

コメンテーター： 日本医師会 常任理事 三 上 裕 司

日本医師会の三上でございます。今日は本当に興味深いお話を聴かせていただきましてありがとうございます。この五つの演題ですが、大きく分けまして三つに分かれるかと思えます。最初の四題は自治体病院、その中でも比較的都市部で病床の多い、お医者さんも多い地域と、比較的過疎地あるいは離島であって、お医者さんも非常に少ないというような地域、そして最後の一題が大学というような形で、全体としては三つに分かれるのではないかと思います。今日のテーマが地域医療ということがメインでございますので、最初に厚井先生がお話しになりました香川県の地域医療の医療圏の説明がございましたが、これを基本に考えさせていただきました。

最初の小豆地域、小豆島の内海病院のお話をされました久保先生のお話は、離島における医療、これには自治体病院が非常に重要であるということがよく分かったわけでございます。人口が徐々に減ってきているということ、そして民間の医療機関もそれにつれて減ってきており、お医者さんの高齢化にもよって、廃院していく所が増え、したがって公的病院の勤務医の先生方が地域の医療を担わなくてはならないという形になっているということが分かりました。

ただ、稼働率76%ということで全国平均と比較すると、あまり高くなかった小豆地域でございますが、これは離島がいろいろあるということで、アクセスの問題があるのかもしれない。ただ、内海病院につきましては収支が改善しております、離島でありましても、ある程度の人口のある島ではこのようなことが可能なのかもしれないと思いました。

また、救急につきまして、3次救急への搬送が大体年間40~50件あるというようなことでしたが、フェリーで運ぶのが一番多く、それが1時間以上かかるということが救急としては非常に問題があるのかもしれない。ドクターヘリが延べで2件しか使われていないということは、自治体としても、橋のない離島医療においてはドクターヘリのようなものを導入する必要があるのではな



いかと感じました。

また、三豊地域の大原先生のお話ですが、ここも比較的過疎地、つまり、へき地の支援医療をされているということですが、地域包括ケアセンター、最近では、介護保険あるいは新介護予防というようなことで地域包括支援センターという名前で、出てきておりますが、老健施設や訪問看護ステーションその他のものを組み合わせたケアセンターの運営というのは、地域の人たちは非常に便利で、喜んでおられるのではないかと思います。途中で、「病院の環境が悪いから在宅に変えた人がいましたが、それをきれいにしたら、それがなくなった」ということにつきましては、あまり居心地を良くすると在宅に帰らなくて、社会的入院が増えるのではないかと少し心配をいたしました。

坂出市立病院につきまして塩谷先生のお話がありました。こちらのほうはどちらかと言うと、都市部における自治体病院のあり方で、経営をいかにして改善するかというようなお話が主体だったと思っております。

私自身も320床程度の中規模の病院を経営しております。経営者として、塩谷先生の出されました経営理念につきましては、非常に共感することが多かったわけでございます。自治体病院の職員の皆さんの意識改革がこのようにスムーズにいくというのはまれなことではな

まして、私が、大阪の府立の病院の在り方委員会や病院事業経営推進協議会等で委員をしておりましたときに、自治体病院の意識改革や経営改善に取り組んでおりましたけれども、なかなか難しく、このように非常にすばらしく改善されたというのは本当にすごいなと感じました。またチーム医療が大事であって、「サッカーチームである。野球ではないのだ」というお話も非常に分かりやすく、説得力のあるお話だったと思っております。

さぬき市民病院の土光先生のほうですが、経営コンサルタントを導入されて、経営を改善されたということですが、ここでこの坂出市立病院及びさぬき市民病院の二つの病院のお話は主に経営の視点に立ったお話でございました。私が医師会の立場として少し気になりましたのは、民間病院との住み分けがどのようになっているのかというお話がこの中に触れられていなかった。私は、「官の仕事は民の足らざるを補う」のが原則であって、官業が民業を圧迫することはあってはならないというように考えているわけでございまして、どのように官民の連携をされているのかということ、また後で少しお話をさせていただきたいと思っております。

特に都市部の自治体病院はいわゆる地域医療支援病院、紹介率の高さで現在はある程度規定をされているわけですが、地域の医療機関を支援するという意味合いの病院が望ましいと考えております。へき地につきましては一般医療が足りないということで、一般的な医療を住民に提供するということが使命でございまして、病床過剰の所におきましては、逆に地域医療支援病院的な病院が望ましいと考えているわけですが、そのへんのところもまたお聞かせいただきたいと思います。

大学病院の問題につきまして千田先生のお話は、さすがに総合診療部の教授ということで、非常に地域医療に対して造詣が深いなと感心をいたしました。特にレジメの最初に地域医療の基本をずっと書いてございまして、「患者及びその家族が自らの状況に応じて的確なアドバイザー機能に則って、各々が機能分担しあっている多様な医療施設、適切な医療専門職能者を利用できるような仕組みを構築することである。そして、そのようなものがシームレスに組み合わさることによって、機能分化が連携と一体化した地域包括医療・ケア体制の構築を目指

す」というようなこと、これは本当にこのとおりであると考えております。

私自身は、地域医療は、いわゆる高度といえますか特定機能病院等を頂点とするピラミッドのような形をしたヒエラルキーではなく、患者さんとかかりつけ医を起点として無限に広がる円形が、本来の地域医療、特定機能病院で言いますと、3次医療圏をカバーするといった形であろうかと思っております。また、市民病院クラスの病院でありますと、2次医療圏をカバーするという形。有床診療所や中小の民間医院は1次といえますか1次医療圏という言葉はございませんが、そのような地域をカバーするかかりつけ医を、あるいは患者さんを起点として、そこをカバーする医療機能ではないかと考えております。

また大学病院は現在、本院につきましては全て特定機能病院ということになっておりまして、特定機能病院の機能はどのようなものかという定義につきましては、現在は医育機関の部分が欠落をいたしております。どちらかと言いますと、専門的な高度な医療の研修をする、あるいは提供する病院が特定機能病院ということになっておりまして、現在、国立循環器病センターや国立がんセンターのようなナショナルセンターも二つ入っているということでございます。これが、新しく新医師臨床研修制度が導入された際に、研修医の先生方に大学病院の評判が非常に悪くなった一つの理由かもしれないのですが、私は、大学病院は医育機関としての役目が非常に強く、そして人材を育成し、派遣をしていくという機能も大切なことであるので、今日の千田先生のお話は、ほかの大学の先生方にも十分聴いていただきたいという気持ちでございました。

全体を通じまして、医師の派遣の問題、これはへき地や離島等の過疎地といえますか、医師の偏在化・不足という問題に関係するわけですが、これを解決するために、昔は大学の医局が強制的に派遣をしておりましたけれども、今後はそのようなことがあまり期待できないということで、別の形の強制的、と言えませんが、インセンティブを付けていく必要があるのではないのでしょうか。例えば、今回の代議員会でも少しお話が出ましたが、徴兵制ならぬ徴医制というようなものも導入する必要があるかもしれませんし、あるいはキャリアアップの

手段として研修後のある一定の時期に1年か2年、地域医療・へき地医療・離島医療などを経験することが、その後のキャリアに活かされるというようなインセンティブを付けるということ、あるいは、リタイアをされたお医者さんと若いお医者さんが2人1組になって、へき地の医療を担うというようなシステムが、これから受け入れられるようになるようなこと、このようなことをいろいろと知恵を出して考えていく必要があるのではないかと考えました。

少し要らないことも申しましたが、私のコメントは以上でございます。ありがとうございました。

ディスカッション

◆**廣畑** ありがとうございます。日医の三上先生のほうから、いろいろと皆さん方の発表につきまして、ご意見を頂戴いたしました。

それでは、30分弱、時間ができましたので、いろいろとディスカッションをしたいと思いますが、まず最初に演者間同士で何か、ご質問・ご意見はございませんでしょうか。あるいは、先生方のほうで、もう少し言い足りなかったとか、言い残したというものがございましたら、ご追加いただければと思いますが、いかがでしょうか。はい、大原先生、どうぞ。

◆**大原** 先ほどの私の発表の仕方が悪かったと思うのですけれども、三上先生のコメントの中で療養環境の話があったのですが、がん末期の方で一般的な病院では最期まで個室に入れれないとか、ナースが手術患者の対応などで忙しくて対応してくれないとか、そのような不満があって家に帰る方が中におられました。それが緩和ケア病棟ができたことによって、環境面でもナースの対応においても良くなったという意味で話しましたので、その点をよろしく願います。

◆**廣畑** 他にどなたか。はい久保先生、どうぞ。

◆**久保** 離島からの搬送ということで、ドクターヘリのことですけれども、一応、香川県のほうが今、ドクターヘリという形まではいっていないのですけれども、香川大学の救急医療部が高松空港に近いので、高松空港から県のヘリコプターを大学に飛ばしまして、大学で救急救命センターのドクターを乗せて離島まで来てもらうというシステムが最近できております。それをまだあまり利用していないといいますか、利用しようと思うのですけれども、先ほど説明しましたように、目の前の三つの港から昼間はフェリーがしょっちゅう出ています。すると、そちらへ走って行ったほうがヘリコプターの要請をして来ていただくよりも、結果的には時間が短くなります。ただし、患者さんを搬送している時間帯だけを考えると、ヘリコプターだと5分ちょっとぐらいで大学まで行くので、非常に便利なのですけれども、全体の時間となると

少し問題があります。

特に急ぎたいと思うのは夜間ですけれども、夜間のヘリコプターについては、香川県のほうでは、「まだ、そこまではできない」ということです。自衛隊のヘリコプターだと、全国的には飛んでいる所もあるようですけれども、県のほうの救急ヘリはまだ、その体制をとれないということで、ちょっとヘリコプターの搬送が少なくなっています。

◆**廣畑** はい。以上でよろしいでしょうか。どなたか。はい、土光先生。

◆**土光** さぬき市民病院の土光でございます。本日の経営改善は主に、経営コンサルタントが導入される以前の内容でありましたことを、はじめにおことわりさせていただきます。さぬき市というのは、先ほどお話ししましたように、高松医療圏にも非常に近い所でありまして、人口も5万ぐらいで非常に経営がしにくい所なのです。また、県立病院が人口9万の所に二つありまして、公立病院三つがしのぎ合っているというような現状で、坂出市のように人口密度は高くなくて、330人ぐらいでございまして、本当に田舎です。本当は高松市のサブ医療圏というような所です。私たちの病院としては2次医療から少し上ぐらいを目指していくことを考えておりますが、今までの組合長のことを悪く言ってはいけません、保健福祉施設などを持つことを禁じられておりまして、訪問看護ステーションをしっかりとやっていくというような環境下で努力させていただいています。

それから、先ほど官民の話がありましたが、市内には二つの病院がありますが、一つは老人病棟が主体でございまして、その療養型病棟に私のほうからいろいろとお願いはしているわけでございます。特に問題はございません。

◆**廣畑** はい。どうぞ。

◆**塩谷** 皆さん、おっしゃいましたので、お話しします。三上先生は少し誤解をされているのではないかと思います。我々坂出市立病院は何も経営改善を目的でやったわけではなくて、税が投入された病院として本当にいい医

療をやっけていこう、いい医療をやった結果が経営改善に結びついたのです。経営というのはあくまで手段であって目的ではないのだ、ということの一つ確認していただきたいと思います。

それから、坂出市には半径1キロ以内に200床以上の病院が三つあります。一つが坂出市立病院、あとは宗教法人の病院、そして、民間病院です。我々は、「全体の最適化」を常に考えてやってきました。「個の最適化」を目指すのは当然のこと、それは必ず「全体の最適化」に結びつくものでなければなりません。自分たちの病院が良くなるのは当然のこと、それは坂出市全体の医療が良くなることを視野に入れるべきです。

例えば、当時の坂出市では、救急車搬送を断ることが多くて、かなりの割合が高松の県中であるとか日赤であるとかに搬送されていました。それではダメだということで、我々は「救急隊員を囲む会」を始めました。この会は、今でこそ全県下に浸透し、救急救命隊員が大勢参加するようになっていますが、立ち上げ当初は大変でした。しかし、この会を通じて病院職員が救急医療の重要性に目ざめ、当院には数多くの救急車が来るようになりました。このように、我々が救急を頑張ることによって、当然民間病院には救急患者の搬送が少なくなります。そうすると、民間病院はそれに危機感を抱き、救急を一生懸命やってくれるようになります。その結果、坂出市全体の救急のレベルが上がる。救急のレベルが上がれば、我々坂出市立病院は、今までのように、それほどがむしゃらに救急をやらなくてもいい、ということです。

循環器医療にしても同様です。当時、心筋梗塞の患者に対してインターベーションができる病院がどこにもありませんでした。そのため、橋を渡って倉中へ行くとか、大学病院へ送るということで、命を落とされる人が多かった。「それはおかしいんじゃないか」ということで、坂出市立病院が心カテ等をやるようにしました。すると、民間病院の患者さんは減ってきて危機的状況に陥りますから、また一生懸命努力します。そして結果的に、坂出市の循環器の医療レベルが上がる。そうすると、我々がずっと同じようにやっていく必要はないのです。

つまり、我々は、地域に不足している医療という種をまき、その芽が出て、実が成れば、いつまでもそれに固

執することなく、また違う種をまく、ということなのです。我々は、地域全体の医療の正しい秩序といいますか、住民にとっての正しい医療秩序を作ってきたつもりです。そのようなことをすることによって、地域全体が良くなっていく。要するに、我々坂出市立病院は「全体の最適化」を目指してやってきたのであって、あくまで経営改善は結果です。その証拠に、医療機能評価がすべていいとは言いませんが、結果的に、評点偏差値が四国で一番もらえるようになったということ、一つ確認させていただきたいと思います。

◆**廣畑** はい、ありがとうございました。各先生方それぞれの思いがありまして、いろいろと言いたいことはいっぱいあるようでございますけれども、少しフロアのほうから何かご意見がございましたら、いかがでしょうか。はい、どうぞ。

◆**齊藤** 新宿区医師会の勤務医担当理事の齊藤と申します。千田先生にお伺いしたいのですが、先生の所は特定機能病院としてDPCを導入していらっしゃるけれども、DPCが地域医療に及ぼす影響、特に診療所の先生方やDPCを導入していない比較的小規模な病院などに何らかの影響があったかどうか。また、今後、DPCが日本の病院医療に広がっていくことについて、何かお考えがあれば教えていただきたいのですが。

◆**千田** 私どももDPCを導入して、まだ経験的にそれほど時間がたっていないのですけれども、DPCが直接、周辺の病医院に影響があった、ということ自体はあまりないと思います。ただ、このDPCがすべての医療機関に、となった場合は、これは影響が出てくることは間違いありません。どこで出てくるかと言いますと、DPCの目的の一つは診断治療方針のスタンダードサイズということでもありますので、その意味では一定程度にレベルアップをさせていくというツールとしての意味は十分あるのだろうと思うのです。

これは学会などのそれぞれの領域において、DPCによる包括評価方法が適切かどうかなどの検証をやっていますが、例えば、循環器の分野でみましても、学会がDPC前後の診療費を対比検討してみるとそれほど違ってないという結果が出ていて、患者満足度に変化はなく、今のところ懸念されていた粗診粗療は生じ

ていない状況だと思います。問題はDPCのとらえ方によって、例えば、主病名の付け方の工夫がそれぞれの病院にあることも事実で、それが少し曲解をされた形で広まって功利的な経済偏重に陥ってしまうと、医療そのものの質が少し変わってくる可能性はあるかだと思います。だけれども、基本的にはスタンダードサイズという方向に進むということから言えば、成り行きの方ではないかと思っています。

◆齊藤 あまり弊害はない、ということでしょうか。

◆千田 弊害と言いますか、混乱はあります。まだまだ、診断群分類コードに慣れていない医師がいますので、医療資源を最も投入した傷病名をつけるときに、どうしても経済的な面から1日あたり点数を見てしまう、目標とすべき退院日を見ずえる、ということがするのは事実です。また、逆に言えば、過剰な診療部分というのは削減されて医療資源の投入量が減少して平均在院日数は短縮してくるということがありますので、それほど強い弊害というのは今のところはないのではないかなと思います。

◆廣畑 はい、どうぞ。

◆三宅 大阪府の三宅です。今日お話しいただいた内容のほとんどが、いろいろな特色のある病院運営から見た病診連携だと、私は感じました。個々の病院から見る地域医療のあり方と、日本の医療というものを考えた上での地域医療というものは異なり、病診連携、または病病連携がいかにあるべきかということが非常に重要なことになります。また、診療所と各々の病院の役割分担のあり方というものが完成されなければ、いわゆる地域医療というものは完成されないだろうと私は感じました。そのことに関するご意見がもしありましたら、お聞かせいただきたいのですが。

それからもう一つ、テーマに「地域医療の未来と勤務医」というのがついております。ところが、お話を聞いておると、どうも勤務医の労働環境というのはかなり劣悪になっているのではないかなという印象を受けました。その病院を良くして、地域に受け入れられるようにという病院側の努力には非常に感心させられたわけですが、そのバックに勤務医の労働環境の劣悪化というものが、もしかしたらあるのではないでしょう

か。それを改善する方策が何かありましたら、ぜひとも教えていただきたいと思っています。

◆厚井 大阪府の三宅先生、大変ありがとうございました。こちらでも、ちょっと私の不手際ですけれども、もう少し時間を取って、病病連携・病診連携の話に切り込まなければいけないと思っていた矢先のことなので、大変ありがとうございました。

社会保障審議会の医療部会でも、今までのように通常の疾患は診療所で、難しい疾患は病院へ、3次へというピラミッド型のお話もありましたけれども、そのような病診連携ではなくて、やはり機能で分けていく、シームレスな水平の病診連携、極端なことを言えば、私は熊本先生にもお聞きしたいのですけれども、熊本には地域医療支援病院がずいぶん市内にあって、その大きな病院で持たない科は専門の診療所に紹介するという、そのようなことまでおやりになっているようにお聞きしているのですが、そのような病院と診療所の水平的な病診連携というようなところまでいかないといけないという意見もずいぶんお聞きします。そのような話を出したいのですけれども、どなたか。今の三宅先生のご意見にも少しかわるかもしれません。

◆廣畑 いかがでしょうか。演者のほうから何か、今のご意見に対してございますか。はい、塩谷先生。

◆塩谷 先ほどの話と関連するのですけれども、私はやはり、これからの自治体病院というのは「地域のリーダー」としてやっていかなくてはならない。ただ、その地域にすでにしっかりとした医療をやり、十分な機能を持っている民間病院があれば、当然その民間病院が地域のリーダーとなるべきだと思っています。では、その自治体病院は何をするのか。それは住民にとって正しい医療がやられているかどうかの「監視役」に徹することも、一つの生き方だと思っています。

それから医師の過重労働に関しては、きっと、ここに出席されている先生方の病院で、本当に過重労働を解消できたという病院はなかなかないと思うのです。まさに今、ドクターたちの献身的な努力に支えられている部分が非常に多い。ということは、私自身、やはり日本の医療が貧しいのではないかなと思うのです。では今後10年20年、今の彼らの献身的な努力に支えられ続けていいの

どうか。これは大きな問題だと思っています。

◆**廣畑** ありがとうございます。千田先生。

◆**千田** 大学病院では従来のイメージは何でもかんでも全部、大学であれば何かできるだろうととらえられることが多かったと思うのですが、今、塩谷先生がおっしゃったように、特色のあるといいますか、疾患、あるいは手技によっては非常に卓越した専門性をお持ちになり、地域のリーダーになっている病院というのが、もうずいぶん出てきているわけです。大学病院は先ほどから、お話しておりますように、とにかく人がいなくて、もう過重労働の権化のようなところがありますので、ある診療部門において、その分野のすべてをカバーすることとはもはや不可能になっています。ですから、ある疾患や手技に関してはその道の、それが自分の医局に関連するかどうかは別にして、その地域で症例をたくさん集めている所をセンター化している所があれば、むしろ大学からそちらへ紹介するというのも、もう現実に起こってきていますし、そのような連携というのがこれから進む必要があるのだと思うのです。大学は特に二次医療圏全体の医療情報を知って、それを発信していくということのほうが必要だろうと思います。

例えば、がんの治療などでも、いろいろな在宅をやっていただけのスキルをお持ちの先生方、その個々の情報というものをある程度持って、いずれは大学ホームページの上でそれを共同利用できるような形にしようとしていますけれども、その情報の共有によって連携が進んでいく。疾患によっては、そのような格好が組めるのではないかと思います。

◆**廣畑** ありがとうございます。はい、どうぞ。

◆**妹尾** 愛知県医師会の妹尾と申します。私は無床診療所を経営していますが、今、病診連携の話は、あいかわらず紹介システムに近い、それではだめだと思っております、やはり開業医も多機能と同時にスキルアップをしなければ、病院のほうも紹介できないと思っています。診療所はさらなるスキルアップをする必要があると思っています。いろいろな機能を持つ開業医ができないといけないと思います。

◆**廣畑** はい、貴重なご意見をありがとうございました。では、そちらの最初に手を挙げられた方、どうぞ。

◆**安里** 沖縄から来ました安里と申します。香川大学の千田先生にお聞きしたいと思いますけれども、ご講演の中で、卒前研修・卒後研修・後期研修・専門研修を地域の病院と一体となって育成していくというお話がございました。本当に素晴らしいと感じましたけれども、現実的には研修を受けられた方々の何%ぐらいが大学と一体となって今後も研修されていかれるか、ということをお聞きしたいと思います。

◆**千田** 現時点では卒後1、2年目の人たちが来ていますので、今後どのような格好になっていくかというのは、まだ見えないのです。今日お示したのは昨年からはまったプログラムですので、まだ後期研修でどれぐらい大学に帰ってくるのかということは分かりません。具体的には、1年目、そして今2年目の人たちが、今日お示した五つのプログラムの中で、大学内での研修比重の高い所のプログラム希望者が半分を少し超えているかなというぐらいで、あとほとんどは2年目のところで地域の病院にいただいているという状況です。

◆**安里** 研修医の全体的な大学とのかかわりというのは何10%くらいでしょうか。

◆**千田** 香川県の全体という意味ですか？

◆**安里** はい。

◆**千田** 香川県全体は1年目が50人、2年目が43人で、そのうちの初年度25人が大学の研修プログラムということです。別に香川大学の卒業生の数名が県下の病院に行っています。

◆**安里** どうも、ありがとうございます。

◆**廣畑** はい、ありがとうございました。もう時間ですので、最後にもうひとつだけ。はい、どうぞ。

◆**鶴原** 大阪府医師会の勤務医部会、鶴原と申します。久保先生に伺います。先生も自治医大のご卒業で、自治医大の開校は離島や薄い医療部門での医師の養成ということであったと思うのです。そこで伺いたいのは、今お勤めの先生の病院での自治医大出身者はどのぐらいで、そして辞めていくのはどのぐらいでしょうか。というのも、県としてやった施策が医師不足に対して対応したのかどうかということを伺いたくて、発言しました。

◆**久保** 内海病院の久保です。私は自治医大の卒業ですが、実はレジメのほうにありますように出身は長

岐阜県で、長崎県の離島のほうで医療の義務年限を済ませた後、自治医大の大宮医療センターのほうで後期研修をしております、その後小豆島のほうに赴任しました。出身地が違うので香川県の全体の状況は分かりませんが、一応、内海病院としては私以外に自治医大の卒業生が1名おまして、義務年限内で3年ぐらい勤めていただいてローテーションをしております。香川県の中では自治医大の卒業生の集まりで自讃会というようなものをつくっております。その中で義務年限内の勤務の派遣などをしておりまして、そちらのほうは、今、三豊総合病院から陶病院に移られた大原先生がいろいろと活動されてますので、大原先生に説明をお願いしたいと思います。

◆大原 私陶病院には7名の医師がいますが、5名が自治医大卒業生ですし、隣の綾上診療所も2名とも自治医大卒業生ということで、国保の診療所や病院を中心にかなり香川県に残っています。また、県内で開業されている先生もおられます。大学や他県の病院に行っている卒業生もいますが、半分以上は県内に残っています。

◆廣畑 それでは、最後になりますけれども、日本医師会の勤務医委員会の委員で、岩手県立中央病院の院長の樋口先生に一言お話を伺いたいと思います。

◆樋口 突然のご指名で戸惑っていますけれども、今日の午前中の日本医師会長の講演では、日本の医師数はもう十分だというような主旨だったと思います。例えば、私の県は四国4県ぐらいの広さで、人口密度は91人。北海道が60何人ですから、それに次いで少ない所です。香川県は450人ぐらいですね。そのような中で、医師の人口10万対というのは、医師の免許を持っている者だけを集めると全国平均206人ぐらいなのですが、現実に医者をやっているのは、195人ぐらいです。そのような中で、私の県は160人ぐらいでしょうか。そして香川は十分余っているという印象で来たのですが、高松地域以外ではやはり足りないようです。

そして、そのような中でそれぞれの病院の先生方が同じ悩み、今日、ほとんどの先生方と同じ悩みを持って地域を守っています。私が言いたいのは、このように毎日24時間守っている方々の意見が、日本の中央の政治の場では決して語られていないのです。そして、「医師はもう十分だ」と。何をもってして十分か。例えば、どこそ

こに、これぐらいの医師が欲しい。麻酔科が足りない。そのような一つ一つの地域ごと病院ごとに、本当の意味での医師の必要度というものを全国で統計を取って、そしてそれを根拠に「医師が余っている、もう十分だ」と言うなら、よく分かりますが、そのような統計も取らないまま、今日の午前中の診療報酬の改定に関する会長のご意見は非常に私も感銘するし、同感なのですが、医師の総数に関しては、まだもう少し日本医師会としては本当に足りるのか足りないのか、考えていただきたい。

例えば脳外科が多すぎる、と。私は脳外科ですけれども、脳外科は24時間やっているのです。彼らに3交代させれば、まだまだ足りません。それに、内科で脳卒中を診るお医者さんが少なく、全部、脳外科がやっております。そのような勤務の中身を見て、多いとか少ないとか、もう少しきめ細かく統計を取らなければ、これは日本の勤務医たちには、やはりおもしろくないだろうと思います。

今日、私は、香川の医師たちも見えない所できちんと守っていると、感銘いたしました。このような人たちが日本の医療が守られているのです。つまり全国の勤務医が日本の医療を守っているのです。そこをもう少し評価し、アピールする日本医師会の提案を国に出してほしい。そのほうが、3%、5%というよりも、現実に全国の津々浦々の地域の医療を守っているのは勤務医なのですから、ぜひ、このようなことを武器にして話をしないと、日本医師会も弱いだろうと思いました。

◆廣畑 ありがとうございます。それでは、三上先生に一言コメントをいただこうかと思いましたが、時間が来てしまいました。今日はAmbitiousということで「勤務医よ、大志を抱け、希望を持って」というようなことでやろうかと思ったのですが、なかなか、やはり悲嘆、嘆きのほうが多くて、大きな夢がまだ見えてこないようです。しかしながら、香川県でもそれぞれの地域でそれぞれの医者が、結構一生懸命やっているのだということはお分かりいただけたのではないかと思います。日本医師会の先生方にも、「勤務医にも夢があって、明るい未来があるぞ」というようなことを全国の勤務医の先生方にも呼びかけていただきまして、今後の具体的な展望をお示しいただければと思っております。今後とも、日本医師会の温かいご指導、ご援助をお願いいたし

■ シンポジウム

まして、本日のシンポジウムを終わりにしたいと思います。
どうも皆さん、ありがとうございました。