

福 井 県 医 師 会

だまり

第560号 平成20年(2008)2月



表紙写真説明：ノルウェー・フィヨルドクルーズの一コマ

フィヨルドは滝の宝庫です。[新春随想]にも滝の写真を3コマ載せていただきましたが「花嫁のベール」と名前の付いた滝もありました（新春特集号p13左上の写真）。フィヨルドの写真の中で評判の良かった一コマです。カモメの飛翔が花を添えてくれました。 坂井地区 西野 慎吾

僻地医療より見た 現日本医療制度の問題点 (ど田舎医者のおぼやき)

保険担当理事 廣瀬龍吉



最近、勤務医の多忙による疲弊、それに伴う立ち去り型サボタージュ、小児科医不足に伴う夜間小児科診療問題、産婦人科医不足に伴うお産のできる施設減少問題、医師・看護師不足問題、医療格差問題、医療機関たらい回し問題が話題となり、マスコミの医療事故に関する医者叩き攻勢に翳りが見え始めましたが、時間外労働時間無制限の僻地開業医の疲弊について述べられた報道は見たことがありません。いずれの問題も国の医療費抑制政策及び財源手当てのない制度変更起因しているものと思いますが、そのことは後述いたします。本年4月より後期高齢者医療制度が始まります。厚労省が示す後期高齢者の特徴は、1. 多種の疾患を持つ。2. 何らかの認知症を有する。3. 最終的に死亡するがありますが、私の臨床経験によれば、更に、4. 持つ疾患はいずれも重度であり、1つの疾患が増悪すれば他の疾患も増悪し、経過が長く治療に難渋する例があるが挙げられます。私の言う僻地とは就業先となる主な産業がなく若者の流出が続き、人口減少と高齢化が進み、地域の活性が低下し死亡率の高い地域を指します。老人全てに保険料を負担させ、今後医療費抑制が予想される財政基盤の弱い後期高齢者医療制度は、僻地医療に類似するものと思われます。全国的に僻地の自治体病院は長年の累積赤字に、医師不足に伴う医師引き揚げによる病床閉鎖、診療科閉鎖による赤字が付け加わり、病院の廃院もしくは診療所化を余儀なくされ、さらに財政難の自治体に更なる財政的圧迫を加えているとの報道がなされています。その意味で僻地の有床診療所や小規模病院は、自治体病院に代わり僻地医療を支え、補助金や財政支援を受け取らず、税金を拠出する、赤字財政自治体にとってはホワイトナイトのような存在と思われます。しかし、度重なる医療制度の改正や診療報酬の減額改正により、制度強化や入院基本料低額化され、僻地開業医は、病院より有床診療所に、有床診療所は無床診療所に規模を縮小させています。30日超え入院基本料は、有床診療所ではカプセルホテル1泊分に、病院(15対1看護)では地方のビジネスホテル1泊分

におおよそ相当します。有床診療所に比べれば病院(15対1看護)はそんなに贅沢なことはいえませんが、病院には時間外労働時間72時間以内、看護師比率40%以上という超えなければならぬ高い壁があります。僻地では医師不足や看護師不足はもともと慢性的な対応不能の状態、新臨床研修制度導入や7対1新基準導入がそれに拍車をかけています。医師数については標準医師数の7割以上居れば診療報酬の減額対象にはなりません。看護師不足で自転車操業的に経営している病院では看護師1人の離職で特別入院基本料算定病院となり、病院継続困難となります。吻合枝を持たないためその血行が遮断されれば、その支配領域が虚血壊死をきたす動脈を終末動脈と呼びますが、僻地の入院施設はまさに終末医療機関と呼べます。私が開業した約15年前には、老人が入院すると患者家族は当然のように付き添い看病をし、入院期間が長くなり、それ以上付き添いが困難になると、自宅につれて帰りたい旨を告げ、それに対応して往診にて適宜加療していても1~2週間の内に死亡しても、患者家族より感謝されていました。介護保険が成立し、その趣旨が広く伝聞されるに及んでは、そのような患者家族は皆無となりました。平成12年に特定患者制度(入院期間3ヶ月超えの患者においては、入院基本料、検査料、医薬品料をすべて包括化とし1日入院料を9300円にする)ができてより、3ヶ月を超えそうな患者においては、その患者家族をお呼びし、3ヶ月治療をしても改善の見通しが立たないこと、重度の介護と医療の必要な患者はどの施設も引き受けてくれないこと、国はそのような患者を見難していること、寿命には限界があること、適宜往診をしますので保護責任者遺棄や虐待に当たらないこと等を説明し、患者の在宅医療を勧めても、即刻拒否されるのが現状です。終末期の看取り医療について法的整備が整わず、国民のコンセンサスも得られていない現状では、人工呼吸器を装着した患者、気切をしてても肺炎を繰り返す患者、何らかの理由で経管栄養が困難なため中心静脈栄養を行っている患者等は、介護度5、医

療区分3で、療養病床や福祉施設が受け入れを拒否するため、入院継続を余儀なくされています。救急についても、かかりつけ患者においては24時間対応し、軽中症の患者で入院の必要のある患者については自院に入院させ、重症患者は基幹病院に転送しています。もし救急患者全てを基幹病院に直送させていれば、搬送に伴う費用（アメリカでは全額患者負担）は急増し、基幹病院の勤務医の疲弊は想像を絶するものとなります。これらの理由で、私は僻地の開業医による入院施設を終末医療機関と呼んでいます。以上の理由で僻地に散在する開業医の入院施設は依然必要性のあるものと考えますが、市場原理主義者が指導する医療制度改革は、小規模入院施設を亡き者としようとしています。次いで僻地開業医を悩ます問題として、外来投薬の薬剤数制限（7種適減）です。僻地では元来各診療科がないために疾患の内容は考えずに病気になるこの医療機関だと決めている患者が多く、医療機関もそれなりに対応してきました。僻地開業医は既に厚労省や日本医師会が言う総合医であり、多種の疾患を抱えた患者を診療しています。それに伴い多剤を必要とする患者の割合が増加します。都市部ならばこのような場合、院外処方箋を出すのですが、僻地では雨が降っても濡れない距離に調剤薬局は存在しません。そのために殆んど僻地開業医は院内処方としています。院内処方と院外処方と比較すると、院外処方では1000円以上余分に医療費がかかり、しかも7剤以上でも適減を受けません。都市部の患者のように各科の医療機関にかかり各科より院外処方箋を受け合計7剤以上になった場合と比較すると、僻地開業医の院内処方の医療費節減効果は明らかだと思えます。今後消費税が上昇し相対的な診療報酬費削減が予想される昨今、外来投薬の薬剤数制限は即刻撤廃してもらいたいと思えます。医療はサービス業ではなく全国民に対する安全保障で最低限の医療を全国津々浦々に行き渡らせるのが国の責務であり、国はその責務を果たしているとは言えないと思えます。全国均一の医療制度というのは医療資源の枯渇した僻地にとって不平等であり、厚労省は医療制度をフレキシブルとし、地方分権の時代であり、三位一体改革で税源の一部を地方に移譲したように、医療制度の細部の決定権を地方に移譲し、地方は地域の実情に合わせて小規模病院つぶしの医療制度強化を少々緩和していただきたいと思えます。

最近、厚労省は自らは事務費を計上しながら、医療機関には財源手当ての無い医療法改定を乱発するようになりました。例えば、入院計画書の作成、医療安全管理体制、院内感染対策体制、医薬品安全管理体制、医療機器安全管理体制、医療廃棄物処理のマニフェストの提出、レセプトオンライン化等が挙げられます。これらいずれも医療機関の職員の間外労働や経費を強要するもので、所謂サービス残業にあたります。サービス残業を監査する監督官庁が医療機関にサービス残業を強要するのは皮肉にもなりません。日本医師会はこれらにかかる費用を正確に算定し、メリハリの無い診療費本体の増額に繋げてもらいたいと思えます。

現在進行中の医療崩壊の原因が、医療費総額抑制政策によることは衆目の事実です。日本の総医療費は約32兆円ですが、一方でバチンコ産業は31兆円、葬式産業は15兆円です。日本人一人当たりの医療費はGDP比で世界20位前後で、患者一人当たりに換算すると（日本人医師は欧米の医師に比較して約5～6倍の患者を診ている）、日本の医療費はダントツ世界最下位となります。国は財政難を理由に、三方一両損ともっともらしいことを言い、更にマスコミを通じて情報操作をし、医療費抑制を推し進めようとしています。一方で国民の50%以上が社会保障や医療の充実を望んでいます。議員宿舍新築移転総予算400億円、年金保険料などの特別会計が160兆円（年金保険料に関わるグリーピアを代表とする無駄使いは衆目の事実）、最近噂になっている政府の埋蔵金40兆円の存在で、幾らでも医療費に拠出する財源はあると思えます。以上のような事実を国はつまびらかに国民に説明し、1. 財政難を理由に医療費を減らし医療の質を落とす。2. 諸施策にて医療費を増やして医療の質を上げる。3. アメリカの様に混合医療を許可し、民間保険を利用して、高度の医療を受けたい患者から高額な医療費を徴収する等を国民の選択項目として、医療問題を争点とした国政選挙をし、国民の選択を仰がなければならない時代にきていると思えます。

今回は紙面の都合で、僻地医療に関する医療制度問題にスポットを当てました。本年4月より診療報酬が改定されますが、恐らくいろんな問題点が生じると思えますが、その際には県医師会保険担当理事まで貴重なご意見をお寄せいただければ幸甚と存じます。