

対外報告

医師の偏在問題の根底にあるもの

提言：量から質の医療への転換による克服



平成19年(2007年) 6月21日

日本学術会議

臨床医学委員会医療制度分科会

この対外報告は、日本学術会議臨床医学委員会医療制度分科会の審議結果を取りまとめ公表するものである。

日本学術会議臨床医学委員会医療制度分科会

- 委員長 桐野 高明 (第二部会員)
国立国際医療センター研究所 所長
- 副委員長 永井 良三 (第二部会員)
東京大学大学院医学研究科器官病態内科学分野
(循環器内科)教授
- 幹事 中田 力 (連携会員)
新潟大学脳研究所統合脳機能研究センター センター長
脳機能解析学 教授
- 幹事 北野 正剛 (連携会員)
大分大学医学部第1外科(腫瘍病態制御分野) 教授
- 小川 彰 (連携会員)
岩手医科大学医学部長、脳神経外科学講座教授
- 北村 惣一郎(第二部会員)
国立循環器病センター 総長
- 猿田 享男 (第二部会員)
慶應義塾大学 名誉教授
- 瀬戸 皖一 (第二部会員)
鶴見大学歯学部長、口腔外科学第1講座 教授
- 本田 孔士 (第二部会員)
大阪赤十字病院 院長
- 山田 章吾 (連携会員)
東北大学大学院医学系研究科放射線腫瘍学分野 教授
- 山本 修三 (連携会員)
社団法人・日本病院会 会長
恩賜財団済生会横浜市東部病院 相談役

要 旨

1 作成の背景

医師の地域における偏在と地域医療の問題、診療科における偏在と産科・小児科や救急医療の問題が深刻になりつつある。医師の偏在問題の現状を分析し、それが何処に由来するのかを検討し、現状の危機をいかに克服することが可能であるか、最も重要な対策は何であるかについて、報告を行う。

2 現状及び問題点

医師の地域における偏在、診療科における偏在の現状は深刻である。この問題は初期臨床研修制度の導入が一つのきっかけとなって進行しつつあるが、その基盤には、病院の医師の過酷な勤務の実態、医師と社会との間の医療に対する認識のずれなどの要因がある。

現在危惧されている医師の偏在に伴う医療の危機は、病院医療の危機であり、医師不足は病院医師の不足である。

今発生している医師の偏在問題は、わが国の医療が量の医療から質の医療へ転換していく過程で起きている。

3 報告の内容

- (1) 医師の偏在問題は、医療の質の向上によって医療の危機に立ち向かう方策でなければ、根本的に解決できない。医療の質の向上は病院医療の質の向上と医師のマンパワーの質の向上無しには達成されない。
- (2) 医療には複雑に社会の諸要素が関連している。単発的で近視眼的な対策は次なる困難を招く。したがって、長期的な視点から、日本の医療の将来像を見据えたビジョンの形成が必要であり、医師の偏在問題も、その長期的将来像に立脚して解決しなければならない。
- (3) 医療の問題は疑いもなく政府が取り組むべき最重要課題の一つである。顕在化している医師の偏在問題を契機として、将来の日本のあるべき医療制度に関して、省庁の枠を超えて政策立案・実施できる組織を構築するのに、今が絶好のチャンスである事を提言する。

一方、日本学術会議においても、医師の偏在問題を一つのきっかけとして、わが国の近未来の医療制度のあるべき姿について、各分野の専門家の叡智を集合し、今後更に検討を進めていく決意である。

目 次

はじめに	1
1 検討の経緯	2
2 危機の前兆	3
(1) 初期臨床研修制度と地域医療	3
(2) 診療科における医師不足	4
(3) 社会の認識	5
(4) 士気の問題	5
3 危機は何処に由来するのか	7
(1) 医師の数	7
(2) 初期臨床研修必修化との関連	8
(3) 医療のグランドデザイン	9
(4) 若手医師層の変化	10
4 危機の克服	12
(1) 総合的対策か一点集中か	12
(2) 医療費の増額か医療の効率化か	13
(3) 病院の問題かマンパワーの問題か	14
5 結語	15
参考資料	16

はじめに

過去数十年を振り返ると、人々が安心して心豊かな生涯を送るために、医療の進歩は大きな貢献をしてきた。しかし、ますます高度化・専門化し、高いコストを必要とする医療の時代となり、将来の医療がいかにあるべきか、全ての先進諸国において、それぞれの社会には大きな戸惑いがある。わが国の医療もその例外ではなく、舵取りの方向によってはすでにいくつかの先進国で見られるように、医療が崩壊してしまう危険性さえある。医師の地域における偏在と地域医療の問題、診療科における偏在と産科・小児科や救急医療の問題などの喫緊の重要課題も、その可能性の一つの徴候である。

医療崩壊の可能性に対して、長期的な視野に立ち、常に先を見越した整合性のある対策こそが必要とされている。個々の現象に対して個別的な対策を立てても、それが次の矛盾を生み、問題がむしろ拡大していくこともあり得る。検討の課題は、多岐にわたる。現在の医療体制の基本的構造を前提に、近未来の医療制度を論じることはできるだろう。しかしながら、医療がどうあるべきか、その骨組みとなる医療の理念を国民的合意として確定しなければ、中・長期的な医療のイメージを描くことはできない。しばしば利害の対立する医療制度の問題に対して、関係諸団体の利害の調整を行う方法で、現状が乗り越えられるとは考えられない。国民的合意の得られた理念に基づいて、医療のグランドプランを立て、それを実行していくことが重要である。

日本学術会議は、医療に関係する諸団体の個別の利害を超えた学術的な立場からこの問題に対して提言をし、また政府に勧告のできる独自の立場にある団体である。日本学術会議臨床医学委員会に所属する医療制度分科会は、学術会議の機能を発揮して、医療の現状に対して意見を述べるべく、検討を重ねてきた。ここに、本分科会の意見として、この報告書を公表するものである。

なお、この報告書は、中・長期的な視野に立って、医師の偏在の解決の方向について論じたものである。したがって、緊急的に必要な対策に関しては、この報告書の中では触れられていない。地域における医師の偏在、診療科における医師の偏在が更に進行しつつある今、緊急的な対策が必要となることは言うまでもない。ただし、発生している医師の偏在問題は、わが国の医療が量の医療から質の医療へ転換していく過程で起きていると認識することができる。だとすると、アクセスと量の維持だけを目的とし、質の向上を抑制するような対策は、ごく緊急的な場合のみに限定するべきであろう。

1 検討の経緯

第 20 期日本学術会議臨床医学委員会に所属する医療制度分科会は、医療制度に関係する以下のような重要事項を審議するために、平成 18 年 3 月に発足した。

- (1) 医療の専門化、高度化にどのように対応するか、また、専門医制度のあり方について
- (2) 医療の安全性を担保するため、現在の施策の整合性を図るとともに、将来に向けた、俯瞰的方策の創設について
- (3) 医師の地域的、専門的偏りについて

以上の事項の中で、特に医師の分布の地域的、専門的偏りと、その結果起きてきた医師不足の問題を特に最初の重点課題と捉え、集中的に審議をしていくこととなった。

これまでに、平成 18 年 9 月 6 日、同年 11 月 22 日、平成 19 年 1 月 31 日に学術会議において分科会を開催したほか、メールや郵便物を通じて 30 回を超える審議を行った。その審議の過程において、医師の偏在の問題は深刻であり、学術会議の立場で、緊急に提言を行う必要があるとの考えに達した。

ここでは、これまでの活動の経過を踏まえて、医師の偏在問題について審議結果を取りまとめ、医療制度分科会からの対外報告として公表することとする。

2 危機の前兆

医療の危機が進行している。何よりの前兆は医療の現場を知り尽くしている臨床医が現場に見切りを付けつつあるということである。

医師の地域における偏在、診療科における偏在の進行は、わが国の医療の危機である。危機の徴候は、初期臨床研修制度の開始とともに顕著となった。しかし、診療科における偏在と医師不足は以前より指摘されていたし、また危機が訪れることも予見がされていた(1)。その基盤にあるのは、医師が医療の現実について抱く認識と、社会が抱いているイメージとの隔たりである。医療の現実と比較して、社会はそれよりも遙かに速い速度で医療に質の向上を求めている。しかし、医療資源が強く制限される状況の下で医師に過剰な要求をすることは、医師の士気の喪失を招く。わが国の医療を支える医師の士気(モラル)、あるいは「医のこころ」も、深刻な危機にあると思わなければならない。

(1) 初期臨床研修制度と地域医療

平成 16 年(2004 年)より、新しい初期臨床研修制度が始まった。昭和 21 年(1946 年)に GHQ の勧告により米国式インターン制度が創設されてから、実に 58 年ぶりの大きな制度改正がなされたことになる。インターン制度には不安定なインターンの地位と処遇、指導体制の不備など問題が多く、昭和 43 年(1968 年)には廃止されていたが、その時点からも 36 年が経過した。新しい初期臨床研修制度では、研修医はマッチング制度により研修病院を選択することが可能となり、従来の大学医局による研修先の割り振りには従わないことになった。その結果、研修医は大学以外の病院を選ぶ傾向が強くなり、大学で研修を受ける割合は従来の 80%程度から 50%程度と大きく低下した。大学で研修を受ける場合でも、大都市の大学を選択する率が高く、それ以外の大学病院では研修医が激減した(2)。国立大学病院では、平成 2 年以降に大学院重点化が進んだこともあって、医学系の大学院博士課程の在籍者が平成 15 年(2003 年)ころまでに約 2 倍(18000 人)となっていた(3)。大学院への進学は数年の臨床研修の後のことが多く、いわば一番病院の仕事(雑用を含め)のできる世代が目減りしていた所に、この研修制度が導入されたことになる。初期臨床研修の 2 年間の間には、全く研修医が回らない診療科もあるために、そのような領域では特に深刻な人手不足となった。平成 16 年(2004 年)は、国立大学が法人化した年でもあり、また診療報酬の切り下げも重なって、各大学附属病院は強く診療収支のバランスを意識し、経営を強化することが求められていた。したがっ

て、大学は地域医療に人材を派遣するどころか、むしろ医師を引き上げて大学の診療体制を強化することとなった(4)。このような動きがそもそもの出発点となって、全国的に、特に大都市圏以外で医師が不足する偏在現象が現れてきたのである。その傾向は、初期臨床研修制度が発足して3年が経過しても、改善する傾向が見られない。

(2) 診療科における医師不足(5)

医師の偏在の状況は診療科によって大きく異なる。わが国の医師の総数は規制されているが、診療科ごとの医師の量的な制御はなされていない。医師は政令で定められた診療科名の中から自由に診療科を標榜することが可能であって、特に資格要件があるわけではない。学会専門医取得者はそれを広告することができることとなり、広告可能な学会専門医資格は平成19年(2007年)現在50近くとなっている。しかし、学会専門医制度も、各分野の専門医の総数をコントロールするというものではない。

一方、医療の分野の中には、比較的人気の高い分野とそうでもない分野が存在する。かつて3K(きつい、きたない、きけん)分野が敬遠され、最近では「三無い」(救急がない、当直がない、がんがない)分野が好まれるという。医師も時代の子である。一般の社会と同様に個人の生活を大切に、自由時間をのびのびと過ごし、家族を重視するという価値観が若手医師にひろまっているのも無理からぬことである。例えば夜間の救急業務が多く、したがって当直業務の多い病院の小児科は以前から医師不足の問題があった(6)。さらに診療報酬上でも不利な扱いを長い期間受けて来たので、小児科を廃止する病院や、病院勤務をやめる小児科医師の問題が指摘されていた。危機は以前から予見されていたのである。例えば、東京都内の病院に勤務していた小児科医師の自殺と過労死をめぐって争われていた裁判では、これを過労死として認める判決が出て話題となっている。この事件が発生したのは平成11年(1999年)であり、既に8年も前のことである。

最近になって病院における産科の医師の減少が強く危惧されている(7)。もともと激務である上に、万が一治療上の問題が発生すると医事紛争になりやすい診療科である。女性医師の割合が高くなり(8)、女性医師への処遇が不十分であることもあって、産科の勤務医の減少が進行していた。そこに平成18年(2006年)2月の福島県での産科医師逮捕事件が発生した。この事件は平成16年(2004年)に妊婦が前置胎盤のために死亡したものであり、病院は遺族に謝罪して医師は処分を受けていたが、事件から1年2か月後に警察により担当医師が逮捕拘留されたものである。現在裁判が進行中ではあるが、この事件の与えた影響は計り知れない(9)。このような条件が重なって、現在病院医

療において小児科、産科のみならず救急医学、麻酔科などに深刻な医師不足が進行中である。医師が過労などの要因で職場を離れる状態は「立ち去り」、あるいは「立ち去り型サボタージュ(10)」などと呼ばれている。

(3) 社会の認識

医師の偏在や医師不足の問題はわが国の医療の危機、医療崩壊の可能性を示している。だとすれば、その修復、制度の改善、危機への対策が必要であり、そのあり方に関して、同じ意識が医療サイドにも社会においても共有されていることが必須である。しかし、実際には、医師が主観的に抱いている医療のイメージと、社会が持っている医療のイメージとは大きく隔たっている。この隔たりが、医療を変えていくために大きな障害となっていることを強調したい。例えば、社会の一般的イメージでは、「医師一般」は社会の中でも特別に恵まれた職業とされている(例えば、橋木俊詔「格差社会 - 何が問題なのか」(11))。当然社会としては、これだけの処遇を受けている「医師一般」は、それに相応する責任を負っているという考え方を持つのは自然であろう。治療成績についての理解においても、大きな隔たりがある。医療には、ある割合で治療が期待通りにいかず、患者の生命にかかわる結果になる可能性は十分あり得る。しかし、結果として患者が死亡するようなことになると、社会の反応は厳しく、かなりの数が訴訟となり、最近では医師の逮捕拘留という所にまで来てしまった(12)。治療に随伴するリスクは避けがたく、最大限の努力をした場合においても、その発生の可能性は無視できないほど高い。それを知識と技術で可能な限り低いものに収めようとしているのが、現実の医療の姿である。わが国の産科医療の成績は世界でもきわめて高く、出産による妊婦の死亡や胎児・新生児死亡率の低さはトップレベルである(13)。しかし、結果が望ましくない場合には、社会は医師として処罰するのではなく、犯罪者として処罰するという方向を選択している。医師と社会のこのような食い違いは、良好な医療を継続していくためには大きな障害になる。従来社会で流布していた医師や医療に対するイメージ(その大部分は新聞などのニュースメディアにおいて共有されているイメージであろう)が、医療や医師に対する過剰な攻撃を生み出しつつあり、医療を破壊してしまう危険をはらんでいる。

(4) 士気の問題

英国の医療を支えてきた NHS (National Health Service) が 1980 年代のサッチャー改革によって崩壊し、英国の医療関係者には深い失望感と士気の喪失が広がり、「ゆりかごから墓場まで」の英国の福祉政策を支えてきた医療は惨憺たることになった(14)。ブレア政権は医療改革を第一の政策に掲げて、

医療費の急速な増額による改革を推進している。しかし、不平不満の鬱積した患者から暴力を受け喪失感の中に沈んだ医療関係者の士気は簡単には元に戻らない。結局、過度の効率化・経費削減は、かえって後日多大なコストが必要となる無駄な政策であることが明らかとなったのである。翻ってわが国を見るに、医療の進歩と疾病構造の変化によって総医療費が拡大し、これを支えることが簡単ではなくなった。これは、他の先進諸国と同じである。しかし、わが国では高い効率(低いコスト)で医療が維持されてきているのである(15)。かつて、わが国の医療制度を自国の医療改革の参考にしようと来日した米国の視察団は、日本の医療が献身的な医療関係者によって支えられていると評価した。献身を可能とする高い職業的士気(モラル)がわが国には存在している。この士気をあたかも自然に存在し、いくらでも湧いて出てくるものと想定することはなほ危険である。一度崩壊した士気は簡単には元に戻らないからである。

3 危機は何処に由来するのか

わが国の医療は量とアクセスを重視してきた。しかし、社会はより高い質の医療を求めている。これに対して、従来の量とアクセスの充実だけで応えようとしても、社会の満足は得られない。医師を偏在に向かわせ、医師不足を招いているのは、社会が求めている高い質の医療への変換が進まないからである。

医師の偏在には、いくつかの原因がある。医師の総数が不足していた上に、若手医師の不足を初期臨床研修制度が加速したと考えることもできよう。さらに、わが国の医療のあり方、そのグランドデザインそのものに原因を求めることもできよう。それに加えて、若者の価値観の変化が大きく影響しているだろう。しかし、個々の現象を背後で大きく動かしている根本の原因があるはずである。それは、医療のあり方が量の提供から質の提供に大きく変化している時に、その転換ができないところにあると考えられる。

(1) 医師の数

わが国の医師の需給に関しては、厚生労働省の「医師の需給に関する検討会」が平成 18 年(2006 年)7月に公表した報告書に詳しい(16)。この報告書によると、わが国の医師は毎年 7700 人誕生し、退職数を差し引くと年間約 4000 名の割合で増加しつつある。この速度で増加すれば、平成 34 年(2022 年)には需要と供給が均衡し、以後医師過剰に転ずるとされている。医師は簡単に養成できず、また簡単に削減することもできない。長期的な視野で育成しなければならないのである。現状において、医師の総数は非常に不足しているという議論もある(17)。確かに、急速に医師数を増加させることができれば、一時しのぎにはなるだろう。しかし、第一急速に医師を養成すると言っても、準備を開始して 10 年はかかる上に、今以上に安上がりな医師層を大量に育成することが、医療の質の向上という時代の趨勢に合致するのか、十分な検討を要する。医師のマンパワーは本当に医療のために効率的に使われているのだろうか。医師不足は病院の医師不足であり、若手勤務医の不足であることを考える必要がある。近年の医療においては、医療安全への配慮、個人情報保護への配慮、診療ドキュメントの重要性の拡大、各種法令による文書の増加などのために、医療そのものではない周辺業務が爆発的に増加している。これを全て現場の若手医師に背負わせている。彼らは医学部で教育を受けた最新の医学や医療技術とは何の関係もない書類仕事に忙殺されている。医療秘書などの業種の拡大は必然の方向であり、マンパワーの効率的利用につながる。一方、医療現場における標準化とチーム医療の重要性が叫ばれている。標準化はチーム医

療につながるし、チーム医療のためには医療の標準化は必然である。医師のみならず看護師などの医療スタッフが共にチームとして交代をしながら患者の治療に当たるのである。このような病院現場での組織論の転換が、マンパワーの効率的利用を拡大させる。医師の業務の中には、医療行為に分類されるものの、必ずしも医師が実施しなければならないとは限らない業務も多い。規制の緩和により、他職種にこの業務の範囲を委譲していくことを考慮すれば、更にマンパワーの効率化につながり、ひいては医療の質の向上に寄与するであろう(18)。わが国の医師の総数は徐々に増大しつつあり、何時かは制限に転じることになる。制御の難しい社会的課題であることを認識しなければならない。少なくとも、医師の総数の増加を叫ぶ前に、行うべきこと、実施可能なことがいくらかでもある。医師の業務の質を向上させていくこと、医師に過重の負担をかけて疲弊させないことが、良質の医師を現場に引き戻すことになる。

(2) 初期臨床研修必修化との関連

初期臨床研修必修化が医師の偏在、医師不足の引き金を引いたという見方から、この制度自体を廃止せよという意見さえもある。しかし、表面に表れた現象に捉われるのではなく、背後に存在する混乱のメカニズムを理解することが重要である。医師の卒後臨床研修の必要性は戦前から検討はされていた。しかし、その実現をみないままに終戦となり、わが国の保健医療政策に GHQ が大きな影響力をふるうようになり、そこで導入されたのがインターン制度である。しかし、米国の制度をそのまま木に竹を接ぐように導入しても、その根本的な考え方は少しも導入していなかったのだから、うまくいくわけがない。結局インターン制度は昭和 43 年(1968 年)には廃止され、代わりに「臨床研修制度」が医師の努力目標として導入された。それから実に 36 年も経過して導入されたのが、現在の制度である。翻って考えるに、良質の臨床研修制度は必須である(19)。どの先進諸国においても、卒後臨床研修制度は整備されている。ただ、本格的な初期臨床研修制度の導入が遅れたこともあって、大学院重点化、国立大学法人化、診療報酬の切り下げ、更に医療安全上の要求の高度化、そして若手医師の価値観の変化などの要因が重なり、初期臨床研修制度の副作用が強烈に発現したというのが事実であろう。

卒業前の医学教育は文部科学省が管轄し、医師免許の取得から卒業後の臨床研修は厚生労働省が管轄するので、卒前と卒後、及び医師の生涯教育に関して十分な整合性が完備しているとは言い難く、改善の余地がかなり残されている。そもそも、わが国の医師の教育はどうあるべきか、その将来については様々な意見がある。臨床面を重視する場合には、米国と同様に 4 年制大学

を卒業した後に医師の養成を開始するメディカルスクール方式が良いという意見もあり、一方それではわが国の医学研究は打撃を受けて崩壊するという心配もある。今後重要なことは、初期臨床研修に続いて、後期臨床研修の質を向上させることである。その後には、専門医制度の問題が控えている。わが国の医療は、そのアクセスの良さや効率の高さ(コストの低さ)によって国際的に評価が高い(20)。ただし、その質は必ずしも均一に高度化されているとは言えない。

(3) 医療のグランドデザイン

第二次世界大戦後の先進諸国は、その程度の差はあれ、医療と福祉の充実を図ってきた。経済の規模がそれを許容するときには、規模も年々拡大してきた。この傾向はどの国も同じである。ただし、わが国では医療のアクセスに重点がおかれ、もっぱら医療提供の量の拡大によって、何時でも何処でも誰でも受診できるフリーアクセスの医療が形成されてきた。例えば全世界のCTの1/3を保有するなど、医療機器への投資が異様に大きい。全医療費に占める医薬品の割合は近年ほぼ横ばいに推移しているが、例えば抗インフルエンザ薬タミフルは全世界の消費量の7-8割は日本で使われている。他の先進諸国とは異なる「量とアクセス」の医療がわが国の特徴である(21)。病院のあり方も、他の先進諸国とは異なっている。わが国では、かなり少なめの医師、少なめの看護師によって医療が維持されているが、病院の数(約9000)、一般病床数(約90万床)は他の先進諸国より圧倒的に多い(22)。年々増大していく医療費の負担を見込んで、病院を急性期の治療に振り向け質を向上させるために、先進諸国は過去30年ほどの間、病床数の削減と平均在院日数短縮の政策を進めてきている(23)。一方わが国においては、病院を必ずしも急性期治療のみに限定せず、長期的療養や介護的な機能も持たせる政策が長かった。このために、他の先進諸国とは大きく異なる医療提供体制の下で運営されてきた。医療にどのような機能を持たせるかは、国民の選択である。わが国の医療のあり方が良いということであれば、その制度の趣旨を徹底していく他はなく、そもそもデザインの異なる先進諸国との比較は意味をなさない。ただし、医療の三要素、すなわち医療へのアクセス、医療の質、医療の効率(コストの低さ)は全てを同時に満足させることができないことを社会も徹底して理解しなければならない。

現状の医療は、国民にとって受け入れ可能な医療の効率(コスト)の下で、医療の量とアクセスの重視を選択したデザインである。したがって、同一のコストの下で、質の向上を求めるのはそもそも無理なのである。ところが、最近のわが国では、アクセスは現状のまま、コストも現状のまま、医療の質(レベル)を限りなく要求していく傾向がある。これでは必ず医療は破綻する。わが国の医

療の長所は何時でも、何処でもフリーアクセスの医療である所にあると言われている(24)。したがって、この長所と基本構造を温存しつつ、総医療費をやや増額しながら質の向上を図るべきであるという意見もある。しかし、医療のあり方において、量と質は同時には解決できないし、それを目指すのは現実的ではない。その双方を同時に満たす解決策は、当然大幅なコストの増額が必要になる。医療のグランドデザインは国民の選択であり、選択の結果実現できる医療のアクセス、コスト、質は選択によって限定されることを周知の上、覚悟をする必要がある。

(4) 若手医師層の変化

医療は患者と医師の信頼を基礎に行われる行為である。従来、患者は医師を信頼し、医師は患者に可能な限りで最高の治療を施して、その対価として尊敬を受けるといった相互関係にあった。このパターナリズム(25)に基づく関係は、医師に高い倫理意識が宿っていなければ、きわめて危険なものであるが、多くの医師はこの医師・患者関係の下に医療を行おうとしてきたのである。しかし、パターナリズムが崩壊し、患者と医師の関係は大きく変わった。診断や治療に関しては、患者に十分な説明をし、その結果患者自らが判断をして、双方が合意の上で治療を行うということになった。このこと自体は、当然のことである。ここで、パターナリズムによる医療は、大量の医療業務をこなさなければならない従来の医療においては、必要とされていた医療のあり方であって、いわば安上がりの医療には必須のものであることに注意を払いたい。そして、わが国ではパターナリズムの時代の医療体制を大きく変換することのないまま、新しい医師と患者との関係に立脚した医療を行わなければならなくなった。このことが、様々な面で軋轢を生んでいる。このような医療のありさまをつぶさに観察した若手の医師が、どのような専門領域を選ぶことになるのか、結果は明らかであろう。

今問題とされている医療の危機のそもそものきっかけは、若手医師が自己犠牲を強いる日本の医療体制に気づいたことである。医師という集団が経済合理性によって移動しはじめた徴候であり、これは更に医師の地域での偏在、診療科での偏在を進行させるであろう(26)。現在、救急医療、外科、脳神経外科などの生命に直接かかわる診療科への若手医師の新規参入が大幅に減少している(27)。あと数年後には、若手専門医の減少が深刻な問題になるに違いない。長時間にわたる勤務、過酷な当直スケジュール、女性医師への支援の欠如、僻地勤務での子供の教育問題などの現状を見て、若手の医師が加重な負荷や責任から逃避する傾向があるのは、無理からぬことではないだろうか。医

療の世界では、一般の社会でこうあるべきという条件から大きく外れた条件で運営がされているのである。医療の質を向上させるには、医師をはじめ医療従事者の生活の質も同時に向上させることが必要であることを認識しなければならない。

若手の医師が、そもそも産科、小児科や外科系の各科を嫌っているのかという点必ずしもそうではない。そのような科では、医師が孤立し、社会からの支持を受けていないことを実感し、また目指すべき医療を実現できないという挫折感があるから、自分の志望を曲げて別々の専門領域を選択しているのである。若手医師を孤立させず、社会全体にとって必要な業務を行っている者と認定してサポートすることが重要である。経済的なインセンティブも必要であろうが、金銭的インセンティブで引きつけさえすれば良いと甘く見るのは控えるべきだろう。むしろ、もっと精神的な面、医療従事者の職業的士気にかかわる問題が無視できないのではないだろうか。

4 危機の克服

危機を克服するためには、その危機のよって来たる原因に対する対策が必要である。様々な対症療法的な対策を施すよりは、十分な検討を加えた後に、少数の原因に迫るような政策を徹底する方法を考える必要がある。

危機の克服のためには、一定の考え方に立った政策が必要である。危機の諸要因に対する総合的対策を実施していく方法と、危機の最も本質的な要素のみに着目して、その対策に集中し、その後は社会の自己修復機能に期待する方法とがある。総医療費が増大していくことは避けがたい。しかし、同時に医療の非効率を最小化する努力が必要となるであろう。医師の偏在問題は病院の医師の問題である。質の医療への転換の観点で、公的な病院の集約化・集中化を推進することが考えられる。それとともに、医師のマンパワーを最大限活用するために、最善の専門医制度の下でドクターフィーを導入することも考慮に値する。

(1) 総合的対策か一点集中か

最近顕著に表れている医療現場の問題点、危機の前兆は、実は先進諸国が共通に抱える深刻な問題の一表現型に過ぎない(28)。各国共に、様々な改革の方策を模索し、一部成功し、多くは失敗に苦しんでいる。医療資源の過度の削減をすると、後日削減の程度をはるかに上回るコストが必要になる可能性が高い。したがって、長期的な視野で対策を練り上げる必要がある。現実の医療には様々な要素が関連して存在しており、非常に複雑に社会システムが関連している。このような場合には、その全体像を詳しく調査して、個々の問題点に対抗策を立て、それを実行していく総合対策方式があるだろう。厚生労働省の「医師の需給に関する検討会報告書」(29)においても、あるいは地域医療に関する関係省庁連絡会議の「新医師確保総合対策」(30)においても、総合的対策が提案されている。詳細な資料に基づいて提起された対策であり、十分尊重する必要があるだろう。一方で、医療制度は様々な要素が深く関連しあって複雑に入り組んだシステム、いわゆる「複雑系」を構成している。そう考えた場合、別の政策的アプローチを採用することも考える必要があるだろう。複雑系においては、ある改革を行うと、その波及効果が想定外の甚大な影響を及ぼし、社会システムの混乱を来す。本格的な改革には、医療制度が良い意味で自己形成するための手助けとなる基本条件だけを確立することが必要であり、個々の要素に対する修正は必要としない。むしろそのような操作は混乱を招く恐れがあり、避けるべきである。このような考え方に立って制度改革を考える手法は複雑系制御の新しい学問領域であり、最近注目されている社会技術の課題として

取り組む必要がある。

対策は有効であり、コストと時間を要しないものであり、また、医療関係者にも社会にも患者にも痛みの少ないものであるとすれば、それが最善である。もし「複雑系」としての社会の自己組織化によって医療が改善していく方策があるのならば、それが一番目的に合致している。このような観点を念頭に置いて、今後の方策を検討するべきであろう。

(2) 医療費の増額か医療の効率化か

医療が進歩していく以上、総医療費が徐々に増加することはやむを得ないことで、それを止めることはできない(31)。したがって、医療費の急速な増額を要求する場合であっても、当面の抑制を主張する場合であっても、将来その負担をどうするか議論を避けて通ることはできない。将来の負担という痛みの伴う議論を避けておいて、バラ色の将来を語ることは出来ないのである。では、近い将来に飛躍的な医療費の増大が国民的合意の下に可能となるだろうか。困難であろう。医療費の自然増に対する負担を論じることで手一杯になる可能性が最も高い。では、このような難局に対して、打つべき手はあるのだろうか。簡単ではないだろうが、原則的方向は、総医療資源の最大効率の活用の他にはあり得ないだろう。増大していく医療費が、どのように使われているのか、それは必要なのか、医療の提供者がその説明責任を負うことになるだろう。そのときに要求されるのは、いかに医療の効率化とともに質の向上を図るか、そのロードマップである。

もう一つ考えておくべきことは医療のイノベーションの役割である。革命的イノベーションは医療のあり方を根本的に変えてしまう。しかし、そのイノベーションには、医療費を著しく削減する作用のあるものと、膨大な医療費を消費する作用のあるものがある(32)。前者では、例えば痘瘡(天然痘)に対する種痘が典型的で、この致命的な疾患を消滅せしめたために、医療費を0にしまった。きわめて有効なワクチンなどはこの分類に入るであろう。一方、高度のテクノロジーを駆使した医療技術は高価なものが多い。そのこと自体はやむを得ないことである。ここで、きわめて優れた技術により長期間安定に作働する人工臓器が開発され、その埋め込みが一件1億円であったとしよう。そして、同様の技術が次々に実用化され、一人当たり10億円を消費すれば、もはや臓器の病は恐れるに足りなくなったとしよう。恐れるべきはその費用である。このような思考実験をするだけで、将来の医療の進歩には、全国民的合意と覚悟が必要になる可能性が高いことが理解できる。医療の質の向上は、もはや避けて通ることはできない。しかし、量の拡大の医療にも悩みがあったように、質の向上の医療にも、その経費負担をどうするかという困難な問題の解決を迫られる時期が

必ず到来することを忘れてはならない。持続可能な医療は必須である。そのためには、医療費増額の程度、その負担方法についての国民的合意を求めると同時に、医療を可能な限り効率の良いものに、すなわち質の高いものに転換する努力が必要である。しかし、必要な治療であっても、それをすればするほど赤字になる仕組みは受け入れがたい。そのための財源としては、医療に関する消費税のあり方を再検討するとともに(33)、消費税を福祉目的税として税率を上げるなどの検討が必要になる時が来るであろう(34)。

(3) 病院の問題かマンパワーの問題か

現在危惧されている医師の偏在に伴う医療の危機は、病院医療の危機であり、医師不足は病院医師の不足である。したがって、病院に対する対策を避けては通れない。病院を量の医療の重圧から解き放って、質の医療に転換していくためには、病院の機能分担と統合が向かうべき方向である。それを合理的に推進するための方策を医療関係者だけではなく、法的な側面、行政的な側面の関係者を交えて論じる必要がある。例えば、公的病院の合併に対する規制の撤廃、医療圏の交通状況の変化に見合う見直しなどが検討対象となるであろう。一方、医療の危機は病院のマンパワーの危機でもある。従来のように、勤務医は全て個々の病院に雇用されて定年まで就業する終身雇用型の職員とする必要があるのか、検討を要する。例えば、米国では病院に雇用されている医師に加えて、大勢の開業医が診療に参加し、全体で地域医療を支えている(35)。この就業形態の基本をなすのは医師の技術料(ドクターフィー)の存在である。現在の仕組みでは医療収入が病院に入り、医師は給与を受け取る。がんばっても、がんばらなくても、処遇に基本的な違いはない。治療経験が豊富なベテラン医師であっても、駆け出しであっても、保険診療上の支払いは同一である。このような仕組みは、今後検討を要するが、その一つの解決法が、病院に支払うホスピタルフィーと医師の技術に支払うドクターフィーを分離することであることは、すでに多くの指摘がある通りである。このような技術の評価が認められれば、医師全体の仕事のあり方を根本的に変え、質の向上をめざす医療が実現していくであろう。医師の技術料の評価を実現するとすれば、各専門領域の医師の質のコントロールに加えて、分野ごとの専門医の総数の制御が必要になるだろう。その制御が理想的に実現すれば、専門医療の質は著しく向上するであろうし、病院で働く開業医というような勤務形態も可能となり、それぞれの専門領域の医師として機能することになるであろう(36)。そして、大勢の医師が協力しながら医療を実現していくチーム医療、地域医療が実現するであろう。専門医制度を確立することが、この全てを実現する前提となる。それぞれの団体の利害のみにとらわれない専門医制度を目指すことが重要課題である。

5 結語

医療の質に対して、社会からは年々厳しい要求がつけつけられている。その要求に医療提供側は充分応えていない、あるいは応えるだけの余力が無い。このことが現在の医療の危機の根底にある。したがって、医療の質の向上によって危機に立ち向かう方策でなければ、問題を解決することはできない。その危機のありかは病院であり、また医師のマンパワーである。よって、医療の質の向上は病院医療の質の向上と医師のマンパワーの質の向上に向けられなければならない。病院の質の向上をはかるためには、現在のアクセスと量を主眼にした医療から、高い質の医療が提供できる体制への転換が必要であり、単に量を更に拡大するのでは解決できない。医師のマンパワーの質を向上させるには、医師の生活の質の改善をはかりつつ、高い質の医療が持続できる勤務システムを作り上げる必要がある。

以上述べた事項の実行には、医療はかくあるべきという理念の確立と、全国民の合意形成が必要である。医療の問題は、行政面では厚生労働省、文部科学省、総務省、地方自治体などの所管であり、また司法的判断や法改正の可能性まで含めると、政府が省庁の枠を超えた検討を開始するべき国政の最重要課題の一つであることは明らかである。今回の医師の偏在問題を一つの契機として、あるべき将来の医療制度に関して、省庁の枠を超え、俯瞰的・長期的視点で政策立案・実施できる新たな組織の発足を提言する。

日本学術会議としても、これまで指摘した諸課題の解決に向けた具体策について各分野の専門家の叡智を結集し、今後更に検討を進める所存である。

参考資料

- 1) 小児科では以前より、小児科医の確保が必要であるとして、提言や要望を公表している。日本小児科学会(平成 12 年 11 月 12 日、日本小児科学会理事会)小児科医確保に関する提言 より良き小児医療実現のために 日本小児科学会雑誌 105(1):67-68,2001。あるいは、小児科学会会長、小児保健協会会長、小児科医会会長連名による小児救急医療体制整備に関する要望(平成 13 年 7 月 27 日) 日本小児科学会雑誌 105(8):906-907,2001 がある。
- 2) 厚生労働省 臨床研修医在籍状況の推移
<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/zaiseki/index.html>
平成 15 年より遡ると、更に多くの研修医が大学で研修をしていた。例えば、国立大学附属病院長会議(大学附属病院における卒後臨床研修の在り方に関する調査研究会)の「大学附属病院等における卒後臨床研修について(中間まとめ)」(平成 7 年 10 月 24 日)
http://www.univ-hosp.net/guide_cat_01_2.pdf
また、厚生白書(平成 7 年版 p.108)には卒後臨床研修は卒業者の 8 割が受け、その内 8 割が大学で受けているとの記述がある。
- 3) 文部科学省 大学院の現状等(大学院を置く大学、在学者の状況)
http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chukyo/chukyo4/gijiroku/009/04111201/005/002.htm
- 4) 全日本病院協会 医療制度・税制委員会 「医師臨床研修制度に関する調査」報告書(平成 18 年 2 月)
http://www.ajha.or.jp/activity/2006/060810_2.pdf
において、この調査の対象となった病院では約 40%で「引き上げ」が行われたと報告している。
- 5) 厚生労働省の医師・歯科医師・薬剤師調査によると、産婦人科医の総数がやや減少の傾向にはあるものの、小児科は徐々に増加している。
各診療科別の医師需給について(厚生労働省:第13回医師の需給に関する検討会資料)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/05/dl/s0529-5a.pdf>
ただし、この報告は 2 年に一度の調査に基づき、最終データが初期臨床研修必修化の始まった平成 16 年度であることに注意を払う必要がある。いずれにせよ、総数の減少の問題ではなく、偏在による局所的不足に大きな問題がある。
- 6) 日本小児科学会 病院小児科医の将来需要について(厚生労働省:第3回医師の需給に関する検討会資料)

<http://www.mhlw.go.jp/shingji/2005/04/s0406-6a.html>

によると、今後着実な病院勤務の小児科医の増加が必要としている。

- 7) 藤井 信吾 日本における産婦人科医療の危機(厚生労働省:第3回医師の需給に関する検討会資料)

<http://www.mhlw.go.jp/shingji/2005/04/s0406-6b.html>

によると、産婦人科は、今危機的な状況にあると分析している。

- 8) 日本産科婦人科学会・女性医師の継続的就労支援のための委員会 2006 年度「女性医師の継続的就労支援のための調査」中間報告(平成 19 年 3 月)

http://www.jsog.or.jp/news/pdf/jyoseiishi_shuuroushien19MAR2007.pdf

日本産科婦人科学会の会員は年を追うごとに明らかに男性会員が減少して、女性会員が増加している。

- 9) 日本医師会 福島県立大野病院の医療事故問題について

<http://www.med.or.jp/nichikara/fseimei/index.html>

各団体からの見解が掲載されている。

- 10) 小松秀樹 医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か 朝日新聞社 平成 18 年

- 11) 橘木俊詔「格差社会 - 何が問題なのか」岩波新書 1033 平成 18 年。86 ページにそのような記述がある。

- 12) 日本医師会 福島県立大野病院の医療事故問題について(9)と同じ)

<http://www.med.or.jp/nichikara/fseimei/index.html>

- 13) 厚生労働省統計表データベースシステム 第1-24 表 諸外国の周産期死亡率(出生千対), 年次別

<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/data17k/1-24.xls>

- 14) 近藤克則「医療費抑制の時代」を超えて - イギリスの医療・福祉改革 医学書院 平成 16 年。

- 15) 厚生労働省 平成 16 年度厚生労働白書

<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/04/dl/0a.pdf>

序章 現代生活と健康 において、WHO「The World Health Report」2000 年のランキングを示している。それによると、2000 年の報告において、わが国の保健医療システムの総合目標達成度は 191 か国中第一位とされている。

- 16) 厚生労働省 医師の需給に関する検討会報告書 平成 18 年 7 月

<http://www.mhlw.go.jp/shingji/2006/07/dl/s0728-9c.pdf>

なお、

<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/aCategoryList?OpenAgent&CT=30&MT=070&ST=040>

より、この報告書に付随する大量の資料をダウンロードすることができる。

- 17) 医師の総数については、OECD 諸国に比較してかなり少なめであるという意見も多い。しかし、マクロ的に見ると、総医師数はやや少なめであり、平成 34 年(2022 年)には需給が均衡し、以後過剰に転ずるとされている。
<http://www.mhlw.go.jp/shingji/2006/07/dl/s0728-9c.pdf> (16)と同じ)
また、地方においては医師不足が深刻であるとする資料は多い。特に小児科、産科においては地方の医師不足は深刻であり、以下のような要望書が多数公表されている。
全国知事会 医師確保に関する要望書
http://www.nga.gr.jp/upload/pdf/2006_7_x03.PDF
- 18) 長谷川敏彦 医師の需要と供給の課題(厚生労働省:第9回医師の需給に関する検討会資料)
<http://www.mhlw.go.jp/shingji/2005/10/s1028-6c.html>
ここにスキルミックスに関する議論がある。医師や看護師の業務を国際標準に準拠するには、スキルミックスの考え方を避けることはできない。
- 19) 日本学会協議地域医学研究連絡委員会 「医師卒後臨床研修の改善について」(平成 6 年 2 月)
2 年間の研修義務化を提言しており、この提言の内容が、ほぼそのまま現在施行されている。なお、わが国における医師臨床研修のあゆみについては、医学界新聞の特集に詳しい。
http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsprr/n2004dir/n2566dir/n2566_02.pdf
- 20) 厚生労働省 平成 16 年度厚生労働白書
<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/04/dl/0a.pdf>
序章 現代生活と健康 において、WHO The World Health Report などのランキングを示している。15) と同じ。
- 21) 医療費の国際比較では、OECD より刊行されている OECD Health Data が客観的な指標を与えてくれるものと考えられる。OECD Health Data 2006 が最新である。
http://www.oecd.org/document/30/0,2340,en_2649_34631_12968734_1_1_1_1,00.html
かつての日本の医療では、医療費に占める薬剤費の割合が世界でも異例に高いことはよく知られた事実であった(厚生白書 昭和 57 年版など)。しかし、薬剤比率は最近ヨーロッパ諸国のレベルに低下してきている。
- 22) 平成 16 年度医療施設(動態)調査・病院報告の概況 統計表
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/04/index.html>
- 23) OECD (訳)伊藤友里 OECD Health Data 2003 3rd Edition 図表でみる世界の医療 OECD インディケータ (2003 年版) 明石書店 (平成 16 年)

OECD (訳)伊藤友里

- 24) 日本医師会 グランドデザイン 2007 - 国民が安心できる最善の医療を目指して
- 総論 2007年3月
http://www.med.or.jp/nichikara/gd2007/gd2007_all.pdf
- 25) パターナリズムは訳語として「家長主義」、「温情的干渉主義」が当てられる。何も説明もせず意見も聞かず、決めた方針を最善のものとして行うこと。星野一正「医療の倫理」岩波新書 201 平成3年
- 26) 「医療崩壊」の著者である小松秀樹氏が平成18年6月のインタビューにおいて、このような意見をすでに述べている。
http://mric.tanaka.md/2006/06/09/vol_17_mric.html
- 27) 全国医学部長病院長会議の発表した「地域医療に関する専門委員会報告」が吉村博邦 臨床研修修了後の医師の教育(大学病院)と題する記事に引用されている。日医ニュース 第1077号(平成18年7月20日)
<http://www.med.or.jp/nichinews/n180720p.html>
外科学会の動きも最近報道された。
門田守人(講演) 外科医不足の現状について
http://www.thekyoto.net/press_club/2007/070409_01.html
Yomiuri Online 読売新聞(平成19年4月5日)
「外科医志望いなくなる」...門田阪大教授、窮状訴え
http://osaka.yomiuri.co.jp/edu_news/20070405kk01.htm
- 28) OECD (訳)阿萬哲也 世界の医療制度 - 質の良い効率的な医療システムに向けて - 明石書店 2005年1月
- 29) 厚生労働省 医師の需給に関する検討会報告書 平成18年7月(16)と同じ
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/dl/s0728-9c.pdf>
- 30) 地域医療に関する関係省庁連絡会議 新医師確保総合対策 平成18年8月
<http://www.mhlw.go.jp/topics/2006/08/dl/tp0831-1d.pdf>
この他に
厚生労働省 小児科産科若手医師の確保・育成に関する研究 報告書
<http://www.mhlw.go.jp/houdou/2005/06/h0628-2.html>
日本産科婦人科学会 産婦人科医療提供体制検討委員会最終報告書 わが国の産婦人科医療の将来像とそれを達成するための具体策の提言 平成19年4月
http://www.jsog.or.jp/news/pdf/iryouteikyotaisei_last12APR2007.pdf
などの提言や報告がある。
- 31) 兪炳匡 「改革」のための医療経済学 メディカ出版 2006年
- 32) 広井良典 医療の経済学 日本経済新聞社 1994年 p.217 に高名なルイス・

トマス (Lewis Thomas) のモデルとして紹介されている考え方である。
出典 Thomas L: The Lives of a Cell: Notes of a Biology Watcher. New York,
The Viking Press, 1974, pp31-36.

- 33) あまり知られてはいないが、医療機関にとって消費税は損税となっている。患者は消費税を負担する必要はないが、医療機関は診療材料購入時に消費税を支払っているからである。
- 34) 福田浩三 病院の消費税 損税解消への道 - 日本の消費税の欠陥を憂いながら - 日本病院会雑誌 2007年1月号 p. 30-38
- 35) 村田雄二(講演) 平成17年度(第29回)大阪府医師会 医学界総会 特別講演 アメリカの医療の現状 によくまとまった説明がある。
<http://www.osaka.med.or.jp/oma/kaihou200601c.html>
- 36) 梅垣 裕 麻酔科開業の現状と今後 保険医療制度下における麻酔科開業医のあり方 日臨麻会誌 25(5):507-517, 2005
http://www.jstage.jst.go.jp/article/jjsca/25/5/507/_pdf
麻酔科の開業はこのような動きの萌芽なのかも知れない。