

平成17年5月25日(水)
14時00分～16時30分
専用第15会議室(厚生労働省7階)

第11回

社会保障審議会医療部会

議事次第

- 1 在宅医療の推進について
- 2 患者・国民の選択の支援について
- 3 医療法人制度改革について
- 4 その他

(配付資料)

資料1 在宅医療の推進について

資料2 患者・国民の選択の支援について

資料3 医療法人制度改革について

(参考資料)

参考資料 資料3関係資料

在宅医療の推進について

終末期医療について

1 現状

- 死亡者数（平成15年） 年間102万人（がん31万人、心疾患16万人、脳血管疾患13万人）
- 日本における死亡場所（平成15年） 病院：78.9%、自宅：13.0%、診療所：2.7%
- 緩和ケア病棟のある施設（平成17年5月現在） 144施設 2,718床

2 終末期医療に関する調査等検討会報告書（平成16年7月）の概要について

- 国民の終末期医療に対する関心は、年齢によらず、どの年齢層についても高い。
- リビング・ウィル（書面による生前の意思表示）の考え方に賛成の者は、過半数を占める。
- 一方で、書面による本人の意思表示という方法について、「そのような書面が有効であるという法律を制定すべきである」とする国民は、半数を下回っている。
- 延命のための医療行為を開始しないことや、行っている延命のための医療行為を中止することに関して、その手順や合法性について、医師が悩む場面は多い。
- 終末期における望ましい医療の内容は、専門学会、医療機関、医師会等が協力してガイドラインを作成し、普及を図っていくことが必要。

3 取り組み

- 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を支援。

（参考）各国の状況

英 国：英国医師会、英国政府等が協力し、ガイドラインを作成。（1992年）

オランダ：終末期における延命治療の不開始・停止などは医療行為とされ、法律的に問題とされない。

意図的に患者の生命を短縮する行為は、一定の条件を満たせば刑罰的に処罰されない。

（2002年に法律施行）

韓 国：大韓医師協会が「臨終患者の延命治療中断に関する医療倫理指針」を発表。（2002年）

（出典：「終末期における望ましい医療の内容に関するガイドラインの策定に関する研究」）

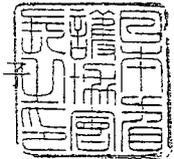
- 日本医師会とともにがん緩和ケアに関するマニュアルを監修し、関係者に周知。

日看協発第82号

平成17年5月13日

厚生労働省 医政局長
岩尾 總一郎様

社団法人 日本看護協会
会長 南 裕



医療提供体制の見直し等に関する日本看護協会の意見について

日頃から、社団法人 日本看護協会の活動にご理解・ご協力を賜り厚く感謝申し上げます。

さて、平均在院日数の短縮等、医療・看護をとりまく環境は大きく変化しています。医療安全に対する国民の期待、都道府県の役割の強化、在宅医療、救急医療、へき地医療等、課題は山積しています。

本会は、安全・安心の質の高い医療・看護の提供が保障される医療提供体制の見直しを求め、別添のとおり意見書を取りまとめました。

医政局におかれましては、本会の意見書に関しましてご検討いただき、ご高配賜りますよう、よろしくお願い申し上げます。

【問合せ先】

(社) 日本看護協会 政策企画部 小川忍

電話：03-5778-8804 / FAX：03-5778-5602

e-mail：shinobu.ogawa@nurse.or.jp

平成 17 年 5 月 13 日
社団法人 日本看護協会

医療提供体制の見直し等に関する日本看護協会の意見

I. 医療提供体制の見直しに対する基本的な視点

2000 年の第 4 次医療法改正から 5 年が経過しました。新たな病床区分の届出を経て人員配置等の基準の経過措置も 2006 年には終了します。この 5 年という短期間で医療機関の平均在院日数は短縮するとともに介護保険法の施行と見直し等、医療環境をとりまく状況は大きく変化しています。医療事故に対する取組みも開始され、2002 年には医療安全推進総合対策に基づき施策が推進されていますが、なお道半ばであり、繰り返し発覚する医療事故に対する国民の視線は厳しいものがあります。

一方、医療法に基づく医療計画が制度化されて、20 年が経過しました。しかしながら制度創設時の当初の目的は果たされているのか、必ずしも十分な評価はなされていません。医療提供の理念、医療の果たすべき役割、そして国民の医療に対するニーズ、こうした医療を考える上での原点に立ち戻り、来年の医療提供体制の見直しに取り組むことが必要です。

日本看護協会は、人間の生命、尊厳、権利を尊重する、人々が幸福に暮らすことのできる社会を願い、そのために国民が健康でその人らしく生きることができると社会保障システムの構築をめざす立場から、患者・国民の視点にたった安心・安全な医療提供体制の実現に向けて、看護師の調整機能を発揮し、保健・医療・福祉サービスが途切れることなく連携したシステムとして機能できるように医療提供体制の見直しに関して以下の通り提言します。

II. 医療提供体制の見直しにあたり具体的に考慮すべき点

医療部会の審議のなかで、本会は、①国民・患者が医療参画するための情報提供の推進、②在宅医療を重視した効率的な医療・看護提供体制の構築、③看護職員の確保と質の向上、④安全・安心の医療・看護提供体制の整備の 4 点を中心に意見を述べてきました。

特に医療部会での審議を進めるにあたり、次の基本的な視点を強調します。

- ① いつでも、どこでも、誰でもが、安全・安心で質の高い医療・看護サービスを受けることができる国民皆保険体制は、国民の健康で安心した暮らしを支える社会保障の基盤のひとつであり、またそれは、わが国の経済の発展の基礎です。
- ② 国民・患者が望む医療、看護サービスのあるべき姿を見据えて、患者一人ひとりがその人らしく生きていくことを支援する医療、看護サービスの機能が有効かつ十分に発揮できるよう、国民・患者重視の視点、チーム医療の推進等の観点から改革を確実に進めていく必要があります。
- ③ 限られた財源のなかで無駄のない効率的な制度構築の努力を行うにしても、安全・安心のために必要な医療費財源の確保は必要です¹。社会保障制度改革の一環として、公平性、有効性、効率性、権利性、透明性などの観点から医療提供体制を見直す必要があります。

1. 患者・国民の選択の支援

患者・国民が主体的に医療に参画していくためには、選択と意思決定への支援は重要です。医療機関の情報提供については、広告の規制緩和が図られていますが、患者・国民のより主体的な選択のために、看護職員の専門性も広告できるようにするべきであると考えます。

また、患者の健康にかかわる情報を積極的に提供できるよう個人情報保護法の施行に伴う医療機関等における個人情報保護のガイドライン等の周知・徹底が必要です。さらに患者・国民が得られた情報をもとに、今後の治療や療養生活の方針について意思決定できるような体制整備として、セカンドオピニオンや相談体制の充実等、患者の自己決定を支援する仕組みを検討すべきです。

- 1) 看護職員の専門性に関する広告についての規制緩和
- 2) 「診療情報の提供等に関する指針」および「医療機関等における個人情報保護のガイドライン」の周知徹底と、情報提供に関する院内啓示等の環境整備
- 3) インフォームド・コンセントの徹底
- 4) セカンドオピニオンの制度化、相談体制の充実・強化

¹ 日本看護協会は、酒税及びたばこ税を上げ、医療費等の社会保障財源に充てることを要望している。

2. 医療安全対策の総合的推進

医療事故防止は、医療界が一丸となって取り組むべき緊急的課題であり、特に看護業務の安全対策強化は最も重要です²。諸外国の医療提供体制と比較しても、我が国は医療機器の整備状況と比較して、医療従事者の配置は劣悪であり、とくに昨今の在院日数の短縮化、患者の重症化等によって、業務の拡大と過密化等が問題になっています³。とりわけ急性期入院医療においては、夜間帯⁴もモニタリング、頻回な処置・与薬管理、手術直後の患者の受入れ等、昼間と遜色ない業務内容になっており、もはや人員配置の引き上げは必須です。また人員配置の考え方について、米国のような常時配置⁵を取り入れることを検討する時期と考えます。

また外来も、化学療法の実施や患者相談など、従来の診察のみならず、その機能の充実・強化が求められています。特に国民的課題となる生活習慣病対策については、外来部門において個々の生活習慣等に配慮したきめ細かな相談指導體制の整備が必要であり、看護の専門外来の設置や外来の機能強化・充実に対応した人員配置⁶の検討が必要です。

さらに全病院に専任のリスクマネージャーや医療安全管理部門、患者相談窓口の設置を義務付け、医療事故等の収集と分析、検証を通じて医療安全対策を推進し、医療事故防止対策の強化を図ることが大事です。

- 1) 急性期一般病床は患者対看護職員 1.5 : 1 以上、夜間帯看護職員配置数の増員及び常時配置の考え方の導入
- 2) 外来機能の強化・充実を目指した生活習慣病等の看護専門外来等の設置
- 3) 専任のリスクマネージャー、医療安全管理部門、患者相談窓口設置の義務化拡大

² 平成 14 年 1 月～12 月発生件数 33,524 件 うち看護師のヒヤリ・ハットは 26,383 件

³ 平成 17 年 4 月 12 日の DPC 評価分科会に報告された「看護の必要度に係る特別調査について」では、DPC 導入後の平均在院日数の短縮等によってハイケア患者、重症ケア患者の受入れが増加傾向にあり、看護業務量が增大していること等が指摘されている。

⁴ 夜間は 2～3 人の看護職員で一つの病棟をまかされており、言い換えれば、患者 15 人～30 人对看護職員 1 名というのが現状

⁵ 看護師 1 名あたりの受け持ち患者 1 名の増加により患者の死亡率が 7% 上昇するというデータ (Aiken, L.H. et al : Hospital Nurse Staffing and Patient Mortality, Nurse Burnout, and Job Dissatisfaction, Journal of American Medical Association. 288(16), p.1987-1993. 2002.) をもとにカルフォルニア州では常時、患者対看護師 4 : 1 が導入された。

⁶ 現在、外来での人員配置は患者 30 人对看護職員 1 名以上となっている。

3. 小児をはじめとした救急医療体制等のあり方

小児をはじめとした救急医療体制は、地域で安心して生活を送る上では不可欠です。特に小児領域においては、夜間・休日体制が十分に確保できない現状も相まって、幼い子供を抱える世帯にとっては切実な問題です。このように小児専門医の不足や医師の地域偏在等の解決のために、診療報酬上の評価を進めると同時に、より効率的で質の高い小児救急医療体制を実現するためには、救命救急センター等でのトリアージナースの育成、配置推進を図ることも含めて、地域における小児を含めた救急医療体制の体制整備は喫緊の課題です。

また、災害時医療体制の整備について、①DMATにおける看護職の役割と機能の明確化、②ボランティア・ナースの役割と機能の明確化等、③災害医療を専門とする「独立行政法人国立病院機構災害医療センター」への研修委託に際し、本会が実施する災害看護研修プログラムとの協働を検討すること等、重点課題として国、都道府県の取組みを促進すべきと考えます。

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1) 小児医療をはじめとした救急医療体制、周産期医療の充実2) 災害医療提供体制の整備 |
|--|

4. 医療機能の分化・連携、医療施設体系および医療施設に係る規制のあり方や医療計画制度について

国民にわかりやすい保健医療を提供していくためには、国民と医療サービス提供者がともに必要な情報を共有しながら、適切な保健医療福祉サービスを選択していくことが前提です。しかしながら現状としては、病院や診療所の役割・機能の明確化がなされておらず、必ず安全で安心な医療が提供されているとは言い難い状況です。新たな診療ネットワークのイメージでは、今後、都道府県の実情に合わせたよりきめの細かい保健医療提供体制の確立が必要となってきますが、その際にも地域間格差を最小限に留めつつ最大の効果を発揮できるよう、地域住民を含めた保健医療福祉提供体制の基盤整備が必要です。

- 1) 国民（住民・患者）に分かりやすい保健医療提供体制の実現
- 2) 質が高く効率的で検証可能な保健医療提供体制の構築
- 3) 都道府県が自主性・裁量性を発揮することによる地域に適した保健医療提供体制の確立

5. へき地医療提供体制の充実

へき地における医療体制の確保が困難な理由として、現行では医師不足や医師の地域偏在性が中心に議論されています。しかしながら、へき地医療体制における最大の問題は、都市部と同じ水準の医療が受けられないことにあると言えます。このような状況を最小限に留めるためには、疾病予防が重要な鍵となってきます。

看護職、特に保健師は、予防活動に従事しており、地域住民の潜在的・顕在的な健康問題を捉え、早期発見・早期治療のために寄与してきました。これらの地域保健活動や地域看護活動、在宅看護、訪問看護等の活動とともに、医療機関と連携・協働することにより、へき地の保健医療提供体制を支える重要な柱となると考えます。

なお、医療法に規定する人員配置の標準については、国民皆保険のもとで平等な医療アクセスを保障するナショナル・ミニマムとして堅持したうえで、地域特性に応じた最適な人員配置のあり方を検討すべきです。また根本的な問題として、医師の養成数・需給問題も含めた解決策を検討することが必要です。

- 1) 保健師の増員、活用等による健康なまちづくり
- 2) 国民皆保険のもとで、医療法の人員配置の標準の考え方を堅持

6. 在宅医療の推進ときめ細やかな医療計画制度

医療機関の機能分化・重点化の推進において、在宅医療の基盤整備が非常にたち遅れている。在宅療養を支える要となる訪問看護ステーションは、その設置状況が、いまだ5,571であり、2004年度にしてゴールドプラン21の数値目標に及ばずその整備が急がれます。都道府県が策定する医療計画の中で、在宅医療の推進をはかるために地域の在宅療養のニーズに適した訪問看護ステーションの数値目標を設定し、在宅医療の基

盤整備を計画的に推進する必要があります。

また介護保険制度が導入され、医療と介護の連携の強化が進められつつありますが、医療機関に入院中から、在宅で療養ができるための計画立案と、地域の社会資源の調整・開発を行い、患者・国民が納得して、不安なく、自宅で療養生活が送れるように、医療機関における退院支援の機能強化が重要です。看護職員等が退院調整を実施するための部門の整備と診療報酬での評価の検討が必要です。また、介護予防、生活習慣病予防の推進と在宅医療への転換をより促進し、医療ニーズがある患者の療養を支援するために、健康相談・看護相談機能を含めた訪問看護のあり方や機能、訪問看護に先立つ医師の指示のあり方などを見直し、看護の機能が十分に発揮できるよう環境整備を進めて行く必要があります。

地域において在宅医療の基盤整備とともに、施設・学校等への訪問看護の仕組み、小児医療の提供体制や災害時医療体制の整備、精神障害者、難病患者等の療養に関してニーズに沿ったきめ細かな計画の策定や、老人保健計画、介護保険事業支援計画等、支援施策間の連携・整合性の強化、へき地医療や地域保健活動が充実するための環境整備についての検討が必要です。

- 1) 都道府県の医療計画への訪問看護ステーションの目標数値設定
- 2) 在院日数の適正化と在宅療養支援のための退院調整部門の強化
- 3) 訪問看護の機能とあり方の見直し、および看護職員の業務の拡大に関する検討
- 4) 精神障害者、難病患者等の保健・医療・福祉の各連携・整合性をもった支援計画の策定

7. 医療を担う人材の確保と資質の向上

少子化の時代において看護職員確保を確実にしていくためには、潜在看護師⁷の活用とともに、次世代育成支援・夜勤改善等による離職防止対策を推進していくことが重要です。

しかしながら、潜在者を含む看護師等の免許取得者の実態把握は現行の業務従事者届では困難であり免許取得者の届け出を義務化することが必要です。さらに1992年の「看護師等の人材確保の促進に関する法律」

⁷ 看護職員の免許を持ちながら就業についていない者。推計55万人。

における基本指針について、医療・看護を取り巻く社会環境の変化に対応した見直しをはかり、看護職員の確保対策を進めることが必要であります。その際には、医療・看護の環境の変化に即し、且つ、看護師等の業務の専門性と独自性にも言及した保健師助産師看護師法等の見直しがあわせて必要と考えます。

また質の高い医療・看護提供を進めるためには、医療従事者の資質向上が重要であり、医療機関で最も従事者数が多く、患者・国民に24時間かかわっている看護職員の教育の充実は、医療の質を左右します。ヒヤリ・ハット報告からも新卒看護師の医療安全教育と実践能力の向上は最重要課題であり⁸、医療機関に就業する新卒看護師の卒後臨床研修について、安全な医療環境整備、提供の視点からも検討し、早い時期に制度化することが重要です。その際には、看護基礎教育期間についての検討も必要となります。また臨床経験が長い者のヒヤリ・ハット報告も多く、生涯教育の充実と看護の質の担保が国民にとってもわかりやすいものとするために、免許の更新制について議論されるべきと考えます。

さらに医療の高度化・専門化および患者の高齢化に伴う病態の複雑化に対応できるように特定の領域におけるより高度な知識・技術を有する看護師が育成され、医療機関での就業が拡大しつつあります。感染管理、褥瘡対策、あるいはがん末期の疼痛管理などその機能を十分に発揮することにより、療養生活の満足度や在院日数の短縮等に大きく寄与している実態があります。看護職員のマンパワーの量的確保とともに専門看護師・認定看護師の養成強化、看護普及の促進、そして准看護師制度問題の解決について具体的に進めていくべきです。

- 1) 看護職員の確実な確保対策と保健師助産師看護師法の見直しの検討
- 2) 新卒看護師の卒後臨床研修の制度化と導入時期の検討
- 3) 看護職員の生涯教育と免許更新制に関する検討
- 4) 高度な知識・技術を持った専門看護師・認定看護師の養成強化と活用、配置促進
- 5) 准看護師養成制度の早期廃止

⁸ 部署配属年数0年のヒヤリ・ハット件数：11,065件、職種経験年数0年のヒヤリ・ハット件数：6725件

8. 精神医療提供体制の充実

大学附属病院（特定機能病院を除く）並びに内科、外科、産婦人科、眼科、及び耳鼻咽喉科を有する 100 床以上の病院は 3：1、上記以外の病院は 4：1、当分の間 5：1（補助者と合わせて 4：1）（旧法の特例許可を受けている病院については平成 18 年 2 月末まで 6：1）となっています。

しかし、平成 15 年 7 月の精神病棟入院基本料の算定状況を見ると、第 4 次医療法改正を議論していた平成 12 年 7 月に比して、手厚くなっていることが示されています。したがって、病院側も手厚い看護職員配置に向かって努力しており、経過措置の「当分の間」の廃止及び一般病床との格差縮小の努力（4：1 から 3：1 以上）を行うべきであると考えます。

このことは 2000 年 12 月 13 日の公衆衛生審議会意見書「精神病床の設備構造等の基準について」においても「精神病床の機能分化や長期入院患者の療養のあり方を含め、21 世紀の精神医療の方向性について措置・検討を開始し、人員配置に関する経過措置の期間とされている医療法施行後 5 年の間に一定の方向を示すべきである」とされている所であり、精神看護についても人員配置について一般病床との格差是正を具体的に検討すべきであると考えます。

- 1) 精神病床の人員配置の格差を是正
- 2) 精神科救急医療体制の整備、相談窓口等の設置
- 3) 退院調整部門の設置による退院促進と病床削減、ACT の制度化

III. 医療提供体制の見直しにむけ、今後も検討すべき課題について

患者・国民の医療に対するニーズと期待は、社会的な変化とともに日々変化を続けています。そして患者・国民に最も近い専門職である我々看護職も、患者・国民のニーズに応えるべく、安心して安全な医療提供体制の実現に向け、自己研鑽していかなければならず、新たな看護のあり方を含む看護機能の充実と拡大を目指し、現行の看護教育体制や看護制度を抜本的に見直す必要があると考えます。