

指定病院 そして補助金

東京都の愛育病院が今年3月、総合周産期母子医療センターの指定返上を都に申し出て、騒ぎになったこと覚えてますか。背後に隠れている奥の深い話。その一つがこれです。

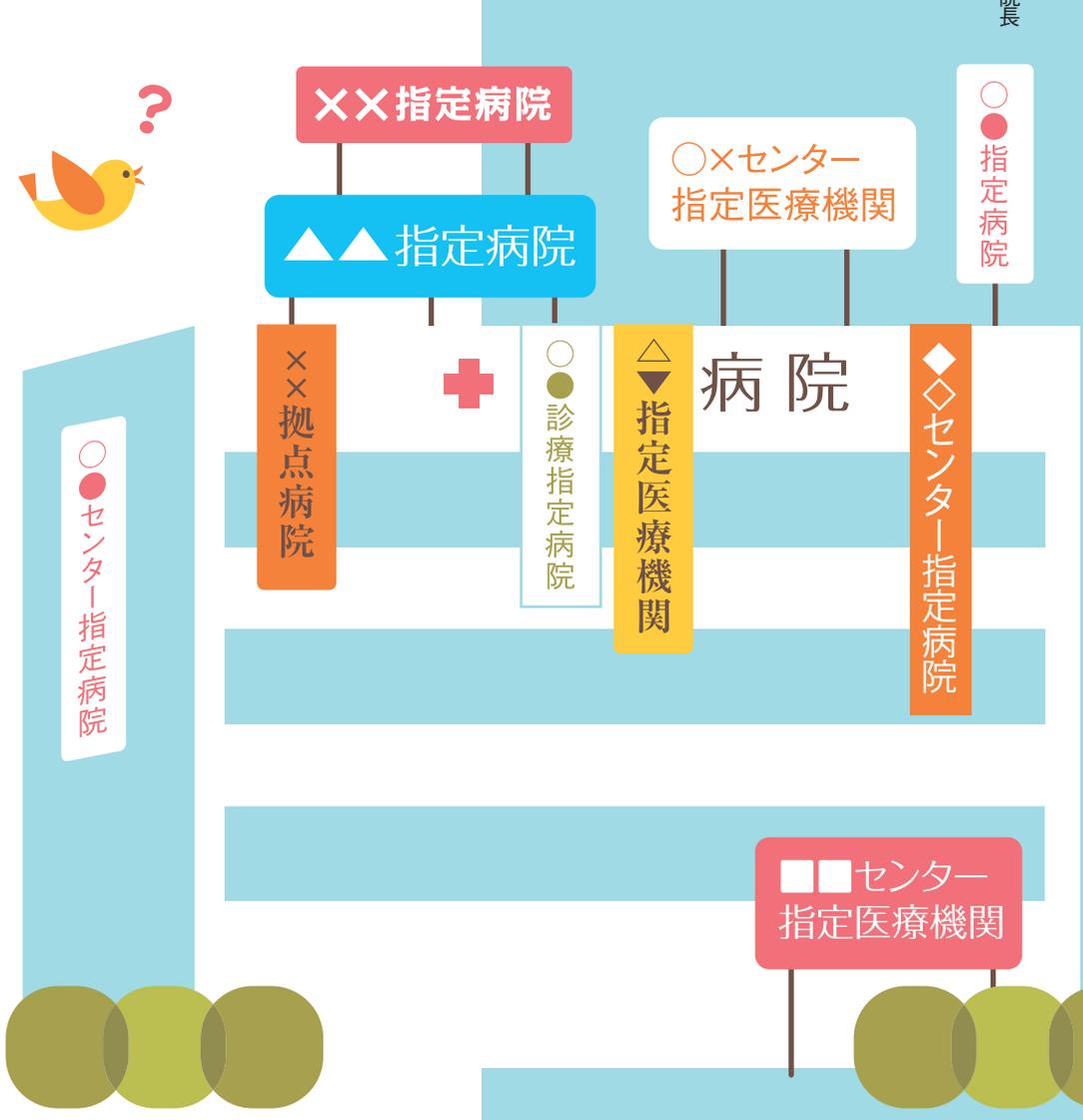
編集/医師35人の合同編集委員会
事務局/ロハスメディア
監修/土屋介 国立がんセンター中央病院院長
イラストレーション/コージ・トマト

指定病院とは何か

3 月の指定返上騒ぎを簡単に振り返ってみます。発端は、労働基準監督署が愛育病院を指導したことでした。病院側は、指導に従って医師などの勤務条件を緩和すると

センターの指定要件を満たせなくなる、だから返上したいと打診したのでした。対して都は、厚生労働省と打ち合わせした後に、勤務条件と指定要件を両立させる方法はあると説得、応じて病院側も返上の意向を取り下げ、そのまま現在に至っています。

あの出来事で、センターというものは、やるかやらないかの選択権が医療機関側にあること、と同時に指定要件があつて労働条件に関係すること、を初めて認識したという方も多いのではないのでしょうか。さらに、あの時あまり報じられていませんでしたが、実はセンター指定を受けると、補助金をもらえます。返上するともらえなくなります。実はこういう仕組みになっているのは、周産期母子医療センターだけに限りません。記憶に新しい新型インフルエンザ騒動の際は、「感染症指定医療機関」の言葉をニューズで見たり聞いたりしました



よね。06年の「がん対策基本法」成立前後には、「がん診療連携拠点病院」が随分と脚光を浴びました。他にも、救急、災害、エイズ、臨床研修、精神保健福祉など様々な分野に指定があります。皆さんも今度の受診の際に、その病院がいくつ指定を受けているか掲示を確かめてみてください。ズラつと並んでいるのを見て、こんなに？ と恐らく驚くはずですよ。

今回の特集では、ここに注目します。日本の医療の大きな歪みが、この指定と補助の仕組みに隠されているの指摘もあるからです。さて、指定を受けるということは、いわば看板を掲げるようなものです。仕事ではなく看板に補助金が出るのは、それが公益の増進につながるかと判断したからということになります。

「援助」は、補助金であることが多い、場合によっては診療報酬の加算がセットで付いてくることもあります。補助金は税から、診療報酬は保険から支払われるので若干性格が異なります。また診療報酬は実際の仕事量と金額とが概ね比例しますが、補助金の場合にはそうとも限りません。



補助ないと潰れる 病院残酷物語

災 害など、いつどのよう

に患者が発生するから分らない分野に政策的要請として備えてほしい時、医療機関の日々の診療収入からお金を割きなさいと求めるのは酷です。だから、指定と援助の関係に一定の理があります。

しかし、がんなど日常的に患者が発生していて、ある程度需要も読めるという分野にも、指定が数多く存在します。医療機関の日常最大の収入源である診療報酬に、補助が上乘せされていることになりません。診療報酬は実際に仕事をして地域に貢献した対価として発生するものですが、補助の場合は対象が「看板」です。上乘せを診療報酬の加算一本にした方がシンプルです。

この方法を探らない厚生労働省の理屈としては、診療報酬には厳しい枠が決まっていると、診療報酬だけで調整しようとする患者の自己負担額も上がってしまうということがあります。しかし、医療機関側でそれを額面通りに受け取る人はいません。次項で再度考えます。

さて、指定医療機関を設定することが必要な分野かどうか、医療機関がその役割を果たすのに必要な要件は何か、補助をいくら出すかといったことが何を基準に決まっているかご存じですか。

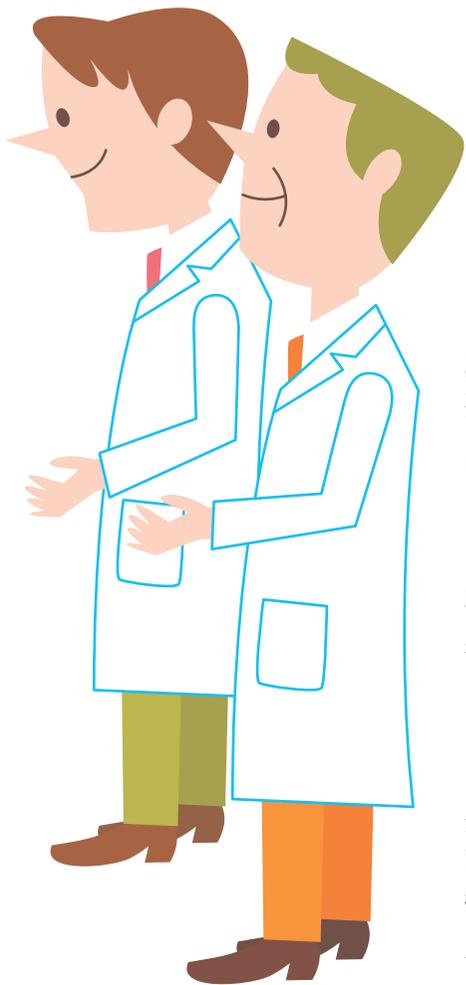
法律？ そうですね。法律なり、国民の代表である国会議員が審議して決めたことですから、公費支出があるのも当然です。でも必ずしもそれだけと限りません。厚生省（旧厚生省も含む）からの通知だけで設定されているものも数多くあるのです。

厚生省の官僚が「この分野は需要があるけど、成り行き

に任せていると担い手の質と量が担保されないかもしれない」との理屈のもとに、「〇〇拠点病院」などと銘打って、指定医療機関の種類をどんどん増やしているわけです。メディアも多くの場合は好意的に報じます。

しかし、よく考えてみると、需要はあるのに援助しなければ担い手が足りなくなるといふのは不自然な話です。

たしかに分野ごと、負う責務（責任や労働量）に対する報酬の割合で大きい小さいがあります。そして、相対的に報酬の大きい方へ人も施設も流れていくために、報酬の小さい分野の担い手は徐々に減



つていきます。

市場メカニズムが働けば、担い手の数と報酬の額とはそれぞれ上下して、どこかで釣り合いが取れるはずですが、しかし診療報酬は公定価格なので、需給に応じて上下したりしません。人為的にバランスを取る仕組みとして補助金が使われています。

冒頭に書いたように、ある程度の規模の病院なら、必ずと言っていいほどいくつもの指定を受けています。表向きは地域への貢献を考えると説明するでしょうが、本音として背に腹の代えられない事情があります。指定の見返りの補助金をもらわず診療報酬だけで一般病院を維持しようとする、必ず赤字になって潰れてしまうのです。潰れたくなければ、指定要件を満たして補助をもらおうしかありません。それも、いくつもいくつでも、です。

この構造が、どんどん医療体制をおかしくしています。



診療報酬でなく 補助が使われる 理由

医

療の課題は地域によって千差万別です。それなのに指定要件は厚労省通知で全国一律に示されます。補助を受けないと潰れてしまう病院としては、地域の課題との違いを感じたとしても厚労省の意向に従うしかありません。指定を数多く引き受けるような地域の中核病院が、地域の医療ニーズからどんどん離れていく危険性ははらんでいます。

そして指定要件は、有資格者の数や設備などで示されることも多く、その整備や維持にもお金がかかります。つまり補助を受けようとするほど高

コスト体質になっていき、それなのにもし地域のニーズから離れて診療報酬収入が減ったなら、さらに補助金への依存度を高めざるを得ないという無間地獄なのです。しかも近年の診療報酬抑制政策により、この無間地獄から逃れることが、どんどん難しくなっています。

そんなマイナス面がある上に、さらに指定そのものすら「看板に偽りあり」となる危険性を残しています。

まず指定する自治体側には、地域に「看板」が足りないというメディアや政治家に叩かれるので、ゲタを履かせてでも早期に指定してしまおうという心理が働きます。身内の自治体病院が手を挙げたりしていたら尚更です。逆に、いったん指定機関が一定数に達すると、補助金の総額を抑制するため、後から手を挙げた方が指定機関にふさわしくても、追加指定を減多にしません。指定を受ける側としては、



要件をきちんと満たせるか自信がなくとも、とにかく見切りで早く手を挙げてしまえということになります。

医師をはじめとする有資格者が全国どこでも足りない状態で、医療機関が早く手を挙げよう、要件をいくつも満たそう、とすると何が起きるか。実際にそれだけの人を雇えるとは限らないけれど、とりあえず1人の人をあっちでもこっちでもカウントし、形だけ整えて手を挙げるという現象です。

指定を受けた後に人を増やせばまだしも、現実問題として、人を増やしたら差し引きマイナスになる程度の補助金額しかないことも少なくありません。たとえば東京都がNICU(09年6月号参照)について、補助金があっても1床745万円の赤字と公表したのは、以前にもご紹介しました。人を増やさぬまま、指定だけ受けてしまったら、あっちとこっちにダブルカウ

ントされた医療者が、カウントされた分だけ何人分も働かないといけなくなります。

このようなことが全国的に行われているので、愛育病院に労働基準監督署が指導に入ったのですし、指導されるならセンター指定を返上すると愛育病院は表明したわけですが、分岐取扱いは医療機関が値決めできる上に、セレブ病院のブランドが確立していたから腹をくくれた面があります。公定価格の他の分野から矛盾を指摘する声が上がるとは期待できません。

医療者の過剰な労働、そしてそれに引き続く医療崩壊に、指定と補助の関係が大きく影響を与えています。

しかし厚労省は、診療報酬を増やそうとしません。忌避する理由のうち、患者負担が増えることに関しては、一定額を超えた患者負担が戻ってくる「高額療養費制度」のさらなる充実など、私たちが費用負担側の考え次第で改善可

能です。よって、厚労省がイヤがる本当の理屈は、診療報酬を増やすと税金からの支出が増えるためということになります。でも現実には補助金も税金から出ています。

違いは何かといえば、要は、使い道を誰が決めるかに尽きます。診療報酬は患者と医師に決定権があります。補助金は厚労省と自治体の官僚に決定権があります。

補助金には、半分は国が出すけれど、もう半分は自治体で出す必要ありというようなものも多く、貧乏な地域ほど使いづらい欠点もあります。全国一律と報じられたために、もらえなかったのに周囲からは受け取ったと見られる悪夢のようなことも実際にあります。

同じ税金を使うなら、診療報酬と補助金と、どちらに振り向けるのがいいのか、一度考えてみていただけると幸いです。