

## 各委員から文書で提出された御意見

- 大橋委員 提出意見……………P. 1
- 小方委員 提出意見……………P. 2～P. 3
- 古橋委員 提出意見……………P. 4
- 佐伯委員 提出意見……………P. 5
- 龍井委員 提出意見……………P. 6～P. 7
- 野呂委員 提出意見……………P. 8～P. 9
- 松井委員 提出意見……………P. 10～P. 13

医療提供体制に関する意見中間取りまとめについての意見

4. 母子医療、へき地医療、救急医療等提供体制の整備 P 1 4

7. 医療を担う人材の養成と資質の向上 P 1 9

医師の開業により、地域公立病院等の医師不足が生じている現在、開業前に地域公立病院等への勤務を1～2年義務付けるようにすれば、地域公立病院等の医師不足が解消される（開業医免許制度の創設）。また、地域公立病院等での勤務により、巾広い医療診療に携わり、開業医としての医療技術の向上が図られる。

少数意見と思いますが、医師不足を痛切に感じている地域医療の意見として、中間報告に取り入れて下されば幸いです。

平成17年7月8日

社会保障審議会医療部会長 様

裾野市長 大橋俊二

平成 17 年 7 月 1 日

社会保障審議会医療部会  
部会長 鴨下重彦様

社会保障審議会医療部会委員  
健康保険組合連合会  
副会長 小方 浩

## 医療提供体制に関する意見について

今般、「医療提供体制に関する意見中間取りまとめ」(素案)を取りまとめる運びに至りましたが、既に、医療部会における一巡目の議論が終了した際、龍井委員、松井委員、福島委員の連名で「医療提供体制の論点整理に向けて」(平成 17 年 1 月 21 日)と題する意見書を提出し、基本的見解を示したところです。その後の議論については、前述の意見書で指摘した点に沿うものが多く、概ね賛同できるものと思われまます。

今回の「中間取りまとめ」にあたり、「患者中心の医療」を推進する立場、そして医療保険者という立場から、この際特に強調しておきたい項目を、診療報酬の側面からの視点も入れつつ下記の通り取りまとめましたので、提出いたします。

### 記

- 医療機関の広告規制については原則ネガティブリスト化することを前提に、最終意見書の取りまとめに向けて、さらに議論を深めるべきと考えます。
- 医療安全対策の総合的推進については異論のないところですが、個別にみると素案中に「国及び都道府県は、安全、安心で良質な医療の確保に必要な基盤整備と人材の確保、それに必要な財源確保について配慮することが必要である。」(8ページ24～25行目)とありますが、現状の医療提供体制のもとで単に財源を手当てすることだけで解決する問題ではないと考えます。むしろ、「国及び都道府県は、安全、安心で良質かつ効率的な医療を確保する観点から、必要な基盤整備と人材確保を図るべきである。」とすべきです。

- 人員配置標準の緩和、廃止を含めた見直しの方向性については、ケースミックス分類の普及等、提供される医療の標準化と透明化による質の担保等の環境整備が十分になされるまでは、適当ではないと考えます。
- 医療計画制度の見直しにあたり、「医療連携体制」において有床診療所が果たす役割についても記されているところですが、例えば病院と比較しても遜色ない機能を備えた有床診療所について、その機能に応じた正当な評価を可能とするためにも、例えば医療計画制度の見直しで予定される「全国規模の医療機能調査」等の実態調査を行い、有床診療所の地域におけるパフォーマンスを浮き彫りにすることが不可欠であり、その上で機能に応じた規制の見直し等について議論することが必要であると考えます。
- 施設等の共同利用については基本的に推進すべきであると考えますが、特に高額医療機器の共同利用については、その設置・稼動状況等についてのデータを収集、これを明示し、また共同利用の状況について、継続的にモニタリング等を行うなど、検証していく必要があると考えます。
- 医療を支える基盤整備の中で、特に電子レセプト、電子カルテの普及状況が「グランドデザイン」設定時の目標よりかなり立ち遅れが目立つため、これについての具体的な促進策等を講じるべきと考えます。

以上

## 医療提供体制の見直し等に関する日本看護協会の意見

### 1. 安全・安心な医療・看護提供体制の確保に向けた看護職員の適切な配置を

#### 夜間は患者 10 人に看護師 1 人以上の配置を！

安全・安心な医療・看護提供体制の確保は、一般病床（急性期的）における夜間などの看護職員が手薄な時間帯への適切な配置から始まります。

アメリカの研究では、看護師の受け持ち患者が 1 人増えると死亡および非救命患者<sup>1</sup>が約 7%増え、看護師の受け持ち患者が 4 人増えると死亡および非救命患者が約 31%と、4 倍以上に増加します<sup>2</sup>。  
また、1 ベッド当たりの看護要員が多いほど、平均在院日数は短くなります<sup>3</sup>。

### 2. 在宅医療を重視した効率的な医療・看護提供体制の構築を

#### 退院調整部門の必置および

#### 訪問看護サービス体制に関する整備目標の設置を！

安全・安心かつ、患者・国民が望む医療提供体制の実現のためには、在宅医療の基盤整備が必要です。

医療施設から在宅医療への切れ目のないサービスを提供するためには、疾患やニーズを踏まえた地域における訪問看護需要量を把握し、訪問看護ステーションなど訪問看護サービス体制に関する整備目標の設置が重要です。

### 3. 医療安全の確保に向けた、看護職員の資質の向上を

#### 教育年限の見直しを含む基礎教育の充実と

#### 新人研修必須化を！

医療安全の確保と離職防止のためには、卒後研修と基礎教育課程の見直しが重要です。

基礎教育と、新人看護職員の臨床現場における看護技術実践能力の強化の双方の充実を図ることによって医療の高度化、在院日数の短縮化に伴う看護業務の変化に対応した医療安全を確保するとともに新卒看護師をはじめとした看護職員の離職防止も目指します<sup>4</sup>。

<sup>1</sup> 死亡や非救命の原因は、①肺炎、②敗血症、③ショック・心停止、④上部消化管出血、⑤深部静脈血栓症合併症とされています。

<sup>2</sup> Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, et al. Hospital Nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and Job Dissatisfaction. JAMA. 2002;288(16):1987-93.

<sup>3</sup> 菅田勝也：看護職員の配置と入院患者の有害事象発生との関係、看護サービスの経済的評価に関する研究、厚生省医療技術評価総合研究事業、厚生労働科学研究成果データベース、1998。

<sup>4</sup> 2004 年の本会調査結果では、対象施設 1,039 施設における新卒看護師の 8.5%（約 1,550 名）が離職しています。

1. 「保健医療提供体制」のタイトルに変更すること

医療部会資料では「医療提供体制」とあるところが、「医療計画の見直し等に関する検討会」資料では、「保健医療提供体制」とされている。医療を「国民の健康を支援する」社会サービスと考えるなら、生まれ、生き、死ぬ生命のすべての過程を視野に入れて考えるべきである。保健の文字を入れることで、公衆衛生、次世代育成、高齢者対策が福祉と連携して考えることが可能になるだろう。是非、タイトルは「保健医療提供体制」と変更されたい。

2. 医療の主要な事業の順序性について

医療の主要な事業は、生命の出生から順序を追っていくべきであると考えられる。妊娠出産を医療の対象からはずしていたことも現在の少子化に拍車をかけたとも考えられる。子どもを安心して生める社会であることが、文化国家としての最低条件である。しかし、現在、産科閉院のニュースが相次ぎ、周産期医療や小児救急の実態を知り、多くの若いカップルは安心して子どもを生めないと感じている。身近な生活圏で、安心して妊娠期間をすごせ、いつでも自然分娩が安全に行なえる環境を整備することは、今の医療にとって喫緊の課題である。不妊治療においても医療保険の対象とし、新しい命を国民全体で歓迎する体制を整える必要がある。授かった命を大切にしようという文化があれば小児救急の切実さや虐待防止の重要性も、当事者に限らず国家の課題として認識されるのではないかと。その上で、勤労世代のがんや脳卒中あるいは難病対策、高齢世代の問題を考えればよい。

3. 国民、住民、患者の位置づけについて

自治体や医療連携における立案、検証などに患者や住民の視点を入れることが明確に示され、納税者や保険料納付者においてもその役割が認識されるよう周知徹底する必要がある。

4. 医療者育成機関の責務について

文部科学省所轄の医療者育成機関において、国の保健医療提供体制の理念「患者中心の医療」が理解されていないと感じる。わが国の医療者としての認識を育てるのは、厚生労働省所轄の医療者になった時点では遅い。医療者育成機関は、社会から求められる医療者を育成する責任を自覚し、それにふさわしい教育者を養成し教育内容を整備する必要がある。国や厚生労働省からの指導が医療者育成機関に対し積極的に行われてもよいのではないかと。また、入学時から医療者は社会のニーズに対応すべき人材であり、公共的で公益的な職業であることを念頭に、保健医療提供体制にもとづいた医療者育成を図るべきである。へき地での医師不足、科別の医師偏在などは、医療教育者が社会が求める医療を正確に真剣に伝えなかったことも一因だ。医療者の意識付けは国と医療者育成機関の責務である。

2005年7月1日

社会保障審議会医療部会委員  
日本労働組合総連合会 龍井 葉二

「医療提供体制に関する意見中間まとめ」（素案）に対する意見について

2005年6月29日に開催された第14回医療部会の終了時において、部会長より「医療提供体制に関する意見中間まとめ」（素案）に対して、さらに意見がある場合について文書での提出をしてほしい旨の要請がありました。つきましては、今後の「中間まとめ」の取りまとめにあたり、さらなる検討、補強をお願いしたい点について、下記の通り意見を提出させていただきます。

記

1. 4頁6行目の「かかりつけ医に相談し、～（中略）～助言や他の医療機関への紹介等のサービスを得られるような体制を構築することが基本」とされている。この点については、①「かかりつけ医」の定義が不明確なままであり、②現状として、日常的な医療サービスの中で、十分な助言・相談が行われていないことを踏まえた対応が求められる。9頁～10頁の「(1) 医療計画制度の見直し等」の記載の中に「かかりつけ医」の定義づけについても検討課題として文章を追加すべきである。
2. 7頁11行目から「医療の質の向上を実現していくためには、～（中略）～患者、国民の主体的参加を促進することが重要」とあるが、これは単に安全対策の「視点」にとどまらず、医療制度全体の問題として、位置づけを高める必要がある。1頁の「I 基本的考え方～」の中でも、「医療の質の向上の実現に向けた、患者、国民の主体的参加の促進」を改革の前提となる考え方として明記すべきである。
3. 9頁～10頁の「(1) 医療計画制度の見直し等」について。医療機関の機能分化と連携体制の強化という大きな方向性のなかで、病院と診療所の定義について、①20床という区分けの有効性・妥当性、②機能に応じた構造設備基準や人員配置基準のあり方、③診療所に対する設置規制なども、検討課題として盛り込むべきである。その際には、有床診療所については、病院と診療所の定義付けの見直しの中で整理すべきである。
4. 9頁16行目～17行目において、「住民・患者の視点に立って分かりやすく

示す」とあるが、「医療計画」の策定や運営など、さまざまな場面で「患者や住民が参加できる場」が重要であることを追記すべきである。

5. 10頁9行目以降の医療連携体制については、自主性だけでうまく展開するとは思えないため、医療連携体制の強化の必要性を指摘するとどまらず、地域を指定して「モデル事業」を実施するなど、具体的、現実的な環境整備に向けた施策についても文書に盛り込むべきである。
6. 12頁35行～13頁にかけて、医療施設の一部の共同利用について記載されているが、合わせて地域医療計画に高額医療機器の共同利用も追加するべきである。
7. 15頁23行目以降、「地域別、診療科別の医師確保対策について」は、「医師の需給に関する検討会」での議論結果を踏まえる必要があるが、産科医、小児科医、麻酔医など診療科別の偏在・不足感は深刻になっている。問題点の指摘だけでなく、最終報告の取りまとめに向けて、具体的な施策が提起できるよう、さらに踏み込んだ検討が必要である。
8. 17頁以降の「6. 医療法人制度改革」については、情報の提供のあり方として医療法人の経営情報も含めてあらゆる情報を公表し、透明性を確保すべきであり、その主旨を17頁7行目以降のパラグラフに盛り込むべきである。  
(法人の名による車の購入や、交際費、調査費の名目による事実上の利益供与の実態も)
9. 19頁以降「7. 医療を担う人材の養成と資質の向上」について。医師、看護師以外のコメディカルについても、医療連携体制の強化やチーム医療のなかで重要性が高まっており、コメディカルの人材確保・育成の記述を加えるべきである。
10. 21頁29行目からの「電子カルテの普及など医療の情報化について」では、IT化をさらに促進するため、導入のインセンティブが働くような仕組みなど、具体的な施策を記載すべきである。その上で、将来的な方向性としては、医療連携体制の構築に係るインフラ作りとして、一定の期間を設けてIT化の整備を義務づけ、その期間中においても対応できない場合には診療報酬上の減算なども検討すべきである。

以上



平成17年7月5日

社会保障審議会医療部会

部会長 鴨 下 重 彦 様

医療部会委員 野 呂 昭 彦

「医療提供体制に関する意見中間まとめ（素案）」について

「医療提供体制に関する意見中間まとめ（素案）」について、下記のとおり意見を提出いたします。

また、地域における医療提供体制を整備していくうえで、最も懸案となっている医師不足解消への取組について、合わせて意見いたしますので、今後の国の積極的な取組をお願いいたします。

記

【中間まとめ（素案） p. 10.5～p. 10.7】

「平成18年度から、保健医療提供体制に関する国庫補助金を交付金及び統合補助金化することとしている補助金制度改革等を通じて、都道府県による計画達成を的確に支援することが必要である。」については、

都道府県が、自主性、裁量性と責任を持って取り組むためには、権限及び財源の移譲が必要であり、交付金及び統合補助金化でもって、計画達成が成しえるものではない。

基本は、地方が出来ることは地方に任せるということであり、補助金等によって国のコントロールを受けるような枠組みでは、都道府県が真に自主性、裁量性を持って取り組むとはいえない。

よって、上記部分 (p.10.5～7) は、削除すべきである。

## 【医師不足に対する国の積極的な取組について】

今般、医師不足の問題は、地域における医療提供体制を構築するうえで、解決すべき重要な課題となっている。特に、小児科、産科を担う医師については、全国的に数が少なく、我が国の将来を担う子どもたちの育成、少子化対策にも重大な影響を及ぼすことが懸念される。

また、医師の地域偏在は、へき地医療や救急医療等生活に密着する医療の確保を困難なものとしており、地域住民が安心して暮らせる医療提供体制の整備を推進するうえで障害となっている。

医師不足を解消するための施策について、地方自治体の財政的支援を主体とした取り組みには限界があることから、国の医師の養成や地域格差を是正するための抜本的な改革と、地方自治体が医師不足を解決するために積極的に取り組めるような制度を創設していただくよう求める。

2005年7月1日

社会保障審議会医療部会  
部会長 鴨下 重彦 殿

社会保障審議会医療部会委員  
(社) 日本経済団体連合会  
松井博志

社会保障審議会医療部会「医療提供体制に関する意見  
中間取りまとめ(素案)」に対する意見について

第14回の医療部会に提示された『医療提供体制に関する意見中間取りまとめ(素案)』について、以下の通り追加的な意見を提出致します。

◇「I. 基本的な考え方」について

《1 ページ 18～22 行目》

- 患者が自ら望む医療を安心かつ納得して受けるためには、個々の医療機関を比較し選択をしていくことが必要である。そのためにはアウトカム情報を含めた医療機関の機能、また、財務情報を含めた医療機関の経営実態など幅広い情報が公開されている必要がある。「患者と医療提供者との関係を基本」とした医療提供体制の構築のためにも、この点を「基本的な考え方」の部分で明確に打ち出すべきである。

◇「1. 患者国民の選択の支援」について

【①広告を含めた医療機関等からの積極的な情報提供の推進】

《3 ページ 18～32 行目》

- 患者の選択の支援のために、また、情報を提供していこうという医療機関の積極的な思いを実現させるためには、広告可能な事項を原則的に制限をしない「ネガティブリスト方式」に移行するべきである。

【②広告を含む医療機関における医療の実績情報の取扱い】

《4 ページ 5～8 行目》

- 患者がアウトカム指標を理解し、医療機関を選択していく上で、「かかりつけ医による助言が得られるような体制を構築することが基本である」という点については、「かかりつけ医」による情報提供の範囲が自ずと限られていること、さらには、「かかりつけ医」自体の定義の明確化が必要であること等を考えれば、それを「基本」とする

のではなく、「幅広い情報提供」「国民へのアウトカム情報の読み方の教育」といったものを含めた選択肢の一つとして位置づけるべきである。

《4 ページ 9～13 行目》

- アウトカム指標について、「客観的な評価の仕組みが講じられたものから、段階的に広告できる事項として認めていく」のでは、現時点でアウトカム情報を必要とする患者には対応できない。このような患者のためにも、現状できることから着手すべきである。例えば、根拠となるデータやその解説を丁寧に附すことを前提に個々の医療機関によるアウトカム指標の提供を可能とすべきである。このような形で多くの医療機関がアウトカム指標を提供していく中でその客観性も高まり、適正なものへと収斂していくことが期待される。一方で、アウトカム情報をさらに精緻化していくための研究開発等も同時並行的に進めていただきたい。

【③インターネットを含む広報による情報提供】

《4 ページ 26～31 行目》

- 適切な広報を行うためには、ガイドラインではなく、患者・国民に対し、医療機関から提示された情報の適切な読み方等を教育することで対応すべきである。

【(2) 診療情報の提供の推進と患者の選択の尊重】

《5 ページ 23～27 行目》

- 根拠に基づく医療（EBM）の定着は重要である。EBM 推進には、例えばレセプトの分析や DPC によって得られるデータ等既存のリソースを最大限活用していくべきである。また、医療計画の見直しの中でも検討がされている国による全国規模の医療機能調査等も積極的に行っていただきたい。さらに、そのような調査等で得られたデータについては、今後の日本の医療の発展のためにも有効に活用されるよう、誰もが一定の要件の下で自由にアクセスできるような基盤整備を図っていくべきである。

「2. 医療安全対策の総合的推進」について

《7 ページ～8 ページ》

- 医療安全対策を進めるにあたっては、まず「医療連携体制」などを通じ、医療機関の機能分化や連携、医療機能の集約を図り医療資源の適正化を図った上で、あるべき安全対策を考える必要がある。

《7 ページ 21～31 行目》

- 不要な事故を防止し、医療の質を確保するという観点から、医療事故を繰り返す医療従事者については、医療技術や患者とのコミュニ

ケーション能力などその適性を見極め、技術的不適格者を臨床の現場から退出させるような仕組みについても検討すべきである。

《8 ページ 24～25 行目》

○医療安全対策は基本的に当事者である個々の医療機関の独自の努力によって当然に行われるべきものである。

#### ◇「3. 医療計画制度の見直し」について

○医療計画の実効性をより担保するためには、「計画の策定→計画実行→結果の検証→検証結果の次期計画への反映」という考え方を盛り込む必要がある。その際、既存の医療資源の有効活用や限られた医療財源との整合性という観点も十分に考慮されるべきである。

《9 ページ 19～27 行目》

○「医療連携体制」については「主要な事業ごと」だけではなく当初提示のあったとおり、「主要な疾病ごと」の連携体制（ネットワーク）という考え方も堅持すべきである。地域に応じて必要な「医療連携体制」にはプライオリティーをつけつつも、患者の視点に立ってより多くの「疾病」や「事業」が「医療連携体制」によってきめ細かくカバーされるべきである。それにあわせ、地域の医療機能の適切な分化・連携が進められるべきである。

○また、国や都道府県は、各「医療連携体制」が他の「医療連携体制」における好事例を導入し、さらに良い連携体制を構築できるよう、各「医療連携体制」の取り組みなどの情報を収集し公表するための環境を整備するべきである。

《9 ページ 29～33 行目》

○医療計画を通じて、地域の医療資源を有効活用し、医療機能の分化・連携を進め、地域の医療資源を適正に集約していくべきである。

#### 【(3) 医療施設の人員及び構造に係る基準や規制等のあり方】

《12 ページ 24～33 行目》

○有床診療所における入院の実態を明らかにした上で、医療保険を適用することの妥当性を含めて検討するべきである。また、現行の20床以上という病院と診療所の区分の妥当性についても検討するべきである。

#### ◇「5. 在宅医療の推進」について

《16 ページ 26～31 行目》

○尊厳死については、延命を望まない患者の意思の尊重という観点からも検討が必要である。

#### ◇「6. 医療法人制度改革」について

《17 ページ～18 ページ》

- 医療法人の「非営利の徹底」が実質的に行われていないのは、経営情報などの透明性が確保されていないためである。今回の医療法人制度改革では「認定医療法人」のみがそのような情報公開の義務付けの対象として想定されているようであるが、本来はその形態に関わらず、医療を提供する機関であれば、幅広い情報の公開がなされるべきである。情報の公開を通じて、各医業機関の経営実態やアウトカムなどを明らかにし、健全で適正な医業経営が行われている医療機関が国民によって選択されるようにすべきである。このような環境が整えられていれば、株式会社による医業経営を否定する論拠は乏しく、株式会社による医業経営も認められるべきである。

#### ◇「7. 医療を担う人材の養成と資質の向上」について

《19 ページ 3～15 行目》

- 医師の需給については、医療計画における「医療連携体制」を通じて、医療機関の機能分化と連携の推進や医療資源の集約化をした上で検討をするべきである。

《19 ページ 21～35 行目》

- 患者が安心して医療を受療できる環境を整備するためには、「適性な医業の実施が期待できない」医師など、医療に従事する適正を欠く者については、臨床の現場から退出させる仕組みについても検討が必要である。

《20 ページ 18～23 行目》

- 専門医については、国際的にも通用するような基準で認定されるべきであり、どのような技術を持っているかを国民に対し明らかにすべきである。あわせて、医療技術の進歩に遅れることがないように資格を更新し、質の向上を図るべきである。

#### ◇「8. 医療を支える基盤整備の整備」について

《21 ページ 29 行目～22 ページ 2 行目》

- 医療における情報化を推進していくためにも、電子カルテについては「保健医療分野の情報化にむけてのグランドデザイン」における普及目標と現在の導入状況の乖離の原因等をしっかり検証し、その評価を踏まえ、より実効性のある対策を立てるべきである。

以上