

「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）に関する関係団体からの意見の概要

【第1回】

- 1 日時 : 平成15年3月13日(木) 14:30~15:10
- 2 場所 : 経済産業省別館825号会議室
- 3 出席者 : 【意見発表者】
日本看護協会
岡谷 恵子 氏 日本看護協会専務理事
日本薬剤師会
漆畑 稔 氏 日本薬剤師会常務理事
山本 信夫 氏 同上
石射 正英 氏 日本病院薬剤師会専務理事

4 概要 :

(1) 日本看護協会からの意見発表

- 医療制度改革を考えるキーワードとして、国民・患者中心の医療提供体制の構築のため、「持続可能性」、「質の向上」、「安全性」、「非営利性」が挙げられる。国民・患者の立場に立って、これら4つのキーワードを軸とした医療提供体制を構築すべきである。
- 医療提供体制の改革の3つの重点課題として、病床機能にふさわしい手厚い人員配置が挙げられる。医療機関の機能分化について、病院が急性期医療に重点化し特化していく一方で、介護施設に転換することを促進することが今後の課題であるが、一般病床と療養病床のそれぞれの機能にふさわしい手厚い人員配置を整備する必要がある。急性期の患者については、1.5:1の看護の配置を基本とすべきである。
- 在宅医療・看護の推進、看取りのケアなど、時代の要請に応じて看護の在り方を考えるべきであり、こうした要請に対応するため、訪問看護ステーションの拡充を推進する必要がある。
- 看護職の役割は今後ますます大きくなり、それに伴って看護職の裁量の拡大が課題となる。看護職の裁量を拡大する上で、人材の養成・確保は重要な課題であり、看護制度の改善、看護教育・研修の充実、専門看護師制度などに取り組む必要がある。

(2) 日本薬剤師会からの意見発表

- 急速な高齢化、生活習慣病など疾病構造の変化、医療技術の高度化、在宅医療など医療サービスの提供場所の変化、医療に対する国民の関心の高まりといった医療をめぐる環境の変化の中で、医療の質、情報、選択、患者の納得がキーワードである。

り、医療機関内や地域におけるチーム医療の進展が重要な課題である。

- 医療機関における薬剤師の役割について、薬剤師業務の対象が外来患者から入院患者にシフトしており、薬剤管理指導業務など病棟における薬剤師の業務が重要になってきている。
- 医療安全対策の推進において、医薬品に関するリスクマネジメントは薬剤師が担っており、病院における薬剤師の配置基準の拡充が必要である。
- 地域医療における薬局・薬剤師の役割について、処方せん受取率の増加と調剤業務の多様化、迅速かつ分かりやすい医薬品情報の提供、在宅患者への対応、調剤過誤防止への対応などが課題となっている。このため、かかりつけ薬局（薬剤師）機能の充実が必要である。
- また、病院、診療所、薬局などの相互の機能分担や業務の連携、薬局機能評価と薬局情報の提供などの課題もあり、医療提供体制において、薬局・薬剤師の役割に明確に位置付けることが必要である。
- 薬剤師の資質の向上について、医療薬学の充実や医療機関及び薬局における長期実務実習の必修化に対応するため、薬学教育6年制を実現すべきである。
- また、卒前における薬学教育だけでなく、日本薬剤師センターの活用などによって生涯にわたって研修を受ける体制を整備することが必要である。

【第2回】

- 1 日 時 : 平成15年3月14日(金) 15:00~15:40
- 2 場 所 : 中央合同庁舎5号館共用第7会議室
- 3 出席者 : 【意見発表者】

日本歯科医師会

梅田 昭夫 氏 日本歯科医師会専務理事

菅田雄一郎 氏 福島県歯科医師会長

四病院団体協議会

奈良 昌治 氏 日本病院会副会長

猪口 雄二 氏 全日本病院協会

4 概 要 :

(1) 日本歯科医師会からの意見発表

- 歯科医師の供給については、昭和60年に入学定員を20%削減したにもかかわらず、10年前と比較して約30%も歯科医師が増加している。
- 歯科の総医療費については、ここ数年横ばいの状況の中で、中医協の医療経済実態調査結果では歯科診療所の収支差額は年々下降を続けている。これでは、技術の革新に伴う新たな設備投資がままならないだけでなく、国民が望む納得できる歯科医療の提供は困難となり、国民の歯科医療に対する信頼を損なうことを危惧している。
- 安心・安全な歯科医療の提供には、医療機関の経営の安定化が前提であり、歯科

医業を継続し得る税制面も含めた財政的裏付けも必要である。

- 情報提供の推進について、患者への説明は重要であるが、患者に説明して同意を得るのに非常に苦勞するので窓口を設けて患者が相談できる体制を作ることが必要である。
- 患者への情報提供は必要であるが、医療は専門性の高いサービスであり、患者は十分に判断できない。患者には役立つ情報を提供していくべきであり、最近のインターネットによる広告が野放しになっているが、すべての歯科医師が日本歯科医師会に入っているわけではないので、各都道府県に相談窓口を設けることなども必要である。
- EBM（根拠に基づく医療）は重要であるが、ここでいう根拠は医学に基づくものか、医療に基づくものか。医療は患者の個々の状況によって異なるものであり、医学的根拠を尊重した医療を行うことと理解するのがよい。
- 医療安全対策については、ヒヤリ・ハットの収集など歯科医師会でも取り組んでいる。歯科診療は観血処置が多く、感染防止のための消毒・滅菌、感染性廃棄物の処理などに対する経済的補てんも検討する必要がある。
- 地域における歯科医療の確保を中心とした病診連携、診診連携は行われている。最近話題になっている睡眠時無呼吸症候群、摂食障害などは医科で治療が行われているが、歯科の領域でもある。医科と歯科が別々に診療するのではなく、共同して診療することが必要である。
- また、地域における歯科医療の確保のため、訪問歯科診療の位置付けを明確にしてほしい。一部の地域において、株式会社が歯科医師を施設に派遣して巡回診療を行っている。株式会社自体が医療機関を開設しているわけではなく、歯科医師がそれぞれ歯科診療所を開設しており、これらの歯科医師と契約して訪問歯科診療の事業を行っている。こうした巡回してまとめて診療するというやり方は医療ではない。
- 医療従事者の確保と質の向上については、本気になって取り組まないといけない課題である。歯科医師会でも、会員歯科医師の生涯研修を充実させるためのグランドデザインの検討を行っている。歯科医師の臨床現場での研修は非常に重要であり、歯科医師会として、大学歯学部等との役割分担について協議や、研修施設のリストアップなどに積極的に取り組んでいきたい。
- 歯科医療のIT化について、カルテの電子化は進んでいないのが現状である。レセプトの電子化は60%以上に達しているが、全般的に、IT化は進んでいないのではないか。カルテの電子化に当たっては、病名や用語などが統一すべきである。

(2) 四病院団体協議会からの意見発表

- 急性期病棟の対応する入院医療は、急性疾患だけではない。心筋梗塞、脳動脈瘤破裂など重度の急性疾患はもちろんであるが、悪性腫瘍、高度な専門的手術・治療等も急性期病棟の提供する入院医療である。急性期病棟は、重点的かつ高密度な入院医療を提供する病棟であり、基本的には短期入院である。
- これに対して、亜急性期病棟は、急性期を過ぎた後、なお入院医療を必要とする状態のみならず、疾患の程度によって急性期初期からの入院医療にも対応できる病

棟である。亜急性期病棟は、重点的・高密度な医療ではないが、適切な入院医療を提供する病棟である。

- 療養病床については、法律に書かれているように、長期にわたり慢性期の入院医療を提供する病棟である。
- 一般病床には、急性期病棟と亜急性期病棟が含まれる。地域においては、プライマリケア、在宅医療の後方支援、介護施設との連携を主体とする一般病床がより重要となる。この場合、全人的かつ効率的な入院医療の提供が求められる。このような機能を有する病棟が、四病院団体協議会の提唱する「地域一般病棟」である。「地域一般病棟」は、地域ごとに特化した医療・介護のネットワーク機能を主体とするものである。
- 亜急性期病棟は、「地域一般病棟」が主体となるものである。医療法においては、特定機能病院と地域医療支援病院が位置付けられており、移植医療、まれな悪性腫瘍、遺伝子治療等に代表される高度先進医療は特定機能病棟が提携することが望ましい。この場合、現行の特定機能病院の一部が特定機能病棟に機能分化し、他の病棟は急性期病棟に分類される。
- 地域一般病棟の役割としては、地域ケア・在宅ケアを中心とし、利用者の状態を考慮した医療を提供すること、また、急性期病棟からの受入れ、地域・在宅医療の後方支援を行うことである。
- 地域一般病棟の機能としては、リハビリテーション機能、ケアマネジメント機能を必須とし、24時間体制で診療を行う。
- 地域一般病棟の入院対応疾患としては、軽度から中度までの脳梗塞、肺炎、骨折、脱水等の急性疾患、在宅患者の終末期、脳血管疾患・術後の回復期リハビリテーション、その他、亜急性期病棟としての対応を検討している。
- 地域一般病棟の人員配置基準については、急性期病棟は、現在の一般病床の基準を大幅に上回る人員が必要である。地域一般病棟は、急性期から病棟からの患者の受入れ、医療・介護連携における急性期疾患の受入れ、リハビリテーション、ケアマネジメント等を必須とする。
- 医師・看護要員については、現行の一般病床の基準以上とし、PT・OT・ST等のリハビリテーションスタッフ、医療ソーシャルワーカー（MSW）を配置する。
- 診療報酬の支払方式については、急性期・亜急性期病棟における入院医療は、疾患別・重症度別に入院期間が予測可能であり、疾患別・重症度別包括支払方式が望ましい。
- 医療療養病棟における入院医療は、状態別分類を用いた定額支払方式が適するが、このような支払方式を実現するためには、ケースミックス分類を用いた患者分類、コストデータの集積、医療の質の評価やアウトカム評価などのデータに基づいた診療報酬制度の構築が必要である。
- 今後、急性期病棟の整備も重要であるが、地域一般病棟で対応できる入院医療も高齢者の増加とともに増大する。過去、日本の入院医療提供体制で大きな役割を担ってきた中小民間病院や大規模病院の一部の病棟が地域一般病棟になることは、病院設備整備費用や国民入院医療費から見ても効率的である。

【第3回】

- 1 日時 : 平成15年3月19日(水) 13:00~13:40
- 2 場所 : 中央合同庁舎5号館専用第21会議室
- 3 出席者 : 【意見発表者】

日本医師会

櫻井 秀也 氏 日本医師会常任理事

4 概要 :

(1) 日本医師会からの意見発表

- 日本医師会では、国民が安心できる医療制度を作るため、1997年に独自の医療構造改革構想を発表している。日本医師会が提唱する医療構造改革の5つの柱は、①診療報酬体系改革、②薬剤制度構造改革、③高齢者医療制度創設、④医療提供体制改革、⑤生涯保健事業の推進である。
- これら5つの柱のうち、①から③はまとめて考えると医療保険制度の問題であり、医療提供の中身としては治療に関するものである。⑤の生涯保健事業は日本医師会が独自に提案しているもので、1次予防から3次予防を包括した生涯にわたる保健事業である。④の医療提供体制改革は、「治療」と「保健」を国民に提供する体制作りである。
- 医療提供体制について、日本医師会が提唱する基本的理念は、「かかりつけ医を地域の医療の中心に位置づけて、医療システム全体を見直すとともに、よりよい医療を提供する体制づくりをする」ということである。かかりつけ医を中心に位置付けた医療提供体制の構築のために、日本医師会としては、かかりつけ医を持つことを呼びかけているので、「かかりつけ医」とは何かについて話すこととする。
- 「かかりつけ医」とは、患者さんのサイドから医師を呼ぶ「呼び名」、「呼称」である。「かかりつけ医」の考え方としては、①日本の開業医に古くから与えられた名称、②何よりも患者サイドに立った医療、③医療のみならず社会的ニーズにも対応、④プライマリ・ケア医、家庭医、ゲートキーパーと機能面ではほとんど同じ、⑤ジェネラルだけでなく、一部はスペシャルにも対応、⑥様々なタイプのかかりつけ医があるということである。
- 「かかりつけ医」は開業医であっても勤務医であってもかまわない。内科の「かかりつけ医」、眼科の「かかりつけ医」があってもかまわない。職場の「かかりつけ医」、家の近くの「かかりつけ医」、家族全員がかかる家庭医のような「かかりつけ医」があってもかまわない。それらは国民の皆様が選択し、決定することである。
- 「かかりつけ医」というのは「親友」と同じであり、「ウマが合う」ことが大切である。医師と「ウマが合う」かどうかは、その人の学歴や専門科目や職歴とは関係のないものであり、親友になれるかどうかは付き合ってみないと分からない。だから、自分の「かかりつけ医」を見つめるためには、たくさんの医師にかかってみることが大切である。そして、自分の「かかりつけ医」を見つけたら、どんなことでもその医師に相談するようにして、決して浮気をしない。それが、日本医師会の考えている「かかりつけ医」である。

- 「かかりつけ医」を選ぶ際の条件について、アンケート調査によると、患者さんの疑問に答え、十分に説明して患者さんの不安を取り除くことが最も望ましい条件である。また、「かかりつけ医」に対する国民のニーズとしては、アクセスのよいこと、十分な説明をすること、振分け機能、近くにあることなどが挙げられる。
- 日本医師会が提唱する生涯保健事業には、①1次予防としての生活習慣病対策、②2次予防としての健康診断の改善、③2次予防としての健康診断結果からの事後指導の充実、④3次予防としての疾病の悪化、再発の予防及び障害された機能回復の4つの課題がある。
- これまでの予防・治療の概念は、2次予防と治療であったが、これからは1次予防、2次予防、治療、3次予防まで広くとらえる必要がある。保健指導に医師が関与することについては、そもそも医師法に「医師は、医療及び保健指導を掌る」とされているので、生涯保健事業の推進も医師の重要な仕事であると考ええる。
- 医療提供体制の再構築については、医療を受ける立場から見て、幾つかの視点から大きく2つのグループに分けて考えることが必要である。医療の日常性の視点からは、日常的に対して非日常的、連続的に対して単発的・突発的、一般的、恒常的に対して専門的、非恒常的という対比がある。つまり、「比較的好くかかる病気やけがに対する医療」と「めったにかからない病気やけがに対する医療」の対比である。
- 提供される医療の内容から見ると、予防医療、一般医療、初期救急医療などに対して、2次・3次救急医療、専門医療、高度先進医療などの対比がある。医療機関の視点で見ると、診療所、中小病院に対して、大病院、公的病院、国公立病院がある。なお、これらのグループは、完全に分けられるものではなく、重なる部分もある。最後に、医師の視点から見ると、「かかりつけ医」と「専門医」の対比がある。
- このように、医療を2つのグループに分けて考えると、国民にかかりつけ医を選んでもらい、日常的医療はかかりつけ医が担当し、非日常的医療はかかりつけ医の紹介によって専門医が担当するという連携体制を構築することが、日本医師会が提唱するかかりつけ医を中心に位置付けた医療提供体制の再構築であり、地域医療体制のあるべき姿であると考ええる。

【第4回】

- 1 日時 : 平成15年3月20日(木) 10:30~11:30
- 2 場所 : 中央合同庁舎5号館専用第22会議室
- 3 出席者 : 【意見発表者】

健康保険組合連合会	
下村 健 氏	副会長
高智英太郎 氏	医療部長
国民健康保険中央会	
北郷 勲夫 氏	理事長

田中 一哉 氏 企画部長
日本経済団体連合会
平井 康行 氏 国民生活本部副本部長
松井 博志 氏 同上
遠藤 寿行 氏 国民生活本部社会保障グループ長
日本労働組合総連合会
小島 茂 氏 総合政策局生活福祉局長
花井 圭子 氏 総合政策局生活福祉局次長

4 概要 :

(1) 健康保険組合連合会等からの意見発表

- 患者が自分の状態に適した医療機関を選択することができるよう、保険者が援助できる体制を作りたいと考えている。健保連としても、医療機関情報の提供体制を整備し、これに基づいて患者に助言していくことを検討している。
- 医療機関の機能分化と情報開示について、それぞれの医療機関がどのような医療を提供しているのかを明確にした上で、患者に分かりやすく明示することが必要である。
- かかりつけ医の機能を明確にし、そのシステムをどのように構成するかが重要な問題である。かかりつけ医が患者の医療を包括的に管理し、複数の医師による重複などが発生しないようにすることが、外来医療の質を高めていく上で必要である。
- 急性期医療と長期療養については、まだ検討すべき問題があるが、それぞれの内容はかなり明確になってきている。しかし、亜急性期やリハビリテーションをどのように考えるのか。急性期病床に長期入院しているが療養病床では対応できない患者をどのように扱うのか。こうした点が、今後の課題である。
- 臨床研修の義務化に当たって、大学がどのように変わるのかが明確にされる必要がある。大学が自らどのように変わるかを示すべきであり、大学に積極性が見られない。文部科学省、厚生労働省の大学に対する姿勢・方針には具体性・積極性が欠けているのではないか。
- 医療の進歩はかなり早く、医師が進歩に応じて新しい知識・技能を絶えず自らのものとしていけるよう生涯教育のシステムを作る必要がある。また、免許更新制や定年制の実現を図るべきである。
- 医学会ごとに専門医認定制度が設けられているが、その内容が学会によって様々である。統一的な体系を整備し、国民に分かりやすく利用しやすいものにしていくべきである。
- 総括的な意見は、健康保険組合連合会から発表されたとおりであるが、国民健康保険中央会から若干の補足をする。医療提供体制の改革に当たって、保健予防・健康づくりにつながる体制を構築することが重要である。長野県は医療費が全国でも低く、これは、他にも様々な要因があるが、医師・保健師と住民ボランティアの保健補導員が連携して、保健予防事業に積極的に取り組んでいることが要因であると言われている。
- 保健予防・健康づくりを進める上で、家庭医的機能を持ったかかりつけ医を推進

していくことが重要である。高齢者対策と健康寿命の観点から、人と人との交流を通じた生きがい作りや温泉の活用などが考えられる。

- また、効率的な医療提供体制を構築するためには、レセプト電算処理システムの推進など医療のIT化を進めることが必要である。医療のIT化によって、EBM、クリティカルパス、病診連携などが推進されていくと考えられる。

(2) 日本労働組合総連合会からの意見発表

- 総論として、「医療保険制度の体系のあり方、診療報酬体系の見直し」に関する厚生労働省試案に示された内容と医療提供体制の改革がどのように関連するのか、非常に分かりにくいものとなっているので、総合的・統一的な医療制度全体の改革像を示すことを要望したい。
- 医療に関する情報提供の推進については、医療機関の情報公開の義務化、患者・遺族の申請によるカルテ・レセプト開示の法制化が必要である。また、保険医療機関に対する領収明細書の発行を義務化すべきである。
- 安全で、安心できる医療の再構築のためには、医療安全対策の強化は当然であり、病院だけでなく診療所に対しても安全管理研修を義務付けるべきである。また、相談窓口や苦情処理機関の設置とともに、すべての医療機関における医療事故・ミス第三者機関への届出を義務化すべきである。
- 質の高い効率的な医療提供体制の構築について、初期医療から高次医療に至る医療機関の機能分担の明確化と相互連携の強化、高額医療機器の共同利用の促進、社会的入院の解消、医療と介護の分離・連携強化策の推進が必要である。
- 医療を担うマンパワーの確保・資質の向上について、大学医学部の教育の在り方、準看要請の廃止と看護制度の一本化、医師免許の更新制、保険医の定年制の導入を検討すべきである。
- 電子カルテ・レセプト電算処理など医療におけるIT化を促進するとともに、プライバシー保護に十分に配慮した上で、保険証の個人カード化を推進すべきである。
- このほか、医療提供体制の担当部局の組織の見直しについて、具体的な内容や見直し時期を明確にすべきである。