

ストップ!!

医療崩壊2

前号で日本の医療制度が患者にとってあまり嬉しくな
い形で変わりかけていることを説明しました。
今号では、いったいどうしたらよいのか考えましょう。

需要減らすか、 供給増やすか

前 号のおさらいから。全
国的に施設の集約化・
高度化が始まっています。地
域内の需要を満たす医療供給
があるならば、集約化によつ
て、少々不便になる人はいる
かもしれないけれど、イザと
いう時により安心（もちろん
搬送手段は必要です）になる
し、医療者側もハッピーです。

でもはじめから供給不足の場
合、集約化しても問題は解決
しませんし、現時点で少なく
とも一部地域の一部診療科で
は、供給が足りていません。
ここから今回の議論です。
供給不足が局所的、一時的な
ら、大騒ぎする必要はないか
もしれません。

しかし現在、医療供給が不
足している所では、医療者の
勤務がとてつもなく過酷なう
えに、状況改善の見通しも立
たないことが多く、体調を崩
したり気力を失ったりして、
さらに医療者が減る（＝供給
が減る）傾向にあります。
結果として、あおりを受け
た周囲の地域や他の診療科で
も供給不足が起き、ドミノ倒
しのように医療崩壊が広がる
可能性があります。
供給不足を局所的・一時的
にとどめるために、どのよう
にしたらよいでしょう。
一般に、需要を満たすだけ
の供給がない場合、解決策は

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／土屋了介 国立がんセンター中央病院院長
和田仁孝 早稲田大学大学院教授
イラストレーション／浦本典子



需要を減らすか、供給を増や
すかです。

現行の医療制度では、どこ
の医療機関へ行くか選ぶのは
患者側です。医療機関が、診
療時間内に訪れた患者を断る
こともできません（19頁コラ
ム参照）。言葉を換えると、
医療需要を強制的に減らすこ
とは想定されていないのです。
また国民皆保険制度の下、医
療行為の対価はほぼ全国共通
一定ですから、一部地域だけ
価格を上げて需要を抑制する
こともできません。

要するに、患者側が不要な
受診を控える以外、需要を減
らす方法はないわけです。と
いって、受診が不要かどうか
患者に判断できるわけもない
ので、現実的なのは、突発的
な尋常でない苦痛（この場合
は救急車）のとき以外、まず
診療所へ行って、必要がある
と判断された場合のみ紹介状
をもらって病院へ行くよう心
がけるくらいでしょうか。
特に近年、診療所すら存在
しないような地域が増えてい
ます。そうした地域から「ど

うせ他地域へ行くのだから」
と病院を受診すると、病院に
とって逆に需要が増えてしま
うこととなります。心理的抵
抗があるとは思いますが、他
地域でも診療所へ、です。

厚生労働省の「医師の需給
に関する検討会報告書」（06
年7月、以下「厚労省報告書」
と省略）も、「病院が入院機
能に特化する（編集部注＝外
来診療を行わない）ことによ
り需要を軽減することが可能
である」と述べています。

ただしどう考えても、需要
抑制だけでは済みません。足
りない地域・診療科について、
医師など医療従事者を増やす
必要があります。また、既に
ギリギリの陣容になっている
所では、これ以上減らさない
ことが必要です。次項では、
これについてどうすればよい
のか考えてみます。

どうやってたら 供給は増やせるの？

医療供給を増やす方法で誰もが思い浮かべるのは、医師の養成だと思えます。前出の厚労省報告書によれば、全国の医学部から、毎年7700人程度の医師が誕生しています。亡くなったり引退したりする方を差し引いても、年に3500〜4000人は増えていると考えられるそうです。

結構な数に思えるかもしれませんが、平成の大合併が行われるまで全国に自治体が約3千あったこと、大病院の診療科(医局)が20以上あることを考えていただくと、実はそんなに多くないことが、ご理解いただけたと思います。そこで、医師の養成数(Ⅱ医学部定員)をもっと増やすべきとの主張があります。し

が寝る間もないほど過酷で育児と両立できないため、家庭に入ってしまったという女性医師の存在です。勤務医が寝る間もないほど働かなければならない理由として、日本の多くの医療機関が主治医制を採っていることが挙げられます。主治医となつたら患者の全局面に1人で張り付くわけです。患者からすれば非常に心強いことではあります。「その人でなければ絶対にダメ」というものばかりではないはず。

少なくとも複数の医師が勤務している病棟であれば、シフト制を導入することで過酷さが随分と軽減されます。辞める人が減るはずですし、パートタイム医師をシフトに組み入れて実質供給を増やすこともできます。

それから実は勤務医が日常行っている業務には、「医師しか行つてはいけない」もの以外に、看護師なら任せられるもの、誰にでも任せられ

かし厚労省報告書は、「医学部定員の増加は、短期的には効果がみられず、中長期的には医師過剰をきたす」と全面的に否定しました。

この見解が妥当かどうか議論すると、特集が作れてしまうので、ここでは判断しませんが、医師の養成数は当面増えないという前提で、他の方法を考えることにしましょう。と、これまた簡単に思いつ

くものとして、埋もれている医療資源を掘り起こすという方法があります。医師免許を持つていながら、現在医療現場を離れたという方に再登板していただくわけです。こういった方がどの程度いるのか、実はよくわかっていません。けれど、多くの人が指摘しているのは、病院勤務



るもの(Ⅱ雑用)が結構含まれています。同様に看護師も雑用を結構やっています。

通常の業界なら、時給の高い有資格者に雑用をさせるともつたいないという経営判断が働くものでしょうが、医師は(場合によっては看護師も)サービスクラスが当たり前という慣行があるため、医師・看護師に主業務に加えて雑用をさせるほど病院の経営は助かることが多いのです。

誰も困っていないならともかく、そんなことで勤務医や看護師を疲弊させバーンアウト

トさせるとしたら、実にアホらしい話です。この勤務形態を整理して、それぞれの主業務に専念できるようにすることも実は医療資源の掘り起こしと言えるのではないのでしょうか。

ただし難点というか当たり前の話として、掘り起こした分の人件費は増えます。多くの病院が赤字なので、診療報酬を上乗せする必要があります。そうです。

医師法によって、こんな義務があります。

医師は、時間内に診療を求められた場合、『正当な事由がなければ、これを拒んではならない』と規定されています。これを応召義務と呼びます。医師は自分の都合で医療需要を抑制できないことになります。

また、『医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検査して異状があると認めるときは、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない』という条文もあります。これが、最近何かと話題になることの多い医師法21条です。

首都圏も夜間・休日は大幅な供給不足です。

都心には昼間人口に見合うような病院や診療所が潤沢にあり、供給不足の心配はないと感じるかもしれませんが、しかし実は医師の多くが郊外から通っているため、休日・夜間は過疎地域なみの陣容になっています。不足を補うために無理やり当直で残らせると、立ち去り(次項参照)を促進して長続きしません。

逆に郊外地域は夜間人口に比べて昼間人口が少ないため、昼間人口に見合って設置されている病院や診療所では、休日・夜間に対応しきれません。

立ち去りを防ぐには どうすればいいの？

供

給を増やすことばかり議論してきましたが、

現在の医療体制を人体にたとえ、医療者を血液にたとえるなら、実は輸血の前に止血が必要なのかもしれません。

昨日まで受けられた医療を受けられない所が出てきたのは、そこにいた医師、医療従事者がいなくなったからです。その原因が「集約化」なら、人の移動だけで地域全体の陣容が減るわけではないのですが、もう一つ「立ち去り」と呼ばれる深刻な現象があります。

過重な負担に耐えかねた医療者（特に医師）が職場・医局を離れ、開業したり診療科を変更したり、ひどい場合には転職したりすることで、こ

ちらは実際に陣容が減り、残った人の負担をさらに重くします。06年の医学書ベストセラーとなった『医療崩壊』（朝日新聞社）で、虎の門病院の小松秀樹泌尿器科部長が、こ

の現象を指摘し広く知られるようになりました。

この「出血」を放置していったら、現在の医療体制は崩壊せざるを得ません。というこ

とで「止血」、つまり「過重な負担」を取り除く方法を考え

ましょう。

「過重」には、①勤務時間

②責任の二つの面があります。

うち勤務時間に関しては、前

項でも述べたように、若干医

療費は増えるかもしれませんが、シフト制を敷いてさらに

埋もれた人員を呼び戻すこと

職種ごと業務の整理をすること

によってかなり改善できる

はずで

残る責任の方は、結構難題

です。医療者たちは、自分た

ちが負えない

類の責任まで

問われるよう

になったと感

じています。

最たるものが、

結果に対する

刑事責任です。

そもそも医

療というのは、

リスクを冒し

て利益を得よ



うと働きかける行為で、どんなに気をつけても悪い結果が起り得るものです（06年11月号「医療安全特集」参照）。

明らかミスがあつたなどの過程でなく、結果だけで責任を問われるようになると、医療者は立つ瀬がありません。

医療によって被害を受けた

人は救済されるべきであると

いう話と、被害が出たからに

は医療者の責任を問うべきで

あるという話が一緒くたにさ

れることが多いのですが、ま

ずそこを分けるべきです。誰

も悪くなくても被害が生じう

るのが医療だからです。

現在のところ、被害者側が

補償を受けるには医療者の責

任による損害への賠償請求と

いう形を取るしかありません。

医療者に民事責任を負わせる

のが仕方ないとしても、犯罪

者にまでする必要があるのでし

ょうか。

医療者は、自分たちのして

いることが、世のため人のた

めになつていと信じている

からこそ、過酷な勤務に耐え

られるという面があります。

善意で取り組んだことが犯罪

と認定されるようでは、心が

折れてしまいます。しかも多

くの場合、医師や看護師など

の個人だけが責任を問われ、

背景にあるシステムは手付か

ずのまま残されるのです（コ

ラム参照）。

福島県立大野病院事件。

まれな胎盤状態の妊婦さんが、福島県立大野病院での帝王切開出産後に大量出血して亡くなり、手術した産婦人科医が、業務上過失致死と医師法21条違反で逮捕・起訴されました。被告側は全面無罪を主張して、福島地裁で公判が続いています。

同病院が産婦人科医1人しかいない「一人医長」の施設だったことから、これをきっかけに全国の一人医長施設で産科閉鎖が相次ぎました。結果として、家の近所にお産する施設が見つからない「お産難民」も急増しています。

類の責任まで問われるようになったと感じています。最たるものが、結果に対する刑事責任です。そもそも医療というのは、リスクを冒して利益を得よ

うと働きかける行為で、どんなに気をつけても悪い結果が起り得るものです（06年11月号「医療安全特集」参照）。

明らかミスがあつたなどの過程でなく、結果だけで責任を問われるようになると、医療者は立つ瀬がありません。

医療によって被害を受けた人は救済されるべきであるという話と、被害が出たからには医療者の責任を問うべきであるという話が一緒くたにされるが多いのですが、まずそこを分けるべきです。誰も悪くなくても被害が生じうるのが医療だからです。

現在のところ、被害者側が補償を受けるには医療者の責任による損害への賠償請求という形を取るしかありません。医療者に民事責任を負わせるのが仕方ないとしても、犯罪者にまでする必要があるのでし

ょうか。

医療者は、自分たちのしていることが、世のため人のためになつていと信じているからこそ、過酷な勤務に耐えられるという面があります。

善意で取り組んだことが犯罪と認定されるようでは、心が折れてしまいます。しかも多くの場合、医師や看護師などの個人だけが責任を問われ、背景にあるシステムは手付かずのまま残されるのです（コラム参照）。

法

律は常に一定で揺るぎないものだと思ってい
る方がいるかもしれませんが、
実際には人間が運用していま
すので、時と場合によって解
釈が変わります。

警察や検察が、ある事象を
刑事事件として立件するかし
ないか、実は被害者感情がど
れだけ峻烈かによっても判断
が左右されます。そもそも刑
法の目的は社会の安定を図る
こと。恨みを呑んだまま癒や
されない人が大勢いると、社
会が不穏になるからです。

つまり近年、医療事故が刑
事事件として積極的に取り扱
われるようになった背景には、
医療で「被害」を受けたと感
じ、しかも癒やされていない
患者や家族の存在があると考
えられます。

「被害」の原因、「癒やされ
ない」原因が医療側にあるの
なら、このように運用される
のも仕方ないかもしれません。
しかし実際には、誰が悪いの
でもない被害も少なくありま

せん。また、「癒やされない」
のは訴訟の限界(下図右と24
頁のインタビュー参照)だっ
たりもします。

どう考えても、医療事故を
積極的に立件することが、医
療者の心を折って医療崩壊を
させるほどの公益とは思えま
せん。とはいえ、癒やされな
い患者や家族を放置してよい
はずもないのです。ここは医
療崩壊を止めるため、新しい
紛争処理の方法(裁判外紛争
処理システムADR)が必
要ではないでしょうか。

実は現在、この問題に関し
て厚生労働省でも制度設計が
始まっています。また、7月
の参議院議員選挙をにらんで
与野党とも知恵を絞ってお
り、一つの争点になる可能性
があります。皆さんの声によ
って、制度設計の変わる可能
性が十分あるのです。

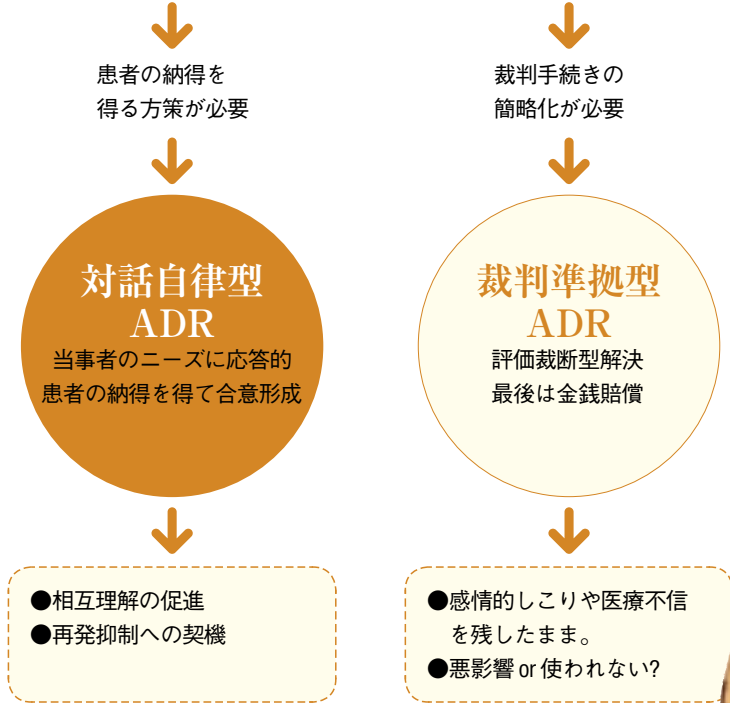
私たちは、必要なシステム
は下図表のようなものだと考
えます。皆さんは、どのよう
にお考えになりますか？

医療「被害」は ADRで解決を

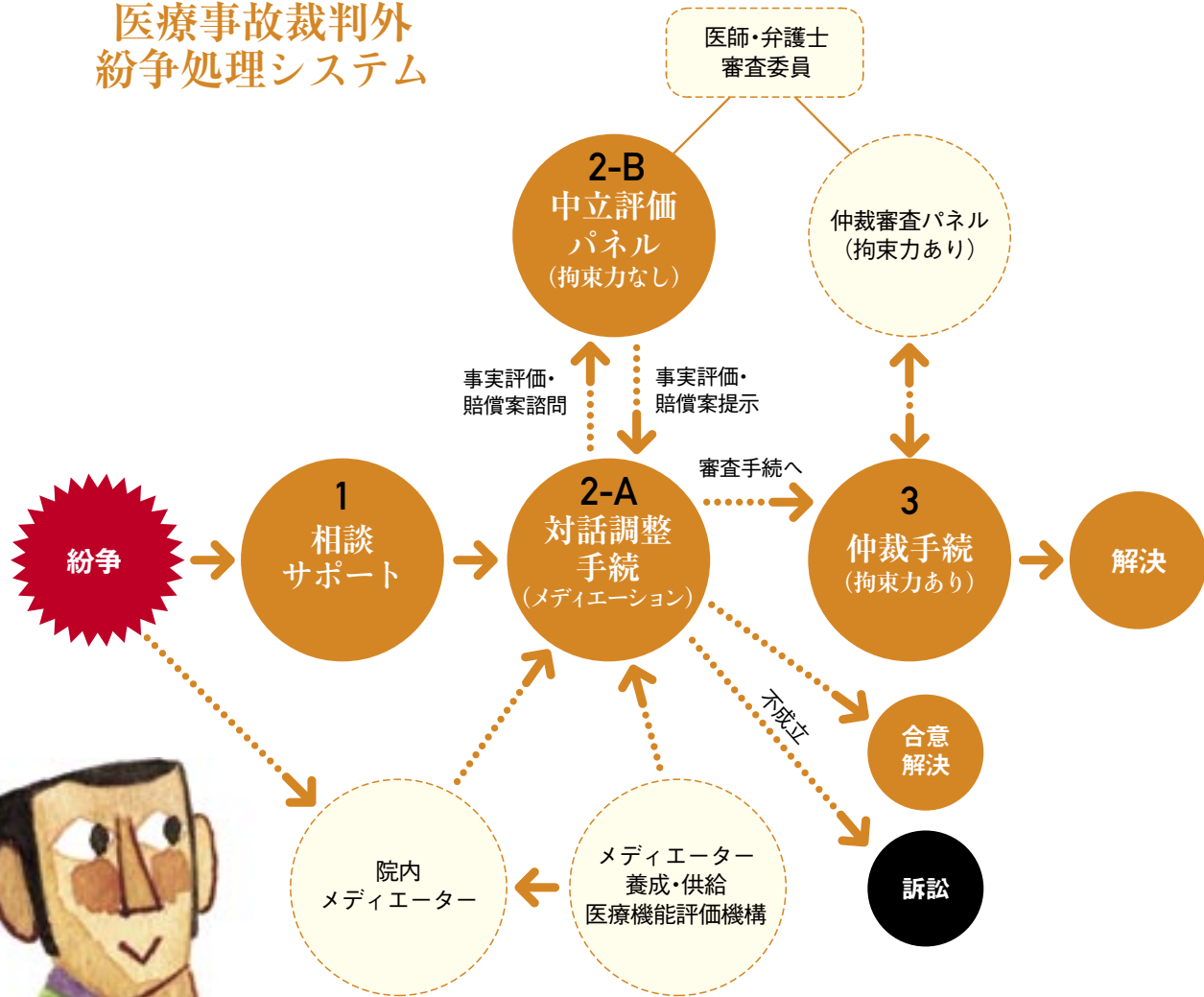
民事訴訟の問題点

感情的しこりが残る
臨床経過の全体像がわからないまま
再発抑制につながらない
医療不信から医療崩壊へ

コストが高い
時間がかかる



医療事故裁判外 紛争処理システム



図：©早稲田大学和田仁孝