

民間病院からの提言

医療平成維新 ～待ったなしの医療改革～

医療崩壊の始まり

昨今、夜間の産科、小児科など救急患者の受け入れ拒否、医師看護師不足のための病棟あるいは診療科の閉鎖、救急指定の返上などが新聞、テレビなどに取り上げられるようになった。

これはほんの序の口で、ここ数年のうちに一般救急患者の受け入れ拒否が夜間のみならず、昼間でも起きる可能性がある。医師、看護師は過剰労働に見合う待遇が保障されず、勤労意欲を無くし、開業に走る人が近年著しく増加してきている。

医療、特に病院医療崩壊は現実に起こりつつある。今の医療費では一般病院の経営が成り立たなくなっているからである。

少し前までは病院の経営にはまだ余裕があった。それは薬価差益や検査料金の差益が20%前後あるいはそれ以上あったからで、これが病院の経営資源として役立っていた。しかし、これらの差益は悪であるとして次第に縮小し現在はほとんどないに等しい。一方、それに変わるべき技術料は見合うほど上がっていないどころかここ数年の改定で下げられている。国や一般国民は医療にはまだ余裕があると見ている。

なぜこうなったか、第一に考えられることは、公的病院に不採算医療や高度先進医療の名目で毎年繰り入れられてきた一兆数千億円以上もの繰入金や補助金があったが、それが医療費として使われているにもかかわらず表面に出てこなかったことがある。そのため、外見上は経営が安定しているように見えた。

一般会計からの繰入金は従来から病院の収入とみなされてきた。しかしこれは収入ではなく、実質赤字補填である。とすれば公的病院は毎年1兆円以上の赤字を出していることになる。これを累積赤字と考えれば10年で10兆円を優に超えることになる。しかし逆に考えれば、不採算部門を含めた現在の公的病院の経営にはそれだけの費用が必要であるのに、税金という形で出ていることが問題である。

民間病院は何とか経営をやりくりして公的医療機関の不足を補ってきた。その結果、「いつでも、どこでも、誰でも」の医療を行うことが出来た。国や都道府県の行政当局、また一般国民も安心していられた。今それが崩壊しつつある。

公的病院で行っている高度先進医療は、ごく一部を除き民間病院でも行われているものがほとんどである。民間病院はこの間不採算部門は出来るだけ切り離し、老人施設、在宅部門など、収益部門を中心に経営を行わざるを得なかった。また医師、看護師、その他の職員の数を最小限にし、医療の質を少々犠牲にしてでも病院の運営を行ってきた。これは本来病院のあるべき姿ではない。

急性期病院の経営が成り立たないため、介護施設、介護部門の収入で補わざるを得ない。そのことが急性期病院で働いている医師、看護職員の意欲をなくす最大の原因でもある。

医療の質向上と医学の進歩に逆行する診療報酬

今、医療の質が厳しく問われている。質を向上しようとするほど経営は厳しくなる。一般企業では質を上げればそれは必要コストとして消費者に還元できる。リストラをして人件費を切り詰めることも出来る。医療ではそれが出来ない。

今の医療費では一般病院の経営が成り立たないのは誰もが認めるところである。一部の病院が黒字であるからといってそれでよいというわけにはいかない。無理をしてどこかにしわ寄せがいつているだけである。余裕の無い医療ではしわ寄せは勤務医や他の職員に向かう。

患者は情報の発達に伴い、夜間救急でも専門医の治療を求めるようになってきている。患者の苦情、医療訴訟の増加に耐えられず、医師は病院から去っていく。このためここ数年は開業ラッシュが続くというのが医療人の一般的な見方である。救急患者の入院拒否など結局そのしわ寄せは一般患者に行く。今考えられている小手先の対応ではこの流れは止められないのは明らかである。

医学、医療は進歩している。数十年前の医療と現在のそれとでは格段の差がある。高額で高機能の医療機器、医療材料、高価な医薬品など、さらに ME、遺伝子工学の発達により、そのスピードは加速している。医療費が上がらなければ、医療の進歩を否定するのと同じである。公的病院であれば経営を犠牲にして、繰入金という税金で補填せざるを得ない。民間病院は不採算部門を切り捨てる以外にはない。

行き着くところは結局患者にしわ寄せが行く。一般国民はまだそれを実感していないが、ここ数年のうちに知ることになる。そうなるからでは元に戻るのに 10 年以上はかかるだろう。

昨年日本外科学会総会での門田・阪大教授の発表によれば、現在大学医学部卒業生で、外科を希望する医師が極端に減り、外科系医局に医師が入局しなくなってきており、近い将来若い外科医が病院にいなくなるのも現実味を帯びてきている。

今考えられる対応策と医療改革

〔医療費について〕

考え方を変え、医療を消費と捉えないで、大量の雇用を生み、医療機関の建築、設備を増やし、医薬品、医療機器を増産する立派な産業と考える。

医療産業は、道路や物を大量生産する大規模なオートメーション工場を造るよりも、雇用を増やすのに、はるかに有効であり、環境にもやさしい 21 世紀型の産業ともいえる。

医療費を先進国並みに GDP の 10%程度にする必要がある。年次計画で段階的にでもこれを実現するには国民の理解と、国を挙げての取り組みがなければできないことである。選挙の際の最大の論争にすべきであろう。それに要する費用はタバコ税の値上げ、消費税などを当てる。他の財源を削って医療費に当てることはおそらくは不可能であろう。

タバコが肺がんや閉塞性気管支炎、動脈硬化から狭心症、心筋梗塞を引き起こす原因となり、健康に悪影響を及ぼすことは医学的にも明らかで、喫煙を減らすのには税金を上げるのが最も効果的であることが欧米先進国で証明されている。

〔病院機能評価について〕

しかし、病院が現状のまま医療費を上げるとすれば国民は納得しないであろう。病院の質を向上させるために期限を切って、保険診療を行うすべての病院に病院機能評価の受審を義務付けるべきである。受審しない病院は保険指定を受けられないようにする。また病院の質を一定のレベルに確保するためには、国民が利益を受けるのであるから、公的、民間を問わず国の補助制度を設けることも考える必要があるだろう。

〔診療報酬による専門医の評価〕

資本主義の国で、医療費のすべてをはしの上げ下ろしまで国が決めるのは不可能である。欧米先進国では、ある程度一定の範囲で、自由に診療費を請求できるようになっている。

今の診療報酬には患者の命の値段が入っていない。医師は常に患者の命をあずかっており、特に麻酔科や外科系の医師は常にそれと向き合い、訴訟の危機にも直面している。それにふさわしいコストが支払われていない。

医療崩壊を防ぐ最も効果的な方法は、専門医制度を早急に確立し、診療報酬によるその評価を急がねばならない。十分な技術を身につけた専門医を優遇する必要がある。生活が安定すれば開業医志向はなくなる。世界に通用する家庭専門医の創設も急ぐ必要がある。そのためには2年の臨床研修医制度を終えた後、3年程度総合内科、あるいは家庭医(総合内科医)としてのレジデント研修を行う。その後、家庭医専門医として開業を許可する。

そのようにしてはじめて世間一般に信頼される開業医となれる。米国等先進国の家庭医を見習う必要がある。

〔病院経営について〕

病院の経営には余裕が必要であり、それには一定の範囲で自由に請求できる部分が必要である。例えば、個室料や手術室使用料、感染症対策費などである。

専門医師の医療費の請求は一定の枠で別に保険請求できるように考える。ドクターフィーとホスピタルフィーの分離なども考慮する必要がある。薬価などは適切な管理のためにも15%程度の一定の利益幅が必要である。

〔公的病院について〕

公的病院の会計を厳密にし、繰入金や補助金は本当に不採算医療のみに限定する。高度先進医療は毎年見直しを行う。医師、看護師の教育のための予算は別に考えるべきだ。

多額の税金を投入している公的病院はベッド数の縮小を考える必要がある。または統廃合などにより数を減らす。2割ベッドを減らすことが出来ればその分、医師、看護師に余裕が出来るし、僻地などへも医師派遣が出来る。この程度の縮小分は民間病院で十分カバーできると考えられる。

〔公的病院、民間病院の格差について〕

これまで述べてきたとおり多額の税金を投入されている病院と、それのない民間病院が同じ診療報酬制度の下で規制されているのは、まともな病院の経営はできない。税金を払っている民間病院は、ある程度自由に収入が入る仕組みが必要である。

〔診療所の適正配置について〕

病院ならびに医師の適正配置を行うべきである。2次医療圏ではなくもっと狭い範囲で行う(人口1万人から5万人位、あるいは半径1キロから2キロ圏内)。そうすることによ

り過疎地の医師不足、病院不足の解消にもつながる。国民の利益のためには、ある程度私権の制限はやむを得ない。地域医療審議会のあり方も考え直す必要がある。

〔医師の定年制について〕

医師の定年制も考えなければならない。個人差があるとは思いますが、80歳を過ぎても医師を続ける必要があるであろうか。一定の講習を受けて、5年に一回程度の免許更新制度を取り入れてもよいのではないであろうか。こうすれば患者の信頼も厚くなる。米国では何十年も前から医師免許の更新（現在は3年毎）が行われている。

〔大学改革〕

大学付属病院は大学医学部と切り離して運営される必要があろう。これが一体であるための弊害は誰もが感じている。病院は病院長および診療科部長により運営され、大学教授は必ずしも兼任する必要はない。大学教授も5年程で改選または見直しを行うことも考えてよい。

大学院は真に研究を志す人のみを入れ、研究費、または給与を十分に与えて研究に従事させるべきではないか。アルバイトをしなければ生活できないようであれば、立派な研究が出来るはずはない。米国の医学部教授は年収が1億円以上ある。

〔外国人医師、看護師などの雇用〕

医師不足、看護師不足はこれからますます厳しくなる。高齢化と少子化に伴い介護職を含めた人手不足はますます深刻な事態となる。現場の感覚からいうと、これからは医師、看護師、さらに介護職も含めて、外国人の雇用が不可欠になるだろう。

米国あるいはヨーロッパの国がしているように一定の枠内で外国の医師、看護師の免許を持っている人はそのまま、あるいは簡単な外国人向けの試験のみで雇用することを考えなくてはならない。臨床に関しては、言葉の壁を除けばある意味で日本人よりも外国人のほうが優れていると考える人も多いのではないか。戦後、米国では医師不足、看護師不足を補うために、多くの外国の医師、看護師を受け入れた。私も受け入れられた医師の一人であった。

今の計画では外国人の看護師が日本で働くことはほとんどできない。このままで医療崩壊が進めば、40年前の大学紛争の二の舞になる。それだけは絶対に避けなければならない。そのためには医師会、公的、民間を問わずすべての病院団体（医師、看護職員を含む全病院職員）が一致団結して国ならびに国民の理解を得るために働きかけなければならない。

〔参考資料〕

- ① 吉田静雄 「世界に輸出できる医療制度」 社会保険旬報 2000. 8. 1
- ② 〃 「専門医 地位確立し手厚い報酬を」 朝日新聞 2004. 8. 13
- ③ 〃 「日本医療の現実と進むべき方向」 社会保険旬報 2005. 9. 21
- ④ 〃 「医療制度の崩壊を防ぐ抜本対策を」 社会保険旬報 2006. 11. 21
- ⑤ 〃 「医療系教育サミット～“医療”の現場のこれからと人材育成」 毎日新聞
2006. 11. 30

- ⑥ 小山田恵 「(特集) 自治体病院におけるコスト管理の問題点」
病院 2003. 8月号 (Vol.62 No.8) 647頁
- ⑦ 小山田恵、佐々英達、富岡悟、河北博文「(特集) 医療における公正な競争とはどうあるべきか」 病院 2004. 2月号 (Vol.63 No.2) 110頁
- ⑧ 鈴木 厚 「日本の医療に未来はあるか～間違いだらけの医療制度改革～」
ちくま新書 2003. 4. 10
- ⑨ 近藤克則 「医療費抑制の時代」を越えて～イギリスの医療・福祉改革～
医学書院 2004. 5月
- ⑩ 中野次郎 「患者漂流～もうあなたは病気になれない～」祥伝社 2007. 5. 5
- ⑪ 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. 5. 30
- ⑫ NEWS 「公立病院改革の行方～改革ガイドラインの内容とその影響～」
日本医事新報 2008. 1. 19
- ⑬ 門田守人 「日本の外科医療の将来」 朝日新聞2007. 7. 7
- ⑭ 社団法人全日本病院協会 病院あり方委員会 委員長 徳田禎久
「日本の医療・介護を考える～(社)全日本病院協会の取り組み～」2008. 3

医療法人中央会 尼崎中央病院 理事長 吉田静雄
全日本病院協会 監事