

第2回社会保障審議会医療部会

○日 時 平成13年10月18日(木) 15:00~17:00

○場 所 厚生労働省省議室

○出席委員 小山田恵、櫻井秀也、猿田享男、仙波恒雄、高久史麿、高梨昇三、
辻本好子、豊田堯、永富稔、中西敏夫、奈良昌治、野中一二三、羽生田俊、
樋口範雄、福島龍郎、松田鈴夫、松山幸弘、森山弘子、渡辺俊介
(五十音順、敬称略)

○議事内容

○高久部会長

ただいまから、第2回社会保障審議会医療部会を開会します。本日はお忙しいところ、また足元の悪いところをお集まりいただきまして、ありがとうございました。本日は麻生委員、跡田委員、井上委員、佐々委員、高木委員からご欠席の連絡をいただいています。また篠崎医政局長は国会用務のためご欠席とのことです。

これから議事に入ります。まず先月の25日に公表されました厚生労働省の「医療制度改革試案」ですが、お手元に資料があるかと思えます。そのうちの特に「21世紀の医療提供の姿」という部分について、さらに本日、提出されました資料について、ご議論をいただきたいと思えます。まず事務局のほうから資料の説明をお願いします。

○医政局総務課企画官

医政局総務課企画官の武田でございます。お手元にお配りをしました資料に沿って、ご説明をさせていただきたいと思えます。本編が「医療制度改革試案」と印刷された小冊子ですが、そこに入る前に今回、第2回の資料ということで横長の右上で綴じられている資料があると思えますので、そちらをまずご覧いただきたいと思えます。

表紙に、社会保障審議会医療部会第2回資料とございまして、1枚めくっていただくと、今回、私どもが提出しました資料の目次が付いています。目次を見ていただくと、1として医療提供体制の改革について、これが今回の医療制度改革試案の関連資料です。2の我が国の保健医療水準について、3が米国における医療機関経営について、この2つが前回のご議論で求められていたものについての資料です。4として、医療の情報提供につきまして関連する資料を、今回、まとめて整理していますので、後ほどご紹介します。

1つ、まためくっていただくと、1として医療提供体制の改革についてというのがあります。その次の頁、下の頁数で言いますと2頁となりますが、これが今回の医療制度改革の全体的な姿でございます。上にありますように、医療を取り巻く環境の変化、急速な少子高齢化、低迷する経済状況、医療技術の進歩、国民の意識の変化といった環境の変化に対応するために、医療制度を構成するすべてのシステムの大きな転換が必要であるという

ことでございますので、今回、私どもの提出した制度改革試案におきましては、左側の保健医療システムの改革、真ん中にあります診療報酬体系の改革、いちばん右にございます医療保険制度の改革、この3点にわたって改革の内容、今後の方向性について、お示しをしたところでございます。本日の説明につきましては、いちばん左の柱になりますが、保健医療システムの改革のところに絞ってご説明をさせていただきたいと思っております。

3頁ですが、これは、この保健医療システムの改革のうちの健康づくり、疾病予防の柱について、今回、提示をいたしました内容でございます。ここにありますように健康寿命の延長、生活の質の向上を実現する健康づくり、疾病予防の取組みを推進ということで1から4までございます。1は先般、厚生省として定めました健康日本21の推進、2の健康教育の推進、3の生涯を通じた保健事業の一体的推進、4の基盤整備、こういった課題が健康づくり、疾病予防の推進の大きな柱となってきますので、これらを内容とする健康増進法、現段階では仮称ですが、こういった法律の制定など、法的基盤の整備を図ってまいりたい。こういうことが制度改革試案の中で柱として示されています。

4頁ですが、本医療部会においてご審議をいただきたいと思っている医療提供体制について、4頁にわたりまして改革試案の概要をまとめています。後ほど本文そのものをご説明したいと思っておりますが、まず4頁ですが、我が国の医療提供体制の現状の課題について、4点にわたりまして整理しています。前回のご審議でもございましたように、我が国の医療提供体制につきましては、世界で最も高い健康水準の実現を行っているわけですが、さまざまな環境変化によりまして、このような主に4つにわたる課題があると認識しています。

1つ目が、医療提供体制の効率化・重点化の不足ということです。病床数が多い、医療従事者が少ない、平均在院日数が多い、機能分化が進んでいない、こういう現状にあるのではないかと。2つ目ですが、競争が働きにくい医療提供体制になってはいないだろうか。3つ目として、国民が真に安心できる医療提供体制が確保されているかどうか。4つ目として、以上の課題すべてに関与しますが、情報基盤など医療全体に共通する基盤の近代化の遅れがないかどうか。こういう現状における課題があるかと思っております。

これを今後の医療を考えていくにあたって、どういうふうに整理するかということですが、今回、3つの視点に絞って、今後の医療を考えてみたということです。右のほうで1つ目の○にありますように、情報開示と患者の選択、2つ目の○にありますように、医療提供体制の質の向上と効率化・重点化、3つ目の○にありますように医療基盤の整備、こういう大きく分けて3つの視点で、今後の目指すべき医療の姿、そのために現在、何をしなければならないか。こういうことについて課題を整理しました。

5頁ですが、21世紀の医療の将来像としまして、今回、新たな試みとして目指すべき医療の将来像について、私どもの考えるイメージを提示したところでございます。詳しくは後ほど見ていただきますので、柱立てを見ていただければと思います。ただいま申しました今後の医療を考えるにあたって、踏まえるべき3つの視点として、患者の選択の尊重と情報提供、質の高い効率的な医療提供体制、国民の安心のための基盤づくり、この3つにわたって将来像を、今回、整理させていただきました。

1番目の患者選択の尊重と情報提供においては、何よりも患者が選択できる環境整備ということで、まず比較可能で客観的な情報の提供が必要になってくるものと思われま

こうした客観的情報が整備されましたら、これを踏まえて患者の選択の尊重や、患者が医療に参加していくということが進んでくるものと思われまます。

これによりまして医療提供体制の側も患者の選択を通じて、質の向上とか効率化・重点化が進むものと、今回のイメージ像を考えてみたわけです。こういった情報提供と患者選択に沿って、我が国の医療提供体制も今後、機能分化や集約が進展してくる。特に急性期病床については重点化、従事者の重点配置などを通じて、平均在院日数の短縮化が進むのではないかと。それに従って病床数も一定数に収れんしていくのではないかと。このような将来像を提示しています。

国民の安心のための基盤づくりにつきましては、地域ごとに必要な医療が充足する。また医療安全対策、小児救急対策が進む、また医療の情報化が進む、こういったための基盤づくりをやっていきたいということです。これに沿って、今後の医療政策を進めていくために、当面、進めるべき施策を右のほうに列挙しています。

6頁以降をご覧くださいなのですが、このような今後のあるべき姿を提示したことに加えて、当面の施策につきましても具体的な手順、目標年度を明示したことが非常に新しい取り組みではないかと思うわけです。詳しくは後ほどご説明しますが、病院病床の機能の明確化、重点化で申し上げれば、ここにありますように法律上、病床区分を15年8月末までに区分しなければならないとなっていること。現在、取り組みが急がれている根拠に基づく医療については、データベースの整備を14年度、15年度の2年間で立ち上げたいと考えていることとか、先般の法律改正において平成16年度から医師の臨床研修が必修化されますので、それに向けた検討を15年度までに行わなければならないことなど、可能な限り具体的に手順と目標年度を示して、医療提供体制の改革の道筋を今回、示したところとです。

医療制度改革試案の小冊子をご覧ください。特に前半の医療保険の関係については、別途、医療保険部会のほうで既に改革試案発表後、2度ほど議論されていますので、本部会では21世紀医療提供の姿というところが、19頁から始まっています。途中で頁が飛んでいますので見にくいかと思いますが、19頁からご覧いただきたいと思ひます。

19頁をお開きいただくと、21世紀の医療提供の姿と書いてありますが、1頁前に戻っていただきますと、医療提供の姿の部分の目次を付けています。3つのパートからなっていて、1つ目が現状の課題について整理したものです。パート2のところ将来像として、我々がどのような医療を目指していかなければならないかということを示しています。今回の目指すべき方向のために、今、何をしなければならぬかを、3のところ整理したということです。

19頁に戻っていただき、我が国の医療提供体制の現状と課題ですが、冒頭にございますように、別途、また資料を今日の資料の中で付けていますが、我が国の医療につきましては皆保険制度という仕組み、フリーアクセスの仕組みのもとで、世界最高の平均寿命、健康寿命というのを達成し、WHOの評価でも世界最高の評価をいただいているところとございます。近年の少子高齢化の進展、医療技術の進歩など、環境変化の背景としまして課題が指摘されているところとです。

1つ目の医療提供体制の効率性ですが、ここにありますように、我が国の医療提供体制は病院について見れば、諸外国と比較すると人口当たり病床数が多く、全体として見れば

病床当たりの医療従事者が少なく、平均在院日数が長い現状にあります。機能分化が必ずしも十分進んでいないことが背景にあり、専門的な治療について、それぞれの医療機関における技術の集積が進みにくい現状にあるのではないかと。したがって、このため全体として重点化・効率化を進めることが課題となっていると認識しています。

医療提供体制全体については、これに加えて医療機関の地域の偏在の問題、都市部に集中し、なかなかへき地医療が確保しにくいという問題、または公的医療機関等の役割の明確化、公的医療機関と民間病院の役割分担の明確化の問題なども、併せて指摘されているところがございます。これは前回の資料にもあったかと思いますが、具体的な数字につきましては参考の1として33頁に示しています。

33頁を開けていただきますと、一応、表にしていますが、人口1,000人当たり病床数、病床100床当たりの医師数、病床100床当たりの介護職員数、平均在院日数、それぞれについての各国比較を付けています。私どもがこの試案を出しました時には、日本、ドイツ、フランス、イギリス、アメリカ、いわゆる主要先進国5カ国についてのデータとして公表しましたが、国の数として、もう少し増やした数での分析も必要になろうと思ひまして、本日の資料で後ほど出てきますが、もっと国の数を増やしてみた場合に、一体、どういふふうになるかということ、今日はお示ししています。後ほど見ていただきたいと思ひます。

19頁に戻っていただきまして、2の競争が働きにくい医療提供体制として、医療については患者保護の観点から広告が規制されていることに加え、客観的情報も不足し、患者が医療機関を選択しにくい状況にある。このため患者の選択を通じた医療機関相互の競争が働きにくくなっているというところ。この情報提供につきましては、この審議会の前身である医療審議会の時から、度重なる審議において広告の規制の問題をご議論していただいたところですが、広告規制の問題に加えまして、公的セクターによる客観的情報提供も不足している状況ではないかということも、併せて問題提起をさせていただいているところ。です。

20頁ですが、3と4として国民の安心できる医療の確保、特に近年、大変にご指摘も多いわけですが、度重なる医療事故報道による医療安全確保の問題、小児救急をはじめとした救急医療の確保の問題、こういった本当に安心できる医療が必要ではないかというご要望を、たくさん寄せていただいているところ。ですので、こういった事にどうやって対応していくのか。診療の実際の場合において患者の側から、さまざまなニーズがご提示されているということ。こういったことが3つ目の課題としてあろうかと思ひます。4つ目として、情報化の不足、医療に関する近代化・効率化の課題、医療法人制度といった制度も含めた課題、こういったことが課題として提示されているところ。です。

21頁は、こういった現状を踏まえた今後のあるべき姿の私どもとしてのイメージ。将来像のイメージの前に、21頁に2つパラグラフがありますが、私どもが今回、将来像を示すにあたって考えた事をここに整理しています。上の段落にありますように、この医療提供体制を21世紀にふさわしいものにしていくためには、行政のみならず多数の医療関係者、国民皆保険制度ということですから、広く言えば国民全体に支えられている保険制度の下にある医療提供体制、こういうことを考えますと、実際、医療を提供している方々、医療を受けている患者の方々、そういった方々をはじめとした国民全体で、医療の将

来像について合意を形成していくということが不可欠であると考えたわけです。

したがって私どもとしましては、今回、将来像としてイメージを提示したわけですが、これは決して行政のほうで医療の将来像は、これでなければならないということではなく、これを契機として、さまざまな皆様のご意見、ご議論が行われ、それを通じて国民各層の幅広い合意形成を願っているということです。将来像のイメージにつきましては 21 頁の下にありますように、3つの柱からなっているところは先ほどご説明を申し上げたとおりです。

22 頁から具体的な将来像のイメージを掲げています。1つ目の柱が患者の選択の尊重と情報提供ということです。まず患者の視点を尊重すべきだろうということ。上から患者の視点を尊重と、そのための情報提供が(2)ということになります。1つ目にありますように、患者への治療方針や治療方法の選択肢の説明が適切に行われ、患者と医師・歯科医師の信頼関係の下、患者の選択を尊重した医療が提供される。4つ目の○にありますように、医療に関する客観的な情報を活用して、医療機関を選択していく。こういう事が、これからの患者に求められるものであらうと思います。

最初の治療方法、治療方針につきましては、患者が現に受けている医療につきまして、医師との信頼関係の下で患者が自覚と責任をもって選択、参加していくということであらうと思いますし、4つ目の○で書かれていることは、診療を受ける前に、または新たな診療を受ける際に、医師または医療機関を患者が選択していく。それによって医療機関側が質の面で競争し、患者から選択されていく。こういうことが今後、必要になるのではないかと整理したものです。

(2)の情報提供のための環境整備ということですが、このように患者の選択または患者の参加ということを強調するためには、何よりも正確な情報提供が必要であらうということです。その正確で比較が可能な情報というためには、ある程度の標準化が必要ではないかということです。22 頁のいちばん下の○ですが、病名その他用語の標準化、または情報化が進むことによって医療機関ごとの診療実績などのデータ分析、相互の比較を客観的に行うための環境が整っていくというのが、将来像ではないかということです。

23 頁ですが、情報提供の在り方としまして、特に急性期医療を中心として医療機関の専門性、診療実績など、または病院の持つ機能について適切に情報提供がなされるべきではないか。23 頁の2つ目の○にあります、広告に関する規制を逐次見直し、情報提供が進む環境を作るとともに、併せて患者に対する適切な情報提供のための場の整備ということも図り、また医療の情報開示のルールというものも定着していくのではないかと。診療方法、診療方針ということで申し上げれば、患者の側に対する標準的な診療ガイドラインの提供ということも、今後、必要になってくるのではないかと整理しました。

23 頁の真ん中辺から2つ目として、質の高い効率的な医療提供体制ということですが、(1)として質の高い効率的な医療の提供ということで、患者選択のところにも整理していますが、患者の選択と情報開示を通じて医療機関または病院病床の機能分化が今後、進んでいくであらう。特に急性期病床につきましては、今後、医療従事者の手厚い配置、治療の重点化・集中化ということで、早期退院が可能になってくるのではないかと。それに併せて急性期病床においては、外来は原則として専門的な外来、特殊外来ということで特化が進むのではないかと。現在、病床で広く行われているような一般的な外来については、も

つと病院・診療所との連携が進んでいくのではないかと。こういう事が進みますと、平均在院日数の短縮化が見込まれますので、平均在院日数の短縮化に伴って急性期に必要な病床数は集約化し、一定の数に収れんしていくのではないかと。こういうことを将来像として示したわけです。

24 頁ですが、病院病床の機能分担です。1つ目にありますように、急性期病床が集約化してきますと自ずと機能分担ということがありますので、短い在院日数で急性期病床から移られる患者さんを受け入れる機関として、リハビリテーションのための病院病床、長期療養のための病院病床というのが適切に提供が進んでいくのではないかと。診療所や病床数の少ない地域密着型の病院では、住民に最も身近な医療機関として、患者に密接な医療の提供拠点となるのではないかと。こういう機能分担の姿です。非常に簡略ではございますが、お示しをしたところです。

(2) の医療の質の向上についてですが、何よりも医療の質の向上のために、医師・歯科医師の資質向上のための臨床研修の充実ということが課題となってきます。これも前医療審議会の時代から、さまざまご意見をいただいているところですが、臨床研修の必修化が16年度からということですので、それに向けて現在、検討していますが、これによって、幅広い診療能力を修得した医師の養成が進むことが将来像だろうと思います。併せて、根拠に基づく医療が普及し、どの地域の、どの医療機関であっても最新の医学情報を容易に参照できる環境が整備されるというのが、この将来像だろうと思っています。

25 頁ですが、併せて医療の質の向上に関する今後の課題を幾つか整理しています。1つは、医療における標準化の進展、用語の標準化、いわゆるクリティカルパスの普及、第三者評価の普及、医療技術の進歩とそれを踏まえた対応、Quality of Life と言われていますが、生活の質を重視したケアの提供、こういったことも今後の医療の質の向上を考える上での視点となってくるものと考えています。

3つ目の柱が国民安心のための基盤づくりです。25 頁のいちばん下に、地域で充足する医療というふうに書きましたが、現在、全国 363 の二次医療圏がありますが、この二次医療圏を基本的な単位として、必要な医療が確保されることを、今後とも目標として進めていきたいということです。

26 頁ですが、特に現在、課題となっている医療安全対策、小児救急などの諸問題について、行政のみならず関係者との相互協力により解決が図られる。26 頁の2つ目、3つ目の○ですが、医療機関の中、医療機関を結ぶネットワークとしての情報化が、今後、進んでいくということで、情報化が幅広く進むというのが将来の姿ではないかと。これによって円滑な患者紹介、逆紹介、それから在宅のまま、かかりつけ医の診察が受けられる。またどんな地域にいても専門医の診察を受けることができる。こういった情報化を最大限に生かした医療の姿ということも、期待できるのではないかとということです。以上が、簡単ですが、医療の将来像ということでご提示したものです。

27 頁以降は、当面進めるべき施策で、それでは、こういったものを踏まえて私どもとして何をしていかなければならないかということです。27 頁のⅢ、当面進めるべき施策の下に書いてありますが、医療提供体制の問題ということで申し上げれば、基本的に医療法という法律体系、医師法という法律もあるわけですが、この法律のみならず、例えば診療報酬による経済的評価、または税制による支援、それと現在、社会福祉・医療事業団とい

うのがありますが、そういった公的融資、地方自治体の取組み、または関係団体の自主的取組み、国民の参画、さまざまな取組みが考えられるわけです。私ども、単純に医療の将来像がこうであるから、すべて例えば法律で1つ1つ書いていかなければならないということではなく、多面的な取組みを進めていくことこそ、真の医療改革の進展につながるものではないかということで説明させていただきました。

27 頁で、それ以降はやや細かな点になりますので、1つ1つ細かくご説明は省略させていただきますと思いますが、1つ目のところでは医療法改正の円滑な施行と支援、その次に病院病床の機能の明確化・重点化、どのような病院機能が明確になっていくのか。28 頁で、公私の役割分担も踏まえた医療機関相互の連携の促進、地域医療計画の策定・見直しの推進も通じまして、こういった観点から機能分担、機能連携の促進をやっていききたい。情報提供の推進については、比較可能な客観的情報提供のために、まず情報基盤の整備が必要だということで、医療のIT化を積極的に推進していききたい。

28 頁の真ん中にありますが、医師・歯科医師の専門性や病院の機能を含め、広告規制のさらなる緩和を検討し、医療機関が広告可能な事項の拡充を図るということで、今年度中に何らかの対応を行っていききたいと考えています。第三者機能評価についても普及を積極的に図っていききたいということです。その次にある患者に対する情報提供の推進ですが、今日も一部、資料を付けています。各種情報のデータベース化なども含めて、さまざまな形で患者に対する情報提供の推進を図っていききたいと思っています。

29 頁ですが、安心でき、信頼される医療提供体制の確立ということです。29 頁の1つ目の○に書いています。臨床研修必修化に向けての臨床研修の在り方についてですが、これは現在、医道審議会の医師分科会医師臨床研修部会において検討が進んでいるところですので、私どもとしては、この検討を待ちたいというふうに思っていますが、その中でこのような方向が出せないかということについて、現時点で私どもの考えているところは、ここに整理しています。

29 頁の下のところになりますが、看護婦の確保、資質の向上についても、現在、進んでいるIT化も取り入れながら、是非、進めていきたいということで、概算要求も含めてさまざまな対応をしているところです。

30 頁ですが、最初にあります EBM の推進ですけれども、根拠に基づく医療の推進のためには文献データベースの整備、診療ガイドラインの作成・整備といったものが必要になってきますので、来年度からデータベースの構築に取り組みたいということです。医療安全対策については、私どもは現時点において大変に力を入れている対策の1つですが、ここには平成14年の中長期的なグランドデザインと書いています。今年度、平成13年を医療安全推進年と銘打って、患者の安全を守るため医療関係者の共同行動ということで、医師会の先生方をはじめ、さまざまな関係団体と協力しながら対策に取り組んでいるところでございます。小児救急の問題、小児以外の一般救急の問題などについても、取組みを進めています。

頁の最後から31 頁にかけて、終末期医療のことについて若干、触れています。終末期医療の問題については、基本的には、できるだけ住み慣れた場所で最後を迎えられるようにということで、生活の質にも配慮した環境をいかに作っていくのかがポイントになるかと思っています。31 頁に書いているリビングウィルとか尊厳死というテーマ、特に国民に

対して事前に終末期ケアの内容について一定の記入を願うような仕組みが、我が国において受けられるかどうかは、大変に国民の意識の分かれているテーマでもありますので、来年度、意識調査、実態調査を改めて行いまして、検討を進めてまいりたいということです。

4として情報化基盤等医療基盤の近代化・効率化について、現在、精力的なグラウンドデザインの策定の検討を進めていまして、来年度から5年間、それぞれ分野、例えば電子カルテとかオーダリングシステムとか、具体的に5年間でどこまで進められるか。そのために何をしていくのかというのは、別途、検討会で精力的に検討を進めているところです。今年度中にグラウンドデザインを策定するというところで進めています。その他、さまざまな取組みがありますが、ここに書いたとおりです。

32頁ですが、医業経営の近代化・効率化については今月にも検討会を設置して、医療機関の経営情報開示の在り方、医療法人における組織の問題、医業経営の近代化・効率化方策といったことをテーマとして、検討会の設置を行いたいと考えています。このほか、医薬品など研究開発の促進についても、積極的に取り組んでまいりたい。産業ビジョンについて来年度策定するなど、産業振興策についても今回、書き込ませていただいたところです。

最後に33頁に、我が国の急性期病床の将来数試算を示しましたので、ご覧いただきたいと思います。今後の急性期病床の将来数については、さまざまな試算が出されています。今後の高齢化の進展、今後、一体どれくらい入院の必要な患者さんが発生するか。さらに1回入院するごとに、どれだけの期間入院することになるのか。さまざまな変数がありますので、前提条件において大きく変わってくるわけです。簡単に申し上げれば試算のAについては、今後の高齢化を見込み、現状の入院受療率を基礎としながら受療率設定を行いますと、将来的に100万床程度一般病床が必要だという試算もありますし、先進諸国の状況を当てはめて計算すれば、60万床程度という試算もあります。現状の入院回数を基礎とした平均在院日数の短縮化を織り込めば、63万床とか42万床という推計もあります。こういうさまざまな試算が出されているということで、今後の将来像の議論の参考ということで、今回、お示しをしたところです。

元の資料に戻りまして8頁に、我が国の保健医療水準についてということで表紙が付いています。9頁が我が国の保健医療水準の資料です。前回、我が国の保健医療水準についてWHOでも評価をされていることから、その資料を出してほしいということでしたので、今回、お出しをしました。9頁は我が国の平均寿命、乳児死亡率について、これまでの保健水準の向上と世界における我が国の地位、平均寿命も乳児死亡率も世界的に大変いい水準であるということを示しています。

10頁は、「2000年版WHO世界保健報告」というレポートの中で示されたものについて、医療の質や平等性という観点から総合評価で日本が第1位、アメリカ第15位などの結果が出されているということを示したものです。10頁にあります。健康寿命についても我が国が世界一という評価をいただいています。これを少し詳しく見たのが11頁以降です。

この「The World Health Report 2000」というレポートですが、WHOとして加盟している191カ国について、今回、初めての試みなのですが、昨年、さまざまな統計を多面的に分析して、各国の保健システムの評価を行ったわけです。評価の方法を整理しましたが、

保健システムの到達度の評価について5つの観点から、健康について到達度と配分、人権の尊重と利用者への配慮についても到達度と配分、費用負担の公正さについて総合評価をして、保健システムの到達度を評価したということです。下から3行目にありますが、到達度評価とともに到達レベルの効率性の評価も併せて行っているところです。

12 頁を見ていただくと、これが5項目についての WHO の評価です。1つ目の健康水準についての到達度については、単純な平均寿命ではなく、疾病または寝たきりという期間を除いた健康寿命で比較する。その結果、日本の評価は世界1位となっています。健康の配分ということですが、これは、例えば子供が多く死んでいる国は配分の問題がうまくいってないとなるわけですが、この点でも日本の評価は1点満点の0.999ということで3位となっています。Responsiveness のレベルということについては、患者の尊厳が守られているのか。患者の自立性が守られているのか。患者の守秘が守られているのか。または患者ニーズに機敏に対応されているのかどうか、こういう非常に多くの要素を網羅して点数を付けています。この点で日本は6位という評価になっています。

人権の尊重と利用者への配慮の配分問題として、例えば貧困者グループが特に医療を受けられない。また女性が医療を受けられない。こういう問題がないかどうか。これも日本は世界で第3位という評価を受けて、大変公平に医療が提供されているという評価です。費用負担の公平さ、特に家計レベルで見て1つのグループに特に負担が偏っていないかどうかについても、公平性で世界8位という評価です。これを全部合わせて世界1位という評価です。

13 頁ですが、我が国が到達度では1位で、効率性という面がありますが、これは、それでは到達度を達成するために一体、どれだけの資金なり資源を投入しているのかを併せて評価したものです。この点についてはフランスが1位、日本が10位という評価になっています。ちなみにアメリカは到達度で15位、効率性で37位となっています。各評価項目については右に書いてあるとおりです。

もう1つ、前回ご指摘をいただいた、アメリカの医療機関経営の現状についての資料が14 頁以降です。15 頁を見ていただくと、アメリカの営利病院ですが、営利の病院と非営利の病院と大きく2つに分かれています。基本的に税制上も課税の取扱いが違っている。また建設費補助についても営利、非営利で差があるということです。

16 頁、17 頁が具体的な統計です。訂正がありますが、16 頁は開設主体別に見た地域の一般病院の病床数ではなくて病院数の比較になります。1999 年のいちばん新しいところですが、ちょっと見づらいですが、営利病院は15.1%、非営利病院60.8%、地方自治体立が24.2%、これは地域の一般病院ということで、そもそも連邦政府の病院は除かれた統計になっているのですが、その中で営利病院は15.1%ということで、過去のトレンドから見ても若干は増えていますが、大きく増えているという現状は見られないということではないかと思えます。

17 頁で、こちらのほうが病床数になります。開設主体別に見た地域の一般病院の病床数の推移ですが、営利病院は先ほど見ていただいた病院数に比較して、さらにシェアを落としていまして、99 年でも12.9%の病床数のシェアとなります。したがってアメリカにおいても最も主要な病院開設主体は非営利の病院ということになります。以上がアメリカの現状についてです。

18 頁以下に、医療の情報提供について資料を用意しました。前回と多少重複していますので、ざっと見ていただいただけに止どめたいと思います。情報提供の推進に関する指摘事項が 19 頁です。例えば総合規制改革会議からは、将来のネガティブリスト化を視野に入れつつ、ポジティブリストの積極的な拡充などのご指摘もいただいているところです。

20 頁では、医療に関する情報提供の現状で、やはり医療機関の選択のための正確な情報、受診中の医療に関する情報ということが求められているのではないかと。

21 頁については、これまでの取り組みです。今年 3 月施行の医療法改正に伴いまして広告規制を緩和し、また医療機能評価機構の医療機能評価の普及についても、認定証発行病院数が 511 までくるなど、どんどん進んでいるところです。

22 頁以降に、広告規制の概要、現状を参考までに付けています。これも省略したいと思います。

24 頁に、改革工程表というのがあります。この改革工程表については、中で情報提供についてもポジティブリストの積極的拡充が指摘されているということです。

25 頁は、先ほど見ていただいた、今回お出しした 21 世紀の医療提供の姿の中で、情報提供についてはどういうふうに書いているかを、抜粋でお示ししています。

26 頁以降は、医療計画の関係の資料を少し整理して載せています。医療法第三〇条の三の第 2 項第四号のところに下線を引いていますが、医療計画の必要的記載事項として、地域医療支援病院の整備の目標その他機能を考慮した医療提供施設の整備の目標に関する事項ということが、医療計画の中で書く事項として書いています。

それを受けて、私どもとして医療計画作成計画指針というのを定めていますが、27 頁です。真ん中辺にありますように、都道府県は疾病対策別の医療機能に関する調査を行わなければならないとなっています。下の③のところにありますが、この調査に基づき得られた各医療機関の医療機能に関する情報について、各医療機関に提供するんだと。中身として、症例数、平均在院日数、紹介先、件数、専門職員数などを例示として挙げています。

これによりまして、例えば 29 頁を見ていただくと、医療機能というのは例えば、がん対策であり、循環器疾患対策であり、糖尿病対策であり、これらについて 30 頁にあります。都道府県として、医療機関ごとに現状を調査しなければならないとなっています。これを具体的に実際に調査をし、医療計画の中で書いている都道府県はそれほど多くないのですが、今回、31 頁に大阪府の例、32 頁に静岡県を参考までに添付しています。

大阪府の場合は、医療機関が多いこともありまして、51 例以上の病院、11 例以降 50 例までの病院、10 例以下の病院ということで、グルーピングで示しています。32 頁の静岡県の事例では、医師数、年間症例数について医療計画の中で示しているということです。

33 頁で、社会福祉・医療事業団で行っている福祉保健医療情報システム、通常 WAM NET と言っているものがあります。この WAM NET が平成 11 年 3 月から稼働を開始して、やや福祉のほうの、また介護保険関係の情報を中心に提供してきました。医療機関に関する情報提供サイトを新たに構築して、利用者にとって最低限必要な情報提供を今月、10 月 22 日から開始することとしました。今後、さらに患者に役立つ情報を追加で提供を行ってまいりたいということで、検討しているところでございます。

今回、提示をすることになりました医療機関情報は 2 のところにありますが、医療機関名、所在地、連絡先電話番号、設置診療科名、救急告示の有無ということです。これに付

け加えて1のところでは括弧の中にありますが、医療機関の特色、医師の情報、診療時間などについても、今後、追加できないかどうか検討していくことになっています。

34 頁が具体的な提供情報のイメージということになりますので、これを 22 日以降、ご参考にしていただければいいのではないかと思います。

あと1種類、資料をお配りしています。これにつきましては具体的な説明は省略したいと思いますが、本日お配りしたのは5カ国だけではなくて、もう少し広げて 12 カ国で整理してみたものです。OECD は 29 カ国あるので 29 カ国までできるのですが、あまりに見づらくなりますので、この程度で止どめてみたところです。いずれも日本の病床数または日本の平均在院日数の長さというのが表われているのではないかと。OECD の Health Data を用いた疾病別の平均在院日数についても、幾つか選んで提示させていただきました。手術の実施件数と施設数についても、10 頁と 11 頁ですが、手術によりまして1病院当たりの手術数が低いものから高いものまでであるということを、資料として示しています。

最後に、診療報酬上の概念ですが、入院医療の医療機関につきまして、診療報酬でどのような評価をしているのか、参考までに付けています。特に 21 世紀医療提供の姿の中で、急性期医療を提供する病床についての明確化ということもありますが、最後の 18 頁と 19 頁に、現時点で急性期入院医療の診療報酬上の評価が、どのようになっているのか。また、特に急性期特定病院加算という加算がありますが、それについて具体的な要件が定められていますので、19 頁にその要件について参考までに提示しています。

○高久部会長

ありがとうございます。この問題に関連して委員の方々からも資料のご提供があります。そのご提供された資料についてもご説明をお願いしたいのですが、まず最初に野中委員から、よろしくお願いします。

○野中委員

町村会から出ております京都府園部町長の野中でございます。医療改革に向けての緊急意見という形で、本年9月に町村会から提案をさせていただいています。この主なポイントだけを申し上げたいと思います。1 頁を開いていただくと、ポイントとして皆保険の中での我々、国民健康保険については3人に1人に当たる 33.1 %の加入率を占めているというのが現況でございます。3 頁をお開きいただくと、この国保の平成 11 年度の決算状況で、一般会計から法定外負担だけでも 3,306 億円の一般会計の負担をしていますし、法定分も含めると 8,555 億円という形で、大変多くの負担をしているというのが現況です。たまたま一般会計を持っていることが、むしろこういう形で他から見られると、国保は安定しているかに見えますけれども、実質上、こんな大変な負担で破綻状態であるということをお明らかにしているのが実際です。

4 頁については、収納率等を提示していますので、見ていただいたらありがたいと思いますが、特に私たちが問題提起をしているのは、4 頁の下から 6 行目あたりに、国保事業について、もともと収納率と保険料という形で書いていますが、国保は前年度所得に対しての保険料なり保険税を徴収するということになっています。例を申し上げますと被用者保険はチェックオフでございますので、この機能が働いていて収納率というのは 100 %で

何の問題もないわけですが、我々、国保の加入者については所得がないにもかかわらず、前年度の所得で保険料が算定されるため、どうしても保険料が払えないという事態が起きる。そういうことで、1年遅れて保険料を収納いただくという形の制度の問題点を提示しております。

併せて8頁を開いていただくと、国保と他の制度との比較を出させていただいています。ここは加入年齢等について国保の平均は51.3歳ですが、政管健保は36.9歳、組合健保は33.6歳という形で、国保の平均年齢がいかに高いかを示しています。また1人当たりの診療費についても、政管健保は12.3万円ですし、組合健保は10.2万円ですが、我々国保は大変高く16.4万円という形で、実質的に高いという実態が出ています。

また職業構成については無職者が46.7%という形で、毎年、この無職者というのが増えていることも事実でございます。所帯単位の年間所得についても、政管は264万円程度ですし、組合健保は683万円程度で、国保の179万円に対しては1.4倍なり2.1倍と大変違いがあるということです。

法定給付率についても、政管健保、組合健保はともに本人は8割に対して、国保は一般で7割の負担であるというふうに、この不公平さがあるということも、ここで示させていただいていますので、お目通しをいただきたいと思えます。

特に11頁を見ていただきますと、今日までの国保の職業構成の変化が大変大きな形が出ています。昭和40年当時は農林水産業が42.1%でしたが、平成10年度では6.8%に減っています。先ほど申し上げた無職者については、6.6%であったものが、現在46.7%で、27年度については大変に不安な数字が出されていることも事実でございます。

13頁を見ていただきますと、負担と給付の大きな格差が生じているということがございまして、この格差もまだ拡大傾向にある。国民に対する安定した医療の確保及び負担と給付の公平化のためには、どうしても我々、医療保険制度の一本化を早急に実現させてほしい。法の下に平等であるべき国民ですので、国保だけが過重負担になるということは、お考えをいただきたい。当面、一本化の段階的措置として財政問題だけは早期に一本化をしていただきたいというのが、我々の最大の願いでございます。

19頁を見ていただくと、今後の適正化について提起をしています。老人医療については特殊な疾病を除いて治療内容の一定基準を設けるとともに、使用薬剤等も同様に要領を確立してほしい。なお基準を上回る治療については、自由診療として診療側は患者または家族の同意を得るといふ形なり、老人の外来診療は同一病名では1日2カ所以上の受診は保険対象外にしていただきたい。いちばん多いのは1日4カ所を回っておられるというのが、数字の上で表われていることも事実ですので、この辺を明らかにしていくことが大切ではないかと思っています。

また2に書いていますように、低所得者に配慮しつつ、高齢者に対する一部負担の定率化を徹底するなどして、高齢者負担の在り方を、やはり年金制度等が安定していますので見直していただきたいと思えます。医薬分業の徹底を図っていただきたいし、薬価差益の解消を図っていただきたい。

20頁につきましては、レセプト審査を強化していただきたいし、本人に対する情報公開を徹底していただきたい。特に5番目に書いているレセプトの電算化を推進していただくとともに、205円ルールというのを、これは即廃止していただきたい。そうしないと205

円以下の薬剤については、何ら薬剤名を表示することなく請求ができるという矛盾がありますので、この辺は即廃止をしていただきたいということ。またインフォームド・コンセントなり、また終末医療の在り方、在宅医療の在り方等、抜本的に見直していただきたい。特に高齢者の終末医療については、我々、国保関係者としては大変な悩みを持っていることも事実ですので、手術をされた後、即お亡くなりになるような形で、1,000万も1,500万もの高額な医療費が使われている現実があることも事実です。この辺の徹底した見直し、そして広告規制の緩和、生活習慣病対策の推進なり健康づくりに積極的に対応できますような、市町村の保健事業の支援をしていただきたい。このように思っているのが実際でございます。

最後の23頁につきましては、特に先ほども申し上げましたように、保険料の負担の引き上げ及び一般会計からの繰入れについては、もはや限界に達していますので、国は負担と給付の公平化のためには医療保険制度の一本化を、国の責任において実現を早期にさせていただきたい。特にこれからの改革が進められない場合については、我々はこの前にも申し上げましたように、保険者の立場を国に返上せざるを得ないような状態、そういう決断をせざるを得ない状態になりますことも現実ですので、この辺については各委員の先生方が十分、この格差を是正していくために、我々の主張をご理解をいただきたいことを申し上げておきたい。

最後になります、私の個人的な意見でございますが、委員各位の皆さんに問題の提起をさせていただきたい。実は私、今年の5月8日で満70歳になりました。役場の担当者から老人保健の申請をという提起が出ましたので、私は70歳になったとしても高額所得をいただいているので、老人保健の申請はしないと、役場の担当に申し上げたのが実際でございます。また私は当然だと思っております。

ところが、私が先日来、ある病院で血圧等で少々診察を受けました。その時に老人保健の保険証も、今までの保険証も持っておりませんので、だから今までの保険証という形で整理をしていただきたいということをお願いをして、一部負担を支払って帰ってきました。そしたら保険証を送ってほしいというので、今までの保険証を送りましたら、生年月日からいったら老人保健だから、これは老人保健証を送ってくださいというので、担当者から、私は高額所得者だから、それはいたしませんと申し上げたら、そんなことしてもらったら大変ですというような、我々では理解のできないような事態になりました。

なぜ私がこんな事を申し上げるかということ、私は市町村の共済組合で加入しています。ただし、一方では国民健康保険の保険者としての責任者です。国民健康保険の財政的に苦しい内容を実際に知りながら、一方、市町村共済組合の言わば楽な運用ができています分野に加入しているという問題、その上になお70歳以上になれば、所得の如何にかかわらず、厚生労働省は70歳の老人を医療制度を75歳に引き上げると、一方でおっしゃっているながら、その共済組合等との調整すらできない。だから、どうしても老人保健証の提出ができないなら、100%の負担をしてもらわなければなりませんという返事が返ってきました。

だから私は、それなら保険料を5月以降、全部返してください。支払いません。医療費については100%支払うから、保険料を私は1カ月3万2,000円の短期保険料を支払っています。公費の負担が3万2,000円、合わせて6万4,000円支払っているわけです。

なるほど、老人保健に対する拠出金制度というのはありますけれども、しかし、何はと

もあれ、高額所得者が同じように、そんな老人保健の適用を受けるなんて私は少々馬鹿げていると思います。この制度ができた時は財政はよかったかもしれないけれども、思い切って一定の高額所得者については、その負担を制限して、きちっとやっていく。その中で75歳に引き上げていくような順序というのがあると思います。

そんな形で先日、私は厚生労働大臣に対して意見書の提出をいたしております。やはり老人保健または医療保険の見直しの中で、現在、即でもできるようなこういう問題、高額所得者に対する制限をきちっとやっていく。そんな中で年齢の引き上げ等をやるのが私は本意だと思います。

○高久部会長

ありがとうございました。次に櫻井委員のほうから資料のご提出がありますので、櫻井先生、よろしくをお願いします。

○櫻井委員

医師会から、「医療と市場経済」という題の付いた資料を提出させていただきました。これは前回も医療への営利企業等の参入問題の議論がありましたが、それに関係する資料です。日本医師会の中に医療政策会議というものがあります。1頁めくっていただきまして、これは日本医師会の会長から、この医療政策会議というところへ諮問が出まして、その諮問に対して答申をしたという形です。

もう1つめくっていただくと、その医療政策会議の委員の名前が出ています。こういう委員の人たちが答申を出したということです。これが日本医師会そのものの政策なり意見ではありません。政策会議の意見ということですが、日本医師会の中ではいちばん重要な諮問会議ですので、日本医師会の考え方、今後の方針等に非常に重要な部分を持っているとお考えいただいていると思います。

目次ですが、「はじめに」から始まって、I章、II章、III章、IV章、V章、「おわりに」という構成になっています。1頁の「はじめに」のところですが、ここで要点を書いています。1頁のいちばん下に、先ほど厚生労働省からの資料にもありましたように、日本の医療水準は日本人の死亡率、長寿率、感染症減少などから見て国際的に非常に高い水準にあります。一方、先ほどの厚生労働省の資料には提供の体制とかは載っていましたが、費用については出ていませんでしたが、医療費の国内総生産、GDPに対する比率はOECD諸国の中で18位とか20位というところで、先進国の中では非常に低いということ、このいちばん最初に書いています。

3頁、I章の問題意識：医療と市場経済ですが、1として日本経済の苦境と医療ということで、長期にわたる経済不況からの脱却ということで、いろいろ根本的な構造改革の必要性が議論されているわけです。しかし、先ほども述べましたように日本のマクロ経済に占める医療費の割合は、他の経済的な先進国に比べて相対的にかなり低いわけです。したがって、我が国の医療分野は、この10年のマクロ経済の苦境の原因では全くない。むしろ市場経済のほうでやってきた銀行なり証券なりが勝手なことをして、日本の経済を目茶苦茶にしてしまっていて、それがあたかも医療費の問題のように、すり替えていることが問題だろうということだと思います。