

臨床倫理メデイエーション

国立大学法人山形大学医学部 准教授 中西 淑美

83 「医療崩壊」の言葉の変遷とその意味

はじめに

2025年7月20日の参議院選挙では、各党の主な公約は、物価高対策や減税、少子化対策であった^①。確かに、戦後に獲得した快適な生活を続けるために、減少する生産労働人口の確保は重要課題であらう。国民の安定した生活の基本には、同時に医療・介護・保健の維持も、今日、避けて通れない課題である。医療に象徴される課題は、国民の生存に不可欠な社会的課題である。選挙公約や政策課題の中で、「医療崩壊」という言葉について、言及される選挙ではないようだが、この「崩壊」に象徴される2000年以降の医療変遷

を素描することにした。なお、戦後からの公衆衛生（保健）と経済の変化を表に示した。これを念頭においていただきたい。

本稿では、過去には、立ち去り型サボタージューという言葉で示された「医療崩壊」の言葉の変遷と意味について、考えてみることにする。

1. 「医療崩壊」という言葉について

「医療崩壊」については、定義として明確ではないが、現在では、主に以下の状況を指す。「医療崩壊」とは、患者が必要な医療を受けられない状態であり、最も広範な意味合い

表 第二次世界大戦後からの公衆衛生（保健）と経済の変化

時代と経済の特徴	公衆衛生の課題	主な医療関係の法律
第二次世界大戦敗戦直後 (1945～1950後半)	栄養失調、結核・感染症、 公衆衛生施設再建	医師法・歯科医師法・保健師助産師看護師法（1948）、 医療法（1948）
高度経済成長期 (1950後半～1973)	公害と公害病、慢性疾患、 感染症克服	老人医療費無料化制度（1973）
低成長期 (1973～1990の バブル経済崩壊)	生活習慣病、高齢化対策	老人保健法（1982）、 救急医療崩壊（1980年代前半）、 医療法第一次改正（1986）
低迷期（1990～） 第三次産業の成長、 生産年齢人口減少、 急性期雇用の増加	健康寿命延伸、 COVID-19パンデミック	介護保険法（1997）、 三次救急体制整備、 新臨床研修医制度（2004）、 医療法第8次改正（地域医療構想など2024）

としては、病状が悪化し入院が必要な患者が、病床や医療従事者の不足、あるいは医療機器の不足などにより、適切な治療を受けられない状態を指す。

「医療崩壊」について、主な年代別の変化とその理由を簡潔にまとめてみることにする。

(1) 2000年代半ば～後半

「医療崩壊」という言葉の登場と浸透

草創期の状況としては、2003年、医師の逮捕という前代未聞の刑事事件である福島県立大野病院事件を契機に、診療が脅かされる可能性があることから、医師が訴訟の多い外科や産婦人科の診療科を避けるといった診療科の偏在問題と地域医療の担い手不足の問題が浮き彫りにされたことが始まりであった。泌尿器科の医師の著書から取られた小松の「医療崩壊―立ち去り型サボタージュ」という言葉も流行し、2006年頃から「医療崩壊」という言葉が医療界で広く使われるようになり、2007年頃には一般にも浸透した⁽²⁾。

主な問題意識は、地域医療の危機的状況であった。具体的には、医師不足、特に産科・小児科・救急などの特定専門科の医師不足、勤務医の過重労働、病院経営の悪化（多くの病院が赤字）、医療訴訟の増加と、それによる医師の萎縮（防衛医療の増加）、救急医療のた

らい回し問題、へき地や過疎地域での医療機関の閉鎖・診療科の減少などが挙げられた⁽³⁾。

これらの問題が複合的に絡み合い、「必要な医療が受けられない」「医療提供体制が持続不可能になる」という危機感が「医療崩壊」という言葉で表現された。2007年の北海道夕張市の財政破綻に伴う病院閉鎖も、この時期の象徴的な出来事であった⁽⁴⁾。

制度的な主な理由としては、まず、2004年の新臨床研修制度の導入が挙げられる。これは、医師が大学医局に属せずに初期研修を行うことになったため、それまで医師を派遣していた地方の病院や不人気科への医師の供給が減少し、医師不足が顕在化した。次に、医療費抑制政策である。1990年代後半から続く医療費抑制政策により、病院の経営が圧迫され、勤務医の給与や労働環境の改善が難しくなった。第三に、医療安全に対する社会的要求の増大と医療訴訟の増加が挙げられる。医療過誤に対する世間の目が厳しくなり、医療訴訟のリスクが高まったことで、医師の負担が増え、産科など訴訟リスクの高い診療科を敬遠する動きが出た。

第四としては、医師数抑制政策の影響がある。1980年代中盤からの医師数抑制政策が、この時期に現場の医師不足として現れ始めたことである。

(2) 2010年代

「慢性的な問題」としての認識

この当時の状況と使われ方として、「医療崩壊」という言葉は引き続き使われたが、2000年代半ばのような緊急性は薄れ、より慢性的な日本の医療が抱える構造的な問題として認識されるようになった。医師不足や地域偏在は依然として課題であり、特定の診療科や地域での医療アクセスの問題が指摘され続けたのである。また、高齢化の進展に伴う医療費の増大や、医療と介護の連携の必要性なども議論の対象となった。

この当時の問題による主な理由は、まず、高齢化の加速が挙げられる。超高齢社会の到来により、医療ニーズが多様化・増大し、医療提供体制への負荷が継続したからである。次に、医療法改正と個人の権利意識の高揚と医療の機能分化の推進がある。病床規制や医

療計画の見直しが進み、病院の機能分化（急性期、回復期、慢性期など）が図られたが、これが医療機関間の連携や患者の流れに新たな課題を生むこともあった。

(3) 2020年代

（新型コロナウイルス感染症による再燃と新たな側面）

2020年、新型コロナウイルス感染症のパンデミック発生により、「医療崩壊」という言葉は再び強いリアリティを持って語られるようになった。

この時期の「医療崩壊」は、主に以下の状況を指した。

- ① 感染症病床のひっ迫…コロナ患者の急増により、一般病床やICU（集中治療室）が埋まり、医療を必要とする患者が適切なタイミングで入院・治療できない状況。
- ② 医療従事者の不足と疲弊…感染症対応に特化した医療従事者の不足、防護服の不足、過酷な勤務による医療従事者の離職。
- ③ 通常医療の制限…コロナ対応にリソースを割くため、救急搬送の受け入れ制限、手術

の延期、一般外来の縮小など、通常の医療提供が困難になる状況。

- ④ 医療資源の不足…医療機器（ECMOなど）、医薬品の不足。

- ⑤ 自宅療養中の悪化・死亡…入院できない患者が自宅で症状を悪化させ、死亡するケースが問題となった。

この時代に「医療崩壊」という言葉を使うようになった理由は、まず、感染症のパンデミックという未曾有の事態が発生し、平時の医療提供体制では想定していなかった規模の医療ニーズの急増と、感染症特有の対応の困難さ（感染対策、ゾーニングなど）があったことによる。次に、感染症対応に特化した医療資源の不足、つまり、感染症専門医や病床、人工呼吸器などの不足が浮き彫りになったこともあるだろう。そして、パンデミックという感染社会で決定打となったのは、日本独自の医療提供体制の問題である。諸外国に比べて病床数は多いものの、精神科病床や長期療養病床が多く、急性期医療に対応できる病床が必ずしも潤沢でないこと、医療機関間の連携が十分でないこと、行政機関との連携の不

備などが、改めて指摘されたのである。

特に、新型コロナウイルス感染症のパンデミック時には、感染症病床のひっ迫や医療従事者の疲弊により、通常であれば受けられるはずの医療（救急搬送、手術、検査など）が制限される状況が「医療崩壊」として強く認識された。入院待機中に死亡するケースなども含まれ、医療資源の需給バランスの崩壊、すなわち、医療を提供する上で必要な「医療資源」（医師・看護師・薬剤師・技師などの医療従事者、医薬品、医療機器など）の供給が、必要とされる需要に追いつかない状況を指した言葉として社会に再認識させた。

「医療崩壊」という事象は、患者数の急激な増加（パンデミックなど）や、医療従事者の過重労働による離職、医療機関の閉鎖・診療科の減少などが原因となり得る。また、感染の影響下にある社会ではなくても、日常的な医療提供体制の維持が困難な状況があれば起こり得る。特定の感染症の流行といった非常時だけでなく、平時においても、本来提供されるべき医療が提供できない状態を、「医療崩壊」として指すという現象もみられるよ

うになった。

人口減少に伴う過疎地域における医療機関の不足や、特定の診療科における医師の偏在だけではなく、若手医師の都市定着志向による医師不足など、慢性的な医療資源の偏りや不足が原因で、地域全体に必要な医療が提供できない状況を指す場合にも表現される。

最近では、医療サービスの質の低下や医療事故の増加などでも使用される。つまり、患者の多様化する価値や権利を遂行するための医療従事者の不足や疲弊により、十分なケアが行き届かず、「医療サービスの質が低下したり、医療事故のリスクが増加したりする状況が含まれることも表現される。

(4) 「医療崩壊」の言葉の変遷のまとめ

「医療崩壊」という言葉は、2000年代半ばに「医師不足と過重労働による地域医療の危機」を背景に登場し、2010年代は紛争訴訟や医療安全管理で拡大し、2020年代には「大規模感染症による医療提供体制の機能不全」という新たな側面が加わった。

根本にあるのは、医療費抑制政策、少子高

齢化、医師の地域・診療科偏在など、日本の医療が長年抱えてきた構造的な課題であり、これらの課題が時々の社会状況によって異なる形で顕在化し、「医療崩壊」という言葉の解釈も変化してきたと言える。

2025年現在の解釈としては、社会的な医療の提供体制の不備であり、それは、単に病床が埋まるというだけではない。医療従事者の疲弊、研究時間の減少による医療の質の低下、経済格差による医療アクセスの不平等、さらには病院経営の悪化といった、医療システム全体に関わる複合的な問題が「医療崩壊」という言葉に含まれるようになってきている。

2. 病床機能の分化・連携の

メリット・デメリット

厚生労働省が進める病床削減（より正確には「地域医療構想」に基づく病床機能の分化・連携および全体としての病床数の適正化）の政策は、日本の医療が抱える構造的な問題に対応するためのものであり、メリットとデメリットの両面がある。

まず、メリットとして、次のようなことが考えられる。

① 医療資源の効率的な活用と最適化、② 機能分化の推進、③ 過剰な病床の抑制、④ 医療従事者の負担軽減、⑤ 地域包括ケアシステムの推進、⑥ 医療の質の向上、⑦ 医療費の抑制が挙げられる。①から⑦までのメリットについて具体的に述べる。

①（医療資源の効率的な活用と最適化）は、病院が「高度急性期」「急性期」「回復期」「慢性期」といった機能に特化することで、それぞれの病院が最も得意な分野に注力できるようになる。これにより、限りある医療資源（医師、看護師、医療機器など）を有効に活用し、無駄をなくすことが期待される。

②③（機能分化の推進、過剰な病床の抑制）は、日本はOECD諸国の中でも病床数が非常に多い国であるが、必ずしもすべての病床が効率的に使われているわけではない。過剰な病床を減らすことで、病床維持にかかるコストを削減し、医療費の適正化に繋がるからである。

④（医療従事者の負担軽減）は、適切に機

能分化が進めば、例えば急性期病院のスタッフは急性期医療に集中でき、在宅医療や回復期医療の専門家はそれぞれの分野で力を発揮できる。これにより、医療従事者の過重労働や専門外の業務負担が軽減される可能性がある。

⑤（地域包括ケアシステムの推進）は、病床を減らすだけでなく、病院から在宅医療や介護へのスムーズな移行を促すことで、住み慣れた地域で医療・介護サービスを受けながら生活できる「地域包括ケアシステム」の構築を目指すことができる。急性期の治療が終わった患者が速やかに回復期や在宅医療に移行できるようになれば、病院のベッドを本来に必要な急性期患者のために確保もできる。

⑥（医療の質の向上）は、各機能に特化することで、それぞれの病院や病床での専門性が高まり、医療の質が向上することが期待される。例えば、高度急性期病院は重症患者の治療に、回復期病院はリハビリテーションに特化することで、より質の高い医療を提供できるようになる。

⑦（医療費の抑制）は、病床の維持には多額のコストがかかるが、過剰な病床を削減す

ることで、国全体の医療費を抑制し、財政健全化に寄与する可能性がある。

次に、デメリットとしては、以下が考えられる。

①必要な医療へのアクセスの困難化、②病床不足による患者受け入れ制限、③救急医療のひっ迫、④医療機関の経営悪化と疲弊、⑤住民への理解不足と不信感、⑥移行期の混乱と連携の難しさが挙げられる。各デメリットについては以下が考えられる。

①②（必要な医療へのアクセスの困難化、病床不足による患者受け入れ制限）としては、地域によっては、病床削減が先行し、いざという時に必要な病床が足りなくなる可能性がある。特に、新型コロナウイルス感染症のパンデミック時には、実際に病床不足が深刻化し、入院できない患者が多数発生した。

③（救急医療のひっ迫）は、病床削減が進むと、救急患者の受け入れ先が見つかりにくくなる「救急搬送のたらい回し」が悪化する懸念がある。

④（医療機関の経営悪化と疲弊）は、病院の再編・統廃合に伴う地域医療の衰退の懸念

である。

特に過疎地域や地方では、病床削減や病院の統廃合が進むことで、地域住民が医療サービスを受けるまでの距離が長くなったり、かかりつけ医が見つかりにくくなったりするなど、地域医療自体が衰退する可能性がある。病床削減は、病院にとっては収入減に直結するため、経営がさらに悪化するであろう。特に、病床削減の対象となる病院は、経営体力の弱い病院が多いため、廃業や規模縮小に追い込まれるケースも考えられる。これにより、医療従事者の雇用が不安定になったり、給与カットにつながったりする可能性があり、医療従事者のモチベーション低下や離職を招く恐れもある。

⑤（住民への理解不足と不信感）として、「病床削減＝医療が受けられなくなる」という誤解や不安が広がり、住民の不信感が高まる可能性がある。病床機能分化や地域包括ケアの重要性について、十分に理解が得られていない可能性は大いにある。

⑥（移行期の混乱と連携の難しさ）として、病床削減だけでなく、機能分化や地域連携が

スムーズに進まなければ、かえって患者のたらい回しが増えたり、医療と介護の連携がうまくいかなかったりするなどの混乱が生じる可能性がある。情報共有のシステムや人材育成など、円滑な連携のための基盤整備が不十分なまま進められると、医療の質が低下する恐れもある。

厚生労働省の病床削減政策は、将来の超高齢社会を見据え、限りある医療資源を効率的に活用し、質の高い医療を持続的に提供するための重要な取り組みである。しかし、その実行においては、地域の実情を十分に考慮し、必要な病床を確保しつつ、機能分化と地域連携を円滑に進めるための具体的な支援策や、住民への丁寧な説明が不可欠である。臨床現場に任せることなく、デメリットを最小限に抑え、メリットを最大限に引き出すためには、柔軟な運用と継続的な見直しが求められている。

3. 医療崩壊への対策と予防

「医療崩壊」の対策と予防は多岐にわたるが、主要な原因の一つである医療従事者の不

足と過重労働の解消は対策の一つである。

また、地域医療連携の強化の計画策定は必須である。

(1) 医療従事者の確保と負担軽減

まず、医師・看護師等の増員と偏在解消のためには、①医学部定員の増設など、長期的な視点での医療従事者育成、②医師偏在対策として、地域医療支援センターや地域医療介護総合確保基金などを活用した医師・看護師等の派遣および派遣受け入れの促進、③医師・看護師等の派遣元病院に対する措置の拡充がある。

次に、勤務環境の改善のため、①医師事務作業補助者の配置による事務作業の負担軽減、②看護補助者の配置による看護師の業務負担軽減、③多職種連携によるタスク・シフトやシニアの推進（薬剤師による服薬指導拡大）、④臨床検査技師・看護師による採血実施など、⑤交代勤務制や複数主治医制の導入、勤務間インターバルの確保、⑥育児・介護休業制度の活用、院内保育所の設置など、ワークライフバランスへの配慮、⑦長時間労働対策の策定と勤務時間の検証、⑧処遇の改善として医

療従事者の収入面でのサポートや、就業条件の改善がある。

(2) 医療提供体制の強化と効率化

医療資源を効率的に活用し、適切な医療が必要な人に届ける体制を構築することが重要になる。

地域医療連携の強化のためには、以下の点を考慮する。

- ① 医療機関の機能分担を明確化し、高度急性期、急性期、回復期、慢性期といった機能に応じた病床配分と連携を促進。
- ② 「かかりつけ医」機能を強化し、住民が身近な医療機関で継続的なケアを受け、必要に応じて中核病院へ紹介できる体制を整備。
- ③ 地域全体で情報共有システムを構築し、患者情報のスムーズな連携を図る。
- ④ 地域医療連携を推進する拠点（地域医療連携センターなど）の設置。
- ⑤ 医療費の適正化と効率の運用。
- ⑥ 診療報酬の適正化や医療費の効率的な使用の検討。
- ⑦ 薬剤費や医療材料費の削減努力。

⑧DX（デジタルトランスフォーメーション）の導入と先進的なDXを活用し、患者フローの効率的なコントロールや情報共有を迅速化。

⑨感染症対策の強化（新興感染症発生時に対応できるように、医療機関間の役割分担や連携体制を構築）。

⑩精神疾患患者・認知症患者など閉鎖的環境にある場所での感染予防対策の徹底。

(3) 住民・患者側の意識向上と協力

医療は医療機関だけでなく、住民や患者も協力して維持していく必要がある。

①受診行動の適正化（軽症での安易な救急受診を避け、かかりつけ医を受診するなど、適切な受診行動を促す）。

②健康教育や保健指導を通じて、病気の予防や早期発見・早期治療への意識を高める。

③国民健康保険制度の改善（受診抑制の原因となる国保料の引き下げや保険証の確実な交付など、医療へのアクセスを保障する制度改善）。

これらの対策と予防について、個人レベル

として、社会として、複合的に推進構築し、調整することで、持続可能で質の高い医療提供体制を維持していくことにつながっていくと考える。

最近では、多職種連携による在宅移行支援の経済的な価値を明らかにして、今後の政策決定や医療現場での実践において、費用対効果を考慮した質の高いケアモデルの構築を促進する上で、非常に参考になる研究（多分野にわたる移行ケア介入の費用対効果…系統的レビューとメタ分析）もある⁽⁵⁾。

まとめ

本稿では、「医療崩壊」という言葉のこの25年余りの変遷と意味について考察した。

この言葉に関して、医師を中心とした職業倫理を過去に問われたこともあったが、医療を取り巻く情勢、経済的社会的世界的な視点からの考察が必要である。

医療現場の実情や状況に合わせた、病床数の減少がもたらすメリット・デメリットについて調整しながら、地域医療構想と人口減少

社会で、何ができるのか、柔軟な運用と継続的な見直しが要請される。

対策と予防には、医療提供者のみならず、医療受給者の権利や義務を明示し、国家的政策として、行政機関を巻き込んで地域医療の連携循環体制の構築と住民の理解と協力が欠かせない。

おわりに

持続可能な医療体制において、「医療崩壊」は国民の一人ひとりの健康な生活の維持と健康寿命延伸に大きく関わる言葉である。

それは、同時に、戦後の医療等の諸政策が公衆衛生・医療・介護・福祉と絡み合い、個別課題の解決では困難な時期に直面している現象ともいえるのではないか。

「医療崩壊」については、我が国の人口減少と超高齢社会のなかで、世界の流動的な経済社会や地球環境の温暖化を見据えた、共通理解^①に基づく、既得権益者だけではない、さまざまな対話を積み重ねていく必要性が、より重要視される時期なのかもしれない。**文**

参考・引用文献

- (1) <https://senkyo.harefull.co.jp/blog/nine-parties> (アクセス2025年7月5日)
【2025参院選】主要9党の公約を徹底比較！あなたの考えに近い政党は？
- (2) 小松秀樹・『医療崩壊・「立ち去り型サボタージュ」とは何か』、朝日新聞出版、2006年5月1日、295頁
- (3) 阿部昌樹・和田仁孝・「新入生のためのリーグルトビック50」・中西淑美134―137頁所収、法律文化社、2016年3月、総頁160
<https://toyokeizai.net/articles/-/29314?display=b> (アクセス2025年7月1日)「財政破綻の夕張」で起きた地域医療の現実―今、私たちが夕張市民から学ぶべき事は何か、森田洋之氏記事参照
- (5) Romain Collet, Charlotte Groenewoud, Raymond Ostelo, Juul van Grootel, Marike van der Leeden, Marike van der Schaaf, Suzanne Wiertsema, Edwin Geleijn, Mel Major, Judith Bosmans, Johanna van Dongen : Cost-effectiveness of multidisciplinary transitional care interventions : A systematic review and meta-analysis, International journal of nursing studies,2025 Aug;168:105103. doi : 10.1016/jijnurstu.2025.105103.
(アクセス2025年7月1日)