

医療制度研究会通信（2007年10月） <http://www.iryoseido.com/>

I. 近況報告

自民党大敗で福田新政権ができ少し政府の社会保障の考え方に変化が出てきたように思います。厚労省はなんとなく無関係に動いている印象で、舛添大臣は専門的なことはわからないので厚労省の方針を理論的に変換できないように感じます。医師不足は地方では勢いが止まらず深刻度を増していますが、5百人に満たない地域枠の増加も8年後の効果なので気の遠くなる話です。来年度の改定向けの未確定情報が飛び交うようになりました。厚労省の計算は加算には必ず減産を伴うので、減産の部分が病院によってはリスクになります。さしひきゼロという世界でどっちに転んでもろくなことはないような気がします。

医療制度研究会では本田氏の書籍「誰が医療を殺すのか」は大変に好評ですすでに3版を重ねています。本田氏の講演やシンポジウムの参加は去年にもまして増加しており、日本中をカバーしています。何とか関心の強さを力に換えたいところです。

II. 第45回医療制度研究会講演会のお知らせ

演題「病院・在宅連携の米国視察報告会－多職種チームで力あわせベストプラクティスを探る」

このたびアメリカのポストホスピタルの医療介護システムと医療連携にかかわる見学ツアーがあり、今まであまり知られていないナーシングホームや100年の歴史を持つ大規模な在宅看護システムの実態を見ることができました。多職種が参加したツアーの報告会を兼ねて、アメリカの医療を根底から支えている、ポストホスピタルの医療介護システムについて、それぞれの視点から報告したいと思います。

今後の高齢社会の医療・看護を担うプロフェッショナルの皆様どうぞご参加ください。

スピーカー：利用者の立場－村上紀美子氏（医学ジャーナリスト）

在宅の視点－伊藤文子氏（調布市医師会看護ステーション所長）

病院の視点－中澤堅次氏（済生会宇都宮病院院長）

司会－中澤堅次氏（済生会宇都宮病院院長）

日時：平成19年11月10日（土）午後4時～6時（受付午後3時40分～）

場所：北里研究所病院3階セミナー室 東京都港区白金5-9-1

III. 第44回講演要旨：「厳寒期の医療を考える－医師不足は生じていないとすれば」九州大学大学院医療システム学教授・信友浩一先生

講演要旨をお送りします。信友先生はアドミ塾といって医療関係者の塾を、瀬戸山氏、正木氏とともに主宰されています。最初の企画では信友先生と瀬戸山氏との対談で行われる予定でしたが、瀬戸山氏の逮捕事件があり急遽信友先生の講演として開催されました。

お話の内容は、現在の状況は厚生労働省のデザインのとおりの方角で着々と進んでいる。現在の医療システムはそれなりに完備されており、その質を高めることを時代が求めている。多くの議論の背景には厚労省の施策に頼るという従属意識があり反対論も同じ根から来ている。医師は本来果た

すべき原点に戻って医療を行うべきであるが、日本では医師会などが業務統制型の専門家集団として責任を果たしていない。このまま医師を増やしても住民や支払い側の支持を受けられない。正しい方向性は地域住民の中に求めるべきで、その中に新しいシステムが生まれそれが現状の打破につながるというものでした。医師不足の原因は日本の病床数が多く医師が分散していること、病院分業を行えば医師は充足すると考えておられること、西欧型の高福祉社会は日本では背景が異なるので実現は無理なことなど、本会の主張とは異なるお考えを示されました。その返答も今後必要かと思いますが、現状分析や現状打破の方策として、ひとつの道が示されています。現実に行えるかどうかは別にして一考する必要があると感じるのは、崩壊前にやらなければならないことなのかもしれません。(坂詰、中澤記)

<信友浩一先生御略歴>

1947 山口県九州大学医学部卒、ハーバード大学公衆衛生学を卒業、厚生省の国立療養所課課長補佐、国立循環器センター企画室長、国立医療病院管理研究所医療政策研究部部長、国立循環器病センター運営部部長を歴任後、1996 年より現職九州大学院医療システム学教授。

第44回医療制度研究会講演会抄録

「厳寒期の医療を考えるー医師不足は生じていないとすれば」

講師：九州大学大学院医療システム学 信友浩一先生、

■はじめに

政府をあてにしないで、医療現場を考える人間を発掘していくという立場で医療者対象のアドミ塾を瀬戸山氏、正木氏とともに主催している。多くの人を持っている情報操作された知識を剥いで裸にし、医療の原点、基本に戻って、政府を当てにしないで考えることを激しく追及している。今日は、瀬戸山氏と漫才をしながら考えていただこうと思ったのですが思わぬ展開で実現しませんでした。彼は容疑を否認しており、何が事実なのかは今後の法廷で明らかになるでしょう。彼の手法は、特定の業者や機器メーカーとの不透明な関係を断ち、効率的かつ安定的にサービスを提供するSPCを競争入札により選んで契約する形だったので、結果的に地元の業者の不利益をもたらした。そんなことも何らかの形で関係していると私は推察しています。

■ アドミ塾の目的

私が国立循環器病センターにいた当時、センター病院では清掃業務をある会社が数億円で契約し発足以来それが継続していました。サービスのレベルは低く、清掃業者の仕事をナースがやっているから手術部のナースのレベルが安定せず離職率が高い。清潔という quality も個人的な努力ということになっていた。経営を担当した私は新規契約に際して業者の公募をすることにして、やろうとしていることを厚生省や大阪市の自民党議員や国会議員にあらかじめ示し、まだ見えない業者の動きを封じた上で選定作業に入った。驚いたことに病院(国)が随意契約をしている相手先の企業は、中央政府の会計検査院の再就職先になっていて天下りをしている。案の定「天の声が聞こえましたね」とか「随意契約を止めて公募するんだったら、毎年会計検査院から査察が入りますよ」と脅しが入っ

た。手を回していたので予定どおり新規契約を行い、結果的には手術部では利権がなくなりレベルが上がり、ナースの雑用が減り定着率が上がった。当たり前の交渉をやれば、おかしな制度と無関係に運営することができるのだが、そういう方法を教えてくれるところが無い。お上に頼らず当たり前の経営をするという習慣が日本では明治以来なくなり、国民皆保険後特にこの傾向が強くなった。アドミ塾では国を頼っていればどうにかなるという考えではなく、皆なが現場で、地域風土や歴史に基づき、見識や目標をもって行動でき、また独自に考え結果責任を取れるよう、今までやってきた事をお話している。今日本田宏氏の医師不足のDVDをずっと見ておりましたので、それについてはこういう見方もあるよということもお話し、考えるのが楽しくなるような講演にしたいと思います。

■OECDの医師の役割と日本の違い

OECD比較で物を言うときに日本との違いが二つある。米国を例に取ると、脳血管障害のケースで行われるサービスは、専門知識をもっている脳外科医がまずある範囲をやるといい、次に脳血管内科医がこれだけ、放射線科医はこれだけ、救急医がこれだけをやると役割が決まってい、間に出来た空白は専門ナースがある範囲を埋め、その結果できた空間は別の職種が担う。そのような形がプロフェッショナルソサイエティーとなり、ドクターが質の管理をして現場に出している。だから脳外科医はそれ以外のことはしないし、してはいけない。医療を使う側、支払い側は、誰が何の責任を持ち、義務をもち、何のアウトカムをどういうプロセスでやるか、非常にわかりやすいし、金が払いやすい、何かの理由でこの脳外科をやめるとすると翌日から交代要員が着く。だからこの国の病院の医療レベルが安定している。一方日本の病院医療は、脳外科医がいても脳血管内科医がいない、要請に応じて脳外科医の範囲がアメンバーのように広がっていく。日本の医師は裁量権が広い。降圧薬の処方箋の17%を日本では外科医が出している。OECDの人たちには信じられないことだが医者としては面白い。日本の医師の裁量性は他の国から見るとうらやましがられるほどである。日本には上位者は下位者の業務を代行してはならないというルールがない為に、腕のいい外科医が新人の手術に直ぐ手を出すので、若い医師の意欲が萎えてなかなか腕が上がらない。だから若いものが育たず、組織もまたナースも育たない。したがって広い範囲をカバーしている医者がいなくなればカバーをする人がいない。だから病院医療は非常に不安定である。

■OECDは業務統制型の専門職集団があり、質確保をするから医師数が多くても許される

業務統制型の専門職集団というのがあり、欧米ではすべての職種で機能している。日本では弁護士会だけがそれに相当しそれ以外に無い。弁護士は国家試験を通り研修を終わって弁護士会というプロフェッショナルソサイエティー入会した者が弁護士の実務が出来る。日本の医師は国家試験を通ったら、何科をやってもいいし、どこでやってもいい。業務統制型専門職集団を否定していて、自分のやりたいことができる。例えば呼吸器内科医であっても手術室に入って縫合したり外科医と同じことをしようと思えばできる。これはプロの世界ではなく生活共同体である。医師の責任範囲が決まりほかの職種のかかわりが決まる契約型の発想と、お互いなんでもできる生活共同体との違いがある。日本のドクターが業務統制型専門職集団として、契約型を選択するのであれば、ドクターの数を増やすことに支払い側も、患者側も同意する。本田先生指摘したOECDの国の1,000人当たりの医師数格差はこれで説明できるところもあると思います。

■日本の学会専門医・認定医は法的には認めにくい

日本でも内科専門医など臨床にかかわる資格があるが、これはアカデミックソサイエティー(学会)が出すプロフェッショナルディグリーで、学会が臨床専門医というプロフェッショナルディグリーを出すことは構造的に矛盾がある。学会が認定医証明を出しお金を集めていることに国税局は注目している。そのお金を何に使うか。総会の飲み食いに使うなら交際費ではないかというくらいに、そもそも構造が整理されていない。法的には絶対に学会認定医は追認されない。OECD諸国では、プロフェッショナルソサイエティーを作りこれがプロフェッショナルディグリーを出している。だから欧米では支払い者側も脳外科医は脳外科のこしかできないことに対して充分な支払をしている。日本には「臨床」の付いた学会が多数あるが、臨床内科学会の英訳にはインターナルメディシンはあってもフィジシャンの文字が入っていない。かろうじて麻酔科学会だけがアナesthesiologistという臨床に関連する名前がついている。もし医師を増やすというのであれば、アカデミックソサイエティーとして学会を残しながら、医療の現場を守る質のコントロールができるプロフェッショナルソサイエティーを新しく作る。そして医師法を改正して業務統制権をくださいと政府と交渉するというのであれば本田流の医師の不足はOECD並みになってくるとおもいます。

■病院の役割が不明確な日本

先週、奈良県で妊婦さんがたらい回しをされた事件があった。事後の検証では、奈良県立医大の病院では正常分娩の方が病床とICUを一部占めていた。大病院でないとできないことを大病院のみがやるという発想がない。病院の開設目的が明示されていないから、済生会熊本のように断らない救急医療をやるという分かりやすい目標が出てこない。済生会の開設目的には入院医療費を払えない人を10%入院させることが明記されている。労災病院は労災にかかわる治療、リハビリが目的であるが、入院している労災患者さんは20年前が12%、今は数%です。何のために病院があるのかミッションが不明確なのが日本の特徴である。

岐阜大学病院は6年前電子カルテで重装備をした。従業員の習熟のために3ヶ月にわたり外来、入院を閉鎖したが、岐阜ではまったく医療不安は起きなかった。医療を提供するプロバイダーが大変だといっているだけ、地域のニーズや、開設目的も検証しないで、ドクター不足といっているだけなのではないか、という考え方もあります。いろんな考え方があるというところから始め、現場に戻って良く考えてもらったら良い。

■鹿児島県出水市の病院連携改革から得られたこと

去年の9月からかかわっている鹿児島県の出水市、鶴が毎年数万羽飛来する地域が合併してひとつの市の中に病院が3つになった。市長から病院事業の有り方検討会の開催を求められ引受けた。委員の過半数は、おしゃべりな市民を選んで下さいと頼んだ。鹿児島と熊本両大学の付属病院長、市立病院長、医師会長、市議会議長、公認会計士、保健所長もはいてもらって話を進めた。

出水市総合医療センターの産婦人科医が引上げられてゼロになってしまったとき、委員にまず出水市の住民だけを守る発想でいいんですかと問い、行政区域を当てにしないで、他の行政区の住民が路上で心停止をしても自分の心を痛めるという他人事ではないと言う発想で責任診療圏を明確にしてほしいとたのんだ。隣接の市までを責任診療圏に入れ地域を守るための一体感のある病院事

業の有り方を考えた。医師会長は合併した二つの市の医師会から、出水市総合医療センターの夜間休日の支援に開業の12名の産婦人科医小児科医が当直にはいるようになった。

隣の県境を越えて水俣市総合医療センターでは麻酔科医が熊本大学に引上げられゼロになった。麻酔科医がいる出水総合センターから、水俣を支援するのは法律上県の発令はできないが、病院長同士が毎月協議することで、出水の麻酔科医が水俣に麻酔を掛けにいくことが実現している。

出水市の救急患者の管外搬送は、平成17年度に53例あり、出水市総合センターからは7例だった。1例は交通多発外傷で顎損傷があり、口腔外科専門医がいる隣の水俣市総合センターに搬送された。後の6例はたまたまその日に患者さんが出水市総合センターにご本人の意向で受診されたが、最後に受診した方は遠方の鹿児島市や川内市に管外搬送されている。この事例を市民代表の方が気にされて、そうか自分の判断で病院にいつてしまうと、本来病院の入院に専念しなければならぬのに、病院の外来に負担を掛けてしまうだけでなく、患者の誰かが割を喰う、そういう認識が出来てきた。

また医師会長に働きかけて、健康不安がある方は近くの診療所にまず来て下さい。そこから入院が必要であれば入院を要請する役割を医師が引受けますというシステムにしてこの2月からスタートした。出水市総合センター内にコールセンターを作って、電話で受け付けることで住民の不安を取り除くことになった。途中から熊本大学の病院長は委員会に出席しなくなった。大学病院は大学病院で生き残りに精一杯だからそれでよいと思う。

またこの地域には回復期リハビリ病棟がなかったので、334床の出水市総合医療センターは234床に減らして40床を回復期リハビリにし、234床を7対1看護体制にして急性期医療を担う。診療内容を再配分し地域の基幹病院で重複する投資を避けることを市長に答申した。住民に説明するシンポジウムを10月に開催する予定である。住民も考えてくれるよう要請することとした。

もう一つの流れを作った。市民のかたに「あなた方は何処で死にたいと思っていますか？」という質問をした。事務局は命を救おうという話しになぜ何処で死にたいという質問なのかとおどろいた。全国では独居老人3割、老老二人を含めると6割になるが、自宅で療養し自宅で死ぬことは非現実的だから、まず死に場所を話題にしましょうということである。療養病床は医療型で再出発してもらい、訪問看護ステーションももっと機能して在宅診療所ももっと特化していく。家庭のようなアットホームなところで生活が出来るようにするシステムの話もした。

死に場所が決まると、市民の人々は川上の急性期医療には関心をあまり持たなくなった。治る時代ではないということを住民は知っている。医療に過剰の期待をし、専門医でないからとかではなく、今いる医師で、急性期、慢性期医療を断られないで、シームレスにサービスを提供してもらえればいいんだということになる。住民がリードしてくれると、出される結論はドクターがいなからとかいうところはいかない。新しい発見だった。川下の方から死に場所を詰めて行くと、川上の医療は予防や救命医療などを連携取ってやってくればよいということになる。10月14日のシンポジウムでは鹿児島県と熊本県の県庁の職員が聞きにくるそうです。県は現場で考えられない状況にあるので、現場で皆が考え答えが出てくることに関心を示している。

■ 歴史風土を踏まえた現場からのイニシアティブが問題を解決する

このように行政を頼らないで、現場でリードしていくというのを、政治学者はローカルイニシアチブという。ローカルというのは田舎という意味ではなく、現地、現場という意味である。現場で考えてみんなでやっ行ってこうという発想です。福岡、九州でこういうことを繰り返して行い、私の授業や講演の最後に、「日本を良くするという発想はなくなる。皆さん現場が良くなればいいんだよね。国敗れて福岡あり、それでいいんじゃないですか。現場でよければ必ず国は見に来ますから・・・。」というメッセージを付け加える。

研究者とか評論家とかが、外国で風土が全く違うところでもできたマネジメントツールを無批判にもってきているが定着しない。現場で考えてなるほどと思えば普及します。そういう力が日本人にはあるんです。それがいつの間にか、外国に理想的なものがあると言い出して歴史風土を無視してきた。落ちこんでから右往左往しだして論議を展開するのがずっと続いている。自分で考えて、自分で選択して自分で結果責任を取ろうとしなくなってしまった。政府が悪い、制度が悪い、俺は悪くない、これが定着してしまいましたね。こういうコメンテーターが多い。医師の不足ということを考える時、歴史、風土を踏まえて考えるということも是非頭の隅っこに入れて、それを踏まえて動いている地域があるということを知ってほしい。

■総合病院が廃止された理由と九州福岡での地域完結型医療システム創造体験

1996年に私は九州大学大学院のこの教室に着任した。その前は官僚だったから行政ではできないことやしてはいけないことをたづね知ったから、その経験を生かし行政ができないこと、してはいけないことをこの九州福岡の地でやろうと腹を決めていた。医師会で呼ばれて講演したとき、当時の医療法の改正の目玉は何かと聞かれ、私は総合病院の名称の廃止だといった。感染症など急性期疾患治療の時代には、総合病院はいろんな診療科があり、検証するための病理部門もある。そういう形で頑張っている病院を総合病院としていたが、一般病院に比べて総合病院を退院した人の方が予後がいいとか、入院期間が短いというデータが無い。もれなく全てに対応出来る総合病院というのが大学病院を含めてあるんだろうか疑問だった。今ある総合病院という大病院は入院医療に特化し、外来医療は患者さんの身近にある診療所や中小病院が担えばよい、そしてそれらの医療機関がお互いに連携して、地域にバーチャルな総合病院が出来て欲しい、というのが総合病院の名称の廃止です・・・と私は説いた。医師会はすぐに反応しある440床の病院は外来がこれ以上増えないように、その病院の外来でしか出来ない外来医療に特化し、入院は全て地域から紹介してもらうというシステムを宣言し動いた。今では入院患者さんの80数%は紹介患者で、80数%はまた元のところに戻っている。結果的に在院日数は短くなり、地域との連携で入院診療単価も上がり、あるいは下がり(重複検査などをしない)があるが東区の外からも患者さんが来るようになった。入院が増えた結果収益は増加した。経営システムが安定するから、どんどん先行投資が行われ、減価償却を早めてqualityがどんどん上がり、診療所もかつての何でも見る診療所でなくて、病院の外来医療をやっている位のレベルになっている。かつての開業医は子供であろうが、おばちゃんであろうが妊婦さんであろうがみんなそこに相談にきて適切な医療機関に紹介されるようになった。施設間の競争は東区からはもうなくなり地域間の競争になってきた。それでも約4割の医師は他人に頼りたくない、全て自分で診てあげたいというソロプラクティスの喜びを取られたくないということで、地域完結型医療システムの中

に入っていない。これが現状である。

地域完結型医療という場合には、医師は、自分がベストのことをやるのではなくて、みんなが一緒になって何をやるか、だから東区の中に消化器という医局が出来、循環器という医局が出来た。消化器内科領域、糖尿病ではクリニカルパスを早期から末期まで含めてどこで診療をやるか医師会が検討を初めた。出身大学はさまざまでも、そこに入ったら東区の医局というイメージです。お互いを頼りにしながら、自分の出来ないところを、「お前お願いよ」という形でシステム化している。

地域連携パスは、脳卒中連携パスの熊本市民病院橋本洋一郎先生、福岡糸島「医療圏での九州医療センターの岡田先生などが有名です。橋本先生は、地域連携パスの要は回復期のリハビリで川上の急性期医療ではない。回復期リハの導入基準と終了基準を作ってもらい、それを急性期医療も訪問看護ステーションも医療施設も納得してもらおうという風に作られている。ちなみにこの地区では回復期リハを退所し、自宅で生活を楽しめる患者さんは73%です。熊本医療圏にはこれだけという数字がある。橋本先生は73%では不満で、早く8割、9割に持っていきたい。とっておられる。他の地域にはおそらくないだろう。

地域が作った地域連携パスがあると、医療の中で自分のところの病院は、何を担ったら良いか見えてくる。そうすると一般病院のところから亜急性病院に転換したり、介護療養病床に転換したり、ということが頻繁に起きてくる。地域完結型医療であれば、この地域の医療スタッフは共存できる。でも反対に同僚から信じてもらう為に相当勉強しないとイケないですね。

■新医師臨床研修制度は医局崩壊を意図して行われた。

大学病院で育った人間が現場にこないからということではじまった新臨床研修医制度は医局を崩壊させるという為の行政ツールです。それでも九大でも九大出身のドクターが4分の1しか残っていません。臨床医になりたいから大学というアカデミックティーチングホスピタルを見捨てたんです。だから市中に残る医者を大学に引上げて病院を維持する状況になっている。これからの医療というものは、こういういい臨床医になりたいという人達の労働市場が数千人以上、5千人位の規模で毎年プールされていきますね。そこを当てにして、医療展開をしていく。大学病院は大学病院でしか生き残っていかない。

自治医大の医師を養成するのに一人当たり数億円かかる。しかし、鹿児島県の自治医大出身のドクターの2割以上は県外で開業し、県内に残っても地域の基幹病院には入れない。愛媛県でも自治医大の医師が働ける場所がない。大学病院には開設目標がある筈、新設医科大学ができたのは地域のためだった。それが島根医大や福井大医学部では、8割、9割は地元に残れない。何のためにできたのかを旧設大学の病院長は理解をしないで自分のヒエラルキーの中で陣取りをしている。これが100年立っても変わっていない。その結果として何が起きているかと考えれば説明も出来る。本田先生もこんな考え方があることを考えてもらいたい。

■医師の職務分担を他職種が補う事例

医師でしか出来ないことを医師が担い、医師でなくても出来る事は技師が担う、という視点から人口千人あたりドクターが一番少ない埼玉県では全てではないが小児医療現場にトリアージナースがいて、そのナースがまず引受けて、そしてこれはドクターの診断だとか処置だとか説明が必要な患者を

回していく対応をしている。

福岡市の子供医療センターの子供救急で、時間外の患者さんの3%は医者が対応しないと駄目だが、それ以外はみんな母親がひとりぼっちで父親の帰りが遅い。帰った時に怒られるからと連れて来るような状態、ドクターはてんてこ舞いをしている。だからこそ、出水市の様に地域の住民の方にも理解、協力してもらって病院で働く人達を大事にする発想を持ってもらう。我々プロバイダーもそろそろそれをリードしている所もある。これも制度に委ねない。欧米が担っているように地域の方々が病院を設立する風土に近づくのではないかと思う。

■ 医師不足は病床を作りすぎ分散したことが原因である、と言う視点

岩手県の人たちが、全ての問題が医師不足によるようなことを公の場でいうのを聞いて、行政官に質問したことがある。岩手県の医療圏別に見て、医師数が低い所と低くない所で脳卒中の救命率がどう違うんだ？医療プロセスやアウトカムと人口千人当たりの医師の数の関係性を検証したのか？怒るかもしれませんが、信友さん、それはしていないという。確かに欧米と比べて千人当たりのドクターの数は少ない。それ以上に昭和36年の国民皆保険以降、政府が誰もがアクセスが出来るように高度経済成長期に、病院の新設増床を迫認して今に至っている。わが国の医療の大原則であるアクセスフリーを担保するために、病院数が欧米先進国に追いつくように病床を沢山作ってしまったという経緯がある。そのせいで病院内のドクターが薄く配置され喘ぐようになってしまった。このように行政側も自民党側も見ているのですから、ドクターの数云々だけの問題ではない。施設が多いが為に医療提供している人達が苦勞している。病院の数をOECD並みに統廃合等で減らしていき、そこに手厚くマンパワーを集約できるようにしよう。ということをして1989年の医療計画で、医療法を改正して作ったという認識である。医療資源からみれば日本は先進国並みになっている、これからは、quality をどのように担保し、継続して行くか、地域間格差をどのように解消するか、そこで出てきたのが医療計画の狙いであり役割である。

■ 老人自己負担なしから有料化に転換。せみ時雨論。

当初は2次医療圏を設定しそこに必要な病床を決め、それ以上は新設を認めないことで過剰を妨げることをしたが、それも実行性が上がらなくて不足している所がある。だからこの1980年代、臨調が出来、土光さんがシンボルになったが、美濃部知事は老人医療の無料化を始め、これから高齢化社会に向かう時にもものすごい税源を確保しなくてはならないのに反対の制度が出来た。ということで厚生省の吉村さんという方が動いて老人医療の有料化し老人医療の大転換を実現した。“吉村さんのせみ時雨論”というのがある。政策の大転換には20年、30年かかる、局長になって政府与党にやっと説明が出来る。そして事務次官になって法案だとか、変更が出来る。セミを見てみろ2年も3年も土の中に潜ってそして地上に出てきて1週間で命を終える。これが吉村さんの局長蟬時雨論です。罪が重いのは医療費は本来タダなんだという認識を国民に作らせてしまった。なんで俺が払わんといけんだ、そのために負担率を上げるという議論があり、1989年やっと20年間かけて医療の本質からコストを負担しなければいけないという世界にまでもってきた。

■ 日本が債務超過になった理由

税収増があった時に公共サービスを無料化し政府の守備範囲を広げる、これを利益配分型の政

治と言う。楽だから土建業にお金が行き、声の大きい外科医に行き、小児科医には行かなかった。本来は1980年代の低度経済成長でありながら公共サービスはただ同然だったとき、利益配分型の政治から誰が負担するのかという負担配分型の政治に変わらなければいけなかった。しかし当時の議員諸氏は選挙のときに政治課題としてとり上げなかった。おまけに行政とつるんで国債に手を出してしまった。OECDがあのような福祉、医療に展開できたのは彼らは戦勝国だったからで、第2次世界戦争で集めた税源を、税源を担保にして社会保障や医療の世界に移譲した。日本は戦費を復興に、それもワールドバンクから借りなければならぬほどに痩せに痩せていた状況だった。おまけに高度成長の税収をすべてその場にいた人たちが使い、資産を作るはずがあぶく銭として使ってしまった。

■財源が無いときに医療費をあげることが出来るか？

日本人が、本田さんがいわれるようであれば、消費税を20%、30%にして社会保障の財源としなければならない。欧米先進国のように戦費を社会保障に流用できたのと違って、われわれは新たに財源を作らなければならないが、国債に手をだして返すのに四苦八苦している状況、財源をつくるには間接消費税しか手がない。本田先生も含めて今回、総選挙で、参議院選挙でどの党に入れられたか、検証してみたいと思う。年金を社会保障のツールとすれば国民は現金給付を選んでいて、医療介護という現物給付は要らない。現金をもらえれば、必要な介護サービスを買うからと、これが今の国民の世論なのです。じゃ我々はどうのように政治を作っていくか、政策ではないですよ。お医者さんの言うとおりのよとなるように共感を呼ぶことをやるべきだが、はたしてそれができているのか？ 皆さん考える材料を出してきたでしょう。さあどうするかこれからが問題。

■医療の位置はお上から決められ意識もお上を向いている

最後にもう一度頭に入れて置きたいことはわが国での医療の位置付けです。明治政府が国家を作るとき江戸時代の漢方医の医師免許を取り上げて、後藤新平という方がドイツ医学を学んだものだけに医師免許を与え今に至っている。江戸時代の時の患者に寄り添うという二人称の医療を、よらしむべし、知らしむべからず。国に頼ればよいことがあるよと国家経営の大方針のもとに、漢方医から免許を取り上げて、西洋医療の医師に独占させているわけです。だからこそ今でもドクターは上を見て仕事をしている、厚生労働省は何を考えている、来年は何をどうする、政策をだすのではなくて、上ばかり見ている。足元みていない、足元の患者さんが地域で何の悲鳴を上げているか、何のコメントを欲しがっているかを大切にすべきである。

このように時代に適用していけなかった業界として、金融界、ゼネコンと、我々医療界をあげる。共通しているのは、皆上を見て仕事をしている。このままで行けば、金融界が4つのメガバンクに集約されたようにみんなは生き残れない。医療界もプールされていくドクターがどのような病院を選んでいくかが大きな問題になる。鼻の利く病院は大学と縁を切って、県立沖縄中部病院のようなグループからドクターの派遣を受け初めております。福岡子供病院も九大と縁を切って、全国区になって医師を募集している。ドクターの競争率が上がって、質の高いドクターが集まるようになった。大学病院は臨床研究する病院で人を育成するところではない。いい医者になりたいのか、研究する医者になりたいのか、二者択一できるキャリアパスが出来たことを今の若い人は喜んでいる筈です。若いドクターから選ばれる病院になるか滅びていく病院か政策的に淘汰が望まれている。

■日本の弱点は院長が医師であること、医師が主体であるのに患者の視点がないこと

わが国の悪いところのひとつに病院長が医者でないといけないということがある。貧しかった時代は良かったが院長が医師だとどうしても自分のやりたいことをやりたいということになってしまう。病院長が医師でなければならないのは、発展途上国以外では日本だけです。その発展途上国においてすらドクターであってMBAでないと院長になれない。OECDであれば病院長は医者であろうがなかろうが構わない。経営は合理性です。合理性は医者が院長である日本では難しい。

二つ目は、明治以降の医師主体の医療において医師が患者の視点を持たないことである。診療領域に医師の過不足がなく、社会保障を担うという自覚の元に医療を行うことをと国に約束し、それに基づいて予算や制度を整備してもらおう上で、欧米の業務統制型の専門職集団を作らないといけない。その努力をせず自由標榜性、いいとこ取りをして医者はどの診療科を選んでも、どこでも診療できるという自分たちの自由を守るということに留まっている。

■病床規制から医師数規制へ支払い側が意識転換

1985年はベッドがあるから医療が提供されているということで、医療費の適正化が病床規制から始まった。しかし、医療提供側が上手にそれを使いクリカルパスも含めて対応するので、規制しても医療費コントロールを出来ないことを支払い側が分かってしまった。今彼らは医者がいるから医療が提供されるという認識で、病床規制から医師規制を考え始めている。同時に今回の医療法改正で、二次医療圏の形骸化、基準病床数の形骸化を図って、2次診療圏を越えた日常診療圏で4疾患5事業について必要なシステムを作りなさいとってきている。これは2次医療圏という病床規制の放棄であり、新医療計画は基準病床数そのものも放棄した移行期にあると位置づけている。

■地域完結型の医療システムで医師が努力し、経営改善を行うことが医療崩壊を防ぐ

憲法から来ている思想は国に義務になっている基本的生存権の保障、医師に限って当て嵌めれば応召義務にあたるが、それでも奈良のように地域完結型の発想はなく、施設完結型だから自分の病院では診られないと平気で言える。奈良県立大学の最初に電話を取ったのは、委託している職員なのです。それが満床だとかいって断っている。東区の某大病院では、副院長が24時間携帯電話をもって、そこに外からの要請、救急患者全てをその副院長が受けている。九大の副院長になった時も、空いている病床は病院長のもので、診療科の教授のものではないと定義した。48時間以内に使わない予定の病床は、全て病院長が使う、地域医療連携室が代行するのだが、その権限で病床を使うということで、病床率が一挙に上がり80%が90数%になった。経営して、合理化してその責任体制を明確にしてやれば出来る。みんな大学で育っているから、教授が一番偉で病院長が偉いと思わない、だから医局を崩壊させないといけない。いい医師になるためには、これからは業務統制型の専門職集団が無ければならないと思う。これで講演を終わります。