

わが国の医療危機を救うための方策

折 茂 肇 神 谷 直 樹

Measures for saving Japan's medical care crisis

Hajime Orimo, Naoki Kamiya

抄 録

わが国の医療は現在危機的な状況にあり、医療崩壊が始まっている。一般国民の自覚及び政府の対応も充分ではなく、今ほどわが国の医療危機を救うための国民的議論が必要な時はないであろう。本稿では、地域の病院から医師が立ち去り、特に産科、小児科医療の崩壊からわが国の医療の崩壊が始まっていること、その背景としてわが国の医療費抑制政策があり、医療従事者の数が少なく過酷な勤務を強いられていること等を取り上げる。

イギリスではサッチャー政権のもとで医療費抑制政策が続いたため、医師がやる気をなくし、医療が崩壊して久しいが、わが国の医療の現状はイギリスの医療の現状と酷似している。わが国がイギリスの轍を踏まないためには、医療費抑制政策、医療保険制度、医学教育制度の見直し等の抜本的な対応策が必要である。

キーワード：日本の医療の現状

医師・看護師の不足と過酷な勤務状態

国際比較では低い日本の医療費

医療費抑制と医師離れにより崩壊したイギリス医療

医療危機を救うための提言

はじめに

いま、わが国の医療は非常に危機的な段階にある。日本の医療の実態は、どうなっているのか。本稿ではまずその全体像について述べ、日本の医療の崩壊を防ぐための方策を「医療は医療従事者と患者との共同作業である」という観点から考えてみたい。

1. 日本の医療の成果と WHO からの高い評価

表1に示すように、わが国の平均寿命、健康寿命は世界一であり、乳児死亡率は世界で最低であることから、日本の医療は世界的にも極めて高い評価を得ている。また日本では、世界の多くの国と比べ、国民の年間平均外来受診数が非常に多く、さらに1回受診当たりの医療費も非常に安い(図1、2)。これは国民皆保険制度が適用され、医療費が保険でカバーされてきた結果といえよう。また、医療機関による治療の現物支給、どの医師にもフリーアクセスで受診できることなどが外来患者数を多くしている要因と考えられる。

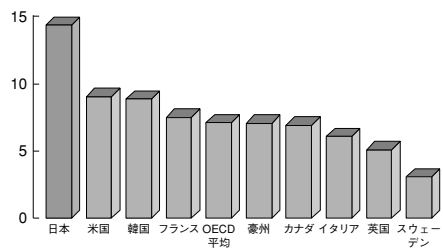
WHOの健康達成度総合評価(表2)では、日本が第1位である。一方、アメリカは国民の多数が公的医療保険に加入していないため、評価が非常に低い。なおこの総合評価は健康寿命の長さ、医療サービスへのアクセスのよさ、医療費負担の公平性などの基準により評価されたものである。国民全員が保険で医療費がまかなわれるわが国の国民皆保険制度は、世界に誇るべき制度である。

表1 日本の医療の成果

平均寿命	世界一 (男性 78.79歳 女性 85.75歳)
健康寿命	世界一 (男性 72.3歳 女性 77.7歳)
乳児死亡率	世界最低 (1,000人につき3人)

平均寿命は厚生労働省調査(2007年)、健康寿命はWHO「The World Health Report 2004」、乳児死亡率は国連人口基金「世界人口白書2007」による。

図1 国民一人当たり年間平均受診回数(2003年)



日経新聞2003年10月17日

図2 1回受診あたりの医療費(1990年)

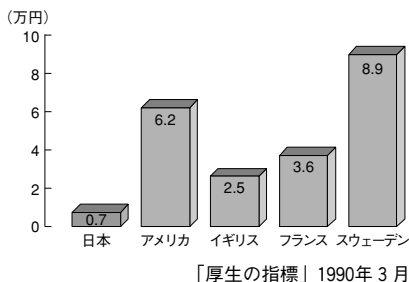


表2 WHOの健康達成度総合評価

The world health report 2000

- 1位 日本
- 2位 スイス
- 3位 ノルウェー
- 4位 スウェーデン
- 5位 ルクセンブルク
- ...
- 15位 アメリカ

評価の基準

- ①健康寿命
- ②乳幼児死亡率
- ③医療サービスへのアクセスの良さ、病院の選択可能性
- ④地域や人種などによる医療サービスの差別
- ⑤医療費負担の公平性

II. 不足する日本の医師・看護師とその過酷な勤務状態

表3に示すように、日本では人口当たりの医師の数が少ない。日本の2004年における人口1,000人当たりの医師（医療に従事している医師）の人数は2.0人で、この数は経済協力開発機構（OECD）加盟国中27位であった。

次にベッド1床当たりの医師及び医療従事者の人数の国際比較を示す（表4）。日本における1床当たりの医師数は0.15人で、これは調査対象139カ国中128位であり、看護師数は0.6人で138カ国中113位であった。わが国のベッド100床当たりの医師数及び看護師数は図3、4に示すように、アメリカ、ドイツなどの先進国に比べて著しく低い。医師の配置はアメリカの1/5、ドイツの1/3に過ぎず、看護師の配置はアメリカの1/5、ドイツの1/3である。

日本の医師の勤務時間はどうか。現在、病院の医師は非常に過酷な勤務状況に追い込まれている。病院の常勤医師1週間当たりの勤務時間は非常に長く、国際的に見ても突出している（表5）。「医師の需給に関する検討会報告書」が2006年7月に厚生労働省から発表されているが、それによると2004年に医療施設に従事する医師数は25万7,000人で、週平均労働時間は63.3時間であったとのことである。週48時間勤務を想定すると、必要な医師数は26万6,000人で、2004年の時点で9,000人の増員が必要となる。さらに2040年には31万1,000人の医師が必要となり、2004～2040年の間に5万4,000人の増員が必要であるとの結論が出されている。

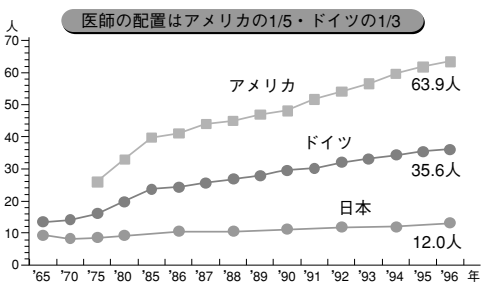
表3 人口1,000人当たりの医師数の国際比較

- 日本の2004年における人口1,000人あたりの医師数（医療に従事している医師数）は、2.0人
- 日本は2004年のデータがあるOECD加盟国30か国中、27位。

順位	国名	医師数	順位	国名	医師数	順位	国名	医師数
1	ギリシャ	4.9	11	フランス	3.4	21	フィンランド	2.4
2	イタリア	4.2	12	ドイツ	3.4	22	アメリカ	2.4
3	ベルギー	4.0	13	スペイン	3.4	23	ポーランド*	2.3
4	スイス	3.8	14	ハンガリー	3.3	24	イギリス	2.3
5	オランダ	3.6	15	スウェーデン*	3.3	25	ニュージーランド*	2.1
6	アイスランド	3.6	16	スロバキア	3.1	26	カナダ	2.1
7	ノルウェー	3.5	17	デンマーク*	2.9	27	日本	2.0
8	チェコ	3.5	18	ルクセンブルク	2.8	28	メキシコ	1.6
9	オーストリア	3.5	19	アイルランド	2.8	29	韓国	1.6
10	ポルトガル	3.4	20	オーストラリア*	2.5	30	トルコ*	1.4

OECD Health Data 2006より作成（※は2002年）

図3 100床あたり医師数の国際比較(1996年)



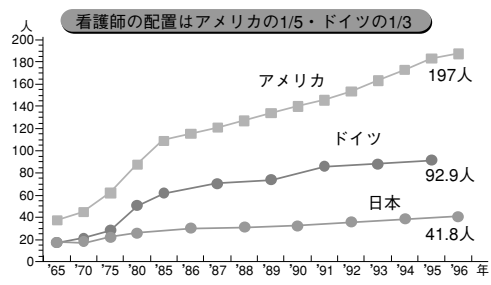
OECD Health Data

表4 病院におけるベッド1床当たりの医療従事者数の国際比較

一床当たり医師数 (調査対象139カ国)		一床当たり看護師数 (調査対象138カ国)		一床当たり助産師数 (調査対象83カ国)	
イタリア	18位 1.03人	英国	6位 3.03人	インド	4位 0.68人
インド	28位 0.87人	米国	8位 2.84人	英国	14位 0.16人
米国	35位 0.78人	カナダ	9位 2.76人	ロシア	48位 0.05人
カナダ	51位 0.59人	ブラジル	28位 1.48人	フランス	59位 0.03人
英国	54位 0.58人	イタリア	41位 1.33人	日本	75位 0.015人
中国	71位 0.46人	インド	54位 1.16人	中国	76位 0.014人
ブラジル	78位 0.44人	ドイツ	60位 1.13人	ドイツ	77位 0.012人
フランス	79位 0.44人	フランス	74位 0.95人	米国	
ロシア	82位 0.43人	ロシア	95位 0.81人	カナダ	データなし
ドイツ	92位 0.39人	日本	113位 0.60人	イタリア	
日本	128位 0.15人	中国	123位 0.45人	ブラジル	

WHO World Health Report 2006

図4 100床あたり看護師数の国際比較(1996年)



OECD Health Data

表5 医師の労働量の国際比較

●勤務形態が異なるため、単純比較は適切ではないが、日本の病院勤務医の労働時間は国際的に見ても突出している。

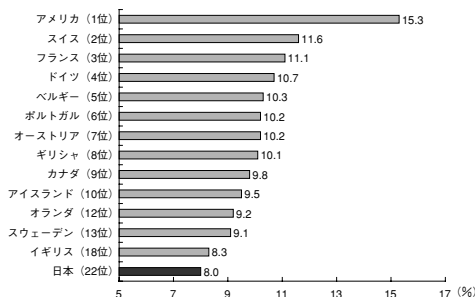
分野	日本			米国		カナダ	
	病院勤務	専門医	外科専門医	一般外科	心臓内科医		
週当たり勤務時間	63.3	53.9	58.0	55.7	56.9		

Center for Studing Health System Change (HSC) データより作成。

III. 国際比較では低い日本の医療費

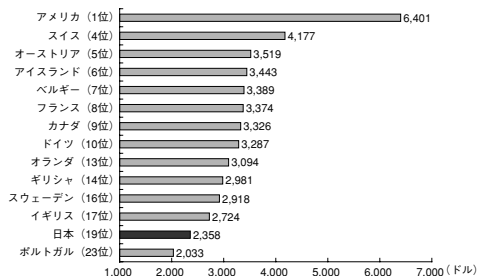
次に医療費の問題について述べる。GDP に対する医療費はいったいどうなっているのでしょうか。GDP に対する社会保障費の国際比較では、わが国の医療費は非常に低い。OECD 発表の GDP に対する医療費の国際比較 (2005年) では、日本は8.0%で22位である (1位はアメリカで15.3%) (図5-1)。また、一人当たり医療費の国際比較 (図5-2) では、日本は2,033ドルで19位である (1位はアメリカで6,401ドル)。日本では医療費が高いから削減しろとの経済的な観点からの議論のみがなされているが、国際的に見ると日本の医療費はむしろ低いというのが現状である。

図5-1 医療費/国内総生産 (GDP) の国際比較 (2005年)



※日本とオランダは2004年のデータ。
OECD Health Data 2007より作成。

図5-2 一人当たり医療費の国際比較 (2005年)



※日本とオランダは2004年のデータ。
OECD Health Data 2007より作成。

わが国の医療は、少ない医療費にもかかわらず、医療従事者の献身的な努力により支えられ、WHO から高い評価を受けてきた。これがこれまでの日本の医療の実態である。

IV. わが国の医療クライシス

WHO の評価が高いにもかかわらず、国民は決して日本の医療に満足していないのが現状である。その点から見てもわが国の医療は危機的状态にあり何とか改善しなければならない。わが国の医療危機については、小松秀樹博士 (虎の門病院) が著書『医療崩壊「立ち去り型サボタージュ」とは何か』(朝日新聞社、2006年5月) の中で的確に記

述されているので、その一節を紹介する。

「医療が進歩する一方で、医療への社会の要求が強くなった。患者は医療には全てのことが可能であり、患者が死亡すれば、医療過誤があったのではないかと猜疑の目で見られるようになった。医療が進歩するほど、紛争は増えるという皮肉な状況になっている。

医療の結果が期待通りでないとき、特に小児科や産科では、死や障害が受け入れられない。悲しみが医療への恨み、さらに時として攻撃に繋がる。患者側からの攻撃の強い小児救急や、紛争の多い産科診療など脆弱な部分から医療が崩壊し始めた。

さらに、2002年前後より医療事故を警察が取り締まることが多くなり、善意の看護師、医師が犯罪の被疑者として取り扱われ、運が悪いと犯罪者の烙印を押されるようになった。このような状況下で医療従事者の勤労意欲が維持できなくなり、病院勤務、特に業務の過酷な急性期病院から医師が離れ始めた」(p.4)。

以上やや長くなったが、臨床現場に携わる医師の偽らざる肉声を紹介した。マスメディアでも、忍び寄る医療崩壊の足音を意識せざるを得ない情報が数多く取り上げられている。例えば、福島県の産科医が起訴事実を認否した妊婦死亡事件の公判、勤務医の26%が医事紛争を経験し、診療が委縮しがちになる医師が7割もいるとの事実、お産の現場はパンク寸前で医師不足に過失起訴の影響が出ているなどの記事があげられる。

また、現場医師は10年ほど前までは勤務医になろうという人が多かったが、近年急激に開業医志向に移行している。儲けるために開業するわけではなく、自分の生活と人生を守るために、開業医になっていく医師が増え、病院から中堅医師が立ち去りつつある。

日本はいまや医療後進国であることも見逃せない事実である。なぜ後進国となったのか。その要因の1つとして、新しい医薬品・医療機器の開発及び認可に時間がかかりすぎるものがあげられる。ここでは特に、医薬品の問題についてのデータを紹介したい。新薬の発売までの期間の英米との比較を表6に示す。新薬の承認期間は英米では平均1年半であるが、日本では他国で承認済みの新薬承認審査に平均4年もかかり、世界で売り上げ上位の医薬品の約30%は日本では承認されていない。この日本の状況は医療後進国以外のなにものでもない。新薬の臨床治験も日本では非常にコストがかかり、症例収集が容易でないため治験実施時間が長くなり、日本の製薬企業は海外で治験を行わざるを得ない状況にある。この治験の空洞化に対応するため、厚生労働省では新薬の承認体

表6 新薬の発売までの期間（英米との比較）

<ul style="list-style-type: none"> ● 他国で発売済みの新薬が日本で承認されるまでに要する期間は平均4年 ● 英米の1年半に比べ極端に遅い <p style="text-align: center;">↓</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 画期的な新薬を日本の患者が利用できない ● 世界で売り上げ上位医薬品の約30%が日本で未承認 <p style="text-align: right; font-size: small;">(日本経済新聞)</p>
--

治験の空洞化
(治験や臨床試験のコスト、スピード、質)

表7 治験の空洞化に対する厚生労働省の取り組み

- 治験などの承認体制の見直し
 - 全国治験活性化3ヵ年計画(平成15年4月策定)
 - ① 治験のネットワーク化の推進
 - ② 医療機関の治験実施体制の充実
 - ③ 患者の治験参加の支援
 - ④ 企業における治験負担の軽減
 - ⑤ 臨床研究全体の推進
- ↓
- 新たな治験活性化5ヵ年計画(平成19年3月策定)
- 医薬品医療機器総合機構の審査員の増員

治験実施体制が整備されてきており、2007年より審査人員をほぼ倍増する予定

制の見直しを始めている(表7)。この見直しでは新医薬品の承認に関わる医薬品医療機器総合機構の常勤人数の増員が計画されており、待機審査中が増えている承認審査状況(現在医薬品医療機器総合機構で合計156品目が審査中)が改善されることが期待される。

V. 医療費抑制と医師離れにより崩壊したイギリス医療

次に、イギリス医療の崩壊の現状について紹介する。イギリスでは患者は開業医や一般医 (general practitioner ; GP) の中から主治医を選択して登録するというシステムを取り入れており、専門医の診療が必要と判断された場合は、GP の紹介を経て専門医を受診する。つまり患者は受診する医療機関を自由に選べないのである。このシステムではさまざまな問題が生じ、2001年には専門医の受診待機者が28万人、入院待機患者が約100万人に達するという事態を生んだ。そのため、待機中に病状が進行して手術不能になるなどの被害が多発している。

このような悲惨な状況に患者が怒り、多くの医療従事者が暴力を振るわれる事態も生じた。他方、この状況にイギリスの医師は失望し、大量に海外、特にアメリカ、カナダ、オーストラリアなどに移住した。新規登録医師数は、1995年には11,000人だったが、2000年には8,700人となり、5年間で医師がかなり減ってしまった。

このような医療の崩壊の原因として、①医療費の抑制政策、②NHS (National Health Service) の組織が巨大になりすぎ官僚化したこと、③医療従事者の士気の低下などが考えられている。そしてイギリスでは現在、政治家・マスメディア・国民・医療従事者のすべてが、「長年の医療費抑制政策のために医療は荒廃した」という認識を共有するに至ったのである。

「なぜ医師はこれほど不幸なのか」という問題提起がイギリスの医学会誌 (British Medical Journal) に2001年に掲載された (Smith R., Why are doctors unhappy? *BMJ* 2001;322:1073-4)。それによると、医師が「不幸」になった理由として、第一に為政者の無策、第二に医療システムが医師を支持しないこと、第三に過剰な労働、事務量の増加と患者からの過度の期待と要求があげられている。また「患者は医師があらゆる問題を解決できると過剰に期待している。それが叶えられないと、医師を攻撃する。医師は医療に限界があること、危険であることを患者に伝えてこなかった」など、医師側の反省点も浮き彫りにされている。さらに医師と患者は共同作業をする仲間であり、患者は自分の問題をすべて医師に押しつけるべきではないし、医師は自らの限界を伝えるべきであり、政治家はもっと現状の改革に取り組むべきであると訴えている。

イギリスでは医療費の抑制と医療への攻撃が続いたことにより、医師の士気が著しく損なわれた。イギリスの医療事情は日本の医療の近未来を暗示しているのではないだろうか。なぜなら、わが国の医療の現状はイギリスがたどった医療崩壊のプロセスと酷似している点があるからである。わが国の病院勤務医は、自らの知識や技量に対する自負心と、病者に奉仕することで得られる満足感のために働いている。大病院の勤務医の収入は国際比較的に見て決して多いものではない。

理不尽な攻撃を受けながら黙って患者に奉仕せざるを得ない状況が続けば、人間としての医師の誇りと士気は大きく損なわれる。さらに、医療の現場に警察が立ち入ることが多くなり、善意の医療も結果次第では犯罪として扱われる点や、医療に関する情報不足ゆえに患者の権利意識が肥大化している点も似通っている。患者と医師、相互の考えの違いが表面化する場面で、多くの医師はものを言えない状況にある。

日本でも、勤務医は厳しい労働条件の中で、我慢して患者のために頑張ることを放棄し始めた。日本において病院から医師が離れ始めたという状況は、イギリスの轍を踏み始めたという警報ではないだろうか。

Ⅵ. わが国の医療危機を救うための提言

日本の医師はまだ幸いに完全にギブアップしているわけではない。わが国の医療危機を救うためにはどうすべきか、特に重要と思われる事項について述べたい。

1. 患者と医師で医療の本質を共有する

まず最も大事なことは、医療の本質を患者に正しく認識してもらい、医師と患者の信頼関係を築くことであろう。両者の間には、医療とはどういうものであるかという基本的な概念や考え方に大きな違いがあるように思われる。

まず医師の立場から見ると、医療とは不確実なものだということである。これは生命が複雑かつ有限であること、各個人の多様性、医学には限界があることなどに関係がある。医療行為というものは生体に対するストレスを伴い、基本的に危険なものである。100%の安全を求めると、医療そのものが成立しなくなる。

一方で、患者の多くは、医療は万能であり、病気は直ちに発見され治療できると思いつく傾向があり、医療に限界があることを十分に理解していない。また、患者の多くは、病院は100%の安全・安心を保証することが可能で、さらに保証する義務を負っていると思っている。これらのことは、患者の責任というよりも、正しい医療情報の公開・開示の体制が整っていないことに最大の原因がある。空前の「健康ブーム」の陰で、多くの患者が誤った医療情報の氾濫にさらされている現状をまず改善しなければならない。

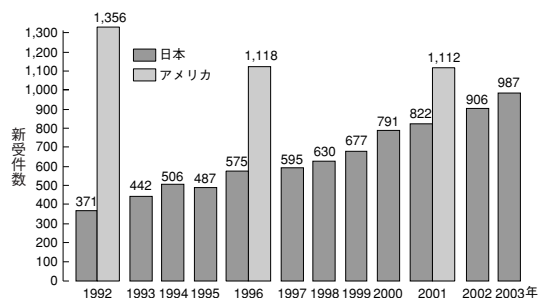
医療というのは社会的共通資本である。社会的共通資本とは「一国ないし特定の地域に住む全ての人々が、豊かな経済生活を営んで、優れた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を維持することを可能にする自然的・社会的装置」(宇沢弘文)である。具体的に言うと、①資源環境(大気、森林、河川、水、土壌)、②社会的インフラストラクチャー(道路、交通機関、上下水道)、③医療を含む制度資本(教育、司法、金融制度)などが社会的共通資本である。医療再生に向けた取り組みを行うためには、まず国民がこのような考え方を持つことが重要である。

2. 医療の質を管理する機構を設置する必要性

次に、わが国の医療崩壊を防ぐために、医療の質を管理する機構及び医療事故補償機構を創設するべきである。医療の質を管理する機構というのが日本にはない。医療事故

が起こるのは、やはり医療の質に問題があるからである。さらに医療事故の補償機構の創設も必要である。近年、日本における医療訴訟は増加傾向にあり、その数はアメリカのそれに迫るものである(図6)。ドイツ医師会では医事関係訴訟事件の問題解決に向け、自らが主導し医師と患者の間の争いの調停に努めている。医療過誤あるいは医師の責任・義務問題に対して、医師会が「調停委員会」や「鑑定委員会」を発足させている。患者もこれを受け入れ、医師と患者間の関係を修復する手段として機能している。これらの委員会は、裁判による係争に発展する以前の段階における調停と原因解明に大きく貢献しているという。それに対して日本では医療事故があると警察が立ち入ってくる。これでは医療は成り立たないと思う。近年、わが国でもようやく医療ADR(裁判外紛争処理)の仕組みが注目されるようになってきた。これは、患者・家族と医療者とのトラブルを中立的立場から解決するために、医療メディエーター(仲介者)を養成して医療機関に配置する試みである。しかし、現在のところ医療メディエーターは400人程度にとどまっているのが実情であり、医療ADRの整備に向けた国の積極的施策が望まれる。

図6 医事関係訴訟事件の状況 (1992年~2003年)



Bureau of Justice Statistics 資料などより作成。

3. 医療保険制度の見直し

現行の診療報酬制度では医師の能力や技術や経験の評価が適切に行なわれておらず、不平等で資源配分に著しいゆがみが生じている。そのために、手間のかかる小児科、老人科、産科では医師離れが続いている。

また患者の要望に応じて、混合診療を導入する必要がある。混合診療の導入を認める際には「医療の質管理機構」を創り、そこでその適否を評価するべきであると考えている。

表8の医療保険システムを見ると、日本では国民健康保険等の公的医療保険によって国民の医療費の大部分がまかなわれている。混合診療を導入するには、あくまでも国民健康保険を堅持するという前提に立った上で、どのように導入するかについて知恵を絞る必要がある。

混合診療に対して、厚生労働省では「患者負担が増えるので特定療養費制度で対応すべきである」と反対している。日本医師会も「公的保険の縮小、皆保険の崩壊、患者負担の増加、貧富の差による不公平が生ずる」という理由で反対している。一方で、規制

表8 医療保険システムの全体像

	日本	アメリカ	イギリス
公的保険	国民健康保険等	極めて限定的 メディケア (65歳以上高齢者向け保険) メディケイド (低所得者向け保険)	NHS (ナショナル・ヘルス・サービス)
民間医療保険	オプション (がん保険など)	基本的に上記のもの以外、民間保険を購入しないと無保険状態となる。 なお、民間保険は各種機関・会社が販売している。 大別するとHMO、PPO、POSの3種類に分類される。	NHSに属さないプライベート病院で診療を受けるときカバーされる。
カバレッジ	国民全員がカバーされている。	4500万人が無保険	NHSでは国民全員がカバーされている。

改革・民間開放推進会議は「患者の選択を尊重する」と賛成している。混合診療の導入については賛否両論があり、まだ結論が出ていないのが現状である。

厚生労働省のいう「特定療養費制度」とは、通常では保険の対象とならない特別に定められたサービス、高度医療を含んだ医療では、全額保険給付外にするのではなくて、基礎的な保険の対象となっている部分については保険給付をし、保険の対象となっていない特別サービス部分（差額ベッドや高度先進医療など）を自費負担とすることによって、患者の選択の幅を広げようとするものである。

高度先進医療とは、大学病院などで実施されている先端医療で、厚生労働大臣の承認を受けたものである。その種別ごとに実施可能な病院が承認され、現在109種の高度先進医療が認められている。高度先進医療の特別料金の部分は本来保険対象外のため患者が全額を支払うが、通常の保険診療との共通部分は保険診療となる。このような仕組みが、現在の健康保険制度の下でも採用されているのである。「混合診療」という名前こそ使われていないが、実際は歯科領域ではすでに行われているし、差額ベッドもある。今後2つの制度が使える領域を広げていくことが大きな課題となるであろう。

4. 病院と診療所の病診連携

病院と診療所の機能分化と連携を推進する必要がある。病院は高度な医療及び入院医療を原則とし、診療所は外来で初期医療（プライマリーケア）を行い、必要な場合には病院への紹介業務を行う。必要などきだけ病院を受診するようにすれば、勤務医の過剰な労働も避けられる。この機能分化は大変重要である。そのためにまず厚生労働省が主導し、各省庁、都道府県、市町村と調整を行い、小規模な国公立病院は統廃合して大規模なセンター病院に組織換える必要がある。次に、不足している医師及び医療従事者の充実を図り、医療の地域格差を改善する。そのためには医学教育システムに抜本的見直しを行い、プライマリーケア医を育てるような医療教育システムを作ることが必須である。

5. 医療費抑制政策を見直す

医療の質を確保するためには、医療費抑制政策を見直し、社会保障への国庫支出額を増やすことが極めて重要である。サミット7カ国の公共事業費の調査で明らかにされたことは、日本の公共事業費の総額が、カナダ、アメリカ、フランス、イギリス、イタリア、ドイツ、6カ国の合計額よりも多いという驚くべき事実である（図7）。また社会保障への国庫支出額のGDPに対する割合を見ると（図8）、日本はGDPに対する社会保障費の割合が一番少ない。先進国の中で社会保障への支出を減らしているのは日本だけなのである。このようなデータから明らかなことは、わが国の医療費抑制政策を見直す必要があるということである。そして、この国の医療費と社会保障費を増やすことを国の政策として真剣に考えるべき時期にきていると思われる。

図7 サミット7カ国の公共事業費 (1995年)

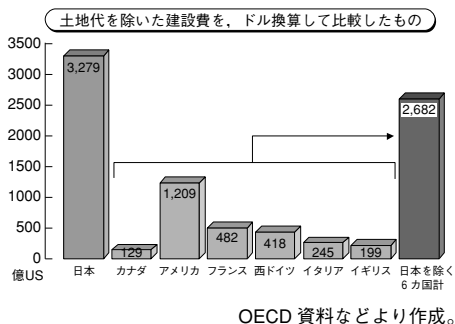
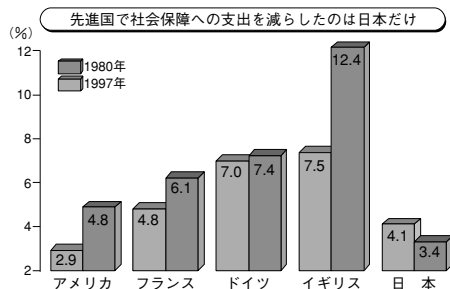


図8 社会保障への国庫支出額/国内総生産 (GDP)



おわりに

わが国の医療危機を救うためには、医療費抑制政策をまず見直すこと、そして社会保障への国庫支出額を増やすことが必須である。そうでなければ日本はイギリスと同じ轍を踏むことになる。

国民皆保険や医療サービスへのアクセスのよさといった日本の医療システムの利点も、医療の質が確保されてこそ生きるものである。そのためには、医療従事者の質と量の確保、および就労環境の改善が不可欠である。後期高齢者の人口比が前期高齢者のそれを上回る時代を目前に控え、本格的な長寿社会へと突入しつつある今、医療再生に向けた国民的コンセンサスを形成することは、日本再生に向けた急務であるといっても過言ではない。

Abstract

Japan's medical care system is at risk and its imminent collapse has begun. The public is not fully aware of this situation, and the government is not taking effective preventative measures. It is critical for the public as well as the government to consider this issue seriously. The present paper describes the current condition of medical fields: the migration of many doctors from hospitals, especially those who work in pediatrics and obstetrics departments. Collapse in the medical field seems to initially stem from these two areas. In addition, Japan's restraint policy on medical fees and harsh working conditions of doctors is promoting the collapse. In England, the Thatcher administration advocated a restraint policy on medical fees. Doctors' morale fell as a result and the medical care system collapsed. Japan is facing a very similar situation now. In order to avoid same mistakes, it is necessary to review Japan's restraint policy on medical fees, the health insurance system and the medical education system. Taking immediate effective measures to avoid a crisis is urged.

Key Words: Conditions of the field of medicine in Japan

Shortage of doctors and nurses and their harsh working conditions

Japan's low medical fees in international comparison

Collapse of medical care in England due to restraint policy on medical fees and migration of doctors

Proposals for saving Japan's medical crisis