

との指摘もある。また、それぞれの問題について有床診療所からはいろいろな評価が与えられている。

今回の診療報酬改訂において有床診療所に関する部分はどうなったのかについてⅢ編の2報道関係部分を要約して見てみると、厚生労働省は実質引き上げていると考えている。詳細はⅢ資料編の1及び2を見ていただきたいが、3月まで従来の有床診療所入院基本料で最も高い点数は、看護職員の配置が5人以上の「有床診療所入院基本料1」の7日まで810点だが、改定後は、看護職員の配置が7人以上の「有床診療所入院基本料1」の14日まで760点に、50点低くなる。

厚生労働省によると、医師2人、看護職員8人の有床診療所が入院患者を受け入れた場合、旧来では基本料1の810点と「医師配置加算」の60点を算定すると、全体の点数は870点になる。これに対し、4月の改定では「有床診療所一般病床初期加算」の7日まで100点が新設されるほか、現行60点の医師配置加算も要件を満たせば88点に上がり、全体では948点の算定が見込めるとして入院が改善されたと考えている。また、診療所については、再診料の2点引き下げが決まったものの、ほとんどの診療所が地域医療貢献加算を取ると実質的には上がることになる。さらに、外来管理加算の「5分要件」も外れたため、実際はそれほど下がらないとの評価もある。

これについて有床診療所サイドでも一定の評価としており、有床診療所の多彩な機能に関して理解が進みつつあると一定の評価がなされているようである。ただし、改定財源が小さかった影響もあり、期待したほどのアップではな

かったが、2012年度の介護との同時改定に向けて、有床診療所の機能評価を進めるスタートラインに立ったとの認識である。このように有床診療所関連の今回改定では、看護職員数に応じた区分を2段階から3段階に整理し、入院基本料は基本料1（看護職員7人以上）が760～500点に、基本料2（看護職員4～6人）が680～460点に、基本料3（看護職員1～3人）が500～340点になった。また有床診の一般病床の後方病床機能を評価する「有床診療所一般病床初期加算」を新設し、さらに有床診療所の療養病床を評価する「救急・在宅等支援療養病床初期加算」も新設した。複数医師数に加えて一定要件を満たした場合に算定できる「医師配置加算1」は88点。さらに看護配置加算が見直され点数が改善された。

これにより、従来の入院基本料の極端な逓減が緩和され、従来の基本料2では31日以上入院基本料が280点から340点の新基本料3に引き上がったことや、3区分によって看護職員「4～6人」の新区分が加わったことから看護職員の確保に苦勞していた施設でも改善が期待できるのではないかと考えられる。また、新設された初期加算、複数医師配置加算1と、見直された看護配置加算などを算定した場合、10%以上の収益増も期待できるとの見方もある。診療側も再診料の2点引き下げに伴って新設される地域医療貢献加算は実質的には有床診はほぼ算定できるであろうから診療報酬の改善であるとの評価もある。さらに、急性期病院の平均在院日数が短縮化する中で、後方施設の機能を担う有床診の在院日数は延びる傾向があるとして、31日以上の点数の底上げが図られたことは評価されている。一方で、7日以内の基本料が下がったことに

については診療側には残念なことであろう。

さらに介護保険制度での位置づけにおいてはどうか。医療法上は介護療養病床については人員配置基準がある。しかしそれよりも濃厚な医療が行われるということが想定される一般病床でさえ人員配置基準がないのは規制の程度に問題があるのではないかと指摘されている。そのほか、1室8床ルール、ショートステイにも使って良いというルール、なのに介護施設よりも低額な報酬しか得られないという問題が存在するというところである。

介護報酬や介護保険上の問題について更に深めていきたい。

## 第7章 改革の方向性及び具体的項目の検討

本研究の大きな目標の1つは、現状分析とともに政策提言である。政策提言は一定の方向性を持って改革方策を示さなければならない。視点は何か、そのための基本的方針は、有床診療所を存続させるということ。有床診療所の機能強化を図るということ。そして有床診療所がさまざまな機能を持つことができるようにすることであろう。

さらに、これから有床診療所を運営したいけれどもどうしたらよいかという人のために、運営のための経営モデルとなるような方策をいくつか示すということである。有床診療所は地域の財産として永遠に続かねばならない。そのために後継者がどう継続していくか、後継者をどう育成していくか、という問題も起こっていく。診療所だからといって親から子へと単純に承継できるものではない。子が一人前の医者になるには、他の職業と違い、40年近い時間が必要

である。そのためには親から子の間にもう1人、中間で継続する医師を確保する必要がある。しかもその医師として自分の人生があるのであるから、やがては診療所を持ちたい、開業したいと思うであろう。その望みを実現するにはどのようにすべきかなどといったことも考えながら、円滑に後継者を育成していかなければいけない。

また、有床診療所間の連携、あるいは有床診療所と無床診療所との連携、有床診療所と病院、福祉施設との連携もうまくいくような体系を考えていきたい。

本研究においては、各方面で問題とされている項目を俎上に上げて検証した。これからも有床診療所の団体、患者の団体、あるいはその他医療提供者の団体、医療保健福祉関係、費用負担者団体、政治関係団体などさまざまな団体から提起された問題について洗い出し、それを分類してそれぞれごとに解決策を考えることが必要である。

有床診療所では、病院ほど重症ではない患者が行くケースが多いと思われる。患者の実態についてはさらに調査を深める必要がある。そこで病院への入院待機の人が有床診療所でケアを受けるというケースも検討しモデルケースとして考え、またその反対に、病院から退院した人が、退院後の療法として有床診療所で医療を受けるということも検討を継続する必要がある。特に山間へき地、あるいは病院が近くにない場合などにおける在宅の急性増悪の患者への対応という点では有床診療所は極めて有効な手だてである。さらに、介護者が不在となったご家庭あるいは自宅で終末期を迎えたいという患者の依頼にも応えられるのが有床診療所の特徴である。これについては介護保険で点数化されているところである。

病院勤務医の後方支援の役割もある。有床診療所が、ある段階まで患者を引き受けることによって、大病院に患者が集中しなくなり、勤務医の時間的余裕ができるという利点がある。有床診療所だからといって病院に比べて医療の質が問題があることはあり得ない。有床診療所においても優れた医師、優れた医療技術によって、良質な医療を受けられることは当然である。日本の医療保険制度も当然それを想定して仕組みられているところである。

地域の医療が崩壊しているということがよくいわれる。病院だけでなく有床診療についても言われている。閉鎖に追い込まれる有床診療所も年に千箇所ある。あるいは病床をなくす有床診療所もある。そういった現場の崩壊を食い止めなければならない。また、有床診療所に対する医療法上の扱いを今後どうするかという大問題があり、これについては長期的な検討が必要である。その際にも有床診療所を類型化して規制をするのか、あるいは類型化せずに何でもできるようにするという方法を採用するのか、ということも検討しなければいけない。何でもできる有床診療所という方向で検討するのが地域の医療を守る方策ではないかと思っている。また、最近進んでいるのが内科系の有床診療所が無床化しているという現象である。幅広い対応ができる有床診療所が地域からなくなるといった事態は、地域医療にとって極めて重要な問題であるので、解決策を考えていかなければいけない。

それぞれの問題について、患者利用者、医療提供サイド、費用負担サイドなどの関係団体の意見と評価は今後の改革の大きな要素である。それらと解決策の方向をまとめてⅡ及びⅢ編に掲載しているので参照されたい。

## 第8章 政策提言の方向性

第一に平成22年度の診療報酬改定に向けて、どのような政策提言ができるかということを考え、関係者と議論してきたところである。これら以外にも、当面の策として、診療報酬以外で、しかも法律改正なしでもできる改革についても考えていきたい。

長期的に近い将来にもあるのではないかとされる次の医療法改正をにらんで、考えられる点を法律改正弾、それ以外の弾について、いずれも有床診療所の存続のために考えられるものであり、制度改正以外にもいろいろなことが考えられると思うであろう。

基本は有床診療所の規制的側面を改革していくこと。そして有床診療所の経営安定のためにも診療報酬的側面を改革していくことである。そして有床診療所と無床診療所、それに病院、福祉施設などとの連携のあり方を考えること。そして介護保険上の位置付けは、地域密着で、しかも医療を要する被介護者に対する医療からリハビリ、在宅支援までさまざまな機能を提供できる小規模多機能施設としても存続できるようにすることが考えられる。これも有床診療所が発展する一つの道であると思う。

医療は患者が主役である。地域住民が主役である。地域住民に利用してもらうためにはどのような方法が考えられるかということを考えることである。例えば1つの大きな方策として、医師と看護師の確保が重要である。そのためには医師と看護師などの医療スタッフの処遇の向上と勤務環境の改善が重要である。有床診療所の運営のためには、医師を支える看護師の役割が重要である。看護師の資質の向上、看護師が医師の良きパートナーとして、チーム医療を構

成する一員として、地域住民の健康指導から、病院に不安を抱えて来る患者への不安の解消、窓口でのトリアージができるようになれば有床診療所の機能は増強されるであろう。より良き診療環境の維持、向上、診療効果が出るように、看護がバックアップをすることと有床診療所において優秀な助産師、看護師を確保することが大きな課題になっている。さらに看護師の資質の向上のために、どのような方法が考えられるかということも長期的に検討していきたい。

結論として、以上の内容をこれからとりまとめ提言し、さらに深めていきたい。

## 第9章 まとめ

日本の地域医療の最前線は全国約 11,000 の有床診療所である。しかし、その数は年々減少の一途をたどっている。実態は 8,000 程度にまでになっているのではないか。産科、小児科を中心に顕在している医療の崩壊を防ぐには、最前線の医療機関の活躍が必要である。時間を要する医師や医療スタッフ養成の増加のみでは対応できず、小回りがきき病院と診療所の両方の長所を持つ日本独自の制度である有床診療所の機能を改めて見直し、医療に対する国民の信頼と安心感を取り戻すことが必要であると考えた。

有床診療所は、日本の医療機関の原型である。いわば iPS 細胞のようなものである。そこから病院始めいろいろな機関が発達したのである。医学の最高水準から日常の診療、看取りまで幅広く担当しているのである。これを守ることが日本の医療を守ることである。

少子高齢化が急進し、地方の過疎化が進む現在、有床診療所の現状を精査・

把握し将来の役割分担を明確化しその活躍の途を保障することが急務である。地域で活動する有床診療所の機能をより充実することにより、地域医療の再構築ができることを期待されそのために本研究を行った。

現状を見るに、有床診療所は多様性をもったものであり、地域のニーズに応じ様々な活動をしているが、関連する資料が少なく、大学の研究者による有床診療所関係の調査研究はほとんどなく、日医総研のアンケート実態調査があるのみである。このような状況のもと、第1にマクロレベルの有床診療所の現状を把握し、先駆的な取組みを行っている有床診療所の調査を行い、地域における特色ある有床診療所の活用事例を得ようとした。そして、それら活動の基となる有床診療所の経営状況の研究を行い、それらを踏まえて、地域の特性に応じた有床診療所の役割の明確化と将来の地域医療への貢献のあり方について政策的な提言を行うことを目指した。研究活動は、従来のようなアカデミックな観点からだけではなく、実践的かつ行政としての経験を踏まえて、地域住民が何を欲しているかを考えながら進めた。

規制は緩やかに誘導はきめ細やかに手続きは簡略にというのが理想の育成策であるが、医療法では規制が緩やかであるというより有床診療所という言葉が出てこない。それはそれで構わないが、誘導の第一である報酬の考え方はどうなっているのか解明していく必要がある。有床診療所は開業医部分と入院部分からなっており、入院の赤字を開業で補うという前提で成り立っていると批判する声もある。また少ない事務職員で処理できる体系にしてほしいという願いもある。なお、規制について次の機会に譲りたい。

また、入院部門始め診療の部門では看護師の活躍が不可欠である。有床診療



所に優秀で高度な技能を持つ看護師が多く働くようになれば地域の活動の幅も広がるであろう。産科では助産師も必要である。助産師や看護師の確保のための工夫ができるようにしていきたい。

この研究が進む中で診療報酬の改定も行われたが、日常診療の中で時間的に拘束されている開業医各位が診療と研究・学会・団体活動を両立させている姿を見ると敬意を表せざるを得ない。その努力は報われつつあると思う。

事実上半年以下という短い時間の制約もある中で、しかもなかなか満足のいく条件でなかったにもかかわらず、以下本報告書で述べる貴重な成果をまとめることができたことをありがたく思う。その他にも各方面から多くの資料や論文、ご助言をいただいた。これらの資料は、できる限り要約して収載したが、できなかったものについても、それらの趣旨を本報告書の中で十分に活かしたつもりである。資料集としても活用していただければ幸いである。

実態研究のためにはまず情報集約から始めなければならないが、厚生労働省はもとより関係団体が情報集積し、官民で連携調整を行うなどの各役割を果たすことが期待されている。そして、国を挙げての協力とその評価、住民民意の把握が求められている。

今後ともこの研究を深化させたいところであり、次年度も患者ニーズ把握、経営承継など緊急の課題に広げて継続していきたいものであり、そのための機会があれば、再度組織的な研究に着手したい。

(参考) 先駆的な事例集

① 大都市周辺で有床診療所活動を続けながら全国的医療活動  
福岡県鹿子生整形外科医院の例

ここに紹介する医療法人健全会方鹿子生医院は、福岡県太宰府市にある有床診療所であり、理事長であり院長の鹿子生健一医師が九州大学医学部卒業後、昭和60年6月に大宰府市五条において19床で開院した。平成2年9月に医療法人となり、平成8年9月には福祉部門にも広げて老人デイケアを開設し、その部門は、1日平均25人利用者がいる。さらに平成10年12月に療養病床を設置し、その後、平成12年2月に介護病床を設置した。かつては、一般病床9床、医療療養4床、介護病床6床であったが、今は一般病床19床のみとなっている。その間に日常の診療をしながら学会活動や有床診療所の処遇改善活動をおこなってきた。

同院の存する福岡県太宰府市の概要について試みる。同市は福岡市の南約20キロに位置する観光、学園都市で、太宰府天満宮、九州国立博物館、水城跡、大宰府政庁跡等の名所・旧跡に恵まれている。年間観光客は730万人を超える。人口6.8万人、65歳以上19.2%で周辺市町村に比べ高い。また、医療機関は病院が4(828床)、診療所が34(87床)ある。なお、介護保険1号被保険者は1万2754人でうち、要介護(要支援)認定者数は2065人と高齢者の16%であり若干高めであろう。

このような環境の中で地域医療の中心として診療に当たる同診療所のマンパワーを見てみると、職員数は平成22年1月1日現在で、医師が、常勤2名、非常勤6名、看護師が常勤7名、非常勤1名、准看護師が常勤5名、看護助手が常勤2名、非常勤7名、理学療法士3名、放射線技師1名、管理栄養士1名、厨房職員は委託で常勤2名、非常勤3名、社会福祉士1名、介護職員が常勤6名で非常勤7名、事務職員その他6名の計常勤35名、非常勤24名とかなり多い。

ここで同診療所の平成19年の診療実績をみると、総受診者実数は3775名うち入院患者数152名であった。延べ患者数では外来55029名(一日平均187名)、入院5928名(一日平均16名)であった。患者の居住地は大宰府市内2425名(64%)筑紫医療圏まで広げると92%になり、地域の診療所である。患者の年齢別分類では75歳以上17%、65~74歳15%、65歳未満68%であった。主たる診断名でみた診療実績では外傷等が多くあり、骨折599例、打撲488例、捻挫330例、挫創、切創194例、挫傷155例、靭帯損傷95例、半月版損傷68例、脱臼68例であった。また頸、肩痛605例、腰痛等919例、膝痛等(変形性膝関節症564)、腱炎、腱鞘炎等305例、感染症82例、腫瘍56例、骨粗しょう症528例、リウ

マチ 139 例、通風 110 例であった。高齢化による骨粗しょう症の影響が大きいことが推測される。特に圧迫骨折対策は緊急の課題であるとのことである。

入院医療の実績では、入院患者総数 152 名 167 件であった。かつては他にショートステイ 7 名 46 件があったとのことである。年齢は 13~99 歳(うち 75 歳以上 75 名 50%)であり地域の中の高齢化医療が進んでいることが分かる。入院患者の居住地は、大宰府市内 103 名(68%)で、平均在院日数 38.7 日であり、そのうち他の医療機関からの紹介患者は 65 件、他の医療機関への転医患者は 9 件であった。このように病診・診診連携が進んでいる。

入院治療目的別分類では手術が 53 件で、膝関節鏡視下手術 30 件、骨接合 10 件、靭帯縫合 5 件、抜釘 5 件等であった。回復期リハビリ、他医での術後リハは 32 件で、大腿骨骨折術後 18 件、人工関節置換術後 6 件、下腿骨骨折術後 7 件等であった。また、保存的治療 77 件で、脊椎圧迫骨折 33 件、その他の骨折 23 件、急性腰痛 8 件、廃用症候群 4 件等であった。

同医師が切り盛りする福岡市周辺の住宅地での有床診療所は大変な忙しさであるが、有床診療所を守るための全国的な活動を続けている。早くから有床診療所の重要性と将来のあり方に危惧を抱き、先駆けて全国組織を立ち上げ、またその活動を支えるために、常勤の医師を確保している。これからは地域医療を継続するための方策についても考えなければならない状態に直面している。

また福祉との連携では、通所リハビリテーションにおいて家族が介護保険事業の中で、理学療法士や看護師等が理学療法や機能回復訓練を行っているが、健脳リハビリとして創作活動、壁面構成、クッキングでがんばり過ぎないリハビリを実施し、介護保険外でも自立支援事業として手作りじゅうたんやモザイク構成を行っているほか、福岡空港ターミナルロビーにて作品展を行うなど地域で活躍している。

医療内容の課題では、平均在院日数の長期化、手術件数の減少、介護保険収入の減少などがあり、地域の中で有床診療所の維持が困難になっていることが伺える。



## 世の中に なほ憂きことの積もれかし 限りある身の力試さん

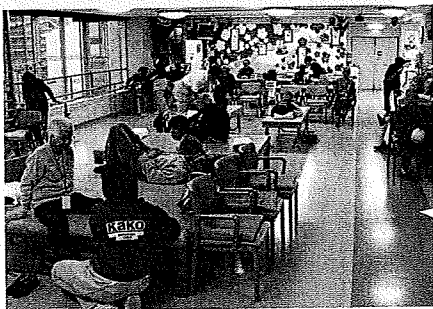
鹿子生整形外科医院は「かけがえのない大切な存在」である高齢者の皆様が、  
 できる限り長く自立した生活ができるよう、  
 お一人お一人の身体状況に応じたリハビリテーションを提供することを使命と考えています。

### 介護保険事業

#### 通所リハビリテーション 子じか会

午前中は医師の管理のもと、理学療法士、看護師、介護士等が、利用者さんの心身の機能回復・維持、日常生活の自立を助けるために理学療法、機能回復訓練を行っています。

手づくりの美味しい昼食をはさんで「健脳リハビリテーション」(鹿子生寛子代表)の豊富なプログラムを取り入れ、頑張りすぎず、でもあきらめない脳や心のリハビリテーションを楽しんでいただいています。



午前の  
リハビリテーション

今日も  
がんばろう!

#### 創作活動・壁面構成



思わず集中しています。

#### クッキング



みんなで作ると美味しいね!

### 自立支援事業

#### 子じか会はなれ

介護保険対象外の方でも外来診療やリハビリテーションの後に「生きがい作りの場」として設けられた『子じか会はなれ』をご利用になれます。

ご希望日に送迎つきで治療のほか、美味しい手作り昼食や様々なプログラム(各種手芸、季節行事、お出かけetc.)で心身の健康維持をはかりましょう。



ダネラ  
(手作りじゅうたん)  
作成

一針一針  
ていねいに…



モザイク作成

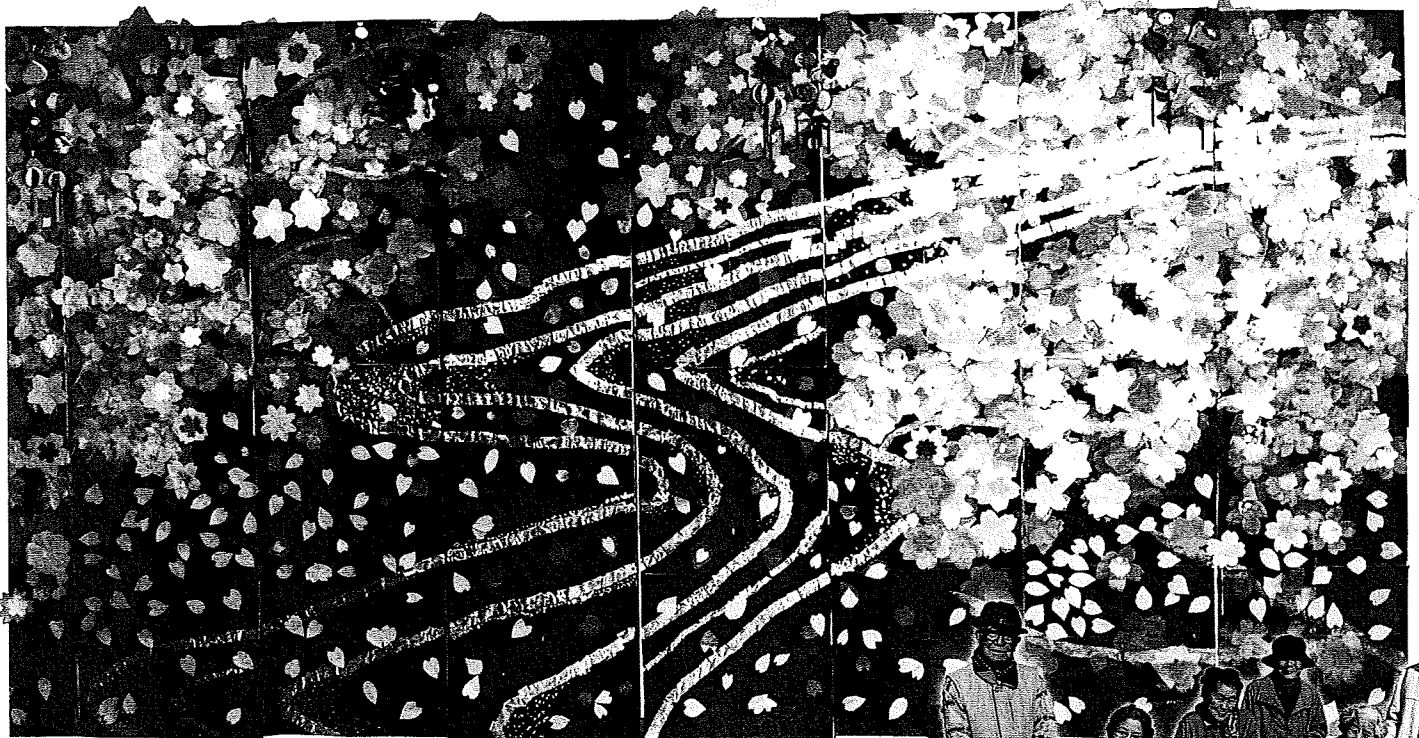
器用でなくても大丈夫。



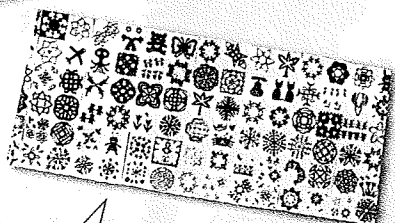
お出かけ

スタッフが一緒だから、お出かけも安心。

# 子じか会 健脳リハビリ 作品展



健脳リハビリの一環である創作活動の中でも、今回延べ100名の高齢者が協力して仕上げた壁面構成とダネラ(手作りじゅうたん)をご紹介します。どうぞお誘い合わせの上、ご来場ください。



手指の機能回復訓練として、利用者全員が何らかの形で参加して楽しく創りあげる5m×2.5mの季節感あふれる壁面構成。実際にご覧になると大変に迫力溢れる作品です。

平成22年  
2月11日(祝)～3月1日(月)

福岡空港 国内線  
第3ターミナル1階ロビー

5:30～22:00(最終日は12:00まで)

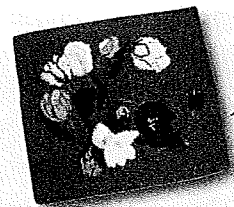
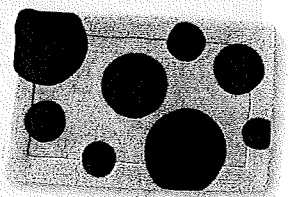


主催：医療法人健成会 鹿子生整形外科医院  
後援：太宰府市、大野城市、筑紫野市、福岡市、福岡市教育委員会、(財)福岡市文化芸術振興財団

お問い合わせ

鹿子生整形外科医院 ☎092-925-1222(代表)  
通所リハビリテーション ☎092-929-1924(直通) FAX 092-918-2006

URL: <http://www.kako.or.jp>



マットやクッションなど、ハンドミシンを使って作ったじゅうたん「ダネラ」の作品。手作りの温もりが伝わります。



## ②有床診療所が医学研究活動を行って世界的偉業を挙げた例

### 徳島県馬原医院の例

馬原文彦医師は医療法人新心会・社会福祉法人心和会理事長で、有床診療所馬原医院院長であり、世界的に顕著な業績である日本紅斑熱症を発見した。同医師は1967年に札幌医科大学を卒業後、1972年に札幌医科大学大学院を修了し、1980年に徳島県阿南市新野町に有床診療所である馬原医院を開業し、現在に至っている。地域医療で医療と介護を設置する有床診療所馬原医院を運営しているが、その基本データは次のとおりである。医療施設は、有床診療所(一般7、療養12)と訪問看護ステーション、それに老人保健施設(60床)である。

社会福祉施設としては、在宅介護支援センター、デイケアセンター、ホームヘルパーセンター、ケアハウス、地域包括支援センターを持つ。それにより、在宅療養、在宅での看取りは地域の支えになっている。

訪問看護件数は、平成18年 331件 看取り数 15件、平成19年 257件 看取り数 8件で、平成19年8月1日在宅療養支援診療所となる。また、平成20年 290件 看取り数 6件であり、地域の柱であろう。

医師として地域社会活動は重要であり、学校医さらに図書の実にも力を入れ、学校保健委員会として、エイズ教育、生活習慣病予防対策委員会の活動、地域スポーツ活動として新野少年剣道教室と新野高校体育後援会にも携わる。

同医院の課題としては、最大の悩みは看護師不足であるという。高齢化と核家族化の中で4～7名の職員中3人が出産、昔の有資格者の掘りおこしをしたいたがパート日給が高い、拘束時間が長いなどで困難であるとのことである。制度上の規制をできるだけ緩和してくれれば地域の介護力でカバーできる点が多々あり、職住が近いのでOn callで対応可能ではないかと主張する。また経営的には有床診療所では入院1ヶ月超えの診療報酬旧来の295点は低すぎることで、喫緊の課題として、有床診療所病床もしくは地域医療支援病床の新設が求められるとしている。

また、同医師は忙しい日常診療のかたわら、徳島大学医学部非常勤講師、藤田保健衛生大学医学部客員教授、和歌山県立医科大学非常勤講師、三重大学医学部非常勤講師、大阪市立大学医学部非常勤講師、東海大学医学部非常勤講師、日本感染症学会評議員、関西胸部外科学会評議員、ロシア国際科学アカデミー特別会員、国際感染症学会会員などの学界活動を行っている。

有床診療所馬原医院の所在地は、徳島県阿南市新野町の竹林の多い小高い山並みに囲まれた静かな田園地帯である。さて、この地から医学上の重要な業績が明らかにされた。日本紅斑熱とその病原体 *Rickettsia japonica* の発見である。

では、有床診療所で日常診療に忙しい開業医が、大きな偉業をなしたのは、なぜか。日常の医療活動つまり地域に根ざした日常診療の中でこそ発見がなされたことを明らかにしたい。

馬原医師は札幌医科大学を卒業後、和田寿郎教授の下、日本初の心臓移植手術にも参加し、その後は杏林大学外科学教室に転任し、心臓外科医として日々の診療に当たっていた。しかし、そのような大学病院での生活から無医村で地域の方々の健康を守るという有床診療所に情熱を見出し、これまでの心臓外科医のように手術はできないかもしれないが、少なくとも心臓死する患者さんだけは救いたいと考え診療所を開設した。直流除細動器(カウンターショック)なども完備して開院したが、山間部では近くに救命救急病院がなく、搬送される間に心臓死する患者が多いから“地域医療はまず救命から”とのスローガンを基に、診療を開始したのである。徳島の山あいであることから、周囲では長年開業していた医師が後継者不足のために次々に閉院せざるをえなくなり、無医地区になったところが多くあった。

馬原医院がある阿南市は人口約6万人であり、中でも当該新野地区は約5千人と過疎地である。有床診療所を開診した当初には、住む家がなかったし、開院当日の朝、カーテンを開けてみると、朝早い時間にもかかわらず、20人ほどの患者さんが玄関前で待っていたとのことである。しかも開業して8か月くらいは院長室や救急室で生活していた。そのような開診当初の苦労を経て、日本紅斑熱の発見という偉大な業績につながったのである。

地域ではマムシ咬毒なども多く、一方で重症の心臓病だと伝えたら『それじゃ小松島赤十字病院に行かなくちゃ』ということで患者に安心して身を任せていただくためには、患者さんの信頼を得ることが大事であった。後方病院が得られたことも大きな要素であり病診連携の重要性である。また、患者の信頼を得るには、患者のさまざまな病気にきちんと応えることが必要であった。

風土病、例えばこの地で見られる病気をはじめ、内科や小児科、整形外科、皮膚科などについて猛勉強をしたのも有床診療所ならではのことである。このように地元の先生方の専門領域を知ること、自分で対応できない患者さんは専門の先生方に送り、共同で診ていこうとの方針から阿南医師会病院は大きな力であった。オープン病院であり、そこでディスカッションやカンファレンスが行えたということである。まさに“病診連携”である。

馬原医師は“患者から学び、世界を見よ”との考えのもとに診療に当たっていたが、1984年5月21日、63歳の農家の主婦が馬原医院を受診したことから、大きな発見につながった。患者は39.5℃以上の発熱と全身倦怠感、全身に薬疹様の発疹があり、これが“日本紅斑熱”のはじめであった。次いで、第2例目が登場し、ダニが介在していると思われるが、抗菌薬に反応せず、そう痒感の

ない発疹に不審を抱いたとのことである。ダニが介在する感染症として、隣の香川県や高知県では“ツツガ虫病”がみられていた。同医師がWeil-Felix反応で調べた結果、“日本紅斑熱”の発見へとつながっていったのである。

同医師は、自分で「治してあげたい」、「そのために病因を知りたい」と強く念じたことが発見につながったと回想する。同症は1985年の日本感染症学会総会での発表を経て、1987年には同学会で正式名称を“日本紅斑熱(Japanese spotted fever)”とされ、1992年には国際規約に基づいて世界的に認知された。それ以来、国内の微生物・感染症・皮膚科関連学会などで招待講演や教育講演を要請されるとともに、国際保健機関のリケッチアシンポジウムをはじめとして、海外の感染症関連の学会、会議などに招聘、講演を行っている。また、日本内科学会の100周年記念号に日本人の国際貢献として北里柴三郎や志賀潔、野口英世と並び、馬原医師の名前が載ったところである。

冒頭のように多くの大学で客員教授、非常勤教授・講師を勤めているのはこの功績による。同医師は、地域の方々の病気にきちんと対応できること、すべて自分が診てあげるというのではなく、自分で対応できる病気、対応できない病気を見極めて、対応できない病気に関しては他の専門医を紹介し、自分はフォローに徹するという考えを基に診療に当たっている。そして、専門医の方々との良い人間関係が必要であり、“かかりつけ医”と患者さん、そして専門病院の先生方との関係が良好であることが求められるという。

福祉との連携も大切であり、医療保険施設として馬原医院と訪問看護ステーション『ひまわり』があり、介護保険施設として介護老人保健施設『悠心館』、ケアハウス『悠和館』も運営している。そして、在宅介護支援センター、デイサービスセンター、ホームヘルパーステーション、ケアハウス、地域包括支援センターを置き、高齢者の方々によりよい医療、そして福祉を提供していきたいと日々の診療に当たっている。その基本は地方は高齢者比率が高く、福祉を抜きにして地域医療は考えられないというものである。

地域医療の1つの主眼は“文化の共有”であると馬原医師は言う。徳島県は“阿波踊り”が盛んで“げんき連”(“連”とは団体を指す)という阿波踊りのグループをしたり、それ以外も80歳以上の方々の合唱グループや少年少女合唱団、種々のスポーツ活動も支援している。文化活動の一つに、ケアハウス『悠和館』内に300人を収容できる広間を建設し音響設備の整ったステージを設置し、音楽療法、陶芸教室、コンサートも行っている。後援会として地元の有志の方々からなる“あじさい会”を主唱している。

今後は、徳島県は13年間連続“糖尿病死亡率全国1位”で、『糖尿病緊急事態宣言』を出していることからそれに取り組むたいとし有床診療所の地域での一つのあり方を模索している。



## 有床診療所の現状と課題

—地域完結型医療における役割を考える関連データの整理を中心に—

埼玉県立大学大学院保健医療福祉学科教授 川口典男

### 構成

- 一、地域完結型医療の必要性
- 二、かかりつけ医に求められるもの かかりつけ医像調査報告書
- 三、有床診療所の機能と今後

### 内容

#### 一、地域完結型医療の必要性

##### 1. 施設完結型医療と高額医療機器の氾濫

かかりつけ医へのアンケート調査で印象深い記載がある。診療では、倍率の違う3つのレンズを用いることを心がけている。400倍のレンズで、病気の原因等を見る、40倍のレンズで高齢者の体全体のことをみる、4倍のレンズで、家族や地域全体をみるというアンケート回答である。

有床診療所はまさにこの3つのレンズを持つって、診療に当たってきたはずであるが、400倍のレンズに象徴される重装備の医療機器を備えた先端医療を行う施設完結型の病院等の医療機関がその比重を増してきている。

日本の医療制度は綻びが指摘されているが、医療費の対GDP比率、自由アクセス、国民皆医療体制など、他の先進諸国と比べてすぐれた点が多い。

しかしながら、ますます進む少子高齢化のもと、高齢者の医療費の増大にどのように対応していくかは大問題である。

いわゆる生活習慣病が大半を占める中高年の医療は、かつての伝染病と違い発症から数日で死に至るようなことはまれであり、各自による健康を考えた生活と身近にいる医師のアドバイスによる対応が原則である。

いざというときには最先端の医療技術・医療機器を駆使した医療が必要となることがあるが、できることなら、そうないように対応することが望まれる。

先進国と比べて日本の特殊性として、入院日数やベッド数の多さがよく指摘されるが、これらは少しずつであるが改善されつつある。しかしながら一向に変化が見えないのが高額医療機器の保有割合が圧倒的に多い点である。

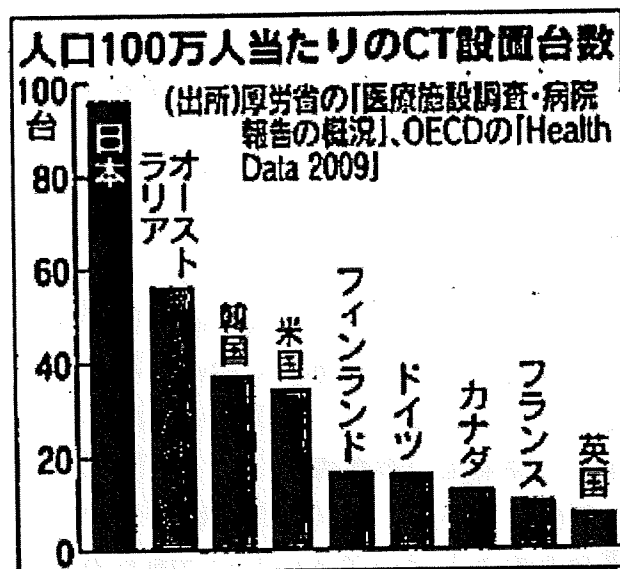
日本の高額医療機器の保有割合は日本がダントツの世界一である。厚労省などの統計によると、人口100万人当たりのコンピュータ断層撮影装置(CT)の

日本の設置台数は96.1台でアメリカ(34.3台)、ドイツ(16.3台)などを大幅に上回っている。日本の中小病院などが患者を集めるために競って高額機器を導入しており医療費の膨張の一因とも指摘されている。

厚労省の医療施設調査・病院報告の概況と経済協力開発機構(OECD)の資料で28カ国を比較してみると、次のようである。

磁気共鳴画像装置(MRI)の人口100万人当たりの設置台数は日本42.7台でアメリカ(25.9台)、フィンランド(15.3台)などを大きく引き離し世界一の設置台数である。CTやMRIは一台数億する高額な医療機器である。日本では大病院だけでなく中小病院や開業医が経営する診療所も高額医療機器を設置することが希ではない。医療関係者からの声を聞くとCTやMRIがないと患者にそっぽを向かれるとの指摘がある。

高額医療機器が病院にあれば、ガンの早期発見につながるなど患者にとってメリットの面も考えられる。しかし、これら医療機器の購入コストは被保険者が払う保険料や税金、政府の補助金などが巡りめぐって充当されているわけである。医療費は毎年、自然増だけで1兆円程度ふくらんでおり、海外に比べてこれだけ多くの高額医療機器が必要かとの思いがある。地域に医療機関に集約して効率化を図ることができないのであろうか。



## 2. 日本の医療が当面している医療産業としての問題—経済的側面から—

医療や福祉分野は生命、生活の基本に係るものであり情報の非対称性も大きいことから強い公的規制の下にあるが、社会経済情勢の変化のもと、特に少子高齢化やあらゆる面での地域格差の拡大で医療が産業としてうまく機能していない面が目立つようになってきている。以下この点を伊藤元重氏の「日本の医療は

変えられる」からいくつかの論点を取り上げてみる。

#### 1) 質・アクセス・コストのトレードオフ

すべての経済問題がそうだが、医療においても重大なトレードオフの問題が存在する。トレードオフとは、1つのことを改良しようとするれば、他の何かが犠牲になるという現象だ。社会全体としてどこを重視するか決めなくては行けないが、それが経済学でいう資源配分問題ということになる。

通常の市場では、価格メカニズムが、資源配分を好ましい方向に導く上で重要な役割を演ずる。しかし、医療のように価格が規制で固定され、様々なサービス供給が公的規制の対象になっている世界では、市場や価格のメカニズムによって資源配分の効率性を実現することができない。そこで政府が適切な規制や管理を行うことが期待される。残念ながら限られた情報しか持たず、そして政治的に様々な制約や圧力に直面している政府が、正しい資源配分を実現できるという保証はない。

医療の世界でよく言われることだが、質を高め、できるだけ国民に医療へのアクセスをよくし、そして医療コストを下げるということと同時に実現するのは不可能である。多くの国民が簡単に診療を受けることができ、医療の質を高めていけば、それだけ医療のコスト負担は高まる。もしコストを低く抑えようとするれば、医療の質は下がらざるを得ない。

現在の医療がこうした3つのトレードオフの間で適切な選択が行われているかどうかは怪しい。正しい選択が行われていない可能性について、いくつか事例を指摘してみよう。

まず、アクセスと質のトレードオフの関係である。日本の国民は、基本的にどの医療機関に対してもアクセスすることができる。その結果、都市部の大病院は大変混雑状況である。大病院は難しい手術や高い専門性を要求されるような治療に適しているが、現実には膨大な患者に対応するため、高度な医療が十分に提供できているか疑わしい面がある。海外では、ホームドクターのような、日本で言えば開業医の診断書がないと専門医へのアクセスを認められないというような制度によって、国民の医療機関へのアクセスを制限することで、専門病院の質を高める工夫がなされている国もある。日本でもそうした制度に移行すべきであるという主張をする専門家は多い。

次に、質とコストのトレードオフの問題である。医療は他の多くのサービス分野と同じく、需要と供給の関係に独特な特徴を持つ。食料や電気製品のような通常の財であれば、需要と供給が等しくなるように価格が調整される。需要は供給によって制約されるのだ。ところが、医療のようなサービスの場合には、需要と供給は結果的に必ず等しくなってしまう。質への押しつけが起きるのだ。

たとえば、医療のコストを非常に低く抑えようとすれば、需要は供給を大幅に上回るだろう。そうした需給のギャップは、3分間診療という質の低下でつじつまが合わせられるのだ。

医療に限らず、サービスでは一般的にこうした質への押しつけが起きる。よく使われる例としてタクシーがある。かりに規制によってタクシー料金が低く抑えられていたら、タクシー利用者は増えるが、タクシーの台数はあまり増えないだろう。そこで、道路で空車を探すのは難しくなり、駅などでも長い乗客の列ができるだろう。タクシー料金を高く設定すれば、街で空車を探すのが簡単になり、それだけ質は高くなる。ただ、料金が高ければよいというものでもない。

このようにサービスの場合には、質とコスト（料金）の間に独特のトレードオフが生まれる。どんな料金制度を設定しても事後的に需要と供給のバランスはとれてしまうが、その結果であるサービスの質が社会的に望ましい水準になるという保証はないのだ。医療の料金設定にもこうした難しい問題が存在し、現在の診療報酬や薬価が資源配分上正しいものであるという保証はない。

最後に、アクセスとコストの間のトレードオフについて触れておこう。かりに医療の質を維持しながら、医療のコスト（料金）を下げたらどうなるだろうか。その場合には、病院で長蛇の列ができたり、あるいは手術まだ長期間待たされるという形で、アクセスが大幅に制限されることになる。最近の事情は把握していないが、カナダなどでは病院で治療を受けようと思っても、緊急性がないと何週間も待たされるということを知ったことがある。日本でも、救急車利用の費用がただであるため、市民による安易な救急車の利用が横行し、結果的に本当に救急車を必要とする人の搬送が遅れるというようなことが起きているという話を聞く。

社会にとって、最適なコストとアクセスと質のバランスをどうとるのかということは医療を考える上で非常に重要な問題である。とにかくアクセスを良くして、医療の質をできるだけ高いものにすればよい、というような議論をする人もいるが、それではそのための費用は誰が負担するのかという問題となってしまう。もちろん、医療費を徹底的に切り詰めるために、医療の質を落とし、アクセスも厳しく制限するというのでも困る。重要なことは、国民が許容できる範囲のコストで、質とアクセスのバランスを図ることである。

問題は誰がそういった判断するのかということである。政府が規制と管理で資源配分を決める場合、資源配分が好ましい状態から大きくかけ離れることも少なくないのだ。いわゆる「政府の失敗」である。個々のユーザーの求めるままにアクセスを自由にして結果的に医療の質を落としたり、あるいは医療コストを過度に低く抑えようとして医療の質やアクセスを低下させたり、さらには