

転載

「まず医療人が医療制度の真実を知らねば国民を守れない」

－スムーズな病診連携のために－

玖珂中央病院 吉岡 春紀

(岩国市医師会報 188 号 2007.07)

岩国市内科医会の例会で、何かしゃべってほしいというご要望でしたので、昨年の「医療制度改定における療養病床再編問題」を中心に少しお話しするつもりでしたが、療養病床問題は先日の山口県内科医会誌にまとめましたので、本日は現場でも解り難い医療制度問題についてお話ししてみることになりました。

医療制度問題と一口に言っても、誰を対象に話すのかで内容もいろいろ変わってきますので、今回は医療関係者を対象に、現在の問題点について制度の現実を知っていただけるようにできるだけ身近なテーマで、解りやすくお話ししたいと思います。

病院と診療所の差・勤務医と開業医の差など病診連携をスムーズに行うために、医療関係者がお互いの立場や現実を知ってほしいと思ったからです。

「まず医療人が医療制度の真実を知らねば国民を守れない」という少し構えた大げさなタイトルにしましたが、このタイトルは日医総研の関連の講演で石原先生の「医師が日本の医療の真実を知らねば国民を守れない」というのがあり、このタイトルを使わせてもらいました。

ただ内容をまとめきれず、たくさん話題の羅列になったことをお詫びします。

第 1 章 国民医療費について知ろう

1. 日本の医療費の現状

日本の医療費は平成 16 年度で総額 32.1 兆円です。

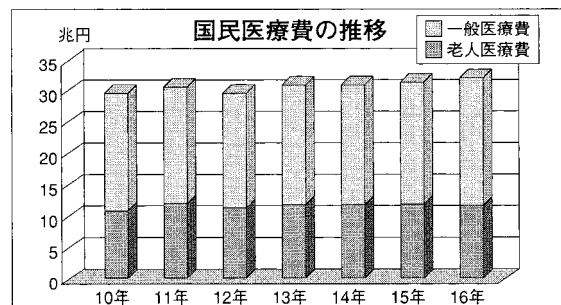
一般診療医療費	24.4 兆円	76%
入院医療費	11.8 兆円	37%
入院外医療費	12.5 兆円	39%
歯科診療医療費	2.5 兆円	8%
薬局調剤医療費	4.2 兆円	13%
入院時食事医療費	1.0 兆円	3%

国民 1 人当たり年間医療費は 25 万 1,500 円と報告されています。

国民医療費のうちいわゆる医療費は 24.4 兆円で約 3/4 です。

国民医療費の年次推移 図 -1

一般医療費と老人医療費の最近の推移を図に示しますが、医療費の伸びが財政を圧迫するといわれながらこの数年一般・老人とも医療費の伸びは





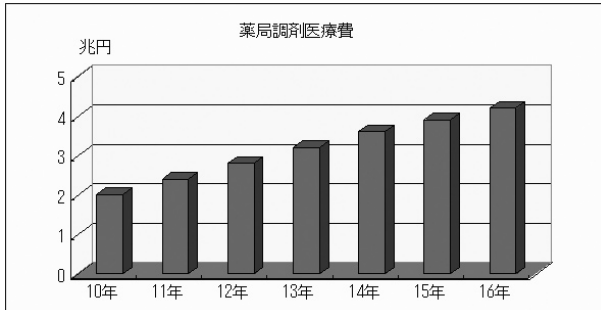
抑えられています。

薬局調剤医療費・院外処方率の伸び 図-2

一方国民医療費のうち薬局薬剤費は、院外処方の増加に伴い図-2のように毎年増加しています。院外処方率は16年に50%を突破しました。

また純粋な薬剤費は近年6兆円前後で経過していますし、マスコミに薬漬け医療と揶揄されている薬価差は、16年は6.3%となり、薬価差は確実に縮小されています。

図-2



2. 老人医療費と一般医療費

老人医療費は5倍もかかっているのか
高齢者の医療費は高いというのは本当なのか

一般・老人別国民一人当たり年間医療費 図-3

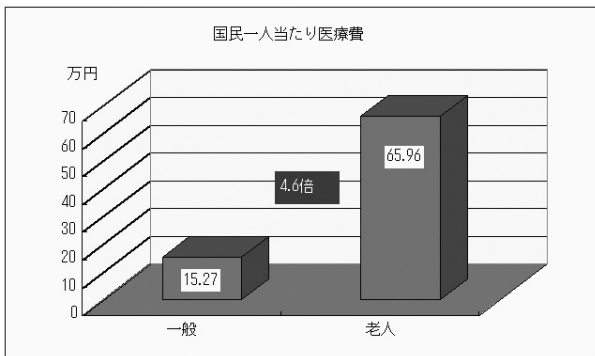
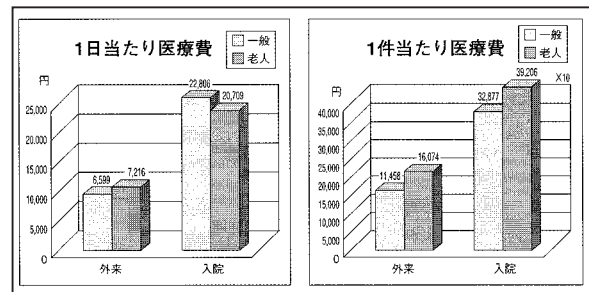


図-3の国民一人当たり医療費は一般15.3万、老人65.9万となり、老人は約4.6倍となり、老人医療費が5倍という数字は「ウソ」ではありません。

ただ図-4のように外来・入院別1日当たり医療費・1件当たり医療費で示しますと一般・老人ともに、有位の差はなく、老人医療費が極端に高いのではないことが解ります。

外来・入院別1日当たり医療費・1件当たり医療費 図-4



一人当たり年間医療費とは総医療費を年代別の人口で割ったものです。
若年世代には健康な人が多く医療費は当然低いが、高齢者は多くの疾患をもち多くの医療機関にかかることが多いので、若年世代が低くなるのは当然です。

「老人医療費は5倍もかかっている」というのは老人医療費を削減するため、医療費増加の危機を煽る国の作為的な数字のトリックなのです。

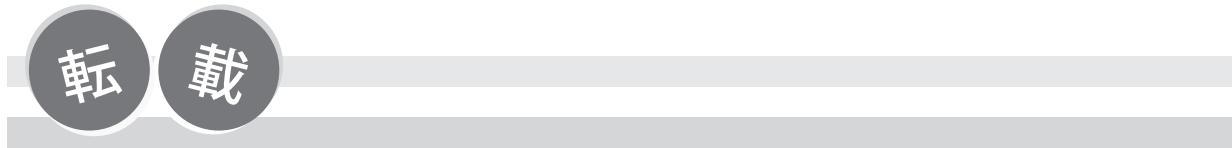
また、この医療費を各個人の人生の医療費として考えれば、元気な若い時期に医療費は消費せず、一生のうちで高齢期に医療費を多く使うだけのことです。すべての人に平等だと考えるべきだと思います。

3. 同じ医療を受けても診療所と病院で外来医療費が違うのか。

この件については、同じ医療を受けても診療所と病院では外来医療費は違います。

それも、一物二価どころか、外来の診療費はバラバラで、患者さんにどう説明したらよいのか解りません。

例えば70代の中等症の糖尿病患者さんの診療



費を計算してみます。

毎月 1 回通院し、この時は診察と指導、血糖検査・HbA1c 検査・検尿検査をうけたとします。(治療薬については考慮せず)

この患者さんの受診する医療機関で診察料はこんなに違います。どうしてなのか。

1 日の外来診察費

200 床以上の総合病院 専門医の診察 (研修医でも同じ)	糖尿病外来 4,440 円
100 ~ 200 床の病院外来	5,980 円
100 床未満の病院外来	6,580 円
診療所 (生活習慣病管理加算算定)	11,730 円
一般診療所 医師の専門科の違いはない	7,500 円

例えば国立病院岩国医療センターで糖尿病専門外来の専門医の診察が一番医療費は安く、生活習慣病管理加算を算定した診療所の診療費とは 2.6 倍の差があります。病院の外来診療費の差は病床数によるものですが、患者さんには理解できないと思います。

一般の診療所では専門医と専門外の医師の診療

費も差はありません。

このように外来診療費が異なるため、総合病院から紹介されて診療所に替わられた患者さんは替わってから医療費が増えたと疑問に思われることでしょう。

診療所と病院の外来医療費 表 -1 (下)

診療所と病院の外来医療費に差がある原因

再診料には 71 点と 57 点と差はあるが、それほど大きな差ではありません。

原因は診療所では内科系の疾患には再診料に「特定疾患療養管理料」という上乘せがあります。高血圧や糖尿病、がん、脳卒中など、ありふれた病気を広く対象として「計画的な療養上の管理を行った場合」に、月 2 回を限度に請求できると定められています。ただしその点数は

診療所	225 点
100 床未満の病院	147 点
200 床未満の病院	87 点
200 床以上の病院	0 点

と決められており、200 床以上の病院では加算できません。

また 200 床以上の病院では、再診料等も算定

表 -1

診療項目	診療所		病院		
	一般	生活習慣病	100床未満	100~200床	200床以上
再診料	71(73)	71(73)	57(58)	57(58)	-
外来管理加算	52	52	52	52	0
継続管理加算	0(5)	0(5)	0(5)	0(5)	0
外来診療料	-	-	-	-	70(72)
生活習慣病指導管理料	-	1050(1200)	-	-	-
尿一般検査	28	-	28	28	包括
血糖検査	12	-	12	12	12
採血料	12	-	12	12	12
生化学検査 (I) 判断料	155	-	155	155	155
HbA1c 検査	60	-	60	60	60(0)
血液学的検査判断料	135	-	135	135	135
特定疾患療養指導料	225	-	147	87	0
合計	750(757)	1173(1330)	658(664)	598(604)	444(386)

(改正前)



できず、外来診察料に包括されています。

「特定疾患療養管理料」はなぜ大病院では算定できないのか。

原因は、はっきりしているわけではありませんが、大病院の外来診療を制限し、一般開業医を保護する目的があるものと思います。しかし大学病院や総合病院の専門外来などで専門的な指導を行ってもこれらの指導料が算定できない矛盾の説明ができませんし、病床数によって外来の指導料が違うなども説明できない項目の一つです。そして結果的に診療費の安い大病院の外来は減らないのです。

またこの指導料のため、診療所では月 2 回以上受診した場合には、3 回目は同じ治療を受けても窓口で支払いが異なることもあるわけです。

また、特定疾患療養管理料の算定できる疾患は、主として内科系の慢性疾患であり、慢性疾患を診療する他科からは内科優遇の不公平な制度だと思われています。

一方、このように診療所と病院で外来診療費に大きな差があることから大病院も対抗策を講じ始め、病院の側に外来専用の診療所を造って診療する、いわゆる外来分離が横行しました。これはモラルハザードとして禁止されましたが、病院と診療所でこれほど診療費がことなることを患者さんにどう説明するのか、国は説明責任をせず現場に

任されているのが問題だと思います。

4. 医療費の使われ方

レセプト順位からみた医療費の分析

図-5 (下)

過去に日医総研にお願いして、平成 10 年 6 月分厚生省発表の政管健保・国保・老人保健の資料レセプト数 4,800 万枚を請求順に並べ替えて、レセプト順位と総医療費を比較してみました。

レセプト順位	総医療費の割合	請求額
上位 1% 未満	24%	40 万円
上位 5%	55%	5 ～ 6 万円台
上位 10%	65%	3 ～ 4 万円台
上位 20%	75%	2.5 万円程度

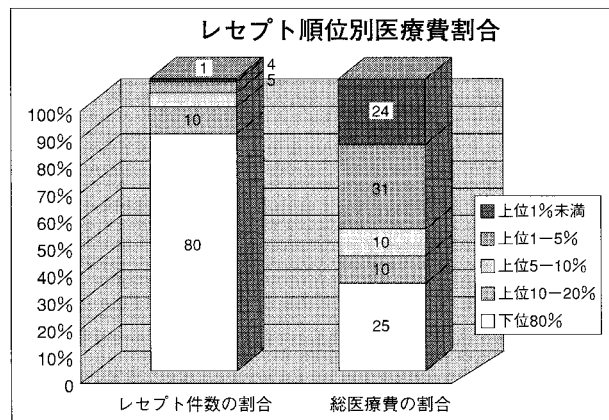
上位 0.1% 月 100 万円を超えるレセプトは 5% の医療費を消費

外来平均診療費	1487 点 (14,870 円)
入院平均診療費	32,667 点 (326,670 円)

レセプト順位からみた医療費の使われ方の分析から以下のことが推測されます。

- (1) 上位 20% で 75% の医療費を使っている。
- 逆に言えば 100 人の患者さんのうち 80 人の大多数の患者さんたち (軽医療グループ) にかか

図-5



転載

る費用は、医療費総額のたった 25% です。

それも金額は月 2 万 5 千円以下ですから、外来で特殊な検査や治療、投薬を受けていない人がほとんどでしょう。開業医の外来患者さんの大多数が「軽医療グループ」と考えられますが、このグループに医療費の負担を増やして、受診を抑制しても 25% の部分を少し削るだけで、医療費全体から見るとあまり削減効果はありません。むしろ受診抑制や悪化により医療費は増加すると考えます。

(2) 上位 5% で 55% の医療費を使っている。

上位 5% とは月の医療費は 5-6 万円です。このレベルですと、短期間の入院や、外来でも（特に病院の）ちょっとした検査や手術をすれば時があります。月 5-6 万円のレセプトが上位 5% なのです。介護保険制度の要支援 1 の介護サービス料くらいの金額が医療では上位 5% なのです。

(3) 上位 1% の患者さんに 24% の医療費を使っている。

上位 1% の 1 か月の診療費は、おおよそ月 40 万円です。平均入院医療費より少し高い金額です。医療費の上位 1% というのもっと高い金額かと思っていました。

上位 1% はほとんどが入院患者のレセプトといえるでしょうが、上位 1% レベルでは本当の「高額医療」とはいえません。

(4) 上位 0.1% のレセプトで 5% の医療費を使っている。

「高額医療」といえる月 100 万円を超えるレセプトは、総レセプト枚数の 0.1% でした。

この月 100 万円を超すグループの使用している医療費は全体の約 5.5% となります。

このグループは急性期医療、高度先進医療、延命医療などで、高齢化や医療の進歩に伴い、今後増加する部分ではありますが、思ったほど大きい

比率ではありません。

無駄な延命医療は削減すべきですが、急性期医療や高度医療に、今以上にもっと公的医療費をつぎ込むことが必要だと思います。医療費の国際比較は今回お示ししませんでした。全体をみて日本の医療費は安いといえます。

(5) 生命の値段 超高額レセプトの検討

1 か月のレセプト（保険請求）最高額をご存じですか

なんと、過去最高額は 1 か月 4,007 万円です。

病名は血友病 A で、この患者さんのこれまでの総医療費は 5 億 1,362 万円であったことが報告されています。

月額 1,000 万円以上の超高額レセプト件数は現在 100 件程度で、平成 16 年度は年間 89 件でした。

高額レセプトの疾患ベスト 10 を調べると血友病 5 例と拡張型心筋症 2 例が目につきます。また生死は死亡 3 例・治療継続中 7 例で、治療継続も多く見られます。

血友病と拡張型心筋症の医療費内訳は、血友病の治療費の 97% は注射・薬剤費であり拡張型心筋症では 70% は手術費となっています。

血友病の医療費は経過で 1 億円を超える患者さんがたくさんおられますが、これはすべて公費で負担されています。拡張型心筋症の末期は心臓移植しかなく、海外での移植には、ほぼ 1 億円の募金が必要になります。病気によって命の値段、負担に大きな差があるのです。

第 2 章 日本の病院の現状について

地域医療計画を無視した病床・施設削減が進められています

1. 一般病棟と療養病床

2. 日本の病床数	平成 18 年 7 月現在
病院の病床数	163 万床
一般病床	91 万床



精神病床	35 万床
療養病床	35 万床
結核・感染症	1.3 万床
診療所	16 万床
	平均利用率 85% 程度

3. 急性期病院では老人はなぜ 3 か月しか入院できないのでしょうか。

急性疾患で一般病院に入院しても高齢者は 3 か月以上入院できないといわれています。これは正しいのでしょうか。答えはその通りだといえます。

その理由は、一般病院では入院日数により入院基本料が漸減するシステムであり。特に高齢者 (* 一部の特定患者を除く) は 90 日以上入院すると「老人特定入院基本料」という料金体制が適応され、「1 日 928 点 =9,300 円程度」の一般病院の点数とすればびっくりするような低い点数になります。しかも、これは包括化された点数で検査・投薬・注射・処置をすべて包括しているのです。(高齢者以外は 180 日) このため一般病院は経営のため 3 か月以上継続入院させられないのです。

またもう一つの理由として、その医療機関の格ともなる看護基準により決められている平均在院日数による縛りです。最近はこの方がウエイトが高いかもしれません。

急性期病院では入院基本料に定められた平均在院日数が守れないと、報酬削減となるため、平均在院日数の維持は必要です。したがって急性期病院は、重症の患者さんが入院し、長期化が予測される時には急性期の入院当初から転院先を探すよう家族に要求することになるのです。また平均在院日数を維持するために、急性期病院では入退院が少ない月には、分子(その期間の在院患者延べ数)を減らすしかありません。その時は空きベッドがありながら退院させなくてはならないこともあります。ベッドの有効利用という点でも大きな問題点だし、平均在院日数を守るため空床をたく

さん作ることは、国にとって『「一般病床」はそれほど数は必要ない』と、とられても仕方なくなります。

その結果、急性期一般病床の削減計画が進められていますし、一般病床の削減ができれば、国にとっては、医師数も充足しているという誤った結論になると思います。

下記の状態の患者さんは、老人特定患者から除外される対象者ですので、90 日を超えても、病院にとって大幅な減算にはならないのですが、平均在院日数の免除にはなりません。

※一般病棟 90 日超老人特定患者から除外される対象者の概要

- (1) 難病患者
- (2) 重症者等療養環境特別加算を算定する患者
- (3) 重度の肢体不自由者、脊髄損傷等の重度障害者、重度の意識障害者、筋ジストロフィー患者
- (4) 悪性新生物に対する治療(重篤な副作用の恐れがあるもの等に限る。)を実施している状態
- (5) 観血的動脈圧測定を実施している状態
- (6) 各疾患別リハビリテーションを過 3 回以上実施している週が月に 2 週以上ある患者
- (7) ドレーン法又は胸腔若しくは腹腔の洗浄を実施している状態
- (8) 頻回に喀痰吸引を実施している状態
- (9) 人工呼吸器を使用している状態
- (10) 人工腎臓又は血漿交換療法を実施している状態
- (11) 全身麻酔その他これに準ずる麻酔を用いる手術を実施し、当該疾病に係る治療を継続している状態
- (12) 上記に掲げる状態に準ずる状態にある患者

日本の一般病院の平均在院日数は、国際的にも

転載

長いと言われてきましたが、平成 17 年に初めて 20 日をきりました。

第 3 章 ますます増える包括医療

1. 大学病院より始まった急性期病院の包括化医療 DPC について

DPC (Diagnosis Procedure Combination)

急性期入院医療の 1 日当たりの包括的診療報酬制度であり主傷病名、処置、合併症の 3 つの因子を組み合わせた日本独自の新しい入院診療報酬制度です。

平成 15 年 4 月より全国 82 の特定機能病院(大学病院、国立がんセンター、国立循環器病センター)の一般病床に導入されています。

DPC では包括部分と出来高部分を「評価」「加味」して合算した制度であり、手術料、麻酔料、1,000 点以上の処置料などは出来高で算定し、検査・投薬・レントゲンなどは包括化されます。DPC の 1 日当たりの点数は、主病名・治療・合併症などによって詳細に決められており、その疾患の決められた入院日数にあわせて、初期には高く、その後漸減することになり、日数を超えると出来高になり、入院費は極端に低くなるシステムです。医療機関別係数の補正があり、前年実績が確保されています。

2. DPC の問題点

財政的視点で導入された DPC には、さまざまなモラルハザードを生む要素もあり、医療の質や患者の視点での検討も必要であると思います。DPC 導入には、平均在院日数短縮に向けて、クリニカルパスの利用促進やレセプト作成及び審査の事務量軽減などの利点がありますが、一方欠点として経営面を重視されると過小診療に傾く可能性があること、負担の大きい検査などが外来ヘシフトし総医療費・患者負担は増えることがあります。

急性期病院の包括医療が DPC によって今後進

められていきますが、慢性疾患の入院はすでに、ほとんど包括医療であり、過去には外来で老人の包括(外総診)が行われていました。しかし外総診は予想通りの医療費削減ができず廃止されています。

今後、高齢者では再び外来診療にも包括医療が検討されています。外来人頭割り制度とともに注意していく必要があります。

3. 包括化の問題は

行き着くところ包括化は、医療費削減が目的なものですから、ばら色の制度になるわけがありません。制度導入時には政策誘導で優遇し、選択の余地を与えず選択させ、大方が出そろえば、突然の「梯子外し」があからさまに行われてきました。しかし DPC にしても、急性期病院として生き残るためには、甘いえさに飛びつかざるを得ない政策ではないでしょうか。

第 4 章 療養病床再編問題について

平成 18 年 6 月 14 日医療制度改革法案成立により 2012 年度までに、介護型療養病床を全廃止、医療型も 15 万床に削減されることが決定しました。

療養型病床群の設置以後 13 年、療養病床・介護保険の実施後まだ 6 年しか経過していないのに制度改定だけでなく、介護病床まで廃止されることは大きな問題です。

新設や改築の償還が済んでいない施設もたくさんあるのです。関係者には国の甘い誘惑に乗り、「梯子を外された上に火をつけられた」と言われています。

1. 療養病床削減

療養病床再編とは全国約 38 万床の療養病床を 2012 年までに 23 万床減らし医療保険の 15 万床だけにする。

転載

「介護療養病床」(13 万床) → 全廃 13 万床削減
「医療療養病床」(25 万床) → 15 万床 10 万床削減

介護保険制度との制度間の調整・地域医療計画の検討・利用者の調査・受け皿の整備などからはじめて、療養病床を将来どう位置づけるのかを検討すべきだと思いますが、そんなことは無視し、まず医療の必要のない者の入院費は大幅に削減し、入院の必要のない者〔＝社会的入院〕は病院から追い出し、それを多く抱えている病院は潰してしまえという発想なのです。

2. 医療区分の新設

医療区分と社会的入院

療養病床の入院基本料は、従来の「入院患者数にあわせた看護師等の人員配置の状況により病棟単位で定額算定する方法」から、「患者さんを医療の必要度に応じた〔医療区分〕と〔ADL の状態〕によって分類し、その組み合わせにより入院料が決まる」方法になりました。

しかし医療の必要度とは名ばかりで、厚労省は医療の必要の少ない〔医療区分 1〕を社会的入院と決めつけ、これを 50% 以上にすることを前提に医療区分基準を決めたものであり、また入院患者調査はケアタイムという介護の時間を中心に決められたため、医療の必要度や処置、医療コストなどは全く反映されていない分類になっています。

また〔医療区分 1〕の入院費は、通常の病院の入院費とはかけ離れた低医療費に設定され、それも医療行為はほぼ包括されており〔医療区分 1〕の患者さんを入院させておけば、療養病床の経営ができない、恣意的な設定がされています。

医療区分の見直しや報酬の改定は急務ですが、何よりも、マスコミを使って療養病床に長期入院している患者さんの半分以上は、「社会的入院」と宣伝しているのが一般の人に間違った認識を持

たせています。

「脳梗塞後遺症で寝たきり状態・重度の意識障害があり、誤嚥や肺炎を繰り返すため胃瘻から経管栄養、他にも心不全などの内臓疾患合併もあり投薬治療が必要」

このような重度の障害を持つ長期入院患者さんが、医療の必要性がない「社会的入院」とされ、在宅の受け入れもなく、介護施設でも医療管理ができないと拒否され、療養病床からも退院を勧告されたら、どこへ行けというのでしょうか。

こんな患者さん達が「医療区分 1」なのです

「医療区分 1」とは、医療の必要度が低く、入院の必要ないと判断される疾患や状態なのです。

昨年 10 月から食費や居住費の自己負担が増えたのも「医療区分 1」です。家族にとって医療費は減りますが食費・居住費は全額自己負担です。

「医療区分 1」

◎意識障害の状態

脳血管障害・脳腫瘍・頭部外傷などで、意識障害があり、片麻痺・寝たきり、痙攣発作・誤嚥のための胃瘻造設や鼻腔栄養などの経管栄養を行っている患者さんは医療区分 1 です。胃瘻による経管栄養の患者さんでは制度施行前に入院していた病棟の種別により「仮性球麻痺」として期間限定で医療区分 2 になりましたが、これも説明できません。

◎癌(がん)

癌・白血病など悪性腫瘍の患者さんも在宅治療が難しい場合療養病床で終末期医療行いますが、すい臓癌末期状態で経管栄養していても、大腸癌術後で人工肛門装着しても、多発性肝がんて腹水貯留があっても、疼痛のない癌ターミナルケアはすべて医療区分 1 です。癌の疼痛管理を行う場合、

転 載

麻薬処方が必要な場合のみ医療区分 2 になります。

◎内臓疾患・臓器不全はもっと深刻です。

慢性腎不全・腎性貧血。

連合弁膜症・心不全・寝たきり・浮腫。

肝硬変・食道静脈瘤。

肝不全・肝性脳症・アミノレバン注射。

ペースメーカー植え込み・重症の不整脈。

尿閉で、バルーンカテーテルを留置。

胆石症・難治性胆管炎を繰り返す。

など、心疾患・肝疾患・腎疾患などの内臓疾患も特別な状態以外は医療区分は 1 ですし、内臓疾患患者さんは介護保険からも見放されていますので、介護施設への転院もできず医療難民として在宅へ追い返される可能性があります。

内臓疾患のただ一つの例外は、慢性閉塞性肺疾患・酸素療法で、酸素吸入は医療区分 3 という設定です。

◎糖尿病も深刻です。

インスリン治療継続して転院された場合、脳梗塞・片麻痺があっても、意識障害で認知症があり、インスリンの自己管理ができない糖尿病患者も医療区分は 1 です。

ただ、頻回に血糖検査が必要な場合(1日3回の血糖検査を行っている場合)のみ医療区分 2 と認められました。

「医療区分 1」の問題

国が「医療の必要がなく、社会的入院」と認定している状態ですが、家庭環境も考えればどうやって在宅医療が継続できるのでしょうか。介護施設でも、医療処置が多く、治療が必要な患者さんは引き受けてもらえません。また高齢者では単独の病気よりもいろんな合併症が問題です。合併症の有無は何も考慮されていません。

また「医療区分 1」では急性期病院から転院を

勧められても、内服や処置など高額な医療が必要な人の療養病床の引き受けはすぐには難しくなります。転院がスムーズにいかねば急性期病院の平均在院日数にも影響が出ます。

医療区分判定が始まって、病棟での看護師さんたちの仕事が激増しました。

それも本来の看護ではなく書類書きや医療区分の判定作業です。毎日医療区分が変わる疾患や状態があり、その施設の減算をできるだけふせぐためには、毎日うつ病・せん妄などは判定基準をチェックし、記録する必要がある、介護保険制度と同じようなたくさんの書類書きのため、本来の看護時間が少なくなっています。

この制度以降、療養病棟に急性疾患の入院は引き受けにくい状態になりました。急性期病院の少ない地域や過疎地では、かかりつけ医として療養病棟でも急性疾患の入院も必要です。しかし医療区分 1 の 1 日 8,000 円程度の報酬では入院時の検査も治療も行うことは不可能、急性期入院費は全くの病院持ちです。地域医療を守るためにも、一定期間内の療養病棟の急性入院の診療報酬を新たに設定することが必要です。

第 5 章 さいごに

1. 療養病床の経済的影響・危機

新たな医療区分の診療報酬での減額は 10-20% を超えるとの試算もあり、ほとんどの療養病床では、年間数千万円から 1 億円単位の減収が予測されています。

不正を行ったわけでもなく、医療制度や診療報酬制度をまもり、経費の節約や職員の努力でまともな経営をしてきた病院に、突然前触れもなく前年比 10-20% の報酬削減を突きつける改定なのです。

これまでの小さな努力は何だったのか。多くの療養病床がやる気を失いかけています。



2. 急性期一般病院も削減・危機

療養病床だけでなく、その次に国は一般病院も 90 万床を半数近く削減する方針です。

4 月からの診療報酬改定で、急性期病院の平均在院日数を減らし紹介加算を外したため、急性期病院でも大幅な減収があり、一方看護配置基準は夜勤の時間を厳密化したため、多くの中小の急性期病院ではクリアできるかの瀬戸際で、これをクリアできねば一般病院として残れませんし、一般病院から療養病床への転換もできなくなるので、廃院がでるでしょう。

一般病床削減計画

○ 先進国並みの人口対病床数や現状の入院回数を基礎とし、平均在院日数を 15 日として試算した場合には 60 万床であり、

○ 42 万床説は現状の入院回数を基礎とし、平均在院日数を 10 日として試算した場合の数字だとされています。

しかし 病床数の多さが医療費の高騰を招いていると言って、病床削減を押し進めています、国際的にも日本の医療費は高騰しているという前

提は否定されていますし、日本の医療費は先進国中最下位のレベルです。

以前は医師の多さが医療費高騰の要因として医学部の定員を削減しましたが、現実には今医師不足が問題になっています。机上の空論で行う厚労省の見込みの甘さはどうしようもありません。

まとめ

昨年の医療制度改革・療養病床再編問題はすべて国の医療費削減計画に基づく国民の健康を無視した改悪法案です。われわれ医療関係者は、自分の関係する分野には目が届きますが、このような複雑怪奇な制度をすべて理解できるわけでもありません。まして患者さんや家族に病気の説明はできても、制度の説明ができる人はほとんどいないと思います。

診療所と病院、開業医と勤務医、介護施設などそれに勤務される医療関係者が少しでもその内容を理解し、お互いを理解しあうことで地域の病診連携がスムーズにいくのではないのでしょうか。

寄贈図書・資料等一覧

名称	寄贈者、筆者(敬称略)	受付日
平成 18 年年報	医療法人和同会 片倉病院	19.7.12
保健・医療・福祉の私捨夢づくり	名古屋工業大学大学院 山本 勝	19.7.13