

平成14年3月28日

厚生労働大臣
坂口 力 殿

社会保障審議会医療部会
部会長 高久 史彦

医療提供体制に関する意見

本部会は、医療提供体制の在り方に関して審議を重ね、今般、別添のとおり意見をとりまとめたので、これを報告する。

医療提供体制に関する意見

平成14年3月28日
社会保障審議会医療部会

社会保障審議会医療部会は、昨年9月より8回にわたり、医療提供体制の確保に関する重要事項について審議を重ねてきた。

当部会におけるこれまでの議論の概要は、以下のとおりである。

1. 基本的な考え方と審議経過

1. 我が国では、国民皆保険制度の下で、全ての国民がいつでも、どこでも平等に医療機関に受診することが可能である。この結果、世界最高水準の平均寿命・健康寿命や高い保健医療水準を実現し、2000年6月に公表されたWHO（世界保健機関）の評価においても、我が国の保健システムは世界第一位と評価されている。
2. しかしながら、急速な少子高齢化の進行、医療技術の飛躍的進歩、国民の医療に対する意識の変化など、医療を取り巻く環境は大きく変化しており、我が国の医療提供体制について、(1)効率化・重点化の不足、(2)競争が働きにくい構造、(3)安心できる医療の確保が不十分、(4)情報基盤等の近代化の遅れ、などの問題点が指摘されている。
3. このことから、今後一層、患者の視点を尊重した質の高い効率的な医療提供体制の構築が求められており、このためには、患者に対する幅広い情報提供が推進され、患者の選択を尊重した医療提供を通じて、医療機関相互の競争が促進されることにより、医療の質の向上と効率化が図られることが重要である。

医療機関においては、患者との対話を重視しつつ、情報提供に努めるとともに、患者においても、医療を選択するための様々な情報や手段を得て、自らの健康の保持のための努力を行うとともに、自覚と責任を持って医療に参加することが求められる。

4. 厚生労働省の医療制度改革試案の別添「21世紀の医療提供の姿」（平成13年9月25日）においては、医療提供体制の改革において当面進めるべき施策として、「病院病床の機能の明確化・重点化」、「根拠に基づく医療の推進」、「医療のIT化の推進」、「医療を担う適切な人材の育成・確保」、「広告規制の緩和」、「医業経営の近代化・効率化」、「医療安全対策の総合的推進」、「小児救急医療対策の推進」などが取り上げられており、当部会では、これらを中心に概括的な審議を行った。また、経済財政諮問会議や総合規制改革会議で指摘されている「医業に係る株式会社の参入」と「医療分野における労働者派遣」についても、参考人からの意見聴取を行い、検討を加えた。
5. 特に、政府・与党社会保障改革協議会の「医療制度改革大綱」や総合規制改革会議の「規制改革の推進に関する第1次答申」などで、今年度中に措置することを求められていた「広告規制の緩和」については、集中的に議論を行い、具体的な結論を得た。

II. 個別の検討項目

1. 医療における情報提供の推進

(1) 情報提供の在り方

患者が自らの判断により適切な医療機関を選択するために必要な情報が、幅広く患者・国民に対し提供されることが望ましい。また、情報提供の手段としては、医療機関による広告に加え、広報、院内掲示、公的機関による情報提供などがあり、これらの手段が、それぞれの特性を踏まえ有効に活用されるよう、環境整備や内容の充実が図られるべきである。

医療機関の選択に資する情報提供の在り方として、客観的に比較可能なデータを提供するための用語の標準化等やIT化などの環境整備、情報の確実性や最新性が確保される形で散在している情報をデータベース化すること、これらの情報が地域住民に身近なところで得られることが重要である。

なお、上記に加え、患者の求めによる情報開示が重要であり、特に医療機関の有するカルテ、レセプト等の医療情報について開示の義務化を求める意見があったが、これに対しては、医療の公共性だけを理由に一律に情報開示を義務づけるべきではないという反対意見があった。

また、インフォームドコンセントの義務化についても議論すべきとの意見があった。一方、情報提供の推進に併せて、患者の自己決定を支援する体制の整備、さらに患者の教育、意識啓発の必要性が指摘された。

(2) 広告規制の緩和

医療機関による広告の規制緩和については、今回は患者保護の観点から現行のポジティブリスト方式を前提とし、客観的で検証可能な事項については、原則として規制緩和することとした。具体的な項目については、別添のとおりである。

なお、医療機関の広告については、基本的に、虚偽広告、誇大広告など患者にとって有害となるもの以外は規制を原則撤廃すべき（ネガティブリスト方式）という意見があった。

また、広告規制緩和の具体的な項目についての主な考え方は以下のとおりである。

- 「専門医」を認定する団体の取扱いに当たっては、客観性を担保するため、医学医術に関する団体の意見を聴くべきである。
さらに、幅広い団体の意見を聴くべきであるという意見があった。
- 「手術件数」、「分娩件数」、「患者数」、「平均在院日数」、「病床利用率」については、広告内容が容易に検証できるような仕組みが必要である。
- 「死亡率」については、現状では、重症患者の受入拒否や危険度の高い手術を避けるなど、医療の提供に悪影響を及ぼす可能性が強いため、患者の重症度等について客観的に比較するための環境整備の状況を見極めつつ、継続検討とする。
- 「病院・診療所を経営する法人の理事長の略歴」、「外部監査を受けている旨」については、「これからの医業経営の在り方に関する検討会」（座長：田中滋慶 慶應義塾大学教授）における検討結果を踏まえて措置すべきである。
- 「スタッフの略歴」、「専門看護師・認定看護師」、「看護実習病院」を広告事項にすることについては、医療関係職種全体に関わる問題であるので今後の検討課題とすべきである。
- 「ISO9000s」については、本来医療の質や機能を評価したものではないことに留意する必要がある。

2. 病院病床の機能の明確化・重点化

病院病床については先の医療法改正において、平成15年8月末までに療養病床と一般病床に区分されることとされているが、さらに広告規制の緩和を含めた医療情報の提供と患者の選択が進むことによって、病院病床の機能分化が促進されると考えられる。

なお、病院病床の機能分化については、急性期の患者にとっては望ましい方向である一方、亜急性期、慢性期の患者に係る病床の在り方は慎重に検討すべきという意見があった。

また、地域医療計画については、本来社会が求めている機能に対して新規参入規制になっている面があるとしたら、議論すべきという意見があった。

3. 根拠に基づく医療の推進

医療の質の向上を図るためには、地域の医療機関が容易に最新の医学情報を参照できるよう、EBM実践のための文献データベースや主要疾病の標準的診療ガイドラインが整備されることが極めて重要である。

これらの施策については、年次目標を定め、重点的な整備を進めることが肝要であり、患者が主体的に医療に参加する環境の整備のためにも重要である。

4. 医療におけるIT化の推進

患者・国民への医療情報の提供や地域の医療機関のネットワークを形成する上で、医療におけるIT化は重要な手段である。保健医療分野におけるIT化を推進するために、昨年12月に、「保健医療分野の情報化に向けてのグランドデザイン」が策定され、電子カルテやレセプト電算処理のシステムの普及について数値目標が示されたが、その着実な実施が必要である。

なお、電子カルテは単なるツールに過ぎず、電子カルテを導入する前に、個々の医療機関における業務の標準化や見直しを行うことが重要であるとの意見があった。

また、医療のIT化に係る費用負担の在り方について、今後さらに検討が必要であるとの意見や、地域の医療機関ネットワークの中で患者の情報が共有され、健康管理や個別指導、各段階に応じて適切なケアが切れ目なく行われる仕組みが必要との指摘があった。

5. 医療を担う適切な人材の育成・確保

医療サービスの質の向上を図るためには、それを担う医療従事者の質の向上や適正な数の確保、配置が重要である。

地域医療の確保の観点から、医師が専門化・細分化され過ぎており、総合的な診療能力を有する医師を養成する必要性が指摘されるとともに、大学を中心とした医師の人事

についての問題点が指摘された。特に、現在「医道審議会医師分科会医師臨床研修検討部会」（部会長：矢崎義雄国立国際医療センター総長）で検討されている医師の卒後臨床研修制度については、大学に依存する体制を改めるべきとの意見があった。医師の生涯学習の義務化、医師の免許更新制などについても議論すべきとの意見があった。また、国民に安定した医療を提供するためには、医療従事者の地域偏在の改善が重要な課題である旨の指摘があった。

6. 医療安全対策の総合的推進

相次ぐ医療事故やその報道を通じて、医療に対する国民の信頼が揺らぎかねない状況にある中、患者の視点を十分に踏まえ、国民に真に安心できる医療を提供するという観点から、関係者をあげて医療安全の推進に取り組むことが重要である。医療安全に関する今後の方針及び当面取り組むべき課題については、現在「医療安全対策検討会議」（座長：森亘日本医学会会長）で総合的な検討が進められているところである。医療に対する国民の信頼回復のために、緊急の取組が必要である。

7. 小児救急医療対策の推進

小児科医の負担の増大や大病院への救急患者の集中などが指摘される中、小児救急医療体制の確保は喫緊の課題であり、「小児救急医療拠点病院」の整備などの新たな施策については、その早急な実施が求められる。

なお、小児救急医療に関連して、小児科の不採算性についての指摘や、医学生が小児科医を目指すような学校教育の在り方についての意見があった。

8. 医療経営の近代化・効率化

非営利を原則としてきた我が国の医療機関経営について、昨今、経営の効率化や資金調達の多様化を図るために営利企業の参入を認めるべきとの主張がある。医療の効率化と質の向上を図るためには、まず、患者への情報提供を進めることによる患者選択を通じた医療機関相互の競争の促進や、理事長要件の緩和等の医療法人制度改革による医療経営の近代化などの取組を着実に進めることが必要である。

なお、営利企業の参入により、次のメリット等があるとの指摘がなされた。

- ・ 医療行為と経営の分化が進むことにより、経営の効率化や医療の質の向上が期待できる。
- ・ 従来、閉鎖的とされてきた医療の世界が社会的に広がりを持つこととなり、経営の透明化、健全化が期待できる。

- ・ 競争が促進され、特定の医療分野に特化した経営の展開や、快適な療養環境の提供、保険者からの委託による予防医療など多様なサービスが提供されることにより、国民の医療についての選択肢が拡大する。なお、不採算部門の切り捨てにつながるという考え方に対しては、経営形態ではなく公的観点からの検討が必要である。

しかしながら、営利企業による医療経営については、

- ・ 医療の強い公共性と株式会社の株主への利益配当という2つの要請を両立させることは困難である
- ・ 収益性の高い医療分野に集中し、不採算部門の切り捨てや医療費の高騰を招きかねない
- ・ 我が国は民間主導により十分な医療提供体制がすでに整備されている
- ・ 営利企業と病床規制とは相容れないため、地域医療計画が必要という前提では営利企業参入は馴染まない
- ・ 株式会社を参入させなくても、情報開示等を行えば競争原理が働く
- ・ 株式会社の参入が認められているアメリカにおいても、医療経営は非営利が主体であり、研究と教育に投資せず質の向上に限界がある株式会社よりも、研究、教育、臨床の3つに取り組む非営利病院の方が、地域における信頼を得ており、ネットワーク化されている

等の理由から、慎重な対応が必要であるという反対意見が多かった。

9. 医療分野における労働者派遣

医療分野に従事する専門的な人材の最適な配置を可能にするため、医療関連業務の従事者の労働者派遣に関する規制の見直しが求められており、雇用形態に関わりなくチーム医療は可能であること、派遣という形態で働きたい医療従事者の希望を一律に禁止すべきではないとの意見があった。

これに対し、適正な医療を提供するためには、チームの構成員が互いの能力や治療方針等を把握し合い、十分な意思疎通の下に業務を遂行することが不可欠であること、恒常的にチームの力を高めていくことによって、良い医療、良い看護、安全な治療の場を提供することができることから、医療機関における医療関連業務の労働者派遣に関して規制を緩和することは、慎重に検討すべきという意見が多かった。

また、現行の派遣制度においては、事前に労働者を特定する行為が禁じられていること、派遣期間に制限が設けられているため継続的な雇用が困難であることなどの問題点が指摘された。

10. その他

- リビング・ウィルの普及など、終末期医療の在り方について議論すべきとの意見があった。
- 医療保険制度改革については、医療保険部会で議論されているところであるが、当部会においても、医療保険制度の今後の在り方について、給付と負担の公平性や安定した保険運営の観点から、各保険者の厳しい財政状況を踏まえ、早急に制度の一本化を求める意見と、制度の一本化に反対する意見があった。
- 領収明細書を発行すべきであるという意見があった。

III. おわりに

厚生労働省は、情報提供の推進などをはじめとする当面の諸課題について、その改革を着実に実施するとともに、さらに、良質かつ効率的な医療提供体制の確保に向けて、その検討の進め方を含め、関係者の意見を反映しつつ、早急な検討を行っていくことが求められる。

社会保障国民会議における検討に資するために行う 医療・介護費用のシミュレーション

(解説資料)
サービス提供体制改革の考え方

目次

◆基本的考え方と改革の方向性等	2
●「シミュレーションの前提」における サービス提供体制改革の基本的考え方	3
●具体的改革の方向	4
●医療・介護サービスの需要と供給（一日当たり利用者数等）のシミュレーション	7
◆シミュレーションの手順と詳細	15
●シミュレーションの具体的な手順	16
●医療・介護サービスの需要と供給のシミュレーションの詳細	18
●具体的なシミュレーション ～ 改革のストーリー ～	20
●（参考）認知症高齢者ケアの全体像イメージ（認知症自立度Ⅱ以上）	25
●医療・介護サービスの単価に関するシミュレーションの詳細	26

基本的考え方と改革の方向性等

「シミュレーションの前提」におけるサービス提供体制改革の基本的考え方

- 平成37(2025)年において、国民の医療・介護ニーズを保障するために必要な医療・介護サービスを確保する(サービス総量の確保)。
- 社会保障国民会議中間報告で指摘されている、現在の医療・介護サービス提供体制の問題点を克服し、国民の求める医療・介護サービスを、質・量両面で最も効率的かつ効果的に提供できる体制を実現する。(効率的・効果的サービス提供の実現)
- 病気や介護が必要になっても、適切なサービスを利用して、個人の自立とQOLの追求が可能になるよう、医療・介護を通じて、個々人の心身状態に最もふさわしいサービスが切れ目なく提供できるような医療・介護サービス提供体制の一体的改革を行う。(サービスの質の確保、利用者の個別性の尊重)
- 施設か在宅かの二者択一ではなく、介護施設の生活環境の改善(個室、ユニット化)や小規模化と在宅医療・介護サービスの多様化と拡充、ケア付き住宅など居住系サービスの拡充により、利用者の希望と選択により、重度であっても、地域のなかでの暮らしを継続するために必要なサービスを提供する。(個人の選択・生活の継続性の保障)
- 欧米先進諸国の実情も参考にし、国際的にみても遜色ないレベルの医療・介護を目指す。

《参考》社会保障国民会議中間報告で指摘されているサービス提供体制の構造改革

- ・ 病院機能の効率化と高度化
- ・ 地域における医療機関のネットワーク化
- ・ 地域における医療・介護・福祉の一体的提供(地域包括ケア)の実現
- ・ 医療・介護を通じた専門職種間の機能・役割分担の見直しと協働体制の構築

具体的改革の方向

(総論)

- 医療・介護を通じたサービス提供体制の一体的な改革を行うことを基本に、改革度合いが緩やかなシナリオ(B1シナリオ)から、最も改革が進んだシナリオ(B3シナリオ)まで、複数の改革シナリオを見込む。

(急性期医療)

- 急性期入院医療について、早期の社会生活復帰を可能とするよう、医療の質の向上と効率性の向上により平均在院日数の短縮を図る。
- このため、現在の一般病床を急性期病床と亜急性期・回復期病床等々に機能分化し、急性期病床について人的・物的資源の集中投入による重点化・機能強化を図る。
- 同時に、急性期後の継続的な入院医療が必要な者に対する回復期リハビリテーション、亜急性期医療の機能強化を図るとともに、連携パスの普及、在宅医療の充実強化等により、急性期医療全体での早期退院・社会復帰の実現・在宅での療養継続支援を目指す。
- また、医療の高度化、集中化、機能分化等の医療提供体制の充実により、救急医療体制についても、機能分化にあわせた救急機能の充実強化を図る。

(慢性期医療)

- 慢性期医療を中心とする長期療養について、重症化・重度化に対応した機能強化を図るとともに、在宅医療の充実強化、施設・在宅を通じた介護サービスの拡充により、できる限り住み慣れた地域での療養生活継続を実現する。

(介護)

- 介護サービスについては、高齢者の尊厳、個別性の尊重を基本に、できる限り住み慣れた地域での生活の継続を支援することを目指し、高齢化の進行等による要介護高齢者数の増大を踏まえたサービス全体の量的拡充を図るとともに、高齢単身／夫婦のみ世帯の増大、認知症高齢者の増大、重度要介護者の増大、医療・介護双方のサービスを必要とする高齢者の増大など、要介護高齢者の状態像の変化を踏まえたサービスの多様化と機能強化を実現する。
- できる限り住み慣れた地域での生活を継続したいという国民の意向を実現するため、既存の在宅サービスの充実に加えて、24時間対応訪問介護・看護サービスなどを拡充するとともに、グループホームやケア付き住宅などの居住系サービスを諸外国並みの水準まで拡充する。
- また、増大する認知症高齢者に適切な介護サービスを提供するため、小規模多機能サービスやグループホームを拡充し、重度化しても在宅生活の継続を可能にする在宅サービスの整備・機能強化を図る。
- 施設サービスについても、認知症高齢者への対応強化や個々人の暮らしの継続性を尊重する個別性の高いケアを実現する観点から、個室・ユニット化を推進するとともに地域に密着した小規模型施設を重点的に整備する。
- また、全体としての入所者の重度化の進行や終の棲家としての看取り機能、在宅支援(通所施設)機能など、介護施設利用者のニーズを踏まえた施設機能の強化を図る。

(在宅医療・地域ケア)

- 急性期・慢性期の入院医療からの早期退院・在宅療養や、在宅での緩和ケア・看取りのケアを希望する患者のニーズを満たすことができるよう、地域における病院・診療所の連携を強化するとともに、在宅療養支援診療所、訪問看護など在宅医療サービスの充実強化を図る。
- また、入院医療に関する機能強化・分化にあわせて、病院の外来を専門外来として位置づけるとともに診療所におけるプライマリケア機能や主治医機能の強化、訪問診療等の強化を目指す。
- さらに、多くの要介護者は、医療・介護双方のニーズを持つことから、地域において医療・介護を一体的に提供する地域包括ケアマネジメント体制を整備する。

(専門職種間の機能・役割分担の見直しと医療・介護を通じた協働体制の構築)

- 急性期を中心に医療資源を集中投入し、医師の配置増に加え、専門職種能力の一層の活用と生産性向上の観点から、専門職種間の役割分担の見直しを行い、看護職員等のコメディカル、事務職員等について、医師業務(看護師業務)のうち医師(看護師)でなくても行える業務を移す前提でより大幅な増員を図る。
これにより、医師や看護職員などが、自らの専門分野に特化した患者本位の医療に注力できるようにする。
- 入院から退院(転院)・地域生活への移行を支援するとともに、地域での暮らしの継続を支援する観点から、地域包括ケアマネジメントなど、医療・介護を通じた協働体制を構築する。

医療・介護サービスの需要と供給(一日当たり利用者数等)のシミュレーション

7

総括図

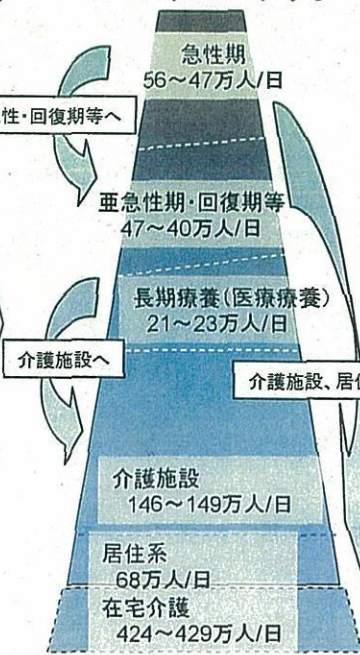
大胆な仮定をおいた平成37(2025)年時点のシミュレーションである

現状投影シナリオ(Aシナリオ)



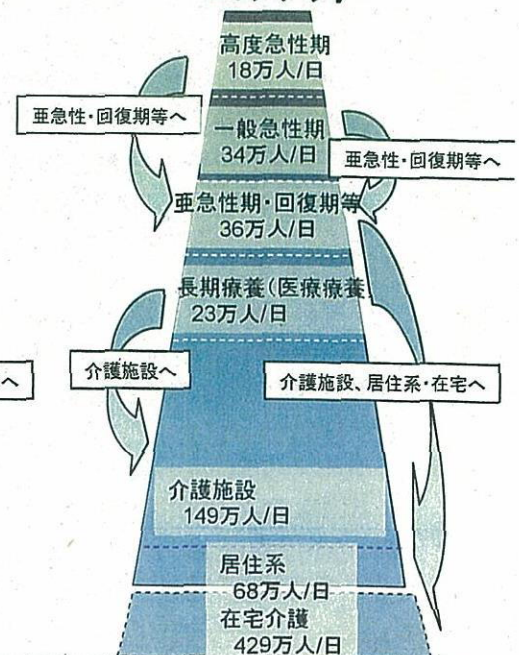
現状及び現状固定の推計による2025年の需要の伸びを単純においた場合

B1、B2シナリオ ー改革シナリオー



一般病床を機能分化(B1,B2シナリオは2分割、B3シナリオは3分割)。急性期の医療資源を集中投入し亜急性期・回復期との連携を強化。在院日数は減少。医療病床の医療必要度の低い需要は介護施設で受け止める。さらに在宅医療、居住系・在宅介護等の提供体制を強化することにより居住系・在宅サービスを強化。

B3シナリオ



※上記に重複して外来や在宅医療受療者が2025年には1日当たり600万人あまりいる。 ※一般病床及び療養病床に有床診療所含む。