

日本の医療 光と影  
—大学病院のなくなる日—

岩手医科大学学長  
小川 彰



## 1. 日本の医療レベル

WHO の World Health Report2000 によれば、日本のヘルスレベルは 1 位である。ちなみに、アメリカは 15 位ぐらいである。具体例のひとつとして、最近の OECD のヘルスデータ 2007 における「脳卒中入院 30 日以内の院内致死率」を見ると、脳梗塞は、OECD の平均が 10.1%、日本は 3.3%で約 3 分の 1 である。脳出血でも OECD の平均が 26.9%、日本が 10.9%でこちらも約 3 分の 1 でいずれも世界一である。このように、日本の医療のレベルは、治療成績からみても世界で最も良好であると言える。

## 2. 日本の医師は充足しているか？

では、日本の医師は充足しているかということだが、OECD の平均が人口 1,000 人当たり 3.0 人、つまり 10 万人当たり 300 人で、これに対して日本は 200 人なので、OECD の平均からすると約 3 分の 2 の医師数、先進国 30 カ国中では 27 位となっている。これを都道府県別に人口 10 万対医師数で比較してみると、圧倒的に多い東京都でもおよそ 260 名、他の地方自治体でも OECD 平均の 300 人にまで届いている地域はない。ちなみに岩手県は 170 人だが、沿岸部などの地域によっては 10 万人当たり 70 人という数字である。

ここで、岩手県のことにも触れる。岩手県は北海道に次いで広く、四国 4 県に匹敵する面積のなかに 9 つの 2 次医療圏と救急センター 3 施設体制で全県をカバーしている。2 次医療圏のなかで一番面積が広い宮古医療圏を例にとると、東京都区部の 4.3 倍の広さ、小笠原諸島も入れた東京都全域の 1.2 倍の広さに病院と名がつくところは 4 施設のみである。しかも、4 施設のうち 3 施設は内科と外科しかないような病院、あとは県立宮古病院という総合病院が 1 つあるだけである。東京都の病院数は、東京都全域で 658 病院、区部のみでも 436 病院ある。区部のみの 4.3 倍の広さを持っている宮古医療圏のなかに総合病院は 1 つしかない。したがって、岩手県ではたらい回しはない。なぜかという、たらい回しできるほど病院がないからである。患者さんは必ずどこかで診察してもらい、最終的に岩手医大の高度救命救急センターに来ることになるが、宮古の田舎では、遠いところで約 3 時間、平均でも約 2 時間という距離になる。

そういう状況で医師数を見ると、沿岸部では人口 10 万対約 70 人、新幹線の沿線地域でも 200 人を少し超えている程度であるから、たとえば脳卒中を発症すると開業の医師に診てもらい、地域の病院に行き、それでも手

に負えないということになると、地域の基幹病院へ行く。

2次医療圏には、一応、脳外科の手術ができる施設を1カ所ずつ配置しているのですが、ここで手術ができれば完了するわけだが、ここでも手に負えないとなると、盛岡まで行って高度救命救急センターで治療を受けることになる。そういう意味では、東京とは違い、岩手県民は平均以上の脳卒中診療が受けられていると言える。東京では、救急車で運び込まれた病院によって医療の質が決まってしまう、病病連携、病診連携がない。そこに都市部の医療の問題がある。実際の患者受療動向を見ても、脳卒中に限らず岩手県は病病連携、病診連携が行われていることがおわかりいただけると思う。

### 3. 日本の医師不足—その歴史

医師数については、1970年代初頭まではOECDと日本の医師数はほとんど差がなかった。国は、1973年に人口10万人当たり医師数150人という目標により1県1医科大学構想を設定し、それをほぼ達成した1982年には、一転して「行政改革の具体化方策について」と題して、医師については全体として過剰を招かないように検討を進めるという医師数の抑制を閣議決定、翌1983年に医療費亡国論が出された。さらに、1997年にも「財政構造改革の推進について」ということで、引き続き医学部定員の削減に取り組む、あるいは医師国家試験の合格数を抑制する等の措置により合理化を図るという、財政抑制・医療費抑制のための医師養成削減政策が閣議決定された。その後、2004年に新医師臨床研修制度が始まり、これが最終的に止めを刺して、医師不足が社会問題になったという経緯がある。

このときの国の政策の柱の1つは、医学部入学者の定員を減らすこと、もう1つは国家試験によって医者になる入り口で減らすことであった。それまでの国家試験の合格率は大体90%台で推移していたが、一時は85%になり、2000年度には79.1%になった。現在では2008年、2009年が90%台になっているが、実はこの70%台ショックというのが未だに残っており、大学では70%を切るような国家試験の合格率を3年間続けると補助金が下りないことになっているため、入学生の進級判定や卒業判定が厳しくなった。したがって、90%とは言っているが、実際の国家試験は、79%に匹敵する難しさと試験がなされていると言ってよい。つまり、医師養成数削減は、「財政構造改革の推進について」による財政抑制・医療費抑制のための政策である。

## 新医師臨床研修制度が医師不足に止めを刺した

それに加えて、2004年に必修化された新医師臨床研修制度が、医師不足に止めを刺したということが明確に言える。制度の目的であるプライマリケア医の養成に関しては、黒澤明監督の映画「赤ひげ」に代表される、地域の信頼されるお医者さん、内科医でありながら盲腸ぐらいの外科手術ができて出産も診るといようなお医者さんが、プライマリケア医の原点のように思える。しかし、今の日本は「赤ひげ先生」の時代なのか。いかに田舎に住んでいようと、たとえ経験はあっても内科や外科の医師に自分の奥さんのお産を任せるといふ決断をする住民はいないわけであり、それは産科の専門医に診てもらいたいという専門性への期待の表れである。

ところが、すべての地域にすべての専門医を用意することはマンパワーの面から不可能であり、社会資源の浪費である。つまり、専門医の側からすると、専門医でありながら専門の患者さんが少ない状況、たとえば、脳外科であれば、顕微鏡手術の数が少ないことは、専門医としての診療能力の低下にもつながるといふ点からも望ましくないといい。

では、理想の地域の医師像とは何か。一般診療、緊急時の救急処置ができ、専門医の診断治療が必要か否かの臨床判断をできて、適切な紹介ができること、また自分のインセンティブのために自身も専門性をもっていることがきわめて重要ではないかと思っている。したがって、総合医には反対である。なぜなら、医師自身のインセンティブを維持するのであれば、専門性はあるほうがよいからである。無論、いろいろなものを診られるということは大事である。消化器の専門の先生が地方で開業し、その地域の医師になったときに、内視鏡だったら自分に任せておけ、いくらでもやるということだけでよい。しかし、たとえば糖尿病で、ただ血糖が高いだけではない、ちょっとおかしいなと思ったら、大学病院や糖尿病代謝内科の専門の医師に紹介し、何型の糖尿病でどういう治療をすれば良いのかという診療の方針をきちんと決めてもらって患者さんを返していただく、そしてそれを実践することが必要になる。臨床判断とはそういう意味であり、地域の医師には、こういう臨床判断ができるかどうか求められる。

次に、1991年に大学設置基準の大綱化が旧文部省によって行われ、医学進学課程2年間と医学専門課程4年間の教育期間を廃止して6年一貫教育にすると決められた。その後、2000年には旧厚生省が医師法等一部改正を行い、2004年から臨床研修を必修化することが決まった。このように、卒前の医学教育は文部科学省、卒後の医学教育は厚生労働省が管轄しているため、医学教育において一貫性が欠如している。つまり、旧文部省が大学

設置基準の大綱化によって大学病院の6年一貫教育を進め、6年で適正にトレーニングをして医師を世に出そうと決めたわけだが、旧厚生省の卒後臨床研修制度は6年間の医学部教育では十分ではないから卒後に2年間追加教育をするというものであり、この2つの政策のなかに整合性が見られないということを意味している。さらに、この2つを議論した委員会には、同じ委員がいたことも大変問題だと思っている。

#### 4. 臨床研修制度の負の影響

卒後臨床研修制度の導入により、なぜ医師不足が急速に生じたのか。研修期間は2年間で、1年間に約7千数百名が卒業する。2004、2005年の2年間では1万5,310人の新医師が誕生した。法律上、研修医というのは研修に専念することとなっており、各診療科のマンパワーにはならない。全国の医師数は、2004年度厚生労働省調査によれば約26万人、これを1万5,310人で割ると約6%の医師不足が生じたことになる。つまり、医師としてはカウントされて臨床研修病院にいても、それ以外の病院では働けないし、各科のマンパワーにもなっていない。たとえば中堅の医師を派遣して地域をサポートするような病院のなかでさえ、研修医はマンパワーになっていないということである。

さて、日本の医師数を考える際に忘れてならないのは、統計にある医師数というのはあくまでも医籍に登録された医師すべてをカウントしているということである。26万人のなかには、実際に臨床に携わっていない医師、たとえば厚生労働省の医系技官も数としては入っているわけである。65歳までをアクティブに働いていると一応規定をしてみた場合、65歳を超える医師が約4万人いるので、それを除くと約22万人である。これに行政に入って臨床していない医師、休職中の女性医師などの問題を考慮すると、アクティブに働いている医師は約20万人。これを人口10万人あたりに換算すると、医師数154人という数が出る。154人というのはOECDデータではどこになるかというところ、医籍に登録された医師をすべてカウントして27位、さらにアクティブに働いている医師数からすれば最下位に位置する。

#### 地域医療の崩壊

臨床研修制度の負の影響として、地域医療の崩壊が言われている。臨床研修制度発足のときに、これは大変なことになるのではないかということで、全国医学部長病院長会議では地域医療に関する専門委員会をつくり、2002年から毎年帰学状況、大学所属医師の状況を調査している。それによ

ると、2002年に71%だったが、2006年には50%、2008年には55.9%になっている。次に、全国の都道府県を人口50万人以上の都市をもつ大都市圏と、50万未満の都市しかない小都市圏域に分け、経年的に帰学率を比較した。北海道だけは札幌地区とその他として2地区に分けた。2002年は臨床研修制度発足2年前、発足後の2年間の臨床研修医が大学に帰ってくるのができた2006年、2007年、2008年の数値をみて、明らかなのは、大きな都市がある都道府県では臨床研修制度に対して大学が影響を被っていないが、小さな都市しかない地方の都道府県においては、大学所属医師が約74%から約33%に減っていることである。

特に、へき地における医療は地方大学が担ってきたという自負がある。これは、医師養成削減政策が続き、慢性的な医師不足にあったにもかかわらず、臨床研修制度が始まる前はその地方の医師不足が顕在化していなかったという事実からも明らかである。それは、地方の大学が人手のないなかで何とかやりくりをして地域医療を担ってきたということである。研修医がすぐに地域医療の担い手になるわけではないが、大学の各診療科に若手医師が所属するということは、その科のマンパワーが充足することになり、それによって専門医を取得した中堅医師などを過疎地や地域医療のために派遣することが可能であったが、地方大学における医師不足によって、こうした大学の過疎地医療に対するサポート体制が完全に瓦解したというのが現状である。

### 診療科間偏在

もう1つの影響は、診療科間の偏在を引き起こしたことである。内科は2008年が少し増えたが次第に減ってきており、外科では約35%減少した。あるいは、厚生労働省の医師・歯科医師・薬剤師調査からも、特に29歳以下の外科医が激減し、半分になっているという状況が明らかである。危惧されるのは、急性腹症や盲腸のような非常に簡単な病気によって命を落とす、という時代が近々に来るであろうということである。それだけ外科医の不足が著明である。また、最近日経新聞にも、都内の診療科のなかで心療内科と美容外科が増加し、小児科・産婦人科は微減したという記事が掲載された。これは、病院勤務医が大幅に減少していることを意味していて、大変危機的な状況を示している。

### 基礎医学者の減少

さらに、日本の医療レベルを底支えしてきた基礎医学者の減少が非常に危惧される。世界の論文数の伸び率をこの10年間で見ると、日本は1997

年には世界中で第2位の論文数を誇っていたが、2007年には5位に転落してしまった。増加率では中国が5倍、韓国が2倍、西欧諸国が20～80%台、米国が10%、日本が5%である。当然、医学論文は伸び悩んでいる。国内では、国立大学全体で論文数が3%減っている。旧帝大ですら5%増、その他地方の国立大学の35校では8%減である。つまり、日本の基礎医学・医療はほとんど壊滅状態に近いと言ってよいのではないか。

全国医学部長病院長会議では、こうした動きについて、2004年に新医師臨床研修制度が始まった際、地域格差の拡大、過疎地医療の崩壊、地方における医学・医療の後退、それによる診療体制の弱体化、国際競争力の低下の結果、国民福祉の低下をもたらす可能性があるのではないかということを経済学で議論し、注意を喚起していたところである。

## 5. 医療費と労働力

日本は、GDPが増えているのに診療報酬は下がっている。1人当たり保健医療支出を見ても、OECDの平均2,724ドルに満たず、19位である。また、医療費の対GDP比ではOECD加盟30カ国中21位、年平均増加率は下から5番目で、ほとんど増加をしていない状況である。つまり、わが国では最も安い医療費で世界一の医療を提供しているのである。この背景には何があるのか。医師の週労働時間を年代別に調べると、30歳代以下では実に75時間が現状で、ほとんど労働基準法違反である。また、脳神経外科医を調べた資料によれば、大学病院の勤務医が最も過酷な労働環境にあることが明らかになっている。恐らくほかの科でも同じような状況ではないか。すなわち、日本の医療は、現場医師の善意と献身的自己犠牲の上に成り立っているのである。

イギリスは、サッチャー政権時代に低医療費・医師養成削減政策として、まさに日本と同じような政策を行ったわけだが、その結果医療制度は崩壊し、手術を受けられるまでに1年以上かかるという、とんでもない状況になった。数年前イギリスに行った際、現地の婦人は「実は今もあまり変わっていない。専門医に診てもらうためには、ウェイティング・リストに載せてもらうのに3カ月、それから実際に治療を受けられるようになるのに3～6ヶ月かかる。その間に患者さんの具合が悪くなって、もう世の中からいなくなっているということもある。」と言っていた。

なぜこういうことが起こったかと言うと、医師がインセンティブをなくして、有能な医師はカナダやオーストラリアへ皆逃げていったからである。2007年にグラスゴー空港でテロがあり、中近東の医師が逮捕された。彼は

イギリスで働いていた医師である。このように、現在、イギリスの医療はインドや中近東の出身者によって下支えされている。1997年にブレア首相が就任して、医療費を50%増、あるいは医師の養成数を50%増という改革を行ったが、未だに回復はしていない状況である。入院待機者についても、読売新聞の記事によれば、6カ月待ちや12カ月待ちの患者さんが大分減っているが、まだ相当数いるということであり、日本はこれに倣おうとしているということが大変危惧される。

全国医学部長病院長会議は、こうしたことを踏まえて2005年にさまざまな提言と要望を行い、2006年にも医療制度全体の危機に対応するため臨床研修制度の見直しを緊急声明として強く提言した。また、2007年には「医学教育改革案」をグランドデザインとして発表し、そのなかで臨床研修病院の教育を見直して、限られた社会資源を有効活用することで、社会問題化している医師不足の即効的回復になるだろうということを効果として挙げている。

## 6. 臨床研修制度に代わる医学生涯教育のあり方

2004年に始まった臨床研修制度は、5年で見直しをすることが法律で定められており、5年目を前にした2007年12月に、厚生労働省の医道審議会医師分科会医師臨床研修部会の報告書において、現行の方式を継続するということが記されている。しかし、2008年1月に発足した「安心と希望の医療確保ビジョン会議」によって、臨床研修制度のあり方等に関する検討会を急遽招集することが決定し、同年の4月から半年で意見の取りまとめを行った。それが2009年の5月に厚生労働省令として出たのだが、そのなかに明確に文章化されたのは、「大学病院等の医師派遣・養成機能の強化等の観点からあり方を見直す」というものであり、主な内容は、プログラムの弾力化として必修の研修期間を2年から実質1年間にしたこと、大学病院を中心として各地域の実情に即した臨床研修病院群の形成、および定員、研修病院の基準の厳格化を強く主張したことである。

さらに、継続的な見直しとして、2010年から毎年見直しをするということが省令のなかに盛り込まれたことは評価できるかと思う。しかしながら、研修病院の基準の厳格化に関しては、激変緩和ということで、かなり骨抜きになってしまったので、現実には大学病院の医師派遣養成機能の強化というところに今回の見直しがなかなか結びつかないと思われる。

## 医学は生涯教育

さて、医学は生涯教育であるから、われわれとして教えることができるのは今の知識、技術であり、いかに完璧であろうとしても10年後、20年後のことを教えることはできない。学生時代に習ったことをそのままの知識と技術で診療している医師はだれひとりとしていないし、全部生涯教育のなかで獲得してきたはずである。要するに、医学教育とは、ただ単に細々としたことを教えるということではなく、みずからが最新の知識・技術を生涯学習として学び続けられる手法を授けることが一番重要であると思う。そうした観点から、卒前の臨床実習、卒後の生涯研修を含む一貫性のある生涯教育システムを構築する必要がある。しかし、現在、卒後2年間の臨床研修を終えるだけで正当な医師になれるといった幻想が、国民のなかにもあるということを非常に危惧しているところである。

このような臨床研修制度の見直しの動きのなか、2009年5月には文部科学省が医学教育カリキュラム検討会として「臨床研修制度の見直し等を踏まえた医学教育の改善について―意見のとりまとめ―」を出した。今後、大学設置基準等の改正については、中教審で検討することや文部科学省・厚生労働省の連携のもと、卒前・卒後一貫した見直しと検証を行うことが明記され、全国医学部長病院長会議で主張してきたことはある程度方向性として示されたと評価している。問題は、実際にこれがどれだけ有効になるかということである。

## 7. 「医療費亡国論」から「医療立国論」へ

現在、医療がおかれている状況は、臨床研修制度だけに原因があるわけではない。その後の欧米の研究でも、医師誘発の需要が増えるという学説は否定をされているにもかかわらず、現在もなお、財務省や厚生労働省を中心に、医療費亡国論の呪縛から解けていない。

また、非常に不思議なのは、医薬品と医療機器の輸出入である。たとえば、医薬品は1兆7,000億円の輸入である。医療機器も1兆円が輸入で、輸出は約半分である。両方を合計すると2兆7,000億円の輸入に対して輸出が7,000億円となる。たとえば、心臓ペースメーカーのように、弱電部門でコンピューターを使う技術は日本のお家芸的なものであるにもかかわらず、日本製のペースメーカーは1台もなく、全てをアメリカから輸入している。また、医薬品については、自国で開発しているにもかかわらず製品化ができない。技術立国日本が、なぜこのようなことになるのかというと、医薬品、新薬が日本ではなかなか保険認可されず、日本で開発された

薬が欧米で認可されて製品になり、その高くなった薬を日本が買っているという、おかしな話になっているのである。

EU では、医療投資が経済成長率の 16~27%、医療の経済効果は対 GDP 比で 7%に相当すると言われている。対 GDP 比 7%の金額を日本円に換算すると、約 35 兆円である。そういう意味では、医療というのは決して亡国ではなく、日本の経済を救う大きな産業になるものである。たとえば、岩手県では岩手医大だけを見ても、大学と附属病院の職員が約 3,000 名おり、岩手県のなかで最も大きな産業である。雇用も生み出し、産業も生み出しているのに、なぜこれを利用しないのかということである。

また、教育機関への公的財政支出が、OECD の平均で対 GDP 比 1.1% に対して、日本は実に情けないことに 0.5%である。ヨーロッパでは医学部の授業料は無料なので、こんなにお金がかかっているのは日本だけである。

2008 年に医学部の定員増が認められ、国立大学のなかでも国立大学病院にやや厚く 30 億円の財源を確保したが、30 億円というのは各大学で解剖台を 1 台ずつ買ってしまえば大体終わりという金額である。しかし、国立大学は毎年 1%の運営費交付金が減額され、これまで継続的に大学の教員の定員削減が行われたにもかかわらず、今回の定員増に関しては教員への手当はゼロである。私大も公立大学も同じくゼロであるということは、ほとんどないということである。こうした事態を受けて、2009 年 5 月に全国医学部長病院長会議は、少なくとも教員数の確保と教育環境の充実、教育現場の過酷な労働状況改善のための予算措置を求めるという要望書を内閣総理大臣に提出した。

### 医学・医療政策に規制的手法を導入しない

しかし、政府の会議では、財政制度審議会が建議をとりまとめるなかで、規制的手法で、たとえば、医学部では大学入学時に専攻する診療科目を選択させ科目ごとの定員を定める、すべての大学が万遍なく診療科目をもつのではなく、産婦人科を中心に育てる大学があってもいいのではないかと、といったことが医療や医学のことを全然知らない経済畑の方々によって話し合われていたことが議事録に載っている。さらに、安心社会実現会議でも、厚生労働省を分割するという案のなかで、大学病院を文部科学省から切り離して厚生労働省へ移管するということが提案されている。この案は一応なくなったが、要するに、医療・医学を知らない方々が勝手な議論をして、それが国の政策に実際に運用されていくという、極めて危険なことだと考えている。この点については、日本医師会からも是非声を出してい

ただきたいと思う。

また、先日閣議決定された「経済財政改革の基本方針 2009」においても、「『基本方針 2006』を踏まえ歳出改革を継続しつつ」ということが明確に述べられており、社会保障費年 2,200 億円の減額はこれ以上無理だという認識はしていても、それはどこにも載っておらず、当の 2,200 億円を減額するということを決めた「基本方針 2006」を踏まえた歳出改革は継続するという文章だけが載っている。つまり、いつ、はしごを外されるかわからないという状況であって、いずれ近い将来に外され、2,200 億円の削減が戻ってくる可能性は大いにあると考えている。政府の歳出削減方針に基本的には変更はない、ということである。

### 低医療費、低教育費政策を見直し医療立国へ

財政制度等審議会の 2010 年度予算編成の建議に対しては、全国医学部長病院長会議として、低医療費、低教育費政策を見直して先進国並みのレベルに引き上げてほしい、医学・医療政策に規制的手法を導入しないでほしいということを要望した。この背景には、臨床研修制度発足前は絶対的な医師不足状況にもかかわらず、大学の調整機能によって地域の医師不足も診療科間偏在も顕在化はしていなかったこと、また、先立って開催した全国医学部長病院長会議の定例総会へ出席した国の役人が、医師の偏在問題、医療崩壊をもたらしたことは、その政策の誤りであったということを確認に 160 人の会員の前で認めたという事実がある。ところが、建議のなかに定員制などに関して規制的手法の導入が盛り込まれ、「基本方針 2006」の歳出削減を堅持するということが記されている。これを実行されれば、もう大学病院は潰れてしまう。医師養成削減政策を見直したとしても、医師不足の絶対的な解決には 5 年、10 年、少なくとも定員が増えた医学生が卒業するまでは 6 年かかる。さらに彼らが一人前になるまでには、10 年以上かかる。つまり、定員増では即効的なものにはならない。むしろ臨床研修制度の根本的な見直しをすれば、戻る可能性はある。

しかし、さらにディスカッションが必要なのは、低医療費政策と低教育費政策についてである。そのなかでも、医療は産業だとする医療立国という視点が論点にすっかり欠けているのではないか。こういう政策変更なしには、日本の医療、医学教育は立ち直れない。国立大学 42 校のうち、2008 年度は数校を除いて病院のキャッシュフローベースは全て赤字に転落した。国立大学の附属病院を実際にごらんいただくと、何が一番目に付くかというと、病院そのものがどんどん汚くなってきているということがおわかりいただけると思う。清掃要員を削減するために、病院そのものが汚くなっ

ているのである。そういう状況まで、すでに大学は追い詰められている。国立大学だけではなく、私立大学も経常費補助金がマイナス 2%ずつ減額され、今回の補正予算では、国立大学のみが対象という、公立大学や私立大学へは交付されない補助金がたくさん出ているなかで、国立大学のみならず公立大学も私立大学も疲弊しているのが現状である。

医療と教育が減れば国は滅びる。医学・医療は平時の安全保障である。日本医師会には、医師の代表として是非こうしたデータを集積して、国を動かすような活動につなげていていただきたいと願っている。