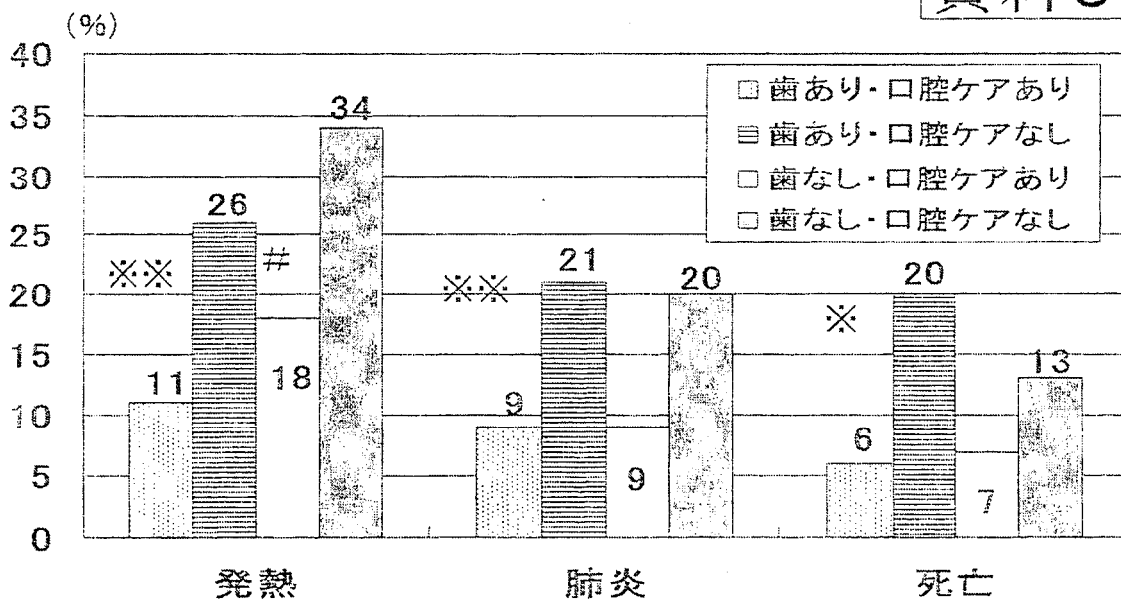


(注) 口腔ケアあり: 184人(男性36人・女性148人)、年齢82.0(±7.8歳)、ADL16.3(±6.5)、MMSE13.6(±6.9)
 口腔ケアなし: 182人(男性37人・女性145人)、年齢82.1(±7.5歳)、ADL16.2(±6.7)、MMSE13.9(±6.9)

※P<0.05、※※P<0.01、 vs. 口腔ケアなし

出典: 米山武義ら、要介護高齢者に対する口腔衛生の誤嚥性肺炎予防効果に関する研究 日歯医学会誌: 20, 58-68, 2001

資料6②



(注) 歯あり・口腔ケアあり: 109人(男性27人・女性82人)、年齢79.9(±7.9歳)、ADL17.1(±6.3)、MMSE14.8(±8.5)
 歯あり・口腔ケアなし: 99人(男性19人・女性80人)、年齢79.3(±7.6歳)、ADL16.7(±6.8)、MMSE15.3(±9.9)
 歯なし・口腔ケアあり: 75人(男性12人・女性63人)、年齢84.3(±7.4歳)、ADL15.8(±6.5)、MMSE12.7(±7.8)
 歯なし・口腔ケアなし: 83人(男性15人・女性68人)、年齢84.9(±7.1歳)、ADL16.0(±6.9)、MMSE12.4(±9.2)

※P<0.05、※※P<0.01、#P<0.05 vs. 口腔ケアなし

口腔ケア

広義には

口腔の持つ、種々の働き(機能)が障害された場合、これらの働きがより健全に機能するよう手当て(ケア)をすること。

狭義には

口腔内の衛生状態を改善し、口腔疾患と口腔内に起因する全身疾患の予防に努めること。

歯科医師とともに歯科衛生士が重要な役割を担う。

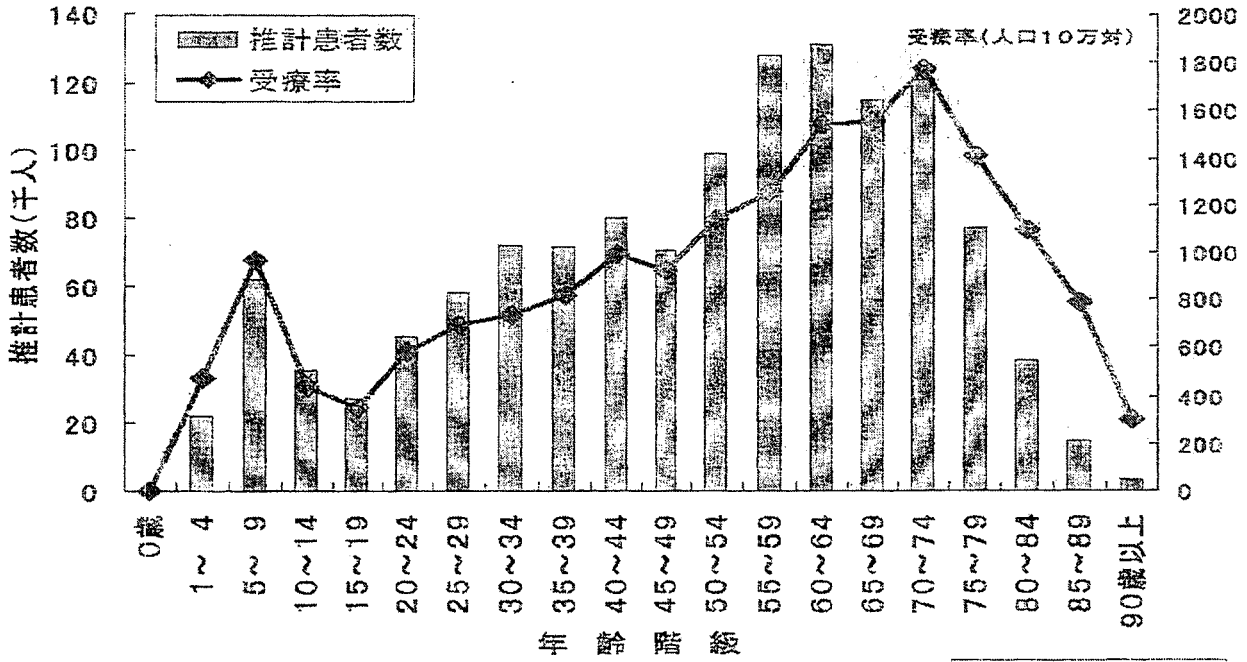
専門的口腔ケア(口腔管理)の内容

- 口腔清掃(バイオフィルム除去)
- 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

資料8①

年齢階級別歯科推計患者数及び受療率

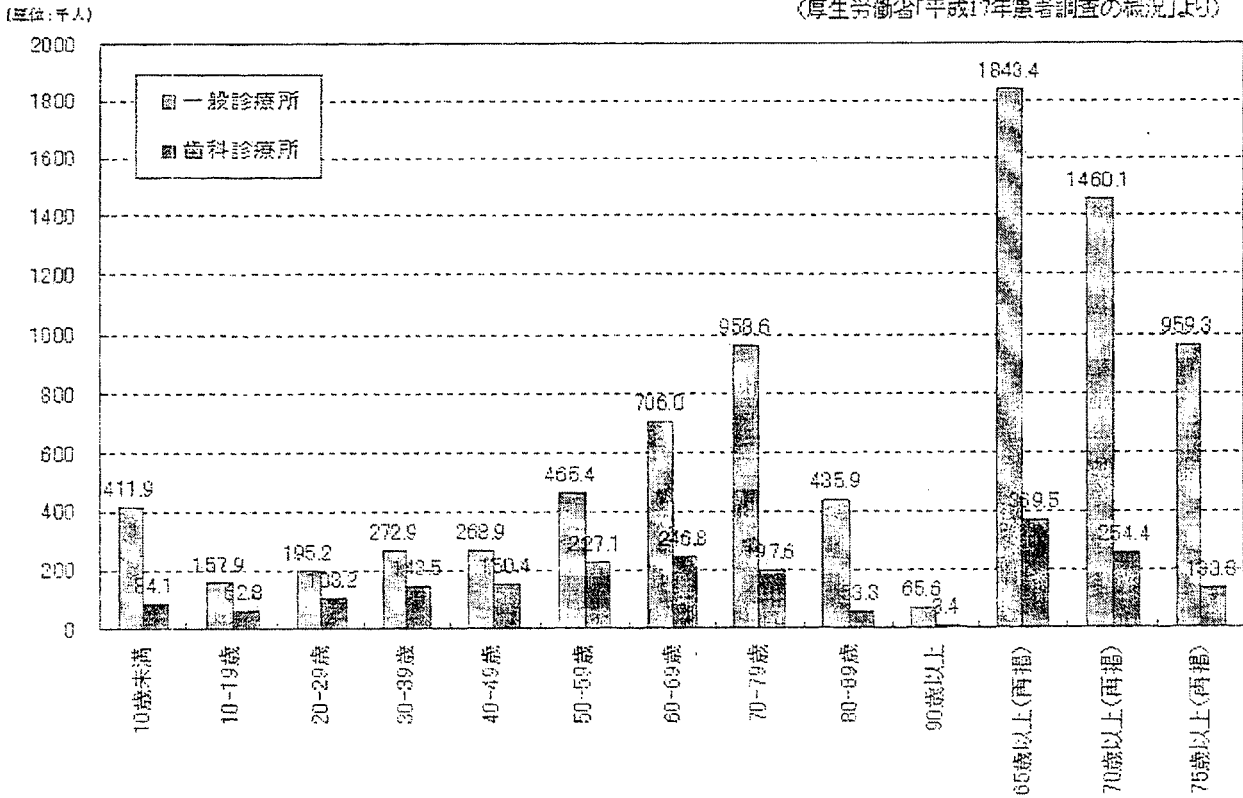
資料：平成17年患者調査



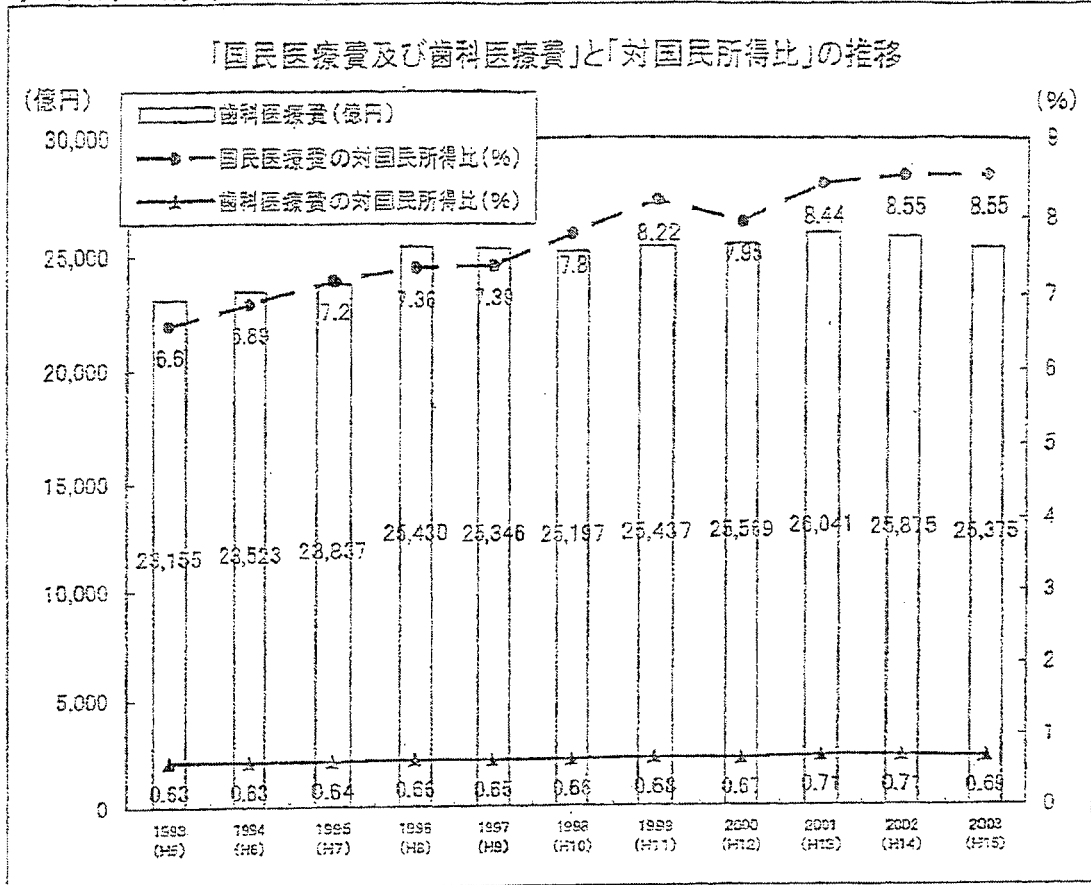
資料8②

年齢階級別にみた施設の種類の推計患者数(外来)

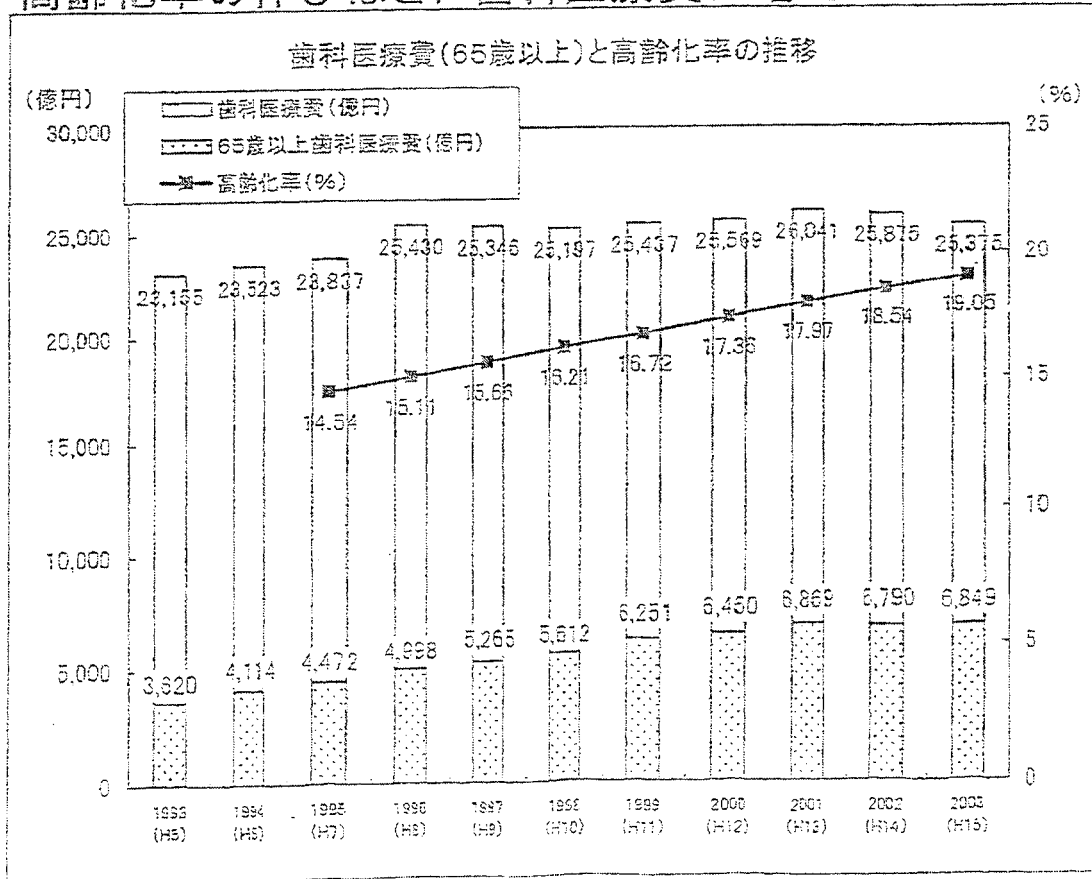
(厚生労働省「平成17年患者調査の概況」より)



国民医療費の伸びほどに歯科医療費は増えていない



高齢化率の伸びほどに歯科医療費は増えていない



後期高齢者医療の在り方に関する日本看護協会の意見

1. 後期高齢者が 24 時間 365 日安心・納得できる訪問看護の拡充
2. 多様な居住の場における看取りの推進と地域連携、施設体系の整備
3. 終末期等における過剰な医療の見直し

1. 後期高齢者が 24 時間 365 日安心・納得できる訪問看護の拡充 【資料 1】

【1】 24 時間体制・ターミナルケアを提供する訪問看護ステーションの適正な評価

訪問看護に係る現行の制度では、1)24 時間体制の加算が低い、2)夜間・早朝の緊急訪問の加算がない、3)ターミナルケアの評価が低い、4)週 4 日以上訪問看護は対象者が制限される、等により、医療ニーズが高い終末期等の後期高齢者への、十分なサービスの提供が困難である。訪問看護ステーションの質と量の拡充に向けて、24 時間体制で医療ニーズの高い利用者を看護する事業所が適正な評価を受ける必要がある。

【2】 訪問看護ステーションにおける衛生材料*の常備

薬事法に規定されている衛生材料の取り扱いを緩和し、処置の実施者である訪問看護師が常備する。*生理食塩水、キシロカインゼリー、消毒液、尿道カテーテル、点滴セット等

【3】 訪問看護の裁量を拡大

- 「療養上の世話」に関する医師の指示を解除し、栄養摂取や清潔の保持など療養指導を看護師の裁量とする。
- 緩和ケアの疼痛管理において、麻薬投与の包括指示に関するガイドラインの策定を行う。
- 往診による死亡診断が困難な実態を踏まえ、看取りの諸制度の見直しとガイドラインの策定を行う。

【4】 拠点訪問看護ステーションの設立、かかりつけ訪問看護ステーションの推進

- 拠点訪問看護ステーションは、後期高齢者の疾病管理を担う拠点機関として、市町村を単位として、24 時間体制で専門性の高い看護職を配置、一定の薬剤・特定保険医療材料を管理し、かかりつけ訪問看護ステーションへのコンサルテーションや困難事例への対応を行う。
- かかりつけ訪問看護ステーションは、拠点訪問看護ステーションにより振り分けられた後期高齢者の、疾患の管理や家族への相談・指導を実施する。

【5】 訪問看護を担う人材の養成

- 訪問看護の質の向上に向けて、研修体制を整備する。
- 訪問看護認定看護師を活用する。

2. 多様な居住の場における看取りの推進と地域連携、施設体系の整備 【資料 2】

【1】 在宅移行支援の評価

病院から在宅へ切れ目ない安心の療養生活が送れるよう、病院と診療所・訪問看護等の連携を推進する。入院当初から在宅ケアまでの地域連携クリティカルパスの開発と普及、病院の退院調整部門の拡充、退院当日の居宅への訪問看護を実施可能とする。

【2】 小規模の療養生活支援ホーム（ナーシングホーム）の創設

疾患の管理が必要な場合でも、施設でない、自宅のような暮らしと看取りの場が必要である。療養通所介護の機能を拡大し、医療ニーズが高い利用者を中心に看取りまで受け入れる。

【3】 急性増悪時の後方病床の整備

家族の介護負担や急変時の対応の必要性を鑑み、高齢者や家族が負担なく自宅での看取りが可能となるまで当面の間、有床診療所等に在宅ターミナル高齢者の入院要請への体制整備を行う。

3. 終末期等における過剰な医療の見直し 【資料 3】

【1】 過剰な医療の見直し

後期高齢者の心身の特性を踏まえ、合併症の予防、苦痛の緩和など、QOL 向上に寄与する総合的ケアの視点を重視する。後期高齢者は医療と介護のニーズを併せもつことから医療保険と介護保険の一体的運用について具体的な検討を行う。

【2】 受益者参加型の療養計画

療養計画の策定には、看護師及び後期高齢者・家族を含め、個別性を尊重しニーズに応じた療養が選択できるようにする。かかりつけ訪問看護ステーションが、療養方針の選択に係る情報提供と意思決定の支援を提供する。

以上

参考資料

社団法人 日本看護協会

【1】24時間体制・ターミナルケアを提供する訪問看護ステーションの評価

○ 持続点滴や尿道留置カテーテルのトラブル、認知症による不穏行動など、医療ニーズの高い利用者は夜間に訪問看護が必要な場合が多い。医療保険の「24時間連絡体制加算」は、1月につき2,500円(介護保険「緊急時訪問看護加算」は5,400円)。サービスに見合った報酬ではなく、経営上、24時間体制をとることが困難。

○ ターミナルケアとは、終末期の医療処置、水分・栄養管理、排泄コントロール、痛みの緩和のための療養指導、本人・家族への心理的サポート、死後の処置、遺族への精神的支援などである。

※訪問看護の「ターミナルケア加算」は15,000円だが、医師の「在宅ターミナルケア加算」は、看取りに立ち会うと100,000円

【2】訪問看護ステーションにおける衛生材料※の常備

○ 褥瘡の処置、尿道留置カテーテルの交換、点滴など、処置をする看護師が、薬事法により衛生材料を管理できないことにより、患者負担の増大と迅速な処置対応の阻害による在宅医療の質の低下をきたしている。夜間の尿閉、点滴のつまりなどのトラブルが発生した場合、訪問看護ステーションに衛生材料を常備していないため、すみやかに的確な対応を行うことが困難。救急車で病院に搬送する例もある。

⇒薬事法に規定されている衛生材料の取り扱いを緩和し、処置の実施者である訪問看護師が常備できるようにする必要がある。

※衛生材料:生理食塩水、キシロカインゼリー(尿道カテーテル交換に使用)、消毒液、尿道カテーテル、点滴セット等

【3】 訪問看護の裁量を拡大

- 訪問看護指示書には、療養生活に関する指示は出ていない。「療養上の世話」に関する医師の指示を解除し、栄養摂取や清潔の保持など療養指導を看護師の裁量とする。
- 緩和ケアの疼痛管理において、麻薬投与の包括指示に関するガイドラインの策定を行う。
- 往診による死亡診断が困難な実態を踏まえ、看取りの諸制度の見直しとガイドラインの策定を行う。

※ その他の訪問看護の評価における課題

- 退院調整の評価が低い。認知症や医療機器を装着したまま退院となる神経難病、がん末期の患者等、在宅に向けた退院指導が1回(6,000円)しか算定できない。2回目以降は無償となっている。
※医師の場合は10,000円2回まで算定可
- 退院当日の訪問看護が認められていない。重症度の高い患者(がん末期、神経難病等)には無償で実施している実態がある。
- 週4回以上の訪問の対象者が限定されている。
インシュリン注射、胃ろう・経管栄養・吸引・吸入等のケアは、毎日訪問が必要

【4】 地域連携の推進 ⇒ 拠点訪問看護ステーション※の設立

かかりつけ訪問看護ステーションの推進

【説明】

地域包括支援センターと拠点訪問看護ステーションが連携する。

一人ひとりの高齢者がかかりつけ訪問看護ステーションが担当し、疾患の管理や家族への相談・指導などを行う。地域包括支援センターでは、年1回の生活機能評価を義務付け、全ての後期高齢者について健康状態と医療・介護ニーズの把握・対応を行う。事前指示書(リビング・ウィル)により、高齢者の尊厳(意思決定)を確認する。拠点訪問看護ステーションとそれらの情報を共有し、かかりつけ訪問看護ステーションが支援を提供する。後期高齢者は困ったときに、気軽に相談や看取りの意思決定に対する支援を受けることができる。

※拠点訪問看護ステーション

- ①後期高齢者の疾病管理を担う機関として、各市町村に拠点訪問看護ステーションを設置する。
- ②地域包括支援センターと連携し、後期高齢者がかかりつけ訪問看護ステーションに振り分け、疾患の管理や家族への相談・指導を実施する。
- ③拠点訪問看護ステーションには、認定看護師・専門看護師等の専門性の高い看護師を配置する。かかりつけ訪問看護ステーションへのコンサルテーションや、困難事例に対応する。
- ④拠点訪問看護ステーションは24時間体制をとり、一定の薬剤・特定保険医療材料を管理する。

【5】 訪問看護を担う人材の養成

○在宅医療の推進と質の向上に向けて、人材育成が喫緊の課題。訪問看護師が認知症やターミナルケア等後期高齢者のニーズに対応できるよう、研修体制の整備を行う。

○訪問看護認定看護師の活用 …… 現在18名が活躍中(2006年度開始)

在宅医療の推進には、訪問看護の拡がりが重要

○訪問看護ステーションが実施するケア

「病状観察・医療処置等」、「療養上の世話・予防」が中心。

○利用者への具体的な医療処置

バイタルサインのチェック、栄養・排泄・呼吸・心理面など全身状態のアセスメント、経管経腸栄養、人工肛門・人工膀胱の管理、膀胱留置カテーテルの交換・導尿、点滴・注射、褥瘡の予防処置・創傷処置、人工呼吸器・酸素療法の管理、モニター測定機器の管理、リハビリテーションなど。

○ターミナルケア

訪問看護ステーションは、ターミナルケア（終末期の医療処置、水分・栄養管理、排泄コントロール、痛みの緩和のための療養指導、本人・家族への心理的サポート、死後の処置、遺族への精神的支援等）を実施。

訪問看護の推進を阻む要因

訪問看護に対する評価が低いため、経営が成り立たず、人事管理（採用・定着）も難しいことから、事業の開始・継続が困難。

○訪問看護ステーション事業所数

平成17年は5,309カ所であり、ゴールドプラン21策定時の目標9,900カ所の約5割しか到達していない

看護職は後期高齢者の在宅医療や終末期医療において、人間らしさを尊重した生活を支援する上で欠かせない存在。
（在宅ケア先進国では、在宅医療は看護職が中心）

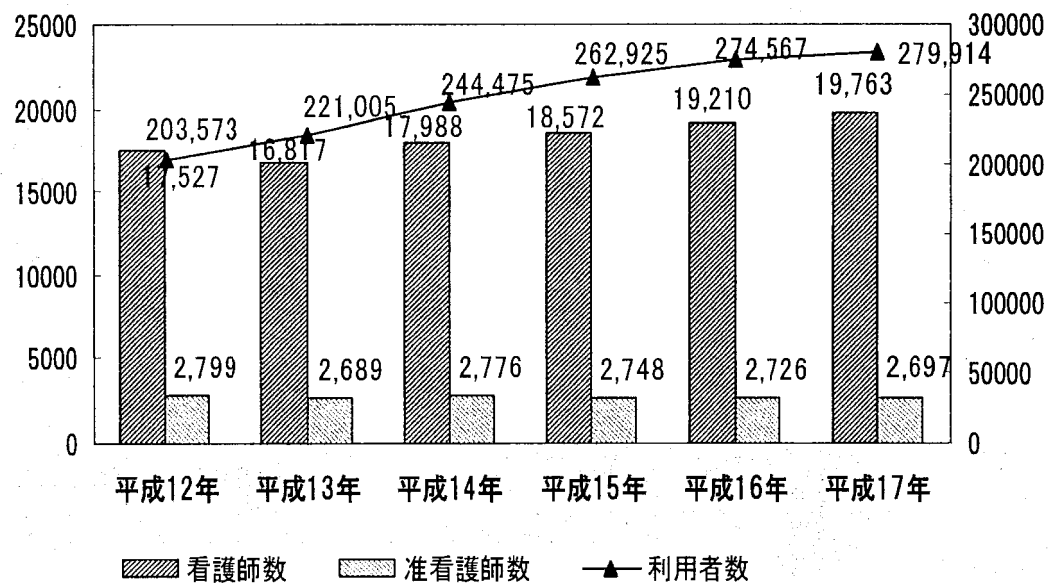
高齢者やその家族に寄り添い、療養生活の具体的な支援や精神的サポートを行う訪問看護の包括的ケアは重要

ターミナルケアを提供しているのは看護職



適正な評価による訪問看護の拡充を！

訪問看護ステーション看護職員数と利用者数の推移



※看護師数には保健師、助産師を含む。

出典：介護サービス施設・事業所調査

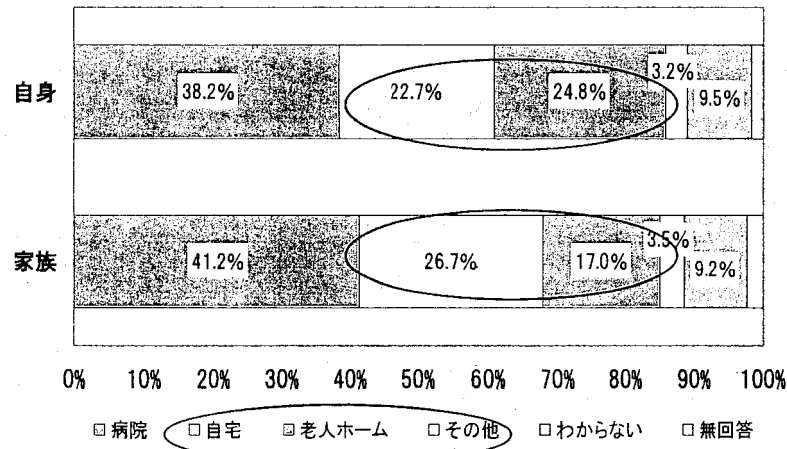
高齢者が自宅以外で生活できる居住と看取りの場の充実

⇒ 医療ニーズが高い利用者を対象とした

療養通所介護の機能の拡大

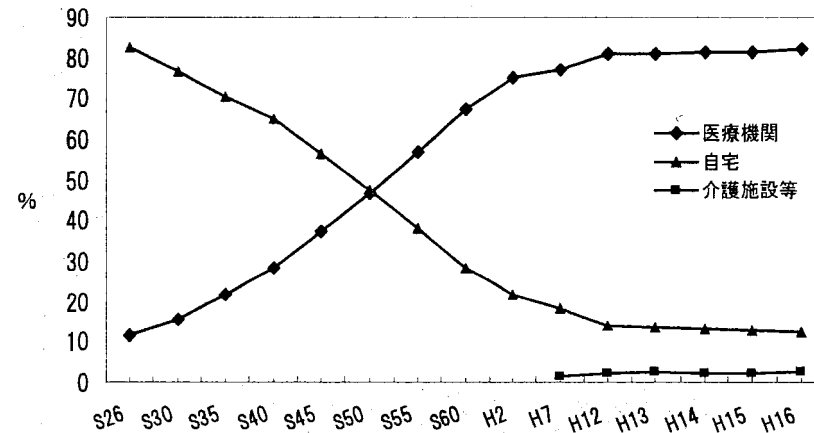
- 訪問看護ステーションに、通所、ショートステイ、入所機能を持つ小規模の療養生活支援の場（ナーシングホームなど）を併設し、ケアハウス、グループホームで看ることが困難な医療ニーズの高い利用者を中心に、看取りまで受け入れる。
- 特定施設入居者生活介護の指定を受け、介護保険の適用とする。
- ナーシングホームでは、介護保険施設のような医師の配置を設けず、看護職が施設長となる。かかりつけ医の訪問診療を外部サービスとして、費用の適正化を図る。

終末期医療に対する国民の意識



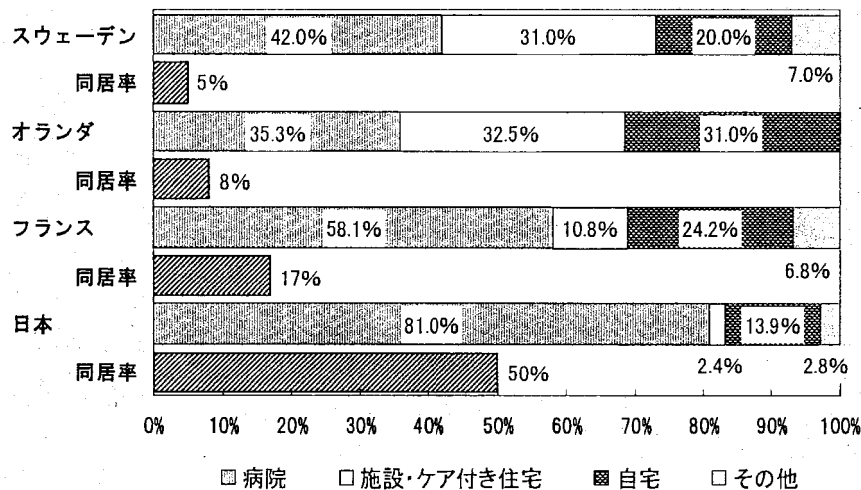
出典:平成16年「終末期医療に関する調査等検討会」報告書より改編

死亡の場所別にみた死亡数構成割合の年次推移



出典:平成17年 人口動態統計(厚生労働省大臣官房統計情報部)

要介護高齢者の死亡場所と同居率



出典:平成13年「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究」医療経済研究機構より改編

- 国民のおよそ5割が終末期の療養場所として「病院以外」を希望。
- しかし、昭和52～53年を境に、「医療機関」における死亡が「自宅」における死亡を上回り増加の一途。
- 「介護施設等」における死亡は依然として少数派。

- わが国では核家族化による独居高齢者・老老世帯の増加により、介護力のない世帯が増加。
- 他の先進諸国では同居率が低くても在宅死の割合は高い(オランダでは同居率8% 在宅死31.0%)。

- 訪問看護利用終了者(入院・入所を含む)で死亡した者(利用者全体の38.7%)のうち自宅での死亡は48%

平成17年度訪問看護・家庭訪問基礎調査報告書 日本訪問看護振興財団

在宅医療では、医療と介護の両方について、ケアニーズを持つ高齢者が多い。
しかし、現行の保険制度では、身体の状態に応じて医療保険と介護保険を使い分ける必要があり、国民にとって複雑で非常に分かりづらい体系である。

65歳以上の要介護認定者の場合、診療は医療保険、介護は介護保険。訪問看護は介護保険優先だが、厚生労働大臣の指定する特定疾病患者、がんターミナル患者と急性増悪により医師から特別訪問看護指示書が交付された患者（2週間に限る）については医療保険で算定する。

【例】ターミナルケアの算定要件

- ・死亡前2週間以内に複数回の訪問看護、24時間以内にターミナルケアを実施（医療保険）
- ・死亡前24時間以内にターミナルケアを実施、24時間体制、訪問看護記録書への記録（介護保険）

過剰な医療により、高齢者のQOLの低下をきたしている。

- ・90歳代の認知症高齢者に、身体拘束をしながら透析治療を継続する。
- ・誤嚥性肺炎の高齢者は管理の簡便性だけを目的とした胃管や胃ろう留置により表情が乏しくなる。一口でも経口摂取へ移行することにより、「口から食べる」楽しみ、喜びで表情が明るくなる。
- ・本人の意思が明確でないまま、医療処置を開始せざるを得ない救急医療の現状。リビングウィルがないため家族も延命治療に疑問を持ちつつ意思決定ができない。

過剰な医療を制限し、国民にとって分かりやすい報酬体系を導入。

後期高齢者の心身の特徴を踏まえ、合併症の予防、苦痛の緩和など、QOL向上に寄与する総合的ケアの視点を重視した報酬体系とする。

後期高齢者医療における医薬品の適正使用と安全管理について

平成 19 年 3 月 9 日

日本薬剤師会

1. 高齢者における薬物治療の特性と留意点

- ① 加齢とともに複数の疾病を合併する割合が高くなり、使用薬剤数が増加する。また、複数の医療機関や診療科を受診する確率が高くなる。
- ② 高血圧など生活習慣病の罹患率が高く、長期にわたり薬物治療を受ける患者が増加する。
- ③ このため、副作用が発生しやすくなるとともに、重複投薬や薬物間の相互作用の危険性が高くなる。
- ④ また、腎臓機能、肝臓機能などの生理機能の低下により、薬物の作用が増強したり、副作用が発生しやすくなる。
- ⑤ さらに、視覚・聴覚機能の低下、認知症の増加、嚥下障害等を考慮すると、服薬の自己管理が困難となり、調剤工夫等による服薬援助が必要になる。

2. 医薬品の適正使用と安全管理のための取り組み

薬剤師としては、高齢者における薬物療法の特徴に留意し、薬物が有している作用や副作用に注目するなど、薬学的観点から医薬品の適正使用と安全管理のために、以下のような取り組みが不可欠である。

また、薬局においては、地域住民が休日・夜間等を含めていつでも利用可能となるよう、体制の整備・充実に努める。

(1) 入院医療

- ・ 使用薬剤数の増加に伴い副作用が発生しやすくなるため、副作用の未然回避や重篤化回避への対応をはじめ、副作用の発生時にも早期対応が可能となるよう、他の医療関係者と連携して、病棟での患者の服薬状況や身体の状態を常に観察する。

- ・ 退院時においては、入院中の使用薬剤等に関する情報提供を行い、退院後の医薬品の適正使用が確保されるよう薬局との連携を図る。

(2) 外来医療

- ・ 複数の疾病の治療において、複数の医療機関や診療科を受診する確率が高くなることに起因する重複投薬や相互作用を防止するためには、患者毎の使用薬剤の一元的管理が不可欠である。そのため、医療機関等との連携を図りつつ、どこの医療機関を受診しても同一の薬局で調剤を受ける、いわゆる「かかりつけ薬局」・「かかりつけ薬剤師」として活用されるよう体制整備を進める。

(3) 在宅医療

- ・ 患者の居宅や福祉施設では、使用薬剤の管理が十分に行われていない場合が多い。そのため、薬剤の保管状況や適切な服薬状況の確認と併せて、適切な服薬援助の必要性などが、入院医療や外来医療の場合とくらべてより一層高くなることから、他の医療職種等と連携を図りながら、かかりつけ薬局の活用方策を推進する。
- ・ 在宅での緩和ケアの推進にあたり、医療用麻薬の適正使用および管理の徹底を図る。また、経管栄養療法、高カロリー輸液療法にも対応できる薬局機能の整備・強化を進める。

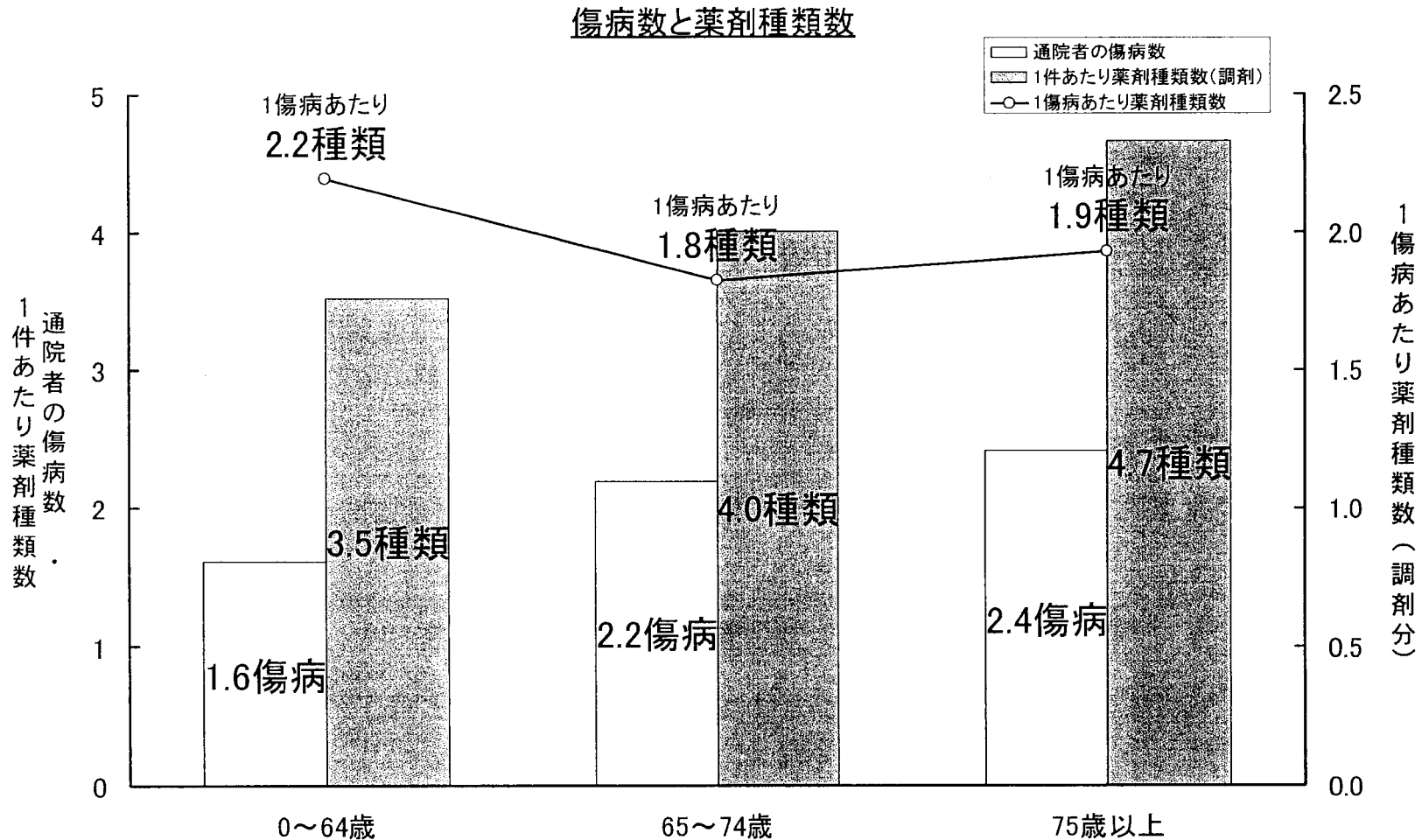
3. 後期高齢者医療制度における診療報酬・調剤報酬の在り方

後期高齢者医療制度の診療報酬（調剤報酬）については、後期高齢者の薬物治療上の特性を踏まえ、特に、前項に示した業務の適切な評価が必要である。

また、後期高齢者における医薬品の適正使用と安全管理が十分に担保され、医療上必要な医薬品が確実に患者に提供できる診療報酬（調剤報酬）体系となるような制度設計が求められる。本質的には出来高払い方式であることが望ましく、経済的な視点のみによる医療費の適正化については強く反対する。

傷病数と薬剤種類数

- 加齢にともない、「通院者の傷病数」および「1件あたり薬剤種類数(調剤分)」はともに増加傾向にある。
- しかし、1傷病あたり薬剤種類数で見ると、年齢差による違いはほとんどない。(むしろ、高齢者のほうが1傷病あたり薬剤種類数は少ない)



1) 通院者の傷病数：平成16年国民生活基礎調査(厚生労働省大臣官房統計情報部)
 2) 1件あたり薬剤種類数(調剤分)：平成16年社会医療診療行為別調査(厚生労働省大臣官房統計情報部)

各国の一人当たり入院外薬剤費の比較

	高齢者 (65歳以上)	高齢者以外	合計
イギリス (2004)	89,154円 ※60歳以上 (413£)	20,446円 (95£)	34,855円 (161£)
ドイツ (2005)	111,307円 (756€)	32,997円 (224€)	49,243円 (334€)
アメリカ (2004)	204,572円 (1759\$)	57,103円 (491\$)	75,711円 (651\$)
日本 (2004)	105,234円	23,755円	39,629円

イギリス : DoH, Prescriptions dispensed in the community: Statistics for 1994 to 2004 - England [NS] (<http://www.dh.gov.uk/Home/fs/en>)及び
Mid-2004 Population Estimates (<http://www.statistics.gov.uk/>) より算出 ※イギリスのみ高齢者は60歳以上

ドイツ : GKV-Arzneimittelindex Stand:Juli2006 Areneiverbrauch nach Altersgruppen2005より

アメリカ : Prescription Medicines-Median and Mean Expenses per Person With Expense and Distribution of Expenses by Source of
Payment: United States, 2004 (<http://www.meps.ahrq.gov/mepsweb>) より算出

日本 : 平成16年度国民医療費並びに平成16年度社会医療診療行為別調査における入院外の投薬及び在宅の薬剤料比率より推計
(「高齢者」の薬剤構成比として、社会医療診療行為別調査の老人保健法の適用を受ける者(72歳以上)を利用して試算している。)

*「高齢者」はイギリスは60歳以上、それ以外の国は65歳以上としている

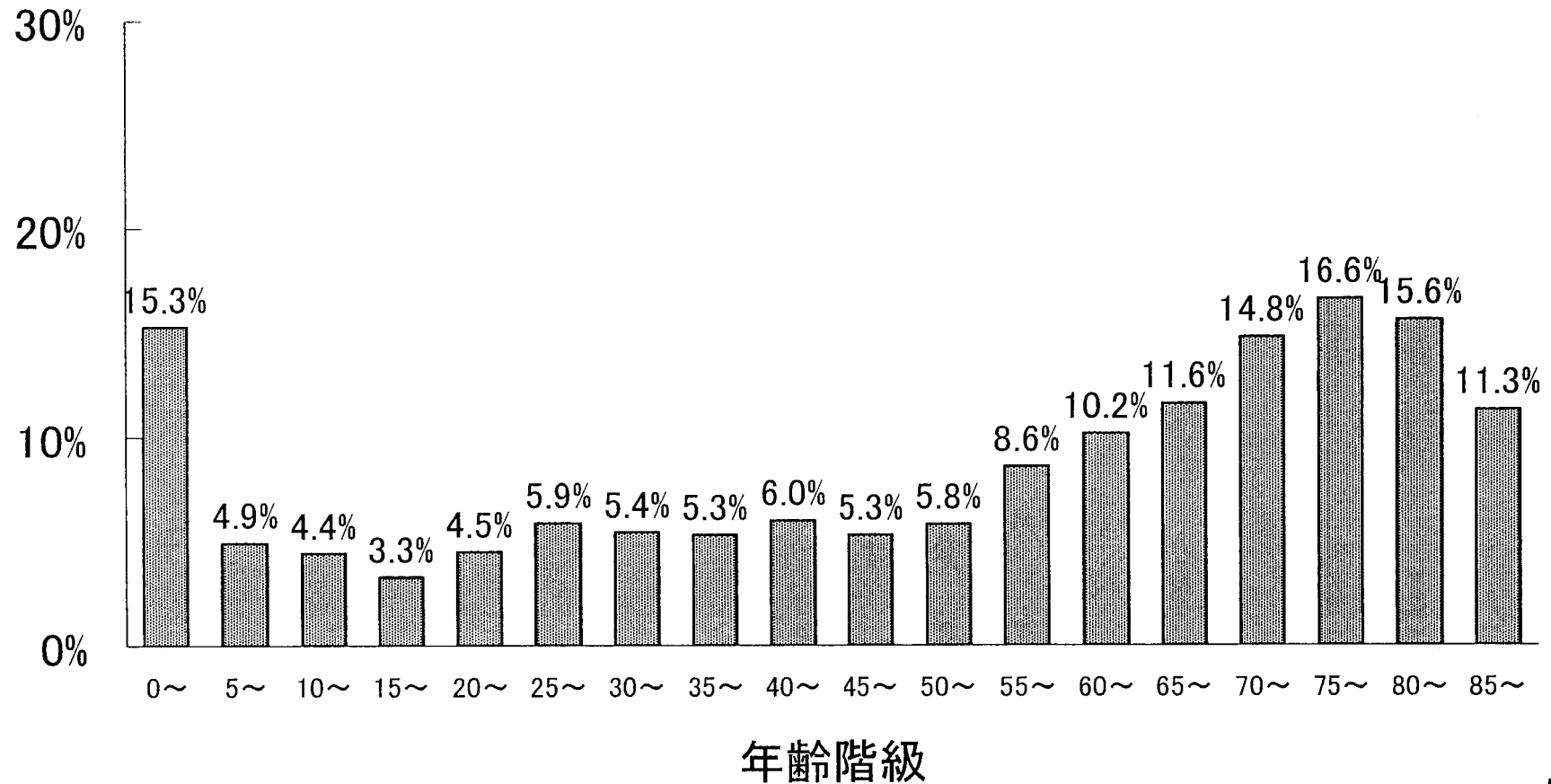
* 為替レートは日銀金融市場局毎月発表為替相場状況の通貨別2006年1~12月平均。1米ドル=116.3円、1英ポンド=216.1円、1欧ユーロ=147.3円

* 欧米各国では入院の薬剤費は医療費に包括されており算出不可能なため各国の一人当たり入院外薬剤費の比較とした

重複受診者の状況(年齢階級別)

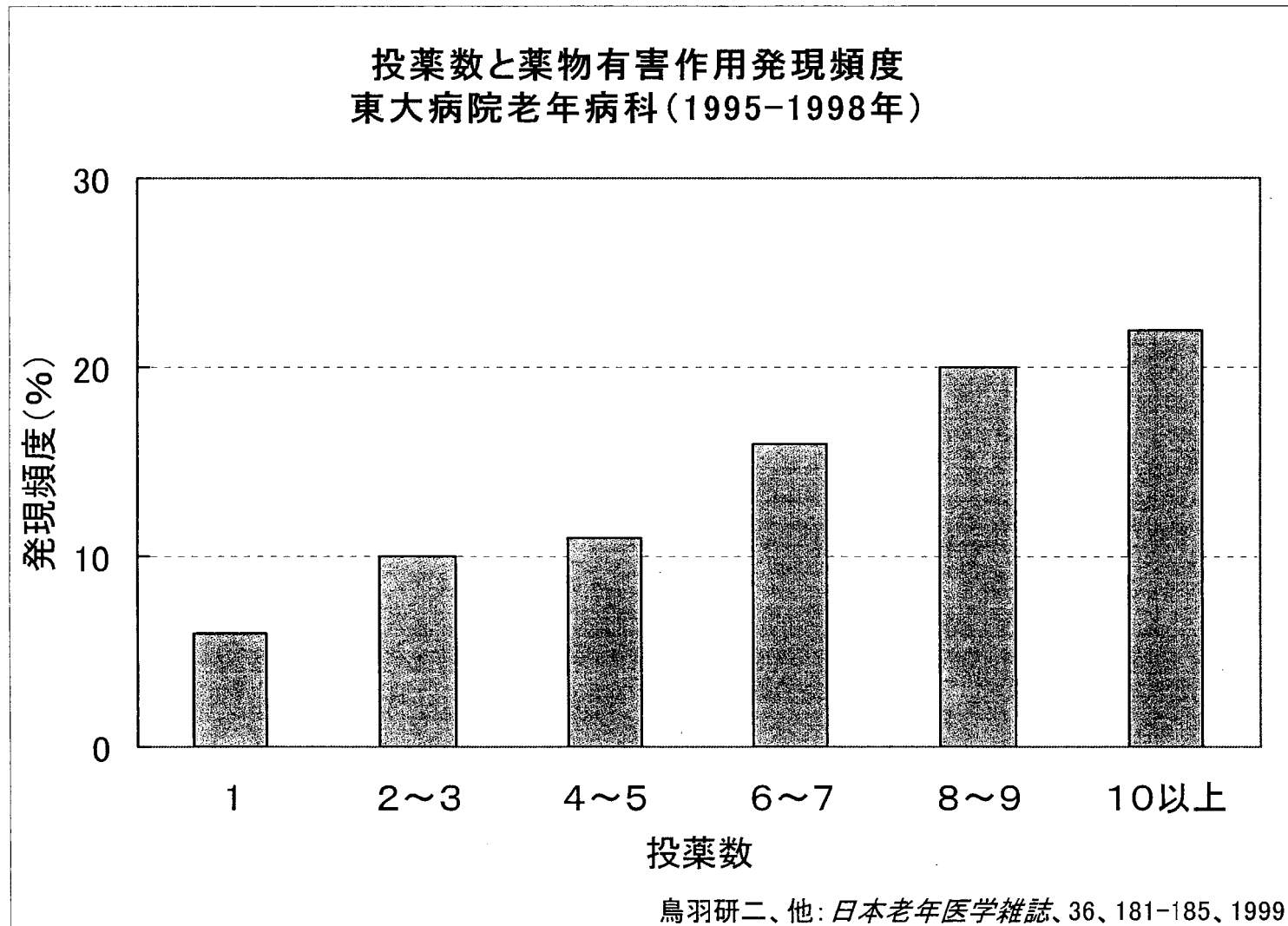
○ 高齢になるにつれ、重複受診者の割合が高くなる(乳幼児を除く)。

重複受診者の状況



薬剤種類数と有害作用発現頻度の関係

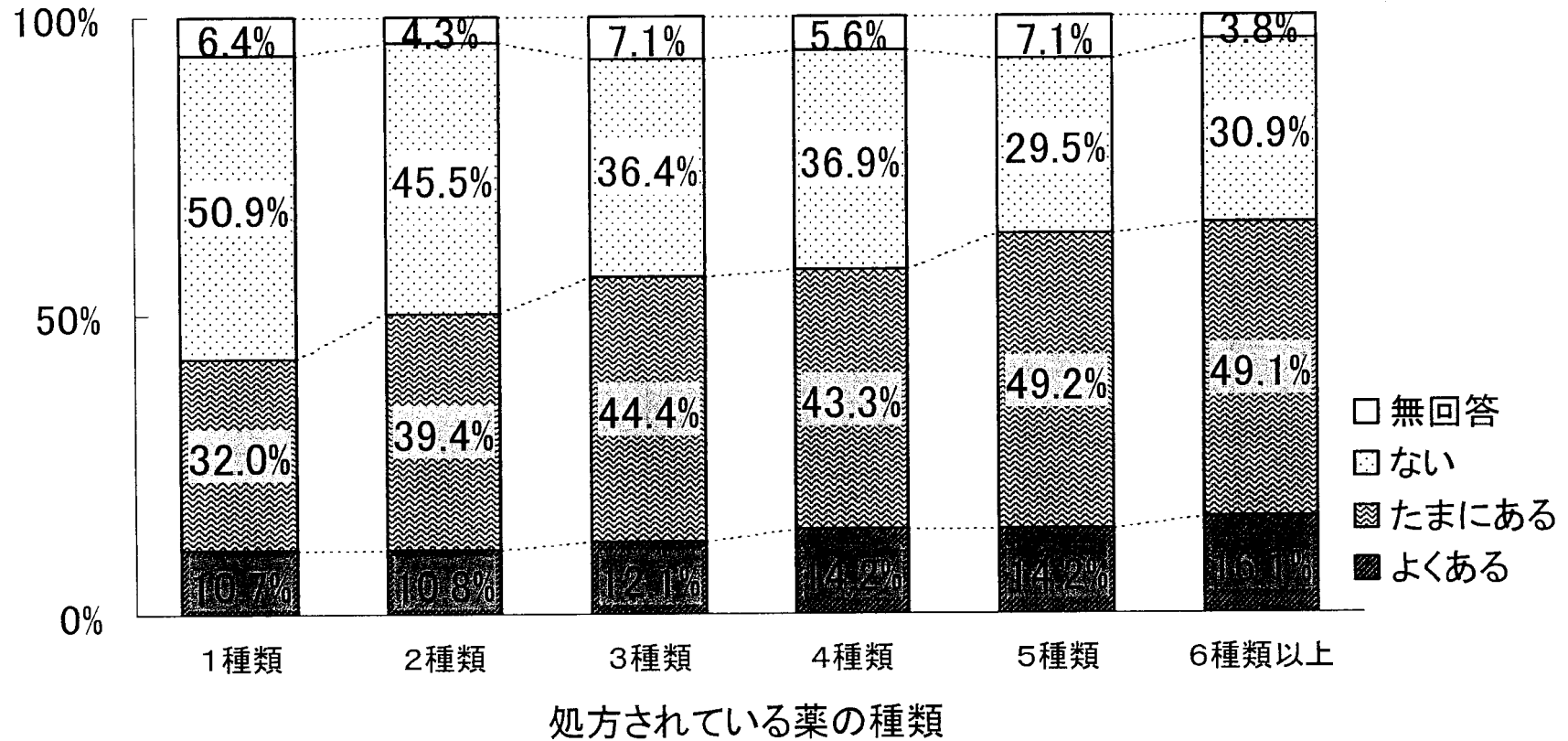
○ 服用する薬剤種類数が多いほど、薬物有害作用の発現頻度は高くなる。



薬の飲み残し

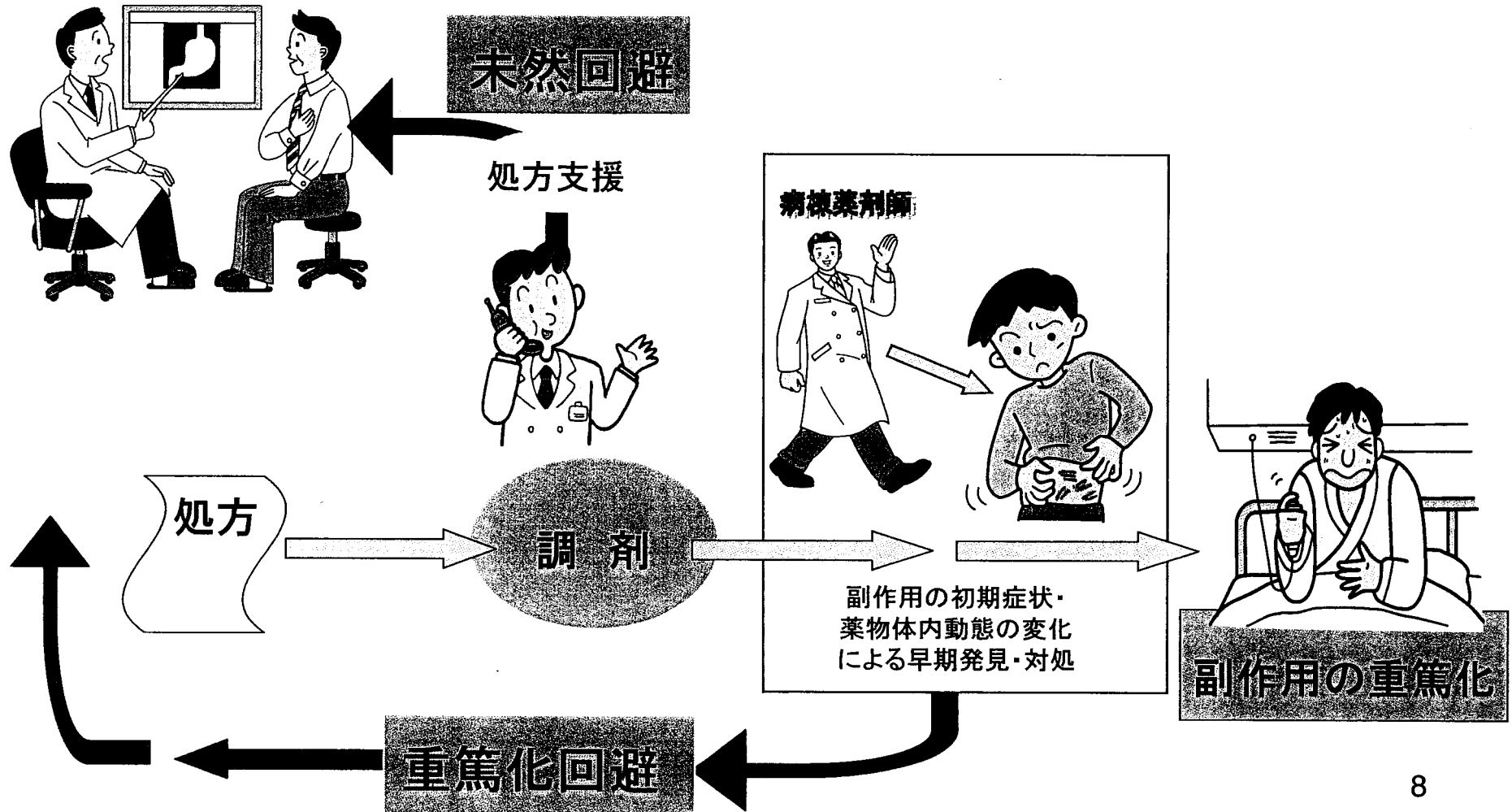
○ 高齢者の場合、処方されている薬の種類数が多いほど、薬を飲み残しているケースが目立つ。

高齢者の薬の飲み残し(入院外)

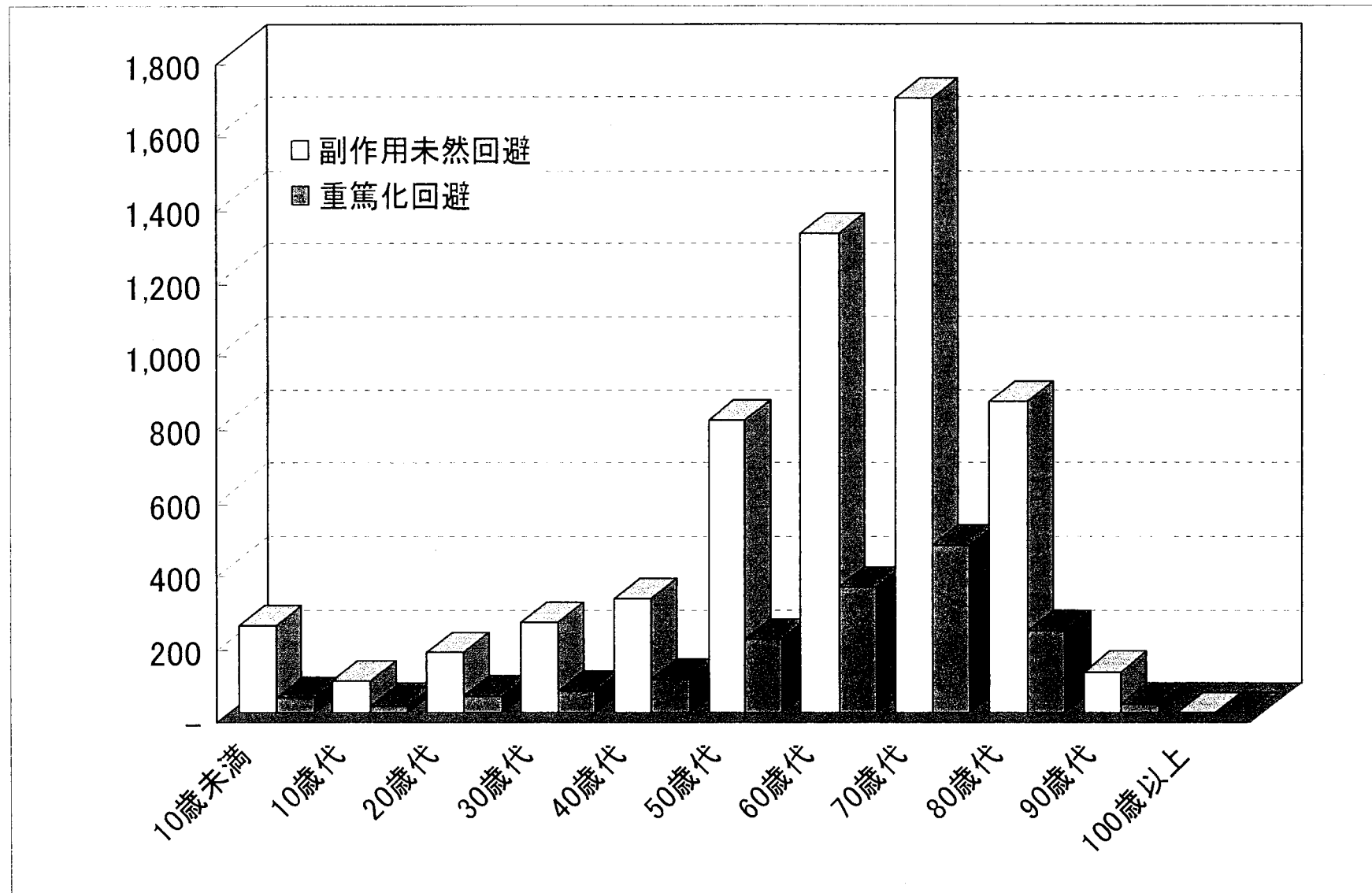


※平成17年「高齢者と薬」全国老人クラブ連合会女性委員会モニター調査

処方支援による副作用の未然回避 と 病棟薬剤師による副作用の早期発見・重篤化回避



副作用未然回避事例、重篤化回避事例(年齢別比較)



日本病院薬剤師会 平成16年度 副作用・相互作用回避報告集計結果
(副作用未然回避報告 5,811件、重篤化回避報告 1,533件)

＜重複投薬の発見事例＞

科目	診療所(整形外科)			病院				
				脳外科		消化器科		呼吸器科
薬剤名	スミルスチック	ロキソニン錠	セルベックス	ゾーミックRM	スミルスチック	セレキノン錠	クラビット錠	セルベックス
服用	腰部塗布	毎食後	毎食後→取消	屯用	取消	毎食後	毎食後	毎食後
8月21日	●							
8月29日	↓			●	◆重複			
10月11日	↓			↓		●	●	●
10月13日	↓		▲重複	↓		↓	↓	↓

◆ 8月29日 病院の脳外科からスミルスチックが処方。重複のため疑義照会した結果、市民病院の処方薬を取り消し。

▲10月13日 診療所からセルベックスが処方。重複のため疑義照会した結果、診療所の処方薬を取り消し。

＜相互作用の発見事例＞

科目	消化器科				神経内科	呼吸器科				
	薬剤名	パリエット錠	ガスモチン錠	カマ	フェロミア錠	セルベックス	ムコソルバン錠	エリスロシン錠	ボルタレンSR	ムコダイン錠
服用	朝食後	毎食後	毎食後	毎食後	毎食後	毎食後	朝夕食後	朝夕食後	毎食後	朝→夕食後
7月22日	●	●	●							
8月 3日	↓	↓	↓		●					
8月19日	●	●	●	●	↓					
8月24日	↓	↓	↓	↓	↓	●	●	●	●	
9月 7日	↓	↓	↓	↓	↓	●	●	●	●	◆服用時点変更

◆ 9月7日 呼吸器科からイトリゾールカプセルが処方。

呼吸器科のエリスロシン錠との相互作用と、消化器科のパリエット錠との相互作用につき疑義照会

【疑義照会】①エリスロシン錠との併用により代謝酵素阻害のため、イトリゾールの血中濃度が上昇

②パリエットとの併用により酸分泌量低下のため、イトリゾールの消化管での溶解性が低下し吸収が低下

【回答】①エリスロシン錠の問合せ事項は処方せんのとおり

②イトリゾールは、パリエット錠と服薬時点を変更(朝⇒夕食後)

在宅における医薬品管理の実例



患者Aさん(女性)

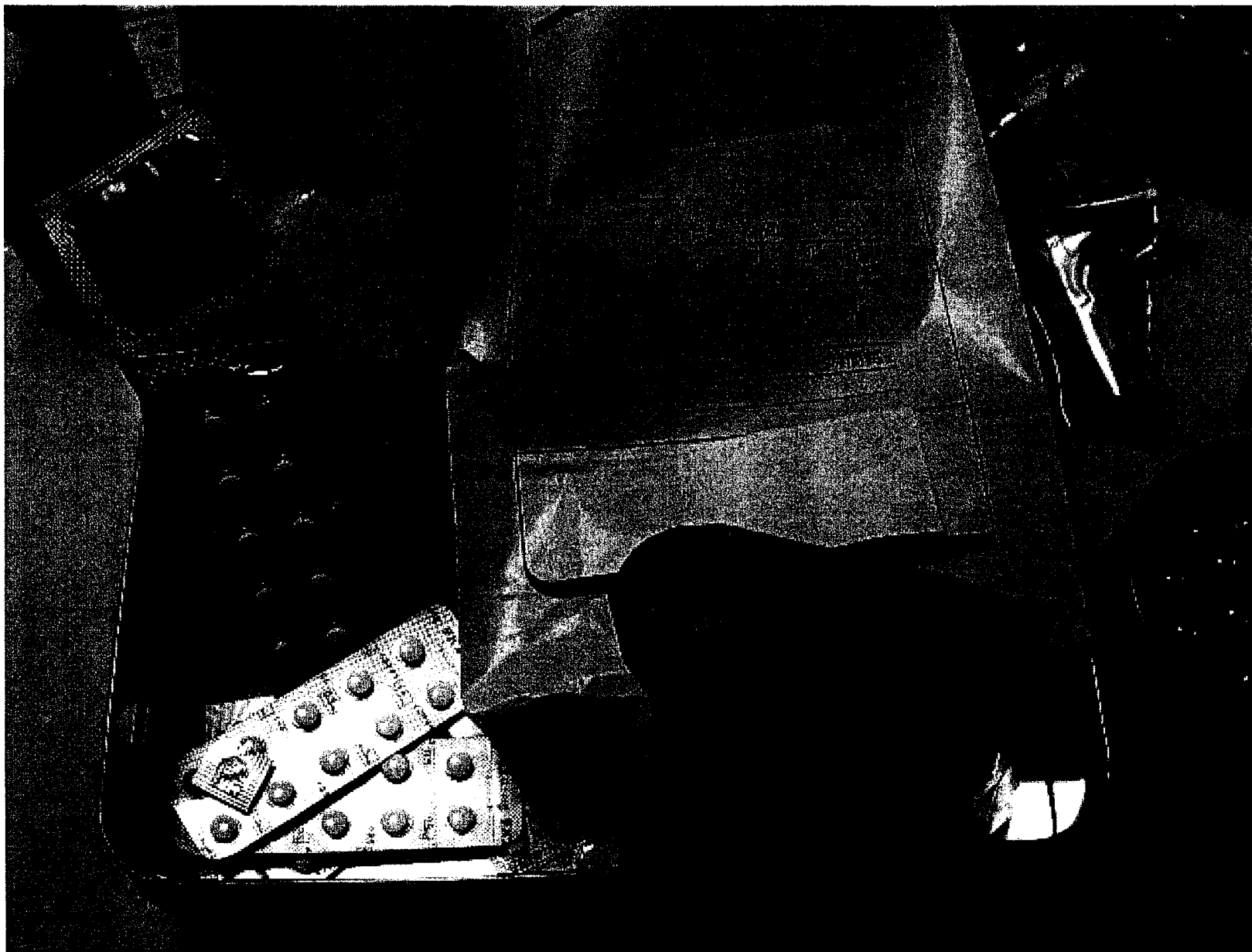
病院(心療内科)

処方薬 7種類

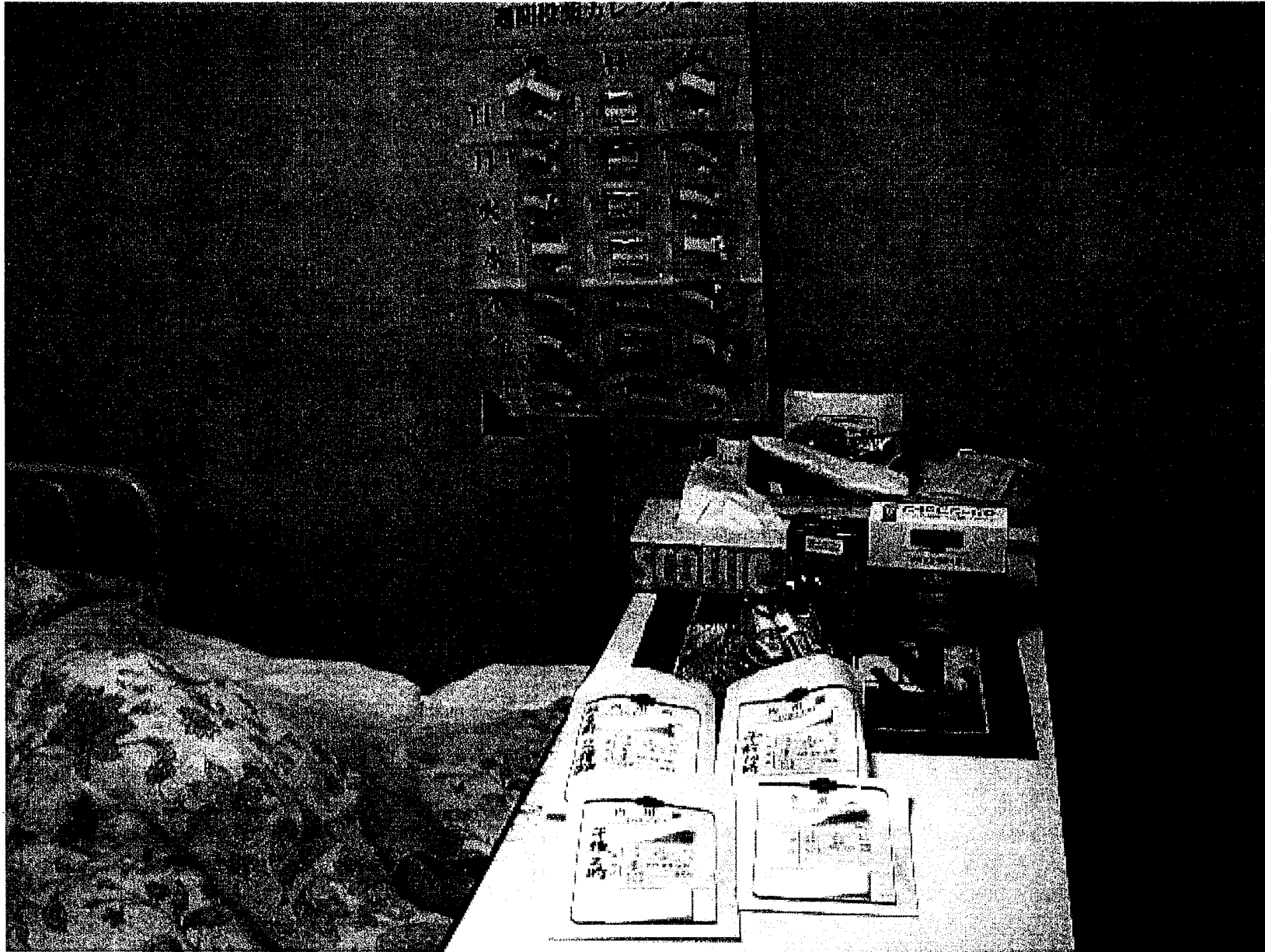
診療所(内科)

処方薬 4種類

介護ヘルパーは入っているが、薬は自己管理にてこのような状態だった。



73日分の処方薬をはじめ、これまで服用していた薬剤も雑多に混在していた。 12



後日、他科受診で14日分が処方される。処方医に疑義照会を行い、73日分の処方薬も合わせて一包化した。

保険薬局の収支状況

○ 平成14年度のマイナス改定による影響が大きく、保険薬局の収支状況は依然として回復していない。
 ※平成14年度改定 → 診療報酬本体 ▲1.3% (医科・歯科・調剤 一律▲1.3%)

〔保険薬局の収支状況〕 ※1施設あたり

		平成13年6月	平成15年6月	平成17年6月	①		②		③	
					平13 → 平15		平15 → 平17		平13 → 平17	
					伸び率		伸び率		伸び率	
収入	保険調剤	966.8 万円	932.4 万円	1,222.1 万円	▲ 34.4 万円	▲ 3.6 %	289.7 万円	31.1 %	255.3 万円	26.4 %
	保険調剤以外	94.9 万円	59.1 万円	50.0 万円	▲ 35.8 万円	▲ 37.7 %	▲ 9.1 万円	▲ 15.4 %	▲ 44.9 万円	▲ 47.3 %
	介護保険	-	1.3 万円	1.5 万円	-	-	0.2 万円	15.4 %	-	-
費用	給与費	189.1 万円	176.1 万円	234.0 万円	▲ 13.0 万円	▲ 6.9 %	57.9 万円	32.9 %	44.9 万円	23.7 %
	医薬品費	688.3 万円	654.0 万円	853.5 万円	▲ 34.3 万円	▲ 5.0 %	199.5 万円	30.5 %	165.2 万円	24.0 %
	その他	96.2 万円	96.1 万円	114.2 万円	▲ 0.1 万円	▲ 0.1 %	18.1 万円	18.8 %	18.0 万円	18.7 %
収支差		88.1 万円	66.7 万円	71.8 万円	▲ 21.4 万円	▲ 24.3 %	5.1 万円	7.6 %	▲ 16.3 万円	▲ 18.5 %
					平成14年度改定 ▲1.3%		平成16年度改定 ±0.0%		平成14年度改定 ▲1.3% 平成16年度改定 ±0.0%	

