

【1987年10月2日】国民医療総合対策本部中間報告に対する日本医師会の意見

日本医師会

国民医療総合対策本部中間報告に対する日本医師会の意見

昭和62年10月2日

昭和59年8月10日、日本医師会、日本歯科医師会並びに日本薬剤師会は、自由民主党との間に7項目の覚書を交換した。

その内容は次のとおりである。

- 1 医療保険制度の統合一本化を5年後に行なう。
特に負担の公平と給付の平等をはかる。
- 2 医学の進歩・医療の向上と医療保険制度の整合をはかる。
- 3 プロフェッショナルフリーダムの尊重と医療の公共性を確認する。
- 4 医療保険における技術科の適正な評価を行なう。
- 5 労務管理と社会保障の分離をはかる。
- 6 民間医療機関の経営の安定をはかる。
- 7 大学における医学研究には十分な公的補助を行う。

これらの項目に照らして厚生省国民医療総合対策本部が公表した中間報告をみると、多くの問題点が存在する。しかも、その現状分析および対策については、厚生省が昭和58年8月に公表した「今後の医療政策 視点と方向」(厚生大臣説明資料)の内容とほとんど軌を一にするものであり、自由民主党と三師会との覚書以前の構想であるにもかかわらず、これがそのまま踏襲されていることに大きな矛盾を感じるものである。

総括的には、この中間報告は、国民の健康と医療とはわが国全体の社会的・経済的所産であるという観点をもたず、ただ厚生行政の枠内でのみ対応することを考えているところに基本的な問題点がある。もとよりこれは厚生省のみの問題ではなく、現在のわが国の行政全般に通じる縦割り行政の弊害が顕在化したものといえよう。

老人の医療については入院の抑制対策のみに拘泥すべきではなく、国家全体の住宅政策や土地政策等による対応が必要である。また、このような問題は、本来、国家百年の大計として21世紀を展望して構築しなければならない政策である。厚生行政はそのような政策のなかのどこに位置づけられるのかが明確にされる必要がある。

また、中間報告は大学病院における教育と研究と診療の区分を明確化することを主張しているが、この点について具体的に文部省と協議した形跡はない。三師会と自民党との覚書第7項に示したごとく、このような区分を行うためには教育・研究に要する費用の負担についての対策が明確にされるべきであり、これを欠いた施策の提言は無責任のそしりを免れない。

医学・医術と隣接科学の進歩は極めて急速であり、人口構造の高齢化もまた急激である。中間報告は多くの「具体的な対策」を示しているが、この2つの要因による医療費増加の相乗効果についての対策を示していない。進展した科学の成果を医療に導入しながら、老人医療費の増加を抑制する方法を求めることは極めて困難なことである。これを実行するためには、確かに老人入院医療費の抑制という対応以外にはないということになるが、これを直ちに実施するためには、わが国における老人福祉施設等の社会的資源はあまりにも貧困である。このような状況において中間報告の主張する具体的な対策を強行すれば、それは老人の福祉を犠牲にすること以外の結果をもたらすことはないであろう。

以下においては、主として中間報告の第2部以下について日本医師会としての意見を明らかにしたい。

第2部 良質で効率的な国民医療をめざして

第1 老人医療の今後のあり方

1 現状と問題点

現状についての中間報告の観察は妥当な部分が多い。しかしながら、ここに問題点として指摘されていることの大部分は、これまでの厚生行政が積極的に対応しなかった領域である。中間報告においては、このような問題点が生起するに至った経緯に対する当局者の判断が全く明確にされていない。われわれは、当局の責任を追及しようとするものではない。ただ、現状に問題があるとすれば、その原因となった状況を客観的に分析することによって、真に正しい対応が可能となると考えるのである。

2 具体的な方策

(1) 老人にふさわしい施設ケアの確立

(老人病院におけるケア)

中間報告は慢性期の老人の患者に対するケアにのみ重点をおいて述べており、また、中・長期的に、老人病院を急性疾患の治療を中心とする一般病院と慢性疾患の治療を中心とする慢性病院とに区分する考え方を示している。

これまでの老人診療報酬点数表においては、老人医療の特性を考慮するという名目のもとに、まるめ点数を設定し、実体的には老人病院を一段低いところに位置づけてきたことは否定できないと考える。このような状況において、中間報告が強調する「老人にふさわしい」介護等の修飾語は信頼しがたい。老人にふさわしい介護やリハビリテーションのあり方については、これを検討している協議会の意見を率直に受け入れる姿勢が当局に期待される。そしてこれに要する費用については老人病院に対して完全に補償する必要がある。

また、老人病院を一般病院と慢性病院とに区分することは決して適当ではない。老人疾患の特性の最大のものとして、症状が安定している老人患者が突如急性化することの少ない点があげられる。慢性疾患老人患者の入院を悪とする考え方を是正しない限り老人医療に対する正しい対応は期待できない。

(老人保健施設におけるケア)

老人保健施設はわが国において最も整備を急がれながらこれまで欠けていた種類の施設である。現在、老人保健審議会で検討が行われているが、その整備にあたっては、現在の病院や有床診療所の転換を容易にするような施設基準や人員基準の設定について十分配慮する必要がある。もとより医療施設からの転換は自由意志によるべきである。また、都市部においても採算が可能な費用補償がなされなければならない。

(老人ホーム等におけるケアの推進)

老人保健施設と特別養護老人ホームとに対する老人の入所資格基準を明確に区分して規定することは困難であろう。老人ホームが老人福祉法によって設立され、老人保健施設が老人保健法に根拠をおくという縦割り行政の弊害の典型である。これは是正しなければならない。

(2) 在宅ケアの充実

在宅患者に対するケアを充実することは是非とも必要である。

このためには患者の家族が看護・介護に専念できるような環境づくりを行政側が積極的に行う必要がある。

独立した看護婦が在宅ケアに従事することについては異論はないが、この場合、必ず主治医の指示にもとづき、十分な連絡のもとに行うものでなければならない。ただし、この看護婦業務を現行老人診療報酬点数表のなかで評価することは適当ではないと考える。

また、家庭医機能の充実が説かれているが、アメリカにおける家庭医は、あまりにも専門分化した医師の現状に対する批判として実現したものであり、わが国の開業医は今日なお十分家庭医機能をもっている。これに対して制度としての家庭医を考えることは不必要である。在宅医療の充実のための施策が進展すれば、現在の開業医はそのまま家庭医として十分機能を発揮することとなる。

(3) 地域ケアのシステム化

地域医療計画が各都道府県において逐次実施に移されているが、この計画と老人に対する地域ケア対策とは無縁であってはならない。

地域における看護・介護のケア・サービスに民間活力の導入の名のもとに営利企業の手ゆだねるようなことがあってはならない。また、これらのサービスを利用する老人患者の費用負担軽減措置についても配慮すべきである。

(4) 老人医療の見直し

中間報告は良質な老人医療についてのガイドラインの作成を提言し、また老人のリハビリテーションについてマニュアルの作成を意図している。医療は極めて個別的なサービスであり、画一的なガイドラインが適用される余地は少ないが、もしもこのような標準的な指標を作成するとすれば、医学的に適正なものでなければならない。その作成については、日本医師会は傘下の日本医学会の協力を得てこれを行う用意がある。

(5) 老人診療報酬の見直し

現行老人診療報酬は決して適切に老人に対する診療の実態に即応したものではない。その見直しは是非必要である。しかしながら、医療費適正化の名のもとに当初設定された現行老人診療報酬点数表を、更にこの時点において、老人医療費の圧縮のために見直すことには反対である。老人診療報酬の見直しについては、その目的と予算枠とを明確にする必要がある。

第2 長期入院の是正

中間報告は諸外国に比べ我が国の入院日数が著しく長いとしているが、このことは必ずしも単純に比較できるものではない。入院もまたそれぞれの国の文化的所産である。国民皆保険のもとにすでに4半世紀の経験をした我が国の国民は、その居住環境の低い水準とあいまって、在宅医療よりも入院を希望する傾向が強い。特に老人においては、特別養護老人ホームには養老院のイメージが固着しており、家族もまた病院に老人をおくことをベターだと考える習慣がある。これを是正することは、まさに文化を変えるに等しい努力を要するほどの事業であることを理解しておく必要がある。

現行老人保健法においては医療の担当基準において、家庭の事情等により退院が困難な患者について、保険医療機関は市町村長に通告することを規定しているが、これが全く実効をあげていない。このことは、既に述べたように、市町村長が退院老人の受け皿をもたないことによるものである。このような状況ではどのような対策を考えても、効果は期待出来ない。

中間報告は、各病院に入退院判定委員会の設置を図るとしているが、これはいわゆる社会的入院がやむをえない状況においては効果がない。家庭などの受け入れ体制が良好な老人患者にとっては、病院は必ずしも居心地の良いところではない。

入退院判定委員会と同様のグループによる医学的視点にもとづく判定は各病院でも当然実施されているものである。このような委員会の設置は、厚生省と日本医師会とが合同で設置している病院機能評価に関する検討会においても、患者サービスの一環としてとりあげている。あえてこのようなことを新施策として掲げる必要はない。

第3 大学病院等における医療と研修の見直し

1 大学病院等における医療、研修のあり方

中間報告がここに掲げている諸問題はすべて文部省が同意しなければ実現不可能なものである。また、さきにも述べたように日本医師会と自民党との覚書にも、大学における医学研究に十分な公的補助を行うことを明確にしているが、厚生省はこの点には言及していない。これはこの覚書を無視するものであり、大学病院に対して経営上の裏付けを担保しないこのような提言は無責任である。

大学病院には現代の医療技術が集積しており、広域的な中核的病院の機能を果たしていることを中間報告において認めながら、教育・研修の費用相当分については医療保険は負

担しないという思想は肯定しがたい。教育・研修が大学において行なわれ、技術の集積がそこにあることによって国民医療の飛躍的発展が可能であったのである。今日、医療保険に対する国庫負担を削減するために、大学病院を医療保険から遠ざけるという判断は誤りである。

大学病院の医療水準が医療保険が想定する水準を超えているという考え方は標準医療の思想に近く、受け入れがたいものである。

教育・研修的医療の費用負担の方法については厚生省が自ら明確にし、文部省に対してその負担を要求する等の努力をすべきである。

卒業研修、総合研修方式、医師国家試験等に関する中間報告の意見についても、厚生省は今後、文部省、大学当局、医師会等と十分協議すべき問題であり、単に問題提起のみで終わるべきではない。

2 保険医登録制度の見直しと医師の生涯教育体制の確立

ア) 保険医登録要件の見直し

大学病院の医局員についても医療保険制度に関する基本的知識は不可欠である。ただし、医師について臨床研修年数を保険医登録要件とすることには賛成できない。

イ) 保険医登録の更新別の検討と生涯教育システムとの連動

日本医師会はすでに生涯教育の制度化を実施している。プロフェッションの生涯教育はプロフェッションの団体に委ねるべきものであり、行政庁が関与する必要はない。

保険医としての適格性の判断は、プロフェッショナリズムの根幹に関する重要な条件であり、団体の自治にまかせるべきである。

第4 患者サービス等の向上

1 情報提供機会の拡大

国民が医療機関を正しく選択するための情報の提供は、医療法の改正にかかわる問題であり、日本医師会と厚生省とが合同で開催している「診療科名等に関する検討会」の検討成果をまとめて実施すべきであると考えられる。

住民の照会に対する情報提供の組織化については日本医師会も同様の考えである。

2 医療機関と患者の関係

患者と医師との対話は医療の基本であり、厚生省と本会とが検討を重ねてきた病院機能評価の項目のなかでも相当のウエイトを占めている。この病院機能評価の一般的普及のなかで医療サービスのあり方の基本的事項は十分徹底しうるものである。

本会の実施する生涯教育の課程においても、これらの項目の普及徹底を図る予定である。

3 病院給食の改善

病院給食のあり方については、病院・施設・家庭等における費用負担の公平を考慮する必要があり、病院の給食をこれらと切り離して独自の対応を図ることは適当ではない。特に老人保健施設の費用負担が具体化されようとする今日の段階では、総合的な検討を要す

る問題である。