

役所で言えば、旧大蔵省が失政したことを厚生省の責任だと言っているようなことで、もう少し厚生省が頑張ってもらいたいと思います。厚生省は、安い費用で、すごく良い医療を提供することをやってきたのに、大蔵省に言われて、はい、すみませんということはないだろうということを、これは私の意見ですけど、こういう事をここに書いてあるというふうに私は思っています。

2番の日本経済再生の条件のところ、むしろ、それどころか、確固とした社会保障制度である日本の医療分野の存在は、後で述べているのですが、我が国の一般産業のセクターにおいて市場経済が、より機能を発揮する方向に積極的に貢献しているし、貢献してきたし、これからも貢献するのであって、社会保障制度の医療制度をきちっとすることが、むしろ経済の立て直しに役に立つのだということが書いてあります。

4頁ですが、3番、医療におけるマクロ経済への貢献ということで、いちばん下の4～5行です。いま言ったことですが、つまり人々が現在と将来の万が一の事態における安心感を持つほど、我が国の膨大な家計貯蓄の一部がリスクを引き受けつつ、次世代産業に回る可能性が強化されるのであって、反対に医療保険制度の将来を巡る不安に基づく家計貯蓄増は、貯蓄が向かう先の問題でなく、需要不足経済下では消費停滞の原因になる。

何か難しいことが書いてありますけども、分かりやすく言えば、やたら患者さんの負担を増やすことばかり考えて、皆さんが健康に対して非常に不安を持つわけです。もし病気したらしようがないと言って、みんな筆筒預金にしてしまうから、全く経済が活性化しない。病気した時はちゃんと保障してやるから安心して経済活動に進みなさい。あるいは、もっと遊んだり、物をかったりしてお金を使いなさいということをきちっとしてあげれば、日本の経済は活性化するはずなんだということを言っているのだと思います。

つまり、安定した社会保障である保険制度の維持強化は家計に安心感を与え、我が国一般経済の再活性化に役立つ選択であると述べています。つまり、社会保障としての医療分野の充実、マクロ経済の立ち直りの貢献が確実な効果の大きい社会保障投資だというふうに、述べています。

4番、市場経済の機能というところで、市場経済というのは価格を意思決定のシグナルとして行動する需給両者の間の金銭取引による資源配分形態であると、学者の先生は難しいことを言うのですが、簡単に言えば値段の競争だよということなのだろうと思います。したがって、市場経済であれば負ける理由は、ここにさまざまな理由が書いてありまして、勝つほうは、勝てば市場経済では相対的に高い利益とか、いろんなもので有利に立つことができるということがあられるわけです。

5番の市場原理の限界として、当然、供給者側の勝負、勝った人と負けた人がいるということと同時に、逆に言えば需要者側の市場からの脱落というか、負けた人が出てくるわけで、医療で言えばこれは患者さんの中に脱落者を出すということです。簡単に言えば、市場経済では買うだけの資金力がない人は脱落するわけですから、つまり医療においては、医療の提供を受けられない人が国民の中に出てきてしまうよということで、すなわち市場原理では必需財が利用できる安心感、つまり十分な医療が提供されるという安心感は保証されないんだということを言っています。

7頁、第Ⅱ章の医療サービスの利用と提供の体制、ここでは医療の基本理念的なことを述べていまして、3行目、そもそも医療とはという言い方で何行かありまして、飛ばしま

すが、生命を尊重することを第一として行う人間的な活動を原点とするというふうに述べ、この段落のいちばん下に、医療は利用する者と提供する者との人間的な信頼関係に基づき、科学的専門性と倫理的な自律のもとに成立すべきことを確認する必要がある、ということを書いてあります。

医療保障制度における市場性の排除というところでは、医療は、いま述べたような特質がありますので社会保障の主要な対象とされ、日本の医療保険制度が確立され運用されてきた。もともと日本の医療保障制度というのは市場性を排除することを前提に創設され運用されてきて、しかも先ほど厚労省からも言ったように、世界で1位というような素晴らしい成果を得たのだということです。

8頁の3番、医療ニーズに応じた資源配分の必要性として、これは医療のニーズに応じて、その利用者に配分されなければならないわけです。市場経済ですと、それが支払い能力が左右されるわけですが、医療の場合には、この段落の下から4行目ですが、医療ニーズに相当する資源が誰にでも配分されるべきであるということを書いてあります。

つまり、4番としてニーズに応じた云々というところで、医療ニーズに応じた公平な資源配分を可能とする医療提供の仕組み、今まで日本がやってきた皆保険、フリーアクセスを保証した医療保険制度が必要なんだということを書いてあります。

5番が医療の選択と患者の自己決定権で、ここでは患者の自己決定権を最大に尊重すべきで、インフォームド・コンセントの実践が、ある程度定着してきているということを書いてあります。ただ、市場原理の場合には情報の公開等があって、それが受けられるようになっていくわけです。ところが医療の場合には、その情報について対称性というものがない、つまり非対称性とよく言うのですが、むしろ知識格差と言ったほうがいいかと思っております。医療の専門性とか多面性とか、それから医療そのものが不確定だということから、情報の対称性が不可能に近いと言っていいような状態があるということも、考えておかなければいけないということも、ここで書いてあります。

6番は、患者による自由な医療機関選択の資源配分への影響ということで、これは患者さんが自分で医療機関を選べるような体制を作ることが必要で、そういう意味では、医学・医療の観点から理にかなった受診のあり方や、時代に見合った合理的な医療の利用のされ方が追求されるべきだということで、これは医師会等についても今後、取り組んでいく問題ということで指摘されているものと思われま。

7番の医療利用時の専門的相談・助言の必要性というのは、これは当然、患者自身の問題ではあるし、また社会的な問題となっているのですが、この問題については幾つか細かいことは飛ばしますが、結局、なかなか患者さんが自分だけでいろいろ選択したり、判断することが難しい部分があって、この部分については、かかりつけ医機能の強化が非常に重要であろうということを書いてあります。

8番は、新たな医療の利用体制の構築、これも新たに、こうすべきだというご提案が、ここに書いてありますが、医療担当者と医療関係者は、医療の理念を堅持しつつ、医療を受ける立場からの理解と信頼を得ながら、新たな時代の要請に応える一層の努力をなさなければならないことが、提言されています。

9番は、医療周辺領域には市場原理の導入が可能であろうということが触れられています。

Ⅲ章の医療保険制度については、1番として医療保険を市場原理に委ねた場合の問題点として、幾つかいろいろなことが書いてありますが、結局のところ、もしこれを民間保険に委ねる場合は、民間保険の論理に従えば、病気になるリスクの高い加入者のために、リスクの低い健康な加入者が高い保険料を支払うことは、民間保険から言えば不公平なことで、リスクが高いほうが高く払うというのが本来ですから、したがって、医療保険を市場原理に委ねたら、医療を最も必要とする有病者、簡単に言えば弱い人ということになるのですが、それが保険に加入できなくなってしまうということで、社会保障としての体制が整わなくなるよということを言っています。

そういう意味で、医療保険が民間保険主体となってやっている先進国、これはアメリカですが、アメリカでは国民の6分の1が保険料負担ができない上に保険に入っていないし、実際に保険者の管理コスト等が高く医療は世界一高く、GDPでも日本の倍ぐらい、実額では何倍という形になっています。

2番で、保険者間の公正な競争は可能かということで、いろんな議論をしていますが省略します。結局、縷々述べてきましたが、以上のように、保険者間の競争原理の導入は理論的には可能だけでも、実際には加入者の保険事故の発生するリスクを予め適切に調整する方法が未だ開発されていないから、公正な競争環境は整備されていないと結論しています。

3番で、日本の特殊事情と長期対策として、現在、日本の医療制度が、医療費の発生するリスクとか所得水準とかが、ばらばらの5千以上の保険者から成り立っている、老人保健制度も先ほどの野中委員のご発言のように70歳ということで、一括でやっていまして、その70歳以上の人の年齢構成とか所得水準は全く考慮していませんので、その辺の矛盾があることは事実なわけです。したがって、国民に公平な医療提供体制が、公平な負担のもとで実現できるような長期的な展望としては、日本医師会はもう30年以上前になるでしょうか、医療保険の統合一本化を唱えてきているわけですが、野中委員の言われたようなことで、日本医師会も、かねてから主張してきた医療保険の統合一本化に進むように、細かい事は省略しますが、3段階にわけて進めるべきだという提案を、改めてしています。

次は第Ⅳ章、市場原理と競争原理ですが、ここでは社会保険医療への市場原理適用の問題点として、競争原理ということと市場原理が混同されている部分があるのではないかという指摘があります。本来、さっきも言いましたように市場原理というのは、簡単に言えば価格競争というところがあるわけですがけれども、社会保険制度としては基本的には、いろんな価格は固定されているわけですから、もともと市場原理が働かないわけで、社会保障制度としての医療保険制度を堅持する限りは、市場原理は馴染まないということになるのだらうと思います。

ただ、それでは競争原理はないのかというと、2番の社会保険医療における競争原理ということで、価格は固定されていても質的水準の選択によって、競争原理は十分に働いているというふうに述べています。競争原理というのは市場原理の中の大事な部分でしょうけれども、必ずしも市場原理がなくても、競争原理は働くというふうに言っているのだと思います。

17頁の3番は、医療の質の評価の重要性について述べています。時間が長くなってきましたので省略します。4番で、医療の質はどうかというのを3つの要素で、技術的要素、医療を受ける者と提供者との相互の信頼関係という要素、療養環境条件と、3つの要素に

分けて論じています。

18 頁で、5 番の病院医療の評価の方法、1 つの質的な水準評価の中で個人の意思のかいことではなくて、病院というのは組織医療ですから、その場合の評価方法として、ここも3点に分けていて、病院の構造設備や組織構成のあり方による構造からのアプローチ、2番目が、部門の業務の過程、プロセスからのアプローチ、3番目として、その結果、得られるアウトカムの評価ということが必要だということを述べています。

6番は、公私病院の公正な競争基盤として、国公立病院には一般財源から、いわゆる税金から補助が、医療保険等の医療費以外に入れているわけですが、その辺のところの問題点を指摘して、最後のところに、補助金的なものは評価の結果に基づいて、民間の病院を含めて公平な配分がなされるべきだということを言っています。

19 頁の7番では、IT化の問題が書いてあります。ここには2つのインパクトがあるだろうということで、医療情報処理の効率化と、医療の質に対する情報流通促進の2つの面から論じています。

20 頁の第V章では、医療経営に対する非営利性に対する要請ということで、まず医療における営利性、非営利性を論じる前に、基本的な立場として、日本では伝統的に非営利を以って原則としてきた、日本の医療制度に、「たとえ一部にせよ営利性を容認するのか否か」は、国のあり方に関する哲学を反映した「わが国の医療の根幹にかかわる見識の問題」と捉えて議論を展開する必要がある、という重要性を指摘し、2番に、わが国の医療は非営利ゆえに非効率のかということで、非営利を原則とする医療が非効率なのかどうかは、先ほども申し上げましたように、日本の国民医療費対GDP比はOECD加盟国の中では下のほうですから、少なくともマクロで捉えた場合、むしろ我が国の医療は非常に効率的です。

さっきのWHOの表の効率的は、どういう計算根拠か知りませんが、少なくともアメリカなんかよりはずっと上の10位にあるわけです。アメリカのGDP比医療費は非常に高いというのは先ほど述べました。つまり、非営利故に非効率という根拠は全くないのだろうということが書かれています。

21 頁、第3番のところに、営利企業による医療経営参入の問題点として2つほど書いています。営利企業の場合は株主へ配当を第一とするので、医療において利潤を追求することは医療の基本理念に悖るということと、収益性の高い領域を選別して、不採算部門を切り捨てざるを得ないような営利病院の活動は非常に困る、地域医療を混乱させるということが書いてあります。

4番の企業による病院経営というのは、実際に会社立の病院というようなことで、病院が幾つか、ある意味では株式会社の病院みたいなものがあるわけですが、特に他の普通の病院と変わった何かが起きてはいないではないかということと、むしろ問題になっているのは、営利企業が実質的に病院の開設や買収に資本投下をしまして、資本の理論で医療を提供するというような、つまり裏で支配するようなことが、起きてくるのが大問題だということを、ここで述べています。

22 頁の「おわりに」のところですが、医療を市場経済化し、市場原理、取り分け支払能力によって医療サービスを配分しようとする考え方は、この国に暮らす人々不安感を高め、マクロ経済にも悪影響を与える可能性が高いのみならず、租税や社会保険料の負担意

欲を、いざというときにあまり助けにならないとして弱めてしまいかねない。間違った選択肢であると述べ、改めて、「せめて病気や怪我に苦しむときは、経済力ではなく、ニーズに応じて適切な医療サービスが受けられる」との安心感が、社会の安定と日本経済の再生のために欠かせない条件であると強調したい、と結ばれています。

○高久部会長

ありがとうございます。最初に事務局のほうから、厚生労働省が9月に出了した医療制度改革試案の中の、この医療部会の中で今後、主要なテーマとなります医療提供体制のことについて、今日、お配りした議事次第を含めて説明をしていただきました。引き続きまして野中委員から、全国町村会から出された医療改革に向けての緊急意見、さらに櫻井委員から、日本医師会の医療政策会議から出された医療と市場経済ということについてご説明いただきました。もう1つ森山委員から、「21世紀にみあった医療制度を構築するために」－厚生労働省「医療制度改革試案」に対する意見－ということで、日本看護協会から本年10月11日に出了された意見について、これは資料が出ていますが、森山委員のほうは配布のみで説明はよろしいということでしたが、それでよろしいですか。

○森山委員

1つだけ、3頁を開いていただいて、今まで出なかった点として、看護協会として医療提供体制に対しての意見のところだけ、説明させていただきたいと思います。

提案されている内容について検討しますと、これからのあり様として、医療サービスの質を高めるためには医療従事者の量の確保とともに、質の向上が大変重要であると。それはなぜかと言いますと、病床数が集約する中で、結果として、入院する患者の重症度も高くなり、併せて在宅でのケアというものが求められてくる。その辺のことを考えますと、マンパワーについて申し上げておきたいと思います。

現在、我が国の病院における看護婦の数は、先般、医療法で4対1が3対1に改善されましたが、現在、夜間における看護婦は、半分以上の病院が2人夜勤で、40人、50人の患者をケアしているということになっています。そのような中で1人重症者が出ると、とても対応できない状況です。

今後の病院の機能を考えますと、3人ないし4人が必要ではないか。そうしますと患者1.5対1というのは、決して高いものではないということです。

そういう意味で、教育におきましても量と質を合わせて、医師と歯科医師がそうであるように、卒後の研修というのも取り入れていただく方向が、是非、必要ではないかということがあります。

今日も前回の資料が出ていますが、総合医療政策会議のご提案として、医療分野の労働者の派遣に関することが書かれていて、現在、政令で禁じられている医師、看護婦など、医療関連の者の派遣に関する規制を撤廃すべきであることについて述べられていますが、これについては、そういう経過からしますと、将来、そういう姿を取り入れるということは非常に危険であると考えます。

特に最近、起こりました横浜市立大学での患者取り違え事故、あるいは昨日、新聞ニュースになりました東邦大学のうつ伏せ寝の事故等におきまして、看護管理上の問題、特に

看護婦が1人しかいなかった。あるいは忙しい夜勤が2人しかいないために、2人の患者を一緒に手術室に運んだなど、人手不足が問題になっていて、それが大きな原因の1つであるということが、はっきりいたしておりますので、医療提供体制における医療従事者の質と量については、看護婦のみでなく医師もそうだと思いますが、諸外国の例を見ても分かるように、もう少し改善する方向を含んでおくべきではないかと思っています。

○高久部会長

ありがとうございました。今、森山委員からもご説明がありましたが、事務局の説明、3人の委員の方からのご説明に対して、どなたかご質問はありますか。

○福島委員

その前に、会議の進め方の問題について1つお願いしたいというか、皆さんのご意向がどうかということですが、いろいろ厚生労働省の説明があって、これから内容に入っていくという中で、必要なことではありますけれども、それぞれのお立場からいろいろ既存の公表されている内容の説明が縷々ありました。個々の審議に入ってから、それぞれのお話をさせていただければいいと思いますが、今後、その都度、また各立場で時間をいただいて、本日の論議に直接関係しない全体的な一般的なご意見というか主張というところを、それぞれのところが述べ出したら、この会議の進め方が、なかなかうまくいかないのではないかという感じがします。

ご意見は、それぞれ大事なことではありますけれども、今ここで論議していること以外に、それぞれの立場での持論だということで、それぞれの立場からまた話されますと、なかなか議論が進まないのではないかと感じます。

○高久部会長

ありがとうございました。

○小山田委員

私も全く同じ意見を、今、言おうとしたわけです。もしこういう事でおやりになるとすれば、私どもはそれぞれ違った団体、あるいは、それぞれ違った見識を持ってきているわけですから、これからおやりになるのであれば、私どもも印刷したものを次に提出したいと思っています。同時に、今日お出での方々もお出しになったら、これはやっていけるはずはないのです。

どうか、この議論の場を賛成か反対かではなくて、賛成の意見をもっと深くする。あるいは反対の意見をもっと深くしながら明確にしていくことが、この委員会の目的ではないかと思っています。ただ、それぞれの読んだものを聞いて帰る。それだけではないかので、どうか部会長に、よろしくお願ひしたいと思います。

もう1つは、先ほど厚生労働省のほうから、この指針が出されましたけれども、この25日の後に総合規制改革会議、その後、財務省からこの案に対して、いろいろなクレームと言うと失礼かもしれませんが、補足が出ています。特にその中で、この前の会議でちょっと問題になった、株式会社参入について非常に強く言われています。その事については篠

崎局長が記者会見で、この問題はこの問題で、別の部会あるいは検討会を作って検討するんだと言われています。したがって私がお聞きしたいのは、この会議では厚生労働省としては、この9月25日に出された、この案でいくのか。そして、いま言いましたように、私どもは株式会社参入についての議論はする必要はないのかどうかを、お伺いしたい。

○高久部会長

私の理解では、この医療部会では当分、医療提供体制について議論をすることになっています。ですから、先ほどご意見がありました保険制度については別なところで議論しているの、最終的にここに出てくるかどうかは分かりませんが、差し当たっては、ここでは保険制度の問題は議論しないと理解しています。それから株式会社云々の問題はこの場で検討する、そうですね。

○医政局総務課長

株式会社の扱いにつきましては、実は「これからの医業経営の在り方に関する検討会」というものを、近々、発足させていただこうと思っています。ちょっとそれについての説明を要しますが、まず株式会社の参入の是非論そのものについては、ここでご議論いただく重要なテーマであると考えています。

一方で、そういう検討会が要するというのは、むしろ株式会社の参入の是非ということを経験するのではなくて、株式会社の参入という指摘を踏まえながら、現在ある医療法の医療法人制度というものを、どういうふうに効率化していくか。株式会社の指摘を踏まえながら、むしろ我々の世界の医療法人制度の経営の効率化にもつなげる検討をしていく。特に総合規制改革会議等で、医療法人につきましても、例えば理事長要件についての問題などを指摘されていますので、そういう具体的な詰めた検討を、この場でさせていただこうという整理です。

私どもの試案の株式会社に対する考え方については、時々、誤解をされることがありますので補足を申し上げておきますと、この試案におきましても株式会社の参入については是とする記述はないわけでして、まさに医療の効率化とか競争というものを、株式会社が参入して資本とか経営能力で争うということではなくて、情報開示し患者が選択する。それを通じて提供側に競争が起きて質の向上を通じて、近代化、効率化を図るというプロセスではないかと言ったのが、私どものこの試案の考え方ですから、株式会社参入を是として、日程を組んでいるというわけではないわけです。

○高梨委員

前回、第1回の会合を欠席しまして、1回目の経緯が分からない点もありますが、若干、議事概要みたいなのを読ませていただいたので、ある程度承知しているつもりです。この医療部会の守備範囲をどうするかということは、大変大事な問題だと思います。厚生労働省から先ほどご説明いただいた医療制度改革試案、ここに書かれている事だけを審議しますという考え方もあるでしょうが、試案には書かれてはいないけれども、医療提供体制の大事な問題について、この場で議論をする。結論をどうするかという問題は別ですけども、議論の対象にするかしないかというのは大変大事な問題だと思っています。

そういう意味で、先ほど総務課長からご説明いただいたように、確かにこの試案の中には株式会社が参入するということを認めた表現ぶりは、どこにもございませんが、私自身の意見としましては、この医療部会におきまして、その問題の議論をするということは必要だと考えております。

○高久部会長

医療提供体制のことが、この部会の主要なテーマと私も理解しています。当然、株式会社の問題は、今、話題になっている最も重要なテーマの1つですから、この厚生労働省の試案の中には明瞭に書いていませんが、当然、この部会で議論をすることになると思います。

先ほどの課長さんのお話では、もう1つの委員会でも検討をしているという話ですが、並行してこちらのほうでも当然、議論をされるべき問題で、ある意味では最も重要な課題の1つであると考えています。そういうふうを考えていますので、よろしくご議論を進めていただければと思っています。

○高梨委員

関連ですが、この医療部会で何を審議するかということが大変大事な問題なのだと思います。もちろん、今日、ご提供、ご説明いただいた試案の中の「21世紀の医療提供の姿」ということを中心に、議論をしていくということだと私は理解しています。それはそれでそうだと思いますが、先ほど小山田委員もご指摘になられましたし、森山委員もご指摘になれましたが、厚生労働省が先に提案した試案ということだけでなく、周辺のいろいろなところから、医療提供体制の問題についての意見なり、そういうものが出ているわけでございます。

例えば、経済財政諮問会議の骨太方針の中にも書いてあります。総合規制改革会議の中にも書いてございます。第1回の時にも提供されていますが、産業構造改革雇用対策本部の中にも医療提供体制について触れた部分もございます。あるいは、もう1つ小山田委員が言われていた財務省主計局が財政制度等審議会のほうに出した中にも、医療提供体制について言っていた事項がございます。

それらの事項について、この審議会で、すべて審議するというわけにはいかないと思いますので、それらの項目のうち、この医療部会で審議するのに適切なものはどういうものなのか。ひょっとすれば違う役所で、例えば文部科学省でやっていただく事項もあるかもしれませんし、経済産業省でやっていただくような事項もあるのかもしれませんが、いずれにしても他の役所でやるようなことは、こういうものは他の役所の問題ですと。

厚生労働省としてやるものでも、先ほど部会長が言われた医療保険の問題は、たぶんこの審議会ではなくて医療保険部会というのがあるわけですので、そちらのほうで担当することになるだろうと思う。診療報酬のこの部分は、中医協でやるということになるのであろうということ。あるいは臨床研修の問題は既に部会が設置されている。そういうところでやるということで、いろいろな検討事項があるのですが、それを整理する中で、ここの部会でやるのは、これですと。ここの部会でやらないのは、あっちの部会でやりますと

いうことを明確にしながら、この部会では、こういう事を対象としてやっていくということ、事務局のほうで作っていただいて、次回にでも出していただきたいと、これは意見でございますが、私からお願いを申し上げたいと思います。

○高久部会長

第1回の時に、経済財政諮問会議の資料など、資料がたくさん出たのですが、私が繰り返し言っていますように、この部会では医療提供体制、その中には当然、情報の提供、患者の選択とかいう問題もありますし、病院の運営の体制であるとか、当然、先ほど森山委員がお話された医療マンパワーの数の問題なども議論してもらいたいと考えています。集中的には医療提供体制ということで幅広い議論をしていただきたいと思います。

今回は、この9月25日の厚生労働省試案が出ていなかったものですから、今日はその事について特に、この医療部会で関係のある事について事務局のほうから説明があったと理解しています。順次、情報の公開の問題であるとか、あるいは、その後によどのような体制を病院が取っていくのかなどを、議論をしていただきたいと考えていますが、今日のところは、特に情報の公開と情報の提供ということについて、残った時間で議論していただきたいと思います。もし差し支えなければ、今日、辻本委員がお見えですので、患者さんの立場からあるいは国民の立場から、医療機関に対して現在、どのような方法で患者さんが情報を得ていて、そしてまた、どのような情報を、どのような形で提供してもらいたいのかということについて、もしご意見があったらお話しただけたらと思います。

○辻本委員

特に今日は準備しておりませんので、まとまったお話にはならないかもしれませんが、私どもが活動を始めて今年で12年目になりました。12年ということの変遷の中で、1つ患者への情報提供ということは、どんどん進んできているということが実感です。

しかし、その提供のあり方ということが、これでいいかというと、残念ながら患者が満足できる状況にはありません。一方通行というような状況もあれば、半ば自己満足的な提供の仕方ということで、患者のニーズをしっかりと捉えて、本当に一人ひとりの個々のニーズに向き合っているというような、そうしたコミュニケーションは、およそ十分ではない。時間もなければ医療者の説明能力も身に付いていない。患者側から見れば、そういう現実で、情報提供の形は進んできたけれど、中身は伴っていないと思います。

例えば、ある病院で「情報開示をいたします」。「カルテ開示をいたします」。壁にそうした文言が貼ってあっても、申請方式の中で、患者がどれほど、そのシステムを利用できるかということ、残念ながら一方の患者の意識改革が遅れています。

今日、いろいろお話を、さまざまな方からお聞きしても、そこに1つ欠けているものは、患者の意識啓発、教育。しかし患者たちも、ある日、突然、意識改革はできない。そこで足りないものが、患者の自己決定能力を支えていく“プロセスを支援する体制”です。そうした問題も議論のテーマには乗せられていない。

そのあたりを整備していくことで、初めて患者の求める情報が何であるかということ、患者自身が深刻にならず、真剣に考えられる問題だと思っています。情報開示の形は進んできた。しかし中身は伴っていない。その伴っていない中身ということの中には、さまざま挙

げれば切りがないほどの難しい問題があるということで、これは残された 15 分の中で、とても議論できるテーマではないと思います。

○高久部会長

失礼しました。ほかにどなたか、この情報提供のことについてご意見、おありでしょうか。

○松山委員

今日のいろんなご意見を伺っていて、私の印象なのですが、例えば厚生労働省が出している医療制度改革試案、今日、ご説明を受けましたけれども、仮にここに書いてある事がすべて出来れば、相当、進んだ状態になると私は思います。方向はこれでいいと思うので、どんどんやってほしいということなのですが、ただ、それには相当な努力が求められる。

例えば、アメリカに対するご批判があるのは承知していますが、いわゆる値段を考えずに医療ということで見たら、アメリカのほうが遥かに進んでいるのです。これはなぜかと言うと、やはり 1 患者・1 カルテ・1 地域ということが、できているかどうか非常に重要だと思うのです。情報という時に、患者情報の共有という場合と情報の提供と 2 つあると思います。

供給体制のことを考えた時に、いちばん重要なのは、患者にとってみたら自分が何か疾病を起こした時に、各段階に応じて適切なケアをシームレスに、継ぎ目なくやってもらえるかどうかというのが重要だと思います。そのためには自分が住んでいる医療機関ネットワークの中で、自分の情報を共有してもらって、専門の先生方がチームを組んでやってくれることが必要なのではないか。それが日本はかなり遅れているなということで、それをどうするかということが、この改革試案の中でもいろんな手段が入っていると思います。

情報の提供ということでは 2 つあって、いわゆる提供を受けるというのは要するに患者側が、どの先生、どの病院にお世話になるのがいちばんいいのかというのを、できるだけ納得して決めたいというのが、いちばんのニーズだと思います。それは受けるお医者さんとか病院の方のレベルが、大体、標準的なレベルを超えているかどうかというのを、ある程度わかるようにしてもらいたいということ。

あとは、自分自身でよく勉強しなければいけないので、診断ガイドラインにしても、いろんな一般情報をもらいたいということなのですが、そういう事は例えばアメリカなどは無料で、ほとんど全部手に入るのです。いちばん進んでいる地域ネットワークだと、何が起きているかという、地域ネットワークのホームページの中に患者個人が自分のページを持てるのです。その中で主治医とやり取りを始めている。それぐらいにならないと、たぶん本当に地域住民が満足することにならないと思うのです。

そういうことを進めていくと、おそらく保険の問題にも入って行って、これは私の持論ですけれども、きちっと患者情報を共有するような仕組みを作っていくのであれば、地域保険に一本化するのが当然だと思います。それが結局、供給体制の議論をしていった時に、たぶんそこへ集約していくようになるのではないかと。

あと株式会社参入云々の問題がありますが、これは私の理解では厚生労働省は全然賛成ではなくて、経済財政諮問会議とか、いわゆるエコノミスト系の人が入っているところが

勝手に言っているだけでありまして、これも患者から見て本当に何がいいかというのを詰めていけば、株式会社より非営利のほうがいいに決まっているという結論になると私は思っています。ただし、アメリカとか外国で言う非営利と日本で言う非営利は、定義の中身が全然違うということ認識して議論すべきだと思っています。

○高梨委員

情報の提供に絞ってのご発言ならば、私も発言を差し控えたいと思いますが、第1回のこの場でも株式会社の参入の問題が出て、また今も株式会社の参入の問題が出ております。第1回目の時に櫻井委員が、どういうメリットがあるんだということについて、ご質問されておられたと思いますので、若干、私から、こういうメリットがあるのではないかといいことを申し上げたいと思いますが、そういう時間を取っていただけますか。

○高久部会長

短くお願いします。

○高梨委員

私の属する団体は日本経営者団体連盟、日経連でございますが、平成10年に、「病院経営参入規制の緩和についての基本的考え方」というものを、整理して公表しています。その中で参入規制の緩和、撤廃によって、こういうメリットが期待できるということで4点ほど言っていますので、その点をご披露申し上げたいと思います。

第1点ですが、民間企業を含む多様な経営主体の参入により競争が促進され、多様なサービスの提供や経営の効率化などにより、国民の医療についての選択肢が増大するとともに、国民医療費の抑制に寄与することが期待される。これが第1点です。

第2点目、民間企業を含む多様な経営主体が参入すると、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、国民に開かれたものとなることが期待できる。

3つ目、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、今後、求められる多様なサービスの提供について、民間企業立の病院に期待し得る面が大きい。

4つ目、民間企業立の病院の開設を認めれば、既存の医療法人等の病院の経営が行き詰まった時に、その受け皿となったり、あるいは経営安定のための資本、経営面の提携先となったりするなどの役割が期待でき、これは医療資源全体の効率的活用に資する。このように書いています。そのほかにも私は考えるところがございますが、時間の制約がございますので、とりあえずその時点で整理した考え方だけを披露させていただきます。

○高久部会長

ありがとうございました。今後、情報の提供という問題では当然、患者側からの選択ということが1つの大きなテーマとなると思いますし、前回は今回も議論になりましたように、医業の経営、病院が主体となっていると思いますが、どういう形で経営をするかという2つのテーマが、次回以降の大きな問題になると思います。

今日も感じたのですが、いろいろな方にプレゼンテーションをしていただくのはいいのですが、あまり長いとせつかくの議論ができませんので、次回以降はプレゼンテーションは、例えば情報提供のことについて、あるいは医業経営のことについて、委員の方あるいは参考人の方にプレゼンテーションしていただくのは、全体として1時間以内ぐらいに終わっていただいて、その後、皆さんからご意見をいただきたいと考えています。

必要に応じて、事務局のほうと相談をして、情報提供ということと医業の経営を中心に2～3回議論をしていただきたい。特に情報提供に関しては、先ほどの事務局の資料の6頁にもありましたように、なるべく早く結論を出すようにということになっているようです。これは強制的なものでは当然ありませんが、できればある程度の結論を早目に出したいと私自身も考えています。そういう点で次回以降、今申し上げた2つの点について、いろいろご議論をいただければと思っていますので、よろしくお願いします。

今日は残念ながら、時間がまいりまして十分なお議論が伺えませんでした。次回以降の日程について事務局のほうから連絡していただけますか。

○医政局総務課長

今、部会長からおまとめいただきましたように、高梨委員の言われるようにいろいろテーマが多々あるわけですが、今の政府の改革工程表とか、総合規制改革会議、経済財政諮問会議等々の状況を考えますと、事務局としまして情報提供と患者選択の問題が1つの柱、もう1つが医業経営のあり方、これは株式会社論も含めてだと思いますが、そういったところが急がれるポイントではないかということです。今の部会長のおまとめに沿って申し上げますと、当面、そういうテーマについて、今回は例えば委員の方々の中でプレゼンテーションをお願いしたいということ。あるいは株式会社論等について、いろいろ議論がありますので、そういったことをおっしゃっている専門家の方を呼んで、その考え方を聞くとか、そういうふうなことについて参考人の方をお呼びすることを、人選も含めて進めさせていただければ、いかがかと思えます。

○高久部会長

松山委員が先ほどおっしゃったように、アメリカではインターネットで患者さんが情報を得ています。ところが日本では、まだまだそこに至っていないという差があるので、情報提供をどういうふうにするかというときに、そこら辺のことも十分に議論しないと、いけないのではないかと思います。もう時間がありませんが、もしコメントがあれば、どうぞ。

○松山委員 その点を補足させていただきます。日本がITで遅れているのではないのです。ITは所詮ツールですから、ITに乗っける評価情報がないというのが問題なのであって、それをどうやって作るかということが重要だと思います。情報のベースを作るのに、アメリカでも15年ぐらいかかっていますし、インターネットで乗るようになったのが2年半ぐらい前からですから、ごく最近の話なのです。それをどこまでやるかということで、アメリカの現状は評価情報はもう100%オープンです。何も隠しません。そこまでいけるかどうかだと思います。それから、情報の提供ということでの絞るのには構わないのですが、その中に情報の共有という概念も、少し入れておいていただいたほうがいいかな

と私は思います。

○高久部会長

当然、共有ということも入ってくると思います。それではまた皆さん方のご都合のいい日をお伺いして、次回の部会を設定したいと思いますので、よろしくをお願いします。

○福島委員

1つだけお願いですが、これだけ大勢の人数ですから、なかなか日程を立てにくいということもあるかと思えます。もし分かれば、今日も全体的な説明をしていただきましたけれども、その中で次回以降の日程と、その次にメインに審議していただくテーマは大体、こういう感じで何回ぐらい、この辺を何か1つのこの会議の目処が立てられれば非常にありがたいと思えます。

○高久部会長

それは事務局と相談しまして、大体の目安を作って委員の皆さん方にご連絡したいと思います。

それでは、本日は閉会します。お忙しいところいところ長時間にわたり、ありがとうございました。