

福岡県医発第1832号(地)

平成18年1月13日



各 医 師 会 長 殿

福 岡 県 医 師 会

会長 竹 嶋 康 弘



平成17年度日本医師会病院委員会審議報告の送付について

標記の件につきまして、日本医師会より日医病院委員会「今後の医療提供体制の在り方について」報告書が送付されましたので、ご参考までにお送りいたします。

小郡三井医師会より

担当理事 蒲池 壽



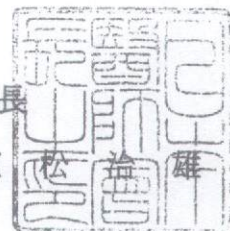
医 発 第 846 号 (地 I 164)

平成 17 年 12 月 28 日

都道府県医師会長 殿

日本医師会長

植



平成 17 年度病院委員会審議報告の送付について

時下ますますご清栄のこととお慶び申し上げます。

さて今般、本会の病院委員会において「今後の医療提供体制の在り方について」報告書が取りまとめられ、本職宛提出されました。

つきましては、本報告書を 1 部お送りいたしますので、よろしくお願い申し上げます。



平成17年度  
病院委員会審議報告

今後の医療提供体制の在り方について

平成17年12月

日本医師会 病院委員会

---

平成 17 年 12 月

日本医師会長

植 松 治 雄 殿

病院委員会

委員長 大 道 久

平成 17 年度病院委員会審議報告

「今後の医療提供体制の在り方について」

本委員会は、平成 16 年 8 月 18 日に開催された第 1 回委員会において、貴職より「今後の医療提供体制の在り方について」検討するよう諮問を受け、平成 17 年 10 月 31 日まで 10 回にわたり議論を重ねてまいりました。

ここに、これまでの本委員会の審議結果を取りまとめましたので、ご報告申し上げます。

# 病 院 委 員 会

委員長 大 道 久（日本大学医学部社会医学講座医療管理学部門教授）

副委員長 原 中 勝 征（茨城県医師会長）

委 員 安 藤 高 夫（東京都医師会理事）

” 大 西 雄 太 郎（長野県医師会副会長）

” 加 藤 紘 之（北海道医師会副会長）H17.4.19～

” 川 原 弘 久（愛知県医師会理事）

” 佐 野 文 男（元北海道医師会副会長）～H17.4.18

” 須 藤 祐 司（日本医療法人協会副会長）

” 高 橋 重 臣（高知県医師会常任理事）

” 竹 内 正 也（全国公私病院連盟会長）

” 田 那 村 宏（全国有床診療所連絡協議会常任理事）

” 谷 野 亮 爾（日本精神科病院協会副会長）

” 二 木 立（日本福祉大学社会福祉学部長）

” 西 澤 寛 俊（全日本病院協会副会長）

” 福 田 浩 三（日本病院会常任理事）

” 福 田 光 之（秋田県医師会常任理事）

” 鉾 之 原 大 助（鹿児島県医師会理事）

” 山 本 時 彦（大阪府医師会理事）

# 目 次

|                                 |    |
|---------------------------------|----|
| はじめに                            | 1  |
| 1. 地域医療における医師の確保と今後の医師養成のあり方    | 2  |
| (1) 新医師臨床研修制度の現況と当面の課題について      | 2  |
| (2) 地域における医師の確保と新たな医師派遣の仕組みについて | 3  |
| (3) 今後の医師養成のあり方                 | 4  |
| 2. 医療提供における「療養病床」の位置付けと介護保険との関係 | 6  |
| (1) 「一般病床」と「療養病床」の役割について        | 6  |
| (2) 医療施設と介護施設との関係とその給付のあり方について  | 6  |
| (3) 医療必要度の明確化の方法について            | 7  |
| 3. 地域医療支援病院の見直しと病院の外来機能のあり方     | 8  |
| (1) 地域医療支援病院の問題点と今後の運用の方向について   | 8  |
| (2) 地域医療連携の推進と医療計画の運用の方向        | 10 |
| (3) 病院の外来分離とサテライト診療所について        | 12 |
| 4. 医療における公私の役割分担と今後の経営基盤のあり方    | 15 |
| (1) 公私の役割分担の現状と今後のあり方           | 15 |
| (2) 地域医療の確保と連携推進に向けた医師会の役割      | 15 |
| (3) 今後の病院の経営基盤と医療法人制度           | 16 |
| (4) 小規模病院の今後のあり方                | 17 |
| 5. 医療界の自己改革と国民的理解               | 19 |
| (1) 医療法人を中心とした私的病院の非営利性の徹底      | 19 |
| (2) 医療情報公開の徹底                   | 20 |
| (3) 医師の生涯教育の強化と問題医師への裁定・再教育の制度化 | 20 |
| おわりに                            | 21 |

## はじめに

医療制度改革が進行するなかで、今後の医療提供体制のあり方に関する課題も山積している。新医師臨床研修制度の運用に伴い、地域の医師の確保困難の問題が深刻化している。また、介護保険制度の改定で、介護療養型医療施設の食費・居住費の利用者負担が現実のものとなり、医療給付の療養病床への波及が危惧されるとともに、改めて慢性期医療・長期療養のあり方が問われている。

一方、医療計画の今後の運用において、改めて地域の医療連携体制を構築する方向が明確になり、地域医療支援病院と病院の外来機能のあり方、あるいは新たな公私の病院の役割分担、医療法人制度のあり方などが検討すべき課題となっている。

本委員会では、これらの課題について時機を失しないように論議を進めるとともに、極めて厳しい時代環境のなかで、医療担当者として自己改革を行って国民的理解を得る方向についても論議を深めることとした。

## 1. 地域医療における医師の確保と今後の医師養成のあり方

### (1) 新医師臨床研修制度の現況と当面の課題について

実施後、2年目を迎えた新医師臨床研修制度は、新たな問題を提起しつつある。2回目のマッチング・システムの結果は、大学病院 53%、臨床研修病院 47%と、さらに臨床研修病院を選択する研修医の割合が増加した。マッチング・システムで研修医が地域の臨床研修病院をより多く選択するようになりつつあることは、地域医療を提供するなかで医師を養成する必要があるという制度の基本的な趣旨が反映されており、評価できる。

各研修病院群は、研修プログラムに沿って研修の実を上げる必要がある、円滑な研修の実施とその評価、指導医の資質の向上、研修後の医師の進路への配慮などが適切に行われなければならない。2年目は、「地域保健・医療」の科目が組み込まれているはずであり、それぞれの研修病院には、地域のニーズに応じた特徴のある研修の実施が期待される。また、研修の休止や中断にも適切に対応する必要がある。

研修医の手当ては予算上の措置によってかなり改善されたが、指導医の負担やその手当てについての配慮は不十分であり、今後はさらに適切な運用が図られる必要がある。「地域医療」の研修を担っている研修協力施設の指導医に対しても、同様の配慮が求められる。

研修医の勤務体制や当直などについては、各研修病院とも十分に配慮した運営を行っていると思われ、これまでに大きな問題は起こっていないものと考えられる。しかし、研修医のいわゆる労働者性を受け止めた研修と診療業務のそれぞれのあり方については、これまでに必ずしも明確な結論は得られておらず、研修の現状を踏まえて引き続いて論議していく必要がある。特に、研修における医療安全の確保については、指導医の指導のあり方や、研修時期と研修医の実施できる医行為の範囲などに関する問題についても、各研修病院群が経験を総括するなかで今後の方向を示していく必要がある。

新医師臨床研修制度の運用が一年を経過したことを受けて、研修医に対するアンケート調査などが実施されている。その結果によると、研修病院における満足度は大学病院に比較して高く、新制度の運用に向けたそれぞれの研修病院の努力は高く評価できる。ただし、研修病院における指導については必ずしも満足していないという指摘もあり、指導医の有効な指導のあり方を確立することは今後の課題である。

研修医の研修終了後の進路については、研修半ばで決めていないとする回答が多いが、研修病院にとどまるとする意向も多く、地域のニーズに応じた医師養成のプログラムを準備して受け入れていく必要もある。新医師臨床研修制度に残された課題も多いが、今後の地域医療を担う医師は地域における臨床研修病院で養成される必要があり、各研修病院は引き続いて制度の適切な運用に努めることが期待される。

## **(2) 地域における医師の確保と新たな医師派遣の仕組みについて**

新医師臨床研修制度の運用に伴い、大学病院の医局からの医師派遣が円滑に行われなくなり、地域によっては深刻な医師不足が起こっている。医師派遣の継続の停止や引き揚げによって、公私の病院を問わず多くの病院が影響を受け、診療科の廃止や病院の統合などの事例が報告されている。

従来から、北海道・東北をはじめとする一部の地方部では医師の確保が困難で、配置標準を欠く場合が少なくなかった。また、小児科や産婦人科、あるいは外科系の診療科などでの医師が不足しており、診療科間の医師の分布にも大きな格差がある。麻酔科医、病理医、放射線科医など、一部の専門領域でも医師数の絶対的な不足が指摘されている。今回の新医師臨床研修制度の導入は、これらの地域間・診療領域間の格差を助長しており、地域に必須の医療機能が保持できないなど状況は深刻化している。

各医科大学または医学部の医局・講座体制による医師派遣の仕組みは、医療機関の円滑な医師確保に貢献してきたが、すでにその役割は

大きく変わりつつある。また、系列病院の新たな臨床研修病院群が研修終了後も引き続いて医師を抱え込む傾向が出てきており、そのことで医師の偏在が助長され、ひいては地域の他の病院における医師確保困難をさらに深刻化させる恐れがあることも指摘されている。当面の医師不足を解消するためにも、新たな医師派遣の仕組みを早急に構築する必要がある。いくつかの県において、県と医師会及び大学等により地域医療対策協議会等を設置して医師確保に向けた取り組みが報告されているが、各県医師会は積極的に関与して医師不足の解消に向けてその役割を発揮する必要がある。

すでに、医師の地域的格差あるいは診療領域間の偏在の解消に向けて、地方勤務の実績評価、医師配置標準の見直し、診療報酬による誘導、医療計画による対応などが論点となっているが、引き続き抜本的な解消に向けて論議していく必要がある。医師会の関与に加えて、関係学会もそれぞれの専門医の紹介や派遣の仕組みを構築するとともに、地域や社会のニーズに応じた数の専門医の養成を図る方策を検討すべきである。この課題は医学教育のあり方とも密接に関連しており、今後の医師養成の基本的な方向が改めて検討される必要がある。

### **(3) 今後の医師養成のあり方**

医師養成数については、これまで医学部の入学定員数を引き下げるなど縮減させる方向の施策がとられてきたが、最近の医師確保困難の状況が深刻化していることを受ければ、この方針は見直されるべきである。医師が診療領域や診療活動をする地域を自由に選択することを妨げることは極めて困難であり、必要な診療科や地方部で診療を行うことを誘導するには、より多くの医師を養成することで新たな環境条件を作り出していくことも検討されなければならないと思われる。欧米諸国の人口当たりの医師数は、わが国のそれよりよほど高水準であることにも留意する必要がある。

しかし、当面は地域間や診療領域間の格差を是正するような最大限

の工夫と努力が求められる。地方の医科大学等では、卒業後に医師が地域に定着しないで出身地に戻ってしまう状況が顕著になっている。地域格差を是正するために、地域によっては医科大学・医学部の「地域枠」の拡大を徹底させる必要がある。

医師不足は病院において深刻化しているものであり、診療所の新規開業は毎年4千から5千施設以上に及んでいる。最近では、比較的若い40歳代前後の開業が増加していることにも着目する必要がある。病院における医師の勤務状況は繁忙で、患者・家族への説明責任や医療安全への配慮などもあって、一部の地域や診療分野の医師は疲弊しつつあるといっても過言ではない。このような厳しい条件下の病院から診療所の開業に移行する事例が少なくないことが指摘されている。医療費抑制策は、このような形で医療提供の基本的な枠組みを歪めていると見ることができ、今後の適切な対応が強く求められる。

研修医の大学病院離れの傾向が強まったことを受けて、医科大学・医学部は、医療の高度化に応じた専門教育に偏ってきたことを反省し、社会のニーズに応じた実践的な医療の教育に移行する必要があるとしている。研修医の地域的偏在等を理由に導入直後の臨床研修制度の見直しが必要とする考え方には賛成できないが、医学教育において一般医の育成という方向を示したことは受け止める必要がある。今後の卒前・卒後の医学教育のあり方については引き続いて検討し、施策に反映させていかなければならない。

## 2. 医療提供における「療養病床」の位置付けと介護保険との関係

### (1) 「一般病床」と「療養病床」の役割について

医療施設の病床機能区分について、一定以上の医学的管理が必要な長期療養患者をどの病床で受け入れるかを改めて明確にする必要がある。「療養病床」がそれを担うべきであると考えるのが本来的であるが、介護給付の対象施設(介護療養型医療施設)と併存してしまっているところに問題がある。

「一般病床」は、急性期医療から亜急性期一般医療、あるいは回復期リハビリ機能までを守備範囲としているが、一定以上の医学的管理が必要な長期療養患者を受け入れる役割は必ずしも明確になっていない。回復期リハビリ病床や特殊疾患療養病床など、診療報酬上の施設基準で運用されている病床は、医療法の病床区分とは必ずしも整合が取れていない。

「療養病床」についても、在院日数の短縮で医療必要度の高い一般病床からの患者を受け入れる一方で、介護ニーズが主体の患者まで収容されている。「一般病床」を制度運用上、急性期と亜急性期(または中間期)に区分することは有用である。医療提供の流れを、急性期、回復期・亜急性期の次を在宅医療とする考え方は適切ではないが、「療養病床」の役割と位置付けが明確ではない現状が背景にある。

### (2) 医療施設と介護施設との関係とその給付のあり方について

医療施設は、急性期、回復期・亜急性期、及び長期にわたって医学的管理を必要とする慢性期をそれぞれ担う施設体系が必要である。「療養病床」は、長期的には医療施設として現行の回復期リハビリ病床や特殊疾患療養病床の機能を担う方向を目指すべきであるが、現段階で「療養病床」を一括して介護施設として位置付けることは適当ではない。

介護3施設における入所者の介護ニーズは相互に類似・重複してい

ることが指摘されており、長期的には一体的な扱いが目指される必要がある。そこで一定以上の医療必要度を持つ者は、医療施設で対応されるべきである。本来、介護施設において医療ニーズが生じた場合には、介護に付加して医療給付がなされるべきであり、介護と医療を包括した定額支払では必要な医療を提供することはできない。

医療と介護は、本来は一体的に提供されるべきものであるが、制度的にはそれぞれの財源とサービス提供の基盤は異なっている。従って、患者・利用者のニーズに応じて医療と介護のそれぞれの施設で受け入れる必要があるが、相互に円滑に利用し合えるような仕組みを作る必要がある。

### **(3) 医療必要度の明確化の方法について**

要介護認定は介護の必要度と給付の水準を定めるために運用されているが、医療ニーズを明らかにするものではない。このことが、介護において適切な医療を提供できていない一つの要因となっていると考えられる。長期にわたって医学的管理が必要な療養者の医療必要度を明らかにすることは、医療と介護の関係を明確にし、相互の適切な利用を図る上で有用となることが考えられる。

医療必要度を明確にすることは定額化の根拠とされて、自由な診療の妨げになることも想定されるが、医学的管理の程度に応じた支払を受けることは可能であり、介護と包括される不合理よりはましである。医療必要度を明確にするために、すでにいくつかの方法が提案されているが、医学的な観点から積極的に検討し、有効な運用を図る必要がある。

### 3. 地域医療支援病院の見直しと病院の外来機能のあり方

#### (1) 地域医療支援病院の問題点と今後の運用の方向について

地域医療支援病院が導入された当時の論議では、今後の地域医療の方向は、住民の身近なところで基本的な医療を提供する「かかりつけ医」機能が重要であり、病院とは本来そのような機能を支援する、主として入院医療を担う施設として位置付けられるべきであるとした。そして、「かかりつけ医」機能と病院の間では、相互に緊密な連携を図る必要性が特に強調された。地域医療支援病院はこのような病院のあり方を制度的に実現するために、紹介率 80%以上、病床規模 200 床以上、機器・設備の共同利用、地域における研修の実施、及び救急医療の提供等を要件とした。

地域医療支援病院は、最近増加したといっても平成 9 年の制度創設後 7 年を経て、平成 17 年 4 月現在で 98 施設ある。これは、当初の 2 次医療圏に 1～2 施設を整備するという政策目標からすると、所期の目的を達成しつつあるとは言えない。医療連携についても、一定の促進は認められるものの、患者の大病院志向の傾向は継続しており、病院外来と診療所の競合に大きな変化はない。

最近になって、地域医療支援病院の紹介率に逆紹介率の導入や算定対象を初診患者に限定するなどの見直しが行われた。承認要件の緩和がねらいであったとされるが、結果として既存の地域医療支援病院の運営が困難になる事例が出てきている。地域において本来の医療連携を実施し、圏内の多くの医療機関に適切な支援を行っている病院に適用されるような工夫が求められる。

地域医療支援病院は当初から医師会病院が承認を受け、現在も病院数では最も多く全体の約 4 割を占めている。近年は、自治体病院や独立行政法人、あるいは日赤や厚生連等の公的病院も承認されており、比較的規模の大きい民間病院からの参入も相次いでいる。これらの病院が、地域医療支援病院として本来の役割を果たしているかどうか

検証される必要がある。

地域医療支援病院には入院診療加算や紹介患者加算等の診療報酬が支払われるが、経営改善の方策として地域医療支援病院の承認を受けようとする事例もあるように見受けられる。また、2年後に紹介率が80%に到達することを前提に60%の紹介率で承認を受けた病院が、その後の運用について指導・監督がなされていないという問題もある。

地域によっては周辺に診療所等が少なく、その病院が外来を含めた地域医療の基幹的な役割を担うことを求められているために、連携実施の観点からだけの評価は必ずしも公平ではない場合がある。眼科や耳鼻科等の診療領域によってもその傾向がある。また、周辺に医療機関が少ないのに、地域での協議が不十分なまま、在宅医療等を展開するなどの事例もある。連携に着目した制度の運用には、これらの視点にも配慮する必要がある。

かかりつけ医機能と病院機能のそれぞれの役割の分担・連携による本来の地域医療を実現する上で、地域医療支援病院のように主として紹介率の操作によることが本当に有効であるのかが問われている。今後は、入院医療を中心とした病院の施設機能と、かかりつけ医機能とのより明確な役割分担を図る方策が検討される必要がある。ただし、入院前検査や退院後の一定期間は当該病院の外来で対応することが必要な場合があるので、入院と外来の診療形態だけで区分することは適切ではない。

最近では、比較的小規模の病院でも医療機能を一定範囲に特化して集中的・重点的に急性期医療等を提供する事例が少なくないなど、病床規模の大小で機能を区分する不合理が明らかになりつつある。制度の運用に反映されるべき病院機能は、実際に受け入れている患者の医療ニーズや実施されている医療内容、及び在院期間等によって把握されるべきである。

病院とかかりつけ医機能との連携関係を、紹介率という指標や患者の搬送条件によって運用することには限界がある。医療機関または医

師間の連携関係は、適切な相互の登録または協約によって、より明確にする必要がある。従来から登録医制度を運用してきた事例もあり、相互の明確な関係によって医療の継続の保証が図られるべきである。

患者側からのフリーアクセスは今後とも尊重されるべきであるが、医療機能に関する十分な情報がないままに自由に医療機関を選択することは、患者にとって必ずしも望ましいことではない。従来から、非紹介患者の病院受診に特定療養費による料金の徴収など、経済的な動機付けによる対応がなされてきたが、患者の受診経路や手順に関する今後のあり方について、改めて議論されるべきである。

患者の医療機関の受診行動を適切なものとするためには、患者が何を求めているのかを受け止めることが基本である。受診の選択や判断のために必要な分かりやすい情報が十分に提供される必要があり、その上で医療連携の意味や患者・住民にとっての最終的な利点の理解を得なければならない。患者の立場からの理解や納得のない経済誘導は不適切で限界がある。患者が直接大病院を受診する傾向を是正するためには、診療所も自院の役割・機能について積極的に情報提供するとともに、確実な医療連携を実施し、24時間対応を実践するなどの努力が求められる。

医療連携は今後とも推進されるべきであるが、休日・夜間の時間外診療は病院に委ねるというような連携は適切ではない。診療所も休日・夜間診療体制を充実させ、入院医療の必要な医療に病院が対応するという役割分担を徹底させる必要がある。病院の経営において、外来の収入は相当の割合を占めている現実がある。入院医療の収入のみで経営を維持することは決して容易ではない。入院医療に専念することで経営が成り立つ診療報酬体系の確立が強く望まれる。

## **(2) 地域医療連携の推進と医療計画の運用の方向**

在宅医療を含む新たな医療提供体制の整備の方向が示されるなかで、病診連携をはじめとする地域医療連携の推進は今後とも一層推進され

る必要がある。特に、主として紹介された患者に入院医療の提供を行い、外来医療は基本的に行わない新たな紹介型病院の確立と普及が図られるべきである。地域医療支援病院はこのような方向を目指したものであると言えるが、前項で指摘したように必ずしもその目的を達成しているとは言えない。

新たな紹介型病院は、地域の診療所等による在宅を含む基盤的な医療を支援するという基本的な趣旨を踏まえていればその規模は問わず、むしろ受け入れている患者の傷病・病態、及び当該病院の診療機能を明確にして地域に周知させる。そして、紹介率というよりは登録または協約により連携関係が明確になっている地域の医療機関の数と連携状況、及び開放型病床や共同利用型設備等の運用実績を勘案して制度的に運用される。連携状況や運用実績についても、地域の患者・住民に情報提供して周知・徹底を図る。同病院は、基本的には外来医療を行わないことから、入院医療について原価に見合う相当の診療報酬の支払を受けることが前提となる。現行の地域医療支援病院の入院診療加算や紹介患者加算等は原価支払では全くなく、単なる経済誘導的対応である。ここでは、本来の入院医療の対価の支払を求めるべきである。

医師・看護師等の配置要件については、受入患者の病状や診療機能を踏まえた柔軟な対応が取られるべきで、単純な要員数の基準を設定することは不合理である。また、入退院前後に一定の外来医療が実施されることもあり得るが、外来患者数を配置要件に反映させるなどということは適切ではない。紹介型の入院医療を中心とした病院は広く普及させることが必要で、その基本的趣旨を踏まえていれば、硬直的な規制をかけることなく柔軟に運用されるべきである。

病院の診療機能、連携関係にある医療機関、連携の実績等は地域に十分に情報提供され、地域内の医療機関はもとより地域住民にも知ってもらう必要がある。地域の患者・住民に対して、医療を受けるときの考え方や受診手順について十分な理解を求めることに努めなければ

ならない。地域によっては、診療所等が不十分なために病院の外来機能が必須であることがあるが、そのような場合にこのような紹介型病院の開設を目指すことは適切ではない。ただし、病院が地域の医師会と協議をして診療所の開設を促すなど、地域におけるかかりつけ医機能の充実を目指すことは十分な意義がある。

最近の国の医療計画に関する検討の場で、患者に分かりやすいという視点も踏まえて、日常診療圏を想定して疾患別の診療ネットワークを構築する方向が示されている。これは、地域内に疾患ごとの拠点病院を位置付け、連携する医療機関を明確にしてネットワークとして機能させようとするものであるが、疾患ごとにネットワークが縦割りのように出現することが想定され、複合的な病状や合併症等に的確に対応できるか疑問が残る。多様な傷病に連携の合理性を包括的に適用する場合の問題点が議論されなければならない。

医療計画における病床規制は、地域医療に混乱を来たすことのないよう、今後とも継続される必要がある。ただし、「一般」・「療養」の病床区分別の基準病床の設定等については、介護保険制度の見直しなどにより病床配分はなお流動的であり、慎重な対応を求めたい。また、病床規制は地域の実情に応じた柔軟な対応が必要であり、改めて特定病床等のあり方が検討される必要がある。

地域の連携体制の整備や医療機能の集積化・重点化など、医療計画の内容に関する検討には、都道府県レベルのみならず2次医療圏レベルの地域医療に関する協議体が機能する必要がある。連携体制の確立や公私の病院の役割分担、医療機能の集積・統合などの課題に対応するためには、行政主導となることなく医師会や医療関係団体の主体的な関与が求められる。特に、連携を調整する組織においては、住民が参加した上でそれぞれの地域の医師会が中心的な役割を担うべきである。

医療計画の実施状況と実効性を指標で評価しようとする動きや、連携の適切性や成果をも評価しようとする方向も見受けられる。一般的

な方法論が確立しているわけではないが、今後の課題として連携の合理性や医療の質的水準、あるいは患者・住民の満足度などについて評価する妥当な手順や方法について検討する必要がある。

### **(3) 病院の外来分離とサテライト診療所について**

紹介率に基づく各種の診療報酬加算、診療情報提供料の種別化、あるいは病院外来医療の包括化などによって、病院の外来から診療所への逆紹介などの医療連携を促進させるための経済誘導は一定の成果を得てきたと言えるが、一方で患者負担の差が生じて逆効果となる事例が経験されるなど、医療提供側へのみインセンティブを与えることの限界も認識されている。初診時の非紹介患者に対する特定療養費による料金の徴収など、受療側に対する経済誘導についても、それだけで患者の受療行動に大きく影響を与えることはないという実態がある。患者・住民が納得して受療の選択や行動を変えるには、的確な情報提供が求められていると言える。

一方、外来医療を病院から診療所等への移行を図ろうとする誘導策は、病院の外来分離、あるいはいわゆるサテライト診療所の事例を生んだ。病院の外来分離の現状について把握することは必ずしも容易ではないが、事例としては増加傾向にあるとされる。その背景には、現行の診療報酬では入院医療の原価を確保することが困難であるという現実があるとともに、画像診断部門の増設などによる病院の狭隘化、入院・外来比率の低減化による施設基準の取得、外来患者数に応じた医師数の確保困難などがあると言われる。外来分離には、運用の仕方によっては複数のサテライト診療所によって本体の病院の入院患者の確保を図るなど、地域における医療の囲い込みの恐れがあり、また入院・外来比率や紹介率の算定が変わって別の施設基準を取得することが可能となる。外来分離は地域医療における本来の連携のあり方や制度運用の公平性の観点から問題が残るとして、県によっては規制をかけ始めている。

前述したように、今後の医療の方向として病院機能から外来を分離することは求められており、病院の外来分離の全てを認めないということは必ずしも適切ではない。地域に開かれた連携体制の構築、十分な情報提供による患者・住民からの自由な選択、地域の連携協議の場への積極的な関与、地域における医療提供者の適正な役割分担などの視点から、その適切性が判断されるべきであろう。そして、地域の医療計画において一定の役割を担うという位置付けがなされれば、むしろ病院の外来分離は積極的に取り組まれるべき課題であるとも言える。

最近に至って、病院の外来患者数に応じた医師配置基準（標準）の設定を見直す動きがあるが、病院医療の今後のあり方を踏まえれば、基本的には十分に検討する課題と言える。ただし、それによって医師数が不十分なまま外来医療が拡大して入院医療が手薄になるようでは、今後の病院医療のあり方からすれば問題が生じる。病院における医師数が不足している折から、硬直化した医師数要件は適切に見直される必要があるが、医師に繁忙を強いるような結果になると、病院医師が開業して診療所医師にシフトする最近の傾向を助長することになり、十分な検討と配慮が求められる。まず、病院と診療所の診療報酬上の格差を是正することが必要であるが、基本的には入院医療に専念できる人員配置要件と、それに見合った入院基本料などの診療報酬上の対応が、今後の適切な病院医療の提供に必須であることを強調しておく。

## 4. 医療における公私の役割分担と今後の経営基盤のあり方

### (1) 公私の役割分担の現状と今後のあり方

近年、自治体病院等の公的病院は、一般外来患者の確保や上位施設基準の取得など、収益増を図ろうとする姿勢が明らかとなってきた。また、従来の国立大学病院や国立病院の大多数が独立行政法人となり、自治体病院のなかにも地方公営企業法の全部適用を採用するなどして、それぞれの経営努力を求める方向が急速に強まっている。これらの病院が担ってきた公的医療は、本来は民間病院では対応できない僻地・離島の医療や高度・特殊の医療や採算性の悪い医療を提供することがその役割であるとされてきたのであり、現状のままでは公私の役割はますます不明確になるばかりではなく、民間病院の経営を著しく圧迫して存続を危うくする恐れがある。

地方自治体の財政も逼迫して、自治体病院の統廃合や経営移譲等の事例が少なくないが、今後は、各地域における公私それぞれの病院の具体的な役割を明確にしながら、本来の地域連携を図っていく必要がある。今後の公私の病院の役割については、新たな医療計画の運用において最も重要な課題の一つとして取り組まれるべきである。

三位一体改革が進行すれば、国からの補助金のかなりの部分が地方へ税源移譲されることが見込まれており、今後の医療法人制度の運用において、公益性を高めた新たな医療法人がこのような役割を担うことが可能となるように、十分に検討しなければならない。

そもそも医療は地域に密着したところで提供されるべきであり、民間で対応できるものは民間で対応することが望ましいと言える。公私の病院の役割分担のあり方は、公的資金の投入のあり方を含めて、新しい考え方によって見直されるべきである。

### (2) 地域医療の確保と連携推進に向けた医師会の役割

今後の地域医療は、医療計画等によって住民にも分かりやすく事業ご

とに連携体制を構築し、それぞれの医療機関の役割をより明確にしてい  
く方向が示されている。公私の病院は、医療計画において地域における  
それぞれの役割と機能を改めて明確にし、円滑な連携体制を構築してい  
く必要がある。

ここで、地域の各医療機関の機能を踏まえて相互の連携や調整を行う  
機能は極めて重要であり、地域の各医師会は主導的な役割を担うべきで  
ある。地域の医療連携体制は、基本的には地域の医療機関の全てに開か  
れている必要があり、特定の医療機関を中心とした囲い込み的なネット  
ワークは好ましくない。また、医療を受ける立場からの理解を得るよう  
に、主要な事業ごとの連携体制の構築は必要であるが、多岐にわたるい  
ずれの傷病も医療連携によって必要な医療が受けられるようにする配  
慮も求められる。

医師会は、地域医療を直接担う立場から各医療機関の役割の分担と連  
携の調整に積極的に関わるとともに、県あるいは地域全体の医療提供体  
制の整備・充実に向けて、行政とともに医師や医療従事者の養成・確保  
等に努めるべきである。

### **(3) 今後の病院の経営基盤と医療法人制度**

次期医療法の改正に向けて検討が進んでいる新たな医療法人制度は、  
「公益性を高めた医療法人」と、「非営利性を徹底した拠出金による医  
療法人」が新設される方向が示されている。従来から医療は非営利であ  
ることが謳われてきたが、時代に合わせて非営利性をより明確にした医  
療法人制度となると考えることができる。現在、大多数を占める持分の  
ある社団医療法人については、財産権の扱いなどを見定めながら、いず  
れかの新たな医療法人に移行することになることが見込まれている。

これからの地域医療は、これらの非営利性を明確にした医療法人によ  
って担われていくことが期待されており、経営の透明性と効率性を高め、  
地域の信頼性を得ながら、安定的な医療の提供ができる経営基盤を構築  
していく必要がある。特に、「公益性の高い医療法人」については、従

来の政策医療に相当する公益性の高い医療サービスを担うことで、自治体病院等の役割を引き継いでいく方向も示されている。このように、公私の病院の役割分担も新しい局面を迎えており、行政主導ではない民間病院の立場からの地域医療の構築が求められていると言える。

従来の特定・特別医療法人は「公益性の高い医療法人」に移行することが見込まれるが、持分のある社団医療法人は、残余財産や剰余金の分配請求権を持たないことなどの要件を受け入れることは必ずしも容易ではないと思われる。しかし、営利法人の医療への参入を拒否するためにも、非営利性の徹底による公益性の確保は必要であり、拠出金制度による新たな医療法人が今後の医療提供の経営基盤となるように努めなければならない。

#### **(4) 小規模病院の今後のあり方**

病床規模が100床程度、またはそれ未満の小規模病院の経営環境は極めて厳しいと言える。病院数は毎年減少して、全国の病院数は9千の水準を下回ることが見込まれているが、減少した病院の多くが小規模病院であると推定されている。しかし、経営の基盤は必ずしも規模に依存するものではなく、地域のニーズに的確に対応することで、小規模ながらもその役割を発揮できることは言うまでもない。規模の大小に関わらず、今後の病院は住民の信頼を得ながら、地域に必要とされる医療機関になることが求められていると言える。

地域のニーズを踏まえて医療機能を特化し、特定の領域での専門医療を追求している病院があるとともに、地域に密着して在宅医療や介護施設等とも連携し、長期療養や終末期医療に取り組んでいる病院もある。地域医療においては、規模の小さいことで、住民の要望にきめ細かく迅速に応えられるという利点を生かすことも可能である。今後、医療計画の運用等により、地域に身近な新たな連携体制が構築される方向が明らかになりつつあり、自らの施設の役割を明確にして連携に参画することに努める必要があろう。

今後、医療費抑制策が強行され、在院日数短縮のための施策も強化されることが見込まれている。マクロ的には病床数はさらに減少を迫られる可能性が強い。そのような中でも、地域に必須な医療が存続されるべきことは当然であり、小規模病院であっても一層の経営努力と地域医療への参画が求められる。

## 5. 医療界の自己改革と国民的理解

わが国の医療の質を向上し、医療安全を確保するためには、公的医療費の総枠を拡大することが不可欠であると考えられる。他面、近年の医療事故多発の報道を契機として国民の医療不信が一段と強まり、国民の医療費負担増・医療保険料引き上げへの抵抗がきわめて強くなっていること、及び平成17年9月の衆議院選挙で圧勝した小泉政権が、「小さな政府」を旗印として社会保障給付費・医療給付費の抑制をますます強めようとしていることを考慮すると、医師会・医療団体が現在の医療政策・医療費抑制策の問題点を批判するだけでは、その実現は困難であるという厳しい現実も直視しなければならない。

公的医療費の総枠を拡大し、国民医療の確立を図ることについて国民的理解を得るためには、国民の医療不信を払拭するために医療界が率先して自己改革を行うことが不可欠である。国民の医療不信を考慮すると、特に次の3点が重要と考える。これらの中には当委員会の本来の守備範囲を超えるものもあるが、敢えて問題提起したい。

### (1) 医療法人を中心とした私的病院の非営利性の徹底

医事法制全体を貫く医療の理念に基づけば、医療者にとっては医療の非営利性は自明のことであるし、公私の医療機関で提供されている社会保険医療全体がきわめて公益的性格が強いと言える。他面、旧厚生省の通知により、医療法人の解散時の残余財産の出資者への分配が制度上長らく容認されてきたのも事実であり、それが規制改革・民間開放推進会議等に、現行の医療法人制度は非営利とは言えないと主張する口実を与えている。さらに「公益法人制度改革に関する有識者会議報告書」（平成16年11月）に見られるように、最近の公益法人制度改革では、非営利性の基準（非営利法人と営利法人との区別）が厳格化される方向にある。そのために、医療法の規定及び実際の制度運用の両面で、医療法人を含めた全医療機関の非営利性を徹底すべきである。ただし、その際、

私的病院の活力・創意工夫を削がないよう、十分配慮する必要がある。

## **(2) 医療情報公開の徹底**

個人情報保護法の制定により、カルテ開示が事実上法制化されたが、同法は一般法であることもあり、その運用面では様々な問題点・課題が指摘されている。そのために、カルテは医療者と患者との共有財産であるとの視点から、カルテ開示を含めた医療情報の患者への公開を医療者・医療機関側からも積極的に行うための新たな基準（ガイドライン）を、医師会が率先して示すべきである。併せて、患者・地域住民に対して、医師を中心とした医療従事者及び医療機関についての情報の公開も積極的に進めるべきである。

## **(3) 医師の生涯教育の強化と問題医師への裁定・再教育の制度化**

近年、医師会が積極的に取り組んでいる医師の生涯教育を一段と強め、各医学会とも協力・連携して、全医師が一定期間中になんらかの再教育を受けることを制度化すべきである。規制改革・民間開放推進会議等が主張している医師免許の更新制は非現実的ではあるが、医療界以外ではそれへの支持が強いことを考慮すると、現在のように、個々の医師の自発性に依拠する方法だけでは、国民の医療不信は払拭できない。

特に、国民の医療不信の大きな原因の一つともなっている、いわゆる「リピーター医師」を中心とした問題医師に対する医師会の裁定と再教育機能も制度化すべきである。この点は、厚生労働省の「医師等の行政処分のあり方等に関する検討会」でも、欧米諸国の状況も調査しながら検討が進められているが、処分を行政まかせにせず、医師会自らが専門職団体としての自己規律機能を発揮すべきである。

## おわりに

厚生労働省は、先に医療制度構造改革試案を示し、今後の医療費適正化に向けた基本的方向を示した。国民皆保険体制を堅持し、経済指標に留意しつつ医療の効率化で医療費適正化を図るとし、中長期的な生活習慣病対策と長期入院の是正、及び高齢者の自己負担の引き上げや診療報酬の抑制等を具体的な方策として掲げている。

ここで、医療計画において連携体制を構築し、地域連携パスで総入院期間などを把握するなどして施設医療を短縮し、在宅医療への移行を強力に推進する意図が明確になりつつある。今後の医療提供体制のあり方を、医療費適正化に向けた方策の一環として位置付けていることは明らかである。

患者・国民の健康を願う立場からは、財政主導の医療提供体制の構築は認められるものではない。現段階ではあくまで試案であり、具体的な法制化に向けた過程で、医療担当者の立場から医療のあるべき姿を踏まえた意見と働きかけがなされることを強く期待する。本報告書が、そのために役立てられることを望みたい。