

人口の高齢化が進む中で医療費の増加が問題とされ、これ以上の増加を抑制するために次々と医療制度改革が実施されています。このような改革がこのまま進められることが本当に良いのか、医療の現場にいるといろいろな疑問が湧いてきます。国民の皆さん方も政府の発表するデータやそれをそのまま伝えるマスコミの情報を鵜呑みにするのではなく、自ら考え、発言し、行動していただきたいと思います。そのためには先ずわが国の医療の現状をきちんと知った上で判断していただくことが大切ではないかと思えます。今回は、

- 1) 医療費は何故増えるのでしょうか？
- 2) わが国の医療費は諸外国と比べて多いのでしょうか？ また、国が支出している医療費は外国と比べて多いのでしょうか？
- 3) 医療費はどのように使われているのでしょうか？
- 4) わが国の医療は国際的にどのように評価されているのでしょうか？
- 5) このままではわが国の医療は崩壊するなどについて述べてみたいと思います。

1) 医療費は何故増えるのでしょうか。

わが国の医療費が30兆円を超えたことが報道され、政府は医療費がこれ以上増えつづけると国の財政が大変なことになると喧伝し、マスコミもこれを、無批判にそのまま伝えていきます。その結果、国民は日本の医療費は大変に多いと思い込んでいるのではないのでしょうか。

そもそも医療費は何故増えるのでしょうか。いろいろな要因がありますが、一般に次のようなものが挙げられています。

A) 医療費の自然増

1. 人口の増加
2. 人口の高齢化

3. 医学、医療の進歩、新技術の導入

4. 疾病構造の変化、対象の変化

人口が増えれば、その分医療費も増加するのは仕方ないことです。また高齢者が増えれば、老人は病気に罹ることが多いので一人一人の医療費は同じでもトータルの医療費は多くなります。

また、医学が進歩し新しい医療技術や新薬が開発され、また新しい医療機械や、器具、技術などが使われるようになれば、これらに必要な費用も加わることになります。ちょっと周りを見て頂ければ、ひと昔前には考えもしなかったような内視鏡検査機器やこれを使った治療機器、超音波診断装置、CT スキャン装置、MRI 装置、PET 装置などが医療で普通に使われるようになってきていることに気付かれるでしょう。これらの新しい装置や機器は精密機器で大変に高価なものが少なくないのです。

さらに治療の対象となる病気も大きく変わってきています。昔は感染症などの急性疾患が医療の主な対象でしたが、抗生物質などのお蔭でこれらの疾患は減少し、最近問題となっているのは、癌や、生活習慣病といわれる慢性的な病気です。高血圧や心筋梗塞などの循環器病や、脳卒中などの脳疾患、糖尿病、慢性腎不全、メタボリックシンドローム、肥満、慢性肺疾患などが昔と比べると急速に増加し、これらの治療には高価な薬が使われ、また長期に亘ります。

ということで、どうしても医療費は自然に増えてしまうのです。このような増加を学者は“自然増”と呼んでいます。これはわが国だけの問題ではなく、先進諸国のいずれもがかかえている共通した問題です。この自然増の部分を抑えることは困難で、この分まで無理に抑えようとすれば、高齢者医療を切り捨てるか、医療技術の進歩を一部の人達にだけ限定的に

使えるようにするいわゆる“混合診療の導入”しかないのです。そんなことを国民が望んでいないことは、先年、財政諮問会議が提案した混合診療の全面解禁が、厚生労働省、医師会、患者さんなどの反対で取り止めになったことから明らかです。

B)わが国特有の医療費増加要因

これとは別にわが国特有の医療費増加の要因として次のようなものが挙げられています。

1. 病床数が多い、在院日数が長い
2. 薬剤価格が高い、薬剤使用量が多い
3. 医療材料価格が高い
4. 検査が多い
5. 受診回数が多い

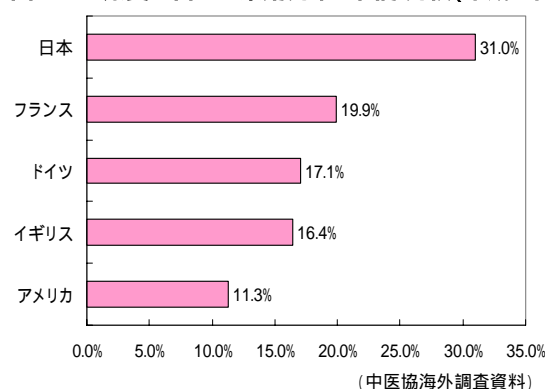
たしかにわが国ではいわゆる社会的入院と言われる医療上入院治療が必要でなくなってからも、自宅では社会復帰までの回復のための療養する環境が整えられないために入院を続ける患者さんがいたことは事実で、これが在院日数が長くなる一つの原因となっていました。しかし、入院日数による入院基本料の逓減制などが社会保険に導入されたことから、わが国でも急性期病床の在院日数は急速に減少し、今ではほぼ 3 週間以内と短くなっています。一方で患者さんや家族側から見ると、病院から早期に退院や転医を迫られるために、患者さん本人や家族に対する負担が増えていることも事実です。この辺りは住居が狭く、核家族化が進み、家計にも余裕がないわが国の社会環境と欧米のそれとの違いを考慮する必要があります。

ところで、薬剤価格が外国と比べて大変に高く設定されていることを国民の皆さんは御存知でしょうか。日本の医療費は 30 兆円を超えましたがそのうちの実に 30%が薬剤費なのです。すなわち 8 兆円が薬に使われているのです。図1を見ていただくと欧米に

比べてわが国の医療費に占める薬剤費の割合が飛び抜けて大きいことがわかります(図1)。

日本の病院や医師は薬を出しすぎると言われてきました。しかし、いわゆる薬価差益と称する病院や診療所が薬を出すことによって得られる利益がなくなった現在、病院や診療所にとって薬を出すことによって利潤を上げることはできなくなりました。したがって病院が薬を出してそれで病院がもうかるということはありません。

図1 医療費に占める薬剤比率の国際比較(平成7年)



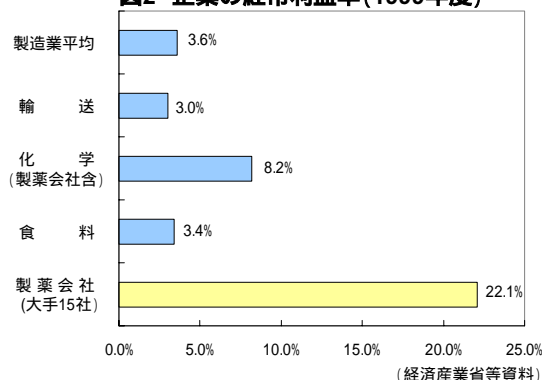
それでは何で薬剤に使われる医療費がこんなに多いのかと言うと、そもそも保険で決められている薬価が大変に高く決められているからなのです。

例をおしめしましょう。

不整脈治療に使われるリスモダンはわが国では1錠 90.5 円ですが、英国では 14.3 円、米国では 66.8 円です。また血管造影剤のオムニパークはわが国では 100ml14,709 円ですが、フランスでは 1/3 の 5,244 円、米国でも 12,854 円です。厚生労働省が保険で決めている日本の薬価は世界一高いのです。

不況、不況と言われながらも日本の製薬会社が莫大な利潤を上げ(図2)、潰れたという話を聞かないのも当然のことなのです。

図2 企業の経常利益率(1999年度)



最近、製薬業界に欧米の外資系製薬会社が続々と参入してきています。同じ薬が世界中で一番高く売れる日本は外国企業にとっても大変美味しい話なのです。何故厚生労働省は薬価をこんなに高く設定しているのでしょうか。いろいろともっともらしい説明がなされていますが、日本の製薬業界の最大の組織である東京医薬品工業協会(東薬工)、大阪医薬品協会(大薬協)の理事長などの幹部職が厚生労働省の局長経験者の天下り先となっていることとも無関係ではないかも知れません。極論かも知れませんが、わが国の保険で使われている薬の価格を外国並みに下げただけで、数兆円の医療費が節約できることを国民は知っておくべきでしょう。

同様にわが国の医療に使われている心臓ペースメーカーや血管用カテーテルなど外国製の医療材料の価格も外国と比べると約2倍から5~6倍と大変に高く決められています(表1)。医療費30兆円のうち約2兆円以上がこのような医療材料に使われています。

表1 医療機器の値段(1995年)

	ペースメーカー (万円)	PTCDカテーテル (万円)	冠動脈ステント (万円)
日本	160	25.7	35
アメリカ	60	7.1	20
イギリス	30	6.0	10
ドイツ	40	6.0	10
フランス	40	4.0	30

日本の医療用具の出荷額1.6兆円

(医療経済研究機構)

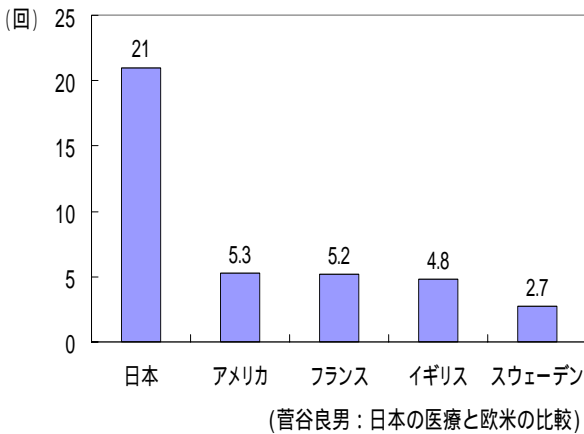
このような医療材料が高くなる原因としてわが国の複雑な流通機構が挙げられていますが、欧米からわが国に輸入される医療材料の価格が、同じものを輸入している韓国や、台湾などのアジア諸国のどこよりも高く決められているということを国民の皆さんは知っておられたでしょうか。このような薬価や、医療材料の価格を諸外国並みにするだけで、日本の医療費は数兆円も節約できるのです。それを放置したまま国民の医療費負担を増やすという医療制度改革は一体誰のためのものなのでしょうか。

病院や診療所に行くと、いろいろな検査をされます。検査の回数が多かったり、必ずしも必要でない検査が安易になされてきたことは確かでしょう。医薬分業の推進や薬価差益の解消などの制度改革によって薬漬け医療は少しずつ改善されてきていますが、検査漬け医療の方はどうでしょうか。検査が本当に必要かどうかを判断して、それを指示するのは医師です。検査が必要かどうかをきちんと判断できるかどうかで医師としての能力、力倆を問われることとなります。何でもかんでも検査をしたがる医師は患者さんも敬遠した方が良くかも知れません。最近、保険医療で可能な検査の種類や回数を厚生労働省が制限するようになりました。これは医師にとって悲しいことです。本来は一人一人の患者さんの病状に応じて検

査の種類も頻度も医師が判断して決めることが一番良い筈なのですが、安易に検査をしすぎる医師が多かったことへの反省として、当分は厚生労働省が決めた制限を甘受するしかないでしょう。それでも特に不都合が起これないとなれば、検査のしすぎだったという批判が正しかったことになるでしょう。

わが国では医師を受診する回数が外国に比べて多いことが指摘されています(図3)。

図3 国民1人当りの年間平均受診回数の国際比較(1990年)



いつでもどこでも好きな時に、かかりたい病院や医師に診て貰えるというのは、わが国の国民皆保険制度の大きな利点の一つです。そのために、ほんのちょっとした風邪や、かすり傷でも病院に行く人が多いことは確かです。この位の風邪なら売薬を飲んでいれば治りそうだ、マキロンを塗ってバンドエイドを貼っておけば直ぐに治るのと思うような患者さんを診ることが決して少なくありません。確かに外国ならば医師に罹るまでもない患者さんが病院や診療所を訪れているために病院がそれだけ忙しくなり、医療費も増えているのです。このようなことが続いているために、一定額以下の医療費については社会保険の対象外として自費診療にすべきだという、いわゆる社会保険の免責制の導入が厚生労働省で検討されはじめています。例えば、医療費の自己負担分が500円以下

の場合には自費診療にするというものです。このような方法で国の医療費を減らそうというやり方には、風邪やかすり傷のように自分で治せる病気では医者にかからなくなるという利点があります。しかし、逆に重大な病気を見落して病気が重症化してしまう危険があるという欠点もあります。重症化してしまえば結局、多額の医療費がかかってしまうので医療費の削減にはならないだろうという議論です。どちらが正しいのかは今後、詳細に検討する必要があります。

それよりも大切なのは、風邪や腹痛などのいわゆる common disease(ありふれた病気)についての国民全体に対する教育でしょう。勿論、新聞や、週刊誌、テレビなどのマスコミや、いわゆる健康雑誌などでこれらの病気についての知識を広めることも大切ですが、もっと大切なのは、小学校から高校までの初等、中等教育の中に、これらのありふれた病気や、生活習慣病についての教育カリキュラムを組み込んで、国民の一人一人の病気についての知識を増やすことでしょう。また私たち医師も毎日の診療の中で、患者さん一人一人にそれぞれの病気や治療法についてきちんと説明をして、その結果として患者さん自身にこれは医者にかかって治療すべきか、自分で治療すべきかを判断できるようにすることではないでしょうか。長い目で見れば、このような地道な努力が医療費の削減につながる筈です。

2)わが国の医療費は外国と比べて多いのでしょうか？

また、国はそのうちいくら支出しているのでしょうか？

厚生労働省の発表によれば、平成15年度の国民医療費は31.5兆円余りで、国民医療費の国民所得に対する割合は8.6%となっています。

問題点として、

- 1) 国民医療費は国民所得を上回る伸びを示している

2) 特に老人医療費の伸びが著しい、

と述べていますが、最近数年間を見る限り、医療費増加のカーブは平坦化しており、老人医療費も増えていません(図4)。



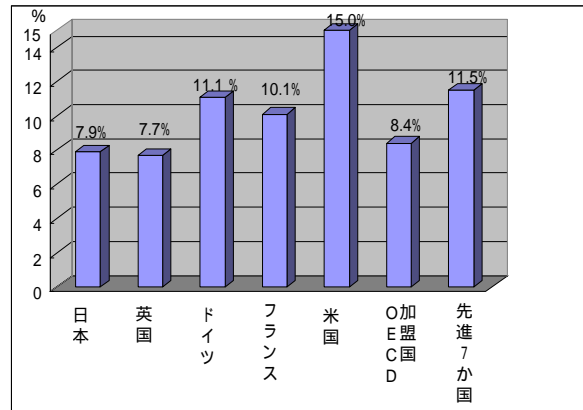
これは平成14年から始まった、厳しい医療費削減政策、診療報酬の度重なる引き下げ(平成14年は-2.7%、平成16年は-1.0%、平成18年度は-3.16%)の結果であると考えられますが、その一方でわが国の医療、特に病院医療の崩壊が加速し、国民皆保険を誇ってきたわが国で、老人や低所得層の医療難民が急速に増加しつつあることは、最近マスコミでも度々指摘されている通りです。

A) わが国の医療費は国際的に見ると大変に少ない。

そもそも31兆円という医療費は国際的に見て多いのでしょうか、少ないのでしょうか。OECDが発表している“Health Data 2005”によれば、OECD加盟国の総医療費の対GDPに対する割合はわが国は7.9%です。これは米国の1/2にすぎません(米国は15%)

世界先進国の中では最も低いのです。つい先頃までは英国が7.7%で日本よりも低かったのですが、英国国民の医療に対する不満を解消するためにブレア政権が数年前から医療費増加政策に転じたため、現在では英国にも抜かれてしまいました(図5)。

図5 先進国の医療費(対GDP比)の国際比較



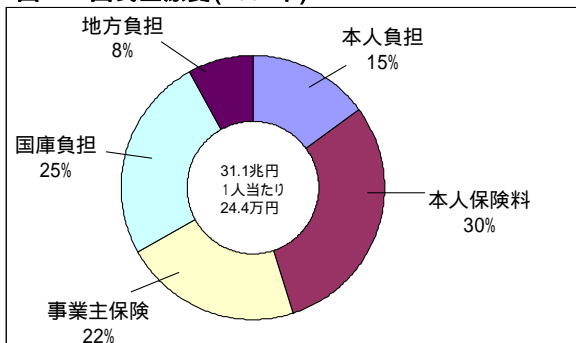
(OECD Health Data, 2005から)

わが国の政府やマスコミは医療費が30兆円を超えた、大変だと宣伝していますが、先進国の中で日本の医療費支出は実は一番少ないのです。ちなみに、わが国のパチンコ産業の年間売り上げは国民総医療費と同じく30兆円、また、葬式産業の売り上げは15兆円とされています。葬式に費やすお金がわが国の総医療費の半分と言う現実を国民の皆さんはどう考えられるのでしょうか？

B) わが国の医療費を誰がどのように負担しているのでしょうか？ 国の負担は25%、国民の負担は45%

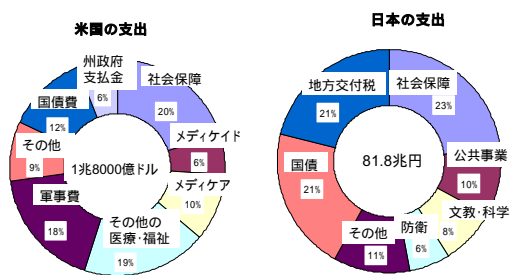
わが国では1年に30兆円余りの医療費が使われているのですが、この医療費を誰がどのように負担しているのかご存知でしょうか？ 図6を見て下さい。患者本人が15%、国民が保険料として毎月の給料から天引きされたり、市役所などに納めている本人保険料が30%、会社などの事業主が22%、国庫負担が25%、地方自治体の負担が8%となっています(図6)。

図6 国民医療費(2002年)



前回および今回の医療制度改革で高齢者負担が10%から20%、30%へと大幅に引き上げられましたので、今後本人負担分は15%を大きく超えることになるでしょう。一方、大変だ、大変だと言っている政府が支出しているのは医療費の25%、8兆円足らずでしかないのです。米国が医療や福祉に国家予算の半分以上を支出しているのと比べると、わが国では社会福祉が大変に軽視されているのがわかります。実際、わが国の政府が医療に支出している予算は米国の1/10にすぎないのです(図7)。

図7 米国の支出と日本の支出



(鈴木厚,日本の医療の危機,杉岡洋一編集
「どうする日本の医療」医学書院 2006)

C) 医療制度改革で国と事業主の負担が減り、患者と国民の負担が増えている。三方一両損の実態は？

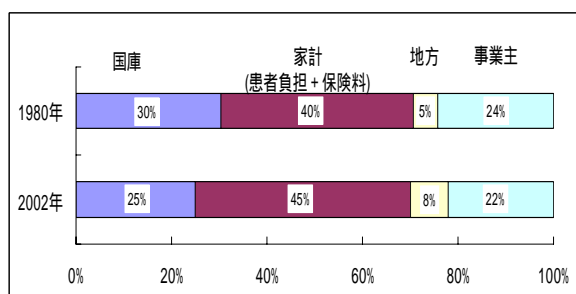
平成14年度の医療制度改革で診療報酬は2.7%引き下げられました。この時、小泉首相は“三方一両

損”と言う旨い言葉を使って、国民や医師や病院に納得を迫りました。

皆さんは、国も、地方自治体も、事業主(企業)も、国民・患者も、改革による痛みを分かち合い、分担するのだと考えておられたと思います。本当にそうだったのでしょうか？

図8を見て下さい。国民医療費を誰がどのように分担しているのかを示したものです(図8)。

図8 医療費の国庫負担は20年間で5%引き下げられた



1980年当時と比べると、国の医療費負担は5%も減っているのです。また、事業主負担は2%減っています。一方国民の直接負担は5%増え、地方自治体の負担は3%増えています。

“三方一両損”といわれて国民はあきらめたのですが、実際には国と事業主の負担が減り、国民と地方自治体の負担が増えたのです。マスコミはどうしてこのような事実を国民に伝えないのでしょうか。不思議でなりません。

国民の皆さんは、厚生労働省の発表や、それをそのまま無批判に伝えるマスコミの情報を鵜呑みにするのではなく、このような実態を知った上で、わが国の医療と医療費を今後どのようにするのが良いのか考えて戴きたいと思います。

3) 医療費はどのように使われているのでしょうか？

すでに述べたように、わが国の医療の特徴として、

1. 病床数が多い
2. 在院回数が長い
3. 薬剤価格が高い
4. 薬剤の使用量が多い
5. 材料価格が高い
6. 検査が多い
7. 受診回数が多い

などが挙げられています。これらはいずれもが医療費の増加につながる要因となる事は確かです。

31兆円余りの医療費のうち、約8兆円が薬剤費であり、約2兆円が材料費として使われています。これらを合わせて約10兆円が製薬会社や医療機器、材料のメーカーの収益となるので、実際に診療所や病院が使っているのはせいぜい年間20兆円程度ということになります。製薬会社や医療機器会社は、厚生労働省が決める世界一高い販売価格に守られて、大きな利潤をあげています。一方、病院や診療所は、低く設定された診療報酬、度重なる診療報酬引き下げで経営は大変苦しくなっています。特に病院の経営は危機的状況で、自治体病院の90%、国公立病院の80%、民間病院の25%が赤字であると言われます。国公立病院の統廃合が行われ、自治体病院の売却や、中・小の民間病院の倒産や閉鎖が話題になっています。

病院閉鎖まで行かないまでも、不採算診療科の廃止や病棟閉鎖で、産科、小児科、救急医療が危機的状況に陥り、地域医療が崩壊に瀕していることが、マスコミでも度々報道されるようになりました。

厚生労働省は、医療制度改革で、診療報酬を下げ、病床数を減らし、在院日数を減らし、受診回数を減らすことによって、医療費を削減しようとしています。これらはいずれも病院や診療所や、患者及び家族に負担と犠牲を強いることとなり、ひいては医療の

質や安全性をも脅かしかねない危険があることを認識しておくべきでしょう。

4) わが国の医療は国際的にどのように評価されているのでしょうか？

A) わが国の医療の評価は世界一高い

新聞やテレビは医療事故が起こるたびに大きく取り上げ、医療評論家と称する人達や、一部の医師までが、わが国の医療のレベルや質が良くないことを嘆いて見せます。このような報道ばかり見せられている国民の皆さんは、わが国の医療の質があまり良くないと考えられておられるかもしれません。

確かに医療事故の中には大変にお粗末としか言いようのない初歩的なミスによるものもあって、これは医師の一人として恥ずかしい限りです。しかし専門的な立場から見るとミスとは言えないようなものまでが、マスコミや警察では医療過誤として扱われ、医師や医療現場が困惑しているのも事実です。

事故をなくすために教育を徹底し、安全性を向上させ、更に医療の質を高める努力をすることに異論はありません。しかし、現在のわが国の医療事故の多くは、医師や看護師個人の責任というよりも、医療制度や医療現場のシステムの欠陥に起因していることも知っていただきたいと思います。

マスコミは報道しませんが、わが国の医療は実は国際的には世界一であると高く評価されています。世界保健機構(World Health Organization ,WHO)が発表しているデータによると、日本の健康寿命は世界一、健康達成度の総合評価も世界一です。平均寿命は男性が78.4歳、女性が85.3歳で、これも世界一です。乳幼児死亡率は出生1000人当たり3.0人で、これはスウェーデンの2.8人に次いで2番目に低い値です。

何かというと良い方の引き合いに出される米国はと

いうと、健康寿命は世界ランクでは 29 位で、健康達成度の総合評価は 15 位です。客観的にみると、先進国の間でのわが国への評価は大変に高いのです(表2)。

表 2 日本の評価は高い

	健康達成度WHO		乳幼児死亡率 (出生千人対)	平均寿命WHO 2002年	
	健康寿命 2002年	健康達成度 の総合評価 1997年	OECD 2002年	男	女
日本	1位	1位	3.0人	78.4歳	85.3歳
スウェーデン	7位	4位	2.8人	76.8歳	85.2歳
フランス	11位	6位	4.2人	76.0歳	83.6歳
ドイツ	14位	14位	4.3人	75.6歳	81.6歳
英国	24位	9位	5.3人	75.8歳	80.5歳
米国	29位	15位	6.8人	74.6歳	79.8歳

戦後、長い間わが国は、米国の医療に学び、米国の医療をお手本としてきました。しかし今では医療の多くの分野で、技術の面でも、設備の点でもわが国は米国に追いつき、追い越し始めていることは確かです。米国や英国、ドイツ、フランスなどの欧米の先進国に出張しているわが国の企業の駐在員や家族の人たちが、病気になると高い航空運賃を払ってわが国に一時帰国し、日本の病院で手術や治療を受け、また欧米やアジア各国から毎年多数の医師がわが国のがんセンターや、大学病院に研修のために訪れていることも、わが国の医療レベルの高さを示すものでしょう。

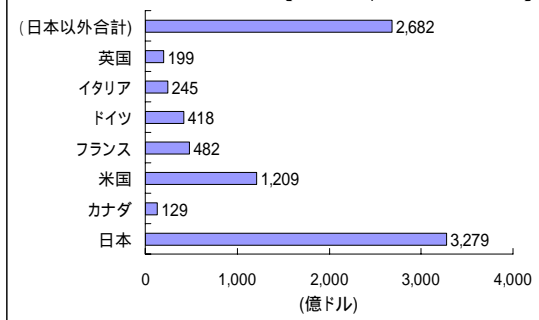
B)医療制度が守る国民の健康

国際的に高い評価を受けているわが国の国民の健康が守られてきたのは、国民皆保険制度を基盤としたわが国の医療制度の成果であることは確かです。かつて厚生省の幹部が「世界に冠たるわが国の医療制度」と誇らしげに語っていたのはもっともなことです。ですから、何としてもこの国民皆保険制度による医療は守らなければなりません。最近の医療制度改

革を見ていると、医療費を減らすことが優先され、最も優先すべき国民の健康増進や、医療の安全性や、医療の質までもが脅かされかねない“改悪”としか見られない“医療制度改革”が少なくないのです。

ほんの少しの医療費支出を惜しんで、わが国がこれまで世界に誇ってきた医療を根底から覆すような“医療制度改悪”を進めるべきではありません。わが国にお金がない訳ではありません。問題は予算をどのように使うかです。世界でも突出して多いわが国の公共事業費のほんの一部を医療にまわすだけで今までの医療を維持できるのです(図9)。

図9 各国の公共事業費(1995年,土地代を除く)



C)国民は社会保障や医療、福祉の充実を望んでいる

国民は社会保障や医療、福祉の充実を一番望んでいるのです。国民が一番望んでいるところに予算を使うべきなのです。国民の一人一人が政治家に働きかけ、国民の声を政治に反映しなければなりません。

5) このままでは日本の医療は崩壊する

診療報酬の適正化が必要

これまでのわが国の国民皆保険制度による医療ではフリーアクセス、平等給付の原則が守られ、患者さんは比較的少ない負担で、国際的に見ても高い水準の医療を受けてきました。

A)勤務医の我慢は限界まできている

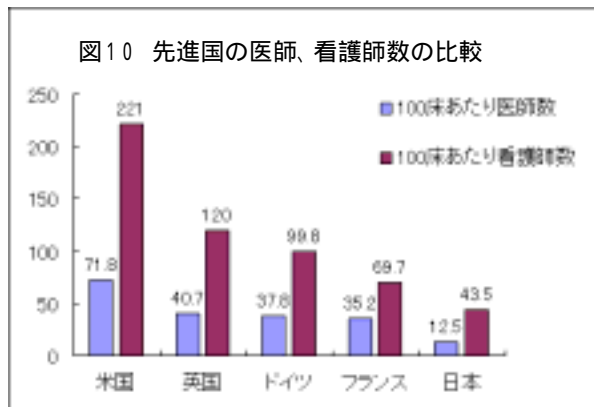
労働基準法は医師には適用されない

しかし、医師や看護師などの医療従事者や病院にとって、今の医療環境は大変に苛酷なものです。それでもこれまで何とかやって来られたのは、病院の医療従事者の医療に対する情熱と犠牲があったからです。

大衆迎合主義に流されているわが国のマスコミは医師を攻撃することには熱心ですが、医療現場の実情をあまり報道しようとしません。平均すると週 70 時間をこえる病院医師の労働時間、当直で徹夜をしても代休も交替要員もなく翌朝からまた外来や手術などの通常勤務をこなさなければならないなど、労働基準法を全く無視した過酷な医師勤務体制、一人で病棟の深夜夜勤をして翌朝には二人の患者を時間通りに手術室に運ばなければならないような看護師の勤務体制によって、今の病院医療は何とか持ちこたえてきたのです。

前米国大統領クリントンの夫人のヒラリー・クリントン氏は、日本の医師を評して「聖職者のごとき献身」と絶賛しています。

患者さんやマスコミからは「3 時間待ち、3 分間診療」とお叱りを受けていますが、病床 100 当りの医師の数や、看護師の数が米国のたった 1/5 というわが国の現状では、もうこれが限界なのです(図10)。



B)病院経営を崩壊させないためには、診療報酬の適正化が不可欠

病院が医師や看護師を増やして患者さんへのサービスを良くしようと考えても、経営が赤字で採算がとれなければそれもできません。

入院したことがある患者さんは異口同音に「病院の先生がこんなに忙しいとは知らなかった」と言われます。そんなに忙しく長い時間働いているのに何故、病院は赤字になるのでしょうか？

その原因は、そもそも保険診療による診療報酬が国によって大変に低く決められているからです。どの位安く決められているかと言うと、わが国の診療報酬額は平均的に見ると米国の 1/5 から 1/10 にすぎません。診療科によってもちがいますが、手術をすると材料代などで赤字になってしまうものが少なくないのです。小児科、産科、救急医療、外科などは診療をすればするほど赤字になってしまう不採算部門です。そのために、診療をやめてしまう病院が増えています。このことはマスコミもようやく報道するようになりました。

最近の統計では、1年に約4,600人の医師が病院をやめて開業しています。3Kと言われる過酷な診療科では病院勤務に嫌気がさしてしまうからです。病院と診療所(開業医)がバランスを保って機能するこ

とが医療では大切ですが、このままではわが国の病院医療や地域医療は崩壊してしまいます。それでも厚生労働省は診療報酬を適正化すると言いながら削減するばかりで、病院が成り立つように診療報酬を改善しようとはしないのです。

外保連では、他の団体とも協力して現在の医療が持続できるように診療報酬を適正なレベルに改善して欲しいと毎年、厚生労働省に要望しています。しかし、厚生労働省も財務省も「ない袖は振れぬ」の一点ばりです。

必要な医療費までを削減すると、医療の安全性や質を維持することができなくなるばかりか、医療全体が崩壊してしまいます。このことは英国のサッチャー政権が医療費削減政策を続けたために、英国の医療が見るも無残に崩壊してしまったことを見れば明らかです。

C 医療費の総枠規制を撤廃し、診療報酬を適正化せよ

高齢者の増加や、医学・医療技術の進歩などを無視して、このまま医療費の総枠規制や、医療費の削減政策が続けられれば、わが国の医療も英国のように崩壊をせざるを得ないでしょう。崩壊はすでに始まっています。一旦崩壊してしまえば、再建することはほとんど不可能です。それで本当に良いのか、決めるのは国民の皆さんです。

(参考) 出月康夫:日本の医療を崩壊させないために
インターメディカ社 2005年発行

平成 18 年度診療報酬改定結果
及び今後の手術委員会活動
手術委員長 山口 俊晴

平成 18 年度の診療報酬改定は全体としてみれば、大幅な医療費の削減がおこなわれたわけであり、満足すべきものでは到底ありえない。しかし、その中で『技術評価の重視』という姿勢はある程度守られたとあってよく、この点は評価したい。特に、新設あるいは改正の要望書の内容がより精緻なものとなり、審査のプロセスも以前に比較すると透明化されたことは大きな前進である。今後も外保連としても議論を重ねて、審査のあり方については統一した見解のもと、よりよい方法を積極的に提案すべきものと考えられる。また、懸案であった手術の施設基準については、学会が具体的なデータでその不合理性を明らかにすることでようやく全廃されたことは特筆に値する。これがデータをもとにした、科学的な negotiation の始まりとなることを期待したい。

手術委員会にも上記のような状況に対応して、迅速に科学的なデータ蓄積と解析を実行することが求められている。本年度の手術委員会の活動としては、通常おこなっている新設改正の検討のほかに、昨年集積された手術時間と人数に関する調査結果を、どのように外保連試案に反映させるかを決断しなければならない。また、従来の 3 つの評価(技術度、時間、人数)以外にも、技術を評価する原則を取りまとめたい。手術名についても、診療報酬の根幹に関わるものでありながら、無原則に作られたものが青本にも試案にも多数見受けられる。これを一定の原則に則って、整理することが今後の活動のためにも必須である。これらの懸案については、手術委員会の作業部

会で検討のうえ、たたき台を作成して手術委員会に提案される予定である。平成 19 年は大幅な改定はないとはいえ、外保連にとっては次の飛躍のための貴重な準備期間であり、各委員にはより一層のお力添えをお願いしたい。

平成 18 年度診療報酬改定
及び来年に向けて
処置委員会 関口 順輔

処置委員会は診療報酬の中の手術と生体検査以外の部分で外科系に関するものを取り扱ってきた。勿論主たるものは処置であるが、その他に注射、リハビリ、輸血なども一貫して討議してきた。そこで昨年作成した処置試案第 3 版がどのように平成 18 年度の診療報酬改定に反映されたかについて気がついた点を述べる。

まず最大の変更点はリハビリテーションであるが、これは試案とは関係なく大改定が行われた。すなわち心大血管疾患、脳血管疾患等、運動器、呼吸器などに分類され、リハビリ開始ではなく発症からの日数制限など、難易度の高いリハビリであろうが長期的なりハビリが必要なものであろうが、疾患によって点数なりハビリ可能日数が決まるという改定であった。ことにリハビリが打ち切られるということは医療の拒否ということになるので早急な対応が望まれる。

次に創傷処置や軟膏処置などの範囲分類が面積単位になったことであり、これは外保連試案を参考にして頂けたと考えるが、500～1500cm² という範囲が 1 段階抜けているためこの部での設定範囲が極端に広がっている。また小児であれば手もしくは指とか半肢という方が良かったと

いう話も聞かれる。とは言え常用される細小範囲の点数が 42 点 (420 円) から 45 点 (450 円) に上がった点は評価したいが、外保連試案では創傷処置 100cm² 未満は 1340 円であることも付け加えたい。褥創処置について試案では浅いものか骨に達するかという分類であったが、改定では 100cm² 未満、から始まり 6000cm² 以上と現実とかけ離れた面積で分類している。

リンパ管腫局所注入が新設されたことは試案の要望に添って頂けたものとする。その他疑義解釈通知等を番号のついた告示に移行し、見やすくした点が評価される。

今后来年度にむけての活動方針としては全委員会で議論の対象となっている技術難易度、リスクの考え方、医師人件費など、基本的な算出方法の見直しと、今回の改定で治療日数制限も加わり大幅な犠牲を強いられたリハビリ関連の試案を外保連としてのあるべき姿を早急に提示したいと考える。

平成 18 年度診療報酬改定
及び来年に向けて
検査委員会 土器屋 卓志

平成 18 年 4 月の改定で生体検査は約 42 項目が新規(項目の再編を含む)採用されています。既存の項目で増点された項目とその率は

- 1、補聴器適合検査一回目(118.18%)、同 2 回目(140%)
- 2、胸腔鏡検査(333.33%)
- 3、縦隔鏡検査(388.89%)
- 4、前立腺針生検(150%)

また減点された項目は

- 1、 超音波検査(胸腹部)(96.36%)
- 2、 経皮的動脈血酸素飽和度測定(一日につき(30%))

が主なものです。

総論的には増点であるといえますが、個々については問題があります。

画像診断関係については項目の再編が大幅に行われ、簡単には増点か減点か判断しにくいといえます。大きな再編の内容は CT および MRI 検査の部位別(頭部、躯幹、四肢)が廃止され、機器の性能別(マルチ CT とその他、1.5 テスラ以上と未満)に再編されたことです。これに伴い月2回目の CT/MRI 検査の低減も一元化されています。

これらの結果は施設毎に影響の度合いが異なると考えられますが、医学放射線学会の今後の対応と報告を待ちます。

来年に向けての目標

平成 20 年 4 月改定のために、生体検査試案 4 版の作成を手術、処置試案と歩調を合わせて作成します。

新規項目の掲載、現項目の見直しはそれぞれの学会の責任においてお願いすることとなりますが、全体的な検討事項として、3 試案に共通した

- 1、 臓器コードの見直し
- 2、 人件費算定の再検討
- 3、 技術度の再編

が検討されます。

検査試案に特有な問題として、繰り返しお願いしております検査機器・器具の経済評価です。今回の改定で CT、MRI の機器が性能別に点数が設定されたことは今後の方向性を推測するうえに大事なことであると思われます。生体検査の OUTCOME は使われる医療機器・器具に大きく依存することが特徴です。

医療経済を専門とする学者の中には、「医療費の増大の最大の要因は高齢化でなく技術進歩であり、高度な医療技術の保険適応の問題は医療経済学上の大きなテーマである。」という人もおります。高度医療技術につきものの高額医療機器の経済評価は検査委員会のとって大事なテーマだと思います。

平成 18 年度診療報酬改定結果
及び来年に向けて
実務委員会 木村 泰三

平成 18 年度診療報酬改定では、外保連が提出した要望項目が、近年になく多数受け入れられた。すなわち、新設 47 項目、改正 55 項目、材料 3 項目が、なんらかの形で保険収載あるいは改正を受けた。新しい手術や処置、検査が、「特定療養費による先進医療」ではなく、「保険診療」の対象として採用されたことは、国民に平等な充実した医療を行う上で、誠に喜ばしいことであった。

しかし、大枠で診療報酬を 3.16% 下げるという方針のもとでの改定では、しょせん、満足のいく改定とはなりえなかった。腹腔鏡下大腸切除術や胃切除術の手術料を上げて、腹腔鏡下胆嚢摘出術の手術料を下げた手法に典型的に見られるように、新しい手術や処置、検査を採用ないし増点すれば、従来の手術や処置、検査を減点した。あるいは、手術全体の点数を上げれば、入院や外来の点数を下げた。今回の改定では、診療報酬の不適切さをある程度是正し、厚生労働省のめざす医療の方向性(地域医療連携、特定診療科の支援、住民への情報提供、安全体制確保など)を示すことはできたかもしれないが、我々が受け取ってしかるべき診療報酬の実現には程遠かった。このままでは、医療者(特に病院)は、厚

生労働省のめざす医療の推進をはかるどころか、経営に四苦八苦になるのは必至である。そして、病院の経営困難は、勤務医の勤務条件や待遇の劣悪化を呼び、それが勤務医の減少(開業志向)を招来する。それがまた、勤務条件の悪化につながるという悪サイクルに陥り、日本の医療は危機に瀕するであろう。

外保連は、新しい手術や処置、検査の保険収載を求めると共に、必要な人件費、時間、技術度などに基づいて作られた外保連試案に則った手術や処置、検査の診療報酬を実現するようにアピールしてきた。来年はこれまで以上に、必要経費に基づいた診療報酬の実現を強く主張し、医療費総枠規制に基づいた診療報酬の決定に断固反対していきたい。また、厚生労働省は術者の熟練度によって手術料を変える制度を模索しているようである。しかし、この制度の成否は、どういう外科医を熟練した術者とするかの判定にかかっている。実際に手術を行う我々(学会)が主体となって判定を行わないと、ゆがんだ制度になる可能性がある。また、術者による手術料の格差づけが、熟練しない術者による手術料を「下げる」方向で実現することのないように監視する必要がある。熟練外科医による手術料のアップが、特定療養費として患者負担になるようなこともあってはならない。この制度が病院の症例数によって手術料を値下げしようとした「施設基準」の二の舞になることを避けなければならない。

平成 18 年度診療報酬改定結果
及び来年に向けて
総務委員会 岩中 督

平成 18 年度診療報酬改定のうち、総務委員会が担当した小児領域の改定に関して検証をいたしまし

た。また現在検討中の各試案の人件費に関する進捗状況を述べさせていただきます。

1) 小児診療報酬改定の検証

当初厚生労働省は、独立した『小児診療報酬表』の新設を予定していましたが、従来通りの医科診療報酬に小児特有の様々な加算を算定する方式の改定にとどまりました。ただ医科全体では3%以上の大幅な減点が行われましたが、小児医療の領域ではその構造的諸問題の解決に向けて、決して充分ではないものの救急医療や高次医療についての増点が行われました。総論的な部分では、入院基本料の区分の見直し(7:1入院基本料の新設)や小児入院医療管理料の増点により大幅な増収が見込めるようになりました。また紹介患者加算は廃止されましたが、6歳未満小児の深夜救急加算が増点され、乳幼児救急医療管理加算が7日間の算定になるなど、救急医療領域においても小児救急の裾野を広げるべく改定が行われました。外保連関係では、1)検査・処置・注射などの項目において、新たな増点や新設項目が設定されました、2)乳児手術施設基準が全廃されました、3)3歳未満乳幼児の手術加算が一律100%(従来は50%)に増点されました、4)新生児手術加算が、項目は限定されましたが300%(従来は200%)に増点されました、5)手術の未熟児加算(400%)が新設されました、など、様々な新設・改正項目が収載されました。特に外保連から強く要望した、手術施設基準の全廃や新生児・乳幼児手術加算率の増点などが採用されたことは非常に高く評価できると思います。しかしながら今回の改定の結果を詳細に検証しますと、小児病院や大規模病院の小児科・小児外科などは増収になりましたが、包括診療が行われていない医療法人、診療所などには厳しい改定でした。さらに大病院においても小児領域が不

採算である状況には変りはなく、小児医療の抱える構造的諸問題の解決にはほど遠い状況です。来年度以降も継続した改定が望まれます。

2) 人件費の検討の経過

手術・処置・検査の3試案共通の人件費計算の標準化をめざして検討を行っています。3試案共通の原則として、1)基礎となる給与計算は従来通り国家公務員医療職俸給表を用いる、2)技術度区分を、初期臨床研修医も含んだ5段階程度の区分にまとめる、3)経験年数の明記は参考程度とする、4)この新たな人件費案で各試案の改訂版を作成する、ということになりますが、個々の試案には様々な背景があるため、その詳細は各委員会における個別の検討にゆだねる方向です。たとえば手術試案では、この人件費案を基礎として、手術の危険度、社会貢献度、術式の新しさ、などの要素を加えた第7版を作成する方向が打ち出され、手術委員会作業部会が具体的な検討に入っています。処置・検査両試案についてもそれぞれの委員会で第4版作成に向けて検討を重ねていただきます。総務委員会では、今後も人件費のあり方について検討を続けますので、ご指導のほどよろしく願いいたします。

外保連規約委員会活動報告
規約委員長 出口 修宏

現在は、重要な検討事項はありません。しかし、これまでも問題になっておりますが、加盟学会の増加にともなって各委員会での作業が複雑になり、かつ学会委員会間の連絡が疎になってきている傾向にあります。例をあげますと実務委員会で取り扱っている要望事項で同一の手術手技と思われるものでも異なった手術名、要望点数が掲げられることも時々散見され

ました。手術報酬に関する外保連試案に則れば大きな齟齬は起こりえないと思います。以前には加盟学会のグループ化も試みたこともありますが、なかなか円滑には機能しませんでした。今後もその対策を模索する必要はあると考えておりますので、委員の皆様からのご提案がありましたら是非ご連絡ください。

外保連広報委員会活動報告
広報委員長 松下 隆

外保連ニュース第5号をお届けします。

平成18年度診療報酬改定については5月に号外を発行しお知らせしましたが、今号では各委員会の委員長に更に詳しい解析をお願いいたしました。広報委員会では「GDPひとり当たりの医療費が先進国間で日本が最も安いことを国民に周知させること」を18年度の重点活動項目の一つに設定しています。その活動の一環として出月会長に「日本の医療費がいかに不当に安いか」についてご執筆いただきました。今後はこの文章が一人でも多くの国民の目に触れるよう努力していく所存です。

このニュースの掲載内容やホームページ、web登録システム等について、ご意見がありましたら外保連事務局<office@gaihoren.jp>宛にお寄せ下さい。

<外保連事務局連絡先>

〒105-6108 東京都港区浜松町 2-4-1

世界貿易センタービル 8階

日本外科学会事務局内

TEL:03-3459-1455 FAX:03-3459-1456

E-mail: office@gaihoren.jp

訃報

長年本連合のためにご尽力をされた三島好雄
名誉会長(第2代会長)が、平成18年9月15
日にご逝去されました。

謹んでご冥福をお祈り申し上げます。

外保連試案のご注文について

この度、外保連試案(手術6版、処置3版、生
体検査3版)が改訂されましたのでご通知致しま
す。

外保連試案ですが、保険診療報酬の改定の際に
は、改定を要求する側ばかりでなく、厚生労働省
等にとっても本書(3試案、及び3試案の内容を
ひとまとめに収載したCD-ROM版[但し、PDF形
式])は重要な資料となっております。

ご希望の方は事務局までお申し込み下さい。

外保連常任委員会メンバー

会 長：出月康夫 会長補佐：山口俊晴
手術委員長：山口俊晴
処置委員長：関口順輔
検査委員長：土器屋卓志
実務委員長：木村泰三
規約委員長：出口修宏
広報委員長：松下隆
総務委員長：岩中督
竹中洋 西井修 金子剛 河野匡 水沼仁孝
里見進 西田博 土田敬明
監 事：佐藤裕俊 田中雅夫

名誉会長：比企能樹
顧 問：勝俣慶三 日下部輝夫
高橋英世 松田静治

外保連加盟学会(2006年8月現在)

日本外科学会、日本整形外科学会、日本麻酔科学
会、日本眼科学会、日本泌尿器科学会、日本耳鼻

咽喉科学会、日本産科婦人科学会、日本口腔科学
会、日本形成外科学会、日本消化器外科学会、日
本脳神経外科学会、日本胸部外科学会、日本救急
医学会、日本小児外科学会、日本移植学会、日本
人工臓器学会、日本大腸肛門病学会、日本癌治療
学会、日本医学放射線学会、日本乳癌学会、日本
臨床外科学会、日本超音波医学会、日本自己血輸
血学会、日本内視鏡外科学会、日本手の外科学会、
日本ストーマリハビリテーション学会、日本イン
ターベンショナルラジオロジー学会、日本脊椎脊
髓病学会、日本集中治療医学会、日本腹部救急医
学会、日本皮膚科学会、日本内分泌外科学会、日
本 Endourology・ESWL 学会、日本血管外科学会、
日本臨床整形外科学会、日本リハビリテーション
医学会、日本消化器内視鏡学会、日本病院脳神経
外科学会、日本静脈学会、日本臨床神経生理学会、
日本呼吸器外科学会、日本胃癌学会、日本リウマ
チ学会、日本理学診療医学会、日本血管内治療
学会、日本医工学治療学会、日本関節鏡学会、日
本門脈圧亢進症学会、日本レーザー医学会、日本整
形外科勤務医会、日本外科代謝栄養学会、日本病
理学会、日本婦人科腫瘍学会、日本心臓血管外科
学会、日本整形外科スポーツ医学会、日本熱傷学
会、日本脊髄障害医学会、日本中毒学会、日本ペ
インクリニック学会、日本褥瘡学会、日本肝胆膵
外科学会、日本病院学会、日本静脈経腸栄養学会、
日本脳卒中学会、日本脳神経血管内治療学会、日
本心血管インターベンション学会、日本骨折治療
学会、日本産婦人科手術学会、日本産科婦人科内
視鏡学会、日本心臓血管麻酔学会、日本食道学会、
日本眼科医会

全72学会