

---

和歌山県有床診療所連絡協議会

第 2 回 総 会

---

平成 7 年 7 月 22 日

和歌山県医師会地域医療研究センター

---

和歌山県有床診療所連絡協議会

# 第 2 回 総 会

---

平成 7 年 7 月 22 日

和歌山県医師会地域医療研究センター

## 目 次

---

会長挨拶	3
来賓祝辭	5
議事録	13
有床診療所実態調査	19
特別講演	29
会則	69
会員名簿	72

## 会長挨拶

青木 敏

本日は、公私とも大変お忙しいところ、またこの悪天候にもかかわりませず、第2回和歌山県有床診療所連絡協議会総会にご出席いただきまして、本当にありがとうございます。

特に、お忙しい中、和歌山県保健環境部の松岡様、どうもありがとうございます。県医師会から菊谷先生、中村先生、山本先生、どうもありがとうございます。病院協会から月山先生、どうもありがとうございます。

さて、有床診療所は昨年の医療費改定の際に、有床診療所を1つの看護単位として看護料が設定されました。それで、一応有床診療所は入院施設としての評価を受けましたが、その活用に当たってはいろいろな問題がございます。そこで、後ほど講演会で大道先生に有床診療所の問題について詳しくご講演いただく予定にしております。

しかし、事実といたしまして、現在、私たちの身近で有床診療所の閉鎖が目立ってきております。私たちの県でも、この4月に有床診療所会員の実態調査をしましたところ、この1年余りで14%の無床化の報告がございました。先日、6月23、24日の沖縄の総会では、埼玉県の報告でございますが、埼玉県は特に大都市近郊のベッドタウンで老人人口が非常に少なく、大病院が整備されているということもあります。約38%が有床診療所から無床診療所に移行しております。

そして、日医の宮坂先生の特別講演のお話の中でも、1,700の有床診療所にアンケートをいたしまして、そのうち11%は既に閉鎖していて、10床以下の

有床診療所の70%が入院ゼロ、19床でも入院ゼロが20%あるということです。入院ゼロというのは、保険課にやめたと届けていないだけで実際は廃止に追い込まれたと解釈いたしますと、有床診療所から無床診療所への転換のスピードというのは、もうはかり知れないほどのものがあると思います。

その原因は、入院1件当たりの点数が老人病院、一般病院に比べて有床診療所はその半分にも満たないという点の低さにもございます。患者さんの大病院志向、マンパワー確保が困難なこと、後継者問題等、いろいろ考えられます。

しかし、今「まじめに診療していてつぶれるのは制度が悪い」とか、「まじめに診療さえしておればだれかが何とかしてくれる」という時代は過ぎ去ったように思います。これからは、地域の住民が有床診療所をいかに評価してそれを利用するかに有床診療所の存亡がかかってきているように思います。

そういう意味で、私たちが診療報酬改定ごとに新点数とか新設項目を正しく理解して活用し、それによって経済基盤の安定を図ることも大切でございますが、地域住民が有床診療所に何を求めているかということを知り、そのニーズにこたえられるためには、単科の専門入院施設がいいのか、在宅支援をする診療所がいいのか、ショートステイ型の診療所がいいのか、その決断の時期に来ているかと思います。

もう1つ私たちが期待しているのが、後ほど講演していただく大道先生らが中心になって制度化を進めていただいている小規模入院施設でございます。

いずれにいたしましても、近い将来、私たちが決断しなければならない時期に来ていることは確かでございます。

この時期に当たりまして、きょうの総会、講演会、そして引き続きの懇親会が皆様に有意義なものでありますように、また同じ地域の住民の健康を預かっている者同士の親睦に役立つことを希望いたしまして、あいさつとさせていただきます。どうもありがとうございました。（拍手）

## 来賓祝辞

和歌山県保健環境部次長

松岡正絢

有床診療所連絡協議会の総会に、こうして大変お忙しい皆さん方がお集まりになり、開催をされましたことに、まずお喜びを申し上げます。また平素は、皆様方には医師会活動等を通じまして、県行政はもちろん、いろいろな点に格別のご支援、ご協力をいただき、改めて厚くお礼申し上げます。

新部長の鈴木部長が参りまして、日ごろのお礼やお願いを含めてごあいさつを申し上げるべきところでございますが、あいにくきょうは東京の方へ出張しておりまして、どうしても出席できませんので、私、ご紹介をいただきました県の保健環境部次長の松岡でございますが、部長からメッセージを預かってきておりますので、お許しをいただき、代読をさせていただきます。

和歌山県有床診療所連絡協議会の平成7年度の総会が、多数の皆様方のご出席のもとに開催されますことを心からお喜び申し上げます。また、皆様方には保健・医療行政の推進に当たり、種々ご支援、ご協力を賜っておりますことに対し、この場をおかりして厚くお礼申し上げます。

さて、高齢化の進展、社会情勢や意識の変化に伴い、医療に対するニーズは高度化、多様化しております。このような医療をめぐる環境の変化を踏まえ、それぞれの医療ニーズにこたえるためには、ハード面のみならずソフト面での質的な向上を図る必要があると言えます。

このようなとき、有床診療所の皆様がさまざまな課題について協議、研究できる連絡協議会の役割は非常に大きなものがあると思われ、その活動に期待を寄せているところでございます。

県といたしましても、健やかな社会づくりを目指し、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取り組んでいるところでございます。

また、安定的な地域医療の確保のためには、医療機関の経営の健全化が重要であると考え、本年度は病院や有床診療所の院長先生、事務長さんの研修会を9回実施する予定で、ソフト面での支援についても積極的に取り組んでいるところでございます。

どうか皆様におかれましても、県民の健康・福祉の向上のため、より一層のご協力をお願い申し上げます。

最後になりましたが、本協会のますますのご発展と皆様方のご健勝を祈念いたしまして、私のごあいさつとさせていただきます。

平成7年7月22日

和歌山県保健環境部長 鈴木英明

代読でございます。

和歌山県医師会副会長

菊 谷 準

菊谷でございます。昨年の2月、設立総会をなさいまして、今回が2回目の総会でございます。まことに順調に、しかもたくましく発展をなすって、おめでたいと申し上げるより以外はございません。今後とも、さらにこの努力を続けていかれることをお願い申し上げます。

さて、私の話でございますが、本来、お祝いの言葉ということになるわけでございますが、何にいたしましても身内の和歌山の我々でございます。多少、好き勝手なことも言わせていただいて終わらせていただきたいと思っております。

医療というものは、皆さんもうご承知のとおり、これは病院が始まりではございませんで、あくまでも診療所が始まりでございます。診療所がありまして、その後で病院が出てまいりました。例えば、私の臨席の松岡次長さんは和歌山医大の紀北分院の次長も、分院の事務局長もやったことがございますけれども、今はもう堂々たる病院として発展しております。でき上がった当時、組合立ということでいろいろなトラブルがございました。私が記憶しているところでは、あの病院にいたしましても後からできたものでございます。

それ以前はどうかということになりますと、皆さんご承知のとおり、診療所、特に有床診療所が一つの収容施設といったしまして、また単科・専門科の専門領域を預かる、高度医療を預かる医療機関といったしまして診療所が非常に活躍いたしました。

ところが、だんだん時代が進んでまいりまして、各地に病院ができてまいりました。私どもも、ここにいる山本理事、中村理事とともに地域医療計画というのをやってまいりましたけれども、この地域医療計画の中では、基幹病院ということで2次医療圏の中心が病院になるといった形で計画をせざるを得ないし、また厚生省から持ってきたものにはそういった形がまずシナリオにございます。

そういうことで、我々地域医療計画をつくってまいりますときに、我々は2次

医療圏に関係する医療につきまして、いろいろな意味で夢のある地域医療計画をつくりたいと思ってまいりました。2次医療圏の中で、例えば基幹病院として足りないところは補い、さらに高度の科を誘致するということができないだろうかと、ある意味ではそういうものを書き込んでまいりましたが、今になって見てまいりますと、これはあくまでも絵にかいたもちでございまして、結局、唯一、病院、病床の規制が残りました。

ところで、今、有床診療所のお話もございましたが、和歌山県も病院が無床化され、経営者がかわりということで、病院の経営も憂えるべき大変な事態になってしまいます。ただ、病院が有床診療所と違うところは、病院に関しては、病院をやめるときは廃院ということで二度と病院はできませんし、人に渡す場合は他人に経営権を譲ることになりますから、ちょっと休もうかということはできません。私も、有床診療所の仲間でございます。昔は入院もとっていたりしましたが、目下、保健環境部への届けもしております。そういう有床診療所もたくさんあるだろうと思います。子供は今よそでやっていますが、帰ってきて、これを使って診療所を再開しようということになれば、診療所の場合、これはまた保健環境部の次長と話をしないといけませんけれども、恐らく再開ができるであろうと思います。

ところが、できないというケースがございます。私たちも保険で非常に困ったケースでございます。あるところで、この診療所はもう廃止するんだということで廃止届を出したら、そこは二度と使えません。ただ、病床について、そのあるところを廃止したということでなければ使えるわけです。有床診療所は非常に危機的だということで大変な思いもなされると思いますが、そういう意味で、病院とは違った融通性がございます。

また、看護面に対してもそうでございます。この間、ちょっと調べたのですが、大阪に比べて和歌山の診療所看護、1類、2類、3類のI、これは大阪に比べて甚だ多くございまして、改めて和歌山の診療所の先生方が非常に前向きであると

感心いたしました。この有床診療所の看護にしても、今までどおりでいいんだということであれば今までどおりの看護体系をとれますから、そういう意味ではまだ融通性があるといいますか、可逆性があると言えます。そういうことで、有床診療所は今のところ、ある程度の融通性があります。

と申しますのは、医療法上は今までと全然変わっていないということでございます。医療法の改正について非常にご心配をなさっている向きもあると、私たちもときどきお聞きいたします。ただ、今の診療報酬改定の中で、医療法をいじらないで看護体系がある程度認められたという橋頭堡は、私個人の考えですが、非常に大切にしてまいらなきゃいけないんじゃなかろうかと思います。しかし、今申し上げたような有床診療所の融通性というものは、有床診療所にとっては大変大切なことじゃなかろうかと思います。

そうなると今後の医療法——今の医療法は、高度先進医療を行う特定機能病院と療養病床群という2つの柱ができていて、その間が何もできていないということでございます。あるいは、診療所も19床以下は自由であって、20床以上になれば医療法上の非常な規制がある、こういうふうなことで果たしていいのだろうかという考えが出てまいりますと、病院と一緒にになると非常に大変な事態がまた逆に生ずるのではなかろうかと思います。

こういう点、我々も保険担当といたしまして、あるいは地域医療を預かる者といたしまして、非常に苦しい選択を皆さん方が強いられるだろうと思いますけれども、何にしても、先ほどから会長さんのお話もございましたが、診療所は、あるいは有床診療所はどんなことがあっても生き残っていかなければなりません。と申しますのは、先ほど申し上げたように、私の考え方では、日本の医療のルーツにさかのぼってくると、それは病院でも何でもなく、地域に根差した診療所が日本の医療のルーツであろうと思います。ルーツにかかわる先生方、また私も診療所でございますが、そういう者たちが一生懸命に頑張って、今後生き残るためにいろいろな闘いをしてまいらなければいけないと存じております。

今後とも、皆様方のせいぜいのご活躍をお祈りして、あいさつを終わりたいと  
思います。どうもありがとうございました。

和歌山県病院協会会長

月 山 和 男

ご紹介いただきました、県病院協会の月山でございます。昨年の2月、この和歌山県有床診療所連絡協議会が設立されまして、このたびの総会にお招きいただきましたことを心から感謝申し上げますとともに、平素いろいろと私ども病院協会の会員に対しましてご協力、あるいはまたご指導を賜っていることを、高い席からではございますけれども、感謝を申し上げる次第でございます。

県の病院協会は、ご存じのとおり、和歌山県の93病院が所属しております、入っていないのは国立病院の2病院だけということでございます。したがいまして、医大、日赤、労災初め、全自治体病院も入っておりますし、私立病院も入つておるわけでございまして、その規模も884床の病院から45床の病院までという幅広い組織でございます。

そういう意味から申しまして、いろいろと私どもの抱える悩みと皆様方の抱える悩みというのは全く同じだなど。先ほど青木会長先生のお話を聞きながら思つておったわけでございます。

しかしながら、私どもも菊谷先生のお話にもありましたように、病院経営、特に私立といいますか、あるいはまた医療法人立の病院というのは経営が非常に困難になりまして、昨年におきましても3病院が無床診療所に変わっていくというような状況でもございまして、非常に厳しい環境の中にあると言わざるを得ないと思っております。

これらの原因というのは、先ほど青木先生がおっしゃられたのと全く同じでございますけれども、ただ病院組織ということになってまいりますと、非常に大きな規制が加わってまいります。例えばの話ですが、4床当たり1人の看護婦は絶対必要であるということになってきますと、有床診療所における19床を4で割ると大体5人はおって、外来患者が60人おれば2人なければならないということになります。病院の場合、その比率が80%を割ると管理料の1割カットというような厳しい罰則規定までございます。

さらに、薬剤師が医療を支えるということになったものですから、80調剤に対して1人の薬剤師を置かなければなりません。こうなってまいりますと、非常に多くの薬剤師を置いていかなければ、これまたペナルティーの対象になるではないかなというように考えております。

そういう意味では、非常に厳しい中に置かれております。将来も、だんだんとそういうような形になっていくのではないかなと思っております。

先ほど、青木会長さんの方から小規模入院施設のお話がございました。確かに、そういう面で、これからもしも小規模病院というような形の中に突入していくのであるならば非常に苦しい経営を強いられると言わざるを得ないのではないかという実感を持っておるところでございます。

何はともあれ、有床診療所の皆様方が今現在の状況でもいいんですよという菊谷先生のお話がございました。というのは、看護婦数にしても、いろいろな面にしても、今の状態が続けられるというお話でございましたが、こういう制度が残っておるのはやはり県医師会のご尽力であり、同時に日本医師会が一生懸命ご尽力をなさっておるたまものだと、私たちはうらやましく思っておるのも現実の姿でございます。

したがいまして、これから皆様と手をつないで、何とか生きていけるように、つぶれないような状態の保険制度になってほしいし、またそういうように手を携えて努力していかなければならぬのではないか、というようなことを考えて

おるところでございます。

どうかひとつ、これからもいろいろとご指導とご鞭撻をいただきながら私どもも頑張りたいと思いますので、今後ともこの有床診療所連絡協議会がますます盛んになられることをご期待申し上げまして、ごあいさつにしたいと思います。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。（拍手）

## 総会議事録

総会に先立ち、青木会長から会則第4章10条4の「会議の議長は会長がこれにあたり……」のところ、総会の議長は会長以外の人をする方がよいとのことで、この条文を省くことの提案があり承認された。

議長に山口節生先生を選び議事に入る。

議長 山口節生

### 議事

1. 会務報告（資料Ⅰ）
2. 会計報告（資料Ⅱ）
3. 新役員承認（資料Ⅲ）
4. 事業計画（資料Ⅳ）

以上、青木会長より資料に基づき説明報告あり、  
承認される。

5. 会員実態アンケート結果を全国のアンケート調査と比較して、  
副会長の辻 啓次郎先生より報告される。

## 来賓

松岡 正紘	県庁保健課環境部次長
北 順夫	県庁医務課
菊谷 準	県医師会副会長
中村 淳一	県医師会理事
中村 靖男	県医師会理事
山本 一	県医師会理事
月山 和男	県病院協会会长
北山 久雄	和歌山市医師会会长
上野 佳男	県保険医協会

## 講師

大道 久	日本大学医学部教授
------	-----------

## 出席者一覧

隱岐 和彦	岡田 正	丸笛 雄一郎	田草川 良彦
坂田 仁彦	辻 寛	山口 節生	黒山 哲彌
辻 啓次郎	山本 悟	橋本 忠明	辻村 武文
長雄 英正	中根 康智	要 明雄	浜田 亨
谷 英二	覚前 一郎	青木 敏	西田 仁丸
木下 総一郎	生馬 敏行	坂野 洋南	和田 倭
酒井 英夫			

## —スタッフ—

奥根 千代	三栖 祐安	松山 哲夫	岡田 まさ代
辻 友紀子	坂本 多代	野田 昌男	中道 容央
浜 雅文	辻 文雄	(順不同)	

## 会務報告

- 平成6年2月 6日 第1回総会（設立総会）
- 3月23日 4月診療報酬改定ニュース
- 4月 2日 理事会
- 11日 記念誌発行に対する寄付依頼（趣意書）
- 17日 全有診連絡協に隠岐先生出席
- 21日 記念誌完成 発送
- 6月25、26日 全有診連絡協総会（徳島）
- 7月 会員名簿配布
- 7月末 全有診連絡協ニュースの配布  
ご寄付いただいた会社名と報告  
県理事に要望書の提出
- 7年2月25日 理事会  
会長、理事長役員選出
- 4月 医療法改定後の有床診会員の実態調査
- 4月 7日 医学会総会の小規模入院施設の展望—  
有床診療所、小規模病院の将来—の  
シンポジウム  
隠岐副会長出席
- 6月10日 理事会
- 6月24、25日 全国有床診療所連絡協議会総会（沖縄）

## 収支決算表 (94. 8. 11)

## 収支決算表 (95. 7. 10)

収入	(円)
総会会費	370, 000
寄付金	100, 000
借入金 (江啓次郎)	237, 621
借入金 (青木敏)	583, 093
協賛金	1, 065, 000
会費	1, 130, 000
計	3, 491, 714

支出	(円)
御礼 (猪成、田辺医師会、県医師会)	445, 000
* (たな梅)	10, 400
バーティー料理	237, 209
テープおこし	60, 000
記念誌	309, 000
封筒	21, 424
名簿	13, 390
事務用品 (印鑑他)	50, 300
通信費 (切手他)	40, 730
借入返金 (江啓次郎)	237, 621
借入返金 (青木敏)	104, 683
借入返金 (青木敏)	484, 410
会費返金 (全有診会費)	15, 000
出張手当 (鶴岡和彦)	40, 000
理事会 (ターミナル)	60, 569
旅費 (吊看板料、搬込料)	16, 678
計	2, 146, 414

支出	(円)
前回より繰越金	1, 345, 300
利息 (8/15, 2/13)	1, 890
会費 (H6年度)	345, 000
会費 (H7年度)	970, 000
計	2, 662, 290

支出	(円)
会議費	133, 934
全国会費	501, 133
コピー用紙等	11, 400
通信費	15, 790
封筒	12, 360
事務費 (H7. 1~6)	60, 000
交通費	36, 090
計	770, 707

収入	支出
3, 491, 714	2, 662, 290
2, 146, 414	770, 707
1, 345, 300 (円)	1, 891, 583 (円)

収入	支出
支入高	支高

## 資料Ⅲ

## 和歌山市有料老人ホーム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763-8	0734-46-2110
副会長	辻 啓次郎	646	和歌山市勝側町96	0739-22-0534
	隱岐 和彦	646-11	西牟婁郡上富田町川瀬2207-7	0739-48-0026
理事	鷲本 嘉克	641	和歌山市西浜921-4	0734-46-3636
	辻 秀輝	642	海南市名高178-1	0734-83-3131
	長雄 英正	649-64	那賀郡加茂下川坂八王子447-1	0736-77-5700
	岡田 正	648	橋柄町橋1-45-2	0736-32-8080
	渕田 亨	641	和歌山市東高松3-4-25	0734-45-7331
	橋本 忠明	643	和歌山市湯浅1749-3	0737-62-2226
	辻村 武文	645	和歌山市南御所東吉田282	0739-72-2522
	坂口 仁彦	646	和歌山市元町949-19	0739-24-2223
	丸庭 雄一郎	649-25	西牟婁郡上富田町置981	0739-52-3636
	坂野 洋南	649-51	東牟婁郡太地町3055	0736-9-2063
	要 明雄	647	新宮市新宮6642-1	0736-22-5191
監事	谷 英二	649-62	和歌山市庄三毛50	0734-77-0400
	木下 総一郎	649-53	東牟婁郡那智勝浦町潮川11-60	0736-2-2035

## 事業計画（案）

地域に密着した入院施設としての有床診療所の活性を  
はかるため次の事業を行う

- (1) 日医「小規模入院施設検討委員会報告書」どおりの  
入院施設の早期実現を期す
- (2) 平成6年度の診療報酬改定における新設項目と  
新点数の活用をはかるため研修会を開催する  
又規制の厳しい点や医療現場との矛盾する点の  
是正を求める

# 和歌山県有床診療所実態調査

(連絡協議会会員について)

※ [%] は全国アンケート結果

会員数 102  
回答者数 57

回答率 56% [40.4%]

病床数

1～5床	3	(6.5%)
6～10床	4	(8.7%)
11～15床	3	(6.5%)
16～18床	3	(6.5%)
19床	33	(71.7%)

I 有床診療所を現在も続けていますか。

(1) 続けている 50

1～5年	7	(26%)
6～10年	6	
11～15年	14	(52%)
16～20年	12	
21～30年	3	(20%)
30年～	7	

(2) 廃止した 7 (14%)

1～5年	0	(28.6%)
6～10年	2	
11～15年	2	(42.9%)
16～20年	1	
21～30年	1	(28.6%)
30年～	1	

(理由)

- ・看護婦不足 ..... 4 (57.1%)
- ・入院患者の減少（大病院指向等） ..... 3 (42.9%)
- ・採算がとれない ..... 5 (71.4%)

人件費アップのため ..... 2

- ・全く休みがとれない…………… 3 (42.9%)
- 疲労蓄積…………… 2
- 旅行に行けない…………… 1
- ・医師 1 人で手術する時代ではなくなった…………… 1 (14.2%)
- ・無理して入院確保すると医療の質の低下になる…………… 1 (14.2%)
- ・付添い看護廃止に対応できない…………… 1 (14.2%)

## II. 1. 入院環境料について（重複可）

- (1) 151点を算定している…………… 45 (90%)
- (2) 151点の100分の90を算定している…………… 2 (4%)
- 寝具基準が適合しない場合
- (3) 病衣貸与加算を算定している…………… 2 (4%)
- (4) 病衣貸与加算を申請する予定である…………… 0

## 2. 看護料、介護料について

- A. 看護料の次のどれを算定していますか
- (1) 1種…………… 4 (8%) [10%]
  - (2) 2種…………… 15 (30%) [38.6%]
  - (3) 3種 (I) ………… 5 (10%) [11.7%]
  - (4) 3種 (II) ………… 26 (52%) [32.3%]

### イ. 特別看護料を算定

- (1) している…………… 1
- (2) していない…………… 23

### ロ. 特別介護料を算定

- (1) している…………… 2
- (2) していない…………… 23

## B. 現在の付添いの状況について

- ・患者さんの家族の付添いがいますか
- (1) いる…………… 31 (64.6%) [38.7%]
  - 1人…………… 6
  - 2人…………… 11
  - 3人…………… 4
  - 4人…………… 5
  - 6人…………… 2
  - 8人…………… 1
- (2) いない…………… 17 (35.4%)

- ・紹介所の家政婦の付添いがいますか
- |        |    |         |         |
|--------|----|---------|---------|
| (1) いる | 18 | (40.9%) | [18.6%] |
| 1人     | 11 |         |         |
| 2人     | 5  |         |         |
| 4人     | 2  |         |         |
- |         |    |         |  |
|---------|----|---------|--|
| (2) いない | 26 | (59.1%) |  |
|---------|----|---------|--|
- C. 付添い看護と介護の廃止という方針に対して、どのように対処されましたか(複数可)
- |                               |    |       |         |
|-------------------------------|----|-------|---------|
| (1) 今まで通り付添い看護を雇って、すべて診療所で支払う | 2  | (3%)  | [3%]    |
| (2) 看護職員を増やした                 | 7  | (11%) | [9%]    |
| (3) 介護職員を増やした                 | 6  | (19%) | [5.3%]  |
| (4) 特別看護料・特別介護料を算定するようにした     | 2  | (3%)  | [1.1%]  |
| (5) 要介護者の入院を抑制した              | 9  | (14%) | [30%]   |
| (6) 診療所老人医療管理料を算定する部屋を設けた     | 0  |       | [1.8%]  |
| (7) 家族がなるべく付くように説得している        | 31 | (49%) | [47.3%] |
| (8) 無床化した                     | 0  |       | [3.3%]  |
| (9) 手術を抑制した                   | 3  | (5%)  | [7.3%]  |
| (10) その他                      | 3  | (5%)  | [27%]   |
- D. 先生の所で付添いの必要な患者は、どのような病人でしょうか(重複可)
- |                        |    |       |         |
|------------------------|----|-------|---------|
| (1) 手術後                | 32 | (64%) | [37%]   |
| (2) 癌の末期               | 14 | (28%) | [19.8%] |
| (3) 寝たきり老人             | 21 | (42%) | [27.3%] |
| (4) 介護なしでは、食事・用便ができない人 | 37 | (74%) | [58.5%] |
| (5) その他                | 3  | (6%)  | [19%]   |
- E. 付添い看護と介護の廃止に対処されて6ヵ月になりますが
- ・付添い介護を診療所で雇用する場合に特定介護労働者助成金制度があることを
- |           |    |         |  |
|-----------|----|---------|--|
| (1) 知っている | 21 | (43.8%) |  |
| (2) 知らない  | 27 | (66.2%) |  |
- ・付添い介護に要する診療所の負担は、1ヵ月24時間看護してもらって
- |           |   |  |  |
|-----------|---|--|--|
| (1) 20万円台 | 0 |  |  |
| (2) 30万円台 | 6 |  |  |
| (1) 40万円台 | 2 |  |  |
| (2) 50万円台 | 1 |  |  |
- ・1人の付添い介護職員は大体何人の患者を担当していますか
- |        |   |  |  |
|--------|---|--|--|
| (1) 1人 | 2 |  |  |
| (2) 2人 | 3 |  |  |
| (3) 3人 | 1 |  |  |
| (4) 4人 | 1 |  |  |
| (5) 5人 | 2 |  |  |
| (6) 6人 | 1 |  |  |

・前年同月と比較して入院患者数は

11月	(1) 増えた	5
	(2) 減った	13
	(3) 同じ	28
12月	(1) 増えた	5
	(2) 減った	13
	(3) 同じ	28
1月	(1) 増えた	6
	(2) 減った	20
	(3) 同じ	20
2月	(1) 増えた	7
	(2) 減った	18
	(3) 同じ	11

・医療費の改正で、付添い看護と介護の費用負担は

- (1) 大きいため、メリットはないように思う ..... 22 (64.7%)  
(2) 大きいが、それ以上にメリットがあった ..... 2 (5.9%)  
(3) 余り変わりがない ..... 10 (29.4%)

F. 付添い看護と介護が廃止されるとその弊害が最近懸念されていますが、どのようなことが考えられますか（重複可）

- (1) 診療所の看護職員だけではどうしても看護サービス低下がある ..... 34 (68%)  
(2) 診療所の看護職員だけで充分対応できる ..... 2 (4%)  
(3) 従来の付添い看護婦には、日本人独特の家庭的な気配りのある良い面があるため存続させるべきである ..... 23 (46%)  
(4) 従来の付添い看護は、やはり将来の医療制度を考えるとなじまない制度である ..... 1 (2%)  
(5) 看護サービスの低下を防ぐため、看護職員の雇用や家族の付添いを積極的に利用したい ..... 17 (34%)  
(6) 看護職員を増やしたくても思うように増員ができない ..... 17 (34%)  
(7) 介護職員を増やしても思うように雇用できない ..... 8 (16%)  
(8) その他 ..... 3 (6%)

3. 給食料について

A. 入院時食事療養料の算定は

- (1) (I) をしている ..... 9 (21.4%) [15.3%]  
(2) (II) をしている ..... 32 (76.2%) [82%]  
(3) していない ..... 1 (2.4%)

B. 栄養士について

(1) いる	15	(30%)
パート	7	[14%][8.5%]
常勤	6	[12%][24.8%]
いない	32	

C. 管理栄養士について

(1) いる	4	(8%)
パート	4	(8%)
常勤	0	
いない	44	(91.7%)

D. Aの(1)の方で、下記の項目を算定している場合は○をつけて下さい

(1) 食堂加算(50円)	1	(11.1%)[29.9%]
(2) 特別管理加算(200円)	0	[9.6%]
(3) 選択メニュー加算(50円)	1	(11.1%)[11.4%]
(4) 医療用食品加算(180円)	0	[11.8%]
(5) 特別食加算(350円)	2	(22.2%)[49.3%]
(6) 外来等養指導料(1000円)(月2回)	3	(33.3%)
(7) 入院等養指導料(1000円)(入院中2回)	2	(22.2%)

E. 給食について

(1) 院内でまかなっている	29	(58%)
(2) 外部でまかなっている	20	(40%)
院内・外部両方	1	(2%)

4. 入院医学管理料について

A. H7年2月5日の日医ニュースによる資料の如く、1件あたりの入院医療費、1ヶ月あたり入院医療費は一般病院や老人病院に比べて有床診は半額にも満たない。これは主に入院医学管理料の違いにあると思われる。

有床診の入院医学管理料は

(1) 高すぎる	0
(2) 安すぎる	49 (98%)
(3) 妥当である	1

B. 同じ病気で診療をした場合、保険上の都合で入院医療費は病院が診療所より2倍以上増になりますが、松山有床診協議会の住民アンケート調査では、79.6%がこのような違いを理解されていません。

(1) 住民に理解してもらうためにも住民アンケート調査を和歌山県でもすべきである	38
(2) しなくてよい	7

C. ポスターなどで何らかのPRを

(1) すべきである	41
(2) しなくてよい	8

## 5. 診療所老人医療管理料を算定する部屋を設けていますか

(1) 設けた…………… 0 ( ) 床 (3.3%)

〈理由〉 ①入院希望者が少なく病室に空きがあるから (24.4%)

②普通の老人料より老人医療管理料の方が有利だから (30.6%)

③老人医療管理料を算定できる病床の基準がクリアできるから (53%)

④医院当直者と老人医療管理料を算定できる病床の当直者が兼務できるから (20.4%)

(2) 設けていない……… 5 0

〈理由〉 ①病室は常に満床だから…………… 4 (8%) [14.1%]

②老人医療管理料の点数が安いから…………… 1 1 (22%) [9.3%]

③老人医療管理料を算定できる病床の基準が厳しいから… 1 6  
イ) 浴室…………… 4 (32%) [33%]

ロ) 一床あたり面積(6.4m)…………… 2

ハ) リハビリスペースがない…………… 5

④入院希望患者が増えたとき、病室不足となるから… 1 4  
⑤当直者がないから…………… 4 (28%) [22.2%]  
(8%) [9.2%]

(3) 設ける予定である……… 7 2 床…………… 1 5 床…………… 1

①既存の施設内の改造申請をせねばならない…………… 2

②看護職員を増員せねばならない…………… 0

③介護職員を雇用せねばならない…………… 0

④様子をみている…………… 5

## 6. その他

### A. デイケアを行っていますか

(1) いる…………… 0 (1.9%)

(2) いない…………… 4 8

### B. 寝たきり老人在宅総合診療料（在総診）を算定していますか

(1) いる…………… 5 (10%) [17.2%]

(2) いない…………… 4 5

### C. 寝たきり老人訪問診療料を算定していますか

(1) いる…………… 1 8 (36%) [31.6%]

(2) いない…………… 3 2

### D. 寝たきり老人訪問指導管理料を算定していますか

(1) いる…………… 1 4 (28%) [24.1%]

(2) いない…………… 3 5

### E. 医薬分業がさけられていますが、処方箋を

(1) 発行したことがない…………… 4 7 (87%)

(2) 1枚でも発行したことがある…………… 6 (11.1%)

(3) 常時発行している…………… 1 (1.9%)

7. 平成6年の4月10月の改定の評価について

- (1) 満足である ..... 1 (2%) [2.4%]  
(2) もう少しアップしてほしい ..... 29 (56.9%) [65.2%]  
(3) 不満である ..... 21 (41.2%) [29.8%]

不満な点

1. 診療所の入院料が安すぎる  
    1) 医学管理料が安すぎる ..... 9 (42.9%)  
    2) 看護料が安すぎる ..... 9 (42.9%)  
    3) 経費のアップが入院費のアップを上回っている ..... 2 (9.5%)  
2. 規制がきつすぎる ..... 4 (38.1%)  
3. 食事療養料 (I) 選択は困難 ..... 2 (9.5%)  
4. 理学療法 ..... 2 (9.5%)  
    1) 外来管理料が合わせてとれないのはおかしい  
    2) まるめが理解できない  
5. 処置 ..... 3 (14.2%)  
    1) 外来管理料が合わせてとれないのはおかしい  
    2) 処置の範囲により、何もしないより安くなる  
6. 入院患者の手術にも時間外、深夜、休日加算があるべきだ ..... 1 (4.8%)  
7. 医学管理料の遅減制がおかしい ..... 1 (4.8%)  
8. 産婦人科の有床診の点数が安すぎる ..... 1 (4.8%)  
9. 整形外科疾患に指導管理料がない ..... 1 (4.8%)  
10. 薬価改正に問題あり ..... 1 (4.8%)

## 和歌山県有床診療所実態調査について

辻 啓次郎

平成6年4月と10月に診療報酬の改正があり、特に10月の改正では病院と有床診療所の改正が主として行われた。和歌山県下では、この度の改正でどう対処したかを把握するとともに、今回の改正に対する御意見や御感想を伺うために、平成7年4月にアンケート調査を実施した。また全国有床診療所連絡協議会が平成7年2月に行った全国のアンケート調査と一部調査内容を同じくして比較した。

昨年2月に和歌山県有床診療所連絡協議会が設立され1年余りになるが、102施設のうち御回答をいただいた57施設のうち、7施設が病床を廃止されたことは大きな問題である。その廃止した理由の一つである看護婦不足については、最近、准看護婦制度を見直そうとする気運があるが、もし廃止されると老健施設や、福祉関係でも需要が拡大している現状では、著しい看護婦不足が発生しており、有床診療所にとって存亡に係わる問題である。

看護料介護料については、従来通りの3種(Ⅱ)を選んだ施設が最も多く52%、次が2種を選んだ施設が30%であった。いづれにしても平成8年3月までに3種(Ⅱ)を選ぶ施設はその方向を決めなければならない。しかし付添い看護と介護の廃止という方針に対して、対処の仕方をアンケートで調べたところ、前向きに対処した

施設が和歌山が 3 6 % に対して全国は 2 0 . 2 % で和歌山がより積極的な対処をしている様子が伺われた。

しかし付添い看護介護を廃止することはよいことなのか。

アンケートではどうしても看護介護のサービスが低下するという意見が 6 8 % あり、日本人独特のものだから存続させるべきだという意見が 4 5 % もあった。家族の付添いを積極的に利用したいという意見が 3 4 % であるが、高齢化や少子化の社会でどこまで期待できるか問題である一方で、あまりにも家族意識が希薄になりつつあり、再構築を要する必要がある。

給食料については栄養士や、管理栄養士がいると答えた人が 3 8 % いるのに、食事療養費( I )を算定した人が 1 5 . 3 % すぎないことはどういうことか。申請を怠っているか、申請手続きが難しいためかもしれない。今回各種の加算や指導料が追加されたが、これらを取り入れることで、全国総会のシンポジウムでは 1 2 床以上の診療所ではやっと黒字転換が可能であると述べている。しかし、特別管理加算の如く、常勤の管理栄養士を雇用するという条件はとても診療所にはのめない。これは是非パートでもよいということにしてもらいたい。

入院医学管理料については、安すぎるという意見が 9 8 % もあった。

これは同じ疾病で入院しても診療所が病院の診療報酬の半分に過ぎないという現実がある。全国総会の要望書では『かかりつけ医』と『在宅医療支援』機能をもつ有床診療所に別途に『入院時かかりつけ医管理料』を新設するように要望しており、是非実現

してもらいたいと思う。

診療所老人医療管理料については、糸氏日医常任理事は総会で、全国で算定する診療所が80程度に止まっている現状に対して「医師がやる気がないなら点数を創設した意味がない。規制が厳しければ緩和が必要」と述べており、一方、有床診療所側はやる気がないのではなく、算定することが有利かどうか様子を伺っているのが現状であると述べている。

総括として今後の改正の評価については不満であるが、全国で29.8%であったのに対して和歌山県では41.2%と高値であった。その理由としては看護料介護料が安すぎるという意見が42.9%であったことや、医学管理料が安すぎるという意見が同じく42.9%であったことなどが上げられる。

## 特　　別　　講　　演

座長（隱岐一彦） 本日は、「有床診療所の問題点と将来像」につきまして、日本大学医学部医療管理学教授の大迫先生に特別講演をしていただくことになりました。

先生は、ことしの4月、名古屋で行われた第24回の日本医学会総会におきまして、ちょうど私たちの絶えず問題といたしております有床診療所、小規模病院の将来というシンポジウムで「医療施設体系における小規模入院施設の役割」ということでご講演をされました。あの時は、200～300の席がございましたのですが、その日はいっぱいです、横の廊下も立錐の余地がないくらい、多くの会員の先生方がお見えになっておりまして、いかにこの問題が会員の先生方の関心を引いているかということが感じられました。本日は、ゆったりした席で先生と直に膝を交えて先生のお話を聞かせていただけることを非常に感謝しております。

恒例によりまして、先生のご略歴を申し上げます。

先生は、昭和45年、東京大学医学部をご卒業になりまして、昭和52年、同大学大学院を修了、医学博士を授与されております。同年、国立病院医療センター、臨床研究部医用生体工学室長、昭和54年から厚生省医務局併任、昭和57年、日本大学医学部病院管理学教室助教授、平成元年、日本大学医学部医療管理学教室教授にご就任なさいました。

現在、厚生省・厚生統計協議会委員、厚生省医療関連サービス基本問題検討委員会委員、東京都保健医療計画推進協議会委員、東京都社会福祉審議会委員、日本医師会病院委員会委員、日本医師会病院機能評価検討委員会委員等、多くの職務を兼任されております。

先生、きょうは遠いところお越しいただきましてありがとうございます、どうぞよろしくお願ひします。（拍手）

特別講演に先立ち、大道先生からいただいたレジュメを掲載いたします(編集者)

## 「有床診療所の問題点と将来像」

日本大学医学部教授

大道 久

### 1. 有床診療所をめぐる最近の動向

- 1) 有床診療所看護料の導入とその背景
- 2) 診療所老人医療管理料の実情と評価
- 3) 有床診療所の機能の実態と今後の推移

### 2. 小規模入院施設の理念とその制度化に向けて

- 1) かかりつけ医の収容機能と全人性・地域性・専門性
- 2) 医師の連携と看護要員の配置
- 3) 病院との関係と病床規制のあり方

### 3. 公的介護保険と長期療養施設

- 1) 扶養の社会化と新介護システム
- 2) 医療と介護の区分と介護給付の範囲
- 3) 介護システムとしての有床診療所

### 4. 有床診療所の将来像

- 1) 医療機能を有する在宅支援施設としての役割
- 2) 医師の専門性を発揮する小規模入院施設
- 3) 医師・患者関係に基づいた医師の入院施設

**特 別 講 演**  
**「有床診療所の問題点と将来像」**

日本大学医学部医療管理学

小規模入院施設検討委員会委員長

大 道 久 教授

ご丁寧なご紹介をいただきて恐縮でございます。ご縁がございまして、きょうこの総会に参加をさせていただきました。有床診療所に関連した一連の動向と今後の展望等について、最近の情勢なども交えながら、いただいた時間の範囲でお話をさせていただこうと思います。

今、座長の先生も触れられましたが、この春にも医学会総会においてこの問題を、重要であるということで取り上げられまして、わずか数カ月でございますけれども、実はここでこの数カ月の間にもかなりの動きがございます。先行きは必ずしも定かではございませんが、ごく最近の動きも含めまして情報をご提供いたしまして先生方のお役に立てればと、そのように思っております。きょうは5時半までお時間をいただいておりますが、10分ほどご質問の時間をとるようにというようなご指示でございますから、そのような形でお話を進めさせていただきます。お手元に簡単なレジュメがございます。おおむねこれに沿った形でお話を進めさせていただきます。

既に、先ほど会員の先生方のアンケートの結果を拝見させていただきまして、大変厳しいこのような状況の中で、有床診療所という、あえて申せば過酷な条件

の中で地域の患者さん方に必要な医療をご提供いただいているということについては、事情を知る者としてまことに敬服いたしておりますとございます。

そもそも、我が国の医療というのは診療所に端を発しているわけで、地域の患者は日々の生活の中で健康の障害を受けたときに身近にいる医師を頼って医療を受けたわけであります。そのときに、どうしてもこれは家へ返せない、身近に置いてみずから医学的な管理を行わなくてはとても医師として対応ができないといったようなとき、我が国の医師というのは大変立派であったと思いますが、みずからの住む居宅に患者を引き置いて世話をいたしました。これが我が国の医療のルーツであります。事実、戦後50年といいますが、50年足らず前、現行医療法が規定された昭和23年ごろまでは、我が国医療施設というのは診療所がベースでした。今でこそ病院ということですが、当時、診療所の中で10床以上の病床を有するものを「病院」と呼びまして、基本は診療所であったわけです。このような歴史的な経緯というのは、まさにこれから私ども歴史の転換期を迎えておりますが、とりわけ制度的な枠組みを云々する場合、多少は従来の経緯もよく振り返っておく必要があるということであえて申し上げております。

3年前から日本医師会は、この有床診療所の問題を正面切って取り上げました。これは、先生方の現場からのお声が大変大きくなり、また我が国の医療の根幹にかかわる重要な問題であるという認識があったからこそ、この問題を取り上げたわけであります。これについては、先生方も恐らく既にお読みいただいていると思いますが、日本医師会の枠の中ながら、小規模入院施設の基本的な構想として報告書に取りまとめられて公開というか、既に広く行き渡っております。

いずれにしても、この有床診療所が持っている数十年の歴史的な経緯を振り返ってみると、極めて大きく変わりました。この50年、医学の進歩が非常に著しかったことはだれでも認めているところですし、国民の生活水準が向上してこれだけ豊かな国になったということも、だれでも知っているところです。このような数十年の流れの中で、今この有床診療所が置かれている状況をどのように考え

るかということです。

医療法という法律が我が国の医療施設のあり方を規定しております。この法律を時代に合わせて見直していく作業が当然必要になります。昭和60年、通称・第1次医療法改正が行われました。ここで、ご案内の医療計画とか一人医療法人などの方途がとられて、それなりに一つの時代的な転換を終えました。

その後、いわゆる第2次医療法改正というのが平成4年に行われました。ここでは、医療施設の体系的な整備ということが強くうたわれました。このときの論議というのは、もう先生方もご案内のように、法律用語を使えば心身の状況に応じた形で能率的、効率的、かつ合理的に対応するような体系的な医療施設を制度上位置づける必要があるという考え方方が非常に強く前面に出ました。

そこで、先ほど申し上げた昭和23年の現行医療法で改めて位置づけられた病院というものについて、制度上一定の区分をいたしました。高度の医療を担う病院が既にしっかりと我が国で発展して一つの姿を持っている。端的に申せば、最新の医学ないしは医療技術を受けて実際にそれを精力的に患者に適用しておるのは紛れもなく確かに大学病院ですから、大学病院を中心とした特定機能病院は制度上区分しても合理的であろうと。同じく一方、高齢化ということでお年寄りが大変ふえる時代の中で長期にわたる療養に適切に対応するような収容機能を区分するということで療養型病床群と、こういう仕組みを作りました。

ところが、この段階で非常に重要なことはまず病院をやったということあります。冒頭申し上げた、歴史においてはその基盤であった診療所の体制を制度上どう位置づけるかについては次の医療法の改正でしっかりと検討しましょうということで、いわば先送りされました。第2次医療法改正のときに附則とか附帯決議がついておりますが、その中に明確に、できるだけ近いうちに次の改正を行うべきであって、その中の重要な課題としては我が国の診療所体制をどのように見直し、時代に合った方向に進めていくかと、こういう書き込みがございます。

したがって、今申し上げたように、さきの医療法改正での施設体系の区分は病

院について行われましたが、診療所はそのとき取り上げるほどのことではないというような価値観ではなくて、むしろ我が国の根幹に触れる問題であるから、いわばよく十分に論議を重ね、ありきたりな言い方ですが、21世紀に向けた医療体制をどのようにするかについて、時間をかけ、現場のいろいろな声も聞いて対応しようということであったわけです。そのような流れもあったからこそ、日本医師会なども先ほど申し上げたような検討をしたのだといえば、そのとおりなわけあります。

有床診療所が持っている歴史的な潮流というのはそのようなものですが、今後に向けてこの有床診療所をどう位置づけるかというのは、実は幾つかの大変深刻な考え方の相違がございます。

今申し上げた第2次医療法改正のときに、既にかなり明確に、一見合理的な、まさに施設体系を提起したある文書がございます。きょうそれを出すと、また話をとられるのであえてお持ちしませんでしたが、端的に申せば、先生方のお耳に達しているとおり、医療施設の体系からいえば、有床診療所というのは、行く行くは病院として発展すべきところを、地域の実情やそのときの医療を担う医師、医療機関の状況に応じて、医療の発展の過程の中でいわば過渡的な存在としてできているものであって、望み得べくんば病院になっていただきたい、そうでないのなら——その文書にはかなり明確に書いていますが、行く行くは社会制度としては存在しなくてもよいと書いています。

そういうことで、逆なでする言葉ですが、10床未満の有床診療所はショートステイとして活用し、リソースとして、資源としては大変重要であるからそのようなものに活用することです。そして、10床から50床までの規模の小さい収容機能のものについては小規模病院というような——いずれ病院に発展させるということで、しかし病院として発展するにはいまひとつ力が及ばない、あえて言うならば法制上の基準なども若干緩和した形で病院として位置づけ、当分の間、これは制度として運用することです。

ただし、これもあくまでも過渡的な制度の規定であって、行く行くは50床以上の病院という形で我が国の収容機能に対処するという考え方が、厚生省サイドから明確な形で出てまいりました。

これは非公式文書で、だれかが勝手に書いたものだから全く意味がないということは、その後、繰り返し言わましたが、制度の運用という観点から言うと、ある種の合理性というか、歴史というものに対してある1つの考え方に基づいて展開するとそのような考え方もあり得るかもしれないという図ではございました。しかし、幸か不幸か、この文書が出てから現場の有床診療所の先生方は、端的にいえば危機感をお持ちになって、みずからの今後の役割、機能をどのような方向に展開させるかということで大変ご熱心なご検討があった、このように私は受けとめております。

既にもう10年近い経緯があろうと思います。全国有床診療所連絡協議会が、先行きをいろいろな意味でご熱心にご検討する先生方にお集まりいただきて、繰り返しいろいろなご提言をされました。実態としては、そのようなお力が日本医師会を動かしたというのが本当のところだと思います。

さきに沖縄で開かれた協議会は、その流れを受けて今があるわけあります。要は、ここで繰り返し議論されたことは、かなりの部分、日医の報告書に反映されていると思います。しかし、これは当事者の立場からの問題提起であって、社会というのは医療を提供する側だけではなく、医療を受ける者、あるいはその他、社会を構成するさまざまな立場からの意見がありますから、それらを適切に1つの次の時代の社会制度にまとめ上げなければなりません。それが今の段階の時期だと思います。

俗に、第3次の医療法改正が近々行われるはずであるという発想がございますが、これはそのとおりだと思います。冒頭にちょっと触れましたが、この4月以降からも既に水面下でかなり幾つかの動きがございます。これは、まさに次期医療法改正に関連した、現実的な姿を模索する動きでありまして、このようなもの

がどのようになるのか、私も個人的には研究者としては大変関心を持って、まずはその動向を今見守り、具体的な方向づけということについても、従来のご縁がございますから、私の考えなども述べさせていただきたいとは思ってございます。有床診療所にかかる一連のこのような動きは、先生方も現場の当事者としていろいろな動向がお耳に入っておられると思いますが、東京において全体の流れを見ていると、そのような感じになろうかなという気がいたします。

状況というのは大変複雑で、日医のあの報告書が出てから——手のひらを返してという言い方が適切かどうかわかりませんが、診療報酬の中で今まで、さっき申し上げたような、鳴かず飛ばずに近い形の手当が出てまいりました。これはもう、先ほど報告のあったとおりです。看護についての評価というものが実質的に、かつてのあのような、ほとんどないという形が、看護の種別を1種、2種、3種、3種の1と2というものを設けて、まずこれに点数を設定いたしました。条件が大変きついものですから、これは何であるかという受けとめ方が多いのも重々承知しておりますが、のこと自体でも、有床診療所のこれまでの流れから言うと画期的だったわけです。

さらに、これはきょうの話の中でも大変重要なことなんですが、診療所老人医療管理料という点数設定が10月に後を追う形で出てまいりまして、ここ部分についても、我が国の社会保険体制というのは極めて精緻に組み立てられた巨大システムでありまして、非常に細かいところまで目配りをしつつ、時代の先行きを——これは厚生省の立場とあえて言いますが、医療財政を運営する国の責任で先行きを見ながらいろいろと点数を仕組んでいくということではあろうと思いますが、この有床診療所の論議が高まって以降とられた一連の診療報酬の流れというのは、いい意味でも悪い意味でも時代の流れを感じさせるものです。

このような診療報酬上の対応がとられたことは、有床診療所の今後のあり方を考える上で微妙な、さらに場合によってはかなり大きな影響を及ぼしています。一部の方々、あるいはお立場によっては、要は点数がつけば、決して十分とは言

えないものの有床診療所はそれでいいのだと、若干力が抜けたようなところもなきにしもあらずでございます。あれほど、ご熱心に熱っぽく小規模入院施設なるものについて議論をした方向が実際のところどうなるかは、正直申し上げて、大変難しいところがございます。

さっきの沖縄での協会の大会においても、小規模入院施設の早期実現ということが強く謳われてはおりますが、制度を受けとめる側、あるいは運用する側、国として文字どおりそのものを制度化するというようなことについては、いささか考えるところも当然ございます。冒頭申し上げたように、有床診療所をどうするかという制度の運用側からの基本的な位置づけについて、あれは間違います、撤回します——陰に陽に、そういうふうな言い方もしなかったわけではありませんが、その本音の部分が見え隠れしていたわけであります。結局どうするということについては、今の段階では少なくとも表面には出てきていません。

最近の動向の中で表面に出た部分としての診療報酬上の対応というのは、いろいろな意味で期を画するものではあったのですが、これですっかり終わりという意味ではないということで、これをどのように受けとめ、今後どういう新たな形にしていくかということは、先生方ご自身にも重要な問題でありましょうし、制度の枠組みをつくる側としても大きな課題であると言えようかと思います。

その中で、既に先ほどのアンケート調査の報告でも触れられましたが、診療所老人医療管理料というものが、2週間を限度とはするものの、全くの定額でございます。しかし、その1日当たりの点数というのはまあそこそこで、悪くないという言い方が適當かどうかわかりませんが、セットされまして、それで先ほどもちょっとご報告があったような条件づけがございます。これは、ご検討いただいた場合にはよくおわかりのことですが、あのようなものが出てまいりました。

私どもから見ると、これは紛れもなく、当初から言われていた有床診療所のショートステイへの活用そのものです。ショートステイというのは制度的な固有名詞で、従来は福祉関連事業として位置づけられるもので、公費負担を中心として

特別養護老人ホーム、さらには老人保健施設等だと行うことのできる事業でした。

今回、このショートステイを従来の福祉事業の流れのままに有床診療所で行うということでは勿論ありません。財源は医療費ですから、診療報酬の枠の中でセットされております。しかし、2週間までを限度とするとか、定額であって、しかも受けとめるための条件が、部屋の広さといい、しつらえられるべきリハビリ機能ないしは浴室だとか、対応すべき要員の整備などは、紛れもなく従来は福祉ということで語られてきたショートステイ事業そのものです。ここに、今後の有床診療所に対して、とりあえず国全体としてどのような制度していくかということの前触れというか、国の意向として見え隠れしております。当初ははっきりと、ショートステイとして活用して医療施設ではないなどと、ぬけぬけと言っておりましたが、当事者のお立場からの一連のその後のお声が大きくなり、国の方も、やや軽率な物の言い方であったと多少は反省していただかないと困るのであります。

それはそれとしても、我々有床診療所が従来の我が国の延長線上にそのまま存立し得るかといえば、これはなかなか難しいところもございます。ここらあたりを具体的にどうするかということが非常に重要なところであろう、そのようなことが言えようかと思います。

昨年10月に実施されたものですから、1年たっていません。さきの連絡協議会の総会で保健担当の糸氏先生、あるいは病院ないしは有床診療所担当の宮坂先生は80数施設のこの制度の活用ということについて、現場の活用度合いが低いということでおさかおかんむりであったようではございますが、しかし、アンケート調査に関連して担当の先生からご報告のあったところは、私はそのとおりだと思います。あの集計結果は12月末日で、わずか3ヶ月の集計ですし、その後の新しい集計は私の手元に入っています。各県レベルで集約して国全体の数が出ると思うのですが、まだ公表されていませんから、その後の動向は必ずしも定かではありません。それにしても、有床診療所は数の上では2万数千施設ご

ざいまして、その中で、今申し上げたように、時代的な背景を受けた形で導入してきたものについては少ないと。確かに、日本医師会のご担当としてはわからぬわけではないという気もいたします。

きょう、残りの時間でその背景なども少しお話をしたいと思います。今、水面下での話が真っ盛りで、もうわずか数週間のうちに表に出てくるであろう我が国の新しい社会保障の枠組みである介護保障というものがどのように動くかによって、実は有床診療所の問題も非常に大きな新しい課題に直面することになるだろうと思います。

巷間言われているように、我が国の高齢者を中心とした要介護の社会的需要に対して社会保険で運用する枠組みを導入するというのが、きょうの段階での方向づけであります。介護保険の話は後で少しくOHPでお話をさせていただきたいとも思いますが、いずれにしても、有床診療所というものがこのわずか40年ほどの期間、しかも医学・医療の高度な急速な発展の流れの中で、ややもすると地域の状況、開業する医師の先生方それぞれの諸般の状況から、病院になることが医師としても価値のある形で、できれば病院にしたいという拡大志向だけの価値観というものを我々自身も持っていたと思います。しかし、それが結果として今病院が置かれている——きょうは病院のお集まりではございませんが、自由開業の流れで成立した病院の状況というのは、有床診療所が一番きついとは思いますが、考え方によれば、拡大志向しか持ち合わせなかった我々の仲間である病院の状況というのは、別の意味で惨憺たる状況がございます。この辺は、病院の枠の中でも、今後の姿をどうしていったらいいかということの模索が行われております。これらあたりは、時代のなせるわざとは言いながら、その国、あるいはその社会の中で医師が持っている地位とか力、あるいは社会において果たしている役割というものを改めて受けとめ直して、どのような形で医療活動をしていったらいいか、問い合わせざるを得ない状況があるということだろうと思います。

いささか駆迦に説法のようなところもございますが、きょうのところは有床診

療所を中心としたお話をさせていただきます。病院の問題なども若干視野に入れて、OHPを使いまして、少しく概念の整理のようなことをさせていただきたいと思います。時間もございませんし、おわかりいただいていることでございますので、簡単にお話をさせていただきます。

今申し上げたような新しい時代状況の中で、今後医療というものをどういう枠組みで考えていくか。余り複雑なことを考えると、何とも状況の判断が難しくなりますから、これは単に説明をするための便宜とか、といった軽い意味ではなしにお話をしたいと思います。

今後の医療というのは病院の方が高度な医療もできたり、すぐれた医療を提供するというようなある種の錯誤があったと思いますけれども、そのようなことはなくて、医療を提供する枠組みというのは、まず組織が医療を提供するということです。これは必要ですから、当然ながら、これはしっかりと存続させるということです。これは、病院の機能である。病院というのは組織医療の場です。考え方としてそういうふうにとらえ直さないと整理ができません。

もう1つの医療の枠組みは医師と患者関係です。医者と患者の関係をしっかりと築いて、そこで医療を提供するということです。冒頭お話ししたように、医療というのは自然発生的にそういうものだったわけです。そういうものはいつの時代でも変わりません。そのような「医師機能」——妙な言い方ですが。医師というのは、そういうものを持つ社会的な機能であるということで改めてとらえ直すということです。

この2つの枠組みをしっかりと認識して、社会制度もこれに基づいた枠組みで構築をする必要があるということです。できれば病院もやりたい、医師・患者関係もしっかりと保ちたい、これは我が国の現段階での、あるいは当面続く具体的な姿だろうと思います。実際、病院は100床ぐらいまでは何とかなりますかね。200床、300床になって自分が院長になられましたら、患者さんの顔が見えなくなります。そのようなときに、組織は組織の合理性を持たないとまともな医

療はできません。

しかし、一方で患者の顔がしっかり見える状況の医療というのは当然必要です。患者は医師を頼って医療を受けます。病院の白い建物や大きな機械を頼りにしているような風情がありますが、実際に対応するのは医師ですし、その医師がいかにも医師としていかがなものかということになると、評価はおのずと決まってまいります。

いずれにしても、この枠組みというのは概念論ですが、非常に大事です。大事なことは、この医師機能というのは、組織医療たる病院が必要なときは必ず使う、利用するということが保障されないと、この概念は整理がつきません。今まででは、すべてやるのが医者の努めということでした。いわゆる自己完結的な医療ということでした。患者の医療についての責任は全部自分が持つということでした。だから、自分は病院になりたい、場合によっては機械も買いたいということになりましたが、これからはそのようなことができません。患者を抱え込まないという考え方方に立たないといけません。

ご当地の和歌山は、固有の地域特性がおありでしょうから、この概念を機械的にそのまま当てはめることはいかがなものかと思いますが、考え方としてはそういうことで整理をしていくことが必要だろうと思います。この医師機能が組織機能なり病院機能を活用する仕組みが、従来、病診連携ということで繰り返し言われてきたことあります。

実は、この小規模収容機能——これは、入院施設とは言っておりません。規模の小さい収容機能というものをどう位置づけるかであります。我が国の自然発生的な医療の姿というのは、制度上は病院と言っていても実は規模の小さいものがたくさんございます。患者の顔が一定、しっかり見える収容機能というものを社会的にどう位置づけるかということが問われるかもしれません。

先般の小規模入院施設の論議というのは、この医師機能が、顔の見える範囲での規模の小さい収容機能を社会的に認知してください、それは極めて有効です。

幾ら規模が小さくても、病院というのは近代医療のベースであって、そこになるべきという概念論的な発想に立つと、1床たりといえども患者さんを収容すればそれは病院であるというふうな硬直論になります。こここのところは、戦後50年たって——きょうは、余りお話ししませんが、例えば小規模病院の医師の配置の問題として病院の世界では重要な課題になっています。今、20床でも、病院になると医師は3人配置しないと医療法違反になります。従来からわかっていたことですが、現在そういう状況がございます。このような考え方を素直に従うと、従来の医療法の考え方方がいかにおかしいか、自然の流れでないかということがわかります。

ちなみに、現行医療法は昭和23年、当時GHQの統治下にあった我が国で、ある種のGHQ医療改革が行われたと言えます。診療所の中で10床以上あった施設を病院と呼ぶという日本的な自然の成り行きの中で、西欧の病院の概念では医者が病院をつくって動かすというようなことはありませんでした。西欧の病院というのは、教会など、医師とは離れたところに収容機能がある形がずっと数百年から1,000年以上の歴史を持って続いてきました。今でいえば厚生省担当になるのでしょうか、サムスという人が、日本の病院は何か、中世以前の状況であると言ったとか言わないとかという話がございます。そもそも、3床とか5床といった感じで患者を収容するというような形は、彼には極めて理解しがたかったのでしょうか。そこでかなり強引に30床で施設を切って、それ以上は明確に病院として近代の組織医療というものを植え込もうとしました。これは、ある意味で大変重要なことではありました。30床というのはおかしいではないか、サムスは30床と言い、かつて我が国では10床以上を病院と言っていたということで、足して2で割って、20床以上を現在の医療法の基準とした——これは、あながちうそではないようです。

病床の規模というものと、ここでいう病院の機能ないしは医師機能、小規模な収容機能というものが大変重要な議論にならざるを得ないのは、そのことであり

ます。今回も、小規模入院施設についても、上限を30床にするのか50床にするのか、大変な議論になりましたが、結果的には診療所の立場の協議会が強くご提起になった30床になりました。このフィルムは当たり前のことを書いていますが、今の時代でどうするかということを考える上での基本になっているところあります。

概念論はこれだけですが、もう1つだけ。

今、連携ということを申し上げましたが、高齢者がふえることに伴う新しい対応が必要になってまいりました。その中のキーワードは、やっぱり「在宅」です。患者の居宅——というと固い言葉であります、要は地域で生活しておられる方々に健康上の問題があって医療機関に来ると患者になりますが、在宅でふだんは生活者として暮らしておられます。高齢化の流れとともに、障害を持つことは当然で、病弱になることもまた当然であるような社会の中で、従来のように、病気になったらともかく医者のところへかけつけて具体的、個別的な治療を受けるといったことが医療の自然な形であったわけですが、そういうことではとても包み切れないような社会的な需要、ニーズというものが起こってきています。それが、高齢化に伴うもちろんの医療の側面もあり、場合によると福祉や保健のような社会ニーズを持ちますので、それらを在宅という場でもう一度構築し直すというようなことが数年来繰り返し強調されてまいりました。

この辺は、先生方も日ごろお取り組みだと思います。在宅ケア、在宅医療等々、お取り組みの向きもありましょうし、なかなか難しいこともご経験いただいていると思います。

実は昨年の4月の改定で、診療所のみならず病院の規模の小さいところに所属する医師の方々がとることのできる在宅時医学管理料とか、あるいは診療所の先生方だけがおとりいただける寝たきり老人在宅総合診療料とか、そういう一連の診療報酬上の誘導はその辺のところを経済誘導しているということであろうと思います。

在宅については、先ほどからお話ししている、従来ショートステイということとで対応されている機能は、紛れもなく在宅支援であります。在宅を前提にした、社会が持つべき支援システムです。2週間というのは、医療上、2週間たてば病気が治るとかいう性格のものではなくて、家族のご都合や、もちろん医学的な状況で一定期間ちょっと状態が悪くなって手元に置かないといけないといった医学的な状況もあろうかと思いますが、そうでない状況でも対応して構わないということが言外にあるようです。これは在宅です。

先ほども触れた、規模の小さい、顔の見える医師機能としての収容機能というのは、実はこの在宅支援の側面が非常に強い意味合いを持ってくると言えると思います。これからの中では在宅の位置づけをどうするかということはいろいろな切り口で語られては来ていますが、今まさに小規模入院施設、さらには有床診療所という、直接今もある施設体系の中で在宅をどう受けとめるかが重要な課題になっております。

繰り返しお話ししている我が国の医療体制とりわけ診療所体制をどうするかというとらえ直しは、医療施設としての診療所ではありますが、今や医療だけを切り出して医療制度だけを議論して丸くまとまるような幸せな状況ではありません。従来、福祉と言われておりましたが、福祉の側面ももちろんあるものの、だれもが年をとり、だれもが寝たきりになり、ぼけになり得るという状況の中で、医療問題だけ取り出してほかのことは福祉の問題である、寝たきりにならないようにいろいろと保健の問題を考えましょうというとき、保健だから医療の問題ではありませんということではとても対応できない状況でございます。

そういう中で、再三強調しているように、医学的に管理をする能力があり、高度の専門教育を受け、あえて言うなら地域社会の中で一番尊敬を集めているのが医者であって、先生の言うことだったら仕方ない、聞きましょうというのが医師です。”酒をやめましょう、たばこをやめましょう”と医師が言うと、まじめな患者さんはしっかり守ります。ケースワーカーの方が、”お酒はダメですよ、

やめなさい”と言っても、何を言ってるんだという話になりますし、看護婦が言うより保健婦が言うより医者が言うのが一番強い。こういう医者の重みというか、ちゃんと言うことを聞いてくれるというこの力は医療の中に限定される必要は全くない。むしろ、これから地域社会の中で健康という問題を考える上で最も期待される、大きな力を持ったものです。

そういう意味で、そういう医師が社会的な機能になるわけあります。そういう医師が規模の小さい収容施設を持ちたいとも思うし、また現に有床診療所という形で収容機能をお持ちの方が、今申し上げているような意味合いで今後どのような位置づけをしていったらいいかということです。これが冒頭からお話ししております、さしあたっては医療法という枠の中で今後の診療所体制をどうしていったらいいかという問題提起、問題のとらえ方であろうと思います。

概念的なお話は言わずもがなのところがありますから、このくらいにいたしますが、先ほどから触れている介護保障について、ちょっとだけお話しします。いろいろともうご検討いただいているかもしれません、これはお話しせざるを得ませんので。

介護の切り口というか、介護という社会的な需要に着目して社会保障の考え方で支援していく、社会保障の概念としてしっかり受けとめて、いわば介護が必要な状況を、その本人や家族に負担をしわ寄せすることなく社会全体が支援するという仕組みをつくらなくては、とてもこの社会を支え切れないと認識が非常に強くなつまいりました。

従来、このような介護の社会的な需要、必要度については、医療が大変大きくやってきたわけです。医師の素養を積んで、先ほど来触れているように、この数十年の医学的な進歩を見ると、余りにも技術の進歩が著しくて、従来治らなかつた病気もそれなりに治り、医学はすばらしい、医師は何とすごいことができるようになったと。これは確かに重要な価値観ですが、生活している立場の住民、地域の方々にとっては、難しい病気になったときにはすっかり治ってくれるのは大変

ありがたいことですが、寝たきりの状況のような場合、これを的確に受けとめてくれるような社会の仕組みがあった方がよほどいいことになります。

我が国では、かつては感染症や原因のわからない病気のときに一番頼りにしたのは医師ですが、今の時代、寝たきりの状況が一番困るわけです。そのような場合、医者としてしっかり対応してきたのは、関与しておられる先生方、地域に一番近い先生方であり、有床診療所は医療の発展期の過渡的状況であって、今や時代的使命は果たし終えたという考え方を軽率にも言った向きがあるとすれば、それは極めて大きく間違えていたわけです。

医療施設たる有床診療所に、おおむね寝たきりであるような、本来なら家族が見るべきような方々が患者として入っている、あるいは嫁との折り合いや社会的な要因で入っていて、医療施設としてはいかがなものかというような、いかにも芳しくない評価づけで、口の悪い方から年寄りの宿屋とか長屋だとかといったことを言われるような状態がございました。しかし、これは社会の必要を受けとめる受け皿がなくて社会の仕組みが不十分だったために、地域の中で信頼される立場の医者が受けとめてこられたという側面があろうと思います。ベッドはあいでいるよりも入っていた方がいいというような下世話な話は、しようとすれば幾らでもできますが、その理屈はともかくといたしまして、この介護的な需要に対して医療がこれまで支えてきました。しかし、社会保障の財政基盤がここ数年の間に極めて悪化し、これではもたないということをだれもが認識するようになりました。

細かい理屈をきょう申し上げるだけの時間がございませんが、いろいろ議論の末、わずかここ2年ほどの間に介護保険の導入ということが一気に実現に向けて動き出しています。

介護保険の手掛かりを探る上で一番わかりやすい報告書がございます。昨年の暮れ、高齢者自立支援システム研究会という、いわば厚生省が内部でそれなりに検討した方向を研究会という形で有識者にしっかりと検証してもらって、本当に

これでよいかどうか、研究会で逐一積み上げて取りまとめを行った報告書であります。50～60ページの大変長い報告書ですが、要約部分の大事なところをちょっとだけご紹介して有床診療所の観点に結びつけたいと思います。

従来、社会的入院であるとか、本来ならば家族がお世話すべき介護が必要な状況のお年寄りを新介護システムという新しい社会システムとして構築する、こういう結論です。従来、お年寄りの世話は、あえて申し上げれば、よりよく死んでいただく、いわば嫁が舅、姑をよく世話し、その家の中の秩序といいますか、家族の営々と築いてきた流れの中で一区切りつけるものとして、しっかりと大往生を遂げていただくためにお世話をする、これは家族がやるべきものという価値観があったと思います。当然家族が見るべきで、舅や姑の世話をしない嫁などはということで世間が陰口をたたいた状況は、紛れもなくございました。しかし、わずかこの数十年の間に家族の概念が急速に変質しています。入院させた方がいい息子であると言われたり、世間の評判など気にしない、そもそも親と子は別の人格であって、親は親、子は子で自由にやつたらいいといった、家族の人間関係の変質が一方で紛れもなくあると思います。

この研究会の結論は、高齢者を見とるための家族の役割といったものではなく、高齢者がみずから自立していただるために社会が支援するという理念が非常に重要で、これが結果的には社会的にも合理的で、社会的負担も少なく、新しい時代の家族関係も円滑に円満にいくのではないかということであります。いろいろ意見もありますが、高齢者の自立を支援するということを基本理念に置いて新しい制度として構築をするという問題設定であります。

非常に簡略な言い方をすれば、この新介護システムなるものは4つのポイントがあります。

1つは、寝たきりの方に家族が世話をするのが親孝行であるという価値観があるとすれば、任せるという考え方が家族介護という部分ではあったと思います。もう一方、ある種の家族関係が変質したとか、諸般の状況から家族が世話しない

で、有床診療所に入ったり病院に入ったり、社会制度の中で身寄りがなくて弱者救済のための福祉施設に入ったりしておりました。これは措置の仕組みと言います。いわば、お上が大変ありがたくも手を差し伸べる形で、いただくだけでもありがたいことですから、押しのいたいで社会サービスを受けるということで、選択の余地などありません。社会的、客観的な基準に照らして、ある判断を受けます。措置の手続というのは、そういうものです。先生方も日ごろ、特養待ちの方々の手続をするのは、行政上の処分をするわけです。行政処分などというと、物ではあるまいしと思いますが、行政処分の1つの形がこの措置なんです。そういうものとして社会的弱者のお年寄りを受けとめて、特別養護老人ホームなどに入所していただくというのが従来の考え方です。このようなことでは、だれでも要介護になる、ぼけになる、寝たきりになるということではとても一般性を持ち得ない状況が出てきた。そこで、自立を支援する中身の部分には、高齢者みずから、どういう生き方をしていったらいいか、自立したいか、自分の価値観に基づいた選択を可能にするような社会システムでなければいけないということがまず最初に掲げられたことです。

お仕着せ、お任せというか、社会が行政的に処分して、何かある方にサービスを上から提供するという形でない仕組みを考えなければいけないというところが大変重要なところであります。実態として、医療も既にこのような介護に係るサービスをやってきましたが、そのほかにも福祉制度の中でやってきています。特別養護老人ホームだけではなくてほかの養護施設もあるし、民間でもお金をそれなりに出せばケアつきマンションとか、ある種の介護サービスが商品化されてもいました。いろいろな立場で、この種の介護サービスというのはなされておりました。これらを社会的に公平なように一元的に統合することが、この新介護システムのもう1つのポイントであります。

さらにもう1つの考え方は、要介護の状況をケアマネージメントと言っておりますが、どのような種類の介護サービスがどの程度必要か、本人の希望は何か等

々、介護サービスにかかる一連のサービスの内容、適切さを調節して、要介護の高齢者はこういう状態であるからこのようなサービスに結びつければいいとか、家族と一緒に生活したがっていて家族の問題が解決すれば在宅がいいから在宅に入っていただくとか、在宅が難しいからしかるべき介護施設のようなものに入っていただくということで施設と在宅を振り分ける作業、あるいは在宅の場合でも、それでは週に何回ヘルパーを派遣してもらったらよいかとか、定期的な医師の訪問診療はどのくらいがいいかといった、そのようなサービスメニューなどを調節することによって、その人に関する介護保険からの給付の範囲を決めるというような作業をしなければいけません。このようなものをケアマネジメントで行うという新しい方法をとらなければいけないということです。

ケアをマネジメントするというのは妙な言い方ですが、医療というのは非常に専門的な、しかも生き死ににかかることですから、このサービスの範囲というのは医師がみずからの専門性に基づいて、独断ではありませんが、医師自身がお一人で判断しました。これを医師の裁量と言います。医療行為の範囲というのは医師に付与された社会的特権、権能であります。医師法に定められています。医師というのは、業務独占、名称独占です。医者がこうしなさいと言ったら、もうそれだけでも社会的な強い意味があります。先ほど言ったような、お酒をやめなさい、たばこをやめなさいというのは生活上の指導ですが、この薬を使う、この手術をするというのは医師自身が1人で決められます。それに応じて社会保険で、査定を受けるようなことをやりになればいろいろありますが、基本的には医者の言うとおり、そのまま健康保険などの支払いなども受けられます。基本的には1人で決められます。

それでは、介護サービスはだれが決めるか。ご本人の希望どおりというわけにもいきません。医者が決める必要があるかもしれないし、ケースワーカーが決めるかもしれないし、看護婦が決めるかもしれません。いろいろな状況が考えられます、この辺をマネジメントで対応しようというのが今のケアマネジメン

トの考え方でもあり、またここが機能しないと、どの程度の介護サービスを提供していくか、どの程度の介護給付をしたらいいかということが社会的に決定できません。給付決定権者といいますが、そのようなものが必要になってきます。これをだれがやるかが大変重要になります。

日本医師会では、この介護給付の範囲などを含むケアマネージメントの最終的な判断者として医師が必要だというようなことを関連の審議会で主張しておられます。そうじゃないところでは別の立場で、ケースワーカーができるんだとか、ケアコーディネーターというふうな新しい特別な職種を養成して、それが中心となって実質的にそこで決めるといった、いろいろな議論が今渦巻いています。

最後になりますが、このような仕組みは社会保険の仕組みで動かすということです。これは我々がやってきた健康保険のような仕組みです。これに対する概念は公費負担方式です。すべて税金で予算をとり、予算で動かすということです。今回は、社会保険でやるべきだということになっております。

公費負担でやるべきというご意見は、専門家も含めてかなりあります。1週間ほど前に、我が国の社会保障にかかる基本的な路線を審議する社会保障審議会では、社会保険の方式をとるべきであるといった裁定が出ました。これは勧告と言っていますが、これは総理大臣の諮問機関ですから、実質的にこれが決定をする最終的なだめ押しになったということで、社会保険での路線は恐らく確定したと思います。

こういったことが介護保険の基本のところでございます。

介護保険の仕組みは大きな問題であって、論点がたくさんございます。

従来、我々は医療給付ということで健康保険の支払いを受けてきました。我々の経営基盤でもあるし、地域の住民の皆さん方に医療を提供する基盤でもありました。この介護保険が導入されると介護給付の対象として、もしかしたら——これは有床診療所と申し上げていいかどうかわかりませんが、地域における要介護の方々のサービスに給付するのが趣旨ですから、介護給付を受ける可能性も大

いにございます。従来、あえて言うなら、介護というものは医療の一部だと当然受けとめてきて、介護の部分について医療給付をしてきたわけです。しかし、それが財政的な問題もあって新しい介護保険のようなものを導入せざるを得なかつた。そうなると、いわば給付の支払い元が2本立てになるということです。そのようなとき、従来医療ということで医療給付を受けてきたのですが、実態として要介護者をしっかりごらんになっているのは、実は有床とか無床とかということではなく、在宅で一生懸命にザ・ホーム診療をしておられる先生方がたくさんおられますけれども、そういうものは介護給付なのではないでしょうかということにもなりかねません。

既に、介護給付の対象について、1つのイメージができ上がっているようです。確定していないことをあれこれ申し上げるのもはばかられますが、今の段階では、例えば老人保健施設、それから先般導入された療養型病床群、介護強化型病棟——これは病院の世界では非常に重要な部分で、要は介護の要員をしっかり備えて、老人病院ではあるけれども、介護を中心とした病棟です——このようなものは、従来紛れもなく医療施設だったのですが、間違いなく介護給付の対象施設になると思います。

非常に微妙なのは、一般病棟の中でも実質介護サービスを受けている方がたくさんおります。社会的な要因で病院に入っておる方、実際は介護給付の方がなじみます。これをどうするかが大問題ですが、まだけりがついておりません。

さらに、別な意味で重要なことは、従来、措置ということで手当をしておられた特別養護老人ホームの仕組み、社会福祉法人というところが行っている事業、これらは今回の介護給付という社会保険の枠での給付で運営されるということになります。言ってみれば、特別養護老人ホーム、老人保健施設、従来の特例許可老人病院のうちの一部か、かなりの部分かがこの介護給付の対象施設になります。問題は、有床診療所です。これをどう考えるか。

かつて、ミニ老健として位置づけたらどうかと——多分、お耳に入っていると

思います。もう7～8年前、老人保健施設の問題が入ってきたときにこのような声があったはずです。かなりのレベルについていろいろな意見がございました。老人保健施設というようなものは医療ではないからしてとてもではないがやるものではないといった価値観もありました。あえて言うならば、それをお断りになったのが、きょうのお集まりの方々の立場でもあると言えます。実態として、そのような要介護の方々をしっかりと引き受けて、一定程度、その役割を担ってこられた有床診療所も少なくありません。

そこで、今回の診療所老人入院料なるものは、再三申し上げるように実質ショートステイの姿をとっていて、私どもから見ると、これは当然介護給付の対象です。今は医療保険しかありませんから医療給付として支払われますが、介護保険が入ってきたら、間違いなくそちらの対象になるのではないかと思われます。

では、従来の有床診療所が医療給付だけで対応されるかといえば、これは難しいところになります。あえて申し上げれば、地域に密着した規模の小さい施設が実態として多くの要介護的な要素の多い方々を収容しておられることは紛れもない事実であるからして、これから小規模の収容施設機能について、医療法でのくくり直しもしなければなりませんし、実は今、介護基本法のようなものを考えておるようなこと也有って、まだ大変見えづらい状態ですし、法案ができていないので法律の名前もみえてないわけですが、そのようなものが出てきたときには、介護保険法で介護施設のようなものが規定されたら一体どうなるのかというような話にもなります。

つまり、我々が医療施設として営々として運営してきた収容機能というものは、今申し上げたように、特別養護老人ホームはともかく、福祉施設として入っていき、医療施設たる従来の特例許可老人病院の方々、さらには療養型病床群の方々、中間施設と言われてきた老人施設が介護給付の対象ということになれば、有床診療所もどっちに入るのか、身が2つに分かれるのか、これは大変微妙な難しい問題になります。

こういう状況が一気に表面化したのが、実は4月以降です。そのとき、我々が医師の立場でどう受けとめ、どういうことに対するべきであるかという議論を展開するかということが重要な課題になっております。ここから先は議論の問題ですから、そのように取りまとめられるかどうかは、きょうの段階では何とも不確定ですが、日本医師会の立場では、小規模入院施設委員会はプロジェクト委員会で2カ年で終わって解散いたしましたが、今病院会の方でこの問題を受けとめてやっています。できるだけ早くとは言いません、時宜を得た形で取りまとめて意見を公表するということで検討が進んでいます。

せんだって委員会が終わったばかりで、私が委員長の役目を仰せつかっているので、次回までにこの問題についてご意見を出すようにと委員の方々にお願いをしているところです。ですから、どのようなご意見が出てくるか、これからです。ただ、お世話をさせていただいた私からあえて申し上げると、小規模入院施設については30床ということをかなり強くお願ひしてきたというか、主張してきた経緯があります。これらあたりは、何とか実現したいと思います。今さら、30床を従来の有床診療所と同じ19床のままで結構ですとは言えません。今まで真剣に一体何を議論してきたのかということになります。ただ、30床といつても、今申し上げているような背景を受けると、医療施設として30床——従来の論議はそうでした。小規模入院施設は、もちろん医療施設であります。ところが、介護保険が入ってくる状況の中で、これをどうやって受けとめたらいいかということになります。

まだ介護保険の制度が見えていないので、単なる議論にすぎませんが、一方、従来の有床診療所の流れの先生方は、一部で間違いなく医師ですから、医療施設としての病床というのもも確保されたいと思います。他方、現実に入っておられる方々は、いろいろな要因で入院しておられると思います。年余にわたってお入りになっている方もかなりあります。このような方は、紛れもなく介護の状況です。場合によっては、家族的な要因とか社会的な要因で入っておられます。こう

いう方々は、もしかしたら介護給付の方がなじむし、2つの制度をつくれば、制度上しっかりと管理運営するためには基準をしっかりと設けなければなりません。今は、医療施設でやっていきましょうということで、地域のご要望にこたえていふからいいんじゃないでしょうかということだったと思うのですが、制度が2つ入ってくると、それを振り分ける基準が必要になってまいります。

端的に申し上げて、費用の負担が違います。医療であるならば、基本的には医療保険は全額保障されるのが医療保障の基本です。今は1割負担ですが。しかし、介護保険は丸々介護ニーズについて保障するかといえば、家族が保障してもいいような状況がこれまであったわけですから、たまたまそこに入ってこられたら、家族の負担がなくて経済的な負担もないというようなことはあり得ないわけですね。充分のご負担が発生するに違いないということになれば、負担の状況が全然違ってきます。

現に、老人保健施設は4～5万ないし6万の利用料という形での受益者負担があります。一方では医療保険で入ってくる。こういう2本立て構造になっています。これが介護給付の方へ移行することがおおむね間違いないらしいといったとき、有床診療所はさてどうなるのかという問題が出てまいります。

考え方としては、介護給付を受けられるような仕組みを仕組むということです。2つの機能が明確に分かれるものでないことは、医者である我々はよく知っています。しかし、制度上そういうふうにやった方が全体がうまくいくのなら、それを受けとめるにやぶさかではないというスタンスをとるとすれば、一方で医療施設としての病床を準備し、他方で介護給付を受けられるような仕組みをつくっていく。それによって新しい時代を支えていくという小規模の施設をつくっていいのではないかという論点が出てまいります。

これについては、日本医師会としては病院委員会でこの秋に向けてかなりのやりとりがあると思います。そのようなことがいいものか悪いものなのか。医者の立場からの議論ですから、医者の身びいきというか我々の立場で議論しますから、

厚生省へ持っていけば調子のいいことを言うなと言われる可能性も出てくるとは思います。住民の方々がどう思うかも未確定です。病院の立場の方は、そのお立場で、有床診療所はまた調子のいいことをおっしゃっていると言うかもしれません。何とも不確定な要素がありますが、合計30床のうち何がしかの割合で分けて、管理者たる医師は基本は1人、ただし、場合によってはプラスαがつけられるかもしれません。かつて小規模入院施設で、非常勤と言ってもいいし、連携するパートナー医と言ってもいいですが、24時間対応などもしっかりとらないといけないから、制度的に多少医師の管理体制が厚くなることはやられるかもしれません。受けとめる方は、勝手なことをいえば、19床で、残りの11床は介護給付を受けられるようにするというようなことが成り立ちます。こういうふうなことがやられ得るのかどうかということです。

ただし、介護給付を受けるには、恐らくその施設設備の状況などにかなりいろいろと手が入る可能性があります。既に、昨年10月に入ってきた診療所老人医療管理料というのが先取りしているのではないかというようなところもあります。現行制度は19床までしかできないわけですけれども、このあたりをどう考えていくかということです。実質的に病床規模を30床まで拡大して、医師の管理体制をさっき申し上げたように少しく厚くして、なおかつ対応する看護、介護要員は応分の条件を満たさなくてはならないかもしれません、新しい小規模入院施設のイメージというのは今申し上げたようなところでいくのかなというような感触も持っております。

ただ、一方で我が国の医師というのは基本的には専門医であります。眼科、耳鼻科、産婦人科等々は、ご自身で専門的な領域について、しかも有床診療所のお立場でやっておられるわけです。かなりの専門的な医療行為まで有床診療所でやられ得ています。このような部分は、これはもう病院でやるべきだからということで手放すということはあり得ないだろうと思います。

かつて、専門型小規模入院施設、一般型小規模入院施設と小規模入院施設を2

つに分ける議論が繰り返し語られました。日本医師会の報告では、そもそも患者を専門型とか、一般型とか、さらには療養型とか、患者を3枚に開くようなことがよくできるもんだという立場ですべて一括したというのが医者の立場でありますけれども、今度の介護給付との絡みでこれがどのような形になるのか、大変難しい議論になります。

しかし、時代の要請というのは前段申し上げたとおりでありますから、介護保険の導入というのは有床診療所にとって極めて大きな意味を持つということです。経営論からいえば、経営基盤が変わる可能性があります。これは無床の診療所でも同じことなんですね。ホーム診療を医療給付するのか介護給付するのか。寝たきり老人のホーム診療というのは医療給付なのか介護給付なのか。大変厄介な問題が山積であります。いずれにしても、財政の基盤が変わるわけです。

負担の仕組みが変わりますから、うがった見方をすれば、今、何で介護保険の導入を急いでいるかといえば、それをやらないと財源がないんです。一般的には、介護保険の運用には受益者負担の部分がそれなりに広がるでしょうから、端的にいえば患者さんのポケットマネーの部分がふえてその分だけ財源がふえるという側面がありますが、そうは言っても公費負担は応分の範囲で、今は半分以上というような政治的な判断をすべき材料が今非常に出ております。消費税をもってしてこれを充てるというふうなことでまいりましたが、ご案内のように、これは減税の問題とかで結局5%税はどうにもならないという話も出ておりまして、事態が大変見えづらい状況であります。

しかし、我々は医療の担当者ですから、地域における高位の医療、介護も含めた医療、さらには保健、福祉も含めた地域ニーズというものを受けとめる必要があるわけであります。このような状況の中で、小規模入院施設、あるいはより直接的に有床診療所というのは今後どうなっていくかということをそれぞれお受けとめいただいて、こういうふうに県の協議会をしっかりとおつくりいただけたわけですから、こういう協議会を通じて積極的なご発言をしていっていただきたいと

思います。

日医の病院委員会にも代表の方が入っておりますから、この種の情報はもちろん伝わっているわけでありますが、医者のなすべきことが変わってきている、医者の期待されている部分が変わってきているわけです。日ごろ、患者さんをごらんいただいて、有床であればこのような会議に出ることすらままならない今の状況ですから、今後の姿をひとつよくご検討いただきたいと思います。

きょうはお話ししましたが、グループ対応というふうなこともひとつ真剣に検討されてしかるべきであります。1人で全部抱え込んでできるはずのない時代の中でどうしたらいいでしょうか。ちなみに、先般の社会保障制度審議会のいわば一番格の高い勧告の中にも、1人で対応できる範囲というものはもう限界が見えている、グループ診療を検討しなさいと明示しているくらいです。検討すべきことは山積しています。

少しく時間がオーバーしましたけれども、これからのお話の将来像の中で一番ポイントになる部分をお話しさせていただきました。

いずれにしても、このお話は未確定ですから、どのような成り行きになるかは予断を許しません。先ほど国は調子がいいと、あえて申しましたけれども、そのようなことは勝手な言い分ではないですかと言うことも大いに予想されます。これは日本医師会に頑張っていただくのか——日本医師会の内部でもいろいろご意見があることを聞いておりますが、世の中ですから、ここは意見を調整して、力のあるところ、説得力のあるところ、社会的合理性のあるところが具体的な姿をとってくると、こういうふうなことになると受けとめる必要があるのではないかという気がいたします。

お手元のレジュメが全部フォローできたかどうか、時間の関係で一部欠けたのではないかという気もいたしますが、お許しをいただきまして、とりあえず私のお話を終わりまして、若干のご質問を受けたいと思います。どうもありがとうございました。（拍手）

## 質 疑 応 答

座長（隱岐和彦） どうもありがとうございました。

ちょっと時間をいただきまして、先生方から、この有床診療所の問題や将来について、また介護保険その他、ご質問、又ご要望といったものがございましたらお願ひいたします。どなたかございませんでしょうか。

大道先生 先ほどのアンケートを伺わせていただきましたけれども、今の状況で、とてもベッドをやっていけないというお気持ちはよくわかります。私ども、いろいろなところへお伺いしますが、和歌山県は有床診療所への社会的な期待、地域の期待が大きいんだと思います。おやめになっている方々、さっきの数ですから、ご苦労されてやっぱりやっていかなければならぬと思っておられる——やっぱり、難しいところをやっておられるんだと思います。

東京は、今、有床診療所を合計しますと、それでも1万床近くあります。これははっきりした数字じゃないんです。病院だと、病院報告というのがあって患者の状況とか逐一把握されるんですが、行政当局も有床診療所がどの程度動いているのかはつかんでいません。この辺、いい悪いの問題ではありませんが、東京の場合、スリーピングが7割か、あるいはそれ以上あるかもしれません。これは、何とも難しい状況であります。

しかし、私は東京都の立場でいろいろご相談を受けますが、東京都における有床診療所の病床をどうするか。これは、何とかすべきだという方向に今あります。東京都は、従来の行政報告がないので有床診療所の稼働状況を一生懸命に調べて、どうしていったらいいかということをようやく始めたのが今の時期です。

地域の特性が大きく違うので、おやめになるになれないという側面がこの和歌山の地にあるのかもしれませんし、私は地域特性の要因は十分勉強しておりませんが、このまま本当の意味で——生殺しという言葉が適切かどうかわかりませんが、こんなことで推移するのではとてもたまらんというお気持ちは繰り返しお聞かせいただいております。

介護保険の導入が、即経営面でバラ色になるとは思いません。しかし、多少は理にかなった形で出てくる可能性はあります。そのときに大事なのは、我々の価値観をかなり変えないとだめだということです。

今、診療所老人入院料なるものを運用して一番お困りなのは、部屋を6.4平米取って広くし、多少の附帯設備を整備したとしても、一番困るのは、とにかく手がかかるということです。夜中にトイレに行きたいと言ったときどうするか。おむつを買えば1つの手だけれども、トイレに行きたいと言ったとき、今までの1人の看護婦の当直体制ではとてもできません。ある程度人を張りつけないととてもできません。医療よりもよっぽど大変だというようなことで、やってみればやってみるだけのご苦労があります。

しかし、結局、誰がこれを支えるかということになります。再三申し上げるように、医師は非常に強い力を持っています。おれがやらなきゃ駄目だと、ご自身が思っていただければ実現できるんです。ほかの方がやるよりはよほど容易に実現ができるわけであります。その辺は、何とも力があるというのはつらいことだと思いますか、そういうふうなことだと思います。

地域によっては、医者というのは一番話のわからん種族であって、福祉のことを言ってもおれの話じゃないと言うし、会議があっても出てこないし、しようがないからやるんだという福祉絡みの方からのある種の物のおっしゃりようも、私ども耳にいたします。しかし、医者は尊敬されるべき存在であってほしいという、私は医学部で医者を養成する立場ですから、立派な医者になりなさいという意味合いから生意氣を申し上げればそういうことになるわけであります。

新しい時代の流れをしっかりご検討いただきたいと思います。特に、和歌山はそうだと思います。有床診療所のお力の強い地域は日本にまだまだ多いわけですので、引き続いてぜひ頑張っていただきたいと思います。

松山（辻秀輝整形外科） 先ほどからの有床診療所老人医療管理料を算定する部屋を設けていますかというアンケートがあるのですが、設けたというのがゼロ、現在で2、設けていないが50ということで設けている人が非常に少ないのでですが、もし大道先生がこの和歌山で有床診療所の院長であったとして、老人医療管理料を算定する部屋を設けなければならぬという考え方をお持ちでしょうか。もしお持ちであるならば、19床のうちすべての部屋が6.3平米の基準に達すると考えて何床ぐらいが適當とお考えか、ひとつ教えていただきたいと思います。

大道先生 大変きついご質問です。私、実は開業の経験がありませんし、役回り上、偉そうなことを申し上げておりますが、現場の管理というのは経験がないといえば経験がないわけです。したがって、理屈にしかなりませんけれども、実は病院が先ほどの療養型病床群になるときに現実的な検討をいたしました。6人部屋を4人床にして4.3平米を6.4——実は、柱の分だけ少なくて云々ということで6平米に変わって、病床を少なくして部屋を広くしてというような苦労をやったんですよ。それだけではありませんけれども、そのとき、長期にわたる療養を必要とするような、あるいは要介護のような状況の方々を受けとめるには、環境の整備が本質的に重要だということが強く言われました。

そのようなことは聞いておる、19床のうち何ぼするかという答えに直接結びつくかどうかわかりませんけれども、客觀情勢でこういうふうにやることが必然だというか、考え方としてこうあった方がいろいろな意味でいいという絶対的な考え方ではないと思います。

先生ご自身のご専門で、19床目いっぱい——という言い方が適當かどうかわ

かりませんが、専門的な医療を発揮するためにそれで使うというのであれば、それは1つの考え方で、実際おやりになる方がいいと思います。経営の問題とかいろいろ絡みますけれども。

しかし、一番の根っこにあるのは地域の要望というか、ニーズだと思います。我々医師は、その地域の中で先ほど来申し上げているような役割を担うべきですから、地域の状況で何が求められているかというような判断材料になるものを、ご自身でご無理であるならば例えば医師会や協議会でご検討いただくような場があってもいいのではないかという気がいたします。

国などに言わせれば——これは私が申し上げているのではありませんが、有床診療所はでき得れば全部ショートステイになってください、と言っているようなところがあります。専門性を発揮するなんて言わないで、有床診療所で頭をあけたり胸をあけたりなんて、そんなおかないことをしないで、全部高齢者を診てくださいよというようなところがあります。しかし、そこは、私は医者だ、そんなことではない、自分の専門性を社会に活用したいんだという思いを受けとめるべきだというのが私の立場です。

今申し上げたような社会のニーズを一身に受け、それしか見えないような、それを受けとめざるを得ない行政などは、そういうことを言います。我々は医者の立場で、さっき申し上げたようなことになります。その狭間でどのような判断をするかというのは、絶対的なものは無いんじゃないでしょうかということになります。

あとは、投資の額、回収の額といった経営の諸般の条件を勘案されて決めると。現実的にはそうなりがちですが、ベースに地域のご要望などをしっかり受けとめるセンス、アンテナ、そこらあたりが非常に重要だと思います。私は、まずそこが第1なのではないかなという気がします。また、経営的にもその方が理にかなっています。ニーズがあれば、患者さんと申し上げていいかどうかわかりませんが、そこを利用される、活用される住民の方々はある意味では一番多くなるとい

うことは言えるわけなので。

まあ、お答えになりませんけれども、そんなところでお許しをいただきたいと思います。

山本 一（県医師会理事）非常に基本的な考え方、先生のおっしゃることはよくわかりましたが、1つお聞きしたいと思います。

私は、県医師会でいつも医療保険をやっていますから、財源問題ですね。財源問題が社会保険方式で介護が——介護保険のことに関してですけれども、抜けていくとしましても、今例えば19床云々と言っていますけれども、介護保険に投下される財源というものは、もちろん税金が主になると思いますけれども、いわゆる社会保障給付の中のその他の給付の中の、それに消費税が云々していくのであろうと思いますけれども、どれぐらいの規模を国では計画しているのかということを知りたいと思います。

大道先生 これは、介護保険体制を議論する場合の基本問題です。実は、諸説ございます。若干専門的になりますが、今の我が国の24兆の医療費の中で老人医療費と称するものは、現段階で、まあ6兆ないし7兆です。その中で、これは非常に単純な見方ですけれども、既に医療費の枠の中で介護的な、今議論されている介護給付に相当するものはどのくらいあるかという算定がまず最初によくやられるんですけれども、幅が大分あります。

どちらかというと、少な目に見積もった方がいろいろな意味で影響が少ないという思いもあって、国などは、まあ2兆円か3兆円になるんでしょうか、その部分が介護保険の方に行くんではないでしょうかというような言い方をいたしますけれども、これは専ら、医療給付と介護給付の線をどこに引くかによります。

先ほどお話ししましたように、老健、特養、それから特例老人などの一部みたいなところで限って言う、それから在宅部分は、例えばゴールドプランなどで整

備されるあの水準を一応達成したときに現行の公的事業などで払っているあの額、あれを積み上げるとどうなるというあたりが専らとられるんですけれども、しかし、これは社会保障論から申しますと、専らこのような介護保険などというものが社会の活性度を低め、お年寄りが足手まといで世の中の活力の足を引っ張るというような受けとめ方をすると、そういうのがちなんですけれども、実はこれからの成熟社会というのは、やっぱりいい介護サービスが選ばれて、自分がそれを買いたい取る。つまり、老後が不安だからといって貯金ばかりして、それで膨大な預金を残して亡くなられるというようなことが実はかなりあるわけです。これはもう、経済的にはデフレ構造です。物を買おうにも買えないから、みんな抱え込んでなくなるわけですよ。結果的には、それは相続されて相続税が入るといえば入りますけれども。そこをどんどん買っていただくような仕組みをつくれば、そこにマーケットが広がって、市場論理から言って、場合によってはＧＮＰの向上に寄与するのではないかと、こういう考え方まで経済の専門家などはむしろ繰り返し言うんですね。そのようなスタンスに立つと、この話は、じゃ、どのくらいのマーケットかということでまた一気に話は変わるんですね。

我々は、医療というのは公共的なものであって、人命を預かるもので、極めて給付というものをぎっちりと、あの療養担当規則で縛られた世界で我々は仕事をしているわけですけれども、あんなことをするからこうなっちゃうんだみたいなところがあるとすると、もうちょっと介護のマーケットの幅を柔軟に広げようではないかというような発想もあるんですね。

だから、まだ今、介護保険の枠組みが見えていませんから何とも言えませんけれども、その中でも公費負担分を多くしろというのは、今選挙ですから、これから介護保険を入れるとなると、あなたの負担がふえますよということになって選挙を闘えないみたいなところもあるんですよね。消費税は5%にとどめます、7%と言ったらああいうふうになっちゃったというようなことだったら、なお口を開けないということになります。

これは世の中の難しいところですけれども、研究者の立場——と、あえて申しますけれども——から言いますと、私は今申し上げたように、幾ら保険料にかけても、間違いなくそれが自分の行く行くの要介護の状況に仮になったときにしっかりと、まさに自分が選択できて、自分のためにしかるべきサービスが提供されるということがしっかり保障されれば、ちゃんと掛金を払うと思うんですよ。そのような状況をつくるまでが大変ですけれども、それをやっぱりやるべきだと思いますね。

スウェーデンでは、国民負担率というのは既にもう7割、8割になっております。自分の実質所得の8割以上は税金でと。これは公費運用方式でやっているわけですね。介護保険とは言っておりませんけれども。我が国で、それではどうするかと言ったとき、少なくとも研究段階で語られたのは、年金——これは、同世代互助の考え方で、年金をしっかり払ってもらう、年金は手放さない、医療給付は受けたいというので、亡くなられたときにむすこさんが来て、年金の預金通帳はどこにあるんですかと。多分、ご経験のある方もあると思うんですけども、そういう状況だったら、だれも得しないわけです。

そうじゃない、年金も掛金で、場合によってはかなり払っていただく。40歳からとか20歳からとかいろいろ、だれがこの基本料を払うんですかみたいな言い方が、これから繰り返し議論されることになると思います。みんな水面下にもぐっちゃいます。今表面に出ると大変なことになりますから。

申し上げたいのは、どのくらいの規模になりますかということですが、前提条件を置いたことですけれども、個人的にはといいますか、私の立場では、かなり拡大的な、あえて言うなら市場形成のようなものをしっかりと持って、かなりの部隊がここでサービスを提供できてだれもが欲しがるような、そういう介護市場というのをつくっていくべきだと。

営利法人がこれをやるべきだと正直思いませんが、今申し上げたようなスタンスでやるべきです。そうなると、数年を経ずして10兆円マーケットになるんじ

やないでしょうか。先生方は、そのようなマーケットの中の専門的な事業者です。うちは医学的管理もできます、そういう介護施設ですという言い方ができるのはいいことなのか悪いことなのか、難しいところですけれども。

もっとドラスティックな意見がございまして、行く行く2040年ぐらいになると、もう我が国の老人人口比率は28%を超えて30%に届こうとする、そのようなときに、年金を回すとかそんなことじゃ、とても支え切れるはずがない、ご自身を資産をこれに充ててくださいという意見がございます。

これは、フロー論とストック論と言います。フローというのは、年金です。年金の一部をいただくというのは、今それをやるのでもう大変な騒ぎですけれども、年金でも多分間に合わないでしょう、そうなったときには、ご自身の持つておられる資産を一定程度お出しitidaikanaiと。これは原始共産制に戻るのか、余りいい気分じゃないという説もあるんですけれども、ある種の考え方ではそれくらいまで来ておるわけなんです。

介護保険というのは、いろいろな意味で人類社会のたどり着く、行く末の社会制度をほうふつとさせるところがありまして、非常に興味がわくと言うと語弊がありますが、我々研究者も極めて興味あるものと思っておりますし、事業経営者も、マーケットがあるなら参入したいということですし、我々医者も、医業という観点から、さあどうするんだと、そういうことが問われている。あえて言うなら、そういうことです。

保険のかかわりでいいますと非常に実務的な話で、別の意味での難しさがあるのはよくわかりました。今日のところは、こういったはうとしたお話を許しをいただきたいと思います。細かい話は、これから一気に出てくると思いますので、そのときにぜひご検討いただきたいと思います。

山本 一（県医師会理事）お聞きしましたのは、私ども医療、社会保障給付全体から見まして、医療、年金、それからその他の給付という問題はよくわかるん

ですけれども、先生おっしゃった、この前の制度審の勧告ですか、介護保険を社会保険システムとするならば公費、国庫が十分支給するという前提条件があったもんですから、どんなものかなと思ったんですけども。市場マーケットが動くのはまた別の段階といたしまして。ちょっとお聞きしたかったので。ありがとうございました。

大道先生 これは、介護給付というのは多分——医療は、恐らく混合診療は禁止です。保険でやるのだったら全部保険でやれと、こういう発想です。ところが、介護保険も混合診療を禁止ですか、混合介護サービス禁止ですかと言ったら、これはとんでもないことだと思いますよ。

私は、医療費の今の、国庫負担金の25%に縛られて医療費のパイが決まっちゃっているのは、これは混合禁止、混合診療禁止の前提とか、いろいろの状況でこうなっているんですけども、事、介護サービスについては、基礎的、必需的部分は介護給付でやって、その財源は今おっしゃるように国庫が何ばです、それを上回る介護サービスというのは、やっぱりあっていいはずですよね。それがベースで、公的な介護保険の財源枠組みがあるから、そこで呼び起こされて付加的なサービスが発生してマーケットへ出てくると、こういう考え方ですね。

ですから、何と言ったらいいんでしょう、これはもう極めてある意味で専門的な社会保障論、財政論になりますが、事ほどさように、専門家も今、口を開けばこの議論でありまして、厚生省へ行くと、介護だ、介護だとさえずっているみたいだと言っておりましたけれども、そのぐらいホットな議論になっております。単なる議論ではありません。おっしゃるような、この間の制度審の中ではあれはあくまでも、言ってみれば介護保険の給付財源ということで私は受けとめていますけれども。それだけが介護サービスではないでしょうと。先生方がおやりになるのは介護給付だけじゃないと思います。付加的な、付加価値のあるサービスをやると。患者さんが、先生のところのサービスをぜひ買いたいと言う。今でこそ、

保険外負担だなんておしかりを受けますけれども、そんなことをやっている暇はありません。いいサービスをやれば住民の皆さん方は買ってくれると。我々は商売をやるつもりはありませんけれども、高度な専門的事業者というのはそういう意識改革もやっていかないとやっぱりできなくなると思います。

これはまだ不確定ですから、必ずそうなると申し上げているわけではありませんが、それぐらい発想の転換をしなければこれからの時代を乗り切っていけないと思います。特に、有床診療所はどうなっていくかということですと、そのくらいまでお考えいただいておいてちょうどいいんじゃないかなと思います。難しいので私も十分わからないところがあるんですけれども、そんな感じを持ちます。

座長（隠岐和彦） そうしましたら、またいろいろと後ほど問題も頭の中に浮かんでくると思いますので、後刻の懇親会の席上でまたそのお話をさせていただけたらと思います。

先生、遠いところからお越しいただきまして、どうもありがとうございました。出席された会員を代表いたしまして、一言お礼を申し上げます。

本当に、有床診療所の抱える問題点、これは、よって起こる原因は、先ほど先生がお話しになりました、いわゆる医療、医学の進歩、高齢化社会、少子家族というふうなもろもろの条件が有床診療所のあり方をどんどん変えていく。これから先は、問題になっております介護サービスということを取り入れていかなければいかんじゃないかというふうなご教示をしていただきまして、ありがとうございました。

確かに、私たち、現場におりますと、患者さんのニーズというものを取り入れなければ実際に診療も成り立ちませんですが、その中で特にこういう高齢化社会の家族をどうするか、そういう問題が在宅だけでは解決できない点が種々起こってまいります。それをどのように引き受けるか。

特にまた、今度の新しい制度で付き添い看護婦の廃止ということになってまい

りますと、いわゆる看護と介護、その辺をどういうふうにして解決していくか。これは、私たちが考えていかなければならん問題でございますが、なかなか実際にやってみますといろいろの点があって、困ることが多うございます。

また、こういうふうな時代の流れに沿っていかなければ——昨年ですか、大阪でこういう新しい保険に対する講習会がございましたときに、ある方が、100床前後の病院はどんどん閉鎖されるだろう、その受け皿として我々は老健施設を考えているんだ、もし老健施設が嫌だったら、その病院はやめもらわないといかんと、そういうふうなお話がありまして、なかなか國の方の方針もきついなどいうふうに思ったわけでございますが、確かに高齢化社会を生き抜いていくためには、育てていく、守っていくのは、やはり何と申しましても、福祉、福祉と言っても、やっぱり医療のない福祉というものは存在しません。だから、我々医者として、これを積極的に受けとめて、地域の住民のプラスになるようにやっていきたいと思います。

本日は、どうもありがとうございました。

大道 どうもお世話になりました。ありがとうございました。 (拍手)

一了一

# 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、および  
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. 会議は総会および役員会とし、会長が召集する。

第10条. 総会は定期総会および臨時総会とする。

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

- (欠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。

## 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7年7月22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763-8	0734-46-2110
副会長	辻 啓次郎	646	田辺市上屋敷町96	0739-22-0534
	隱岐 和彦	646-11	西牟婁郡上富田町市の瀬2207-7	0739-48-0026
理事	嶋本 嘉克	641	和歌山市西浜921-4	0734-46-3636
	辻 秀輝	642	海南市名高178-1	0734-83-3131
	長雄 英正	649-64	那賀郡附田氏下井阪八王子447-1	0736-77-5700
	岡田 正	648	橋本市市脇1-45-2	0736-32-8080
	浜田 亨	641	和歌山市東高松3-4-25	0734-45-7331
	橋本 忠明	643	有田郡陽浅町湯浅1749-3	0737-62-2226
	辻村 武文	645	日高郡南浦町東吉田282	0739-72-2522
	坂田 仁彦	646	田辺市元町949-19	0739-24-2223
	丸笹 雄一郎	649-25	西牟婁郡日置川町日置981	0739-52-3636
	坂野 洋南	649-51	東牟婁郡太地町3055	07355-9-2063
	要 明雄	647	新宮市新宮6642-1	0735-22-5191

監事	谷 英二	649-62	和歌山市上三毛50	0734-77-0400
	木下 総一郎	649-53	東牟婁郡羽曳野勝浦朝日1-60	07355-2-2035

和歌山県有床診療所連絡協議会会員名簿

和歌山市

H. 7. 7. 31

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
児玉 悅男	児玉胃腸肛門外科	胃肛内外	640	和歌山市木ノ本253-3	0734-53-7700
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	整外肛	641	和歌山市和田1202-5	0734-71-5800
嶋本 嘉克	嶋本脳神経外内科	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
中井 啓行	吹上クリニック	内外産婦	640	和歌山市吹上2-5-28	0734-23-2700
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
濱田 亨	濱田脳神経外科	脳. 外	641	和歌山市東高松3-4-25	0734-45-7331
福田富司男	福田眼科	眼	640	和歌山市友田町4-10	0734-31-0077
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 節生	山口整形外科	整	640	和歌山市大谷405-1	0734-52-3121
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

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 康之	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
奥 篤	奥クリニック	内	649-64	那賀郡打田町黒土263-1	0736-77-7800
勝田 仁康	勝田胃腸内外医院	胃. 腸	649-65	那賀郡粉河町1916	0736-73-2101
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
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
坂中 昭典	坂中内科	内	649-64	那賀郡打田町花野91-4	0736-77-5733
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 効	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
畠 宏和	畠 産婦人科	産. 婦	649-42	那賀郡岩出町川尻240-6	0736-63-0055
和田 倭	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

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
辻本 壮	辻本クリニック	脳外内	649-72	伊都郡高野口町大野235-1	0736-42-2528

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
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
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
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
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
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
塩路 俊男	塩路医院	外. 整	643	有田郡広川町広308	0737-63-1100
島 和生	しまクリニック	産. 婦	643	有田郡吉備町土生371-26	0737-52-7881
西 陽造	西 医院	産. 婦	643-01	有田郡金屋町市場127	0737-32-2024
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. 婦	643	有田郡吉備町下津野550	0737-52-5411
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
吉岡 潤	吉岡レディスクリニック	産. 婦	643	有田郡吉備町小島291	0737-52-7503

### 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
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

### 日高. 御坊市

岡田 雄一	岡田産婦人科	産. 婦	644	御坊市園123-18	0738-24-0818
川端 良樹	紀伊クリニック	胃肛内外 循放	644	御坊市湯川町小松原615-1	0738-24-2222
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	田辺市あけばの46-14	0739-24-3515
平畠 欣一	平畠医院	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

隱岐 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
丸笛雄一郎	丸笛外科	外	649-25	西牟婁郡日置川町日置981	0739-52-3636

#### 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	内外胃	649-51	東牟婁郡太地町3055	07355-9-2063
中根 泰智	中根医院	内外小神	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
中村 一寿	医療法人 中村耳鼻咽喉科	耳鼻咽喉	647	新宮市新宮6696-28	0735-21-1187
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
畠中 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

## 来賓祝辞



青木 敏 会長挨拶



松岡正紘 和歌山県保健環境部次長



菊谷 準 和歌山県医師会副会長



月山和男 和歌山県病院協会会长



隠岐和彦 副会長



特別講演 日本大学医学部 大道 久教授



