

Ⅱ 2008年改定をさぐる

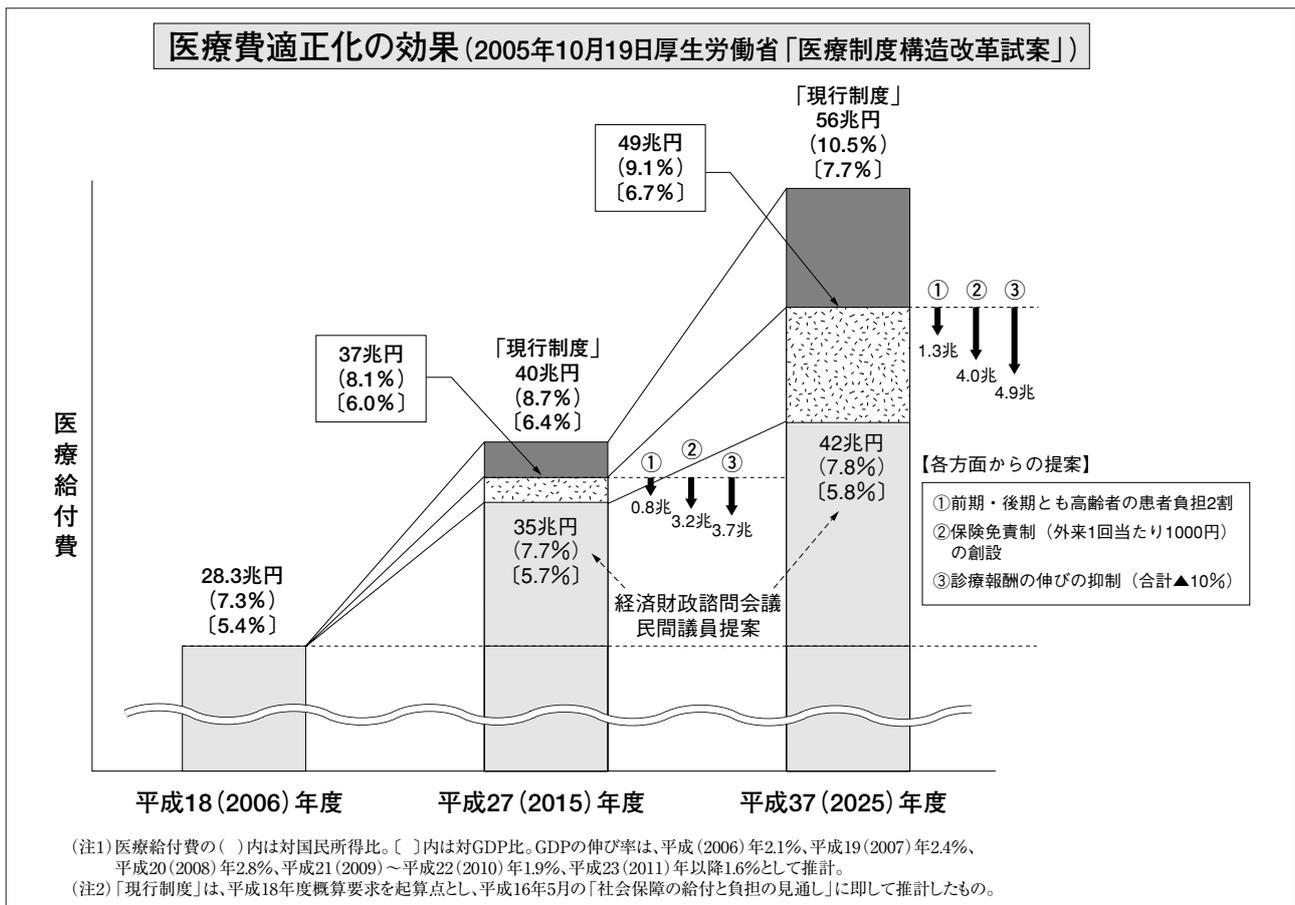
1 2006年改定の狙い…2025年までに医療給付費の伸びを7兆円削減

2006年診療報酬改定は、「賃金・物価等の昨今の経済動向、医療経済実態調査の結果、さらに保険財政の状況等を踏まえ、引き下げの方向で検討し、措置する」とした「医療制度改革大綱（2005年12月1日：政府・与党医療改革協議会）」（以下、大綱）に基づいて実施されました。

「大綱」は、医療保険給付費の伸びを「経済財政と均衡」させて抑制し、総枠管理することを最大の目標にかかげています。

「大綱」は、2005年10月19日に厚生労働省が発表した「医療制度改革『試案』」（以下、試案）を下敷きにしたもので、「大綱」で示した目標に関する資料を示した「試案」では、現行制度のままであれば2025年には、「医療給付費」が現在の倍額の56兆円になるとして、2015年までに医療給付費の伸びを3兆円削減し、2025年までには7兆円を削減する試案を示しています。

2025年までには7兆円を削減するとの試算には、2006年のマイナス3.16%の診療報酬改定が織り込み済みであり、今後実施される窓口負担の拡大や平均在院日数の短縮、生活習慣病対策の強化が予定通り進めば達成するとされています。



しかし、2025年までの毎回の診療報酬改定をゼロシーリングでいくことが決まっているわけではありません。診療報酬改定率の案は、改定年度の閣議で決定されます。今後、国民の中で、「このままでは医療が受けられなくなる」「医療崩壊を食い止めよう」「イギリスの二の舞にするな」の声が大きくなれば、診療報酬の引き上げが可能なのです。

2 2006年改定を受けた財界の意向と財界主導による構造改革

内閣府の「規制改革・民間開放推進会議」は、2006年3月31日に「規制改革・民間開放推進3ヵ年計画（再改定）」を決定しました。

2006年4月実施の診療報酬改定の内容が決まった後の公表ですので、この計画は、2008年診療報酬改定に向けたものといえます。

計画では、次の「個別重点検討分野の改革」と、「措置事項」を明らかにしています。

個別重点検討分野の改革	措置事項
①医療機関情報の公開義務化と診療情報の開示促進	①いわゆる混合診療の解禁(措置済み法案成立後公布・施行)
②保険者機能の充実・強化	②中医協（一部措置済み・引き続き必要に応じて措置）
③医療のIT化の加速(平成23年度から電子レセプト原則完全オンライン化)	③診療報酬包括払い・定額払い制度への移行(段階的に実施)
④医療機器の内外価格差の是正	④医療機関経営の見直し、株式会社による医療経営（一部措置・逐次検討）
⑤医薬品の薬価等の見直し	⑤医薬品販売に関する規制緩和（逐次実施）
⑥中医協のあり方を見直し	⑥派遣労働の解禁（一部措置・逐次実施）
	⑦医療計画の見直し（一部措置・逐次実施）

3 財政制度等審議会「歳出・歳入一体改革に向けた基本的考え方について」を建議

財政制度等審議会が2006年6月14日に発表した「歳出・歳入一体改革に向けた基本的考え方について」の建議では、次を要求しています。

- ① 2011年度における基礎的財政収支の均衡及び2015年度の基礎的財政収支の対GDP比で、それぞれ歳出削減のみで達成する仮定計算においては、社会保障を含め全ての経費を、2011年度においては18%、2015年度においては32%削減する必要がある、「2011年度に以下のような制度変更を全て行う」必要がある。
 - ・ 医療に係る自己負担を約2倍に引き上げ。
 - ・ 介護に係る自己負担を約2.5倍に引き上げ。
 - ・ 基礎年金支給開始年齢を69歳程度に引き上げ。
 - ・ 約20万人の児童の保育の取りやめ
 - ・ 児童手当の支給対象年齢を小学校4年以下に引き下げ
- ② 介護は「給付の範囲、自己負担等を見直しを進め給付費の増大の抑制」
- ③ 医療は「医療費の伸びの抑制のための取り組みを継続」

4 「経済財政改革の基本方針2007」と医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム

2007年6月19日に閣議決定された「経済財政改革の基本方針2007」では、「社会保障改革」の1番目に「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム（平成19年5月15日）」の推進を掲げています。

「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」の概要は、次の通りです。

医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム（平成19年5月15日）抜粋

経済財政諮問会議提出資料

取組	目標・指標	政策手段
①生活習慣病対策の推進	平成27年度までにメタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）の該当者及び予備群を平成20年度比で25%以上減少（平成24年度までに10%以上減少）。	平成20年度から、メタボリックシンドロームに着目した特定健診・特定保健指導を推進する。
②介護予防の推進	平成17年から平成26年までの10年間で、要介護者を「7人に1人」から「10人に1人」とする。	特定高齢者（要支援になるおそれのある人）の判断基準見直しや介護予防関連事業支援により特定高齢者施策を推進する。
③平均在院日数の短縮	○平成27年度までに、平均在院日数につき、全国平均と最短県の差を半分に。（平成24年度までに差を3分の1短縮） ○平成24年度までに、老人保健施設等への転換により回復期リハ病棟を除く療養病床数35万床（平成18年度）を○万床（都道府県の計画を踏まえ決定）に。 ○平成24年までに、受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者（7万人）を解消する。	①平成20年度から、国・都道府県で平均在院日数の短縮等に係る政策目標を掲げた医療費適正化計画（5カ年計画）を策定し、PDCAサイクルを通じて、実効性ある医療費適正化対策を推進する。 ②療養病床の転換を促進するための各般の措置を実施する。 ③地域連携クリティカルパスの活用を図る。 ④受け入れ条件が整えば退院可能な精神障害者の解消を目指す。
④在宅医療・在宅介護の推進と住宅政策との連携	○平成20年度までに、全都道府県で新たな医療計画を策定、主要な疾病ごとに急性期、回復期から在宅療養までの一貫した医療連携体制を明示 ○平成20年度までに、全都道府県で地域ケア体制整備構想を策定する。	①ターミナルケアを含め、自宅、ケアハウス、有料老人ホーム等の在宅で療養を望む人の希望に応えられる体制づくりに取り組む。 ②医療・介護の連携を促進し、病院から在宅への移行の円滑化を図る。
⑤往診・訪問診療、休日・時間外診療の重視、診療所と病院の役割の明確化	○平成19年度中に、総合的な診療能力をもつ医師の養成の仕組みについて検討 ○平成20年度中に、地域連携クリティカルパスの全国実施を図る。	①開業医の役割として、往診・訪問診療、休日・時間外診療の重視を明確化する。 ②診療所は一次的な地域医療窓口として、急性期病院は質の高い入院医療と専門的外来を基本に役割分担を明確化。 ③医療機関の機能分化と連携を図る。
⑥EBMの推進と医療の標準化	○平成21年度までにEBMに基づく総合的初期診療ガイドラインを作成。 ○平成20年度までに、医療分野で用いられる各種書類の電子化・標準化の在り方について一定の見解を示す。 ○平成24年度までに、診療ガイドラインの全国的普及方策を確立する。	①EBMの一層の理解・定着の促進。 ②医療の質の向上とともに、効率化や医療安全確保のための標準化（薬剤投与の在り方などを含む高齢者への診療の標準化など）の在り方等について検討する。 ③医療分野で用いられる各種書類の電子化・標準化に向けて取り組む。
⑦重複・不要検査の是正や健診の標準化	○平成20年度までに、血液検査等の特定健診の検査項目毎に、検査測定値及び健診判定値の標準化を図る。 ○平成20年度から特定健診を開始し、実施機関の精度管理を推進する。	①医療機関における検査や健診の標準化・精度管理を推進する ②ITの活用等を通じた医療機関の連携等により重複検査の排除を図る。 ③診療報酬の包括化等を推進する。
⑧後発医薬品の使用促進	平成24年度までに後発医薬品シェア（数量ベースで16.8%〔平成16年度〕）を30%以上に。	後発医薬品信頼性向上のため、「情報提供体制整備」「安定供給や規格の取り揃え」など後発医薬品メーカーを指導する。
⑨不正な保険医療機関や介護サービス事業者等への指導・監査の強化	診療報酬の包括化の普及に伴い保険医療機関等の指導・監査を更に強化（個別指導の数を毎年8,000箇所目指す）	医療保険財政の健全運営確保のため、また、診療報酬包括払い促進等に伴い保険医療機関等のチェック強化が不可欠のため、更なる指導・監査強化と、不正な診療を行う保険医療機関等に厳正に対処する。

取組	目標・指標	政策手段
⑩医療従事者等の役割分担の見直し	平成19年度中に、医師・看護師等の医療従事者等の役割分担の見直しについて、一定の結論を得る。	医師の業務負担の軽減等の観点から、医療従事者等の業務範囲・役割分担の見直しを順次実施する。
⑪診療報酬・薬価の見直し	平成18年度診療報酬改定の結果検証等を踏まえ、平成20年度に、次期改定を実施。	QOLの確保・向上を図りつつ、医療効率化を図ることを基本として、PDCAサイクルを通じて診療報酬改定の適切な実施を目指す。
⑫診療報酬の包括払いの促進	平成24年度までに病院の機能分化を推進する中で、DPC（急性期入院医療の診断群分類に基づく1日当たりの包括評価制度）支払い対象病院数360（平成18年度）を当面現状から3倍増の1000（全一般病床数の約4割：）にする」	①DPC導入の影響評価を行い、制度精緻化や対象病院の拡大の検討を進める。 ②入院基本料において包括評価がなされている慢性期入院医療について、引き続きその取組を推進する。 ③診療報酬の包括化対象を拡大する。
⑬後期高齢者の心身の特性に応じた診療報酬の創設	平成20年度に、必要かつ適切な医療の確保を前提とし、後期高齢者の診療報酬を創設する。	高齢者医療の現状等を踏まえ、必要かつ適切な医療の確保を前提とし、後期高齢者の心身の特性等にふさわしい診療報酬大系を確立する。
⑭介護報酬の見直し	平成20年に、介護事業経営実態調査を実施し、その結果等を踏まえ、平成21年度に次期改定を実施する。	PDCAサイクルを通じて、介護報酬の適切な実施を目指す。
⑮健康情報の効率的な利活用等のためのIT化の推進	○平成22年4月までに8割以上、平成23年4月までに原則全てのレセプトをオンライン化。 ○平成20年度にレセプトデータの全国的な収集・分析体制を構築し、平成21年度から、段階的に収集分析を行う。	個人による生涯にわたる健康情報の効率的な利活用、医療機関等のネットワーク化・安全の確保、遠隔医療の推進、情報分析によるEBMの推進、保険者による効果的な保健指導の実施、事務の効率化等を図る。
⑯健康ITカードの導入検討	平成19年中を目途に、健康ITカード（仮称）の導入の結論を出す。	社会保障全体を視野に入れたシステムの基本構想づくりなどを検討する。
⑰医師確保対策など地域医療提供体制の整備	平成20年度までに全都道府県の医療計画において、主要な4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞及び糖尿病）・5事業（救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）について、医療機能に着目した診療実施施設を各医療圏域ごとに明示する。	①都道府県を中心にした新しい医師派遣機能の構築などを図る。 ②疾病・事業ごとの具体的な医療連携体制を構築し、各医療圏域ごとに明示する。 ③開業医について、身近な地域での時間外診療や往診・訪問診療等が求められる一次的な医療の窓口としての機能・役割を明確化し、その推進を図る。
⑱患者に対する医療情報の提供の推進	○平成19年度中に全都道府県で、基本情報に関する事項（診療科目・診療時間等の情報提供を実施する。 ○平成20年度中に全都道府県で、医療の実績、結果を含めて、インターネット等により情報提供を実施する。	①広告可能事項の拡大（平成19年度から） ②都道府県が医療機関情報をインターネット等により住民に情報提供し、住民からの相談等に適切に応じる仕組み。（平成19年度から制度化）
⑲医療・介護の安全体制の確保	○平成19年度中に、診療行為に関連した死亡に係る死因究明制度等については、有識者による検討会の議論を踏まえて結論を得る。	①医療安全支援センターの適切運用、医療事故情報等の収集分析、診療行為に関連した死亡に係る死因究明制度等の検討など、安全体制の確保を図る。 ②産科医療補償制度の普及啓発を行う。
⑳公立病院等の果たすべき役割を踏まえた重点化、効率化	平成20年度までに、全都道府県で拠点病院と地域の医療機関の医療機能の分化・連携への取組を含む、新たな医療計画を策定する。	救急医療やへき地医療など地域に必要な分野で公立病院等が果たしてきた役割を踏まえ、拠点病院と地域の医療機関の医療機能の分化・連携への取組を推進する中で、総務省と連携して、拠点化、重点化に取り組む。

5 アメリカと財界の狙い（国民医療削減の真のねらい）

政府が歴史的に行ってきた低医療費政策に加え、この間強まっているのは、「日本の医療保険制度を、お金儲けのできる仕組みに変えよう」とする、アメリカ政府と日米巨大資本の圧力です。

アメリカ政府は90年代後半から毎年「年次改革要望書」を日米政府に突きつけ、医療分野での規制緩和を求めてきました。「アメリカ企業が日本の医療市場に参入できるようにせよ」というもので、具体的には「医療への株式会社の参入」「混合診療の解禁」が柱です。医療を市場として儲けの対象にしようと狙っていた日本の企業なども、これを後押ししています。

なぜ、このような改革をするのでしょうか。

それは、公的医療の範囲を縮小し、窓口負担や保険外負担を増やすことで、①民間保険の巨大マーケットにする、②医療への営利企業の参入条件を広げる、③公的医療費を抑制して企業負担を大幅に削減するためです。これによってアメリカ政府と日米巨大資本は、社会保障支出の抑制と「医療の営利化」を行おうとしているのです。

医療療養病床を削減して、介護療養病床を廃止する予定ですが、営利企業のケア付老人ホームや高齢者住宅に受け皿を担わせようとしています。

経済財政諮問会議の八代尚弘国際基督教大学教授は、「医療はすべて公的保険で賄うという原則の考え方は非現実的」（週刊社会保障1月1日、8日合併号）とのべ、日本経団連は御手洗ビジョンで「混合診療の全面解禁など医療分野の規制改革の推進、公的医療保険の免責制度の導入」を掲げています。

居住費が全額利用者負担となる施設に入れられない人々は、沢山います。お金がなければ必要な医療が受けられない人々も、本当に沢山います。

こうした沢山の人の生活や健康には目を向けることなく、社会保障の解体を「ビジネスチャンス」とする考えが、今の政治と経済を握っているのです。

一連の医療改悪の旗振り役を行ってきたオリックスの宮内義彦氏は、各地に有料老人ホームを建設してきました。こんなやり方は、ゆるせません。

なお、営利企業が社会保障分野に直接参入することは、一見、サービスの改善につながるような幻想を持ちますが、営利企業は、利潤追求が前提であり、より多くの利益を得ることが求められます。



公定価格である診療報酬や介護報酬を主たる収入源とする分野では、必要以上の利益をあげることは、そもそも不可能であり、必要以上の利潤を追求しようとするれば、不正や、従業員への労働強化、利用者へのサービスの質の低下を招いていきます。

介護保険制度の創設時に保団連は、営利企業による事業参入の問題点について「短期的には採算を度外視してでも独占化をはかり、独占化した上で営利を追求して行く。不採算部門は撤退するなどは営利企業であれば必然

である。」と指摘していましたが、コムスンによる不正問題は、まさにこの指摘が正しかったことを証明しています。

医療や介護をはじめとした社会保障分野を直接担当する者は、非営利を旨とすべきです。

なお、商品の開発や流通、販売などにおける企業の積極的な役割を否定するものではありません。むしろ、より良い医療や福祉機器の研究・開発に企業が積極的な役割を果たしていただき、医療や介護の改善に寄与していただくことを願っています。

6 後期高齢者医療保険制度創設と診療報酬への影響

後期高齢者医療保険制度は、①全ての後期高齢者に保険料負担を課す、②2年ごとに保険料の見直しが義務付けられ、医療費が増えたり、後期高齢者の人数が増えれば保険料が自動的に引きあがる、③保険料を滞納すれば、保険証が取り上げられ、資格証明書に切り替えられる、④「現役並み所得者」は、公費負担の対象から除かれる、⑤現役世代には「支援金＝特定保険料」の負担が新たに生じる、などの保険制度としての問題があります。

さらに、後期高齢者医療保険制度の診療報酬は、独立した報酬体系にすることが検討されています。

取りざたされている後期高齢者医療保険制度の診療報酬の問題点を次に整理しました。過去にも年齢で高齢者の医療を制限する差別的な老人点数を設定しましたが、医療現場や患者さんからの声を押されて制限を撤廃し、2006年改定では廃止されています。

「棄民政策」ともいうべき、こうした高齢者差別の診療報酬は、すでに決着済みのものであり、差別的な診療報酬は導入すべきではありません。

(1) 75歳という暦年齢で区分…科学的根拠に乏しい

第1の問題点は、75歳という暦年齢だけで判断して区分するということです。暦年齢よりも実際は元気な人、逆にそれ以上に衰弱している人など個人により様々で、一律暦年齢だけで区切った診療報酬をつくることには無理があり、科学的根拠に乏しいといえます。

(2) 医療費適正化を目的

第2の問題点は、老人保健法の第1条の「目的」に明記されていた「健康の保持」の文言が削られ、代わりに、「医療費の適正化」の文言が加わったことです。

(3) 定額制・包括制の問題

第3の問題点は、後期高齢者の診療報酬について、定額制・包括制にしようとしていることです。

朝日新聞(06年12月29日)によれば、「患者は高血圧や心臓病など、特定の慢性疾患の医療機関をあらかじめ選ぶ。そこで一定回数以上受診すると、それ以上は何回受診しても医療機関が受け取る報酬は定額とする方法などが検討される見込み」と報じています。

また、日経新聞(07年1月9日)では、後期高齢者を中心に、「報酬の算定単位を入院1回当たりに切り替え、入院がどれだけ長引いても医療費は病気ごとの定額とする新制度を導入したい考え」との報道が行われています。

日本経団連は2月20日に発表した「提言」の中で、「1入院定額制」の導入を打ち出して

います。

また、国保中央会、日本経団連などから「かかりつけ医」に予め登録された高齢者の人数に応じて、1ヵ月当たりの金額を支払う「人頭払い制」の導入が提案されています。

「後期高齢者にふさわしい医療の体系」の名目で、疾病単位や患者さん単位の定額制として、医療行為や医療材料をまとめて包括化した診療報酬を導入することになれば、個々の患者の病態に応じて、必要な治療を何回行っても、同じ報酬ということです。

診療の難易度にかかわらず支払われる報酬は同じなため、積極的に治療すればするほど医療機関の持ち出しとなり、反対にほとんど治療をしなければ報酬が高いこととなります。このような報酬のあり方は、医療をゆがめるものです。

包括定額制は、健康活動など、医師の保健予防活動ではありえても、治療の現場では百害あって一利なしです。

入院1回あたり定額制を導入することは、1ヵ月入院しても半年入院しても診療報酬は同じとなり、粗診粗療だけでなく、受け皿がないまま患者が退院を強要され、必要な医療が受けられなくなる可能性があります。

とりわけ、歯科の「診療行為別1日当たり点数の構成割合」を見ると、出来高払い制が適切といわれる「歯冠修復及び欠損補綴」の割合が、一般患者（43.5%）よりも老人患者（55.9%）が多く、高齢者に定額制・包括制を導入する根拠は、ありません。

皆保険医療を保障する診療報酬を包括定額化し、受けられる医療に制限を加えるなど、高齢者の医療内容の劣悪化と差別医療を拡大させる恐れがあります。

（4）終末期医療のあり方について

終末期医療・看取りのあり方が、医療費抑制の観点から決められようとしています。

厚生労働省は、病院での終末期医療・看取りを減少させて、自宅や“居宅”での看取りを増やすことで、高齢者医療費を抑制しようとしています。

厚生労働省は、入院を抑制し、在宅医療や介護サービスでの終末期医療・看取りを拡大する構想ですが、地域の実態は、病院から“出された”患者を受け止めることができる状況にはなく、まともな介護サービスも受けられず不満がうずまいています。行き場を失う高齢の入院患者が大量に生まれ、家庭や地域の中で孤立する事態になりかねません。人権侵害を引き起こしかねない危険性を孕んでいます。

個々のケースにより、入院が必要な場合、在宅がよい場合があり、病院でも在宅でも、どちらでも対応できるようにすべきです。

厚生労働省が医療と介護の「一体的なサービス提供」を打ち出し、診療報酬と介護報酬を『融合』させた報酬体系の導入が議論されていることは重大な問題です。このことは、医療で提供すべき内容にもかかわらず介護保険に移し、医療保険だけでは治療が完結できないという事態を生み出すことになりかねません。国保中央会の「提言」では、患者が介護保険に移行後も、それまでの主治医が関与することを提案しています。こうした『医療から介護へ』の流れは、健康保険法で定められた療養の給付＝現物給付の原則を根底から崩すことにつながります。

終末期医療の現場では、患者本人の治療継続に困難な状況が生じ、継続・中止の是非を含め家族、医療従事者には、苦渋の決断を強いる場面も生じています。

「終末期」の範囲を広げ、その保険給付を制限し、医療費を削減することには反対です。尊厳ある死のために終末期医療はどうあるべきか、患者、国民の要望を踏まえた実践を通じて、終末期医療・看取りのあり方を探求すべきです。

7 「開業医の役割強化」「総合医」構想

(1) 「開業医の役割強化」「総合医」構想の概要と狙い

厚労省は、医療構造改革に係る都道府県会議を4月17日に招集し、「医療政策の経緯、現状および今後の課題について」を発表し、「開業医の役割強化」と「総合医」構想を打ち出しました。そこでは、これからの開業医の役割として、下記の点を求めています。

これからの開業医の役割（2007年4月17日 医療構造改革に係る都道府県会議）	
①	地域で在宅当番医制のネットワークを構築、少なくとも休日・夜間の救急センターに交代で出務
②	時間外でも携帯で連絡がとれる
③	午前は外来、午後は往診・訪問診療
④	在宅療養支援診療所として24時間体制での対応

さらに、患者は普段かかっている医師の中から「在宅主治医」を選び、その在宅主治医が関係者間の調整などで中心的な役割を担うシステムの構築、および、総合的な診療に対応できる医師の養成を提起しています。その一方で、急性期病院は、原則として入院と専門外来に限る方針も示しています。

医療構造改革推進本部の辻哲夫本部長（事務次官）は、「患者の病院への過度な集中を適正化するためにも、開業医の役割強化が必要」と説明しています。

この動きと平行して、次期診療報酬改定では、開業医の診療報酬について、

- ① 時間外診療を手厚くする代わりに、初・再診料を引き下げて夜間や休日診療に誘導するとの報道がされています。
- ② また、「総合医」構想の具体化として診療科名を20程度に整理し、幅広い病気を診断できる医師に公的資格を与え（当面、厚労省が認定）、その医師がいる医療機関には「総合科（仮称）」を認め、医療機関ごとに初期診療と専門医療の役割分担を明確にする動きも出ています。

これらの基本的な狙いは、後期高齢者医療制度の創設と合わせて開業医の「登録医制」への条件を整備し、患者の初期診療を「総合医」に限定するなどの供給体制再編をめざすものです。

(2) 政府が進める「開業医の役割強化」「総合医」構想の問題点

「開業医の役割強化」「総合医」構想の問題点	
第1の問題	医療費抑制
第2の問題	24時間体制は困難
第3の問題	初期診療の重要性を否定する初・再診料の引き下げ
第4の問題	フリーアクセスの制限

第1の問題は、「医療崩壊」の根本要因の解決には手をつけずに、その要因を患者の過

度な病院集中と開業医の役割不足にあるかのように患者と開業医に責任転嫁していることです。

現在起きている「医療崩壊」の要因は、厚労省が「医療費抑制」を至上のものとして、不足している医師養成を抑制し、診療報酬の削減などで医療機関を経営困難に追い込んできたことによるものです。

この失政を反省し、イギリスの教訓に学んで医療費総枠を拡大することなしに、「医療崩壊」の問題を解決することにはなりません。

第2の問題は、開業医の実態からいえば、24時間体制での時間外診療を求められても、対応が困難な状況に置かれていることです。

現在の開業医は、長年続いてきた低医療費政策とも相まって、「職住一体」の開業形態が減少しています。

医療従事者についても「常勤雇用」が困難となり「パート雇用」が増えている中で、時間外でいつ受診するか分からない患者のために医療従業者を待機させるなどの診療体制を確保することは困難です。

さらに、地域の中核病院が急患さえ受けられない状況が進行し、後送体制が崩壊している中で、在宅患者などを安心して診ることはできません。医療費総枠の拡大で、崩壊している地域医療体制を立て直すことこそ急務の課題です。

なお、夜間・休日の診療体制は、自治体の援助を含め各地区医師会・歯科医師会を中心に休日急患診療所など、開業医の輪番で対応しています（全国で在宅当番医制677地区、休日夜間救急センター512地区）。このような努力にこそ、国はもっと支援すべきではないでしょうか。

第3の問題は、時間外診療の優遇を口実に、初・再診料の引き下げを誘導するもので、初期診療の重要性を軽視するものです。

初診は、患者の診察、診断、治療方針を立てるもっとも重要な基礎的診療行為です。また、再診については、併発疾病の発見や治療方針の見なおしなど、治療継続に関わる重要な診療行為です。

この初期診療での適確な診断と治療こそ、患者の不安を解消し、早期発見・早期治療を保障するものであり、医療費の効率的活用につながるものです。

この初・再診料を引き下げ、それを時間外診療に振り向けるのは本末転倒です。もともと低い初・再診料を高く評価し、時間外診療もきちんと手当すべきです。

第4の問題点は、患者が選ぶ「在宅主治医」の方向は、後期高齢者医療制度の具体化とも関連し、国保中央会などが出している「人頭払いの登録医」につながるおそれがあります。

「総合医」を「在宅主治医」として初期診療に限定するなど患者のフリーアクセスを制限することにもなる「総合医」認定の制度化は、診療科に新たな格差と分断を広げ、医師の管理強化につながるものです。

(3) 保団連の考え方と今後の対応

保団連は、第一線医療を担う開業医の団体として、医師が患者の要求に応え総合的に診ることのできる診断能力の向上をはかることは当然であると考えています。

また、「開業医宣言」でも全人的医療の実践を目標に掲げ、患者との対話を重視するとともに、病院と診療所、医科と歯科、医療機関と福祉・介護施設などの連携を強める立場から活動してきました。

今後とも、地域住民が安心して医療が受けられるよう各地でのネットワークづくりや、研究会活動などで「開業医宣言」による医療の実践に努力するものです。

しかし、「総合医」を「在宅主治医」に連動させ、人頭払いの「登録医」につなげ、患者のフリーアクセスを制限するなど医療費抑制の手段とすることには反対します。

保団連は、開業医と勤務医、各診療科の連携を強めて、次期診療報酬改定でこの問題の具体化などを許さず、医療費の総枠拡大によって社会保障としての医療制度の改善をめざし、運動を強めるものです。