

「医療崩壊」の真実

戦後医療の制度疲労

石井暎禧

「医療崩壊」の基本構造

今「医療崩壊」と言われているのは、急性期医療の崩壊の問題です。小児救急の問題や産科の問題が緊急課題として取り上げられています。しかし、「医療崩壊」の特殊例ですので、これを軸に議論すると、単純に「医者を増やせ」「医療費を増やせ」というだけの結論に陥ってしまいます。この結論自体は正しいのですが、これだけでは解決策になりません。もう少し具体的に、全体的な医療構造の変化の中で、歴史的に制度との関係を位置づけて議論していかなければならないと思います。

最近では、日本の医療費は高くなく、むしろ安いということが知られてきていますし、現状の医療費抑制という改革の方向が多分におかしいということが、当たり前のように言われるようになりました。これまで医療問題は医療費の抑制が中心課題だと言われてきましたが、「財政問題があるから仕方がないのだ」という説明では国民も

納得しなくなりました。必要な医療が何であり、そのための医療資源はどのくらいかを論ぜず、ただ抑制すべきだという結論はおかしいと思います。

医療が現代社会においてどういうふうを受け取られ、どういうニーズとして現実になってきているか、われわれはそのコントロールの基準を国際的な視野も含めて見ていくべきです。最近のOECDのデータでは、日本の医療費はGDP対比の割合で見ると、その水準は先進国の中では最下位で、後進国を含めても真ん中くらいにしかならないという事実を見ても、医療費の抑制を医療問題の主たるテーマとすべきではないでしょう。

ただし、現状の「医療崩壊」は、医療費を増やしたらそれで解決できるのでしょうか。そのことによって小児救急や産科救急の問題が解決できるのでしょうか。私はできないと思います。「医者を増やせば……」という議論もあります。それも正論です。しかし医者を増やすのにも時間がかかりますし、その間どうするのかに関して、今言われている政策は、ほとんど意味をなさないだろうと私は思い



ます。

ではなぜこういう状況になってきたのでしょうか。まず考えられるのは、戦後に作られた医療システムが今の現場の医療とミスマッチを起こしていることだと思えます。戦後作ってきたシステムは、これまでそれなりにうまく動いてきたのですが、医療自体が変化することによって制度と合わなくなってきた、という事態だと思えます。

戦後の特に急性期医療は診療所中心でした。今でも恐らく後進諸国で必要な医療といえば、日本の診療所的な医療です。津々浦々に最低限の医療が普及して、ちょっとした怪我や感染症も、患者が外来を訪れたり、個人の医者が出向いて薬を飲ませたり手当をして治す、という医療です。診療所を中心に、診療所の医者が一生懸命働いてそれをやるような仕組みを作る。これが戦後日本の医療の復興でした。

そのときに、出来高払い制というのは、個々の医師に対してインセンティブを与え、一人の医師が大勢の患者を診てもなんとかわかっていける体制を意味します。そうすると、医療需要は増えていっても、その単価を落としても、医者はたくさん患者を診ることで成り立ち、全体のコストとしては安くなります。国としては出来高払い制で開業医中心の医療政策を実施し、医者をうまく働かせ、医療需要に应运ってきた。しかも、それを社会保険でやることによって、平等な医療を提供する。医療というのは必要な分は大体決まっていますから、これをコストをかけずにやるためには、公平にやるのが国全体としては医療費が一番かかりません。アメリカのようにやると、公的給付は同様でも全体の医療費は大きくなり、個人負担の分が大きくなる。ですから、社会全体として安くあげるためには、社

会保険制度を作り、かつ開業医中心の医療制度を作ることが必要だったのです。戦後の医療ということで言えば、それで間違いはなかったのだろーうと思えます。

それ以上の重症は病院が扱います。その部分は当時は今ほど大きくありませんでした。例えば戦前で入院医療の大きな部分は、結核や精神病ですが、それらは公的な医療を軸とする小さな領域ですし、収容し隔離するのが実際上の目的でした。

戦後も感染症を軸とする医療は公的な病院中心でやっていくというのが厚生省（当時）の基本路線でした。すなわち、公立病院中心の全国的な病院の配置と、そのまわりに開業医がいるという構造です。途中でこれが公立病院では効率が悪いということで転換します。しかし病院医療に関しては、基本的にこの構造を持ったまま、救急医療などの分野では民間病院も政策的な対象に入れながら、制度をその後整備していきます。するとだんだんと公私の病院の任務は入り混じった体制になっていきます。診療所レベルでも、地方の国保直営または農協や厚生連がやっているような診療所ということになると、公的なものはずっと残ります。政策医療部分については公的部分が担う。そういう意味では、過疎対策というのは明らかに公的部分として見られていました。

救急医療も救急の補助金というのがありますが、政策医療として考えられていました。しかし、今や救急医療は政策医療ではなくなっています。交通事故についてみると自賠責がありましたから、民間病院がそれを目当てに行なうということが一時ありました。が、救急の中心が、交通外傷から、循環器や脳外科疾患に変わるにつれて、中小の民間病院が手を出せる状況ではなくなりました。し

かも本質的な救急医療はむしろ政策医療という限られた領域の医療でなく、急性期医療の根幹として、一般的医療として対処しなければ対応できないような状況になってきました。広範な重症治療は保険診療の中軸になり、公私を問わず、病院がそれを担うことになりました。

この変化は、本質的には医療の構造が変わってきたことに起因します。まず感染症の場合、重ければ入院して注射やその他の治療をしなければなりません、大抵は抗生物質を投与すればそれでよかった。そういった構造の中で、国民皆保険制度を安価に維持するため、病院の入院医療・手術が必要であったりする重症の医療に関しては、診療報酬は低く抑えてきました。なぜそうしたかというところ、この手の診療に利益が出ると、民間がどんどんやるようになり、いわゆる乱診乱療が心配だ（医師需要誘発説）と厚生省は考えたのです。ですから、急性期医療はあまり得しないようしておき、赤字を生むような医療部分に関しては公的な補助金によって公立病院が担う形にしました。このやり方がどこまで意図的かどうかはともかく、実際はそのようになりました。今でも手術料がコスト割れであることは常識です。

これには政治力の問題もありました。開業医は日本医師会という形で政治的発言力がありましたが、病院はありません。診療報酬を決める中医協（中央社会保険医療協議会）に病院代表を出せたのは事実上僅か二年前です。また、国としては直接に影響力を持てる公的な国立・自治体中心の医療体制はコントロールしやすいと思っただけでしょう。現実にはそういう役割分担構造ができています。現在の状況を見れば、急性期医療の担い手としての民間病院はす

でに多くが脱落しています。民間病院だったところの多くが療養型やケアミックスの病院になっていきました。ですから、民間病院で見ると、急性期医療の「崩壊」というのは今に始まったことではなく、もともとずっと前に起こっています。特に地方で急性期の民間病院で残っているのは本当に少なくなっています。

いわゆる急性期医療の「崩壊」がなぜ問題になってきたかというと、公的病院まで崩れ始めたからです。全面的「医療崩壊」ですね。対処するにはちよつと手遅れ感すらあります。民間病院が撤退しつつある段階で対策を打っていれば、まだ公的病院は生き残った可能性もありました。特に地方の公的病院の「崩壊」が始まったというところで、今「医療崩壊」が言われていますが、これははっきりと構造的に見ておかないと、手の打ちようがありません。これは病院の「崩壊」であり、特に急性期病院の「崩壊」です。そして特に地方公立病院の「崩壊」です。もちろん民間病院では一層厳しくなっていますから、いまさら政策医療に民間病院の力をと云われても、これは補助金を出さないことを意味しますから、一層急性期からの脱落が起こる可能性があります。これが「医療崩壊」の基本構造です。

「難民キャンプ」としての療養病床

それと同時に、介護保険がなかった時代、民間病院（一般病院および精神病院）が長期療養を抱え込んでいたことが問題としてあります。確かに医療・介護の内容が変化し、長期の施設介護を必要とする人が増えていきました。同時に急性期医療の問題としては、

疾病構造が感染症からガン・脳卒中・心臓病に変わっていきました。今回注目してほしいのは、厚労省もはつきりとそれを意識しているということ。いわゆる医療制度改革の中の地域医療計画で、「四疾患・五事業」という言葉が謳われています。そのためこれらを中心とする救急事業を行なう医療法人を公益性の高い社会医療法人として特別に扱うことになりました。こういう疾患が軸の医療構造に変わってきているのです。脳梗塞等に関しても、かつては寝かせておくという段階からそのまま長期療養に行ってしまったわけですが、今や脳外科がやらなければならない。このような変化が次の診療報酬改定の一つのポイントでもある脳卒中の地域連携パスを作ろうという話にもなるのです。それは発症から三時間以内に脳梗塞の治療開始ができるようにするというものです。一時間で診断を決定し、一時間で手術ができる場合には手術するための人を集める、またはtPAの注射を打つ、この治療は診断がはつきりしていないと危なくて逆効果ですから、三六五日二四時間そういう専門医がいて、直ちにCTもMRIもやって診断もつけられる体制がないと不可能です。心臓であれば、バイパスの手術をやり、血管内治療をやる。こういう体制でないと急性期医療とは言えなくなりました。病院とこのはこういいう医療を軸にしながら、医療システムの入口として存在します。これらはガンを除けば救急の医療です。「崩壊」と言われるのは、こういう医療体制がとれる病院がない地域ができてきているということです。今でもそれができないような病院には患者さんは行かなくなっているのです。

しかも高齢者ですと、症状もあまりなくて、調べてみたらそういう状況だった、ということもしばしばあります。例えば、在宅でだ

んだんと動けなくなり、痴呆も進んできて、訪問看護を受け、ヘルパーの派遣も受けているという人がいます。その人がどうも調子が悪い、不機嫌になってきた。あるいは熱を出したりした。どうして熱が出たのかと調べ始めてみたら、足の先で壊疽が起こり、黒く変色して腐り始めている。それでとにかく入院させてみたら、心臓の冠動脈が三本詰まっている。とりあえず一本はステントを入れた。そうしたら途端にニコニコ顔になって元気になっていく。しかし足のほうの問題もある。動脈が詰まっている。人工血管の移植をしなければならぬ。これはまた別な病院に送って、血管の移植をした。そういった手術をすると、呼吸機能も落ちていきますから、今は呼吸管理をしながら回復を待っている。こんな事例が日常茶飯事にあります。

単純に寝かせておいて死を待つ、という医療だったらどこでもできたのですが、今はそれでは医療を受けたことにはならない。今までの終末期医療論が問題なのは、この例のように、今は痛がっている人も治療をして血流が通るようになれば、楽になるということを無視し、「老化による疾病への治療は無駄だ」という短絡的な議論をする人がいるからです。こういう例が今非常に多いのです。近代的な高度医療と言われているものは、明らかに高齢者のQOLに対して有効であり、何と言っても本人が楽になるわけですから、治療をしないことが、自然の死だとはいきません。医療の変化は救急医療に限定されるわけではないのです。

だとすると、かつての開業医中心の医療では不可能です。そこで、病院医療が必要になってきています。しかし、病院医療といっても、このような医療は二、三〇床の小さな病院でやれる状況ではなくな

つてきています。チーム医療としていろいろなスタッフが必要ですし、重度になるから集中治療室等も必要になります。そういう医療に軸が移り始めています。急性期医療をそういう病院を軸にした医療と考えなければならぬとすると、やはり病院の再編成は必然化します。しかしまだそういう体制が完備されていませんから、それができるところにそれ以外の患者さんも集中してしまうと、パンクしてしまいます。こういう事態が急性期医療で起こっています。同時に、民間病院がそういう高額な設備を備え、二四時間体制にし、医者も専門医を揃えるということになると、大変なコストがかかりますから、なかなか手が出ません。経済学的に見れば、医療費の増大は、高齢化によるものではなく、医療技術の進歩によると思われるのは、このような事情からなのです。

一方では国民皆保険制でしたが、寝たきりの患者さんとか、自宅では介護できない人はいくらでもあります。確かにその人たちも病気は持っていますから、今までの出来高払い制の世界では、入院させてくれと言われればNOとは言えない。そのような患者さんを抱えて、治療すれば、やればやるほど儲かるということで、一部では薬漬けという事態が出てきました。民間病院ではそちらに流れていきやすい。外国では老人ホームがそういう患者さんを受け取っていて、病院と別の分野を作ってきましたが、日本はそういう施設がなかったし、病気は全て皆保険で、介護施設は全て自費でしたから、どうしたって病院が抱え込むのが必然的になってしまいました。それがあまりに酷いところがあるから、真面目な医者はもう少し環境のよい、実質上は老人ホームである老人病院を作ろうとしました。これがだんだんと制度的に整備されてきて、療養病床に至り

ます。

今「療養病床の削減を」と言われていますね。しかし、外国の場合は介護の必要のある人はナースینگホームが、重い病気がある人は病院が引き受けるという、棲み分けができています。日本の場合には多くの要介護者を病院が引き受けていますので、ベッド総数は同じようなものになっています。昔のデータも最新のデータも同様です。もう一〇年以上前に高木安雄さんが本を書いたとき、日本は特養のベッド数と病院のベッド数を足して人口比で見ると、諸外国と同じくらいだということでした。制度も変わり、療養病床や老健施設などができましたが、最近も同様に医療保険・介護保険の施設を調べてみたら同じような数値であったと報告があります。だから療養病床の転換・削減とは、費用から言ったら、医療から介護へ移し替えるに過ぎないのです。

ですから、改定によって政府が療養病床を減らすと「介護難民」が発生する、と大騒ぎしましたが、決してそんなことにはならないと思っています。というのは、急性期の必要な数は限られていますから、その患者さんたちが急性期病床に戻っても、急性期の患者さんの総数が増えるわけではありません。療養病床のままでいっても、名前を変えて、老人保健施設になるか医療老人ホームになるかになったとしても、ベッド数に変化はないし、入院・入所できない患者が増えることはないと考えられます。

介護保険ができてから、有料老人ホームが昔よりも患者にとって有利になりました。昔は介護費まで全部患者持ちだったのが、今は介護部分に関しては介護保険が出ます。その意味で昔より老人ホームに入りやすくなっています。これは明らかに介護保険の恩恵です。

その代わり、介護保険は膨らんでいくということです。ですから、介護保険のほうの問題として財政問題が出てきます。

もともと介護保険ができたとき、療養病床を介護保険にするか医療保険にするかという問題がすでにありました。しかし、ほとんど何の議論もないままに、介護保険導入の途中で、実際上介護保険適用の介護療養病床と医療保険適用の医療療養病床の二つに分けてしまいました。分けたのは完全に財政問題からでした。介護保険の費用があまりに多くなると制度の立ち上げが難しいから、なるべく医療保険の負担にしようという政策であったにすぎません。しかも、あの頃は実際に一般病床から療養病床の転換が急速に起こっていました。私があのとき予想したのは、三五万の療養病床になるのではないか、ということでした。介護保険を作る制度設計は一九万床でしていましたが、厚生省は途中で制度設計上まずいということまでストップをかけて、残りを医療保険に留め置きました。しかし徐々に療養病床数は増え、結局今は三七万床くらいとなっていますが、実際上の変化はながったと言えます。今度の介護療養病床の廃止は、どこまでを介護施設に認定とするような制度を作るかの問題にすぎません。「在宅へ」と言っても、もともと家庭の介護力の不足が原因で在宅介護ができないから施設に入っているのですから、在宅には戻しようがありません。所詮、必要な介護施設（ベッド数）は、必要なのです。

ですから、「難民」という言葉を使うのには私は反対です。なぜなら、今、療養病床にいる人たちが全員がまさに「介護難民」であり、療養病床こそ「難民キャンプ」だからです。

病院と介護施設とでは基本が違うのだということを見ないといけ

ません。医療と介護は両方必要だというのはその通りです。全ての介護施設で医療と介護の両方が必要です。ただし、病院と介護施設の何が違うか。それはただ一点、病院というのは早く治療して退院してもらう、いつまでもいるところではない、そのような施設だということ。ずつといることは想定していません。病院では治療のためには患者さんの生活を犠牲にしなければなりません。例えば手術をするためには麻酔をかけ、痛ければ鎮痛剤を打ち、細菌には効くけれど体には悪い抗生物質を使う。体には悪くても病気を治すために体にある侵襲を加えるのが病院です。介護施設は体の障害のある部分を周りの人がお世話して、なるべく普通の人に近い生活をおくらせる、いわば生活の場です。患者の主体性の点では、理想形態は、その人の好きな時間に起き、好きな時間にご飯を食べ、という生活が一番よいのです。勿論、身体状況がなかなかそうはいかないわけですが、それにしてもどれだけ患者の自由度を高めるかということが介護施設の方針にならなければなりません。病院はそうではありません。治療するために患者が嫌と言おうと注射を打ち、薬を飲ませ、手術をします。患者に制限を加え、コントロールし、治療を優先するのが病院です。介護施設はなるべく入居者をコントロールしないで、本人のセルフコントロールにまかせながら、どう関与し、サポートしていくかと考えます。基本の方向が違うわけですから、これは一つにしてはおけません。介護施設はいつまでもいたい施設にしなければなりません。病院はいつまでもいてはいけない施設です。そういう意味では、療養病床も、長期でいるという意味では介護施設ですから、本質的には病院ではなく、一生いるという前提で制度設計されなければなりません。

ただし、今の制度が問題なのは、そういう施設にいと、その施設の提供できる制限された医療しか受けられないということ。国が医療と介護の両方を受けることができる制度を作るのを恐れているのは、老人病院の経験、葉浸け医療の経験があるからです。確かに長期療養医療を出来高払いのままやっていったらそうなるでしょう。しかし、すでに療養病床は出来高払いではなく包括払いになっているので、それを前提とする限り、そういった心配をする必要もなくなっています。医療に関してもある程度の包括払いを前提にした報酬体系を作ればよいわけで、医療行為に対しては医療保険が担い、介護コストは介護保険が担うというような、提供されるサービスによって一人ひとりに対するお金の出方が違うという制度が本来のものであると思います。

実は中医協の昨年からの議論の中で、介護施設における医療提供が複雑すぎるから、スッキリと整理して一本化した原則に基づいてやるべきだ、という主張を私はしてきました。「医療難民」や「介護難民」の問題も、一体これは「医療難民」なのか「介護難民」なのか、ということすら曖昧に議論されています。その人が介護施設に入れないから「介護難民」なのか、療養病床に入院できないから「医療難民」なのか、介護施設で医療が受けられないから「医療難民」なのか。用語がゴッチャにして使われているため、問題の焦点がぼやけています。問題は医療と介護がはっきり分けられて、重複給付が制度的に保障されていないことにあります。部分的には重複給付が認められる場合がありますが、とにかく素人にわからないくらいに複雑です。

医療のあり方がかつての多くの医療のように、ちょっと薬を出す

とか、点滴を打つとか、その程度の医療であれば、病院に入院する必要はない。開業医のところの外来であつてもよいし、介護施設における医療であつてもよい。そこで充分にコントロール可能です。そこに医者が来て診断をして、方針を出してやれば、あとは看護師さんがやる。この点では「職務権限」も再検討する必要があります。看護師さんはこれはできてあられはできないとか、吸引をヘルパーさんがやれないから病院でやるだとか、こんな馬鹿な話はありません。こういうことは制度的・法的に時代遅れです。制度を変えていくことによって、日本の医療システムを根底から変えていかないと、今の「医療崩壊」や「医師不足」という問題は解決しないのではないかと思います。今のところはあまりにも病院の医療費を抑制して、開業のほうに楽だというシステムを作ってしまったところから、個人開業のほうに医者が流れています。それをある程度逆転させる必要があると思います。これは診療報酬の配分を変えることにより、ある程度できますが、本質的にはそういったところまで含めた医療システムの転換を図っていかなければならないのではないのでしょうか。

後期高齢者医療制度の狙い

今度の後期高齢者制度がそういったところまで手を付けるのかどうかが一つの問題になってきます。後期高齢者医療制度の問題を見ると、入院医療に関してはすでに療養病床の診療報酬でそこを分けていくという方向が打ち出されています。ですから半分は方向が決定済みで、それに対するリバウンドがあつたりして、部分修正が必

要になっているだけです。

高齢者医療に関して、「九〇歳を過ぎたら治療が変わるべきだ」とか、「年を取ったら透析は無駄だ」とか、「八〇歳は天寿」とか、そういう考えにかつて私が噛み付いたのは、当然ながら人それぞれ個別差があるからです。年齢では線を引けません。ですから、この新しい制度に関しては、厚労省も「年齢で医療に差をつけるつもりはありません」と盛んに言っているのは当然です。これはいろいろな論争があったことの一つの成果だと思えます。言われているのは生活を重点的に扱うお医者さんを評価し点を加算しましょうという、それだけのことです。高齢者医療制度は医療制度の問題としては、大きな変化はありません。起こるのは単純に財源の集め方と医療資源の配分の問題だけです。入院については療養病床問題でケリがついていると言えはついている。今度では外来の問題で、いわゆる家庭医や主治医をどう作っていくかということです。これは老人医療の問題だとすら言えません。

彼らが高齢者医療と盛んに言っているのは、これでそういうシステムを作って、将来的に一般医療まで拡げたいという思惑があるからです。この間ずっと厚労省の人々と議論してきましたが、彼らの本音はそういうことだろうと見ています。今の出来高払い制の下では、受診回数は世界標準の一〇倍、医者は「忙しい」「忙しい」と言って薬だけ出している、患者の不満は大きい、これを一人ひとりじっくりと時間をかけ、いろいろな相談を受ける医療システムに変えていこう、出来高払い制から包括制に変えていこう、という狙いとしてあります。まず老人の場合はいろいろな病気を持っていますから、個々の医者がバラバラにやるのではなく、誰か中心的な医者

を決め、それに相談しながら専門医にもかかる、という制度を作りたいという願望の下で、いろいろ言っているのでしょう。

ただ、今度の診療報酬改定でそういう願望が満たされるような制度ができるかといえは、それは大変に疑問です。狙いは正しいけれども、現在の開業医がやれるかというところ、やれないからです。日本医師会の反対はその実態を知っているからです。開業医に点数を付け、そちらに誘導したい。昼間だけ診療し、さっさと帰ってしまつて、病気だけを診て生活指導をしない医者では困る。夜プライマリーな救急が来たらちゃんと診て、相談にのる。むしろ老人であれば急性期でないことが多いから、それでもよいのではないか。そういう任務を開業医にやらせたいというのが、今度の二〇〇八年診療報酬改定の狙いであり、後期高齢者医療制度の狙いです。

見通しのよい経営者は、介護保険ができた時点でその見通しをつけ、その方向に走り出しました。そして医療と介護を将来的に分け、そして「あと六年で廃止という期間が決まったから、そろそろ用意しておきなさい」というメッセージを発したのが、二〇〇六年の医療制度改革・診療報酬改定です。そうすると、厚労省が今考えているのは医療療養病床ですが、その他に急性期はDPCという形で包括払いにするということがはつきりしてきました。では残りの部分、すなわち回復期あるいは長期に問題を抱えているような人、それから家庭や外来でちょっと悪くなった軽度の人の受け皿をどうするか。それは一応療養病床であり地域急性期病床ということになります。それをどう使い分けるかはまだ未確定です。

急性期医療施設が先ほど言った救急などに対応して超急性期化してくると、そうではないところあるいは中間的な医療施設はどうす

るのかということが次の問題として出てきます。これは次の改定ではつきり出るわけではなく、課題として提起されてきている段階です。当面は医療療養がどこに行くのかということと見ているところで、医療依存度の高い人はだんだんと医療療養にして、軽い人は介護療養あるいは有料老人ホーム等に行く、という方向がはつきり出てきました。そのため、「医療難民」は騒がれたけれど現実的問題とならず、むしろ地域の急性期医療の崩壊が前面に出てきているのです。

二〇一二年まであと四年ありますから、すぐに介護療養病床がなくなるということはありません。数年後どうなるかなど、そのときにならないと本当のところわかりません。そうすると、大きな療養病院の場合には、医療療養と介護療養を持っていますから、軽い人は介護療養あるいは有料老人ホームで重い人は医療療養というふうになれば、解決がついてしまうわけです。収入上の有利不利はあっても、対策がないわけではありません。医療療養の医療度は高くなり、介護療養はあまり変わらない。どんどん押し出されていく。しかも急性期からの移行は少しスムーズになりました。軽くなって長くなったら介護療養あるいは有料老人ホームに出さなければなりませんから、これを動かすようにしていったわけです。入院についてはそういう形でこのあいだの改革の後を厚労省も見ている段階です。

ですから、後期高齢者問題というのは、むしろ一般医の外来診療のあり方が問題になっています。出来高払い制をどう変えていくかという課題の最初の取っ掛かりなんです。構造的にできあがってしまっている仕組みを変えようとするのは難しい話です。ですから当

面はあまり変化のない程度にマイルドにいくということのようです。また、厚労省が態度を決めかねているのが介護療養病床の削減など長期療養の問題です。一応の方向ははつきりしているものの、具体的なシステムの整理は容易ではありません。それから、比較的小さい病院の一般病床の中にある「社会的入院」も問題です。これらが今後どうなっていくか。医療療養は基本的には残りますが、その他をどうしていくかという問題があり、医療と介護が分かれてきた場合、医療の外付けではどこまでいけるか、明確な方針はまだないと行ってよいでしょう。

療養病床を持っている経営的に先進的な病院は、附属の医療老人ホームやグループホームなどを作って、そこが医療サービスを提供するなど新たな方向を模索しています。また在宅支援診療所の人たちがそういうものを作る動きもあります。他方、厚労省老健局は新しい「在宅」のあり方について、自宅という意味ではなく、老人マンションなどをイメージするようになってきました。そこでは介護・医療とも外付けになります。医療サービス提供の内容によっては別々のところが担当していてもよい。これが制度的にスッキリとした形にできれば、そういう方向への傾斜は進んでいくだろうと思います。ただこれは経済情勢との関係で、きちっと提供を制度的に保障しないと駄目なのだろうと思います。

急性期／維持期リハビリテーション

そうした中で、リハビリテーションの問題も、急性期のリハビリと維持期のリハビリをはつきり分けて考えなければなりません。そ

れを一緒にしたまま日数制限反対というのはどうでしょうか。急性期と回復期リハビリは普通は制限内に収まります。問題は維持期のリハをどう考えるかです。維持期のリハは、使わないと衰えていつてしまうのを維持するために行なうもので、回復のために行なう医療とは異なります。医者がやるべきことはその指導です。維持リハビリはどういう場所でもよいのです。医療機関でやる必要は必ずしもありません。病院で維持期リハビリができないからけしからんというのではなく、福祉施設等では医者が関与できないことが問題なのです。それを病院でやらせろという話になると、医療資源は限られていますから、病院でしかできないリハビリができなくなってしまう。急性期リハというのは非常に軽視されていますし、点数上、やればやるほど損になりますから、そこに資源を投入しようという厚労省の方針は正しいのですが、維持期リハのあり方を介護保険で行なうと言うだけでは、解決にならないのです。議論の仕方、リハビリ全体の中に位置付けないで、単純に日数制限の話になっっているから、問題があるのだらうと思います。

維持期リハについては介護保険でやりなさいということですが、そこで問題なのは、では若い人はどうするのか、ということであり、老人の場合では、医療保険から介護保険へのスムーズな移行の問題であり、現実にはリハビリが可能なシステムになっているかという問題です。つまり、日数制限それ自体は正しいが、現実の制度上はどうかが問われているのです。

リハビリ問題での大衆運動がありました。医師依存を強める運動でなく、患者の自主管理運動の系譜へと発展していただきたいと願います。維持期のリハは医療ではなくむしろ健康教育であり指導

ですから、福祉施設でやるのもよいし、その他年齢制限なしに公的なところを拡充するなど、訴えるべきことは別にあるのではないかと思います。

このように、いろいろな問題が絡まって、必ずしも正しく問題提起されていないという感があります。

急性期と慢性期の医療問題は、医療保険と介護保険の境界の問題でもあり、両制度のこの関ぎ合いです。しかも国としては厚労省内の老健局と保険局という形で担当分野が違いますから、お金がかかることはなるべく自局でやりたくない。こういう事情がありますから、そこでできる「谷間」が問題になってきます。リハビリもある意味では「谷間」の問題です。

これまで日本医師会は医療介護の全体を自分のテリトリーに取り込むというやり方でやってきました。ところが、このところ医療費総額が抑えられているために、矛盾が出てきたわけです。全ての患者を抱え込んでしまい、国の決めた枠で全部やりなさいという話になると、むしろそれを脱したほうがよいということになる。一体この領域を自分のほうに取り込んだらよいのか外したほうがよいのか。これが医師会の方針がこのところグラグラしている理由です。そうすると、医療全体を代表するのではなく、開業医の利益を代表して、とにかく現状の診療所がやっていければよいという保守的な本音、防御的な論調になってしまいがちです。

産科・小児科の問題

産科・小児科問題は救急一般では語れません。私は数十年前に産

科を辞めましたが、これは医療構造が変わってきたので、これまでのような産科医療は成り立たないだろう、という認識が働いたからです。それにはいくつかの要因があります。例えば、産科医が不足だと言いながら、看護師が内診したとかで法令違反になる。ではどうすればよかったのでしょうか。方向が反対ではないでしょうか。産科医療をやれと言っているのだから、やるなど言っているのだから、全くわかりません。今のようない状況になってきたのは、お産が少なくなってきたために経営が成り立たない、というのが実は一番の要因です。しかも、お産に関しては保険適用ではありませんから、国の政策医療の範疇にはいかなる意味でも入っていません。病気ですらないと思っっているのです。つまり、国はこれを保障する必要はないと思ってきたのです。まず根本の問題はそこにあります。

かつてお産は、医者一人と何人かの助産婦さんが付くという体制で充分でした。お産が減少して経営が成り立たなくなるだけでなく、今は安全性が昔より重視されるようになったため、過誤などが起これば訴えられる可能性があります。昔はお産で子供が死ぬのも珍しくありませんでした。帝王切開は私が新米医者であった昭和四〇年代では五パーセントでしたが、今や二〇パーセントとも言われています。これも安全が重視されるようになったからです。そもそもお産はそのときにならなければ正常分娩かどうかはわかりません。しかも産科医療は、いわば子供と親と二人の命と健康を秤にかけながらやるものです。安全にコストを考えたら、医者・看護師の勤務体制など非常に贅沢にしなければなりません。とすれば、これは分娩を多く扱う病院ではじめて可能です。小さい病院や診療所はほとんど撤退して、大きい病院でしかやらなくなる。お産をするほうから

すれば、お産のためには住んでいる近所にかかるなどという贅沢は言っていられない。お産は保険診療ではなく、市場経済の原理がそのままで成り立っていますから、現状では商売としては成り立たない。どの地域でもお産ができるようにするには、市場原理を外したシステムを作らなければなりません。それを作らずにいくら騒いでも何をやっても、全部無効です。政策医療に取り込む、保険診療にするということを考えてはなりません。

国は少子高齢化を促進したいのか、防ぎたいのか。防ぎたいのであれば、誰しも身近にお産を受けられるように、それを可能にするシステムを作らなければなりません。現在の政策は実質的には、少子高齢化を促進する医療政策を取っていることになります。これを改めないのであれば、出産は減るのは当たり前です。

厚生省は結局この問題に関して「集中化」ということしか言っていない。そこへのトランスフォーメーションの問題として考えようということですが、しかしそれは異常分娩だけの対策です。総合医が問題になっていますが、外国のようにジェネラル・フィジシャンが産科・小児科に対応することを期待できないでしょう。

小児についてはもともと入院医療なんてほとんどありません。子供は病気をちよつとしてもすぐに元に戻ります。慢性疾患はほんの一部で、ほとんどは感染症です。感染症は抗生物質を使うなど、開業医で全部済みます。開業医が夜も診ればよいわけで、それがない体制であるのが小児救急の破綻であり、これをどうするかということです。夜は開業医が診ないというこの構造を変えられるかどうか。総合医療の問題というのは、老人の問題ではなく、こちらの問題なのです。老人は特別の場合は別として、夜はあまり必要ありません

から、夜まで診なさいということが言えます。かたや子供はしょっちゅうですから、小児医療で小児総合医というのは作れません。九九パーセントは一般医が診ればよいと思いますが、しかし今は親がそれでは納得しません。だからこそ一般医のほうも小児科を診るのは嫌だと言うのです。

産科・小児科医療に関して国民的にどういう合意を形成していくかということ抜きにして制度をいじつてみても仕方ありません。戦後作ってきた制度は、病院内では専門に特化していつて、チームでやる体制は作ってきましたが、地域的な医療全体はシステムとして対応できるようにはなっていません。地域医療のシステムを作るにあたっては、医療資源の集積だとか、連携を論ずる前に、この社会の中で、どのような医療提供がふさわしいかを考えるべきでしょう。

医療のスクラップ・アンド・ビルド

抱えている医療問題は確かに非常に複雑ですから、なかなか一般に馴染まず、専門家内での議論に終始してしまう。問題点は厚労省も薄々はわかっていきますから、何とかしようとは思っているようですが、どうもうまい手がない。これがこの間の制度改革の基本問題です。

しかし注目すべきは、診療報酬だけではなく、制度改革が課題とされてきたことです。「地域医療計画」など、医療法の改正は素人目には何のことかわからないし、例によってお役人の作文という感があります。そのため、医療法で変な規制がされるだけではないか

と思われています。そして実際に規制だけが前面に出てきています。そのため本質的に何が問題になっているかということは誰もわかっていません。

地域医療計画における「四疾患・五事業」の何が問題か。政策としては一応そういうことを盛り込んだのは事実です。以前の地域医療計画は医療費抑制のための病床制限だけで、それ以外はどうでもよかったのですが、今回はそういう政策を盛り込んだ上で地域医療計画を立てなさい、ということになりました。

改正前の地域医療計画では「必須記載事項」と「任意記載事項」があり、必須事項は基準病床数で、その他の計画は任意事項でした。病床数を制限することだけが重要で、地域の医療整備は各自自治体が勝手にやりなさいということでした。今回は違います。「四疾患・五事業」については全て必須記載事項で、全病院・診療所からデータを集め、それを公表しなければならなくなりました。内容上これで充分にわかるかどうか、透明化されるかどうかは別の問題ですが、それが何十項目にもわたるものなのです。今までは各病院の診療実績は個々の企業のプライバシー情報として、集めていても公表はしませんでした。医療法人の病院の経営情報は届けなければならなかったが、これは一切公表しませんでした。今度はベッド数・医師数……医療安全等の院内の委員会等の存在を全て公表します。

すでに特定の手術の実施数の公表が診療報酬上の規定で行われるようになっていますが、これまでは、これが地域医療計画に反映されることはありませんでした。現状を前提とした地域医療計画を立てるとなると、各自自治体はどう考えようと、住民は、どこの病院が何をやっているのかがわかってきます。国の方針は、個別病院名を

はつきりさせた上で、例えば脳卒中に関してはこの病院を機軸にしながら地域ネットワークを作り、その地域で治療が包括的に完結できるようにするということですので、今までのようなわけにはいきません。データが公表されますから、市立病院が中核病院で、ここに補助金を与えることが地域医療政策であり、あとの病院は何もやらなくてもというわけにはいきません。やはり実績のある病院を中心にしながらネットワークを作るといような実際的な計画を県は書かざるを得ません。当然受けきれないものをどうするかということも考えていかなければなりません。

このように、医療の地域におけるあり方を個別の病院も自治体も考えざるを得なくなりました。かつてのように単なる市場経済・自由競争でやっていき、好きなことをやって、患者が来れば大きくなり、来なければ小さくなり、というだけでは済みません。政策医療として中心になる病院にお金を注ぎ込もうとか、制度的な優遇措置を取ろうとか、やるべきことが見えてきます。仕掛けとしてはそういう考えを今度の医療制度改革関連法の中に盛り込んだということです。

この病院はこれをやっているからこれを潰すわけにはいかないということがあるはずです、赤字だからといって潰してよいのか、議論ができるようになります。ところが、今までは一般的にどこも住民は市立病院・国立病院を作れということを使う。それに医師会が反対する。医師会に反対されながらも作ったとして、果たしてその病院が本当に住民の要求に込えているかどうか、情報がないからわからない。作っただけで安心してしまふ。漫然とやっているから効果があまりなくても金だけは投入していくから、赤字だけになっ

ていく。病院への補助金を抑えた瞬間にこの構造が崩壊し始めるのですが、崩壊させてはならないような医療が本当に行われていたか、そうではないのかわからないため、必要なもので潰れていくのが現状です。今回の改革は、一応問題を正しく捉えていると言ってもよいでしょう。

だが、今の制度を変えようとするときに重要なのは、一時的にそれ以前よりもお金がかかるということです。スクラップし、新しく資金をかけて設備投資を行なうということをやらないと、効率的なシステムはできません。一時的にはお金が多くかかります。今お金を減らしながらこれをやろうとしています。これは無理です。今医療費問題が大きく問題になっているのは、その問題なのです。

個々の病院・診療所にとってみれば、改革とはスクラップ・アンド・ビルドです。厚労省はこれをやれと言っているのです。スクラップだけなら簡単ですが、ビルドするには、患者の要望に込えて設備投資や人間の投入をしなければならぬということです。今までの医療資源の投入がミスマッチだから、それに投入しないだけでは解決しません。もちろん時代に合わずに潰れる病院と大きくなる病院とあるけれど、病院の改革で立ち直る病院もあります。そのときは方向転換ですから、必ず新たなお金がかかります。それを医療費抑制でやろうとするから、駄目なところを潰してお終い、だから「医療崩壊」と言われているのです。

(談)

(いしい えいき・医師)

現代思想

revue de la pensée d'aujourd'hui

2

2008 vol.36-2

特集……医療崩壊——生命をめぐるエコノミー

討議……小松美彦・荒川迪生 尊厳死をめぐる闘争

山田真／立岩真也 告発の流儀

中島孝／川口有美子 QOLと緩和ケアの奪還

向井承子 超高齢社会と死の誘惑

美馬達哉 リスク社会と医療「崩壊」

足立真理子／石井暎禧／市野川容孝／大谷いづみ

小幡正敏／北村健太郎／田中丹史／土井健司

新連載……川田順造

連載……酒井隆史

子安宣邦

立岩真也

