

# 安心と希望はあるか

# これがビジョンだ

最近、日本の医療の将来が心配になるような出来事、多くないですか。何とかしなければ、ということ、こんなものが厚生労働省から出ました。

編集／医師35人の合同編集委員会  
事務局／ロハスメディア  
監修／上昌広 東京大学医学部研究所特任准教授  
イラストレーション／コージ・トマト

## 崩壊への対策

**こ**んなものの、の正式名称は『安心と希望の医療確保ビジョン』。国民が安心と希望を持てるような未来像を示しましたということですね。裏返すと、このままでは安心と希望を持っていないということでもあります。産科や救急などで、需要に供給の追い付かない、いわゆる

る医療崩壊現象が見られるようになり、政府も昨年から様々な緊急対策を講じてきました。しかし何しろ「緊急」ですから、著しく足りない部分に当座の補給をしたに過ぎません。供給を大幅に増やすとか、医療の形を時代に合わせ再構築するとかいった抜本的対策が講じられていないので、しばらく経ったらまた

同じ問題か、もっとヒドイ問題が起きるでしょう。明日は今日よりもきっと良い日だろうと思えるから安心も希望もあるのであって、そのうち**綻び**が出ると思っていたら、国民は不安で仕方ありません。そして、その不安は国民だけが持っているわけではありません。医療崩壊の

大きな原因は、医療者たちが現場で先の見えない過酷な労働を続けているうちに、その心が折れてしまうことです。勤務医の激務は最近に始まったことではありませんが、以前は数年で必ず交代になるとか、後には良い職が待っているとか、氣力を保てる仕掛けがありました。でも大学病院の医局による人事ローテ-

ションが崩壊した現在、交代にしても良い職にしても保証がありません。いつまで耐えればよいのか分からないと、人間はどんどん氣力を失うものです。

だから、医療の明るい未来像を示すことは、長期的目標を定めるだけにとどまらず、短期的に供給が減るのを防ぐにも大きな意味があります。

そこで、日本の医療は将来こうなるのですよ、と厚生労働省が舛添要一大臣の強い指導の下、ビジョンを示したわけです。

ただし後でまた述べますが、**「絵」**であって、国民の納得と協力が無い限り、それこそ絵に描いた何とかに過ぎません。ビジョンを吟味して、その結果、こんな要らないと判断するのは勝手ですが、存在すら知らずに埋もれさせるのは勿体ないです。ということ、今回急きょお知らせすることにしました。

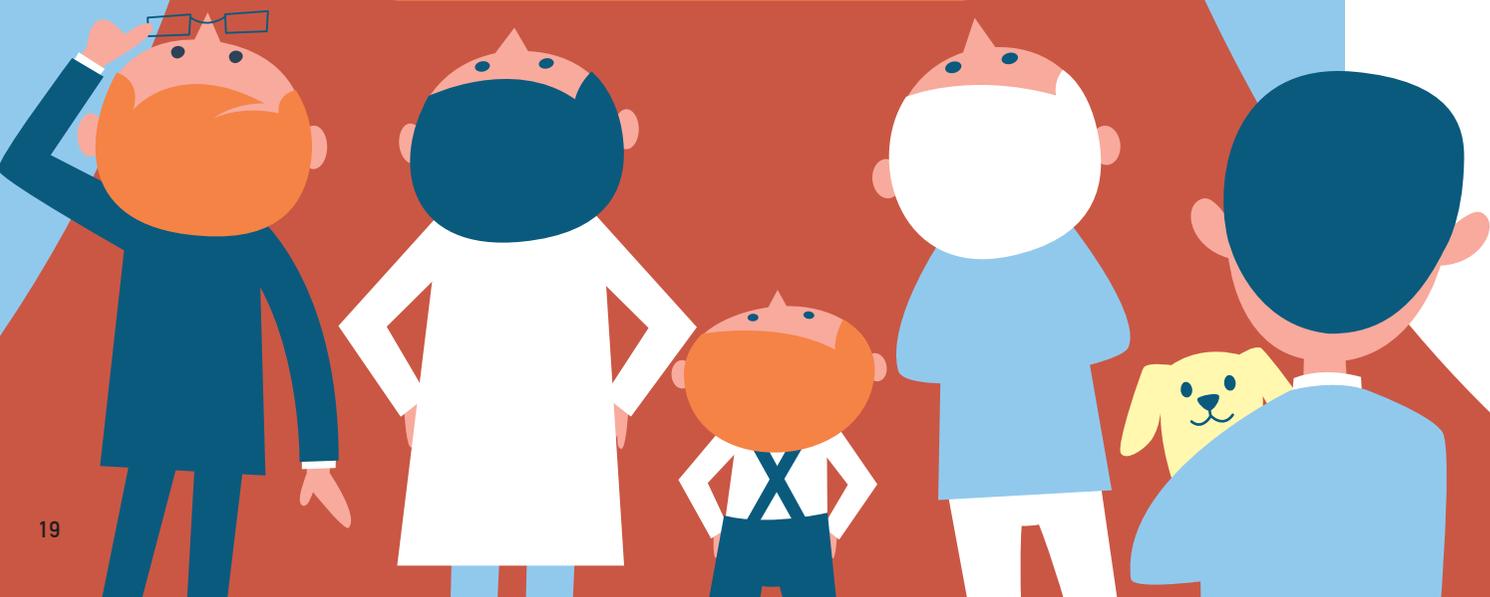
## 2

改革努力を怠らない。ビジョンを示した後も、無駄を省く努力を怠らない。例えば、規制撤廃により医療費を削減できる場合は、安全性を確保しつつ、積極的に規制撤廃を推進する。

## 1

政府・厚生労働省の権限を拡大せず、現場・地域のイニシアチブを第一とする。医療現場の医師・看護師等の医療従事者から、自ずから上がってきた多様な意見を集約して政策とするという、現場重視の方針を貫く。

### ビジョンを貫く2大原則



# こんな内容です。

では、ビジョンの中にどんなことが書かれているのか、見てみましょう。現物は厚生労働省サイトを参照ください。 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/06/dl/s0618-8a.pdf>)。大項目が3つ

あります。ただし、「国民も連携・協働することが重要」とか「治す医療」から「治し支える医療」へ」といった、理念的なことかなりの紙幅を割いており、また数値目標がほとんど出てこないの、読

## ビジョンの骨子

項目	こうする	
医療従事者等の数と役割	(1) 医師数の増加 医師養成数の増加 コメディカル雇用数の増加 総合的な診療能力を持つ医師の育成 臨床研修制度の見直し	閣議決定「医学部定員の削減に取り組む」を見直し、医師養成数を増加させる。 看護師をはじめとしたコメディカルの雇用数を増加させる。 総合的に患者を診る能力を有する医師の育成を支援する。 医師不足問題がより深刻な診療科や地域医療への貢献を行う臨床研修病院等を積極的に評価する。臨床研修病院等における、研修医受入数の適正化を図る。 適正な需給について検討し、文部科学省との連携の下に必要な対策を講じる。併せて、将来の歯科医師の活用策について検討する。
	歯科医師の養成	
	(2) 医師の勤務環境の改善 女性医師の離職防止・復職支援	「短時間正社員制度」を始めとした出産・育児等に配慮した勤務環境の導入・普及や、キャリア形成における出産・育児への配慮、院内保育所の整備や充実、復職研修の充実などを進める。
	医師の多様な勤務形態	交代勤務制の導入促進。医療リスクに対する支援体制の整備（産科医療補償制度の早期実現、医療事故における死亡の原因究明・再発防止を図る仕組みの構築など）。 公務員である医師を含め、例えば週のうち数日は地方の医療機関で勤務するなど非常勤医師の活用。
(3) 診療科のバランスの改善等	医師の職種間の協働・チーム医療の充実 医師と看護職との役割分担と協働の充実	医師の職業選択の自由に配慮しつつ、産科・小児科・救急科・外科等について、現場・地域の意見を重視し、増員のための方策を自治体とともに検討する。国が標榜資格を定め許可している「麻酔科」は、専門医制度の整備状況を踏まえ、規制緩和を行う。 必要医師数の算定方式の見直しを含め、医療法標準を見直す。
	医師と歯科医師・薬剤師等との協働の充実 医師とコメディカルとの協働の充実	現場の看護師が専門看護師、認定看護師の取得を促進する施策を講じ、その普及・拡大に努める。看護基礎教育の内容及び就労後の研修を充実する。院内助産所・助産師外来の普及等を図る。助産師業務に従事する助産師の数を増やすとともに、資質向上策の充実も図る。 薬剤師の資質向上策の充実を図る。
	医師・看護職と看護補助者・ メディカルクラーク等との協働の充実	メディカルクラーク（医師事務作業補助者、医療秘書など）については、書類記載、オーダーリングシステムへの入力などの役割分担を推進するとともに、資質向上の方策について検討する。 また、医師等と患者側のコミュニケーションの仲立ちをし、十分な話し合いの機会を確保するといった業務を担う人材の育成が必要である。
	地域で支える医療の推進	(1) 救急医療の改善策の推進 救急医療の充実
医療従事者と患者・家族の協働の推進	夜間・救急利用の適正化	小児科における小児救急電話相談事業（#8000）を高齢者を含む成人へ広げるなど、救急電話相談事業の拡充。家庭への緊急時のマニュアル等の普及を図る。
	(2) 「地域完結型医療」の推進	行政は、地域住民のニーズを調査・把握し、各医療機関が地域のニーズに応じた役割を果たすことができるよう、医療機関に対する情報提供を行う。十分な情報開示を行うことによって、地域住民がネットワークを踏まえて行動するよう普及啓発を進める。
	(3) 在宅医療の推進	訪問看護ステーションの規模の拡大等を図る。 医薬品等の供給体制や、医薬品の安全かつ確実な使用を確保するための適切な服薬支援を行う体制の確保・充実に取り組む。 在宅歯科診療を推進していくための人材育成や体制整備を進める。
	(4) 地域医療の充実・遠隔医療の推進	医師等が地域医療に自ら進んで従事するための方策の検討を進めるとともに、へき地医療機関への支援等を一層充実する。 遠隔医療について、情報通信機器の整備等により今後一層の推進を図る。
医療従事者と患者・家族の協働の推進	(1) 相互理解の必要性	医療機関は、患者・家族の不安等を傾聴し、課題に導いていくような相談機能を有するようになる。
	(2) 医療の公共性に関する認識	地域の医療機関等の協力や種々の市民活動を通じて受診行動等についての積極的な普及・啓発を行うとともに、特に産科においては、母子保健活動の充実等により、妊婦健診の適切な受診、分娩に伴うリスクに関する正しい認識、周産期母子医療センターと緊急時のアクセス方法等に関する普及を行う。
	(3) 患者や家族の医療に関する理解の支援	学校教育においても医療に関する教育を行い、幼少期からの、その年齢に応じた医療に関する理解を普及する。

んでパッと具体像が浮かぶかは微妙なところ。表では、できるだけ将来像が浮かぶよう、「こうなる」「こうする」と言及のあるところを列挙しました。小さな文字で恐縮ですが、ざっとお読みいただけると幸いです。

最大のポイントは、医師不足・スタッフ不足への対応策として、医師養成数増、コメディカル（医師以外の医療従

事者）雇用増をうたったこと。同様にフルタイムでは働けない有資格者でも働けるような勤務環境整備、さらに交代勤務制の導入促進も書き込まれました。実現すれば勤務医の労働環境が改善され、患者の安全性も向上しそうです。

ほか患者に身近なものとしては、地域地域での救急医療と在宅医療の体制整備なども書き込まれています。



# 希望を持ってもいいですか？

## 前

項をご覧になって、いかがでしたか。本当にこうなるのかな、と眉に唾をつけた方もいることでしょう。その態度は実に正しく、そして大間違いです。

まず大項目の3番目『医療従事者と患者・家族の協働の推進』に関しては、私たち患者・一般市民側が実現させる意思を持つかどうかです。心配するぐらいなら行動しましょう。その一歩で世の中がガラリと変わる可能性だってあります。

ただ、具体的な施策の多い1番目と2番目の大項目は、もう少し難解です。疲弊しきった医療者たちに工夫する努力しろだけでは、まさに絵に描いた餅。実現するかどうか、

結局は必要なところに予算がつくかにかかっており、そしてこれが予断を許しません。予算の問題は額と箇所で大別できます。

まず政府全体には「骨太の方針」として、社会保障費を毎年2200億円ずつ削減するという縛りがあります。骨太の方針の解釈・評価は人それぞれです。しかし方針が出てきた小泉政権当時は国民も概ね支持していましたよね（コラム参照）。今さえ何とかなればよい、2200億円など知ったことかというのでは、将来世代に対して無責任

です。

幸い今年の骨太の方針は、2200億円削減は行った上で別途、「医師不足への対応、少子化対策、長寿医療制度の運用改善などの重要課題に対しては必要な取組を行い、国民の安心を確保する」となりました。道路特定財源の一般財源化もあるので、今のところビジョン実現の予算は、ある程度確保されそうです。

ただし、お金が足りないと言っているのは、社会保障分野だけに限りません。予算編成の段階で分捕り合戦が必ず起きます。マスコミでは政治次第などと表現されますけれど、要はどの分野にお金を使うべきという国民の声を大きくかです。ビジョンを実現させたかったら、それだけの額を社会保障へ回すよう意思表示しないといけません。

この際に費用負担するの自分たちであることをお忘れなく。あれもこれもと要求したら、増税が必要になります。額を確保しても、まだ安心はできません。どこに予算をつけるか箇所づけする厚生労働省の問題があります。

特集冒頭で説明したビジョン2原則は、どちらも厚生労働省の権益を減らすもの。官僚たちからすると嬉しくない話です。自分たちでコントロール可能なところに予算をつけようとするはずです。極端なことを言えば2200億円削られたところを、ビジョン名目で復活させることもあり得ます。その予算が、本当にビジョン実現につながるのか、監視と検証が必要です。

ここまで性悪説で考えなくても、そもそも官僚は長期計画で予算が硬直化するのが嫌

います。これだけ政治がコロナ変わる、つまり国民の意思がコロナ変わる時代に、将来「なぜこんなことにお金を使っているのだ」と官僚が叱られない保証はあるでしょうか。後期高齢者医療制度の大混乱を見ても、杞憂と笑うことはできないはずですよ。

官僚の志をうまく引き出しビジョン実現に取り組ませるには、国民側にも、10年単位で揺るがない決意が必要です。最初の話に戻れば、「本当にこうなるか」ではなくて、「本当にこうするのか」と考える必要があるわけです。

さあ、どうしますか？

## 歳出カットの理由

借入・返済など借金関連の費用を除いた単年度収支の『プライマリーバランス』が93年度以降ずっと赤字で、国債残高が雪だるま式に膨れあがっています。これを11年度に黒字化するため、様々な歳出抑制策が取られているのです。思い出しましたか？

