

シンポジウム

防ごう！！ 病院医療の崩壊

日本病院学会

シンポジウム——防ごう！！ 病院医療の崩壊

医療法人財団 石心会
理事長

石井 映禧

健康保険組合連合会
専務理事

対馬 忠明

慶應義塾大学商学部
教授

権丈 善一

日本経済新聞社
論説委員

渡辺 俊介

(座長) 東京医療生活協同組合 中野総合病院
理事長

池澤 康郎

(座長) 赤穂市民病院
病院長

邊見 公雄

座長(邊見) それではシンポジウム 6 を始めさせていただきます。日本病院学会も 2 日目の午後ということで、お疲れがピークになるかと思いたくありません。最後まで熱心なご参加をお願いしたいと思います。

今日は、藤原学会長にこのようなシンポジウムの場を与えていただきました。また、山本会長もこの大事な問題をぜひ討論しようということで、90分という長い時間をいただいております。大変大きな問題ですので、おそらく結論・まとめということは難しいかと思いたくありません。ただ、どういうことが今問題になっているかと、日本の医療問題ではプロ中のプロの 4 人の方々に、それぞれのお立場でご意見をいただき、フロアの皆さま方からもぜひご意見をいただきたいと思いたくありません。

それでは、時間をうまく使いたくと思いたくありませんが、プログラムの 36 ページに池澤先生と一緒に座長としての言葉を書いております。これを読んでいただいたらわかりますので。それからシンポジストのお略歴は、皆さん立派過ぎて長くなってしまいますので、発表のときには現職のみにとどめて、ご説明しないということになっております。これはプログラ

ムの CD-ROM を見ていただければわかるというように思いたくありません。

1 つだけ申しあげますと、今、年金問題のほうに比重が移りつつあって残念なのですが、病院医療の崩壊はかなり進んでおります。心臓が心臓の働きをやめれば心不全、腎臓が腎臓の機能を果たさなければ腎不全ですが、教育はいじめ自殺とか未履修とか大学生の学力低下とか、もう学校不全、教育不全はステージ 4 で、麻薬を使うか手術以外に戻らないというふうになっております。病院医療もステージ 3 の b くらいに落ち込んでいるのではないかと。もうこのへんで何とかしないと戻らないのではないかとというのが座長 2 人の今の考えです。

これについて 4 人のシンポジストの方々の考え、あるいはおまえたちの診断が誤診だ、こういう処方せんがあるというふうなことを言っていただければ非常にありがたいと思っております。

前半の部分は私が司会をさせていただきます。それでは石井先生、よろしくお願いたします。石井先生は、医療法人財団石心会の理事長でございまして、中医協の 2 号側(診療側)の委員でございまして、よろしくお願いたします。

1 戦後医療システムの制度疲労としての医療崩壊

石井 暎禧

ご紹介にあずかりました石井です。病院代表として中医協の委員に出ましてから、病院のいろいろな問題が持ち込まれてきました。最近、医療崩壊という言葉で多くの人に知られるようになった状況を、現場の立場から中医協で発言してまいりました。その立場から、今日は問題を提起したいと思います。

■大きな流れのなかで医療崩壊を考えてみたい

このシンポジウムは日本病院会の医療制度委員会に企画が持ち込まれて、討議したなかでは、医療崩壊といいますが、現実的、具体的には病院の医療の崩壊が進んでいるのであって、一般的な「医療崩壊」ではない。そこで、あえて「防ごう!! 病院医療の崩壊」というタイトルになりました。

しかし今日は「医療崩壊」という言葉を使ってみようと思っています。そのわけは、実態の問題とするのではなく大きな流れとしてなぜこういうことが起こってきたのかを考えてみたいと思ったからです。医療崩壊といいますが、さまざまな問題をかかえています。例えば医療の高度化とか、安全の問題とか、患者さんの意識の問題とか、こういったことも医師に対する非常に大きな負荷になってきていることは指摘されているとおりです。これも確かに原因の一面面であることは間違いない。しかし、ある国会議員のホームページに、最近では医師も含めてあらゆるものの職業倫理の意識が低くなったのではないかと、というようなことを書いてあったのですが、今の医療の問題をそのように捉えて済ますのは間違いですので、私はすかさず「それはちょっと違うのではないかと」とメールを送っておきました。

今の医療の問題は、医師も大変になったのですが、こういう時代の変化を負荷だと言ってはいけないのであって、それに応えられる体制かどうかということこそを問題にしていかなければいけないのです。医師が「大変になった」ということを強調しても、だから医師がやめるのだと言ってもあまり意味がないので

す。それぞれ対策が必要な問題ではありますが、個別問題として解決するべきところは医療崩壊とは異なった次元の問題として扱わなければいけないと思います。

ところが制度としての医療崩壊は、防いでいく可能性を我々が持っていますので、これについては我々としてははっきりと政策提言もしていかなければいけないし、解決方法を探らなければいけないと思うのです。

具体的に言いますと、大方の意見は「現場ではとにかく医師が不足している」。これは事実です。どこも医師が足りているというところがない。ですから、医療関係者は大体「とにかく医師を増やさなければいけない、しかも医療費も低いので増やさなければいけない」と主にそういうことになってきています。

では医師はどのくらい増やさなければいけないのか。「ヨーロッパ並みに今の1.5倍に増やせ」。これももっともな意見で私も賛成ですが、今から医学部定員を増やしたところで、実際に意味があるのは20年先です。20年先では、解決策にならないのです。

「高齢化がどんどん進むところが問題だ」と言いますが、これから人口は減りながら、後期高齢者はまず30年間増え続けますが、そこからまた減ります。今手を打ったとしてもその頃に意味があるかということであって、今の問題の対策にはならない。

そういう点で、もう少しトータルに見ていかないと、問題を解決できないし、トータルといってあれもこれも問題があると言っているだけでもだめなのです。

■戦後医療システムの制度疲労としての医療崩壊

(スライド1) 私は今の問題は、戦後医療システムが制度疲労を来している状態と考えています。戦後医療システムがこれまでうまくいっていたというのは、これは厚労省もどこも認めます。WHOは社会的な効率性からいって日本は医療システムが一番だと言っています。

「だけれども」と言うのはなぜかというと、これをつくってきたのは、医療供給体制でいえば国民の混合体制、そして国民皆保険、しかも支払い報酬体系は出来高払い。この3つの三位一体の構造というのが、戦後の医療の、特に需要の拡大——受診者を増やしていった、それに少ない人数で応えていくとい

う——に、これが非常に有効に働いてきたことは確かだと思いますし、その時代の医療は開業医が個人で応えられる内容でした。今その限界に達してきたというのが、実はこの何年間かの問題です。

それに対して、医療費抑制といわれていますが、この段階は2つあると思っています。戦後の医療供給体制、国民皆保険、出来高払い制をつくる時から組み込まれたものとして、いわゆる医療の低価格政策というのが行われていますが、それと最近の医療費抑制政策とは少し様相が変わってきているように思います。これについてはあとでまたお話ししたいと思っています。

そしてこの間、新自由主義による改革といわれる改革が行われている。これはいろいろな抵抗によって全面的には進んでいないのですが、一部は取り入れられたといえます。混合診療に関しては大きな抵抗がありました。医療界が総力を挙げた抵抗がありました。ですからこれは実質的に一応阻止できています。もう1つの、いわゆる公的病院の民営化、独立採算化はどんどん進んでいます。これは今の医療崩壊の大きな引き金の1つであるように思います。

■現実の医療崩壊現象はどこにあるのか？

(スライド2) 今の医療崩壊現象といわれていることをずっと追って見ていきますと、中心的問題は地方の公的病院の医療の崩壊です。救急などの主要な、地域的に非常に必要な科が撤退、廃止になったり機能が縮小したりということが次々に起こっています。これが現実の医療崩壊現象なのです。医療一般で起こっているわけではなく、こういうところに集中的に問題が現れて、実際にある地域の医療がうまくやれない状況が起こっているのです。ですから確かに医療崩壊なのです。実態は病院崩壊なのです

医療崩壊現象

- 地方の公的病院医療の崩壊
- 産科(←分娩数の減少・過疎化)
- 小児一次救急(←病院への集中)
- 医療の高度化→医師の負担増
- 医師の退職(立ち去り型サボタージュ)

スライド2

戦後医療システムの制度疲労としての医療崩壊

- 医療供給の公民混合体制
- 国民皆保険
- 出来高払い制
- 医療費抑制(2段階)
- 新自由主義改革

スライド1

が、それが地域的な医療の崩壊として、今始まっています。

産科、小児科問題はその一部ですが、同時にこれは、相当前から、約20年前から徐々に起こってきていることで、これに対する対策が十分にとられてこなかったのが問題だと思います。

今、現実の過程としては、医師の退職というかたちで、各地の公的病院または基幹病院の崩壊という現象が起こっています。この原因はいったいどこにあるのか。確かに、医療の高度化であり、医師の負担増が背景にありますし、患者側の要求水準が高くなったり、または患者側の要求が必ずしも適切に表現されていないということもあるのですが、こういったことを含めて、これは医療に対する需要の変化ですので、これには応えなくてははいけません。ですから、変化する医療内容に対するシステムのあり方が対策として示されなければならないと思います。

■実態としてある医師不足の背景

(スライド3) 今、医師不足に対し、国がやろうとしていることも医学部定員増と地域枠をつくらうと

医学部定員増・地域枠は問題を解決できるか

医師養成数が問題か

なぜ医師数は不足か

- 医師不足の認識はなかった
- 厚労省・医師会共通
- 医療費抑制＝医師数抑制

スライド3

いうことですが、これで問題解決になるかといいますとこれでは解決できないだろうと思います。そのためこの医師不足を歴史的に見ていかないといけないと思うのです。

最近までは厚労省も日本医師会も医師数が足りないと言わなかった。医師数は十分でむしろ余る、とつい最近まで言ってきた。急に何か状況が変わったのか。急に表面に問題が現れてきていましたが、もし数年の問題だと捉えたら、「研修制度が……」という問題ですが、そうではないでしょう。

医師数抑制というのは、厚労省にとってみれば医療費抑制政策の一環です。医師が増えれば医療費が上がる。こうした認識があるので、医師が足りていると厚労省は言ってきたのです。日本医師会はなぜ医師数が足りないと言ってこなかったのか。医師会の実感からは、医師は不足しているとは思っていないのです。

なぜ、厚労省そして日本医師会は医師不足と認識してこなかったかというと、スライド4は厚労省のホームページからとったグラフですが、この図のように病院医師数は確かに増え続けてきている。診療所の医師数も増えてはいますがそれほど増えてはいないようにこの図では見えます。この図を見る限りでは、「着々と医師数を増やして需要に対応しようとしてきた」、そういう主張が正しいのではないかと思います。

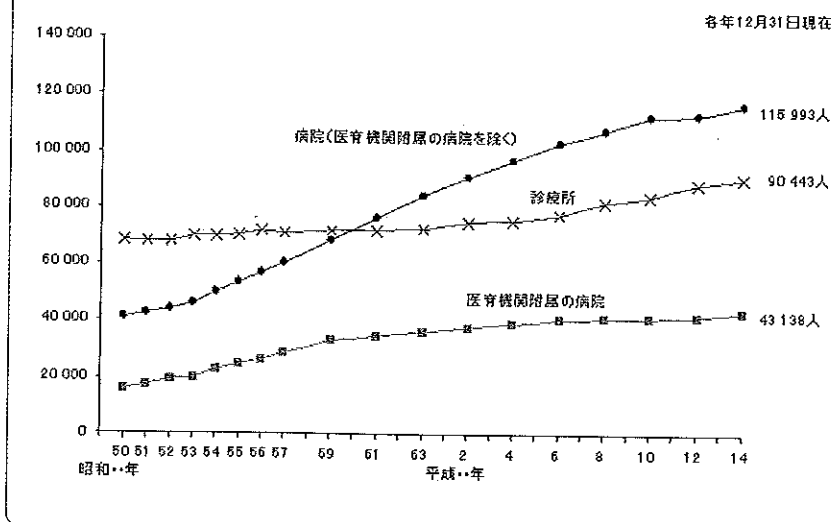
ところがこの数年間、各病院はそう思っていないのです。本当に医師がいなくなっている。どこもいえないと言っています。ここに問題があります。

■ 2段階の医療費抑制

(スライド5) まず2段階の医療費抑制政策ということをお話したので、そのことをふれておきます。

出来高払い制のもとでの医療費抑制政策は、とにかく点数を安くする、低くする、何とか抑えていこう。これは中医協という場でやりますから、労使交渉ではありませんがおのおのの立場があり、片一方

図1 施設の種別にみた医療施設に従事する医師数の年次推移



スライド4

医療費抑制

- ・ 出来高払い制度下の抑制政策
 - － 低価格政策
 - － 受診回数・入院日数増加により破綻(歪み)
- ・ 病院(入院)医療の抑制
 - － 一日単価の抑制(急性期の原価割れ)
 - ・ 入院日数の延長→病床の増加
 - ・ 入院件数は多くない
 - ・ 病床数の抑制
 - － 手術料の抑制(原価割れ)
 - ・ Over treatmentは発生しない
- ・ (医師誘発需要説)に基づく供給規制

スライド5

は上げてくれ、片一方はあまり上げると保険料が上がるから困る、とこういうふうにやっていたら低価格に抑えられていく。普通の市場経済でしたら、コストがどんどん上がったり、また内容が濃くなれば価格が上がるのは当たり前なのですが、これを政策的に抑える。これは医療費抑制政策というよりも、むしろ低価格政策といえます。医療関係者、特に野党的な人たちからは低医療費政策という言葉で批判されてきました。これは最近始まったことではないのです。

ただし、出来高払い制下では、別な意味でこの対抗策がある。すなわち、医師会がなぜ出来高払いに固執してきたのかと同じことなのですが、外来においては1つの病気、1人の患者に受診回数が増すこ

とによって低価格を数で補う。それから入院においては、入院日数を増加することによって低価格を補うということが可能なわけです。この面からは、ずうっと言われてきた医師誘発需要説というのは確かにそのとおりであって、厚労省の政策はすべてこの医師誘発需要説に基づいて、とにかく医師を増やせば、また病院を増やせば、ベッドを増やせば医療費が上がるから、これを抑えるというのが基本政策として、ここ10数年、20年くらい前からとられているわけです。

とにかくこれによって、日本での受診回数は世界で圧倒的に高い、ほかの国の数倍です。そこから見えるのは、医療適正化、効率化の余地があるということです。そして1回あたりの診療報酬は非常に低いですから、その掛け算で決まる医療費はやはり世界的にはやや低いわけです。しかし、この低価格政策は、必ずしも医療費抑制政策としては十分に成功しなかったと言えます。

入院については、いわゆる社会的入院の増加ということでもって破綻していった歴史的経緯があります。入院医療費について見ると、1日単価の抑制というのが行われるとどういうことになったかという、実際には急性期入院の原価割れという状態が広く発生しました。それに対して、入院日数の延長が行われます。病院は、本来は急性期医療で早く退院させるということなのですが、こうなってくると急性期医療ではなくて、いわゆる慢性期医療をかかえ込むことによって（これは外来、在宅で行われるのが本来のあり方です）、1日単価が少ないのを補う。20年くらい前にも、例えば外科の診療でもって、毎日毎日の原価と単価をカウントしていきますと、20日を超えないとプラスになってこないという論文がありました。こういったことが、老人医療費の無料

化とともに病床数の増加を招きます。こうなってくると、厚労省としては病床抑制という直接的な政策をとらざるをえません。しかし急性期の入院のほうの日本の件数というのを見てみますと、新規入院に関していうと必ずしも日本は高くない、国際的にいったらむしろ低いくらいです。

このように、出来高払い制下の抑制政策というのは必ずしもそのままではうまくいかない。確かに戦後の需要に対して供給を何とかしていくためには非常に有効でしたし、とにかく医師は働けばそれだけ入ってくるということであったので非常によく働くシステムができたことは確かです。そのために、医師の労働強化によって医療費抑制ができた構造が我が国にはあります。

しかし、手術料については今でも原価割れ、実は厚労省のお役人までも、我々中医協の委員と事前の打ち合わせの時に「いや、手術料はコストの半分くらいなのですよ」などと平気で言うのです。これはもう当たり前だということで、我々病院の側もこれに慣らされてしまって、これまでこういうことに対してあまり強烈な要求は行われてきていません。むしろ何か倒錯現象が起きている。例えば今年の医療費改定で療養病床の点数が減るということに対して、ある病院団体の幹部は、「我々は急性期医療における赤字を慢性期の医療で補っているの、それを減らされると我々はあがったりだ」と。それはそのとおりなのですが、これでは急性期医療をあきらめているといった状況です。なぜそういう意見も出てくるのかというと、実は急性期医療の崩壊というのは、民間病院では10年前にもう始まっているからです。既に相当崩壊してしまって、いわゆる老人病院化が進んだのです。これに対し、公的病院は補助金などのつぎ込みによって救急医療などの急性期医療が行われてきました。ですから、どれも本当のことを言っているのだけれど、やはり根幹を突かないとこのゆがみというのは直らないのではないかと思うわけです。

■医療費抑制と病院の変貌

（スライド6）それで、この医療費抑制の結果、病院はどう変わってきたかという、これは皆さんご存じだと思いますが、不採算医療は公的医療機関へ。これはもはや政策医療にとどまらない。政策医療というのはその地域のいろいろな状況によって、どう

医療費抑制と病院の変貌

- ・ 不採算医療は公的医療機関へ
 - － 政策医療にとどまらない
 - － 急性期医療は公的病院へ
- ・ 民間病院の介護施設化
 - － 長期入院化
 - － 未成熟の介護市場への参入
 - － 先行した医療崩壊

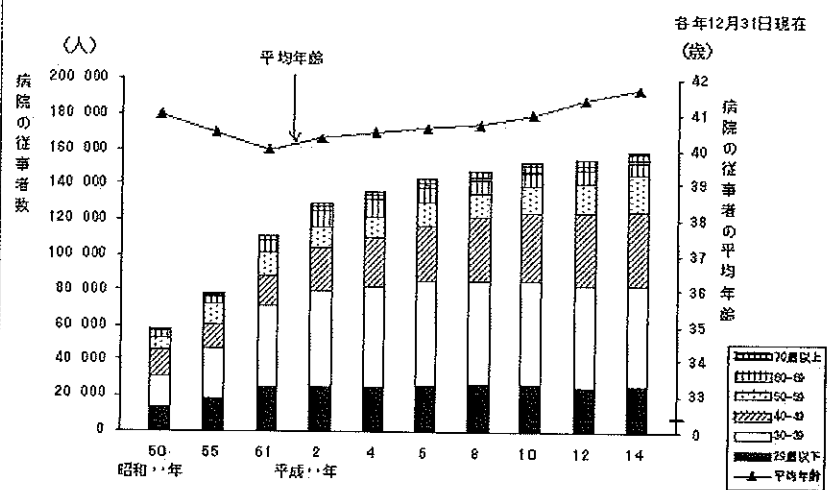
スライド6

やっても成り立たないものもするというのが政策医療です。例えばある程度の医療圏がないとマーケットとしては成り立たない手術というのがありますが、しかし医療というのは広域ではだめで、地域にどうしても必要だという面もあります。そこはどうやっても不採算になります。そういったところが政策医療なのですが、そうではなくて、普通の救急医療というのは医療の根幹ですから、いわゆる政策医療としてやるものではなく、これは今の診療報酬体系、社会保険制度下の医療構造のなかでどこでもやらなければいけない医療だろうと思います。ですが、そういったところまで公的病院の役割になっていきました。つまり急性期医療は公的病院で、民間病院はお呼びではないという状況ができてきました。そして民間病院は先ほど言ったようにだんだんと長期入院化のなかで、未成熟の介護市場への実質上の参入、いわゆる社会的入院を引き受けていくことによって生き延びるという構造になってしまった。すなわち、先行して民間病院の急性期医療に医療崩壊が起こったのです。

■医師数は実質で減っている

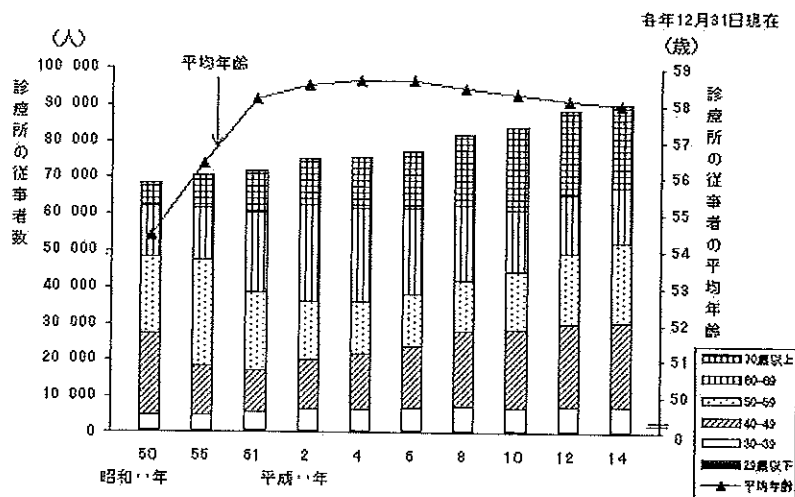
この2、3年で多くの医師が病院をやめて開業していったから問題だということが言われていますが、ここでスライド7を見ていただきたい。やはり厚労省のホームページに載っていたグラフですが、実はそういう動きというのは今に始まったことではない。若い医師が増えていくのは当たり前なのですが、平成になった頃から病院の平均年齢はだんだんと上がっていったのです。他方、診療所の医師の平均年齢はもうこの辺（平成5、6年頃）から下がり始めています（スライド8）。これをもう少しこまか

図2 年齢階級別にみた病院に從事する医師数及び平均年齢の年次推移



スライド7

図3 年齢階級別にみた診療所に從事する医師数及び平均年齢の年次推移



スライド8

く、年齢階層が載っていますので見てみますと、これは60歳以下の現役世代の医師が増えたせいです。

これに引き替え病院医師（スライド4）は微増していますが、平成5、6年頃から、40歳以下の、ハードな勤務に耐えられる世代の医師数は実数、割合とも減り始めています。そして、50歳以下の当直可能な世代で見ると、平成10年頃から実数で横ばい、割合では減少という傾向にあります。

他方、病院医療の内容は大きく変化し、疾病の重症化、医療の高度化がすすみ、それに対応できる世代の医師を多く必要としています。このような状況が、見かけの医師数の増加とは裏腹に、実際上の医師不足を増悪させているのです。

日本医師会の“数は足りている”という認識は、開業医の世界しか見ない彼らにとっては当然でしょう。そして医療費増加は高齢化よりも医療技術の進歩が主因であるのは、経済学的にも常識ですが、医療費抑制を主要任務とする厚労省は、医療の変化を見たくなかったため、旧来の医療内容を前提にして医師の需要を考えていました。これらの事情が事態をここまで悪化させたと言えます。

■民営化・独立採算化で医療崩壊は最終局面にある

次に地域格差の問題をみると、地域格差こそ市場経済的手法によっては対処できない問題です。

これまで、公民の分業で何とか成り立ってきた我が国の医療体制が、今回は最後のいわゆる民営化とか独立採算化ということで、最終的にこの医療体制が崩れるということになりますから、これはもう全面的な医療崩壊と言わざるを得ない状況になってきたと思います。

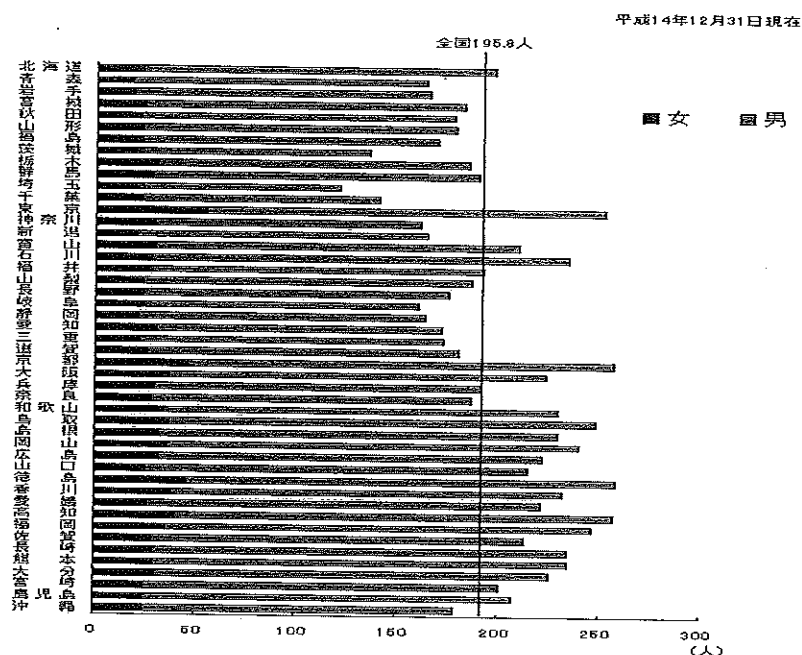
こういうことに対して、医療機関の公益性を保障しながらもう1回この体制を組み替えていかなければいけないとすれば、補助金を前提としないで病院経営が成り立つような構図をつくっていかねばいけないと思います。

あとの問題がまだ幾つかあるのですが、ほかの先生方の討論の後にまたつけ加えたいと思います。どうもご清聴ありがとうございました。

座長（遠見） 石井先生、どうもありがとうございました。時間を制限してすみません。また、あとの討論の時間に先生の省いたところをいただけたらというふうに思います。

それでは2人目のシンポジストをご紹介します。健康保険組合連合会、対馬忠明専務理事でございます。対馬先生は1号側（支払側）の代表として、中医協でどうにかして国民皆保険制度を維持するために、医療と財政のバランスということを中心に、

図4 都道府県(従業地)別にみた医療施設に従事する人口10万対医師数



スライド9

公民分業体制の解体

- ・ 公的医療機関の独立採算化(補助金減少)
- 不採算医療からの撤退
- ・ 医療法人改革
- ・ 医療機関の公益性はいかに保障されるか
- 補助金を前提としない病院経営
- 公益性が高い病院医療が成り立つ報酬体系

スライド10

我々にとっても非常に厳しいけれどもためになるというご意見をいただいている方でございます。先生、よろしくお願いいたします。

◎判型と表紙が変わりました

新年度から、判型をA4判に変更、本文の文字もひと回り大きくして2色刷りとし、読みやすくしました。それに伴い表紙をカラーとし、春夏秋冬で刷り色を変えることにしています。鳥がくわえている葉は、従来の表紙にもあったヒボクラテスゆかりの西洋プラタナス（スズカケノキ）です。

巻頭言

公立病院のあり方について 村上 信乃—— ③

グラフ・病院紹介 医療法人 仙養会

北摂総合病院—— ④

●第57回日本病院学会

シンポジウム「防ごう!! 病院医療の崩壊」

●座長：池澤 康郎・邊見 公雄 12

①戦後医療システムの制度疲労としての医療崩壊

●石井 暎禧 13

②患者中心の医療と皆保険体制の維持 ●対馬 忠明 19

③医療政策は選挙で変える ●権丈 善一 23

④医療費抑制政策批判, 及び提言 ●渡辺 俊介 29

⑤討論 33

●医療経済・税制委員会

「手術時の医療材料に関する調査 報告書」●関口 令安 44

〔資料〕

「社会保障政策」の課題と対応の方向性 ●舩添 要一 62

●予防医学委員会

「2006年 人間ドック全国集計成績」●笹森 典雄 78

連載・医学史の旅 イタリア⑪【カプリ島周辺】 ●星 和夫 127

ようこそ日病へ・新入会員の紹介

医療法人愛心会 大隅鹿屋病院（鹿児島県） ●井戸 弘毅 131

特定医療法人録三会 太田病院（岐阜県） ●佐々木 裕茂 132

病院経営管理者養成課程通信教育「通教月報10月号」巻頭言 ●藤井 良治 133

支部だより 新潟県支部報告 ●渡部 透 136

一番町だより 平成19年度第6回定例常任理事会 議事抄録（平成19年9月29日） ●137

2007年総目次 ●162

お知らせ 本誌へのご寄稿のお願い ●166