

深刻さを増す千葉県の医療状況～その打開の道を探る～

八田英之（千葉民主医療機関連合会副会長、千葉県自治体問題研究所常任理事）

はじめに

ごく最近のNHK TVで医師不足問題の特集していた。その中でも佐原の県立病院の産婦人科と小児科の閉鎖が取り上げられていた。これまで医師過剰論が厚生労働省などの趨勢だったが、最近では「偏在」「分野や地域による不足」は認めざるを得なくなったようである。一方、今国会で医療改悪法により、高齢者・国民負担増、混合診療の本格導入、療養病床の大幅削減が強行された。

本稿では千葉県の医療供給体制の問題を主として検討する。

1, 崩壊しつつある地域医療

今年4月5日から読売新聞は「ルポ医療の現場」を載せた。5日の「疲弊する医師」の記事では公立長生病院の医師の連続31時間以上、仮眠3時間という「限界を超えた忙しさ」の勤務実態、隣接する国保成東病院の内科医全員の退職でさらに厳しくなる中で、受診を控えて欲しいという異例の記者会見が報じられている。6日の記事では、県立東金病院も内科の医師が昨年10月からは4人になったこと、この地域では救急車の受け入れが困難になっていること、「ぎりぎりの医師数でようやく地域医療が続けられているところに、1病院でも問題が起きれば、影響はすぐ広がり、『ドミノ倒し』がおきてしまう」という旭中央病院の前院長の発言が紹介されている。

一方、4月4日の千葉日報は、交通事故の患者が成東病院を經由してドクターヘリで印旛村の日本歯科医大付属北総病院に移送されたが息を引き取った、事故発生から14時間半経っていたと報じ、「救急医療体制が整っていたら助かったかも知れない」という関係者の声を載せた。東金病院、成東病院、大網病院をまとめて山武医療センターを234億円かけてつくり、77人の医師体制の構想だという。この検討委員会から意見を求められた専門家すべてが「医師確保は困難」と見解を述べている。県はこの新しい病院の運営には全くタッチしない。

佐原病院でのお産ができなくなったことは冒頭ふれたとおりである。

さらに都市部である船橋でも船橋中央病院の小児科体制が崩壊し、小児科の輪番病院体制が危うくなっている。

郡部での救急医療体制を含む基幹的病院体制の危機、産婦人科、小児科などの圧倒的医師不足は既に明白な事実であり、いまや千葉県では、たとえば心筋梗塞になったら千葉市では助かる可能性があるが半島部では助かる見込みが薄い、という命の地域格差が生じている。この背景に何があるのか、解決の道は？

2, 「医師不足」と「偏在」

TVで厚生労働省は「医師は不足しておらず、科などでの偏在の問題」と主張していた。

日本の医師政策は1970年に人口10万に対して医師150人を「必要最低限」の目標としたが、1983年にこの目標を達成したとして、1986年以来医学部入学定員を削減し続けてきた。

OECD HEALTH DATA 2001によれば、人口1000人あたりの医師数は1998年で日本1・9、アメリカ2・7、イギリス1・7、フランス3・0、スウェーデン2・9となっている。ところが国民1人あたりの受診回数は、日本16、アメリカ5・8、イギリス5・4、フランス6・5、スウェーデン2・8、であるから、医師1人あたりの年間患者数では、日本8421、アメリカ2148、イギリス3176、フランス2167、スウェーデン966となる。日本の医師はずば抜けて多くの患者を診ていることになる。施設ごとに見るとより鮮明になるがこれは例示しかできない。民医連の診療所の平均1日患者数は74人であるが、フランスのパリ近郊の市立診療所では15人を20人に増やしたことが患者サービスの低下として問題になっていた。アメリカのボストンS・E病院（350床）の医師数371、看護師620であるが、日本のS国立病院の医師数39、看護師85といった具合である（長崎大学・高岡教授）。もう一つ人手不足の例を挙げれば、週73時間以上の労働で過労死認定した裁判例があるが、日本の国立大学病院の研修医の平均週労働時間は92時間である。同じ人命に関わるパイロットの労働時間は月85時間に制限されている（日本福祉大学・近藤教授）。すなわち、医師数は絶対的に不足しているのである。また女性医師が増えてきたこと自体は大いに歓迎されるべき事であるが、産休その他で男性医師と同一の労働量にはならない傾向がある。

厚生労働省や看護協会の幹部などは、これから病院とベットが減るから医師不足、看護師不足にはならないなどといっているが、これは紙の上の計算だけの屁理屈で国民の命・健康を考えない論法である。

産婦人科、小児科などの医師不足は甚だしい。なぜか？ 1つにはこれらの科がハイリスク・ロウリターンのために希望する医師が少なくなってきたためである。最近では全国で毎年必要としている小児科医の2割程度しか希望者がいないという。小児科は内科に比べて手数がかかる上に、患者一人当たりの収入は外来の場合で見ると内科の6割程度にしかならない（この点は最近若干改善されてきたが）。そして少子化で患者が減ってきている。産婦人科もお産が減っている。さらにこの科は医事紛争が最も多い科である。最近福島県で帝王切開がうまくいかず患者が死亡する事件があって医師が逮捕されたが、こうした先ず警察ありき、という対処がされれば事態はさらに悪化するであろう。

この根本的解決は医療問題ではない。第1に、子供を産み育てることでより豊かな人生が送れるという保障を国家が所得、医療、保育、教育などあらゆる分野で行うことである。第2に、当面の対策として小児科、産婦人科の診療報酬を大幅に引き上げ、航空機事故について調査会が置かれるように、医療事故についてもそれを専門に扱う第三者機関を設置することである。

3. 勤務医不足・千葉県の問題

千葉県はもともと医師不足・医療供給体制が貧弱な県である。とりわけ半島部の医療過疎は周知の通りである。これは人口比で見るべきでなく面積比で見るべきである。こうし

た状況の下で県は、県立病院を1つの高度医療を担うセンター病院に集約する構想を示した。これは県が地域医療から撤退するに等しい。元来、医療は県を単位にして考えられている。地域医療計画が県を単位とする所以である。もし、県立病院という形態でなくても県が地域医療について責任

人口10万人あたり医師数			
全国	02	206・1	
	04	201・0	
千葉県	02	147・5	46位
	04	146・0	45位

を果たせるといふなら、最低限、その地域に必要とする医師を県の責任で確保すべきではないか。朝日新聞によれば(06・6・9)16の県が県として奨学金制度を、12の県が医師を県職員として採用して配置する「職員枠採用」を実施している。千葉県はどうか？

これまで県内の公的病院は千葉大学からの医師派遣に頼ってきた。これは2004年からの臨床研修義務化によって様変わりした。大学に残る新卒医師が減った分、病院に派遣していた医師を大学に引き上げないと研究機能が果たせなくなってきたのである。もはや大学依存では医師は確保できない。

千葉県の医師不足は、県としての地域医療構想を持たず、医師確保対策を取らずに大学に依存するだけであったこと、そこに地域医療から事実上県が撤退する県立病院統廃合計画を打ち出したことにあるのではないか。

ではどうすればよいのか？ 医師が集まる、医師が育つ病院をつくる以外に方法はない。医師が自ら地域医療を考え、その構想が地域から支援され、医師の生きがいとなり、成長できる、そうした病院をつくっていくことである。財政問題から病院の対策を考えることはあってはならないとは言わないが、PFIなどの手法で問題を解決できるとは思わないことである。医療を営利の原理でやっとうまくいった試しはない。アメリカを見よ、である。

結局、医療は福祉の1部であり、地域住民の要求にどう応えるのか、住民参加の保健・医療・福祉の総合的なシステムをどう作っていくのかの問題である。

このほか療養病床削減など今すすめられている医療改悪などについても触れるべきであるが別の機会としたい。