

読売提言

# 医療改革

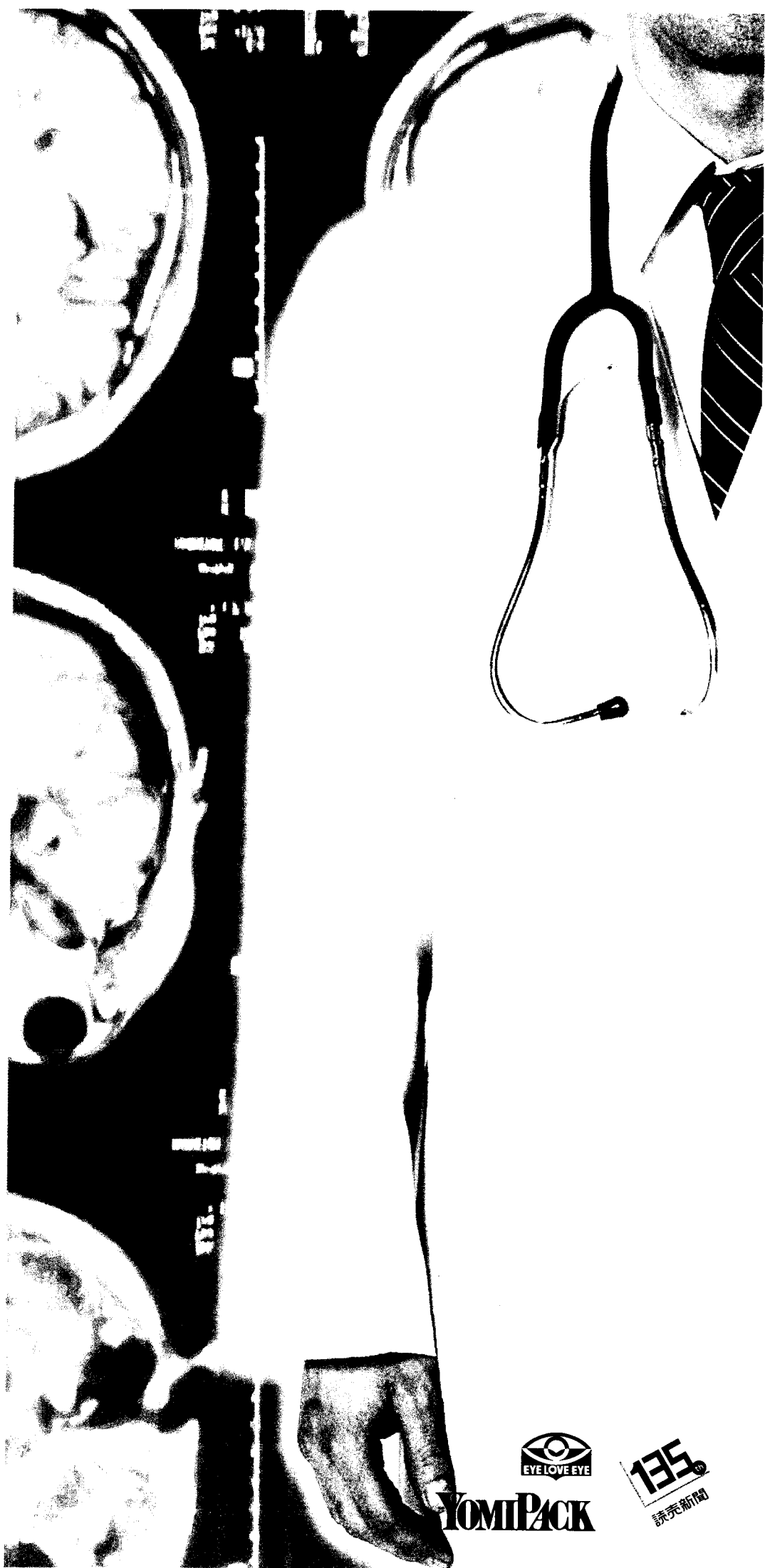


読売新聞



YOMIPACK

135  
読売新聞



# はじめに

医師不足により、各地で病院が閉鎖されたり、産科や小児科が廃止されたりしています。妊婦ら救急患者が救急車を呼んでも、搬送先が決まらない「たらい回し」も後を絶ちません。いざという時、きちんと診てもらえるのか、多くの人が不安を感じています。

一方、医師の側も、満足な休みもないまま、昼夜の別なく多数の救急患者を治療するなど、過酷な勤務を強いられる例が目立っています。医師不足で、患者、医師双方から悲鳴が聞こえます。

こうした医療の危機に対処するため、読売新聞社は2008年10月、改革への提言をまとめました。

提言は、医師不足や救急医療の問題ばかりでなく、質の高い医療を行うための専門医養成システム、増える高齢者や認知症患者をケアする体制の整備など、医療・介護全般にわたる広範な内容となっています。08年4月の本紙「年金改革提言」と合わせて、超少子高齢社会にふさわしい医療・介護・年金の社会保障

のあり方を提案するものです。

こうした提言を行ったのは、医療・介護は、国民が安心して生活するために欠かせない社会基盤であり、将来にわたって安定的に確保しなければならぬと考えるからです。2008年に、政府にどのような政策を望むかを尋ねた内閣府の世論調査でも、「医療・年金など社会保障の構造改革」が72・8%でトップでした。

医師不足を解消するため、読売新聞は、医師を全国に計画的に配置することを提唱しました。また、医療・介護の人材確保をはじめとする必要な施策には、思い切った財源を投入するよう訴えました。

今回の提言には、読者から多数の反響をいただいたほか、舛添厚生労働相が「医療改革のたたき台になる」と語るなど、政界、医療界からも注目を集めました。提言をきっかけに論議が広がり、医療の改革が進むことを願っています。

読売新聞東京本社医療情報部

## 読売新聞社社会保障研究会

東京本社編集局、論説委員会、調査研究本部を中心に、専門記者で構成。有識者、政治家、省庁の担当者らとの意見交換や、医療、介護現場の取材を通じて、今回の改革案をまとめた。

メンバーは、次の通り。

▷編集主幹・老川祥一（座長）▷調査研究本部長・白石興二郎▷編集局長・伝川幹▷調研本部総務・杉山美邦▷編集局次長・五阿弥宏安▷医療情報部長・前野一雄▷論説委員・保高芳昭▷編集委員・南砂、安部順一▷調研本部・北原久史、笹森春樹、三島勇▷医療情報部・田中秀一、田村良彦、山口博弥、利根川昌紀▷社会保障部・阿部文彦、猪熊律子、内田健司、本田麻由美、安田武晴▷政治部・高木雅信、古川肇▷経済部・藤本昌弘▷社会部・井深太路、小林篤子▷科学部・長谷川聖治、鈴木敦秋、増田弘治▷地方部・長谷見昇吾、河合正人、菅野薫

この小冊子「ヨミパック」は、読売新聞の2008年10月16日朝刊に掲載した「医療改革提言」、およびその後11月末までの関連記事を採録しました（一部加筆・修正。文中の肩書、年齢などは掲載時のものです）。



ヨミパックは医療、健康、年金、教育などの記事について発行しています。詳細は「ヨミウリ・オンライン（YOL）」（<http://www.yomiuri.co.jp/>）の「小冊子プレゼント」をご覧ください。

# YOMIPACK



視覚障害などの理由で、活字のまま本誌を利用できない人のために、営利を目的とする場合を除き、「録音図書」「点字図書」「拡大写本」等の制作を認めます。制作された後に読売新聞東京本社宣伝部へご連絡ください。

医療改革 読売新聞社の提言…………… 2

医師を全国に計画配置／公的派遣機関を創設／  
介護報酬引き上げ…………… 13

医療の崩壊を防げ 5つの緊急対策…………… 4

- 医師不足解消 若手医師を計画配置しよう…………… 4
- たらい回し防止 開業医も病院救急に積極参加…………… 6
- 病院勤務医 激務に見合う給与引き上げ…………… 8
- 高齢者ケア 介護の職員・施設に手厚い支援を…………… 10
- 社会保障費 抑制一本やりを転換せよ…………… 11

信頼の医療へ 構造改革5本の柱…………… 12

1 医師を増やし、偏在をなくそう…………… 13

- 医師養成数をOECD並みに……………
- 医局に代わる医師配置機関を創設……………
- 女性医師・看護師が働きやすい環境に……………
- 麻酔医不足解消に歯科医が協力……………
- 看護師らに医師業務の一部を移す……………

2 医療機関の役割分担と連携強化…………… 18

- 病院を集約し、機能を充実させよう……………
- 入院は病院、外来は開業医で……………
- 24時間型救急「ER」400か所に整備……………

3 医療の質を高め、安全性を確保…………… 20

- 技量の高い専門医を育成しよう……………
- 家庭医の研修を開業の条件に……………
- 安全確立へ医療事故調を設置……………
- 科学的根拠に基づく健診を……………

4 高齢者医療を介護と一体で充実…………… 22

- ケア付き住宅を10年で倍増……………
- 往診、訪問看護で在宅療養を支援……………
- 急増する認知症に国を挙げて取り組み……………

5 給付と負担の新ルールを作れ…………… 26

- 必要な施策に力ネを惜しむな……………
- 健康保険の財政を破綻たんさせるな……………
- 社会保障番号と情報共有で無駄を削減……………
- 国民も医療にコスト意識を持つよう……………
- 診療報酬の仕組みを見直せ……………
- 医療臨調を創設して集中的に改革……………

「医療は公共財」の視点を…………… 30

提言の実現に当面1・6兆円…………… 31

医師不足招いた「自由選択」…………… 32

社説・国民の不安を払拭する時だ…………… 34

読売提言・評価と課題 有識者に聞く…………… 36

読者の意見と質問…………… 38

論陣・論客・提言をどう読む…………… 40

# 医療改革 読売新聞社の提言

## 医師を全国に計画配置

### 公的派遣機関を創設 介護報酬引き上げ

医師不足<sup>①</sup>などによる医療の崩壊を防ぎ、信頼できる医療体制を確立することを旨とし、読売新聞社は改革への提言をまとめた。お産、救急医療、認知症の介護などが安心して受けられるよう、直ちに実施すべき「緊急対策5項目」と、中長期にわたる「構造改革5本の柱（21項目）」からなる。提言は、医師不足の地域や診療科に若手医師を計画的に配置するのをはじめ、医師派遣を調整する公的機関を創設するよう求めている。財源として、2011年度までに消費税を「社会保障税」に切り替えて、税率を10%に引き上げるよう訴えている。

読売新聞社は、編集局、論説委員会、調査研究本部の専門記者による社会保障研究会を編成し、有識者との意見交換や、医療、介護現場の取材を通じ、医療・介護の改革について検討してきた。今回の提言は、年金改革提言（2008年4月）に続き、超少子高齢社会にふさわしい医療・介護の社会保障の方策を打ち出したものだ。



夜間に救急搬送されてきた患者の状態を調べる医師（9月18日、東京・墨田区の都立墨東病院で）

## 政府に対する要望

(内閣府世論調査、2008年9月公表)

医療・年金等の社会保障構造改革	72.8%
高齢社会対策	57.2
物価対策	56.7
景気対策	56.1
雇用・労働問題	44.7
自然環境の保護	39.3
犯罪対策	38.3
税制改革	33.9
教育改革・青少年対策	32.8
少子化対策	31.7

医師や医療機  
に整備する。

「ER」を全国  
400か所程度  
に整備する。

医療、介護の現場が危機に  
直面しているのは、社会保障

は、救急病院  
「ER」を全国  
400か所程度  
に整備する。

だ。中長期的に  
は、救急病院  
「ER」を全国  
400か所程度  
に整備する。

開業医が交代で  
病院に詰めて救  
急医療に参加す  
る体制を、早急  
に整えるべき  
だ。中長期的に  
は、救急病院  
「ER」を全国  
400か所程度  
に整備する。

がある。地域の  
開業医が交代で  
病院に詰めて救  
急医療に参加す  
る体制を、早急  
に整えるべき  
だ。中長期的に  
は、救急病院  
「ER」を全国  
400か所程度  
に整備する。

急病棟の人員が不十分なこと  
がある。地域の  
開業医が交代で  
病院に詰めて救  
急医療に参加す  
る体制を、早急  
に整えるべき  
だ。中長期的に  
は、救急病院  
「ER」を全国  
400か所程度  
に整備する。

に改める必要がある。  
さらに、医療事故の原因を  
究明し、再発防止に生かす医  
療事故調査委員会の設置を急  
ぐべきだ。

高齡化で、認知症や寝たき  
りの患者が急増し、重い介護  
負担に苦しむ家族は多い。だ  
が、介護サービスに対する報  
酬が抑えられた結果、介護職  
員の給与は低く、離職者が相  
次ぎ、人材不足が深刻だ。介  
護施設の経営も悪化している。  
介護報酬を緊急に引き上げ  
て職員の待遇と施設経営を改  
善し、介護を受けられない  
「介護難民」が出るのを防ぐべ  
きだ。簡単な介護サービスを行  
う高齢者向けのケア付き住  
宅を今後10年で倍増させる必  
要もある。

費について、政府が予算編成  
で、高齡化による自然増分  
(年約8000億円)を毎年2  
200億円抑制してきたこと  
が一因だ。不必要な歳出を削  
ると同時に、超少子高齡社会  
に必要な施策には財源を投入  
すべきであり、やみくもな抑  
制路線は改めなくてはならな  
い。

産科、小児科など医師不足  
が深刻な分野では、病院の医  
師は当直明けで日勤をこなす  
など厳しい勤務を強いられて  
いる。医師を増やすなどで過  
重勤務を緩和することが必要  
だが、開業医に比べて勤務医  
の給与が低いことも問題だ。  
勤務に見合った報酬を得られ  
るよう、緊急に診療報酬を改  
定して待遇を改善すべきだ。  
妊婦ら救急患者が何か所も  
の病院で受け入れを断られる  
「たらい回し」の背景には、救  
急病棟の人員が不十分なこと  
がある。地域の  
開業医が交代で  
病院に詰めて救  
急医療に参加す  
る体制を、早急  
に整えるべき  
だ。中長期的に  
は、救急病院  
「ER」を全国  
400か所程度  
に整備する。

た。医師が、勤務する診療科  
や地域を自由に選べるため、  
偏在につながっている。  
そこで、医師の研修先を自  
由選択に任せるのではなく、  
地域・診療科ごとに定員を定  
め、計画的に配置するよう制  
度を改める。対象は、義務研  
修を終えた後、専門医を目指す  
3〜5年間の後期研修を  
受ける若手医師とする。その  
ため、地域の病院に医師を派  
遣してきた大学医局に代わり、  
医師配置を行う公的機関を創  
設する。

費について、政府が予算編成  
で、高齡化による自然増分  
(年約8000億円)を毎年2  
200億円抑制してきたこと  
が一因だ。不必要な歳出を削  
ると同時に、超少子高齡社会  
に必要な施策には財源を投入  
すべきであり、やみくもな抑  
制路線は改めなくてはならな  
い。



### 医師不足

全国医学部長病院長会議のまとめによると、2004年度の研修義務化以前は、新人医師の7割が大学に残っていたのに対し、義務化後は5割に減少。特に東北、四国地方などでは3割前後と激減した。人手不足に陥った大学医局は、他の医療機関に派遣していた医師を引き揚げ、医師不足が顕在化した。日本医師会の調査では、大学医局の77%が、約3000医療機関への医師の派遣中止や減員を行い、約500施設が診療科の閉鎖を余儀なくされた。

財源については、本紙の年  
金改革提言で提案したように、  
消費税を目的税化して税率  
10%の「社会保障税」とすべ  
きである。

# 医療の崩壊を防げ 5つの緊急対策

緊急対策5項目 直ちに実施すべき

## 1 医師不足解消

若手医師を計画配置しよう

## 2 たらい回し防止

開業医も病院救急に積極参加

## 3 病院勤務医

激務に見合う給与引き上げ

## 4 高齢者ケア

介護の職員・施設に手厚い支援を

## 5 社会保障費

抑制一本やりを転換せよ

## 1 医師不足解消

### 若手医師を 計画配置しよう

小児科、産科、救急や、地方の病院で深刻な医師不足が起きている原因の一つに、医師が、勤務する診療科や地域を自由に選ぶことができるため、激務の診療科や地方の医療機関を敬遠しがちなことがある。

医師の配置には、小児科、産科が少ないなど診療科ごとの偏りが

と、都市と地方の地域間の偏りという「二つの偏在」がある。その解消を図ることが必要だ。

ただ、すでに専門の診療科で勤務しているベテラン医師に、他の診療科に移るよう求めるのは、現実的ではないだろう。そこでまず、

専門医を目指して研修を受ける若手医師を、計画的に配置するべき

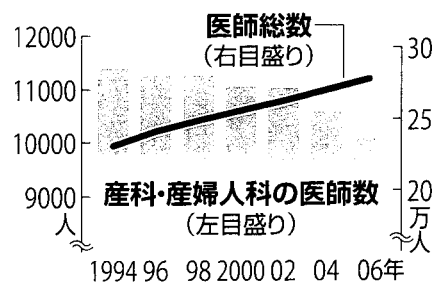
だ。

医師の研修は現在、**医師免許**の取得後、外科、内科などを幅広く回る義務研修(初期研修)が2年間行われる。さらにその後、専門医を目指す場合は、3〜5年間の後期研修を受けることになっている。

そこで今後、後期研修を受ける若手医師について、研修先を自由選択に任せるのではなく、地域・診療科ごとに定員を定めて、計画的にバランス良く配置するよう制度を改める。

現在、人口当たりの医師数は、東京、大阪などに多く、東北地方

産科・産婦人科医の減少



などで少ない。さらに、同一県内でも、県庁や大学医学部のある都市には多く、小都市や郡部で少ない。こうした地域内の格差解消も求められる。

国は早急に、各地の医師不足の状況を調査したうえで、学会、大学、基幹病院、自治体なども協議して、都道府県・診療科ごとに、後期研修の定員枠を定めるべきだ。

若手医師の進路の決定にあたっては、医師の希望を聞いたうえで、地域・診療科の定員枠を上回った場合には、医師を第2希望以降の地域・診療科へと計画的に配置する。強制や義務ではなく、医師の希望と意欲を生かす配置の仕組みが求められる。

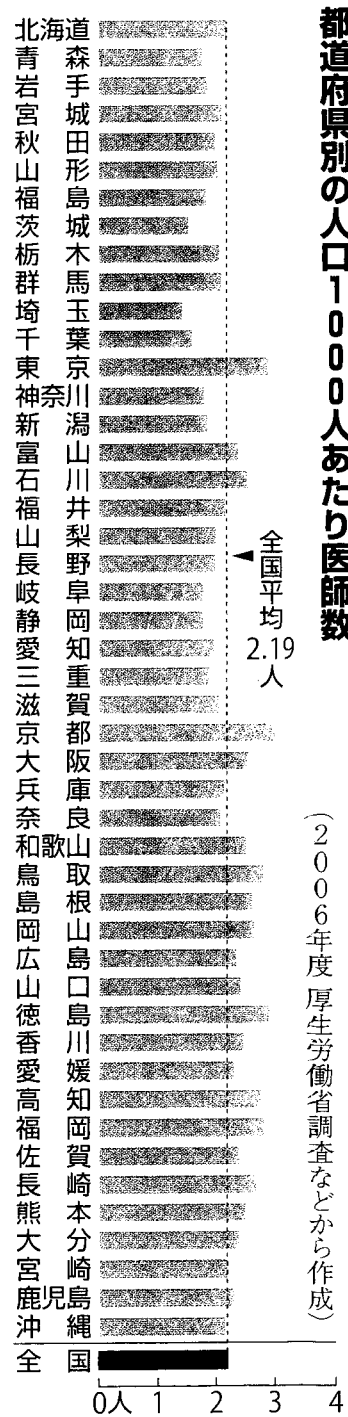
配置された若手医師は、大病院をはじめとした各都道府県の基幹病院に勤務し、専門医になった



医師免許

医師が診療行為を行うのに必要な国家資格。毎年、国家試験が行われ、2007年度は受験者8535人に対し合格者7733人で、合格率90.6%。免許があれば、原則として、どの診療科の看板を掲げてもよい。免許の更新や定年はない。

都道府県別の人口1000人あたり医師数



(2006年度厚生労働省調査などから作成)

めの後期研修を受ける。

こうして地域の中核病院の医師数が充足されることによって、それらの病院から、中堅・ベテラン医師を医療過疎地域へ派遣することが可能となる。

初期研修での医師配置にも配慮がある。毎年8000人近い新人医師が初期研修を受けるが、研修を行う病院は1000か所以上あり、募集定員は全国で計約1万1500人になる。このため、地方では大病院などに大幅な定員割れが起き、医師不足が加速している。都市部を中心に総定員を減らし、地方の病院の定員割れを解消すべきだ。

同時に、研修の水準を維持するため、研修の実施は指導体制の整った病院に限定する必要がある。



朝まで絶えぬ救急患者

「うん、腸閉塞の可能性もあるのでレントゲンを撮りましょうか」

9月1日午後9時。広島県尾道市立市民病院に、腹痛と嘔吐を訴える女性(59)が駆け込んだ。診察した長澤弘明医師(54)は、この病院の医師ではなく、市内で開業している。この日、当直医として診療に追われた。

今春までは、市民病院の医師が夜間救急の当直を担っていた。しかし4月、研修医の減少などで、11人いた内科常勤医が9人に減少。大病院からの夜間の診療応援も半減し、夜間救急を続けるのが困難になった。この事態に、地域医師会の開業医たちが応援に乗

り出したのだ。

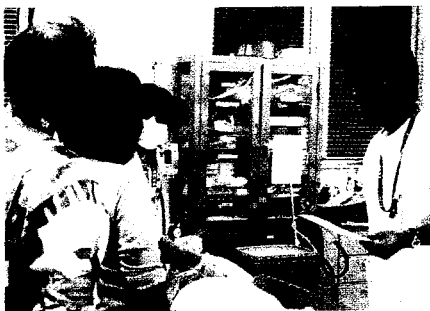
長澤医師が、腹痛の女性のエックス線撮影を手配すると、今度は89歳の女性患者が運ばれてきた。「発熱と意識障害がありま

す」と救急隊から報告を受けると、容体を確認し、待機していた病院の医師を呼び出した。入院が必要と判断した重症患者は、病院側に引き継ぐことになっていたのである。

翌朝7時まで、患者は絶えない。一睡もできないまま、長澤医師は、朝9時に自院の診療を開始した。「体は大変だけど、

お世話になっている市民病院と地域医療に役立ちたくて」

尾道市医師会(片山寿会長)や隣の松永沼隈地区医師会員ら計36人が、交代で月に計約10回、夜間当直と休日当直に参加。手当ては、市と市民病院が支出する。市民病院の太田保院長は「地域の仲間たちが、病院の危機を救ってくれた」と感謝している。



患者の家族に説明する長澤弘明医師(右、尾道市立市民病院で)

# 21世紀、回診防止

## 開業医も 病院救急に 積極参加

救急患者が、何か所もの病院から受け入れを拒否される「たらい回し」が問題になっている。救急病院に指定されているにもかかわらず、「担当医が不在」「ベッドが満床」などの理由で、患者を受け入れられない病院が少なくないためだ。

背景の一つに、本来なら地域の開業医が診るべき軽症患者も、病院に集中している実情がある。

都会のビル診療所の多くは、夕方以降は連絡が取れない。夜間に開業医が往診する光景を見ることがも少なくなった。地区医師会で時間外診療所を設けて開業医が交代で詰めたり、輪番で夜間・休日診療にあたる当番医を定めたりしている地域もあるが、深夜まで診療している例は少ない。

さらに患者側も、検査設備が整っている病院を受診する傾向が強まっている。

この問題の解決に有効なのが、開業医が地域の基幹病院に交代で



出勤に備えて救急車内にある器具のチェックをする救急隊員（長野市中央消防署で）

詰め、病院の救急医療に積極的に参加することだ。実際、この方法で成果を上げている地域もある。

東邦大医療センター大森病院（東京都大田区）の小児科では、区医師会と協議し、一昨年から開業医の救急参加が始まった。

平日午後8時から3時間、約45人の地元開業医が、交代で1人ずつ

同病院に詰める。時間外の急患（1日平均約30人）のうち、軽症患者10人程度を診察している。参加する開業医の手当は、区と大学が負担する。

病院勤務医からは「おかげで重症者の治療に集中できる」と好評

だ。同大小児科の松裏裕行准教授（51）は「地域の小児科医が一体

になって大田区の子どもを守ろう、という意識が生まれた」と話す。

慈恵医大第三病院（東京都狛江市）、千葉市立海浜病院（千葉市）

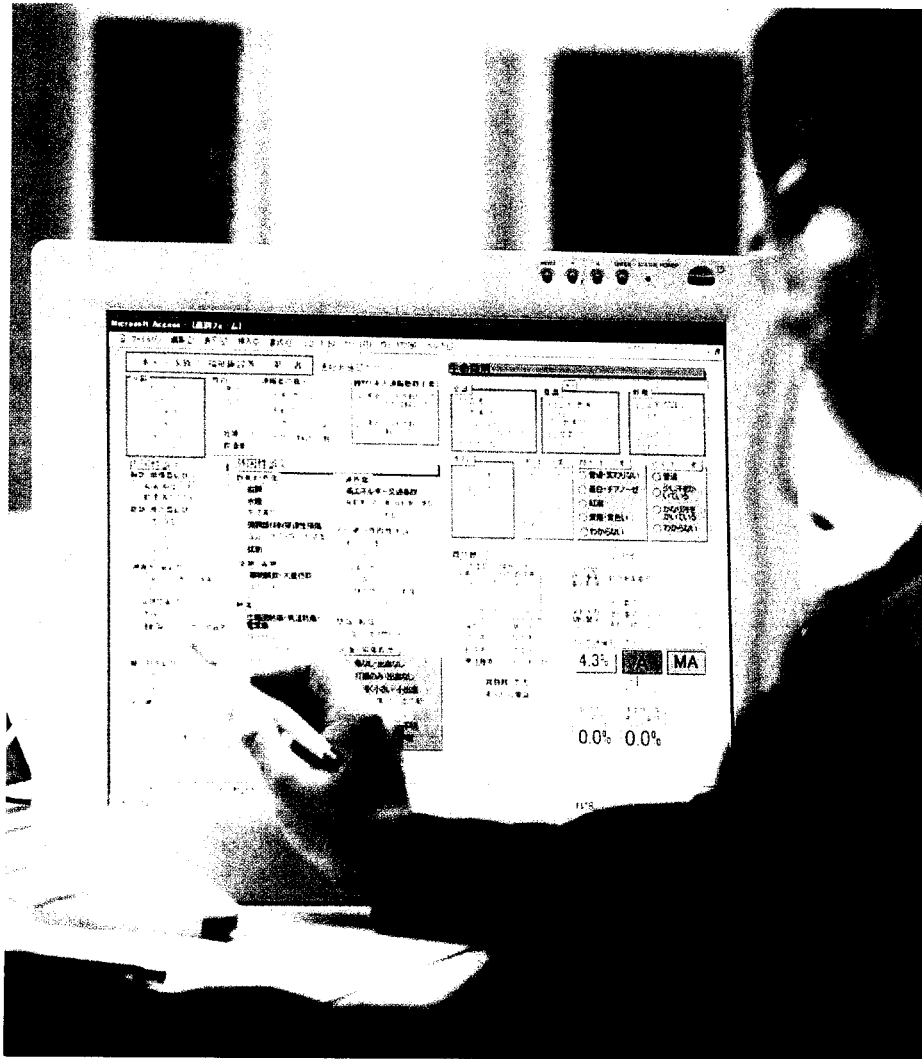
など、開業医が病院救急に参加している地域は、ほかにもある。地区の医師会は、基幹病院と協力し、早急に開業医の病院救急参加の体



出動の要請を受け、消防署を出発する救急車（横浜市で）



119番通報時の緊急度・重症度を識別する入力画面（横浜市で）



制作を進めてもらいたい。  
不要不急の救急搬送や受診を減らすことも、病院の救急医療を守るためには重要だ。

横浜市は10月、市救急条例を施行し、119番通報の内容を緊急度・重症度に応じて振り分けるシステムを全国に先駆けて導入し

た。司令センターの指令管制員が、患者の意識、呼吸状態などの情報をパソコンに入力すると、緊急度が自動的に判断される。

救急車を出す緊急性がないと判定された場合は、求めがあれば、民間の救急コールセンターに電話を転送する。コールセンターでは、

看護師らが対応し、通報者に助言する。

子どもの救急では、休日・夜間に親から電話を受け付け、医師や看護師が相談に応じる電話相談事業（#8000番）が、国の助成で4年前から始まり、44都道府県で導入されている。



## 切迫早産かも 5病院が 受け入れ拒否

今年8月、埼玉県春日部市の今城香里さん(21)は、夜9時過ぎ、激しい腹痛に襲われた。おなかには赤ちゃんがいたが、出産予定日より50日以上も早い。

「切迫早産かも」。夫(31)が119番通報し、5分後に救急車が到着した。

ところが、救急車は家の前から動かない。受け入れ先が見つからないのだ。救急隊員は、同市や周辺の5医療機関に電話で要請したが、ことごとく断られた。

痛みは一向に引かない。「ダメかもしれない……。夫は力無くつぶやいた。

ようやく見つけた受け入れ先は、自宅から30キロ南にある川口市立医療センター。到着した時、通報から2時間が過ぎていた。幸い、切迫早産

は薬剤の点滴で抑えることができた。「あのままどこも受け入れてくれなければ、と考えるとゾッとします」と今城さんは振り返る。

残念ながら、「たらい回し」にまつわる悲劇も起きている。奈良県の大淀町立大淀病院では一昨年、出産の際に意識不明になった女性が、19病院から転送を断られた末、搬送先の病院で死亡した。昨年、同県内から救急搬送された妊婦が、9病院で受け入れを断られ、救急車内で死産した。

川口市立医療センターの栃木武一・病院事業管理者(産婦人科医)は「救急や難しい出産を扱う医療の体制は、病院、開業医、都道府県が協力して整備すべきだ」と指摘する。

# 3 病院勤務医

## 激務に見合う 給与引き上げ

産科、小児科などの病院勤務医は、当直明けで日勤をこなす36時間連続勤務が常態化するほどの厳しい労働実態にある。勤務医が疲弊し、病院を辞めて開業医に転じるなど、医師不足を招く一因となっている。医療の質を低下させ、安全を損なうことにもつながる。

また、激務の割には、勤務医の給与は、開業医に比べると低い。厚生労働省の昨年度の調査によると、開業医の平均年収が2532万円だったのに対し、病院勤務医の平均は1415万円と6割程度だ。

病院の勤務医の中でも、特に給与が低いのは、大学病院の医師だ。国立大学医学部長・付属病院長会議の調査によると、大学病院の一

般医員の平均月給は、30歳の場合に国立大学で約30万円、公・私立大学で約35万円と、一般病院の同年齢の医師(85万円)に比べ、3分の1余りだった。

本給が少ない分、大学病院の医師は、他の病院でのアルバイトで収入を補っている。国立大学の場合、月平均約27万円を他の病院での診療や当直などで得ているが、アルバイトが多いと大学での診療がおろそかになりかねない。

病院勤務医の疲弊を防ぐ抜本的な対策としては、医師を増員したり、医師の業務を看護師ら他職種が分担したりして労働環境を向上させる必要がある。しかし、これらには時間がかかる。そこで、当面の対策として、勤務医が激務に見合った報酬を得られるよう、給与を引き上げるべきだ。

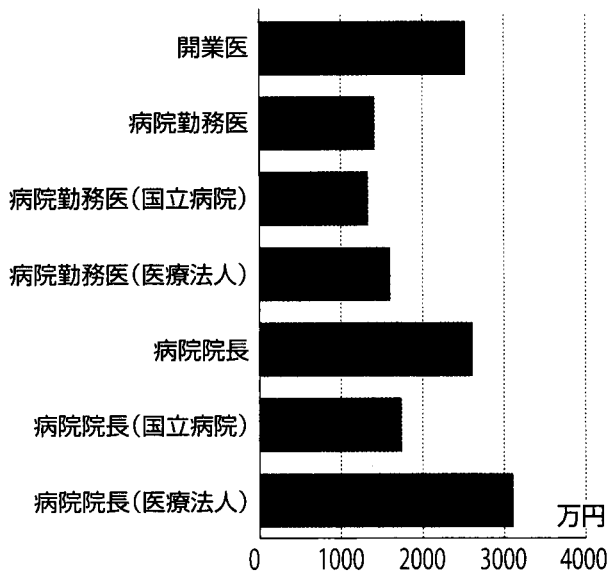


### 診療報酬

保険医療では、手術など個々の医療行為の値段が、診療報酬点数(1点10円)で定められている。医療機関は、医療費の1~3割を窓口で患者から受け取り、残りを健康保険組合などに請求する。国は通常2年ごとに診療報酬点数を改定する。

### 医師の年収

(2007年厚生省医療経済実態調査)



2002年度以降、手術、投薬など医療行為の価格を定めた診療報酬が切り下げられ、病院経営が悪化していることが、人件費の抑制につながっている。診療報酬の改定は通常2年に1度行われるが、次回(2010年度)改定を待たず、緊急に引き上げて、待遇改善の第一歩とする。

診療報酬の改定は、病院の産科、小児科、救急など激務の分野を重点に行う。病院は、これらの診療科の医師報酬を2割増やす。

国は、病院経営者に、緊急改定による診療報酬の増額分を医師の報酬改善に充てるよう指導すべき

だ。

なお、大学病院の勤務医には、給与の水準だけでなく、正規職員でない医師が多いという問題もある。講師や助教のポストに定員があり、非常勤扱いの医師が半数近くにのぼる。

非常勤の医師は、給与が日給制で、年収は300万円程度にとどまる。ある国立大病院長は「非常勤医師は、正職員と違い住宅手当も出ない。信用がないのでローンも組めない」と窮状を訴える。病院の正規職員として雇用を進めることが求められる。



赤ちゃんの母親（左）と話す佐藤秀平医師（右）ら（9月22日、青森市の県立中央病院で）



## 当直年間1000日

「妊娠33週。双子で赤ちゃんはともにも1300g。すぐ帝王切開したいのですが、2人受け入れられますか？」

青森市の青森県立中央病院総合周産期母子医療センター。先月、新生児集中治療室（NICU）にいた網塚貴介部長（48）に、佐藤秀平センター長（47）から電話が入った。救急車で搬送されてくる予定の妊婦についての連絡だった。

「いいですよ」。電話を切って、NICUの3人の若い医師に「今日は総出だな」と声をかけた。

2日前に、約650gの極少体重で生まれた赤ちゃんが入院。目が離せない状態だ。網塚部長は、前日の夕方5時から午前3時まで赤ちゃんの血圧や呼吸機能の管理に当たり、

3時間の仮眠をとっただけで、この日を迎えた。

NICUでは、医師が1人当たり年間1000日近い当直をこなす。

顔に疲労の色が濃い。てきぱきと受け入れ態勢を指示しながらも「治療に集中できない時もある。赤ちゃんにしわ寄せがいくのではないかと思うと怖い」と網塚部長は語った。

弘前市に家族を残し、単身赴任で敷地内の寮に住む佐藤センター長が、病院から外へ出ることはほとんどない。当直のない日でも、県内全域から緊急患者が搬送されるため、連日連夜、呼び出しがかかる。

「私たちが断ったら、妊産婦さんの行き場はない。その使命感だけがスタッフを支えている」と話す。

介護職者の不安

# 介護の職員・施設に 手厚い支援を

平均より約6割も高い。

介護施設や、在宅介護サービスを行う事業所も、収入減で経営が悪化している。これでは、介護の現場は崩壊しかねない。

老後の安心を支えるには、来春

超高齢社会を迎え、医療だけでなく、介護を必要とする高齢者が増えている。寝たきりや認知症になっ

ても、自宅など住み慣れた場所で最期まで暮らしたいと望む高齢者は多いが、現実には病院に入院したまま亡くなる人が8割を占める。

よりの多くの人が在宅で過ごせるようにするためには、在宅医療、訪

問看護、訪問介護などの医療・介護サービスの充実が欠かせない。

しかし、介護を担う人材の不足は深刻だ。2003年度、06年度と2度にわたる介護報酬の引き下げにより、介護職員の給与水準は全労働者平均の7割程度と低く抑えられている。仕事も重労働だ。離職率は21・6%と、全産業

の改定で介護報酬をアップし、介護職員の給与を一般労働者並みに引き上げるべきだ。さらに、人員を多く配置して個別ケアを実施している介護施設への報酬も手厚くし、経営の安定を図る必要がある。

現在、介護給付費の2分の1を公費で賄っているが、公費負担の割合を高めることは避けられない。報酬増額が職員の給与改善に確実に反映されているかどうかをチェックするため、各事業所に賃金水準などの情報公開を義務づけることも必要だ。

質の高い介護職員の養成も急務だ。今後、患者数が急増する認知症のケアに秀でた職員や、たんの吸引や床ずれの処置などの医療的ケアに対応できる人材が求められる。こうした高い技能を持った職員の働きに



## 3か月で 8人辞めた

無理をすれば、事故の恐れも高まる。4月からやむなく休止した。職員を確保し、全床

が再開できたのは先月だ。

介護の現場では、景気回復とともに人手の確保が難しくなり、とりわけ大都市部では深刻化している。

川崎医療福祉大学（岡山県倉敷市）の川上富雄講師らが7月、東京、神奈川、千葉、埼玉の1都3

県の特養ホーム約1100か所を対象に行った緊急調査では、回答した約700施設で、職員の人材不足で稼働できないベッド数は、計約600床に上った。

田中施設長は「人件費や物価が介護報酬にきちんと反映されず、人材が流出している。このままでは、在宅療養しているお年寄りと家族が、介護サービスを受けられず共倒れになる」と懸念する。

離職の影響を受けたのが、高齢者が短期入所するショートステイ（18床）だ。少なくなった職員で

は、報酬を加算すべきだ。

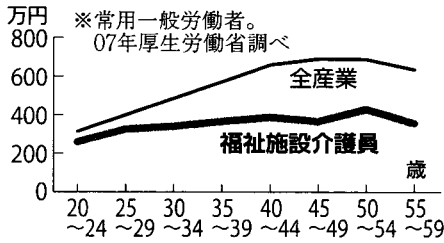
高齢者のみの世帯が増え、介護する側も、される側も高齢者という「老老介護」の比率が高まっている。介護者の3人に1人は70歳

以上であり、家族介護に頼るには限界がある。介護疲れによる虐待を招きかねないし、医療の必要性が低いのに長期入院する「社会的

入院」の増加にもつながる。

厚生労働省の推計では、要介護認定者数は、2014年に、今より約150万人増えて約600万人となる。これに伴い、現在約110万人いる介護職員を、30万〜50万人程度増やす必要があるとされる。介護職員の待遇改善と人材育成を急ぐべきだ。

## 介護労働者と一般労働者の標準的な年収（男性）

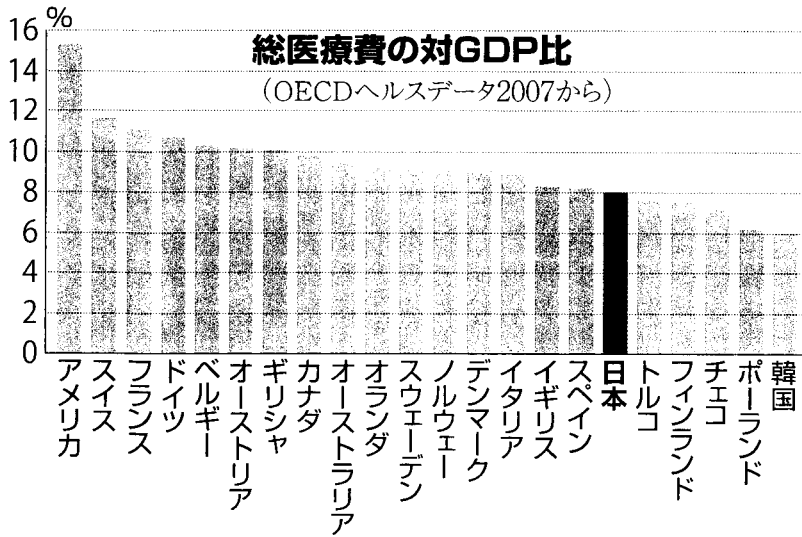


### 介護報酬

介護保険制度で提供される介護サービスの公定価格。訪問介護、通所介護などサービスの種類ごとに決められ、「単位」で表示される。1単位は原則10円だが、人件費などの地域差を反映し、1単位最高10.72円と幅が設けられている。経営実態を考慮し、3年に1度見直され、次の改定は2009年4月。

5 社会保険費

抑制一本やりを  
転換せよ



小泉政権誕生の2001年以後、国の政策の中心に位置づけられたのは、財政再建を重視した構造改革路線だった。その結果、「聖域なき改革」として、社会保障分野にも厳しい歳出削減が求められた。

「三方一両損」と銘打ち、患者と健保組合などの負担増と、診療報酬引き下げによる医療機関の痛みを同時に求めたことは象徴的だ。

構造改革の一環で、政府は2011年度まで5年にわたって、高齢化による社会保障費の自然増分(年約8000億円)を、毎年約2200億円ずつ、計1兆1000億円抑制する方針を打ち出し、現在も堅持している。この結果、診療報酬、介護報酬が削減され、医療・福祉の現場に大きなゆがみが生じ、国民の不安は高まっている。

財政再建に取り組み、社会保障費が野放図に膨張しないよう、必要な歳出を削減する一方で、超少子高齢社会に必要な分野には財

源を投入するべきだ。「2200億円の抑制」が目的化している現状は本末転倒であり、抑制一本やりの路線を転換すべきである。

政府は、2002年度以後、診療報酬のマイナス改定を繰り返した。病院の経営が悪化し、必要な人材の確保が難しくなって勤務医の疲弊を招くなど、病院の医療に与えている影響は極めて大きい。

08年度の診療報酬改定で、政府は8年ぶりに、医師の治療の技術料などに充てられる診療報酬「本体部分」を増額した。しかし、その財源を捻出するため、中小企業のサラリーマンらが加入する協会けんぽ(旧政管健保)への補助金を削減するなど、無理を重ねている。

国民医療費がどうあるべきかについて、英国の例が参考になる。

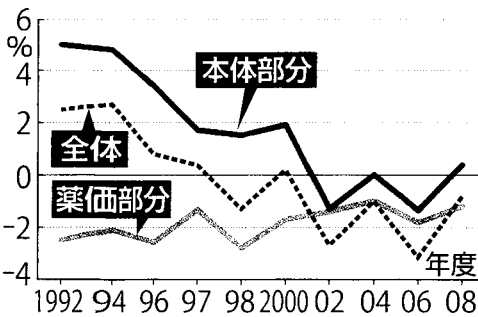
日本のGDP(国内総生産)に占める国民医療費の割合は、OECD(経済協力開発機構)加盟の主要7か国中、最も低い。だが、従来、最低水準にあったのは英国だった。

英サッチャー政権(19

79~90年)で、厳しい医療費抑制が行われた結果、医療水準の低下や、数か月に及ぶ入院待ちといった事態が起き、英国国民の医療への不満は高まった。

このため、ブレア前政権(97年~07年)は、医療費の大幅な増額に踏み切り、GDP比での国民医療費で04年、日本を追い抜いた。英国の国民医療費は、予算額で00年度の約10・3兆円から、07年度には約19・9兆円へと倍増した。長期間の入院待ちの患者数は減少し、国民の医療満足度は向上した。国民の医療を守るために、必要な拠出を惜しむべきでないことは、これを見ても明らかだ。

診療報酬の改定率



# 信頼の医療へ 構造改革5本の柱

中長期にわたる

## 構造改革5本の柱

### 1 医師を増やし、偏在をなくそう

- ① 医師養成数をOECD並みに
- ② 医局に代わる医師配置機関を創設
- ③ 女性医師・看護師が働きやすい環境に
- ④ 麻酔医不足解消に歯科医が協力
- ⑤ 看護師らに医師業務の一部を移す

### 2 医療機関の役割分担と連携強化

- ① 病院を集約し、機能を充実させよう
- ② 入院は病院、外来は開業医で
- ③ 24時間型救急「ER」400か所に整備

### 3 医療の質を高め、安全性を確保

- ① 技量の高い専門医を育成しよう
- ② 家庭医の研修を開業の条件に
- ③ 安全確立へ医療事故調を設置
- ④ 科学的根拠に基づく健診を

### 4 高齢者医療を介護と一体で充実

- ① ケア付き住宅を10年で倍増
- ② 往診、訪問看護で在宅療養を支援
- ③ 急増する認知症に国を挙げて取り組み

### 5 給付と負担の新ルールを作れ

- ① 必要な施策に力ネを惜しむな
- ② 健康保険の財政を破綻はたさせるな
- ③ 社会保障番号と情報共有で無駄を削減
- ④ 国民も医療にコスト意識を持つとう
- ⑤ 診療報酬の仕組みを見直せ
- ⑥ 医療臨調を創設して集中的に改革



# 1 医師を増やし、雇任をふくむにつ

## ① 医師養成数をOECD並みに

医師不足の背景の一つは、医師が過剰になるのを防ぐため、政府が医師養成数を抑制してきたことだ。

1970年代、「二県一医大」構想で、医学部のなかった県に医大が新設された。これにより、「2025年には医師は過剰になる」として、1990年代に**医学部定員**は8%削減された。

しかし、ここ数年、医師不足が顕在化したため、政府は来年度から、全国の医学部定員（現行7873人）を増やす方針を打ち出した。文部科学省によると、2009年度の入学定員は過去最大の8645人程度になる見通しだ。

それでも、日本は、人口1000人当たり医師数が2.2人と、OECD（経済協力開発機構）加

盟国平均の3人に比べ少ない。医師不足を解消するには、さらなる大幅増が必要だ。

厚生労働省の「安心と希望の医療確保ビジョン」検討会は、医学部定員を現在の1.5倍に増やす方針を打ち出した。

ただ、一気にこれだけ増員するには不安材料も多い。指導する教員が十分でないうえ、入学する学生の質が低下する恐れもある。

医師一人の養成に約1億円かかると言われ、育成には巨額の資金が必要だ。医師が増えた分、医療の供給が増え、医療費も膨らむ。

現実的には当面、英米（人口1000人当たりの医師数2.4〜2.5人）並みの医師数を実現するため、医学部定員を2割程度増

やして、1学年1万人とすることが妥当だ。地域医療に携わる学生を確保するため、地方医大の入学定員の地元枠も拡充する。

この医学部定員の増員により、医師総数は2025年には現在より2割増えて約34万人となる。

そのうえで、広い視野を持つ優れた医師を養成するには、高校卒業後に医学部に進む現在のコースとは別に、米国のように、一般学部卒業後に医学専門課程に進むメディカルスクール（大学院大学）の創設も検討すべきだ。

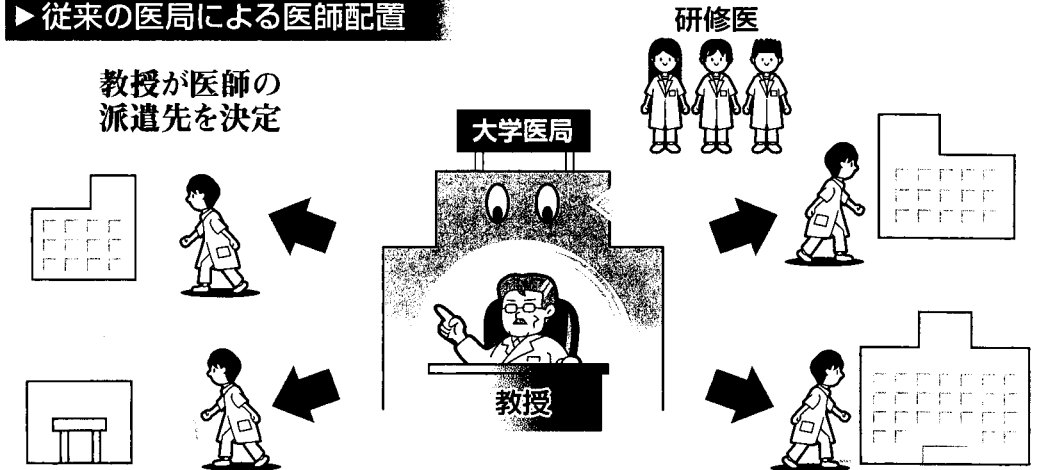


### 医学部入学定員

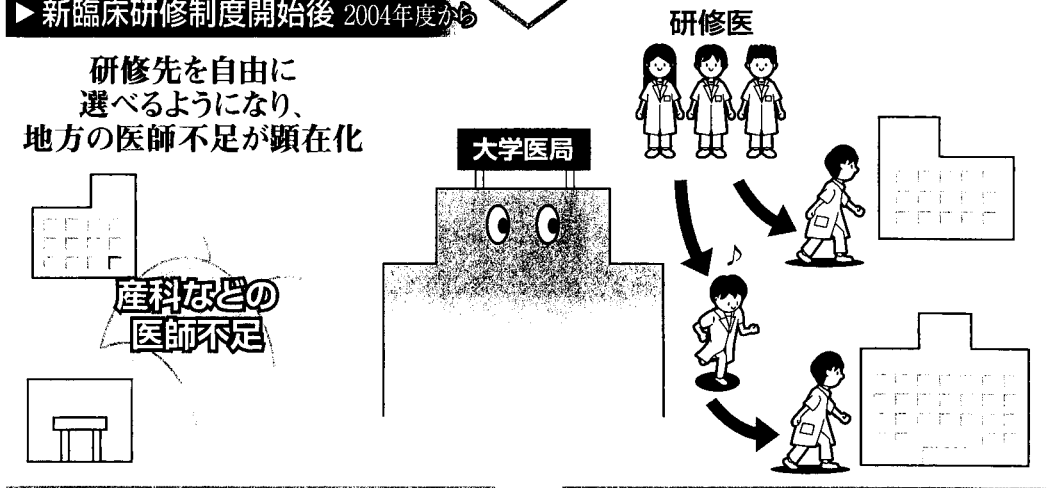
医師を養成する大学医学部・医科大学は、全国に国公立が51校、私立29校の計80校ある。定員は各校とも1学年100人前後。文部科学省などによると、全国の入学定員の合計が最も多かったのは1982年度で、8360人だったが、2007年度には7705人にまで減った。

② 医局に代わる  
医師配置機関を創設

▶ 従来の医局による医師配置

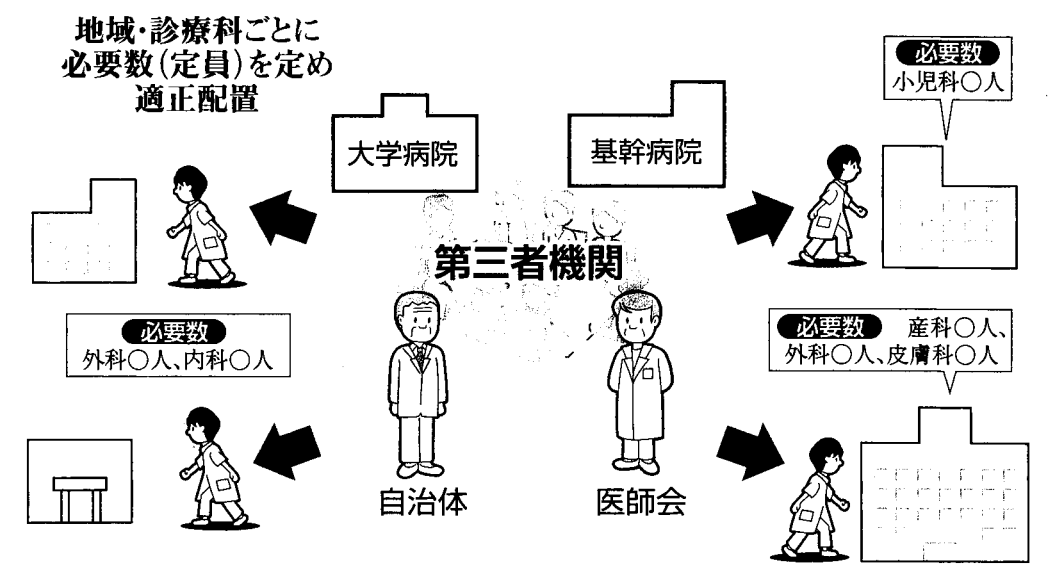


▶ 新臨床研修制度開始後 2004年度から



読売新聞  
提言

▶ 第三者機関による計画配置



単に医師の数を増やしても、医師が勤務する診療科や地域を自由に選べる今の制度のままでは、医師不足・偏在は解消されない。国は、自治体や関係学会、医師会などとも協議し、医師不足の地域、

診療科の状況も考慮したうえで、各都道府県、診療科別に必要な医師数を定めるべきだ。

医師配置は従来、主に大学医局に任されてきた。教授が医局員の人事権を一手に握り、派遣先の病

院長との個別の話し合いで決められていた。このため、教授の一存で医師派遣や引き揚げが決まるなど、密室性が否めなかった。

だが、2004年度に始まった新たな臨床研修制度により、大学



を離れる新人医師が続出し、医局による医師配置システムは崩壊した。医局に代わる医師派遣機関が必要だ。

2007年の医療法改正で、都道府県には、大学、地域の基幹病院、自治体、医師会などを主要構成員とする「地域医療対策協議会」の設置が義務づけられている。これを母体として、県内の病院、診療科に医師を計画的に配置する第

三者機関を設立するべきだ。

第三者機関は、地域・診療科ごとに医師の必要数(定員)を定め、配置する。保険医として働く医師は原則として、いずれかの都道府県の第三者機関に登録することとする。

ただ、現在の地域医療対策協議会の活動は不十分だ。読売新聞社が47都道府県の地域医療対策協議会に対して8月、実施したアンケ

ートによると、これまでに県内での医師の派遣調整を行った実績があると答えたのは、8自治体(17%)にとどまった。

それでも、新たな動きも出てきた。広島県では、広島大学と県医師会、行政が、医療体制などについて話し合う協議会を設置。産科・小児科の危機が深刻になった2007年、病院・医師の集約化の方針を決め、産科医不足にあえ

ぐ呉地域で、3病院に分散していた産科医を2病院に集めた。

大学側にも、医局の弊害をなくし、開かれた人事の仕組みを作る動きがある。

京都大の消化管など外科系3診療科が合同で2006年、医局に代わる組織として、「京都大学外科交流センター」を作った。大学から医師派遣を受ける関連病院の院長が理事長を務める。京大以外

の出身者を含む約550人の外科医が所属し、東海から中国地方までの61医療機関と連携している。

医師は年2回、異動希望調査票を提出。センターが関連病院の求人と照らし合わせ調整する。兵庫県の病院に今年4月、派遣された外科医(39)は「人事がわかりやすく、希望も言いやすい」と話す。



## 奨学金受け、離島勤務4年半

大小の島々が、美しい景観を織りなす長崎県・五島列島。北部の島にある上五島病院に勤務する内科医、栗村真由美さん(32)の1日は、午前7時半、受け持ち患者約15人の回診から始まる。

午後は軽自動車を走らせ往診する。この日は3軒の患者宅を回り、話し込んだ。

地域医療に関心があつた栗村さんは、千葉大医学部4年生の時、掲示板で長崎県の「奨学生募集」の告知を目にし、応募した。3年

間、計約380万円の奨学金を受け、1・5倍の期間にあたる4年半の離島勤務が義務づけられた。島に赴任後、体力が衰えふせていた旧家の80歳代のお年寄りを半年間、休み返上で往診した。妻や3人の娘に囲まれ、「おれは一番の幸せ者」と言いつつ亡くなった姿が忘れられない。

様々な患者に接するうち、「もつとこの島で学びたい」と思った。今月、義務年限を終えるが、島に残るつもりだ。

75の有人島を抱える同県は40年前から、奨学金制度を設け、離島医療を担う170人以上の医師を育てた。一定期間勤務すると、1年間、専門病院で研修を受けることもできる。上五島病院では、常勤医19人のうち11人が県の制度などを利用した医師だ。

「専門的な技術も磨きたい」など、若い医師の希望にこたえる仕組みをつくってきた。長崎大からの医師派遣などとあわせ、少ない人数で島の医療を支えている。「県の医師養成制度の第1期生で、県庁の医療政策担当部に勤務する向原茂明医師はそう話した。



往診先の家族(右)と話す栗村医師(中央、長崎県新上五島町で)

### ③ 女性医師・看護師が働きやすい環境に

女性は医師の17%を占め、2008年度には医師国家試験合格者の35%に上った。しかし、結婚・出産で離職する女性医師も多く、残った医師の勤務の負担増につながっている。

産婦人科では、20歳代医師の70%、30歳代で50%を女性が占める。ところが、30歳代半ばになると、半数が分娩の仕事から離れ、産科医不足の要因にもなっている。育児の時間がとれないなど、女性医師が仕事を続けられる体制が整っていないことが最大の原因だ。

大阪厚生年金病院(大阪市)では、産婦人科医10人のうち女性は6人。うち3人が幼い子を育てている。3年の育児休暇中は、勤務時間を自由に設定できる。患者を複数の医師が診るため、患者の容体が急変しても他の医師に託して午後5時半には帰宅が可能だ。

医師と同様、勤務の厳しさを待

遇の低さから職場を離れる看護師も多い。

約180万人の看護師のうち、実際に仕事についているのは125万人。資格を持ちながら医療現場で働いていない潜在看護師は55万人超とみられる。離職率が年約13%と高いため、待遇改善が欠かせない。

杏林大病院(東京・三鷹市)は、看護職員の子どもが小学3年生になるまで、30分単位で1日3時間までの時短勤務を制度化。がん、小児などの専門看護師になるための研修受講などにも力を入れる。03年度に15%だった離職率は、昨年度11・6%に低下した。

女性医師や看護師が働き続けることができるよう、保育所の拡充、時差出勤、複数の医師が勤務を調整するシヨブシェアなどを進めなくてはならない。



### 産後4か月、フルタイム復帰

「良い子にしていたかな」。福井県済生会病院に勤務する外科医・木村雅代さん(28)が、病院内の保育所「ぼっかぼか園」に息子(2)を迎えに来た。

木村さんは研修医時代に妊娠、出産した。「外科医として、手術から長期間遠ざかるのは不安」と、産後4か月で職場復帰。今は月1回の当直に加え、月5回の自宅待機日にも数回、夜中に呼び出される。フルタイムで働けるのは、同居する夫の両親と、「ぼっかぼか園」のおかげだ。

病院が運営する「ぼっかぼか園」は、医師や看護師ら職員の3歳までの乳幼児を24時間体制で預かる。保育士を17人に増員、現在42人が利用している。

木村さんは普段、息子を午前9時から午後5時まで預けている。送り迎えは夫の両親にお願いしているが、家族にはなるべく負担をかけたくない。勤務シフトに合わせ、日曜や祝日、夜間に家族が面

倒を見られない時も預けられるのが魅力だ。

別の病院で働く女性医師からは、「子供が熱を出すと、勤務中でも、すぐ迎えにいかなければならない」といった嘆きを耳にする。木村さんは「近くにいると安心だし、病院に併設されているので、風邪などの時も預かってもらえるので、ありがたい」と言う。

同病院は「職員が疲弊しては、患者さんにも満足を与えられない。職員の8割を占める女性の働きやすい職場作りは重要」としている。



息子を迎えに来た木村雅代医師(右、福井県済生会病院で)

## 医師の仕事を担当する職種と 主な役割

<b>歯科麻酔医</b>	資格は歯科医師だが、麻酔や全身管理を専門にしている
<b>薬剤師</b>	薬の専門家として、調剤や患者の服薬指導などを行う
<b>看護師</b>	患者の看護にあたる。米国では診療、麻酔などの専門も
<b>助産師</b>	お産の介助などにあたる
<b>保健師</b>	健診や健康指導などを行う
<b>管理栄養士</b>	病院食の献立作りや食事指導を行う
<b>診療放射線技師</b>	エックス線の検査などを行う
<b>臨床検査技師</b>	血液検査をはじめとした各種検査を行う
<b>臨床工学技士</b>	人工心肺など生命維持装置の操作、管理を行う
<b>理学療法士</b>	身体機能のリハビリテーション訓練を担う
<b>作業療法士</b>	日常生活や作業のリハビリテーション訓練を担う
<b>言語聴覚士</b>	言葉のリハビリテーション訓練を担う
<b>社会福祉士</b>	医療費や福祉面での相談に乗る。ソーシャルワーカー
<b>精神保健福祉士</b>	精神科患者へのソーシャルワーカーとして働く
<b>臨床心理士</b>	カウンセリングなどを行う
<b>医療秘書</b>	外来事務、書類作成などを行う

## ④ 麻酔医不足解消に 歯科医が協力

麻酔科医が不足し、手術に数か月待ちといった事態を招いている。麻酔科医は全国に約6000人いる。だが、①高齢化で高齢者の手術が急増、全身麻酔の件数が過去10年余りで5割近く増えた②痛みをとるペインクリニックなど麻酔科医の業務が広がったことなどから、麻酔科医不足が表面化した。

約9万7000人いる歯科医師の中には、口のがんなど口腔外科の手術で全身麻酔を行う「歯科麻酔医」が約1000人いる。一定の研修を終えた後、麻酔科専門医のいる基幹病院で手術麻酔に従事できるようにし、麻酔医不足解消に役立てるべきだ。

西日本のある病院では、歯科医師が麻酔科に所属している。大病院で1年半の医科麻酔の研修を受けた後、年2000〜3000件の麻酔を担当してきた。ただ、東京都内の病院で2007年、歯科麻酔の研修医が患者に説明せず手術麻酔をかけていたことが問題になり、現在は麻酔記録の記入など補助に回っている。この西日本の病院長は「医科の手術麻酔の訓練を受けて麻酔医と変わらない技量を持っているなら、歯科麻酔医が一定の研修後、医科麻酔を行っても問題ないのではないか」と話す。

## ⑤ 看護師らに 医師業務の一部を移す

医師には、本来の診療以外に書類作成などの業務が集中していることが、過重労働や離職の原因となっている。医師以外の職種でも実行できる業務の権限移譲を進め、医師の負担軽減を図る必要がある。患者の自宅への訪問看護や介護施設などで、医師に代わり簡単な薬の処方などの診療をしたり、麻酔科医の指示のもとで手術患者の管理にあたりたりする専門看護師を育成するため、研修を進めるべきだ。

医師の事務作業を助ける**医療秘書**を導入する病院も増えている。済生会栗橋病院（埼玉県栗橋町）には、外来の予約などを行う外来担当、書類を作る文書作成担当の計11人の医療秘書がいる。本田宏副院長は「医師が患者に説明する時間が以前より取れるようになり、患者満足度の向上にもつながっている」と話す。

米国では、軽症患者らの診察や薬の処方を行う看護師「ナースプラクティショナー（診療看護師）」が、在宅や病院外来の一部を担っている。大分県立看護科学大学は2008年度、この診療看護師養成の大学院講座を開設。介護施設や在宅などでの活躍が期待される。こうした専門資格を持つ看護師らについては、給与を引き上げるべきだ。

### 医療秘書

診断書など文書の作成の補助をはじめ、医師の事務作業を肩代わりする。2008年度から、救急病院などで、医師の指示で診断書作成の補助やカルテの代行入力を行う専従事務員を配置した場合、病床当たりの人数によって、入院患者1人につき1050円〜3550円が診療報酬に算入されるようになった。

## 2 医療機関の役割分担へ重点を置く

### ① 病院を集約し、機能を充実させよう

病院の医師が過重な勤務を強いられている背景の一つは、わが国は人口1000人当たりの病床数が14床あり、英米の3〜4倍と極めて多いことだ。1人の医師が診なくてはならない患者数が多く、過酷な勤務にならざるを得ない。同じ地域に似たような診療分野・規模を持つ病院が競合するなど、病床が過剰となっている地域の病院を集約し、医師を拠点病院に集めて、勤務条件を改善するべきだ。

そのうえで、患者の症状に合った適切な医療機関で診療を受けられるよう連携を強化する必要がある。人口約70万人の地域に、400〜800床規模の基幹病院が6施設ある熊本市。これらの病院が、脳外科、循環器、救急など得意な分野を分担することで、効率化を図っている。

同じ脳の病気でも、脳腫瘍は熊本大学病院が主に受け持つ一方、済生会熊本病院は、脳卒中患者を多く診る。小児救急なら熊本赤十字病院、熊本市市民病院は出産にまつわる周産期医療といった具合だ。

医師を派遣する熊本大が、病院ごとに重点的な医師配置を行い、役割分担ができあがった。須古博信・済生会熊本病院院長は「集約

化することで、症例数が増えて医療チームの経験が蓄積され、医療の質向上にもつながる」と話す。



### ② 入院は病院、外来は開業医で

高齢化で患者数が増加したうえ、患者への説明のため診療時間が増え、医療の高度化に伴って治療に人手がかかるようになってきた。しかし、医師数はそれに見合うほど増えず、勤務医の激務につながっている。

開業医がかかりつけ医となり、軽い病気は診療所で、入院を伴う高度医療や救急は病院で、と機能分を進め、勤務医の負担を減らすことが重要だ。

フランスでは、かかりつけ医にかかる治療費の自己負担は通常3割だが、それ以外の医師に紹介状なしでかかると4〜5割など高い。そのため、患者はまず、かかりつけ医を受診する。日本でも、紹介状のない初診患者には、保険外の上乗せ料金を取る病院が増えているが、フランスのような制度の導入も検討すべきだ。

「大病院の方が安心」という患者の病院志向は、開業医への不信の裏返しでもある。静岡市の静岡医師会は、そうした患者の不安を払拭しようと、基幹病院と連携し、病院の専門医と開業医との「2人主治医」の取り組みを進めている。



患者は普段、開業医に通い、年

に1、2回の精密検査は病院で受

け、病院の「連携安心カード」を

受け取る。急変時にカードを提示

すれば、救急車で検査データのあ

る病院に運ばれ、スムーズに治療

が受けられる。これまでに300

0人以上にカードを発行した。

岡慎一郎・静岡医師会副会長は

「病院の医師からも、『安心して開

業医に紹介できる』と評価を得て

いる」と話す。

### ③ 24時間型救急 「ER」400か所に整備

救急たらい回しの解消に役立つ

のが、24時間、受診拒否をしない

北米型の救急病院「ER」（救急

治療室）だ。軽症、重症に関係な

く、すべての患者を受け入れて処

置し、本格的な手術が必要な場合

には専門の診療科へと引き継ぐ。

米国、カナダ

はじめ世界的

にも一般的な

救急システム

だ。

日本救急医

学会の調査に

よると、ER

は国内でも既

に150か所

ある。だが、

常勤の救急医

が1〜3人と

人員の手薄な

病院が半数に

のほり、24時

間体制の病院

は82か所にと

どまる。

ERの整備には、高度な救急医

療を担う救命救急センターを活用

することが現実的だ。

救命救急センターは、生死にか

かわる最重症患者を専門に治療す

る病院。それ以外の患者は現在、

一般病院の救急外来で診ることに

なっているが、「担当の医師がい

ない」などと、受け入れ拒否が絶

えない。

救命救急センターは約200か

所あり、ここに医師を増員するな

どして、最重症者以外も診るER

として拡充すべきだ。30万人程度

の地域に1か所、全国400か所

の整備を目指す。ER整備が難し

い地域では、複数の病院が交代で

救急を受け持つ輪番制をとる。

日本救急医学会ER検討特別委

員会委員長の堀進悟慶応大准教授

は「米国には医師の8%にあたる

3万人の救急医がいるが、日本で

は1%に満たない2500人」と

話す。救急専門医の養成も急務だ。



### 一晩で患者90人

科医と連携して処置した。

墨東病院にERが開設され

たのは2001年。患者は増

え続け、07年度は4万800

0人余と2年前より約500

0人増えた。

周辺の区には、一般の救急

病院が約30か所ある。だが、

夜間は、当直医がいても「専

門でない」と患者を受け付け

ない病院もあり、全身麻酔に

よる手術が可能な所もほとん

どないのが実情という。

「この地域に、患者を選ば

ず受け入れるERは必要」。

浜辺部長は東京ERの役割の

大きさをかみしめた。

「手の骨は砕けてないか」

東京都墨田区の都立墨東病

院1階の救急外来「東京ER

ER」。9月18日午後9時過

ぎ、救急隊から連絡を受けた

当直責任者、浜辺祐一・救命

救急センター部長（51）の口

調は険しくなった。

40歳代半ばの男性作業員が、

機械のローラーに左手を巻き

込まれたという。「手の高度挫

減。救命救急センターの当直

を呼べ、急げ」

手にひどいけがを負い、激

痛にもがき苦しむ男性が運び

込まれた。4階の同センター

から駆けつけたスタッフはエ

ックス線撮影で指数か所の骨

折を確認し、損傷した皮膚を

切除した。

この夜のERの態勢は、常

勤医と研修医の計6人。約90

人の患者救急車13台が来た。

バイク事故で右足を複雑骨折

した30歳代の男性や、薬物を

大量に服用した男女らを、救



#### ER

英語のEmergency Room（救急治療室）の略。重症度に関係なく、すべての患者を受け入れ、診断や応急処置などの初期診療のみを行う。手術などの専門的な処置が必要になれば、専門の診療科の医師に引き継ぐ。北米に原型があるが、救命救急センターと併設型もある。

# 3 医療の質を高め、市民の健康を守る

## ① 技量の高い専門医を育成しよう

患者が「専門医」に治療を受ける傾向が強まっているが、必ずしも高い能力を持つ医師ばかりではない。

専門医は、様々な診療分野の学会が独自に認定している。しかし、認定基準がバラバラで、資格審査や筆記試験が簡単な学会もあり、技量の伴わない医師でも資格を取得できる場合が少なくないからだ。

一人で複数の資格を持つ医師も



指導医（右端）が立ち会い、腹腔鏡を使った手術のトレーニングを行う医師ら（9月24日、東京・新宿区の慶応大学病院で）

おり、全国の医師28万人に対し、専門医の数は延べ30万人にのぼる。技術の未熟な心臓外科専門医が手術を行い、2002年～04年に4人の患者が死亡した東京医大の事例は象徴的といえる。

医師の技量を厳しく評価する専門医認定制度に改めるべきだ。各学会でつくる「日本専門医制評価・認定機構」が、加盟学会の専門医制度をチェックしているが、十分に機能していない。この機構を、経験豊富な専門医や学識経験者らに交えた公的機関として再編し、学会ではなく機構が専門医を認定してはどうか。

そのうえで、心臓外科、脳外科、救命救急など、生命に直結し、高度な技術を要する専門医の診療には、診療報酬に技術手当を加算する。その際、機構が国と協議して、必要な専門医の数を定めることが不可欠だ。



## 専門医認定 甘い基準

年間400件を超える心臓手術をこなす大和成和病院（神奈川県大和市）。患者の中には、他の医療機関で手術を受けたものの、再手術が必要になって同病院を訪れる例が年に十数件ある。

心筋梗塞の手術では、詰まった冠動脈の代わりに、別の血管をバイパス（迂回路）としてつなぐ。ところが、心臓血管外科の専門医によって行われた手術でも、技術が稚拙で、バイパスが詰まってしまったケース

が少なくないのだ。

心臓手術で高い技術を習得するには、多数の手術経験が必要だが、学会が認定する心臓外科専門医の資格は、わずか20件の執刀経験で取得できた。東京医大で、心臓弁膜症の手術を受けた患者4人が相次いで死亡した問題を受け、2006年から認定基準は50件に引き上げられたが、実際の執刀ぶりなど技術の審査はな

い。東京慈恵医大青戸病院で、前立腺がんの腹腔鏡手術を受けた60歳の

## ② 家庭医の研修を開業の条件に

医師は、知事に届け出るだけで

自由に開業できる。従来、病院での細分化された専門診療の経験しかないまま、患者を総合的に診る研修を受けずに開業する例も多かった。これでは患者の信頼は得にくいし、患者が病院に集中し、病院勤務医の疲弊も加速する。

多くの開業医の診療所には高度な検査機器がないことも、患者の病院志向の一因になっている。しか

し、詳しい症状や過去の病歴を聞く問診をきちんと行えば、病気の7～8割の診断はつき、検査が必要なのは約1割、この報告もある。開業医の信頼を高めるため、子

男性が死亡した事故（02年）も、経験の乏しい専門医が手術に携わっていた。

大和成和病院の南淵明宏院長は「甘い基準で専門医を認定して、被害を受けるのは患者だ。結果的に専門医の社会的信用もおとしめている」と憤る。

専門医資格の受験料と認定料は学会の資金源となるため、専門医は多い方が学会は潤う。資格の基準も甘くなりかねない。

日本専門医制評価・認定機構の池田康夫理事長は「従来の専門医制度は、患者中心とは言えなかった。どのような経験や訓練を専門医が積んだか、分かりやすい制度に改めなければならない」と話している。

どもから高齢者まで、さまざまな病気を幅広く診療でき、必要なら専門医に紹介する能力を持つ「家庭医」（総合診療医）を育てることが急務だ。

現在、日本医師会が日本家庭医療学会など3学会と協力し、こうした医師の認定制度を作る作業を進めている。早急に家庭医の研修プログラムを作り、新たに開業する医師にはこの研修を義務づけるべきだ。

### ③安全確立へ医療事故調を設置

医療は様々な合併症や副作用の危険を伴い、事故が起きる場合もある。ところが、医療機関による原因究明や患者への説明は十分とは言えなかった。患者の医療不信は募り、原因を明らかにするためには裁判に訴えることが多かった。

一方、医師の側は、訴訟の恐れを伴う手術は避けようとし、産科や外科での医師不足にもつながっている。この悪循環を断ち切り、信頼を回復するには、事故を客観的に調査し、再発を防ぐ仕組みが不可欠だ。

一定の難度の手術については医療機関にビデオ撮影を義務づけ、情報の開示を徹底する。事故が発生した場合、医療機関は外部委員を交えて事故原因を調査・分析し、患者、当事者の医療従事者への対応、再発防止をチームで行う。

こうした医療機関の事故調査を補完する第三者機関として、各都道府県に「医療事故調査委員会」を設置することも必要だ。

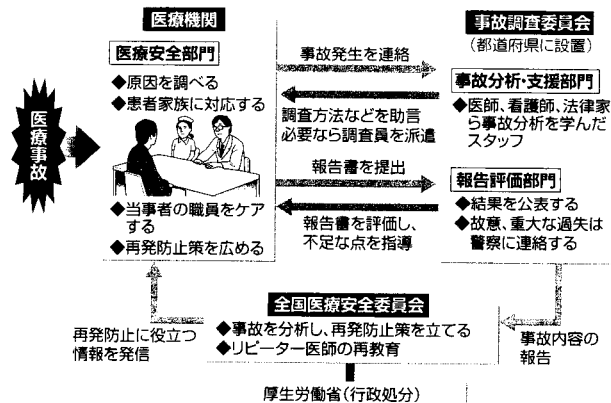
医療機関が十分な調査チームをそろえられない場合や、患者から

不服申し立てがあった場合に、事故調が調査や支援を行う。報告内容を評価し、過失が重大で悪質と認められた事例は刑事告発する。

事故調を統括する全国医療安全委員会を設け、全国から集まった情報を分析し、医療事故対策データベースを整備、再発予防に生かす。医療ミスを繰り返す「リピーター医師」は厚生労働省へ報告し、業務停止など処分の対象とする。

患者への対応も医療機関がチームで行

#### 医療事故対応の流れ



### ④科学的根拠に基づく健診を

病気になるてからの治療ではなく、病気になるための予防医療は重要である。だが、2008年春に始まった特定健診(いわゆる「メタボ健診」)は、男性は9割、女性で8割以上の人が異常と判定さ

れる」との報告もあり、画一的な判定基準の見直しを迫る声は大きい。こうした健診や各種のがん検診は、受診者の発病率や死亡率などの全国調査を行って有効性を評価し、科学的根拠に基づいた方法で



### 活躍する家庭医

北海道南西部、人口3700人の寿都町にある町立診療所。「今こうして働けるのも、この診療所のおかげ」。水産加工会社員嶋名理江さん(60)は話す。

嶋名さんは2007年7月、深夜に心筋梗塞を発生し、診療所に運ばれた。血管拡張薬の点滴や酸素吸入などの応急処置を受けた後、町から70キロ離れた病院に搬送された。

元気を回復したのは、病院搬送前の確かな応急処置があったおかげだ。その処置をしたのが「家庭医」と呼ばれる医師だった。

所長の中川貴史医師(32)は「過疎や高齢化が進む土地では、いろいろな診療科の専門医をそろえるのは難しい。子どもから大人まで、様々な病気を診る家庭医が必要」と話す。

病院の再編・整理を進めていた

北海道は2005年、診療所の前身の道立寿都病院(60床)を町に移管し、町は救急も入院もできない無床診療所にする予定だった。家庭医を養成している医療法人「北海道家庭医療学センター」(室蘭市)がこれを知り、中川医師ら3人を派遣した。町はベッドを19床残し、入院機能も維持した。夜間は看護師が当直し、緊急時は医師が交代で呼び出しに応じる。

町民の評価は高く、2007年度の年間患者数は約1万9500人と、病院時代の04年度に比べ、2割増えた。逆に、町民の医療費は07年度8億4770万円と、約9000万円も減った。町は「かつては札幌市など町外で複数の病院を受診し、過剰な投薬や検査もあった。家庭医がその無駄を省いた」と分析する。地域医療の改革が、北の小さな町で進んでいる。

禁煙は、がん、心臓病、脳卒中の最も効果的な予防策だ。しかし、日本人男性の喫煙率は約4割で、10〜20%台の米、英、仏などに比べて高い。禁煙対策の強化が求め

小児の「はしか」などのワクチン接種率は、他の先進国に比べ低い。高齢者に有効な肺炎球菌ワクチンの普及も遅れており、接種の実施を急ぐ必要がある。

# 4 高齢者専用賃貸住宅「暮らしの安心」を実現

## ① ケア付き住宅を10年で倍増

自宅や居住環境の整った施設での療養を望む高齢者は多い。内閣府の調査では「体が弱っても、住み慣れたところで生活したい」という人が6割に上る。

しかし、一人暮らし、「老老介護」などの事情で自宅で介護ができません、長期入院を余儀なくされる場合も多い。医療的処置の必要性がほとんどないのに、病院に入院したままになる「社会的入院」は全国で30万人を超すとの推計もある。政府は、社会的入院を減らすため、2012年度までに、高齢者が長期療養する療養病床を大幅に削減する方針だ。だが、実際には、療養病床に代わる受け皿が不足しており、必要な介護が受けられない「介護難民」が大量に出る恐れがある。

社会的入院を解消するには、安心して療養できる居住環境が必要になる。特別養護老人ホームなどの介護施設や、食事サービスや必要な場合に介護を受けることの出来るケア付きの高齢者住宅を整備することが望ましい。

介護施設は、寝たきりなど要介護度が高い高齢者のため、看護・介護職員を重点配備した施設で、住み続けることができる特養や、在宅への復帰施設の老人保健施設がある。これに対し、**ケア付き住宅**は、要介護度が高い人だけでなく、足腰が少し弱った人も手助けがあれば自立した生活ができる住宅を指す。民間の介護付き有料老人ホームや、認知症高齢者のためのグループホームなどのほか、介護の

付いた高齢者専用賃貸住宅などだ。現在、これらの住宅は全国で約50万人分ある。

これらケア付き住宅と、介護施設(85万人分)を合わせた定員数は、65歳以上の人口に対し、デンマークでは10・7%、スウェーデンでも6・5%を占めるのに対し、日本は約5%と少ない。特に少ないのはケア付き住宅で、本来は在宅で暮らすことのできる高齢者も、介護施設に入らざるを得ない。特養などへの入所待機者は30万人を超す。こうした状況を解消し、介護難民を出さないためには、ケア付き住宅を2020年までに、少なくとも倍増させて100万人分以上、確保する必要がある。

ただ、これだけの住宅を新築するのは難しい。都市再生機構の集合住宅(77万戸)や、都道府県や市町村の公営住宅(219万戸)など既存の建物をバリアフリー化することが有効だ。



## 福祉施設 隣接で安心

オランダ

オランダ・アムステルダムにある集合住宅。部屋数は250戸余り。一見するとどこにでもあるマンションだが、暮らしているのは、高齢者がかりだ。

健康に不安がある高齢者でも安心して生活できるよう、福祉施設が隣接している。施設には、医師や看護師、介護スタッフがいて、マンションの住民に何かあった場合は、すぐに駆けつけられる。

このマンションは、福祉施設の医療・介護サービスに支えられていることから、「寄りかかり住宅」と呼ばれ、オランダの高齢者向け住宅政策の柱の一つになっている。街のあちこちに、こうした住宅が見られる。

「65歳以上」が入居の条件。住民は基本的に自立した生活を送っているが、必要な時には福祉施設の食堂を利用でき、余暇活動に参加することもできる。

間取りは、台所、居間、寝室などがあって十分な広さがある。高齢者が暮らしやすいよう、部屋に段差はない。また、車いすなどが通りやすいよう、ドアは広く設計されている。

約2年前からこのマンションに住んでいるというアナ・マリア・ビルムスさん(78)は、80歳を前に「何かあったら」と、入居を決めた。「医師がすぐに駆けつけてくれるし、食事などのサービスや介護・医療スタッフが充実しているので安心」と話している。

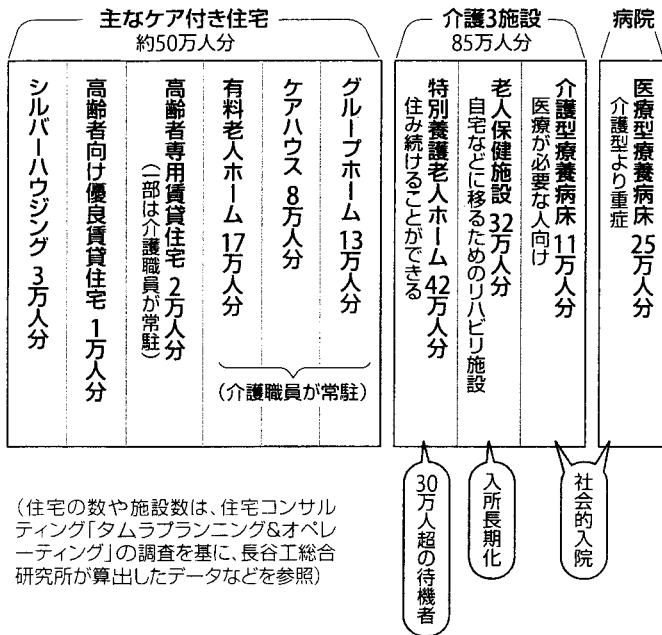
この福祉施設の場合、認知症の人が暮らしやすいよう、食事やリハビリなどのサービスを受けられる。施設に隣接するこのマンションは、65



高齢者が暮らしやすいよう、段差をなくすなど工夫された「寄りかかり住宅」(アムステルダム市)



現状



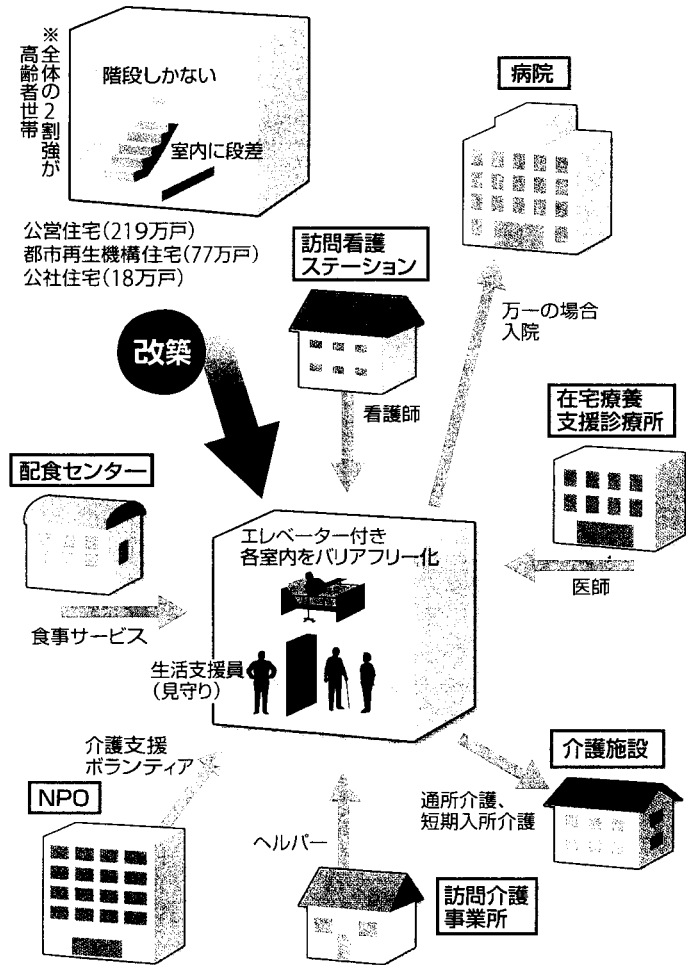
まず、エレベーターを付けるなど建物の改築、建て替えをする。さらに、訪問介護を行う介護事業所、訪問看護ステーションなどを誘致するとともに、安否の確認、介護・医療の相談などに応じる生活支援員を配置し、実質的にケア付きの集合住宅とする。こうした費用は国が支援する。事業所にとっても、効率よくサービスを提供でき、メリットが大きい。

有料老人ホームを新設する際、介護保険財政の悪化を恐れ、建設を抑制する自治体も多い。自治体は、地域ごとの必要性に応じて建設を認めるべきだ。

特養ホームの個室化で居住環境を良くすることも求められる。都市部では大規模な特養の建設は難しく、郊外に建てられることが多い。高齢者が住み慣れた町の近くで生活できるよう、地域に密着した「小規模特養」の増設も重要だ。

ケア付き住宅などの整備には、都道府県が必要な住宅数などの計画を立て、司令塔となるべきだ。

公営住宅などを活用したケア付き住宅



ケア付き住宅

明確な定義はないが、介護の担当職員が常駐していたり、食事や見守りのサービスを受けたりすることができる高齢者専用住宅を指す。北欧では1980年代以降、介護施設も、居住性を重視したケア付き住宅として整備している。

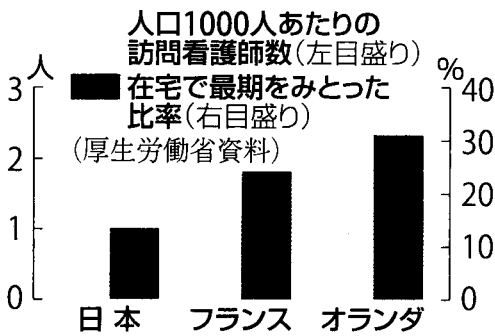
② 往診、訪問看護で在宅療養を支援

在宅ケアや介護施設などでの療養生活を支える訪問診療や訪問看護などの医療サービスも不足している。

寝たきりなど的高齢者の介護には、24時間、365日の支援が必要だが、体制が整っていない地域が目立つ。このため、病院での治療を終えた後も、治療面での不安から、退院して在宅に戻るのをためらう患者・家族が多い。

政府は、2006年度に、24時間体制で往診などを行う診療所を「在宅療養支援診療所」とする制度を始めた。だが、届け出は全国で約1万件あるものの、夜間も往

訪問看護師と在宅でのみとり



診している診療所は3割程度とされる。夜間や休日の往診に消極的な開業医が多いためだ。

開業医一人では、24時間体制の往診は難しい。開業医が、互いに協力したり、患者宅を看護師が訪れる訪問看護ステーションと連携したりして、在宅医療の体制を強化する必要がある。

人口当たりの訪問看護の利用者が多い都道府県ほど、自宅最期をみとられる高齢者の割合が高い、というデータがあり、訪問看護の役割は大きい。ところが、訪問看護を受けている高齢者は、在宅介護サービスを受けている70万人のうち、1割程度しかない。



自宅療養する女性を訪問看護する看護師(右)(東京・墨田区で)

全国に約5500か所あるステーションの平均職員数は4人で、規模が小さい。小規模ステーションほど経営効率は悪く、全体の3割は赤字だ。病院の看護師に比べ、責任が重い割には給与が低いため、訪問看護師の確保も難しい。

人材確保のため、看護師資格を持ちながら業務に就いていない55万人の潜在看護師を活用するべきだ。そのためには、訪問看護の報酬をアップする

のが現状だ。

など、待遇を改善する必要がある。欧米では、医療・介護に精通した訪問看護師が、在宅療養で中心的な役割を果たしている。日本でも、訪問看護師に、患者が普段使っている薬の処方など幅広い権限を与えるべきだ。

自宅に限らず、特別養護老人ホームやグループホーム、ケア付き住宅などと、訪問看護ステーションの連携を強化すれば、高齢者は住み慣れた場所で最期まで暮らすことができる。病院や診療所、介護事業所などがチームを組み、在宅患者を支える取り組みが欠かせない。



訪問介護・看護  
24時間体制で

デンマーク

デンマークでは、高齢者らに訪問介護・看護が24時間体制で行われている。各市がホームヘルパーと看護師の混成チームを複数作り、要介護者宅を、定期的に巡回訪問する。利用者からの連絡を受けるコールセンターも24時間稼働し、緊急の訪問にも応じる。

転倒した際にできた足のすねの傷を手当てしたりする。

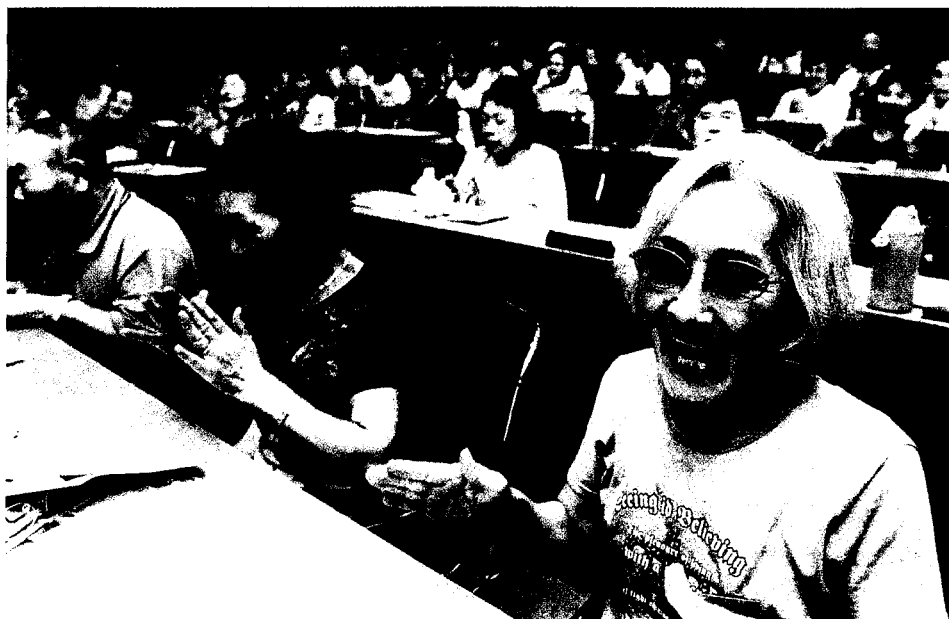
コペンハーゲン市で一人暮らしをしているグレーテ・ニールセンさん(85)宅には、ヘルパーが1日に3回、看護師が週3回訪問。ヘルパーは起床や入浴などの介護を行い、看護師は、

「転倒して起きあがれない時や、トイレに行きたい時に押しませす。すぐにスタッフが来てくれるので、とても安心」と話す。

在宅ケアに携わる看護師のレイン・ホレンナーさん(60)は「介護と看護が緊密に連携して高齢者を見ることで、24時間安心して暮らせる体制が整う」と指摘している。



訪問看護師から足の手当てを受けるニールセンさん(コペンハーゲン市内の自宅で)



各地で盛んに開かれている認知症予防の「脳トレーニング」(9月19日、東京・江戸川区で)

### ③急増する認知症に 国を挙げて取り組み

現在、約170万人いる認知症高齢者は、2015年には250万人、25年には320万人に増える。と予測される。認知症の患者、家族の生活をいかに支えるかは、超高齢社会の最重要課題とも言える。

認知症が深刻なのは、記憶や認知能力に関する障害から、徘徊や暴言などの症状が起きやすいためだ。本人はもちろん、家族も振り回される。介護に疲れ切った家族が、虐待や心中に走る例も珍しくない。

認知症といっても、アルツハイマー型、脳血管性などのタイプや、進行の度合いによって症状が異なり、介護の仕方も違ってくる。認知症を的確に診断し、診断に基づいた適切な介護を行うことが重要だ。そうした専門知識を持った医師や看護師、介護職を育成する必要がある。

国は、認知症の予防、診断、治療についての目標を盛り込んだ認知症対策基本法を制定し、現在30億円程度の対策費を、がん対策並みの200億円程度に増額すべきだ。新薬の開発、専門の医師や看護師、介護職の養成に充てる。

介護保険サービスの充実も欠かせない。少人数で共同生活を営むグループホームや、通いや泊まりができる小規模多機能型サービスを拡充するべきだ。

在宅介護で家族が疲弊するのは、認知症高齢者が徘徊などをし

ないよう常時見守らなくてはならないからだ。だが、介護保険では見守りサービスは受けられない。民間サービスを利用すれば、費用が高額になる。金銭的、精神的に家族の負担は重い。

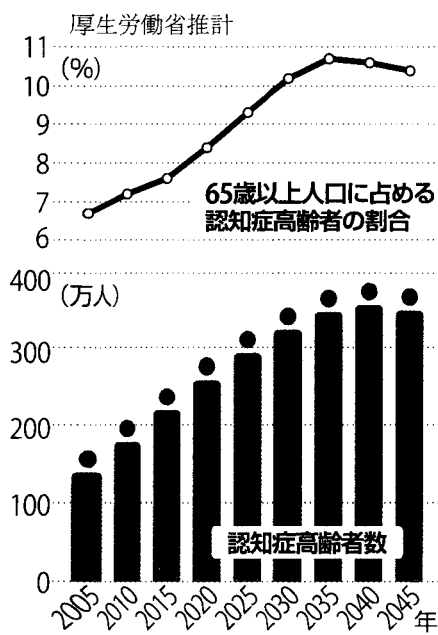
そこで、今後期待されるのが地域の力の活用だ。自治体を中心とって、見守りを行うNPOや住民ボランティアを育成すれば、患者は住み慣れた地域で暮らし続けることが可能となる。既に、警察や商店街などが協力し、町ぐるみで認知症高齢者を見守っている地域もある。

認知症高齢者の財産や生活を悪質業者から守る手立てとして、

「成年後見制度」の普及も欠かせない。公的機関が中核となった後見業務の拡大や、市民後見人の育成など、国は支援体制を強化すべきだ。

福岡県大牟田市が力を入れるのが「認知症コーディネーター」の養成だ。5年以上の認知症介護の経験を持つ介護職員らが対象で、年間約30日の研修を2年間受ける。修了者は認知症ケアの専門家として、市民を対象に年2回開かれる「物忘れ健診」で相談に応じるほか、実際に認知症高齢者を介護する現場で、職員に助言する。すでに計37人のコーディネーターが誕生している。

#### 増える認知症高齢者

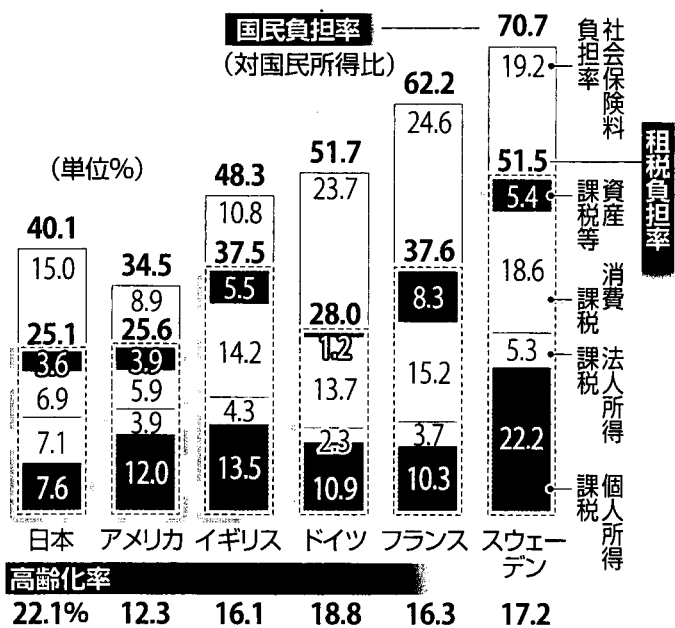


高齢化率の急増と社会保障の持続可能性

① 必要な施策に力ネを惜しむな

日本の人口に占める65歳以上の割合(高齢化率)は2008年、22・1%に達し、すでに世界有数の高齢国家だ。今後も高齢化が加速していく中、年金・医療・介護を中心とする社会保障の充実が、国民の負担と社会保険料負担の合計が国民所得に占める割合である国民負担率をみると、日本は40・1%(08年)にとどまる。高齢化率17・2%のスウェーデンが70・7%を負担しているのをはじめ、日本より高齢化率の低い欧州各国が高負担であるのに比べ、日本は高齢化率は高いのに、国民負担率は極めて低い水準にある。

国民負担率の国際比較



国民の安心のために欠かせない。社会保障を充実させるには、財源が必要だ。税金、保険料、自己負担の三つがあるが、いずれにしても国民が負担するしかない。

国民の税負担と社会保険料負担の合計が国民所得に占める割合である国民負担率をみると、日本は40・1%(08年)にとどまる。高齢化率17・2%のスウェーデンが70・7%(05年)を負担しているのはじめ、日本より高齢化率の低い欧州各国が高負担であるのに比べ、日本は高齢化率は高いのに、国民負担率は極めて低い水準にある。

「負担はあまりせずに、医療・介護の社会保障サービスは十分受



心臓外科手術を行う医師たち。最先端の医療を支える財源確保が必要だ(9月26日、東京・東京医科歯科大病院で)

「負担はあまりせずに、医療・介護の社会保障サービスは十分受ける努力をせずに、ひたすら医療・介護への支出を抑制し続けてきた。こうした方針が医療・介護の現場に大きなゆがみを生じさせ、国民の不安を強めている。政府が高齢社会の実態から目を背けた結果である。「小さな政府」路線は、社会保障を壊してしまう。」

高齢化が進めば、社会保障費が膨らむのは避けられない。厚生労働省の試算では、高齢化率が26・9%まで上昇する15年度の医療・介護給付費は、医療が06年度の27・5兆円から37兆円(1・3倍)

24時間、救急患者を受け入れる救急治療室（ER）を運営するには、十分な医療スタッフを確保することが必要だ（11月19日、沖縄県立中部病院で）



に、介護が6・6兆円から10兆円（1・5倍）に増える見通しだ。  
日本の高齢化率は2050年に39・6％に達し、国民の5人に2人が65歳以上の時代を迎える。歳出の無駄を省くことは必要だが、超高齢社会を支えるために、真に必要な施策には財源投入を惜しんではならない。国民の理解を得ながら、高齢者の増加に合わせ、負担増も視野に入れて財源を確保し、社会保障では「大きな政府」を目指すべきである。

読売新聞社は2008年4月の「年金改革提言」で、現行5％の消費税を年金・医療・介護など社会保障の目的税化し、名称も変えて「社会保障税」を新設した上で、11年度までに税率を10％（生活必需品は5％に軽減）に引き上げるよう提案した。

目的税化するのは、消費税の役割を「年金・医療・介護など社会保障を支えるための財源」と明確にし、「負担した消費税は、社会保障給付の形で国民にすべて還元される、官の肥大化をもたらすような人件費や事務費などには使われない」ことを国民に理解してもらうためである。

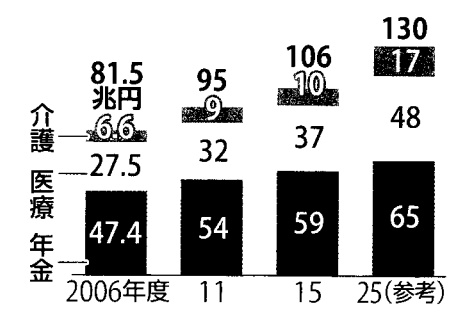
あわせて、低所得者ほど税負担の割合が高まる逆進性を緩和するため、食料品などの生活必需品には、欧州各国で適用されている「軽減税率」を導入して、税率は現行の5％のまま据え置く。これらの措置によって、負担増にはなるものの、最終的に受けることのできる社会保障給付と負担のバランスは、弱者に手厚いものになるとみられる。

## ②健康保険の財政を破綻させるな

2008年春に導入された新たな高齢者医療制度の影響で、民間企業の従業員が加入する健康保険組合の財政状況が悪化し、解散に追い込まれる健保組合も出始めた。新制度により、高齢者世代の医療保険を支えるための拠出金が増えたためだ。

この高齢者医療制度は、75歳以上の後期高齢者の医療保険を独立させ、高齢者医療費の負担の仕組みを明確にした。この点では理にかなっているが、社会保障費抑制のもとで、公費負担を増やさず、ツケの多くを企業の健保に回す必要がある。

年金・医療・介護給付費の見通し



市町村ごとに自営業者らが加入する国民健康保険（国保）の財政も苦しい。国民皆保険制度を守るため、健保組合や国保の財政破綻を避ける必要がある。

国保の加入者には高齢者や低所得者が多く、財源の半分は公費で賄われている。高齢者や医療費の増加に伴い、今後迫られる保険料の引き上げを最低限に抑えるためにも、いっそうの公費投入は避けられない。あわせて、低下している国保保険料の納付率を向上させることも必要だ。

### ③ 社会保障番号と 情報共有で無駄を削減

医療費の無駄をなくすることも重要だ。読売新聞社は「年金改革提言」で、社会保障番号を導入し、納税情報とも一体化した上で、年金・医療・介護など社会保障の給付と負担を一体で把握することを求めた。

情報を一元化するメリットは大きい。具体的には、ICチップを埋め込んだ社会保障カードを導入する。このカードに患者の受診歴などを入力し、医療機関が患者情報を共有できるようにすれば、患者が複数の医療機関を受診し、検

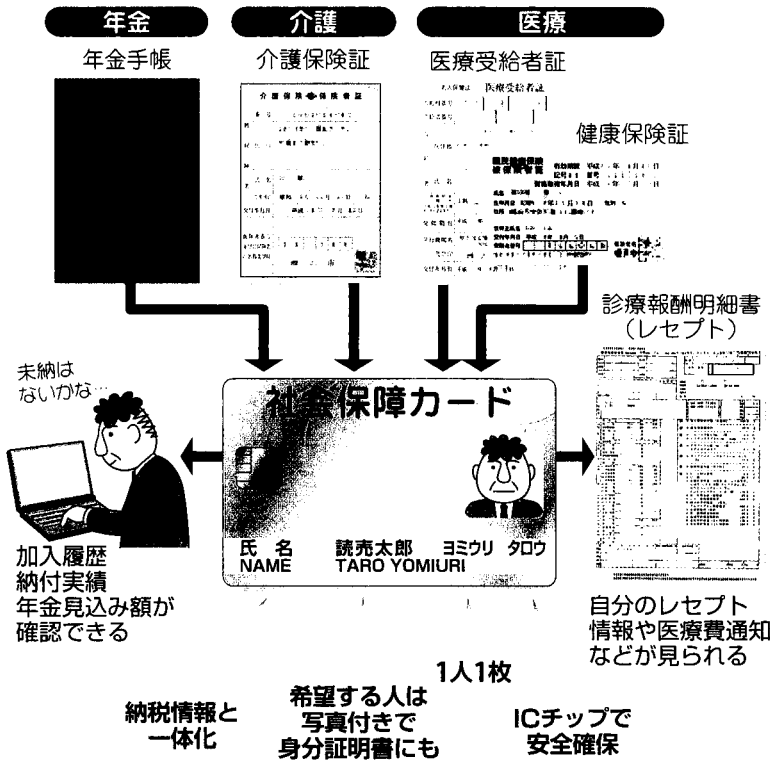
査や投薬を重複して受けるのも防ぐことができる。

医療機関から保険者に請求されるレセプト（診療報酬明細書）の電子化も求められる。現状では5割が紙処理されているが、電子化

で大幅な医療事務費の削減効果が期待でき、審査も効率化、厳正化できる。オンライン化による審査の厳正化で、韓国では医療費が20%削減される効果があったとの推計もある。

さらに、医療費の2割を占める薬剤費も適正化する必要がある。欧米では、新薬の特許切れ後に発売される安価な後発医薬品（ジェネリック）の占有率が5割を超えるが、日本では17%にとどまる。後発品の品質を確保しながら、普及を進め

### 社会保障カードのイメージ



### ④ 国民も医療に コスト意識を持つ

日本の医療制度は、すべての国民が医療保険に加入し、保険証1枚で、いつでも、どの医療機関にも受診することができる「国民皆保険」制度である。この仕組みもあって、国民が年間に外来を受診する回数は、2007年で13・8回と、米3・8回、英5・3回、仏6・6回など諸外国に比べて際だって多い。

しかし、軽い風邪で大学病院にかかったり、医療機関をほしごし

たりすることは、医療費の膨張だけでなく、医師の疲弊など医療体制の危機を招く。重複、大量の投薬は無駄だけでなく、副作用の危険も大きく、余った薬を患者が捨てていることも少なくない。

医療は、有限の資源で運営されている「公共財」であり、無駄遣いは結局、負担増を招くことを国民も理解する必要がある。

### ⑤ 診療報酬の仕組みを見直せ

検査、手術、投薬など医療行為の価格を定めた診療報酬は、厚生労働省の中央社会保険医療協議会が決定しているが、開業医の代表の色彩が濃い日本医師会の発言力が強く、診療所（開業医）に手厚く、病院には薄い、いびつな形を長年続けてきた。

国民皆保険制度が始まった1960年代、診療所と病院の医療の水準には大きな違いはなかった。

診療報酬も、診療所の医療水準を軸に定められた。

その後、がん、心臓、脳外科手術などが発達し、病院で行われる医療は著しく高度化した。それにもかかわらず、多くの人手や費用がかかる手術の技術料などの診療報酬は、低く抑えられた。このため、病院経営は圧迫され、開業医に比べ、勤務医の待遇も低く抑えられてきた。高度で良質な医療を

提供している病院が健全な経営ができるよう、診療所に手厚く、病院に薄く、偏った診療報酬の体系を改めるべきだ。

また、検査や投薬などの量に応じて報酬が支払われる現行の「出来高払い」は、治療に手間取り、入院や処置が長引くほど、医療機関の収入が多くなるという矛盾を生んでいる。これに代わるのが、疾患ごとに最適な治療法を示す治療の標準化を行った上で、処置や投薬の量にかかわらず疾患ごとに

報酬額を定額とする「包括払い」だ。包括払いを導入する病院は増えてきているが、今後さらに普及させる必要がある。

**中央社会保険医療協議会**  
診療報酬を決める厚労相の諮問機関。原則として2年に1度、初診料、入院基本料などを改定する。委員は日本医師会など「診療側」と、健康保険組合連合会など医療費の「支払い側」、学識経験者など「公益側」からなる。

## ⑥ 医療臨調を創設して 集中的に改革

未曾有の超少子高齢社会において、持続的に国民医療を保障するためには、適正な財源の確保と効率化を両立させることが不可欠である。

日本の医療政策は主に厚生労働省が担当している。だが、医学教育・研究を担う大学医学部の管轄は文部科学省、自治体病院は総務省、医薬品・医療機器産業は経済産業省と分かれ、縦割りの弊害を生んできた。

省庁の壁を越えて、広い視野で

一元的に医療政策を策定することが重要だ。医療に関する首相直属の「臨時調査会」を早急に設け、診療報酬制度の抜本的な見直しや、医師の養成・研修の在り方などについて、集中的に審議する必要がある。教育問題や脳死問題など、国民的課題に関して臨調が設けられた例は、過去にもある。

医療臨調で1年程度議論して結論を出し、直ちに改革に着手すべきだ。

省庁の壁を越えて、広い視野で



## 時間外 9割が軽症者

「救急患者数の適正化を図るため、緊急性、重篤性がない患者様からは、時間外・休日加算を、自費診療として負担していただくことになりました」

焼津市立総合病院（静岡県）に2008年4月、こんなお知らせが張り出された。不急の受診を控えるよう呼びかけるポスターもある。

前年度まで、夜間救急患者は1日平均80人。10年前に比べ倍増した。内科系、外科系各1人ずつなどの医師で診察にあたるが、ほとんど仮眠も取れないまま、翌日の勤務に就いていた。

本来は入院が必要な重い患者を診るための救急外来なのに、患者の9割は、歩いて帰宅できる軽症者。実は、近隣5市4町による救急医療センターが別にあり、開業医が午後11時半まで輪番で詰めているが、そこを受診する焼津市の患者は1日3、4人に過ぎない。設備の整った市立病院に集まってしまっただ。

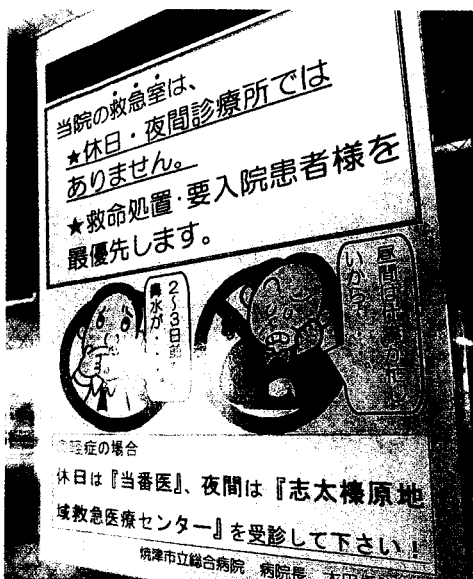
そんな忙しさに嫌気がさしてか、前年度中に循環器内科の医師5人全

員が病院を辞め、大学に戻った。「軽症者の受診を減らすしか、救急医療を続ける道はなかった」と、同病院の吉田敬・医事課長は説明する。

自費診療代は、通常の治療代に加えて850円から4800円。ちょっとした風邪で深夜にかかれば、少なくとも7000〜8000円かかる。

この結果、時間外の患者は1日約50人へと4割減った。一方、重症の入院患者は7〜8人で、以前とほぼ同数。軽症者だけが減った格好だ。患者から自費分を徴収しても、トラブルはほとんどないという。「自費分がかかるなら」と受診せずに帰る患者も月に40人程度いる。

これにならない、近隣の3公立病院も相次いで同様の上乘せ徴収を始めた。



# 「医療は公共財」の視点を

医療情報部長 前野一雄

医療は、技術の上では目覚ましい進歩を遂げている。本紙の長期連載「医療ルネサンス」が始まった1992年当時、胆石の手術では、おなかを20センチ近く切り開くのが普通だった。だが現在では、腹部に小さな穴を数か所開けて行う腹腔鏡手術が普及した。以前の手術法なら1か月も入院しなくてはならなかったが、今では日帰りもできる。痛みが少なく、大きな傷も残らず、高齢者でも安心して受けられる。

ところが、身近な医療に対する国民の不安は増している。本紙の世論調査では、87%の人が「都市部と町村部の医療の格差が広がっていると思う」と答えた。自分の住む地域で医師不足を実感した人の割合は、都市部より町村部の方が高い(グラフ)。

ここ数年、各地の病院で医師不足が深刻になり、小児科や産科を

廃止する例が続出している。救急医療でも、妊婦などのたらい回しが問題になった。2004年度に始まった医師の新しい臨床研修制度により、都市部の有力病院などに医師が集中し、地方の医大が人手不足に陥るなど、医師の偏在が広がったことが、きっかけとされている。

だが、医師不足の原因はそれだけではない。日本の医療の根幹にかかわる問題も含んでいる。保険証1枚で医療が受けられる公平・平等な国民皆保険は、日本が世界に誇る制度だ。

皆保険制度の発足(1961年)から47年たち、65歳以上の高齢者人口の割合は、5.7%(1960年)から、22.1%(2008年)へと急上昇した。高齢者が増えれば、医療の需要も増加する。医療の高度化で、診療に人手がかかるようになった。患者の権利

意識の高まりで、医師は治療についての説明に時間をかけるよう求められてもいる。だが、それに見合うほどには、医師、スタッフや、報酬も増えていない。

わが国は病院・病床の数が欧米より際立って多い分、身近で医療が受けられる。反面、手厚い人員で診療にあたる「医療の質」は、二の次にされてきた。皆保険制度ができた当初の医療体制が、社会の構造や患者の意識の変化に対応できなくなっている。

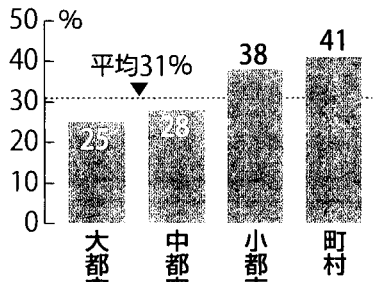
医師免許さえあれば、経験の乏しい診療分野でも、どの地域でも、自由に開業できる。これが医師の偏在の一因でもある。医師の養成には多額の公費が使

われている。医療は国民の命と健康を守るために欠かせない公共財であり、医師の勤務先の選択にも一定のルールが必要ではないか。社会的責務を担う医師のみが、国民の信頼を得ることができる。

医療を利用する側にも問題はあ

## 医師不足に関する住民意識

「自分の住む地域で医師不足を感じたことがある」と答えた割合



(2007年6月、読売新聞世論調査)

の風邪に抗生物質は効かない。医療への過度な要求は、医療従



事者を疲弊させ、いくら医師を増員しても間に合わない。本当に医療を必要としている人が、医療を受けられなくなる恐れもある。

国民医療費の増加が国を衰退させるとする「医療費亡国論」が1980年代に唱えられ、医療費を抑えることが、医療改革の主題であるかのような施策が取られてきた。しかし、適切な医療と介護の整備は国民に安心感を与え、生活を豊かにする。医療制度は、国家のインフラ（基盤施設）と位置づけ、国民の多様な要望に対応する政策への転換が必要だろう。

読売新聞社は、医療が直面している危機を乗り越え、国民皆保険制度を堅持するため、直ちに実施すべき「緊急対策」と、中長期の時間を要する「構造改革」に分けた、多角的な医療改革の処方箋を提案した。

望ましい医療・介護のあり方を国民に示すことは、政治の責任である。次の衆院選に向け、各党には医療改革を大きな争点に据えた議論を期待する。

医療改革に関する読売新聞社の提言を実現するために必要な費用は、改革の進め方などによって大きく変わるが、概算すると、当面は少なくとも1兆6000億円程度が新たにいかるとみられる。

内訳は、「緊急対策」が病院勤務医の給与引き上げに1000億円程度、介護職員の給与引き上げや介護施設の経営改善に4000億円程度で、計5000億円程度となる見込みだ。

また、「構造改革」は24時間型救急病院「ER」の全国400か所整備に2000億円程度、ケア付き住宅の増設に約2000億円など、計1兆1000億円程度かかりそうだ。

ただ、例えば病院勤務医や介護職員などの給与引き上げ幅をどの程度にするかなどにより、必要額は大きく変わってくる。

一方、改革によって、これまでかかった費用が浮く効果も期待できる。例えば社会保障カードの導入で医療・介護サービスの重複が減れば、その分、費用は少なくて済む。国民がコスト意識を持って

医療・介護サービスを利用することによる削減も見込める。

提言の実現のため国が負担すべき財源は、消費税率を10%（生活必需品は5%に軽減）に引き上げて確保することを想定している。税率10%で増える税収は、実質4%分（10・4兆円、2008年度ベース）となる見込みだ。

このうち、月5万円の最低保障年金の創設などを求めた「年金改革提言」の実現に必要な費用は、消費税率で2%強（5・7兆円、社会保障国民会議試算）に抑えられる見通しだ。

このため、残りの2%弱（4・7兆円）を医療・介護サービスに充てることができる。今回の医療改革で必要な費用は、その範囲内だ。改革による費用削減も考え合わせれば、自然増を見込んで、年金・医療・介護給付費は2010年代半ばまでは賄えるとみられる。

ただ、高齢化率が30%を超える25年度までには、税率15%程度（生活必需品は5%に軽減）へ、さらに引き上げることが視野に入る必要があるとみられる。

## 提言の実現に 当面1.6兆円

# 医師不足招いた「自由選択」

## 「外科、産科」「地方」がピンチ

### 米独では計画配置

各地で医師不足が深刻になり、病院の縮小、閉鎖が相次いでいる。解決のため、読売新聞社は、若手医師を計画配置することを提言した。こうした方法は、欧米先進国でも取られている。

わが国の医師数は、1996年の約24万1000人から、2006年には約27万8000人へと、10年間で約15%増えている。それにもかかわらず、医師不足が問題になるのは、複合的な要因があるからだ。

まず、医師数が増えたといっ

ても、他の先進諸国に比べれば少ない。人口1000人当たりの医師数は、日本はフランスやドイツの6割程度だ(グラフ右下)。

逆に、病院や病床の数は際立って多い(同左下)。このため、病院ごとの医師数が少なく、一つの診療科に医師が一人しかおらず、

満身に休みもとれない場合も珍しくない。過労で病院を辞める医師もいる。

地域や診療科による医師の偏在も大きい。

地方の国立大学医学部では、東京など大都市の高校から進学した学生が、卒業後は都会に舞い戻る例も多く、大学が地域医療の担い手を育てる役割を十分に果たせていない。診療科別では、眼科や皮膚科を志望する医師が多い反面、

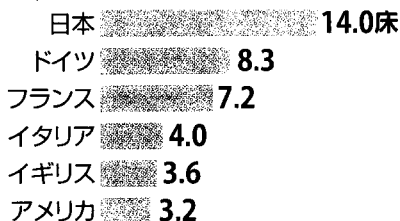
激務の外科、産科を目指す医師は減っている。医師が、勤務する地域や診療科を自由に選べるためだ。

医師の偏在を是正し、必要な分野や地域に適正配置する仕組みが必要だ。

欧米では、医師の偏在を防ぐため、様々な規制が行われている。フランスでは、国が地域や診療科ごとに必要な医師数を調査し、各病院の研修医の数を決めていく。

#### 主要先進国の病床数

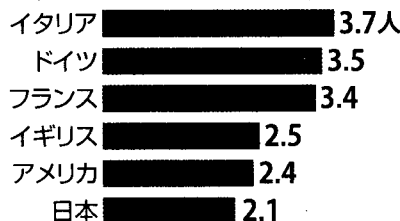
(人口1000人当たり。2006年)



(OECDヘルスデータ2008から)

#### 主要先進国の医師数

(人口1000人当たり。2006年)



(OECDヘルスデータ2008から)

医学生は、卒業時に国の試験を受け、成績上位の学生から順に、希望する地域や診療科に進む。心臓外科などの専門診療科で研修できるのは、毎年5500〜6000人いる卒業生の約半分だ。希望通りの分野や地域に進める学生は1000人程度。中でも放射線科などは狭き門だ。

研修医になる段階で定数が決められ、診療科の偏在は、ある程度なくすることができる。

ただ、研修が終われば働く病院を自由に選ぶことができる。パリや南仏などの病院は就職先として人気が高く、地域的な偏りは避けられない。パリ第五大学のパトリック・ベルシュ医学部長は「地域ごとにも、医師を強制的に配置する必要がある」と強調する。

地域ごとに、開業医の計画配置を実施しているのがドイツだ。1993年、地域ごとに人口当たりの医師定数を設けた。定員の

110%を超える地域では、保険診療を行う保険医として開業することはできない。東京医科歯科大の岡嶋道夫名誉教授は「開業医の定員制は、医師の偏在を防ぐ一定の効果をもたらしている」と言う。

ドイツ保険医協会のローラン・ド・シュタール広報担当部長(40)は「93年以降、定数を変えておらず、旧東独地域では医師が足りない。『村』単位まで適正な医師数を出すよう、改定作業を進めている」と話す。

米国では、医療団体が市民らでつくる協議会が、心臓外科、脳外科など24の分野について、専門医になるための研修を行う病院を選定する。研修医1人当たりの症例実績が十分ある病院が対象で、募集枠の人数も実績に応じて決まる。この結果、特定の診療科や地域に医師が偏ることを防止できる。

例えば脳外科専門医は、米国は約3000人と、人口当たりの医師数で日本の約5分の1に制限されている。このため、一人の医師がこなす手術件数は、日本の医師の5倍に上り、医師の技量も向上する。

## 外科医ゼロ

### 秋田の総合病院

日本病院団体協議会が2007年8〜9月に実施した全国医療機関調査では、「04年度以降に休止した診療科がある」と回答した病院は、全体の16%(439施設)に上った。診療科別では、産婦人科(71施設)、小児科(67施設)が多かった。救急指定を取り下げるなど、救急医療から撤退した病院も109施設あった。

同協議会は「このまま医師不足の状態を放置したら、病院医療が崩壊し、地域医療の維持が困難になる」と危機感を募らせる。

秋田県北秋田市の公立米内沢総合病院では、かつて17人いた常勤医が、今では6人に減った。中でも外科医はゼロとなり、「総合病院」とは名ばかりの状態だ。04年度に医師の研修が義務化された後、弘前大や秋田大から派遣されていた医師が、次々に大学に引き揚げられたためだ。

同病院を含む市内3病院の医師は、合わせて25人。「共倒れ」を防ごうと、市は2009年10月、3病院を統合・再編し、新病院を開設する計画だが、必要とされる約40人の常勤医を確保できるメドは立っていない。

欧米のように、医師配置に関する規制策を求める声も聞かれる。熊本大病院の山下康行教授(放射線科)は「熊本大では、かつて年20人ほどいた外科志望者が、最近では1〜2人だけになった。政府は全国の医学部定員を増やす方針を打ち出したが、それだけでは各診療科に必要な医師数が確保される保証はない。それどころか、産婦人科や外科などは敬遠される状態が続き、ひずみはますます大きくなるのではない。診療科ごとの医師数に定員を設ける必要がある」と話す。



脳外科医を目指して手術の技術を磨く研修医(右)(ドイツのハノーバー国際神経科学研究所で)

# 国民の不安を払拭する時だ

医療と介護の現場から大きな悲鳴が聞こえている。現状を早急に改善しなければならぬ。

読売新聞は2008年4月に公表した年金改革案に続き、医療・介護の包括的な改革プランを提言する。

衆院解散が遠くないと見られる今、これを世に問うのは、与野党が総選挙で社会保障改革を真っ向から争点に掲げ、内容を競い合うべきだと考えるからだ。

この提言をたたき台の一つとして、各党がそれぞれ医療・介護に関する公約を深化させ、年金を含む社会保障改革について国民的議論が広がるように願う。

## 若手医師を計画配置

読売新聞は日本の医療・介護が直面する現状を俯瞰し、問題点をあぶり出した上で、「ただちに実行すべき緊急対策」と「着実に取り組むべき構造改革」の二段構えで処方箋を書いた。

最重要かつ最優先の課題は、医師不足の解消である。

医師の数はできるだけ早く、大幅に増やさべきた。だが、医学部の定員をいくら拡充しても、一人前の医師が育つまでには10年近くかかる。それを待てる状況にない。

ならば、医師不足がより深刻な地域や分野に、集中的に人材を送り込まねばならぬ。

い。

即効性ある方策として、卒業後2年間の義務研修（初期研修）を終えた若手医師のうち、さらに専門医を目指して3～5年の後期研修に臨む人を、大学病院など全国の基幹病院に偏りなく、計画的に配置する。

研修中とはいえ、この段階の医師は一人前だ。その「配属先」を国が決定する。地域・診療科ごとに人数枠を定め、本人の希望ともすり合わせて配置を行う。

そして、人材に余裕が生じる基幹病院から、医師不足が深刻な地域へ中堅・ベテラン医師を派遣する。その計画を立て、調整する公的な医師配置機関を都道府県ごとに創設する。

新機関は自治体や大学、基幹病院、医師会などで構成する。現在でも同様の顔ぶれで各県に「地域医療対策協議会」があり、これが母体となろう。

直面する医師不足は、言い換えれば病院勤務医の不足だ。

次回2010年度の診療報酬改定を待たずに、勤務医の報酬アップにつながる緊急改定を行う。地域の開業医に、中核病院の救急診療に参加してもらうことで、勤務医の過重労働を改善する。

## 医療と介護を連携

中長期的には若手のみならず、医師全体

の人材配置を計画的に行わなければならない。  
い。

現状は医師免許さえあれば、何科を名乗ろうと、どこで開業しようと、ほとんど制約がない。医師の偏在を招く、過度な自由は改めるべきだろう。

各地域で診療科別の必要医師数を定め、救急、産科、小児科といった緊急性の高い不足分野からまず増員されるよう、医師配置機関が権限をもって調整する。

24時間型救急「ER」を全国400か所に整備することや、技量の高い真の専門医、患者を総合的に診られる家庭医の育成も盛り込んだ。さまざまなレベルの医療機関と医師を過不足なく配置し、連携させることが重要だ。

高齢者の介護と医療は、切れ目なく整備しなければならない。

介護職員の人材難は、医師不足と同様に深刻だ。介護職員の給与が確実に上がるように、介護報酬を改定する。

本来は在宅で暮らすことのできる高齢者が社会的入院をせずにすむよう、ケア付き住宅を増やし、開業医の往診と訪問看護・介護を連携、充実させる。

## 財源は社会保障税で

提言を実現するために必要な財源の額は、当面1兆6000億円と試算した。だが、

医療・介護で改善すべき点は多岐にわたり、改革の進め方によってはさらに必要となるだろう。

財源の手当では、先に公表した年金改革提言で示してある。消費税を「社会保障税」に替え、目的税化した上で税率を10%にする。食料品などの生活必需品は5%に据え置く。全体で実質4%分、新たな恒久財源が確保される。

読売新聞は年金改革案を検討する際に、医療と介護の充実に必要な費用を視野に入れ、消費税率にして2%強の財源で収まるように設計した。このため、今回の提言を実現する余力は残っており、年金・医療・介護の同時一体改革は財源面からも十分可能である。

政府はこれまで、年金・医療・介護の各制度を、つぎはぎするように手直ししてきた。一方で、社会保障費を機械的に抑制する無理を重ね、新たなほころびを次々と生じさせている。

国民が抱えている不安を払拭するためには、社会保障費の抑制路線とは明確に決別し、必要な医療や介護に手厚く予算をつけて、大胆な改革を断行するべきだ。

全世代が広く薄く、財源を負担し合うことで、安心できる長寿社会に向けた改革は可能になる。

新聞社が将来の医療のあり方について提言したことは、非常に高く評価している。特に「医療にもっとお金をかけよ」との提案は、医療費を抑制する政府の方針のもとで、診療報酬を下げられ、医師不足などで大変な思いをしている医療現場にとって、ありがたい。「医療は公共財」との主張も、その通りだと思う。

医療費全体を上げ、病院勤務医の待遇改善をまず図るべきだという指摘も、医療現場のみならず、医師の数を増やさなければ、医師の過重勤務の緩和は難しい。どれだけ増やせばよいか、指導する医師数の問題もあり、的確な数を出すことは難しいが、読売案の「医学部定員を2割増で1万人に」あたりは現実的だろう。

ただ、若手医師の計画配置は、方向性は良いとしても、実現は容易ではない。専門医の認定制度など、いろいろな仕組みを変えなければならぬ。

診療科ごとの医師の偏在解消に

## 医療費抑制からの転換 評価

は、専門研修の人数に上限を設けたアメリカのレジデント(後期研修医)制が参考になるが、日本と違うのは、研修費用に公費が投入されている点だ。日本でも若手医師を診療科別に計画配置するとなれば、後期研修にも国がお金を出す必要がある。

地域による医師の偏在是正には、さらに高い壁がある。自治体や医師会、大学、一般市民も入れた第三者機関などが、地域の医療需要に応じた医療計画を作るべきだが、その中に読売案のような医師を配分する仕組みもできるかどうか。誰が、どうやるのか。

医療臨調の創設には、私も賛成だ。医療を提供する側の論理だけではなく、ぜひ一般の人も入れて、医療にどれだけお金をかけるのかなど、国民の声を反映させるべきだと思う。



高久 史磨氏 日本医学会会長、自治医大学長



おちわいこ 恵子氏 作家

医療、介護、年金などの社会保障制度が崩れ落ちようとしている。誰にも訪れる高齢期という人生のステージを迎え、どのように生きたらいいのかと迷う人が多いが、そうした高齢者の声は政治に届きにくい。読売案は、高齢者を含めた社会的に「より小さな声」をサポートするものの一つとして評価はできる。

私も2007年まで、母親を自宅で7年間介護してきた。介護現場の疲労は激しく、若い介護職員さんから「もう体がもたない。燃え尽きてしまおう」という訴えをよく聞いた。給料も安く、使命感だけで介護の仕事を担うのは酷だ。看護師さんも含め、離職率が高い。介護職員や看護師が自分の健康や暮らしを守ることでできるよう、せめて、まずは介護報酬を増やすべきだ。

## 在宅・施設 多様な選択肢必要

母が自宅療養を望み、看護師の数が必ずしも十分とはいえない病院の実情もあり、私も在宅医療を選択した。だが、実際には、在宅を望みながら、かなわない人の方がはるかに多い。在宅医療を行う医師は足りず、24時間体制のキチ細かい介護・看護体制も整っていない。だから、在宅か施設かの二者択一ではない、多様な選択肢が必要だ。

その点で、読売案の高齢者向けケア付き住宅は、解決策の一つになるだろう。特別養護老人ホームの入居待機者を減らすこともできるかもしれない。

ただ、有料老人ホームなど現状のケア付き住宅は玉石混交で、質の低いものも少なくない。現行の自治体の監査だけでは不十分で、第三者によるチェック体制を早急に整える必要がある。

高齢者が長「寿」の文字にふさわしい老後を送り、家族もそれを穏やかに見守ることができれば、若い人たちが将来に夢を持つことができなければならない。国は、お年寄りにこそ、お金をかけるべきだ。

いま医療現場で最も苦勞しているのは、医師不足に苦しむ地方の中小病院だ。それでも勤務医たちは、国の医療費抑制策にめげず、必死で在宅医療や住民の健康作りに取り組んでいる。

今回の提言では、こうした地方の医療を何とかしなくては、というメッセージを大々的に展開してくれたのが、大変うれしかった。

医師が特定の診療科に偏ることに歯止めをかけるため、診療科ごとに定員を設ける案には賛成だ。ただ、地域ごとに定員を決めても、医師が適正に配置できるかどうかは、疑問が残る。地域医療に興味がない医師を配置しても、良い医療は期待できないからだ。

例えば、やる気のある若手医師が、地域医療に熱心な病院で研修を受け、力をつけたら大学で専門医療も学べる、といった仕組みを作ってはどうか。その間の手当などは国が保証する。こうした動機付けをした方が、医療過疎を解消するには効果的だと思う。

地域の医師定数は、病院勤務医に

## 地方の医師確保 動機付けを

ではなく、むしろ新たに開業する医師に設けた方がいい。その際、読売案にあるように、家庭医の研修を受けるべきだ。

私の考えでは、開業する前の医師に2年ほど、過疎地での勤務や国際医療支援など、社会貢献を課した方がいい。こうすれば、開業医は国民の尊敬を取り戻せるのではないかと。麻酔科医不足の解消に歯科麻酔医を活用する案には大賛成だ。看護師に医師業務の一部を移す案も納得できる。医師に権限が集中しているのはおかしい。各職種が主体性を持つ関係になった方がいい。

患者がどの医療機関でも受診する自由は守らなければならないが、過剰な病院の受診には、抑制が必要だろう。開業医を受診せずに、病院に直接かかると治療費が高くなる仕組みを、早く導入すべきだ。



諏訪中央病院(長野県)名誉院長 **鎌田 實** 氏



京都大大学院教授(医療経済学) **西村 周二** 氏

マスコミは、医療の問題について批判はするが、背景にある複雑な構造や財政問題には踏み込まない傾向が強い。提言はそれを覆すもので、高く評価したい。

新聞の提言が世論を誘導するとの批判もあるが、そうではない。消えた年金記録など政府の失態が続く今のような時代は、国民が議論することが不可欠で、前提となる考えをメディアが示すことは必要だ。

「社会保障費の抑制策を転換せよ」という緊急提言は全面的に賛成。経済界などからは、医療にはまだ無駄がある、という反論が出るだろうが、はっきり否定したい。近年、医療界は無駄の排除に相当努め、高齢化などで激増する医療需要や、情報公開の求めにも応えてきた。過度な抑制策で、医療の安全確保などに不安が生じている。

## 財政含めた提言 大きな意義

消費税を社会保障税に改めることなどで「給付と負担の新ルールをつくれ」という提案にも大賛成だ。ただ、社会保障財源は税が保険料か、今一步踏み込んで欲しかった。社会保障税を10%に、としているが、それだけでは将来にわたる社会保障費は賅えない。

日本の社会保障問題を複雑にしている一因は、財源に税と社会保障料が混在していることにある。医療費は北欧、英国では主に税、欧州大陸の各国は主に社会保障料と、明確だ。ところが、日本では、増える医療費負担を、税で賅うか、保険料で賅うか、あいまいなために、保険制度の根幹である健康保険財政が危機に陥っている。税の管轄は財務省、保険料は厚生労働省と分かれ、それぞれ族議員もいて、一元的な議論ができない。ぜひ、医療臨調で論じて欲しい。

社会保障カード導入にもおおむね賛成だ。カードによる個人情報流出などリスクばかり強調せず、利点が大いなることを国民に理解してもらう努力が必要だ。

本紙は、医師不足を緩和するため、若手医師を計画配置するとともに、大学医局に代わる医師配置機関を創設することを提案した。

読者からは「医師不足が一番の問題で、すぐ大事な提案だ」(40歳代男性)、「医師不足に正面から取り組んだ。大きい山にぶつかると思うが、頑張って欲しい」(70歳代男性)などの声が寄せられた。

一方、「医師の意思を無視した強制配置に反対」「若手医師には居住地の自由もないのか」といった医師からの反論もあった。

小川彰・全国医学部長病院長会議会長(若手医大理事長)も「特に外科医の不足は深刻で、このままでは簡単な手術もできなくなる。読売提言の意義は大きい」としながら、「計画配置は一つの考え方だが、強制的に配置するのであれば、職業選択の自由の問題もある

## 「若手医師を計画配置」強制では？

のではないかと。今回の提言では、「強制や義務ではなく、医師の希望と意欲を生かす配置の仕組み」を求めており、医師を「強制配置」するわけではない。

本紙が提案した若手医師の計画配置の仕組みは、次のようなものだ。対象は、医学部卒業後の

を上回った場合には、第2

希望以降のB大学心臓外科などに配置する。現在、初期研修では、研修医の希望と、研修医を採用する病院側の希望のすり合わせ(マッチング)が行われているが、これも一つの方法だ。若手医師を直接、医師不足の医療機関に派遣するのではなく、大学病院など地

大学や地域の基幹病院

自治体や医師会らによる第三者機関を創設して、医師配置の調整を行うことを提案している。

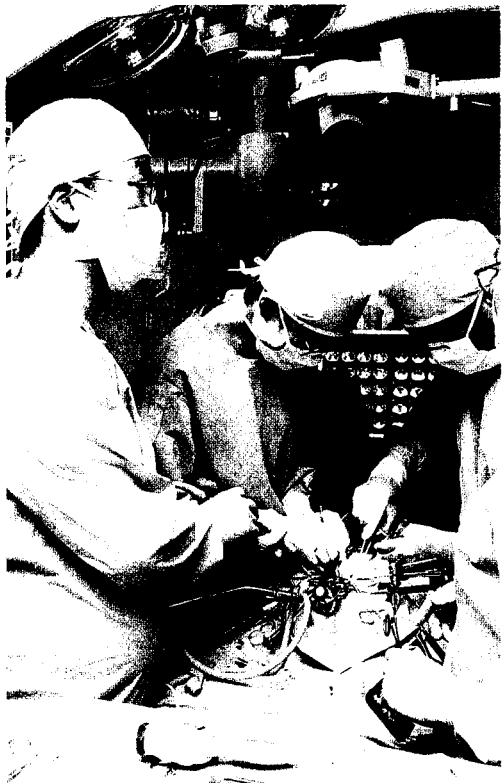
◇

辺見公雄・全国自治体病院協議会会長(赤穂市民病院院長)の話「地方の公立病院の医師不足は深刻だ。地域や診療科別に、若い医師を計画的に配置しなければならぬ。不足している医師の数などを把握した上で、大学や公的な病院などで協議して医師配置を決めるのが望ましい」

## 本人の意思尊重

2年間の初期研修(義務研修)を終え、専門医を目指して後期研修を受ける医師(後期研修医)が充足されること

後期研修を行う病院について、地域・診療科ごとの定員を定める。特定の地域・診療科に若手医師が偏らないようにするため。たとえば第1希望のA大学の派遣が可能なことになる。



内視鏡を使った前立腺がんの手術を行う医師(9月26日、東京・文京区の東京医科歯科大病院で)。大学病院などに若手医師を計画配置すれば、過疎地域へのベテラン医師派遣が可能になる

## 「開業医も病院救急に」

## たらい回し体験談も

東京都内で2008年10月、脳出血を起こした妊婦が、宅が別で、午後5時になる7病院から受け入れを断られ、た後に死亡していたことが明らかになった。「たらい回し」の防止は急務だ。

本紙は、緊急に行うべき対策として、開業医が病院での救急に積極的に参加することを求めた。読者からは「自分の住ん

でいる所でも、診療所と自

宅が別で、午後5時になる7病院から受け入れを断られ、た後に死亡していたことが明らかになった。「たらい回し」の防止は急務だ。

救急車であらひ回しにされ

「医師が病院救急の先頭に立てるのは、体力的に40歳

島崎修次・杏林大高度救命救急センター教授の話「ERを普及させるといふ提言には賛成だ。ただ、最重症の患者の受け入れだけでも手いっぱい救命救急センターもある。ERを軌道に乗せるには、医師の確保、治療後の患者の入院病床確保などが必要だ」

読売「医療改革提言」について、読

売新聞社の読者センターに寄せられた意見には、「医療行政の矛盾点を網羅している」「分かりやすい提言。画期的な

■山本修三・日本病院会会長の話

「医療は公共財である」との読売提言の基本姿勢は、これまで病院会としても訴えてきたことであり、社会保障を具本的な財源として明示して、の点も高く評価で

# 読売提言

## 読者の意見と質問



読売新聞社の医療改革提言には、読者から多くの反響をいただいた。主要なポイントについて、読者の意見を紹介しながら、論点をまとめた。

今回の提言では、改革のための財源として、消費税を社会保障の目的税化して、税率を10%とすることを求めた。これには、「医療・介護を充実させるためには、なぜ消費税を上げるのか」「なぜ10%も必要なのか」という疑問が寄せられた。

消費税の引き上げが必要なのは、次のような事情からだ。

医療・介護など社会保障サービスの充実には、財源が必要になる。財源は税金や保険料、自己負担があるが、高齢者に現在の額をはるかに上回る自己負担や保険料の負担を求めるのは難しい。

一方、日本は既に65歳以上の高齢者が5人に1人になり、2050年には5人に2人に達する。超少子高齢社会が今後も進み、勤労世代の割合が減っていく中で、勤労世代の保険料負担

## 「消費税引き上げ」なぜ？

をさらに増やすのも限界がある。税金による負担を増やさざるを得ない。

だが、社会保障サービスは、景気が悪くなったから

と言って減らすわけにはいかない。消費税は所得税や法人税に比べ、景気動向に伴う税収の変動が少ない安定的な財源だ。また、所得

税や法人税は勤労世代に負担

をさらに増やすのも限界がある。税金による負担を増やさざるを得ない。

だが、社会保障サービスは、景気が悪くなったから

と言って減らすわけにはいかない。消費税は所得税や法人税に比べ、景気動向に伴う税収の変動が少ない安定的な財源だ。また、所得

税や法人税は勤労世代に負担

をさらに増やすのも限界がある。税金による負担を増やさざるを得ない。

だが、社会保障サービスは、景気が悪くなったから

と言って減らすわけにはいかない。消費税は所得税や法人税に比べ、景気動向に伴う税収の変動が少ない安定的な財源だ。また、所得

税や法人税は勤労世代に負担

## 公平な負担念頭

担が偏り、負担増を求めれば、経済の活力が失われかねないが、消費税は広く国民が負担を分かち合うことで、世代間の負担の公平にもつながらる。

読売新聞社は、消費税の役割を「年金・医療・介護

など社会保障を支えるための財源」と明確にするため、

「負担があっても給付を充実

した方がいい」のか、「こ

え、11年度までに税率を10%（食料品など生活必需品は5%に軽減）に引き上げるよう提案した。

現在5%という消費税率は、同様の付加価値税を導入する欧州諸国に比べ、かなり低い。社会保障の充実には、ある程度の引き上げが必要になる。

税率10%で増える税収は

実質4%分（10・4兆円）

の見込みで、4月の年金改

革提言（5・7兆円）や今

回の医療改革提言（当面少

なくとも1・6兆円）を

実施する財源となる。

消費税による「負担」と

社会保障の「給付」の関係を

明確にすることで、「負

担増があっても給付を充実

した方がいい」のか、「こ

え、11年度までに税率を10%（食料品など生活必需品は5%に軽減）に引き上げるよう提案した。

現在5%という消費税率は、同様の付加価値税を導入する欧州諸国に比べ、かなり低い。社会保障の充実には、ある程度の引き上げが必要になる。

税率10%で増える税収は

実質4%分（10・4兆円）

の見込みで、4月の年金改

革提言（5・7兆円）や今

回の医療改革提言（当面少

なくとも1・6兆円）を

実施する財源となる。

消費税による「負担」と

社会保障の「給付」の関係を

明確にすることで、「負

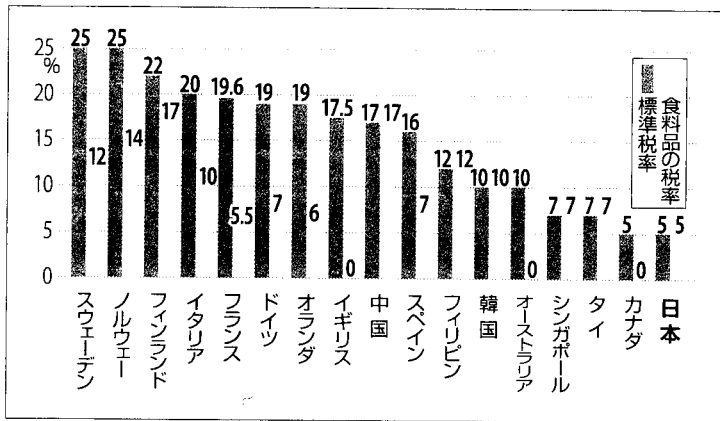
担増があっても給付を充実

した方がいい」のか、「こ

え、11年度までに税率を10%（食料品など生活必需品は5%に軽減）に引き上げるよう提案した。

現在5%という消費税率は、同様の付加価値税を導入する欧州諸国に比べ、かなり低い。社会保障の充実には、ある程度の引き上げが必要になる。

一方、医師から「専門医の人数などが第三者から規制されるのはおかしい」「麻酔医不足に歯科医師を活用するのは反対」などがあつた。



## 主な国の付加価値税率

標準税率と食料品の税率。2008年1月現在

また、地域に必要な医師数を診療科ごとに算出して専門医を育成することや、事故防止の取り組みなど、提言内容は医療界が率先して取り組むべきことばかりだ。国は、抜本改革のための医療臨調を早急に設置すべきだ」

高齢者ケアでは、本紙は介護 介護保険は形骸化する恐れもある。介護や見守りサービスを行うよう求めた。これには「介護職 高年齢者向けの「ケア付き住宅」は給料が安く、このままでは働き手がなくなると。こうした問題の解決に取り組みむべきか」(67歳男性)、「介護を受けているが、介護報酬は本当に低いと思う。働く人が希望を得られるような改善を」(79歳女性)など、介護現場の厳しい現実を踏まえ、支持する意見が目立った。

介護職員は離職率も高い。人材不足は、介護の質を下げるばかりではない。急激な高齢化に伴い要介護者が増加するた 家族の自己負担をどう軽減するかなど、より具体的で身近な提 職員を大幅に増やさない」と、介 言も欲しかった」

## 「介護職員の報酬アップ」 支持意見 目立つ

高見国生・「認知症の人と家族の会」代表理事の話

「介護職員の待遇改善は、我々も主張してきたことであり、同感だ。『急増する認知症に国を挙げて取り組め』として、介護保険サービスの拡充などをうたった点も同様だ。ただ、在宅で重度のお年寄りを抱える

家族の自己負担をどう軽減するかなど、より具体的で身近な提

職員を大幅に増やさない」と、介

言も欲しかった」

また、地域に必要な医師数を診療科ごとに算出して専門

医を育成することや、事故防止の取り組みなど、提言内

容は医療界が率先して取り組むべきことばかりだ。国は、

抜本改革のための医療臨調を早急に設置すべきだ」

高齢者ケアでは、本紙は介護 介護保険は形骸化する恐れもある。介護や見守りサービスを行うよう求めた。これには「介護職 高年齢者向けの「ケア付き住宅」は給料が安く、このままでは働き手がなくなると。こうした問題の解決に取り組みむべきか」(67歳男性)、「介護を受けているが、介護報酬は本当に低いと思う。働く人が希望を得られるような改善を」(79歳女性)など、介護現場の厳しい現実を踏まえ、支持する意見が目立った。

介護職員は離職率も高い。人材不足は、介護の質を下げるばかりではない。急激な高齢化に伴い要介護者が増加するた

家族の自己負担をどう軽減するかなど、より具体的で身近な提

職員を大幅に増やさない」と、介

言も欲しかった」

また、地域に必要な医師数を診療科ごとに算出して専門

医を育成することや、事故防止の取り組みなど、提言内

容は医療界が率先して取り組むべきことばかりだ。国は、

抜本改革のための医療臨調を早急に設置すべきだ」

高齢者ケアでは、本紙は介護 介護保険は形骸化する恐れもある。介護や見守りサービスを行うよう求めた。これには「介護職 高年齢者向けの「ケア付き住宅」は給料が安く、このままでは働き手がなくなると。こうした問題の解決に取り組みむべきか」(67歳男性)、「介護を受けているが、介護報酬は本当に低いと思う。働く人が希望を得られるような改善を」(79歳女性)など、介護現場の厳しい現実を踏まえ、支持する意見が目立った。

介護職員は離職率も高い。人材不足は、介護の質を下げるばかりではない。急激な高齢化に伴い要介護者が増加するた

家族の自己負担をどう軽減するかなど、より具体的で身近な提

職員を大幅に増やさない」と、介

言も欲しかった」

# 改革 をどう読む



かわしま やすなり  
川島 康生氏

国立循環器病センター名誉総長。心臓外科医。大阪  
大教授、同病院長、同センター総長を歴任。78歳。

—提言をどう見るか。

川島 日本の医療がどうあるべきか、論点を網羅しており、マスメディアとして評価できる。「医療は公共財」という認識も正しい。

—医師不足対策として、2年の初期研修を終えた若手医師を対象に、専門医を養成する後期研修を受ける際、地域や診療科ごとに計画配置するよう提案した。

川島 専門医がこれほど必要か判断し、後期研修の定員を決めることは賛成だ。現在は募集人員が多過ぎて研修内容

治療に携わる者は極めて少ない。また、

激励の割に報酬が少ない上、施設が多過ぎて十分な患者数を診られない。専門医が技量を維持するには、年間100件の治療が必要といわれる。わが国で心臓手術は年約5万件あり、理想的な医師配置

ができれば、心臓外科医は500人で足りる。研修医も毎年20人程度養成すればいい。しかし、実際には、心臓外科医は約2000人もいる。

ただ、優れた専門医が途中で燃え尽きず生涯にわたって力を発揮するには、手

日々の業務に忙殺されてきた。充実した

体制で医療ができなければ、医学研究もできず、医学医療の衰退を招く。  
—医療現場の窮状を訴えてこなかったのか。

川島 的確に発言してこなかった点もあるが、それ以上に国が聞く耳を持たなかった。大学病院や国立病院の現場の声を、それぞれを管轄する文部科学省や厚生労働省が重視してこなかった。日本医師会は開業医の声を代弁するもので、病院や勤務医の意見は反映されてこなかった。医師会は勤務

医の声を取り入れる改革をして、日本の医療を担う社

## 後期研修は少数精鋭で

が薄まり、習得に長期間を要している。

研修医の計画配置には、地方の研修病院の充実が必要だ。中身の濃い研修体制を整備したうえ、勤務する地域や領域に一定の制約を設けるのは仕方ない。後期研修は少数精鋭で行うべきだ。

—現在、専門医が多過ぎるといってとか。

川島 領域によって異なるが、専門医が専門性を生かせない開業医に転向するケースが多い。例えば、心臓外科の専門医資格を取得しても、60歳まで病院で専門

術などを支援する看護師らスタッフを増

やすことが欠かせない。医療の質と安全性を確保することにもつながる。  
—提言は医療機関の役割分担と連携強化を求めた。

川島 大賛成だ。病院が役割分担をしなれば、地域に同じような医療機関が乱立し、医師不足は改善しない。同時に、急性期医療の診療では、高度で激励の割

には報酬が少ない現状を改めることも重要だ。先進的な医療技術を研究する大学病院や国立のセンターなどの医師は、

会的役割を自覚する必要がある。社会保

障の総合的な改革プランは本来、日本医師会が出すべきものだ。  
—読売提言にない点で、改革すべき課題はあるか。

川島 医療の進歩は、最先端の領域が引っ張っていくものだ。公的保険で受けられない最新医療には、保険外診療も併用する「混合診療」を認めるべきだ。混

合診療を解禁すると保険医療が崩壊する、という指摘があるが、知恵を出せば防げることだ。



たけしま やすひろ  
竹嶋 康弘氏

日本医師会副会長。九州大医学部助手、福岡大学病院講師、福岡市医師会長、福岡県医師会会長を歴任。70歳。

——提言をどう見たか。

竹嶋 社会保障財源のあり方まで大胆に示したことは評価したい。豊富なデータに基づいており、時宜を得ている。

——医師不足が各地で問題になっている。

竹嶋 先進諸国の中でも、日本は人口当たり医師数が少ないのは紛れもない事実だ。この事態を招いた原因は二つある。医療費の増加が国を滅ぼすという「医療費亡国論」に基づいた医療費の抑制策と、新卒医師に自由に研修先を選ばせる新医

——医師が診療科目を自由に掲げられる「自由標榜制」を見直すべきではないか。提言では、開業には家庭医の研修を条件にするよう求めた。

竹嶋 本来は職業選択の自由を尊重すべきであり、時期尚早だ。後期研修先の応募と受け入れをある程度厳格化することは検討の余地がある。全人的に患者さんを診られる能力を備えた医師の養成については、日本医師会で各種の方策を検討している最中だ。

——ビル診療所に象徴されるように、夜間、休日に診療する開業医が少なく、行き場を失った患者が救急病院に向かう実情もある。開業医の病院救急への参加を促したい。

竹嶋 それを行っている地域もある。救急医療を充実させるための二つの方法だ。一方、地域医師会が自治体の委託などで全国約500か所の休日・夜間急患センターを運営したり、輪番制を取ったりしている。各地域の特性もあるが、若い医師が使命感を認識する場にもなり、現場から積極的に参加する仕組みを作っていくことが大切だ。

——「医療機関の役割分担と連携強化」 「入院は病院、外来は開業医」の点はどうか。

竹嶋 目指す機能はそうだ。しかし、地域に密着した中小病院や有床診療所が、バランスをとって機能していくようにしたい。患者の大病院志向もあるが、都会の大病院で毎日4000〜5000人も外来患者を診なければならぬ現状は変えるべきだ。

——日本医師会は開業医が強く、病院や勤務医の声が反映されないと指摘される。

竹嶋 そのように誤解されている。未熟さは反省する。

日本医師会員16万5000人のうち約半数が勤務医だ。勤務医師や女性医師の意見が反映される体制づくりに向けて、プロジェクト「医師の団結を目指す委員会」を立ち上げた。

——ほかに注文はあるか。

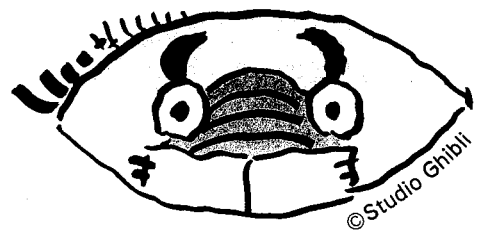
竹嶋 医師が忙しくなった原因に、作成書類の増加がある。患者さんを診る時間が削られると悲鳴をあげている。育児をしている女性医師や看護師らの離職を防ぐため、保育所の整備など、医師数を増やすだけでなく、医師が効率的に働ける施策を求めたい。

## 救急 地域の特性生かし

師臨床研修制度だ。「医療は公共財」であり、医学部教育の時点で、医師の社会的使命感を培わなくてはならない。それがなされないまま、本人に研修先を選ばせれば、都会志向になる。

——提言では公的機関による医師の適正配置を求めた。

竹嶋 各地の現状を一番分かっているのは地域の医師会だ。地域に必要な医療体制を築くため、まず各地域の医師会を中心に大学、基幹病院、自治体などで構成された「地域医療対策協議会」に活力を注ぎたい。



ボクの名前は、  
『どろどろ』です。  
旺盛な探求心や  
好奇心を象徴する  
言葉なんだよ。

読む、いま。  
読む、先。  
読む、ほんとう。

# 読売新聞

 読売新聞のお申し込みは

インターネットが便利で簡単

<http://434381.jp>

よみうり よみうり はいどうぞ



フリーダイヤルでもお申し込みいただけます

0120-4343-81

よみうり よみうり はいどうぞ