

特集②

激論日本の

新春
特別
座談会

超高齢社会の到来を控え、日本の医療制度は今、見直しを迫られている。安心できる制度の確立は国民の誰もが望むところだが、実現までの道のりは険しい。国の厳しい財政事情の下、医療費に対する風当たりは強まるばかりだ。一方、折からの医療費抑制策のあおりで現場は疲労感に包まれている。あるべき日本の医療の姿について、3人のキーマンが激論を交わした。

聞き手・構成◎庄子 育子 写真◎宮原 一郎

厚生労働省総括審議官

宮島 俊彦氏

Miyajima Toshihiko

宮島 俊彦氏

西室 泰三氏

医療はどこへ行く

医療費抑制策はまだ続けるべきか

——本日は、厚生労働省、財務省の財政制度等審議会、そして医療界を代表して皆様にお集まりいただきました。

まずはマクロな視点として、日本の医療が直面する財政問題から話を進めたいと思います。高齢化の進行で国民医療費が年々増大する中(図1。図表類は41～42ページに掲載)、医療費に対

する“風当たり”も急速に強まってきました。厚生労働省としては、この医療費の伸びをどのように受け止めているのでしょうか。

宮島 医療のほか年金や介護・福祉も含めた社会保障給付費の総額は、2006年度で90兆円でしたが、2025年には1.6倍の141兆円になると推計しています。内訳を見ると、最も大きなシェアを占める年金が1.4倍で、医療費が1.7倍。一方、その間の国民所得は1.4倍にしかないと思われています(図2)。

では、私どもが医療費についてどう考えたかといえば、国民皆保険の維持を第一に考え、2006年に医療制度改革を断行した。

2006年度で28.5兆円の医療給付費は、改革を行わずにいと、2025年度には約56兆円になる。それを2006年度の診療報酬改定や患者負担増の短期的対策で2兆円、さらに生活習慣病対策で2兆円、平均在院日数の短縮で4

財政制度等審議会会長
(株)東京証券取引所グループ
取締役会長兼代表執行役)

西室 泰三氏
Nishimuro Taizo

医療法人財団石心会理事長
(前中央社会保険医療協議会委員)

石井 暎禧氏
Ishii Eiki

石井 暎禧氏



「毎年2200億円の 削減ノルマは そろそろ限界に」



Miyajima Toshihiko
宮島 俊彦氏

1953年生まれ。77年東京大学教養学部卒業後、厚生省（現・厚生労働省）に入省。保険局国民健康保険課長、大臣官房人事課長、大臣官房会計課長、大臣官房審議官（医療保険担当）、大臣官房審議官（医政・医療保険担当）などを経て、2006年9月より現職。

兆円減らして48兆円にとどめようとしているわけです。

危機的な状況にある国家財政

——財制審では2008年度の予算編成の建議の中で、財政健全化の必要性を強調し、特に医療のところには思い切ったメスを入れるべきといった主張をされていました（表1）。

西室 医療に焦点が当たったように見えるのは、2008年度は診療報酬や薬価改定が行われるので、少し詳しく書き込んだからでしょう。

マクロで言うと、日本の財政は極めて危機的な状況にあります。2007年度末において、国と地方を合わせた公債等残高、要は“借金”は、対GDP比で142%と見込まれています。ちなみにEUに加盟する条件というのは、対GDP比が60%以下。日本は他の先進国に比べ、借金がずば抜けて大きいわけです。

借金には当然、金利が付くので、手をこまぬいていけば大変なことになる。日本の公債等残高の対GDP比は、このままでは2025年度で187%、2050年度には399%になると推計されています。ですから、この状態を放っておくわけにはいかない。いろいろな努力を重ねて将来の世代の人たちに負担を先送りしないようにしないと。

この5、6年を見ると、国の一般歳出で増えているのは社会保障費だけです。公共事業費はもとより、防衛費も文教費も減った（図3）。けれど、今後も社会保障費は、医療・介護を中心に大きく増える見込みです。

今まで削減してきたところをさらに削るのはほぼ不可能に近い。そんな状況

ですから、医療も歳出が増えないような形をぜひ取ってもらわないと。

厚労省も努力して制度改革を行いましたが、こちらとしては、もう少し医療の部分で何とかならないかなと思っている。しかし、最近ではその改革についても医療費を抑制しすぎだという声が多くなってきており、心配しています。

——国の財政事情が極めて厳しいというお話でしたが、医療現場におられる石井理事長は、どのような感想をお持ちですか。

石井 医療費が1.7倍になるといってもそれは推計値ですよね。推計というのは前提条件を少しいじるだけで、数字が大きく変わってきます。ですから、1.7倍というのは一つの見方という程度でしか受け止めていません。

国の財政事情を考えれば、確かに医療だけは何でもあり、というわけにはいかない。ただ、国民が日本の医療にどの程度期待をしているかというところから、必要な医療の総量というのがそれなりに常識的に出てくるのだろうと思っています。

お金の話で言えば、GDPに対する日本の医療費の水準は決して高くない。G7諸国の中で日本は最下位ですし、OECD加盟国なら30カ国中22位（図4）で、平均を下回っています。

西室 ちょっといいですか。医療費の対GDP比は、日本は8.0%で、確かに平均の8.9%より低い。ただ、これはあくまで総医療費についてです。保険料・税で負担している公的医療費、つまり、総医療費から自己負担分や民間保険を差し引いた医療費で見ると、日本はOECD加盟国の平均を上回っています。

ですから、そんなに見劣りするものではありません。

だけど、決して高いわけでもない。私もそう認識しています。そんな中、日本の医療レベルは大変優れている。これは医療界の方々が過去から積み上げてきた努力のたまものだと感じています。宮島 そうですね。日本は世界一の長寿国で、乳児死亡率も一番低い。国民の健康に関するWHOの総合評価も常にトップクラスですから。だから、今のパフォーマンスのいい医療の仕組みと、これから迎える超高齢社会に、壊さないでどうやって持っていくかという話になるのだと思います。

西室 ここで強調しておきたいのは、財制審が伸びを抑制すべきだと言っているのは、公的医療費の部分に関してであり、総医療費が伸びることについては、もっといろいろな知恵を働かせるべきだと思っています。

日本の医療のレベルを低くしろとか、あるいはお医者さんがもっと働かなきゃいけないとか、そんなことを言っているわけではありません。その辺りは誤解のないようお願いします。

医療費の負担構造の見直しも

石井 安心・安全な医療は誰もが望むところで、ここにいる3人もそこは意見が一致する。ただ、そこから先は立場によって意見が違ってくるんですね。

「総医療費が伸びることについては知恵を働かせて」という話がありましたが、それは自己負担が増えてもいいということですね。けれど、自己負担の部分を拡大すれば、今の医療のパフォーマンスは保てなくなる可能性が大きいと私

は感じています。

自己負担を拡大する方法としては、例えば混合診療の解禁がある。ですが、解禁によって、有効性や安全性が担保できない怪しげな診療が横行する恐れが出てきます。

こういうことに知恵を働かせてくれと言われても、「そんな知恵を働かせる気はない」というのが本音です。

私を含めおそらく医療者の大半は、医療というのは、ほとんどを公的医療費で賄うべきだと考えているはず。医療というのは誰も好きで受けるものではなく、やむを得ず受けるものなんですよ。だから行われているのは患者にとって必要な医療。十分すぎる医療が行われているなら自己負担割合を増やすことも考えられるかもしれませんが、そうではありません。

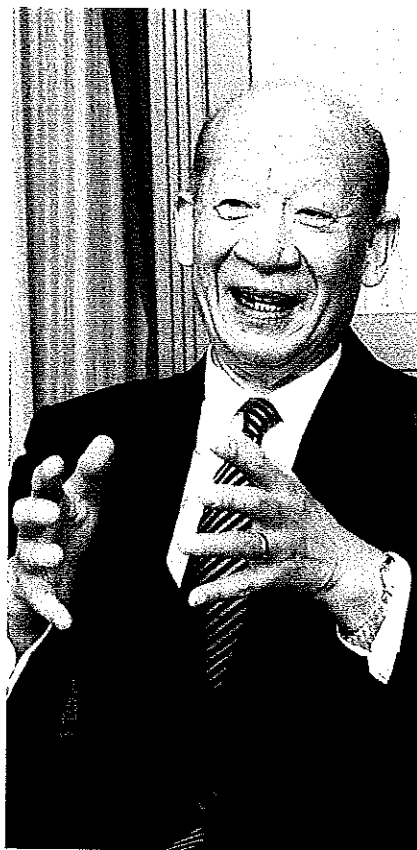
それと、医療費の伸びについて論じる時、考慮していただきたいのは、医療技術の進歩でお金がかかるようになっていくということです。私が学生だった頃と今とは全然違う。

例えば心筋梗塞なら、昔ははっきり言って寝かせておくぐらいしか手なかった。でも今はバイパス手術をしたり、PTCAで血管を治療したりする。

西室 確かに医学の進歩によって、お金がかかるようになっていくのは事実だと思います。けれどその一方で、本来、お医者さんに診てもらわなければならない程度でも、安易に医療機関を受診している。そんな傾向も見られますよね。どうせ安いしという考えで。

結局、国のお金に頼りきってしまっている。いや、そういう認識自体、薄いのでしょうか。でも、そんなことが続いたら、

「国の歳出で増えているのは
社会保障費だけ。
伸びを抑える努力を」



Nishimuro Taizo
西室 泰三氏

1935年生まれ。61年慶應義塾大学経済学部卒業後、東京芝浦電気株式会社（現・東芝）に入社。96年代表取締役社長。2000年代表取締役会長、2005年相談役。同年、東京証券取引所取締役会長に就任。代表取締役社長兼会長を経て、2007年8月より現職。2006年2月財政制度等審議会会長に就任。



「医療崩壊は 民間病院では とっくに起きていた」



Ishii Eiki
石井 暎禧氏

1937年生まれ。62年東京大学医学部卒業後、同大学産婦人科に入局。73年医療法人財団石心会の設立に参画、石心会川崎幸病院院長。74年より現職。2005年9月から2年間、中央社会保険医療協議会委員を務める。日本病院会常任理事。

いくらでも公費がかかってしょうがない。ですから、そうしたことが行われないような、費用負担のあり方を考えなければならぬと思います。

——それは保険免責制につながる話だと思うのですが。

西室 その通りです。免責制の話を最初に持ち出したのは、政府の経済財政諮問会議です。そこで試算したところ、軽医療の部分に関して免責額を500円にすれば約5000億円、1000円なら1兆円の歳出削減になることがわかりました。これだけの財源が捻出できれば、一部を医療の高度化に振り向けることも可能でしょう。

——今回の建議では、免責制の文言は「過去の『建議』における主な指摘事項(医療関係)」という参考資料に出てくるだけで、本文では特に触れられていません。今回は主張を引っ込めた見えなくてもいいのですが。

西室 いいえ、決して引っ込めてはいません。本文には書き込みませんでしたが、過去にこんな主張をしていて、それもちろん忘れていませんよ、という意味で、資料として示したのです。

宮島 国の財政事情を考えれば、免責制の話が消えるということは絶対ないんでしょう。ただ、厚労省としては、まだ免責制について議論を始める環境にはないと感じています。

社会保障費は国の一般歳出の中で最もシェアが大きく、45%とほぼ5割を占めますから、歳出削減に向けた圧力が強くなるのはやむを得ないのかもしれませんが。それで2006年度の「骨太の方針」で、2011年までに国のプライマリー・バランス(基礎的財政収支)を黒字化

するため、社会保障費は5年間で1兆1000億円削減という話になった。毎年2200億円ずつの削減がノルマのように課せられてしまったわけです。けれど、そろそろ限界が近くなっているなあというのが正直な感想です。

——医療費の負担構造は、公費(税金)と保険料、自己負担の三つからなっていて、宮島審議官は最近、このうち保険料の負担を少し増やしてもいいんじゃないかという発言をされています。

宮島 自己負担は、アメリカは別として、公的な保険制度を数くイギリスやフランス、ドイツに比べ、日本は重い。また、公費は、国にお金がないから、増やすのは無理。残る保険料は、まだ少しは引き上げられる余地があるのではないかと思います。

西室 保険料については財制審でも、今回の建議に、財政力の豊かな健保組合や共済組合が調整金を拠出し、政管健保を支援する案を盛り込みました。

——実際、この案は、それより先んじて、厚労省が来年度の2200億円削減の「ノルマ」達成のために持ち出しましたよね。

宮島 ええ。

西室 大企業の健保組合の解散などを機に政管健保へ移っていくことが政管健保の赤字の大きな理由であるとすれば、財政状況がいいところにマイナス分をカバーしてもらうのは当たり前かもしれない。

実は財界も労働界もこの案に反対しています。けれども、私は保険というのが互助であるのだったら、あり得る仕組みかなと思っています。

——社会保障費の財源として、消費税

特別座談会 データ集

図1●医療費の動向

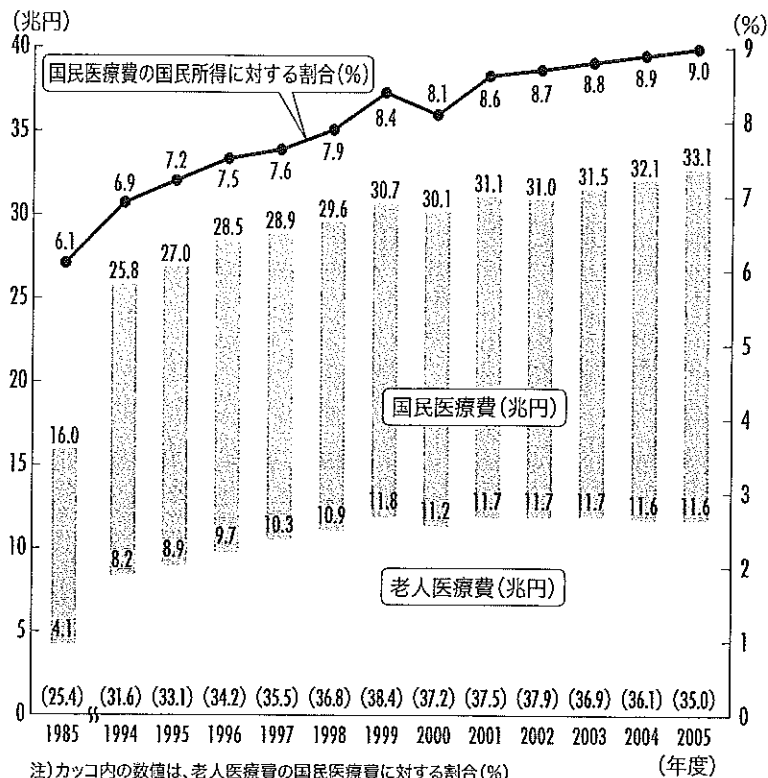
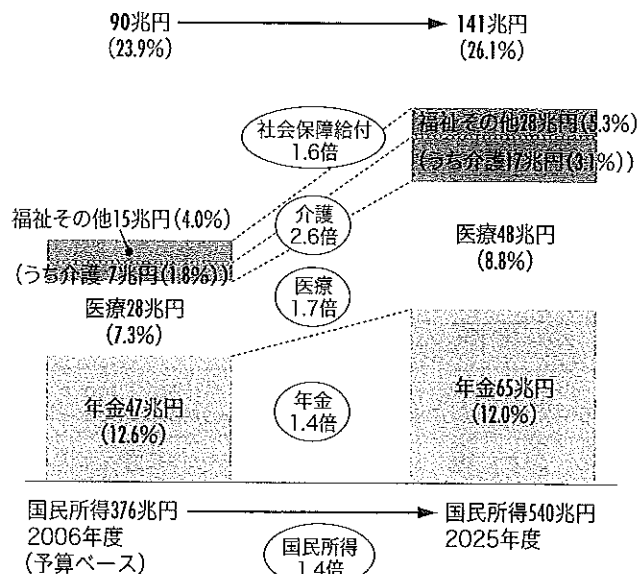


表1●財制審・2008年度予算編成の建議

- 社会保障制度が経済・財政とも均衡のとれたものとなるよう、今後とも給付と負担の見直しに取り組む必要がある。特に、将来世代の負担増の抑制や世代間の公平の確保を図るため、給付の抑制に加え、負担の先送りを早急にやめることが重要である。
- 2008年度は、診療報酬・薬価改定の年でもあり、国民負担の軽減や公平の観点も踏まえ、医療を中心に削減努力を行っていくべきである。
- 診療報酬本体の改定率を国民の賃金や物価の動向と比較すると、3.6%程度と大きな乖離があり、見直す必要がある。
- 全般的に診療所に手厚い診療報酬の配分を見直し、診療科間などでメリハリをつけ、全体として効率化を図る必要がある。
- 医療機関にコストの抑制を促す観点から、包括払いを一層推進すべきである。
- 後発医薬品の使用促進については、2012年度までに数量シェアを現状から倍増の30%以上とすることが目標となっており、この目標の達成に向け、2008年度から使用促進のための効果的な措置を講ずるべきである。
- 政管健保と健保組合の格差はこれまで国費補助により調整してきたが、その調整には限度があり、むしろ保険料によって調整を行うことが適切である。

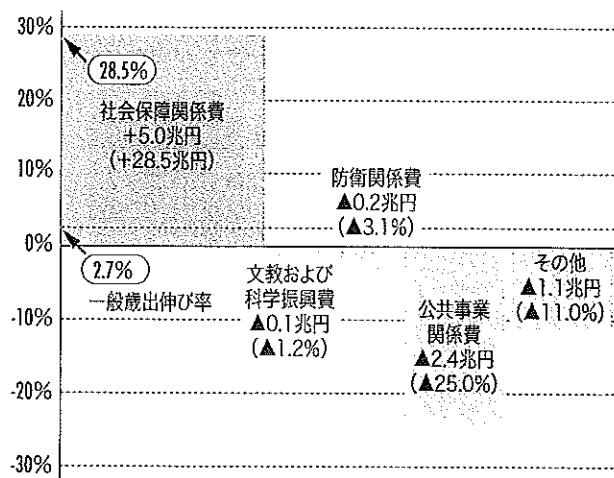
図2●社会保障の給付と負担の見通し(厚生労働省推計 2006年5月)



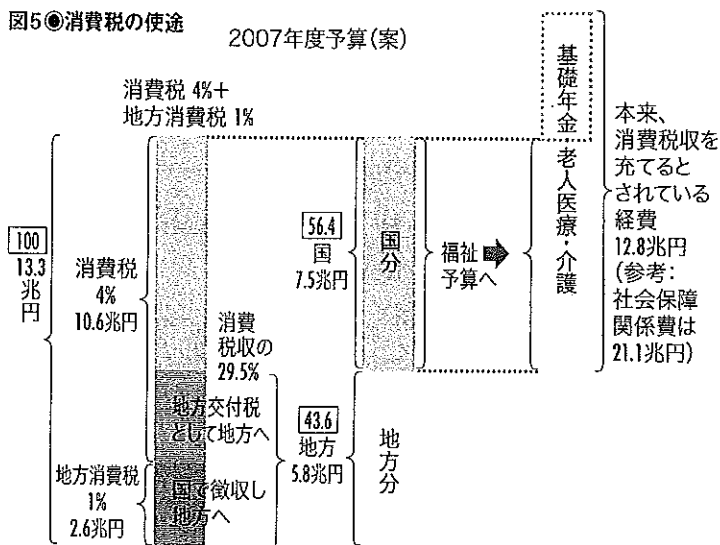
注)表記額は実額。カッコ内の%表示は国民所得比。経済前提はA(並の経済成長)ケース。なお、2025年度の数値は参考として公表されているもの

図3●一般歳出における主要経費別削減額(2001年度→2007年度)

社会保障関係費	+5.0兆円 (17.6兆円→22.6兆円)	伸び率+28.5%
上記以外	▲3.7兆円 (31.0兆円→27.4兆円)	伸び率▲11.9%
一般歳出	+1.3兆円 (48.7兆円→50.0兆円)	伸び率+2.7%



2007年度予算(案)



● 東本間信元

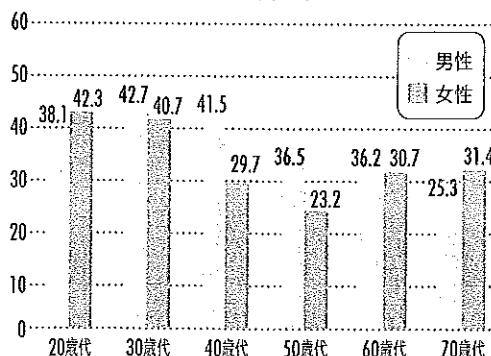
- 大國政經要聞

- 患者の要請に応じて医療機関が明細書を発行する仕組みのあり方を検討
- 癌などの治療における外来移行への評価のあり方を検討。また、生活習慣病に罹患した勤労

- 「がん対策推進基本計画」に基づく、放射線療法や化学療法の普及、癌医療の均てん化や緩和ケア推進のための評価の検討
- 脳卒中に対する発症後早期の治療体制や地域連携クリティカルパスを用いた円滑な医療提供

●コンタクトレンズ診療に関する適正評価

診療所常勤医



NIKKI Healthcare January 2008

を引き上げて社会福祉目的税に移行することが取り沙汰されています。

宮島 消費税の話は少し整理しておかなければなりません。現在、消費税のうち、国庫に入ってくる分は既に全額社会保障費用に充てられています。5%の消費税で得られる税収13.3兆円のうち、国の取り分は56%で7.5兆円。残る44%、5.8兆円は地方の取り分となっています。国の取り分7.5兆円はすべて、基礎年金や老人医療・介護などの福祉予算に回っている(図5)。それでも社会保障関係費は全体で21.1兆円にもなりますから全然足りない。

だから、消費税で社会保障の財源を増やすというなら、かなりの税率アップを考えなければいけない。果たしてそれが一体どこまでできるのか。

先ほどの保険料負担の問題も含め、医療費の負担構造をどうしていくのかを徹底的に考えなければならぬと感じています。

西室 私は基本的には、消費税を上げるべきだと思っています。ただし、その場合、実際に負担能力のない人、あるいはそれを原因として困窮される方に対する目配りだけはしておかなければなりません。

料化されて以降、省は老人問題にかかりきりになってしまった。

老人病院が乱立し、外来でもはしご受診が広がって、病院のサロン化だとか言われるようになった。次から次に出てくる問題への対応に追われ、どうにかひと区切りついたのが、2000年の介護保険制度の導入。それで老人ケアの問題というのは、基本的に介護保険でやるということになった。

その間、本来なら、医療の高度化への対応とか、高まる患者の要求水準にどう応えるべきかという部分についても掘り下げていくべきだった。でもこちらには手がつけられなかった。

確かに老人ケアの部分に医療機関がずいぶん行ってしまったところがあって、その結果、医療事故の危険性と隣り合わせの救急や外科、産科、また小児の分野が薄くなってしまった。今や本当に医療提供体制の問題にじっくり取り組まなければならないというのを痛感しています。

医療の高度化などに対応しようと思ったら、やっぱり地域の拠点病院みたいなところに医師や看護師を集めなければ

医療崩壊を食い止める“処方せん”

——最近、「医療崩壊」という言葉が盛んに使われるようになりました。その辺りの現状を、まず現場の立場から石井先生にお話いただきたいんですが。

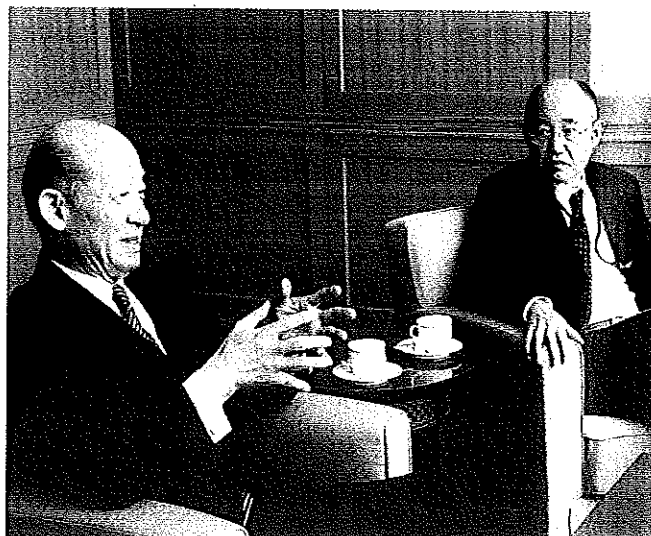
石井 民間病院の立場から言わせていただくと、民間病院では医療崩壊は10年以上前からとくに起きていた。医師も看護師も足りない、医療機器もそろえられないというところは急性期病院から撤退し、いわゆる老人病院になってしまった。

今、起こっているのは、公的病院の崩壊ですよ。これまで公的病院は採算性の悪さを補助金や交付金で補ってきた。けれど、国や地方財政の悪化によって補助金が削られ、独立採算化や民営化が進み、一気に経営状態が厳しくなった。それで全面的な医療崩壊ということになって、世間でも取り沙汰されるようになったのだと思います。

医師も足りないし、私は医療費も少ないと思っているんだけど、それらを多少増やしたところで恐らく問題は解決しない。私も自分の病院に勤務してくれる医者を探しに大学へ行くのですが、大学病院の外科で3年間入局者がゼロというところもある。これは臨床研修制度の問題じゃないですよ。もう大きな流れになってしまっている。

今、日本の医療が直面している問題は、小手先の見直しでは解決できないほど根深い。最近はそのような危機感を持っています。

宮島 医療崩壊ということに関しては、厚労省としても反省すべき点があると思っています。以前から何度か申し上げているのですが、1973年に老人医療費が無





なりません。一方で、そうすると、周りの病院から人を集めてくるので、そちらは医師不足になる。

医療計画で進める病床の適正配置

石井 そこで厚労省が打ち出したのが、2006年の医療制度改革関連法に盛り込んだ新しい医療計画ということになるんですね。

宮島 ええ。拠点病院と一般病院と診療所、また在宅医療を担うところも含めて、それぞれの医療機関がきちんと連携を取って、都道府県単位でしっかり医療提供体制を敷いてもらうというのが、今年4月から始まる新しい医療計画の本質です。連携促進のツールとして、地域連携クリティカルパスの活用も考えています。

具体的には、新しい医療計画では、脳卒中や心筋梗塞など4疾病と、救急や小児医療などの5事業について、都道府県がどの程度の医療機能が必要となるかを明らかにした上で、それぞれの機能を担う医療機関名を公表することになっています。

石井 この新しい医療計画は実際、ど

こまで効果を発揮するのか。というのも、恐らくどの自治体も、地域でどんな医療機能がどの程度必要になるのかを推し量れるだけのデータを持っていませんよね。だから絵に描いたもちにならないかという心配もあります。

宮島 実際、都道府県がこういうことをやるのは初めてなので、行政的な蓄積がありませんという問題があります。当初は、試行錯誤が続くことになるでしょうが、それはやっていってもらわなければしょうがない。

西室 その新しい医療計画で、医療機関の連携が進むと同時に、集約化も図られるということなんですね。

宮島 はい。

石井 いや、それだけでは足りません。集約化を進めるには、診療報酬についてもしっかり考えてもらわないと。今だってある意味、集約化は進んでいるんですよ。地域に必要な医療がその地域から消えるという形で。

なぜそういう状況になってきたかという、理由は単純。基本的には医療費抑制策が悪いんです。厚労省はこれまでお金のかかる医療はなるべくコスト割

れするような診療報酬体系にしてきた。だから、難しい手術などはどの医療機関も敬遠して担い手がなくなってしまった。本来は、必要な医療が残る集約化でなければなりません。

厚労省としては、点数を低くすることで難しい手術などを実施する医療機関の数を減らし集約化を図ろうとしたのかもしれないけれど、そのやり方だと、担い手がなくなるかもしれないというリスクをはらんでいて、問題がある。

——では、どうすれば集約化はうまくいくのでしょうか。

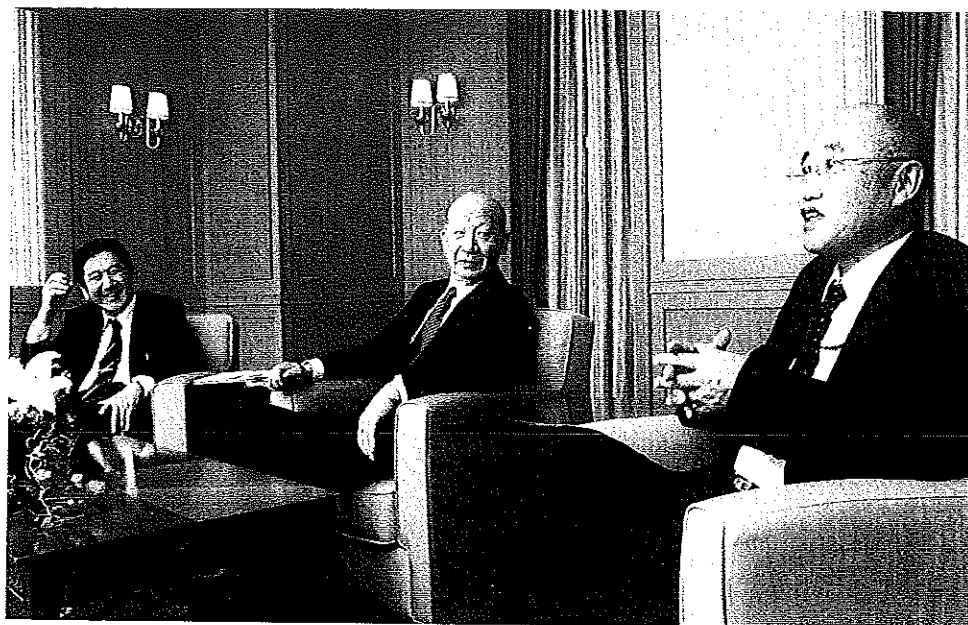
石井 やっぱ診療報酬ですよ。救急や手術などをきちんとやっていけば、それに見合う報酬が得られる仕組みになっていないと。そうなれば、医師や患者もその医療機関に自ずと集まりますよ。上から命令なんかしなくても自然にそうなっていくんです。

宮島 医療提供体制については、理想を言えば、地域ごとに入院や外来の需要を押し量って、どんな機能を持つ医療機関の配置が必要で、ベッド数はどれぐらいあればいいんだとか、標準的な治療期間はこんなものなんだから在院日数はこうなって……と積み上げていくのがベストなんでしょう。

でも、まだそういうレベルには全然なっていない。だから、何から始めるかといえば、さっき言ったように、医療計画でクリティカルパスを使って病院や診療所間の連携を進めながら、地域の実情に合わせ、医療機関の適正配置を進めていく。そこを出発点としているわけです。

それと、石井理事長から診療報酬の話が出たけれど、一般病床に関しては





DPCを使って適正配置を進めるということも考えられるでしょう。DPCを使えば、その病院が持っている医療機能はいっぺんにわかりますから。

看護師の業務範囲を拡大へ

——医療提供体制の見直しでは、療養病床再編の行方も気になるところです。

石井 今後、療養病床の数が絞られるというのはある程度やむを得ないかなとは思っています。ただ、現場から見ると、この先、医療と介護の扱いがややこしくなるように感じています。

先ほど宮島審議官は、介護保険制度の創設が日本の老人医療政策の大きな節目になったと言っていました。なぜこの制度ができる時に、医療保険と介護保険との適用を住む場所で分けてしまったのか。私としてはそこが問いたいところですよ。

本来は提供するサービスの内容で分けるべきでしたね。在宅にしようと施設にしようと、医療サービスは医療保険で保障しなきゃいけないし、介護サービスは介護保険で保障しなきゃいけない。

今後、療養病床の数が絞られれば、老健施設に医療の必要度の高い患者が入所することも考えられます。その場合の医療のあり方については、いろいろな方針が出てきてはいますが、早くまと

まった形を示していただきたいと思っています。

宮島 確かにご指摘はもっともです。恐らく考え方としては、石井理事長がおっしゃるように、対象者というか患者や利用者の医療ニーズと介護ニーズに応じての対応というのが一番シンプルなんですよ。

——介護保険施設については一元化の問題もあります。

宮島 介護保険3施設は、“出発点”が違いますよね。医療法人か社会福祉法人か。そうした根っこの部分が違うから、税制も違えば人員配置も老健施設は医療寄り、特養は介護寄りというようなところがある。にもかかわらず、一気に一元化を進めればあつれきが起きてしまうでしょう。

——でも、特養や老健施設でホテルコストや食費を取るようになり、着実に施設一元化に向かっているように見受けられますが……。しかも施設色を少しずつ薄め、すべての施設を「住まい」に近づけようとしている意図が見え隠れするのですが。

宮島 方向性としてはそうですね。ですから、医療は外付け可能にしていくなというのが基本になります。ただ、一方で、施設は施設ですから、その中で基本的なサービスにはどんなものを備

えなければならないかということを考えていく必要があります。

石井 施設内の医療のあり方というのは、看護師の業務範囲をどうするかという問題と密接に絡んできますよね。施設の医療の担い手としては看護師の方が適している面がありますから。現に諸外国では、ナーシングホームの数が多い。

——看護師の業務範囲の拡大について、厚労省はどうお考えになっているのでしょうか。

宮島 基本的には介護福祉士に褥瘡とか痰の処置ぐらいまではやってもらう。看護師には病状の観察などを行ってもらって、普通の薬の投与などは医師の指示を受けたらもう日常的に施設の中でできるようにする。そんなことを考えています。

ただ、その際のネックは、看護師がそれだけの教育を受けているのかという点。現状では必ずしも十分ではないかなど。

石井 看護教育の問題というのはあるのだけれど、自分は現場で見えて、質的には、日本の看護師はアメリカの看護師に劣らないと感じています。むしろ意識の問題ですよ。ちゃんとそれだけの権限を与えられれば、日本の看護師には十分能力があります。



——教育などの条件さえ整えば、厚労省も看護師の業務範囲は積極的に拡大していきたいという意向なのですか。

宮島 それはそうです。今、業務範囲の見直しの検討会もやっていますから。

診療所重視の報酬を見直すべき

——ところで、話は変わりますが、現在、中医協では、2008年度の診療報酬改定に向けての議論が進められています。財制審では建議の中で、診療報酬本体を3.6%引き下げを求めましたが、これはどういう理由からでしょうか（編集部注：診療報酬本体の改定率は昨年12月18日にプラス0.38%に決定。14ページのニュース参照）。

西室 財制審が診療報酬の本体部分の引き下げを要求した根本的な理由は、建議の中にも書き込みましたが、診療所と病院との間で明らかな差が見られるからです。診療所と病院を比べると、診療所の医師の勤務時間は短く（図6）、診療所で休日や夜間診療を実施しているところも少ない。それでいて、同じ診

療行為でも病院に比べ診療所の方が高い点数となっている例がある。

全般的に診療所重視の点数配分となっているのは、恐らく歴史を引きずっているからなのでしょう。しかし、これは解消しなければならない。診療所と病院との点数配分を見直し、また診療科間でメリハリをつけつつ、全体として効率化を図る必要がある、というのが今回の建議に書いた主旨です。

——診療所の診療報酬の引き下げについては、実際、中医協でも論点として提示されています。

宮島 今、病院が大変な状況になっていますから、これはそこから来ているんですよね。

病院勤務医の負担軽減は、2008年度改定の最重要課題として位置づけられています。病院の業務内容を見たとき、負担となっているのは、外来と救急。病院はやはり入院医療を中心に組み立てていくべきものじゃないかと思っています。そうした状況で開業医に何をやってもらうかという、外来の基本的な部

分に加え、休日や夜間診療を担っていただきたい。

今は診療所が休日や夜間に開いていないから、病院に行くしかないというところがある。それで病院勤務医がオーバーワークとなって、開業の道を選び、病院での労働環境がますます厳しくなる。そんな悪循環に陥っています。その連鎖を断ち切るためにも、診療所には初再診料など一般的な外来のところの点数は少し遠慮してもらい、一方で、休日や夜間の評価は充実するので、その部分の診療に積極的に取り組んでほしい。

石井 ちょっと診療報酬について別の観点から言わせてもらおうと、例えば、今回、仮に診療所の再診料を引き下げたところで、どこまでそれが医療費の効率化につながるかはよくわからないですよ。報酬が下がれば経営的に大変だから、じゃあ、もっと患者を何回も来させようとする医者だって残念ながらいるかもしれない。

必要もないのにちょこちょこ患者を来させるより、1回の診療にたっぷり時間をかけて、それで患者を来院させなくてもきちんと管理している方が、得られる報酬も高いようにしていかないと。点数誘導するのだったら、ぜひその点を考慮してほしいですね。

宮島 今回、そうした考えは後期高齢者の外来の主治医点数に一部盛り込んでいます。

——ただ、主治医点数については日本医師会の反対が強い……。

西室 過去の歴史は引きずらないことですよね。そうしないとドラスティックな変革はできませんから。

