

基 調 講 演

座長：埼玉県医師会副会長

金 井 忠 男

先ほどお話しをしましたとおり、古川先生は前の講演が延びてしまったということで、さき程到着をされました。前後いたしますけれども、基調講演をお願いしたいと思います。

基調講演のテーマは、「勤務医と医政活動」、「立ち去り」か「参加」か、ということでございます。

簡単に古川先生のご略歴等を紹介させていただきます。

古川先生は、慶應義塾大学の医学部を卒業された現役の外科医でございます。同時に、同学の文学部、法学部を卒業されておられまして、平成8年には司法試験に合格をされております。

現在は慶應義塾大学法科大学院の助教授、医学部

外科の助教授も兼任をされております。

これは、講演とは別ですけれども、来夏、参議院議員選挙がございますが、古川先生は自由民主党公認候補として埼玉県地方区で立候補を予定しております。

本会の会員でありますとともに、我々前からいろいろなお話しをさせていただいておりますし、県の医師会にもいろいろとご協力をいただいております、大変に信頼のできる方として県医師会は全力で支援するべく準備をいたしているところでございます。高得票で当選をされて医師会のために尽力をしていただきたいと、そんなふうに思っております。

では、先生よろしく申し上げます。

基調講演

「勤務医と医政活動」—「立ち去り」か「参加」か—

慶應義塾大学法科大学院、医学部助教授・弁護士

古川 俊治

金井先生、過分なご紹介本当にありがとうございます。

本日、吉原会長が出しましたテーマ「勤務医と医政活動」の中でアンガージュマンを求める、勤務医が医政活動に参加していこう、こういう呼びかけをしていこうという試みでございます。

私も、今の状況、医療の置かれている現場を考えて、まず一番大事なことがこれだと思っております。最後まできょうはこのテーマでお話しをさせていただきたいと思っております。



相次ぐ勤務医の過労死・過労自殺

1992年4月	茨城の勤務医(外科)	29歳	過労自殺
1997年8月	千葉の私立医大の女性勤務医(小児科)	43歳	過労死
1999年8月	大阪の私立医大の研修医	26歳	過労死
1998年8月	東京の勤務医(小児科)	44歳	過労自殺
1999年9月	東京の部長医師	53歳	過労自殺
2000年9月	神奈川の公立医大の研修医	30歳	過労自殺
2001年1月	沖縄の嘱託医	30歳	過労死
2003年10月	北海道の勤務医(小児科)	31歳	過労死
2004年5月	東京の離島診療所の歯科医師	51歳	過労死

(出典:日本医療労働組合連合会)

(スライド1)

勤務医の過労という問題がずっとマスコミを騒がしてまいりました。過労死、あるいは自殺の多くが働き過ぎた勤務医で、もう燃え尽きたという遺書を残されている場合が多いというふうに報道をされております。

職種・企業別平均給与ランキング(「東洋経済」より)

	職種・企業	平均年収(万)	平均年齢(歳)
1	弁護士	2,097	40.5
2	航空機パイロット	1,382	39.0
3	フジテレビジョン	1,574	39.7
4	三菱商事	1,334	42.6
5	電通	1,335	39.2
6	大学教授	1,167	56.4
7	三菱UFJグループ	1,112	39.1
8	野村ホールディングス	1,083	38.6
9	新日本石油	1,142	42.0
10	三井不動産	1,037	40.6
11	医師	1,047	39.9
12	武田薬品工業	1,030	41.8

(スライド2)

一方、専門家と言われる人たちの給与でございしますが、弁護士が、恥ずかしながら一番高いところにおりますけれども、今その数が増えてきていてだんだん給与は下がってくるはずでございします。次にパイロット、そして大学教授、こういうふうに並んでいます、医師というのは、なぜかずっと下で、各企業、製造会社や金融機関、こういった方々の平均年収よりもずっと低いのです。我々の就学年数、あるいは現場での苦労を考えますと、はなはだ冷遇されているという実情がよくわかると思ひます。

勤務医の労働条件が悪化した背景

- ① 医療機関の経営状況の悪化
診療報酬抑制
建て替え、新機器購入のための資金需要の高まり
- ② 医療安全の要求の高まり
医療安全のための業務負担の増加
医療従事者の刑事責任の厳格化
- ③ 臨床研修必修化等にもなう医師の獲得困難
特に地方、重責診療科において格差が顕著

勤務医の労働条件の悪化



耐えかねた勤務医の「立ち去り」

(スライド3)

勤務医の労働条件が近年非常に悪化したと言われておりますが、先ほど、今3人のシンポジストの先生方からも各論について詳細なご報告がございました

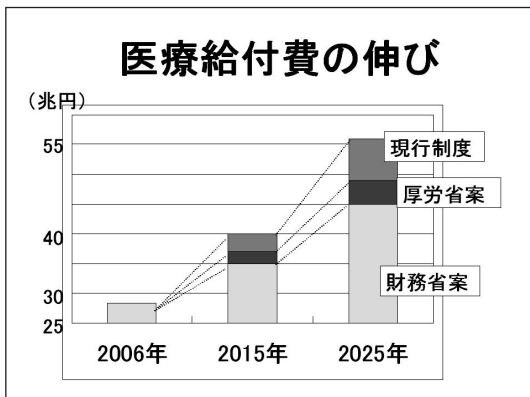
が、そのとおりでございます。

その1つの原因は、やはり経営状況が医療機関で悪化していること。これによってしっかりとした待遇ができない。これが第一の問題です。診療報酬が抑制されていること、それと同時に、昭和50年代に建設ラッシュであったころからちょうど建てかえの時期を迎えまして、各医療機関で資金需要が増している。こういう背景がございます。

これとともにもう一つ大きいのが、医療安全への要求でございます。これについて患者さん側は非常に意識が高まっている。同時に、医師側の責任を重く問われるようになった。だから働いていても厳しい注意が要求されて、長時間拘束される、こういうことになるわけでありまして、この2点が大きい原因です。

これに加えて、悪かったのが臨床研修医制度の必修化、これによりまして、主に今まで供給源になっていた大学からの派遣という医師の供給が止まってしまった。こういったことが全部一掃にきたわけです。これによって著しく勤務医の労働状況が悪化した。

その結果、現場から立ち去る先生方が徐々に出てきている。これは特に婦人科、小児科ではよく知られた事実であります。その他、外科系の諸科におきましても、特に地方を中心にこの現象が目立っております。立ち去りによって更に残された現場の状況が悪くなる、その悪循環が起こってより勤務医の労働条件が悪化したということになったわけでありませぬ。



(スライド4)

まず、最初の医療費抑制の問題から考えてみたいと思います。政府の推計では、現在2006年から医療給付費はずっと増えていって、今のままだと2025年には56兆円になってしまう、だから厚生労働省はここで9億円削減しようと、財務省はさらにそれプラス7億円の削減を求めるといふことがずっと議論されてまいりました。

「医療費増加」の実情

1997年度→2003年度の6年間
 国民医療費総計で9%、年平均**1.45%増**
 (ただし介護保険施行による1.8%減を含む)

65歳未満の医療費
 総計で1.6%、年平均0.27%増

【対GDP比が上昇した理由】

- ◆名目GDP: 1997年度520兆円 → 2003年度501兆円
- ◆GDPデフレーター: 1997年度～2003年度全てマイナス (1999年度以降は年1%以上低落)
- ◆医療費用の過半は人件費で低下し難い。
 民間企業設備投資デフレーター15%近く低下、民間最終消費支出7%低下=デフレーションで分母縮小

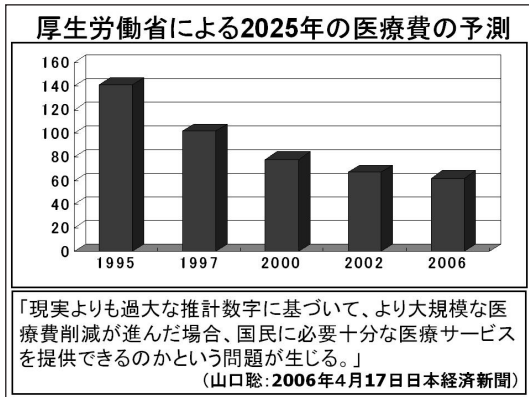
(スライド5)

しかしながら、1997年から2003年までの医療費の増加というのを、よく実情を考えてみますと、実際のところ介護保険の分を除いて考えますと、医療費というのは年平均で1%ちょっとしか上がってないのです。これが実情でございます。騒がれているほど全く上がっていないのが実際でございます。65歳未満でいきますと、年平均0.27%しか上がっていない。この6年間で見た場合でございます。

では、なぜそんなに注目されたかというのは、対GDP比が上がったということをもスコミ、あるいは政府が大きく宣伝したからでございます。これはなぜかといいますと、1997年度から2003年度にかけてまして、名目GDPはずっとデフレで下がってきたのです。一方で、人件費の比率の高い医療費というのは、人件費を削るわけにはいきませんから、下がらずに、どんどん対GDP比が増えてきたというのが実際のところでありまして、医療費は現実には僅かしか増えておりませぬ。この認識がまず正確な事実認識のほうであります。

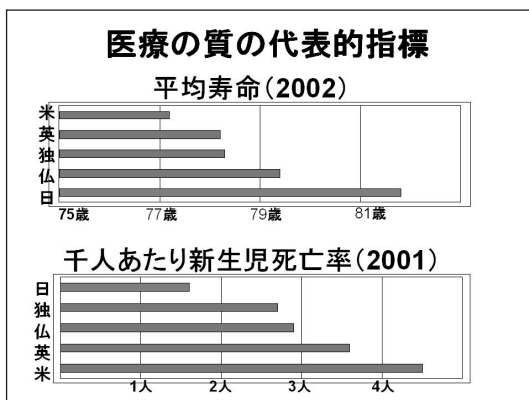
(スライド6)

そして、これが厚労省によって行われてきた過去の医療費の推定でございます。2025年には医療費



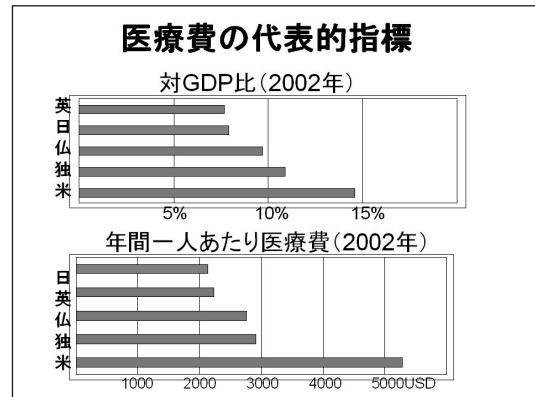
(スライド6)

が幾らになるかという推定でございまして、何と1995年には今の倍近い141億円という試算を出していたのです、実際に、これがとんでもない試算に基づいているということがよくわかります。常に厚労省の試算というのは、今まで過大に見積もられてきた、これはもう明らかなことございまして、経済優先の日経新聞でさえ、現実より過大な推計数字に基づいて医療費削減がなされると、医療の質や安全という問題が起こらないか、こういう発言をしている編集委員もいらっしゃる。こういう状況になっているわけでありまして。



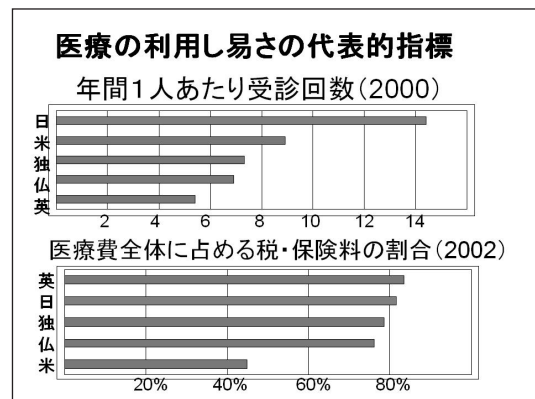
(スライド7)

日本の医療の質、これは繰り返すまでもありませんが、非常に優秀でございまして。まず平均寿命は先進国で一番長い、もちろん世界でトップであります。そして1,000人当たりの新生児死亡率も一番低い、このように医療の代表的な質の指標というのが近年におきましても世界一を誇っていたわけでありまして。



(スライド8)

しかしながら、この医療費の対GDP比は日本が先進国でほぼ最低でありまして、昨今イギリスにまで抜かれたという話しがございまして、真に最低になりました。そして1人当たりの医療費というのは、もちろん先進国ですと最低でまいりました。



(スライド9)

また、日本の非常に特徴的なのは、とにかく患者さんが医者にかかりやすいことです。受診の回数というのはアメリカの2.2倍であります。しょっちゅうどうにでも医者にかかれる。フリーアクセスと言われる所以であります。そして医療費全体に占める公的負担といいますが、保険や税金等で見込まれる額というのが8割近く、自己負担は平均すると2割ぐらいで、気軽に受診できるようになっている。こういう非常にいいシステムであり、WHOで世界1位という評価をずっと得てまいりました。

実際のところ、コストパフォーマンスから見て、先進国で最も安いコストで世界一の質を実現している。これほど理想な国はないわけです。これがなぜ

出来高払いという経済システムの中でできてきたのか、こういうことをよく考えてはっきり申し上げますと、これは、つまり日本の医師たちというのが非常に倫理的であると、我々が努力の結果こういう実現ができて、すばらしい医療ができていたのだと、そういうことが自明の理として出てくるはずでございます。

ある識者の正論

…日本は先進国で最も安いコストで、世界最高の医療の質を達成している。しかも出来高払い、つまり医師が望むだけ青天井で請求できる制度になっているにもかかわらず、これは経済の論理では説明できない。

つまり日本の医師たちは、カネの亡者ではなく、「医は仁術なり」という節度と良識をもってみずからの職責を果たしているのだ。日本の医療制度の素晴らしさは経済的要因ではなく、日本の医師たちの高い職業倫理という、精神的、文化的要因によって支えられている。それゆえ、日本の医療制度を視察に来た欧米の医療関係者は、精神文化の異なる日本を真似るのは無理だとあきらめて帰っていくのだ。

(関岡英之「奪われる日本」講談社現代新書より)

(スライド 10)

これは、昨今のある識者の言葉でございますが、普通に考えるとこういう結論が出てきて当然のことなのでございます。

サッチャー政権による医療費抑制政策

1. 内部市場の導入
(完全民営化はしないが医療の内部に競争原理を持ち込む)
2. サービス購入者と提供者の分離
NHS間の競争
3. 予算保持一般医の導入
GPIは、価格が安い病院へ紹介すると差額を手元に残せる

(スライド 11)

私、英国に 2004 年からまいりまして 1 年間英国の医療というものを、歴史というものをずっと見てまいりました。英国では、サッチャー政権におきまして、強い医療費削減政策というものがとられてまいりました。

例えば、完全な民営化はしないけれども、内部で市場原理というものを持ち込む、あるいはサービスなど提供者というものを分離しまして、競争を起こ

させるというシステムです。そして予算保持医というシステム、GP は自分の予算の中で安い病院を決められる。こういう経済原理を取り入れて、改革を行ったわけでありまして。

英国医療費抑制政策の結果 「第三世界並みの医療」

1. 待機患者リスト問題
 - ・ 救急患者が入院するまでの平均待ち時間は3時間32分(診察待ち時間を含まず)
 - ・ 一般医療患者の半数が2日以上待たされる
 - ・ 専門医療の待機者リスト 100万7000人(2001年)
 - ・ 超音波検査の平均待ち期間 8週間
 - ・ 手術を1年半待っている人が全国で180人
2. 深刻な人手不足(1995年から5年間で26%が海外流出)
 - ・ 厳しい労働条件
 - ・ 医療従事者の輸入
3. 医療従事者の士気低下、医療事故の多発

(スライド 12)

このような医療費削減政策の結果、何が起こったかということ、「第三世界並みの医療」と言われる医療になってしまったわけでありまして。

一番有名なのが待機患者のリストでありまして、非常に待ち時間が長いです。一般医療患者の半数が2日以上待たされていて、エコーの検査の平均待ち時間というのは8週間だそうです。2年間手術を待った人もいます。この待機患者リスト、とにかくイギリスに私まいりましたときに、救急になったら待機リストの前の方にいかないと治らないからということをおかれまして、いかに前の方にずるく割り込むかという作戦をいろいろ教えられたという経験がございます。これほどひどい状況になってしまった。

そして、見かねた医療従事者は 26% が 5 年間のうちに海外へ流出したのです。彼らは英語がしゃべれますので、いろんな国に行き診察ができるわけでありまして。主にアメリカに行ったわけでありまして、4分の1が海外へ行っていなくなってしまうのです。こういう状況になりました。

そして、イギリス政府がとったことは、とにかく海外から医療従事者を輸入するわけなんです。減った分補強すればいい、これは政府のとり得る選択なんです。こういうことが行われたのですが、日

本の警鐘にもなると思っております。そして、非常に現場では厳しい労働条件がつけられました。医療従事者の士気が大きく低下しまして、医療事故が多発しました。これも大きな問題になりました。

このような結果になって、結局イギリスでは医療費をこのまま放置できない。1.5倍に上げなければいけないということが、ようやく次のブレア政権になって決まって、今徐々に医療は建て直しにきていますが、今まだその質と安全という面から見ますと、我が国にはるかに劣っているのが現状でございます。

医療安全に要するコスト

1. オーダーエントリーシステム、バーコード化
多大な費用が必要。
2. 電子カルテ
多大な初期投資が必要、費用に対応する増収が見込めない。
3. インシデント・レポート(報告、収集、分析)、検討会、講習会等にスタッフの長時間拘束され、相応の費用がかかっている。
4. スタッフの業務内容の緩和
増員に必要な人件費の必要。

(スライド 13)

まずもって、この医療安全ということが今言われておりますけれども、コストがかかる問題でございます。例えばオーダーエントリーシステムというのを完備すると、これが薬剤に関する間違いを減らすということについて多くの実証データがございます。

しかしながら、これには非常に大きな費用がかかりまして、これに見合う収益というのは全く見込めませんので、これに投資することができる状況にないというのが実情であります。

そして、同様に言えることが電子カルテでございます。これを入れた場合に初期投資が大変高い、費用に対応する収益というのは全く見込めないということがありまして、これにも否定的にならざるを得ない。

今、医療現場の現状というのはこういうことでございます。そして、今やられているような院内安全管理業務の重さ、インシデントレポート報告をやらなきゃいけない、そして講習会等をやらなきゃいけ

ない、こういう義務づけがずっと行われてきたわけでありまして、こういったものでは、実際のところ何も収益は上がらないのです。労働条件は改善されません。安全講習会に出た後も、ずっと出た分だけまた働かなければいけない、こういうことになっているわけでありまして。

特に、医療安全において大事なのがスタッフの数の補強なのです。これはもうわかりきっていることでもございまして、それには増員に必要な費用というものをしっかりつけていただかなければ、医療機関は経営していけないわけでありまして、こういうような医療安全に対するコスト、この話し抜きで安全対策をしているのが現在の厚労省でございます。現在でも医療事故が全く減っておりませんが、医療安全が全く進まないというのは、コストを真面目に論じようとしなからぬからでございます。

医療事故に関する医師の逮捕事件

1. 鹿児島造影剤事件(昭和63年)
誤った造影剤を投与して患者2人を死亡させたとして、業務上致死の疑いで担当医を逮捕
2. 東京女子医科大学事件(平成14年6月)
心臓手術事故とカルテ改竄について、業務上過失致死・証拠隠滅の疑いで担当医と上司の医師を逮捕
3. 東京慈恵医科大学事件(平成15年9月)
泌尿器科腹腔鏡下手術における出血死亡事故について業務上過失致死の疑いで手術担当医を逮捕
4. 福島産科医事件(平成18年2月)
帝王切開おける癒着胎盤処置に関する母体出血死について業務上過失致死・医師法違反の疑いで担当医を逮捕

(スライド 14)

そして、医療事故に関して次に問題になっていまして、昨今の厳罰化、医師の責任が重くなっていることです。こういう現象がもう一つ勤務医の非常にプレッシャーになっているということが言えると思います。

逮捕事例が大変多くなった。逮捕というのは、非常に強い、強硬な手段でございまして、医師を警察署に、あるいは拘留所にとどめておきながら犯罪者扱い、認めるまでずっと問い続けるという方法でございます。

昭和63年に鹿児島で1件ございました後、14年間医師の逮捕事例というのはなかったのです。ところが、平成14年を境に、続けざまに毎年起こって

いる。特に、福島の事件では警察側の内部では、うわさによりますと、表彰か何かが行われたという状況があるようですので、これについては断固として我々医師会としても物をいっていかなきゃいけない。もちろん日医はそれに対応しておりますが、警察がそういう認識でいること自体がかなりの問題であるというように思われるわけでありませう。

逮捕の合理性

逮捕の要件(刑事訴訟法199条)

1. 逮捕の理由: 罪を犯したと疑うに足る相当な理由
2. 逮捕の必要性: 証拠隠滅や逃亡のおそれ

福島産科医事件の場合:

すでに2005年4月に同院に対する強制捜査・証拠書類の押収が行われており、また、福島県も事故調査を行ったうえで報告書を作成し、同容疑者の判断ミスを認めて遺族に謝罪した上で、6月には同容疑者を減給1カ月の懲戒処分、病院長を戒告処分としていた。また、同医師はその後も大野病院唯一の産婦人科医として献身的に勤務し続け、逮捕当日も診療中であった…

(スライド 15)

実際、逮捕するということの合理性なのですが、刑事訴訟法という法律で厳密にこれは制限されております。

1つが逮捕の理由があること、医療過誤事件におきましては、カルテ等を調べまして、罪を犯したことを疑うに足る相当程度の理由というのは、あるということになりまして、この逮捕の理由というのは、一般的に認められる場合が多いのでございますが、次に問題なのが、逮捕の必要性です。この両方の要件がそろわないと逮捕してはいけないことになっております。

医師を逮捕する必要があるかといいますと、医師というのは一番逃亡しにくい。住所不定無職という方が一番逃亡しやすいのです。医師は日々働いているわけですから、そういう必要は全然ないはずですが、証拠隠滅の可能性というのも、もうカルテ等をすでに押さえられているわけですから、問題ないわけがあります。

特に、福島産科事件の場合には、もう既に院内で調査も終わって、県からの一応制裁というのを受けた上で謝罪をして、そしてもう一度気を取り直してしっかり働こうというふうに頑張っていた

産科医、これを逮捕したわけでありまして、これが本当に適法な逮捕かどうか、大いに疑問なわけでございます。こういうことが現に行われているわけでありませう。

医療過誤に刑事制裁を適用することに本当に意義があるのか？

- 本来、法律上の過失を問うためには、行為者に予見可能性が無ければならないが、刑事罰の対象になるような実行上の過誤には、予見可能性がない。
- 米英では、医療過誤に対しては刑事制裁はほとんど適用されていない。
- 目的と(刑事制裁という)手段の関係の合理性
 - 社会防衛なら、行政処分が有効。
 - 一般予防なら、予見可能性がないから、機能しない。
 - 応報刑なら、民事賠償と、行政処分ですら足りる。

(スライド 16)

また、医療過誤というものに本当に刑事制裁というものを適用して意味があるのかどうか、もう一度こういうことを考えてみる必要がございます。特に重い刑事罰は、大変基本的な事故について問われるのです。例えば広尾病院の事故、薬の名前を間違ってしまったって人が亡くなってしまった。ああいう基本的な事故、あるいは横浜市立医大の事故というのは、患者さんを取り違えてしまった、ああいうプロといえないような行為、医療とは呼べないような行為について問わざるを得ない。ただ、実際のところ、ああいう事故というのは予見できないのです。

我々も診療していて、ついうっかりして薬の名前を間違えるかわからないのです。そういうのは予見ができない。これに対し、もともと法律上の過失というものを問うためには、予見可能性が必要なのです。すなわち刑事責任を問う前提であるはずの予見可能性がないことについて刑事責任が問われている。こういう矛盾がまずあるわけでありませう。

そして、英米では医療過誤に対して刑事責任を問うことは全くというほど行われておりませう。これは無意味だからです。なぜ無意味かといいますと、刑事制裁というのには目的がありますが、医療過誤において、刑事責任を問うことと刑事制裁の目的は全く合致してないのです。

まず、社会防衛というのは、すごく危険な人、す

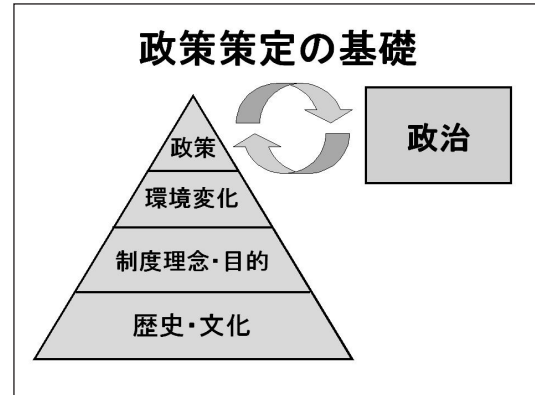
ごく注意ができない人、そういう方に医療行為をやらせないために刑務所に行かそうという考え方は、仮にそうであれば、危険な方はまず医師免許を停止してゆっくり再教育をして、危なくなくなるまで教育する。こういうやり方で済むはずです。何も刑事責任を問う必要は全くないわけでありませう。

次に、一般予防というのは、もし医療過誤をやった場合には刑務所に行かなければいけないと告知しておくのです。例えば人を殺していけないというのは刑法に書いてあるのですが、あれが一般予防のやり方です。人を殺すと刑務所に行きなさいと書いてあるから、みんな注意をして、怖いから人を殺さないのだと、こういう考え方、悪玉説なんですけれども、こういう考え方を一般予防といいます。でも、医療過誤の場合、医療過誤を犯すと処罰されるかもしれないとわかっている、予見可能性がないのです。いつ本当に薬の名前を間違えてしまうかわからない。全くそれはわかっている、起こってしまうのが医療事故でありますから、一般予防は全く機能しないのです。これも無意味であります。

最後に残るのが、遺族の精神的損害に対する慰謝のための応報ということになりますけれども、これは病院側でしっかり社会的な謝罪をして、その上で民事賠償をやるわけですから、これで済むはずでございます。

ですから、意味がないというのが合理的な考え方でございます。医療過誤に対する刑事制裁は、多くの矛盾があつて原則として止めるべきだというふう考えられるわけでありませう。

医療政策というものがどうやって出てくるか。2006年にも大きな医療制度改革が行われましたけれども、これは、まず医療制度というものは歴史や文化の上に立っていて、もともとの制度の理念があります。目的があります。その上に環境変化があつて政策が立ってくるわけでありませう。これが本来あるべき姿であります。



(スライド 17)

これらに、もう一つかかわってくるのが政治でございます。今、我々の日本の歴史、そして医療制度の理念に本当になつた政策がなされているか、この問題は常に問われるべきだと思つております。これを変えるのは、やはり政治力でしかない。これが民主主義国家で決められた原理でございます。

日本国憲法下の代表民主制

前文 「日本国民は、正当に選挙された国会における代表者を通じて行動し、…」

41条 「国会は、国権の最高機関であつて、国の唯一の立法機関である。」

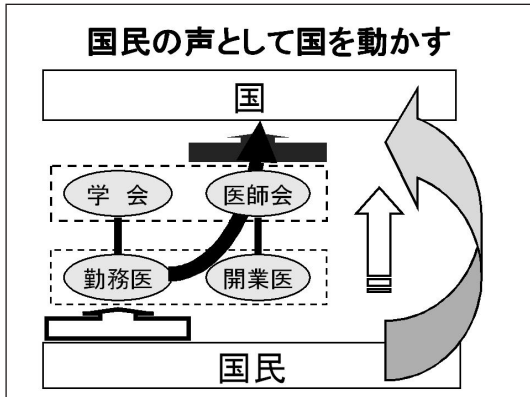
43条1項 「両議院は、全国民を代表する選挙された議員でこれを組織する。」

66条3項 「内閣は、行政権の行使について、国会に対し連帯して責任を負ふ。」

83条 「国の財政を処理する権限は、国会の議決に基いて、これを行使しなければならない。」

(スライド 18)

日本国憲法は、我々の法律体系の一番上に立っているものです。これは日本国民全員の総意として定められたことになっております。前文には、日本国民というのは、正当に選挙された代表者を通じて行動するということになっておりまして、国会は、国民に選ばれた国会議員が活動するから国権の最高機関なわけですから。そして内閣というのは、常に国民の代表者から構成される国会に責任を負います。財政処理というのは、必ず国会の議決に基づいてやれということでありまして、国民の総意をもって行っていく。それを国会議員が代弁をしていく、こういうシステムがとられているわけでありませう。



(スライド 19)

現場の我々が、ではどうやって国の政策を掲げていくか。こんなに意味のない医療費削減をやっている、無意味な医師に対する厳しい政策が行われている。これに対してどうやって政治的に対応していくべきでしょうか。

現在、政治力を持っているのは医師会であります。学会は全く無視されております。現実のところ、私は勤務医で学会活動を今まで基盤にしてきましたので、これを強く感じていました。ほとんど厚労省は相手にしません。医師会の方が力を持っています。国民は世論という形で国に対する力を持ちますが、主にこれがマスコミによって左右されるわけであります。

国民に、今マスコミの報道を通じまして少し勤務医がかわいそうな状況にあるという理解が生まれております。

これを実効的な政策に反映させるには、やはり勤務医が医師会の行動力を通じて国に上げていく、国民の見解として反映させていく筋をつくらなければいけないと思っております。それによって、国民によって国を動かす力にしていく、こういう筋書きをつくっていく、これが政治の役割だと思います。

(スライド 20)

ここで、医師会と弁護士会というものを比べてみたいと思いますが、弁護士会の場合は、強制的に100%加入でございます。これに対し大体医師会の場合6割程度。弁護士会の中心メンバーは町弁といまして、開業医と同じように小単位でやっている弁護士が中心になってやっています。ただ、活動は

医師会と弁護士会		
	医師会	弁護士会
加入率	60%程度	100%(法的強制)
中心メンバー	開業医	町弁(徐々に大手事務所も参加)
若手勤務事業者の協力	消極的	積極的
綱紀肅正力	なし	強力
国民からの信頼	不足	良好

(スライド 20)

非常に尊敬されておまして、徐々に大手事務所も参加しなきゃということになってきました。公益活動がそこで呼び声になっているわけであります。

若手メンバーは非常に積極的です。弁護士になった以上社会正義のために働きたいが、それを発揮できる場は弁護士会しかないということでやっていることがよくあります。

そして、綱紀肅正力についていいますと、非常に強力であります。弁護士を辞めさせることができるのが弁護士会であります。医師会は残念ながらこの点が一番問題だと思います。

現在のところ、何か問題になる医師を見ても、なかなか率直なご意見を申し上げる機会も機能も内部にない。これが非常に大きな問題かなと思っております。国民からの信頼は、現在医師会については、あえて申し上げますが、不足しております。弁護士会の方は比較的良好でございます。

勤務医部会会員の本音
(ある地方医師会員のホームページから・・・)

- 1) 医師会には病院の都合で入会(させられた)。日常は会員であることを全く意識もしていないし、活動にも殆ど関与していない。
- 2) 医報はあまり読まないが、巻末の催しもの情報、感染症情報などは役立つ。
- 3) 勤務医にとって医師会へ加入することの具体的なメリットは全くない。
- 4) 行政に発言力を持つ団体は医師会のみだとすれば、日本の医療、地域の医療をよくするために、勤務医としても参加はやぶさかではない。
- 5) 会員が意見を述べる場が少ないなど組織上問題がある。
- 6) それにしても会費が高い。法人会員の施設とか若い勤務医が加入し易い会費体系が欲しい・・・

<http://www.mfukuda.com/taikai/taikai5.htm>

(スライド 21)

ある地方の医師会の勤務医上がりの先生のホーム

ページからですけれども、勤務医にとって、医師会に余り入るメリットがないのだというのです。医師会報というのは余り読まないけれども、中にはいい記事も書いてある。でも具体的なメリットは余りないと。

ただ、行政に発言力を持つ団体としての医師会ということから考えますと、地域医療とか、医療をよくするために、そういった意味で医師会活動をしていきたい。こういう意思是勤務医にもやっぱりあるのだというのです。それはよくわかります。社会正義の実現をしてみたいという意思はあるわけです。

しかしながら、勤務医会員というのが中心的な存在になれないということ。もう一つ、会費について文句を言っている。これがいろんな勤務医の率直な意見を集約するところなるといふ報告を、このホームページではしておりました。

「医師は全員医師会員になりうる」

(ある地方医師会員のホームページから…)

勤務医部会の中心メンバーの会員としてのスタートは、多くの勤務医と全く変わることがない。ただ、何かの活動を機会に医師会の意義や重要性を理解し、自らの判断で活動するようになっただけの違いである。医師会は会員を会員として育てていくような機構を持つ必要がある。医師が医師会に参加することの最大のメリットは、医師としての社会的責任を医師会活動を通じて地域に還元出来ること、流動する医療行政に対して医療の現場を担っている立場から、情報や意見を都市医師会、県医、日医を通じて医療行政にまで発信出来るところにあるのではないだろうか。この立場からは開業医、勤務医の別はなく、老若男女の別もあり得ない。医師は全員医師会員になりうる。…勤務医がこぞで参加したいと思う様な医師会にしていく必要がある。

(<http://www.mfukuda.com/skai/skai6.htm>)

(スライド 22)

しかしながら、この先生は、非常にいいことを言っておりまして、昔は自分も同じようなつもりだったというのです。実は私自身も数年前までは医師会に入っていなかったのですけれども、勤務医の最初は皆そういうものだと思います。

ところが、だんだんこうやらなければということをおもひまして、医師会員になっていくわけでありませう。いつかきっかけがあるかということで、これは年齢相応のことと考えます。

医師会のメリットというのは、やはり医師として社会的行動ができて、地域に還元できる。今日もご発言がありましたけれども、地域との連携ということでございます。そして現場を担っている立場において、いろんなパイプを通じて医療行政というもの

に物が言っていける、これがまさに医師会員である喜び、これは老若男女を問わないし、勤務医が開業医かを問わない、そういう喜びが医師としてプロフェッショナルとしてあるはずだというのです。

ですから、勤務医は全員医師会になり得ると、今後どうやって勤務医がみんな参加していこうという医師会になっていくか、これはやっぱり公益活動の宣伝の仕方、魅力ある医師会創りをもっと考えなければいけないと思いますが、医師会自体は実際にそういう素質を持っているのであります。

医療への不信

国民に、医療サービスが適切に供給・需要されているとの認識が弱い。

マスコミによる供給側マイナス・イメージの定着

「薬漬け・検査漬け医療」、「社会的入院」

医療事故の多発、医師の高収入

→ 財源投入への十分な賛同が得られていない。

国民一般にとっては、開業医も勤務医も医師は医師

・ 開業医に医政を任せておけるのか？

・ 勤務医こそが、現場の窮状を正しく伝え得る主体ではないか？

勤務医中心の医師会なら、国民のイメージを変えられるのではないか？

(スライド 23)

昨今の医療への不信により、現在、国民に医療サービスが適切に供給され需要されているという認識が弱いのです。これは一番大きいのはマスコミの非常に一面的な書き方の影響なのです。薬づけ、検査づけ、社会的入院ですとか、医師が高収入とまだ言っています。医師は非常に低い収入で、ずっとマスコミ従事者より低いですが、まだこういうふうな書き方をするわけでありませう。

そして、医療事故は多発している。ですから財源投入への合意というものは十分に得られていない。これをどう変えていくか、これが非常に重要なところでありませう。国民にとって医師は医師なんです。だから開業医も勤務医も実際のところ別がない。国民から見れば医師は医師です。

ですから、勤務医に考えていただきたいのは、開業医というものに医政を本当に任せておいていいのかということ。勤務医こそが現場の実情を伝えていけるのではないか、そういう勤務医中心の医師会なら、もしかすると国民のイメージというのを

えられるかもしれない。こうすれば、実際に開業医のやり方もよくなるのです。やはり今の状況を考えますと、勤務医が中心となる医師会にならないと、なかなか国民の合意が得られない。これをどう考えていくかだと思います。

英国では何故、国民が理解したか？

BJM 322:1073, 2001 "Why are doctors so unhappy?"

- ・ 安い給与
- ・ マスコミによる医療事故などのネガティブな報道
- ・ 増える管理業務と説明責任
- ・ 医師-患者関係の変化
- ・ 患者による過大な期待, etc.

◆2001年5月:全英で1000人以上の一般医が休診にして政府に対する抗議行動に参加

◆世論調査「NHS惨状の責任はどこにあるのか？」
(BMJ 321:1488, 2000)

—政府:44%, 管理者16%, 医師2%

(スライド 24)

1つ申し上げたいのは、英国では、なぜ国民が医療費を上げようと理解したのかということです。ブリティッシュ・ジャーナル・オブ・メディスンなどにも医師はすごくかわいそうだという論文が載ったりしまして、国民は本当にかわいそうだなと思ったそうです。医師がボイコット運動まで起こしたわけでありまして、日本だったら、マスコミがこぞって反発するところだと思いますけれども、英国で何が悪かったのかという世論調査をやったところ、実は、政府が悪いという意見が一番多かったのです。次が管理者、これは医師ではないです。イギリスの場合がNHSの管理者、医師ではありません。本当に医師の責任だという人は少なかったのです。

英国の医師—患者関係

…患者の満足度などに関する各種調査に対する各種調査においても、イギリスでの医療に対する満足度はそう低いわけではなく、むしろ客観的な医療指標では優秀であるはずの日本よりも、おしなべて高い。

…(中略)…

CTやMRIなどの検査機器が異常に普及している日本に比べると、イギリスの患者は医師に、検査よりも診療そのものを期待する。厳しい大状況に曝されつつ、今なお多くの心ある医師と患者が、個人間の信頼を静かに守っているのである。

(新島 仁:日本医師会雑誌135巻7号1551頁)

(スライド 25)

なぜかという、やはり個別の医師、患者関係なのです。これが大事であります。日本よりも、イギリスでは、医師に対する評価は高いです。イギリスでは先進的な医療をやっているわけでもないのに、イギリスの患者は医師に診療そのものを期待していて、心ある医師と患者関係というのができているという評価であります。

勤務医が、やはりこれを忘れていないか、この点は勤務医にもう一度問いかけるべき、問題だと思っています。時間がない時間がないで、患者と十分な信頼関係にあるかどうか、もう一度ここを考えるべきだろうと思っています。

平成17年の意識調査(読売新聞)

1. 「インフォームドコンセントを十分に実施している」
医師 72% ⇔ 患者 45%
2. 「質問しやすい雰囲気心がけている」
医師 81% ⇔ 患者 26%
3. 「患者の意思を尊重している」
医師 83% ⇔ 患者 30%
4. 「治療方法を分かり易く説明している」
医師 77% ⇔ 患者 33%
5. 「質問に丁寧に回答している」
医師 76% ⇔ 患者32%

→ 医師の自己像と、医療消費者の医師像には大きな違いが存在する。

(スライド 26)

読売新聞、いろんな調査がありますがけれども、患者さんの意思の尊重や説明がしっかりできているか、しっかり患者さんとコミュニケーションをしているかという点については、患者と医師の間では意見に大きなギャップがあります。

ですから、このことから問い直すことが必要です。患者さんは味方です。最終的には良好な医師、患者関係こそが我々の医療をよくしていくわけでありますから、そういう心づもりでやらなければいけないわけであります。これが問題だと思います。

(スライド 27)

アンガージュマン、今日、これは吉原会長の言葉でございますが、私も実はサルトルがずっと大好きで、文学部ではサルトルをメインテーマに勉強をいたしました。サルトルの考え方は、決められたものは何もないのだ、すべて未来というのはこれから人間のつくるところのものである。これから医療と医

Engagement



「人間は自由である。自由そのそのものである。」
 「人間は自ら創るところのもの以外の何ものでもない。」
 「君は自由だ。選びたまえ。つまり創りたまえ。」
 (J-P・サルトル、『実存主義とは何か』)

(スライド 27)

政がどうなっていくかはすべて今つくることなのだ、何も決まっていなくて、放っておけば今よりももっと悪くされる、ただ、我々が立ち上げればこれを変えることができる。これを教えているのが、まさにサルトルの実存主義でございます。

勤務医の生活防衛のための2つの手段

「立ち去り」

- 状況は悪化
マスコミ・世論による「医師」批判
- 職業活動の自由に対する法的規制の強化
医療従事者の大量輸入

「参加」(組織構築による運動)

- 状況改善の可能性
- 勤務医中心の医政の実現
国民からの医療の信頼の回復
- 医療費増大、国民医療の向上

今こそ、選択の時である！

(スライド 28)

勤務医が立ち去った場合にどうなるか、状況は悪化していて恐らくマスコミや世論は医師という職業一般を批判してくると思います。これによって、場合によっては業務の選択の自由が大幅に制限されていく。もう医師はこうしなさいという義務づけができてくるはずですよ。やることはもう見えています。

そして、仕方がないとなったら、東南アジアからとりあえず輸入しておこうという話になるのです。これが多分、役人となれば一番簡単な話なのです。だから

こういう筋書きが現実的に見えるわけです。

もう一つの労働者たる勤務医の生活防衛として、普通やることは、労働者というのは必ず危なくなったら組織をつくるのです。組織運動、これは歴史的に人間が繰り返してきたやり方です。これは状況を改善する可能性があります。そして勤務医中心の医政というものを実現しましょうと、私は勤務医の皆さんに呼びかけたいのです。そうすれば国民から医療の信頼の回復の可能性がある、そうすれば医療費が増大して医療がよくなる。みんなで連携をして開業医から勤務医まで手を取り合って、学会と医師会が1つになって訴えていく時です。こういう選択の時が今来ていると思います。

(スライド 29)

私は勤務医です。それも1つの難しい科になっている外科医でございます。

しかし、医師会に参加して行って、医師会の力をかりて、国政に自分たちの窮状を、現状を届けたいと思っております。私は医療の質と安全の向上には絶対に投資が必要であることを主張しております。

また、刑事責任というものが医療過誤に適用することが原則的に無意味かということも主張していきたいと思っております。

本日は、おくれまして大変失礼申し上げます。ご清聴ありがとうございます。