

「医療提供体制の改革の基本的方向」（「医療提供体制の改革に関する
検討チーム」中間まとめ）に関する有識者からの意見の概要

総 論

- 日本の医療システムはWHOで第1位と評価されているが、なぜ総合第1位と評価されているのか、例えば、フリーアクセスや国民皆保険など何かよいものがあるのではないかという観点から検証することが必要である。
- 医療については、理念なしで効率的なシステムを作ることはできない。中間まとめは、理念の部分が余り書かれていないが、これまでの医療の理念は、保護とパターンリズムであったと考える。これからの理念は、自立支援や自立と自己責任ではないか。
- 中間まとめの印象として、全体の理念が欠けているのではないか。「医療側ができることをする」医療から「患者が欲していることをする」医療へ転換するという理念をうたってほしい。これからの医療は、量の保障から質の保障へ、物の提供から人手と知恵の提供へという理念の転換を図る必要がある。
- 中間まとめの位置付けを明確にした上で、国民の理解を深めることが大切であり、国民にあることを期待した上での医療提供体制改革であることを前文で明らかにした方がよい。例えば、がんであれば、予防、検診、早期発見について国民一人一人の努力を想定した上で、不幸にして病気になった場合の医療提供体制がこの報告書の課題ではないか。
- 官主導型の患者本位の医療提供体制は、できる限り公的・非公的医療機関に自主権を与えて、個々のプロセスには干渉しないこととすべきであり、できる限り規制緩和の方向で公平に種々の条件をクリアするチャンスを与えることである。
- 中間まとめは、公的医療機関ばかりでなく、民間医療機関にとっても当然に必須化されるべきもの、すなわち、これからの患者、その家族から求められ、提供されるべきものとして受け取る必要がある。中間まとめの抜本的改革をクリアしなければ、医療機関が消失せざるを得ないような環境を作ることによって、医療提供側はもっと真剣になって目的の達成も可能となり、優良医療機関だけが生き延びられることになる。
- それぞれ異なる基盤を持つ医療機関の中から1つか2つをモデル化して、改革の推進を促進させる。ただし、最初からモデル医療機関作りに公的補助を行うのではなく、自らの手で一定のレベルに到達した医療機関を対象として、真剣に日本のモデル医療主体になる可能性のある機関を選定すべきである。
- 中間まとめの基本的方向の柱立てについて、「③医療の基盤整備」というタイトルはピンとこない。せめて「新しい時代に対応する医療の基盤整備」とすべきである。①のⅡ「安全に、安心できる医療の再構築」に、③の中の地域医療の確保の項目を入れるべきである。救急医療が入っていないのは変である。地域医療の確保こそ患者の安心を左右する問題である。

① 患者の視点の尊重

- 「患者の視点の尊重」をうたっているが、患者や被保険者の「エンパワーメント」についての突っ込みが不足している。情報提供の推進、医療安全対策、メディカル・フロンティア戦略などももちろん大事だが、それだけでなく、セカンドオピニオン、患者の権利、緩和ケアや疼痛コントロール等のQOLを重視した患者による「治療の選択」の問題、医の倫理、特定療養費の拡大も含めた患者負担の増加との関係等をどのように考えるのか。

1 医療に関する情報提供の推進

(1) 公的機関等による医療機関情報の提供の促進

- 医療機関情報の提供の促進について、医療のプロセス、アウトカムの開示を普及・促進させる体制を整備することが必要である。そのためには、内容の標準化、自主開示か第三者による開示か、また、保険者をどう絡ませるかなどが課題となる。
- 一般の患者にとって、どこの病院に行けばよいのかについて正確な情報を入力するすべがない。情報化が進んだ社会でありながら、病院や医師についての情報提供の立ち遅れは依然深刻な実態にある。

(2) 診療情報の提供の促進

- 医療情報の広告規制を更に緩和し、一定規模以上の医療機関には手術件数、専門医、カルテ開示の状況などの開示を義務付けることによって、患者の選択を通じた過剰な病床数の削減ができるのではないかと。
- 不足している情報提供に対応するため、カルテの開示を法律で義務付け、分かりやすいように書式も統一することが必要である。また、カルテの改ざんを防止するため、罰則規定が不可欠である。カルテ開示を医師に請求するのは患者にとってやりにくいので、開示請求の窓口は事務職にすることが重要である。
- 患者参加型の医療を実現するためには、医師と患者との情報の非対称性の関係をある程度縮めて、患者が医療を選べるようにする必要があるため、カルテ開示の法制化は欠かせない前提条件であると考えられる。

(3) 根拠に基づく医療（EBM）の推進、診療ガイドラインの整備

- 私たちの受けた医療が適切なものかどうかを知るすべはなかなかないので、医療の質を評価する仕組みの充実が必要である。このため、EBMの推進や診療ガイドラインの整備は賛成だが、テンポが遅すぎる。もう少し早いテンポで進めるべきである。

- 医療の標準化のためにはデータベースの構築が不可欠であり、学会や国のバックアップが必要である。
- すべての医療機関に電子カルテの導入、カルテの電子化を実施するのは困難だが、特に、中小病院における情報公開の在り方についての見通しとともに、これからどういった方向で進めていけるのかについて「10か年計画」を作成して明らかにすべきである。

(4) 医療に関する相談への対応体制の整備

- 医療についての相談窓口を置くことが重要であるが、患者が医療相談をできる体制が未だにない。身近な場所として市町村に窓口を置くのが最も利用しやすいが、その場合、医師会や医療機関の協力も得る必要がある。
- 医療に関する相談体制の整備は重要だが、それとともに、本来の「かかりつけ医」機能の充実も合わせて考えるべきである。

II 安全で、安心できる医療の再構築

(1) 医療安全対策の推進

- 安全で安心できる医療の再構築について、「救急医療体制の整備」を最初の項目として入れるべきである。「医療安全対策の推進」の次に「薬の安全対策の推進」という項目を入れるべきである。
- ヒヤリ・ハット事例について、医師や看護師の努力を求めるだけでなく、患者が参加することによって医療事故は防げるのではないか。
- 安全対策の推進について、安全管理対策には診療報酬、補助金によるインセンティブも必要である。安全管理は一つの技術であり、経済的インセンティブを付けるのは有効である。診療報酬の減算措置など負のインセンティブだけでは十分ではない。

(2) メディカル・フロンティア戦略の着実な推進

- メディカルフロンティア戦略について、むしろ患者が望んでいるのは「後方支援の充実」ではないのか。後遺症を軽くすることも目標にしてほしい。そのため、後遺症を軽くする医学研究への助成、後遺症と折り合いをつけるための訓練技術の向上と患者費用負担の軽減、病気を抱えても暮らしやすい社会づくりが必要ではないか。

② 質が高く効率的な医療の提供

III 質の高い効率的な医療提供体制の構築：機能分化・重点化・効率化

(1) 医療機関の機能分化・重点化・効率化

- これから進めるべき改革の方向として、世界標準という政策目標の明確化である。そのため、①入院については「人手倍増10か年計画」を作成して、病床数を半減、在院日数を半減、診療単価を倍増させる。②外来については「診療時間倍増3か年計画」を作成して、受診数・受診頻度を半減させ、診療単価を倍増させる。
- 公的・非公的を含むすべての医療機関が自主的に変革に着手するとともに、努力して改善し続けていく機関・施設には十分な公的サポートが提供される。これができない場合には市場競争の原理で自然に閉鎖していくように仕組みで、全体的に質が上がるように推進すべきである。
- 病床数を半減させるため、関連法規を病床数の規定から職員数の規定に改正する。200床以上の病院と書かれていたのを300人以上の職員がいる病院とし、病床数は自由化する。これによって、病院の外来は専門外来となり、在宅が入院の代替機能を果たす。医療の質を担保するのはマンパワーであり、ベッド数ではない。
- 医学の進歩、病院戦略を反映し得る病床数の流動化を図る必要がある。国民皆保険を堅持するためには何が有効か。優先度を設定して、高いものに資源を投入すべきである。
- 病床機能区分の実効化を図るため、一般病床を急性期病床と規定すべきである。一般病床という名称だと中身があいまいであり、様々な病態が混ざって区分した意味がなくなるのではないか。
- 「患者中心の医療」とは、患者のニーズに応じた医療の意味である。患者のニーズに応じた医療とは、①病気になりたくないというニーズには、予防・相談機能の強化、②入院したくないというニーズには、外来、在宅医療の充実、③早く退院したいというニーズには、最短の在院日数、退院後のフォロー体制、④手厚い医療を受けたいというニーズには、十分な人員配置・訪問回数の整備である。
- 病院病床の機能分化は、現状と比べてどこが不足し、どこが過剰なのかが見えてこない。また、診療所の位置付けが欠落しているので、医療提供体制の全体像が完結していないように思える。
- これからの医療機関の基本的戦略として、①「急性期特定病院」+かかりつけ医モデル、②「保健・医療・福祉複合体」モデルの2つの方向が考えられるが、いずれにせよ病床数のスリム化と重点化の方向になる。
- 病診連携は既に進んでいるが、一番の問題は病院間の連携である。急性期と療養が重なっている部分については、お互いに下請けはしたくないという意識がある。
- 若い開業医が増えてきているので、診療報酬によるインセンティブの強化、オープン病院の促進、インターネットやファックスを利用した地域医療情報システムの推進などが考えられる。
- 質が高く効率的な医療提供体制の構築のためには、「フリーアクセス」の課題を解決する必要がある。一般外来について専門医が再来院に忙殺されてよいのか。

特に、救急外来について、1次救急が7割で2次以上が3割であるが、救急患者が特定の機関に集中するため、救急医療を担当する医師が疲弊している。救急医療システムを地域のリスクマネジメントの問題として考えないと質の低下を招くのではないか。

- 医療の非効率を招いているのは、地域中核病院などの大病院に集中する傾向があることである。2004年度から始まる臨床研修制度の改革によって多少は改善されることが期待されるが、さらに、健康相談や予防の知識を身に付けた「かかりつけ医」の養成システムを強化する仕組みを作るべきである。
- 医療機関の利用後に情報を患者が各保険者に知らせる仕組みを進めたり、高額な医療機器の共有化や国公立病院の見直しなどを進めたりする必要がある。
- 逆紹介は、時間とマンパワーを必要とするので、逆紹介の評価方法を確立する必要がある。病床機能の変更によって連携可能な施設が減少していく。特に、有床診療所が無床診療所に転換してきている。入院を必要とする高齢者の行き場がなくなるので、入院が必要な患者を受け入れる「地域一般病棟」は必要である。
- 連携医療、機能分担に対して、一般市民や医師の認識、理解が不足しているのので、連携医療について公費によって広報すべきである。
- 競争・効率化を進めるためには、第三者評価の推進と広告規制の緩和が必要である。医療機能評価機構が病院機能の第三者評価を行っているが、現在の医療機能評価機構による評価は第三者評価足り得るのか疑問である。受診病院は高額の費用を支払い、機構は聞き取り調査などを行っているが、緊張感がやや物足りないのではないか。
- 地域医療計画は医療資源の偏在を防ぐ役割があるのは事実であるが、同時に、医療機関の既得権保護にもつながっている。将来的には、緩和の方向に向かっていくべきではないか。
- 予防・保健分野は、産業としても大きな期待が持たれている分野であり、もう少し民間活力を入れるべきである。そのためには、民間の参入を容易にするための工夫が必要であるが、健康増進、公衆衛生対策との役割分担は明確にする必要がある。
- 行政としては、医療の需要がどれくらいあるかを把握した上で、医療圏別に一般・療養の適正病床を明示する。地域医療を確保する観点から、病院間で事前調整して、届出後の連携を強化する必要がある。
- 医療機関の機能分化については、全国一律ではなく地域特性及び住宅政策を考慮に入れて、きめ細かな目標値を算定すべきである。
- 我が国は諸外国と比べて相対的に資本集約的（労働節約的）な医療サービスを提供しており、疾病構造の変化、QOLを重視した方向に価値観が変化する中で、相対的に資本投入と比べて労働投入を手厚くしていく方向で検討すべきである。
- 医療機関の機能分化・重点化、効率化について、病床規制は参入障壁による非効率の温床という批判もあるため、病床を抑制しつつも競争メカニズムが機能する手法の開発が必要である。
- 医療計画（病床規制）は医療費対策の視点からのみ行われるべきではない。医

療提供の地域格差を是正する視点をより重視することも必要である。医師数の増加、開業医の高齢化、女性医師の増加、病床規制などの供給要因の変化と、住民の高齢化、医療ニーズの高度化・多様化という需要要因の変化の中で地域の医療を見直すことは意味がある。

- 病診連携が不十分だと患者が考えていることが大病院志向の一因であり、患者の利便性、医療費対策の面からも病診連携の推進に総合的に取り組むことが必要である。
- 公的医療機関の更なる統廃合を推進させ、民間医療機関による買収のチャンス을公平に拡大して、財政リストラ、自主運営、民営化の方向に迅速な変革が必要である。
- 質が高く効率的な医療の提供について、研修制度の充実・強化を図り、大学医局の抜本的な見直しを行うべきである。
- 特定機能病院を除くすべての国公立の医療機関について、独立行政法人ではなく、完全に民営化、一般病院と同じレベルで競争させることである。方向の指針としては、官主導型にして、均等にハードルの高い各種条件をクリアすること、相当の助成金や公的融資等のインセンティブを与えるなど、当該医療施設の達成努力に報いることが大切である。

(2) 精神医療の充実

- 精神医療の充実については、精神病院だけの問題ではなく、一般病院でも必要性が高く、精神科医の需要も高い。

(3) 医療経営の近代化・効率化

- 医療法人制度について、株式会社の参入を認めるかどうかの議論の前に、医療法人の非営利性を確保するための施策が必要と考える。そうでないと、医療法人と株式会社とは単に根性が違うというだけになる。理念をどのように提示していくかが重要であり、そのためには情報公開が必要である。その際、監督官庁である都道府県の役割を強化することも重要である。
- 医療法人が法人税法上、営利法人として位置付けられていることや、特定医療法人や特別医療法人が余り普及していない現状をどのように考えるのか。株式会社参入阻止は結構だが、一方で、きちんとした非営利法人の育成を考えないと国民の理解は得られないのではないか。
- 医療経営の非営利性を強化するため、持分の放棄と税制優遇や補助金を関連付けてはどうか。投資的経費について、診療報酬上の評価と近代化補助金とを総合した評価を検討すべきである。
- 医療経営の近代化、効率化の推進について、医師を中心とした階級制度を検証する必要がある。
- 病院債は私募債となるため消化の点で実効性が低く、社会福祉・医療事業団等の公的機関による債務保証、利子補給の拡大が有効ではないか。

IV 医療を担うマンパワーの確保・資質の向上

(1) 医師等の臨床研修必修化に向けた対応

- 臨床研修について、スーパーローテートは当たり前であるが、救急・小児の指導医がいないのは問題である。研修医は大都市の民間病院志向が強いようであるが、臨床研修は医局支配の打破や学生の競争に有効である。
- 臨床研修の費用を公費や保険から支出するのであれば根拠を明確にすることが必要である。給付金ではなく奨学金として支給するのが妥当ではないか。

(2) 医療従事者の確保と資質の向上

- 高齢化による看護の重要性の高まりや女性医師の増加に伴い女性が働きやすい就労環境を構築することが必要である。また、高齢者を診ることができる医師の育成が喫緊の課題である。
- 医療従事者の確保と資質の向上について、医師免許の更新制を導入すべきである。標榜科が自由である現状もおかしい。厳しい面接試験に合格した医師だけに標榜を許すといった制度にするのが常識的であろう。医療ミスを繰り返す医師には厳格な処分をすべきである。
- 医師は人の命を預かる職業なので、これからは医師の再研修が重要な課題となる。とりあえず20年後研修の義務化と、将来的には医師資格の更新制も考えられる。保険医定年制は検討してほしい。また、医療ミスで医業停止処分となった医師の再教育も検討する必要がある。

(3) 看護の質の向上

- 看護の質の向上については、諸外国と比べた病床当たりの看護職配置の薄さをきちんと認識すべきである。
- 「上級実践看護師」の育成と権限の拡大、看護職の知恵が医療提供体制の改革に組み込まれることが重要である。
- 患者の安全のためには、看護と介護体制の強化が急務であり、薬剤の供給、検査、セキュリティ、マネジメント機能の確立が必要である。そのためには、①患者の不安や心配を受け止め、心身のケアを提供してくれる十分なマンパワーの確保、②「上級実践看護師」の育成と権限の拡大、③患者のアドボケーターとして、看護職の知恵が医療提供体制の改革に組み込まれることが重要である。

V 環境の変化等に対応した医療の見直し

(1) 時代の要請に応じた看護の在り方の見直し

- 在宅医療を進めるためには、看護師やヘルパーでできることは彼らにやらせるべきである。看護の専門性を発揮できるよう業務の見直しを行なう必要がある。

(2) 終末期医療の検討

- 終末期医療については、緩和ケアの考え方や技術をもっと普及させていく必要がある。原則としてすべての医師、ナース、コメディカルがホスピス・緩和ケア施設病棟でなくても、普通の施設で、在宅で安心して苦しみがなく静かに、望ましい終末期を迎えることのできる多くの患者もいる事実を知り、プロとしてそのケアができるように実践的ベッドサイド教育の研修カリキュラムを導入することが必要である。

③ 医療の基盤整備

VI 地域医療・生命の世紀の医療を支える基盤の整備

(1) 情報化・情報提供の基盤整備

- 医療の標準化のためのデータベースの構築が不可欠であり、学会や国のバックアップが必要である。
- 医療のIT化のためには、電子カルテ等において用語の標準化・統一化が必要であり、アメリカの翻訳では不十分である。また、診療報酬上も正當に評価すべきであり、これがなされていないために医療のIT化が阻害されている。

(2) 電子カルテ、レセプト電算処理等医療におけるIT化の推進

- 情報化、電子カルテについて、標準的電子カルテシステムの開発は重要であり、その基本になるOS部分を統一することが必要である。日本が一番進んでいる部分でもあるが、患者にどの程度のコスト負担を求めるかという点も考慮する必要がある。
- 電子カルテについては、主治医と看護師など医療従事者が一緒に客観的に見ることが出来るものであり、単に効率化だけではなく、医療の質の向上に貢献するものである。

(3) 地域における必要な医療の提供の確保

- いつでも、どこでも、誰でも適切な救急医療を受けられる体制の整備・確保は、国の安全保障と同様に最優先されるべき課題である。
- 救急告示病院を含めて、1次、2次、3次という救急医療体制、小児救急医療の問題などを検証する必要がある。夜間・休日の救急医療について、患者・医療側の双方が不満を持っており、緊急に解決を要する課題である。輪番制は患者に不親切である。決まった場所に医師が交代で詰めるようにするのが現実的であり、そこがトリアージ機能を持てばよい。一部の勤務医に負担する状況を変えるには、開業医の参加が不可欠ではないか。
- ドイツでは開業医が全員救急業務に参加することを義務付けられている。救急

業務に参加できることが開業許可の条件となっており、救急業務の研修もある。開業許可の条件として臨床研修が義務付けられた今こそチャンスである。

- 救急医療と小児医療の評価が低いのは問題であり、診療報酬上もまだ不十分である。これらは36時間勤務や24時間オンコールが必要となるので不採算部門であるが、社会資本セーフティネットと考えるべきである。その意味では、国立大学の附属病院をはじめとして、国公立の病院はすべて救急医療を行うべきである。地域の小児科医を養成するために、自治医科大学方式を採用するか、国立大学も地域医療を担うべきである。
- 我が国の救急医療の抱える問題として救急医の不足である。急性期医療の高度化に伴い、適切な救急医療を提供するためには、広範な領域の急性病態に対する知識を技術が必要である。従来のように、片手間でできるレベルを超えている。
- 救急医の疲弊と圧倒的不足の悪循環も大きな問題である。365日24時間の苛酷な勤務環境のために救急医が疲弊している。これが救急医を志す医師の減少を招き、救急医が圧倒的に不足し、勤務環境がますます苛酷になるという悪循環に陥っている。
- 救急医療を充実するためにとるべき方策としては、救急医の専門性を認めることである。救急医の自尊心は傷つけられており、救急医の専門性を認めることによって、こうした問題がかなり解消されるのではないか。
- 救命救急センターを改善するため、救命救急センター入院料を大幅に増額することが必要である。
- ミニ救命救急センターは、救命救急センターが設置されていない残りの2次医療圏をカバーするものと考えているが、医師、看護師等のマンパワーの配置などシステム面を工夫すれば搬送も比較的容易であり、救命救急センターの機能も変わっていったのよいのではないか。マンパワーさえ整えば、ミニ救命救急センターの方が効率的であり、トリアージを含めたミニミニ救命救急センターを設置することも考えられる。
- 国立大学の附属病院においても救急医療の取組が遅れている。救急医学講座を開設する大学は増えているが、救命救急センターを設置しているのは、大阪大学、山口大学、香川医科大学の3大学である。

(4) がん対策の推進

- がんについては、将来90万人、人口の30%がかかると言われている病気であり、これまでは予防が中心であったが、これからは、なつてからどうするかに対応を中心とすべきである。
- 男性の2人に1人、女性の3人に1人ががんにかかる時代である。2015年にはがん患者数が倍増し、告知率は現在の60%から100%まで上がつて患者の医学的知識は豊富になり、消費者意識も強まると予想されている。がん対策の基本的な方向としては、健康日本21や健康増進法にあるような健康人を対象とした予防、検診の重要性を指摘した上で、地域がん診療拠点病院の整備に進むべきである。
- がん対策の改革の方向として、まず健康人を対象とした予防、検診の重要性に

ついて、健康日本21や健康増進法などの内容を記載した上で、地域がん診療拠点病院の整備に進むべきである。

(5) ナショナルセンターの整備

- ナショナルセンターの医療関係者については、各分野のリーダーとなるべき人材を国内外から広く公募することが必要である。

(6) 新しい医療技術の開発促進（テーラーメイド医療、ゲノム創薬、バイオテクノロジー）

- 医療技術の開発を促進して高度先進医療を導入していくと、医療の質が向上すると同時に、医療費の高騰も招くおそれがあるため、こうした点についてどのように対応するかが今後の課題となる。

(7) 医薬品・医療機器産業の国際競争力の強化

- 医薬品・医療機器産業の競争力の強化について、厚生労働省が行うべき施策は、他の経済官庁と比較して医療ニーズを詳細に把握・予測できる立場にあるため、重点領域を作成することではないか。
- 医療機器に関しては医薬品と比較して医療現場との関係が希薄であるため、医用工学のエンジニアを大病院を中心として医療現場に配置することも、予算措置を含めて検討すべきではないか。これは技師の養成でもあるが、安全性の向上にもつながる。

(参 考)

ヒアリングを行った有識者の一覧

敬称略

井 部 俊 子	聖路加国際病院副院長・看護部長
岩 淵 勝 好	産経新聞社論説委員
遠 藤 久 夫	学習院大学大学院経済研究科教授
尾 形 裕 也	九州大学大学院医学研究院教授
川 西 秀 徳	聖隷三方原病院副院長
川 淵 孝 一	東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科教授
五阿弥 宏 安	読売新聞社論説委員
濃 沼 信 夫	東北大学大学院医学系研究科教授
小 山 秀 夫	国立保健医療科学院経営科学部長
島 崎 修 次	日本救急医学会理事長
須 古 博 信	済生会熊本病院長
瀬戸山 元 一	高知県・高知市病院組合理事
高 橋 真理子	朝日新聞社論説委員
武 弘 道	埼玉県病院事業管理者
田 中 滋	慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
西 村 周 三	京都大学大学院経済学研究科
松 山 幸 弘	富士通総研経済研究所主席研究員
山 口 建	静岡県立静岡がんセンター総長
山 路 憲 夫	毎日新聞社論説委員
山 本 修 三	済生会神奈川県病院名誉院長
渡 辺 俊 介	日本経済新聞社論説委員

計21名

(平成14年12月9日から平成15年2月14日までに8回実施)