



## 医療費適正化計画改訂からみる今後の医療

豊平区支部 松本修二

学生時代に日本の人口減少について教授に議論を持ちかけた事がある。「日本の人口が減る中で医師過剰となるのでは？」と問うてみたところ「戦後のベビーブームの一時期人口ピラミッドは崩れるが、その後の世代は一定の状態となり患者と医師の数は安定する」と答えてくれた。しかし30数年たった今、教授の予想に反しベビーブーム以前の高齢者の余命が伸び、出生率は下がり人口ピラミッドは逆転してしまった。その結果、高齢者数が増え社会保障費は国の財政を圧迫する状態となり、高齢化・過疎化の進んだ地方では医師不足が深刻になっている。

社会保障費確保のため消費税が1年後から始まる。前提条件として経済の好転があり政府は経済対策を最重要課題としマスコミを賑わしている。医療も成長戦略の一翼を担い再生医療、新薬開発、医療機器など我々にとっても歓迎すべきものもあるが、株式会社の病院経営への参入、混合診療など規制改革が必要との声も根強く、我々の主張する医療の質の確保、国民皆保険の堅持は経済の前に色あせ、医師会は抵抗勢力としてレッテルを貼られる事を危惧している。

一方で増税と同時に挙げるはずの社会保障制度改革国民会議の社会保障の議論は主な論点のみ示され、具体的な結論は参議院議員選挙後の8月まで明らかにされないようである。医療保険での主な点は入院医療の集約化、看護師の業務の拡大、保険免責制導入や保険外併用療養費（混合診療）の拡大など給付の縮小である。

以前から医療費の増加を抑制するための施策、いわゆる医療費適正化計画が進められている。平成18年医療費の伸びを抑えるための医療

改革で医療費適正化計画の導入が決まり、国が基本方針を示し都道府県が計画を立て、目安となる目標が実現しなかった場合は次の計画に反映させるものである。医療費の抑制計画の主なものは、①特定健診の受診率を上げ生活習慣病の予防を地域で進める事、②病院の平均在院日数の短縮と療養型病床の削減、③レセプト点検の強化などで行うことが挙げられていた。厚生労働省はこれにより長期的に6兆円の医療費の伸びが抑えられると試算している。また、実績評価の結果、診療報酬について都道府県の特例を設けることもできるとされている。第1期計画から5年を経て本年は見直しの年である。国は昨年9月に新たな基本方針を示した。

現在、特定健診の受診率・保健指導は当初の目標に程遠く、新たな基本方針では各管掌保険別の目標値が示された。目標に達しない保険者には保険料率の増加などのペナルティを与える可能性が高い。後期高齢者は特定健診・特定保健指導の対象となっていないが、いずれは後期高齢者になる市町村国保の被保険者も対象としてペナルティの対象に拡大する下地作りではないかと思われる。

在院日数短縮に関しては「良質かつ適切な医療を効率的に提供」という文言が追加され、「療養病床の削減」の文言は削除された。平均在院日数の短縮を図る事は依然として残され、「病院・病床機能の分化・強化、在宅医療の推進、医療と介護の連携の強化」により短縮を図るとされている。

医療費適正化計画とは別に第6次医療法改正の議論では一般病床を急性期、亜急性期、回復期の機能区分を明確にし、有床診療所を含む各医療機関は病棟単位で都道府県に報告し、地域

の医療計画に活用する方向が示されている。都道府県はまず急性期病院の計画を策定し同時に、在宅支援医療機関・介護事業所等の拡充を図るとされる。

地域医療計画と医療費適正化の整合性を図ると急性期病院の在院日数削減と在宅医療、介護保険の推進である。専門性の高い医療は大規模病院を中核とした急性期病院の機能として充実を測り、中規模病院および診療所は今までの医療保険のみでは成り立たず、専門性を追求した急性期医療を提供するか、介護保険を視野に入れた亜急性期、回復期医療あるいは地域包括の考え方を中心とした在宅医療を行わざる得なくなる。

レセプト点検の強化は国が地方を支援する形で行われている。すなわち点検業務を充実させるための財政支援である。今次改訂での大きな違いはないが、市町村の財政を圧迫している現状ではさらなる強化の方針を打ち出す事が予想される。後期高齢者保険を運営する広域連合も同様にレセプト点検を電算化、縦覧点検等により厳格化を図ると思われる。また会計検査院も介護保険と医療保険の給付調整に関する指摘を毎年行っており高齢者医療費を介護保険へ速やかに移行させる事を模索している様に思われる。

医療費抑制の施策は増え続ける高齢者対策が中心であり、終末期と予防医療、介護が主体となる。在宅医療の「住み慣れた自宅で」のスロ

ーガンは「住み慣れた地域で」と変わり、入院医療のホテルフィーなど一部を介護保険や自己負担化へ誘導し、さらに成長分野とか雇用創出の名のもとに新規事業者の参入を進め競争原理を働かせる事により社会保障費の削減を画策している様に思える。介護保険は介護度により利用可能な単位数（医療保険では点数）が決められておりそれを上回るサービスを受ける場合は実費徴収可能な混合診療の思想である。さらに居住系事業に株式会社の参入が目立っている。

医師会の主張する混合診療反対、株式会社参入阻止のスローガンは形を変えて打ち崩されているのである。これらの功罪を検証することが国民の利益になっているか否かの我々の主張の指標になるであろう。利用限度額の設定範囲で希望するサービスが受けられたか、逆に過剰なサービスを進められなかったか、老人マンション入所者等で医療を含むサービスの選択の自由が確保されているか、医療者は患者の要望ではなく契約した施設からの要望を重視していないかなど早急に調査すべきである。

今期適正化計画では都道府県が必要と思われる事項を主体的に記載する事とされ地方の実情に沿った内容となるかを注目すると同時に将来的に実績評価の結果、診療報酬について都道府県の特例が設けられないか注視する必要がある。

(松本内科クリニック)