

2) 保険医療と大学病院の立場

新潟大学医学部内科学第一教室 和 泉 徹

A Relation Between The Health Insurance System
and University Hospitals in Japan

Tohru IZUMI, M.D.

*First Department of Internal Medicine,
Niigata University School of Medicine*

At the present time, university hospitals in Japan are facing some difficulties regarding economic support from health insurance. In 1971, Japan established an unique health insurance system: so-called obligatory mutual help medical insurance, and has been able to receive a relatively high level of medical care through it. Under this medical system, university hospitals have been able to have a "honey-moon" for about 20 years. However, because of the enormous increase of medical costs for the elderly, the relationship between the two is drastically changing. In the past decade, most university hospitals had to contend with the problem of deflated medical costs due to health insurance. Recently, it has become obvious that there is a clear gap in a view height between the two. University hospitals have responsibility to develop advance medicine and /or in innovation in a special field, but the insurance system is only directed at how to deliver standard medical care to all people. Year by year, the gap widens. To resolve these difficulties, some proposals are listed here, namely, 1. government assistance for the medical costs of the elderly, 2. fair financial support of medical options including home-medicine and preventive medicine, and 3. special consideration of the activities of university hospitals.

Key words: health insurance, university hospital

保険医療, 大学病院

はじめに

この問題の性質上、本来は大学病院の内部機関で意志統一を図ったのちに意見を述べるのが正しい道筋であると思われるが、今回は諸般の事情もあって敢えて独断と偏見に陥る危険をも省みず私見を述べることにする。まず、その危険性をご了解して頂きたい。また、供覧するデータは時間の制約があったため、極めて部分的な収集

に留まったこともお断りしておかねばならない。

1. 大学病院における保険医療の実態

最初に、新潟大学病院の保険医療の大きさを調べた。ここでは大学病院の総診療請求件数や総診療費が社会保険診療全体に占める割合をもって推し量っている。表1は93年度3月時点での社会保険診療の実態である。新潟県全体での総診療費は1ヶ月で194億円にのぼっているが、そのうち新潟大学病院は7億1千6百万円で3.7%

Reprint requests to: Tohru IZUMI, M.D.,
First Department of Internal Medicine,
Niigata University School of Medicine,
Niigata City, 951, JAPAN.

別刷請求先: 〒951 新潟市旭町通1-754
新潟大学医学部内科学第一教室
和 泉 徹

を占めている。これを社会保険からの支出額でみても約3.3%に相当する。また、診療請求件数でみると1.6%である。従って大学病院での保険医療では1件当たりの単価が高くなっていると推測される。

次いで、保険医療をめぐって今日大学病院にどのような状況が起きているかを把握するために、高額医療の動きを検討した。表2は45万円以上の高点数、すなわち1ヶ月あたり450万円以上の医療費を要した患者の件数及び金額の一覧である。大学病院は、件数で11件中の4件、36.4%を占め、金額においても34.4%を占めている。査定金額は29.7%と大幅カットになっているが、新潟県の一般病院を対照にとり比較してみると査定比率は一般病院の5.6%に対し、新潟大学病院は4.5%と、約1%程低めである。

表3は、新潟大学病院医事課がまとめた過去4年間の全診療報酬請求のまとめである。1ヶ月あたり、請求件数は約2万件、請求額は約8億円になる。査定は約7百件発生し、約3.5%に相当する。その結果、月々約4百万円の査定減額が生じている。これを一般病院を対照として、比較すると査定比率は約0.53%で全体の査定比率0.12%の約4.4倍に匹敵する。

そこで、表4の様に更に査定減の内訳をA、B、C、D、即ち、Aは適応なしのために査定された、Bは過剰であるがために査定された、Cは重複するがために査定された、Dは疑義解釈上不適当或いは不必要のために査定された、という風に分類して、確定した過去3ヶ月を通覧すると、Aが31.3%、Bが53.4%、Dが15.1%で、Cはほとんど無いという成績になる。これを県内の大病院を対照に同時期と比較すると大学病院での査定ではAが多く、Bは同等、Dが少ない傾向がみられる。これは、大学病院の診療においては、医療保険適応外の内容でも行わざるを得なかったり、一見過剰だとみなされる様な診療でもやらざるを得ない状況を反映していると思われる。又、そのような患者が一般病院から大学病院に転院してくるにも拘らず、現行の保険診療体制では査定という冷たい解答が出ているとも理解される。大学病院での実際診療と保険医療では医療内容に対する視点の高さにこれだけの違いがある。これは大変大きな矛盾で、この視点の違いが大学病院の保険医療を大いに圧迫し、健全な収支バランスを失った結果一部で社会問題化しているのは衆知の通りである。

2. 査定された個別事例

さらに、各々の代表例をとりあげて検討してみた。事例1(図1)は、適応なしとみられた代表例である。39

表1 新潟県内全体に占める新大附属病院の比重

	新潟県全体	新大附属病院	比率
件数	952,551	15,034	1.6%
支出額	15,921百万円	528百万円	3.3%
総診療費	19,439百万円	716百万円	3.7%

(93.3 社会保険診療分)

表2 特別審査委員会関係(45万円以上の高点数分)

	新潟県内全体	新大附属病院	比率
件数	11	4	36.4%
金額	65,105,460円	22,373,800円	34.4%
査定金額	-3,414,150円	-999,120円	29.7%
査定比率	5.6%	4.5%	

(93.3 社会保険診療分)

表3 診療報酬請求のまとめ

	件数	請求額	査定額	査定率(対照)
'92年	20,973	803.0百万円	4.3百万円	0.53(0.11)%
'91年	20,884	757.3百万円	3.5百万円	0.47(0.11)%
'90年	20,521	762.2百万円	5.1百万円	0.67(0.11)%
'89年	19,744	707.9百万円	3.1百万円	0.43(0.14)%

(93.6 新大医)

表4 査定減の内訳(点数)

	A(%)	B(%)	C(%)	D(%)
'93.2	43.3	31.6	0.1	25.0
'93.1	32.0	66.6	(-)	1.4
'92.12	18.6	61.9	0.5	19.0
計	31.3	53.4	0.2	15.1
対照	0.3	48.6	0.0	51.1

A: 適応なし B: 過剰 C: 重複
D: 不適当又は不必要 (93.6 新大医)

才の女性で死亡した患者である。疾患はMDSからAMLに移行した急性白血病で、治療の経過中に好中球減少症、敗血症、多臓器不全が発生し20日間で死亡している。1ヶ月の総保険請求点数が462,237点であったが、そのうちの97,211点すなわち21%が査定されている。その査定された医療内容を見るとグラン、バンコマイシン、トブラシンが適応なしとしてゼロ査定、シオマリオン、ミノマイシンが過剰投与との判断にて査定減になっている。

事例1

A：適応なしとみられたもの

H. Y. 男 39才(2369826)、20日間で死亡例

病名：①急性白血病(MDS→AML)

②好中球減少症

③敗血症

④多臓器不全

減点 97,211点(462,237点)：21.0%

内容

A①グラン注射液 (150μg) 2A→0

②バンコマイシン (500mg) 5A→0

③トブラシン (60mg) 1A→0

B④シオマリリン (1g) 18A→12A

⑤ミノマイシン (1g) 6A→4A

(93.6 新大医)

図 1

この症例のカルテを検討してみると、骨髄移植のために転院してきた患者で、移植を前提に広範な抗生剤の投与が行われていた。その待機中に白血病細胞の増殖がみられ、やむなく化学療法が加えられた。しかし効果がみられず不幸な転帰をとったものである。化学療法後の好中球減少にはグランを使用している。この様に詳細に検討すると医学的に妥当な背景があっても、保険医療では適応が無いとの理由でその医療内容がしばしばゼロ査定になる。この様な査定例は現在の保険医療が持っている構造的な欠陥のひとつと思われる。

事例2(図2)は過剰とみられた代表例である。患者は46才の女性で26日間で死亡している。病名は劇症肝炎、敗血症、急性腎不全で総診療請求点数1,179,219点中、484,513点、27%が減点されている。内容はトリパレンやプロスタンディンがゼロ査定され、ガストロゼピンや血漿交換療法が過剰投与とみなされてカットされている。この症例のカルテをみると、劇症肝炎のために某病院から転院してきている。保険医療で認められている血漿交換療法を患者の容態に併せて十分に検討した上で使用した結果が以上の医療内容になってしまったのである。通常の血漿交換療法の回数でないことは誰も認めるところであるが、しかし患者の容態に併せて行った医療内容を後から紙上審査のみで判断するところに保険医療の難点がある。大学病院では、医学界をリードしている経験豊かな医師が日常的に指導しているわけであるから、透明度の高い医療行為が保証されている。査定した審査医と実地診療を担当している医師との意見交換という接点

事例2

B：過剰とみられたもの

Y. A. 女 46才 (2353768)、26日間で死亡

病名①劇症肝炎

②DIC

③敗血症

④急性腎不全

減点 484,513点(1,179,219点)：27%

内容

A①トリパレン2号 600ml 2A→0

②プロスタンディン 500 8A→0

B③ガストロゼピン法 18A→6A

④血漿交換療法 ×16→×4

(93.6 新大医)

図 2

事例3

D：不適當、又は不必要と思われたもの

H. M. 女 76才 (2364191)、実日数31日

病名①僧帽弁狭窄症

②開心術後の循環不全

減点 1,440点(431,683点)：0.3%

内容

D①Na, K, Cl, TP, FBS ×18→0

(93.6 新大医)

図 3

がないまま多額の診療請求がカットされていることに矛盾を感じない臨床医はいないであろう。

事例3(図3)は疑義解釈上不適當または不必要とみなされた代表例である。患者は76才の女性で実日数31日間入院している。患者は僧帽弁狭窄症の為に弁置換術を行い、開心術後の経過が思わしくなく循環不全が長く続いていた患者である。請求点数431,683点中1,440点、0.3%が減点されているが、その内容はナトリウム、カリウム、クロール、総蛋白、空腹時血糖が18回測られたけれども不必要であろうという判断である。このような判断は大分意見が分かれる。循環不全を日常的に管理している医師であればこの様な事態は術後希ならず発生すると考えているし、標準医療のみを念頭においている審査医からみれば不必要であろうという判断がなされるであ

ろう。両者の議論が噛み合わない密室で処理されていることにやりきれなさが残る。

3. 保険医療の推移

これらの事例を通覧すると、現時点で保険医療が大学病院をどうしようとしているのかが如実に見えてくる。即ち、特定領域や特定疾患に対しての高度な医療といえども、医療保険の鉄の枠の中で処理するという強い姿勢である。そしてこの傾向はここ数年より明確となってきた。

この様になった歴史的経緯を図4にまとめた。昭和36年度に国民皆保険が達成された折りには、同世代間の相互扶助を念頭に置いていた。多少の混乱はあったものの、当時の乏しい財源の中から全国民に最低医療だけは保証しようとの意図のもとにこの制度は定着し、発展・整備され今日に至っている。この保険医療が施行されたのちに、日本医師会は2回の保険医総辞退を企画しているが、その際のメッセージの中には、「医学研究の向上と国民福祉の結合」とか、或いは「大学研究の公費負担」といった表現ながら大学病院での保険医療に心配りをみせている。制度が出来てから、約20年は保険医療の中で大学病院は比較的温かくみられてきた。この保険医療の体質に変化のきざしが表れはじめたのは、昭和48年1月に老人医療費の無料化が打ち出されてからである。当初は気付かなかったようであるが、結果的に医療保険は財政的に難しい問題を抱えこんでしまった。それは老人医療費の大幅な増加である。この増加は老人保険法による医療給付というより素人には理解しがたい方策を生み出した。しかし、今日に至るまで老人医療費の増加は続いており、さらに21世紀まで持ち越すであろうと予想されている。この老人医療費の増加からいわゆる保険財源の不足という問題が顕在化してきた。そのため昭和58年の老人保険法を制定したのは、診療報酬体系を全面的に見直し、それと同時に保険医療での運用上特別の配慮を認めず、厳しくこの枠の中で処理しようとする鉄の意志が形成されていった。翻ってみると、医療界の冬の時代はこの辺が端緒である。はじめのうちはこのような事態が保険医療で進行していても、大学病院はカヤの外で眺めていたわけであるが、いよいよ今日では嵐の中に取り込まれ大あわてしているのが実状である。これらの混乱を、昨年4月に改正された医療法により特定機能病院を設置して取捨しようとする動きもみられるが、矛盾を解決するか或いは更に矛盾を拡大するか未だ不透明な段階である。

4. 医療の分化と保険医療

ここで、現時点における医療界の機能分化の到達度を

1961.4 国民皆保険達成

○医学研究の向上と国民福祉の結合 ('61.7)

○大学研究の公費負担 ('71.7)

1973.1 老人医療費の無料化

○大幅な老人医療費の増加

1983.1 老人保険法による医療給付

○診療報酬体系の見直し

○例外無き保険医療化

1992.4 医療法の改正

○特定機能病院の設置

図4

大きく捉えてみると、一つは高度医療を提供する機能である。これはほとんどの大学病院が担当している重要な機能のひとつである。もちろん基幹病院と呼ばれる一般大病院もこの機能を有しているし、一部救急医療等では大学病院よりも優れているのは衆知の事実である。第2は標準レベルの医療を提供する機能である。これは開業医や中小の病院が主体的に担当しているけれども、現時点の保険医療の中では高度な機能を保有している病院といえども参加せざるを得ない経済的理由がある。従って、結果的に特に外来診療では競合状態になっている。医療環境が未発達段階では、この競合状態が良質な医療を供給する原動力となり、そしてそれが新たな需要を喚起するといった積極的な側面もみられたが、今日ではむしろ医療機関の体力を弱め一部では閉鎖といった最悪の事態をも生み出している。第3は在宅医療機能である。在宅医療は本来行われるべき医療の姿であるが、日本においては、①医療と福祉の役割分担が不明確、②家族を含めた国民の意識変革が必要、③在宅医療が可能な家屋構造や社会基盤の整備、④担当する医療機関（主に開業医や中小の病院）の体制づくりが不備等、大きな国民的課題を残している。しかし、この在宅医療へは大学病院はほとんど関与することはないであろう。第4は予防医学である。非常に大切な分野であるが、本邦では欧米ほどには視点も体制も不備なのが現状である。

この様な分化の到達度を考慮して、保険医療を概観すると、現在の段階では保険医療の視点はかたくなに標準医療を対象としている。もちろん高度医療や在宅医療は視野には入ってきているが、不十分さは覆い隠せない。予防医学については従来より非常に冷たい姿勢をとりつけている。この姿勢が続く限り、大学病院は保険医療からは厳しい目に晒される格好の標的になり続けるであ

ろう。

5. 保険医療の今日的課題

保険医療の今日的な課題を考えてみると、保険医療は、医療における財源とその分配を担っている基本システムであるから、まず医療保険の財源をどこから確保するのかという事が一義的な問題となる。これに関しては、国の姿勢をも点検する必要がある。GNP や防衛費の伸びと比較しても、医療に対する国庫負担が絶対額としても、比率としても確かに少ないことが指摘される。次に、日本が世界で最も老人が多い文明国となった結果、老人の生活を維持するばかりでなく、医療サポートをも提供する必要がある。この必然的に生じる老人医療費の増加をどの財源で吸収していくのかという問題がある。現時点では、保険医療が発足した当時に描いていた同じ世代間の相互扶助といったコンセプトから大きく外れ、勤労層の医療保険金が老人医療を支えている世代間負担に変わってきている。これらの財源確保に関する不安定さが今日大学病院の保険医療をも揺るがしている遠因となっている。

2番目は分配の問題である。分配を担当している診療報酬体系そのものにだいたい矛盾がある。筆者の率直な意見では、診療報酬体系は貧しい時代の論理に貫かれていると考えている。現在の日本が到達したような、成熟し豊かな社会では受け入れがたいような論理がしばしばみられる。例えば、医療政策的な色彩が非常に濃く出ている。先般公示があった、「AIDS の保険診療請求については病名を必要としない。」等は端的な例であろう。外来医学管理科の採用や廃止にもその姿勢が滲み出ている。また、経済原則や労働原則を無視した診療報酬体系がしかれていることである。予算の計上で病院建築を行える国公立病院と医療収益を以てはじめて病院建築が可能な私立病院とが同じ保険点数の診療体制にあるのは誰が考えてもおかしな点であろう。救急医療や高度医療では要員を確保し、強化するだけでも経済負担は大きいのみならず、その体制を維持するだけでも費用がかさむのは自明の理であるが、それへの配慮は一切無い。実際に診療してはじめて保険請求出来るシステムとは、消防業務や治安業務の運用を例にとるまでもなく変な経済機構である。これでは、要員の確保に支障が出て、通常の労務管理ではあり得ない様な36時間連続勤務を強いられる医師の出現等異常な労働環境が日常的になるのも有り得る話である。診療内容の吟味や、医療従事者の労働環境より、如何に保険点数化出来ない医療業務を圧縮出来るかが保険医療の中で診療者サイドの大きな命題になって

いるわけである。更に、先進医療とか予防医学的処置はなかなか保険医療に反映されない。先進医療では、例えば保険医療に取り込まれても実際は特殊治療材料費のみが高額に評価されていて、技術評価は低いなどの問題も指摘されている。予防医学については、相互扶助の精神を大きく考えてみれば個人を襲う疾病との考えばかりでなく、集団を襲う疾病との考えに立てば当然予防医学をも保険医療の中に取り込むべきだとの意見もあるのだが、なかなか現実化しないのが実状である。今日特に明らかになったことではあるが、現在の保険医療では大学病院だけでなく、一般の大病院も含めて標準以上の医療サービスを行おうとする医療機関が最も不利になるような状況になってきている。

3番目に受療者、即ち患者の側の意識変化も見逃すことは出来ない。財源の確保や診療報酬体系がどうであれ、そのようなことは受療者レベルではどうでもよいことである（最も、現在の保険医療は複雑すぎてとても一般人には理解しがたいが…）。現在の成熟した日本の社会の中では、受療者の受けとめ方は「医療はサービス業」という割り切った受けとめ方である。従って受療者の要求は端的で、保険医療の枠内で標準的内容は受けて当たり前、さらに一歩進んでアメニティの要求も含んでいる。病院内での空間的豊かさや、医療従事者とのコンタクトタイムの延長、同意出来る医療内容の充実等を求めている。しかも、従来の負担を増やさずに現在の医療保険の枠内でこれらを求めてくる。これらの要求のうち正当なものには耳をかす必要があるであろう。

6. 保険医療と大学病院の立場

これらの課題を視野に入れながら保険医療にたいする大学病院の立場を考察してみると、大学病院での診療の主眼は、先進医療を含む高度医療を担当するという事であろうし、新しい先進医療の内容を開発していくことも求められているであろう。更に加えて、医療全般をまかなえる医療従事者の人材育成とその強化も大学病院の重要な任務になっている。

この様な重い任務全てが保険医療の枠組みの中で解決出来るわけではないが、少なくとも保険医療への対応の仕方は決めるべき時期に来ていると思われる。即ち、①現在の医療内容を大きく変更せずに、保険医療の適応拡大に努力を重ねるのか、或いは②他医療機関に委ねることの出来る医療内容は比重を減らし、特定の医療のみに専念出来るような特別な枠組みをつくるのかの選択である。いずれ、大学病院内部での十分な議論を経て何れかが選択されるであろうが、筆者自身は前者を支持して

いる。日本の今持っている医療保険体制は世界に誇れるものだと思うからである。欧米の障害保険をベースにした医療保険制度の矛盾をみると、例え若干の変容はあっても相互扶助をベースにおいたこの保険制度を堅持するのが受療者にとっても、また医療従事者にとっても有利だと思えるからである。従って、この保険医療を大きく変えることなく、如何に現状にあった解決策を見いだしていくかが問われている。先に述べた様に、発生している問題は保険医療の枠内で十分解決できる性質のものだと思われる。むしろ、特別枠を設けて、現実の保険医療から大学病院が遊離した場合の方がより弊害も大きいとも考えている。特に、大きく立ち後れている問題の解決には、多分に医師サイドの意識改革も必要と思われるところがあり、専門家からなる公平な第三者機関が提言した改正を無条件で受け入れるぐらいの英断が求められているとも考えている。

おわりに

GNPの5%、総額24兆円の総医療費の規模にありながら、何故大学病院がこの様な保険医療という経済問題に巻き込まれずにいられないのか、理解に苦しむことである。医療費のほとんどが医療産業の収益となり、医療従事者への還元の度合いが少ないことも一因となっているであろう。また、保険医療の枠組みの複雑さが問題をより深刻化させている。結局、この様な事態を招いてしまった責任の多くは、医療界のリーダーを自負している医師層にあることになる。自らの意識改革と英断をもっ

て、これら諸問題を解決する力量がまさに今問われていることを忘れてはならない。

参考文献

- 1) 日本医師会：医療保険制度の統一本化に関する経緯と資料。1984, p1~281.
- 2) 日本医師会医療政策会議：医療保険制度の統一本化について、昭和62年度日本医師会医療政策会議答申、1988, p1~26.
- 3) 大学病院の医療費はなぜ高いか—一日大・大道助教授らの研究報告から、社会保険旬報, 1647: 11~17, 1989.
- 4) 医療基本問題調査会大学病院問題で論議。日本医事新報, 3391: 154, 1989.
- 5) 大学病院の未来像と診療報酬体系改革の道標—東北大学医学部での2つのシンポジウム。社会保険旬報, 1782: 15~20, 1992.
- 6) 和泉 徹：診療報酬について—医育機関の立場から、新潟県医師会報, 512: 11~12, 1992.
- 7) 日本医師会医療政策会議：診療報酬のあり方—21世紀に向けて。平成4年度日本医師会医療政策会議報告, 1993, p1~27.

司会 ありがとうございます。これに関連しまして、神経内科の田中先生からご発言を求められていますので宜しくお願い致します。