

20年にも亘る返済期を考えた場合、その間の支払い利息は、優に借り入れ元金に匹敵する位の額になる。これらの金額をその医業収入の中から返済しなければならないのである。

- ⑥ 国公立病院の場合はその設立時に於て、私的病院との間に、別途資金あるいは補助金制度等、国の経済的配慮に大きな差異があり、尚且単年度の收支決算時に於ても、それより優遇されているにも拘わらず、多額の赤字を計上している。

現行の診療報酬では、かなり手厚い保護を加えない限り医療法を満足する病院の経営は例え国公立であっても成り立たない。このことは特に精神病院にあって顕著である。

結語

吾々は昭和63年7月1日よりの新精神保健法に則り、人権尊重と社会復帰の促進を積極的に遂行するとともに国民の精神保健サービスにあらゆる努力を惜しまぬ決意である。必要な経済的配慮を強く要望する。

昭和62年 医療経済実態調査に対する意見

津久江一郎

はしがき

われわれ医療経済委員会としては昨年、医療費に対して、「日本精神病院協会雑誌 1988 Vol. 7 No. 3 特集 精神科医療費」と「同誌 1988 Vol. 7 No. 11 特集 医療経済と精神科医療費」の2回、既に所信を述べてきたが、今回は昭和62年度における中医協医療経済実態調査に対して速く反応し、委員会としての所感をまとめ広く会員に訴えたい。

さて、この中医協医療経済実態調査は3年おきに行われてきているものであるが、サンプリング、データーの分析等は実状に合ったものとはいえない、むしろ精神病院に対しては判然と作為的とも思われるものである。

こうした実状を踏まえて、日本精神病院協会独

自の実態調査を行い、眞の姿を世に問う覚悟があることを、厚生省を始めとする関係諸庁に働き掛けたところ、本年度（平成元年）中に実態調査を再度行い、これを次年度（平成2年）の医療費改定に反映して行こうということに決定をみてい

る。

われわれとしては望むところであり、この際單に分配の理論に終始することなく、精神科医療のあるべき姿、理想像を掲げ、実状を訴え、これに対する経済的裏付けを毅然とした姿勢で要求したい。

第1章

I. 傷寒論から現代へ

古来、医師に対する敬称に国手という言葉があ

お知らせ

貸付金利率の引き下げについて

社会福祉・医療事業団の貸付金利が、1月20日に次のとおり引き下げられましたのでお知らせします。

- | | |
|-----------------------------|------------|
| 1 老人保健施設 | 4.8%→4.7% |
| 2 精神障害者社会復帰施設 | 4.45%→4.3% |
| 3 病院は従前どおりで(4.85%) 変更ありません。 | |

るが、これは張仲景が傷寒論における「下医は病を医(い)し、中医は人を医し、上医は国を医す」に由来するという。

これは医の原型として、一人の医師が一人の患者に相対する「一人医療」とでもいうべき状態にあっては「医は仁術」といわれたのであるが、その後医療の概念は次第に広がってきて、診療所から病院医療へ、そして最後には社会全体を視野に含めた医療体制へと外延的な広がりをとってきたのであり、現在「genuineな医療 needs は国民に確保されるべき civil minimum」という考え方方に変わってきたのである。つまり今や国の責任で医療を提供されるべきであるとの大方の観点になってきているのである。国手と敬された傷寒論の時代と比較して興味深いものがある。

つまり、あるべき医療報酬支払制度がどのような条件を満たすべきかはさておき、「とりあえず必要な医療が国民に対して確保されること」が絶対的な必要条件となってくるのである。

その次には「医療の再生産」が可能な医療機関の機能が保証されることもまた不可欠となってこよう。

ところが急増する医療費に対して、世界の先進国と同様に我国においても、これを強く抑制する必要に迫られているのは周知の通りであるが、この抑制策が強く働くために、医療機関の能率とか、効率とかいった経営努力がなされるあまり、これが医療の内容にまで及ぶなら、国民に対する絶対条件である医療の質の低下を招きかねないことを充分留意しておく必要があろう。

また医療の再生産についても、当然、医療機関に支払われる報酬を原資として行われるべきであるから、現状では医療の供給面にもこの抑制策は及んでこようとしているわけで、ここでジレンマに陥ってしまうのである。

現状のままの理論で医療費の総枠を決めてしまえばおのずとして分配の理論にのみ終始せざるを得なくなり、こうなると嫉妬と内部分裂を招くのが必定であろう。

II. 医師の公正な報酬

1.) 医師の報酬がいかにあるべきかという問題

は、単に経済的な観点からだけでなく、より広く、社会的、論理的、文化的な観点から論ぜられなければならない。

一つの社会において医療が適切な基準によって施され、常に高い技術的、医学的水準を保つということは、その社会の安定性という面からも重要であるだけでなく、経済的な面からも、また文化的な面からも無視し得ないものをもっている。

すなわち医師を中心とした医療専門家の集団の大きさが、一つの社会のなかで占める割合が高ければ高いほど、またその知的、人格的水準が高ければ高いほど、社会的にも文化的にも、その社会は望ましいものとなるということを指摘する必要があるであろう。このような高い価値をもち、社会的にも重要な機能を果すのが医療であるが、このような機能が十分に働くためには、まず患者が医師をはじめとする医療専門家たちの集団に対して、職業的、人間的信頼感を持つということが必要不可欠となるのは当然のことである。

2) 医療制度の問題として、医師の主体性は十分に保証されているであろうか。

医師の診断、治療等の行動基準は、病院の経営、患者の支払い能力などという外的条件によって、決して左右されなければならないのは言うまでもない。しかし現行の保険点数制に基づく診療報酬制度のもとでは、この当然の要請が満たされているという保証は存在しない。筆者は日本精神病院協会雑誌 1988 Vol. 7 No. 11-16頁において Professional freedomについて触れて、医師の自由裁量権が認められてしかるべきなのは、即ち、治療費に対しての自己規制システムを厳しく尊重することが医療費の抑制につながる必須の要件であると述べ、われわれの理論を社会の理論にしなければ、社会的評価は得られないことを主張した。

ところで、現行制度は皮肉にも、医学的な基準に基づく医療行為に伴う費用と病院経営にかかる実際の費用との間に矛盾が存在することを前提として機能しているといつてもよい。

つまり医学的基準に基づく最も望ましい診療行為を行ったときに、どれだけの保険点数がつけられ、どれだけの診療報酬が得られるかということ

は、全く異なるものとされている。

前者は医学的基準に基づいてなされるのに対して、後者は行政的ないし財政的基準に基づいてなされ、もっぱら医療費の節約、医療制度の効率化といふいわば反医学的基準に基づいて決められているからで、この点は現行の医療制度の最も重要な欠陥である。

つまり現行の点数制ではより良き精神科医療を行おうとすれば、現行制度では赤字を覚悟しなければいけないことがしばしばある。

実際に医師の医学的良心より報酬を度外視しながら診療していることはしばしばである。これぞ保険点数制という形式的な計算方式が災いしていることはいうまでもない。

3) 中医協(S.62) 医療経済実態調査によれば、開業医の平均所得額は2,200万円であり、これは労働者賃金の6.8倍に相当する。

これに対して高いと言う意見もあるし、職業の特殊性よりむしろ当然と言う意見もある。

- 高いと言う意見……他国の医師所得と賃金所得の比率を比べると、我国は高いということ

でこの主張を補強する。

- 当然と言う意見……心理的・特殊的コスト等所得に現れない様々なコストを列挙して主張する。

しからば医師所得が何倍が妥当なのか。これは見方によって随分と差があり、結論は出し難い問題である。しかし医師が今後過剰になれば、医師所得の伸び率は他の所得の伸び率に比べて相対的に鈍化してこよう。

ところで医師の報酬の基準は2種類から成り立っている。

- 個人が実際に遂行した行為に対する報酬これを wage [weid3] という。

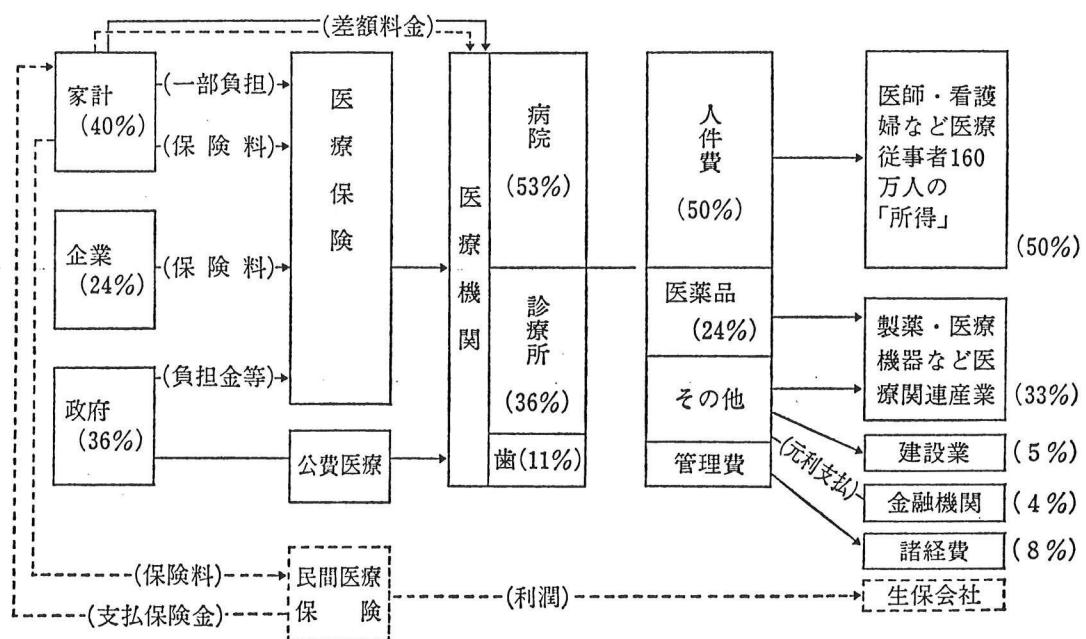
- もう一つは、必ずしも実際の遂行に関係なく、職業の社会的役割に対して支払われるものを income という。

医師の報酬はこの二側面の微妙なバランスの上に成り立っている。

一方に傾けばビジネスに対する報酬という性格を強くもつようになり、バランスがもう一方に傾けば上から定められた俸給としての性格を色濃く

表1

国民医療費の流れ



(統制化) するのである。

繰り返して言うが、国民医療費の増大によって医療費の適正化が叫ばれると、経営努力は病院の組織面とか管理面では効を奏するが、これが医療過程の中にまで及ぶとしたら、医療の質を低下させるという代償を払わざるを得なくなる。

問題は、病院の収入は医師個人の所得ではなくて、医療機関という経営体の所得なのである。

経営余剰は医業収入と医業費用（勤務医その他の職員の給与を含む。）の差額であるが、問題は高い経営余剰と医療機関の医療サービスの質とが直に接続び付くのかということは大変難しい問題なのである。例えば高額所得の開業医や黒字病院の医療サービスの質が悪いとは言い切れないし、また、相対的に低所得の開業医や赤字病院の医療サービスの質がそれだけ悪いのかとも言い切れない。

また、経営余剰を高めるための「経営努力」なるものは、医療の質を低下させることなく行い得るかという疑問も起こってくるのである。

そこで医療費の流れが問題となってくるのである。

4) 国民医療費の流れ

表（表一1）のごとく医療費の流れは、普通右から二番目のカラムまでしか分析していないが、実際には右端まで流れていることを追跡するべきであり、人件費を除く医薬品、その他を合わせると40%に及び、額にして5兆円となり、これは、家庭電器生産の総額4兆5千億円を凌ぐ値なのである。ここに無視出来ない医療の再生産の必要性がある。

が問題となってくるのである。

III. これから的精神科医療は

医師に対する報酬の問題は、社会保障制度下のみではなく、医師と患者間の自由な相互関係にまかされている自由診療の場合、又社会保障制度下にあっても公的と私的又は、開業医と勤務医とは分けて考える必要がある。

又医師の技術格差とか、1日の医師の取扱い患者数の差等は、当然存在するものであり、その上で他職種と比較し、自ら医師の所得の適正額を決定するべきであり、決して容易なことではない。

軽々しく世間で言う「医者は儲かり過ぎる」とか、今回の報告にあるように、単に常用労働者とか、医師の所得の絶対金額を比較することは全く無謀である。

又ともすれば今までの医療機関の役割といえば、手術に代表される「病気を治す」という「ハード」な治療が中心と考えられがちであるが、精神科医療というものは、いわば「病院の廊下の延長」とでもいえる「ソフト」面で、サービスに重点を置き換えて行く方向で、今後一層重点を置いて行かねばなるまい。

こうした意味合いで「医療」と「福祉」の議論をここでもう一度じっくり考えて行く必要がある。

今後の精神科医療のあるべき姿は、単に cure か care を論じるのではなくて、psycho-social medical care でなくてはならないと思う。

（医療経済委員会委員、広島・瀬野川病院 院長）

中央社会保険医療協議会 昭和62年11月 「医療経済実態調査」に対する私見

金森 淳

昭和63年11月中央社会保険医療協議会は昭和62年11月に行われた医療経済実態調査の結果を発表したが、これは過去2回に比べると異例の早さである。（昭和56年10月調査は58年5月、59年11月調査は61年7月に公表）時あたかも、63年4月の診療報酬改定が、厚生

省発表の診療報酬引き上げ率平均3.4%，薬価改正による引き下げ率・医療費ベースで2.9%，差し引き0.5%という診療報酬引き上げが、実情はマイナス改定であることが、改定後6ヶ月間の実績から明らかになって来た折でもあり、また1990年に予定されている医療法の改正について、病