

＝診療報酬を考える(6)＝

～供給不安の対応を考える～

最後は、供給不安をキーワードに、医科・歯科・調剤以外の医療保険の新サービス、及び医師の偏在について考えます。

病院の医師確保ばかりが話題になりますが、他の分野にも地域格差はあります。
地域にあるもので代替する医療保険の新サービスなどについて考えます。

<医療保険における新サービスの必要性>

病院・診療所・薬局については、古くから医療保険に基づく医療サービスを提供する施設でしたが、1992 年に高齢者対象の老人保健法(その後、介護保険法に移行)に、1994 年に全世代対象の医療保険各法に新サービス＝訪問看護が制度化されました。30 年以上を経た現在、全国に約 19 千か所の訪問看護ステーションがあるとのことですが、個人的には、まだまだ少ないように感じます。

病院の医師不足も解消せず、診療所も減少していくことが確実、一方、地方では急速な人口減も進む中で、医師・歯科医師以外の医療にかかわる技術者(コメディカル)を地域資源として極力活用する仕組みを考えることは不可欠でしょう。既存の枠組みは「壊れて」いくのですから、これに応じた「代替サービス」を早めに制度化していくのは当然～いざという時に、間に合わないという愚だけは起こさないようにしたいものです。

(1) 妊産婦に対する医療サービス

私の子供たちは、全員が病院・診療所の産科での出産でした。長女・次女は福井の母親宅の近くの自治体病院での出産、長男は東京の自宅近くの診療所での出産～近くに助産所がないので、出産場所としての選択肢の候補にすら入っていませんでした。この 2 つの医療機関の現在は、福井の自治体病院は、「総合周産期母子医療センター」の役割を担っており、母体胎児集中治療室(MFICU)と新生児集中治療室(NICU)、新生児回復室(GCU)を完備」を HP 上で謳うなど、通常分娩をするには高機能すぎると思われますし、東京の診療所は「生殖補助医療専門」に様変わり・・・出産は別の医療施設でとのようです。

このように、通常分娩等をする場の選択肢の減少が指摘されて久しいですが・・・一度、生殖補助医療を始めた産婦人科医が分娩を再開する可能性は乏しく、新卒の産婦人科医が分娩担当を志向するとも思えません。そこで、助産所の機能を強化してはどうかという発想です。

右図のように、医師数の問題の少ない三大都市圏では助産所数は減っていますが、医師数減が共通課題の他の地域では助産所数が 10 年間で 2 割以上増えています。この助産所数の増加にかかわらず、分娩を取り扱う施設数は横這い～これを増加させるために何をすることが重要です。

	2013		2023	
	助産所数	分娩取扱い	助産所数	分娩取扱い
全国	2,779	445	2,981	333
3 大都市圏	1,608	296	1,534	185
その他	1,171	149	1,447	148

現在、分娩の現物給付も検討されているようですが、それが法令上実現すれば、当然、助産所は医療保険制度上の位置づけを持つことになります。しかし、自由価格が前提の分娩に、現物給付に必須の公定価格を設ける(通常、今の市場価格より安くなる)ことは、提供者側の反対が生じることは容易に想像できますし、分娩に適切な利用者の定率負担は何かといった議論も起きるでしょう。現実的には、この検討結果で、助産所が医療保険上の位置づけを得る可能性は、限りなくゼロに近いと考えます。したがって、次のような形で、医療保険上の位置づけを明確化し、段階的に機能強化を図っては・・・との提案です。

<第1段階>

ア 出産前後の母親のメンタルケア、出生後の子供に係る療養指導・訪問看護を行う拠点として法的に位置づけ(現行の訪問看護ステーションと同様の位置づけ)～療養費の支給対象

イ アにあわせて、出産育児地一時金の代理受領規定の法定化(現在は通知で個別契約となっているものを手続簡素化)

<第2段階>

ア 一般的な乳幼児への保健指導は、順次、市町村から助産所サービスへ移行させ、市町村は、重複障害の乳幼児、家庭等の環境問題が大きい乳幼児など、難易度の高い事例に時間を集中投入。

役割分担の見直し+助産所の成長により、子ども子育て問題の地域の解決能力の向上を図ります

イ 麻酔が必須の無痛分娩、さらには子宮収縮剤の使用が必要な計画無痛分娩は、助産所の対象外になっている(と理解していますが違っていたらスミマセン)・・・これを専門助産師などの資格要件を設けて、順次、対象に取り込んでいく。もちろん総合周産期母子医療センター等との連携体制(教育研修・緊急時対応・その他病院医師の負担軽減等)を前提としてです。

ここまで完成すれば、助産所に対する地域の認識も変わり、出産拠点・母親子供の力強い味方と考えて、子ども子育て支援の新たな拠点として分娩数も増えていく。これで医療機関産科との役割分担もできると考えましたが、皆さんは、どう考えるでしょうか？

(2)地域の総合訪問サービス

現在の訪問看護は、看護職員、リハ職員での構成ですが、もっと範囲の広い多職種による総合訪問サービスにしてはどうかという提案です。

私の母親が独居時を思い出すと・・・標準の訪問看護サービスに加えて、栄養管理・口腔管理などが必要と考えたことを思い出します。看護師でも実施できるとは思いますが、看護師でなければできないことに時間を振り向けることにし、管理栄養士・歯科衛生士などの他の職種が活用できれば、地域人材の効果的活用になることは確実です。

具体的には、管理栄養士には、医師の指示に基づき栄養状態の改善～数多くの配食サービスから本人にあったものを選定してもらえると家族も安心でしょう。歯科衛生士には、歯科医師の指示に基づき口腔ケア～義歯の管理など家族の苦手な部分などの指導を期待します。

一方、こうした総合訪問サービスが広がれば、病院・診療所の負担軽減(指示箋の発行、職員確保の外部化など)につながるほか、仮に病院・診療所が廃業しても、栄養管理・口腔管理のサービス提供は継続します。また、こうして多職種を揃えることで、現在の訪問サービスの事業所規模は拡大＝事業運営の安定化につながるに違いありません。

単純化すれば、病院・診療所が行っているコメディカルサービスを外部化し、成長させておくことで、将来、確実に起きる地方の病院・診療所の減に備えるという発想ですが、皆さんは、どう考えるでしょうか？

<医師の偏在～診療科別の偏在について考える>

医師の偏在には、地域偏在と、診療科別の偏在の2つがあると理解しています。

地域偏在の緩和のために、地方の医学部では、奨学金制度を活用した「引き留め策」も講じられていますが・・・決定打にはならないでしょう。「居住、移転及び職業選択の自由」は、憲法上の権利であり、最後は本人の判断だからです。

日本社会全体で東京圏への一極集中が進む中、医師だけが地方分散というのは無理があります。技術・知識を最新のものにするという技術者としての医師の意欲に沿うような環境整備や、地方での過重労働が働き続けるのを難しくしているといった状況の解消は進めるとしても、それで予定調和的に医師が各地域に分散して活動するわけではありません。全体的に、東京一極集中を止めて、各地域が健全に生き残るという方策の下で、医師について考えるとならないと・・・問題解決は難しいと言わざるを得ません。

なお、東京に集中する医師を地方に動かすのではなく、東京の医師が地方の患者を遠隔で診療するという方策なら、ある程度の実現可能性はあるでしょう。

一方、診療科別の偏在は、あくまで医療制度内の話ですので、一定の解決は可能ではないかと考えます。

私が大学進学を考えている頃は、文系に行くか、理系に行くか。理系に行くならどの分野でと・・・ある程度偏差値の指標は活用しましたが、最後は自分の考えというのが普通でした。そのため、大学浪人なども1回2回は普通と考えられていた時代です。

また当時、最も賢い人は、理工学部で研究開発に携わるべきと考える人も多く、新型の技術開発のない医学部では、受験のための成績はともかく、本当の意味での「賢さ」よりは、人のために働くといった「モラル」が重視されていたように記憶しています。

さて、昨今の大学受験～偏差値等の指標が絶対視され、成績順で上から医学部等々と輪切りにされ、あとは受験技術を磨くといった指導が散見されると感じています。それが、今の医師の診療科別の偏在～特に外科の不人気の遠因ではないかと考えています。今の進路選択の道行きだと、基礎体力等に自信があり、長時間の外科手術に耐えられるような人材は、医学部の輪切りに入らないのではないか・・・という考えです。

この考えから、医学部入試・医師国家試験を、少し工夫すると、幾分かは改善するのではないかと思います。ですが、皆さんは、どのように考えるでしょうか？ イメージは次のようなものです。

ア 今の医師国家試験は、医師は何でもできるという前提・・・専門医で再分化されている現在の状態とは乖離している。

イ アを前提に、試験区分を内科系想定 of 従来型と、外科系想定 of 知能・技能バランス型に区分

ウ 従来型バランス型それぞれで、標準合格者数を設定

エ バランス型は、在学中に外部機関で技能評価・体力測定を受け その結果を筆記試験に総合

これが実現すれば、少なくとも、現在よりは外科向きの人材が集まることは間違いないと思いますし、受験段階で、ある程度は外科系と意識が固まっているので、その後の道筋は、現在とは異なると期待できます。

次は、保険医登録の段階での工夫です。

現在は、医師国家試験合格すれば、直ぐに保険医になれますが、8割が専門医となる時代ですので、保険医取得の条件を見直してもよいのではないかと考えます。最近定められた美容医療の開設者の条件等も参考とした、イメージは次のようなものです。

ア 現在の保険医1本の仕組みを、保険医と保険担当医に区分

イ 保険担当医は、現在の保険医と同様に国家試験合格者～保険医の指導下で保険診療担当（実習）

ウ 新保険医は、専門医又は〇年以上の保険担当医の経験年数で判断～個人で保険診療を担当可

エ 新保険医登録は、勤務先の都道府県で内科外科別の概ねの標準数を決め、それを参考に受理判断

保険担当医の多い医療機関は保険診療の研修機関として、診療報酬評価も考えられるでしょう。

また、上記の2つが同時に実現すれば、少なくとも現状よりは、外科系の不人気は緩和するのではないかと・・・今のままよりは、少しは変わることは確実でしょう。

皆さんに、もっと良いアイデアがあったら ぜひ教えてください。

ヒューマンケア・システム研究所 代表 北川博一