

医療計画について

一五〇八字

前回に引き続きまして、医療計画と病床規制につきまして質問を続けたいと思います。

私は、前回の質問の中で、医療計画における必要病床数の考え方が本来必要な地域の医療ニーズにこたえたものになっていないのではないかとということを中心に疑問を呈してまいりました。

少し振り返っておきますと、第一には、必要病床数の算出方法、地方ブロックごとの入院受療率を根拠とするわけですが、その地方ブロックといえますのは地方における中核都市を含んでいたり、あるいは過疎地域を含んでいたりといういろいろな社会的な性格があるわけですから、それを地方ブロックというふうにとらえても、必ずしも医療ニーズを反映したものとしてみえるわけではないですし、必要病床数が小さいところで入院受療率が少ないところだと、どうしても必要病床数のカウントは少な目に出ますし、過剰が引き戻されてもそれほど引き戻されるわけではない、そういうようなことを一点指摘をしました。

それから二つ目には、保険局長は、日本の医療費は病床数の多さと相関の度合いが高いので、医療費を抑制するには病床数の規制をしなければならぬというふうに再三御答弁されているわけですが、医療費との相関要因を探してみると、医療従事者数もありませんし受療率もありますし、あるいはまた最近ではもっとほかの要

因もございませうし、病床数だけで考えるというのは不十分ではないかということが二点目。

それから三点目は、必要病床数をカウントする場合に、入院受療率を中心にした病床数という量のカウントだけではなく、その必要病床数の考え方の中に、例えば循環器医療についての整備状況ですとか小児救急ですとか、あるいは同じことをちよつと言いかえるだけかもしれませんが、高齢社会の中でリハビリ医療体制が必要病床数の中に含まれているかというようなこと。細かいベッド数まではカウントしなくても、基準的な考え方を必要病床の指定要件として踏まえるべきではないかということをお願いして、今回の、過剰病床の地域では保険医指定を取り消すというようなことは非常に尚早、性急な法文ではないかということをお願いしてまいりました。私が申し上げましたことは、参考人質疑の中で中野総合病院の池澤参考人がほぼ同じような指摘をなさったというふうには伺わせていただきました。

さて、今回でございますけれども、まず、前回の質問のときに、国民健康保険の都道府県別、年齢階級別一人当たり診療費のデータをお出しいただきたいというふうをお願いをいたしまして、大分労力をおかけしたそうですけれども、政管健保とあわせてデータをお出しいただきました。この点に関しましてはお礼を申し上げます。ありがとうございます。

それで、時間の都合もありまして、いただいたデータを十分に見させていただくというところまではいっておりませんが、一、

二気がついた点を指摘させていただきます。

国保と政管健保との間で、入院診療費と、それから既存病床あるいは入院受療率の相関を見てみますと、国保と健保の間では大分違いがある。例えば、入院受療率と入院診療費の関係で、国保の相関係数は〇・八八七六。ところが、政管になりますと〇・六三二五に下がります。かなり違います。それから、既存病床と入院診療費の関係で見ましても、国保の相関係数は〇・九二二五、政管の相関係数は〇・七〇六七で、これもまた随分違います。このあたりはどんなふうに御説明いただけるのでしょうか。

それと、国保と政管の関係。国保でとれば、再三御答弁がありませんように、病床数と総医療費は相関しているかもしれませんが、政管でとりましてもつとばらつきが出てきて、必ずしも病床数が総医療費引き上げの最も基本的な要因であるというような結論を導き出せるのかどうかというのは疑問の点もなきにしもあらずではないかということをお願いしたいということ、これが第一点でございます。いかがでしょうか。

高木政府参考人 これまでの私が御答弁申し上げた内容についての最初の御指摘がございましたけれども、私の方で申し上げておりますのは、ベッド数と一人当たりの入院医療費に強い相関関係があるということと申し上げてきたつもりであります。したがって、医療費全体とベッド数との相関関係ということは申し上げてないと思うのですが、そこはひとつ御理解賜りたいと思います。

それで、今、国保と政管をそれぞれ切り分けて分析された御質問

でありましたけれども、まず第一点は、やはり国保と政管の一人当たりの入院医療費については、これはそれぞれ国保の加入者、政管の加入者の疾病構造というものを異にしておりますから、そういった面では医療費等においても違いが出てきておるわけであります。

そこで、問題は、病床数と一人当たり入院医療費の関係を見る場合に、私どもとしては、ベッド自体が、例えば国保のベッドはこれ、あるいは政管の患者さんの場合の入院にはこのベッドというような格好になっておりませんから、そういった意味では、いわゆるベッド数で制度間の医療費の格差を比較するというのは無理があるのではないかというふうに思っております。私どもが申し上げておりますのは、都道府県別の入院医療費をベッド数との相関で見ますと非常に強い相関関係があるということでありまして、やはりベッド数というのは一人当たりの入院医療費の高低を左右する一つの要因であるというふうに考えております。

石毛委員 保険局長は、今、一つの要因であるというふうにおっしゃられて、私の記憶では、一つの要因という表現は今までなさっていらつしやらなかつたのではないかと思えます、これは私の記憶ですからそれ限りの話ですけれども。ただいまのお話の中で、政管健保と国保の患者さんでは疾病構造の違いがあるというようなことをお触れになられましたけれども、もつ少しその点を言及していたければと思います。

いただきましたデータで、例えば国保の方の一人当たりの入院診療費が高額になりますのは、国保のほうの方が高齢層の加入者が多

いわけですから当然でございますけれども、同一年齢層をとってみ
ましても、かなり違いがございます。

例えば、三十五歳から三十九歳層の方ですと、政管健保の方は一
人当たりの診療費が二万八千円、ところが国保の場合は四万九千円。
四十歳から四十四歳までは、政管が二万九千円で、