

和歌山県有床診療所連絡協議会

設 立 総 会

平成6年2月6日

和歌山県有床診療所連絡協議会

平成 6 年 4 月

和歌山県有床診療所連絡協議会

会 員 各 位

会長 青 木 敏

拝啓 時下ますますご清祥のこととお慶び申し上げます。

平素は当協議会にご協力いただきありがとうございます。

4月の医療費改定では、私たちの運動効果として、病院と同様に入院環境料が認められたこと、看護婦の数により1種、2種看護が請求できるなど、少しは有床診療所の価値を評価していただけたかと思っています。しかし、入院時医学管理料が病院の半分以下(今回の改定ではその差は尚広がった)等、まだまだ不合理な点があります。

今後とも、日医、全国有床診療所連絡協議会のもと、経営基盤の安定した有床診療所を目指し、努力していきたいと思っておりますので、よろしくご協力お願い申し上げます。

設立記念誌ができあがりましたのでお届けいたします。ご一読下さい。

- 1) 急いで作成いたしましたので、名簿その他に間違い、不備な点があるかと思われます。お気づきのところは、FAX (0734-46-2135) または郵便でご連絡下さい。
- 2) 5月末に名簿を再度作成いたしますので、ご近所、お知り合いの方で、趣旨に賛同し入会していただける方がございましたら、同様にご連絡下さい。
- 3) 平成6年度の会費をご請求申し上げますので、同封の振込用紙にて、早急にお願いいたします。

敬 具

目 次

式 次 第	1
趣 旨 説 明	2
会 長 挨 拶	6
来賓ご祝辞	7
議 事 録	12
特別講演 I	16
特別講演 II	32
資 料	55
設立までのあゆみ	80
会 則	84
名簿(役員、会員)	87

和歌山県有床診療所 連絡協議会設立総会

日 時 : 平成6年2月6日(日) 14:00～
場 所 : 和歌山県医師会地域医療研究センター

式 次 第

1. 和歌山県有床診療所連絡協議会設立準備会

司 会 丸 笹 雄一郎 仮議長 覚 前 一郎
趣旨説明 設立準備委員会 会長 青 木 敏
議決承認

2. 和歌山県有床診療所連絡協議会設立総会

開 会
議事録署名人指名
会則説明 設立準備委員会 副会長 隠 岐 和彦
会則承認
会長・副会長選任
会長就任挨拶
役員の選任
その他
来賓ご祝辞
① 和歌山県医師会 会長 杉 浦 実 先生
② 和歌山県 保健環境部長 江 口 弘久 先生
来賓ご紹介
総会閉会

3. 特別講演

座 長 副会長 辻 啓次郎
演題Ⅰ 『全国有床診療所連絡協議会の足跡と
小規模入院施設について』
講師 全国有床診療所連絡協議会 会長 清 成 正智 先生

演題Ⅱ 『有床診療所（小規模入院施設を含め）の将来像』
講師 日本医師会 常任理事 塚 崎 鴻 先生

4. 懇親会

挨 拶 副会長 隠 岐 和彦
乾 杯 和歌山市医師会 会長 北 山 久雄

趣 旨 説 明

和歌山県有床診療所連絡協議会

設立準備委員会 会長 青木 敏

有床診療所は患者が医師を訪れ、医師が患者の病状により、家庭で療養するよりも収容して治療の方が効果があると判断した場合に、自らが主治医となり自分の診療所に収容したのが始まりであります。

これが我が国医療の原点であり、地域住民のニーズに応える医療として、プライマリーケアはもとより、専門医としての治療、一次と二次医療のかけ橋、健康管理、予防医学、さらにはターミナル医療まで行い日本の医療を支えてきました。これは日本独自の世界に誇れる医療単位であり、諸外国からも高く評価されています。

ところが、疾病構造の変化、高度医療技術の進歩、高度医療機器の開発に伴い、患者の大病院志向が強り「有床診療所の使命は終わった」と某厚生省官僚が発言するに至りました。事実、厚生省健康政策局が考えていた、我が国の医療供給体制の将来構想の中で「有床診療所は入院機能を有しているにもかかわらず、これに対する取扱いが適切でないため今後はこれを廃止し、10床以上有する医療施設はすべて病院として扱う。診療所は外来専門医療機関として、位置付けるとともに、新たに9床以下のショウートステイ型診療所を創設する」としています。そして点数改定ごとに、病院と診療所の格差は広まるばかりで、入院時医学管理料や看護料は病院の半分以下であり、基準給食、基準寝具の適用もないのが現状です。

看護婦確保の問題、継承問題等他にも原因はありますが、経営上の問題が主となって、有床診療所の数は1980年代より急に減少してきて

います。現在はピーク時の29,000から約23,000と減少し、届出病床数27万のうち利用率は50%以下まで低下し、入院医療費総額は約5千億円で国民医療費の2.5%を割り込んでいます。

ここで、全国有床診療所連絡協議会について少し述べさせていただくとともに、何故、今、和歌山県にも有床診療所の会の設立が必要かの趣旨を説明いたします。

「有床診療所の使命は終わった」との官僚の発言以来、医療法第13条の診療所の入院は48時間以内という制限条項があり、このままでは有床診療所はつぶれされてしまうという危機感を覚え、何とかしなければと思う人たちが福岡県からはじまり、各地で独自にこの問題に取り組んでまいりました。そしてこの人たちが連絡を取り合い、大変な努力により、昭和63年8月28日に全国から約200名の参加者を得て、第1回全国有床診療所連絡協議会を開くことができました。この会で“有床診療所の存在価値と将来”についてディスカッションし、40年間日本の医療を支えてきた事実と、家庭医としての機能をもった専門医として且つ一次と二次医療とのかけ橋という重要な役割を持つ現在も、近い将来の高齢化社会にとっても不可欠の医療単位であるとのコンセンサスを得ました。そして、地域医療における有床診療所の位置付けの評価を求めるため、次のように議決文を採択しました。それは、“我が国の健全な地域医療発展のため有床診療所は、専門医としての医療、そして一次と二次とのとのかけ橋という役割を担ってきた。日本医師会のもとにあって、全国有床診療所連絡協議会は、極めて近い将来行われるであろう医療法の改訂に際し、有床診療所の有用性を充分評価した医療単位としての位置付けと、その新しい発展を見つめた医療体制の確立を期するものである”との決議でした。

第2回目からは、決議文と要望書を採択し、要望書を日医会長に提出してまいりました。その内容は、有床診療所は日本医師会のもと、現在の有床診療所が新しい医療体制のなかで、プライマリーケアを含めた小規模入院施設として、明確かつ法的に位置付けられることを期した決議文と、有床診療所の経営基盤安定化のために提供する医療サービスに見合った診療報酬の是正として ① 入院時医学管理料を含めた入院料のアップ②基準に適合すれば寝具料を算定できるようにすること ③ 基準に適合すれば給食料の加算(特別食)ができるようにすることとの要望でした。

この運動は遅々として進みませんでした。ようやく第5回金沢での総会で日医が本気で取り組むよう約束してくれてから、平成4年9月に日医の中に小規模入院施設検討委員会が設置されました。8名の委員中、本会から3名選ばれ、中間報告書が昨年3月に提出されました。この内容は本会の主張を十分に盛り込んだものとなっています。その重要と思われる制度的規定については資料に入れていますが、その内容は、

- (1) 病床数は上限を30床とし下限を定めない
- (2) 医師は常勤医師1人と非常勤登録医師1人以上
- (3) 看護要員は入院患者6人に対し、1人の看護婦または准看護婦
- (4) いわゆる48時間問題の規定は廃止する
- (5) 薬剤師、栄養士等の配置は規定しない
- (6) その他、小規模入院の適用は申請選択方式とする

等が主なものです。

しかし、いまだに日本医師会での十分なコンセンサスが得られたとは考え難く、まだ、私たち有床診療所の必要性が十分理解されていないように思われます。そこで更に、中間報告書通りの早期実現と入院時

医学管理料300点アップを要望しています。この時期にあたり、人にまかせるだけではなく自分たちで地域住民と信頼関係で成り立っている世界に誇れる医療単位である有床診療所を守るため、和歌山県でも連絡協議会を設立し、すでに設立活躍中の15の各県と協力し、全国のこの会をバックアップするとともに、日医の中で発言力のある県医師会の方々にも御理解いただきたいと思います、資料に入れています会則案通り“日本医師会、県医師会のもとに有床診療所がお互いに強い連携をもって、時代に即応した医療機関のあり方を研究するとともに、その発展と健全運営を図り、地域に密着した医療制度を目指して、地域医療に貢献すること”を目的とした和歌山県有床診療所連絡協議会を設立したく思います。

会 長 挨拶

青木 敏

御承認いただきありがとうございました。

有床診療所が存続の危機にあるこの時期に、会長の大任をまかされ、相撲社会でいう家賃が高すぎて、責任をまっとうできるかどうか、私自身一番心配していますが、隠岐先生、辻先生とともに理想の有床診療所実現へ向かってがんばるつもりですので、よろしく御協力お願いいたします。

趣旨説明でも申しましたように、病気を治療するだけの殺伐とした医療と異なり、地域住民と信頼関係で結ばれている有床診療所は、プライマリーケアはもとより、一次と二次医療のかけ橋の役割、健康管理、予防医学、さてはターミナル医療まで行い、入院患者には自らが主治医となり、専門の治療するとともに、診療所のスタッフと患者の家族が一緒になって看病できる、世界に誇れる医療単位であります。

そして高齢化社会をむかえ、ますます我が国医療供給体制の中で不可欠のものとなることは確実であります。

この地域医療に貢献している有床診療所が、お互いに強い連携をもって時代に即応した理想の医療機関となるよう研究するとともに、その経営基盤の安定をはかるよう努力いたしますので、よろしくお願いいたします。

来 賓 祝 辞

和歌山県医師会長

杉 浦 實

無事、設立総会を終了されまして、心からお祝い申し上げます。

本日お招きいただきまして、私どもも目下の一番の関心事は、当然4月1日に予定されております診療報酬の改定でございます。先ほど、日医の塚崎常任理事ともちょっと短時間お話を交わしたわけでございますが、ご存じの方も多いと思いますけれども、去る3日の日には診療側は支払い側の態度、特に給食費の問題、それから6.58%に対する回答がないというようなことを不満といたしまして審議を拒否したわけでございますが、その後、館会長のあっせんというか、そういう形でトップ会談へ持っていけということで、大内厚生大臣、村瀬日医会長のトップ会談によって、とにかく議事に服す、大内厚生大臣としては最大限の努力を払うということでございます。非常に抽象的な表現でございますが、最近トップ会談ばやりで、上は総理大臣から始まりまして、日医の村瀬会長も非常に厳しい状況の中で最大限の努力を払われたことと信じております。いずれ塚崎先生の方からそういうような問題にも詳しくお触れいただけるんではないかと思っております。

いずれにしても、経済全般にわたって厳しい不況下にありまして、先生方が有床診療所という特異な機能をもってそれぞれの地域医療にご精励いただいているということに県医師会といたしましても心からお礼申し上げるわけでございますけれども、先ほどから設立趣旨のご説明にもございましたように、これだけ価値観が急激に変化しつつある中にありまして、なじまない、従来の放置された

制度あるいは仕組みというものは、いまだに方々にいろいろあるわけなんです。まして、医療を取り巻く環境がこれだけ厳しいということになりますと、本当にこれは先生方の一生懸命努力してこられて本日の総会にまで持ってこられた苦難のほどもよくわかるというような気持ちがいたします。

ただ、私ども、後ほどお話もあろうかと思いますが、小規模入院収容施設に関する中間答申でございます。これは、一昨年、日医で都道府県医師会長会議の席で発表されましたけれども、私も先ほど来の先生方のお立場、それからこの制度というもののあり方を考えてみまして、これがもし骨格的にでも制度上取り入れられるということになりますと、これは日本の現在の病院を含めてのあらゆる医療のあり方というものに非常に大きなインパクトを与える。下手をやると再編成的な動きが起ってくるのではなかろうかというふうに私は感じております。

したがいまして、現在のところは有床診療所は現在の状況の中でのお集まりでございまして、当面の問題としては、先ほどからるるお話を伺っておりますと一番困るのはそこらあたりの問題、そして唯一の夢そして希望、何らかの足がかりというものが小規模入院施設に関する日医の中間報告というものでございます。これは非常に重要な問題を含んでおるというふうに私は理解いたしております。

いずれにいたしましても、こういう厳しい状況下で、しかも先生方の苦難の上に築き上げられたこの総会でございます。全国有床診療所連絡協議会の会長、清成先生もお見えでございます。後ほど、塚崎常任理事とともに特別講演をいただくわけですが、私は、本当に今後の医療のあり方というものが、ベッドのあり方それ自体に非常に大きく響いてくる——病院の方でも非常に倒産が多い、赤字が多いということが言われておりますけれども、それ以上に私は、この1つの骨格的な形でも小規模入院施設の中間報告はどの程度まで実現されるか、もしこれが実現された暁には、再度申し上げますが、日本の医療の構造というものはかなり大きな変化を起こしてくるんじゃないか、こういうふうな期待を持って本日の総会を拝見したわけでございます。

どうか今後ともひとつ、地域医療のためご精励いただきまして、県医師会ともども、ひとつ県民の健康の向上のために、また医療のためにご精進いただくことをお願いいたしまして、ごあいさつにかえます。

本日は、お招きいただきましてどうもありがとうございました。

和歌山県保健環境部長

江 口 弘 久

本来ですと仮谷知事がここに見えましてごあいさつを申し上げるところでございますが、所用がございまして保健環境部長の江口がメッセージを預かってまいりましたので、代読させていただきます。

和歌山県有床診療所連絡協議会の設立総会が多数の皆様方のご出席のもとに開催されましたことを心からお喜び申し上げます。

また、平素から皆様方には県行政の推進に当たり、種々ご支援、ご協力をいただき、まことにありがとうございます。

特に皆様方には、地域医療の確保のために大変お力添えいただいておりますことに深く敬意を表する次第でございます。

さて、社会情勢や意識の変化に伴い、医療ニーズは高度化、多様化するとともに、科学技術の急速な進歩により、医療分野に新しい可能性をもたらし、医療の高度化、専門化が一層進んでおります。

このような医療をめぐる環境の変化を踏まえて、それぞれの地域の医療ニーズにこたえるため、国において量的な整備を主体とする第1次医療法の改正、医療施設体系を主体とした第2次医療法改正に続き、今後の課題として診療所のあり方等、医療を提供する体制に関して検討されることと聞き及んでおります。

このようなとき、有床診療所を運営されている皆様方が協議研究できる連絡協議会の設立が有意義なことと思います。

県といたしましても、健やかな社会づくりを県政の基本課題として考え、だれもが心身ともに健康に過ごすことのできる社会、安全かつ安心できる生活環境の実現に積極的に取り組んでいるところでございます。

最後になりましたが、本協議会が実り多いものとなりますことを期待するとともに、本日ご参集の皆様方のますますのご発展、ご健勝を祈念いたしまして、お祝いのごあいさつとさせていただきます。

平成6年2月6日

和歌山県知事 仮 谷 志 良

代読でございました。

本日は、本当におめでとうございました。

和歌山県有床診療所連絡協議会 設立準備会総会 議事録

日 時 : 平成6年2月6日(日) 14:00～14:20

場 所 : 和歌山県医師会地域医療研究センター

出席者 : 本会入会希望者 37名 (別記載)

来賓 杉浦 実(和歌山県医師会会長)
井本 裕美(和歌山県医師会理事)
中村 靖男(和歌山県医師会理事)
江口 弘久(和歌山県保健環境部長)
塚崎 鴻(日本医師会常任理事)
清成 正智(日本有床診療所連絡協議会会長)
北山 久雄(和歌山市医師会会長)
福 幸吉(和歌山県保険医協会理事長)

本会設立準備委員会より選出された丸笹雄一郎氏の司会により
開会を宣言し覚前一郎氏を議長に選出

〔議 事〕

設立準備委員会会長 青木 敏より本会総会の趣旨説明あり
直ちに設立の賛否議決に入り、賛成多数で和歌山県有床診療所連絡
協議会を設立すること議決し、議事を終了

平成6年2月26日

議 長 覚前 一郎

和歌山県有床診療所連絡協議会 設立総会議事録

日 時 : 平成6年2月6日(日) 14:20～15:00

場 所 : 和歌山県医師会地域医療研究センター

出席者 : 会員 37名

来賓 8名(本会準備総会と同じ)

司会の丸笹雄一郎氏の指名により議長を覚前一郎氏を選任
議長より議事録署名人に坂野洋南、要 明雄の両氏を選任

〔議 事〕

〔会則の承認〕

本会設立準備委員会副会長の隠岐和彦氏より会則の説明あり
承認

〔会長・副会長の選任〕

本会は設立総会であり会則通りに選任することができず、
設立準備委員の辻村 武文氏から青木 敏(会長)、
隠岐 和彦(副会長)、辻 啓次郎(副会長)3名の推薦があり
承認

会長挨拶の後、会則に従い、会長が議長になった

〔役員の選任〕

会則により会長が嶋本 嘉克（和歌山市）、辻 秀輝（海南市）、
長雄 英正（那賀郡）、岡田 正（橋本市）、橋本 忠明（有田郡）
辻村 武文（日高郡）、坂田 仁彦（田辺市）、丸笹 雄一郎（西牟婁
郡）、坂野 洋南（東牟婁郡）、要 明雄（新宮市）を理事に委嘱
次いで監事に谷 英二（和歌山市）、木下 総一郎（東牟婁郡）を
委嘱

〔その他〕

会長から今後の行事予定、資料説明あり、議事を終了

〔来賓祝辞〕

和歌山県医師会会長 杉浦 実

和歌山県保健環境部長 江口 弘久 両氏より御祝辞を賜った

総会閉会

平成 6 年 2 月 2 6 日

議 長 覚前 一郎

議 長 青木 敏

議事録署名人 坂野 洋南

議事録署名人 要 明雄

[出席者名簿（順不同）]

辻 秀輝	岡田 正	覚前 一郎	和田 脩
井本 裕美	中村 靖男	久保 光伸	田草川良彦
平畑 欣一	山口 節生	前田 政克	酒井 英夫
井上 剛	西田 仁丸	横手 英義	納田 努
粉川 惟康	勝田 仁康	星野 英明	滝口 博士
出口 信幸	隠岐 和彦	丸笹雄一郎	要 明雄
坂野 洋南	辻 薫	辻村 武文	橋本 忠明
辻 啓次郎	嶋本 嘉克	生馬 敏行	笠野 勇
坂田 仁彦	青木 敏	竹中 康之（代理）	
綿貫 昭則（代理）		長雄 英正（代理）	

以上 37 名

和歌山県有床診療所連絡協議会設立総会

特 別 講 演 I ,

座 長 座長をさせていただきます田辺医師会の辻でございます。ご協力、
よろしくお願いいたします。

まず、清成正智全国有床診療所連絡協議会会長のご経歴をご紹介します。

先生は、昭和24年に九州大学医学部を卒業し、母校の第1外科教室で研さん
され、昭和32年に福岡市で開業されました。昭和61年福岡県有床診療所連絡
協議会会長になりました。平成元年より全国有床診療所連絡協議会会長をされ
ております。平成4年より日本医師会の小規模入院施設検討委員会委員としてご
活躍されております。

本日は、遠方からはるばるおこしくださしまして本当にありがとうございます。
全国有床診療所連絡協議会の足跡と小規模入院施設についてご講演を賜りたいと
思います。

よろしくお願いいたします。

全国有床診療所連絡協議会の足跡と小規模入院施設について

全国有床診療所連絡協議会会長

清 成 正 智

ただいまご紹介にあずかりました清成でございます。

本日は、和歌山県の有床診療所連絡協議会の設立、まことにおめでとうございます。こういう栄えある時期に講師としてお招きいただきまして、全く私としては光栄の至りでございます。

考えますと、近畿地方——紀伊半島の中に有床診療所の協議会ができたということで1つまた拠点ができたと喜んでおります。きょうの設立総会の青木先生のお話の中にもございましたが、北は北海道から南は沖縄までずっとございますが、一番弱いのは近畿中部で、今のところ全くできていなかったというのが我々の会の一番ウィークポイントであったわけでございます。それが、この近畿に1つの拠点ができたということで本日は非常に意義があることと思っております。

きょうの私の演題は、そこにございますように「全国有床診療所連絡協議会の足跡と小規模入院施設について」についてでございます。今日やっと「有床診療所」という名前が皆様方にだんだん口の端にのぼるようになってきました。我々が福岡でこの運動を起こしまして9年近くかかっています。その間、この有床診療所に関する協議会の足跡も決して平坦なものではございませんでした。最初に我々がこの会を設立しようと言って立ち上がったのが昭和61年7月で、これも外科系の先生方が集まって、きょうの青木会長のお話の中にもございましたが、厚生省のある官僚が有床診療所の使命は終わったというようなことをあちこちでアドバルーンを上げていた時期です。ちょうど医療法改正に絡んできておった時期でございます。

有床診療所の点数というのは、病院と違って倍以上の入院管理料の差があるわけで、これがますます開いてきておった時期でしたので、有床診療所の使命は終わったという言葉の裏には、有床診療所をつぶすのではないかという危機感が我々にはございました。これでは有床診療所はつぶされるということで、何か手を打たなければということで、数は力であるから会をつくろうということになって7月31日、第1回の福岡有床診療所設立準備委員会を開きました。

そこでいろいろ討議したわけですが、その当時、医師会の態度は全く冷たくて、これは日医はじめ県医師会その他全部、有床診療所なんてもってのほかである、会の中に会をつくるとは何事か、日本医師会は診療所を持って基礎となしておる、病院協会というのは診療所と違うからいい、ところが有床診療所というのは診療所だから会の中に会をつくるのはもってのほかだというような意見がございまして、もう四面楚歌の時代がございました。

ただ、そのとき我々をバックアップしてくれたのが、その当時の福岡市の医師会長であった松田一夫会長でございます。現在は福岡県の会長になっておりますが、この松田会長だけが陰になりひなたになりしてバックアップしていただいたわけでございます。ただ、設立準備委員会としては金もございませんし場所もございませんでしたが、おかげさまで市の医師会の中に全部部屋も貸していただき、人員も配置していただきました。

そういうことで、9月になって設立の趣意書を12大都市の医師会長、県の医師会長の先生方に発送いたしました。日医の顔色がまだはっきりしておりませんでしたので、いろいろその顔色を見て、我々には何の返事もございませんでした。10月になって日医の臨時代議員会等で有床診療所についていろいろ質問等をしておりますが、しかし、このまま外部が冷たくてもこの有床診療所を守るためには会をどうしてもつくらなければならないということで、県医師会の反対はございましたが、11月5日に設立総会を福岡は行いました。そして、まず金が必要であればどうにもならないということで会費をそのとき1万2,000円に決めま

した。総会で、とにかく今から頑張らなきゃならないのなら金が要るからもっと出そうかという意見もございましたが、一応月1,000円で1万2,000円という線を出して設立総会を行いました。

私は出身が山口でしたので、その間ずっと林義郎元厚生大臣等に陳情書を出したり、それから亡くなりました安倍晋太郎と私は中学のときに同期でしたから、陰からお願いしていろいろ有床診療所のことを訴えてまいりました。そして昭和62年2月になって、滋賀県の方から有床診療所協議会をつくるという動きがございました、私の協議会の松本常任理事を滋賀県の方に派遣して状況を報告させているわけでございます。3月7日に横浜市から見学に来られまして、横浜の方でも有床診療所協議会をつくるということになりました。この横浜の方でも、県医師会の方はなかなかいい顔はしてくれておらなかったのが実情でございます。そして、昭和62年6月に横浜にできました。

しかし、全国組織にしなければ県医師会あるいは日本医師会に対して物が申しえないんじゃないかということで、福岡、横浜、滋賀、これを全国2分したと考えれば全国組織をうたってもおかしくはないんじゃないかということで、おこがましくも63年2月に全国有床診療所連絡協議会設立総会を神奈川県医師会館で行いました。

まだ、そのころの医師会の態度は非常に厳しく、その当時、各県の医師会からの先生方は派遣はしていただいておりますが、有床診療所協議会の様子だけを見てこいというのがどうも本音のようでした。しかし、それでも我々は頑張り通して、63年8月に第1回の全国有床診療所連絡協議会総会を福岡で開きました。そのときは日医の方から若狭常任理事に来ていただきましたが、そのときまで有床診療所で一番問題になっていたのがいわゆる48時間規制の問題で、医療法13条の問題が一番ネックにございました。だから、その当時、我々の会では、この13条が撤廃されれば今のままでいいじゃないかということで、まず13条の撤廃ということを第1条に上げておりました。

ところが医師会のお偉方のお考えでは、今13条に関しては全く厚生省も何も言っていないではないか、言っていないのにどうして寝た子を起こすようなことをするかというお叱りをあちこちで受けました。しかし、我々としては寝た子を起こしてでも日の目を見なければ、これはあくまでも陰のものでいつの間にやら消されてしまう運命にないとも言えないという危機感があって、寝た子を起こしてでもやれと言う会員にしりをたたかれて動いてきました。

その間、地元の県の医師会でもいろんなお叱りを受けたことがございます。まず初めに、「有床診療所協会」という名前をつけたのですが、そしたら「協会」とは何事かということでお叱りを受けました。我々は名前にこだわってはいなかったのですが、「協会」が悪ければ「協議会」にいたしまししょうということで協議会に落ちついたわけです。そういうふうに関の医師会も全部冷たく、会場を借りるのもなかなか難しかったのですが、そこはどうか第1回の全国有床診療所連絡協議会は県医師会館を貸していただきまして無事に終わったわけでございます。そのときも若狭日医常任理事は来ておられましたが、どちらの味方の発言かなというような非常に腹立たしいご発言があったことを記憶しております。

そして、第2回目は滋賀県でございました。そのときは現村瀬会長が副会長でしたので、村瀬副会長と若狭常任理事がおいでになりまして、そのときはどうか済みましたが、平成2年に第3回の山口県の下関で行いましたとき、初めて日医の羽田会長がこの総会にご出席をいただいたわけでございます。その時、初めて日医の会長にご出席をいただいたということで、我々には、この会も認知されたという喜びがあったわけでございます。次の平成3年の第4回の総会は福島県の郡山で行う予定でございましたが、そのときは何かいろんないきさつがございまして、前の年に羽田会長は、この次も私は行くよという約束を得ておったのですが、その前になってからいろんな都合があって第4回は行けないということで日医からはおいでになりませんでした。

それで、いろいろすったもんだしましたが、それでもやるべきことはやれとい

うことで、日医が認めてくれなければ我々は厚生省と直接交渉するというようなことで、前の林厚生大臣と同県人であった関係で厚生省の方々ともいろいろお話を
する機会を得ていたので、日医が見てくれなければ厚生省と直接でも交渉する
というような、今から考えたら怒られるような勢いでやってまいりました。

そして平成4年度に第5回の会が石川県の金沢市でございまして、このとき現
村瀬会長においでいただき、そして本当に有床診療所が日医の中で認められたと
いうことで、先ほどもお話に出ていた小規模入院施設検討委員会をその年の9月
から日医の中でつくっていただいたわけです。それからが大体有床診療所という
のがだんだん認められてきて、順調と言えは語弊がありますが、いろんな会で
「有床診療所」という名前が通るようになってきたわけでございます。

その間、日医の中で有床診療所問題は日医の委員会の中では、病院委員会の中
で討議されておりましたが、病院委員会に出ていた委員の話によりますと、「有
床診療所」という言葉を出すだけでもうアレルギー反応を起こしておったという
ようなことでございます。

したがいまして、平成4年9月に小規模入院施設検討委員会が日医の中にでき
たというのは非常に我々にとってはありがたいことでございました。8人の委員
で、小ぢんまりとした委員会でしたから非常に活発な討論がなされております。
ここにおいでの方、塚崎先生も日医常任理事の中の担当理事で同席されておりました
ので、この委員会の討論は先生もよくわかりと思います。日医の中にはたくさ
ん委員会がございしますが、大体マンモス委員会のような格好が多くて、我々のよ
うな小ぢんまりとした委員会はございませんので、もう本当に喧々諤々討議して、
昨年3月やっと中間報告というものを出したわけでございます。

中間報告は、先生方も全部ご存じだろうと思いますが、根幹になるのは、先ほ
ど青木会長が申されましたようなことでございます。30床を上限とする、そし
て下限はなしということでございます。いろんな問題がございしますが、一応中間
報告としては、そういう現在の1人の医師が管理できるという範囲を我々は有床

診療所のモットーにしているわけです。

だから、小病院とは違うわけでございます。小病院とどう違うかという問題がいつも出てくるわけですが、病院というのは組織医療であって、有床診療所いわゆる小規模入院施設というのは1人の医師の医師機能であると。これは委員長の大道先生がいつもおっしゃられるところでありますが、我々は小規模入院施設というものをプライマリーケアを含めた地域のかかりつけ医として、さらに専門性をもつ地域密着型の小規模入院施設というふうに位置づけております。だから小病院と違うところは、1人の医師がみれるというところでございます。そこに一番のポイントがあるわけで、だから全人的な医療を行うというのが我々小規模入院施設の1つの特徴でございます。

昨年の中間報告を受けまして、今年度に入ってまた小規模入院施設検討委員会は引き続き行うことになっております。今年度の課題としては小規模入院施設と病院及び有床診療所との関係、いわゆる病院と有床診療所との境界の問題、それから重複の問題——今、我々が言っているのは30床で切るということです、現在の病院は20床ですから、20床から30床の間の重複部分をどうするかという問題がございます。それから、医療計画上では病院のベッドはカウントされますが、有床診療所は診療所という小規模入院施設の位置づけでございますので、ベッドカウントはしない方がいいのではないかという線を出しております。

今年度委員会のもう1つの検討課題は、小規模入院施設というのは在宅支援機能を持ったものであるということでございます。だから、中医協の診療報酬検討小委員会の報告の中にもございますが、その中では医療機関を3つのカテゴリーに分けてあります。入院を主とするもの、これは現在の病院だろうと思います。それから外来機能と在宅機能を主とするもの、これがいわゆる診療所だと思います。もう1つのカテゴリーとして入院と外来機能を兼ね備えたものというもの、これが小規模入院施設に該当するのではないかと考えておりますが、今、小規模入院施設検討委員会の大道委員長のお考えでは、このところはまだはっきり決

まっておりますが、小規模入院施設というのは診療所側にシフトしたものであるというお考えでございますので、まだその3つのカテゴリーの中でどこにどう位置づけるかということはまだ委員会の中でもはっきりいたしておりません。ただ、外部の方の意見その他書いたものを読むと、入院と外来機能を兼ね備えたものはいわゆる小規模入院施設ではないかというような意見がございます。ただ、我々が今言っておるのは、診療報酬の点数の問題から、入院という機能があれば全部入院じゃないかというカテゴリーに入れられる可能性もあるということで、そういうふうな考えを持っておりますが、将来どうなるかまだわかりません。

小規模入院施設と老人保健施設との関係ですが、昔、有床診療所の問題が出たときに、だんだんスリーピングベッドがふえてきていたので、そのスリーピングベッドをミニ老健施設に転換したらどうかという厚生省の中の意見がございました。その当時、有床診療所としては、現在の有床診療所をそのまま残すんだ、まして老健施設なんかへ転換するのは撤退を意味するようなものだからまかりならんということで強行に反対してきたことがありました。それで、厚生省の方もいわゆる小規模有床診療所から老健施設への移行を見送ったといういきさつがございます。

現在の老健施設では数が50床ですか、いろんな制約がついてきておりますが、またこのごろになって小規模入院施設から老健施設への移行をも認める方向に緩和しつつあるように見受けられるところがございます。在宅機能を支援するということであれば、当然小規模入院施設もこの機能を持ってしかるべき点もあるわけですから、老健施設に転換できるなら、今度は我々も在宅医療を支援するという意味においてお引き受けいたしますということを申し上げましたら、前と大分変わりましたねと皮肉を言われたのですが、あくまでも我々小規模入院施設というのは在宅医療を支援する在宅医療支援センター的な役割を持たざるを得ないし、また持つべきだと思っております。

先ほど青木会長が言われましたように、24時間患者さんに対応できるのは、

現在の有床診療所が最も適しておると思います。24時間同じ主治医が対応できるのは有床診療所だけで、病院では確かにたくさんのドクターがおりますが、これが必ずしも24時間体制であらゆる患者さんに対応しておるかという、必ずしもそうではないと思います。だから、有床診療所の数がだんだん減っていくということは、地域医療を支える上においても非常にマイナスの面が出てくるわけですから、ぜひとも有床診療所はそのまま残していただく。高齢化になって平均年齢が60歳を過ぎてきておりますので、だんだんリタイアされる先生方もおられるのは、これはもう事実でございます。

先ほども申されたように、現在有床診療所の全国の会員数はまだ4,000人を切っております。少なくとも4,000以上にならないと1つの大きい団体としての発言力は弱くなるので、なるべく会員をふやそうと努力はしております。先生方の中で高齢化になられてもうリタイアするという先生方と、今さら有床診療所をなくして地域医療が成り立つかというような地域の先生方もおられます。地域によっては確かにそうなんです。東北地方、北海道は有床診療所がなかったら地域医療の機能は麻痺する状態になり得ます。そういうことで、我々のような危機感が全くございませんので、有床診療所がつぶれることはないよというふうなことで我々の会になかなか賛同して入っていただけなかったのですが、先ほど言ったように福島県で1つできましたし、次は岩手県の方に設立の機運がございますので、東北の方もまた拠点ができるのではないかと考えております。

小規模入院施設と病院とのそれぞれの特徴ということですが、先ほどから申しましたように、病院は組織医療であるのに対して、小規模入院施設はかかりつけ医の1人医師機能による収容型の医療であると受けとめております。だから病院は明確な組織機能を持ち、規定に定められた権限と責任の範囲で機能するものであって、小規模入院施設は医師、患者間の人間関係を基礎とする全人性を基本理念として地域性、専門性の2面をあわせ持つことは、中間報告においても強調したところです。

病院との境界でございますが、現行制度において、病院は最低でも医師は3人、入院患者4人に1人の看護婦を配置しなければならないということになっております。したがって、病床数は20床であってもこれらの基準を満たしていて組織として医療を提供しておるのであれば病院であると言えることができるだろうし、小規模入院施設はかかりつけ医として日ごろの生活環境等を知る自分の患者について、みずからの専門性によって適切に管理が可能であるならば、病状の安定した患者を含めて、あるいは在宅療養を継続、また支援するための臨機の処置としての受け入れを含めて30床までの収容を可能としたものである。だから、そこは当然重複があっても何も差支えがないというふうに——これはまだ答申案であって答申ではございませんが、答申案の中ではそういうふうになっております。だから、重複の部分があってもいいと我々は考えております。

それから、病院の組織においては病棟の看護単位がその基本であり、通常は40床前後が合理的であると言われております。また制度的に配置されるべき指数が入院患者に換算して52までを一定数の3と規定している点も、病床数の下限を20とする現在の医療法とは整合を欠いているような点がございます。だから、組織医療としての病院の病床規模は一般的にはおおむね50から60床以上じゃないかという意見も確かにあります。したがって、20から30床までの重複の部分があっても、別に小規模入院施設としては差支えないではないかと、今度の答申では出すようにしておるわけです。

それから、先ほどから申しますように小規模の病院を新たに制度化するということは、中医協の診療報酬検討小委員会の報告でも3つのカテゴリーに分けておりますから、小規模入院施設がどこに入るかというのは恐らく今後はっきりしてくると思いますが、これは診療報酬の点でございますので、医療法等の兼ね合いはこの次になると思います。

それから、小規模入院施設と現在ある有床診療所との関係です。医療法においては、有床診療所は診療所のうち患者19人以下の収容施設を有するものという

規定があるだけで、何もほかに制限はありません。その理念的な位置づけが明示されていない。しかし、その理念的な位置づけが明確でないことは有床診療所の意義を損なうものではなく、むしろ社会制度の規制を受けずに本来的な医師のプロフェッショナルフリーダムを追求する場として極めて重要な役割を担ってきたということができる現在の有床診療所です。そして小規模入院施設は、これからの時代環境を見据えて、既に示したような明確な理念規定を行い、新しい制度として確立することを追求しているものであって、したがって小規模入院施設は必ずしも従来の有床診療所そのものを改めて制度的に位置づけしようとするものではなく、またその代替制度として検討しているものでもございません。したがって、小規模入院施設と従来の有床診療所との間で施設体系としての理念や役割、機能について整合を図ることは必ずしも必要ではないと考えております。

従来の有床診療所の医療活動は多様であり、ここで小規模入院施設の理念や機能として述べたことと同等の役割を担っている場合も多いであろうし、別の考え方でそれぞれの医療を追求している場合もあるので、これらの医師としての多様な医療活動は今後とも継続されるべきである。小規模入院施設の導入のいかにかわらず、有床診療所の意義に変わりはない。そして仮に小規模入院施設の制度化が実現した場合、その理念や機能、役割、あるいは制度的規定を勘案して有床診療所から移行することは大いにあり得ることであるし、また有床診療所にそのままとどまることがあってもよいのではないかということでございます。

そして、この有床診療所になることについてアンケートをとったものがございます。これは一番新しいものですが、日本臨床整形外科学会でとったアンケートです。

この中で、有床診療所が小規模入院施設というものが新しくできた場合に移行する意思があるかないかというもので、「ある」と答えられたのが60%、「今のところ有床診療所から新しくできる小規模入院施設に移行する意思はない」が24%、「その他」の余りはっきりしていないというのが16%です。それから、

病院が小規模入院施設に移行する意思があるか——これは日本臨床整形外科医会の中には病院もございまして、病院の方にもアンケートをとったわけです。そういたしますと、「病院から小規模入院施設に移行する意思がある」と答えられたのが22%、「ない」と答えられたのが51%、「その他」が27%です。何床の病院が移行する意思があると答えられたかを見てみると、20床から50床までの病院では、小規模入院施設に移行する意思があると答えられたのが63%、51床から100床までの病院の中で、移行する意思があると答えられたのが31%、101床以上は4%でした。そういうふうに、小規模入院施設がはっきりうたわれてくればこれに移行してもよいという意思が相当出てきているわけでございます。

だから、そういうことで小規模入院施設というのは今後の新しい医療体系の1つの形として今から日の目を見てくるのではないかと思います。特に、在宅医療、それから在宅医療を支援するセンター的な立場として有床診療所というのは非常に脚光を浴びてくる可能性があります。

しかし、医療法ができるまでに、このままでいけば経営難の問題と高齢化の問題で有床診療所そのものが無床になったり閉鎖される危険性も多分に出てきます。我々が一番問題にしているのは、現在の有床診療所を経営的に安定化するという問題も1つございますので、今度の診療報酬改定に対しても、先ほどの資料にもあったと思いますが、総会するとき、それから11月に日本医師会の村瀬会長あてに要望書を出しています。

11月の要望書の中では、はっきりと具体的に300点のアップという線を出しましたが、その後、日医の先生方と中医協で恐らく交渉があったらろうと思います。平成6年度の予算案がまだ通りませんのでどういう展開になるかははっきりいたしません——厚生省の中ではもう既にある程度原案はでき上がりつつあると思います。11月に日本医師会の方に要望書を出していたところ、ことし正月明けてすぐだったと思います——塚崎先生がここにおられるので言ってい

わかりませんが、厚生省の方から私のところに電話がありました。ほかの病院団体は全部要望書が出ているのに有床診療所の方は何も要望書を出さないのかというお話でございました。そこで、いや、我々は11月にちゃんと日医の方に出していると申し上げました。それはそれとして、そういう電話がございましたので、早速要望書をつくって送りました。

これは日医に出した要望書とほとんど同じですが、少し具体的に書いておきました。この要望書をちょっと読んでみます。資料として出すとまた差し障りがあるかと思って遠慮していたのですが。

要 望 書

次期の診療報酬改定に望むことは、昨年6月20日に佐賀市で開催された第6回全国有床診療所連絡協議会総会で日本医師会村瀬会長に出した要望書にまとめている「危機に瀕する有床診療所の経営基盤安定化のために次期医療費改定に当たっては入院時医学管理料を入院料、管理料の引き上げ、基準寝具料、基準給食料を認めるなど、提供する医療サービスに見合った診療報酬の緊急是正を切望する」に尽きると考えております。

以下、項目別に要望事項を述べます。

1、入院時医学管理料の引き上げ。

有床診療所は、職住一致という形態で診療に従事しており、これは毎日主治医の当直を意味する。これに対して200床程度の病院では、1人の当直医が全科の、場合によっては専門外の入院患者をカバーしているという現実がある。両者のバランスから見ても、有床診療所の入院についてはそれなりの評価がなされるべきであり、資料に示すように

——これは、先ほど資料がついていたと思います

——病診格差の最たるものは入院時医学管理料である。少なくともこの入院時医学管理料は1日300点の増点を行い、病院の最低の線と同等、あるいはそれ相当の評価をすること。

——これを第1番に挙げております。

2、看護料は、配置人員数に応じて評価すること。

現在は積極的に稼働しているところも、ほとんど稼働していないところも、有床診療所として一括して点数の設定がなされている。しかし、専門医として活発に診療されているところでは、看護要員を患者4人に1人、あるいは6人に1人と、現在の基準に合った人員配置をしているところもある。このように一定の看護要員を配置しているところは、その人員に応じた診療報酬上の評価をなすべきである。その際、人員配置は医療機関からの報告によるものとする。

3、基準に適合すれば、寝具料、基準給食料を算定できるようにする。

有床診療所では、現在ほとんど病院と同じ業者より同等の寝具などの提供を受けているにもかかわらず、寝具料の算定が認められていない。確かに、患者の承諾があれば寝具料に相当する金額を徴収してもよいことにはなっているが、

——これは、寝具料は確かに患者さんから取っていいというふうに、この前の前からかなったと思います。これも我々が有床診療所連絡協議会の働きかけによってやっとここまでたどり着いたわけでございますが、そのとき厚生省の役人が言うには、最初寝具料というのを、じゃ48時間だけつけましょうかというふうなことを言って笑っておったことがあります。13条の48時間の規制というのはいつでも抜ける刀になっているわけです。だから、衣の下には鎧がちらちら見えております。はっきりそういうことを言っておるわけですから。

——特定療養費の徴収は、地方に行くに従って徴収しにくく、特に医療保護の患者は本人より徴収することはできなくて、全く医療機関のサービスになっている。また、病院より転院してきた患者など、病院では寝具料として支払いをしていないのに、ここの医療機関ではどうして寝具料を払うのかとの疑問を投げかけることもある。

基準給食についてもしかりで、栄養士を勤務させているところでは当然基準給食料を算定できるようにすべきである。特に、特別食に関しては現実には有床診療

所にも糖尿病や高血圧の患者が入院しており、それに対しては糖尿病食や減塩食を提供しているにもかかわらず、そのコストは医療機関の負担になっており、診療上必要とあれば採算を度外視せざるを得ない。これが、かかりつけ医としての有床診療所の先生方の姿である。

大都市圏ではそれ相当の差額徴収、特定療養費もできるであろうが、地方では忠実に健保法などを守り、経営は一層苦しいものになっている。

以上、要望いたします。

このようなことを具体的に出しました。

これを勘案されたかどうか知りませんが、今度の診療報酬改定では有床診療所の問題は頭に入れてやっていただいているのではないかという情報も我々は得ておりますので、これが4月、どういう格好で出るか、我々の有床診療所協議会の努力の評価される点ではないかと思っております。

どうも、きょうはご清聴ありがとうございました。

座 長 清成先生の本日のご講演に対しまして、一言御礼申し上げます。

会長のご講演にもありましたように、有床診療所は、今まで医療法13条が示しますようにあいまいな状態が続いてきましたが、これを利用する我々としては、大変よい面がある一方で、常に不安感を持って過ごしてきたのが現状です。過去には有床診療所から病院へ発展したところが多かったのですが、近ごろは病院から有床診療所へと規模を縮小するところが出てきております。小規模入院施設ができるようになりますと、その傾向は加速されるような気がしております。

全国有床診療所連絡協議会ができて6年になりますが、私どもは第2回から連続して出席させてもらっておりますが、この会場の熱気は大変なもので、有床診療所に思い入れの強い先生方が全国的に多数おられて、大変心強く感じております。勉強になります。これまでの協議会の努力によりまして、日本医師会にも厚生省にもその存在が再認識されつつあることは、喜ばしいことであります。

和歌山県としましても、全国協議会に多数の会員が出席されて、有床診療所の医療環境への改善に協力するとともに、清成会長のますますのご活躍を願っております。

どうもありがとうございました。

特 別 講 演 Ⅱ

座 長 塚崎鴻日本医師会常任理事のご経歴をご紹介します。

先生は、昭和30年東京医科大学を卒業され、昭和42年名古屋市において有床診療所の医院を開設されました。昭和57年より愛知県医師会理事としていろいろな役職をこなされて、平成4年より日本医師会常任理事としてご活躍されております。有床診療所の副担当もされており、毎年、全国有床診療所協議会の総会にもご出席されて、小規模入院施設検討委員会の委員もされております。

本日は、ご多忙にもかかわらず遠方からおこしくださしまして、ありがとうございました。

有床診療所（小規模入院施設をふくめ）の将来像と、それを取り巻く周辺の諸問題についてご講演賜りたく思います。

よろしくお願いいたします。

有床診療所（小規模入院施設を含め）の将来像

日本医師会常任理事

塚 崎 鴻

ご紹介を賜りました塚崎でございます。本日は、和歌山県に地域医療の拠点である有床診療所連絡協議会が設立されまして、本当におめでとうございます。お骨折りをされました先生方、大変ご苦労さまであります。今後ともますますご活躍いただきますようお願いを申し上げます。

私も、今ご紹介がございましたように19床の有床診療所を開設いたしております。本日お集まりの先生方と同じように、経営に非常に苦しんでおる1人です。

私は実は外科医で、愛知県のがんセンターに奉職をいたし、退職してから有床診療所を開設しましたが、ある日、手術の手伝いにまいった若いがんセンターの医者がこんなことを申しました。「先生は幸せですよ。自分でがんを見つけて自分で手術をして、最後には化学療法をして、そして最後まで患者さんをみてる。我々ががんセンターの外科医——私もそうであったのですが——ベルトコンベアーの一員なんだ。患者さんが回ってきて、それを手術しているだけである」というようなことを申しておりました。私自身も、がんセンターに勤めてその経験がございましたが、有床診療所を開設いたしまして他人からそう言われますと、なるほどそうかなということでありまして、気骨の折れる有床診療所を維持しておりますのもこんな魅力があるからではなかろうかなと、実は思っておる次第であります。

有床診療所連絡協議会の犬尾先生が、有床診療所の医療というのはアートの医療だというふうに申されておりましたが、まさにそのとおりで、私自身、日本医

師会に出ている、まだこれから帰ると入院している患者さんを見るわけで、こんなアートの医療にはれ込んでいる1人なのかもしれません。

しかし、現実にはアートの医療によって笑えない時代となつてまいったことも事実です。先ほどもちょっとお話がございましたが、有床診療所の数は平成2年の2万3,586から平成3年の2万3,389と、0.9%減少いたしております。アートの医療を愛していた仲間が減っていったということで、まことに寂しい思いがしております。病床の数も、27万2,000から27万1,000円ということで、0.2%減っていることも事実であります。

先生方がごらんになっておられる患者さん、もうお気づきかと思いますが、本当にお年寄りがふえてまいりました。アッペも減ってまいりました。胃潰瘍で手術はしなくなり、外科の有床診療所も手術をする数が本当に減ってまいりました。疾病構造の変化であり、高齢化社会の到来であります。

医療の受け手である患者さんの病態や年齢が変わってくると、当然医療を提供する私たち医療機関のあり方も変わらざるを得ません。それでは、どう変わるのかであります。平成3年度の国民医療費は、ご存じの21兆円です。そのうち国の負担が5兆円ということで、国の方は国の負担をできるだけ減らそうということに努力をしております。

さて、そこで21世紀は4人に1人が高齢者であると言うけれども、一体どんな状態になるのかということです。我々有床診療所はどう対応したらいいのかということでございます。それに対応するために、医業経営の戦略も戦術も、そこからあたりから出発しなければならないという事態になります。

考えてみると、21世紀まで、あとわずか6年であります。21世紀を大胆にシミュレートするところを1つの切り口としてお話を進めさせていただきたいと思います。

お手元にレジュメをお配りしてございます。レジュメの一番最初のページに、「お話の順序」と書いております。その順序に従ってお話を進めさせていただき

たいと思います。

まず、図1です。これは、三菱総合研究所が年齢構造の変化を予想した図です。1950年には65歳以上の老年人口が人口の約5%弱です。それが1990年には約15%、2015年には約25%、2030年には約30%近くになるであろうというものです。一方、15歳未満の年少人口は1950年に36%ぐらいあったものが、こっちの方はどんどん減ってきて、1990年には20%を切っておりまゐります。そして、一番上の線ですが、これは15歳から64歳までの生産人口のラインです。ごらんいただいておりますように、もう60%を切っています。

老年人口と年少人口の交わるころ、老人が年少人口を上回るところですが、実は1997年か1998年と言われております。あと2～3年先です。もうすぐそこに来ていることをご認識いただきたいと思います。きょうがあるからあしたがあるんだということではないのではないかなという感じがいたします。

それでは、医療を取り巻く21世紀の環境は一体どうなるのかということです。次のページですが、平成3年に日本医師会のシステム委員会が21世紀を大胆にシミュレートした数字を私が絵にしたものです。題して「低出産・超高齢化社会における医療」というものです。1988年、2000年、2025年を一応切り口としています。

一番下のところをごらんいただくと、そこに寝たきり老人の数が将来予想として書いてあります。74万が234万人になるだろうと予想しています。3倍強です。痴呆性老人も90万が332万人になるだろうと読んでいます。

さて、白いマル印ですが、これは患者さんの数の予想です。これも大胆な推計で、1988年を1とすると2025年には1.67になるだろうと予想をいたしております。

問題なのは、このようにふえるであろう寝たきり老人や痴呆性老人や病人を看護したり介護したりしてくれる看護婦さんが確保できるのかどうかということで

す。それから、どのくらいお金がかかるのか、そのお金を国民が負担できるのか、家族が扶養できるのかということです。

まず、看護婦さんになっていただくであろう20歳から24歳までの若い女性の数を、白い三角印でございしますが、表示しています。一番上の数字ですが84.3と書いています。1988年には84万3,000人いるだろうということです。それが1990年には87万5,000人に上がって2000年には82万、2025年には何と71万人に減るであろうと予想しております。

寝たきりの老人や痴呆性老人、病人を看護したり介護したりしていただくためには、この若い女性の何%の方に看護婦さんになっていただかなければならないということです。黒い三角印をごらんください。7.3%から7.4、9.6、2025年には20歳から24歳までの若い女性の実に14.6%の方が看護婦さんになっていただかなければ看護も介護もできなくなる時代がやってくるだろうということの予想です。

こんなことは厚生省の役人も承知していて、先般、健康政策局の寺松さんと話をしていたら、彼が言うのには、看護婦さんになっていただく女性の数の絶対数が少ないんだ、だからこれからはどうしたら看護婦さんが長く勤務していただけるかを考えなければならない時代なのだ、したがって看護婦さんの働く環境、その整備、あるいは育児施設の整備といったものに力を入れていくんだと言っていました。確かに、今年度の予算にそれを組み入れております。これから医療を考えていく上で1つのキーワードではなかろうかなと思っております。

絶対数が少なくなると、雇用するのが難しくなるのではないかと思います。したがって受注のバランスということになりますが、コストの値は上昇するであろうということでもあります。我々の有床診療所も、この洗礼にぶつかることはまず確実であろうと思いますので、これからの我々の対応も考えていく必要があるだろうと、頭の片隅にそんなことをちょっと入れながら経営をしていかなければいけないのかなと思います。

次には、お金の問題です。国民医療費は20兆円が119兆円に、このままでいけばなるだろうということです。白い四角の印です。そして、黒い四角ですが、国民負担率は58.9%になるだろうと。臨調よりもかなり上の数字です。不況のもとで経済成長率はマイナスになるだろうと既に予想されている人もおられますが、21世紀に対しても、このままでいけば多分ゼロかマイナスの成長率になるだろうということは当然考えられます。このときに医療費を国が負担できるのか、国民が負担できるのかという問題に突き当たります。

次に、今度は家族がお年寄りをどこまで面倒を見ることができるかということで、家族扶養指数をそこに出しています。二重マルの印ですが、ごらんいただくと、一番下のところですが、0.76から0.37と半分になっています。

そこで問題になってくるのが、在宅医療や在宅看護です。いろいろ言っていますが、これが果たしてできるのかということです。現に、高齢者対策10ヵ年戦略（ゴールドプラン）が見直しをされようとしていることも、このことを示唆しています。

さて、21世紀を大胆にシミュレートした事象を、これまた大胆にご紹介申し上げましたが、こういったことに21世紀はなるだろうということで、ただ傍観しているわけではありません。行政もそうですし、日本医師会もそうですが、それに対して整備を考えております。

3ページをごらんいただくと、「21世紀に対応するための社会整備」と書いています。それには、社会資本の整備、社会システムの整備、社会保障の整備という3つを挙げさせていただいております。

有床診療所の将来像を考えると、有床診療所はもちろん日本社会の構成員の一員です。それから、医療供給体制の一員でもあります。日本経済の中の、あるいは日本医療経済の中の一員であることも事実で、冒頭に申し上げた、我々がやっているアートの医療は我々の理念ですが、先ほどちょっとお話があったように、アートの医療は錦の御旗で、21世紀に対応するためにその錦の御旗の中の絵柄

を若干変える必要があるのかなという感じもいたします。

さて、まず社会資本の整備です。先ほど来お話をしている21世紀に向けての社会資本の整備ということです。

高齢化社会に向けて駅の階段は老人に急すぎはしないか、お役所は耳が遠かったり目が悪かったりする老人に対応しているか、老人ホームが確かにしっかりと整備されているかどうかということです。私ども医療を提供するサイドでは、既にこの社会資本の整備が行われようとしています。例えていえば、療養型病床群の整備です。老人病院、老人保健施設の整備です。ショートステイ、デイケアも、あるいはこの中に入るかもしれません。

そんな社会資本の整備の中で、有床診療所がどう位置づけられるかです。清成先生のお話にもありましたが、有床診療所というのは地域特異性に応じた柔軟な医療機能を持ち、あるいは中間施設として、あるいは福祉サービスの機能として、社会資本の一環として今整備が求められ、これからも求められていくだろうということは当然考えられます。社会のニーズにこたえられる機能を持っていることが、逆に言うと有床診療所の強みであろうと思います。将来に対応する1つの像として、既に社会資本の中でこれからのあり方が考えられるということであろうかと思います。

次に、社会システムの整備です。

システムと申しますと、何か非常に難しいことというふうに思われるかもしれませんが、高齢化社会に向けて教育システムはこれでいいか、雇用システムはこれでいいかというようなことでございます。

ご存じのように、新社会資本論が今展開されております。光ファイバーを使って全国に情報網をつくり、ネットワークをつくらうというような話も出てきています。どこの医療機関からでも、このシステムに乗れば医療情報が得られるシステムということです。当然、有床診療所というのも救急医療情報システム、あるいは保健所情報システム等々の関連を持っておりまして、救急医療の指定医

療機関として現実に活動しておられます。

ここで、21世紀に向けて、どの医療機関からも、医療の情報も、保健の情報も、福祉の情報もアウトプットできる、あるいはインプットできるようなトータルなネットワークを組む必要があるかということです。有床診療所は、時には救急医療の、時には福祉の、時にはヘルスのインターフェースとなることもこれからは可能ですし、なる必要があるかと思っております。

さて、そこで1点追加させていただきますと、例えば情報提供料の問題でございます。病院から診療所、診療所から病院の情報提供料が診療報酬の中に認められておりますが、我々有床診療所の間では、有床診療所としてのそういったセッティングはなされておきませんので、今後システムの基本的な状況の中でこういった問題も考えていく必要があるかと思っております。

次に、社会保障の整備です。

21世紀の高齢者が安心して暮らせる社会保障を整備しようというもので、3ページの下に「21世紀に対応する社会保障制度」ということで図を書いています。これも大胆に、社会保障制度を年金と医療保険に分けています。ご存じのように、組合健保も政管健保も今のところは黒字です。国民医療費は去年は黒字ですが、繰入金を入れて黒字になっているので、現実には赤字です。先ほど来申しているように、高齢化が進み、保険料を納める若者が減り、逆に医療費が伸びることになってくると、収支が悪化するのは当たり前の話です。

学者の計算によると、医療保険がこのままでいけば2015年には組合も政管もすべて赤字に転落するであろうということが既に出ています。そうなると、好むと好まざるとにかかわらず、そこに書いているような、医療保険を統合したような形になるであろうということで、いわゆる医療保険の統合が行われるということです。そうなると、多分公的保険の守備範囲を決め、それ以外のところは民間保険や自己負担とする体制が出てくるのが当然予想されます。そんなばかなことが起こるかとお考えかもしれませんが、既にその前兆が出ていると思います。

それは、給食の自己負担の問題です。

かつての組合であれば、給食の自己負担については反対するところですが、今回は医療保険審議会でも老人保健審議会でも、反対はただ日本医師会だけで、ほかの老人クラブも全部、お金を払ってもよろしいということでもあります。

それ以外に、「特例療養費」という名のもとに、自己負担による療養部門がふえてきていることもご存じのとおりです。

実は、私はことしの正月の新聞を見て驚きました。「福祉」という言葉がほとんど消えてまっています。去年は、「老後の幸せ」とか「福祉」という言葉が新聞に出ていましたが、ことしの新聞には全く見られませんでした。そういうことも考え合わせると、21世紀の日本の社会は、一番下に書いておいたように、日本型福祉社会をどう構築していくのかということにならざるを得ないと思います。その要点は、右側の5つの項目の中に示されていると思います。

次に、図4をごらんいただきます。これは非常に大きくとらえていて、21世紀に向かって社会資本の整備、社会システムの整備、社会保障の整備と申し上げましたが、日本医師会も厚生省も黙ってそれを見ているわけではなくて、そこにあるように、ちょっと言葉はどぎついのですが、「医療改革」という名前でとらえておりますので、「21世紀に対応するための医療改革の概念図」として出してみたものであります。

まず、そういった改革というか変革を行おうという場合に考えられるのは、物の考え方を変えるということです。すなわち、医療概念の見直しです。そして、医療の考え方を変えたとしても、医療経済がそれに追いついていかなければどうにもなりません。物の考え方が変わり、経済が見直されても、先ほど来申し上げている、医療を受ける者と提供する者との需要と供給のバランスが完成されなければ改革とはなりません。

もう1つ、そういうふうにならざる事象が完成されても、今度それを患者さんや住民の方々に提供する制度が見直されなければ、絵にかいたもちに終わると

ということです。

さて、医療の考え方の問題ですが、次のページに2つほど、①、②として書いてみました。この「大池レポート」というのはご存じの方もおりかと思いますが、昭和63年に厚生省の病院管理研究所の大池という方の出したレポートです。当時、医療法の改正が論議されていたときで、「大池レポート」ということで大変論議を呼んだものです。

今我々は、医療というのは医師の指導のもとにというのが通念です。ところがここに書いていることは、「医療とは医療従事者が健康の養護及び健康の破綻からの回復を目的として行なう活動である」ということで、ここでは「医療は医師の指導のもとに」という言葉が消えています。そして、「医療従事者」という言葉が取ってかわっています。そして、医療を提供する場所としては、「医師が常に管理・関与しなければならない施設」、「必要に応じて医師が関与・指導しなければならない施設」、あるいは「必要があれば医師が関与・援助する施設」に分類されております。

さて、この考え方が引用され、利用されて出てきたと私は考えたくないのですが、先ほど清成先生がちょっと触れられた老人保健施設の問題です。

都市圏においては老人保健施設の建設が進んでおりません。したがって、老人保健施設と一体になった分散型の老人保健施設、サテライト方式と言われるものをつくらうという考え方が出てきています。その分散型の老人保健施設はマンションのワンフロアでもいいという考え方で、そこに医師は常駐しなくてもよろしい、その管理者は医師でなくてもよろしいという考え方が出てきています。それも現在検討されていますが、もしかしたら、そういった考え方が先ほど申した大池レポートの考え方と似てくるということになれば、ナーシングホームを含め、1つの医療の体系が変わってくると考えざるを得ません。

審議会の中で検討されているものに、先ほど清成先生がおっしゃられた、老人保健施設の定員の下限について取り払うんだということがあります。そして有床

診療所も、老人保健施設としてのあり方が俎上に上るのではないかと思います。

次に、②ですが、今度は第2次医療法改正において「医療の理念規定」が変わります。そこに長々と書いていますが、基本的に申し上げたいことは、医療というものは今まで患者さんと医師との間の1対1の医療だったけれども、これから単に治療だけではなくて、疾病の予防からリハビリテーションまでということで、ヘルスから、医療から、保健から、福祉まで、これを医療というふうに大きくとらえようというような考え方が出てきています。いわゆる包括医療というような考え方です。

そういった考え方が出てまいりまして、そういった医療を提供する場所としては、病院あるいは診療所ということであったのですが、今回からは居宅での医療ということで在宅医療が出てまいりました。

したがって、今までの1対1の医療から、医療法の中でも「医療」というものの考え方がこのように変わってきたのでありますから、我々もそれに対応する必要があるかということでもあります。

それは有床診療所ということではありますが、外へ出ていって活躍をしていくということです。ヘルスにも活躍をしていく、福祉にも活躍をしていく、そして在宅の診療も、在宅の介護もどんどんやっていただく、そして収容する者がいれば自分のところで収容していくという積極的な対策を講じていただくことが21世紀への、言葉は非常にきついのですが、サバイバルというふうに私は考えざるを得ません。

次に、医療経済の見直しですが、そこに「診療報酬の見直し」と書いております。

先ほど杉浦会長もおっしゃったように、診療報酬改正の真っただ中ということでもあります。次の6ページに、先ほどもちょっとお話が出ましたが、中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会の項目の中から館会長が指摘した検討事項をお届けしています。

この委員会の設置目的は、21世紀においても適用する診療報酬体系を構築するんだということで、清成先生がご指摘になった有床診療所に関することもある出てきております。

その中で、順を追ってお話しすると、まず現行報酬体系の課題の中で、出来高払い方式と包括払い方式ということで、これは丸めの問題ですが、現在中医協で論議されております。この件については、もう丸めは十分というか、もうここまで来てしまっているということです。あるデータによると、老人保健では既に70%近くが丸めなんだということで、もうこれ以上の丸めはのめませんよということで、日本医師会はこの丸めに対しては反対の態度をとっています。

次に、甲・乙一本化の問題です。既に、かなり甲表にシフトしていることも事実ですので、これは多分そういった形になるだろうということです。

地域間、公私間における経営原資の格差是正ですが、この問題については、ご存じのように非常に根っこの深い問題で、経営基盤の問題であるので若干時間がかかるということです。

それから、3基準の検討と見直しです。基準看護をとっているところは全病院の約42%で、1人の看護婦さんがふえたり減ったりするだけで点数が上がったり下がったりしているということに問題がございまして、病院の規模に応じて看護婦さんの数を設定し、その病院の中で自由に看護婦さんを配置できるようにしようという考え方があります。

例えば、500床の病院であれば医療法で看護婦さんの数を規定して、その病院の救急の病棟には看護婦さんの配置を厚く、比較的手のかからない病棟には看護婦さんの配置を薄くできるようにしたらよいのではなかろうかなという考え方が出てきています。今期は無理でございましょうけれども、医療法の改正と連動して、このような構想がもしかしたら実現していくのかというふうに思います。私どもの有床診療所も、この辺の考え方にある意味では連動していく必要があるのかなとも思っております。

それから、先ほどお話のあった基準寝具の問題です。基準寝具は、既に92%ぐらいが医療機関で行っており、もう基準寝具というのは当たり前ということになってきています。したがって、入院医学管理の中に丸められる可能性があるということなのです。

給食については、日本医師会では医療の一環であるということで反対をしております。中医協の場においても、この考え方は崩さずにあります。

先ほどもちょっと触れましたが、医療保険審議会でも、老人保健審議会でも、労働側もすべての方々が参加しているわけで、給食のお金を払ってもいいということであります。給食費は大体1兆2,000億円、そのうちの国庫負担が3,700億円と言われております。ここらあたりが現実として、ちょっと後にも出てまいります、どう動いてくるのかもこれからの対応の1つではなかろうかと思えます。

3基準の見直しですが、このあたりも将来的には、言葉は非常に悪いのですが、見直しというよりもなくなっていくのではないかと私は思います。

次に、医療機関機能の体系化のために診療報酬評価の課題です。

特定機能病院、療養型病床群、あるいは老人病院、病院、有床診療所等の医療機関の機能別の類型化の見直しがなされるであろうことに対応しての診療報酬の設定ということになろうと思えます。

有床診療所の機能やその特性についても、診療報酬の上でどう評価されるかということで、お手元の資料には出ていませんが、有床診療所の看護の評価及び療養環境の評価ということで、この報告書にも書き入れておりまして、先ほど清成先生がご説明になった入院医学管理料、こいつが一番のポイントであろうということで、私どももこれのアップということに焦点を絞っていることも事実であります。

次に、薬剤使用の適正化であります。

現在、10剤以上は100分の90とする逡減方式の縛りを、先生方のお耳に

入っているかと思いますが、5剤にしたらどうだという話があることも事実であります。5剤に変更するかわりに、処方料の24点を大幅にアップしたらどうだということです。院外処方料が74点なのになぜ同じ処方を書くのに24点かという素朴な疑問が出てまいります。院外処方せんには10剤の縛りもかかっていないわけで、そこらあたりが論議の対象になってくると思っております。

薬の話が出てまいりましたので、本題からちょっと外れますが、現在話題になっている薬価の問題について7ページの図5に私なりにまとめてみました。

これは、右下に書いているように、昭和57年に新医薬品の薬価算定に関する懇談会ということで原価計算方式を決めています。その原価計算方式のところに、製品、製造原価、販売費、あるいは一般管理費、営業利益、流通経費を積み重ねて原価方式というようなことを言っています。

この中で問題になる研究費はどこに入るのかということですが、ごらんいただいてわかるように、研究費という項目はありません。それは、問いただすと、販売費あるいは製品製造原価の中に入り込んでいるのだそうで、研究費の名目は特に出ていません。

問題なのは、ちょっと上に仕切値というのが出ています。括弧で入れておきましたが、この仕切値というのはメーカーが独自に決めるもので、仕切値が高ければ当然販売価格、薬価も高くなります。今まで、プロパーがこの仕切値を参考として我々医療機関と折衝していたのですが、新建値方式ということでメーカーのプロパーとの折衝が外れて、今度は仕切値が卸に定義されることになりました。

次に、薬価基準の決定ですが、卸の販売価格から、今話題になっている消費税を引いて、そして足したものが実勢価格ということで、加重平均が出てまいります。そして、改正前の薬価に利幅を掛けまして薬価基準とするわけですが、そこにあるように、Rゾーンということで、15%、13%、11%、10%と減らしていくことになっております。

もう1つここで問題なのは、薬価基準の決定方式です。これは、メーカーと行

政との間で決めるので、私どもユーザーはかやの外ということです。

今ちょっと消費税のことを申し上げましたが、消費税がかかるのは仕切値から卸値に来るときにかかっています。それから卸から販売価格、これに消費税がかかっていて、販売価格から我々のところに消費税がかかってくるわけで、私どものところで最終ということで、全部消費税は私どもの方へかかっているということです。3%が7%になったら大変なことになるということでもあります。

薬の問題は今申し上げましたが、今の我々の経営に非常に深刻な影響を与えているのは、このところのバルクライン方式から加重平均方式に変わったということと新建値方式に変わった点で、この2つが一挙に連動して私どものところに覆いかぶさってきたということが医業経営に大変なインパクトを与えたということかと思います。

次に、今度は医療需給のバランスの問題です。

疾病構造の変化や高齢化社会に対応するために、医療サービスを効率的に提供するために、先生方ご存じのように昭和63年に第1次の医療法の改正が行われ、地域医療を推進するためとして医療圏が設定されました。その医療圏の中でベッドが規定されました。ご存じのように、一定の数以上はつくれない仕組みになっています。しかし、除外規定があって、特定の疾患に対応するベッドや救急に対応するベッドは、厳しい施設基準を満たした規定をクリアし、都道府県の医療審議会で認められればこれが認められるわけで、特にふやすことができます。このふやすベッドのことを特定病床数と申しております。医療法の施行規則の第30条の32項に書いています。

実は、その特定病床数を減らしている元凶が問題です。データが少し古くて恐縮ですが、平成4年3月までに5,560のベッドがふえています。そのうち国と公的が2,881で、実に52.9%です。最近のデータがないので恐縮ですが、民間の病院が2,560で47.1%ですから、厳しい規定をクリアできるのは公的病院だけと私も考えます。公的病院は、医療圏の中のベッドの規制とはかかわりなくど

んどんふえてくるであろうということが最も考えられます。このことは寺松局長もよく認識をしていて、公的病院のベッドのふえる分だけ公的病院のベッドの数を減らさなきゃいけないなとは言っておりますが、減らそうとする感じは全く受けられません。民間病院をオーバーして公的病院のベッドがふえてまいり、公的病院のひとり歩きを心配するわけであります。

病床数が満杯である医療圏では、今申し上げたようにベッドはカウントを経ています。先ほどの話にあったように、我々有床診療所ではこの縛りにかかっていないのでベッドをふやすことができます。地域医療を担う仲間、公的病院にできない、肌の触れ合う医療を担う我々有床診療所の仲間が減るのではなく力を盛り返すことを期待しているのは、ここにも一因があります。

平成4年に第2次医療法の改正が行われました。社会資本の整備のところで申し上げましたが、救急医療や高度な医療を行える特定機能病院と、主として慢性疾患を取り扱う療養型病床群の形ができてまいりました。

第3次の医療法の改正が、先ほども清成先生からお話があったように取りざたされております。診療報酬の改正やら事業税の問題で若干今下火になっていますが、図6をごらんいただきましょう。これも、思い切って私なりに絵をかいてみました。これからどうなるかということの大胆なシミュレーションです。

今現在の状態を絵にしたものです。右上のところは、医療を施設で提供する群です。特定機能病院、総合病院、病院が書いてあります。左上のところが施設で福祉を提供する群です。そして、右下が在宅で医療を提供する群です。左下が在宅で福祉を提供する部分です。

医療を提供する施設の中には、今申し上げたように、特定機能病院、総合病院がございますが、独断と偏見で申し上げると、多分特定機能病院というのは一本の形で行くだろうと思います。そして、総合病院と病院というのは、もしかしたら一本化するのかな。そして、療養型病床群、それから老人病院、いわゆるお年寄りを収容するような施設、あるいは特別養護老人を含めながら、このあたりが

一本化してくるのかなというふうな感じを受けます。

そこにある有床診療所については、小規模入院施設ということの関連の中で、老人病院に近い性格を持ったところもあったり、老人保健施設に近い性質を持ったり、あるいは救急の性格を持ったり、言葉は悪いのですが、規模が小さいだけに小回りのきく性格を利用して、地域のニーズにこたえながら施設としての機能を発揮しているということであろうかと思います。

したがって、医療施設の類型化の中できちっと位置づけられるような形でこれからはなければならないと思うわけで、先ほど来申している、錦の御旗の絵柄をきちっと描きながら行くべきだろうと、私は考えております。

ここで、ひとつこれからの方向として問題があるので提議申し上げたいのですが、その下のところに「老人訪問看護ステーション」という言葉が出ております。現在、老人訪問看護ステーションが311施設、日本にできています。先ほど申し上げたように、看護婦さんになっていただく数も少なくなってくるというような事態を踏まえて、この老人訪問ステーションの「老人」という言葉が取れて「訪問看護ステーション」という形にならざるを得ないのではないかと考えております。現在、医療法人と医師会立が80%以上を占めておりますが、将来的には開業医の先生方が看護婦さんを雇用することができなくなった時点では、この訪問看護ステーションの看護婦さんと一緒になって在宅医療をやるような事態ができてくると考えられます。訪問看護ステーションも、医師会立といった形でお作りいただければありがたいなと思います。

次に、10ページの図7です。これは、先ほど来申し上げていますが、21世紀に向けての1つの絵です。

先ほど、医療法改正のことを申し上げました。もう一方の福祉の問題ですが、在宅福祉が人の問題等々でなかなか難しくなっています。したがって、そこにあるように老人保健福祉計画がつくられ、福祉圏を策定しようという話になってきていることはご存じのとおりです。

この福祉圏という構想がなぜ出てきたかといえ、今申し上げたように在宅福祉が暗礁に乗り上げてくると、どうしても施設福祉が主流になってくるだろうということで、施設の福祉となると、当然医療施設とのドッキング、システム化が必要であるということで、そこにあるような老人保健福祉と医療計画が一緒になって、福祉圏と医療圏がドッキングした圏域をつくろうという考え方が出てきています。これはもう既に広島でもそういった形のもが行われていて、各都道府県等で今現に考慮されている形であります。

そういった形で1つの流れが出てきています。それと、先ほど申し上げたようにゴールドプランも1つの流れとして出てきているということです。

次のページ、図8です。ごらんいただいておりますかと思いますが、保険給付の範囲・内容の見直しということです。その下に、平成6年10月実施と書いてありますが、日本医師会はこれを了承しているわけではなく、全く合意をいたしておりません。

これは、老人保健制度の見直し、あるいは医療保険審議会等からの公定医療保険給付の範囲の見直し等々、厚生省の委員会が出したいろいろな答申や建議を厚生省が絵にして国会議員に配っておるアピールの中の1つです。

そこに書いているように、付添差額の解消ということで、病院内の看護、介護体制の充実ということで、付添看護、介護に係る給付の改革ということです。これは現在、私ども有床診療所でもそうですが、付添看護婦を入れて介護の重要な位置づけということで行っていますが、これからはそういった付添看護の制度をなくして、こういった看護のスタッフを病院の中に取り込もうという制度です。

ここでもう1つ重要なのは、上から3番目のところに、入院時の食事の改善とあって、その右の方へ目を移していただくと、入院時の食事に係る保険給付の見直しということで、先ほどの1兆2,000億円の金ですが、これが点線で上に上がってまいりまして、左に目を移していただくと「付添看護・介護に係る給付の改革」ということで、この入院時の食事の給付を見直すことによってできたお

金で付添看護に係る給付の改革に回そうというような絵です。

このことについて、もしこれが実行されてまいりますと、我々有床診療所にとっては、介護をする人たちを雇う力は経済的に見ても到底無理な相談で、非常に厳しい時代になるということで、私自身も日本医師会の中でこのことを申し上げていますが、これが今出てきております。

次はちょっと話題が変わってまいりまして、④の「有床診療所をめぐる幾つかの課題」に入ります。

スタンフォード大学のフリーズという先生がそんな絵をかいています。ごらんいただいておわかりのように、下に年齢を、上に生存率をとっています。1900年の生存曲線がそこに出ています。例えば、10歳のところだと、75%ぐらいの人は生きているが、25%ぐらいは死んでしまう。60歳のところだと、1900年時点では半分ぐらいが死んでしまっている。ところが、1980年には80%以上の方が生きているということです。

このフリーズ先生というのは「人生85歳説」を唱えていて、外因死——交通事故とか転落といったことで死ぬ人以外は80歳ごろまで寿命を元気に全うし、急にカーブが下がっていますが、そこではぱたぱたと死んでいく状態をあらわしています。これが一番理想な形であると彼は言っています。

今度、右に目を移していただくと、これは日本の生存曲線です。上が男で下が女ですが、フリーズ先生の描いた絵と、特に女性の場合は全く一致していると言ってもいいかと思います。第1回が明治24年から31年、一番最近で平成4年ですから、そういった状態になってきているということです。お年寄り元気になってきたということです。

さて、元気になってきたことはいいのですが、このところあたりを受療率という面で切ったのが次のページです。受療率というのは、10万人の人口の中でどのくらいお医者にかかったかということです。受診率とはちょっと違います。

図の11ですが、0歳、5～9歳、25～34歳、45～54歳、65歳以上

ということで切っています。年代は、昭和50年、昭和58年、平成2年を大胆に切り口として見えています。

入院と外来とを合わせたものが図11ですが、0歳を見ていただいてもだんだん下がってきています。5～9歳も下がってきています。25～34歳も下がっています。45～54歳も下がっています。65歳では、昭和58年が上がってはいませんが、平成2年になると下がっているということです。

図12は、受療率の外来です。ほとんど総数と同じような形です。

図13の入院を見ていただくと、今度は0歳のところで上がってきています。不思議に思いまして、小児科の先生に聞きましたら、今はベッドがあいているからちょっと病気になれば入院させてしまうんだということで、0歳のところは入院が上がっています。それから、65歳以上も上がっています。これは、先ほど申し上げたフリーズ大先生の理想像と全く同じである日本の生存曲線ということとの因果関係がありはしないかということです。逆にいえば、老人の患者さんが、非常に言葉は悪いのですが、現実の問題として受診される方が減ってきているということです。したがって、外来で患者さんの来るのを待っている時代ではないということがここでも言えるかと思います。

それから、国民医療費です。これも、先ほど青木会長からちょっとお話が出ましたが、三角のところが目につきます。これが、入院医療費、一般診療所ということで、ただ三角のところは我々有床診療所だけということです。

16ページの、図14は、「診療所種別国民医療費構成割合の年次推移」です。図が小さくて細かくて恐縮ですが、入院の中の一般診療所、40年が4.2、50年が4.3、60年が3.6、ついに平成3年度は2.3で、医療費の中の構成の割合を有床診療では減らしているという絵であります。

その下の図15ですが、これは年齢階級別1人当たりの一般診療医療費の年次推移です。ごらんいただいておりますように、0歳から14歳は余り大きな変動はありません。15～44歳もそうです。余り変動はありません。ところが、

65歳以上、70歳以上は急カーブに上がってきているということで、行政の方がターゲットを充てて絞り込もうとしているのも、ここに原因があらうかと思っています。

次に、図16です。有床診療所の経営についてです。調査の方法、客体の抽出によってデータが異なるということはお承知かと思いますが、ここにお示したのは、日本医師会が先生方の大変なご協力によって医業経営の実態を調査した医療経済実態調査から引っ張り出してきたものです。

昭和62年、平成2年、平成3年をとってまいります。医業収益の100に対する医業費用です。昭和62年で有床診療所のところですが、76.3、それから平成2年が82.5、平成3年では81.4と、ほんの少しですが、この方の比率が下がってまいりまして改善がされております。この改善された理由をもうひとつ踏み込んでみると、これは人件費をかなりの部分で節約されて医業経営をされているということです。

次ですが、図18と図19です。医業収支と医業費用の推移です。これも、日本医師会の数字です。

昭和60年を100とすると、無床診療所では医業費用が100から116、121というふうになっていて、医業費用が大きくあがっています。有床診療所は、医業収益は100、98、92と減少しているということの図です。

こういったことから考えると、先ほど申し上げた付添を院内へ取り込むことになると、19床が満床であれば結構ですが、先ほど50%というお話がございましたが、そういうことで一定の介護人を入れるということになると非常に厳しくなるということです。既に「基準看護」と同じように、「介護基準」というような言葉も実はひとり歩きをしそうになっていることも事実です。

大変お疲れのところ、もう1つ絵をごらんいただきたいと思います。図20です。これは、無床診療所と有床診療所と個人病院との貸借対照表です。これも、先生方からいただいている医業経営実態調査の中から拾い出したもので、ご参考

までにお示しします。

他人資本——右側の白いところですが、そこに書いているように流動負債と固定負債が出てきます。自己資本は、元入金と剰余金から成っています。ご存じのとおりです。

ごらんいただいたら、無床では他人資本が42.2%です。有床診療所は63.1、個人病院は90.4ということで、個人病院では負債が大部分ということです。自己資本はそこにあるように9.6%ということで、個人病院の経営が非常に厳しいことはこれでもおわかりいただけるかと思います。

一方、ちょっと左側のところですが、流動資産と固定資産に分けて考えており、流動資産が無床診療所は45.7、有床診療所が40.6、個人病院が38.0となっています。個人病院のところは固定資産が57.0と大きいのですが、結局それは敷地があるとか建物があるとかというようなことで固定資産が大きくなっているのです、お金にかえられる流動資産は少ないということです。経営の状態は、その順番どおり、無床、有床、個人ということになっているようです。

最後になってまいりました。ごらんいただければ結構ですが、これは平成4年度の医療施設調査から見ております。

上の表では、病院が5年ぶりに1万施設を割ったということ、病院の増加率も過去最低の0.1%ということです。その下の表は有床診療所ですが、平成2年、3年、4年と減ってきているというものです。

今まで、有床診療所の将来像という与えられたテーマについて、非常に雑駁ではございますが、散りばめながらお話をしてまいりました。最後にちょっとまとめさせていただきまして責任を果たしたいと思います。

まず1番目は、先ほど申し上げたように、厳しい21世紀の医療環境に我々有床診療所がどう対応するかということです。先ほど清成先生もおっしゃいましたが、病院は組織による医療である、ところが我々はかかりつけ医の1人機能による施設であるということで、組織というのは1カ所崩れるとガタガタと崩れます。

しかし、私ども有床診療所は、先ほども申し上げたようにアートの医療ですから、地域の方々と密着した形で行くならば、21世紀がどんなに厳しい状態であってもサバイバルはあるんだということです。

次に、医療供給体制のことを申し上げましたが、医療供給体制の中で将来をどう位置づけるかということです。先ほど清成先生がご説明になったように、選択方式をどうこれから持っていくのかということです。錦の御旗の中の絵柄をどう描いていくのかということです。あれもこれもということでもいいのかということで、サバイバルの中では錦の御旗を立てて絵柄をみんなできちっと決めていくことが必要であろうかと思います。

それから、医療システムの中でもちょっと触れましたが、将来的には我々有床診療所は保健・医療・福祉のインターフェースであるというような考え方から、その整合性の真っただ中であって、接点となってこれから生きていくんだということであろうかと思います。それは、申しましたように社会保険と医療と福祉の接点だということであります。

私は、有床診療所の将来というのは、大きく分けるとこの3つに絞られるのではないかなと思っております。

大変走りまして雑駁なお話で恐縮ではありますが、先生方の有床診療所のこれらの診療のあり方の一助ともなればということでお話をさせていただきました。大変貴重な時間をありがとうございました。

資 料

和歌山県有床診療所連絡協議会設立総会

有床診療所（小規模入院施設をふくめ）
の将来像

日本医師会常任理事

塚 崎 鴻

お話の順序

① 21世紀を大胆にシュミレートすれば

② 21世紀に対応するための社会整備

その中での有床診療所の在り方

③ 21世紀に対応するための医療改革

その中での有床診療所

④ 有床診療所をめぐる幾つかの課題

⑤ 有床診療所の将来像

1) 21世紀を大胆にシュミレートすれば。

①年齢構造の変化の予想（三菱総合研究所推計）

②低出産・高齢化社会における医療
（日本医師会医療システム研究委員会）

図 1 年齢構造の変化の予測

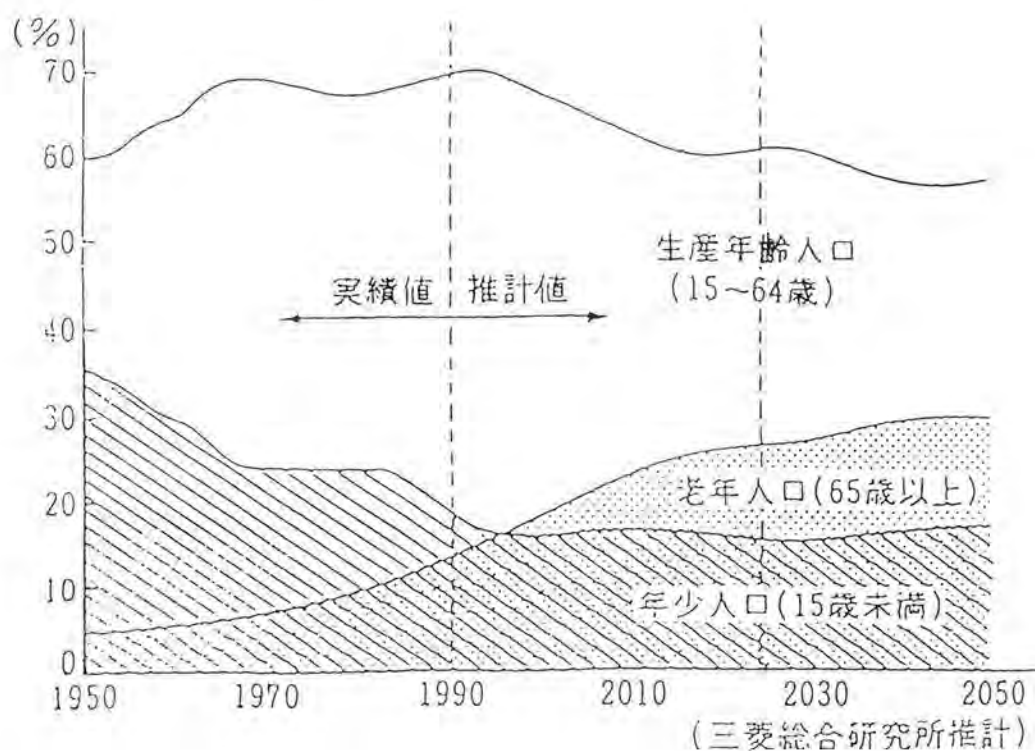


図 2 低出産・超高齢化社会における医療

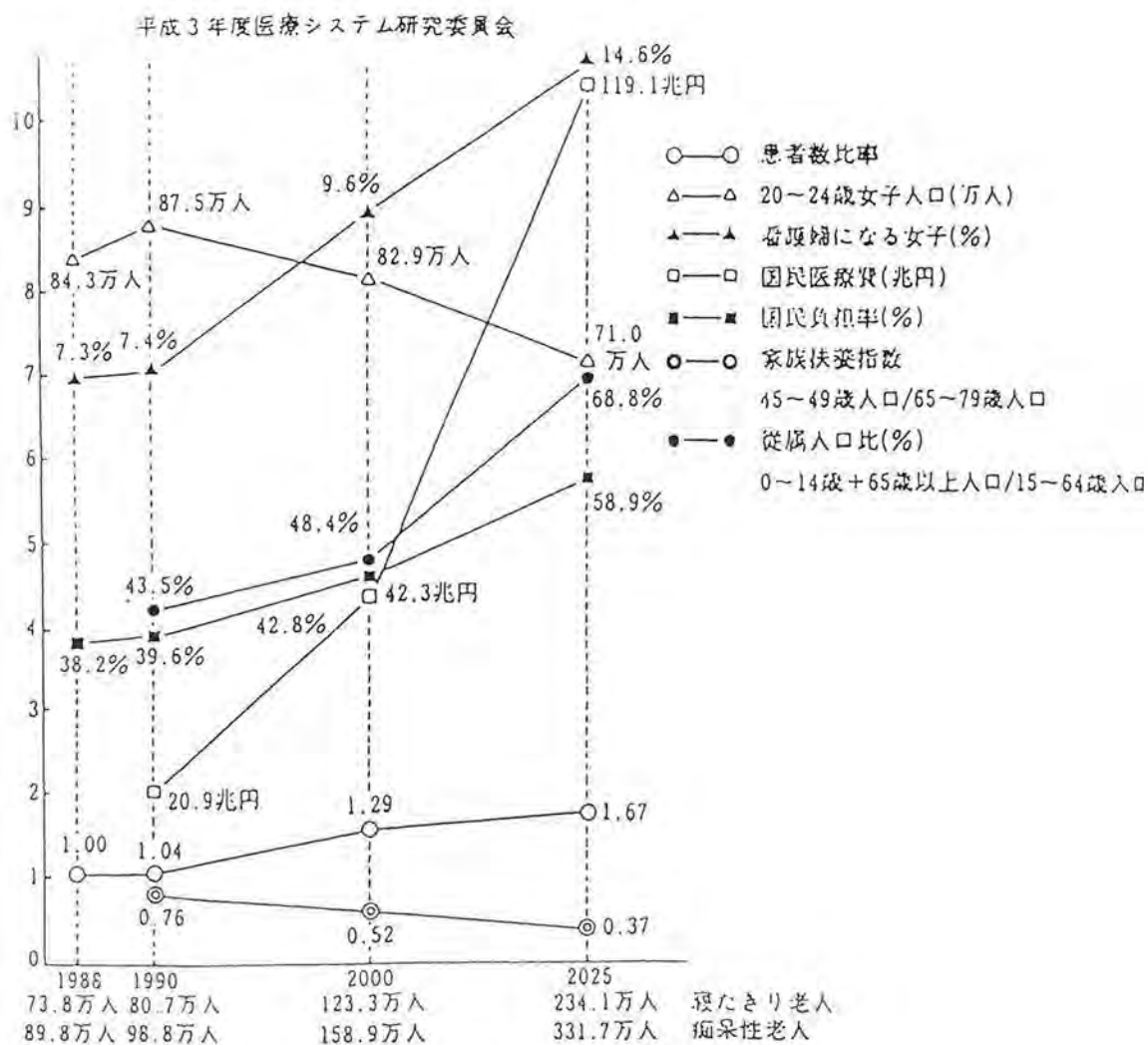
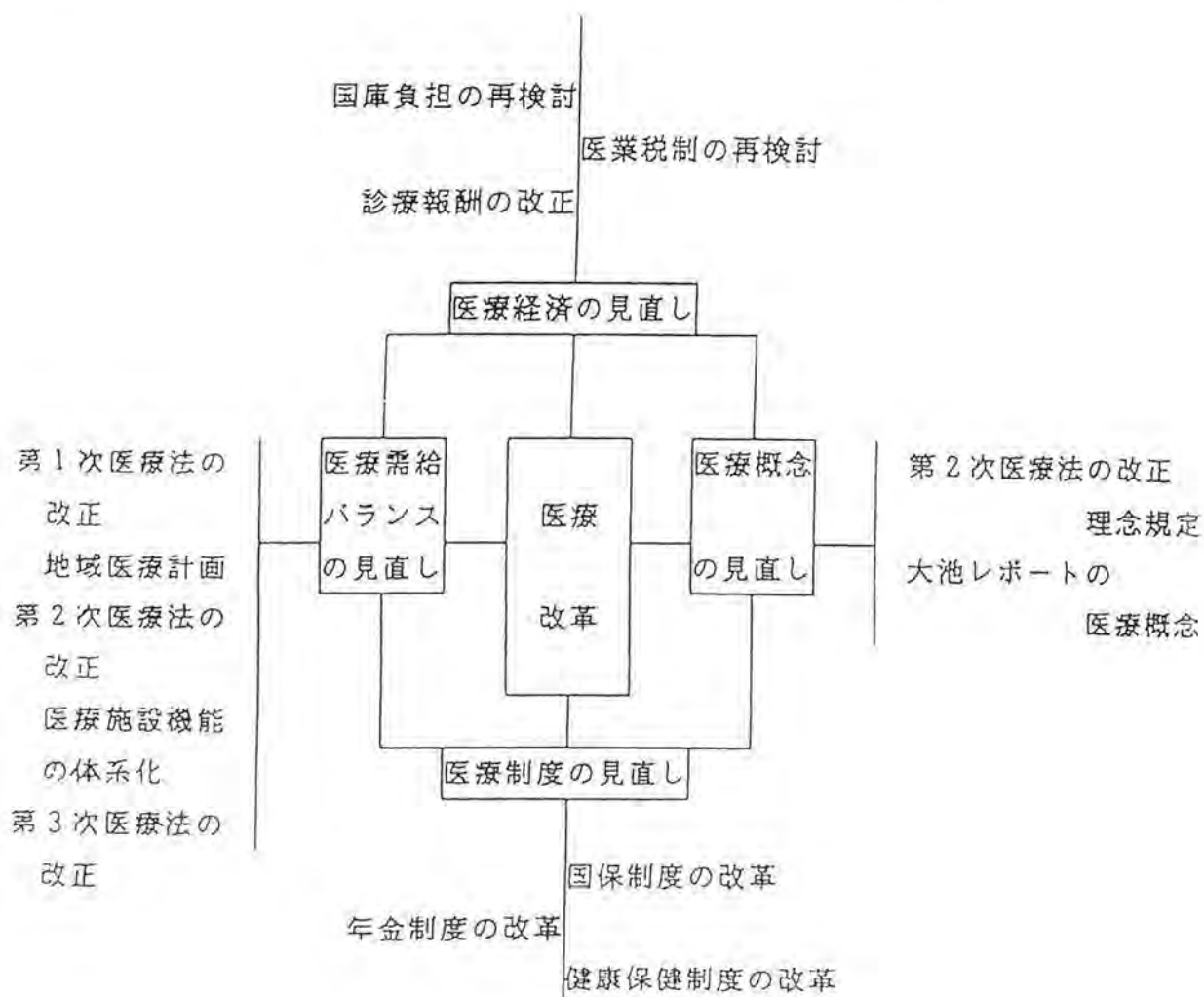


図 4 21世紀に対応するための医療改革の概念図



3) 21世紀に対応するための医療改革

医療概念の見直し

①大池レポートとは。

「医療とは、医療従事者が健康の養護及び健康の破綻からの回復を目的して行なう活動である」

医療を提供する場所として。

○医師が常に管理・関与しなければならない施設

○必要に応じて医師が関与・指導しなければならない施設

○必要があれば医師が関与・援助する施設

②第2次医療法改正における「医療の理念規定」

医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護婦その他医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行なわれるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない。

医療は、国民自らの健康の保持のための努力を基礎として、病院、診療所、老人保健施設その他の医療を提供する施設、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能に応じて効率的に提供されなければならない。

医療経済の見直し

①診療報酬の見直し

中央社会保険医療協議会診療報酬基本問題小委員会から
医薬品の流通機構と薬価算定

②医療税制の再検討

医療機関に対する固定資産税の軽減措置

医療機関承継時の相続税制度の改善（一般中小法人に適用されている類似業種批准方式）

社会保険診療報酬にかかる事業税非課税措置の堅持といわゆる四段階税制の存続

中医協全員懇談会における今後の検討事項

(基本問題小委員会報告より、館会長が指摘した検討事項)

A. 診療報酬体系

3. 現行診療報酬体系の課題

- c 出来高払い方式と包括払い方式
- e 甲・乙点数表の一本化
- g 地域間、公私間における経営原資の格差是正
- h 三基準の検討と見直し

D. 医療機関の機能・特質に応じた診療報酬のありかた

3. 医療機関機能の体系化のための診療報酬評価の課題

E. 診療報酬の適正化

4. 薬剤使用の適正化

- f 処方期間の見直し

5. 調剤報酬の見直し

6. 第二薬局と門前薬局

11. 許認可事項の簡素合理化

12. 審査及び指導・監査の効率化、充実強化

F. 患者ニーズの高度化・多様化への対応

2. 患者ニーズの多様化に対応する選択肢の拡大

3. 選択のための環境の整備

G. その他

1. 保険外負担

- a 付き添い看護制度のありかた

図 5 薬価算定に関するフローチャート

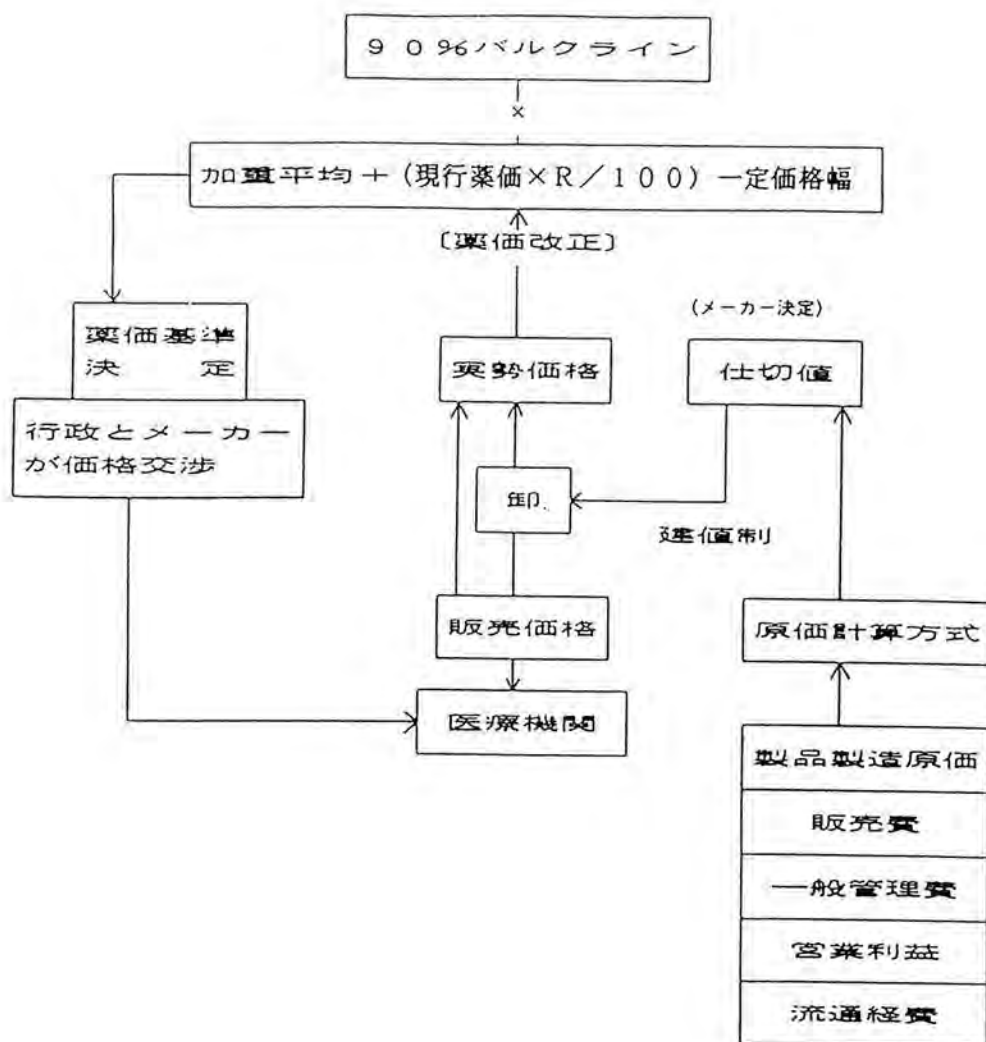


表 1 医療法施行規則第30条の3第1項（特例の承認状況）

（平成4年3月末現在）

開設者	病院数	病床数
国	6 (6. 9%)	420 (7. 7%)
公的医療機関等	45 (51. 7%)	2,461 (45. 2%)
小 計	51 (58. 6%)	2,881 (52. 9%)
公益法人	5 (5. 7%)	458 (8. 4%)
医療法人	21 (24. 1%)	1,164 (21. 4%)
学校法人	3 (3. 4%)	387 (7. 1%)
会社	2 (2. 3%)	44 (0. 8%)
その他の法人	0 (0. 0%)	0 (0. 0%)
個人	5 (5. 7%)	507 (9. 3%)
小 計	36 (41. 4%)	2,560 (47. 1%)
合 計	87 (100.0%)	5,441 (100.0%)

在宅での医療と福祉・施設での医療と福祉の見直し

(次の医療法の改正を予測して)

在宅での医療と福祉・施設での医療と福祉

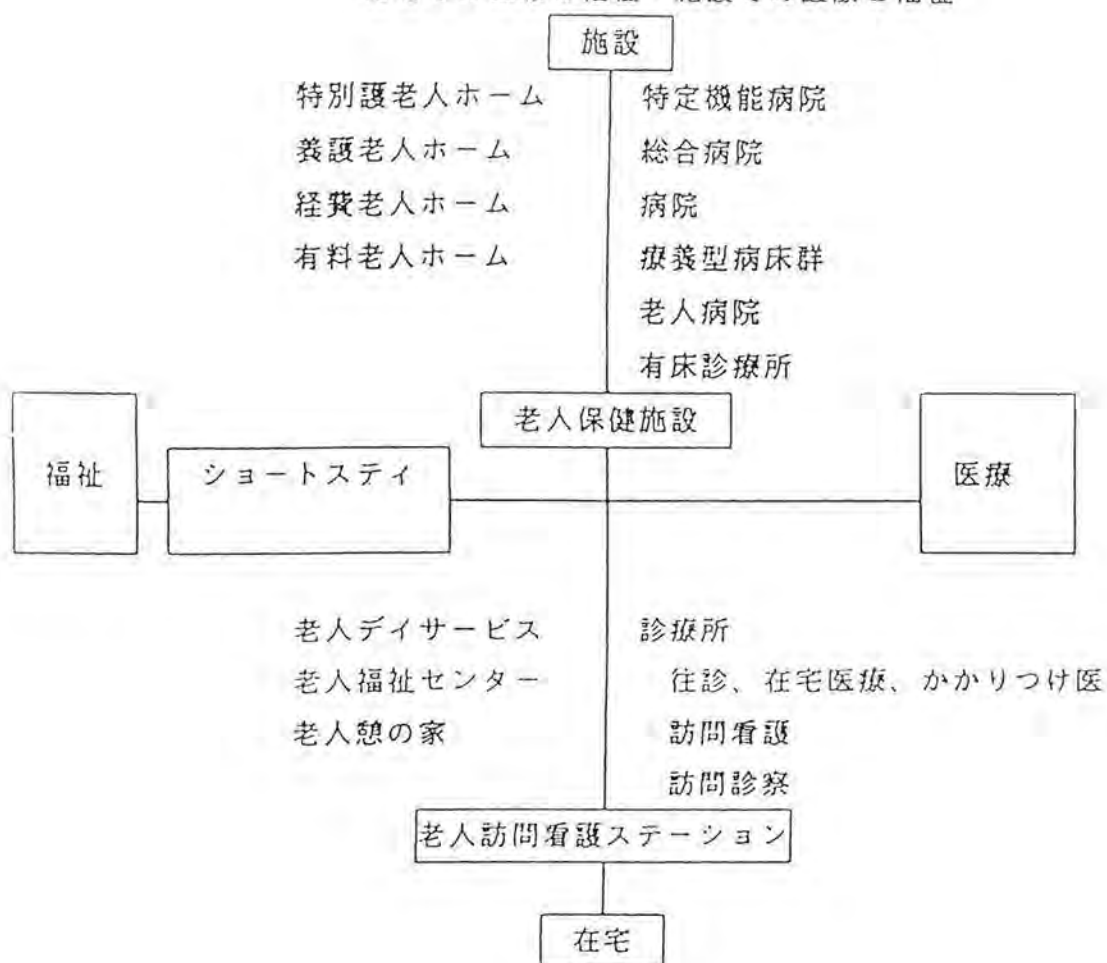


図 7

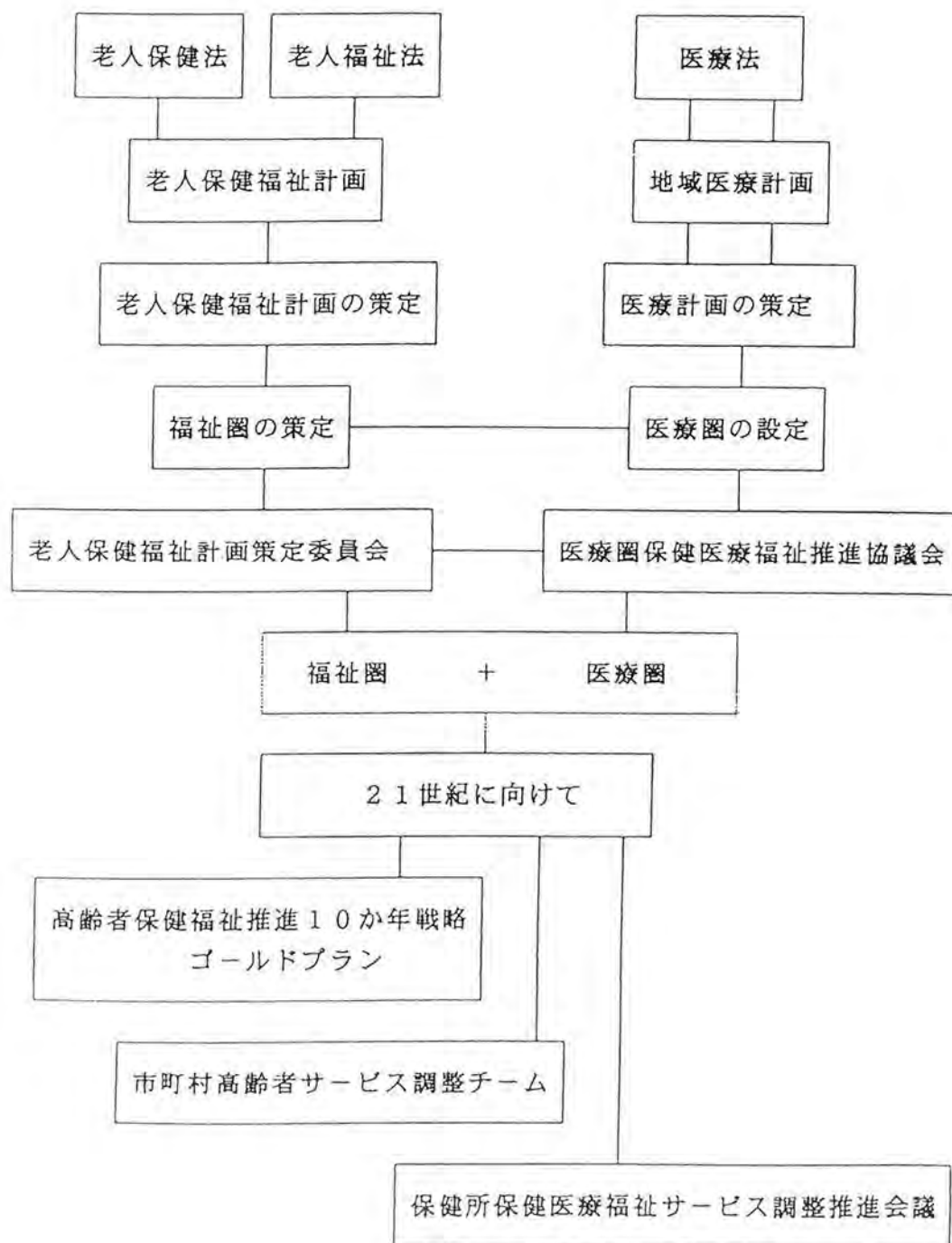


図 8 保険給付の範囲・内容の見直し（イメージ図）
（平成 6 年 10 月実施予定）

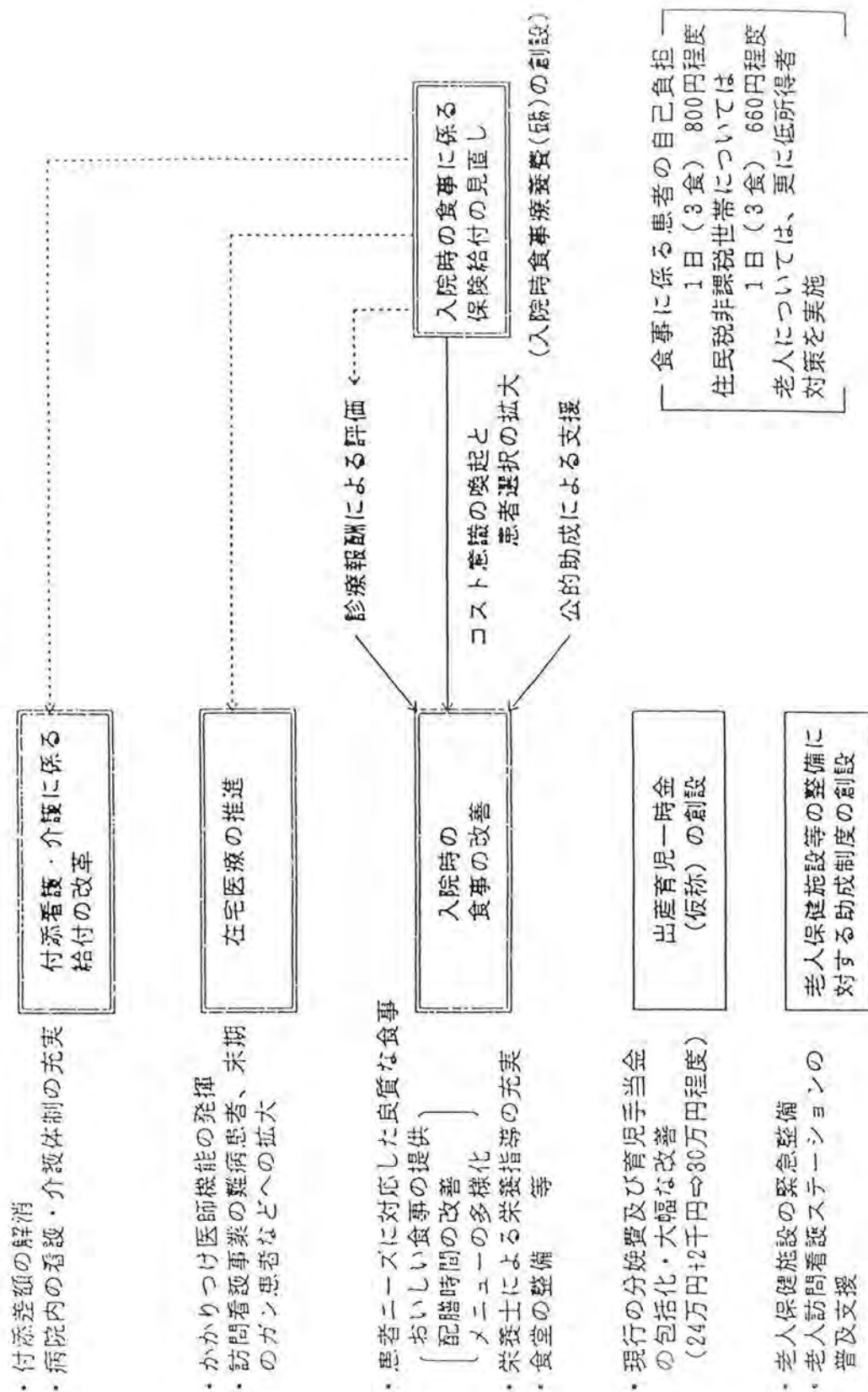


図 9 スタンホード大学フリーズ教授の生存数曲線の理想像

(Fries, J. F., Vitality and Aging, W. H. Freeman and Company, San Francisco)

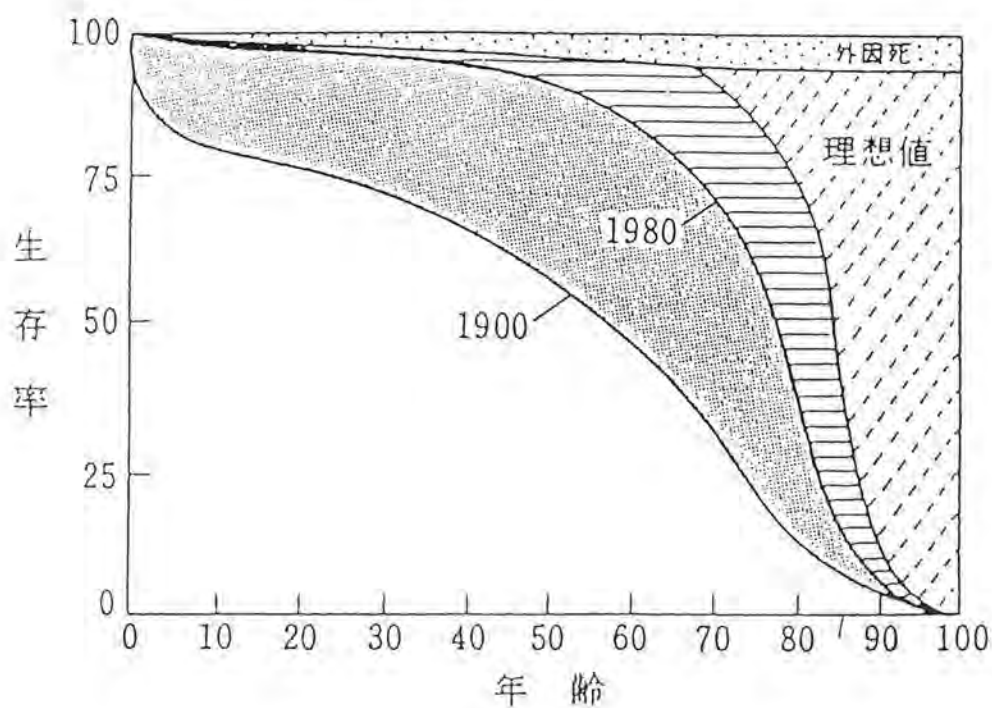
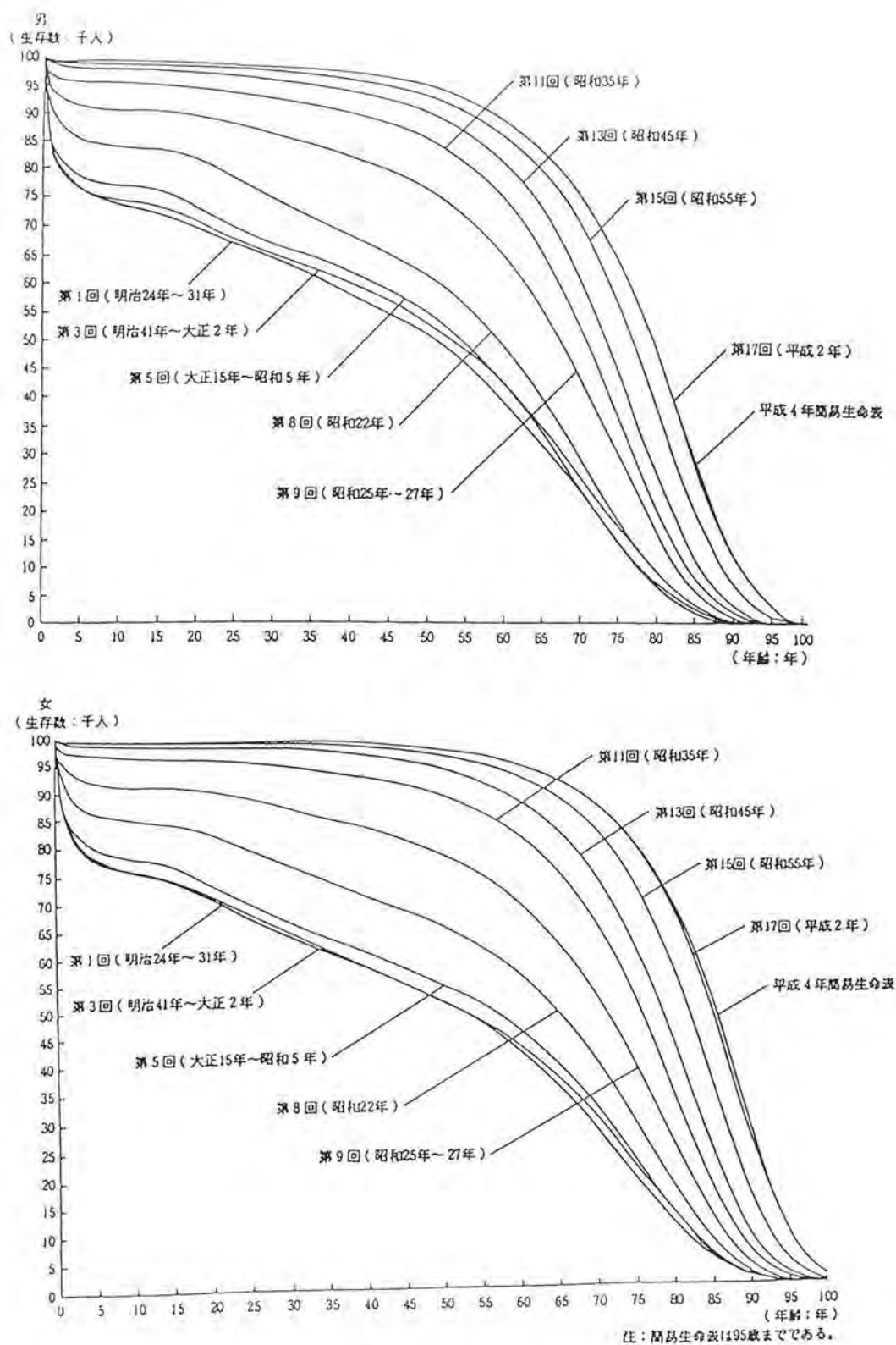


図 1 0 生存数曲線の推移



○受療率の年次推移

図 1 1 受療率(人口10万対)の年次推移[総数]

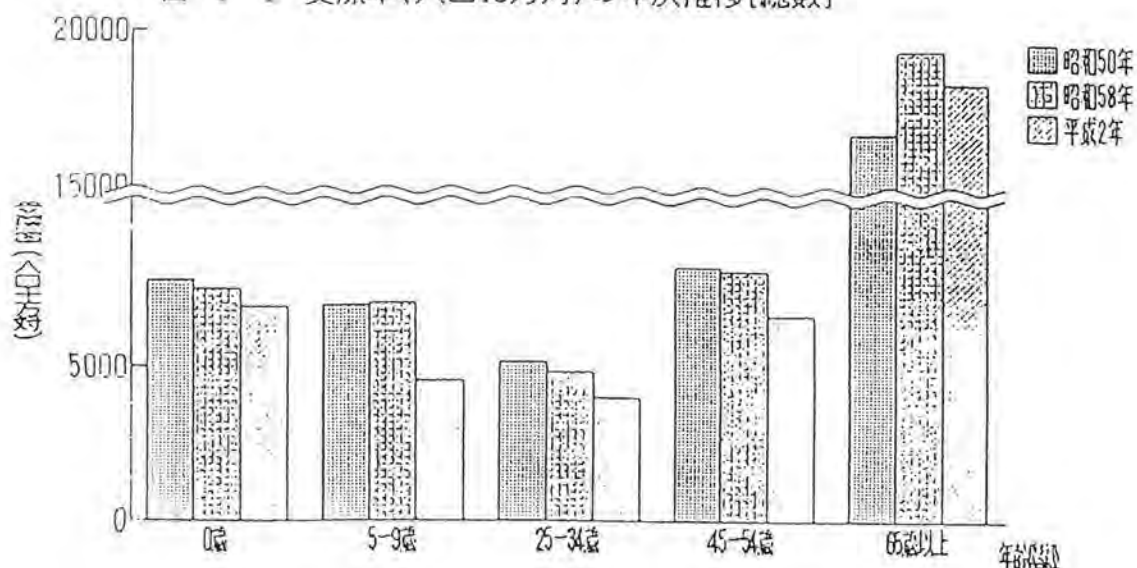


図 1 2 受療率(人口10万対)の年次推移[入院外]

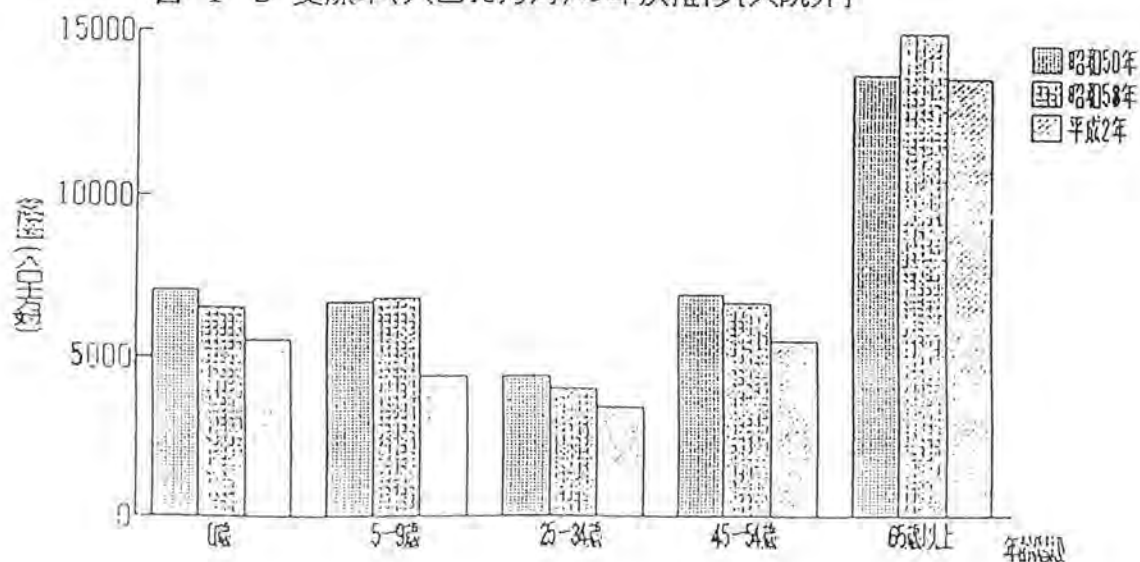
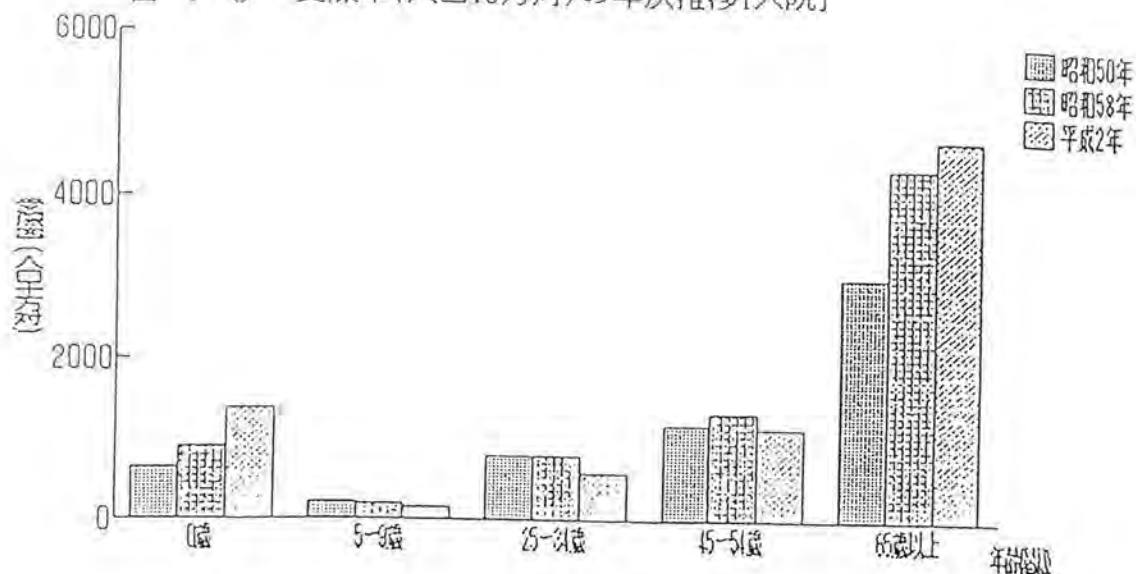


図 1 3 受療率(人口10万対)の年次推移[入院]



○国民医療費

表 2 診療種類別国民医療費

	平成 3 年 度		対 前 年 度		
	推 計 額 (億円)	構 成 割 合 (%)	増 加 額		増 加 率 (%)
			推 計 額 (億円)	寄 与 率 (%)	
国 民 医 療 費	218 260	100.0	12 186	100.0	5.9
一 般 診 療 医 療 費	189 951	87.0	10 187	83.6	5.7
入 院 医 療 費	88 493	40.5	2 940	24.1	3.4
病 院	83 416	38.2	2 946	24.2	3.7
一 般 診 療 所	5 077	2.3	△ 5	△ 0.0	△ 0.1
入 院 外 医 療 費	101 458	46.5	7 247	59.5	7.7
病 院	46 930	21.5	4 144	34.0	9.7
一 般 診 療 所	54 528	25.0	3 103	25.5	6.0
歯 科 診 療 医 療 費	21 190	9.7	836	6.9	4.1
薬 局 調 剤 医 療 費	6 104	2.8	814	6.7	15.4
老 人 保 健 施 設 施 設 療 養 費	1 015	0.5	349	2.9	52.4

図 1-4 診療種類別国民医療費構成割合の年次推移

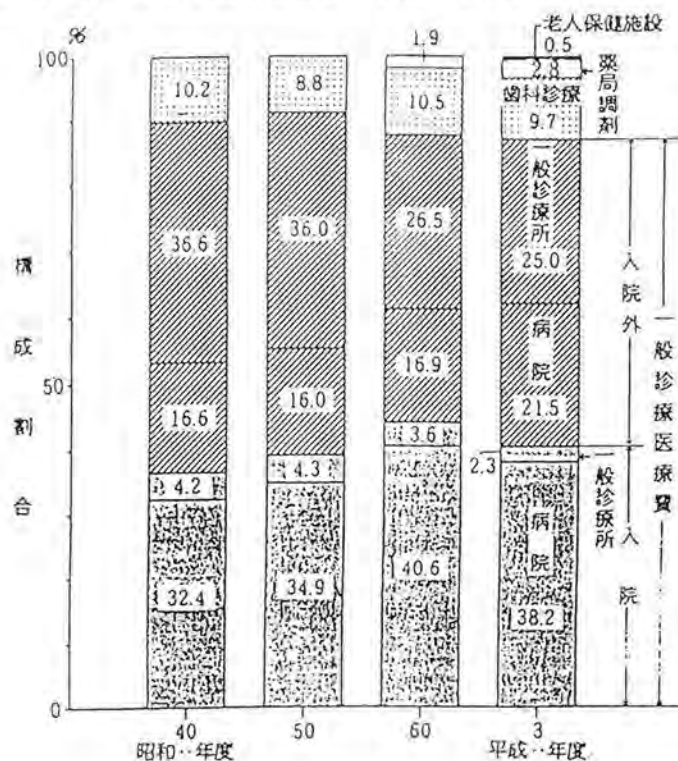


図 1-5 年齢階級別一人当たり一般診療医療費の年次推移

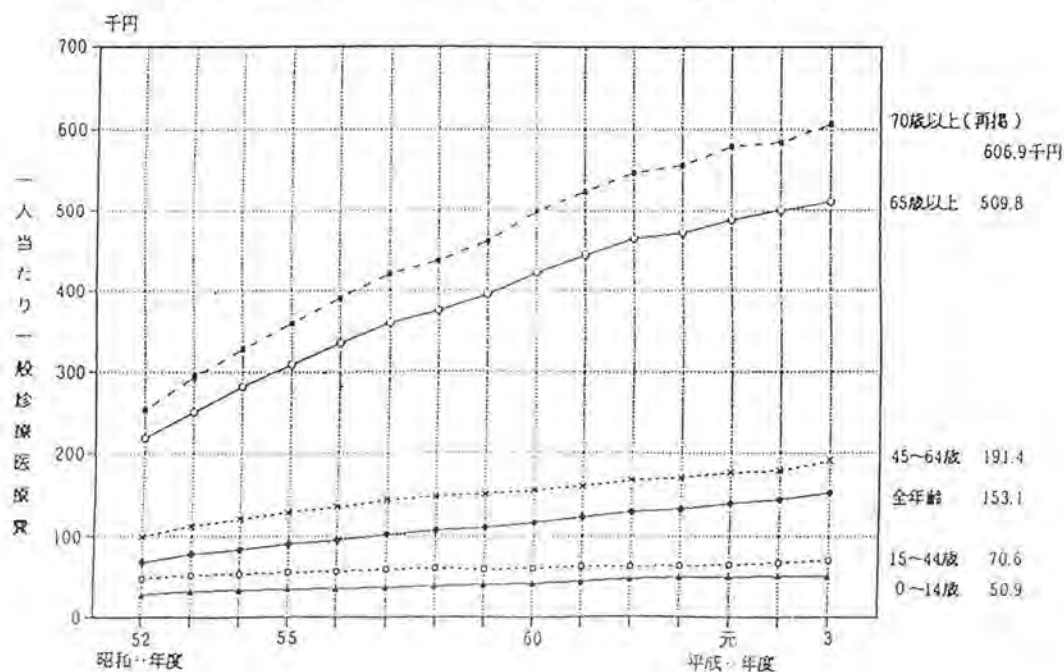


図 1 6 医業収益100対医業費用の年度推移

--有床・無床別--

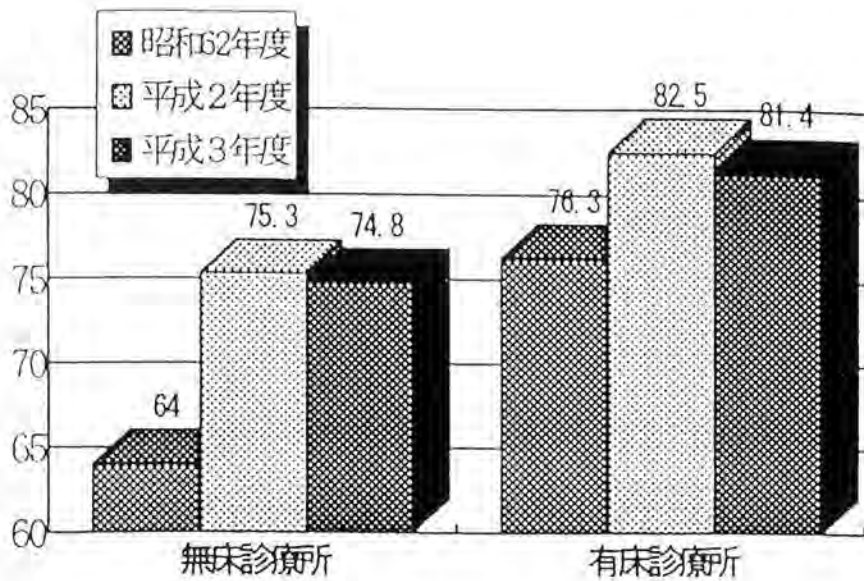


図 1 7 医業収益100対医業費用の年度推移 --標榜科別--

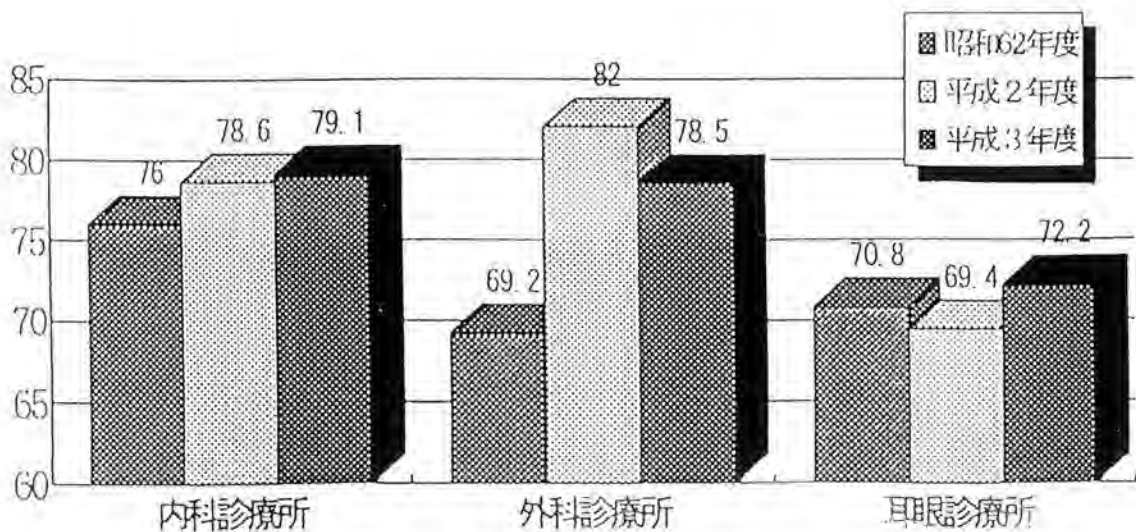


図 1 8 医業収益と医業費用の推移

(昭和62年度100対)

-- 無床診療所 --

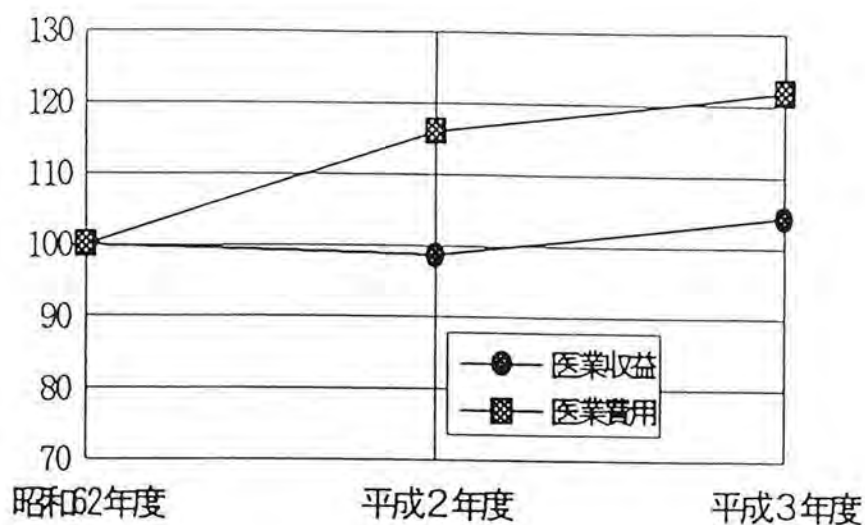


図 1 9 医業収益と医業費用の推移

(昭和62年度100対)

-- 有床診療所 --

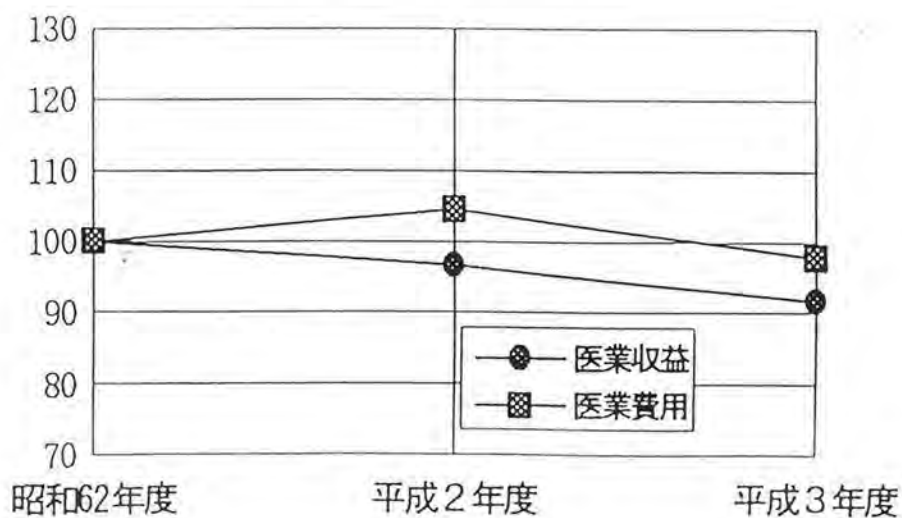
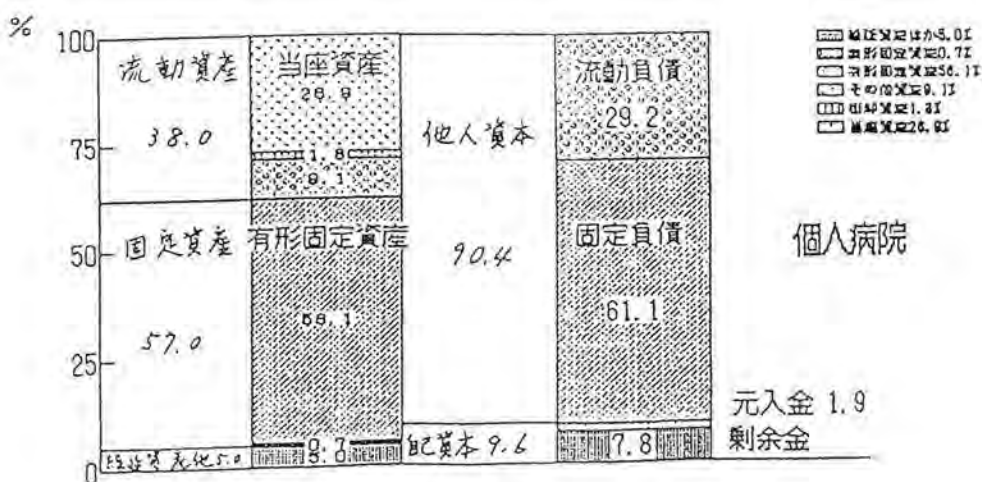
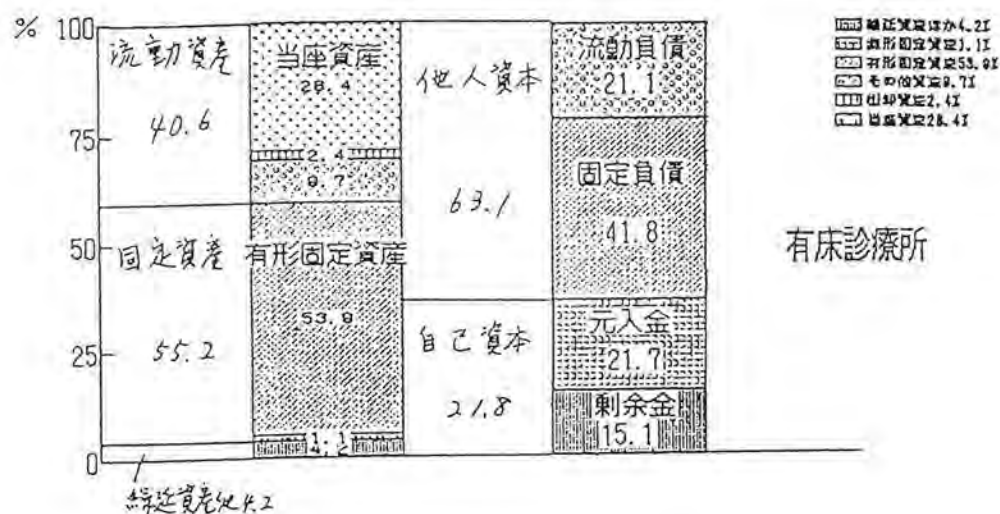
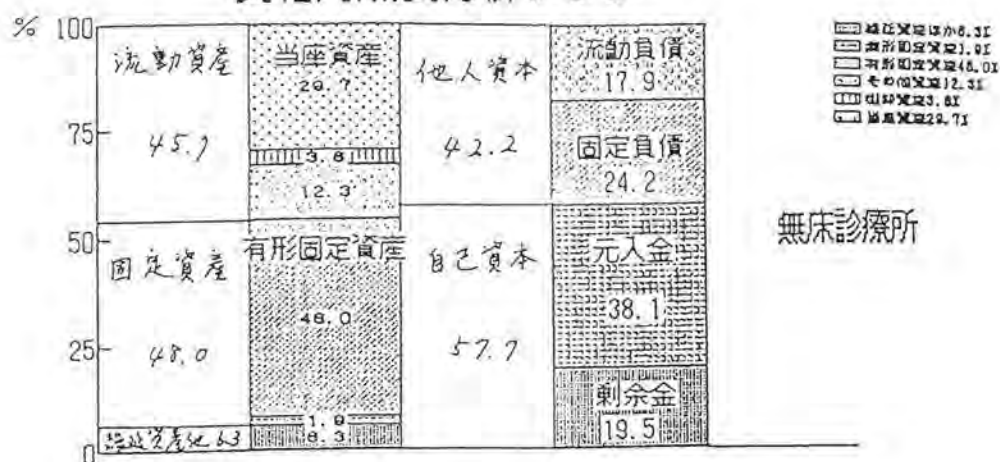


図 2 0

貸借対照表分析グラフ



○医療施設調査から 表 3

病院数は引き続き減少、病院病床数の伸びは過去最低

病院は 9,963 施設と前年に比べ 103 施設減少し、5 年ぶりに 1 万施設を割った。

病院の病床は 1,107 床増加しているが、増加率は 0.1 % と過去最低の伸びである。

(医療施設調査 P2、3、9、10、14、15 参照)

	実 数					対 前 年 増 加 率 (%)			
	昭和 63 年	平成 元年	2 年	3 年	4 年	元 年	2 年	3 年	4 年
病 院 数	10 034	10 081	10 096	10 066	9 963	0.5	0.1	△ 0.3	△ 1.0
一般病院	8 940	8 991	9 006	8 981	8 877	0.6	0.2	△ 0.3	△ 1.2
精神病院	1 048	1 047	1 049	1 046	1 052	△ 0.1	0.2	△ 0.3	0.6
病院病床数	1 634 309	1 661 952	1 676 803	1 685 589	1 686 696	1.7	0.9	0.5	0.1
一般病床	1 212 436	1 239 883	1 253 909	1 262 142	1 264 719	2.3	1.1	0.7	0.2
精神病床	352 504	355 743	359 087	360 905	361 982	0.9	0.9	0.5	0.3

注：△は減少数（率）、以下の表についても同じ。

一般診療所数は増加

有床診療所は前年に比べ 218 施設減少しているが、無床診療所が 1,494 施設増加したことにより

総数は引き続き増加している。(医療施設調査 P2、3、9、14、15 参照)

	一 般 診 療 所 数					対 前 年							
	昭和 63 年	平成 元年	2 年	3 年	4 年	増 加 数				増 加 率 (%)			
						元 年	2 年	3 年	4 年	元 年	2 年	3 年	4 年
総 数	79 752	80 572	80 852	82 118	83 394	820	280	1 266	1 276	1.0	0.3	1.6	1.6
有 床	24 598	24 372	23 589	23 369	23 151	△ 226	△ 783	△ 220	△ 218	△ 0.9	△ 3.2	△ 0.9	△ 0.9
無 床	55 154	56 200	57 263	58 749	60 243	1 046	1 063	1 486	1 494	1.9	1.9	2.6	2.3

病院、診療所の開設者は引き続き「医療法人」が増加

病院、一般診療所を開設者別にみると、「個人」から「医療法人」への変更などにより「医療法人」が前年に比べ 82 施設、1,332 施設とそれぞれ増加している。(医療施設調査 P4、5、16～21 参照)

	設 置 数					対 前 年							
	昭和 63 年	平成 元年	2 年	3 年	4 年	増 加 数				増 加 率 (%)			
						元 年	2 年	3 年	4 年	元 年	2 年	3 年	4 年
病 院	10 034	10 081	10 096	10 066	9 963	47	15	△ 30	△ 103	0.5	0.1	△ 0.3	△ 1.0
医療法人	3 855	4 041	4 245	4 377	4 459	186	204	132	82	4.8	5.0	3.1	1.9
個人	3 410	3 275	3 081	2 918	2 738	△ 135	△ 194	△ 163	△ 180	△ 4.0	△ 5.9	△ 5.3	△ 6.2
一 般 診 療 所	79 752	80 572	80 852	82 118	83 394	820	280	1 266	1 276	1.0	0.3	1.6	1.6
医療法人	1 754	4 724	8 025	9 671	11 003	2 970	3 301	1 646	1 332	169.3	69.9	20.5	13.8
個人	66 221	63 889	60 731	60 050	59 705	△ 2 332	△ 3 158	△ 681	△ 345	△ 3.5	△ 4.9	△ 1.1	△ 0.6
有 床 診 療 所	49 756	51 196	52 216	53 633	55 002	1 440	1 020	1 417	1 369	2.9	2.0	2.7	2.6
医療法人	860	1 487	2 465	3 030	3 568	627	978	565	538	72.9	65.8	22.9	17.8
個人	48 250	49 061	49 105	49 942	50 771	811	44	837	829	1.7	0.1	1.7	1.7

※ 平成3年10月1日から平成4年9月30日迄の、「個人」から「医療法人」への変更は病院で 109 施設、一般診療所 1,221 施設、歯科診療所で 514 施設である。

座 長 大変豊富な資料で、幅広いお話を体系的に詳しくお話ししていただきまして、本当にありがとうございました。

塚崎日本医師会常任理事の本日のご講演に対しまして一言御礼を申し上げます。

現在、兵庫県医師会長をされている瀬尾先生が数年前の全国有床診療所協議会の総会で、有床診療所のよいところはプライマリーケアプラスサブスペシャルケアに入院施設のあること、往診をすることであると述べられて、当時このご意見には大変共鳴するところがございましたが、現在のように医療環境が著しく変わってきますと、有床診療所に本当に明日はあるのだろうか、不安と危機感を抱かずにはおれません。

塚崎先生には、小規模入院施設を含めた有床診療所の活性化に今後ともご尽力賜りますようお願い申し上げます。

また我々の、今産声を上げました和歌山県有床診療所連絡協議会が微力でもお役に立てるよう頑張りたいと思います。

本日は、遠路和歌山までおこしくださしまして、本当にありがとうございました。心から御礼申し上げます。

—了—



青木会長挨拶

来賓祝辞



杉浦 實・県医師会長



隠岐 和孝副会長



和歌山県知事代理・県保健環境部長



特別講演 塚崎 鴻・日本医師会常任理事



特別講演 清成 正智・全国有床診療所連絡協議会会長



設立までのあゆみ

和歌山県有床診療所連絡協議会

副会長 辻 啓次郎

青木敏会長、隠岐和彦副会長から和歌山県有床診療所連絡協議会（以下「和有協」）の設立までの経緯を書くようにとのことでしたので独断と偏見が多少入ることをお許しただいて書くことにしました。

全国有床診療所連絡協議会（以下「全有協」）が設立されたことを知ったのは、医事新報の記事で、昭和63年のことでした。その時の創立総会会長が横浜市の加藤雅光先生でした。慶大同窓生の平畑欣一先生（田辺市医師会）に御住所をお聞きして、総会の資料をいただいたのが全有協との最初の交わりでした。それ以来、第2回全有協総会から昨年の第6回総会まで、欠かさず田辺市医師会では参加してきました。

平成元年には全有協を踏まえて、西牟婁郡医師会の隠岐先生と相談して田辺、西牟婁、日高で有床診療所を開設している先生方と経営で遭遇する色々な悩みや不安、不満を話し合う会を開きました。12～13名の出席者があり、このような会の重要性を確認しました。またこれを機会に約10名の全有協への入会がありました。

全有協へは、和歌山県から青木先生が理事をしておられることは周知しておりましたが、平成4年の第5回総会が金沢市で開催された際、坂田仁彦先生（田辺市医師会）からご紹介していただきました。この会場ではNHKの『くらしの経済』で放映された「町の医院から入院ベットが消える」のビデオが放映されていたことを記憶しております。ベットを持てば医師は24時間拘束され、看護婦や賄い婦など人的資源の確保にも労力を使わねば成りません。一方有床を無床にしますと、

外来患者数と医療収入の減少を覚悟しなければなりません。地域に密着した医療を経験しますと、これを維持したいとも考えますし、後継者にはせめて入院施設のある医療設備を残してやりたいとも思います。長い歴史のある有床診療所の日医や県医から情報はほとんどありませんでした。また医療法13条で有床診療所の立場は極めて不確実なもので見通しの立たない状態です。

しかし、全有協総会に出席していくうちに、総会が次第に充実したものになるにつれて、多少の安堵感が得られるようになりました。平成3年度頃から県医の移動理事会で日高の辻村武文先生や田辺、西牟婁からも有床診療所に関する県医の考えを確認する質問が出るようになりました。「県医師会是有床診療所の将来像をどのように考えているか」「和歌山県の有床診療所の実態と活動状況をどの程度把握しているか」などであります。山本 一理事は資料として支払基金から個人診療所における入院明細書請求状況として、平成元年10月では個人診療所755、入院分請求医数121、平成3年4月分ではそれぞれ770、129と多少の増加を示すとともに、各医師会別に数値を示す資料も提供しました。平成4年には田辺市医師会から生活保護者の入院時の寝具料について、患者から徴収することについて質問しました。県の厚生援護課からは金銭の徴収をしてはならないと指導を受けていますが、現実的には基準寝具に準じた寝具を使用しており、診療所の負担になることから、県医でも取り上げていただき、第4回近医連保険担当理事連絡協議会に「有床診療所の生活保護者の室料、基準寝具の取扱いについて」と題して、和歌山県から協議題として提供され、情報交換したとの第27回理事会報告があります。

平成4年11月には田辺、西牟婁、日高の14有床診療所を対象に、数回の打ち合わせの上、医療法の改定による医療費の病院との格差や、薬剤の建値制の影響などを調べるため、15項目のアンケート調査を行い、その結果を集約して、紀南有床診療所連絡協議会の隠岐会長、辻幹事の名称で県医に要望書を提示しました。理事会には出たようですが、これに対する反応はありませんでした。結局、現状を訴えるには和歌山県に協議会を設立し、県医に担当理事を置いていただく以外にないとの結論に達しました。

しかし、平成5年からは県医でも次第に有床診療所への関心を示すようになり、今まではこなかった全有協総会の案内文を医師会へ送ってきたり、6月の佐賀市での第6回総会には菊谷副会長が出席されました。平成5年5月8日に田辺市医師会館で紀南地方の有床診療所協議会を開催し、青木 敏先生にお越しいただいて、全有協の活動状況や小規模入院施設のお話を伺いました。当日出席された先生方は青木 敏、長嶋伸幸、覚前一郎、要 明雄、越道進悟、平畑欣一、三谷濤美、木下総一郎、保富 定、辻 薫、出口信幸、納田 努、坂田仁彦、辻 啓次郎の各位でした。

この会で、和有協を設立して、全有協へも協力していくことを決めました。そのためには、和歌山県下の有床診療所を個別に把握する必要がありますが、田辺市医師会事務局の大変な努力で212医療機関を常握することが出来ましたので、平成5年7月に26名の発起人の連名で、和有協の設立への参加と、和有協と全有協への入会を勧める案内文を送付することが出来ました。平成5年8月26日の準備会で設立総会を平成6年2月6日に開催することを決めました。青木 敏先生を中心に入会者の勧誘と準備に向かって数回の会合をしましたが、青木先生は

その度に和歌山市から田辺市にお越し下さり、その熱意には敬服しました。総会の特別講演には全国有床診療所連絡協議会の清成正智会長と、日医常任理事で有床診療所の副担当の塚崎 鴻先生にお願いすることになりました。会則については福岡、徳島、佐賀の各会則を参考にして和歌山県の会則を作成しました。

最終的には、和歌山県への入会90名、全国への入会58名と、大変盛会に設立総会を開催することが出来ました。これは会員各位の協力はもちろんですが、大勢の方々の御協力のお陰であることを明記しておきたいと思います。

まず、田辺市医師会の長嶋伸幸会長には医師会の人的事務的な援助を心よくお許しいただき、また会長自身も度々出席され貴重な意見をいただきました。西牟婁郡医師会の覚前一郎会長には準備会にいつも出席され、貴重な意見をいただくとともに、総会の仮議長もお引受け下さり大変な心の支えになりました。総会当日の会場の準備や事務的な手配は県医の杉浦会長のご好意で三輪局長以下3名の方々に、手伝っていただき、周到にスケジュールをこなすことが出来ました。田辺市医師会の坂本武事務長、高山綾子様には多大な御協力をしていただき感謝する次第であります。

和歌山県有床診療所 連絡協議会会則

第1章. 名称および事務所

第1条. 本会は和歌山県有床診療所連絡協議会と称し事務所を会長診療所内に置く。

第2章. 目的および事業

第2条. 本会は日本医師会、県医師会のもとに有床診療所がお互いに強い連携をもって時代に即応した医療機関のあり方を研究するとともに、その発展と健全運営を図り地域に密着した医療制度を目指して地域医療に貢献することを目的とする。

第3条. 本会は前条の目的を達成するため次の事業を行う。

1. 総会、研修会等の開催に関する事項。
2. 日本医師会、県医師会への協力要請に関する事項。
3. 有床診療所運営に関する事項。
4. 地域医療、保険医療、救急医療活動の向上に関する事項。
5. その他目的達成上必要な事項。

第3章. 構成

第4条. ①本会は和歌山県医師会会員で有床診療所の開設者、及びそこに勤務する医師、又は本会の目的に賛同する人をもって構成する。

②本会会員は全国有床診療所連絡協議会員となるものとする。

第5条． 本会へ入会する場合はその年度の会費を添えて会長に申し込むものとする。

入会は役員会議を経て決定する。

退会を希望する場合は退会届けを会長に提出しなければならない。

第6条． 本会は次の役員を置く

- 1． 会 長 1 名
- 2． 副会長 2 名
- 3． 理 事 若干名
- 4． 監 事 2 名
- 5． 役員の推薦により名誉会長及び顧問を置く事ができる。

第7条． 役員の任期は2年とし再任を妨げない。

第8条． 本会の会長及び副会長は役員会で選出し総会において承認を受けるものとする。

その他の役員は会長が委嘱する。

第4章． 会議

第9条． 会議は総会及び役員会とし会長が召集する。

第10条． 総会は定期総会及び臨時総会とする。

- 1． 定期総会は毎年1回開催し会務報告、事業計画、収支決算報告等、運営上重要な事項については総会に図り

- (出席者の委任状を含む)過半数の賛同を得て決定する。
2. 臨時総会は会長が必要と認めた時又は、会員の3分の1以上の希望があれば開くことができる。
 3. 役員会は会務の計画、運営にあたる。
 4. 会議の議長は会長がこれにあたり、会長事故ある時は副会長が代行する。

第5章. 経 費

第11条. 本会の経費は会費、補助金、寄付金、その他の収入をもってこれにあてる。

第12条. 本会の会計年度は4月1日に始まり翌年3月31日をもって終わる。

第13条. 会費は毎年度3月末日までに納入しなければならない。

付 則 ①本会の会費は次のとおりとする。

年会費. 15000円

(全国有床診療所連絡協議会年会費5000円)

(和歌山県有床診療所連絡協議会年会費10000円)

②本会則は平成6年2月6日から施行する。

和歌山県有床診療所連絡協議会役員名簿

	氏 名	〒	住 所	電話番号
会 長	青木 敏	641	和歌山市布引7 6 3－8	0734-46-2110
副会長	辻 啓次郎	646	田辺市上屋敷町9 6	0739-22-0534
	隠岐 和彦	646-11	西牟婁郡上富田町市の瀬2 2 0 7－7	0739-48-0026
理事	嶋本 嘉克	641	和歌山市西浜9 2 1－4	0734-46-3636
	辻 秀輝	642	海南市名高1 7 8－1	0734-83-3131
	長雄 英正	649-64	那賀郡打田氏下井阪八王子4 4 7－1	0736-77-5700
	岡田 正	648	橋本市市脇1－4 5－2	0736-32-8080
	橋本 忠明	643	有田郡湯浅町湯浅1 7 4 9－3	0737-62-2226
	辻村 武文	645	日高郡南部町東吉田2 8 2	0739-72-2522
	坂田 仁彦	646	田辺市元町9 4 9－1 9	0739-24-2223
	丸笹 雄一郎	649-25	西牟婁郡日置川町日置9 8 1	0739-52-3636
	坂野 洋南	649-51	東牟婁郡太地町3 0 5 5	07355-9-2063
	要 明雄	647	新宮市新宮6 6 4 2－1	0735-22-5191

監 事	谷 英二	649-62	和歌山市上三毛5 0	0734-77-0400
	木下 総一郎	649-53	東牟婁郡那智勝浦町朝日1－60	07355-2-2035

理 事	浜田 亨	641	和歌山市東高松3－4－2 5	0734-45-7331
-----	------	-----	----------------	--------------

和歌山県有床診療所連絡協議会会員名簿

和歌山市

H. 6. 3. 28

氏 名	病 院 名	診療科目	〒	住 所	電話番号
青木 敏	医法人青木整外科	整	641	和歌山市布引763-8	0734-46-2110
井上 剛	井上整形外科医院	整	640	和歌山市新庄家143	0734-73-0811
池田 武司	池田内産婦人科	産内小整	641	和歌山市布引917-12	0734-44-3777
宇治田卓司	宇治田循環器内科	循内泌	640	和歌山市古屋153-9	0734-55-6699
岡本 靖範	岡本整形外科	整	640	和歌山市太田126	0734-73-1200
粉川 惟義	粉川産婦人科	産. 婦	640	和歌山市六十谷368-4	0734-61-9000
酒井 英夫	酒井内科	内	640-01	和歌山市加太939-41	0734-59-2520
山東 秀樹	山東整形肛門科	整. 肛	641	和歌山市和田1202-5	0734-71-5800
塩崎 梓	塩崎医院	胃腸. 外	640	和歌山市六十谷363-3	0734-61-8004
嶋本 嘉克	嶋本脳神経外科	脳. 神	641	和歌山市西浜921-4	0734-46-3636
瀧口 博士	瀧口産婦人科	産. 婦	640	和歌山市黒田109-1	0734-73-6220
谷 英二	谷整形外科	整外内	649-62	和歌山市上三毛50	0734-77-0400
中村 靖男	医療法人紀成会 中村胃腸科放射線	放胃内	640	和歌山市元寺町南の丁50	0734-33-3305
二澤 省二	二澤医院	内小放	649-63	和歌山市島26-81	0734-61-0697
橋本 英雄	橋本整形外科	整外理	641	和歌山市和歌浦西1-1-10	0734-46-2232
浜田 亨	浜田脳神経外科	脳. 外	641	和歌山市東高松3-4-25	0734-45-7331
武用 瀧彦	武用整形外科	整	640	和歌山市鳴神1005	0734-73-5000
星野 英明	医療法人明星会 星野胃腸クリニック	胃腸外	640	和歌山市友田町5-32	0734-22-0007
前田 政克	前田外科	外胃腸	640	和歌山市園部969	0734-61-0002
松島陸奥男	松島整形外科医院	整	640	和歌山市松江北6-9-25	0734-55-5602
森 喜久夫	森医院	内. 小	649-63	和歌山市弘西793	0734-61-0005
山口 節雄	山口整形外科	整	640	和歌山市大谷405-1	0734-52-3121
吉田 昭	吉田産婦人科	産. 婦	640	和歌山市三木町堀詰31	0734-33-1841
綿貫 昭則	綿貫整形外科	整	649-63	和歌山市北野281	0734-62-6200

海南市

重根 豊	重根医院	産婦内	642	海南市大野中454	0734-82-2633
辻 秀輝	辻秀輝整形外科	整	642	海南市名高178-1	0734-83-3131
竹中 庸之	医法人竹中整外科	整	642	海南市重根11-1	0734-87-4171
辻 寛	医療法人同仁会 辻整形外科	整	642	海南市築地1-50	0734-83-1234
藤岡 令一	藤岡医院	内. 小	640-04	海南市七山1377	0734-88-0200

那賀郡

岡 正孝	岡整形外科	整外理	649-61	那賀郡桃山町市場383-1	0736-66-2130
勝田 仁康	勝田胃腸内外医院	胃. 腸	649-65	那賀郡粉河町1916	0736-73-2102
黒山 哲彌	黒山整形外科	整	649-62	那賀郡岩出町中迫13	0736-62-7777
北山 俊彦	北山医院	産. 婦	640-04	那賀郡貴志川町丸栖662	0736-64-3048
近藤 皓	近藤医院	外	649-65	那賀郡粉河町粉河1731	0736-73-2059
仲井間憲要	仲井間医院	外内整皮	649-62	那賀郡岩出町金池389	0736-62-5558
長雄 英正	長雄整形外科	整	649-64	那賀郡打田氏下井阪八王子 447-1	0736-77-5700
西村 昴	西村医院	産	649-35	那賀郡粉河町粉河385	0736-73-2607
西田 仁丸	西田整形外科	整	640-04	那賀郡貴志川町長山30-1	0736-64-9100
和田 脩	和田産婦人科	産. 婦	649-62	那賀郡岩出町清水329	0736-62-0202

伊都. 橋本市

横手 英義	横手クリニック	外整脳	648-01	伊都郡九度山町九度山800	0736-54-3111
梅本 博昭	梅本整形外科	外. 整	648	橋本市隅田町河瀬352	0736-33-0477
岡田 正	医法人岡田整外科	整	648	橋本市市脇1-45-2	0736-32-8080
奥村 久和	奥村医院	産. 婦	648	橋本市東家4-17-13	0736-32-0072

有田

楠林 哲次	楠林産婦人科医院	産. 内	643-01	有田郡金屋町金屋256-1	0737-32-2336
橋本 忠明	橋本胃腸肛門外科	消. 外	643	有田郡湯浅町湯浅1749-3	0737-62-2226
平松 正大	園部産婦人科医院	産. 内	643	有田郡吉備町下津野550	0737-52-5411
平山 栄一	平山医院	皮泌性内	643	有田郡湯浅町湯浅459	0737-63-5335

有田市

木下敬之助	医法人松尾外医院	外整皮	649-03	有田市新堂97-1	0737-82-3122
柄尾 康之	柄尾産婦人科医院	産. 婦	649-03	有田市箕島22-1	0737-83-3280
吉岡 毅	吉岡産婦人科	産. 小	649-03	有田市箕島656-7	0737-82-3801

日高. 御坊市

井本 裕美	井本内科	内. 胃	644	御坊市石橋島232	0738-22-2228
岡 延哉	岡整形外科	整	644	御坊市園148	0738-22-2309
岡田 雄一	岡田産婦人科	産. 婦	644	御坊市園123-18	0738-24-0818
竹内 誠輔	竹内眼科医院	眼	644	御坊市島175	0738-22-0393
辻村 武文	辻村外科	内外整	645	日高郡南部町東吉田282	0739-72-2522
寺田 泰治	医療法人寺田医院	内. 外	649-11	日高郡由良町里30	0738-65-0027
出口 信幸	出口産婦人科	産. 婦	645	日高郡南部町北道26-6	0739-72-2662
西川 清定	西川医院	内外産	644-12	日高郡美山村原河154	0738-56-0331
深谷 修平	深谷外科医院	外	644	御坊市湯川町財部670-1	0738-23-1881

田辺市

榎本 宏	榎本ひろし産内科	産婦内	646	田辺市新万34-49	0739-24-1423
坂田 仁彦	坂田整形外科医院	整内外理	646	田辺市元町949-19	0739-24-2223
田草川良彦	成和神経内科医院	内神内理	646	田辺市元町2327-1	0739-26-5366
辻 薫	辻 内科医院	内	646	田辺市中万呂133-11	0739-25-3377
辻 啓次郎	辻 内科医院	内. 外	646	田辺市上屋敷町96	0739-22-0534
納田 務	納田整形外科	整	646	田辺市あけぼの46-14	0739-24-3515
平畑 欣一	平畑医院	胃. 外	646	田辺市湊1311-1	0739-24-8770
保富 定	保富整形外科	整	646	田辺市湊758-9	0739-22-8627

西牟婁郡

隠岐 和彦	医療法人才キ外科	外. 内	646-11	西牟婁郡上富田町市の瀬 2207-7	0739-48-0026
覚前 一郎	覚前医院	内	649-35	西牟婁郡串本町和深383	07356-7-0077
越道 進悟	越道医院	脳. 神	649-35	西牟婁郡串本町くじの川 1356	07356-2-3567

中井 育夫	医法人陽旦会 中井医院	外、内	649-21	西牟婁郡上富田町朝来	0739-47-0150
杉 宏	杉 医院	内、外	649-35	西牟婁郡串本町串本1927	07356-2-0153
丸笹雄一郎	丸笹外科	外	649-25	西牟婁郡日置川町日置981	0739-52-3636
三谷 満美	三谷医院	外内産	649-22	西牟婁郡白浜町白浜1400	0739-42-3606

東牟婁郡

生馬 敏行	湯川温泉診療所	内、理	649-53	東牟婁郡那智勝浦二河71	07355-2-1050
木下総一郎	医療法人木下医院	内外胃	649-53	東牟婁郡那智勝浦朝日1-60	07355-2-2035
坂野 洋南	坂野医院	外	649-51	東牟婁郡太地町3055	07355-9-2063
中根 康智	中根医院	外内小神	649-41	東牟婁郡古座川町高池10-3	07357-2-2822
宮本 周三	宮本医院	内外産肛	649-53	東牟婁郡那智勝浦町天満 283	07355-2-0010

新宮市

生駒 静正	生駒呼吸器循環器	呼、循	647	新宮市千穂3-5-8	0735-21-5955
泉 勝視	慶應堂医院	産、婦	647	新宮市清水元1-6-32	0735-22-6733
要 明雄	医療法人要外内科	内、外	647	新宮市新宮6642-1	0735-22-5191
木下 真人	木下外科	外胃肛	647	新宮市橋本1-3-5	0735-23-1122
玉置 時也	玉置整形外科	整外放	647	新宮市緑ヶ岡2-3-11	0735-22-6172
中瀬古晶一	中瀬古整形外科	整	647	新宮市大橋4-1-9	0735-22-7828
長谷川正義	蜂伏クリニック	外内整外	647	新宮市蜂伏14-27	0735-31-6246
畑中 淳治	熊野診療所	外、泌	647	新宮市下田1-24	0735-21-2110
浜野耕一郎	浜野泌尿器科	泌	647	新宮市新宮6698-10	0735-22-0878
味八木保雄	味八木胃腸科外科	内	647	新宮市神倉4-6-40	0735-21-5610
米良 殖人	医療法人米良医院	内婦皮	647	新宮市池田3-2-1	0735-22-2710
米良 博光	医療法人米良医院	内整外	647	新宮市伊瀬田町2-1-2	0735-21-7878
矢島 康雄	矢島産婦人科医院	産、婦	647	新宮市別当屋敷町6-8	0735-22-2337

和歌山県有床診療所連絡協議会会員名簿（追加）

和歌山市

氏 名	病 院 名	診療科目	〒	住 所	電話番号
児玉 悦男	きよと胃腸肛門外科	胃腸内外	640	和歌山市木ノ本253-3	0734-53-7700
中井 啓之	吹上クリニック	内外産婦	640	和歌山市吹上2-5-28	0734-23-2700
福田富司男	福田眼科	眼	640	和歌山市友田町4-10	0734-31-0077
山本 悟	中井クリニック	内婦泌精	640	和歌山市秋月570	0734-74-3511

那賀郡

奥 篤	奥クリニック	内	649-64	那賀郡打田町黒土263-1	0736-77-7800
久保 光伸	久保外科	脳、外	649-04	那賀郡貴志川町神戸212-2	0736-64-5788
坂中 昭典	坂中内科	内	649-64	那賀郡打田町花野91-4	0736-77-5733
畑 宏和	畑 産婦人科	産、婦	649-62	那賀郡岩出町川尻240-6	0736-63-0055

伊都、橋本市

栗山 司	栗山医院	外整胃循 脳放	649-72	伊都郡高野口町小田井西 653-2	0736-43-0310
阪中 孝三	阪中外科	外	649-71	伊都郡かつらぎ町妙寺21-1	0736-22-7018
吉田 裕	医療法人恒裕会 吉田クリニック	産、婦	649-71	伊都郡かつらぎ町妙寺439	0736-22-5862
今井 敏和	ミユキクリニック	外、胃	648	橋本市御幸辻245	0736-34-1917
米田 勝	米田産婦人科	産、婦	648	橋本市胡麻生700-21	0736-36-8588

有田

垣内 誠二	垣内医院	内、小	643-05	有田郡清水町清水315-1	0737-25-0372
塩路 俊男	塩路医院	外、整	643	有田郡広川町広308	0737-63-1100
西 陽造	西 医院	産、婦	643-01	有田郡金屋町市場127	0737-32-2024
坊岡 進	坊岡医院	全	643-01	有田郡吉備町徳田387	0737-52-3054
森下 常一	森下整形外科	整、外	643	有田郡広川町東中64-1	0737-64-0366

有田市

應地 正章	おおち眼科	眼	649-03	有田市宮崎町明見27-1	0737-82-1506
栗原 益男	栗原クリニック	外整脳神	649-03	有田市初島町里1702	0737-82-5645