

勤務医と医政活動

コメンテーター：日本医師会常任理事

鈴木 満

いろいろな、本当に貴重なご意見をありがとうございます。

まず、前のシンポジウムでも申し上げましたけれども、もう一度繰り返させていただきます。

日本医師会は、病院が入院医療だけで経営ができるというようなシステムを支持いたしておりますので、それを要求しようと思っております。

したがって、今すぐにといいわけにはいきませんが、これがかねえられれば勤務医の労働条件は改善されるのではないかといいふうに期待をしております。

それから、宮城県、兵庫県、愛知県では、1つの医師の偏在対策として3年間の契約を結びまして、2年間とにかく県の指示したところで勤務していただく。残りの1年間は国内留学をするか、あるいは海外留学をするか、1年間は自由に勉強なり研究をしてくださいということで募集をされたそうなのですが、宮城県では5名が応募をいたしまして、4名が採用されたということでございますので、この辺にも何かヒントが残されているのかもしれない。

あと、多少古川先生のご講演と関係があるかもしれませんが、医師に対する行政処分というものが、つまり10月から保険医の資格停止5年間というのが強く生きてまいりまして、これに対しまして処分が一律なものですから、情状酌量という点が全くございませんので、状況に応じた扱いをするようにというふうな要請をしております。

それから、直接勤務医の先生方とは関係がございませんけれども、非常に密接な関係があるのは、この18年度の診療報酬改定であったと思います。そのうち何点か、今後の問題も含めまして日本医師会として対応している点を申し上げたいと思います。

まず、入院基本料の7対1という問題でござい

ます。吉原先生から今朝この問題に触れていただきました。東大では300人の内定が済んだというふうな話ですが、それは例年の2.5倍の採用だそうですね。例年より2.5倍の教育体制を整えて新卒者を採用したというふうには、なかなか思えません。ひいては医療の質の低下、それに基づきますところの中小病院、有床診療所で担当されます地域医療の崩壊にもつながるのではないかと危惧をしております。早速に中医協を通じて今の実態調査の結果を要求しております。

その結果次第で、対応が、場合によっては大鉦を振るうような対応を迫られるかもしれませんが、それは今後の実態調査の結果を待つということにしたいと思います。

次は、療養病床の問題でございまして、区分の問題、介護難民、医療難民の問題は、今朝やはり吉原先生からご報告いただきました。問題は受け皿がなくてこういう状況になったということが一番問題でありまして、これはリハビリにも同様に言えることです。医療費を削って介護に回せばいいというような、ただもうそれだけの責任放棄みたいな話で動いておりますものですから、キャッチアップするところの介護保険の体制でありますとか、人員確保というのを全く無視した、非常に問題があるところでありまして、何とかソフトウェアというふうには持っていきたいと思っております。

次の問題は、DPCの問題であります。DPC関連の先生方が大勢おられると思いますけれども、ルールを自分の病院なりに消化して、ホームメイドの請求というふうな形が散在することが問題になっております。

また、調整係数でございまして、これは医療の質というものを担保していただくために、新規の指定時に前年の実績というものから下がらないような調整係数の数値になっておりますです

けれども、それをいいことに、7月から12月まで荒稼ぎするような大病院が如実に出てまいりまして、非常に頭の痛いところであります。

なおかつ、調整係数は総枠医療というようなことにつながりかねませんので、この7対1をとって、DPCをとって、急性期で生き残るというような今の風潮というのは、非常に何か危険な感じがいたしております、日医としては全面的に賛成できるものではございません。

あと、オンラインに派生する問題でございますとか、高齢者医療制度の診療報酬体系をどうするかということで議論がされておりますけれども、

高齢者医療というものがどうなるかということは、手術を始めといたしまして急性期医療を併せて検討されますので、病院の先生方にも非常に大きな影響を及ぼすというふうに思っております。病院が入院医療で成立しても、実際に高齢者の診療報酬体系がガタガタになったのでは、とてもその経営基盤の安定というのは望めないと思います。

かようなことで、何とか日本の国民医療を堅持するために日本医師会に対応しておりますので、どうぞご理解いただきたく、最後をお願いをして、まとめにさせていただきます。

ありがとうございました。