

【1992 年 3 月 15 日】21 世紀の真の国民医療実現のために —厚生省医療法「改正」案批判—

全日本民主医療機関連合会

21 世紀の真の国民医療実現のために  
=厚生省医療法「改正」案批判=

1992 年 3 月 15 日

発行:全日本民主医療機関連合会

はじめに

1990 年 5 月第 118 回通常国会に提出されてから、2 年近くにわたって一度も審議されていない「医療法の一部を改正する法律案」、いわゆる医療法「改正」案が、開催中の第 123 回通常国会で審議入りする可能性が強まってきました。

私たちは、この法案が国民の医療改善の要求に応えるものではなく、国が負担する医療費の削減を主目的とするもので、医療機関へのかかりにくさや医療差別を助長・拡大するものであると批判してきました。そして、同法案の廃案を要求して運動をすすめてきました。

ところが、中医協がこの 2 月に答申した診療報酬の改定（4 月 1 日実施予定）は、まだ審議されていないこの医療法「改正」案の内容を先取りしました。今回の診療報酬改定は、医療法「改正」案が予定している内容をさまざまな点数上の誘導で、ある程度実現してしまおうとしているのです。

改定では、まず病院と診療所の機械的な役割分担がはかられています。いままで病院にも認められていた外来での慢性疾患の指導料などが病院からは取り上げられ、診療所と同じ診察内容であっても 2000 円以上の差がつけられました。きわめて不当な点数配分であり、病院での外来医療の軽視です。機械的な機能分担のもとに病院は入院中心、診療所が外来、在宅医療を行なうという区別が診療報酬上で実施されたのです。また、中小の病院はほとんど診療報酬の引き上げが期待できない点数となっており、この実施によって中小病院の分解が予想されます。少数の病院は特 類の基準看護を取得するか、大幅な差額のある病院として生きのこるでしょうが、多くの病院は医師や看護婦の少ない老人病院や老人保健施設への変身を迫られるでしょう。一方、大学病院は医療法のいう「特定機能病院」として高度医療専門の紹介型病院に誘導されて行くことになります。

私たちは、医療法「改正」案が成立すれば、こうした方向が固定化され、急速に推進されることを危惧しています。また今回の診療報酬改定の手法が明かにしているように、医療法「改正」案の成立で、21 世紀の日本の医療の方向が国会審議もなく厚生省の行政に全

面的にゆだねられてしまうことを心配しています。

医療法「改正」案の通常国会での審議入りが予想される今日の時点にたって、この間に厚生省が明かにした医療法「改正」案についての解説にたいする批判も含めて、改めて同法案の問題点を考えてみました。

なお、全日本民医連が90年6月に発行した「いのちの差別は許せない—医療法『改正』案批判」もあわせて参照してください。

## 、日本の医療は何が問題か

昨年秋に厚生省健康政策局は、医療法「改正」案を解説したパンフレットを2種類発行しました。一つは「21世紀をめざした医療供給体制改革の第一着手—医療法改正案の概要」(以下、「概要」)であり、もう一つが「医療法改正案 Q&A—21世紀をめざした医療供給体制の第一歩である医療法改正案の正しい理解のために」(以下、「Q&A」)です。また年末には法律成立後に確定される政省令の内容にも少し踏み込んだ解説を発行しています。

これらの一連の解説で厚生省が「医療法の改正が必要だ」としている共通の論拠は、次の内容です。

大病院に患者が集中し、長い待ち時間と短い診療

医師からの説明の不足と情報の不足

長期入院と急性期の入院の混在

そしてこうした事態は、「時代遅れの医療法が生み出している」とし、医療法改正の目的を「良質な医療を効率的に提供する体制の確保」にあるとしています。その改善策として「病院の機能の違い(急性期か長期療養か)を制度上明らかにし、患者さんの病状に応じた最適な医療が受けられるよう患者の流れをつくる」、「医療を受けるのに必要な情報が提供されるようにしていく」としています。「Q&A」では、国民の医療選択の幅を広げる、医療サービスにおける情報化を推進する、の2点を改正の眼目であるとしています。

はたして、この通りでしょうか。

## 1) 何がもっとも時代遅れとなっているのか

現状の問題点として厚生省が指摘している3点の問題は、ある程度、患者や国民の要求や気持ちを反映したものです。しかし、いま医療法上で問題にしなければならない点はこれだけに限られたものではありません。

まず、現行医療法が、時代遅れであることにまちがいはありません。

しかし、時代遅れとなった最大の原因は何でしょうか。それは、病院の病室の大きさなどを定めた施設基準や、医師・看護婦などの定員を定めた人員基準が、結核などの伝染病の患者を中心の対象としてつくられた44年前の制定当時(昭和23年)のま

までであることです。現代の医療技術の到達点や国民の要求の向上を反映したものではないことに最大の原因があるのです。

これらの施設・人員の基準は国会での検討事項ではなく、厚生省行政の執行で改善できるものです。それをさぼりつづけてきたのは、他でもない厚生省自身なのです。きわめて公共性の高い医療の大部分（約 7 割）を民間にまかせきり、4 対 1 という低い看護婦の配置基準すらも一度も見直されていません。厚生省はこの問題を患者の負担の問題にしています。しかし、医療に必要な「快適さ」は「ぜいたく」ではありません。

朝日新聞の社説でも、「日本の病院の普通病室は、汽車でいえば終戦直後の『君の名は』の時代の貧しさにとどまっているものが多い。目標はこの病院の普通病室を、まず新幹線の普通車なみの快適さにし、先進国の水準のスタッフをそろえることである」と指摘しています。(92 年 2 月 15 日)

今回の「改正」案では、この問題になんら手をつけないばかりか、「長期療養型」として今よりも医師や看護婦が少なくてすむ病院を大量につくりだそうとさえしているのです。

## 2) 「長い待ち時間」「説明不足」の原因は

「長い待ち時間の問題」と「医師が十分に説明してくれない」という問題、これも多くの患者の訴えです。これは、医療を受ける側の当然の要求であり、医療に従事するものと患者の「共同の営み」としての医療実践の上で欠くことのできない内容です。

現状でこれが実践できない最大の原因は、患者さんの数をこなさないと医師自身の収入にもならない低い診療報酬が大きな問題なのです。

厚生省はこうした実態にたいし、いままでも診療報酬を低く(安く)押さえつけてきたばかりか、今度の医療法「改正」ではさらに安上がりな方向での改正をめざしています。ここに問題があります。

「長時間待ち」「説明不足」など実態の背景には、厚生省の医療費抑制政策とこの 10 年間に 2.65%しか引き上げられていない低い診療報酬があるのです。このため、現状は多くの良心的な医療機関が経営危機に陥っています。

医療の公共性を否定して、国の医療にたいする財政負担をどんどん減らし、国民への負担を増加させているいまの政策が、医療をよりかかりにくくし、さまざまな問題を発生させているのです。

## 3) 日本の病院はかかりやすい

「大病院への患者の集中」の問題も同様のことがいえます。日本の医療は「医療機関へのアクセスのしやすさ」などでは諸外国と比較しても良い条件をつくってきています。これは長年の住民運動などによる皆保険制度の実現などがその条件をつくりだ

してきたものです。このことは厚生省自らも認めている事実です。「病気にかかっても、何時でもどこでも自分の好みの医療機関で予約なしに気軽に医療を受けられるので、病気の早期発見、早期治療が出来る。これは、日本の医療機関は安くて気軽にかかれるという、病院・診療所や行政の医療担当者の努力と日本の保険制度に負うところが大きいと思われる」(「厚生指標」90年3月号、日本の医療と欧米の医療の比較)。地域の第一線の中小病院が荷っている医療の技術の水準の高さも諸外国と比べて見劣りするものではありません。住民の意識も「ある程度の技術をもつ、地域の身近な病院で一貫して病気の管理をしてもらいたい」というものです。

しかし、医療を提供する側の多くを民間にゆだね、しかも低い診療報酬で抑えてきた結果、地域に密着した開業医の高齢化がすすみ、住民の間で身近な地域の医療機関とりわけ開業医などにたいする「安心感の欠如」を生みだしているのです。そのため、より以上に設備の整った中規模あるいは大病院へという傾向が生まれています。

#### 4) 問われる非民主性

厚生省の政策誘導的あるいは経済強制的診療報酬改定を中医協という密室で定めるやり方に問題があります。いまこそ、国会が積極的に関与し、国民の参加のもとに、合意を得る民主的な医療費の決め方が求められています。医療が地域に密着したものであるほど、住民がその地域の医療をどう改善していくかを民主的にきめていくことが求められます。しかし、厚生省は、診療報酬を決める中医協にみられるように密室で一部のものによって決める方法を一貫してすすめてきました。今度の「改正」案もこの問題を解決しないばかりか、いっそう厚生省の行政にまかせきりにする方向がしめされています。現在中医協の在り方をふくめ、その非民主性も問われているのです。法律でワクを決めて、行政手腕で誘導していく方法は破綻せざるをえないでしょう。

さらに、私たちがいま一番問題にしなければならないと考えていることは、診療報酬上で70歳を境に医療内容に差別があるということです。くわしくは「命の差別は許せない」を参照いただきたいのですが、この差別の結果、お年寄りの病院からの追い出しや、病院に入院させてもらえないお年寄りの問題などが社会問題となっています。しかし、今年4月1日に実施される診療報酬の改定でもいっそうこの方向が強められています。私たちは、70歳以上の人でも社会復帰は可能であるし、社会的に十分貢献できる能力を持っていると考えています。なぜ70歳を境に医療内容に差別が行なわれるのでしょうか。

#### 、厚生省の解決策は真に問題を解決するか

つぎに、厚生省が示す解決策、「病院の機能の違い(急性期か長期療養か)を制度上明らかにし、患者さんの病状に応じた最適な医療が受けられるよう患者の流れをつくる」、

「医療を受けるのに必要な情報が提供されるようにしていく」という内容を検討してみましょう。

#### 1) 安上がりな医療供給体制をめざす「改正」案

そもそも、今回の医療法「改正」案の目的は、80年代の臨調「行革」路線のもとでの医療費抑制政策の一環であり、この「中間報告」の路線にそった「改正」であります。国は医療に対する財政負担をどんどん軽減したい、そのために、もっと安上がりの医療供給体制を作り上げたいということが最大の目的なのです。「概要」や「Q&A」ではこのことにはまったく触れていませんが。

いまの日本の医療機関は厚生省が指摘するほど急性期と長期療養が混全一体となっている状況ではありません。また効率が悪い状況でもありません。ある程度地域内ではその分担が出来上がっているし、住民も使い分けています。地域に密着した中小の病院が大きな役割を果たしているのです。ただし、先に指摘したように一番身近な開業医や診療所がその機能を十分に発揮できていないという問題があります。

ところが、今回の医療法「改正」では、地域にとって一番重要な中小病院がねらい打ちにされています。

たしかに新たにつくられるのは、特定機能病院と療養型病床群ですが、その中間に位置する中小一般病院は、療養型に誘導されるか、25日の入院制限のついた特 類病院として保険診療でがんばるかということになります。このどちらにもいけない病院は、自由診療で大きな差額で生き延びるしかないのです。これらの分類化は、地域にとって少なくない混乱を生み出すでしょう。

今回の「改正」案は、一面的な現状否定の上になって医療機関の類型化のみをすすめようとするものです。国民にとってかかりやすい体系化ではなくて、国にとって「安上がりな類型化」がめざされているのです。

#### 2) お金のあるなしが決める医療情報

「医療の選択の幅をひろげる」「情報化を推進する」という改善点も、自由料金、患者負担による医療の差別化が前提なのですから、「お金のある人は、十分な医療を選択でき、お金のない人は、不十分な医療しか選択できない」「金もうけのうまい病院はどんどん宣伝して情報を提供でき、良心的でまともな医療機関はなかなか宣伝もできない」という真意が隠された「選択」であり、「情報化」となってしまいます。

今回の医療法改正案は、いかに国の負担を減らすかを目的とした机上の改正案であり、これが実施されればいま以上の医療の荒廃を招くことになりかねません。

、「療養型病床群」は本当に安心できる医療機関か

「療養型病床群」とは、「病状安定期にあって入院を要する患者の生活面にも配慮し

た体制を有する病床群」(「Q&A」)とされています。「療養型病床群」は日本の医療に何をもたらすものなのか、3つの点から検討します。

#### 1)「療養型病床群」によって現在の医療供給体制はどう変わるか

一般病床は減らされる

「Q&A」によれば、「療養型病床群」は一般病院の「一部または全部」を転床できるとされています。厚生省は、医療法「改正」にあたり「3カ月以上の入院患者が40万人、老人の特例許可病院が10万床、あとの30万床は一般病床で療養しているので、そういう人たちは「療養型病床群」で対応したい」とくり返し説明してきました。仮に現在一般病床に入院しているとされている30万人の長期入院患者を「療養型病床群」に収容するものとする、1床あたり床面積の基準から考えて、単純計算で約45万床の一般病床が減ることになります(1)。しかも「療養型病床群」の施設基準として、機能訓練室・食堂の設置、廊下幅の拡張等があげられますので大部分の病院は転床改築の際、さらに病床を減らさなければ対応できないでしょう。「療養型病床群」は、現在の日本の病棟構成を大きく再編するものといえそうです。

厚生省の政策の選択基準は、何よりも国の負担する医療費の抑制にあります。従来から厚生省は、一般病床への長期入院が国の医療費を押し上げる最大の要因のひとつとしてきました。さらに最近では「病床60万床削減など昔の話。私どもは半分にしたいと考えている」(90年厚生省病院管理研修会)とすら表明しています。「療養型病床群」は、医療費抑制を目的とした一般病床の大幅削減の突破口となっていくといえるでしょう。

- (1) 現行の一般病床の1床あたり床面積は4.3㎡、「改正」医療法省令案によれば「療養型病床群」の1床あたり床面積は6.4㎡(一般病床の約1.5倍)。  
よって、30万床の「療養型病床群」を一般病床から転床させるとすると、  
 $30万 \times 6.4(㎡) \div 4.3(㎡) = 446,500$  床の一般病床が必要とされる。

「安上がり」な人員構成に転換

「療養型病床群」は、医療従事者の人員体制に何をもたらすのでしょうか。先の「療養型病床群」30万床の転床によって、現行の医療法「標準人員」で計算して約6.3万人もの看護職員(看護婦・准看護婦を指す)が「過剰」とされ、無資格者である介護職員が7.5万人必要な体制(2)となります。また特類基準看護の200床病院をモデルケースとして試算すると、半数の100床を「療養型病床群」に転床させた場合、看護職員は基準上64人から49人へと約2割減の体制となり、看護補助者である看護助手・介護職員はほぼ倍加することになります(3)。

「療養型病床群」によって看護現場の人員構成は大きく転換することとなるでし

よう。厚生省は、実際のところ医療従事者の人件費を国の医療費を押し上げる要因のひとつであると考え、中でも4割を占める看護職員の人件費をターゲットとしているのでしょう。「療養型病床群」は、看護職員の需要そのものを減らし、大量の無資格者で置き換えるのですから、国にとって「安上がり」な人員構成に転換をはかるという意味のほかには考えようがありません。介護職員を増やすといっても他のサービス産業などと労働力の確保を争わなければなりません。外国人労働力を考えているのでしょうか。

日本の看護職員数が、諸外国と比べて非常に低い水準にあることは広く知られています(4)。こうした低配置構造をささえてきたものが、患者4人に看護職員1人という現行の医療法「標準人員」です。これは医療法制定当時の全入院患者数と全看護職員数との比率から単純に割り出されたものにすぎず、制定後40年以上経過した今日において実態に見合うものではありません。時代遅れの「標準人員」基準を放置した上で、さらに基準を切り下げた「療養型病床群」をつくることは、日本の看護体制を改善するどころか、逆に看護職員の低配置構造を固定化し、拡大するものとなるでしょう。

はたして「先進国」の医療政策として諸外国に誇れるものでしょうか。

- (2) 医療法「標準人員数」(施行規則第19条)は、入院患者4人に看護職員1人と定めている。「療養型病床群」の看護職員配置基準は、「特例許可老人病院と同じ」(「Q&A」)とされており、これによれば入院患者6人看護職員1人。よって「療養型病床群」への転床によってつくられる看護職員の「過剰」は、 $(45万 \div 4) - (30万 \div 6) = 6.3万$ 。

「療養型病床群」の介護職員の配置基準は、現行の「入院医療管理料」を算定する特例許可老人病院(いわゆる「定額制病院」)の基準で計算。「入院医療管理料」には、介護職員の配置数に応じて3種類の型があるが、ここでは型(患者4人に介護職員1人)で計算。 $30万 \div 4 = 7.5万$

実際「療養型病床群」の人員基準は、「定額制病院」の基準に近くなると予想される。

- (3)

|                         | 転床前          | 転床後             |                   |        |
|-------------------------|--------------|-----------------|-------------------|--------|
|                         | 一般病床<br>200  | 一般病床<br>100床(a) | 療養型病床群<br>100床(b) | 計(a+b) |
| 看護婦                     | 32           | 16              | 7                 | 23     |
| 准看護婦                    | 32           | 16              | 10                | 26     |
| 看護補助者<br>(看護助手 or 介護職員) | 16<br>(看護助手) | 8<br>(看護助手)     | 25<br>(介護職員)      | 33     |

|    |    |    |    |    |
|----|----|----|----|----|
| 合計 | 80 | 40 | 42 | 82 |
|----|----|----|----|----|

特 類看護とは、入院患者 2.5 人に対し、看護要員(看護婦、准看護婦、看護助手)が 1 名の配置とされ、92 年 4 月の診療報酬改定により、看護婦、准看護婦、看護助手の比率は 4:4:2 とされた。なおここでは一部の病床を「療養型病床群」に移行した時、その残りの病床については、転床前の基準(この場合は特 類 100 床)がそのまま適応されるものと仮定している。

( 4) 『厚生指標』90 年 3 月号

「看護婦確保法」は「看護体制縮小法」に

「療養型病床群」による人員構成の転換は、深刻さを増す看護婦不足に対する厚生省の看護婦需給対策の基本方向でもあります。それは、看護職員の需給バランスをはかるために、養成拡大や定着対策の強化によって供給を増やすのではなく、逆に需要を抑えることによって「均衡」をはかるという点にその本質があります。今国会において「看護婦確保法」制定が予定されていますが、医療法が「改正」されてしまえば、「看護婦確保法」は、「確保・増員」に機能するのではなく、逆に医療法「改正」後の医療供給体制に照応させた「看護体制縮小」をはかる法律に転化してしまうでしょう。「看護婦確保法」を真に実効ある法律とするためにも、医療法「改正」案を廃案とすることが必要ではないでしょうか。

## 2)「療養型病床群」は長期療養にふさわしいものとなり得るのか

十分なケアを保障する体制か

看護職員を減らし無資格者である介護職員を大量に導入した体制で、十分なケアが保障されるのでしょうか。確かに現在の「定額制病院」(「療養型病床群」のモデルとされている)において、総数としてケアを担当する職員数が増えたことで自立への援助が一定程度可能となっている事例も報告されています。しかしこのことは、従来の制度上のケア体制がいかに貧困であったかを示すものではあっても、無資格者を増やせば看護婦は少なくともよいという根拠にはなり得ません。介護力を本当に強化しようと思えば、専門的な知識・技術が必要であり「療養上の世話」をその職能とする看護婦の十分な体制は不可欠なはずで、日本の平均在院日数の長さが「看護職員の少なさの産物である」ことは多くの識者が指摘するところであり、「療養型病床群」における看護職員の低配置基準は「寝たきりを増やす」といっても過言ではないでしょう。

一方、介護職員を大幅に増やすとはしていますが、介護職員が無資格者の従事者である以上、その雇用にあたっては一般の労働力市場において他産業との競合関係におかれることとなります。「人手不足社会」といわれ、将来においても労働力人口の伸びが大きく鈍化することが予測されている中で、介護職員の確保が困難にな

っていくことは想像にかたくありません。まず必要なことは、給与の引き上げ、社会的地位の向上をはかることによって、介護職員が生きがいをもって働き続けられる条件をつくることにあります。財政上のうらづけない政府のマンパワー法ではとうてい改善は望めません。抜本的なマンパワー対策不在のままでは、厚生省の思惑通りに「療養型病床群」が展開していくことは不可能といえるのではないのでしょうか。

定額制で十分な医療・看護が保障されるのか

「療養型病床群」に対する診療報酬は定額制となることがほぼ予測されています。現行の「定額制病院」では、看護料・注射料・検査料は包括化され、点数の上限が定められています( 5)。このことは、注射や検査をいくら施行してもその定額分以上は保険からの支払いを認められないことを意味します。

定額制の最大の問題点は、定額部分が実際のコストに見合ったものになっているかどうか、物価や人件費に対応して適切にスライドしていくものかという点にあります。制度化の当初は定額の上限がやや高めに設定されたとしても、これを決めるのは厚生省ですから、長期的にみればいくらでも抑制は可能なのです。病院は、コストに見合わない定額制のもとで経営を維持しようと思えば、投薬や処置を最小限度にとどめたり人件費を削って看護婦をはじめとする人員を定数でおさえるなど、コスト自体を切り下げざるを得ない方向にしむけられることになるでしょう。急変時に積極的な治療を行なっても、定額分以上の費用は病院の持ち出しになるので、治療を手控えざるを得ない事態も起こります。これを避けようとするならば、お世話料やベッド料といった差額徴収など患者負担の増大によって充当せざるを得なくなるでしょう。

( 5)

|         | 看護職員<br>(患者 100 人当) | 介護職員<br>(患者 100 人当) | 患者 1 人 1 日当(改定後)<br>(看護・注射・投薬・検査料の合計) |
|---------|---------------------|---------------------|---------------------------------------|
| 入院医療管理料 | 17                  | 25                  | 6980 円                                |
| 入院医療管理料 | 17                  | 20                  | 6520 円                                |
| 入院医療管理料 | 17                  | 17                  | 6210 円                                |

介護職員の配置数に応じて ～ 型が選択でき、「入院医療管理料」として、看護料・注射・検査が包括化された定額料金が保険から支払われる。

91 年 9 月末の時点で、( ) ( ) 合わせて、191 病院(特例許可老人病院の 17.0%)、30438 床(同 20.6%)に達したと報告されている(厚生省『老人病院等調べ』91 年)

型は 92 年 4 月の診療報酬改定で新たに設けられた。なお今改訂によって「入院医療管理料」の基準が緩和され、病棟単位で選択できるとされた。

患者「追い出し」は本当はないのか

厚生省は「入院期間によって一律に対象を仕切ることではない」(「Q&A」)ので、入院日数による一般病院からの「追い出し」はないと説明しています。しかし厚生省の基本的な考え方が、まず医療法という大きな枠組みを決めて、診療報酬によってその実質をつめていくということには変わりありません。一般病院において、例えば入院3カ月以降の診療報酬をゼロにすれば、長期療養患者を「療養型病床群」に押し流していかざるをえない状況をつくり出すことは可能なのです。このような診療報酬を決めてはいけないという法律上の制限は何もありません。すでに現行の診療報酬体系によって一般病院からの老人「追いだし」は現実のものとなっています(6)。厚生省がいくら「療養型病床群」に日数要件がないから「追いだし」はないと繰り返しても、差別的な診療報酬体系がセットとなっているかぎり、むしろ「追い出し」はいつそう苛酷に進行していくでしょう。しかも「療養型病床群」には年齢による制限はありませんから「追い出し」は全ての患者に拡げられることになります。

(6) 診療報酬体系の差別構造(出典;『いのちの差別は許せない』)

(7) 92年4月の診療報酬改訂の特徴

### 3)「療養型病床群」は地域医療をどこに導くか

地域医療をささえる民間病院

90年『医療施設調査』によれば、民間病院(医療法人、その他私的病院)は全病院数の72%に達しており、日本の医療において大きな比重を占めています。それらの病院は、地域の中で第一線の医療機能を担い、患者・住民の医療要求を一手に引き受けています。厚生省は日本の医療の優点として「かかりやすさ」や医療機関に対する患者の「自由選択権」を挙げていますが、これは住民に密接してきめ細かに医療活動を展開してきた民間医療機関に負うところが非常に大きいといえるでしょう。本来公的な責任でやられるべき救急医療すらも大部分民間病院の手で支えられているのが実態です。

ますます広がる国公立病院との格差

しかしこの第一線を担う民間病院と、国公立病院との格差は広がる一方です。経営基盤の立脚点が全く異なるからです。診療報酬は医療機関の設置者が誰であろうと同一の点数が設定されますが、その税法上の取り扱いは同一ではなく、国公立病院が非課税であるのに対して、医療法人立の病院は一般企業と同じ税率で課税されます。さらに、国公立では一般会計からの補助によって赤字となっても補填されるしくみもあるのです。診療報酬が収入のすべてである民間病院は、81年以降診

療報酬マイナス改定が続く中で、経営の維持がますます困難となっています。こうした経営上の格差は労働条件の格差を生み、特に看護職員については、国公立病院との間で著しい偏在をつくりだしているのが実態です。

92年4月診療報酬改定は、民間病院の経営改善につながるものではなく、むしろ国公立病院との格差をいっそう拡大し、医師・看護職員をはじめとする人員基準の細分化とそれに対応させた診療報酬によって、医療機関のランクづけ・格差づけをいっそう推進する内容となっています。まさに民間中小病院を、より人員が少なく診療報酬が低い「安上がり」の医療施設に押し流していこうという改定であり、医療法「改正」の先取りするものといえるでしょう。

#### 医療法「改正」と地域医療の行方

医療法「改正」案は、高度医療を担う「特定機能病院」と長期療養に対応する「療養型病床群」とを、施設体系として制度化するものです。しかし民間病院は実際上「特定機能病院」の対象とはなり得ません。圧倒的多数の民間中小病院は、一部あるいは全部の病床を「療養型病床群」に転床するか否か、あるいは一定の高機能化・短期入院化の方向をとるか否かといった「選択」を迫られることになるでしょう。そうでない病院も、先にみたような看護婦などの人員基準での振り分けや診療報酬の誘導によって、将来的には「療養型病床群」を「選択」するか、それに限りなく近づける方向にしむけられていくことになるでしょう。「療養型病床群」は今のところ病床単位とされていますが、50床から100床規模が大半である民間中小病院が、診療科を明確に分けられず混合病棟でやりくりしている現状のもとでは、当然のごとく施設単位となっていくと予測されます。そうなれば地域の医療事情は一変するでしょう。こうした結果、地域の医療機能そのものは著しく低下し、従来日本の医療供給体制の特質とされてきた「かかりやすさ」や医療機関に対する住民の「自由選択権」は大きく阻害されることとなるでしょう。

医療機関の施設体系の頂点に「特定機能病院」をつくって高度医療を封じ込め、底辺には、「選択制」という建前で人員上も診療報酬の上からも「安上がり」な「療養型病床群」をつくらうという医療法「改正」は、今まで民間病院が地域の中で果たしてきた役割を真っ向から否定するものであり、地域医療そのものの後退をもたらすものではないでしょうか。

#### 、「高度医療」の制限で日本の医療を停滞させる特定機能病院

厚生省は、現在の日本の医療制度の問題点として「患者の大病院志向」や「医療資源の使用の非効率性」などをあげ、医療機関の機能分化を行い、患者の流れを変えることをねらって、特定機能病院の設置を行なおうとしています。すでにこの方向での誘導は、この間の診療報酬の改定や特定承認医療機関制度、紹介外来制の導入などで着々とす

められています。今回の医療法「改正」はその方向を法律によって決定づけ、さらに促進させるというねらいをもつものといえます。

この項では、この特定機能病院が国民医療にとってどのような役割を果たすのかを検討したいと思います。

#### 1)「高度な医療」が大病院に限定されることは日本の医療の停滞につながる

厚生省は、特定機能病院の条件を、高度な医療を提供、高度の医療技術の開発および評価の実施、高度な医療に関する研修の実施、厚生省令で定める人員を有すること、などと規定しています。

この特定機能病院がどのくらいできるのかについては、厚生省が発表した資料には明らかにされていませんが、「大学病院の本院や国立がんセンター、循環器センターなど」がその対象となっていることや小沢健政局総務課長のこの間の発言などから、大学病院を中心とする 80 から 90 力所の病院に限定しようとしていると考えられます。したがって、現在の大学病院の本院のように、いくつかの県を除いて「高度な医療」ができるのは県内に 1 力所ということになることが十分に予想されます。

日本の医療にとって、中・小病院が地域のなかで一定の技術水準をもち、国民皆保険制度のもとで、地域住民に対してかなりの部分を保障してきたことは非常に大きい意義を持つものであり、中・小病院と開業医層の奮闘が日本の医療を支えてきたといっても過言ではありません。しかし、「高度な医療」がほんのわずかな病院でしかできないことは、これまでの中・小病院の役割を否定するものであり、国民の健康を守るうえでも大きなマイナスとなりかねません。

たとえば、中・小病院のなかに「高度な医療」を行う能力を持った医師がいても、特定機能病院でなければ、事実上その技術を患者に生かすことはできなくなりますので、それらの医師は、必然的に特定機能病院へ集中することになり、数少ない特定機能病院のポストをめぐる医師間の競争と特定機能病院以外での技術の低下、それにとまなう第一線の医療技術の停滞がおこり、日本の医学・医療の発展にとっても否定的な影響を生み出します。

しかし、厚生省は、医療技術の発展そのものも医療費を引き上げることにつながるととらえており、国の医療費削減をすすめるうえでの日本医療の停滞さえも容認しているのでしょう。

また、大学病院等に「高度な医療」を集中させることは、逆にいえば、あとで述べる紹介外来制度などとも関連して、「高度でない」医療機能をそこから奪うことになり、これまで大学病院などが地域の中ではたしてきた役割がまったく否定され、日本の医療に大きな混乱を生むことが予想されます。

#### 2) 紹介外来制は受診制限と医療費削減をねらうもの

医療法「改正」案に「他の病院または診療所から紹介された患者のため医療をおこ

なうこと」と規定されているとおり、特定機能病院は紹介外来制を基本としていることに大きな特徴と厚生省のねらいがあります。現在は、基本的に国民はどこの医療機関にいても一部の自己負担のみで受診できる権利を持っています。しかし、この特定機能病院には、直接受診できず、いったん他の病院を受診し、その紹介でしか受診できないことになります。このことは、国民の医療を受ける権利が大きく制限されてしまうことを意味しています。

そもそもこの紹介外来制は、87年6月の国民医療総合対策本部「中間報告」が打ちだした「大学の医療費をおさえる」という見解を具体化して88年から導入されたものです。この紹介外来制の導入のために、診療報酬上で一般病院の初診料と紹介外来の初診料の区別が設けられ、あわせて、「緊急やむを得ない事情」の場合にのみ大学病院等での初診を認めるという、受診制限がされたのです。

当初は、この紹介外来制を導入する医療機関は非常に少なかったのですが、90年の診療報酬の改定での紹介外来制の病院の初診料を一般の病院の初診料の倍に設定するなどの誘導策によって、ようやく現在20の医療機関がこの制度を導入するにいたったというものです。厚生省は、今度の医療法「改正」で法律によって、紹介外来制を大学病院やナショナルセンターなどにも広げ、受診制限の拡大を通じて医療費削減を行うことをねらっているのです。

### 3) 診療報酬に格差がもうけられ、医療機関のランク付けがすすむ

医療機関の機能別分類は、必然的に、医療行為に対する制限と機能別分類に応じた診療報酬上の格差に結びつけられます。実際に、92年4月の診療報酬改定では、病院と診療所の「機能のちがい」による診療報酬上の差が大きくなっていますし、これまでの診療報酬の改定によって、診療報酬上大学と他の病院の違いが明確にされてきています。すでに、今回の特定機能病院の導入に当たって、大学病院関係者からは、特定機能病院における高診療報酬化の要望が出されていますし、厚生省の官僚や日医執行部からも「医療機関の機能分担が可能な診療報酬体系」の導入が示唆されているのです。

医療機関の機能に応じた診療報酬上の格差づけは、必然的に患者の間での差別を生み出します。現在の紹介外来制の病院では、紹介でなく受診した場合には、初診料が丸ごと患者負担となっているのです。このことは、お金の払える人は、必要な金額を払って紹介なしに受診でき、お金のない人は受診することができないという差別が持ち込まれていることです。こうした貧富の差で高度医療にあずかれる機会が差別される方向が強まります。

また、この間、老人に対する医療差別が拡大されてきており、今年4月の診療報酬上でも老人初診料が一般より低く抑えられて新設されました。しかも、厚生省は、「老人の特性にあった治療」といいながら、実際には必要な治療を行なわせない方向での

誘導を行ってきているわけですから、これが「高度な医療」の制限につながることは容易に想像できます。

#### 4) 受診制限では国民の健康は守れない

厚生省は、「風邪の治療のために大病院で長時間待つ簡単な診療におわるという弊害」があると指摘しており、不必要な患者が大病院に受診することが日本の医療の大きな問題であるかのように指摘していますが本当にそうでしょうか。日本病院会が1991年9月にまとめた「病院に対する国民の意識調査」では、病院利用者の初期行動は、まず最も多いのが「近くの病院へ」(30.4%)、次が「主治医に相談」(23.2%)となっており、「近くの診療所へ」(14.5%)を合わせると約70%の人が「手近さ」を第一の受診理由としています。その他では「薬を飲む」(14.8%)、「専門医をさがす」(9.5%)であり、「大学・公立等大病院へ行く」はわずか6.8%にしかすぎません。また、同調査では、病院選択の動機についても尋ねていますが、その結果は次のようなものです(3つまで複数回答)。まず最も高いのが、「医師や看護婦の信頼感」(58.9%)で、次が「自宅から近い」(56.4%)、「回りの評判」(36.9%)の順であり、「大学や公立」に行くというのはわずか4.7%にすぎないのです。

この調査の結果は、病気でかかる時には、「近くの病院で、しかも医師や看護婦の信頼感の高いところ、そして評判の良いところ」に行くことを表しており、決して大学病院などを選んで行っているわけではないのです。それにも関わらず厚生省のいうように「待ち時間が長くて診療時間が短い」のは、医療機関の絶対数が足りないからであり、また、低診療報酬を医療機関に押しつけているからに他ならないのです。

このことを解決する方法は、厚生省が医療法「改正」でやろうとしている大学病院等への受診制限ではなく、地域の中で安心してかけられる医療機関をたくさん作ることであり、医療機関がまともな医療をおこなえる診療報酬を保障することなのではないでしょうか。

#### 5) 特定機能病院は日本の医療に何をもたらすか

これまで見てきたように、特定機能病院の導入は多くの問題点を持っています。その第一は、「高度な医療」がほんのひとにぎりの医療機関に限定され、必要なときに受けることができなくなります。また、過度の医師の偏在と中・小病院の停滞や荒廃を招き、日本の医学・医療の発展を阻害します。第二は、受診権の抑制がなされるとともに患者の差別を生みます。第三は、受診抑制で強制的に「患者の流れを変えること」で、国民の健康を守ることはできないということです。第四に、医学生や研修医にとっては、半強制的に研修先が決められてしまい、厚生省の必要とする「国にとって安上がり」な医療のにない手として育てられることになります。

このように、特定機能病院の導入は、日本の医療に大きなゆがみや混乱を招くこと

は必至です。

今、日本の医療にとって必要なことは、特定機能病院の導入を通じて、患者の医療を受ける権利を制限し「患者の流れ」を強制的に変えることではなく、いつでも、どこでも、安心してかけられる医療機関を地域にたくさん作っていくことではないでしょうか。

## V、厚生省がめざす医師づくり

### 1) 安上がりな医療を担う人づくりと病院の系列化

今回の医療法「改正」ですすめようとする医療機関の類型化は、それを担う人づくりをぬきには考えられません。厚生省官僚は「医学教育、卒後教育をどうするのが21世紀の医療を決めて行くのではないか」と発言しており、実際にこの間、医学教育や卒後研修に対する「まとめ」や「報告」を次々に出してきています。

今の医学教育や卒後研修の問題点は、「劣悪な勉学条件で"知識の切り売り"的な医学教育、「不安定な身分、劣悪な労働条件、指導医も少なくまともな研修ができない」ような卒後研修などにあります。しかし、この間出された「まとめ」や「報告」では、それらの改善をすすめるのではなく、「研修医手帳」の携帯の義務づけや「終了証の発行」など管理教育的システムの導入による研修医への監督強化や厚生省指定病院での卒後臨床研修を専門医資格取得のための条件とすることなどを通じて、研修医を厚生省指定病院に縛り、官僚統制を強化することをねらったものといえます。

そこでは厚生官僚の「これからの医療のあり方としては、このままの傾向をそのまま進めるのではなく、入院医療から在宅医療へ、薬剤や検査の比重を少なくすることが必要なのではないだろうか。入院医療費、薬剤費、検査費の比重が高いことが日本の医療の傾向である。これを是正するのが、厚生省の考えである」との方向での医療を教育されていくことになるのです。

具体的な医師研修のあり方として、厚生省は「高度の医療に関する研修を行なわせる能力を有すること」が条件のひとつとされている特定機能病院を中心とした「研修施設群構想」を打ち出しています。特定機能病院を100%紹介外来制としてすすめて行くためには、特定機能病院と紹介先病院、特定機能病院と後方病院といった病院の「ネットワーク」が必要となります。この病院「ネットワーク」のなかで医師研修を行うというのが、この「研修施設群」構想なのです。

現在8割近くが大学病院で初期研修をしている中で、厚生省は「そこでの研修が専門分化し過ぎてプライマリケアが身につかない」と批判し、将来は、厚生省指定病院での研修を「保険医取得の条件としたい」との意向も表明しており、大学病院から研修医を追い出し、再配置することをねらっているのです。厚生省は、「研修医1名に対し10床程度が妥当」であるとしており、大学病院で多くの研修医を受け入れることができなくなるのです。そこで受け入れられない人は、大学病院に籍を置きながら、

ある意味では本人の希望とは関係なく関連病院を回ることになります。このことにより、事実上この「ネットワーク」は大学病院を頂点とする病院の系列化をつくるものになります。

## 2) 医師の間に差別をもたらす専門医の法制化

88年2月に厚生省と日医の合同で「診療科名等の表示に関する検討会報告書」が出されました。この「検討会報告書」は、現行の診療科名を 群、 群、 群に分類し、 群は自由に標榜できるが、 群、 群は専門分化した科として、専門医のみに表示を認め、専門医でなければ標榜できなくなるというものです。このことによって、これまで学会内部の「私的」な制度でしかなかった専門医(認定医)制度が法制化、公認化される「専門医の法制化」が打ち出されたのです。

これは、現在、医師の職業的良心にもとづいて自由に標榜できることになっているのが禁止され、自由標榜の制限に大きく踏み出すものであり、専門医と一般医(非専門医)に差を設け、将来的には、診療報酬の格差にまで広げることがをねらったものです。

この報告書の発表以降、各学会での専門医・認定医制度設立に向けての動きが活発化しています。そして、多くの医師は、専門医になれないことによる不利益を恐れて、専門医・認定医資格取得のための「単位取り」に躍起になっており、医師の間からも、「落ち着いて患者も診れない」などの声も出されるような事態となっています。

仮に専門医の資格を取得したとしても、それだけで終わりではなくこの専門医制度には、更新制度が義務づけられ、そのための「単位とり」が一生続くことになります。現在、経過措置を含めて多くの専門医が誕生していますが、厚生省は「専門医をたくさんつくるつもりはない」とも言明していることから、やがては制限されてしまうことにつながります。

さらに、この資格は所属する医療機関と密接に関わっており、厚生省がすすめる医療機関の機能別類型化のもとでは、ある専門の技術ができる資格を持っていたとしても、そのことが認められない施設にいては、その技術は何の役にもたたないことになります。また、逆に資格がなければ「採用されない」という医師の間の格差が生まれることになります。

## 3) 専門医法制化と施設の類型化の連動で日本の医療は大きく変えられる

今回の医療法「改正」では、「診療科名の表示の特例措置」が盛り込まれています。これは、現行では法律事項として定められている診療科名の表示を、医学医術に関する学術団体および医道審議会の意見を聞いて、政令で定められるようにするものです。

現在、33の診療科名が法律によってその表示を認められています。しかし今回の医療法「改正」では、今後は、法律の改定がなくても、政令事項として新たな診療科名の表示を認めることができるようにするというものです。「医学医術に関する学術団体」すなわち学会や医師会と合意したものは、厚生大臣が表示を認めることができる

ことをねらったものであり、専門医法制化を促進するものといえます。

この「検討会報告書」の内容と今回の医療法「改正」で打ち出した「診療科名の政令事項化」がリンクすると日本の医学・医療全体の構造が大きく変わることになります。

第一に、専門医の対局に非専門医が生まれ、医師資格が複雑になり、ランク付けがすすみます。患者を専門医に振り分ける初期診療を受け持つ家庭医制度が必然的に必要になり、安上がりの医療のにない手となります。第二に、専門医と一般医コースとの区別が、卒後教育、医学教育に導入されます。専門医の取得のためには、厚生省研修指定病院が義務化(専門医インターン)されます。第三に、医療施設類型化と結びつき、病院医療を分化させ、より専門分化が推進されます。第四に機能別診療報酬体系とのリンクで、公的医療費抑制策として機能し、患者負担が増大します。

医療の質を規定する重要なポイントは医師の機能です。専門医法制化と施設の類型化との連動は、医療内容を大きく規定することになります。病院医療の専門分化がいっそう進行し、患者が家庭医、一般病院、特定機能病院の間をたらい回しにされる医療制度がつくられます。しかも、どこを受診できるかは、患者の経済力によって規定されるという差別医療が横行することにもなります。

、医療の営利化にはつながらない？

次に「医療業務の外部委託」「医療法人の業務範囲の拡大」について述べます。

#### 1)「医療業務の委託」とは

「改正」案では、「医療業務の委託」が初めて法律化されています。現在「厚生省通知」によって「委託することができる」業務とされているのは、消毒・滅菌、洗濯、給食、在宅酸素療法における酸素供給装置の保守点検業務、などです。それを今回の「改正」案では、第 15 条「管理者の監督義務」の項目に として「病院、診療所または助産所の業務の内、・・・政令で定めるものを委託しようとするときは、・・・厚生省令で定める基準に適合するものに委託しなければならない」と規定し、政令で定めるとしている業務は、「滅菌、消毒、給食等」となっています。

厚生省は、これらの業務はすでに委託が進行しており、今回の「改正」は、それら委託業者に対する適正水準確保の指導を行なうことを目的にしていると説明しています。この限りではもっともなように聞こえますが、厚生省が選定した業者に、厚生省が決めた業務を委託することが法律で決められる、ということですから、いよいよ医療業務の外部委託が法的裏づけを持って認知され、いっそう拍車がかかることが予想されます。

この「医療業務の委託」に関連して医療関係者の間からも「医療の営利化をもたらすのではないか」といった疑問や批判が出されています。これに対し厚生省は「医療

本体は外部委託は認められないのは当然」などと弁明していますが、その「本体」とはどこまでを言うのかは、「委託できる業務」の範囲が政令で厚生省が自由に決めることができるわけですから、極めて柔軟なものと解釈できます。

とくに「改正」案で委託業務とされている病院給食については、これを保険給付からはずそうとの意向が中医協で出され、また近く設置される医療保険審議会での健康保険法「改正」案の中で、財源問題との関連で保険はずしが問題になる模様です。そうなると病院直営を原則とした基準給食制度は完全に崩壊し、治療の一環としての病院給食の意味はまったくなくなり、外食産業が病院に進出してくるという事態となります。

このような様々な医療業務を外部委託していく方向が、患者の安全に責任を持った病院の管理体制上、問題がないのかどうか、はなはだ疑問があるところです。営利を目的とした企業に医療分野進出へのビジネスチャンスを与え、医療機関を「身軽」にすることによって最終的に低診療報酬に抑える、そして患者負担を拡大していくというのが、厚生省の意図するところではないでしょうか。

## 2)「医療法人の業務範囲の拡大」とは

もう一つは「医療法人の業務範囲の拡大」に関わる「改正」です。

現行では医療法人は病院、診療所、老人保健施設の業務以外に、医療関係者の養成・再教育、医学・歯学に関する研究所の設置、精神障害者社会復帰施設の設置、その他保健衛生に関する業務などが業務範囲として認められていますが、今回の「改正」では、これに加えて、いわゆるアスレチッククラブやクアハウスの設置を医療法人に認めるとしています。

厚生省は「Q&A」で、「医療法人の剰余金の配当禁止規定は今後も堅持していく、医療の非営利性は崩さない」などと述べています。

たしかに医療法人の剰余金配当禁止規定は、医療法人が直接的に営利を目的とした企業活動をすることに歯止めをかけています。しかし、医療法人が医療保険にもとづく医療業務以外の「副業」として、アスレチッククラブやクアハウスができるようになれば、こうした方向での経営基盤の近代化・合理化を追求しようとする法人が必然的に生まれてくることになります。そしてこうした所のみが生き残り、そうでないところは低診療報酬制度の固定化でスクラップ化されていくことにつながっていくことでしょう。

おわりに                   =21 世紀の真の国民医療実現のために=

今回、厚生省が提案している医療法「改正」案の問題点や疑問点について私たちの考え方を述べてきましたが、最後に、国民の立場からみて、今回の「改正」案は一体どのような意味を持つのか、国民の医療要求に応えたものになりうるのか、という点につい

てふれておきたいと思います。

いうまでもなく、医療は国民の健康の保持・増進に寄与するものでなければなりません。したがって、その国の医療供給体制がどのようなものであるべきかは、国民が判断すべきことからです。

それでは、国民は一体、今の医療供給体制にどのような意見や要望を持っているのでしょうか。先にも紹介した日本病院会の「病院に対する国民の意識調査」では、「病気になったら利用者の住居の近くにある医療機関へ」行き(61.1%)、「信頼のできる医師、看護婦がいる病院」を選んでいきます(58.9%)。「病院に対する信頼感が実際の選択基準であり、大学や公立というだけの名目的な理由は低い数字」と「まとめ」では記述されています。厚生省は医療法「改正」のねらいで、「医療供給体制の問題点」の第一に、患者の大病院集中をあげていますが、この調査結果はそれがいかに事実とは違う、恣意的なものであるかを証明しています。

調査はつづいて、今回の医療法「改正」による病院の機能分化についてその賛否を質問していますが、それによると57%の人が「どんな病気でも診てもらえる病院が良い」「病院を移るのが不便」など否定的な回答をしています。そして「これから期待される病院」はどのようなものかについて質問していますが、それに対する回答では「予防医学、健康診断」「在宅医療」「長期滞在施設」など診断・治療にとどまらない総合的な機能を求めています。

今回の厚生省の医療法「改正」案でこうした国民の要求に応えた医療供給体制をつくることができるのかどうかということが、この問題を考えるポイントだと思います。

私たちの結論を言えば、残念ながらそうはならないだろうと思います。それどころか、今回の「診療報酬改定」は医療法「改正」を事実上執行する方向での医療機関のスクラップアンドビルド、高齢者への差別的医療、私的負担の拡大などの方向が出されており、国民の医療要求とのギャップはむしろ拡大されていると見受けられます。

では、どうすべきか。

まず、医療機関と患者の信頼性の回復を第一に重視すべきです。

医療法「改正」問題では、まず現行の施設基準や人員基準を現在の医療技術の到達点を反映したものに改正することです。そして当面緊急な課題である看護婦不足を解消する「確保法」を成立させ、それを実行あるものにするために診療報酬を大幅に引き上げ、税制を改革して民間医療機関への課税を軽減するなどの措置をとることが重要です。

そして何よりも大切なことは、患者・国民と医療機関との「共同の営み」としての医療を重視する立場から、上からの官僚統制的な医療機関の機能分化をやめ、国民の身近な地域で行政と住民、医療機関との対等平等な協議の場を設け、そこで地域の特性に見合った医療機関の連携と分担の在り方を検討することです。民間病院が圧倒的に多く、地域医療で大きな役割を果たしている日本では、法律によって上から強制的につくられる機能分化は、地域住民に混乱を招くことはあってもけっして建設的な結果を生むこと

はないでしょう。世界的にも高い評価を得ている日本の民間医療機関の医療力量を地域で十分に生かせるような経済的、人的保障を国が援助する、その総合的、民主的仕組みを国が先頭に立ってつくることこそが求められているのではないのでしょうか。