



医療制度改革や道州制導入に伴って、今後、年金、医療、介護など社会保障の主体を地方自治体が担うこととなります。実際、医療費適正化計画、政府管掌保険の公法人化、後期高齢者医療広域連合の設立などに向けて、国や北海道庁（道庁）は着々とその準備を進めています。

将来的には、国が社会保障の大枠を定め、地方はその方針に従って地域の実情（主としては財力）に合った社会保障を実施することになりますから、当然、豊かな地域とそうでない地域で公的医療・介護の内容や社会保障に関わる自己負担などに格差が生じることが予想されます。

北海道は、公共事業や補助金に対する依存度が高く、景気回復も遅れています。また一方で、北海道は財政危機に陥っていますし、医療費や介護費が全国平均に比べて著しく高いという現実があります。これらを前提として今後の北海道の医療や介護を考えた場合、財源不足を理由にして、さまざまな形で道民の医療や介護が制限されたり、道民の社会保障費の自己負担が増えたりするのではないかと心配するのは、私の考え過ぎでしょうか。

公的医療運営の主体が地方に移る訳ですから、当然、これまで日本医師会（日医）が果たしてきた役割の一部を北海道医師会（道医）が果たさなければならなくなります。つま

り、道医は日医に代わって、道民医療やわれわれ医師の権利や利益を守る主役になります。しかし、先述の通り、北海道医療が厳しい状況に置かれていることを考えれば、道医は非常に難しい責務を請け負うことになるに違いありません。明らかにこれは、これまで道医が果たしてきた役割を大きく超えるものであり、一つ対応を誤れば、道民医療やわれわれの医療経営が破綻する危険さがあると思います。

道医は、3つのプロジェクトチームを創設して今後の社会保障制度改革に備えようと計画しているようですが、日本医師会総合政策研究機構（日医総研）のようなシンクタンクを持っていませんし、スタッフ数も限られていることから、現状の体制で、どれ程の役割を果たせるのかはなはだ疑問であります。これから先、道医は道議会、道庁や北海道社会保険事務局の官僚、保険者などを相手に折衝をしなければならなくなりますが、道医執行部は、3つのプロジェクトチームによって十分に対応できるとお考えなのだろうか。われわれが期待する医療政策を実現するためには、国会議員や道議会議員に陳情する、世論に訴えるなどの方法もありますが、一番大切なのは道庁の官僚や道議会を相手に正攻法で議論を戦かわせることでもあります。日医総研が存在しなかった時期あるいは日医総研が縮小化した時期、日医の医療政策の立案・解析能力が低いために、日医が厚生労働省や政府・与党に対して劣勢に立たされたことを考えれば、今後、道医にもシンクタンク的なものが不可欠であると考えます。道議会や官僚と交渉する場合には、感情論を唱えたり、一般論を述べたところで効果がないのであって、具体的かつ客観的な地域データに基づいて議論を展開するのでなければ説得力がありません。今こそ、道医は理論武装しなければならない時だと考えます。具体的には、北海道医療に関わるさまざまなデータの収集と解析を目的として、道医は「プチ総研」を持つべきです。道庁や北海道社会保険事務局のOBや社会保障に精通した元教授などを中心に5～6名のスタッフを専任で採用して事に当たるのが良いと思います。専任スタッフには、北海道の医療や介護に関わる資料を中心に収集し解析していただく訳ですが、場合によっては、収集

したデータを日医に基礎資料として提供したり、日医総研に依頼してデータの高度な解析をするのも良いでしょう。また、道や市町村の資料には一般公開されていないものも多いので、必要とする資料の公開を求めていくことも大切です。勿論、北海道各地の医師会も、全ての責務を道医に押し付けるだけではなくて、連携して必要な地域医療の生データを集めて報告するなど、道医を積極的にバックアップすることも忘れてなりません。このような作業によって、一刻も早く北海道医療に関するデータベースを作り上げ、間近に迫った医療制度改革に備えるべきだと考えます。

「プチ総研」の運営には、一定の経費を必要としますが、われわれ医師会会員に直接関わる諸問題を扱うための機関ですから、以下に示すような対策を講じることを約束すれば会員の理解は得られると思います。

「プチ総研」の運営経費については、直接、各会員の道医会費に上乘せするのではなくて、各地の医師会を通じて、所属の医師会員数に比例した額を道医に上納していただく。そして、各地医師会は上納した額をそのまま所属会員から徴収するのではなくて、この際、各地医師会の行っている事業を見直し、重要性の低い事業は廃止するなどの思い切った構造改革によって財源を捻出し、所属会員の新たな医師会費負担を最小限に止める。

以上、かなり大胆な提案をさせていただきましたが、すでに国や道庁は社会保障制度の大変革を実施するための準備を着実に進めています。一方、道医はどうかと言えば、今後、道医の担う責務の重要さの割に現状の体制は余りにも非力であります。完全武装の官僚と丸腰で戦うような事態にならないように、道医が一日も早く十分な理論武装するための体制を作り上げることを期待するばかりです。



最大の危機を迎えた日本の医療

十勝医師会 白川 拓
鹿追町国民健康保険病院

「一貫した政府の医療費抑制政策」端的に言うと、この政策を撤回しないかぎり日本の医療は絶対に良くなるどころか医療システムが崩壊する。臓器移植・再生治療・遺伝子治療・癌治療などの高度、最先端医療の目覚ましい進歩や、PET MRI CT ECHOなど画像設備や緊急救命医療体制の充実により、多くの国民を救命・救済しております。一般病院においては医療スタッフの協力により安全管理対策、院内感染対策、褥創対策、NST設置、医療相談室、在宅支援地域医療連携室などに力を注ぎ、良質な医療を効率良く提供するため努力しております。数年前、世界保健機構によれば、国民の健康総合達成度において、日本は世界一の評価を受けており、現実においても世界一の長寿国、世界最低の乳幼児死亡率であり、保健や福祉、特に医療が国の隅々まで行き渡っていることを象徴しています。これを支えているのが、日本が世界に誇る国民皆保険制度であり、新生児から高齢者までいつでもどこでもフリーアクセスで高度最先端医療から在宅医療まで受けることが可能です。

ところが、徹底した医療費抑制政策により多くの病院が経営困難な状況に陥り、国民に安心して安全な医療を提供するために、充実した医療スタッフの配属ができず、医療設備の投資やアメニティの改善などができない現状です。医療を受ける国民の側では、相次ぐ医療費の自己負担の増加により、誰でもが容易に病院を受診できない状況となっている。「格差社会」「医療難民」「莫大な医療費の未収額」など、最近の日本医療の象徴であり、日本の誇る国民皆保険制度創設以来、最大の医療危機であります。

21世紀の日本社会で納得のできる医療を実践するには開発・研究、施設機器設備、医療材料、スタッフを充実させるために莫大な費用が必要であります。当然、この莫大な費用

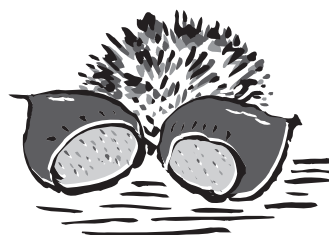
を賄うのが医療費であります。医療費抑制政策が日本の医療を崩壊させるゆえんであります。さらに、世界の各国がどれだけ医療にお金を費やしているか（医療に力を注いでいるか）を比較するのに、「OECD諸国の医療費対GDP比率（2003年）」が用いられますが1位はアメリカで15.0%日本は17位で7.9%でした。現実的にも、日本は先進国の中で医療費が低く抑えられているのです。医療費と高齢化率は強く相関しており、高齢化率が世界一の日本は医療にもっとお金を費やすべきであり、医療費を抑制することは生命や健康を粗末に扱うことで大きな罪に匹敵します。政府、厚労省は日本社会に対して許しがたき犯罪をいつまで続けるのでしょうか、全く言語道断であります。

「急速に進んだ日本の少子高齢化社会」ご存知のように日本の高齢化率は世界で第一位です。当然、高齢者は有病率も高く医療を受ける機会が多いため（平成15年度の年齢階級別医療費では65歳以上の高齢者が50.4%を占めております）ますます、医療費が高騰する状況におかれています。医療費を強引に抑制すれば、どこかに必ず亀裂が生じ医療の崩壊につながります。急速に進む高齢化社会の中で、介護を要する認知症や寝たきり老人の増加や高齢者の社会的入院の解消、さらには高齢者の医療費高騰化がクローズアップされており、平成13年度より介護保険制度が新たに実施されました。つまり、慢性期療養型医療の一部を医療保険から介護保険に移行し、市町村が従来まで福祉行政として展開してきた老人福祉を介護保険制度に組み入れたのでした。極めて合理的な施策であったが、国は福祉政策を実践する過程で、経済・財政効果のみを最優先し、日本国憲法の根幹である「基本的人権の尊重」「公共の福祉」の精神が欠落しているため、真に国民の生存権を遵守する立場にありません。医療や介護を実際に受けている人たちの実態と将来的な変化を正確に把握すらできないため、サービスの提供が需要の拡大に全く追いつかず、被保険者に満足のできるサービスを提供できないのが現状である。特に施設入所サービス（特養ホーム・老健施設）においては3～6ヵ月以上の待機が必要である。介護保険税を納税しているにも拘らず本来待ったなしの必要な介護

サービスを即受けることができない、全く遺憾な現状であります。

さらに、厚労省は療養病床の再編成を6年後の実施に向け計画しております。具体的には、現在ある38万床の療養病床（医療保険適用25万床・介護保険適用13万床）を介護療養病床は廃止し医療療養病床を15万床に減じ、廃止分の療養病床はその間に老健施設等に転換されていきます。つまり、延べ23万床分の病院が6年後までに消滅するのです。平均ベッド数で100床の病院が全国で2,000施設以上消滅するわけですから、国の医療費抑制政策は大成功であります。医療と福祉・介護の現場は大混乱に陥り、大勢の医療難民、介護難民が出現することは間違いありません。

「23万床の療養病床の削減」を見据えた中で、今年7月より療養病棟入院基本料の見直し、患者分類に基づく報酬設定を行なった。療養患者を疾患と状態の重症度により3段階に区分しており、その内訳は医療区分1:42% 医療区分2:45% 医療区分3:13%であった（日本医師会の緊急調査）。医療区分1の患者を今後は介護施設や在宅へ移行させる考えであるが、医療行為（胃婁の管理、経鼻経管栄養、喀痰の吸引、褥創の処置、留置カテーテル、点滴・注射など）を受けている患者も多く、現行の介護施設や在宅では全てに対処するのは不可能であり、病院を出されても受け皿がないため、医療・介護難民を生み出すことになる。さらに、現在の医療療養病床は特殊疾患病棟、回復期リハビリ病棟、緩和ケア病棟の機能を果たすとともに、一般病床が平均在院日数を競って減らしていくわけですから、今まで以上に亜急性期医療の受け皿としての役割がますます増大することが予想され、経済・財政効果のみを狙い、医療・介護の現状や将来を無視して安易に療養病床を削減することは、近い将来必ず「社会的混乱」を招くことになる。



冥王星は「降格」、慢性期リハも降格

胆振西部医師会 後藤 義朗
洞爺協会病院

8月下旬国際天文学連合で惑星の定義が改められ、冥王星が「惑星」から外れた。天文学の目覚しい発展で、太陽系の端にある月より小さい冥王星の性状も把握できるようになったからだ。

太陽系の惑星は語呂(水金地火木土天海冥)で覚えた。英語にも同様の語呂合わせ(冥王星Plutoは「pizza」で置き換える文章)でも親しんだので寂しい。学問の発展は「常識」をいとも簡単に覆す。1930年以來の出来事に博物館も図鑑屋も「降格」で書き換えを余儀なくされパニック。しかし、市井の雑音にも惑わされずに、真実は真実と純粋に学問を追求する天文学会の態度には敬意を表したい。新しい事象が発見されたら、「君子豹変」するのが学問の本来の姿なのである。ただ、分類が変更となった冥王星は、太陽系の星の一つとしてしっかりと存在していることには間違いない。

一方、今回の診療報酬改定の定義で慢性期リハビリテーション(リハと略)の定義が豹変した。診療に日数制限がつき、その暫定処置の最終日が9月27日。維持期リハはもちろんのこと、発症早期から意識障害や体力耐久力低下があり十分なリハを受ける状態になかった患者様は、期間限定の枠から漏れて、現状で固定となる。「改善が期待される」とうたう除外規定は、医師の裁量権が一見ありそうだが、維持期のリハでは、結果が、数字や指標に表れないことが多いし、発症経過年数からも除外規定には合致しない。この定義が厳格なのは、朝日新聞(9/24)が指摘するように医療費抑制の目的が明らか。この「リハ適応外の説明」をする役目は現場が負い、さらに患者様からは、将来の不安や疑問を直接投げかけられた。適切な策を示せないままに、苦情をただ受けとめるだけ。「QOL向上をすべてのリハ患者」に、をモットーにして、維持期リハを推進してきた当院もその狭間で翻弄

されてきた。

10月からリハ対象者が減少する。多忙だったリハスタッフも余裕ができる。地域リハを守るため、これまで続けてきた訪問リハを増員してリハ・ステーションとして独立して立ち上げることにした。

現況のままでは、リハ難民や介護難民が増加する。在宅や病院において寝たきりの患者様が増加し、やがて各種合併症が増える。その治療が重なると結果的には医療費を押し上げるのではないだろうか(9/27のNHKの番組でも同様の内容が指摘)。いや、将来、慢性期病床も限定されるので、合併症を含めて「包括」になるのであろうか。

市民レベルでのリハ除外反対の署名、44万人分が集まり、6月に厚労省に届けられたが、いまだ反応はない。豹変すべき君子の顔すら見えてこない。まして、資料を作る厚労省の諮問機関が実態調査をまとめるのが来年2月とのこと。

宇宙はロマンに満ちるが、現実の世の中には隙間風が吹く。「再チャレンジ」ができる社会を目指す新内閣が誕生したこの星の一角では、リハ患者には再チャレンジはできない医療体制が成立した。さらに、本年度から「障害者自立支援法」もスタートしたが、本来の目的を離れ、1割負担により経済面から制限が前面に出て自主規制している例もあると聞く。支援組織や受け皿が不十分のままに制度をスタートさせたら絵に描いた餅、いや勝ち目が少ない機会ではチャンスとはいえない。支援を必要としている障害者を排除せず、チャレンジが継続できる福祉施策を強く願うばかりだ。



北海道医師会グループ保険 加入のお勧め

旭川市医師会
山下内科循環器科
クリニック
山下 裕久

道医報に投稿するのは、36歳の年男以来25年ぶりです。四半世紀を大病もせずに生きてこられました。そして、4人の子供に恵まれ、もしもの時はどうしようかと思ってもきました。昨今、道医の医業経営・福利厚生事業等検討委員会委員になった機会に、道医グループ保険のお誘いにと一文投稿してみます。

さて、道医では昨年以來北海道医師会グループ保険への加入キャンペーンを行っています。私はこの保険のメリットを自分なりに納得し、大学勤務医の30代半ばから加入し、幸いにも保険金を受け取らずに生き延びてきました。薄給の方にも、余裕のある方にもお勧めの生命保険と思うのです。

この保険では、死亡時最高額4,000万円の保障に対し、35歳以下では月額4,440円の支払いです。40歳以下でも月額5,800円、年7万円弱の支払いでこの保障が得られます。逆にとれば年574人に1人の死亡リスクと言えるのです。50歳以下で月額12,080円、年15万円弱で年275人に1人の死亡リスク、そして60歳以下でも月額30,240円、年36万円強で年110人に1人の死亡リスクで4,000万円の保障が得られます。一般民間保険では考えられない低額保険料と思うのです。どうして安くすむかと言えば、手数料がきわめて少ないこと、さらに加入者が限定され、比較的健康的であることが挙げられるでしょう。

ちなみに、私の生命保険歴と言えば、30代の頃、とある保険会社のご婦人がいらして、「母の知人ですが、保険に・・・」との勧誘に断りきれず契約し、何かの手違いで契約切れになり、再契約したのが42歳でした。内容は個人情報で伏せますが、月額28,000円弱で年約33万円を20年支払い、気が付けば総計約660万円を払い込んでいます。今解約すると131万円の返戻とあるので実際の費用は530万円になるのでしょうか。

そこで、道医の男性会員が道医グループ保

険の最高額4,000万円に41歳から加入したとします。5年刻みの保険料を60歳まで累計すると $(8,280 \times 12 \times 5 + 12,080 \times 12 \times 5 + 18,280 \times 12 \times 5 + 30,240 \times 12 \times 5)$ 総計413万円になります。さらに、道医グループ保険では死差損益の配当が30%近く（平成12年から平成16年で平均37%）あるのです。その結果4,000万円の死亡保障に対する実質支払保険料は20年でも総額270万円ですむわけです。勿論、20代からの加入も可能です。

健康で身体に自信があっても、配偶者や子供をお持ちの20、30代の先生は、もしものときに家族に何を残してあげられるでしょうか？ 若い先生にお勧めです。そして、余裕のある方は奥様・ご主人のためにどうでしょうか。逆に、配偶者から先生に加入していただくようお勧めしてはいかがでしょうか。

さて、こんなことを考えながら、還暦を超えた私にとっての最大の不満と言いますと、61歳以上で保障が2,500万円に下がること。生きている価値がひどく下がったみたいで、せめて3,000万円にしてほしかったと思うのは、ないものねだりでしょうか。

それでも、道医会員にさらに1つお勧めの生命保険と思うのです。新しい年を目前に考えてみませんか？

