

---

---

## 医学部卒業生就業状況調査

---

---

【目的】 医育機関に女性医師が少ないことは課題となっており、女性医師のキャリア育成や継続を支援するために、キャリア選択因子、障害因子、促進因子を明らかにすることは重要である。卒業生の就労状況を調査することで、効果的な施策が明らかになると期待される。また、本調査は、男女を対象に行うため、支援の在り方に性差を考慮することが可能になる。

【方法】 東京医科歯科大学医学部の卒業生（卒後 1 年から 30 年まで）の全員（2159 名）を対象とした。同窓会名簿の使用について同窓会の許可を得、被験者に対して、無記名自記式アンケート調査を行った。アンケートは住所が明らかな卒業生に郵送し、女性研究者支援室において回収した。本調査は、医学部倫理審査委員会の承認を受けた。（平成 22 年 3 月 23 日）

【期間】 平成 22 年 6 月 1 日～8 月 31 日

【結果】 不達 34 通。有効回答数 536 通有効回答率 25.1%(536/2125)  
医師の研修制度の変化および年齢による影響を検討するため、卒後 5 年きざみで群別し、考察を試みた。

### 第 1 章 属性

女性 186 人（卒後 5 年以下 30 人、卒後 6~10 年 48 人、卒後 11~15 年 46 人、卒後 16~20 年 29 人、卒後 21~25 年 18 人、卒後 26~30 年 15 人）、男性 350 人（卒後 5 年以下 24 人、卒後 6~10 年 52 人、卒後 11~15 年 64 人、卒後 16~20 年 65 人、卒後 21~25 年 81 人、卒後 26~30 年 64 人）から回答を得た。卒業生名簿から明らかに女性と思われる人数を数え概数値とした。送付者の男女数が不明なため、正確な回答率は不明だが、概算した回答率は、女性 44.0%、男性 15.5%であった。平均年齢は、女性 37.8 歳、男性 42.7 歳であり、卒後年数が同じ場合、女性の方が若い傾向があった。既婚率は女性 64.5%、男性 84.6%で、卒後年数が同じ場合、女性の方が既婚率は低かった。配偶者が医師であるのは、女性 39.2%、男性 13.1%、配偶者が無職であるのは、女性 1.6%、男性 40.9%であり、男性の場合、卒後年数が短い場合、有職の女性と結婚している率がやや高かった。有子率は女性 54.3%、男性 74.3%であり、卒後年数が同じ場合、女性の方が有子率は低かった。また、子どもがいる人の中で就学前の子どもがいる率は女性 52.5%、男性 36.2%と女性の方が多く、卒後年数 15 年以

下の場合は、男性の方が多いが、卒後年数 16~20 年の群では、女性の方が多かった。要介護者がいる率は、女性 9.1%、男性 8.9%であり、卒後 20 年ごろから増加する傾向にあった。

## 第 2 章 科の選択および学位・専門医取得状況

### 1. 科の選択理由

科の選択の理由としては、「やりがいがある」(女性 25.8%、男性 25.8%)、「専門性が高い」(女性 18.3%、男性 20.5%)、「人の役にたつ」(女性 8.8%、男性 11.7%)が上位を占め、女性では、「家庭と両立しやすい」(女性 7.7%、男性 1.4%)や「肉体的負担が少ない」(女性 5.9%、男性 2.7%)という回答が男性よりもやや多い傾向にあった。男性に多いのは、「将来性がある」(女性 5.4%、男性 8.2%)、「新しいことができる」(女性 2.7%、男性 5.0%)であった。「親の勧め」、「継承のため」、「独立しやすい」、「訴訟リスクが低い」、「報酬が良い」などは科の選択理由としては低率であった。卒後年数で比較すると、科の選択理由は、男女とも上位 3 位はほぼ同様な傾向であるが、卒後年数が短い群では、女性は、「家庭と両立しやすい」や「肉体的負担が少ない」がやや多く、男性でも「家庭と両立しやすい」が多い傾向を認めた。選択した科は内科(女性 32.8%、男性 26.0%)が最も多かったが、卒後 5 年以内は、研修医制度の影響を考慮する必要があると考えられた。女性に多い科は、内科、小児科(10.8%)、産婦人科(10.2%)、眼科(6.5%)、耳鼻科(5.9%)、皮膚科(5.9%)、男性に多い科は、外科(14.9%)、泌尿器科(8.3%)、小児科(7.4%)、精神科(6.6%)であった。卒業年数の比較では、若年世代では、女性は小児科、産婦人科、男性では小児科、外科が減少傾向を認めた。科を変更したものは女性 15 人、男性 34 人の計 49 人であり、回答者の 9.1%であった。

### 2. 学位および専門医取得

学位取得率は女性 39.8%、男性 50.3%と女性の方が低かった。卒後 15 年以下の群では、女性の方が取得率は低かった。女性で子ども有無について比較した場合、卒後 6~10 年の群では、子ども無の方が取得率は高かったが、卒後 11~15 年の群では、子ども有の方が高かった。専門医資格は、女性 66.1%、男性 79.4%だった。卒後年数での男女差は認めなかったが、女性で子どもの有無で比較すると、子ども無の群で取得率が高い傾向を認めた。

## 第 3 章 現在医師業務に従事している人の現状

## 1. 就業機関および就業形態

就業機関は、女性：医育機関 28.5%、公的病院 24.7%、私立病院 21.0%、診療所 11.3%、男性：医育機関 32.9%、公的病院 21.7%、私立病院 20.0%、診療所 19.1%、であった。卒後 5 年以下は、男女差はあまりなく、卒後 6~10 年の群で医育機関（女性 29.2%、男性 51.9%）、病院（女性 54.1%、男性 44.2%）、診療所（女性 8.3%、男性 2.0%）と男女差を認めた。女性は、子どもの有無により、就業機関が大きく異なり、卒後 6~10 年の群で医育機関（子ども無 36.8%、子ども有 17.4%）、病院（子ども無 52.6%、子ども有 56.5%）、診療所（子ども無 0%、子ども有 17.4%）であった。就業形態は、女性：大学院生 5.9%、研修医 6.5%、常勤医 48.4%、非常勤医 22.6%、開業 9.1%、男性：大学院生 4.3%、研修医 2.3%、常勤医 64.3%、非常勤医 8.0%、開業 16.9%、であった。卒後 6~10 年の群で大学院生（女性 14.6%、男性 15.4%）、常勤医（女性 43.8%、男性 57.7%）、非常勤医（女性 35.4%、男性 13.5%）と男女差を認めた。女性は子どもの有無で就業形態が大きく異なり、卒後 6~10 年の群で、大学院生（子ども無 21.1%、子ども有 13.0%）、常勤医（子ども無 47.2%、子ども有 30.4%）、非常勤医（子ども無 26.3%、子ども有 47.8%）であった。

## 2. 労働時間

労働時間はすべての卒後年数で男性よりも少なかった。平均労働時間は女性 40.1 時間/週、男性 51.1 時間/週であった。平均労働時間で比較すると、特に卒後 6~10 年群の男女差が大きく、男性 59.6 時間に対し、女性 38.1 時間であった。子ども有の女性の労働時間は卒後すべての群で子ども無の女性に比して低値であり、特に卒後 6~25 年の群では低い傾向があった。平均労働時間は、子ども無では、51.8 時間/週と男性とほぼ同様であり、子ども有では 36.5 時間/週であった。男性の就業機関ごとの労働時間を比較すると、全体的には医育機関の労働時間が長い傾向があった。

## 3. 当直

当直回数は女性が著明に少なく、卒後 6 年以降の群で女性が当直をしない率は半数以上だった。

## 4. 収入

卒後年数 5 年以下では、男女の差は小さいが、卒後 6~10 年の群では女性 688 万円、男性 1027 万円と 339 万円の差があり、卒後 11~15 年の群では女性 1058 万円、男性 1175 万円（差 117 万円）、卒後 16~20 年の群では女性 1147 万円、男性 1488 万円（差 341 万円）、卒後 21~25 年の群では女性 1217 万円、男性 1641 万円（差 424 万円）、卒後 26~30 年の群では女性 1160 万円、男性 1768 万円（差 608 万円）と差が開く傾向があった。女性では、子どもの有無で比較すると、卒後 20~25 年の群では

子ども有<子ども無だったが、その他の群では差は大きくなかった。男性では、医育機関<公的病院<私的病院<診療所の順で開業医の年収は高い傾向にあった。常勤で比較した場合、すべての卒後年数で女性が低い傾向にあった。平均年収を平均労働時間で割り、平均時間給を算出したところ、男性の方が女性よりも 200~300 円高い傾向を認めた。女性の場合、子ども有の方が子ども無よりも 1500~2000 円高い傾向があった。

## 5. 満足度

男女とも満足度が高かったものは、「患者さんとの人間関係」（女性 86.6%、男性 88.0%）、「職場の人間関係」（女性 83.3%、男性 84.9%）、「勤務地」（女性 79.3%、男性 81.4%）、「医師としての生きがい」（女性 76.3%、男性 80.9%）、「技能や能力の活用」（女性 72.6%、男性 74.6%）、「仕事の量」（女性 76.3%、男性 72.9%）であった。男女とも「個人生活とのバランス」（女性 69.9%、男性 67.4%）、「家庭と仕事とのバランス」（女性 69.9%、男性 70.9%）はやや満足度が低く、女性では、「地域生活とのバランス」（女性 66.1%、男性 69.4%）、男性では「収入」（女性 72.0%、男性 65.4%）の満足度が低かった。女性の子どもの有無で比較すると、子ども有で満足度が高いのは「個人生活とのバランス」「家庭とのバランス」「収入」「職場との人間関係」「仕事の量」であり、満足度が低いのは「地域生活とのバランス」「医師としての生きがい」であった。医育機関は、仕事の量、技能や能力の活用、医師としての生きがい、収入、家庭とのバランスのいずれも満足度が低かった。開業医はすべての面で満足度が高かった。

## 第4章 無職期間・パートタイム期間があった人の状況

### 1. 無職期間があった人の状況

女性 51 人 (27.4%)、男性 10 人 (2.9%) から回答があった。無職になった時期は、女性では、卒後 5 年以内、10 年以内に無職期間がある人が多かった。無職の期間は 1 年以内が多かったが、卒後 10 年以上の群では、長期無職もあった。女性の場合、無職になった理由として育児が 59.6% (総数からは 16.7%)、配偶者の転勤が 13.5% (総数からは 3.8%) と多かった。復帰した理由に関し、女性 47 人、男性 9 人からの回答があり、女性では、医師の専門性の維持、医師業務が好き、という回答が多かった。現在も無職の場合、今後の希望について 6 人の回答があり、非常勤あるいは常勤当直なしの希望が 5 人であった。6 人とも休業前の診療科復帰を希望していた。

### 2. パートタイム期間があった人の状況

女性 56 人 (30.1%)、男性 23 人 (6.6%) がパートタイムを経験しており、卒後 6~10 年目に経験した人が多かった。パートタイム期間は様々であった。女性の場合、パートタイムになった理由として育児が 52.9% (総数からは 19.4%)、子どもの教育

が 8.8% (総数からは 3.2%)、配偶者の転勤が 5.9% (総数からは 2.2%)と多かった。フルタイムに戻った理由としては、女性 57 人、男性 27 人からの回答があり、女性では、医師の専門性の維持、医師業務が好き、男性では経済的理由という回答が多かった。現在もパートタイムの人の今後の勤務時間の希望は、パートタイム継続希望が多く、次いで当直のない常勤希望が多かった。

## 第 5 章 卒後 15 年以下の医師の就業意識

女性は、半数以上が常勤当直なしを希望しており、卒後年数が増えるほどその率は多かった。男性でも常勤当直なしの希望が卒後 6 年以上では 40%以上を占めていた。今後どのような診療をしていきたいか、という希望では、女性は、卒後年数が多いほど負担の少ないもの、との回答が多く、男性は専門性の高さが多かった。就業機関として、女性は病院、男性は医育機関と病院勤務の希望が強かった。子どもが生まれた場合は、女性は、6 ヶ月～1 年未満の休業希望者が約半数であり、ついで 6 ヶ月以内、産休のみであった。男性では、産休のみが約半数であり、6 ヶ月未満が卒後 5 年で 20%、卒後 6~10 年の群では、約半数であった。子どもが生まれた場合の勤務時間希望は、女性は非常勤、常勤当直なしが多かった。男性も非常勤当直なしの希望者が 10~20%認められた。

## 第 6 章 医育機関の役割

医師の職業選択は個人の自由なので、何もする必要はない、との回答は、男女とも 30%程度であった。若年期では、低率の傾向を認め、研修医あるいは医員は何らかの改善を求めていると考えられた。男女とも、労働環境整備（労働時間、報酬、雇用の多様化、医師数、任期制）、保育施設、復帰支援を求める率が高かった。また、それぞれの科のキャリアパス、先輩からの体験談、妊娠・出産などのライフイベントへの対処、リアルな医師の働き方など、学問としての医学のみならず、医師として、また妊娠や出産など若年期で遭遇するライフイベントへの具体的な対処方法に関する情報への要望が多かった。一方で、医育機関にクオータ制（どちらかの性が 4 割以上）を導入することやポジティブアクションに対しては、男女ともに他の項目よりも賛成する率は低かった。ポジティブアクションは女性の半数は賛成していたが、クオータ制は 20%に満たなかった。医育機関の男女役割意識の改善は、女性で 70%、男性で 55%が賛成していた。

## 第 7 章 医師の偏在の是正策

職業選択は個人の自由なので何もすべきではない、との回答は男女とも 40%程度で

あった。特に、卒後5年以下の女性では、68%が介入すべきではない、と回答していた。労働時間の適正化、保育・介護施設やサービス充実、短時間勤務など多様な勤務形態の導入、男女の役割意識の是正により、偏在は減少すると回答したのは女性に多い傾向があったが、女性の選択は男性とは異なるので、様々な介入を行っても偏在は減少しないとする意見も、男性では25%に認めた。女性入学比率の制限には、男性で賛成25%であった。偏在は診療科、労働時間や当直、医療機関（医療機関や病院）、地域（へき地）に起こっているが、診療科、医療機関、医療地域への強制的な規制に対しては、賛成率が低かった。離職に対する規制には賛成者は少なかった。医療の質を確保するために、認定制度を明確にし、報酬と連動すべき、という項目には、男女とも70%以上が賛成していた。卒後のキャリア支援や復帰教育が重要であるとの意見は高率に見られ、教育の場として医療機関への期待は大きいと思われた。

## 第8章 卒後の経年就業状況

卒業年度ごとに、主たる就業機関、主たる就業形態、主たる業務の週労働時間、当直の有無、休日勤務の有無、手術や分娩の有無について経年的に調査した。女性163人、男性299人、合計462人の回答があり、卒後年数5年刻みで解析を行った。卒後6年以上で、男女で就業機関、就業形態、労働時間、当直や休日勤務、手術や分娩に差が認められた。

## 第9章 自由記述

自由記述は女性117人、男性161人、合計278人の回答があった。自由記述回答率は女性62.9%、男性46.0%で、すべての卒後年数、すべての診療科からの回答があった。意識、労働時間、雇用制度、医療人材制度、妊娠・出産・育児関係、復帰システム、医学教育、男女の課題、規制、他組織との連携というカテゴリー別に分類した。意識（上司、男性、女性、同僚、配偶者、セクハラ等）が212件と最も多く、次いで妊娠・出産・育児関係が166件、雇用制度155件、労働時間84件、規制53件であった。

### まとめ

医学部卒業後30年の現状と軌跡を追った調査は少なく、貴重なデータを得ることができた。医師の卒後のキャリアには男女差があり、特に女性は子どもの有無によって強く影響を受けることが明確になった。現状および満足度、今後のキャリア意識など、性差のみではなく世代間にも差があることがわかり、今後の医師のキャリア支援および適正配備の検討に重要な因子となることが明らかになった。医療機関の役割として、男女ともに労働環境の整備、キャリア支援の重要性を指摘するものが多く、ま

た、妊娠・出産・育児に関する意識改革やシステム整備が望まれた。女性医師の増加に伴う、医療人材の偏在については様々な意見があり、国、地方自治体、医育機関、医療機関、学会、医師会などマルチレベルでの検討が必要であることが示唆された。

## F. 地域分析

---

立ち去り型サボタージュと  
院内ドミノや地域ドミノの分別  
長谷川敏彦

日本における医師偏在の現状  
長谷川敏彦

医療資源や地域特性に対応した  
日本の4つの地域類型の研究  
松本邦愛



---

---

## 立ち去り型サボタージュと院内ドミノや地域ドミノの分析

---

---

近年の医師不足が社会問題となりつつある「医療崩壊」を巻き起こしているとの意見がある。そこでまず今起きている「医療崩壊」の現状と原因を歴史的に分析し、短期的な背景を探り、ついで日本が突入する「超高齢社会の医療」を展望することにより「医療システムの未来の姿」を想定する。これらの検討を踏まえて、新たな医療連携のあり方と地域での具体的な展開について考察する。

### 1. 医療崩壊とその再構築

#### (1) 立ち去り型サボタージュと病院崩壊

日本の医師不足は病院を中心に深刻で、30代後半の働き盛りのミドルマネジャーが突然立ち去る「立ち去り型サボタージュ」や1人、2人辞めてももっていた診療科が4～5人辞めると、一挙に全員辞めてしまう「ドミノ型崩壊現象」に特異的に現れている。当初、小児科や産科の現象であったのが内科・外科へと移り、とりわけ各専門内科が崩壊すると連鎖で関連外科の仕事がなくなり、院内ドミノの発生をみている。更に1地域内の1病院で院内崩壊がおきると次の病院に患者が殺到し次の病院が崩壊するという地域ドミノ現象さえ巻き起こしている。

これらの現象の原因は単純ではなく、契機や背景、遠因や直接原因など複雑に絡み合い、理解とその対応には問題を構造的に捉える必要がある。

「直接の契機」は2004年に導入された卒後初期研修制度にあるように思われる(図1)。1年で8000人、2年で1万6000人の研修医、すなわち病院医師の約10%の労働力が突然市場から消え、医学部が8年制となったのと同様の結果となり、短期的だが急激な医師不足をきたした。その影響は特に地方の大学に顕著で、多くの病院で各診療科の人事配給能力が失われた。

実はその「背景」に、医師団塊の世代、すなわち戦中前後に卒業した軍医のかたまり、3万～5万人がこの5～10年間に退職しつつあり、医師労働市場に不均衡が生じていたことがある。

さらに、ここ十数年に渡る病院の経営環境の大きな転換があった。この間、急性期病院では制度改革や診療報酬による政策誘導(図2)と経営環境の競合に対応した経営効率化

のために平均在院日数が急速に低下したが（図 3）、病床当たりの人的投入は諸外国に比してもあまり増えておらず（図 4）、労働負荷は増加している。加えて、訴訟リスクの増加と共にインフォームドコンセントの複雑化、医療費逼迫に伴い説明を求める保険請求関連書類の増加など非医療労働の増大があり、実際の雑務や負担感が増えていた。

最後に、行政や院長の「想定外の要因」として、若年世代の労働観の変貌がある。上述の労働環境の変化と共に若年の医師を中心にワークライフバランスの変化があり（図 5）、また負担と報酬のバランスから考えると訴訟リスク等の負担の増大や離職が進んでいる（図 6）。これには更なる進行が予想される。

これらの状況を勘案し、最近の研究成果を踏まえると、病院経営環境の大きな変化と共に急性期病院の機能は大きく分化して変容し、いわゆる「病院経営のパラダイムシフト」が進行している。つまり変化は量的に多く更に負担が増大するだけでなく質的にも大きく転換し変化への適応が求められている。かつて存在した牧歌的病院が崩壊したのである。

実は、平均在院日数減少も諸外国に遅れて同様の減少を示しており（図 3）、インフォームドコンセントも医療保険への対応も、社会の観点からすれば必然で、日本も世界標準に近づいたとも言えよう。医療システムを規定する医療法も 1948 年以降還暦を迎え、これまでの病院システムを支えてきた文化も時代と齟齬を来たしている。今、医療施設間の役割を、根本的に考え直し、迫り来る人類未踏の超高齢社会に対応できる医療システムを設計しなければならない時代に来ているのではなかろうか。

## （2）匠のシステムから病院システムへ

急性期ケアと長期ケアの施設の機能分化を目指して、導入されてきた数々の政策、例えば医療法改正による病床の定義、診療報酬による誘導、介護保険の導入は施設間の機能分化のみならず、施設内での機能分化に影響を及ぼした（図 2）。とりわけ平均在院日数の減少は急性期病院が担うべき機能に大きな変化をもたらした（図 3）。実は日本の場合、急性期病院においても機能は未分化で、1 つの病棟内に重症の急性期ケアを要する患者と、術前、末期、場合によっては長期ケアを要する看護度の低い患者が混在していた。従来、日本の病院は病棟を中心に医療が行われ、練度の高い匠、すなわち比較的広範な診療機能を持つ医師が、気心の知れた看護師と阿吽の呼吸でチームを組み、診断から治療、治療から回復までの過程をすべて入院で行い、セルフケアが可能となって退院させるという形態で行われてきた（図 7）。現在と比べると以前は在院経過が長く、患者との信頼関係も築きやすく、看護師等院内のコメディカルとのコミュニケーションをとるゆとりもあり、事故や訴訟も少なく、比較的高い質の医療が提供されてきたのではなかろうか。

一方、機能は極めて未分化で共有する医療情報も診療録が標準化されておらず、個人のメモに過ぎないとの批判も聞かれた。とりわけ指示から指示受け、執行確認のプロセスも個人個人に負うところが多く、場合によっては看護師の手のひらが用いられ、標準化され

ておらず点検が出来ないケースも見られ事故に繋がる場合も合った。それを個人の努力や経験でカバーしてきたといえよう。ところがいまや在院日数の短縮により、診断は外来、治療は処置室・手術室、そして必要に応じてICU、ハイケアユニットに治療の場所自身も移動し、病棟は通過するところとなり、治療が終了するとか回復を待たず退院するといった病院そのものの機能に変化が生じ、かつ院内の種々の様々な部署にも機能の分化と分担が生じた（図8）。

急性期病院の在院日数を米・欧・日本で比較すると、米は既に数十年前からほぼ1週間であり、胆嚢摘出手術を例として想定すると、手術並びに術後の濃厚治療の部分のみ患者を入院させ、手術の前日に抜糸後に退院という経過をとっている。欧州は約2週間である。ところが、日本はかつて2週間前の術前1週間、回復期まで含めて術後3週間と4週間であった。今日、日本は欧州に、欧州はかつて1週間の米国に、米国はさらに半分の4-5日に平均在院日数が半減したのである（図2、図9）。

この変化はこの間に日本の病院経営者や専門家、行政や保険者が期待する病院の認識が、診療から回復期までの全過程を含む場所から、急性期の濃厚な治療を行う場所へと変わったことを意味している。患者はいまだにかつての意識から脱却できず、とりわけ切り離された治療終了から回復期までの過程を代替する場所、例えば回復期リハビリ施設、長期ケア施設、在宅ケアシステム、ホテルなどの施設が充実していないので、いまだにこの転換には戸惑っているのではなかろうか。

比喩を用いて説明すると、かつての病院は旅館のごとく仲居が部屋に案内し、夕食を用意し、布団を敷き見送るといった客室中心にサービスが展開された（図10）のに対して、新たな状況ではホテルのごとく客室はスルーして帰ってくる場となり、ホテル内の主な活動、ショッピングはブランドショップ、夕食は三つ星シェフ、フィットネスはフィットネスクラブといった形態に機能分化していると例えることができるのではないだろうか（図11）。

この病院経営のパラダイムシフトは日本の超高齢化と経済の低成長からすれば必然であるかもしれない。しかし一方、失うものも大きく、ケアの連続性の確保、看護の原風景等、提供側の技術者の意識や思いにも影を落としている。また、機能の分化と強化を推進するためには、連携が必要で、そのための情報と標準化と共有が必須となる。日本の医学教育ではこれらのトレーニングが成されてこず、カルテの質や指示、指示受け・執行プロセスの確認システム等の未発達が大きな問題となっている。

### （3）日本の未分化性と医療システム化の歴史

このパラダイムシフトはいわば19世紀に生じた産業革命に類似しており、例えばマッチの製造を1人の職人が全行程行うやり方から、分業分担して生産するやり方に変更すれば、生産性は飛躍的に向上する。医療もかつて能力の高い匠の個人芸の世界であったもの

が、今日病院において匠そのものが機能分担し、連携してチームとなり、またそれを支える種々のコメディカルの医療チームが存在し、種々の資源を用いながら病院システム全体として医療行為を行っている時代に入ったといえよう。実はこれが可能になるためには、いくつかの条件が必要で、第1にプロセス及びサービスの標準化が必要である。第2に組織・構成員がそれを理解し、システムの中で自らの役割と機能を位置づけることが必要である。第3にそのための共通の情報システムが必須となる。

世界の医療界は第2次世界大戦直後の麻酔や抗生剤等比較的費用対効果の高い第1次技術革新と、1970～80年代にかけて診断技術等、比較的効果の低い第2次技術革新を経験した(図12)。従って、大戦後は医療の充実とそれを支える社会保障制度の構築が政策課題となった。しかし、1970年代以降、石油ショックの影響もあり、技術革新によって膨れ上がる医療費抑制が課題となった。医療計画により機器や病床を規制する政策や診断群別総括払い診療報酬制度(DRG: Diagnosis Related Group)が展開された(図13)。第3期技術革新はバイオテクノロジーを中心に期待されているが、未だ実用化には至っていない。しかしこの間1980年代後半には第2次技術革新に拠る諸技術が成熟化、標準化され、政策の関心は要素技術の研究開発から要素技術の標準化と普及拡散即ち均てん化に移行した(図14)。そして種々の要素技術を効果的、効率的に組み合わせて用いシステム化する様々な政策が進められた。

ニューイングランド医学雑誌編集長のレルマン教授はこの転換を「医療の拡張期」「医療費の抑制期」に続く第3の医療革命と捉え、医療の結果の向上を目指した「結果マネジメント運動」の段階、即ち「評価と説明責任の時期」に入ったと提唱している(図15)。事実、1990年代以降、結果を巡って医療の質や安全が再認識され、質構造評価や臨床指標によるベンチマーキング、日本語表記(EBM: ),クリパス、継続的質改善(CQI: Continuous Quality Improvement)や総合的質マネジメント(TQM: Total Quality Management)の手法が医療界に導入された(図16)。これらの活動は世界に拡がり、国際的潮流となっている。日本へはこれらの活動が一呼吸遅れて導入され、本格化したのが2000年代の半ば、新研修医制度創設の前後であった(図6)。

日本が遅れた理由は、医療界の関心が一貫して要素技術、要素知識の開発にあったこと、そして実は日本の医療システムの特徴が種々のレベルで未分化であったからと考えられる。日本では機能未分化で標準化、システム化されていない匠の世界が日本独特の歴史文化要素と組み合わせられ、それなりに機能していたので、新たな国際的な潮流には抵抗があったのかもしれない。しかし2000年代後半から突然その伝統によって形作られた世界が崩壊し、新たなシステムの構築が求められることになったのである。

実は日本の未分化性は「医師の専門性のレベル」、つまり28万人の医師に42万の専門科が存在すること、「職種間のレベル」医師やコメディカルの役割分担の不明確性、前述の「病棟内の機能分担」、そして病院が外来を持ち、病院が福祉施設の役割も持つという「施設間のレベル」にまで及んでいる。

言い換えてみると、日本の政策は当初社会的入院の減少を目指し、施設間、すなわち病院を福祉施設から機能分化されるために在院日数の短縮化を手法を用いて進められてきた（図 18）。しかしその目的とは別に恐らく想定外に、院内の部署間、職種間、いや医師間の専門分化にまで政策の影響が及び、それなりに機能してきたこれまでの世界が突然はじけて壊れたのが医療崩壊でもあると言えるだろう。

政策的に進められてきた機能の分化は一度始まれば、後戻りはない。しかしそれらをどのような方向で進め、新たに分化した機能を最適な連携に構築し直すことが今後の政策の課題である。

## 2. 超高齢化社会の社会と医療

### （1）人口高齢化と日本

国連の推計によると世界人口は 2060 年頃 90 億人をピークに下降するとされ、日本はそれに先駆けて 2005 年から下降を始めている。2105 年、国立社会保障人口問題研究所の高位の推計では 7700 万人即ち半減、低位の推計では 3300 万人即ち 4 分の 1 になると予測され、江戸時代に回帰する（図 19）。

そして 2023 年には「社会にデビューするまで」の第一期、「社会に貢献し、次世代を育てる」第二期に続く第三期「サードエイジ」即ち自己中心に生き得る 50 才以上が人口半分を超え社会のマジョリティとなる（図 20）。

日本の高齢化のピークは意外と早く、2030 年代には絶対数ではそのピークを迎える。しかし高齢者率は少子化ゆえに止まらず、ピークは 2060 年頃を待たねばならない（図 21）。その時点で、高齢者の定義を 75 歳以上に絞っても、約 4 人に 1 人が高齢者という未曾有の超高齢社会を迎える。この推計に基づけば、ここ 20 年の間、2030 年を目途に「量的に資源確保」し、以降はそれを「効率的に運用」すればいいという戦略が見えてくる。

### （2）高齢者を支えるまちづくり

一般に、障害や疾病を多く抱える高齢者にとっては、その「予防のためにも、ケアのためにも」街の環境そのもの支えとなる。危険な東京一極集中を脱し、地方都市の独自の文化やビジネスの再生を目指して新しい公共投資を、「高齢者を支えるまちづくり」を中心に投下することが有効である。つまり、新しい日本の国の型を創りなおす戦略が必要とされている。

いや一步踏み込んで、実は日本よりも速い速度で進行するアジアの国々の高齢化を日本の課題として捉え、お互いに支えあう「大東亜の共老圏」を構想する時期が来ているので

はなかろうか。

我々が直面する超高齢社会は、いわば「新たな人生作り、社会づくりのみならず、新たな世界づくり」にはかならない。

### (3) 超高齢化社会の患者と医療

#### 疾病とケアの転換

高齢者の疾病の特徴は、

- ①「一人が複数の疾病を持つ」こと
- ②「それぞれの疾病が自然史に応じて病態を変化させる」こと
- ③「通常疾病や障害を長期にわたり継続して持つ」こと
- ④「究極の結果は死亡である」こと

である(図 22)。従って、必要とされるケアは、疾病の病態に対応して、かつて急性期の中心であったものが以下の目的と方法が異なる 5 種類となる(図 23)。

- ①「急性期ケア」人や技術など短期に資源を集中させて問題解決する
- ②「回復期ケア」セルフケア目指して疾病による障害を克服する
- ③「長期ケア」疾病と障害を同時に継続して必要とする
- ④「慢性期ケア」外来で慢性疾患を追跡する
- ⑤「末期ケア」疾病の治癒ではなくよりよき死／生を追求する看取り

これらのケアは通常連続し継続が必要であるが故に供給側での調整が不可能で、患者を中心にその需要に対応して調整連携させる必要がある。これは個人のわがままに依るという意味ではない。システムレベルでの各種ケアをネットワークした「患者中心の医療」が求められることを意味している(図 24)。

#### 目的とモデルの転換

50 歳までの疾病は通常単独で障害を残さず完治することも多い。「身体の部分病変を手術や投薬によって切除もしくは完治させ、元の理想的状態に戻す」という近代西洋医学のモデルが多くの場合、有効となる。そこでは短期に資源を集中し一気に問題解決する「急性期医療」が治療の主要モードとなる(図 25)。

一方、高齢者の場合は、常に疾病と障害を抱え、挙げ句の果ては死に至る(図 22)。従って治療の目的は近代科学のモデルに基づき、「絶対的な疾病の治癒や障害の克服」から、ご本人の求める「社会的役割と身体機能」と「病変のもたらす苦痛や障害」の相対的評価が前提となり、価値観に基づいてそのギャップを埋めることに転換する。そこでは「現在の病態や障害」と「本人の価値」を常にモニターし、診療の意志決定に資する必要があるといえよう。また高齢者数のピーク時には死亡が現在の 2 倍となる。もう一度人の死を看取ることの意味を社会全体として考え直さなくてはならない。

### 新たな専門医

それを社会的に効率よく有効に行うには、さばいてつなぐ専門家、「総合診療医／老人医」が病院と地域とに必須となる（図 26）。専門医が患者に直接対峙するシステムは効率が悪いのみならず危険ですらある。専門医にとっては自分ができることのみが仕事で、結果として不要な診療が行われたり、疾病の治癒に成功しても人間としての機能を失うと言った結果を産むからである。将来予測によると、手術件数は将来急増すると考えられる。増加するのは高齢者に限られ、厳密な手術適応の検討が必要である。

総合診療医／老人医は短期研修で養成可能な一般医なのではなく、瞬時の診断力、価値を加味した判断力など高度の診療技術を必要とし、構造的な長期研修が必須であり、「医師の中の医師」である。「複雑性の専門医」(Specialist on Complexity) であり、また患者一人一人の「個人と地域の専門医」(Specialist on Community) である。病院の「総合診療医／老人医」の場合は更に「1-2 次救急医療能力」が、地域の場合は「社会学、公衆衛生の能力」が必要とされる（図 27）。

### 新たなケアネットワーク

今、救急で高齢者の数が増加しつつある。しかも福祉施設や家庭にいて、前後の医療情報なく急変して運び込まれ、蘇生したところ家族が「そのような要望をした覚えはない」と怒鳴り込むと言ったケースも報告されている。多くの貴重な労働や資源が今後浪費されると想定される。また孤独死は全国で年間 30000 に上るとされている。警察ではその死因の同定に人手をさかれ、犯罪捜査に支障を来し、社会問題となっている。これを予防するには、前述の地域における総合診療医／老人医が必要であると同時に、情報の継続化、即ち一人の患者を追う 1 患者 1 生涯 1 カルテシステムの確立が必須となる。

## 3. 連携による医療システム再構築

### (1) 医療連携の意味

現在進行中の「医療崩壊、病院崩壊」の過去に遡る分析においても、その再構築の鍵は「連携」であった。そして未来の「超高齢社会での医療システム」の分析においても、その設計の鍵は「連携」であった。

前者は各病院からみた長期経営戦略の課題で、意志決定の主体は公的病院といえども個別の病院のトップディビジョンメーカーにある。確かに、日本の医療界の未分化性という共通の特徴を乗り越えるという意味では、連携は医療界全体の課題ともいえるが、やはり病院の生存をかけた地域の中での各病院の経営理念の選択、そしてマーケティング、ブラ

ンディングによる個別経営主体の最適化を目指した、優れて経営的課題である。一方、後者は未来のあるべき姿を目標に社会全体の最適化を目指す課題といえよう。従って、方針や目標は同じでも主導する主体は行政となり、前者と利害が一致するとは限らない。

## (2) 行政の単位と二次・三次医療圏

日本の場合、行政は国・都道府県・市町村の3層構造となっており、一方日常の医療は広域の生活圏、即ち市町村よりは大きい都道府県よりは小さい約350ヶ所のいわゆる二次医療圏レベルで提供されている。さらに需要頻度が低く、高度な資源を要する3次医療はほぼ都道府県レベルで提供されていると効率がよいとされている。

しかし、実態は二次と三次を明確に区別することは難しい。また県の人口や広さもばらつきがあり、三次医療を、例えば県庁所在地1ヶ所でカバーするには広すぎることから、一部の政令指定都市、県庁所在地を三次医療の拠点と想定するのが現実的である。

二次医療圏も広さや人口にばらつきがあり、郡部の数万から大都市の数百万にまで及んでいる。実は急性期病院には規模の経済があり、効率や相乗効果のある診療科のセットを抱え、一定の医療機器を購入して活用するには400床台が最適とされてきた。平均在院日数の低下により、同様の機能がより小規模の病床数で果たせることから、最近では200床台までを想定してよいかもしれない。一定の規模と範囲の経済を満たし、地域の医療のハブとなるうる病院は地域中核病院と呼ばれ、これまで全国に約1200、即ち人口10万対1ヶ所存在するとされていた。というのにもかかわらずの総合病院数が1163、300床以上の病院が約1200存在したからである。

これらの病院の平均病床規模は400床強であり、病床利用率の0.85で在院日数を30日とすると年間4100人の退院患者が、15日とすると8200人のとなる。医療の需要は外来では軟かいが退院回数は年齢階級別では全国ほぼ一定で、人口10万では1.2万回前後、人口10万での一般診療所や精神療養病床の退院を除くと1万回に過ぎない。一般病院数は6なので地域中核病院が退院患者のシェアの多くを占める。平均在院日数が30日の時代は全体の半分を占めていたものが、15日の時代を迎え、約8割のシェアを占め、残りの病院にとってたいへん厳しい経営環境となっている。2008年の時点で人口10万に存在する病院数の平均は、精神病院1療養型病床のみの病院1、療養型混在の病院3、一般病床のみの病院は2に過ぎない。1万回の残り2000の退院を療養型混在の3、一般病床のみの1、42病院が奪い合うこととなる。1万回の退院患者から在院15日で逆算すると急性期に必要な病床は500程度となる。現在診療所も含め、1380床あることから病院間の競合の厳しさや機能集約化の道のりの長さがみてとれる。

## (3) 医療資源からみた4つの地域分類



資源と人口規模によって日本の地域を分類すると、資源が豊かでアクセスも自由な「大都市」、三次医療までの資源をセットで持ちうる「地方中核都市」約 100 ヶ所、そして二次医療の資源を支えるのでも人口の少ない「地方中小都市」と「郡部地域」の 4 ヶ所に分類できる。郡部の定義は難しいが、5 万人以下の市町村は約 1900 の全数のうち約 1200 ヶ所ある。

これらを含む二次医療圏を 4 分類すると、2009 年で「大都市」28 ヶ所平均 130 万人、「地方中核都市」77 ヶ所平均 60 万人、5 万人を分割点にした場合、「地方中小都市」110 ヶ所平均 27 万人、「郡部地域」は 133 ヶ所平均 10 万人である。「大都市」では地域中核病院も数的に多く、3 次医療機能をも担っている（図 28）。「地域中核都市」は人口当たりで計算すると平均 6 ヶ所の地域中核病院を持ちうる人口を有し、従って 3 次医療機能をカバーする病院の数は十分である（図 29）。

「地方中小都市」や「郡部地域」では 1～2 の地域中核病院を持ちうる需要の人口しかない（図 30）。

3 次医療機能は 1 つの病院ですべてを持ちうる時代は終わった。2 次医療機能を有する地域中核病院の中でその上に得意な 3 次機能を有するという構造となっている（図 31）。がん、循環器疾患など「疾病別ケア」、救急回復期など「病期別ケア」、小児婦人科など「年齢性別ケア」など分類法によって数も異なるが、「地方中核都市」であれば保有しうる病院数 3～8 あれば各病院がそれぞれ複数の 3 次機能を持つことにより、地域に必要なほぼすべての 3 次機能のパッケージを保有しうる。「地方中小都市」では地域中核病院数が少なく、保有しうる 3 次機能も限られたものとなる。つまり残りの 3 次機能は近隣の「地方中核都市」に頼らざるをえないのである。

いや「地方中小都市」では、唯一つの地域中核病院でさえも存続があやういかもしれない。というのも多くの「地方中小都市」では人口に見合ったしっかり資源を投入し、一定の病床を持つ地域中核病院が計画的に設立されているのではない。また私的病院は個人の意志で資本投下されてきたし、自治体間の見栄で中途半端な 100～200 床の公立病院が建てられ、十分な急性期病院機能を持たない例も多い。「郡部地域」では 1 つの中核病院も支えられない人口規模の二次医療圏も存在する（図 32）。

今、医師の引き上げにより病院崩壊や地域の医療崩壊が起きているのは、この「地方中小都市」が中心である。ここに病院の集約等の手法で十分な資源と一定の規模そして需要に見合った機能の地域中核病院を、構築または再構築あるいは確保することが崩壊を防ぐために必須である。

## 4. 医師の偏在

### (1) 地域偏在

地域格差は日本の場合、その偏在を改善するために 1970 年代に閣議決定による 1 都道府

県に1医大を設置する政策がとられ、年間2000人強であった医師登録数が1980年代には全都道府県に医学校が設置された結果、年間8000人以上に増加し、1980年代には基本的には医師養成の目標数は達成されたとされ、むしろ医師過剰が懸念されるに至った。結果として医学部定員が削減され、1990年代に至り、医師登録者数は年間7000人台に割り込んでいる(図1)。

全国大学病院医局長へのアンケートによると、1990年代医師過剰感が多かったのに比し、2000年以降医師偏在むしろ医師の不足感に転じている(図2)。そして2004年の新しい卒後初期研修制度の導入により2年間で1万6000人の医師労働力が市場から奪われた結果、病院を中心に医師不足が露呈し、更にその結果として過重労働のゆえに病院を辞め、開業する医師が増加し、医師の病院から診療所への移動が問題となっている(図3)。

また近年、若年医師の専門医志向が強まり、医療研究者不足が懸念されている。これまでも大きな問題であった都市と郡部の格差においては、これまで地方の大学病院医局を通していわば強制的に人員派遣されていたような郡部も、新しい初期研修制度の発足と共に医局の労働力が不足し、医局の派遣先からの引き上げによって急激に医師不足が進行した。

医師数以前に、郡部・僻地では人口そのものが急激に減少し、いわゆる65歳以上人口が半分以上を占める限界集落が増え、全国で5000とも7000ともあると言われている。市町村合併により人口当たり医師数は、市町村単位では一見確保されているように見えるが、市町村内における限界集落等の僻地では、厳しい医師不足が想定される。

## (2) 医師偏在と地域特性

日本の医師の偏在の原因と対策を考える際に、実は地域特性に分けて分析せねばならない。

### 1) 都市部

都市部はオーバーオールで人的資源は恐らく過剰で、局地的、すなわち産婦人科や小児科で不足している。両科共に社会問題化しているのは救急医療における接点である。しかし、元来この地域には資源が多く、適切な対策によって改善可能と考えられる。ただ長期的には

外科系の人材不足が深刻になることが懸念される。

しかし、3次の救命救急においては充足していると考えられ、むしろ2次救急に小児科の軽症患者のような1次医療対応の患者があふれ、パンクしていると考えられる。2次医療は多くの場合、人口の多い院内の当直医師で当たることが多く、院内の仕事との住み分けが必要とされる。

## 2) 郡部

一方、いわゆる僻地、限界集落、無医村はまったく人的資源がなく、元来医療需要も少ないので一揃えの医師を常時確保するという政策は難しく、長年の課題であった。恐らく幅広い様々な政策を組み合わせた対策が必要で、例えば限界集落から地方都市への住民の移住、ドクターヘリの整備、あるいは救急車の配置、さらにはその他の生活機能、郵便物や食料等の運搬と合わせた巡回サービスの提供等である。これらの地域は前述のごとくますます増加すると考えられる一方、他の僻地支援の政策の組み合わせでしか問題解決しないので、一定の成果は期待されるといえよう。

## 3) 地域中核都市部

県庁所在地等の地方中核都市では、人口当たりには換算するとむしろ大都会より豊かな医療資源が存在し、今のところ全体的にはバランスがとれているといえよう。しかし都市と同様に小児科・産婦人科等での医師不足は否めず、また長期には外科医の不足が懸念される。医療政策の範囲を超えるが、長期的に地方都市が生産性の向上や教育設備の充実等その地方の独自の文化や産業を再興しない限り、じり貧となって現在の医療需要を支えられなくなる可能性はある。そこでは、産業、教育、治水、農業等の総合的な政策が求められるといえよう。

## 4) 地方中小都市部

現在最も厳しい状況に置かれているのは、地方中核都市周辺の中小都市である。元来人口が少なく、医療資源が限られているにもかかわらず市町村の組長の意向で中途半端な病院をつくり、その赤字を税金でなんとか維持してきた。その医師が引き上げられたので、一挙

にその地域の医療崩壊が生じているといえよう。今後の日本の著高齢社会においては、引き続き問題となる課題で、最低2次医療圏単位で場合によっては複数の市町村が医療を支えていく必要があり、医師の確保もその単位で考えていく必要があるといえよう。そこでは恐らくその地域に絶対必要な診療科や診療機能を考え、さらに高度で高価な医療機能は近隣の地方中核都市に仰ぐという考え方が必要で、むしろそのための道路網の整備等に資源を使うべきと考えられる。また、元来どうしても必要な医療機能については、税金を導入してでも維持する必要があるといえよう。

#### (4) 地域医療システムとガバナンス

上述のごとく「地方中小都市」は単独ないしは複数の地域中核病院を支える人口しかなく、しかも需要を超え、規模及び範囲の経済を満たさぬ中途半端な中核的病院が存在することも多く、そこが病院崩壊の焦点として地域医療崩壊のトリガーとなっているとすれば、二次医療が完結する圏域全体でもう一度需要と供給を捉え、システムを設計し直す必要がある。その際、規模及び範囲の経済を満たす中核的病院を医療システムのハブとして最低1つ、可能なら複数想定する必要がある。二次医療の圏内での一応の完結を目指すなら、その上でその地域に最低限必要な3次医療機能を地域特性に合わせて選択し、需給が充分でない場合は近隣の「地方中核都市」での確保をアクセスの充実によって担保する必要がある。

この作業には漠然とした2次・3次医療機能を想定するだけでは不十分で、「疾病別」「病期別」「性・年齢別」の医療需要と医療機能を丁寧に分析し、既存ないしは新設の医療施設がそれぞれどのような機能を担うか効率性や技術集積性、つまり採算や医療の質を勘案して選択することになる。この際、効率や質とアクセスはトレードオフの関係にあり、地域住民への公平性、そして住民の理解が必要となろう。実際の作業には、まずその地域の需給のデータが必要であり、その結果を供給側と共有し、1つ1つの機能の分担について納得してもらうプロセスである。

しかし日本の病院の設立主体は多岐にわたり、国約300自治体、約1000、公的及び保険関係約420、他法人約900、そして医療法人や個人の私的病院が6200あり、7割を占める。しかし急性期の地域中核病院は、国・自治体など公的設立が大半を占め、急性期病院でも多くを占めていた。逆に医療法人等の私的病院では療養型病床を有する病院、即ち福祉施設的機能の病院が多い。人口10万にすると、国公立病院が約1ヶ所、私的病院が5