

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^①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。

医療、介護の現場が危機に
直面しているのは、社会保障

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

要もある。
宅を今後10年で倍増させる必
「介護難民」が出るのを防ぐべ
きた。簡単な介護サービスを行
行う高齢者向けのケア付き住
要もある。
医療、介護の現場が危機に
直面しているのは、社会保障

医療・介護は国民全体が使う公共財であり、医療を提供する側、利用する患者側ともにルールが必要、との認識に立っている。

まず緊急に取り組むべきなのが、医師不足対策だ。

医師不足が問題化したのは、2004年度に始まった医師の新たな臨床研修制度（義務研修）がきっかけだ。研修先として、出身大学ではなく、都市部の有力病院を選ぶ新人医師が増え、地方の大学病院などの人手不足が深刻になっ

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。

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。激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。

医師や医療機に整備する。

医療、介護の現場が危機に直面しているのは、社会保障

費について、政府が予算編成で、高齢化による自然増分（年約8000億円）を毎年2000億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、超少子高齢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。

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。

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

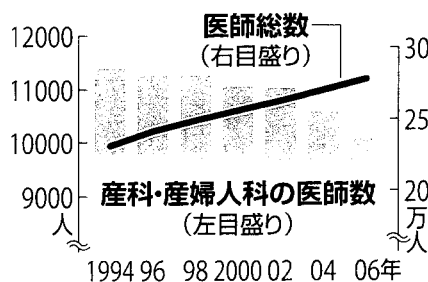
だ。

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。

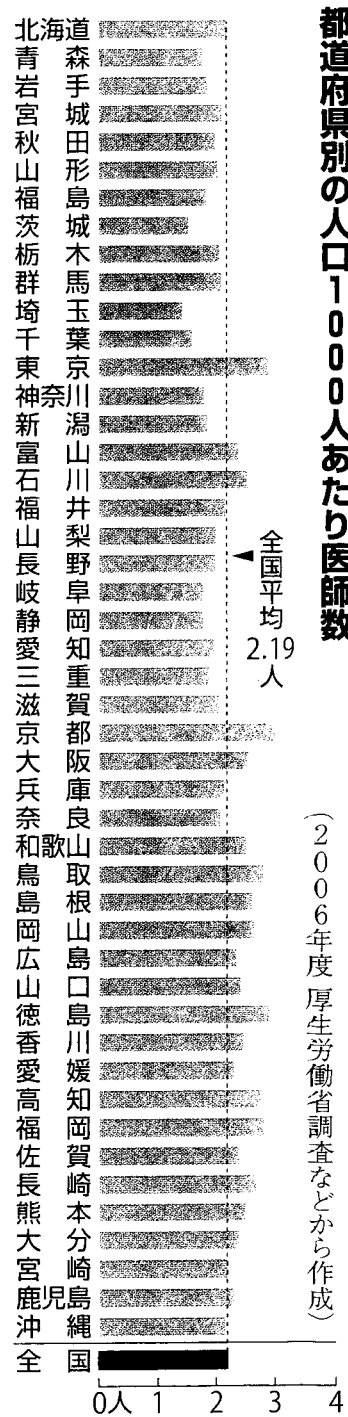
配置された若手医師は、大病院をはじめとした各都道府県の基幹病院に勤務し、専門医になった



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

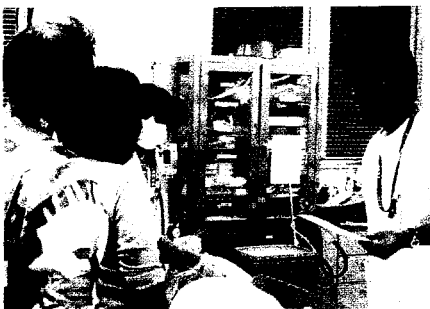
り出したのだ。長澤医師が、腹痛の女性のエックス線撮影を手配すると、今度は89歳の女性患者が運ばれてきた。「発熱と意識障害がありま

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。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。「体は大変だけれど、

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)や隣市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が、「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

い。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るう、という意識が生まれた」と話す。

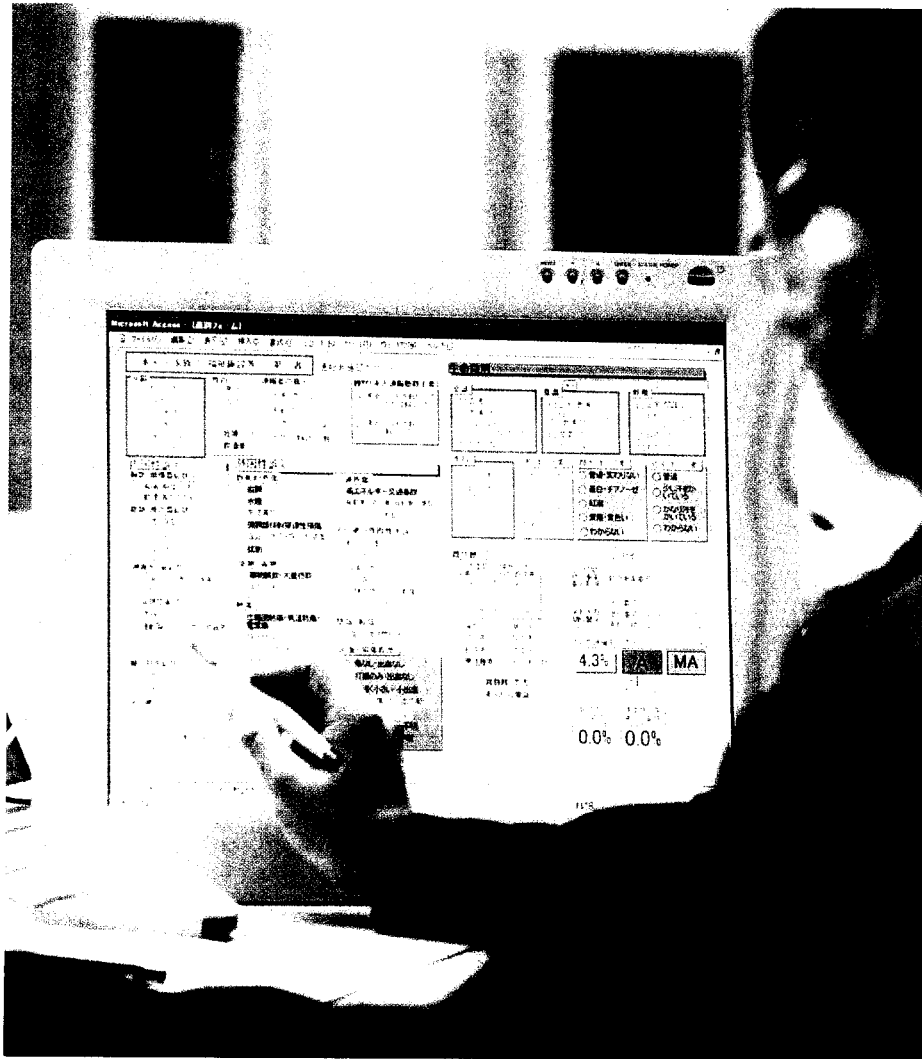
慈恵医大第三病院（東京都狛江市）、千葉市立海浜病院（千葉市）など、開業医が病院救急に参加している地域は、ほかにもある。地

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。

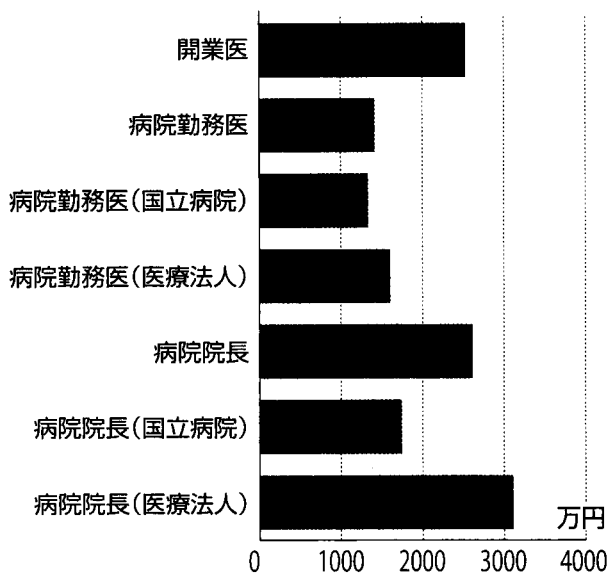


診療報酬

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。

介護労働者

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後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

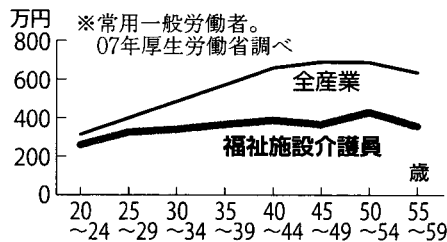
が低いのに長期入院する「社会的

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1

10万人いる介護職員を、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）

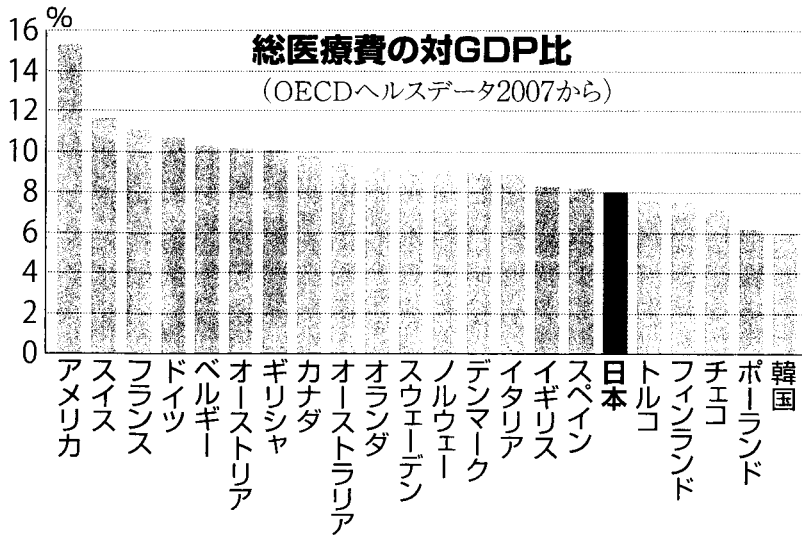


介護報酬

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 社会保障費

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、不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

