信頼に支えられた医療の実現
―医療を崩壊させないために―

国立国際医療センター　総長
桐野　髙明

１．要望－３つの項目－

タイトルにある「信頼に支えられた医療の実現－医療を崩壊させないためにー」とは、日本学術会議の「医療のイノベーション検討委員会」が作成した要望書のテーマである。その内容は、大きく 3 つの項目にわかれ、それを政府のもとで医療改革委員会をつくって検討することを強く要望するというものである。日本学術会議というアカデミアに属する人間の集団が、できる限り客観的な分析を行い、そのうえで医師の信頼を増すためにはこういう選択肢がある、という論法で提言をするものである。

第 1 には、医療費抑制政策の転換。わが国の医療の崩壊を食い止めるため、従来の厳しい医療費抑制政策をすみやかに見直し、他の先進諸国と同様な水準の資源投入を行うようにすることが必須である。2 番目に、病院医療の抜本的な改革。現在の医療の危機のなかで特に危機的状況にある病院医療について、実働医師の不足対策を中心とした抜本的な改革の検討をすみやかに開始し 3 年以内に実施すること。3 番目に、専門医制度認証委員会の設置。専門医制度を根本的に見直し、新しい制度を確立するために、「専門医制度認証委員会」（仮称）の設置を実現して 10 年以内に新しい専門医制度の体制整備を完了すること。この 3 点の検討を要望している。

以下、学術会議の要望を要約し、その後に意見を補足させていただく。詳しい内容は、日本学術会議のホームページ[1]よりダウンロードしてお読みいただければ幸いである。

２．今、医療に起きていること

（１）引き金となった初期臨床研修制度

現在の医療の危機は、初期臨床研修制度の発足と深い関係があるという意見があるが、もともとは病院の医療が余裕のない基盤の上に立っていたということや、医療費の厳しい削減、国立大学の独立行政法人化、その他いろいろな要因によって日本の医療はすでに危機の準備状態になっていた。そこに、初期臨床研修制度がマッチングシステムを伴って導入された。この制度が非常に深刻な状態の引き金になったことは事実である。

（２）病院医療におけるマンパワーの危機

病院の医師のマンパワーは危機的で、医療を維持することも危ぶまれる

---

[1] http://www.scj.go.jp/ja/info/kohyo/pdf/kohyo-20-y3.pdf、「信頼に支えられた医療の実現－医療を崩壊させないためにー」2008 年 6 月、日本学術会議ホームページ

ような地域あるいは診療科がある。

（３）わが国の医療

わが国の医療には世界に誇れる点が現在でもあるが、それは非常に脆弱な基盤の上に築かれていたと考えられる。したがって、国民の健康を守っていくためには、基盤の強化をしていかなければならない。

３．医療はどうあるべきか

（１）我が国の医療制度

1961 年の国民皆保険の実施以来さまざまな変遷を経ているが､総医療費に占める患者自己負担の割合がすでに先進諸国のなかで最も高い部類に属する状態になっている。このことは強く注意する必要がある。

（２）医療提供体制の問題点

医療の 3 要素は、「医療のアクセス（量)」「医療の質」「医療のコスト」であるが、わが国の医療は量とアクセスを重視して、日本全国津々浦々で医療が良好に提供される体制をつくってきた。一方で国民の医療の質に対する要求が次第に高まるようになり、現在の医療提供体制ではそれに対応するのが非常に困難になってきている。すなわち、わが国のこれまでの医療提供体制は開発途上国型の体制に近く、医療の質を社会が要求する時代に入ると、やがて顕在化する大きな問題を抱えていたといえる。医療事故に対する訴訟や、社会の論調をみれば、医療のアクセスのほかに成熟社会型の質の高い医療が求められていることは明らかであり、これに対して、ただ量とアクセスを充実するだけで応えようとしても社会は満足しない。医療の利便性と医療の必要度とのバランスを今後考えていく必要がある。救急医療などはすでにそういう議論が起こっている。

そのうえで正しい国民的選択を行うためには､「医療の質」「医療レベルの評価」「患者の権利の尊重」「情報の開示」の 4 つをキーワードとした先進国型（成熟社会型）の医療がこれからは求められる。

具体的には、第 1 に、充実した医師あるいは医療スタッフの教育体制、厳格な専門医制度の確立である。これは成熟社会型の医療システムをもっている国はすべて行っている。2 番目に、病院機能の集中化・集約化である。これもすでに産科の医療などで進みつつある。3 番目は、病院と診療所の密接な連携体制である。これも大事だと言われているが、実態としてはまだ十分ではない。4 番目に、チーム医療の推進と業務範囲の職種による制限の見直しである。これは日本ではなかなか進んでいない。医師がき

わめて多くの仕事を行い、特に若手の医師がそれを担っているという問題がある。5 番目は、医療安全と患者権利尊重のためのシステムである。これは現在すでにいろいろな分野で検討されている。

（３）医療費負担と経済の活力

従来、医療と経済活力の関係に関しては、国民負担率増大は経済の活力を失わせ国力を弱体化する､という考えのほうが強かったように思われる。しかしこれは単なる１つの仮説であって、国際的に通用するかどうかは相当議論を要する。

（４）他の国の事例と教訓

他の国では医療あるいは医療制度がどうなっているかを理解し、これを教訓にすることも必要である。イギリスでは NHS（National Health Service）が困難に直面して崩壊寸前、あるいは崩壊したという話もある。アメリカでも非常に医療が困難な状態にあり、それの極端なところを取り上げて「シッコ」（原題 Sicko：マイケル・ムーア監督，2007 年アメリカ）という映画が製作・上映され、信じられないような状況が進行している様子が描かれている。

（５）医療への現実的で健全な理解

信頼関係を増強するような取組みを、医師の側がこれまで十分行ってこなかった可能性がある。これからは、医療を提供する側と受ける側の信頼関係に基づいて、現実的でかつ合理的な最善の解決策をお互いに協力しながら考えるべき時代ではないか。

４．医療の仕組みをどう変えるか

（１）実働医師の確保

実際に働く医師を確保するというのは、単に医師の絶対数だけの問題ではない。たとえば極端に劣悪な勤務状況の改善、あるいは技術への適切な評価、他の専門職種への医師の業務の委譲、女性医師の勤務環境の改善など、すでに様々な議論がなされているが、できるところから実施するという考え方である。

（２）医師の連携体制の推進

病院と診療所がそれぞれ必要な医療機能を協力して担うような医療シ

ステムを構築できれば、様々な問題が改善されるのではないか。その段階で信頼性を保証するような制度、すなわちプライマリ・ケアの専門医制度を確立することが必要になる。

（３）チーム医療の促進

他の職種への業務委譲のほかに、診療情報管理士などの人材を積極的に活用することである。

（４）医療の質を保証できる体制

専門医制度の確立によりフレキシブルな医療提供体制が生まれ、わが国の医療を根本的に変える原動力になる。

５．信頼に支えられた医療の実現のために、何が必要なのか

国民が求める質の高い医療を提供することができず、むしろ医療が疲弊し崩壊しつつある現状を直視し、この問題は単に行政機関や医療関係者だけの問題ではなく、国民的な課題であるという認識をもつことが必要である。また、国民として、あるいは政府・行政として、そして医療者としてそれぞれ考えるべきことがある。

（１）国民として考えること

・ 医療提供には相応の費用が必要となるが、わが国はそのための資源を医療に投じてきていないこと。
・ 医療は無制限に利用できるサービスではなく、不適切な利用は医療を崩壊させること。
・ 医療は完全なものではなく、医療には本来避けがたいリスクが伴うこと。
・ 地域の医療を持続させるためには、住民の参加と支援が重要であること。

（２）政府・行政として考えること

・ 病院医療を崩壊から救うために、必要な改革にすみやかに着手すること。
・ 従来の医療費抑制政策を根本的に転換すること。
・ 医師養成数の抑制の見直しをすること。
・ 公的な病院に対して、地域の実情を踏まえることのない一律の経営

改善要求を見直すこと。
- 医療の現状の正確で冷静な分析に基づき、勇気をもって政策の変更をすること。

（３）医療者として考えること
- 医療者自らが医療に対する信頼を高めていくような努力が必要である。
- その一環として専門医制度の確立が重要である。
- 専門医制度の質の保証を行う認証組織を設ける必要がある。
- 法的な裏付けのある「専門医制度認証委員会」（仮称）の設置を実現することを提言する。

６．医療費について

社会の医療に対するイメージは、恐らく、メディアが過去 10～20 年かけて示してきたものが大きいと推察される。それは、必ずしも医療界が示してきたものでもなければ、経済学者が論理的に言ってきたことでもない。たとえば、近年の医療費の増大は人口の高齢化によるものだということが、いろいろなところで言われている。しかし、これは本当なのだろうか。多分、この要素もあるが、その割合はそれほど大きいものではない可能性もある。

また、医療費が大きく増大するとわが国の国際競争力は低下し、国の経済的活力が失われて亡国になるという説が 1980 年代から唱えられているが、これもひとつの仮説に過ぎない。医療費が増大するということは、それだけ雇用を生んで経済活動も増大するのであって、産業連関表を使った報告では公共投資よりも大きい経済効果があるとも言われている。事実、医療費を大きくしている国のなかには、日本よりも経済的活性が高い国がいくつもある。

わが国の医療費の抑制は、もうすでに限界にあり、政策の転換を図らなければならない。その主な理由は、以下のとおりである。

① 医療の危機は基幹的病院の危機から始まっている。資源を医療に投下しなければ、基幹的病院から次第に医療は崩壊に向かって行く。

② 医療費を過度に抑制し続ければ、イギリスの二の舞になり、そのために後年多大な費用の発生を招き、結局国民の損失が大きくなる。

③ 医療を過度に市場的経営に委ねると、アメリカの二の舞になって、総医療費が高騰するとともに医療を受けられない中間層が激増し、

後年その修正に多大のエネルギーとコストを必要とする。アメリカが保険制度を改めるためにどれだけエネルギーを使っているか。しかも多大なエネルギーを費やしているにもかかわらず、あまりうまくいっていないのが現状である。

したがって、医療費を増やすことは国が滅びる素因であるというイメージは必ずしも妥当ではないということを、広く社会に訴える必要がある。

７．医師数について

（１）総数としての議論

医師数については、最近、盛んに議論され、初期臨床研修制度が始まった 2004 年頃から医師が激減したように言われているが、実際には医師は毎年約 3,500～4,000 人増えている。しかし、2004 年以降、非常に不足しているという感覚が生まれ、総数として医師の養成数を大きく増やせば問題はすみやかに解決の方向に向かうかのような議論も生まれてきたのである。確かに、そういう側面もあるとは思うが、増やしさえすれば根本的な解決に向かうという考えには疑問が残る。すなわち、医師の数さえ OECD の平均レベル、つまり日本の人口 1,000 人当たり医師数を 2.0 人から 3.0 人ぐらいまで充足すれば、診療科あるいは地域による医師の偏在問題も自然に解決するのかということである。

（２）初期臨床研修制度についての議論

医師数と初期臨床研修制度についての関係は、将棋の駒を積んでいった状態に似ている。いろいろな条件が重なって、特に 2002 年頃から医療費は非常に厳しく抑制されていて、医療の柱がフラフラになっているところに、最後に初期臨床研修制度と書いてある駒を積んだ途端、全体がパタっと倒れた。それをどう解釈するかというと、普通の判断であれば、下がグラグラだから倒れたということになるのだが、最後に積むまではそれでも何とか立っていたのだから最後に積んだ物が悪いという議論もないわけではない。もともとグラグラの状態になっていたところに、つまり脆弱な基盤に大きな問題があったと考えるのが自然であろう。

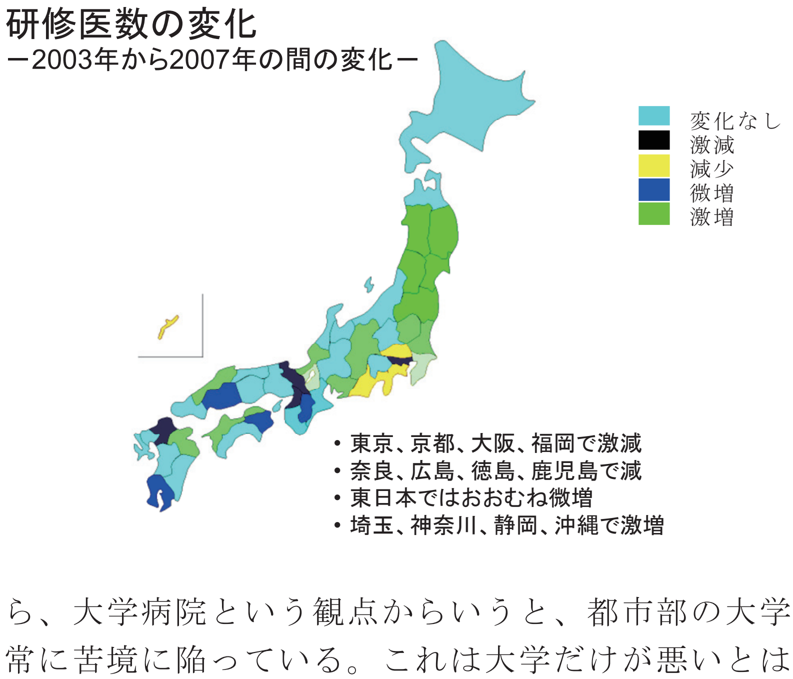
（３）潜在的な問題点

第 1 に、医師の業務量は飛躍的に増加している。診療業務の増加に加えて、診療周辺業務が非常に増えている。文書量なども非常に増えている。

特に、1999年に横浜市立大学の患者取り違え事件が起きて以降は様々な文書が増え、そのための業務が増えざるを得なくなった。さらに、病院における在院日数の短縮を強く誘導することにより、診療密度が非常に高まり、そのために診療の業務は飛躍的に増えていった。つまり、医師の労働、勤務に余裕のない状態がすでに潜在的に全国にあったわけである。そこに初期臨床研修医制度が導入され、結果として大学病院の研修医が激減した。72%が44%になったというのはあくまで全国平均であって、ほとんど減らなかった大学もあれば激減した大学もある。大学病院というのは、人件費に予算を割けなかったことや、研修医の教育にそれほど軸足を置いていなかったこともあって、非常に増大した業務を大学の研修医クラスの若手医師に行わせてきたという経緯がある。大学にとってみれば、低い給与で雑務をこなしてくれる大変貴重で便利な存在だったものが、この制度により大きく変化してしまったのである。そもそも半奴隷的な若手の使い方自体がよくないというのは、インターン制度のときから言われてきたことであり、この結果はやむを得ない。しかし、一方でそれは相当深刻な影響を及ぼしたのも事実である。

第2に、研修医の分布の変化である。都道府県別では、東京・京都・大阪・福岡という比較的都市部で研修医の総数は激減し、埼玉・神奈川・静岡・沖縄で激増している。東日本全体では概ねやや増えている（図1）。

図1

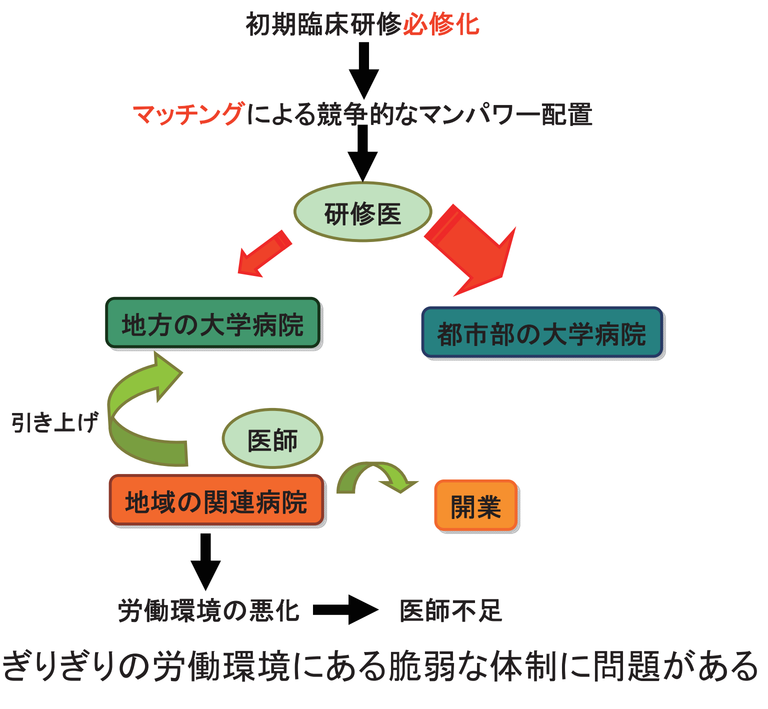


しかしながら、大学病院という観点からいうと、都市部の大学病院以外のところは非常に苦境に陥っている。これは大学だけが悪いとはいえないが、大学の研修医の処遇というものが十分でなかった可能性は確かにある。

第 3 に、国立大学に固有のことかもしれないが、文部科学省の進めてきた大学院の重点化がある。これは医学部に限らないが、大学院生の定員数は非常に増えていて、医学系の学生数は 13 年間で約 2 倍になっている。もちろん、大学院生は医学部の学生なので、一時的には臨床の業務を兼担することもあるが、大体において臨床から離れて研究をする立場になる。ということは、ある程度の業務ができ雑務もこなす医師の数がこの分減ったことになる。

そういう意味で、労働が非常に過酷なうえに人材が分散したところに、初期臨床研修制度が導入された。初期臨床研修の 2 年間に研修医がいなくなる診療科ができ、若手で雑務をこなす医師が減るという事態が起きた。さらに診療報酬の引き下げがあり、特定機能病院に包括医療制度が導入された。そして 2004 年には卒後臨床研修の必修化と同時に国公立大学の独立行政法人化が始まった。国立大学では法人化にともなって、効率化係数のほかに経営改善係数という非常に厳しい政府による資金の削減が行われ、病院は必死で収入を上げようとすることになってしまった。2005 年には公務員総人件費の抑制までが始まった。このようにすべてが激変している最中に臨床研修が必修化になった。こうして、図 2 にあるように、脆弱な体制が玉突き現象のように崩壊していったのである。

図 2



（４）国民の選択

医師の養成数が増加し、卒業後数年の若手医師数が増えると、その病院において今最もやってほしい周辺の業務、書類作成その他、雑務を担う人材が増えることになり、その部分では非常に助かる。しかし、もともと医師の業務は爆発的に増加していて、周辺業務の多くは必ずしも医師が行わなければならない業務ではない。時間と国費をかけて養成した医師という存在に、そうした仕事を行わせているという現状も問題である。

また、医師数を増加させると同時に医師を適切に配置できるようなシステムや制度を用意しておかないと、自分の希望のところばかりに医師が行くことになり、必ずしも全体の期待には添えない可能性が高い。

さらに、医師は卒業後 40 年近く現場で働くということを想定して、必要医師数の長期的予測をしないといけない。たとえば、歯科医師は、2005 年以降には供給が需要を上回り、2025 年には 9,000～1 万 8,000 人程度の過剰が見込まれる。そして薬剤師に関しても、2037 年には 36 万人となるが、需要は 23 万人で 13 万人の余剰が出ると言われている。このように、国家資格を伴い、養成に時間のかかる人材をこういうやり方で増やしてよいのか、非常に疑問である。しかし、一方で、歯科の状態は好ましいという考え方もある。国民は歯科の診療所の状況に満足しており、医師や歯科医師には失業というようなことがあってはならないという考えは受け入れ難いというのである。さらには、過剰に養成しておくと、一部は失業するかもしれないがその分十分に行き渡るのではないかとか、医師の給与ベースを 3 分の 2 にすれば総数は 2 分の 3 になるから丁度よいのではないかというような極論もある。これらは国民の選択に委ねられている。

８．専門医制度について

（１）現状

専門医制度はすでにわが国において完備しており、プライマリ・ケアの専門医制度の導入は非常に困難であるという考えがある。しかし、現状では専門医制度は社会に十分根づいた状態とは言えない。日本専門医制評価・認定機構が、5 年以上の専門研修を受け、資格審査及び試験に合格して学会等によって認定された医師を専門医と認定している。２階建て方式で基本領域の専門医は約 12 万 6,000 名、サブスペシャリティは約 8 万 2,000 名いる。プライマリ・ケア、すなわち「家庭医」「総合医」「かかりつけ医」にあたる専門医制度はまだ確立していない。

（２）わが国の専門医制度の問題

まず、専門医に至る教育プログラム、教育病院の評価が十分なされているとはいえない。試験の関門を通るということをもって専門医とするわが国のやり方は、先進諸国ではあまり見られず、アメリカでは教育プログラム、あるいは教育病院の評価に多大のエネルギーを費やしていると聞いている。また、学会ごとに独自の方針で運営され、適切な外部評価を受けていない。ただし、すでに専門医制評価・認定機構が基本領域 17 の学会における専門医制度の評価を行っているので、必ずしもすべての学会が評価を受けていないとはいえない。

一番の大きな問題は、各学会は養成すべき専門医の質のコントロールを一生懸命行っているものの、量のコントロール、総数、地域別の分布に関する制御は全く行われていない。行うほうがいいかどうかの議論は別にして、現実には行われていない。また、プライマリ・ケアの専門医制度の確立については様々な議論の途上にあり、実効性が低く実益もないままの状態になっている。

（３）専門医制度の改革

いろいろな制度は、本来、できる限り医師のプロフェッショナル集団が自律的にこれを制御するのが最も理想的である。しかし、わが国では医師免許を厚生労働省が管轄しているように、政府がある程度関与したほうが実際はうまくいくのかもしれない。細部にまで役所が関与することの是非は問題があるが、役所というよりは法的な裏づけのある機関をつくって、そこが専門医制度そのものの認証をするということは考えられる。そのうえで、可能ならばプライマリ・ケアの専門医を含めて、専門医ごとに養成すべき総数、地域別の分布に関する制御を行うということが考えられる。そのように自律的に制御ができれば、その専門医に対して技術の評価を行い、技術料を出すというようなことを要求していく可能性が出てくる。

（４）専門医の数の制御

旧医局制度の下では、ある専門の科に入局者が多ければ多いほどその医局の力が増大する仕組みであり、オールジャパンという観点に立った数の制御は相容れない。一方、専門医制度を運営している各学会にとっても入会者が多ければ多いほど会の力が増大し、資金が潤沢になる仕組みになっていて、オールジャパンという観点に立った数の制御は、やはり協調しにくい状況になっている。こうした医局や学会の個別の利害に対し、独自の組織が専門医制度の数の制御を行えれば、それが一番理想的である。

（５）専門医制度の効果

この制度が確立することにより、医師のプロフェッショナル集団が厳格な専門医制度を基礎にして形成しているという状態になり、社会の医療に対する信頼感が格段に改善する。そのうえ、医師の専門分野ごとの必要数、地域ごとの適正配置も自律的にコントロール可能になる。それによって、医師を過剰に養成しておいて、一部の医師については失業しても構わないから日本全国いろいろな診療科に行き渡らせよう、などという乱暴な意見にも対抗することができる。

そしてなにより、病院と診療所の信頼に基づく連携関係、つまり、病院にいる医師からみれば、診療所の先生方が病院の外来にも来る、あるいは病院の若手の医師の教育もするような連携関係を構築していくことが十分見込めるのではないかと展望する。