

# 医療の崩壊を防ぐには 医師の「やりがい」と使命感 感を復活させるしかない



大木隆生

## personal data

おおき たかお 1962年高知県生まれ。東京慈恵会医科大学卒。同大学院修了。米国アルバートアインシュタイン医科大学研究員を経て、05年同大学外科教授に。セントグラフトという人工血管を使った手術の名手として知られ、13カ国で招待手術を行う一方、「ベスト・ドクターズ・イン・ニューヨーク」に4年連続で選出された。06年、母校からの招きを受けて慈恵医大血管外科学教授に就任、翌年より外科学講座統括責任者を務める。医学教科書2冊、英文論文200以上を執筆する一方、500回以上の招待講演を行った。

## 開業医へと逃げていく勤務医たち

医療崩壊とは、いかえれば大病院に勤める「勤務医崩壊」のことである。医師不足が医療崩壊の原因であるかのように言う人がいるが、それは違う。なぜなら、医療崩壊が社会問題になる以前の日本の医師総数と現在の医師総数を比べると、着実に増加しているからである。

問題は、この医師数に占める勤務医の割合である。命にかかわる主要な診療科である内科、外科、産婦人科の勤務医の減少率を、一九九八年（平成一〇年）と二〇〇六年で比較すると、それぞれ一七パーセント、一四パーセント、一一パーセントのマイナスであることがわかる。夜間祝日の救急医療を担う大病院ではこうした主要診療科が救急

医療も行ってしているので、主要診療科の勤務医が減れば、救急患者の「受け入れ不能」が増え、がんの手術を受けるのに六カ月待ち、などに代表される「医療崩壊」が起きるのである。

では、これらの勤務医は、なぜ消えていったのか。どこに消えたのか。

日本の勤務医の勤務先としては、大きく分けて大病院、国立・公立病院、公的病院、私立病院が挙げられるが、給与は低く、かつすべての診療科で一定であり、労働条件は過酷である。〇六年に日本外科学会が行った調査によると、二〇〇〇万円以上の給与を得ている者は大病院の勤務医ではわずか一パーセントであるのに対して、開業医では五二・五パーセントであった。〇九年一ヶ月の厚労省の調査でも、開業医の平均年収が二五

二二万円と病院勤務医の一・七倍であったことが明らかとなっている。

労働条件がこれだけ違えば、勤務医が開業医に転職していくのはやむを得ない、と誰もが思うだろう。しかし、勤務医の激務も、開業医との給与格差も、いまだ始まったことではない。一二年前、私がまだ慈恵医大で研修医だった頃、大学からの給与はゼロで、夜間あるいは週末にアルバイトをして何とか生活していた。勤務も過酷で労働時間が週八〇時間を切ることはなく、時には一カ月連続で大学内の長椅子で寝泊まりしたこともあった。それでも、辛い、苦しい、やめたいと思うことはなかったのである。

## 日本の医療の良さを壊したバッシング報道

では、どうして急に勤務医不足に陥ったのか。原因の一つは、いわゆるインフォームドコンセントや、病院内で医療安全を向上するためのさまざまな事務手続き、患者の自己決定権、セカンドオピニオンなどが普及したことにより、医療と直接関係しない難用が格段に増えたことである。

もう一つは、二〇〇二年頃から医療バッシング<sup>\*</sup>を展開したメディアと、患者自身の意識にあると

\*1 増加している  
厚生労働省の調査によると、九八年の総医師数は二万五千九百三人であったが、〇六年には二万五千五百四十八人と約一〇%も増加。人口一〇万人当たりの総医師数を見ても各々一九九八対二二七人と増加している。

\*2 受け入れ不能  
ベッドが満床であったり、すでに他の緊急手術を行ってのことなどにより、救急患者を断らざるを得ない状態のことをいう。俗に「たらい回し」という表現があるが、受け入れ可能であるのに「やっかいだから、面倒だから」などの理由で「たらい回し」になった患者は皆無であると断言できる。

\*3 過酷な労働条件  
大阪府医師会勤務医部の調査によると、勤務医で一週間の労働時間が六〇時間を超える者は六三%に達し、三割が週八〇時間以上の勤務を余儀なくされている。

\*4 医療バッシング  
始まりは九九年の「横浜市立病院患者取り返し事件」だった。それ以降、「東京女子医大心臓外科カルテ改ざん事件」「慈恵医大腎臓病院内臓鏡事件」「東京医大心臓外科手術死亡四例事件」と続く。ピークとなった〇六年の「福島県立大野病院妊婦死亡事件」は、善意で治療に当たったというだけで逮捕された事件だ。しかも、証拠隠滅や逃亡の危険がないにもかかわらず、外来診察中に報道陣を前に医師の身柄が拘束され、全国にその映像が流された。

\*5 警察の医療への介入  
司法の医療への介入は先進国では日本だけではない。例えば犯罪性や事件性がない場合は、仮に医療ミスであったとしても行政処分止まりで、逮捕されることはあり得ない。

るべきものである。日本は世界一の長寿国でありながら、医療費は先進国中最低のGDP比七・九パーセントである。一方、米国はGDP比一六・九パーセント（個人負担では日本の三倍）も垂れ流しながら、七人に一人が無保険者で、個人破産の原因トップは医療費の支払いである。

日本が世界に誇る上質で廉価な医療システムは、どのようにして維持されていたのか——それは、医師や看護師一人一人の使命感や、やりがいによって成り立っていたのである。お金儲けのために、卒業まで六年もかかる厳しい医学部を志望する者は例外的な存在で、大多数の医学生は人命を救いたい、喜ばれたいという動機を持っている。彼らは少々忙しくても、少々給与が低くても、大病院でしかできない高度で先進的な医療を患者に提供できる勤務医という立場を選択していたのである。それを可能にしたのは、患者からの「ありがとう」であり、「笑顔」であった。

日本のマスコミや国民はしばしば、叩くことによってその組織や制度が良くなると信じているようである。だが、医療バッシングにおいては、大事な点を一つ見逃していた。それは日本の病院医療が、医師の志や使命感といった、叩けば壊れて

しまいうガラス細工のようなもので成り立っていたという点である。だから、医療バッシングの結果、患者からの「ありがとう」や「笑顔」がなくなり、事務的な仕事が増え、結果が思わしくないと刑事訴追されるようになる、勤務医をやめて開業医へと逃げてしまう者が続出したのである。この状態を改善しないまま医師数をいくら増やしても、穴のあいたバケツに水を注ぐようなものである。

### 民主党政権の勤務医対策は間違っている

では、医療崩壊をどうしたら改善できるのか。たんに勤務医の給与を上げればよいというほど単純な問題ではない。一つには、先進国中最低の医療費を思い切って増額し、病院勤務の医師や看護師が本来の業務に専念できるよう、医療補助員を米国並みに増やすことであろう。民主党政権は勤務医の労働条件をよくするための予算を、医療費を増額することなく獲得しようとしているが、その方法は開業医の収入を減らして、浮かせた分を勤務医に回すというものである。勤務医を応援してくれるのはありがたいが、その財源を開業医から取ってくるという発想には反対である。多くの勤務医は五〇歳くらいになったら開業することを

\*6 医療に対する不信感

かつての我が国における医師—患者関係は「バターナリス△」といわれ、患者が医師を信頼し治療の詳細に関しては「お任せ」していた。そのことは是非ともかく、医療バッシング報道以降、バターナリス△は完全に消滅した。

\*7 勤務医を応援  
民主党政権は、医療行為や薬価などの公定価格を決める中、中央社会保険医療協議会（中協）に日本医師会が有していた三つのポストをすべて撤廃し、開業医の影響力を排除した。

励みに現在の厳しい日々をなんとか凌いでいるという側面がある。また、開業医には地域医療の担い手としての重責があるので、ここを「叩く」のは得策ではない。日本の世界一高い公共事業費を世界一低い医療費に回すという小学生でもわかることができなければ、鳩山政権も看板に偽りありといわざるを得ない。

さらに、医療事故があった際にすぐさま警察が介入するのではなく、欧米諸国のように医師を含む第三者機関が、犯罪か否かではなく医療として適切か否かを調査するシステムがあれば、医師・患者双方にとって福音である。

そして最後に、最も重要でかつ効果的なのが国民の意識改革であろう。医師とは、人助けがしたい、喜ばれたいと思っている人種である。勤務医が開業医へと逃げないようにするには、病院で治療を受けた際に笑顔で「ありがとう、ございました」と言うだけでよい。この言葉一つに、日本の医療崩壊を救うパワーが秘められているのである。

### 衣食足りたらトキメキをもとめよ

私は〇三年から米国アルバートアインシュタイン医科大学の血管外科教授を務め、一億円に達す

る額の年収を得ていた。母校慈恵医大から外科教授で戻ってこないかというオファーを受けたとき、提示された給与はそれまでの約一〇分の一だった。ただ私はそのオファーにトキメキを感じた。これでやっと日本人患者の治療ができる、日本人医師の育成ができると思ったからである。

いま、慈恵医大で血管外科医として毎日メスを握っているが、幸い私のもとを訪れる患者に、先に述べたような権利意識の強い患者は皆無である。現在、二三五名の外科医を束ねる統括責任者も兼任しているので仕事量は米国時代よりはるかに多く、週一〇時間を切ることはなく、三年間でとった休日も皆無である。時給計算すると一〇〇〇円以下だ。それでも、治療不能といわれて全米から訪れる多数の患者の命を救い、喜ばれることによって得られるトキメキは、たとえビル・ゲイツが全財産を叩いても、一度も味わえないものだろう。もし神様が私に、「ビル・ゲイツと大木隆生のいずれになりたいか」と問うたら、私は迷わず後者を選ぶ。

勤務医のモチベーションを高める原則は「小さく叱り、大きく褒める」こと。医療再生は、そこから始まるのである。

\*8 トキメキ  
お金は水に似ていて、全く無しては生きていけないが、必要量以上にあっても人間を幸福にしない。衣食足りるほどの経済力があれば、その人間の幸福度を決定するものは社会貢献、研究開発、後進育成、趣味などを通じて得られる「トキメキ」である。

\*9 帰国のおきざつ  
私はニューヨークでは売れっ子外科医だったので、米国の大学経営者はすぐさま交渉のテーブルに着き、給与を倍にするから残留してくれないかと米国式の交渉を始めた。そこで私は「あなた方にはお金は積めても、僕に日本人患者と母夜叉をやることはできない」と言って交渉は決裂し、帰国することにした。（脚注すべて筆者）

筆者が推薦する基本図書

- 「偽善の医療 里見清一」（新潮新書）
- 「医療崩壊——立ち去り型サボタージュー」とは何か」（小松秀樹（朝日新聞出版））

「基礎知識」 何が医療崩壊を引き起こしたのか？

■医師の労働組合が発定

医師不足、地域や診療科による医師の偏在を解消する抜本対策として、医師の計画配備が喫緊の課題となり始めている。

二〇〇九年五月、厚生労働省研究班（班長 土屋了介、国立がんセンター中央病院院長）が、計画的な医師養成のため第三者機関を設置し、診療科や地域ごとの医師定数を定めるべきだと提言、医療崩壊論議に新たな波紋を広げることになった。

また、ほぼ同じ時期の六月七日、東京では医師の労働組合「全国医師ユニオン」の設立会見が行われ、世間の耳目を集めた。当面の活動目標は、①過労死を引き起こす長時間労働をなくす、②当直は時間外勤務だと経営者に認めさせる、③二四時間拘束される「主治医制」を「担当医制」に変え、チームで分担する制度を目指すという三点だという。

同ユニオン代表の植山直人医師は、へいすれも国が医療費抑制政策を撤廃し、大幅な増大をしなければ解決できないこと。医療崩壊と医師不足の問題に国民の理解を深めていきたい。日本では医師は労働者ではなく、聖職者とみなされていた。労働基準法を守って働

くという発想が国民の中にも医師の中にもなかった。ヨーロッパでは、医師の組合が医療の充実に大きな役割を果たしている（東京新聞〇九年六月二五日付）と、いよいよ問題解決に立ち上がった勤務医らの姿を強く印象付けた。

■病床当たりの医師数は先進国中最低

医療提供体制の国際比較（左ページの図）では、病床当たりの医師数、看護師数とも日本は先進各国の中で最低であり、平均在院日数は飛びぬけて長い状況となっている。

これについて、永井良三・東大医学部教授は、次のように指摘している。

「医療費の中で特に大きいのは人件費だが、病床当たりの医師数を見ると、日本は一五人しかいない。欧米に比べ三分の一から五分の一の人数で、看護師数もかなり少ない。しかし、人口当たりの医師数で見ると、実は米国の九割程度で、大きな違いはない。日本では人口当たりのベッド数が多いからだ。ベッド数が多いと、マンパワーが分散し、人手が必要な救急医療や集中治療室に手が回らなくなる。病院で機能分担すればいいように思えるが、設立母体の異なる病院は合併できないと

いう規制がある。病院統合を推進するための規制緩和も必要だ。この問題は少くく医師を増やすだけでは解決しないだろう」（読売新聞〇九年七月一四日付）

■なぜ日本では医師が不足しているのか

医師不足問題は、〇四年度に行われた医師法改正に端を発している。これにより、医学部卒業後、二年間の初期研修が義務化され、新卒医師の多くが一般病院を研修先に選んだ。そのため大病院が人手不足に陥り、関連病院へ派遣していた医師を引き揚げ始めたのだ。これに慌てた厚労省は〇九年五月、医師臨床研修制度の大幅な見直しを図ったものの、医師不足解消にどれほどの効果があるかはまったく未知数だ。

高崎健康福祉大学講師の木村憲洋氏は、政府は八〇年代に入ると将来的な医師数の過剰や医療費の増大を懸念し、八二年には医師数の抑制方針を、九七年には医学部定員の削減維持を閣議決定した。少なくとも一〇年前までは、医師不足という認識はなかった。医師不足が顕在化し始めたのは、〇四年度からスタートした新医師臨床研修制度がきっかけになった。この制度により生じた、研修医が戦

力として供給されない「空白の二年間」の影響で医師の引き揚げにあった病院は、診療機能が大きく低下。その分、基幹病院に患者が集中し、勤務に耐えかねた勤務医が病院を辞めるといふ。立ち去り型サボタージュが広がった。現在の医療崩壊は、医師臨床研修制度開始後の二年間から始まった悪循環に、いまだ歯止めがかかっていない状況といえる（日経メディカルオンライン〇九年七月七日付）と指摘する。

一方、医師でジャーナリストの富家孝氏は、「医療崩壊」という言葉が持つ力は大きく、最近では警察・検察は医療事故の事件化に二の足を踏むようになり、マスコミの論調も「医療現場は過酷で大変」「辺りに偏りつつある。医療不信」をめぐる議論が、いつの間にか「医療崩壊」議論にすり替わってしまったかのようだ。（中略）「医療崩壊」を食い止めるため医師を適正に配置してい

【医療崩壊についての基礎知識】

※医療提供体制の国際比較

	1000人あたり		100床あたり	
	医師数	看護師数	医師数	看護師数
日本	19.8	14.0	9.3	66.4
ドイツ	8.7	8.3	3.5	42.2
フランス	5.4	7.2	3.4	47.2
英国	7.8	3.6	2.5	11.9
米国	5.6	3.2	2.4	10.5

（注）データはOECDヘルスデータ2008から09年のもの（読売新聞2009年7月14日付より）

くことと、技量、経験に乏しく、不適切な治療やヘタな手術で患者を死なせる医師を身内でかばうことは別次元の話である。むしろ医療事故を放置することのほうが、医療崩壊につながるというのがまっといふ論理のはずだ。医療崩壊だけに目を奪われ、ようやく動き始めた医療事故への対応をなおざりにすれば、医療現場と患者との距離はますます離れ、国民の間に根深い医療不信が広がるに違いない（中央公論）〇九年五月号より抜粋」と、危機感を露わにしている。

■医療崩壊を食い止める処方箋とは

一九六一年に国民皆保険が実現してほぼ半世紀、昭和から平成に変わったころから垂んだ医療政策が密室の中で行われ、日本の医療システムは徐々に変質し空洞化し始めた。

医師や看護師の不足、相次ぐ自治体病院の閉鎖などに加え、社会保障制度の劣化が「医療崩壊」を加速させている。急激に進む高齢化や医療技術の革新によって、国民医療費は一〇年後には年間五六兆円に達すると見込まれる。それを、いまの仕組みのまま支えることができるだろうか。

〇七年から内閣府の規制改革会議委員を務める松井証券の松井道夫社長は、結論をいうと、厚生労働省を廃止するのが医療立て直しに向けた究極の方針です。コストではなく

ハリユー、つまり伸ばすべき経済的な価値ととらえ直し、成長産業として育てる発想転換が必要だ。だが厚労省はとくにその発想が乏しい。リスクマネージメントを徹底させるには現場を熟知したプロフェッショナルが欠かせません。厚労省を見渡して人材がいるでしょうか。医療政策の形成にかかっている官と呼ばれる官僚は、医師免許を持っていても臨床経験が乏しいし、学者でもない。現場の実感もよく知らないのではないのでしょうか（日本経済新聞〇九年六月二二日付）と提言している。

また、全国自治体病院協議会会長で、兵庫県赤穂市民病院名誉院長の邊見公雄氏は、こう訴えている。〈医師不足の実態は、地域の病院の院長らが最もよく知っている。有識者や病院の代表、医師会などが協力して行うべきだ。医師不足のため、必要な医療を受けられない人や、お産ができない人は、生存権を脅かされている。医師の職業選択や居住の自由と、どちらを優先するのか。ボランティア精神があり、地方で勤務してもよいと考える医師も多い。国民皆保険制度を守るには財源確保が欠かせない。消費税引き上げを議論する必要があるのではないか〉（読売新聞〇九年七月八日付）。