

委員から文書で提出された御意見

- 大橋委員から提出された意見
- 見城委員から提出された意見
- 佐伯委員から提出された意見
- 杉町委員から提出された意見
- 龍井委員、松井委員、福島委員から提出された意見（連名）
- 古橋委員から提出された意見
- 村上委員から提出された意見

素早く実行できること。ソフトで対応しハードは時間がかかるから出来るだけ避ける。

大切なことは

① 都会の救急と田舎の救急では全く異なることを理解すること。

(1) 大都会では大学特に私学の救急センターで対応する。この場合は一次救急から三次救急まで同時に受けるほうがよい。大学に任せて大丈夫と思われる。能率をあげる為には学内にERとUR (Urgent Room) を作ればよい。

(2) 田舎の中小都市では都市部の救急を充実すれば郡部の救急のレベルは下がってしまうことが問題である。マンパワーの不足による。その為には本当は逆で一か所で全部の救急を引き受けるのが理想なのだが、三次救急施設は一時救急を引き受けていない。三次救急が手一杯になってしまい、地方自治体としては沢山の三次救急を作ることは出来ない。お金ではなく、マンパワー不足。

② 重症の小児救急を扱えるマンパワーは絶対的に不足している筈である。先ず指標として新生児や乳児に確実に挿管する技術を持った医師の数を知ることが先決である。救命救急士でも良いのだが、現状は無理だろう。三次救急には少なくとも一人は配置する必要がある(1施設に週一回の当直では7人、2週に一回なら14人必要) 現実にはかなり少数の施設しか出来ないはずである。広域行政が必要。小児外科医も殆ど挿管技術は持っているから、楽なほうが良いから嫌がるだろうが、そこは行政の力で引っ張りだせば戦力の数としては強力な助っ人になる筈だ。先ずは挿管技術を持った数を調査すべし。

③ 箱物を作ってはいけない。病院を作ると票が増えるから、政治家は箱物を作りたがるが、少なくとも一人の小児科医を赴任させることになり、結局は開業医レベルの仕事しか出来なくなり、昔の日本軍が負けた理由、戦力に逐次投入、分散投入になっている。不要な病院は統合してセンター的病院を作るしかない。本当は競争させるために2箇所にはしいところだが？

④ 軽症の救急をどうするか。(地方での話)

(1) 軽症の救急と夜間診療をハッキリ区分すること。

(2) 民間病院又は診療所では経営がマイナスになることは出来ないことを理解する。

(3) 診療所が夜間診療をやらなくなってしまった理由を分析すること。

(4) 内科小児科の標榜医に小児科を診させるのは、患者に非常に評判が悪い。現在の医師会立等の一時救急センターといわれるものが評判が悪い理由の一つである。この理由は小児を扱うのは一つの技術であるからである。

(5) 軽症の外科的疾患も小児外科医に転送するような現在の小児科医による

スクリーニングシステムは患者にとっても非効率で評判が悪い。長い目で見ると、今後子供のGPを養成することを考えたほうが能率が良いと思われる。小児救急の質を向上させるためには、両者のできるスクリーニング専門の医師の養成を考える必要がある。

- (6) 現在の成人内科を見てもわかるように、小児内科も神経や悪性腫瘍などの専門分化が強く、オールラウンドの小児科医の養成すらむずかしいのが現状である。それを考えると、こどものGPを養成したほうが患者にとってもどんな時でもその医師のところに行けばよいので、能率よく診療が受けられる。
- (7) 現在の医師会立等の一次救急センターといわれるものが評判が悪い理由を考える必要がある。第一は一次救急センターは、転送するか、先送りするかしかない、といわれている。正しく転送されるならば患者は文句を言わないが、翌日開業医が開くまでの先のばししかしてくれないことである。この理由としては、小児科の医師がいないこともあるだろうが、少なくとも数日間の投薬など診療を開始すべきである。一次救急センターが評判がよければ誰も遠くの三次救急センターに押しかけようとは思わない。複数の医師を揃えとか、夜間救急を行うなど患者に喜ばれる一次救急センターが必要である。若い当直医師の間にも夜間救急はそれで良いと思っている節がある。需要があれば、利益が上がる米国では軽症の患者を扱うアージェントセンターができているようだが、間に合わせでない救急センターを目指さないといつまで経っても市民の要求には応えられないと考える。

静岡県裾野市長 大橋俊二

社会保障審議会医療部会への意見について

見 城 美枝子

ホームドクター（開業医）と病院とがより円滑に連携を図れるようなネットワーク作り（共同で研修会を開催する等）が必要。

それにより、紹介状を用いた患者紹介のシステムも生かされ、また、相互の医療従事者の資質向上が図られる。

患者の立場として参加している医療部会へ、下記の 5 つの提案をします。

1. 医療に関するすべての審議会、委員会に国民の参加を広げる

医療は国民すべての財産であり、管理する責任も国民にある。医療提供側あるいは行政のみが医療のあり方を考えるのではないはずである。保険料納付者、納税者の立場あるいは患者の立場のさまざまな意見が聞き取られ討議されるべきではないか。各種審議会、委員会が専門家集団に閉じるのではなく、広く一般の立場から参加が得られるよう変える必要がある。異なる立場からの意見を交換し、対話することでしか、国民全体からの信頼を得た医療は行えない。

2. 医療の記録は患者自身が保持管理する

医療の結果は患者自身しか引き受けられない。最近のフィブリノゲンの件についても、納入記録が無い、カルテ等の保存が無いもしくは廃棄されている、患者への告知が無い、治療科が不明、担当者が代わった、医師が死亡して記録がわからない、経営母体が変わったなどの理由で「自分はどうかだったのか？」という患者の疑問に答えられない医療機関がほとんどである。東京では使用した可能性のある医療機関で存続しているのが 416、廃院が 101、不明が 51 である。医療機関が患者の記録を患者安全に生かすことができていないのは明らかである。

患者がなぜ自分の情報を持つことができないのか、むしろ不思議である。銀行の通帳、印鑑、有価証券、鑑定書、生命保険証書、住宅の権利書などと同じように、本人が保管すればよい。本人がデータ所持、保管するならカルテ開示なども最初から不必要となる。

3. 透明性と説明責任

「株式会社」が話題となるのは、せめて公開性の株式会社にでもすると、医療に透明性や説明責任が出てくるのではないか、という切実な要望があるからである。利潤追求という性格を求めているのではない、ということに気づかねばならない。国民が医療に不信を抱くのは、一歩病院に入ると何をされるのか、何をされたのかわからない、ということだ。患者の単位では、医療行為について透明性がなく、説明責任もない。国民の広い目では、医療費の配分、診療報酬の決め方、人員配置などが適正であるのか、国民のニーズにしているのか、どのような審議をしているのか、などがまったく見えてこないからである。

4. 子どもを歓迎する社会を医療から始める

小児科医が足りない、子どもの救急が成り立たない、とよく言われる。小児科は薬剤費も少なく、検査もあまりできないので報酬が少ないから、それに見合った人件費を生み出せないと言われる。こんな逆算の論理が、報酬制度のあり方が少子化を招いたのではないか。分娩費用についても、医療ではないから、自分勝手に産むのだから自費だという発想も、子どもを国の財産と考えれば、まったく間違いであると気づくだろう。子どもは夜になると熱が出るし、親は朝を迎えるまでが不安なのだ。救急車を呼ぶだけでなく、動画メールやテレビ電話を使つての24時間医療相談などが、さほど費用もかけずに実現できるはずである。

5. 往診を復活させる

子どもだけでなく老人も、往診してもらえたらどんなに助かるだろう。内科だけでなく、簡単な器具を持参することで、ほとんどの科で往診が可能になるのではないか。往診こそ、かかりつけ医、家庭医として身近な医療を実践できる方法だろう。その分、病院への過度の集中は減るはずである。現在の病院外来の混雑は、ひとつには開業医が患者のニーズを満たしていないからではないか。かつては、生まれてから育つまで。さらに年老い亡くなるまで、その地元で診てもらい、ずっと診るという関係が、医療の基本であった。今なぜそれが無くなったのか、ニーズは変わらずあるというのに、一方的になくしてしまったのはおかしい。ぜひ復活させたい。

社会保障審議会医療部会 御中

委員 杉町 圭蔵

平成 17 年 1 月 6 日

委員会の席上では発言の時間が極めて限られており、意見を述べる機会が少ないので、お許しを得て、文章で私見を認めさせていただきます。

《安全な医療の確保と医療提供体制の充実に関して》

交通事故は罰則を伴う道路交通法の施行、道路や標識の整備、車の改良などによってある程度の減少を見るが、皆無には決してならない。医療事故も徹底した専門教育、マニュアルの作成、罰則の強化などによって、ある程度は減少するが、皆無にはならないのである。何故ならば、車の運転も医療も人の手によって行われているからである。人には、思い違い、錯覚、判断ミスなどが必ず付き纏うのである。

医療事故が頻発する最大の理由は日本の医療提供体制の貧弱さにあるように思う。例えば、病院の入院ベッド 100 床当たりの医師数と看護師数は日本では各々 15.5 人、42.8 人である。これを先進国と比較すると、イギリスでは医師 43.9 人、看護師 129.2 人、アメリカでは各々 77.8 人、230.0

人と、医師数、看護師数共に日本では極端に少ないことが分かる。このように、我が国の医療は極めて少ない人数で行われており、医師や看護師は過酷な労働を強いられているのである。この背後には他の先進国に比較して、日本の医療費は1/2～1/3 という安さであり、この医療費では経営上の問題から、十分な数の医療スタッフを雇用することは不可能である。従って、安全・安心な医療の実現のためには、他の先進国なみの医療スタッフの確保が必要であり、その為には医療費を他の先進国なみにする必要がある。

《医療提供体制の地域差を解消するために》

地域により医療提供体制に大きな差がり、国民の間に不公平感が広がってきている。お年寄りが多い過疎地域には医療機関が極端に少なく、住民は緊急時の対応に不安を持っている。一方では、過疎地域の医療機関では、患者が少なく赤字続きで、経営的に成り立たないので、私的な医療機関はもとより、公的な医療機関も閉鎖を余技なくされている。これを解消するために、へき地の医療機関への優遇策を考えるべきである

う。具体的には、例えば、へき地の医療機関の診療点数を1点10円から15円とすることにより、へき地に於いても地方自治体病院の赤字は減り、私的な医療機関の経営的が成り立つようになる。

《医療経営の近代化・効率化に関して》

そもそも、医療というものは、弱い人や病気の人を対象としており、公益性が非常に高く、不採算部門があり、利益を追求し、株主に利益を分配する一般の企業には馴染まない。また、医療における余剰金が医療以外に投入されることがあってはならないと考えている。しかし、余剰金を政治に流用したり、親会社に還流したり、余剰金の使途の透明性が確保されていない私的病院があるのは残念である。

《医療を担う人材の確保と資質の向上》

医療の進歩と共に、細分化、専門家が急速に進んでいる。

多くの医師はそれぞれ専門領域を持ち、日進月歩の医療に遅れを取らないような努力がなされている。しかし、看護師は看護協会が実施する認定看護師制度はあるもの

の、認定されているものは、看護師の 0.1%にも達していない。従って、病院に勤務する看護師には専門性がなく、たとえ、ベテランの看護師であっても、勤務場所を変える度に、新人の看護師に近い状態からのスタートとなる。一方、アメリカでは看護師が一定のトレーニングを受けて専門職としての資格を取得することができる。例えば、看護師が麻酔士の資格を取り、手術の麻酔をかけている。我が国に於いても看護師に高度の知識と技術を習得させ、専門性の高い看護師を育成することを強く希望する。