

うふうに私は考えております。と同時に、複数医師による対応を行っている有床診療所もまた結構あるんだということから考えた場合に、療養病床のみ48時間規制を除外して、その他の有床診療所は48時間規制を厳守していくという姿勢に対して私は如何なものであろうかと。これについては、さらなるご活動を続けながら48時間規制の排除というふうに励んで戴きたいと、かように考えている次第でございます。

【表-3】

〔2〕入院医療への低評価等診療報酬上の課題 入院基本料における格差の存在 有床診療所における入院基本料は、最高の入院基本料Ⅰ（看護師10人以上うち看護師3名以上）であっても一般病棟Ⅱ群入院基本料Ⅲ（Ⅲ：Ⅰ、正看比率20～40%）のほぼ半分であり、入院基本料の運減についても病院が14日目を以降であるのに対して、有床診療所は7日目を以降はじまる。 入院基本料加算における格差の存在 病院における入院基本料加算項目が、23項目あるのに対し、有床診療所は7項目しかない。 病院、診療所同一の減算項目 有床診療所入院基本料における減算項目については病院と同一条件である。	Kimiko Kawahara ©
---	--------------------------

【表-3】「入院医療への低評価等診療報酬上の課題」ということで、先程も話ございました病院と有床診療所の機能上の違いというものは明確になっているんじゃないかというお話を戴きましたけれども、私は、それだけでもって果たして有床診療所の現在行われている医療というものを評価して良いのかどうか。私は、それ以上の医療というものをなさっておられるのじゃなかろうか。にもかかわらず、病院との比較論ということで見ただけの場合に、入院基本料における格差についてかなりの格差がここに存在しているということとは否定のできない事実でございます。

更に、入院基本料加算における格差というものも、病院における入院基本料加算項目が23項目あるのに対して有床診療所は7項目しかないということでございます。

このように、入院基本料、更には入院基本料加算というものが病院との間に著しい格差が存在するににもかかわらず、今度、減算項目におきましては病院と診療所が同一であるという、同一条件のもとで減算項目が設けられているという矛盾点はいかに考えるべきであるのかと、かように考えている次第でございます。

【表-4】 特定入院料の算定領域が1つしかないという格差というものをどのように考えていくべ

【表-4】

〔3〕入院病床の有効活用、或いは診療機能の強化等機能上の課題 ひとつしかない特定入院料の算定領域 有床診療所に認められた特定入院料は「診療所老人医療管理料」しか存在しないのが現状である。例えば、有床診療所という地域特性を踏まえ、在宅と連動した施設における緩和ケアを実施しても、あるいは後に事例として示すように回復期リハビリテーション病棟入院料の算定要件を満たしていても、診療報酬上評価されない不利な状況におかれている。有床診療所という地域特性を踏まえつつ、その延長線上に専門性を構築したくても、制度がそれを阻むという問題が存在しているのである。	Kimiko Kawahara ©
--	--------------------------

きであるのかということをごに書かせて戴いた訳でございます。

有床診療所に認められた特定入院料は「診療所老人医療管理料」しか存在しないのが現状である。例えば、有床診療所という地域特性を踏まえ、在宅と連動した施設における緩和ケアを実施しても、或いは後に事例としてこれらを具体的に示すけれども、回復期リハビリテーション病棟入院料の算定要件を満たしていても、診療報酬上評価されないといったような不利な状況に置かれている。これはもう、皆さんご承知のとおりでございます。有床診療所という地域特性を踏まえつつ、その延長線上に専門性を構築したくても、制度がそれを阻害しているんだという問題が存在しているということでございます。

【表-5】

〔4〕医療・経営資源の確保難・コスト高等経営上の課題 収支構成比率が証明するコスト高・収益力の悪化 有床診療所が、無床診療所との比較において高コスト体質であることは否定できない。平成13年6月の医療経済実態調査を見ても、無床診療所との比較において、医薬費用で6.4ポイント高くなっている。当然、医薬収支差額も無床診療所より同率で低い結果となっているが、総数で見ると有床診療所の場合、収益そのものが前回（平成11年6月）より2ポイント減少しており、それを人件費、医薬品費、材料費等、徹底したコスト削減で克服していることがわかる。これは無床診療所、病院には見られない顕著な傾向である。即ち収入減を費用圧縮で乗り切っているという構図が本調査から浮き彫りになる。	Kimiko Kawahara ©
---	--------------------------

【表-5】「医療・経営資源の確保難・コスト高等経営上の課題」と致しまして、先程チラッと申し上げましたけれども、病院と診療所、或いは有床診療、或いは有床診療と無床診療との間に収支構成比率に大きな差異が見られるというお話を私は申し上げました。このくだりでございます。

収支構成比率が証明するコスト高・収益力の悪化ということでございます。有床診療所が無床診療所との比較において高コスト体質であること

は否定できない。平成13年6月の医療経済実態調査で見ても、無床診療所との比較において医業費用で6.4ポイント高くなっているのが事実であります。当然、医業収支差額も無床診療所より同率で低い結果となっているが、総数で見ると、有床診療所の場合、収益そのものが前回(平成11年6月の調査時)から2年間に2ポイント減少している。それを人件費、或いは医薬品費、材料費等によって徹底したコスト削減を行って、まあ何とかかんとかやりくりをし克服しているということが今日の有床診療所の経営上の努力、なおかつその存在を続けていくために最大限行うべきことなのかなと、かようにも考えております。

これは、無床診療所、病院には見られない顕著な傾向である。即ち、一言で申し上げますと、収入の減少というものを費用を圧縮しながら何とかかんとか乗り切っているのが今日の有床診療所の収支構図なんだというふうにここで結論づかせて戴きたいと思ひます。

【表-6】

4. 見直される有床診療所の役割 有床診療所に求められる新たな役割について、以下の5つの観点から考察を進める。 (1) 有床診療所における新たな経営スキーム構築の可能性 (2) 事例に見る有床診療所の新たな挑戦 (3) 有床診療所経営における介護サービスへの取組み (4) 有床診療所における経営パターンとそのあり方 (5) 有床診療所の専門特化領域 Kunihiko Kawahara © 11
--

【表-6】「見直される有床診療所の役割」ということでございますが、有床診療所に求められる新たな役割について、次の5つの観点から考察を進めてみたいということで、このように書きました。

まず、第1の観点と致しましては、有床診療所における新たな経営スキームというものが今後構築されていくのではなかろうかということ。いわゆる従来型の一元的な経営スキームというものが否定された中で新しい経営スキームというものが誕生し、またそれが今後拡大化傾向を示していくのではないかと可能性を秘めているんだということが、まず第1点。

第2点といたしましては、事例に見る有床診療所の新たな挑戦ということで、いわゆるパイロットケースとして、今日実際に行われている有床

診療所の試みというものを幾つか用意してきた訳でございますけれども、今回、この場では3カ所の有床診療所の実像というものをご紹介することによって、新たな挑戦の有床診療所の将来方向性というものを実務的視点から検証してみたいと、かように考えております。

3つ目と致しましては、有床診療所経営における介護サービスへの取り組みということ。今後の大きな事業分野、業務分野として介護サービスというものが出てくるんだ、それに対する取り組みということにも触れてみたいと思ひます。

4つ目と致しましては、有床診療所における経営パターンを5つ程挙げ、その今後の推移というものを考えてみたいと、かように考えております。

5番目と致しましては、有床診療所の専門特化の領域ということ。今後、私は有床診療所は、ある意味においては介護性並びに専門性というものを色濃く出していく中で、地域密着型の地域住民との一体感を醸し出したいいわゆる医療施設というものが新しい形で出ていくのではなかろうか。その場合に、専門性というものに対してどのような具体的な形で領域設定をしていくべきであるか、こういうことをここで触れてみたいと思ひます。

【表-7】

(1) 有床診療所における新たな経営スキーム構築の可能性 有床診療所における新たな経営スキーム構築の可能性 有床診療所の活路を見出す方策は数多くあると考えられる。これらは地域ニーズの集積、或いは機能特化による診療圏の拡大、またその双方の実現により可能となる。また、有床診療所の機能を入院と外来に分離して考える必要もある。特に、入院機能については、病院を競合相手とするより、診療所というスケールを活用する方策を模索することの重要性を指摘したい。 以降、いくつかの有床診療所の新たな挑戦事例をみていくことで、具体的な検証を進める。 Kunihiko Kawahara © 12

【表-7】 まず1つは、「有床診療所における新たな経営スキーム構築の可能性」ということです。

有床診療所の活路を見出す方策は数多くあると考えられる。これらは、地域ニーズの集積、或いは機能特化による診療圏の拡大、またその双方の実現により可能となる。有床診療所の機能を入院と外来に分離して考える必要もあるでしょう。特に、入院機能については、病院を競合相手とすると、こういうお考えはやめて戴きたいと思ひます。むしろ、診療所というスケールを活用する方策を模索するという視点に軸足を置く方が重要なので

はないかと、かように指摘しておきたいと思います。

以降、幾つかの有床診療所の新たな挑戦事例を見ながら、このそれぞれの経営スキームというものを考えてみたいと思います。

【表-8】

(2)事例に見る有床診療所の新たな挑戦	
A呼吸器リハビリクリニック (1)	
<概要>	
開業年月：平成9年5月	
標榜科目：内科・呼吸器科・リハビリテーション科	
病床数：19床（15床がI群入院基本料2を算定、4床が療養病床）	
個室等：個室15室・2人部屋2室	
1日あたり外来患者数：60～75名	
病床稼働状況：ほぼ満床	
職員数：23名（医師1名・看護職員9名・調理員4名 理学療法士3名〔ほか研修生2名〕・事務4名）	
Kumiko Kawahara © 13	

【表-8】 A呼吸器リハビリクリニックということで、実在するクリニックを全部上げておりますので、A、B、Cという形で表示をさせて戴きました。

A呼吸器リハビリクリニック。概要といたしましては、開業年月日が平成9年5月。標榜科目は、内科、呼吸器科、リハビリテーション科。病床数は19床ということでございます。

個室につきましては、ここはかなり個室率が高うございます。このような、個室15室、2人部屋が2室ということであります。外来患者がこのようでございます。病床稼働状況がほぼ満床ということで、職員数が23名。この中で非常に顕著なのは、理学療法士3名、ほか研修生2名ということで、理学関係者が5名在籍しているというのが顕著なのかなというふうに考えられます。

【表-9】

(2)事例に見る有床診療所の新たな挑戦	
A呼吸器リハビリクリニック (2)	
<特徴>	
1 呼吸器疾患に特化した診療体制	
入院：独自のプログラムによるリハビリを実施	
リハビリは運動療法が中心	
外来：喘息患者が8割を占める	
2 大学の研究室との共同研究により高い医療レベルを保つ	
3 専門分野への特化により診療圏は全国レベル	
4 呼吸器疾患の特性を考え、病棟は個室を中心に構成	
5 酸素業者との連携により患者を確保	
Kumiko Kawahara © 14	

【表-9】 それと同時に、このA呼吸器リハビリクリニックの特徴として、5点程挙げられる訳でございます。

まず1つは、呼吸器疾患に特化した診療体制を引いているということでございます。入院につき

ましては、独自のプログラムによるリハビリを実施している。また、リハビリは運動療法が中心なんだということでございます。

外来につきましては、喘息患者が8割を占めるということで、むしろ喘息専門のクリニックと言っても過言でない程の外来特性、特徴を出しながら運営をしているところに大きな特徴があるのではないかと考えられている訳でございます。

2つ目の特徴と致しまして、大学の研究室との共同対応ということで、共同研究を行うことによって、有床診療所でありながら極めて高い医療レベルを保っているということに大きな特徴がある訳でございます。

3番目と致しまして、専門分野への特化により診療圏は全国レベルということで、全国から患者さんが集まっているということも大きな特徴なのではないかと、かように考えております。

4番目と致しまして、呼吸器疾患の特性を考え、病棟は個室を中心に構成（先程、殆ど個室体制でいっているということをお話を申し上げました）。

5番目と致しまして、酸素業者との連携により患者を確保する戦略をとって、その患者の確保に成功しているということも大きな特徴として挙げられるのかなとも考えている次第でございます。

【表-10】

(2)事例に見る有床診療所の新たな挑戦	
A呼吸器リハビリクリニック (3)	
<有床診療所であることの優位性>	
1 病床がなければ呼吸器疾患患者の治療は困難	
2 職員がまとまりやすく、方針などを徹底しやすい	
3 小回りがきき、すぐに患者を入院させることが可能	
<主な収益確保策>	
1 デイケアの実施	
2 企業健診の獲得	
Kumiko Kawahara © 15	

【表-10】 「有床診療所であることの優位性」ということ。逆に、有床診療所であるがゆえにリスクが大きいという、それにひっくり返しのリサーチをした訳でございますけれども、有床診療所であるがゆえの優位性とは何なのだろうかということで3点程挙げてみました。

まず1つは、病床が無ければ呼吸器疾患患者の治療はまず困難であることを挙げておられます。

それから2つ目は、職員がまとまりやすく、方針などを徹底し易い。

3番目は、小回りが利き、すぐに患者を入院させることが可能だということを、この院長は明言しております。

さて、そこでこの呼吸器リハビリクリニックだけを行っている、これは経営が万々歳なのかと申し上げると、まだまだ経営的なサポート業務をしなければいけないということから、収益確保策と致しましてはデイケアを実施し、更には企業健診の獲得ということで保険にかなり力を入れているというのも、このAクリニックのある意味においては特性というふうに言えると思います。

【表-11】

(2)事例に見る有床診療所の新たな挑戦	
A呼吸器リハビリクリニック (4)	
<問題点・課題>	
1. 呼吸器リハビリを個々の患者ごとに実施しても、診療報酬上では「集団」として算定しなければならない	
(通常の整形外科領域におけるリハビリについては、個々の患者に実施した場合、点数の高い「個別」を算定)	
2. 高い専門性がゆえに、住民の認知度が低く、地域からの信頼を獲得するのに時間を要する	
Kumiko Kawahara © 18	

【表-11】 このA呼吸器リハビリクリニックは、では問題点、課題としてどのようなことを考えておられるのかと申し上げますと、呼吸器リハをマンツーマン実施しても診療報酬上では集団としてしか算定されないという非常に大きな診療報酬上のハンディキャップを負っているということがここで浮き彫りになってきております。

2つ目と致しまして、高い専門性であるがゆえに地域住民の認知を得ることがなかなか困難であった、地域からの信頼を獲得するのに時間を要したということを率直に挙げておられます。今日では、極めて高い認知度、或いは高い信頼というものを獲得している訳でございますが、開業した時点から通常の認知、或いは信頼というものを得るまでの期間以上に時間がかかった、というのが率直なこのAクリニックの課題ということで、院長も理解をした中で挙げていらっしゃる訳でございます。

【表-12】 次に、Bクリニックに移りたいと思います。Bリハビリテーションクリニックということで、概要と致しましては、開業年月日が平成15年6月、標榜科目が内科、整形外科、リハビリテーション科、病床数が19床、個室がこのような状況です。1日当たりの外来患者数、これは非常に少のうございませ

【表-12】

(2)事例に見る有床診療所の新たな挑戦	
Bリハビリテーションクリニック(1)	
<概要>	
開業年月:平成15年6月	
標榜科目:内科・整形外科・リハビリテーション科	
病床数:19床(全床1群入院基本料2を算定)	
個室等:個室3室・2人部屋2室	
1日あたり外来患者数:20~30名	
病床稼働状況:開業後約1ヶ月で19床のうち5床稼働	
職員数:医師2名・看護職員18名	
理学療法士4名・作業療法士3名	
Kumiko Kawahara © 17	

それから、病床稼働状況、開業後1カ月で19床のうち5床稼働。職員数は医師2名、看護職員18名で、ここもやはり大きな特徴がございます。理学療法士4名、作業療法士が3名ということでございます。

先程私は、1日当たりの外来患者数が20から30と極めて少ないと申し上げましたが、これはあくまでもまだ開業して1カ月足らずのところでございます。これは確か、私、取材と申し上げましようか、今日のために院長とお会いしまして色々お話を伺ったときには、まだ開業してまだ1カ月だということでございますから、1カ月でこれぐらい来ていれば、それはそれなりにスタンダードなものかなというふうに私は理解はしております。

【表-13】

(2)事例に見る有床診療所の新たな挑戦	
Bリハビリテーションクリニック(2)	
<特徴>	
1. 無床診療所で外来・訪問リハビリに注力してきた医師が、回復期のリハビリ医療を担うために敢て有床診で開院したこと	
2. 近隣に回復期リハビリの施設が少ないという立地条件を活かし急性期病院と連携、紹介患者を確保	
3. 設備、人員ともに、病院の「回復期リハビリテーション病棟」と同等に整備。高度なリハビリを提供	
4. 脳血管疾患、脊髄損傷等の発症から90日以内の患者を対象に早期リハビリ(通常リハビリ点数の2倍相当の加算を算定)を実施	
5. 早期退院を可能にするために在宅サービスを充実	
Kumiko Kawahara © 19	

【表-13】 このBクリニックの特徴と致しましては、無床診療所で外来・訪問リハに注力してきた医師が、回復期のリハビリ医療を担うために敢て有床診で開院したんだということでございます。

2番目と致しまして、これはある意味において立地条件というものが非常に働いた訳でございますけれども、近隣に回復期リハの施設が少ないという立地条件を活かし、急性期病院と連携をとりながら、紹介患者の確保ということで、今日現在、かなりの紹介患者を確保している訳でございます。

3番目と致しまして、設備、人員ともに病院の回

復期リハビリ病棟と同等に整備し、高度なリハビリを提供しているということでございます。

4番目と致しまして、脳血管疾患或いは脊髄損傷等の発症から90日以内の患者を対象に早期リハを行っている。そして、点数の2倍相当の加算算定を実施しているということでございます。

5番目と致しまして、早期退院を可能にするために在宅サービスを徹底して充実させておりますということでございます。

【表-14】

(2)事例に見る有床診療所の新たな挑戦	
Bリハビリテーションクリニック(3)	
<有床診として開業に踏み切った背景>	
1	急性増悪に陥る可能性のある亜急性期の患者を受け入れることが可能
2	従前から取り組んできた通所リハビリ、訪問リハビリに亜急性期のリハビリを加えることで、地域完結型のリハビリ提供体制を構築できる
<主な収益確保策>	
1	訪問リハビリ、訪問診療などの在宅サービス
Kimiko Kawahara © 19	

【表-14】 有床診として開業に6月踏み切った背景というのは何かと申し上げますと、まず1つは、急性期増悪に陥る可能性のある急性期の患者を受け入れることが、やはり有床診であるがゆえに可能なんだということ。

2番目と致しましては、従前から取り組んできた通所リハ、或いは訪問リハに亜急性期のリハを加えることで地域完結型のリハビリ提供体制を構築できるというこの2つに収められます。

主な収益確保策として、今日現在考え、実施に移し始めたのは、Aクリニックと同様でございます。訪問リハ、或いは訪問診療などの在宅サービスというものに進出することによって収益を側面的にサポートしていくということの構図の中で運営されていくということになっております。

【表-15】

(2)事例に見る有床診療所の新たな挑戦	
C内科胃腸科医院(1)	
<概要>	
開業年月:昭和56年	
標榜科目:内科・胃腸科	
病床数:19床(全床1群入院基本料1を算定)	
個室等:個室3室・2人部屋2室	
1日あたりの外来患者数:130名程度	
病床稼働状況:糖尿病の教育入院患者が13床程度を占める	
職員数:医師1名・看護職員30名・事務1名・栄養士1名	
Kimiko Kawahara © 21	

【表-15】 次に、胃腸科医院がどのような新しいトライをし始めているのかということについて、Cクリニックの例を挙げてみたいと思います。

開業年月日は、比較的古いでございます。昭和56年でございます。標榜科目は、内科、胃腸科ということでございます。病床数が19床でございます。個室等は、このような状況でございます。それで、1日当たりの外来患者数が130名程度ということでございます。病床稼働状況はこういうようなことで、糖尿病の教育入院患者が13床程度を占める。従って、ここで誤解無きようにお話ししておきますが、19床の内病床の全体の稼働率が13床ということじゃなくして、ここもほぼ満床状態でございます。糖尿病の教育入院患者が13床を占めているというふうに理解をして戴きたいと思います。ここに大きな、このクリニックの特徴を有している訳でございます。

職員数は、医師1名、看護職員が30名おります。事務1名、栄養士1名ということでございます。

【表-16】

(2)事例に見る有床診療所の新たな挑戦	
C内科胃腸科医院(2)	
<特徴>	
1	独自のプログラムによる糖尿病の教育入院を実施
2	外来では糖尿病教室開催。糖尿病患者を対象にしたイベントを実施
3	糖尿病を核に生活習慣の乱れによって発症する疾患全般を診る
4	患者の治療意欲維持のため、細やかな指導・説明と、医師1人では補えない部分をカバーする意味でも、職員教育に力を注ぐ
Kimiko Kawahara © 22	

【表-16】 特徴と致しましては、独自のプログラムによる糖尿病の教育入院を実施するというところで、最近方向転換をし、大成功をおさめたということでございます。

2番目と致しまして、外来では糖尿病教室の開催を行う、或いは糖尿病患者を対象にした色々なイベントとを行っているということでございます。

3番目と致しまして、糖尿病を核に生活習慣の乱れによって発症する疾患全般を診ておりますということです。

4番目は、患者の治療意欲維持のため、細やかな指導、説明と医師1人では賅えない部分をカバーする意味でも、職員教育に徹底的に力を注ぎ、院内の医師・職員一体となって患者さん対応を行っているということでございます。

【表-17】

(2)事例に見る有床診療所の新たな挑戦	
C内科胃腸科医院(3)	
<有床診療所としての優位性>	
1	患者の生活習慣を改善するためには、入院機能を保有する必要がある
2	24時間にわたって、かかりつけ医としての機能を提供できる体制は、地域住民に安心感を与える
3	小規模であるがゆえに職員の意志統一を図りやすい
<主な利益確保策>	
1	デイケアの実施(地域住民の評判も良好)
2	糖尿病の教育入院が中心であるため、医薬品費などを削減。夜勤看護師の負担を軽減
Kunihiko Kawahara © 23	

【表-17】 有床診療所としての優位性として3つ掲げてあります。

患者の生活習慣を改善するためには入院機能を保有する必要があるということでございます。患者の生活習慣を改善するということにウエートが置かれております。

2番目と致しまして、24時間にわたって、かかりつけ医としての機能を提供できる体制は地域住民に安心感を与えるのではないかとことを言っております。

それから3番目と致しまして、小規模であるがゆえに職員の意思統一を図り易いということ。先程のAクリニックが同様のことをおっしゃっておりますが、こういうところに特色があります。

主な利益確保策は、A、Bと同様でございます。デイケアの実施。

それから2番目と致しまして、糖尿病の教育入院が中心であるため、医薬品費等を削減することが可能である、徹底的に削減をした結果、かなりの利益が出て、夜勤の看護師の負担を軽減させることが実現できたということでございます。

【表-18】

(2)事例に見る有床診療所の新たな挑戦	
C内科胃腸科医院(4)	
<問題点・課題>	
1	個々の患者に細やかな指導を実施しても、診療報酬での評価は十分に得られない
2	職員に対する好待遇を約束できないなかで、今後も優秀な人材を確保できるか否かに対する不安
3	介護保険制度の創設、医学の進歩が有床診療の患者減を招くことへの不安
Kunihiko Kawahara © 24	

【表-18】 問題点と課題でございます。

この患者に細やかな指導を実施しても、診療報酬での評価はやっぱり十分に得られないとい

うこと。A、B、C揃って同じような診療報酬上の不平等性というものをおっしゃっております。

2番目と致しまして、職員に対する好待遇を約束できない中で、今後も優秀な人材を確保できるか否か、非常に不安に思っているということ。これは、メンタル的な部分も含めてでしうけれども、そればかりではなくして、経済的な負担対応力ということを考えても、このようなことはやはり考えざるを得ないんだということでございます。

3番目と致しまして、介護保険制度の創設、医学の進歩が逆に有床診療の患者減を招いているということ。これが今後どうなっていくんだろうかという、非常に先の先まで見抜いた上での問題、課題というものを掲げてあります。

【表-19】

(3) 有床診療所における介護サービスへの取組み	
事例が証明する経営基盤強化策としての介護保険サービスへの取組み	
有床診療所としての機能、スペースを生かしながら、居宅介護サービスを展開し、その収益をもって入院医療における不採算性を補填するという形態が多いように見受けられる。そのような意味においては、居宅介護サービスの実施は有床診療所に与えられた新たな役割(業務)の一部と見ることができ。通所リハビリ、訪問リハビリ、訪問看護といった介護保険サービスの実施により、有床診療所の経営が保たれるという捉え方ではなく、介護保険サービスこそが有床診療所のひとつの大きな事業となり得るのである。	
Kunihiko Kawahara © 25	

【表-19】 次に、「有床診療所における介護サービスへの取組み」ということと致しまして、「事例が証明する経営基盤強化策としての介護保険サービスへの取組み」ということと致しまして、

まず、有床診療所としての機能、スペースを生かしながら居宅介護サービスを展開し、その収益をもって入院医療における不採算性を補てんするという形態が一般的には非常に多く最近見受けられるようになった。そのような意味においては、居宅介護サービスの実施は、有床診療所に与えられた新しい役割(業務)というふうに見ることができのではないかとこのようにここで位置づけられるようになった訳でございます。

通所リハビリ、訪問リハビリ、訪問介護といった介護保険サービスの実施により、有床診療所の経営が保たれるという捉え方ではなくして、ひっくり返して介護保険サービスこそが有床診療所の1つの大きな事業の柱となるんだと。その結果、経営が保たれるという捉え方でいった方が私は良いのかなと考えている訳でございます。

【表-20】

(3) 有床診療所における介護サービスへの取組み

かかりつけ医機能に徹するのであれば
介護療養型も選択肢

かかりつけ医機能の延長線上として病床の介護療養型医療施設化も検討すべき課題となる。ただし、施設基準、収益性の追求というスタンスではなく、あくまでもかかりつけ医機能の一環としての居宅介護サービスとの連動性を十分に踏まえ、介護サービスメニューの充実化による相乗効果に経営上のメリットを求めるというスタンスが必要である。

なお、有床診療所介護療養型医療施設にあっては、要介護度2までは病院よりも高く介護報酬が設定され、初期加算、退院時指導等加算についても病院と同一評価となっている。

Kumiko Kawahara © 26

【表-20】 かかりつけ医機能に徹するのであれば、介護療養型も選択肢ということになります。

結論から申し上げますと、かかりつけ医機能というものをより以上に発揮していくということであれば、必然的に介護療養型の医療施設の選択というものは不可欠にならざるを得ないのかなということを書いてある訳でございます。

かかりつけ医機能の延長線上として病床の介護療養型医療施設化も検討すべき課題となるであろう。但し、施設基準、収益性の追求というスタンスではなく、あくまでもかかりつけ医機能の一環としての居宅介護サービスとの連動性を十分に踏まえて介護サービスメニューの充実化による相乗効果に経営上のメリットを求めるというスタンスが是非必要であるということでありませう。

尚、有床診療所介護療養型医療施設にあっては、要介護度2までは病院よりも高く介護報酬が設定され、初期加算、退院時指導等加算についても、病院と同一評価となっているというのを付け加えておきたいと思ひます。

【表-21】

(4) 有床診療所における経営パターンとその在り方

上記を含め、有床診療所における医療としての経営パターンについては概ね以下のように分類できる。

	外 来	入 院	
I	かかりつけ医機能	一般医療入院	かかりつけ医的 ↓ 専門的 特徴的
II	かかりつけ医機能	介護療養型医療施設	
III	かかりつけ医機能+専門外来機能	一般医療入院+専門入院	
IV	かかりつけ医機能+専門外来機能	専門入院	
V	専門外来	専門入院	

上記パターンを見ていくと下に行くほどこれからの有床診療所の新たな役割(経営パターン)が明確化される。

Kumiko Kawahara © 27

【表-21】 今まで縷々申し上げましたことを前提に致しまして、有床診療所における医療としての経営パターン、医療経営の執行パターンについて考えてみますと、I、II、III、IV、V類に分類できる

のかなということ、ここで有床診療における経営パターンを分類・表示した訳でございます。

まず、外来機能と入院機能ということとをセパレートした中で、I類は外来は従来型のかかりつけ医機能、それから入院も従来型の一般医療入院を行うというものでございます。第II類型と致しましては、外来はかかりつけ医機能、入院は先程申し上げました介護療養型医療施設機能を持つということでございます。第III類型と致しましては、かかりつけ医機能と専門外来機能を兼ね合わせて持つ、兼備するということでございます。

と同時に、入院も一般医療入院と専門入院という機能をあわせ持つということでございます。第IV類型と致しましては、かかりつけ医機能と専門外来機能、これはIII類と同じでございますが、入院につきましては専門入院を行っていくということでございます。第V類は、専門外来、専門入院ということで、このI類がかかりつけ医的な外来入院機能というもののから、V類に近づくに従って専門的、より特徴的になっていくというところに、この経営パターンの大きな特徴が挙げられるのではないかと。また、将来的にはこのIからV類に向けた中で、それぞれの診療所の経営パターンというものを模索するということが必要なのではないかと、かようにも考えている訳でございます。

【表-22】

(5) 有床診療所の専門特化領域

有床診療所の特色を出しながらの専門特化事例を示す。

- ・呼吸器、心臓、胃腸など臓器を絞り込んだ診療
- ・生活習慣の改善治療(教育入院)
- ・糖尿病などの特定疾患の診療
- ・睡眠障害に関する治療
- ・急性増悪に陥る可能性のある患者のリハビリ(早期リハビリ、呼吸器リハビリ等)
- ・短期滞在手術を伴う眼科・耳鼻科診療
- ・レーザー、カテーテル、腹腔鏡、内視鏡などを利用した検査、手術
- ・在宅療養患者のターミナルケア
- ・アルコール、薬物などへの依存症治療
- ・医療必要度の高い在宅高齢患者のショートステイ機能

Kumiko Kawahara © 28

【表-22】 次に、「有床診療所の特色を出しながらの専門特化事例を示す。」ということで、それでは具体的にどのようなことをやるんですかということになりますと、呼吸器、心臓、胃腸など、臓器を絞り込んだ診療ということ、生活習慣の改善治療、糖尿病などの特定疾患の診療、睡眠障害に関する治療、急性増悪に陥る可能性のある患者のリハ、短期滞在手術を伴う眼科・耳鼻科診療、レーザー・カテーテル等々を利用した検査・手術、在宅

療養信者のターミナルケア、アルコール・薬物等への依存症治療、或いは医療必要度の高い在宅高齢患者のショートステイ機能というものが、まあまあ専門化事例として具体的に示されるのかな、かように考えております。

【表-23】

結び(結論) 一般の入院診療、かかりつけ医としての外来診療のみの診療活動に終始するのではなく、疾患、臓器などへの特化、充実したリハビリテーションと、デイケア、訪問リハなどの介護サービスを組み合わせるなど、専門機能に特化したかかりつけ医というスタイルがこれからの新しい有床診療所像になるものと確信する次第である。 Kumiko Kawahara © 33

【表-23】「結び(結論)」でございます。一般の入院診療、かかりつけ医としての外来診療のみの診療活動に終始するのではなくして、疾患、臓器などへの特化、或いは充実したリハビリテーションとデイケア、訪問リハなどの介護サービスを組み合わせるなど、専門機能に特化したかかりつけ医というスタイルがこれからの新しい有床診療所像になるものと確信する次第でありますということで、一応結んでおきました。と申し上げますのは、有床診療所はご存じのように、まず私も2種類に分類整理する訳でございます。

まず1種類はいわゆる一般的な有床診療所、それから2番目に致しましては、眼科であるとか耳鼻科であるとかといったような極めて専門性の高い有床診療所。今回、私は、どちらかと申し上げますと、従来一般型に類型化されてとらえられていた有床診療所についてのお話に終始させて戴きました。従って、専門性の極めて高い従来からの診療所というものにつきましては、今後も私は有床診療としての存在は、より以上に私は地域社会においては評価されていくのかなと、かように考え、私の今日のお話にかえさせて戴きたいと思います。

最後までご清聴戴きましたこと、心から厚くお礼を申し上げます。どうもありがとうございました。

団体の考え方の中では、厚生労働省だけではなくて、国土交通省も、文部科学省も、或いは通産省も、すべての事業に対して、我々サイドの、我々の村での行動が影響してくるんだということを我々

は常に考えていなければいけないと考えます。だからこそ、医療とか社会保障というのは国家戦略として、国家安全保障として取り扱われるべきものなんだということです。それによって国民は、国土を守れない国ではあるけれども、我々の生計、我々の生命というものに対しての少なくともその時点での安全が保障されているなという安堵感を持てる。それができる立場に我々医師があるんだということを強調しておきたいと思っております。

話の内容が散漫で、かえって分らなくなったということになるかもしれませんが、段々私も勉強するに従って論理がまとまってくると思いますので、また何れかの機会にお話ししたいと思います。

今日は、財源の使い方の中で自己負担は無くするんだということを申し上げましたが、これは本気で私はそう思っておりますけれども、社会保険という保険の中であれば、更に患者さんたちが自己負担をして財布からお金を出すなんてことはとんでもない話だ、しかも大した哲学もないのに官僚が決めた話だ、これはやっぱり無くさなければいけません。しかし、自己負担が無くなった時に医療費全体の中での自己負担のウエートの影響力というのは、かなり大きいと思います。そういうものに対して、じゃ、どういう考え方を持っているのかということもしっかりと論理を作っておかなければいけません。私はこれは、自立投資という私の考え方を出しながらご理解を戴いているのですが、なかなか分り難い。私も整理し難いところがありますので、まだその仕事が途中ではございますが、そういうことを多角的に考えながら、今後の医療費、政策というのが進行されるべきであるし、我々の手で進行していくべきであろう、当面の敵である財務省に向かって理論武装すべきであると考えております。

時間になりましたので、これで終わらせて戴きます。ご清聴、ありがとうございました。



【講演】 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

日本医師会の糸氏でございます。私と青柳先生と2人で一人前ということとで、今日はお話しさせて戴きたいと思ひます。

診療報酬の問題については後程、青柳副会長からお話があると思いますが、私もこの有床診療所にかかわってきたというのは、執行部に入りまして平成4年からでございますので、もう10年以上、先生方に色々ご指導を賜りながら、なおかつ今日こういう問題を抱えているということについては我々の努力の至らなさということで、もう決着をつけるべきときだろうというふうに覚悟はしております。何せ、この有床診療所の問題というのは色々な問題がございます。一方で、我々のバックグラウンドというのは、今大きく変わろうとしております。

【表-1】

国民皆保険制度の光と影	
光・・・フリーアクセス	
・平等性(貧富の階層化の消失)	
・命の安全保障 ⇒ 国民の安心	
・健康寿命の延長 ⇒ 社会の活性化	
影・・・国による民間医療の支配	
・プロフェッショナルオートノミー(autonomy)の侵害	
・医療費の抑制・医師技術料の過少評価	
・医療経営の悪化・医療サービスの低下	

【表-1】 今の医療事情の根源的な問題というのは我々が「国民皆保険制度」というものを抱えているからにはかならないと、私は基本的に考えております。有床診療所の問題もまさにこのところにある訳でございます、非常にまばゆい光の当たる部分と光の当たらない陰の部分といひますか、この2つの相克が今までの、はっきり言って50年近くにわたる日本医師会と厚生省との対決というのは、武見先生以後、坪井会長に至るまで綿々と続いているのだらうと思っております。この仕切りを今後どうつけていくかということが大きな問題でございます。

かつて、私、平成4年頃に高齢者会議でアメリカ

へ行ったときに、ちょうどクリントン大統領が就任しまして、奥さんのヒラリー委員会というのがあの時できまして、何とかアメリカも日本の国民皆保険制度というものを実施したいということとで力を入れてやった訳でございます。その時に、まずもって手本にしたのは日本の皆保険制度でございます。しかし、あのクリントンさんの威信をもってしても結局は不成功に終わったということとでございます。

そこには、日本の皆保険制度というのは、外から見ればまばゆいばかりのものでございますが、一方、裏側から見ますと、ここに掲げているような色々な問題があるということとでございます。

勿論、光の当たる部分というところについて言いますれば、本当に我が国の保険制度というのは、誰でも、何時でも、何所でもというようなアクセスの良さ、貧富の差なく、すべての人が健康について安心して命の安全保障が受けられる、そしてまたこれからの大変な高齢社会に対して社会の活性化というのは、まさに健康寿命の延長によって達成されているという、良いことづくめが表に出てくる訳でございます。

今、ようやく色々な財政面のところから、小泉内閣はこのことについての陰りをもたらしきっている訳でございますが、事実、今まで40年、これを支えてきたのは実はこの陰の部分でございます、何といっても我が国の医療機関というのは殆どが民間医療機関である。でありながら、その医療システム、先生方の診療行為から報酬に至るまで、すべてこれは国による民間医療の支配でございます。従って、医師という極めて自由な職業でありながら、自主的な行為というのは国によってがんじがらめに縛られているといひますが、そういった意味で、かつては「プロフェッショナルフリーダム」という言葉をよく使いましたけれども、むしろこの頃では、倫理面のことも考えますと、「プロフェッショナルオートノミー」、いわゆる「医師の職業倫理に基づく自主性」といったものが侵害されているのではないかと。当然、皆保険に協力

するために膨大な療養担当規則によって皆さんの医療行為はすべて縛られる。有床診療所の問題も、まさにここに引っ掛かってくる訳でございます、国による規制というものがかかってきている訳でございます。そして、医師で自分で最善の行為というものは必ずしも自由にはできないという、非常につらいところがございます。

一方で、国が皆保険を保障する限りにおいては、国の考え次第による訳でございます、当然、医療費の低医療費政策というものはどんどん進められる。特に、昨今の経済不況の中では益々その激しさを加えてまいりまして、今やどんどん公的保険の範囲を削り、患者負担を増やし、国の支出を減らすというのは、これは財務省中心の医療政策というものに今なっていると言っても過言ではない。その中にあって、医療というものは、先生方ご存じのように極めて我々にとっては、こういう医療法とか医師法といった色々なもの以前に医の倫理として守らなければならない、法を超える倫理性というものは、他の企業倫理と医業の倫理というのは違う訳でございます、そういう葛藤に我々は悩みながら最良の医療を国民に提供しなければいけないという問題がございます。

こういう形の中で、しかも医療の質をもっと上げろ、或いは医療の安全にもっと徹底しろということでムチ打たれながら、一方で医療費はどんどん減らす。全く余裕、ゆとりのない医療が現在我が国のすべての地区において行われている。少なくとも、皆保険制度を守る会議においてはこういうことが強制されている。これに医療担当者として、当然言うべきことは言わなくちゃいけない。しかし、言っても、今少し国民もマスコミも理解しないというジレンマの中で我々は苦しんでいるということが言えるかと思います。

当然のことながら、医業経営の悪化、医療サービスの低下、医療安全も覚束ない。また、ゆとりある医療というものが無い。労働過重に悩む看護師・医師の中でどうして医療安全が守れるかという大きな問題がある訳です。これを本当に国民に理解してもらって、あつ、これは何とかしなければいけないというふうに理解してもらうためには、人を頼っておってもいけませんので、我々自身がこれを何とか打開していかないといけないのではないかと考えております。

しかし、実はこの影の部分によってこそ、この光というのは今まで輝いてきた訳でございますので、このバランスを今後どうとっていくかということが21世紀の大きな日本医師会の務めではなからうかと思えます。特に、官僚支配下からの脱却、国の一元的管理医療からの脱却ということが、まさにこれからの日医のテーマでございますし、また有床診療所の問題もまさにこういうところにかかっているのではないかと、かように思っているところでございます。

【表-2】

厚労省の医療提供体制の改革のビジョン抜粋
・ 患者の選択のための情報提供の推進 ・ 質の高い医療を効率的に提供するための医療機関の機能分化・連携の推進と地域医療の確保 ・ 医療を担う人材の確保と資質の向上 ・ 生命の世紀の医療を支える基盤の整備

【表-2】 ご存知のように、厚労省は医療提供体制の改革ビジョンという物を出しております。この中で、患者の選択のための情報提供の推進ということがございます。また、質の高い医療を効率的に提供するための医療機関の機能分化、連携の推進と地域医療の確保、また医療を担う人材の確保と資質の向上、また生命の世紀の医療を支える基盤の整備(どういうことか、ちょっと私も分らないのですが)とうことを言っておる訳でございます。

【表-3】

医療提供体制に関する基本理念(日本医師会)
- I 医療に対する共通認識の醸成 ⇒「社会的共通資本としての医療と国の責任」 - II 医療の安全と質の向上は職業倫理の基本 ⇒患者本位の医療の実践 - III かかりつけ医機能を中心とした機能分担と連携システムによる地域医療の構築 - IV 地域医療提供体制の継続性の担保 ⇒医業を継続しうる財政的裏づけ - V 医療機能に応じた診療報酬上の評価の確立

【表-3】 やはりビジョンと言いますが、基本的な医療提供の理念というものをここにちょっと書いてみたのですが、少なくとも医療に対する共通認識の醸成ということ、これは今日も後で坪井会長の講演があると思いますが、社会的共通資本、

これは教育、公安と同じように医療というのは非常に公共性の高い、しかも倫理性の高い仕事でございます。それに対して国としても、これは責任を当然持たなければいけないことであるということをもまず第一に考え、国の責任ということをも第一義的に我々は国の防衛と同じように、国民の生命の安全ということを保証しなくちゃいけない。これを第一に考えております。

それと、これからの医療というのは、まず医療の安全ということ。大学病院でさえ、患者の取り扱い違えとか、間違っただけの手術をしているという現状。どうしてこういうことが起こるのか。また、医療の質。医学の進歩に伴った社会的適合がきちりなされているかどうか。このことのために、医療担当者である我々が責任を持ってこれを果たしていかなければいけない。そういった、医療の安全としての向上というのは、まさに医師の職業倫理の基本であろうと思います。その究極、目指すところは、やっぱり患者本位の医療の実践であろうというふうにも思っております。

3番目のところに、かかりつけ医機能を中心とした地域医療の構築とありますが、これが我が国の医療が長年培ってきた特性であろうと思います。この中には、まさに有床診療所の問題がかかわってくる訳であって、地域においてきめ細かに患者さんに対応し、そして患者さんのニーズに応えていく医療者のあり方といったものがこれから益々重要であろうというふうに思っておりますし、またその地域医療の体制を継続していくために何が必要か。当然、財政的な裏づけも必要であろうと思っておりますし、そのための診療報酬上の評価の確立ということも、これは当然要求されてくることであると思っております。

こういう地域医療の持続性を担保するには、それなりの位置づけというものを診療報酬上、定めていかなければいけないだろうというふうにも思っております。

【表-4】 医療提供体制の再構築、これを整理いたしますと、国民の方から見た提供される医療の概念というものについて、向かって右側にある医療機関の方で見ますと、有床診療所或いは診療所、それから中小病院、それからその下に地域支援病院というのがございます。それから更に下に、大学病院、国・公立病院、公的病院、ずっと大きな病

医療提供体制の再構築（考え方の整理）			
国民サイドから見た提供される医療の概念			
恒常的医療	医療内容	担当する医師	医療機関
日常的（プライマリ・ケア） Ⅱ 比較的良好な病状やケガ	一般的な医療 予防的な医療 ・一次予防 ・二次予防 ・三次予防 (含機能訓練・リハビリ等)	かかりつけ医	(有床)診療所 中小病院 地域医療支援病院
非日常的 Ⅱ めったにかからない病状やケガ	応急医療 救急医療 専門医療 高次医療 高度先進医療	専門医	大病院 国・公立病院 公的病院 特定機能病院以外の 大学病院分院 特定機能病院

院があります。担当する医師は、ここへ「かかりつけ医」と書いてありますが、実際、地域においてはかかりつけ医が主体になりますけれども、その他にも地域における診療所の専門医も当然ここへ入ってくるかと思えます。かかりつけ医と専門医が恐らく地域医療というものを担当するだろうと思えます。これらの担当するところは、その左にありますようにいわゆるプライマリ・ケア、比較的良好に見られる病状やケガに対応するだろうと。医療内容としては、一般的な医療、予防的な医療、一次予防、二次予防、三次予防といった問題、或いはまた機能訓練やリハビリテーションといったものを対象にしてかかりつけ医の機能と専門医の機能、このミックスした機能というのが実際必要になるのだらうというふうに思っております。

ところが、その下の段にありますように、いわゆる大病院とか、或いはまた特定機能病院、大学病院、こういうようなところには専門医というものがあるのは、当然出てくる訳でございます。この専門医というのは、勿論かなり特殊な専門的なドクターでございますけれども、ここに位置づけられるのは、専門医の他にもう1つ、実際、医学・医療の研究をしている研究医といいますが、そういう方々、それからまた医師を教育する教育医といった方々も、この部類に属するのではないかと思います。こういうところは、めったにかからない病状にどう対処していくか、また新しい治療法を発見していくか、実施していくかというような意味において、医療内容としては応急医療、救急医療、専門医療、高次医療、或いは高度先進医療に対応するという図式になるのではないかなと思います。

要するに、日常我々が診療所或いは有床診療所で対応することになりますと、プライマリ・ケア、これらのところの担当についてまず我々の守備

範囲だということを確定しておかなければいけないのではないかというふうに思っております。

有床診療所の抱える問題、48時間収容を一体どうするかということ。昨日から色々話がありました。また、患者の大病院志向。診療所の前を通過して患者がどんどん大病院へ行くといった問題。また、有床診療所の医業継承への不安といったものをどうするかということがこれから問題になってくるのではないかというふうに思っております。

医療法第13条、いわゆる48時間収容の問題ですが、「診療所の管理者は、診療上やむを得ない事情がある場合を除いては、同一の患者を48時間を超えて収容しないように努めなければならない。但し、療養型病床群に収容されている患者については、この限りではない。」ということ。これは、現在の規制です。これは昭和23年と昭和29年、平成9年の3回、改正されております。これは、先生方のご努力によって変えられた訳でございます。昭和23年当初にできたときは、明らかに禁止していた。除外規定というものは一々保健所に届け出なさい、そうしないとまがりならんというような非常に厳しい状態でした。昭和29年には、一概に禁止ということでは無しに努力規定ということで、「努めなければならない」という表現に変えられました。これが29年です。ですから、23年から6年後に努力規定に変わったということです。平成9年には、例の療養型病床群ができたために、療養型病床群については一定の条件を付けて、これについては除外しようというふうに様子が変わってきた訳でございます。

医療法第13条の考え方というのは、厚生省の解説書には非常に厚かましいというか、けしからんことが書いてある訳です。「患者を入院させ、そこで十分な科学的医療が行われるためには、設備その他が相当整備されている必要があるが、診療所はこの点が不十分であり、」と断定している。「本来患者を入院させ、本格的な医療を行うことを本旨としないものであるため、」というふうにも断定している。従って、「患者の入院については一定の制限を設けているところである。」と、非常に独断的な解釈を当初しておる訳です。

時代とともに、それでは今の有床診療所では設備その他が相当整備されていないか、不十分なのか、また本格的な医療を行うには不適切な施設にな

っているか、そういうことについて当然反論したくなる訳ですが、すべてこのような医療法解説書の解説は、全く根拠の無いでたらめなもので、今だにこれがまかり通っているということについて、我々は徹底的にこれを攻撃しなければいけないところだろうと思っております。

結局は、何だかんだ言っても48時間収容といった問題をどうするんだということでございます。

1つは、50年の実績というか実態というものを一体どう考えるかということ。また、規制というものは現在色々…先程のように3段階に分けて変わってはきておりますし、努力規定になったり、療養型病床群を認めておりますが、今尚しかし、基本的には48時間を超えた場合には法に反するものという取り扱いが現行なされております。私の地区の近くで有床診療所の隣に10階建てのビルを建てた時に裁判になりまして、結局、その判例が有床診療所の48時間という規定で有床診療所が負けたというくらい、法は法として通っていて容認されているという問題がございます。

また、長期間入院しないからということで診療報酬上差別されているのではないかと疑いたくなるのも当然であります。また、この廃止についても、無条件に廃止しろという今回の代議員会のご指摘でございます。また、そのことのために今日本医師会も動いておる訳でございますが、無条件にできるのか、それに対して厚生省はどう対応するのかという問題がございます。もし廃止するとすれば、無条件にできれば一番いいんですが、とは言っても、最低これくらいのもので妥協してくれというようなものが出てくるのかどうか。

だから、病院並みの施設基準に準拠するための改築費なんて、これはもう大変な問題です。これはもう、基準といいましても、色々な基準がございます。人員の基準もございますし、設備の基準もございますし、また有床診療所の構造物の構造基準というものもございます。こういった3つの基準についてどういう手直しをしていくかということことは、まさにこれからもしも無条件ということが通らなければ…無条件が通らなければもう辞めたというのが、いやいや、このくらいだったら辛抱するから、この48時間を外すのかという、そういう条件闘争みたいなことをやるのか、まさにこれから星先生のところで色々委員会の

患者16人に1人というのが病院でございますから、仮に19床であれば2人になる訳でございます。また看護師さんについては、今の有床診療所でも病院並みの看護職員は十分あるだろうと思います。ただ、看護職員の補助者と有資格者との違いというのは多少あるだろうと思いますが、しかしそう大きな問題はなくて、むしろ医師の問題が一番大きな人員基準の違いになって出てくるのではないかと考えております。

医療計画は、勿論病院と有床診療所は対象外になっておりますけれども、これは現実は何十年の実績を持っておりますので、これは厚生省に幾らでも無理は聞いてもらわざるを得ないんじゃないかと考えております。

【表-7】

有 床 診 療 所 活 性 化 に 向 け て	
A	小規模であることの有意性の論証
B	入院機能の明示
1.	一般救急対応型
2.	専門医療型
3.	長期療養型
C	かかりつけ医としてのメリットの明確化
D	医療の安全と質の向上の徹底
E	経営管理の徹底（月次試算表の作成）

【表-7】 問題は、有床診療所活性化に向けて今後どうしていくかということでございます。

小規模であるということの有意性、特に手づくりの医療をやり、またその院長が常に同じ人で信頼ができる、ころころかわらないということのプライマリーケアに非常に好都合な配置になっているということ。また、小規模であるだけに医師と患者との意思の疎通がやり易いというメリットがございます。

それと、有床診療所の入院機能というものを明らかにしていかなければいけない。病院とどこが違うのが。例えば、一般救急対応型…とりあえず何とかしてくれというもの。特にこれは地域特性が大きいと思います。大都会はこの問題がないと思いますが、地方に行きますと、もう病院がございせんからとりあえずここでやってもらうということ、しかも病院並みのきちとしたものをやってもらう。こういった一般救急対応型という1つの機能があります。それと、眼科、耳鼻科、皮膚科と、色々なそういう専門医療型の機能もある

うかと思います。また、ごく家の近くで家族がいつでも見に行けるという長期療養型というメリットもあります。こういうそれぞれのメリットを活かした有床診療所の入院機能のあり方というものを十分患者さんに知らせて、そしてそれを利用して戴くということを考えていかなければいけないのではないかと考えております。

3番目に、かかりつけ医としてのメリット、どんなことでも、病気以外のことでも、健康のことなら何でも相談できる、或いはまた色々な病院へ紹介するといったかかりつけ医としてのメリットが、まさに有床診療所にこそ求められるし、これをフルに利用して、医師と患者とのきっちりした人間関係を病院以上に形成していくということが、患者を逃さない、先生方の玄関の前を患者が素通りしないようにするために、お医者さんの方も汗を流していかなければいけないと思います。

それと、医療の安全と質の向上の徹底ということでございます。有床診療所だから、小さい規模だからたまに当直があらんでもいいじゃないかとか、或いは少々医療のミスがあったとしても免除できるとか、この頃はそんな生易しい時代ではありません。例えば1人入院していようと、何百人入院していようと、医療の安全に対する責任というのは医師にある訳でございますし、また提供する医療の質が、しょっちゅう誤診をしているとかミスを犯しているということでは大変なことでございます。例えば小さくても医療の安全と質は、病院であろうと診療所であろうと、責任は全く一緒でございます。

そういった意味で、小さければ小さい程余計のこと、自ら自分のその時その時の医療水準を達成するように努力もしなければいけない。また、個人で努力するほかにも医師会とか医師グループの中でお互いこれを確認していくという慎重さが望まれるだろうと思います。

それと、経営管理の徹底ということでございます。病院は、この点は非常に進んでおります。ややもすれば、診療所・有床診療所においては月次試算表の作成をして徹底的に自分の経営を管理しているという姿勢が少ないという恨みがございまして、こういうこともきっちりして、有床診療所の今後の発展に役立てていかなければいけないのではないかというふうに思っております。

【表-8】

熊本県有床診療所 第一回実態調査(2003.5~11)	
熊本県有床診療所協議会／熊本県医師会／日医総研 共同研究	
■調査目的	・有床診療所の地域における貢献度を調査 ・患者さんや従業員の視点もいれて今後の有床診療のあり方を検討
■調査内容	①施設のデータ 運営、財務、教育など多面 ②従業員満足度 ③患者満足度
■結果	・回収：198施設、1,882患者、1,404従業員 ・集計ならびにデータ編集中 ・参加いただいた施設への個別結果フィードバック

【表-8】 現在、熊本県の有床診療所と日医総研が協力して実態調査をしております。皆さんの努力がもっと診療報酬に反映されるようにということで現在しております。実は、今日間に合わせようと思ったのですが、まだちょっとデータが

揃いませので、また何れ、これができたら先生方にご報告できるのではないかと期待しております。

この中でもちょっと問題になったのは、先生方からの財務データが必ずしも十分ではなかったという点が今問題になっております。また今後とも、こういうものを通じてデータを示しながら、エビデンスを示しながら、先生方の経営のより立派な、より完全なものにしていくように、我々自らが努力してデータを持ち寄って当局に要求していかなければ、とてもただ口先だけでは通らない時代になってきているということでございます。

もう時間も過ぎましたので、早速、次に青柳先生にお話しして戴きます。本当にありがとうございます。以上で終わります。(拍手)



【講演】 講演有床診療所の諸問題について 「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

今、糸氏副会長からお話がありました。私には、金目の話をしろという内藤会長からの指令でございますので、少しそれについてお話をさせて戴きたいと思います。

昨年の4月から診療報酬、まあ中医協を担当致しております。私自身、最悪の時期にその役目を担うということになりまして、願わくばもう少し経済状況が改善する中でこの仕事をしてみたいなという気持ちを持っておりますけれども、そうも言っておられません、1年数カ月、色々な先生方から叩かれ、こづかれ、何とかようやく今、後ろ向きの議論を一旦整理致しまして、これから来年に向けて中医協で闘っていこうと思っております。

まず、後ろ向きの議論の中で幾つかだけ申し述べたいことがございます。

昨年4月、診療報酬改定或いは制度改革ということが行われまして、私ども日本医師会はずっとその動向をフォローしております。いろんなことが見えてきたのですが、簡単に言いますと、病院よりも診療所にマイナス影響が強く出ている、入院よりも外来医療にマイナス影響が強く出ている、病院の中では大規模よりも中小規模の方に強い影響が出ている、ここら辺が昨年来の動向ではな

いだろうかと思えます。

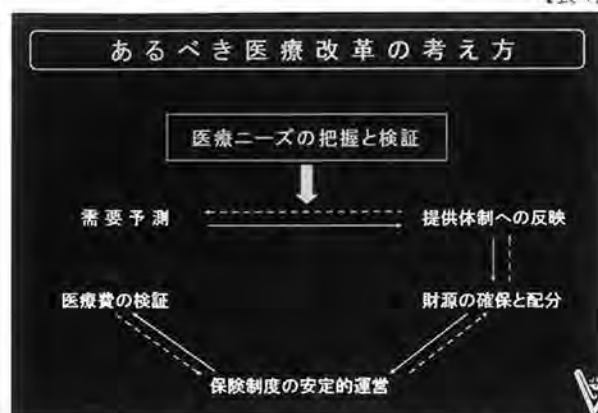
そういうことを踏まえて、先生方お気づきでしょうか、3月28日に出了されました医療制度改革の中の診療報酬見直しの基本方針の中では、プライマリーケアを中心とした部分を重点的に評価する、そういう見直しをするという文章を入れさせました。それを私としては、今回、昨年来の問題解決のための1つの指標に考えてこれから診療報酬改定に向かいたいと思っている訳でございます。

渡辺論説委員のお話を先生方お聞きになったと思います。私も、隅の方で聞いておりました。財務省、厚生労働省を含めて16年診療報酬改定には非常に厳しい状況であるという説明がございました。私どもも、同様の認識を持っております。しかし、私どもの前に今色々投げかけられている課題につきましては、何れをとっても、そう簡単にその厚い壁を破るといいますか、そういう課題ではございませんで、何れも相当の努力を続けなければその壁を破る訳にはいかない状況にあることも、先生方にはまずご理解戴かなければいけない。従いまして、確かに非常に厳しい状況であるという認識のもとに、その壁をどう破っていくかというところが、実を言うと、これから年末に向けて私ども日本医師会が頑張らなければいけないと

ころではないかなと、そのように今考えている訳でございます。

そういうことを踏まえて、少し今日はお金の話をさせて戴きたいと思います。

【表-1】



【表-1】 昨日、或いは今日と、色々な講師の方々が医療改革についてのお話をされております。私も日本医師会は、元々医療構造改革構想という提案をさせて戴いておりますが、先生方には、現在議論されているそれぞれの課題がどういう位置づけで議論されているかということをもまず知り戴きたいと思います。

今、糸氏副会長からのお話は、どちらかという医療提供体制、その中で有床診療所をどう位置づけるかというお話が主体でございました。勿論、このお話をするには、国民サイドがどういうニーズを持っていて、それをどう予測をして、どう反映をするかという部分がある。これも、お話の中にあったと思います。その上で、国民が求めている医療ニーズに対応する医療提供体制を構築するために、どう財源を確保して、更にその財源をどう配分するかということが議論をされなければならない。

診療報酬というのは、まさしく確保された財源をどう適正に配分するか、そのための配分表とお考え戴ければよろしい訳で、これについてお話を今させて戴きたいと思います。

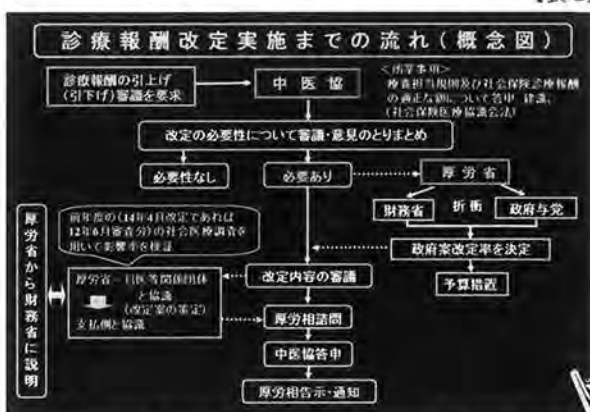
一方では、こういう財源を確保するためには、安定的な保険制度が運営をされなければならない、従ってこの保険制度を安定的に運営するためには、保険者を整理統合しなければならない課題があるし、或いは新しい高齢者医療制度をつくっていかなければならない。これが、まさしく今議論がスタートした部分であります。

一方で、こういう保険制度で集められた財源、

保険財源が適正に使われているかというところまで踏み込んだ検証が必要であります。従いまして、日本医師会としては現在日医総研を使って、この医療費がどう適正に使われているのか、或いは医療費ということ集められたお金が医療費以外に使われていないかどうか、どこかでくすねられていないかどうかという検証を3年前から行っているということであります。こういう流れの中でそれぞれの課題を考えていくということが必要になってくる訳であります。

往々にして、医療提供体制とその財源確保或いは財源配分というもの別個に、ここで切り離されて議論がされかねない訳でありますけれども、最近、中医協の基本小委では、常にこの2つについては関連づけて今議論をしようということになっておりまして、そういう意味においては少し改善されてきた部分がある訳であります。

【表-2】



【表-2】 もう一つ、先生方にご理解を戴きたいと思いますが、診療報酬改定が実際に行われるまでの流れ図をここでお示しをさせて戴きました。ここに、中医協がございます。中医協というのは、療養担当規則或いは社会保険の診療報酬を適正な額について答申するということが主たる業務でございます。その間、色々な議論が続けられる訳であります。

まず、16年の診療報酬改定に向けて、今年の春から基本方針に沿って議論が続けられてまいりました。その過程の中で、診療報酬改定をするための3つの前提条件がございます。1つは医療機関の実態調査をするということ、もう1つは薬価調査をすること、それから保険医療材料の価格調査をすること、この3つを中医協で行うという決定がなされまして、医療機関の実態調査は6月分、それから保険医療材料、薬価は9月というこ

とで今調査が行われておりますし、行われようと致しております。そういう3つの条件をクリアしながら、この診療報酬の改定に向け今議論が進められているということでございます。勿論、議論の結果によっては、改定の必要なしという答えも出る訳でありますけれども、私どもとしては、是非とも診療報酬改定をすべきということで、これは秋口に決定がされる訳であります。

問題なのは、渡辺論説委員のお話でもありましたように、現在の社会状況、経済状況が非常に厳しいということもあって、必要ありとなった時に、単なる項目の入れ替えだけをするのか、或いは引き上げという前提で診療報酬を見直すのかというところがこれからのせめぎ合いであります。勿論、中医協での議論というのは当然ある訳でありますけれども、最終的には厚生労働省、財務省、政府・与党との折衝という場が12月にあり、ここで引き上げ財源というものをどうするかということの政治折衝が行われる訳であります。

今回、概算要求基準の中に、一時、医療介護という項目が書かれそうになりましたけれども、私どもとしては何としても年末の予算編成までこの政治折衝の中に医療費というものについては持ち込もうということで、概算要求基準の中から医療費というものを除去、除外してもらうということで、6月、7月にかけて政府・与党と折衝を続けました。その結果、ああいう形で概算要求基準が閣議了解をされたということでございます。

勿論、2,200億という圧縮財源をどう賄うかという問題がありますけれども、私どもは残念ながら、自然増9,100億円という財源の内訳は知らされておりません。この内訳を知らない以上といいますが、どうもここら辺が厚生労働省、財務省がどういう数値計算をして自然増9,100億という数字を出したのかというのはなかなか明確には中身が出てまいりません。それが恐らく年度末まで続くのだらうと。そういう中で、政治折衝で何としてでも改定財源を確保したいと、そのように考えている訳であります。これが、予算編成ということになるらうかと思えます。

一方で、これは昨年の4月改定の色々な問題を含んだ具体的な改定の中身、どこをどうしてどのくらい上げる、或いは仕組みをどう変えるという議論が、実を言いますと先生方に非常に評判の悪

かったといいますが、ご批判を戴いている、改定のプロセスが不透明だという指摘を受けております。従いまして、今回、この改定のプロセスをどう透明化して情報交換しながら私どもとしては対応するかというところを新しいモデルとして私としては考えたいと、そのように考えて、現在のところ、そのための準備を大体終えたということでございます。

日本医師会の中には、社会保険診療報酬検討委員会、内藤会長も副委員長としてお入り戴いておりますけれども、そこで既に不合理項目ということで、冊子をまとめて戴きました。私ども、それに各科からの要求項目を加えてこの診療報酬改定の議論の中に持ち込みたいと、今のところはそのように考えている訳でございます。

もう1つの問題は、余りにも4月実施に向けて短い期間ですべてを整理しなければならない。告示、通知、Q&Aと、そういうものがございまして。その実施時期をどうするかということも会員の先生方から再考の余地ありという指摘を受けております。これは、私どもとしては、できるだけこの作業をスムーズにしながら4月実施という原則は維持したいと考えておりますけれども、これは実際にこの改定作業を進めるという中で考えていきたいと、そのように今考えております。

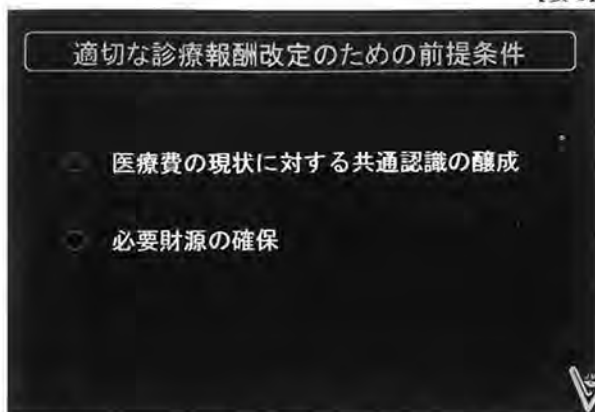
何れにしても、この政治折衝の問題、それから実際の改定作業の問題、こういうものを従来型ではない形で私どもとしては運用をしていきたいと、そのように考えている訳であります。

まず、原則を申し上げたいと思います。

色々前提条件がございまして、私は2つあるのだらうと、そのように考えております。1つは、医療費の現状をどう認識するんだということ。或いは、私どもだけではなくて、支払い者側、或いは国、或いは国民の方々がどう考えているんだということと、それに伴って必要財源をどう確保するかというお話にならうかと思えます。

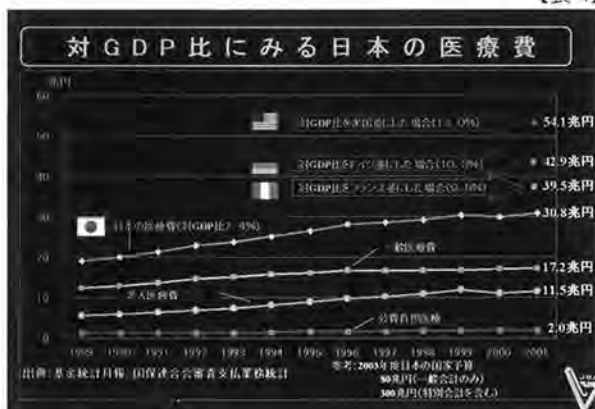
【表-3】 これは、渡辺論説委員の話にもありましたけれども、OECDのデータと私どものデータをドッキングさせたものであります。仮に、フランス並み、ドイツ並み、アメリカ並みに対GDP比の医療費をもし我々が想定しますと、これだけの差があるということです。実を言うと、9兆円、12兆円、或いは24兆円の差がある。つまり、私どもは低い

【表-3】



医療費で、WHOが発表したように世界的にトップの医療のアウトカムを上げている。ここら辺を果たして国民の方々がよくご存じなのかどうか。政府関係者は知っております。口にしないだけであります。私どもとしては、これを国民の方々に知って戴くような方法を色々考えながら、今対応を致しております。何れにしても、こういう低い医療費ということが日本の医療の中で特徴付けられるんだろうと思います。

【表-4】



【表-4】 ただ、その中で1992年からの医療費動向を追ってみますと、全体医療費、それと一般世代の医療、それから老人の医療費と。一般世代の年間伸び率、平均しますと2.4%。しかし、老人の方は6.3%という伸び率です。勿論、これは人口の増、高齢化率の進展という部分がある訳でありますけれども、医療費動向から見ますと、全体医療費は少しずつ伸びているけれども、その中で老人医療費という伸びが著しい。下がっているのは介護保険へシフトしたというために、この年度に少し下がっている訳であります。しかし、その後、ほぼそれ以前と同じ伸び率に戻ってきている。これもまた、私どもとしては念頭に置いておかねばならない医療費の推移なんだろうと思います。

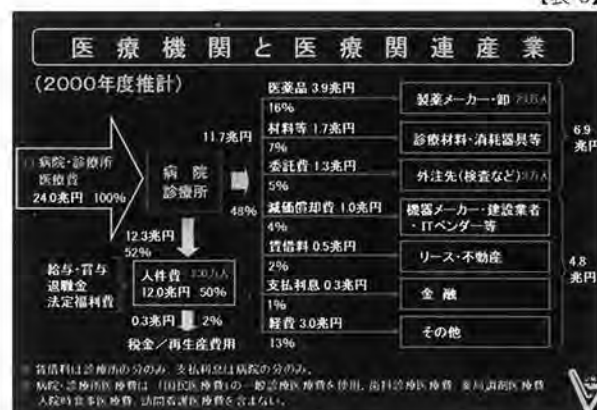
【表-5】 もう1つの問題は、私ども医療機関、病院、

【表-5】



診療所は支払基金、或いは国保から収入を得ております。勿論、窓口負担も合わせてであります。2000年度の推計値としては、歯科診療費、調剤医療費、こういうものを除きますと、24兆円の医療費が病院、診療所に収入として入ってまいります。一般の国民の方々、一部のマスコミも、これがすべて病院、診療所の収入とお考えでありますけれども、実際にはこの24兆円のうち48%はいわゆる株式会社に渡っている。つまり、医療機関の左から右に、ただ懐をすり抜けているだけのものが48%ある。私どものところに残る52%は、この50%は人件費に使われて、僅か2%の3,000億が各医療機関の税金対策であり、或いは再生産費用というものに使われている。これもまた、医療費を考えた時に、私ども色々な場でお話をする時に、常にこういう説明をして理解を求めるということが私は必要なんだろうと、そのように考えております。

【表-6】



【表-6】 先程の中医協の議論の中で少し申し上げましたけれども、診療報酬改定に向けての色々なイベントがございます。概算要求という部分が1つございます。それから、中医協で意見の取りまとめが行われる。年度末で予算編成という中で、財務省の予算内示が行われる。この3つのイベントの現在ここは何となくといいますか、ファジー

なままに達することができました。

問題は、これから秋に向けて中医協での取りまとめということに入ります。従来ですと、人件費が少し伸びた。物価が上昇した。人口が増えた。高齢化率が進展した。技術革新が導入された。従って、診療報酬の引き上げ何%というのが従来型の医療担当者、2号側の提案内容でございます。

先生方ご存じのように、現在の社会経済状況ということから考えますと、従来型の提案が世の中まかり通るかと言われると、私どもとしてはなかなか厳しいと考えざるを得ない訳であります。従いまして、従来型の提案、更にもう1つは昨年4月の診療報酬改定或いは制度改正によって予想以下に推移している医療費の動向というものが第2点として取り上げなければならない。更に、国民の方々或いは患者さんにとって、医療費を上げることによってどういうメリットが供与されるのかという第3点目の視点も、併せて私としては提案をする必要があるだろうと、そのように考えて、現在準備を行っております。

例年よりも早く、恐らく10月の初めには、私どもとして医療担当者の意見の取りまとめということを行う予定でございます。その上で、10月、11月、12月と議論が続き、最終的に12月の予算編成の時に引き上げ幅、改定幅が決まるということになる、そのように思っております。

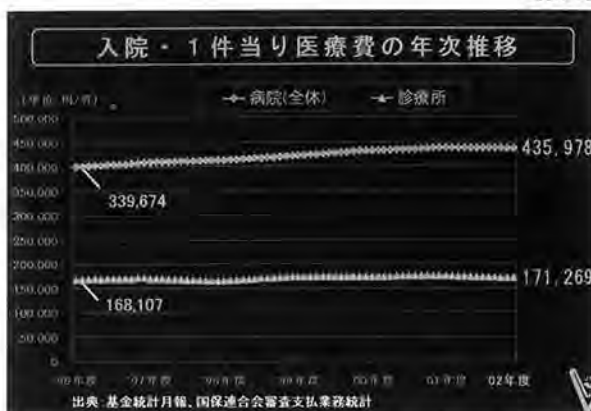
【表-7】



【表-7】 ここで、少し有床診療所に焦点を当ててお金の話を少しさせて戴きますが、余り特徴付けというところまで深掘りをしておりませんので先生方にはご不満なところがあると思いますけれども、まず全体、病院ではなくて、有床診療所が1995年からこういうふう減ってまいりました。一方、病院として小規模、20床から49床の病院、これも実を言うと95年から少しずつ減ってまいり

ます。折れ線グラフでは余りが付きませんけれども、数値を見ていきますと、確実に減ってきております。もしかすると、この有床診療所の減、病院でも小病院の減というのは同じ問題を抱えている可能性がないかなと、そのように考えた訳であります。

【表-8】

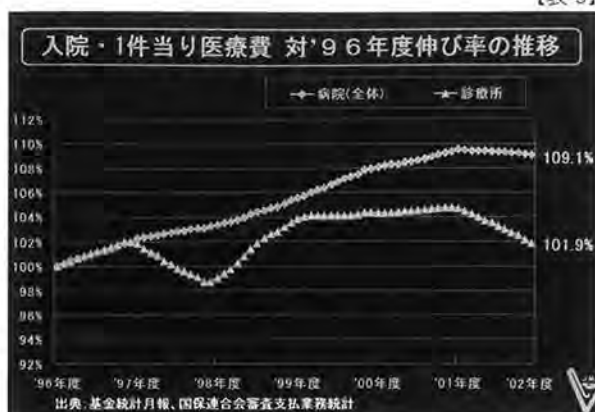


【表-8】 1996年から、病院全体の入院に関して1人当たり医療費がどう推移をしたか。96年、診療所は1件当たりが168,107円であります。10年近くを経て、僅か3,000円ぐらいしか増えておりません。これは、先生方も実感されているのだらうと思います。病院全体としてはどうかといいますと、339,000円から436,000円ぐらいに上がっている訳でありますから、それなりにこれは年度経過を経て上がっている。ここら辺、何が問題なのか、なぜこういう動きをしているのかというのは、当然のことながら考えなければならない訳であります。

1つ大きな要因としては、病院で、例えば人員配置を厚くする、或いは在院期間を短縮すると。要はそれによるインセンティブが与えられていることを取り入れることによって、実を言うと、この10年弱は医療費が上がってきている。私は、それは1つ言えるのだらうと思います。有床診療所、診療所の場合には、なかなかそういう意味ではインセンティブに対応をするだけの余裕がないということも1つありますし、或いはインセンティブを与えられる項目が少ないということも私はあるのだらうと思います。この年次推移を見て、それ以外にも幾つかファクターがあると思いますけれども、そのように考えてみました。

【表-9】 これを、96年を100として、それ以降の年次ごと、これは毎月の移動年計で私ども、支払基金の月報と国保連合会の審査支払業務統計をデータベース化してフォローしておりますから、そ

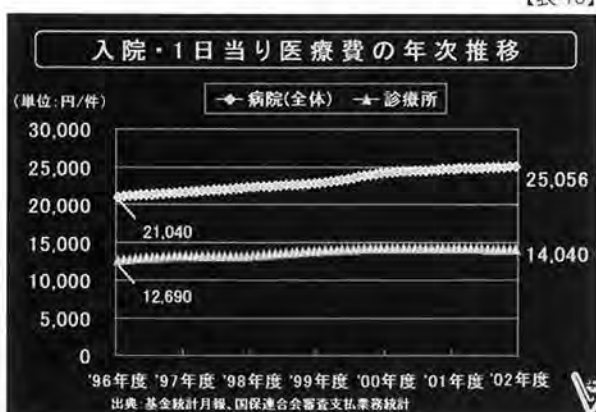
【表-9】



れで見ますと、病院の方は全体として、急になり少しフラットになりますけれども、まあまあそれなりに96年から1件当たりの医療費は伸びていっております。しかし、診療所の方は97年にガクッと減りました。また元の伸びに戻っていきまされたけれども、2001年度にまた減りました。これが、診療報酬改定と関係あるのかどうかということで、実を言うとチェックをさせて戴きました。診療報酬改定があったのは、2年度それから2000年、98年で、97年の時に下がった部分は橋本内閣でシーリングがかけられたということでございます。その結果、病院の方はそんなに影響を受けなかったけれども、診療所の方が少し影響を受けた。

もう1つ、ここでフラットになったのは何かというと、この診療報酬改定のときに幾つか入院に関して包括が進められました。その包括ということで、全体の伸びがフラットになったのではないかなと、そのようにも推察を致しております。この下がったのは、なかなかよく分りません。

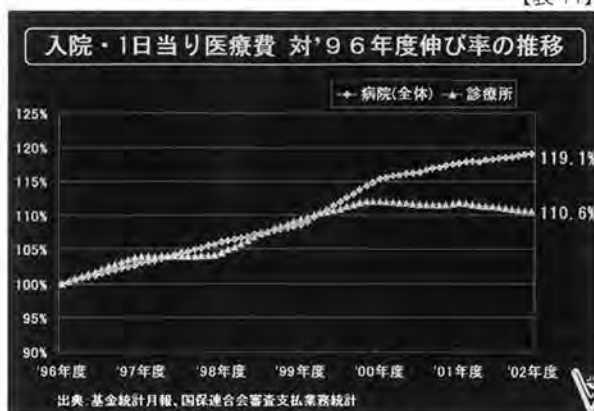
【表-10】



【表-10】 これは、1件ではなくて1日当たり医療費です。1日当たり医療費というのは、診療報酬改定の単価改定の影響を比較的反映をし易いということでフォロー致したものでございます。病院全体としては、21,000円から25,000円、それから

診療所は12,600円から14,000円。これは、それぞれに少しずつ上がる傾向にはある訳であります。勿論、これは入院の1日当たりの全部の医療費であります。

【表-11】



【表-11】 これを同じように1日当たり医療費という視点で96年からの伸び率をプロット致しました。病院の方は、1件当たりと同じように伸び率はそれなりに上昇していっております。しかし、診療所の方は2000年を境に伸びは止まってしまい、むしろ低下傾向にある。これは、どちらかと言うと、先程申し上げました包括の部分が入院に導入されたということの1つは数値ではないかなと、そのようにも類推をいたしておりますけれども、もう少し細かくこの推移を分析しなければならないかなと思っております。

こういうものを私どもとしては十分分析をしながら診療報酬改定に臨みたいと、そのように思っている訳であります。

【表-12】

入院患者(入所者)1人1日当たり金額・介護施設との比較			
(単位：円)			
施設区分	有床診療所 2002年度	介護老人福祉施設 2003年3月審査分	介護老人保健施設 2003年3月審査分
患者1人1日当たり金額 (平均値)	14,040	11,347	12,242

出典：基金統計月報、国保連合会審査支払業務統計
介護給付費実態調査月報(厚生労働省)

【表-12】 これは、何度か色々な場で指摘を受けたことでありまして、患者1人1日当たり金額の平均値を有床と特養と老健と、少し年度が違いますけれども、支払基金の月報と国保連合会の審査支払業務統計と介護給付費の実態調査、そういうものから平均値で求めますと、これを高いと見るか

低いと見るが、これは先生方、それぞれ思いがございましてから何とも私の方からコメントいたしませんけれども、平均としますと、こういう数値がはじき出されるということになる訳であります。

【表-13】

有床診療所と病院の損益分岐点比率 比較		
施設区分	H11	H13
有床診療所 (個人を除く)	90.5%	80.9%
病院 (医療法人)	95.1%	94.0%

損益分岐点比率の評価は概ね次のとおり

100%以上	： 水面下(赤字)
90%台	： 危険水域
80%台	： 普通
60～70%台	： 優良
60%未満	： 安泰

出典：中医協医療経済実態調査

【表-13】 これは、先生方には是非お願いをしたいと、作ったスライドであります。なぜ、お願いをしたい、或いは必要かといいますと、これは平成11年と平成13年の中医協の医療経済実態調査結果であります。この施設区分の中で、有床診療所で個人を除いて…これは医療法人の有床診療所、それから病院では医療法人の病院と、比較的財務状況が比較検討し易い訳で、それだけを取り出して損益分岐点比率を求めた数値であります。

損益分岐点比率の評価というのは、ここに書いてございますように、数値が大きくなればなる程経営状況が悪い。これが100%を超えますと赤字、90%台は危険水域、80%はまあまあ普通と、こういう指標になっております。平成11年の有床診療所のデータは90.5%、病院は95.1%、これはもう危険水域に入っている訳でして、95%ということは収入が4～5%マイナスになるだけで赤字になってしまうという極めて危険な状況であります。

ところが、一昨年の平成13年に出てきたデータを見ますと、病院の方は相変わらず悪い。しかし、有床診療所は驚くなかれ80.9%という、ある意味では普通という評価を受けるような損益分岐点比率のデータが中医協に出ている訳であります。私どもは、先生方も含めて、皆さんから色々な情報を得ながら、非常に経営状況が悪くなっているということは十分理解もし、認識を致しておりますが、問題なのはこの実態調査に応じて戴ける先生方がどういう先生方かという、比較的経営状況が良い先生方であって、非常に厳しい、大変だという先生方はその調査に応じていないんじゃないか。

そこら辺が実際の実態をデータとして表わしていないだろうと。しかし、これは中医協で行う調査結果でありますから、私どもがこれはバイアスがかかっていますよ、実際に大変なところの有床診療所の先生方はデータを出していませんよと幾ら強調しても、第三者的にはなかなか受け入れられないという状況なんですね。

従って、今回、都道府県医師会を通じて、是非この調査依頼があった時には、良いも悪いもすべて協力をして戴きたい。確かに、実態調査の調査内容は書き込むのが大変でございます。しかし、こういうものをベースに、根拠にして、診療報酬改定を上げるか下げるかという議論がされる訳でありますから、そういう意味において、先生方にも是非この部分を勘案戴いてご協力を戴かなければ、私どもが闘う材料としては非常にマイナス要因になってしまうということをこの最後のスライドで申し上げたい、そのように思っております。

先生方には、恐らくもう少し細かい分析をというご要望があるのだと思いますが、私どもはこれにとどめず、秋の診療報酬改定の議論の中でもう少し細かい分析を加えて闘っていきたいと考えております。既に、先程申し上げました不合理項目或いは要望項目自体は膨大なものでございまして、それを何とか私ども日本医師会執行部としては消化をしていかなければならない。消化をするためには、その前提として何としてでも財源を確保しなければならない。前回みたいにマイナス改定の中であれもこれもということで診療報酬の見直しをするということはなかなか難しい。私に言わせますと、ある意味ではモグラたたきをせざるを得ないということにもなりかねません。

従って、私としては、まず財源を確保する。その上で、合理的な診療報酬の見直しということに全力を傾けたいと考えていることを最後に申し伝えたいと思います。

以上でございます。ご清聴、ありがとうございました。(拍手)

《 質 疑 》

〔長崎県・犬尾〕

長崎県の犬尾でございます。小さいようで大きなことのお願いをひとつしたいと思います。

実態調査に関することでございますが、厚生省が実態調査をやって、それを中医協が利用してい

るデータを今ずっと副会長がお出しになりました。

この調査に関して、有床診療所というのはスケールが小さくて個人の診療所もある。経理上の問題についての関心が非常に薄い。しかし、さっきのデータでは、有床診療所の中で法人だけをちゃんと取り上げて下さっているということは確かだと思いますが、それにしても、こういう実態調査に応じるエネルギーと、予々の調査をしておく手間というものは、大きな病院と違って、院長や奥さんや家族のエネルギーが非常に要る訳でございます。注意深いエネルギーが一定期間要る訳でして、それを出したからといって何の直接のメリットはない。そういうことにそれだけのエネルギーを注ぐインセンティブがないようなことにこれをさせられるということについて、他の大きな病院と違って、同じ経費を出すについても少なく出てくる1つの理由があるだろうと思います。

もう1つ、有床診療所は最終的に損益分岐点を幾ら出しても100を超えないようになっている訳です。個人の診療所というのは赤字になると生きていけない訳ですから、そういう仕組みになっている。どうしてそういうふうになるかと言ったら、どんどん経費を下げている訳ですから、その意味で損益分岐点が100に上がる訳のない対象をそういう基準でもって調べることで自体に問題がある。

もう1つは、経費の算出の方法について、小さな我々の法人についてはどうしても経費の漏れというのが大きな組織と違って出てきやすい訳ですから、やるならばむしろある定点を決めて、これを出しなさい、これはどうですかということを我々の費用でない費用でチェックをするぐらいのことをやらないと、正確なことが出てこないのではない。そういう漏れを無くすためのこと。大きな病院では、何も院長や何やらはかかわってなくて事務長がやる訳ですけれども、普通の診療所はそうではない。そういうことが、経費がどうしても少なく出る原因の1つだと思います。

最後に申し上げておきます。仮に、さっき青柳先生が言われた80%という話、非常に良さそうに見えますけれども、一体経費とは何か。大きな病院、国立病院で雇っている看護婦さんと同じ経験の人の給料と、私達のところで採用している看護職の人の給料というのは違う訳です。平均的に言えば、我々の方は安い訳です。そういう意味での我々の

経費になっておる。だから、看護職で同じ経験の人が何人いるかということを経験の大きな病院と比べて、国立なら国の給与ベースかなんかに我々が採用している看護職の給与を換算し直して経費として算出すべきであって、それをやらずに、経費と収入の差があるから収益があるじゃないかというふうな考え方でいったら、いついつまでも我々は赤字にはならないでしょう。赤字になるときは医療機関を辞める時です。だから、経費の換算をして下さい。本来、大きな病院、国立病院と同じ給与で雇ったらどうなるんですかと、少なくともそういう二重の計算をして欲しい。

以上であります。

〔青柳講師〕

実態調査の結果について3点、犬尾先生からご意見といいますか、ご質問があったと思うんです。

まず、第1点。医療機関にとってインセンティブがこういう調査に応じても無いと。確かに、従来どちらかと言うとこの実態調査結果というのはセレモニー的に扱われておりまして、要は絶対値じゃなくて、2年前の結果とどう推移しているかという程度にしか扱われていない面がございました。最近、中医協も相当変わってまいりまして、色々制度設計をするなり、物事を決める時にできるだけエビデンスに基づいて物事を決めていこうという流れができてまいりました。従って、今後は、この実態調査も含めて、こういうデータを私どもとしては診療報酬改定に反映をさせるということが第1に必要なんだろうと思います。

それから、国立病院、公立病院その他、犬尾先生おっしゃるとおり、それは赤字になっても何らかの一般財源の補てんがある訳ですから、堂々と赤字を計上しているというのは、当然私もそれは認識しておりますし、人件費の給与も相当違うということも、私もこれは理解を致しております。

今日用いたのは、そういうことがあるので、民間の医療機関の中で法人の診療所、法人の病院と、そういうものだけ取り出させて戴いたのは、そういうことを踏まえて、そういうところと比較をすることは大きな問題だと、全く共通認識を持っておりまして、そういうことでそういうデータを今日使った訳でございます。

もう1つは、定点調査ということ。確かに、これは私ども日本医師会としては、最終目標が日本医

師会としての定点調査で物事を言おうと、そういう目的で今、色々お願いを致しております。ただ、定点調査に応じて戴ける医療機関が当初1,000を予定しておりましたけれども、現在でも500ちょっとぐらいしかございません。そういう意味において、まだまだデータとしての信憑性といえますが客観性に乏しいという状況にまだある。これもまた、先生方に極力お願いをしながら客体を増やしていきたい、そのように考えております。

これに関しては、幸いといえますが、現在税理士協会が全国ネットで定点調査を行っております。これは、最近ようやく12月決算が出てまいりました。2,300ぐらいの医療機関が載っております。3月期決算が9月には出てまいります。これは、恐らく膨大な数になると思います。これには、黒字も赤字も含めて医療機関、診療所もそうですけれども、定点調査のデータがございます。日本医師会としては、この協会と提携を結んで、是非そのデータを活用させて戴きたいということで、何れ3月期決算の部分を私は9月か10月に中医協の場に持ち出したいと、そのように考えております。

何れにしても、先生方、書き入れるということはなかなか大変なことも我々はよく知っております。しかし、その中でも、今後データをベースにして議論をするという流れがある訳でありますから、先生方に是非、ムダに終わらないような形で私は活用させて戴きたいと思いますので、ご協力を戴きたいと、そのように考えております。

〔熊本県・上塚〕

熊本の上塚でございます。青柳先生にお願いしたいんですけども。

先程お示し戴きましたように入院費、病院の方は2002年の時で1件435,000円でございますね。それに対して有床診療所は171,000円で半分以上。余りにも少ないですね。どれくらいが有床診療所としては適当であるか。実現するかどうかは別と致しまして、青柳先生の感触として、私はこれくらいが適当なのではなからうかという、そこのお気持ちを聞かせ戴きたいと思うんですが、いかがでしょうか。

〔青柳講師〕

私の気持ちを言える場であれば非常にありがたいのですが、ここら辺にも、あそこら辺にもちらちらとマスコミの方々があられますので。

私が先程申し上げましたように、非常に大ざっぱな医療費の推移を今日お示しさせて戴きました。その更に突っ込んだ、踏み込んだ分析をこれからしたいと思います。その上で、どの程度、どのぐらいかなという数値がはじき出されてくるんだろうと思います。今日の段階ではご勘弁、ご容赦願いたいと、このように思います。

〔熊本県・上塚〕

これを上げる必要があるという認識は…

〔青柳講師〕

そのつもりで出したスライドでございます。

〔熊本県・上塚〕

はい、ありがとうございます。

〔座長〕

入院基本料が病院の最低の入院の基本料5よりも半分ぐらいしかない訳ですから、1,200点ぐらいある入院基本料…病院の最低がそうですが、有床診療所は600点台でございますから、それをやっぱり200点以上は上げて戴きたいというのが気持ちですから、青柳先生、どうぞよろしくお願いしたいと思っております。

〔静岡県・坂尾〕

静岡の坂尾と申します。

物の見方の発想を変えたらどうかという提案でございます。医療費が30兆円ある。その中の5%の高度先進医療をやる医療機関がその半分を使っている。私達、診療所、有床を含めて一般会員はせいぜい25%。この25%の医療機関を幾らいじめても、もう出るころはないです。だけど、たった5%の高度の先進医療を医療費という枠でなくって、ちょうど医師会長が社会保障は国家安全保障であると、こういう提言をされるようですが、そういう意味で国の政策として、その5%の人達には高度先進医療をやる。そのかわり、医療費という枠とは別だということにすれば、そういう発想に変えて戴ければ、私達の値上げ分は、ここで2,000億減らそうなんて言わずに、彼らの15兆円ですか、そのほんの一部をちょっと回してくれるだけで我々は潤うんですけども、そういう発想の切りかえを中医協に是非お願いして戴きたいと思うのですが、いかがでしょうか。

〔青柳講師〕

直接お答えになるか分かりませんが、一方では、これは財政学者がよく発言をするのであります

けれども、免責を導入したらどうかという意見があります。免責というのは、ある一定の枠までは自己負担と。そういう考えも、一方ではあるんです。私どもとしては、やはり社会保険と言うからには、少なくともプライマリーケアも含めてできるだけ国民の方々が享受できるような社会保険を維持しようと考えておりますので、そういう意味で財源を区分するということは、恐らく午後の会長のお話の中にも無いだろうと思います。恐らく会長のお話しされる意味は、今日渡辺論説委員が話されておりましたが、平成15年、16年度の予算、これはご存じだと思いますが、15年度は81兆という一般財源、その中で国債費が35兆だという話をされて、社会保障費は19兆だと。従って、もう一般財源の中でにっちもさっちもいかないというのが渡辺論説委員のお話だった訳です。

私ども、本当に国が動かしているお金は81兆かというところに大きな疑問を持っておりまして、実際に国が動かしているお金は、特別会計を含めると、平成15年度予算で232兆というお金を国が動かしている訳であります。そうしますと、232兆という規模の中で、例えば公共事業に使われているお金を回せと言うのではなくて、その中でムダがたくさんあるだろうと。例えば、社会保障全体給付費が60兆でございますけれども、その中でムダをピックアップするだけで3兆円もムダができる。財源が出てくる。或いは、公務員の人件費をカットするなり、ムダを省くだけで12兆のお金が出てくるじゃないかというお話を、恐らく会長は午後されるんだろうと思います。

私ども、「自立投資」という言葉を3年前から使っております。これはどういう位置付けかといいますと、現在行われている高次医療、高度医療という部分ではなく、これから導入されるであろう患者さん、国民の方々が選択をし、尚かつ保険導入までにタイムラグが生ずるような医療についてそういう概念を考えていこうという考えですから、ちょっと今の先生のご発言の内容とは違うだろうと、私はそのように考えております。何れにしても、同じパイを高次医療、高度医療が多く食っているという問題については、私どもも同じような認識を持っておりますので、それじゃそれをプライマリーケアの場にそっくり移せよということには逆の見方もあるんだということ

もご理解戴きたいと、そのように思っております。
〔座長〕

先生、よろしゅうございますか。少し中身が変わったような気がしますけれども。

これは、2000年の日本医師会の代議員会で私、質問しました。それで、先生のおっしゃるような、5%の患者さんが国民医療費30兆の内の16兆を使っている訳ですよ。5%の患者さんが16兆。それは、高度医療であり高度先進医療です。患者さんの50%の医療費は9.7%で、3兆円にもならないんです。その50%の中に、この有床診療所の診療費が入っている訳です。それを別枠にしたらどうかということを質問した訳ですよ。

それで、特に大学の医療は研究的な医療もあるし、文部省管轄の医療もあるし、非常に高度な医療もやるし、1枚のレセプトが1,000万以上の人がたくさん出てくる訳ですね。そういうのは別枠にしたら良いんじゃないかと、青柳先生、系氏先生両方をお願いした訳ですが、なかなか実現しないので、そういう考え方もあるんじゃないかとお願いしている訳です。

〔広島県・古川〕

広島県の古川でございます。2点あるんですが。

1つは、「プライマリーケア」という言葉が出ましたけれども、フリーアクセスということは、地域住民が診療所に来易いという1つの面があります。3割負担がフリーアクセスということに対して何ら及んでいないんですが、3割払って診療所に相談に行けるでしょうか。私の体の具合はどうでしょうかと言われた場合に、患者さんは3割持っていかなければいけない。ところが、保険料はちゃんと払っているんです。月々1万円も、相当な金を払っているながら診療所に相談に行けない。これはどういうことなんでしょう。フリーアクセスという言葉に違反しないんでしょうか。

少なくとも診療所に行って、医者が診察して、あんたは風邪だと。風邪だと思ったら、どういうメニューを受け取りますかと。アスピリンだけだったらアスピリンだけ飲みなさいと。いや、抗生物質を飲んだからいいよと、色々な情報を患者に選択させて、患者さんは、じゃ、私は日頃丈夫だからアスピリンだけで我慢しましょう、私は気管が弱いから抗生物質も欲しいですよと、そういうふうに患者さんに選ぶ権利もあるんだと思うんです。

そういうことが医療費を少なくなる大きな原因になると思いますが、そういう点はいかがでございでしょうか。

それから、もう1点。診療所は7兆5,000億です。病院は16兆円です。16兆円というところは、医療費を膨らませているところなんです。医療費を膨らませるところをなぜ抜本改革しようとせず、この前の改定みたいに診療所とかいわゆる中小病院に押しつけるような改革を日医が認めたのでしょうか。

その2点についてご返事願いたい。

〔糸氏講師〕

それでは、私から前段のご質問について。

確かに、今先生ご指摘のように、保険料を払っているが、なおかつ自己負担をしなければ医者にかかれないということは、私達が当然こんなことがあってはならないし、外国でもドイツ等では、最初私らが平成8年に行ったころは、殆ど負担というのはなかった訳です。ただ、薬が随分高いものにつくということで、ようやく薬だけ負担させよとかということでした。しかし、殆ど保険給付で、温泉治療から眼鏡代、それから酔っぱらった時に車を呼んで帰る、そのタクシー代ですら保険給付というくらいに保険給付が徹底してありました。

我が国だけが、当然のこのように自己負担というものをやっている。自己負担ということは、格好は良いんですが、別の見方をすれば、これは完全に受診抑制の嫌がらせ以外の何物でもない訳ですね。ただ、成り行き上、そういうことでずっと来ていますから、国民もある程度こんなものかと思っていますけれども、これから医療費の配分等が問題になってきますと、治療について…お医者さんというのは、何も治療だけがこれから問題じゃないと思うんですね。むしろ予防のウエート、生活習慣病の相談とか、こういうコンサルテーションといった問題についてかなり我々が関与していかなければいけないし、治療範囲というものはどうしても私は病院の方にウエートがいくのではないかと思います。しかし、一般のプライマリーケアを担当する地域医療の我々にとっては、やっぱりむしろ治療というよりも予防的な面に大きなシェアというものを求めているかやっています。やっていけないだろうと思ってあります。

そういった意味で、予防についてはもう一切自

己負担なし、ゼロという1つの政策、これを1つの提案として私はこれから出てくるだろうと思うんです。むしろ、日本医師会としては、予防については患者さんはもう保険料を払っているんだから、とにかく自分のかかりつけ医の先生のところに行って色々聞く。これについては、コンサルタントの費用については保険から給付されるにしても、患者さんがそこで相談料としてまた別に金を払うということのないように…治療については、材料費とかそういうものもまたありますから、それは別としましても、予防については治療とは全く別の観点から自己負担についての考え方を根本的に改める必要がある。そうすれば、患者さんもっと早くから色々なことを相談してくれるし、また国民もかかりつけ医との間の親近感ももっと深まってくるし、そのことが我々医師会の評価にもつながるのではないが。

まあ、一石二鳥という意味で、先生のご提案といたしますか、お考え方には私も全く同感というふうに思っております。

〔青柳講師〕

高度医療、高次医療、高度先進医療というと、これは特定療養費の中で扱われるものですから、実際に1年間どのくらい使われているかといいますと、30から40億です。従って、高度先進医療と限定しますと、金額的にはそんなに高くない。

もう1つお伝えしておきたいのは、この4月、最終的には7月からになりますが、82の特定機能病院、大学病院、ナショナルセンターの2つに入院の包括の支払い方式を導入させて戴きました。これは、従来、日本医師会がこの部分にある程度の枠をはめようということで提案をしていた内容が今年度から実施された訳でございます。

残念ながらまだ不完全でございますから、特定機能病院の全保険収入の大体40%ぐらいの部分がこの包括支払いの対象になると、我々試算をいたしております。これを十分検証をしながら、先生方がお考えになっているような医療費の部分についてメスを入れていかなければならないだろうと、そのように考えております。

しかし、こういう問題が一歩スタートして、それが二歩目、三歩目というところは目に見えては動かないと思いますけれども、何れにしてもこういう考えの基に私どもとしては導入を図った問

題でございますので、先生方もよくフォローをして戴ければと、そのように考えております。

〔広島県・古川〕

これから医療費の改定をする場合は、どここの医療費が膨らんでいるか、どこを抑えたらいいか、そこをまず考えて戴きたいと思います。それについて今返事がなかったのですが、結局、大学病院なんか全然下がってないんですね。それで、大きな病院は下がってない。下がったのは、診療所は収入の殆どが3割負担です。病院は外来プラス入院がありますから、その3割負担というのもさ程影響を受けない。影響は受けておりますけれども、診療所程影響を受けない。どうして診療所をこんなにいじめないといかんかということ。

しかも、有床診療所は全医療費に対して1.何%と、ほんの僅かでございます。その改革がなぜできないかということです。しかも、診療所というのは規制を余りされずに色々やっているために効率よく治療を行っているんですよ。その中で、やっていけないから有床診療所がずっと減ってきている訳です。減ったのを今みたいに、まだ錢儲けしているじゃないかというようなデータが出た時になぜ憤慨されないか。その問題をお聞きたい。これは要望でございます。

〔青柳講師〕

最後のデータには、私としてはできるだけ反論させて戴きたい。しかし、そのデータがないと。そこら辺を先生方に今お願いをさせて戴いたつもりでございますので、誤解なきようお願いしたいと思います。

〔石川県・木田〕

石川県の木田と申します。

財源のことで申しますが、保険事務、明細書を出す事務が非常に複雑になってきております。簡単にできません。段々、レセプトを出すための事務費が非常に膨大になっております。ですから、この事務を簡単にしますと、各医療機関の事務費用が大幅に減るような施策を考えて戴きたい。

もう1つは、この保険事務のために各企業及び支払い者において膨大な事務費がどんどん増えてきていると思います。そのあたりの調査が全く我々の耳に入っておりません。そちらあたりにどれだけムダなお金が使われているのかということとをきちんと調べて戴いて、その辺のムダを省い

て戴きたい。

それから、今度日本医師会ではIT化を進めておられますので、コンピューターでもって色々やりなさいと。それで、私らの石川県でもこの間、講習会がありました。ところが、最低50万円ぐらい各自が拠出して下さいと。ちょっと大きい有床診療所ですと150万から200万程出して欲しいと。我々の現在の経済状態では、50万も150万も出してまでIT化には乗り切れないと思っております。ひとつ、このあたりをしっかりとムダを省くようお願いしたい。

それから、働いて保険料を納めている人達が喜んで保険料を払えるようなシステムに…よく患者さんに聞きますと、給料は上がったけれどもまた保険料を取られると。その「取られる」という言葉が非常に私、嫌に響いております。喜んで保険料を出して自分の健康と家族の健康、そして命を守ってもらえるような、喜んで保険料が出せるようなシステムにして戴きたいと思います。

〔座長〕

先生、要望ですね。要望ですか。

〔石川県・木田〕

最後は要望ですが、初めの方は実施して戴きたい。

〔青柳講師〕

事務手続等々につきましては会員から非常に強い要望がございまして、私どももできるだけ簡素化と。勿論、最近は届け出も含めてペーパーワークが非常に増えてまいりまして、ここら辺も簡素化に向けて努力をしなければならないと、そのように今考えております。

それから事務管理費、これは私ども日本医師会では保険者に限らず支払基金も含めて、保険財政を預かるところすべての連結決算を求めて、その中で全体として医療保険財源にかかる事務管理コストがどのくらいかと、その数値も実を言うとして出ております。これを高いと見るか低いと見るかは比較の問題なんです。例えばアメリカのHMOですと事務管理経費が23%を超えている。それに比べたらまだ安い。しかし、もっと削減の余地はあるだろうと。そういうことで、これは毎年フォローさせて戴いておりますし、日医総研の報告書に数値として出ておりますので、是非ご覧戴きたいと思います。

それからIT化の問題、先生のおっしゃるとおり

であります。私どもは、初期投資のほかに維持コスト、メンテナンスコストもかかると。それから、大体5年するとリニューアルコストといいますか、再投資コストもかかってくる。

この事務費、それからIT化の問題は、先週の中医協の基本小委の中で私どもから強い発言を求めまして、このIT化を進めることはやぶさかではない、しかし、この財源をどこから捻出するのだということを指摘させて戴きました。これは、保険財源で財源を確保するのか、或いはまた別な一般財源を確保するのか、そこら辺の議論を今後していきたいと。それでなければ、なかなか私はIT化は進まないだろうと考えておりますので、先生のご意見、十分にそしゃくしながら対応していきたいと思っております。

3番目はご要望でございますので、省略させていただきます。

〔宮城県・森田〕

宮城から参りました森田と申します。今日は、どうもありがとうございます。

医療制度改革の1つとして糸氏先生にお伺いしたいのですが、毎年、7,700名の新規のドクターが誕生するという中で、来年度から新しい研修制度が始まると言われております。

有床診療所は、日本の非常に素晴らしい医療文化だと感じておりますが、その有床診療所を含めた医療文化の次世代の担い手の教育制度に日本医師会としてどのようなかわり、また計画をお持ちなのか、その1点をお伺いしたいと思います。お願い致します。

〔糸氏講師〕

従来の研修制度というのは、先生ご存じのように、大学というかなり専門分化した場において、しかも総合的な診療というような視野の欠如した非常にいびつな教育であったのではなかろうかと思っております。そういった意味で、日本医師会は、早い話、まず専門的なお医者さんというのは十分基礎的なことをやった上でゆっくりやったらいいじゃないかと。まず、医者として何をすべきか。医者として、そこにおける地域住民に期待されているものをまず研修してもらおう、そのノウハウをまず勉強してもらおうということで、日本医師会が今度新たに、大学という枠を外して、直接研修医の選択に任せて、そしてその選択にできるだけ

情報も十分提供しながら、自分がお医者さんになった、医師免許を取った、そうした場合にまず国民が私に対して何を求めているかということをもまず研究してもらおう。当然のことながら、そこにはまず、プライマリーケアを中心とした色々な体験、経験、或いはまた勉強というものが必要だろうと思うし、そういった中で単に大学病院の医療ということも、それはそれで現在の医学の最先端はこういうところへ行っているという、そういう研修も必要でありましょう。それも否定はしてないのですが、それよりももっとベースの分、例えばプライマリーケアの分、或いはまた例えば有床診療所というものがある、これは一体どういうものなのかと、こういうことも勉強してもらおう。

また、医療が終わった後の色々なリハビリテーションとか、或いはまた福祉関係、老人保健施設とか、そういった保健、福祉の分野についても、或いはまた疫学的な、予防的な行政面の勉強といったものをすべて含んだ幅の広い、医師として基礎的な研修をしてもらおうということを中心に…当然、地域においてになった研修委員の先生方が、そこで勉強してもらうためには、医師会でそういう方々を指導できる開業医といいますか、或いは有床診療所の先生方、或いはまた開業の先生方に指導医としてちゃんとやっていけるようにということで、先日東京で全国の先生方に集まって戴いて、そして日本医師会の生涯研修の委員長を中心に特別訓練といいますか、トレーニングをやったということでございます。そして、それを徐々に各都道府県医師会或いは地区医師会でそういう研修医をやってくれと言われたら、いつでもはいやりましょうというような受け入れ体制を作るように、現在マンパワーの面でもそういうトレーニングをこの前始めたところでございます。

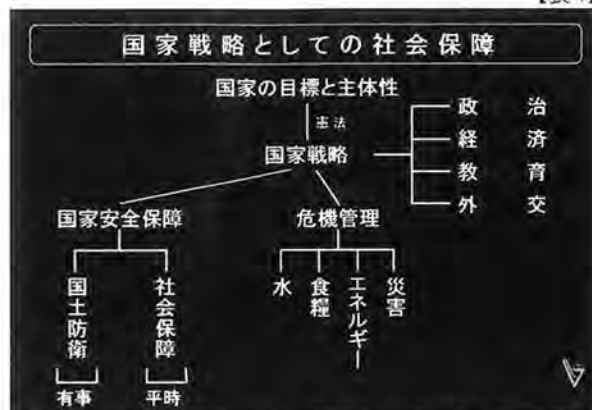
まだ色々問題を解決すべきところがたくさんあると思いますが、まさに先生ご指摘のように、この有床診療所というのは、私は地域における外来だけではなくに患者を収容して治療する、或いはまた色々な相談に応じていくという多角的な体験ができるという面では、まさにうってつけの場所であろうというふうに思っておりますので、今後また担当の桜井先生や星先生と相談して、できるだけ実のあるものに持っていきたいと、かように思っております。



【講演】「社会保障は国家安全保障」

日本医師会会長 坪井 栄孝

【表-1】



先生方も、お疲れになられているときでございましょうけれども、そしてまた昼食後ですから眠気を誘うときかもしれませんので、なるべく眠くならないようなお話をしたいと思っております。

特別講演が5つございます中で、有床診療所に関するといいますか、「有床診療所の」というような題が4つございます。私の講演にはそれが入っておりませんけれども、4つのお話を総合して、総論が後に来るというのはおかしいですが、日本の医療に関する総論的なお話になるだろうと思っております。

しかし、抄録にも書きましたので後でご覧戴きたいと思いますが、一番最後のところに3項目ほど、なぜこういう考え方が必要なんだということ、まとめて言えば、国民皆保険制度を守るために我々なりに基盤整備をしなければいけないことがあるんだということ、それからもっと具体的な話をすれば医療保険制度、これは世界で一番の制度だと私は思いますけれども、その中で理屈もなしに（理屈は官僚の理屈がある訳でございますが）、正当な理屈があるとは思えないような状況で、保険料の他に一部負担金を取っているというこの劣悪なる行政、こういうものを打ち破って行って、国民が安心できる生活、日本の国に住んで良かったという生活を確保する任務、「任務」と言うところちょっと強いかもしれませんが、これをサポートする責務も私達にはあるんだというふうな話を申し上げたいと思っております。

【表-1】「国家戦略として社会保障を考える」というのが今日のキャッチフレーズでございます。

ここに書きましたのは、先生方に対しては釈迦に説法になるかもしれませんが、ちょっと見て戴きますと、国が治まっていく時といいますか、国際社会の中で正常な形をとっていく中で必要なことは、その国にその立国の目標、或いは地球上に存在するその国の目標というものがしっかり

ていなければいけないのは当たり前でございます。そしてまた、その国のアイデンティティーといいますか、主体性がはっきりとしているというのが国家としての基本的な姿であるということでございます。

それを憲法という約束事でみんなの合意を作って、そして国民すべて、その民族すべての合意の上で、それじゃ日本という国家をこういうふうにして持っていこう、具体的にこういう政策をとっていこうというのが国家戦略である、私は思っております。

その国家戦略の中で、政治があり、経済があり、教育があり、外交があるというのは、私がここで重ねて申し上げる必要はないことではございますが、その他に通常の政治、経済等々から緊急を要するような問題があったような場合には、国家の危機管理としてそこに特別に事業を行う、或いはそういう考え方を起こすということがある訳ですが、それには現状を考えますと、左から見ていきますと、先般、第3回の国際水フォーラムがありまして、日本医師会も世界医師会を巻き込みまして、積極的にその中で「水と医療」という問題でアピールをした訳でございます。水に関して、国家としてどういう危機管理をしていくか。足りるが足りないかの問題もありますし、水が安全か安全じゃないかという問題もありますが、すべて諸々そういうものを含めての危機管理というもの。それから食糧。これも、食糧の自給率が恐らくひと桁、それも前半のひと桁というふうな、まさに身の毛のよだつ

ような状況がある訳でございますから、例えば頼っている国々に危険があった場合、或いはまた何らかの国際情勢で輸出を断ってきた場合、日本の食糧はどう確保するんだと。備蓄量そのものについても、或いは自給率そのものについても、日本の場合には、まさにその数値を見ると恐ろしくなる。眠れなくなるという程低率な備蓄量、或いは低率な自給率である訳でございます。

また一方、エネルギーに関しまして、この間、イラクの場合の石油そのものはそれ程表面的には問題が無かったかもしれませんが、しかし、内面的にはかなり問題がある。その証拠には、すかさずロシアに対してパイプラインを引くとか何とかという外交交渉を始めたということ、或いはまた原子力によってエネルギーを供給しようすると原発の問題が出て、原発が止まると恐らく東京都という首都ですら停電の恐れが出てくるだろう。停電ぐらいですと別にどうということはないかもしれませんが、その他産業全体が麻痺してしまうというような状態も起こり得る。それから、ここから近いところで起きたことでございますが、先般の阪神大震災、ああいうふうなまさに国家有事と考えてもいいような大きな災害に対してどう対応していくか。先般、ついこの間まで、私どものところで大きな地震がありまして、地元の方に聞いたらまだ揺れているというようなことがありますし、東海大地震が来るという心配もあります。こういうことに対する国家管理というものがまさに危機管理として、こちらに一般の国家戦略から突出した政策として飛び出ているということが現実にある訳でございます。

また、国家安全保障ということからしますと、更にグレードが少し上がった状況で取り扱われる訳ですが、これには先般の有事関連法案でもめたように国土をどう防衛していくかということ。これも、まさに国土防衛、国家の防衛をアメリカ等に依存しているという非常にイレギュラーな状態での国家安全保障ということがある訳でございます。これは、まあ早く言えば、有事の時にアメリカが安保法で守ってくれるということでございますが、アメリカだっていつどんなことがあるか分らない。果たして我々の子孫末代まで保障してくれるのかというと、そういう訳にはいかないうちであらう。ということになりますと、国土を守

るために我々の力でそれを守ろうとするならば、遡って憲法のところから変えていかなければいけないという状況にあるという、甚だ心細い状況にある訳でございます。

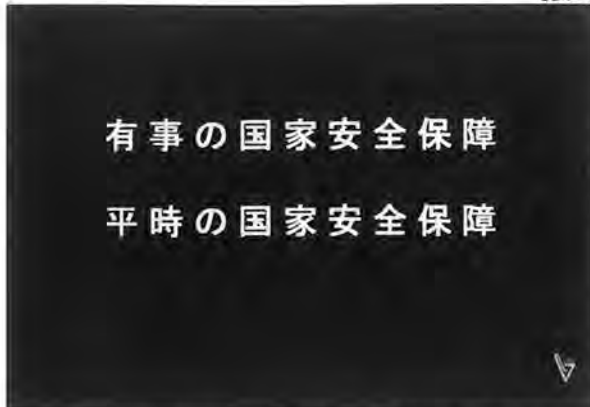
もう1つ、国民が心細い状態にあるのは、果たして老後があるのだろうか、子どもが産めるのだろうかという生計、或いは生命等に対する不安というものに対する国家の安全保障ということがないと、国民はこの日本という国土に生活して安穩としていられない。安穩という言葉は語弊がありますが、幸せになれないということが現実にある訳でございますが、誰一人としてそういう問題を外に出して、これは国における政策の第一級に値する問題であるから国家安全保障として我々が国土を守ることと同じレベルでこういう問題を取り扱おうというふうな考え方を言う政治家も、勿論行政もない訳でございます。

これは、私にとっては、お米の問題も、水の問題も、エネルギーの問題も先程申しましたけれども、危機管理という中に入るべきものではない、恒久的なものでございます。平時における問題でございますから、これは国家安全保障という高いレベルでの国民に対する担保として国は、政治家は考えるべきだと。

ちょっと余談になるかもしれませんが、この社会保障という分野を仮に…国家安全保障のところに私が入れましたから入っておりますが、危機管理のところにそれが入っているか。或いは、国家戦略として社会保障という字がどこに出てくるか。政治に出てくるのか、経済に出てくるのか、教育に出てくるのか、外交に出てくるのか。どこにも出てこない訳でございます。国家の根源である、根幹を揺るがすような、国民に不安を与えるようなその問題が国家戦略としてどこにも出て来ないという国、それに対する恐怖の方が私は非常に強いのではないかと思います。しかも、その恐怖に関して、我々の持っている天職ならば、それを国民のために何とかお手伝いできる、何とかそこに回答を見出す道を求めることができるというのが、私は現在の日本における我々の立場であらうというふうに思っております。

【表-2】 ですから、確かに有事の時には、この間の関連法案のように有事の国土を守るという必要が起きているように、有事のときの国家安全保

【表-2】

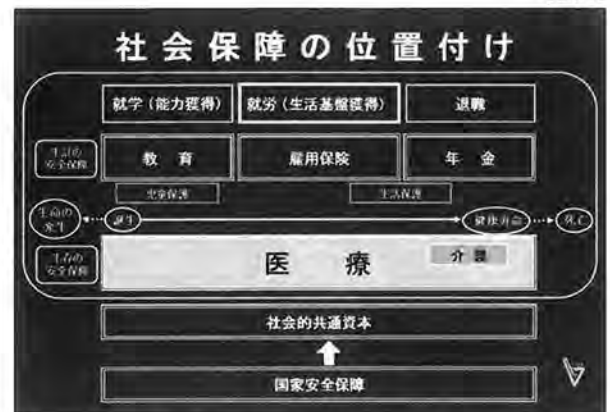


障としてはアメリカに依存している、他の国に依存しているとは言いながら、少なくとも公の場で国会の場でそれが論議されているということがあると思います。しかし、国を兵力をもって自分で守れないのですから、それよりも国民にとっては頼りにしたい国家安全保障、いわゆる平時の国家安全保障として社会保障が存在するんだと思っております。社会保障というのは、平時における国家安全保障だという理屈は、我が田に水を引く議論をしている、日本医師会長は自分の村に水を引く議論をしていると現状ではとる人もいる。或いは、多くの人がとるかもしれない。しかし、もしそうであるとするならば、その現状を我々が我が身をもって、自分の身をもって、実行をもって、それを納得させる、コンセンサスを作るという仕事をするのが私は日本医師会の仕事であると。これだけが仕事ではございませんけれども、我々の仕事の大きな根幹であると考えておりますので、社会保障は国家安全保障だということを強く主張していきたい。これは、勿論政治家にも、行政にもでございますが、終極は国民に、そういう不安を持っている国民に我々がアピールをし、合意を戴くということが必要であろうと思っております。

それには、社会保障に対する概念を変えるところから始めなければならないと、私は思っております。とかく、社会保障といいますと、貧者救済のためであるとか、或いは弱者救済のためであるとか、気付いたものについてそれを元に戻す、或いはその元に戻すための援護をする、サポートをするということだけに考えられがちであるし、また現実、そうではないんだと言いながら、特に行政なんかは、そうではないんだと言いながらも、その根底には決して社会保障そのものを前向きの国の投資とは考えていない。極端に言えばまさに施し

であると。そこまで考えが及ばないというのが私は今の日本の行政である。これは厚生労働省もそうですが、財務省あたりの考え方であると言って間違いのないと思っております。従って、ここを直さなければいけないための戦いもしなければいけません、それと一緒に我々の味方になってバックアップをしてくれる国民の合意というものを作るために、我々の考えている社会保障の位置づけというものをしっかりしなければいけないと考えている訳でございます。

【表-3】



【表-3】 即ち、今、前半でお話したようなことを進めるために、いわゆる社会保障をどこに位置付けるんだということを考えている中でのフローチャートでございます。

社会保障の1つの大きな目的というのは、国民が生活基盤を作るための就労、即ち雇用を受けること、生活の基盤を作ることであると考えられると思いますが、その生活の基盤を作るために、まずその能力を創る就学という行動が起きますし、また就労が終わりに近づきますと次の世代にその就労の場を譲るという意味での退職、そしてまたその退職に対してギャランティーできる年金というものが生じてくる。こういうふうな就労を中心にした…これはすべてがそうだと言いませんが、代表的な理屈を言うとしたら、就労を中心とした、その就労の能力をつくる教育があり、就労がある程度成功し、そして最後を迎えたときに年金によって次の世代にその就労の場を譲るというための保障としての年金というものがある。こういう一貫した生計のための安全保障というものが国の中に準備されている。現実にはこういう制度がある訳ですから、制度が準備されていると言って私は間違いのないと思います。

ただ、それが一貫した考え方で整備されている

とは言い難い。一つ一つ縦割りに、教育はどうかのこの議論もありますし、年金がどうかということも盛んに言われます。それに対して雇用がどうである、雇用保険がどうであり、失業保険がどうであるという議論はたくさんあると思います。それらがあることによって社会保障が完結されたような議論をしておりますが、そうではなくて、それが有機的に…ここに「揺り籠から墓場まで」というチャーチルの言葉がありますが、私は生命の発生、すなわち精子・卵子から幸せな健康寿命を全うするまでの間、一貫した生計の安全保障としてあるべきものが社会保障だと私は考えております。

従って、その生計の安全保障に関して生存の安全保障、即ち命の安全保障というものを保障するのが我々の担当している医療であり、福祉であり、介護であると思います。従って、ライフサイクルを一貫した安全保障の理論を下支えする、それを完遂させるためのサポートシステムが「医療」という、日本の中におけるだけではなくて、私は人類すべてがそうだと思いますが、生命のための安全保障であるという考え方をしていると思っています。これは、宇沢弘文先生あたりが言う、いわゆる教育と医療は社会の共通資本であるということにも共通いたします。であるならば、敢然として国家が国家戦略として取り扱うべき、まさに平時における国家安全保障だというのが私の主張の論立てでございます。

こういうことから考えて、今の日本における厚生行政、或いは小泉医療改革論というのを見ていくと、まさに論外であると言っても差し支えないぐらいのていたらくを示していると、私は思います。

【表-4】

劣悪な医療改革論

市場原理主義者による医療の価格付け
財務官僚による医療費総枠抑制策

【表-4】「劣悪ある医療改革論」と言いましたのは、あの人達がやっている医療改革論というものは

劣悪であると。足りないとか幼稚だというんじゃないんです。劣悪ということは、悪いという意味ですから、どうしてもなくさなければいけない、打破しなければいけないという意味です。その1つは、市場原理主義者によって行われている医療…命と言ってもいいかもしれません…の価格づけである。値段をつけている。命に値段をつけて、そして市場において営利を貪ろうと私に言われてもしようがないようなことを総合規制改革会議の中でやっている訳です。これは劣悪と言わずして何と言おうかということになる訳です。

もう1つ、財務官僚を中心とした医療費抑制策の中で総枠規制というのがあります。これはご記憶だと思いますが、前に厚生労働省が老人医療費の伸び率管理というのを出してきましたが、これを強力なる反対をもって消しました。消したのですが、字が消えましても、それが色々な形で現在出てきている。

今、先生方が政策の中で困っているというようなもの、この伸び率管理みたいなものを崩したものを形を変えて細切れにして出してくるという厚生労働省…というよりは財務官僚の陰謀であると言って間違いないものがどんどん出てくる訳ですね。そういうものが現在もまだ残っていますから、決して油断はできない。片や儲け主義者達、片や官僚が、2つのルートから日本の医療制度を改悪しようとしているというのが、私は現在の姿だろうと思っております。

【表-5】



【表-5】世界地図で示しますと、命に価格づけをするような医療制度を持ってこようとしているのはアメリカの管理医療であり、マネージドケアによって当初水膨れのように膨れ上がった医療産業というのを見てきている人達が、今官邸の真ん中にいますから…官邸の真ん中にいるとい

うのは、会議の中ということですね。もっと具体的に言えば、総合規制改革会議の中にもいますし諮問会議の中にもいますから、そういうアメリカのまさに営利主義の黄金時代みたいなところでアメリカの医療を見てきて、しかもそれにぶら下がっているアウトソーシングのもうける姿を見えていますから、あんなに儲かるのだったら日本の中へあれを入れておれたちもという気になるのは人間なら当たり前だと言えればそれまでのことですが、そんなことで国が動かされてはたまったものではない。その1つが、結局はアメリカの管理医療、HMOをつくり、マネージドケアを方法論として攻め込んできているアメリカの医療です。

日本には、公的医療制度の皆保険制度という、世界のどこにもないような制度があって、国民が幸せに医療を受けている訳ですから、何もそんなことでアメリカの真似をして一部の人の儲けのために法律を作ってやる必要はない。片や、先程言ったように医療費を制限する、抑制するというこの方法論としては、この方法が一番楽な訳でございす。総枠を規制するとか伸び率を規制するというのを官僚が国家権力でやれば、どんなことをしたって医療費は伸びてこないということですから、頭の良い役人のやることではないと思いますけれども、こういう管理医療を中へ持ってこようとしている。

今、日本の医療改革を論ずるときに、医療費を節約するためだけだと短絡的に考えますと、とんでもない伏兵がいる。しかも、これは日本の医療が現在31兆ちよつとですが、100兆のシェアがあるというふうにこの社長は読んでいる訳ですから、その100兆のシェアの中で医療を太らせて、その中で営利を求めようとするのを考えていると言っても間違いはない。普通、私がそう言うのと官僚は反対するんですけども、官僚の中にそのとおりだと賛成する人もいますから、間違いはないと思います。こういう人達の日本における医療改革、こういう官僚たちの日本の医療改革、この改革が現在の日本の医療改革論でございす。ですから、私は劣悪だと申し上げている訳です。なぜならば、我々の持っているしっかりしたものがあるので、こういう余計なお世話をしてもらう必要はないと、私は考えております。

しかし、本当に何も変える必要がないのかとい

うと、私はやはり日本の医療制度の中で変えなければいけないものもあるということも確かでございます。それはまた少したってからお話しするとして、更にこの話を進めていきたいと思ひます。

【表-6】

経済財政諮問会議 (医療の主な論点)	総合規制改革会議 (医療の主な論点)
1 株式会社の医療参入	1 株式会社の医療参入
2 医療費総額の伸びの抑制	2 医療の標準化
3 公的保険による診療と自由診療との併用	3 広告規制の緩和
4 保険者と医療機関との直接契約	4 公民ミックスによる医療サービス提供
	5 保険者と医療機関との直接契約

【表-6】 経済財政諮問会議それから総合規制改革会議、こちらは竹中平蔵大臣、こちらは石原伸晃大臣、何れも大臣でございます。こういう言い方は、尊敬した言い方ではございませんから、「大臣でございます」というのは、私は余り尊敬していないという意味です。この人達こそ、日本における獅子身中の虫だと言われてもしょうがない、もうそろそろ辞めたらどうですかと私は言いたいのですが。

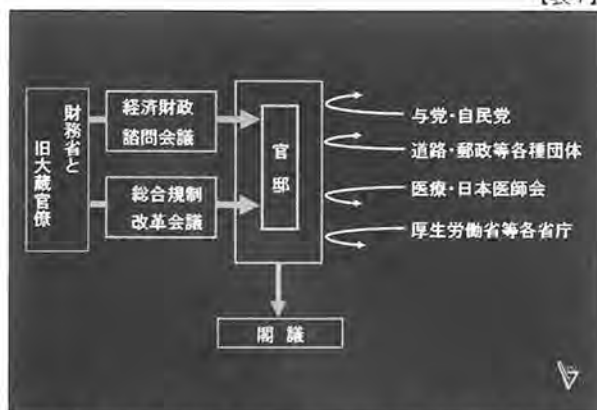
この中で、医療に関してはこういう項目が出ていますね。これはもう先生方がご承知のとおりです。株式会社の問題、それから先程言った官僚の伸び率管理の問題、それから混合診療の問題、それから保険者と医療機関の直接契約の問題、これは全部今出ていますね。これは今のところ、こういう形では出てきませんが、色々な形で細切れにして出してあります。

こういうものは、その都度、小泉さんに直接会って、いけません、こういうものは日本の医療を壊しますということを申し上げますから、そんなに闇雲に、規制改革会議もそうですが、他の会議のように闇雲にこれが規制を外されてしまうというようなことはないと思いますが、鴻池大臣がどんなに張り切ったって、やっぱり邪は正には勝てない訳ですから、私はそんなに大変なことにはならないと楽観しているところもないことはありません。しかし、長丁場でコツコツやられますと、やっぱりボディブローみたいに効いてきますから、油断する訳にはいかない。特区というようなことを持ち出してきてこういうものを入れようとしたら、

或いは突然、法律をもとに戻せというような理屈を言っとうこういうことをやろうとしたりしていることがありますから、油断はできない。しかし、今申し上げましたようなことを基本に置きながら、我々は我々の持っている医療を守るんだということで真剣に対応していくということをすれば、防げないことは絶対ないというふうに思っております。

規制改革会議の方も、全く同じようなものです。この中で、3番の広告規制の緩和というものについては、これは我々も患者に対する情報の提供ということから含めると、あながちこれを拒否する訳にはいかない。むしろ、積極的にこちらのものとして、自家薬籠中のものとしてこういう政策は進めていかなければいけない。改革をするとすれば、この辺のところは1つそのポイントがあるかも知れないということです。後は、大体こっちと同じですから、この人達の考えていることは、まさに私に劣悪だと言われてもやむを得ない人達であると、私は思っております。

【表-7】



【表-7】 小泉総理大臣は、この人達の話聞いて納得しているかどうか分かりませんが、トップダウンで閣議におろして閣議決定をしてしまいます。日本医師会もこの中へ入れましたけれども、行っても官邸の門前で門前払いを喰って中へ入れない。官邸まで、他の人達もそうですが、与党の自民党ですら中へ入れない。意見が入らない。本人が入るか入らないかの物理的な問題は別として入れない。それだけの強いガードをしているのはどこかというところ、ここではないんですね。ここなんです。財務省と旧大蔵官僚なんですね。

ですから、今の医療政策だけではありませんが、官邸の政治のバックボーンというのは主役が財務省であると言っても間違いのない訳でございます。

従って、私は、日本医師会の政策としては、この中へも入れます。色々なことをして入れますけれども、頭越しにダイレクトにここに直撃弾が行くような攻め方をしなければいけない。ということになりますと、直射砲ではだめですから、かなり山がたに、ここへポンと来るような撃ち方をしないとだめだと。具体的には色々なことがあると思いますが、そういう方法もとらざるを得ない。とにかくターゲットはここだということに私は限定して、現在のところ政策を進めているということでございます。

追いつかれるというのは、普通そうだとすることでございますが、追いつかれるというのは少し象徴的な言い方で、門前払いで「帰って下さい」と言う訳じゃないんですよ。アポイントがとれないとかそういうことですけれどもね。私は、直接申し込みます。或いはまた、総理からも直接電話が来ます。その時には会いますし、会ってくれます。従って、全くパイプが無いということはありません。そして、先程申し上げましたような規制改革会議とか諮問会議が出している劣悪なる状況に関しては、逐一、私の意見は直接申し上げてあります。それをどこまでこの人達のマインドコントロールと私が言うような日本医師会が考えているようなことが耳に入っているのか、総理がどちらをとるのかというのが現在の官邸内での政治の駆け引き…政治の駆け引きじゃなくて、総理の考え方の駆け引きになってくるんだと思うしております。それにしても直接のターゲットはここだということです。

【表-8】

財務省の平成16年度医療戦略	
1. 戦略目標	医療の発展と低成長・低インフレの保険運営が両立できる制度 ⇒ 医療費は増大させるが財源は家計。
2. 戦術	①公的保険の対象範囲の見直し ②高齢者医療コストの削減 ③地域・保険者の医療費適正化への取り組み ④世代間・世代内の保険料負担の公平化 ⑤医療提供体制の再構築・効率化 ⑥病診内の役割分担の明確化、連携強化
3. キャンペーン標語	「25兆円のギャップ」

【表-8】 ここだと言ったところがここですが、これがこの間、財務省が平成16年度の医療戦略というのを出しました。これを先生方、お読みになったら、本当にそんなこときり考えてないのかとい

うふうに憤慨されると思います。

まず、その戦略目標というのは、医療の発展と低成長・低インフレの保険運営が両立できる制度を作ろう。医療の発展と低成長とはどういう関係があるんですかね。低インフレ…、財政的に彼らの戦略としてはこういうものを目指しているというのは分りますが、医療の発展ということをもし求めているんだとしたらここに物凄い論理の矛盾が出てくる訳ですが、そんなことを言っただけで分る連中じゃありませんから、こんなものは無視しますが。しかも、両立できるということを本当に考えているのだとしたら、医療の成長と発展というのは医療の後退ではない訳ですから、しかもここでは医療費は増大させるというようなことを言っている訳ですね。ですから、私は、財務省も我々の理論に対して聞く耳が全然ない訳ではないのかというふうなことを考えてしまうかもしれませんが、私も全くそんな頭はない。ただ単なる小賢い官僚の詭弁であると思っております。

戦略目標がこれであって、戦術は…もうここで馬脚を出す訳でございますけれども、公的保険の対象範囲の見直しをすると、高齢者医療コストの削減をする…老人医療費を削減するということですね。地域・保険者の医療費適正化への取り組みをやる、世代間・世代内の保険料負担の公平化を図る、医療提供体制の再構築・効率化、病診内の役割分担の明確化、連携強化をするというようなことを言っております。もう明らかに論理の矛盾がこの中にある訳ですが、それは彼らが考えることです。ですから当然のことですね。この辺はいいんです。いいというのは、彼らが言うことです。別にこちらが目くら立ててあいつらと論争する必要はありません。

問題は、ここです。キャンペーンの標語として今後5年間、「25兆円のギャップ」というのを使うと。これだけ聞いただけで、何のことを言っているのか私は全く分かりませんでした。

【表-9】ところが、これを見ますと、医療費の見直しは2002年から2025年までの間に31兆、42兆、70兆と増えていきますよと。我々ももっと増えると思います。2025年には更に82~83兆まで増えると思います。最初、このところに120兆ぐらいと言っていたんですからね、彼らは。或いは、昔は200兆ぐらいのことを言っていたことがある

【表-9】

25兆円のギャップ（財務省見解）			
	2002年	2010年	2025年
医療費の見直し	31兆円	42兆円	70兆円
給付財源（自己負担含む）の見直し 【国民所得の増に連動させた場合】	30兆円	34兆円	46兆円
			約25兆円 のギャップ

んです。この数字もどこから出てきたのか、後でしっかりと検証しなければいけません。とにかく医療費は増える。だけれども、給付財源は、いわゆる自己負担を含めて30兆が34兆になり、そして46兆になる。だから、2025年にはこの間に25兆のギャップができる。勝手な計算をして、勝手なギャップを作っている訳ですね。とんでもない話です。こんなことがあるはずがない。

政府管掌健康保険が今までなかったような赤字になった、大変だという話がテレビでありました。テレビで報道された中身を見ますと、我々が今まで主張してきたことと余り離れていない。大変だ、大変だというようなことはない。我々は、政府管掌健康保険というのは、後5年も経つと2兆4,000億の黒字になるという計算をしている訳ですから、余りにもそのギャップの大きさ。むしろ、この25兆のギャップより我々の試算の政府管掌健康保険とあの人達が考えている健康保険の収入とのギャップ、そのギャップがなぜ起きるのかということの論争をこれからしなければいけない。早速、そのつもりでありますが、それだけではなくて…

【表-10】

民間でも行っているレベルの“リストラ”をすると…		
アクション		財政効果
補助金 15.3兆円のうち	特殊法人・独立行政法人へ流れていると確定できる補助金等3.1兆円は廃止	3.1兆円
	その他（自治体・公益団体への補助金、特殊法人等へ間接的に流れる補助金）12.3兆円は50%カット	6.1兆円
国家公務員の人員費7.6兆円は5%カット		0.4兆円
国家公務員の経費・施設費5.8兆円は50%カット		2.9兆円
歳出削減可能性		12.5兆円

※注 連結とは
一般会計から特別会計への繰り入れ、特別会計間の繰り入れ、予備費を除いて合計したもの

【表-10】特別会計という会計、後でちょっとお話ししますが、民間のレベルでこの特別会計の中をより効率的にお金を使おうとすると、私達はこ

の4点について民間並みの節約をすれば歳出で12兆5,000億の節約ができるという日医総研の調査資料があります。ここに細かいことを書いてあります。こういうことを考えますと、先程の25兆、これは1年間にですからね。あれは2025年でしょう。だから、この12兆掛ける5年、10年ということですから、25兆のギャップがもしあるとしたら、国が民間並みにこれだけのことを節約すればあんなギャップは無いんです。

そういうふうには、こういうことは全くシミュレーションしない、自分たちのところは従来の配分原理の中に固執して、そして節約するとか何とかということは医療費のムダ遣いとか何とかというふうなことを言いますけれども、自分たちのムダ遣い等については何ら手を打たない。そういうところを日医総研がついてやると、これだけのムダ遣いがあると出てくる訳ですから、25兆のギャップは起きないということになると、私は思います。

ですから、この点も財務省が出しているデータに日本医師会は勝てるというふうに思っております。

【表-11】

医療のフリーアクセス

- ・ 何時でも — 24時間供給体制
- ・ 何処でも — どこに住んでいても
- ・ 誰でも — 皆保険制度
99.97%のカバー率

価格で選択するのではなく患者のニーズで
選択できる

【表-11】 彼らが間違っている、彼らが悪いということだけ言っても国民は安心しない訳です。どういうふうにしたら国民が安心して、先程当初に私が申し上げたように、社会保障というのは国家安全保障だということに合意してくれるか。それはやはり明記しなければいけない、具体的に提示しなければいけないと、私は思っております。

まず、現在持っている我々の社会保険の素晴らしいというものをもう一遍話し合いをしながら認識してもらおう。それは何であるかという、我々の医療というもの、日本における医療というものはフリーアクセスであるということが非常に大きなポイントであるということです。我々は、価

格で医療を選択するのではなくて、必要な医療があると思ったら、その医療に関して全くフリーにアプローチすることができるという素晴らしい制度を持っているということです。しかも、その制度を何時、何所でも、誰でも受けられる。誰でもというのは公的な皆保険制度が99.97%カバーしているからだという、この素晴らしいさを国民にもう少しははっきりと認識してもらい、そしてこれに対して、良い保険制度を持っているんだということとで安心してもらう。

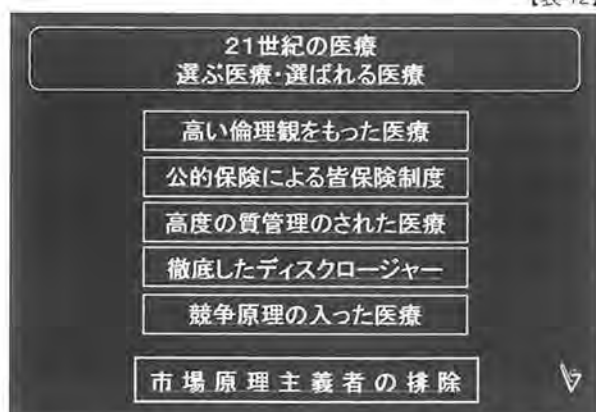
例えばは余り正しくないかもしれませんが誤解を招くかもしれませんが、日本だけではないかもしれませんが、空気と水というものの有難味というのは分りませんよね。それと同じように、日本に住んでいる人達は医療がフリーアクセスで、だれでも受けられるということの有難味とか貴重さということの認識がなかなか生まれてこない。しかも、安い医療費。安い医療費というのは、先進国の中では18番目ぐらいということです。医療が全く無いような開発途上国もありますが、そういうところを含めないで上からずうっと見ていくと18番目ぐらいにある。だから、非常に安い訳ですね。

しかも、その安さが質を落として安いのかというと、同じお金を使ってもアメリカの医療と日本の医療では格段日本の方が安くて上、同じレベルですとアメリカの方が日本より格段に高い。従って、同じものを提供しながら日本は医療費が非常に安いということはどういう原因かという、私は敢て断言しますが、我々医療人、医師・看護師のボランティアによるからです。ボランティアが日本の低医療費を支えているんです。官僚は、総枠規制とか伸び率管理とか言って偉そうな顔をしておりますが、そんなことで日本の医療費が低いのではないんです。我々が我々の天職として、我々の使命としてボランティアでやって、仮にアメリカの医療と比較すると、アメリカと同じぐらいの高度な医療を低価格で提供しているということです。

しかし、これにも限度があります。ボランティアでというのにも限度があります。しかも、よりこれから良い医療を提供するために、この後で申し上げますが、私が考えているような医療を提供するためにはお金がかかります。従って、今の医療

費そのものでもっと良い医療を提供しろという
ような訳にはいきませんし、そういう気も私には
ありません。

【表-12】



【表-12】 これから後の医療、劣悪なる医療改革論と私がけなしたあの2つを抹殺して、しがらば日本の医療をどっちの方向に持っていけばいいのか、何をやればいいのかということをより具体的に話すとすれば、21世紀の日本の医療は国民が選ぶ医療であるべきであるし、我々の医療は国民に選ばれる医療であるというのが共通のコンセンサスです。

そして、それは何かというと、医療における高い倫理観を持った我々の行動、高い倫理観のある医療を提供するということです。それから、現在持っている公的医療保険の皆保険制度を絶対堅持するということ、それから質の管理ということをよく言われますが、クォリティーの高い医療というものの中には当然「安全」という問題が大きくクローズアップされます。安全な、しかも質の高い医療を提供するということです。

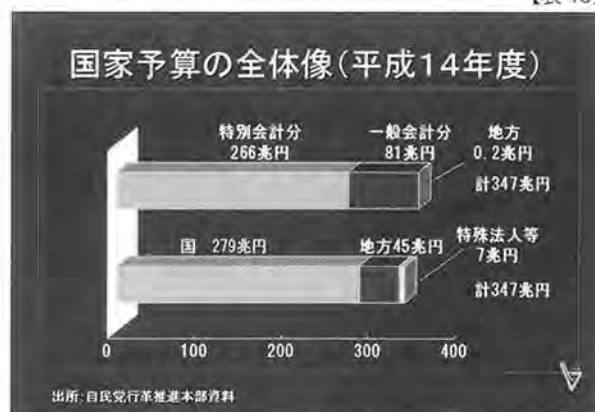
もう1つ、「競争原理」と一番下書きましたが、競争原理というのは経済的な競争、金儲けの競争ではなくて医療の質による競争と考えて戴くとそう違和感がないと思いますが、徹底したディスクロージャー、徹底した患者さんの医療情報の開示をし、医療の質の向上というものに努力しながら、我々が地域において自分の医業、医療における競争の原理を必然的に生じるものですが、そういうものを導入していくという意識があれば、国民は選ぶことに関して非常に積極的になると私は思っております。

従って、21世紀の日本の医療に関して我々がまず「患者が選ぶ医療」ということを公言するのであれば、少なくともこの5つの項目に関してし

かりと整備をしなければいけない。勿論、お金がかかります。皆保険制度にするのにも、先程から言っておりますように、一部負担なんか取らないんだと。そして、基本的には皆保険制度の中ですべての医療が見られるようにするためには膨大な財源が必要です。一歩下がって、そのうち保険で見ないものも作るというふうなことを考えるとしても、それにしても、今のレベルよりはずっとかかります。

私は、今日現在の日本の医療費は51兆かかっていると思っています。現在は31兆になったところですが、約20兆少ないと思っておりますので、それらの財源を捻出するにはどうしても我々が考えている範囲だけではなくて国家事業、国家戦略として国が医療保障、社会保障を取り上げることを行わなければならぬものであると思います。当然のことですが、今の医療改革を考えている人達のような市場原理主義者というようなものは日本の医療改革には必要ありません。

【表-13】



【表-13】 そこで、その財源をどうするんだという話です。今の医療費は、この一般財源のところ、歳出のところを使っています。ところが、これは81兆ですが、先生方ご存じのように、その他に特別会計分として266兆の金がある訳です。この266兆の金は何に使うかというと、勿論国を支えていくために必要なものであることは間違いありませんが、国債の利払い、或いは地方交付金というふうなもの、勿論医療の一部分もこの特別会計の中に入っている訳ですが、微々たるものです。その他に、私が先程12兆何がしかのムダ遣いがあると言ったのは、この中に国家公務員の月給…例えば、民間なら5%、給料を今安くしておりますよというようなことを書いておりましたが、そういうことをもしやったらとすると、この中に使っているお

金が出てくる訳です。この中に国家公務員の退職金…これも皆さん方はもう耳にタコができる程聞かされておりますね。3回も4回も退職金が出る訳です。ああいうもののムダ遣いをここで整理していくということをすれば、医療費の問題等に関しては一挙に解決できるくらいの財源がここにある訳です。しかし、それをやらない。なぜかという、官僚が直接やらない訳ですが、しかし官僚にやらせないのは政治です。国家の財政を…国の特別会計のところ限定して話してもいいのですが、この配分機構を決めているのは財務省です。その財務省が決めるご意見を伺うのは政治家です。与党です。このところを根底から直さないといけない。

もっと分り易く言えば、どこにどのくらい使うかという現在の日本の予算の配分の仕方を根底から変えないと、私は国家戦略として医療費を使うというようなことは到底できないと思います。昨日、挨拶の中で私は、有床診療所の48時間の問題とか診療報酬の問題について、重要な問題で目の前のものですから、これは短期的にすぐに解決する戦略、戦術としてやらなければいけないが、しかし中長期的に考えなければいけない、しかもその考えることが我々の医療という分野で国に100年の計を立てることになるんだというお話を致しました。役人は、永続性のある何とかかんとかと、よく最近言いますが、これで永続性のあるものを作られたらたまったものではありません。益々医療は三等国になってしまいます。

従って、根っこの部分はここの配分の仕方を変えなければいけない。ところが、政治家ですら、この特別会計の配分の仕方が分らないんです。恐らく財務省の役人でもかなり上の方にならないと分らないのかもしれませんが。なぜかという、担当が細切れになっていますから、全部合わせた全体像を掌握するのにはかなり上の者じゃないと分らないと思います。

ところが、自民党の財政をいじっている連中(あえて名前は言いませんけれど)を色々と呼び出して勉強会やなんかをしておりますと、ぼつぼつこの中へ出てきたんです。そういうことがそろそろ出てきたものですから、財務省が今慌てております。先生方、新聞でご覧になられて感じられると思いますが、こちらが聞きもしないし考えてもいない

こと、国家公務員の月給を安くするとかなんとか、こちょこちょとこの特別会計の使い方に関してリークしております。しかし、これに騙されてはいけません。もっと奥底には、特別会計の使い方に関して我々が我慢できないようなことがあるんです。それを今、日医総研が…まあ、人の財布の中へ手をつっ込むんですから余り品のいい仕事ではないかもしれませんが、しかし人の財布と言ったってこれは国民の財布ですから悪びれる必要はない。

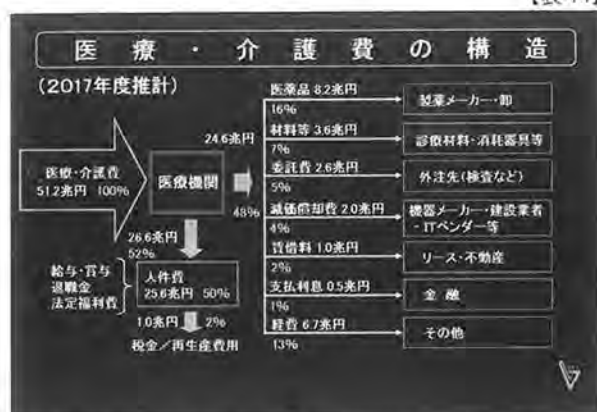
この特別会計のところをもう少ししっかりとしていくということをすれば、私は現在の国の財源の配分の機構というのは変えることができると思います。この辺のところから数字で出していくということをすれば、政治家もそれに納得して国民に対して説得する力になり得るだろうと思っています。今のような予算の配分の仕方をかたくなに守る限り、今の政治にはそういう点からいけば望みがない。

今、選挙が近いですから、盛んに社会保障が大切だ、社会保障が大切だと言っております。しかし、今社会保障が大切だと言っている政治家の口の裏には、社会保障に金がかかり過ぎる、だからそのお金を抑えつけて、できればそこから余分なものはがす、すなわち給付を減らす、そして国民の負担を増やしていく…先程の財務省の戦略にもありましたね。そういうことが、今の政府・与党の社会保障に関する考え方です。

だから、もう一遍先程の話に戻るようなことになりますが、社会保障に対する概念を根底から変えないとダメなんです。これは、我々だけが言ってもダメです。国民がそう思ってくれなければいけない。国民が税金の使い方ははっきりと意思表示してくれないといけません。そこに我々の医政が必要であり、我々の広報活動も必要だということになる訳です。

【表-14】 先程、2010年の財務省のデータが出ておりましたが、これが現在、日本医師会のシンクタンク・日医総研が作っているシミュレーションです。これは介護費用も入れておりますから医療・介護費ですが、広い意味での医療費の構造と考えていいと思います。2017年には、我々は51兆2,000億のものがあると思っております。その中で、医療機関に入ってくるのは26兆6,000億で、これは

【表-14】



こういうものに使われているといった分析をする訳です。

この表で私が言いたいことは、これは確かに医療機関に入ります。しかし、医療機関の人件費も入っております。医療機関の人件費だけの話ですが、そうじゃなくて、医薬品、材料費、色々なものがあります。実際にはこういうものの中にこの医療費、介護費が全部散りばめられる訳ですね。この中に散りばめられたもので間接的にと言ってもいいし付加価値として考えてもいいですが、色々な業種がこれによって月給を払い、これによって事業を拡大するということが起きてくる訳ですね。

医療費の使い方というのは、医療を提供する者だけではないんだということ。我々が、医療を提供するというアクションによって社会全体に対する投資効果が表れてくるんだと。即ち、医療費というようなもの、或いは医師会とか医師というようなものの考え方の中には、ともすれば「病気を治す」、「早く見つける」、「予防する」というようなところだけに限定されて考えられがちですが、そうではない。我々が行動することによって、社会全体に非常に大きな影響力があるんだ。即ち、我々は我々の考え方のラチチュードとして厚生労働省を相手にして仕事をするのがメインですけども、我々の考え方、特に医師会という団体の考え方の中では、厚生労働省だけではなくて、国土交通省も、文部科学省も、或いは通産省も、すべての事業に対して、我々サイドの、我々の村での行動が影響してくるんだということを我々は常に考えていなければいけないと考えます。だからこそ、医療とか社会保障というのは国家戦略として、国家安全保障として取り扱われるべきものなんだということです。それによって国民は、国土を守れない国ではあるけれども、我々の生計、我々

の生命というものに対しての少なくともその時点での安全が保障されているなという安堵感を持てる。それができる立場に我々医師があるんだということを強調しておきたいと思っております。

話の内容が散漫で、かえって分らなくなっただということになるかもしれませんが、段々私も勉強するに従って論理がまとまってくると思いますので、また何れかの機会にお話ししたいと思います。

今日は、財源の使い方の中で自己負担は無くするんだということを申し上げましたが、これは本気で私はそう思っておりますけれども、社会保険という保険の中であれば、更に患者さんたちが自己負担をして財布からお金を出すなんてことはとんでもない話だ、しかも大した哲学もないのに官僚が決めた話だ、これはやっぱり無くさなければいけません。しかし、自己負担が無くなった時に医療費全体の中での自己負担のウエートの影響力というのは、かなり大きいと思います。そういうものに対して、じゃ、どういう考え方を持っているのかということもしっかりと論理を作っておかなければいけません。私はこれは、自立投資という私の考え方を出しながらご理解を戴いているのですが、なかなか分り難い。私も整理し難いところがありますので、まだその仕事が途中ではございますが、そういうことを多角的に考えながら、今後の医療費、政策というのが進行されるべきであるし、我々の手で進行していくべきであろう、当面の敵である財務省に向かって理論武装すべきであると考えております。

時間になりましたので、これで終わらせて戴きます。ご清聴、ありがとうございました。

(敬称略)

德孝吉俊斗子 博樹三樹志樓成德雅雄之久介彦

出席者(県別)一覧表

県 名	人 数	県 名	人 数	県 名	人 数
北 海 道	13	富 山 県	6	徳 島 県	7
青 森 県	2	長 野 県	7	香 川 県	2
岩 手 県	8	岐 阜 県	3	愛 媛 県	9
宮 城 県	8	静 岡 県	4	高 知 県	1
秋 田 県	2	愛 知 県	2	福 岡 県	27
福 島 県	1	三 重 県	3	佐 賀 県	9
茨 城 県	6	大 阪 府	3	長 崎 県	17
群 馬 県	5	滋 賀 県	2	熊 本 県	14
埼 玉 県	6	兵 庫 県	11	大 分 県	6
千 葉 県	10	島 根 県	2	宮 崎 県	10
東 京 都	3	岡 山 県	3	鹿 児 島 県	7
神 奈 川 県	13	広 島 県	13	沖 縄 県	7
石 川 県	3	山 口 県	6	和 歌 山 県	78
				合 計	339

全国有床診療所連絡協議会総会開催地等一覧表

回数	期 日	場 所	担当県	特別講演等 主な内容
	昭和63年2月6日(土)	横浜市		設立総会
1	昭和63年8月27・28日(土・日)	福岡市		パネルディスカッション・有床診療所の活性化
2	平成元年9月9・10日(土・日)	大津市	滋賀県	パネルディスカッション・有床診療所の存在価値と将来
3	平成2年8月4・5日(土・日)	下関市	山口県	パーソナルディスカッション・有床診療所の地位の確立を求めて
4	平成3年7月27・28日(土・日)	郡山市	福島県	フリーディスカッション・今後の有床診療所のあり方について何を望むか
5	平成4年5月30・31日(土・日)	金沢市	石川県	特別講演・21世紀における有床診療所の役割について 労働政務次官・参議院議員 宮崎 秀樹 特別講演・病院の機能分化と診療連携について 厚生省健康政策局指導課長 今田 寛睦 フリーディスカッション・有床診療所問題に関する日本医師会・病院委員会報告書について
6	平成5年6月19・20日(土・日)	佐賀市	佐賀県	特別講演・我が国医療の今後の方向 厚生省保険局長 古川貞二郎 特別講演・日本医師会小規模入院施設検討委員会の報告に関して 日本医師会常任理事 宮坂 雄平
7	平成6年6月25・26日(土・日)	徳島市	徳島県	特別講演・我国の保健医療の現状と課題 厚生省保険医療局局长 谷 修一 特別講演・平成6年診療報酬の改定について 厚生省保険局医療課長 篠崎 英夫 特別講演・有床診療所の将来的展望 日本医師会常任理事 宮坂 雄平 特別講演・4月の診療報酬をかえりみて 日本医師会常任理事 糸氏 英吉
8	平成7年6月24・25日(土・日)	那覇市	沖縄県	特別講演・わが国の医療の現状と今後の課題 —新介護制度をめぐる— 厚生省大臣官房審議官 伊藤 雅治 特別講演・平成6年度診療報酬改定をめぐる 日本医師会常任理事 糸氏 英吉 特別講演・小規模入院施設の将来 日本医師会常任理事 宮坂 雄平 シンポジウム・平成6年医療費改正への対応と将来展望
9	平成8年7月20・21日(土・日)	福岡市	福岡県	特別講演・地域で期待される有床診療所の役割 日本大学医学部教授 大道 久 シンポジウム・有床診療所は知恵をふり絞って生き抜こう
10	平成9年7月5・6日(土・日)	仙台市	宮城県	特別講演・日本の医療 日本医師会長 坪井 栄孝 基調講演・医療制度改革の行方と明日の有床診療所 東北大学医学部教授(病院管理学講座) 濃沼 信夫 講演・高齢社会と有床診療所の役割 日本医師会副会長 糸氏 英吉

回数	期 日	場 所	担当県	特別講演等 主な内容
11	平成10年8月8・9日(土・日)	横浜市	神奈川県	特別講演・老後に心配ない国づくりのために 日本医師会長 坪井 栄孝 講演・医療制度の課題 厚生省健康政策課長 谷 修一 パネルディスカッション Ⅰ.神奈川県下有床診療所の実状について Ⅱ.診療所療養型病床群への転換について 講演・医療法改正と有床診療所 日本医師会副会長 糸氏 英吉
12	平成11年8月7・8日(土・日)	松山市	愛媛県	特別講演・国際水準からみたわが国の医療 日本医師会長 坪井 栄孝 特別講演・医療制度の抜本改革と今後の有床診療所 厚生省保険局医療課企画官 梅田 勝 シンポジウム・愛媛県有床診療所の現状と動向 講演・我国の医療改革の展望 日本医師会副会長 糸氏 英吉
13	平成12年7月29・30日(土・日)	盛岡市	岩手県	シンポジウム・有床診療の専門性を活かして ー私はこうしているー 講演・有床診療の近未来像 ー日医の立場からー 日本医師会副会長 糸氏 英吉 ー行政の立場からー 前厚生省健康政策局総務課保健医療技術調整官 現岩手県保健福祉部長 関山 昌人
14	平成13年8月4・5日(土・日)	四日市市	三重県	シンポジウム・21世紀の新しい有床診療所を目指して ー医療保険と介護保険の間でー 特別講演・健康日本21ー21世紀の国民健康づくりー 厚生労働省健康局長 篠崎 英夫 特別講演・政策集団としての日本医師会の進路 日本医師会長 坪井 栄孝
15	平成14年8月3・4日(土・日)	長崎市	長崎県	シンポジウム・有床診療所はの問題点と今後 特別講演・介護保険の現状と展望 厚生労働省老健局長 堤 修三 特別講演・日本の優れた医療制度を守るために 日本医師会長 坪井 栄孝
16	平成15年8月3・4日(土・日)	和歌山市	和歌山県	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 講演Ⅰ・医療制度改革と有床診療所の対応 日本経済新聞論説委員 渡辺 俊介 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 特別講演 Ⅰ・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 Ⅱ・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 特別講演・社会保障は国家安全保障 日本医師会長 坪井 栄孝
17	平成16年7月31・8月1日(土・日)	札幌市	北海道	(予定)

第16回全国有床診療所連絡協議会総会収支報告書

【収入の部】

(自:平成15年8月2日・至:平成15年8月3日)単位:円

項 目	金 額	備 考
1. 本部助成金	4,500,000	全国有床診療所連絡協議会
2. 会 費	4,539,000	1. 総会参加費 @ 5,000×309名 2. 懇親会費 会 員 @12,000×230名 同伴者 @ 6,000× 39名
3. 寄 付 金	2,060,000	製薬メーカー等
4. 助 成 金	121,847	和歌山県有床診療所協議会
5. 御 祝 儀	340,000	日本医師会長、青森県医師会長、和歌山県医師会長 和歌山県医師信用組合、他
6. 雑 収 入	56	預金利息
合 計	11,560,903	

【支出の部】

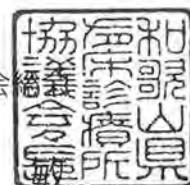
項 目	金 額	備 考
1. 総 会 費	3,673,477	室料、講演料等
2. 役員会費	209,980	常任理事会、役員会
3. 懇親会費	4,571,160	懇親会、アトラクション
4. 接 待 費	587,268	会長招宴等
5. 会 議 費	512,625	準備会議等
6. 印 刷 費	656,250	総会冊子、講演会資料等
7. 通 信 費	561,170	案内状等郵送費
8. 人 件 費	351,500	業務協力者等
9. 需 要 費	200,793	事務用品
10. 雑 費	236,680	資料録音再生等
合 計	11,560,903	

以上のとおり収支決算報告を致します。

平成 15年 9月 10日

第16回全国有床診療所連絡協議会
和歌山県有床診療所協議会

会 長 青 木



(平成5年7月19日第3種郵便物認可)

(日刊)

全国有床診療所連絡協議会総会

全国から関係者400人が参加

第十六回「全国有床診療所連絡協議会総会」がこのほど、和歌山市友田町の「担当」県有床診療所ホテルグランヴィア和歌山で開かれた。



開会の辞を述べる青木総会会長
(ホテルグランヴィア和歌山で)

有床診療所の活性化を図るために毎年開催されているもので、全国から約四百人の関係者が参加した。今回は①有床診療所の地位確立②医療法十三条(四十八時間問題)の摘発に向けて、日本医師会が厚生労働省と早期妥結をはかること、③各診療所におけるプロフェッショナル・フリータムの堅持④適正な診療報酬などについて協議が行われた。

開会で、青木会長は「わが国の医療の原点で、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、増進に寄与した実績は大きい。協議会が発足して十六年目を迎え、この間、日本医師会と厚生労働省に有床診療所の重要性や診療報酬改善を訴えてきたが、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おり、地域医療の危機である」と指摘。今回の総会で、現在、有床診療所が抱えている問題を分析し、いかに対応すべきか、専門の先生方から意見を頂きたい」とあいさつした。

日本医師会の坪井会長は「現在の医療保障に対する新しい概念、国民の目に触れている新しい医療の姿を作るのが重要。根本から日本の医療体制を変えていかなければならぬ。今回、参加すべきか慎重に協議された先生方が大きなパートを握っているのだから、ますますの活躍を込めて話した。



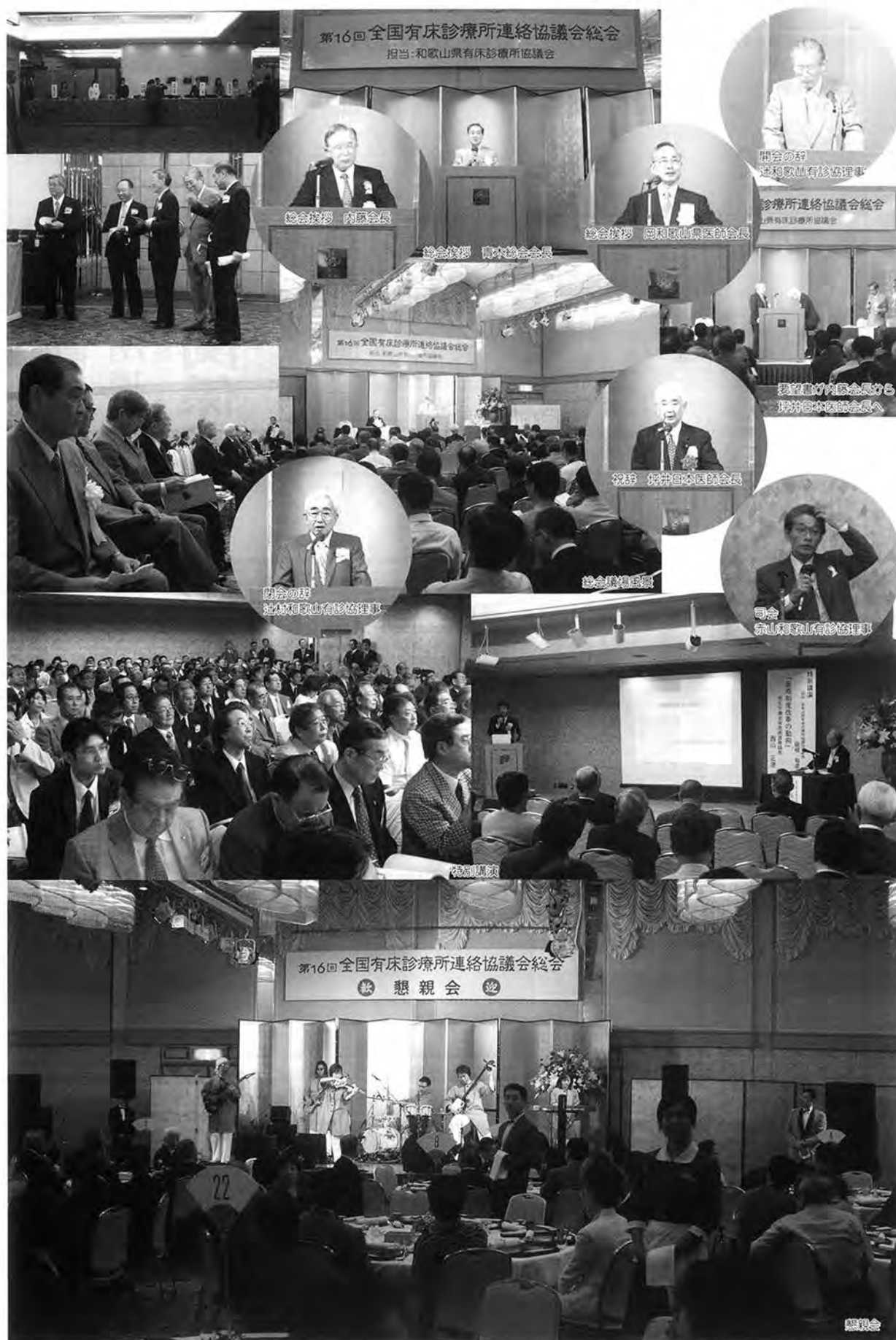
「社会保障は国家安全保障」をテーマに
講演する日本医師会の坪井会長

を期待したい」と祝辞を述べた。

また、坪井会長は「社会保障は国家安全保障」と題して特別講演を行い、「国民の安全保障が脅威にさらされているからこそ、政府の出番。社会保障が存在する究極の目的は、個々の国民が心身ともに健康で働くことを通じて、生き生きとして社会や経済システム作りに貢献する『就業』であり、『医療』『介護』『教育』『年金』『雇用保険』『生活保障』といった社会保障制度が(就業)を支えている。社会保障は国力の維持強化を図る国家的最重要事業であり、社会的共通資本として、戦略的投資が行わなければならない」と

～スナツプ～

1日目 ー総会・懇親会・特別講演ー





次期第17回全国有床診療所連絡協議会総会開催 予告



北海道有床診療所協議会会長代理西池彰先生の次期開催案内

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
TEL 011-261-3311

事 務 所 社団法人 北海道医師会
〒060-8627 札幌市中央区大通り西6丁目6
TEL 011-231-1433
FAX 011-221-5070

