

ひろば

～北から南から～

何が問題か―医療崩壊

日本病院会・常任理事 石井 暎禧

医療崩壊という言葉が一般化し、地方における基幹病院の機能低下が知られるようになってきた。その原因が医師不足にあり、しかも医師の地域偏在でなく、医師総数の不足であるとの主張が大きくなっている（この主張自体は正しいと私も考える）。また全国的に救急患者のたらい回しが頻発している。しかし、医師不足か医師の偏在かという議論は、虚しい。

不足も偏在も事実であるが、医師養成数を増やしたとしても、その効果が出るのは十数年後であり当面医師数の増加は期待できないし、偏在は絶対数の不足以上に医療崩壊に直接の影響を与えているが、偏在自体は今も昔も存在し、医療政策では除くことは出来ない経済社会構造の問題であり、現在提案される医療行政上の施策では、とうてい解決できない。

偏在が問題化したのは、病院勤務医の不足が生じたからに他

ならない。また現状の医療構造をそのままにして、医師総数を欧米並みにできたとしても、医療崩壊という状況は変わらないことは、必要な医師労働力を推計してみれば、すぐ分かることである。

最大の問題は、行政当局も「医師を代表する」日本医師会も、最近まで、「医師」不足を認識してこなかったことにある。

厚労省が医療費抑制政策をとる都合上、医師数を増やそうとしてこなかった事実はあるが、現場に疎い官僚の常として、医療内容の変化を看過し、必要とされる医師数の想定を古い時代のままに放置し、人口の高齢化と介護分野の問題だけにかかりきりとなり、急性期医療を放置して政策を立ててきたため、状況への立ち遅れが生じている。

また現場の状況を代弁すべき日本医師会も「医師の代表」ではなく「開業医の代表」であるため、病院医療の変化を認識す

ることはなく、開業医の利益のみを追求してきた。医療政策の決定を左右する両者の認識の立ち遅れが今日の医療崩壊を招いたのである。

今まず明確にすべきは、国民が必要とし要望する医療の質と量を正しく認識することであり、状況に対応する医療資源量とその配分を医療政策として立てることである。最近の中医協の議論はやつとこれに気づいてきたことを窺わせるが、財政難の口実のもとで、小手先の対策

しか立てられていない。正しい方向転換がなされているとは思われない。

まず医療技術の進歩により、医療内容が大きく変わったことと、医療技術の進歩は省力化を意味せず、むしろ治療に要する労働力を増すことを認めなければならぬ。これに伴い、医療従事者の分野別の配分も大きく変わっているため、これまでの医療政策の修正が必要である。医療制度改革とは、これらの対応でなければならない。