

「安寧の都市」づくりに向けて —地域医療はどうか

小川道雄 市立貝塚病院総長

「安寧の都市ユニット」の開設記念シンポジウムにお招きいただきまして、大変感謝しております。私は外科医で、医療制度・医療体制を専門的に勉強したことはありません。熊本大学では、診療と研究・教育とに力を注いでまいりました。社会制度との大きなつながりはなかったのです。

熊本大学を定年退職する前の年に、こんな記事が宮崎県の地方紙に掲載されました[資料1]。この記事の内容は、全国紙の一面にも載りました。2004年に新医師臨床研修制度が創設され、それから急に医療崩壊とか医師不足といわれるようになりますが、これはそれ以前の2002年のことです。

宮崎県立延岡病院(460床)は、宮崎市まで患者を救急車で運ぶのに1時間半かかるところにあります。一次救急と二次救急・三次救急患者をすべて引き受けなければならない病院です。そういう県立病院の麻酔科医5人全員が、いっせいに辞めてしまいました。院長と副院長とが責任をとられてお辞めになった後、医師不足のため救急は全部できないと断っている状況で、なんとか立て直してほしいと頼まれ、私が2003年4月に赴任しました。

それ以来、医師、とくに麻酔科医を集めて回っておりましたが、しばらくして「内科系の救急までなぜ断るのだろうか」といろいろ調べた結果、その背後に医師の過重労働があることがわかりました。そういう経緯で、医療制度の問題にのめりこむことになりました。いまま医療制度のことで招かれて市民講座で話したり、行政機関に行ったりし、病院管理の現場で勉強したことを中心に話しております。

日本の医療の現状

日本の医療体制が非常によく整備されていることは、広く知られています。国民皆保険です。保険証があれば、どこの医療機関でも受診できるというフリーアクセス方式です。医療機関にたどり着けば、高度な医療が公平に提供されます。また、医療費には全国共通公定価格があり、2年に一度改定されます。全国すべて同じ値段です。たとえ卒業したての医師が手術をしても、あるいは30年、40年のベテランが手術をし

▶資料1 記事「麻酔科医が全員辞表」



〈2002年12月12日付「夕刊デイルー」〉

ても、手術名が同じだと料金も同一です。さらに、医療費の自己負担分には上限があります。かつては52,000円でしたが、現在は収入によって少し違います。ICUに入れば月に1,000万円近くかかることがあります。以前はまずお金を払い込んで、数か月後に返してもらうという制度でした。しかし、現在は書類を整えて申し込んでおけば、数万円の自己負担分のお金だけ支払えばよいという大変すばらしい制度です。

医師不足

WHOが調べた「健康寿命」というのは、介護を必要としないで自立した生活ができる期間のことです。日本は1位です[資料2]。また「健康達成度」の総合評価も1位、

それから平均寿命も1位です。最近、100歳以上の方が少し減っているようですが、これは戸籍上のことで、住民登録上から計算したものではありません。このような大変良い医療を展開しているということで、高く評価されています。

病床あたりの医師数は、他の国に比べて4分の1から6分の1位です[資料3]。看護師数も他の国に比べると、病床あたり数分の1です。この理由として、ベッドが多すぎるからだという方がおられますが、人口あたりでみても、やはり少ないのです。

実際人口あたりの医師数をみますと、1,000人あたり2人位です。たとえばこれを2.4人にしようと思えば、20パーセント増、現在の医師数が26万人ですので、5万2,000人増やさな







▶資料2 医療と医療費の国際評価

	健康度 WHO		平均寿命 WHO 2002年	
	健康寿命 2002年	健康達成度の総合評価 1997年	男	女
日本	1位	1位	78.4歳	85.3歳
スウェーデン	3	4	78.0	82.6
イタリア	7	11	76.8	85.2
フランス	11	6	76.0	83.6
ドイツ	14	14	75.6	81.6
イギリス	24	9	75.8	80.5
アメリカ	29	15	74.6	79.8

〈小川道雄「医療崩壊か再生か」(2008)〉

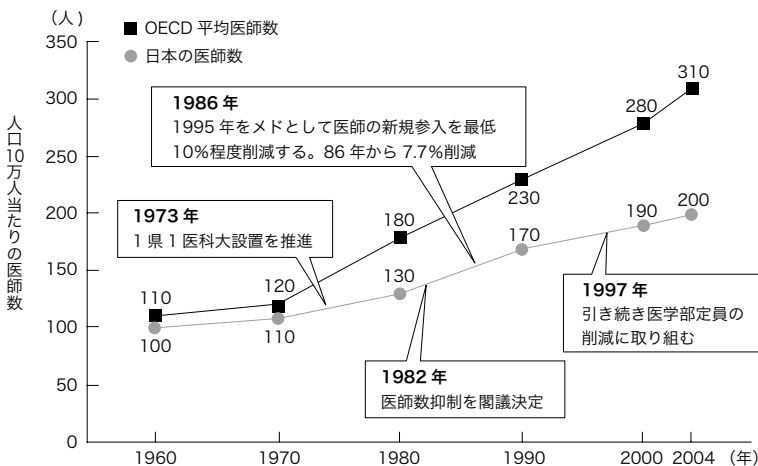
▶資料3 医療提供体制の各国比較

国名	人口千人あたり 病床数	病床百床あたり 医師数	人口千人あたり 医師数	病床百床あたり 看護職員数	人口千人あたり 看護職員数	平均在院日数	外来受診率
日本	14.3	13.7 (2002年)	2.0 (2002年)	54.0 (2002年)	7.8 (2002年)	36.4	14.5 (2001年)
ドイツ	8.9 (2002年)	37.6 (2002年)	3.4	108.6 (2002年)	9.7	10.9 (2002年)	7.3 (2000年)
フランス	7.7	42.5 (2002年)	3.4	91.1 (2002年)	7.3	13.4	6.9 (2001年)
イギリス	4.2	49.7 (2002年)	2.2	224.0 (2002年)	9.7	7.6	4.9 (2000年)
アメリカ	3.3	66.8 (2002年)	2.3 (2002年)	233.0 (2002年)	7.9 (2002年)	6.5	9.0 (2001年)

	日本	アメリカ・イギリス	ドイツ・フランス
入院患者 対 看護職員	2人  1人 	1人  2.5人 	1人  1人 

〈「OECDヘルスデータ2005」(厚生労働省資料)より作成〉

▶資料4 日本政府の政策と医師数の推移



〈「医療崩壊阻止! 医師・医学生署名をすすめる会」が「OECDヘルスデータ2006」および厚生労働省資料をもとに作成〉

いといけません。現状では、年間8,000人の医師が養成されていますから、2,000人プラスして1万人を募集するように医学部を拡充したら、人口1,000人あたりの医師数を24人にするには26年かかることになります。

【資料4】は、OECD30か国の10万人あたりの平均医師数です。30か国中、日本は27位です。OECD、すなわち先進30か国の平均の約3分の2です。これをOECDの平均値まで引き上げようとしても、OECDの現在の平均医師数が39万人ですから、13万人増やさないとはいけません。そうしますと、2,000人ずつ医学部の募集人員を増やすとして、65年もかかってOECDの平均値に達するという事です。しかし、そのころには、OECDの平均医師数はさらに増えています。

では、これまで日本はこのような医師不足をどのようにして補ってきたのか。

医師の過酷な勤務実態

【資料5】は、新人医師の研修が義務化される前の2001年の記

▶資料5 記事「医療ミス生む研修医哀歌」



〈2001年5月3日付「朝日新聞」〉

事です。この記事によりますと、研修医の週労働時間は114時間、月給はわずか6万円です。各大学の研修医の給与をみますと、3万円から6万円のあいだです。1か月の給与です。1日ではありません。病院の経営を支えるのは低賃金の医師です。それも数は少ない。少数の医師による過重労働によって、なんとか保っている状態です。

かつては研修が終わると、無給医時代がはじまりました。私自身も、卒業してインターンを経験しました。もちろん無給です。それから大学院で外科学を専攻しましたが、医師として手術に入り、術後管理をし、診察をしておりました。その間は、無給のうえに大学院の授業料を払い込んでいる状態です。私自身が国家公務員になったのは37歳のときで、そのときにはじめて給料をもらえるようになりました。

過重労働の現状は、厚生労働省も文部科学省も知っています。たとえば、2005年に厚生労働省が行なった労働調査によると、病院の常勤医師は週平均で63.3時間働いています。法

▶資料7 記事「瀕死の小児救急 ある小児科医の死」



〈2004年3月2日付「読売新聞」〉

定の週労働時間は40時間ですから、23時間半、1か月で100時間は超過勤務をしています。現在、80時間以上の超過勤務がありますと、面接指導しなければいけないと指摘されます。また、過労死認定の際に80時間が一つの基準となっています。それを上回るような全勤務医の平均労働時間です。

国立大学医学部附属病院長会議編『医療事故防止のための安全管理体制の確立に向けて [提言]』（日総研出版、2001年）によると、国立大学病院の研修医は、平均で週92時間働いています。52時間の超過勤務です。40時間の勤務とは別に52時間の超過勤務をしています。

【資料6】によりますと、小児救急医療拠点病院の小児科医の1か月あたりの平均宿直回数または夜勤回数は45回、24時間以上の連続勤務回数は24回、24時間以上の連続勤務の1回あたりの時間数は29.5時間です。これは外科からみると、ちょっと少ないかなと思います。

こんな話を市民講座でしますと、「私の手術は、前の晩寝ていない先生がしたんですか」と訊かれます。「そうですよ」と答えるほかありません。普通は朝から予定手術が組まれていますので、前の晩どんなに眠れなくても、翌日は手術をしなければならない。麻酔科医も、どれだけ夜中に救急の麻酔をしたとしても、翌日は勤務しなければなりません。

医学部の方はよくおわかりですが、いつも診ている患者さんがくると、たいてい「調子はいかがですか。検査の結果はこうでした。ではいつもの薬を出しましょう」で終わります。ところが、深夜にはじめて救急でくる子どもさんの場合、まずどういう状態かを訊いて、アレルギーがないかとか、家族に喘息がないかとか、いろいろなことを訊かないといけない。それから診察をする。そして必要なら、レントゲンも、ときにはCTも撮らないといけない、血液の検査もしないといけない。それらの結果が出た段階で診察をして、「ではこういう治療をしましょう」となる。子どもの場合、注射といったらおそらく大騒ぎで、押さえてしなければなりません。ですから夜中に子どもが5人もきたら、まったく眠れません。しかし、翌日の勤務は決まっています。

当直明けの手術

▶資料6 小児救急医療拠点病院における小児科医の勤務実態

1か月あたりの平均宿直又は夜勤回数	4.5回
24時間以上連続勤務回数	2.4回/月
24時間以上連続勤務の場合の1回あたりの時間数	29.5時間
夜間帯における1夜間あたりの小児患者数	8.1人
深夜帯における1深夜あたりの小児患者数	5.2人

〈厚生労働省 小児救急医療拠点病院を対象とした実態調査（平成17年11月）〉

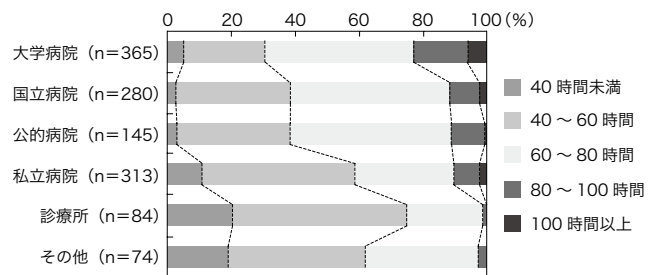
【資料7】は、労災かどうかで有名になった中原利郎先生の件に触れています。この記事にも、「命を削りながら当直している」実態が書かれています。こんな状況がずっと続いております。

いまは過労死か、労災かを裁判で争う時代です。思い返せば、私の友人も当直室で死にました。私の関連病院の麻酔科医師も、寮で死んで発見されました。いずれも心臓麻痺です。心臓麻痺という診断でしたが、現在ならば当然、過労死です。発症前おおむね6か月間の勤務時間はどのくらいかを調べて、過労死かどうかの認定をされます。ようやくこのごろそういう状況になってきました。

【資料8】は、日本外科学会の調査結果です。大学病院と国立病院のところをご覧ください。「週40時間未満」、つまり法定の労働時間内で勤務している外科医の割合は、微々たるものです。大多数の外科医が、週の法定労働時間よりも20時間以上、あるいは40時間以上も長く勤務している。病院勤務の外科医の場合、週平均で68.8時間勤務していますから、1週間に28時間、1か月で100数時間の超過勤務をしております。

【資料9】は、日本外科学会の会員1,000人を対象とする調査結果です。当直明けの手術参加が、「いつもある」は31パーセント、「しばしばある」は28パーセントです。管理職になると、当直がだんだんなくなりますが、50歳未満のほとんどの外科医が当直明けに手術を行っております。その週に行なう手術は、

▶資料8 各施設別の勤務時間



外科医の週平均勤務時間は59.5時間、診療所勤務者が47.7時間、病院勤務者が68.8時間

〈日本外科学会調査をもとに作成〉

きちんと予定が決まっておりますから、せざるをえない状況です。

「拘束時間」というのは法律で決められております。たとえば、トラック運転手なら月に293時間以上、パイロットなら月に85時間以上の拘束をしてはいけなくと決められています。しかし、医師については拘束時間がありません。診療を求められたら、必ずしなければいけない。応招義務があります。東大病院の研修医の実働時間をみますと、週に102時間、4週間で408時間働いている。これは「拘束」のことではありません。「実働時間」です。いかに長い時間働いているかがわかります。

月100時間以上の超過勤務

最近、過労死の問題が出てきて、労働基準監督署が立ち入り調査を行なうようになってきました。滋賀医科大学は超過勤務を問題視され、是正勧告をされました。しかし、医師の増員が追いつかず、労働環境が厳しくなるばかりで、結局、それが守られない状況といえます(2009年7月11日「読売新聞」)。愛育病院でも同じです。皇室が出産をされる病院でもやはり時間外労働がたいへん多いということで、総合周産期母子医療センターをやめないかという話が出ていました(2009年3月26日「朝日新聞」)。

私のおりました宮崎県立延岡病院にも、労働基準監督署の立ち入り調査があり、勤務時間を調べました。医師以外の看護師や検査技師などすべての職員は、当直をしたら翌日は休むという交代制勤務になっています。あるいは1日を二交代制か、三交代制かで勤務するようになっています。しかし、医師だけは応招義務がありますから、何時間でも働くことになります。「月に100時間以上も超過勤務をする医師がこんなにぞろぞろといる病院は、いくらなんでもひどすぎる。処罰されますよ」と、労働基準監督署に警告されました。「どうしたらいいですか」と訊きましたら、「二交代制か、三交代制で

医師を勤務させてください。日中の勤務、夕方から夜12時までの準夜勤、それから夜12時から朝8時までの深夜勤、三交代制で勤務させるようにして下さい」と言われました。院長の私は、「それはできません」と答えました。

まず第一に、医療費はこの10年間で低いままになっております。医療費はきわめて低く抑えられていて、医師1人のところを3人雇うだけの給与を出せません。

第二に、たとえ医療費があがって給与がでるようになっても、医療従事者がいません。医師がいない。だから集められません。こういうことで突っばねていましたが、いま労働基準監督署は過労死の問題で、立ち入り調査をかなり行なうようになっております。

そのほかに、「コンビニ受診」という問題があります。なにかで打ってちょっと血が滲んでも病院に行く。そういうことで夜中に起こされることは沢山あります。ですから結局、医師が超過勤務の多い、非常に忙しい病院から逃げ出してしまふ。医師不足の原因は研修の義務化にではなく、実はこういうところにあるのではないかと考えます。

医療費削減政策の帰結

最近、目にした新聞報道によりますと、札幌市内の大学病院では、週64時間以上の勤務医が47.6パーセントを占めています。だから1週に24時間、1か月では100時間以上の超過勤務をしています。1週の平均労働時間が100時間を超える勤務医もいます。こういう状況ですから、勤務医は強い疲労感をもっています。ではなぜ医師を増やさないのか。

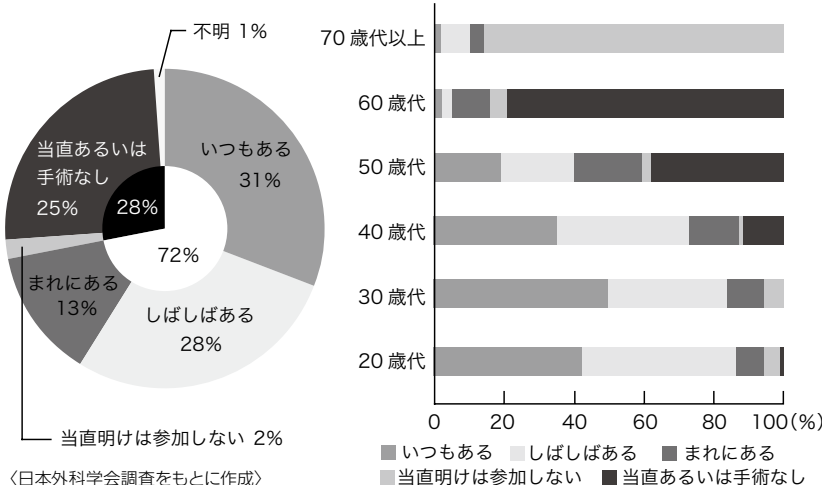
医療費亡国論

昭和59年(1984)5月に「将来の医師需給に関する検討委員会」が設置され、医師の数をどうするかを検討されました。昭和

61年(1986)6月の最終意見に、「医師を増やせば1人当たりの診療時間が延長するという良い面もあるが、一方で過剰診療を触発してしまうとあります。つまり、「医療費は決まっています。これ以上は出せないが、医師が増えれば1人当たりの患者が減る。収入を取り戻すためにいろいろな検査をして、薬を処方するようになるだろう」ということです。最終意見では、年間医療費は病院勤務医が1人増えると8,000万円、開業医が1人増えると6,000万円増えるとする試算を重視して、医師養成数の抑制を打ち出しています。

この背景にあるのが「医療費亡国論」です。その根底には「医療費で国が減る」という危機感があります。医療費は毎年発表されてい

▶資料9 当直明けの手術参加



て、現在は34兆円位です。「日本の税収が43兆円位で、国債を発行しても、国家予算は90兆円なのに、医療費が34兆円もかかるのはどういうことだ。国が減びる」というような意見が出るわけです。

しかし、この数字にはトリックがあります。医療費のうち国が税金から払うのは4分の1です。ですから8兆円からせいぜい9兆円の範囲内です。それ以外は保険料、あるいは自己負担で払っています。医療費は国の予算とすぐ比べられ、「国の予算がこれだけしかないのに医療費は34兆円だ」といわれますが、これは明らかに間違っております。うまくトリックに引っかかっている感じです。

看護師の方も人手不足です。やはり疲れ果てています。非常に忙しい状況が続いています。たとえば、1人の看護師が何十人も患者を看護しないといけない。外国なら1人の看護師が1人の患者を看護するところを、日本では1人の看護師が4人の患者を看護しないといけない。ですから、どうしても看護が不十分になる。不十分になると、暴言とか暴力が起こります。

[資料10]は、医療従事者が暴力・暴言を受けた経験があるかについての調査です。3分の2は暴力・暴言を受けております。「叩く・殴るなどの暴力」を受けた者が36パーセントです[資料11]。恫喝などの「言葉による暴力」がいちばんひどくて、82パーセントです。それから、とりわけ看護師の場合には「セ

クハラ」もあります。これは25パーセントです。身体的暴力を行使するのはほとんどが患者本人ですが、精神的暴力は家族も行なっています。こんな状況はますますひどくなっている。宮崎県内の四つの県立病院では、軽微なトラブルはすべて除いて、130件に上る暴力や不当要求、いやがらせがあったと最近報じられております。

荒廃する医療現場——イギリスの事例

同じ状況が、かつてイギリスでありました。イギリスはクレメント・アトリー首相のときに、「ゆりかごから墓場まで」とよばれる社会保障制度を築き、福祉重視できました。そして経済的に行き詰まりました。

1979年にマーガレット・サッチャーが首相に就任して保守党が与党になり、経済の行き詰まりを打開するため、電気もガスも、BOAC (British Overseas Airways Corporation) という航空会社もぜんぶ民営化しました。民営化すれば効率がよくなり、活力がよみがえるという想定で行なわれました。

1990年には、NHS (National Health Service) という保健機関が、民間手法をとり入れ競争原理を導入することで医療費を低く抑えはじめる。医療費を低く抑えても、競争原理により効率が上がり、医療の質が高まると考えたわけです。

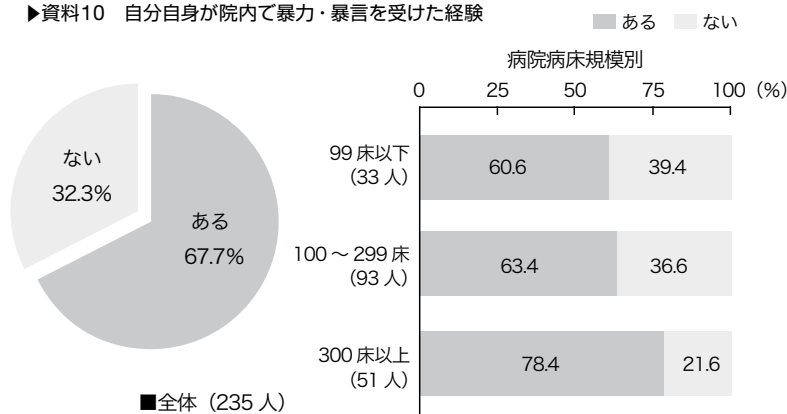
10年後に医療はどうなったかといいますと、長時間労働や低賃金・ペーパーワークの増加・士気の低下などにより職員が出ていってしまいました。登録医師数は26パーセント減少し、アメリカなどに行ってしまう。深刻な職員不足を招き、医療現場が荒廃しました。なかでも問題なのは患者からの暴力です。

イギリスでも、患者さんはやはり長い時間待たされます。もちろん、自由診療を希望すれば、すぐに診てもらえます。それ以外は、登録してある「かかりつけ医」に電話をして、「熱があり咳が出る」といったら、「では3日後にきてください」ということで3日後のアポイントをとる。そして3日後に行くと、「レントゲンを撮りましょう」と言われ、レントゲンの予約をとる。そしてまた何日間か待つ、「薬を出します」となると、薬局で薬をもらいます。もっとも、救急室に寄れば診てもらえますが、数時間以上待たなければならない。こういう状況で医療が荒廃し、患者からの暴力や暴言が出てきます。

暴力・暴言時緊急放送

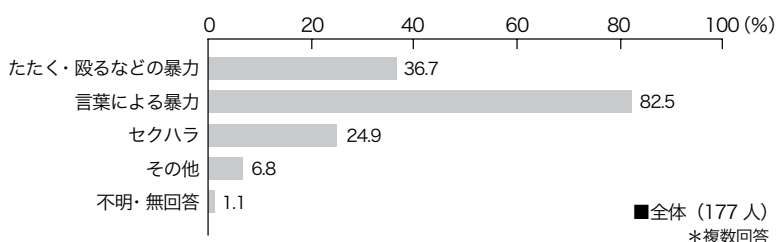
日本の病院には、「患者さんにはこういう権利があります」と告げる掲示物がよくあります。しかしイギリスの病院では、そこで働いている医療従事者の権利が掲示されています。たとえばセント・トーマス病院の救急室には、「当病院のスタッフは、

▶資料10 自分自身が院内で暴力・暴言を受けた経験



〈2008年11月19～23日にメディカルトリビューン調査部がEメールで行った調査結果（500施設）より作成〉

▶資料11 暴力・暴言の内容



〈2008年11月19～23日にメディカルトリビューン調査部がEメールで行った調査結果（500施設）より作成〉

一般人の暴言あるいは暴力を受けることなく働く権利を有します」と告げるポスターがあるとディック・フランシスが書いております。つまり、医療費に対する支出が抑制され、医療の質が低下していることに加えて、患者さん自身があまりにも長く病院で待たされるものですから、どうしても文句を言いたくなるという状況が生まれるのです。

日本でも最近、少しずつ変わってきております。たとえば、私が延岡の次に赴任した熊本労災病院では、暴力や暴言があったらすぐ交換台に電話をします。すると緊急院内放送がかかる。もし皆さんが院内で「コードホワイト何号室」と聞いたら、それはスタッフがいまそこで暴力・暴言に曝されている、助けにきてくれというサインなのです。すぐに職員全員がそこに集まるシステムにしております。

また、病院によっては「診療のご辞退と強制退去について」という張り紙をして、暴力や暴言のため診療に支障をきたす患者さんは「応招義務に関係なく外来診療を辞退する」、入院患者さんは「強制的に退院または転院していただく」と告知しています。それほど暴力や暴言がひどくなっています。

医療従事者の自己犠牲が支えてきた制度

医師・看護師は、「医道」や「ナイチンゲール精神」をずっと教えられてきました。「医療従事者は高い理想を掲げ、自己犠牲と奉仕の精神を貫かなければならない。それを生きがいにしなければならぬ」と。少人数で行なう日本の医療は、医療従事者の士気の高さと奉仕の精神とで支えられてきました。

あるとき、ヒラリー・クリントンが「日本の医療制度に対する評価がいちばん高い。国民皆保険を実施している。だから保険制度を導入しよう」と思い、調査団を日本に派遣しました。調査団の報告書を読んだヒラリー・クリントンは、「聖職者さながらの自己犠牲を日本の医療従事者は払っている。アメリカでは到底できない」といったそうです。

「志」とは、現在のレベルからさらに上のレベルへいこうという「たくましさ」です。「心」とは、下がったレベルを元のレベルへ戻そうという「やさしさ」です。つまり志とは、責任とか使命・勇気・理想を指します。これが医療従事者の支えでした。実際に志をもつ者が医療従事者になっておりました。

しかし、現在は医療従事者の志を挫くようなことがあまりに多すぎます。医療従事者と患者との対立が続きますと、「奉仕しよう」とか「自己犠牲を払ってでも行なおう」という気持ちが萎えてきて、職場からすっと立ち去ってしまう。これが現状です。

病院で起こる「たらい回し」の問題は報道されます。けれども、残念ながらほかのことはなかなか報道されません。現状では、やがて医療体制は崩壊するのではないかと危惧しております。

地域医療を守るには

地域医療を守るにはどうしたらよいか。私自身もそういう話をよくしますが、今日はまずイギリスの例をお話しします。

イギリスの医療費増加政策

イギリスでは、1997年にトニー・ブレアが首相に就任しました。医療があまりにもひどいということで、2000年に医療費の対GDP比の増加率を毎年7パーセントずつにして、10年間でヨーロッパの平均レベルまで引き上げるという政策を打ちました。これが一つめです。財源には年金や労災保険、社会保険基金などを使う。そして増やした医療費で、医師・看護師の給与を大幅に引き上げる。

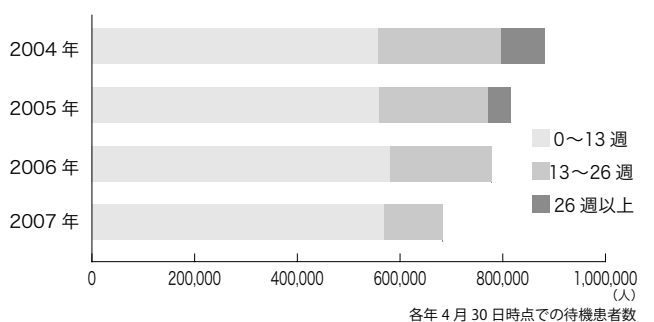
二つめに、医師を28パーセント、看護師を18パーセント増員する。海外には英語を話す医師が多くいます。たとえばインドとかパキスタン、他のヨーロッパ諸国から医師を引っ張ってくる。これはすぐに達成できました。

三つめに、医学部の入学定員を1997年の5,050名から50パーセント増やし、2003年から7,662名にする。こういうことで医師の総数を増やす。医師は10年後位にようやく一人前になります。いまはまだ他の国からきてもらっている段階です。

【資料12】にみるように、6か月以上入院のために待機することはほぼなくなりました。それまでは申込みをしてから6か月以上、入院を待つのがふつうでした。手術も6か月以上待たないといけなかった。ところが、2006年からこの数がだんだん減っています。もっとも6か月以内待ちはまだ70万人前後います。現在でも、平均して3か月から6か月は入院を待た

▶資料12 イギリスの入院待機患者数の推移

調査年	入院待機患者数(人)			
	0~13週	13~26週	26週以上	合計
2004年	555,904	241,212	84,016	881,132
2005年	557,613	212,799	45,469	815,881
2006年	580,346	197,878	162	778,386
2007年	568,016	114,716	426	683,158



〈イギリス政府 Statistical press notice: NHS inpatient and outpatient waiting times figures - April 2007より作成〉

なければならぬ状況です。

私自身も、医療費を増額し、医療従事者を大幅に増員しなければいけない、とよく発言してまいりました。「負担なくして良質な医療なし」とも言っております。負担というのは、医療従事者も市民もともに負担するということです。医療従事者は厳しい労働環境にもかかわらず、報酬が低い、クレームや訴訟も多いのですが、これを国民に開示して医療体制を変えるような動きにつなげていかなければならない。じっと我慢だけしてはいけません。これがやはり大事だろうと思うのです。

残念ながら、医療従事者を急に増やすことはできません。一人前にするには時間がかかります。ですから、この状況は耐えなければならぬ。それが負担ですが、一方で国民に働きかけ、医療体制を変える方向に進まなければならぬ。

医療従事者を支える市民運動

医療費の問題もやはりいうべきです。[資料13]は、盲腸での入院時に要する都市別の費用を示しています。ニューヨークでは243万円、日本だと37万円です。円高になって少し変わっていますが、ロンドンも日本の3倍くらいの手術費用です。日本はたいへん安い費用でできます。そのような情報を積極的に出していくことによって、いろいろな動きが市民の側にてできました。

たとえば兵庫県立柏原病院では、小児科の先生があまりの激務のため辞めるといったときに、お母さんたちが「県立柏原病院の小児科を守る会」をつくりました。「子どもを守りたい」、そして「お医者さんを守りたい」という気持ちが原点です。「コンビニ受診を控えよう」、「かかりつけ医を持とう」、「お医者さんに感謝の気持ちを伝えよう」との三つをスローガンにしています。そして「ありがとうポスト」というものを設置しました。「お医者さん、こんな時に診て下さってありがとう」、そういうことを手紙に書いて伝えるようにしたところ、なんと小児科医が集まってきて、閉鎖せずにすみました。

これは平成19年のことです。現在あちこちでこういう動きがあります。たとえば香川県でも、病院には時間内に行こうとか、迷惑行為をしないようにしよう、未払いが多いのできちんと医療費を払おうとか、そういうことをビラにして配布しています。

ただ、医療従事者は増やさないと、医療費も上げないという状況下で、こういう市民の自発的な取り組みだけで「安寧の都市」づくりができるかという、やはり難しいと思います。

後退する医道・ナイチンゲール精神

医師の過重労働を改善するには、人員を補充できればよいのです。医療秘書(メディカル・クラーク)を置く病院や、休眠医師や女性医師の職場復帰を支援する病院は増えていきます。しかし、きわめて少ないのです。

一方で、医療はたえず進歩しますから、必要な医師数はほとんど増えていきます。

私が卒業したころ、救急の当直で心筋梗塞の患者さんが運ばれてきます。心臓の血管が詰まって心臓が止まりそうになります。心筋梗塞は苦しい。あのころは激しい痛みをとるためのモルヒネと、ビタカンファーという強心剤があった程度です。あとはお祈りするくらいでした。一人で対応できました。

現在ほどこの病院でも循環器科の先生が、喉や腕や股のところから細い管を心臓まで入れ、風船を膨らまして、詰まった血管を開通させる。そのために医師とカテーテルをもって手伝う医師・看護師・レントゲン技師、すべての人が協働しないと行けない。医学が進歩するにしたがって、必要な人員はたえず増え続けます。こういう状況で過重労働を改善することはなかなか難しい。

これまで医師は「聖職者」といわれてきました。われわれも「ヒポクラテスの精神」をたたき込まれ、「間違えてはならない」とか、「患者がいるかぎり、32時間でも48時間でも連続勤務するべきだ」といわれてきました。「補充はないが職場を死守せよ」ですね。「疲労している」というのは診療できない理由にはならない。応招義務があるからです。「昨日は寝ていないから今日は勤務しない」というわけにはいかない。

また、「経済的なことを医師は口にしてはいけません」といわれてきました。医師の金儲けだといわれるからです。医師一人を養成するには、やはり何千万円かはかかります。だから、「10年間、無給や薄給はあたりまえだ」ということになります。たしかにこういわれて育った世代は、みんな志をもっています。現在もまた、志をもつ者が医学部に入っています。ただし少しずつ気風が変わってきています。

『ナイチンゲールの沈黙』(宝島社、2006年)という長編小説があります。近年ベストセラーになった、『チームパチスタの

▶資料13 盲腸手術入院の都市別費用

順位	都市	費用 (万円)	入院 日数	順位	都市	費用 (万円)	入院 日数
1	ニューヨーク	243.9	1	12	北京	44.8	4
2	ロサンゼルス	193.9	1	13	パリ	47.7	2
3	香港	152.6	4	14	ローマ	46.4	2
4	ロンドン	114.2	5	15	フランクフルト	42.5	7
5	台北	64.2	5	16	日本	37.8	7
6	マドリッド	57.3	3	17	ホーチミン	32.8	4
7	バンクーバー	54.6	2	18	パリ	27.8	4
8	グアム	54.6	4	19	ホノルル	27.3	1
9	ジュネーブ	52.1	4	20	上海	23.4	4
10	ソウル	51.2	7	21	サイパン	21.2	2
11	シンガポール	50.9	3	22	バンコク	20.7	3

〈AIU保険会社バンフレットより作成(2000年調べ)〉

*1 海堂尊『ナイチンゲールの沈黙(下)』宝島社、2008年、184頁

栄光』(宝島社、2006年)を書いた海堂尊さんの作品です。このなかで、ある女性医師が「年休をとりたい」といいます。すると部長が、「この忙しいのに休むのか」となじります。

「そんなこと、副島先生に言われる筋合いはありません。私のプライベート・タイムです。あたしはサボってはいません。権利としての年休を使い、リフレッシュしたいだけ。人間として当然の権利も行使できずに、医師としての仕事なんてできません」

聖美は、金のピアスを揺らして、続けた。

「医師の仕事は他人を幸せにすることです。自分が幸せでなくて、どうして他人を幸せにできるのですか。私は副島先生みたいに滅私奉公するつもりはありません。プライベートの時間は自分だけのものにしておきたいです」*1

時代ともに医師も少しずつ変わっております。ですから、これまでの医道、あるいはナイチンゲール精神だけではやっていけないようになっております。ではどうするか。

結局、医師数が少ないので、小児科とか産婦人科とか、それぞれの診療科に医師が3人ずついると、3日に一度は当直をしないといけないことになります。そういう診療科は、例えば二つの病院の診療科の機能を統合して6人にすれば、6日に一度の当直になります。過重労働を根本的に解決するには、医療機関やその機能を集約化しなければならない。これが最終の結論になると思います。

診療科の統合

私が現在おります市立貝塚病院は、大阪府南部にあります。この地区も医療の大変な過疎地帯で、「大阪府地域医療再生計画」の対象地域です。現在は、市立貝塚病院と隣の市立泉佐野病院とか産婦人科を機能統合しています。医師は両方とも5名ずつで、泉佐野がお産を担当する。婦人科の手術、卵巣癌とか子宮癌は貝塚が担当する。双方5名ずつ、総勢10名の医師ではじめたのですが、その後、研修希望者が増えてきました。あそこならまとめて研修できる、オン・オフがはっきりするということからだと思えます。

産婦人科の医師が5名ですと、1名が当直をしていたら、もう1名がオンコールで家にいないとならない。なにかあったらすぐ出て行って、2名で帝王切開でもなんでも救急手術をしないとイケない。2名がいつも縛られていますから、5人なら2日半に一度は縛られている状況です。しかし、統合して10名の医師のうち2名が泊まるとすれば、5日に一度になります。そういうことで希望者も増え、現在、15名になっています。オンコール回数が減り、オン・オフが明確になりました。

院長がとったアンケートでは、「2人当直制」にはみんなが賛成しています。「緊急帝王切開に迅速に対応できる」とか、「オ

ン・オフがはっきりする」、「オンコールを呼ぶストレスがない」、「医療の幅が広がる」といった理由が挙げられています。

私も若いころに、「わからないなあ」と思ったら上の先生を呼ばないといけない。これはたいへんなストレスです。「こんなことでなんだ、お前わからんのか」といわれます。そういうストレスがあります。

ある時期は婦人科の患者さんばかり診る。別のある時期はお産ばかり診る。まとめて研修できます。でも集約化は全国でほとんど進まないのです。それにはいろいろな理由があります。

貝塚市の産婦人科と泉佐野市の産婦人科とを統合できたのは、医局員の出身医局がたまたま同じだったからです。つまり、兄弟弟子たちが混じりあっているの、パッと一言いえばすぐわかる。医局によって教育制度が違いますし、方法も違います。ですから異なる医局の出身者が混在することは難しいのです。

たとえば、同じ大阪大学でも、第一外科と第二外科とではまったく違うやり方です。それぞれ伝統をもっています。この膵臓癌は手術しないという医局と、ここまで進行していても手術するという医局とがあります。私は血圧が高いのでいくつかの病院にかかりましたが、血圧の薬でも医師によってまったく違います。もちろんガイドラインができて統一されていくのですが、ベータブロッカーとか利尿剤とか、血圧の下げ方も、現在はまだ医師によって違います。それぞれの医師が一番よかったというものをもっていきますし、そういう教育も受けています。

そういう固有の文化があるので、違う病院同士がなかなか一緒になれない。統合するときには部長のポストが他の医局の先生にとられると、「それだったらうちの者はもう引き揚げる」といって10人なりをまとめて引き揚げてしまうこともある。

集約化を妨げるもう一つの要素は、地域住民の反対運動です。「自分の町の身近なところに病院がほしい」とか、「診療所はいやだ」、「見舞いに行くのもたいへんだ」、「どこかに集約化されてしまった病院はいやだ」といった意見があります。

新たな制度設計の必要性

車依存社会が到来しています。郊外に大型のショッピングセンターができています。商店街はシャッター通りになり、個人商店は閉店しています。地方の主要都市、たとえば、私が病院を預かっていた宮崎の延岡市とか熊本の八代市は、過疎化が進んでいます。こういう状況で、日常生活に支障のある人の数が次第に増えています。とくに高齢者は深刻です。

拡大する高齢者層のニーズ

65歳以上74歳以下を「前期高齢者」、75歳以上を「後期高齢

者」とよびます。これは国際的に決められた用語です。前期高齢者も増えていますが、後期高齢者は指数関数的に増え続けています [資料14]。

[資料15] は、世帯類型別にみた構成割合の年次推移を示しています。「母子世帯」や「父子世帯」が横ばいなのに対して、「高齢者世帯」は急激に増えています。この資料は少し古いので、現時点では20パーセントを超えているはずですが。

高齢者世帯総数の半数、435万世帯は単独世帯です。「単独女世帯」は「単独男世帯」より2倍以上多い [資料16]。高齢者の単独世帯が次第に増えています。

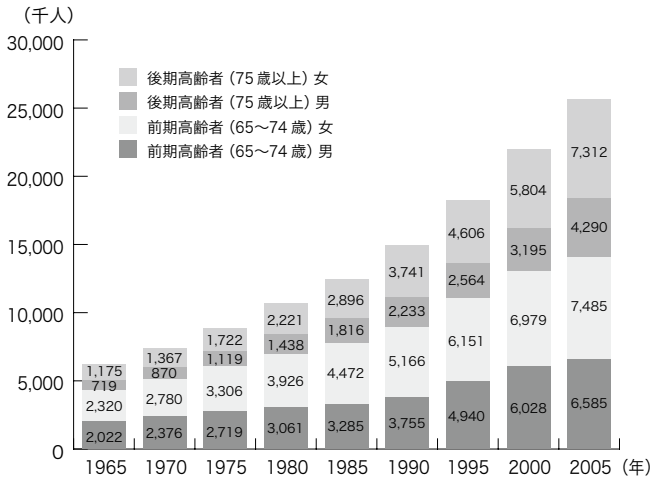
どこの病院にも投書箱があります。病院に対する意見を書いていただいています。今日は最近の2週間分を引っ張り出してきました。いちばん多い投書は待ち時間に関するものです。予約で行ったのに1時間も2時間も待ったというような話です。それから接遇が悪い、対応が悪いという投書です。忙しさ

のあまりパツパツと対応しているのが失礼だということです。

いちばん最近の投書に、「貝塚駅からバスをとおしてほしい。足が悪い人とかいろいろありますので薬を少し長く、次の診察までの期間分ほしいです。歳をとると歩くのも大変です。よろしく願います」とありました。私は貝塚駅から病院まで歩いております。徒歩7分のところですが、歩くのは大変ということです。コミュニティバスが走っておりますが、そんなに本数はありません。病院へ行って薬をもらい、それから買い物に行くという場合、コミュニティバスは利用できません。1日に数本しかないから、いろいろなところへは行けないのです。

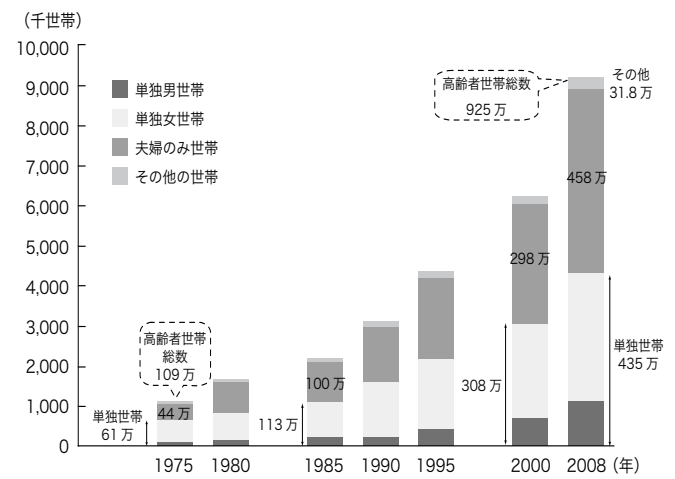
だれでも住み慣れた自宅で最後まで過ごしたいと思えます。私自身もCDやエンターテイメントの本に埋もれておりますが、やはり自分の家で音楽を聴くか本を読んで過ごしたい。しかし、自宅で最後まで日常生活ができるのか。医療や介護

▶資料14 前期高齢者と後期高齢者の推移



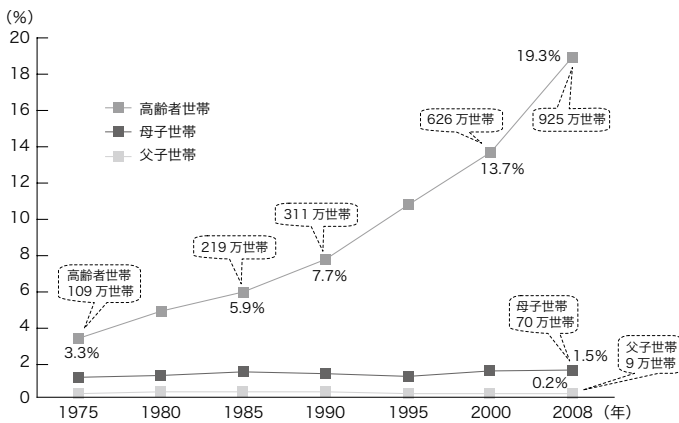
〈総務省統計局「国勢調査報告」より作成

▶資料16 世帯構造別にみた高齢者世帯の推移



〈厚生労働省統計情報部「国民生活基礎調査」(2008)より作成

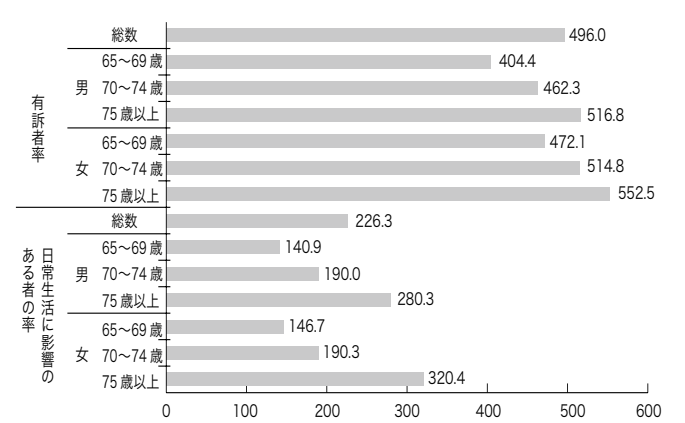
▶資料15 世帯類型別にみた構成割合の年次推移



注：高齢者世帯とは、65歳以上の者のみで構成するか、またはこれに18歳未満の者が加わった世帯をいう。

〈厚生労働省統計情報部「国民生活基礎調査」(1975、1980、1985、1990、1995、2000、2006)より作成

▶資料17 高齢者の有訴者率および日常生活に影響のある者の率



注：有訴者及び日常生活に影響のある者の数には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。

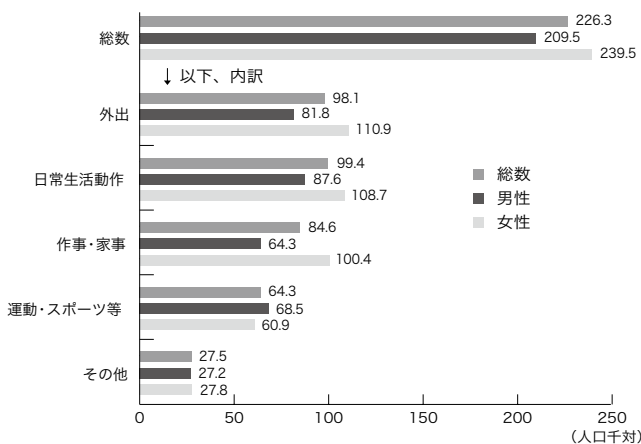
〈厚生労働省統計情報部「国民生活基礎調査」(2007)より作成

を受けつつ、地域社会との交流が可能だろうか心配になってしまいます。

【資料17】は、厚生労働省の2007年の「国民生活基礎調査」です。65歳以上を高齢者としていて、1,000人対比です。「有訴者率」とは、たとえば血圧が高いとか、頭が痛い、腰が痛い、おしっこに何回も行く、ちびるといった症状がある人の割合です。だいたい50パーセントです。とくに75歳以上の高齢者の有訴率が高くなっています。日常生活に影響のある者の割合はその半分くらいで、22パーセント強です。75歳以上の男性では28パーセント、75歳以上の女性では32パーセントになっています。

日常生活に影響のある内容を調べてみますと、「外出ができない」とか、「日常生活の動作ができない」、「仕事や家事ができない」、「運動やスポーツができない」といったことがありま

▶資料18 高齢者の日常生活に影響のある内容別割合 2007年



注：日常生活に影響のある者の数には入院者は含まないが、分母となる世帯人員数には入院者を含む。

〈厚生労働省統計情報部「国民生活基礎調査」(2007)より作成〉

す【資料18】。つまり、高齢者はいろいろな訴えをもっていて、なにかできないことがあるわけです。

国土交通省が、行政インターネットモニターにアンケート調査を行なっています【資料19】。2010年1月26日から2月9日にかけて調査が行なわれました。自分が住まいを決めるときになにかいちばん必要かということで、複数回答です。1位は「スーパー」です。「医療福祉施設」が第2位で60パーセント、以下は「銀行・郵便局」、「公共交通機関」、「コンビニ」、「公園緑地」という順番です。年齢別にわけたものでは、60歳代と70歳代とではいずれも「医療福祉施設」が第1位で、80パーセントを超えています。

「白熱電球型」の人口構造

在宅医療や介護などは、今後もやはりシステムの充実が図られるべきです。しかし、人口構造や男女別の年齢別構成が急速に変化していますから、それを保持できなくなる可能性があります。

【資料20】は、日本の人口構造を表したグラフです。1920年代はピラミッド型です。1965年には、グラフの真ん中が左右に広がる「釣鐘型」になりました。しかし2005年には、こ

▶資料19 国土交通行政インターネットモニターアンケート調査

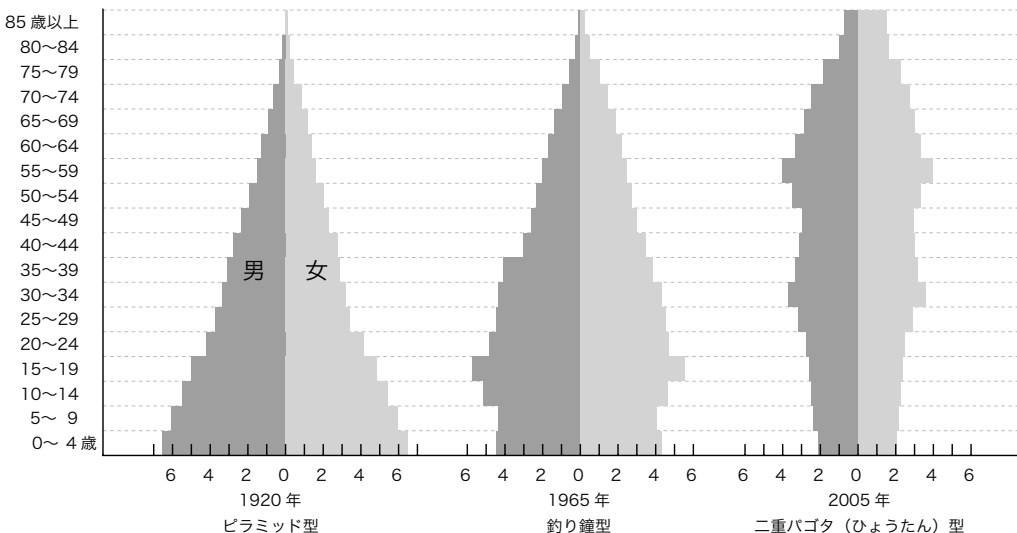
住まい周辺施設の三種の神器は？

- 1位 スーパー 63.6%
- 2位 医療福祉施設 60.6%
- 3位 銀行・郵便局 52.7%
- 4位 公共交通機関 47.3%
- 5位 コンビニ 23.6%
- 6位 公園・緑地 19.3%

※1位、3位は世代間で大きな違いは見られなかったものの、2位は60代、70代以上の支持率が非常に高く、いずれも8割を超えた。その他、地域別の傾向として、大都市圏では「公園・緑地」を地方圏では「公共交通機関」や「銀行・郵便局」を必要とする傾向が見られ、地域間におけるニーズの違いが顕著に現れた。

〈www.mlit.go.jp/common/00117782.pdf〉

▶資料20 日本の人口ピラミッドの変容



〈総務省統計局「国勢調査報告」より作成〉

▶資料21 将来人口構成は白熱電球型になる



れが「ひょうたん型」になっています。図中、下側のふくらんだ部分は戦後のベビーブーマーの子どもの世代です。やがてこの世代も歳をとり、高齢者がいっぱいになります。そういう時代が必ず到来します。

「合計特殊出生率」とは、一人の女性が一生のあいだに生む子どもの数です。一人の女性が2.1人を生むと、人口が増えも減りもせず維持されます。「子ども手当」の議論のとき、よくこの数値が出てきます。1970年(昭和45)には2.13でした。1975年には1.91になり、2005年には1.26まで下がってしまいました。人口がどんどん減っていきます。

ただ以前の「児童手当」の時代に、合計特殊出生率は少し上がっていたのです。だから児童手当を出せば、1.4も夢ではない。場合によっては、1.5にもできるのではないかと期待されていました。ただこの数にはトリックがあります。出産可能な女性の数が減っていきます。分母になるものが減りますので、だんだん大きくなるのですね。

人口動態統計で出生数をみますと、1975年に190万人だったのが、2009年には105万人です。子どもの数が半分になっています。そして結婚しない。あるいは結婚しても子どもは生まない。DINKS (Double Income No Kids) ですね。収入は倍にするけれども、子どもはもたない。せっかくの一度きりの人生だから楽しもうということ。そういうのが流行りだそうで、今後も出生数は減ると思われま。

人口構造は「ピラミッド型」から「釣り鐘型」に変わり、現在は「ひょうたん型」になりました。そして将来は「白熱電球型」になると思います [資料21]。75歳以上の人口が急速に増えます。白熱電球のように、上部が肥大化した人口構造の逆ピラミッドを、減少する生産年齢人口が支えないといけません。1対1で支えるということはよくいわれます。ただ、現役世代の生産年齢人口は、いろいろな産業を担わなければならない。ですから、どうしてもごくわずかの医療者と介護者とが、高齢者を支えていかなければなりません。そういう時代がやがてきます。

介護事業者の役割

現在、190万位の認知症高齢者数は、今後さらに増えると考えられています [資料22]。これは長寿と関係があります。

高齢者をどう介護するかという報告書が出ています。支援・介護は介護保険でできるものです。「要介護5」というのは、終日介護を必要とする状態です。現在、50万人位です [資料23]。これもだんだん増えていくと予想されています。介護保険を申請せず、家族で介護しているという人がいますので、この数自体は実はもっと多いと考えられます。介護保険を申請する人はこれからも増えていきます。ではだれが介護をするのか。

要介護者からみた主な介護者の続柄は、配偶者が25パーセント、子どもが17.9パーセントです。子どもの配偶者は14.3パーセントです [資料24]。この三者で3分の2近くを占めます。当然、介護者は女性が多い。女性の方が長寿ですからね。少しずつ増えてきたのが介護事業者です。やがて全体の3分の2を、介護事業者がみななければならない時代になります。配偶者はだんだんと介護をやめていく可能性があります。では地域社会で支えることは可能だろうか。

近所付きあいの状況を調査すると、「とても親しく付き合っている」、「わりと親しく付き合っている」という方は全体の3分の1です [資料25]。しかし、3分の2は「付き合いはしているが、それほど親しくはない」、「ほとんど、もしくはまったく付き合っていない」という方です。社会や地域が支えるという側面はずいぶん希薄になりました。次に調査するときには、もっと希薄になっていると思います。

キーワードは「集約化」

現在、医療体制は崩壊の危機に瀕しています。地域社会もやはり崩れつつあります。ぼつん、ぼつんと一人住まいが増えるのに、その間の交通網をすべて確保できるのか。買い物の代行サービスや病院への同伴、介護者による巡回がきちんとできるのか。「白熱電球型」の人口構造の中央部を占めるのは、日本の産業を担わなければならない人びとです。そのマ

▶資料22 認知症高齢者数の将来推計

2015年	250万人
2025年	323万人
2035年	376万人

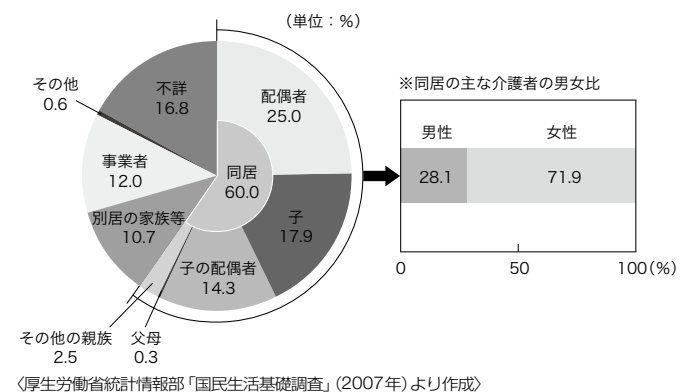
〈厚生労働省老健局「2015年の高齢者介護——高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて」より作成〉

▶資料23 65歳以上要介護・要支援認定者数

要支援 1	570,393
要支援 2	638,724
要介護 1	770,511
要介護 2	788,471
要介護 3	709,783
要介護 4	574,216
要介護 5	496,734
合計	4,548,832人

〈厚生労働省Webサイト「介護事業状況報告」(www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/toukei/joukyou.html)〉

▶資料24 要介護者からみた主な介護者の続柄



ンパワーを使えるのかどうか。

医療機関の集約化を図るとすれば、やはり住居の集約も必要ではないかと思えます。医療や介護は、大きなマンパワーを必要とします。診察も治療・介護・入浴・寝返り・リハビリも、人が関わらなければできません。ロボットが自然にしてくれるわけではありません。介護ロボットもつくられようとしていますが、やはり人が世話をしなくてはならない。個別の診療もやはり医師がしないといけない。ぽつん、ぽつんと暮らす高齢者の家を医師が一軒ごとに回り、健康状態を診なくてはいけないでしょうが、いまでさえ少ない医師に回れるでしょうか。

もし医療機関や介護施設・住居を集約化できれば、利便性が高まり、人口も増えるでしょう。商業圏も拡がり、地域社会が再生するのではないか。そういうメディカルタウンみたいな形をつくる。サテライト診療所も必要だと思えます。私はそんな夢を描いております。

郊外でのびのびと子どもを育てられる、そういう住宅は必要です。ただ、高齢になり単身で暮らすとすれば、医療機関にも介護施設・商店にも簡単に行けて人々との交流もできる場所に住みたい。「マイホーム神話」を脱し、ライフサイクルに応じて住み替える、そんな新しい社会がつかれないだろうか。こういう講演の機会をいただきましたので考えてみました【資料26】。

将来の人口構造は「白熱電球型」になります。上部が肥大化する人口構造の逆ピラミッドを、少数の生産年齢層が支えなければなりません。いまの日本の産業を支えるほんのわずかの人が、ますます増える高齢者のために、実際に労力を使って働かなければなりません。

医療費は上げることはできないし、医療従事者も増やせない、介護者はひどいくらいの薄給で働かせる、という現在の施策がずっと続くとすれば、独断ですが、「安寧の都市」の唯一のキーワードは「集約化」ではないかと思っております。

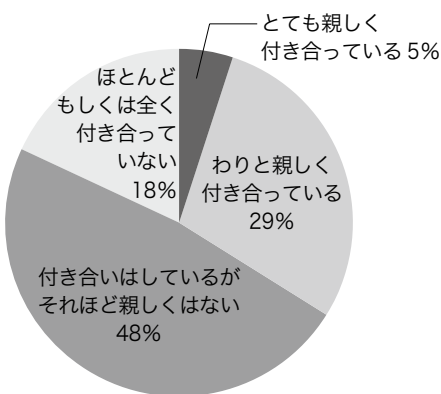
こういう現状、展望もあるとご理解いただき、新しい「安寧の都市」をつくっていただけたらと思います。

本日はお招きいただきありがとうございます。ご清聴に厚くお礼申し上げます。

安寧の都市ユニット開設記念シンポジウム
2010年10月9日 京都大学百周年記念ホールにて

おがわ・みちお●1968年大阪大学大学院医学研究科修了。熊本大学医学部第二外科教授、同大学副学長等を経て、病院経営の実務に携わる。2009年から現職。『医療崩壊か再生か——問われる国民の選択』（日本放送出版協会、2008年）、『もうひとつの謎解き——医師の眼で読む、おすすめ小説23』（へるす出版新書、2010年）など著書多数。訳書に、ユルゲン・トールヴァルド『近代医学のあけぼの——外科医の世紀』（へるす出版、2007年）がある。

▶資料25 近所付き合いの調査



〈内閣府国民生活局「国民生活選好度調査」(2003年)より作成〉

▶資料26 医療・介護を中心とした街づくり

