

第16回

全国有床診療所連絡協議会総会 報告書



熊野古道

日時:平成15年8月2日(土)・3日(日)

場所:ホテルグランヴィア和歌山

担当/和歌山県有床診療所協議会

目 次

開催要項・日程	2
総会（第1日目）	
挨拶	4
祝 辞	7
議 事	9
平成14年度 庶務事業報告	10
平成14年度 収支決算	11
平成15年度 事業計画	12
平成15年度 予算	13
平成15年度 総会要望書	14
特別講演「医療制度改革の動向」 厚生労働省保険局 医療課長 西山 正徳	15
懇親会	
祝 辞	24
講演（第2日目）	
講演Ⅰ「医療制度改革と有床診療所の対応」	
日本経済新聞社 論説委員 渡辺 俊介	29
講演Ⅱ「有床診療所の課題と将来」	
川崎医療福祉大学 医療福祉学部教授 川原経営グループ代表 川原 邦彦	46
講演有床診療所の諸問題について	
「主として医療制度改革について」 日本医師会副会長 糸氏 英吉	55
「主として診療報酬改定について」 日本医師会副会長 青柳 俊	61
講演「社会保障は国家安全保障」 日本医師会会長 坪井 栄孝	74
来賓、講師出席者・出席者（県別）一覧	85
全国有床診療所連絡協議会総会開催地等一覧表	86
第16回全国有床診療所連絡協議会総会収支決算報告書	88
新聞記事紹介	89
スナツプ	90
次期総会予告	92

◇ 開 催 要 項 ◇

【期日】 平成15年8月2日(土)・3日(日)

【会場】 ホテルグランヴィア和歌山(和歌山市友田町／Tel.073-425-3333)

第1日目 8月2日(土)

日 程

14:00	受付開始	6Fロビー
14:30	常任理事会	6F 椿の間
15:30	役員会	6F 渚の間
16:30	第16回全国有床診療所連絡協議会総会	6F 葵の間
	司会：和歌山県有床診療所協議会理事	赤山 紀昭
	和歌山県有床診療所協議会副会長	辻 啓次郎
	① 開会の辞	
	② 挨拶	
	(1) 第16回全国有床診療所連絡協議会総会会長	青木 敏
	(2) 全国有床診療所連絡協議会会長	内藤 哲夫
	(3) 和歌山県医師会会長	岡 久雄
	③ 祝 辞	
	(1) 日本医師会会長	坪井 栄孝
	(2) その他の祝辞	
	④ 議事	
	(1) 議事録署名人指名	
	(2) 報 告	
	① 平成14年度庶務事業報告	
	② 有床診療所に関する検討委員会報告 検討委員会委員長	大道 久
	③ その他	
	(3) 協 議	
	① 平成14年度収支決算に関し承認を求める件	
	② 平成15年度事業計画に関し承認を求める件	
	③ 平成15年度収支予算案に関し承認を求める件	
	④ その他	
	⑤ 次期開催地(札幌市) 挨拶	会長代行 西池 彰
	⑥ 閉会の辞	和歌山県有床診療所協議会理事 辻村 武文
18:00	特別講演	6F 渚の間
	座長：和歌山県有床診療所協議会副会長	隠岐 和彦
	「医療制度改革の動向」	
	厚生労働省保険局 医療課長	西山 正徳

18:40	第16回全国有床診療所連絡協議会総会懇親会	6F 葵の間
	司会：和歌山県有床診療所協議会理事	坂田 仁彦
	① アトラクション	ー『参羽奏』演奏ー
	② 開会の辞	和歌山県有床診療所協議会理事 長雄 英正
	③ 挨拶	
	(1) 第16回全国有床診療所連絡協議会総会会長	青木 敏
	(2) 全国有床診療所連絡協議会会長	内藤 哲夫
	④ 祝辞	
	⑤ 来賓紹介	
	⑥ 乾杯	和歌山県立医科大学学長 山本 博之
	⑦ 祝宴 ー マグロ解体実演 ー	
20:30	⑧ 閉会の辞	和歌山県有床診療所協議会理事 丸笹雄一郎

第2日目（8月3日）

日 程

8:30	受付開始	6F ロビー
9:00	講演Ⅰ	6F 葵の間
	座長：和歌山県有床診療所協議会理事	武用 瀧彦
	「医療制度改革と有床診療所の対応」	
	日本経済新聞社論説委員	渡辺 俊介
9:45	講演Ⅱ	
	座長：和歌山県有床診療所協議会理事	辻 秀輝
	「有床診療所の課題と将来」	
	川崎医療福祉大学 医療福祉学部教授 川原経営グループ代表	川原 邦彦
10:30	休憩	
10:40	有床診療所の諸問題について	
	座長：全国有床診療所連絡協議会会長	内藤 哲夫
	「主として医療制度改革について」	日本医師会副会長 糸氏 英吉
	「主として診療報酬改定について」	日本医師会副会長 青柳 俊
	昼食・休憩	
13:20	特別講演	
	座長：全国有床診療所連絡協議会総会会長	青木 敏
	「社会保障は国家安全保障」	
	日本医師会会長	坪井 栄孝
14:30	閉会	和歌山県有床診療所協議会理事 山口 節生



総 会 《 挨拶 》

第16回全国有床診療所連絡協議会総会会長 青木 敏

本日は第16回全国有床診療所連絡協議会総会を紀の国和歌山で開催いたしましたところ、ご来賓の方々をはじめ全国各地より多数の会員・ご家族のご参加戴き誠にありがとうございます。

さて、我が国医療の原点であり、医療文化でもある有床診療所が地域医療を支え、住民の健康の維持、増進に寄与してきた実績は衆人の知るところであり、高齢社会を迎え、その役割は重要かつ必要欠くべからずのものになってきています。しかしそれにもかかわらず、有床診療所の数は減少しつづけています。

有床診療所連絡協議会は発足して今回で16回目の総会になりますが、この間、日本医師会、厚労省に有床診療所の重要性、診療報酬改善を訴えてまいりました。そして日本医師会の協力を得て、平成4年には「小規模入院施設検討委員会」が設立され、その報告書も出来上がっています。平成7年にはこの施設に関するシンポジウムが医学会総会で開催されました。昨年からは日本医師会の中に「有床診療所に関する検討委員会(プロジェクトチーム)」を設立し、私達の第一要望である医療法13条(いわゆる48時間問題)撤廃を中心に検討して戴いています。非常に有難いことと感謝して

いますが、未だ13条は、撤廃されていません。早期撤廃にむけて、日本医師会には、尚、一層のご助力をお願いするとともに、会員一同の団結と努力が必要と思っています。

実際、医療法上の入院施設としての位置づけ、診療報酬上での病院との格差、即ち一般病床で病院の最低入院基本料と、有床診療所の最高のものと比べ1日5,000円以上の差があり、施設基準がほとんど同じでありながら、療養病床でも1日3,000円以上の格差がある等の問題で、医業経営が成り立たず無床化に転じていく診療所が増加してきています。これは日本の医療資源の損失であり、地域医療の危機でもあると思っています。

そこで今回の総会では、現在有床診療所が抱えている問題を分析し、今後の医療制度改革、診療報酬改定を見据えて、それに対する有床診療所の対応についてそれぞれの専門の立場からご講演戴き、会員の皆様方に今後とも有床診療所が地域医療を支えながら、生き残れる道を探る指標にして戴くよう企画いたしました。

坪井会長には「社会保障は国家安全保障」というテーマで、格調高いご講演をして戴けることになっています。

最後までご参加戴き実り多い総会になることを祈念し、挨拶とさせていただきます。



《 挨拶 》

全国有床診療所連絡協議会会長 内藤 哲夫

第16回全国有床診療所連絡協議会総会が和歌山県で行われるにあたりまして、全国各地より多くの会員の方々、また来賓として日本医師会坪井会長、糸氏副会長、青柳副会長、そして星常任理事、青井常任理事、県からは和歌山県医師会長の岡先生、厚労省からは西山医療課長、その他たくさんの方々のご出席を戴きながら、盛大に挙行されますことをこの上ない喜び

と思っています。また、この総会を開催するに当たり細かい準備と配慮を戴いた青木総会会長はじめ関係各位に、心から感謝の意を表したいと思います。

さて、全国有床診療所連絡協議会が発足して既に16年目を迎えることができました。その間、あらゆる決議文、要望書を日医を通じて厚労省に提出してまいりましたが、殆どそれは空振りに終わったと言っても過言ではないと思います。

昭和23年、今から55年前に占領軍(GHQ)によって作られたこの医療法13条の中に48時間規制の努力目標が定められてきました。当時は戦禍の後で、病院も少なく、病床も少なく、入院設備も無く、診療所でも入院させていいですよ、ベッドの規制も何もありませんので、応接間でもどこでもいいから急病人は入院させて下さい、但しその医療機関が困りであるだろうから48時間ぐらいいにして下さいというのがその時の始まりでありました。もう1つは、主治医が病状を見て、もっと必要だという時にはその限りではないという曖昧な13条でありました。この13条が現在まで55年間経過している訳でございます。半世紀という長いものです。55年というのは、半世紀以上です。しかし、それがそのまま「48時間」で守られている現状はありません。入院基本料の中にも、48時間までは何点ですよという点数もございません。

こういう過程において、診療所の中でベッドを持つ医療機関を有床診療所として色々な規制を経てきたのが現在であります。廊下の幅、ベッドの容積、指導監査、感染対策、安全対策、褥瘡対策の問題等がかなり最近では厳しくなってきたのであります。しかし、55年前の医療法13条だけは、そのまま残っているのが現状であります。

半世紀前、終戦後のこの13条そのものは、今は全く死文化している状態であります。我々は、基本的にその無条件撤廃を求めるものであります。看護師の静脈注射の問題も、これは数十年もの慣習となって世間に密着しているので、その規制も撤廃したのがその始まりであります。有床診療所も全く同じでありまして、55年も世間に、地方に密着している制度でありまして、48時間で退院させなきゃいけないということは今まで無い訳でありまして、小回りの利く医療機関として国民の健康を守り、そして今まで半世紀以上過ごしてきた訳であります。何の問題も無かった訳であります。

今で考えますと、有床診療所の会員が今4,555人ぐらいになっておりますが、その中で9,500医療機関ぐらいたが救急告示の医療機関になっている。救急指定になっている。そういう、地域に密着した、小回りの利く医療機関が有床診療所の現状であります。しかし、診療報酬の入院基本料においても、病院の入院基本料5(これは病院では最低です)有床診療所の入院基本料1(これは最高です)この格

差が1床当たり1日5,000円以上低い。1床当たり1日5,000円以上低いということは、19ベッドと言ったら、その19倍しなければいけないのですが、大体想像がつかれると思います。年間3,000万以上の差が出てきます。そういうことの是正を13条とともに強く要望しているところであります。少なくとも現状よりは1日1ベッド2,000円以上のアップを求めているところでございます。

このような状況の中での有床診療所の活性化を進めるために、昨年の長崎の総会の折、坪井会長に直接要望して提案しましたところ、嬉しいことに日医内に有床診療所検討委員会、プロジェクト委員会を立ち上げて戴きました。心からお礼申し上げます。昨年11月6日に第1回の委員会を開きまして、委員長に大道先生を、日医担当理事として星常任理事が当たって戴きまして開かれたのであります。昨年度4回、今年も引き続き5回開催される予定であります。

その中で、医療法13条の完全撤廃の要望と診療報酬の、特に入院基本料のアップ改正を検討しているところであります。厚労省の医政局の榮畑潤課長も、2回同席されました。医療法13条の成立の過程について話を戴きましたが、結論は先送りになっている現状であります。昨年からの医療制度改定と診療報酬減額改定は、小泉内閣における社会保障の問題の中で最も大きな過ちと言うか欠点であったと思います。それは、国民皆保険制度の崩壊に繋がりがねないからであります。経済財政諮問会議、総合規制改革会議の議論は財政主導型の改革であって、まさに官邸からトップダウンで丸投げ的な改革をしたのではないかと思われるのであります。

昨年4月の再診料の逡減制(今年の6月から廃止になりましたが)、また去年の10月からの外総診の廃止、老人医療費の改定、今年の4月からの被用者保険3割負担改定等々、国民医療費を医療機関と患者さんにしわ寄せして負担をしている。これは国民医療費を患者と医療機関にしわ寄せする制度であります。これは、一番大事な、国が今言っている社会保障制度への逆行でありまして、世界に冠たる国民皆保険の存続をも危うくするものであります。特に、株式会社導入、混合診療受け入れはまさにその危機感を持つものであります。

また一方、中医協においては日医の完全なる理

論武装をお願いしたいのであります。各診療科は各々特性があり、全く同一に考えることはできないかもしれませんが、委員としてのそれぞれの専門分野の人をたまには代理で出すことも必要ではないかと思えます。その委員の代理出席が認められていると聞いています。支払い者側も、時には代理の委員を出していると聞いています。その中で、しっかりした、相手に納得できる理論を構築する必要があると思いますが、如何でしょうか。

日医のアンケートの結果を見ましても、病院と一般診療所とは減額率に大きな違いがあります。大病院の方は去年の4月からの減額率は非常に少ないのでありまして、診療所の外来は大きな減額になっているのも事実であります。国民医療費の方から考えると、両方足して2で割れば何%かなる訳ですが、それでは納得はいかないのであります。診療所が大きく減額になっているその姿を表に大きく出して、診療所の減額の原因はどこにあるのか、大病院があまり減額になっていないのはどこに原因があるのかということをはっきりして、我々は「なる程診療所にはこういう加算をしてあげなきゃいけない、こういう減額はやり過ぎだったな」ということを考えなきゃいけないんじゃないかなと思っています。ただ、足して2で割って減額率が1.6とか1.8とかになると、やっぱり国は余り減額していなかったんじゃないか、もうひとつ下げ方が足りなかったのではないかなと思われても困る訳でございまして、有床診療所を含む、小規模病院も含む診療所は大きな減額、被害を被っている訳でございまして、その点、大病院と中小病院、診療所、有床診療所はこの減額の場合、別枠に考えて戴いて、診療所はプラス・アルファ

もあって良いのではないかなと思う訳であります。

数年前の統計を見ますと、国民医療費の半分以上、53%位を5%のレセプトで使っている訳です。全国民の5%のレセプトで国民医療費の53%を使っている。中小病院・診療所・開業医のレセプトの請求は、50%以上のレセプトでたった9.7%しか国民医療費で使っていないんです。というのは、3兆円位しか使っていないということになります。こういうことを考えますと、やはり中小病院と診療所とはちょっと別枠に考えて、高度医療をやる病院等は何方方策を考えていかなければいけないんじゃないかなと思う訳でございまして、別々に対応して戴きたいと思っているところです。このような時期であればこそ、全国有床診療所連絡協議会は一致団結して、各科にわたって専門的視野から、地域に密着した小回りの利く地域医療が十分に果たせる医療機関の経営安定のために大同団結して全国的拡大を期待するものであります。

いつも申し上げるところであります、「数は力」であります。去る1年間の間に新たに長野県に有床診療所協議会ができました。千葉県医師会にも、有床診療所部会を作って戴きました。会員総数約5,000名になろうとしています。来年の17回総会は、札幌市で行われる予定になっております。再来年は広島市で行われる予定になっております。益々こういう会が回を重ねるごとに会員増強につながって、我々の有床診療所の地位の確立に向かって、また経営の安定に向かって努力してまいりたいと思っているところであります。

この総会が実りある会になりますことを心から期待いたしまして、挨拶いたします。どうもありがとうございました。



第16回全国有床診療所
連絡協議会総会がこのよ
うに盛大に当和歌山市に

において開催されましたこと、地元医師会を代表いたしまして、心からのお喜びと歓迎を申し上げます。また、平素、先生方は各地域におかれまして、数々の困難の中、地域住民のために多大のご尽力を戴

《 挨拶 》

和歌山県医師会会長 岡 久雄

いておりますこと、心からの敬意を表する次第でございませう。

さて、私達がこの世に生を受けまして忘れてならないことは、次の世代に対する責任を果たすということでございます。前世紀後半から人類が全幅の信頼を寄せました科学を、我々が真の望みが何であるか、そういう問いかけをしないまま、そ

してまた責任をあいまいにしたまま、ひたすら受け入れてまいりました。気がつくと、体を救おうといたしまして組織再生、それからまた遺伝子工学、こういう技術は発展いたしましたけれども、その一方では、人格を支える身体観を脅かし、また人間の尊厳を疎かにする風潮をもたらしました。日本人は、原理原則を問わずに既成事実を積み重ね、或いは受け入れてしまうということが最近では非常に多くなってございます。

今進められております医療制度、社会保障制度改革は弱肉強食、それからまた優勝劣敗という外来の文化、システムの導入でございまして、これは我が国にはなじまないものでございます。責任ある良質な医療を提供するための財源、これの確保は国の責任でございます。医療は公的保険制度と非営利性を堅持致しまして、傷病に苦しむときには制度がしっかりと支えてくれるという安心感を国民に与えるべきでございます。他国の価値観や思想を無批判に受け入れることが衰退の原因に繋がるということに思いを致さなければなりません。



日本医師会の坪井でございます。本日は、第16回の全国有床診療所連絡協

議会総会がここ和歌山の地で開催され、かくも盛大に、300有余人の方々の登録があるそうでございますが、開かれますことを心からお喜び申し上げます。日本医師会を代表致しまして、一言お祝いを申し上げたいと思っております。

有床診療所の会というのは16回でございます。私は、16回全部出ている訳ではございませんが、私が担当するようになってからは大体毎回出させて戴いております。出させて戴いておりますが、どっちかという、出ないと心配でいられない会であるということも間違いございません。

先般、有床診療所の検討委員会を会内に作らせて戴きましたけれども、これも本来はもう少し早くからなければいけない問題でございましたが、業務委員会の中で有床診療所の先生方も一緒に

改革がどのような結果をもたらすにいたしましても医療の質的水準の向上を図ることは我々医療人の責務でございますし、何と申しましても、人間愛に基づく患者中心の医療の実現という基本的な方向に変わりはありません。有床診療所は、患者さんとその家族にとって距離的、心理的アクセスのよさは何物にもかえがたく、そしてまた患者さんにとっては、その生活圏の中で医療を受けられます。それだけではございまして、同じ地域に生活する1人の医師が患者の身体的既往歴にとどまらず、社会的、家庭的、個人的背景をも知った上で包括的な医療を推進する、これがまさしく忘れてはならないこととございまして、21世紀の医療体制の中で十二分に展開されるべきことでございます。どうか、これからも地域医療の充実に寄与賜りますれば幸いです。

終わりにになりましたけれども、本総会が盛会裡に終始されますとともに、本協議会が更に発展されますこと、そしてまた皆様方のご健勝、ご多幸を心から祈念申し上げまして、歓迎の挨拶といたします。おめでとうございます。

《 祝 辞 》

日本医師会会長 坪井 栄孝

討議をされてきたという経緯の中で、言うなれば多少委員会が独立するのが遅れていたのかもしれませんが、現在のような医療提供体制が国民の目にかなり昔よりは明らかに触れるようになり、そしてまたそれに対する希望或いは批判というものが具体的にになった今日では、有床診療所というものの医療提供体制の中における。あり方がもう少ししっかり、はっきりとしてなければいけないということは、先生方お考えのとおり、私も全く同感でございます。

先程総会会長が、有床診療所は医療文化であるということにちょっとお触れになりましたが、私も何度かこのような壇上で、日本における有床診療所は我が日本の医療提供体制の中の1つの大きな特性、他の国に見られない特性であり、この火を絶やしてはいけない、我々の持っている医療文化の中の大きなパートであるということをお申し上げておる訳でございます。だからこそ、

今この状況の中で、有床診療所がどうあるべきかということをお聞きに世に問うて、そしてここでもう先送りすることなく最終段階まで詰めて戴くということをお願いした訳でございます。

48時間問題ばかり、先程内藤会長がおっしゃったような診療報酬の処遇の仕方ばかり、これらについて、大変なご努力であろうとは思いますが、日本医師会の役員共々、最終段階までの詰めをして頂くために、今回有床診療所検討委員会というものを独立させて頂いた訳でございます。

厚生労働省がどう考えているか、或いは財務省がどう考えているか。それは、まさに有床診療所の歴史50数年の中でのしきたり、その中に閉じこもっているからこそ前に進まないのです。今回も、時間を戴きまして、その今までのしきたり、或いは考え方というものを我々の手で打ち壊して、新しい意味での社会保障に対する概念を築き上げて、その中で我々医療人が主役として国民のために奉仕するという体制を作り上げない限り、有床診療所に限らず、我々の目指している医療のあるべき姿というのは国民にもはっきりと理解して戴けなくなりますし、益々疲弊の一途を辿るということにならざるを得ない、官僚支配の中で衰えていかなければいけないということが目に見えているのです。特に、アメリカの医療が日本に入ってくると、それに拍車をかけることになるだろうと私は非常に大きな危惧を持っております。

そこで、先程来申し上げております有床診療所の抱えている直近の、緊急を要する改定事項に関しましては委員会の中で、或いは勿論私自身も厚生労働省と直接色々な話をしながら進めていくということにしたいと思っておりますし、根本から日本の医療体制を変えていく時に、その中で有床診療所が本当の意味での日本の特性、医療の特性として国民に分り易くなる、国民に評価されるという姿を作り上げていきたいと思っております。

前段の短期的な問題は、急がなければいけません。しかし、後段で私が申し上げましたことは、まさに道の遠い話かもしれません。道が遠いからと言って手をつけなければ百年河清を待っても実現はし得ないと、私は思っております。長期的な計画、道の遠い計画であっても今からそれに手をつけ、両者並列で日本の医療制度を変えていこうと。小泉さんが言っているような単なる口先の医療制

度改革ではない。そして、小泉さんの下にある色々な会議の先生方がお話しになっている素人論議ではない、国民のために我々がプロフェSSIONナルとして作り上げる医療制度であるということをお高らかに国民に理解を戴き、そして良い医療を日本の中に築き上げて再構築していくということに努力していきたいと思っております。

そういう意味で、先生方の前でお世辞を言う訳ではございませんが、先生方が大きなパートを握っているという自信といいますか責務といいますか、そういうものをお持ちになられてご活躍戴きたいと思っております。

先程、有床診療所の協議会は最も私にとっては気になる協議会だというふうに申し上げました。ご記憶の先生方もいらっしゃると思いますが、参加する度に内藤会長にはお小言を頂戴し、総会が終わって懇親会になりますと、その倍ぐらいお小言を頂戴するのでございます。だからと言って、来なくなる会ではないところが不思議なんです。私の体の中には、そういう意味での意識がにじみ込んでおります。DNAの中に刷り込まれておりますので、どうぞ先生方と一緒にあって、今回、この機を逸しては恐らく永久にできなくなる、この機に一気に解決していきたいと思っておりますので、ご協力、ご指導戴きたいと思っております。

壇上でこれだけのことを言うのには、余程度胸がないと、或いは余程確信がないと言えないのですが、私は私の立場で、私のできることにしましては全責任を持って動きます。しかし、内藤先生は、あんたが一人でやればいいと言いますが、私一人でできる話ではございません。先生方も、どうぞ大所高所から理論武装をしながらこの短期的な問題を解決していつて戴きたいと思っております。

明日、最後に特別講演を戴いておりまして、その中で日本医師会が目指すべき、或いは日本の医療が目指すべき長期的なビジョンについて私なりの考え方をお話し申し上げたいと思っておりますので、是非ご理解を賜りたいと思っております。

長くなりましたが、本総会において青木会長はじめ和歌山県医師会の先生方にも大きなご努力を戴きましてこの成果を見たということについて心から敬意を表し、心からお祝いを申し上げます。本当におめでとうございます。ありがとうございました。

総会議事

総会議事等

- (1) 総会議長は、会則により青木敏総会会長が選出された。
- (2) 議事録署名人は、西池彰(北海道)、水守彰一(兵庫)先生が議長より指名され、承認された。
- (3) 報告
 - ①平成14年度庶務事業報告(別記1)は、鹿子生健一全国有床診療所連絡協議会専務理事より報告された。
 - ②有床診療所に関する検討委員会報告は、大道久検討委員長より報告された。
- (4) 協議
 - ①平成14年度収支決算に関し承認を求める件
鹿子生健一専務理事が決算内容(別記2)を説明。続いて大岩俊夫監查理事より監査報告がなされ、質疑はなく出席会員の拍手多数で承認決議された。
 - ②平成15年度事業計画に関し承認を求める件
 - ③平成15年度収支予算に関し承認を求める件
両議案は、関連することから一括して上程され、平成15年度度事業計画案(別記3)を内藤哲夫会長が、平成15年度収支予算案(別記4)を鹿子生健一専務理事が説明し、質疑はなく原案どおり出席会員の拍手多数で承認決議された。
- ④その他
要望書について
日本医師会への本総会からの「要望書」(別記5)の採択に関し、常任理事会、及び役員会で協議されるとともに、あらかじめ総会会誌に掲載の案が内藤哲夫会長から朗読され、本案を「要望書」とすることに意義なく承認決議した。
尚、「要望書」は、その場で内藤哲夫会長より日本医師会坪井栄孝会長に手渡されました。
- (5) 次期開催地(札幌市)会長代行挨拶
第17回全国有床診療所連絡協議会総会の開催案内を総会会長代行の西池彰先生が行いました。
尚、翌日昼食時間には、札幌市観光案内がビデオで放映されました。
総会会長 北海道有床診療所協議会会長 中野 昇
開催日 平成16年7月31日(土)・8月1日(日)
会場 札幌グランドホテル
札幌市中央区北1条西4丁目 TEL011-261-3311

全国有床診療所連絡協議会

平成14年度庶務事業報告

1) 会 員 数 4,463名 (平成15年3月31日現在)

2) 会 議

(1) 定時総会: 平成14年8月3日・4日(長崎県 ホテルニュー長崎)
1日目 13時00分～ 常任理事会・役員会・総会・懇親会
2日目 9時00分～ シンポジウム・講演会

(2) 常任理事会：平成14年5月12日 14時30分～
於：羽田東急ホテル（東京）

：平成14年8月3日 13時00分～
於：ホテルニュー長崎（長崎市）

：平成14年9月15日 12時30分～
於：東京大丸デパート ルビーホール（東京）

：平成14年12月14日 16時00分～
於：ホテル八重洲 龍名館（東京）

：平成15年1月26日 12時00分～
於：東京大丸デパート ルビーホール（東京）

(3) 役 員 会：平成14年8月3日 14時05分～
於：ホテルニュー長崎（長崎市）

：平成14年3月16日 14時00分～
於：羽田東急ホテル（東京）

(4) 会計監査: 平成14年6月8日 17時00分～
於: ステーションプラザ「玄界」(福岡)

(5) その他:

○日本臨床整形外科医会有床診療所部会発足会に松本専務理事出席 :平成14年 4月13日

○第1回診療報酬点数検討委員会 :平成14年 5月11日

○平成14年度要望書検討会 平成14年 7月13日

○日医有床診療所に関する検討委員会予備会議 平成14年10月20日

○第1回日医有床診療所に関する検討委員会及び事前打合会(有診委員) :平成14年11月 6日

○長野県有床診療所協議会設立総会に於いて内藤会長講演(会員数40名):平成14年11月30日

○第2回日医有床診療所に関する検討委員会及び事前打合会(有診委員) :平成14年12月 4日

○第3回日医有床診療所に関する検討委員会及び事前打合会(有診委員) :平成15年 1月22日

○村上郁夫先生告別式に大岩広報担当理事参列 :平成15年 3月 7日

○第4回日医有床診療所に関する検討委員会及び事前打合会(有診委員) :平成15年 3月12日

3) 刊行物

(1) 會員名簿

(2) 第15回総会報告書

(3) 有診協ニュース No.42 No.43 No.44 No.45 No.46

【収入の部】

(自:平成14年4月1日・至:平成15年3月31日)単位:円

款 項	平成14年度 予算	平成14年度 決算	比 較		備 考
			増	減	
第1款 会 費	22,685,000	22,005,000		680,000	(北海道) 685,000円 (広島) 985,000円 (青 森) 650,000円 (山 口) 1,085,000円 (岩 手) 610,000円 (徳 島) 700,000円 (宮 城) 645,000円 (愛 媛) 1,290,000円 (茨 城) 580,000円 (福 岡) 1,980,000円 (群 馬) 450,000円 (佐 賀) 1,095,000円 (埼 玉) 250,000円 (長 崎) 1,770,000円 (千 葉) 170,000円 (熊 本) 1,385,000円 (神奈川) 470,000円 (大 分) 675,000円 (富 山) 285,000円 (宮 崎) 1,195,000円 (石 川) 410,000円 (鹿児島) 1,285,000円 (静 岡) 620,000円 (沖 縄) 245,000円 (名古屋) 350,000円 (三 重) 490,000円 (滋 賀) 135,000円 (和歌山) 365,000円 (個人会員) 1,150,000円
第2款 雑 収 入	10,000	990		9,010	預金利息
第3款 前年度繰越金	14,299,652	14,299,652			
合 計	36,994,652	36,305,642		689,010	

【支出の部】

款 項	平成14年度 予算	平成14年度 決算	比 較		備 考
			増	減	
第1款 会 議 費	10,000,000	9,596,654		403,346	総会補助金 4,000,000円 送料補助 500,000円 常任理事会 4,044,129円 役員会 933,304円 会計監査 119,221円
第2款 広報活動費	3,000,000	1,839,150		1,160,850	日医プロジェクト委員会事前打合せ他
第3款 印 刷 費	7,000,000	6,552,525		447,475	総会報告書(第15回) 714,000円 会員名簿 3,984,750円 有診届ニュース他 1,853,775円
第4款 消 耗 品 費	1,000,000	672,645		327,355	パソコンリース 272,316円 事務用品他 400,329円
第5款 通 信 費	5,000,000	4,914,707		85,293	郵送料(ニュース・アンケート他) 4,744,577円 電話代 170,130円
第6款 交 通 費	200,000	98,150		101,850	タクシー代他
第7款 給 与 費	4,500,000	4,481,333		18,667	事務職員及びアルバイト
第8款 雑 費	500,000	199,060		300,940	振込手数料他
第9款 予 備 費	5,794,652	0		5,794,652	
合 計	36,994,652	28,354,224		8,640,428	

収入 36,305,642円
支出 28,354,224円
差引剰余金 7,951,418円

(剰余金内訳)
現金 502,116円
普通預金(福岡シティ) 7,346,163円
(福岡シティ) 103,139円
7,951,418円

以上のとおり相違ないことを証明します。

平成 15年 6月 22日

会計監査理事 時 任 豊
大 岩 俊 夫



全国有床診療所連絡協議会 平成15年度事業計画

有床診療所の活性化を図るため、以下の事業を行う。

1. 有床診療所の地位の確立をめざす。
2. 日医代議員会での会長確約である医療法13条(48時間問題)撤廃に向けて、日医が厚生労働省と早期妥結をはかることを強く要求する。
3. 地域医療に於ける有床診療所機能の適正な評価を得る為に、各診療所に於けるプロフェッショナル・フリーダムを今後とも堅持する。
4. 有床診療所の入院基本料は、病院と比較してあまりにも低く設定されている。適正な診療報酬にすべく関係各位に強く働きかける。
5. 次期医療法改正にあたっては、年来の懸案事項である日医「小規模入院施設検討委員会報告書」を基軸とした制度の法制化を求める。
6. 会員の大同団結を図るとともに、その組織の更なる拡大、活性化に努める。

全国有床診療所連絡協議会 平成15年度予算

【収入の部】

(自 平成15年4月1日・至 平成16年3月31日)単位:円

款 項	平成14年度予算	平成14年度決算	平成15年度予算案	備 考
第1款 会 費	22,685,000	22,005,000	22,315,000	年会費 @5,000×4,463名
第2款 雑 収 入	10,000	990	10,000	預金利息
第3款 前年度繰越金	14,299,652	14,299,652	7,951,418	
合 計	36,994,652	36,305,642	30,276,418	

【支出の部】

款 項	平成14年度予算	平成14年度決算	平成15年度予算案	備 考
第1款 会 議 費	10,000,000	9,596,654	12,000,000	総会補助 4,000,000円 送料補助 500,000円 常任理事会 役員会
第2款 広 報 活 動 費	3,000,000	1,839,150	2,000,000	各方面への広報活動
第3款 印 刷 費	7,000,000	6,552,525	4,000,000	総会報告書 有診協ニュース他
第4款 消 耗 品 費	1,000,000	672,645	1,000,000	パソコンリース料 事務用品他
第5款 通 信 費	5,000,000	4,914,707	5,000,000	電話料、郵送料他
第6款 交 通 費	200,000	98,150	200,000	タクシー代他
第7款 給 与 費	4,500,000	4,481,333	5,000,000	事務職員及びアルバイト
第8款 渉 外 費	0	0	300,000	(新設)
第9款 雑 費	500,000	199,060	200,000	
第10款 予 備 費	5,794,652	0	576,418	
合 計	36,994,652	28,354,224	30,276,418	

日 本 医 師 会
会 長 坪 井 栄 孝 殿

平成15年 8月 2日
全国有床診療所連絡協議会
会 長 内 藤 哲 夫

要 望 書

1. 医療法13条の患者収容時間制限条項の撤廃を求める。

会長確約でもある本条項撤廃は、今後の有床診療所の存続に不可欠であり、その実現に全力を盡されるよう、日医に強く要望する。

2. 有床診療所も入院基本料の早急な是正を求める。

「一般病床」の入院基本料は、長年に亘って低く設定されたまま放置されている。「療養病床」についても、構造設備・人員配置ともに病院とほぼ同一基準であるにも拘わらず病院との格差は極めて大きい。

3. 次期医療法改定にあたっては、「日医小規模入院施設検討委員会報告書」を基軸とした制度の法制化を求める。

4. 医学的根拠に基づいた診療報酬体系の確立を求める。

現行の診療報酬体系は、改定・修正を重ねた結果、今や医学とは甚だしく乖離し、医療現場の常識では理解困難な複雑・不合理なものとなってしまった。医療者にも受療者にも分かり易く納得の行く、新たな診療報酬体系を確立すべきである。



《特別講演》

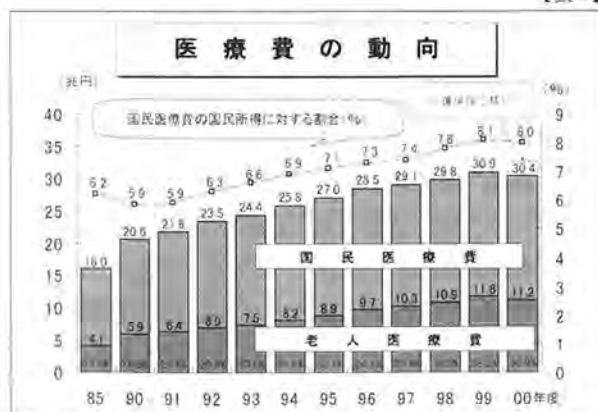
厚生労働省保険局 医療課長 西山正徳

只今ご紹介戴きました、医療課長の西山でございます。今日は、このような会に内藤会長先生、また青木先生、ありがとうございます。

「医療制度改革の動向」ということで3、40分程、現在の動向についてお話ししたいと思います。前列を拝見致しますと、武見敬三議員、それから日本医師会の青井先生、それから和歌山県の、私も昔からよく知っておりました杉浦前会長、或いは岡現会長と、知った方ばかりでございますけれども、ひとつお手やわらかにお願いしたいと思います。

有床診療所ということでございますけれども、現在、14年の健康保険法改正後、老人の1割負担、或いは被用者保険の3割負担、或いは保険料の総報酬制ということで世を挙げて大きな問題になった訳であります。16年改定に向けて色々作業を進めさせて戴いている状況でございますけれども、ちょっとおさらいという意味で、これまでの厚生労働省の考え方を整理いたしますと、私ども、皆様方とも共有する部分が多々あると思います。

【表-1】



【表-1】 1つは、この老人医療費というものについて今後どう財源を求めていくのかということです。これはもう国会の場でも勿論大きな議論になる訳でありますけれども、こう見ていきますと、ずっと若人の医療費はそんなには大きく変わっていないというふうに見えます。逆に老人医療費が年々増えていって、ちょっと下がったところがありますけれども、これが介護保険に移行した部

分であります。この動向も、介護保険を導入した直後の年はそうですけども、またもとに戻りつつありまして、年々高齢者の医療費が増えてくる。

この老人医療費をどうやって賄い切るのか。ちょうど2025年に高齢者人口がピークになりますから、それまでのあと20年ということですが、非常に景気も低迷していますし、しかも医療費を納めてくれる若人が減ってきている。構造的な不況ですから、この老人医療費をどう賄うのが良いのか。それが政府の最大の政治課題でありますし、行政上の課題でございます。

先生方がよくおっしゃるように、対GDP比では比率が低い、まだまだ欧米諸国に比べて日本は医療費は低いじゃないかということ。まさしくそのとおりでありますけれども、実は我が国は先進諸国の中で老人人口の伸び方が一番急激でございます。ですから、こう言ったらお叱りを受けるかもしれませんが、なるべく早い段階から色々なことを知恵を出して準備していこうじゃないかという考え方は持っております。

この急激な老人人口増加の責任はどこにあるのか。これは、誰にもない訳です。戦後、「産めよ増やせよ」という時代もありましたし、私なんかもその年代ですけども、その時に、これだけの高齢化社会を迎えるということは誰も考えてなかった訳です。だから、その財源を保険者に求めるのか、国に求めるのか、或いは患者の方それぞれに求めるのか、その根本的な哲学論をしておかなければいけないだろうと、その点が1つございます。

国庫も非常に財政的に厳しい訳ですし、しかも先程申し上げたように、今回自己負担の増もあった訳です。それから、保険料の総報酬制ということで保険料もアップしてきたというようなことで、医療費全体を見ると、もうどこに財源を求めるかということになると実はもう税金しかないのかなと、私は個人的な意見ですけども、そう思っております。ところが、税金になりますと、厚生労働省の税金というのはもうシーリングがかけられておりまして、ある一定の枠しかない。自動車

の財源、或いは道路財源を持ってこれるかと言ったら、それは省庁間の壁があつてなかなかできない。これも、だから政治にお願いする部分が非常に大きい訳であります。その辺のところ、これから最大のポイントになります。

【表-2】

医療保険制度改革に関する基本方針の策定等	
医療保険制度の給付率については、将来にわたって割を維持。	
①保険者の統合及び再編成による医療保険制度の体系の在り方の検討と高齢者・若年世代の別設 ②診療報酬体系の見直し	平成14年度中に、その具体的な内容等を明らかにし、基本方針を確認する。 → ①についてはおおむね賛同を得たが、 ②は否決。これはあくまでも意見であり、決断の段階ではないとする。
③医療保険の保険料である政府が負担する病院の在り方の見直しと社会保険庁の運営効率の効率化及び合併化	→ ③については基本的に賛同し、その具体的な内容は明らかとし、所定の段階で議するものとする。
④政府が保険者である国民健康及び労働保険に係る医療費の一元化 ⑤診療報酬、老人保健及び介護保険の相互負担の取扱いに対する取組の強化と高度化を図ると共に、その財源を国や地方からの別設の支払基金等の関係による診療報酬の減資及び年金に関する事務処理の体制の見直し。	→ おおむね賛同を得たが、その具体的な内容は明らかとし、所定の段階で議するものとする。
政府が管理する医療改革及び当該事業の組織形態の在り方の見直し。	→ おおむね賛同を得たが、移行期を行い、その結果に基づいて所定の段階で議するものとする。
⑥医療事故に迅速かつ適切に対応するための専門家に係る苦情処理体制の整備 ⑦医療及び医療費に関する情報の収集・分析及び提供に係る体制の整備 ⑧医療保険及び老人保健の保険給付の内容並びに範囲の在り方	→ 既に行っている対策に基づいて所定の段階で議するものとする。

【表-2】 現在、健康保険法改正の後に医療保険制度改革に関する基本方針の策定を行っております。今日は、この部分の診療報酬体系の見直しの話が中心になりますけれども、この中で有床診療所というものをどう捉えていくのかということになるかと思います。

ただ、その前に、①、②、③とございまして、保険者の統合再編、それから2番目が一番大きな問題でありますけれども、新しい高齢者医療制度の創設ということ。もう何遍も申しますけれども、老人の医療費を誰が支えるんだというようなことで、新しい制度を作っていく。それからもう1つは、これは武見先生も散々ご苦労されておりますけれども、社会保険病院の統廃合みたいなこと。政管健保で運営しておりますから、その政管健保の保険料は年間200億円ぐらい要っているというようなことでの社会保険病院の問題も当然ございます。勿論、国立の病院の問題も当然ある訳ですけれども。もう1つの基本方針の改革の中で支払基金…私が行ったところですけども、支払基金及び国保連による診療所の審査支払いを高率化にしろというような議論もあります。この先生方の中には、社会保険の診療報酬審査委員会に、或いは国保の審査委員をやっておられる方も多々おられると思いますけれども、こういった審査システムの改革をしていかなければいけないということです。

もう1つ、下の方に書いてあって、皆さん方は余り下まで読めないんですけども、データの収集分析体制ということがございます。これもまた、

しょっちゅう武見議員とも話をするのですけれども、要するに我が国のメディカルデータ、或いはアウトカムリサーチは非常に遅れています。研究者も少ない。そういう意味で、医療の質が大事だ、医療の効率性が大事だと言っても、誰がどうやってそれを評価するのかということ。私は、日本の医学界なら日本医師会だと思うんですけども、そういったデータの集積分析体制をしっかりと、こんなことも国会で決められた訳であります。

それから、最後に申し述べますけれども、混合診療問題ということがあります。

こういったものをそれぞれ一個一個、丹念に解決していかなければいけない。そういうことを現在仕事としてやっております。

【表-3】

診療報酬体系の見直しの方針的な方向（1）

- (1) 診療技術の適正な評価
 - ① 診療技術のレベルは、① 診療行為の重要性、② 診療行為の難易度、③ 診療行為のリスク、④ 診療行為の時間的負担、⑤ 診療行為の身体的負担、⑥ 診療行為の精神的負担、⑦ 診療行為の社会的負担、⑧ 診療行為の経済的負担、⑨ 診療行為の法的負担、⑩ 診療行為の倫理的負担、⑪ 診療行為の文化的負担、⑫ 診療行為の宗教的負担、⑬ 診療行為の政治的負担、⑭ 診療行為の環境的負担、⑮ 診療行為の社会的負担、⑯ 診療行為の経済的負担、⑰ 診療行為の法的負担、⑱ 診療行為の倫理的負担、⑲ 診療行為の文化的負担、⑳ 診療行為の宗教的負担、㉑ 診療行為の政治的負担、㉒ 診療行為の環境的負担、㉓ 診療行為の社会的負担、㉔ 診療行為の経済的負担、㉕ 診療行為の法的負担、㉖ 診療行為の倫理的負担、㉗ 診療行為の文化的負担、㉘ 診療行為の宗教的負担、㉙ 診療行為の政治的負担、㉚ 診療行為の環境的負担、㉛ 診療行為の社会的負担、㉜ 診療行為の経済的負担、㉝ 診療行為の法的負担、㉞ 診療行為の倫理的負担、㉟ 診療行為の文化的負担、㊱ 診療行為の宗教的負担、㊲ 診療行為の政治的負担、㊳ 診療行為の環境的負担、㊴ 診療行為の社会的負担、㊵ 診療行為の経済的負担、㊶ 診療行為の法的負担、㊷ 診療行為の倫理的負担、㊸ 診療行為の文化的負担、㊹ 診療行為の宗教的負担、㊺ 診療行為の政治的負担、㊻ 診療行為の環境的負担、㊼ 診療行為の社会的負担、㊽ 診療行為の経済的負担、㊾ 診療行為の法的負担、㊿ 診療行為の倫理的負担、
- (2) 診療報酬の適正な算定
 - ① 診療報酬の算定は、① 診療行為の重要性、② 診療行為の難易度、③ 診療行為のリスク、④ 診療行為の時間的負担、⑤ 診療行為の身体的負担、⑥ 診療行為の精神的負担、⑦ 診療行為の社会的負担、⑧ 診療行為の経済的負担、⑨ 診療行為の法的負担、⑩ 診療行為の倫理的負担、⑪ 診療行為の文化的負担、⑫ 診療行為の宗教的負担、⑬ 診療行為の政治的負担、⑭ 診療行為の環境的負担、⑮ 診療行為の社会的負担、⑯ 診療行為の経済的負担、⑰ 診療行為の法的負担、⑱ 診療行為の倫理的負担、⑲ 診療行為の文化的負担、⑳ 診療行為の宗教的負担、㉑ 診療行為の政治的負担、㉒ 診療行為の環境的負担、㉓ 診療行為の社会的負担、㉔ 診療行為の経済的負担、㉕ 診療行為の法的負担、㉖ 診療行為の倫理的負担、㉗ 診療行為の文化的負担、㉘ 診療行為の宗教的負担、㉙ 診療行為の政治的負担、㉚ 診療行為の環境的負担、㉛ 診療行為の社会的負担、㉜ 診療行為の経済的負担、㉝ 診療行為の法的負担、㉞ 診療行為の倫理的負担、㉟ 診療行為の文化的負担、㊱ 診療行為の宗教的負担、㊲ 診療行為の政治的負担、㊳ 診療行為の環境的負担、㊴ 診療行為の社会的負担、㊵ 診療行為の経済的負担、㊶ 診療行為の法的負担、㊷ 診療行為の倫理的負担、㊸ 診療行為の文化的負担、㊹ 診療行為の宗教的負担、㊺ 診療行為の政治的負担、㊻ 診療行為の環境的負担、㊼ 診療行為の社会的負担、㊽ 診療行為の経済的負担、㊾ 診療行為の法的負担、㊿ 診療行為の倫理的負担、

【表-3】 今日ではもう、保険者の統合だとか高齢者医療制度、拠出金制度の問題はまた別の機会に譲るといたしまして、診療報酬体系の見直しの具体的な方向で、実はこれは自民党、自由・民主党を中心として与党の方々、或いは日本医師会、日本歯科医師会、薬剤師会といった方々と議論をしまして、この3月に閣議決定をした内容であります。

ちょっと見て戴くと分るように、まず医療技術の適正な評価をしていこうじゃないかということ。ここに書いてありますように、「医療技術については、出来高払いを基本とし、以下のような評価を進める」ということです。診療報酬体系は、ご案内のようにもう膨大ですから、全てについて書き切れる訳じゃないんです。その中で特に重要なものということで、これは私どもの坂口厚生労働大臣も申し上げておりますけれども、難易度・時間・技術力ということ。技術力というのは何かというと、医療技術の専門性だとかチーム医療、或いは今回導入した施設基準みたいなもの、そういうものを指していわゆる「技術力」と呼んでおりますけれども、

ども、こういったものを明確にしないで、していきましようということですよ。

もう1つは、医療費の問題も絡みますけれども、高齢者の方々も含めて、栄養・生活指導、或いは重症化予防技術といったもの、これは有床診療所に大きく関連する訳でありますけれども、こういった技術というのは非常に大事だろうということです。ですから、医療技術を適正に評価しないということです。

一番ポイントは、最後です。「医療技術の進歩や治療結果を踏まえた医療技術の…」実は「迅速導入」と書いたんですけれども、医療技術がどんどん開発されてくるということです。薬については年に4回導入されますけれども、医療技術については2年に1度でしかない。ですから、こういった医療技術を評価して、或いは再評価して迅速導入していくということです。

実は、この技術についても色々な技術がある訳ですけれども、一個一個丹念に見ていきますと、色々な学会なり研究者の方々から戴くデータを見ますと、今の医療技術は、在院期間を短縮する、それから治療の結果益々良くなる、それから合併症が少ない、そういう高度技術がどんどん開発されています。従いまして、私はこの医療技術の評価、再評価をして、2年に1度じゃなくて…これは日本医師会の阿部先生とも話をしているんですけれども、その都度どんどん導入できるようにしていったらどうかということでございます。

まず、医学ですから、医療技術を適正な評価をしましようということです。今日は整形の先生がたくさんおられると思いますけれども、例えばリハビリテーションも集団のリハビリテーションは8回までと決められました。8回までとしたのは財源的な理由なのか、或いはリハビリテーションというのはすべての高齢者に対して8回で良いのか。これは、恐らく財政的な理由で8回にしたのだと思います。本来、リハビリテーションはしなければ、入院してしまう患者さんもおられますから、ある一定の患者さんについては医師の判断でリハビリテーションをもっと回数的に多くやっていく必要があるだろうと思いますけれども、実はデータがない。データがないので、青井先生がおられますけれども、中医協の場でどさくさ紛れと

これは、財政的な改定幅の問題がありますから、そこで決まってしまうことがあります。総じて、医療技術の適正な評価というのは、私自身は非常に大事だと思っております。

それから2点目でありますけれども、「医療機関のコスト等の適切な反映」ということです。

実は、この文章ですけれども、「必要な人員配置を確保しつつ」というのは、これは最後の段階で私ども坂口厚生労働大臣が、この文章を入れてくれと。それは良いですけれども、どういうんですかと言ったら、入院医療というのは必要な人員を十分確保した上でコストはどうか、そういう検討を君達したまえと、こういう指示だったんです。これは、恐らく有床診療所の今の動きにもあてはまると思いますけれども、そういう意味で、「運営や施設に関するコスト等に関する調査・分析を進めて、以下のような評価を進める」ということです。

現在、このコストについては、調査・分析チームを作っております。慶応の田中滋先生に座長をお願いしておりますけれども、つい先週発足したばかりであります。その中で、2つございます。疾病特性に応じた評価をしていこうということ、医療機関等の機能に応じた評価ということ。私ども、医療課としては16年改定を見据えながら、こういう項目については一個一個、中医協で集中的なご審議をお願いしたいということで、実は4月以来、週一遍のペースで審議を重ねてきております。

これはどういうことが、簡単に申し上げますと、今までの入院医療の多くは人件費でありまして、その中のドクターとナースであります。ナースの人件費については、勿論技術料という評価がありませんから、こう言ったら看護師さんに対して非常に失礼なんですけれども、何人看護師がいれば幾らだと。患者さん2人に対して看護師が1人、2対1であれば幾らと決まっています。これも悪い算定法じゃないんですけれども、重症患者がいればそれだけ手間がかかる。2対1であっても、軽い患者であればそんなに手間がかからないだろうと。

これを話し出すと長いんですけれども、従って、一遍そういう評価じゃなくて疾病特性…患者さんの特性に応じた評価をしていこうじゃないかということです。例えば急性期入院医療、これはお陰様で、日本医師会のご協力のもとに今回大病院にDPCという新たな制度を導入いたしました。

更に、今後、今点数で言えば専門病院入院基本料というのがありますが、一生懸命大学で勉強されて専門病院をつくってあられた、その中で今診療報酬上認めておりますのは循環器疾患とがん・悪性腫瘍だけであります。その病院に70%以上そういう患者さんがいた場合に専門病院として評価すると、そんな形になっております。ですから、こういった疾病特性に応じた専門性についても、その循環器疾患と整形以外にも更に拡大していいじゃないかというような議論を私自身は思っております。

それから、慢性期入院医療であります。急性期入院医療はDPC以外の殆どの一般病床を抱える医療機関というのは今までどおり出来高で治療を行って戴くということでございます。それは書いてございませんけれども、そういう意味であります。慢性期は、今の点数は1日当たりの定額性であります。療養型病床群、すべて包括をしておりますけれども、そうしますと、やはり凸凹が出てくる。抗がん剤が高過ぎるだとか、インターフェロンが高過ぎるとか、そういうことが出てくると、それを出来高に戻せというご意見を戴きます。そうすると、また支払い者との関係で中医協の関係になりますけれども、じゃ一遍、病態だとかADL、看護の必要度等に応じた包括評価のためのデータを収集してみようじゃないかと、そういうことを実は今議論している訳であります。だから、これは有床診療所でも療養型診療所の部分には関係してくるところであります。

「その他」というところに、回復期リハビリテーションだとか救急医療。小児医療も非常に大事ですし、精神医療、在宅医療、終末期医療と課題が山積しておりますけれども、それぞれについて疾病の特性などに応じた評価をしていこうということです。これは、一方の切り口としてございます。

もう一方の切り口は、医療機関の機能に応じた評価ということです。

入院医療については、臨床研修機能だとか、専門的医療、地域医療支援機能、或いは入院期間に着目した評価をしてきている、これで良いのか、或いはこれに更に付け加えることはないのかということでもあります。

さて、外来医療です。大病院においては、これは前から言っていてなかなか上手くできないんで

すけれども、専門的な診療機能や紹介・逆紹介を重視しようということです。これは、今でもやっている話です。

更に、診療所及び中小病院におけるかかりつけ医のプライマリーケア機能を重視していこうじゃないかということです。そんな表現を出して、これについてはまだ中医協でも議論が深まっておりませんけれども、少なくとも診療所や中小病院、或いは有床診療所の1つの重要な役割として初期診療と継続治療は非常に大事だというような部分があるかと思います。

【表-4】

診療報酬体系の見直しの具体的な方向（2）	
(a) 患者の視点の重視	① 医療機関の選定 ② 診療内容の選択 ③ 診療時間・場所の選択 ④ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑤ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑥ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑦ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑧ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑨ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑩ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑪ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑫ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑬ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑭ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑮ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑯ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑰ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑱ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑲ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑳ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉑ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉒ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉓ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉔ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉕ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉖ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉗ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉘ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉙ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉚ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉛ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉜ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉝ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉞ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉟ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊱ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊲ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊳ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊴ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊵ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊶ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊷ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊸ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊹ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊺ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊻ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊼ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊽ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊾ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊿ 診療内容・診療時間・診療場所の選択
(b) その他	① 医療機関の選定 ② 診療内容の選択 ③ 診療時間・場所の選択 ④ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑤ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑥ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑦ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑧ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑨ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑩ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑪ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑫ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑬ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑭ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑮ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑯ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑰ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑱ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑲ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ⑳ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉑ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉒ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉓ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉔ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉕ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉖ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉗ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉘ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉙ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉚ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉛ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉜ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉝ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉞ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㉟ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊱ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊲ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊳ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊴ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊵ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊶ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊷ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊸ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊹ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊺ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊻ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊼ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊽ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊾ 診療内容・診療時間・診療場所の選択 ㊿ 診療内容・診療時間・診療場所の選択

【表-4】それから、「患者の視点の重視」というところで、もう先生方お分りのように、昨今、患者の視点の重視というのは非常に大事だということで、情報提供を推進していきましようということです。医療機関の施設基準や機能に関する情報や、病院の中で決めます診療・看護計画、色々なものを患者さんに提供していく。大体の入院期間はどのくらいですよ、或いはどのくらいの薬を使いますよ、この薬の機能はこういうことですよというような説明、或いはセカンドオピニオン、こういったものを診療報酬上も評価すべきじゃないかというような点がございします。

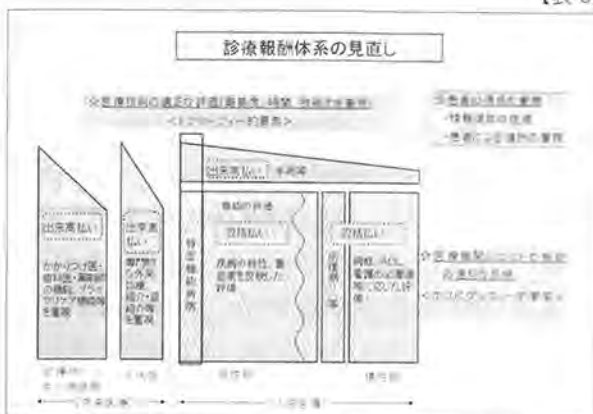
それから2点目ですけれども、「患者による選択の重視」ということです。これは後程述べますけれども、混合診療の話に繋がってまいります。

今日は「歯科・調剤」は関係ございませんので、省きます。「薬価・医療材料価格制度等」については、ここに書いているようなことであります。薬価算定ルールの見直しと、それから画期的新薬。画期的新薬というのは、診療報酬上で申し上げるならば、画期的加算をつけた新薬でありまして、この7～8年で我が国では1つの製品しかない。三共の出した「メバロチン」しかない。「メバロチン」も後発品

が出てまいりますから、今年あたりまた価格が下がるでしょうけれども、そういった点がございます。

それから、医療材料については、引き続き内外価格差の是正を進めると。今日は本題じゃないので、この辺の説明は省略しますが、そういったことをやっていく。

【表-5】

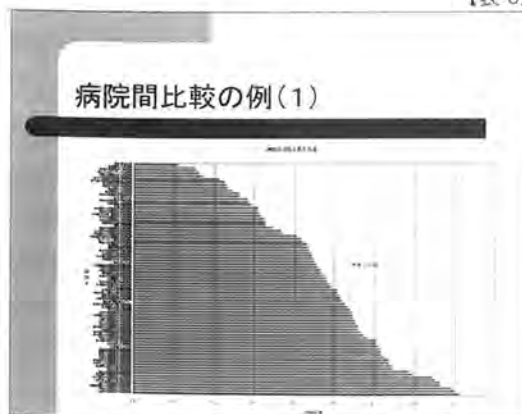


【表-5】 1枚の絵で描きますと、診療報酬体制の見直しというのは、まずドクターフィーをきっちりしましょうということです。この茶色い部分がドクターフィーであります。外来医療については殆どがドクターフィーでありまして、入院医療についてはこの分、支出等が出来高払いで残る。急性期、慢性期も、入院については包括払いを推進しましょうというメッセージであります。で、慢性期については殆ど包括になってきています。

この部分については、ただ包括すれば良いという訳じゃなくて疾病の特性、先程申し上げておりますような重症度を反映した評価にしていこうじゃないか、或いは慢性期についてはこういった評価にしていこうじゃないかということで、現在作業を進めております。それから、患者の視点の重視ということです。

こういった形で、実は診療報酬体系の見直しについて閣議決定されたのは初めてであります。

【表-6】

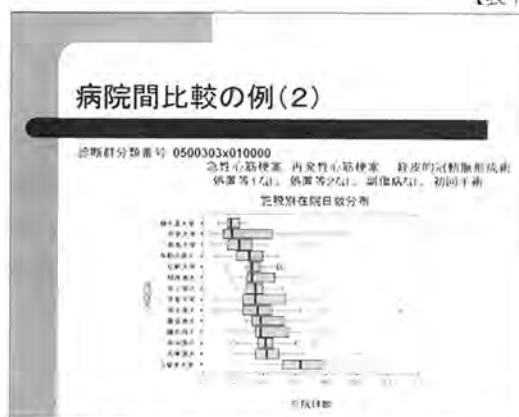


【表-6】 今の与党が続く限り(こう言ったら失礼かもしれませんが)、この基本方針は私もバイブルだと思って、1個1個の中身について先生方の意見を聞きながら詰めていこうじゃないかというふうに考えております。この特定機能病院のところに印がついておりますけれども、これがいわゆるDPCというものでありまして、私も、米国のDLGが良いとは決して思ったことはない訳であります。ただ、このデータを見て戴くと、これは14年の7月、8月の2カ月間ですべての大学病院からデータを戴きました。

その2カ月間で退院した患者さんの平均在院日数であります。そうしますと、大学病院で…国立がんセンターと循環器センターも入っていますが、約2倍の開きがございます。勿論、色々な大学の先生方からクレームがつきまして、うちの病院は後方支援がない、東京なんかは順天堂だ、慶応だ、慈恵だと、三多摩地区に後方病院がいっぱいあるから在院期間を短くできると、色々な説明がありました。分りました、この違いを1個1個勉強していきましよう、そういうことであります。

短いところが良い、長いところは悪いといったことは、私も役人は1回も言ったことはないのであります。じゃ、どう比較しましょうかということになると、これでございます。

【表-7】



【表-7】 これは、急性心筋梗塞、再発性心筋梗塞でPTCAを初回手術でやりました。何にも他はやっていません。合併症も無いとドクターが判断されたものについて、じゃ、それぞれデータを見てみましょうという、実は順天堂大学が一番短くて(この黒いところが平均在院日数でありますけれども)、12~13日であります。久留米大学は長いところで32日間。じゃ、先生方、受け皿とか何とかいいますけれども、この違いは何でしょうか。帝京大学

は非常にばらつきがでかい。この幅がでかいというのはばらつきがでかいということであります。だから、逆に言えば弘前大学は非常にまとまってしまっている、幅が狭いということです。そういった1個1個のパターンが診断群分類と呼ばれるもので、中医協で散々議論して戴いた訳でありますけれども、2,500分類できて、それぞれのデータが大学から集まってきた。

ですから、この2,500分類ごとにこういうデータ(これは循環器でありますけれども)、産婦人科系、それから眼科疾患、耳鼻科疾患、色々ありますけれども、比較をしていきましょう。DPCの方向性というのは、こういった入院医療の最適化に向かうのではないかというふうに、私は期待しております。最適化というのは、短くなれば良いというものじゃなくて、やっぱりある1つの線に近づいていくのではないだろうかと考えております。

それから、14年改定の反省課題であります。私自身は、支払基金にありまして10年改定の中身(医療保険制度の運営の立場で見させて戴いた訳でありますけれども)、私ども、非常に改定の際にバタバタしました。支払基金としてもバタバタしたのは、マイナス改定でありましたけれども、色々なことが盛り込まれてありまして、医療機関への周知期間をもうちよっと注意する必要があるだろうと。今度16年改定ですから私の責任になってまいりますけれども、医療機関への周知期間を長くしなければいけないということ。

2番目でありますけれども、減算、加算、通減制の考え方(再診料の通減制)を入れました。再診料の通減制については、もう医師会等を通じてお話が行っていると思いますけれども、再診料通減制を行うことによって再診回数が減るだろうということを期待していた訳ですね。あの時、恐らく私出ていましてしたけれども中医協なんかでも、1カ月に20何回も外来に来る患者がいると、そういう表現を健保連の代表の方はしました。それが問題なのかどうかということよりも、じゃ、通減制をしいたことによってどういったことが起こるのかと、エビデンスを見ました。この14年度全体を見ますと、実は再診料の通減制を加えたことによって再診回数は微増している。なぜかという、81点にして、74点、74点にして、その次は37点、37点、月が変わればまた81点ということですから、

回数が増れば増る程患者負担は安くなるんですね。それが見事にデータに、若干ですけれども表れていたというエビデンスがありまして、実はこれも歴史始まって以来ですけれども、年度途中の再改定をやらせて戴きました。ただ、その時も再診料の通減制の議論については、10年改定の時にもっと深めた議論が実は必要なんだろうと思っております。それから、エビデンスの欠落ということで施設基準算定制限、これについて厳しく言われておりますので、技術が集積すれば、その技術を用いたことによるアウトカムはいいんだというようなエビデンスも今集めようと考えております。ただ、この施設基準というのは、一旦入れると、今度逆に外すときにエビデンスが必要になりまして、なかなか簡単にはいかない問題でありますけれども、少なくともエビデンスというものを集めていく必要があるだろうと考えております。

それから医療技術の評価方法ですけれども、私が見て、今回、告示から介達牽引技術がなくなりました。すったもんだの挙げ句、点数が整形外科系に動いた訳ですけれども、実は介達牽引、直達牽引というのは告示上、14年までははっきりしていた訳ですね。それが今度、告示上、消えた訳ですよ。告示上、消えたということは、この技術というのは診療報酬上、存在しないのであります。勿論、課長通知で出しておりますけれどもね。

ですから、私どもは先程来言っておりますような医療技術の評価が一番大事だというのは、医療の技術というのは何種類あるんですか。その中に、介達牽引技術というのは入るんですか、音楽療法は入るんですか、絵画療法って入るんですか。こういう根源的な問いなんですね。私ども、これは手術でもいっぱいあるんですけれども、いちいち書いていると大変なので、準用通知という形でこの技術についてはこの手術で見なさいというような通知を山程出している訳ですね。ですから、似たような技術でこうなっておりますけれども、だんだんその数が多くなってきたので、医療技術の評価というものを、再三になりますけれども、議論しなきゃいけないだろうということですよ。

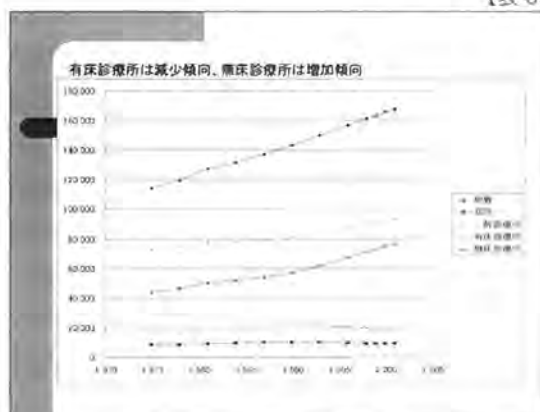
もう1つ、これは私もびっくりしたのですが、算定条件。算定条件の中に、緩和ケアチームを算定する場合には、財団法人日本医療評価機構の認定を受けてなきゃいけないというのを突然出ささ

れたんです。これは私、びっくりしたんですけれども、まあ中医協で議論があったのかもしれませんが、こういったものも実はもっと早目にノータイスしておかないと、慌ててその評価機構のサーベアーに審査を申し込むというふうなことが多々見受けられたということもございます。

どこまでできるか分かりませんが、14年改定の反省課題として16年改定ではこういった、どちらかというと先生方への情報の提供、それから基本的な考え方を明らかにしていきたいと、担当課長としては思っている次第であります。

有床診療所に係る論点でありますけれども、これは私も不勉強であることは間違いございません。具体的論点として・医療法13条・診療報酬・新たな小規模入院施設(19床等)。総括的論点として・医療提供体制における位置付け・有床診療所の将来のありよう。こういった問題があります。これは医政局から戴いたんですけれども、もう先生方は全部ご存じのことだと思います。

【表-8】



【表-8】 少しデータを見ていきますと、もう言わずもがなでありますけれども、有床診療所の数は年々減ってきております。1975年から比べると、数としては減ってきているという感じが致します。有床診療所のシェアについては、病院が8,205施設、診療所が92,824施設これは平成12年の医療施設調査でありますけれども、有床診は17,853施設ということで、病院数の約2.2倍です。

それから、有床診療所のシェアでありますけれども、病院病床数126万に対し診療所病床は21.7万床(療養2.3万含む)でございます。最近では、介護保険と同時に療養病床が増えまして2.3万床というようなことで、有床診療所の病床数は、精神、結核、感染症を除いてでありますけれども、全病床数の約15%という数になってございます。

問題は、病床利用率です。病床利用率は、有床診療所の一般ですと30%から50%です。19床を標準にしていますから、そういう数が出てまいります。それから療養病床でありますと71%(参考:一般病床84%)というようなことで、これは余り参考にならない数字でありますけれども、見ておいて戴ければと思います。

病床数のトレンドでありますけれども、先程言いましたように、有床診療所では18%減少してきている。平成5年から平成12年でありますけれども、減ってきているというふうな状況にございます。施設数も同じですね。

有床診療所に入院するのはどういう患者さんが多いのかということを見てみますと、11年の患者調査でありますけれども、やはり産婦人科関係で29%、耳鼻科関係が14%、それから内科系(気管支炎、肺炎とかいうもの)で12%、眼科系で11%と、こんな数が出てきております。実態と合っているかどうか、後程ご意見を賜ればと思います。

【表-9】

有床診療所と病院の基準の相違 (人員)		
	病院	有床診療所
医師	最低3人 かつ16:1	1人
看護師	3:1	なし
薬剤師	70:1	なし

(有床診療所は、療養病床は含まず、一般病床のみについて)

【表-9】 これは、有床診療所と病院の基準の相違であります。もう先生方お分りのとおりでありますけれども、こういう形になっております。入院基本料なんかを考えると、こういったものを中心に点数設定をしていくということになってしまう訳であります。入院基本料が、病院1,661点に対し有床診療所は712点、「1-1」の入院基本料及び加算をしたものでありますけれども、病院の43%と低いと言われております。これについてどうするかということになりますけれども。

一方、病院は無いけれども、有床診療所のある市町村というのは実は745あるということで、私も有床診療所の重要性というのは十分認識しております。全自治体の22%でベッドをカバーして戴いている、そんな状況になるかと思います。

【表-10】

有床診療所の経営実態
(平成13年6月 医療経済実態調査から)

	有床診療所	無床診療所	単位 万円
医業収入	1,391	874	
入院	306	—	
外来	1,057	852	
医業支出	1,119	642	
給与	522	282	
医薬品	231	155	
収支差	+272	+232	

【表-10】 もう1つのデータ、これはこの前の14年改定の時に使った平成13年6月の医療経済実態調査でありますけれども、有床診療所と無床診療所であります。これはサンプリング調査ですけれども、医業収入が有床診療所は、これは6月ですけれども1,391万、医業支出が1,119万で、収支差は+272万。無床診療所は入院がありませんので、医業収入874万、医業支出は642万でプラス232万。こんな数字になっております。勿論、これは平均値でありますから、それぞればらつきがあります。こんなふう収支差は上手くいっていないぞという話もあろうかと思えますけれども、この経済調査でとりますとこうなるということであります。私ども、診療報酬改定をするときにこの収支差に着目して大体の感覚をつかおようところがありますので、このデータをどう読むかというようなことになるかと思えます。

時間ありませんので、最後の方に入ります。中医協における検討状況であります。

有床診療所の問題も含めてですけれども、先程申し上げたようなことで、基本方針にある項目について集中的に議論しました。8月の終わりが9月の初めになろうかと思えますけれども、「主な検討事項及び審議経過」というものを取りまとめているところであります。勿論、中医協公開ですから、色々な話がマスコミに出ておりますけれども、それを取りまとめようじゃないかということです。

エビデンスの問題に関しては、中医協でも色々な調査が必要だ、そのためには調査の専門組織を作って、そこで調査の設計をやってもらいなさいということで合意致しまして、7月に4つの分科会が活動を開始しました。1つは、DPCの評価であります。それから、慢性期の医療、医療技術評価、運営コスト調査と、この4つの分科会について第1回

目が発足を致しました。特に運営コストの調査のようなものについては、色々先生方も関係してくるだろうと考えております。

もう1点、混合診療の問題については結構時間をとって内閣府と対応したんですけれども、総合規制改革会議というのがありまして、もう新聞等でも出ておりますように「混合診療の解禁を」と言っております。私もそのディスカッションに1回だけ参加したんですけれども、私どもは既にもう混合診療の定義というのは、保険診療と保険外診療の混在を言っているんですけれども、もう59年から特定療養として解禁しているんだと宮内議長なり鈴木主査に何遍言っても、彼らは、センセーショナルに「混合診療の解禁」という言葉を使っております。

私と局長がその総合規制改革に行ったのですが、それは間違いだから訂正しなさいと。いや、そんなもの関係ないと。マスコミも、「混合診療の解禁」と書きます。これは間違いです。もう20年前から私どもはいわゆる混合診療については解禁している。会議が言っている話は、一定の質の高い医療機関において自由に患者から負担を求めることができるようにすべきだということです。それは何ですかと言ったら、例えば白内障の手術で、眼内埋め込みレンズでやった場合十何万円でやりますけれども、西山先生だったら後10万くれと、そいう話ですね。武見先生だったら後5万くれと。それを勝手に医療機関で決めるというふうにしなさいということですから、言ってみれば、これは金持ち優遇であり、フリーアクセスを阻害する。要するに、お金の無い人は西山病院にかかれない。

もう1つ、西山病院は質が高いんだという医療機関の定義が無い。質が高いのは医療機関じゃないだろう、やっぱり医者だろうと私は思いますが、でも、総合規制改革会議とそこはもうまるっきりぶつかっております。

この話というのは、医師技術料の参照価格制度であります。確かに、ドクターの間でもこれを希望するドクターがいるんです。オレのこの技術は高いんだ、オレのこの技術で同じ値段だ、おかしいじゃないかと。昔、私も精神科の医局にいた時、そう言っていたドクターが慶応病院の外来で精神療法をやって1万円、金を取ったんです。そしたら患者が、その病院へ文句を言いに行きまして、

おかしい、1万円ぶん取られたと言って大問題が起こったんです。同じようなことでありまして、医師技術料の参照価格制度であります。ですから、これは日本医師会が反対するとかしないとかは別にしまして、厚生省として反対なんです。

もう1つは、2番目ですけれども、FDA承認の医薬品について、患者の了解のもとに使用できるようにすべきだということです。現在では、使用すると全て自己負担になる。これはそうなんですけれども、実際には使っておられる方もあります。

これについては、治験制度の根幹の問題である。色々治験制度も変えておりますけれども、米国のFDAが承認すればいいのか。これは、更に詳しく言えば、世界的に見て先進諸国(ヨーロッパ、米国、オーストラリア、そして日本、韓国等)が入ってブリュッセルに本部があるんですけれども、ハーモナイゼーションということをやっております。ハーモナイゼーションというのは何かというと、やっぱり治験にはそれなりにお金がかかるのでメーカーの負担も考えなきゃいけない、それぞれ利用できるデータは利用しましょうというようなことで、治験のデータを公開しております。問題なのは、やっぱり人種差と体重差が薬に影響を及ぼすというようなことですので、ある一定の制度の基での治験制度が必要だろうと思います。

それから、メーカーが治験費用がかかるのでなかなか治験をしないというような時には、ドクターが主導して治験する。これは、新しく始まった医師主導の特定療養費で対応するということです。

もう1つは、いわゆるタイムラグが生じてしまうということです。抗がん剤のケースでもそうですけれども、そのタイムラグについてどうするかということについては、特定療養費の拡大ということもあるだろうと思っております。

何れにしても、この混合診療問題というのは、この2つの総合規制改革会議の言い分と厚生労働省の主張と、これからまだまだずっと議論が続くような話になっております。

最後になるといいますけれども、この診療報酬体系の見直しの中で、有床診療所にとって一番重要な部分というのは恐らくこの部分だと思うんですね。勿論、ドクターは技術がある訳ですから、その有床診療所の技術というのは、それは病院だろうが無床診療所だろうが同じだと思います。ただ、

この有床という部分についてどういう機能を持っているのかという評価、或いは疾病の特性、重症度を反映した評価、DPCを導入するという話じゃないんですけれども、そういったことを念頭に置きながら議論していく必要があるだろうと考えております。

医政局とも、13条の問題とか、或いは評価の問題も含めて、この有床診療所の問題で議論しました。私どもの今の共通認識は、色々なことを地域でやっておられるけれども、数としては減ってきているという状態を踏まえて、地域の、しかも先程有床診療所しかベッドのない地域がたくさんある訳ですから、そういうところでの役割とか位置づけを少し検討する必要があるだろうと。ですから、また「検討会」みたいな名前になるかもしれませんが、そういう形で議論を深めていこうじゃないかと。そんなところが現在の厚生労働省の考え方であります。

ちょっと時間がなくて早口で申し訳ありませんでしたが、以上で終わります。清聴、ありがとうございました。

《 質 疑 》

〔愛媛県医師会・大橋〕

電子カルテの推進ということを今、図っていると思います。診療所も、何年まででしょうか、60%の実施率を目標と置いているようなニュースを見ている訳ですけれども、これについてはコストのかかることでありますが、診療報酬上の点数としての考慮というものはどういうふうになるのでしょうか。

この電子カルテについての位置づけ、将来的な普及についてどういう考えであるか、ちょっとお聞きしたいんです。

〔西山講師〕

実は、この前も中医協で議論がありまして、医師会の先生の代表は、電子カルテの表というのは診療報酬上入ってないじゃないかと。入ってないから見るとおっしゃった訳じゃないですよ。片や1号側の下村副会長は、そういった事務費的なものは全部診療報酬を見ているんだと、こうおっしゃった訳ですね。要するに、平行線ですよ。

私の考えを言いますと、問題は2つありまして、1つは基本的には財源なんです。その部分をみるのか。要するに、物代ですよ。見た途端にメーカ

ーに流れるということを先生方は了解されるのかどうか。技術料に回すべきだと私は思うけれども。

電子カルテ全部入れるという訳じゃないですから。既に入っている部分については、国費が入っている部分もある。

それからもう1つは、この辺の議論が難しいのですが、電子カルテ代を入院患者、外来患者に転嫁する訳ですね。自己負担に転嫁する訳ですね。ですから、電子カルテを導入することによって患者さんにメリットがあれば、1割負担でも3割負担でもいいんですけれども、この部分だけ患者の負担が伸びますよということとは了解できるのかもしれませんが、そのメリットがないと、患者さんは文句を言うかもしれない。

後、財源のパイの振り分けの問題だと思いますね。

私は、この厳しい財政の中で電子カルテを導入して、例えば国立だとか…あの時も事例で言っておられましたね。中国の方の病院で、毎年メンテナンス経費が何億かかかるという話でした。それも診療報酬で出せということに先生方が賛成されるかどうかということですね。

〔静岡県医師会・ 〕

先程内藤会長もおっしゃっておられたんですが、質問というよりお願いという形で述べたいと思います。

私も、有床診療所で19床をやっておりますが、

言ってみれば病院の方は急性期をやって2週間或いは3週間、1カ月で、実は私は人工透析をやっているものですから、家が無い患者さんを病院は出しちゃう。我々は、最終病院だから入院されちゃう。受け取ったのは良いけれども、家族が受け取らない。言ってみれば下宿屋のおっさんをやっている訳ですけれども。それにしても、看護婦がこの週休2日制と週40時間という問題で、これは大病院でもそうであって、私も小さな医院でも、その法律の中で動いております。従って、私自身の思うには、やっぱり一番人件費が大変かかっていて、その内の19床を運営するのに当直の看護婦を2人置けとか、2人じゃ足りないからまだ他の手伝いの人を置いてくれとかと、色々要求がある。そして、2人いると、いつも19床がいっぱいならまだしも、いいところ10床ぐらいで、そういう中で運営していくというのは、実は非常に困っているんです。

大病院はおいしい期間だけ、スイカで言えば一番美味しいところをサラサラっと食べて、そしてその次の真ん中の部分を他の病院が食べて、もう美味しいところが無くなって、まだそれでも少し赤いところ残っているぞ、おまえら食えと、こういうことを我々はやっている訳で、今日の大病院のお話も結構ですが、我々中小の診療所がどうやって苦労しているか、現実をよく見定めて診療報酬に反映して戴きたいと思います。

懇親会

『参羽奏』の演奏に続き、青木敏総会会長、内藤哲夫全国有床診療所連絡協議会会長の挨拶のあと、木村良樹和歌山県知事、二階俊博衆議院議員、宮崎秀樹、武見敬三両参議院議員、星北斗、青井禮子両日医常任理事から御祝辞をいただき、山本博之和歌山県立医科大学長のご発声で開宴いたしました。途中、マグロの解体実演あり、和歌山の魚を食べながら、和やかに親睦の実をあげました。

《 祝 辞 》

和歌山県知事 木村 良樹

只今紹介戴きました和歌山県知事の木村でございます。本日は、第16回の全国有床診療所連絡協議会の総会がこの和歌山の地で開かれたこと、本当に地元の知事として心から感謝を申し上げます。次第でございます。

今、少子・高齢化、そしてまた医療事象の複雑多

岐化ということで、医療を取り巻く状況には大変厳しいものがあると認識しておりますけれども、そういう中で、原則48時間ですが、入院ということの中で初期の医療に非常に大きな役割を果たしておられるこの有床診療所、本当に日頃の活動に対して心から敬意を表する次第でございます。

和歌山県でも今色々なことをやっております、実は私ども、幾つかの県と協議致しまして、今、学会とか経済界と一緒に自治体病院の評価システムというのを作ったりしておりますし、それから今日おいでの二階先生なんかの大変なお骨折りで東南海・南海地震の法律が去年でしまして、先月の25日から施行されております。実は、和歌山県ではこれに先立って、今年の1月からドクターヘリというのを和歌山県だけでなく和歌山県が中心になって三重県、奈良県と共同で飛ばすように致しましたところ、これが本当に好評でした。初めは、そんなにたくさんお客さん(お客さんと言ったらいけませんけれども。)あるのかな

《 祝 辞 》

医療問題の専門家であります宮崎先生や武見先生がご出席でございますが、地元の故をもちまして、一言、歓迎のご挨拶を申し上げたいと思います。

今日は、全国から有床診療所の先生方にお集まりを戴きましてこれからの医療問題についてご協議を戴きました。また、厚生省から西山課長においでを戴きまして、大変有意義なお話を承りました。実は、座長を務めておられた隠岐先生から随分前からご相談がありまして、今度、全国の先生方がお集まりなので、だれを講師に頼むかということをお考えしているんだけど、おまえも知恵を出せ、こう言われまして、多少我々も日頃医療問題等について厚生労働省とはやり合ったり助けたり助けられたりしておりますので、私は今度事務次官になりました大塚さんに、「大塚さん考える」と言ったら、「西山課長が一番良い」と、こういうことをごさいます、今日は私、先程皆さんが熱心にお話を承っているのを隅の方で伺っております。静岡県の先生からご意見がございました。繰り返してご紹介は致しませんが、私は地方の声というもの、大変大事なご意見であったかと思えます。その証拠に、一番共鳴の拍手が多かったように思います。

先程、我が県の方から、和歌山県は全国で一番交通の難所だというふうな意味のことを言われました。私どもは、毎日この話を聞かされてお

思っております、本当に毎日ひっきりなしに要望があるということで、やはり医療に対する地域住民の人達の根強い希求というふうなものを感じているところでございます。東南海・南海地震、起これば大変なことになる訳でございますけれども、私ども、防災拠点病院の連絡強化を図りながら、この有床診療所とも色々手を携えてこういうことに対応していきたいと思っております。

この有床診療所の総会、また懇親会が実りあるものになることを心から祈念いたしまして、私からのお祝いの言葉とさせて戴きます。どうもおめでとうございました。

衆議院議員 二階 俊博

ます。私の党は、ご存じの方もいらっしゃるかと思いますが、「小さい党で」と必ずまづ言葉に言います。そんなこと言わなくて分っているんじゃないかと、私はそう言いたい訳であります。しかし皆さん、考えて下さい。交通の便はなる程悪いかもしれない。バスで来る人なんかには多少遠いかもしれない。しかし、飛行機で来る人、私なんかは「安珍・清姫」の日高川の周辺の生まれでございます。私は、明日もう東京へ帰りますが、実は白浜空港から帰ろかな、関西空港から帰ろかなと。関西空港へ来ても1時間、白浜空港へ行っても1時間、2つの空港が1時間以内に存在している。これは、日本でも数少ない、交通の便が良いところでありまして、この和歌山へ来るのには関西空港から、初めての方はマゴマゴされると時間を食いますが、さっと来ると30分か40分でここに到着いたします。国際会議等を開くのに持っていってこいでございます。それに相応しいようなコンベンションホール等は今木村知事が一生懸命、心に温めておるところでございます。

どうぞ皆さん、この和歌山へおいでのついでに高野山とか、或いは熊野三山、これはやがて世界遺産に登録される訳でございます、このような地域も是非思い出の1つにお時間があればご覧戴ければ幸いです。

先程、私も少し拝聴しておりましたその問題点これから今日ご出席の宮崎先生や武見先生とご

相談しながら、与党3党が一体になって、この地域医療のためにご尽瘁を戴いている先生方のご苦心に添えていかなければならないと思っておりますのでございます。

皆様のシェアは2割をちょっと超えたところというお話でございましたが、私はこれを面積に置きかえれば、日本の相当の部分を有床診療所の先生方のお力で支えて戴いてある、このように認識を致しております。今、木村知事が話をしたドクターヘリの問題にしましても、これは高速道路がきちっと整備されておれば相当助かる人もいます訳であります。渋滞に巻き込まれてしまいますと命を失う場合もしばしばある。そこでドクターヘリを活用することによって、今相当数の命を救

っておりますでございます。これら、過疎、或いは遅れている地域故の問題も抱えてある訳ですが、私は有床診療所の色々な問題を討議する場合は、大都会の話は大都会の話として、地方の問題としてどう考えるかということを改めて我々は政治として考えていなくてはならないということ为先程からしみじみと感じておる次第でございます。

どうか、先生方のご指導を戴きながら、ご一緒に国民の皆さんの医療のために、また明日からご奮闘戴きますように、我々もまたその皆様のご労苦に添えるように頑張ることをお誓いして歓迎のご挨拶にかえさせて戴きます。

ありがとうございました。

《 祝 辞 》

参議院議員 宮崎 秀樹

皆様、こんばんは。第16回の全国有床診療所連絡協議会総会がこのように盛大に開催されましたことを、まずもってお喜び申し上げます。

私も有床診療所を今やっておりますので、もう痛い程皆様のことがよく分っております。7月28日に今国会が閉会致しました。幕切れに乱闘騒ぎがございました。今日は奥様方がいらっしゃいますが、女性委員が机の上へ乗って大仁田厚というプロレスラーを蹴飛ばして、「痛い」、「痛い」と言って私のところへやって来ました。大したことはないじゃないかと言ったんですが、野党が肋骨骨折をしたという診断書を持ってくる。どうも私が見たら、肋骨骨折なんかしてないようでありまして、やっぱり打撲だけだったなんていう話がございました。私も、首を洗って待っていたんですが、私の不信任は出ないで何とか助かりましたが、何れにしろ、終わってすぐ概算要求に入りました。

ところが、来年度予算の概算要求でありますけれども、まことにおかしいことでありまして、自然増の社会保障費9,100億、これが6,900億しか認めない。2,200億、シーリングでこれはカットすると、こういう話でございます。その中に医療、福祉、それから年金がございまして。とりあえず年金の方で、昨年の1.7%の物価スライドのダウンスと去年の1.7%、それから今年の0.4%ということを含めて、カ

ットが何と2.1%で、これが大体1,150億であります。後残りの1,050億をどうするのという話になりましたら、医療はニュートラルだと言うんですね。ニュートラルというのは、今いじらない。秋から暮れに向けましてこれは議論してやるんだと。これは、解散、総選挙があるからそう言っているのかなという趣がございすけれども、私は来年の参議院選挙がございすから、朝の部会で私はくぎを差しておきました。政局絡みでこういう話をやることはまことにけしからん、これはきちっと議論して国民に納得してもらえるような形でなければいけないということで、党としても密室でやらないで平場で議論をきちっとしろということをお言ひしました。今日は二階先生がいらっしゃいます。大変頼りになる先生でございます。保守新党を引っ張っておられ、今連立でございすから、色々ご助言戴いてお助けをかりる時が来るかと思います。とにかく、小泉さんに考えを変えてもらわなければ医療は先が真っ暗闇でございます。あの方に総裁選挙で考えを変えてもらわなければ辞めてもらわなきゃいけない。私は水面下で、このままだったら再選をしてもらっちゃ困るということで、引きずり降ろすことを一生懸命やっております。何とかあれはぶっ倒さなきゃいけない。(拍手)私、今、もうそれに燃えております。

そういうことで何とか切り抜けていきたいと思っております。

有床診の話でございますけれども、あの点数表を見ると全くガツカリ致します。今日西山君がおりますけれども、ご存じだと思いますが、療養型でやっておりまして、医療だと1日何と老人798点7,980円。一般病床へ入ったら大変であります。まず最初に一般の方は、老人でも603点、6,030円。9カ月経ったら何と3,800円になるんですね。そこら辺のカプセルホテルでも今そのくらいでございますから、これはまさにカプセルホテルの値段です。一般になると、もっとひどいのであります。まだまだ低くなります。583点ですから、5,830円が90日経つと、何と363点、3,630円です。1日3,630

円で入院させるという話でございますから、これは大変な話です。こういうことはよく認識して戴いて、二階先生、今日は知事さんもらっしやいますけれども、それで有床診療所をやっている。有床診療所が今ターゲットになっている。ところが、地域にはこれが必要なんです。是非そこを皆さん、わきまえて戴いて、何とかやっていけるように健康保険法の中で政策をきちっとやってもらいたい、かように思う次第であります。

色々ございますけれども、とにかく大変な時代でございます。皆様方のご示唆、ご指導を戴く中で頑張っていることをお誓い申し上げまして、ご挨拶にかえさせて戴きます。今日は、どうも誠にあめでとうございました。

《 祝 辞 》

参議院議員 武見 敬三

本日は、第16回全国有床診療所連絡協議会総会が盛大に開催をされましたこと、心からお喜び申し上げます。また、お地元の二階先生には、この開催に当たって大変お世話になったようでございます。また、平素より同じ与党の一員として、大変経験を積んだ先輩の国会議員としてご指導を戴いている先生でございます。改めて、御礼を述べさせて戴きたいと思います。

さて、私、今日総会、そして講演、ずっとこの会へ出させて戴きました。多くの先生方の思いがたくさん含まれていることを胸にきちんとしみ込ませながら、先生方の意を体して私も活動していきたいと思います。

しかし、実際に多くの差別が不当にも病院と有床診療所の中にたくさんあるということを、今回、九州で起きました集中豪雨のその医療機関の被災した結果を見て思った訳であります。実は、飯塚市でこの有床診療所が床上浸水で被災を致しました。私は友人だったものですから、携帯電話で連絡を取り合いながら、実際にその復旧状況もつぶさに報告を受けました。外来のところはすべて水浸し、その結果、レントゲンを含む医療機械はすべて使うことができなくなりました。しかし、こういう水の災害の時には、住民の方々が水中で多くのけがをなさいます。外科の先生でございま

したから、多くの患者さんが殺到してきました。家族全員で泥を払い除けて外来で診療所ができるように即席の対応をし、そして大変なご努力でその地域の医療に救急で対応された訳であります。

私は、その状況を理解し、すぐにこうした被災に対する補償措置を執るには如何にしたら良いかということを探した訳であります。公的な役割を担った、例えば救急であるとか、救急指定であるとか、或いは夜間・休日の診療にかかわる輪番制であるとか、こういった公的な役割を担っている病院に関しては、おおよそ8,000万余の災害時における支援金が出ます。しかしながら、何と有床診療所と無床診療所は、こうした公的な役割を担っていないながらも、こうした支援金を一銭たりとも受けることができないんです。

私は、福岡県の方では果たして実際に対応できるのかと思ってそちらも調べましたが、この福岡県もそういう措置を有床診、無床診に対してはとっておりませんでした。和歌山県ではどうなっているのか、私は是非また後程伺いたいと思いますが、こうした事態を見たときに、同じこうした被災をし、そして地域の中でこうした非常事態に大きな役割を担われるそうした有床診療所がなぜこのような形で差別をされるのか、理由が分りませんでした。こうしたことをも一つ一つ丁寧に解決をし

ていながら、先生方が改めてこの地域医療に安心して従事できるように仕事をしなければなら
ないということを肝に銘じているものであります。
改めて、有床診療所の先生方の益々のご発展を

祈念を申し上げまして、私のご挨拶とさせていただきます。
本日は、誠にありがとうございます。

《 祝 辞 》

日本医師会常任理事
有床診療問題検討委員会担当理事 星 北斗

只今ご紹介戴きました星でございます。副会長
がご紹介をされた後に私がここに上がれとい
うことでございますので、多分、先生方にちゃんと
顔を見せろというご指導だろうと思います。よく
見て下さい。私が星でございます。

現在、有床診の問題、担当させて戴きまして、い
つも厳しい議論をさせて戴いております。私も、
医療の担い手の一人として、将来の我々に続く後
輩たちに素晴らしい医療の環境を作るための1つ

の大切な問題だろうと考えて、毎日努力をしてい
るつもりでございます。先生方に、これからもう
一步もう一步、これらの議論にご参加を戴き、そ
してこの議論を盛り上げて戴いて次世代に明る
い医療環境がもたらされる、そういうものを一緒
に作っていきたいと思いますので、是非ともよく
私の顔を覚えておいて戴いて、何かお話があれば
私のところに言って戴ければと思います。
よろしくお願いします。ありがとうございました。

《 祝 辞 》

日本医師会常任理事・保険担当 青井 禮子

青井でございます。多分、今日ここでご挨拶さ
せて戴きますのは、中医協に委員として出させて
戴いているという関係ではないかと思っております。

本日は、第16回の全国有床診療所連絡協議会総
会が開かれまして、大変素晴らしい総会で、私も
大いに勉強させて戴きました。皆様のご意見をず
っと最初から聞かせて戴きました。

それにつけても、今日はそういう堅い話で
はなく、只今最初に聞きました「参羽奏」の演奏、
あれは素晴らしいものでございまして、お腹の底
に響いて、大変お腹が空いてまいりました。なぜ
そんなにお腹の底に響いたのかななどと考えた
のでございますけれども、この演奏の歴史ある紀
の国初の「参羽奏」、何と洋楽器の中に和楽器の津
軽三味線が一つ入っております、それが何とも
私のDNAに響いたんじゃないかと思っているの
ですが、素晴らしい演奏でございました。

この三味線は、ちょっと前までは少し寂れてい

たのではないかなと思うのですが、ここへ来てま
だ大いに取り入れられて色々な演奏に出てまい
ります。大変な人気を博している楽器ではないか
と思っておりますが、ふっと聞いているうちに何
となく有床診療所を連想させるものがあるとい
うふうに思いました。

有床診療所も、多分歴史ある存在でございます
けれども、ちょっと今苦戦している。ですけれども、
多分この「参羽奏」のように有床診療所もこの演
奏を聞いておりますと、津軽三味線もきつと五線
紙の上に乗って演奏しているんじゃないかなと
思ったのでございますが、どうぞ五線紙の上に乗
って、すばらしい演奏と同じように有床診療所が
輝いてくることを期待申し上げまして、本日、こ
のようなところにお招き戴きましたことに感謝
を申し上げますと同時にご挨拶とさせていただきます。
有床診療所の益々の発展を期待しております。あ
りがとうございました。

講演 I「医療制度改革と有床診療所の対応」レジメ

日本経済新聞社論説委員 渡辺 俊介

1.医療改革の動き

①財政面(医療保険制度)

- 「基本方針」の策定(2003.3.28)

保険者の統合・再編 高齢者医療制度の創設 診療報酬体系【資料参考】

- さらなる医療費抑制の方向

高まる国民負担率論議【資料参考】

②規制緩和(医療提供体制)

- 総合規制改革会議(小泉首相の諮問機関)

アクションプラン12項目

「株式会社等による医療機関経営の解禁」

「保険診療と保険外診療の併用の拡大」

「医薬品販売体制の拡充」

- 厚生労働省

「インターネット等による医療情報に関する検討会」報告書(02.12.26)

「医療経営の在り方に関する検討会」最終報告書(03.3.30)

「医療に係る事故事例情報の取り扱いに関する検討部会」報告書(03.4.16)

「医療提供体制の改革のビジョン案」(03.4.30)【資料参考】

2.改革に向けて必要な視点

①日本の医療に対する高い評価

WHO2000年版保健報告 日本1位、スウェーデン4位、フランス6位、カナダ7位、
英国9位、イタリア11位、ドイツ14位、米国15位

良さを残しながら問題点の解決を

②医療費の負担をどう考えるのか

30兆円。患者が16.4%、保険料56.4%、税金27.2%(02年度)

98年度は患者14.6%、保険料52.5%、税金32.9%

③本音の議論、特に税制

3.医療界の対応

〔法人としての医療団体〕

- 対案の提示

- 広報体制

〔個々の医療機関〕

- 意識改革

- 患者が何を求めているか

例:情報開示

情報には3種類

- ①医療機関の情報(診療科、機能、スタッフ等)
- ②医師(看護師、薬剤師など)と患者の間の情報
- ③医療機関内での情報

行政ができるのは①だけ。②、③を実現するには役割分担、各職種の責任の明確化。

4.有床診療所のありかた

①政府は「中小病院、診療所は外来、大病院は入院」という機能文化を促進
専門性を生かした病床だが、点数は低く、埋まらない現実。

②地域における多機能医療機関という役割

- 介護関連 《医療病床 リハビリ グループホーム ショートステイ》
- 保険関連 《健康増進法(03.5 施行) 保健相談 在宅医療 生活習慣病指導》

③何よりも患者に選ばれる医療機関に

【資料①】 社会保障改革を巡る最近の動き

1.社会保障制度について

①財政制度等審議会(財務省の諮問機関)の「2004年度予算編成の基本的考え方」(03.6.9)

「財政赤字を含む国民負担率(潜在的国民負担率、現在47.1%)を50%程度に抑制。現行の単価を前提とした自然増を放置することは許されない」

「高齢者医療コストの縮減。公的保険の給付範囲の見直しなど」

②社会保障審議会「厚生労働相の諮問機関」の「今後の社会保障改革の方向性に関する意見」
(03.6.16)

「潜在的国民負担率を社会保障のみと過度に関連づけて論じることは適当でない」

「今後の負担水準は、給付のあり方とともに国民に選択を求めていくことが必要」

③経済財政諮問会議(議長・小泉首相)の「骨太の方針2003」(03.6.27)

「財政を健全化していくため、例えば潜在的な国民負担率でみて、そのめどを50%程度としつつ、政府の規模を抑制する」

(原案「潜在的な国民負担率を中長期的にも50%程度にとどめる」)

当面のやま場は月末の04年度予算案の概算要求基準決定。

それによって次期診療報酬改革の方向性も。

【資料②】医療保険制度体系及び診療報酬体系に関する基本方針案(骨子)

医療保険制度体系

1.基本的な考え方

- ①安定的で持続可能な医療保険制度の構築
- ②給付の平等・負担の公平
- ③良質かつ効率的な医療の確保

2.保険者の再編・統合

- 被用者保険、国保それぞれについて、都道府県単位を軸に再編・統合を推進

①市町村国保

- 都道府県と市町村が連携しつつ、保険者の再編・統合を計画的に進め、広域連合等の活用により、都道府県においてより安定した保険運営を目指す
(被保険者管理や保険料徴収等の事務は引き続き住民に身近な市町村において実施)

②政管健保

- 事業運営の効率性等を考慮しつつ、財政運営は、基本的には、都道府県単位
- 自主性・自律性のある保険運営が行われるような仕組みの検討

③健保組合等

- 規制緩和等による小規模・財政窮迫組合の再編・統合の推進
- 再編・統合の受け皿として都道府県単位の地域型健保組合の設立

④地域での取り組み

- 保険者、医療機関、地方公共団体等の関係者が協議して、医療計画、介護保険事業支援計画及び健康増進計画と整合性がとれた医療費の適正化に向けて取り組むための計画を策定
- 医療の地域特性に起因して生ずる医療費の地域差部分については、地域における適正化努力を促すような仕組みを導入
- 被保険者相談、地域の医療サービス等に関する情報提供、きめ細かな保健事業について都道府県単位で保険者が共同実施を推進

3.高齢者医療制度

- 個人の自立を基本とした社会連帯による相互扶助の仕組みである社会保険方式を維持
- 65歳以上の者を対象に、後期高齢者と前期高齢者のそれぞれの特性に応じた新たな制度
 - ・年金制度の支給開始年齢や介護保険制度の対象年齢との整合性
 - ・一人当たり医療費が高く、国保、被用者保険の制度間で偏在
- これに伴い、老人保健制度及び退職者医療制度は医療制度は廃止し、医療保険給付全体における公費割合を維持しつつ、世代間・保険者間の保険料負担の公平化及び制度運営に責任を有する主体の明確化を図る
- 現役世代の負担が過度なものとならないよう、増大する高齢者の医療費を適正化

①後期高齢者

- 加入者の保険料、国保及び被用者保険に加入

②前期高齢者

- 現役で働く人も多い前期高齢者は国保・被用者保険からの支援並びに公費により賄う新たな制度に加入
- 前期高齢者の偏在による医療費負担の不均衡を制度間で調整し、制度の安定性と公平性を確保

③世代間の負担の公平等

- 現役世代との均衡を考慮した高齢者の適切な保険料負担
- 後期高齢者の各制度からの支援は、社会連帯的な保険料で賄う
- 後期高齢者に公費を重点化するという改正法の考え方を維持

④その他

- 高齢者の医療給付と介護給付の適切かつ効率的な提供とともに、自己負担の合算額が著しく高額になる場合の負担の軽減を図る仕組み
- 保健、医療、介護等の連携による各サービスの効率化等を進め、医療費を適正化

診療報酬体系

診療報酬の基準・尺度の明確化を図り、国民に分りやすい体系とすることを基本的な考えかたとして、以下の方向に沿って必要な見直しを進める。

①医療技術の適正な評価(ドクターフィー的要素)

医療技術については、出来高払いを基本とし、以下のような評価を進める。

- 難易度、時間、技術力等
- 栄養・生活指導、重症化予防等
- 技術進歩や治療結果等を踏まえた医療技術の評価、再評価

②医療機関のコスト等の適切な反映(ホスピタルフィー的要素)

入院医療について必要な人員配置を確保しつつ、運営や施設に関するコスト等に関する調査・分析を進め、以下のような取組みを進める。

- 疾病の特性等に応じた評価

〔急性期入院医療〕

- ・疾病の特性及び重症度を反映した包括評価

〔慢性期入院医療〕

- ・病態、日常生活動作能力(ADL)、看護の必要度等に応じた包括評価

〔その他〕

- ・回復期リハビリテーション、救急医療、小児医療、精神医療、在宅医療、終末期医療等の適切な評価

- 医療機関等の機能に応じた評価

〔入院医療〕

- ・臨床研修、専門的医療、地域医療支援等の機能や入院期間等に着目した評価

〔外来医療〕

- ・大病院における専門的な診療機能や紹介・逆紹介機能等を重視
- ・診療所及び中小病院等におけるかかりつけ医・歯科医・薬剤師の機能、プライマリケア機能等を重視

③患者の視点の重視

- 情報提供の推進
- 特定療養費制度の見直し等患者の選択によるサービスの拡充

④その他

- 歯科診療報酬

- ・口腔機能の維持・増進の観点からのう蝕や歯周疾患の重症化予防等

- 調剤報酬

- ・医薬品の適性使用の観点から情報提供や服薬管理の適正な推進等

- 薬価・医療材料価格制度等

- ・薬価算定ルールの見直しの検討、医療材料の内外価格差の是正
- ・医薬品等に係る保険適用及び負担の在り方の検討 等

改革の手順・時期

(改革の手順・時期)

- 医療保険制度体系に関する改革は、平成20年度に向けて実現を目指す

- ・実施可能なものは逐次実施
- ・法律改正を伴うものは、概ね2年後を目途に順次制度改正に着手

- 診療報酬体系に関する改革は、次期診療報酬改定より逐次実施

- 社会経済情勢の変化、医療保険、国、地方の財政状況の推移等を十分に勘案

- 地方公共団体、保険者、医療関係者等を含めた国民の意見の聴取

- 年金制度、介護保険制度等の改革や政府の経済財政運営の方針との整合性の確保

- 現行制度から新制度への円滑な移行

(総合的な医療制度の改革)

- この基本方針のほか、先般の改正法附則第2条に規定されている医療及び医療に要する費用に関する情報の収集、分析等の体制の整備、保険給付の内容及び範囲の在り方等の課題についても引き続き検討を行い、医療制度の改革を総合的に推進

【資料③】

国民負担率の推移

年度	国税 ①	一般会計 税収	地方税 ②	租税負担 ③=①+②	社会保障 負担 ④	国民負担率 ⑤=③+④	財政赤字 ⑥	潜在的な 国民負担率 ⑦=③+④+⑥
昭和45	12.7	12.0	6.1	18.9	5.4	24.3	0.5	24.9
46	12.8	12.0	6.4	19.2	5.9	25.2	2.5	27.7
47	13.3	12.5	6.4	19.8	5.9	25.6	2.8	28.4
48	14.7	13.9	6.8	21.4	5.9	27.4	0.7	28.1
49	14.0	13.4	7.3	21.3	7.0	28.3	3.3	31.6
50	11.7	11.1	6.6	18.3	7.5	25.7	7.5	33.3
51	12.0	11.2	6.8	18.8	7.8	26.6	7.2	33.8
52	11.8	11.1	7.1	18.9	8.3	27.3	8.3	35.6
53	13.5	12.8	7.1	20.6	8.5	29.2	8.0	37.1
54	13.7	13.0	7.7	21.4	8.8	30.2	8.7	38.9
55	14.2	13.5	8.0	22.2	9.1	31.3	8.2	39.5
56	14.5	13.8	8.3	22.8	9.8	32.5	8.1	40.6
57	14.6	13.9	8.5	23.1	10.0	33.1	7.6	40.7
58	14.8	14.0	8.6	23.4	10.0	33.4	6.9	40.4
59	15.1	14.3	8.8	23.9	10.1	34.0	5.8	39.8
60	15.0	14.7	9.0	24.0	10.4	34.4	4.9	39.3
61	15.8	15.4	9.1	24.9	10.6	35.5	4.2	39.7
62	16.8	16.5	9.6	26.4	10.6	37.0	2.6	39.6
63	17.3	16.9	10.0	27.3	10.6	37.9	1.3	39.2
平成元	17.7	17.0	9.9	27.6	10.8	38.4	0.8	39.2
2	17.9	17.1	9.5	27.4	11.3	38.8		
3	16.9	16.0	9.4	26.3	11.4	37.7	0.4	38.1
4	15.5	14.7	9.3	24.8	11.8	36.6	4.2	40.8
5	15.4	14.6	9.0	24.4	12.1	36.6	6.4	43.0
6	14.4	13.6	8.7	23.0	12.4	35.4	7.9	43.3
7	14.6	13.6	8.9	23.5	13.3	36.8	9.0	45.9
8	14.2	13.4	9.0	23.2	13.2	36.5	8.4	44.9
9	14.2	13.7	9.2	23.4	13.5	36.9	7.4	44.4
10	13.5	13.0	9.4	22.9	14.0	36.9	(*)16.9 10.0	(*)53.8 46.9
11	13.1	12.6	9.4	22.5	14.1	36.6	11.7	48.3
12	13.9	13.3	9.3	23.2	14.0	37.2	9.5	46.7
13	13.5	13.0	9.6	23.1	14.7	37.8	8.9	46.7
14	12.6	12.1	9.1	21.7	15.0	36.7	10.5	47.2
15	12.0	11.4	8.9	20.9	15.2	36.1	11.0	47.1

(注)

1.単位は%

2.平成13年度までは実績、14年度は実績見込み、15年度は見通し。

3.平成2年度以降は93SNAに基づく計数であり、平成元年度以前は68SNAに基づく計数。

ただし、租税負担の計数は租税収入ペースであり、SNAペースとは異なる。

4.(*)の計数は、国鉄長期債務及び国有林野累積債務の一般会計承継に係る財政赤字を含む場合。

資料:財務省

【資料④】 マクロ経済と年金改革等に関する国民負担率の試算

	I 現状維持型 年金 = 給付水準維持 (代替率59%)	II 年金抑制 型 (保険料率20%)	III 総合的改革 型 (保険料率20%)	IV 更なる年金 抑制型 (保険料率18%)	V 受給開始年齢が 2歳上昇した場合 (保険料率18%)
〈年金〉					
○財源	1/3 1/2	1/3 1/2	1/3 1/2	1/3 1/2	1/3 1/2
基礎年金国庫負担割合	25.3 22.3	20.0 20.0	20.0 20.0	18.0 18.0	18.0 18.0
保険料率(%)	59 59	47.4 54.1	47.4 54.1	44.0(注) 47.4	44.0(注) 51.0
○給付水準(新規就業者の所得代替率%) (2050年)					
〈潜在的国民負担率(%)〉 (2025年)	60.8	59.8	54.5	53.4	53.4
〈歳出総額の内訳(兆円程度)〉 (2025年)					
○社会保障給付	185	180	167		
医療	62	62	53	同	同
年金	81	76	76		
介護	18	18	14		
○社会保障給付以外	115	115	111	左	左
公共投資 (同、GDP比)	32 (3.8%)	32 (3.8%)	29 (3.5%)		
○利払費	60	59	45		

(注1)〈経済前提〉

『改革と展望』期間中は、それを前提。

その後、実質成長率1.5%、実質金利2.0%、物価上昇率1.0%を想定

(注2)〈年金以外の歳出〉

2007年度までは『改革と展望』ラインで改革。

それ以降は以下の想定

【ケースⅠ、Ⅱ=現状維持型】

・年金以外の社会保障(医療、介護等)については、高齢化等により自然体で増加

【ケースⅢ、Ⅳ、Ⅴ=改革型】

・年金以外の社会保障(医療、介護等)については、高齢化等による増加を半分程度に抑制

・社会保障以外については、歳出(人件費を除く)の伸びを国民所得の伸び率マイナス0.5%に抑制

・利払費については、2010年代初頭のプライマリーバランスの黒字化達成を前提

(注3)潜在的国民負担率以下の計数については、基礎年金国庫負担割合1/2の場合を掲載

(注4)基礎年金国庫負担割合1/3の場合については、2050年以降も給付水準が低下し最終的な水準が、ケースⅣについては38.5程度、ケースⅤについては41.6%程度となる。

【出所】『社会保障モデル』(内閣府作成)により試算

出典：経済財政諮問会議(平成15年4月16日)～民間議員提出資料

【資料⑤】 医療提供体制の改革のビジョン案 —「医療提供体制の改革に関する検討チーム」まとめ—

【趣 旨】

- 国民的な合意を得て改革を推進するため、21世紀における医療提供体制の改革の将来像のイメージと当面進められるべき施策を提示。
- 国民各層における更に幅広い議論が行われることを期待し、今後も適宜見直す。

【基本的考え方】

- 患者と医療人との信頼関係の下に、患者が健康に対する自覚を高め、医療への参加意識をもつとともに、予防から治療までのニーズに応じた医療サービスが提供される患者主体の医療を確立する。

【骨 子】

①患者の視点の尊重

I 医療に関する情報提供の推進

- 医療期間情報の提供の促進、診療情報の提供の促進
- 根拠に基づく医療(EBM)の推進

II 安全で、安心できる医療の再構築

- 医療安全対策の総合的推進
(医療事故の発生予防・再発防止システムの構築、医療安全支援センターの設置)

②質が高く効率的な医療の提供

III 質の高い効率的な医療提供体制の構築

- 医療機関の機能分化・重点化・効率化
(一般病床と療養病床の区分の推進、機能分化の推進、病診連携・地域医療連携等の推進)
- 地域における必要な医療提供の確保等
(救急医療体制等の整備、小児医療の等の充実、へき地医療の確保、がん対策の推進、精神医療の充実、公的病院等の在り方、終末期医療の在り方、医療経営の近代化・効率化)

IV 医療を担う人材の確保と資質の向上

- 医師等の臨床研修の必修化に向けた対応、医療を担う人材の確保と資質の向上、時代の要請に応じた看護の在り方の見直しと資質の向上

③医療の基盤整備

V 生命の世紀の医療を支える基盤の整備

- 医療分野における情報化の推進、メディカル・フロンティア戦略の着実な推進、ナショナルセンターの整備、新しい医療技術の開発促進、医薬品・医療機器産業の国際競争力の強化



【講演Ⅰ】「医療制度改革と有床診療所の対応」

日本経済新聞社論説委員 渡辺 俊介

皆様、おはようございます。ご紹介戴きました日経新聞論説委員の渡辺

と申します。よろしくお願いします。

今お話あったように、私は新聞社として昭和48年(1973年)3月から厚生省を担当しておりますので、ちょうど丸30年経っております。そういった目から、今日はお手元に急遽、いかに新聞社が作ったざっぱなレジメでございますが、7~8枚綴じのこのレジメに沿って「医療制度改革と有床診療所の対応」というテーマでお話し申し上げます。何せ、時間が私は9時45分までということでございまして、まだできれば僅かな時間でもご質問があれば戴きたいと思っておりますので、大変駆け足になると思いますが、そういった中で、今の政府が考えている医療制度改革の動きを中心と致しまして、後有床診療所の対応につきましては後程また川原先生、或いは日医の両副会長の先生方から具体的にお話があると思しますので、私は主に医療制度改革と有床診療所も含めた医療界の対応といったことについてご説明できればと思っております。

そこで、レジメの方に移らせて戴きます。

最初に、「医療改革の動き」と書きました。皆様方、ご案内だと思いますが、私自身も30年間厚生行政を担当しておりまして、この2~3年、特に今年になってからの医療改革の動きというのは本当に目まぐるしいし、もう1つ特徴的なことは、政府部内での対立といったことが極めて顕著であります。平たく新聞記事的に言うところ、小泉内閣とそれに対する抵抗勢力といいましょうか、特に道路の問題でもそうですが、医療の問題はそれ以上に水面下も含めて対立が続いております。そういった意味で、非常に見えにくい状況でございますが、来年4月の診療報酬改定といったことも含めながら、その対立のままだということになっていくか。一言で言いますと、残念ながら、医療界にとっては極めて厳しい状況で進んでいるというのが率直なところでございますが、その辺については具体的

に申し上げてみたいと思います。

そこで、まずレジメ1ページの最初の医療改革の動きでございます。

大きく分けて、今政府は対立しながらも2つの面、つまり①財政面での改革。これが一番大きい訳であります。それから②規制緩和、この2つの流れで医療改革が進んでいる訳でございます。

その中で、まず財政面でございますが、これはご案内のとおり、政府特に厚生労働省としましてはこの財政面、つまり医療保険制度については今年3月末に決まりましたいわゆる基本方針、昨日、厚生労働省の西山医療課長がご説明なさったのはこれでございまして、つまり政府特に厚生労働省としては医療保険制度についてはこの基本方針、昨日の西山さんは「バイブル」といった言い方をしておりましたけれども、まさにこれに則ってやっていくしかないということでございます。

この基本方針については時間の関係もあって詳しく申し上げることができませんが、参考資料と致しまして、恐縮ですが3ページ以降をお開け下さいまして、中は一つ一つご説明申し上げますし、昨日の西山課長のご説明と併せて、いわば資料として後程お読み戴ければと思っております。

3月に決まった政府の基本方針は3点から成っていて、1つがここにある医療保険制度体系でございます。この医療保険制度体系の中に2つありまして、1つが保険者の再編統合です。これは、昨日ご説明がございました。その次が、この3ページの真ん中にある「3. 高齢者医療制度」を進めていくということが2点でございます。それから、おめくり戴いて4ページ、診療報酬体系についても大きく見直していきますよということです。これについては、昨日西山課長から縷々ご説明がありました。まさに彼の守備範囲でございますが、この診療報酬体系、昨日ご説明があったのを字にするということでございます。そして4ページ目の下の方、「改革の手順・時期」でございます。診療報酬体系は、昨日の彼の説明によると来年4月以降、こういった考え方でやっていくという説明がご

ございましたし、後、保険者の統合再編及び高齢者医療制度については、ここにありますとおり、概ね平成20年度、つまり5年を目指してやっていくと、これがいわゆる医療保険制度に関する今の政府の基本方針でございます。

またレジメの最初のページにお戻り戴きたいと思います。極めてラフな説明でございますが、これが政府の基本方針、つまりこれに沿ってバイブルとして厚生労働省は進めていくということでございます。ただ、今申し上げたように、保険者の統合再編と高齢者医療制度については5年後でございますので、何といいましょうか、余り目立った動きはもう既になくなってきた、今年の4月から5年後に向けて着々と進んでいる（進んでいくとも思いませんが）、一応進めていくということになっております。そしてまた、診療報酬体系についてもそのような考えで進んでいくということでございますので、逆に考えれば、あっ、これで5年間ゆつたりと進んでいくのかなと私も思っております。その次の黒丸に「さらなる医療費抑制の方向」と書きました。それじゃ済まないよという動きがつい最近出てきたので、皆様方にご説明する必要があると思ひまして、その次に「高まる国民負担率論議【別紙参考】」と書きました。

今度は2ページをお開け下さい。2ページの下半分、資料①「社会保障改革を巡る最近の動き」と書きました。これは、この何れも6月、1カ月ちょっと前の話でございます。6月になりまして、相次いで各審議会から社会保障を巡る改革の動き、答申が出てまいりました。そこで、この3つを書いた訳であります。

まず、一番衝撃的だったのが最初の①財政制度等審議会（塩川財務大臣の諮問機関、つまり財務省の考え方と考えると結構でございます。）が、ここにありますとおり、今年の6月9日に出了ました「2004年度予算編成の基本的考え方」、つまり来年度予算編成に当たって財務省としてはこうやっていくよという考え方をこの審議会に名を借りて出した訳であります。色々なことを書いてございますが、抜粋したのがここにございます。

まず、最初の「財政赤字を含む国民負担率（潜在的国民負担率、現在47.1%）を50%に抑制。現行の単価を前提とした自然増を放置することは許されない」と、ここまで明言しています。この単価と

いうのは言うまでもなく、例えば診療報酬単価もその1つで、これは財務省の幹部に私が確かめまして、この単価は何を意味するかといひましたら、診療報酬単価は勿論であります。つまり、1点10円を今の前提とはできない、つまり1点10円でさえ切り込む、つまり9円台、8円台といったことも十分あり得るというのが財務省の幹部がはつきり言っております。

この国民負担率、或いは潜在的国民負担率云々というのは何を意味するかということ、ちょっとページをめくって戴きまして、5ページをお開け戴けますでしょうか。ここに、財務省が作った資料として「国民負担率の推移」というのを載せさせて戴きました。その一番下、つまり平成15年の見込み数字でございますが、右から3つ目の国民負担率が36.1%となっています。つまり、平成15年度予算見込み数字でございますが、我が国の国民負担率は36.1%ですよということを財務省が作った訳でございます。国民負担率というのは、もう皆様方既にご承知と思いますが、要するにマクロ的に国民所得、国民が稼いだ所得、その内から幾ら国民は政府に払っているかということ。つまり、払っているのは税金と保険料しかございませんが、もっと平たく言うと税金と保険料の格好でお上に取られているかという数字でございます。国民所得が現在380兆円程度でございますが、その内税金と保険料で36.1%持って帰っていますよと。400兆円弱の360兆でありますから、120～130兆、140～150兆になりますでしょうか。とにかく、国民所得全体の内36.1%を政府に払っていますよというのですが、その横に財政赤字11.0とございます。これもご案内だと思いますけれども、今、日本は大変な赤字国債、つまり財政赤字を持っております。財政赤字というのは、今小泉さんが、とにかく1年間の新規赤字国債、つまり借金は30兆以内に抑えると言って、またその公約も果たせませんでしたけれども、とにかく財政赤字というのは、本来ならば増税してやらなければいけないのに、増税すると国民の反発を買うということで増税できない。よって、借金する。

例えば、細かい数字は簡単にしておきますけれども、今、日本の国税収入というのは、今年はずっと下がっていますが、去年までは47兆円でした。47兆円の国税収入で、日本の予算の規模というの

は81兆円から82兆円です。35兆円程度足りない訳です。だから、35兆円借金せざるを得ない。そこで小泉さんは、それを何とか30兆に抑えて節約して、いこうと言っている訳ですが、それは別として、変な言い方ですが、とにかく本来ならば、お金が足りないのだったら節約するか増税するしかない。ところが、増税できないから借金する。その借金というの、当然いづれ国民が税金が返さなければいけない訳ですから、いわばこれも隠れ負担、つまり潜在的な負担です。

ですから、実際の国民の負担は、マクロで見ると今36.1なんです、潜在的な負担が11.0ありますから、36.1と11.0を足しますと一番右の数字、潜在的な国民負担率47.1%、つまり言葉をかえていいますと、今我が国の実質的な国民負担率は47.1となっている訳であります。

そこで、もう1ページおめくり戴いて6ページをお願いします。これまた、4月に政府が出してきたものでちょっと古い数字であります。出典は、経済財政諮問会議です。この経済財政諮問会議も、ご案内だと思いますが、小泉総理大臣が議長を務めていて、閣僚が僅か6人しかメンバーになれなくて、後民間経済人2人、日経連の奥田さんとウシオ電機の牛尾さん、それから学者が2人、大阪大学の本間教授と東大経済学部の吉川教授、そして日銀総裁と、メンバーは全部で11人しか入れませんが、これが作った資料です。この経済財政諮問会議は私に言わせると、財務省が裏で糸を引いてありますので財務省の考え方と似ている訳であります、この経済財政諮問会議の4月に出した資料で、真ん中辺に「潜在的国民負担率(%) (2025年)」とございます。これは、この経済財政諮問会議、二アリー・イコール財務省でございますが、横軸に「ⅠⅡⅢⅣⅤ」とあって、Ⅰは現状維持型、つまり社会保障、年金医療、或いは介護を初めとした福祉、この社会保障を今の仕組みのまいますよといった場合に、2025年の国民負担率は60.8%になりますよと、こう言っている訳であります。そして、これじゃ大変だということで、Ⅱ、まず年金だけを抑制すると59.8ということで、大したことがない。そこでⅢ、総合的改革、つまり年金を抑制することはもとより医療も抑制し、そして介護保険といった福祉も抑制する。そうすると、54.5です。まだ高いというので、Ⅳ、さらなる年金抑制

です。年金というのは、社会保障の中でも一番お金がかかりますからターゲットにされているのですが、さらなる年金を抑制する。そうすると53.4です。ついでにⅤは、年金の受給開始年齢を67歳まで、つまり今より更に2歳上げた場合にも大して効果が無いなということで、何れにしても社会保障が一番金がかかる。これを徹底的に抑制しても54とか53という数字であるということを財務省は言っている訳であります。

つまり、Ⅲの医療も含めてやるよということ、その具体的なケースは下に注として書いてありますので、後程じっくりとお読み戴けばいいのですが、要するに医療も徹底的に抑制していくということでもまだ54.5%ですよということを経済財政諮問会議は言いたい訳であります。そういう見通しがございます。

そこで、また2ページ目にお戻り戴きたいと思えます。先程申し上げました、今年6月9日に塩川財務大臣の諮問機関である財政制度等審議会は明確に、要するにこの47.1%を放っておくと60とか50幾つになるのを将来的にも50%程度に抑えますよ、もう増やしません、そのためには相当切り込まなきゃいけないから現行の単価を前提とした自然増、これは社会保障のことを言っております。医療で言うと、診療報酬単価、年金で言いますと定額単価というのがございますし、社会福祉施設ですと福祉施設の整備費の建設単価、そういったすべての単価。これは、向井主計官という財務省の主計官が私にはっきり、すべての単価を徹底的に抑制します、そうしなければ今の単価を前提とした自然増を放置することは許されないと、はっきり言いました。ここまで言っているんですね。

そこで、その次の「高齢者医療コストの縮減」、これも昨日西山課長から話が出た、特に高齢者医療にお金がかかる、徹底的に縮減していく、それからいわゆる混合診療、つまり公的保険の給付範囲の見直しを進めていく、それぐらいやらないと国民負担率を今、47.1まで来ているのを50でとどめると言っているんですから、ほんの僅かです。来年は2004年、年金の抜本改革に当たっていますが、来年、年金、保険料がちょっと入ったらもうそれでお終いです。もうそれ以上は国民負担を上げられない。国民の負担を上げられないということは、高齢者は一方で毎年60万人、70万人増える訳です

から、後は医療費も徹底して抑制していかなければいけないということを言っている訳です。

駆け足で恐縮でございますが、そこで②の社会保障審議会、これは、坂口厚生労働大臣の諮問機関でございます、ここがその1週間後、つまり今年の6月16日、意見書を出しました。私も、実はこのメンバーでございます、日本医師会からも糸氏副会長もメンバーに入っていられちゃいますが、たまたま私は中立委員、公益委員ということで、この意見書をまとめよう、財務大臣の諮問機関が大変なことを言ってきているから我々も1週間後に意見をまとめようと。そして、5人の起草委員というのを出しまして、私も起草委員の1人に選ばれましたので、私も一生懸命に書きました。

そこで書いたことは、まず「潜在的国民負担率を社会保障のみと過度に関連づけて論じることには適当でない」ということ。つまり、国民の負担が増えるということは政府の支出が増えるから負担が増えるということです。それは確かなんだろうけれども、それは社会保障のせいだけなのかということです。ムダな公共事業等、随分使っているじゃないか、社会保障だけのせいにするなどといったかった訳です。そして、この文章を私も5人の起草委員の1人として、他の起草委員もイエスと言ってくれたので、書きました。

ちょっと余談になりますが、そしたら財務省の幹部からこの表現はやめてくれと電話がかかってきて、絶対やめないと、あれこれやりました。結果として、じゃ、妥協策としてここに「過度に」とございますが、「過度に」と入れてくれと財務省が言うから、「過度に」は仕方ないから入れてやるかということで入れました。私達としては、単純に社会保障と関連づけるな、ムダな公共事業その他あるだろうと言いたかったのですが、そういったことで書いた訳です。

もう1点は、手前みそになりますけれども、社会保障審議会として絶対に言っておきたかったこと、「今後の負担水準は、給付のあり方とともに国民に選択を求めていくことが必要」ということです。つまり、国が勝手に負担の限界を50%として、そこで医療も年金も縮減しますということを決めるのはおかしいじゃないか、負担のあり方というのは給付のあり方、つまり医療サービスはこのぐらいやりますよ、年金はこうしますよと、それを

示して、その場合は負担はこうなります、負担が低かったら給付はこうなりますと、色々な選択肢を示して国民が選ぶのが筋だろう、何も政府の方から負担を50でとどめておいて給付を決めるのはおかしいといったことを言いたかった訳であります。ということで、私達は対抗しましたが、やや螳螂の斧という感は免れないので、財務省の力の強さを今ひしひしと感じておりますが。

3番目、いよいよ満を持したように6月27日、例の経済財政諮問会議が「骨太の方針2003」を出してきました。私は、骨太と思いません。何か小骨の多い方針だと思っておりますが、これが6月27日に出てきて、「財政を健全化していくため、例えば潜在的な国民負担率でみて、そのメドを50%程度としつつ、政府の規模を抑制する」と、何だかよく分らない文章になって、原案は、その下に書いた「経済財政諮問会議としても、潜在的な国民負担率を中長期的にも50%程度にとどめる」と明確に言ったのですが、これは私は一委員ですから関係ありませんが、自民党はさすがに怒りまして、冗談じゃないということで、こういったぐちゃぐちゃとした表現になりました。何れにしても、財務省は、50でとどめる、それを基に年金も徹底的に更に抑制し、医療も抑制していくということでございます。

ここに書きましたように、「当面のやま場は月末」ということで、この月末は、たまたま一昨日の8月1日に決まりました。来年度予算案の概算要求基準、これも昨日懇親会の席上で宮崎秀樹先生や武見敬三先生もちょっとおっしゃってありましたけれども、決まりましたが、それによって来年の診療報酬改定の動向が決まる。ところが、一昨日、どういう数字が決まったか。一昨日の決定で、厚生労働省予算、社会保障予算は、昨日も話があったように2,200億円削るとなりました。それで、昨日特に宮崎議員が悲憤慷慨しておられました。そのとおりでありまして、自民党は今だに反発しておりますが、財務省は2,200億円削るということです。

そうしますと、これは深刻な問題であります。例えば、去年の4月、診療報酬2.7%、初めて下がりました。色々な理由があったのですが、その原因、遠因というのは、一昨年の同じ8月に、その時は財務省が厚生労働省予算を3,000億円削るとやりました。それに基づいて老人1割負担をやる、診療報酬を2.7%下げて3,000億円を捻出したという

訳であります。今度、一昨日2,200億円削るとやりました。いよいよ具体的には年末に決まるし、昨日もちよっと話がありました。細かいことは省略しますが、今財務省は年金のマイナススライドを実施することによって1,100億円程度を捻出すると言っています。これも、簡単に言っておきますと、年金の物価スライドというのは物価が上がるときは上がるのですが、今はデフレですから下がっております。平成11年度、12年度、13年度の3年間でトータル物価スライドはマイナス1.7だったんです。これを自民党、或いは野党も含めて年金をマイナスにしちゃうと老人が困るからやめておこうと言って凍結しちゃったんですね。去年の0.9%は実施した。今年の見込みは0.4%マイナス。つまり、過去の11、12、13年の1.7%と今年の0.4%を合わせて2.1です。これを財務省は実行する。そうすると、1,100億円出てくると言っているのです。そうしますと2,200億円削ると言っているうちの年金だけで半分削れば目的を達成する訳であります。

ところが、自民党の多くの議員は、過去の3年間でまた遡って年金額を削ったら老人の反発があると。ましてや、来年の夏、参議院選挙であります。自民党は、今のところ難色を示しております。財務省は、やると言っておりますが。そうなりますと、どうなるか。今のところ、年金をもし財務省の言うとおりやって1,100億円削れる。来年の診療報酬引き上げといいましょうか改定は、私はあり得ないと思っております。なぜならば、今言った2,200億円削る訳です。年金だけで1,100億円削ったって、まだ1,100億円削らなければいけない。薬価基準は、多分、来年また下がります。薬価基準は、多分診療報酬ベースに合わせまして、診療報酬の率で言うともた1%程度下がる。そうしますと、薬価が診療報酬ベースで1%下がるということは600億円余り、いわば浮いてきます。それで、まだ足りない。そうなりますと、診療報酬を上げる財源というのはどう考えてもない。下がることはあっても、残念ながら上がることはない。ましてや、年金のマイナススライドを過去に遡って全部実施してさえそうですから、もしこれができなかったら（多分できないでしょうけれども）、また2,000億円程度、或いはそれに近い金額をあとは医療費で削るしかない。つまり、診療報酬マイナスしかないということで、いい悪いは別として、

財政の辻褄合わせだけにまたなる。ですから、今自民党としては2,200億削ること自体けしからんとやっている訳ですが、残念ながらというんですが、小泉さんは、自分が総理大臣在任中は消費税は絶対上げないと言っております。消費税を安易に上げることは私も反対であります。これもできなかったら自民党の国会議員…きのう見えたと二人は別として、多くの社会保障関係の議員はまさに手足を縛られている。増税ができなかったら削るしかない。これじゃ、厚生労働省の官僚も何もできない。削るばっかりの予算、削るばっかりの医療のシナリオを書くしかないという、朝っぱら最初から暗い話で恐縮でございますが、今まさにそういう状況でありまして、まずはこの2,200億円を削るということを何としても、もっと少なくしなきゃいけないというのが現状でございます。

こればかりしゃべっていると切りがないので、まず財政面の動きは、政府内或いは与党も含めた対立といったものが続きながら、12月までどうなるかと。ただ、余りプラスになるということはありませんし、私もこの間、ある首都圏の医師会で講演を頼まれましたら、あるお医者さんが手を挙げられて、去年2.7下がったんだから来年の診療報酬は必ず上げてくれるんでしょうねというご質問がありました。私は、残念ながら政府はそんな優しい気持ちは全く持ってない、去年下げたから来年上げてくれるということはありませんし、ということを私は申し上げました。ましてや、昨日もちよっと西山課長から話があったように再診料（再診料は去年4月の改定で下がった）、それを西山課長が昨日、反省があったのでまた上げた、再改定を初めてやったと言いましたが、あれも中医協の支払い側委員の言葉を借りますと、いや、来年ドン！と下げるためのいわば撒き餌だよと、はっきり言った人がいた訳であります。非常に言葉は悪いのですが（私が言っている訳じゃないのですが）、そういう言い方があった訳でありまして、再診料をちよっと上げてくれたから来年また上がるというのは大きな見込み違いだということは、率直に申し上げて言わざるを得ません。

それが、まずレジメの1ページ目の財政面の問題でございまして、こういった対立が続いているということです。

それから、2番目の医療改革の規制緩和でござ

います。これももう長々と言うと切りが無いので。これも、対立が続いているということです。1つの軸としては、総理大臣の諮問機関の例の総合規制改革会議、医療面における規制を徹底的に改革しろということで、6月にアクションプラン12項目を出しました。中でも重点的に規制を改革しなきゃいけない12項目を決めました。その内の3項目が医療絡みでございまして、ご案内のとおり、1項目が例の医療機関の経営に株式会社を参入させるということ、もう1つは自由診療をどんどん認めていわゆる混合診療の併用を拡大しろということを書いております。3番目は薬でございまして、医薬品販売をもっと自由化しろということで、アクションプラン、規制緩和の12項目のうち3項目が医療絡みでございまして、まさに徹底した規制改革をやれと。例の宮内委員会、或いは旭リサーチセンターの鈴木さんという方が主査をやっているこの委員会では、徹底した規制緩和をしろと。規制緩和することによる医療提供体制を実現しようと言っている訳であります。厚生労働省は、反対である、冗談じゃないと、ここは厚生労働省、一生懸命頑張っております。医療保険財政については財務省にやられっ放しですが、この医療提供体制の自由規制緩和には相当反対しておりまして、厚生労働省はこれまでここに書いたとおり、去年の暮れには、患者に分るようにインターネット等による医療情報をどんどん出そうよということ、それから3月の末には、不透明だと色々批判されている医療経営のあり方、それから医療事故が多い等と言われているから、これについても4月16日にこういった検討部会を作った。

つまり、厚生労働省としては、なぜ株式会社を導入するんだ、医療機関の経営が不透明だとか、医療ミスがあるとか、患者にちゃんと説明しない、情報がはっきりしない等々が言われているのだったら、何も株式会社が参入しなくたって、情報をちゃんと開示し、それから医療ミスをなくし、経営も近代化しオープンにする、それで十分じゃないかということで、この検討部会を作りまして、そして、ゴシックで書きましたようにいよいよ4月30日、それらをベースにした医療提供体制の改革ビジョン案というのをまとめました。これも、最後の7ページに骨格だけ書いてございます。これが今年4月30日に、厚生労働省がまとめた医療

提供体制に関する改革のビジョン案でございます。

ですから、医療保険制度と医療提供体制、この2つの面について厚生労働省は医療保険については基本方針でやっていく、医療提供体制はこのビジョン案でやっていくという2つの両輪でやっていくと言っているのですが、医療は先程言ったように、財務省はもっと削れ、総合規制改革会議の方はもっと株式会社を入れたり徹底的に規制を取っ払えと、こう言っている。両面に対立軸が続いているということです。この医療提供体制の改革ビジョン案も、これは骨子でございまして、また後程ゆっくりお読み下さればと思います。

ということで、この2つの対立が続きながら現在医療改革が動いているということです。ですから、ある意味では全く不透明でございます。厚生労働省と自民党の医療が相当分っている議員とこっちの総理官邸の諮問委員会を中心とした対立がいまだに続いているということで、私自身も、別に皆様だけじゃなくて、新聞にも随分書きましたが、どう考えたって総理大臣の諮問機関がおかしい、どう考えたって医療が分っていない人達、経済財政諮問会議の方も先程言ったように閣僚が6人でございまして、学者が2人、そして経済界が2人、日本銀行総裁であります。中でも学者の内の大阪大学教授本間正明さん、この方が中心となってペーパーを書いておられるようでございまして、果たして医療のことが分っていらっしゃるのかどうか、疑問を抱かざるを得ない。

そういった方がこの物凄い権限を持った会議で日本の医療の姿を決定しようとしていることは極めて疑問でありますし、或いは総合規制改革につきましても、宮内会長或いは鈴木主査といった方々が本当に分って書いているのかということ、固有名詞を出して恐縮でございますが、新聞にも書いてございますように非常に疑問に感じる。そこで、今、こっちの社会保障審議会、厚生労働省、或いは自民党の心ある国会議員の人達と一生懸命抵抗している最中でございまして、どう落ち着くかといったことはまだ見えないというのが率直なところでございます。ですから、財政的に言いますと、残念ながら極めて厳しい状況にあるということは言わざるを得ません。

そこで2番目としまして、もうこれはさらっとしておきますが、「改革に向けて必要な視点」とい

うことでございます。つまり、例えば私にもよく電話等で批判が来ます。財務省、或いは先程言った総理官邸のメンバーからも、あんたはそうやって批判ばかりしているけれども、じゃ、どういった改革をすれば良いんだと、よく聞かれます。そこで対案を示さなきゃいけないと思って一応書いてみたのですが、まず私は、これは堂々と新聞に1本で書きましたけれども、総理官邸のメンバー達は日本の医療というのは悪い、とにかく医療の質が低いと言っているけれども、そうではない、なぜならば最高の証拠は、これは有名になりましたが、WHO(世界保健機関)の2000年版保健ヘルスレポート(保健報告)では、日本の医療の総合評価でございますが、総合的第1位でございます。後はここに書いたとおりでございます、あのスウェーデンでさえ4位、まさに経済財政諮問会議が良いとしているらしいアメリカの医療に至っては、これはWHOの評価ですとビリで15位でございます、そういった姿を良く分ってほしい。つまり、日本の医療というのは、確かに経営が不透明とか、ちゃんと情報を提供しないと、或いは医療ミスを起こすとか、マイナスはあるかもしれないけれども、やはり世界1位という折り紙をもらったということは絶対プラスがあるはず。勿論、国民皆保険、フリーアクセス等とあるはずですから、良いところを残しながら、やはり問題点があることは確かだから、それを解決する必要があるといったことを、これも新聞では書いてございます。

次に、②「医療費の負担をどう考えるのか」、これが一番大事なんです、この議論が足りなさ過ぎます。もっと言えば、財務省の非常にセコイ考え方で決まっている。そういうことで私は書きましたが、今、医療費は大ざっぱに30兆円です。去年は31兆円という数字でしたが、まあ大ざっぱに30兆円です。だれがどう負担しているのかといいますと、まず02年度の数字でございますが、患者が16.4%、保険料で56.4%、税金で27.2ですね。その下が98年度、つまり4年前であります。患者が14.6%負担し、保険料で52.5負担し、税金で32.9負担している。これ、ご覧になったら一目瞭然であります。この4年間で患者負担と保険料負担が増えています。税金の負担は減っております。つまり、財務省は税金をどんどん減らしたい。そして、患者負担と保険料に回すしかない。医療費は増える

から、なおさらそっちに回すしかない。患者負担は、ついに3割まで持ってきちゃった。保険料も、各組合健保も、政管健保ももう倒産寸前だなどと言って、これ以上上げられないと言っている。じゃ、患者負担はもう3割以上、多分上げられないでしょう。保険料も上げられない。税金を上げる気はない訳ですから。そうすると、医療費を強引に圧縮するしかないという、ある意味では当然の帰結になっている訳でありまして、そういった意味から言いますと、税金をもっと増やすしかない。

ですから、③「本音の議論、特に税制」ということで、私達、今度の政府の税制調査会・石弘光会長であります、あそこ私達社会保障審議会のやはり少人数の懇談があったのですが、税制調査会の石会長の姿勢は評価しました。はっきりと、何れ消費税は2ケタにせざるを得ないと。社会保障というのは金がかかるんだから、税金だけ減らそう、減らそうとしたら患者負担を増やすか保険料を増やすかしかない訳でありまして、それができないとなったら医療費を強引に圧縮するしかないというのはおかしい、やはり増やすべき税金は増やして医療に充てなきゃいけないといったことを政府税調がようやく今回そういった方針を少し認めたので、ありがたいと思っております。

時間の関係で、次の3番目、「医療界の対応」と書きました。ただ、何れにしても、これだけ医療機関が、或いは医療界が苦しい思いをしている。それは、確かにマスコミの責任もあるし、財務省の官僚の責任もあるし、或いは不勉強な自民党の国会議員、勿論野党も含めた国会議員の責任もあると思いますが、私は医療界の責任もあると言わざるを得ない。2つあって、「法人としての医療団体」というのと「個々の医療機関」と書きました。法人というのは、日本医師会、各都道府県医師会、或いは日本病院会、全日病、日本医療法人協会、つまり開業医の団体の方々、或いは病院の団体なんです、まず私達マスコミの目から見ても、なぜ医療界を叩くのかということ。私達、或いは官僚も言っておりますし自民党の国会議員も言っておりますが、陳情はもうだれも受け付けません。診療報酬を上げて欲しい、困っているからこうして欲しい。残念ながら、殆どの人は聞く耳を持っていません。やはり対案を提示して戴きたい。データも出して戴きたい。そういった意味から言いますと、日本医

師会は日医総研をお作りになって相当データを出しておりますので、私達はしょっちゅうそれをお願いに行くというが、数字に出しますけれども、それも含めた広報体制ということ。今の医療界がどうなっているんだということがマスコミも分っていない。そういったことも含めて、広報といったものをもっとやって戴きたいと思います。

最近は相当変わってきていると思いますけれども、先程来言っているとおり、これは上げて欲しいとが陳情というのは、殆ど国会議員も官僚も受けませんし、マスコミも記事にしません。これは残念ながら、今、陳情を受けていると切りがないので、やはり具体的に医療界の実情といったものをちゃんと反映しているものを出して戴きたいし、最近は相当出てくると思っておりますが、もっともと都道府県医師会レベルでも、或いは今回のこの有床診療所も、全国の連絡協議会というのは16回目でございますが、お作りになってそういった声が出てくるということは、お世辞抜きに、本当に私は大きな意義があると思っておりますので、有床診療所のあり方につきましても、マスコミの連中は私も含めまして殆ど分っていない。もっと言うと、有床診療所って何だと言う人もいるぐらいでありまして、診療所と病院の違いがまだ分っていない人もいるのが実態でございますが、有床診療所、ましてやその入院日数の点数が分っているマスコミがどこまでいるか等々を含めて、もっともと出して戴きたいと思っております。

それから、それ以上に問題なのは、(言ったら失礼ですが)、個々の医療機関も相当に一般国民を敵に回していると言わざるを得ない訳であります。よく私達も、なぜマスコミが医者悪口を書くんだと言われます。マスコミの不勉強もございしますが、多くの患者、多くの国民が医療機関を決して快く思っていないと言わざるを得ない。実に多くのお医者さんが真面目にやっていたらしゃることはよく知っております。しかし、真面目にやっていることと、失礼ながら、患者のため、患者が満足できるものとは全然違うと言わざるを得ません。大変な批判を浴びるかもしれませんが、その批判を避けるためかもしれませんが、実は私の兄貴も九大を出た小児科の医者であります。私と正反対の性格で、超真面目な男でございます。真面目だし、よく勉強する小児科であります。

もうこの説明を聞いたら腹が立ってきます。時間は長いし、患者のことを全く考えていない。ましてや、小児科でありますから、親が心配しているのにそこも考えない。確かに、真面目な医者であります。これも言い出すと切りがないのですが、真面目にやっているから良いだろうと思ったって患者は支持してくれないという例で、恥ずかしながら私の例を挙げたのですが、やっぱりそういった意味で患者が何を求めているかということ。

そういったことから言いますと、個々の医療機関につきましても、例えば次のページに1つの例として出しました。ほんの一例でございますが、私は情報開示といったことで例に出しましたけれども、情報開示は大事であります。厚生労働省も、先程言ったインターネット等による云々でやっているし、今、個々の医療機関も色々なさっておりますが、情報開示と言ったって、私に言わせますと、医療機関が情報を出せばいいかということそうじゃなくて、ほんの一例でございますが、情報と言ったって、ここに書いたとおり、私は3つあると思うんです。まず、言うまでもなく医療機関の情報というもの。うちの病院、うちの診療所はこんなことをやっているよ、どんなスタッフが揃っているよと、そういった情報は、当然患者が医療機関を選ぶに当たって必要な情報であります。それで十分かと言うと、そうじゃなくて、②として当然医師、或いは看護師、薬剤師等を含めた医師と患者との情報、これも重要でありまして、これもインフォームドコンセントかもしれませんが、患者の目線に立った情報提供、患者の立場を思いやった情報提供というもの。それで十分かというところはまだ十分じゃなくて、やはり医療機関内での情報というものです。つまり、医師を頂点とした形ではなくて、医師と全職種の方々が情報交換して、いわばチーム医療というんでしょうが、それも当然必要だということですよ。

ですから、ここで書いたのは、行政ができるのは①だけ、つまり厚生労働省がこの面で一生懸命頑張っておりますが、厚生労働省が法律や通達、政令でできるのは、この医療機関の情報開示だけです。ところが、患者と医師との情報交換とか、医療機関内部の情報交換、情報の共有というのは、これはもう行政が介入できない。ですから、総理官邸の諮問機関は、だから株式会社を入れれば競

争が働いて全部自由になるんだ、企業的になるんだから②も③もできると言う訳であります。ここも厚生労働省は頭の痛いところですが、そういった意味から言いますと、これはもう医療機関が実施するしかない。また、そうやれば必ず国民に支持される医療機関になると私は思っております。

そこで、時間の関係で、最後に「有床診療所のありかた」と書きました。有床診療所のあり方につきましては、先程申し上げたように、私自身はそんなに専門家ではございませんし、川原先生、或いは系氏、それから青柳両副会長の後程の議論の方に譲りますけれども、結局、現実には私は少しはほんの僅か理解しているつもりでございますが、まず政府の考え方は、西山さんは昨日明確にはおっしゃいませんでしたが、これからは特にこれは医政局の方でございますが、中小病院、診療所はやはり外来機能を重点的に、そして大病院は入院というような機能分化を明確にしていくと。そうなりますと、有床診療所というのはまさに専門性を生かして、ベッドを持っているという診療所でございますが、その中小病院…中小病院は、この場合、厚生労働省が言う中小病院はベッド数200未満を中小病院と呼んでおりますが、これは外来機能を重視していくという方向で行っておりますので、そういった意味からいきますと、益々有床診療所の機能といったものは、少なくとも国が考えているのは外来重視になってくるということでございます。専門性を生かした病床ですが、今のように確かに点数が低くなっていくのは、良い悪いは別としまして、政府の方針としてはある意味で当然かもしれない。

そういった現実の中で、後はどういった方向があるんだろうか。1つは、介護関連の方の1つということもあるかもしれませんが、或いは「保健関連」(このレジメは私のミスプリで、「保険」ではなくてヘルスの方の「保健」でございます。)、いわゆる予防といったこと。いわば、かかりつけ医も含めた、ましてや今年5月から健康増進法が施行されました。そういった意味からいきますと、ヘルス、或いは在宅医療、生活習慣病指導といったものにこれからなおさら有床診療所のこれまでの専門性が期待されているのではないかと、私、素人ながらそのように思っております。

しかし、有床であろうと、無床であろうと、或い

は病院であろうと、先程申し上げましたように、何よりも患者に選ばれる医療機関になるしかない。その選ばれるというのは、今、毎年毎年8千数百人が医学部を卒業して国家試験を受かるのが7,700人という時代でございます。毎年毎年、7,700人のお医者さんが誕生しているという状況の中で、益々黙っていても競争原理が盛んになってくる。当然、患者にとって幾らでも選べる状況になっている訳であります。そういった意味から言いますと、選ばれる医療機関になる。選ばれる医療機関になるのは、先程申し上げたように、一言で言いますと、患者の目線に立った、患者が何を考えているか、そういったことができる医療機関であると、私はずっと考えていて恐らくそれが最大ではないかなと思っております。

ということで、限られた、極めて短い時間でございます。与えられた時間が参ったようでございます。本当に駆け足で恐縮でございますが、そういったことでとりあえず私の話を終えたいと思います。どうも大変失礼いたしました。

《 質 疑 》

〔熊本県・上塚〕

渡辺先生、どうも貴重な話を有難うございました。

医療機関の方からの情報開示を十分やるべきだということ、もっともだと思って肝に銘じております。

それと、返すようですけれども、マスコミからの国民に対する医療に関する情報提供がまだ少ないのではないかなと思う訳です。税金を上げるといことは国民の反発が多いということでしたけれども、社会保障を削るといこと、国民が本当のことを知ったならば、当然反発が出るはずだと思うんですね。それが起こらないということは、まだまだ情報開示が足りないのではないかと思います。社会保障費が、先進国では国家予算の30%以上なのに日本では18%ぐらいしかないとか、それから医療費の負担、今度2割から3割になりましたけれども、どこでも2割負担などというところはございませんね。殆ど医療費の負担は無料です。そういうことを国民が知ったならば、これ以上社会保障費を削るといことに対しては国民の反発がどんどん出てくるはずだと思うんです。

それに対してマスコミがまだ情報開示がちょっと少ないんじゃないかなと思うんですけれども、

渡辺先生の常識が国民の常識となるように、そういうことに対してマスコミはもう少し努力をして戴けないかと思うんですけども、いかがでございましょうか。

〔渡辺講師〕

短い時間でございますが、手短にお答えします。

まず1つは、マスコミが医療の現場、医療の内部を知らないことは確かなんですね。ただ、色々な理由があつて私はよく、この間も朝日と読売とNHKの論説委員、解説委員3人から同じ質問をもらひまして、「渡辺さんは良いですよ」と。何でと聞いたら、医療の現場を見られてと。例えば、講演をやった後、お医者さんと話すと現場の話を伺います。我々は医療の現場を見られないと言う。何でだと言うと、例えば東京から朝日新聞とかなんとかです、あたくの病院を見に行つてと言つたら、まず断られてしまうと言うんですね。そうですね、病院側も、できれば来てもらいたくないと思うでしょう。つまり、現場が見られないということです。

ですから、私は民間病院が多い全日病の佐々会長に、マスコミの取材を受ける病院一覧表を出してくれと申し上げまして、出して戴きました。西澤副会長も出してくれました。私は、朝日と読売と、後、他の毎日、産経にも、この病院は取材を受けると言っているよということで渡しました。つまり、私が言いたいことは、まず病院が医療機関の現場といつてもマスコミはなかなか取材できない。不勉強もありますが、なかなか取材するチャンスがない。ですから、日本医師会もよくなさつていらっしゃるし、全日弁もようやくやってくれますが、こういった懇談会をたまにはやって戴きたい。

都道府県医師会でも、私は同じことだと思います。地元紙初め各新聞社の支局・支社もあります。そうすると、極端な話、午後の2時か3時頃、お茶一杯で良いですから懇談する。それで、現場の情報が分る、分らないが随分違つていくはずですね。分らないで書いているから、おっしゃるとおり、ちゃんと出てこない。或いは、個々の医療機関につきましても、東京の一部の病院がやっておりますけれども、例えば広報です。マスコミの連中に、うちの病院を日曜日にちょっと見に来いと呼んでもいいんです。行きます、絶対。色々なやり方があると思うんです。そういった意味で、両方とも不勉強だなというのが私の率直な印象でございます。

そういった意味から言いますと、今先生おっしゃったように、国民には正しい情報が全然伝わっていない。ちゃんとしたデータをもつてみると、そうかと。例えば、お医者さんが診療報酬が入ってきたら丸々全部ポケットに入っていると思っている人が随分多い訳です。すごいな、年間5千万も入っているの、サラリーマンの10倍じゃないかと言っているのがいっぱいいる訳ですよ。そこから薬代を払つてどうのこうのって、誰も知らない。

そういったことも含めて、色々な機会をとらえて、まさに都道府県レベル、日医レベルでもいいんですが、医師会、或いは個々の医療機関が広報体制をやるということがまず一番大事なのかなと思います。他にもありますが、ちょっと時間の関係で。

そういったことによって、今まさに指摘なさっているような情報開示、そして正しい記事が書けると。そういった意味では、やっぱり財務省というのは上手いと思いますね。物凄いです、根回しというのは。そういったことも含めて感じましたので。

短い時間でございますので、よろしゅうございますでしょうか。

〔熊本県・上塚〕

医療機関への取材も十分して戴きたいんですが、例えはさっき言つた外国との比較なんかは取材がなくてもできるんじゃないかと思うんですね。例えば、医療点数というか医療費の技術料なんか、外国との比較とかはすぐできますし、さっき言つた社会保障費の予算なんかでも、それはすぐ分る訳ですから、そういうことからまずやって戴きたいと思うんです。

〔渡辺講師〕

これもまた言い出すと時間がかかってしまうんです。全く私は同感なんです。先程言つたこのWHOの資料だって、私が審議会の委員になつてようやく貰つたんです。そのくらい、官僚も良くないところがあると思うんです。なかなか出そうとしない。はっきり申し上げて、アメリカの医療が如何に酷いかということもなかなか出てこない。

そういったことで、全くよく分ります。また言い出すと切りがないのでこの辺にしますが、おっしゃるとおりだと思います。

とりあえず、今のところはそういう答弁でご了承願います。



【講演Ⅱ】「有床診療所の課題と将来」

川崎医療福祉大学 医療福祉学部教授

川原経営グループ代表

川原 邦彦

さて、今回、私に与えられましたテーマは「有床診療所の課題と将来」ということでございます。

かいつまんで言いますと、今、有床診療所を取り巻く経営環境というものは非常に厳しい状況下に置かれているんだということでございます。

昨日の懇親会におきましても、ご来賓の諸先生方が、いみじくも全員同じようなことをおっしゃってありました。従って、ここで改めて、書いてはございますけれども、読み上げるのは割愛をさせて戴きたいと思います。

ただ、本日の講演で、私はその経営事例を示しながらというのは、パイロット的な先進事例というものを紹介しながら、今後の有床診療所の新たな役割というものはどのような役割が出てくるのだろうか、或いはその将来の有床診療所の方向というものについて論証してみたいと、かように考えている次第でございます。

【表-1】

1 有床診療所を取り巻く課題 有床診療所が抱える課題を以下の4つの観点から考察する。 (1) 医療法第13条による48時間規制等制度上の問題点 (2) 入院医療への低評価等診療報酬上の課題 (3) 入院病床の有効活用、あるいは診療機能の強化等機能上の課題 (4) 医療・経営資源の確保難、コスト高等経営上の課題 Koudoko Kawahara ④ 4

【表-1】 現在、「有床診療所を取り巻く課題」ということについて、私は4つの観点から取り上げてみたいと考えております。

第1点と致しまして、医療法第13条による48時間規制等、制度上の問題点というものがまず大きく横たわっているのじゃなかろうか、これをどうすればいいんですかという問題がまず第1点。

第2点といたしまして、入院医療への低評価等診療報酬上の課題ということ。今、渡辺先生が、来年もまたまた診療報酬の改定というものは楽

観を許さないんじゃないかなろうかというような厳しいお話をいたしましたけれども、私は、そのような過去の推移から見て、或いは将来的な方向性という視点から見て、やはりこの入院医療への低評価と診療報酬上の課題というものは避けて通れない問題なんだというふうに位置づけている訳でございます。

3番目と致しまして、入院病床の有効活用、或いは診療機能の強化等、いわゆる有床診療所の機能上の課題というものが私はあるのではなかろうか、この課題の解決というものをどうすべきであるのかということも論点の大きな1つになるであろうと、かように考えております。

4番目と致しまして、医療・経営資源の確保難、或いはコスト高等、経営上の課題ということで、病院、或いは無床の診療所に比べて経営の収支構造というものがかなり異質な構造を示しているのが有床診療所であるんだ、これについて若干触れられればと考えている訳でございます。

【表-2】

(1) 医療法13条による48時間規制等制度上の問題点 48時間規制の矛盾点と日本医師会等の動き 現在も尚、有床診療所病床が全病床の2割前後を占める地域がある。また、複数医師による対応を行う有床診療所も存在する。さらには療養病床のみ48時間規制を除外するという制度上の矛盾点が見られるのも事実である。有床診療所連絡協議会は平成14年8月、日本医師会に対し、医療法13条の撤廃等を要望書として提出、日本医師会も同規制の無条件撤廃を厚生労働省に対し強く働きかけているところである。 Koudoko Kawahara ④ 5

【表-2】 この「医療法13条による48時間規制等制度上の問題点」、「48時間規制の矛盾点と日本医師会等の動き」ということで、ここに書きました。

現在もなお、有床診療所の病床が全病床の2割前後を占めているという現実だけは、直視しないといけないのではなかろうか。エリアによっては、3割、4割というところも現存するんだと。そのような診療所というものに対して、一刀両断のごとく不要論というものは如何なものであろうとい