

医療の「合理化」と「営利化」をめぐる動き

—— 5つの病院から追い出されたAさんの例から ——

朝日 健二

病院から追い出されたAさんの例

民主団体の優秀な活動家であったAさん（64歳・男）が退職した翌年の正月、早朝の外出中に倒れた。救急車で公立S病院に緊急入院して治療を受け、生命はかろうじてとりとめたものの全身麻痺、完全な言語障害が残った。入院2週間後の医師の説明によると、脳幹部出血によるもので手術の方法がなく、リハビリによる機能回復を待つ以外にないということであった。それから例の「老人追い出し」が始まった。

S病院の婦長さんは、「救急入院の患者は1ヵ月で退院していただくことになっています」と奥さんに告げてきた。自分たちの税金で運営している公立病院が、紹介された患者でないというだけで差別することに疑問を抱いた奥さんは病院に説明を求めたが、婦長との関係が悪くなるばかりで、やむなく転院を決めた。転院先のY病院は2週間だけの「試験入院」を認めたが、入院中に肺炎を併発したので結果的に入院期間は2ヵ月になった。3番目のT病院では、「2週間で退院します」という誓約書に捺印させられ、4番目のF病院ではリハビリを中心に2ヵ月入院した。このような短期入院ではリハビリの見通しさえ立たないことから、もう少し余裕を持って入院させてくれる病院をさがし、5番目に国立病院に転院した。「親方日の丸」と思われた国立病院でも1年数ヵ月後に、「リハビリもこれ

以上は期待できない」として退院をせまられ、現在、在宅療養をしている。しかし、寝たきりのAさんの体は大きく、喀たん吸引を10分おきに行い、食事はほとんどとれず中心静脈栄養に頼り、排尿は尿管カテーテルを挿入して行うという状況で、家庭で看護することは容易でない。奥さんの体がいつまでもつか、もう時間の問題になっている。

一昔前まで、労働者が病気になった場合に上役は、「完全に治してから出てこい」といい、病院側も雇用者の要求に応じて、治療とリハビリにより、時には「試験通勤」もさせて、完全に働けるようになってから退院させたものである。このような病院の姿が、1980年代のいわゆる臨調「行革」による医療の「合理化」によって様変わりしてきた。

なぜ、このようになったかといえば、それは、病院に対して支払われる診療報酬の仕組みが変えられたからである。したがって、良心的な病院かどうかとは関係なく、かりに、自分が出資している民主的な病院でも、同じような扱いを受けざるを得ない。労働者は、いざ、入院という時に備えて、頼りになる病院を1ヵ所予定していたのでは間に合わず、少なくとも2～3ヵ所、Aさんのような慢性疾患になったときのことを思えば数ヵ所の病院をさがしておかなければ、十分な入院治療を受けることができない状態になった。

「臨調行革路線」に基づく医療改革

医療に対して、「臨調行革路線」が何を要求したかが鮮明に現れているものが、いわゆるNIRA（総合研究開発機構医療経済懇談会）の報告である、と私は思っている。NIRAは財界の頭脳集団といわれるが、1981年12月、田中内閣から委託を受けた研究結果を、「開業医の活性化のために」という報告書にまとめて内閣へ提出した。同報告は、「過剰病床54～68万床を金を食わぬ収容施設へ何が何でも転換することが緊急課題である」といい、また、「営利を目的とする法人による医療機関の経営と営利法人等への利益配分を認めるべき」と述べている。前者が、医療供給の「合理化」を要求したものであるとすれば、後者は、医療の「営利化」を要求したものである。1981年10月、第二臨調の行政改革に関する第一次答申が、「国際社会に対する貢献の増大」を理由として、「医療費総額抑制」を打ち出して以来の80年代の政府の医療政策は、恐ろしいほど忠実にNIRAの報告の方向にそって進められている。

「臨調行革路線」に基づく医療改革をたどってみると、まず、1981年6月に診療報酬の「6・1改定」で老人に対する診療制限が始まり、翌82年8月に老人保健法が成立、老人医療が有料化される。84年8月に健康保険法を改正して健保本人の負担を2割（当面1割負担）にした。翌85年12月に医療法を改正して医療計画制度を創設し、全国を345の医療圏に分け、各圏域ごとに病床数のワクを設けた。翌86年12月に老人保健法を改正して老人保健施設制度を創設し、老人医療費抑制の尖兵としての役割を担わせた。具体的には病院病床を転換して入院6ヵ月以上の老人の7割程度を老健施設へ移して老人入院医療費の3割を削減する、というものである。翌

87年6月、厚生省国民医療総合対策本部が中間報告を出したが、これに基づく診療報酬改定が翌88年4月に行われ、いわゆる「老人追い出し」が始まり、2年後の90年4月の改定で投薬、注射、検査、看護料を一括した、わが国で初めての定額制報酬が導入された。翌91年9月に老人保健法を改正し、患者負担のスライド制、営利法人の参入を排除しない訪問看護事業制度の創設などを法制化した。以上は、NIRAの報告の「医療の合理化」の部分である。

非営利原則をめぐるうごき

NIRAの報告のもう一つの「医療の営利化」の部分をとどめてみよう。

まず、1988年12月に厚生省の医療関連ビジネス検討委員会から、医療法人に老人マンションの経営などを認めるべきとする報告が出され、続いて89年5月に経済企画庁の医療関連ビジネス研究委員会が、営利法人に病院経営をさせ、配当を認めるべきとし、そのための当面の課題は「情報公開」であるとの報告を出している。同じ89年6月に民間事業者による老後の保健及び福祉のための総合的施設の整備の促進に関する法律を施行、看護、介護の事業に営利法人が参入することを正当化し、翌90年12月には医療関連ビジネス振興会を発足させ、営利法人の医療参入を支援する体制をとっている。翌91年1月に米国の国務省と国際貿易管理局が「米国産業展望1991」を発表、この中で、米国病院産業の日本上陸のために医療法改正を要求している。同じ91年4月に日本公認会計士協会は、病院の経理を投資家に分かり易いものにする必要があるとして医療法人外部監査ガイドラインを発表した。

こうした動きのなかで政府は1990年5月、医療法改正案を提出、国会議員、国民向けパンフ

特集・高齢者生活保障の現代的課題

レットを大量配布してその成立を図っている。

今後の最大の争点になるもの

今後の最大の争点になるものとして、「アメニティ論」と「医療の営利化」がある。前者は、医療サービスの一部をアメニティ(快適)部分として社会保険の給付からはずし、社会保障としての公的医療を縮小、民間保険による私的医療の拡大により国庫負担を削減、患者・国民への転嫁を目指すものである。後者は、「コメ」の次は「メディカル・ビジネス」というスローガンを掲げて日本上陸を狙う米国医療産業界の要求に応え、資本投資(株式や債権の発行)と配当を前提とした営利法人による病院経営を認めようとするものである。その具体化としての医療法の改正、健康保険制度の改正、診療報酬の「33年ぶりの抜本改革」等が予定されている。

医療法の改正は、「医療提供の理念」として生命の(質の)尊厳を旨とし、良質かつ適切な医療を国民自らの努力を基礎として、医療提供施設の機能に応じ、効率的に提供しなければならないとしている。

医療を「機能に応じ」て「効率的に提供」するものの一つとして、「療養型病床群」という病院(病棟)が新設される。この病院に入院させる患者は「主として長期にわたり療養を必要とする患者」であるとしており、その数は入院患者の4割程度が予定されている。この病院の人員基準は現行の一般病院の医療法上の基準に比べて医師は3分の1(48対1)、看護婦は3分の2(6対1)に削減される。この基準は現在の老人病院と全く同じであり、看護補助者を老人病院よりも多少増やす程度に過ぎない。東京保険医協会は、①患者を病状でふり分けたりたらい回しするようになる②医師、看護婦の人員削減により医療・看護基準が格下げになる③一

般病院が減少し地域保健医療体制に支障がおきる——など「七つの問題点」をあげている。

医療法改正の最大の問題点のもう一つは、非営利原則の実質的な見直しである。

医療法人に対して現行の医療法は、

- ①営利を目的としない(営利目的の禁止)
- ②商売に手を出さない(業務範囲の規制)
- ③収益を私的に使わない(公益法人会計原則の適用)
- ④出資者に配当しない(剰余金配当の禁止)
- ⑤宣伝による競争をしない(広告の規制)

の5つの「しない」を義務として定め、人命を金儲けの対象にしないよう株式会社など営利法人による病院の開設、経営を禁止している。今回の医療法改正案には業務範囲の拡大、企業会計原則の導入、広告宣伝の規制緩和が盛り込まれており、非営利原則は実質的に形骸化されることになる。

厚生省の沢健康政策局総務課長(当時)が「効率化で患者がある程度不便を感じても仕方がない」といっているが、医療法改正が行われたあとの病院は、国民にとってますます利用しにくいものにならざるを得ない。

憲法第25条の「健康で文化的な最低限度の生活」が国民に医療の面で保障されるためには、

- ①医療を平等に受ける自由(国民皆保険)
- ②最善の医療を受ける自由(医師の裁量権)
- ③医療機関を選択する自由(フリーアクセス)
- ④医療機関開設開業の自由(自由開業制)
- ⑤資本に支配されない自由(非営利原則)

以上の「5つの自由」が保障されなければならない。医療法改正案は、これらの権利を奪うものであり、とくに、「資本に支配されない自由」の剥奪にポイントがある。

診療報酬の改定も診療を受ける側からみて無視できない。そのことは80年代のいわゆる「老

人追い出し」にみられる医療供給体制の改変が、診療報酬の仕組みを変えることによって行なわれてきたこと、今日の看護婦不足の主要な原因が過去10年間に診療報酬がわずか1%しか引き上げられなかったことにあるからである。

医師や看護婦の給料に直接的な影響を与える診療報酬は厚生大臣が告示する「点数表」に定められている。点数表はどこで(施設)、誰が(専門職)、どの程度(質)のものを、どれだけ(量)行なうか、という医療基準であり、その基準ごとの値段を点数で定めたものである。厚生省は、「33年ぶりの抜本改革」を行うため中央社会保険医療協議会に診療報酬基本問題小委員会を設置したが、国の基本方針は医療法改正に対応して、原則出来高払いの診療報酬を定額制に変え、保険給付をカットして差額徴収を増やし、その分を民間保険に肩代わりさせることにある。

健康保険制度の改定の最終目標は健保・共済本人負担を2割に増やす保険制度の一元化であるが、日経連は「3割負担も検討せよ」と提言している。日経新聞(1991.9.30)によれば厚生省は重い病気は2割負担、軽い病気は3割負担という「給付率変動制」を検討している。その前提として国保保険料の引き上げを抑えている市町村に対して引き上げを強制する保険料の「平準化」、低所得者を国保から排除する「制度のスリム化」を実施してくるものとみられる。

社会保障運動の歴史から考える

社会保障の後退によって国民の権利が侵害されている今日の悲劇は、労組・議会の変質にある。91年9月、老人保健法を審議した参議院は与野党が逆転しており、国民の信託を得た野党が反対するならば法案は成立しなかったにもかかわらず健保連政治連盟から1億5715万円の献金攻勢を受けた、日本共産党以外の野党がネコ

のように転び、わずかの「修正」で成立した。

今日の情勢は社会保障に対する全面的な攻勢に対して労働者階級を中心とした統一戦線が構築されていないという点で「昭和29年闘争」のころによく似ている。当時、朝鮮戦争後の世界的不況の中で、アメリカの要求を受けた政府が自衛隊を発足させる一方で社会保障予算に大ナタを振るった。このとき、総評は今日の連合のような状態にあり、社会保障の削減に反対して立ち上がったのは患者、保険医であり、労組では医療労働者と失業対策労働者くらいであった。しかし、この抵抗がやがて、人間らしい生活をもとめた朝日訴訟運動に発展、その勝訴とともに生活保護基準とその基準に関連する各種の福祉基準を大幅に引き上げるようになった。そのことが、「老人は敬愛され安らかな生活を保障される」とした老人福祉法の制定に見られるように、社会保障の要求運動を発展させ、老人医療無料化へとつながって行った。私たちはいま、「昭和29年闘争」を闘ったときと同じような心構えで、新しく、さらにいっそう強固な統一戦線を構築するための歴史的任務を担っている。

憲法第97条は「基本的人権は、人類の多年にわたる自由獲得の努力の成果」とし、第12条は「自由及び権利は、国民の不断の努力によって保持しなければならない」としている。そうして、第16条では「何人も、請願する権利を有する」と定めている。私たちは、権利獲得のための「不断の努力」をしなければならない。その先頭に労働者階級が立つことによって、社会保障は必ず拡充できることを、朝日訴訟の運動が、そして、最近の看護婦増員要求運動、国民医療を守る共同行動などの実績が教えていると思う。

(東京保険医協会事務局次長)