

社会保険研究委員会 答申

諮 問：医療における第三の道はあるのか

患者が医師を育てるように，国民として国の医療を育てていきませんか！

病んだ国民が医療を求めることは当たり前のことである。その当たり前のことが当たり前のようにでき続けるように，地域医療の現場にいる医師は医療の現状を解り易く説明する唱道者たらねばならない。そして，誰をも排除しない平等な受益を保証する国民皆保険制度を支える適正な負担の在り方を国民と一緒に築いていくのが，医療における新たな第三の道である。

2010年3月

京 都 府 医 師 会
社会保険研究委員会

2010年3月11日

京都府医師会長

森 洋 一 様

答 申

本委員会は、2008年6月30日に開催の第1回委員会において貴職より諮問のありました「医療における第三の道はあるのか」について2年間、計16回の委員会を開催し、鋭意検討を重ね、その結果を取りまとめましたので、ここに答申いたします。

京都府医師会社会保険研究委員会

委員長 渡 邊 能 行

社会保険研究委員会

敬称略・順不同

委員長 渡邊能行
(京都府立医科大学大学院医学研究科地域保健医療疫学 教授)

副委員長 岡林秀興
(岡林医院 院長)

委員 大森浩二
(大森医院 院長)

河端博也
(河端病院 理事長・院長)

松井亮好
(西京病院 副院長)

名和正訓
(名和医院 院長)

東前隆司
(東前医院 院長)

古家敬三
(古家医院 院長)

内田孝
(京都新聞社文化生活部)

根本毅
(毎日新聞大阪本社地方部)

担当副会長 安達秀樹

担当理事 西村秀夫

内田寛治

城守国斗

松井道宣

目 次

1 . はじめに	1
日本の保健システムは世界一	1
国民皆保険制度と医療の崩壊	1
医療崩壊の原因	2
高度成長期および現在の社会保障をめぐる政治の動き	3
2 . わが国における医療の現状と課題	4
高福祉・高負担は、高（度）医療・高負担とは異なる	4
少子高齢化	4
保険診療システム自体の破綻と医療提供者側の破綻	4
今後の日本の医療制度の行方	6
人口当たりの医師数高値にも関わらず医療崩壊する実情と原因	7
今後の対策	7
水と器の関係 医療の需要と供給のバランスについて	8
医療崩壊のはじまり	8
医師不足および医師の適正配置について	9
医師の診療範囲について	11
医師の仕事量について	11
おわりに	13
3 . 経済的視点から見た医療	13
地域から考える医療の道	13
都道府県別に見た医師数の増加に伴う医療費の増加を考察する	14
自治体病院累積赤字から見る医療と採算について考察する	14
まとめ	16
科学的根拠に基づいた医療政策の立案を	17
医療政策の転換点	17
科学的根拠に基づく医療費適正化	18

4 . 医療再建のキーポイント	20
日本の医療を守るために	20
足元から崩れるフリーアクセス	20
疲弊する医療現場，病院の苦悩	21
見直される新医師臨床研修制度，新しい地域への医療提供体制の構築	22
より良い医療体制を構築するために	22
医学教育と説明責任（アカウンタビリティ）	23
医学部における医学教育の現状	23
卒後研修と関わる制度設計	24
医師としての適正と医学教育	24
不確実性を有する医学に対する説明責任	25
国民には難しい「医療」への説明責任	25
求められる説明責任	26
オープンな医学教育の中で培われる説明責任	27
5 . 医師会の役割	27
ミネルヴァの梟は黄昏に飛ぶ	27
はじめに	27
医療と政治について	28
医師会の今後の姿勢について	28
まとめ	30
6 . マスコミから見た医師会　感染症を通じた医療体制の考察	30
梗概	30
本記	30
結語	32
7 . まとめ	33

1. はじめに

岡 林 秀 興

日本の保健システムは世界一

世界保健機構(WHO)は2000年6月に、加盟191カ国の保健システムについて比較した2000年版「世界保健報告」を発表した。それによると、日本は総合で第1位と認められた。

調査に際して、WHOでは5つの指標を設定し、各国の専門家へのアンケートや統計調査のデータなどを数値化したランク付けをしている。

その指標は

健康寿命：健康で暮らすことができるのは何歳までか

5歳未満児の死亡率の地域格差：保険システムが整い5歳未満児の死亡率に地域格差がないか

患者の人権尊重：医療機関で個人の秘密が保持され、インフォームドコンセントが行われるなど、人権尊重と医療を受けるものへの配慮があるか

医療上の差別の有無：医療を受けるにあたって人種や性別によって差別がないか

医療費負担の公平性：所得に応じた保険料を払うなど、医療費の費用負担が公平か

日本は、「健康寿命」が男女ともに1位を獲得し、「5歳未満児の死亡率に地域格差がない」という点では3位にランキングされるなど、すべての指標で8位以内に入り、総合で1位と認められた。ちなみに、

2位以下はスイス、ノルウェー、スウェーデン、ルクセンブルク、フランスとヨーロッパ諸国が続き、アメリカは15位であった。

国民皆保険制度と医療の崩壊

国民皆保険制度の崩壊

しかし、それはいつでもどこでも誰でもがわずかな負担で、繰り返し高度な医療を受けることができる国民皆保険制度があるからこそだといえる。だが、われわれの暮らしを支えてきたこの制度への不安が今、高まっている。

近年急速にすすむ格差社会の中で、勤労者世帯の約18%が、収入が生活保護基準以下の「貧困世帯」であることが指摘されている。当然この人たちは、国民健康保険料の支払いができなくなり「無保険者」になる可能性が高くなる。

各国の貧困の実態を裏付ける数字として参考になるのがOECDのデータである。OECDは、国民を所得順に並べたとき、真ん中の順位の人のおお半分以上しか所得がない人の割合を「相対的貧困率」と定義。日本の貧困率(2000年)は、2006年7月に発表した「対日経済審査報告書」で、13.5%としている。調査対象となった17か国中、アメリカについて2番目に高い割合だった。

格差はすべからく存在する。問題は格差がどういう方向を向いているかだ。格差が縮まるか、あるいは貧困・富裕各層ともに伸びていくなら健全といえる。しかし、小泉内閣以降、貧困層がさらに困窮する形で格差が広がっている。

対日経済審査報告書では、主な背景として、非正社員が増えていることを指摘して

いる。厚生省の「労働経済白書」によると、非正社員の割合はバブル崩壊後徐々に増え1984年に15%程度であったのが2006年は33%と過去最高になった。

国立社会保障・人口問題研究所の「社会生活に関する実態調査」(2006年)によると、所得が低い人ほど医療や年金制度に加入していない割合が高かった。

毎日新聞の調査によると、国民健康保険料の長期滞納を理由に、医療費の全額自己負担を求められる資格証明書を自治体から交付され、保険証を使えない「無保険者」が2004年度、全国で30万世帯以上に達したことがわかった。資格証明書は滞納対策とされ交付数は2000年度の3倍に増えたが、滞納世帯数はさらに上昇、どの自治体も同じように国保財政が悪化する中、交付数に大きな較差も出ている。

毎日新聞ではさらに「所得200万円で子供2人の4人世帯」モデルで約1800の市町村の保険料を調べた。すると所得の4分の1に達する保険料もあり、実際は「高すぎて払えない」保険料が住民を追い込んでいた。また全国に最大3.6倍に及ぶ保険料の格差があることが判明。自己負担分も公費補填する乳幼児助成でも自治体間で大きな差がある。

国保には非正社員など生活の不安定な加入者が急増している。このため会計が悪化して保険料の高騰を招き、さらに滞納が増えるという負のスパイラルに陥っている。

医療供給体制における公的病院を中心とした医療崩壊

「M原市民病院閉鎖へ」、「T立病院の統廃合」……ここ数年こういうニュースをよ

く見かける。多くの場合、医師不足が関係している。長時間の過酷な勤務に耐えかねて燃え尽き、病院を去る医師が後を絶たない。勤務医が減ると、残った医師の負担が増え、ハードワークに疲れた医師がやめてしまい、さらに医師が不足するという悪循環に陥る。やめた医師もまた違うところで働くのだが、労働条件や待遇などの差によって「医師の偏在」に拍車がかかる。

地方から都市部へ、勤務医から開業医へ、公立から民間へ。診療科による偏在も大きく、産科、小児科、麻酔科、救急などで医師不足が深刻になっている。最も深刻なのが産科である。福島県立大野病院事件以来、必要な医師を確保できず、分娩を断る病院が現れ増えてきている。外科では新たな入局者がいない大学もある。今は40歳代の医師が何とか支えているが、命にかかわる診療分野が10年後には瓦解する恐れがある。

医療崩壊の原因

医療費削減

1983年に厚生省の吉村仁保健局長が「医療費亡国論」を唱えて以降政府は「医療費抑制政策」を進めた。さらに小泉政権下の市場原理主義者は市場経済化政策を医療にも当てはめようとし財務省、官邸並びに内閣府がその流れに乗った。「国の支出が減ることは善である。民営化を通じて政府の規模が小さくなると、税金や社会保障費負担が減るはずだ。国債発行額も減る。すると、国民は豊かになる、だから小さな政府は望ましい」との考えが基礎にある。そして社会保障費の伸びを年2200億円抑制する政策が決定された。

しかしこの10年間、医療は画期的な技術の進歩が続いている。病院における従事者数は100床あたり1割増えている。(医師103.3人 112.1人。看護師58.4人 63.1人.....慶応大学、田中滋)それであるが、医療費が増えないのだから経営が苦しくなり、多方面にしわ寄せがいくのは当然である。

新医師臨床研修制度

2004年、医師免許取得後、幅広い診断能力を取得するため、病院で内科や外科など各科を回る2年間の臨床研修が義務化された。それまでの大学の医局講座制は、教授が医局員の人事を一元管理し、「過疎地の病院に行けば、その後優遇する」という調子で、曲がりなりにも地域医療を支えていた。

しかし、研修先の定員は研修医の総数より大幅に多い。地域の研修医は都会の病院のほうが臨床の勉強になると見抜き、大学に残らなくなった。このため大学の医師が不足して関連病院の派遣医を引き上げた。その結果、医師不足が顕在化した。

モンスターペイシエント・コンビニ受診・医療訴訟

マスコミで医療事故が大きく扱われ、患者の権利が声高に叫ばれ、患者が「患者様」と呼ばれるようになった時期に、医療従事者や医療機関に対して自己中心的で理不尽な要求をする患者が増加してきた。深夜の救急医療の場に「昼は仕事をしているので、今すぐ専門医に診てもらいたい」、「1ヶ月前からおなかが痛い」など、救命救急にそぐわないコンビニ受診、そして医療の不確

実性を理解しない医療訴訟の増加により医療現場は疲弊し、医師や医療従事者が「逃散」し医療崩壊の一因となっている。

高度成長期および現在の社会保障をめぐる政治の動き

戦後日本は、アメリカの庇護のもとではあっても、アメリカ流の自己でリスクを背負う方法でなく、国民皆保険制度や地域間の格差是正のための制度(地方交付税、補助金など)を構築して、「1億総中流社会」という個人個人あるいは都市と農村間の格差が小さい均質なある意味平等な社会を作った。

しかし1990年代以降、バブルが崩壊し、同時にグローバル化が伸展するとあらゆる産業分野で競争原理が加速された。すなわち競争を抑制し「規制」で弱者を守る従来の官僚、族議員と一部の圧力団体が一体となって事に当たるといった政治に対抗する「改革路線」が登場してきた。いわゆる「小泉政治」である。「小泉政治」は無駄を省く、効率化を図る、既得権を破壊する、などのイメージがあったが、一方、「自己責任」という言葉が示すように弱者に対して徹底して冷たかった。その結果、格差が非常に拡大し、従来のリスクを皆で分かち合う仕組みが機能不全を起こした。

健康保険でいえば、以前は終身雇用があり、会社が定年まで保険料を労使折半で払ってくれた。しかし、先ほど見たように非正規雇用が増えたため、社会保険に入れず、高い保険料のため国保にも入れない無保険者が増加した。

つまり弱者を救うはずの仕組みが弱者をさらに苦しめている現状がある。

戦後の経済成長を基盤としたこれまでのわが国の医療は今般の社会情勢ではすでに制度疲労をきたしている。翻ってアメリカのような市場原理主義に対しては2009年夏の衆議院選挙で国民ははっきりノーとの態度を示した。

ここに我々には「医療における第三の道はあるのか」を模索する必要性が存在する。

【参考文献】

- 1) 大阪府医師会ホームページ
- 2) OECD2006年「対日経済審査報告書」
- 3) 国立社会保障・人口問題研究所「社会生活に関する実態調査」
- 4) 毎日新聞 2009年6月8日号
- 5) 読売新聞 2009年7月8日号

2. わが国における医療の現状と課題

大 森 浩 二

高福祉・高負担は、高（度）医療・高負担とは異なる

少子高齢化

日本は諸外国に比べ高齢化のスピードが速く、高齢化社会の定義である高齢化率7%からその倍の14%になるまでわずか24年（1970年～1994年）で、さらに2005年には20%を突破した。世界で2番目にスピードが速いのがイタリアだが、66年から06年の40年間を要し、スウェーデン、英国などの西欧先進国はほぼ70年間かけて上昇しており、日本の猛スピードぶりが際立っている¹⁾。75歳以上の後期高齢者の割合が2020年頃に世界一になると

予想され、高齢者の介護問題が老後最大の不安要因として認識された。

また、少子化問題もあり、1989年の合計特殊出生率が戦後最低となったことは「1.57ショック」と呼ばれた。その後も少子化に歯止めがかからず低下したが、2006年以降やや回復し2008年の合計特殊出生率は1.37と3年連続の上昇となるも、いまだに低迷している²⁾。

加齢と共に医療費が増える。2007年度年齢階級別国民医療費³⁾を見ると、65歳を境に急に増えて、75歳以上だと青年年の8倍かかっており、他に介護費用もある。医療費の半分以上は人件費であり、要するにお金と人手という資源を大量に必要とする時代になった。

保険診療システム自体の破綻と医療提供者側の破綻

過去30年近く、医療費削減、医師数削減を行ってきたので、そのつけが医療現場で困難な状況を作り出している。つまり、保険診療システム自体の破綻と医療提供者側の破綻とが生じてしまったのである。後者に関しては、1980年代からの医師養成数の制限が絶対的な医師数の不足を生み、前項に記載のとおりマンパワー不足を招いたのである。

前者に関しては、保険点数を下げすぎたために赤字医療機関の多さが目立つ。日本医師会総合政策研究機構（日医総研）の分析結果⁴⁾によると、2007年度決算で、国内にある民間病院（法人）の約4分の1に当たる25.7%が赤字、民間診療所（法人）では全体の33.8%が赤字であった。

全日本病院協会の2006年度 病院経営

調査報告⁵⁾によると、赤字病院は27%で前年の23%より増加、東京では61%の病院が赤字で、前年47%から大きく増加している。原因は診療報酬改定、看護基準の変更等による人員不足、社会の好景気による相対的な人件費増が関係していると分析されている。

千葉県立病院の医業収益比率は135.4%で、100円稼ぐのに136円使っている。都立病院では医業収益比率が146.7%になっている。これを診療報酬だけで成り立たせようと思ったら36%~47%上げないといけないことになる。実際には差額は税で補填されている。私立病院では独立採算であるから、人件費などを切り詰めないといけない。医師看護師などの人材が集まりにくくなり、診療自体に支障をきたし収益が悪化するという悪循環に陥ってしまう⁶⁾。

また、保険者自体の財政問題も深刻である。

日本の医療保険は原則として全ての国民がいずれかの医療保険制度に加入する国民皆保険制度を採用している。国民皆保険制度は、被用者を対象とする全国健康保険協会管掌健康保険（協会けんぽ、旧政府管掌健康保険）や組合管掌健康保険、共済組合、船員保険などの被用者保険制度と、自営業者や無職者等を対象とする国民健康保険（市町村国保、国保組合）、後期高齢者医療制度などに分類される。

この中で、市町村国保は、加入者が3,597万人と最も多く、また平均年齢は49.2歳と高い（政管健保、現協会けんぽ36.0歳、健保組合33.8歳、共済組合33.4歳 2008年9月時点）。65歳以上の障害認定者を含む高齢者（75歳以上）については2008年

4月から後期高齢者に移行されたものの、それまでは22.5%（政管健保、現協会けんぽ3.9%、健保組合1.8%、2007年度）と高い割合であった。また、1人当たりの医療費も28.2万円と高い（政管健保、現協会けんぽは14.5万円、健保組合は12.6万円、共済組合は13.3万円 2008年度）という特徴を持っている。さらに2007年度における被保険者1人当たりの保険料を見ると町村別では最高の秋田県大潟村12万1,439円に対し、最低は沖縄県粟国村の2万3,633円で約5.1倍の格差が見られ⁷⁾、滞納所帯が22.1%（2008年6月時点）を超える状況になっている。後期高齢者医療制度に移行されてからは若干の緩和は見られるものの、非常に困窮している状況には変わりがなく、社会保険としての体を成さなくなりつつある⁸⁾。

健保組合の状況も悪化しつつある。2008年度から、原則75歳以上の後期高齢者医療制度、65歳から74歳までの前期高齢者の医療費を財政調整する制度が創設された。後期高齢者への支援金、前期高齢者への納付金を納め、退職者給付拠出金（2014年までは、65歳未満の退職者を対象とする経過措置）を負担することで、厳しい財政状態に陥っている。

健保組合の財政は、2003年度には、患者窓口負担の引き上げ（2割負担→3割負担）、ボーナスを保険料の算定対象とする総報酬制が導入されるなどの財政対策と、2002年度から2006年度まで3回続けて診療報酬のマイナス改定が行われた結果、2007年度までの5年間は経常収支が黒字となり組合財政は小康状態を保ったが、新高齢者医療制度がスタートした2008年度

以降、健保組合の財政は急速に悪化した。後期高齢者医療制度への支援金に加え、前期高齢者納付金の拠出により2008年度健保組合の決算見込の経常収支では、全体の7割の組合が赤字を計上、赤字総額は3,060億円と2002年度に次ぐ規模となった。さらに2009年度の予算早期集計では、9割を超える組合が赤字で、その額は6,125億円にも及ぶと見込まれ、健保組合制度の存続にかかわる深刻な問題となっている。そういった中、医療費の適正化を図ることを目指して、2008年10月からトヨタ自動車、NECの健保組合では、薬の診療報酬のレセプト審査・支払いについて社会保険支払基金を経由せずに直接行うようになった。

また実際に健保組合の解散が生じている。

2008年、西濃運輸および京樽の健康保険組合の解散が新聞報道等で大きく取り上げられたことは記憶に新しいが、2000年4月以降2008年までに累計で約200の健保組合が解散している。

健康保険組合連合会の調査によると、2008年度全国の健保組合予算の中で、高齢者医療のための支出額が全保険料収入の46.5%を占め、約9割の健保組合が赤字となるの見込みである。

健保組合が解散した場合、その加入者は協会けんぽ（旧政管健保）に移ることになる。しかし、協会けんぽの財政状況も厳しく、保険料率の引き上げも現実視されている。2008年10月からは運営者が社会保険庁から「全国健康保険協会」に変わり、2009年度以降は都道府県別に保険料率が異なるようになり、企業内での事務作業増

加等への影響や従業員間の負担格差も懸念される。

現在の制度では、保険者が集めた保険料の中から「前期高齢者」「後期高齢者」「退職者医療」への支援金を拠出しているため、保険料を集めても支援金にその多くが回り、保険料を支払っている人の医療費がまかなえない状態である。個別の保険者の財政問題として考えると、現状の健康保険制度は制度破綻していると考えられなくもない。

対策としては、保険料をアップするのか、税を投入するのかということになるだろうが、いずれにしろ国民の同意を得る必要があると考える。

今後の日本の医療制度の行方

高福祉・高負担は、高（度）医療・高負担とは異なる

この医療崩壊の状況を一気に改善することは不可能であろう。日本国民がどういう社会保障制度を望み、政府がどう答えるのか。日本国としての基本的考え方を構築する必要があるだろう。2008年12月に閣議決定された中福祉中負担でよいのか。いかに日本らしい社会保障制度、医療制度を作ってゆくののか。

北欧やヨーロッパでの高福祉・高負担は、日本の医療現場にはそぐわない。「高福祉・高負担は、高（度）医療・高負担とは異なる」という現実を認識しなければならない。福祉の中でも医療に対しては、どこの国も制限をかけている。

国民の幸福度 No. 1（2006年米国ミシガン大学の調査）⁹⁾であるデンマークでは、医療へのアクセスは強く制限されているに

も関らず、国民は仕方ないと考えている。

フィンランド（消費税 22%）の社会保障では、行政サービスは手厚い。しかし、医療については原則的に自治体が運営する保健センターを受診しなければならない。歯科治療の予約は数ヶ月待ちである。花粉症が悪化して受診しても、まず看護師との面会に 3 時間待ち、その後、医師の診察待ちに 3 時間、処方希望するも、町の薬局で買うように言われ処方されないこともある。また終末期医療の考え方は、国民的合意として、高齢者に積極的な医療はせず、延命治療は効果がなくむしろ苦痛を与えるのみであり、食べられなくなったらおしまいであるという考え方である¹⁰⁾。

以上に比べ、日本では、健康保険証一枚あれば、診療所へも大学病院へも誰でも受診できる。受診先によれば、一日を要するかもしれないが、何箇月も受診待ちということはない。また、食べられなくなったら、点滴をする、胃瘻を作る。腎不全になったら血液透析をする。それにより予想のできないような苦痛の日々が本人やお世話をする家族に降りかかることも多いのだが、家族の希望を聞き入れて、できるだけのことを行うことが多い。さもないと、遠方から来た親類の人からクレームをつけられるかもしれない。しかし、こういった医療を今後も行うべきことなのか。高齢となり介護の必要な方がどんどん増えてゆく中、人生の最期を如何に過ごすか、きちっと介護現場の情報を得たうえで元気なうちに家族ともどもよく考えて話し合っておくべきだろう。かかりつけ医の重要な仕事であると考ええる。

人口当たりの医師数高値にも関わらず医療崩壊する実情と原因

国民一人あたりの医療機関（病院・診療所）の外来受診回数は、OECD 諸国は、3 - 6 回 / 年である（フランス 7、ドイツ 7、オーストリア 7、デンマーク 6、スウェーデン 3、フィンランド 4、ポルトガル 4）。日本は 14 回で、特に 65 歳以上では 43.5 回、設備の整った病院を受診する傾向がある¹¹⁾。

また、医師一人の診察人数に関して言えば、日本の医師が一人で診る年間外来診察患者数は、8,500 人、OECD 平均は 2,400 人である。実に 3.5 倍の差がある。

ここで日本の中でも最も医師数の多い京都市に目を転じてみる。医師数 3.94 人（人口 1000 人あたり）で、OECD 平均医師数 3.0 の 1.3 倍存在する。しかし、それでも充足されているとは実感できないのではなかろうか。実際、OECD 平均外来患者数の 3.5 倍の外来受診者が存在するので余裕のある状況ではない。ましてや、日本全国平均医師数は 2.0 であり、OECD 諸国の平均 3.0 には程遠い¹²⁾。

しかし、日本で最も人口当たりの医師数の多い京都でも、京都市内と府下では医師数に大きな偏りが存在している。

京都北部の宮津市で、人口 1,000 人あたりの医師数は 1.2、京丹後市で 1.1 であり、京都市と比べ、3 分の 1 以下である。与謝野町は 2.8、舞鶴市 2.4、福知山市 1.9、綾部市 2.0、京丹波町 0.6、南丹市 3.2、亀岡市 1.1 とばらつきがある¹³⁾。

今後の対策

現在可能な対策として短期的に効果が見

込めるものは、医師看護師の仕事を補助するスタッフを養成し増やすこと、医療機関受診患者の交通整理を行い、大病院、中小病院、診療所への受診方法の適正化などがある。もちろん、抜本的には長期的な対策になるが、医師・看護師養成、介護スタッフ養成などであろう。何れも予算措置が必要であるが、医療への投資が医療関連産業に波及効果をもたらす、公共工事以上の内需としての好影響をもたらすことも認められてきている¹⁴⁾。

また、医師不足露呈のきっかけになった新医師臨床研修医制度の評価をきちっと行い、将来の良い医師を養成してゆくことと現在の医師不足問題は別物と考えて、長期的な視野で捉えてゆくべきであろう。木を見て森を見ずという愚考を行ってはならないと考える。

医療現場の把握、医療政策立案、より良い医師養成への提言、国民やマスコミへの広報など、医療の現場を知っている医師の集団である医師会が、WHOの評価が最も優れた世界に類を見ない日本独自の医療制度を崩壊から守り、より賢明なる新たな制度構築に向けてリーダーシップを発揮してゆくことが重要な要素になると考える。

【参考資料】

- 1) 国立社会保障・人口問題研究所 人口統計資料集(2008)
- 2) 国立社会保障・人口問題研究所 少子化情報ホームページ
- 3) 平成19年度国民医療費の概況 平成21年9月2日厚生労働省大臣官房統計情報部人口動態・保健統計課保健統計室

- 4) 赤字民間医療機関のマネジメント上の課題 2007年度の決算データから 日本医師会総合政策研究機構
- 5) 全日本病院協会 平成18年度病院経営調査報告
- 6) 全国公私病院連盟 調査報告および要望書等
- 7) レファレンス 平成21年8月号「国民健康保険の現状と課題」社会労働調査室 中川秀空
- 8) 厚生労働省参考資料国民健康保険制度関係
http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1204-10d_0001.pdf
- 9) Business Week 誌 2008年8月20日
- 10) 世界の高齢者福祉 山井和則著 岩波新書
- 11) OECD Health Data 2002-2003 Consultation with doctors statistic
- 12) 厚生労働省 平成20年 地域保健医療基礎統計 都道府県 - 指定都市 - 中核市別にみた医療従事者数
- 13) 京都府ホームページ 統計データ, 京都府保健福祉統計
- 14) 医療立国論 大村昭人 日刊工業新聞社

河 端 博 也

水と器の関係 医療の需要と供給のバランスについて

医療崩壊のはじまり

我が国において2006年頃より医療崩壊が社会問題化するにつれ、救急医療、産婦人科、小児科において、また地域医療にお

いて勤務医がいらない、不足しているという報道が多くなった。医師不足はあきらかに2004年より始まった新医師臨床研修制度に端を発する。研修医は臨床研修制度をうまく構築できなかった大学病院を敬遠し、研修制度が整い、実践的な技術を学べる都心部の病院へと流れた。その結果、大学には今まで臨床を行ってきた研修医が少なくなり、大学で臨床医が不足となった。さらに新医師臨床研修制度のもと研修医の教育を行う医師が必要となった事も加担し、多くの病院から「医者はがし」が行われた事が医師の不足、偏在化を顕著にした。しかし、新医師臨床研修制度が創設されなければ医療崩壊が起ころなかつたのだろうか。誰が見ても発端はそこにあると考えられるが、医療崩壊が訪れるのは時間の問題だったと思われる。クリントン政権時代にアメリカで国民皆保険制度が模索されたことがあり、その視察のためヒラリークリントンが来日した。その際日本の医療従事者の働きに驚きを含めて「聖職者さながらの自己犠牲でありアメリカの医療従事者には真似できない」と絶賛し、アメリカにおいてはそぐわないとの判断で日本の皆保険制度導入を断念したといわれている。つまり、過去においても各々の医療従事者の器は目一杯であり、その均衡がくずれれば器から水があふれ出すのはあきらかな事であった。では、医療従事者の器が何故少なくなったのか、また小さくなったのか、器が何故一杯になってしまったのだろうか？

医師不足および医師の適正配置について
器が少なくなった、つまり医師不足およ

び医師の適正配置に目を向けてみる。現在、日本において人口1000対医師数は2.0人でありOECD中27/30位である。2008年11月に出された社会保障国民会議最終報告においても現在の医療にはマンパワーの不足が再認識され、ようやく医師の育成に対して政府も重たい腰をあげた。ただし、現在行われている政策は年間168名の増員のみである。この程度の増員ではいつになってもOECD加盟諸国中の下位集団から抜け出すことは不可能である。人口1,000対医師数が3.2人のイギリスでは、医療崩壊を改善するため医学部の定員を50%増加していることから見ても、自由民主党以外の各党がマニフェストに掲げるように日本でも5割増しの増員が必要である。厚生労働省の資料によれば日本において医学部の定員を年間5,000名増やすことにより2038年によろやくOECDの平均に追いつくとの試算がでている。その試算に基づいた大規模な医師の増員が日本にも必要と考える。但し、医学部の入学定員が増えたから良識のある医者が増えるわけではない。単に高校時の成績が良いから医学部へという安易な考えは改める必要があり、医療を真剣に志す学生が医学部に入学することを望みたい。そのためには大学が行う入学時の生徒選択にも工夫が必要であろう。また、医学部在学中または卒後研修においても医師の資質を高めるような教育がなされることを期待する。昨今、世界各国において女性医師が増加傾向にある。日本においても同様の傾向があり、医師国家試験の合格者の女性の割合が1980年には約12%であったが、2008年は約33%に増加している。女性医師がすべて結婚、妊

娠，出産といったイベントを経るわけではなく，またイベントを経ても立派に一人の医師として仕事をされているケースも多いが，女性医師はイベントのための離職，時間的制約などに関係し易いがために労働時間を男性と同等とみなすことはできない。医学部の定員が決まっている事から考えると女性医師の増加は相対的に医師全体の労働時間の低下につながるのとは避けられない。しかし，現在の医療においてレディースクリニックや産婦人科など患者が女性医師の診察を希望する場面も少なくない。このような現実を踏まえるとやはり今後は女性医師が働きやすい環境の構築（保育所，出産後復職のための研修や斡旋，ワーキングシェアなど）が必須と考える。環境を構築することにより，より多くの女性医師が仕事の持続または復帰ができること，ひいてはそのことによりすべての勤務医の労働条件が改善することを切に願う。しかし，医師の相対的なまた絶対的な労働力が増えたとしても医師の適正配置についての問題は解決しない。2005年東京大学先端科学技術研究センターが初期研修医に対して行ったアンケート結果によると，「将来最も大切にしたいものは何か」という質問に対し31%が余暇，家族と答えている。また，「医師不足を抱える地域で，条件によっては将来働いてもよいと思うか」という質問に対しては短期間ならば働いてもよいという回答が68.5%であり，働いてもよいと回答した研修医に「どのような条件が整えば働いてもよいと思うか」との質問に対しては，70%が複数の医師が勤務するなど休暇が取れることと回答している。つまり，現在の若い医師の間では地域医療についてある程

度の理解はあるものの余暇が少なく制約時間の長い仕事，不便な地域での仕事は行いたくないという考え方が主流である。過去においては地域への医師の派遣については医局がその大きな役割を果たしてきた。医局という封建的体制の中で今までの医師は不満があっても医局人事という教授命令のもとに派遣の指示に従ってきたという歴史がある。これは，教室という大きな医師の集団にいることのメリット（いろいろな病院または上司の下で研修ができる，多くの領域のスペシャリストが身近にいるなど）がある，出世のためのひとつの方法として学位を取るためには医局に属することが必要などの判断があったからである。しかし，今の若い医師は狭い領域での自分の専門性を高めること，医療技術の上達を重要視しており，医局に在籍するメリットがなくなった。従来の医局制度が良いものであったかどうかは議論の分かれる所であるが医療の適正配置に一役買っていたことは疑いの余地のないところであり，今後これに代わる体制の構築が望まれる。しかし，その基となるもの，つまり派遣される医師にとってメリットとなるものをだれが用意できるのだろうか。医師会，都道府県，国ともに派遣医師にとってのメリットを作り出すことは難しくなかなか体制の構築は困難である。それとも国ないしは都道府県が地域医療について一定期間義務化の制度をつくり強制的に派遣を行うのか，いずれにしても地域医療は荒廃が日々進んでおり，体制の構築は急を要している。多くの議論を経て早急に新しい体制が構築されることを望むばかりである。ただし，医療過疎地においてもただ医師の派遣を待つばかりでは

なく、兵庫県立柏原病院の地域のように医師と患者の協働作業において、いかに医療を守っていくかを考えなければ問題解決には結びつかないことは言うまでもない。

医師の診療範囲について

何故器が小さくなってしまったかを考えてみる。従来の医師から比べると現在の医師はあきらかに診療の守備範囲が縮小しているが、これは杏林大学病院での割り箸事件の影響も大きいと考える。この事件は6歳の男児が綿菓子を食べながら歩いていた時に転倒し当初は意識も正常であったにも関わらず、不幸にして翌日死亡したため、初診医の責任が問われた事件である。この事件を受け、警視庁は医師を業務上過失致死などの容疑で書類送検し、検察は在宅起訴を行った。また、マスコミは一斉に担当医師を批判する一方的な報道を行った。判決では医師の過失そのものが否定され無罪の判決が下ったが、この事件以降、医師は無理をして患者を診ることは悪だとまで考え、専門外は診ない、小児は診ない、救急は爆弾とまで考えるようになり、各医師が診療範囲を狭め自己防衛に走るきっかけとなった。過去には専門外なのに診てもらってありがたいと感謝されることも多く、その患者と医師の関係が医師のモチベーションを上げ、さらに良い関係を構築していったが、現在は患者サイドからも専門医を要求する言動が見受けられ、これも器を小さくする要因となっている。

医師の仕事量について

器に注がれる水の増加について、考えてみよう。急速な高齢化による需要の拡大も

ひとつの大きな要因ではあるが、医師の仕事量の増加も水を増やす大きな要因になっている。2006年大阪府医師会勤務医部会のアンケート調査によれば、現在勤務医の平均勤務時間は70.6時間/週であり約30時間/週の超過勤務をこなしている。100時間/月の時間外労働は過労死の危険もあり産業医の面接が必要であると労働基準局は指導しているが、驚くことに勤務医の半数以上がこの基準に当てはまることとなる。では何故医師の勤務がこれほど過酷となってきているのであろうか。またそれを解決できる糸口はあるのだろうか。

第一に医師の仕事量の増加の関与が考えられる。やっていないと訴訟に負けるという強迫観念から検査の種類および数が増加している。増加によって依頼箋、所見、患者への説明などの仕事量が増加する。また、各種同意書などの作成、インフォームド・コンセントなどは明らかに医師の仕事量の増加につながっている。これが、医療の安全性や患者の理解度、満足度に寄与しておればまだ救われるのであるが、仕事量の増加が医師の疲弊をもたらす反対に安全性の低下につながり、また説明によりかえって不信感を助長するという側面も持ちあわせている。インフォームド・コンセント自体は医師に必要な職業倫理のひとつと考えられるがお互いに分かり合える関係の構築、またそのためにはセカンドオピニオンの充実を含めた医療相談機関の設置やメディエーターの配置も考慮に入れるべきと考える。また、全体を見渡すと今の業務内容は必ずしも医師など国家資格を持った人間がしなければならないという内容のものばかりではなく、補助者との仕事の配分を積極

的に行うことは可能であろう。そのようなシステムを医療機関は構築し、各人が正面から医療に取り組める時間を少しでも多くする努力が必要である。時間的な余裕ができなければ医師が勉強する時間もままならず、また治療につき議論することも少なくなるだろう。時間的な余裕が医療技術を発展させ、また安全性も向上させると考える。ただし、どこを探しても病院内の医療従事者で業務に余裕のある人間はおらず、どの業種に仕事を配分するにしても職員の増員が必要である。そのためには医療費の増加がなければ院内業務改革も行えない「卵が先か？鶏が先か？」という議論になるであろうが、医療機関には現在財政的余裕はなく、診療報酬のプラス改定は最低限必要であり、大幅なプラス改定が行われなければ医療の質が低下することにもつながるだろう。

第二に患者の医療不信も医師の仕事量を増加させる大きな原因となっている。本来、医療とは不確実なものであり、100%の結果は期待できないものであるが、その認識については患者と医師の間には大きなずれが生じている。「治療とは患者に何らかの侵襲を加えるものである」という見地からすると、必ず治療は危険と隣り合わせであり、人体の構造が複雑であること、人間には寿命があることから考えても治療イコール治癒には必ずしも結びつかないことは医療者からすれば当たり前のことである。しかし、患者は「現代医学は万能」と考えており「病気は早期に発見されてしかるべき」、また「適切な治療を施せば必ず完治する」「治療に危険は伴わない」など勝手とも思える妄想を描いている。このお

互いの考え方のギャップの大きさが、医療人を押し潰そうとしており、医師の疲弊を招く原因にもなっている。医療不信や疲弊はさらに萎縮医療という形で器を小さくし需要と供給のバランスをさらに崩す結果となっている。お互いに理解を深め、対峙するのではなく同じ方向を向いて医療について考える姿勢がなければ医療不信は解決しない。そのことを医師会を含めた医師が国民に説明し理解を求めていく必要がある。

第三に需要を減らす努力も必要である。時間外受診は救急患者をスムーズに受け入れるためにもできるだけ避けられることが望ましい。しかし、時間外受診を減らすためには患者側だけでなく医療側にも努力が求められる。仕事があるため時間外に受診したなどというコンビニ受診はもちろん言語道断であるが、どういう場合は翌日まで受診を待っても良いのかなど患者の啓発活動ももっと積極的におこなわれるべきだろう。NHKのクローズアップ現代によれば、夜間や休日に病院に殺到する小児科疾患の97.5%が入院にならない軽症であった。軽症患者のすべてが受診の必要がないわけではないが、中には受診が必要でない患者が多く含まれていることはあきらかだろう。軽症者の受診を減らすためには、基本的な医療知識の普及につとめること、また医療の電話相談室を地域に設置する、なども対策のひとつと考える。最近軽傷者の救急受診についてペナルティーの意味も込め差額料金を設定している病院もあるようであるが、医療機関を利用する「きまり」を医師、患者が協働作業として形成することが必要である。

おわりに

器を増やすこと、また器を大きくすること、水を減らすこと、その作業を医療者、患者との協働作業で行うことが、日本が医療崩壊から立ち直り、医療大国となる第一歩と考えられる。

【参考文献】

- 1) 大阪府医師会 勤務医部会 “勤務環境に関するアンケート調査” 集計結果報告書
- 2) 社会保障国民会議最終報告
- 3) 東京大学先端科学技術研究センター医療政策人材養成講座 岩崎賢一 他 医師の地域および診療科の偏在を是正するための方策
- 4) NHK クローズアップ現代 医療を変える患者の“語り” 2008.7.24 放送
- 5) 小松秀樹 医療の限界 新潮新書
- 6) 米山公啓 医療格差の時代 ちくま新書
- 7) 本田宏 誰が日本の医療を殺すのか 洋泉社
- 8) OECD Health DATA 2007

3. 経済的視点から見た医療

名 和 正 訓

地域から考える医療の道

地域医療の細部を理解しない、いや見ようともしない現在の中央集権的発想で、増大する将来の医療費をどの様な形で負担しあうのが国民にとってより良い選択なのかを考えることはもはや限界である。今こそ発想を切り替え、将来の医療のあるべき姿

を提言するべき時であると考えます。

我が国の医療費を OECD 諸国等各国と比較する時、対 GDP 比が用いられる。各国並みに比率を 10% にすべきという考えもあるが都道府県毎に医療事情が異なるのに単純に全体を 2% 増やすだけで良いのだろうかという疑問が生じた。そこで、各都道府県別に考察する事にした。

国内総生産に対して県内総生産という概念がある。但し県外取引の把握等の不正確さの為、県内総生産の総和が国内総生産と完全に一致するわけではないが比較には十分に値する。ちなみに、2005 年度名目 GDP501 兆 7344 億円、実質 GDP536 兆 7,622 億円、県内総生産の総和は 516 兆 1,660 億円である。医療費対 GDP は 8.2% で、県内医療費の対県内総生産比 (%) の平均は 7.66% である。地域格差を考える意味で各都道府県別の県内医療費の対県内総生産比 (%) を表 1 に示した。

分母の総生産が大きくなれば相対的に比率は小さくなるという指摘もあるが、一概にそうではなく、個々の県でかなりのばらつきを認める。例えば、北海道の 8.98% や滋賀の 5.30% はその理屈で説明がつかない。県内に大都市部を持つ総生産が 30 兆円以上の県、東京 (3.33%) 神奈川 (6.26%) 愛知 (4.79%) 大阪 (6.32%) では確かに軒並み低値を認める。東京を分析すると、まず人口構成比において 65 歳以上の老年人口が 19.90% で全国の 21.57% より 1.67% 低い。次に都民の受病率 (人口 10 万対推計患者数) をみると、入院が 877 で全国の 1145 より低く、外来が 5,574 で全国の 5,551 より高い。都内への流入患者割合は入院で 65 歳以上を除き各年齢階級で、また外

来で全ての年齢階級・傷病で流出患者割合を上回っている。これらの要素を総合して考えても全国平均を大きく下回る東京の3.33%と言う数字はあまりにも低く、単純に分母が大きいからという見方で片付けるのではなく、医療費がいかに低値で抑えら

れているかを示唆している可能性もある。

この様に都道府県により医療費の占める割合にかなりの差があることを具体的に数字で示したが、この事より以下の事が考えられた。

表1.

	(A) 県内医療費 (億円)	(B) 県内総生産 (名目, 10億円)	(A)/(B) %
北海道	17,729	19,742	8.98
青森県	3,863	4,275	9.04
岩手県	3,631	4,595	7.90
宮城県	5,721	8,526	6.71
秋田県	3,377	3,695	9.14
山形県	3,177	4,115	7.72
福島県	5,508	7,830	7.03
茨城県	6,989	10,956	6.38
栃木県	4,719	8,196	5.76
群馬県	4,890	7,550	6.48
埼玉県	15,064	20,651	7.29
千葉県	13,163	19,918	6.61
東京都	30,709	92,269	3.33
神奈川県	19,524	31,184	6.26
新潟県	6,154	9,373	6.57
富山県	2,988	4,681	6.38
石川県	3,256	4,613	7.06
福井県	2,190	3,358	6.52
山梨県	2,258	3,206	7.04
長野県	5,297	8,199	6.46
岐阜県	5,281	7,248	7.29
静岡県	8,864	16,415	5.40
愛知県	17,155	35,820	4.79
三重県	4,639	7,700	6.02
滋賀県	3,143	5,925	5.30
京都府	7,039	10,030	7.02
大阪府	24,347	38,529	6.32
兵庫県	14,533	18,857	7.71
奈良県	3,564	3,771	9.45
和歌山県	3,038	3,568	8.51
鳥取県	1,706	2,006	8.50
島根県	2,205	2,497	8.83
岡山県	5,684	7,311	7.77
広島県	8,512	11,999	7.09
山口県	4,615	5,946	7.76
徳島県	2,508	2,739	9.16
香川県	3,075	3,661	8.40
愛媛県	4,305	4,761	9.04
高知県	2,736	2,346	11.66
福岡県	15,205	18,084	8.41
佐賀県	2,657	2,936	9.05
長崎県	4,756	4,380	10.86
熊本県	5,561	5,709	9.74
大分県	3,822	4,473	8.54
宮崎県	3,262	3,561	9.16
鹿児島県	5,575	5,358	10.41
沖縄県	3,292	3,607	9.13
厚生労働省	331,286	516,169	平均 7.66

平成17年度

厚生労働省

内閣府

都道府県別に見た医師数の増加に伴う医療費の増加を考察する

医療を遂行するにはまず十分な医師数を確保する事である。表2.は都道府県別人口10万人当たり医師数である。OECD諸国の平均に比べるとかなり少ないのは周知の事実である。そこで各都道府県の医師数をOECD並みに人口10万人当たり300人(OECD平均対1,000人当たり3.0人)にする為に増加する県内医療費及びその結果上昇する県内医療費の対県内総生産比(%)を表3.に表した。医師所得の医療費水準に対する割合は2割で一定であるという考えから、今回県内医療費増加分を計算した。計算方法を北海道で説明すると(1兆7,729億円×300人/219.7人-1兆7,729億円)×0.2=1,296(億円)となる。増加分の総和は2兆7,359億円で県内医療費の対県内総生産比は7.66%から8.23%に上昇した。

自治体病院累積赤字から見る医療と採算について考察する

毎日新聞掲載の自治体病院の都道府県別累積赤字を表4.に示した。2006年度末で実に1兆8585億円に上るとの調査結果である。国語辞書で採算とは「利益があるかどうか、収支を計算してみる事。商売や事業の収支のつりあい」と解説されている。

例えば、24時間365日いつ、何人、どのような状態で来院するともしれない患者

に備える救命救急医療の採算は考えられるのか。同様に、へき地医療・高度先進医療・特殊医療等医療には採算を度外視してでも行われなければならない分野がある。それを担うのが自治体病院であり、国の政策的

医療を担うものとしての位置づけもされている。自治体病院は水道・ガス・電気・交通等の事業と同じ地方公営企業の一つであり、社会的共通資本として地域生活の向上に重要な存在である為自治体からの補助金

表2.

	人口10万対 医師数(人)
北海道	219.7
青森県	180.0
岩手県	186.8
宮城県	208.7
秋田県	200.9
山形県	203.0
福島県	183.5
茨城県	155.1
栃木県	204.7
群馬県	208.6
埼玉県	141.6
千葉県	159.1
東京都	282.0
神奈川県	178.3
新潟県	185.2
富山県	238.3
石川県	254.3
福井県	215.9
山梨県	199.1
長野県	198.9
岐阜県	179.9
静岡県	177.2
愛知県	192.1
三重県	186.2
滋賀県	202.3
京都府	292.1
大阪府	250.5
兵庫県	213.8
奈良県	208.3
和歌山県	257.5
鳥取県	281.0
島根県	263.1
岡山県	264.1
広島県	234.4
山口県	241.9
徳島県	291.9
香川県	250.8
愛媛県	232.8
高知県	275.8
福岡県	278.3
佐賀県	240.9
長崎県	271.3
熊本県	252.6
大分県	240.8
宮崎県	222.7
鹿児島県	230.8
沖縄県	216.7
全国平均	217.5人

平成18年度 厚生労働省

表3.

	県内医療費増 加分(億円)	県内医療費 /県内総生産(%)
北海道	1,296	9.63
青森県	515	10.20
岩手県	440	8.86
宮城県	501	7.30
秋田県	333	10.04
山形県	304	8.46
福島県	699	7.93
茨城県	1,306	7.57
栃木県	439	6.29
群馬県	429	7.05
埼玉県	3,370	8.93
千葉県	2,331	7.78
東京都	392	3.37
神奈川県	2,665	7.12
新潟県	763	7.38
富山県	155	6.71
石川県	117	7.31
福井県	171	7.03
山梨県	229	7.76
長野県	538	7.12
岐阜県	705	8.26
静岡県	1,229	6.15
愛知県	1,927	5.33
三重県	567	6.76
滋賀県	304	5.82
京都府	38	7.06
大阪府	962	6.57
兵庫県	1,172	8.33
奈良県	314	10.28
和歌山県	100	8.79
鳥取県	23	8.62
島根県	62	9.08
岡山県	155	7.99
広島県	476	7.49
山口県	222	8.13
徳島県	14	9.21
香川県	121	8.73
愛媛県	249	9.57
高知県	48	11.87
福岡県	237	8.54
佐賀県	130	9.49
長崎県	101	11.09
熊本県	209	10.11
大分県	188	8.96
宮崎県	226	9.80
鹿児島県	334	11.03
沖縄県	253	9.83
合計	27,359億円	平均 8.23%

表4.

	病院数	累積赤字
北海道	102	1941
青森県	32	601
岩手県	37	253
宮城県	35	572
秋田県	14	104
山形県	23	514
福島県	19	382
茨城県	10	140
栃木県	6	198
群馬県	16	242
埼玉県	16	107
千葉県	32	450
東京都	20	111
神奈川県	22	768
新潟県	26	552
富山県	12	349
石川県	18	342
福井県	9	104
山梨県	14	191
長野県	26	232
岐阜県	21	139
静岡県	26	544
愛知県	34	995
三重県	18	272
滋賀県	15	319
京都府	15	232
大阪府	27	1486
兵庫県	42	1911
奈良県	10	41
和歌山県	13	261
鳥取県	8	225
島根県	12	274
岡山県	21	154
広島県	21	537
山口県	18	204
徳島県	12	174
香川県	16	157
愛媛県	17	210
高知県	11	161
福岡県	20	541
佐賀県	10	58
長崎県	24	301
熊本県	20	110
大分県	6	106
宮崎県	20	281
鹿児島県	14	179
沖縄県	8	558
合計	968	18585億円

億円未満を四捨五入しており合計額は都道府県の値と一致しない。

(毎日新聞 2007年11月24日)

の投入を認められている。その為、赤字を生じて補助金で補填される為、親方日の丸体質で経営努力を怠り、非効率な運営を省みず継続した結果、多額の累積赤字が露呈したとの批判があるのは承知している。

しかし、地方自治体病院の累積赤字が約2兆円にまで膨らんだ主たる要因は、国民の健康と命を守る為にたとえ赤字が生じても遂行されてきた医療が、国の低医療費政策、三位一体の改革、特に地方交付税の削減等により壊滅的な打撃を受けた事である。公益と採算を同時に考えるのは至難の業で、公益を優先した為に生じる損失は公的に補填するという当たり前の考え方が医療の世界に戻ってくる事が医療再構築の一步であると考ええる。

まとめ

医療圏として都道府県単位では狭すぎ道州ブロックでは広すぎるといふ地域をどうとらえるかという問題も含め、以上の様な地域医療の格差、崩壊をくい止めるには医療費の増額が不可欠であるが、増額するには原資が必要である。医療費の額は医療に対する国の政策判断によって決まるものであるという考え方に立つと、公助としての税の投入が必要である。無駄を省いても尚不足する場合に増税が必要であるが、国民的コンセンサスはなかなか得にくい。

日本国民の増税に対するアレルギーとも思える反発は何に根ざしているのだろうか。本来納税すると自分たちの暮らしに還元されるものであり、実際還元されているものも多々ある。しかし残念ながら国民の間では税は取られるものという認識がある。それは国民が最も必要とする健康や将

来の生活に対する安心を与える社会保障の確立に税金が使われるという実感を全く持てないからである。税金は決して国に取られるのではなく一時預けるもので必ず健康と生活を保障するという形で還ってくるものであると考えられる様な目に見える政策を打ち出すこと、つまり納税すれば健やかに生きられる社会の実現こそに医療の未来がかかっていると考ええる。

【参考文献】

- 1) 平成17年度の県民経済計算について
内閣府経済社会総合研究所
- 2) 平成17年度都道府県別国民医療費
厚生労働省
- 3) 平成17年患者調査 東京都集計結果
報告 東京都
- 4) 平成18年度人口10万対医師数
厚生労働省
- 5) 神野 直彦(2006)国家財政と社会保障
- 6) OECDヘルスデータ2007
- 7) 大塚 亜沙人(2007)自治体病院改革
～医療の質と効率性の両立を目指して～
- 8) 堀 真奈美(2007)医療供給体制に
おける自治体病院のあり方
- 9) 毎日新聞 2007年11月24日
- 10) 二木 立(2009)『二木立の医療経済・
政策学関連ニューズレター(通巻57
号)』(転載)
- 11) 総務省自治行政局「住民基本台帳人口
要覧」(2008)
- 12) 東京都総務局統計部人口統計課人口動
態統計係(2009)

科学的根拠に基づいた医療政策の立案を 医療政策の転換点

医療費対 GDP 比評価の限界

日本の医療費は対 GDP 比で見ると OECD 加盟 30 か国中 21 位（2007 年）で、平均をかなり下回っている。しかし各国の国民 1 人当たりの医療費は、1 人当たりの GDP にほぼ比例しており、国際的にみると日本もおおよそ平均的な医療費支出となる。一方その標準から例外的に外れて高医療費を消費しているのがアメリカであるが、その医療費はほとんど民間保険会社によって支払われており、企業主体の市場原理主義による医療費の高騰が背景にある。民主党のオバマ政権は新しい公的医療保険制度の導入により、医療給付の公平化と適正化に取り組んでいるが、解決への道のりは遠い。日本は決してアメリカと同じ轍を踏んではならない。

現在世界経済は低成長期にあり、今後もその傾向が続くとみられている。わが国では GDP の伸びがほとんど期待できないにもかかわらず、医療費は約 3 % の割合で年々増加すると予想されている。今後は医療費を経済成長（GDP）との相対的な比較で捉えるのではなく、絶対的な指標で適正な支出を評価する仕組みが望まれる。そのためには科学的根拠に基づいて多岐にわたるすべての医療内容を徹底的に検証する必要がある。

国民衛生と社会的な要請

わが国は世界一の長寿国である一方で、

出生率の低迷は依然として深刻である。世界でも類を見ない少子高齢化社会を迎え、増加する高齢者のための医療と介護の新たな制度設計と、周産期そして乳幼児期における医療水準の維持が大きな課題である。一方で年金や高齢者入所施設の充実、出産や育児に対する援助などの福祉事業の整備も同時に進める必要がある。また、従来アルコールとタバコに寛大な国民性もあって、これらの過剰摂取による健康被害も年々拡大している。アルコール依存症は種々の健康障害のみならず労働力の低下、交通事故や犯罪の温床となるなど、社会全体への悪影響は計り知れないものがある。さらにこれまで国策としてタバコ産業を推進してきた経緯から、わが国の喫煙率はいまだに 24.9% で、先進国中で群を抜いて高い。いうまでもなく喫煙は、がん、心筋梗塞、脳卒中、慢性閉塞性肺疾患などの死亡率の上位を占める疾患の主要な原因となっており、禁煙治療がもたらす医療費抑制効果は著しく大きい。最近の新型インフルエンザの流行や地震や台風による自然災害発生時の医療体制の未整備も明らかとなっている。これらの非常時の医療支援体制は平時から準備されていなければならない。予備病床の確保、医師や看護師などの補欠要員、医療器具や衛生材料の備蓄など、緊急時に備えて医療資源にある程度の余裕が必要であることも実証された。

医療費配分の重点化

現在の日本における三大死因である悪性腫瘍、心疾患、そして脳卒中の予防と治療に、多くの医療費を要することは当然であるが、救急および周産期医療の拡充も喫緊

の問題である。特に現場の医師不足は深刻で、救急搬送そして治療開始の遅延から救命できるはずの命を失う事態は避けなければならない。最近の脳梗塞や心筋梗塞に対する治療技術の進歩によって、救急医から専門医への迅速な連携が予後改善に大きく貢献することが示されている。また周産期の母子の安全を確保する体制の整備には、産科や小児科医不足の解消、施設の拡充および集約化、脳外科や循環器内科などの他科との緊密な連携などの問題は山積しており、相応の医療費をつぎ込んで解決していかなければならない。

しかし時間外受診や緊急入院の多くを占める急性感染症の一部には、ワクチン接種によって回避できるものが存在する。インフルエンザウイルス、麻疹、肺炎球菌、b型インフルエンザ桿菌などの予防接種をより普及させることは、全体として医療費を抑えることにつながるといわれている。

近年わが国の自殺者数は年間3万人を超えている。特に40～50歳代の働き盛りの自殺者が増加しており、社会的、経済的損失は大きい。長引く不況や社会不安による環境要因も大きい。うつ病などの精神疾患に対するカウンセラーや診療体制も早急に改善されなければならない。

難治性疾患に対する医療への援助も重要である。特にがんに対する新規抗がん剤やワクチン療法、臓器や細胞の移植医療、心筋梗塞や神経損傷などに対する再生医療、膠原病や運動ニューロン病などの難病に対する治療法開発、新しい画像診断技術や医療機器開発などの先進医療に対しては、積極的に研究費および治療費の助成を行い、通常の保険診療との併用を認めてその臨床

応用を促進する必要がある。目先の医療費抑制にとらわれて、将来の医療技術の発展への投資をためらってはいけない。

介護保険制度との整合性

一方では高齢者に対する過剰投薬、ターミナルケアにおける過度の延命治療、複数の合併症をもつ慢性疾患に対する重複診療など、医療の非効率な部分を排除する方策も検討の余地がある。2000年から始まった介護保険制度には、これら高齢者や終末期医療の一部を賄う機能が期待されていたはずであり、事実わが国の高齢者人口の増加率を考えると、リハビリテーションや緩和医療などにおける医療系介護の需要は今後どんどん伸びると思われる。しかし現状では訪問看護師や介護職員の質と量の確保に難点があり、医療と介護の連携および医療から介護への転換がうまくいっていない。今後この領域により大きな経済的インセンティブが必要であろう。

科学的根拠に基づく医療費適正化ガイドラインの活用

最近多くの学会が主体となり各種疾患の予防・診断・治療に関するガイドラインが作成されている。いずれも内外の研究結果の科学的根拠の強さによって検査法や治療法の推奨度を序列化している。ガイドラインの活用によって医療機関や主治医による医療水準の差異が小さくなり、さらにはそれに準拠したクリニカルパスの作成により平均的かつ安全な医療提供が可能となる。今後主要な疾患の地域連携パスが普及すれば、効率のよい医療提供体制が実現するであろう。

しかし一方ですべての症例が画一的に診療され、治療の選択肢が狭まる危険がある。またガイドラインの科学的根拠として大規模臨床試験が重視される傾向が強く、これらの多くはこれまで製薬会社主導であったために試験デザインや解析結果にスポンサーの意向が反映されやすかった。また疾患の予防効果を示す指標 NNT (あるイベントの発症を一人抑制するのに、何人の患者を治療したか)の大きい薬が普及すると、それだけ治療に占める薬剤費の割合が大きくなり費用対効果が悪化する。そこで、これからのガイドラインの有効性評価には医師や学術団体が主体となった臨床試験が不可欠であり、そこには単なる医学的有用性のみではなく、費用対効果についても分析が加えられることが求められている。今後医療経済的な視点での治療法の選択が益々重要となると考えられる。

特定健診とがん検診

2008 年度から始まった特定健診は、心臓や脳の血管イベントの発症危険因子の集積を早期にスクリーニングする目的で行なわれている。メタボリック症候群のみに焦点を当てたこの健診事業が、果たして医療費適正化に貢献するかどうかは今後の検証を待たなければならないが、少なくとも国民の肥満に対する関心の啓発には成功している。運動や食事療法にはほとんど医療費がかからない。

一方国民のほぼ 3 人に 1 人はがんで死亡する。現在国では胃がん、肺がん、大腸がん、乳がん、子宮がんの 5 つのがん検診事業を各自治体に行なうよう求めている。特定健診は保険者の義務であるのに対し、がん検

診は依然として財政の苦しい地方自治体に委ねられている。特に胃がんと肺がんにおいてはレントゲン検査が行なわれるが、早期がんのスクリーニングとしては精度に難点がある。進行がんで発見してもがん死亡率の減少、そして医療費の抑制にあまり貢献しない。これからはがん対策事業も保険者の責務として、発がん予防に力点を移し、禁煙指導やニコチン依存症治療、胃がん罹患率減少効果のあるピロリ菌除菌、子宮がん発症予防にヒトパピローマウイルスワクチン接種などを推進することが、長期的には医療費削減効果が大きいと考えられる。

慢性疾患の発症と進行の予防

世界有数の長寿国であるわが国では、慢性疾患対策が健康長寿の実現と医療費抑制には欠かせない。糖尿病性腎症は進行すると、腎移植か生涯にわたる人工透析が必要になる。年間医療費が 1 兆円を超えとも言われる慢性透析を受ける患者を少しでも増やさないために、糖尿病患者への生活指導や血圧と血糖管理に一層力を注ぐ必要がある。また年々増加する認知症の多くは血管障害性とアルツハイマー型であり、いずれも高血圧や脂質異常などの生活習慣病が発症の要因といわれている。認知症は一旦発症すると不可逆的に悪化して、医療のみならず介護にも大きな負担がかかっている。長期間の喫煙が主要な原因である慢性閉塞性肺疾患では、薬物や在宅酸素療法による高額な医療費を必要とする。変形性関節症等による慢性運動器障害は、高齢者の ADL 低下と介護サービス受給者の増加につながっている。これらの慢性疾患の発症と進行をできる限り遅らせることに多く

の対策を講じていく必要がある。そのためには行政と医療界，そしてすべての報道機関が，国民の視点に立つという共通認識をもって保健活動を行なうことが重要である。

【参考文献】

- 1) OECD Health Data 2009
- 2) 李啓充：市場原理が医療を亡ぼす
アメリカの失敗．医学書院，2004
- 3) Thomas H Lee, et al：The future of primary care. N Engl J Med, 359 (20)2085-92, 2008
- 4) Nakaya N, et al：Alcohol consumption and suicide mortality among Japanese men：the Ohsaki Study. Alcohol, 41 (7) 503-10, 2007
- 5) 平成9年医療経済研究機構：喫煙政策のコスト・ベネフィット分析に関わる調査研究．1998
- 6) Tobacco Free Initiative：WHO report on the global tobacco epidemic. 2009
- 7) 厚生統計協会：国民衛生の動向．2009
- 8) 五味晴美：日本の予防接種行政を考える．週刊医学界新聞，2547, 2003
- 9) 桑島 巖：EBMに基づいた降圧薬の選択 最近の大規模臨床試験とその適正評価 日本医事新報，4397, 61-8, 2008
- 10) 古家敬三，他：伏見における胃がん集団検診の現況と将来．京消会報，25, 79-84, 2009
- 11) 低線量CTによる肺癌検診のあり方に関する合同委員会，他編：低線量CTによる肺癌検診の手引き．金原出版，

2004

- 12) 日本腎臓学会編：エビデンスに基づくCKD診療ガイドライン 2009. 東京医学社, 2009
- 13) 大内尉義編：実地医家のための高齢者診療ガイド．同人社，2008

4．医療再建のキーポイント

松井亮好

日本の医療を守るために

足元から崩れるフリーアクセス

日本の医師は国民皆保険のもと自律的に高い医療レベルを維持し，平等に国民に提供してきた。病気になったり，けがをすれば誰でもすぐに最善の治療が受けられることが医療関係者の努力で達成されてきた。

病院閉鎖や救急医療の破綻など医療崩壊は地方において顕著になっている現象であるが，地域医療の危機は都市部においても我々の足元に忍び寄っている。長年にわたり様々な医療費抑制政策が打ち出され，規模，形態によらず多くの医療機関は疲弊している。基幹病院において診断群分類（DPC）による包括的診療報酬制度が導入され，在院日数が短縮されていく中で，長期入院につながる可能性の高い高齢者の受け入れはどうしても抑制されることになる。かかりつけ医，特に往診をしている医師にとっては高齢の在宅患者が肺炎にかかったり，食事がとれなくなり，急にADLが低下する事態はしばしば経験することであるが，昨今このような事態に対し，病院が受け入れを断る事例が多発している。さらに包括的診療報酬制度の導入後，

入院しても早期の退院が促され、治療不十分なまま自宅に戻るケースも明らかに増えているという。3割の窓口負担の高さも限界を超えた自己負担率であり、受診抑制の大きな要因となっている。国民皆保険のもと、いつでもどこでも平等な医療を速やかに受けられるのが我が国の世界に類を見ない長所であったはずだ。病気はできるだけ完治させ社会に復帰させるのが原則ではなかったのか。度重なる医療費抑制政策の中で大切な原則を変容させてしまったことに我々は鈍感すぎるのではないか。

疲弊する医療現場，病院の苦悩

長期にわたる診療報酬の抑制政策は病院の規模にかかわらず、その経営に深刻な打撃を与えてきた。多くの自治体病院は慢性的な赤字状態にあり、閉院や病棟閉鎖が相次ぎ、地域医療の崩壊を各地でもたらしているのは周知のことである。

そもそも制度の根幹である診療報酬の設定自体が科学的根拠を欠いたものと批判されている。外科医数人と多数のスタッフがかり、長時間を要する大きな手術ではその診療報酬は実際にかかる費用の半分にも満たないという。このような状況で外科系の各学会は団結して現状を打破するための行動を始めている。外科系学会社会保険委員会連合の山口俊晴会長は、わが国の医療水準を維持向上し、医療の安定した基盤を築くためには医療技術を適正に評価し、必要経費についてもきちんとした原価計算に基づいて算定し、合理的に診療報酬を決定することが不可欠であると指摘している。

勤務医の長時間労働は現在も常態化している。過重な労働環境におかれた勤務医の

過労死や自殺といった悲劇も相次ぎ、早急な対策が必要である。救急に対応する当直の実態は時間外勤務に相当するという見方が定着しつつあるが、それに見合う診療報酬上の評価はなされず、低い時給での勤務が強いられているのが現状である。当直明けの手術は今もなお日常的な光景である。

二次救急医療は民間の中小病院がその大半を担うが、救急を受け入れる体制を維持するには多額のコストがかかるものの診療報酬上の評価はなされておらず、救急告示病院はこの京都においても年々減少しているのが現状である。このような状況が続けばこの地域でも突然に救急崩壊、医療崩壊が起こることも杞憂ではない。二次救急病院はまた、三次救急を担う中核病院での急性期の治療が終わった後の治療を引き受けることも多い。こうした連携がスムーズに行われてはじめて地域の救急医療全体が機能する。さらに在宅療養が困難になった高齢者をすばやく受け入れ、症状に応じて、介護施設や療養病棟などしかるべき施設に誘導することも中小病院が果たしている大きな役割である。一方で継続的な医療費抑制政策はこれらの病院にも常に逆風をあびせてきた。2006年には全国の療養病床約38万床を、2012年度までに約15万床に減らす方針が唐突に発表された。医療区分1は介護保険の要介護度では4または5がほとんどであり、多くは寝たきりかそれに近い人で、認知症も重いケースが多く、在宅での介護は容易ではない。療養病棟ではこのような患者の褥創の治療や予防を行い、肺炎を発症すれば早期に発見し治癒させるなど、多くの医療的なケアを行い、医療区分1と言われる状態を懸命に維持してい

る。療養病棟削減は凍結され、介護型療養病床の廃止方針も見直されることとなったが、社会保障費抑制のため医療区分1 = 社会的入院者という虚構を作り、入所者やその家族を不安と混乱に陥れ、医療、介護を同時に必要とする高齢者の療養環境の整備を停滞させた責任は重い。

同じく2006年の診療報酬改定において7対1看護基準への利益誘導がなされ、多くの大病院が競って看護師の募集をしたため、看護師の確保が極めて困難な状況となり、全国で病棟閉鎖が相次いでいる。さらに在宅医療の現場でも訪問看護師の確保が困難となり、在宅医療にも深刻な影響を与えている。

全ての医療機関は社会的共通資本である医療提供体制の中で重要な役割を果たしている。医療に携わる全てのものが人間らしい生活をし、希望と誇りを持って仕事ができる環境の構築を望みたい。

見直される新医師臨床研修制度、新しい地域への医療提供体制の構築
新医師臨床研修制度に対する見直しがなされている。幅広い分野における基本的な臨床能力を習得することを目的とするこの制度の本来の成果を評価するためにはさらに長い時間をかけて見守る必要があるであろう。その一方で研修先として大学病院を選択するものが極端に少なくなり、地域の病院から大学への医師の引き上げをもたらすなど、これまでの様々な施策により危機に瀕していた地域医療を一気に崩壊させる引き金となったことは誰も否定できない。このような点から制度の見直しは単にローテーションの枠組みの変更にとどまらな

い。卒前・卒後の一貫した医師養成や地域医療を担う人材をどのように確保するかを含め、厚生労働省、文部科学省が合同し、多数の医師や医学教育、医療政策の専門家が会議に加わり、真摯で幅広い検討が進められている。大学が研修医に選られる存在になるため、現在のマンパワーの不足や勤務する医師の処遇の問題など、本質的な問題が俎上に載せられていることも注目に値する。大学と自治体が協力連携し、地方の医療を支える医師を安定的に供給する機構を作る試みはすでに各地で実行されている。医学部入学者選抜における地域枠の拡大や出身地にとらわれず地域医療に従事する者を対象とした新たな入学枠を作ることが検討されている。卒業後の従事を担保するための奨学金制度との組み合わせも提案されている。

より良い医療体制を構築するために

本来削ってはならない医療、介護、福祉に対する予算を長期にわたって削減しつづけたことが問題の根本にある。医療崩壊を食い止めるため医療関係者により懸命な努力が開始されているが、この根本的な問題の解決をとまわなければ、すなわち十分な医療費を確保したうえでの改革でなければ、目標を達成することはできない。関係者の努力や献身だけに頼る改革は持続できず、すぐに頓挫するであろう。

医学の歴史は長く、膨大な人々の努力や研鑽、時には犠牲をとまわって培われた人類共通の宝物である。我々医師は医療を利潤追求の手段にすることは決してなく、必要とする人に平等に提供したいという強い意思を自然と身につけている。現代医学と

いう集大成をさらに発展させ、教育し国土のすみずみまで普及させることはやはり大学の力を最大限発揮させなければ成し遂げられない大事業である。まず大学が十分なマンパワーと予算を持つことが医療崩壊を防ぐ対策の起点となるであろう。その上で地方と都市部の全ての医療機関に必要な技術や人材を供給する強力な拠点となることを切望する。大学病院，中核病院，中小病院，有床診療所からかかりつけ医まで，真の連携を築くため医師会は最大限の力を傾注すべきである。医師会は地域レベルでの医師どうしの連携を深め，全国レベルでは医療の正しく進むべき道筋を国民に示すことなど今後もその役割はますます重要となり，その存在は無二のものである。政権交代の度に選挙協力の多寡により，その結束がそこなわれるような施策がとられるようなことはあってはならない。

医療は社会保障の大切な基盤であり，医師は地域における新たな連帯の主要なメンバーであるという自覚を持ち，介護，福祉に携わる人たちとともに地域の中で密接な協力関係を作り，平等で良質の医療をすみやかに提供するための努力を続けなければならない。

【参考文献】

- 1) 外科系学会社会保険委員会連合ホームページ
- 2) 吉岡 充，村上正泰 高齢者医療難民 介護療養病床をなぜ潰すのか PHP 新書
- 3) 二木 立，医療改革 危機から希望へ 勁草書房
- 4) 厚生労働省，文部科学省ホームページ:

臨床研修制度のあり方等に関する検討会

渡 邊 能 行

医学教育と説明責任（アカウントビリティ）

医学部における医学教育の現状

医療崩壊の原因となっている現在の地域医療の過酷な勤務状況は言うに及ばないが，現在その中で勤務している40歳代前半から30歳代の医師達が医師として育ってきた医学の教育環境は，臓器別専門医を重視する医学界の中にあっただと言って良いだろう。医学の進歩によってそれまでの臨床各診療科の中でより狭い範囲の専門性が進み，昔の広い範囲の診療に責任を持てない医師が増えてきたことも事実である。最先端の高度先進医療に従事することができるのは，どう考えてみても一部の医師とならざるを得ない。年齢的に技量を習得して維持できるのも具体的内容によって差異はあるものの細かい作業を伴うものであれば50歳代前半位までであろうか。そういう意味で医師としての一生のライフサイクルを見通した医学の卒前・卒後教育が現在果たされているかと言えば否となるであろう。卒前に限ってみても，医師養成教育機関である医学部における教員不足という問題点がある。例えば東京大学医学部においては医学生1人に対する教員数は0.54であるのに対して，米国のハーバードメディカルスクールでは医学生1人に対する教員数は11.1となっており¹⁾，我が国では医

学生の半分の数の教員で医学教育がなされているのに対して、米国では医学生約11倍の教員が教育に当たっている。我が国のあまりに貧弱な医師養成の教育現場と言えよう。最近の医学部教員の疲弊ぶりを近くで垣間見ている医学生が母校の附属病院に残って研修を受けないということも自然な成り行きのように思われる。医学部における臨床各科の医師である教員は、教育だけでなく、医療と研究も担当している。近年の我が国の国公立大学は独立法人化が進み、附属病院における医療収入を増加させるようにという圧力を受けていると同時に外部資金（研究費）を獲得するためにこれまでに増しても研究にも力を入れるように理事者からの号令を受けている。そもそも一人の医師が教育能力、臨床能力、研究能力のすべてに同時に秀でていることは可能なのだろうか。医学部教員を増員させ、教育、医療、研究のそれぞれにアクセントをおいた人員配置にしないと今後は医学部崩壊が起こってくる恐れもある。というのも、東京を中心とした関東では医学部の教授になることより都市部の基幹病院の部長職になることが最終的な医師の自己実現の目標となりつつあるとも言われている。

卒後研修と関わる制度設計

他方で、卒後教育においても同様に研修指定病院で十分な指導医の確保ができているところがすべてとは決して言えないし、その指導医に対する手当ても十分ではない。教育システムが完備されている一部の全国レベルの研修指定病院へは研修医の応募も集中しているものの、多くの研修指定病院では多忙な臨床の中で何とか対応をし

ているのが現状である。平成16年度から始まった新医師臨床研修制度下で育った医師達が今後どのような病院で勤務していくかの追跡から今後の予測をしないとイケないが、都市部の十分な症例数を経験できる恵まれた大病院から現在埋まっていきつつあり、条件の悪い地方の中小病院の勤務医が増えていくのはまだ先のことと推測される。現在、産婦人科、小児科といったいわゆる3Kとよばれる勤務条件の医師不足に対応すべく、研修制度の一部改変が行われたが、実施は来年度からであり、先行きは見えない。同時に、医学部入学定員を増加させることも行われてきているが、医師数が増えても美容整形外科医ばかりが増えるようでは、地域医療崩壊は解決されない。医師としての一生のライフサイクルを考慮した各科専門医師数の割合の適正化の制度設計が必要である。

医師としての適性と医学教育

そもそも、挨拶ができない医学生・研修医が多いと批判される現在の医学生・研修医の医師としての適性はどのようなのだろうか。単に高校生の時代の成績が良かったから医学部に入ったけれども、どう見ても医師としての適性を欠くというような医学生がごく一部ではあるが存在するのも事実である。いわゆる理科が得意であるが、人を相手にすることが不得手の医学生や、きちんと筋道を立てて思考することなく、要領だけで試験に合格していく医学生もいる。一部の医学生には、医療の中で患者さんにきちんと意思を伝えることができるのであるかと不安に思うこともある。このような医学生をそもそも入学させている入試が

悪いのか、入学した学生を十分に教育できない医学部の教育体制に問題があるのかは別にしても、少なくとも医学生に対する医学だけでない幅広い教育が必要である。

不確実性を有する医学に対する説明責任

医療は不確実性を常に有するものである。最善のことを成したからと言って、最善の結果が伴うとは限らないのが医療である。診断にしてもそもそも100%正しい診断など存在しないと言うのは言い過ぎだろうか。インフルエンザの診断に関しても、ウイルス分離を基準とした場合に迅速検査によってA型インフルエンザ患者を正しく判定できるのはせいぜい70%程度であり²⁾、迅速検査で陰性となった者が100%罹患していない訳ではない。そのような限界を知らずに「登園許可書」を要求する保育所にも登園してきた園児を守らないといけないという言い分はもちろんある。だからこそ、科学に基づいた対応が必要なのである。ただ、科学に基づくからと言って難解な原理や法則をそのまま発信しても国民の理解は得られない。専門職には難しいことを平易に解りやすく発信する義務がある。いわゆる説明責任というものである。

国民には難しい「医療」への説明責任

これまで、日本医師会を始めとする医師集団は医療についての説明責任をほとんど果たしてこなかったと言うのも言い過ぎであろうか。現実には、未だに医師会あるいは特定の医師集団（開業医）がこの不況下にあって莫大な利益を上げているといった

誤った認識が存在している。悪役をしたてて、その罪を断罪することで、医療費削減を正当化させるという罫に見事に日本医師会・医師集団は陥ってきた。いわゆる、日本医師会 = 悪徳医師集団という構図である。最近では、東海道新幹線のグリーン車に置かれており、我が国のエグゼクティブな人々の一部が読んでいると考えられるWEDGE 2009年12月号には、「医師会が築いた医療の闇 メスを入れるのは今」という記事³⁾が掲載されており、「医療費は穴の開いたバケツ」とか「医師性善説の時代は終わった」と書かれている。医師会（医師集団）が、医療崩壊の根本原因は毎年、医療費も含めて2200億円の福祉予算を削減してきた政策にあると主張しても、このような記事が書かれるようでは東海道新幹線のグリーン車に乗るような国民のオピニオンリーダー達も簡単には医師会（医師集団）の意見をそのまま受け入れるとは到底考えられない。記事では、医療費請求の基となるレセプトには、いわゆる「レセプト病名」や「疑い病名」があって、本当の診断名ではなく検査や診療の実態に適合させるために、言い換えれば実施した医療行為の請求を正当化させるために、いい加減な診断名が記載されていて、その妥当性の確認なしに、ほとんど（原審査「査定」で認められなかったのは0.197%に過ぎない）そのまま、支払いが行われているという主張である。審査委員も同じ医師であり、仲間うちで甘い汁を吸っているというような主旨である。加えて、医師会がレセプトのオンライン化に反対しているのも、このような闇の世界が国民の前で露にされるのを恐れるが故であるという説明である。この

ような記事が書かれる背景に、我が国の医療が抱える多くの問題があることは否定しない。しかし、なぜ医師が過剰とも思える多くの検査を実施しているかと言えば、鑑別診断の中で可能性のある疾病を否定するために検査を実施して、その疾病が否定されても、「レセプト病名」や「疑い病名」が無ければ、査定で請求が認められないからであり、そのような過剰とも思える医療行為が常態化しているのは、近年の医療現場が医療訴訟というリスクを抱えているからである。また、過疎地の地域医療を支えている診療所の医師には無私の思いで地域医療の灯を照らし続けている高齢の医師達がいる、コンピュータ・リテラシーを欠く彼らには新しいレセプト・オンライン化に対応することは期待できないので、レセプトのオンライン化が義務化されれば、廃業を余儀なくされ、地域医療の崩壊が更に進むという危惧が記載されていない。そういう意味では、現場の医療の苦悩を全く無視した記事であり、一方的な記事ではあるが、そうは言っても一部の医師の架空請求事件は大々的に報道されており、そのことが医師全体を悪徳という範疇の中に括り込むことに力を貸している。医療費請求に対する透明な制度を医師会（医師集団）自らが提案しなければ、負担と受益の均衡が必要と言っても国民は応分の負担をしてくれないであろう。また、開業医の年収と勤務医の年収をそれぞれの集団の平均年齢も考慮しないで乱暴に比較する非科学的な情報提供も見られた。「開業医の収入には設備投資や退職金の引き当ても含まれている。」という仕分け側の一部からの正当な指摘があったにもかかわらず、非科学的な情報や

医師は儲けんがために過剰な医療費請求を行っているという誤った思い込みから診療報酬の絶対額を増加させるのではなく、開業医と勤務医の配分を変えるだけで良いと結論した行政刷新会議ワーキングチームの事業仕分けもあつたばかりである。この行政刷新会議ワーキングチームの事業仕分けという修羅場に現場で働いている医師が出かけて行ってどれだけの説明ができたであろうか。

求められる説明責任

今、国民が納得できるような説明をするということが求められている。正しい現状認識を行い、理解したことを、解り易く説明する「説明責任(アカウントビリティ)」が求められているのである。医師会（医師集団）は不条理な現状に対して単に抗議するのではなく、医療費請求の元となるレセプトの点数付けに経済学の原理を導入すればどうなるのかといった科学的視点をも解りやすく発信し、加えて国民の誤解も解くような情報提供を行い、マスコミの理解も得ながら一致団結してこの現状を変えていく必要がある。そうでなければ、結果的に同じ医師集団が開業医と勤務医といった対立の構図の中に陥ることによって混乱が起こり、混乱のどさくさの中で医療費の増加が抑え込まれてしまうことになるのではないかと危惧するのは穿った見方であろうか。実際、都道府県や市町村という現場レベルでの医師会員は継続するものの、日本医師会に愛想をつかし、日本医師会から脱退するという勤務医も見受けられる。しかし、一生を勤務医で終わる医師も相当数存在するにしても、ほとんどの開業医は元々

勤務医であったのであり、勤務医と開業医のそれぞれは単に医師としての一生というライフサイクルの中での時間的な別の局面を見ているのに過ぎない。同じ医師集団が開業医と勤務医といった対立の構図の中にいるのではなく、現場で苦悩しているだけではなく、医師という専門職として、一致団結することが必要⁴⁾である。

オープンな医学教育の中で培われる説明責任

医師が説明責任を果たすためには、医師自身の自助努力も必要であるが、医師を育成する卒前・卒後の医学教育も重要であり、特に患者が医師を育てると言われるように、国民が医師を育てるという意味で、オープンな卒前・卒後の医学教育を進めていく必要があり、教員・指導医の増員だけでなく、医学部内での基礎医学から臨床医学への進学判定や卒業判定に大学外の委員の参画を得ることや、各科専門医師数の割合の適正化の制度設計に第三者の参画を得る等、卒前・卒後の医学教育の在り方に対する抜本的改革が必要である。

【参考文献】

- 1) 岡田アナベルあやめ, 東京大学医学部とハーバードメディカルスクールの比較, 文部科学省「医学教育カリキュラム検討会」ヒアリング資料, 2009.
- 2) 鈴木英太郎, インフルエンザ迅速診断, 日小医会報, 27, 19-24, 2004.
- 3) WEDGE Report 医師会が築いた医療の闇 メスを入れるのは今, WEDGE 2009年12月号.
- 4) 日本医師会・医師の団結を目指す委員

会, 医師の団結を目指す委員会答申・医師集団の団結に向けた方策, 2009.

5. 医師会の役割

東 前 隆 司

ミネルヴァの梟は黄昏に飛ぶ はじめに

「医療費亡国論」というのはもっともらしい嘘である。国が亡びるほど医療費を使うなどという国はあり得ない。一方で日本の医療と社会福祉の充実から福祉国家への道を期する「医療立国論」もある。いずれも表題に誇張があるためにレトリックとはいえ多少の違和感を持たざるを得ない。ただ様々な見解に対して同意はしなくてもそれを理解するという作業は必要であろう。

市場原理主義, そんな主義があるかどうかは別にして経済を優先させる政治手法から, 社会保障を重視して国民が安心して生活ができる方向に日本の政治は方向転換しつつある。そのことは社会保障の重要な部分である医療に携わる組織として歓迎すべきことだと思える。しかし弱い立場の人を守れるのは働く人が日本の経済を支えているから可能なのであり, 長寿世界一は日本が豊かな国であるからこそ為し得たのである。それを忘れてはならない。

また社会保障を充実させることは今に始まったことではなく近代国家の基本的なテーゼであった。日本も戦後の経済成長とともに社会も豊かになり同時に社会保障も整備されてきた。アメリカリベラリズムというのはニューディール政策に代表されるように社会主義的な傾向を持つものである

が、日本の戦後民主主義もその影響を受けている。日本は理想的な社会民主主義国家であると言われた時期があったことを胸に手を当てて思い出すべきかもしれない。

医療と政治について

これまで日本の医療は時代の状況に対応した内容で提供され、医師会もまた医療行政と軋轢はあってもほぼ足並みを合わせてきた。しかし小泉政権下での医療費抑制策と新医師臨床研修制度によって細々と営まれてきた医療提供路の狭窄が明らかとなり、そこから一挙に医療全般の問題点が噴出した状態となっている。「ミネルヴァの梟は黄昏に飛ぶ」(ヘーゲル)。ミネルヴァは知性の女神、梟(ふくろう)はその使者。賢明な判断はいつも現実より遅れてしまうということの詩的な表現であるが、相当悪化した状態になってやっと気がつくのが人の常である。そして悲しいかな今の日本の医療はまさしくその状況に近い。

2009年8月30日の衆議院選挙で政権交代が起こり、それまで見えなかった自民党政治下の醜状が、まるでイチジクの葉を落としたように丸見えになっている。これまで日本医師会は政権与党の自民党に与してその活動をおこなってきた。それ自体は間違いではない。なぜならばどんな組織や団体も政治性と無縁ではあり得ないからである。政治性がゼロであればその組織や団体は全く無力だということになってしまう。政治力を全く持たないということはどんなすぐれた内容の組織であろうとその立場はきわめて軽いものとなる。

そして新政権は日本医師会の存在を否定するかのようになり、中央社会保険医療協議会

(中医協)の改選人事で診療側委員の3枠あった日医役員の指定ポストを撤廃した。これで政権政党に関係なく日医役員が委員に復帰することは永久になくなったと考えるのが妥当であろう。あっても1枠がせいぜいではなかろうか。これは日医が日本の医療へコミットすることを弱体化させたことであり、日医が体裁を失った局面である。しかし不毛な対立や不必要なルサンチマンを抱くことに好ましい未来はない。何かを得れば何かを失う。逆に失ったことで得られるものもある。イデオロギー的にも体質的にも生まれ変わるときが来たと思えばいいのではないか。

医師会の今後の姿勢について

医療の牽引役を担う医師会

多層的な構成をもつ医師会は、国はもとより地域の医療行政に、一般的に想像されるよりも遥かに膨大な労力を傾注して協力している。それは医師や医師会の社会的使命そのものであるが、政治権力によってはそれを無視同然に扱うこともあるのだ。よって現実のパワーポリティクスに左右されにくい活動方針がこれからの医師会には重要な懸案となる。思想と理念の裏づけのない活動は所詮その場しのぎの活動にすぎない。しかし、どういう状況にあっても医療現場の主導的立場を担うことに変わりはない。責任がある以上は医療の支柱であるヒューマニズムに根ざした強いオピニオンリーダーであらねばならない。ハトは何百羽集まってもタカには勝てない。弱いリーダーでは守るべきものも守れない。政治が可能性のアートであるように医師会活動も自らの可能性に挑戦しなければなるまい。

医療現場からの主張

今の日本の医療はその多くが薄利多売の医療である。産科，小児科，外科，救急医療が窮迫しているのは周知の事実だが，実はどの診療科もたいへんなのである。診療だけならともかく，書類書きに追われ時間を収奪され身を切り売りするような状態では余力がなくなり精神も疲弊する。日々これ極限状態という日常を送る医師もいる。患者の側にしてみても都市部の医療提供にさえ窮状があるのだから，僻地や地域の住民にとってその不便や不安は察するに余りある。日本の医療提供はいびつになっていると言わざるを得ない。

政府はこうした現状に有効な対策を持ち得ないばかりか医療費を削ることにまだこだわりをみせる。それならば同時に国民に向かって「安易な受診は控えるべきである。無駄な延命治療もやめるべきだ」と言うくらいの度胸と覚悟を持つべきではないだろうか。

不合理な医療や無駄な医療はある。あずかり知らぬ領域とはいえ国費扱いすることが不思議なものもある。保険医療の範囲を越えてそれでは保険が持たないと思うものもある。不当な要求をする患者もいる。医療を守るとは必要なものと不必要なものを明確にすることでもあるように思えてならない。

国民と医師会

世間に流布された開業医や医師会への偏見やスティグマの殆どは欲張りとか圧力団体とかいうものであり，要するに金銭問題である。確かにマネーの価値の社会性に比べたら他の価値は主観的なものにすぎない。

収入があれば相応の税金も発生するのだが，多少なりとも収入が多ければ理由を問わず嫉妬の対象となる。こういうことをうまく解消する方法はない。しかし一般の人々は医師にも医師会にも特別な悪意は持っていないものであり，そんなものを持ったところで何の意味もないことを人々は生活の中で知っているのである。

いつの世も医師はまじめに医療に取り組み人々に信頼されるのが最善の道であり，医師会は有益な医療情報を提供して国民と共生する組織となることがその理解を深める最良の道であろう。間違っても「患者様」などという愚かな発想をすることではない。

医師の団結と今後の方向性

医師会には会員に向かう視線と社会に向ける視線のふたつがある。会員に対しては安心して医療に専念できる環境を確保しなければならない。また大抵の場合，会員は個人的理解の範囲でしか自己主張を為しえないため，現場からの声を統合し提言するのも医師会の仕事である。社会に向かつては，言うまでもなく日本の医療のために貢献することである。それは理想から言うのではなく現実的な必要からそうなのである。それを実践しなければ「医師会は日本の医療提供にどれだけの能力と責任を持っているのか」という質問が正確無比な矢のように飛んでくるであろう。

医師会は開業医 8 万 5 千人，勤務医 8 万人が所属する団体である。しかし多様な視点からの医療を確保するためには，種々の現場を知るもっと多くの医師で構成して団結する必要がある。方向性において結束で

きなれば烏合の衆である。医師会は世のため人のためという素朴な大義名分のもとに尽くすことを失念したら立つ瀬をなくし、社会における存在理由もなくなるのである。かつてユダヤでは人の価値は慈善のためにどれだけ努力したかによって計られた。医師や医師会もまたしかりではなからうか。

まとめ

アメリカに民主主義，北欧に福祉，フランスに文化，イギリスに法制，スイスには観光立国の覚悟と矜持があり，それらは世界に冠たるものになっている。そしてそのことをそれぞれの国民が自覚しているだけでなく他国民もそれを認めている。日本にあって国民皆保険制度を基盤とした医療制度は世界に誇れる水準を確保してきた。この誇るべき「日本の医療」を忘れてはならない。

今後の「少子高齢化社会」では想像を絶するほどに社会構造は変貌する。その状況では安定した社会保障制度の確立は疑うべくもない国家的政策となる。現在の日本では医療・福祉の需要はまだ抑えられた状態にあるがこれからは大きく変わってゆくはずである。医師や医師会がそれにどう対応しどう協力してゆくかが問われる。昨日の適者は今日の適者ではない。今日の適者が明日の適者であるとは限らない。しかし医師会は日本の医療をしっかりと支えるために揺るぎなく存在しなければならない。

【参考文献】

- 1) 広井良典，日本の社会保障，岩波新書
- 2) 小松秀樹，医療の限界，新潮新書

3) 武田龍夫，北欧の歴史 モデル国家の生成，中央新書

4) 日本の国家戦略，PHP 研究社

6. マスコミから見た医師会 - 感染症を通じた医療体制の考察 -

内 田 孝

梗概

2009年春から世界各地で感染が拡大している新型インフルエンザ。現在の医療が抱える課題を新型インフルエンザを通じ、検討した。夏休みに国内での本格的な流行が始まり、持病を持つ人や妊娠中の女性らを中心に不安が拡大した。本来あるべき地域の医療体制の充実が求められている。感染拡大の防止には、誰もが予約なしに診察を受けられる現在のシステムの果たす役割がたいへん大きい。公衆衛生思想の浸透度も意味を持つ。民主党政権の動向によっては紆余曲折も予想されるが、京都府医師会は、国民皆保険制度とフリーアクセスの受診が今後も継続できるように市民に訴えて世論を形成し、国に強く働きかけていくべきだ。

本記

感染症

近年、感染症による健康被害が大きな社会問題となっている。エイズ，O 157，ノロウイルス，新型インフルエンザ…。若い世代には結核が静かに広がっている。

1960年代後半，先進国には「感染症は克服した」とする風潮が広がり，1980年には世界保健機関（WHO）が天然痘撲滅

を宣言した。しかし、人やモノが国境を越えて頻繁に移動するようになった。従来、人々がめったに踏み入らず、未知のウイルスの存在が予想される奥地も開発の対象になった。都市部への過度な人口集中、免疫力の衰えた高齢者の増加は、感染症が一気に拡大する条件を満たしている。

医療の課題を議論する際、常に話題になるのは質（がん、内臓疾患に対する先進医療）と量（医師不足、救急医療）だ。これに加え、今後は感染症の初期治療態勢のあり方も考えていくべきではないか。なぜなら、現在の新型インフルエンザの流行が示すように、感染症は個人が発症した場合の症状に程度の差があるにせよ、性別や年代を問わず誰もが感染する可能性が高く、その時代の医療の最も脆弱な部分を直撃するからだ。

今回のウイルスは、ヒトの全身ではなく腸管と呼吸器で増える弱毒型だ。致死率0.5%程度とされ、糖尿病患者や人工透析が必要な人たち、妊婦といった免疫の弱いグループが重症化しやすい。これらの人たちが、自宅近くで適切な医療を受けられる態勢の維持が必要だ。特に地域で透析を実施する医療機関や産婦人科医での院内感染防止、通常の診療態勢の維持は欠かせない。

1918年に国内での流行が始まった「スペイン風邪」の流行の際、国を挙げての感染拡大防止策が取られたという。当時、内務省の指示で駐在所が管内の感染者数、症状などの詳細な状況を電報・電話でそれぞれの警察本部に伝えてデータ化し、行政と医師らが一体となってワクチン接種などの対策に役立てた。（内務省衛生局編『流行性感冒「スペイン風邪」大流行の記録』（平

凡社東洋文庫）による）

一説によるとスペイン風邪で国内38万5千人の犠牲者を出したが、関係者が対策としてマスク、うがい、手洗い励行、予防ワクチン接種のすすめ、人混みを避けることなどを繰り返し訴えた結果、被害拡大を防いだのは事実だ。今回の新型インフルエンザでも、初期対応に対して過剰すぎたなどさまざまな意見があるものの、行政と医師によるすばやい対応が患者拡大を防ぎ、ただちに診療が受けられる態勢が市民に大きな安心感をもたらした。

スペイン風邪の80年前と比べれば都市部への人口集中の度合い、交通網の発達による人々の移動頻度など感染症が爆発的に拡大する要因は大きくなっている。従って、現在の医療のフリーアクセスを維持し、市民が早期に適切な診療を受けられるよう保証することは大きな意味がある。

新型インフルエンザ感染者の診察が、専門の「発熱外来」から地域の医療機関に切り替わり、基礎疾患を持たない一般の人たちにとっても、身近な医療機関＝とりわけ開業医の存在は大きな安心につながる。

この点に関して言えば、課題のひとつは、医師不足が顕著な京都府北部などの過疎地域だ。地域の核となる総合病院の感染症対応設備も、都市部に比べて十分ではないだろう。感染が拡大すれば、これらの地域では適切な診察が受けられずに重症化する事例が増加する恐れは大きい。

実際、80年前のスペイン風邪流行時の47都道府県別死亡率を見ると、最悪は香川県の2031人/10万人。最良は、東京府の149人/同で、約14倍の格差があった。この数字はその前年までの乳幼児死亡率と

強い相関関係があり、これは「平時に患者をどのくらい救えるか」が反映した数字だ。いかに日常的な医療態勢が大切かといえるだろう（2009年7月26日、神戸市での東京慈恵会医科大の浦島充佳准教授の講演による）。

また、今回の新型インフルエンザでは厚労省の方針変更が大きな混乱の要素となった。厚労省は「強毒型」マニュアルに固執し、現在も感染拡大防止についてわかりやすいメッセージが発信できていない。早くから「くすぶり感染」の点と点が線につながれば、夏場でも感染拡大に直結することは多くの専門家が指摘していたにもかかわらず、だ。

身近な医師への期待

現場の医師こそ、こういった非常時に適切なアドバイスを送れるのではないか。

第一、国内で2千万人以上が感染すると試算される現在、「感染させない」、「感染を防ぐ」具体的手だて（咳エチケットや手指の消毒などの有効性）を多くの人たちに伝えることが急務だ。「感染しているが軽症の人たちが、できるだけハイリスクグループに感染させないこと」が課題になるからだ。

第二、「コンビニ受診」など近年の安易な受診などの問題点を市民に指摘し、適切な受診方法を指導できるのは地域の医師だ。感染拡大で、現在の沖縄県のように診察が長時間待ちになれば医師も疲弊し、他の重い疾病の患者にも影響を及ぼす。現在のような感染症の流行時をとらえ、限られた社会保障費や医療資源をうまく配分できるよう啓発活動を進めるのは意義があると

思われる。

結語

ごく当たり前の結論が導かれる。医師会の役割は、関係者の努力で築かれてきた国民皆保険、フリーアクセスといった特徴を持つわが国の医療システムが、今後も維持できるよう力を傾注していくことだ。そのためにも、一般市民に制度を維持していくことの大切さをもっと訴えていく必要がある。

市民向け講演会などは、多くの人が敬遠するだろう。ネットを通じた健康知識の普及や一般市民向けの催し、講座などを通じて市民の中に入っていく、医療制度の今後を考える契機を設けていくべきではないか。

【主な参考文献など】

- 1) 井上栄『感染症 広がり方と防ぎ方』(中公新書)
- 2) 濱田篤郎『世界一「病気に狙われている」日本人』(講談社 新書)
- 3) 近藤克則『健康格差社会 何が心と健康を蝕むのか』(医学書院)
- 4) 内務省衛生局編『流行性感冒 「スペイン風邪」大流行の記録』(平凡社東洋文庫)
- 5) 速水融『日本を襲ったスペイン・インフルエンザ』(藤原書店)
- 6) この他、東京慈恵会医科大・浦島充佳准教授と関西学院大・神野直彦教授の講演も参考にさせていただきました。

7. まとめ

渡 邊 能 行

平成 21 年 8 月 30 日（日）に実施された第 45 回衆議院議員総選挙において示された日本国民の意思は、近年進んだ格差社会に対する本質的な是正を求めるものであった。崩れつつある国民皆保険制度を再生させ、進展する医療崩壊をくい止め、国民が安心して受療できる医療制度を再生することが求められている。しかし、900 兆円にも上る国と地方の債務を抱える我が国において財源のことを抜きにして過ぎ去った過去へと単純に回帰することは許されない。ここに、戦後の経済成長を基盤とした国民皆保険制度に基づきながらも崩壊の危機にある現在の我が国の医療と 2007 年時点で 4,566 万人にも及ぶ無医療保険者を生んだ米国¹⁾のような市場原理主義に立脚した医療の狭間で、「医療における第三の道はあるのか」を模索することの必要性が存在している。

1997 年 5 月 2 日から 2007 年 6 月 27 日まで約 10 年間、英国首相を務めたトニー・ブレアの政策が「第三の道」であったことは記憶に新しい。その「第三の道」とは、旧式の社会民主主義と新自由主義という二つの道を克服する道という意味であった²⁾。この英国ブレア政権においても行き過ぎた新自由主義によって制度疲労が認められた National Health Service という国営医療の再建が模索された。すなわち、医療費は 1997 年の 536 億ポンドから 2006 年の 1090 億ポンドと倍増させ、その財源内訳としては政府分が 1997 年の 450 億ポ

ンド（84.0%）から 2006 年の 951 億ポンド（87.3%）まで増加し、民間分は 1997 年の 86 億ポンド（16.0%）から 2006 年の 139 億ポンド（12.7%）となり割合ではむしろ減少した¹⁾。他方で、医療サービス提供のあり方については、2003 年に「結果に基づく支払方式」が導入され、増加する医療ニーズに対する効率化と生産性向上が図られている¹⁾。特に、The National Institute for Clinical Excellence and Commission for Health Improvement（NICE）が設置され、科学的エビデンスに基づく医療の遂行が指導されることになった¹⁾。加えて、最重要政策には教育が位置づけられたこと、そして、平等とは誰をも排除しないことであるという新たな平等の定義が生み出された²⁾。このことも参考にすれば、「医療における第三の道はあるのか」という問いに対しては「ある」という回答が導き出されると考える。

すなわち、「医療費亡国論」³⁾ではなく、「医療立国論」⁴⁾といった狭い範囲にとどまるものでもなく、「社会保障立国論」の中に答えはある。例えば、市場原理主義に立脚した医療として批判に晒される米国においてさえ、医療費全体を抑制する政策はこれまでとられてこなかった¹⁾。もちろん、医療費が膨張することが米国企業の従業員の医療保障コスト高を招き、国際競争力低下につながるという懸念は存在してきた。そんな米国における医療の無保険者の大部分は実は現役労働者世代におけるものであり、65 歳以上の高齢者の 98.1% はメディケアまたはメディケイドという公的保険でカバーされており、高齢者に対するセーフティネットは一定存在している¹⁾。

このような米国において、医療こそは米国経済の成長のエンジンであり、総合的に考えれば医療費増加はマクロ経済にとってプラスと考えられている¹⁾。ただ、このことが高額な医療費を結果としてもたらし、民間保険会社の医療保険への加入の際の負担の多寡に応じたサービスしか提供されない実態と、HMO (Health Maintenance Organization) におけるゲート・キーパーによる受療抑制を常態化せしめるといった米国民にとって厳しい医療環境の原因となっている。米国の近年の医療の動向を見てみると、1980年代から新薬の登場や外来手術の普及、治療技術の進歩によって入院日数が短縮され、医療費収入の減少がもたらされ、病院単独経営では経済的に成り立たなくなったことに対する処方箋として、健康診断、予防、急性期治療、亜急性期治療、リハビリ、介護、在宅ケアに到るまでの地域住民が必要とするすべてのヘルスサービスを包括した Integrated Healthcare Network (IHN) が非営利民間病院を中心に提供されるようになり、現在では公的病院にまで広がってきている¹⁾。このIHNという考え方は前述の英国でも、先進国のカナダやオーストラリアでも広がりを見せており¹⁾、医療だけでなく介護も含まれている。そして、これを基としてさらに障害者福祉等福祉全般まで含めた新たな枠組みを構成すれば、「社会保障立国論」の基礎とすることができると考える。

これらの現状を踏まえた我が国における「医療における第三の道」は以下のように考えられる。

まず、医療をめぐる枠組みとして、国

民の立場から見れば、医療サービスに対する負担と医療サービスの受益という構造の均衡が必要である。国の立場から言えば、医療費の財源と医療サービスの提供費用の均衡が必要である。もちろん、前提として我が国の優れた医療制度である国民皆保険制度は守るべきである。国民皆保険制度は国民の誰をも排除しないという意味で英国のブレア政権が求めた新たな平等の定義²⁾に適った制度であるからである。そのために、国全体の歳入と歳出のバランスをとる中で、地域医療崩壊の根本原因となった医療費抑制政策を排し、必要な医療費財源を獲得し、医療へ投入するべきである。国民の我が国の医療費が高いという間違った認識⁵⁾を正し、国民全体が連帯の新たな哲学⁶⁾を共有する必要がある。高度経済成長の時代であれば、医療費の増大に国として、国民として対応できたが、もはや高度経済成長時代の再来を望めない現状を冷静に認識し、現状の医療を含めた福祉の環境が低福祉・低負担か中福祉・低負担であるかの議論はあるにしても、少なくとも現状の医療レベルを守ろうとすれば、応分の国民負担を求める必要がある。もちろん、中福祉・中負担が良いのか、北欧諸国のような高福祉・高負担が良いのか更なる国民的論議が必要である。この時に忘れてならないのは、国民生活を守るために国民の健康権を確保することに医療の目的があるということである。デフレ不況下で税収の確保が難しく、他の財政支出との競合の中で相対的に財源をどう配分するのかという時に、国民の健康を絶対的な価値として位置づけ、医療への支出を優先するのか、それとも他の財政支出に健康以上の価値を位置

づけるのかということである。国民がお金を使わないのも、老後の生活展望が不安であるからであり、旧社会保険庁の犯した年金不信を払拭する明確で明示的な唱道が国に求められる。そういう意味でも政策立案者でもある政治家に求められる責任はすこぶる大きく、政治の説明責任が求められている。負担の方法についても保険なのか税なのかという論議も存在している。現状が保険とは言いながら、税も投入されている訳であり、国や自治体に依存する性癖の強い国民性を考えると保険という共助システムを残しておくことは国民的連帯の観点から一定必要なのではないかと考える。また、国民的連帯を求めるためには、医師集団のみが医療費増加の恩恵を受けるのではなく、看護師等のコメディカルや事務職を含めた医療に関わる人々全てがその恩恵を受けよう制度設計が肝要である。すなわち、医師だけでなく医師以外の職種の雇用も増えることが必要である。このようにして医療界が安定することは医療を受療する国民の利益に直結することは自明の理である。他方で、現在の医療構造の中での非効率な部分や、そもそも医療として実施されているものの、その遂行に異論が存在しているターミナルケアへの医療費の過度の投入の是正等も必要である。在宅医療の推進が叫ばれてきたが、国民のほとんどの死亡場所が病院である現状からして国民が近親者を看取る場所として病院を好んで選んでいるにしても、ターミナルケアのあるべき姿について医療界は国民との間できちんとした論議をすべきである。

そして、大きな枠組みの中で、崩壊し

つつある地域医療提供体制の再構築が急務であることを鑑み、地域の現場からの再構築を試みる必要がある。地域の現場の個々の事象から、事象間の本質的な結合関係（因果関係）を推論し、結論として一般的原理を導く帰納法的に医療体制を考察していくことが肝要である。これまでの我が国のガバナンスの歴史を振り返ると、国においてトップダウン的に制度構築がなされ、全国津々浦々に普遍化されてきたが、そのようないわば演繹的方法論では異なる地域事情のために不適合を起し、消化不良のため換骨奪胎化され、上手く機能してこなかったのではないかと評価もあり得る。地域から考える医療の道こそが国民的合意を形成することが可能であり、我が国の「医療における第三の道」を拓いていくと考える。この中で、今一番大変な状況にある、いわば崩壊しつつある地域医療提供体制の中核を占める公的病院、特に自治体病院の改革が急務である。これまで、多くの自治体に金太郎飴のごとき総合病院が配置されてきたが、地理的な非都市圏における採算の取りにくい地域医療として、また都市圏や非都市圏といった地理的条件に関わらず非採算分野である小児科や救急等について民間病院ではできないことを補足してきたという点では大きな意味があったと言える。しかし、右肩上がりの経済成長が終わった後も、近隣地域との整合性を考慮しないまま、あまりに無節操に医療供給体制を拡大してきたことは問題がないとは言えない。財政力のない現在の我が国の地方自治体においては、現在設定されている二次医療圏とは別に新しい広域医療圏単位で疾病の発生率や有病率、更には鉄道や道路

という医療へのアクセス性も考慮して、近接した小地域へ重複した医療資源を投入することは避けるという科学に立脚した医療資源の最適配分のガバナンスを行うべきである。このために、地域という単位（広域医療圏単位）の広さと人口規模が医療にとっても至適規模であり、住民の生活とできるだけ一致した生活圏の下に集約化できるように見直すことが必要である。このことは、魅力ある地域づくりの根本的な論議を要求することであり、立ち去り型サボタージュ⁷⁾と呼ばれる過疎地域の自治体病院からの都会の医療機関への医師の異動への本質的な対応ともなるはずである。他方で、すべてのヘルスサービスを包括したIHN¹⁾を実施するために、また、現状の二次医療圏よりも広域化するであろう広域医療圏に対する地域住民不安をなくすためにも、医療提供者はもっと積極的に保健（予防医療）に関わることが可能なようにシステムを変えていく必要がある。もちろん、現在でも地域の医師会レベルでの市町村事業 - 予防接種、健診・検診、介護事業 - への関与もあり、病院における人間ドックも実施されているが、我が国は医療（病院と診療所）と保健（保健所・保健センター等行政）が乖離した制度であると言わざるを得ない。管理的仕事は行政機関に任せるにしても、健診・検診等の予防医療や介護といった個人の一人ひとりの健康管理に関わる仕事は、医療の中で主体的に実施することができるようにシステムが変更されるべきである。その中で、医師は保健師、看護師、栄養士、作業療法士、理学療法士等の専門職と共同して、医療と保健と介護の質の担保を図る中核となるべきである。この

ことは、自治体病院に限らず、民間病院や開業医の診療所においても、同等に位置づけられるべきものであり、この医療と保健と介護の一体化は、IHNの方向性とも一致するものである。

何をおいても、わが国の医療の現状に対する正しい理解を広め、以上の様な新しい方向性について、国民的合意の中で進めることが肝要である。そのためには、診察室や手術場という閉鎖空間で行われている医療について、開示できるものはきちんと開示して、国民の理解が得られるようにしなければならない。医療は、提供者である医師・医療機関と受療者である患者との間で情報の非対称性があり、圧倒的に提供者が豊富で詳細な情報を保有しているのので、受療者がともすれば不利な状況が作られやすいというのは事実である。医療もその中で費用が発生し、その費用負担に保険料や税金だけでなく受療者の直接の支払いも発生するので、近年ではサービス業として位置づけ、「患者様」という言葉が一部の医療機関で使用されている。しかし、これは行き過ぎた市場原理主義に基づく考え方であり、逆にモンスター・ペイシエントの発生を後押しすることの一因となっている。医師は医学という科学を基礎として、あくまでも科学的に、理性的に社会と向き合うべきである。現在の卒前・卒後の医学教育が少ない医学部教員・研修指定病院の指導医によって担われているという非常に貧弱な教育環境を改革し、医師だけでなく医学の境界領域も含めて他分野の教員・指導者も増員し、医学生の時期から80歳代までの医師のライフサイクルに対する長期的・

縦断的・計画的な教育への投資を行い、医師の持てる知識と経験に裏打ちされた技量を有効に活かすようにしていくべきである。他方で、医師個人は自己研鑽と生涯教育を受けることによって患者にとっての最善の医療を提供しなければならない。そして、難しい最新の医学・医療を解り易く説明する説明責任を果たすことができるように努力すると同時に自ら医療の背景にある様々の情報を開示し、医師集団（医育機関・医師会）として医学部以外の識者や医学界以外の第三者の参画を得て科学に基づいた制度設計・医療政策を進め、オープンな論議を経て、国民と共有しながら変革を進めていくことである。そのために、医師が単に病院や診療所の診察室の中で患者に対応するだけでなく、国民と同じ生活者として地域の中で顔の見える人間として、人と人との繋がりの中で信頼に足る確固たる立場を確立することが必要である。科学的な原理・原則をかたくなに守りながらも、平易に優しく語る平成の「赤ひげ」に一人ひとりの医師が、そして集団としての医師会がなっていかなければならない。

以上のように、我が国が目指す負担と受益という枠組みの方向性を明らかにし、地域の現場から、患者・地域住民の思いを科学して、国民の理解を得ながら積み上げるようにして、国民皆保険に基づく予防から診断、治療、リハビリテーション、介護まで、切れ目のない医療を再構築していくことが「医療における第三の道」である。これは、経済不況に陥る前の昭和の時代の古い我が国の医療体制でもなく、市場原理主義に立脚した医療体制でもない、新たな第

三の道である。

【参考文献】

- 1) 松山幸弘 地域医療提供体制改革(IHN化)の国際比較, Economic Review 2009. 1, 26-44.
- 2) アンソニー・ギデンズ著, 佐和隆光訳, 第三の道 効率と公正の新たな同盟, 日本経済新聞社, 1999.
- 3) 吉村仁, 医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方, 社会保険旬報, 1424, 12-14, 1983.
- 4) 大村昭人, 医療立国論, 日刊工業新聞, 2007.
- 5) 西村周三 医療と福祉の経済システム, ちくま新書, 1997.
- 6) ピエール・ロザンヴァロン著, 北垣徹訳, 連帯の新たなる哲学 福祉国家再考, 勁草書房, 2006.
- 7) 小松秀樹, 医療崩壊 「立ち去り型サボタージュ」とは何か 朝日新聞社, 2006.