

小児科診療 UP-to-DATE

2018年11月7日放送

わが国の医療の将来像と医師の働き方改革

東京大学大学院 国際保健政策学
教授 渋谷 健司

本日は3つお話をさせていただきます。最初に日本の医療の現状です。2000年にWHO世界保健機関が、世界で最も優れたパフォーマンスとした日本の保健医療制度、それは今も世界一なのではないでしょうか。次に保健医療が制度から社会システムになるということです。これは私が2015年に座長を務めた厚生労働大臣の私的懇談会である「保健医療2035」の概要をご紹介します。最後に、社会システム化し、グローバル化する保健医療の中で、私たち医師はどのような働き方をすべきか、ということに関して、今まさに議論の最中である「医師の働き方改革」に関連して述べたいと思います。

日本の医療の現状

皆さんは、1990年代のバブル崩壊と金融危機を覚えていらっしゃいますか。金融というセクターは最も早くグローバル化します。しかし、日本ではバブル経済と護送船団方式の施策の中で、こうしたグローバル化の波とは一線を隔した内向きの経済政策を行ってきました。それが、不良債権や金融危機という結果を招くに至りました。そして1996年に当時の橋本政権は、「フェア」「フリー」「グローバル」という原則に基づいて、いわゆる金融ビッグバンを起こし、金融セクターの抜本的な改革をしました。

金融ビッグバン（1996年）

1. 護送船団方式 → フリー（市場原理が機能する市場）
2. 談合体質 → フェア（透明で信頼できる市場）
3. 国内保護 → グローバル（時代を先取りした国際的市場）

私見ですが、まさに医療セクターが 20 年前の金融セクターと同じような非常に大きなパラダイムシフトの中にあると考えています。

今、日本の医療を考えるときに、まず医療にどのくらいお金が使われているかということを知らないといけないと思います。非常にざっくりと申し上げると、教育には 9 兆円程度、公共事業費には 6 兆円程度、防衛費には 5 兆円、そして医療費は 43 兆円近くあり、非常に大きな額を使っているわけです。その中で、私たちが自前で払う費用というのは、10%強になります。医療費の半分は保険料、そして 40%は税金ということで、ほぼ 9 割近くが公的なお金で賄われているわけです。

そのために、いわゆる共有地の悲劇（「コモンズの悲劇」）が起きていると考えています。つまり、コモンズの悲劇における誰でも使える牧草地という共有資源が乱獲されることで資源の枯渇を招き、共有地としての保健医療が、コストを抑えるとか質を高めるというインセンティブがなかなか働かない状態になっていると思います。

先ほど申し上げましたように、2000 年に WHO 世界保健機関は、日本の医療制度は世界で最も優れたものの一つであると報告しました。それは、今でも当てはまるのでしょうか。私たちの研究グループでは、昨年度英国の Lancet という雑誌に、1990 年から 2015 年の 25 年間の日本の保健アウトカムの変化を分析する研究論文を公表しました。その中で、平均寿命と健康寿命についても分析しましたが、平均寿命においては 4.2 年、健康寿命においては 3.5 年の増加をしています。しかし、都道府県別の平均寿命・健康寿命をみると、近年格差は拡大してきています。更に、死亡率の低下によって平均寿命・健康寿命が延びるわけですが、近年その死亡率低下がやや鈍化してきています。厚生労働省の「健康日本 21」という 2013 年に始まった施策がありますが、その中で最も大きな目標は健康寿命の延伸と、健康格差の縮小ということになっていますが、私どもの研究では、近年、「健康日本 21」の目指す方向と全く逆行していると言わざるを得ません。更に高齢化に伴って、アルツハイマー病のようないわゆる変性疾患が非常に増えています。

そうした都道府県の格差や、近年における健康指標の改善度の鈍化が何によって起こるのかということを考えますと、1 つは、たばこや高血圧、糖尿病といった健康における危険因子の分布が都道府県で異なるのではないかと思います。2 つ目は、いわゆる医療費や医師・看護師などの医療人材が多い所と少ない所があるのではないかと。3 つ目は、同じような医療費、同じような人材の投入に対して医療の質の差によって保健アウトカム指標が異なってくるのではないかと。それから最後に 4 つ目として、保健セクター以外のその地域のコミュニティの力や教育とか、社会格差への対応とか、そうした「健康の社会的決定要因」の違いなのかなどの仮説があると思います。

日本の疾病負荷

- 我が国の健康改善が鈍化している。また、都道府県間の健康格差は拡大している。厚生労働省・健康日本 21（第 2 次）の目標「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」と逆行。
- 変性疾患（アルツハイマー病）の負荷が全国的に増加している。また、喫煙と不健康な食習慣は、疾病負荷の原因となる主要な健康リスク因子である。
- 健康格差は、保健システムインプット（医療費・人材）や既知のリスク因子のみでは説明できない。
- 保健システムのパフォーマンス（医療の質等）や健康の社会的決定要因（SDH）など、都道府県間における健康格差を生み出す要因について、さらなる詳細な研究が求められる。

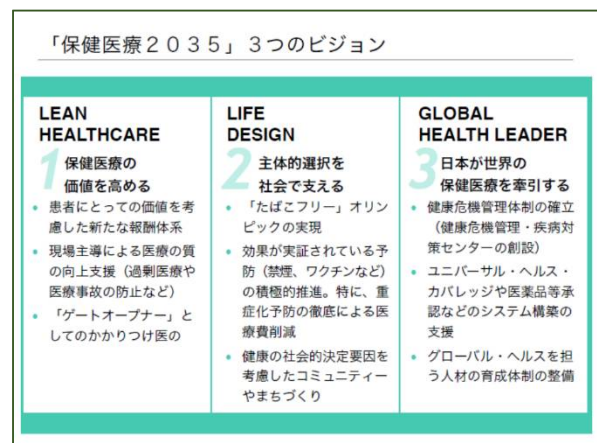
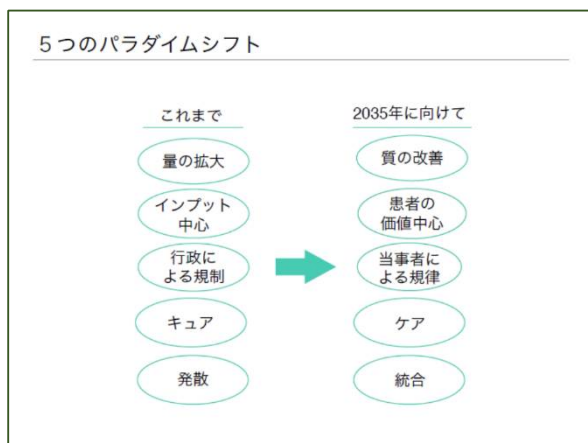
私たちの研究では、危険因子の分布あるいは医療費、それから医師の数というものだけでは、都道府県の格差のバラツキは説明できませんでした。これはまだ仮説の段階ですが、今後はそうした資源だけでなく、どうしたら医療の質を保てるか、向上できるのか、医療以外のいわゆる健康の社会的決定要因というものもきちんと考えていかなければならないと考えています。

「保健医療 2035」について

従来医療というものは、地域においてはプライマリケア（一次医療）、二次医療、そして大学病院のような三次医療という、いわゆるヒエラルキーがあったと思われていますが、実際にデータなどを見ますと、もう既にそうしたヒエラルキーではないネットワークに基づいた携帯に変わっています。地域では有機的にいろいろな患者さん、医療間の連携がとられています。つまり、医療というものが、単なる医療セクターの中のものではなくて、社会の経済状況の中の非常に大きなシステムとして捉え、それを進化させるということを考えなくてはいけなくなっています。私は 2015 年に当時の塩崎恭久厚生労働大臣の私的懇談会の座長を務めました。そこでのミッションは、20 年後を視野に医療が今後どのような方向に進むのか、どうあるべきなのかということ議論しました。

保健医療制度は、ともすると近視眼的かつパッチワーク的な見直しを繰り返し、全体として制度疲労を悪化させていると考えています。議論の焦点が、2 年に 1 回の診療報酬改定におけるパリの奪い合いや、短期的な医療費抑制政策、それによって既存の制度を維持するための負担増・給付減ということに終始しがちなわけです。しかし、将来ビジョンがない改革では展望もひらけないばかりか、改革に不可欠な国民的議論を深めることもできません。

そうした中で 20 年後を視野に、「保健医療 2035」においては 5 つのパラダイムシフトを出しました。1 つ目は、量の拡大から質の改善です。それから 2 つ目が、今までのような病床あるいは看護師さんの配置によるインプットから、患者さんの価値を中心とした医療に変えていこうということ。3 つ目が、行政によるトップダウンによる規制から現場の医療者・当事者による規律を重視していくこと。4 つ目がキュアからケアに、多くの人が疾病を持ちながら生きていく中で、病気を治して経済活動に戻す社会保障からケアをして生活支援をしていこうと。最後 5 つ目が、これまでの専門分化した発散型の医療から統合型の医療ということを出しました。



そして「保健医療 2035」では3つの大きなビジョンを出しました。1つは保健医療の価値を高めようということ、2つ目が主体的選択を社会で支えましょうと、つまり個人の選択の多様性を担保し、しかし個人の選択や自己責任だけでは医療は成り立たないので、それを社会で支えていくまさに「健康の社会的決定要因」を重視しました。それから3つ目は、日本が世界の保健医療を牽引するというのを打ち出しました。

医師の働き方改革

こうした医療の将来を見越した上で、今後どうしていくかを考える中で、今まさに日本の医療提供体制というのが非常に大きな変革の中にあるわけです。その中のホットな話題としては、医師の働き方改革だと思います。

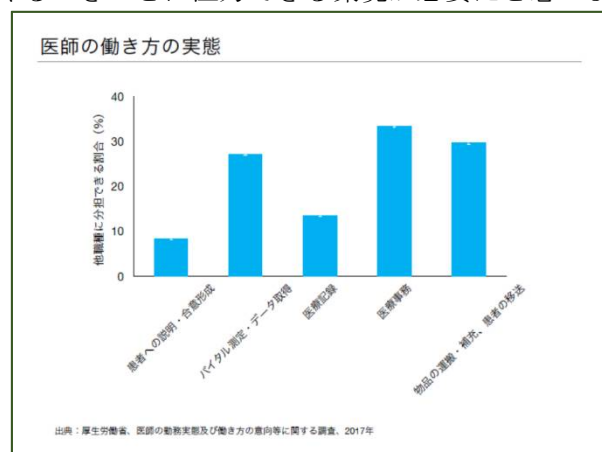
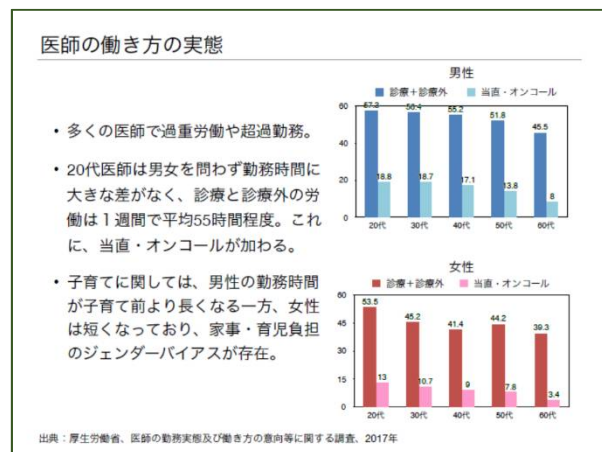
医療の提供体制は人口社会経済の変化やスピードに十分対応しきれず、医療現場では過重労働、超過勤務が恒常して、非常に大きな負担が成り立っています。

厚生労働省では2017年4月に「新たな医療の在り方を踏まえた医師看護師等の働き方ビジョン検討会（通称：ビジョン検討会）」の提言が出されました。そして昨年の8月からは、医師の働き方に関する検討が始まっています。

2017年に私が座長をしたビジョン検討会において、非常に包括的な方向性を出しました。つまり働き方のみではなく社会のパラダイム変化に対応するために、医師の需給・偏在の問題、医療介護の連携（地域医療計画）の問題、住民患者のヘルスケア意識の問題、そうしたものを一体的に検討し、そしてファクトベースの議論を進めました。この検討会では新たな医療のあり方を提示して、それに合わせて働き方を変えていこうというものです。

このビジョン検討会では、医師の働き方の実態調査をしました。それによると、多くの医師では過重労働や超過勤務が恒常化しています。特に20代においては男女問わず非常に勤務時間が長いです。医師の働き方の中では、医師が本来やるべきことに注力できる環境が必要だと思いますが、雑用や事務作業を含めると1日に20%弱はそうした本来医師でなければできないこと以外が占めています。さらに、看護師やコメディカルに任せることのできる部分を含めると、今の医師の時間をタスクシフトすることでかなり削減が可能です。

医療提供体制で非常に大きな課題に医師の偏在があります。本当に医師は地方に行かないのかということで、ビジョン検討会で調査した



ところ、実際に地方で働いても良いと答えた方は44%いました。さらに若い20代の医師では60%です。ですから、医師は必ずしも地方に行きたくないと思っているわけではありません。ではなぜ行かないのかということも調べましたが、やはり最も大きな理由は労働環境への不安です。そして年代別に見ると20代は専門医の資格を取り一人前になるにはやはり都市部が有利だと考えています。そして30~40代では結婚して子どもができると、子どもの教育や家庭の問題が出てきます。50代になると、自分の老後、そして親の介護という問題が出てきます。こうした問題は必ずしも医師には限らず、他のセクターでも非常にみられることだと思います。こうした環境を変えていかない限り、若い医師を強制的に地域に送っても恐らく医師の偏在は改善しないのではないのでしょうか。

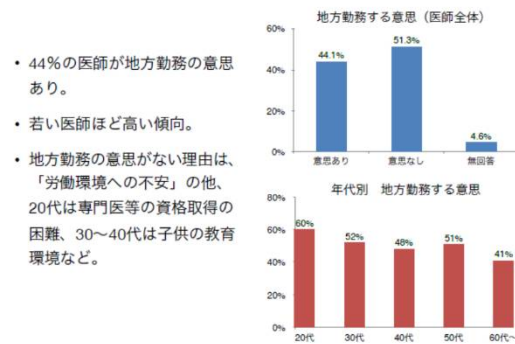
そうした中でビジョン検討会においては、「働く人が疲弊しない持続可能なシステム」ということで、医療制度を高生産性・高付加価値構造へと変えていこうということを提案しました。働き方改革では、ともすると時間外労働規制などに議論が集中することが多いですが、それはあくまでも改革の結果であって、目的ではないと考えます。しかし、逆に考えると、時間外労働規制は、医療のあり方が大きく変わる契機になるかもしれません、

ビジョン検討会で4つ提言しましたが、1つ目は医療従事者に柔軟な働き方を、2つ目は地域主体で医療資源を最適化しましょう、3つ目がテクノロジー最大限活用しましょう、4つ目がタスクシフトを進めましょう、ということです。

こうした議論は、宿日直自己研鑽などの時間外労働をどのように扱うか、それから医師の特殊性としては応召義務がありますが、それをどう解釈するか、更に医療提供体制においては勤務環境改善やそしてタスクシフト、そして病院機能の分化や集約化をどう進めていくか、更に言うところ提供体制だけでなく国民の皆さん側にも医療の上手なかかり方を理解していただき、不要な受診を減らすことも大切です。そのために、医療のかかり方に関する検討会も並行して開催しています。

働き方改革というのは多様性を認めるよう変革へのプロセスですから、一昼夜で起こるわけではありません。ですから、現状追認ということではなく、これを機会に非常に過酷な医師の働き方を医療提供体制側のみならず、国民全体の課題として、本当に大事な医療というものを守っていくための非常に大きな機会となって欲しいと考えています。

医師の働き方の実態



出典：厚生労働省、医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査、2017年

「医師の働き方改革に関する検討会」の今の主要論点

1. 時間外労働の上限時間の設定 (宿日直・自己研鑽)
2. 医療の特殊性 (応召義務)
3. 医療提供体制
 - ・ タスクシフティング
 - ・ 勤務環境改善
 - ・ 医療のかかり方

出典：第9回医師の働き方改革に関する検討会資料

本日はまさにこれから医療が変わっていかうとする中で、医師の働き方改革というものがどのようなところにあって、将来を見越した提供体制に変わっていく過渡期であるということを3点ほど述べさせていただきました。

「小児科診療 UP-to-DATE」

<http://medical.radionikkei.jp/uptodate/>