

病院概要

国家公務員共済組合連合会
横須賀共済病院

住所：神奈川県横須賀市
米が浜通1-16
病床数：740床

【診療科目】

内科、外科、小児科、整形外科、眼科、耳鼻咽喉科、形成外科、産婦人科、泌尿器科、皮膚科、精神科、歯科口腔外科、循環器内科、消化器内科、呼吸器内科、脳神経内科、腎臓内科、内分泌・代謝病内科、血液内科、脳神経外科、心臓血管外科、呼吸器外科、救急科、放射線科、麻酔科、リハビリテーション科、緩和ケア内科、集中治療科、健康管理センター



おおもとの問題は、病院が危機にあることを当時の事務長以外が認識していなかったことにありました。自分たちの病院組織が、外部の意見や自身の感覚を通じて、どう評価されているか把握できる人がほとんどいなかったのです。ヒアリングを行うと、患者さんからは愛想が悪い、敷居が高い、開業医からは診療依頼の電話をたらい回しにされた挙句に断

られたなど、クレームが多く寄せられました。オードリー・ヘプバーンの映画『マイ・フェア・レディ』のイライザのように、病院を一人前のレディに生まれ変わらせるんだと思って経営の改革に取り組みしました。

ミクロの環境分析もとに

地域医療構想に沿った経営戦略

病院経営に関しては、ミクロの環境分析、3C分析、マーケティングミックスなどをもとに経営戦略を立てました。経営を考えるベースとして、地域医療構想に沿った機能分化・ネットワーク化が重要視されています。かつては1病院完結型だった医療が、地域全体で支え合う地域完結型にシフトしていています。

急性期病院は、DPCのシステムを通じて医療デジタルデータを厚労省に提出することが求められていますので、このデータをもとに分析を進めました。横須賀・三浦医療圏は4市1町（横須賀市・鎌倉市・逗子市・三浦市・葉山町）で、人口は70万人、面積は200平

方キロメートルですが、鎌倉市と横須賀市の間では患者さんの行き来はあまりなく、実際の医療圏は分かれています。三浦半島在住50万人の急性期の入院患者さんのうち約6割が当院に入院しており、脳血管手術やがん、不整脈、ロボット手術など、急性期の難易度の高い患者は8割以上を受けています。

患者のセグメントを、急性期医療を必要とする三浦半島の全市民と設定しました。当院は完全予約制なので、患者さんはクリニックや病院からの紹介と、救急搬送で集めることにしました。当時は1総合病院でしたが、高度急性期医療にリソースを集中させることを宣言し、慢性期の分院や、訪問看護ステーションなどを閉鎖しました。一方で特定集中治療室の開設など、高度急性期に必要なインフラを整備しました。

改革で意識したのは、マーケティングミックスのProduct Price Place Promotionの4Pでした。Productとして診療の質を向上させること、Priceではプロフィットセンターである入院の診療単価を上げること、そしてPromotionとして外部に向けて病院を広

文化連は、11月1日、横須賀市内で第77回厚生連常勤役員参事会議を開催し、特別講演と横須賀共済病院の視察などを行いました。同病院院長の長堀薫先生の講演録を掲載します。

とん底からの復活

地域から頼られる病院へ

本日は、AIホスピタルの実現と地域医療構想についてお話しします。

当院は、東京から60キロ離れた三浦半島の横須賀市に位置しています。横須賀中央駅からもほど近く、良い立地条件と言えます。

患者、スタッフに優しい
AIホスピタルの実現

第77回厚生連常勤役員参事会議 講演録



国家公務員共済組合連合会横須賀共済病院 病院長

長堀 薫

病院の年間外来患者数は42万人、入院患者数は21万人に達します。また、救急車の受け入れ件数は昨年1万4000台で全国3位です。病院全体の評価としても、ニューズウィークのワールドベストホスピタルに6年連続で選出されています。

しかし、11年前は経営が厳しく、高い評価を受けることなど、考えられませんでした。私は2001年から外科部長として勤務し、2012年に一度退職しました。その後、経営が悪化したこともあり、KKR（国家公務員共済組合連合会）本部から次期院長として戻らないかと言われ、2013年に院長として復帰しました。復帰後、全職員を対象とした緊急集会を開催し、病院の現状を共有しま

した。職員の半数以上となる700人以上が集まってくれ、変革への一定の手応えを感じました。病院の問題点について、小児科が存続の危機にあること、手術件数の減少、救急車の受け入れを20%以上断っていたことの3つに絞って、これらの課題を解決して、病院の信頼回復に努めようと話しました。

いずれの課題も半年ほどで解決に向かいました。救急車の応需率も95%以上になり、現在では98・99%に達しています。その結果、周囲の評判も良くなりました。臨床能力の評価はもとより高かったため、救急患者の中でも、より重症な患者さんが搬送されてくるようになりました。

大きな問題は半年で解決しました。しかし、

報して患者を集めることに取り組みました。病院の理念「よかった。この病院で」は全職員から公募して決定しました。みんなが覚えやすいようにシンプルな言葉にしました。ビジョンとして、高度急性期病院であり続け、マグネットホスピタルとして人が集まる場所を目指しています。現状分析と環境分析をもとに事業戦略を進めています。

診療の質と経営の両立へ 人材育成に重点

Productである診療の質を支えるために、5本の柱として「人、物、金、サービス、成長」を設定しました。一例として、人材育成の取り組みを紹介します。経営を担う事務職員を対象に、毎年希望者1名を国際医療福祉大学大学院Health MBAコースに送り出し、全額を負担しています。この卒業生が先ほどのDPCデータ分析を行っています。

人材育成に当たり、看護師の離職率が高いことから、ディズニーマカデミー研修に毎年50〜60人を送っています。参加した看護師

から高い評価を得ており、離職率も下がったと聞いています。また、人材確保の一環として院内保育園を設置しています。24時間稼働で最大140人を収容でき、認可外ながら横須賀市で最大規模のもので、こちらも好評です。医師のモチベーションを高めるために、ロボット手術装置「ダ・ヴィンチ」を6年前に導入しました。ダ・ヴィンチは前立腺がんの手術で普及していますが、泌尿器科医師の確保には欠かせないということで導入しました。そうすると、外科や婦人科からも2台目購入の要望があったので、頑張ってくれているスタッフへのご褒美として、購入しようと考えています。

また、ブランド推進室を9年前に設立し、当院の魅力を外部に発信する活動を行ってきました。初任事はタライ・ラマ法王の主治医であるバリー・カーズイン先生の瞑想レッスンで、近隣の病院から200人近くが参加し、感動の声が寄せられました。地域の利点を活かし、米海軍第7艦隊音楽隊によるコンサートを開催し、地域で愛される病院づくりを心がけました。その結果、コロナ禍では多くの

取材をいただき、迅速に対応してもらえる病院だと評価されています。

職員の自主性を引き出す コーチングを実践しV字回復

ダーウィンが言ったとされる、生き残るのは変化に対応できる種だとの言葉通り、病院経営が崩れた時期から立て直すという経験から、組織の底力が重要であると認識しました。スタッフには自ら考え、課題を見つけて解決策を探る文化を浸透させることを心がけました。取り組みだことは二つあります。一つは、公益財団法人日本生産性本部主催のセルフアセスメント育成のための幹部養成研修に50人を参加させたことです。最初は経営の基本を学ぶところから始まりましたが、6日間の特訓を通じて共通言語を形成できたと感じています。この取り組みの結果、1995年に始まった日本経営品質賞で50番目、病院として4番目の受賞となりました。

もう一つは、コーチングです。コーチングとは、クライアントやスタッフのやる気や能

ち、当院で3分の1強を受けることとなり、湘南鎌倉総合病院と合わせると2病院で約7割を占めるようになって集約が進みました。平均在院日数も25%減少して10日弱となりましたので、効率的な医療を行っていると思います。入院診療単価も25%上昇して9万円を超えています。この結果、医療収支比率はずっと100%以上を保ち、昨年は104%に達しました。11年前は、職員の意欲は高いが満足度が低い奮闘型組織でしたが、現在は満足度も高い活性型組織にすることができました。

コロナ対応を経て 組織の改善を確信

経営改善の成果を実感したところに、まるで組織を試すかのようにコロナ禍が起こりました。コロナ禍では新型コロナウイルス感染症対応と通常診療を両立させるように努めました。流行期にはPCRセンターを設置して検査を行うほか、三浦半島の重症患者のほぼすべてを受け入れました。当初は得体的にれないウイルスなので、病院中から反対されま

したが、受け入れをすると決めると、レッドゾーンとイエローゾーンに区分けする工事や診療体制の確立、バックヤードでのPCRセンターの立ち上げなども、副院長や看護部長、検査科、薬剤科などが、建物の構造や人員配置を決めて運営してくれました。自立性が高く、頼りがいのある組織になったと密かに感動しました。

また、コロナ禍では、医療関係者が差別されることもあり、精神的にまいってしまふ職員も出ました。そこでも職員が、主体的に精神科医や産業医、臨床心理士からなる対策チームを作って対応してくれました。それにより看護師の半数以上が軽度のうつ状態だったのを、改善させることができました。

DX・AI・ホスピタルは 医療の質向上と一体で取り組む

安定した病院経営には医師の働き方改革も重要な課題だとして、労働時間の短縮に取り組んでいます。外科医は依然として厳しい労働環境に置かれていることが多いですが、労

力を引き出し、自分で目標に向かって行動するよう促す手法です。私自身もコーチングを学ぶために、半年間のレッスンを受けました。プロのコーチに、「コーチングをしても人間は変わらないのではないか」と質問したところ、「人間の性格は変わらないが、表現方法の選択肢が増える」と教えられました。特に「人の話を聞くこと」が重要だと感じていて、実践は難しいですが、人の話をよく聞いてオープンクエスチョンを投げかけて相手の話を引き出すことが、コーチングにおいて大切だと思っています。相手の性格を、自己主張が強いタイプか、調和を重んじるタイプかという二軸で見ると、それぞれの人が合った褒め方をすることでモチベーションを引き出すことにつながります。また、YKHアワードという院長からの報奨制度を設け、毎年多くの個人や部門を表彰することで、スタッフのモチベーションを高める努力をしています。

その結果、病院の経営状況はV字回復しました。新規入院患者数は20%増加し、コロナ禍で減少した分も、昨年度にはほぼ回復しました。そして、二次医療圏の入院患者数のう

勤務時間を適正化することで、医師一人ひとりの力を発揮してもらい、患者満足度や医療の質の向上につなげてもらうため、A水準・時間外労働年960時間以内を目指して管理しています。夜間・休日の救急体制では、基本的に時間外労働として、救急チームの体制などを整えました。医師の業務負担軽減へ、特定看護師へのタスクシフトに取り組んでいます。

また、DXとして、内閣府の戦略的イノベーション創造プログラム「AIホスピタルによる高度診断・治療システム」に2018年から携わっています。対象は全国5病院で、他はすべてハイエンドな4病院であり、地方の総合病院としては唯一の参加です。

「ヒトとAIが共生した患者・スタッフに優しいAIホスピタルの実現」を目指して、音声入力できる電子カルテの開発や、持参薬の鑑別、タブレット端末を用いた入院前インフォームドコンセントなど5項目に取り組みました。音声入力機能を活用して、目を見ながら患者とコミュニケーションを取るよう心がけています。

タブレット端末による説明が高齢者に受け

入れられるか心配でしたが、95%以上の方が問題なく使用できたことです。これにより、事務員や看護師の説明が省略できました。電子カルテや薬剤鑑別機能、チャット機能などを搭載したPhoneを500台購入して、導入を進めています。

こういった取り組みについては、WHO西太平洋地域事務局が主催した医療におけるDXについてのウェビナーや、日経BPのパネルディスカッションにも参加して話をしてきました。

地域医療構想の実現へ地域連携の さくらネットを構築

最後に地域医療構想の実現についてです。病院間連携では、病院の連携協定を2014年の4病院から、2023年には圏域外まで含め19病院に拡大しました。湘南鎌倉総合病院も加わったので、圏域のほぼすべての救急患者をカバーしており、重症患者の受け入れや、急性期を脱した患者の転院で連携しています。この地域連携の取り組みをベースに事

業化して、地域医療介護連携ネットワークを構築すべく、さくらネット協議会を立ち上げました。

さくらネット協議会では診療機能の集約化を進め、近隣の病院と院長や事務長などの人事交流を進めています。また、DXの観点から重要なのは、デジタル情報の共有です。医療情報をクラウド上にアップロードして、ネットワークに参加している病院やクリニックなどでダウンロードできるシステムを作りました。圏域内4市1町の各自治体や、医師会長、薬剤師会長、歯科医師会長などにご協力いただき、268施設が参加予定です。今後は、横浜南部や湘南東部の病院の参加も見込んでいます。ただし、ネットワークには市民も加入してもらわないと本来の意味での連携にならないので、救急搬送時や災害時に患者の医療情報を共有できるメリットなどをプロモーションしています。医療DXと、地域で患者を守る病院アライアンスを軸に、次世代型病院として活躍し、信頼に込められる存在になればと思っています。ご清聴ありがとうございました。

その227 診療報酬地域差の導入・撤廃の経緯を語る

はじめに

財務省は、2024年4月の財政制度等審議会「建議」前後から、突然、「地域別単価の導入」(「医師過剰地域」での診療所診療報酬の引き下げ)を主張し始めました。それは「骨太方針2024」には盛り込まれませんでした。財務省はその後それに固執し、11月29日の上記審議会(令和7年度予算編成等に関する建議)でも、一字一句同じ主張を繰り返しました。

医療政策史的には、この主張は第二次大戦(アジア・太平洋戦争)末期の1944年に導入され、19年間継続された後、1963年に撤廃された「地域別診療報酬」(非都市部での単価を低く設定)の逆方向での復活要求と言えます。しかし、それが導入・撤廃され

二木教授の医療時評



本稿で用いるか参考にした文献

本稿で主に用いた文献は、以下の2つの日本医師会(日医)の公式資料(ともに無署名)です。①「地域差はかくして撤廃された」(1963年)②「診療報酬(支払い方式)の歴史と展望」(1964年)③には、主として「戦後の地域差」の推移と、1962年12月末にその撤廃が政治決定されるまでの日医の「診療報酬地域差撤廃運動」が詳述さ

れています。「付属資料」(合計11)も豊富です。②には、戦前から1961年までの診療報酬の歴史と日医の要求が詳細に書かれています。しかし、いずれにも1963年8月の中央社会保険医療協議会(中医協)で、撤廃が最終的に了承されるまでの医師会と支払い側の激しい攻防は書かれていません。

そこでこの点は、以下の4つの専門誌の1960~1963年の「ニュース」・「論評」で補足しました。「日本医事新報」「社会保険旬報」「週刊社会保険」「健康保険」。これらのうち、最も詳しい報道をほとんどライブ感覚で行っていたのは「日本医事新報」です。同誌の報道はやや日医寄りでしたが、「社会保険旬報」は中立的に報道していました。逆に、「週刊社会保険」と「健康保険」は支払い側寄りの報道をしており、これら4誌の報道・論評を併せて読むことにより、1963年8月の中医協での生々しい攻防を追体験できました。論評で一番まとまっていたのは、「社会保険旬報」1963年9月1日号の「地域差撤廃と今後の医療費」④でした。

これらの文献・資料では、ほとんど政府・日医・保険者の政策・主張や動きしか分らないので、『戦後開業医運動の歴史』⑤、「大阪府保険医協会の歩み」⑥、「神奈川県保険医協会20年史」⑦で、各府県保険医協会が、日医に先駆けて(多くの場合、府県医師会と共同して)行った地域差撤廃運動も調べました。研究書・専門書としては、島崎謙治「日本の医療」⑧と厚生省保険局医療課監修「社会保険医療事務提要」⑨が、戦前の診療報酬の決定方式と推移について詳しく記述していましたが、地域差の導入と廃止についてはほとんど触れていませんでした。有岡二郎「戦後医療の五十年」⑩は、「新中医協で地域差を撤廃」した経緯を簡潔に書いていました。日本の医療保険の準正史と言える吉原健二・和田勝「日本医療保険制度史」増補改訂版⑪は、地域差の導入と撤廃についてそれぞれ1行触れているだけでした。

『厚生白書』は、昭和38年度版のみが、120頁で1963年の地域差撤廃についてチラリと(15行)書いていましたが、見出しは付けられず、ごく軽い扱いでした。厚生省「医制百年史」(1976年)は、資料編の「年表」

部分を含めて、地域差の導入・撤廃についてまったく触れていませんでした。

以下、「第二次大戦前は人頭割請負方式」と「1944年に地域別診療報酬導入」は文献②を、「地域別診療報酬は終戦後も継続」「地域差撤廃は1963年9月に実現」は文献①をベースにして書き、他の文献を用いた記述のみ出所を示しました。文献①、②は元号表記ですが、すべて西暦に変更しました。本文中の() は私の補足です。

第二次大戦前は人頭割請負方式

1922年に成立し、1927年から実施された健康保険法は、当初から政府管掌健康保険と組合管掌健康保険の二本建てで、診療報酬の支払いも別でした。組合管掌健康保険の診療報酬支払いは、人頭式、定額式、時価式、割引式など、診療契約の条件によって異なりました。

それに対して、政府管掌健康保険の診療報酬(当初はほとんど診療所の保険医の初診料・再診料等)は政府と日医との団体契約によっ

て支払われる「概算一括払方式」・「人頭割請負方式」でした。この場合、まず総額を各道府県医師会ごとに配分し、次いで道府県医師会が各保険医の診療報酬点数に応じて按分しました（東京府から東京都への呼称変更は1943年）。これは、現在もドイツの社会保険で行われている方式とはほぼ同じです。この点について、「社会保険医療事務提要」は、「我が国社会保険立法が範をドイツに採ったことは周知のごとくであるが、その診療報酬支払い方法及び料金表についても例外ではなかった」と述べています（p.166）。島崎氏も、日本の健康保険法の「診療報酬支払いはドイツの団体請負方式に倣う」と明記しています（p.167）。

しかし、この方式では道府県によって1点単価に著しい相違があり、しかも、医学・薬学の進歩と医療技術の向上によって、医療内容が質的にも量的にもよくなれば、それだけ稼働点数が増加する反面、単価は引き下げられるという、（医療者側にとって）「矛盾した支払い方式」・「不合理な報酬体系」でした。そのため、1936年度から道府県按分方式から1点単価を全国で統一する方向に改め

られ、1941年頃ようやく単価が固定しました。全国一律の点数単価方式は、1943年4月、健康保険全体、船員保険及び国民健康保険でも実施されることになりました。翌年には、健康保険診療報酬算定協議会（中医協の前身）が発足しました。1943年の「公定単価」は全国一律20銭でした。

1944年に地域別診療報酬導入

しかし、第二次大戦末期の1944年5月に診療報酬の地域別単価が定められ、甲地26銭、乙地23銭、丙地20銭とされました（表）。前年に比べ、甲地は6銭、乙地は3銭の引き上げ、丙地は据え置きであり、甲地・丙地の単価差は30%でした。甲地とは当時の6大都市（東京都、横濱市、名古屋、京都市、大阪市、神戸市）でした。乙地は甲地以外の

表 地域差の変遷一覧

実施年月日	摘要	甲 地										乙 地	丙 地
		東京	神奈川	大阪	兵庫	京都	福岡	名古屋	神戸	横浜	その他		
昭和18.4.1	一 率	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	23.0	20.0
昭和19.5.1		26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	23.0	20.0
昭和20.1.1	（標準）	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	23.0	20.0
昭和21.4.1	（標準）	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	23.0	20.0
昭和22.1.1	（乙地標準）	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	23.0	20.0
昭和22.4.1	（標準）	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	23.0	20.0
昭和22.9.1	（標準）	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	23.0	20.0
昭和23.3.1	（標準）	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	23.0	20.0
昭和23.6.1		26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	23.0	20.0
昭和23.10.1		26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	23.0	20.0
昭和24.12.1		26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	23.0	20.0
昭和25.4.1		26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	23.0	20.0
昭和25.10.1		26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	23.0	20.0
昭和26.7.1		26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	23.0	20.0
昭和26.12.1		26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	23.0	20.0
昭和28.9.1		26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	26.0	23.0	20.0

（資料）文蔵（1）667頁（資料2）
（注）1.昭和36.12.1までの甲地適用都市を示す。
2.昭和38.9.1期は、昭和38年度予算により地域差全国一律化を示す。
なお、この決定は、昭和37年12月29日、大蔵、厚生両大臣の折衝により決定したものである。

県庁所在地と人口11万人以上の市、丙地はそれ以外の市町村でした。

地域別単価導入の理由は、戦力増強が強く要請され、軍需物資生産に挺身する（都市部）労働者の健康保全のためにも保険医の医療活動が必要となり、その診療報酬も適正化すべき、でした。つまり、当時考えられた診療報酬の適正化とは、食料をはじめすべての生活物資が極度に不足し、6大都市を中心とする諸物資の高騰が顕著であったため、新たに単価の地域差を必要としたものであり、あくまで物価値上がりに対する応急措置を加味したものでした。

地域別診療報酬は終戦後も継続

しかし、地域別診療報酬は1945年8月の終戦（敗戦）後も1963年まで継続されました。ただし、その理由は物価問題を離れ、主として国民健康保険（国保）の保険者の財政負担能力を考慮したものに変わりました。1948年には丙地は撤廃され、乙地に編入されました。

国保は1938年の国民健康保険法の成立後、健兵健民政策の一環として、急速に普及が進められ、終戦当時には国保組合数1万431に達していましたが、財政基盤は脆弱で、敗戦と同時に制度存続の危機に直面してしました。島崎氏によると、1942・43年頃には国保組合は95%の市町村に設立され、「第一次国民皆保険の完遂」と称されることもありますが、決して皆保険の実態が備わっていたわけではなかったそうです（p.168）。

今では信じられないことですが、1948年頃には国保組合の保険医に対する医療費の負債額（未払い額）は1億718千万円以上に上り、それが国保財政を圧迫し、地域差を解消するための大きな障害になっていました。しかも、終戦直後数年間は、診療報酬では「標準単価」のみが示され、「実行単価」は各都道府県の実情によって決定され、国保組合では標準単価ではなく、他の健康保険よりも低い単価で診療契約がなされていました。その後町村財政の再建整備により、1954年度にはほとんどの国保が標準単価となりましたが、地域差は依然存続しました。

日医は1957年以降撤廃運動を本格化

しかも、点数単価は1951年以来約6年間も釘付けにされていました。日医が本格的に「地域差撤廃運動（闘争）」を開始したのは1957年で、8月に全国一律の「適正単価」18円46銭を要求しました。その際、日医が提出した単価算定案「医療の構造的特性と適正単価」は、「これまでどこでも用いていなかった近代経済学（一橋大学山田勇教授）による平均費用曲線を用い、（日医が独自に実施した）1955年10月の医療経済実態調査から解析し」て算出したものでした（p.180-184）。これの実施によって日医は従来の地域差問題を一挙に解決しようとし、全国運動を提案しました（この要求の4カ月前の1957年4月に武見太郎氏が日本医師会会長に就任していました）。

この要求は、国保関係者を先頭とする強力な反対運動によりすぐには実現しませんでした。しかし、1958年の診療報酬大改定（「新医療費体系」）甲乙二表の実施、1点単価10

円に固定等)時に、地域差は約6%(診療報酬の甲表では5%)に縮小されました。

さらに日医は1960年8月、①制限診療撤廃、②単価3円引上げ、③事務簡素化、④地域差撤廃及び甲乙表一本化の4項目要求を中山マサ厚生大臣に行い、大臣も「できるだけその方向で今後検討したい」と述べました。自民党も同年末の医療対策特別委員会(通称山中委員会)で全員一致で「地域差は全廃する」と決定しました。

地域差撤廃は1963年9月に実現

しかし、厚生省はこの決定に抵抗し続けたため、日医はその後地域差の全面撤廃に全力を尽くしました。地域差撤廃運動の記念碑的文書は、日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会が1962年8月に共同で決定した「社会保険診療報酬地域差撤廃運動実施要綱」で、「全面的な地域差撤廃の基本理念」、「運動目標」、「運動の具体的方法」、「陳情趣旨」、「地域差撤廃に必要な国庫負担要求額」が包括的かつ理路整然と示されていました⁽⁵⁾。こ

れを機に、全都道府県医師会で地域差撤廃運動が大きく盛り上がりました⁽¹⁾。

この運動の高まりを背景にして、1962年12月29日、西村英一厚生大臣と田中角栄大蔵大臣の次年度予算の折衝により、地域差全国一斉撤廃を翌1963年9月から行い、そのための財源を確保することが(政治)決定されました。

ここで診療報酬の地域差撤廃とは、「甲地と乙地の別を廃して、すべて現行の甲地における算定方式と同様の方法により算定することであり、小林武治厚生大臣は、翌年8月17日の第2回中医協総会にこの方針を諮問しました。

その際、小山進次郎保険局長は「地域差を廃止する理由」として以下のように述べました(要旨)。「(一)皆保険下においては特に医療の機会均等をはかる必要があるが、このためには社会保険における診療報酬の面においても、医療機関の都市集中を助長するような要因を極力排除することが望ましいと考えられる。(二)地域差を設けた戦中または戦後の事情と今日のそれとは著しい変化があり、

時に医療経営の実情からこれを存置すべき理由に乏しい」⁽²⁾。

小山局長は、地域差撤廃に伴い、国保の被保険者の保険料負担の増加分をカバーするための「特別対策費」として約8億7000万円を計上していることも示しました。地域差撤廃とは直接関係しませんが、厚生省は、社会保障制度審議会の1962年「勧告」を受けて、地域差撤廃の翌月(1963年10月)から、予算措置で、国保世帯主の給付率を5割から7割に引き上げました⁽³⁾。

中医協では支払い側(保険者)が、地域差撤廃について、主に以下の4つの理由から疑問を呈し、激論が闘われました。①所得などの地域差が存在する時に医療費の地域差だけを撤廃するのは不相当、②しかも所得の低い層にその負担が増大し、格差は正に逆行する、③物価引き下げは国の政策と矛盾がある、④中医協の以前の了解事業に含まれていた実態調査が行われていない⁽⁴⁾。

しかし、支払い側も最終的には「地域差を無くす原則に賛成」し、8月26日の第4回総

会は、諮問通り9月1日から地域差を撤廃することを満場一致で了承しました。これにより、1944年以来19年ぶりに地域差が廃止され、診療報酬も3・7%引き上げられることになりました。

大阪府では全国に先駆け、域内の地域差撤廃

以上は日医及び全国の動きですが、関西、特に大阪府では、早い時期から、(第一次)府保険医協会が府医師会と共同して地域差撤廃運動に取り組んでいました。大阪府保険医協会は他の都道府県に先駆けて、1947年に設立され、活発な活動を展開していました。同協会が主催した1954年1月の大阪府保険医大会で行われた5項目「決議」には、④に「一点単価の地域差撤廃」が掲げられていました⁽⁵⁾。なお、大阪府保険医協会はこの直後の1954年8月にいったん解散し、1962年に再建されました。

このような運動により、大阪府では、全国での地域差撤廃に先駆けて、2段階で域内の

地域差が撤廃されました。1953年4月、堺市等7市が甲地に編入され、1961年12月には大阪府全域で地域差が撤廃されました^(5・267頁)。

これに先立ち、1948年8月には、東京都全域、川崎市、兵庫県の尼崎市・西宮市・芦屋市も甲地に編入されていました。

おわりに―私が注目した3点

以上、診療報酬地域差の導入と撤廃の経緯を示しました。最後に、今回の「探索的研究」を通して私が注目したことを3点述べます。

第1は、地域差導入の理由は、戦中と戦後で異なることです。前者では戦時下の都市部の物価高騰でしたが、後者では国保財政の危機・脆弱性でした。日医もそのことを認識し、「全面的な地域差撤廃運動の基本理念」として、「地域差撤廃運動は国保強化運動と表裏一体」、「国保強化運動を推進する中で全面的な地域差撤廃を実現することこそ、他の諸要求貫徹の端緒を作る」と高らかに宣言しました⁽⁶⁾。本文で述べたように、現実にも、地域差撤廃

と併せて、国保への財政支援強化と国保世帯主の給付率の5割から7割への引き上げが行われました。

第2は、日医だけでなく、都道府県医師会が都市部と非都市部の違い・利害を超えて、非都市部(乙地)の単価を都市部(甲地)と同じに引き上げる形で地域差撤廃に取り組んだことです。その大義名分は、「人命をとりあつかう医療を地域により差をつけるべきではない」でした⁽⁷⁾。地域差が撤廃された直後の、「日本医師会雑誌」の座談会でも、乙地の開業医(小柳津隆氏)は、「地域差運動はまことにロマンチックな運動でございまして、単に経済闘争という意味でなしに、医師が誇りを持っているという自信を持ち得た(以下略)」と心情を吐露しました⁽⁸⁾。

第3は、1963年に小山保険局長は、地域差廃止の理由の1つに医療機関の都市集中の是正を挙げましたが、その実効性には中医協内外で疑問が呈されたことです。中医協内では、有沢広巳会長は8月26日の総会の「結論のとりまとめ」時に、「地域差撤廃は、医師の配置を適正化するための1つの施策で

あつても、之だけでは不十分である、「医師の都市集中傾向は地域差撤廃のみによって、直ちに食い止めることは難しく、医師の適正配置については特別の措置を講じなければならぬ」と述べました。それに対して小林大臣も、次のように率直に答えました。「医師の都市集中の緩和や、医療機関の適正な配置は、今回の地域差撤廃のみによって、その目的を達成したいことは、指摘の通りと考える。従って、医師の適正配置と医療水準の向上のためには、夫々別途対策を強力に推進していく必要がある（以下略）」⁽⁹⁾。「社会保険旬報」の論評も、最後のまとめで、「地域差撤廃が行われても、都市と農村の診療内容格差はなお残っている」と指摘しました⁽¹⁰⁾。

- 文獻
- (1)「地域差はかくして撤廃された―社会保険診療報酬地域差全面撤廃に至るまでの経緯」『日本醫學會雑誌』49(6)：603-672頁、1963年3月15日。
 - (2)「診療報酬(支払い方式)の歴史と展望」『国民医療年鑑昭和39年版』春秋社、1964年3月、167-187頁。
 - (3)「地域差撤廃と今後の医療費―焦点をさぐる」『社会保険旬報』727号：4-7頁、1963年9月1日。
 - (4)全国保険医団体連合会編「戦後開業医運動の歴史」労働旬報社、1995。
 - (5)大阪府保険医協会の歩み編集委員会編「大阪府保険医協会の歩み―戦後開業医運動の原点」大阪府保険医協会、1985。
 - (6)神奈川県保険医協会20年史編集委員会編「神奈川県保険医協会20年史」神奈川県保険医協会、1989。
 - (7)島崎謙治「日本の医療制度と政策」東京大学出版会、2011。
 - (8)厚生省保険局医療課監修「社会保険医療事務提要」第6版「法研」1995。
 - (9)有岡二郎「戦後医療の五十年 医療保険制度の舞臺裏」日本醫事新報社、1997、222-223頁。
 - (10)吉原健二・和田勝「日本医療保険制度史」増補改訂版「東洋経済」2008、508、509頁。

- (11)日本医師会・日本歯科医師会・日本薬剤師会「社会保険診療報酬地域差撤廃運動実施要綱」1962年8月16日(1)：614-616頁。『日本醫事新報』2009号(1962年8月26日)：87-89頁。
 - (12)「(ニュース) 第2回中医学協会の地域差撤廃諮問」『日本醫事新報』2052号：87-88頁、1963年8月24日。
 - (13)「(今週のニュース) 支払側が激しく質問を展開 諮問された地域差撤廃」『週刊社会保険』17(217)：8、28-31頁、1963年8月26日。
 - (14)川合弘一・勝沼晴雄・小柳津隆・田中宏「診療報酬の地域差撤廃にあたって」『日本医師会雑誌』50(5)：321-325頁、1963年9月1日。
 - (15)「(ニュース) 地域差撤廃決まる 中医学協、諮問通り9月1日実施を答申」『日本醫事新報』2053号：79-80頁、1963年8月31日。
- 謝辞：貴重な文献をご教示ご提供いただいた、宇都宮輝弘氏(大阪府保険医協会理事長)、江口成美氏(日本医師会総合政策研究機構構想主席研究員)、高橋太氏(神奈川県保険医協会医療政策研究室)、谷野浩太郎氏(「社会保険旬報」発行人)に感謝します(あいうえお順)。
- 「本稿は『日本医事新報』2024年12月7日号掲載の「診療報酬の地域差はいかにして導入・撤廃されたか?」に大幅に加筆したものです。」

書籍紹介

かかりつけ医機能と感染症有事

欧州に学ぶコロナ危機対応の問題点

森井大一著／勁草書房／2024年9月刊／A5判／176頁／3740円



日本では2023年5月に医療法改正が行われ、2025年4月1日から医療法の中に「かかりつけ医機能」が規定されることになりました。本法案ではかかりつけ医の登録制や認定制が行われず、その点において、かかりつけ医推進論の立場からは整備が不十分との意見があります。かかりつけ医推進論では欧州諸国のかかりつけ医制度をモデルとして論じ、日本でもかかりつけ医が制度化されていけばコロナにもっと有効に対応することができたと主張しています。そこで、日本医師会では、欧州各国におけるかかりつけ医の現状と、かかりつけ医によるコロナ対応の実態を調査するために、2023年5月から6月にかけて、イギリス、ドイツ、フランスに調査団を派遣しました。本書の著者は、この

日本医師会の調査について、計画から実施に至る全過程の実務を担当しました。本調査の結果、著者が得た結論は、「登録制に基礎づけられるかかりつけ医制度が、コロナへの対応には役に立たなかったこと」です。

登録制と人頭払いに支えられたかかりつけ医制度を持つイギリスでは、極めて困難なコロナ状況が生じました。フランスでは、受診医療機関をかかりつけ医に限定した平時の医療提供体制を停止し、逆にフリーアクセスにすることで、コロナ禍の状況を改善しました。

著者は、入院待機患者が多数存在するイギリスをはじめ、「かかりつけ医制度を有している国の実態が『日常的な医療崩壊』とも言えるものになっている」とも指摘します。そして、このことは、「医療提供体制には一定程

度の機能重視がむしろ必要であり、単純に医療提供体制をスリム化すればいいというものではないことを示唆している」と述べています。日本で「かかりつけ医」が制度論として語られるようになった背景には、2013年8月に出版された社会保障制度改革国民会議報告書での「緩やかなグレートキーパー機能を備えた『かかりつけ医』の提案に見られる財政論としての文脈があります。しかし、グレートキーパー機能を導入すれば社会保障の負担が下がるという直接的な根拠は同報告書には書かれていません。本書では「プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加する」という二木立先生の見解も紹介しています。

「医師患者関係も人間と人間の結びつきの1つである以上、その関係自体は自生的であるべきだ」と著者は言います。そして、ひとまず、かかりつけ医の制度化が地域コミュニティを代替し得るわけではないとした上で、「心構えの問題として医師自身が社会的機能を自覚して研鑽し続けるしかない」と述べています。

(編集部 熊谷麻紀)