

【照会先】

健康保険組合連合会

医療部 医療・情報グループ

TEL:03-3403-0987

医療提供体制に関する
健保連の見解

平成25年7月4日

健康保険組合連合会

医療提供体制に関する健保連の見解

I. はじめに

健保連は、患者中心の効率的な医療提供体制を構築するため、平成19年6月に「これからの医療提供体制と健保組合の役割（提言）」を公表し、医療機能の分化・連携の推進、総合的な視点に立った診療を行う医師・医療機関の整備の必要性などを訴えた。

その後、今日に至る6年間、政府においては、社会保障制度の持続可能性の確保を図るため、制度改革に向けた検討が進められ、23年6月に取りまとめた社会保障と税の一体改革成案では、将来のあるべき医療提供体制の方向性が示された。また、厚生労働省では、19年の第5次医療法改正以降の医療提供体制の課題を整理するため、社会保障審議会・医療部会で集中的な審議を行い、23年12月に「医療提供体制の改革に関する意見」を取りまとめた。それに基づいた改革の具体化を図るための議論が現在も行われており、その結果を踏まえ、今秋に開会が見込まれる臨時国会に医療法等改正案を提出する予定である。さらに、25年4月からの新たな医療計画では、これまでの4疾病5事業に加え、精神疾患と在宅医療についての医療連携体制の整備目標や役割分担等を盛り込むことが求められるなど、国民の医療ニーズに合わせた見直しが進められている。

この見解は、こうした提言以降の状況に対応し、今後目指すべき医療提供体制に関する健保連としての考え方をまとめたものである。

II. 医療を取り巻く環境の変化と課題

わが国の高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は、2010年（平成22年）に23.0%だったが、2025年（平成37年）には30.3%、2040年（平成52年）には36.1%に達する見込みであり、今後も急速に高齢化が進展する。それに伴い、世帯構造や疾病構造、国民の医療に対するニーズなど、医療を取り巻く環境が大きく変化していくが、医療提供体制はこの変化に十分に対応できていない。さらに、OECD諸国と比べ、平均在院日数が長く、人口当たりの病床数や高額な医療機器が多い一方で、病床当たりの医療従事者（医師や看護職員）が少なく、医師の地域偏在や診療科偏在などの問題は、長年指摘され続けているにもかかわらず、あまり改善されていない。

これらの問題にスピード感を持って対応し、危機的な財政状況にある医療保険制度を安定的に持続させるためには、限りある医療資源を有効に活用した、より効率的で効果的な医療提供体制を構築することが必要である。

Ⅲ. 患者中心の効率的な医療提供体制の構築に向けて

1. 医療機能の分化と連携

【医療機能の分化】

現在、病院病床は約 160 万床あり、そのうち一般病床（精神病床、結核病床、感染症病床、療養病床以外の病床）は約 6 割（約 90 万床）を占めている。しかし、一般病床がどのような機能を持っているかは明確になっておらず、手厚い医療や看護が必要な患者やリハビリが必要な患者など、さまざまな状態の患者が混在している。また、急性期医療を提供する入院体制をとっている病床が多く、急性期後の亜急性期・回復期医療を提供する入院体制の病床が少ないという問題もある。このため、患者の状態に見合った病床で良質かつ適切な医療が効率的に提供されるよう、「一体改革」が示す方向に沿って、現在の一般病床は高度急性期、一般急性期、亜急性期等に機能分化するとともに、それぞれの機能に応じた必要病床数をバランスよく整備する必要がある。

併せて、病床間の連携体制を強化することによって、急性期から回復期リハビリ、亜急性期、慢性期、在宅療養までの医療を切れ目なくつなぐ体制を構築するとともに、患者・家族が納得できる移行（転棟や転院）ができるようにする必要がある。また、介護療養病床については、廃止期限の 30 年 3 月末までに介護老人保健施設等への転換を確実に進めなければならない。

当面は、「医療計画」の項で述べるように、都道府県への医療機能情報の報告、それにもとづく地域医療ビジョンの策定が行われることになるが、中期的には、地域医療ビジョンの実効性を検証したうえで、医療法に機能を明確にした病床区分を設けることを検討すべきである。

一方、外来医療については、住民に身近な診療所を受診したうえで、必要に応じて急性期病院、専門病院等に紹介し、患者の回復状況に応じて亜急性期病院、診療所へ逆紹介する流れを構築する必要がある。このため、地域医療の入口となる総合診療医を早期に養成し、普及をはかるべきである。また、一定規模以上の病院については紹介を原則とする等の措置を講ずるべきである。こうした方策は、フリーアクセスをある程度制限することとなるが、医療機能の分化と連携をはかるために必要な方策といえよう。

さらに、医療提供の効率化、医療費の適正化という観点からは、ICT 化等を通じた医療情報の共有化、それによる重複受診の防止、MRI をはじめとする高額医療機器の共同利用などの取組みなども必要である。

【医療計画】

今秋に提出が予定されている医療法等改正案が成立すれば、医療機関は自らが担っている医療機能を、病棟ごとに急性期、亜急性期、回復期リハビリテー

ション等に分けて都道府県に報告し、地域住民に情報提供する仕組みが導入される。また、都道府県は地域の医療需要の将来推計や報告された医療機能に関する情報をもとに、2次医療圏ごとの各医療機能の将来の必要量を含め、医療機能の分化と連携を推進するための地域医療ビジョンを策定し、27年度以降、医療計画に追記することとなる。

都道府県は、25年度からの新たな医療計画をまとめ公表したが、依然として2次医療圏の設定が適切に行われていない地域があるなどの問題がある。厚生労働省は、都道府県の医療計画の内容を精査し、適切な対応が行われていない場合には、指導を強化する、計画作成指針を見直すなどの対策を講じるべきである。また、地域医療ビジョンについても、内容を精査するとともに、実効性があるかどうかを検証し、実態として実効性が乏しい場合には、基準病床数制度の見直しによる機能別基準病床数の設定や病床過剰地域における病床数の削減、地域医療支援病院の適切な配置、医療機関の開設の制限等を含め、医療法を改正し、医療計画をより強制力のある仕組みに改めるべきである。

【医療情報の提供・活用】

現在、患者・住民による医療機関の適切な選択を支援するため、都道府県はインターネット等を通じて医療機関に関する情報を提供している（医療機能情報提供制度）が、その情報は、名称、所在地、診療科目、診療日など画一的な情報が多く、医療機関の選択に資しているとは言い難い。患者が居住地周辺の医療機関が持つ機能を理解し、より適切な選択をするためには、新たに実施される病棟ごとの医療機能情報提供に加えて、医療の成果（アウトカム）や過程（プロセス）に関する情報を提供できるようにする必要がある。

厚生労働省は、アウトカム指標の標準化等に関する調査研究を継続的に行っているが、早急に結果をまとめ、可能なものから公表できるようにすべきである。また、指標の一つである「患者満足度」は、既に一部の医療機関で公表されており、患者・国民にとっても分かりやすい指標の一つと考えられるため、医療機能情報提供制度で提供を義務づけるべきである。

2. 在宅医療の充実

【在宅医療の推進】

できるだけ住み慣れた地域で必要な医療・介護サービスを受けて生活することは、多くの国民の願いである。25年度からの医療計画には、新たに在宅医療について達成すべき目標と医療連携体制を明記することとされており、地域の実情に応じた計画的な整備が進むことが期待される。しかし、在宅医療の要となる在宅療養支援診療所・病院、訪問看護事業所は徐々に増加しているものの、地域偏在があること、看取りを行っている施設が約半数にとどまっていること

など、地域的、機能的に大きなばらつきがある。また、大都市部など急速に高齢化が進む地域もある。

今後は、地域における医療資源や高齢化の状況等を考慮に入れ、高齢者の心身の状態や家庭環境、希望などに応じて、自宅だけではなくサービス付き高齢者住宅や有料老人ホーム、老人保健施設、特別養護老人ホームなど様々な形態、場所で療養生活を送れるよう、施設を整備すべきである。また、在宅医療の推進にあたっては、地域包括ケアシステムのもとでの介護との連携が重要であり、医療と介護が適切に提供できるよう、双方の連携強化に向けた調整が必要である。このため、市町村を中心に連携拠点を整備し、地域ケア会議等を通じて、医師、看護師、ケアマネジャー等多職種が協働して効率的に在宅医療・介護を提供できる体制を構築すべきである。

【看取り機能の強化】

高齢化の進展等により、これまでのように病院で長期療養し、最期を迎えることは難しくなっている。また、国民の6割が終末期の療養場所として自宅を望んでおり、9割が延命医療を望んでいないという調査結果もある。国民の希望に応える看取り機能の強化と療養場所の確保は喫緊の課題となっている。看取り機能の強化にあたっては、診療所間、診療所・病院間の連携体制の構築や訪問看護事業所の大規模化、特別養護老人ホーム、老人保健施設、有料老人ホーム等の施設における看取り体制の整備・強化が必要である。

また、終末期医療については、患者本人の意思を尊重することを基本に、患者・家族の理解、協力のもとに行われることが重要であり、治療方針等に関して医療従事者と患者・家族の話し合いが十分に行われる体制を整備する必要がある。終末期医療のあり方については、国において検討会を設置して、医の倫理、患者の尊厳・選択（リビング・ウィル）等を含め総合的に検討し、国民が納得できるルール作りを進めるべきである。

3. 総合診療医の養成

慢性疾患を中心に複数の疾患を持つ高齢者の増加により、全人的な医療を提供できる総合診療医の必要性が増している。また、医療機能の機能分化、医療の質の向上という観点からも、地域医療への入口としての総合診療医の養成は極めて重要である。健保連は、19年の「提言」で総合診療医の養成、普及を強く求めた。総合診療医は、全人的・診療科目横断的な医療の提供や家族を含めた長期にわたる継続的な医療の提供のほか、必要に応じた他の医療機関等への紹介・調整機能を担うなど、地域医療の要、ゲートキーパーとしての役割が期待される。

厚生労働省の専門医の在り方に関する検討会は、「総合診療医」を専門医のひ

とつに位置づけるとともに、中立的な第三者機関を設立して、専門医の認定と養成プログラムの評価・認定を行うよう求めた。新たな専門医制度のもとで、総合診療医が専門医として認定されるのは31～32年度とされているが、真に中立的な第三者機関のもとでできる限り早期に養成・普及がはかれることを期待したい。政府には、総合診療医の普及（就業・開業）を支援する仕組みを検討し、実施に移すよう要望する。なお、広告可能な専門医資格、診療科名については、総合診療専門医、総合診療科をそれぞれ加えるべきである。

IV. おわりに

医療提供体制改革の必要性が指摘されてから久しい。数次にわたる医療法改正や介護保険制度の創設もあって、徐々に改革が進みつつあるとはいえ、高齢者医療制度の創設をはじめとする医療保険制度の改革に比べ、医療提供体制改革の歩みは遅いと言わざるをえない。今後の10年から20年は、後期高齢者が急増し、高齢化はこれまでとは次元の異なるものとなる。医療提供体制の改革はまさに喫緊の課題である。

ここで示した改革を実現するためには、政府はもとより、都道府県、医療関係者、保険者が協力して施策を展開する必要がある。中央社会保険医療協議会では、一般病床の機能分化を促すための入院基本料の算定要件の見直し、患者を総合的に診る医師の評価のあり方など、診療報酬による誘導策が検討課題となる。

加えて、政府にはこれと整合する形での医療法による実効性の確保、医療機関の再編・統合等のための補助金の増額、レセプトのナショナルデータベース等を活用した医療の質の評価、費用対効果の検証、地域連携クリティカルパスの活用等のソフト面での工夫などを期待したい。一方、医療機関には、改革の方向性を見通した経営判断、経営努力が求められる。

また、国民が医療提供体制や医療費の現状・将来、改革の方向性について共通の認識をもつこと、医療にできること、できないことを理解することも必要である。健保組合としては、これらに関する加入者への情報提供や啓発活動をさらに強化しなければならない。加入者の健康の保持・増進を医療機関と連携して促進するために、今後は健診等の情報をかかりつけ医に提供するといった取組みを行うことも望まれる。

健保連は、こうした健保組合の取組みの支援を行うとともに、政府の関係審議会、都道府県の医療審議会等の場で意見を述べるなど、これまで以上に医療提供体制に関与し、患者中心の効率的な医療の提供に取り組んでいく。