

医療改革の方向性

広井 良典

千葉大学法経学部教授

あらためて言うまでもなく、医療をめぐる課題が山積している。医療の問題は、一方において社会保障あるいは生活保障のもっとも重要な一翼を担うものであり、したがって社会保障政策や福祉国家のあり方をめぐる議論と一体のものとして論じられる必要がある。同時に、年金などの所得保障と異なり、医療という領域は同時にサービスないし技術の体系でもあり、そうした「ケア」の望ましいあり方という視点が不可欠となる。加えて、医療をめぐる議論にある種の「わかりにくさ」が常につきまとうのは、たとえば介護など「福祉」の分野などに比べて、特に日本の場合、医療の分野がある種の“密室性”ないし不透明性を帯びており——筆者はこれを「ブラックボックスとしての医療」と呼んでおり、そこからの脱却が日本における大きな課題と考えている——、一般の市民が医療の中身について公共的な議論を行いにくい土壌が存在してきたことがある。

ひろい よしのり

1961年生まれ。東京大学教養学部（科学史・科学哲学専攻）、同大学院総合文化研究科（関連社会科学専攻）修士課程修了。1986年～1996年厚生省勤務。1996年より千葉大学法経学部助教授、2003年現職。専攻は社会保障・医療・環境分野を中心とする公共政策。著書に『生命の政治学：福祉国家・エコロジー・生命倫理』（岩波書店）、『定常型社会』（同）、『ケア学』（医学書院）、『死生観を問わない』（筑摩書房）など。

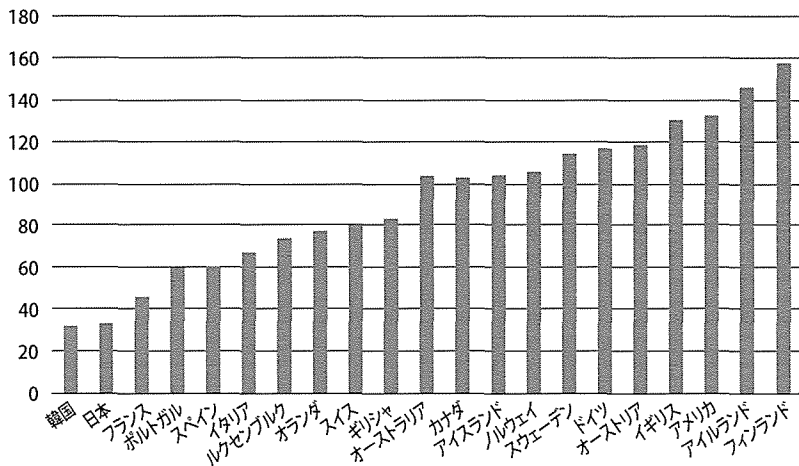
こうした問題意識を踏まえて、ここでは社会保障全体との関わりや、医療技術・ケアと「現代の病い」といった大きな視点を含め、これからの医療政策のあり方について議論してみたい。

日本の医療システムの評価とこれから

議論の基本的な前提として、日本の医療ないし医療システムの国際的な評価という点を確認しておこう。意外に思われるかもしれないが、日本の医療の全般的なパフォーマンスについては、「低い医療費で高い健康水準や健康寿命を達成している」という評価が一般的である。例えばWHO（世界保健機構）が2000年にまとめた報告書（*World Health Report 2000*）では、日本は「健康寿命」において世界1位にランキングされており、他方、医療費は先進諸国の中でイギリスと並んでもっとも低い水準にある。

ただし、これには早速二つの留保が必要である。第一に、日本人の健康寿命の長さについては、医療システム自体の成果というよりも、実は「医療システム外の要因」（食生活など生活習慣による有病率の低さ、犯罪率の低さなど）が相当大きく関与しているという点がある。実際、たとえば図1に見られるように日本において循環器系の疾病の死亡率が低いのは、食生活の影響が大きいと考えられるし、同様に肥満率について見ると、OECD諸国の中でアメリカは際立って1位であり（成人の肥満率31%）、日本は最下位（同3%）

図1 虚血性心疾患の死亡率の国際比較（10万人当たり）



(注) 2001年データ。
(出所) OECD Health Data 2005

である。第二に、こうしたマクロ的なパフォーマンスとは別に、医療の質、安全性、患者の権利などいわばミクロレベルで多くの課題を残しているという点である。たとえば上記WHOの評価でも、医療システムの「反応性」は6位、「医療システムの全般的パフォーマンス」は10位と若干順位を下げている。

これに対し、医療政策の議論でしばしば引き合いに出されるアメリカについてみると、医療費の水準は先進諸国の中で群を抜いて高く（GDP比で15.3%（2004）と日本（8.0%）の2倍弱）、また医療システムの反応性は1位である一方、健康寿命は世界24位、医療システムの全般的パフォーマンスは37位と大きく順位を落としている。日本とはある意味で対照的な姿を示しており、ここから示唆されるのは、医療という分野においては様々な「社会的要因」（生活や労働のあり方、経済格差、保険制度など）が大きな意味をもつことである。アメリカの医療については、最近マイケル・ムーアの映画「シッコ」でも話題になり、また筆者も3年ほどボストンに滞在する中で身近に経験したが、いわばピン・ポイントの医療技術あるいは医学・生命科学的研究という面では多くの成果があるものの、

少なくとも「アクセスの平等」という観点から見る限り惨状という他はなく、また強い「バイオメディカル信仰」ともいべきあり方とも併せて、反面教師的な面が大きいと考える（広井（2003）参照）。

いずれにしても、以上のような認識を踏まえ、日本での今後の医療政策において特に重要と筆者が考えるのは以下の点であり、これらについて考えてみたい。

- ①医療政策決定プロセスへの患者・市民参加
- ②医療費の配分の見直し
- ③社会保障全体のあり方と医療
- ④ケアとしての医療の充実
- ⑤医療技術政策の確立

医療政策決定プロセスへの患者・市民参加

まず①について見てみよう。これまでの日本の医療政策は、ほぼ完全に「医療提供者」あるいは「供給サイド」の視点を中心に展開されてきた。より正確には日本の場合、医療提供者といっても実質的には圧倒的に開業医主体のものだった（日本医師会は実質的に開業医の利益を代表する組織としての性格を強くも

つ)。こうした医療政策の「決定プロセス」それ自体を大きく見直していくべき時期に来ている。

一例として「医療費の配分をめぐる政策決定」が挙げられる。33.1兆円（2005年度）という医療費の規模は、たとえば農業生産額（約9兆円）や国の公共事業予算（約7兆円）等を大きく凌ぐものであるが、この配分決定が中医協（中央社会保険医療協議会）という、昭和30年代に定められたメンバー構成の場において行われているという姿は、近年の汚職事件に言及するまでもなく、時代の要請と合わなくなっている。

ちなみに「政策決定プロセスへの市民参加」というテーマは近年様々な分野で論じられまた実行されているが、たとえば環境政策やまちづくり等の分野に比べ、医療分野は「専門性ないし専門家の知見」ということが重視される度合いが強かったため、こうした対応はなお大きく遅れており、今後の大きな課題であると考えられる。

こうした点に関し、たとえばスウェーデンは、90年代半ばに医療費の配分のあり方に関する「プライオリティ委員会」というものを議会に設け、医療関係者のみならず国民全体を広く巻き込む形での検討を行い報告書をまとめた（広井（2003）参照）。日本でも医療費の配分決定プロセスに関する根本的な見直しが必要であり、中医協においても近年はじめて患者代表として勝村久司氏（医療情報の公開・開示を求める市民の会世話人）が加わるなど改善の兆しが見られるが、なお問題が山積している。基本的には開業医以外の医療提供者（病院ないし勤務医、看護職、その他の医療職種）とともに、患者や市民の意見が医療費の配分その他の政策決定プロセスに反映されていく仕組みを緊急に作っていくことが大きな課題である。また行政レベルでも、たとえば厚生労働省その他のレベルで、「医療消費者課」といった、市民、患者団体等からの「ニーズ」の吸い上げや政策へのフィードバックを主務務とするセクションを設けることがなされるべきである。

なお、以前から日本においても患者会の活動が活発になっており、筆者も大学で患者会等と大学の連

携の試みをささやかながら行ってきたが（千葉大学の福祉環境交流センター）、最近はその第二段階ともいべき新たな状況が生まれており、「日本患者会情報センター」が発足するなど、患者会のネットワーク化や政策提言に向けた展開がなされつつある。

「現代の病い」と医療技術のゆくえ

ところで、ここで確認しておきたいのが、そもそもなぜ医療政策の決定プロセスにおいて患者ないし市民の視点が重要なのか、という基本テーマである。

大きな視座からの議論となるが、現在の医学（近代医学）は、遡れば17世紀に西欧で起こった「科学革命」に起源を有するものであり、そのパラダイムの中心にあるのは、19世紀に成立した「特定病因論」という考え方である。これは「一つの病気には一つの原因物質が対応しており、その原因物質を発見ないし同定し、それを除去すれば病気は治療される」という考えだ。基本的に身体内部の物理・化学的關係によって病気のメカニズムが説明されると考えること、また「原因物質→病気」という単線的な因果関係が想定されていることに特徴がある。こうした特定病因論の考え方が、感染症や外傷等の治療に絶大ともいえる効果を上げてきたことは確かな事実である。

ところが現在はどうか。「現代の病い」という表現があるが、慢性疾患等への疾病構造の変化の中で、こうした「特定病因論」のみでは解決が困難な病気がむしろ一般的になっている。すなわち、病いは身体内部の要因のみならず、ストレスなど心理的要因、労働時間や社会との関わりなど社会的要因、自然との関わりを含む環境的要因など、無数ともいえる要因が複雑に絡み合った帰結としての心身の状態として、生じているのである。

病いについてのこうした理解から、いくつかの認識が帰結する。第一は、病気の診断や治療というものが、いかに「不確実」なものであるかという点であり、近年盛んな「セカンド・オピニオン」などもこうした文脈の中に位置づけられるべきである。第二は、上

表 モード1・サイエンスとモード2・サイエンスの比較

	モード1・サイエンス (これまでの科学のあり方)	モード2・サイエンス (これからの科学のあり方)
知識の創造	個々の学問分野の中で	個別の学問分野を超えた社会的文脈の中で
問題の設定と解決	特定の科学者コミュニティにおいて	市民、NPO、産業界、政府などが広く参加
品質管理の方法	科学者内部	社会的な説明責任
研究組織	階層的	非階層的

記の「特定病因論＝医療モデル」に限らない、医療における様々な「ケア・モデル」の融合の必要性である（広井（2005）参照）。第三は、医療や病気に関する「専門家」ないし「科学者」が“正しい知識”をもっているという理解の修正であり、この点が「医療政策への患者・市民参加」を根拠づける論理のひとつとなる。

ちなみに、こうしたテーマに関し、イギリスの科学論の研究者マイケル・ギボンズらが展開している「モード1・サイエンス」から「モード2・サイエンス」へという議論が示唆的である（表参照）。もしも医療という領域が、医師など「専門家」や科学者のみによって律せられる分野だとすれば、患者ないし市民参加という要請は周辺的なものにとどまるだろう。しかし上述のように、「現代の病い」への対応はそうした次元にとどまらない広がりをもっている。他の科学分野と同様、「社会的文脈（social contexts）」での位置づけということが医療においてきわめて重要となっているのである。

医療費の配分構造の見直し

次に②医療費の配分の見直しについて。

“医療崩壊”といった話題を含め、日本の医療のあり方を大きく左右する問題でありながら、その不透明さもあって、これまで十分に議論されてこなかった

テーマがある。それがこの「医療費の配分」問題であり、とりわけ「病院—診療所の医療費の配分」である。

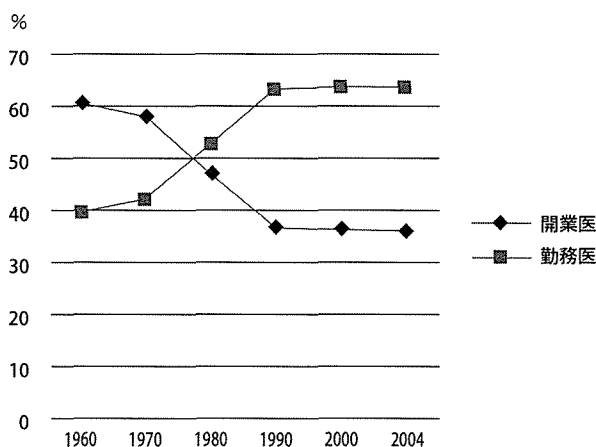
基本的なことから確認すると、現在の日本の診療報酬（保険点数）は1958年に概ね原型ができたものだが、当時は医療機関の大多数は診療所（開業医）だったこともあり、基本的に診療所をモデルにした点数体系が作られた。その後、現在に至るまで改定を重ねてきているものの、日本の診療報酬は以下のような「構造的」ともいえる問題点を有している。すなわち、

- i) 「病院、とりわけ入院部門」の評価が薄い
- ii) 「高次医療」への評価が薄い
- iii) 「チーム医療」の評価という視点が弱い（この中には後述の「患者に対する心理的・社会的サポート」も含まれる）
- iv) 「医療の質」の評価という視点が弱い

という諸点である。全体として、診療所には潤沢な医療費が配分される半面、病院（特に一定以上の規模の病院）に対する医療費の配分はきわめて不十分なものだった。

ここで医師の構成割合を見ると、2004年において開業医36%に対し勤務医が64%となっており、病院勤務医のほうが大多数を占めている（以前はこの割合は逆で図2に示されているように、勤務医数が開業医数を上回ったのは1970年代後半である）。ではなぜ、勤

図2 開業医と勤務医の割合の推移



務医のほうが多数であるにもかかわらず、診療所（開業医）への医療費が優先されてきたのだろうか。これについて、私は以前の拙著（広井〈1994〉）の中で「1医療機関1票」説」という考えを若干の揶揄を含めて示した。すなわち、医師数では勤務医が多数であるものの、医療機関あるいは「病院経営」に携わる医師数では圧倒的に診療所（開業医）が多いので——具体的には、病院数約9000に対し診療所は10万弱（97,442）〔2005年〕——、「声」としてはそちらがずっと大になるという理解である。

しかしながら、このことは言い換えれば、「病院（あるいは入院医療や高次医療、チーム医療など）のニーズや声が十分政策プロセスに反映されにくい構造がある」こと、より一般的には「医療の現実と医療費の分配に大きなズレがある」ということを意味している。こうした点を根本的に是正していくことが必要である。

いずれにしても、このように「病院—診療所」の配分問題は、日本医療の構造的な課題として皆保険体制の成立（1961年）以来存在していたものだが、そうした矛盾が限界を越え、様々な形で噴出しているのが現在の病院をめぐる諸問題なのである。

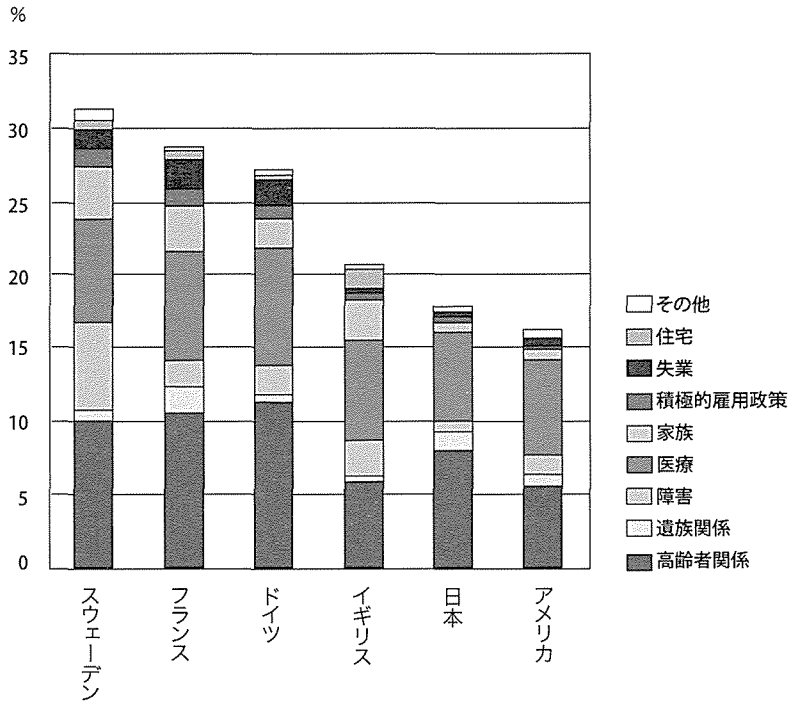
さらに、この問題に関して避けて通れないのが医師の所得水準の問題である。その理由の一つは、医療分野の大きな特徴は人件費比率が他分野に比べて

大きいことであり、医療費問題のかかなりの部分は実は所得水準の問題であるからだ。これについては、開業医の年収約2500万円、勤務医のそれが約1400万円といったことが（その算定のあり方も含めて）以前よりも議論されるようになったが（医療経済実態調査等）、こうした水準の妥当性も併せて正面から議論される必要がある。

そもそも診療報酬には「医療技術の相対評価」と「医療従事者の所得保障」という二つの側面があり、診療所については、そのプライマリケア（一次診療ないし基本的診療）機能から考えてむしろ後者の側面（所得保障）を主体に考えるべきであり、イギリスの人頭払い制はもちろん、ドイツなどでも開業医については（出来高払いではなく）総枠規制とセットになった総額請負制がとられているのを参考にすべきである。

同時に、「診療所から病院への配分シフト」を大胆に進め、病院については全体的な底上げを行うこととともに、心理的サポートを含め「ケア的医療」への厚い配分や高度技術の評価を積極的に進めるべきことを強く提案したい。そして、先ほどスウェーデンの例を述べたが、日本もそうした大きな枠組みで、医療費の配分のあり方についての透明性の高い、公共的な議論を開始すべき時にきている。

図3 社会保障給付費の国際比較（対GDP比、%、2003年）OECDデータ



社会保障全体の改革ビジョンと医療

一方、これからの医療を考えていくにあたっては、社会保障の全体のあり方をどう考え、その中で医療をどう位置づけていくかという点を避けては通れない。それが③の「社会保障全体のあり方と医療」というテーマである。

議論の前提として確認すると、日本の社会保障を国際的に見ると二つの大きな特徴が浮かび上がる。第一は、日本の社会保障の規模が、先進諸国の中でアメリカと並んでもっとも低いという点であり、第二は、社会保障のうち「年金」の占める比重が大きく、「福祉」の割合が小さいことである（図3参照）。

しばらく前まで日本がこうした低い社会保障給付で何とか「やってこれた」のは、第一にしばしば論じられてきたように「カイシャ」や家族が“見えない社会保障”としての機能を果たしてきたこと、第二に公共事業を含めた「生産部門における再分配」システ

ム（農業補助金による都市－農村の再分配、地方交付税交付金による中央－地方の再分配、中小企業補助金等による産業部門間の再分配等）が存在していたからである。こうした条件が失われている現在、社会保障の役割、とりわけその再分配機能が重要となっている。

ではどのような社会保障の姿が望ましいといえるのか。まず制度の現象面にそくして述べれば、筆者はこれからの社会保障は基本的に「医療・福祉重点型の社会保障」ともいうべき方向が妥当と考える。

なぜ「医療・福祉重点型」か。簡潔に言えば、まず医療や福祉の分野は、それが人間のもっともベーシックなニーズに関わるものであるという点に加えて、リスクの予測が困難でかつその個人差が相当大きい。こうした分野については、公的な保障をしっかりと行うことが求められる（経済学的な言い方をすれば、第一に基礎的なニーズに応ずる部分については所得再分配という観点から公的な対応が必要であり、第二に医療や福祉の分野（特に前者）は情報の非対称性から「市場の失敗」が起こりやすく、それを防ぐために公的な対応が求めら

れる)。

これに対し、年金とは基本的に老後の生活費の保障であり、だとすれば、公的な年金制度は「基礎的な生活保障を平等に」という点に主眼を置くべきではないか。現在の年金制度は、一方で月30万円に及ぶような年金を受け取っている人々が相当数存在しているかと思うと、3～4万円(かそれ以下)の国民年金しか受給していないような層が存在する。公的年金は所得再分配機能を中心とするものに再編されるべきであり、具体的には、現在よりも厚めの基礎年金を税によって平等に保障していくべきものと筆者は考える。

医療について見ると、高齢期その他での入院や介護に伴う様々な負担には甚大なものがあり、かつ国保の空洞化に象徴されるように基本的なセーフティネット機能もきわめて弱くなっている。3割(現役世代)の患者自己負担に様々な保険外負担(差額ベッド代等)やお世話料等の負担が加わり、さらに「混合診療」の拡大を進める動きがある。

実際、医療費全体に占める患者自己負担の割合は、単純な比較は難しいものの、日本17.3%(2003)、アメリカ13.2%(04)、ドイツ10.4%(03)、フランス7.6%(04)(OECDデータ)となっており、日本の患者自己負担割合は先進諸国の中でもっとも高い水準の部類となっている。加えて“差額ベッド代”(病室の自己負担料金)をとっている病床は全体の15%を超え、また老人病院などでは依然として不明瞭な費用を請求される場合が多く、公式の統計で把握されていない部分も実は大きい。

混合診療の拡大に関しては次の点で問題が大きく、筆者はこの拡大に強く反対する。効率性の面からは、いわゆる医療における情報の非対称性や、現実のレベルでの患者と医療機関の間の力関係を考えると、恣意的な“追加徴収”が一般的となり、アメリカがそうであるように医療費の限りなく高騰が生じていくだろう。より重要なのは公平性の面であり、混合診療的なサービスを求めるのは中所得層以上に多いと考えられるため、所得による医療サービス内容の階

層化が進む(しかもそれが部分的には社会保険における中所得層以下の負担の活用によって)という非常に矛盾した構造が生まれる。対応すべき方向は、混合診療による「私費医療の拡大」ではなく、むしろ積極的に医療技術の公的医療保険への導入を図っていくことである。一部に誤解があるようだが、医療費33兆円のうち公的医療保険でカバーされていない技術は数百億円以下の規模であり、むしろこうした部分を公的医療保険の中に取り入れていくのが筋であって、一部に私費負担があるからといって混合診療を認めれば、あたかも堤防が決壊するかのように際限なく私費医療の領域が広がり、医療の市場化が進んでいくことになる。

ケアとしての医療の充実

——「労働と健康」という視点を含めて

ところで、先に「現代の病」と医療技術との関係について述べたが、現在の日本の医療においてもっともそうしたギャップがもっとも大きい領域が「ケアとしての医療」といえるかもしれない。これが④の「ケアとしての医療の充実」という課題である。

筆者は2001年に、医療消費者団体のCOMLの会員の方を対象に「患者に対する心理的・社会的サポート」に関するアンケート調査を行った(回答数515)。そこでは、現在の日本の病院における「患者に対する心理的・社会的サポート」について、58%が「きわめて不十分」、38%が「あまり十分でない」との回答が寄せられた。また具体的には、「患者の心理的な不安などに対するサポート」(79%)、「医師などへの要望や苦情を間に立って聞いてくれる者の存在」(63%)、「家族に対するサポート」(47%)への要望が大きく見られた。そして、そうしたサービスについての保険点数(診療報酬)上の評価がもっとも必要という回答が8割弱を占めた。

慢性疾患中心の時代になっている中で、心理面を含め医療の「ケア」的側面の重要性はますます大きくなっているが、現在の日本の医療システムはなお

「急性疾患モデル」が支配的であるように見える。また、心理面でのサポートなどは疾病の治癒とは無関係な“周辺の”サービスにすぎないと考えている医療従事者も多い。これらは前に指摘した「特定病因論」的な考えの枠組みに依拠したものであり、「現代の病い」についての基本的な認識の転換が求められている。病気の社会的要因（ストレス、労働など労働のあり方など）や環境的要因（コミュニティや自然環境からの疎外など）への注目が重要であるとともに、社会の高齢化・成熟化の中で、ターミナル（終末期）ケアを含め、スピリチュアリティや死生観といった次元に関するケアも比重を増している。

筆者は、現在の日本における“最大の健康阻害要因”をもし挙げるとすれば、それは（おそらく喫煙などよりも）極端に長い労働時間や過労死に代表されるような「労働」のあり方であると考えている。こうした意味で「労働と健康（ないし医療）」という視点あるいはテーマは新たな形で非常に重要になっていくと思われる。

同時にこうした「ケア的医療の充実」に向けた政策やシステム整備が重要となる。アメリカやドイツの公的医療保険ではこうした心理的・社会的サポートが独立して評価されており、診療報酬上の評価やスタッフ配置、医療費の配分のあり方といった点を含め今後対応を進めていく必要がある。

医療技術政策の確立

最後に⑤医療技術政策の確立に関しては、日本において大きく不足している医療技術や医学・生命科学に関する政策の強化ということが一方にある。と同時に、これも大幅に遅れている医療の情報化と、それと一体のものとして医療の透明化や標準化を進め、冒頭にふれた「ブラックボックスとしての医療」からの脱却を図ることや、保険者機能の強化等を通じて「選択と競争」メカニズムを導入していくことが含まれる。

今後は、医療という領域を他と切り離して考えるのではなく、病気そのものの成り立ちの背景（コミュニティのあり方、食生活、労働時間、経済格差、環境との関わり等々）に関しても、科学ないし専門知のあり方という点においても、また医療費の配分や社会保障のあり方等といった次元でも、医療を社会的文脈の中でとらえ対応を行っていく必要性が大きくなっている。医療についての公共政策が強く求められているのである。■

《参考文献》

- 近藤克則(2005)『健康格差社会』、医学書院。
- 『病院』「医療政策の決定プロセス」(2005年12月号)、医学書院。
- 広井良典(1992)『アメリカの医療政策と日本』、勁草書房。
- 同(1994)『医療の経済学』、日本経済新聞社。
- 同(2003)『生命の政治学——福祉国家・エコロジー・生命倫理』、岩波書店。
- 同(2005)『ケアのゆくえ 科学のゆくえ』、岩波書店。
- 同(2006)『持続可能な福祉社会——「もうひとつの日本」の構想』、ちくま新書。

現在の医療制度の中でもできること

— 「看取り病室」などの経験から —

森 俊介

国立病院機構・長崎病院院長

1 はじめに

国立病院機構・長崎病院（旧国立療養所長崎病院）はそれぞれの時代に、結核・呼吸器、重症心身障害児医療（以後は重心と略記）、地域リハビリテーションの面で長崎県あるいは日本のオピニオンリーダーとして輝いて来た歴史がある。地元にあつて、その眩いばかりの歴史を知っている者として、一時代を築き上げてきた先生方に敬意を表するものである。

しかし、結核が下火になり、「地域リハ」の浜村明德先生が他院に移られた以後は、リハビリテーション医学のすさまじい進歩に追いつくことができず、超・急性期リハ、回復期リハの基準をクリアできないまま、また将来の方向性を見出せないままに時間が過ぎてしまった。全国でも医療過密地域として知られている長崎医療圏の中で、重心病棟以外に「目玉商品」の無い旧国立療養所が、一般医療の分野で、並み居る病院群と対等に競って、生き延びてゆくことは至難の技であつたに違いない。平成16年4月の独立行政法人化に伴い、当然、統廃合の対象病院となった。

そのような折、平成15年の12月暮れの押し迫った時期に、長崎大学医学部長から私に、「国立療養所・長崎病院再建」の妙案がないか、との相談があつた。

2 私の経歴

当時、私は長崎ウェスレヤン大学において、「疾病や障害の発生頻度に応じた地域医療計画」というテーマで長崎県央地区の地域医療・保健・福祉計画などの策定に当たっていた。もともと公衆衛生出身で、約8年間基礎の教室で同様のテーマで研究していたが、実際に自分が立てたプランに従い「地域を動かしてみたい」との思いに駆られて、再度整形外科教室に入局して臨床を学んだ。その後、長崎県離島医療圏組合・対馬厳原病院（現対馬いづはら病院）の初代保健活動部長、同時に島（当時の人口48,000人）のただ一人の整形外科医として臨床に携わりつつ、①住民検診と病院診療の連携システム、②住民の健康教育システム、③公民館を利用したの老人・障害者デイ・ケアシステムの構築、等を進めることができた。

さらに昭和62年から平成14年3月までは、長崎県内の国保琴海町立病院（61床）の院長として、「安心して死ぬ町づくり」の指揮を取らせていただいた。琴海町立病院の在職期間は、町長との約束の10年を大幅に超え15年に及んだが、病院は自治大臣賞・最優秀賞、町は毎日新聞大賞・自治体最優秀賞などを獲得することができた。住民が望むものは、「安心して暮らし、その延長線上で、安心して死んでゆくことのできるシステム」であると思っている。人

口わずか1万2千人の町でも、大学病院など高度医療・急性期医療のできる大病院と電話1本で連携している町立の病院があり、養護老人ホーム、特別養護老人ホーム、グループホーム（痴呆・精神）、デイサービスセンター（3箇所、サテライト2箇所）、給食センター、夜間対応のヘルパー派遣、訪問看護・往診、等が全て町営で揃っていれば、「たとえ、1人暮らしであっても、障害があっても、癌の末期であっても、本人の望むところで最期まで生活することができる」ということを実証できたと自負している。

町立病院の移転新築を済ませた後、2年間病院の運営状況を見て、55歳の時に病院長を辞した。

病院を辞めた理由はここでは詳しくは述べないが、一言で言えば、現在日本が進もうとしている医療あるいは福祉の方向性に疑問を持ったからである。

介護保険を利用しないで済む老人下宿、障害者が健常者と共に生活できる「コレクティブハウス」の建設、癌のターミナルを病院ではなく地域で看取る「看取りの家」の建設などを夢見て、長崎県諫早市にある長崎ウェスレヤン大学福祉コミュニティー学科の立ち上げに参画し、近隣の自治体の依頼を受けながら、様々な実験（障害者専用住宅20%を併設した町営アパートの建設、養護老人ホームのグループホーム化など）を行っていた矢先に、長崎大学医学部長からの相談を受けたのである。

3 長崎病院再提案

医学部長に対しては、「住民から必要とされない病院は閉鎖になっても仕方がないと思う。しかし、重心病棟は国策としてやらなければならない事業である以上、どうしても存続させる必要がある。その場合、経営の安定と言う発想から脱却して、長崎の医療関係者及び住民から、なくてはならない病院と認識していただければ、存続の意義は十分にあり、経営的にも成り立つはずだ。そのような病院の構想を考えた方が近道である」とお答えした。もちろん、現在の医療制度の中で病院を経営する以上赤字運営は許され

ない。しかし、地域住民、地域の医療機関から存在価値が認められれば、黒字は出せなくても「トントン」の経営はできると信じている。そこで、提出したのが長崎病院再建の森私案である。骨子は以下の通りである。

- ①重心病棟のグループホーム化（擬似ファミリーの考え方で運営）。敷地内に家族のための宿泊施設あるいは、高齢化した両親のためのグループホームも併設する。
- ②中途障害者（脊髄損傷、神経難病、精神障害、身体障害）の医療と福祉の橋渡しのできる機能を持つ。さらに将来、病院敷地内に障害者専用住宅を設置する。
- ③「看取りの部屋」を一般病棟内に設置する。
- ④小児応急システムを構築。
- ⑤「健康日本21」の情報を発信できる病院。

この案であれば、長崎医療圏のどの病院ともバッティングすることなく、「長崎になくってはならない病院」と言っていただけはらずであると考えた。

しかし、医学部教授会は、そのような「採算性が見込めない荒唐無稽の病院再提案を厚生省が認めるはずはないので、医学部案としては認められない」、と言う意見と、「現在の医療制度の矛盾は解決できないまでも、一石を投じる事ができれば面白い」と言う意見が相半ばした。最終的には、医学部案として厚生省九州医務局に提示され認められた。その案を提出した者の責任として、病院の方向が定まるまでと言う約束で、平成16年4月から長崎病院の経営に携わっている。

院長を引き受けて3年半が過ぎようとしている。先述のすべての項目が実行されているわけではないが、確かな手ごたえを感じている。平成15年まで年間数億円に達していた病院赤字は年々減少し、平成19年6月からは黒字を計上している。（平成16年度：1億8千万の赤字、平成17年度：3千万の赤字、平成18年度：280万の赤字）

医療は文化である。住民に寄り添う医療を展開すれば、医療費も上がらないし、病院も何とか運営でき

るのではないかと考えている。

4 「看取りの部屋」等の試み

今回は誌面の関係で、実際に進めている医療サービスのうち「看取りの部屋」を中心にいくつかの試みについて紹介することにする。

(1) 「看取りの医療」の構想

現在「看取り」といえば、すぐにホスピスを連想する人が多いが、癌で亡くなる年間約30万人の患者さんの中で、ホスピスケアを受けられる人は、ほんの一握りに過ぎない。しかも厚生労働省は医療費削減の見地からホスピスの建設をこれ以上認めようとならない。在宅で（畳の上で）看取ってもらえる患者さんは、様々な条件をクリアした恵まれた人に限られている。多くの末期患者さんは、在宅での生活ができなくなった時点で入院し、病院の片隅でひっそりと亡くなって行っているのが現状である。たとえ個室であっても家族のためのベッドは用意されていないので、家族は疲れた体を床に置かれた簡易ベッドで夜を明かさなければならない。家族の一人が病んでいる場合、それが不治の癌であればなおさらのこと、家族全員が肉体的にも精神的に打ちひしがれているのである。

前任の病院では、義母や弟を含めて多くの癌の患者さんを在宅で看取ってきた。痛みのコントロールができると、かなりの期間自宅での生活が可能になるが、吐血、下血が始まり、意識がなくなると、よほどの覚悟のある家族以外はSOSを出される。私は、そこが在宅での「看取り」の限界であると思っている。その時点で入院していただき、病院で家族と共に「死を看取ってゆく医療」があっても良いのではないかと考えている。病室に家族が横たわることのできる空間があれば、たとえ少しの間であっても、笑顔を作って時間を共有することができるのである。

今回、一般病棟の6人部屋と4人部屋を使って、看取りの部屋（ひだまり、こもれび）を2つ造ってみた。病室には対面式のキッチン、家族が食事をするため

の調理器具、食器も揃っている。布団が敷ける畳の間（3畳分）、夜はベッドになるソファ、家族も利用できるシャワールームを取り付けた。ベランダには植物を植えテーブルと椅子を置き外気浴も楽しめる。最期の1週間あるいは数日を共に過ごすことができる部屋になった。病んでいるのは本人だけではない、肉体的に疲れ、精神的に極度に落ち込んでおられる家族が、昼間少しの間でも横になれる空間があれば、そして、それが家庭を連想させる部屋であればとの思いからである。

ロコミで利用希望者も増えてきている。一般病棟であるので、部屋代（5,000～12,000円）をホテルフィーとして請求させて頂いているが、利用されたご家族からは大変喜ばれている。

酸素や吸引のための設備はあるが、人工呼吸器をつける人は対象外としている。延命のための治療は行わず、ただ患者さんへの痛みのコントロールと寄り添い、家族の安心と精神的な安定が目的であるので、一般の入院費以外は掛からない。それが私の提唱する看取りの医療である。国立病院機構本部で許可はいただいたが、単なる長崎病院での試みとしてではなく、全国の病院の100床当たり1病室ぐらゐの割合で設置してもらえば良いのではないかと考えている。

(2) 小児応急の考え方

小児救急システムの構築は、小児科医の減少と共に、どこの地域でも大きな社会問題となっている。次元の違ういくつかの問題を同時に論じているから、混乱が起きて何時までたっても解決されないのではないかと考えている。

現在長崎市内では、市医師会館の救急センターで、午後7時から午後11時30分までは市内に小児科を開業されている先生が、午後11時30分から翌日の午前7時までは、市内の勤務医の先生方（大学病院勤務を含む）が交代で診察している。いわゆる長崎方式である。しかし、開業医の高齢化、勤務医の減少に伴って、人的にはかなり厳しい状態のなかで、

年間約13,000人の患児が診察されている。そのうち入院して手術などが必要になった患児は5%、残りの95%はその場での指導あるいは投薬か点滴で済んでいる。

医師、あるいは医療従事者にとっては、「95%は急患でない患者が来ている」かも知れない。しかし、母親、家族にとってはすべてが急患である。この問題は、①医療機関での妊産婦教育、学校教育、地域の中で健康（医学）教育システムの問題。②医師の集約化の問題の二つの問題に分けて解決しなければならない。

①地域住民への医学教育：対馬や琴海町で、20年間に亘り、年間200回以上の健康教育を学校や地区公民館で繰返してきた経験から、それなりの成果があったと思っているがここでは述べない。

②医師の集約化：人口規模60万弱の長崎医療圏においては、小児応急センター（トリアージセンター）と大学病院あるいは小児外科と小児科医が10名以上いる総合病院があれば十分であると思っている。A「緊急に入院して医学的処置が必要である患者さん」、B「心配ないと思われるが、一晩くらい様子を見たい患者さん」、C「投薬で十分回復する患者さん」、D「喘息などで点滴が必要な患者さん」、E「説明だけで帰すことができる患者さん」の所謂トリアージが、小児応急センターの役割である。当院の小児科医（現在の重心病棟を担当している医師以外に、新たに5名を採用して）が夜勤体制を組み、医師会の夜間急患センターに詰めて、A群については大学病院、長崎市民病院に搬送する、B群は当院（長崎病院）に搬送して経過観察する。C、D群はその場で投薬と説明をする。このシステムを立ち上げるのに必要な投資（人的、ハード面）を整備しても、採算性は見込めるとの計算している。もちろん黒字にはならないが、現在長崎市が一般財源から繰り入れている小児救急予算がそのまま頂けると仮定すると、当院にとっては十分戦える分野であると計算している。しかし、長崎大学小児科が、「大学病院を中心とした小児救急体制を構築する」と公約されたので、しばらくペンディングの状

態である。現在はその予算を使って小児心療内科、発達障害の専門医を招聘し、将に「長崎になくはない病院」機能を担っている。

(3) 中途障害者のための障害者病棟の運営

現在日本の医療は医療費削減の政策の下に、入院日数を減少させる事が病院経営者の手腕であるかのような風潮がある。しかし、すべての病院が急性期病院である必要はない、疾病の発生頻度に応じた医療計画の下に、病院機能分化をして始めて成熟した「地域医療」が展開できると信じている。

赴任した時点で、当院には障害者病棟50床があった。在院日数に計算されない病棟である。全入院患者の70%が身体障害者手帳1～2級相当の患者さんであれば障害者病棟として運営できるので、当院では重心病棟（80床）以外の、200床の一般病棟をすべて障害者病棟として届けて運営している。もちろん整形外科・小児科・一般内科の混合病棟では在院日数21日を切ることもあるが、平均すると25日くらいである。

ないものねだりをせず、現有の資源（人的・設備）を最大限に活用し、弱点を武器にする発想の転換も大切なことであると思っている。

DPC（急性期病院）を取得している病院や回復期病棟からの患者さんの流れを当院の障害者病棟へ導くことによって、急性期病院では長期入院が困難な脊髄損傷、神経難病、脳外傷や無酸素脳症などの中途障害の患者さん方にも利用して頂いている。現在人工呼吸器をつけたALS（神経難病）の患者さん、脊髄小脳変性症の患者さん、高位頸髄損傷の患者さん等が他院からの紹介で入院されているが、時間をかけて調整することにより、かなりの患者さんが在宅へ復帰することができている。当院の障害者病棟の自宅復帰率は、回復期病棟に義務付けられている70%には及ばないが、平均すると65%を超している。家族が本当に納得していただけるように、リハビリ・スタッフや地域連携室の職員が時間をかけて、必死に退院調整をしてくれているおかげである。患者さん

と家族に寄り添う医療の必要性を切実に感じている。

しかし、どんなに調整しても、能力的には在宅生活が可能であるにもかかわらず、在宅へ帰れない患者さんもおられる。特に脊椎損傷、神経難病（筋ジストロフィー、ALS、脊髄・小脳変性症）の方々である。

障害者自立支援法が成立した（法自体は素晴らしい理念に貫かれている）が、現在の障害者年金の額では到底在宅での生活は望めない。現在の障害者年金が平均で10万円とすると、食費、介護保険の自己負担額、パソコンなどの維持費、生活必需品の購入などを計算すると、住居費に1万円以上の出費は許されない。障害者自立支援法が円滑に運用されるためには民間のアパートに入居できるように年金を上げるか、1万円前後で入居できる障害者専用住宅をつくる以外に方法はないと思っている。当院の空き病棟をその目的のために使用することができればと思っ て機構本部と交渉したこともある。しかし、現時点においては医療法上無理であるとのことである。しかし、空き病棟を病院から切り離して、NPOなどが運用するのなら可能かもしれない、現在様々なことを考えて検討中である。

さらに、当院の敷地が長崎市有地であると言う弱点を武器に、当院の敷地の半分に医療施設を集約し残りの半分（5千坪）にモール（ショッピングセンター、レストラン、デイケアセンターなど）を誘致し、その階上に障害者専用住宅を作るという計画を長崎市に提案している。モールに併設された芝生の広場は、障害者と健常者の触れ合いの場となり、将に福祉コミュニティの原型となるはずである。医療費の削減になると同時に、障害者自立支援法の基本理念であるノーマリゼーションの実現に役立つ試みであると自負している。長崎市はこの構想に大変興味を示しており、今後の展開が楽しみである。

（4）重心病棟のグループホーム、擬似家族化

初めて重心病棟に入って、高柵ベッドに寝かされている子どもたちを見た時は、涙が止まらなかった。動物園の檻のような気がしたからである。安全のためと

はいえ、家庭では考えられないことである。「職員が少なく、子供たちの安全を保障することができない」という言い分は十分に理解できるが、自分の子どもが、檻のようなベッドに寝かされているのを見た親は、ただそれだけで、がっかりするのではないだろうか。

せめて、新しい重心病棟が完成するまでの、少しの間だけでもアメニティを上げたいとの思いで、平成17年5月から11月にかけて病棟の改修を行った。今回は高柵ベッドをなくすことはできなかったが、「新しい重心病棟は、人権を尊重し、プライバシーの尊重のためにできるだけ個室対応にしたい、親御さんが亡くなった後でも、安心して任せることができる、家庭的な病棟にしたい」と言う当院の方針を知っていただくためのプレゼンテーションの意味もあった。廊下が広がり、すべてのベッドにカーテンも付け、コテージを思わせる個室もいくつかつくった、寝転んで生活できる空間もつくった。何よりも子どもたちの顔が明るくなったのが印象的であった。

新しい重心病棟の建設の許可が下りたら、本格的に擬似ファミリーの考え方で運営できるような病室を設計したいと思っている。障害者自立支援法との関係で、措置制度がなくなるので、病院の収入は減ると思われるが、福祉系の学生や医学部、看護系の学生を彼らの時間のあるときに病棟へ出入りしてもらい、彼らの時間に応じて時給で生活介助、お話、散歩などの仕事をしてもらうと言う方法である。子どもたちにとって兄弟のような人が介護をする事は入院中の子供たちにとっても、嬉しいことであろうし、何よりも福祉の心を持った介護者が養成できることが最大の狙いである。来春は福祉系の大学と契約を結び、試験的に採用するつもりである。

「親の会」の方々や相談して、NPOなどを立ち上げ、高齢化する親御さん方のコレクティブハウス等の運営も視野に入れなければならないと思っている。■

《参考文献》

「地域が動き出すとき」：森 俊介、農文協人間選書

「安心して死ねる町づくり」：森 俊介、「病院」（医学書院）

医療従事者の劣悪な労働環境をいかに改善するか

医療崩壊から医療立国へ

大村 昭人

帝京大学医療技術学部教授

はじめに

日本の医療提供体制が危機的状況にあることはここ1～2年のマスコミの報道や医療崩壊、危機などのタイトルの本が次々と出版されていることから社会的にも認識され始めている。特に病院勤務医師、看護師たちの働く環境は劣悪といっても言いすぎでないほど悪化しており、医療提供体制が限界を超えた状態で医療の安全と質を維持することが不可能になってきている。この背景には日本の医療提供体制が抱える深刻な問題を無視して、国が採ってきた極端な医療費抑制政策が背景にある。現在の状況は既に小手先の手当てでは解決不可能な状況であり、医療政策の抜本的な見直しが必要になっている。

おおむら あきと

1942年生。東京大学医学部医学科卒業。ユタ州立大学麻酔科助教授、帝京大学医学部溝口病院麻酔科教授、帝京大学医学部長などを経て、現在帝京大学医学部名誉教授、帝京大学医療技術学部教授。所属学会は（社）日本麻酔科学会ほか。ISO/TC121（専門委員会121）国内委員会委員長などの社会的役割を担う。主要著書に『医療立国論：崩壊する医療制度に歯止めをかける』日刊工業新聞社 2007年など多数。

「医療費亡国論」の呪縛

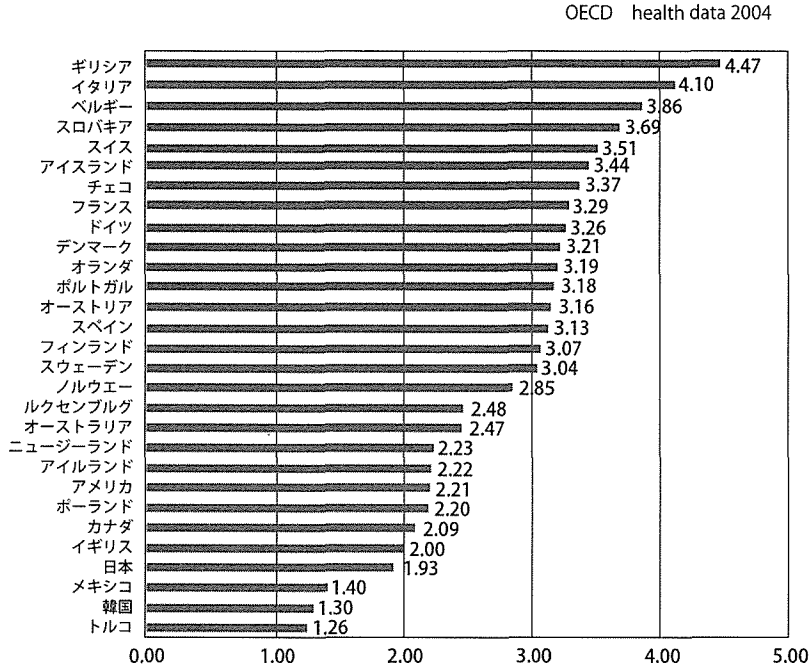
〈全ての誤りは「医療費亡国論」から始まった〉

1983年に『社会保険旬報』に掲載された当時の厚生省保険局長の論文「医療費亡国論」以来、医療は社会的な負債であるという根本的に誤った方向付けがなされて、その後の医療行政に大きな影響を与え続けている。21世紀に入ってからには特にこの傾向が顕著になり、少子高齢化社会では医療は国のお荷物であり、負債であるという誤った医療政策が24年後の現在でも実施され続けていることは驚きでもある。

厚労省の政策の失政を列挙してみると「無謀な医療費削減による病院経営の悪化と自治体病院などの相次ぐ閉鎖、倒産」に加えて、「欧米に比べて医療従事者が極端に少なく、医師の絶対数でさえ10万人以上も不足している事実を曲げて医学部の定員削減に固執したり」、「アメリカの表面だけを真似た卒業研修必修化で大学病院と一般病院を無用に競争させて地方の国立大学医学部を疲弊させ、医師不足に拍車をかけたり」、「看護師の絶対数不足を無視して7：1の新配置基準を強引に導入して起きた現場に混乱を招いたり」、「平成18年に導入された改正薬事法による日本の医療機器産業荒廃の危機」など枚挙に暇がない。

さらに問題を深刻にしているのはこうした政策に積

図 1. OECD 各国の人口千人当たりの医師数
—日本は 29 か国中 26 位—



極的に関わっているオピニオンリーダー、有識者とと言われる人たちに見識がないために誤った政策の後押しをしていることである。

〈医療を負債と考える愚かさ〉

こうした深刻な状況の中で現在、もっともはばを効かしている論議が経済成長に合わせた医療費の伸び率管理論などに代表される医療費抑制政策と保険診療と自由診療を共存させる混合診療全面解禁論などにみられる医療の市場原理化である。この考えは根本的に間違っており、国民皆保険制度を崩壊に招く可能性が高い。こうした安易で誤った議論が出てくる背景には常に「医療費亡国論」がある。その後、この論文の呪縛から国も医療従事者も抜けられずに24年間、継続して医療費抑制政策が採られ続けてきた。保険局長は「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」と題した論文を発表し以下の3点を強調した。

- ①医療費亡国論：このまま租税・社会保障負担が増大すれば日本社会の活性が失われる。
- ②医療費効率通減論：治療中心の医療より予防・健康管理・生活指導に重点を置く必要がある。
- ③医療費需給過剰論：医療の供給は1県1大学政策もあって近い将来医師過剰が憂えられ、病床数も世界一、高額医療機器導入も世界一高い。これらの論点は現実的な背景となるデータなどが不足してただけでなく、その後の推移においても大きなズレを生じた。例えば「医療費亡国論」の主張の背景にある租税・社会保障負担が重いという話は論拠がなく、日本の国民負担率はOECD諸国の中で最低レベルにあることは周知のとおりである。さらに2004年の対GDPでの医療費はOECD30か国中21番目と、後ろから数えたほうが早く、2000年の18位からさらに後退した。

また、予防医療に力を入れて国民の健康を維持することは非常に重要な政策であるが、大方の予想に

図 2. 医療提供体制の各国比較 (2001 OECD データ)

—日本の病床当たりの医師、看護師数は極端に少ない—

国名	千人当り 病床数	平均在院 日数	病床百床当り 医師数	病床百床当り 看護師数
日本	12.8	28.3	15.6	42.8
ドイツ	9.1	11.6	39.6	102.2
フランス	8.2	13.5	35.2	69.7
イギリス	4.1	8.3	43.9	129.2
アメリカ	3.6	6.7	77.8	230.0

反して予防接種による疾病流行防止などの一部の介入を除くと、一般的に疾病の発病や進行を早期介入によって抑えても、介入そのものによるコストに加えて、平均寿命を延長する結果、最終的には医療費を押し上げることは医療経済学者の間では確立された理論になっている。国民病としていまや流行語になっているメタボリックシンドローム(いわゆる生活習慣病)を予防することが国家的なプロジェクトになっているが、それでも医療費を削減できる可能性は低い。もちろん、予防医療に力を入れることは国民が健康で幸せな生活を送れるだけでなく、労働生産性をあげるという大きなメリットがあるのは言うまでもない。しかし、医療費削減を期待することはできないのである。

さらに、医師過剰が医療費を上昇させるという経済原則も根拠もあやふやである上に、そもそも日本の医師数は対病床数比で見ると欧米の3分の1から5分の1と極めて少なく、人口比でも OECD 諸国の3分の2という現実がある(図1)。日本の医師数は現在27万人とされる。この数には家庭に入っほとんど働いていない女性医師や研究にのみ従事している医師も含まれている。アメリカが OECD に報告している医師数は週20時間以上勤務している医師数である。厚労省はこの事実でさえ無視している。単純

計算でも日本の医師数を OECD なみに増やすとすると13～14万人不足していることになる。

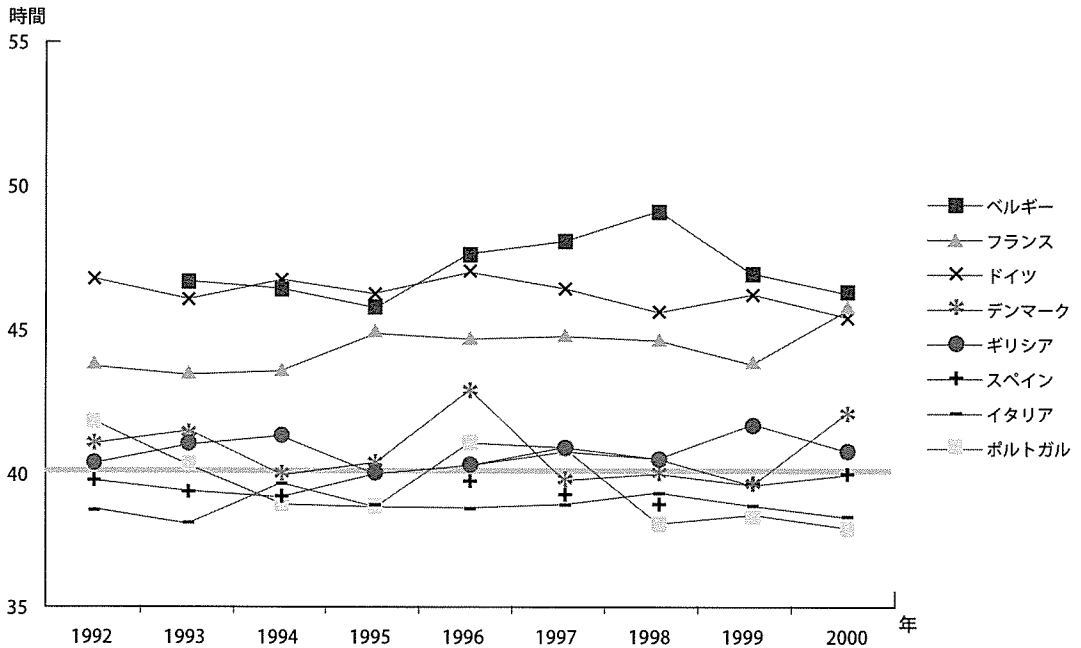
また病床あたりの看護師の数も他の OECD 諸国に比較すると極端に少ない(図2)。このように極端な医療提供現場でのマンパワー不足は医療の質および安全確保の上で深刻な問題である。

このように「医療費亡国論」の予測とは逆に現在でも医師不足、特に病院勤務医師の不足が深刻で医療危機のもっとも核心部分を占めている。病床数や医療機器が欧米に比べて異常に多い点を除くと保険局長が主張した3つの論点の前提がほとんど崩れてしまうのである。しかしながら、国も財界もさらに医療界ですら、この「医療費亡国論」の呪縛から逃れることができずにおり、すべての医療政策がこの誤った前提を出発点としているために深刻な医療崩壊の危機に直面していると言っても決して過言ではないのである。

こうした憂慮すべき状況に対して、私はやり方次第では「医療費亡国論」どころか、医療・介護に力を入れることによって、経済活性化が可能で日本を豊かにするだけでなく、国民を幸せにできる「医療立国論」ともいうべき、まったく異なる見解を持っている。

図 3. EU 諸国の病院勤務医師の週平均勤務時間

(国立保健医療科学院資料)



医療従事者の過酷な現実

〈病院勤務医師は過労で疲労困憊〉

日本の医療費がOECD各国の中で少ないのに、平均寿命は世界で最長、乳幼児死亡率は世界で最低であり、WHOの総合評価では第1位と優等生でもある。このために世界の国々が日本の「国民皆保険制度」を見習おうと努力しているのである。

実はこの奇跡的な成果の背景には世界で例をみない日本の病院勤務医の長時間労働が隠れている。国立保健医療科学院のデータでは、EU諸国の医師の平均週勤務時間が押しなべて40～45時間である(図3)のに比べて日本のそれは70.6時間(常勤医師)もなる。非常勤医師の場合には60.9時間である。1992年に日本並みの国民皆保険制度の導入を試みて失敗した当時のクリントン大統領夫人(現民主党上院議員)が「まるで聖職者さながらの犠牲

的精神」と表したゆえんでもある。現在、多くの病院勤務医師が長時間労働や増える医療訴訟に疲れて退職し、開業を目指す傾向もこうした背景があるからで、病院の人手不足に拍車をかけている。この病院勤務医師の劣悪な労働環境と自治体病院をはじめとする多くの医療施設が診療縮小している状況は待ったを許さない医療制度危機の最優先課題であり、政府だけではなく、日本医師会が全力をあげて取り組むべき問題である。

〈女性医療従事者の働く環境を改善する必要〉

最近では医学部入学者のなかで女性の占める割合が急速に増えているが、先進国の中で女性医師の割合はまだ低い。さらに結婚をして子育てを始めると多くの女性医師が現場から退いてしまう問題も深刻である。一方、日本看護協会の調べでは、看護師の資格を持っているが職に従事していない者の数は平成16年時点で55万人にも上るといふ。これらの背景

にこうした家庭を支えながら働く女性を支援するシステムが欧米に比べて大きく遅れている問題がある。

幼稚園前の育児に対する公費支出は、日本はGDPの0.6%にすぎないが、北欧の国々やフランスは日本の4～5倍、英独も3～4倍支出している。幼稚園以後の教育費支援も日本はGDP比3.7%でOECD加盟国中最低である。スウェーデンでは手厚い児童手当や長期の育児休暇制度があり、こうした制度を支えるために教育・福祉部門で女性を大量に採用している。育児を社会全体で負担して母親の労働力を生かせばその利益は社会に帰ってくるというわけである。

スイスの民間機関・世界経済フォーラムが国連統計などをもとに世界115カ国の中でビジネスや政治で決定権を持つ役職への女性の進出度など男女格差を指数化して比較したところ日本は79位と低く、63位の中国にも水をあけられている。マスコミも政治家も働く女性の育児の支援システムについては、活発な議論が数年前からなされている。しかし、現実には保育所の問題をひとつ取っても順番待ちになっていたりして、その具体策が遅々として進まない現状がある。その背景には政治家や役人の間で福祉や医療は経済の足を引っ張る負債であるという根強い固定観念があるからである。道路をつくる目先の公共事業よりも、まず保育所や女性の育児の支援システムに役立つ人員の確保と施設などをつくらう、という考えにはならないのだろうか。

医療や介護サービスは国の重要な社会インフラ

年金や医療・介護という社会のセーフティネットをきちんと整備することは国民が安心して経済活動や社会活動に専念するために大変重要なことである。これこそ、国家が責任を持って維持していかなければならない重要な分野である。

特に医療や介護の経済への波及効果や雇用創出効果は非常に大きく関連産業を除いても公共事業を上回っている。医療を負債と考えるのではなく、EU

の国々のように医療の色々な分野に積極的に投資することで経済をさらに活性化して、その力で国民皆保険制度維持していくという前向きの発想転換が今こそ求められている。市場経済とグローバリズムは避けて通れない。しかし、要所、要所で国が手綱を締めなければ市場は必ず弱肉強食が行き過ぎて強者はますます強くなり、弱者に二度と立ち直る機会を与えてくれない状況が起きるのは多くの経済学者が警告している。ワーキングプアや格差社会はまさにこれを実証している。北欧の国々のように社会保障の基盤を国が確実に保証する中で、どうせ医療にお金をかけるのならば、逆にこれを経済活性化に生かすという発想はきわめて賢明なアプローチである。

ECの2005年8月のレポートではEU全体では医療への投資が経済成長率の16～27%を占めており、EU15カ国に限ると医療制度の経済効果はGDPの7%に相当し、金融の約5%を上回っている。また、EUの製薬産業連合の2005年11月のレポートではEU圏の貿易バランスで製薬産業は2003年度で第1位であり、3兆6千億円の黒字で2位の動力機械産業の約1兆4700億円を大きく引き離している。GDPの7%という数字を、もし日本に当てはめた場合は年間35兆円ほどGDPを押し上げることになる。

国民の高い租税・社会保障負担率にも関わらず、北欧やEUの国々は経済競争力でも世界でトップレベルを維持しているのはよく知られている。この成功の影には人々が安心して暮らせる社会を築くことを最優先するなかで、高い技術を育て、これを輸出に向けるという国の政策があり、その中の優先順位の高い位置に医療や福祉も入っている。著者はISO/TC121という医療機器の国際規格を作成する専門委員会の日本代表を務めているが、こうした委員会に北欧やEUの人口1千万以下の国々から政府、企業、ユーザーである医療従事者の代表たちが出席して、自国のために一丸となって発言をするのにいつも感銘を受けている

抜本見直しが急務の養成制度

4年前にアメリカのマッチングシステムを真似て導入された医師の卒後研修必修化は初期診療の重要性を強調するあまり、欧米では医学部高学年で教えている内容を卒業後に各科を細切れに廻る形で義務化したために卒前教育（文部科学省）と卒後研修（厚生労働省）の整合性が取れていないばかりか、少ない教育スタッフで卒前の臨床教育に力を入れていた大学にとっては大きな負担となった。しかもアメリカでは一般病院と大学病院が協力して教育にあたるのに、日本では大学と一般病院を競争させたために、経済的に条件がよく診療技術を学びやすい一般病院に医学部卒業生が流れて、特に地方大学では卒業生がほとんど大学に残らなくなった。これが大学の人手不足に拍車をかけ大学は自治体病院などから医師を引き上げざるを得なくなって、しばしばマスコミで報道されるように自治体病院の病棟や外来閉鎖などを招いたのである。

医学部の高学年で臨床能力を身につけさせることは非常に重要なことである。しかし、教育スタッフの大幅な増員がない中でアメリカ並みの成果をあげることは不可能に近い。厚労省によって導入された新研修制度はまさにアメリカの高学年で教えていることの繰り返しになっており、教育スタッフの負担は必要以上に増えてきている。大変無駄なことであり、卒前・卒後教育の一貫性、整合性がまったく取れていないことは問題である。こうしたことは看護師など他の医療従事者にも当てはまり、医療従事者養成に責任を持つ監督官庁はひとつであるべきであり、大変無駄で非効率なことが行われているのである。

医療従事者の手足を縛る医師法 17 条の誤った解釈

厚労省および日本医師会は医師法 17 条、“医師でないものは医業をなしてはならない” というこの条

項の解釈を医業＝医行為（医療行為）と解釈している。このような硬直した解釈を行っているのは日本だけで、多くの先進国では医師以外のコメディカル（協働の医療スタッフ）にそれぞれの現場に必要な医行為が許されている。例えばアメリカや EU の国々では看護師が医師の監督下で簡単な診察や処方も行い、アメリカの呼吸療法士は医師の指示監督のもと気管挿管や気道の確保、動脈採血などまで許されている。しかしこうしたコメディカル職種の法律（いずれも州法）には必ず“Practice of Medicine”は行ってはならないと書いてある。Practice of Medicineとはまさに医業のことであり、医業と医行為は別のものであるという解釈である。これに従って医学部の高学年ではマンツーマンで侵襲的な医療行為も教えている。日本では医師会や厚労省は学生の侵襲的な医行為は医師法違反であると解釈している。しかし、この学生が卒業して医師免許を取得すればそれまで練習もしたことがないこれらの医行為が合法的となるのである。医学部の学生には基本的な医行為は指導医のもとできちんと教えておく必要があるが前述のような硬直した解釈では不可能である。

また、絶対的な医師不足のなかで他のコメディカルたちに各職種に現場で必要な医療行為を明確に定義してポジティブリストで許可すれば医師や看護師たちの業務を軽減することも可能なのである。

医療従事者の大幅増員は必須であり可能である

深刻な医師不足の解決には監督官庁の思い切ったオーバーホールが必要である。医療の分野では管轄する省庁を一本化して教育スタッフ、医学部の定員ともに大幅に増員した上で一般病院と連携した総合的な研修制度に改めるべきと考える。また、外国人看護師の導入のような非現実的な施策ではなく、55 万人もいる職についていない看護師資格者が働ける環境を作るために全力を注ぐべきである。このような勇気ある選択は現在の縦割り行政の文部科学省や厚生労働省が個別にはとてもできないである

う。政治家がビジョンを持って医療に関わる省庁を一本化して取り組む抜本的なオーバーホールが必要である。

医療従事者を大幅に増やす財源はある。私は企業が医療の負担をもっと担い、社会的貢献をすべきだと考えている。法人税の負担軽減を求める日本企業は国民に甘えているのである。欧米の企業が負担する法人税と社会保険料の合計は日本よりはるかに大きいことは日本ではあまり知られていない。日本経団連は「医療は企業の国際競争力に悪影響を及ぼす」^(注)といているが日本の企業の社会保障負担率は国際的に見ても低い。例を挙げると、フランスの企業が負担する医療保険料は12.5%で日本の企業が負担する最大4.2%に比べてはるかに高く、従業員は0.75%で日本の最大4.2%に比べてはるかに低い。日本より社会保険料や法人税が低いアメリカの企業でさえ実は私的年金料や医療保険料を従業員に提供していて日本企業より大きな社会貢献をしているのである。日本経団連など経営者団体はこうした都合の悪い事実には触れようとしない。日本の企業が欧米並みの社会的責任を果たすだけで医療は継続可能なのである。

財界や経済財政諮問会議はこうした事実を無視して、法人税の税率軽減のみを強調している。ライブドアや保険金未払いなど次々と明らかにされる大企業のモラルハザードやワーキングプアなど格差社会が広がる現実には日本の企業が社会的役割を忘れている証拠でもある。非正社員が雇用者の3割を超えて、非常に低い賃金と昇給もない身分に甘んじざるを得ないというのは異常な事態で、企業の競争力は一時的には高まるだろうが、彼らが企業の製品を買う可能性はますます小さく未だに低空飛行である個人消費が伸びるとは考えられない。また、非正社員が支払う社会保険料は少なく、医療や年金の将来像はますます暗くなる可能性がある。これからは賃金を抑えてコストダウンをするのではなく、製品の付加価値を高めて世界をリードすることへの努力が必要である。低賃金を武器に世界で競争しようというのは発展途上

国並のメンタリティである。

おわりに

世界一の超高齢化社会に突入した日本では好むと好まざるにかかわらず、医療・介護の需要はますます拡大する。EUの国々の例にみられるように医療・介護への投資の拡大が避けられないのであれば、逆にこれを経済活性化のばねにして税収を増やす政策は賢明な方向である。高齢化社会であるからこそ、働く意欲のある高齢者に元気で働いてもらい、その健康を医療が支える仕組みが出来上がれば労働生産性も上がり、またこうした高齢者が支払う租税、社会保険料が自らを支える社会が可能になる。そのため医療従事者の増員は社会にとって決してマイナスではない。医療は社会の重要なインフラであり、経済活性化の鍵であることはEU諸国の実例で証明されている。日本も医療への投資を増やし、良い医療を国民に提供し、引いては豊かな経済の下でくらしをいける医療立国への発想の転換が必要な時期に来ている。■

《注》

(社)日本経済団体連合会『国民が納得して支える医療制度の実現～2006年度の医療制度改革に向けた日本経団連のスタンス』(2005年10月14日)を参照。

《参考文献》

1. 大村昭人 論壇 卒後研修必修化と急性期医療の深刻なマンパワー不足：危機回避への提案。医学振興 平成18年 第63号：24-27
2. 大村昭人 医療立国一医療費増額と関連産業再建が医を荒廃から救う。特集：病院が崩壊する 中央公論 6月号 2007
3. 大村昭人 医療立国論：崩壊する医療制度に歯止めをかける！ 日刊工業新聞社 2007