

『医療破壊』－厚生労働省による棄民政策－

澤田石 順

2008 年 12 月 14 日

回復期リハビリテーション病棟勤務医

概要

『医療崩壊』は医療現場におけるマンパワーの絶対数不足と低すぎる医療費による**公的保険医療機関の全般的苦境**である。私は厚労省が特定の患者の医療権を侵害する行政行為を『医療破壊』と定義するに至った。『医療崩壊』も『医療破壊』も原理主義化した医療費抑制政策の帰結ではあるが、後者は行政的犯罪行為と表現すべき重大な事態だと認識している。

『医療破壊』の始まりは**2006 年度からのリハビリ日数制限**である。治療を日数で制限するという暴挙がもしも癌、高血圧、糖尿病患者等に対してなされたら猛反発のために速やかに撤回されたであろう。同年 6 月、多田富雄東大名誉教授(脳梗塞後遺症患者)らは 44 万筆の反対署名を厚労省に提出したものの撤廃には至らなかった。2008 年度からは日数制限後のリハビリに**回数制限**が設けられ、**制限を越えたりハビリは自費(選定療養)**とされ、加えて**後期高齢者に関する差別的診療報酬**が導入された。2008 年 10 月から回復期リハビリ病棟の入院料は自宅や有料老人ホーム等(医師が不在のところ)への退院が 6 割未満だと減額されるに至った(**成果主義**)。もしも厚労省が胃癌患者の五年生存率 7 割未満の病院に関しては全胃癌患者への診療報酬を減額すると提案するだけでも社会問題となったことであろう。

現時点で『医療破壊』のターゲットは重度の障害者と高齢者(プラス認知症患者)という声をあげることが困難な弱者である。**医師が必要と認める治療を日数・回数で制限すること、治療の結果により診療報酬を減額すること、年齢を理由に診療行為を制限すること**。いずれも患者の**医療権を侵害**するものであるから、私は前 2 項に関して差止めを求めて提訴(行政訴訟)し、予定通りの門前払い判決を受けて控訴した。裁判そのものには大きな期待をしていない。肝要なのは『医療破壊』を阻止するための医師と患者・家族の協業としての運動である。

1 医療崩壊

主として救急医療の現場。典型的なのは産科、小児科、すべての救急医療、外科系分野であり、これらの領域では人員の絶対数が足りなくなり、医師一人当たりの仕事量は増加するばかりで、どんどん撤退している。

定義 マンパワー不足および低医療費に帰因する医療供給の量と質の低下

現象 (事実)

1. 医師、看護師など過酷な勤務状況が年々悪化 (過労死増加、立ち去り型サボタージュ...)
2. 経営危機におちいる病院の増加 (公立病院の大多数は赤字、倒産する病院が激増...)

崩壊を加速させる社会病理現象

- **刑事・民事訴訟の増加**→萎縮・防衛医療
- 一般市民が**医療をサービス業と誤解する傾向**の強化 (患者様意識、コンビニ受診、治って当たり前、結果が望ましくないなら医療ミスを疑う、説明に要する時間の長期化、説明文書作成が膨大に...)

1.1 医療崩壊の責任の所在

厚生労働省 1980年代から医師増加は医療費増加をもたらし、国家的な危機に陥るとして、医師数の自然必要数から削減と医療費の自然増の削減 (診療報酬削減) を推進⇒公的医療支出削減が原理主義化。経済財政諮問会議的な政策に抵抗するどころかほとんど鵜呑みしてきた

新自由主義の政治家や有力者 小泉 純一郎氏ら

経済財政諮問会議/財務省 社会保障充実が国家目標ではなく**必要悪**とみなす考え方

一般市民 (報道関係者も含む) 日本国の市民の大多数には**公的精神**が不足している。税金も保険料もできるだけ払いたくないが、サービスはもっともっと受けたいという意識。保険医療機関の人員も金も不足しているのに、医療の結果が悪いと医師個人の責任を追及する姿勢強化

公的保険医療従事者 医師らの過酷な労働環境は20年以上前から悪化するばかりだが、使命感とやりがいと耐えてきた。長年にわたる厚労省不当な政策を**天災**とみなし、**ほとんど無抵抗**であった。「正しいことをしているならば、市民や政治家はわかってくれる」と幻想をいだいていた。

2 医療破壊

定義 厚生労働省による**差別医療**。診療報酬に関する告示・通知により、**医師 (医療チーム) が患者のために必要と判断する治療を制限**するものである。対象は患者個人と保険医療機関。これは厚労省の**明確な意思**による。

厚労省の目的 一人当たり医療費の削減。医療資源が不足していることは理由ではない。

厚労省の口実 効率的ないし効果的な医療の実現、医療の「無駄」削減

厚労省の政策手段： 憲法、健康保険法、厚生労働省令 (療養担当規則) に違反する診療報酬に関する告示・通知。告示・通知は**議会の審査をまったく受けない**。

厚労省の政策の本質 *Cost-saving, not life-saving*

1. 人権侵害、憲法違反、諸法令違反
2. 意図的な行政犯罪 (**早期死亡と障害固定化の誘導＝棄民政策**)
3. 「困った時はお互い様」という日本民族の伝統的な慣習の否定

2.1 厚労省の差別医療政策の基本方針

1. 治りにくい患者への治療を入り口で遮断したり、日数や回数で制限し、それ以上の治療は医療機関または患者の自己負担でやれというもの
 - 2006 年度からのリハビリ日数制限がその始まり
 - 2008 年 4 月～： 「日数制限後」のリハビリ対象患者に関して、原則として月に 4 時間 20 分 (13 単位) を越えたりハビリは自費 (選定療養) とされた。**混合診療禁止を唱えている厚労省が自費診療を導入したのだ。**
2. 治療の結果による診療報酬の削減
 - (1) 2008 年 4 月～： 「日数制限後」のリハビリ患者に関して毎月毎月「良くなっている証拠書類提出の義務付け」⇒書類の内容からして「良くなって」ない場合は二ヶ月後に診療報酬は払わないとされる事例が増加している
 - (2) 2008 年 4 月～： リハビリ対象患者の中で「廃用症候群」(手術や肺炎のため寝たきりになったリハビリを必要とする患者) に関して毎月毎月「良くなっている証拠書類提出の義務付け」⇒書類の内容からして「良くなって」ない場合は二ヶ月後に診療報酬は払わないとされる事例の増加
3. 2008 年 10 月から始まった回復期リハビリ病棟への**偽装された「質の評価」**(『**成果主義**』診療報酬)。自宅、有料老人ホームなど医者がいないところへの退院が 6 割未満の回復期リハビリ病棟は、**全入院患者への一日当たり支払いが減額**される。**重症患者の入院が経営上のリスク**となってしまった。
4. **高齢者 (75 歳以上) と障害者 (65 歳以上) に関する差別医療**
 - (1) 退院の促し:**実際に退院したら病院に 2000 円払う等**
 - (2) **後期高齢者終末期相談支援料**: 急変時や終末期にどの程度の医療行為をするかについての文書作成に **2000 円**払う制度。**対象が高齢者と障害者のみ**なことから、厚労省の意図が知られてしまった⇒猛反発のため 7 月 1 日から凍結された
 - (3) **後期高齢者特定入院基本料**: 救急病院に入院後 91 日目から、一日当たり入院料の削減、検査や治療費用は病院負担、平均在院日数計算の対象化⇒猛反対を受けた与党が決断。

ただし、脳卒中後遺症や認知症患者に関してのみ、退院を「支援」する書類を毎月社会保険事務所に提出し認められた場合は対象としないと「見なおし」(9月5日の厚労省通知)

2.2 厚労省の標的

2.2.1 現時点

1. 障害者、認知症患者、高齢者

これらの患者は声を出して抗議する能力に乏しい。故にターゲットとしてもっともふさわしいと厚労省は判断した。実際に、抗議の声はあまりない。

2. 重症患者の治療を積極的に実施する良心的な医療機関

特に、重症や高齢の障害者の入院を断らない回復期リハビリテーション病棟が標的。患者のために「必要」な医療を提供すると、病院の収入が激減して倒産するか、重症患者や高齢者の治療を制限するか、人減らしするかの選択を迫られる。

2.2.2 将来

生活習慣病やメタボの人々に拡大される懸念。こんな政策が現実になる危険が大。

- タバコを吸う人に関して医療機関に払う費用を 2/3 に減額
- 糖尿病治療においてインスリンは一日 30 単位を越えたら自費負担
- 末期がん患者の治療に関しては、90 日までしか治療をみとめない
- 胃癌の五年生存率が 7 割未満の病院に関しては、治療に必要とした
- 費用を 2/3 に減額
- 肺炎患者を治療して死亡した場合は、医療機関に払う費用を 2/3 に減額
- 高血圧患者に関しては 360 日以降の血圧降下薬は自費
- 標準体重を 30 % 越える人に関して、医療機関に払う費用を 2/3 に

現時点では、このようなことを厚労省がやるとほのめかしただけで、大反発は必至。しかし、日本の市民や医療従事者が「障害者、認知症患者、高齢者」に対する差別医療を放置し、慣れてしまえば、このような蛮行も実現される可能性が大である。

3 『医療破壊』中止のための行政訴訟

私はリハビリ日数制限差止め訴訟 (2008/3/18)、偽装された成果主義診療報酬差止め訴訟 (2008/4/11) をおこした。前者は「原告適格なし」、後者は厚労省告示には「処分性なし」との理由で却下 (門前払い) された。共に控訴はしたが、時間がかかりすぎるのがはっきりした。

3.1 両判決の意義 (特に確定した場合)

1. 行政事件訴訟法は行政行為の内容の違法性を問うための法律であるが、被害を受けた私人が提訴しても「門前払い」(原告適格なし、ないしは処分性なし)されることが多かったため、平成 16 年に「市民の被害を広く救済」するという趣旨で改正された。しかし、この度の判決はその趣旨に沿っていない。
2. 診療報酬に関する厚労省告示の内容がいかなるものであっても、それは行政行為(処分)にはあたらないので行政訴訟として成立しない。理由は、診療報酬に関する告示は「**一般的かつ抽象的**」であり、特定の者を「処分」するものでないからとの。(もちろん、私は診療報酬についての告示は**個別的・具体的**な規定であり、そうでなければ請求額を計算できないと主張)もしも、「肺炎を治療して死亡したら診療報酬を払わない」、「糖尿病患者のインスリン治療は一日 30 単位を越えたら全額自己負担」、「透析に関する診療報酬は 70 才を越えたら 5 割しか保険では払わない」... このような治療の「数値による制限」や「治療の結果」による制限がなされても何人も法的には問えないとしたら恐るべきこと。
3. 診療報酬に関する厚労省告示の内容により医師が必要と認める医療が制限されても、医師には法的に争う資格が無い。これでは医師が患者を救うための手段がない。中医協という厚労省の偽装審議会もどきが存在しているが、現場の医師らの要求がほとんど届かない。
4. 診療報酬に関する厚労省告示により被害を受けた患者・家族には提訴する資格があるかもしれない。しかし、患者・家族の場合は不服審査前置主義という制約があり、行政訴訟は不服審査請求が否定されてからしかおこせない。そもそも被害が発生してからでは、特に死亡した場合はたとえ勝訴しても「回復不能の損害」となってしまう。患者・家族が違法な告示を取り消す訴訟をすることはできにくいと考えられ、基本的には支払い基金等に対して「患者 A に関する B 医療機関への診療報酬支払いを無効とした処分の取消を求める」ものになると考えられる。すなわち、患者一人の救済のみにとどまることであろう。

これに対して医師が告示の「差止め」を求めることには意義がある。告示が存在し続ける限りは、患者の被害は繰り返し発生するのであるから医師の資格で「将来の回復不能の損害を防止」するために告示自体を「違法」として「差止め」を求めるのであるから。
5. 健康保険法の第七十六条および国民健康保険法の第四十五条は『**保険者は、療養の給付に関する費用を保険医療機関又は保険薬局に支払う**』と規定している。すなわち、**診療報酬とは医療機関が診療に要した費用を保険者(国保や被用者保険)が支払う金額**である。両法とも『前項の療養の給付に要する費用の額は、**厚生労働大臣が定めるところにより、算定するものとする**』と規定している。厚生労働省が診療行為に対して保険から費用を支払う上限日数を規定したり、診療行為の結果次第で保険から支払う費用を減額する告示を発することは、両法とも明示的に禁止してはいない。しかしながら、**上限日数を越えた診療行為の"費用が減じるわけではない"し、診療行為の"結果"が"厚労省にとって望ましくなくても"医療機関が既に支出した"費用は変わらない"**。

従って、診療行為の費用への支払いを日数で制限したり、診療行為の結果いかんで実際に医療機関が支出した金額についての支払いを減額することは『保険者は、療養の給付に関する費用を保険医療機関又は保険薬局に支払う』という両法の明文規定に違反している。

裁判官は、健康保険法の第七十六条および国民健康保険法の第四十五条で明確に定められていること、すなわち『診療報酬とは診療に要した費用を保険から支払う金額である』という常識的かつ妥当な規定をまったく考慮しなかったと考えられる。この常識的かつ法に定められた見方を基礎としたらば、『厚労省告示には処分性がない』ないしは『医師には厚労省告示に関して原告適格がない』との判断には至らなかったと思われる。

両法は厚生労働大臣に白紙委任状を与えたものではない。如何なる内容の告示も適法・合憲と規定しているものではない。

確かに、両法は厚生労働大臣に裁量権を与えているが、告示が裁量権を逸脱しているか否かの法的判定は、憲法、法律、政令、省令に依拠しなければならない。

両訴訟において(国民)健康保険法の明文規定に関して言及するべきであった。また、厚生労働大臣の裁量権の範囲はどこまでかということに関して訴状で言及すべきであった。

6. 東京地方裁判所は「患者が医療を受ける権利」および「患者のために医師が医療をおこなう権利」(共に憲法 25 条を根拠とする医療権)を間接的に否定した

7. (国民)健康保険法に以下の明文規定を追加する必要が生じた

- 厚生労働大臣は診療報酬の計算方法に関する告示において、**診療行為の日数ないし回数を制限してはならない**
- 厚生労働大臣は**治療の結果に応じて診療報酬を増減する告示を発してはならない**
- 厚生労働大臣は**年齢等の個人には変更不可能な属性を理由に、診療行為を制限してはならない**

8. 行政事件訴訟法に条文を追加する必要が生じた

(1) 行政官庁が告示ないし通知の形式で定める内容が、**不特定多数に関するものであっても、その実効的な効果が具体的・個別的(曖昧さの余地なく一義的に解釈可能)であれば、告示ないし通知は行政処分と解される**

(2) この範疇に属する告示に拘束される**公的サービス提供者および同サービス受益者の双方共原告適格を有する**

診療報酬に関する厚生労働大臣告示は、例えば A という薬品の保険点数は B 点と明確に定めており、回復期リハビリ病棟に入院して 180 日までの入院料は 1690 点、181 日以降は 750 点などと具体的・個別的に定めている。

4 まとめ

- **医療崩壊**というものは**現象**であり、**差別的要素**なき、全患者、全保険医療機関の苦境である。もちろん厚労省の意図的な政策によるが。

- **医療破壊**は、厚生労働省の**意図的な行政行為**。医療破壊は特定の患者と良心的な保険医療機関に対しての**差別**であり、**治りにくい患者は治療するな、日数や回数を制限する**というもの。
 - 現時点で「特定の患者」は**障害者、認知症患者、高齢者**
 - 現時点で医療破壊の対象となっている「良心的な」保険医療機関は重症・高齢の障害者へのリハビリを断らない回復期リハビリ病棟 (病院) や日数制限後も外来でリハビリをする保険医療機関など。
- 『医療破壊』はすべて**癌**である。**癌は放置すると増殖し、死をもたらすものであるから、小さいうちに芽を摘み根絶やしにしなければならない**。現時点で、診療報酬制度における癌は、治療の日数・回数制限、成果主義診療報酬、後期高齢者差別の三種類である。

4.1 今後の課題

- 医療人は『医療崩壊』だけでなく『**医療破壊**』という厚労省の蛮行を認識し広く社会に知らせ、必要な政策を訴え、野蛮な政策の中止を唱えていかねばならない
- 一般市民、代議士、報道関係者などは『医療崩壊』と『医療破壊』について自らのこととして、さらに社会問題として認識を深める努力をすること。『医療崩壊』と『医療破壊』の進行を財政問題故に容認するか、あるいは『医療崩壊』と『医療破壊』から『医療再生』のために医療人と協業していくかを決断する

名前	澤田石 ^{さわたいし} 順 (1962 年、秋田県五城目町生まれ)
職場	〒257-0001 神奈川県秦野市鶴巻北 1-16-1 TEL 0473-78-1311 FAX 0463-78-5995
自宅	〒227-0048 神奈川県横浜市青葉区柿の木台 10-5-503 TEL/FAX 045-971-3572 携帯 090-1777-9380
ホームページ	http://homepage1.nifty.com/jsawa/medical/
ブログ	http://d.hatena.ne.jp/sawataishi/
e-mail	jsawa@attglobal.net