

医療崩壊をくい止める

橋 爪 章

学長、教授、医学博士

担当科目

社会保障制度概論／保健医療経営学概論／国際協力論



要 旨

医療提供ネットワークの綻びにより医療崩壊が生じている。医療崩壊の背景に医師はじめ医療スタッフの過重労働負荷がある。その解消手段としての増員策は、医療財源の制約等のためにほとんどとられておらず、保険料が上がらない限り、将来的にはさらに医療財源が制約されるので医療崩壊が加速するおそれがある。医療崩壊の回避策として、健診受診、早期治療、時間内受診、かかりつけ医の確保など国民の意識改革が必要である。

医療崩壊の現状

医療崩壊という用語に厳密な定義はないが、本稿では「必要な医療へのアクセスができない生活圏が生じること」を医療崩壊ということとする。医療崩壊は憲法が保障する生存権（健康で文化的な最低限度の生活を営む権利）を国民から奪うものである。なお、生存権の保障といっても、生存に必要な高度医療をすべての生活圏で提供することを保障するものではない。高度医療提供体制を山間僻地に至るまで平等に整備することなどできない。我が国の医療は、一次医療の現場で対処できない患者は、他診療科あるいは二次医療機関さらに三次医療機関へと紹介される仕組みで運営されており、このネットワークが機能することをもって、すなわち、必要な医療へアクセスできる道筋を保障することをもって、生存権が保障されると解釈するのが妥当である。

医療崩壊は医療提供ネットワークに綻びが生じることであり、今に始まったことではない。僻地では医師がいなくなった時点で医療へのアクセスが閉ざされる。救急医療でも医療へのアクセスが門前払いされる事例が絶えない。これらはネットワークの入り口の綻びによる医療崩壊事例であり、国民皆保険の実現とともに全国的に医

療提供体制が充実した高度経済成長期にあっても既に全国的課題であった。近年は二次医療機関の閉院あるいは部分閉鎖が増加してきている。他の医療機関で機能代替できない場合、ネットワークの結び目の綻びによる医療崩壊となる。さらに高次医療機関における特定診療分野が機能停止に陥れば、高次医療提供機能は地域内他医療機関で代替不能な場合が多く、ネットワークの要が綻ぶこととなる。

医療崩壊の原因

医療崩壊の主たる直接原因は医師あるいはチーム医療を支える医療スタッフがいなくなることである。背景に彼らの過重労働負荷がある。医療資格保有者には医療倫理の職業意識があり、少々の条件の悪さで地域の患者を見棄てるようなことはしない。医療崩壊をきたすことがわかっていながら職場を去ってしまう事例が相次いでいる現状は、倫理観だけでは支えきれない限界を超えた労働負荷があちこちで強いられているであろうことが想定される。

人口構成の高齢化に伴う高齢患者の絶対数の増加、医療への要求水準の高度化など労働負荷増大要因は多い。

（表1）に10月特定調査日の患者数の3年間の変動を示す。病院入院患者数は1%の増加しかなく、患者数の絶対増を反映していないかみえるが、これは病床規制の実態（入院患者数は病床数を上回ることができない）を現しているにすぎない。患者数の絶対増に伴い入院需要は高まっているはずであり、新入院患者数は5.4%増加している。入院需要の高まりに対しては病床回転を早めることで吸収するしかないが、入院患者対応要員の増員がなければ新入院患者の増や入院期間の短縮は労働負荷を増大させる。外来初診患者数については、病院で1割、

一般診療所で2割の増であり、業務効率化の経営努力なしにこれらの需要の高まりに対応するためには、外来初診従事医師数を病院で1割、診療所で2割の増を図れなければ、医師に過重な労働負荷を強いるしかない。また、過重な身体的負荷は医療ミスを招きやすく、相次ぐ医療訴訟が精神的負荷となってさらに覆い被さることとなる。

(表2)に10月1日現在の診療所従事者数の3年間の変動を示す。外来需要の高まりを反映し、従事者総数は1割増となっているが、医療の根幹を支える医師・看護師数は減少している。診療所では、医療需要の高まりへの対応を非常勤医師と看護業務補助者と事務職員に頼るしかない現実があり、常勤医師・看護師の労働負荷は増大している。

(表3)に10月1日現在の病院従事者数の変動を示す。平成18年に看護師に対する診療報酬が手厚く評価されたことを背景として従事者総数の増加には看護師数の増が貢献しているが、看護業務を役割分担している准看護師数と看護業務補助者数は減少しているので看護業務の労働負荷が軽減されたとは必ずしもいい難い。医師数は微増である。統計上は毎年7千人以上の新規の医師免許取得者が生まれているが、診療所・病院の常勤医師数計は減少している。医療現場は24時間の臨戦態勢が求められるので常勤医師によるローテーション体制こそが本来の姿である。常勤医師数が医療需要の伸びをまったく反映していないこれらの統計数値は、医師の労働負荷が深刻な事態に向かっていることを示している。

医師数の増を医療現場が常勤医師として吸収しきれていない現実、人件費抑制のための定員抑制にも一因がある。(表4)に開設者別の100床あたりの医師・看護師数の推移を示す。定員どおりの職員数を比較的確保しやすい公務員型の病院においてさえ常勤医師数はほとんど増えていないが、これは、開設者が定員枠の拡大努力を怠っていることを意味する。市町村立病院からの医師の引き上げによる医療崩壊報道が増えてきているが、市町村立病院の常勤医師数はほとんど一定である。市町村単位では対象患者数が少ないことを理由に診療科あたり1人の医師しか定員枠を設けない場合が多いが、1人医師による診療体制には限界が大きく、時間外対応を余儀なくされる診療科の場合には、たとえ対象者数が少なくとも複数の定員枠の確保が必要であり、さもなくば医師の労働負荷が過重となるのは当然のことである。なお、病院の多数を占める医療法人においても常勤医師数は一定である。医療法人においても定員枠の拡大努力を怠っているのか、常勤医師確保の困難さを物語っているのかは、この表からは読み取れないが、全体の平均として常勤医師数が一定であるということは、経営努力によって常勤医師数を増やしている病院もあれば、逆に常勤医師数が

減っている病院もあるということなので、医療機能が破綻寸前の病院も多数あるであろうことが推定される。

(表5)に、九州・山口各県の病院あたり常勤医師数を示す。すべての県において医療需要は高まっているはずであるが、半数以上の県において病院あたりの常勤医師数は減少している。従前より病院あたり常勤医師数が多い沖縄県や福岡県では増加しているので医師の地域偏在が拡大しつつあるといえる。医師数が減少して労働負荷が高まると「立ち去り型サボタージュ」(より負担の少ない勤務環境へ移ること)をきたし易くなり、医師減少がさらに加速することになる。

医療崩壊の加速

医師の過重労働負荷の解消手段のひとつとして医師の増員があるが、それが実現できていない理由として診療報酬の制約が上げられる。診療報酬上の手当てがなされた看護師については相応の増員が実現できているので、診療報酬と医療従事者の増員との相関は強い。人件費比率が高い労働集約型の産業構造の医療分野においては、診療報酬が充分でなければ、さらなる人件費増につながる高給職種の増員が躊躇されている現実がある。

診療報酬の総額(国民医療費)は、平成14年度の31.0兆円に対し平成17年度は33.1兆円と増加しており、九州・山口各県においても一様に増加しているが、医療に使える財源が増加しても医師数には反映していない。医療ニーズの高度化への対応(高額医療機器、高額医薬品の購入、多様化した医療技術職の増員)、医療制度の複雑化への対応(IT導入、事務職員の増員)、増加する医療訴訟への対応などへ財源が振り向けられるからである。

医療に使える財源は、現行制度下においては、患者の窓口自己負担金と税金と保険料の三つしかない。これらを飛躍的に増加させない限り、医療従事者数を医療需要に見合った適性数まで増加させることはできない。自己負担金は医療費の1~3割と先進諸国の中では既に最も高い水準となっており、医療財源を増やす手段としては期待薄である。ただし、前期高齢者の自己負担割合(現行1割)を2割に変更することは予定されている。医療財源への税金投入も、経済成長が低調で税収が伸び悩んでいる現状にあっては困難である。仮に、社会保障目的税として消費税率がアップしたとしても、中途半端なアップ率にとどまれば、我が国の社会保障給付費の半分以上を占める年金システムの維持に優先的に充当されるので、医療財源としては期待薄である。

残された医療財源は保険料のみである。平成20年4月に後期高齢者医療制度が始まり、後期高齢者の健康保険

が、各県ごとに設けられた広域連合が運営する新制度に切り替わった。保険料は県単位で広域連合が設定し、一人あたり老人医療費が高い県の保険料負担を高くすることで医療財源の確保を図ろうとするものである。

(表6)に九州・山口各県の後期高齢者医療制度保険料を示す。後期高齢者医療制度では、従来の老人医療制度における不公平(提供される医療が平等であるにもかかわらず、保険料が免除されたり、保険料を意図的に支払わない者がいる)を是正するために、健康保険の家族である後期高齢者からも保険料を徴収したり、保険料を年金から天引きしたりする仕組みが新たに導入されたが、これも医療財源の確保策となっている。

平成20年10月からは、政府管掌健康保険が、全国画一の社会保険庁による運営から、新たに設立された「協会けんぽ」都道府県支部ごとの運営に切り替わった。政府管掌健康保険の保険料率は全国一律8.2%であったが、一年以内に、保険料率は各県の医療費を反映したものとなる。医療費が全国平均を大きく上回っている県では保険料が上がる。保険料アップによる医療財源の確保を図ろうとするものである。

これらの制度改革の実施にあたり、新制度移行を円滑にするために保険料の激変緩和策が盛り込まれているが、激変緩和にとどまらず、従来の保険料よりも安くなってしまふような軽減措置も急遽拡大された。被保険者の負担が軽減された分だけ医療に必要な財源は制限されたことになり、医療崩壊を加速する。

国民が医療供給水準の向上を望む限りは、相応の負担を惜しんではならない。自動車関連産業に従事する500万人のために年間数十万円(自動車購入代金や自動車保険料、ガソリン代等)を家計から支出している国にあって、国民の命を守る医療産業に従事する数百万人(医療施設従事者260万人+医療費を財源とする医療関連産業従事者等)のために国民一人あたり年間23万円を支出している現状が適性水準であるか否かは、国民ひとりひとりに問いかけられるべき課題である。

「高齢者の医療の確保に関する法律」では、医療費適正化を推進するために都道府県単位で他の都道府県と異なる診療報酬が導入(第14条)される場合もあるとされている。一人あたり医療費が高止まりの九州・山口の各県下では、医療費抑制を強く指向した行政施策がとられがちとなるであろうが、医療費抑制が医療崩壊を招くことは前述の通り明白であり、医療崩壊の回避は遠のくこととなる。

医療崩壊の回避

「高齢者の医療の確保に関する法律」の施行により、

メタボリックシンドロームに着目した特定健康診査・特定保健指導の実施義務が各保険者に課されている。被保険者の受診率や生活習慣病受療動向が改善しない場合、保険者は5年後にペナルティ(後期高齢者医療制度への支援金の増額)を受け、さらに保険料が上がることになる。生活習慣病が重症化した場合の医療費は軽症で止めた場合の数倍かかるので、その財源を確保するために保険料が上がるのは当然のことである。保険料を上げなければ医療崩壊が加速する。

医療崩壊を回避するためには、医師たちを過重労働負担から解放しなければならない。保険料アップへの国民の合意が得られないために労働負担の軽減手段たる増員策がままならないとあらば、別の労働負担軽減策を模索しなければならない。

労働負担という点に着目すると、無症候の高血圧症や高脂血症や糖尿病の患者であれば、一人の医師で単位時間内に何人も診療することができる。対し、放置されて脳卒中や心筋梗塞、網膜症、人工透析に至った患者に対しては、一人の患者に対して数人がかりとなることも多く、労働負担は格段に高まる。軽症のうちに治療する受療行動パターンを国民に定着させることは、医療費抑制を緩和して医師数をわずかに増やすことよりも、はるかに大きな労働負担軽減効果が期待できる。従前の地域や職域での健診は、健診受診率そのものが低調であったり、健診で異常が指摘されても放置されたりと、医師の労働負担軽減には必ずしも結びついていなかったが、特定健康診査・特定保健指導については、ペナルティを避けるというインセンティブが各保険者に働き、ある程度の効果を期待することができる。ただし、保険者の中には、被保険者人口が多い市町村国保において特定健康診査・特定保健指導の実施に必須の職種である保健師や管理栄養士の増員が図られていなかったりと、公務員定数の一律削減策が増員が必要な職種にまで例外なく及んでいるような例が多く、本事業の意義を世論として盛り上げて市町村の政策決定者の理解を促さない限り、効果は期待できない。住民の健康づくりに不熱心な自治体では医療崩壊を回避することはできない。

他にも、労働負担を高める要素として、時間外診療がある。同じ病態であっても、時間内診療であれば現場の労働負担は軽減される。世論に迫られて時間外対応体制の充実に追われる自治体が多いが、時間外アクセスの利便性が増して時間外受診患者の総数が増加すれば現場の労働負担が倍加することとなるので、人員増などへ相当の経費を支出しない限り、かえって医療崩壊を加速する結果を招くこととなる。わずかな予算で時間外対応体制を医療機関に求めようとするのであれば、むしろ、その経費を時間内診療を呼びかけるキャンペーンや時間内受

診しやすい環境づくりに割いたほうが、医療崩壊による医療体制の綻びの悪循環を回避するのに役立ち、ひいては救急医療体制の安定的運用につながる。

医療崩壊の波は主として大都市圏から離れた地方を襲う。地方の自治体では、国民健康保険特別会計や公費負担医療費などの医療機関へ支出される予算が総予算の半分以上を占めるようなところが少なくない。住民から拠出された税金や保険料が、結果として地域の医療従事者の給与として還元されるのであれば、たとえ医療費が高くても経済循環によって地域は活性化し、住民の保険料負担能力も向上する。しかし、住民が遠くの医療機関を受診する傾向が強ければ、住民からの財源が一方通行で逃げていってしまい、地方経済は疲弊する。軽症であれば、ほとんどの疾患は地方の医療機関で対処が可能であり、時間内診療も然りである。あわせて、近くにかかりつけ医がいれば、医療財源による経済循環効果は地方にとって絶大である。健診を受診すること、軽症のうちに治療すること、時間内に受診すること、かかりつけ医をもつこと、これらは策を弄したどのような行政施策よりも医療従事者の労働負荷軽減効果を期待でき、これら国民の意識改革こそが医療崩壊をくい止めるための決定打であるといえよう。

(表1) 患者数の動向

	平成14年	平成17年	増加率
病院			
入院	1377.6	1391.6	1.0%
新入院(再掲)	40.5	42.7	5.4%
外来	1952.5	1866.4	-4.4%
初診(再掲)	235.2	260.5	10.8%
一般診療所			
入院	73.4	71.2	-3.0%
新入院(再掲)	5.2	4.3	-17.3%
外来	3377.6	3948.9	16.9%
初診(再掲)	619.9	738.4	19.1%

元資料：平成17年患者調査
10月調査日の患者数(千人)

(表2) 診療所従事者数

	平成14年	平成17年	増加率
従事者総数	607673	669325	10.1%
医師	115873	113103	-2.4%
常勤	99853	96369	-3.5%
非常勤	16020	16734	4.5%
看護師	78138	75843	-2.9%
准看護師	122803	101544	-17.3%
看護業務補助者	32925	33753	2.5%
事務職員	170177	184252	8.3%

元資料：平成17年医療施設調査
10月1日現在常勤換算従事者数

(表3) 病院従事者数

	平成14年	平成17年	増加率 (3年)	平成18年	対前年 増加率
従事者総数	1637672	1673153	2.2%	1707081	2.0%
医師	174261	180022	3.3%	181191	0.6%
常勤	142357	143311	0.7%	145813	1.7%
非常勤	31904	36711	15.1%	35378	-3.6%
看護師	535522	567969	6.1%	596545	5.0%
准看護師	203737	181695	-10.8%	180428	-0.7%
看護業務補助者	199978	199142	-0.4%	195406	-1.9%
事務職員	151077	154304	2.1%	155669	0.9%

元資料：平成18年病院報告
10月1日現在常勤換算従事者数

(表4) 開設者別100床あたり常勤医師・看護師数

	平成14年	平成17年	平成18年
全病院			
従事者総数	99.7	102.6	104.9
常勤医師	8.7	8.8	9.0
看護師	32.6	34.8	36.7
国(国立病院機構、国立大学法人等)			
従事者総数	100.6	106.4	111.2
常勤医師	15.9	16.3	17.0
看護師	43.5	47.3	51.3
都道府県			
従事者総数	109.1	110.0	112.7
常勤医師	11.5	12.7	12.5
看護師	56.4	56.6	60.2
市町村			
従事者総数	112.4	114.4	115.3
常勤医師	11.6	11.8	11.7
看護師	50.0	53.1	54.3
医療法人			
従事者総数	88.6	91.2	92.8
常勤医師	4.8	4.7	4.7
看護師	19.7	21.8	22.9

元資料：平成14年、17年、18年病院報告

(表5) 病院あたり常勤医師数

	平成14年	平成17年	増加数
全 国	16.8	17.3	0.5
山 口	14.2	13.2	-1.0
福 岡	15.1	16.2	1.1
佐 賀	10.5	10.4	-0.1
長 崎	13.5	12.7	-0.8
熊 本	11.5	11.7	0.2
大 分	10.6	10.0	-0.6
宮 崎	9.8	10.1	0.3
鹿 児 島	8.3	8.2	-0.1
沖 縄	18.4	19.7	1.3
北九州市(再掲)	19.6	21.2	1.6
福岡市(再掲)	22.5	23.1	0.6
長崎市(再掲)	22.0	17.0	-5.0
熊本市(再掲)	15.6	15.5	-0.1
大分市(再掲)	9.9	10.3	0.4
宮崎市(再掲)	11.1	13.0	1.9
鹿児島市(再掲)	11.3	11.4	0.1

元資料：平成14年、17年医療施設調査

(表6) 後期高齢者医療制度保険料
 平均的な厚生年金額(208万円)の場合の保険料年額(円)

福岡県	101,755 (全国最高)
沖縄県	96,840
佐賀県	95,800
大分県	95,390
山口県	95,177
熊本県	94,110
鹿児島県	93,365
宮崎県	86,525
長崎県	85,300
参考：長野県	71,702 (全国最低)

(各県広域連合公開情報より試算。端数処理せず)