【1990 年 1 月 25 日】医療計画に関連する当面の要請（厚生大臣宛）
全国保険医団体連合会

医療計画に関連する当面の要請

厚生大臣　戸井田　三郎殿

1990 年 1 月 25 日
全国保険医団体連合会
会 長　堀 場　英 也

1985 年の「改正」医療法と、それをもとに昨年 3 月までに全ての都道府県で告示された医療計画は、病院ベッド削減による医療供給体制縮少、公的医療費抑制を目的としたものであった。元来、地域医療にとって最も大切な任意的記載事項と、病院ベッド数を定める必要的記載事項とは相互に密接不可分の関連をもっており、一方だけを先行できるものではないことは自明である。

だが、厚生省主導の必要的記載事項の先行は、各地で住民の受診機会をせばめ、新たな医療過疎をも生み出しており、各方面からきびしい批判を浴びている。住民にとって基本的に必要なのは、こうした病院ベッド削減ではなく、最低必要ベッド数を定めることであると我々は考える。

他面においてこの医療計画は、自治体やそこで生活する住民が、自らのニーズにもとづき、自らの医療供給体制の整備をはかることができる可能性をももっている。

こうした見地から、我々は、今日の医療計画の策定状況をふまえ、その改善のために当面、以下の事項の実施を要請する。

〈要請事項〉

〈Ｉ〉必要的記載事項について

(1)　2 次医療圏等での任意的記載事項についての討議の結果、または現在でも矛盾が明らかな場合には、5 年を待たずともベッド数の変更ができるようにすること。

(理由)　冒頭で述べたように、必要的記載事項は任意的記載事項と不可分である。

2 次医療圏を広くとっているため、ベッド過剰圏といっても実際は不足している地域が全国至るところにある。こうした事態を解消するため、各医療圏におけるベッド数に弾力性をもたせたり、サブ医療圏を設定するなどの措置が必要である。

(2)　ベッド過剰圏を口実にした公的病院の地域からの撤退や国立病院の統廃合をやめ、

地域の基幹病院としての役割を果たすこと。

(3)　営利資本による病院進出や病院転売・チェーン化による営利化・医療関連ビジネスを厳しく規制すること。(「医療分野、とくに病院経営への営利資本参入に関する保団連の対策」(1989.4)参照)

(4)　精神・結核病床が地域的に偏在することは、住民の受診機会を狭めるため、偏在しないよう適切な措置を講ずること。

(5)　個人病院の開設者が死亡し、その子弟が継承しようとする場合、ベッド過剰圏を理由に保険医療機関の再指定を拒否しないこと。

(6)　老人保健施設を 1 ベッド 0.5 床と換算しているが、その性格からいってこのように位置づけるのは妥当ではないし、数字も根拠がない。別枠とすること。

(7)　特定病床に名を借りた、恣意的で、公正さを欠いた増設を認めないこと。

〈Ⅱ〉任意的記載事項について

1.協議会の設置について

(1)　2 次医療圏をはじめ各レベルで住民を含めた協議会の設置を推進すること。

(理由)　「医療計画について」(1986.8.30)や「医療計画作成指針」では、各医療圏内での協議会の設置がうたわれている。だが保団連調査では、実際に設置していると思われる府県は 20 にも満たない。早急に設置をはかり、構成メンバーに医療関係者を網羅するとともに、必ず住民や福祉団体(民間)の代表、救急医療を扱う消防署の代表、学識経験者を参加させることが必要である。実際に医療や福祉を受けている人を参加させることによって改善すべき点が明確になり、計画立案が地についたものになるからである。

(2)　比較的大きな圏内の協議会には、審議内容に即した専門部会の設置を推進すること。また実務実施の責任を負うために、行政担当者による実務者の委員会の設置を推進すること。

(3)　協議会の設置を、当面、市町村段階まで下げ、各協議会での論議を同時並行的にすすめ、相互の調整をはかること。

(理由)　市町村レベル・広域市町村レベルの役割分担を明らかにすることが必要で、広域 2 次医療圏だけで計画を立案しても地についたものにならない。

2.在宅ケア・病診連携等について

(1)　寝たきり老人等の対象者の把握については全数調査を基礎とし、医師の往診で得られた情報や民生委員から得られた情報を適宜加え、把握すること。

(2)　老人保健法による機能訓練の実施施設数、一人あたり回数とも十分ではない。

(現在概ね週 2 回・6 カ月を一定期間として実施)内容を充実させ、中学校区に 1 カ所くらい公民館に併設するような形でデイケアセンターを含めた機能訓練施設を設け

ること。

(3)　在宅ケアでの連携をすすめるため、市町村の責任で保健・医療（歯科も含む）福祉の実務者の協議ないし実施組織の設置を進めること。

(4)　地域の医療機関等の機能・能力の調査を行い、病院・診療所や施設と在宅との間の患者移動が円滑に行われるようにすること。あわせて公的病院のオープン化共同利用を推進すること。

(5)　公的病院を中心に歯科を設置し、第 1 次歯科医療機関と連携して、全身疾患の状態に対応した歯科医療ができる体制を作ること。

(6)　病院・有床診療所・無床診療所・中間施設・福祉施設・保健所など、それぞれの特性を生かした包括的な保健・医療・福祉の体制を作ること。

(7)　在宅ケアに必要な各種貸し出し用具の充実を図り、無料で利用できるようにすること。また、在宅ケアに関する各種の事業について、住民にたえず情報伝達するよう努め、その充実をはかること。

(8)　老人の医療を差別している老人診療基準や老人特掲診療報酬を撤廃するとともに、新たに老人診療報酬の定額支払制を導入しないこと。

(9)　寝たきり老人や痴呆性老人の介護に携わる家族に対して、在宅介護手当を新設すること。

(10)　老人歯科の補綴の不採算の解消を図るとともに、診察・指導・看護・運動療法・デイケアなど在宅関連の診療報酬を大幅に引き上げること。訪問看護の中に訪問診療や医学的な指示を含めるなど、主治医の役割を積極的に位置づけること。

(11)　准看・歯科衛生士の訪問看護をも認めるとともに、訪問看護料を少なくとも倍額すること。

(12)　在宅患者訪問看護指導料算定対象者の制限を緩和するとともに、准看護婦・歯科衛生士が実施した場合も算定すること。

(13)　特別養護老人ホームでの医療を行っている医療機関の診療報酬上の制限を撤廃すること。

(14)　在宅歯科医療の充実をはかり、高額な機器の購入に対して国庫補助を行うこと。

(15)　現在実施されている訪問看護モデル事業は、患者の自己負担が高く(月 2 回・8000 円)、利用が困難なため、大幅に引き下げるとともに、内容を充実すること。

(16)　保健婦・看護婦・歯科衛生士・OT・PT 等のマンパワーを大幅に養成・確保し、24 時間看護体制の実施を推進すること。また、介護福祉士やヘルパーの養成・技術研修を推進すること。あわせてデイケア・ショートステイなどの機能をもった特別養護老人ホームを大量に増設し、老人保健施設を含めた各種施設への国庫補助を増やし、利用者自己負担を大幅に軽減すること。

(17)　「地域保健将来構想報告書」にもとつく保健所「合理化」をやめ、最低でも 10 万人に 1 保健所を実現し、在宅ケアなどに対応できるよう充実をはかること。

(18)　地域の第一線医療の充実をはかるため、開業医の継承対策を積極的に進めること。

3.保健・予防等について

(1)　老人保健法に基づく基本健診の検査項目を充実するとともに、歯科検診を実施すること。また胃がん・子宮がん・肺がん・乳がん・大腸がん・肝臓がん・結核検診等を、地域の医療機関の協力を得て同時に実施すること。

(2)　健診対象者全員に対する個別通知及び宣伝を徹底すること。

(3)　健康診査の補助単価を実態に合わせて引き上げ、区市町村への助成を増額すること。また、身近な医療機関で実施できるよう、医療機関への委託を促進すること。

(4)　職場健診についても、病歴・家族歴・生活環境等を勘案した健康指導が受けられるように、かかりつけの医療機関で行うようにすること。

(5)　週休 2 日制に対応した救急医療体制の整備をさらに推進すること。あわせて眼科・耳鼻科・産婦人科・精神科の特科救急を整備すること。

4.財源について

医療計画の実施及び各レベル協議会の運営にともなう大規模な財政措置を講ずること。

(理由)　看護婦・歯科衛生士・放射線技師・OT・PT・保健婦を数多く養成することを含め、計画の実施と各レベル協議会の運営に対して大規模な財政措置が必要である。これらを自治体に押しつけることなく、政府が責任を持って措置することが必要である。