

指標

北海道医療費適正化計画の進捗状況と問題点

副会長
畑 俊一

I はじめに

高齢者の医療の確保に関する法律（昭和57年法律第80号）による厚生労働大臣が作成する全国医療費適正化計画に基づき、現在、北海道医療費適正化計画が策定中である。

2007年7月29日に第1回の検討協議会、12月19日に第2回目の協議会が開催された。この協議会は計画策定決定のための協議会でもなく、知事への諮問のための協議会でもなく、広く医療関係者、市町村関係者、道民の意見を聞くために開催され、パブリックコメント、第3回の協議会を経て計画案を決定し、議会説明を経て計画案の決定・公表のスケジュール

となっている（図1）。

なお、本協議会は原則公開なので討論内容等については北海道庁ホームページで閲覧できる。

北海道医師会は求められて2名の委員を出しており、私が会長として選出されているが文面上「将来的な医療費の伸びを抑制する」と明記されている「医療費適正化計画」、すなわち「医療費削減計画」に是正を求めており、現在までの進捗状況と問題点に触れてみたい。

II 「北海道医療費適正化計画（仮称）」素案たたき台の概要（H19.12.11現在）

北海道保健福祉部作成の素案たたき台の概要は以下のごとくである（表1）。

III 適正化計画の3本柱

国や道は、1. メタボリックシンドロームを念頭においた2008年4月からスタートする特定健康診査・特定保健指導 2. 平均在院日数の短縮 3. 介護療養病床の再編・転換の3本柱で「国民皆保険を堅持し」「国民の生活の質の維持及び向上を確保し」「それぞれの政策目標を設定し」「将来的な医療費の伸びの抑制を図る」ことを目指すとしている。

短期的には「患者負担増」や「診療報酬の引き下げ」などが医療費の抑制策であり、上記の3点は中長期的な抑制策である。

IV 特定健康診査・特定保健指導について

1. 学問的に過去に国内においても国際的にもこの種

年度	年 月	医療費適正化計画（H20～24年度）	
⑯	H19	4月 各都道府県の医療費適正化計画に関する基本方針（特定健診等の受診率、療養病床の病床数等の参酌標準を含む）、全国医療費適正化計画（案）を提示	
	6月		
	7月	医療費適正化計画検討協議会設置 医療費適正化計画策定に係る検討	
	11月		
	12月	計画案決定	
	H20	1月	計画案議会説明 パブリックコメント
		2月	計画原案決定 計画原案議会説明 計画案決定
		3月	計画決定・公表
		⑳	H20

図1

表1

「北海道医療費適正化計画（仮称）」素案たたき台の概要	
第1章 総論	H19.12.11現在
1 計画策定の趣旨	<ul style="list-style-type: none"> ○本道の状況 <ul style="list-style-type: none"> ・面積が広大で、積雪、寒冷といった自然的要因 ・全国と比較して、高齢者の単身又は夫婦のみの世帯の割合が高いことなどの社会的要因 ○全国に比べて病床数が多く、入院期間も長いことから、医療費が著しく高い状況 ○糖尿病等の生活習慣病対策や療養病床の再編成による平均在院日数の短縮などを内容とする「北海道医療費適正化計画」を策定し、医療費適正化を総合的に推進
2 計画の位置づけ	<ul style="list-style-type: none"> ○「高齢者の医療の確保に関する法律」に基づく法定計画 ○本道における保健医療福祉行政の基本的な指針である「北海道保健医療福祉計画」の部門別計画 ○本計画と密接な関係を有する「北海道医療計画」、「北海道健康増進計画」、「北海道介護保険事業支援計画」及び「北海道地域ケア体制整備構想」との整合性を図る。
3 計画の期間	○ H20年度～24年度（5年間）
4 計画に掲げる事項	<ul style="list-style-type: none"> ○道民の健康の保持の推進に関し、道が達成すべき目標に関する事項 ○医療の効率的な提供の推進に関し、道が達成すべき目標に関する事項 ○計画期間における医療に要する費用の見直しに関する事項 等
第2章 医療費を取り巻く現状と課題	
1 医療費の動向（H17年度）	<ul style="list-style-type: none"> ○国民医療費 <ul style="list-style-type: none"> ・約33兆1,289億円（対H16年度比、+1兆178億円、+3.2%） ○本道の医療費（厚生労働省推計） <ul style="list-style-type: none"> ・約1兆7,600億円（対H14年度比、+1,385億円、+8.5%） ○本道の老人医療費 <ul style="list-style-type: none"> ・約8,610億円（全国3位）、全道医療費の約4割を占め、1人当たり老人医療費は約100万円（全国2位）で増加傾向→入院医療費の影響が大 ・75歳以上人口～今後30年間で約1.9倍に増加見込み→老人医療費は今後高い伸び
2 生活習慣病の有病者及び予備群の状況（H16年度）	<ul style="list-style-type: none"> ○死亡原因及び医療費 <ul style="list-style-type: none"> ・死亡原因が生活習慣病の割合～約6割（全国、道）

のトライアルで医療費抑制効果が検証されたことはない。1次予防で予防接種の1部、2次予防で新生児スクリーニングのごく一部のみコスト削減が可能であったとの報告のみである。

2. メタボリックシンドロームは「純粋な生活習慣病」ではないのではなからうか。

複数の遺伝的質 (complex trait) を背景とした多因子複合性遺伝性疾患 (multifactorial disease) でエイジングと共に生活習慣の負荷が加わり発症すると考えられている。エイジングにより血圧、血糖、脂質が上昇し、従って過栄養や運動不足などの「生活習慣」のみに責任を転嫁できない。

3. 世界の中でも日本のメタボリックシンドロームの基準は「異様」である。女性の腹囲が男性を上回っているのは我国のみである。わずか男性544人、女性194人のCTによる内臓脂肪面積の測定は対象が余りに少なすぎであり、データの統計処理に問題がある (表2)。臍の位置で測定しているのは我国のみで、女性で骨盤が大きい人は臍の位置では測定値が高く出る結果となる。

このところ、腹囲は「自己申告」でも「着衣の上から」でも良いと聞くがまったくお粗末すぎる。

最近、リスク評価で意見が分かれ、「問題あり」の声が高まる中、日本肥満学会は否定の記者会見を開いたが、腹囲については1~2年後に見直しも考えられると関係者の意見もあり、基準見直しのため厚生労働省自らが全国2万4千人を対象にした大規模調査の研究を始めると昨年11月はじめに報道されている。そうなった場合、学会や厚生労働省の見直しに沿って腹囲の基準が改正されたら、特定健康診査・特定保健指導も見直さねばならず、それまでのデータ処理を再評価しなければならない恐れがある。

4. 血圧基準値は他の脂質や血糖基準値と比較すると保健指導判定値 (130/85mmHg) と受診勧奨判定値 (140/90mmHg) との間が狭く、血圧は変動差が大きいので受診勧奨に廻される場合も少なくないことが想定できる。

5. 血圧測定はリパロッチ・コロトコフ聴診法による水銀血圧計によるものと考えていたが、オシロメトリック法に

- ・医療費に占める生活習慣病の割合~約3割 (全国、道)
- 生活習慣病の状況
- ・メタボリックシンドローム (内臓脂肪症候群) 有病者、予備群の割合~40歳以上で男性2人に1人、女性5人に1人 (全国、道)
- 本道の受療動向
 - ・高血圧性疾患、糖尿病の外來受療率は、全国平均を上回る
 - ・脳血管疾患の入院受療率は、全国平均の約1.7倍 (全国4位)
- 3 平均在院日数の状況 (H17年度)
 - ・全病床の平均在院日数は全国10位
 - ・病床数と正の相関関係

区 分	全 国	道	長野県
平均在院日数	35.7日	41.8日	27.3日

※主な要因~・人口10万人当たりの病床数~一般病床954.5床 (全国4位) (対全国比+246.8床)
療養病床513.5床 (全国7位) (対全国比+232.3床)

- 4 療養病床の状況 (H19年4月1日現在)
 - ・療養病床数は全国で最も多い
 - ・医療機関の転換意向アンケート調査 (H19.8.1) では、約4割が未定
 - ・入院患者の医療区分2分が約5割

区 分	医療療養病床	介護療養病床	計
道	18,737床	8,713床	27,450床

第3章 目標と取組み

- 1 基本理念
 - 道民の生活の質の維持及び向上を図るものであること
 - 超高齢社会の到来に対応するものであること
 - ・75歳以上人口は、ピーク (H42) には約105万人になり、老人医療費が医療費の半分弱を占める予想
 - 2 医療費適正化に向けた目標
 - (1) 道民の健康の保持の推進に関する達成目標
 - 全国~H24年度数値目標
 - ・特定健康診査の実施率~70%以上
 - ・特定保健指導の実施率~45%以上
 - ・メタボリックシンドローム該当者、予備群の減少率~▲10%以上 (対H20年度比)
 - 道 ~H24年度数値目標は、国の上記目標を踏まえ、設定予定
 - (2) 医療の効率的な提供の推進に関する達成目標
 - 平均在院日数 (H24年度)
 - ・全国~全国の平均在院日数 (H18年度) と最短の都道府県 (H17年度: 長野県27.3日) との差の1/3を短縮
 - ・道 ~H24年度数値目標は、国の上記目標を踏まえ、設定予定
 - 療養病床の病床数 (H24年度)
 - ・全国~H18年度現在療養病床37万床 (医療: 25万床、介護: 12万床) を、H24年度までに医療療養病床のみの15万床 (回復期リハを除く) に再編成
 - ・道 ~H24年度数値目標は、介護療養病床を廃止するほか、本道の広大、積雪、寒冷等の地域特性により、医療機関の意向などを踏まえ、次のとおり設定
H19年4月1日現在の医療療養病床18,737床を確保
 - (3) 計画期間における医療に要する費用の見直し
- 3 目標を達成するため道が取り組むべき施策
 - (1) 道民の健康の保持の推進に関する施策
 - 医療保険者による特定健康診査及び特定保健指導の推進
 - ・保健師、管理栄養士等の人材の養成の支援
 - ・市町村国保に対する特定健康診査等に要する費用助成 等
 - (2) 医療の効率的な提供の推進に関する施策
 - 医療機関の機能分化・連携
 - ・入院から退院までの切れ目ない医療の提供による入院期間の短縮 等
 - 在宅医療・地域ケアの推進
 - ・在宅医療を担う医療機関の充実、介護サービスの地域ケア体制の計画的な整備 等
 - 療養病床の再編成
 - ・療養病床転換に係る交付金等の活用による円滑な再編成の推進 等
 - (3) その他医療費適正化のために道が必要と認める事項
 - 重複受診者等への訪問指導等の充実
 - ・訪問指導等に取組む市町村保健師等に対する支援 等
 - 診療報酬明細書 (レセプト) 点検の充実
 - ・市町村におけるレセプト点検体制の整備などへの支援 等
 - IT化の促進、後発医薬品の使用促進、インフルエンザ予防の充実、介護予防の充実、高齢者の積極的な社会参加

第4章 計画の達成状況の評価

- 進捗状況評価
本計画の中間年 (H22年度) に計画の進捗状況に関する評価
- 実績評価
本計画が終了する翌年度 (H25年度) に計画の実績に関する評価

表2 主なメタボリックシンドロームの診断基準または定義

診断基準の酒類	WHO修正基準	NCEP-ATP III	IDF新基準	日本の新基準
判定	2型糖尿病、耐糖能障害、空腹時高血糖、インスリン抵抗性のうちいずれかと、下記のうち2つ以上を満たすもの	下記のうち3つ以上を満たすもの	腹囲と他の2つ (腹囲閾値は人種により異なる)	腹囲と他の2つ
(腹部) 肥満	BMI >30kg/m ² またはウエスト/ヒップ比 >0.90 (男性) >0.85 (女性)	腹囲 >102cm (男性) >89cm (女性)	腹囲 (日本人の場合) ≥85cm (男性) ≥90cm (女性)	腹囲 ≥85cm (男性) ≥90cm (女性)
トリグリセリド (mg/dl)	≥150	≥150 (=1.70mmol/l/D)	≥150*	≥150*
HDLコレステロール (mg/dl)	または <35 (男性) <39 (女性)	<40 (男性) <50 (女性)	<40 (男性) <50 (女性)*	または <40*
血圧 (mmHg)	≥140/90	≥130/85	≥130/85*	≥130/85*
空腹時血糖 (mg/dl)		≥110 (=6.1mmol/l/D)	≥100*	≥110*
尿中微量アルブミン	>20ug/min または >30ug/g クレアチニン			

*: それぞれの異常に対する薬物治療を実施している場合も含む。

よる自動血圧計でもかまわないのではないかとの考え方もある。しかし、JSH2004、JSH2009（予定）にも自動血圧計は水銀血圧計と比べて収縮期、拡張期共に5mmHg程度低目に測定されると記載されている。

白衣高血圧、仮面高血圧も考慮しなければならないだろうが血圧測定法も統一すべきであろう。

6. 保健指導において、スポーツドクター（日本医師会、日本体育協会、日本整形外科学会の3団体）の関与の義務づけがないため、運動療法の質の担保や運動中のアクシデントに対する処置が不十分になる恐れがある。

7. ナチスドイツの公式スローガン「義務としての健康」を想起するという人もいる。

ある公衆衛生学者は「ガン検診で発見された場合とそれ以外に医療機関を受診して診断された場合では保険料負担率を変えるべき」と言い、あるジャーナリストは「予防に大切なのは一人一人の努力で、生活習慣に起因する病気を減らすにはその患者に限って患者負担の月額上限を上げるなど本人が経済的にも痛みを感じる仕組みが避けられないのでは」と言う。

8. 厚労省の元幹部は最大の問題は成績の悪い医療保険者に「ペナルティ」が課せられる点であることを指摘する。

受診率や保健指導の実績が悪いと2013年度から「後期高齢者医療制度」の支援金負担が最大10%加算される。負担が増大すると加入者の保険料アップに跳ね返る。健診の未受診や保健指導の成果が上がらない人は職場での差別や排除もありえるかもしれない。

企業の採用でも腹囲オーバーの人が排除される事態も考えられる。

健康保険法では泥酔やけんかなどの「著しい不行跡」が原因のけがや病気には保険給付をしないと規定されており、健診や保健指導を拒否する人が病気になった場合「著しい不行跡」として保険給付を受けられない事態さえ想定できる。

個人の自由な生活スタイルへの国の介入は、「自由」一般への制限につながる危険性はないのだろうか。

9. 道は数年以内に医療費削減効果が現れるとしているが、メタボリックシンドローム該当群および予備群が極めて多く、むしろ健診、保健指導費が従来の基本健診以上に膨らむとの意見が多く、介入そのものによるコストに加え、もしもこの制度が順調に展開していったなら、平均寿命が延長するため、最終的には医療費を押し上げる結果となるのではないだろうか。

これもペナルティがあって、健康診査・保健指導の実施率やメタボリックシンドローム該当群や予備群の減少が目標値に達しない場合、都道府県別特例診療報酬体系というもので診療報酬、1点10円ではな

く、1点9円という減算方式もほのめかされている。

2008年4月、メタボリックシンドローム狂想曲のなかでメタボ元年が始まる。

昨年12月末になり北海道保険者協議会の代表として健康保険組合連合会北海道連合会が代表保険者に決まり、北海道医師会と集合契約の取りまとめに至った。内容は以下の通りである。

(1) 健診対象予定者

40歳～74歳までの被用者保険の被扶養者

（現在、集合契約参加表明保険者：政管健保、健保組合、地域型6共済組合）

(2) 健診の種類

特定健康診査（個別健診に限る）

(3) 契約価格（税込価格）

1人当たり7,460円（特定健診の診察および基本検査項目に限る）

医師の判断による詳細健診（心電図、眼底検査、貧血検査）は別途協議する。

(4) 健診機関

Aタイプ（健保連本部契約）参加機関を除き、電子報告が可能な健診機関

標準的なデータファイル仕様で電子的記録を作成し、社会保険診療報酬支払基金に提出することが義務付けられているが、健診データ等の電子化に対応するためのソフトの作成をはじめとして電子媒体提出体制が整いつつある。

また、電子化できない医療機関も電子化代行機関の準備が整備されつつあり、特定健康診査・特定保健指導開始期日には十分、間に合うと考えている。

V 在院日数の短縮について

ここ数年間、全病床、精神病床、感染症病床、結核病床、一般病床は明らかにかなりの減少を示している（表3）。

クリティカルパスなどの効率化要素の採用によりベッドのターンオーバーを早くすることは病院にとっても収入増の道である。

現在の厚労省が示している平均在院日数は一般病床のみならず療養病床を含めているので介護型療養病床の廃止により、おのずと短縮する。しかしなが

表3 平均在院日数の状況

年次	全病床		精神病床		感染症病床		結核病床		療養病床		一般病床	
	全国	道	全国	道	全国	道	全国	道	全国	道	全国	道
平成11年 (1999)	39.8	45.3	390.1	361.9	11	41.8	102.5	93.3	165.3	214.7	30.8	35.9
平成12年 (2000)	39.1	44.2	376.5	345.8	9.3	7.4	96.2	91.7	171.6	222	30.4	35.1
平成13年 (2001)	38.7	43.9	373.9	347.7	8.7	8	94	90.7	183.7	241.8	23.5	25.1
平成14年 (2002)	37.5	42.7	363.7	328	8.7	9.3	88	85.2	179.1	235.4	22.2	23.7
平成15年 (2003)	36.4	41.6	348.7	326.5	8.7	-	82.2	72.7	172.3	220.8	20.7	21.8
平成16年 (2004)	36.3	41.6	338	313.6	10.5	7.5	78.1	68.1	172.6	216	20.2	21.3
平成17年 (2005)	35.7	41.8	327.2	314.1	9.8	5.2	71.9	60.3	172.8	218.3	19.8	21.2

「病院報告」(厚生労働省)

ら、急性期の入院患者に対し、必要な医療資源を集中的に投入するので、逆に1日当たりの入院医療費（日当点）の急増と入院医療費総額（日当点×在院日数）も増加し、在院日数短縮による医療費削減効果を上まわる可能性が高い。

厚労省のデータでは平均在院日数と1人当たり老人医療費の相関が強いこと（図2）、また人口10万対病床数とも相関があることからさらに短縮が求められている。全国の平均在院日数（平成18年度）と当該平均在院日数と同年の最短の都道府県の平均在院日数との差の3分の1の日数を減じたものを数値目標としている。

ちなみに平成17年度、北海道は41.8日（全国平均35.7日）で全国最短は長野県の27.3日で差は14.5日。数値目標は $41.8 - 14.5 \times 1/3 = 37$ 日となる（図3）。

アメリカでは極端な入院期間の超短縮化が進められている（表4）。

日本では急性期と見なされる医療がアメリカでは、病院を退院後にスキルド・ナーシング・ファシリティ（SNF）と呼ばれる施設に入所する。

しかもSNF入所日数は入院日数として加算されないという統計上のカラクリがある。

したがって、日本でも急性期医療の一部を急性期と呼ばないと決めて入院日数に加算しなければ統計上の平均在院日数を激減させることが可能である。

さらに最近我国でも増加しつつある鼠径部ヘルニアなどの日帰り手術（one day surgery）が増加し、入院支出の伸びは低くなったが、外来支出が大幅に増加したため、総支出は全体として増加している事実を見逃さない。

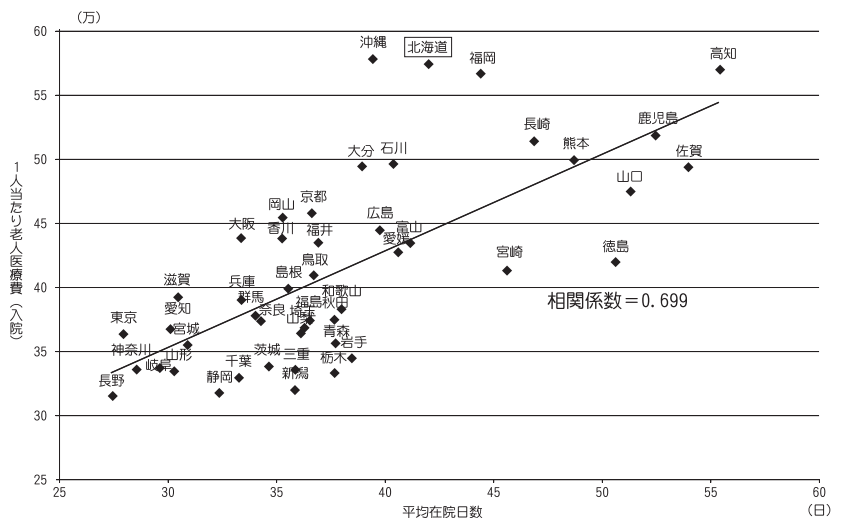


図2 平成17年度 平均在院日数と1人あたり老人医療費(入院)の相関

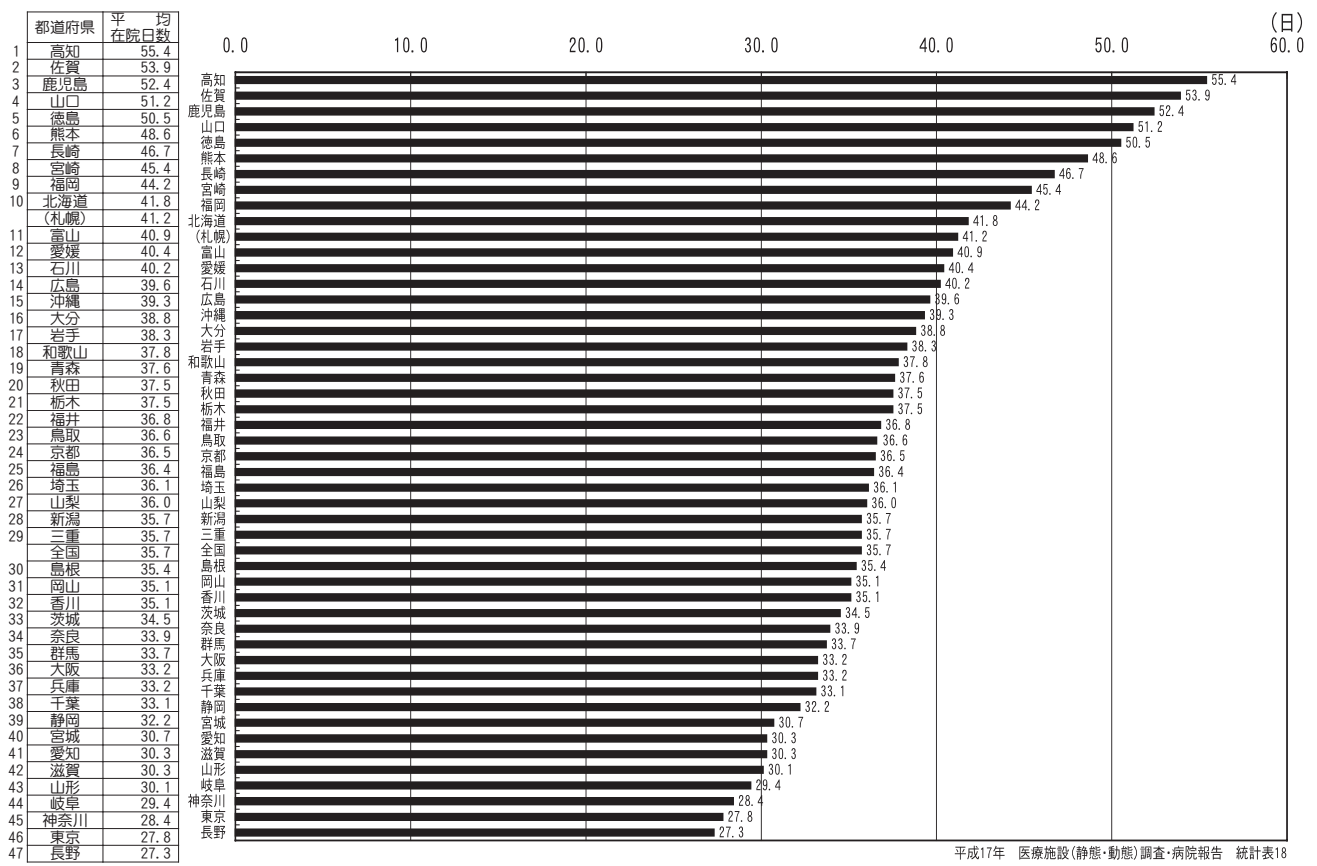


図3 平成17年度都道府県別平均在院日数（全病床）

表4 入院期間超短縮化

病名/手術	標準入院期間
扁桃摘出術	8～12時間
出産	1日
乳がん手術	1日
胆嚢摘出術	1日
虫垂炎手術	1日
脳卒中	1日
肺炎	2日
冠動脈バイパス手術	4日
心筋梗塞	4日

From "HMO consumers at risk: States to the rescue"
(Families USA, Washington DC, 1996)

VI 療養病床の再編・削減について

特定健康診査・特定保健指導には医療費抑制効果はなく、逆に医療費が増加する可能性のあること、在院日数短縮の中で主として急性期病床のさらなる在院日数の短縮のため診療内容が濃密になり、逆に入院医療費がさらに増加する可能性があること。

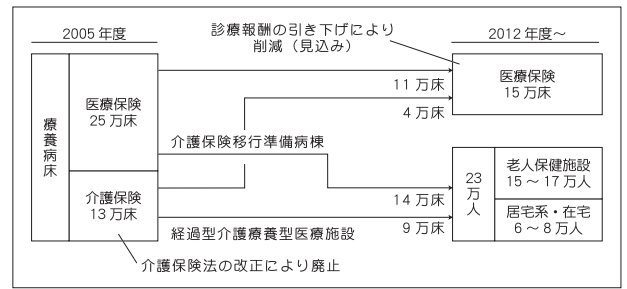
医療費削減を目論んでいた上記の2つの柱が危ういことから療養病床の再編・削減案が唐突に出された感がある。

厚労省は2000年の介護保険制度創設により、介護療養病床を制度化しただけでなく、医療法第4次改正による病床区分の届出締め切り（2003年8月）前に一般病床から療養病床への転換を奨励誘導した。

こうした厚労省の公式見解と誘導に基づいて、介護療養病床を有する病院の多くは多額の投資をして病床を整備したが、今回の厚労省の唐突な方針により、借入金を始め大きな負担を求められているのが現実である。

「幸か不幸か、官僚はどんなことにも理屈をつける」という技術を持っていると述べたのは元官僚である。厚労省の政策誘導と情報操作により、医療現場は翻弄されている。

医療病床の大幅削減が果たして可能であろうか。1)急性期病床のさらなる在院日数の短縮により退院の亜急性期、慢性期の重症患者の受け入れ先として医療療養病床が必要である。2)慢性期の重症患者の医療サービスが手薄な現在の老人保健施設で行うことは困難である。3)高齢人口の急な増加により高齢者の医療介護サービス全体の



グランドデザイン 2007 日本医師会

図4 療養病床再編のシナリオ (厚生労働省案)

幅増加が必要になる。4)自治体の反対が強く「反対」が56.9%で「賛成」の20.6%を大幅に上回るなどの理由から大幅削減は極めて困難であろう。

経済的にも、1) 高齢者人口が増え、慢性疾患の急性増悪により、急性期入院病床に入院する可能性。2) 現在医療区分1の入院患者が2、3に移行し医療費の増加が考えられる。3)療養病床から老健施設などへの転換支援には相当の費用投入が必要となる。4)老健施設が重症患者を受け入れるには医師等の大幅な増員が必要となる。5)「居住サービス」と特養老人ホームに対する「外付けサービス」や「在宅」に対しても在宅医療サービスを大幅に増やす必要があることから、医療費の削減は不可能に思われる。

表5

北海道の療養病床数の考え方 (案)

(2007. 12. 17)

1 転換意向等アンケート調査結果

	病床数 (H19. 4. 1)	医療保険			介護保険			廃止	未定 無回答
		医療療養	一般病床	認知症等	老健	特養	その他		
医療療養	18, 737	10, 675	596	60	633	99	0	290	6, 384
介護療養	8, 713	1, 799	127	3	1, 944	0	170	137	4, 533
計	27, 450	12, 474	723	63	2, 577	99	170	427	10, 917

2 北海道における療養病床数の考え方

(1) 基本的な考え方

① 現状と課題

- 医療・介護の報酬単価の動向をはじめ、医療制度改革の方向性が不透明な中で、療養病床の再編成には、医療機関において、なお判断に時間を要する。
- 積雪、寒冷、広大さらには過疎といった北海道の地域特性からも、短期間での療養病床数の大幅な削減は、患者・家族をはじめとした住民に不安を与えることにつながる事が懸念される。

② 基本的な考え方

- 転換意向等調査の結果を踏まえることで、現時点での医療機関の意向を尊重することになる。
- 他計画との整合性を図る上で、実現性の高い「転換推進計画」を策定する必要があり、特に医療費適正化計画の実効性をいかに担保できるかが求められている。
- こうしたことを総合的に勘案するとともに、道民の医療を確保するため一定数の療養病床数が必要であることから、当面は、現状の医療療養病床数を上回らないとすることで、患者・家族をはじめとした住民や、北海道医師会などの関係団体の理解を求めていく。

(2) 北海道における療養病床数

- 北海道においては、療養病床アンケート調査の結果等を活用し、次のような考え方にに基づき、「療養病床転換推進計画」における療養病床数を見込むものである。

医療・介護の報酬単価の動向が不明であり、中・長期的な経営見込みが立たないことなどから、現時点で転換先を未定・無回答が多数(39.8%)であり、これらについては、回答のあった転換先により按分し振り分けるものとし、療養病床の再編成の趣旨に鑑み、現状の医療療養病床数を上回らないよう、介護療養病床の転換先を按分する。

○転換数(案)

	病床数 (H19. 4. 1)	医療保険			介護保険			廃止
		医療療養	一般病床	認知症等	老健	特養	その他	
医療療養	18, 737	16, 070	947	98	1, 003	157	0	462
介護療養	8, 713	2, 667	322	3	4, 934	0	434	353
計	27, 450	18, 737	1, 269	101	5, 937	157	434	815

療養病床アンケート調査の結果等を活用した上で、医療・介護の報酬単価の動向が不明であり、中・長期的な経営見込みが立たない中で、転換先を未定・無回答とした病床の扱いについては、回答のあった転換先により按分し「療養病床転換推進計画」における療養病床数を見込むことを基本とする。
この際には、療養病床再編成の趣旨に鑑み、現状の医療療養病床数を上回らないこととする。

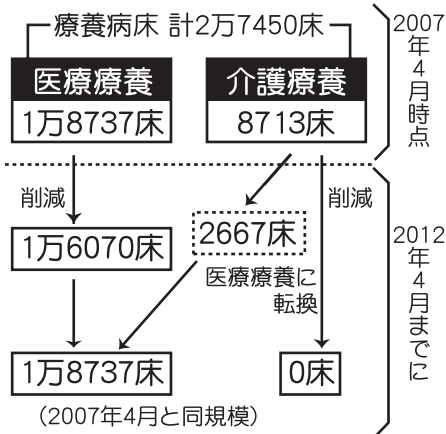
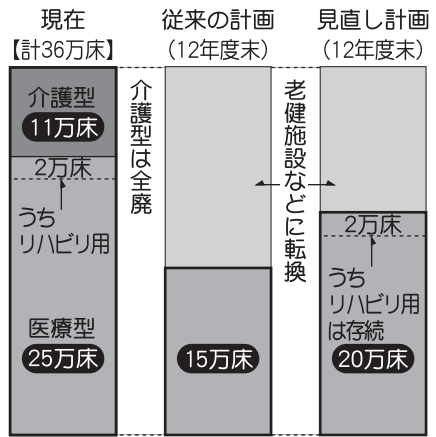


図5 道の医療病床転換計画(案)



(出所) 朝日新聞 2008年1月5日記事
図8 療養病床の削減計画

表7 17都道府県の療養病床転換推進計画(回復期リハビリ病床含む)

都道府県	2007年4月療養病床数(医療・介護)	2011年度末医療療養病床数	都道府県	2007年4月療養病床数(医療・介護)	2011年度末医療療養病床数
北海道	27,450	18,229	兵庫	15,558	10,802
山形	2,121	1,842*1	島根	2,704	1,671
福島	4,531	2,245	岡山	5,891	4,122
栃木	4,724	2,703	広島	11,819	6,729
東京	21,379	12,353	香川	3,141	1,088
新潟	5,454	3,511	高知	7,592	3,773
愛知	14,479	10,903	長崎	7,823	4,581
滋賀	3,186	1,991	宮崎	4,942*2	3,533*2
大阪	23,656	15,284	合計	166,450	105,360

*1 2012年度末
*2 宮崎県の療養病床少数は回復期リハ病床を含まない数値

を与えるとの懸念から、全国基準より緩く、医療療養型病床は現在の1万8,737床を維持したいとの考えである(図5)。

しかし未回答部分が39.8%もあり、廃止後の受け皿作りが十分でない現段階で早期に結論を出すのは時期尚早であろう(図6)。

診療報酬の上げ幅や内容が決まり次第、再度意向調査が必要と考える。

日本医師会のグランドデザインでは厚労省の判定とは異なり、患者状態を踏まえて図表のような将来像を想定している(図7、表6)。

その後2008年1月になって厚労省は当初の計画を大幅に緩和し、5万床(そのうちリハビリ用2万床)を上乗せした20万床程度とする方針を固めたようだ(図8)。

北海道のみならず、他の都府県でも一律の参酌基準でなく、地域の特殊性の理解や診療報酬が未決定の段階では策定が困難などの意見が多い(表7)。

厚労省の療養病床の再編計画は「受け皿」対策はまったく見えず、今のままでは単なるシフティングで家族にのしかかる労力負担とお金の「介護地獄」が始まる。

大量の「介護難民」発生のメカニズムは厚労省自らの資料からも窺い知れる。全国的には7年後には約200万人が施設に入れられない介護難民になるのではとの恐れも現実味を帯びている。

予測と現実の大きなギャップは理解しがたい位、

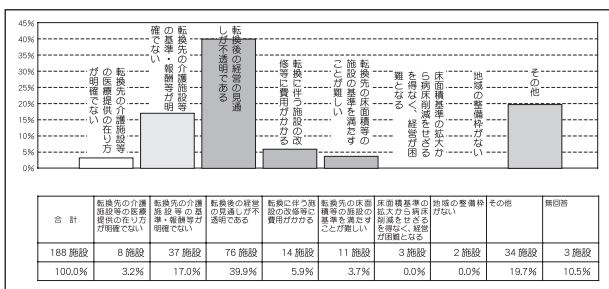


図6 転換先未定の理由(平成19年8月調査)

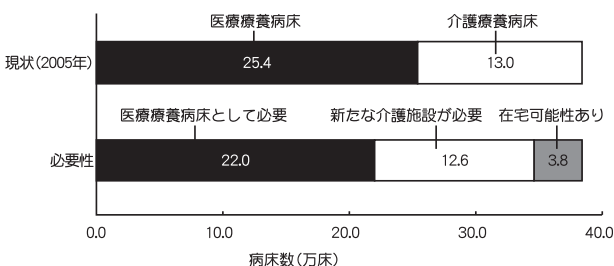


図7 患者状態から見た療養病床等の必要性(2005年)

表6 患者状態からみた療養病床等の必要性(2005年)

(千床または千人)

		医療療養病床として必要	新たな介護施設等が必要	在宅可能(社会的入院)	総数
医療療養病床	構成比	66.8%	23.9%	9.3%	100.0%
	病床・定員	169.7	60.6	23.7	254.0
介護療養病床	構成比	38.7%	50.5%	10.8%	100.0%
	病床・定員	50.3	65.6	14.1	129.9
計		219.9	126.2	37.8	383.9

*病床数は2005年データ。患者状態を見た日本医師会等調査は2006年実施。

国の療養病床再編のシナリオでは2005年度、医療保険型25万床を2012年に15万床へ、介護保険型12万床は介護保険法改正により全廃し、居住者・在宅、老人保健施設に転換するとしている(図4)。

北海道では転換意向アンケート調査を施行した。未定、無回答が39.8%の多数に及んだが、回答のあった転換先に按分し振り分けるものとした(案)(表5)。

しかし広大で過疎化が進む北海道の特殊性から療養病床を短期間で大幅削減すると患者や家族に不安

高い医療費予測と低い医療費の現実

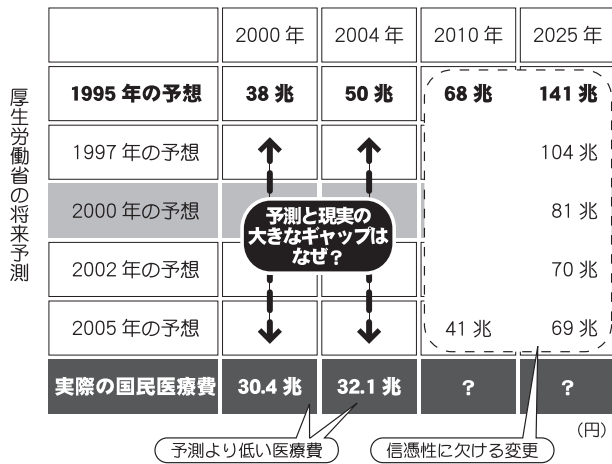


図9 厚生労働省の医療費将来予測

厚労省の医療費将来予測の誤りは余りにも有名である(図9)。

最も医療費は「ニーズ」ではなく「政治」で決まり、政治に最も大きな影響を与える要因は「所得」であり、国民所得の伸びとその時々の方針スタンスを正確に予測しなければ分からないという考え方もある。

Ⅶ おわりに

私達は「失敗学のすすめ」から学ばねばならない。イギリスの医療はどうであったか。アメリカの医療はどうであったか。また過去のWHO総合評価第1位と評価されてきた優れた日本の医療が何故「医療崩壊」に至ろうとしているのか。

現在の日本における医療制度改革論議の特徴は次の通りである。

- 1) 医療費抑制のみが声高に論じられている。「小さな政府」論に基づく医療費の公的給付抑制(自己負担増)
- 2) 医療におけるビジネス・チャンスの創出を目指す勢力が医療の「規制改革」を主導している。市場原理・競争原理の導入(官製市場の打破)、株式会社病院、混合診療の解禁
- 3) 「患者の権利」を保証し、「医療の質」を向上するために、何をなすべきかの議論が背景に押しやられている。
- 4) 「公」を減らして「民」を増やした「二階建ての医療保険制度(米国型の医療保険制度)」を目指す勢力が力を強めている。

医療は決して市場原理主義に支配されるものであってはならない。

市場原理主義とは、儲けることを人生最大の目的として、倫理的、社会的、人間的な営為を軽んずる生きざまを良しとする考え方である。人間として最低の考え方である。この市場原理主義を基本的理念として、経済学の構築を精力的に推し進め、制度的設計、政策的指針を積極的に展開したのがシカゴ大

学のミルトン・フリードマンであった。市場原理主義の意味を鮮明に表すのが、つぎのフリードマンの言葉である。「儲けを得る機会のあるときに儲けるのが紳士だ。儲ける機会があるのに儲けようとしないのは紳士だとは言えない」。「医療は社会的共通資本であり医療を経済に合わせるのではなく、経済を医療に合わせる事が基本的視点である。提供される医療サービスが医学的観点から最適なものであり、かつ社会的観点から公正で、経済的観点から効率的であるとすれば、国民医療費の割合は高ければ高いほど、経済的観点のみならず社会的観点から望ましいものである」という宇沢弘文東大名誉教授の言葉に集約されているのではなかろうか。

昨年の12月24日発行の北海道新聞の社説「帳尻合わせではだめだ」は適切な指摘をしている。

「高齢化の進行と医療技術の進歩で医療費は今後も確実に増え続ける。国民の生命と健康を守るための費用をこれ以上削れば、医療の質と安全が保証されなくなる恐れがある。そうなれば、公的保険への信頼、つまり国民皆保険の根幹が揺らぎかねない。医療は社会資本と言える。不要な検査を減らし、効率化を図るといった無駄を省く努力が求められるのは当然だが、必要な医療費が財政事情で圧縮されるのでは困る。国民が安心できる医療制度を維持するため、経費を確保するのは国の責務だ。国の歳出の中で、削るべきものがまだまだあるのではないか。国が支出する医療費の総額を決め、個々の診療報酬をその枠内で増やしたり減らしたりして帳尻を合わせる現行の仕組みは限界に来ている。」

北海道は面積の広さ、積雪、寒冷という自然条件の悪さなど、特殊性を鑑みねばならない。国の一般的基準に該当させることが到底無理なのである(表8)。

「医療の質の向上」と「医療費抑制」の両立は相反するものである。医療は人件費が5割も占める労働集約型産業で一般産業と異なる。技術進歩が人件費の節減をもたらす場合は少なく、増加することが多いのである。

「医療の質と安全を担保」して、初めて「健康で文化的な生活」を送ることができるのであり、そのためには医療費の増加と医師を始めとする医療従事者の十分な確保が必要となる。

表8

区分	北海道	全国平均
面積割合	22.09% (1)	2.13%
可住地面積割合	18.04% (1)	2.13%
人口密度	257.0人/km ² (47)	1,052.6人/km ²
平均気温	8.9℃ (47)	-
雪日数	134日 (1)	-
1世帯当世帯人員	2.31人 (46)	2.55人
高齢単身世帯割合	8.95% (15)	7.88%
高齢夫婦世帯割合	11.14% (10)	9.15%
持ち家比率	56.7% (42)	61.2%
自宅死亡率	8.1% (47)	12.2%

* 数値はH17(持ち家比率のみH15、()は全国順位)
 * 「国勢調査報告」(平成17年)、「社会統計調査」(平成17年)、「気象庁年報」(平成17年)

表9 米国における医療費上昇の5つの要因 (1940～90年)

要因	医療費上昇率への寄与率 (合計で100%)
1. 人口の高齢化	3.5% 65歳以上の割合が8% (1950年) から12% (1987年) に上昇した期間に3.5% (= 15%/425%) 寄与
2. 医療保険制度の普及	17% 患者の窓口負担が67% (1950年) から27% (1980年) に低下した期間に17% (= 50%/290%) 寄与
3. 国民所得の上昇	4.5～9% 所得弾力性を0.2～0.4と仮定
4. 医師供給数増加 (ないし誘発需要)	ほぼゼロ 寄与率の算出方法には未解決の問題あり。
5. 医療分野と他の産業分野との生産性上昇格差	25%以下 定量 (数値) の計算ではなく、数値化できない側面も考慮した定性的な推定による
6. その他の要因	(定量的) 70～75% (定量・定性的) 45～50% 定量 (数値) 的な測定が困難な要因全てを含む。 医療技術の進歩が仮説として最も有力

必ずしも日本に当てはめることができないが、アメリカにおける医療費上昇の要因と考えられた5つの要因の寄与率は25～50%と少なく、70～75%と寄与した主因がおそらく医療技術の進歩 (医療の質の

向上) であったことである (表9)。しかし総医療費のGDP (国内総生産) 比で比較すると大きな国際間の格差があるが、先進国間の上昇率は格差が少ないことから日本でも同様のことが想定されるのではなかろうか。

医療費問題については必ず財源問題がある。「埋蔵金」が話題を呼んでいる。「財政融資資金特別会計」(26兆円)、「外国為替資金特別会計」(16兆円)、「社会保障基金」(240兆円) など、その他道路特定財源の一般財源化、公共事業費 (平成20年度予算年間7兆円前後)、防衛費 (年間約5兆円)、「健康日本21」や「ガン対策推進」で打ち出している喫煙対策からのタバコ税引き上げ (1本2円で約5,000億円) などにより財源は確保しようと思う。

進み行く医療崩壊から再生への道をエビデンスに基づいた政策の立案と柔軟な対応を行政に期待するものである。

緊急報告

日医唐澤会長病状報告

会長 長瀬 清

日医唐澤会長が病で倒れられたというニュースが流れ、会員の皆様には病状がどうなっているか、また日医はどうなるのかと心配されていることと思います。これまでの経過についてご報告いたします。

1月4日、都内で東京都医師会の新年交礼会が行われました。挨拶の予定で来られていた会長が、控室で吐き気や目まいを訴えられ、救急車で近くの大学病院に運ばれました。緊急検査により小脳左半球の出血による血腫が認められ手術がなされました。手術は順調に行われその後の経過も極めて良好とのことでした。

公式発表は1月8日に行われました。今年4月の日医代議員会で役員選挙が行われることになっており、その矢先のことで全国に激震が走りました。

北海道ブロックでは、昨年11月11日開催の郡市医師会長協議会において、次期日医会長選挙に対して現会長の唐澤先生を引き続き推すことを全員一致で決定。出馬を促す声明を東北ブロックと共に行うことおよびその日時を私に任せていただくことを決めました。

今年1月5日、北海道医師会新年交礼会で、唐澤会長の続投を希望し東北ブロックと共同推薦を近々したいと挨拶の中で申し上げました。その直後に異変報告を受け驚きました。

唐澤会長のその後の経過は極めて順調で、病室も一般病棟に移られ、言語障害や四肢の麻痺などなく家族と談笑し、新聞を読み、リハビリを開始されているとのこと。それほど経たずに会務に復帰されるだろうとの予測です。

経過を今少し見なければなりません、北海道医師会としてはいたずらに右往左往することなく、これまでの方針通りにやっていきたいと考えております。皆様のご理解をお願いいたします。