

第12回「医療分野における規制改革に関する検討会」議事概要（案）

出席者 新井、岩淵、岡谷、川淵、見坊、坂本、櫻井、奈良、宮武の各委員、岩尾医政局長、榮畑総務課長、渡延指導課長、上田医事課長、田村看護課長、高倉経済課長
他担当官

（○：委員、□：座長、△事務局）

【川淵委員提出資料について】

- 医療の財源、支払方式、医療提供体制は三位一体で改革すべきである。

医療提供体制に関しては医療の担い手である医師等と受け手側である患者の間の情報ギャップは完全には埋まらないが、患者・一般市民の立場に立てば、できるだけ情報が欲しいと考えている。いくつかの病院のデータをもとに、院内死亡率、再入院率、術後感染率、術後出血率などの分析を行ったが、今後は、医療従事者の数も大切であるが、更に、このような結果の分析により、医療機関が評価されるようになるべきではないか。

また、急性心筋梗塞による患者死亡率と医業利益率の関連についてはわずかな負の相関関係しかなかった。今後は、質の良い医療を提供する医療機関が経営的に報われるような制度改革が必要であると考ええる。

【資料1について】

- 本日は、これまでの各委員の意見等を整理した資料1のうち、前回に引き続き、「③医療機関の管理・運営について」から順次、議論を行うこととしたい。

- 子どもの教育環境が十分でないことや医師の専門医志向が高いことからなどの理由で地方の病院の医師や看護師の確保ができないという実態があり、このことが医師の名義貸しの背景の一つとなっている。医師や看護師の確保が困難な地域については、配置標準を廃止、又は廃止が不相当であれば緩和すべきと考える。

また、医師については、労働基準法の関係での当直などに関する指導もあるが、医療現場の実態に即していない。

こうした問題への対応として、医師の臨床研修について、地域の医療現場での臨床研修を徹底し、大学病院での研修を限定することで、地域医療を担う医師を養成すべきと考える。また、臨床研修への補助は、地方の病院、スーパーローテート方式を採用しているところに手厚くする方がよい。さらに、看護師についても地方の病院での研修を必修化することが考えられる。

- △ 予算補助の申請書から集計した結果によれば、現在の臨床研修医師のうち、複数の診療科の研修を受けている人の割合は約73%（ローテート方式45%、スーパーローテート方式28.2%）である。来年度から始まる臨床研修の必修化に伴い、スーパーロ

一テート方式により主要7診療科で実習することが必須となる。

- 医療法で定められた医師や看護師の配置標準は最低基準であり、人材の確保が困難であるという理由で廃止や緩和をするべきではない。また、アウトカムによる評価については、現状では研究が十分でないのではないか。

看護師の場合は、北海道・東北地方でも全体的には充足率が高くなっている。また、女性の看護師が結婚・子育てをしながら働き続けることができるよう、病院内保育所の設置など看護師のライフサイクルを踏まえた子育て支援対策を講じるべきである。また、アメリカでは職員の配置標準がなかったことにより看護師の削減が行われ、それによって患者死亡率が上昇したという事実もある。

- 医師等の配置標準は、あくまでも標準であり、標準から上下することはあるので、最低基準とはいえない。また、標準数は地域の事情が加味されるべきである。看護師についても、例えば、北海道の中での地域偏在があり、看護師の配置標準を満たしていない病院は診療報酬が減額されるため、看護師の処遇が更に悪くなるが、配置標準を満たしている病院の看護師は仕事にも余裕があり給与も良くなるといった矛盾も生じている。

医師の名義貸しについては、許されるべきではないが、一方で、実際に標準数以下の医師が勤務している状況でも医療そのものに大きな問題があったという指摘はないのであって、地域特性からみて標準数の方を見直すべきという議論も必要である。

地域が広大であるとか、積雪等により通院が困難であるとか言う地域性もあり、患者一人当たりに必要な医療は一律ではない。

- △ 医師等の配置数については、法令上は「標準」とされている。診療報酬では、原則として医師数が配置標準の6割以下になると減額される仕組みとなっている。

- 医師数等を都道府県別に比較すると大きな格差があり、また、全国的にも、例えば、アメリカ等と比較すると日本の病床数当たり看護師数は少なく、諸外国並みに改善しようとすれば増員が必要になるという議論もあるのではないか。

- 病床数当たりの医療従事者の数については、日本では人口当たりの病床数が諸外国より大幅に多いことを勘案して議論する必要があるし、患者の流入・流出やその他の地域ごとの事情などを考慮せずに、医師数の多少をもって地域の医療体制の充実度を評価することは適切とはいえない。

- 一般には、人員配置標準の趣旨も十分理解されていないし、地域における医師不足も住民との関係で、どの程度影響があるのかも把握されていない。そうしたことを整理した上で対策を議論すべきである。国民としては、良い医療と言うよりもまず、安心して安全な医療を受けたいと思っている。問題が起きた場合に何かを議論するのではなく、それに対する対策を取るような行政であって欲しいと思っている。

また、ある地域の医療マップをみても、医療機関の所在地、電話番号、診療科目、医師名、病院名などしか記載されておらず、このような情報だけでは、かかりつけ医を選

ぶことは難しい。

かかりつけ医から、持病のリスクや日常生活上の留意点などについて十分な説明を受けていなかったため、適切な治療が行われず後遺症の残った患者の例もあり医師による情報提供は重要である。

- かかりつけ医としての振り分け機能が十分でない場合もあることから、広告規制を緩和して、例えば医療機器は何を持っているか、得意分野や専門は何か、年齢、出身大学、提携している病院などの情報提供を進めるべきである。
 - 御指摘の例は、患者に対する持病のリスクや日常生活上の管理などの留意点の説明が十分であったかという問題であり、情報提供の充実という論点とは違うのではない。また、必要な情報は医師に聞いて、きちんと教える人のかかりつけ医にしていけば良い。
 - 患者の側からは、医師に対して、なかなかものが言いにくい、聞きにくいというのが実態。看護師の立場でも医師に対して、なかなか聞きにくいとためらう場面も多く、患者が聞きやすくなるような医師の側の配慮が期待されていると考える。
 - かかりつけ医の選択は、事前の情報というより、実際にかかってみて選ぶしかないと考え。
 - 患者には、例えばランク付けなど分かりやすい情報で、できるだけ良い医療を受けたいというニーズがあるが、それは医療提供者側の対応としては困難であり、その議論は平行線である。関係団体としても、どの医療機関にかかっても患者が満足できるよう研修機会の充実などを進めているところであるが、生涯研修や免許の更新制の議論もあり、情報提供も含め、どこかで折り合いをつけるしかない。
 - 安心、安全な医療をいつでもどこでも受けられるという環境を整備するためには、規制を緩和するだけでなく、適正な基準を定め、計画的に実施することが必要である。患者の立場で医療に関して素人では、これ以上の具体的な議論はわからないので、この検討会で議論を続けるより、もっと時間をかけるなどして医師会等の提案をいただくなどの方法で検討を進めるべきではないか。
 - 医療事故は職員不足の中小病院では少なく、人手に余裕のある大病院の方が多いと思われる。中小病院ではひとたび医療事故を起こすと患者離れが起きて病院の閉鎖に直結してしまうので職員はみんな必死であるが、大病院では責任の譲り合いをしまい事故が起こりやすい素地があると考え。
- また、井戸端会議のような身近な情報交換の場が少なくなったことから、患者が第三者の評価情報を敏感に受け止める傾向があり、医療機能評価機構の評価が良い病院には多数の外来患者が来院したという状況もあるが、本来は何でも相談できるかかりつけ医を自分なりの視点で見つけることでないか。

- 医療機関は非営利であるべきと考えるが、現状では、持ち分のある医療法人が圧倒的に多いほか、一人医師医療法人という形態もあり、本当に非営利法人として機能しているといえるのであろうか。また、医療法人の税制についても議論が必要であり、病院債の発行を認め、税制上優遇するなどの方策も有効ではないか。さらに、病院の会計準則についても、病院の実態に応じた見直しが必要ではないか。

- △ 一人医師医療法人については、理事が2名以下の法人を指しており、法人としての機能は有している。また、医療法人は、規模もまちまちであることから、会計準則についても必要最低限の基準としてすべての医療法人が対応可能なルールを決めていきたいと考えている。病院債の発行には規制はなく、経営効率化・合理化と公益性が確保されることによって資金調達手段として有効に機能するものと考えている。また、持ち分に起因する税制上の問題については別途検討しているところ。

- 医療法人については社会福祉法人のように、公益性を高めつつ税制上の優遇措置を受ける方向に進めるべきでないか。また、病院債の発行については、支払利息の軽減というメリットはあるものの、銀行が貸出を渋るような病院の債権を引き受ける主体はないと考える。

- 医師等の配置標準が設けられている理由は、医療の安全性の確保である。患者の選択により医療機関が淘汰されれば、配置標準が不要になるという意見もあるが、現状では情報の非対象性等から患者による淘汰は期待できず、配置標準は必要ではないか。一方、標準が全国一律であるべきかと言う点については、医療費とも関連があるものの、引き続き議論すべき問題であると考えている。

- 医師について、将来は、例えば、卒後20年などという期間における研修を必修化すべきではないか。

- 患者・国民がどういう情報を必要としているかについては、現座、広告可能とされている事項に何を追加していけばよいかという議論ではないか。

- 患者・国民が望んでいる情報等について、参考となる資料があれば、事務局から提出していただきたい。

- 本日は、資料1の8ページまで議論をいただいたので、次回は「3当面取り組むべき規制の改革」について議論いただくこととしたい。