

## 第7回 社会保障制度改革国民会議 議事録

### 一 会議の日時及び場所

日時：平成25年3月27日（水）16:00～18:00

場所：官邸2階大ホール

### 二 出席した委員の氏名

伊藤元重委員、遠藤久夫会長代理、大島伸一委員、大日向雅美委員  
権丈善一委員、駒村康平委員、榊原智子委員、神野直彦委員、清家篤会長  
永井良三委員、西沢和彦委員、宮本太郎委員、山崎泰彦委員

### 三 議事

1. 開会
2. 政府側からの挨拶
3. 関係者を交えての議論
  - 四病院団体協議会
  - 日本歯科医師会
  - 日本薬剤師会
  - 日本看護協会
  - 全国老人福祉施設協議会
  - 民間介護事業推進委員会
4. 閉会

○清家会長 それでは、ただいまから、第7回「社会保障制度改革国民会議」を開催いたします。本日は大変お忙しい中を御参集賜りまして、まことにありがとうございます。

本日は、増田委員、宮武委員が御都合により御欠席でございます。過半数の委員が出席しておられますので、会議が成立しておりますことを御報告いたします。

前回の国民会議で決めましたように、今回から、医療・介護分野について精力的に議論を行ってまいりたいと思っております。今回は、その第1回目として、医療・介護分野について、医療・介護サービスの提供のあり方に関して、関係者の方々を交えて議論を行うこととしております。本日は、医療・介護サービスの提供を担ってくださっている関係の皆様方にお越しいただいております。

それでは、御出席の皆様を御紹介いたします。まず、四病院団体協議会から、堺日本病院会会長でございます。山崎日本精神科病院協会会長でございます。そして、西澤全日本病院協会会長でございます。そして、日野日本医療法人協会会長でございます。日本歯科医師会から、大久保会長でございます。柳川常務理事でございます。日本薬剤師会から、児玉会長でございます。生出副会長でございます。そして、日本看護協会から、坂本会長でございます。齋藤常任理事でございます。全国老人福祉施設協議会から、中田会長でございます。梶田介護保険事業経営委員長でございます。そして、民間介護事業推進委員会から、山本代表委員でございます。山際代表委員でございます。最後に、日本医師会からは、本日は横倉会長がどうしても御都合がつかないということでございましたので、別の機会に御出席いただくよう調整をしております。本日は今村副会長に陪席していただいておりますので、よろしく願いいたします。議論の際、必要があれば御発言をお願いしたいと存じますので、よろしく願いいたします。

本日は、御多用の中、各団体の先生方、御出席賜りまして厚く御礼申し上げます。それぞれのお立場から、是非忌憚のない御意見を賜ればと思っております。どうぞよろしく願いいたします。本日は、政府から関係閣僚にも御出席を賜っております。麻生副総理でございます。甘利社会保障・税一体改革担当大臣であります。田村厚生労働大臣であります。加藤官房副長官は少し遅れて出席と伺っております。そして、西村内閣府副大臣でございます。坂本総務副大臣でございます。そして、山際内閣府政務官でございます。会議の開催に当たりまして、甘利大臣から御挨拶をいただきたいと思っております。まず、カメラの皆様のお入室をお願いいたします。

### 【報道関係者入室】

○清家会長 それでは、大臣、よろしく申し上げます。

○甘利大臣 担当大臣の甘利明でございます。お忙しい中をお越しいただいたことにまずもって感謝、御礼申し上げます。

本日から、個別分野の議論を深めることといたしまして、医療・介護サービスの現場での実践者の方々にも御参加いただきまして、お忙しい中、本当にありがとうございます。

いよいよ医療・介護分野の集中的な議論に入ることになります。国民の安心を保障し社会保障制度を持続可能なものにする上で、高齢化に伴い急速に増大をする医療・介護分野の改革は非常に重要であると考えております。

例えば医療・介護のサービスの機能分化と連携を図るという大きな方向性が見えてきておりますけれども、それぞれの地域で機能分化と連携を具体的にどのように図っていくのか。また、各職種が役割分担や連携を具体的にどのように行っていくのか。実践に向けての課題は多いかと思っております。

本日お越しの医療・介護の関係者の皆様におかれましては、是非現場の御経験を踏まえまして、貴重な御意見をお聞かせいただくとともに、委員の皆様におかれましても改革推進法に基づき今後の議論につながるよう、活発な御議論を是非よろしく申し上げます。

○清家会長 甘利大臣、ありがとうございました。それでは、カメラの皆様には、ここで御退室をお願いいたします。

### 【報道関係者退室】

○清家会長 それでは、議事を進めさせていただきます。

まず、今日の進め方でございますが、6団体から御発言をいただきました後、議論を行うという形で進めたいと存じます。委員の問題意識等については、既に各団体に事前にお伝えしております。そこで、是非今日は各団体の御意見をお聞かせいただくというよりも、むしろ委員が各団体とお互いに議論を深めていくという形にさせていただきたいと思っております。いわゆるヒアリングという形ではなくて、実際に医療・介護を提供して下さっている方々と私ども委員が議論を交わし理解を深めるという形にさせていただきたいと思っております。

前回の国民会議で、これまでの国民会議における主な議論を整理した資料

をお配りしておりましたけれども、その中から関連する部分をまとめたものを資料2としてお配りしておりますので、適宜御参照いただければと思います。

それでは、時間に限りがございますので、さっそく各団体から発言をまずしていただいて、その上で相互に議論をさせていただきたいと思います。恐縮ですが、時間に限りがございますので、それぞれの団体からの発言は5分以内でお願いいたします。

それでは、早速でございますが、まず四病院団体協議会から御発言をお願いいたします。よろしくお願いいたします。

○堺会長 それでは、四病院団体協議会を代表しまして、日本病院会の堺がお手元の資料に基づいて意見を述べさせていただきます。

時間の関係で、2ページ、3ページ、4ページは参考資料とさせていただきます。

5ページをご覧いただきたいと思います。不足している病院勤務医のマンパワー対策に関する意見を述べます。2ページの参考資料に挙げた病院勤務医の勤務時間に着目した試算によりますと、適正な勤務医数は現状の1.6倍の25.6万人になります。しかし、現状の1.6倍というのは非現実的であり、もちろん不可能でございます。それでは、どうすればよいのでしょうか。

まず、現状の労働環境の改善・見直し、医療提供体制整備によるマンパワーの有効活用が必要だと思っております。我が国では、御案内のように急性期病院が多くあり、マンパワーの効率的活用ができていません。その改善のためには、一般病床の機能分化を行って急性期病院とポスト・アキュート病院のバランスを整える必要があると思っております。

6ページをお開きください。病院の立場から、医療提供体制整備について意見を述べたいと思います。

予防、入院、在宅・介護というトータル・ヘルスケアの視点から入院医療を考える必要があると思っております。その中では、もちろん病診連携、地域包括ケアが重要になると思っております。

一般病床については、患者さんのニーズ・病態に注目した機能分化が必要と思っております。急性期病床については、患者さんの緊急度・重症度あるいは医療必要度によって決めることができると思っております。この状態が安定してくれば、ポスト・アキュートになります。必要なのは、ここに十分なお金を投入してしっかりした整備を行うことだと思っております。

一方、病院にとってインセンティブには、医療法と診療報酬両面からの働きかけが重要であります。しかしながら、診療報酬による経済誘導だけでは

無理があります。7対1看護などは行き過ぎの例と言えるかと思えます。

一方で、このような医療提供体制整備というのは全国一律の決め方ではなくて、地域の医療需要・供給を考慮した施策が大事だと思っております。そのためには「見える化」が非常に重要であると考えております。実は厚生労働省・地方厚生局・都道府県あるいは健保連などが持っているデータ、特にマクロではなくてミクロのデータでございますけれども、そのデータの整備・開示、活用を強く望むところであります。

7ページにつきましては精神病床について述べていますので、御一読いただきたいと思えます。

最後の8ページでございます。今、問題になっている医師の診療科・地域偏在は、実際に存在していると思っております。その解決について我々の考えを述べてみたいと思えます。高齢社会がしばらくは続くわけですが、将来予測含めた人口動態、疾病構造等についての実態把握が必要であると思っております。繰り返しにはなりますけれども、各地域の医療需要・供給を把握して、データに基づいた地域医療計画の策定が望まれます。

しかしながら、4月に始まる次年度には新たな医療計画が策定されております。ただ、その次というのは5年先ですから、そんなに待つことはできないと思っております。是非前倒しをした策定をやっていただけないかと思っております。

アクセスの面から望ましい患者の流れを考えた場合、地域全体として患者を診る体制構築が必要だと思っております。最初の入り口であるファーストストップはかかりつけ医、家庭医になると思えます。診療所に関しましては、保険医療機関指定における地域配置計画の整備などが必要かもしれません。さらに病診・病々連携充実のためには、ICTの活用による情報共有・遠隔医療提携、連携などが必要だと思っております。しかし、この患者さんの流れをスムーズにするには、地域住民の意識改革、協力が不可欠と思っております。

もちろん、最後にはなりますけれども、専門医制度の確立は必須と考えております。

以上でございます。

○清家会長 ありがとうございます。続きまして、日本歯科医師会から御発言をお願いいたします。

○大久保会長 まずもってお招きをいただきありがとうございます。時間がありませんので、早速、私どもの提出資料の1ページ目、表紙をめくっていただきたいと思えます。

私どもの団体は、当然のことながら医療提供者、特に歯科医療というものを提供している専門職の団体でありますので、現場の思いというものを中心に、どういう医療提供体制が国民の健康を守れるのかという視点から、時間が短いので極めて簡潔にまとめてみました。

箱書きの中で「国家と国民の責務」と強い言葉を書きましたが、私は基本的には医療提供者側の責務というのが極めて大きいとは当然思っております。今、いわゆる疾病構造が変化して、生活習慣病、WHOのいう非感染性疾患が疾病構造の上位を占めてきた現状の中で、本会議の中心課題ではないかもしれませんが、実は一番ベースに、医療のさらに底に地域住民が主体的に参加をするまちづくりと言っても良い。つまり、医療や福祉を中心にした健康増進活動というのが基本にないと、医療提供だけで国民の健康を本当に守れるのかという思いはあります。しかし、今日はその上の医療提供体制の話をしていただきます。

この医療提供体制の充実は、そのままイコール国民皆保険の充実だと思っております。今、日本歯科医師会として3つの方針を掲げました。

1つは、数年前から実際に会員同士で共有の価値観として持っている考え方ですが、まず、今、我が国の最大の課題は健康寿命をどう延ばすかということだと思えます。御承知のように健康寿命は72歳、平均寿命は女性ですと84歳まで。女性の場合には、単純計算すると12年間要介護の状態が続く。これをももちろんゼロにはできませんけれども、この健康寿命を延ばすということは、この年限を可能な限り短くする、要介護者の数を少なくする、これによって手厚い介護をしていくというのが極めて大事であります。そのためには、先ほど申し上げた予防活動と公的医療保険をどう連携していくのか。

特に、今の生活習慣病における医療提供の最も大きなポイントは重症化予防だと思えます。早く見つけて早く治して元に戻す。そして、それを重症化させないということの繰り返しを通して国民の健康をしっかりと守っていくということが大変大事だと私どもは思っています。したがって、介護のみならず医療も中心に、あるいはもっと言えばヘルスも中心にした地域包括ケアをまちづくりという形で大きな構想のもとでつくれないだろうかということを私ども日本歯科医師会としても模索をしている最中であります。

そうは言っても、しかし、何らの形で自立度が尽き、健康寿命が尽きて要介護の状態になる方が出てまいります。この方々のQOLをどう守るのかというのが実は大変大きな課題だと思っておりますけれども、これについて資料の最後のページ、2ページをご覧ください。

右下に10ページと書いてあります。これは実は1999年に我々の仲間の米山先生が「Lancet」に発表して世界的に認知されたデータでありますけれども、

高齢者は御承知のように肺炎の死亡率、罹患率が高いのです。極めて高い。口腔ケアというのは、つまり、口の中に200種類くらいのばい菌が唾液1ミリリットルに1億ぐらいいますから、このエコシステム、口腔内の状態をきちんと整えておきますと、肺炎の発症率が6割以下に減少する。これは今、施設でも看護師の皆さんも我々歯科医師会としても、ここはかなり普及しておりますけれども、ここをもっと医療連携のもとで進めることによって高齢者の誤嚥性肺炎をかなり防げるのではないかというのが1点。

もう一つ、今回の診療報酬で初めて採択をされましたが、急性期の特にがんの患者さんを中心に口腔ケアをやりますと、ここにありますように、静岡がんセンターと前のA病院という同じ病院に務めていた医師、同じ人がオペをして、ただ、違いは静岡がんセンターの場合、口腔ケアがあるということだけで、実は平均在院日数が中央値で2週間違う。これは物すごく大きなことで、なぜこんなことが起きるのかということ、口腔内がすぐに食べられる状態、安定した状態に戻る。普通、それをしないと2週間ぐらい全く食べられない。したがって、体力回復ができないので退院できないという悪循環にならないということで、これもまた全国各地で今、がん拠点病院と都道府県の歯科医師会が連携してこの運動を進めようということをしております。ここが非常に大きな考え方のいわゆるパラダイムシフトだろうと思います。

それを私どもはもう言われ古した言葉ですけれども、診療所完結型から地域完結型へ、つまり、地域全体で患者さんを支えていく、あるいは要介護者の方々のQOLを維持しようということをやります。それを特に在宅医療、在宅歯科医療で進めていきたい。

この在宅医療、在宅歯科医療というのは、これもまた医療のパラダイムシフトでありまして、今までは御承知と思いますが、専門家のいる専門施設のある病院や診療所が医療提供の場でしたけれども、生活の場、つまり、自宅とか施設で療養している高齢者の方々、そこに我々が出かけて行って医療を提供する。これによってQOLがかなり上がっていきます。これをこれからも是非医療連携の中で在宅、在宅歯科医療、まさに複数の病気を抱えておる高齢者の方々ですから、医歯薬を含めて、看護も含めて連携をとらないと、この人たちのQOLをきちんと守れないということになるだろうと。

最後、私が会長になってターミナル・デンティストリーという言葉はかなり強引につくりました。それは阪大の前の総長の鷲田先生が「生きるということは食べ続けることだ」と書きましたけれども、まさに人間は生きる限り口から食べないと生き続けられない。口から食べられるということが実は人間の尊厳を守れるのだということを私どもは臨床的な経験の中から知っています。

したがって、最後の脈をとるのはもちろんドクターでありますけれども、その最後から前の期間に、1週間でも1カ月でも自分の口で食べるということ、そのことが実は尊厳ある生を保障する、あるいは尊厳ある死を看取ることになる。つまり、死というのはその前にどう生きたかということだと思います。我々歯科医療を通して、あるいはほかの医療あるいは先生方とともにこれを守っていきたい。つまり、治す医療から治し支える医療へ、そして私たち歯科医師あるいは医師は、国民の生活にどう向き合うかというのがこれからの医療の最も大きな課題だと思っておりますので、その辺を十分御配慮いただいた上で、この会議のこれからの議論を進めていただきたいと思いますということを申し上げます。ありがとうございました。

○清家会長 ありがとうございました。それでは、続きまして、日本薬剤師会から御発言をお願いいたします。

○児玉会長 日本薬剤師会でございます。貴重な機会、心より感謝申し上げます。私どもは、超少子高齢化時代に向かって、医薬品、健康相談を通じて、未病対策を含めて医療の安全と効率化についてどのように貢献するかということについて申し上げたいと思います。生出副会長、お願いします。

○生出副会長 それでは、副会長、生出から御説明申し上げます。

日本薬剤師会と書いた封筒の中に2部入っております。1つは意見、それに付随する補足資料であります。

まず1点目であります。国民の健康の維持、増進等の支援、相談の拠点として、薬局・薬剤師の活用を図っていただきたいということであります。

2番目に、厚生労働省「健康日本21（第2次）」において、「地域住民が身近で気軽に専門的な支援・相談を受けられる民間団体の活動拠点」を10年間で1万5,000カ所整備するとの目標を掲げております。

薬局は、現在、全国に約5万5,000カ所に存在し、ほぼ全国全ての中学校区に存在しております。これは補足資料の2ページの下のほうに「健康日本21（第2次）」というところで書いてございますので、後でご覧いただければと思います。

3番目として、薬局は処方せん調剤、現在、処方せんの受取率は約65%であります。それに加えて、一般用医薬品、医療材料・衛生材料等の供給を通して、軽疾病の重症化を防止、医師への受診勧奨、適切なセルフメディケーション、健康維持など地域住民の保健・医療・介護・福祉等の相談を行っているとともに、地域住民への健康情報の発信拠点ともなっております。

また、食生活やサプリメント、健康食品の使用に関する相談なども受け、そのために最近では管理栄養士等を雇用する薬局も増えております。

3 ページに消費者庁のアンケート結果が書いてありますが、健康食品の誤用と申しますか、本当の意味で言うと治療ということにはならないのですが、病状の改善という目的で服用されている方が11.4%もいるという問題点もあると思います。

大きな2 番目として、地域包括ケア体制の一員として、在宅医療、居宅介護において、薬局・薬剤師の一層の活用を図っていただきたいということで、地域の薬局・薬剤師は、在宅医療、居宅介護において、その用いる薬剤の供給、服薬指導・管理、医療材料、介護用品の供給など重要な役割を担っております。その在宅医療、居宅介護においては、ほぼ全ての患者が何らかの医薬品を使用しており、かつ複数科受診、多剤併用、長期投与を受ける患者は増加しております。また、後発医薬品の使用促進もあって、薬剤の選択、残薬のチェックなど、薬局・薬剤師の薬剤管理・指導が重要であります。

まずは補足資料の4 ページに在宅医療における薬剤師の役割とアクションプランを書いてありますが、もちろん訪問看護ステーションとの連携等も踏まえながら進めていきたいということ。

7 ページには、居宅における薬剤管理の問題点と薬剤師による訪問指導の効果ということで、老人保健事業推進等補助金で研究したものでありますが、現在、潜在的な年間の飲み忘れ等の薬剤費の粗推計が約500億円と推計されます。これは薬剤師が関与することでほぼ400億円削減できるのではないかと推計も出ておりますので、薬剤師をもっと活用していただきたいということ。

補足資料の8 ページには、後発医薬品の使用状況の伸び、現在の状況で、数量ベースで28.7%、伸び率がプラス5.4%ということで、変更したきっかけの7割が薬剤師からの説明ということでもあります。ということで、地域包括ケア体制の中でも薬剤師の活用。

最後に2 枚目ではありますが、大きな3 番目として、チーム医療の推進において、薬剤師の業務の拡充と活用ということで、御承知のように24年度には薬学6年教育を修めた薬剤師が医療現場で活躍を始めております。また、厚生労働省における「チーム医療の推進に関する検討会」の報告書に基づいて、医政局長からも通達が出されておりますし、24年度診療報酬改定においては病棟薬剤業務に関する評価も新設されました。今後、先端医療など医療の高度化を踏まえ、薬剤師の一層の活用を促進していただきたいと思っております。以上であります。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、続きまして、日本看護協会から御発言をお願いいたします。

○坂本会長 日本看護協会の考え方を述べさせていただきます。まずは定着確保。2025年に向けて準備していくこととして、参考資料という資料がございますので見ていただければと思います。

まず、定着確保と看護職活用のための資質の向上について述べたいと思います。1ページでございますが、人材確保と医療従事者の有効活用、3つ目は、医療従事者の人材確保の中でも特に地域包括ケア・在宅医療について、訪問看護ステーションの活用といいますか、それを増やしていくということをお願いしたいと思います。

2ページをご覧ください。看護職の離職は現在でも大きな課題であります。まず2025年までに200万人必要と言われていますが、これを計算しますと年3.6万人の増加が必要となってきます。これは最低の数だと思っております。現状は年3万人増加していますが、このままでは不足する可能性があり、これをどのように増やしていくかということが課題であります。

1つは離職防止と復職促進になりますが、離職している内容は参考資料の5ページをご覧ください。入職してから7～10年ぐらいの間に一度にぐっとやめていきます。その後、退職時にやめていくというグラフを描いております。これに対してどのように食い止めるかということが大事だと思っております。

6ページ、なぜやめていくかということでございます。これはまだ女性がほとんどの職場でありまして男性は5%ですので、妊娠・出産・子育てが1つ。妊娠・出産・子育てをしながら、勤務時間が長い、超過勤務が多い、夜勤への負担が大きい、責任の重さ、いろんなことが入りましてやめていくということになります。この対応をどのようにしていくかということが大変重要なことだと思っております。

3ページをご覧ください。看護師の有効活用でございます。今、国の法制化に向けての検討が大詰めを迎えておりますが、看護師の役割拡大については、これからの医療提供体制の中で大きな課題であり、やっていかなければいけないと思っております。

どのようなことを今行っているかと申しますと、参考資料の11ページです。約200人弱がことしの3月までに養成試行事業で卒業したナースです。どのような結果が出ているかと申しますと、患者の状態に合わせてタイムリーな対応が可能になってきたことと、重症化予防が行われております。早期回復できたり、患者の負担軽減になってきているということです。

救急センターに搬送される患者の数が減ったとか、肺炎になっている患者が減ったとかというようなことも順次報告が上がっております。

患者さんの視点からすると、全体的に生活を見ての対応ということにおいては大変満足度が高いということも上がってきております。これを是非進めていただきたいということです。

最後になりますが、在宅医療・地域包括ケアのことをございます。これにつきましては、大体51万人の訪問看護の需要と2025年では言われていますが、これがもっと必要なのではないかと考えております。最低5万人の訪問看護職員が必要であります。現在、3万人です。これが今どのような状態かと申しますと、ほとんどが小規模で大変脆弱な状況で頑張っている状況であります。看護協会といたしましては、安定基盤で働けるような状況で訪問看護ステーションの大規模化を推進していただきたいと考えております。

そして、もう一つは、今までいろいろなところで訪問看護の人材についての確保対策が行われておりますが、一元的な検討体制を作っていただきたいと考えております。これが行われていきますと、恐らく訪問看護のほうに動いていくことと私たちは考えておりますので、是非ここをお願いしたいと思います。以上です。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、続きまして、全国老人福祉施設協議会から御発言をお願いいたします。

○中田会長 このような機会をいただきまして、ありがとうございます。全国老協は、全国各地の特別養護老人ホーム、軽費ケアハウス、デイサービスセンター、約1万2,000の施設事業所を会員とする組織団体でございます。

全国から寄せられる私どもの介護福祉現場の課題、介護人材が枯渇する中、2025年の要介護、要支援者755万人と、そのために必要とされる249万人の介護従事者の需給計画をどう求めていくかなど共通するものも少なからずある一方で、都市部と地方ではそれぞれ課題も異なっております。特に今後、後期高齢者が劇的に増加されると言われる都市部においては、介護基盤整備をどう進めていくかが深刻な問題として捉えているところでございます。

このような状況の中で、御存じのとおり、今、国は施設から在宅へ移行を促す内容の地域包括ケアシステムの実現を目指して、定期巡回・随時対応型訪問介護看護や複合型などの事業推進を奨励してございますけれども、全国津々浦々にこれを整備することは極めて難しいとの声が数多く寄せられているところでございます。

また現在、整備が進められている小規模な施設においては、経営面だけでなく、サービス提供面でも効率性が非常に悪く、人材面でもキャリアパスが描けずに、処遇や定着に多くの課題が指摘されているところでございます。

このようなことから全国老協は、地域を支える拠点施設として、介護保険制度導入以来さまざまな在宅サービスを併設するなど、多機能化を進め、高いケア力と包括的な高齢者の生活を支えるセーフティネット機能を持つ特養、老健、養護などの施設サービスを中核とする地域包括ケアを進めるべきとの考え方に立って、今、事業を推進しているところでございます。その1つが、根拠に基づくケアというか、科学的介護の実践と推進であります。認知症ケアの専門性の確立、原因疾患別のケアの確立あるいは口腔ケア、命にかかわるケアの立場から全施設の取り組み、あるいは看取りケア、既に40%の施設は取り組んでおりますけれども、それをさらにアップする。リハビリあるいは排泄の自立支援、おむつゼロを目指して今一生懸命取り組んでいるところでございます。

このような取り組みを全国の施設で実践しながら、高機能、多機能施設として、在宅生活を含む地域の介護不安を解消しながら、安心を作る地域包括ケアの拠点施設となるべく、今、頑張っているところでございます。今後、2025年に向けて、介護分野の課題も非常に多く、しかも地域による差異も顕著なことから、これまで高齢者福祉・介護を中心に地域の多様なニーズに応えてきた特養あるいは老健、養護等の介護施設のセーフティネット機能や、豊かなケアノウハウを地域包括ケアの実現に大いに活用されるべきだと考えているところでございます。以上、介護分野における私どもの考え方を述べさせていただきました。ありがとうございました。

○清家会長 ありがとうございました。それでは、最後に、民間介護事業推進委員会から御発言をお願いいたします。

○山本代表委員 それでは、恐れ入ります。民間介護事業推進委員会、聞きなれない言葉ではありますが、私どもの団体は国民に提供されている在宅介護サービスの約8割を私どもの所属団体が提供しているという民間の委員会です。協同組合、NPO、営利法人、これらで組織された団体であります。

私、代表委員の山本でございます。隣が代表委員の山際でございます。よろしく願いいたします。

それでは、タイトルにあります「社会保障制度改革における提言」ということで、副題としまして「～地域包括ケアシステム構築に向けて～」でございます。

「はじめに」の文章でございますが、2～3行目、地域包括ケアシステムについては、国がニーズあるいは財政面からも広く全国に構築していくべきだという考え方を示されてございますが、我々民間介護事業者も同様だと、

このことが非常に重要であるという認識でございます。

1 ページ目のその下のアンダーラインでございますが、医療制度、介護保険制度等さまざまなサービスを利用者の状態に合わせて、組み合わせて提供していく。在宅サービスの充実ということが、今、国が進める地域包括ケアシステムの構築上欠かせないものだという認識を私どもとして持っております。これらのことにつきまして、私どもがどのような考え方に立って、国を初めとする行政あるいは医療機関等と連携しながら財政上の制約がある中でどんな取り組みをしていくべきかという点につきまして、6つの切り口で整理して、提言という形でここに示させていただきます。

まず1点目でございますが、介護サービスの充実という切り口でございます。一番下から3行目、介護サービスを提供する上で、高齢者に安心を提供するというのが極めて重要だと思っております。その安心というのは何かというと、いつでも来てくれる、あるいは生活全般を支援してくれる。これらのことを提供することが多分解決すべき課題と、それが安心の提供だと私どもは考えております。

2 ページ目にいきまして、我々も民間の在宅事業者としては、1行目にありますが、これは今、課題となっている認知症の高齢者に非常に必要なことと考えておりますが、身近な事業所でなじみのスタッフで24時間365日ということが極めて重要だということでございます。

先ほど別の団体の話に出ましたが、定期巡回の随時対応型の訪問介護看護というサービスが平成24年からスタートしました。こういったことを推進していくことが非常に大事だろう。あわせて小規模多機能、小規模な事業所を身近なところで提供していく、こういったことが一層大事だろうと思っております。そういった介護事業を展開する中でなかなか人が集まらないということも言われています。そういう意味からしますと、祝祭日、切れ目のない夜間に至るまで、人材確保の財源的な措置もお願いしたいと考えております。

なお、介護保険制度事業につきましては、地方分権の推進という観点から、市町村への権限移譲というのが今進んでいるところです。それについては、国、県について自治体ごとのローカルルールが結構存在してございます。これについてなお一層の指導をお願いしたいという要請でございます。

2 ページ目の下の図につきましては、冒頭申し上げました、私どもの団体が8割のサービス提供をしているという図でございます。

3 ページの図のグラフでございます。こういった在宅サービスが大事だと言われる中で折れ線グラフでございますが、一番上の折れ線グラフが先ほど御発表がありました施設の特別養護老人ホームの給付額の伸び。2つ目がデイサービスの伸び。我々が一番地域包括ケアで重視すべきだと考えている訪

問関係のグラフが3つ目のグラフでございます。そういう意味からしますと、地域包括ケアを推進する上では、このグラフを伸ばしていく必要があるという考えが我々の考え方でございます。

2つ目の帯グラフでございますが、上が施設で、下が訪問介護で、最近、平成24年度スタートした定期巡回というのが真ん中でございます。何を申し上げたいかという、民間介護の在宅の分野であっても、新しい定期巡回、要は地域包括ケアシステムの核となる定期巡回サービスについては、通常のこれまでの訪問介護よりも重度、要介護4、5、いわゆる寝たきりの人たちのお世話ができるウエートがどんどん高まってきているというのがこの主張でございます。

3ページの下にいきまして「2 医療との連携」という点でございます。とりわけ地域包括ケアシステムについては医療との連携が欠かせないということで在宅医療の充実とあわせて、地域ケア会議等我々介護事業者との他職種の共同の体制が重要になってくるという認識でございます。

4ページ、介護の予防でございます。これにつきましては、アンダーラインがありますが、インフォーマルなサービス、すなわち、自治体、自治会だとかボランティア、そういった組織でございますが、インフォーマルなサービスの育成、それとインフォーマルの制度のサービスを連携させるような措置が極めて重要だと考えております。

「4 生活支援サービス」ということですが、その文章の2行目、見守り、配食、外出支援、言ってみれば中山間地域でもこんなことが大事だということで4番の2行目でございますが、生活支援サービスでございます。こういった見守り、配食、制度から離れた部分であります、一番下のアンダーラインにいきまして、市町村が行う日常生活総合支援事業について、これが非常に大事だと考えておりますが、こういった事業についても協同組合、NPO、株式会社、いろんな団体がありますが、一定の団体に偏ることのないような生活支援サービスの展開をお願いしたいと思っております。

5ページの上でございますが、市町村、とりわけ行政については、介護保険者の立場ということがありますが、政策立案をしっかりといただきたいというのが我々民間事業者からのお願いでございます。

国等につきましては、財政面・制度面の支援をお願いしたいということがあります。あわせて24時間365日のサービスということを考えますと、住まいの確保が欠かせない。重度になっても可能な限り在宅で暮らせるようにということで、ただ単に施設あるいは在宅ということだけでなく、介護サービスを受けられることが可能となる住まいを一層整備していく必要があるという認識であります。

最後、「6 人材確保と人材育成」でございます。その文章の3行目にありますが、100万人を超えるスタッフがさらに必要という統計が出てございます。そういう意味から、これから、我々4行目、5行目あたりにありますが、介護事業者の雇用管理あるいは組織経営の強化だけでは100万人の介護スタッフ確保は難しいと思っておりますので、一層の大体な労働環境の整備を国にお願いしたいと考えております。アンダーラインにありますが、我々としては量的なキャリアパスあるいは研修制度の充実、こういったことの取り組みをしていきたいと思っております。

6ページでございますが、この図については介護スタッフの国のほうの試算も出ておるところですが、こんなふうに100万人以上のスタッフが必要。今、有効求人倍率で1.72とありますとおり、非常に確保が難しい状況になってございます。

最後でございますが、そこにありますとおり、在宅サービスの充実・拡大をお願いしたいと思っております。

参考資料を1つ、2つ紹介したいと思えます。10ページ、縦横反対になって恐縮ですが、私が所属する農協、JAでございますが、助け合い組織を展開しております。上にあります4万人の助け合い組織、農家組合員は964万人いるわけでございますが、農家の主婦を中心にボランティア組織も組織しております。そういう農協がこんな組織、介護保険事業をしているという御紹介です。

とりわけ11ページの下の方、中山間地域での地域包括ケアシステムの展開ということで、これは熊本県の上益城という地域で農協だけで対応している事業でございますが、その図にありますとおり、配食センターから、要は元気高齢者の施設、ボランティア、通所・訪問、みとりに至るグループホームまで1万4,000人の高齢化率40%の山林の中山間地域でございますが、こういう場所であっても民間介護事業者で十分地域包括ケアシステムが展開できているということの図でございます。

12ページ、我々の所属団体の生協さんの活動状況でございます。上の図にありますとおり、50生協、110生協あるいは「くらしの助け合い活動」も展開するような団体も民間介護事業の中にあります。

13ページはNPOの展開の図です。地域包括支援センターに対応するように地域福祉民間センターを立ち上げて、地域包括ケアを確立していきたいというNPOの概念図でございます。

14ページにつきましては社協さんの図でございます。地方にあまねくある社協も我々の団体ということで御紹介申し上げます。

16～17ページでございますが、全国の介護事業者の協議会というのがあり

ますが、ここで訪問介護、定期巡回の概念図。

18ページ、東日本大震災の折に釜石のところで仮設のサポート拠点、我々民間事業者が展開してお役に立たせていただいたという概念図でございます。以上、長くなりましたが御報告でございます。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、議論に移りたいと思います。先ほど申しましたように、今日は積極的に議論を交わしてまいりたいと思っておりますので、そういう趣旨で是非御発言をお願いしたいと思います。では、永井先生、どうぞ。

○永井委員 病院団体の先生方にお聞きしたいのですが、結局医師の配置とか、あるいは地域における病院の配置、さらに機能分担というのをどう進めるか、診療報酬で誘導するのか、医療法の改正でいくのか、そのあたりのお考えをお聞かせいただけますでしょうか。

○清家会長 では、お願いいたします。

○堺会長 では、お答えいたします。診療報酬による誘導は過去ずっとやってきているわけです。2年に一度、診療報酬改定で経済的インセンティブを与えてやってきているのですけれども、なかなか難しいところがあると思うのです。ですから、診療報酬だけではなくて医療法の中で、例えば今やっているだけではないのですけれども、一般病床機能分化とか、そういうのを明確にやっていただいて、両輪でいくのが良いと思います。

行政にはマクロのデータがあるのですけれども、各地域のデータがないのです。需要と供給のバランスがなかなかわからない。それはないと言うのですが、実はあるのです。例えば地方厚生局、地域医療計画の中で各都道府県に毎年病院は出しているわけなのですけれども、そのデータが活用されていないと思うのです。ですから、それを突き合わせて、それを早急にやっていただいて、各地でどういう需要と供給のバランスがあるのかとわかれば、地域医療計画の中に盛り込むことができるのではないかと考えています。

○清家会長 ありがとうございます。大島先生、よろしく申し上げます。

○大島委員 医師の偏在について、分野の偏在、そして場所の偏在ということについては、恐らくどの方も誰も異論なくあり、非常に大きな問題であるということを行っています。しかもこれは1～2年の話ではなくて、10年、も

っと以前からそういう話をしています。先生もそれを指摘されました。偏在があるのならばそれを正せばいいのではないか。正せばいいことの正せない理由というのが当然あるわけですね。制度的な構造的な問題もありますし、余り具体的な名前を出すといろいろと差し障りがあるのでやめますが、制度上の大きな問題が1つあるのです。

もう一つは、いわゆる医療専門職能団体がどのような医療をどのように提供していくのかということとをきちんと社会に表明するというのは、職能団体以外誰もできない、どこもできない役割だと思ふのです。そこまでわかっていて何故といえれば良いのか、あるいはよくわかっていながらそれに対して積極的に職能団体がかかわってきたと私には思えないのです。それが一体なぜなのか、あるいは今非常に大変な時期に来ていると多分危機的な状況と見るか、ただ大変な状況と見るのかによって見方は大分違うかとは思いますが、腹をくくってやる時期にもし来ているのだとすれば一体どうしようとするのかです。そのところが必ずしも病院団体だけへの質問ではない。今日は、日本医師会の会長が見えていないので、日本医師会には特にお聞きしたいことではあるのですが、極端な言い方ですけれども、この問題を抜きにして日本の医療を語ることはできないと思っています。そこにおける職能団体の特に医師団体の役割と責任はものすごく大きいと思っていますのですが、いかがでしょうか。

○清家会長 では、病院団体、どうぞ。

○堺会長 まさに御指摘のとおりです。なかなかできなかつたので今こういう状況に来ているのだと思います。多分このままいけば、何もしないでいったら医療、特に病院医療に限ってお話ししますけれども、病院医療は崩壊してしまうと思います。そうしたらどこがやるかというのはいろいろ議論があると思うのですが、例えば少し兆しが見えていると思うのです。そういう中で例えば専門医制度をどうしようかというのを真剣に議論しています。

これまでですと、今おっしゃった大学を中心とした専門学会がなかなか議論の中に入ってこなかつたのですけれども、今度乗ってきていると思うのです。それを例えば専門団体だけではなくて国として、もちろん今やっていたいでいるわけなのですけれども、少し後押しするとか、支えるとかやっていたら良いと思うのです。

実は、専門医に関しましては、数年前に臨床研修制度、初期臨床研修医制度が始まったときに、その後は専門医制度だろうと議論したことがあります。しかしそれはプロフェッショナルオートノミーに任せるということになって

行政は表に出なかったわけです。その後の段階で医師の偏在、地域専門科偏在が問題になってようやく専門医制度の議論も進んできたと思うのです。ですから、それを国としてももう少し積極的に関わるのか、少しどこかでプッシュするのかをやっていただかないと。

○清家会長 堺会長、ありがとうございました。大島先生、どうぞ。

○大島委員 聞きなれたというのか、聞き飽きたと言っても良いぐらいのお答えだと思うのです。申しわけありませんが、専門職能団体として、今の状態を危機的だと唱えるのなら、偏在している医師をどういうふうに適正に配置するのか、あるいは適正に育てていくのかというのがなくて必要な医療を提供するという体制を組むというのは、理屈上どう考えても不可能だと思うのです。決して先生だけを責めているとかそういう話ではなくて、職能団体全体の非常に大きな責任で、しかも今高齢化がどんどん進んで疾病構造ががらがらと変わっているわけですね。疾病構造が変われば、それに取り組む分野の医師あるいはもちろん看護師、医療人全体がどういう適正な能力を持った人間を育てていかなければいけないのかということが当然の話ですね。そこが全然欠けているということに対して、どう専門職能団体として関わるのかということが今本当に重要な時期に来ているというふうに、私はそういう認識をしているのです。

○清家会長 堺会長、どうぞ。

○堺会長 我々も同じ認識なので、多分問題は今のままでも良いと思っている人が大分いらっしゃると思うのです。要は今の上では駄目だということを知ってもらわなければならないし、それをどうやってやるかという手法論もあると思うのですけれども、いろんな機会を見て言うしかないし、我々病院団体としてもそういう中で積極的に関わっていきたいと思っています。

○清家会長 ありがとうございました。では、遠藤委員、よろしくお願ひします。

○遠藤委員 関連で、山崎さんが先かな。

○山崎会長 追加の発言ですが、私は医師の偏在については、診療科の偏在とか地域偏在というのが従来からあったと思いますが、もっと大きい問題は、

病院勤務医と開業医の数のアンバランスだと思います。日本医師会は自由開業制を標榜して、全国どこでも開業をしていいということになっていましたが、結局都市部に医師が集中してしまっていて、地方の開業医が少なくなってしまうといった現象が起きています。殊に私の専門の精神科は心療内科の先生がものすごく増えて、精神科の病院の勤務医から心療内科のほうに行ってしまうわけです。したがって、そういうアンバランスな状態を考えると、自由開業制をこのまま続けるのか、あるいは病院のように地域医療計画をきちんと作って、その地域の人口対、循環器の専門医だったら何人、整形外科だったら何人という数を決めて保険医療機関として制限をかけていかなければ、この問題は解決していかないと考えています。

また自由開業制ともう一つ大きいのは、自由標榜制という問題があると思っています。というのは、現在、医師の免許を持っていけば、何科でも勝手に開業ができるわけです。そうすると、心療内科などで起こっている話というのは、眼科の先生が駅前のビルを借りて開業して心療内科を標榜するのが法律的には可能なのです。しかし、国民側の目線から考えると、自分がかかる先生の研修履歴が全然わからないわけです。したがって、クリニックの先生がどういう専門科で研修をしたかというのを国民サイドでわかるようにきちんと情報開示をする必要があると思っています。

もう一つは、病院の機能分化とも関連しているのですけれども、病院の人員配置基準とか構造基準とかというのは、実は昭和23年にGHQが作ったルールなのです。もう60年以上人員配置標準のままで縛られて、病院の配置、医師数とかそういうのを決められています。したがって、六十数年変わっていない。メジャーは変えるべき時期に来ているのではないかと思っています。

最後にもう一つ、東日本の大震災を中心にして東北地域がものすごく医療関係職種が少なくなって悲鳴を上げているわけですがけれども、かつてやっていた関係職種の試験を年2回やってほしい、つまり、春と秋です。医師の場合は、これだけ足りないと言っているのに春の試験で千何百人か落としています。落として放っておくのではなく、半年勉強した先生方にもう一回秋に国家試験を受験できるチャンスを作るべきだろうと思いますし、あと薬剤師も栄養士も全部試験を1回しかやっていません。看護師も昔のように年2回、国家試験を受験できるように再開してほしいと思います。以上です。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、遠藤委員、よろしく願います。

○遠藤委員 今、医師の偏在の問題で、専門医制度の話と診療所に対する規制

の話というのが出ましたものですから、それに関連してこういうことですかということで確認の意味も含めてまずお聞きしたいのです。専門医制度の確立と書いてあるわけですがけれども、十分な御説明がなくて、今のお話である程度わかるのですけれども、診療科と地域偏在の解消にどうつながるのかというところがまだはっきりしていないので、こんな理解でよろしいかどうかということを確認させていただきたい。

現状でも専門医というものはあるわけです。各団体が認定しています。ただし、これは広告可能ではあるけれども、それが診療報酬の対象になっているものも若干ありますけれども、多くはなっていない。地域別に専門医数の上限を国レベルで調整するというのもやっておりません。現状は専門医を持っていなくても別に医療行為はできますが、そういう中で、ご提案はもう少し違う形の専門医にするということだと思います。なぜ診療報酬の対象にしないかという理由の1つには、各学会が決めておりますから認定率もばらばらだし、要件も違っているということで、それとお金をリンクさせることはいかがなものかという議論があった。その辺を統一させる必要があるのではないかというのがあった。

診療報酬がつかないものですから、広告と昇進とかにしか使えないということであるとそれほどのインセンティブにならず、なかなかそれが社会的な地域偏在とか診療科偏在にはつながらなかった。今、それを少し共通の尺度で認定していこうという考え方や取組が進んでおりますね。そういうことを進めたいということが1つだということの確認です。

もう一つは、それが地域でどのぐらい必要なかという地域別のニーズを誰かが計算して、そして今度、そこに上限を決めるという。先ほど山崎会長の話にあったような話です。現状は地域別に上限を決めているのは病床だけです。それをマンパワーにも上限を決める。さらにそれも専門医の地域別上限を決めることにする。しかも専門医をとらないとそれなりの報酬がもらえないというようにすればみんな専門医をとることになる。そういう形でコントロールしていく。そうすればきっと地域偏在と診療科偏在はなくなるだろうというご提案であるという理解でよろしいのかどうかということをもまず確認させていただきたい。

○清家会長 では、堺会長、どうぞ。

○堺会長 概ね良いと思います。ただ、難しいのは、上限を決めることについて言うのは簡単ですがけれども、かなりの反対があると思われれます。それは何とかしなければならぬのですけれども、問題はどうやって専門医制度を評

価値するかどうかと思うのです。日本というのは1つだけ決めてしまって、病院については施設基準ということでストラクチャーの評価がありますね。だから、プロセス、アウトカムまでいけるかどうかです。例えば専門医になって、私は脳外科なのですが、年間どのぐらい手術をやっているか、その成績がどうかというのはどこかに本当は報告する必要があると思うのですけれども、定期的に評価は必要だと思うのです。それを見える化しないとだめなので、そうすると、例えば脳動脈瘤の手術を年間に1例しかやらない人と10例しかやらない人、患者さんはどちらに行きたいかは明白だと思うのです。そういう情報がなかなかないので、そういう形の報告制度をやるかどうか決めなければならないと思います。

結局地域によって違うので、上限を決める場合でも、何を基準にして上限を決めたかというのをはっきりわかるようにしておけば説得力はあると思います。大方先生がおっしゃったことで良いとは思いますが。

○遠藤委員 それに関連いたしまして、マンパワーに何らかの上限を決めるというのはこれまでの規制のあり方としてやってきていない。病院の病床数の規制はやってまいりましたから、その延長上ということで診療所についても地域の上限を設けるという話ですけれども、診療所の場合は、マンパワーに上限を決めることと、一人診療所の場合はほぼ類似しているところがあるわけで、マンパワーの地域上限枠の設定に踏み込むことになる。そこら辺はなかなか難しいところがあると思いますけれども、1つの考え方ではあるとは思いますが、四病協としてこういうお考え、すなわち診療所にも地域の上限を決めるということは共通してお持ちなのかどうか。

○堺会長 温度差はあると思いますけれども、大体病院だけというのはおかしかなという認識はあると思います。ただ、面と向かってそれを俎上にのせて議論したことは余りないのでなかなか難しいところで、結局相手のいるところですから、我々病院団体だけで議論してもなかなか難しいところがあるという気はします。

○遠藤委員 わかりました。ありがとうございました。

○清家会長 ほかにありますか。西沢委員、どうぞ。

○西沢委員 関連で、私はこの四病院団体協議会さんの資料、なるほどなと思って拝見していたのですが、説明はされなかったのですが、資料の3

ページで日本とカナダの比較をされていまして、それぞれ2つの病院を医師数、看護師数など比較していまして、これを見ると、日本の病院の病床当たりの医師数が非常に少なく、看護師数が少なく、そういった資料が日本の病院のマンパワー増強の論拠になっていると思うのです。

私、いろいろ話を聞きますと、日本の病院の先生は入院だけではなくて外来の患者さんを診たり、あるいは研究をしたり、院長さんであればマネジメントしたりというようなスーパーマン的にいろんなことをされていると聞くのです。一方で、今、社会保障全体で議論になっている機能分化ということで、例えば病院の先生であれば、今、先生がおっしゃったように手術、症例をいっぱいこなして専門医に特化していくなどという話だと思うのですけれども、例えばカナダを例に出されたのは、恐らくカナダがある程度理想的だということを出されたと思うのですが、日本のお医者さんは今申し上げたようなスーパーマン的なマルチな業務をしていけば、忙しくなるのは当然だと思うのですが、それが正しいのかと、カナダのお医者さんたちがどういうパフォーマンスをしているのかといったことを教えていただきたいです。

加えて、資料の後のほうに病診連携が大事だということ、これは1つの解だと思うのですけれども、書かれたと思うのです。ですので、診療所でやられていることは、カナダはプライマリケアが発達していると聞いてはいますが、診療所のお医者さんに関しては初診といいますか、病状診断、地域で診てもらって、機能を分化して病院のほうでは入院ですとかを機能を特化していくということなのだと思います。そういうのを確認したい。

そのときに方法としては皆様のほうでは医療法の改正、診療報酬という話もありましたけれども、例えば病院の皆様のほうでも合併したり、企業で合併したりして利益を追求したりしますけれども、そういった方法ですとか、あるいは保険者の役割も本当はあると思うのです。お金を出している側なので、保険者の役割といったものももっとないのかといったことも聞きたいと思います。

○清家会長 では、堺先生、どうぞ。

○堺会長 多岐にわたっているのですべてのお答えになるかどうかわかりませんが、現在、日本でやられている比較というのは、たとえば対OECDということで、すごくマクロですね。足して割るという形で実際の現場のことはわからない状況です。あえてここを出したのは、日本のある地域、静岡県なのですけれども、カナダのオンタリオ州、大体似ている環境で、ミクロの比較をしてみたのです。

そうすると、圧倒的にカナダのほうがマンパワーも良いように思えるし在院日数も短いです。しかし、例えば再入院率を見ますと、カナダでは一度退院させておいてまた入院してくるのです。それはいかがなものかと思うし、日本の場合は急性期病院といっても忙しい急性期のところとその後の期間があるので、少し機能的に薄まっているところがあるのです。それをどういふふうに判断するかなかなか難しいと思うのです。一概に在院日数が短いほうが良いというのか、計画的な再入院が嫌だったら少し長くてもいいのか。それは国民が決めることであって、在院日数を短くすると医療費が下がるとか、単純な計算ではないと思うのです。そこまで考慮するとなかなか難しくなってくるので、ですから、カナダのやり方は機能分化ができていて効率が良いと一概に言えるのかどうかなのです。それは私としては問題提起なのですけれども、国民としてそれが良いということになればそういう形でどんどん在院日数を減らす方向に行くと思います。ただ、在院日数を減らせば患者さんはどこかに行かなければならないのですから、後方病院といいますが、後方というのはよくない表現なのですけれども、その整備が必要なので、両方の整備が相まって全体の流れがスムーズになるわけです。

病診連携の話になりましたけれども、日本ではお子さんがいるお母さんというのは土曜日の夜、救急室に発熱で来るわけです。当直の内科の先生が診ると、私の子供をなぜ内科が診るのだ、専門医に診てほしいということはよくあることです。そうではなくて、ふだんから、いわゆるかかりつけ医というのはあるわけなのですけれども、そういう形のシステムを作っておかなければならないので、例えば夜間救急やウォークイン・クリニックと言われますけれども、そういう国民のコンセンサスを得て、行政としてもしっかりした目標を定めて患者さんの流れを作る必要があると思います。合併の話については一概には言えないと思います。

○清家会長 では、大日向委員、どうぞ。

○大日向委員 ありがとうございます。看護協会の坂本会長にお尋ねしたいのですが、私がこれからお尋ねしたいことは、先ほど、大島委員がお尋ねになったことと同じ趣旨です。看護職の方の離職が非常に大きい。その理由が妊娠・出産・結婚・子育てにあるということで、大変厳しい勤務の実態をデータでお示しくださっています。

看護職の方が医療の現場の最前線で医師と一緒に本当に過酷な勤務をしてらっしゃることはよく承知しております。この厳しい勤務状況を改善しない限り離職防止はできないと書いておられますけれども、具体的にどうしたらよい

のでしょうか。こういう看護職の方がおかれている厳しい状況から見て、先ほど大島委員がお尋ねになったような医療提供体制の改善について御提言は何かありますでしょうか。

○清家会長 では、坂本会長、お願いいたします。

○坂本会長 数的な問題と質的な問題と2つあると思うのです。

1つは、数的な問題は御存じだと思いますけれども、やはり女性が多いということと子供を育てなければいけないということと、夜勤があるということとを考えると、労働環境はきちっと整えていくべきだと思っております。少し動きがあったときから、離職率が下がって来始めました。労働環境を整える事業を2007年あたりからやり始めているのですけれども、新人看護職員の研修も始まりまして、少し下がっています。

もう一つは、看護師が大変忙しい状況であるならばということですが、どのように労働環境を整えるかというのは、前回の診療報酬改定では看護補助者さんたちに病院の中に入れていただくということも始まりまして、それについても良い結果が出ていると思います。ただ、看護師は看護のことしかできませんし、看護のことはほかの人ができない状況もありますので、役割分担も少し見直さなければ、簡単にぽんぽんといけるわけではなくて、今、ガイドラインをつくりながら、一緒になってやっていくということもやっています。

○大日向委員 ちょっとだけよろしいですか。ありがとうございます。私がお尋ねしたかったのは、先ほどの堺会長と大島委員とのお話を伺って、もう医療というのは1病院1施設で全てを賄うことができなくて、地域計画のもとで機能分化し連携を図って効率的にやっていくべきだというようなことで一致していらしたと思うのですが、そのあたりを看護の現場の観点から御提言いただけたらありがたいかなと思います。現状の厳しい状況を改善するためにも、医療体制の在り方について何かお考えになっておられたらと思ってお尋ねしたことでございました。

○坂本会長 わかりました。この3ページ、私たちが提供させていただいた在宅のこと、今までナースの85%が病院・診療所に就業していました。今度、看護協会も考えて、在宅をベースにしながら医療をするということにシフトしていこうということが1つ、急性期病院、病院はもちろん必要ですけれども、今、在宅に働くナースをどのように増やしていくかということ行ってい

ます。

そういう意味では、病院だけではなくて、在宅のほうにシフトしながら病院と連携するという考え方で進めております。

○清家会長 よろしゅうございますか。それでは、ほかに御意見ございますか。今村先生、どうぞ。

○今村副会長 すみません、陪席をしている人間が申し上げるのも何かと思えますけれども、先ほど大島先生からも医師会という言葉がございましたし、診療所というお話が先ほどから挙がっておりますので、次回以降に会長が医師会の考え方をきちんと申し上げますけれども、今日、お話を伺った時点で私が申し上げられることとお話ししたいと思っております。

地域における診療所の適正な配置ということについては、従来、適正配置ということで地域の医師会がある一定の距離の中にその診療科は認めないというような時期があったように伺っております。しかしながら、それは民間の一団体がそういった職業選択の自由を制限することはまかりならぬという独禁法にかかるということで、今、自由に開業が許されているということでありまして、私どもも本当にある地域に同じような診療科が、ただターミナルがあるからだとか、人が多いということで集まってくることをよしとは全くしておりません。そのためにどういった解決法があるかということについては、日本医師会も今後提言をしていかなければいけないと思っております。

これは医師会の中でまだきちんと意見が集約された話ではないので、あくまで内部で少しそういう話が出ているということだけ申し上げたいと思えますけれども、やはり1つの団体に、例えば地域医療を行う医師は全て加入するというような組織がなければいけないと思っております。現在、日本の中で医師の団体として世界医師会で唯一認められているのが日本医師会であって、日本医師会は医療機関の団体ではありません。いろいろな立場の医師が参加している団体です。少なくとも都道府県の中で地域医療にかかわる医師は、私どもは医師会に加入していただきたいと思っております。全ての医師が加入することによって、行政とその地域住民の声を聞いて、この地域にはこういった医師がこれだけ必要なのではないかとということが初めて言えるのではないのでしょうか。

そうでなければ、医師会がそういった偏在のこと、あるいは適正配置というようなことを言えば、自分たちの既得権益を守るためにそういうことを言っているのだと誤解されてしまうと考えています。何らかの形でそういった形ができるように私どもも努力していきたいと思っております。

医療連携について、特に病診連携につきましては、病院が入院医療だけできちんとなりたっていくような診療報酬になっていただかなければいけないと思います。これはもう医療連携、病診連携などという話は、私が医師会に入った20年前からずっとお題目のように言われていて、全く進歩していません。しかしながら、これは本当に個人的な体験で恐縮ですけれども、うちの近くにある大病院の先生が、自分の患者を全て地域にかかりつけ医を持ってもらうということで逆紹介しました。そのことによって、実はその科の患者さんが減ったかという、逆にどんどん地域の先生から紹介が来て、非常に医療連携が活発になりました。これは診療所の側から、医師会の側からいくら医療連携を進めろと言っても、病院側の先生たちがそういう意識を持って患者さんに地域のかかりつけ医を持ってほしいということを行わない限り進展しません。私は2人主治医制、これは高齢者の医療においては、かかりつけ医と病院の専門医が2人で連携しながら医療を行っていき、通常の予防接種であるとか日常診療はかかりつけ医がして、1年に1回フォローアップを病院の医師がするというような形で医療連携を進めていけばどんどん進んでいくのではないかなと思っています。すみません、大変長くなりました。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、遠藤委員、よろしく申し上げます。

○遠藤委員 日看協の坂本会長にお聞きしたいのですが、その前に診療所の規制の話が出たものですから、関連してちょっとだけ意見を述べさせていただきます。診療所ではなくて、現在、病床の規制はしているわけです。先ほど独禁法との絡みの話がありましたけれども、独禁法と関係なくても規制改革を推進させようとする人たちからは病床規制というのは既得権益の温存だと、新規参入をさせないことになるのだというような意見が一方であるということも事実です。これは良い悪いを言うのではなくて単なる予想を申し上げるだけですけれども、今後もし診療所に厳密に人口当たりの数量規制を加えた場合には、東京の診療所のドクターは年配の人ばかりというような状態になるとか、そういうようなことも考えなければいけないということです。ただし、私は基本的に計画的に配置する規制はある程度やむを得ないという印象は持っております。診療所に対して上限規制ということではないですが。

さて、日看協にお伺いしたいと思います。2ページに書かれておりますように、今後看護職は足りなくなるだろうということでもいろいろ御努力をされているということです。前回のこの会議でも社会保障・税一体改革のシミュレーションが出されまして、介護職ほどではないけれども、看護職も相当増

加しなければいけないという状態でした。その実現可能性がどのくらいあるのかということでお尋ねしたいわけです。ここに書かれておりますのは、離職率を下げ、離職を減らし、一方で潜在看護師を顕在化するという復職支援だということやっていきたいということですが、これはこれまでも随分やっていたと思うのです。そういう中で、本当に目標達成ができるのだろうかという問題が1つ。

もう一点は、新規育成ということについては日看協としてはどうお考えになるか。つまり、定員拡大ですね。医師などの場合は定員拡大という議論があるわけですが、それは日本看護協会としてはどういう考え方をお持ちなのかということも含めてお聞きしたいと思います。以上でございます。

○清家会長 では、坂本会長、お願いいたします。

○坂本会長 先生は、看護協会は例えばやってきたらとおっしゃるのですが、実はやってきたのは最近で、それまでは復職支援をすごくやってきました。辞めた人を何とかして戻せないかということをやってきたのですが、実は辞めて戻ってくるというのは華々しい効果が出なかったもので、ふっと振り返ってみると、辞めないことへの対応をしなければいけない、対策をどうするのかということに6年ぐらい前からやり始めて、辞めない状況をどう作っていくかということにシフトを少し変えつつ対策をやり始めた。

その効果は、参考資料の図の中にありますが、2007年あたりからの効果は出ているということです。しかし、これをずっとやってそれだけで良いのかということですが、労働環境はぐるぐる回りといいますか、今日は四病院団体協議会の先生方もおいでになっていると思いますが、必要なナースが欲しいけれども、やめていくので残っている人たちが大変負担になってきてまたやめていくというのを繰り返すので、その点をどこかで止めなければいけない。そこでワーク・ライフ・バランスや、今、厚労省が取りかかっていたいろいろな労働環境の改善を病院経営者と医師会ももちろんそうですし、病院団体も都道府県看護協会も全員が挙げて支援をしていこうという取り組みが始まったばかりです。恐らくこれは感触を伺っていると、管理者をサポートしていく方法なので効果は出ていると思います。

新卒者ですけれども、大学が今208校に急激に増えてきております。この大学が増えてきていることを看護協会は良いと思っておりまして、大学をきちんと増やして行って、辞めない人材を作っていくと考えております。

○清家会長 ありがとうございます。大島委員、どうぞ。

○大島委員 今、皆さん方のお話を伺っていて、各論の部分に触れ始めると既に法律があって何ともしがたいとか、あるいは意見を出せば厳しい反対意見がたくさん出てきて何ともできない、相当な厳しい意見が出てくるだろう、あるいは1つの団体だけで何かやろうと思ってもいかんともしがたいとか、要するに何か具体的な話になるとそういう御意見が必ずついて、全てと言っているわけではないですが、出てくる。

では、今、置かれている状態が一体どういう状況なのかということですが。私は最初にも少し触れましたけれども、このままいくと国の社会保障制度そのものが危ないという前提に立って、私はそういう理解をしているものですから、こういう国民会議が開かれたというのはそういうことなのだという理解をしているのです。

そうすると、次に何かどうするかという、ほとんどの方は御提案のように問題の構造をきちんと捉えていますから、それをひっくり返せば解決の提案になるのだろうと思いますが、そこまでは踏み込まない。その話になるとむしろ難しい話ばかりが出てきて、だめだだめだと聞こえてくるのです。これは一体どういうことなのか。結局やる気がないのかと。非常に大雑把な言い方をすると、答えはもうほとんど出ているにもかかわらず結局はできないのだと、いろんな要因が重なってできないのだということを皆さん言いたいのかと邪推までしてしまうのですが、大久保会長は全然お話しされていますが、大久保会長の最初のページを見て、一番冒頭に「国家と国民の責務」と書かれているのです。これは私非常に感動いたしました。全体のお話しされたことも、もちろん歯科医療という専門職能団体のお立場から何ができるのかということも触れられていますが、これからの日本の動向とその中における専門職能団体の位置づけというのを本当に短い時間に見事に表現されたのかなと思います。今の御議論を聞いていてどういうふうにお考えなのか、御意見をお伺いしたいと思います。

○清家会長 では、大久保会長、お願いいたします。

○大久保会長 実は歯科というのは98%ぐらい開業医です。病院歯科というのは極めて小さくて、なおかつどんどん縮小傾向にありますので、大変大きな危機感は、病院に入院している患者さんの口の中を誰が診るのか。実は病院なので、なかなか歯科医師がそこに在宅という形で行けない。ここをきちんとしないと、先ほどがんセンターの例も申し上げましたけれども、とにかく人間は食べると必ずさまざまな問題が起きます。しかし、食べられなければ

生きられない。この矛盾を私どもは抱えながらどのような形で医療連携を進めていくか、そこが大変大きな問題だと思っています。

医療連携というのは、言葉は先ほど今村先生がおっしゃっていましたが、カテゴリーは随分昔からありました。私どもが実際に医療連携を進めていこうとするときの大きな垣根は、それぞれ専門家が集まってその専門家が垣根を越えて手を結ぶということの難しさです。私はいつも言うのですが、ベルリンの壁は作るなど。それは相手からこちらに来させない、こちらも向こうに行かないような壁を作ったら、これは医療連携などできっこない。かといって、自分がここの部分は自分の専門職だという竹垣みたいな、つまり、向こうもこちらも見えて、必要だったらこちら側も少し入っていく、向こうもこちらに入ってくる、そこだけを結べるような状況を専門職としてまず自分たちのあり方を決めておこうと。そして、その上で、どこでどう手をつなげるかということを探る、それが私は医療連携の本来であり、同時に、今専門化してしまった医療の中で、それしか1人の患者さんを医療全体で支えていくことは不可能なのだ。

したがって、正直申し上げて、私どもの歯科は極めて単純化していて、歯科医療しかしないということでもありますから、非常にわかりやすい部分を持っているのですけれども、その専門家がそれぞれ専門の垣根を持ちながら、なおかつそれを越えて手を結ぶという状況をどう作っていくのかというのが、先ほど私は「国家と国民の責務」と言いましたが、実はここに書かなかった医療提供者の最大の責務はそこにあると思っています。

そのために本当に心を開いて、今でも少しずつ始まっていますけれども、それぞれの専門職の垣根を持ちながら、その垣根をどう超えるかという努力をしないと、大島先生のお言葉を借りれば、社会保障制度はまさに崩壊するし、国民の医療は守れないと思っています。

○清家会長 塚会長、お願いします。

○塚会長 大島委員のおっしゃっているのは全くそのとおりなのですが、問題は、結局なぜこういう国民会議があるかというのは、現場ではなかなか物事を決めかねているからだと思っています。いろんな意見があるし、いろんな思惑があるので、それは事実なので、それをやめてしまえというのはなかなか難しいと思います。だからこそ我々はここに来て意見を言っているわけですから、しっかりした指導性を誰が出すのかということなのです。それは医療現場が出すのか。もちろん、意見は言いますが、全体を鑑みて、例えば急性期医療、在院日数を短くするのだったら、私などは慢性期医療も

しっかり整備してくださいよとお願いするわけではないですか。そうすると、しっかりした指導力、リーダーシップを発揮していただくのは、この国民会議だと思うのです。

もし、大島先生が医療現場、我々にどうこう決めてくれとおっしゃるのだったら、それはなかなか難しいのは過去数十年の歴史が物語っているのです、その辺を御理解いただければと思うのです。

○清家会長 今村先生、どうぞ。

○今村副会長 大島先生が非常に医療現場に対して御不満があるというのはよくわかりましたけれども、先生も在宅医療連携拠点事業の全国的な展開を今ご覧になって御発言されており、これはメディアを通してですけれども、医師会と国が本気になってやる気になればこんなに進むのだということを改めて認識したとおっしゃっていただいているわけなのです。ですから、先生も私どもとして同じ職業をされているわけで、現場は一生懸命やっている人たちがたくさんいるのです。だけれども、それがなかなかシステムとしてうまく機能しなかったりしているという現状もあります。ですから、是非ともこういう形で頑張れという応援を逆にさせていただきたいと思うのです。我々はやれと言われたことについて何も後ろ向きに逃げる気はありませんし、やらなければいけないことはやっていきたいと思っています。

先ほど申し上げたような、あるいは先ほど偏在の話もありましたけれども、課題は今、塚先生もおっしゃったようにいろんな課題があるわけです。ですから、我々だけで何かをやろうと言ってできるのだったら、こんな簡単なことはないわけで、私ども医師がそのまますぐ実現できないいろいろなハードルがあるからこそみんなで話し合っただけでやっていこうということで、医科と歯科の連携だって今は物すごく進んでいるのです。

ですから、そういう意味で、チーム医療も一步一步、そのスピードは先生から見たら遅いと思われるかもしれないけれども、是非とも応援の立場でいろいろやっていただければありがたいと思っています。

○清家会長 ありがとうございます。大島委員、どうぞ。

○大島委員 私も医者をして40年以上、現場で30年以上やってきた人間ですから、先生が御指摘されることはもう言われるまでもなくよくわかり切っています。わかり切った上で今の状態というのは相当に危ないということで、それこそ今お話の中で触れられた、やる気もあるし、やるつもりだという言葉をお伺

いしたかったのです。ネガティブ要因を挙げたら本当に切りがないと思います。しかし、もうそういう時期ではないと思うのです。ですから、もちろん職能団体は腹をくくって前に進む。国ももちろんそれを全面的に支援するというのか、全体で総力戦のような形でもってやっていくという形をとらない限り、今の問題は多分クリアできないのではないかと私は思っています。

○清家会長 ありがとうございます。権丈委員、どうぞ。

○権丈委員 フリーアクセスについて質問させてください。この国はフリーアクセスを持っておりまして、これは非常に価値のあるルールだと思います。ただ、価値はあるけれども、メリットもあるけれども、デメリットもやはりあるのです。先ほどの病診連携のところも大きく関わってくるわけですが、このままフリーアクセスを続けることができるのか、あるいは続けようとする、外来の数が国際比較をしても圧倒的に多すぎるというようなこととか、患者の大病院志向というのは問題があるのではないかとというような問題、弱点があると突かれます。そうした弱点をどんどん突かていって、大元のフリーアクセスそのものが危なくなってくる可能性が出てくるのです。

そういうときにフリーアクセスを皆さんどういうふうにご考えられているのか、このまま今の状態で続けるべきと考えられているのか、幾つかの改善点を考えられた上でこの制度を守るべきだと考えられているのか。それとも、もうフリーアクセスというのは無理があるのではないかと、そこで初めの医師の教育のところから変えていく必要があるのではなかろうかというところをどのように考えられているのか、アイデアを貸していただければと思うのです。この件に関して発言しておきたいとおっしゃられる団体がございましたら、よろしく願いいたします。

○清家会長 では、堺会長、お願いします。

○堺会長 フリーアクセスというのはいま世界に冠たるシステムであるのです。例えば国会議員の方でもイギリスにいらして足をけがして手術をやらしてもらえないとかいろいろあったということを伺いますけれども、そういう意味では良いのですけれども、問題は、日本はフリーアクセスしか今まで経験していないですね。ですから、これでやめてしまうのかというと、なかなかすぐそうだと言えないところがあると思うのです。そうすると、ある程度今先生がおっしゃったように段階を経て、それだったらこういう手立てをやってみよう、次にこの手立てをやってみようとして、それだからこう

という結論に行く必要があると思うのです。ですから、例えば先ほど私が申し上げたのは、ゲートキーパーというとおかしいですけども、最初の入口は診療所の先生、あるいはかかりつけで良いと思うのです。そこでキャッチボールすればかなり良いと思うのです。

夜間救急もウォークイン・クリニックのようなことはやめてほしいというのがあるので、そういうところを一挙に解決するのはなかなか難しいので、あるカテゴリーを決めて、今回はこのことをやってみよう、それで評価しよう、次はこうとやっていかないと、いきなり今の状況はよくないからフリーアクセスをやめようという議論にはなかなかかなりにくいのではないかと思います。

○清家会長 では、山崎先生、お願いします。

○山崎会長 フリーアクセスの話ですが、一般診療を含めてかなりの診療所が9時5時に特化した診療をしているので、24時間のフリーアクセスというのは完全に壊れていると思っています。

精神科に特化して言えば、また心療内科は9時5時の診療ですから、そうすると精神科の患者さんは大体が混乱してリストカットをすとか大量服薬するというのは大体準夜帯なのです。そうすると、準夜帯に本来自分のかかりつけ医に連絡がつかないという診療機能自体がおかしいのであって、そうすると結局その患者さんは病院に来るようになって、病院の外来がどんどん増えていくという形になってしまうわけです。したがって、少なくともこれは診療報酬上で考えていただきたいのですけれども、かかりつけ医と称するのだったら、午後10時ぐらいまでは患者さんが自分のかかりつけ医に連絡がつくような縛りというか、あるいは診療報酬中の優遇策とかそういうのをつけてくれなければフリーアクセスの不備というのは改善していかないと思います。

○清家会長 では、今村先生。

○今村副会長 私ばかり申し上げて恐縮なのですけれども、同じ医療界で意見の齟齬が出ると困るのですけれども、今、山崎先生のほうから、診療所は9時5時だという御発言がありました。中にはそういう先生もいらっしゃるかもしれませんが、非常に遅い時間までやっている先生もたくさんいらっしゃいます。特に関西方面では夜診といって夜の10時までやっておられるようなのが常識にもなっているわけで、9時5時については一部にそういうとこ

ろがあるかもしれないという御理解をしておいていただきたいと思います。

フリーアクセスにつきましては、やはり日本の医療の最大の利点であるとは思いますが、それが権丈先生おっしゃるようないろいろな問題点が生じているのは間違いないと思います。私は強制的にゲートキーパーでここを通らなければ次にいけないというようながちりしたものではないと思います。やはり国民にどうやって今の日本の医療を理解していただくか、医療の優れた、実は日本の国民というのは、OECDからこれだけ高評価を受けているということを知りません。自分の健康度は悪いと国民自身が思っているというのは、世界のOECDの先進国の中で日本だけなのです。ずっとこういう状態が続いています。まず国民に日本の医療の状況をよく理解していただくという啓発は我々もしていくし、国にもしていただきたいと思っています。そういう中で、緩やかなゲートキーパーの機能というものをかかりつけ医が持って、必要なときにはきちんと最終的に必要な医療につながるという意味でのフリーアクセスというものがきちんと維持できていければ良いのではないかと考えています。

○清家会長 ありがとうございます。では、堺先生、大久保先生。

○堺会長 病診連携に関連してですけれども、例えば確かに9時5時の先生もいらっしゃると思うのですが、市によって、地域によっては医師会が非常に頑張っているところがあるのです。具体的にいいますと、例えば私の出身である浜松などは医師会の夜間救急室が非常に頑張っていて、4～5年前に小児科不足、医師不足があったときに、小児科医会が集まって夜間診療をやる決めてくれたのです。それを医師会も広報で市民にPRして行った結果、私どもの病院などは夜間の緊急ではない患者さんの受診が随分減ったのです。当院の小児科医師の負担軽減に繋がりました。

問題は何が良い、何が悪いではなくて、そういうときにどういうことができるかというシステムとしてつくれば良いと思うのです。例えば浜松ではできたのですけれども、できない地域もあると思うので、それだったらどういうことをやるか。そういうことを一つ一つきっちりやっていかなければならないので、それをやらないで全てだめだという議論にはならないので、今の状態の中でも改善の方策は幾つかあるのではないかと感じがしております。

○清家会長 ありがとうございます。大久保先生、お待たせしました。

○大久保会長 基本的には今村先生と同じ考えなのですが、フリーアクセスは極めて大事な我が国の国民皆保険の土台になっていると思います。ただ、権丈先生が御心配されているのだと思いますが、今のままで本当にフリーアクセスをこのまま守れるのかという点が大変難しい点がある。ただ、それが今村先生と同じなのですが、余りにも強制的な方法で規制をかけると、ただし私は規制が全く必要ないとは言っていないので、ドアが自由に開くためには蝶番が壁に留められていなければならないという言葉のように、規制は制度を維持するために最低限必要だと思えますけれども、ドアを自由に開け閉めするためにフリーアクセスを外側から決めるというのもたしかに一つの方法ではありますが、我々医療担当者が例えば診療所の役割、病院の役割、それより地域の中で、医療界の内部でしっかり議論して、自分たちの役割分担として決めていくという方法を作っていないと、フリーアクセスをこのまま本当に継続できるのかということについては、危機感はあることはあります。それは我々がその努力をすべきだという部分も必要なのだと思います。

○清家会長 ありがとうございます。遠藤委員、どうぞ。

○遠藤委員 フリーアクセスの話なので一言。我が国のフリーアクセスが維持できないというような議論がよくあって、少しずつ変えていくべきだという議論があるわけですが、実はそういうことをずっとやってきているわけです。診療報酬上、今は紹介状を持たずに一定以上の大きさの病院に行った場合の初診料は、選定療養でその病院が決める値段で取れるわけです。そういう意味ではフリーアクセスに一定のバリアーをかけているわけです。自己負担を増やすという形です。24年度改定からは、さらに病院全体で紹介状を持ってくる患者の割合が低い場合には診療報酬を引き下げるというようなことまでやって、病院のほうにもできるだけ逆紹介も含めた形でさばいてもらおうというようなインセンティブを与えるということはやっているわけです。

極端な例はNHS方式のような紹介状を持ってこなかった患者は100%自己負担というものです。フリーアクセスの制限といっても結局自己負担割合の問題だと思います。日本でも実際にはそれを少しずつやっている。ただし、それが十分ではないというのならば十分でないのかもしれないかもしれませんが。そういう意味でフリーアクセスの制限とはバリアーを少しずつ高くしていくことだと思います。何かフリーアクセスとそうでないものが不連続に存在するというものではないということを一言申し上げたわけです。

○清家会長 ありがとうございます。では、榊原委員、よろしく申し上げます。

○榊原委員 私、医療の専門ではない者ですが、それでもこうした問題を取材してきた中で、何度も検討課題に上がっているものがなかなか結論を出せない状況をずっと見てきました。

四病院団体協議会がまとめてくださったペーパーの中で、6ページのあたりに非常によく課題が整理されているなど思いながら拝見しました。今も議論のあったフリーアクセスとかホームドクター制のことなど、もうこれは結論を出す段階に来ているのではないか。今、皆さんの御議論を伺っても、進める方向で、現場の混乱や患者側の混乱を避けるための配慮はしながら、進めていけば良いのではないかと思うのですが、その点でお気づきになることがあったらもう少しご意見を伺っておきたいということが一つです。

それともう一つ、特に国民の側から見たときに、医療の専門家たちが持っている情報がなかなか見えないという問題がずっとあります。この○の4つ目に出ている見える化の問題のところにもかかわっていると思います。

例えば、医療機関の自由標榜制のことも触れておられましたけれども、どのお医者様が本来どの専門で、どれぐらいの熟練した経験をお持ちなのかということすらわかりにくい。また自分たちのデータであるはずの診療データというものがどこでどう管理されてどう活用されているのかがなかなかわからない。そういったことは、IT化が進んでいる時代なので、これも結論を出してもらいたい段階だろうと思います。見える化を進めていくとき、データの有効活用を進める際には、医療機関の情報開示とかカルテの電子化などではこれまで医師の側から懸念が示されていたと思いますので、早急に進めていくときに配慮すべき点があるなら伺っておきたいなと思います。

もう一点、看護協会の方から提起がありました特定行為を行う看護師の件です。海外ではナース・プラクティショナーという形で活用が進んでいるという話も聞くのですけれども、日本のように患者に高齢者が増え、慢性疾患の方が増えているときには、これだけ医師不足もあるわけで、看護職の中で医療行為にもかかわるようなことができる専門的な高い能力を持った方たちを養成していくというのは時代の要請だろうと思っています。また、看護職にとってステップアップしていくキャリアパスが見えるということは、この職に長期的にかかわって頑張ろうというようなインセンティブにもなっていくのではないかという意味でも、進めていくべきだろうと思うのですが、より早急に進めていくためにどうすべきか。アイデアがあったら伺いたいと思います。

○清家会長 それでは、堺会長、そして坂本会長、それぞれまずコメントをい

ただけますでしょうか。

○堺会長 データについては、見える化がなかなかできていないので、多分それは自分たちがどういうデータを持っているかというのを100%把握していないのではないかと思うのです。例えばこれは別に厚生労働省の悪口を言うのではないのですけれども、地方厚生局にいろんなデータがあっても、厚生労働省は管轄が違うので余り言えないとかそういうところがあるのかもしれませんが。ただ、病院からすると、毎年職員を張りつけて貴重なデータを出しているのです。だから、病院のデータ、あるいはその先の患者さんのデータなのですけれども、それになかなかアクセスできないというのは非常に残念と思うのです。

そこで必ず出てくるのは、プライバシーに配慮しているということを言われるのですけれども、それはデータを出す、開示する時点でプライバシーがわからないような配慮は幾らでもできるのです。本当に我々が必要とするデータだけ開示してくれれば良いので、まず、多分どこにどういうデータがあるか御存じだと思うのですけれども、それをしっかり見極めて、平成25年の地域医療計画には無理ですから、その後の平成30年では遅すぎるので、例えばこの会で、次の医療計画はもう少し前倒しするということになって、それまでに必要なデータは必ず集めますよ、開示しますよと約束していただければ一歩前進するのです。ですから、私が非常に気になるのは、2008年に社会保障国民会議があって、その間、5年経っているのですが、余り前進していないような感じ、恐れがあるのです。ですから、下手をすると今回もそういうことになるのだったら、なかなか残念だなというか、医療現場の我々も大変だし、国民の皆さんも大変だということになるので、これは我々だけではなくてここにいらっしゃる委員の方々もしっかりとその辺を認識していただいて、明確な道筋を作っていただければ、それ以上幸せなことはないと思います。

○清家会長 ありがとうございます。では、坂本会長、よろしくお願いします。

○坂本会長 ナース・プラクティショナーというお名前を出されましたけれども、そうではなくて特定行為に係る看護師の研修制度ということで進められておまして、3月末で国の法制化に向けて検討が大詰めを迎えているというところです。

これに関しましては、どういうふうにしてほしいかということですが、やはり法制化を早くしてほしいということと、全国どこでも働けるように公的に認

めてほしいということ。例えば老健、特養、病院の中でもそうですけれども、いろいろなところで働けるようにしてほしいということ。大体今年の3月で200人ぐらいがもう試行事業の延べの卒業者で、そのナースたちがいますので、そしてその結果を見てみますと、一緒にやっているドクターやナース、患者さんからも大変大きな効果が上がっているという、満足度も高いということも伺っておりますので、是非これを早く進めていただきたいということです。

○清家会長 ありがとうございます。そろそろ時間となってございますけれども、介護について何か御質問。では、山崎委員、どうぞ。

○山崎委員 ありがとうございます。山崎でございます。介護関係の団体の方、全部で4名おいでいただいているわけですが、老施協のペーパーの中で一通り御説明いただいたわけですが、社会福祉法人が今のままで良いのかということ非常に厳しい御指摘をいただいているわけでございます。もし具体的な提案があればお聞かせいただきたいというのが1つでございます。

もう一つは、最後の部分でございますが、社会福祉法人では内部留保、特にここでは特養についてということで数字が挙がっております。実質的に内部留保と言われるものは6,600万円程度にすぎなくて決して過大なものではないと言われているわけでございますが、実際には二極分化していて、どうも世間の理解が得にくいような法人もあるわけでございます。その辺についても、どのようにお考えなのか。特に後者につきましては、全体として医療から介護へということで相当重点的な資源配分をしていただくという方向になっているわけでございますが、その一方で、重点化、効率化というのが厳しく求められておまして、それとの関係でも内部留保の問題は何がどうあるべきか私自身も関心を持っておりますから、御意見があればお聞かせください。

○清家会長 それでは、榊田委員長、お願いします。

○榊田介護保険事業経営委員長 まずは社会福祉法人の問題ですけれども、1つはこれから2025年に向かって100万人規模の介護職を増やさなければいけない。そうすると、受ける側の立場、社会福祉法人がかなりの部分担いますけれども、その役割果たすには余りにも体質的に無理ではないか。というのは、まず1つは、全国に1万7,000カ所ぐらいの社会福祉法人がございますけれども、約半数が一法人一施設。ですから、職員数が数十名単位のいわば零細企業なのです。そういう小さいところで雇用の場として魅力ある形を作る

というのが非常に難しい。キャリアパスも構築しづらい。ですから、ある程度の規模が要る。その受け皿となる規模を作るために社会福祉法人の例えば合併であったり、統合であったり、そういうふうな施策を作っていないと、受け皿として働く職場として魅力あるものが作れないのではないかと。

もう一つは、今回の改革という部分から言いますと、効率を求める部分は当然必要ですので、それと全体から見ると、みんなが痛みを分かち合う改革にせざるを得ない状況にある。そうなると、社会福祉法人も非効率性をどう効率化するのか、それが問われてくると生産性を求められるようになる。そうすると、役員構成についても経営責任が負えるような役員構成であったり、職員の研修体系をどう作っていくか。そうなると規模の問題がかなり重要視されてきます。

もう一つ、最後のほうに内部留保の問題を書いてございます。平均は確かに運転資金分しか持っていませんけれども、中には逆に足りないところ、事業を継続できないところがある。建物の建替えが不可能なところがある。かわりに逆にすごくため込んでいるところもあるのが実際なのです。そこは経営責任と社会福祉法人の役割の部分。内部留保として持っているお金をどう活用していくのか。自分の法人の建物の建替えの資金にも途中段階で、いわば現金でどんどん積み上げていくのではなくて、その中間段階を福祉の事業のために使っていく、なおかつ、その回収を行いながら新たな事業展開をしていくという形、要するに多機能な形の社会福祉法人が求められるのではないかと。

今までの一法人一施設のスタイルではなくて、その形を作っていくと見える化ももちろん図る必要がありますけれども、それによっていわゆる内部留保問題とかいろいろな形の分が解決していける方向になるのではないかと考えております。

○清家会長 どうもありがとうございました。では、駒村委員、どうぞ。

○駒村委員 介護の方のほうで2つほど、もう時間もありませんので簡単に御質問させていただきたいと思っております。

民間介護事業推進委員会のほうの資料の11ページ、熊本のJAの地域包括ケアシステムの実例、大変関心を持って拝見しました。包括ケアは都市部のほうがやりやすいのかなと思ったのですが、こういう人口が減少している地域でも何とかできているという点についてです。JAは、全国いろいろな地域でやられていると思うのですが、逆にこういう条件がうまくいっているところはできるけれども、こういう条件が整わないとうまく中山間部ではできない

のだというような何かパターンみたいなものが抽出されているならば教えただきたいと思います。もし資料などがあればまた後ほどでもいただければと思います。

もう一つ御質問があります。これは老施協のほうの資料の7ページになるわけですが、補足給付について大変重要な指摘がされていると思います。補足給付は決して金額は小さくないわけでありまして、ここに書かれていることは2つのことが書かれているのではないかと思います。この国民会議でも低所得者に公費を集中するべきではないかという議論がありますけれども、前段で書かれていることは、補足給付を生活保護のような福祉制度にすべきではないか、こうなると、ある程度ミーンズテストもやらなければいけないような、あるいは絞り込みをやらなければいけないことだと思います。

一方で、後段に書かれているのは、どちらかというとい保険の中で防貧というよりは救貧的な性格をもつ現在のよう形でも良いのではないかと書かれているのですけれども、この辺はもしよろしければ解説をいただければと思います。以上です。

○清家会長 ただいまのお話はかなりの部分は御質問にもなりますので、手短にお答えいただいて、必要な部分は後ほど資料等をお送りいただければと思います。恐縮でございます。

○山本代表委員 それでは、JAのほうから御案内させていただきます。簡単に言いますと、11ページの私どもの資料でございますが、1万7,000人のまさに山の中の地域で地域包括ケアシステムが実現できた。10年かかりました。配食から予防からみとりに至るまで、農協だけで簡単に言うとその地域は完結できたという事例です。これに特養でも実施が可能であれば多分完結できてしまうだろうという思いです。

もともと第一次産業については行政と表裏一体のところがありますので、減反からいろいろな調整から、そういう意味で中山間地、郡部に行けば行くほど農協との関係が行政と一体でありますので、そういう意味で密接な関係がある地域だからこそ、逆に言ったら成し得たのではないか。そういう意味で農協と地元の医師会、こういったところとも連携ができておりますので、良好な関係で軍部の住民に中山間地域での地域包括ケアシステムというのは提供可能だと思っています。

逆に、私どもみたいな民間だからこそ何でも手を出せるというところが利点だったのではないかと思います。特養だから社会福祉法人というような既定の概念とは違うものの考え方で臨んでいただければ、地域包括ケアシステ

ムというのは逆に実現可能だろうと思っています。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、大変恐縮でございますけれども、時間になりましたので、本日はここまでとさせていただきます。今日はお招きいただいた各団体の皆様におかれましては、大変お忙しいところを御出席いただきまして、また非常に率直な意見交換をさせていただきましたこと、大変ありがたく思っております。

堺会長からもお話がございましたけれども、私どもの責務は、この推進法に定められた精神にのっとり、しっかりと立法措置を講じるための基礎となる提言を必ずするというところでございますので、言われたことを我々も肝に銘じながらしっかりと議論してまいりたいと思っております。

最後に、本日は三党実務者協議に関する資料をお配りしておりますが、事務局から短く説明をお願いいたします。

○中村事務局長 お手元に資料3といたしまして、3月13日及び3月22日、三党実務者協議が開催されましたので資料をお配りしております。御参照いただけたらと思います。

○清家会長 ありがとうございます。三党実務者協議において、民主党から、制度を利用する立場の団体などの声を聞いてはどうかという御指摘があったと事務局からも報告を受けてございますが、今後の日程や議論の状況なども踏まえて、私と甘利大臣とも御相談をさせていただいて対応を検討していきたいと思っておりますので、そのような対応でよろしゅうございましょうか。

#### 【「異議なし」と声あり】

○清家会長 ありがとうございます。では、そうさせていただきます。それでは、最後に政府から御発言をいただきたいと思っております。まず、田村厚生労働大臣、お願いいたします。

○田村厚生労働大臣 どうもありがとうございました。今日は本当はかなりセンシティブな話までお聞かせをいただきまして、我々厚生労働省も頭の痛い問題、耳の痛い問題もたくさんございました。進んではきているのだと思います。遅いというお話でございますけれども、病院病床の機能分化、強化、また診療所等々との連携、こういうものもいよいよ手をつけようとしておるわけでありまして、それぞれの関係団体の皆様にいろいろ御理解をいただき

ながら、チーム医療というものも一歩進めようといたしております。

さらに申し上げれば、専門医という部分も各団体、学会、それぞれ御理解をいただきながら、第三者機関等々を中心にこれを進めてまいろうという中で、いろいろと本音と言えない部分で進めている部分はあるわけでございまして、全く動いていないわけでもございませぬし、確実に良くなりつつあると我々は思っているわけでありますが、一方で、スピードという問題と、あとは何よりも一番心配なのは、医療にしても介護にしてもそうなのですけれども、これを支える保険制度の持続性、財源というものをどうするのだ、適正化は大事でありますけれども、医療の高度化と高齢化の進み具合の中で、どうしてもこの部分が我々非常に頭の痛い部分でございまして、これをやはり国民の皆様方に安心して提供いただく、そういうような意味で財源の議論というものをこれからまたいろいろと御指導いただければありがたいなと思っております。ありがとうございます。

○清家会長 田村大臣、ありがとうございます。それでは、最後に、甘利社会保障・税一体改革担当大臣からコメントをいただきたいと思えます。

○甘利大臣 医療・介護関係の皆さん、本当にありがとうございます。貴重な御意見もありがとうございます。また委員の皆さん、今回も熱心な御議論、ありがとうございます。

日本が世界に誇る皆保険制度、これを揺るぎないものにしていくためにはいろいろ課題があるということも実感をした次第であります。

次回以降、この分野のいろいろな課題、これはプライオリティをつけて時間軸も含めていろいろ整理していかなければいけないと思っております。是非御協力をよろしくお願いいたします。今回は熱心な御議論、本当にありがとうございました。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、本日はこれで終了とさせていただきます。次回の日程などについて、事務局からお願いします。

○中村事務局長 次回は4月4日、14時からの開催を予定しております。健康保険組合連合会、全国健康保険協会、国民健康保険中央会、全国後期高齢者医療広域連合協議会の4団体にお越しいだたき、議論を行う予定でございます。よろしくお願いいたします。

○清家会長 ありがとうございます。それでは、以上をもちまして、第7回

「社会保障制度改革国民会議」を終了いたします。皆様、ありがとうございました。