

第146回月例セミナー 【ダイジェスト】

「患者中心の医療を視野に入れた医療改革の方向性」

医療法人社団佑和会 木村病院院長 木村 佑介

●患者中心の医療を視野に入れた医療改革の方向性

医療とは

「医療とは医学・医術の社会的適応である」という言葉がありますが、16世紀のフランスの外科医であったアンブローズ・ペレは「時に癒し、しばしば和らげ、常に慰める」と言いました。こういうものは私たちの根底に流れる医療だと思います。また、医療とは「患者（家族を含む）と医療従事者（医師・看護師）との信頼関係の上に立った共同作業である」「望まれない商品である (Unsought goods)」という言葉もあります。

医 療

「望まれない商品 (Unsought goods)」とは、病院へ喜んで行く人はいないということです。喜んで足を折る人、がんになる人はいません。

このグラフは正常の健康をゼロとすると、上がプラスで普通以上に健康な状態、下がマイナスで病気や骨折などの異常な状態です。医療は薬や手術でマイナスになったものを正常のゼロにします。正常な状態に戻してお金を得ているのは医療だけなので、「望まれない商品」という言葉があるのです。

現場とは

医療の現場は、国公立大学、中小民間病院、診療所、介護関連施設、さらに個々の制度上の分類をすると特定機能、介護保険適応、病床数、診療科等無数に分かれます。コンサルタント側は得意分野（大病院、診療所等）、地域性、狭義でのコンサルタント（経営・運営・施設等）が含まれてきます。

病院とは

病院は「Hospital」です。これはラテン語の「Hospes＝もてなす」が語源で、英語では「Hospitality」です。そのHospitalityには個室がよいと言われていましたが、大部屋のメリットが言われるようになってきました。

医療機関の体質の特徴

医療は労働集約型であり資本集約型なので、人件費（有資格者）、設備投資（医療機器・土地建物）が必要です。また、減価償却費・支払利息が多く、多額の借入金返済を背負うことになるので厳しい状態が続いています。また、固定費が大きく変動費が低い業種です。

病院はそのような状況にあるということをわかっていただきたいです。

日本の病院の問題

日本の病院の問題です。病院はくさい、汚い、暗いと言われます。専門家に聞いてつくった病院でもトイレの使い勝手が悪いことがあります。廊下の幅も行政的な制限があって広げるのは大変です。また、ナースステーションの採光の問題や、カーテン 1 つで話している内容が丸聞こえという外来の診察室の問題もあります。

ナイチンゲール病床

これは昔イギリスにあったナイチンゲール病床です。50 床ぐらいのベッドが並び、看護師が 2 人ずつ、あるいは医師が 1 人ずついます。誰がおかしくなってもすぐにわかるので、大部屋は見直されているのです。

バリアフリー、平屋、天井高

建物は、平屋で天井の高いものが好まれます。色は自然の中にあるベージュや薄いグリーンが心を休めるそうです。素材は加工・抗菌素材よりも木の無垢のほうが落ち着くということです。しかし、抗菌作用は必要などという法律の壁があり、実現しにくいことはたくさんあります。

アメリカの病院（1979 年）

私は 1979 年にアメリカのメイヨークリニックを見たときにショックを受けました。個室に患者さんが入って、医者が次から次へ入ってくるという普通とは逆の個室の外来診療室でした。また、病室の裏には患者や家族が通る道とは別のスタッフロードがあり、他の人の目にふれずに通れるようになっていました。今では日本も当たり前ですが、当時から温かい食事を出し、ゴミも清潔な処理の仕方になっていました。

メソジストホスピタルの設計図を見たときに 1 フロアがなかったので、私が「なぜ 5 階だけないのか」と質問すると、「5 階はまだ設計をしていない、他のフロアの使い勝手を見てからどのように使うかを定める」と言ったのです。後から決めるという設計図のないフロアには非常に驚きました。また、外来ドクターが建築の専任になっており、医療現場を知っている人がその建築に携わっていました。

トイレの向き

私の病院で一般病棟を療養病棟に直し、トイレもバリアフリーにしたのですが、後で気づいたことがありました。何かというと、便器と手すりの向きが同じだったのです。右麻痺と左麻痺の方ではつかむ手が違います。病院の建築にはこのようなところにまで気を付けてもらいたい、そこに気づく人であってほしいと思います。

外国に学ぶゆとり

私たちには外国に学ぶゆとりが必要です。ロサンゼルスシーザーサイナイ病院のダブルデッキとは、例えば10階建ての建物でも2、4、6、8階しか使いません。使っていない階は使い勝手をみて使う、あるいは物を置いておきます。そして、変えるときに今度は1、3、5、7階を使います。日本はとてそこまで余裕がありません。

今後の問題と考え方

私たち日本人はお寺に行くとホッとします。病院も建物そのものにヒーリングパワーがあることが大事で、その中に安全・セキュリティーがなければいけません。

患者さんの心理

患者さんは病院にいる場合、外の情報が見えるが、うしろはガードされている安心感が欲しいのです。これは待合室などの構造に必要です。

やどかり

「やどかり」とは、周りのことは見えるが、うしろは安心ということが安心感を生むということです。

病院は常に進化

病院は常に進化しています。医療ほど進化するものはありません。昔はパイプですが、今は光ファイバーです。建物は古くても脱皮できる建物にしておくべきです。

21世紀 弱者の時代

21世紀は弱者の時代といわれています。以前は亡くなった方は病院の後ろの出口から出ていましたが、今は堂々と病院の正面から出る時代です。癒しとは心の豊かさを意味します。私たち医療者側も心が豊かでないといけません。

院長（経営者）の力量

院長の経営には、その力量が問われます。院長は全体を把握する力を持って状況判断し、目標を決め、決断し、実行し、後継者を育成します。しかし、診療報酬が変わったために、今までせっかくやってきたものが急にダメになってしまうことも出てきます。

淘汰される時代…「選ばれる医療機関」になること

選ばれる医療機関になるためには、その病院が勝ち残れる医療機関で、経営管理体制、特に財務体質の強化が必要だということです。人、資金、情報に投資が必要です。

勝ち残れる医療機関の3つの条件（財務体質の強い医療機関）

勝ち残れる医療機関の 3 つの条件は、①医療経営指標が良いこと、②経営管理体制が整備され、かつ効率的運用がなされていること、③管理者から現場担当者まで経済的な経営感覚をもって意思決定されていることです。

医業経営のリスク

医業経営のリスクは、市場、需要、競合が厳しくなったために民間病院は急性期をやめ、老人、あるいは慢性期をすることが多くなってきました。政策の変更によるリスクもあります。また、経営計画も厳しく、人事もよい人材が集まりません。

患者中心の医療

患者中心の医療のためには患者さんにわかりやすい構造をとということです。外来の待合室の個室化、病室の個室化になってきました。また、ナースステーションの看護単位の小規模化は、きめ細かいことができるということです。

医療はサービス業

医療はサービス業であることを医者も忘れてはいけません。経営の視点を明確にしてマネジメントすべきです。自己負担の増加や高齢者への定率負担など患者側にも痛みがあるので、医療のコストへの関心、自覚が促されます。

中小民間病院の問題点

中小の民間病院の問題点は、資金調達が大変厳しいことです。経費（固定費、人件費）やマイナス改定の問題もあります。また、患者数も激減しました。少子高齢化もありますが、あまり病院に行かなくなってきたということです。

質（しつ）を判断の基準に

人件費を減らすことは大事です。しかし、ただ経済的視点で成り立てばいい、人はどうせ入れ替わるから誰でもいい、小手先のぬけ道ではいけません。人は財産であり、医療は人の質によるのです。有資格者で人柄のよい人は高くても入れなくてはなりません。

患者の視点に立った医療（患者中心の医療）①

アメリカは 1980 年代まで非常に高い医療費でした。医療の効率をアップしようとしたために、入院日数の短縮、早期退院による病状の悪化、再入院率上昇、医療過誤などが増え、かえって非効率になりました。そして、医療の質や安全性への関心が高まったのです。

また、1996 年の HIPAA（医療保険の相互運用性と説明責任に関する法律）という個人情報保護法によって考え方が大きく変わり、1980 年代後半に患者中心の医療という考え方が広まりました。これはセカンドオピニオン、インフォームドコンセントが患者中心の医

療の大きな要素だと定着していたからです。

患者の視点に立った医療（患者中心の医療）②

日本は 1990 年に「COML」という医療問題に取り組む市民団体が設立しました。1995 年には患者取り違え事件や薬害エイズが起これ、医療不信拡大や自己負担が増えたことで、医療問題が相談のトップになります。2000 年には、日本医師会の指示で都道府県医師会に相談窓口ができ、2001 年に東京都衛生局に「患者の声相談窓口」ができました。そして、「医療のよりよい関係を考える会」という医療を受ける者、携わる者、学識経験者の 3 者構成の委員会ができました。アメリカの 15 年?20 年遅れで日本にも体制ができたのです。

患者の視点に立った医療（患者中心の医療）③

2003 年は、特定機能病院、臨床研修指定病院での患者相談窓口の設置が義務化されました。8 月の厚生労働省の「医療提供体制の改革ビジョン案」、3 つの柱（5 項目）の第一は「患者の視点の尊重」でした。これは情報提供の推進ということです。

患者の視点に立った医療（患者中心の医療）④

2005 年は、個人情報保護法が施行されました。今、医療、金融、通信の 3 分野は個別法を検討しています。

2006 年は、医療法改正の「医療計画」にも患者中心の考え方が出ています。全国 370 の地域ごとに人口、年齢構成からベッド数を決めていましたが、その地域の病気別の患者数等（患者のニーズ）にあった計画、病院の役割分担を明確にした連携強化に変更しました。

患者中心の医療

2001 年 5 月に「患者の声相談窓口」ができました。そして、「医療のよりよい関係を考える会」ができました。これは患者中心の医療を実践するために、開かれた医療、都民が安心できる医療を実現することが目的です。

患者による医療の選択

患者による医療の選択には医療に関する情報の開示、セカンドオピニオンの普及、患者自身の学習、医療提供者の意識改革が大事だと思います。また、患者と医療提供者がパートナーとして対等な立場だとよく言われますが、これは同じ情報の共有、価値観の共有だと思います。

“患者中心”の考え方 医師と患者の認識

医師と患者の認識の違いについてです。インフォームドコンセントはチョイスが行われているかどうかというと、患者は 35% そうだと思わないが、医師は 88% そうだと思っています。質問しやすい雰囲気は、患者は 36% と否定的ですが、医師は 98% が肯定的です。ま

た、患者さんを尊重し対応に高いスキルを採っているかどうかは、医師はそう思っていますが、患者さんはそうは思っていません。

患者中心の医療に影響を与える要因

患者は診療の環境、医師の考え方、態度を重視します。しかし、医師は態度と技術を重視します。説明に関しては双方共主要と感じていますが、患者が薬、医師は検査にウエイトが高いです。最も多い患者の不満は待ち時間です。これは機械等で中の動きを考えなければいけないだろうと思います。

医療現場での今後の問題点と新しい対応①

病名の告知、医療情報の提供（開示）、セカンドオピニオンの普及から、コンピューターグラフィックを使った手術の説明、ブロードバンド、院内光ファイバー等の IT 技術が出てきます。インターネットや医学書で医療情報を提供する院内図書館を備えているところもあります。また、平成 15 年に患者と医師の仲立ちということで医療コーディネーター協会ができました。

医療現場での今後の問題点と新しい対応②

医療提供者の意識改革で、インフォームドコンセントの説明と同意を、おどしと説得だと言った人がいます。また、医療提供者が無意識にしているナースステーションでの会話や外来での大声の説明は私たちも気をつけなければいけないことです。

患者さんと医師の相性は古くて新しい問題です。友だちに勧められて行くと、顔を見ただけでイヤだということがありますが、本当はとてもいい先生かもしれません。患者さんと医師の対等の立場は行き過ぎた患者中心のために誤解されているのですが、情報の差は歴然としているわけで、同じ価値観を共有することが大事です。

今後の問題 望まれること①

患者さんに望まれることは、自主性主体性を持つなら病気と戦うのは自分なので治療法の選択をしなくてはいけない、自己決定できる患者になってほしいということです。病名や説明を会話や媒体を通してきちんと聞いて理解をする患者であってほしいと思います。

今後の問題 望まれること②

経済的裏打ちがないとは、セカンドオピニオン、医療コーディネーター、IT 化、電子カルテが診療報酬にきちんと反映されていないことです。

国民の意識には、薬なしで注射もしないで何でお金を払うのかと昭和 36 年の国民皆保険以来、医療はタダだと染み付いているようですが、最近は少しずつ変わってきました。

平成 9 年に行われたこと

今の医療制度改革の一番の大元を探ってみると、私は平成 9 年だと思います。この年に第三次医療法改正があり、少子高齢化社会がスタートしました。老年人口（65 歳以上）が 1976 万人、年少人口が 1973 万人と逆転したのです。そして、4 月に消費税が 5% に上がり、景気低迷がありました。9 月には健康保険の本人負担が 1 割から 2 割になりました。1 割から 2 割負担になるのに 13 年かかりましたが、2 割から 3 割負担は 5 年しか経っていません。いかに早く負担の割合が増えてきたかということです。

平成 10 年

平成 10 年 4 月の医療報酬改訂はマイナス改訂でした。本体はマイナスではなくても、薬が 10% 落とされてこれは非常に大きかったです。

そして、9 月に診療報酬体系見直し作業委員会ができました。これはすでに 200 床問題や入院・外来基本料の DRG が今の DPC につながっています。

平成 14 年 4 月改定の意味するもの

平成 14 年の 4 月の改訂は大きな意味があります。それは公的医療保険での医療費支払いの限界を示しており、予算編成の段階でもリハビリの回数制限などが出ています。また、診療報酬の中に組み込まれていた特定療養費は長期入院（180 日超）の院基本料の特定療養費化で、あとは自費ですということ。なぜこれに大きな意味があるかということ、診療報酬改訂というのは法律も改正しなくていいからです。

改革に向けて必要な視点

これは日本の医療に対する高い評価で、WHO の 2000 年版保険報告で日本は 1 位でした。医療費の負担は、患者 15%、保険料 53%、今はこれが 31 兆円になっています。保険事業と介護保険の活用もきちんとしなければいけないということがわかります。

2005 年国民の豊かさの国際比較

国民の豊かさについて 2005 年に国際比較をしたものを見ると、日本は当時 10 位で、前年より 4 つランクアップしています。世界第 2 位の経済大国なのに実力が伴っていないのです。例えば、環境の CO₂ 排出量・ゴミ処理が 4 位、病院ベッド数は 8 位です。医師数（人口 1000 人当り）は 27 位です。国民 1 人当たりの政府の業績債務は最下位になっています。

2005 年世界競争力報告

3 つの成長競争力指数で、マクロ経済環境、技術力、公的制度の効率性で見ると、2005 年は日本が 12 位、2004 年は 9 位でした。マクロ経済では 42 位になり、前年の 29 位から落ちています。技術力は 30 位台です。企業の研究開発費、技術吸収力は 1 位から 2 位に落ちました。公的制度の効率性は 16 位から 14 位に上がりました。

国の競争力 日本 12 位に後退

国際競争力の順位はフィンランド 1 位、米国 2 位、スウェーデン 3 位、デンマーク 4 位と北欧が上位です。日本は 12 位ですが、今年日本は 7 位になりました。

医療費財源

消費税が国税に占める割合が 6%から 22%に増えてましたが、これは法人税と所得税が下がったせいだということです。消費税の福祉目的税化は信用できません。それよりもタバコだと思います。日本は 1 箱 250?280 円ですが、1 箱 1 円値上げると 3,360 億円の増収になります。350 円をいずれ 500 円にして、アップ分をすべて健康目的ということで医療費に持っていくほうが筋は通ると思います。

収納率

国保など収納率が言われており、国保も 80%台を保っているといいますが、91 を 100 として計算しているのはご存知だと思います。高齢者や自営業者の他にリストラによる失業者、定職を持たない若者が増えたためにこのような状態になっています。

収納率確保と医療費適正化のためにレセプトの点検、口座振替、夜間休日の臨時窓口、電話の督促、滞納処分の実施、短期証・資格証の交付などは盛んに言われていますが、払わなかった分のペナルティがないのはおかしいと思います。徹底して医療が受けられないというぐらいの厳しさをもっていかないといけないと思います。

病院の経営面での取り組み

平成 13 年の古いデータですが、民間病院の黒字は 72.0%、赤字は 25.3%でした。公立病院の 60%は赤字でした。給与制度は、能力給を全職種に採用が 25.3%、今後採用予定が 36.2%あり、合計 61.5%は能力給にしようということです。業務の外部委託は 74.7%で、導入予定も入れると 80%以上が外部委託をします。

電子カルテはなかなか進みません。当時で導入済が 1.2%、検討中が 36.1%で、60%は導入予定なしですが、これは資金不足のためです。資金調達も 44.6%が地方銀行、20.1%が都市銀行で資金調達ルートがないのが現状です。

医療制度改革の動き

具体的な医療制度改革の動きとして、規制改革（アクションプラン 12 項目）で宮内議長が行なった医療機関は 4 つです。これは株式会社等による医療機関経営の解禁、保険診療と保険外診療の併用の拡大、医薬品販売体制の拡充、医師・看護師の派遣業務の解禁です。

医療制度改革の動き

2003 年の医療提供体制では、A.「インターネット等による医療情報に関する検討会」報

告書、B.「医療経営の在り方に関する検討会」最終報告書、C.「医療提供体制の改革ビジョン案」が出されました。

国民負担率の国際比較

これは 2003 年の国民負担率の見通しです。日本は財政赤字が 11.0%、社会保障負担率 15.2%、租税負担率 47.1%です。この 47.1%を 50%程度にしようというのが今の議論です。

国民負担率

2006 年の見通しは 37.7%で、前年より税負担は減りましたが、社会保障は横ばいです。2003 年と比べて下がってきたのは財政赤字がよくなったためです。

社会保障改革に関する 3 つの会議 平成 15 年 (2003 年)

2003 年 6 月に社会保障改革に関する大事な会議が 3 つ開かれました。1 つ目は財政制度等審議会 (財務省の諮問機関) で、「2004 年度予算編成の基本的考え方」が出されました。財政赤字を含む国民負担率 (潜在的国民負担率、現在 47.1%) を 50%程度に抑える、自然増を放置することは許されないということで、高齢者の医療費を減らす、公的給付範囲を減らす、診療報酬単価の 1 点 10 円も見直すと言っています。

社会保障改革に関する 3 つの会議 平成 15 年 (2003 年)

2 つ目は、社会保障審議会 (厚生労働省の諮問機関) で、「今後の社会保障改革の方向性に関する意見書」が出されました。潜在的国民負担率を社会保障のみと過度に関連づけて論じることは適当でないということでした。今後の負担水準は給付のあり方とともに国民に選択を求めていくことが必要だということです。

社会保障改革に関する 3 つの会議 平成 15 年 (2003 年)

3 つ目は、経済財政諮問会議で、「骨太の方針 2003」が出されました。財政を健全化していくため、例えば潜在的な国民負担率でみて、そのめどを 50%程度としつつ、政府の規模を抑制するということです。原案は潜在的な国民負担率を中長期的にも 50%程度にとどめるとなっています。

経済財政諮問会議 (2003 年 7 月 31 日)

その結果、7 月の経済財政諮問会議では、年金、物価スライド実施や診療報酬引き下げの文言を削除しました。物価、賃金の動向を踏まえ、国庫負担を抑制するとの方向を示すにとどめたのです。当時の自民党は診療報酬の引き下げを避けるべきだという意見で、竹中

経済財政大臣が「予算の査定は財務省だが、支払いは経済財政諮問会議が責任を持って行いたい」と宣言しました。

2003年8月 病床区分の意味するもの

病床区分が意味するものは、一般病床には回復期リハ病棟と緩和ケア病棟があり、療養病床には回復期リハ病棟と特殊疾患療養病棟があります。さらに、急性期医療、難病医療、緩和ケア、リハビリテーション、長期療養、在宅療養など機能分化を進めるということで、自分の病院がどこをとるのか選択しなさいということです。

2200億円圧縮の内容（財務省）2004年

これは2004年に財務省が出したのですが、年金の物価スライド、過去3年の据置分で財源はありました。政府の経済見通しが0.4%、経済見通しの引き下げの提案が2.1%で1,050億円のお金がありました。この他に税制改正関連の少子化対策の施策にかかる国庫負担も予算編成過程で別途検討するというので、具体案は年末の予算編成で引き続き協議ということでした。2004年の診療報酬改訂は良かったのです。

2005年度社会保障関係費

そして、2005年に診療報酬改訂があり、自然増は1兆800億でした。予算のシーリングでは2,200億圧縮されて8,600億です。問題は財源です。2005年は財源がないので、例えば給食差益、ビタミン剤や湿布等の市販類似医薬品、後発収載品の使用促進、入院患者の日常生活費、特定療養費の弾力化、包括払いの促進、一点単価10円からもっと下げると、今言われていることが2005年のときに全部出ています。

2006（平成18）年度予算シーリング

2006年の予算シーリングは、今度の診療報酬改訂にかかわるのですが、社会保障関係費自然増が8,000億円、圧縮が2,200億円で5,800億円です。2003年から連続で医療費が2,200億円ずつ圧縮されているのです。この予算シーリングは閣議決定されて決まりました。

診療報酬改訂（2006年4月）

それが4月の改訂では3.16%になり、シーリングで閣議決定した2,200億を上回る2,400億円を圧縮しました。

診療報酬改訂（2006年）

2006年の診療報酬改訂は、内容のわかる領収書、食事の実食数、後発品（ジェネリック）の使用促進です。リハビリの上限設定は昔あったものと同じです。看護配置は2:1から10対1の表現が変わって7対1看護になりました。看護配置は、1.4対1等になりました

今後のスケジュール

2004年の年金改革と2005年の介護保険の見直しを待っての医療改革ということで、2007年10月に老人医療の対象は75歳になります。2008年には新しい高齢者医療制度、保険者の統合・再編の実施がされ、大改革が起こると思います。

平均寿命

平均寿命は男性が78.64歳、女性が85.59歳です。これは少子高齢化がますます進んでいくということです。

平成17(2005)年9月高齢者(65歳以上)人口

日本の高齢者の老年人口指数(生産年齢人口に対する高齢者の比率)は30.2%となり、3人で1人の老人を支えていることとなります。

合計特殊出生率と人口の自然増加数

合計特殊出生率は、15歳から49歳までの女性の年齢別出生率の合計です。30?39歳では子どもを産む人が増えており、晩婚化が進んでいます。

人口減少(2003年から)

人口減少の予想は2007年からでしたが、2005年の上半期から始まりました。死亡数が出生数を上回ります。自然増は大都市周辺だけで、2030年には経済成長率は0.6に落ちます。

少子高齢化①

合計特殊出生率は1.25、確定値は1.26で過去最低になりました。このままいくと高齢者1人を支える人口は3人から1.7人になってしまいます。

少子高齢化②

政府予測の合計特殊出生率1.39に対して1.25では、GDP(国内総生産)が5%落ち、民間消費は11%落ちます。逆に年金社会保障は7%アップになります。

少子高齢化③

それが表れているのは、愛知県小牧市ニュータウンの桃源台線の利用者が不足して廃線になってしまったということ、つくばエクスプレスも10両編成が6両になりました。東京国立の都営アパートも半分が空室です。

長期的課題

団塊の世代が高齢化してくると、長期的には過疎化が起こって鉄道などの利用者が減り、公共インフラの維持困難、食料・衣料・住居も減るので、人口減少社会を前提の対策をつくらなければいけません。高齢者の急激な拡大で、医療費が増え、経済全体の重荷になります。社会保障制度や税制の見直しが必要になります。

医療制度改革イメージ

医療制度改革イメージとして、75歳以上の人のための新保険ができます。国民健康保険、政府管掌健康保険などは地方に任せて、そこから財政支援をするなどと変わってきました。

前期高齢者の医療保険別加入者数

扶養者保険は現行で保険料の負担がないことを見直し、新たに医療負担を持ってもらいます。これは扶養家族に年金収入があるからです。

医療改革関連法

医療改革関連法を見ると、介護保険や健康保険等の医療保険関係が 5 本、医療提供体制関係の医療法や薬剤師法等の 7 本の法律が全部絡んで今度の医療改革ができました。

療養病床

療養病床は、全国 38 万床の療養病床のうち、医療療養 25 万床、介護療養 13 万床で、医療療養 15 万床は残すということです。移行処置等は盛んに言われていますが、医療療養は 6.4 m²、老健は 8.0 m²、ケアハウスは 21 m²など、これはいきなり変えろといっても無理で、現実的に補助金が出てもなかなか移らないと思います。

療養病床 <今回の改訂>

今までの中小民間病院の一般病棟は少子高齢社会で老人が多く、急性期は整形外科以外減少しています。医療の必要な老人は多いですが、これを療養病棟で診るには無理があります。

現場での問題点

現場での問題点は、医療区分の日割りが非常に苦しくなったことや、医療区分 1 の点数が低すぎることです。看護師も一般病棟より療養を希望します。また、ベッドを減らす、改修費とその後の点数を考えると、とてもできないということもあります。

厚生労働省

平成 17 年の 10 月 19 日に保険局と医政局が、老健局の了承を得ずに「医療制度構造改革

試案で初めて療養病床は居住系サービスに転換する」と言いました。これは介護保険適用になるということで介護にいけるということでした。それが老健局に許可を得なかったために介護にいけなくなりました。この三角関係が今回の改訂の問題だろうと思います。

急性期病院に求められるもの①

これからの急性期病院に求められるものはスピード、瞬発力、治療方針の早い決定、治療や手術の早さ、早期退院・連携です。これには同時多発診療が求められると思いますが、一般病院では難しいと思います。

急性期病院に求められるもの②

国立病院が独法化し、都立市立病院が公社化・民営化します。院内体制の強化で、セクショナリズムをなくし24時間体制にすることも求められます。

医療連携

医療連携は大事です。地域の医療資源の状況、疾病群別、経営的視点を勘案して、地域の特性を考えて、施設間連携や疾病別連携をすることです。そして、各医療機関の連携のグループ（CLUSTER）をつくろうという考え方です

医療施設の機能分化

1948年に医療法が制定され、第174次の医療法の改正がありました。最初は病院と診療所しかなかったのが、地域医療支援病院、特定機能病院、療養型等に分かれてきました。そして、2000年の第4次医療法改正が終わったときには12に分かれました。

4つの医療

昔は急性期ケアと長期ケアしかありませんでしたが、それに予防的治療と末期ケアの2つが入ってきて、今は4つの医療になります。どれをとるかということです。

日本の公共事業と社会保障

日本の公共事業と社会保障では、社会保障への経済波及効果（GDD効果）が大きい公共事業より20%高いので、社会保障が経済の足を引っ張るというのは嘘です。公共事業を減らして医療に回さなければいけません。

国民皆保険

今は国民皆保険ですが、混合診療、日本医師会の坪井会長の言った自立投資、シンガポールのMedical Saving Accountで、若いときからお金を積み立てて年を取ってから使うというようなことを取り入れたほうが国民皆保険を守ることになるのではないかと思います。

アメリカの現状

アメリカは世界の半分の医療費を使っていて無保険者は 15%います。メディケアで入院が 60 日を越えると自己負担が増えます。入院が 150 日を越えると全額自己負担、通院の薬も全額自己負担になります。

2003 年の民主党のアメリカ大統領候補は「米国経済を成長軌道にのせるには、医療産業こそが経済成長のエンジンである」と言いました。国内総生産（GDP）の 14%を占めるアメリカ最大の産業部門は医療です。日本では 7%を占めていますが、これを 10%ぐらいまで持っていくという質問が国会で出ています。ODA（政府開発援助）などで他にお金を回すなら医療にも向けてほしいです。また、国民負担はもう少しあってもいいと思います。国民は納得できれば、それがイヤだとは決して言わないはずだからです。

●医療改革をめぐる最近の動き

改革には医療保険制度改革と医療制度改革の 2 つがあります。その医療保険制度改革の中身を短期的なものとしてと長期的なものに分けました。

短期的対策として、免責制度はご存知だと思いますが、今は 3 割負担で 1 万円なら 3,000 円を払います。免責制度では 1,000 円を払い、残りの 9,000 円に対して 3 割なので 2,700 円、合計 3,700 円で今より 700 円増えるということです。

長期的対策として、診療報酬単価の見直しがあります。自然増があるのは、「現在の単価を前提にしているからだ」と、単価一律 10 円ではなく機能の低いところは 9 円・8 円にしようという考え方です。また、医療費の伸び率管理の導入では医療費の伸び率が 3%で経済成長率が 1%なら、その差 2%を翌々年に単価 10 円を下げ取り戻すということです。

厚生労働省の基本方針は 3 つあります。①保険者の統合再編が中心になります。②高齢者医療制度はやっと目処が立ってきていますが、市町村会の議決で 2007 年 11 月に広域連合の議会が保険料条例を制定します。③診療報酬体制の見直しは、DPC や機能別の診療報酬を払うということです。

これらを最終的にまとめたもので、資料のとおり 7 つの厚生労働省試案を発表しました。

これは医療制度構造改革のまとめです。A は、医療費（患者負担分を除く）全体の適正化の比較で、2006 年度 28.3 兆円、制度改革しなければ 56 兆円、厚生労働試案で改革すれば 49 兆円、経済財政諮問会議の要求は 42 兆円となっています。49 兆円の右に 48 兆円という数字がありますが、これは今回の平成 18 年 1 月の改正で下方修正されました。診療報酬が下がったので、それだけで予想は 1 兆円下がります。

B は、厚生省試案で本当に削減できるかということです。1 月の下方修正でマイナス 7 兆円からマイナス 8 兆円にしていますが、生活習慣病対策、平均在院日数の短縮化でマイナ

ス 6 兆円です。また、高齢者自己負担、食事・住居費などでマイナス 1 兆円です。医療費の適正化、在院日数の短縮化に関しては、医療行政、特に財政運営に関して都道府県ごとに診療報酬単価が決められる可能性があります。C は、「積み上げ」か「キャップ」かということですが、厚生労働省は下から積み上げということですが、

D は、反対意見が出ている主な問題点です。免責制度が一番の問題です。75 歳以上の年収 620 万円以上は 3 割負担になるということです。

医療制度改革についてです。首相官邸、財務省は株式会社の参入はダメだということで、閣議決定しようとしたのですが、厚生労働省の医政局が体を張って止めたことは、素晴らしいことだったと思います。「社会福祉法人等と同様な寄付に基づく非営利法人に転換するか、個々の出資分を資本市場で流動性を持つ株式の形態に変えるかという 2 つの方法が考えられる」とありますが、厚生労働省が非営利と言うなら、これに入ってこない病院は株式会社にしてほしいということで反対したのです。

そして、認定医療法人は社会医療法人になってきました。ただ、特定と特別を一緒にしたようなもので、危険性があります。これは自治体病院・民間病院が入らなかつたら財務省に株式会社だと言われるということです。また、社会医療法人、出資限度額法人、社団医療法人の社団が 98% を占めており、出資額限度法人に移行するインセンティブがありません。社会医療法人の法人としての税制もはっきりしていません。

今後は老人が 30 年間で約 60 万人ずつ増え、10 年後に 3000 万人、20 年後に 3600 万人になります。国民所得 (360 兆円) の約 23% (約 85.7 兆円) は、このまま平均寿命が延びた場合、社会保障の仕組みを変えないと現在の 85.7 兆円から 2025 年に 152 兆円になってしまいます。税金も増えるので、国民の負担率は 45% から 56% に増えます。これを 50% に抑えるためには社会保障給付を 2 割減らすことです。

現在の問題です。国の予算で一般会計の 79 兆円がマイナス 3.1% になりましたが、これから国債と地方税を引いたものが一般歳出 (一般会計総額) です。プライマリーバランス (基礎的財政収支) の黒字化とありますが、79 兆円から国債費の 18 兆円を引くと 61 兆円です。ただ、2004 年の収入は 49 兆円で、国税とその他収入があるので 12 兆円の差があります。この 12 兆円を、財源不足の 7 割以上を歳出削減でしたいということです。

歳出削減するためには 3 割を増税し、2006 年の骨太の方針では医療分野で残りをやろうと、予算は公共事業、文教、防衛などがありますが、一般会計予算が減っているのに社会保障だけが増えているといわれています。この 2011 年に残っている借金を、7 割を歳出削減、3 割を増税、そして 12 兆円のうち 1.6 兆円は年金を除く医療介護の分野の社会保障で減らすということで、これは小泉首相が言った、増税しない、郵政民営化、道路を作らない、社会保障を含めた 79 兆 6,860 億円を減らすしかないということになるわけです。

個別制度の改革の方針です。年金はマクロ経済スライド制の導入で問題なしとありますが、くすぶり始めました。介護保険は、①予防重視システムへの転換、②施設給付の見直し、③新たなサービス体系の確立、④サービスの質の確保・向上、⑤負担のあり方・制度運営の見直しなどを方針としています。

一番の問題は、2000年4月を100とした伸び率です。2004年12月には要支援と要介護1の伸び方が128%と140%で、この2つを外して、リハビリ中心にしないと変えました。介護保険ができてまだ6年しか経っていないのに、このようなあり様です。

医療行政は都道府県単位で、財政も含めてするということです。平成16年の三位一体改革の内容と趣旨で国保の補助金は国が50%出していましたが、平成18年度以降は43%にするということです。そして、定率国庫負担34%、国の財政調整交付金9%、それに都道府県の財政調整交付金7%です。要するに、50から43を引いた7%を都道府県が持って、その7%は財政調整交付金であげるからそれを使いなさいということです。平成18年度には国の負担が減り、国の財政調整交付金は9%までくれます。都道府県の財政調整交付金は7%です。これに必要な都道府県負担分は所得譲与税の財源で、要するに7%はこれで払いなさいということになるわけです。

趣旨は、国保や医療保険全体に都道府県が関与して責任を持ちなさいということです。都道府県が医療費の適正化など保険者機能を発揮して国保の基盤を強化します。これができないと高齢者医療制度改革につながらないということです。これが平成20年にできていなければ保険者や医療機関にペナルティを科すという話が出ています。具体的には、都道府県の保険者機能として予防段階、急性期から慢性期、介護段階、この3つを真面目にやれば医療費は下がる、熱心でないところは下がらない、そのとき厚生労働省は1.8円のような強権を発動するというので、いずれも都道府県が主ということです。

これらの最終のまとめが2005年に出た「医療制度改革大綱」です。70歳以上が現在1割負担をして、年収621万円以上が2割負担、2006年の10月からは3割負担にします。2008年からは70歳?74歳が2割負担から3割負担です。75歳以上も1割負担から3割負担にします。国民医療費の約31兆円のうち患者負担15%、保険料53%、税金32%です。医療費の内訳は人件費50%、医薬品20%、他に機器・減価償却で、これをけずる立場の諮問会議では人件費を減らせ、薬を下げろと言うのです。2008年度には高齢者医療制度の創設はされ、都道府県単位の広域連合ができました。そして療養病床の削減です。

これまでの全体を通して経済財政諮問会議の考え方に対する疑問は2つあります。①医療費の公的給付は現行（国民所得の7.3%）とヨーロッパに比べて低いです。国民の健康を守る水準は10%ではないのかという質問が国会に出ました。②「医療費の伸びを経済成長

の伸びの範囲内」というが、政府の経済成長の見通しは3?4%に修正されています。医療費が3%、経済成長が4%なら医療費も4%アップしてくれるかということですが、これ以上医療をいじめると阿部政権はもたなくなるのではないかと思います。