

ればこれはこれで国民の皆さんも納得されるでしょうけれども、先ほど触れたような多くの病院がある中で、フリーアクセスのこの状況の中で、まさにフリーに患者さんが行ったときに本当に適正な皆保険体制の中でのあるべき医療が行われているかどうか相変わらず不透明なまま来て今日のような議論がありますから、なかなか先に行かないのではないかという気がいたしました。いずれにしても、申し上げたいことは実際にそれぞれの病院が診ておる患者さんを、今、申し上げたような意味合いで本当にどうなのかということ把握する情動的な技術であるとか手法は、正直、あるわけですので、このあたりを基本的な部分を改めてお願いする必要があるのではないかという気がいたしました。

既に診断情報名などを標準化するような作業は保険局ベース、DRG/PPSと俗に言われ、急性期包括払いの診断群のあの流れと医政局の関連とはそれなりについて先般、統合されたという話も聞きますし、一方で急性期の包括払いは行われているわけですが、その手法であるとか、あるいは医療機関別の包括払い方式も保険局ベースでかなり急速に進んでいるということも聞いておりますけれども、それらの流れをやはり、たとえば国立病院の中でどう本当にお受け止めになるのか。もう少し、そのあたりの対応をご検討いただきたい。今日はちょっと一般的な申し上げ方で恐縮ですが、正直を申し上げて一部の国立病院の院長先生方からある種のご意見も承っているようなところもございまして、そういうまさに政策的な、今日的な意味合いのある適用をご提案申し上げたいなど思っているところです。ちょっととりとめのない話になりましたけれども、なかなかもう1つ本当のところは掴みきれないもどかしさを感じまして、敢えて発言をさせていただきました。ありがとうございました。

(座長) どうもありがとうございました。〇〇委員のおっしゃりたいことをもっと敷衍すると、この3-2のような、これを国立病院・療養所以外のところで政策医療をいくらやっているのだという数字が結構出るのはではないか。それはどうですか。結局、がん循環器だと言うけれども、その中の政策医療として取り組むべき先端の部分はどこだ、と。それ以下のところは皆やっておるわけですか。そこがどうか。

(委員) ちょっと技術的な話になりますけれども、傷病別にたとえば筋ジスか重心だ、と。これはこれなりに医療技術の高度、あるいはそうでないのはちょっと別ですから、かなりわかりやすいのですが、がん、循環器になりますと当たり前には多くの病院がやっているわけです。

そのときにその患者さんが一般的には重症度という言葉方をした例、医療度という言葉も最近使われますけれども、要はそのあたりの医療資源の必要性を定量化する仕事は古典的にはDRGがあるわけですし、今日的にはまたさまざまな手法があって、我が国でもそれなりに取り組まれてきていますが、なかなかばらばらで、今、実際に診療報酬の支払いが行われているあの国のほうもなかなか辛いなというところに来てしまっているのです。

今、新しい方法で検討されていますけれども、そこに今度は特定機能病院の

病院群別の、あるいは医療機関別の包括払い方式が入ってきて、また少し私から見ると混乱してきてしまっているようなところがあるので、このあたりをもうちょっと合理的な手法を、研究者的にはそれなりにご提案はできるのですが、なかなか実行に移らないようなところがあって、先ほどの議論になります。いずれにしてもがんとか、循環器だとかについての医療のニーズに応じたような、もう少し、通常、初歩的にはケースミックスの分類という言い方をしますが、そこを政策レベルでもしっかりと採用していただいて、データ化をして議論をしないと先ほど申し上げたような状況になってしまうのではないかと。こういうことをございます。

(事務局) よろしいでしょうか。

(座長) はい。

(事務局) ちょっと議論がすれ違うかもしれませんが、がんで申し上げますとナショナルセンター、基幹医療施設、専門医療施設から1つの3段階のピラミッドネットワークでやっておるわけでございまして、〇〇委員のおっしゃる「重症度あるいは高度医療の能力とミスマッチがないか」「ちゃんとマッチングしているか」というのはもちろんごもっともですけれども、それが恐らくアベレージ的にはその3ランクの中でウエートが重たい病気、あるいは難しい手術を要するということが上のほうに上がっていつているのではないかと。

それで噛み合わないという点は、敢えて申し上げますと、がんが政策医療に入ってきているという考え方ですが、年間30万人亡くなるということやら、国民の健康に重大な影響があるという1つのそういうコンセプトで括っているわけです。

ですから、それはどの医療機関でもやっている胃がんの手術などは国立病院が「じゃあ、やらない」という選択になるのか、「いや、30万人亡くなるがん対策はやはり国立病院もネットワークで取り組んでいくんだ」と言うか、そのへんの入り口論が、我々は今、後者のように思っています。

(委員) いや、やるべきだと思いますけれども、やはり交付金との関係だと思います。交付金が配分されるけれども、その根拠としてがん、循環器でやっておられると言うけれども、先ほどの繰り返しですけれども、同じようなことをやっている医療機関はほかにもあるではないかと言ったときに、確かに筋ジスだ、重心だ、あるいはさまざまな他の医療機関がやっていないところだったら、これはわかるのですが、がんについては他と一緒にしてしまう。

今日、教育研修の話も出ましたけれども、教育研修をやればあらゆるものをそれなりに診ないと適切な医師を養成できませんという論理は、かつて特定機能病院が高度医療をやるときにいろいろ議論があった、繰り返されたところです。「初期研修をやる以上はすべての患者さんを診なくては、高度医療の患者さんだけではだめです」というところをちょっと私は改めてまた感じたのですが、経営とか効率的な医療を議論しようというこの場ですから、私が申し上げている意味合いは当然、経営としての、交付金の問題だけではありませんけれども、そこに投入される資源との兼ね合いで公平でしょうか、そこらへんをし

っかりと説明できるでしょうかという趣旨でさっき申し上げたような情報をもう少しいただかないと、なかなか難しいと言うか、理解、説得できない。あるいは理解できないような状況になるのではないのでしょうかと、こういう趣旨なのです。

(委員) ちょっといいですか。

(座長) はい。

(委員) 私は医療機関が機能分担をして同じようなものをしなくてもいいとするべきではなかろうかと。それぞれ特化して専門性を発揮すべきであるという立場から、私は今、厚労省が進めておそれを国立病院の政策医療としてやろうという立場を私は間違っていないと思っているのです。

だからそういう意味ではやはり国立病院を専門化、特化していこうという考え方で私は進めてこられておるだろう、と。それを私は時代の流れであると理解しているわけです。だからそれとやはり先ほどお話した研修指定病院は全科を持たないといけない。一般医療でたとえばそういうのをどうするのか。研修システムも関係するだろうし、それから一番重要なのはやはり地域の医療機関とどのように棲み分けをしていって、医師会との間の整合性を強めていくかということはその立地条件が違うわけですから、そこでやはりしていくべきである。

ただ、私は施設が機能分化して機能を特化していくべきではある、と。私は同じようなことをお互いにやらなくても、百貨店をなんぼも隣りに造らなくてもいいという考えで見ているのです。

(座長) はい。ほかに。

(座長) はい。〇〇委員。

(委員) 私も〇〇委員のおっしゃる趣旨にまったく賛成で、私は医学のことはわからないのですが、医学の立場からそうおっしゃっていただくのは大変心強いのです。同じがんの治療、同じ循環器病の治療で、片や交付金は無しに独立採算として民間病院がきちっとやっている。片や同じことをやってなぜ国立病院が赤字になるのだろうかということで、この効率化方策についての検討をするということだろうと思うのです。

仮に政策医療は百歩譲ってあるとして、医学上、確立されて、それがコストの高いものであり、従って国立病院が赤字であるということであれば、ほかの病院も赤字だろうと思うのですが、ほかの病院も赤字であればそれはもう診療報酬の点数の問題なのです。

ですから、それは厚生労働省の中で診療報酬の配分がおかしいから、こういう難度の政策医療をやると赤字になるのです。これはもう説明が簡単です。そこで解決すべき問題だと思います。

それ以外になおかつこの経営上の問題があるとしたら、どういう問題があるかということをしきりと整理をしていくというのが1つの方法だと思います。ですから、この役割をどういうふうにして果たしていくのかという問題と、この懇談会における財政運営と効率化方策に関する懇談会ですか、そっちの観点

からのアプローチももう1つ必要ではないかと考えます。

(座長) ありがとうございます。〇〇委員。

(委員) 繰り返しになりますが、たとえばナショナルセンターがありますが、そうすると間口を狭くして、相当、突っ込んだやつをやる。先ほど、がんでも難治性のがんですね。こういうのはもう1つ、これ、中分類を見れば膀胱がんとかわかるわけです。対がん10カ年戦略もありましたし、今、さらに新10カ年戦略をやっているのは、やはり中曽根内閣のときに相当がんについては「国を挙げてやろうではないか」という考えがあったわけです。それが時代によってたとえば循環器のほうにシフトしたりいろいろするのも事実なので、私はそういうのはやはり国策でやる必要があると思います。

それをたとえばナショナルセンターを手厚くしてやるのか、アメリカのVA病院みたいに、Veteran's Hospitalみたいなものやっっていくのかというのは、やはりいろいろあると思うのです。私はやはり1つのナショナルセンターでやる部分も大事だと思いますけれども、ある程度、地域にもそういったものがなくてはいけないと思っています。

そのとき、先ほどあった、たとえばMRIとCTの普及。こういうのは日本は私は間違ったと思うのは、結構、グレードの低いものが全国に普及したわけです。ヘリカルCTにするとか、これはむしろ画像の良いものを僕は計画的に配備すべきではなかったかな、と。

同じことが今、ポジトロン、PETですか。今回、7万5,000円、点数が付きましたけれども、これも先ほどの〇〇委員ではないですけども、民間のクリニックで、今、それをビジネスという言葉は悪いですが、やっているところが出てきたわけです。

それは民のほうやはり早いわけです。ただ、これも放っておくとまた粗製濫造みたいになってしまう可能性もありまして、全身的にがんがわかるのであれば、それは凄いい画期的な診断法だと思うのです。そういうのを国がある程度率先して、FDGという薬物をつくる工場も含めてやっっていくような政策をやろうと言うのであれば、もうこれは非常に大事だと思います。

それから臨床研修指定病院も44なのです。先ほど〇〇委員がおっしゃったけれども、全部やっているわけではない。それから686人というのは年間1万2,000人いて、そのうちの5%。これは高いのか低いのか、ちょっと価値判断が伴うわけです。治験の収入も1病院2,000万円です。神戸市民病院が今1億円です。そうすると、金額で言うとあれですけども、決して高いとは僕は思いません。

従って治験のほうに選択を集中していくのか、臨床研修のほうに入れていくのか、そこを少しめりはりを付けていくべきではないかと思っています。それがやはり政策医療ではないかと思っています。ただ、それは時代によってやはり変わってくるので、それはやはりある程度評価もしなくてはいけない。そう考えているのですが、いかがでしょうか。

(事務局) よろしいですか。

(座長) はい。

(事務局) いろいろお話を伺っていて、私ども、いろんな点でよく理解できるところもございますけれども、まず国会等で問題になった部分については「まず国立病院・療養所で引き受けろ」という声が出てくるのは間違いありません。今、私どもが言われているのは、たとえばシックハウス、それからクロイツフェルト・ヤコブ、こういったものが出てきたときにどうするのか。どこも引き受けられないといったときに、まず国立病院が最後の受け皿になれ、と。

これは私どもは決して否定をするものではなくて、必ず受けていきたいと思っていますし、それから触法の問題もそうです。最近、話題となっておりますのはC型肝炎。これは大問題になりそうでございまして、これはやはり国立病院が中心となってやらざるをえないと考えておりますし、時代時代のニーズ、こういったものは非常に多いものだと考えているところでございます。

そこで一方、がんとかそういったものについて「もう、一般に任せてしまっていていいんじゃないか」というお話もあるわけでありまして、たとえば国立がんセンターで非常に先駆的な治療法を開発してきて、そのことによって5年生存率が飛躍的に上がってきた。こういうことは事実でございまして、そうしたようにたとえばがんについて考えていきますと、がんセンター等で非常に先駆的ないろんな治療法なり何なりを開発、それを広く普及していく。標準的医療の普及と云っていいかと思いますが、そういったことをやるためには、現在、私どもが考えているようなある程度の数が必要だと思うのです。

従って今、私どもがここにずらずらと並べております部分について、やはりそういう標準的なあるレベルの医療を国として拡げていくためには、最低限、これだけの病院数は必要ではないかと思えます。

これはまたいろいろご議論いただきたいのですが、まず一番最初に私ども、是非ご理解をいただきたいのは、いろんな観点で出てくる諸問題は先ほどちょっと「社会的ニーズとは何だ」というお話がございましたが、1つの例としてホスピスを挙げましたけれども、どちらかと言えばクロイツフェルトだとかシックハウスとか、どうしても民間で引き受けられないものについて、「まず、やりなさい」ということでございます。

繰り返しになりますけれども、たぶんC型肝炎はだいたい200万人ぐらい感染者がいるわけでありまして、この中から肝硬変なり肝がんになっていくことは大体目に見えているわけでありまして、毎年約4万人死んでいる肝がんの患者さんの8割程度はC型肝炎と言われておりますから、「そのへんと併せてどうするのだ」と言ったら、たぶん私ども国立長崎医療センターを中心としたあのネットワークを中心に対応していかざるをえない。こういうことでございます。すみません、話がまとまりませんが、ちょっと感想を述べさせていただきました。

(座長) 事が起こったときに、本当に全部、国立病院に来てしまうのですね。それはよくわかりましたが、実際、戦争が終戦で陸海軍が負けてしまったあと、日本全国にある陸海軍病院をどうするのだと言うので、それが国立病院・療養所になったのだから、いろいろ地域医療という立場の人口分布から考えると、人口分布では考えられないような病院の散らばり方があります。だから地域医療と

密着していない。そういう1つの体制の中でいろいろご苦労をなさりながら今日まで来ているわけです。

そういう現実の医療が本当に全部、政策医療で説明できるのだろうか。あるいは先端の医療行政のモデルを、DRGのモデルをやってみようとか、それと同じようにもう1つ考えると、もう21世紀は。今までは「Professional Freedomを侵害する」と武見先生ががっと言って蹴っとばすものですから、各々、疾患のメインの治療のガイドラインができていない。それをこれからつくらなければいかん。そういう時期に来ているわけでありませう。

「Evidence Based Medicine。EBMに基づくガイドラインの作成」とか言っていますが、そんな大きな医療の流れがございませうから、その医療の流れの中でこの独立行政法人が「この疾患はガイドラインは私達がつくれます」と。要するに重心だとか筋ジスだとか、患者を持っていないところはガイドラインをつくれませうから、非常にユニークなものをお持ちなものですから、そういう自己主張をもうちょっとお考えになったらいいかなと思ひますが、これはどうでしょう。

(委員) 今、座長がおっしゃることと関係があると思ひますが、決して新たな病院群が意味がないとは正直思ひしておりませう。現実の問題としてここまで努力されたこの十数年の一連の推移はやはり多くの病院群の中の経営実態の変化の中でも、よほど特異なものだと思ひます。

従ってこういう時代の流れの中で新しいこういう形態ができたときに、特に独立行政法人の実情はまだ私どもは経験していないわけですけれども、やはり評価をして、それが国民の納得を得たにせよ何にせよ、運営されるものだと思ひます。

私は、ちょっと個別的ですが、かなり少なからぬ自治体から経営改善のご相談にございませうのですが、「数百億円の累積赤字を抱えている。どうしましませうか」と。今までの流れを見てみますと、法律がある。これは公営企業の場合ですが、結果として繰り入れ・繰り出しで補助を、ある額がいただけるとなると、それを説明するために後から「高度な医療で先駆的です。不採算です。」ということで、それを説明するために病名が使われたり、ある種の政策的な意味合いの文言が使われて帳尻を合わせてきたみたいなどころの結果がそんなことになってしまったかなという気がして、実質的に同じような患者さんは先ほど申し上げたようなところで、多くのほかの医療機関でも診ているというところが、いまや、やはりもう支えきれなくなってきたかなと改めて思ひますので、今回、ここでの議論は従来の流れは私は大いに敬服に値するご努力であった、と。

むしろこれからの運営に当たっては、特に効率化だとか財政運用については医療の実情、それからその患者さんが持つておられるニーズ、そしてまさに政策的な意味合いが本当の意味で実質的な国の補助に値するものかどうかということ、もう少しEvidenceに基づいてしっかり行いうるような、そういうことを適用した新しい流れをつくっていくべきである。そのためには決してまった

く夢のような方法を持たなければならないとか、そんなことではないです。適用可能な手法はあるように思いますので、今後とも運用の中での評価をひとつしっかりやるべきである。こういうのが今の座長の問題提起に対する私なりの考え方でございます。

(委員) ようございますか。

(座長) はい。

(委員) もう時間がありませんが、先ほど〇〇委員がおっしゃったような経営の問題は、次回、出てくるとは思いますけれども、それで私、ちょっと次回に教えてほしいのは、今日の説明の中で今度の診療報酬改定の施設基準が、この数を見て実はびっくりしているのですが、本当に100/100をこれほどまでクリアしているのかということで、私はちょっと疑問があります。

それからもう1つは経営の問題であればほとんどの診療報酬改定、絶対に収益がマイナスになっているはずで、それを本当に各施設がたとえば療養所はどうであるとか、大阪とか名古屋みたいなああいうところと地方にある国立病院と、私はかなり違うと思うのです。そのへんをもし出していただければ、これから運営ということではかなりなポイントが出てくるのではないかとは思っているのです。

(座長) どうですか。今の医療費改定の流れですね。「手術数が年間50未満のものはカット」という話が出るものだから、脳外科の症例を脳外科学会で調べたらずーっと散らばっているのです。あとちょっとで50例に行きそうなところはどうかと言うと、脳ドックで怪しげなやつは、皆、開けて手術する。そういう恐ろしい話が転がっています。

(委員) だから施設基準をクリアしているという数を見せていただいて、「本当にそうかなあ」という気が実はしたのです。20を超えるのはなかなか大変だと思うのですが。

(事務局) 先生、これは4月からもう30%カットされますので、各施設、当然、これは前年度実績だと思いますが、急いでチェックをして、それで出した数字ですから、もちろん嘘が混じっていないかどうか確認はしていますけれども、一応、これは保険サイドのほうに提出されて承認されたということで聞いておりますので、メーカーはないと思えますけれども。

(委員) どうですかね。名古屋病院の中で100/100とれるのが。

(事務局) 名古屋病院のデータも出ておりますけれども、こんなものだと思います。

(委員) そうですか。

(事務局) はい。

(委員) だいたい2%から、良くて2%の収入減ですね。外来、入院をみて、名古屋では調べておられますか。

(事務局) 試算しますと、だいたい名古屋の収入は130億円ぐらいですが、3億5,000万円ぐらいの減収になります。

(委員) 減収になりますよね。

(事務局) はい。

- (座 長) いろいろご議論をいただいて、もう時間がいっぱいになりました。本日はこれぐらいにいたしまして、次回に移したいと思います。最後に議題4のその他でございますが、何か資料の取り扱いでございますか。
- (事務局) 本日の資料は公開いたします。それから本日分の議事録から公開をさせていただきますが、事前に各委員に内容をご確認いただきますので、そのご確認を経て公表ということにしたいと思います。
- (座 長) それでは本日の懇談会はこれで終了させていただきます。どうもありがとうございました。

—以 上—