

# 「医療関連サービスの過去・現在・未来」

平成30年10月11日(木) 15:00~17:00

日比谷コンベンションホール

主催：一般財団法人医療関連サービス振興会



## 講師

大道 久

(おおみち ひさし)

日本大学 名誉教授

JCHO 横浜中央病院 名誉院長

### 講師略歴

#### ■ 学歴

- 1970年 東京大学医学部卒業
- 1977年 同大学院博士課程修了 医博

#### ■ 略歴

- 1977年 国立病院医療センター(当時)臨床研究部医用生体工学室長
- 1982年 日本大学医学部病院管理学教室 助教授
- 1989年 日本大学医学部医療管理学教室 教授
- 2010年 同退職、同客員教授
- 2010年 社会保険横浜中央病院 病院長
- 2011年 日本大学 名誉教授
- 2014年 独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)横浜中央病院 病院長
- 2015年 同退職、JCHO 横浜中央病院 名誉院長  
独立行政法人地域医療機能推進機構(JCHO)顧問(～2016)
- 2018年 一般社団法人日本医療経営学会 理事長

#### ■ 兼職・公職

- 東京都 医療審議会 委員(現) 前会長
- 同 都立病院経営委員会 委員長(現)
- 神奈川県 地域包括ケア会議・在宅医療推進協議会 委員長(現)

#### ■ 主要な著作

- 「診療情報学(第2版)」(共著)医学書院 2015
- 「病院経営のイノベーション」(共著)建帛社 2013
- 「期待されるグループ診療」(共著)社会保険研究所 2012

ご紹介をいただきました大道です。承ると250回目の節目のセミナーだそうです。250回と聞いただけでも、なかなかの実績とお見受けします。そういう中で、野崎理事長から、「節目なので、一つよろしくお願ひします」というお声を掛けていただき、今日に至ったというわけです。

確かに、医療関連サービス領域でご縁をいただいて、だいぶ長きに渡るわけです。今日、このお話をまとめるについても、当初の話をするということになるので、古い資料などをあさっておりました。確かに萌芽期を含めると、30年近く以前からこの分野に何らかの形で関わってきたので、誠に感慨深いものがあります。

いただいた仮のお題が、「医療関連サービスの過去・現在・未来」ということでしたから、若干、陳腐かなという気もしますが、そのままお題を頂戴して話をさせていただきます。節目というのはそういうものだと思います。こういう機会ですので、ご熱心にご聴講いただき、それぞれの関係しておられる皆さま方も、ご案内のことも少なくないと思いますが、昔話を含めて、今日的な現段階でのいくつかの問題についてもお話させていただきます。25年目を迎えたわけですが、明日からは次の10年、20年、そして次の25年があるわけです。それに向けて医療関連サービス振興会がどういう事業をしていくことが期待されているのか、単に夢を語ることはできなくはありませんが、現実にはなかなか難しいものがあるとも思っています。

これからの医療関連サービスの在り方について検討しようとする委員会が振興会内にすでに設置されて、2年余りがたっているのです。その取りまとめをさせていただく立場でもありますので、今後に向けた方向性などについても、ご紹介をさせていただこうかと思っています。よろしくお願ひいたします。

前置きはそのぐらいにして、早速本題に入らせていただきます。

## ■ 医療関連サービス萌芽期の時代背景

ここで医療関連サービス萌芽期という言葉を使いましたが、この振興会ができるに至るまでの数年間、医療界、あるいはその周辺領域でどういう成り行き、流れがあったのかということ、簡略にここに示しています。

振興会がしっかりと活動を始めたのは、1990年代初頭ですから、それをさかのぼること、約10年、1980年代の医療、またはその周辺領域がどうだったのでしょうか。あれこれ申し上げればきりが無いところもありますが、端的に申せば、それまでの高度経済成長の時期には華々しいものがあつたわけですが、それが一息ついたという時期でもありました。

後ほど、スライドがすぐ出てきますが、当時の医療費の伸びというのは、近年の医療費の動向などを多少ともご覧いただいているお立場から見ると、目をむくように大変なものです。医療費の対前年度5%、あるいはそれ以上増などということはざらにあつたわけです。これは確かに高度成長の流れというより

資料 1

### 医療関連サービス萌芽期の時代背景

- 1980年代(～1992年)
  - 高度経済成長期、医療費伸び5%超、病院数上限
  - 医療の量的充足の達成、質の向上への取り組み
- 高齢化に向けた対応が本格化
  - 老人医療の見直し、中間施設、在宅ケアの検討
  - 在院期間短縮、効率化、民間活力の導入
- 情報化の進展と選択される医療サービス
  - 脱父権主義、説明と同意、医療過誤訴訟
  - 患者サービスの向上、医療の質評価、安全管理

---

は、むしろ医療の発展期をそれなりに反映しているというところもあります。見方によっては、社会保障の財源というのは、今とはよほど違っていました。経済成長もあるわけですから、財源的な確保もそれなりにできたといえ、それまでなのですが、何よりも医療の提供体制そのものが成長期にあったわけです。

ここでちょっと言葉足らずの数字になっていますが、「病院数上限」とは、病院の数としてはピークに達したということです。病床数はその後もじわじわと増えますが早々に減少に転じます。つまり医療施設の数、特に病院という医療の中心的な提供の場であった病院の数からいうと、横ばいに転じたのがこのころです。

1980年代半ば頃でしょうか。当時、やや声高に叫ばれたのは、「医療の量的充足はすでに達成された。これからはまずは質の向上に向けた対応を迫られる時期である」と、こういう分かりやすく、かつ医療現場から見ると、なるほどそういうことだと腑に落ちるような言い方がよくされたものです。しかしこの流れというのは、実は同時に進んでいくであろうと思われた高齢化の流れを色濃く反映したものだだったのです。

今でこそ超高齢社会であるし、加えて少子化、人口減少の時代で来るところまで来ているようなところも正直あるわけですが、当時は高齢化の兆しというか、その先行きが見えなかった時期なのです。

1980年代、あるいは少しそれもさかのぼるところで、いわゆる「老人医療」という言葉が、鍵括弧付きで語られたのです。「老人医療」という言葉は、老人医療の無料化に伴う社会的入院等を含んでいて、どうも医療としては本来的な医療の姿ではないという意味合いがありました。「老人医療」という鍵括弧付きの実情などが、現実にはそこそこに見受けられて、これは何とかしなくてはいけない課題であるという問題意識がありました。今日は老人医療のお話ではありませんから、これ以上踏み込みませんが、いずれにしろ、老人医療については、新しい時代に向けた対応が必要だという意識が明確になってきた時期でもあるわけです。

当時の言葉ですが、「中間施設」あるいは「家庭復帰施設」の意義と役割が問われ、中間施設論というのが、行政や学者、研究者の間では花盛りになったのです。中間施設とは、病院、医療施設から、家庭、または在宅に向けた中間的な施設というもので、これが老人医療の今後の姿だということで、結果的にはこれが老人保健施設につながって、今日に来ているわけです。介護保険がその後導入されて、今は介護施設になっているわけです。

医療関連サービスは、医療の世界で、あるいは医療周辺の関連分野において、25年の長きに渡ってしっかりとした役割を担ってきたわけですが、今後の成り行きを考えたときには、実はここでいう中間施設、ひいてはその後の老人保健施設、さらには施設から在宅へ復帰する、移行するというこの流れと大いに関連があるのです。実はここ数年来、医療関連サービスの今後のあり方を具体的にどうするのかということ突き付けられているのですが、当時の状況と直接関わりがあるということです。何事もそうですが、萌芽期にはさまざまな芽があれこれと動き始めている時期なわけなので、あえて当時の状況を思い起こすことも、あながち意味のないことではないということで、今のことを申し上げているわけです。

この老人医療を見直すには何を置いてもとにかく在院の期間を短縮すべきだという議論が繰り返し行われました。在院の期間というのは入院している期間のことです。人によっては今でもお使いになりますが、社会的入院という言葉がありました。一般的な意味での医療のやるべきことはしっかりやって一段落したにも関わらず、病院から居宅、在宅へ帰れない、つまり入院を継続している、これは社会的要因

でもって入院を継続する、これこそが老人医療の見直しの中でのより直接的な、具体的な対処すべき事項だということをよく言ったものです。

これは、病床の利用の効率的な運用、さらには入院医療という役割を果たすべき病院という施設が、社会資源として効率的に活用されていないという言い方もできます。そもそもこれの背景は何なのかという議論があれこれとなされたわけです。当時から公私の病院論というものがありました。わが国の病院というのは、今でももちろんそうですが、公的病床、場合によっては自治体が直接運営している公立病院等の病床と、民間の病院がそれぞれ役割を分担してとえば聞こえがいいのですが、実際にはせめぎ合っただけです。そういう病院、病床の使い方、利用のされ方などが、まずは当時問題になったのです。いずれにしても、医療にはさまざまな論点や、議論すべき視点がありますが、当時はまさにそういうときでした。

もう1つの流れ、これがむしろ今日のお話との関わりが色濃いのではないかと思います。実は「情報化の進展」と書いてあるところです。多くの人々、特に医療を受ける立場の人々が、意識するかどうかは別にして、情報としてその実態を知るところになって、それを選び取るという、ある意味では当たり前な世の中の動きというものがああります。医療は非常に特異な領域です。なかなかそういうことよりもとにかく病院が近くにあることとか、医者に直接診てもらうことが何よりも大事であるという考え方のまま、長きに渡ってきたところがあります。よく考えてみると、医療の何たるか、本当のところを情報として入手して、自分で選ぶという動きというものがやはり必要だという成り行きがはっきりしてきたのが1980年代なのではないかと思えます。

当時語られた言葉は、「脱父権主義」などここでは字数の関係で簡略化していますが、パターンリズムを脱する必要があることです。「父権主義」と日本語では訳すようですが、要は父親が子どもを守る、庇護するがごときスタンスで事に当たるということをパターンリズムと言います。これは決して悪いことではありません。

医療は実はまさにそうなのではないかと、とにかく病を得た、気の毒な、弱い立場の者を、医師に代表される医療が、まさに専門的な事柄も含めていろいろなことを考えて、よきに計らうからとにかく任せろというスタンスの医療の成り行きというのがむしろ是とされるし、それこそが医療の本当の心だというみたいなのがありました。

ところがそれが実際はどうなのかという見直しの時期に入ります。それが脱パターンリズムですが、そういう成り行きが表面化したのはこの時期です。今でこそ、インフォームド・コンセントというのは当たり前の概念になっていますが、当時は十分に説明した上で、ご本人にご納得いただいて医療をやるということの本気でやらなければいけないということが語られたのはこのころです。

実際は、このインフォームド・コンセントの概念を、日本医師会がしっかり受け止めて、医師会として正面にそれを据えて、実践し、これを普及させるというのは、1990年のころからです。何年かかったかと測ることはできませんが、5年から10年ぐらいの成り行きの中でそういう時代になりました。

なぜこういう話に関係するのかということなのですが、実は「患者サービス」という易しい言葉が、一般の医療界において、あるいは医療の施策、行政の中で、特段の意味合いをもって、鍵括弧付きで使われ始めたようなところがあります。

今では、患者サービスといえば、医療の利用者である患者、これについては最大限、本来の意味でのサービスというのをしっかり提供するの当然というところで収まっていますが、当時はサービスとい

---

う言葉にすら抵抗感があったのです。大体、サービスなどというのは、もみ手をしながら、客にへつらって事に当たるということをサービスと言うのであって、そういうことを医療の世界でやるなどというのは必ずしも容認されませんでした。後ほど触れるビジネスという言葉が実はいきなり使われた経緯があるのですが、ビジネスなどというのはもっての外という考え方でした。言葉の問題とは言いながら、物事の考え方、価値観というのは言葉にまず現れます。そういう中で、「患者サービス」という言葉が使われました。医療関連サービスには、まさに「サービス」という言葉が使われたわけですが、今日は、過去・現在・未来のお話の中のその過去の流れの中で、意味合いをあえて見出そうとするとこういうところにあるのではないかという気がします。

現実には、医療は量的充足を達成して、質の時代だということになったとき、質を実際に評価するという動きが起こります。腕のいい医者、見立てがいい、やぶではない、これは医療を評価しているわけです。医療の技術を評価する、腕を評価するというだけでなく、まさにここでいう患者サービスとしての質というものを視野に入れて、医療の質の評価をすることがしっかりと行われるような機運になったのは、ちょうどこの1980年代後半です。

さまざまな医療評価、病院評価の手法だとか、取り組み、具体的な活動などがこの時期に行われました。今日はこれ以上はお話できませんが、病院そのものを評価しようではないかということで、病院認定事業に向けた動きが始まったのもこのころです。

実際に事業化するためには10年ほど必要とし、1995年になって、日本では日本医療機能評価機構という組織ができて、病院の認定評価が事業化されました。ここでいう患者サービスの評価というのは、それに少し先んじています。医療関連サービスは医療法との関連で国主導で行われたようなところもありました。病院の評価というのは、今、申し上げた患者サービスを含めた病院事業の総括的な評価なわけですが、これについてはむしろさまざまな背景要因があるために、実質、在野の団体に任されたところがあるわけです。もちろん国にも大いに応援はいただきました。時期的には、むしろ医療関連サービスの認定事業のほうが先行したというところがあります。いずれにしても1980年代から90年代初頭にかけて、こういう流れがあったということは指摘しておく必要があると思います。

あと1つだけ触れておかなければならないことは、医療過誤訴訟についてです。実は質の評価というのは、裏を返すと、安全の問題と直接関わるわけです。医療はお任せで、パターンリズムという先ほどの考え方の流れの中で行っていく中で、本当に父権としての、パターナタルとしてのしかるべきことをちゃんとやってくれているのか、患者に対する不利益を被らせているのではないか、しかもそれを隠したりしようとしているのではないかというような、いわゆる医療不信のような動きが出てきました。現実に医療過誤訴訟は、この時期かなり増えたのです。

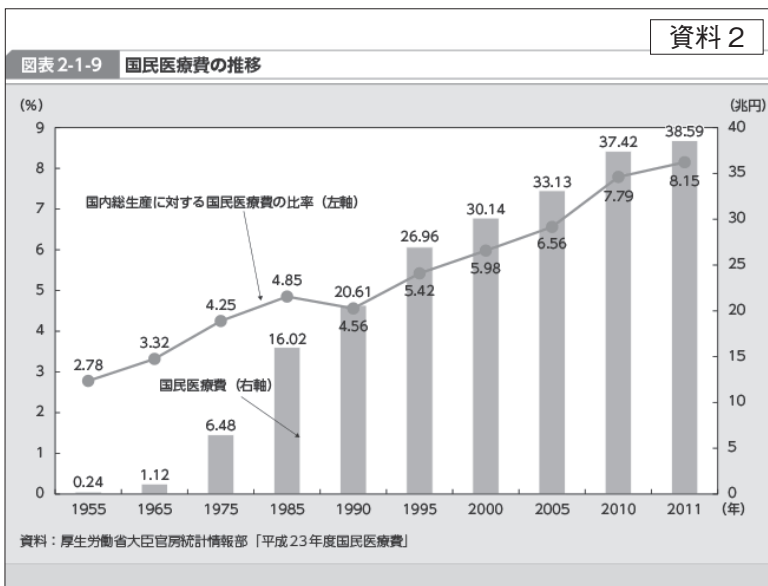
ことほどさように、医療界が新しい局面に向けてうごめき始めた時期が、今申し上げている1980年代から90年前半にかけてでした。こういう成り行きの中で、実は医療関連分野というものが、独立したという言い方は必ずしも適切ではないと思いますが、まさに医療関連サービス分野として、いろいろな意味合いで認識され始めました。そしてそれが、単なる概念だとか、考え方ではなく、具体的な事業として展開されるに至ったということの背景というのは、こういうところにあるのではないかという気がするわけです。(資料1)

## 国民医療費の推移

さて、これは国民医療費という医療費の動きの中でよく取り上げられる易しいグラフです。比較的新しいものを選んできました。この中でくだんの1980年代から90年代にかけての部分見ると、1985年は16兆円ぐらいです。90年で20兆円台になりました。この5年間で、5兆円弱伸びているわけですが、問題はその伸び率です。先ほどお話したように、おおむね20%後半ぐらいまで伸びているのです。ここの伸び率は1年間に換算すると、5～6%あります。

ちなみにこの青い折れ線は、対GDP比、国内総生産に対する割合です。これだけ伸びたにも関わらず、対GDP比ではむしろ下がっています。4.85%から4.56%に下がっているということで、何ともゆとりがあるというべきなのか、それなりに財源はあった時代であったということです。

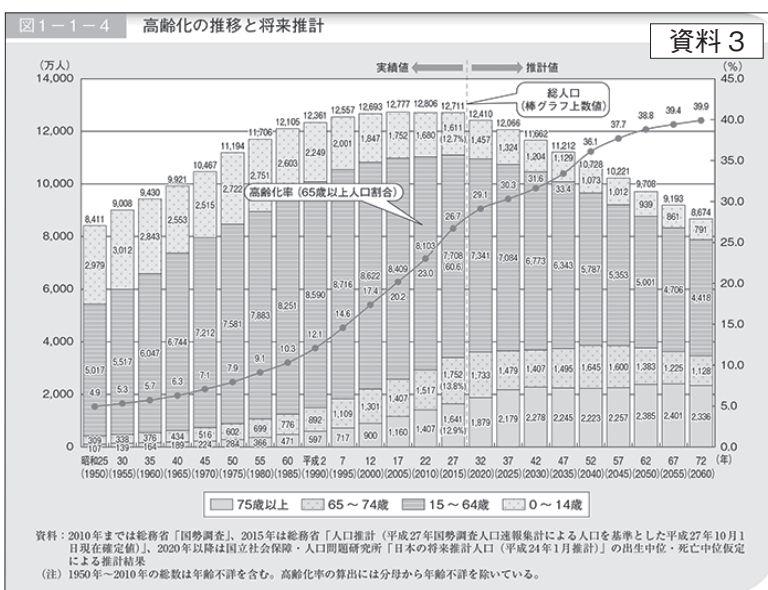
ただ早々にこの時期から、先行きを危惧して、このような状況がずっと続くはずもないという見方はありました。いわゆるバブル崩壊はもうちょっと後です。個別の出来事で、わが国はバブル期があって、その後バブルが崩壊するわけですが、その話は経済環境の話ですから置きます。高度経済成長から、高齢化の流れにかけた一連の動きというものの中で、事がさまざま起こってきたということの1つの例示です。(資料2)



## 高齢化の推移と将来推計

高齢化の動きは医療界においては、基本的な潮流を形作る要素であることは間違いありません。このスライドはよく見掛ける図柄ですが、できるだけ直近のものを持ってきました。1990年代から今日、そして2020年ぐらいの段階までのグラフを見てみます。

例えば1980年のところを見てください。65歳以上のいわゆる高齢人口比率、高齢化指数といわれているのは、9%程度です。85年、90年になると、12%ぐらいになります。当時よく言われたことは、今世紀内、つまり20世紀中にこれ



が15%になるということです。当時スウェーデンが一番高く、15%ぐらいだったものですから、そのぐらいの高齢化になるということでした。当時15%の高齢化というと、どうしようというところがあったのですが、早々にこの15%は超えて、ゆくゆくは25%、4人に1人は65歳以上になると、そして今や3人に1人が65歳以上になるのは視野に入っているわけです。ことほどさように、一指数とはいいながら、65歳以上の老年人口の割合というものは分かりやすくかつ基本の指標になりました。

今は75歳以上のいわゆる後期高齢者層の増加が大変です。2025年問題というのはこの時期です。団塊の世代の皆さんがここへ参入する時期が、社会保障上のさまざまな問題を起こすということで、現下の改革が進んでいるといえはそのとおりです。当時1980年代から90年代にかけての動きというのはこのようなものでした。

先行きを見ながらさまざまな活動事業を展開することは当然ですが、こういう基本的な潮流を考えながら、今日のお話の過去・現在・未来のうちの未来への方向性を探る必要があるということで意味で、あえて示したわけです。(資料3)

## ■ 当時の医療提供施策と新たな方向

少し話は戻ります。当時の具体的な施策レベルでどういうことが起こっていたかということをおまじりだけ見ておきます。ここでは医療提供施策と書いてありますが、当時は医療提供という言葉よりは、むしろ医療供給という言葉を使いました。医療供給体制の整備というのは当時のフォーマルな言葉でした。いつごろからか、医療供給という言葉が若干上から目線にも聞こえるというので、医療提供体制という言葉に置き換えられました。

それはともかく、当時1980年代の今議論しているところの中での医療の提供に関わる具体的な動きというものを念のための振り返っておきます。

その中でやはり一番大きな節目になったのは、1985年のいわゆる第1次医療法改正でした。医療法というのは古い法律体系ですが、その中でさまざまな改正が行われてきました。新しい医療提供の流れというものを明確に受け止めた施策というのは、この第1次医療改正ということになります。

1985年、昭和60年になりますが、4～5年ぐらい準備期間の議論があって、医療計画が導入されました。これは各都道府県の中に「区域」、すなわち2次医療圏を設定し、その中でこれも当時の言葉ですが、必要病床数というものを算定をして、過剰地域については、これ以上病床の増床または開設を認めない、非過剰地域については、むしろそれをしっかり充足させるような努力もしなければならないというものです。言ってみれば、地域における病床配分の是正施策の側面がありました。

しかし本当のところは病床規制です。これ以上病床を増やさないという施策が取られたということは、

資料 4

### 当時の医療提供施策と新たな方向

- 第1次医療法改正(1985年)
  - 医療計画制度の導入(2次医療圏の必要病床数)
  - 医療施設の量的整備の達成、病床規制、偏在是正、連携推進
- 国民医療総合対策本部中間報告(1987年)
  - 患者サービスの向上と業務委託の活用に関する言及
- 医業経営の近代化・安定化に関する懇談会報告(1987年)
  - 業務委託の活用に向けたルール化・制度化を提言

先ほど触れた今後の医療提供の効率化、あるいは先ほど少し触れた社会的入院とか、鍵括弧付きで呼ばれた「老人医療」の見直しなどのより明確な方向性でもあったということが言えます。

医療施設の量的な整備はここで達成したので、だからこそ病床規制なのだと、一方で偏在是正もしっかりやらなければならないということでした。当時言われたのは、ただ数を抑えるということではなく、機能の分担と連携を図ることが極めて重要だということです。これはもう今日に通じる話ですが、病診連携とか、病病連携とか、いろいろな言葉がこのころから飛び交うようになりました。今は6年になりましたが、5年ごとの医療計画の策定がずっと続いて今日に至り、地域医療構想になっているわけです。これのいわば端緒になった流れがこれだということです。

今日の本題である医療関連サービス、および振興会にとってのいろいろな意味でのエポックメイキングな出来事として、「国民医療総合対策本部中間報告」というのがあります。これは関係者はつとによく知るところですが、1987年、昭和62年になりますか。振興会とも大変ご縁が深いというか、いろいろな意味でご指導をいただいた幸田先生が現役時代にお取りまとめになったと聞いています。「国民医療総合対策本部」のとりわけこの「中間報告と」というのが、決して長い資料ではないのですが、非常に明解で分かりやすいのです。実はさまざまな医療の施策の局面展開がこのときに新しい方向を示したということで、今でも引き合いに出される文書です。

その中で、実は「患者サービス」という言葉が、いわば役所の文書としては明確に出てきました。一般用語ではなく、先ほど申し上げている意味合いを込めた「患者サービス」という言葉がここで使われました。患者サービスを向上させなければいけないというような言い方です。それと「業務委託」ということの位置付けがここで明確に出てきています。従って業務委託の活用というのはこれから検討すべき大事な事項であるという言い方が、この国民医療総合対策本部の報告に見て取れます。

それからもう1つ、今日はあまり触れられませんが、「医療経営の近代化・安定化に関する懇談会」というのがありました。これも同じ時期に公表されています。ここには、業務委託というものの位置付けを、制度的な運用の中で明確にしていく必要があるという趣旨の書き込みがあります。業務委託というのは、放置すれば野放図に委託に流れ、医療の現場は混乱するだけでなく、医療が持っている本来的な特質・特性を損なうかもしれないという恐れもあります。業務委託については何らかの枠組みと、あえて言うところの種の規制が必要です。そのためのルール作りが必要だという認識がはっきりしてきたのがこの時期です。

「患者サービス」と先ほどから申し上げていることは、今流で言えば当たり前のことですが、患者の立場に立った医療提供の在り方というものをしっかりと制度上も作っていくということと、それから一方で「業務委託」という、極めて現実的なリアルな業務の在り方について、制度上適切な対応を取る必要があるという成り行きが、1980年代後半に次から次と明確に出てきたというのは、当振興会、あるいは医療関連サービスそのものの過去・現在・未来を考えるときの、まさに過去の部分の非常に重要な成り行き、出来事だったのではないかと、あえて申し上げているわけです。(資料4)



## 国民医療総合対策本部中間報告(1987年)

幸田先生とはご縁が深く、今までもいろいろとご示唆をいただいたり、当振興会でもご尽力をいただいています。先ほど申し上げたような意味合いもあって、「国民医療総合対策本部中間報告」の中身をみてみます。

「国民医療の現状と今後の方向」は、国民医療総合対策本部のこれからの方向付けになる基調文書です。その中で謳われているのは、まず皆保険体制の維持です。「皆保険体制」というわが国の医療提供の根幹となる仕組みは、中途からやろうと思ったらとてもできません。日本という国が健康や医療ということを考えたとき、いろいろ模索した時期もあるとはいいながら、社会保険というものを適用して、しかもそれを皆保険体制で維持するということを、おおむね完璧に実現したというのは、何と幸せなことよと正直思います。

アメリカのオバマケアの成り行きはご案内のとおりです。なかなか思うようにはいかないところがあります。それはともかく、この皆保険体制の実現というのは、昭和35～36年の辺りです。それから昭和60年ですから、おおむね30年近くたったの時期ですが、皆保険体制は今後ともしっかりと堅持をするべきであるという路線をまず明確にした上で、「医療サービスを量から質へ転換する」という言葉がここに書き込まれています。

それからすでに触れた「老人医療」の見直しと、当時の言葉で「地域ケア体制」という言葉が使われています。「地域ケア」というのは、雲をつかむような響きがありました。今日的には「地域包括ケアシステム」が重要であり、そもそもそれは何ですかという議論がいまだにまだやり取りされています。今日の問題はともかく、当時、地域ケア体制という言葉が使われたのは、多少ともこの領域を見続けてきた立場としては、このときにもう「地域ケア体制」という言葉をお使いになったのかという感慨を持つ言葉ではありません。

いずれにしても、地域の中でケアの仕組みをしっかりと考えていこうということが、このときに行政文章の中できちり出てきたというのはなかなかのものだという気がします。そのときに長期入院の是正に関連して、議論が起こったのが、この「入退院判定委員会の設置」という文言が出てきたことです。患者を入院させ、退院させるについては、病院の中でいいのですが、委員会を作り、その組織的な判定・決定によって入退院を行うのが、医療のこれからの姿であると、言ってみればこういうことなのです。

当時、これについては、だいぶ抵抗がありました。そもそも患者を入院させ、退院させるというのは、医者の特権事項であり、プロフェッショナル・フリーダムの最も基本の1つである。この患者を入院させて治療をする、退院させる、その判断は医師が持っている専門職としての最大の自由性、すなわちプロフェッショナル・オートノミーであるという趣旨で、これについては断固乗れないという話でした。

医師会の中にいろいろな委員会があり、「病院医協会」というものがあります。これは医師会の中では、

資料5

### 国民医療総合対策本部中間報告(1987年)

- 国民医療の現状と今後の方向
  - 皆保険維持と医療サービスの量から質への転換
- 老人医療の見直しと地域ケア体制の確立
  - 長期入院の是正と入退院判定委員会の設置
- 大学病院の医療と研修の見直し
- 患者サービス等の向上
  - 広告規制の緩和と医療機関情報の提供
  - 十分な説明と同意、医師と患者が共同で治療
  - 病院給食の改善、委託の活用、検査の外部位

比較的新しい委員会です。そこにおいて、こういう議論が昭和60年代の初めにあれこれされた記憶があります。

そうは言っても、わが国の長期入院の是正については重要な課題でした。確かに国際学会等で、「日本の平均在院日数は何日か」とよく問われました。「精神病床を除いた一般病床の平均在院日数は27日から28日です」などと応えようものなら、「日本の病院というのは分からない。何をやっているのか」とよく言われたものです。当時のアメリカの平均在院日数というのは、せいぜい4日か5日です。ヨーロッパでも10日ぐらいという議論の中で、20何日とか、30日とかそういう話をしていたのです。

ことほどさように在院の期間が意識されてきたのはこの時期からです。今でこそDPCの時代になり、DPCには、フェーズⅠ、Ⅱ、Ⅲとあって、フェーズⅡを過ぎたら入退院支援の仕組みで患者を地域に返す必要があるというようなことが、現下の病院医療では展開されているのです。今から見れば余程変わったわけですが、30年ぐらい前は、今のような成り行きだったのです。

いずれにしても、「国民医療総合対策本部中間報告」なるものは、今改めてひも解いて見てみると、今日に通ずる問題の切り口は示していました。くだんの「入退院判定委員会」というのは、実は先ほどもちょっと触れた現在の「入退院支援」の成り行きと似ています。入退院については医師の専権的なプロフェッショナル・フリーダムで死守すべきだという時代から、入院時に退院計画を立てる時代になったことを考えると、まさに隔世の感があるわけです。

医療というのは文化であり、また歴史です。時代の流れとともに変わって当然です。過去・現在・未来を考える上で、たまにはこういうことも考えていいのではないかということで、あえて引き合いに出してあれこれお話をしているわけです。

さてこの中間報告では、項を起こして大学病院の医療についての在り方を定義しています。大学病院というのは、わが国の医師養成の拠点なわけです。長い歴史の中では、医者を養成する場として大学という場があって、そこに大学病院というものがあったわけです。そこが先駆的で高度な医療を提供することです。しかしよく考えてみると、大学病院でも風邪引きを見ているのではないとか、大学病院でも虫垂炎をしっかりと受けているのではないかと当時からそういう議論はいくらでもあったのです。そもそも大学病院というのは、一般の医療の提供の仕組みの中でどう位置付けたらいいのか、そろそろ何とかしなければいけないのではないかという話です。

1987年ですから、第1次医療法改正は終わっています。この大学病院については、実は次ぎの第2次医療法改正で対応されます。業務委託について、政令8業務という当振興会にとって極めて重要な法令上の出来事が起こるのも第2次医療改正ですが、同じ第2次医療法改正の中で、大学病院等を「特定機能病院」とする制度が導入されました。また、「療養型病床群」という病床区分も一緒に制度化されました。そういう制度上のさまざまな課題がこの中間報告に盛り込まれていて、こういう流れだったのかと改めて思います。

医師の臨床研修制度の見直しは、それまでも幾度かのインターン闘争があり、その後、最終的には平成10年代に下って、初期臨床研修制度の大幅な見直しがあって今日に至るわけです。医者養成の制度上の位置付けというのは、医者を育てることの一般的な医学教育ということもさることながら、大学病院の制度上の位置付けというものもいろいろなことを考えなければいけない事柄で、当時から大学病院、および医者の養成というのはそれなりに重要懸案事項ではあったということを改めて思います。

さて、本題はその次です。項が改まって「患者サービス等の向上」と書いてあります。患者サービス等を向上させるというのがいわば医療提供の基本施策のうちの1つであると、内容的には広告規制を緩和して、医療情報をより積極的に住民・国民に提供して知らしめるということがこれからは必要だという

---

ことを明確に示しています。わが国の医療法には、当初から非常に強い広告規制がありました。医療というのは、広告なるもので、みだりに患者を誘引すること、誘い引き入れることについては断固許さないということで、広告できるのは、診療科名、診療時間、担当医師名、何曜日が休診かというようなそのぐらしか示せないという話だったのです。

そういう時代が長きに渡って続くわけです。医療を受ける側から見ると当該医療機関が何を具体的にどうしてくれるかということが基本的には分かりません。せめて診療科名で判断をするということですが、標ぼうできる診療科名についても制限があります。しかしそういう長い時代を経た後に、医療についての内容を情報化して、これを広く知らしめる、誰もが知るができるような体制になる、つまりこれは広告規制の緩和です。第2次医療法改正の中で一定程度緩和されていました。今日的には、インターネット上の情報の在り方も変わりました。当初はこれは広告ではないと言っていましたが、もはやそうはいかなくなったということで、広告の重要な分野として新たな規制が掛けられているというのが今日的な状況です。

医療機関の役割・機能の情報化というものについて、行政文書としてしっかり手を入れたという意味でも、この国民医療総合対策本部中間報告というのは、今日に続く成り行きのルーツというものを示していたということです。

すでに触れた「十分な説明と同意」、医師と患者が共同で治療をするということですが、医者と患者が共同で医療を行うというのは、この時期によくこういう表現をしたものだと思います。きれいごと過ぎなかったようなところがあるのですが、時を経て今はどうなったのでしょうか。医師と患者の関係というのは、人によっては逆転したと言います。昔はとにかくお任せで悪いようにはしないからということがまかり通っていた時代から、今は逆です。「十分な説明と同意」もさることながら、大変なクレーマーが出てきた。モンスター・ペイシャントという言葉はもう旧聞に属する成り行きになってしまいましたが、あつという間に状況が逆転しているのが今日的なことです。しかし少なくともこの時期に、「十分な説明と同意」、「医師と患者が共同して医療を行う」、これが今後の医療の姿だ、ということを行ったわけです。

こういう背景の中に、同列に「病院給食の改善」という項が出てきます。当時の病院給食というのは、「早い、まずい、冷たい」という言い方をしたものです。夕方4時になると出るのです。何で4時に夕食を出すかといえば、職員は5時には帰らなければいけないのだから4時に出すという話です。栄養的に管理をされていても、冷たい、何よりもおいしくない。とにかく病院の食事というのは食べたものではないということがまかり通っていたのがこの時期です。

これはやはり患者サービスの観点から言ったら基本的な問題であると。昔の話とは言いながら、これは何とかしなければいけないという話が出てきたということです。

そこで明確に委託というものを活用すべきだと書き込まれました。「給食」と同時に例示されたのは「検査」でした。検査の外部化と書いていますが、検査を委託すべきだということです。そのときにやはり検査というのは日進月歩の検査技術というものをフォローする上では、外部に委託するほうがむしろよほど合理的だと、今日に通ずる内容です。これは後段で触れるこれからの医療関連サービス分野の利用の中で、個別業務はそれぞれ問題を抱えています、臨床検査というものもこれだけ高度化してくるといろいろな問題をはらんできています。当時もうすでにそうなのです。個別の医療機関でその当時の必要とされる高度な検査というのはなかなかできません。かといって、ではどこにどういう形で委託したらいいのか、枠組みがないと何とも収拾がつかないという状況であったことは間違いがありません。こういう背景を今改めて思い起こしているわけです。(資料5)

## 医療関連サービス振興会の設立

振興会が設立されたのは実は1990年、平成2年です。その前に「医療関連ビジネス調査室」というのが、早々に当時の厚生省の中に設置されました。1986年です。かなり早い時期です。その後、「医療関連サービス室」になって、その後も若干の経緯がありますが、今日まできているわけです。

この医療関連ビジネス調査室が設置されるとおおむね同時に、「医療関連ビジネス検討委員会」というものが設置されました。「業務委託」または「業務代行」に関わる基本的な考え方とか、枠組みとか、必要であれば、ある種の規制というものについての基本的な検討を行う委員会が、この「医療関連ビジネス検討委員会」というものです。

「ビジネス」という言葉が堂々と使われた委員会ができたなという気は、正直今でもします。これが一定の方向性を示して、業務委託についての枠組みとか、基本的な在り方を示したものを受けて、「医療関連サービス基準作成委員会」というものが設置されました。各委託業務の規範・基準になるべき項目などをしっかりと整備するための専門委員会です。これができて作業を開始します。これらの地ならしを踏まえた上で、「医療関連サービス振興会」が設立されました。

すでに触れた第2次医療法改正は1992年、平成4年になります。このときも随分時間がかかりました。そこで特定機能病院、それから広告規制の緩和、さらには政令8業務についての外部委託についての基準ができ、基準に該当しなければ、外部委託することはできないという基本の枠組みはここで法制化されました。厚生省所管の政令で取りまとめた業務ということで、今でも政令8業務と言われているのはそういう趣旨です。(資料6)

資料6

### 医療関連サービス振興会の設立

- 医療関連ビジネス調査室の設置(1986年)  
– 後に「医療関連サービス室」(1990年)
- 医療関連ビジネス検討委員会(1987年)
- 医療関連ビジネス基準作成委員会(1989年)
- 医療関連サービス基本問題検討会(1990年)
- 医療関連サービス振興会の設立(1990年)
- 第2次医療法改正(1992年)  
– 特定機能病院等の制度化  
– 政令8業務について外部委託に基準適合の要件

## 医療関連ビジネス検討委員会報告(1988年)

少し戻りますが、「医療関連ビジネス検討委員会」が設置され、業務委託の在り方について、具体的・個別的に、実務レベルも含めて検討されました。

1987年に設置されて、翌年88年に報告を出しています。その趣旨・目的については、医療機関の業務代行が進んでいるが、医業経営において業務委託を認める場合、基本的に要件を満たしていなければ質の担保ができないではない。そこで、業務委託を認める上での基本的な条件・要件、および医療関連ビジネスの利用に関する考え方というものを整理し、今後の対応方針を明らかにすることが必要だということです。

座長は大池先生でした。まだかなり若かった私もその末席を汚したという経緯があって、7～8回、委員会が開催されました。この議論はなかなか面白かったことを記憶しています。(資料7)

資料7

### 医療関連ビジネス検討委員会報告(1988年)

#### ● 趣旨・目的

- 医療機関の業務代行が進んでいるが、医業経営において業務委託を認める場合の基本的な条件、及び医療関連ビジネスの利用に関する考え方を整理し、今後の対応方針を明らかにする。

#### 委員会構成メンバー

- 座長; \*大池真澄
- 岩澤英次、\*大道 久、岡 英男、\*河北博文、川原邦彦、\*田中 滋、坪 武、橋本正弘、秀島 宏、\*町田洋次、盛 宮喜、\*吉田晴彦 (\* ;起草委員)

## 医療機関の業務の外注の形態(1988年)

当時、医療機関が業務を外注したり、委託しているというところが、実態としてはかなり進んでいたのです。この検討委員会で、その実情に照らして、そもそも今後どういうふうな外注の形があるべき姿かということ、分かりやすく表にして示したものがこの図です。今から思うと議論の余地が正直あるのですが、分かりやすいのでご紹介します。

まずは関連業務を「医療の一環として行うもの」と、「衛生管理的に行うもの」、「経営・事務管理的な面から行うもの」との3つに分けたのです。具体的にはこ

ういうものがあるということで、医療の一環として、検体検査と患者給食、衛生管理的なものは、清掃と消毒、滅菌、洗濯、経営・事務管理的なものは、医療事務、経理事務、経営という例示をしました。

ここに全面委託と代行委託と振り分けをしました。全面委託というのは、外部の請負事業者が行うことができるような業務委託です。代行委託というのは、当該医療機関の中で、本来当該医療機関の職員がやるべきところを代行するという形での委託、それからこれをサポートして支援をするということも、

資料8

### 医療関連ビジネス検討委員会報告(1988年)

#### 医療機関の業務の外注の形態

	具体的業務の例	全面委託	代行委託	支援
医療の一環	検体検査	◎	○	—
	患者給食	×	◎	—
衛生管理的	清掃	◎	○	○
	消毒、滅菌	○	◎	—
	洗濯	◎	○	—
経営・事務管理的	医療事務	△	◎	△
	経理事務	○	○	○
	経営	×	×	◎

◎可能であり、実態も多い。○可能。△実態は少ない。  
×認められていない、もしくはありえない。—実態不明。

業としてはあり得るということで、全面委託、代行委託、支援としました。これもその後のさまざまな発展で、どちらともなかなか振り分けられないものがあるのですが、当時はこういう議論をしました。

そこで「◎」が付いているものはそのとおり、「×」というのはいちいち述べるまでもなくご覧のとおりです。消毒、滅菌というのは、全面委託というのは、つまり外部で滅菌消毒するということはあるでしょう。手術器具を外に持ち出して滅菌、消毒して戻すということがあります。しかし院内での代行委託という院内滅菌ということも、現に行われています。当時は院内滅菌のほうが本来的に重要だということになっていました。医療事務についても、実はいまだになかなかやっかいな問題を持っているということですが、むしろ代行委託としてやることのほうが、大いにこれからは促進されるべきという考え方だったのです。

興味深いのは、最後の「経営」というところです。経営という事業体の持つ、言ってみればトップマネジメント的なところを委託できるかという議論です。全面委託も代行委託も、経営というのは事業の基本的な経営判断だとか、経営の意思決定などを代理・代行ということはいちいち話だからもちろん「×」だということにはなるわけですが、現実には経営の移管・委託ということは、委託先にもよりますが、少なからぬ事例と長い経緯があります。特に公立系の病院、または公的な病院の中では、適切な団体に実態として経営委託することは現に行われ、指定管理者制度というものがありますし、その前身もあるわけです。従って、経営の問題は、この医療関連サービスにあえて並べざるを得なかったところがあるので、ここに例示してありますが、当時は「×」、「×」となっていました。

ただ見逃してはいけないのが、支援は「◎」になっています。医療機関の経営というものをあえて申せば、外から支援するというのはむしろ大に行われるべきで、マネジメントの技法・ノウハウ、あるいはさまざまな経験というものは外から支援することで適切な経営をすることは大いに結構という趣旨での成り行きがここに書いてあるということです。

こういう議論ばかりやっていたわけではないのですが、当時の議論はこの表を見ると、そういうことがあったということを思い出すことができます。(資料8)

## ■ 医療関連ビジネス検討委員会報告の概要

医療関連ビジネス検討委員会の基本的な考え方は、良質な医療、経営の合理化・効率化・安定化のためには、医療関連ビジネスを積極的に活用すべきであるという、今までにない路線が示されました。

ここで前文のところに、在宅ケアにおいては、医療関連ビジネスの役割が大きいことが期待できると書き込まれています。1990年ごろごろから、在宅に向けてこそ、医療関連ビジネスの役割が大きくなると、この委員会は謳っているのです。現実には、在宅に関わる業務の展開

資料9

### 医療関連ビジネス検討委員会報告(1988年)

- 医療関連ビジネスの基本的考え方
  - 良質な医療、経営の合理化・効率化・安定化のため積極的に活用すべき。在宅ケアで役割が拡大
  - 医療機関外での関連サービスは、質を担保することを前提に規制緩和を行い、育成を図るべき。
- 医療関連ビジネスの今後の具体的方向
  - 業界団体結成と、行政・関係者と啓発活動の展開
  - 指針の作成とサービス認定の実施による質確保
  - 公的融資等による医療関連ビジネスの発展支援
  - 医療法人業務の規制緩和による付帯業務の拡大

---

というのは、一部手が掛かっていましたから、発端となったこの委員会の報告にも盛り込まれたということでしょう。

医療機関外での関連サービスは、質を担保することを前提に、規制緩和を行って、むしろ育成を図るべきであるということです。医療機関の外で、先ほどの「全面委託」と称するところの部分は、これからはむしろしっかりと医療提供の関連分野として位置付けて、成長させ、促進させるということが必要だという路線を明確にしたことは非常に重要なことです。

今までは、本来だったら医療機関自らが行うのが一番いいのだけれども、やむを得ず外に委託しているというスタンスだったのですが、むしろそういうことではない。しっかりと、適切な要件を満たす、認定された外部事業者がしっかりと行うことのほうが医療提供の質の担保の上では有効であるし、むしろそのほうが望ましいというスタンスが見て取れるわけです。

この委員会は、いろいろなご意見が飛び交ったわけですが、取りまとめではこういうことになりました。

「医療関連ビジネスの今後の具体的な方向」ということで、業界団体をしっかりと結成する必要がある、その中に行政および関係者はしっかりと関わって、今回のこの検討会の結果・成果を広く知らせ、啓発する必要があるとされています。

「指針の作成とサービス認定の実施による質の担保」ということで、具体的な基準作り、さらにはガイドラインなどについても必要なものはしっかりと作って、要はサービスの質の保証がもっとも重要な事項だということです。

最後に触れますが、安かろう、悪かろう、ということの弊害というか、問題点がこの領域に及ぶのは当然ながら排除されなければいけないという趣旨です。市場経済の中では、買い取るほうが質に多少問題があっても安ければそれでいいという向きもあるかもしれませんが、医療というのはそういうわけにはいきません。医療サービスという中での質担保というのは、最大の要だということです。

特にここで触れているのは、公的融資等による医療関連ビジネスの発展支援です。医療関連のサービス事業者というのは、公的融資を受けやすくするような仕掛けというものを作ってでも促進・推進させる必要がある。こういう公的融資などもしっかりと行って、発展支援をすべきだということです。

論点が少し外れますが、医療法人の制度も古い制度です。昭和20年代の医療法人制度が導入され、長い経緯があります。今も改革は進んでいるわけですが、医療法人には、業務範囲が明確に決められています。医療事業は本来業務ですが、周辺関連分野をどこまでできるかというのは、医療法人の業務範囲の問題ということで、常に議論になっているわけです。しかしこの医療法人の業務についても、医療関連サービスについては、むしろ医療法人は幅広に対応できるような仕組みにすることが必要だという書き込みがあります。

医療法人の業務範囲の見直しについては、その後、税制上の問題とか、特定医療法人から始まり、特別医療法人、さらには今の社会医療法人まで来て、サービス範囲というのは、それなりに広がっているのですが、医療関連サービスとの関わりは必ずしも明確ではないところがあります。

医療法人がいわゆる医療関連サービス分野をも事業として行うことができる方向性というのは、この報告書ではむしろ推奨していたということが見て取れます。(資料9)

## 医療法政令8業務とその認定事業

医療関連サービスの現況については、今日、お集りの皆さま方はよくご案内のことと思います。私も「評価認定制度委員会」に加わっていますので、そういう範囲では一通り存じ上げているつもりです。

しっかり見直すと、「医療法政令8業務」と言われているもの、すなわち医療法施行令に規定する8業務をここに掲げたものです。医療関連サービスマーク制度というものを作って、それによって各業務について認定をするということの方向性が、先ほどの検討会もさることながら、厚生省内に「医療関連ビジネス室」というものができた辺りから、既定路線だったといえましょう。

そして、そのための組織づくり、体制づくりをして、今日の姿があるといえます。省令に基づいた基準、これに「医療関連サービス振興会」という認定組織が独自にしっかりと判断基準を加えて、認定事業を展開するということになり、25年経て、今日に至ったということだと思います。業務によって、いろいろな事情で発足の年次が若干違います。(資料10)

資料10

### 医療法政令8業務とその認定事業

● 医療法施行令第15条の2に規定する8業務

- 検体検査業務
- 滅菌消毒業務
- 患者等給食業務
- 患者搬送業務
- 医療機器の保守点検業務
- 医療用ガス供給設備の保守点検業務
- 寝具類洗濯業務
- 院内清掃業務

医療関連サービスマーク制度による認定

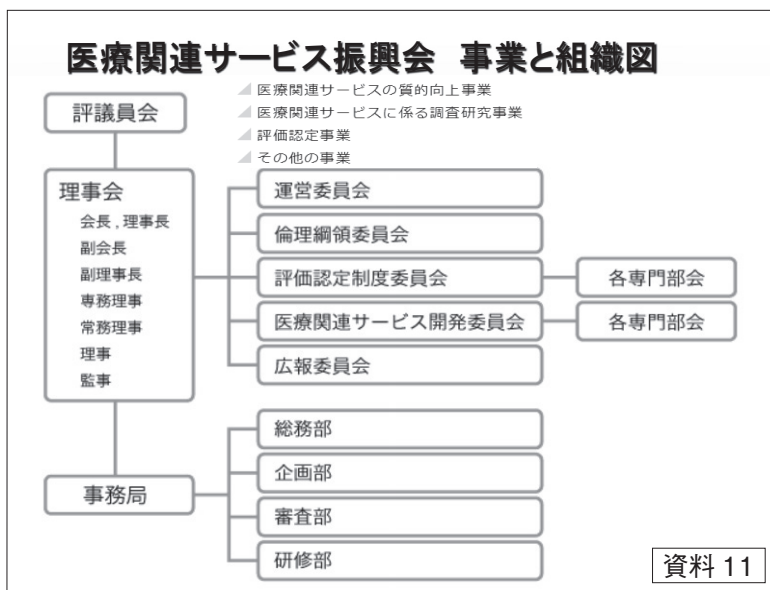
- 省令基準に独自基準を加えて、2~3年毎に事業者を認定

## 医療関連サービス振興会 事業と組織図

これは現状の組織図を描いてあるのですが、中ほどの「評価認定制度委員会」というものがあり、その下に各「専門部会」が設置されています。実務的にもっともご苦労になっているのは、この専門部会です。そこでの認定結果を、この「評価認定制度委員会」において報告をいただき、この委員会で正式に承認されて、理事長が認定するという手順で事が進んでいます。

また、「開発委員会」というのが開催されていて、分野の検討とか、場合によっては、規範、基準、スタンダードの開発などを行うということになっているようです。

そもそも振興会は、中核的な業務である評価認定事業に加えて、医療関連サービスの質の向上のための事業、並びに医療関連サービスに関わる調査研究事業を行うことになっています。調査研究事業では、





医療関連サービスに関わる現状把握をするために、3年に一度、大規模な実態調査が行われています。この月例のセミナーも、医療関連サービスの質の向上を図る事業であると言えます。(資料11)

## 医療関連サービスマーク制度要綱

この要綱は、このサービスマークの認定を受ける上での基本的な手順・手続きを示しています。蛇足ですが、一定の認定要件に適合する良質な医療関連サービス事業者に認定し、サービスマークを交付をします。そして、医療の健全な発展に寄与することを目的とするということを掲げています。

認定基準と審査ですが、所定の認定基準に適合しているか、書類と実地調査と必要なさまざまな検証活動を行って、評価認定制度委員会の審議結果で正式決定をします。理事長は、その報告を受けて、申請事業者に対して、医療関連サービスマークを交付するという手順です。(資料12)

資料12

### 医療関連サービスマーク制度要綱

- 目的と認定要件
  - 一定の認定要件に適合する良質な医療関連サービス事業者に認定証を交付することにより、医療の健全な発展に寄与することを目的とする。
- 認定基準と審査
  - 所定の認定基準に適合しているか、書類調査・実地調査等によって審査し、評価認定制度委員会の審議結果を理事長に報告する。
- 認定証の交付と検証
  - 理事長は申請事業者に対して、医療関連サービスマーク認定証を交付し、問題が起これば検証を行う。認定事業者は、医療関連サービスマークを表示することができる。

## 医療関連サービスマークの認定数(平成29年度)

この表は、ちょっと小さいですが、現在、どのぐらいの認定数となっているかということ、8事業プラス2業種について示したものです。本来2月の段階で、一番新しい数値で示してあります。各分野の認定数がどのぐらいかということを一応見てみます。

在宅酸素については、認定数は206です。院外滅菌消毒については、51、同じく院内については、37です。寝具類洗濯については、251とかなりの数です。患者等給食業務については、176です。患者搬送については、3です。院内清掃につ

いては、大変数多くて、1,480です。衛生検査所については、若干の経緯がありますが、現在123です。医療用ガス業務については、256です。医療機器業務については4です。現在はこういうことになっています。総計が2,587です。これが直近のデータだということで、改めてご紹介させていただきました。(資料13)

医療関連サービスマークの認定数 (平成29年度)

資料13

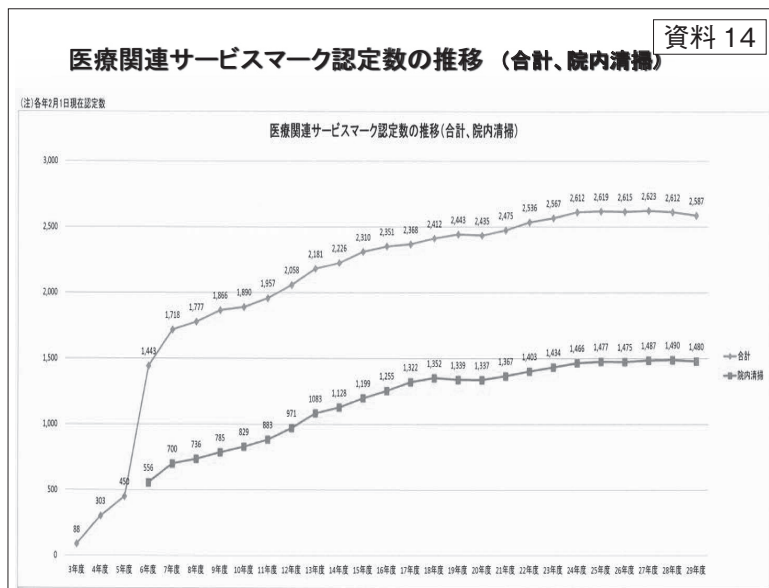
業務名	認定月	認定数			2月1日現在認定数
		新規	更新	計	
在宅酸素業務	6月	0	19	19	206
	10月	0	57	57	
	2月	2	47	49	
計		2	123	125	
院外滅菌消毒業務	6月	0	6	6	51
	10月	0	5	5	
	2月	2	7	9	
計		2	18	20	
院内滅菌消毒業務	6月	0	1	1	37
	10月	0	3	3	
	2月	2	3	5	
計		2	7	9	
寝具類洗濯業務	6月	1	67	68	251
	10月	4	52	56	
	2月	1	33	34	
計		6	152	158	
患者等給食業務	6月	0	19	19	176
	10月	2	11	13	
	2月	0	21	21	
計		2	51	53	
患者搬送業務	6月	0	0	0	3
	10月	0	1	1	
	2月	0	0	0	
計		0	1	1	
院内清掃業務	6月	14	124	138	1,480
	10月	4	302	306	
	2月	24	152	176	
計		42	578	620	
衛生検査所業務	6月	3	24	27	123
	10月	0	19	19	
	2月	0	0	0	
計		3	65	68	
医療用ガス業務	6月	2	29	31	256
	10月	1	43	44	
	2月	0	24	24	
計		3	99	99	
医療機器業務	6月	0	0	0	4
	10月	0	0	0	
	2月	0	1	1	
計		0	1	1	
合計	6月	20	288	308	2,587
	10月	11	497	508	
	2月	3	307	310	
計		62	1,092	1,154	

## 医療関連サービスマーク認定数の推移(合計、院内清掃)

振興会の事業開始当初から、どういう認定数の推移をしてきたかというの示したのが、この図です。ここで赤で示した図が、実は院内清掃の事業者の方々に対する認定数が多く、それが上乗せになって、総数はだいぶ上にシフトしています。各業務について細かく見るよりも、認定総数のこの25年の推移をご覧くださいという趣旨です。

この間、かなりしっかりとした上昇基調が続いてきて、平成20年ぐらいまではそのようなのですが、その後、若干横ばいになっています。ここ数年来は微減の傾向にあるということも見て取れます。

数を増やせばいいというものではないとはいうものの、減っていく背景は何かということになるわけで、この辺りをしっかりと考えなければいけません。(資料14)



## 医療関連サービス業種別認定数の推移

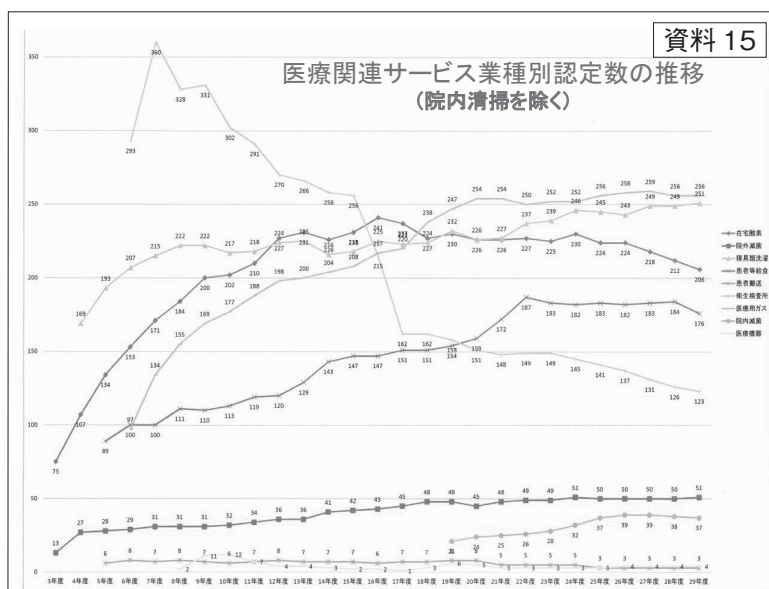
これは院内清掃を除く各個別業務の認定数の推移を示す折れ線グラフです。上から見ると、「衛生検査所・検査業務」は、当初かなりの数があるが、時代の推移とともに減少し、特に平成15年代半ば辺りで極端に減って、その後やはり微減の状態が続いています。

これの背景には、事業所本社の認定に止めて、代行委託を受けておられるブランドラボなどについては、あえて認定を受けずというような流れがあるということです。医療関連サービスのいわばコア業務である検査業務のこの成り行きについて、今後の考え方をどうするかというのは、しっかりと受け止めなければならない課題であると思います。

以下、関連のあるところだけお目通ししたいと思います。

次の非常に堅調な推移を示しておられるのは、「寝具洗濯」です。

それから次の濃いラインも、当初は大変な上昇基調ですが、このところ最近若干落ちていますが、「在



宅酸素」の認定数です。次に、この薄いラインで、今、数的には一番上り調子になっているのは、「医療用ガス」です。次のラインも、近年それなりに上昇して、プラトーになっているのは「患者給食等」です。

次の数は必ずしも多くないけれども、比較的堅調に推移しているのは「院内滅菌業務」です。件数はあまり多くはないままに推移している分野があります。これは「患者搬送」と「機器の維持管理」の分野です。比較的新しく始まって、それなりにこれから今後期待されているのが、「院内滅菌」です。以上が、医療関連業務の認定数の、長いところは20数年来、短いところは、ここ10年程度の動きです。(資料15)

## ■ 医療関連サービス実態調査報告書(平成27年)

さて、「医療関連サービスの過去・現在・未来」の中の現在について、少しお話しします。医療関連サービス振興会では、現状についての実態把握ための基礎調査を3年に一度やっています。

実は今年はその3年に一度の調査の年だそうで、今、今年度の調査票をご担当が作成している際中だと聞いています。直近のものは、平成27年の「医療関連サービス実態調査報告書」ですので、注目される部分についてご紹介します。

平成27年実態調査は、医療機関に4,000、関連の事業者、従来の政令8業務プラス2に関連のものをさらに加えた16業種、1,500について、調査票を配布して、その回答について分析をしています。

回収数は920医療機関、698事業者で、医療機関の回収は23%、事業者からは47%で、十分に分析できる数です。

結構大部な報告結果なので、全部を紹介するわけにはいきませんが、目についたところを紹介します。(資料16)

資料16

### 医療関連サービス実態調査報告書(平成27年)

#### ● 調査の目的

- 平成3年から3年ごとに実施して医療関連サービスについて時系列分析を行い、その普及・進展をはかる基礎資料とすることを目的とする。

#### ● 調査対象と回収数・回収率

		有効 回収数	有効 回収率
- 病院(無作為抽出):	4,000	920	23.0%
- 事業者(関連16業種):	1,500	698	46.5%

## 医療関連サービス 委託率の推移

まずは医療関連サービスの各業務について、委託しているものを医療費換算で聞いています。どの業務について委託しているかということの委託率です。24年度と併記していますが、27年度を見てみます。検体検査は97%で、以下各業務について委託率が並んでいます。

※印が入っているのが、現在認定事業が展開されているものの項目です。後ほど一括した表がありますので、ご覧いただきたいのですが、この中で例えば患者等給食は70%、滅菌消毒は少し後発ですが、30%です。委託率の高いものを

見ると、医療用ガスの供給および保守点検は90%まで行っています。寝具類洗濯についても、95%以上です。院内清掃についても、事業者は大変多く認定をされているわけですが、86%です。今、認定対象にはなっていませんが、医療廃棄物処理については、実は97%ぐらいまで行っています。

医療事務も実は今後の検討課題となっていますが、35%です。調査項目の切り口にもよるのですが、3分の1程度です。院内の電算システムに関連したのが44%です。医療情報は8%です。院内物品管理はSPDのことで院内物流をサポートするサービスで、25%です。医療系コンサルについては、15%です。在宅酸素供給保守点検については、48%程度です。在宅医療サポートというのは、在宅酸素だけではなく、今、さまざまな在宅における医療サービスがあるわけで、それを維持管理したりすることについては、1割程度になっています。(資料17)

医療関連サービス 委託率の推移

資料 17

	平成24年度 (n=1137)	平成27年度 (n=920)
①検体検査※	95.9	97.3
②滅菌消毒※	25.6	30.5
③患者等給食※	67.9	70.3
④患者搬送※	7.9	9.5
⑤医療機器保守点検※	83.1	81.3
⑥医療用ガス供給設備保守点検※	88.1	90.5
⑦寝具類洗濯※	97.5	96.6
⑧院内清掃※	83.8	86.1
⑨医療廃棄物処理	96.9	97.0
⑩医療事務	35.7	35.7
⑪院内情報コンピュータ・システム	35.7	44.0
⑫医療情報サービス	6.0	8.5
⑬院内物品管理	21.1	25.3
⑭医療経営コンサルティング	13.7	15.7
⑮在宅酸素供給装置保守点検※	45.5	48.7
⑯在宅医療サポート	8.6	11.7

## ■ 今後の認定事業の検討対象分野

現在は認定対象になっていない、しかし今後の医療関連サービスとされる分野の例示がここでいくつか示してあります。こういう業務については、すでに委託の実態があることは間違いありません。しかしこれを新しい医療関連サービスマークの認定事業として取り上げて取り組むかどうかというところが振興会の今後の課題ですから、このことをしっかりと読み込む必要があります。

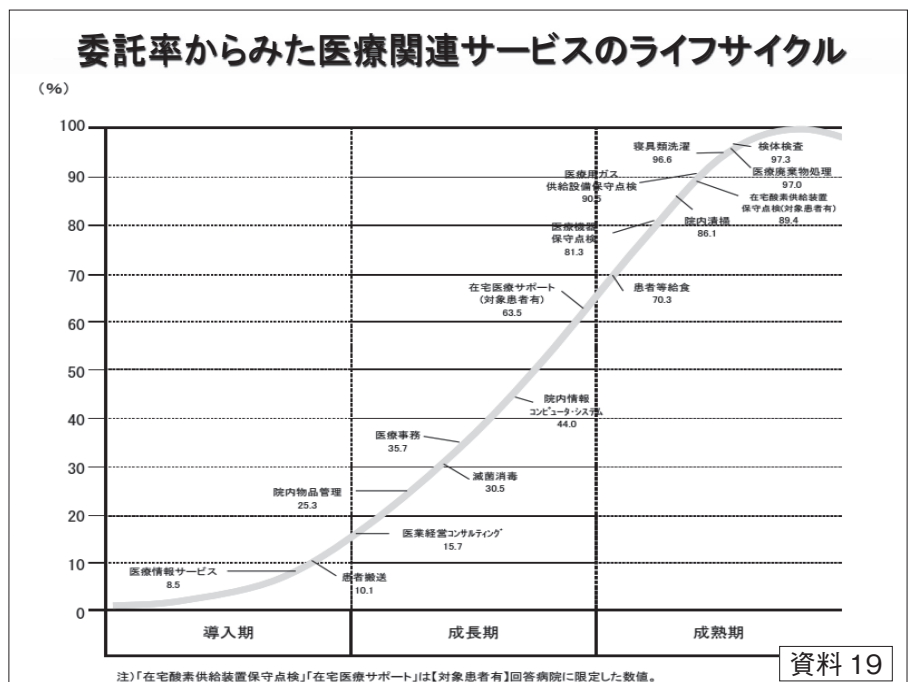
今後の医療関連サービスのあり方を検討する委員会の中で、当然これらを検討しているわけですが、後ほど取りまとめてご報告をさせていただきます。

いずれにしても、従来から医療関連サービスの実態調査では、現行認定対象になっている8業務プラス2以外の分野についても調査対象になっています。今後とも、これらの対象分野は、ますます重要事項として取り込まれていくことになると思います。(資料18)

今後の認定事業の検討対象分野		資料 18
医療廃棄物処理	医療機関等から排出される感染性廃棄物の回収、運搬、中間処理、最終処理を行うサービス	
医療事務	医療機関の外來受付、診療録管理、診療報酬請求、医事会計などの業務を行うサービス、または、これらの業務に係わる要員の養成・研修を行うサービス	
院内物品管理 (SPD)	医療機関で使用される物品(医薬品、診療材料、医療消耗器具備品、一般消耗品等)の発注、在庫管理、病棟への搬送などを行うサービス	
在宅医療サポート (CAPD、HITなど)	CAPD(連続持続式自己腹膜透析療法)、HIT(在宅輸液療法)、人工呼吸器療法等の在宅医療(在宅酸素療法を除く)の支援を行うサービス(調剤、薬剤届出、機器の保守点検等)	
院内情報コンピュータシステム	医療機関のコンピュータシステム(財務会計、給与計算、医事会計、電子カルテ、健診・検診、栄養補給、物品管理等)の開発、導入及び運用・メンテナンスを行うサービス	
医療情報サービス	医療機関に対して診療、検査、医薬品等に関する情報提供を行うサービス、または、患者等に対して医療機関の情報提供を行うサービス	
医療経営コンサルティング	医療機関等に対して、医療機関開設に関わる指導・支援、医療圏の市場調査・分析、財務や税務に関する指導・相談、その他医療機関の運営に関わる指導を一定期間、継続的に行うサービス	
その他	設備保守管理、環境測定、植栽管理、警備、電話交換、売店等運営、保育所運営、薬局関係など	

## ■ 委託率からみた医療関連サービスのライフサイクル

このS字カーブはよく見かけるカーブで、成熟曲線、ライフサイクル曲線と呼ばれます。いろいろな事業の普及定着の度合いを見て、それがこれからの導入期なのか、成長期なのか、あるいはもう成熟期に入ったのかを見るものです。先ほどもあれこれと委託率を申し上げましたが、改めて上のほうから見てみます。検体検査が一番成熟しているところ。寝具類洗濯も96%です。医療廃棄物は対象ではないですが、9割以上がもうすでに委託をしています。以下、医療用ガス供給設備の保守点検も9割です。在宅酸素供給装置の保守点検もおおむね9割です。院内清掃については、事業者は大変多いわけですが、86%です。患者等給食と



患者等給食と

いう医療関連サービスでしっかりと対応すべきとされた業務については、現在70%という具合で、おおむね成熟期になっています。

一方で、現在でもまだ成長期なのではないかとされているのが、在宅医療サポートです。認定事業ではありませんが、一定程度委託されています。さらには、院内情報コンピューター関連も44%です。ここでいう医療事務業務についても25%、滅菌消毒については、先ほども言ったように30%程度です。院内物品管理、SPD等の院内物流のサポートは、25%です。

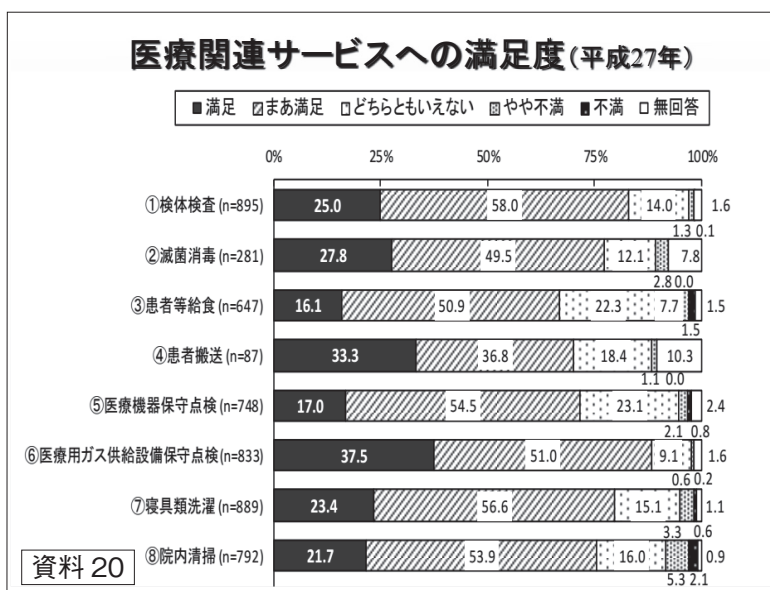
医療関連コンサルティングが15%です。ここらが成長期ということを取りまとめているのですが、それぞれ事情がありますので、一概にここのレンジに入ったから成長期だとは断定はできませんが、ただ新しい認定事業の対象とする上での基礎材料としては大変重要なデータだということになります。

導入期ということで、ここでは一応患者搬送、あるいは医療情報サービスなどが書いてありますが、これらも導入期だからこれから発展していくのかという話はまた別です。あくまでも成長曲線に振り割ってみるとこういうことになるのではないかとというデータです。(資料19)

## 医療関連サービスへの満足度(平成27年)

医療関連サービスに委託している場合、それについて満足度はどうかと毎回の調査で聞いているのですが、今回も各業務について聞いています。

「満足」、「まあまあ満足」というのが左側から濃い部分、および斜線で描いている部分です。例えば検体検査では、8割程度が満足されています。滅菌消毒は75%ぐらいでしょうか。患者等給食については、7割弱というところですが、患者給食については、院内での代行委託ですが、そここのところについてはこの程度の満足だということです。

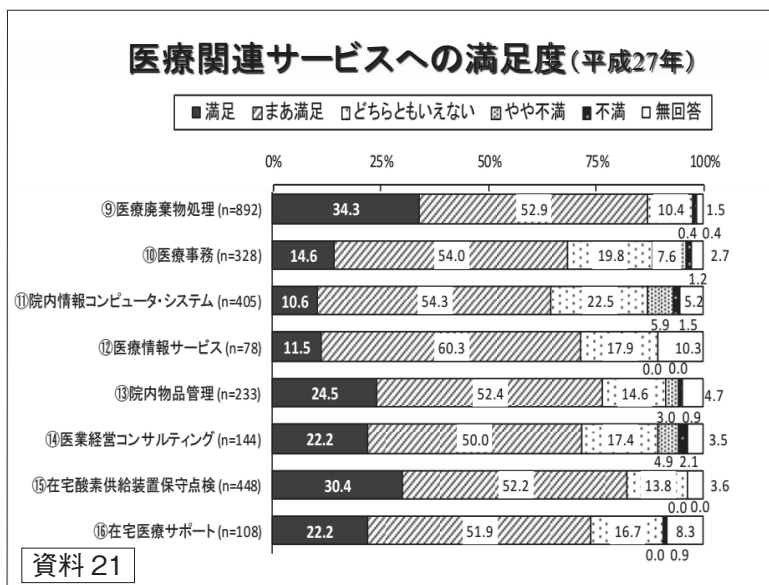


患者搬送は、認定対象としては、非常に少ないのですが、医療機関から見ると、まあまあというところですが。

医療機器の保守点検などについても同様な状況です。満足度調査というのは、なかなかとらまえてくれないところがありますが、目安としてはこのようなものだという事です。

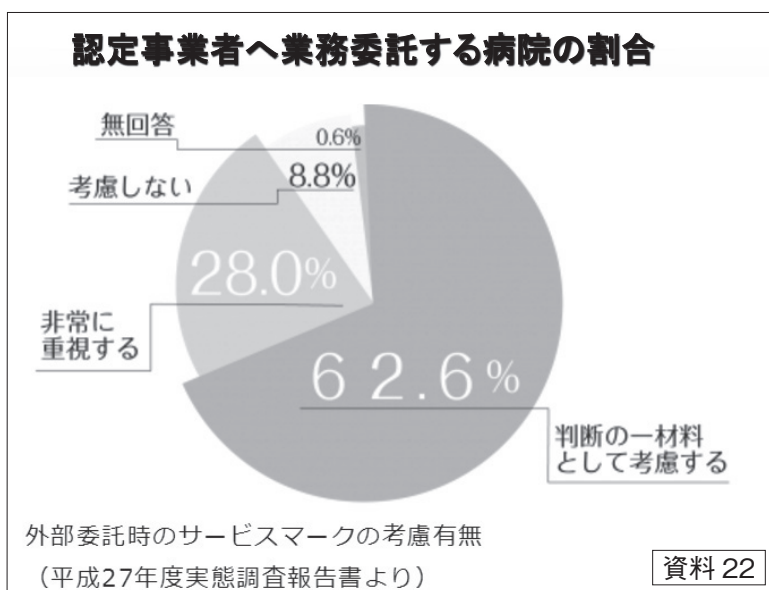
寝具類洗濯についてはかなり高いです。75%を超えて8割近くです。院内清掃についても、多くの病院が委託していますが7割程度です。完璧に全てが100%「満足」、または「まあまあ満足」辺りに入る必要があるというものではありませんが、医療関連サービスというのは、質の担保、もっと言うと、患者サービスという観点から言えば、患者の満足度です。まず委託側の医療機関の満足度、ひいては患者の満足度という形で見ていく必要もあるのではないのでしょうか。(資料20)

医療関連サービスへの満足度というものについて、医療廃棄物以下についても掲げてありますので、これを今後認定事業との関わりの中でどういうふうに見ていくのか、検討に値するという気がします。このデータによって今後の認定対象にするかどうかという話では必ずしもありませんが、ただ現状把握としては大変いい資料をいただいていると思っています。(資料21)



## ■ 認定事業者へ業務委託する病院の割合

医療機関が認定事業者に業務委託をする場合に、どういう観点で業務委託をしているかという趣旨の調査結果です。外部委託をするときに判断材料として、医療関連サービス振興会のサービスマーク認定について、「一材料として考慮する」、というのが62%ということで、3分の2を占めています。「非常に重視する」、という意味合いで判断しているところは、28%もあります。両方合わせると、90%近く行っているということですから、それなりに医療関連サービスマークというものが持っている訴求力、あるいは医療機関の判断材料になっているとは言えるかと思えます。



なお、医療関連サービスマークがなければ委託できないというわけではありません。独禁法から見て、そういう成り行きにはなっていません。そういう観点から、これはありがたいデータだという気がします。(資料22)

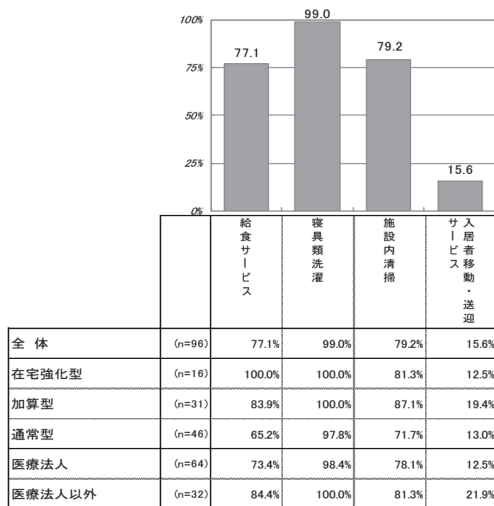
## 介護老人保健施設の委託率

今後の医療関連サービス認定の対象として、介護関連の施設にすそ野を広げることはどうでしょうか。今度は介護老人保健施設に調査をして、それぞれの事業について委託している割合はどの程度かという調査結果があります。

老健施設の中にはいくつかのタイプがあるのですが、老人保健施設全体では、77%が給食サービスも委託しています。寝具類洗濯については、99%、ほとんど全部委託です。施設内の清掃についても、79%、8割です。入居者、利用者の移動、あるいは送迎のサービスについては、15%程度です。

介護施設に対してどの程度、医療関連サービスとして展開されているか、現状はこういう形です。(資料23)

介護老人保健施設の委託率(平成28年)

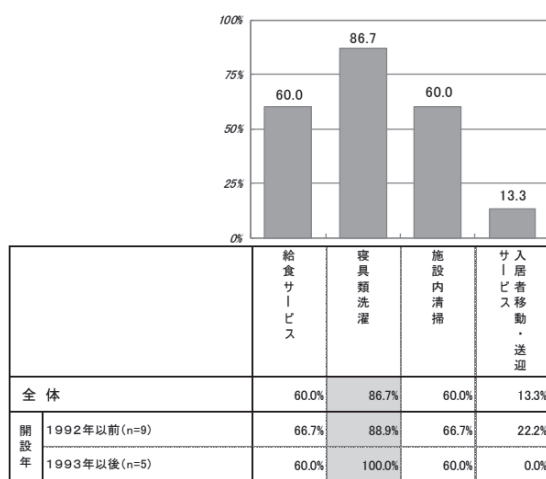


資料 23

## 介護療養型医療施設の委託率

引き続き、介護療養型病床群では、給食については、60%、寝具洗濯については、86%、施設内清掃については、60%、入居者移動サービスについては、13%です。介護療養型病床群というのは、介護施設ですが、老健施設とおおむね似たような成り行きです。(資料24)

介護療養型医療施設の委託率(平成28年)

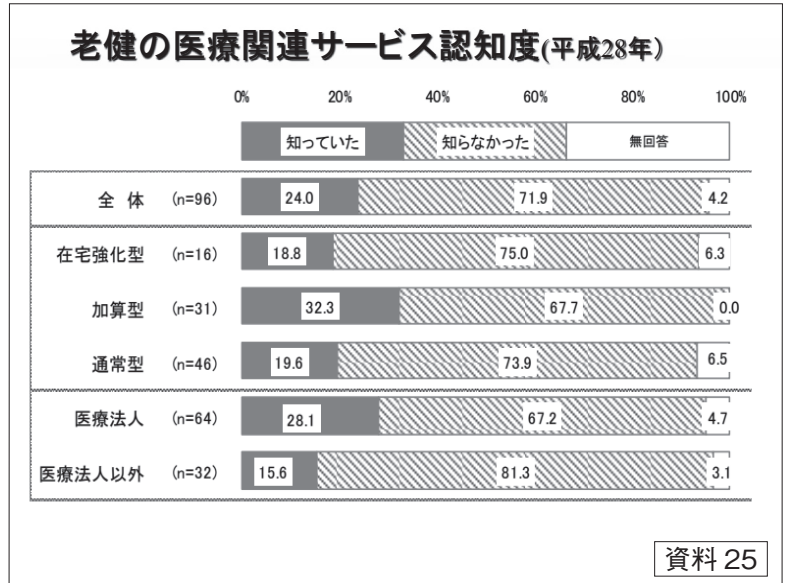


資料 24



## 老健施設の医療関連サービス認知度

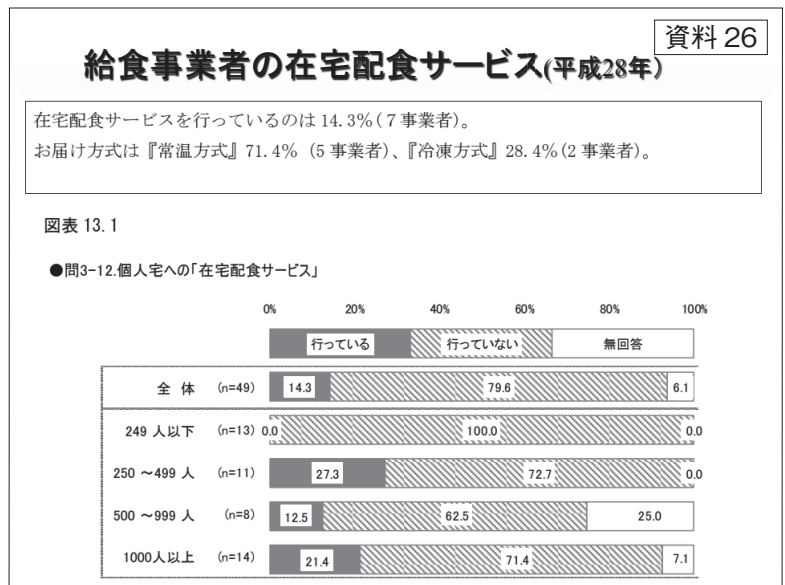
認知度についても聞いています。老健施設で医療関連サービスマーク制度、ないしは医療関連サービスの枠組みというのを知っていたか、全体で24%、4分の1の方しか知りません。認知度は結構低いのです。残り72%は、回答なしというのも含めると、知りません。(資料25)



## 給食事業者の在宅配食サービス

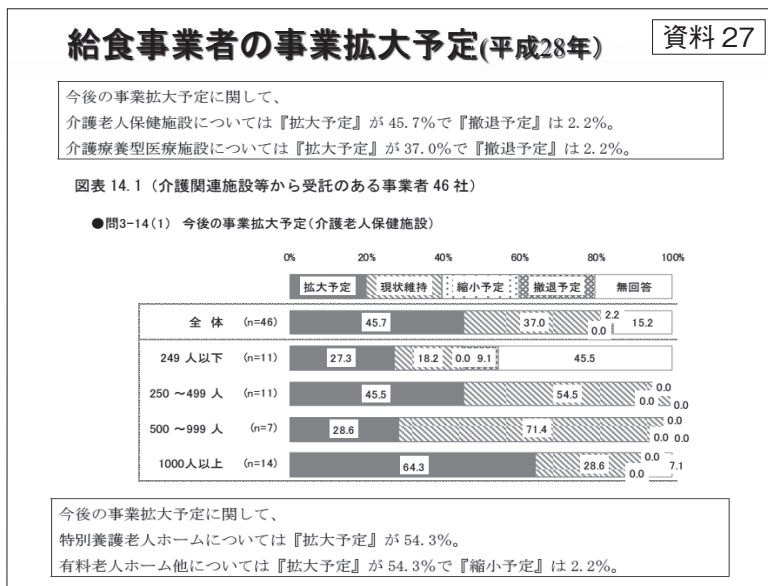
これは大事なデータですが、給食事業者の在宅配食サービスというものが、どの程度展開されているかということを探っています。従業員数で規模を見ているわけですが、規模の大きい250人から500人の給食事業をやっている事業者では、27%程度が実際はもう在宅配食サービスを行っています。同じく500人から999人でも12%、さらに1,000人以上の大規模な給食事業者では、21%が在宅配食サービスを行っています。

この領域について今後どうするかということは大変重要な課題ですが、重要な基礎資料にしたいと思います。(資料26)



## 給食事業者の今後の拡大予定

今後の拡大予定については、各事業者とも拡大の方向であるようです。(資料27)



## 医療関連サービスのあり方検討会報告

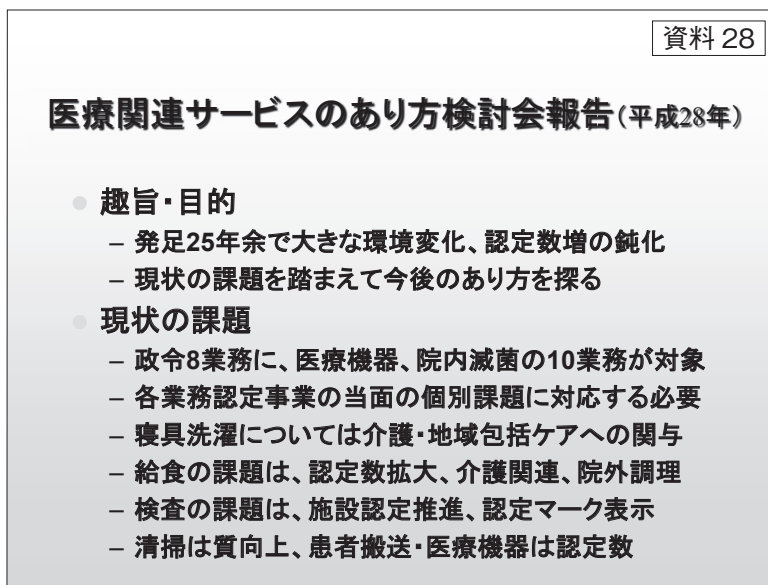
将来のこととについても、すでにだいぶ触れているのですが、「医療関連サービスのあり方検討会」が、28年、29年と開催されており、いわば中間報告に当たるものが公表されています。

まず、各業務について現状の課題をここに列記してあります。政令8業務に在宅業務酸素、院内滅菌の2つを加えた10業務が対象です。

まず「寝具類洗濯」については、介護、あるいは地域包括ケア体制への関与というものはどうするのかということが検討課題になって、一定程度対応すべき

という方向性は出ています。「給食」についても、認定数はさらに拡大の余地があるのではないかと、また介護への関与、あるいは院外調理の問題に取り組む必要があるという方向です。

「院外調理」については、すでに専門委員会ができて、検討に着手されています。「検査」については、事業所本社の認定にとどまらず、各施設に対する認定の方向で再度取り組みをして拡大していただく方向です。また、認定マークの対外的な表示について、工夫する必要がある。さらに、昨今ではゲノム検査等、遺伝子解析までを含めた高度な専門的検査が急速に広がっていますので、こういう問題を含めたサービスマークの在り方はどうするのかを検討する必要があります。「清掃」については、質の担保・向上に向けた一層の努力、「患者搬送」、「医療機器」については、認定数そのものが少ないということなどを今後ど



うするかという辺りがポイントになります。(資料28)

政令業務以外のサービスマークの導入について、ひとつおき検討されています。まず、「医療廃棄物処理」はまさに検討中です。ただ業界は成熟し切っているところがあり、関係団体の実績がはっきりしています。「医療事務業務」についても検討対象です。「在宅医療サポート業務」についても、従来からの検討対象で、引き続き具体的な在り方を探ります。

「医師・看護師等紹介サービス業務」については、いろいろ問題があるということで検討しましたが、既存の職業あつせん団体があり、どう対応しようかというところではあります。

「放射線量被ばく線量検査測定業務」というものがあり、これについても検討中ですが、実績のある先行団体があります。

「建築物・設備機器等維持管理業務」についても専門団体があります。この辺りにサービス振興会がどこまで関わるかです。「保安・警備・防災業務」についても検討課題には掲げています。「環境管理」についても、検討対象にはなっています。

いずれにしても、それぞれに関係する団体がいくつかに存在し、多くの場合、すでに様々な活動を行っている場合が少なくありません。また、新たなサービスマーク認定事業に国がどういう形で関わっていたか、国の指導、またはサポートというものがどういう具合になるか、一定の結論を得た後に、調整をしていかななくてはなりません。(資料29)

資料 29

### 医療関連サービスのあり方検討会報告(平成28年)

- 政令業務以外へのサービスマーク制度の導入
    - 医療廃棄物処理業務
    - 医事業務
    - 在宅医療サポート業務
    - 医師・看護師等紹介サービス業務
    - 放射線被ばく線量検査測定業務
    - 建築物・設備機器等維持管理業務
    - 保安・警備・防災業務
    - 環境管理業務
- 関係団体との調整、国の指導・支援が必要**

## ■ 政令業務以外への認定制度の導入の検討

すでに触れたことですが、政令業務以外の認定制度の導入については、非常に気になるところです。

医療廃棄物処理業務については、実は「優良産廃処理業者認定制度」というものがだいぶ前に成立し、機能しているのです。都道府県、政令市が、行政として認定しています。主要な3団体が関連事業をもうすで展開しています。

医療事務業務についても、全国規模の認定があり、ここにどう振興会が関わるかです。先行している団体は大手中心で、実際は中小規模の事業者はかなりの数に上るので、積極的に関わる余地があるのではないかと、検討続行です。

最近検討対象に上がってきているのが、オンライン診療システムの提供業務というものです。オンライン診療については、この春の診療報酬改定で対象が拡大されました。また、オンライン診療に関する指針、ガイドラインが出て、関与する通信業者、あるいはシステム業者が、セキュリティーの確保や運用管理について、一定の要件を満たさないとオンライン診療が、医療としての質が担保できないということで、この事業者についての認定が必要なのではないかと、現在、関係団体の情報把握を進めています。(資料30)

資料 30

### 政令業務以外への認定制度の導入の検討

- 医療廃棄物所処理業務
  - 法による「優良産廃処理業者認定制度」(平成23年)があり、都道府県・政令市が審査・認定
  - 主要3団体が関連事業を展開
- 医事業務
  - 全国規模団体があり認定を含む関連事業を展開
  - 会員事業者は大手中心で、関連潜在事業者は多い。
  - 医療事務委託率は35%程度で成長期。導入の余地有
- オンライン診療システム提供業務
  - 「オンライン診療指針」に基づく「同システム提供事業者」を認定する意義と必要性

## ■ 医療介護総合確保に向けた関連サービス

さて、医療と介護というのは、4年ほど前に関連する法体系もしっかりと見直されました。「医療介護総合確保」というのがキーワードですから、「医療と介護の一体的な確保、運用」という時代の中で、医療関連サービスマーク認定制度を、今後どう展開するかということです。

従来の業務範囲を拡大する、例えば先ほどの給食だとか、洗濯などの業務については、医療介護の一体化の流れの中で、医療から介護へ、場合によっては在宅の方向へすそ野を広げていくということが、必然の流れなのではないかという気がします。

資料 31

### 医療介護総合確保に向けた関連サービス

- 従来の業務範囲の拡大・追加部分の認定
    - 給食; 介護系施設、居住系施設、居宅配食サービス
    - 寝具洗濯; 介護系施設、居住系施設、訪問サービス
    - 清掃; 介護系施設、居住系施設、(訪問サービス)
    - 在宅酸素; 在宅医療機器設備、通信機器の保守点検
  - 訪問サービス、介護保険等の関連業務
    - 訪問看護ステーション関連業務
    - 訪問介護、小規模施設等、介護保険関連業務
- 追加種別認定、オプション認定の方向を検討?

給食、寝具、清掃、在宅酸素、在宅医療に関連した機器設備についても、医療介護の一体的な運用の流れの中で、対応の余地があるのではないかとことです。

このことは、医療の場が拡大していることとの関連が大いにあり得ます。訪問サービス、これは訪問看護ステーションの関連業務だとか、あるいはヘルパー派遣、訪問介護に関連した業務をどうするか。それから小規模多機能施設というのが萌芽期から成長期に入っていますが、こういう事業所での医療関連サービスは一体何なのかということがあります。

介護保険では、地域支援事業というのがあり、単に介護サービスを現物給付をするというだけではなく、地域支援事業の中で生活支援や安否確認などのいろいろなメニューが起こっています。医療介護一体化の路線の中での患者サービスというものは、やはりとらえ直す必要があります。単に拡大ということではなく、そういう意味での検討をする必要があるのではないかとことです。

認定事業ということになると、新しく追加された領域について追加的に認定していくというやり方とか、オプションとしてそこを選んでいただければ、そのオプションについて追加の認定をしていくという認定事業の姿というのはあり得るわけです。既存の流れの中からすそ野を広げた場合にはこういう問題が起こります。(資料31)

## ■ 医療関連サービスの「これまで」と「これから」

「医療関連サービスの過去・現在・未来」ということで、あれこれいろいろなお話をさせていただきました。結局医療関連サービスというのは、これまでどうだったのか、今後はどうなっていくのかというところを、改めて1枚のスライドに総括して、お話を終わらせていただきたいと思います。

当初から、医療関連サービスというのは、「医療の本質的分野とその関連する分野」に切り分けをして、まさに医療に関連する分野として、これまで筋道を立てながら、法律制度をしっかりと受け止めつつ今日までやってきました。

いわば医療本体部分と、周辺付帯部分と切り分けてやっていくというのですが、これはより踏み込むと、医療の本体分野というのは非営利であるべきという一般的な価値観があります。非営利性というものと、周辺の関連分野というのは、営利企業、民間事業者が自らの事業展開の中で、サービスを提供している、それが非営利的な医療の本体部分との適切な関わりの中で発展していく必要があるということ、1980年代のいくつかの委員会が整理し、また当時の施策の基本的考え方として明確に打ち出されて今日まできているわけです。

いろいろな見方があると思いますが、非営利性を担保しているのは、実はわが国の場合は、まさに皆保険体制で、公定価格なのです。一物一価とは言いますが、一部の例外を除いては、1つのサービスなら1つ

資料 32

### 医療関連サービスの「これまで」と「これから」

- 「医療の本質的分野」と「関連分野のサービス」
    - 医療の非営利性と民間企業サービスの両立
    - 公定価格の統制経済と市場経済の接点
    - サービスの質の担保と企業倫理が必須
    - 法令・規則の要件、行政指導等が統制の基盤
  - 「医療介護総合化」と「サービス提供の場の拡大」
    - 医療施設から介護系施設・居住系施設、居宅へ
    - 公的給付と受益者負担等の混合、市場原理の拡大
    - 情報化の進行、サービスの質の可視化、利用者選択
- 皆保険体制の維持と医療関連サービス

の点数しか付いていないわけです。

公定価格による強固な統制経済の分野と、一方でこの資本主義の仕組みの中、民間の市場経済の流れの中で、よりよいサービスを安くということによって選び取られて業として成り立つという分野を適切に結び付ける必要がある、またそれをやっけてきていることが、まさに医療関連サービスの分野での考え方の上での「要」だったということだと思います。

その中で特に強調されたのが、まずは質的なものを見えるような形にして、しっかり優れている、問題がない、しっかり選び取っていただけて、まったく医療上問題がないということを確認すると同時に、企業倫理として、抜け駆けしたりとか、隠したりとか、うそをついたりとか、そういうことはあってはならない。そういうことで、振興会でも倫理委員会があるわけです。

一般的に企業の倫理というのはそういうものですが、とりわけ医療関連サービスについては、医療の非営利性といったことの関わりがあるがゆえにしっかりと担保しなければいけない。

しかもこの中で非常に重要なことは、まさに医療法の政令8業務に代表されるように、法令が求めている基準、あるいは規則、さらにはいろいろな行政からの通知だとか、勧告だとかそういうものにしっかりと依拠した形で認定事業が行い得たわけです。またそれによって現場もそれはそのとおりだと、法律・規則がそうならばそうせざるを得ないし、まさにそうしますということで認定というものが成り立ってきたわけです。

さて、今後はどうなるのでしょうか。先ほど触れたように、医療介護総合化、一体化、あるいは医療というものが介護を含み、かつ場合によっては居宅における生活までも包含したような形になる。こうなると医療ではなく健康の総体を一体化した中で、実はあえて言えばその枠組みの中で医療というものも提供されるのです。これは医療の場というものが非常にすそ野が広がって、さまざまな要素を抱え込んだ状況が今まさに進行中なわけです。こういう時代的な変化、あるいは方向性というものを受け止めて、これまでの医療関連サービスからこれからの医療関連サービスの切り替えを、どういう手順で、どういう形で転換を図っていくのか。単に観念論、概念論ではなく、振興会の認定事業、あるいはさまざまな関連事業としてどういう具合に転換を図るのか、こういうところが今の振興会に課せられた課題ではないかと改めて感じます。

医療施設から介護施設、あるいは居住系施設、さらには居宅へという広がり、さらには「公的給付と受益者負担等の混合」の方向で時代が変化しています。基本的には医療本体部分については、公的給付です。しかし介護給付になると、一気に医療という混合診療があって当然ということになります。関係者は「横出し上乘せ論」というのですが、介護給付をコアにして、その上で追加のサービスだとか、別のメニューを付けても構わないということになっている世界が介護の世界です。

いわば負担構造が混合されているわけですが、そういう仕組みがあった中で、医療関連サービスというのは一体どういうスタンスでどういう形で入り込むのでしょうか。質は担保してそれがしかるべき信頼のできる団体組織が認定したことは利用者にとってはありがたいと、今までは医療機関が選択して委託をしていたわけですが、すそ野が広がることによって、そこでの特定の医療または介護、あるいは関連の団体・組織ではなく、直接的に患者自身が選び取る場面もいくらかでも出てくるわけです。そういうときに医療関連サービス振興会のサービスマークというのは一体どういう成り行きになるのかという思いもあるわけです。

一方で情報化が進行しています。誰もがスマホを持って、誰もが簡単に情報検索ができて、しかも事の良しあしは、食べること、住むこと、あらゆるところにランキングが付いて、口コミが広がって、こうい

---

う時代の中で認定事業というものはどうなってゆくのでしょうか。ことほどさように、時代は大きく変わったわけです。そういう中で、決して明解な方向性が見えているわけではありませんが、少しでも新しい方向性を手繰り寄せませんと、事業の新しい発展というのはなかなか難しいので、大いにそういうことを踏まえて対応したいと思います。

結局のところ、先ほどの国民医療総合対策本部中間報告ではありませんが、わが国の医療、介護または健康総体にとって、いわば宝ともいふべき「皆保険体制」はしっかり維持される必要があります。その上で、これまで果たしてきた医療関連サービスの役割、すなわち医療提供や健康保持のために本来あるべき非営利をしっかりと維持しながら、人がよりよく生きる上で選び取る価値というもの、それは市場経済の中で選択される、しかも厳しい競争にさらされてより良いものがより安く手に入るという世界と、やはり引き続いてうまく結び付けて行く必要がある。人口も減少し、社会保障財源もますます手元不如意になってゆく状況の中で、医療・介護と健康の分野の周辺領域には、新しい関連サービスが必要なのだと思います。決して先行きが見えているわけではないのですが、新たな展望をもって考えてまいりたいと思います。(資料32)

以上、月例セミナー 250回、節目の話をせよということなので、いろいろな側からお話をさせていただきました。以上で、終わらせていただきます。ありがとうございました。