

平成20・21年度
勤務医委員会答申

医師の不足、偏在の是正を図るための方策
- 勤務医の労働環境(過重労働)を改善するために -

平成22年3月

日本医師会勤務医委員会

平成 22 年 3 月

日本医師会
会長 唐 澤 祥 人 殿

勤務医委員会
委員長 池 田 俊 彦

勤務医委員会答申

勤務医委員会は、平成 20 年 7 月 16 日の第 1 回委員会において、貴職から「医師不足、偏在の是正を図るための方策 - 勤務医の労働環境（過重労働）を改善するために - 」との諮問を受けました。

これを受けて、委員会では 2 年間にわたり鋭意検討を続けてまいりました。

ここに委員会の見解を答申に取りまとめましたので、報告いたします。

勤務医委員会

委員長	池田俊彦	福岡県医師会副会長 福岡県国民健康保険団体連合会診療報酬審査委員長
副委員長	渡辺憲	鳥取県医師会常任理事 社会医療法人明和会医療福祉センター渡辺病院長
委員	泉良平	富山県医師会副会長・富山市立富山市民病院長
"	大笹幸伸	大阪府医師会理事・大阪市立十三市民病院長
"	鈴木厚	川崎市立井田病院地域医療部長
"	相馬正義	日本大学医学部附属板橋病院総合内科教授
"	田中乙雄	新潟県医師会理事・新潟県立がんセンター新潟病院長
"	當銘正彦	沖縄県医師会理事 沖縄県立南部医療センター・こども医療センター副院長
"	錦織優	島根県医師会常任理事・松江市立病院長
"	廣畑衛	香川県医師会副会長 三豊総合病院組合保健医療福祉管理者
"	福田健	栃木県医師会常任理事 獨協医科大学呼吸器・アレルギー内科教授
"	藤巻わかえ	女子栄養大学人間医科学研究室教授
"	本田宏	埼玉県医師会勤務医部会幹事・社会福祉法人恩賜財団済生会埼玉県済生会栗橋病院副院長
"	三宅直樹	北海道医師会副会長 医療法人社団悠仁会羊ヶ丘病院顧問
"	望月泉	岩手県医師会常任理事・岩手県立中央病院副院長

(委員：五十音順)

目 次

はじめに	1
. 医師不足問題概観	2
. 医師不足について	5
1 . 医師不足の現状 5	
2 . 医師不足の原因 6	
3 . 医師不足対策 9	
. 医師偏在について	14
1 . 医師偏在の実状 14	
2 . 偏在はなぜ起こるか 19	
3 . 偏在の是正の方策はあるか 21	
. 勤務医の労働環境について	25
1 . 勤務医の過重労働の実態 25	
2 . 過酷な労働環境をもたらした原因 26	
3 . 労働環境の改善策を考える 27	
. 医師不足・偏在対策・過重労働の是正の意義	31
. 国民とともに考える視点から	33
1 . 医師はなぜ、劣悪な医療環境を国民に伝えられなかったのか 33	
2 . 社会的共通資本としての医療 33	
. 社会保障の視座	35
1 . 憲法第 25 条が守られていない日本 35	
2 . 社会保障軽視は明治から 35	
3 . 社会保障軽視の深層、官尊民卑と経済界の問題 36	
4 . 日本医師会に求められるもの 36	
おわりに	38

はじめに

本来、経済成長の実りは、安心安全で豊かな社会の構築に向けられるべきであるが、この国では、経済成長そのものが目的化し、経済成長の実りは、ひたすら、さらなる経済成長へと注ぎ込まれてきた。

そのため、国民生活にとって最も重要な社会保障に綻びが生じ、医療も崩壊の度合いを深めつつある。医師の不足は極に達し、偏在は顕著となり、医師、特に勤務医の、過密、過重、長時間労働という過酷な勤務環境をもたらしした。

勤務医の疲弊はともかく、国民に対し、質の高い医療の提供が危ぶまれるだけでなく、特に医療安全の面でも大きな影を落としている。

このような時に、唐澤会長から、当勤務医委員会に、「医師の不足、偏在の是正を図るための方策 - 勤務医の労働環境（過重労働）を改善するために - 」という諮問をいただいた。極めて時宜を得た御下問と受けとめている。

もちろん、少々議論し、知恵を集めたからといって、簡単に解決策が結論できるものではないが、医師不足の解消は、一刻の猶予もならない喫緊の課題であり、焦眉の急であることから、真摯に取り組み議論を続けてきたところである。

医師不足を判断するための的確な指標に乏しく、直感や風評で捉えられがちだが、できるだけ、科学的、論理的に解析し、あるべき方向への解決を目指したい。

根本的には、社会保障を充実させていくという強い理念と、医療に必要な財源を投入するという具体的な施策の実施が重要であるが、医療提供のあり方や受診のあり方にも改善の余地があるかも知れない。

医師不足、偏在の捉え方やその解決策についても、委員間で、意見、理念、価値観において、微妙な相違があり、多少一貫性の欠ける点があるかも知れないが、できるだけ、共通認識で、広い視野、深い洞察のうえ、しかも、医師の視点だけでなく、国民の視点に立って、現実的課題と中長期の展望からの課題に分けて、この答申をまとめた。

・ 医師不足問題概観

1961(昭和36)年に制定された国民皆保険制度が、日本の医療の原点といえる。それ以前の医療は、盲腸と診断されても手術料金を払えない低所得者は手術を受けられず、疫癘になれば子どもは点滴を受けられず死を待つだけであった。この悲惨な状況を救ったのが国民皆保険制度であり、いつでも、どこでも、誰でも十分な医療が受けられるすばらしい制度である。

国民皆保険制度は国民に大きな恩恵をもたらしたが、患者の増大が医師不足を引き起こし、そのため1県1医大構想が実施され、1979(昭和54)年に琉球大学医学部が開設されて、全都道府県の医大構想が完成した。

しかし一方で、「医療従事者について、将来の需給バランスを見直し、医師の過剰を招かないよう合理的な医師養成計画を樹立する」などとした、1982年の第二次臨時行政調査会の答申を受けた厚生省(当時)は、1985年に医学部の入学定員をはじめ削減した。

1984年に8,280人だった医学部入学定員は、医師不足が課題となった2007年でも7,625人に抑制されたままであった。世界各国が将来の高齢化社会と医療高度化を予測して医師数を増やしたが、日本は世界の流れに逆行し、医師数抑制に走ったのである。

医師不足が表面化したのは、2004年の「医師の名義貸し事件」であった。病院の医師定数は医療法に決められており、定数を満たさない病院は入院基本料が減額される仕組みになっていた。そのため医師定数を満たさない病院は、医師の名義を借りて定数を偽装したのである。ちなみに、医師定数は1948年に定められたものであり、その後約60年もの間この見直しが行われていないのは大きな問題である。

医師定数の偽装は法律違反であるが、北海道、東北地方では48%の病院が、全国では25%の病院が医師の定数を満たしていなかった。北海道など医師不足に悩むべき地の病院にとって「医師の名義貸しは必要悪」であった。べき地の病院は医師不足に悩み、都市部の医学部大学院生たちは、身分保証のない無給だった。これを調節したのが名義貸しである。しかし、医師定数を偽っていた病院は詐欺罪同様に罰せられ、悪質とされたべき地の病院は閉院になった。国が定めた医師定数を病院が守れなかったのは、医師の絶対数不足によるもので、「病院の医師不足は、医師育成を怠った

政策の結果」といえる。2007年ごろから医師不足が騒がれたが、それ以前から日本は医師不足だったのである。

経済協力開発機構(OECD)加盟国の医師数は、OECD Health Data(Ver. June 2009)によると、人口千人当たり平均3.1人であるが、日本の医師数は2.1人と少なく、OECD加盟国の平均医師数より約13万人不足しており、世界との格差は年々拡大している。現在、日本の人口千人当たりの医師数は、OECD加盟国の下から4番目、2006年の世界保健機関(WHO)の報告によると、世界では63位になる。なお、欧米の医師数は患者を診察している医師の実数であるが、日本の医師数約28万人は保健所に届けた医師数をもとにしてカウントされている。患者を診察していない研究者や、80歳以上の引退した医師も含まれており、臨床現場での実働数をカウントしたものではない。また、結婚して苗字を変えた女性医師が二重登録されていた例もある。このような算定では、日本の医師の絶対数はさらに少なくなると考えられる。

フランスの人口千人当たりの医師数は3.4人であるが、それでも足りないとして医師数を5年間で1.5倍に増員、アメリカも同様に1.3倍の増員をすでに実行している。欧米各国とも医療の専門化と高齢者増加に対応するため医師数を増やしているが、日本は減らし続けたため、その付けが回ってきたのである。日本の医師数は世界標準の3分の2にすぎないのに、2000年の厚生省「医師の需給に関する検討会」では、医師は将来過剰になると報告した。また、2006年には「医師は満たされている」とし、翌2007年になっても「医師不足は医師の地域偏在、診療科偏在」と主張したのである。

日本の医師数を都道府県別で見ると、最も多い県ですらOECD平均の3.1人に達していない。各都道府県における医師の地域格差は事実だが、それ以前に医師の絶対数が少なすぎるのである。

医師不足は過疎地を直撃した。過疎地の病院が減少したため高齢者は山を越え、隣の県の病院で治療を受けるようになった。そして医師不足は過疎地から地方都市へ、地方都市から大都市へ波及し、首都圏でも妊婦は出産できる病院を探すようになり、救急隊員も患者を受け入れる病院を探し回るようになった。このような危機的状態が起きているにもかかわらず、厚生労働省(以下、厚労省)のなかには、たとえ診療報酬の削減等により、

半数くらいの病院が閉院になるとしても、閉院となる病院から医師や看護師がほかの病院に移るので、必要な医師数は確保できるといった考えがあったとも聞いているが、国民の健康を考えない、まったくあきれた理屈である。日本の病院の人手不足は、医師や看護師の過重労働を引き起こし、多忙と精神的疲労から医療にとって最も大切な人材が病院から立ち去ったのである。

． 医師不足について

1． 医師不足の現状

この四半世紀の間に、医療の進歩、急速な高齢化社会の到来、財政問題など医療を取り巻く環境は急速に変化してきた。国民の権利意識の高揚もあり、安全確保のための手順のコストが増加し、病状説明の時間、文書作成、会議、電子カルテの操作など、医師、特に勤務医の労働環境が悪化していった。

2004年に導入された新医師臨床研修制度は、医師不足をより顕在化させた。すなわち、研修先として都市部の病院を選ぶ新人医師が増え、地方の大学病院などの人手不足が深刻になった。時代とともに研修医の考え方が変わって臨床能力主義になってきたことも一因と思われる。そのため、大学では市中病院から中堅医師の引き揚げを行い、市中病院では医師不足が生じることとなった。市中病院における労働環境の悪化は、勤務医が燃え尽きて病院を“立ち去って”開業し、さらに勤務医不足を加速するという悪循環を進行させ、医療崩壊とも称される事態が現出するに至った。新制度の導入により大学に研修医が減少し、大学医学部の医師派遣機能が弱体化したが、もともと従事医師数が手薄な地域で派遣医師数が最も減少しており、地域間格差が広がっている。

日本医師会が2008年10月、都道府県医師会と病院を対象に行った「医師確保のための実態調査」の報告によると、47都道府県医師会の回答では42医師会が病院医師数を不足と考えている一方、診療所医師については18医師会が不足、14医師会が充足と考えており、各県で差があることが分かった。また、病院医師の不足は335の二次医療圏のうち281圏域、83.9%で見られ、不足している診療科目としては産科・産婦人科、小児科、救急医療、麻酔科が多い。

次に、病院調査では2,668病院が回答しているが、5年前と比較して病院全体で医師数が減少した病院の割合は39.6%（増減なし26.0%、増加した34.4%）であり、診療科別では産科・産婦人科、内科などで減少の割合が高い。病院属性別で見ると、医師数が減少した病院の比率は大学以外の研修病院が一番高い。医師数が減少した病院の比率を見ると東北地区、中国四国地区が高い。都道府県別では三重、鳥取、山形、和歌山、栃木な

どである。大学・公的病院からの供給医師数が減少した病院の比率が高いのは、中国四国地区、東北地区、中部地区であった。医師不足を理由として起きた問題は、外来の閉鎖・休止・縮小が最多で 487 病院、病棟閉鎖・病床縮小が 253 病院、夜間等の救急対応休止が 189 病院であった。病院長の回答では、病院全体で医師不足を感じている比率は 71.5%で、特に救急医療、産科・産婦人科、内科、麻酔科などが高く、この医師不足感は大学以外の研修病院が 78.2%と最も高かった。

日本医師会は、この実態調査で病院長に質問した必要医師数と現状の医師数とを比較し、現状の約 1.10 倍の医師数が必要と推計した。現状と比較して必要な医師数が大きい県は、島根、青森、新潟、三重、高知、富山、山口などとなっている。また、日本の人口千人当たりの医師数は 2.1 人であるが、この平均未満の二次医療圏で一律 2.1 人に引き上げるとすると必要な医師数は 1.15 倍であるとした。以上のデータや考え方を踏まえ、日本医師会は現時点で、医師数を中長期的に現状の 1.1~1.2 倍にすることが妥当と考えている。なお、2008 年 9 月には厚労省「『安心と希望の医療確保ビジョン』具体化に関する検討会」において、「OECD の平均医師数がわが国のその約 1.5 倍であることも考慮し」、「将来的には 50%程度医師養成数を増加させることを目指すべき」との報告書がまとめられている。

医師の適正数は何人かという根源的な問いに対しては、わが国のあるべき医療の姿（グランドデザイン）をまず示さなければならない。そのためには地域ごとの保健医療計画による対応が不可欠と思われる。都道府県の役割を明確にして、病診連携、病院の集約化などを含めて医療提供体制を構築しなければならない。他の社会保障分野との関連や財源のあり方について幅広い検討が必要である。

2008 年、国はようやく医師不足を認め、医師養成数の抑制方針を 23 年ぶりに転換した。しかし、医師数の増加が実現し始めるのは約 10 年後からであり、医師数が充足するまでの対策が早急に必要である。また同時に医師の養成機関である大学の教育の質を維持していくことも喫緊の課題である。

2 . 医師不足の原因

わが国の医師不足は、医師数の絶対的不足、病院における必要な勤務医

不足、地域や診療科における医師の遍在、医療の高度化・専門化による患者の期待度増加に対する専門医の需要と供給のアンバランスによる不足などが考えられるが、それらの原因は決して単純ではなく、種々の複合的誘因が相俟って現在の医師不足を惹起している。

(1) 医師不足をもたらした直接的要因

医療費抑制政策

WHO の発表する健康達成度の各国比較によると、日本人の健康寿命は世界一であり、健康達成度の総合評価も世界一である。しかし、医療に投下されている対 GDP 比総医療費は OECD 加盟国中 21 位という低い状況である。国民医療費の増加は、人口の高齢化、医療の高度化・専門細分化、医療技術の進歩、交通網などのインフラ整備などによる自然増に負うところが大きい。しかし 1970 年代後半、高度経済成長の鈍化により GDP 上昇率が低下し、国民総医療費の伸び率が問題となった。そして、第二次臨時行政調査会の答申を受け、わが国は約四半世紀にわたり、医療費抑制政策を実行してきた。この低医療費政策が、診療報酬の抑制や医学部入学定員数の削減、さらに医療技術の進歩と相俟って勤務医の過重労働や疲弊を促進し、医師のモチベーションの低下につながり、現在の医師不足や医療崩壊の主要因となった。

医学部入学定員数の削減

医学部の入学定員数は、1970 年に 4,040 人であったが、「最小限必要な医師数を人口 10 万対 150 人」との政策提言を受けて、1 県 1 医大構想の実施、さらには私立新設医学部の急増により、医学部入学定員数は 8,280 人（1981～84 年）と大幅に増加していた。しかし、医療費抑制政策のもとに「医師数抑制閣議決定」が出された結果、医学部入学定員数は 1985 年に 8,260 人、1999 年には 7,630 人と削減され、さらに 1997 年の「医師数抑制継続閣議決定」により 2003 年から 2007 年にかけては 7,625 人まで抑制されていた。このため、前述のとおり OECD 諸国の人口千人対医師数（スウェーデン 3.6 人、ドイツ 3.5 人、フランス 3.4 人、アメリカ・イギリス 2.4 人）に比し、わが国では 2.1 人と絶対的に医師数が少なくなっている。

(2) 医師不足をもたらした間接的要因

医療の専門化・細分化

近年、医師法・医療法、医療保険制度や各学会の専門医制度推進などにより、医療内容の専門化・細分化は著しく医師の仕事量を増加させた。従来のパターンリズム的医療からの脱皮は、患者・家族への説明と同意（インフォームドコンセント）が必要となり、また各種の説明文書や同意書、診断書の作成に要する時間は医師の労力を奪っていた。各診療科はそれぞれ臓器別、疾患別診療体制を要求され、1人の患者に複数の医師が専門医的立場からの診療に携わることを求められるようになり、結果として相対的医師数不足に拍車を掛けている。

労働に見合わない給与水準や勤務環境

わが国における医師数の絶対的不足は、次第に1人の医師の労働時間を増加させ、時間外勤務や日当直などは明らかに労働基準法から逸脱していたが、永年医師は職業的倫理観・使命感・義務感からそれらを当然のものとして頑張ってきた。しかし近年、社会や住民、患者などが、医師としての価値観や倫理観、職業人としての誇りを傷つけ、奪う事例が多く見られ、医師自身にも労働環境に対する評価に大きな変化が起こってきた。同時に、医療費抑制政策により多くの公的病院を中心に経営が困難となり、慢性的な赤字を計上するようになった。しかし、社会や住民は病院に過剰とも言える医療期待度や経営の効率化を要求している。そのため、公立病院を中心に一律に職員給与の削減策が実行され、その報酬額が労働対価に見合わないと感じた医師は病院を去って行き、残された医師の労働環境は益々悪化し、勤務医不足を加速させた。

医療訴訟の増加や患者要求（期待度）の高まり

さらに、労働対価の低下や勤務環境の悪化に負けず努力していた医師の勤務意欲を失わせ、いわゆる「立ち去り型サボタージュ」と呼ばれる勤務医不足に輪を掛けたのが、医療訴訟の増加、マスメディアの恣意的報道、住民・患者モラルの低下であった。これらは、医師としての価値観や義務感、倫理観を崩壊させる大きな間接的要因となって勤務医不足を助長させた。

(3) 医師不足を顕在化させた要因

新医師臨床研修制度

2004年4月より開始された「新医師臨床研修制度」がわが国の医師不足をより顕在化させた。それまで多くの医師は医学部を卒業した後は出身大学の大学病院に残り、自分が選んだ診療科の医局に属していた。地域の病院は、関連大学医局人事により医師派遣を受け、医師の交代などの人事は、各科医局の一存により決定され、地方の病院医師確保が維持されていた。しかし、この研修制度により指定病院の要件が緩和され、研修医は大学医局に属することなく自由に研修病院を選択できるようになった。その結果、新人医師はこぞって症例の多い都会の大病院を目指すようになり、大学病院や地方の総合病院を避ける傾向になった。新制度導入前は72.1%の研修医が大学病院に残っていたが、導入後は50%以下になり、地方の大学病院ほどその傾向が強い。しかも、都市部の民間病院でも医師不足は深刻であり、これらの都会に集中した研修医の大半は地方の大学病院に戻ることはなかった。この一連の流れにより、地方大学病院での医師不足が逼迫し、中山間地、へき地などの地方病院に派遣していた医師の引き揚げとなり、その結果各地の病院での医師不足が顕著となった。

女性医師の労働環境の未整備

近年、女性の社会的進出や地位の上昇とともに、医学部入学者における女性の増加は著しく、大学によっては40～50%が女子医学生となり、女性医師数は10年前に比し約1.5倍となっている。しかしながら、女性医師が結婚・出産・育児等と医師業務とを両立させる社会的環境の整備はいまだ進んでおらず、病院における就労環境もまったく未成熟なため、第一線を離脱もしくは医業そのものを辞めざるを得ない女性も多い。その結果、臨床の現場における医師数の減少に大きな影響を与え、医師不足を顕在化させる一因ともなった。

3. 医師不足対策

医師不足解消への施策も数多く提案されているが、実現には財政面からの画期的支援も不可欠である。今回の政権交代によりどの程度改善される

のか不透明な感もあるが、今後の見守りが必要であろう。日本医師会は医療側の問題点やあるべき姿を国民および国に提示し、理解が得られるよう努力を続ける責務があると考えます。

医師不足対策を考えるに当たっては、医師不足の原因を考慮しなければならない。医療費抑制政策が根本にあるからには、財源の確保は必須である。すなわち、(1)診療報酬の引き上げ、(2)公的財政支援の確保(公立病院の赤字解消、救急医療、産科医療、へき地医療への公的補助、勤務医の就業環境の改善)、(3)医学教育に対する公的支出の引き上げ、がある。

財源確保が十分になされれば、以下の施策も実行性が高まる。

医師養成数の増員

ただし、増員数の決定のため、医師の実際数と人員配置標準の見直しを含めた適正数の算出が必要である。また、指導教員の増員処遇改善、ハード面での整備は当然である

医学教育の見直し

奨学金制度の推進、地域枠の設定、総合医を視野においた学部教育の見直し、新医師臨床研修制度の見直し、メディカルスクール構想

勤務医の就業環境の改善

交代勤務制の導入、主治医制・当直制の見直し、訴訟上のリスク低減、存院日数短縮政策の是正、給与水準の改善確保等

女性医師への支援

離職の防止策、再就業支援策の実施、短時間正規雇用の推進、院内保育所の整備、特に長時間保育や病児保育の完全実施

ドクターバンク

定年後の雇用継続で、社会的貢献は十分果たし得ると考える

医療連携の推進

開業医と勤務医の連携、救急医療の連携、各医療機関の機能分担と連携等

医師、コメディカル等の業務分担

看護職員等の業務拡大、医療秘書の養成、院内助産所、助産師外来等
住民・患者とともに考える取り組み

住民・患者の医療への理解と協力を得る取り組み(市民フォーラム等)

住民、医療者、行政がともに地域の医療に取り組み実効を上げる等

各地域でそれぞれどのような対策を行っているのかは不詳であるが、北海道では次ページの医師確保関連対策を実行し、これに対して5億円の予算を計上している。一地域のことだが、医師不足対策を考えるうえでの参考にはなるかも知れない。

北海道の主な医師確保関連対策

(○数字は年度)

制度名		概要	実績等
常勤医師等	北海道医療対策協議会	医師派遣(紹介)連絡調整分科会 〔 医師確保が困難な市町村立病院・診療所における医師の確保のため、三医大、市町村、民間病院、道が協力して医師派遣(紹介)に係る調整を実施 〕	⑰に向けた調整 7件要請→7件調整 ⑱に向けた調整 17件要請→14件調整 ⑲に向けた調整 14件要請→9件調整 (41名) (21名) ⑳に向けた調整 12件要請→6件調整 (31名) (8名) ㉑に向けた調整 11件要請→3件調整 (17名) (6名)
	札幌医科大学地域医療支援センター	医師確保が困難な地域における市町村立の病院・診療所に対して、札幌医科大学所属教員を派遣(派遣期間は4年を限度)。派遣先は、市町村からの要望に基づき、保健福祉部と札幌医大が協議して決定	㉑派遣職員数15名
	自治医科大学卒業医師	過疎地医療機関に対して、道職員である自治医科大学卒業医師を一定期間派遣	㉑派遣職員数10名
	北海道地域医療振興財団	財団に求人登録した医療機関に対して、財団ドクターバンクから医師を紹介・斡旋	㉑紹介成立件数18件
	地域医療支援派遣医師確保事業	道内外の医師を道職員として採用し、地域の医療機関へ派遣する新たな医師派遣体制を構築することにより、地域の医師不足の改善を図る	⑲1名(根室市立病院) ㉑7名(滝川市立病院、深川市立病院、留萌市立病院、ほか研修3名)
	医師研修費貸付金事業	地域医療を担う医師を確保するため、一定期間地域の医療機関に勤務することを条件に臨床研修医、大学院生を対象とする貸付金制度	㉑4名貸付(うちH21 2名地域勤務)
	緊急臨時的医師派遣体制整備事業	医師不足が深刻な地域の医療を確保するため、医師確保が困難な地域の医療機関に対し、都市部の病院等が、緊急・臨時的に医師を派遣する	㉑19医療機関 延べ812日派遣
	道外医師招へい等事業	北海道の地域医療に関心のある道外の医学生や医師を対象に、臨床研修病院合同説明会や戸別訪問などによる招へい活動を積極的に実施する	㉑地域医療体験実習 17名(道内3、道外14)
	医師版移住促進事業	北海道での勤務を考えている医師およびその家族を対象に、地域医療の現場視察や体験勤務のほか、希望する勤務地での生活体験などを実施し、具体的な医師確保に向けた取り組みを展開する	・「北海道暮らし717」との連携 ㉑地域医療現場視察 8名(足寄町、大樹町、弟子屈町ほか)

(○数字は年度)

	制度名	概要	実績等
短期医師	北海道地域医療振興財団		
	財団ドクターバンク登録医師の派遣	過疎地などの市町村立医療機関に対して、財団ドクターバンクから休暇取得時等の代替医師や診療協力医師を派遣	㊿派遣日数 延べ1,679日
	熟練ドクターバンク(H16.9設置)	勤務医で定年退職された方や、開業医で代を譲られた方などによる「熟練ドクターバンク」を設置し、地域の医療機関に対する診療支援を実施	㊿派遣日数(上記の内数) 延べ629日 登録医師 54名
	北海道女性医師バンク(H18.3設置)	育児のため一時的に現場を離れている女性医師などを対象とする「北海道女性医師バンク」を設置し、女性医師が抱える事情・希望にあわせて、柔軟な勤務環境や研修機会を提供	㊿登録医師 15名
	地方・地域センター病院からの医師派遣	地方・地域センター病院から地域の医療機関に対して、学会出席時等の代替医師や診療協力のための医師を派遣	㊿派遣日数 延べ1,068日 *地方センター病院4カ所 地域センター病院5カ所
医師養成	北海道臨床研修病院等連絡協議会	道内の臨床研修病院や3医育大学などで構成する「北海道臨床研修病院等連絡協議会」において、臨床研修体制の整備を図るとともに、医学生に対する合同説明会を開催	19年説明会参加学生数 札幌：185名 東京：35名 20年説明会参加学生数 大阪：12名 札幌：168名 東京：27名 21年説明会参加学生数 札幌：146名 東京：44名
	総合医養成支援事業	本道の地域医療を担う総合医の養成・確保を図るため、卒後臨床研修修了後の医師を対象として総合医養成のための後期研修を行う病院に対する補助を実施	㊿実績 継続 6名 +新規 5名 ㊿実績 継続 4名 +新規 7名
	指導医養成事業	道内臨床研修病院の研修指導医等において、指導的立場に立つ医師を対象に、プライマリケアの指導方法等に関する講習会を実施し、地域の臨床研修病院の指導体制の充実を図る	H20.9.6~7(第1回) ・受講者 39名 H21.2.14~15(第2回) ・受講者 39名 札幌市で開催 (共催：道医師会)
	医師奨学金貸付事業	地域医療を担う医師を確保するため、一定期間地域の医療機関に勤務することを条件に医育大学地域枠入学者を対象とする奨学金制度	㊿8名貸付

． 医師偏在について

1． 医師偏在の実状

医師の偏在が社会問題化している。偏在には、大きく地域間の偏在と診療科間の偏在の2つがあり、両者が絡みあって地域医療の現場に影を落としている。本項ではデータに基づき、この2点から医師偏在の実状を述べる。

(1) 地域偏在

医師数の全国平均は、表1のとおり2006年で人口千人対2.19人、都道府県別では最大が京都府の3.01人、最小が埼玉県の1.42人であった。都道府県格差は2.12倍で、地域別では北海道、東北、東京都を除く関東甲信越、中部、近畿の一部で全国平均以下であり、中国、四国および沖縄を除く九州は全域で全国平均以上であった。2002年から2006年にかけて、人口千人当たり医師数の増加率が高い県のうち、岩手県、島根県、長崎県では、この間の人口が2%以上減少しており、分母である人口減が人口千人当たり医師数の増加に寄与する例もある。

同一県でも、県庁所在地を含む都市部と地方では、医師数の違いは顕著である。岩手県の二次医療圏別に人口千人当たりの医師数を見ると、県庁所在地である盛岡には医科大学があり、2.80人と全国平均の2.19人を大きく上回っている。しかし、地方の二次医療圏、たとえば風光明媚な三陸海岸沿岸の久慈、宮古、釜石は1.14人、1.19人、1.28人と深刻な医師不足である(表2)。また、面積1平方km当たりの医師数を医師密度というが、岩手県は0.17人で北海道に次いで2番目に少なく、東京都の約100分の1である。岩手県では都会の医師不足とは異なり、医師不足イコール医療不足となっている。

財務省は2009年4月21日、独自算出した「医師密度指数」を公表した。このデータは医師数を各県ごとに「面積当たり」「人口当たり」で算出。そのうえで全国平均を「1」とした場合の値を計算し、それをさらに「人口9、面積1」で配分して「医師密度指数」を導き出したものである。大きい方が医師の密度が高いことを意味するもので、人口の割合による医師数の多少に重点を置きつつ、移動を考慮し面積比にも配慮

した値となっている。東京都がもっとも大きく、最少は茨城県、岩手県と続き、4.56倍もの差があることが明らかになった（表3）。

(2) 診療科偏在

各診療科目の医師数の増減を検討した。図1のグラフは1996年から2006年までの主要診療科目の医師数変化を表したものである。1996年時の各診療科目医師数を100としている。医師の総数は8.3%増加しているが、診療科目によって医師数の増減傾向が大きく異なることが分かる。精神科、泌尿器科、皮膚科、整形外科、小児科は対象期間を通じて継続的に医師数が増加している。眼科は2002年からやや減少に転じている。内科は2006年になり減少傾向に転じ、外科、産婦人科は近年大幅に医師数が減少している。

表4に都道府県別の産婦人科医師数の変化を示した。1996年から2006年の10年間ににおける変化で、医師の絶対数を表している。全国的に10年間で10.6%減少しているが、特に岩手県の26.2%減を筆頭に東北、北海道、四国など、地方における減少が深刻化している。

以上、医師の偏在の実状を地域偏在、診療科偏在を中心に述べた。

なお、本答申では取り上げていないが、基礎医学領域に進む医師が減少し、今後の医療・医学の発展に暗い影を落としている。基礎と臨床といった偏在問題にも早急に対応しなければならない。

表 1 都道府県別 人口千人当たり医師総数（下線・斜字は平均以下）

医師数：厚生労働省「平成 18 年 医師・歯科医師・薬剤師調査」

人口：総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数（平成 19 年 3 月 31 日現在）」

都道府県	2002年	2006年	増減 (人/1,000人)	増加率	増加率 順位	2006年 全国平均 との差
北海道	2.1	2.20	0.10	4.6%	30	0.01
青森県	<u>1.72</u>	<u>1.77</u>	0.05	2.8%	39	-0.42
岩手県	<u>1.74</u>	<u>1.86</u>	0.12	7.1%	9	-0.32
宮城県	<u>1.97</u>	<u>2.10</u>	0.13	6.8%	11	-0.09
秋田県	<u>1.88</u>	<u>1.99</u>	0.12	6.2%	15	-0.20
山形県	<u>1.93</u>	<u>2.04</u>	0.10	5.3%	24	-0.15
福島県	<u>1.78</u>	<u>1.83</u>	0.05	2.9%	38	-0.36
茨城県	<u>1.44</u>	<u>1.54</u>	0.10	7.2%	8	-0.64
栃木県	<u>1.95</u>	<u>2.06</u>	0.10	5.3%	26	-0.13
群馬県	<u>2.01</u>	<u>2.09</u>	0.08	3.9%	34	-0.10
埼玉県	<u>1.28</u>	<u>1.42</u>	0.14	10.7%	2	-0.77
千葉県	<u>1.48</u>	<u>1.59</u>	0.12	7.8%	4	-0.59
東京都	2.73	2.89	0.16	5.9%	18	0.70
神奈川県	<u>1.70</u>	<u>1.80</u>	0.10	6.1%	16	-0.39
新潟県	<u>1.77</u>	<u>1.85</u>	0.08	4.6%	31	-0.34
富山県	2.25	2.38	0.13	5.9%	20	0.19
石川県	2.50	2.55	0.05	1.9%	42	0.36
福井県	<u>2.06</u>	<u>2.16</u>	0.10	5.1%	28	-0.03
山梨県	<u>1.98</u>	<u>2.00</u>	0.02	1.1%	45	-0.19
長野県	<u>1.86</u>	<u>1.99</u>	0.13	7.0%	10	-0.19
岐阜県	<u>1.68</u>	<u>1.80</u>	0.12	7.2%	7	-0.38
静岡県	<u>1.72</u>	<u>1.78</u>	0.07	3.9%	35	-0.41
愛知県	<u>1.86</u>	<u>1.97</u>	0.10	5.4%	23	-0.22
三重県	<u>1.82</u>	<u>1.88</u>	0.06	3.3%	37	-0.31
滋賀県	<u>1.94</u>	<u>2.05</u>	0.11	5.5%	22	-0.14
京都府	2.83	3.01	0.19	6.6%	12	0.83
大阪府	2.42	2.55	0.13	5.3%	25	0.36
兵庫県	<u>2.02</u>	<u>2.14</u>	0.12	6.1%	17	-0.05
奈良県	<u>1.94</u>	<u>2.07</u>	0.13	6.6%	13	-0.12
和歌山県	2.36	2.51	0.15	6.4%	14	0.32
鳥取県	2.68	2.80	0.12	4.3%	33	0.61
島根県	2.44	2.62	0.18	7.3%	6	0.44
岡山県	2.53	2.65	0.11	4.5%	32	0.46
広島県	2.35	2.35	0.00	0.1%	47	0.16
山口県	2.29	2.41	0.12	5.2%	27	0.22
徳島県	2.73	2.90	0.16	5.9%	19	0.71
香川県	2.41	2.47	0.06	2.6%	40	0.29
愛媛県	2.28	2.30	0.01	0.6%	46	0.11
高知県	2.69	2.75	0.06	2.2%	41	0.56
福岡県	2.64	2.80	0.15	5.7%	21	0.61
佐賀県	2.23	2.39	0.17	7.4%	5	0.21
長崎県	2.47	2.68	0.21	8.6%	3	0.50
熊本県	2.46	2.50	0.04	1.7%	43	0.32
大分県	2.35	2.38	0.04	1.6%	44	0.20
宮崎県	2.11	2.19	0.08	3.7%	36	0.00
鹿児島県	2.19	2.30	0.11	4.8%	29	0.11
沖縄県	<u>1.86</u>	<u>2.14</u>	0.28	14.8%	1	-0.05
全国平均	2.07	2.19	0.11	-	-	-

表 2 二次医療圏別 人口千人当たり医師数（2006年）

医師数：厚生労働省「平成18年 医師・歯科医師・薬剤師調査」
 人口：総務省「住民基本台帳に基づく人口・人口動態及び世帯数（平成19年3月31日現在）」

(人)

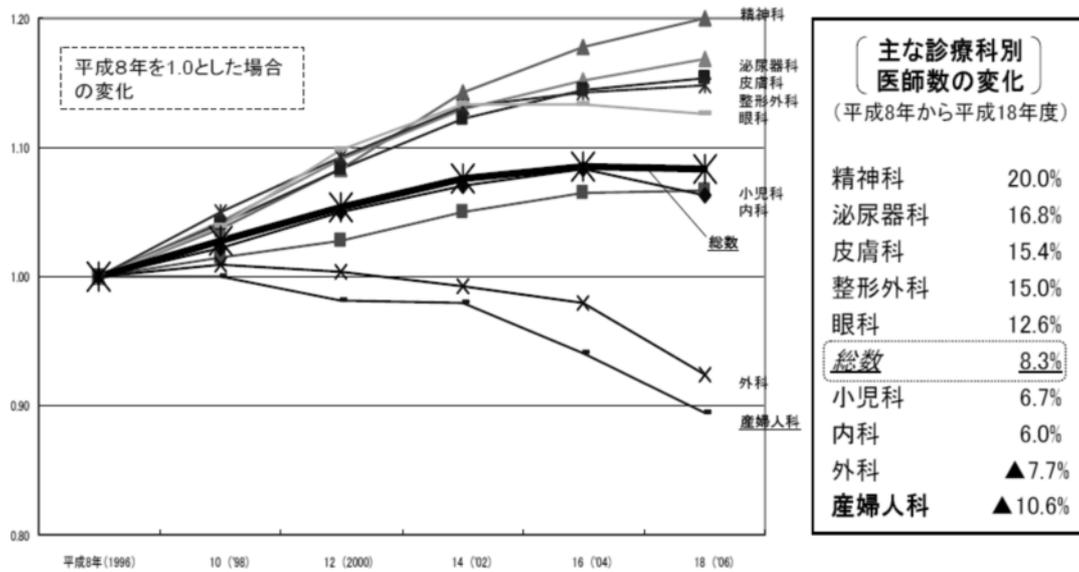
都道府県	二次医療圏	総数					別掲
			病院 (除大学)	大学	診療所	その他	病院+大学
岩手県	盛岡	2.80	0.93	0.82	0.80	0.24	1.76
岩手県	岩手中部	1.36	0.62	0.05	0.61	0.07	0.67
岩手県	胆江	1.53	0.81	0.00	0.63	0.09	0.81
岩手県	両磐	1.49	0.88	0.00	0.56	0.05	0.88
岩手県	気仙	1.43	0.73	0.01	0.57	0.12	0.74
岩手県	釜石	1.28	0.87	0.00	0.35	0.05	0.87
岩手県	宮古	1.19	0.71	0.00	0.44	0.04	0.71
岩手県	久慈	1.14	0.86	0.00	0.28	0.00	0.86
岩手県	二戸	1.22	0.81	0.00	0.33	0.08	0.81

表 3 都道府県別の医師数の状況(平成18年度の医師数をベースに指数化)

	人口:面積 (9:1)	面積指数	人口指数		人口:面積 (9:1)	面積指数	人口指数		人口:面積 (9:1)	面積指数	人口指数
1 東京都	3.36	22.04	1.29	17 島根県	1.12	0.38	1.20	33 滋賀県	0.93	0.96	0.92
2 大阪府	2.56	15.23	1.15	18 佐賀県	1.11	1.12	1.11	34 千葉県	0.92	2.53	0.74
3 神奈川県	1.62	8.67	0.83	19 沖縄県	1.08	1.73	1.01	35 北海道	0.92	0.19	1.00
4 福岡県	1.52	3.78	1.27	20 大分県	1.08	0.75	1.11	36 山梨県	0.90	0.56	0.93
5 京都府	1.41	2.16	1.32	21 広島県	1.07	1.04	1.08	37 長野県	0.87	0.44	0.92
6 徳島県	1.25	0.72	1.31	22 兵庫県	1.07	1.87	0.99	38 山形県	0.87	0.47	0.91
7 長崎県	1.25	1.27	1.24	23 山口県	1.07	0.76	1.10	39 静岡県	0.86	1.21	0.82
8 香川県	1.22	1.78	1.16	24 愛媛県	1.06	0.80	1.09	40 三重県	0.86	0.80	0.86
9 鳥取県	1.20	0.62	1.26	25 鹿児島県	1.02	0.59	1.07	41 秋田県	0.85	0.26	0.92
10 岡山県	1.19	0.97	1.22	26 奈良県	0.98	1.06	0.97	42 岐阜県	0.81	0.51	0.84
11 高知県	1.19	0.40	1.28	27 宮崎県	0.97	0.52	1.02	43 福島県	0.80	0.37	0.85
12 和歌山県	1.15	0.74	1.19	28 群馬県	0.96	0.87	0.97	44 新潟県	0.80	0.53	0.83
13 愛知県	1.14	3.56	0.88	29 福井県	0.95	0.56	1.00	45 青森県	0.78	0.38	0.83
14 熊本県	1.14	0.95	1.16	30 宮城県	0.95	0.93	0.95	46 岩手県	0.78	0.22	0.84
15 石川県	1.14	0.93	1.16	31 埼玉県	0.94	3.51	0.66	47 茨城県	0.74	0.99	0.71
16 富山県	1.12	1.65	1.07	32 栃木県	0.94	0.85	0.95				

(注) 都道府県ごとの医師数について、面積当たり及び人口当たりで、それぞれ全国平均を1として指数化。これを人口:面積を9:1に配分し、上位(医師数が相対的に多い)の都道府県から順に並べたもの。

図 1 主な診療科別の医師数の変化(平成8年から18年の10年間にける変化)



注1) 内科…内科、心療内科、呼吸器科、消化器科、循環器科、アレルギー科、リウマチ科、神経内科
 外科…外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科
 精神科…精神科、神経科 産婦人科…産婦人科、産科
 耳鼻いんこう科…耳鼻いんこう科、気管食道科 泌尿器科…泌尿器科、性病科、こう門科
 注2) 時系列での比較を行うため、平成18年度においては、研修医(14,402人、平成16年度以前は0)を総数から除いている。

(出典) 医師・歯科医師・薬剤師調査

表 4 都道府県別の産婦人科医師数の変化(平成8年から18年の10年間にける変化)

○ 産婦人科の医師数は全国的に減少(10年間で▲10.6%減少)しているが、特に東北、四国地方など、地方における減少が深刻化している。

		産婦人科医師数		伸率
		平成8年	平成18年	
1	岩手県	122	90	▲26.2%
2	青森県	114	86	▲24.6%
3	香川県	115	87	▲24.3%
4	高知県	76	58	▲23.7%
5	山口県	148	115	▲22.3%
6	大分県	111	90	▲18.9%
7	福島県	175	142	▲18.9%
8	北海道	439	359	▲18.2%
9	秋田県	107	88	▲17.8%
10	福岡県	496	412	▲16.9%
11	新潟県	180	150	▲16.7%
12	佐賀県	86	72	▲16.3%
13	和歌山県	111	93	▲16.2%
14	宮城県	210	177	▲15.7%
15	鹿児島県	162	137	▲15.4%
16	山形県	118	100	▲15.3%
17	広島県	270	229	▲15.2%
18	島根県	74	63	▲14.9%
19	奈良県	102	87	▲14.7%
20	大阪府	870	743	▲14.6%
21	京都府	288	247	▲14.2%
22	石川県	123	106	▲13.8%
23	徳島県	97	84	▲13.4%
24	三重県	155	137	▲11.6%
25	兵庫県	495	442	▲10.7%
26	岡山県	187	167	▲10.7%
27	滋賀県	87	78	▲10.3%
28	福井県	82	74	▲9.8%
29	長崎県	159	144	▲9.4%
30	神奈川県	703	638	▲9.2%
31	東京都	1,411	1,295	▲8.2%
32	富山県	98	90	▲8.2%
33	岐阜県	172	158	▲8.1%
34	静岡県	287	264	▲8.0%
35	群馬県	182	168	▲7.7%
36	熊本県	159	147	▲7.5%
37	長野県	186	172	▲7.5%
38	愛知県	610	574	▲5.9%
39	鳥取県	74	70	▲5.4%
40	茨城県	204	193	▲5.4%
41	愛媛県	125	119	▲4.8%
42	宮崎県	112	108	▲3.6%
43	千葉県	418	407	▲2.6%
44	山梨県	76	78	2.6%
45	埼玉県	393	411	4.6%
46	栃木県	179	193	7.8%
47	沖縄県	116	132	13.8%
	全国計	11,264	10,074	▲10.6%

(注) 産婦人科医師数は、産婦人科及び産科の医師数の合計

【出典】

表1: 日医総研ワーキングペーパー(No.171)2008年8月20日「二次医療圏別に見た医師の偏在と不足」
 表2~4、図1: 財務省2009年4月21日「財政制度等審議会 財政制度分科会 財政構造改革部会」資料

2. 偏在はなぜ起こるか

医師偏在の主因は、これまで行われてきた医療政策にあるのは明白である。その原因を列挙すると、(1)医師数抑制政策、(2)医療費抑制政策、(3)医療事故責任追及への恐れ、(4)新医師臨床研修制度、などが挙げられる。また、社会とのかかわりも重要で、(5)医師と社会との間の医療に対する認識のずれ、さらに、(6)若者の価値観の変化、偏在がさらなる偏在を呼ぶ、(7)勤務医の過酷な勤務実態、が挙げられる。

(1)医師数抑制政策

日本の人口千人当たりの医師数は、OECD 各国の平均値を大きく下回っている。1980年代後半から始まった、医学部定員削減策が大きな誤りであったのは明白である。政策立案者が、人口の老齢化による医療需要の増大と国民の医療の質への要求志向を予測できず、さらに医師の高齢化、女性医師の増加と重なって、医師不足が生じ、その結果医師の偏在が顕在化したのである。

(2)医療費抑制政策

医療の3要素、すなわち医療へのアクセスの良さ、医療の質の向上、医療費の抑制は、すべてを同時に満足させることができないことを政策立案者も国民も理解していない。アクセス、質をより高く求めながら医療費を抑制した結果、現在は、特に勤務医の長時間労働、残業手当も出ないような過酷な勤務のうえに医療が成り立っている。この自己犠牲を強いる日本の医療体制に若手医師が気づき、経済合理性によって移動し始めたため、地域での偏在、診療科での偏在が生じたのである。医療費抑制策を継続する限り、偏在は進行すると考えられる。

(3)医療事故責任追及への恐れ

医師が通常の医療行為における過失で逮捕され、刑事訴追されるならば、そのような危険のある職を選ばないのは当然である。不確定要素の多い医療の現場で、厳密に過失の有無を追及されるならば、リスクの低い診療科を選択する方向に傾くのは必然である。

(4)新医師臨床研修制度

教育的見地からすると、研修を義務化し、身分と待遇をある程度保証

した点は有意な制度であるが、大学医局離れと当直アルバイト禁止などによる実働人員の減少という副作用が生じたことは確かである。大学医局離れは、医師の地域偏在に拍車をかけた。当直アルバイト医の不足は、病院常勤医の夜勤を増やし、医師の消耗と離職を促した。

(5) 医師と社会との間の医療に対する認識のずれ

医師が抱いている医療のイメージと一般人が持っている医療のイメージに乖離が存在する。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、かなりの数が訴訟になる。また、医師は社会のなかでも特別に恵まれた職業とされ、長期間マスメディアの標的になってきた。このようなイメージは、すでに一部の患者に見られるように医療や医師に対する過剰な攻撃を生み出している。このような状況から若い医師に、リスク回避の心情が生じて、診療科の偏在につながっているものと考えられる。

(6) 若者の価値観の変化

学生に将来の進路についてアンケートを取ると、低学年では使命感が強く、高学年になると使命感だけでなく様々な条件が入ってくる。新医師臨床研修制度は、6年生が研修先を自由に選び、さらに研修医は2年間の研修中に専門研修先（就職先）を自らの体験と豊富な情報からじっくり選ぶことができる状況を確認した。その結果、年齢が20代後半になる研修医が診療科の選択をワーク・ライフ・バランスから考えると、よりライフに重点を置いて選択するのは仕方がないことと思われる。

(7) 勤務医の過酷な勤務実態

言うまでもなく、過酷な勤務を研修医が目の当たりにすれば、そのような病院や診療科を選択する可能性は少ない。

以前は、高邁な哲学と仁術という医師の職業理念、ノブレス・オブリージュに支えられてきたことではあるが、今では、3K（きつい、汚い、危険）の分野が敬遠され、3無い（救急がない、当直がない、癌がない）の分野が好まれるのは残念ながら当然かもしれない。

以上の7点が医師偏在の原因であり、主因である政策の転換が求められる。

3. 偏在の是正の方策はあるか

わが国では今、深刻に「医療崩壊」の危機が叫ばれている。では、現に「起きている医療崩壊」の姿とそれを助長している要因にはどんなものがあるか。

自治体病院の経営破綻と地域医療の後退

へき地医療の困難性

3時間待ちの3分診療

救急医療現場での受け入れ不能

産婦人科、小児科、外科等の医師の減衰傾向

救急医療のコンビニ化

医事紛争の軋轢

モンスターパシエントの出現

等々と様相は様々であるが、その根本的な原因は、政府の長年に及ぶ低医療費政策と計画性に欠けた医療制度設計にあることは論を俟たない。

そしてこのような「医療崩壊」と呼ばれる現象の根幹には、深刻な医師不足の問題が横たわっている。看護師やコメディカル等を含め、国際比較で見るとわが国の医療分野における人的資源の投入は極端に少ないことが指摘されているが、分けても医療の要である医師不足の及ぼす影響は甚大である。医師数の不足は、「医師の偏在」を助長する要因としても作用し、医療崩壊の危機を加速していることから、「医師の偏在」の問題は、医師の総数が不足するなかで生起しているものとの認識が、まずは前提である。

「医師の偏在」の問題については、地域による偏在と診療科による偏在という2つの側面がある。何れも効率的な医療の展開という意味では大きな障害要因であるが、職業選択の自由が保障された制度のもと、医師の絶対数が不足しているというわが国の現状では、医師は完全に売り手市場の世界で生きており、どこで仕事をしようが、何科を選択しようが、ほとんど制限を受けることはなく、「偏在」現象が起こってくるのは至極当然である。

(1) 日本学術会議の提言

2007年6月に日本学術会議は、わが国の「医師の偏在問題の根底にあ

るもの」を検討・分析し、「量から質の医療への転換による克服」を提言している。

それによると、医師の偏在を含めたわが国の医療危機は、「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」として、従来のコストの低さとアクセスの良さだけで応えようとしても、もはや社会の満足は得られないとし、「社会が求めている質の高い医療への転換の必要性が、医師を偏在に向かわせている」と分析している。

そして、「少なくとも、医師の総数の増加を叫ぶ前に、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」という。

そのために考えなければならない対策は、いわゆる「複雑系」を呈する医療制度を念頭に入れ、以下の2点を検討する必要があるという。

医療費の増額と医療の効率化

医療の進歩に伴い医療費が増大していくことは避けられない。この飛躍的に増大する医療費を国民に納得してもらう必要があるが、同時に医療の提供者が最大限に効率の良い医療を行っているという説明責任を果たすことが必要である。

病院の問題とマンパワーの問題

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には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。

まさに正論である。しかし、あまりにも抽象論的で具体的な提案に欠けること、そして何よりも「医師の総数の増加」を不問にしたこの提言が、果たして実効性のある指針になり得るのか、大いに疑問である。

(2)外国の事情

社会主義国家やイギリスのように、医師を完全に公務員化してコントロールしている国は論外として、「医師の偏在」の問題は、わが国だけの悩みではない。そこで世界の自由主義経済国家においては、どのように医師の配置を工夫しているのか、外国の事情を散見してみたい。

アメリカ；各科の卒後研修プログラムは卒後医学教育認可評議会

(ACGME)が定めた全米統一規格で実施されている。各科別に経験症例数、研修年限、定員の決まった認定施設で研修を終わらなければ専門資格が得られない。すなわち、国レベルで専門医の定数が定められている。専門資格のない医師は、診療報酬の請求ができないので、医業を営むことはできないし、米国の医療が崩壊しない理由は、信頼される専門医制度があるためとすら言われている。

フランス；国が地域や診療科ごとに必要な医師数を調査し、病院ごとに受け入れる研修医の数を決定する。医学生は卒業時に国の試験を受け、成績上位の学生から順に、希望する診療科や地域で研修できる。

ドイツ；州の医療圏ごとに人口当たりの医師の定数を設け、定数の110%を超える地域では保険医として開業できない。

以上のように自由主義経済国家においても、医師の適正配置については色々な工夫が為されており、決してわが国のような放任状態ではない。これらの国々では、医師の配置に関する規制は、医師の偏在を防ぐために必要とされ、「職業選択の自由の侵害」とはみなされていない。

(3)是正の方策

政府はこの期に及びようやく重い腰を上げ、大幅な医師の増員計画を立てつつあるが、それだけでは「医師の偏在」問題の解決は望めない。わが国の歴史的な経緯を踏まえつつも、やはり諸外国に倣い医師の適正配置を行う何らかの方策が必要であると考ええる。

2009年4月、厚労省の研究班が医師の適正配置を行う第三者機関の創設を求める報告書をまとめている。これを受けて読売新聞では、「医療は国民全体が使う『公共財』であり、医師は公共性の高い職業だと考えている。現在のように、勤務する診療科や地域を医師の自由選択に任せられているのは医師の偏在を解消できない」とのコメントを寄せ、第三者機関の創設をキャンペーンし、積極的な後押しをしている。

また、医師の適正配置を論ずるに当たって総合医と専門医の育成と配分をどうするかは、避けて通れない問題である。

近年、総合医の必要性が広く認識されるようになり、厚労省を含め、日本医師会と関連3学会（日本総合診療医学会、日本プライマリ・ケア

学会、日本家庭医療学会)によって色々な角度から論議が行われている。また軌を一にして専門医のあり方についても、日本専門医制評価・認定機構が2009年5月に「専門医制度の基本設計に関する提言」を出しており、従来の学会単位の専門医制度ではなく、診療領域単位の専門医制度とし、その認定母体は第三者機関が担うべきとの提言をしている。

このように医師総数の増員、総合医や専門医の育成制度の確立、そして医師の適正配置を行う機関の創設等々が、現在、活発に議論されるようになってきているが、これらが有機的に連動することによって初めて、「医師の偏在」の問題にも解決の道筋が見えてくるものと考えられる。

必要な医師数にしろ、診療科の偏在の問題にしろ、具体的な検討の場は地域である。わが国の医療体制の基本的な構成単位は二次医療圏であり、市町村単位の一次医療を包含し、都道府県単位の三次医療を視野に入れて、どのような二次医療圏の体制を確立するかの検討が最も肝要である。これは行政と医師会が中心となり、診療所、各種の病院ならびに地域の基幹病院や大学病院等を巻き込んで、連携、協力してこそ可能な作業になるであろう。

そして偏在を解決するに当たってもう1つ重要な視点は、医師の自律性が最大限に尊重されることである。強制的な地方勤務の固定化や、興味を持たない診療科の選択を余儀なくするような制度では活力のある医療の発展は望むべくもないし、時代への逆行である。諸外国における「医師の偏在」を解消するための様々な制度的工夫を散見したが、わが国の実状に見合った創意的な制度の確立が望まれるところである。

わが国には、医療関係の代表者で構成される中央社会保険医療協議会(以下、中医協)があるが、残念ながら制度の運用に関する高度な判断をする機関として機能はしていない。2007年から初めて、病院組織を代表する2人が中医協委員として加わったことは大きな改善ではあるが、政府と厚労省が決めた予算の枠組みのなかで、保険点数をいじるだけの作業しか任されていない現状である。

医師の総数や配置の問題もそうであるが、医療全般の制度設計とそのコントロールを政治家や官僚に任せるのではなく、日本医師会が医療のプロフェッショナルとして主導し、積極的に社会・国民の負託に応えるべきであると主張したい。

．勤務医の労働環境について

1．勤務医の過重労働の実態

2006年2月8日、厚労省「第11回医師の需給に関する検討会」において、「医師需給に係る医師の勤務状況調査（病院分）中間集計結果」が報告された。

175施設、5,983人から回答を得た同調査を見ると、「1週間当たりの勤務時間（常勤のみ、実際の始業・就業時間より算出）」は66.4時間/週（±18.0時間）（最大152.5時間）であった（全体3,388人）。

なお、男性医師（2,848人）では67.0時間/週（±17.9時間）（最大152.5時間）、女性医師（533人）では63.6時間/週（±18.2時間）（最大141.6時間）となっている。

この1週間当たりの勤務時間が66.4時間というのは、労働基準法が定める法定労働時間（40時間）を週に26.4時間超過しており、これを1カ月に換算すると114.6時間という超過勤務の実態が浮かび上がる（1カ月の平均週数：4.34週として試算）。

また、大阪府医師会勤務医部会が同時期（2006年3月）に発表した「勤務環境に関するアンケート調査集計結果報告」によると、「1週間当たりの平均実労働時間（合計）」は64.0時間（20～40代、369人）であり、前記同様に1カ月当たりの換算で104.2時間の超過勤務となる。

さらに、2009年4月15日の第22回中医協・診療報酬改定結果検証部会に提出された「診療報酬改定の結果検証に係る特別調査（2008年度調査）病院勤務医の負担軽減の実態調査」結果概要から、1カ月当たり平均当直回数（医師、2008年10月）について見ると、全体では「2.78回」であるが、救急科は「5.48回」、産科・産婦人科は「4.51回」、小児科は「3.48回」、脳神経外科は「3.03回」などと当直回数の多い診療科が示された。

これらの調査結果から判明したことは、勤務医の大多数は、過労死認定基準である1カ月当たり100時間を優に超える超過勤務を恒常的に強いられており、さらに仮眠すら取れない状況で32時間あるいは40時間連続勤務となる日勤と当直を月に3回近くこなさなければならず、大多数の勤務医は死ねばほとんどの者が“過労死”と認定されるという非常に劣悪な労働環境下に置かれているということである。

しかも現在の勤務医不足が今後も続く限り、また、増え続ける女性医師の就業環境の改善がなされない限り、大多数の勤務医にとって研修医時代から退職時まで劣悪で過酷な勤務環境が30年以上も続くことになる。

このように過酷な状況に置かれている勤務医の実態は、ここ数年、各方面から様々なデータとともに問題点が示された。また、“病院崩壊”、“地域医療崩壊”としてマスメディアに度々取り上げられ、世間にも認知されるところとなり、2008年4月の診療報酬改定では勤務医の負担軽減に資することを目的に、「入院時医学管理加算」「医師事務作業補助体制加算」「ハイリスク分娩管理加算」が改変・導入された。しかし、いずれも算定要件が厳しくその基準を満たすことさえできない病院が多い。2009年5月20日の中医協総会において示された「特別調査」結果（中医協・診療報酬改定結果検証部会実施）から負担軽減策の取り組み状況（複数回答）を見ても、過半数（50.4%）の病院で取り組んでいる「医師事務作業補助者の設置」を除いては、「医師業務の看護師等コメディカルへの移転」29.0%、「常勤医師の増員」23.2%、「当直翌日の残業なしの配慮」19.0%、「連続当直を行わない勤務シフト体制」16.3%などとなっており、まだまだ勤務医の負担軽減策への取り組みが緒についたばかりであることが窺える。

また、医師の勤務状況に関して、1年前と比較して「改善した」「どちらかといえば改善した」と回答したのは、医師責任者の13.2%、医師の14.3%に過ぎず、逆に「悪化した」「どちらかといえば悪化した」と回答したのは、医師責任者37.8%、医師34.8%であり、改善への取り組みが実感できないのが実態であるといえよう。

2. 過酷な労働環境をもたらした原因

医師数が必ずしも十分でない状況のなか、国民皆保険制度の導入によって医師需要は急速に増大した。また、老人医療費の無料化の実施により、高齢者の受療率は膨れ上がり、医師需要はさらに増大することとなった。

そして、急速な高齢社会の進展に伴う高齢者の増加により、一層の医師需要が生み出され、近年では、医師の専門・細分化が進み、また、国民の大病院志向、専門医志向の高まりや病院での看取りの増加なども相俟って、医師需要のさらなる増大に拍車をかけている。

増大する医療需要に対応するために、政府は「経済社会基本計画」を閣

議決定し、各都道府県に医学部が設置されることとなった。

一方で、医師の需給に関する検討のなかで、早晚、医師が過剰になるとの報告もあって、「将来における医師過剰論」が「医師過剰論」となり、医師数抑制政策の背景となった。そこには、供給が需要を喚起するとする厚労省の意向と、医療費というパイが小さいままであれば、医師を増加させることは問題だとする医師や医師会の思惑との微妙な絡みも否定できない。

日本医師会においては、ようやく唐澤執行部になって初めて、医師不足にあるとの認識が示されたのである。

勤務医に過酷な労働環境をもたらした一側面として、わが国の労働問題に係る未成熟さを考察しなければならない。

国際労働機関（ILO）は、2010年2月現在、世界183カ国が加盟する機関であり、国際労働基準を設定し、労働における基本的原則および権利を推進し実現することを、目標に掲げている。そのILO条約188のうち日本が批准している条約は48に止まり、しかも労働時間に関する条約は一本も批准していない現状がある。

このように国際的に極めて未成熟なこの国の労働基準法すら遵守できない医療界の労働環境とはどういうことであろうか。医師法にいう応招義務と労働基準法のどちらを守るべきか等の議論はあったものの、医師としての強い使命感・人間愛が、過酷な労働環境に過剰に適応してきてしまったという現実も反省しなければなるまい。疲れ果てた医師の診療を望む患者はいない。医師が、ワーク・ライフ・バランスを実現するためだけでなく、医療の質と安全を確保するという観点からこそ、十分な医師の労働環境整備の推進が必要であろう。

3. 労働環境の改善策を考える

労働環境については、古くから女性医師の間で議論されてきた。妊娠・出産・育児で常勤を諦める、あるいは離職せざるを得ない医師が多くいたからである。昨今の医師不足で図らずも女性医師問題がクローズアップされ支援策が検討されてきた過程で、「女性医師が働きやすい環境は男性医師にとっても働きやすい環境である」ことが認識されるようになった。つまり、女性医師が働きやすい環境を指標とすれば、目指すべき労働環境が

見えてくる。その見地からまず2つの基本となる指針を提案する。

第一は「育児と仕事を両立できる環境」で、ワーク・ライフ・バランスが保たれ安心して働ける環境である。そこでは、医師が病気を抱えても、介護をする必要が生じても、就労を継続できる。

第二は「キャリアの形成・維持・向上を目指せる環境」である。日本のジェンダー・エンパワーメント指数が極端に低いことから分かるように、女性医師の社会的地位は低い。この現実には女性医師の意欲を削いできた。昨今の過重労働のなかで、男性医師もまた就労意欲を削がれている。医師はプロフェッショナリズムを追求できる環境で能力を発揮でき、医学の進歩に貢献できるので、キャリアへの配慮は大切である。

以上の2つの指針を念頭に、医師全体の労働環境の改善策を考える。

(1)多様な勤務形態

育児や介護をはじめ、医師自身の健康状態や年齢など、個々の事情は様々であるので、多様な勤務形態が必要である。多様性は物事に柔軟に対応できる最良の処方である。フレックス制、ワークシェアリング、シフト制などを選択できると良い。当直等の免除制度も配慮されるべきである。

雇用形態としては、短時間正規雇用が導入促進され始めた。出産育児を契機に非常勤になる女性医師は多かったが、昨今では過重労働からフリーター医師の道を選ぶ状況も出現した。非常勤は勤務時間が限られて時給も良いので、短期的に働くのには魅力的な就労形態であるが、長期的に見れば社会保険の問題があるうえキャリアアップが難しく就労意欲の低下につながる。また医学界全体として見れば、医学の向上につながり難い。そのような懸念から、短時間正規雇用は望ましい形といえる。

(2)育児・介護・復職支援

制度として、産前産後休業、育児休業、介護休業があるが、現実に取り得し難い現実がある。休業中の身分保証はもちろんのこと、代替医師を確保することや、制度の積極的な活用に向けて関係者の意識を高めることが必要である。

休業後に復職する際は、技術的・精神的に困難を感じる場合がある。離職を防ぐためにも再教育プログラムが必須であるが、再教育を要する

人の診療科や必要度が様々であるために、オーダーメイドの対応が必要となる。病院独自のプログラムの運用が難しい場合、全国展開されているプログラムを活用できるようにするのも一法である。

育児中の医師にとって最重要事項である院内保育や病児保育は、設置が急がれているところであるが、さらなる支援が必要である。育児支援に関してはさらに学童保育を視野に入れる必要があると考える。

(3)人事管理

労働基準法が適用されるはずの医師の労働の内実是不透明である。現在当直は勤務とはみなされていないが実質的には労働であるし、研究や教育も労働である。それらを正當に評価して労働時間の管理を行うべきである。また、労働に対して適正な対価が支払われるべきである。

セクシャルハラスメント、パワーハラスメントなどへの対応も必要である。

(4)他職種との連携と職域の明確化

現在医療クラークの導入促進が図られている。ナースプラクティショナーの育成を始めた施設もある。これらの導入を医師不足解消の一義的戦略とすべきではない。各々の職域を明確にして、各職種が有機的に連携してチーム医療が構築される形での導入を検討する必要がある。

(5)キャリアの形成・維持・向上への支援

専門技能の取得やその向上、専門医の取得と維持、研究への支援がなされると良い。また、性別によらず臨床・研究・教育の能力を正當に評価したうえで昇進の道が拓かれるべきである。フルタイムでの就労が難しい状況の時には、キャリアパスを配慮すべきである。それにより就労継続への意欲を保持でき、キャリアへつなぐことができる。

(6)医療安全への対応

医療事故の背後に過重労働などの組織上の問題が存在し、個人の責任だけではないことが多い。組織の責任を認識し、病院全体としての防止策や対応策を実質的に機能させることが働きやすさに通じる。マニュアルや設備を整えるとともに、医療従事者間の連携や患者とのコミュニケーションを図ることが重要である。行政では医療安全調査委員会につい

て議論されてきたが、そのあり方について合意が得られていない。さらに、司法の場へ国民が関与し始めたので国民の合意がより重要になると考えられる。これらを解決したうえで、医療安全に資する、あらたな制度・機関を早急に確立することが望まれる。

(7)まとめ

医師が人間らしく生き甲斐をもって働けることで、より良い医療を提供できるようになる。改善策の成否は、インフラのみならず、運用する人とされる人の認識に左右され、多分に人の問題であると考えられる。改善策の効果に関しては、就労状況の調査やモラルサーベイなどを行い、次なるステップへフィードバックさせていくことが望ましい。行政に対しては、現場の状況に即した長期的展望に立った政策と、改善策に必要な経済的支援を要望する。

・ 医師不足・偏在対策・過重労働の是正の意義

わが国の医療は、世界に誇れる国民皆保険制度によって、国民がいつでも平等に医療機関にかかり、高度の医療を受けることができる体制にある。この体制の実現・維持には、医療供給体制が整備されていることが前提であることから、国は第二次世界大戦後からしばらくの間、医療従事者の育成・確保、医療施設数、病床数の充実を最重要社会保障政策の1つに掲げ、それと並行して、へき地医療対策の推進、休日・夜間急患センター、救命救急センター、救急医療情報センターなどの救急医療体制の体系的整備、専門医療施設の整備、老人医療の向上、特殊疾病対策などを幅広く進めてきた。このような体制の整備と医療従事者の献身的努力が相俟って、少なくとも2004年の新医師臨床研修制度導入前までは、産科の閉鎖、内科病棟の縮小、小児救急の廃止、救急患者の受け入れ不能などの医療供給体制の不備が大きな社会問題になることはなかった。しかし、新医師臨床研修制度に伴う地域中核病院派遣医師の大学への引き揚げを契機に、医師のサービス時間外労働で遮蔽されていた潜在的医師不足、医師偏在が全国各地で一気に顕在化し大きく社会問題化した。この顕在化した医師不足、医師の地域的、診療科別偏在は、元来過重労働状態にあった医師の労働環境をさらに悪化させ、勤務医は身体的・精神的疲弊から逃避するために病院から立ち去り、医師不足に拍車がかかった。

したがって、医師不足・偏在対策、過重労働を是正することの意義は、第一に、国民のニーズである安全で質の高い医療を提供する医療体制を回復させることができること（もし、十分な是正処置が採られるならば、名実ともに世界に冠たる医療供給体制を構築することも可能になることである）、第二に、個々の医師の心身の負担を軽減させる結果、その医師が本来もつ能力、活力を最大限に引き出せるようになることである。

病院がその地域のニーズにマッチした役割を果たすためには、十分な人的資源、特に医師の確保が重要である。対象人口にあった総医師数が必要なことはもちろん、その地域が必要とするすべての診療科で医師数が充足されていなければならない。これが満たされなくなった場合には、病院全体、あるいは一部の診療科の診療体制の縮小ないし休・廃止を余儀なくされる。その診療科が産科である場合には、妊婦が居住地で受診や出産がで

きず、遠方の病院に行かなければならない。また、救急センターである場合には、一刻を争う重病人を乗せた自家用車や救急車が時間のかかる遠距離の病院に行かなければならないことになる。さらに、病棟の一部閉鎖や外来診療ブースの縮小は、入院待ち時間や外来待ち時間の延長を招き、病状を悪化させてしまう危険性がある。そして、患者の不安と不満は高まる。

医師不足の状況下では、主治医がどんなに献身的労働を行っても、個々の患者の診療密度を正常に保つことが困難になる。主治医1人当たりの受け持ち入院患者数、外来患者数が増える結果、「十分に時間をかけたインフォームドコンセントの実施ができなくなる」「臨床的疑問点を文献検索などで解決する時間が十分とれなくなる」などの不具合を招く。また、1人の医師がこなす検査件数や手術件数が増加すると、手技の困難な症例、緊急を要する症例へ特別な対応が難しくなる。そして、勤務医1人当たりの残業時間数と当直回数は増加し、その身体的・精神的ストレスは癒しがたい疲労の原因となる。

米国のインターン医師における過重労働と自動車事故の関係に関する調査では、過重労働をしている医師はそうでない医師に比べ有意に高い事故率であることが明らかにされている。全国各地において悪化を続ける医師不足により、このように最低限度の医療の安全と質も担保できない医療状況が、今普遍的に起こっているのである。この事態を早急に解消するためには、地域中核病院における医師数を少なくとも新医師臨床研修制度開始前のレベルにまで回復させ、偏在に関しても、地域的偏在については早急に是正する必要がある。

将来的にさらに医師数を増やすことができれば、勤務医にとっては理想的な勤務形態とも言える2交代制シフト、チーム制または複数主治医制の導入、女性医師の産前・産後・育休の完全実施が可能となり、必然的に過重労働は是正される。また、医師の地域的偏在も解消され、診療科別偏在も現在より程度が軽くなるであろう。そして、個々の医師にとっては、十分な生涯学習の時間を持つことができ、新しい知識と技術の習得が常時可能となり、それは取りも直さず医療の質の向上に貢献するものとなる。

わが国の医療制度の最大の特徴であるフリーアクセス体制を、医師の自己犠牲的労働なしに堅持できるようにすることに、医師不足・偏在、勤務医過重労働の是正の意義がある。

．国民とともに考える視点から

1．医師はなぜ、劣悪な医療環境を国民に伝えられなかったのか

医師の不足、あるいは偏在について、はたして、これまで医師は国民に説明してきたであろうか。そして、これらのことによって引き起こされる劣悪な労働環境が医師を蝕むばかりではなく、医療を提供する体制を劣化させ、結果として国民の健康に損害を与えていることを国民に説明してきたであろうか。

医療は医療者のものではなく、医療を必要とする国民のものである。そのことに気付くことができた地域では、たとえば「柏原病院の小児科を守る会」のように、受療者が医師の労働環境を守ることによって地域医療の崩壊を食い止めることができた。柏原病院の小児科医療が崩壊することを聞きつけた新聞記者が病院を訪問し、あまりにも勤務状況が過酷であることにショックを受け、なぜ、こんなことになるまで、医師は何も言わなかったのだらうといぶかったと伝えられる。

医療はそれを受ける国民のものであることに医師自身が気付くことができれば、崩壊することが明らかな医療現場から立ち去る前に行動を起こすことができるのではないか。なぜ、声をあげて国民に医療現場の過酷さを伝えないのか。自らの置かれた医師としての立場と環境を理解し、社会に声をあげる時がきている。そして、その行動が若い医師たちをどれほど勇気づけることか。今こそ我々が奮い立たなければならない。

過酷な労働環境にあえぐ医師が、国民に安全で正しい医療を提供するための説明を、国民の健康を守る立場から行い、国民とともに考える時ではないか。そして、そこには「私は患者の健康を守ることを私の第一関心事とし、人命を最大限に尊重する」としたジュネーブ宣言に基づく高い倫理観を医師のなかに醸成することも、国民の理解を得るうえで肝要である。

2．社会的共通資本としての医療

ヒポクラテスの誓いに忠実に医療を行った時、「個々の医療機関の経営的安定、あるいは個々の医師やコメディカルスタッフの生活的安定を維持することができるであろうか」「医学的最適性と経済的最適性とは両立することが可能であろうか」という問題が提起される。この設問に答えよう

とするのが、社会的共通資本としての医療の考え方である。その基本的な考え方は、経済に医療を合わせるのではなく、医療に経済を合わせるという言葉にもっとも端的に表わされる。「豊かな社会とは・・・幸福で、安定的な家庭を営み・・・次の基本的諸条件を満たしていなければならない。・・・4 . 疾病、傷害にさいして、そのときどきにおける最高水準の医療サービスを受けることができる。(宇沢弘文)」

国民の健康を守るスタッフが、医療のみならず介護でも圧倒的に不足していることに、国民の理解を求めなければならない。医療にかかわるスタッフを増やすことで、高い医療サービスを提供できることは自明の理である。そして、結果として、このことは医療給付を増やし、医療費を増大させることになる。

経済に医療を合わせてきた付けが、現在の医師不足であり、医療スタッフの疲弊である。医師の劣悪な労働環境を説明するだけでなく、適正な医療を提供するためには費用がかかることを国民に説明する必要がある。

Relman¹は、これからは、「医療費抑制の時代」を越えて「評価と説明責任の時代」に入ると指摘しているが、医療の質を担保するために、社会の合意を得る形で医療費増・医療スタッフ増員に理解を求めなければならない。質が高い安全な医療を提供するために必要な個々の医療の評価を開示することが必要である。透明性の高い医療情報、費用、医療資源、医療プロセス、副作用・合併症を含めた有害事象の公開など、国民の立場に立った医療情報の提供と、医療の質を高めるための対価としての医療費増について説明を要する。そのためには、正しい情報を国民に伝えるシステムの構築に取り掛かる必要がある。そして、社会から寄せられる医療への批判や提言にも真摯に耳を傾け、国民とともに、国民のために必要かつ適正な医療システムを構築することが求められる。

¹ Relman,A.S., Assessment and accountability:the third revolution in medical care, *N Engl J Med* 1988;319:1220-1222.

． 社会保障の視座

1． 憲法第 25 条が守られていない日本

日本国憲法第 25 条は、国民の生存権と国の社会的使命について、 すべて国民は、健康で文化的な最低限度の生活を営む権利を有する、 国は、すべての生活部面について、社会福祉、社会保障及び公衆衛生の向上及び増進に努めなければならない、と定めているが、日本の現状は、フリーター・ニートによる格差拡大、後期高齢者医療制度導入、さらに派遣切り、そして毎年 3 万人を超える世界の自殺大国である。なぜ日本の社会保障がこのような状況に陥ってしまったのか、今日本医師会に何が求められているのか。

2． 社会保障軽視は明治から

医療崩壊は、1980 年代初頭から堅持された低医療費政策と医師養成削減策（医学部定員の抑制）の結果である。しかし、酒井シヅ氏の『日本の医療史』によれば、日本の医療軽視のルーツは明治からあった。

日本の病院の第一号は東大病院であるが、1868（明治元）年の軍陣病院を経て、1877 年に東京大学医学部となる以前の 1869 年から、有料で貧乏人には縁がない病院であった。また、1877 年頃には、ほとんどの府県に公立病院が存在したが、西南戦争の赤字で地方財政が行き詰まり、そのほとんどが閉鎖された。

その後日本の医療は、民間の努力によって全国に発展したものの、明治後半の経済危機は国民の社会不安を増大させ、1911 年 5 月 30 日、国民の不安解消のために恩賜財団済生会が設立された。

明治天皇が下された済生勅語の大意は、「私が思うには、世界の大勢に応じて国運の発展を急ぐのはよいが、わが国の経済の状況は大きく変化し、そのため、国民のなかには方向を誤る者もある。政治にあずかる者は人心の動揺を十分考慮して対策を講じ、国民生活の健全な発達を遂げさせるべきであろう。また、もし国民のなかに、生活に困窮して医療を求めることもできず、天寿を全うできない者があるとすれば、それは私が最も心を痛めるところである。これらの人たちに薬を与え、医療を施して生命を救う済生の道を広めたいと思う。その資金として、ここに手元金を提供するが、

総理大臣は私の意をくみとって措置し、永くこれを国民が活用できるよう希望するものである」である。

歴史は繰り返される。明治時代にも平成の現在と同様の事態が、日本で生じていたのである。

3．社会保障軽視の深層、官尊民卑と経済界の問題

日本の社会保障が明治から平成まで、軽視され続けてきた根本原因は、官僚と経済界の問題である。国立第一銀行をはじめ近代国家に不可欠なおよそ 500 の企業の設立に関与した日本資本主義の神様、渋沢栄一は、『論語と算盤』でそれを指摘している。渋沢氏は「道德経済合一論」の精神で、東京市の養育院運営責任者を務め、東京慈恵会、日本赤十字社、済生会設立などに携わり、そのうえ、一橋大学、早稲田大学、日本女子大学校などの教育にまで力を注いだ。

渋沢氏は「官尊民卑」について、日本は官尊民卑の弊が止まず、官にある者ならば、不都合なことも看過され、民間にある者は直ちに摘発されるとその問題を訴えている。さらに経済人には、金儲けだけでは駄目だ、論語に立ち返って社会貢献も考えなければならないと「道德経済合一論」を説いた。

しかし、その官尊民卑はその後も見直されることはなかった。大戦中は陸海軍の官僚が「戦艦大和があるから負けない、竹槍！」として、一番弱い立場の国民に塗炭の苦しみをなめさせた。そして戦後は財務省や厚労省官僚が「日本の医療には無駄が多い、将来医師は余る、偏在が問題」として、先進国最低の医療費と医師数を放置し、医療を崩壊させている。一方、経済界も自身の内部留保は保ったままに、派遣切りを行っている。

4．日本医師会に求められるもの

日本の医療崩壊・社会保障崩壊の根底には、明治以来の官尊民卑と、ノブレス・オブリージュに欠けるこの国の問題がある。日本医師会および会員が、先進国最低の人口当たり医師数を黙認し、医療の質や安全の向上を怠った責任は重い。前政権下で提言は繰り返し行われたが、結果として成し得なかった社会保障の充実のためには、医師会も大きくチェンジし、医師の大同団結を図り、国民の信頼も勝ち取らなければならない。

そのためには次のことが極めて重要である。

アメリカ・ヨーロッパの内科4学会は、新ミレニアムにおける医療プロフェッショナリズム医師憲章を作成した(李 啓充訳)。その3つの根本原則は、患者の利益追求、患者の自律性、社会正義で、医師に市場・社会・管理者からの圧力に屈することなく、医療における不平等や差別を排除すること、そのために積極的に活動する社会的責任があることを訴えている。

日本医師会も、プロフェッションのアソシエーションとして、これらの根本原則を、あらためて自らにも会員にも課していくことが重要であろう。

おわりに

勤務医の不足、過重労働の問題ならびに地域における医療崩壊は、医療界の問題を越えて、もはや、社会全体の喫緊の課題となっている。

本答申書では山積した勤務医にかかわる諸課題について、2年間をかけて幅広い熱のこもった議論を行い、新しい視点で解決へ向けた各委員の多くの意見を集約した。とりわけ、医師不足、偏在の是正を図るための方策を考えるに当たって、広く国民の立場、社会保障のあり方にも視座を置きながらの提言を行った。

今般（2009年6月）、財務大臣の諮問機関である財政制度等審議会は、医師の適正配置のための規制的手法（診療科や地域によって定員枠を設ける等）の必要性を主張した。この背景には、医師数を増やしていくことに伴う医療費の増大をなお懸念していると推察されるが、医師の適正配置は法的規制で解決すべきものではなく、本答申で提言されたような勤務医の労働環境を改善させるべく医療機関、行政、地域が一体となった地道な取り組みが重要であり、また、このための一定の財政出動は必須である。

また、本委員会においては、勤務医が安心して急性期医療に専念できるために、医師法第21条問題ならびに医療安全調査委員会についても繰り返し多くの時間をかけて議論を行ったが、紙面の関係から、残念ながら多様な意見を本答申書に盛り込むことができなかった。

昨今、勤務医と開業医との対立を煽る動きが見られることは由々しき問題である。勤務医と開業医という医師を二分する議論は好ましくなく、すべての医師が、真に医師としての社会的使命、医療の理想を具現する団体としては、医師会をおいてはないと考える。以上の目的達成のためにも、医師会は、今一層、勤務医の医師会中枢への参画を通して、多くの勤務医の意見を会務へ生かしていくことが重要である。勤務医の持つ諸問題を、医師会の最重要課題として正面から解決に取り組むことは、医師会の社会的使命でもあり、さらに、医師の大同団結にもつながると考える。

本答申書が、日本医師会の会務運営ならびに医療政策立案等に幅広く反映され、勤務医を取り巻く厳しい環境の改善の一助になるよう、ひいては、安全で安心できる医療を通じた地域社会作りに役立っていくことを切に願うものである。