

医療従事者の劣悪な労働環境をいかに改善するか

医療崩壊から医療立国へ

大村 昭人

帝京大学医療技術学部教授

はじめに

日本の医療提供体制が危機的状況にあることはここ1～2年のマスコミの報道や医療崩壊、危機などのタイトルの本が次々と出版されていることから社会的にも認識され始めている。特に病院勤務医師、看護師たちの働く環境は劣悪といっても言いすぎでないほど悪化しており、医療提供体制が限界を超えた状態で医療の安全と質を維持することが不可能になってきている。この背景には日本の医療提供体制が抱える深刻な問題を無視して、国が採ってきた極端な医療費抑制政策が背景にある。現在の状況は既に小手先の手当てでは解決不可能な状況であり、医療政策の抜本的な見直しが必要になっている。

おおむら あきと

1942年生。東京大学医学部医学科卒業。ユタ州立大学麻酔科助教授、帝京大学医学部溝口病院麻酔科教授、帝京大学医学部長などを経て、現在帝京大学医学部名誉教授、帝京大学医療技術学部教授。所属学会は（社）日本麻酔科学会ほか。ISO/TC121（専門委員会121）国内委員会委員長などの社会的役割を担う。主要著書に『医療立国論：崩壊する医療制度に歯止めをかける』日刊工業新聞社 2007年など多数。

「医療費亡国論」の呪縛

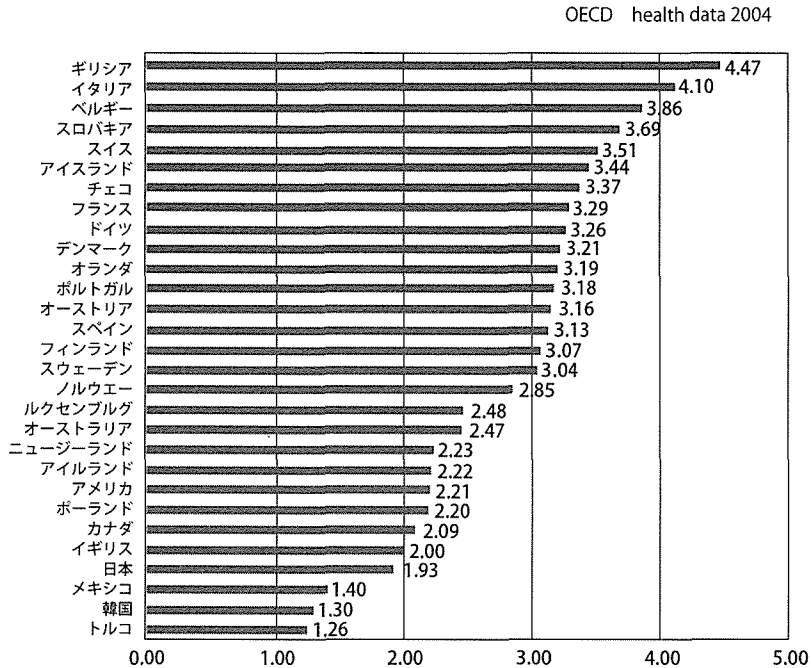
〈全ての誤りは「医療費亡国論」から始まった〉

1983年に『社会保険旬報』に掲載された当時の厚生省保険局長の論文「医療費亡国論」以来、医療は社会的な負債であるという根本的に誤った方向付けがなされて、その後の医療行政に大きな影響を与え続けている。21世紀に入ってからには特にこの傾向が顕著になり、少子高齢化社会では医療は国のお荷物であり、負債であるという誤った医療政策が24年後の現在でも実施され続けていることは驚きでもある。

厚労省の政策の失政を列挙してみると「無謀な医療費削減による病院経営の悪化と自治体病院などの相次ぐ閉鎖、倒産」に加えて、「欧米に比べて医療従事者が極端に少なく、医師の絶対数でさえ10万人以上も不足している事実を曲げて医学部の定員削減に固執したり」、「アメリカの表面だけを真似た卒業研修必修化で大学病院と一般病院を無用に競争させて地方の国立大学医学部を疲弊させ、医師不足に拍車をかけたり」、「看護師の絶対数不足を無視して7：1の新配置基準を強引に導入して起きた現場に混乱を招いたり」、「平成18年に導入された改正薬事法による日本の医療機器産業荒廃の危機」など枚挙に暇がない。

さらに問題を深刻にしているのはこうした政策に積

図 1. OECD 各国の人口千人当たりの医師数
—日本は 29 か国中 26 位—



極的に関わっているオピニオンリーダー、有識者とと言われる人たちに見識がないために誤った政策の後押しをしていることである。

〈医療を負債と考える愚かさ〉

こうした深刻な状況の中で現在、もっともはばを効かしている論議が経済成長に合わせた医療費の伸び率管理論などに代表される医療費抑制政策と保険診療と自由診療を共存させる混合診療全面解禁論などにみられる医療の市場原理化である。この考えは根本的に間違っており、国民皆保険制度を崩壊に招く可能性が高い。こうした安易で誤った議論が出てくる背景には常に「医療費亡国論」がある。その後、この論文の呪縛から国も医療従事者も抜けられずに24年間、継続して医療費抑制政策が採られ続けてきた。保険局長は「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」と題した論文を発表し以下の3点を強調した。

- ①医療費亡国論：このまま租税・社会保障負担が増大すれば日本社会の活性が失われる。
- ②医療費効率通減論：治療中心の医療より予防・健康管理・生活指導に重点を置く必要がある。
- ③医療費需給過剰論：医療の供給は1県1大学政策もあって近い将来医師過剰が憂えられ、病床数も世界一、高額医療機器導入も世界一高い。これらの論点は現実的な背景となるデータなどが不足してただけでなく、その後の推移においても大きなズレを生じた。例えば「医療費亡国論」の主張の背景にある租税・社会保障負担が重いという話は論拠がなく、日本の国民負担率はOECD諸国の中で最低レベルにあることは周知のとおりである。さらに2004年の対GDPでの医療費はOECD30か国中21番目と、後ろから数えたほうが早く、2000年の18位からさらに後退した。

また、予防医療に力を入れて国民の健康を維持することは非常に重要な政策であるが、大方の予想に

図 2. 医療提供体制の各国比較 (2001 OECD データ)

—日本の病床当たりの医師、看護師数は極端に少ない—

国名	千人当り 病床数	平均在院 日数	病床百床当り 医師数	病床百床当り 看護師数
日本	12.8	28.3	15.6	42.8
ドイツ	9.1	11.6	39.6	102.2
フランス	8.2	13.5	35.2	69.7
イギリス	4.1	8.3	43.9	129.2
アメリカ	3.6	6.7	77.8	230.0

反して予防接種による疾病流行防止などの一部の介入を除くと、一般的に疾病の発病や進行を早期介入によって抑えても、介入そのものによるコストに加えて、平均寿命を延長する結果、最終的には医療費を押し上げることは医療経済学者の間では確立された理論になっている。国民病としていまや流行語になっているメタボリックシンドローム(いわゆる生活習慣病)を予防することが国家的なプロジェクトになっているが、それでも医療費を削減できる可能性は低い。もちろん、予防医療に力を入れることは国民が健康で幸せな生活を送れるだけでなく、労働生産性をあげるという大きなメリットがあるのは言うまでもない。しかし、医療費削減を期待することはできないのである。

さらに、医師過剰が医療費を上昇させるという経済原則も根拠もあやふやである上に、そもそも日本の医師数は対病床数比で見ると欧米の3分の1から5分の1と極めて少なく、人口比でも OECD 諸国の3分の2という現実がある(図1)。日本の医師数は現在27万人とされる。この数には家庭に入ってほとんど働いていない女性医師や研究にのみ従事している医師も含まれている。アメリカが OECD に報告している医師数は週20時間以上勤務している医師数である。厚労省はこの事実でさえ無視している。単純

計算でも日本の医師数を OECD なみに増やすとすると13～14万人不足していることになる。

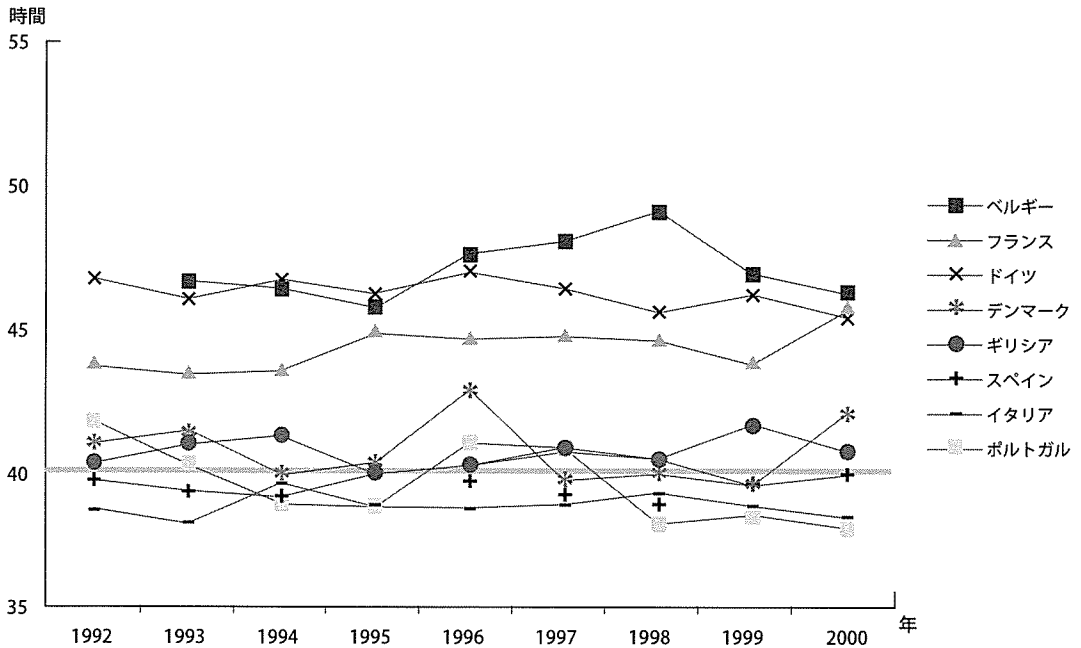
また病床あたりの看護師の数も他の OECD 諸国に比較すると極端に少ない(図2)。このように極端な医療提供現場でのマンパワー不足は医療の質および安全確保の上で深刻な問題である。

このように「医療費亡国論」の予測とは逆に現在でも医師不足、特に病院勤務医師の不足が深刻で医療危機のもっとも核心部分を占めている。病床数や医療機器が欧米に比べて異常に多い点を除くと保険局長が主張した3つの論点の前提がほとんど崩れてしまうのである。しかしながら、国も財界もさらに医療界ですら、この「医療費亡国論」の呪縛から逃れることができずにおり、すべての医療政策がこの誤った前提を出発点としているために深刻な医療崩壊の危機に直面していると言っても決して過言ではないのである。

こうした憂慮すべき状況に対して、私はやり方次第では「医療費亡国論」どころか、医療・介護に力を入れることによって、経済活性化が可能で日本を豊かにするだけでなく、国民を幸せにできる「医療立国論」ともいうべき、まったく異なる見解を持っている。

図 3. EU 諸国の病院勤務医師の週平均勤務時間

(国立保健医療科学院資料)



医療従事者の過酷な現実

〈病院勤務医師は過労で疲労困憊〉

日本の医療費がOECD各国の中で少ないのに、平均寿命は世界で最長、乳幼児死亡率は世界で最低であり、WHOの総合評価では第1位と優等生でもある。このために世界の国々が日本の「国民皆保険制度」を見習おうと努力しているのである。

実はこの奇跡的な成果の背景には世界で例をみない日本の病院勤務医の長時間労働が隠れている。国立保健医療科学院のデータでは、EU諸国の医師の平均週勤務時間が押しなべて40－45時間である(図3)のに比べて日本のそれは70.6時間(常勤医師)もなる。非常勤医師の場合には60.9時間である。1992年に日本並みの国民皆保険制度の導入を試みて失敗した当時のクリントン大統領夫人(現民主党上院議員)が「まるで聖職者さながらの犠牲

的精神」と表したゆえんでもある。現在、多くの病院勤務医師が長時間労働や増える医療訴訟に疲れて退職し、開業を目指す傾向もこうした背景があるからで、病院の人手不足に拍車をかけている。この病院勤務医師の劣悪な労働環境と自治体病院をはじめとする多くの医療施設が診療縮小している状況は待ったを許さない医療制度危機の最優先課題であり、政府だけではなく、日本医師会が全力をあげて取り組むべき問題である。

〈女性医療従事者の働く環境を改善する必要〉

最近では医学部入学者のなかで女性の占める割合が急速に増えているが、先進国の中で女性医師の割合はまだ低い。さらに結婚をして子育てを始めると多くの女性医師が現場から退いてしまう問題も深刻である。一方、日本看護協会の調べでは、看護師の資格を持っているが職に従事していない者の数は平成16年時点で55万人にも上るといふ。これらの背景

にこうした家庭を支えながら働く女性を支援するシステムが欧米に比べて大きく遅れている問題がある。

幼稚園前の育児に対する公費支出は、日本はGDPの0.6%にすぎないが、北欧の国々やフランスは日本の4～5倍、英独も3～4倍支出している。幼稚園以後の教育費支援も日本はGDP比3.7%でOECD加盟国中最低である。スウェーデンでは手厚い児童手当や長期の育児休暇制度があり、こうした制度を支えるために教育・福祉部門で女性を大量に採用している。育児を社会全体で負担して母親の労働力を生かせばその利益は社会に帰ってくるというわけである。

スイスの民間機関・世界経済フォーラムが国連統計などをもとに世界115カ国の中でビジネスや政治で決定権を持つ役職への女性の進出度など男女格差を指数化して比較したところ日本は79位と低く、63位の中国にも水をあけられている。マスコミも政治家も働く女性の育児の支援システムについては、活発な議論が数年前からなされている。しかし、現実には保育所の問題をひとつ取っても順番待ちになっていたりして、その具体策が遅々として進まない現状がある。その背景には政治家や役人の間で福祉や医療は経済の足を引っ張る負債であるという根強い固定観念があるからである。道路をつくる目先の公共事業よりも、まず保育所や女性の育児の支援システムに役立つ人員の確保と施設などをつくらう、という考えにはならないのだろうか。

医療や介護サービスは国の重要な社会インフラ

年金や医療・介護という社会のセーフティネットをきちんと整備することは国民が安心して経済活動や社会活動に専念するために大変重要なことである。これこそ、国家が責任を持って維持していかなければならない重要な分野である。

特に医療や介護の経済への波及効果や雇用創出効果は非常に大きく関連産業を除いても公共事業を上回っている。医療を負債と考えるのではなく、EU

の国々のように医療の色々な分野に積極的に投資することで経済をさらに活性化して、その力で国民皆保険制度維持していくという前向きの発想転換が今こそ求められている。市場経済とグローバリズムは避けて通れない。しかし、要所、要所で国が手綱を締めなければ市場は必ず弱肉強食が行き過ぎて強者はますます強くなり、弱者に二度と立ち直る機会を与えてくれない状況が起きるのは多くの経済学者が警告している。ワーキングプアや格差社会はまさにこれを実証している。北欧の国々のように社会保障の基盤を国が確実に保証する中で、どうせ医療にお金をかけるのならば、逆にこれを経済活性化に生かすという発想はきわめて賢明なアプローチである。

ECの2005年8月のレポートではEU全体では医療への投資が経済成長率の16～27%を占めており、EU15カ国に限ると医療制度の経済効果はGDPの7%に相当し、金融の約5%を上回っている。また、EUの製薬産業連合の2005年11月のレポートではEU圏の貿易バランスで製薬産業は2003年度で第1位であり、3兆6千億円の黒字で2位の動力機械産業の約1兆4700億円を大きく引き離している。GDPの7%という数字を、もし日本に当てはめた場合は年間35兆円ほどGDPを押し上げることになる。

国民の高い租税・社会保障負担率にも関わらず、北欧やEUの国々は経済競争力でも世界でトップレベルを維持しているのはよく知られている。この成功の影には人々が安心して暮らせる社会を築くことを最優先するなかで、高い技術を育て、これを輸出に向けるという国の政策があり、その中の優先順位の高い位置に医療や福祉も入っている。著者はISO/TC121という医療機器の国際規格を作成する専門委員会の日本代表を務めているが、こうした委員会に北欧やEUの人口1千万以下の国々から政府、企業、ユーザーである医療従事者の代表たちが出席して、自国のために一丸となって発言をするのにいつも感銘を受けている

抜本見直しが急務の養成制度

4年前にアメリカのマッチングシステムを真似て導入された医師の卒後研修必修化は初期診療の重要性を強調するあまり、欧米では医学部高学年で教えている内容を卒業後に各科を細切れに廻る形で義務化したために卒前教育（文部科学省）と卒後研修（厚生労働省）の整合性が取れていないばかりか、少ない教育スタッフで卒前の臨床教育に力を入れていた大学にとっては大きな負担となった。しかもアメリカでは一般病院と大学病院が協力して教育にあたるのに、日本では大学と一般病院を競争させたために、経済的に条件がよく診療技術を学びやすい一般病院に医学部卒業生が流れて、特に地方大学では卒業生がほとんど大学に残らなくなった。これが大学の人手不足に拍車をかけ大学は自治体病院などから医師を引き上げざるを得なくなって、しばしばマスコミで報道されるように自治体病院の病棟や外来閉鎖などを招いたのである。

医学部の高学年で臨床能力を身につけさせることは非常に重要なことである。しかし、教育スタッフの大幅な増員がない中でアメリカ並みの成果をあげることは不可能に近い。厚労省によって導入された新研修制度はまさにアメリカの高学年で教えていることの繰り返しになっており、教育スタッフの負担は必要以上に増えてきている。大変無駄なことであり、卒前・卒後教育の一貫性、整合性がまったく取れていないことは問題である。こうしたことは看護師など他の医療従事者にも当てはまり、医療従事者養成に責任を持つ監督官庁はひとつであるべきであり、大変無駄で非効率なことが行われているのである。

医療従事者の手足を縛る医師法 17 条の誤った解釈

厚労省および日本医師会は医師法 17 条、“医師でないものは医業をなしてはならない” というこの条

項の解釈を医業＝医行為（医療行為）と解釈している。このような硬直した解釈を行っているのは日本だけで、多くの先進国では医師以外のコメディカル（協働の医療スタッフ）にそれぞれの現場に必要な医行為が許されている。例えばアメリカや EU の国々では看護師が医師の監督下で簡単な診察や処方も行い、アメリカの呼吸療法士は医師の指示監督のもと気管挿管や気道の確保、動脈採血などまで許されている。しかしこうしたコメディカル職種の法律（いずれも州法）には必ず“Practice of Medicine”は行つてはならないと書いてある。Practice of Medicine とはまさに医業のことであり、医業と医行為は別のものであるという解釈である。これに従つて医学部の高学年ではマンツーマンで侵襲的な医療行為も教えている。日本では医師会や厚労省は学生の侵襲的な医行為は医師法違反であると解釈している。しかし、この学生が卒業して医師免許を取得すればそれまで練習もしたことがないこれらの医行為が合法的となるのである。医学部の学生には基本的な医行為は指導医のもとできちんと教えておく必要があるが前述のような硬直した解釈では不可能である。

また、絶対的な医師不足のなかで他のコメディカルたちに各職種に現場で必要な医療行為を明確に定義してポジティブリストで許可すれば医師や看護師たちの業務を軽減することも可能なのである。

医療従事者の大幅増員は必須であり可能である

深刻な医師不足の解決には監督官庁の思い切ったオーバーホールが必要である。医療の分野では管轄する省庁を一本化して教育スタッフ、医学部の定員ともに大幅に増員した上で一般病院と連携した総合的な研修制度に改めるべきと考える。また、外国人看護師の導入のような非現実的な施策ではなく、55 万人もいる職についていない看護師資格者が働ける環境を作るために全力を注ぐべきである。このような勇気ある選択は現在の縦割り行政の文部科学省や厚生労働省が個別にはとてもできないである

う。政治家がビジョンを持って医療に関わる省庁を一本化して取り組む抜本的なオーバーホールが必要である。

医療従事者を大幅に増やす財源はある。私は企業が医療の負担をもっと担い、社会的貢献をすべきだと考えている。法人税の負担軽減を求める日本企業は国民に甘えているのである。欧米の企業が負担する法人税と社会保険料の合計は日本よりはるかに大きいことは日本ではあまり知られていない。日本経団連は「医療は企業の国際競争力に悪影響を及ぼす」^(注)といているが日本の企業の社会保障負担率は国際的に見ても低い。例を挙げると、フランスの企業が負担する医療保険料は12.5%で日本の企業が負担する最大4.2%に比べてはるかに高く、従業員は0.75%で日本の最大4.2%に比べてはるかに低い。日本より社会保険料や法人税が低いアメリカの企業でさえ実は私的年金料や医療保険料を従業員に提供していて日本企業より大きな社会貢献をしているのである。日本経団連など経営者団体はこうした都合の悪い事実には触れようとしない。日本の企業が欧米並みの社会的責任を果たすだけで医療は継続可能なのである。

財界や経済財政諮問会議はこうした事実を無視して、法人税の税率軽減のみを強調している。ライブドアや保険金未払いなど次々と明らかにされる大企業のモラルハザードやワーキングプアなど格差社会が広がる現実には日本の企業が社会的役割を忘れている証拠でもある。非正社員が雇用者の3割を超えて、非常に低い賃金と昇給もない身分に甘んじざるを得ないというのは異常な事態で、企業の競争力は一時的には高まるだろうが、彼らが企業の製品を買う可能性はますます小さく未だに低空飛行である個人消費が伸びるとは考えられない。また、非正社員が支払う社会保険料は少なく、医療や年金の将来像はますます暗くなる可能性がある。これからは賃金を抑えてコストダウンをするのではなく、製品の付加価値を高めて世界をリードすることへの努力が必要である。低賃金を武器に世界で競争しようというのは発展途上

国並のメンタリティである。

おわりに

世界一の超高齢化社会に突入した日本では好むと好まざるにかかわらず、医療・介護の需要はますます拡大する。EUの国々の例にみられるように医療・介護への投資の拡大が避けられないのであれば、逆にこれを経済活性化のばねにして税収を増やす政策は賢明な方向である。高齢化社会であるからこそ、働く意欲のある高齢者に元気で働いてもらい、その健康を医療が支える仕組みが出来上がれば労働生産性も上がり、またこうした高齢者が支払う租税、社会保険料が自らを支える社会が可能になる。そのため医療従事者の増員は社会にとって決してマイナスではない。医療は社会の重要なインフラであり、経済活性化の鍵であることはEU諸国の実例で証明されている。日本も医療への投資を増やし、良い医療を国民に提供し、引いては豊かな経済の下でくらしをいける医療立国への発想の転換が必要な時期に来ている。■

《注》

(社) 日本経済団体連合会『国民が納得して支える医療制度の実現～2006年度の医療制度改革に向けた日本経団連のスタンス』(2005年10月14日)を参照。

《参考文献》

1. 大村昭人 論壇 卒後研修必修化と急性期医療の深刻なマンパワー不足：危機回避への提案。医学振興 平成18年 第63号：24-27
2. 大村昭人 医療立国一医療費増額と関連産業再建が医を荒廃から救う。特集：病院が崩壊する 中央公論 6月号 2007
3. 大村昭人 医療立国論：崩壊する医療制度に歯止めをかける！ 日刊工業新聞社 2007