

# 医師を増やして!



## 安全で安心な 医療のために

全日本民主医療機関連合会  
「ドクターウェーブ」推進本部

## 日本の医療が危ない！

ここ数年、身近な医療をめぐる深刻な状況が広がっています。「市内に産科がなくなり出産のために離れた街にアパートを借りた」、「夜中に子どもの具合が悪くなり救急車を頼んだが受け入れ病院がなくて冷や冷やした」、「市内唯一の透析施設が医師の退職で閉鎖され週3回隣町まで行くことになった」など、医師不足を理由とした問題事例が後を絶ちません。さらに診療報酬の切り下げなどで約7割の病院が赤字となっており、医療の存続が困難になっているところも少なくありません。経済大国の日本で「医師が足りない」「病院がなくなる」という形で「医療崩壊」がはじまりました。

かつてない困難な状況を前にして勇気ある医師が声をあげ、医療界の中に賛同の輪が広がっています。また、「病院守れ、医師を増やせ」という住民運動が全国各地で起こっています。安全で安心な医療のために、今こそ医師が力を合わせて声をあげ、地域の患者さん、住民のみなさんの理解を得て政府の政策転換を求める時です。民医連（全日本民主医療機関連合会）の「ドクターウェーブ」はそんな思いから提案された運動です。この冊子では、現在の日本における「医療崩壊」とも言える状況について分析し、その原因と解決の方向を示していきたいと思えます。







## 医師不足への対応

全国自治体病院協議会  
会長 小山田 恵



今、自治体病院最大の課題は医師不足です。ようやく私共の声に政治家が動き出しました。与党が医師不足対策についての具対策を発表しました。私共は与党責任者に直接会い、具体的な解決案を示し、実現化を強く要請しました。まずは医師の絶対数が少ないという認識を持つこと。その認識に立てば解決策はただ一つ、大学医学部の定員増と地域に定着する医師を増やす地域枠の増加、自治医大と似た方式で一定期間へき地での医療を担う見返りと

して、キャリアアップを保障するシステムの構築であります。ただこれらの医師が現場に出てくるには10年近くかかる。喫緊の対策は今過労に耐えて働いている医師の苦悩を少しでも和らげることが先決で、これなくして地域から出て行く医師をとどめる手立てはないという認識であります。24時間以上連続で働いた後休暇を取れずに勤務している状況からの解放、日・当直回数制限の義務付け、医療秘書等の配置による医師業務の軽減であります。その

ためには外来診療の縮減、診療科の集約、病院間のネットワークの構築が不可欠であります。これを進めるために絶対必要なことは、これで病院経営が成り立つような診療報酬の抜本的改定と医療費のアップが前提で、これなくして医師不足の改善も地域医療の確保も出来ないばかりか、早急な対応がなければ地域医療は崩壊消滅することは必定であります。以上の認識の下に医師不足対策の実現に組織を挙げて努力していく所存であります。



## 産科、小児科だけじゃない！

産科、小児科から始まった「崩壊」状況は今や麻酔科、救急、内科、外科、脳外科、整形外科などほとんど全ての分野に広がり、診療縮小・休止、閉院続出の異常事態となっています。都会でも地方でも、医療体制の後退、縮小は生活基盤を根底から崩しつつあります。

### 地域から消えていく産科、小児科

産科婦人科学会の調査では2002年に6,000ヶ所以上あったお産施設はその後3年間で半分以下に減少しています。また、NHKの調査では2003年4月からの3年半で224の公的病院で計347の診療科が閉鎖され、産科が最も多く96ヶ所、小児科は36ヶ所と報告されました。そんな中、奈良県では

状態の悪化した妊婦が19の病院に受け入れを断られ、結局県外まで移送した末に亡くなるという痛ましい事件が発生しています。小児医療の分野では特に夜間救急の体制が後退し、首都圏でも深夜に発生した重病患児が十数ヶ所の2次・3次医療機関に断られる事例が報告されています。住み慣れた地域から産科、小児科が消

え、安心して出産・育児ができない地域が増えており、こうした状況は少子化対策に水を差すことになりかねません。

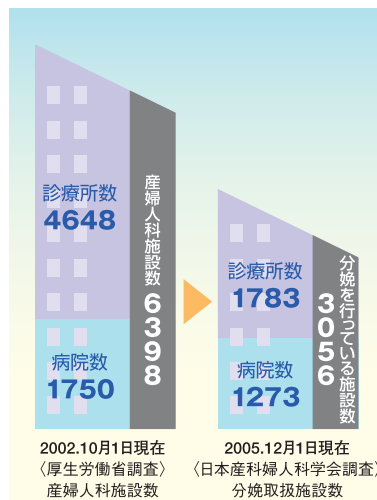
### ほとんどすべての分野に広がる医療崩壊

地方の自治体病院では医師の退職や大学医師の引き上げなどで内科医療の継続すら困難になっており、住民の運動にもかかわらず、多くの病院が縮小・統合・廃院に追い込まれています。こうした変化は少子高齢化が進む地方の住民にとっては生活基盤そのものの「崩壊」につながり、自治体としても死活問題となっています。

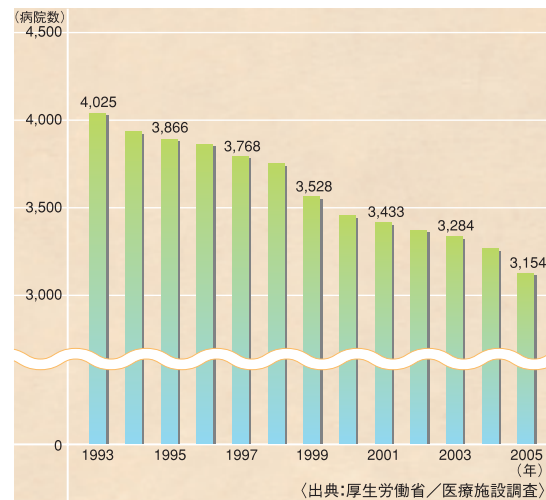
専門医療の分野でも事態は深刻で

す。がん専門病院でも麻酔科医の不足により手術件数を抑えざるを得ないという事態が発生しています。毎日新聞の調査では3割以上の病院で「5年前と比較して手術の待機期間が延びた」と回答し、その理由に多くの病院が医師不足・看護師不足をあげています。また、待機期間中に状態が悪化し緊急手術を行った事例やがんの進行により切除不能になった事例が報告されています。ある国立大病院の手術部長医師は「外科系医師の極端な不足が目前に来ている。イギリスのように、がんの手術でも数ヶ月待ちといった状況になるのは明らかだ」とコメントしています。

### 激減する産科



### 減り続ける小児科のある病院







## これ以上働けない。もう限界。

人間の生命を預かる医師の労働実態の悲惨さは目に余るものがあります。多種多様な医療活動、インフォームドコンセントの重視、「翌日休みにならない当直業務」「代休のない休日勤務」…、医療現場からは悲鳴が上がり、医師が病院から立ち去るケースも多発しています。

### 病院から立ち去る医師たち

今、多くの勤務医が過重労働に耐えかねて病院から立ち去っています。一体どんな状況なのでしょう？

日本の病院勤務医の仕事は、朝から晩まで多種多様で実に多忙です。例えば、医療活動を中心的に担っている中堅医師の場合、昼間は外来、検査、手術、研修指導など決まった業務を行ない、夜は多くの場合、諸

会議やカンファレンスがあり、加えて月に概ね3~5回の当直や時間外の呼び出しがあります。ですから自身の受け持ち患者さんの診察や治療方針の検討は早朝や短い昼休み、または深夜におよぶことすらあるのです。さらには膨大な書類書きや患者さんや家族への病状説明は、その合間を縫って行っているのが実情であり、疲労が蓄積し安全な医療に支障をき

たしています。

医療現場の医師からは、かつてないような悲鳴が沸き上がっています。「眠れない当直明けでも連続勤務で翌日の夕方はフラフラ」「休日出勤続きで休みなし、疲労が蓄積」「深夜の呼び出しが多く嫌になる」など。

### 過労死基準を超える時間外労働

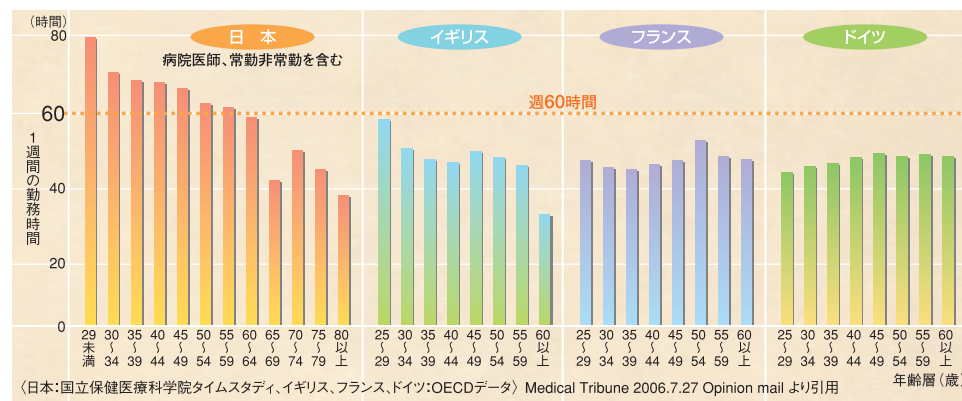
日本医労連の調査では、7割以上の勤務医が当直業務を伴う連続32時間勤務を月3回以上行っており、3割近くが月に1日も休日を取れない状況に置かれています。日本病院会は2006年7月に「勤務医に関する意識調査」を行い、全国536病院5,635人の勤務医から回答を得、96%が法定勤務時間を超えて働き、当直に従事する勤務医の9割が翌日も通常勤務をしていることを発表しました。また、大阪府

医師会の調査では20歳代勤務医の33%、50歳代でも12%が過労死基準を超える時間外勤務を行っていることが分かりました。人間の生命を預かる医師の労働実態の悲惨さは目に余るものがあります。

国立保健医療科学院が出した日本の医師の労働時間を諸外国のOECD（経済協力開発機構）データと比較したグラフを示します（図）。日本では59歳までは平均でも週60時間以上働いており、明らかに諸外国よりも長いことがわかります。さらに注目されるのは、60歳を超えても他国の中堅層の医師と大差ないほど働いており、加えて「80歳以上」のデータがあることも驚きです。かのヒラリー・クリントンさんはこうした日本の医師労働を「聖職者さながらの自己犠牲」と称し話題になりました。

### 日本の勤務医とイギリス、フランス、ドイツの医師の1週間の勤務時間

—医療問題への視点医師（勤務医）不足問題を考える—





しんぶん赤旗 2007年2月20日 朝日新聞 2007年1月26日・5月4日・5月12日

# 限度を超えた医師の働き方を 正すとりくみを、国民とともに。

鉄道や深夜バス、長距離トラックの運転手の睡眠不足や過労が重大事故を引き起こすことは知られていながら、医師、看護師は危険な状態がそのままに放置されているのです。

することなど、さまざまな研究報告がなされています。また、24時間を超える勤務により医師が交通事故に巻き込まれる危険性が高まることなど、長時間労働が医師の健康や安全性を脅かすことも報告されています。

2006年の「医師の需給に関する検討会」に報告された我が国の常勤医(調査数3,388人)の週平均勤務時間は、66時間(男性67時間、女性64時間)でした。職場に拘束された時間が週平均で66時間だったということは、勤務医の多くが過労死の認定基準を超える働き方をしていることになり、

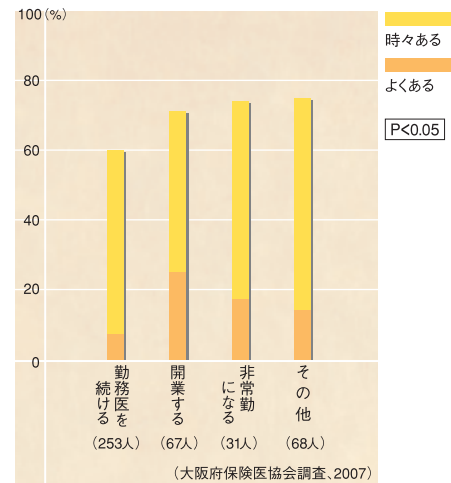
多くの医師が文字通り「命がけ」で働いている実態が示されたと言えます。

鉄道や深夜バス、長距離トラックの運転手の睡眠不足や過労が重大事故を引き起こすことは、社会の常識として理解されています。同じことは医師や看護師についても言えるのです。男性医師であれ女性医師であれ、安心して働き続けることができる医療システムでなければ、地域医療を支えることは困難だと言えます。限度を超えた医師の働き方を正すとりくみを、国民とともにすすめる必要があると思います。

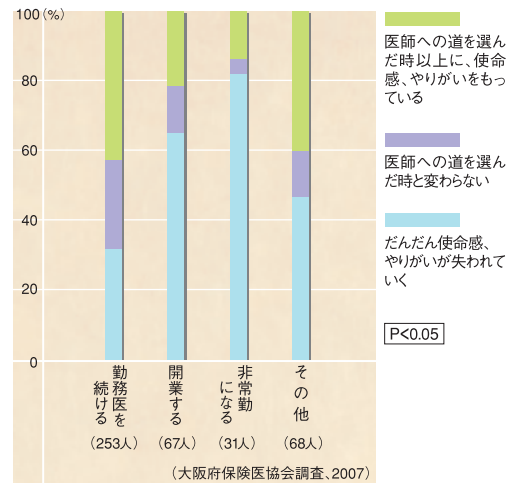
## 身も心もヘトヘトになって辞めようとしている勤務医たち

将来の希望について、「開業する」「非常勤になる」と答えた勤務医のグループは、疲労度が高く、「体の調子が悪い」と訴え、医師としてのやりがいを失っていました。

将来の希望別  
「体の調子が悪い」指摘率



将来の希望別  
「医師としてのやりがい、使命感」



滋賀医科大学社会医学講座  
予防医学分野 准教授 埴田 和史



アメリカで研修医の労働時間が規制されたきっかけは、過労状態の研修医が起こした医療事故をめぐる裁判で、研修医の長時間労働が医療の安全性を脅かすことを裁判所から指摘されたからです。医師の睡眠不足や過労が医療の安全を脅かすことについては、睡眠不足が心電図上の不整脈の指摘率を低下させたり、縫合や挿管に要する時間を延長させたり





## 医師が過労死?! 逮捕?! 本当??

月に当直8回、24時間以上の連続勤務7回、休日出勤6日…人間業とは思えないような激務(1999年自殺した小児科医)。慢性的疲労、患者一人あたりの診療時間・密度の不足。結果が悪ければ罪に問われ、逮捕される事例まで起きています。

### 勤務医の過酷な勤務実態と多発する医療事故

1999年に関西地方の大学病院の研修医が激務の中で26歳の若さで過労死し全国の勤務医に衝撃が走りました。また2007年3月に労災認定された44歳小児科医の過労自殺(1999年)のケースでは死亡前の激しい勤務実態が露わにされました。

このような厳しい医師労働が続く中で、医療事故は後を絶たず、様々な理由での医事紛争も増えています。日本病院会の調査では医療事故発生の原因として7割以上が「過剰な業務のため慢性的に疲労し

ている」、6割以上が「患者が多く一人あたりの診療時間・密度が不足がち」と回答しています。そして結果として4人に1人が何らかの医事紛争を経験しているという事実も発表されました。

### 「業務上過失致死罪」で逮捕も…

一生懸命働いても結果が悪ければ罪を問われ、外国では通常適用されない「業務上過失致死罪」で医師が逮捕されるという事例が散発しています。福島では一人産科医として奮闘していた医師が死亡事例をめぐって逮捕されるという

驚くべきことが起こりました。過労死するほどの激しい労働を強いられているにもかかわらず、ひとつ間違えれば「犯罪人」として裁

かれる、こうした状況に働く意欲を失い、多くの勤務医が医療現場から去っているのです。

### 医療者の安全な労働環境整備を願って

小児科医師・中原利郎過労死裁判原告 中原 のり子



平成11年8月16日、都内の民間病院に勤務する夫は真新しい白衣に着替えて、病院名の書かれてある煙突の上から投身自殺しました。享年44歳でした。こどもが大好きで小児科医師として誇りを持っていた夫が、心身をすり減らす状況を目の当たりにしていた私は、何かが「おかしい」と、ずっと感じていました。亡くなった時に部長室の机の上にあった『少子化と経営効率のはざままで』を読んだ時に「これが、原因だったのか」とようやく理解しました。常日頃、生活している中で口にしていた事が、まとめて綴られていたのです。文書を手にした時に、どんな手段をつかっても世の中の人たちに読んでもらうのが、私の使命と感じました。

労災申請を行いました。労働基準監督署は「不支給決定」を出し、当直は労働時間ではないとしました。労働を伴わない法規上の宿直と、急患も病棟の重症患者も診る実際の夜間勤務の言葉上での摩り替えが行われていました。国の認識

に改めて憤りを感じました。一般の企業では決して考えられない働き方が医療の現場では普通に常識として罷り通っていたのです。「宿直勤務においては、少なくとも、疲労を回復し得る程度の深い睡眠を確保することは困難であったといわざるを得ないから、多数回にわたり宿直当番を担当することは、それだけ睡眠が奪われる危険性が高まるといえる。」平成19年3月14日、東京地裁で夫・中原利郎の過労死認定の行政判決が出ました。

しかしながら、民事裁判で全く正反対の判決が出されました。医師の過重労働が社会的に認知されるためには、まだまだ長い道のりがあるようです。勤務体制・条件などを早急に見直し、医療者にとって人間らしい労働環境が整う事を願って止みません。

「小児科医師中原利郎先生の過労死認定を支援する会」  
<http://www5f.biglobe.ne.jp/~nakahara/>



## 医療危機からの脱出を

日本福祉大学社会福祉学部  
教授 近藤 克則



「今の流れのままでは日本の医療は歪んでしまうと、医療現場で働く多くの者が感じている。しかし、マスコミや多くの国民はそれに気づいていない」と拙著（『医療費抑制の時代』を超えて－イギリスの医療・福祉改革』医学書院、2004）のあとがきに書いたのは3年前である。その後、医療が危機的な状況であることを、マスコミが報じようになり、多くの国民が知るところになった。

その一因は、医師不足にある。日本の医

師数は、OECD30ヶ国中27位で、下から数えて4番目である。1990～2003年の医師増加率で推計すると、日本は2009年に韓国、2019年にはメキシコ、2020年にはトルコにも抜かれてしまう。2030年になっても人口千人あたり2.8人と、現在のOECD平均の3.1人にすら届かない。

その背景には、医療費水準の低さがある。日本は30ヶ国平均を下回り、先進7ヶ国では最低レベルである。OECDは世界の国々の医療制度改革を総括して「医療費を低く

抑えると、医療の質の低下を招き、人材確保も困難になる」と指摘している。政府は医療費を抑えるため医師数を抑え続けてきたが、もう限界だ。少ない医師数でやれるというなら根拠や戦略を示すべきだ。

取り返しがつかない崩壊状態になる前に、「医療危機からの脱出」をするには、公的医療費の拡大が必要だ。そのために、医療界への国民からの信頼回復と、医療改革の道筋と仕組み作りを急ぐべきである。



# 医師の絶対数が不足しています。 世界の流れは、「もっと医師を！」

そんなに大変ならもっと医師を病院で雇えば良いと思うのが普通ですが、なぜそうできないのでしょうか？理由はいくつかありますが、最も重大なのは医師の絶対数が足りないということです。

日本には現在約27万人の医師がおり、人口千人あたり2.0人となります。諸外国をみるとアメリカ2.4人、ドイツ3.4人、フランス3.4人、イギリス2.3人、イタリア4.2人で、OECDの平均は3.1人です。

ちなみに日本で一番人口単位の医師数が多いのは東京都ですが、その東京でさえ2.6人でOECD平均にも及ばないのです。また、病床100床あたりの医師数はアメリカの5分の1、ドイツの3分の1です。どう見ても日本の医師数は少ないと判断せざるを得ません。日本をOECD水準にするためには12~14万人の医師を生み出す必要があります。

しかし、政府の見解はあくまでも「偏在」であり、現在の深刻な医師不

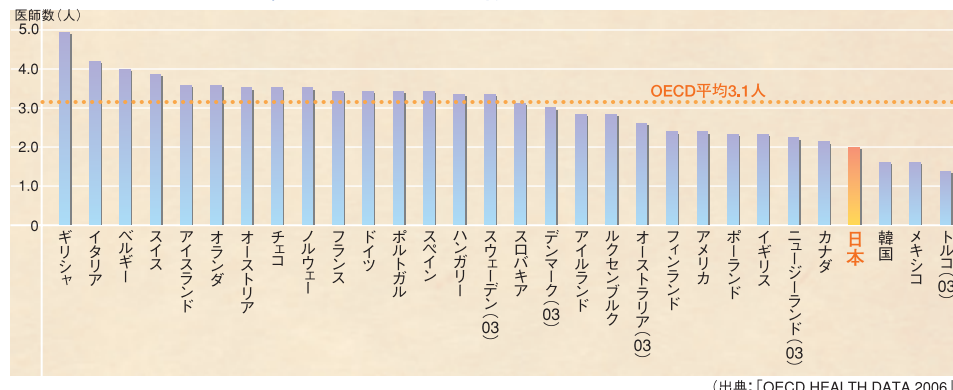
足に目を向けようとしません。政府が主張するように毎年3,500人の純増があるとしても、現在のOECD水準に到達するのに約30年かかるのです。

しかも諸外国は医師養成にもっと積極的なので差はいつそう開くことが予想できます。医療にお金をかけなかったために国内医療が崩壊しかけたイギリスでは2000年から路線転換し、医療関連予算を増やし大幅に医師を増やしています。また、世界一医療にお金をかけているアメリカでも、来るべき高齢化社会に備え新たな医学部の創設を始めています。

世界一の長寿国で、十数年後には団塊世代による医療需要のさらなる増大が明らかな日本は、いまだに医師偏在論に固執し、この課題に対して根本的な手が打てていない状況です。世界の流れから完全に逸脱しているのです。現在の医療をめぐる諸問題を解決するためにはいくつかの施策が必要ですが、「医師を増やす」方向に転換することが大前提です。

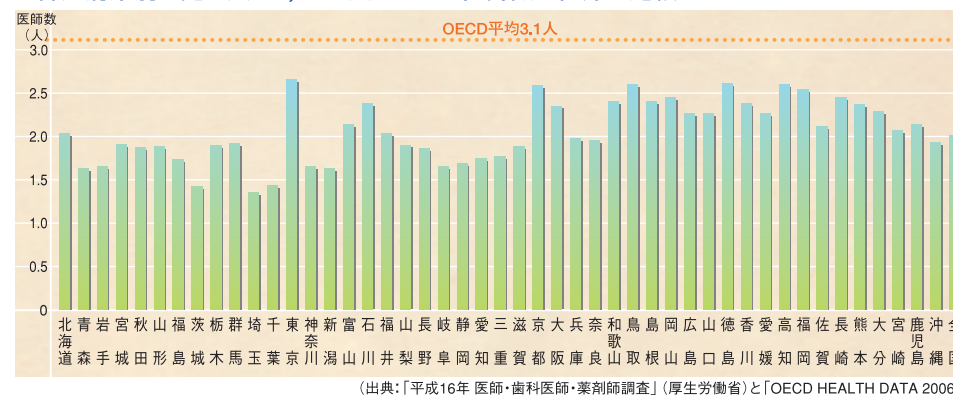
日本全体の医師数が少ないのは明らか。OECD水準にするには、12~14万人の医師を生み出す必要があります。

OECD加盟国の人口1,000人あたりの医師数



国内で、OECD平均のレベルに達している都道府県はありません。「偏在」が問題ではなく、絶対数の不足なのです。

都道府県別に見る人口1,000人あたりの医師数と世界の比較



# 一貫して医師の養成数を抑制してきた日本。

なぜこんなにも医師が足りない状況になってしまったのでしょうか？その理由は、日本政府が80年代初頭に医師数抑制の方向に転換し、以後一貫してその方針を貫いてきたからです。

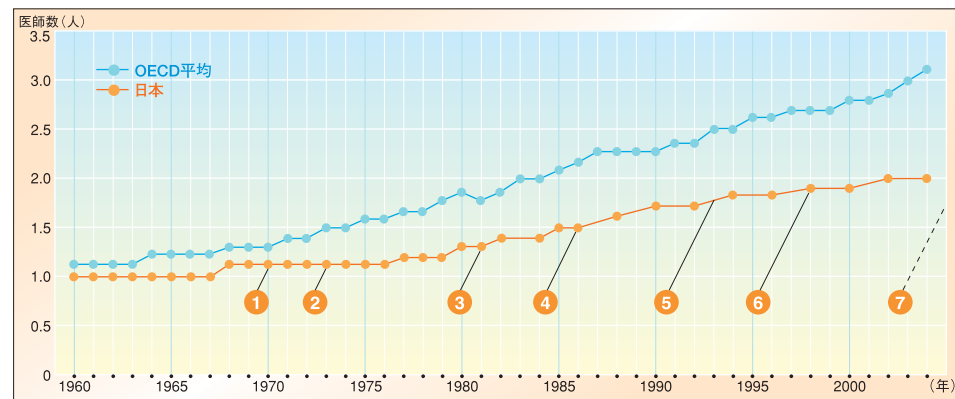
戦後、社会保障体制の整備にとりくんでいた日本政府は、1970年に必要医師数を人口千人あたり1.5人に設定し、その実現のため1973年「一県一医科大学構想」が推進されました。全国的な医学部・医科大学の新設により、この目標は1983年に達成されることとなります。その前年の1982年、翌年にほぼ確実に目標を達成できる見通しのもと、政府は早くも「将来の供給過剰を防ぐ」目的で医師の新規参入数の制限（医学部の定員削減）を閣議決定しました。そして医療の供給過剰が将来の医療費高騰を招き、日本の経済発展を脅かすとして、「医療費亡国論」「医師過剰論」が唱えられ広く喧伝されるようになります。ここで注目すべきは、1969年の医師養成方針策定時のOECD平均と日本の医師数の差は、目標を達成したとされる1983年にはさらに広がっていたという事実です。政府はこうした国際比較には一切言及せず、

その後もこの方針に固執し、医師数抑制政策の進捗状況を逐一チェックしてきました。数回にわたる「医師の需給に関する検討会」を開催し、判で押したように「将来の医師過剰を想定し医学部定員を削減」することを繰り返し唱えてきたのです。

こうした政府の医師数抑制政策の結果が現在の深刻な医師不足状況をつくりだした元凶であることは歴史の経過を見れば明らかです。しかし、2006年に開催した最新の「医師の需給に関する検討会」の報告では、過去の失政の反省は一切なく、それどころか、この期に及んでもなお「マクロ的に日本の医師は足りている」という見解に立ち、全国で発生している医師不足状況の原因は「偏在」だと決め付けているのです。実際の医療現場の実態を無視した暴論と言わざるを得ません。その後、「10年間で最大1,100人の医学部定員増」を内容とした新医師確保総合対策を発表しましたが、地方自治体の多額の財政的な裏付けが必要で、実際に運用される保証もないのが実情です。そもそも医学部の定員削減をしなければ1万人以上の医師が上乘せされていたはずですから、政府の犯した過ちは重大です。

推移で見ても、医師数の差は世界の水準から開く一方です。政府の医師数抑制政策の結果が、今日の深刻な医師不足状況をつくりだしたのです。

OECD平均と日本の医師数の増え方を比べると…(人口1,000人あたり医師数)



(出典:「OECD HEALTH DATA 2006」)

## 歴史に学ぶ日本の医師不足

— 目標設定の間違い + 医療費抑制圧力 —

- 1970 (昭和45) 「最小限必要な医師数を人口10万対150人、これを昭和60年を目途に充たそうとすれば、当面ここ4~5年のうちに医科大学の入学定員を1,700人程度増加させ、約6,000人に引き上げる必要がある」と。
- 1973 (昭和48) 「無医大県解消構想」いわゆる「一県一医科大学」設置が推進。
- 1981 (昭和56) 医学部の入学定員は8,360人。その結果「人口10万対150人」の医師の目標は昭和58年に達成。直後から医療費抑制を目指す当時の厚生省は医師過剰時代の到来を喧伝し始めた。
- 1986 (昭和61) 「当面、昭和70年(1995)を目途として医師の新規参入を最小限10%程度削減する必要」と。医学部入学定員削減へ。
- 1993 (平成5) 医学部定員7,725人(7.7%減)
- 1998 (平成10) 「新規参入医師の削減を進めることを提言する」と。
- 2006 (平成18) 毎年約7,700人の新卒医師が誕生し、3,500~4,000人増加。実効性のある地域定着策の実施を前提として定員の暫定的調整を検討すべきとの意見。



# 女性医師が働きやすい環境づくりが必要です。

日本の女性医師の比率は全体の約17%で、世界的にはまだまだ少ない状況ですが、今後も年々増え続けていくことが予想されます。すでに小児科では30%強が女性医師になっていますし、2007年度の医師国家試験合格者の3人に1人は女性となっています。しかし、残念ながらこの女性医師達がずっと働き続けられる環境が今の日本には整っておらず、出産経験医師の20%が離職しているとも言われています。先述した大阪府医師会の調査では「育児と仕事の両立」について女性医師の60%が「困難」、15%が「できない」と回答しています。さらに「長期離職後の復帰」については約70%の女性医師が「困難」と答えています。何か有効な手立てを取らないと事態は悪化するばかりです。「職場復帰のためには？」の問

いには、「人員の補充」と「ワークシェアリング」が必要とする意見が最も多く半数以上を占めました。つまり、育児などのために職場を離れなければならない時に替わりがいることが大切ということです。また、他の調査では「長期離職による力量低下に対する再教育システムの構築」を望む意見も多く見られます。このように、女性医師がその力を長く発揮し続けるための施策に、可能などころからすぐにでも着手しなければなりません。全国的には、女性医師を厚遇することで医師体制の維持と経営的成果をあげた例や、女性医師再教育センターを立ち上げている例も生まれています。国・地方自治体、各病院での具体的などりくみが求められています。



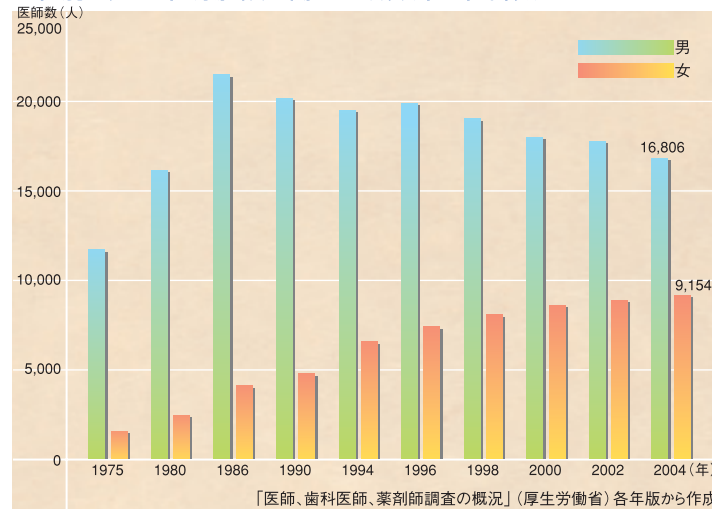
## 2年目研修医— 医師を続けていきたいから

東葛病院 医師 西村 りえ

私は「人の役にたいたい」と思い医師を目指しました。しかし、実際に働き出してみると医療現場は忙しく、医師業務は多く、働き続けられるか不安に思うことがあります。結婚、出産や育児もしたいのですが、仕事との両立は困難と感じます。医師を増やし、男性医師も女性医師も働きやすい環境をつくりたいです。

医療現場では女性医師が増えています。

性別で見る、医療施設で働く29歳以下の医師数



## 5人の子育てをしながら医師を続けて…

埼玉協同病院 地域保健部長 糖尿病専門医 清水 縁

5人目が0歳、4人目が5歳で2ヶ所の保育所に送り迎えをしていた頃、突然、左耳の自閉感と耳鳴りが起きました。当時診療所の所長のため診療に穴を開ける訳にはいかず、10日目に耳鼻科を受診し、突発性難聴と診断を受けた折には何ともいえない虚しさを感じました。でも大勢の人に支えられ21年間働き続けられたのでとても感謝しています。女性医師が働き続けられる条件、私の場合は次の4つでした。

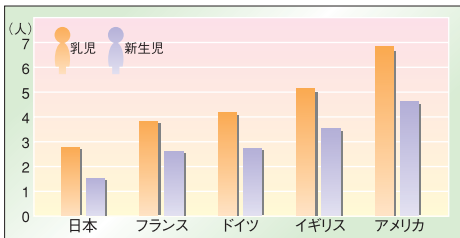
- ①今の生活圏から離れたところへの転勤がないこと。
- ②子どもの発熱の時にすぐに預かってくれたり、学校の大切な行事に代理で行ってくれる人がいること。
- ③休まなければならない時に代わりに診察してくれる同僚がいること。
- ④当直は免除してもらえること。



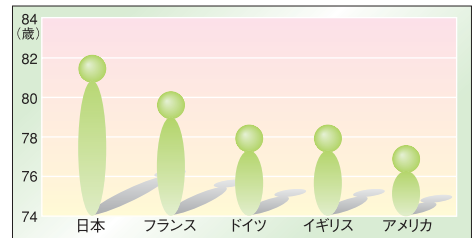
# 日本の医療は「世界一」？ 安上がりの医療と高い患者負担。

低い乳幼児死亡率と、高い平均寿命の達成、アクセスの良さなどで評価され、「世界一」と賞賛された日本の医療。国民皆保険制度と医療者の献身的労働によって達成されたものです。

■ 出生1000人あたり死亡数(2004年)



■ 平均寿命(2004年)



2000年にWHOは日本の医療を「世界一」と賞讃しました。世界一の平均寿命、世界最高水準の乳幼児死亡率の低さ、そして世界有数のアクセスの良さなどが総合的に評価された結果です。このこと自体は、国民の運動によりつくりあげた国民皆保険制度と日本の医療者達の極めて献身的な労働によって達成したものと誇るべきでしょう。

しかし、実際の医療現場の様子を見ると決して喜んでいられないのが実情です。「3時間待ち3分診療」と称された待ち時間の長さは相変わらず

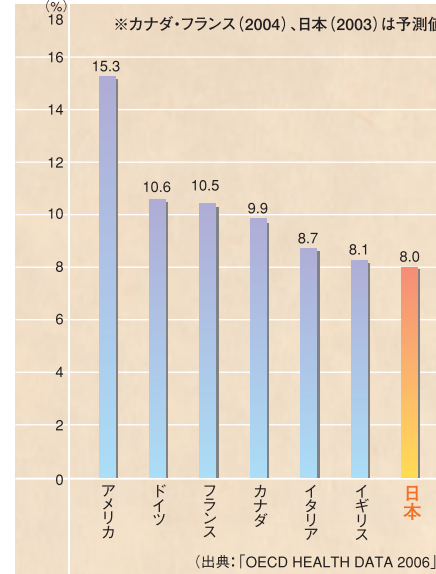
ですし、夜間になれば都会でも救急車がたらい回しにされるさまは、どうみても「世界一」には見えません。医師1人が1年間に診察する外来患者数はOECD平均が約2,400人なのに対して日本は8,000人を超えています。患者さん一人にかかる時間は短く、説明不足の原因にもなります。

なぜ、こういったことが起こるのでしょうか？一番大きな理由は日本が一貫して医療にかかるお金を抑制してきたということです。この二十数年間様々な制度が改定され、社会保障全般に渡って国の支出が抑制さ

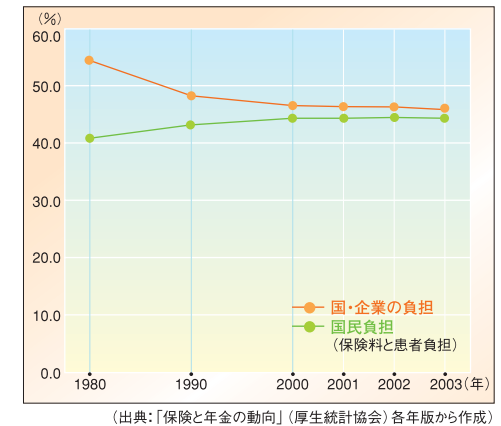
「政府が医療に金を使わない国」

ますます国民負担が増え、自己負担率は世界一とも。

■ 先進7ヶ国の2004年総保健医療支出(GDP比)



■ 減り続ける国・企業の負担、増え続ける国民負担



れてきました。

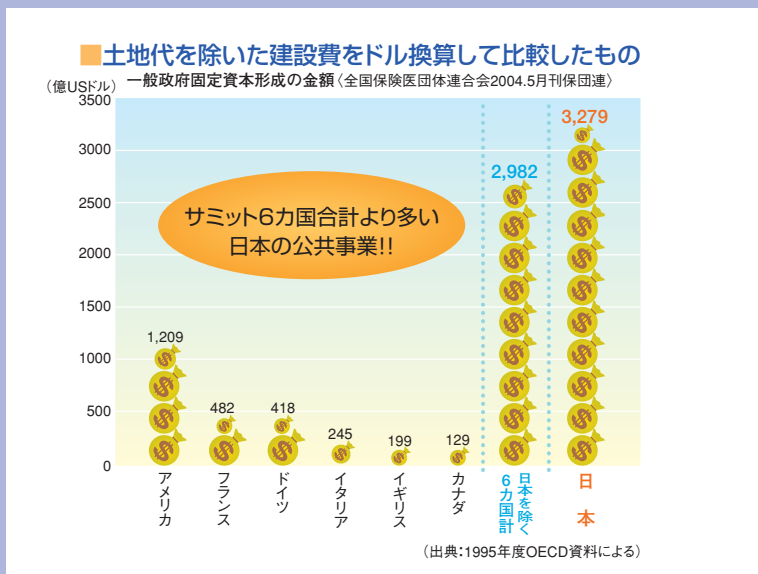
OECDの調査では、日本はGDPに占める保健医療支出が先進7ヶ国(G7)の中で最も低い、世界有数の「政府が医療に金を使わない国」になっているのです。一方患者自己負担は年々増大し、差額室料などを加えた日本の患者自己負担率はアメリカを抜いて世界一とも言われています。本来国が負担すべき費用を患者・国民が代わりに払ってきたようなもの

です。この「安上がりの医療と高い患者負担」は国民生活に重大な影響を及ぼし、医療を受ける権利を脅かしています。今やワーキングプアが400万世帯を超え、国民健康保険加入者の約20%が保険料を払えず、35万世帯が保険証を取り上げられているような状況におちいつています。医療に金をかけない政府の姿勢が諸悪の根源であると私たちは考えています。



# いったい何にお金を使っているのでしょうか？ 国は「金がない」と言うけれど…。

## サミット6カ国合計より多い日本の公共事業費



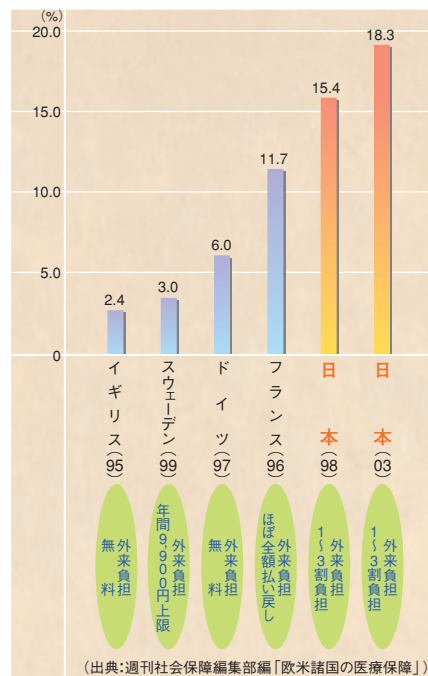
政府は口を開けば「財政赤字が大変で医療に金をまわせない」と言いますが、では一体何に金を使っているのでしょうか？

現在の総医療費は年間約30兆円ですが国の財政から支出されるのはその3分の1弱です。ちなみにパチンコ業界も約30兆円、携帯電話・パソコン業界は約26兆円、公共事業は国・

地方合計約50兆円です。グラフに示したように日本は世界一公共事業に金をかけている国になっています。その総額は日本をのぞいた他のサミット参加国の公共事業費の合計を上回るほどです。必要な公共事業にはもちろん金をかけるべきですが、船がほとんど来ない港や利用者の極端に少ない道路や空港など、医療費を

定率減税、高齢者控除の廃止など、国民の負担増加と法人税削減、バランスに疑問を抱かざるをえません。

## 世界的に突出した日本の窓口負担率 (医療費に対する患者の実効負担率)

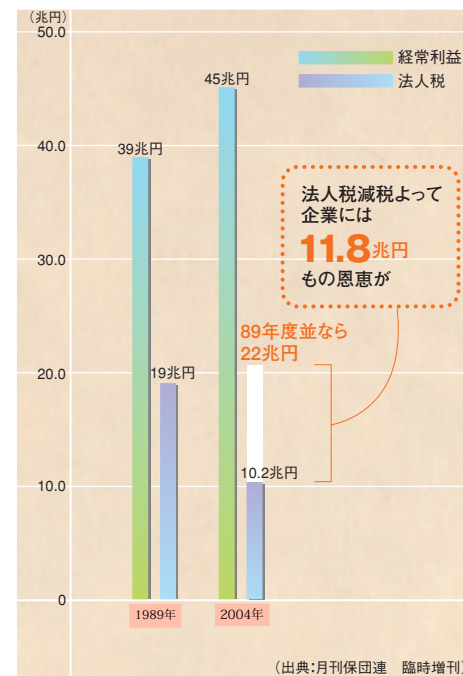


抑制してまで作らなくてもよいものがあるのではないのでしょうか。

また世界で5本の指に入る膨大な軍事費にも注目しなければなりません。在日米軍への思いやり予算や年間5兆円近い防衛予算が「聖域」にされているのは大きな疑問です。

さらに、定率減税・高齢者控除の

## 収益は最高なのに、税金は半分 (法人企業の収益と法人税収)



廃止など、国民の負担が増えているのに対して、法人税はこの15年間に10%も削減され計160兆円の減税となっており、負担のバランスに疑問を抱かざるを得ません。国民生活の根幹を成す医療・福祉をもっと大切にしたい政策が必要ではないのでしょうか。

## みなさんとともに、とりくんでいきたい…

これまで、日本の医療と医師をめぐる困難な状況を医療提供体制の点から述べてきました。過重労働に耐え切れず、次々と病院を去る医師。残された医師にっそうの厳しい労働がのしかかり、ドミノ倒し状態になりつつあります。

このままの状況を放置すれば、医師が海外に逃げ出したイギリスの二の舞になりかねません。これらは自然現象でなく、国の公的医療費抑制、医師数抑制という政策によってもたらされたものです。明らかな失政ではないでしょうか。

今こそ多くの国民と全国の医師が力を合わせて行動する時です。





## “医療再生のための処方箋”

私たち民医連は以下のような要求を掲げて  
みなさんとともに、この問題にとりくんでいきたいと思ひます。

—安全・安心の医療のために、医師を増やし、公的医療費を増やす政策に転換を！

医学部定員削減の閣議決定を見直し、  
医師養成数を増やすこと。

- 必要医師数の意図的な過少予測をやめ、  
はやくOECD平均水準に近づけること。
- 直ちに医学部定員数を削減前の8360人  
(現状より735人増)に戻すこと。

労働基準法を遵守し、  
勤務医が働き続けられるように  
診療報酬を増やすこと。

- 医師の健康と医療の安全性のために  
当直明けの休み、せめて週1回の休日  
取得の手立てをとること。
- 女性医師が働き続けられる支援策をつ  
くること。
- 勤務医が本来業務に専念できるように  
医療スタッフを確保すること。



僻地勤務や不足が著しい専門科を  
積極的に選択できる  
条件づくりをすること。

- 「義務化」でなく僻地勤務がしやすいように、  
必要な教育研修を充実させ、勤務期間の工  
夫や学会への参加保障などをおこなうこと。
- 地域格差の現状や各専門医の不足状況など  
の情報を医学生や研修医に知らせ、期待さ  
れている進路について自主的に考えられる  
機会を増やすこと。
- 各専門医学会の提言や現場の意見をよく聞  
くこと。

医療事故などへの警察介入をやめ、  
原因究明と再発防止を目的にした  
第三者機関の設置と  
無過失補償制度を設立すること。

## 「医療崩壊を食い止める！ ゴールはすでに見えている」

済生会栗橋病院 副院長 本田 宏



私は今まで8年間以上、このま日本が医療費抑制策をとって、さらに医師の絶対数不足を放置すれば医療崩壊が起きることを、グローバルスタンダードと比較しながら各方面に発信してきました。当初は私の発言など見向きもされませんでした、皮肉なことに全国各地で医療崩壊が現実のものとなって、今その流れは大きく変わっています。

今年になって毎日新聞は1月23日から「医療クライシス」、4月2日から朝日新聞は「医療危機」連載を開始、3月29日読売新聞は「全国の救急病院が過去5年間で約1割減少」の調査を発表し、5月14日にはテレビ朝日「スーパーJチャンネル」、5月27日にはTBSの「噂の東京マガジン」で医療崩壊が取り上げられるなど医療崩壊に関する報道は枚挙に暇がありません。

少し前まで医療事故ばかりが報道され、医師バッシングさえ起きていたことから考えれば信じられない変化です。そして2月には日本医師会が「医師の絶対数は不十分」を公式に認めて、現在では政治の世界でさえも医療崩壊阻止がキーワードになりつつあります。もちろんこれで医療崩壊がストップするわけではありません、まだまだ油断は禁物です。私の母校福島県郡山市立金透小学校には「陽気発処、金石亦透。精神一到、何事不成」(※)という掛け軸がありました。「医療は命の安全保障」、私たち国民が正しい選択をするためには正しい情報とその必要最低条件、現場からの情報発信、諦めずに頑張りましょう。

※：どんな困難も精神を集中して行えば打ち勝つことができる：広辞苑より



医療崩壊に立ち向かい、医療再生をめざす  
大きな波、大きなうねりを

みなさんとともに起こしたい。  
ドクターウェーブ







国の繁栄は、国民の健康が保障されて初めて成り立ちます。

いまこそ、社会保障費の抑制から、拡大への転換が必要です。

ご一緒に、平和と福祉の国づくりを!

## 全日本民主医療機関連合会

〒113-8465 東京都文京区湯島2-4-4

平和と労働センター7F

tel.03-5842-6451

fax.03-5842-6460

URL <http://www.min-iren.gr.jp>

E-mail [min-iren@min-iren.gr.jp](mailto:min-iren@min-iren.gr.jp)