

資料編

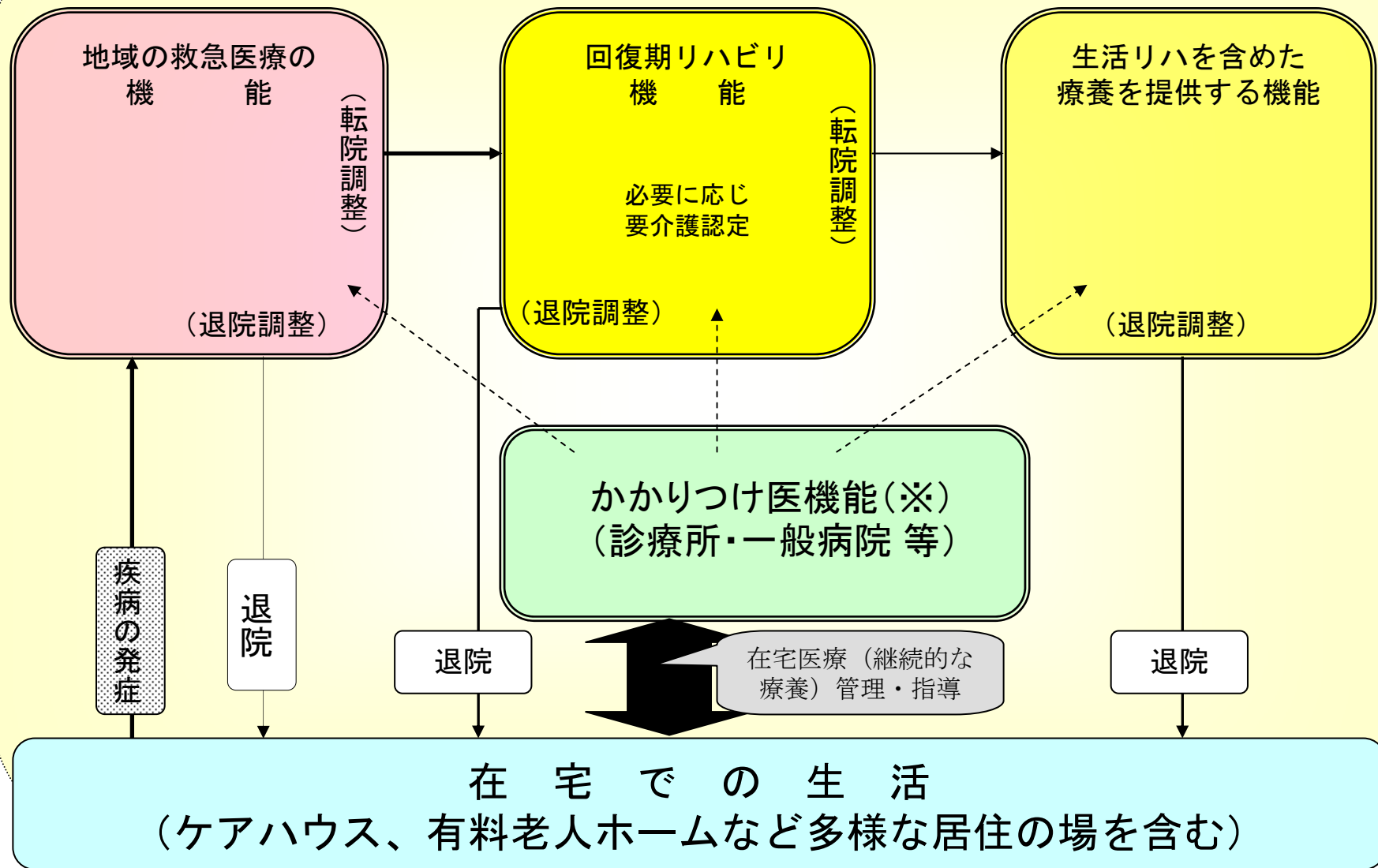
医療機能の明確化や機能分化・ 連携・情報開示・ITの活用

- ・脳卒中の連携体制
- ・地域連携クリティカルパス
- ・医療機能の情報公表
- ・IT化の推進
- ・ナショナルセンターの役割

脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ

【急性期】

【回復期・亜急性期】



※ 急性期、回復期、療養期等各機能を担う医療機関それぞれにかかりつけ医がいることも考えられるが、ここでは、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、患者の病状に応じた適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者の立場に立った重要な役割を担う医師をイメージしている。

医療連携の取組(青森県)

青森県地域連携パス標準化モデル開発・普及事業

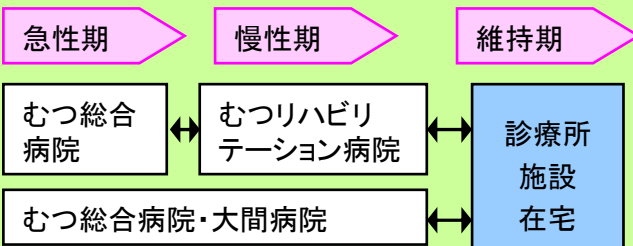
- ・ 開始時期:平成17年度から
- ・ 対象地域:八戸圏域と下北圏域
- ・ 対象疾患:脳血管疾患
- ・ 入院患者が退院後に円滑に地域での生活に戻り、早期に社会復帰できる仕組みづくり
- ・ 適時適切なサービスを切れ目なく提供できるようにするために、筋道(パス)を保健医療福祉関係者と患者家族で共有し活用することにより、適切なサービスが提供できるようにするもの

参加医療機関数

	病院	診療所
八戸圏域	17	34
下北圏域	4	11

地域の多くの医療機関が参加。介護施設等も参加

下北圏域の運用



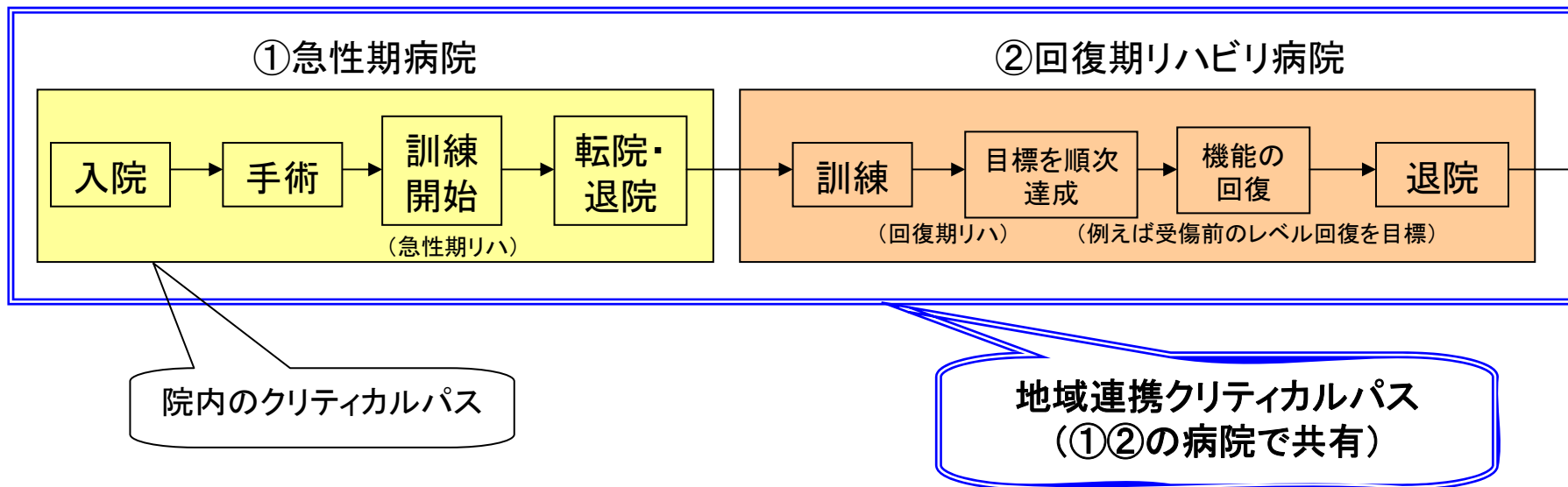
脳梗塞(患者用)パターン1 60日パス
(むつ総合病院・大間病院→むつリハビリテーション病院→在宅)

施設名	むつ総合病院 - 大間病院	むつリハビリテーション病院	在宅
経過	入院日 1日目 2日目 3日目 4日目 5日目 6日目 7日目 退院日(4日目)	4日目(退院日) 5日目 6日目 7日目 退院日(4日目)	2週間後 1ヵ月後 2ヵ月後
目的	○新たな症状がないようにする。 ○検査については、前日の夕方看護士が説明します。	○いかに早期に参加できる ○退院に向けた準備ができる	○自宅で生活できる
検査	○脳検査の依頼書すべてが送付されます。 ○検査については、前日の夕方看護士が説明します。	○検査結果の通知が送付されます。 ○検査については看護士が説明します。	○作業療法士 ○必要時:通院先があります。 ○薬は継続して服用します。
治療	○医師の指示により、治療や薬による治療を行います。 ○他院の薬をお持ちの方はお申し出下さい。 (医師の指示により中止又は変更になることもあります) ○処方薬入で薬の調整不足を予防いたします。	○状態に応じて薬による治療が継続します。	○必要時:通院先があります。 ○薬は継続して服用します。
状態のチェック	○1日1回血圧測定をします。 ○朝と夜に脈測定をします。	○1日1回血圧測定をします。 ○所見します。	○定期的に血圧を測定します。
安静度	○ベッド上で過ごします。 ○ベッド上で少しづつ起き上がります。	○退院状態に応じて歩行練習を行います。 ○歩行する準備を助めます。	○歩行します。
食事	○食事内容が状態に応じて変わります。量から量まで徐々に減らすこともあります。 ○状態に応じて食料を調整いたします。入浴できない場合は看護士が準備をいたします。	○食事をとる練習をします。 ○介助で食べることができます。	○自分で食事を行います。
排泄	○ベッド上で過ごす間はベッド上で排泄します。出しの筒を入浴することもありますが ○清潔な紙パンツ、作業療法士、看護士が対応します ○状態に応じてトイレの練習を行います。	○トイレの練習をします。 ○トイレで排泄をします。	○必要時:通院先があります。 ○必要時:訪問サービスがあります。
ご本人 ご家族 への説明	○医師から病気や入院中の治療計画について説明があります。 ○看護士から入院生活について説明があります。 ○入院中は定期的に薬剤師からお薬についての説明があります。	○検査結果の説明があります。 ○転院の手続きについて説明があります。	○医師から入院中の治療計画について説明があります。 ○外出についての留意点について説明があります。 ○退院後の生活について説明があります。
看護	○次の事項を確認します。 ○介護保険を申請しているかどうか。 ○入院について介護支援専門員に連絡がとれているかどうか。	○必要時、医師・看護士・ケアマネジャー・リハビリ担当者など 連携の状況について確認します。 ○必要な書類がそろったらお早めにご準備下さい。(介護保険後援費その他)	○医師の確認を行ない、ケアマネジャー・リハビリ担当者などと 連携します。 ○必要時、住宅改修などの相談をします。 ○必要な書類がそろったらご準備ください。 ○介護保険の申請をします。
窓口	○看護士が窓口にご連絡いたします。	○看護士が窓口にご連絡いたします。	○ケアマネジャーに連絡いたします。

* 状態に応じて予定が変更になることもありますので、ご不明な点は各窓口にご相談ください。

地域連携パス(下北圏域)

地域連携クリティカルパスのイメージ



熊本市での取組実績

①急性期病院における平均在院日数の変化

	事例数	平均在院日数	(A)に対する減少率
連携パス導入前 (H11.1~12)	72例	28.5日 (A)	—
連携パス導入後 (H13.1~8)	77例	19.6日	約31%減
連携パス導入後 (H15.1~H17.1)	423例	15.4日	約46%減

②連携先病院(ある回復期リハビリテーション施設)における平均在院日数の変化

	事例数	平均在院日数	(B)に対する減少率
連携パス導入前 (H15)	55例	90.8日 (B)	—
連携パス導入後 (H16)	53例	67.0日	約26%減

医療及び医療機関に関する情報の公表

- 各地域の医療機関の機能連携を具体的に明らかにした医療計画を十分住民に周知します。
- それぞれの医療機関の機能を都道府県が整理し、住民にわかりやすく公表するようにします。

地域の救急医療の機能を有する医療機関

回復期リハビリの機能を有する医療機関

生活リハを含めた療養医療を提供する機能を有する医療機関

- ・ ○○病院
- ・ △△病院
- ・ □□病院
- ・
- ・
- ・

選択すると詳しい機能を参照できる

- ・ ○○病院
- ・ ◇◇病院
- ・ ▲▲病院
- ・ □○診療所
- ・
- ・

- ・ ◇◇病院
- ・ ▲▲病院
- ・ □○診療所
- ・ □□診療所
- ・
- ・

<△△病院の医療機能>

- ・ 医師数
- ・ 保有する施設設備
- ・ 対応可能な疾患・治療内容

など

<▲▲病院の医療機能>

- ・ 医師数
- ・ 平均在院日数
- ・ 地域連携クリティカルパスの有無

など

<◇◇病院の医療機能>

- ・ 医師数
- ・ 看護師数
- ・ 平均在院日数

など

医療等におけるIT化の推進

ITに対する基本的考え方

- ITは、医療等のサービスの質の向上と効率化や、これらサービスに係る情報収集・分析・評価(PDCAサイクル)に必要となる重要な基盤
- 医療等におけるIT化を重点的に推進するため、「医療・健康・介護・福祉分野の情報化グランドデザイン(ITグランドデザイン)」を策定(平成19年3月27日)

IT化の具体的内容

○健診・診療情報、レセプトデータ等の収集分析

- ・平成20年度から開始される保険者実施の健診・保健指導において、健診情報の収集を開始。平成21年度以後、疫学的利用方策を検討
- ・平成20年度にレセプトデータの全国的な収集・分析体制を構築し、平成21年度から段階的に収集分析を開始

○医療機関の情報化、情報連携の推進

- ・医療用語・コード等の標準化(継続中)、医療情報システムの相互運用性の確保(平成19年度～)、ネットワークセキュリティ要件の明確化など情報連携のための環境整備

○レセプトオンライン化の推進

- ・大規模医療機関・薬局を中心に、レセプトの電子媒体化が進んでおり、平成22年4月には8割以上のレセプトが、また、平成23年4月には、原則、全てのレセプトがオンライン化

○健康ITカード(仮称)の導入に向けた検討

- ・平成19年度中に結論 等

※ 個人情報の保護には万全を期す

ITの活用により期待される効果

○生涯にわたる健康情報の効率的な利活用

- ・健診・診療情報等を電子的に入手・管理し、個人が日常の健康管理に活用
- ・個人が健診・診療情報等を医療機関に提供し、適切な医療を受ける

○医療機関等のネットワーク化・電子的情報連携

- ・利用者に係る情報(持病、アレルギー、薬歴・検査歴、急変時への対応等)の伝達による適切な医療の確保
- ・診療画像、検査情報等の円滑な情報交換→診療において活用
- ・遠隔医療の推進
- ・専門医への紹介、セカンドオピニオンへの円滑化
- ・重複・不要検査等の是正

○健康情報の統計的・疫学的分析によるEBMの推進

○保険者による効果的な保健指導

○医療機関の事務の効率化・安全の確保

- ・カルテ保存や運搬の効率化 ・誤記・誤読防止 等

○保険者や審査支払機関の医療保険事務コストの抑制

○社会保障給付の重複調整

等

目指すべき将来の姿

国立高度専門医療センター(ナショナルセンター)を 中核に取り組む主な医療課題

国立がんセンター

がん

総患者数128万人
年間33万人が死亡

医療・研究

- ・遺伝子診断
- ・分子標的治療開発
- ・難治性がん治療技術開発

国立循環器病センター

循環器病

総患者数1034万人
年間33万人が死亡

医療・研究

- ・再生医療・オーダーメイド医療
- ・完全埋め込み型人工心臓開発

国立精神・神経センター

精神・神経疾患

精神・神経疾患総患者数 347万人
年間自殺者数 3万人

医療・研究

- ・抗精神疾患薬物療法の開発
- ・筋ジス遺伝子治療実用化

人材育成・情報発信

- ・がん診療連携拠点病院
- ・侵襲性の低い診断・治療技術の均てん

人材育成・情報発信

- ・治療・リハビリ・社会復帰のクリティカルパス構築
- ・精度の高い診断・治療法の普及

人材育成・情報発信

- ・早期診断・早期治療の普及(7万人社会復帰)
- ・自殺予防情報の発信

我が国が対応すべき疾患群

医療・研究

- ・新型インフルエンザの解明
- ・代謝症候群へのオーダーメイド医療の開発

人材育成・情報発信

- ・最先端のエイズ医療情報の提供
- ・開発途上国への専門家の養成・派遣
- ・患者負担の少ない糖尿病治療法の普及

医療・研究

- ・不妊症・周産期異常の究明
- ・胎児手術・遺伝子治療

人材育成・情報発信

- ・救急にも対応できる小児科総合診療医の養成
- ・妊婦・子どものための医薬品安全情報発信

医療・研究

- ・アルツハイマーワクチン療法の確立
- ・骨粗鬆症の早期発見と治療薬の開発
- ・健康寿命の延伸と看取り技法の開発

人材育成・情報発信

- ・介護予防の普及
- ・在宅医療の確立(療養病床38→15万床)

新型インフルエンザ危機
HIV感染者累計1万2千人
糖尿病予備軍 1620万人(推計)

感染症及び糖尿病等

国立国際医療センター

年間周産期死亡数 5千人
年間未成年者の事故死 1400人

成育医療

国立成育医療センター

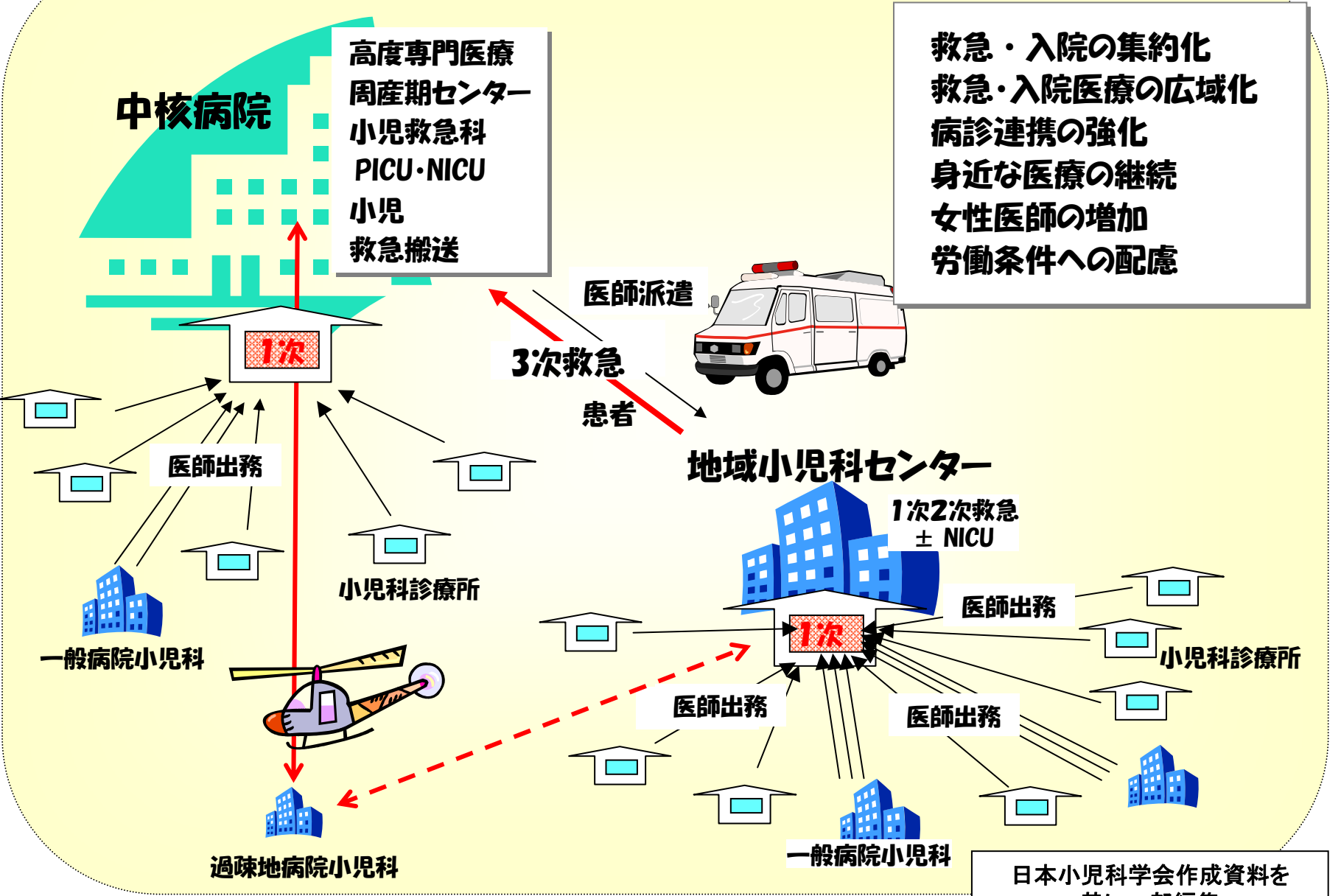
変形性骨関節症1000万人(推計)
認知症患者数 170万人

長寿医療

国立長寿医療センター

小児救急・周産期医療の連携体制

小児救急医療体制の連携のイメージ



日本小児科学会作成資料を
基に一部編集

周産期医療の連携体制のイメージ

周産期ネットワーク

総合周産期センター



母胎搬送等

地域周産期センター

母胎搬送等

病院

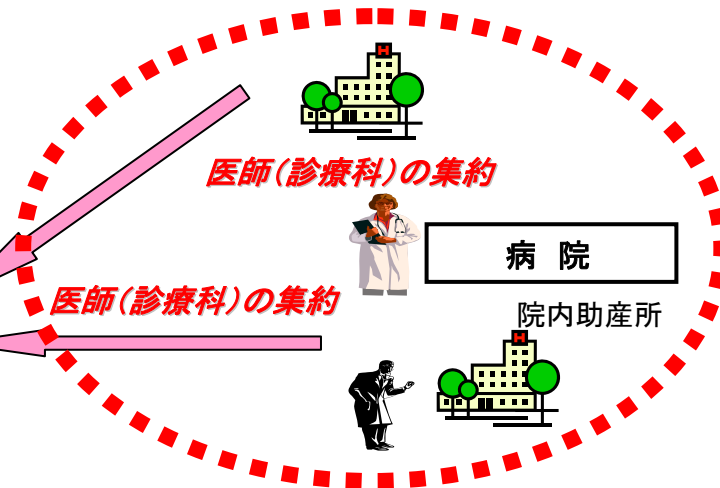
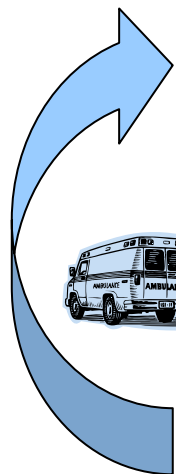
診療所

医師(診療科)の集約

医師(診療科)の集約

病院

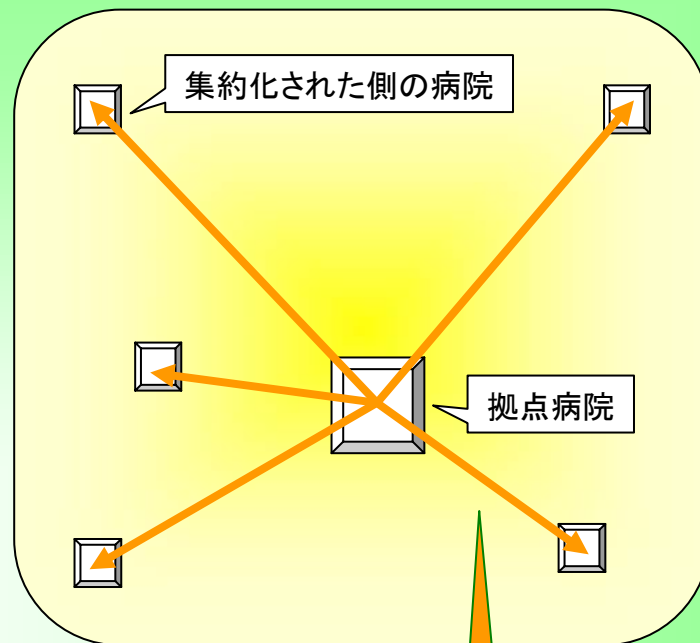
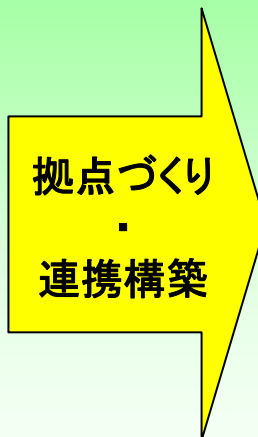
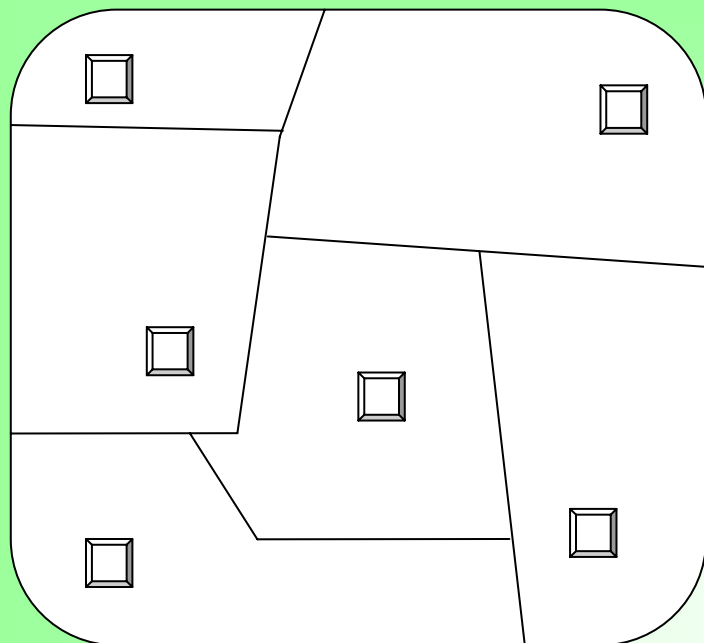
院内助産所



概要

- 現在の周産期ネットワークは一層充実させることとした上で、地域周産期センターへの医師の集約を行ない、病院の集約化、併せてコメディカルの集約化を図る。
- 地域の病院・診療所から地域周産期センターに母胎搬送等により患者紹介。
- このシステムにより、病院の麻酔医や新生児医、また看護婦などが一人の妊産婦の周辺に分娩時に待機することが可能となる。

産科・小児科の医療資源の重点的かつ効率的な配置(集約化・重点化)のイメージ



小児科医・産科医の異動



- 拠点病院**
- 地域に必要な特定分野の小児医療
 - ハイリスク分娩中心の産科医療
- 等

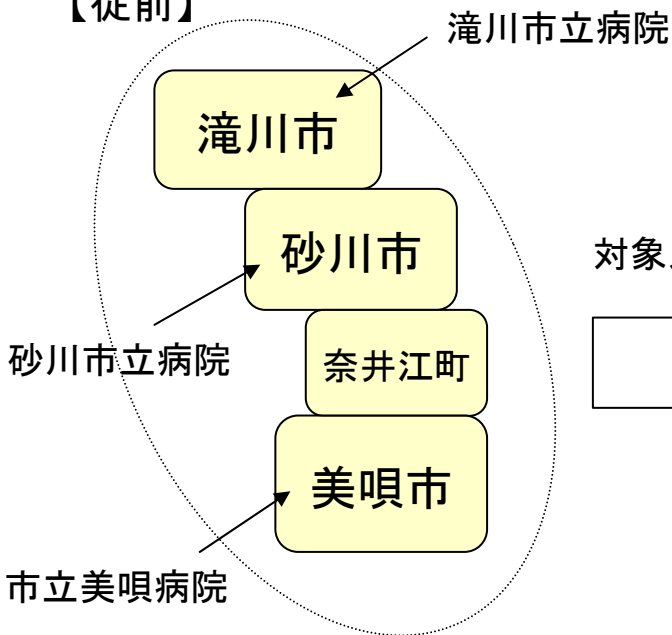
- 集約化された側の病院**
- 一般小児医療
 - 産科医療(正常分娩、分娩前後の診療等)
- 等



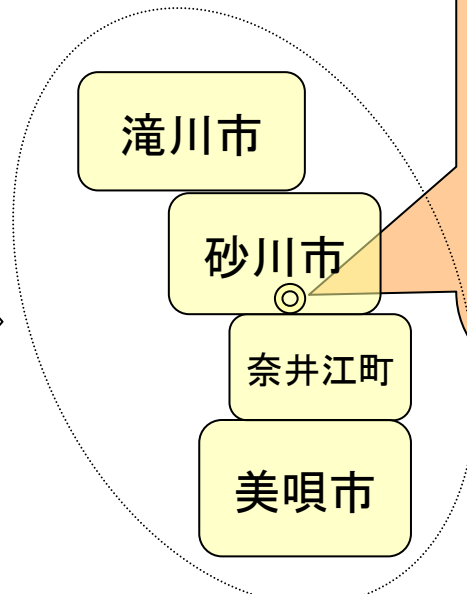
外来機能の維持等のための
小児科医・産科医の派遣

医療資源の集約化の例(北海道中空知地域)

【従前】



【H16. 10から】



「砂川市立病院」に産婦人科医を集約

- ・ 出産、入院治療、時間外救急対応、研修医師・看護師の教育・実習等の実施。
 - ・ 高度な医療の実施
- <医療連携による役割分担>

3つの市立病院に、産婦人科医が1~2名配置され、それぞれ分べんを実施。

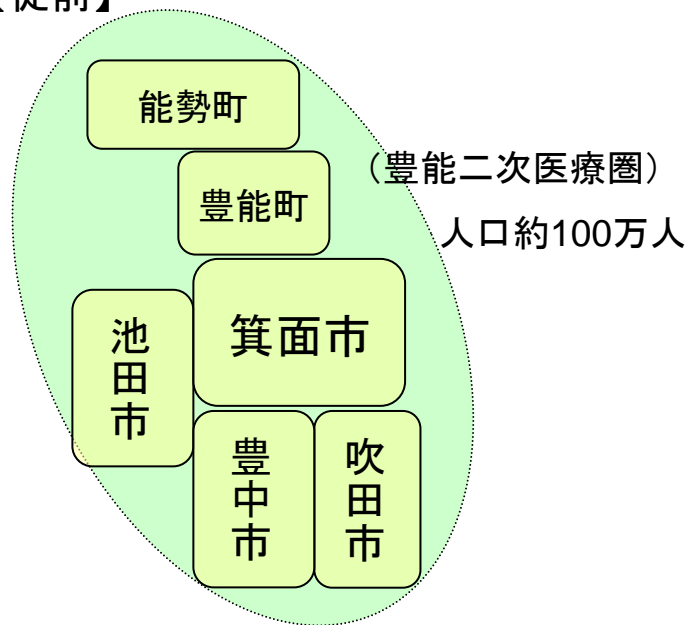
- ・ 各病院で医師確保に苦労
- ・ 過重な勤務環境

医療機能の充実による地域の診療レベル向上。他の2病院では、砂川市立病院からの派遣医師による外来診療実施。限られた医療資源を効率的に活用。

- ・ これまで診療できなかった1,800g未満の未熟児の診療が可能(実際に妊娠28週1,020gの未熟児の診療も実施)札幌市や旭川市に行かなくても地域で診療可能。
- ・ 勤務医の勤務環境の改善

夜間における小児医療の医療資源の集約化の例(大阪府豊能地域)

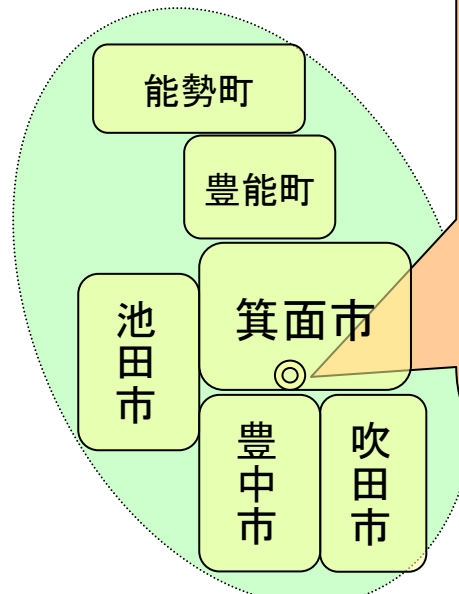
【従前】



4つの市の市立病院と、1つの公的病院が、それぞれで、24時間365日の小児救急診療を実施。

- ・風邪などの軽症患者も重症の患者も混在して受診
- ・各病院の夜間態勢は、小児科医1人ずつの配置であり、過重な労働環境

【H16. 4から】



「豊能広域こども急病センター」を設置

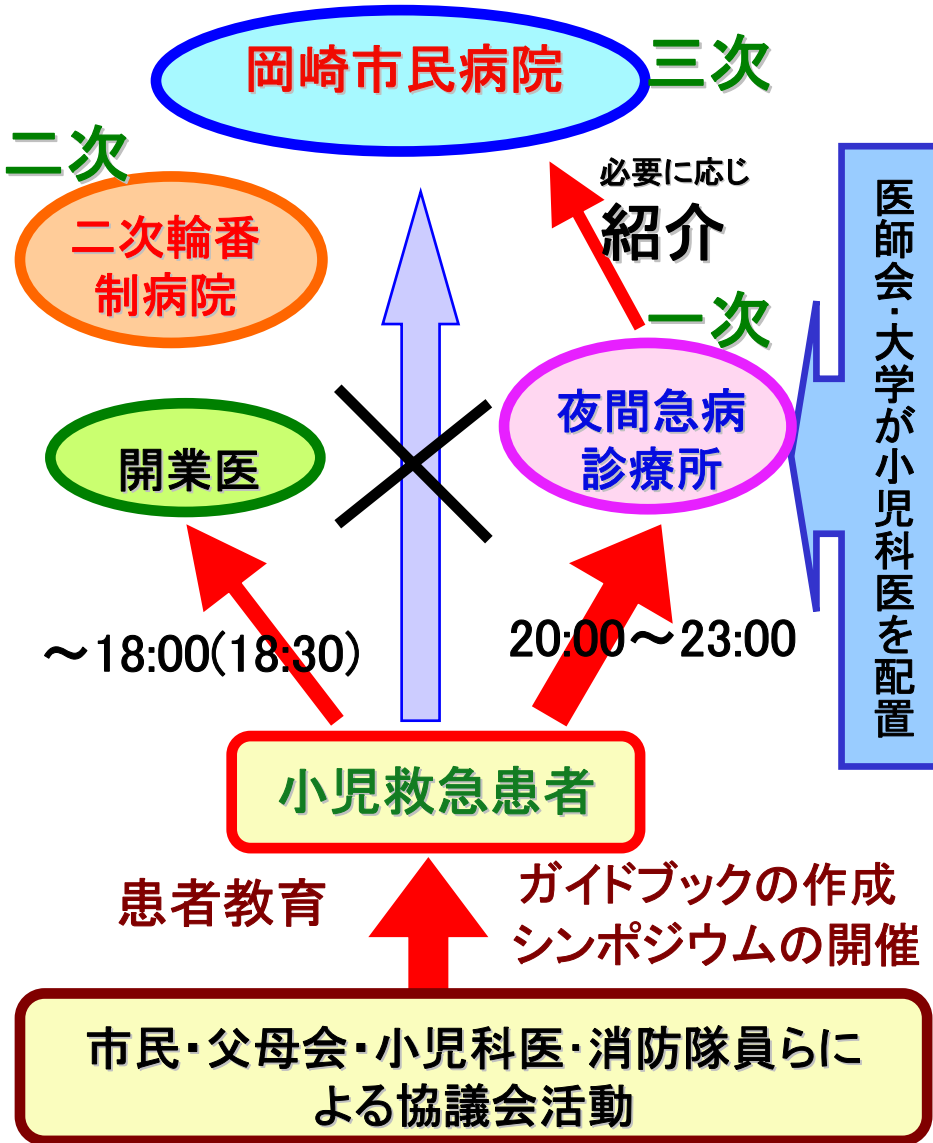
- ・一次救急患者を診察し、重症度を見極め、重症の場合は市立病院等へつなぐ機能を担う。入院機能はない。
- ・入院が必要な患者は、各地域の市立病院などで精密検査や入院治療を受ける。
- ・大学や国立病院からの派遣医師の他、地元の開業医も交代で出務し診療する。

各病院の一次救急患者は減少。センターが担う一次救急と、各市立病院等が担う二次救急の役割分担が図られ、効率化の実現とともに小児科勤務医の労働条件も改善。

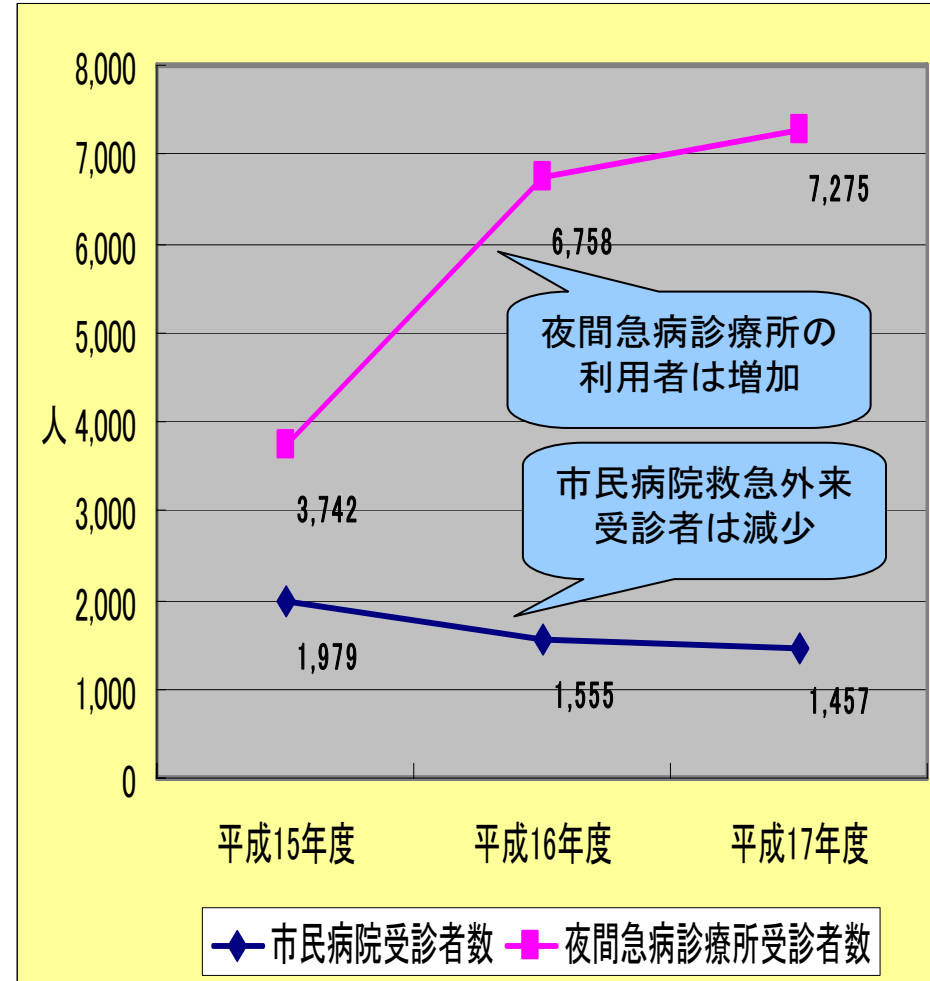
- ・センターを受診する患者の重症度は、軽症97.4%、重症2.6%(平成17年度)
- ・市立病院等への搬送はセンター全受診者の2.6%(同)
- ・市立病院等への一次救急患者は約8割減少(同)

岡崎市の取組例

※岡崎市においては、小児救急体制について、住民参加の協議会活動を行い、シンポジウムの開催や受診の仕方についてのガイドブック作成などの患者・住民への啓発広報活動を行ったところ、一次医療を担う夜間急病診療所の利用者が増加し、高度な救急医療を担う市民病院救急外来受診者は減少した。



岡崎市民病院救急外来、夜間急病診療所別小児科受診者数(20時~23時台)



小児救急電話相談事業（#8000）の拡充

小児救急電話相談事業（#8000）は、

- ・小児科特有の問題として、休日夜間の外来患者数が多く、そのほとんどが軽症患者であるという実態から、適切な受入体制へのアクセス誘導をする上でも重要
- ・小児救急医療体制の構築とともに、小児科医師の確保が困難な地域における医療資源の集約化・重点化の推進においても、その周辺整備における重要な位置づけ

（事業内容）

地域の小児科医による夜間の小児患者の保護者等向けの電話相談体制を整備
（全国同一短縮番号（#8000）による架電）

- 地域の小児救急医療体制の補強と医療機関の機能分化を推進
- どこでも患者の症状に応じた適切な医療が受けられる。

電話相談事業

〔平成16年度～〕

（実施状況）

- ・35都道府県で実施（平成19年3月1現在）
- ・夜間帯は23時まで
- ・固定電話会社との契約

【予算による対応】

- 全ての都道府県での実施
 - ・箇所数 41→47都道府県
- 深夜帯への対応
 - ・人件費（人数）3→4人
- 携帯電話への対応
 - ・電話回線料
1社（固定のみ）
→5社（固定＋携帯4社）

全国47都道府県による実施

- ・民間会社への委託（地域における小児科医師の確保等が得られないなど）
- ・関係機関への協力依頼

深夜帯を含む全ての休日・夜間での実施

- ・深夜帯における民間会社の活用
- ・関係機関への協力依頼

携帯電話活用による利用方法の拡大

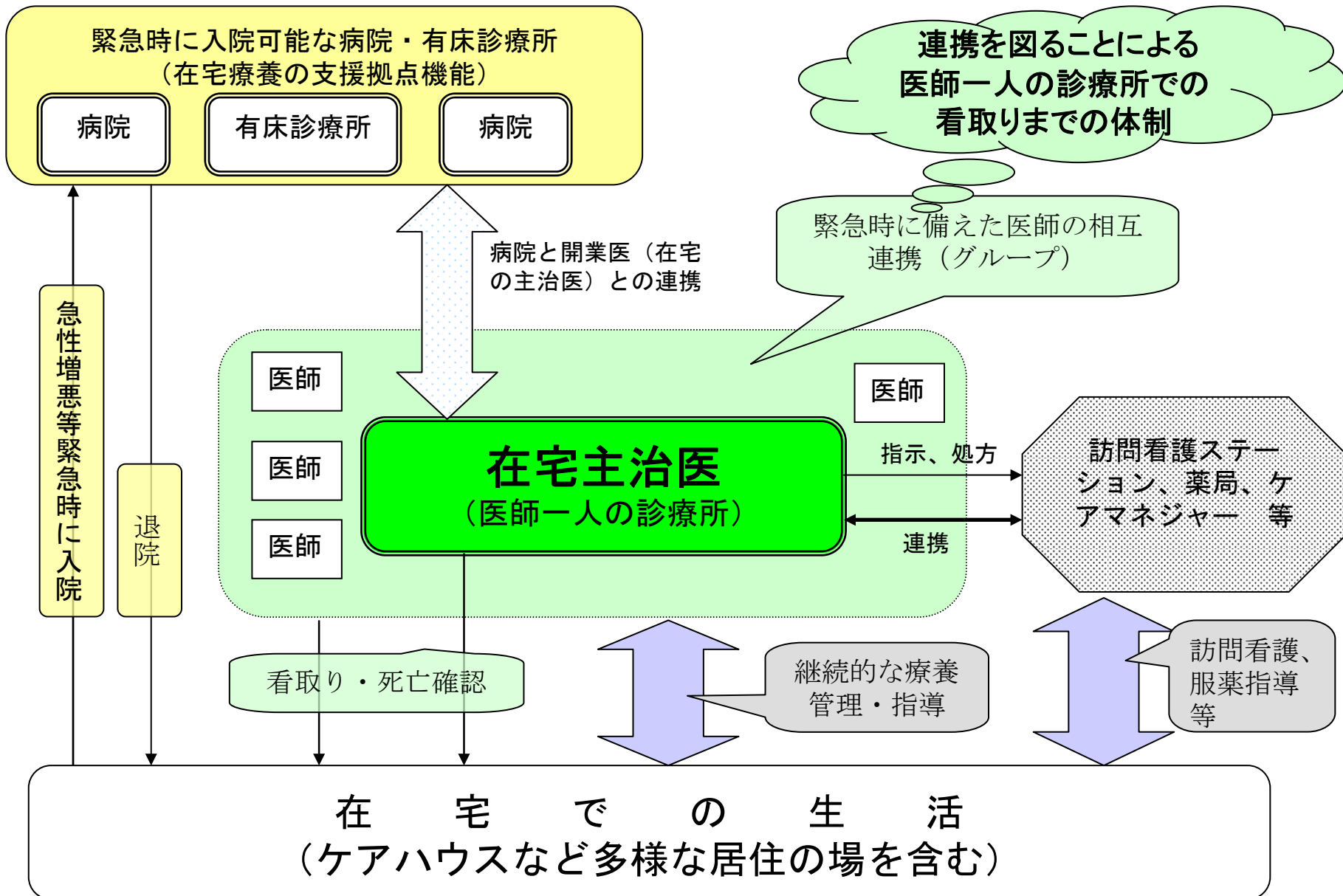
- ・携帯電話会社との契約（NTTドコモ、au、ソフトバンク、ウィルコム）

#8000の広報策

- ・マスコミ等の活用（ラジオCM、ホームページ、ポスター配布など）
- ・都道府県等自治体、小児科学会等関係機関、小児科標榜の医療機関などによる周知（#8000をテーマにしたポスター掲示など）

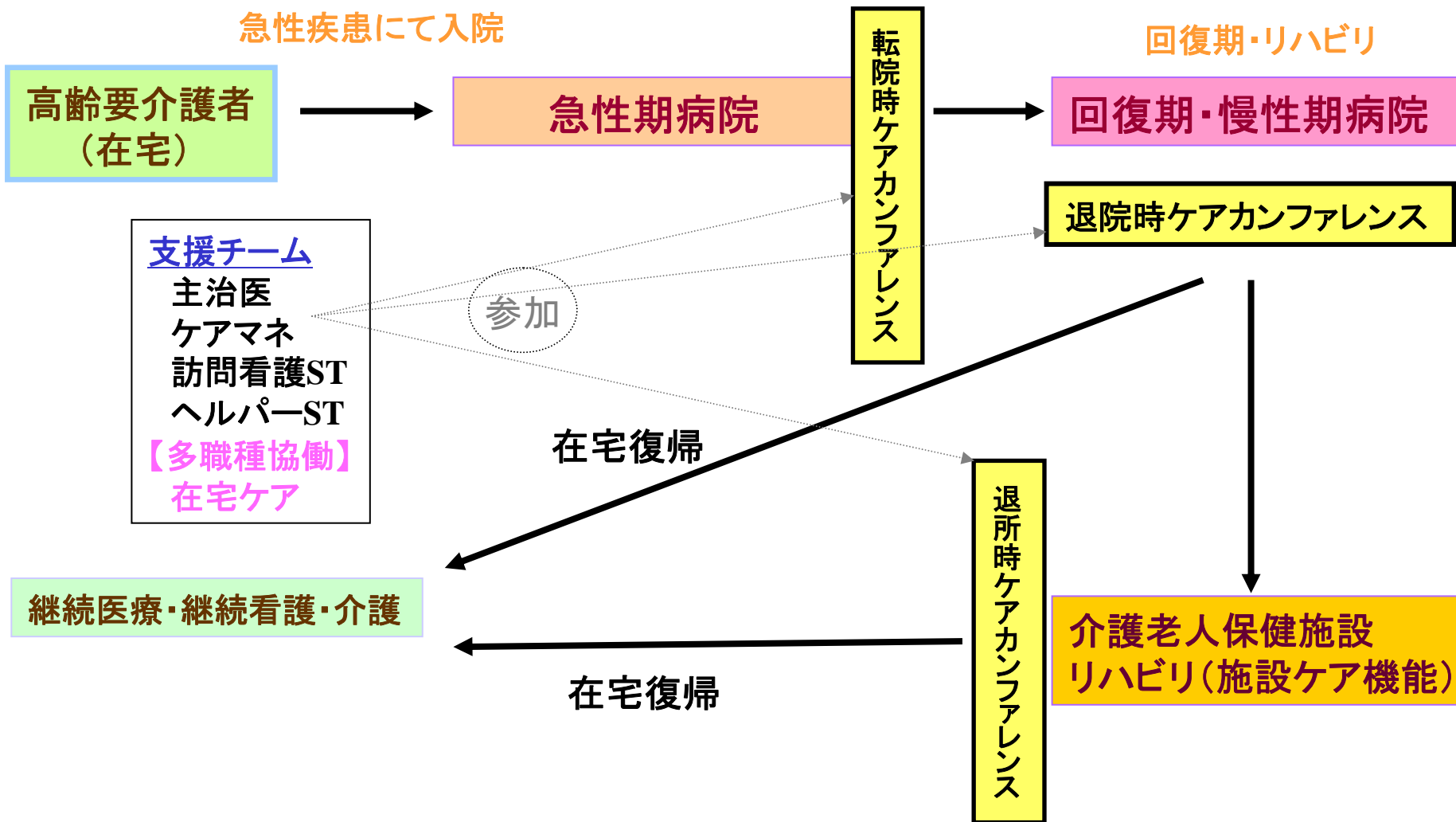
在宅医療の連携体制

在宅医療（終末期ケアを含む）の連携のイメージ



尾道市で行われている在宅での医療と介護の機能分担・連携の例

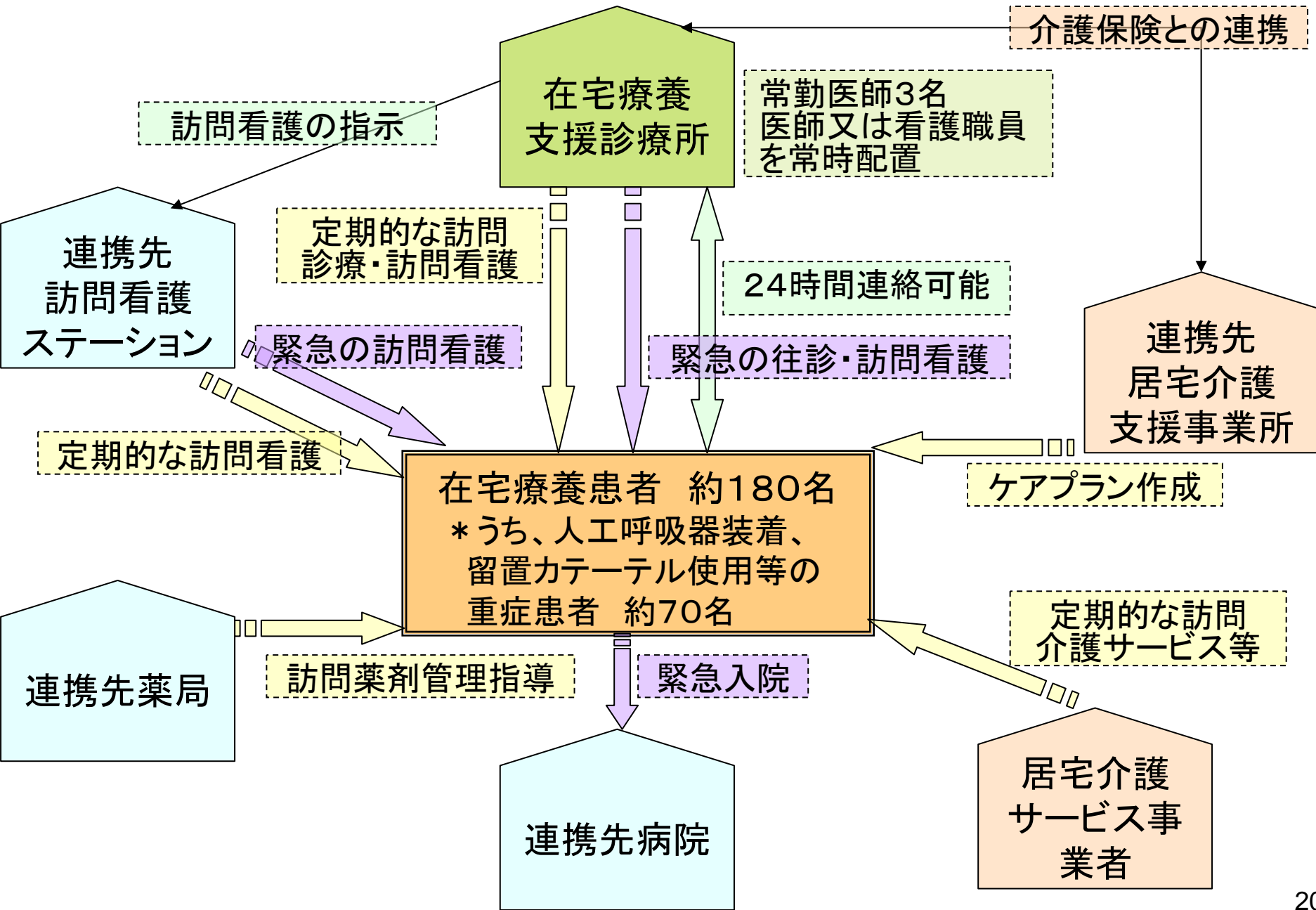
《ポイント》 高齢要介護者の長期フォローアップとケアカンファレンスの継続
主治医とケアマネジャーがケアカンファレンスに参加



(注) 尾道市医師会作成資料を基に厚生労働省にて作成

「在宅療養支援診療所」のイメージ

(仙台市内で看取りまで含めた在宅医療を行っている診療所(医師複数配置)の例)



静岡市静岡医師会と市内の病院で行われている在宅医療の地域連携の例

○在宅患者相互連携システム(イエローカード・システム)

・制度の概要

ア 在宅の寝たきり患者が、病状の悪化に備えて、自分が診療を希望する病院を選択し、かかりつけ医は、当該患者の病状をあらかじめ病院に登録する。

→ 患者にイエローカードを配付

イ 家で寝たきりの患者の容態が急に悪くなったときは、まず、かかりつけ医に連絡するが、万一連絡がとれない場合は、イエローカードに登録してある病院に連絡し、当該病院で診療を受け、必要ならば入院もできる。

○在宅医療支援看取りシステム(グリーンカード・システム)

・制度の概要

ア 家族とともに在宅で最後を全うしたいと希望する患者について、かかりつけ医は患者の希望を受けて、あらかじめ病状を医師会に登録しておく。

→ 患者にグリーンカードを配付

イ 在宅で看取りを希望される患者の容態が急変したときには、まず、かかりつけ医に連絡する。万一連絡がとれない場合は、救急隊に電話をし、グリーンカードを持っていることを伝え、救急隊が当番の医師に連絡し、当該医師が駆けつけ、在宅患者の看取りを行う。

医師確保対策

(都道府県による医師派遣システム・
医学部卒業生の地元定着促進策)

医師不足問題についての基本的認識と対応の構図

基本的認識

医師数全体は将来的に均衡する見込み

しかし...

産科・小児科といった診療科による偏在がある

【産科】

- 医師数及び分娩実施施設数は、減少傾向
- 各病院に1人ずつ配置されるなど、薄く広い配置等による厳しい勤務環境
- 産科による訴訟リスクの高まりに対する懸念

【小児科】

- 医師数は増加しているが、病院への夜間・休日患者の集中
- ※産科・小児科以外の診療科においても、急性期の病院において医師が不足する地域が生じている

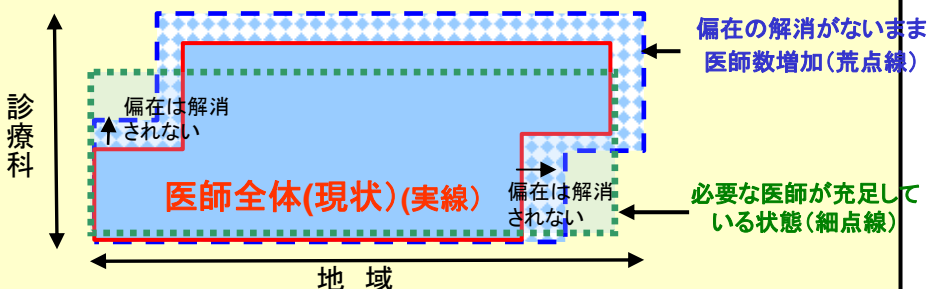
地域による偏在がある

- 全国的な地域間の偏在と、同じ都道府県内でも県庁所在地とそうでないところとの偏在

必要なことは...

仮に...

単純に医師総数を増やしても偏在の解消にはつながらない



対応

短期的な対応

【地域における偏在への対応】

- 都道府県を中心にした新しい医師派遣機能の構築

【共通の対応】

- 医師が集まる拠点病院づくりや、拠点病院と医療機関相互のネットワークの構築(特に産科・小児科)
- 外来における開業医と病院の役割分担(住民の理解と協力が必要)
- 女性医師バンクの活用等、女性医師が働きやすい環境づくり

【産科の対応】

- 訴訟の増加により、産科医療が萎縮しないようにするため、死因究明制度や産科医療補償制度の検討
- 医師との協働による助産師外来、院内助産所の活用

【小児科の対応】

- 小児救急病院における医師等の夜間休日配置の充実
- 初期小児科救急の当番制による開業医等の活用
- 小児救急電話相談事業の普及・充実



「医師確保等支援チーム」による都道府県への具体的な支援

中長期的な対応

- 医師不足が深刻な県を主な対象に、大学医学部における暫定的な定員増や、地元出身者のための地域枠を設定
- 医師と関係職種との役割分担の在り方の検討

医師派遣機能に関する取組のイメージ

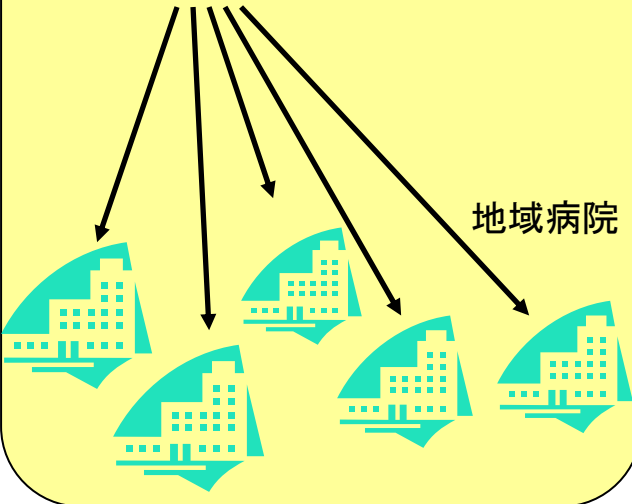
- 大学医学部の医局が従来担っていた地域の医療機関に対して医師を紹介する機能が弱まっている事情がある。
- 大学病院以外に医師を集めることができる魅力的な病院が存在する。

従来の医師の供給体制

大学病院の医師
プールから人材
を供給し、地域の
病院を支援



地域病院



取組のイメージ

大学病院

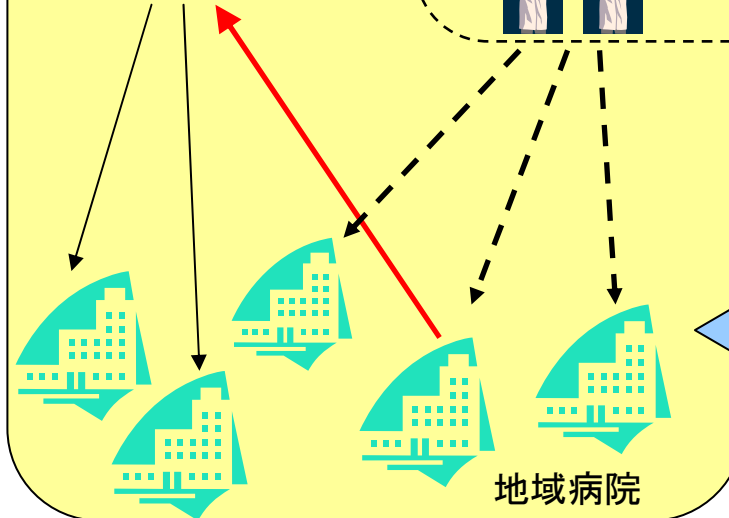


A病院



①医師を集めることができる
A病院においては、地域医療へ
の貢献を医師のキャリアアップ
に必要な要素として位置付ける

②医師不足の状況を踏まえて
A病院に医師の派遣を要請で
きる体制を整備



地域において、従来大学
医局が担ってきた医師の
派遣機能をA病院が持つ
こととなる

医師派遣の例(長崎県ドクターバンク事業)

- ① 県内の離島に所在する市町からの要請
- ↓
- ② 医師を全国的に公募して、長崎県職員として採用
- ↓
- ③ 県内の離島診療所に派遣

【特徴1】県職員(常勤の地方公務員)として採用し身分を保証

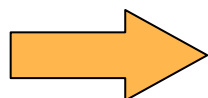
- 給 与:市町村が支給(1,600万円程度/年(免歴10年))
- 退職金:県が支給

【特徴2】有給の長期自主研修を保証

- 給 与(自主研修期間):市町村が支給(1,200万円程度/年(同上))
- 原則として2年間で1単位として、**1年半の離島勤務後、半年間の有給の自主研修を保証。**
これを繰り返す(2単位まとめて、3年間勤務後、1年間の自主研修も可)。

【特徴3】24時間365日支援

- 県の離島・へき地医療支援センター専任医師が、国立長崎医療センターの協力の下、派遣医師の相談にいつでも応じる(必要に応じ、診療応援や代診医としての支援も)。



上記特徴により、離島勤務に際しての不安(専門外対応、離島勤務長期化、最新医学からの遅れ)を解消。**現在までに5名の採用・派遣実績(16年4月～)。**



医師派遣の例(宮崎県医師派遣システム事業)



- ①平成18年度から県職員として医師を採用
- ②2年間地域医療に従事すると最長半年間の長期研修が取得できる

【特徴1】勤務ローテーション



- 勤務ローテーションは、原則として4年間で1単位
- 2年間へき地病院勤務した場合、本人の希望する長期研修(半年を上限)に取り組める
- 残りの1年半は、県立病院等で勤務

【特徴2】長期研修制度



- 長期研修は半年間を上限として、医師本人の希望を反映し、先進的な取り組みを行っている病院や研究機関等で研修を行うことができる。

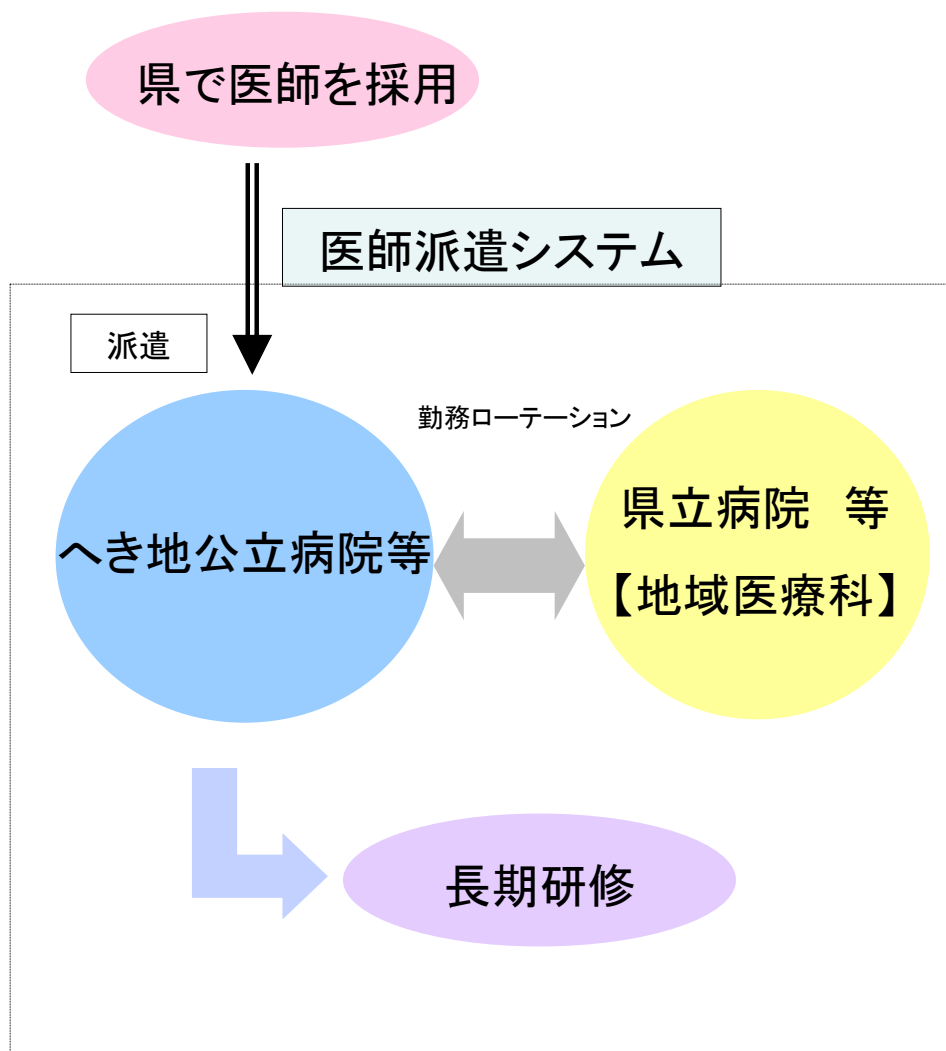
【特徴3】身分及び財政負担



- 県職員として採用
- 4年間のローテーション期間のうち、市町村派遣期間の2.5年間は市町村が、県立病院に勤務する1.5年間については、県が、それぞれ人件費を負担
- 研修経費は県が全額負担

今後4力年をかけて6名の医師を確保予定

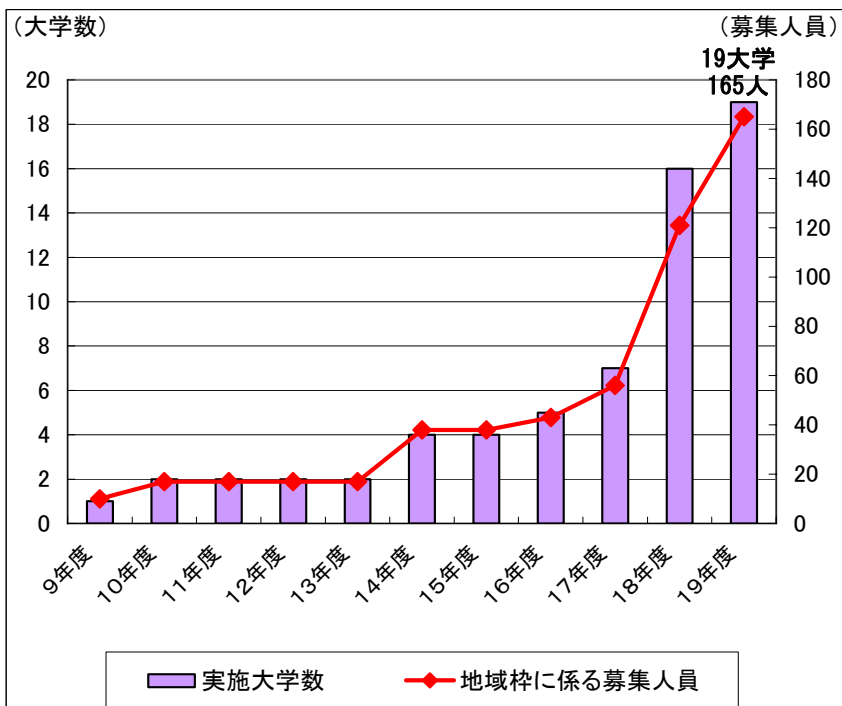
現在1名採用し、H19年4月から派遣



地域医療科： 県内の医師確保や医療技術向上を支援するため、県立宮崎病院に医師教育・研修機能の充実及びへき地医師確保の受け皿として新設

医学部医学科における地域を指定（地域枠）した入学者選抜について

文部科学省資料



都道府県名	区分	大学名	入学定員	うち地域枠募集人員	導入年度
北海道	公立	札幌医科大学	100人	20人	9年度
青森県	国立	弘前大学	80人	20人	18年度
岩手県	私立	岩手医科大学	80人	5人	14年度
秋田県	国立	秋田大学	95人	5人	18年度
福島県	公立	福島県立医科大学	80人	8人	16年度
富山県	国立	富山大学	90人	8人	19年度
長野県	国立	信州大学	95人	10人	17年度
三重県	国立	三重大学	100人	10人	18年度
滋賀県	国立	滋賀医科大学	85人	7人	10年度
和歌山県	公立	和歌山県立医科大学	60人	6人	14年度
鳥取県	国立	鳥取大学	75人	5人	18年度
島根県	国立	島根大学	85人	10人	18年度
		島根大学（3年次編入学）	10人	3人	19年度
山口県	国立	山口大学	85人	10人	19年度
香川県	国立	香川大学	90人	10人	18年度
愛媛県	国立	愛媛大学	90人	5人	18年度
佐賀県	国立	佐賀大学	95人	8人	17年度
大分県	国立	大分大学（2年次編入学）	10人	3人	19年度
宮崎県	国立	宮崎大学	100人	10人	18年度
鹿児島県	国立	鹿児島大学	85人	2人	18年度
計		19大学	1,590人	165人	

注1) 地域枠募集人員は、島根大学及び大分大学の編入学を除き、全て推薦入学枠である。また、「〇〇人程度」「〇〇人以内」を含む。

注2) 平成14年度から、札幌医科大学は10人→20人に変更。

平成18年度から、福島県立医科大学は5人→8人に変更。

平成19年度から、弘前大学は15人→20人に、信州大学は5人→10人に、三重大学は5人→10人に、島根大学は5人→10人に変更。

地域枠と連動した県の奨学金制度の例

地域枠			奨学金制度				
大学名 (入学定員)	募集人員	応募資格	実施主体	対象者	対象人数	貸与額	返還免除
国立・秋田大学 (95人)	推薦入学枠30人 のうち5人	<ul style="list-style-type: none"> 県内高等学校卒業見込者で、 卒業後県内の医療機関への就職を希望する優秀な者 	秋田県	県内の高等学校出身者で、将来県内の公的医療機関等に勤務する意思がある者	10人 (うち地域枠入学者5人)	入学料相当額: 28万2千円 月額貸与額: 15万円	貸与期間の1.5倍の期間、県内の公的医療機関等において医師の業務に従事等の条件を満たす場合、全額免除
国立・鳥取大学 (75人)	推薦入学枠15人 のうち5人以内	<ul style="list-style-type: none"> 県内高等学校卒業生又は卒業見込者で、 県内の地域医療に貢献したい強い意志を持つ、優秀な者 	鳥取県	地域枠入学者	5人以内	月額貸与額: 12万円	貸与期間の1.5倍の期間内に、貸与期間、知事が定める病院等において医師の業務に従事等の条件を満たす場合、全額免除
国立・鹿児島大学 (85人)	2人 (推薦入学枠すべて)	<ul style="list-style-type: none"> 県内高等学校卒業生又は卒業見込者で、 県の地域医療、特に離島へき地診療に従事しようとする強い意欲と情熱を持つ、高等学校長が責任をもって推薦できる、優秀な者 	鹿児島県	地域枠入学者	2人	入学料:28万円 授業料:52万円 /年 生活費:7万5千円 /月 図書費:20万円 /年(4~6年次)	3年間、県内のへき地医療機関等において医師の業務に従事等の条件を満たす場合、全額免除

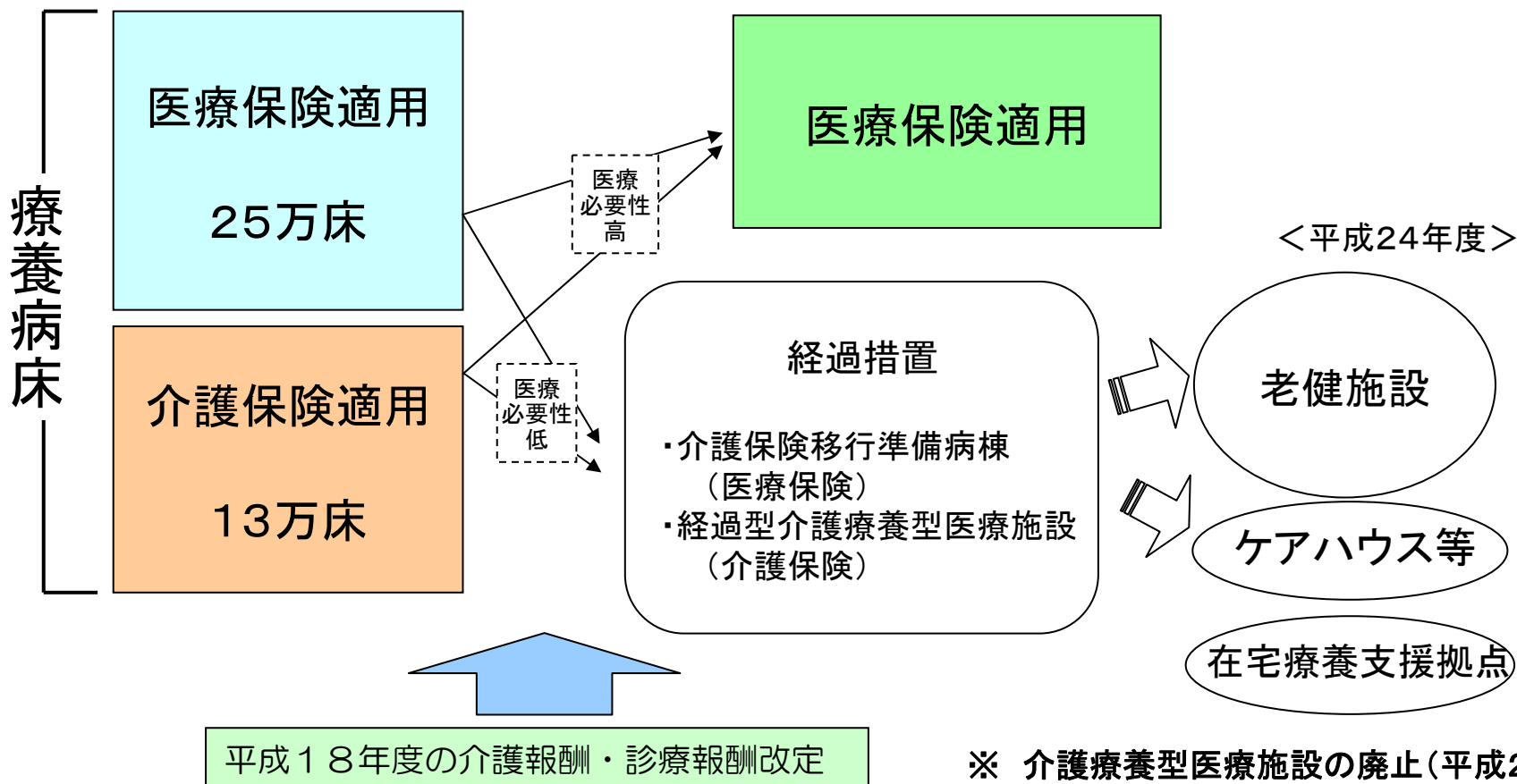
高齢者の生活を支える体制

- 療養病床の再編成
- 住宅政策との連携
- 高齢者総合的機能評価

療養病床の再編成について

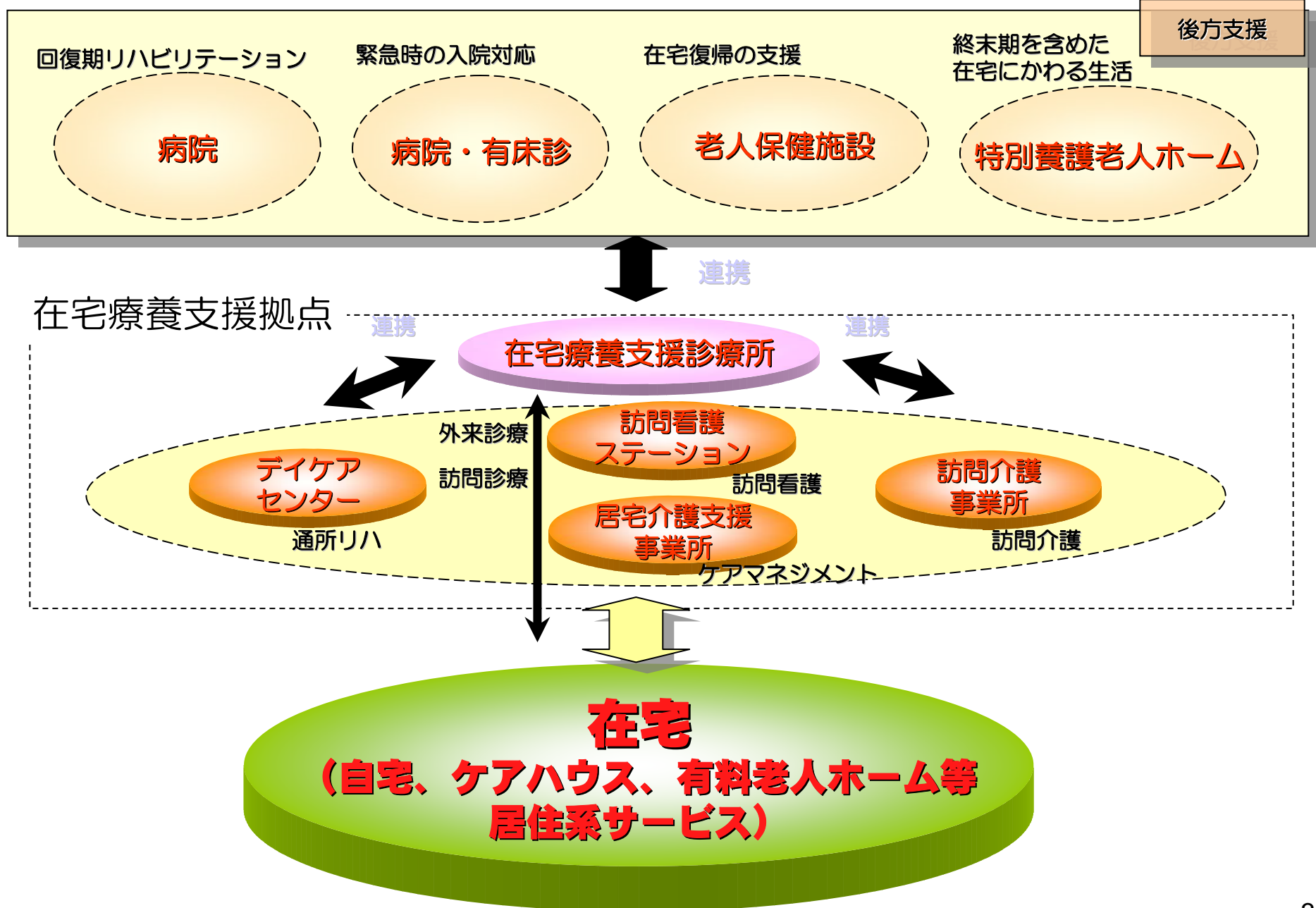
再編成は次のような形で進めます。

- ① 療養病床は全部廃止されるのではなく、医療サービスの必要性の高い方を対象とした医療療養病床は存続します。
- ② 介護療養病床の廃止は平成23年度末であり、その間に老健施設等への転換を進めます。
- ③ 療養病床の再編成を踏まえ、地域のサービスニーズに応じたケア体制の整備を計画的に進めます。

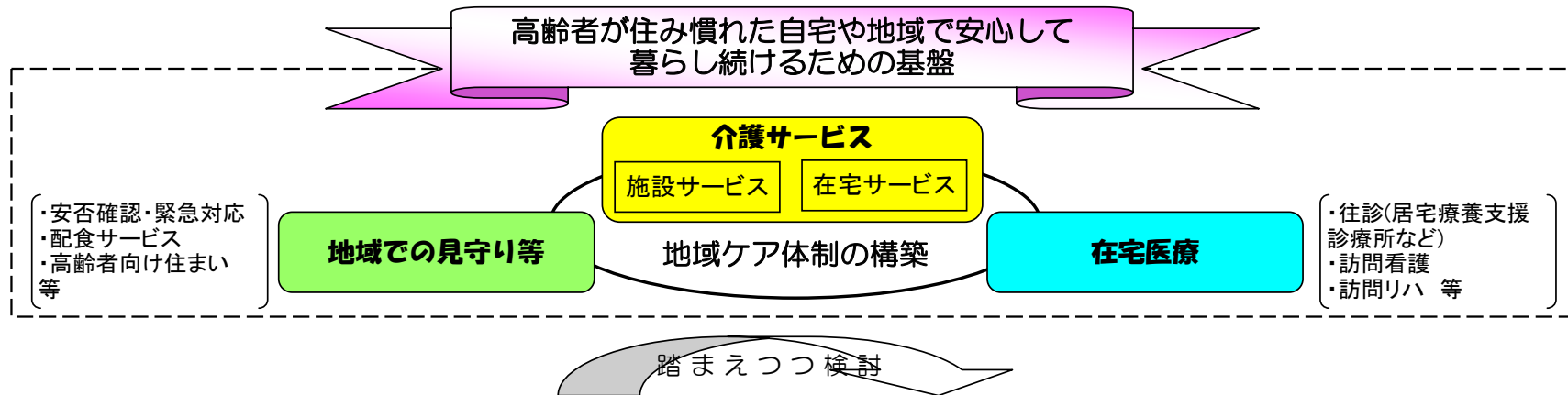


※ 介護療養型医療施設の廃止(平成24年3月)

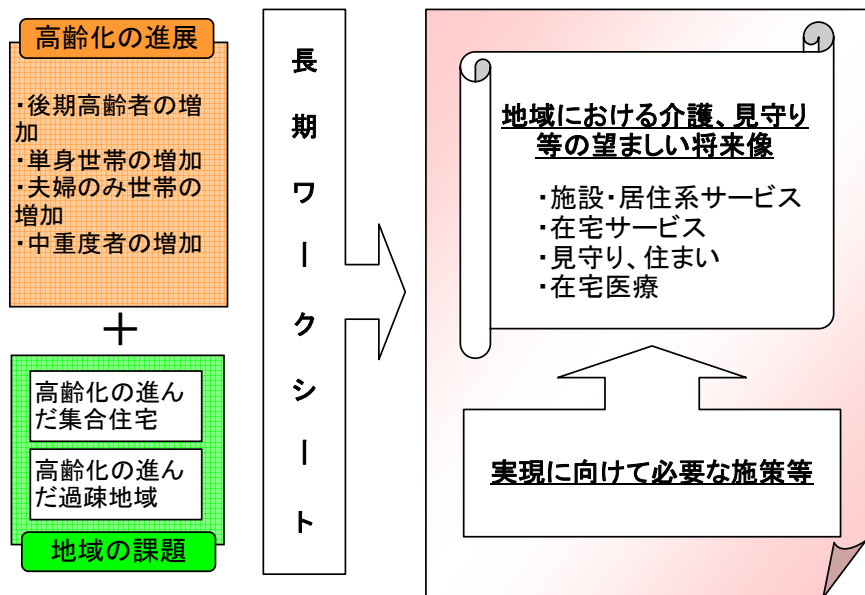
在宅療養支援拠点イメージ～地域で支えるケアの構築～



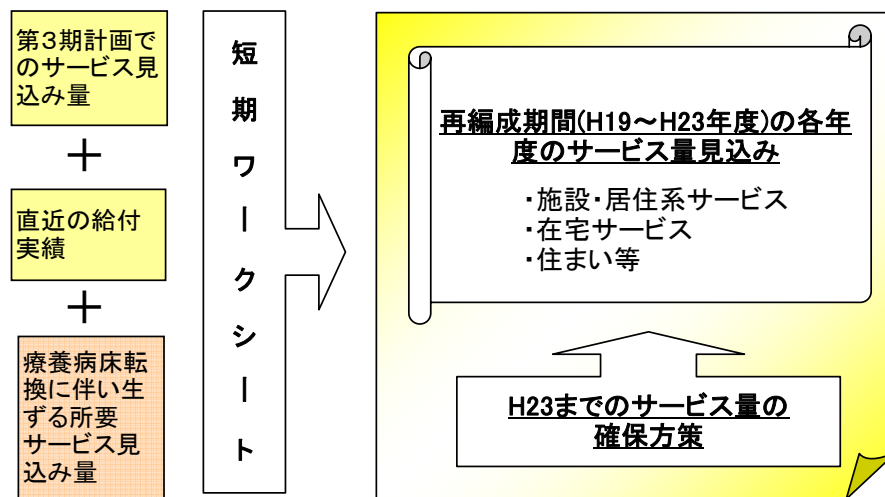
地域ケア体制整備構想のイメージ



H47に向けた地域ケアの将来像



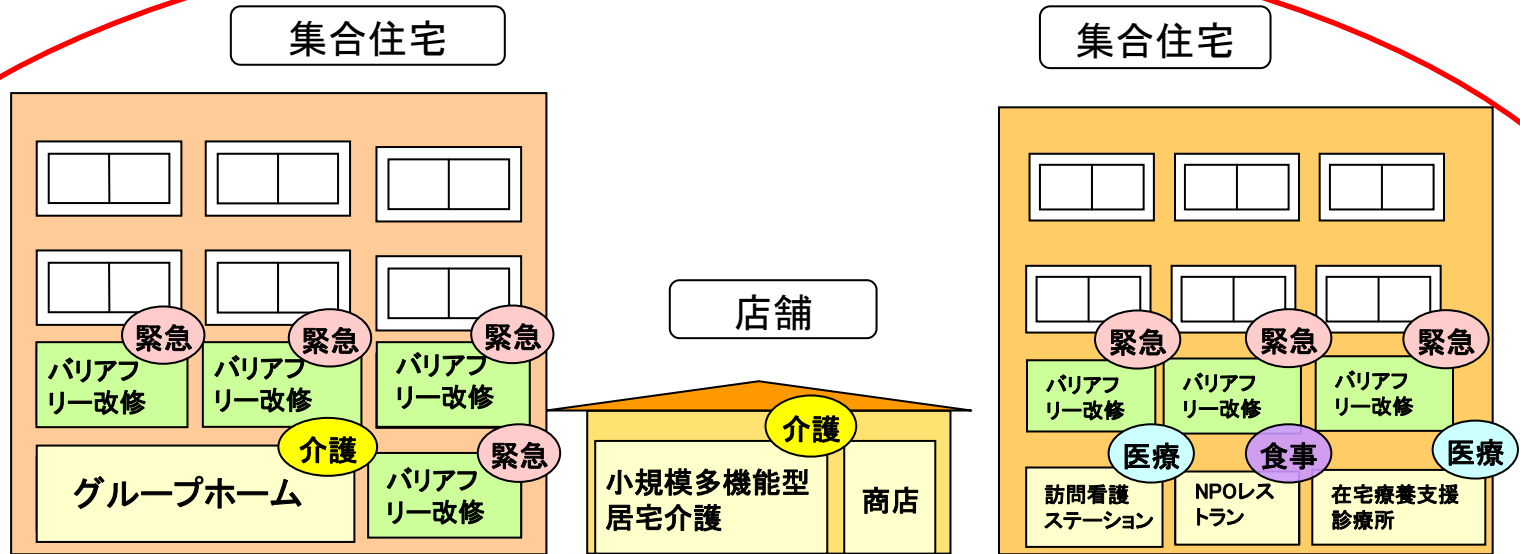
H23までの介護サービス等の見込みと確保方策



療養病床転換推進計画

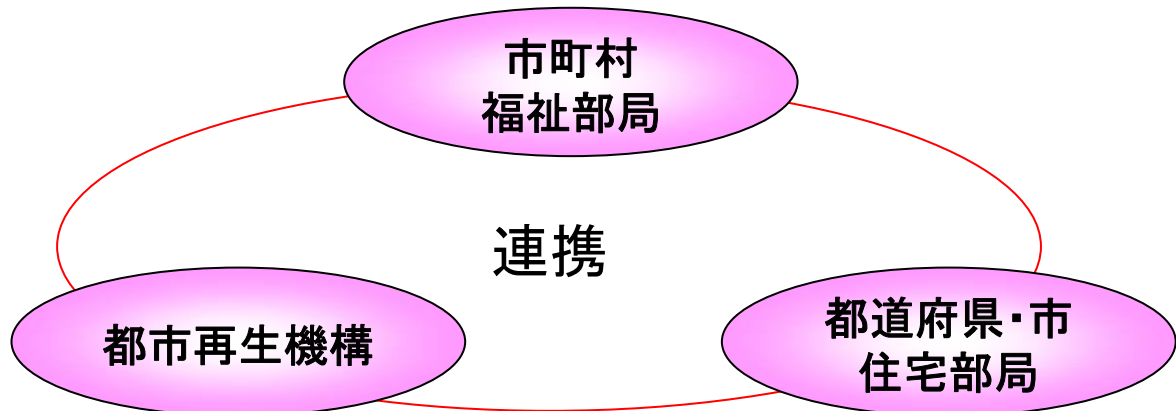
- ・現状と課題
- ・各年度・各圏域の療養病床転換推進計画
- ・転換支援(相談体制、支援措置)

住宅政策との連携のイメージ

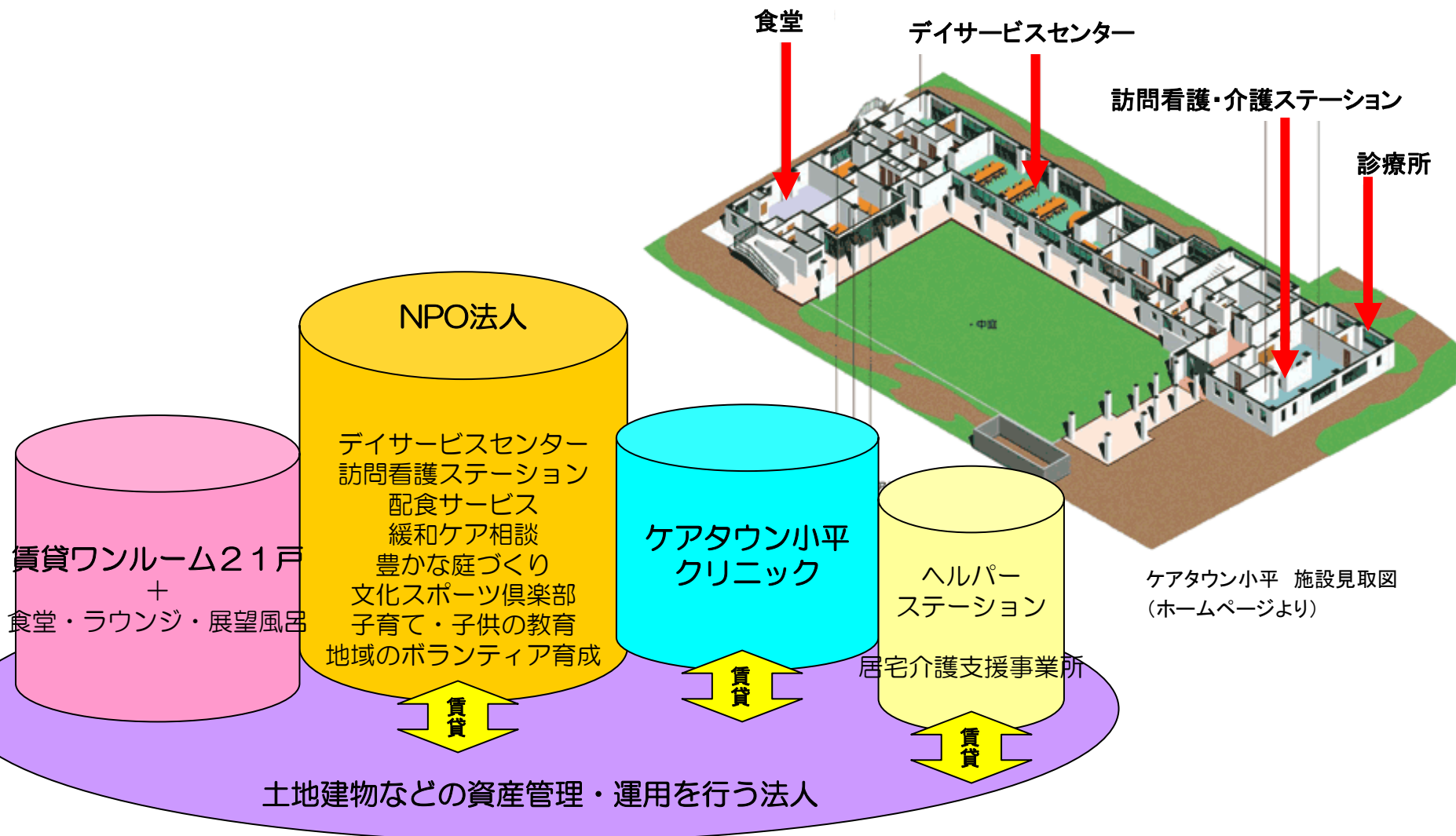


連携

タクシー会社

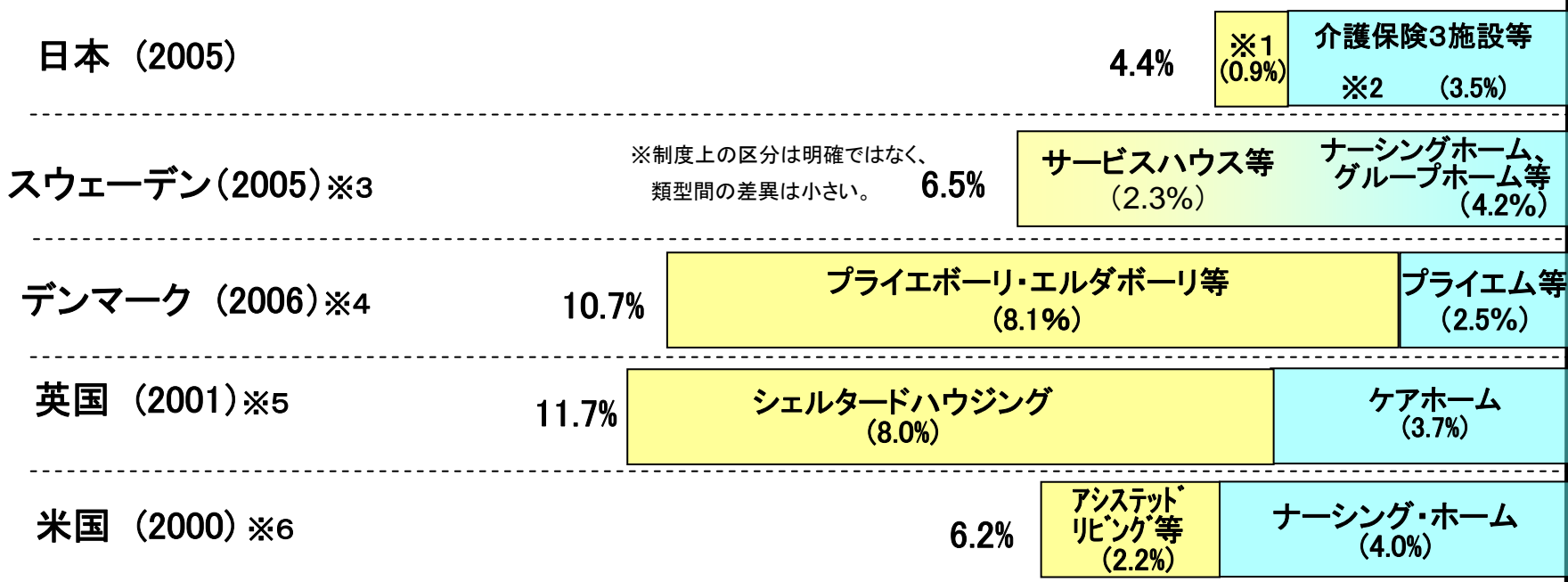


グループホーム、ケアハウスといった多様な住居の場での在宅医療の例



65歳以上人口に占める介護施設・ケア付き高齢者住宅の割合

○各国の高齢者の居住状況（定員の比率）（全高齢者における介護施設・高齢者住宅等の定員数の割合）



※1 シルバーハウジング、高齢者向け優良賃貸住宅、有料老人ホーム及び軽費老人ホーム(軽費老人ホームは2004年)。

※2 介護保険3施設及びグループホーム

※3 Sweden Socialstyrelsen(スウェーデン社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)

※4 Denmark Socialministeriet(デンマーク社会省)聞き取り調査時の配布資料(2006)

※5 Elderly Accommodation Counsel(2004)「the older population」

※6 日本総合研究所「介護施設等の費用体系に関する総合調査報告書」(2004)

CGA (Comprehensive Geriatric Assessment : 高齢者総合的機能評価) について

