

「一体改革」路線を進める医療・介護総合法案に対する見解（案）

2014年4月20日

全国保険医団体連合会政策部

政府が今国会に提出した「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する」法案（以下、総合法案と略す）は、医療提供体制の再編や介護保険の給付削減、外国医師の診療拡大、看護師の医行為の拡大、医療事故調査の法制化、歯科技工士国家試験の全国統一化、歯科衛生士の業務拡大など、法律や行政の管轄部署や制度の仕組みも異なる内容が盛り込まれている。その一つひとつが慎重に審議されるべきものであり、これらを一括すること自体極めて異例である。国会審議のあり方としても問題である。

私たち医師、歯科医師は、総合法案の徹底審議と廃案を強く求めるとともに、一人ひとりの心身・生活の状態に即して、入院でも在宅でも、より安心できる地域づくりの実現に向けて、以下の見解を表明する。

1、総合法案の全体像

総合法案の趣旨は、団塊世代が75歳以上となる2025年を目途に、「効率的かつ質の高い医療提供体制」と「地域包括ケアシステム」を構築することによって、地域における医療と介護を確保していくことである。そして、「地域包括ケアシステム」とは、「重度の要介護状態になってもすみ慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される」システムということである。しかし、総合法案はこの趣旨に反し医療・社会保障を後退させる様々な問題を含んでいて、保団連としては到底容認できるものではない。

第1の問題は、医療費抑制のために病床数を削減していくことである。医療機能別の必要病床数を設定し、高度急性期（「7対1看護」）病院を中心に削減するとしているが、民間の中小病院が地域医療に果たしている役割を歪めるもので、救急医療体制を含めた地域医療を後退させるものである。

第2の問題は、厚労省の掲げる「地域包括ケアシステム」は、病院から地域に押し出された患者に対して、少ない医療・介護給付と「自助と互助」の組合せでカバーし、できるだけ入院させない地域体制づくりを市町村に実施させるというものである。

国と大企業の負担抑制だけでなく、国の公的責任を地方に転嫁し、地方は「自助と互助」に責任を転嫁するという医療・介護制度をねらうものである。

今、日本は、働く世代の人口が減る中で高齢社会で、独居老人、老老世帯、共働き世帯などが増加傾向で、家族の介護力は落ちているのが現状である。このような中、強引に病床数を減らしたり、介護保険の給付を減らしたりすることは、入院難民、介護難民、看取り難民を増やすことになる。

これらの問題の背景として、政府による社会保障・税一体改革路線がある。そのねらいは2025年に向けて国や大企業の負担をいかに減らすかということにある。しかし、日本の社会保障費の水準は先進国の中で最低水準であり、ヨーロッパ並みに高齢社会に向けて国庫負担を大幅に引き上げて医療・社会保障の拡充を図ることこそ必要である。

また、看過できない重要な問題として、**社会保障に対する考え方や理念**も、政府の議論の中で意図的に後退させられてきている。直近では「社会保障制度改革推進法」、「国民会議報告書」、「プログラム法」などの流れの中で、本来の憲法 25 条に基づく「公助としての社会保障」が、次第に、「自立・自助を基本とする社会保障」へ変質・歪曲されてきている。そうすると医療も介護も自己責任の世界になり、公的保険から押し出されたサービスを補うものとして営利産業化の道が広がってくるのである。これもかねがね財界が望むところで、今国会に同時に提出されている「**健康・医療戦略推進**」法案も同じ流れをくむものである。私たちは、社会保障に対して理念を後退させ改悪する動きにも、同分野の営利産業化の道にも反対するものである。

2、個別法案の概要と見解

(1) 「**病床の機能分化**」の名で、病床削減と平均在院日数を短縮——医療法、医療介護促進法

厚労省は 2025 年モデルで必要と見込む 202 万床に対して、43 万床削減して 159 万床に抑え込む予定である。とくに 36 万床ある「7 対 1」病床を「高度急性期」に再編し 18 万床に半減させる計画で、当面 2014 年度から 2 年間で 9 万床を減らそうとしている。**高度急性期については、都道府県に 1 病院、多くても全国 344 の二次医療圏に 1 病院とするという方向である。**

さらに「病床の機能分化」では、新たに「病床機能報告制度」と「地域医療構想」を導入する。病床数の削減と平均在院日数の短縮による「効率的な医療提供体制」への再編をすすめる。財務省は、入院サービス量の削減で 2015 年度に 4400 億円の国費の削減を見込んでいる。

都道府県は、病院・有床診療所対象の病床機能報告制度を活用し、「医療需要」を反映した地域医療構想を策定する。「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」の 4 区分の病床の必要量を明らかにして、必要量を超える病床は、他の医療機能の病床に転換させ、その病床の新規開設は認めないことを通じて、地域医療構想で定める病床数に収れんさせていく。診療科や高度医療機器の配置、医師や看護師等の偏在についても、同様に「必要数」に収れんさせていく。そのために設置される「協議の場」への参加と、合意事項に協力することを医療機関に強制し、合意事項に従わない場合には、当該医療機関に対するペナルティを科す（許認可権の行使、補助対象からの除外など）。医療需要については、DPC 対象病院データ、医療機関レセプト、特定健診データを用いて、入院・外来・疾患別の患者数をもとに推計する。

また、**都道府県に基金を新設**し、診療報酬との両輪で、医療・介護提供体制の再編に向けて医療機関を誘導していく計画である。都道府県が医師確保のため、労働者派遣業を行うことができる条項が盛り込まれた。

【見解】

行政の権限で強引に医療提供体制をコントロールすることについては、極めて慎重な対応が必要である。医療需要は、経済的理由で治療中断した人や受診を控えた人が増えているもどで、表面的なデータだけで需要をはかることはできない。厚労省は「有病率」調査すら実施しなくなって久しく、保健所の機能後退と相まって、地域で潜在化している需要はほとんど把握不可能になっている。DPC 対象病院の治療データを集積するとしているが、**そもそも平均在院日数短縮のために、治癒していなくても退院せざるをえない治療データ**（2004 年度と 12 年度を比べると平均在院日数が 15.01 日から 13.43 日へ短縮、治癒割合は 8.72%から 4.3%へと半減）が、科学的な医療需要データになり得るのかについても疑問が残る。**地域の医療実態が過小評価されれば、医療提供体制の大幅削減となる。**さらに、こうしたデータが、診療科や高度医療機器、医療従事者の「適正配置」に使われることも危惧される。

厚労省は、4 月からの診療報酬改定で、7 対 1 病床の自宅等退院患者割合は 75%以上、療養病棟には 50%以上の在宅復帰加算を設けた。重度の認知症患者も 1 カ月間という期間を目安に退院させると評価される。**早期退院を促し、地域に押し出していく計画だが、入院が必要な患者を排除することになり、急性期病床以外の病床や在宅、外来にも重度の患者が増加することになる。地域で退院患者を受け入れる施設は不足し、自宅には戻りようがないため、結局、病院や施設を転々とせざるをえない。行き場のない入院難民や看取り難民を増大させるおそれがある。**

7対1病床削減の対象は明らかに民間の中小病院である。中小病院は2次救急の大半をカバーしており、7対1病床による収入を財源とすることで成り立っている。地域で守備範囲の広い医療を提供しているのが中小病院である。こうした実態を無視して7対1病床がある病院を機械的に削減し、「慢性期病院」に転換させていくなれば、中小病院は2次救急を担うことができなくなり、それは同時に3次救急体制も崩壊に導くものである。

政府は地域の医療機関・介護施設を系列化する「持ち株型」法人の創設を準備し、三井物産が医療関連に特化した米国の人材派遣会社を買収するなどの動きもある。こうした中で、都道府県に人材派遣業を行わせることは、安上がりの提供体制づくりに利用される可能性がある。

医療資源の分布、人口密度、地勢など、地域の医療の諸条件は千差万別であり、患者の病状も重なり合うのが実態である。4区分の病床に合わせて患者が入院することは本末転倒である。4区分に当てはめて無理やり再編すれば、実情に合わなくなり、地域医療を衰退させかねない。

地域医療の実態に応じて、国の責任で様々な医療機能に対応できる病床や介護施設、住まいなどを確保すべきである。厚労省が2025年モデルで示した「地域に密着した一般病床」（24万床：人口5～7万人の自治体100人当たり1床程度を整備）を拡充することも検討される。

地域医療構想は、医療需要と必要量の抑制を目的とせず、2025年の高齢社会を見ずえた地域の医療提供体制とする。都道府県内の各種医療関係団体、市町村の参加・参画を保障するとともに、「協議の場」は医療機関の意向を尊重した上で、国や都道府県の命令・指示によらない合意形成を追求し、医療機関等へのペナルティは法制化すべきではない。

基金は、病床削減への政策誘導を目的とせず、医療と介護の連携強化と、地域の基盤の底上げを実現するためにも、都道府県と市町村にとって利用しやすく、自由度の高い基金とする。都道府県の財政負担を考慮して国庫負担率を決定し、都道府県負担分については地方交付税措置を行うべきである。

注) 病床再編の動向と医療法改定

▽第1次改定で二次医療圏単位に許可病床数を定めた（1985年）。

▽第2次改定で初めて医療機能に着目した特定機能病院、療養型病床群が制度化された（1992年）。

▽第3次改定では地域医療支援病院を制度化（1997年）。

▽第4次改定で一般病床から療養型病床群を切り離し一般病床と療養病床を病院が選択する仕組みが入った（2000年）。

▽第5次改定では都道府県医療計画に4疾病・5事業（現在は5疾病・6事業）に関する連携体制を二次医療圏単位に盛り込むことが義務付けられた。同時に、医療費適正化計画の策定が都道府県に義務付けられ、平均在院日数短縮などの数値目標が設定された（2006年）。

(2) 早期の在宅復帰を強めるが、受入体制は脆弱——介護保険法・保助看法・歯科衛生士法・医療介護促進法

医療・介護提供体制再編のもう一つの柱が「地域包括ケアシステム」である。全国1742の市区町村において、「30分以内で医療・介護・保健・福祉・住まいが提供されるネットワーク」という構想である。地域包括ケアシステムの運営は市町村が担い、地域包括支援センターや地区医師会に委ねられる。市町村は「地域ケア会議」で個々の対象者について、「公的サービスのみならず他の社会資源も積極的に活用しながら、在宅生活の限界点を上げるための支援を検討」するとしている。

在宅医療を支えていく看護師の養成を目的に、看護師に医療行為を委ねる研修制度を導入する。医師・歯科医師が患者を特定した上で、研修を終了した看護師に手順書（メール可）により（包括的な）指示を行い、看護師は「特定行為を行うことができる『患者の病状』を確認し、「病状の範囲内」で特定行為を実施。その結果を医師・歯科医師に報告するとしている。

歯科衛生士については、「歯科医師の直接の指導の下に」から、直接を削除し、「歯科医師その他

歯科医療関係者との密接な連携を図り」に変更するとしている。歯科医師の直接の指導を要しないことから、歯科衛生士が単独で予防処置などの業務が行えるようになる。

また、要支援1、2を対象とした訪問介護と通所介護を介護保険給付の対象から外し、市町村が行う地域支援事業へ移行する。提供するサービス内容や価格などは市町村が決めるが、保険給付以下にし、利用料は1割以上になると思われる。サービスの提供もボランティアやNPOなど専門職でない人に任せようとしている。認定者数3%削減目標を達成するため、要介護認定を省いて、市町村事業を利用するよう申請者を誘導していく方向である。また特別養護老人ホームの入所要件を要介護3以上にすることも予定されている。

【見解】

退院患者の受け入れ体制は脆弱だが、川上での病床削減と平均在院日数の短縮は強引にすすめられる。川下に流される患者の不安は増すばかりである。地方ではマンパワーの確保を含めて効率的なネットワークが成り立つような実情にはなく、大都市部と地方の医療機能や介護基盤などの違いを無視した構想である。しかも、厚労省は、医療と介護の区域について、医療は都道府県もしくは二次医療圏単位、在宅医療・介護は市町村単位と説明しており、医療と介護を同一域内で総合的に確保することをはじめから放棄している。

在宅医療の普及度合いにより慢性期の病床数は変化し、在宅患者の急変時の受け皿になる病床機能や必要量も変化する。病院・病床機能を4区分にパターン化して、患者を移動させることはすぐわなない。在宅での看取りも選択肢の一つであり、介護施設など含め選択肢を用意することが必要である。総合法案は一面的でこれらのことが欠落している。

看護師の養成・定着を抜本的に強めるのではなく、規制を緩和して増大するニーズに対応させようとしているが、医行為の中には患者の様態によっては危険性の高いものも含まれている。医行為を医師から看護師へ、看護師から介護職員へ移行し、安上がりの医療提供体制を作ろうとするものである。歯科衛生士については、専門的口腔ケアの担い手として、その役割はますます重要であり、病院・歯科診療所への配置を促して、診療報酬上の評価を高めるべきである。

4月からの診療報酬改定では、地域包括ケアの要をつくることを目的に、主治医機能を強化する地域包括診療料・同加算が新設され、健診、調剤から介護まで管理させようとしている。外来医療においても、専門外来・紹介外来から主治医、その他の外来という階層化を導入するものであり、患者像に応じた診療形態を取らせようとしている。こうした診療の効率化を具体化するのが、フリーアクセスの制限とゲートキーパーづくりである。

地域支援事業については市町村任せであり、必要なサービスを受けられる保証はない。全国一律の介護予防サービスに市町村間や市町村内で大きな差がでることが懸念される。中央社会保障推進協議会が実施したアンケート調査（2013年11～12月末）では、移行「可能」の市町村は16.1%で、「不可能」が31.3%、「判断不可」が39.4%を占めている。財政健全化法によって自治体の事業と人員を中心に歳出抑制が強化される一方、1742の市区町村の経常収支比率（一般財源に対する必ず支出しなければならない経費の割合。100%に近いほど財政にゆとりがない）は90%を超過し、実質公債比率の平均値は9.2%に上っており、財政難を理由に「介護保険料あって介護なし」の状態となることが危惧される。

「健康・医療戦略」（2013年6月、閣議決定）では、疾病予防、疾病と関わる生活支援（家事代行サービス、高齢者向け住宅等）を担う産業を創出する方針であり、生活支援サービスは、専門職のヘルパーから、ボランティア・NPO、企業へ移行するとしている。病院やサービス付き高齢者向け住宅などを投資運用の対象とするヘルスケアREITも拡大する計画である。一方で、特養待機者52万人のうち、17万人以上に上る要介護1～2の人を、原則として入所の対象外にしようとしている。

必要なケアを受けられずに重症化する高齢者を増やし、重度の待機者を増やす悪循環となる。

介護保険への公費の追加投入を行い、利用料の2割への引き上げ（所得160万円以上）と「**補足給付**」への**資産要件**の追加は撤回し、保険給付としての訪問介護と通所介護を充実させる。特養の抜本的な増設を行うとともに、特養以外の多様な介護基盤の整備や在宅介護の充実を本格的に展開する。**介護療養病床**の2018年度廃止を撤回し、長期に療養できる病床を確保すべきである。

地域包括ケアシステムは、**国の責任**で公的な施策として財政と人材配置に責任を負う事業として実施する。**地域包括支援センター**は、医療機関・介護事業所や住民福祉活動のコーディネーター機能を発揮できるようにするとともに、地域の公的な拠点としての医療・介護・住まい・福祉・保健等のセンターの創設も検討されるべきである。

医療・介護を担うマンパワーの質と量を抜本的に引き上げるために、医療・介護従事者の専門性を重視し、その**確保と処遇改善、就労環境の整備**について**国が責任**を持ち、その実施は自治体が担うことが必要である。

(3) 成長戦略を担う臨床研究中核病院と外国医師の診療拡大——医療法、医師法等特例法

総合法案は、国際水準の臨床研究を担い、治験レベルが高く、先進医療の対象技術を実施できる医療機関を厚労大臣が臨床研究中核病院として承認する制度を創設する。**日本再興戦略**では、国内未承認の医薬品でも、海外で認可されていれば、治験に参加していない患者であっても保険外併用を認め、先進医療の大幅拡大を目指し、**審査を迅速化・簡略化**としている。

また、外国医師・歯科医師の臨床修練制度の年限を**最長4年に延長**し、受入病院の責任のもとで手続・要件を緩和する。教授・臨床研究を目的とする外国医師・歯科医師が診療することも認める。外国看護師の業務を認めるとしている。**国家戦略特区**では、国際医療拠点の病院で外国医師・歯科医師にも混合診療を認め、**医療ツーリズムを展開する方針**であり、成長戦略の担い手として位置付けている。

【見解】

薬事法未承認の医薬品なども先進医療に認められ、その対象が徐々に拡大されてきているなか、効率性を優先した臨床研究が行われ、有効性、安全性の証明が形骸化し、想定外の薬害や医療事故が起きる危険性がある。厚労省の医療提供体制の再編計画に位置付けられる臨床研究中核病院は、その機能を精査し、被験者の人権を守り、安全性を担保し、倫理規定を遵守させる必要がある。また、**国際医療拠点で外国医師・歯科医師に混合診療を認めることは医療の営利産業化に拍車をかけるものであり認められない。**

(4) 個人責任を問う懲罰的な医療事故調査を法制化——医療法

総合法案に盛り込まれた医療事故調査制度は、医療事故が発生した全医療機関において院内調査を行い、第三者機関に報告することなどを義務づける。対象は予期しなかった診療関連死として省令で定める。第三者機関は、厚労大臣が指定する民間組織（医療事故調査・支援センター）に担わせ、遺族または医療機関の依頼に応じて医療事故調査、調査結果の分析、再発防止の普及啓発などを行う。医療機関が第三者機関の調査に協力しない場合はその旨を公表するとしている。

厚労省は、院内調査の報告書は遺族に開示し、第三者機関による調査報告書も遺族に交付するとしており、報告書の訴訟利用を否定していない。

【見解】

医療事故調査の項目や報告内容などの詳細はほとんど明らかにされておらず、報告書の取り扱いも含め省令やガイドラインで示すとしている。このままでは医療従事者の不安は増大し、医療現場に無用な混乱を招くことになる。付則では公布後2年以内（実質的に制度発足から半年程度）に必要な措置を講ずるとしている。それならば関係者の合意を抜きにしたままで、拙速に法制化を図るべきでは

ない。

医療事故に対しては、医療安全と再発防止を目的とする医療事故調査制度を国の責任で創設することが必要である。そのことが患者にとっても医療者にとっても、そして日本のこれからの医療にとっても、より安全・信頼の医療を築いていくことになる。

医療事故調査はWHOのドラフトガイドラインに準拠し、医療安全と再発防止に限定してすすめるべきである。「何故そうなったのか」のシステムエラーを重視し、今後の再発防止に役立てる。従って、調査は、刑事・民事訴訟とは切り離して考え、医療従事者や患者の人権やプライバシー保護に十分配慮してすすめることが肝要である。

調査組織は、院内、地域、中央の3組織とし、地域・中央は、中立・公正な立場の専門家による厚労省から独立した公的機関とする。

調査報告書は、医療安全と再発防止という目的を最大限達成するために、目的以外に報告書を使わないこと、訴訟や訴追関係に流用しないこと等を担保する必要がある。