

『民間病院の健全育成と病院の質向上の為に何が必要か』

近年、診療報酬改正の度毎に医療費の抑制が叫ばれ、主として薬価差が縮小されてきたが、昨年は再診療、手術料等医師の技術料にあたる医療費本体部分のマイナス改定という、医療界にとって史上初めての厳しい状況を迎えることになった。病院経営、特に一般急性期病院を抱えている中小病院の経営にとって深刻な状態となっている。一方、国全体で医療費は30兆円を超え、毎年約1兆円ずつ増加している。介護保険の始まった年はやや減少したが、介護も広い意味では医療の一部であり、右のポケットから左に移ったに過ぎない。

医療は年々高度化し、人口の高齢化とともに医療費が増加するのは避けられない。低成長下で国の税収が下がり、企業のリストラで保険収入が減り、保険財政は赤字になってきている。少子化で購買力は減っているので景気は一向に良くなる見込みがない。

一般国民のみならず、我々医療人はかつての右肩上がりの医療費は望めなくなってきた。

病院の質向上のために

現在、療養型病棟や介護保険で行われている定額制の支払い方法が、特定機能病院でも平成15年度より診断群分類(DPC)の名のもとに疾患別に決められようとしている。定額制導入に当たっては、医療の質の低下を来さないような仕組みをきっちりと決めて置かなければならないが、それはまだ見えてこない。

こういった大改革は施行の1年以上前に詳細を決め、病院団体に発表してもらうか、あるいは事前に病院団体との十分な打ち合わせが不可欠である。早晚一般病院でも診断群分類は避けられないであろう。オーストラリアでは毎年、病院団体との打ち合わせが充分に行われているとのことであるが、わが国ではこれがほとんど抜き打ちに近い。これでは実態に合った立派な医療制度が出来るはずがない。

海外の先進国でも疾患別のDRG—PPSが行われているが、質の低下を防ぐ仕組みはきっちりとされている。一方、わが国の場合、病院機能評価事業は7年目であるが認定病院はようやく1割に達しようとしている程度である。

公的病院の繰入金は税か、診療報酬か

今この事業を推し進め、病院の質を高めていく上で見過ごせないのは、都道

府県の公的病院に毎年繰り入れられている数千億円、国立病院や大学病院、社会保険関連病院などを加えると1兆数千億円とも考えられる金額のことである。病院によっては、繰入金は1ベッドあたり400万円から600万円にもなる病院もある。[表1]

繰り越せば7～8年で10兆円にもなるのに、毎年一般会計より必要資金として繰り入れられているため、表に赤字としては出てこない。公的病院の黒字、赤字は繰入金を収入とみなしているから民間病院とは比較のしようがない。民間の考えから言うと繰入金そのものが赤字なのである。

逆の考えから言うならば、繰入金に相当する金額程度は公的、私的にかかわらず、本来病院経営にとって必要な経費であって、これらの費用は、診療報酬で賄われなければならないものである。そうでないならば医療費を論ずる場合、税で賄っている部分は公表し、それは民間病院でも納得いくようなものでなければならない。

表2は平成14年度に総務省より都道府県に示された繰り出し基準の通知である。地方の財政計画により、各項目ごとに細かく補助額が決められている。項目によって1ベッド当たりの補助金が前年実績により決められている。そのほとんどの項目は（一部をのぞいて）民間病院も必要としているものばかりである。これを公平に配分するためには、診療報酬で病院部門に入院費として入れられなければならない。それによって誰も損をするものはないはずである。逆にこのまま放置するならば、日本の一般病院は公的病院ばかりになり、税負担はますます増え、旧社会主義国家のようになりかねない。結局しわ寄せは患者に行くだけである。

今まで民間病院は骨身を削って日本の医療を下から支えてきたといっても過言ではない。いまその限界に差し掛かっていると考えてもよいのではなかろうか。国は日本の病院のベッド数が諸外国に比べてかなり多いため、それを減らそうとしているようであるが、もし減らすとするならば、税を払っている病院ではなく、税を使っている病院から減らすのが筋であろう。公的とは何かを根本に遡って考える時期にきているといえる。もっと情報を公開して一般の人々にこうした事実を知ってもらう必要がある。

医師研修指定病院の研修費用について

公的病院に十数年勤務し、民間病院の経営も同じような期間を経験した私の経験からいって、これら繰入金の大部分は無駄なものではなく、必要な経費と考えられる。

医療費に余裕があった過去においては、こういったことはそれ程問題とされなかった。しかしこれからは医療費の抑制はますます厳しくなると思われる。

従って医療費の配分は誰もが納得のいくものでなければならない。また税の使われ方も厳しく監視されなければならない。そうでなければ納税者は納得しないであろう。

医師や看護師の研修に要する費用、そのための指導料や設備費用などは、診療報酬の中では考慮されていない。米国では一人の医師の卒後研修に1千万円以上使っているとのことである。もちろん給料は別である。

民間病院が苦しい経営の中で税金を支払い、公的病院は税金を支払っていないにもかかわらず、同じ診療報酬制度で支払いがなされているのは考えられないことである。これまでは可能であったかもしれないが、これからは許されないであろう。これまでが可能であったのは、右肩上がりの医療費と適当な薬価差があり、かつ経営に直接結びつかない部分は削っていたからにほかならない。医療の質が厳しく求められる現在、公私ともに同じ土俵の上で採算性を考えて行かなければならない。

今のような状態が続けば、日本の医療はますます歪んだものになり、急性期医療はほとんどが公的病院のみとなり、ヨーロッパのどこかの国のように、癌や急病になってもすぐには入院できず、何ヶ月も待たねばならなくなる事態が到来することは目に見えている。また繰入金と言う隠れ蓑によって医療費（実は税金）は際限なく、膨れてくる。同じような医療をしている私的病院には、それは全く入ってこないのである。高度先進医療といわれるものでも、多くは1～2年もすれば民間でも行われる医療が大部分である。

地方交付税について

そういった事態を避け、医療をまともな形にするための手段の一つとして筆者は、2～3年前に、地方交付税の中から繰入金に相当する部分の大部分を除外し、その部分を診療報酬の入院費の中に入れることを提案した。これが出来れば、誰も損をしないで、公平で正常な形の医療ができるのではないかと思われる。もちろん一度に出来るとは思われないが、3～4年かけて段階的にも可能ではないかと考えられる。公的病院にとってもその方が安心と自信をもって病院経営が出来ると信じられる。

大多数の病院が機能評価を受け、DRGやケースミックスによる疾患別に医療費が支払われるようになるには、こうした改革が実行に移され、問題が解決されなければならない。

現在のように医療費の高騰と保険財政の赤字のみが盛んに報道され、一般の人の目に触れない隠れた場所で1兆円を超える金が国・公立病院などに毎年支出されており、新聞、テレビなどでもそれが報道されないということは、税を払って病院経営をしている民間病院にとっては到底納得できないことである。ま

た日本の医療界全体、あるいは国全体にとっても不幸なことである。

民間病院の重要性

民間病院があることによって、わが国では急病の場合いつでも入院医療を受けることが出来る。平成7年の阪神淡路大震災のときに民間病院がどれほど活躍したかは、マスコミなどではあまり報道されていないが、知る人ぞ知るである。逆に公的病院のみであったならば、いかに悲惨な状態になっていたかは、現場で活躍した我々にとって想像に難くない。

一般急性期病院が厚生労働省の意図するように60万床になった場合、入院を必要とする急病患者は、欧米先進国でそうであるように、何ヵ月も入院待ちを余儀なくされるであろう。そういったことにならないためにも民間病院の健全育成が必要であり、そのためにも公平な医療費の配分が行われるべきであろう。

公的病院の役割と今後のあり方

公的病院はこれからは民間と競合している部分は縮小の方向に持って行くのが望ましく、民営化も考慮すべきであろう。しかし、いまのままで民営化しても病院の質の低下を招くだけである。何が不採算医療か、また何が高度先進医療か、よく分析し、補助金または繰入金はその部分のみに限定し、出来れば年限も区切った方が良いのではないか。いつまでもだらだらと補助を続けなければならないのは病院の経営が悪いのか制度上に問題があるかどうかである。

透析医療に年間1兆円以上も診療報酬で認められ、適当な収益をあげているのに、一つの子供専門病院に毎年30億円もの繰入金（税金）が必要なのはいかにも異常である。大部分は診療報酬で賄われなければならない。もちろん、保険でどこまでの未熟児（何ヵ月、または何グラムまで）の面倒をみるか、また何歳まで透析を行っても良いか、といった難しい問題はあるが、先進諸外国の制度も参考にして、こういった議論もタブーにせずにする必要がある。

老人医療は経営が成り立つのに、なぜ小児医療は経営が成り立たないようになったのか不思議である。

近年、なぜ小児科を志す医師が少なくなって来ているか、もっと真剣に考えなければならない。このまま行けば近い将来、手術料もさらに下がり、同じことが外科医に対してもいえそうである。

一般医療に必要な費用はすべて診療報酬で賄い、民間で出来ない最先端の特殊医療は税で、保険適用できない非一般医療費は自己負担で賄わざるを得ないであろう。

税で賄っている分は毎年医療費として公表されるようにする必要がある。今後、こういった問題が中医協の場などで議論されることを望む。

待ったなし DRG/PPS

診療報酬で手術料に関して、施設における症例数、経験年数、専門医、認定医などが施設基準として加味されたことは、医師の技術料がはじめてともに評価されたことになる。しかし当初の目的とは異なり、多くの施設で、より少ない費用で今までと同様に手術を行っている。まじめに立派な手術を行っている施設は、いじめにあったようなものである。

特定機能病院で試行を予定されている診断群分類方式は、いずれ一般病院でも行われることであろうが、そのまま中小民間病院に適合するとは到底思えない。医療の質を確保する方策も見えてこない。全日本病院協会では3年前よりオーストラリアにおいて施行されているDRG-ケースミックスを理想的であるとして検討している。もしこれが取り入れられて、さらに日本的なものに改良できれば現在の診療報酬上の矛盾の多くは解決されるものと信じる。

そのためにも、公的病院と私的病院の経営基盤を、同じ会計基準で扱い、公平なものにすることが急がれる。

(執筆に当たりご意見をいただいた東邦大学医学部公衆衛生学教室、長谷川友紀助教授に感謝いたします。)

尼崎中央病院 理事長 吉田静雄
(全日本病院協会常任理事)

[引用文献]

1. 最勝寺麗子「公私差」
(社会保険旬報 93.3.11 26頁)
2. 吉田静雄「病院の公私格差是正の提言」
(社会保険旬報 97.5.21 14頁)
3. 同「医療情報開示の前にやるべきこと」
(社会保険旬報 97.9.11 22頁)
4. 同「公的病院に対する補助金」
(全日本病院協会ニュース 97.5.15 97.10.15)
5. 同
「医療情報開示の前に医療機関の管理体制整備を急げ～医療不信をなくすために～」
(社会保険旬報 99.3.1 26頁)
6. 同「必要な医療費を確保するため何をなすべきか」
(社会保険旬報 99.5.1 26～28頁)
7. 特集「こんな国公立病院はいらない」

(日経ヘルスケア 98.3月号 10～11頁)

8.吉田静雄「これからの医療、病院機能評価について」

(兵庫県私立病院協会 99.12月号 20頁)

9.同「公私問わず必要な医療財源は地方交付金に求めよ」

(M.M.P. 2000.6月号 32頁)

10.同「何が日本の医療をゆがめているのか」

(社会保険旬報 2002.2.1 18～19頁)

11.同「日本の医療の行く末を愁う」

(社会保険旬報 2002.11.11 10～14頁)

[表 2]

繰入基準（平成 14 年度総務省繰出基準通知）

項目

- 1 病院の建設改良に要する経費
- 2 へき地医療の確保に要する経費
- 3 結核病院の運営に要する経費
- 4 精神病院の運営に要する経費
- 5 リハビリテーション医療に要する経費
- 6 周産期医療に要する経費
- 7 公立病院附属看護師養成所の運営に要する経費
- 8 救急医療の確保に要する経費
- 9 公立病院附属診療所の運営に要する経費
- 10 高度医療に要する経費
- 11 保健衛生行政事務に要する経費
- 12 経営基盤強化対策に要する経費
 - (1) 不採算地区病院の運営に要する経費
 - (2) 医師及び看護師等の研究研修に要する経費
 - (3) 病院事業の経営研修に要する経費
 - (4) 保健・医療・福祉の共同研修等に要する経費
 - (5) 経営健全化対策に要する経費
 - (6) 病院事業会計に係る共済追加費用の負担に要する経費
 - (7) 広域的な連携等の推進に要する経費
- 13 地方公営企業職員に係る基礎年金拠出金に係る公的負担に要する経費
- 14 地方公営企業職員に係る児童手当に要する経費