

## PART 2 医療提供体制改革の全貌解明と将来予測

### －第五次医療法改正で病医院のマネジメントはどうすべきか－

東京医科歯科大学大学院 医歯学総合研究科 医療経済学分野  
教授 川渕 孝一

第五次医療法改正法案が、通常国会で成立した。今回の改正はこれまでの改正と異なり、大きな「構造改革」を伴う。しかし、成熟社会に突入したわが国ではすでに白地に絵は画けなくなっている。そこで本稿では、「屋上屋」を重ねないためにも、もう一度原点に戻って病医院経営の視点から、これまでの改正を振り返る一方で、第五次医療法改正法案のポイントとその課題、そして今後の展望について述べることにする。

#### 1. 医療法とは

##### (1) 医療法の骨子

そもそも医療法とは、医療界における「憲法」のことである。1947年（昭和23年）に公布され、50年（昭和25年）に医療法人制度が追加された。医師法が医療従事者としての医療のあり方を規定しているのに対し、医療法は施設面から医療のあるべき姿を法律上明確にしている。

その目的は「医療を提供する体制の確保を図り、もって国民の健康の保持に寄与する」ことにある。主な特徴としては、①ベッド数20床以上を病院、19床以下を診療所として、診療所には48時間以上の収容を認めないこと、②病院には構造設備基準、人員配置基準を定めたこと、③総合病院の制度を設け、模範的な病院として研究や研修を行い、一般病院のレベルアップを図ったこと、④助産婦制度の創設—などが挙げられる。

戦後の荒廃した医療提供体制を再建するために誕生した医療法は、制定後幾度かの改正を経て現在に至っている。

##### (2) 医療法の源流と改正までの経緯

主たる改正は過去に4回行われているが、1874（明治7）年の「医制」以来わが国の伝統は、自由開業医制だ。管理者は医師に限定されることや利益配当の禁止など若干の制約はあるものの、一般の「企業」と同様に開設・経営の自由、資産や医業利益の私有が認められている。

戦前の自由診療時代は、圧倒的に供給不足で、民間医療機関の「地域独占」という状態だった。特に医療需要の大きい都市部に医療機関が集中し、市場

条件の悪い農村や人口過疎地などは医療供給の対象から外されていった。そして、こうした不採算医療の受け皿になることが国公立医療機関の使命であった。

1941年（昭和17）戦時体制の下、「国民医療法」と同時に「日本医療団」（特別法人）が設定された。国民医療法において、はじめて病院と診療所の区分が明確化された。現行の医療法と違う点は、ベッド数10床以上を病院、それ以下を診療所とした点。日本医療団は、医療機関の地域配置の不均衡を是正するためとして、公的資本により多数の医療機関を全国に開設したが、供給不足という問題は解消されなかった。

その後、わが国は敗戦を向えるが、1945年（昭和20）8月当時の医療供給体制は、まさに壊滅的状况にあった。病院数は645、病床数3万1,766床で、戦前の最高水準時（昭和16）と比べると、病院数はほぼ87%の激減ぶりだった。

戦後この医療法は解体され、今日の「医療法」が新しく制定された。1950年（昭和25）に、新たに医療法人制度が創設されたものの、これ以後1962年（昭和37）に導入された「公的病床数の規制」を除くと、目立った改正は行われなかった。まさにわが国の医療界では、「自由放任主義」が踏襲されてきたわけだ。

ところが、1980年代に入ると様相は一変する。旧厚生省の医療費適正化政策を受けて医療提供体制を見直すという気運が高まった。さらに、1980年（昭和55）に起こった富士見産婦人科病院事件（無資格の病院開設者が超音波などの最新ME機器を使ってデタラメ診療を行ったとされる事件）をきっかけに「医療の荒廃」に対して、世間の批判が高まる。こうした中、1985年（昭和60）、約40年ぶりに医療法が大きく改正されることになる。これが、第一次医療法改正だ。

## 2. これまで行われた4回の改正

### （1）第一次改正－駆け込み増床と地域医療計画策定

それでは、第一次医療法改正案の中味は、どんなものだったのだろうか。

同改正の目的は、各都道府県が、医療施設相互の機能連携の確保や必要な医療機能を体系的に整備することにあった。具体的には、都道府県ごとに「地域医療計画」を策定し、無秩序な病院病床の増加のコントロールを行うことによって、地域医療のシステム化の推進をめざすことになった。また、医療に対する国民の信頼を確保していくために、医療法人の運営の適正化を図る

指導体制の整備が行われた。具体的には、「一人医療法人制度」が導入され、医師一人でも法人格が取得できるようになった。

しかし、目玉は「地域医療計画」の策定。従来からの公的病床の規制が私的病院にも適用され、必要病床数以上には増床が認められないようになった。つまり、第一次改正は、医療施設の量的整備から質的整備への転換を目指したものである。これにより明治時代から保障されてきた「自由開業医制」が制限されたことは否めない。特に、私的病院は、増床増収によって医療機能の充実を図ってきただけに、地域医療計画は私的病院の長期的発展にとって、大きな制約条件になった。

しかし、国の筋書き通りに事が進んだかと言えばそうではなかった。地域医療計画の制度化に伴う「駆け込み増床」が起こり、これが今日の医療供給体制にも尾を引いている。事実、厚生労働省がまとめた病院報告によると、2005年10月末の病床利用率は、病床全体では前月から変動がなく83.3%と依然高い水準を保っている。詳細をみると、一般病床77.5%（同+0.5ポイント）、療養病床で92.2%（同-0.4ポイント）、結核病床43.2%（同-1.5ポイント）、精神病床91.0%（同-0.4ポイント）という状況だ。診療所（療養病床）の利用率は75.9%（同-0.7ポイント）。

駆け込み増床は、設備投資ブームを巻き起こしたのみならず看護婦需要を誘発したため、病院は「看護婦獲得競争」を余儀なくされた。これは、病床数の急激な増加に合わせて、看護スタッフを増員しなかったことが原因だと考えられる。まさに、国の失政が引き起こした「人災」だったといえる。必要病床数の算定よりも駆け込み増床の効果の方が大きく、病床数が減少に転じるのは1992年度からだ。

## （2）第二次改正－医療施設機能の体系化が目的

その1992（平成4）年に改正第二次医療法が成立した。同改正の主なポイントは、①医療施設の体系化、②医療に関する適切な情報提供、③医療の目指すべき方向の明示、④、業務委託の水準確保、⑤医療法人の付帯業務の規定、の5つに要約される。

この中でも特に、①医療施設機能の体系化、②医療に関する適切な情報提供が中心課題だった。①に関しては、病院に新しく2つの機能、すなわち「特定機能病院」と「療養型病床群」が加えられることになった。

まず、特定機能病院とは、高度な医療を提供する病院として旧厚生大臣に申請して承認を受けた病院のことをいう。その最大の特徴は、真に高度な医

療を必要とする患者を優先するために、他の病院・診療所から紹介患者を受け入れるという点だ。特定機能病院について留意すべき点は、「紹介制」と「申請主義」の2点。紹介率については、30%を努力目標とすることが定められた。しかし、この「紹介制」によって、患者は長時間待たずに受診ができるようになったかといえば、そうはなっていない。紹介状がなくても初診・再診時に一定の割増料（特定療養費）を支払えば診てもらえるからだ。一方、申請主義にもかかわらず、なぜか特定機能病院は大学病院の本院と国立がんセンター、国立循環器病センターに限られていた。これが問題になって平成18年4月1日付けで地方独立行政法人大阪府立成人病センターも自治体病院では初めて、承認された。平成13年6月現在特定機能病院として認可されたのは82病院だったが、今は東京女子医大と東京医大附属病院が抜けて81病院となっている。

これに対して、療養型病床群とは、長期療養患者の生活面にも配慮した体制をとっている病床の集合体のことをいう。療養型病床群は、「キュア」から「ケア」への転換という趣旨を具現化した病床と言えよう。当時の厚生省はこの制度を定着させるために、診療報酬上のサポートだけでなく、病床スペース拡大等の整備費として補助金も出した。平成17年12月末概数で、療養型病床群（のちに改め療養病床）は、約38万床に達し、数の上では目標の19万床を大きく上回りひととおりの整備が終わったといえる。事実、第四次改正では、療養型病床群の整備目標は、医療計画の記載事項から削除されることになった。これによって、わが国の医療機関に初めて「機能」というレッテルが貼られることになったという意味で注目に値する。

次に、②の改正は、患者に適切な医療情報を提供するという目的から行われた。医療情報に関する広告の規制緩和は、昭和23年の医療法制定以来はじめてのことである。具体的には、医療情報は院内掲示と院外広告の2つに大別される。院内掲示は、“してもよい”もので、予約制や往診の有無、病院の設備、看護体制の広告が可能になった。

この他、③の改正に関しては、これまで明確にされてこなかった医療提供の理念が次のように規定された。

#### 医療の目指すべき方向の明示（第1条の2）

・医療は、生命の尊重と個人の尊厳の保持を旨とし、医師、歯科医師、薬剤師、看護婦その他の医療の担い手と医療を受ける者との信頼関係に基づき、

及び医療を受ける者の心身の状況に応じて行われるとともに、その内容は、単に治療のみならず、疾病の予防のための措置及びリハビリテーションを含む良質かつ適切なものでなければならない

・医療は、国民自らの健康の保持のための努力を基礎として、病院、診療所、老人保健施設その他の医療を提供する施設（医療提供施設）、医療を受ける者の居宅等において、医療提供施設の機能に応じ効率的に提供されなければならない。

また、④に関しては、患者に良質な医療を安定的・継続的・効率的に提供するという一定の枠を設けて、医療関連サービスの活用や発展を促すべきであるという考え方が示された。同時に一定の基準を満たす委託業者に対し、旧厚生省が認定を行うことによって、質の確保が図られた。

さらに、⑤に関しては、「医療法人の業務範囲として、疾病予防のため有酸素運動、または温泉を利用させる施設の設置」が明示された。すなわち、医療法人の付帯業務としてアスレチッククラブ、クアハウスなど健康増進施設の設置が規定されたというわけである。

### （3）第三次改正－介護保険導入の基盤整備

それでは、1997（平成9）年の第三次医療法改正はどうだろう。同改正においては、①療養型病床群制度の診療所への拡大、②地域医療支援制度病院の創設、③医療計画制度の充実、④医療法人の業務範囲の拡大等に関する規定の整備が行われた。これは第二次医療法改正の流れを受けたものである。

高齢化の進展、疾病構造の変化など我が国の医療を取り巻く環境が著しく変化していく中で、要介護者の増大という問題に対応するために、介護体制の整備を図ることが重要な課題となった。また、日常生活圏において、通常の医療需要に対応できるよう医療提供体制の整備を図ることや、患者の立場に立った医療に関する情報提供を促進することが一層求められるようになった。

そこで、療養型病床群を診療所まで拡大するとともに、地域の基幹病院を地域医療支援病院として位置付けようとした。特に、療養型病床群の拡大は、介護保険制度の創設に伴って見込まれる介護施設需要の増大に対応したものと見える。しかし、療養型病床群のニーズが高まる一方で、当時はまだ目標数の19万床までは整備できていなかった。そこで、目を付けたのが、当時24万7,000弱の病床を有していた有床診療所の病床数。従来、有床診療

所については、“48時間ルール”と呼ばれる収容時間の制限規定があったが、療養型診療所病床については、この適用から除外されている。平成17年12月末で、有床診療所は171,612床（うち療養病床は23,782床）となっている。

介護保険導入の目的は、いわゆる「社会的入院」に歯止めをかけることにあった。介護にかかる費用を医療から区別することにより、高騰する医療費を抑制しようとしたのだ。しかしながら、現実には、医療と介護の区別は容易ではなく、療養型病床群に対しては、医療保険型か介護保険型のいずれかを選択することになり、これが今日の混乱をもたらす元凶となった。どちらを選ぶかは医療機関の裁量に任せられ、平成17年7月末現在、医療型が約25万床、介護型が約13万床となっている。

次に、地域医療支援病院だが、これは原則として200床以上の病床を持つ病院とされた。200床以上の医療機関をもって「大病院」とする風潮もこの頃から始まった。地域医療を確保するため、①ネットワーク機能（紹介患者への医療提供、施設・設備の共同利用及びオープン化）、②救命救急機能、③臨床研修機能を有することなどが条件とされている。まさに、広義の教育病院とも言える「コミュニティー・ホスピタル」の誕生だった。これをもって1947年から続いた総合病院制度は廃止された。

地域医療支援病院の最大の特徴は、特定機能病院の対象が大学病院の本院等に限定されたのに対して、一般病院にも「手上げ」方式を認めたことにある。しかし、実際には思ったほど手は上がっていない。これは、紹介率80%以上（承認当時は60%以上で可）という要件が、大きな足かせとなったためだった。その後、要件緩和がなされ紹介率60%超・逆紹介率30%超、もしくは紹介率40%超・逆紹介率60%でもよくなったが、診療報酬上の「うま味」がなかったこともあって、平成17年12月末現在、地域医療支援病院の数は102にとどまっている。

この他、第三次改正においては、医療法人の業務範囲が拡大された。第二次医療法改正において、医療法人の付随業務として、在宅介護支援センターの設置、後のケアハウス（軽費老人ホーム）の経営等在宅福祉事業の実施が認められたが、第三次改正では、これにホームヘルプ事業、デイサービス事業、ショートステイ事業が追加された。なお、一定の利権を制限した特別医療法人には、配食サービス、医薬品販売、患者搬送などの収益事業がさらに

認められた。これは当該事業で得た医業外収益を医業経営に充てることにより医業経営の安定化を図ることを目的とするものである。

#### (4) 第四次改正医療法の目的と主要ポイント

そして2001(平成13)年の第四次医療法改正の目的は、高齢化の進展等に伴う疾病構造の変化の中で、良質な医療を効率的に提供する体制を確立するために、①入院医療を提供する体制の整備、②医療における情報提供の推進、③医療従事者の資質の向上を図るもの。主なポイントは、①入院医療を提供する体制の整備(病床区分の見直し)、②医療における情報提供の推進(広告規制の緩和)、③医師・歯科医師の臨床研修の必修化の3点に要約される。

諸外国と日本を比較した場合、一番目立つのは、平均在院日数の長さである。この理由として考えられるのは、①人口あたりの病床数が多い(過剰病床)、②医療におけるマンパワー不足、③急性期の入院と慢性期との入院の混在、などが考えられる。また、医療の高度化・専門化も十分に進んでいないため、集中的な医療体制ができていないことも原因の一つであると考えられる。しかし、ここに一つの“トリック”がある。それは、わが国の平均在院日数は32.8日で一般に長いと言われるが、これは長期の療養施設のデータ(平均在院日数300日以上(9.7%)、180日以上(15.0%))を含めているため、これらを除外して平均在院日数を出すと、50~99床で15.9日、100~149床で18.8日、150~199床で20.4日と大幅に短くなる。つまり、わざわざ医療法を改正しなくてもこうした統計をきちんと整理するだけで「一般病床」と「療養病床」の峻別は可能だったのだ。しかしながら、国はその事実を口外せず医療法改正を敢行した。

従来改正では、主に建物等のハード部分の規定改正にとどまっていたが、この改正では患者の病態にふさわしい医療を提供するために、人的な部分にまで踏み込んだのが特徴である。同時に、病床の混在という問題も解決するために、急性期と慢性期の病床区分を行い、これに合わせて新しい人員配置基準、構造設備基準が設けられることになった。

ここで、ポイントとなるのは、病床区分の「届出」が必要という点。これまでは、精神、結核、感染症以外の病床は、療養型病床群を含め「その他の病床」として一括りにされていたが、それが「一般病床」か「療養病床」かの二者択一の選択に迫られた。より具体的には平成15年8月末までに、「その他の病床」を有している全ての医療機関の開設者が、「一般」「療養」のい

ずれかを選択し、都道府県に届出を行わなければならなくなった。従来の改正とは違い、「うちの病院は関係ない」というわけにはいかなかったのだ。

ただし、病床種別を届ける場合、病床数が増えなければ「その他の病床」を一般病床と療養病床にどう振り分けてもよいことになった。例えば、200床の「その他の病床」を有する場合、200床全部を一般病床、全部を療養病床、あるいは100床を一般病床残り100床を療養病床とすることも可能。原則として100床以上の病院については、病棟単位の届出となるが100床以下は病室単位の届出可となっている。より厳密に言うと次のようになっている。

- (1) 一般病棟を「療養病棟」として届出を行う場合は、療養型病床群の完全基準でなければならない。ただし、廊下幅は旧一般病棟の基準でもよい。
- (2) 旧一般病棟を新「一般病棟」として届出を行う場合は、旧一般病棟の基準でよい。
- (3) 旧療養型病床群を新「療養病床」として届出を行う場合は、転換型も含め旧療養型病床群の基準でよい。
- (4) 旧療養型病床群を新「一般病床」として届出を行う場合は、旧一般病棟の基準でよい。

ここで、留意すべき点は、従来「医療法21条第1項ただし書き」において特例として認められてきた特例許可老人病棟も「その他の病床」に含まれたということ。つまり、この改正をもって、特例許可制度は廃止された。

次に、広告規制の緩和だが、第四次改正では「患者が主体的に医療機関や医療サービスを選択できるようにする」という観点から、広告可能事項が追加された。

新たに追加されたのは、医師・歯科医師の略歴・年齢をはじめ、介護保険制度の実施に伴い当該医療機関が紹介できる介護サービス事業者、労災保険の給付対象となる二次検診や保健指導を扱うことなど。こうした広告規制の緩和によるメリットは、患者が医療機関を選ぶときの情報が増えるということだけではない。医療機関を患者の選択の目にさらすことによって、病院同士の競争を促進し、結果的にサービスの質を高めることがねらいだった。つまり、厚生労働省（以下、厚労省という）は「駆け込み増床」を許した反省から90年代に入って一貫して病床削減策を打ち出しているのである。広告可能な事項はいずれも客観性および中立性が確保された事実であることが前提となっているが、注目すべきは、インターネット広告は規制対象外とい

う点。インターネットのホームページについては、利用者が自発的な意思により検索して見るものであり、医療法の広告（不特定多数に知らせる方法により、一定の事項を告知すること）には該当しない—というのが、厚労省の見解。

実際、『平成12年版通信白書』によると、わが国のインターネット人口は2,706万人と推計されており、インターネットの普及は拡大の一途を辿っている。医療界でも、「eヘルス」「インターネット医療」という新たな領域や「e患者」の出現という新しい現象が起こっている。ホームページ上に掲載されている項目例としては、帝王切開率、5年生存率などの治療成績や分娩費用、差額ベッド代など費用情報のほか、その病院で用いているクリティカルパスなどがある。治療を受ける前にどのようなプロセスで治療がなされるかを知ることは、治療内容の比較検討ができることを意味する。国民にとっては医療のサービス内容に基づいて医療機関を選べる“ツール”ができたと言えよう。

そして、第四次改正で無視できないのが、従来努力義務とされていた医師・歯科医師の臨床研修が必修化されたこと。改正医師法（16条の3）では、「臨床研修を受けている医師は臨床研修に専念し、その資質の向上を図るように努めなければならない」とする研修への専念義務が設けられた。実際は従前から8割を超える医師が臨床研修を受けていたが、その大半は専門診療科の勉強だけ（ストレート方式）というものだった。そのため、医師は自分の専門分野以外の診療科について基礎的な知識や技能が欠けているとか、患者とのコミュニケーション能力に問題があるなどの批判・指摘があり、医師法の改正となった次第である。

必修化の具体的な内容は、①診療に従事しようとする医師は、大学医学部の附属病院または厚生労働大臣の指定する病院において臨床研修を2年以上受けなければならない、②病院等の管理者は、臨床研修を修了した医師でなければならない—となっている。但し、歯科医師の施行時期は準備に時間が要することから医師より2年遅れて平成18年4月からとなっている。

この他、第四次改正では、病院の施設のうち、これまで設置が義務付けられてきたものの一部について、「必置規制の緩和」が行われた。具体的な必置施設としては、①各科専門の診療室、②手術室、③処置室、④臨床検査室、⑤エックス線装置、⑥調剤所、⑦消毒施設、⑧給食施設、⑨給水施設、⑩暖房施設、⑪洗濯施設、⑫汚物処理施設がある。

近年は、外部委託の進展等により、これらの施設の院内設置を一律に義務付ける必要性は薄れてきた。そこで、同改正では、検査、消毒、洗濯などの必置施設に対して、外部委託を条件に一部規制緩和されることになった。しかしながら、病院業務の外部委託は今に始まったことではなく、既に昭和30年代に登場している。これらは、医療関連ビジネスと呼ばれ、現在の市場規模は約2.2千円に達すると推計されている。

医療関連ビジネスのうちリネンサプライ（寝具洗濯・貸借）や医療廃棄物処理、検体検査は、既に委託率が平成15年現在95%超で完全に成熟期に入っていると言える。また、伸び率の高い業種では、患者給食が53.8%（平成12年44.5%）と最も高く、次いで医療事務41.9%（同39.0%）となっている。全体的には委託率は上昇する一方だが、滅菌消毒は委託率21.0%、患者搬送は6.7%とまだまだ導入初期段階にある。

ちなみに、滅菌消毒業務は、作業員一人当たり30～40万円が目安となっている。最近は、清掃会社など新規参入の増加が目立ち、一部では20万円台も出始めたといわれるほど低価格競争が進んでいる。

このように医療関連ビジネスが拡大したのは、医療費削減の影響で病院の経営環境が厳しくなったためである。外部化の最大のメリットはコスト削減。しかし、それ以外にも、①急速に変化する医療規制・制度への対応、②院内感染の防止対策など新たな課題が山積していることも委託率増加の一因となっている。さらに、外部委託によって院内では実現できなかったサービスが生まれるようになったという声も聞かれる。例えば、従来病院給食はあまり評判の良くないサービスだったが、これを外部に委託することによってメニューが多彩になったというのだ。

今後の課題は、サービスの質の確保・維持。そこで国は、患者等の診療・収容に著しい影響を与えるとされる8業務について、これらを外部委託するときは、厚生省令で定める基準に適合する事業者には委託しなければならないとした。より具体的には、(財)医療関連サービス振興会が、一定基準を満たす外注業者に対して認定を行い、病医院が選択する場合の目安にした。平成18年2月1日、既に2,368事業者が認定済み。但し、国や自治体などの大病院の場合、一般競争入札で決める場合がほとんどで、採算割れ覚悟で落札する事業者も一部現れていることから、サービスの質に不安を抱く声も出ている。高知医療センターのPFI（プライベート・ファイナンス・イニシアチブ）は先駆的な取り組みで評価されるが、導入一年目から材料費率をめじる

トラブルが生じたのは残念と言わざるをえない。

### 3. 過去の医療法改正の評価

以上、これまでなされた医療法改正の中味を概観してきたが、果たして国の狙い通りに事が進んだのだろうか。

#### (1) 診療報酬政策から見た評価

政策評価をする時は、どうしても診療報酬体系の変遷をたどる必要がある。というのは、これまでの政策誘導は“経済誘導”によると言ってもよく、医療法改正と診療報酬改定が密接にリンクしているからだ。

そもそも診療報酬とは、文字通り保険診療に対する“価格表”のことである。保険適用の範囲のみならず内容や価格（現在1点10円単価の点数）を公定しているのが診療報酬体系。現行の診療報酬体系は、個々の診療行為についてそれぞれ診療報酬を算定し、その合計額を支払う「出来高払い方式」と、複数の診療行為についてその個々の診療行為の実施頻度にかかわらずまとめて定額を支払う「包括払い方式」を組み合わせた体系となっている。

そこで、過去の医療法改正と診療報酬改定について、順を追って見てみよう。

まず、1992年（平成4）の診療報酬改定は、第二次医療法改正と同年に行われた。このときは、入院、外来の機能分化を促進するための改定だった。続く平成6年には、第二次改正の内容を受けて、療養型病床群療養環境加算や特定機能病院の紹介率30%以上についての加算が新たに付け加えられた。そして、1998年（平成10）の診療報酬改定も、前年の第三次医療法改正の影響を強く受けたものだった。具体的には、地域支援病院入院診療料や診療所療養型病床群入院医療管理料が新設され、その整備を促進しようとした。一方で、医療法で定める標準人員を満たさない医療機関については、入院時医学管理料及び看護料の減額処置が強化された。

同様に、2002年には、第四次医療法改正の内容を受けた診療報酬改定が行われた。その代表例が急性期特定病院加算（200点/日）の新設、急性期病院加算（155点/日、入院14日以内に加算）。まず、「急性期特定病院」の加算要件は、紹介率30%以上、外来入院比率1.5以下、平均在院日数20日以内（のちに17日）、二次救急医療の24時間実施など9項目だった。

しかし、この中で「外来入院比率1.5以下」という要件は「毎日あふれかえる」ほどの外来患者を抱えている地域中核病院にとっては現実困難で、同加算を取得できた病院は、手稲溪仁会、亀田総合、総合新川橋、岡山中央、

熊本済生会、国立熊本、浦添総合病院など 10 足らずにすぎなかった。

他方、急性期病院加算を届け出ようとする病院にとって大きな壁となったのが、患者紹介率 30%をいかにクリアするかということだった。

紹介率の算定式をみると、紹介率を高めるためには、「分子」の文書による紹介患者と救急車の搬送患者を増やすか、「分母」の初診患者数を減らすしかない。一般に紹介率アップのための取り組みとして、①専門性特化（診療機能の差別化）、②他医との連携強化（地域医療部との連携強化）、③救急車搬送患者の増加（救急は断らないという方針の徹底、救急隊との定期的な意見交換や合同勉強会の開催）が採用されたが、豈に図らんや平成 18 年度の診療報酬の改正でもって当該加算はすべて廃止された。

平成 18 年度の改正と言えば民間病院の中小病院を狙いうちした入院基本料の加減点もすさまじいものがある。厚労省保険局医療課の眞鍋課長補佐によれば「急性期入院医療については、実態に即した看護配置の適切な評価を行った。区分の A から F までであるが、まずは、I 群・II 群の別をなくして区分を簡素化した。次に、従来の 2 対 1 以上の上に 1.4 対 1 以上を創設するなど、夜間も含め、急性期入院医療により特化した入院料の体系へ再構成した。夜間勤務等看護加算を廃止し、夜勤の評価は、看護職員配置にかかわる評価全体の見直しの中で、併せて評価することにした（全日病ニュース第 637 号）」という。この“あっさりとした”コメントの中に、厚労省の看護師数をテコに病床削減を図ろうとする意図がしっかりと読みとれる。事実、第四次医療法改正に先立って厚労省が作成した「たたき台」では、2001 年（平成 13）には、「医療法改正等を踏まえつつ、入院基本料における諸要件等の在り方についてどのように考えるか」との問題提起がなされている。注目すべき点は、第四次改正の「一般病床」の看護婦基準 3 対 1 が、マクロ的に大きなコスト負担になる点だ。

筆者のラフな試算によれば、4 対 1 看護をとっていた一般病棟が全て 3 対 1 看護に移行したとすると、約 585 億円の医療費増加を伴うことが分かった。これは医科医療費の 0.253%に相当する。平成 12 年度の診療報酬改定が実質 0.2%アップだったことを考えると、この看護基準の引き上げが経済的にいかに大きいか分かる。これに対して厚生労働省は、看護配置基準を引き上げた場合に、看護料収入と看護職員の人件費の収支差は、現行の 4 対 1 では年間 1500 万円が、3 対 1 に引き上げた場合に年間 500 万円に変わるだけで、医業収支上の影響は少ないという。全く「ピンボケの資料」を提出し

ているといわざるをえない。

それではこの基準に満たない場合は、どうなるのだろうか。第四次医療法では、人員配置基準の2分の1以下である状態が2年を超えて継続している場合、都道府県から人員の増加や病床の全部又は一部の停止が命じられることになった。また、診療報酬では、標欠病院（人員配置基準を満たしていない病院）へのペナルティー基準として、入院基本料の減額が設定されている。

なお、「へき地、離島等の病院、または従前のその他の病床が200床未満の病院については、法律の施行から5年間すなわち平成18年3月までは、看護婦および准看護婦の員数は、入院患者4人に対し1人を標準とすること」が経過措置特例として認められていたが、これも平成18年4月から原則廃止（改正省令附則第13条）となる。

個人的には、昨今の医療事故報道にも見られるように一般病床・療養病床ともに、看護職の配置基準をもっと高めるべきと考える。しかし、これは確実に医療費の増加をもたらすので、医療費の財源をきちんと担保できないなかで、いたずらに医療法の人員基準を変更することは、非常に危険といわざるをえない。いずれにしても、看護師の数とその比率をベースに病床を単に在院日数によって長期か短期かに分けたとしても、これで急性期と慢性期に区別できたということにはならない。その理由は、疾病によっては、「短期」と「長期」の区別が随分異なるからだ。例えば、一言で新生物といっても「良性」と「悪性」があるだけでなく、同じ悪性新生物でも、その部位や悪生物・依存疾患の有無によって、平均在院日数が大きく異なることが予想される。そこで登場したのが急性期では「DPC」、慢性期では「医療・ADL区分」というケースミックスだったが、これも料金体系として多くの矛盾が散見されることから「道半ば」という所だろうか。

## (2)「ロングタームケア」に関する評価

他方、療養病床も診療報酬に翻弄された歴史である。

長期入院のお年寄りを対象とする病棟として、老人病棟→介護力強化病棟→療養型病床群→療養病床という流れがある。この4つはどう違うのだろうか。これには、長期入院の療養環境が時代とともに改善されてきたことも深い関係があるので、ここで整理しておこう。

そもそも一般病院のうち、入院の老人患者の比率が60%を超えるものは「老人病棟」と定義され、老人保健法による保険診療の対象であった。この老人病棟のうち、看護婦、看護助手の数が一定の比率を満たしたものが「介

護力強化病棟」。診療報酬上は原則として、投薬・注射・検査・一部の処置を包括した、いわゆる「マルメ方式」が適用され、看護職員を増員すれば、診療報酬の加算があった。

一方、療養型病床群とは、一病室の人数制限、廊下の拡張など施設の環境改善を行い、入院患者の生活面に配慮した病床の集合体のことをいう。老人病棟の病床は老人病床と呼ばれたりもするが、その施設基準は依然として一般病床のまま。これに対して、療養型病床群は高いレベルの施設基準を要求されており、条件を満たしているものについては当然加算もあった。

このような診療報酬上の優遇策が講じて、療養型病床群は平成 13 年現在約 30 万床にまで増えた。ところが、平成 15 年 8 月末の病床区分の届出にあたっては、老人病床、療養型病床群という種別はなく、「一般病床」「療養病床」のいずれかを選択せねばならなくなった。これに先立って、診療報酬上の療養環境加算、老人療養加算も廃止された。

ここで留意すべきは、療養型病床群は、1993（平成 5）年の 2,823 床から 99（平成 11）年の 167,106 床へと急速に増加したが、老人病床は同期間に 67,316 床しか減少しなかった事実。つまり、老人病床の減少分がすべて療養型病床群に移行しているとしても、残りの 96,967（約 60%）は、その他の一般病床から転換しているということ。老人病床から療養型病床群への転換はそれほどドラスティックには進まなかったのだ。その背景には、老人病床から療養型病床群に変わっても診療報酬上のメリットがたいしてないという理由があった。

しかし、医療経営者として病院の老朽化を放って置くわけにはいかない。建替えはしたいが、問題は先立つものがないだけ。事実、老人病床と療養病床では、構造基準や人員基準の面で大きな差があった。療養病床への転換に際しては、建ぺい率や容積率がネックとなって減床しなければ全面建て替えができない施設も多かった。というのは、新設・全面改築の建物は、「一般病床」「療養病床」に関係なく、少なくとも 1 床あたり面積 6.4 m<sup>2</sup>以上をクリアしなくてはならなかったからだ。一方、既にある病床を転換する場合には、廊下幅や 1 床あたりの病床面積について、若干緩い基準になっている。

つまり、既設の「その他の病床」から一般病床へ転換する場合は、従来と同じ病床面積でよく、療養病床へ転換する場合も、廊下幅と技能訓練室は、従来の基準でよいことになっている。

こうした経過措置が多いせいか、中医協・医療経済実態調査を見ると、わ

が国において、医療機関の建替えは思ったように進んでいない。たとえば平成10年現在、昭和39年以前開設施設、すなわち築35年以上の建物は、一般病院で64施設。これは全体の11.8%を占めている。精神病院に至っては、43施設で、36.4%を占めるという状況だった。

そこで平成13年度の税制改正では、第4次医療法改正における新しい構造設備基準に適合させるために2年間の措置として、病院の建替えをする場合は、一定の要件の下に基準取得価格（実際の取得原価×1/2）×100分の15の特別償却を認めるという内容が盛り込まれた。

しかし、現在の診療報酬制度では、病院の建替え費用の捻出自体が困難だといわれている。現在、1病床あたりの病床面積8㎡以上（差額病床を除く）ある病院に対しては、療養環境加算として25点が付与されることになっている。しかし、これでは100%稼動したとしても、1年で1病床当たり約9万円（約250円/日×365日）の加算に過ぎない。病室を広くする経済的インセンティブとして意味があっても、建替え費用としては十分ではないのだ。

最近では、病院債の発行や不動産の流動化など資金調達が多様化が進みつつある。しかし、これらは所詮借金であり、いつかは返済しなければならない。

なお、厚生労働省が掲げる療養病床再編成の基本的方向は、①医療の必要度高い患者を受け入れるものに療養病床を限定し、医療保険で対応する、②医療の必要性の低い患者については、病院ではなく在宅や居住系サービス、介護老人保健施設等で受け入れることで対応する一の2本立て。

医療療養病床の人員配置の見直しはこうした考えに沿ったもので、同省は今回の制度改革を機に、「長期にわたり療養が必要な医療必要度の高い患者を受け入れる病床」としての同病床の位置づけを明確化する。一方、医療必要度の低い患者を主として受け入れる施設については、今後、今回の診療報酬改定に伴って新設する「介護保険移行病棟」への転換を促す。同病棟の新設は、平成23年度末までの経過措置。介護療養病床が5年後に全廃されるのを受け、同年度までの時限的措置として介護保険上に「経過的介護療養型医療施設」を新設する方向もすでに固まっている。

今国会に提出された医療制度改革関連法案には、これらの内容がすでに盛り込まれており、法案が成立したことで、2つの経過的類型に移行した施設は24年度までに特定施設（有料老人ホーム、ケアハウスなど）や老健施設、在宅療養支援拠点などへの転換を迫られる。

厚労省が社会保障審議会医療部会で示した医療療養病床における人員配置の見直し案によれば、現行の看護配置基準（看護 6:1 以上、看護補助 4:1 以上）を看護 4:1 以上、看護補助 4:1 以上に引き上げるといった内容。ただ、23 年度末までは経過措置として現行の配置を認めるという。

今回の診療報酬改定をめぐる中医協の審議では、医療必要度の高い患者を「一定程度以上」受け入れる病棟の看護職員配置を充実させ、「4:1（看護補助者配置 4:1）」とすることも了承済み。また看護職員配置の実態をみても、特殊疾患療養病棟全体の 98.0%が「4:1 以上」を担保。さらに、現行の医療療養病床の 6 割以上が「4:1 以上、4:1 以上」を上回って配置していることを考えると、医療療養病床における看護配置基準の引き上げは、こうした状況を勘案した措置と言えよう。

一方、「介護保険移行病棟」における人員配置については、医師 100:1、看護または介護職員 3:1（看護職員は総数の 7 分の 2 程度を標準）の人員配置を求める現行の介護老人保健施設の人員配置を考慮し、医師配置を現行の「最低 3 人」から「最低 2 人」に引き下げ、入院患者に応じた配置も 48:1 を 96:1 へと緩和するという。また看護配置についても、現行の基準から、看護職員と看護補助者合わせて 3:1（うち 3 分の 1 以上は看護職員）に緩和し、医療療養病床から移行しやすくする。

このほか介護保険に新設する経過型介護療養医療施設の人員配置については、社保審介護給付費分科会で「医師 2 人、看護 8:1、介護 4:1」という内容がすでに示されているため、再編に関わる 3 つの類型の人員配置が出揃ったことになる。同省は今後、医療、介護療養病床から老健施設への転換を促進するため、1 床あたり面積が 6.4 m<sup>2</sup>（老健施設は現行 8.0 m<sup>2</sup>）であっても 6 年間に限り容認するなどの移行支援措置を講じるとしている。

介護療養病床の廃止等を盛り込んだ健康保険法等改正案の成立・公布後に医療法施行規則を改定し、介護・診療報酬の見直し時期に合わせて実施する。

今国会に提出済みの医療制度改革関連法案には、これらの内容はすでに盛り込み済みで、社会保障審議会医療部会はこれらの内容を了承したという。これを受けて介護給付費分科会は平成 18 年 3 月、経過型介護療養型医療施設の報酬面や施設基準などに関する審議に乗り出した。今後は中医協でも介護保険移行病棟の報酬面などをめぐる審議がスタートする見通しで、いよいよ本格的な「減反政策」が始まったと言える。

### （3）新しい臨床研修制度の評価

そして、第四次改正の目玉でもあった臨床研修の必修化だが、その評価は2つに分かれる。まず良い点は米国で行われている「マッチング制度」を導入したことだ。これまで大学の医局制度に左右されていた研修制度を改め、研修医の選択の自由としたのである。そのため、魅力的な研修制度を導入した病院は研修医を増やすことに成功した。

医師臨床研修マッチング協議会によると、研修プログラムの希望順位を登録した研修希望者8109人の95.6%にあたる7756人の組み合わせが決定、初年度としてはかなり高いマッチ率となった。また、研修先はこれまで大学病院が約7割を占めていたが、マッチ者数の割合をみると、大学病院は59%に減少、臨床研修病院が41%に増加、研修先が7対3から6対4に変化したことが明らかになった。「大学離れ」が如実に出てきたのである。2005年度もこの傾向は変わらず岡山大学に至っては、募集定員53人に対して5人しか研修医が集まらなかったという。

一方、研修医の処遇改善（指導経費等を含め22億円の予算要求）も行われ、概ね月給30万円となった。

まさに新しい臨床研修制度が運び出したわけだが、不安材料が全くないわけではない。それは以前として「研修医残酷物語」の実態が垣間見られるということだ。

筑波大学の前野哲博助教授が行った「卒後初期研修における研修医のストレス」と題した研究（文部科学省科研費助成研究）によると、研修医の約4割が抑うつ状態にあり、研修開始後に抑うつ状態に陥った者は約25%に上るといふ。前野氏によれば研修医がストレスを募らせるのは、①仕事が多く、仕事に時間がかかる、②複雑で高い能力を求める難しい仕事が多い、③仕事時間や順序を自ら決める権限が少ない、④自己判断での行動が許されない場面が多いからだ、という。

この考察に対して批判も多い。「研修医は教えを受ける身。臨床技術習得のため勤務時間が長くなるのは仕方ないし、自己判断が許されないのも当然のこと」、さらに「現在の研修医世代は、豊かな時代で過保護に育てられたせい精神的に脆弱。そうした脆さは、研修医自らの成長過程での問題であり、それを研修病院の責任に転嫁するのは本末転倒。自己責任で解決すべきである」という厳しい見方もある。もちろん、本質的には自己責任で解決するのが望ましいが、4割もの研修医が抑うつ状態にあるというのは異常な事態である。

医師の生涯賃金を考えると、研修医からはむしろ「研修費」を徴収すべき、との考えもあるが、この説が正しいとすると、司法修習生に支払われている手当が説明できなくなる。研修医を“労働者”とみるのか、“見習い”とみるのか、議論が分かれるところだが、教育する「指導医」の方が給与が安い場合もある。研修医の労働条件もさることながらそれ以降の処遇にも歪みがあるのだ。

問題を複雑にしているのは「研修医の年収が高いからと言って必ずしも医師が集まる」わけではないという現状だ。特に、東北地区の医師不足は深刻である。筆者が1994年に行った調査で、年収が一番高かったのは、秋田の厚生連病院。同院は東京の聖路加国際病院の1.4倍支払っていたが、医師数はその半分。研修医にとって「お金」は重要な要素だが「お金だけでは動かない」ことがわかる。かりに研修医の手当てが一律月給30万円となると、同院の研修医にとっては減収となり、ますます東北地区から医師は遠のく。東北地区の医科大学の大半は東京・神奈川県等の他県出身者が多いだけに、この問題は深刻だ。大学から地域の病院へ研修医が流出することはある程度予想されたが、これで医師の地域的偏在を解決するのか。大学病院から派遣された医師の「引き揚げ」はないのか、「名義貸し」問題とあわせて今後の動向が注目される。

#### 4. 第五次医療法改正－医療制度改革関連法案と抱き合わせ

それでは第五次医療法改正によって何がどう変わるのだろうか。ここで留意すべきは本改正案（厳密には「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」）が新たな高齢者医療制度の創設を含む「健康保険法等の一部を改正する法律案」とともに医療制度改革関連法案として国会に提出されたという事実。これは政府・与党医療改革協議会が2005年12月1日にまとめた医療制度改革大綱をもとに、少子・高齢時代に向けて高齢者医療制度を創設するとともに、生活習慣病対策や在宅医療の推進、高齢者の自己負担率の引き上げなどを行うものである。まさに、ファイナンスと医療提供体制の同時改革がこれから始まらんとしているのだ。主な法律の施行時期は、健康保険法関連は06年10月、医療法関連は07年1月、老人保健法（「高齢者の医療の確保に関する法律」に改名）は10年4月から、それぞれスタートする。

##### (1) 医療制度改革関連法案の骨子

まず、健康保険法等の一部改正案だが、これは医療給付費の伸びと国民の

負担の均衡を図ることを目的に①生活習慣病対策や長期入院の是正、②保険給付内容・範囲の見直し、③高齢者の患者負担率の見直し、④介護療養型医療施設の廃止に代表される「医療費適正化の総合的な推進」、⑤高齢者を対象にした「新たな高齢者医療制度の創設」、⑥地域型健保組合の創設、⑦政府管掌健康保険の公法人化を伴う「都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合」を行う。このほか、中医協の委員構成の見直し、団体推薦規定の廃止も同時に実施する。

他方、医療法等の一部改正案は、①脳卒中やがん、小児救急など疾患ごとに医療連携体制を構築する「医療計画の見直し」や「医療機能の分化・連携」、②都道府県の医療対策協議会を制度化する「地域や診療科による医師不足問題への対応」、③非営利性の徹底、④公立病院が担ってきた分野を扱う新たな医療法人を創設する「医療法人制度改革」、⑤住民への地域の医療情報の提供を行う「患者等への医療に関する情報提供の推進」、⑥医療安全支援センターを制度化する「医療安全の確保」、⑦行政処分を受けた医師などの再教育を義務化する「医療従事者の資質の向上」－を柱とする。

## (2) 保険外併用療養費は「評価療養」と「選定療養」に区分

また、健康保険法等の一部改正案では、いわゆる“合法的な混合診療”である特定療養費制度を廃止し、「保険外併用療養費」制度を創設する。現在の高度先進医療を「評価療養」に、差額ベッドのような患者の選択によるものは「選定療養」として、内容を見直すという。特定療養費制度の抜本的な見直しは2004年12月15日に厚生労働大臣と規制改革担当大臣の合意によって決まったもの。

「評価療養」は現在の高度先進医療（2006年4月1日で101項目）や必ずしも高度でない先進技術、国内未承認薬などを対象にし、保険導入のための評価を行う。「選定療養」は現在の差額ベッドや予約診療、制限回数を超える医療行為など、快適性や利便性に関わるもので、保険導入を前提にしないものを対象にする。

これまでの特定療養費制度は選定療養と高度先進医療に分かれていたため、必ずしも高度でない先進医療が選定療養に含まれ、現在の選定療養はさまざまなものが混在し、当初の患者の選択によるといった考え方に無理が生じていた。それが今回の見直しによって保険給付と患者の自己負担を併用する場合の考え方が整理されることになる。

## (3) 08年4月には療養病床の65歳以上が食費・居住費を自己負担

医療療養病床に入院する 70 歳以上の高齢者の食費と居住費を 06 年 10 月から保険給付の対象から外し、食費・居住費以外の従来の保険給付部分は「入院時生活療養費」として給付するのも画期的だ。

05 年 10 月に導入された介護保険の食費・居住費負担と同額とするが、医療と介護では依って立つ法律が異なるので両者の整合性がとれるかどうかは未知数である。国の資料によれば食費（食材料費及び調理コスト相当）月 4 万 2000 円、居住費（光熱水費相当）月 1 万円。定率 1 割自己負担の場合、平均的な負担額は月 9 万 4000 円となる。そして、新たな高齢者医療制度がスタートする 08 年 4 月には対象を「療養病床に入院する 65 歳以上」と拡大するという。

このほか、75 歳以上を対象にした「後期高齢者医療制度」を創設するとともに、65 歳から 74 歳までの前期高齢者に関しては、保険者間で加入者数に応じた費用負担の調整を行う。介護保険料に加えて、後期高齢者医療保険料も老齢基礎年金から天引きという時代の到来である。

なお、老人保健法は「高齢者の医療の確保に関する法律」と改称する。

#### (4) 医療提供体制の改革

これに対して、良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案は、医療法、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、薬剤師法、外国医師等が行う臨床修練に係る医師法第 17 条等の特例等に関する法律で構成する。

まず、医師法、歯科医師法、保健師助産師看護師法、薬剤師法などの改正では行政処分新たに「戒告」を設け、医業停止機関の上限を 3 年と初めて明文化した。免許取消になった場合は処分の日から 5 年間は再免許を与えないという。処分を受けた者には再教育研修を行い、受けていない場合は病院や診療所などの管理者になることはできない。

また、保助看法の改正では、保健師と助産師になるには看護師国家試験に合格しなければ取得できなくなる規定も設けた。臨床修練制度はこれまで外国の医師、歯科医師の資格を持つ人に限定していたが、これに助産師、看護師、診療放射線技師などを加える。

次に医療法改正では公益性の高い医療法人として社会医療法人を創設し、これが公募債として「社会医療法人債」を発行できるようにする規定を設けた。社会医療法人は救急医療と災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む）、都道府県知事が特に必要と認める

医療の「救急医療等確保事業」を実施することを義務付ける。役員とその配偶者、三親等以内の親族、特殊な関係のある人物が役員の総数の 3 分の 1 を超えてはならないとする同族要件を明記した。

社会医療法人が発行する社会医療法人債は私募債である医療機関債とは異なり、担保付社債信託法で定める社債とみなす。ただし、発行によって得られた収益金の使用はあくまで医業経営に限定し、収益事業には繰り入れることはできない。

一方、社会医療法人には罰則規定も設けている。役員が自己利益のためや社会医療法人に損害を与える目的で財産上の損害を加えたときは、7年以下の懲役が 500 万円以下の罰金として、併科することもありうる。

なお、社会医療法人は都道府県が都道府県医療審議会に諮った上で認定する。逆に取消の際も都道府県が医療審議会で検討した後に決めるとした。解散時の残余財産は国か地方公共団体、他の社会医療法人に帰属させるという。

この他、医療法人制度そのものも見直しを行う。非営利性を徹底する観点から残余財産規定などを改め、残余財産の帰属先を定款に記載する場合には国か地方公共団体、その他の医療を提供するもののうちから選定するようにする。また、医療法人社団は年 1 回定時社員総会を開くことも義務づけ、社員総会に関する規定も明記した。他方、医療法人財団は評議員会を設けなければならない。

こうした一連の改革はあくまでも「非営利」の原則を貫こうとするものだが、皮肉にもこれによって「病院債を認めたのに株式会社立病院が何故いけないのか」という議論が再浮上するかもしれない。

#### (5) 医療計画は医療費適正化計画とセットで

医療法改正のもう一つの大きな柱である医療計画の見直しでは「救急医療等確保事業」の事業ごとに地域の医療連携体制を構築する規定を新設するという。医療計画には達成目標を明記し、5年ごとに目標の達成状況の調査と分析、評価を行い、必要があれば医療計画そのものを見直しを行う。新医療計画のスタートは 08 年 4 月。医療費適正化計画開始の 08 年とリンクする。つまり、医療費が計画通り削減されない場合は、医療計画とセットで見直しを行うことを示している。なお、現行の基準病床制度は維持するというから一安心だ。国も地方自治体もたいした情報・データをもっていないので病床数はなるべくさわらない方がベストと考える。

次に広告規制だが、医師や歯科医師である旨など広告してよい項目を列挙

したほか、平均在院日数や患者数など患者の医療の選択に資するものと認める項目を別に定めるとして広告可能事項を拡大する。依然として“ポジティブ・リスト”には変わりはないが従来からの個別規定を改め、包括規定方式にするのが特徴だ。おそらく“ネガティブ・リスト”になるのも時間の問題であろう。

他方、有床診療所改革は07年1月から実施する。従来の療養病床だけでなく一般病床についても基準病床制度に組み込み、設置や病床数変更は都道府県の許可を受けなければならないとする。これで懸案の“48時間ルール”は完全に撤廃されることになる。また、病床過剰地域にある公的医療機関の病床について、正当な理由がなく未稼働の場合に限って都道府県が病床数削減の措置を行う権限を持つ。

このほか厚労省は、社会保険審議医療部会で引き続き検討すべき課題を事項を協議するため、新たな検討会を省内に設置するという。新たに立ち上げるのは、「医療施設体系のあり方に関する検討会」（仮称）、「広告規制等検討会」（同）、「病院薬剤師の業務及び配置基準のあり方に関する検討会」（同）の3つ。同部会で審議したものの意見集約できず、2005年末にまとめた「医療提供体制に関する意見」に盛り込まれなかった検討課題について協議する。

医療施設検討会では、①地域医療支援制度全般にわたる検討課題、②特定機能病院制度のあり方、③医療法施行規則の「病院における外来患者数に基づく医師法の配置標準」（「外来カウント」）のほか、かかりつけ医に求められる役割や機能のあり方、医療連携体制を構築するうえで、救急医療等確保事業等に必要な医師の確保策などについて順次検討し、政省令や運用通知の改正で対応可能なものがあれば項目ごとに取りまとめ、具体化につなげる。

一方、広告規制等検討会では、今国会に提出した医療法改正法案の実施に向けた審議を行う。具体的な検討事項は、①都道府県が医療機関の情報を整理して公表する「一定の情報」の具体的範囲、②医療機関が広告できる事項の見直しや広告に関するガイドラインの策定等、③医療機関の名称に関する制限の緩和、④院内掲示を義務づける事項の見直し、⑤新制度施行後に働かせる事後チェック機能など。同検討会は国会会期後（法案成立後）に少人数で立ち上げ、協議をスタートする。

また病院薬剤師検討会では、病院に勤務する薬剤師の業務や配置基準についての具体的な検討を行う。2006年中に立ち上げ、薬剤師の配置状況に関

する実態調査を行ったうえで検討を進める。

病院における薬剤師の配置基準をめぐっては、同省の「病院における薬剤師の配置基準に関する検討会」が13年以降、計6回にわたり議論。同年10月にとりまとめた報告書では、「基準をただちに変更する必然性は認められなかった」と結論づける一方、検討の過程で示された病棟ごとに薬剤師1人の配置を求める意見にも配慮し、3年後をめどに再度見直す必要性を指摘していた。新たな検討会の設置はこうした経緯を踏まえたもので、薬剤師の増員を主張する関連団体と、増員に慎重なスタンスをとる病院団体の間で激しいやり取りが交わされることも予想される。

## 5. 次回改正を占う

以上、第五次医療法改正を含む医療制度改革関連法案について見てきたが、これで国は長年の積み残しの課題を解決できたと考えているのではないか。であれば次回改正は不要となるが、事はそう単純ではない。人口減社会と格差問題を抱えたわが国にあって持続可能な医療制度はどうあるべきか、真の医療構造改革はむしろこれからが本番ではないだろうか。

### (1) 当面の2つの課題

当面の懸案は次の2つである。

一つは、消費税率の大幅引上げが不可避とされる中で、いわゆる「医療機関の損税」の問題をいかに解決するかである。

現行の消費税法では、預かった消費税から差し引く仕入れに係る消費税のうち、非課税となる診療に対するものは控除することができない。つまり、診療材料に係る消費税のうち、自由診療等に対する診療材料のみしか控除の対象とはならない。収入が社会保障診療等しかなかった場合には、診療材料に係る消費税はいっさい控除できない。

消費税の納税義務がないため、預かった消費税を国に納めなくてよいことを「益税」と呼ぶのに対し、医療機関は消費税で損をしているということで、これを「損税」という。将来、消費税率がアップした場合、診療報酬の改定が横ばいのままであれば、医薬品卸等に消費税が増え、さらに医療機関の負担が増加することになる。

消費税の損税問題の解決方法としてよく議論に上るのが「軽減税率」と「ゼロ税率」の2つだ。

まず前者だが、医療は公益性の高いサービスであるから、通常の消費税よりも低い率を用いての消費税の負担が考えられる。この軽減税率が現在非課

税とされている社会保険診療等に採用された場合、最終消費者である患者は、低い率による消費税を負担し、医療機関は患者から預かった消費税を納税することとなる。消費税を計算する際、すべての収入が課税売上となるため、課税売上割合は限りなく100%に近くなり、医療機関はすべての課税仕入れを控除することができる。よって、軽減税率を導入することにより、医療機関における損税問題を解決することができることとなる。

しかし、その一方で最終消費者である患者の負担が増えることとなるため、国民の反発は避けられないだろう。国民としては、窓口での負担金も2割から3割へ上がり、軽減税率とはいえ消費税まで課税されてはたまらない。なお、政府は軽減税率の導入は消費税率が10%台になってから議論されるべきであるとしており、当面は軽減税率の導入は望めそうもない。

これに対して、後者のゼロ税率とは、消費税の税率を0%として計算する方法である。消費税がかからないという点では非課税と同じだが、収入が課税扱いになるため課税売上割合の計算上、分子にも含めることができる。このゼロ税率が採用されているのが、輸出事業者。この輸出事業者と同じようにゼロ税率が医療機関において採用されれば、患者の負担が増えることなく医療機関における消費税の損税が解決されることになるが、税制改正は政治マターである。

いま一つの懸案は、療養病床の再編問題である。国は平成23年度までに、①医療型療養病床（約25万床）と介護型療養病床（約13万床）をそれぞれ「介護保険移行準備病棟」（仮称）と「経過型介護療養医療施設」（同）に移行し、療養病床を15万床に削減する、②移行した両施設を介護老人保健施設やケアハウス、在宅支援施設などに転換する—というスキームを考えている。療養病床への入院は医療必要度の高い患者に限定されるため、介護系は同年度末で廃止される。再編の流れは今回の診療報酬改定にも反映されており、患者の医療必要度などによって入院基本料が異なる仕組みに切り替えられる。

また再編スキームを円滑に進めるため、国は移行した両施設に対し老健や有料老人ホームなどへの転換費用を補助する。介護保険移行病棟へは都道府県を窓口、医療保険財源から捻出する「医療提供体制施設整備交付金」（18年度予算約112億円）のなかから工事費などを助成（病床転換助成事業）。経過型介護療養医療施設に対しては、市町村を窓口「地域介護・福祉空間等整備交付金」（同500億円）のなかから助成金を給付する。併せて在宅復

帰を前提とする老健の施設基準を緩和。現行の療養病床の基準を考慮し、1床あたりの床面積が6.4㎡（6年間限定）でも転換を認める。これらの措置を実施することで、国は療養病床削減に伴う施設サービス不足を解消できると見込んでいる。

一方、療養病床再編を加速させるため、同省は医療費適正化や老人保健法・介護保険法改正などを盛り込んだ健康保険法改正案を作成。老人保健法を「高齢者の医療の確保に関する法律」に名称変更（20年4月施行）するほか、①厚労省と都道府県はそれぞれ5年ごとに「全国医療費適正化計画」、②「都道府県医療費適正化計画」を作成する（19年4月施行）、③都道府県は政令で定める日（23年度末）までの間、病床転換助成事業を行う（20年4月施行）、④厚労相は介護保険法に規定する基本方針（参酌標準）を定める際、病床転換が円滑に行われるよう介護保険施設などの定員増に配慮する（同）、⑤介護療養型医療施設を23年度末で廃止する（同）—ことなどが同法案に盛り込まれた。

まさに国の“減反政策”が始まったわけだが問題はその功罪である。本当に今のわが国の病床を減床させてよいのだろうか。減床に合わせて、ヘルスマンパワーは余ってくるのだろうか。本当にわが国の医療はグローバルスタンダードに近づくのだろうか。これはひとえに、医療・介護サービスの将来需要をどう推計するかにかかっている。この点については拙著「進化する病院マネジメント（医学書院）」の第一章で詳しく述べたので、興味ある方は参照いただきたい。農林水産省の「減反政策」に従って、米を作ることをやめた農家は、「将来、どんなに食糧危機を叫んで見ても、いったん休田になった田んぼは二度と水田には戻らない」という。同じ轍を医療界が踏まないことを切に望むものである。

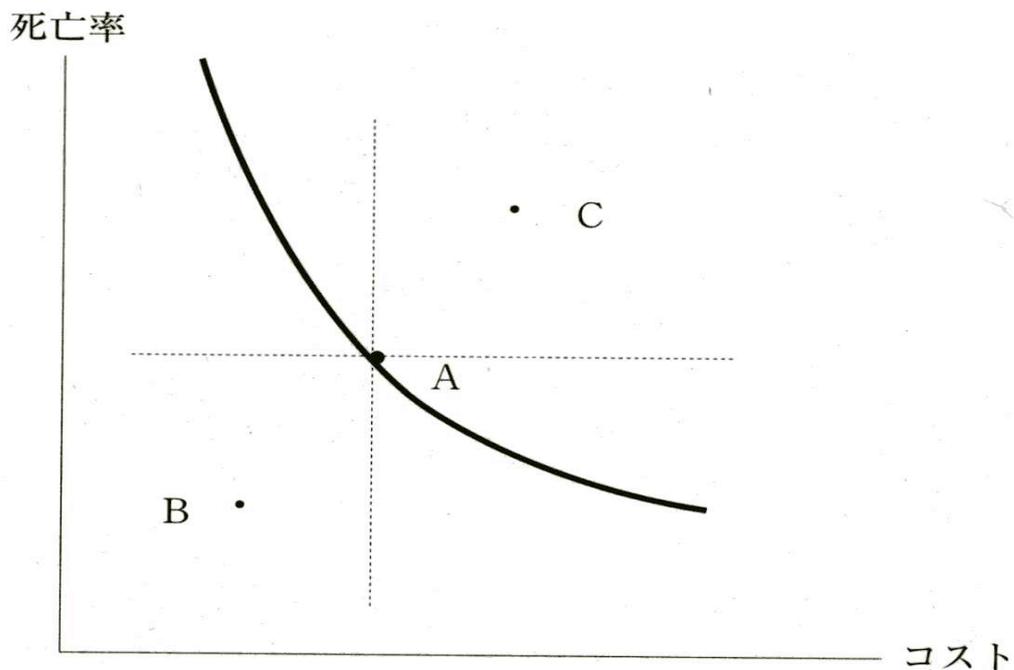
## （2）真の医療構造改革とは

いずれにせよ今の政治情勢や財政状況を見ると、わが国の医療機関に求められるのは「良質かつ効率的な医療」の実現である。一般的に医療にかかるコストと死亡率（リスク調整済み。以下同じ）とはトレードオフにあるとされる。しかし、現実には同じコストでも死亡率にばらつきがある。逆に同じ死亡率を達成するのに要するコストにもばらつきがある。

例えば、図1はイメージ図だが、B病院は死亡率・コストともに優れているが、C病院は死亡率・コストとも劣っている。この場合、B病院のような病院には高い経済評価を、C病院には低い経済評価を行う体系に改め、C病

院の経済評価を下げた財源で、B病院の高い経済評価を行えば、財源問題はクリアできる。

図1 医療成果とコストのトレードオフ

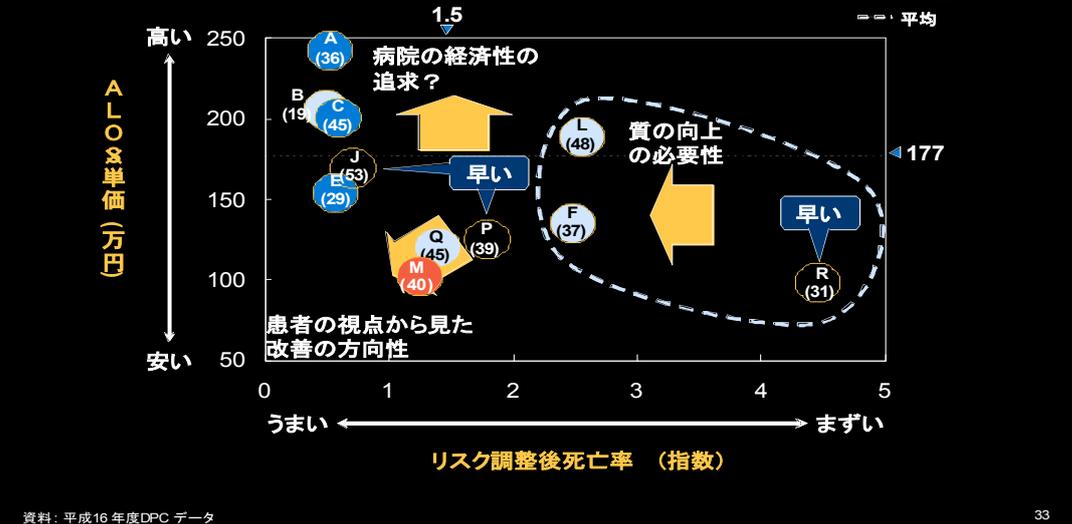


それでは、実際のデータで検証してみるとどうなるだろう。図2は、筆者が代表世話人をしているDPC関連データを使った「医療の質の可視化」の結果を示したものだが、心血管疾患では、一見すると死亡率の低い病院では入院中の医療費が高くなることが分かる。しかし、この図をもって「良質な医療を提供するには相応の費用がかかる」とするのは早計である。というのは非効率な医療供給により“見かけ上”のトレード・オフが生じているかもしれないからである。むしろ、ここで注意すべきは、A、B、C病院はE、J病院に比べて死亡率はあまり変わらないが、約50～100万円以上の医療費をかけている事実である。

これは裏返せば、全国の急性期病院が比較的安い医療費でそれなりの実績を上げることができる証左ではないか。例えば、死亡率が低いのに医療費が安いM病院を「ベスト・プラクティス」として全国の急性期病院がこの病院を目指せば、医療費削減と医療の質の向上を同時に達成できるのではないか。

M病院は患者の視点から見るとうい病院。このことと、経済性をどう結び付けていくかが鍵

図2 病院別死亡率とALOS × 単価の関係(心血管疾患)  
(%; ( ) 内はPCI実施割合)



### (3) 求められる戦略発想

「経営は王道はない」が病医院のポリシー・将来構想を決定する時は、①対象患者は急性期か慢性期か、②総合性重視か専門性重視か、③予防医療、救急医療、在宅医療、連携医療をどこまで行うか、④入院重視か外来重視か、⑤増収重視か利益重視か、⑥出来高払いを堅持するか定額払いへ移行するか、⑦どこまで特定療養費の範囲を広げるか、などを考慮に入れるべきだ。

より具体的には、まずは自院の進むべき将来の方向性を明確にし、次に各々の差別化戦略を打ち出す必要がある。例えば、①自院の機能を眼科・人工透析等の専門分野に集中させる専門特化戦略、②病医院とは別に介護福祉施設を併設するなどの多角化戦略、③e-広告を使ったPR戦略、④サプリメントドッグなど新たな収益源を確保する戦略、⑤アウトソーシングによるコスト削減戦略などが考えられる。

例えば、②の具体例として、今後本格的な少子・高齢化がやってくる都市部では医療と福祉を一体的に提供することを目的にした「メディション～バリアフリー型医療施設付マンション～」の建設してはどうだろうか。

メディションとは、医療(メディカル)施設付マンションの略称であり、バリアフリー構造で、病室に転用可能な居室を有し、質の高い医療を安定的に供給可能な医療施設等が付帯した、高齢者や障害者にもやさしい大型集合住宅のことをいう。

こんなことを言うと、ケアハウスや有料老人ホームを連想する人も多いと考えるが、メ

ディションはケアハウスと異なり、医療が付いている点がポイントである。また、終身利用権方式の多い有料老人ホームと異なりメディションは分譲又は賃貸方式である。

さらに、居室が、万一の時に病室仕様に転用できる、リバーシブル構造になっていることも有料老人ホームと異なる点である。ここで、病室仕様とは、通常の入所施設のように必要な酸素・圧縮ガス・吸引設備が、状況に応じ、簡易医療機器で対応できることを意味する。すなわち、病状悪化等の緊急時には、クリニックの医療従事者が、酸素吸入器・吸引器などを持って、迅速に対応できる空間を有した部屋のことである。“猫の目”のように変わる厚生行政の変化に対応できるように、設計しておくのである。

一般にケアハウスも有料老人ホームも医療の充実度が販売の鍵を握るとされる。したがって、メディションが都市部に多く建設されれば、今後予想される「介護パニック」に、ある程度対応できると考える。実際、1971年に入居が始まって以来、35年が経つ東京の多摩ニュータウンは、エレベーターのない5階建てで、抜本的な建て替えが避けられない状況になっている。住民の高齢化も深刻で、60～80歳代の人口は全体の4分の1に達しているという。

ニュータウンに限らず、各地の公共住宅は建て替え期を迎えている。公共住宅は現在、自治体が整備する公営住宅が216万2千戸、住都公団の賃貸住宅が73万5千戸、痴呆住宅供給公社の賃貸住宅が13万7千戸と合計で300万戸を越す。

公共住宅の供給のピークは昭和40年代で、全体の約4割を占める。国土交通省や旧住都公団、各自治体は積極的に建て替えに取り組んでいるが、現状では昭和30年代の住宅が中心となっている。今後建て替え時期を迎える昭和40年代の建設分は数が多すぎて従来のペースでは追いつかず、「個別に危険度を判断しながら建て替えるほか、既存の建物を生かしたリフォームにも力を入れている」（国土交通省）という。

施設ケアから在宅ケアへシフトするときの成功の鍵は、住民が安心して暮らせるコミュニティ作りである。そのためには、ケアの連続性を担保する必要があると考えるが、いかがだろう。

## 参考文献

1. 川渕孝一著「視界ゼロ時代の病医院経営」医学書院,2000年2月
2. 川渕孝一著・渡邊園子著「病院サバイバル・マニュアル」日本医療企画,2001年11月
3. 川渕孝一著「医療改革～痛みを感じない制度設計を」東洋経済新報社,2002年2月
4. 川渕孝一研究室編著「病院機能再編 経営戦略マニュアル」日本医療企画,2003年6月
5. 川渕孝一著「進化する病院マネジメント」医療書院,2004年8月