

## 第1回社会保障審議会医療部会

○日 時 平成13年9月17日(月) 14:00～16:00

○場 所 厚生労働省専用第22会議室

○出席委員 麻生渡、跡田直澄、小山田恵、櫻井秀也、佐々英達、猿田享男、仙波恒雄、高木剛、高久史鷹、豊田堯、永富稔、中西敏夫、奈良昌治、野中一二三、羽生田俊、樋口範雄、福島龍郎、松田鈴夫、松山幸弘、森山弘子、渡辺俊介

(五十音順、敬称略)

○議事内容

○医政局総務課長

ただいまから、社会保障審議会医療部会を開催させていただきます。私は、厚生労働省医政局総務課長をしております大谷でございます。どうぞよろしくお願いいたします。部会長選出までの間は、私のほうで司会進行をさせていただきたいと思っております。

委員の皆様方におかれましては、お忙しい中をご出席いただきまして誠にありがとうございます。本日は、本部会が設置されまして初めての会合でございますので、初めに医政局長の篠崎から一言ご挨拶を申し上げたいと思っております。

○篠崎医政局長

医政局長の篠崎でございます。私も、先月8月31日付で前伊藤医政局長の後を受けまして医政局長に就任いたしました。今日初めてお目にかかる委員の先生方もおられますが、どうかよろしくお願いいたします。

本日は、社会保障審議会の医療部会の第1回でございまして、後で事務局からご説明をさせていただきますが、従来の医療審議会とは、若干、趣を異にしております。私、昨年の1月でございますが、WHOの出向理事になりました。WHOも世界的な医療、あるいは保健の水準や改革についていろいろな意見を出しているところでございますけれども、ちょうど昨年の6月ですが、WHOが「ワールド・ヘルスリポート 2000」というものを発表いたしました。

ちょうど2000年という区切りのいいときでありましたし、また、ドクター・ブルントラントというノルウェーの元総理大臣をやられた方がWHOの本部事務総長であります。ブルントラントの肝入りで、エビデンス・ベースト・ヘルスポリシーというのが新事務総長の一つの目玉にしている事業ですが、そのエビデンス・ベースト・ヘルスポリシーの担当部長としてハーバード大学からクリス・マレー教授が新執行部として赴任をしていただけたわけです。

そのクリス・マレーさんが、かつてワールドバンクで働いていたときのいろいろな指標

を駆使いたしまして、世界加盟 191 カ国に順位を付けました。これは 10 いくつの指標があるのですが、開発途上国と、資料のない所は推計値を用いまして、1 位から 191 位まで順位を付けたわけでございます。

その中で、我が日本でございますが、健康寿命というものが初めてオフィシャルなWHOから発表になりまして、これが男女合わせて 74.5 歳で世界 1 位でございました。また、その国の保健システム、ヘルスシステムの到達度といいますか、現状の順位を付けまして、これも世界 1 位でございました。

あと、諸々、地域差ですとか、そういう指標もございまして、それは 1 位ではありませんが、いずれの指標もトップ 10 以内でございます。そういう意味合いからいたしますと、我が国の保健医療の水準は、戦後、昭和 22 年に初めて平均寿命が 50 歳を超えた我が国でありますけれども、以来 50 数年の間で世界一の保健水準になったということは、いままでいろいろなものがうまく機能して今日に至ったのだ、というように考えております。

ただ、今後は、少子高齢化の時代を迎えますし、また、迎えておりますし、さらには医学技術が急速に進歩している状況でございます。そのような中で、いままでのような世界のトップ水準の保健医療の水準を保っていくには、保健医療のシステムなり、いろいろな部分を変えていかなければならないと考えておるわけでございます。

いままさにそのような時代に突入しているわけですが、今後、私どもが行いますいろいろな行政施策、あるいは改革の考え方について、今日お集まりの委員の先生方に貴重なご意見を賜ればと思っているわけでございます。本日は第 1 回でございまして、大変お忙しい委員の皆様方に、このようにご参集いただきましたことに厚く御礼を申し上げますとともに、今後ともどうかよろしくお願いいたします。どうもありがとうございました。

#### ○医政局総務課長

議事に入ります前に、私のほうから委員の皆様方を紹介させていただきたいと思っております。福岡県知事 麻生渡委員。大阪大学の跡田先生は遅れておられますので飛ばします。全国自治体病院協議会会長 小山田恵委員。日本医師会常任理事 櫻井秀也委員。全日本病院協会会長 佐々英達委員。日本精神病院協会会長 仙波恒雄委員。日本労働組合総連合会副会長 高木剛委員。自治医科大学学長 高久史麿委員。日本医療法人協会会長 豊田堯委員。日本歯科医師会副会長 永富稔委員。日本薬剤師会副会長 中西敏夫委員。日本病院会副会長 奈良昌治委員。京都府園部町長 野中一二三委員。日本医師会常任理事 羽生田俊委員。東京大学法学部教授 樋口範雄委員。安田健康保険組合理事長 福島龍郎委員。国際医療福祉大学客員教授 松田鈴夫委員。富士通総研経済研究所主席研究員 松山幸弘委員。日本看護協会副会長 森山弘子委員。日本経済新聞社論説委員 渡辺俊介委員。

なお、本日は三重県四日市市長 井上哲夫委員、日本経営者団体連盟参与・環境社会部長 高梨昇三委員、ささえあい医療人権センターCOML代表 辻本好子委員からはご欠席の連絡をいただいております。また、慶応義塾大学常任理事 猿田享男委員は、かなり遅い時間にご到着になるということをお聞いているところでございます。

続きまして、事務局をご紹介させていただきます。先ほど挨拶をいただきました医政局長の篠崎です。医政・保険担当審議官の中村です。医政局指導課長の石塚です。医政局医

事課長の中島です。医政局歯科保健課長の瀧口です。医政局看護課長の田村です。医政局経済課長の原です。医政局研究開発振興課長の遠藤です。医政局総務課企画官の武田です。以上、事務局幹部をご紹介申し上げます。

次に、本医療部会について、私のほうから簡単にご説明を申し上げたいと思います。社会保障審議会の医療部会につきましては、社会保障審議会に部会を設置できる、というように定められておまして、本年の7月13日に開催されました第3回社会保障審議会におきまして、医療保険部会あるいは年金部会等とともにこの医療部会の設置が決定されたところ です。

この部会の設置目的は、一言で申し上げますと、医療提供体制の確保に関する重要事項の調査審議ということでございますが、今回、これを設置しました当面のテーマといたしましては、先の医療法改正から検討課題としております、患者の選択に資する情報提供の推進であるとか、平成14年度の医療制度改革を、現在、厚生労働省で予定しているところではありますが、それに伴います所要の検討事項等必要な事項をご議論いただくということでございます。

委員は、現在のところ、24名で構成させていただいております。社会保障審議会の委員であり、なおかつ、この部会の委員をお務めいただく方が3名、臨時委員として21名の学識経験者の方をお願いしているところでもあります。メンバーは資料の2枚目の所にお配りしているところでございます。本日以降、当面のテーマあるいはその改正された医療法の施行状況、経済財政諮問会議や総合規制改革会議等の動き、また、それにおける指摘、それから、これを含めまして、医療提供体制のあり方についてご審議をいただきたいと考えているところでございます。以上がこの医療部会の概略でございます。

次に、本医療部会の部会長を選出させていただきたいと思います。この選出方法につきましては、社会保障審議会令第6条第3項の規定によりまして、部会に属する社会保障審議会の委員の互選により選任する、というようにされておりますので、ここではその社会保障審議会の委員であります高木委員、高久委員、渡辺委員のどなたかに部会長をお願いしなければなりません。

事前に3名の委員にご相談申し上げましたところ、高久委員に部会長を、ということでご回答いただいておりますので、高久委員に医療部会長をお願いしたいと存じます。それでは、高久委員、どうぞよろしくお願ひいたします。部会長席に移動いただきまして運営をお願いしたいと思います。

#### ○高久部会長

総務課長からお話がありましたように、社会保障審議会の委員の中から部会長ということで、私がこの部会長を務めさせていただくことになりました。いろいろ難しい問題、特に医療提供体制と医療情報の提供の問題につきましては、従来からいろいろ議論のあったところですが、そういう当面の課題につきまして皆様方のご意見をお聞きいたしまして、皆様方が納得のいく結論を出したいと考えています。よろしくご協力のほどをお願いしたいと思います。

社会保障審議会令第6条第5項の規定によりまして、私が不在のときに議事の進行をお願いする部会長代理を指名させていただかなければなりません。この部会長代理に関し

ましては、今日、遅れて来られる予定になっています、慶応義塾大学の常任理事をされています猿田委員にお願いしたいと思います。よろしくご了承のほどをお願いしたいと思います。

この社会保障審議会の会議は、社会保障審議会の運営規則によりますと、議事録を含めまして原則公開となっていますので、その点につきましても委員の皆様方の了承をお願いしたいと思います。よろしく申し上げます。本日は、先ほど申し上げましたように、医療提供体制の改革についてご議論をお願いしたいと思いますので、事務局のほうから資料に基づいて説明をよろしく申し上げます。

#### ○医政局総務課企画官

お手元に配付しております資料に沿って、ご説明させていただきたいと思います。お手元に「社会保障審議会医療部会第1回資料」という資料と、「参考資料」と2種類配らせていただいております。それから、パンフレットを何種類か配付しておりますので、基本的に第1回資料を中心に、簡単ではございますが説明をさせていただきたいと思います。

1頁といたしまして、「医療提供体制の改革について（背景）」、ということでございます。2頁ですが、これまでの医療提供体制の改革をめぐる経緯につきまして、平成11年からではありますけれども、整理をさせていただいたものでございます。

医療審議会におきまして、医療提供体制についてこれまでご議論いただいておりますが、平成11年から平成12年にかけて、我々、第4次の医療法改正とっておりますが、今年の3月から施行になりました、医療提供体制の改革についてご議論をいただいております。

平成11年の7月に、基本的考え方をまとめていただいた中間報告をご意見としていただいております。詳細につきましては参考資料の36頁以降に原文が付いておりますので、後ほどご参考にしていただければと思います。平成12年2月には、この中間報告の考え方に基づきまして私どものほうでまとめました医療法、医師法、歯科医師法の改正案法案要綱について諮問し、答申をいただいているところです。この答申書についても参考資料に掲載をしております。

その後、第4次医療法改正案につきまして、国会でご審議をいただきまして、11月に改正案が可決成立したところでございます。後ほど、内容につきましては資料で出てまいります。ここに書いてあります3つの柱、「病床区分の見直し」、「広告規制の緩和」「臨床研修の必修化」を内容とする法改正を成立させていただいたということです。

この第4次医療法改正案につきましては、平成13年3月に新しい医療法の施行をしたところです。この法律に基づきます、例えば病床規制につきましては平成15年8月末までの届出をいただき、または、臨床研修の必修化につきましては平成16年度、または平成18年度施行ということで順次施行するような形になっておりますが、3月から施行をいただいたところです。

一方、先ほどご説明申し上げました中にありましたが、平成14年度の医療制度改革ということがテーマになってまいりまして、平成13年3月におきまして厚生労働省医療制度改革の課題としての発表ということですが、これはお手元に配っておりますが、40頁ほどのパンフレットでございます。この中の一部で医療提供体制の課題につきましても、

まとめて発表させていただいたということです。その後、平成 13 年 3 月末に政府・与党社会保障改革協議会で社会保障改革大綱が策定されておりまして、この中でも医療提供体制に関する内容が盛り込まれております。

それから、6 月になりまして、経済財政諮問会議の今後の経済財政運営及び経済社会の構造改革に関する基本方針。その同じ月になりますが、産業構造改革、雇用対策本部の中間取りまとめ。7 月、総合規制改革会議中間取りまとめということでございます。政府全体のさまざまな改革の中で、医療につきましてもさまざまなご指摘をいただいておりますので、後ほどまとめてご説明をさせていただきたいと思っております。2 頁の最後になりますが、9 月下旬目途ということですが、平成 14 年医療制度改革の内容につきまして、厚生労働省としての考え方、叩き台を提示する予定にしております。一昨年から今年にかけての経緯をまとめているのが 2 頁でございます。

3 頁ですが、医療制度改革の基本的方向ということで、これは「医療制度改革の課題と視点」というパンフレットの中でも右側の絵が盛り込まれておりますが、私どもの考え方といたしまして、高齢化の進展、経済基調の変化、医療技術の進歩、国民の意識の変化を踏まえて、この矢印の横にありますが、我が国医療のあるべき姿を踏まえて医療政策を総合的に実施していく、このような考え方で平成 14 年度改革を現在省内で検討しているところではあります。

先ほど、年表の中でご指摘をさせていただきましたように、左側にありますが、政府・与党社会保障改革協議会、経済財政諮問会議をはじめさまざまなご指摘をいただいておりますので、このような背景の環境変化、今後のあるべき姿、私どもの考えます目指すべき方向、これを合わせて平成 14 年度改革について検討を進めていきたいと考えているところではあります。

4 頁ですが、政府・与党社会保障改革協議会の社会保障改革大綱につきまして、一部抜粋ですが、取り上げております。改革の基本的考え方、特に医療の部分では今回は抜粋しておりますが、(一)の所で「我が国の医療のあるべき姿を踏まえて、健康づくりや持続可能な高齢者医療制度への見直しなど、医療政策を総合的に推進する」と書かれています。

順次、1 から 8 まで項目が並んでおります。本部会でご審議、ご議論いただきます医療提供体制の関係で特に関係の深い所ということで申し上げますと、1 の所では、新しい医療技術などの開発や先端的医学研究を推進し、その成果の活用を図るというご指摘があります。2 の所では、患者の安全を守るため、医療の安全確保対策の一層の推進を図る。3 の所では、科学的根拠に基づいた医療の推進、支援、カルテの電子化などの情報化の推進、こういったことが列挙されております。

4 の中では、末端の所で、できる限り本人の意思を尊重し、尊厳をもって安らかに最期を迎えられるような終末期医療のあり方の検討というのが入っております。5 の所では、医療提供体制の見直しを図るということが最後に指摘されております。6 につきましては、高齢者医療制度ということで、6 ～ 8、医療提供体制以外の点が列挙されているわけではあります。

5 頁に、今後の進め方の中で「医療制度については昨今の医療保険財政の厳しい状況に鑑み、検討作業を急ぎ、平成 14 年度には高齢者医療制度の見直しをはじめとする医療制

度改革の実現を図るものとする」と、このようにまとめられております。

6 頁ですが、経済財政諮問会議でございますけれども、この中では、特に社会保障制度改革の中で医療制度改革が (iii) として取り上げられております。経済財政諮問会議の中では、医療サービス、効率化プログラム（仮称）の制定ということでいくつかの点が指摘をされておりますが、その列挙されている点を次のような事項を考慮して医療サービス効率化プログラムを策定し、これを推進するということ。

具体的中身につきましては、(i) の所で医療サービスの標準化と診療報酬体系の見直し。前段の部分が医療サービスの部分に関係する所ですけれども、医療の専門性に立脚し、科学的に分析評価を行って得られた情報を活用して医療を行う。根拠に基づく医療を推進し、国民が理解し、納得できる医療サービスの標準化を行うということが書かれております。

(ii) の所で、患者本意の医療サービスの実現。具体的にはインフォームドコンセントの制度化、医療、医療機関に関する情報開示などが書かれております。「患者本意の医療サービスの実現」の最後ですけれども、「医療機関の広告規制の緩和を行う」ということも盛り込まれております。

7 頁ですけれども、(iii) として医療提供体制の見直し。病床数の削減、病院、診療所の機能分化の促進、公的な医療機関の役割に沿った運営などが書かれています。(iv) でございますが、医療機関経営の近代化、効率化ということですが。経営に関する情報開示、外部評価等を行うことにより医療機関経営の近代化、効率化を進める。また、設備投資原資の調達が多様化や医療資源の効率的利用を促進するとともに、株式会社方式による経営などを含めた経営に関する規制の見直しを検討する、ということが書かれております。その後は (v) ~ (vii) として、その他の点についての指摘が行われております。なお、経済財政諮問会議のメンバーにつきましては参考資料の 60 頁にご参考までに掲載をしております。

8 頁にまいります。産業構造改革雇用対策本部の中間取りまとめの医療提供体制関係の部分の抜粋をしております。この中で主な点ですけれども、医療機関経営形態のあり方の見直し。病床規制の見直し。電子カルテ、レセプト電算システムの普及の体系化の推進、医療データベースの構築。その次の頁に行きまして、情報開示ルールの確立。医療評価システムの構築といったものがございます。内容的に、若干、重複もありますので、細かい点は省略をいたします。

10 頁ですが、総合規制改革会議中間取りまとめでございます。これにつきましては、項目だけ列記をさせていただいておりますけれども、医療提供体制の関係分野といたしましては (1) の医療に関する徹底的な情報公開と IT 化の推進。(4) 医療分野における競争の導入と効率化。(5) の中でも若干関係する所がございます。さまざまな指摘をいただいて、規制改革会議につきましてはその実施時期も含めて、規制改革会議としての考え方が書かれているということでございます。なお、規制改革会議につきましても、会議の委員リストにつきまして、参考資料のほうで添付をしておりますので、必要がありましたらご参照いただければと思います。

以上がこれまでの医療提供体制に関する議論、各種ご指摘について整理をしたものでございますが、その中でテーマとして挙げられているものいくつかについて、以降、資料を

付けております。11頁以下に、医療機関経営についての参考の資料をまとめております。12頁ですが、これまでの説明と重複いたしますが、医療機関の経営に関する各方面からの指摘事項を整理しております。経済財政諮問会議、産業構造改革雇用対策本部、総合規制改革会議ということでございます。

繰り返しになりますが、その内容といたしましては、経営に関する情報開示ですとか、設備投資原資の調達、医療資源の効率的利用、経営に関する規制の見直し、医療機関のコスト削減の推進といったテーマが、ご指摘をいただいているところでございます。

そこで、13頁に我が国の医療法人制度につきまして、ごく簡単にその概要を整理しております。医療法人制度につきましては、ここにありますように、目的といたしましては「医業の非営利性を損なうことなく法人格を取得することによって資金の集積を容易にし、医療機関の経営に永続性を付与し、私人の医療機関経営の困難を緩和するもの」と、こういう位置付けでございます。

他の法人制度、例えば株式会社制度の比較につきましては参考資料の中でまた別途表もございますけれども、医療法の考え方といたしまして、医療は営利目的であってはならない、という考え方がありますので、その非営利性の考え方を法人制度の仕組みの中に取り入れているということでございます。ここに主に昨今議論になっている点に関連する規定を列挙しておりますが、例えば「利益分配の禁止」ということで、医療の非営利性を担保するため、剰余金の配当が医療法人制度については禁止されております。

理事長要件ですけれども、医療法人制度発足当時につきましては、理事長要件について法律上の限定はありませんでしたけれども、富士見産婦人科病院事件を契機に、経営者の医学的知識の欠落に起因する事故防止ということで、昭和60年度に理事長要件が制度化されまして、原則医師または歯科医師でなければならないと、このような法律改正を行ったところでございます。

その後、一定の場合に理事長要件の緩和が必要ではないかということで、現在では、この但書にありますように、「過去5年間にわたり医療機関としての経営が安定的に行われているものなど、都道府県知事が認めた場合はこの限りではない」と、このような要件設定になっております。

附帯業務の制限がございまして「医業の永続性を担保するため、本来事業に支障のない範囲で、介護保険事業など一定の業務に制限をする」ということです。基本的に、医療のための法人ですので、附帯業務は保健医療に関する業務に限定をするということで発足しておりますが、近年の保健・医療・福祉の連携の強化ということ、また、介護保険施行に合わせた法規制の整備という観点から、一定の社会福祉事業が附帯業務の中で取り入れられてきたと、こういう経緯でございます。

最後に、経営情報の開示ということも、経済財政諮問会議、その他の指摘事項の中でございましたけれども、現時点では、医療の公共性の程度や医療法人の設立が個人の出資によるものであることに鑑み、債権者のみに対する開示を義務付けているということでございます。ちなみに、例えば株式会社制度では債権者または株主に対して経営情報を開示しなければならない、というようになっているところでございます。

14頁ですが、これまでも医療機関経営に関しましては何度か検討を行ってまいりまして、それを踏まえた制度改正を何度か行ってきております。その一端をご紹介申し上げます。

ますと、昭和 62 年に医療経営の近代化・安定化に関する懇談会というのがございました。例えば、第三者の機能評価の実施、医療関連ビジネスの指導、育成ということが謳われまして、結果として医療機能評価機構が設立され、また、業務委託については法制化をされ、一定のルールが敷かれたところでございます。

平成 6 年には、医療機関経営健全化対策検討委員会、医療法人制度検討委員会というものがございました。例えば、施設近代化の整備ということの必要性が指摘され、また、社会福祉医療事業団の融資制度の充実という指摘いただき、政策に反映をさせてきたところでございます。そのほか、医療法人の業務範囲や資産要件についても緩和を図ったところでございます。

平成 8 年に、医療審議会医療基本問題検討会で公共性の高い医療法人類型ということで、特別医療法人制度が創設されております。平成 10 年には、理事要件の緩和についてご議論いただきまして、先ほど申し上げましたように、5 年間経営安定の場合などの要件緩和が図られたというところでございます。

医療の情報提供につきまして、15 頁以降に書いてあります。16 頁は、これまでの指摘事項ですが、特に現在の広告規制につきまして、基本的な考え方を示していただきましたのが、医療審議会の平成 11 年の中間報告でございまして、いちばん上にありますが、「患者が自らの判断により適切な医療機関を選択するために必要な情報は可能な限り、患者・国民に対して提供していくことが望ましい」などのご提言をいただいております。

17 頁に少し論点を整理しておりますが、医療に関する情報提供につきましては、大きく分けると、いちばん上の左の箱にありますような、そもそも、どこの病院に行っていないかわからない、という医療機関選択に関する情報が欲しいという点。真ん中の箱にありますが、現に医療を受けている場合に、自分の健康情報、または医療に関する情報について十分教えてほしいというニーズがあります。

3 つ目に、雑誌、インターネットを通じてかなりさまざまな形での情報提供ができてきておりますので、むしろ、これは客観的で公正な情報提供のために現時点のままでいいのかどうか。そういう新たな問題指摘が出てきているということです。したがって、これを踏まえ、医療機関を選択するための情報提供、受診中の医療に関する十分な説明、こういった点が求められているのではないかと。これについてどのように対応していくのか、ということが論点となるのではないかと考えております。

18 頁ですが、広告規制の緩和についてのこれまでの取組みを整理しております。今年の 3 月から医療法改正に伴いまして、ここにありますようなカルテの開示についての広告、日本医療機能評価機構が行った医療機能評価の結果、医師の略歴などについても広告が可能となったところでございます。18 頁の最後になりますが、インターネットの利用につきましては、一定のルールづくりなどについて来年度検討を行ってまいりたいということで概算要求をしているところでございます。

次の 19 頁以下が第 4 次医療法改正の概要ですが、20 頁以降に資料で付けております。前回の医療法改正の柱が 3 つありまして、20 頁の入院医療を提供する体制の整備というのが 1 つ目の柱です。病床区分を見直し、療養病床と一般病床に区分をし、それぞれにふさわしい人員配置基準、構造設備基準を義務付け、平成 15 年の 8 月末までの間にどちらに行くか届出をいただく、というような法律改正を行ったところでございます。

療養病床につきましては病床面積を 6.4 m<sup>2</sup>に拡大いたしまして、一般病床につきましては



は看護婦の配置基準を4対1から3対1に引き上げたところでございます。施行状況につきましては、また参考資料がありますので後ほどご紹介をしたいと思います。

21 頁には、2つ目の柱であります情報提供の推進。3つ目の柱であります医療従事者の資質の向上として、臨床研修の必修化を提示しております。22 頁は病床区分の考え方でございます。

参考資料のほうは後で参考にしていただければいいと思うのですが、いくつか簡単にご紹介をさせていただきます。4 頁ですが、我が国の医療提供体制の現状が整理されております。現在の病院数で言いますと 9,286 病院、診療所が 15 万 3,984、病床数が 187 万 2,518 というようなことです。医師数が 28 万 3,654、歯科医師数が 9 万 7,602、看護婦数が 59 万 7,138 というところでございます。

5 頁、6 頁に我が国の医療提供体制の国際比較をいくつか絞って提供させていただいております。これは、前回の医療法改正のときにご議論いただいた数字ですけれども、人口当たり病床数が、諸外国に比べて我が国は比較的高い。また、平均在院日数が諸外国に比べて比較的長いのではないかと。6 頁ですが、100 ベッド当たり、病床数当たりの看護職員数が非常に低い水準にある。これを今後どのようにもっていくのかということが一つの論点である、という観点に立って今回の医療法改正を行いましたし、今後、取り組みを進めていかなければならないと考えております。

8 頁ですが、国際的に見て、病院病床数が多いということで申し上げましたが、地域別に見ますとさまざま、現在、363 の二次医療圏がありまして、二次医療圏ごとに必要な病床数、それが過剰なのか非過剰なのかということで計画を立てておりますが、病床過剰地域は 363 のうち 206 地域。病床非過剰地域、病床不足の地域は 157 ということです。トータルで見ますと、我が国は基準病床、必要病床の 121 万に対して既存病床が 129 万ベッドというような数字になっているところでございます。

10 頁ですが、医療法改正後の病床数の推移がありますけれども、これは病院病床ということでして、診療所の病床は入っておりません。6 月、いちばん新しい数字、法施行後 3 カ月を経過した時点の数字ですが、病院病床数 164 万 4,961 に対しまして療養病床として届出のあった病院病床が 1 万 7,414、一般病床として届出のあった病床が 2 万 5,382、まだ届出のない旧法基準、旧法の適用を受けている病院が 122 万 2,089。そのうち療養型病床群が 25 万 939 という状況になっております。

これは、数字が少し見にくいのですが、現に、新法によりまして療養病床として届け出た病院病床、旧法の基準に則ってはおりますが、療養型病床群として旧法の下で許可を取っている療養型病床群、これを合計いたしますと、現時点で 26 万 8,353 ということで、現時点では、療養型病床群と新法療養病床合わせて 27 万ベッド弱という状況でございます。

一方、それを差し引いた旧その他病床、新一般病床の合計で言いますと 99 万 6,532 ということで約 100 万弱が一般病床、27 万病床弱が療養病床または療養型病床群というような状況になっているところでございます。いずれにいたしましても、まだ届出が進んでいない状況ですので、今後の推移を見守る必要がある、というように思っております。

16 頁ですが、開設者別の病院数というものがございまして。先ほど、我が国の病院数は 9,286 とご説明を差し上げましたが、諸外国に比べますと日本の病院数は民間による病院、

典型的には医療法人または個人立の病院ということになりますが、それがかなりの割合を占めているということが窺えると思います。9,286 病院のうち医療法立が 5,299、個人立が 1,281 ということです。なお、会社というジャンルがありますが、これは会社立病院ではありますけれども、従業員の福利厚生を目的として開設をされてきた経緯のあるような病院の区分でございます。

次の 17 頁に、病院を選ぶ際、患者はどこから情報を得ているかという数字をご参考までに載せております。左側が外来で右が入院ということになりますが、外来につきましては「参考にしたものがある」が 31.4 %、「参考にしたものがない」が 37.4 %になっております。入院につきましても、「医師から指定された」という割合が多くなっておりますが、「参考にしたものがある」、「参考にしたものがない」というのは外来に似たような数字になっております。

「参考にしたものがある」という患者の方の中の内訳として、誰から聞いたかということなのですが、下に書いてありますように、「家族、友人、知人から聞いた」というのが最も多く、外来では 74 %、入院では 69.5 %となっております。外来も入院も約 3 割の人が「参考にしたものがある」ということで、その次の頁に内訳を付けております。広告とか保健所などの行政機関は 4 %でございますので、何か情報を得て病院を選んだ人の 3 割のうちの 4 %ということですから、外来では 1 %程度、入院では 2 %程度の人が公的情報を基に病院を参考しているという状況でございます。以下、関連資料を付けておりますが、時間の関係で説明は省略をさせていただきたいと思っております。事務局からの説明は以上でございます。

#### ○高久部会長

かなり膨大な資料を要領よくおまとめいただきまして、ありがとうございました。今日、これから時間のある限り、いろいろとご意見をお伺いしたいわけですが、資料の「社会保障審議会医療部会」、大きく分けると 3 つに分けられると思います。その 1 つが 1 頁目の 1 の「医療供給体制の改革について」です。その次に「医療提供体制の背景、改革の背景」ということが説明をされている。これが 2 番目の項目になると思います。それから、医療機関の経営ですね。3 番目が、ここにあります「情報の提供、医療の情報提供」、15 頁ですか。医療機関の経営については 11 頁目になります。ですから、この 3 つのテーマについて逐一ご質問並びにご意見をお伺いしたいと思います。

最初に、医療提供体制の改革について、これはいままでの経緯、医療制度改革の基本的方向ということと、さらに、お手元に政府・与党社会保障改革協議会、経済財政諮問会議、産業構造改革雇用対策本部と総合規制改革会議の取りまとめの中で、この医療制度改革に関係することをまとめたことが述べられています。この改革の背景ということについて、どなたかご質問ご意見がおありでしょうか。

#### ○櫻井委員

議論の内容にも関係ありますし、議論に入る前に、医療部会の社会保障審議会での法的な意味の位置付けのご説明があったわけですね。後ろのほうに縦長の「社会保障審議会関係法令」というのが付いていますね。そこに、大元の社会保障審議会は、3 人の委員の方

々はこの大元の審議会の委員でいらっしゃるわけで、高久先生もそうなのですが、これこれのことをやるということが書いてある。その審議会の中で、社会保障審議会令の第6条の規定によって、この部会が設置されたという位置付けというお話があったのですが、部会の会議の位置付けはいいのですが、機能的な意味というか、何をするのかという意味がはっきりしません。

社会保障審議会はここにも書いてあるのですが、それに基づいたこの部会は、例えばいま医療提供体制について審議をするというのですが、それをどうしようとか、それがどこに反映されてどうなるのだ、という位置付けがよくわからないのですが、それについてご説明いただきたいと思います。

#### ○医政局総務課長

位置付けにつきましては、社会保障審議会令を読みますと「審議会には部会を置き、特定事項を審議することができる」というようにございますので、いわば、社会保障全体を社会保障審議会が審議されるということで、この特定事項としての医療提供体制、その重要事項をここでご審議いただくという役割分担になると思います。この審議の経過は、逐一というか、本審議会の委員もお3人方おられますので、機会をとらえて親審議会である社会保障審議会に報告されると理解しているところでございます。

次に、この審議会の特定事項ということになりますと、非常に抽象的ですが、最初に申し上げましたように、医療提供体制の確保に関する重要事項の調査、審議ということで社会保障審議会から了承をいただいております。その重要事項はいま何かということになりますと、先ほど申し上げた繰り返しになりますが、先の医療法改正から引き続き議論が続いている、患者の選択による情報提供の問題というテーマがございます。

それから、いま医療制度改革というものが議論されていますし、本日まだ事務局の案というものも固まっておりませんが、月末には厚生省の試案というものが固まると思いますので、それは、おそらく、10月に入りましたらお示ししてご議論いただけるのではないかと。その他、実は、先ほど資料でお示しましたように、経済財政諮問会議とか、いろいろなレベルの会議から医療そのもの、提供体制の根本論について、例えば株式会社の参入も含めて、経営のあり方とかいう議論が提起されておりますので、そういう項目についてはこの場でご議論いただいて、行政に反映していきたいと考えているところでございます。

#### ○高久部会長

この部会で討論したことについて、最終的には社会保障審議会ですべて了承するというか、認めるという形をとるわけですか。

#### ○医政局総務課長

いや、特にここで何かまとめて、それをどこかで了承し、何か決まるというような整理ではないと聞いております。ここでご審議いただいたことを行政が反映して仕事を進めていく、というようになると思います。

○櫻井委員

そうしますと、実質的には、医療審議会といったものの流れをくんでいるのだけれども、全くそれと違うところを審議をするだけということになるわけで、非常におかしな位置付けだと思うのです。でも、このいただいた関係法令規則によると、厚生労働大臣の諮問において社会保障に関する重要事項を調査すると。社会保障審議会は大臣の諮問において審議をするのだというように書いてあります。その中の特定の事項をこの部会に社会保障審議会が意見を求めるという形になるのだとすれば、大元の諮問はあるというように考えるべきだと思うのです。それもないのですか。

○医政局総務課長

社会保障審議会の基本的な整理として、省庁改革の一つの整理の結果だと思いますが、今回のようなテーマは、諮問、答申という形にはなっておりませんので、社会保障審議会に諮問があってこれをこの部会がお答えするという、そういうような諮問、答申の位置付けではないというように整理されております。

○櫻井委員

そうすると、このいただいた資料に書いてある社会保障審議会は厚生労働大臣の諮問に応じてやるというのは間違いなのですか。社会保障審議会令第7条、厚生労働大臣の諮問に応じて社会保障に関する重要事項をやるのだと書いてある。審議会の話ですよ。

○医政局総務課長

現時点においては、今回のテーマは特定の、例えば何か法律に基づく特定事項についての諮問、答申という形ではそもそも動いておりませんので、この部会で何か特定事項の諮問、答申ということのためにブレイクダウンをしてやっている、というわけではありません。行政の進め方についてご意見をいただくということでもあります。

○高久部会長

今回のことについてはそういうプロセスではないけれども、社会保障審議会の役割としては厚生労働大臣の諮問に応じて調査、審議することがあるわけです。

○櫻井委員

そうです。これに書いてあるのですね。いまは何も諮問がなく、いまは社会保障審議会も厚生労働大臣とは関係なしに勝手に議論をしていると。その勝手に議論をしている中の一部を、こちらに特定の問題として審議をしろと。そういうふうに言っているという意味ですか。

○医政局総務課長

社会保障審議会そのもののご議論の状況とか権限について、私どものほうで整理する立場にはないわけなのですが、私どもとしては前回の審議会で、個別の重要事項については部会で審議をする、ということで事務局を仰せ付けております。いま社会保障審議会の

本体も、私が傍聴しておりますところでは、社会保障についてさまざまな重要問題が提起をされており、この時点で審議会として医療あるいは年金とか介護など、それぞれ、重点的に審議をしていこうというお決めがあって、それぞれの要素を各部会に審議を下ろされた、というように理解しております。

○高久部会長

よろしいですか。

○櫻井委員

あまり納得できません。

○野中委員

いま聞いておりますと、我々、旅費を使ったり、時間を費やして何をしにここに来ているのかな、というのが率直に感じた意見でございます。やはり、我々は、少なくとも、一保険者として市町村の保険を運営する責務にあるわけでございます。そのような中から、全国町村会を代表して出席していますが、ここで諮問もなければ答申もない、あなた方は言いたいだけ言って帰ったらよろしいよという、そんな所へ私たちがなぜ出てこなければならぬのだろうか。厚労省は、我々に対して、法律は国会で厚労省が出して対応するのだから、あなた方の意見は言いたいだけ言ってガス抜きをするのがこの機関であると考えているのではないか。この辺、はっきりしておかなかつたら、私は帰って全国の町村長の人たちに一体どんな説明をすればよいのか。言うことは言いましたけれども、諮問もなければ答申もないと言えますでしょうか。

しからば、意見書は我々として出す責務があるのではないか。私は、諮問をされたから答申をするというならば、我々は自らが意見書を出すだけの、いわば、義務があつてしかるべきではないかと。また、そういう意見書を出せるような委員でなければ、また、部会でなければ、ここでこうして寄ってきた意義も価値も何もない。それは、部会長に判断いただいて、皆の意見をまとめて、我々は社会保障審議会に意見を出しましょうではないか、と言えるぐらいの場があつて当然だと思ふのです。それでなければ、それぞれ、代表してきた立場、私はそれならばお断りをして帰らしていただく以外に方法はありません。何の価値もない所へなぜ出てくるのか、という疑問を持たざるを得ません。

この辺、部会長がどのようなお考えで、これからの部会の運営をどのように進めていくのか、部会長自らとしてお答えいただきたい。答申も諮問もしない、とおっしゃるのなら、それはそれでいいではないですか。しかし、それならば、部会長として、我々がまとめたものを意見書として社会保障審議会に出しましょう、と言える部会長の腹があるのかないのかということをお聞きしたい。

○中村審議官

いま総務課長からご説明を申し上げましたけれども、説明の点で形式の問題と実態の問題があると思ふますので、その点を踏まえましてもう一度私のほうからご説明をさせていただきますと思ふます。議論が錯綜しております1つの原因は、実は、社会保障審議会と

いう審議会ができ、これは中央省庁の再編に伴いまして審議会の位置付けが変わりましたものですから、その辺のご説明をさせていただかなければならないということがございます。

例えば、医療保険につきましては医療保険福祉審議会があり、医療制度につきましては、従来、医療審議会があり、ご審議をしていただいたわけですが、中央省庁の再編に伴いまして、政策の決定過程を政治主導にしたいというようなご意向もあります。

基本的には、例えば医療保険などにつきましても、法案などを政府が提出する場合に、これまでは各法律で諮問することが義務付けられておりましたけれども、今度の審議会の整理に伴いまして、例えば医療保険法を国会に提出する場合に医療保険法案の要綱を従来のご諮問申し上げ、答申をいただくということが必ずしも義務付けられてはいない。まさに、そういう義務付けられている法規などは全部廃止いたしました。そういうことが背景にありまして、総務課長のほうから、必ずしも諮問、答申をするというような形式になっていないという、その形式のお話を申し上げました。

そういったことで、厚生労働省の社会保障分野についての政策につきましてご審議をお願いする政策審議会は、社会保障審議会という1つの審議会になったわけですが、それぞれ、大変膨大な広い分野の社会保障政策でございまして、部会をある程度独立した部会として設置し、社会保障審議会の会長が認める場合にはこの部会の議決をもって決定するということです。この部会は部会で相当程度というか、100パーセントに近い審議会としての権限は付与されていると、こういうように理解をいたしております。

もちろん、この部会でお決めいただいて親審議会のほうに持ち上げたいというご意向があれば、また、それを親審議会に持ち上げることは自由ですが、私どもとしては、医療提供体制につきましての審議はこの部会で審議していただき、その部会のいろいろなご審議の結果を我々としては行政のほうに、あるいは政策のほうに反映させていただきたいと思っております。

そのような経過で社会保障審議会、親審議会自体も動きだしておりますし、審議自体についても、形式的には厚生労働大臣のほうから諮問書何号という形で審議をお願いしてはいるわけですが、それぞれ、実質に応じて審議をしていただきたいということで動きだしているわけでございます。

そこで、いまのは形式のお話をご説明したわけですが、この審議会に私どもが何を願うかということでございます。横紙の本日の第1回資料、「社会保障審議会医療部会第1回資料」の2頁でご説明申し上げましたように、実は、厚生労働省として、医療制度改革の医療制度改革案を提示するように政府部内でも求められております。

いろいろと経過はございますけれども、このペーパーでは医療提供体制の経過が記されておりますけれども、ご承知のとおり、平成9年以来、医療制度、医療提供体制と医療保険制度双方につきまして、平成12年を目指して抜本的な改革をするということで審議が進められてきており、医療提供体制の分野では平成12年にこういう動きを経まして、第4次医療法改正と呼ばれております医療法の改正もやっていただいたわけですが、なおまだ、今日直面している医療保険の状況、あるいは医療制度の問題、課題と解決すべき問題はかなり多いと認識がされております。

また、平成12年に予定されていた抜本改革という点では、高齢者医療改革の問題を含