

医師不足と民主主義

加 藤 達 治

東亜大学 医療学部

〈要 旨〉

日本の医師は1961年国民皆保険体制が成立以降も不足しており、1970年政府は、1985年の必要最低医師数を人口10万対150人とし、同年までに養成することを目標に掲げる。しかし、医療費の高騰が社会的に政治問題化した1980年代後半以降、逆に政府は国民的合意のもと医師数増加抑制策に転じる。一方で当時から日本の医療従事者は国際的に見ても異常な長時間労働に従事しており、病院勤務医の労働時間は現在でもヨーロッパより週30時間以上長くなっている。1990年代後半にはいると、1970年代に新設された医学部・医科大学出身者が、勤務医より診療所へとシフトする年齢となり病院勤務医の増加が頭打ちとなる。この状況に医療費抑制策、医療安全の要求の高まりが重なり、勤務医の労働密度は増加し、退職者の増加、残された者の更なる労働強化という悪循環に入る。これに2004年から施行された新臨床研修制度が止めを刺す形で、「医療崩壊」という現象が出現する。医師不足の直接の原因は、医療需要の予測の誤りである。医療は水道や教育などともに社会のインフラであり公共物である、すなわち常に政治的な課題である。前例踏襲と無謬性の中に閉じこもる官僚機構、政治的には圧力団体以上の働きはできない専門家団体、ひたすら質が良く安全な医療を求めるのみの市民、すなわち社会として医療という公共物をどのように守り育てるかという政治的な議論ができず、政治的意思形成ができなくなったことに、より根本的な原因がある。現状の打開のカギは、政治的には地方自治を強化すること、理論上は社会保障費の増加は、経済発展の足かせになるという考え方の再検討を行うことにあると考える。

〈目 次〉

- | | |
|---------------------|-------------------------|
| 【1】はじめに | 【5】医師の過剰から不足へ |
| 【2】医師数の変遷と国際比較 | 5-1. 「医師の需給に関する検討会」の議論 |
| 2-1. 日本の医師数の変遷 | 5-2. 医学界の動向 |
| 2-2. 医師過剰論 | 【6】医師不足？何が起きているのか |
| 2-3. 医師数の国際比較 | 【7】考察と今後の課題 |
| 【3】病院勤務医の労働環境 | 7-1. 医師不足はなぜ生じたのか？ |
| 3-1. 医師の労働時間 | 7-2. 民主主義の病理を映し出す医師不足問題 |
| 3-2. 女性医師の増加 | 7-3. 今後の課題 |
| 3-3. 医師の偏在 | 7-3-1. 医療費と医師数 |
| 【4】日本の医療費 | 7-3-2. 医師の偏在と地方自治 |
| 4-1. 医療費亡国論と医師需要誘発説 | 7-3-3. 女性医師の現状は社会の反映 |
| 4-2. 医療費の国際比較 | 【8】まとめ |

【1】はじめに

最近、医師不足のために地方の自治体立病院での診療科が閉鎖あるいは縮小されたとの報道が相次いでいる。都市部でも産科や小児科さらには救急医療からの撤退が続いている。

さらには、相次ぐ医療事故や急患のたらいまわし、看護師不足等々、日本の医療システムは、システムとしておおきな不調が起きているのではないかと考えざるを得ない。

医療の問題は大きく分けて医療提供体制の問題と健康保険体制、すなわち財源問題から考えることができる。後者は一般の人々にとっても、直接家計にかかわる問題でありどちらかと言えば身近な問題ではある。(ただし、内容は複雑で簡単には全体像をつかめないのだが) もう一方の医療提供体制の問題は、一般の健康な人にとっては日常生活上緊要の問題でないということもあって、ともすればいわゆる関心がある人々内部の議論にとどまっていた恨みがある。

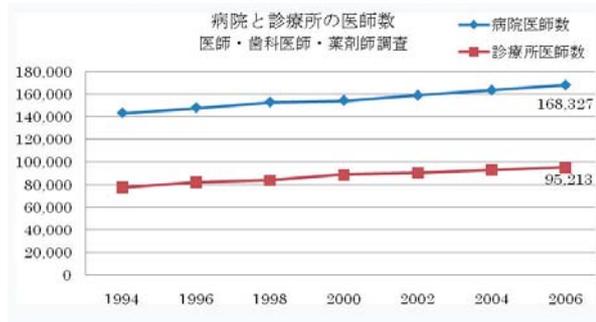
今回は、医療提供体制に現在生じている問題の中でも医師不足に焦点を絞り、医師不足の現状について概略を述べ問題点を指摘してみたい。

【2】医師数の変遷と国際比較

2-1. 日本の医師数の変遷

日本では、1961年国民皆保険体制が成立する。しかし、60年代までは保険料を払っているにもかかわらず、十分な医療が受けられないという状況が、特に地方では続いていた。医師がいない、病院がないという状況が続いていたのである。とりわけ医療供給の中心を担う医師数が不足していることは、社会的な共通の認識であった。この中で、1970年政府は「必要最低医師数を人口10万対150人とし1985年までに養成する」という目標が掲げ、既存医学部の定員増やいわゆる「無医大県解消構想」を推進する。この結果1983年予定より2年早く目標を達成し、その後も日本の医師数は毎年3,000ないし4,000人ほど着実に増加している。(図1)

図1 日本の医師数年次推移



(出所) 平成18年医師・歯科医師・薬剤師調査

2-2. 医師過剰論

前述の如く1983年には、人口10万対150人の医師数を達成し、その後も毎年3,000から4,000人の医師の増加が続いている。2000年までに都合3度設置され、それぞれ1986年、94年、98年に報告書を提出した「医師の需要と供給に関する検討委員会(名称は少しずつ異なっている)」(表1)では、現在と違って「医師過剰の弊害」が討議される状況であった。これらの委員会の報告を踏まえて、80年代前半から2008年6月まで政府の公式見解は「医師数は現在のところは過剰ではないが、現在の新規参入医師数が維持されれば将来は過剰になる。無医地区の問題や救急医療の医師不足の主たる原因は、医師の絶対数の不足ではなく、地域間あるいは診療科間の医師の偏在による」というものであった。すでに「医師不足ではない」という認識もまた、単に厚生省(当時)すなわち政府だけの認識ではなく、90年代後期までは社会的な共通認識であったことは、特に注目しておくべきことである。このことを、国会論議を通じてみてみたいと思う。

1984年11月21日の衆議院決算委員会の質疑では、

「神田委員 医師及び歯科医師の過剰時代に適切に対応すべきことは我が党(民社党…引用者)も早くから指摘をしてきたところであります。この見地から医師過剰対策に早急に取り組むべきであると思っておりますが、一つ問題は、医師の偏在という問題があるわけでありまして、人口十万人当たりの医師数は最高の徳島県が二百人、最低の埼玉県は八十一人、極端なアンバランスがあるわけであります。無医地区が現在なお千七百五十

地区もあるわけでありまして、以下略」という質問に、増岡厚生大臣は「御指摘のとおり、全体としては過剰でありますけれども偏在をしておることが大きな問題だと思います。」と答弁している。

1989年11月16日参議院決算委員会では、菅野壽議員（日本社会党）は、

「一略一このように、現在の医師過剰問題は、昭和四十九年以降に行われた将来展望を欠いた定

員増、これに端を発しているとも言えるのではないのでしょうか。そこで、当初の目標を二千人以上も上回る定員増がどうして行われたのか、この点について文部省にお伺いしたいと思います」と質問している。なお、菅野壽氏は医師であり、1985年初当選、1982年から1984年まで日本医師会の常任理事を務めている。

以上の引用からわかることは少なくとも1980年代の政府の公式文書においては「未だ過剰ではな

表1 医師養成にかかわる主な出来事

	医師養成にかかわる事項	関連事項
1970年	「最小限必要な医師数を人口10万対150人とし、1985年を目途に充たそうとすれば、当面ここ4～5年のうちに医科大学の入学定員を1,700人程度増加させ、約6,000人に引き上げる必要がある」との見解が明らかにされた。	
1973年	「無医大県解消構想」いわゆる「一県一医科大学」設置を推進	
1983年	「人口10万人対150人」の目標医師数の達成	「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」厚生省保険局長吉村仁氏発表
1986年	「将来の医師需給に関する検討委員会最終意見」において、2025年には全医師数の10%が過剰になるとの将来推計を踏まえ「当面、1995年を目途として医師の新規参入を最小限10%程度削減する必要がある。」との見解が示された。	
1993年	医学部入学定員が7,725人となった（1986年からの削減率7.7%）。	
1994年	「医師需給の見直し等に関する検討委員会意見」において、1986年に佐々木委員会が最終意見で要望し、大学関係者も1987年に合意した、医学部の入学定員の10%削減が達成できるよう、公立大学医学部をはじめ大学関係者の最大限の努力を希望する。」との見解が出された。	
1997年6月	財政構造改革の推進についての中で「医療提供体制について、大学医学部の整理・合理化も視野に入れつつ、引き続き、医学部定員の削減に取り組む。」旨が閣議決定された。	
1998年	医学部入学定員77,705人（1986年からの削減率7.8%）。「医師の需給に関する検討会報告書」において「新規参入医師の削減を進めることを提言する。」との見解が示された	8月関西医科大学耳鼻科研修医死亡
1999年8月		小児科医自殺横浜市大患者取り違え事件
2000年8月		関西医科大学研修医過労死裁判提訴医療事故報道の急増
2001年8月		関西医科大学研修医過労死裁判一審判決：過労死と認定
2002年		医師不足報道の急増
2005年2月	第一回医師の需給に関する検討会	
2006年7月	医師の需給に関する検討会報告書「今回の推計では、長期的に見れば、供給の伸びは需要の伸びを上回り、マクロ的には必要な医師数は供給されるという結果になった。しかしながら、これは短期的・中期的あるいは、地域や診療科といったミクロの領域での需要が自然に満たされることを意味するものではない。」	
2007年4月		「我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（最終報告）」（日本産婦人科学会）
同8月		「我が国の小児科医療体制の構想」（日本小児科学会）
2008年6月	政府は1997年の医師養成数削減の閣議決定を事実上撤回。「週80から90時間の医師の勤務を普通の労働時間に戻すだけで勤務医は倍必要だ」と舛添厚生労働大臣の発言	

医師の需給に関する検討会資料をもとに筆者作成

い」という現状認識であるが、与野党を通じて「既に過剰状態にある」という認識で議論が進行していることである。さらにこのような認識を日本医師会も持っていたか、少なくとも否定しなかったことは「医師の需給に関わる委員会」に日本医師会からの委員も参加していることから事実であろう。

ちなみに国会では、2004年11月11日衆議院憲法調査会で、すでに勤務医不足報道が相次ぐ中でも、当時の植松日本医師会会長は、山本（喜）委員（社民党）の質問に以下のように答えている。

「植松公述人 一略一 医師不足の問題は、これは医療提供体制の問題でございますけれども、

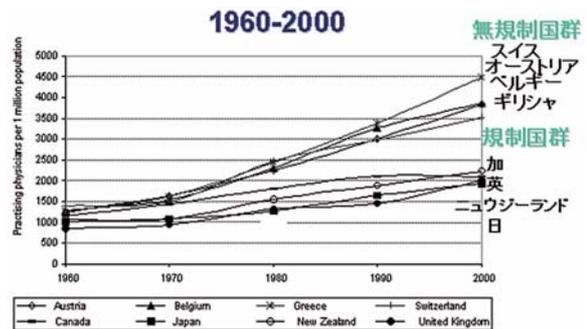
現実に医師が不足しておるのか、医師が偏在しておるのかという問題につきましては、これから調査の必要があると思います。大きなところは医師の偏在であろうというふうに思っております。一 中略一 今、医師が不足であるということで医科大学の定員をふやすというふうな対応をすると、これがまた将来には医師過剰というふうなことも考え得るわけでございますので、十分にデータを精査した上での対応ということと現時点でやらなければならない問題、二つの問題を混同しないように対応してまいりたいというふうに思っております」

表2 人口1000人当たりの医師数（2005年）

	人口1,000人当たりの医師数
スイス	3.8
オーストリア	3.5
ベルギー	4.0
ギリシャ	4.9
カナダ	2.8
イギリス	2.4
ニュージーランド	2.2
日本	2.0

OECDインディケータ2007年版より筆者作成

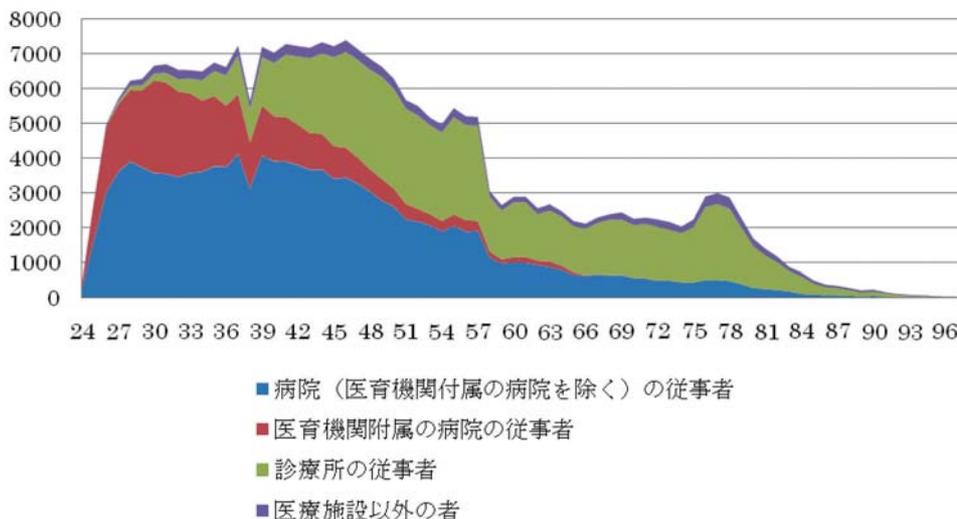
図2 医師数年次推移（国際比較）



OECD human resources for health care project, OECD Health database 2003.

(出所) 医師需給に関する検討会資料（2006年3月27日）

図3 医師の年齢階級別分布2004年



19年度厚生労働白書

2-3. 医師数の国際比較

しかしながら国際的にみると、日本は人口当たりの医師数が少ない国に属する。(表2, 図2) 我が国は、国が医学部入学者定数を決定するという形で医師数のコントロールを行っているが、我が国と同じく比較的医師数が少ない国は、いずれも国が医師数をコントロールしている。ちなみに、イギリスとカナダは日本と同じく医師数増加抑制策をとっていたが、日本に先駆けて医師数増加策に転じている。結果として、日本は現在ではOECD諸国中、医師数が最低のグループに属する国となっている。ちなみに日本では医師数とは、医籍登録数であるが、他の国は実働医師数をもって医師数としている国が多い。すなわち厚労省が発表する医師数には社会的に引退年齢と考えられる65歳以上の医師もすべて含まれている。2004年のデータによれば65歳以上の医師が約4万人おり(図3)、これを除くと27万人-4万人=23万人となり、人口10万対180人の医師数は先進国では最低となる。日本の医師数の増加は、前述のように1970年以降の医師養成数の増加によってもたらされたものであり、現在までの医師数の増加は、おおむね実働医師数の増加と等しいと考えられるが、医籍登録数=医師数という考え方で今後も医師数をカウントした場合、今後引退する医師が増加してくるため医師数と実働医師数にはさらに乖離が生ずる結果となる。

【3】病院勤務医の労働環境

3-1. 医師の労働時間

医師の労働時間が社会的に議論されるようになったのは、1998年8月17日関西医科大学の耳鼻科研修医(当時26歳)の急性心筋梗塞による死亡を、社会保険労務士であった父親が過労死として訴訟を起こしたことに端を発している。翌1999年8月16日には44歳の小児科医が、「少子化と経営効率のはざままで」と題した遺書を残して、当直明けに病院の屋上から身を投げて自殺する。遺書には「わが病院も昨年までは、常勤医6名で小児科を運営して参りましたが、病院リストラのあおりを受けて、現在は、常勤4名体制で、ほぼ全日の小

児科単科当直、更には月1~2回東京都の乳幼児特殊救急事業に協力しています。急患患者数では、小児の方が内科患者を上回っており、私のように四十路半ばの身にほぼ、月5~6回の当直勤務はこたえます。」とつぶられていた。(鈴木 2005, p.18)

関西医科大学研修医過労死裁判の一審判決では、研修医は労働者であり労働基準法が守られねばならないことを指摘し、大学に対してその遵守を勧告している。その後大学側の控訴に対して2005年6月最高裁第3小法廷は控訴を却下し、判決は確定している。(朝日新聞出版発行「知恵蔵2007」)

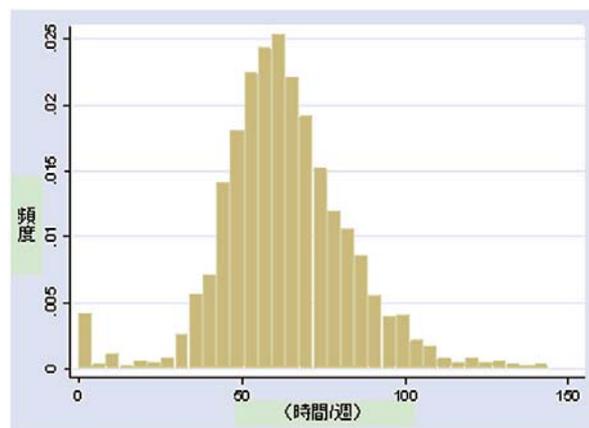
ここで日本の勤務医の労働時間をみて見てみよう。日本の病院勤務医の労働時間は週60ないし80時間(図4)で、イギリスやフランスの40ないし55時間(図5)と比し圧倒的に長いことが見て取れる。

3-2. 女性医師の増加

医師の労働環境の問題を考える際に、女性医師の増加を考慮からはずすことはできない。

日本の女性医師は、全体の16.4%(2004年)で国際的に見れば女性医師の割合が低い国ではあるが、それでも近年の医師国家試験合格者の30%を女性が占め、女性医師は増加している。特に近年

図4 一週間の病院常勤医勤務時間(日本) 全体(4,077人): 63.3時間/週(±20.2)(最大152.5) (無効回答601人)



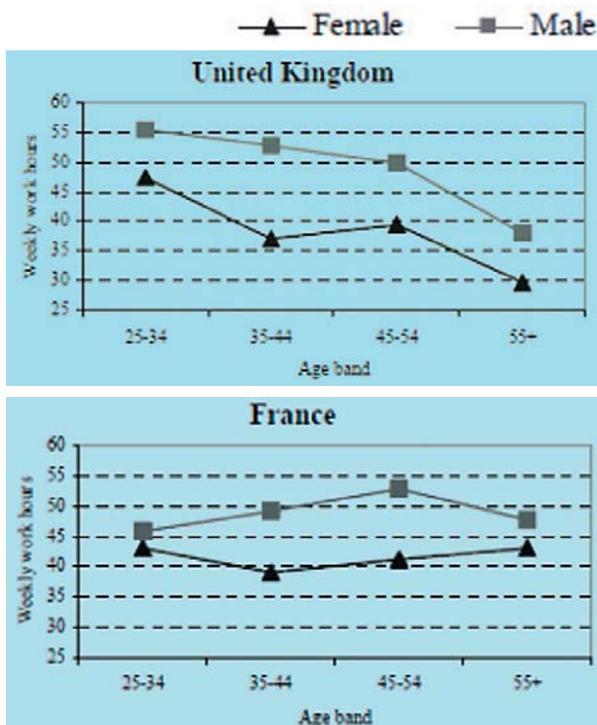
(出所) 医師の需給に関する検討会資料(2006年3月27日)

医師不足が叫ばれる産婦人科や小児科では、女性医師の割合が産婦人科21.8%・小児科31.2%と多い。日本の病院においては、これらの科の医師数はせいぜい数名であり（10名を超える病院はごく少数である。この現状が後述する医師の集約化の提案となる）この人数で一人の休職ないし退職者がでると、外来・病棟・当直さらに産婦人科では手術などの日常業務に支障をきたす。当直明けにそのまま外来業務につく、あるいは手術を行うといったことを常態化させざるを得なくなる。すなわち、女性医師の出産・子育てによる一時的職場離脱あるいは退職が、危機を顕在化させることになるのである。特に若年ほど女性医師の割合が高く、今後事態はより深刻になる。（図6）

3-3. 医師の偏在

最後に医師の偏在の問題を取り上げておきたい。各国とも医師数の問題と並んで偏在の問題が存在する。偏在には地域的な偏在と診療科別偏在

図5 一週間のイギリスとフランスの病院勤務医勤務時間



OECD Health Working Papers
The Supply of Physician Services In OECD Countries
(出所) 医師の需給に関する検討会資料（2006年3月27日）

がある。地域的偏在をみると、東京都を除き徳島県の10万人当たり262.4人が最大で、埼玉県は129.4人が最小である。（図7）少ない県に千葉県などの東日本の県が並ぶ。また、医療法に定められた医師の定数を満たしていない病院の割合も東日本に多い。（図8）さらに同じ県内でもいわゆる都市部と農村部・山間部では2～3倍の偏りがある。

【4】日本の医療費

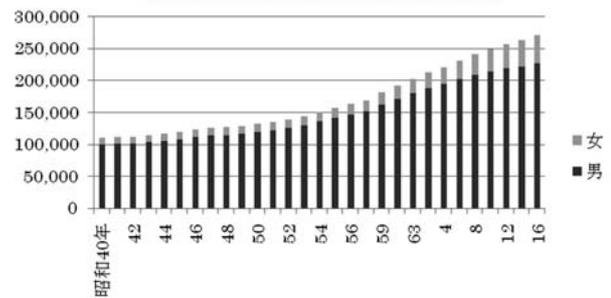
4-1. 医療費亡国論と医師誘発需要仮説

ここまで医師数の変遷と現在の特に病院勤務医が置かれている現状の一端を見てきた。

ここで医師数を考える際にどのような考え方によって論じられてきたかを見ていきたい。

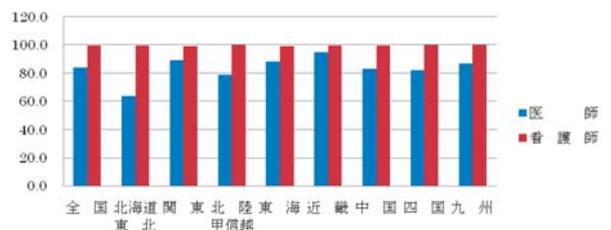
1983年当時の厚生省保険局長吉村仁氏は「社会保険旬報」に論文「医療費をめぐる情勢と対応に

図6 男女別医師数の推移



医師・歯科医師・薬剤師調査より

図7 医療法に規定する病院の標準数に対する医師・看護師の地域別適合率



医師・歯科医師・薬剤師調査より

関する私の考え方」を公表し、いわゆる「医療費亡国論」を展開した。この論文がその後の「医療費抑制政策」の理論的な出発点になっている。この論文の要点を要約する形で紹介する。

『①いずれの国（英国や西ドイツ、スウェーデン）も先進国病にとりつかれ四苦八苦しているのも公知の事実。日本も租税・社会保障負担率が高まれば、これらの国と同様、社会の活力を失ってしまうのではないかという危惧は、現実性の高い危惧…医療費亡国論

②人口高齢化が進み、疾病構造の重点が成人病＝慢性疾患に移りつつある現在、従来の治療中心の医療よりも、予防、健康管理、生活指導などに重点をおいた医療の方向がより効率的なのではないかという問いかけ…医療費効率減論

③現在の医療費の増大は、医療の供給と需要の間にプライス・メカニズムが働かないためか、需給ともに過剰気味なために生じているのではないかという視点…医療費需給過剰論』

医療費効率減論として医療の中心を予防に重点を置くべきとする主張は、現在のメタボ検診に引き継がれている。小泉内閣にいたって「医療への市場原理」の導入と「医療費の伸びをGDPの伸び以内に抑える」という政策目標が掲げられるが、「医療費の伸びをGDPの伸び以内に抑える」という政策目標は、当時すでに吉村氏が提起している。

また、当時医療費が高騰する要因の一つとして「医師誘発需要仮説」（医療の分野では医師が医療需要を誘発する。ゆえに医師数の増加は医療費の高騰の原因となるという説）が提起される。これ以降、医療費亡国論と医師誘発需要仮説が医師数を論議する際に大きな影響力を持つことになる。

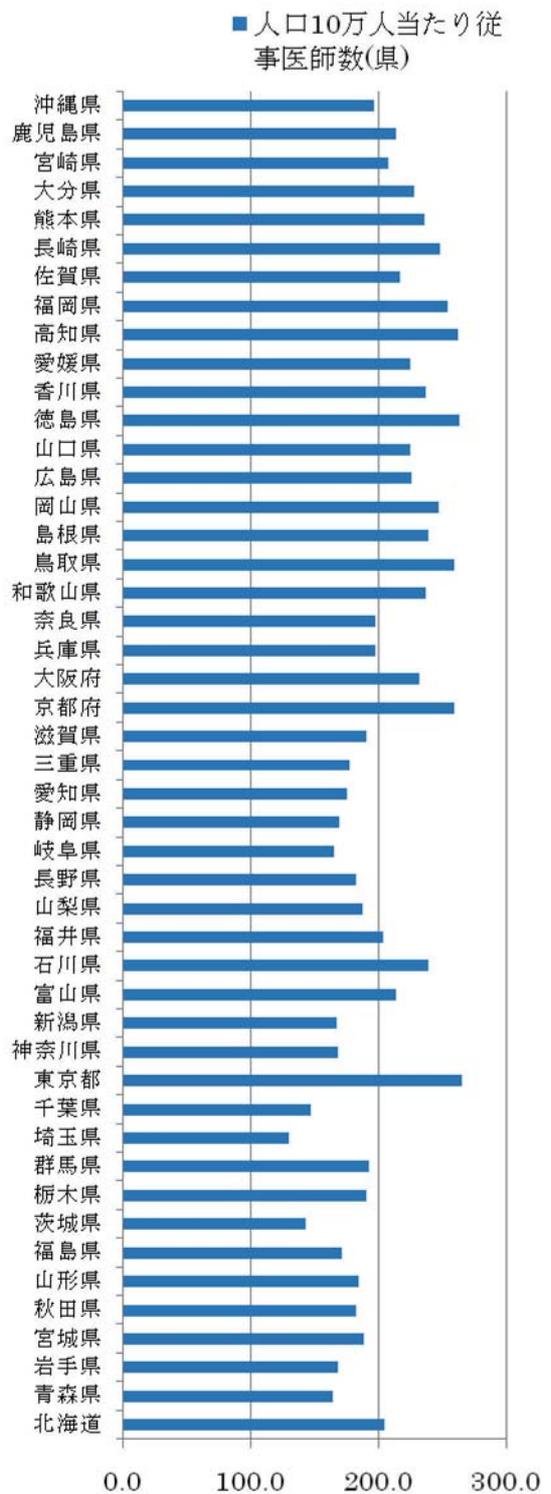
4-2. 医療費の国際比較

それでは、日本の医療費が国際的に見てどのような位置にあるのかを見ておこう。

健康指標と医療費の国際比較（表4、5）を見ると、平均寿命は最も長く、乳幼児死亡率は最も低い。GDP比の医療費は少なく、一人当たりの医療費も少なくなっている。

一言で言えば、日本は少ない医療費できわめて高い成果を上げていることがわかる。

図8 人口10万人当たり従事医師数（県）



厚生労働白書19年版より筆者作成

【5】医師の過剰から不足へ

5-1. 「医師の需給に関する検討会」の議論

2000年に入ると医療事故に関する報道が急増する。さらに、2002年頃からは医師不足の報道が増加してくる。また、国会でもしばしば医師不足が取り上げられるようになる。このような情勢を受けて、2005年2月新たに「医師の需給にかかわる検討会」が設置され、同検討会は2006年7月報告書を提出する。この検討会で初めて政府の検討会として医師の労働時間の調査がなされ、さらには国際的な論調の変化—医師過剰から不足へ、あるいは医療の効率化から医療の質と安全の向上へ—が議論されている。

この検討会での報告書決定過程を、報告書（案）と小山田恵委員（社団法人全国自治体病院協議会長）が提出した小山田案の一節を引用し、どのような議論を経て報告書が決定されたかを見てみたい。黒字は報告書（案）、小山田案は原案の修正箇所を棒線で消去し、赤字で修正を追加している。最終の報告書は原案のごく一部が書きかえられたのみで、小山田委員の「最終案決定のためのもう一度の委員会開催要求」を退けて決定されている。（引用部分は、小山田委員の意見は入れられず全く変更は加えられていない）ちなみに原案は議論を踏まえたという建前のもと事務局＝厚労省の担当部局が作成している。

『(3) 医師の需要の見通し

○今回の需要の見通しの検討においては、国民皆保険とフリーアクセスが確保されている中、現状で総量としては、基本的には国民が必要としている医療を提供しているものと仮定し、医師の勤務時間の現状と、勤務時間のあるべき姿とのギャップを現状の医師数に上乘せした人員を現在の医師必要数と置いた。必要医師数の算定に当たっては、医師の勤務時間を週48時間とおいた。なお、調査によれば、医師の勤務時間には大きなばらつきがあるが、長時間労働を行っている者について週48時間に短縮することとしつつそれより短時間の者については、48時間まで勤務時間を増加するとはしていない（短時間労働の者については、現状のままと仮定）。これによれば、平成16（2004）年において、無職や保健医療関係以外の業務に従事している医師を除いた全ての医師がは26.8万人であるのに対し、必要医師数は27.7万人と推計される。内訳は、勤務医が16.4万人、開業医が10.4万人である。

○なお、上記の推計はこれに対し、医師が医療機関において過ごす時間のうち、診療、教育、他のスタッフ等への教育、その他会議等の時間に、を勤務時間と考え、これを週48時間までに短縮するのに必要な医師数から求めたものである。また、仮に、休憩時間や自己研修、研究といった時間も含む医療機関に滞在する時間を全てのほとんどが勤務時間と考えみなすのが実態に即している、と

表4 医療費の国際比較

	日本	カナダ	イギリス	ドイツ	アメリカ
医療費のGDP比 (2005年)	8.0%	9.8%	8.3%	10.7%	15.3%
一人当たり医療費 (2005年)	2,358ドル	3,326ドル	2,724ドル	3,287ドル	6,401ドル

OECDインディケータ2007年版より筆者作成

表5 健康指標の国際比較

	日本	カナダ	イギリス	ドイツ	アメリカ
乳幼児死亡率 (2005年) %	2.8	5.3	5.1	3.9	6.8
平均余命 (2005年) 歳	82.1	80.2	79.0	79.0	77.8

OECDインディケータ2007年版より筆者作成

いう考えに立てば、これを週48時間までに短縮するには、必要医師数は32.4万人と推計される。差引不足数は5.6万人となる。この内訳は、勤務医の必要医師数は、〇万人で、差引〇万人の不足、開業医の必要医師数は、〇万人で、差引〇万人の不足となる。現時点において諸条件一定とすれば、これが我が国の不足医師の数である。

〇七かしながら一方、厳密には法令上、休憩時間や自己研修は、通常は勤務時間とは見なされない時間であり、これらを含んだ時間を全て勤務時間と考えることは適切ではない、とすれば必要医師数は、勤務医は〇万人、差引〇万人の不足、開業医は〇万人、差引〇万人の不足となる。』

『今回の推計では、30年先にはマクロ的には必要な医師数は供給されるという結果になった。七か七ながらしたがって、これは短期的・中期的にあるいは、地域や診療科といったミクロの領域での需要が自然に満たされることを意味するものではない。』

小山田案は明確に医師不足を指摘する内容であるが、決定された報告書は明確には指摘していない。

しかし、この報告からわずか2年後の2008年6月、政府は医師不足を認める。日本医師会もまた政府に先立って2007年1月医師不足へと認識を改める。

5-2. 医学界の動向

次現在では、小児科・産科のみならず外科・内科まで病院勤務の医師数が減少しつつある。(図

9, 図10) 医師の減少が特に深刻な、産婦人科学会、小児科学会は2002年頃より学会内での検討を開始し、折にふれて社会的に見解を明らかにしながら、政府などへの働きかけを行っている。そして、その集大成として日本産婦人科学会と日本小児科学会は、2007年相次いでそれぞれ「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」「わが国の小児医療体制の構想」を発表する。具体策はいずれも人員の集約化とネットワークの構築を主な内容としている。このような医学界の動きはその後も続き、2008年設置された「安心と希望の医療確保ビジョン具体化に関する検討会」では北里大学産婦人科海野信也教授が中心になって医師以外の委員の参加も得て、以下のような書き出しから始まる提言を提出している。「問題を解決するには、まずそのことが『問題である』と『認識』するところから始まる。今日のように崩壊の危機に瀕するようになった我が国の医療は、厚生労働省によってそこに『問題がある』と認識されてこなかったことによってもたらされたことが大きな要因ともいえる。また、医療現場にいる我々も政府に任せていた深い反省に立ち、委員自らが筆をとったものである。』

【6】医師不足？何が起きているのか

一般の人にとって「日本は現在医師が不足している」といわれてもただちに了解できないと思われる。

日本の医師数は、先にみたようにOECD諸國中

図9 小児科・産婦人科病院医師数

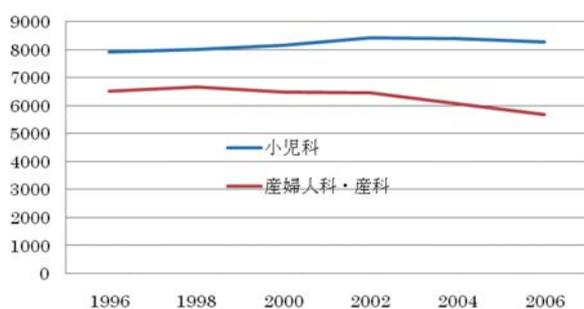
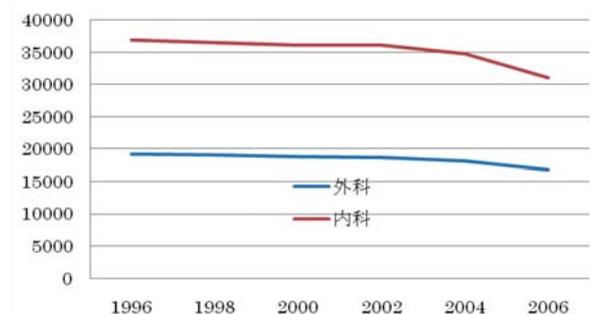


図10 内科・外科病院医師数



医師・歯科医師・薬剤師調査より

最低数であり絶対数において不足している。しかし、医師不足の影響がすべての医療機関、すべての地域で同じように生じているわけではない。現在の医師不足の影響がもっとも顕著に出ているのは、報道にもあるように自治体立病院であり、産科・小児科・救急医療の分野である。そして現在は、病院の内科・外科へと波及している。大学からの医師の派遣を受けながら、従来からも少人数の医師が長時間労働に耐えながら診療を行っていた自治体立病院が、新臨床研修制度の導入以降大学への医師の引き上げと新たな医師の派遣が途絶えた結果、診療の継続が不可能となっている。あるいは、産科・小児科・救急医療など24時間の切れ目ない診療を要求される科で、そして重症で診断治療に緊張を強いられる症例を取り扱う病院で医師の減少が続いている。さらに立ち入ってみればこれらの病院では、診療のみならず、研修医の指導、自身の研究発表、院内の会議への出席などの業務が集積する中堅医師が、前述の小児科医師の遺書にあるように、様々な理由で職場離脱をし、残されたものに更なる重圧がかかるという形で事態が進行している。医療の高度化とインフォームドコンセントの普及は医療者の繁忙感を拍車をかけている。病院勤務医の中でも医療の中核を担う中堅の医師に矛盾が集積しているのである。

現在でもまだ少なくない病院が、1949年制定された医療法に基づいた医師数の基準を満たしていない。また、病院勤務医の長時間労働は是正される見通しすら立っていない。そして、国際的にも看護師をはじめとするコメディカルの数の少なさが、医療現場の窮状にさらに積み重なっている。このような現状で医療の安全を保つことは難しい。

【7】考察と今後の課題

7-1 医師不足はなぜ生じたのか？

勤務医の労働時間数からみても勤務医の不足は明らかである。「週80から90時間の医師の勤務を普通の労働時間に戻すだけで勤務医は倍必要だ」と舛添厚生労働大臣も発言している。診療所医師の労働時間も決して少なくない現状を見れば、総体としての医師不足は明らかである。ではなぜ医

師不足が生じたのか？明らかなのは医療需要の増大に供給体制が追いつかなかったことである。数度にわたる「医師の需要と供給に関する検討委員会」でも、医療需要の予測はなされ、その予測に基づいて医師の養成数の検討がなされた。結果として予測は外れたと言わざるを得ない。断わっておきたいのはこの種の予測は極めて難しく、必ずしも外れたことに問題があるわけではない。予測のはずれが生じた場合、直ちに修正し政策に反映する作業を行うことができなければならない。この点に先に見た検討会の議論の一端からも分かるように大きな問題がある。

医療需要の推移は、今後さらに学問的に検討される必要があるが、とりあえず考えられる需要増大の要因として、第一に国民皆保険による潜在的医療需要の喚起（医療費を支払えないという理由での受診控えが、保険が使用できるようになって顕在化）第二に高齢化の進行、第三に医療の高度化があげられる。

日本の医療従事者の世界でも例を見ない長時間労働は、今に始まったことではない。繁忙感が一向に減少しないなかでも、着実な医師数の増加が医療現場、特に病院で実感されたことが、医療現場での閉塞感の解消につながり問題が顕在化しなかった原因の一つと考えられる。しかし、1990年代後半以降事態は悪化する。すなわち、医療重要の増大が必要とする医師数は新設された医学部・医科大学から卒業する医師によって賄われて来たが、1990年代後半からこれらの医師が診療所へ移行する、さらには引退する年齢となり、勤務医の増加が頭打ちとなる。これに医療費抑制政策と医療安全要求の高まりが重なる。病院は医療安全に十分な投資ができないまま、医療安全の要求にさらされる。医療従事者の労働密度はさらに高まる。職場離脱の波が生ずる。これに新臨床研修制度が止めを刺す。研修医は研修に専念することとして新卒医師の供給が二年間停止したのである。そして、現在の状況へ至るのである。

現在から振り返って見れば根柢の無い漠然たる未来への光明感、「医療費亡国論」の呪縛、あるいは「社会保障費は経済発展の足かせ論＝先進国病」などのもとで、冷静な実証的な議論を欠いたまま「将来の医師過剰論」が医師数増加抑制策へ

とつながったのではないかと思われる。ちなみに新臨床研修制度は、すでに医師不足が顕在化していた時期に、医療現場の実態を見ないまま、しかも財政的裏づけが不十分なままで「理想的研修制度」を目指して導入されたのである。

7-2. 民主主義の病理を映し出す医師不足問題

「民主主義の病理を映し出す医師不足問題」（伊関2007, p.173）という問題設定に筆者は、完全に同意する。

2008年の春から夏の議論を通じて、医師不足は完全に社会問題にそして政治問題になった。政府は医師数増加策に転じた。まず、確認しておくべきことは、医療問題は常に国会で議論される政治問題であったということである。

現在日本の医師不足は抜き差しならないところまで来ている。この事態をどう考えるのか。何故「そこに問題がある」と社会的に誰も言わなかったのか？

政府の検討会も医師の団体も政党もさらには患者団体も、「そこに問題がある」とは指摘できなかった。この国の医療政策策定の過程に大きな欠陥があることは疑う余地がない。

まず、政府の問題点を指摘しよう。厚生労働省が病院の医師充足率を公式に発表したのが2006年である。その結果判明したのが、そもそも戦後の1949年に制定された医療法に基づいた医師数すら満たしていない病院が無視できない数あったことである。医療法制定後の社会の変化、すなわち国民皆保険体制による医療需要の増加、医療の高度化による人員増の要求などを一切反映しないまま医療法の規定は現在に至っているのであるが、それすら現在も満たされていなかったのである。すなわち、日本の病院が法に基づいた医師数を満たしているかどうかの調査は行われなかったか、行われても社会的に明らかにされなかったのである。同じように厚生労働省の検討会も、ほとんど現実を直視していない。先にもあげた厚労省の検討会「安心と希望の医療確保ビジョン具体化に関する検討会」の委員による提言では、『厚生労働省「医師の需給に関する検討会（2006〔平成18〕年7月28日報告書）」における推計の根拠とされ、

本検討会でも事務局から提示された長谷川データは、医療需要を患者のニーズではなく、医師の勤務時間で表現しているが、週平均70.6時間のうち自己研修、研究、休憩時間等を除いて週平均48時間としており、現場の実態から乖離した荒唐無稽なデータである。厚生労働省は、自己研修、研究、休憩時間等を含めた滞在時間を用いた場合、病院滞在以外にも拘束されるオンコールの時間を含めた場合、女性医師の労働時間を男性の0.5とした場合、（長谷川データは常勤医師の勤務時間を用いているが、現場を担って長時間勤務している若手医師の多くは非常勤であるため）非常勤医師の勤務時間も含めた場合、3分診療を6分にした場合、（現在若手医師は増えず高齢の医師が増えているが）高齢医師には24時間体制の医療は務まらないこと、臨床研修制度によって若手医師が2年分、事実上現場からいなくなっていること、といった様々なパラメータを含めて、必要な現場の医師数推計をやり直す必要がある。』として、報告書を批判している。

では、政府の政策に重要な影響を与えてきた専門家団体はどうか？医師の団体である日本医師会が、医師不足という認識に達するのが医師不足報道の後であるということは、日本医師会もまた傘下の病院勤務医の現状を把握していなかったか、無視していたといわれても結果として反論できないであろう。

国民の意識はどうか？医師の長時間労働の軽減は、これ以上の職場離脱を防止するための当面の緊急課題である。救急現場での繁忙感の原因の一つにいわゆる「コンビニ受診」がある。救急出動件数の増加の原因に「救急車のタクシー代わりの利用」がある。どのような努力で医療が提供されているかということに関心が向かない、自分の都合しか考えない国民の意識は結果として真の救急事態の時には医療を利用できない状態へと医療を導いていないだろうか？

一言でいえば医療という公共物を国民（市民・住民）全体で守り育てるための政治的意思形成がなされてこなかったのである。

官僚機構は前例踏襲と無謬性の中に閉じこもり、専門家団体は圧力団体との批判に反論できず、市民は身近で質のよい医療をひたすら要求すると

いう構造のなかで、政府の検討会という一組織の報告書が、事実上の政策決定を主導してきたのではなかったか？ここには、政府の原案を場合によっては修正し決定するという国権の最高機関としての国会は登場しない。いや、検討会でもその議論が報告書に反映されるのではなく、先に見たとおり官僚作成の文書が報告書になっていった経過をみた。

医療は生活のインフラであり公共物であり、ゆえに一級の政治課題であるにも関わらず、政治の場での議論が、専門的な知識が必要という名目で、等閑視されてきたのではなかったか？まずは、官僚機構と医学界の閉鎖的体質が改められなければならない。国民には分かりやすく情報が提供されねばならない。その上で、現在の状況の打開の鍵は、医療という身近なものを地方自治の場で議論できるよう政治的に変革することではなかろうか？

7-3. 今後の課題

7-3-1 医療費と医師数

「医師の需給にかかわる検討会」で論議されたように、各国ともに医療政策の重点を医療の質の確保および医療安全へとかじを切っている。結核医療の進歩は、結核の治療を単純化し、結核による社会的な影響を減じ、医療費の劇的な削減をもたらした。しかしこのような意味での医療の進歩はむしろめずらしい。医療の高度化、先進化は、治療成績の向上をもたらすことがある半面、患者への侵襲的処置が増え、患者の安全確保に非常な努力を要求するのが通常である。医療の高度化は、単線的に効率化をもたらさない。人的資源の削減とはならず、むしろ増員を必要とする結果になることの方が多いのである。医療安全の確保には多額の費用と人員を必要とする。当面の医療の発展の傾向が変わらないとしたら、「医療費の増加を社会がどこまで負担することができるのか」という「医療費亡国論」が投げかけた問題は、現在こそ正面から論じる必要があるのではないか？今回論争の過程を跡付けることはできなかったが、「医療費亡国論」はあまりにも「政治的」に扱われ、あるいは事実の裏付けを欠いたまま極めて情緒的に語られてきたのではなかったか？さらに

は、感染症が人類の最大の脅威であった時代から高齢社会への転換期に、医療費効率逓減論という形で提起された問題を、再吟味する必要はもうないのだろうか？

たとえば、「高齢者医療をどのように構築するのか？」という問題は、従来までの医療の枠に止まらずに、倫理的、経済学的あるいは政策学的にも相互に関連させながら研究する必要がある。そして、これらの学問的な研究の成果が政策へと反映される必要があると考える。

7-3-2. 医師の偏在と地方自治

医師の地域的な偏在に関しては、地方自治の問題として扱うことが必要だろう。

数度にわたる「医師の需要と供給に関する検討委員会」が問題にしたのは医師の偏在であった。さまざまな取り組みがなされたが実効は上がっていない。このことが示していることは、中央政府は診療報酬を決定したり、総体としての医師養成数を決めたりすることはできたとしても、その地域に必要な医療機関や医師数、あるいはどのような専門性を持った医師が必要かというような、文字通り地域の実情を踏まえなければ解決できない問題には、無力だということである。医療とは水道やごみ収集、あるいは教育・消防などと並んで生活上の共有物であり、地域の実情に合わせて構築されるべきものである。地域での医療の崩壊、特に産科・小児科の崩壊は、その地域の持続性が保てないことを意味する。「日本小児科学会として問題視していることが2つあります。まず、自治体のリーダーシップが不十分であるということです。早急にやらなければならないのに都道府県に切迫感がなく、理論武装も現状分析も足りない。その地方の専門家や各組織が集まれば何かできるだろうというのは甘いということです。」(日医雑誌136巻7号藤村正哲氏 大阪府立母子保健総合医療センター総長)すなわち、地方自治の強化が待ったなしだということである。

自治体立病院の苦境が、お役所仕事や少子高齢化による人口減少、これに伴う地方自治体の財政状況の悪化などが累積した結果生じていることは間違いない。現在の交通事情の下で、すべての地域に同じような金太郎飴的な医療機関配置が必要

なわけではなからう。医師の偏在の問題も、その地域に必要な医療の優先順位をつけて整備していく、あるいは立て直していくという、そこに住む人々の明確な意思がなくして解決するとは思えない。単なる数合わせではないはずなのだ。例えば、小児科学会などが提案する医師の集約化と医療機関のネットワーク化という方法は、地域全体の医療能力の向上につなげることが可能だとしても、医師が減る病院の医療サービスは低下する可能性がある。住民の側から見た場合、サービスが低下した病院の周辺住民にとっては、たとえ緊密なネットワークができたとしても、多少なりとも不便になる。地域医療の崩壊を防ぐためのやむを得ぬ不便として受け入れるのかどうか？医療体制の崩壊をこのような方法で乗り切ろうという小児科学会の提案に対して、この提案を地域の実情を踏まえてどう具体化するのか、別の方法を考えるのか？この問題は、住民自身の参加が政治的意思の表明という形にならなければ解決しない。その意味で議会と首長の責任は大きい。そして、その地域の医療の専門家団体は、文字通り地域の医療供給に責任を持つ団体として、住民の意思形成の一翼を担うべきであろう。

7-3-3. 女性医師の現状は社会の反映

女性医師の増加にどのように対処するのか？もともと医療の領域は、医師を除けば女性が圧倒的に多い職場である。看護師の長時間労働は3Kともいわれ社会問題になった。看護師の勤務状況も決して改善したとはいえない状況にある。妊娠・出産・子育てを次の時代を創造する重要な問題として實際上扱ってこなかった社会の現状の文字通りの正確な反映が、産科・小児科医療、そして女性医師の現状であるにすぎない。少子・高齢社会において、もし持続可能な社会を作り上げようと望むのであれば、この問題は避けて通れないはずである。この問題は、本来的にも実際上も医療の枠内だけでは扱えない。

【8】まとめ

医師不足に関して可能な限り公式のデータを用いて、現状を浮き彫りにするように努めてみた。そして、医師不足を通して私たちの政治、社会の現状の一端を考察した。医師不足と表裏の関係にある医療安全問題、地域社会と医療供給体制などの問題は、データを示して論じる余裕がなかった。また、もう一方の問題である広く言えば社会保障費の問題、医療に関して言えば健康保険の問題、すなわち財源問題の構造的な側面には全く触れていない。社会保障の問題は、常に国政選挙の争点となる内政上の大問題である。この問題こそ、医療安全の問題と並んで政治の場でのより成熟した討議に資するためにも学際的に論じられるべき問題と筆者は考えている

【参考文献】

- ・平成19年版 厚生労働白書－医療構造改革の目指すもの－
- ・OECD編著 鐘ヶ江葉子訳「図表で見る世界の保険医療」OECDインディケータ（2007年版）明石書店
- ・伊関友伸著（2007年）「まちの病院がなくなる!?－地域医療の崩壊と再生」時事通信社
- ・大村昭人著（2007年）「医療立国論」日本工業新聞社
- ・国会会議録検索システム
(http://kokkai.ndl.go.jp/cgi-bin/KENSAKU/swk_logout.cgi?SESSION=17450)
- ・医師需給に関する検討会資料(2006年3月27日)
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/03/s0327-2.html#siryo>
- ・平成18年（2006）医師・歯科医師・薬剤師調査の概況
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/06/index.html>
- ・「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会への提言（2008年8月27日）
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/08/dl/s0827-9f.pdf>
- ・塚田真紀子著「研修医はなぜ死んだ？」日本評論社
- ・鈴木敦秋著「小児救急 『悲しみの家族たち』の物語」講談社
- ・朝日新聞出版発行「知恵蔵2007」
- ・座談会「産科・小児科医療の改革－実現可能な取組み」2007年 日本医師会雑誌 第136巻第7号p.1269-1283
- ・吉村仁「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」昭和53年3月11日 社会保険旬報 NO 1424 p.12-14

Relatively Small Number of the Physicians and Democracy

Tatsuji KATO

Abstract

The number of physicians is not enough even after the establishment of the universal healthcare system in 1961. In 1970, the Japanese government set the policy aimed to foster at least 150 physicians per 150 million of the population until 1985. However, sharply raising healthcare cost surfaced as the result of politicization the government's changing of the policy to restrain the number of physician in accordance with the national consensus. The healthcare workers were usually engaged in long working hours. For example, the labor hours in the hospitals are 30 hours longer than in European hospitals. The decreasing number of hospital physicians in the late 1990's is due to retirements of physicians who graduated from medical school in the early 1970's. Instead of working in big hospitals, these retired physicians put up their own small clinics. Moreover, controlled medical spending and rising demand for medical care security force hospital physicians to more hard tasks. Physicians found themselves in rather unfavorable working environment. Finally, new clinical training program which was implemented in 2004 finished off the medical care system; it means "breakdown of medical care" . The medical care system is the social infrastructure and public property same as water service and education etc. Simply, medical care is the political issue. The root cause of this is the lack of political will on the part of the decision makers. They are unable to make decision based on the public needs but rather on political convenience. The political decision to maintain and develop the healthcare system was greatly affected by the bureaucracy which only follows precedence and the presumably infallible, expert groups which are political lobbyist. The public demand for the quality and safe medical care is therefore not given prime importance. The local administration should be politically strong-willed. That the increasing social security cost is bad to the economic development as commonly believed should be logically reviewed.