

医療再建で

国民は幸せに、経済も元気に



医療崩壊が社会現象に

「医療崩壊」は、今や大きな社会問題になり、様々な議論がまきおこっています。にもかかわらず、政府はこの路線を根本的に見直さず、社会保障費2200億円削減、4回連続の診療報酬マイナス改定、後期高齢者医療制度など、医療崩壊を助長する政策を続けています。今こそ、このような政策を転換することが何よりも求められています。

かつて政府が唱えた「医療費亡国論」に根拠がないことが暴かれ、逆に医療・社会保障への投資は、消費を高め、雇用を生み出し、日本経済を牽引すると、多くの識者が主張するようになりました。医療・社会保障の拡充は、国民の命と健康を守るだけでなく、国民の生活の充実と経済の健全な発展をもたらす、極めて有効な政策なのです。

この冊子では現在の医療界が抱える問題点を見ていきながら、こうした方向への転換の道筋について、みなさんと一緒に考えていきたいと思えます。



無保険、増加

幼い命、危機

悲鳴…外科医ゼ

残った4人、フル

医局崩壊
地方にしわ寄せ

お産休
38病院

朝日新聞

受診控えの
09年度予算
概算要求基準

社会保障費
2200億

策に重

年末の政府
社会保障
増加分を
五千人六
る一般使



医療崩壊をもたらした 政府の低医療費政策

医療崩壊をもたらした低医療費政策は、統計に明確にあらわれています。(図 1-1)は、OECD加盟国の医療費を示したのですが、先進7カ国で最低、その他の国を含めても30か国中21位という極めて低いレベルにとどまっています。

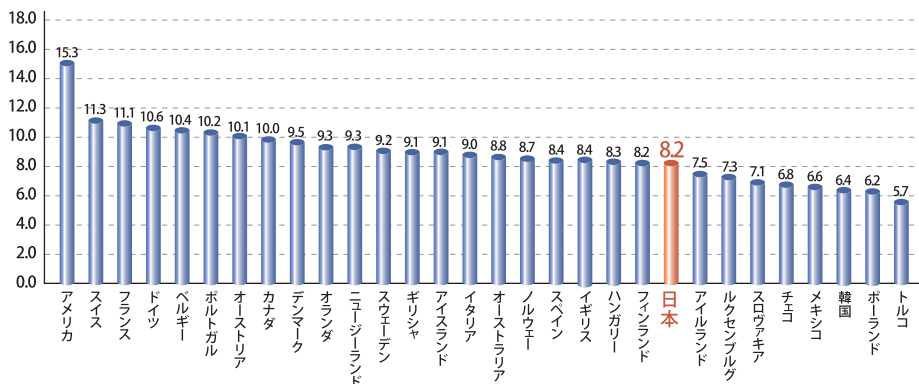
政府は国・企業の負担を削減するために、患者負担を増やし続けてきました。特に90年代後半以降の患者負担増は、目に余ります。この結果、(図/1-2)のように、医療費に対する国・企業の負担割合は年々減少しているのに対して、国民・患者の負担は増加の一途をたどっているのです。

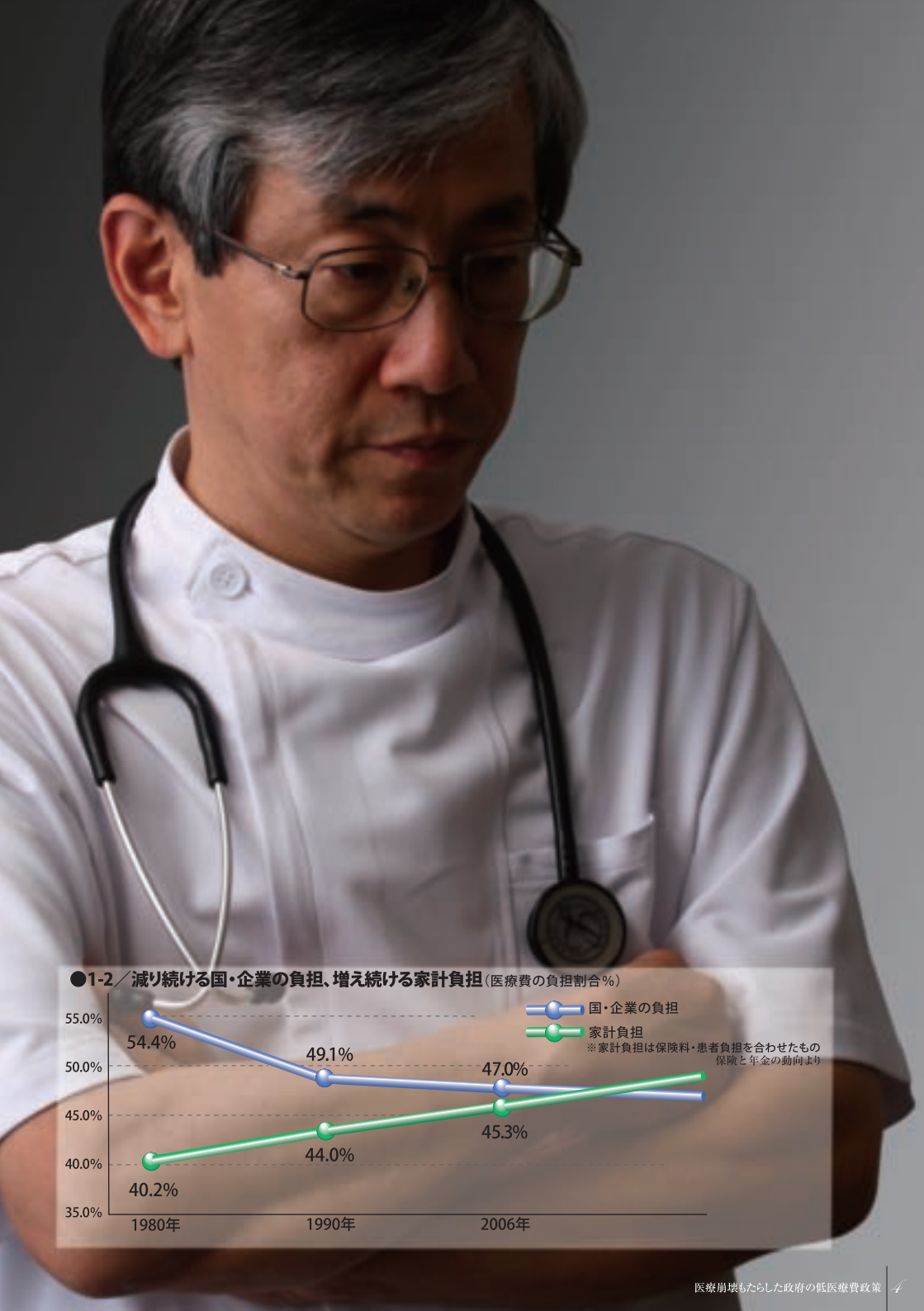
このように、政府の取り続けてきた「低医療費政策」の特徴は、第一に医師数や診療報酬を抑制し、医療費全体を低水準に抑える、第二にその低水準の医療費も、国・企業の負担を減らして患者・国民に押し付ける、というものです。つまり、安い医療費のしわ寄せを、国民と医療従事者におこなってきたのです。

こうした中でも日本の医療は、必要な医療を保険で提供する国民皆保険制度の下で医療従事者が献身的努力を行ったこともあり、大きな成果をあげてきました。WHOの健康達成度は世界で1位、平等性は世界で3位になるなど国際的に高い評価も受けています。

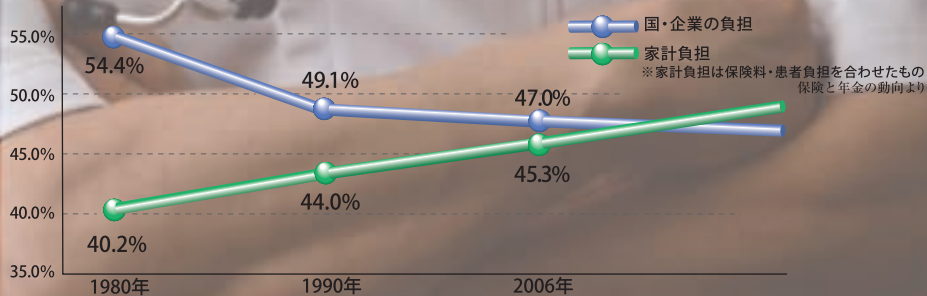
しかし、長年にわたるあまりにも厳しい医療費削減が、この成果を台無しにしようとしているのです。日本の医療保険制度は、今大きな岐路に立たされています。

●1-1 / 低すぎる日本の医療費水準 OECD加盟国・医療費のGDP比(2006年) OECD HEALTH DATA 2008より





●1-2/ 減り続ける国・企業の負担、増え続ける家計負担 (医療費の負担割合%)





さまざまな 医療問題



国民と医療従事者にしわ寄せを行う医療政策は、小泉内閣以降の構造改革路線で一層強化されました。これが様々な医療の困難を、ますます深刻化させているのです。

2-1 後期高齢者医療制度 …世界にない異常な制度

2008年4月に導入された後期高齢者医療制度はこれまでにないひどい医療制度です。75歳以上の高齢者だけを別の医療制度に独立させ、死ぬまで保険料を徴収する制度は、「世界でも例のない異常な制度」(日野秀逸東北大学教授《当時》)と識者からも酷評されています。

しかも、保険料滞納者には資格証明書が発行され、保険証が取り上げられることになっています。これも、老人保健の対象者には資格証明書を発行しなかったことと比較しても、きわめて厳しい姿勢であり、高齢者の個別の生活実態や事情を勘案しない冷酷なものであると言わざるを得ません。こうした制度の内容に国民的な批判が巻き起こり、野党4党が廃止法案を提出しましたが、それでも自公政権は、制度の抜本的な見直しに手をつけようとしていません。

それまでの老人保健法では、制度の目的は「健康に寄与する」とされていました。しかし後期高齢者医療制度では「医療費の適正化」に書き換えられました。ここに後期高齢者医療制度の狙いが端的に現れています。まさに、医療費を削減することを最大の目的とした制度に他ならないのです。

2-2 国保の無保険者問題の根本は、 高すぎる保険料

国民健康保険の問題もますます深刻さを増しています。厚生労働省の発表では、国保に加入している2171万世帯中、保険料滞納者は453万世帯と、ついに2割を超えました。このうち、保険証を取り上げられた人、短期保険証に切り替えられるなど、正規の保険証をもらえない人は157万世帯と、全体の7%にも上っています。これはまさに、国民皆保険制度が空洞化している実態を端的に示しています。

保険料を払えないのは、保険料が高すぎるからに他なりません。毎日新聞の調べでは世帯所得200万円で、40歳代夫婦と未成年の子2人の4人家族の平均保険料は32万円にも上っています。中には50万円を超える自治体もあります(図2-1)。このように低所得者にとっても払えない保険料を課していることが、そもそも間違いなのです。

2-3 国の負担を抑える 2200億円削減

小泉内閣は、国の負担を減らすために、社会保障の機械的切り捨てを強行しました。2002年度予算で3000億円減らし、その後も03年度から08年度まで毎年2200億円ずつ、総額で1兆6200億円も社会保障への国の負担を減らしたのです(図2-2)。この影響をもっとも受けたのが医療分野です。診療報酬のマイナス改定、2度にわたる医療改悪による患者負担増、介護報酬の引き下げなどが次々と強行されました。06年の診療報酬改定で行われた二つの施策は象徴的です。リハビリに日数制限がもうけられたため、何とか日常動作の機能を維持していた人が、医療保険でリハビリを受けられなくなりました。また療養病床を38万床から15万床に削減する方針を打ち出したため、行き場のない患者さんが続出しました。

このように、医療難民を生み出してまで、国の負担を削減し続けた小泉内閣の構造改革により、医療崩壊が一層進行したのです。

● 図 2-1 / 高すぎる国保料

08年度国保保険料が高額だった20自治体

- ①寝屋川市(大阪) 50万3900円
- ②風間浦市(青森) 48万3860円
- ③別府市(大分) 48万3400円
- ④宮古島市(沖縄) 47万8300円
- ⑤湯浅町(和歌山) 46万3640円
- ⑥徳島市 46万4280円
- ⑦臼杵市(大分) 44万5500円
- ⑧根室市(北海道) 44万4900円
- ⑨人吉市(熊本) 44万500円
- ⑩和歌山市 43万6810円
- ⑪大槌町(岩手) 43万6300円
- ⑫函館市(北海道) 43万5180円
- ⑬堺市 43万4106円
- ⑭久留米市(福岡) 43万2800円
- ⑮笠岡市(岡山) 42万8400円
- ⑯貝塚市(大阪) 42万8160円
- ⑰宇部市(山口) 42万5482円
- ⑱秋田市 42万4800円
- ⑲門真市(大阪) 42万4750円
- ⑳泉大津市(大阪) 42万3900円

※「所得200万円の4人家族」というモデルで算出

● 図 2-2 / 削られた社会保障費…7年で1兆6200億円

2002年度	診療報酬マイナス改定、医療改悪	△3000億円
2003年度	介護報酬マイナス改定、年金物価スライド下げ、雇用保険給付減	△2200億円
2004年度	診療報酬マイナス改定、生活保護老齢加算カット	△2200億円
2005年度	介護保険改悪、公費負担医療利用者負担引上げ	△2200億円
2006年度	医療制度改悪(現役並み高齢者3割負担)、診療報酬マイナス改定	△2200億円
2007年度	雇用保険国庫負担削減、生活保護母子加算段階的廃止	△2200億円
2008年度	政管健保国庫負担引き下げ、診療報酬マイナス改定	△2200億円

△1兆6200億円



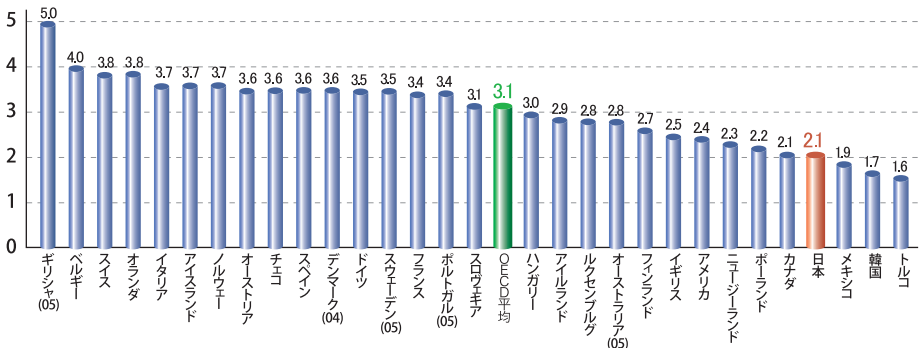
医療崩壊、絶対数不足 でさまざまな矛盾

加えてこの間大きな問題になっているのが医師不足です。様々な議論がありますが、この問題の根本原因は何と言っても絶対数の不足です。OECD平均よりも13万人不足しており、実働医師数26万人を考えると、5割増やしてやっとOECD平均に追いつく水準です(図3-1、3-2)。こうした絶対数不足が様々な矛盾を引き起こしているのです。例えば医師の長時間労働です。(図3-3)は医師の労働時間の国際比較ですが、ヨーロッパはおおむね週40時間に対して、日本は60時間を超えています。月曜から金曜まで9時から20時まで、土曜日は9時から14時までで60時間労働です。これに加え、20時から翌日9時まで当直し、続けて勤務し17時まで連続32時間勤務が週1回で週70時間労働。これが勤務医の実態です。若手は週80~90時間という人も決して珍しくありません。80歳以上の統計があるのは日本だけで「死ぬまで働く」日本の医師の実情を示しています。70歳を越えて、やっとヨーロッパの医師の30~40代と同じ労働時間になるのも、この統計の驚くべき特徴です。

「負の連鎖」が進行

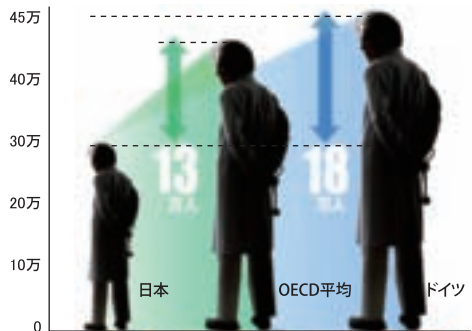
このような中で、2004年から卒後臨床研修の義務化が行われ、研修医は指定病院であれば、全国のどの病院でも研修が受けられるようになりました。「研究より臨床で力をつけたい」との若手医師の傾向もあり、これをきっかけに大学病院を離れる研修医が増えました(図3-4)。人手不足の上に独立採算(黒字化)が強要された大学病院が、従来各地に派遣していた医師を大学に呼び戻したため、特に地方の自治体病院などで急速に医師不足が起こったのです。

●3-1/絶対的に少ない日本の医師数 OECD加盟国1000人あたりの医師数(2006年) OECD HEALTH DATA 2008より



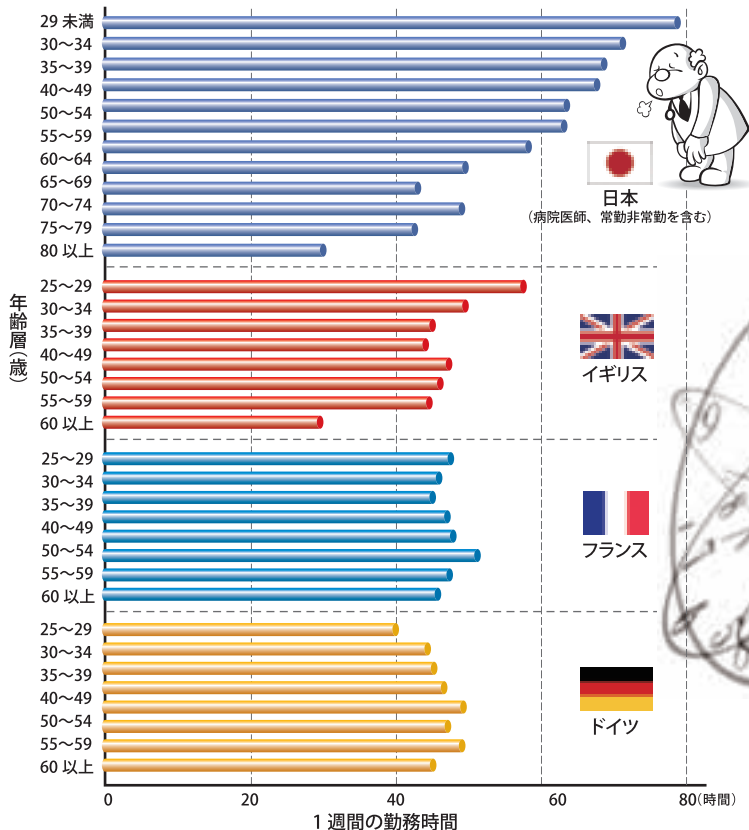
研修制度改革は、医師が総合的な力をつけるためには大きな前進でした。しかし絶対的な医師不足のもとで行ったため、一気に矛盾が表面化したのです。こうして大学病院が医師を引きあげると、残された医師の労働はますます過酷になり、耐えられずに1人2人と辞める、あるいは残された医師に迷惑がかかるので「一緒に辞めるしかない」との負の連鎖が起こる。この2～3年、立ち行かなくなる病院が続出した背景には、こうした構図があったのです。

●3-2／日本の医師は13万人不足(人口千人あたり医師数)



OECD HEALTH DATA 2008より

●3-3／過酷な日本の医師の労働 各国の医師の労働時間表



国立保健医療科学院タイムスタディ・OECD データより

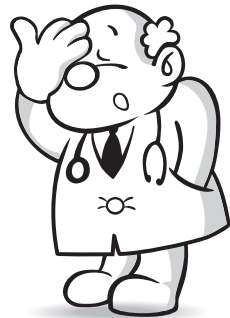
医師不足を逆手にとって病院つぶし

厚生労働省は700～800床の大病院を2次医療圏に1～2箇所置き、それ以外は100床レベルの療養病床を配置し、他は診療所に対応させる基本方針をとっています。

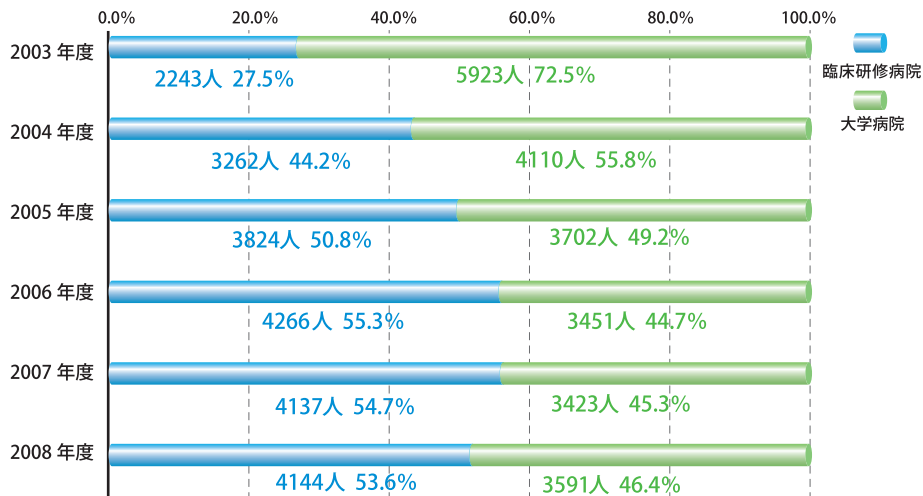
現に08年の診療報酬改定では、一握りの大病院に予算措置をする一方で、中小病院はマイナス改定で収入が激減しています。

こうした中で、とりわけ政府は自治体病院を「病院つぶし」の最大のターゲットにしています。政府は08年から「地方公共団体財政健全化法」で、病院の赤字を自治体本体に繰り入れることを義務付けました。

各自治体は財政再建団体に陥るのを防ぐため、廃院や独立行政法人化など、自治体病院の整理を余儀なくされたのです。絶対的な医師不足を放置した上に、交付税カットと診療報酬マイナス改定で自治体病院を赤字に陥れ、それを逆手にとって病院つぶしをおこなう、このような政府のやり方が、全国各地から病院がなくなる「医療崩壊」をもたらしているのです。



●3-4／大学から離れる研修医 臨床研修医在籍状況の推移(厚生労働省医政局資料)





4

営利化…巨大マーケット と3つの儲け



これまでみてきた低医療費政策の弊害に加え、この間強まったのが、日本の医療保険制度を、お金儲けのできる仕組みに変えようとする、アメリカ政府と日米巨大資本による強力な圧力です。アメリカ政府は90年代後半から毎年「年次改革要望書」で医療分野の規制緩和を求めてきました。「アメリカ企業が日本の医療市場に参入できるようにせよ」というもので、具体的には「医療への株式会社の参入」「混合診療の解禁」が柱です。

彼らは公的医療の範囲を縮小し、窓口負担や保険外負担の部分を増やし、主に「3つの儲け」を得ようとしています。

第一に、公的医療保険の自己負担部分を民間保険の巨大なマーケットにすることで。アメリカの保険会社が医療保険商品を盛んに売り出していますが、これは彼らの狙いを端的にあらわしています。第二に、病院経営への参入です。営利企業は現行の低診療報酬では十分な採算はとれませんが、「公的保険」で最低限の採算を確保しつつ、保険外の自費医療部分で儲けを得ようとしているのです。第三に、公的医療費を抑制することで、大企業は従業員などの保険料負担も大幅に削減できます。

小泉構造改革以降の医療改悪は、こうした思惑で進められてきました。一部の人間の利益のために、世界に冠たる医療保険制度の矛盾が、ますます深刻化させられたのです。

先端医療開発も企業ベースでースーパー特区!?

アメリカ発の規制改革要求は、先端医療の分野にも及んでいます。先端医療は、まだ安全性と有用性が確立する前の、研究段階の医療です。07年の年次改革要望書では「医療関連産業があらゆる医療を提供することを可能に」など大幅な規制緩和を求めた結果、「先端医療開発特区」いわゆるスーパー特区が創設されました(図4-1)。これは複数の大学病院、高度医療センター、そして企業等の「複合体」が行う先端医療の開発に、国が研究資金の補助金を投入する仕組みです。

図4-1 /スーパー特区の対象分野 (08年11月18日、24件が選定されています)

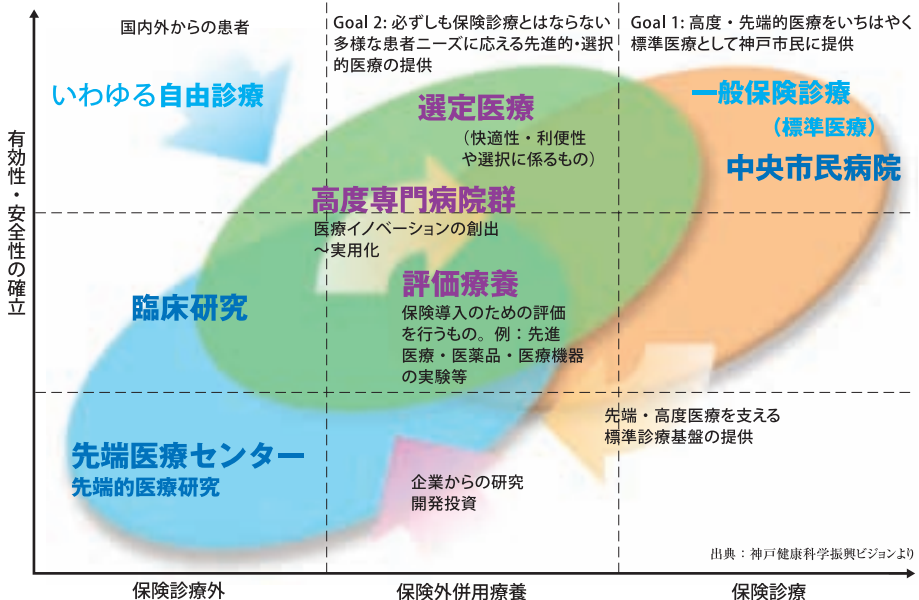
- ① iPS細胞応用
- ② 再生医療
- ③ 革新的な医療機器の開発
- ④ 革新的バイオ医療品の開発
- ⑤ 国民保健に重要な治療・診断に用いる医薬品、医療機器の研究開発

ここで得られた成果、たとえば特許などは複合体のものになります。しかも、この流れの中で導入された「高度医療評価制度」では、薬事法の承認前の医療機器・医薬品と医療保険との併用を可能にしました。これは安全面からも、混合診療解禁に向かう面からも、極めて重大な制度改悪です。

先端医療開発の有数の拠点である神戸の医療産業都市は、スーパー特区に2件の研究が採用されましたが、ここでの動きは典型的です。中核施設である先端医療センターの隣に市民病院を移転させ、その周辺に高度専門病院群を配置する「メディカルクラスター構想」(図4-2)が医療産業都市の柱ですが、この中のある病院の設立に際しては、スーパー特区の旗振り役の甘利明経済産業大臣(当時)が直々にアブダビを訪問し、オイルマネーの出資を取り付ける念の入りようです。まさに国内外の投資資金を使って、病院の整備から研究、臨床応用まで一体化する動きです。

先端医療開発は、医の倫理や安全性に十分に配慮した上で、国のプロジェクトとして行うべきです。混合診療解禁につながる医療制度の見直し、企業資金の医療への投入などはきわめて危険な動きです。先端医療センターの研究所長が「新しい医療が生まれるのは膨大な人体実験が必要」などと驚くべき発言を行っていることなどは、企業ベースの先端医療開発の歪みと危険性を象徴しています。

図4-2 / 神戸市のメディカルクラスター構想





低医療費政策による医療崩壊。
後期高齢者医療制度、医師不足、
病院つぶし、消費税アップ…
皆が幸せで元気であるためには
安心して生活をおくれる
社会保障の充実しかありません。



5

消費税では 解決にならない

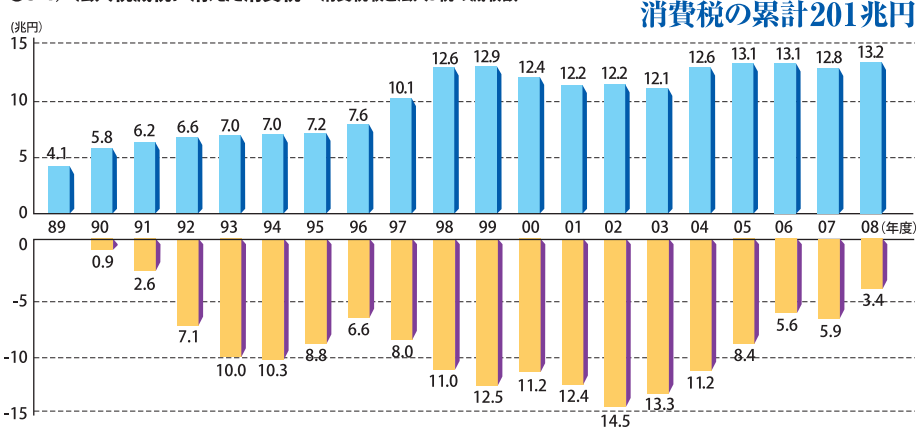
医療崩壊を食い止めるためにも、医療費抑制策を転換することが急務となっています。あまりにもひどい医療費抑制の弊害、そして心ある医療人の運動により、医療界、また与党議員の中からでさえ「医療費抑制策の転換」が主張されるようになっていきます。

こうした議論で最近よく目にするのは、その財源を消費税の増税と結びつける議論です。しかし、幻想を持つてはいけません。消費税を増税しても、絶対に医療費の財源は増えません。

第一に、これは過去の例を見ても明らかです。もともと消費税は「高齢化社会のため」を看板に導入されましたが、それ以降社会保障は改悪の連続です。それもそのはず、(図5-1)のように、消費税は単に法人税の減税に使われたにすぎないのです。今回も同じことをやろうとしているのは、財界が「消費税を増税し、法人税を減税する」(御手洗経団連会長)と公言していることから明らかです。



●5-1 / 法人税減税に消えた消費税 消費税収と法人3税の減収額



消費税の累計201兆円

法人3税の減収分累計164兆円

財務省、総務省資料より

第二に、かれらは新たな装いとして「社会保障の目的税にする」と言います。しかしこれもインチキです。仮にそうしても、(図 5-2)のように、いま社会保障に使っている所得税や法人税がよその財源に回れば、総枠は増えません。目的税化した仕組みの中で総枠を増やそうとすれば、どんどん消費税を引き上げることになります。

●5-2 / 消費税…目的税にしても、税率を上げても社会保障の財源は増えない

① 現行制度では

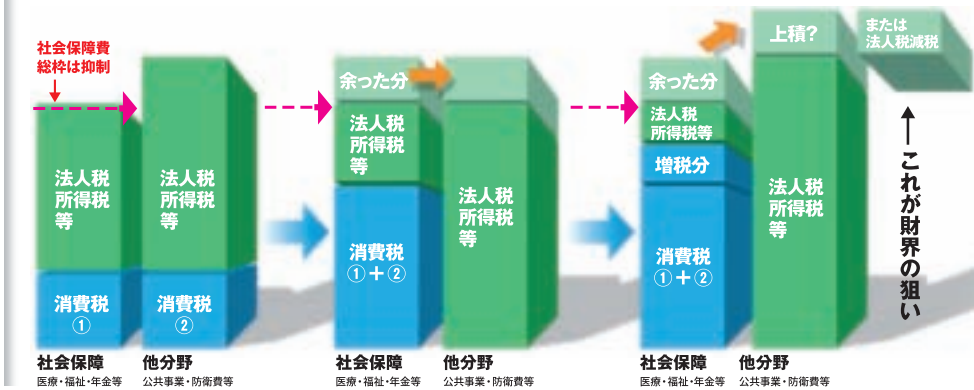
消費税は現在、「社会保障にも他の分野にも使われている」と政府は主張している。

② 目的税になっても

社会保障の総枠が同じなら、法人税・所得税が他分野に回るので税が「入れ替わる」だけ

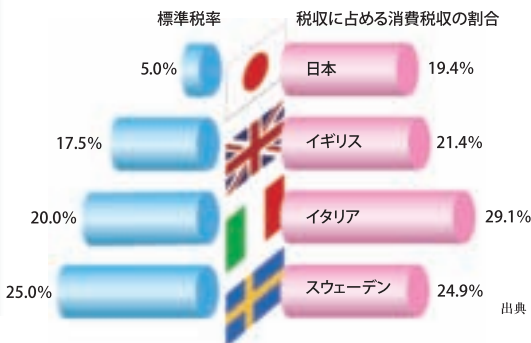
③ その上増税しても

消費税を増額しても、②と同じこと。しかも財界は増税分で法人税減税を狙っている。



よく消費税を増税しようとする主張する人々が持ち出すのは、「こんな低い税率でやっている国はない」ということです。しかし、これも子供だましの議論です。EUの間接税は税率は高いですが、幅広い軽減税率やゼロ税率、免税項目を設けています。あらゆるものにかかる日本の消費税とは、課税ベースも負担感も違うのです。

●5-3 / 税収全体に占める消費税収の割合



その証拠に、(図 5-3)のように税率は5%ですが、税収に占める割合はEUと同水準です。日本の消費税は5%ですすでにヨーロッパ並みの負担水準なのです。



出典：財政統計金融月報など

6

社会保障で内需拡大

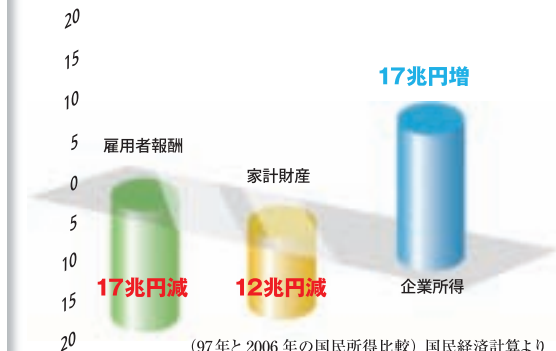
今、戦後最大の経済危機が世界をおそっています。「こんな時に、医療・社会保障にお金を回す余裕はない」という主張がありますが、これは間違った思い込みです。逆に経済が落ち込んでいるからこそ、医療・社会保障拡充が必要なのです。

90年代後半以降、構造改革による賃金抑制とリストラ、社会保障改悪で国民生活は大打撃を受けていました(図 6-1)。逆にその分で大企業は、労働コストを削減し、収益を上げていたのです。大企業は国民からお金を吸い上げておきながら「国内消費が冷え込んでいる」と、ますます輸出に依存する悪循環に陥っていました。このような構造の中で、金融危機で輸出などの外需が落ち込めば、国内経済が一気に悪化するのは当然です。経済を立て直すには、過度な輸出企業優遇をやめ、GDPの6割を占める個人消費を活性化する方向に、経済構造を転換するべきなのです。

そのためには、無駄な首切りをやめさせることです。「大変だ」と言っていますが、大企業の内部留保は230兆円にも達し、雇用を守る体力は十分にあります。よく大企業の幹部などは「内部留保は工場などの設備投資に回っており活用は不可能」と主張しますが、これには根拠がありません。(図 6-2)のように、製造業だけに限ってみても内部留保76兆円のうち、換金可能な資金は33兆円と4割強に達しています。09年3月までに解雇される非正規労働者20万人を、年収500万円ですべて正社員にしても、わずか1兆円あれば可能です。発想を変え、思い切って企業の蓄積で労働者に十分な賃金を払い、雇用を保障する。そうすれば国民の購買力は向上し、内需が活性化し、結果として企業業績も回復するのです。

今、日本経済に必要なのは、このような方法で経済の好循環を回っていくことなのです。その上で、中長期的には医療や社会保障への投資を抜本的に増やすことが必要です。社会保障の経済効果が優れて高いことは、今では常識になっています。

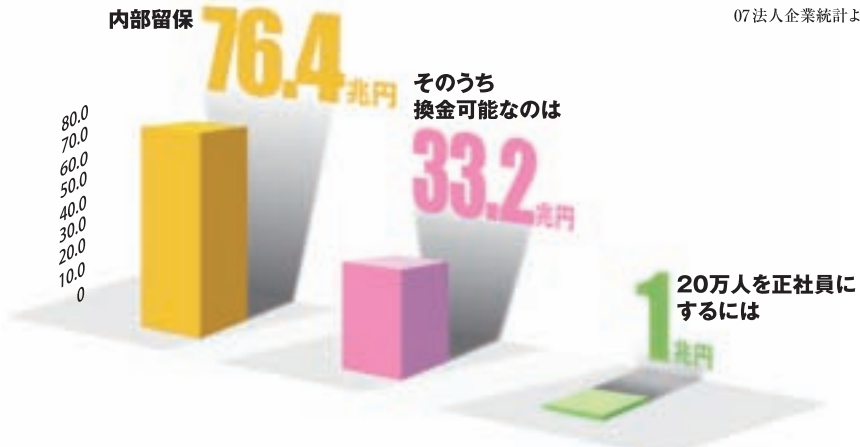
●6-1/構造改革で、企業所得は増え、家計所得は激減



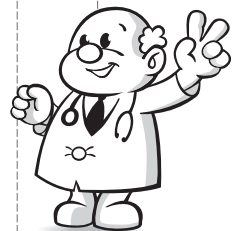
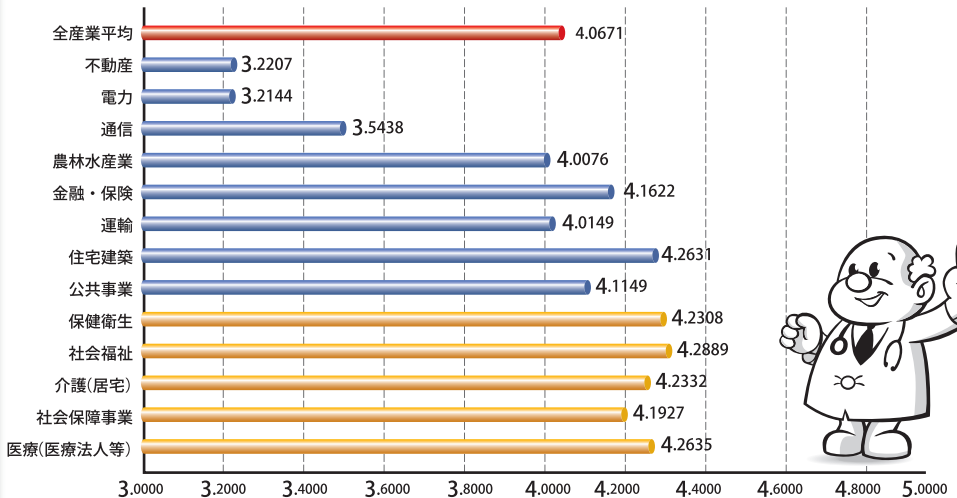
(図 6-3)をみても、社会保障分野の経済効果は、全産業平均を上回っています。つまり国民生活を安定させるばかりか、経済にもいい影響を与えるのが社会保障分野です。今こそこのことを自覚するときなのです。

●6-2／雇用維持に必要なのは内部留保のわずか1.3%

(資本金10億円以上の製造業の大企業。
内部留保は利益剰余金のみを表示。
07法人企業統計より)



●6-3／社会保障の波及効果は、全産業平均よりも高い 産業関連表による波及効果



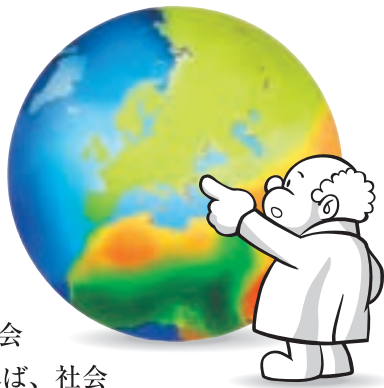
●総波及効果／ある産業に生じた最終需要がその産業を増加させ、それにより原材料の購入等を通じて次々と各産業の生産が誘発されることを表したものが「生産誘発係数(一次は旧効果)」。さらに、この生産増が所得増を呼び、その所得増が消費を増大させ、消費が更なる生産を増加させることから生じる波及効果を表したものが「追加波及係数(追加波及効果)」であり、両者を勘案して算出したものが「拡大総波及係数(総波及効果)」。

(08年厚生労働白書より)



大企業に応分の負担を… ヨーロッパの仕組みを参考に

現に社会保障を経済の中心に位置付けているのがヨーロッパの国々です。(図 7-1)は、社会保障への公的な支出を示した一つの指標である、社会保障給付費(GDP 比)の国際比較ですが、日本とは比べものにならない高い水準であることがわかります。これを参考に、「ヨーロッパ並みに社会保障への公的支出を引き上げる」という方針をとれば、社会



保障全体で 50 兆円、医療分野でも 10 兆円規模での予算増になります。ヨーロッパではこうした手厚い財政支出が生活の安定を生み、国民が安心して消費する土壌になり、内需中心の安定した経済構造を支えています。今回の金融危機でも、EUはすぐに消費税の減税や徹底した雇用安定策をとり、国民の被害を最小限に抑える政策をとりました。大企業が首切りを強行し、消費を一層冷え込ませた日本とは対照的です。

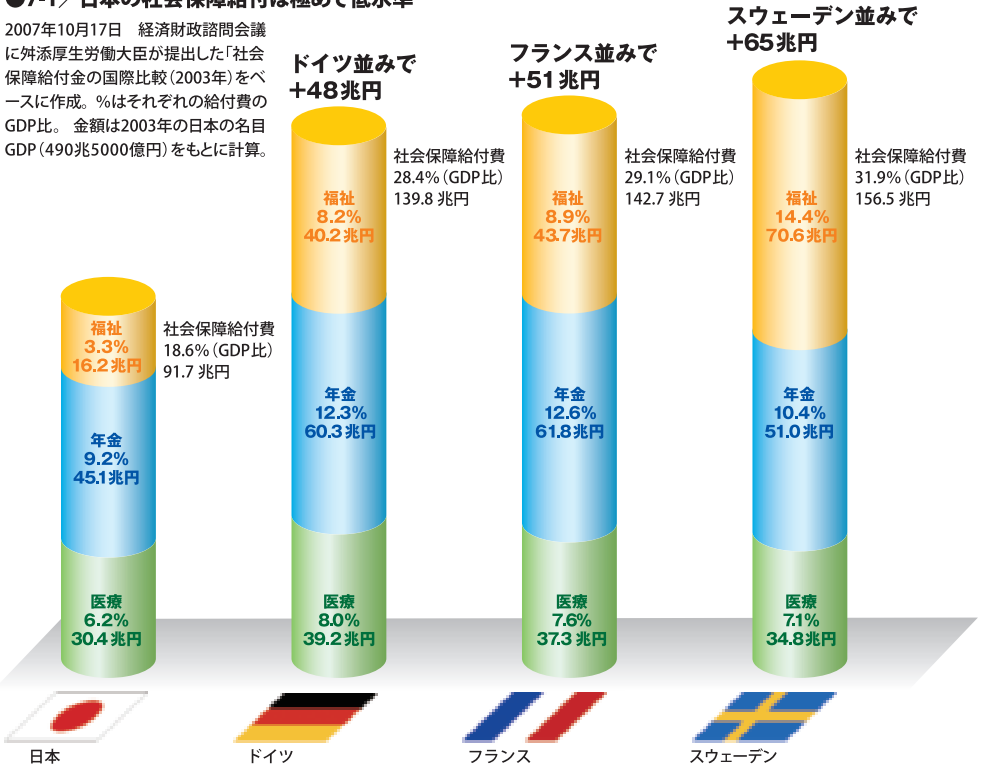
しかも、もう一つの大きな特徴は、こうした社会保障への財政支出の費用負担に、企業が大きな社会的責任を果たしていることです。(図 7-2)は企業の法人所得税と社会保険料負担の国際比較(GDP比)です。これをみれば、ヨーロッパの企業がきわめて高い水準で社会保険料を負担していることは一目瞭然です。日本と比べフランスは 29 兆円、スウェーデンは 32 兆円も、企業負担が高いのです。逆に、日本企業がヨーロッパ並みの税・社会保険料負担をすれば、それだけで新たに 30 兆円もの財源を生み出すことができるのです。

これに加え国の歳入・歳出を根本的に見直せばヨーロッパ並みの社会保障予算を確保することは十分可能です。

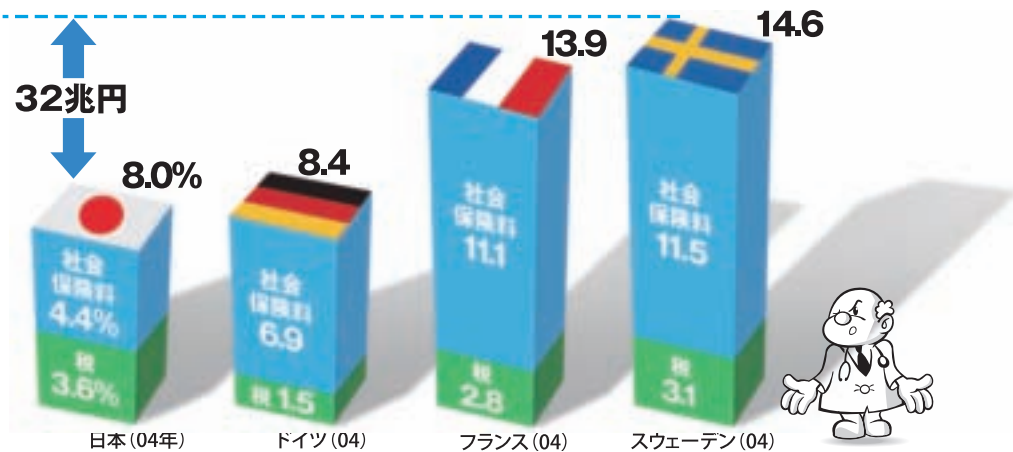
企業が社会的責任をきちんと果たし、社会保障を充実させている、ヨーロッパの国づくりこそ、国民に幸せにし、経済も活性化するカギなのです。こうした方法を大いに参考に、計画的に社会保障支出を増やしてこそ、医療崩壊からの転換も可能になるのではないのでしょうか

●7-1 / 日本の社会保障給付は極めて低水準

2007年10月17日 経済財政諮問会議に舛添厚生労働大臣が提出した「社会保障給付金の国際比較(2003年)をベースに作成。%はそれぞれの給付費のGDP比。金額は2003年の日本の名目GDP(490兆5000億円)をもとに計算。



●7-2 / 日本の企業負担は低い 民間企業の税・社会保険料負担の対GDP比





医療への支出増 その内容は

「医療への公的な支出を10兆円規模で増やす」、これを一つの目安とすれば、今医療界が直面している様々な困難を改善することができます。

- 1** 保険で十分な医療を提供するために
診療報酬を引き上げる必要があります。
10%引き上げる費用をすべて国が負担すれば3兆円
- 2** 世界一高い患者負担を減らし、国民が安心して
受診できるようにすることが求められています。
**一部負担金をすべて半額にするには2兆3500億円
全額無料にしても4兆7000億円**
- 3** 高すぎる国民健康保険の保険料を引き下げ、
国民が支払い可能な保険料にする必要があります。
全世帯保険料を半額するには、1兆8000億円
- 4** 本格的医師養成を行うため、医学部定員の抜本的増加と
教育スタッフの拡充を行う必要があります。
国公私立大学医学部に平均20億円の予算をつければ2000億円
- 5** 医師不足が叫ばれていますが、緊急対策として医療事務などの
スタッフを増やし、医師の負担を軽減する必要があります。
医療スタッフを新たに10万人雇用すれば5000億円

これらすべてあわせても、必要な費用は約8兆円です。

ここにあげたのは、あくまでも医療改善の一例です。しかし、ヨーロッパ並みの医療支出を行えば、これらのすべてを実現することが可能なのです。大企業に社会的責任を果たさせることで財源を生み出し、国民的議論を行って優先順位の高いところから手をつければ、医療をめぐる様々な問題が解決します。こうした方向に政府の姿勢を転換させるために、今こそ多くの医療関係者、国民が声をあげ、行動するときではないでしょうか。



医療保険制度の再建をめざす7つの提案。

- ①日本国憲法の生存権保障にふさわしい保険制度を。
- ②国の責務と、大企業の社会的責任が重要。
- ③系統的な医療保障制度とともに、公衆衛生等の抜本的拡充を。
- ④患者負担を軽減し、安心してかけられる医療保険制度を。
- ⑤国民に最適な保険医療を提供する診療報酬を。
- ⑥高度先進医療は公費医療の対象に。
- ⑦医療の「非営利原則」を堅持する。

(保団連医療保険再建プランより)

「医療への投資が 経済を活性化させる」



帝京大学医学部 大村 昭人 名誉教授

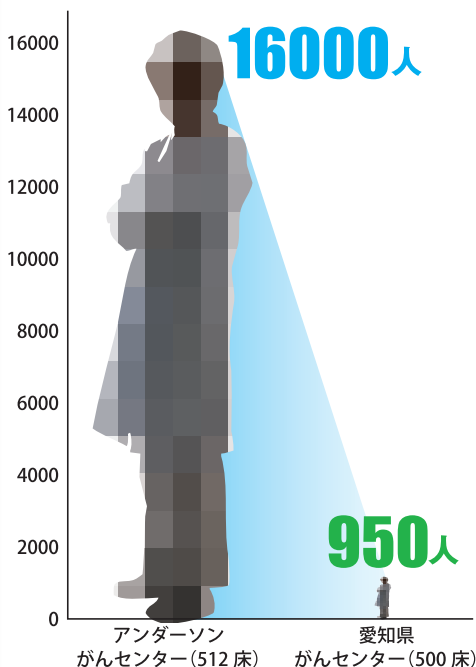
帝京大学医学部名誉教授(同医療技術学部長)の大村昭人氏は、医療崩壊を阻止、医療を再生するため、医師養成などの具体策を示すとともに、医療への投資が経済にもいい影響を与えることを主張しています。(兵庫県保険医協会第74回評議員会特別講演要旨より抜粋)

日米医療施設のマンパワー比較

日米のマンパワーの違いをみれば、日本の体制がいかに貧弱かわかる。たとえばアイオワ大学附属病院は州立でスタッフが少ない方だが830床で7,200人の医療従事者がいる。一方、日本の某国立大学附属病院は、980床で医療従事者はわずか1,200人。がんセンターでも、アメリカのテキサス大学関連のアンダーソンがんセンターは512床で何と1万6000人の医療スタッフがいる。500床の愛知県立がんセンターはわずか950人で全く比較にならない。驚くことに国立がんセンターは600床で常勤スタッフは900人余り。愛知よりも少ない。私の友人の垣添忠生名誉総長も「こんなに大きな差があって、それでも日本では政治家が動かない」と嘆いている。

救急でも、日本の救急救命センターの救急医は、10数人から多くても20人程度。これでは、救急車が1台・2台飛び込むとお手上げ。ところが、メリーランド大学救急部を例にとると、講師以上が75人、専任の救急研修医が30人以上。合計100人以上で、救急車が何台飛び込もうが大丈夫。しかも脳外科から小児科まで、あらゆる専門医がいるので、十分な対応ができる。

●こんなに違う、日米医療スタッフ



医師だけでなく他のスタッフも非常に劣悪。たとえば看護師。アメリカ医師会のJAMAという雑誌に出た統計では、患者と看護師の割合が常時4対1のときの患者死亡率を100とすると8対1になると30%死亡率が増える。だから「看護師は十分手当しなければいけない」と結論付けている。日本で患者さん4人に対して昼も夜も1人張り付けるなど、とてもまねできない。日本は7対1でも昼間の話で、夜は相変わらず2人夜勤。大変な危機的状況がすでにある。

こうした圧倒的に少ないマンパワーの中で医療スタッフは非常に過酷な労働を強いられている。日本の病院勤務医師の平均勤務時間は、週約70時間。私の大学でも、研究も教育も臨床もしないといけなないので、夜7時に診療を終え、11時くらいまで研究して帰宅し、翌日朝7時か8時には出勤して診療をしている。正直「危ないのではないか」と思える連中が結構いる。欧米では、医者平均勤務時間は週40数時間。これだけ違う。日本は開業している先生方も非常に長い勤務時間の方が多い。体がもたない状況になってきている。

日本の医師養成制度の問題点

医師を早急に増やすためには医師養成の様々な環境整備が必要である。まず、医学部の教育スタッフの圧倒的不足をどうにかする必要がある。日本は欧米の1/5から1/10、これで診療、教育、研究をやるのは不可能だ。今回医学部の定員を800名増やすのは大きな前進だが、教育スタッフを増やす話は全く出ていない。これでは十分な対応はできない。アメリカやヨーロッパでは、ハーバードでさえ、臨床教育専門の教授がいる。そういうスタッフを抜本的に増やすべきだ。そのためには政府も大学病院に補助金を出すなど、専任スタッフをおけるように十分な措置することが急務だ。また、教育に関心のある開業医にもお手伝いいただける制度の確立も重要である。

卒後研修制度の内容も問題がある。私もアメリカでずっと教えてきたが、日本に入れたマッチング制度は、アメリカの表面だけを真似ているが、実は根本的に違う。アメリカは、卒業時点で専門を決めてからマッチングをする。研修プログラムに入ると、大学と特徴のある一般病院、例えばがんセンターや小児病院、循環器センターなど複数の医療機関が協力して研修医を回す。無駄がなく、一般診療の教育もおこなう。しかも、日本の卒後研修制度でやっているプライマリケアは、医学部の3・4年(メディカル・スクール制度であるために日本の5・6年に相当)ですすでに終えている。臨床教育スタッフが非常に多くマンツーマンなので、研修レベルが非常に高い。日本とは全くレベルが違う。もちろん卒後2年間で各科を回せば一般診療能力は上がる。しかしだからいいというわけではない。

医師法17条と医行為 “医師でなければ、医業をなしてはならない”

もう一つ大きな問題は、医師法17条の解釈の問題。17条には「医師でなければ、医業をなしてはならない」と書いてある。日本では医業と医療行為はイコールで、侵襲的医療行為を医師以外の人がやれば「医師法違反」。欧米ではこんな硬直した解釈はしない。職種によって必要な医療行為がどうしてもある。それに関しては、きちんとトレーニングをして、試験に合格すればポジティブリストで「やっていい」と認める。また医学生が侵襲的医療行為をしても問題なく、制限する法律もない。

もちろん、事故を起こせば指導医師の責任になるが、アメリカでもヨーロッパでも教育のために積極的に医学生医療行為を教える。マンツーマンだからできる。ところが日本はあまりにも厳しく、体制も貧弱なので、医学生に医療行為が教えられない。その一方で卒業して国家試験に合格した途端に彼らは何でもできる。こういう極端な状況は良くない。

たとえばアメリカに呼吸療法士という専門の職種がある。これは、高校を出てから3年間、非常に厳しいトレーニングを受け、資格を得ると、気道確保、気管挿管、動脈採血、喀痰の採取、人工呼吸の設定から変更、医師の指示監督の下だが、何でもやっていい。ただし、可能な医療行為を列挙し、最後に「医業」をしてはならないと書いてある。つまり、自分で勝手に判断して治療行為をしてお金を取る、これが医業。それは法律で取り締まる、实际的でメリハリがついている。最近では Physician's Assistant という職種も人気がある。3年間の厳しいトレーニングを終えた後、それぞれの専門分野で身につけた高度の医療行為が許される。このような方法から学ぶべきである。ただし、日本でこういう話をしたときに一番怖いのは、トレーニング無しに「やらせよう」という話になる。必要なことをきちんとトレーニングすることが必要だ。

救急システム、参考になるワシントン方式

当面の医療崩壊を食い止めるために、救急、産科、小児科の対応がまず求められる。これらに共通の救急情報システムの構築(ワシントン州方式)を実現すれば問題は解決する。ワシントン州はトレーニング時間が3,000時間を超える救急救命士、200時間の救急隊員など、救急スタッフを手厚く養成している。救急救命士は私など真似できないほど高度な救急医療を身に付けている。電話をすると、まずその人のニーズをコールセンターのスタッフが判断する。「電話相談でいい」と判断したら、電話相談のチームにまわす。「重症だ」と判断したら、救命救急士が出動する。「重症ではないが行った方がいい」と判断したら、救急隊員が出動する。そして、現場で治療すると同時に各病院に振り分ける。

今、日本全国では救急車が年間460万~480万回呼ばれているが、この中には救急車を呼ばなくてもよい二次救急患者も多く含まれている。しかし、独居老人や子供が病気の母親に「そんなことで救急車を呼ぶな」というのは無茶で、心配なら電話するのがあたりまえ。そのときに、電話を受け「あなたは救急車を呼ぶ必要はありませんよ。このチームが行きます」あるいは「電話でお話をしましょう」というだけでも、随分減る。きちんと整理し、必要に応じた対応をするシステムがあれば、救急医療は破綻しない。

これができないのは行政の問題。救急搬送は総務省、その後の医療は厚生労働省が握っている。医師の教育も、文部科学省と厚生労働省が卒前と卒後でしごきを削っている。そういうことを考えると、医療省を創設し、医療行政を総合的体系的に行うことが焦眉の急。ここに大臣を置き、副総理くらいの権限を与えて大改革をやることが求められている。

EUに学び医療への投資を

こうした改革が求められているのに、現実には相変わらず全般的な外れな議論が横行している。経済財政諮問会議は混合診療解禁や、アメリカ・イギリスで失敗済みの市場原理の導入などをしきりに主張する。政府・厚生労働省も受け皿もないのに療養病床を大幅削減し、大問題の後期高齢者医療制度に執着する。女性医師の働く環境を整えず、10万も足りない医師の抜本増対策も打ち出さない。まったくまともな政策を実行しようとしていない。

今こそ「医療は負債」という誤った医療費亡国論から転換し、医療への財政投資を思い切っ
て増やす必要がある。医療費亡国論にはまったく根拠がないどころか、逆に医療・社会保障の
拡充は、国民を幸せにし、経済を活性化する。これは実際に成果をあげている EU の例からも
明らかだ。EU の国々では、いざという時に安心して必要な医療が受けられる。年金・福祉も非
常に充実しており、国民の安心感が格段に高い。教育・雇用への手厚い支援で、世界でトップ
クラスの教育レベル、女性・高齢者・障害者の社会進出などを実現している。例えばデンマーク
では、常勤労働者が、脳梗塞で週に2日しか働けなくなった場合、会社は2日分だけ給料を払い
、残りは国が補填する。この人が生活保護を受けて働かない状況よりも国はずっと安上がりだ
という発想。同じような形で高齢者も働いて自立している。「少子高齢化で大変だ」と大騒ぎしな
がら、高齢者や女性、障害者が働きにくい制度を放置する日本とは大違いだ。ダボス会議主催
者、世界経済フォーラムが調べた世界の男女格差では日本は91位と下から数えたほうが速い。


こうした手厚い医療・社会保障・雇用政策をとれば、すぐに日本では「経済成長が鈍る」とい
う意見が出るが、実態は全く逆。例えば EU15カ国の医療の経済効果は GDP の7%に相当して、
金融の5%を上回っている。経済波及効果も雇用創出効果も保健衛生、社会福祉、介護のほう
が公共事業などよりも高い。EU の貿易統計でも、製薬産業は第一位で3兆6,000億円も黒字。
2位の動力機械産業(自動車産業など)の1兆4,000億円を大きく上回っている。医療機器の規
格作成にも非常に熱心で、私が毎年参加する ISO 国際会議では、メーカー代表も、ユーザー
の医師も、政府役人も出てくる。優秀な医療機器関連会社や製薬会社が、高業績を上げ、国
の税収に貢献する好循環がある。現に医療・社会保障への政府支出が非常に多い北欧の諸国、
スウェーデン・デンマーク・ノルウェーなどの経済競争力(GCIスコア)は10位以内。社会保障を

手厚くすることは、経済競争力を落とすどころか、
逆に活性化することを示している。アメリカの経
済学者のレスター・サロは「資本主義が発展す
る動機になったのは、実はマルクス・エンゲルス
だ。社会主義・共産主義国家の影響で、従業
員や労働者たちの権利保障をきちんとしたこと
が、逆に資本主義を発展させる大きなプラスに
なった」と言っている。ところが、ベルリンの壁が
崩壊して以来、「俺たちが勝った。もうまねをし
る必要はない」と、ネオリベラリズム、市場原理
主義が蔓延した。その結果がサブプライムロー
ンによる経済危機。実は、社会福祉や医療や
社会保障は国の非常に重要なインフラで、人々
に安心を与えるだけでなく、資本主義を強化し
て、なおかつ経済競争力を高め、国の税収ま
で増やすことを再認識する必要がある。

●GCIによる経済競争力の順位(05~06年)

順位	国名	GCIスコア	前年度順位
①	フィンランド	5.95	1
②	アメリカ	5.82	2
③	スウェーデン	5.72	3
④	台湾	5.69	5
⑤	デンマーク	5.66	4
⑥	ノルウェー	5.56	9
⑦	シンガポール	5.56	6
⑧	スイス	5.49	7
⑨	日本	5.48	11
⑩	アイスランド	5.44	8
⑪	イギリス	5.30	15
⑫	オランダ	5.30	12
⑬	ドイツ	5.28	13
⑭	オーストラリア	5.25	10
⑮	カナダ	5.23	16
⑯	アラブ首長国連邦	5.21	-
⑰	オーストリア	5.20	17
⑱	ニュージーランド	5.18	14
⑲	イスラエル	5.09	20
⑳	エストニア	5.08	22

第74回評議員会特別講演要旨 医療立国：崩壊から再生へより抜粋
参考文献 1.大村昭人 医療立国論：崩壊する医療制度に歯止めを
かける 日刊工業新聞社 2007年5月 2.大村昭人 医療立国論II:
厚生労働省解体、医療庁を設置せよ 日刊工業新聞社 2008年12月



子どもたちの未来のために。
安心して老後をおくるために。
医療制度を充実させることは
みんなの共通の願いです。
共に力をあわせ、より良い医療と国のあり方を
実現しましょう。



発行: 全国保険医団体連合会

〒151-0053 東京都渋谷区代々木2-5-5 新宿農協会館
TEL: 03-3375-5121 FAX: 03-3375-1885



企画編集: 兵庫県保険医協会

〒650-0024 / 神戸市中央区海岸通1丁目2-31 神戸フコク生命海岸通ビル5階
TEL: 078-393-1801 FAX: 078-393-1802

発行: 2009年6月2日 定価: 150円