

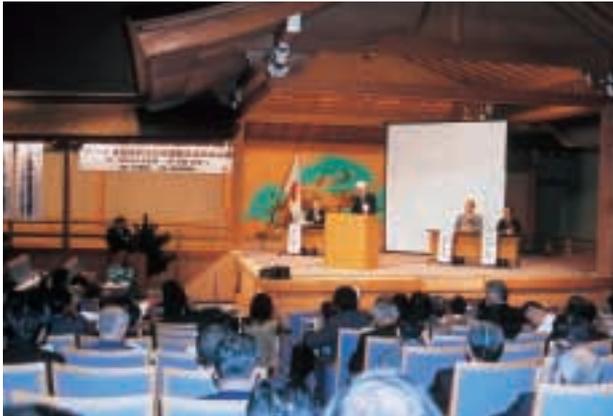
平成15年度
全国医師会勤務医部会連絡協議会
報告書

メインテーマ 『今、求められる医療』
質・研修・評価



日時：平成15年10月18日(土)
会場：奈良県新公会堂
主催：日本医師会
担当：奈良県医師会

■ 協議会風景



平成15年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

メインテーマ

『今、求められる医療』 質・研修・評価

1. 開催日時 平成15年10月18日(土) 10:00~17:35
2. 会 場 奈良県新公会堂
奈良市春日野町101番地
3. 主 催 日本医師会
東京都文京区本駒込2-28-16
TEL 03-3946-2121
4. 担 当 奈良県医師会
奈良県橿原市内膳町5-5-8
TEL 0744-22-8502
5. 参加者 全国医師会勤務医部会関係者及び医師会員とその関係者

| | | | | |
|--------------|-------------|---|---------------------|--------|
| 教育講演 | 13:00~13:40 | | | |
| | | 「パックス・メディチナを超えて 医療の質保証における医師の役割とシステムの役割」 | | |
| | | 東北大学大学院医学系研究科国際保健学分野教授 | 上原 鳴夫 | |
| | | 座長 奈良県医師会理事 | 山本 博昭 | |
| 特別講演(2) | 13:40~14:30 | | | |
| | | 「私の医学教育原論」 | | |
| | | 奈良県立医科大学学長 | 吉田 修 | |
| | | 座長 奈良県医師会副会長 | 植田 洋明 | |
| ~~~~ 休憩 ~~~~ | 14:30~14:40 | | | |
| シンポジウム | 14:40~17:35 | | | |
| | | テーマ「卒後臨床研修に求められるもの」 | | |
| | | 座長 奈良県医師会勤務医部会副会長 | 橋本 俊雄 | |
| | | 奈良県医師会理事 | 岡本 和美 | |
| | | 日本医師会の立場から | 日本医師会常任理事 | 星 北斗 |
| | | 行政の立場から | 厚生労働省大臣官房審議官 | 中島 正治 |
| | | 大学附属病院の立場から | 奈良県立医科大学附属病院長 | 吉岡 章 |
| | | 市中病院の立場から | 天理よろづ相談所病院総合診療教育部部長 | 郡 義明 |
| | | 研修医の立場から | 奈良県立医科大学第一内科助手 | 赤井 靖宏 |
| | | 女性医師の立場から | 東京女子医科大学小児科主任教授 | 大澤 真木子 |
| 閉 会 | 17:35 | | 奈良県医師会副会長 | 大手 信重 |
| ~~~~ 休憩 ~~~~ | 17:35~17:50 | | | |
| アトラクション | 17:50~18:20 | | | |
| | | 金春流 能「春日龍神」 | | |
| | | 解説 奈良県医師会理事 | 国分 清和 | |
| 懇親会 | 18:30~20:00 | | | |
| | | 司会 奈良県医師会理事 | 近藤 達司 | |
| | | (1)開会 | | |
| | | (2)挨拶 | 日本医師会会長 | 坪井 栄孝 |
| | | | 奈良県医師会会長 | 有山 雄基 |
| | | (3)乾杯 | 熊本県医師会会長 | 柏木 明 |
| | | (4)閉会 | 奈良県医師会理事 | 山本 博昭 |

開会セレモニー

10:00~10:20

総合司会 奈良県医師会 理事 大澤 英一

開会 奈良県医師会 副会長 大手 信重

主催者挨拶 日本医師会 会長 坪井 栄孝

担当県挨拶 奈良県医師会 会長 有山 雄基

来賓祝辞 奈良県知事 柿本 善也

奈良市長 大川 靖則

■ 開会セレモニー

総合司会

奈良県医師会 理事 **大 澤 英 一**

おはようございます。それでは、ただいまから平成15年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開会式を行います。司会は奈良県医師会理事の大澤が担当させていただきます。よろしくお願いいたします。

まず初めに、奈良県医師会副会長の大手信重より開会の辞を申し上げます。



開 会

奈良県医師会 副会長 **大 手 信 重**

おはようございます。ようこそ奈良へお越しくださいました。それでは、ただいまから平成15年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を開会いたします。



主催者挨拶

日本医師会 会長 坪井 栄 孝

先生方、おはようございます。平成15年度の全国医師会勤務医部会連絡協議会をここ奈良の地で開催するにあたり、主催者として一言ご挨拶申し上げます。

本日はお忙しい中をご出席いただきまして、大変ありがとうございます。今、ご紹介がありましたように、日本医師会が主催者となってこの会を毎年1回、各地で開催しておりますが、本年度は奈良県医師会の有山会長以下、先生方及び事務職の方々の大変なご苦勞によりまして、本日この日を迎えられるわけでございます。

メインテーマとしまして、『『今、求められる医療』 質・研修・評価』という題で開催をするわけですが、この趣旨に沿ったいろんな企画が有山会長のご判断で選んでいただいたものがたくさんございます。そのご苦勞に対して心から御礼を申し上げたいと思います。

現在の医療そのものがどう変わっていくか、私はまだまだこれから未知数の部分がいっぱいあるだろうと思っておりますが、我々は未知数だからといって、毎日毎日の診療に手を抜くとか、あるいはこれをないがしろにするというわけにはいかない立場にあるわけでございます。未知数だからといって政策論争をしている暇は我々にはないし、またそれでは我々の責務は果たせないわけでございます。勤務医の先生方と一緒に日本医師会の会員の先生方が一丸となって、今、我々が国民のために日本の医療を守らなければいけない。日本の医療を変えなければいけないところは変えていかなければいけない。

しかも、ただ変えるだけではなくて、医療をわからない人達がいろんなことを言うものについては是正しながらでございますから、その道は決して平たんなものではないと、私自身覚悟しておりますし、先生方にもいろいろとそういう点ではご苦勞をおかけすることになるだろうと思っております。ぜひ、今後も我々の持っている理想、国民のための理想、大きくいえば人類のために貢献するその理想そのものを完遂するために、ご尽力をいただきたいと期待申し上げます。

本日は大変お忙しい中を、柿本奈良県知事及び大川奈



良市長のおいでをいただきました。私も生まれて初めてこの能舞台の上に立たせていただきましたが、大変な経験になりました。すばらしい奈良文化のど真ん中できょうの会が開かれる。大変、私にとっても皆様にとっても嬉しいことだと思っております。

奈良のことは奈良の方にお話いただくのが適当だと思いますが、しかしあまりにも奈良の景色がさわやかできれいだったので、一言だけ触れさせていただきます。この奈良公園を中心としたこの辺は、我々学生の頃から非常に印象が強かったところでございますが、きょうのこのすばらしい天気のもとで、かつて、ずっと過去にあった私の若い勤務医時代のことを考えながら、この会場にまいりました。先生方もどうぞ本日は十分にご研さんされて結果を出していただきたいと期待申し上げます。

本日のご参集に対し、心から御礼を申し上げるとともに、有山奈良県医師会会長をはじめ、奈良県医師会の方々、職員の方々のご苦勞に重ねて感謝を申し上げ、最後になりましたが柿本知事、大川市長のご来会に深く感謝を申し上げて、あいさつにかえさせていただきます。きょうはありがとうございました。

担当県挨拶

奈良県医師会 会長 有山 雄 基

奈良県医師会の有山でございます。平成15年度の全国医師会勤務医部会連絡協議会を開催するに当たりまして、担当県といたしまして歓迎のごあいさつを申し上げます。

奈良県医師会がこの協議会を担当させていただくことが決定いたしました以来、日本医師会のご指導はもとより、前年度ご担当の山口県医師会の懇切なるご助言、各都道府県の絶大なご協力をいただきながら、諸準備を進めてまいりました。おかげをもちまして、本日ここにこの協議会を迎えることができた次第でございます。

全国各地から大勢の先生方をこの奈良の地にお迎えましたことは、私どもにとりましてまことに光栄であります。衷心より御礼と歓迎を申し上げます。

柿本善也奈良県知事様、大川靖則奈良市長様には、極めてご多用中にもかかわらず、ご臨席を賜り、まことにありがとうございます。心から御礼を申し上げます。

本協議会は昭和56年の第1回から数えて24回目、日本医師会主催となって13回目の開催となります。この間、勤務医の役割、組織化、現状分析、地域医療活動、病診連携など多岐にわたる問題が本協議会で提起され、日本医師会や全国の医師会で議論が重ねられ、大きな成果をおさめてまいりました。

一方、勤務医である会員の数は年々増加傾向にあり、日本医師会会員の中で勤務医の占める割合は50%近くまで増えてまいりました。我々奈良県医師会では、日本医師会の勤務医会員が30%であった頃から50%を占めており、医師会活動において勤務医の協力は不可欠となっております。

さて現在、医療を取り巻く環境はまことに厳しい状況にあります。政府は財政優先の医療制度を推進し、国民皆保険制度は崩壊の危機に瀕しております。しかし、このようなときこそ我々は、勤務医、開業医の別なく一致団結するとともに、日々それぞれの地域で、献身的かつ誠実な診療活動を行い、国民が安心することのできる医療を提供していく必要があると存じます。また、日本人の健康寿命は世界一である一方、国民の健康への関心は



一段と高まり、医療に対する期待はますます大きくなっております。

そのようなことから、本日の協議会では、日本医師会会長 坪井栄孝先生の特別講演「だから財源論に踏み込まざるを得ない」をはじめ、来年度から必修となる新医師臨床研修制度や、医師の卒前卒後教育にかかわる諸問題などを通じて、メインテーマ「『今、求められる医療』 質・研修・評価」について考えてまいりたいと存じます。

またシンポジウムでは、当初案内させていただきました次第にはございませんでしたが、厚生労働省で新医師臨床研修制度について陣頭指揮をしておられる大臣官房審議官 中島正治先生に急遽、シンポジウムに加わっていただくことになりました。時宜にかなう実のある討論をしていただけるものと存じます。

終わりに、本日の協議会が大きな成果を上げることが期待いたしますとともに、本日ご参集の皆様のご活躍、ご健勝を祈念いたしまして、あいさつとさせていただきます。本日はありがとうございます。

来賓祝辞

奈良県知事 **柿本善也**

皆さん、おはようございます。ご紹介いただきました奈良県知事の柿本でございます。

まず、全国から今日の協議会のために、この奈良に来ていただきまして、ご苦労さまでございます。心から歓迎の意を表したいと思う次第でございます。

坪井会長、それから有山会長のお話を聞きながら、勤務医の方がそれほど高いウエートを占めておられるというのは私、改めて認識いたしまして、不勉強を悟った次第でございます。またこうした勤務医部会という活動が早くから行われているということを知りまして、ほんとうに認識を新たにした次第でございます。皆様方の日頃のご活躍、あるいはいろんな工夫等、凝らしておられることについて心から敬意を表したいと思う次第でございます。

先ほどから勤務医の問題ということで、ここに質とか研修とか評価と書いてありましたが、私このごろ、日本の組織というのを、もうどんな組織であれ、例えば私たちの持っている行政組織であれ、どういう形で趣旨を達するための、特に意欲的な面ですが、緊張感をどうして維持するかということなどを常々考えております。

組織というのは、私も今は組織の責任者でございますが、かつては組織の中の一員としておりました。そういたしますと、決して主観的な意欲は変わらないつもりでございますが、あるときに振り返りますと、やっぱり違うなということを感じる場合がございます。それを感じたときに組織人、特に組織の一コマとして働く方々に、どうしてそういう意欲とか緊張感とか、そういうものを保っていただくかと、これはなかなか簡単そうで実は難しいものがございます。とりわけ組織としては一定の質なり、継続性とかこういうものが必要になるわけございまして、そういう意味におきましては、役所の立場から言いましても、行政組織についてそういう面のもっとしっかりした考え方を確立せねばならないのではないかと。組織論とかそういうものはよくあるんですが、それを支えるのはやはり人でございます。人がどう受け取って



るかによって、これはかなり違うものでございます。

お医者様の場合は、普通の組織人とは違いますが、かなり主体的なところがございまして、ある意味ではそれだけに、より難しいかと思いますが、そういうことを考えながら、こういう協議会が行われているというのは、大変貴重なことだと先ほどから思っていました。

とりわけ、他を例にしたら恐縮でございますが、びっくりするような石油タンクが燃えてしまったり、どこかの国で大停電が起こったりというのは、ほんとうはその組織の中の人にはそんなことが起こるはずがないと考えておられたことが、どうも起こっているようでございます。そうするとそれは、仕掛けとしては間違っは、少なくとも仕掛けが初めから欠落していたということではなくて、その仕掛けとそれを扱っている人の意識との間に、どこかに溝があったということに少なくとも結果論として言えるわけございまして、それを今後、将来に向かってどう埋めていくかということは難しい問題だと思いつつ、別に私もそれほどしっかりした結論を持っているわけではございませんが、少なくともそういう点について議論しなければならないという必要性が、どうも日本の社会のあちこちに出てきているような感じがいたしております。

そういう意味におきまして、本日1日かけてご論議い

ただくようですが、ぜひとも意義深い、成果の多い会合にさせていただきますことを心から祈念申し上げたいと思います。

なお、せっかく奈良に来ていただきました。中にはこういうことがないと奈良には来たことがないという方がおられるのでございます。修学旅行以来という方が多いようでございまして、嬉しいんですが、片や寂しい思いをいたしております。そういうことで、できるだけ大人の奈良になりたいということで、いろいろ努力を重ねているところでございます。

先ほど坪井会長からお褒めいただきましたが、この場所は、本式の能舞台でございます。真ん中の柱はこういう会議のときには抜けるようにつくってございまして、能舞台としてつくるときはスリッパも敷物も要らずに、ちゃんとやっていただいて、毎年、五流いずれの流も必ず1回はここで公演をやっていただいている。割合、その筋では格式の高い式場のほうでございまして。これは県の施設なんです、割合、この近くでは大変評判の施設でございまして、昔は公会堂で、今は新公会堂と称していますが、昔の木製の公会堂の時代から、よくぞこれだけの敷地をこれのためにとっておかれた、やっぱり明治の人は偉いなと思って感心している次第でございまして、ぜひともいるんなところを見ていただきましてよさを知っていただいて、奈良にもいいものがあるよと、こういうことをお帰りになったらお知らせいただきたいと思えます。

なお、7年後には奈良の都ができて1300年目に当たります。そのためのいろんな準備をしておりますので、関心をお寄せいただけたらありがたいと思えます。

そういうことで、お仕事も大切でございまして、この歴史のふるさとの奈良にもこよなく関心を寄せていただくことを、また皆様方のご健勝をお祈りしまして、私のお祝いの言葉にさせていただきます。ありがとうございました。

来賓祝辞

奈良市長 大川 靖 則

おはようございます。ようこそ全国各地から奈良にお越しくださいました。心から歓迎を申し上げます。日ごろ、医療業務に献身的に取り組んでいただいておりますことに、ほんとうに心から感謝を申し上げる次第でございます。

私、ごあいさつを覚えてきたんですけれども、有山会長さん、全く私の思っていたことをそのまま言われたので、何か頭の中が真っ白になってしまって、ちょっと違うことを言わせていただきたいと思います。

柿食えば鐘が鳴るなり東大寺。ちょっと違いますね。この柿食えば鐘が鳴るなり法隆寺、これがほんまのものなんです。ところが、この少し行ったところに、「天平」という今、レストランになっているんですけれども、当時は対暖炉、正岡子規が今から百数十年ほど前に、ちょうど今ごろ奈良に来て、その対暖炉でお泊まりをなさる。そのときに柿をむいてもらって、柿を食べようとされたときに、隣が東大寺なんです。その東大寺の奈良太郎という国宝のつり鐘が、ごーんと鳴り響いたと。それを口にしようと思ったときに、その鐘の音を聞いて、柿食えば鐘が鳴るなりとここまでをつくって法隆寺に行かれたと。そして法隆寺になってしまったと。そういうことらしいのでございます。だから私は、ほんとうは東大寺にしていただければよかったなと思っていたんですけど、それはそういうことらしい。

ところで私、6月ぐらいに白内障の手術をやったんです。白内障の手術をしたときに、2カ月前の申し込みなんです。2カ月前に申し込んだのはいいんですけれども、時間が近づいてくると、きょうかな、きょうかなと、もうすぐ白内障の手術するんだな、ああ、目の玉に注射されるんだなと、そんなことを恐る恐るずっと日が来て、とうとうその日がやってきた。やってきて手術台に上がって恐る恐る白内障の手術を受ける。もう手はぐっと握って、目はぐっと力を入れて。そうしている間に、目薬1滴であっという間の8分間、手術終わり。こんなこと、今の技術、すばらしいことだなと。これが日ごろの研究



の成果と、そして医は術なり、私の手術してくださった先生は魔法の手を持っておられる。そんなことで先生の手は魔法の手であるという手紙を書いて、感謝をしておいたところでございます。

そういうことは皆さん方、日ごろの研究をされている成果が、日本の今の医療技術につながっているものだと思います。したがって、国民の一人一人は医療開発を待ち望んでおられますので、どうぞ皆さん方の今後のますますのご研さんを心からお祈りを申し上げまして、ごあいさつとさせていただきます。ありがとうございます。

だから財源論に踏み込まざるを得ない

講 師：日本医師会会長 坪 井 栄 孝

座 長：奈良県医師会会長 有 山 雄 基

座長：奈良県医師会 会長 **有 山 雄 基**

それではただいまより、「だから財源論に踏み込まざるを得ない」と題して、日本医師会会長 坪井栄孝先生よりご講演をいただきます。

本来ですとここで坪井先生についてご紹介を申し上げるところでございますが、ご出席の先生方の中で坪井先生のことを知らないという方は、どなたもいらっしゃらないと思いますので、ご略歴等についてのご紹介は省略させていただきます。

それでは早速ですが、坪井先生、どうぞよろしくお願いいいたします。



だから財源論に踏み込まざるを得ない

日本医師会 会長 **坪 井 栄 孝**

先ほどもちょっと申し上げましたが、生まれて初めての経験で戸惑っておりますけれども、この日本の古い文化の能舞台の上で、パワーポイントを使って話をする。まさに現在を象徴しているのではないかというふうに思っております。

それでは本論に入らせていただきます。きょう私がお話しするのは、先生方の中には少し違和感をお持ちになる方がいるんじゃないかと思いますが、これにはいわれがありまして、日本医師会は学術専門団体であるということからかどうかははっきりしませんが、本来、医療政策における財源論には踏み込まない。それはすべて行政がやることだ。そういうせりふになるんだろうと思いますが、財源は政府がすべて責任を持って用意するべきなので、我々医師会は踏み込まないんだというのが、私が育てられた医師会の中では不文律でございました。

私は最初からおかしいと思っていたんですが、そんな



ことを言うと医師会に籍を置けなくなりますから静かにしておりましたけれども、まさに今の世の中になって、我々プロフェッショナルである立場にある者がしっかりと財源論を論じないと、いつまでたっても我々の考えて

特別講演 (1)

いることは実現しないし、国民は世界一の医療といって世界の人たちにうらやましがられるような医療提供はできない。今日に及んで私はそう考えているわけでございます。

〔スライド1〕



(スライド1) その話をきょういたしますが、その前提となる問題として、我々の行っている医療というのは、平時における国家安全保障だということをしっかりと主張する。その理論構成をしてその上で、だからこそ我々の言う財源論を国は聞くべきだ、国民は合意すべきだという理論構成をしていかないと、なかなか相手も強敵ですからうまくいかないというか、達成できないということを考えているわけでございます。

したがって、きょうの話の最後に、財源論に踏む込むというアクションそのものが、こういうことだから我々は踏み込まなければいけないんだということと、こういうことを根っこに持ちながら、我々は踏み込む権利があるんだということをお話をしようと思っております。

〔スライド2〕

| | 日本 | アメリカ | ドイツ | フランス |
|---------------------|-----------------|-----------------|-------------------|-----------------|
| 人口10万対 | 706.0 (1994) | 875.4 (1994) | 1,083.2 (1995) | 898.1 (1994) |
| 45歳～54歳 (人口10万対) | 293.9 (1998) | 461.6 (1994) | 426.2 (1995) | 404.6 (1994) |

〔出典：「国民健康の動向」厚生労働省 2000年〕

(スライド2) ここからしばらくの間の話は、先生方にはもう既にご存じのことで、必ずしも私が言う必要もな

いことなのかもしれませんが、私たちが持っている日本の医療、特に医療提供体制と医療保険体制というのは、私はあえて世界一だと言っていいと思います。

これは一つの象徴として、アウトカムに関しての日本の医療の状況を表現していると思います。死亡率という、我々にとってみればある部分敗北したようなところがあるかもしれませんが、しかし、全体から見るとこのアウトカムとしてのエビデンスはかなり評価されていいと思います。これで見ますと人口10万単位の数字が出ていますが、日本はやはり断然に死亡率が低い。特に45歳から54歳まで、生産人口というと多少語弊があるかもしれませんが、言うなれば国の経済等を 経済だけではなくてすべてそうですが を支えていくまさに脂の乗った時期の人たちの死亡率というのは、ほかの国から比べたらほんとうに低いということが言えるわけです。

これは何も医療だけということではありませんが、医療がそれに対して大きく貢献していると、国民は感じているだろう、あるいはまた、その情報を聞いたときに感じるだろうと思っています。その効率のよさからいっても、我々がボランティアで医療を提供しているという部分が非常に大きい。したがって、国際比較をしても対GDP比の医療費が18番目などと言われているぐらい低いところにありながら、世界一のアウトカムを持っている、世界一の満足感を持った医療が提供できているというふうに、私はあえて言って差し支えないだろうと思っております。

しかし、100%そうかという、多少そうではない現象も現在出てきているわけです。

〔スライド3〕



(スライド3) 例えばこれは、日本銀行が集めたデータ

ですけれども、どうして個人消費が増えないんだということがよく言われますが、どうして家計の支出を減らしているんだという理由の中に、確かに仕事の収入が減るから、それが不安だからというのが一番上に書いてはありますが、よくごらんになられると、社会保障という字がたくさん出てまいります。

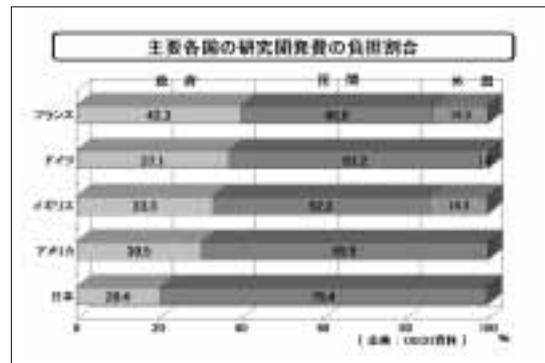
例えば、社会保障の給付が少なくなる、将来に対して不安だ、あるいは高齢者の不安ですと自分が病気をしたときにだれが面倒を見てくれるのだろうか。そういう制度ができていのだろうか。配偶者が寝たきりになったときにだれが介護をしてくれるのだろうか、社会保障に対する不安がトップにあるわけですが、この家計支出を減らしているという理由にも、社会保障費が引き上げられると。だからこそ備蓄をしなければいけないんだということで年間1,400兆円の自己貯金があるというようなことが言われるくらい、ため込んでいます。もう今は消費するような、そんな時代じゃない。自己防衛のために家計の支出をとにかく減らさなきゃいけないんだという、その原因が社会保障が完備されていない、あるいはまた社会保障の中に不備な点があるというようなことが大きな原因になっているということは、これは疑うべくもないことだと思います。

そうなりますと、我々の立場で考えますと、社会保障という部分に関しては我々はかなりの部分を担当している。かなり我々に責任があると私は感じるわけでございまして、逆に言えば、我々が努力をしていけば、我々が一生懸命汗を流せば、今までも流していますけれどももっと汗を流すことになるかもしれませんが、そうすれば国民の不安とか、国民の信頼感というようなものはもっとももっと向上していくのかということも、その裏腹に考えるわけでございます。

私は、どちらかというとなら争的ですから、じゃ、それを我々の主張の武器に使いながら、国民のその不安、あるいは日本の社会保障の欠点、そういうところをあえて間違っていると言いますが、間違っている政治家、間違っている官僚の考え方を質していくということが我々の責任ということになるのではないかと、私は考えるわけでございます。

(スライド4) またこれはついこないだまで医局の中に

[スライド4]



おいでだった先生方がたくさんいらっしゃると思いますが、医局の中で基礎的な研究をする、あるいはまた臨床研究の場に携わるといようなときに、その開発費用等に対して国がどのくらい面倒を見てくれたかということを表わすグラフです。確かに厚生労働省の助成金もありますし、文部科学省の助成金もありますから、金を出しているような格好はしていますが、トータルで見たときに国がほんとうにそれだけの金を出しているのかということもあります。

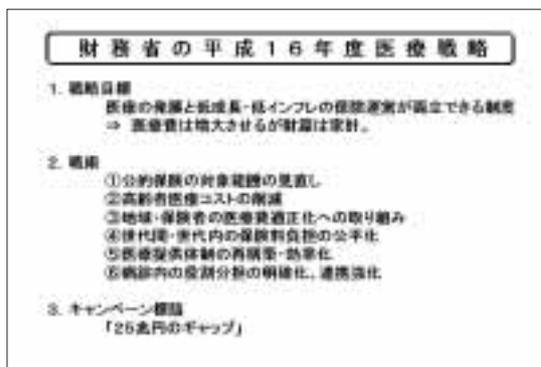
このグラフをごらんください。日本はこんなに国が出しているお金が少ないんですよ、民間が支えていたんです。だからこそ今、民間の経済が疲弊したときに、我々の研究費とか我々の研究意欲というものが阻害されるということを使うためだけに、このグラフを出しているわけではありません。社会保障とか、あるいは我々の医学研究、科学全体と言ってもいいかもしれませんが、そういうものに対する国の投資意欲というものが、こういう比率であったのか、日本の国の研究開発のレベルがこういう負担比率で支えられたのかということも、私たちは見逃してはいけません。

あえて財源論に踏み込むということの1つには、こういうところもあるわけです。単なる医療費だけではなく、日本の国が世界の中で一流の国である、国民の幸せもトップクラスであるというためには、基盤整備として、我々がプロフェッショナルとして持っていなければならない基礎研究、医学あるいは科学の基礎研究という問題に対して、ここでやはり我々が財源に踏み込んでいかないとはいけません。もっと具体的に言うならば、国がもっとお金を出す気になりなさいということをお我々の立場でア

ピールしていかないと、日本の国はよくなる、日本の社会保障はよくなる、日本の医学のレベルが向上しないと私は思っているわけでございます。

前々回のこの協議会で、私が話したことがあると思うんですが、科学誌ネイチャーによると基礎研究に関する論文の質は、先進7カ国の中で日本が最下位でございます。それから日本の医療技術のレベルはEU以下でございます。こちらはアメリカ商務省のデータですから、その分、パイアスがかかっていると思いますから、そのまま見る必要はないかもしれませんが、そういう評価を国際的に受けている。その原因が、それはお金だけの問題ではないかもしれませんが、我々の医療そのものに対する貢献度、あるいは我々の歩んできた医学、医療に対する頭脳、そういうことからすると、私はやはりかなり低い評価である、悔しい評価であると思わざるを得ない。その原因の中にこういうこともあるとするならば、これをだれが是正するのか。それはもちろんいろんなご意見はあると思いますが、毎日毎日患者さんを診ている私たちが、こういう問題に対してしっかりとした意見を述べる、根拠のある意見を述べて是正していくということが必要であろうと、私は常々考えております。

〔スライド5〕



(スライド5) 日本の医療の考え方、日本の医療行政の考え方というのは、先ほどもちょっとお話ししましたし、またごあいさつの中にもありましたが、間違っていると私は思います。どこが間違っているかということ、すべてが財政、すべてが効率ということだけで財務省、厚生労働省は考えている。そして、そのつじつま合わせだけのために、現在持っている予算の配分機構を駆使して、彼らの権益のための理屈だけで社会保障費、医療費という

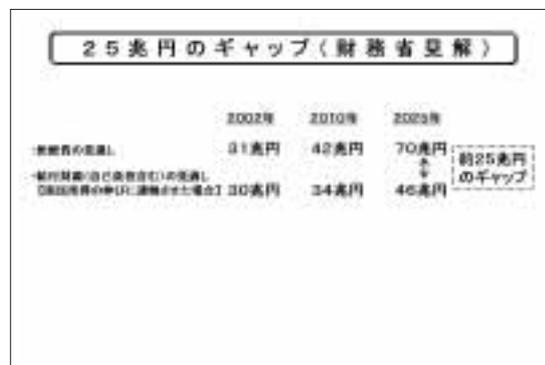
ものを賄おうとしている。

例えばここにありますのは、平成16年度の財務省の医療戦略でございますが、その戦略目標の下の矢印のところをごらんいただきますと、「医療費は増大させるが」という話を傲慢にもするわけです。そしてその財源は家計に頼るといことです。何を言っているんですかと言いたくなります。

ここに先ほどから私が申し上げている、国の財政がどこまで医療とか社会保障に対して信用をおけるようなものかということになると、まさにこの1行だけでそれが歴然とわかるわけです。その下の戦術のところを見ますと、1から6までこの文言の裏に書かれているものは、財源はある程度のところまで出します。しかし、あくまでもその財源は縮小していく。そして国庫の縮小を図りながら、医療の給付は一般の方々の財布の中から出るお金で補てんして賄っていくというのが、これからの医療費、彼らの考えている医療戦略であるということ、これは公の文書ですから公然と主張しているわけです。

そしてそのために、3のところにキャンペーン標語というのがございます。25兆円のギャップということ打ち出している。私、どういうことかわかりませんでした。25兆円のギャップというのは、何のギャップなのかよくわかりませんでした。そこでそれをつぶさに検討してみますと、こういうことです。

〔スライド6〕

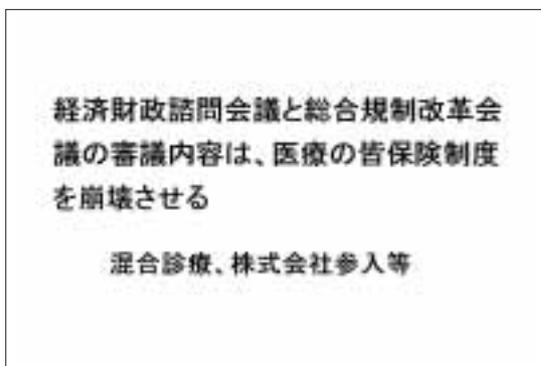


(スライド6) 医療費というのは年々増えていきます。2025年にはおそらく70兆円になるでしょう。財務省はそう考えている。私たちはもっと増えると思っております。しかし、その下のところで、給付財源、すなわち保険医療、あるいは税金等々、そういうものは伸びません。そ

れらを賄うためには年度別にずっと見ていくと、25年の医療費の見通しが70兆円というときであっても、その給付の財源というのは46兆円しかありません。しかもこの46兆円は自己負担分、個人の負担分も含めての額です。したがって、彼らの言うせりふですけれども、国民が幸せになるためには70兆円から46兆円を引いた25兆円のギャップ、これが今や日本の医療政策の中ではむだな支出になると想像できますというのが、彼らの医療費政策です。

こんなことを聞いて、我々がプロフェッショナルの立場から、日本の医療、あるいは社会保障ということを考えるときに、25兆円のギャップなんてことを彼ら官僚に言わせておいては絶対いけない。こういうものをやすやすと飲み込んでくる政治家そのものに対しても、我々は強くこれを戒めなければいけませんし、こういう問題に関して国民に、こんなこと言っていますけどこんなことじゃありませんよ、むしろ逆ですよというようなことを、しっかりとエビデンスをもって説明をして合意をいただくということをしなければいけない。これが、現在の医療改革の中の根っこにある、最も危険な最も重大な項目であろうと、私は認識しております。

〔スライド7〕



(スライド7) その元凶が経済財政諮問会議であり、総合規制改革会議である。これはまさに小泉さん直轄の会議であるということになるわけですが、これだけではありませんけれども、彼らの出している具体的な項目としては、株式会社を医療に参入させるとか、あるいは混合診療と称して、先ほどからお話ししているような医療費そのものの負担を、患者さんなら患者さん、国民の財布の中から出る財源をもって賄っていくということをする。

そういうことで日本のこれからの医療政策というのを牛耳っていかうとしている。彼らの政策戦術を一言で言うと、株式会社を入れようというようなことを言っている人たちは、いわゆる経済的に言えば、財政的に言えば、まさに経済だけを主導的に考えているわけですから、市場原理主義者になるわけです。その人たちの自分の欲求を満たすために、医療費のシェアは今、31兆円ですが、彼らは100兆円あると豪語していますから、その100兆円を食い荒らすために、日本の医療制度を変えていこう、法律を変えていこうという欲望に満ちた考え方です。これは主に総合規制改革会議の人たちの考え方です。

それからもう一つは、財務官僚が医療費を抑制するときに、一番やりやすい、一番彼らが汗をかかないで済む、全体の枠組みを減らしていこうとする、いわゆる総枠規制とか、伸び率管理というような手法を使ってこれを制限していこうという、この2つの、全く原理の違うというか、欲望の違う政策が、現在の小泉改革の中には混在している。これはしょっちゅう私は申し上げていることです。お耳に入っていることかもしれません。

これをもって私は医療改革だの、医療革命だのと言ってもらっては困る。なぜならば、国民がほんとうに希求している、欲しい医療というものは、先ほどちょっと触れましたけれども、そんなものではありません。

具体的に言えばやはり、日本の社会保障とか医療提供体制というようなものに対する自分たちの不安、将来に対する不安が、やはり国民にとっては最大の問題で、最高の課題でなければいけないわけです。すなわち、さらに言葉を重ねるとすれば、医療の安全性、医療の質の高さ、そして医師と患者との間の信頼関係の構築、そういうことに改革の矛先が何かなければ、おそらく国民は医療改革というものに対して納得するわけにいかないだろうと思います。

株式会社が医療に参入したら、今、私が言ったようなことが全部クリアできるのかというと、反対ですね。財務官僚の言うように、給付を減らしていったらいい医療になるのかといえば、これも反対の話です。そういうことが、国民はうすうすは知っているんでしょうけれども、具体的にここがそうなんだ、ここを直せばいいんだということについては、なかなかわかりにくいということ

すから、これは私たちがしっかりとした理論を築き上げて、これを主張していかなければいけないということになると思います。

[スライド8]

良質な医療提供に必要な要素

①患者志向の医療
患者志向の医療とは、医師・患者の人間関係に重きを置き、個別性を重視した医療である。医師・患者の間の信頼感を高めることで満足度が上がり、最終的な医療の質の改善も向上するであろう。

②安全と安心の確保
安全と安心の医療は、医療の基本となる安全性を確保することである。これにより国民へ安心感を担保する。

③インフラの整備
制度や施設・設備などの環境を整備すること。

これら3つの視点は、互いに関連しあうことは言うまでもない。

(スライド8) これは勝手に日本医師会がまとめたものですから、多少ご意見があるかもしれませんが、いい医療を国民に提供して、そして国民が安心して日本の医療制度の中で生活ができるというためには、やはり我々が常に言っているような、患者志向の医療でなければいけない。患者志向の医療でなければいけないというのはフアジーな言い方ですから、もっと具体的な問題を出していかなければいけないわけですが、この中でやっぱり医師側の問題点というのは、安全な医療、安心のできる医療、そして質の高い医療というようなことだろうと思います。のところ個別性を重視した医療というのがありますが、この個別性を重視した医療というせりふは、政府が考えているようないわゆるグローバリゼーションとは言いませんけれども、すべてを同じレベルで平等にそれを提供する。そしてそれからみ出たところは自分で負担するという考え方からすると、これは大変大きな問題が出てくるわけですけれども、国民が考えているのは、全体的な医療のレベルそのものに対する期待度というのは当然あるんですが、やはり何といても自分の病気に関してはどうなのか。自分の問題に関してはどういう解決策があるのか。いわゆる個別性の情報そのものの開示ということが、国民にとっては大変必要なことです。我々が患者志向の医療を提供するとするならば、個別性のある医療情報の提供と、個別性のある説明によって得られる患者の納得、合意というものが、どうしても築き上げていかなければいけない重要項目になる

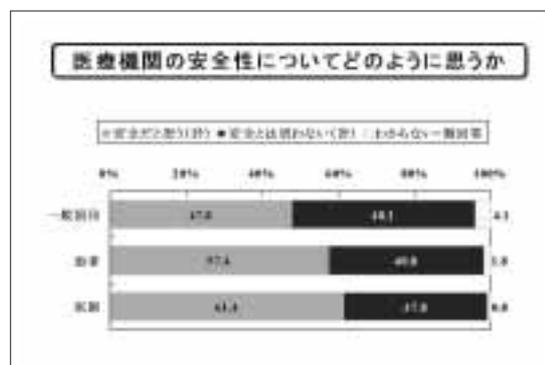
わけです。

の安全、安心、これはもう当然のことで、説明申し上げるまでもないわけですが、現状における医療に対する国民の不安、いろんな要望というものは、まさにこのところに集約されていると言っても過言ではないと思います。このために我々がどういことをしなければいけないか。あるいは、改革という名前の中で、この安全と安心をどうい制度の中で、どういふうに国民に納得してもらい、国民にそれを提供していかなければいけないかということが、私は医療改革の中心になければいけない、現時点では、中心になければいけないと思っております。

もちろん のインフラの整備等は、言わずもがなのこととでございます。終戦直後からすれば、病院あるいは診療所もかなりきれいになりましたし、設備も整い、いい機械も入るようになった。そしてマンパワーに関しての整備もできるようになった。しかし、まだまだ日本の医療レベルの全体がそこまで達しているというふうには言えない。したがって今後も、これらについての整備はしなければいけない。これは当然ですから、ここにもやはり改革という問題の視点がある。

もちろんこの と と がばらばらにあるものではなくて、お互いがお互いに影響し合い、整合しながらこれが成り立っていく。まさに国民が望んでいる医療改革というのは、 、 、 のこの中にすべて含まれていると私は考えております。

[スライド9]



(スライド9) であるならば、今まで申し上げました国が考えている医療改革、小泉改革と言っているような、一部の金持ちだけが得をするような医療改革、あるいは

官僚がおのれの欲望のために予算を配分する、その配分機構を崩したくないための改革というものは、全くかけ離れたといえますが、むしろ裏腹なものが日本の医療改革の中では出てこない。その問題が出てこないというところに私は大きな不安感を感じていますので、小泉総理がこれから医療に関して改革するということを言うならば、それを表だって私が取り上げて、小泉総理の改革はまだまだ緒についていない。これからだということ、彼自身にも話をしてありますし、まさに私はそうだと信じていますから、これから後の数カ月間、どういう方向で、日本の医療の構造改革をするのかということを感じていかなければいけないと思っております。

小泉総理はともかくとして、では、我々がどういうふうにしていったらいいかということの多少具体的な政策の視点を少しお話ししたいと思います。今お話ししたように、安全、安心ということがまずあるとするならば、私はそこに具体的な政策をまず取り入れて、財源ということを基盤にした話として取り上げていくということをしなればいけないのではないかと思います。これは日本医師会のシンクタンクがとったデータですけれども、医療機関の安全性について問いかけたものです。一般の国民、患者、そして医師、おのおのに日本の医療は安全だと思えますかという問いかけをしたときの回答ですが、一般国民は新聞紙上等が主でしょうけれども、新聞等の情報から日本の医療というものに対する感想を持つわけですから、当然、このように安全だと思う人が、これは半分を切っていますけれども、安全と思わないという人が48.1%ある。要するに国民は半分以上、安全だと思っていない。患者になりますと、自分でかかってみて医療を体験しているという人たちからの回答が多いですから、57%は安全だと思っていますけれども、しかし40%の人は安全だと思っていない。

我々医師は、医療を提供する立場ですから、これは安全だということを前提にして医療を提供しているわけですから、ほんとうはもっと高い数値にならなければいけないんですが、医師ですら61%の安全という回答を得られたに過ぎない。これトータルしますと、大体国民も患者もそれから医師も含めて、日本の医療は40%は安全でないと考えているというふうに考えてもいいんじゃない

かと思えます。したがって、日本の医療は安全だということを政策的に進めていくためには何をしたらいいかということになるわけですが、もちろんいろんな方法があると思いますし、おのおのの日ごろの研さんということによると思うんですが、これを制度として日本医師会がやるとすると、どういうことにまず手をつけなければいけないかということを見たのが次の表です。

〔スライド10〕

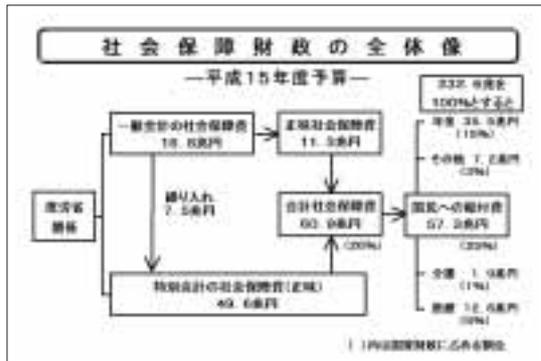
| 1. 医療提供のコスト | | 2. 対策強化のコスト | |
|-------------|-----|-------------|-----|
| 医師 | 1.1 | 医師 | 1.1 |
| 看護師 | 1.2 | 看護師 | 1.2 |
| 薬剤師 | 1.3 | 薬剤師 | 1.3 |
| 診療報酬 | 1.4 | 設備投資 | 2.1 |
| 設備投資 | 1.5 | 維持費 | 2.2 |
| 維持費 | 1.6 | 人件費 | 2.3 |
| 人件費 | 1.7 | 材料費 | 2.4 |
| 材料費 | 1.8 | その他 | 2.5 |
| その他 | 1.9 | | |
| 注：コスト合計 | | | |

(スライド10) これは医療の質、医療の安全性を確保するために、それを推進していくような人々を教育するため、そして、その推進していくようなグループを組織化していくというような授業をする。それによって起きてくるコストを計算しますと、この表のようなことになるわけでございます。細かい数字で読みにくいかもしれませんが、一番下のところだけでも読んでいただくとわかりやすいと思いますが、このコストを医療費に換算するとどのぐらいになるかということです。ほぼ1兆300億円ぐらいの間になります。国民の安全を確保するために我々が仕事をするとすると、よりこれだけの費用がかかるかといいかえてもいいわけです。

医療が安全でなければいけないというのは、政治家も言いますし、官僚も言います。しかし、その安全を確保するために、国がどのぐらいの財政的な負担をしなればいけないのかということは一言も言わない。厚生労働省もこんな試算はしていない。やはりこれは我々が主張しなければいけないところであることには間違いない。我々が国民のために財政に踏み込んでいかなければいけない、これも一つのサンプルであるということになるわけです。

(スライド11) 国の財政には一般会計と特別会計がある

〔スライド11〕



ということは、ご存じだろうと思います。

一般会計というのは、平成15年度でトータルの歳入は約82兆円でございます、特別会計が約200兆円、かなりの開きがあります。この一般会計と特別会計をお互いに繰り入れたり、出したりしながら、国の諸施策がなされているわけでございますが、厚生労働省関係の一般会計と特別会計だけを取り出してみますと、一般会計からは大体社会保障費として18兆8,000億円のものが使われておりますが、このうち7兆5,000億円を特別会計のほうに入れて、特別会計の勘定として使っているという部分がございます。

そういうことを計算しますと、正味一般会計から出ている社会保障費というのは、11兆3,000億円しかないわけです。特別会計のほうの約50兆円の正味の社会保障費というのがありますから、これから今度は一遍繰り入れたものをさらに社会保障費のほうにフィードバックしているというようなややこしいことをするんですが、そういうことをして、社会保障費の全額というのが決まって、それが61兆円ぐらいになります。

これは全体の国家予算からすると、26%ぐらいのものである。だから、国が使っている社会保障に対する金というのは、一般会計と特別会計とを繰り入れ等を行った後で出ている国家予算の約26%であるということになるわけです。

この26%の社会保障費の中から国民に対してダイレクトに給付されるというお金を計算しますと、57兆円になるわけです。その差額は何だというと、いろんな人件費や事務費やいろんなことを引かれますので、61兆円ぐらいの金が57兆3,000億円ぐらいが実質、国民に対して給付

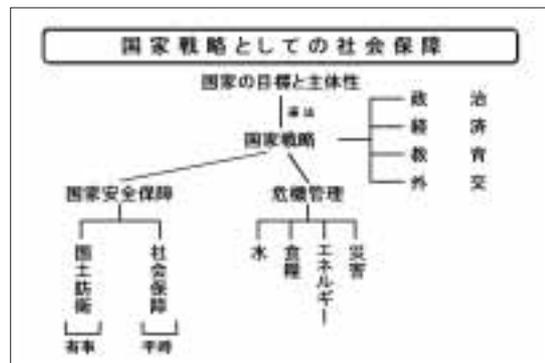
費として使われるものである。

それが一番上のところをごらんいただきたいと思いますが、232兆6,000億円という国家予算全体の歳入、国の中に入るお金を100%としますと、医療として使われるものは6%であるということです。

これが現在の官僚及び政治家が考えている、国の予算の配分の考え方ですし、社会保障に対しての金の出し方の基本です。

私が社会保障に対する考え方を一番最初に申し上げましたように、平時における国家安全保障であるという考え方を持つのであれば、この配分機構のところから変えていかなければならない。この配分機構の中でいかに論じても、彼らのペースの中でやっている限りにおいては現在の状況を打破できない。根底はここを直さなければだめだというのが、私の主張でございます。

〔スライド12〕



(スライド12) すなわち、国家には国家を支える目標というのがございますし、日本という国のアイデンティティがございます。それらについて国民にわかりやすく約束事をつくったのが、私は憲法だと思っております。憲法第25条をお読みになられるとわかるように、あの中にあるんな文言がありますが、はっきりと社会保障に対してその機能を向上させていくということが、憲法上で国民に約束された国の約束事でございます。

であるならば、その約束事を、国家戦略という言葉を使えばいいのかもしれませんが、国家戦略として行われているもろもろの時点の中で、どこにそれを位置づけるか。

例えば政治の中になのか、経済の中になのか、教育の中になのか、外交の中か。いろいろあると思いますが、

これらは国を支える政治の中の平常のものでございますが、それ以外のところで、いわゆる危機管理として、水の危機管理、食料の危機管理、エネルギーの危機管理、あるいは災害に対する危機管理、いろんな危機管理がありますが、このいずれにもこの中に社会保障というものを挿入して、トータルでこれの整備を図るという項目は見当たりません。

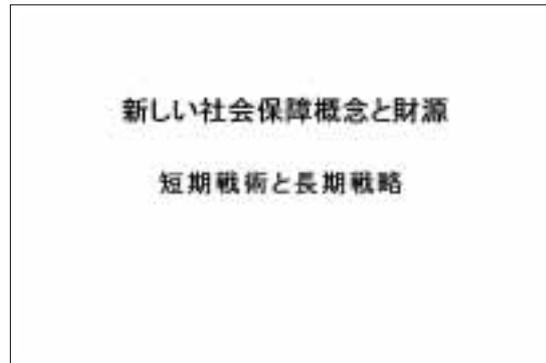
もっとはっきりと言えば、国は、社会保障というものは負の投資である。社会保障は貧者を助けるための制度である。したがって、投資をしてもリターンのないこういう制度に対しては、あくまでも消費として見ていく。そういう概念しかないと私に批判されても、反発のしようがないのではないかと。社会保障というのは、最初のスライドでお見せしましたように、現在はそんな概念で取り扱われるべきものではないということをしかりとわからせないといけません。そういう問題について我々が国民的な合意をつくりながら、国家戦略の中心に社会保障を置くという努力をしなければいけない。

国家安全保障という言葉は、これは日本だけではありません。国際的に国家安全保障というと、敵からの侵略を防ぐというようなことに使われますから、いわゆる国土防衛という点に集約されています。これは国家安全保障という字句の、国際的な解釈であるかどうかはわかりませんが、そういうものは要するに、国土を防衛するための、有事のものであるという考えでしかないわけです。

しかし、社会保障というのは、我々はその専門的な立場にいますからすぐに理解できますが、人々の生計の安全を保障し、人々の生命の安全を保障するということを考えますと、まさに国家安全保障でなければいけない。しかもそれが有事のときではなくて平時の国家安全保障でなければいけないという理屈は、何の違和感もなしに我々は主張できるということなのですが、これを官僚、政治家をはじめ、国民にわかってもらえるためには大変な努力がこれから必要であろうというふうに私は思います。しかしやらねばならない。でなければ、日本の社会保障、日本の医療は永久に国際的に三流のものになってしまうというふうに、私は危機感を感じております。

(スライド13) 今お話ししたような新しい社会保障概念

[スライド13]



というものにかんがみ、その新しい社会保障概念の中で、じゃ、財源をどう調達すればいいのかという話が、きょうのお話のメインになるわけですが、私はこれは短期的な戦術というのと長期的な戦略というふうに2つに考えております。

[スライド14]



(スライド14) 例えば私が先ほどから申し上げているようなことを、今すぐというわけにはいかないかもしれませんが、ここ1年ぐらいの間に何らかの形で、今言ったような新しい社会保障の概念で財源を調達しようとしたときにできることは、現在の配分機構、その中で財源をどう捻出するかという方法があると思いますので、これをやるということで、このシミュレーションをシクタンクの中でしてもらいました。

今の一般会計、あるいは特別会計の配分の仕方を仮に基盤に置いたとして、その配分機構の中で、もし政府があるいは官僚が、民間で行っているレベルのリストラ、財政的な節減、あるいはマンパワーとしての節減というふうなことをやったらとすると、どれぐらいの歳出削減が可能かというのが、この試算でございます。明らかに民

間レベルで国がちゃんと財政的な節約効果を発揮すれば、このぐらいの財源は出てくるということでございます。

一番上はあちこちに出ております補助金、これを民間並みに節減していくということをする、大体9兆2,000億円ぐらいがここから浮いてまいります。それから国家公務員の人件費が7兆6,000億、約8兆ぐらいあるんですが、これを5%カットする。人件費をカットするというのは民間企業はやっているわけです。これは民間企業に限らず、病院の先生方だって今のこの経済の疲弊から生き残るために、人件費のところをカットするなんてことはもう前からやっているわけです。これを国家公務員というところでこのアクションを起こすと、ここでもやはり0.4兆円ぐらいのお金が出てくる。

それから経費、設備費、こういうものを50%カットする。こういうようにもろもろのことをカットしたり節減したりしていきますと、トータルで12兆5,000億円の歳出削減が可能になる。これは人の財布の中のことでですから、このぐらいはできるのじゃないですかということを経験しながらシミュレーションをさせた額ですから、このぐらいのことをちゃんとやりなさいということです。今の配分機構、例えば根底から社会保障に対する考え方を変えなきゃだめだというようなことでなくても、短期的にこういうところからアクションを起こしていけば、これだけの国家財源の節減ができるということです。この節減したものを全部社会保障に使えるというようなことを言っているわけではございません。先ほどお話ししたような国民に対して医療の安全というものを整備するために国が使わなければいけない金がどのぐらいあるか。その中でこのお金をどのぐらい使うかというようなことになると思いますが、消費税を上げるだけが、税金を上げるだけが能ではないわけで、こういう問題についても踏み込んで、我々がプロフェッショナルの立場で、専門家の立場で進言していくということをしなさいといけない時代になったということでございます。

(スライド15) これは字がいっぱい書いてあって大変見にくいスライドなのですが、この中で拾い読みしていただいてその中身をご理解いただければいいんですが、長期的に考えたときにどうするのか。長期的に考えたときというのは、今私が話したような、社会保障に対

[スライド15]

| 財政上の視点 | |
|--------|--|
| (1) | 依然として、国民の不安感は解消されず、個人消費は回復していない。 |
| (2) | 個人消費を伸ばし、本格的な経済成長軌道に乗せることが、現在最優先課題となっている。 |
| (3) | 企業業績は回復しつつあり、わが国の経済収支は大幅赤字であるが、国内でこれらの金が消費に回されていない状況にある。 |
| (4) | 国民の不安感を解消し、個人消費を増やすためには、社会保障を充実させることが必要である。 |
| (5) | そのためには、企業の協力を得て、一時的に社会保障の企業負担を増やすことが有効な政策である。 |
| (6) | 消費が回復し、税収が安定した段階で、企業負担を税負担に戻す。 |
| (7) | 一時的に増加する企業の社会保障負担は、法人税減税で相殺する。 |

する概念、それを変えてから、配分機構を変えるということをした上でどうするかという話に直結するわけですが、これはこのスライドの中にもない、もう一つの要素が入っています。それはどういうことかということ、例えば現在、我々が国際的にいろんなお付き合いをしている中でお金を出している部分に、ODAという事業があります。これは政府開発援助というんですが、発展途上国の発展と福祉の向上のためにこの金を使うわけです。これが果たして、そのようにお金が使われているかということ。もちろん、そこに外交的な問題、国際間の問題があるから、私が言うようにそんな単純にはいかないんだという反論が来ることは承知の上ですけれども、各国がGNP国民総生産の0.7%を拠出しましょうという約束が国連の中にあるわけですが、これを達成しているのは5カ国しかない。あのアメリカなんか達成していない。そういう事実を掘り下げるよりももっと大変な事実がある。

それは、日本のODAの援助資金がどこにたくさん行くか。中国にも2001年には6億8,600万ドルが供与されています。有人宇宙飛行ができる国に、有人どころかロケット1つ上げるのが大変な国が援助しなければいけないのか。どう考えてもおかしいですけれども、このアンバランスは、我々が血へどを吐くような努力をしながら日本の医療とか社会保障を支えていこうと思っているときに、官僚が彼らの哲学で、彼らの考え方で勝手にこういうことを決めるということについては、私は甚だ納得がいかない。

私はこの辺のところをなぜ我々が今まではっきりと物が言えなかったのか。そしてまたそれに対して、日本医

師会が何も言わなかったということが、私は不思議に思うんです。これからは、口を出させていただこうと思っております。

それからもう一つ、これも我慢のできないのは、MOSS協議というのがあるんです。これも先生方、ご存じだと思いますが、先生方がアメリカの製品を買ったときに、内外価格差がものすごく大きい。ものすごく高い薬を買わなければいけない、高い医療機器を買わなければいけない。なぜかと、単純な、非常に素朴な疑問をお持ちだと思うんです。これはMOSS協議という日米間の市場重視型の個別協議というのがあるんです。これによって高い物を買わされているんです。

その奥にはいろんなものがあります。それはアメリカとの間の安全保障が絡んだような、いろんな問題があります。これは、やはり私は厚生労働省にきつく言って、是正させなければいけない問題だと思っております。

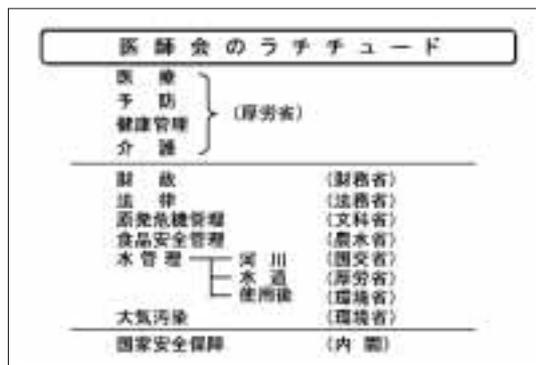
そしてこのスライドに戻りますが、もう一つ、これはむしろ経団連とは意見を異にする話かもしれませんが、この(2)(3)あたりに書いてありますけれども、今の日本の企業は大変なトンネルをくぐり抜けて回復しつつあります。大幅な黒字決算になる。全体からそういうふうに予想されています。これは年々もっと伸びるだろうと予測されています。

だとすると、一般の企業、先ほど基礎研究に民間だけが金を出しているような話をしましたが、その経験があるわけですから、何年間という時限つきで構わないから、その黒字幅が大きくなったときにその金を社会保障費に回してくれないか。あるいはまた、国がそれに対して補助金を出すということがあったりするならば、その部分を時限つきでいいから社会保障のほうに回してくれないか。そして、国の財政が社会保障に対して十分の対応ができる、我々の新しい社会保障の概念の中で手当てができるという時期が来たら、それは企業の負担でなくて国の負担ということに切りかえてもらうということで、ぜひそういう協力をしてほしいということ、まだ経団連には申し込んでおりませんが、この間それを打診するような意味で、社会保障費の中の企業負担をもう少し増やすべきだということは奥田会長にも言ってありますけれども、こういう議論をこれから少し深めていくと

いうことです。そして、国の税収が増えるようになったら、企業負担の分は税負担ということにして、そのかわり、企業には社会保障の負担に関して協力してくれるのであれば、一時的に法人税法を変えてその減額を図るといようなことを、国が考えてくれればいいというふうなことを私は考えているわけです。

これは、先ほど言ったような短期的な問題よりも具体性がないですから、まだまだわかりにくいかもしれませんが、これが私の新しい社会保障制度、社会保障の概念に対する財源的な踏み込み方ということの一つのサンプルだと思います。これだけではないと思います。もちろん、先ほどのODAの問題、MOSSの問題以外にも項目がいっぱいあります。そういう問題について、対国際的に、あるいは外務省の範囲の中でそれを主張していくのがいいのか、一歩下がって日本の企業、いわゆる経団連等と話をしながら、社会保障の増強を図るといことの方が賢いのか、それはこれからの一つの戦略であると私は考えております。

〔スライド16〕



(スライド16) これも聞きなれない言葉で大変恐縮ですが、私は医師会が持っているという、世の中に対するラヂチュードを広げるということをしないと、今、私が言ったようなことは実現しないだろうと思います。我々が現在、持っておりますのは、一番上の線の上のところにある医療、予防、健康管理、介護と、いわゆる厚労省管轄の中での話で、その予算の配分をしているわけです。それをももちろん、医政活動の中で政治家に強く働きかけながらやっているわけです。

しかし、今、新しい社会保障概念の中で仕事をするんだというときに、長期的な計画というふうなときに出て

■ 特別講演（１）

きたのは、厚労省管轄の中では彼らの手の届かないところに問題がいっぱいあるわけです。すなわち、財務省を先頭としてここにずっと並べましたが、これらの各省の中における日本医師会の主張を理解してくれるというポイント、それを、戦略拠点としてつくらなければいけない。すなわち、日本医師会あるいは先生方の所属されている地方の医師会が持っているその戦略のラチチュードというのは、今までよりもずっと広くて深いというふうと考えていかないと、きょうの話のようなことは絵空事になると考えます。

〔スライド17〕



（スライド17）これは最後のスライドで、最初に出しましたスライドと同じですが、医療は社会保障の生存の安全保障を支える主役であります。社会保障を平時の国家安全保障と考えるのであれば、医療、あるいは福祉という問題に関して、その財政の配分機構の中に我々が踏み込んでいくということの必要性は十分にあるということは、おわかりいただけたかなと思っております。

実際にはもう少し詳しいデータが出てこないと何となく具体性がなくて説得力がないのでございますけれども、まず、現在の状況での私が持っているデータの一部分を持ってきてご説明申し上げ、そして今後のこういう問題に関してご協力をお願いしたいというつもりでお話いたしました。

大変わかりにくかったかもしれませんが、ご清聴を感謝いたします。ありがとうございました。

【有山】坪井先生には憂慮すべき現状をお示しいたごまして、根底から変えなければいけないことをさらにご

指摘いただき、これから我々がやるべきこともお話しいただいたと思います。

目下の一番大切なことは、やはり政治的な力を医師会がもっともって持たないと、とても解決できる問題ではないと感じた次第でございます。きょうの先生のお話を肝に銘じて、これからの活動をしたいということをお願い申し上げます。先生どうもありがとうございました。

日本医師会勤務医委員会報告

報 告 : 日本医師会勤務医委員会委員長 池 田 俊 彦

奈良県勤務医アンケート調査報告

報 告 : 奈良県医師会理事 山 本 博 昭

日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会 委員長 池 田 俊 彦

それでは例年のことになりますが、日医の勤務医委員会のご報告をさせていただきます。

〔スライド1〕

| 勤務医委員会委員 | | |
|----------|--------------------|-----------|
| ◎ 池田 俊彦 | 福岡中央病院名誉院長 | 福岡県医師会副会長 |
| ○ 佐野 文男 | 北野社会保険総合病院院長 | 北海道医師会副会長 |
| 伊賀 六一 | 財団法人日本労働福祉研究所所長 | |
| ◎ 井上 隆一 | 国立病院機構札幌病院内科主任 | 北海道医師会理事 |
| ◎ 前平 佳子 | 福岡大学医学部附属大橋病院外科副院長 | |
| ◎ 藤村 英九 | 住吉産業物産株式会社 | 北海道医師会理事 |
| ◎ 萩原 正雄 | 新富士病院院長 | 静岡県医師会理事 |
| ◎ 岸田 浩一 | 久松山病院院長 | 東京都医師会理事 |
| ◎ 藤口 聡 | 松平厚生中央病院院長 | 宮城県医師会理事 |
| ◎ 藤原 隆之助 | 大阪府立総合医療センターの院長 | 大阪府医師会理事 |
| ◎ 渡辺 重 | 医療法人明和会理事長 | 福岡県医師会理事 |
| ◎ 中野 隆之助 | 福岡県医師会理事 | |



（スライド1）坪井先生の格調の高いお話の後ですので、お話しにくいのでございますけれども、現状について、少し私の私見も述べながら申し上げてみたいと思います。

今、この11人が勤務医委員会の委員でございますが、左のほうに星印がついた方が新しい方で、違った視点で、女性も入りましたのでまた変わった議論が今、なされております。

〔スライド2〕

| 日本医師会勤務医委員会の役割 | |
|----------------|---------------------------|
| 1. | 会長訪問事項についての討議と答申書の作成 |
| 2. | 日医ニュース「勤務医のページ」の企画編集 |
| 3. | 全国勤務医部会連絡協議会への意見書申 |
| 4. | 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会の企画・立案 |
| 5. | その他の異議の討議 |
| 6. | 勤務医アンケート調査 |
| 7. | 勤務医座談会の実施 |
| 8. | その他 |

（スライド2）勤務医委員会はこんな役割をいたしております。例年出しておりますのでくどくどと申し上げませんが、今年は特にこの6番目のところで、大学医師会についてのアンケート調査をいたしました。それから勤務医座談会も実施いたしました。このことについては今、日医ニュースの最後のページのところで、4

回にわたって掲載していますので、ごらんいただいているものと思います。

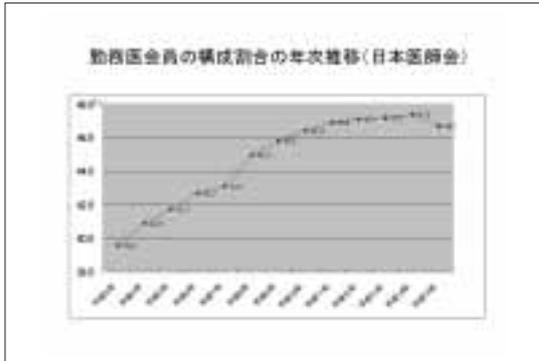
〔スライド3〕

| 日本医師会・都道府県医師会の勤務医会員数 (2003. 8. 1) | | |
|--------------------------------------|----------|-----------|
| 全医師数 | 255,792人 | |
| 日本医師会会員数 | 158,251人 | 46.7% |
| うち勤務医会員数 | 73,852人 | (47.3%) |
| 都道府県医師会会員数 | 172,393人 | |
| うち勤務医会員数 | 86,323人 | 50.1% |
| | | (50.4%) |
| | | ()は2002年 |

（スライド3）日医、それから都道府県医師会の勤務医の会員がどうなったかということでございますが、全部の医師数が25万5,792人のうち、日医の会員が15万8,251人、うち勤務医の会員が7万3,000人ぐらいで46.7%でございます。これは前年が、下のほうに書いています、47.3%でございますので、初めて0.6%減ったということでございます。都道府県の医師会の会員のほうも、50.1%と昨年の50.4%から0.3%減っております。

（スライド4）一番右端のほうに全体の構成割合の年次推移がありますが、ここに書いております平成3年からの数字の中で、初めて下降線をとっております。これは

〔スライド4〕



1つは公立病院等の病院が勤務医の会費を払うことができにくくなったという要素が多いと思います。

〔スライド5〕

| | | |
|-------------|----------|--------|
| 日本医師会会員数の増加 | 1,298人 | 0.8% |
| | (1,291人) | (0.8%) |
| 3%勤務医会員数の増加 | -532人 | -0.7% |
| | (860人) | (1.2%) |

()は2001→2002

(スライド5)この増減のことを書いてみますと、日本医師会の会員数は1,298人多くなっておりまして、右端に書いておりますように昨年に比べて0.8%増ということで、これは昨年と増加率は変わっておりませんが、勤務医のほうだけ見ますと去年は860人増えておったのが、今年は532人減っておるということでございます。差し引き1,300人ぐらい減っておるということになりましたが、0.7%の減ということになります。

(スライド6)勤務医部会の設立状況はどうかということでございますが、今年は埼玉県医師会に勤務医部会ができましたので26と1つ増えております。それから、設立予定のものが1つございますが、多分千葉県だろうというふうには思っております。今年中にできるのではないかと私は思っております。

(スライド7)大学医師会の設置状況ですが、都道府県の数にして設置している都道府県が1つ増えております。それから、大学医師会の数が2つ増えておりますけれど

〔スライド6〕

| | | |
|--------|----|------|
| 設立済み | 26 | (25) |
| 設立予定 | 1 | (1) |
| 設立予定無し | 20 | (17) |
| 設立不要 | 0 | (1) |
| 設立後廃止 | 0 | (3) |

()は2002年

〔スライド7〕

| | | |
|---------|----|---------|
| 設置都道府県数 | 35 | (34) |
| 大学医師会数 | 59 | (57) |
| | | (80大学中) |

()は2002年

も、これは実質、前からあったのでございますけれども、都道府県に直結してなくて、区の医師会や市の医師会というところに入っていたものがここに出てきたということで、これは大学医師会のアンケート調査の中からわかったことございまして、例年と変わっておるわけではございませんけれども、数字は入れかえてございます。

〔スライド8〕

| | 総数 | 勤務医 | % |
|-----------|---------|--------|-------------|
| 日本医師会代議員数 | 338人 | 19人 | 5.6%(4.4) |
| 都道府県医師会 | | | |
| 役員数 | 1,080人 | 170人 | 15.7%(16.1) |
| 代議員数 | 3,887人 | 538人 | 14.7%(14.7) |
| 委員数 | 13,783人 | 3,805人 | 27.6%(28.8) |

()は2002年

(スライド8)勤務医がどのくらい、医師会のいろんな立場で活躍しているかということでございますが、日本医師会の代議員は338名中の19人ということで、5.6%。

これは昨年非常に4.4%と少なかったので5.6%になって
おりますが、これはまた後で表が出ますので。

それから、都道府県医師会の役員数、代議員数、委員
数は、右の端のほうに書いていますように、役員が16.1%、
代議員数が14.7%。いろいろな委員会の委員が27.6%と
なっておりますが、これは少しずつ微増というか、あまり
変わらないという状態だと思います。

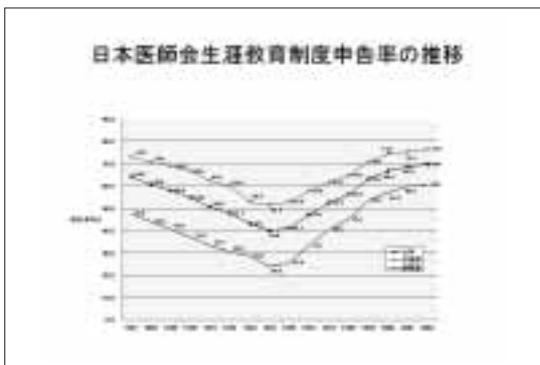
〔スライド9〕

日本医師会勤務医代議員数の推移

| 年度 | 代議員総数 | 勤務医数 | 構成割合(%) |
|------|-------|------|---------|
| 1992 | 276 | 12 | 4.4 |
| 1993 | 276 | 13 | 4.7 |
| 1994 | 293 | 17 | 5.8 |
| 1995 | 293 | 15 | 5.1 |
| 1996 | 301 | 14 | 4.7 |
| 1997 | 301 | 16 | 5.3 |
| 1998 | 315 | 23 | 7.3 |
| 1999 | 315 | 20 | 6.3 |
| 2000 | 328 | 24 | 7.3 |
| 2001 | 328 | 21 | 6.4 |
| 2002 | 338 | 15 | 4.4 |
| 2003 | 338 | 19 | 5.6 |

(スライド9) 日医の代議員の数だけをずっと推移を見
ていきますと、数にして1998年に23人になっておりまし
て、2001年までは20人台だったのですが、昨年、15人と
減りまして、それがまた4人ほど増えてきたということ
の実情でございます。半分くらいいる勤務医会員の中で
5%程度が代議員になっているという実情でございます。

〔スライド10〕



(スライド10)

日医の生涯教育の申告をどのぐらいしたかというこ
とでございますが、一番上が開業医会員、真ん中が平均で、
一番下が勤務医会員でございますが、ボトムのところか
らだんだん上がっておりまして、少しずつ高くなってお
ります。

〔スライド11〕

**勤務医の生涯教育申告率
都道府県別分布**

| | 低いところ | 高いところ | 平均 |
|-------|-------|-------|-------|
| 1999年 | 19.7% | 87.9% | 53.3% |
| 2000年 | 29.4% | 85.4% | 57.0% |
| 2001年 | 35.9% | 86.6% | 59.9% |
| 2002年 | 39.2% | 85.1% | 60.7% |

(スライド11) それで少し細かく見てみますと、都道府
県の中で高いところと低いところと平均のところを書い
てみますと、高いところは85%前後でございますのであ
まり変わりませんけれども、低いところがだんだんボト
ムアップしてきて、そのために平均も少しずつ上がって
いるという実情でございます。

これについてはいろんなご意見がございまして、必ず
しもこの制度が勤務医に向いていないという実情もあり
ますし、それからまた勤務医はいろんな学会等の認定医
や指導医、あるいは専門医のそういうところにいる
関与しておりますので、そういうところをこれに整合性
のあるようにしていただけないか、そうするともう少し
高くなるだろうかというようなことがございますが、日
本医師会が制度としてやっていることでございますので、
できるだけ現状のまま推進したいというふうを考えま
すが、何か制度上も勤務医に向けた形になればもっとい
いなと思っております。

〔スライド12〕

委員会での話題

1. 卒後臨床研修問題
2. 勤務医の労働条件
3. 女性医師の問題
4. 医師の偏在

(スライド12) 委員会での話題は、この2年間、もっぱ
らこの一番目に書いてある卒後臨床研修問題でございま

した。ほかの問題もそれなりに議論はいたしましたけれども、何といても毎回毎回、この卒後臨床研修制度の話が出ますと、もうとめどがないという感じの議論が。ただ私、地元でいろんな議論に参加していますが、大概の場合、制度の問題、不確かな問題、制度の欠陥の問題ということが議論の中心になりましたけれども、本会ではほんとうに医師を育てるにはどうしたらいいかという議論もございましたので、非常にその辺は満足いたしております。

勤務医の労働条件や女性医師の問題は後でまた出てきますので、ここでは申し上げます。

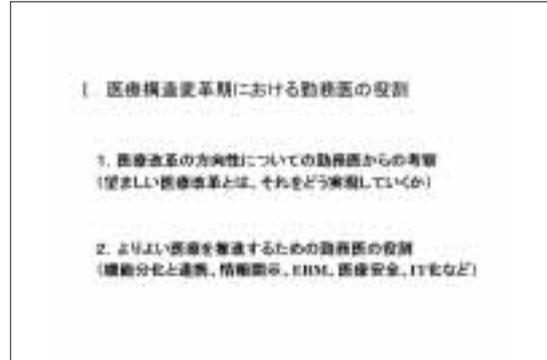
〔スライド13〕



(スライド13) 我々の委員会が一番大きな仕事は、勤務医と医師会活動という、坪井会長からの諮問についてお答えするという事です。答申という形でお答えするので、今、いよいよ佳境に入ったといいますが、ラストスパートになったんですが、まだまだ議論の段階で成案は見えておりません。あと12月5日と2月6日と2回を残しておりますので、2回の中で何とか皆さん方の合意にこぎつけたいと思いますが、何しろ多士済々といいますが、それぞれ論点が違いますし、視点が違いますし、価値観も違いますので、同じようにみんなで12人でこうなったというふうにはなかなか申し上げられませんが、ある時期やっぱり1つのものにまとめなければなりませんので、少し強引にやるところもあるかもしれませんが、これについてやっと、どういうチャプターにするかということが決まりましたので、そのことをきょうはご紹介いたしたいと思います。

(スライド14) 4つのチャプターのうちのまず第1ですが、この医療構造変革期における勤務医の役割というこ

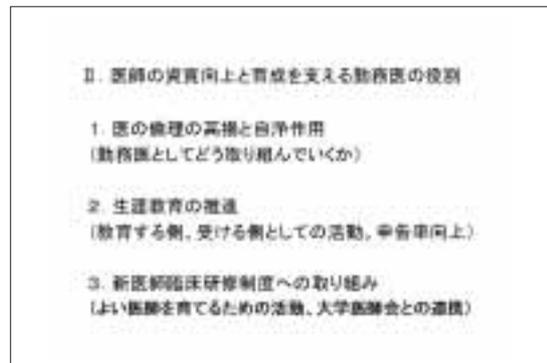
〔スライド14〕



とで、まずその1番目は医療改革の方向性について勤務医からどう提言していくか、考察するかということです。勤務医がノンポリといいますか、あまり医政に関心を持たないということがありますが、これを持とうと。望ましい医療改革とはどういうものなのかと。医のあるべき姿を追求していくという、そういう改革について、勤務医も少し話をしていこうじゃないかと、意見を出していこうと。それをどう実現していくかということについても、勤務医は少し頑張っていかなければいけないのではないかと、ここでは書かれるだろうと思いません。

それから2番目に、よりよい医療を推進するための勤務医の役割ということで、ここに書いておりますような機能分化と連携とか、情報の開示、EBM、医療安全、IT化など、こういう問題に触れながら、勤務医がその中でどういう役割を果たしていくかということ、この中では書いていくつもりでございます。

〔スライド15〕

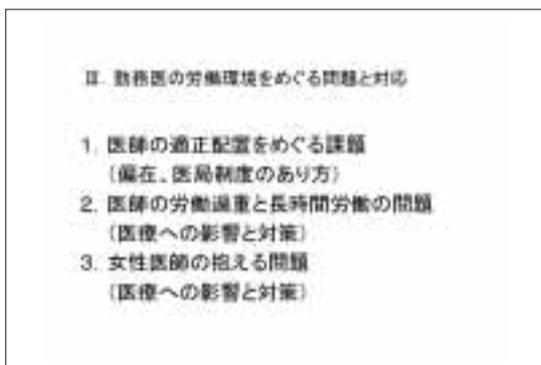


(スライド15) 第2章のところは、医師の資質向上と育成を支える勤務医の役割ということでここに書いており

まずように3つの柱がございます。1つは医の倫理の高揚と自浄作用。字だけはこう書けるんですが、勤務医がこのことについてどう取り組んでいくかというようなことが、この中心になるかというふうに思います。それから、2番目の生涯教育の推進というところでは、教育をする側とまた受ける側としての両方の立場が勤務医にはあるのではないかと。そういうことを踏まえてこのことを書いていくと、申告率の向上についても何か提言があればこの中で書こうという。

それから3番目、医師の臨床研修制度への取り組みということでございますが、よい医師を育てるための活動。大学医師会を外して一般の病院で初期研修でやって、大学病院では専門の研修をすべきじゃないかというようなお話もありましたけれども、やっぱり新医師の臨床研修制度としては大学医師会と十分な連携をとりながらやるのが一番ベターであろうというようなことに、この委員会の中では話がありました。そういう中でよい医師を育てるための工夫といたしますか、そういうことについても少し視点を変えて触れていきたいと思っております。

〔スライド16〕



(スライド16) 勤務医の労働環境をめぐる問題と対応というところで、医師の適正配置ができていないということでございます。医師が少ないのではないかと。一方で過剰と言われながらというところもありますが、やっぱりそれは偏在の問題であろうと。それから医局制度の問題ということが、医局制度そのものではないんですが、医局が関連病院の人事支配をしているということについては、いかがなものであろうかということで、もう少しこの問題をつっ込んで考えるというか。それから適正配置については、こう書くことができるかどうかわかりま

せんが、少し乱暴なことで、私は非常に賛成なんですけれども、僻地を若い研修医だけのものにしないで、ある経験を積んだ人も一緒に行って、研修医もそこで学べるというようなことで、僻地、離島といいますか、そういうところで全人的な医療を、通常はやってない方もそこでいろんな診療に携わるということも必要ではないかと。それを1年間やらなければ大学の教授や助教授になれないと。診療所の開設はできない、管理者にもなることができないと。そういうふうに否定的に言うといけません。そういう経験を積んだということで、そういうところに道が開けていくというような書き方のご意見もちょうだいしておりますので、それをすんなりそう書くかどうかは別ですが、そういう意見もございまして、非常に僻地の問題とまた、全人的な医療を学ぶという機会を持った人たちが、いろんな病院の開設者や大学の教授になるということでも、いいことではないかというふうに思っております。

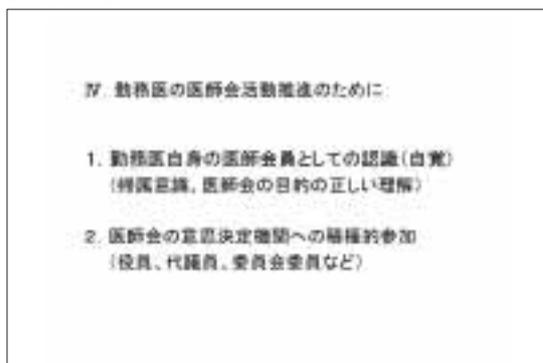
それから、2番目の医師の労働過重と長時間労働の問題でございますが、これはいろんなアンケートがございましてけれども、アンケートの中で昼飯も食えないとか、あるいは一日中忙しくて当直をして、当直明けにまた翌日はほんとうの勤務が始まるというようなことでの長時間労働のこともあります。この労働過重が、あるいは長時間労働で疲れた形が勤務医にとってどうかという話ではなくて、そのことが患者さんにあるいは医療への影響がどうなのかという視点でこれを書いていく。だから対策が必要なんだということになる。

先ほど坪井先生のお話がありましたように、医療の質、医療の安全を保つためには、こんなことをこのままにしていけないんじゃないかということで、長時間労働や労働過重が医療にどう影響するのか、あるいはその対策をどうするかということに少し踏み込んで書きたいと思っております。

それから女性医師の抱える問題ということでございますが、女性医師が必ずしも男性と同じ立場で働きにくいと、周囲の理解、あるいは周囲の環境の整備が、必ずしも女性にとって望ましい状況でないということがございますが、今まで一方的にといいますか、男性がもう少し理解を示さなければと私は思っておりましたけれども、

座談会の中ではお目にとまると思いますが、こんなお話も出ました。理解がないのは男性だけではないと。女性の古い方たちに、私たちも頑張ってきたんだからあなたたちも頑張りなさいと言われるというようなこともありますし、女性だからという甘えは許されませんと。男性と同じように人の命を預かり健康を支える立場になるならば、それなりのモチベーションをして情熱を持って、医師という仕事を追求していかなければいけないでしょうと。それなりのキャリアアップはそれなりの努力がなければいけませんと。言いつつ、やはりもう少し医師会も病院も、女性がもう少し働きやすい環境の整備、あるいは理解をしてもらえるようにならないだろうか。そんなことができなければ医師会の存在価値はないぞというようなご意見もちょうだいいたしております。

〔スライド17〕

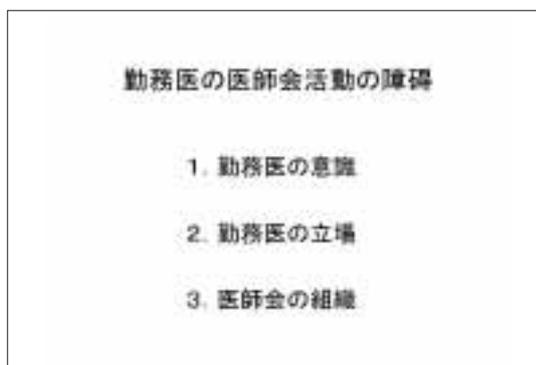


(スライド17) 4番目には勤務医の医師会活動の推進のために。ここのところが一番、諮問に対しては直接的な答えになるかと思いますが、勤務医自身の医師会員としての認識。勤務医にアンケートで聞きますと大抵、医師会というのは開業医の利益擁護団体に過ぎないという理解をしている方、自分たちにはあまり関係のない団体だと認識しておりますが、それはやっぱり正しい認識ではないので、きちんとした認識を持つべきではないかと。その上でなければ、なかなか医師会活動を積極的に推進していくことにならないのではないかと、勤務医も帰属意識をどう持つか、医師会の目的を正しく理解するために、どういうふうなことが考えられるかというようなことを、この1番目で申し上げたいと思います。

それから2番目については、先ほど日医代議員の数も非常に少ないということがございましたが、できるだけ

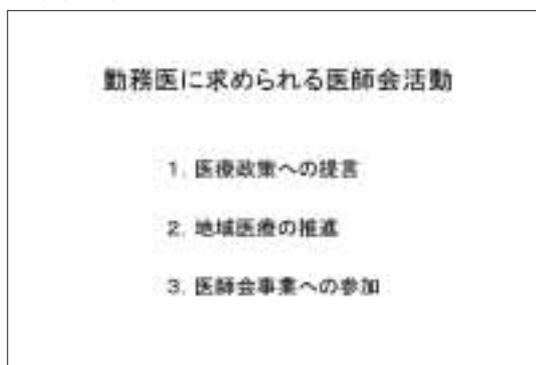
医師会の意思決定をするような機関に、役員や代議員や委員会等に積極的に参加していこうということです。

〔スライド18〕



(スライド18) そのためには、勤務医の意識の問題もありますが、勤務医の立場もあります。なかなか医師会活動に参加しにくいような立場でもあるし、医師会の組織そのものもなかなか勤務医を受け入れにくい。この3つの問題を少しずつ解決していかなければ、勤務医が生き生きと医師会の中で、開業医の先生と同じような立場で参加して支えていくことにはなりにくいのではないかと。ということでございます。

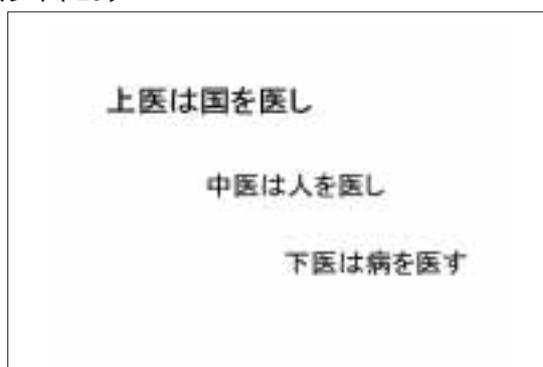
〔スライド19〕



(スライド19) 医師会活動ということを一くくりにしませうけれども、まずは医療政策への提言をしていくということ、あるいは地域医療と一緒に頑張っていくということ、医師会事業があればいろんなことに参加していくということが、勤務医には求められているのではないかと。これを十分果たすことによって初めて、勤務医もやるなど。じゃ、医師会の役員にとか代議員にとかという道が開けてくるのではないかと。一方的に、勤務医部会ができたころのように、ポストをよこせというよう

な闘争といいますが、そういうことはあまり効果を発揮できなかったと思っておりますので、みずからもう少し頑張ることによって初めて道が開けてくるのではないかというふうに、私自身は思っております。

〔スライド20〕



(スライド20) これは熊本でもそれから大阪でもお話ししたので、二番煎じになりますが、昔から知っている言葉ではございますが、上医は国を医し、中医は人を医し、下医は病を医すというのがありますが、病人と向き合ったりあるいは病氣と一生懸命かわりあっても、それだけではなかなかいい医療ができないのではないかと。国を医すことが大切なのではないかということが、今ほどこれを実感として感じておることはございません。このことを推進していくことが、一番、医師としていいのではないかと。一番上は医政の問題だと思えます。

とりとめないお話をしましたけれども、以上でご報告を終わらせていただきます。ありがとうございました。

奈良県勤務医アンケート調査報告

奈良県医師会 理事 山本博昭

奈良県医師会の勤務医担当をしております山本でございます。

平成15年度の全国医師会勤務医部会連絡協議会を担当するに当たりまして、これは毎年、恒例として行われております奈良県におけるアンケートを実施いたしました。

アンケートの項目につきましては、継続的に行っている項目に加え、独自の項目といたしまして、男女共同参画社会についてと、それから卒後研修制度について、意見を追加させていただきました。

報告書は、平成10年以降各県での結果報告を参考として表示させていただきましたけれども、これはあくまでも参考であります。と申しますのは、母集団といろいろ差がございます。この点、ご了承をお願いしたいと思います。

さて、奈良県医師会は14の地区医師会で構成されております。そのうちの1つが大学病院である医大医師会でございます。本会では勤務医は約50%を占めております。

アンケートの結果につきましては報告書にまとめてございますので、それをごらんいただければ結構でございますが、常勤医師アンケートは1,766名を対象に行いました。そのうち、1,130名から回答を得ました。回答率は64.0%でございます。年齢構成では30代、40代が多く、比較的若い医師から多くの回答を得ることができました。これは今後、医師会の事業、施策の反映に大いに役立つものと考えております。

なお、今回のアンケートの集計につきましては、奈良県医師会で元副会長でございました中元藤茂先生のご協力を得ました。各項目につきまして男女別をはじめ、あらゆるクロス集計を出していただきました。ここで改めて御礼申し上げます。ありがとうございました。

中元先生のすべての結果をこの報告書に記載することはできませんでしたが、その中の一部を出してこの



場で説明させていただきます。

まず7ページをおあけください。

これは週平均の勤務医の実働時間を、他の県同様に調べました。48時間以上の勤務が圧倒的に多くて、それを開設主体別に集計致しますと、大学病院では80%強が週休2日制としてはとても無理だという現状が示されております。

年代別の学会参加数、これは13ページでございますが、それを見てもみますと、40代、50代では過半数の先生方が5学会以上に加入しておられます。学会加入数別の医師会の入会の有無でございますが、これは18ページを見ていただけます。5学会以上加入している人は、医師会への加入も73.3%という結果が出ております。

また、年代別に医師会活動の参加状況、20ページでございますが、それを見てもみますと、主に検診、健康教育など地域活動、救急活動に参加、協力いただいております。年齢別では50歳以上で、参加しているが参加していないと上回っております。全体では勤務医として医師会活動に参加している医師は、他県に比べて22.3%と低い結果が出ておりますけれども、19ページでございますが、これは今回のアンケートの回答が20歳、30歳代という若い医師が多かったということからも、1つの原因ではないかと思っております。

また、33ページ以降には自由意見という形で書いていただきました。1つは、来年4月から始まります新しい卒後臨床研修制度につきまして意見を集めたということでございます。もう1つは、医師会活動についての各種意見を記載してございます。

新しい卒後臨床研修につきましては、地域医療、これは非常に定義上あいまいでございますが、医師が地域住民の健康に関する第一段階での医療というふうに解釈いたします。そういう形で今後、臨床研修がされると思うわけでございますが、このような新しい研修制度を通じて、今後、若い医師が地域医療の実態を十分に理解していただき、先ほど日医の勤務医部会委員長池田先生からもお話がございましたように、いわゆる僻地において、そして研修を進めていく、また地域医療に参画していただくということが非常に有意義になるんじゃないかと思えます。

同時に、開業医と勤務医という、いわゆるこれまで何かしら対立的に考えられておりました関係をなくして、そして先ほどの最後のお話でございますが、上医に向かってそれぞれの勤務医の先生方が活動していただけることが望ましいのじゃないかと思えます。

最後に、今回のアンケートにつきまして、ご協力いただきました県下各病院の院長先生はじめ、関係者の方々にこの場をおかりして御礼申し上げ、報告いたします。ありがとうございました。

次期担当県挨拶

11 : 50 ~ 11 : 55

挨拶：熊本県医師会会長 柏木 明

次期担当県挨拶

熊本県医師会 会長 柏 木 明

ご紹介をいただきました次期本連絡協議会の担当県、熊本県医師会の柏木でございます。まずは本日、このようなすばらしい会場で本年度の連絡協議会が盛大に開催されますことを、心からお祝いを申し上げますとともに、この準備、企画、そして運営に心配りいただきました奈良県の有山会長をはじめ、役職員の方々、勤務医部会の皆様方に心から敬意を表します。

ところで、来年は、平成16年11月6日土曜日に熊本市で開催することになりました。このような立派な能楽堂がございませんので、ホテル日航熊本を会場といたしまして開催する予定でございます。現在、県医師会で鋭意準備を進めておりますが、日本医師会、そして奈良県医師会の皆様方のご指導をいただきながら、その内容その他、取り組みを進めさせていただきたいと考えておりますので、よろしく願いいたします。

熊本はご承知と思いますが、東に世界一のカルデラ阿蘇山を望み、西に天草の島々を擁する有明海、そして熊本市は熊本城の城下町として66万都市の杜の都、水の都と称されております。水の都と申しますのは、阿蘇の伏流水が湧き出ます名園水前寺公園をはじめとして、市内至るところに水が湧き出ております。

また史跡にも富んでおりまして、ご承知のように、現在NHKで放映されております剣豪宮本武蔵がその晩年を過ごした土地でもございますし、文豪夏目漱石や徳富蘇峰、そういう方々の旧居あるいは記念館等もございます。おそらく晩秋の肥後は皆様方に充分満足いただけるものと思いますので、本日出席の皆様方はもちろんのこと、知人友人お誘い合わせの上、大挙熊本においでいただきまして、連絡協議会を盛り上げていただきたいと心から願いを申し上げます。

粗辞でございますが、皆様方のご来県を心からお待ち申し上げまして、次期担当県としてのごあいさつといたします。どうもありがとうございました。



第1会場

大和の古墳文化 私たちの生活とのかかわり

講師：関西大学名誉教授 網干善教

座長：奈良県医師会理事 平盛裕子

第2会場

野巫^{やぶ}医者の源流をめぐって 旅する「寅さん」の実像

講師：桃山学院大学名誉教授 沖浦和光

座長：奈良県医師会勤務医部会理事 錦織方人

■ ランチョンセミナー（第1会場）

座長：奈良県医師会 理事 平 盛 裕 子

皆様、お待たせいたしました。それでは、ただいまよりランチョンセミナーを始めたいと思います。

進行は、奈良県医師会理事の平盛が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

せっかく奈良の地に来ていただきましたのに、このようないいお天気にもかかわらず、中で食事ということになりまして大変申しわけなく思っております。1週間前にシカの角切りが終わりました。1週間後に正倉院展が始まります。谷間です。谷間ですが、せっかくの奈良です。歴史を感じていただこうと思ひまして、きょうのランチョンを企画させていただきました。

こちらの第1会場では「大和の古墳文化 私たちの生活とのかかわり」と題し、関西大学名誉教授の網干善教先生よりご講演いただきます。

網干先生のことをご存じの方はたくさんおいでになると思いますが、ご略歴はプログラムの25ページに書いてありますし、「これから養子に行くわけでもないから詳しい略歴紹介は要らない」と言われましたので、あまり詳しくは申しません。

私は今日は大変リラックスしております。なぜかと申しますと、私ごとですが、今年、私の病院が50周年を迎えました。おとといのことです。私は50年も医者をしておりません。父が始めたのですが、その父と子供のころからの友人でいてくださったのが網干先生です。もうおなかの中に入る前からのおつき合いをさせていただいております。いつもかわいがっていただいております。「裕子ちゃん、飛鳥という漢字はどんな字書くか知ってるか」、「飛ぶ鳥や」と言ったら、「飛ぶ鳥の飛鳥は、どない仮名振るか知ってるか。飛ぶはアか、それとも飛ぶがアスか、アとスカなんか、アスとカなんか」と言われて、頭の中がうーっとなったら、「実は飛ぶの上にアを書いて、鳥の上にカを書いて、真ん中にスと書いたらいいねや」と、こう教えていただいて、何かキツネにつままれたようになった子供のころを覚えています。

おかげさまで、中学の自由研究には新沢千塚古墳の発



掘に参加させていただきましたし、いろいろ楽しい思いをしました。高松塚古墳の発掘のときは、「見においで」と言ってもらいましたところ、大雨で日延べされまして、延べた日に行けなかったものですから、そのときに壁画が見つかったという、そういうこともございます。ちょうど大学の骨学実習のころでして、被葬者の大きな立派な骨を見せていただいたのを覚えております。

きょうは、大和の古墳文化、ぜひリラックスしてお聞きいただきたいと思ひます。

網干先生、よろしくお願いいたします。

■ ランチョンセミナー（第1会場）

大和の古墳文化 私たちの生活とのかかわり

関西大学名誉教授 網干善教

ただいま紹介を受けました網干でございます。

このたび奈良にお集まりくださりまして、ありがとうございます。

私は奈良県に生まれまして、奈良県ですと育ちまして、主として奈良県の歴史を中心に勉強してまいりました。今も奈良に住んでいます。奈良県の文化財のいろいろな仕事を担当していますので、そういう意味で、皆さんがせっかく奈良に来てくださったのだから、何か御参考になるような話をということで、お引き受けしたわけでございます。

奈良というところは地下にいろんなものが埋まっています。けさ新聞をごらんになった方、あるいはゆうベレテレビのニュースをごらんになった方は、この少し南のほうに田原本町というところがあり、そこに唐古遺跡という遺跡がありまして、そこから直径80センチほどある柱が出てきたと。今から大体2,000年ぐらい前の建物の柱ではないかということで、大きな話題になっているのです。

きょうは各新聞とも1面にその写真と解説を載せているのです。そういうふうにして大和というところはいろんなものが出てくる所でございます。殊に飛鳥というところは、100年間わたり都があったので、そこには日本の古代を調べるために必要な材料というのが埋まっております。例えば、今話題になっております悪い例といたしましては、高松塚古墳の壁画にカビが生えたということでさわがれています。続いて、今度はキトラ古墳という古墳を発掘することになっています。今から20年ほど前に私たちがファイバースコープを入れまして中をのぞきましたら、石廊内の壁に絵があるということがわかりまして、それを今年は調べようということで準備をしているのですが、その隣にあります高松塚古墳でカビが生えたということで、どのように対応したらよいのかということです。今、壁画は国宝になっていますので、国宝の管理は文化庁の美術工芸がやっているのですから、文化庁が中心になって、カビをいかにして抑えるかという作業を行っているのです。



一つの結論として、高松塚古墳の上は竹藪だったので、竹を全部切ってしまうと。ちょうど1週間ほど前に竹を全部切ったのですが、その切っているときにも、私、見に行ったのです。それから一昨日、現場近くに行く用事があって寄りますと、竹がなくてシートがかぶさっていて、およそ古墳らしい雰囲気はなくなってしまった。これでは、行ったってしかたがないなという、そういう感じをもちました。

ところが、意外と、そういう壁画古墳とかいろんなものが出てきますけれども、内容についてはあまり知らないことが割合多いのです。

レジュメのところにも書いていますように、きょうは時間が非常に少なく、小学校の授業のように40分しかありませんので、大学の授業のつもりでやっていたらとても半分まで行かないと思いますが、飛鳥には石舞台古墳とか高松塚古墳とか、最近もキトラ古墳とか、飛鳥の都の跡とか苑池とか、それから大きな亀の形をした亀形石、その次に持統天皇の3年に書かれました具注暦という暦が出てきたのです。

例えば暦に例をとりますと、大安とか友引とかがありますね。きょうは大安だというようなものがあります。

ところが、入院患者が「先生、退院させてください」と、「あしたは大安だから退院したいのだ」というよう

な話もあります。ところが、「あ、そうか、それはそうだな」と言われるだろうと思うのですが、では、大安というのはどのようにして決まるのか。大安の暦の原理というものはどうなっているのか。日月火水木金土という七曜と言われる暦はみんなよく知っています。きょうは日曜日、あしたは月曜日と、これはよく知っているのですけども、大安の次は何か、大安はどうして回ってくるのか、大安の初めというのはどうして決まるのか、ということとは案外知らない場合が多いと思います。そういうことで、我々、日常使っていることでも意味がわからないことが多いと思うのです。

私たちはよく会議を開きます。そうしますと、春とか秋の気候のいいときの大安の日曜日という日は、会議を開いたら出席者が非常に少ないのです。なぜかといいますと、皆、結婚式の披露宴に招かれて行っているのですね。3月とか4月とか、10月、11月、この一番いいときの大安の日曜日というのは人が集まらないということになっています。

ところが、大安というのはどういうことなのかということがわからないでやっている場合が多いと思います。

例えば、大安はどうでもいいですけども、先生方のようにいろんな会合に出席されますと、挨拶をしなければならぬということがよくあります。司会者の方が「ただいまから会を始めます」と、「まず最初に、会長先生、挨拶を願いたいと思います」という話があります。そして、会長という先生が壇上に登りまして挨拶を、「一言、御挨拶を申し上げます」と始まります。それをみんなが聞いています。

ところが、司会者が挨拶という言葉の意味がわからない。話をしている人も、挨拶という言葉の意味がわからない。聞いている人は、挨拶という言葉の意味がわからない。意味のわからない者ばかり集まっているからうまいこといくのですよ。

漢字で表現すれば、例えば病院とか電車とか、こういうような言葉がありますと、字を見ただけで大体意味がわかるのですよね。ところが、挨拶という字は見たってわからないのです。

私が小学校の6年生のときに国語を習った先生が、女の先生だった。その先生が、何か作文を書かされまして、

作文を書いていったときに、挨拶という字があったのですね、文章の中に。するとその先生がちょっとちょっと呼びまして、「網干君、君ね、挨拶という字が間違っていたよ。あなたは男の子だから、これからずっと社会生活を営むのだから、そんな間違った字、みんなの前で書いてたら格好悪いから教えてあげましょう」と言って、教えてくれた。どういうふうに教えてくれたか。まず、「てへんを書きなさい。挨という字も拶という字も手偏を書きなさい。挨はムと書きなさい。片仮名のムと書きなさい。その次は弓矢の矢という字を書きなさい。弓矢の矢をね。下の字は、くという字を3つ並べなさい、く。下に片仮名のタという字を書きなさい。あなたが書くときには口で言いなさいと、「ム矢くタ」と言いなさい。」手偏を書いて、ムを書いて、矢を書いて、「ム矢くタ」と言うて書きなさいと。間違ったら「むちゃくちゃよ」と教えてくれました。それが子供のとき非常に印象的だったのですね。

例えばこういうパンフレットの原稿を書かなきゃならないときに、挨拶というのが出てくるのですね。ここにも「坪井会長先生がご挨拶」と書いてあります。こういう原稿をつくるときに、字というのはうっかりしていませんとどっちが先だったのかなと思うことがありますね。そのときに、私はその先生の言ったおりに「ム矢くタ」と言って書きます。絶対間違いないのです。

ところが、その先生は、「挨」とは何か、「拶」とは何かということとは教えてくれなかった。その先生が知らなかったのか、私がまだ子供だったからこんな子供にそんなことを教えたってとても理解できないだろうと思って省かれたのかわかりませんが、教えてくれなかった。そのときはそう思わなかったのだけど、大きくなりましたと、挨拶という字は、先生に習ったけど、どういう意味かわからないと。いろいろ辞典を引いたが満足するような答えが書いてないのです。

ところが、ある日、図書館で辞典を見ていたところ東京大学の教授でインド哲学の大学者であります中村元という有名な先生がおられたのです。その先生が編集されました『仏教語辞典』というのが置いてあった。仏教の言葉って難しいでしょう、普通の言葉より。お医者さんの世界の言葉も難しい。見たって全然わからない言葉が

■ ランチョンセミナー（第1会場）

たくさんあります。日本語かなと思うような字も書いてあります。仏教もそうですね。

仏教語辞典をとりまして、広げてみました。そしたら、辞典というのは「あいうえお」順に書いてある。そうすると、「あ」でしょう、あいさつだから。「い」でしょう。「あい」ですから、挨拶というのが出てきたのです。ふっと見ますと、その説明が書いてある。それがこのレジユメの言葉の意味ということなのです、これは広辞苑の説明です、「軽く触れることを挨といい、強く触れることを拶という、」こういう説明なのです。

軽く触れること、強く触れることというのはどういうことだろう、それを考えてみたのです、ただそれだけしか書いていませんからね。だから、子供が起きてきて学校へ行くときに、「行ってまいります」と声をかけます。「気をつけてね」とか「ちゃんと勉強するのよ」とかいう言葉をかけます。これは特別に意味がないのです。ただ、言葉をかけることによって、コミュニケーションが図られているのでしょうか。

私が、例えば、今朝はそうではなかったのですが、服を着まして、かばんを持って家を出ようと思った。お向かいの奥さんにばったり出会った。「きょうはいい天気ですね」と声をかけられた。「見たらわかる。」「これからお出かけですか」とよく言われるね。見たらわかるでしょう、平素家にいる格好ではないからね。「きょうはどちらへ」って、何故あなたに言わなければならないんだと、こういうことでしょう。言う必要ないから「まあ、ちょっとそこまで」と言うでしょう。そしたら、「ああ、そうですか」と。それだったら初めから聞かないで、こういうことですよ。そうですね。そうですね。これは、別に話を聞き出そうと思っているのではなくて、同じ町内に住んでいるから声をかける。一言。晴であっても雨であったってどうでもいいわけですね。それが軽く触れるということなんです。

強く触れるというのはどういうことかということ、久しぶりに同窓会を開いた、何年ぶりに友達に会った、あるいは冠婚葬祭があって、親戚だということは知っているけどもなかなか顔を合わす機会がない、そういう人たちがたまたま会った。そしたら、「君とこころ小さな女の子、おっただろう。あの子、どないしている」と、こ

う話から始まった。「いや、あの子はもう今お嫁に行きましてね、もう子供が2人もおります」と、「そうか」というわけですね。「どこへ行ったんや」という話になりまして、話をしている間に「このごろ不景気やな」という話になって、「日本の経済はいつになったらよくなるのだろう」と、そういう話まで広がっていきますと、1時間や2時間で話が終わらない。これがいわゆる強く触れるということです。

だから、司会者の方か主催者の方が、「会長さん、きょうは時間が押し迫っていますので、時間がないのです。ちょっと、挨拶、2分ぐらいで終わってくれませんか」と言われることがよくあります。そうすると、「あ、わかりました」と、それでいいのです。1分と言われたって大丈夫です。「ただいまから、会長さんのご挨拶を賜りたいと思います」と司会者が言う。会長が登って、「おはようございます。本日はお忙しいのにわざわざお集まりくださいましてありがとうございます。どうぞ最後までよろしく願いいたします、おりてきたら1分かかっていないのです。それでいて会員と触れ合っているわけです。そういうものなのです。今や日本の経済はとか、そこまで話は進めなくてもいいわけですね。

だから、歴史のほうで使っている意味というものは非常に深い意味がありますが、その意味がわからないで使っている場合が多いです。これは中村先生の仏教語辞典という仏教の言葉の辞典ですから、読んでみますと次に書いてあって、これは禅宗の言葉であるということが書いてあるのです。そういうことがあって、転じて応答とか返礼とかそういうことをいうというのが岩波の『広辞苑』に書いてある。『広辞苑』というのは平均日本人の皆引く辞典ですよ。だから、学校へ行ったら、病院へ行ったら、各家庭だって、『広辞苑』の1冊ぐらいは備えてあって引きます。

私たちがよくいろんな方にお会いいたします、例えば私も毎年人間ドッグに1週間ほど入院しますが、先生と相談しますと、「あ、それは外科の分野」とか、それは「整形の分野と違うか」とか、「それは内科の分野やと思うから内科のほうで診てもらうら、よく言われるのです。「ありがとうございます」と言っておりますが、果

たしてこの人、分野という意味がわかっているのかなあと、ひそかに心の中でそう思っている場合があるのですね。例えば大安やと言われたら、この人、大安ってどうして決めるのか、わかってあるのかなあと思うこともあります。

しかし、私たちは、歴史をやっていれば便利な歴史手帳を持っています。その中に、きょうは大安とか仏滅とか書いてあるのです。あれが書いてあるのと書いていないのと、売れ行きが全然違といわれます。手帳というのは、同じ買うなら書いてあるほうを買うということになるらしいのです。

その分野ということですが、5枚目のところを見てもらったら、高松塚古墳の壁画に何がかかれていたかの項の1番に星の話が書いてあります。その星の話の中で一番重要なのは、分野という言葉なのです。これは営業の分野、これは総務の分野、これは内科の分野、これは外科の分野という言葉のその分野です、その意味は、広辞苑を引きますと……。今話をしましうそだろうと思われたら広辞苑を引っ張られたらいいと思います。こう書いてあります。この文章を読んで一気に理解できた人は、かなり歴史に対して造詣の深い方だと思います。3行ですから、読みます。「分野。古代中国で、これはわかります。「古代中国で、全土を天の二十八宿に配し、各地をつかさどる星宿を定めた天上の区分」と、これが分野というものの意味なのです。

だから、例えば試験の問題を出すときに、「次の言葉を説明せよ、分野」と書く。そのときに、こういうふうに書いてあったらマルです、こういう意味に近いことがね。それ以外だったら、もうバツ。

それ以外ので例ですが、皆さんが使っている言葉の中で、こういうのがあります。殺人事件が起こった。犯人が上がったのかどうかということがありますね。そのときに、警察に隠語というのがありまして、今はテレビでやっていますから隠語でなくなりましたけれども、その中に「ホシ」という言葉がある。「もう、ホシ、見つかったのか」と。あれは、警察の人、意味、わからなくて使っていると思うのですよ。相手の人も何のことかわからないのに理解しているわけで、あれ、不思議なものです、人間の会話というのは、

ホシ、見つかったか。天上に星がいっぱいあります、無数の星が。地上に人間がたくさんいます。この天上の星と、地球上、地上にいる人間とが対応関係にある、対応関係に。これを分野説という。いわゆる我々が使う分野。中国の古代哲学思想に由来します。そうすると、地上で犯罪が起こって、警察は犯人を捜している。犯人を捜しているということは、要するに天上の犯人の星を捜すわけでしょう。だから、地上で犯人が捕まったということは、天上で犯人の星を見つけたということになる、そういう意味なのです。もう3,000年来中国で使われてきた考え方なのです。だから、ホシが見つかったかと、すなわち犯人の星が見つかったかということ。いや、まだ見つかっていないと、こういうことになります。

だから、こういう言い方もあります。あの人はいい星のもとに生まれてきた、それに対して私は悪い星だっけ。そういうことですね。すなわち、自分はいい星のもとに生まれてきた、それは、天上の星と地上の人間とは相対して、相結ぶ関係、相関関係にあるということをお互いにわしている言葉なのです。

私たちは高松塚古墳を発掘いたしました。今度、文化庁によってキトラ古墳の発掘が行われます。これはファイバースコープでのぞきまして、4回やっているのです。デジタルカメラを中に入れて、全部撮影が済んでいます。ただ、人間が入って撮影したのではないから不正確であります。いわゆるカメラの傾き、角度がわからないのです。だから、正確に何センチ何ミリなのかよくわからない。今度、入りますと、計測しまして、カメラを据えまして、写すわけですね。そういう作業をやる必要があります。

高松塚古墳にもキトラ古墳の天井にも、すばらしい星がかいてあります。まさしくこの図にある二十八宿という星がかいてあるのです。四方に七宿ずつかくのです。そうすると、四×七、二十八になります。28の星座が並ぶのです。その真ん中に紫微垣の星という宮中の星があるのです。それらの星がかいてあるところは1メートルほどの範囲なのです。その真下に遺体が埋められている、高松塚古墳では、すなわち、遺体はうつむけに葬ることは特殊な例しかありません。だから上向けに。そうすると、その遺体はもちろんひつぎの中に入れてあります

■ ランチョンセミナー（第1会場）

が、その遺体は天井の星の方を眺めているのです。星のもとに埋められているということです。その星の中に、紫微垣って宮中の星がかいてあるのです。その真下に埋められている。

だから、高松塚古墳が見つかったときにある有名な先生は、「そんな古墳、小さい古墳。せいぜい飛鳥の村長ぐらいか」と言うた人がおられました。なぜ飛鳥の村長が紫微垣の星、いわゆる宮中の星の真下に埋められているか、被葬者はなぜ宮中の星を見ているか、そんなことがわかったら、それはただの人ではないということがわかります。すなわち、そういう星のもとに埋められているということなのであります。

よくよく考えてみますと、高松塚古墳、キトラ古墳で一番大きな問題になるのは身分でしょう、だれの墓かということでしょう。その身分を決めていくのに、そういう一つの表現の仕方があります。だから、単なる想像で決めるのではなくて、思いつきの話ばかりしていたのではだめだということになります。そして、天井に星が、これが一番重要。ただし、これは新聞などではあまり言われなさい。星よりもやはり女の人が並んでいるって、それはいいですよ。そうすると、情報というものは女の人が並んでいる話だけが提供されるから、それだけしか知られなく、みなそういうものだと思ってしまうのです。それがそもそも間違いの出発点ですね。一番重要なのは天井にかいてある星なのです。

キトラ古墳もすごい星がかいてあるのですよ。黄道から赤道から全部かいてあるのです。ただ、カメラの向きから正確に写らないのです。そして、凹凸がないんですね、天井にかいてあるものだから、斜めにしか写らない、どういう星がどこにかかれているかということがわからない。あれがわかたらすごいものだと思います、キトラ古墳の場合。それが一番の期待なのです。

そして、東に太陽、西に月。東の太陽は金で、西のお月さまは銀でかいてあります、両方とも円形です。キトラ古墳は、この間ファイバースコープで写った写真を見ますと、太陽の中にカラスがかいてあるらしいのです、これを、赤外線写真で撮りますときれいに写るだろうと思うのです。今、大分汚れていますからね。そのカラスは、黒いカラスなのです、白いカラスはおりませんから

ね。黒いカラスがかいてあるのだけど、それが3本足のカラスです。太陽の象徴なのです。

この前にワールドカップがありました。ワールドカップの日本代表の選手のマークに3本足のカラスを全部つけていました、日本チームの。あれと同じものがかいてあることがわかったのですよ。1,300年ほど前につくっているのです。すなわち、日本では既に、3本足のカラスというのが太陽の象徴であるということがわかっているのです。その一番よくわかるのは、法隆寺に玉虫厨子というのがあるのです。これは有名であります。玉虫厨子の台座のところに3本足のカラスがかいてあるのです。

では、反対側の月は何がかいてあるのか。これはヒキガエルがかいてある。太陽のほうは金の丸で、そこに3本足のカラスは昔からよく知っているのですね。

「東の野に炎の立つ見えてかへり見すれば月傾きぬ」って、万葉集の中でも秀歌といわれる歌だといわれています。私はあの歌を見て、これはいい歌だと思わないね。「東の野に炎の立つ見えて」、太陽が夜明けに明るくなってきて、「炎の立つ見えて、かへり見すれば月が傾きぬ」と、月が山に沈みかけていると、そんなの、当たり前のことです。そうでしょう。しかも、万葉の学者というたら犬養孝先生。犬養孝先生の77歳の喜寿の論文集が出たのです。私にも書けと言うてきたのです。だから、僕はあの歌は大したことはないというて書いたのです。

その次に、高松塚古墳と今度発掘しますキトラ古墳と一番違うところは何かといいますと、高松塚古墳で男の人、女の人が合計16人がかいてあった。キトラ古墳はデジタルカメラで撮影しまして。何がかいてあるかと思ったら、獣頭人身像がかいてある。顔が獣頭、それから人身、体が人間という絵がかいてあるのです。

26ページの下のほうに獣頭人身像の絵というものの代表的なものを集めておきました。その終わりから2つ目にキトラ古墳とあります。これはトラですね。ネ、ウシ、トラです。こういう十二支の絵がかいてあるのです。これだけわかっているのです。ほかにもかいてあるんだけど、汚れているからわからない。だから、あれを赤外線写真が何かで写しますと鮮明に出るだろうと思います。それを期待しているのです。

そうすると、獣頭人身の絵というのは中国にあるので

す。一番左側、エジプトにもある。ピラミッドの中の壁画の中に、こういう獣頭人身像というのがあります。インドにあるヒンズー教の神様ガネーシャにある。ここにもある。韓国にもある。慶州の王陵の中にある。日本のキトラ古墳にあることがわかっています。それから、隼人石と言われる、奈良の聖武天皇の皇子の墓に。ドリームランドというところがあるのですが、その横にこの御陵があるのです。

そういうものが一体どういう意味を持つのかということがこれからの課題なのです。今、出発点に立ったところです。今度、発掘によって、赤外線でこの資料が紹介されると思うのです。今はデジタルカメラで1枚写っただけですから。それも写そうと思って写ったのではなく、たまたま写った中にひっかかったというわけ。これは何だろうとみたら、おかしな顔をしておるとなって、獣頭人身じゃないかということにもなってきたと思います。今度は正面から写しますから、どういうものがあるかということがわかります。これはまた大議論を生むだろうと思います。

それから、もう一つは、25ページのところからいきますと一番下に四神図というのがかいてあります。一昨年の15日の日にキトラ古墳の記念切手が出たのです。80円プラス10円で、寄附金つきの記念切手がね。2,000万枚売らなければならない。限定販売ですから、10月15日から売り出して11月14日まで売ります。売れ残ったものは全部郵政公社が引き揚げます。個人のお金としたら2億円は大きいけど。

そこでどのように使うかという計画を立てます。これは法律に基づいて決められますので、実際に、売れ行きが悪ければ事業を縮小しなければいけません。

次にそのキトラ古墳の中に獣頭人身像がかいてあります。高松塚古墳では人物像がかいている、なぜ違うのかという話になります。そのキトラ古墳につきましてはこれからの話ですからよくわからないのですが。

次のページに行きまして、青春という言葉があります。「青い春」と書く。先輩は後輩に向かって、社長が新入社員に向かってでもよろしい、「君たちは若いだから、青春の意気に燃えて」と演説している。しかし、言っている本人、果たして「青春」という意味をわかっ

ているのかどうか。おそらく青春といえば若いということだろうぐらいの調子で話をしていると思うのです。

26ページの上から3行目のところに四季の呼称というのがあります。青春、朱夏、白秋、玄冬という言葉があります。すなわち、青というのは青いという色のこと、春は季節の春という意味、そうすると、これは、青は色、カラーであります。春は季節であります。その次は朱夏、赤い夏と書く。夏は赤い、色で表すと赤いという意味です。秋は白いという色、冬は玄ですから、玄は黒という意味ですからね、玄。だから、黒米のことを玄米といいますね。あるいは、「しろと」に対して「くろと」のことを「玄人」と書きます。「玄人」と書いて「くろと」と読むのですね。玄界灘の玄であります。これは黒という意味であります。すると、冬は黒。これは季節感なのです。そういう言葉から表現される季節の言葉なのです。

だから「拝啓、青春の候」と書いてあれば、青い春ですという意味。私を手紙を書きます。書き出しに「拝啓」と書いたら、あと、何を書こうかと。「青春の候」と書くでしょう。青い春のころですという非常に高尚な意味で書いているのです。もらった人は、彼、もう70を超えているのと違うかなと。まだ青春というようなことを言うておるのかなという誤解を受けたり。だから、知っている仲間同士だったら使ってもよい。知らない人には避けたほうがいい。

中国にはそういうことがたくさんありまして、青陽、朱明、白蔵、玄英、と並ぶ言葉があります。だから、「拝啓、朱明の候」って、夏の季節の言葉。今だったら、「拝啓、白蔵の候」と書いておけばよいのです。そんなことが書いてあったって相手がわからなければしかたがない。むだだと思いますから。要するに書かないだけのことです。

そういうふうに、例えば青春という言葉のように実際使っているのだけど、自分の狭い見だけで解釈して本来の意味を忘れてしまっている場合が多いのです。これは私は考古学からの贈り物やと思うのです。考古学が「こういうことなのだよ」ということを教えてくれる一つの教材だと思うのです。だから、それを率直に受けて、自分の生活を高めていかなければならないと思うのです。

■ ランチョンセミナー（第1会場）

例えば還暦という言葉があります。これも高松塚と関係があるのです。還暦といえば満60歳であります。その表がそこに書いてあるのです。これは、青龍とか朱雀とか白虎とか玄武とかという、四神の話から出てくるのです。青龍、朱雀というのは、木火土金水という言葉があるように、木なのです、木は青い、火は赤い、赤いは朱雀、朱であります。木は青い、青いは青龍であります。そして、木には「え」と「と」があるのです。陰陽ですから、陰と陽がある、「え」と「と」。それを「きのえ」、「きのと」、「え」、「と」、「えと」というのです。きのえ、きのと、ひのえ、ひのとというのがえとなのです。

そうすれば、十干は10個ですから、10はできます。それに対して十二支の、ね・うし・とら・う・たつ・みとというのがつくのです。十干が10個があって、十二支ですから12個くっつきます。そうすると、組み合わせは幾つできるかということ、一方が10、ね・うし・とらが12でしょう。10掛ける12、120ですね。そのうちの1番と1番はくっつく、2番と2番はくっつく、3番と3番はくっつく。結果的に、くっつくのが半分しかない。例えば、これで言いますと、十干のほうの甲と、十二支の初めが子でしょう、「きのえのね」という年はありましても「きのえのうし」という組み合わせは絶対にないのです。順列組み合わせの原理ですから。10個あって、12個あって、一つずつ組み合わせさせて送っていきますと、60しかないのです。それがいわゆる干支の原則なのです。

だから、自分が生まれた年に戻ってくるのは、60年先に干支が戻ってくるのです。暦が戻ってきたというわけです。これが還暦の原理です。甲山、甲は「かぶと」という字ですから、甲山という山のふもとに野球場ができた、大正13年に。この年は甲子の年だった。十干も1番なら、十二支も1番、だから甲子の年にできた野球場だから甲子園という名前がついた、ただそれだけのことであります。特別な意味があるわけではないです。大正13年生まれの人に甲子郎という人が多いのです、男の人で、名前で。甲子の年だから。

それから、もう時間があと僅かしかありませんが、もう一つ下を見てください。絵がかいてありますね。これは、一つの部屋の中、壁に絵がかいてあるのです。これ、私が測ったのではなくて、文化庁が非常に精密な機械で

もってこれをはかったのです。床面から人物の下までの高さをはかったのです。両側に女の人の絵がかいてある。ご承知のように、東の女の人、女子の。これをミリまではかりますと、上が東側です。下が西側の壁なのです。この下から、床面から女の下まで44センチ0ミリになる。よろしいか。ミリまではかって44センチになるのです。反対側の女の人の絵は、床面から44センチ0ミリになる。違うところに2つ並んで向かい合わせにかいてあるのを床面から今の計測の機械でもってばかりましても1ミリも違わないのですよ、絵が。それほど正確にかかれています。

頭の位置もそうなのです。天井から東側の男子の頭、すなわち冠の上まで、29.5でしょう。反対側（西壁）の男の人の、いわゆる下の図の天井から帽子のところまで、29.5cmです。左右壁の男子も1ミリも違わないのです。これほど正確に高松塚の壁画はかかれています。皆さんが、2人の人が一つずつ絵をかいて測ってみたら、3センチも5センチも違うかわかりませんですよ。1ミリも違わないということは、いかに正確に、計画的に、かいているということですよ。そのすばらしい技術というものを知ることが大切だと、そういうことがやはり大和のすぐれた文化を知る一つの手がかりになっていくのではないかと、私は思っているのです。

時間が非常に少ないので、その程度の話しかできませんけど。これで終わります。

■ ランチョンセミナー（第2会場）

座長：奈良県医師会勤務医部会 理事 錦 織 方 人

それでは、定刻の時間が参りましたので、ランチョンセミナー第2会場に多数の先生方、ご参集していただきましてありがとうございます。昼食をいただきながらということでございますので、肩の力を抜いていただいて、ややリラクセスしていただいて結構かと思っております。

紅葉はまだ早いですが、ようこそ奈良においでくださいました。それでは、早速セミナーに移らせていただきます。

講演を賜る先生は、桃山学院大学名誉教授の沖浦和光先生で、講演のタイトルは「野巫医者源流をめぐって 旅する「寅さん」の実像」です。「ヤブ」と聞けば、何か私の子孫とか血筋とか、あるいは先祖を見透かされているような感じがしてならないんですけども、先生はご高名な方なので会場の先生方もよくご存じかと思えますけども、恒例に従いまして先生のご略歴をご紹介します。

昭和2年、大阪府にお生まれになっておられます。昭和28年、東京大学文学部を卒業になられて、桃山学院大学学長を経て、現在の桃山学院大学名誉教授であられます。専攻は比較文化論、比較民族学、社会思想史であられます。著書はたくさんございますが、一部の本を紹介させていただきます。『竹の民族誌』岩波新書、『インドネシアの寅さん』岩波書店、『幻の漂泊民・サンカ』文芸春秋、『瀬戸内の被差別部落』解放出版社、その他たくさんございますが、一部を紹介させていただきました。

申しおくれましたが、私は奈良県医師会勤務医部会理事の錦織方人でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

それでは、先生、よろしくお願ひします。



■ ランチョンセミナー（第2会場）

やぶ
野巫医者の源流をめぐって 旅する「寅さん」の実像

桃山学院大学名誉教授 沖 浦 和 光

ただいまご紹介を賜りました沖浦でございます。よろしくお願いたします。

ランチョンセミナーということで、あまりかた苦しい話は抜きにいたしまして、さっき中元先生がちょっとおっしゃいましたが、私の姓名を見ていただきますと瀬戸内海の海の民ということがわかるわけです。おじいさんの代まで船に乗っておりました。村上水軍の末裔でして、広島県の鞆というタイ網で有名な港町がありますが、その横の平の浦という漁村が私たち一族の出で、そこへ行くとも五十数軒、今でも沖浦性があります。

自然人類学会では、日本人は大体6つのルーツに分かれるのではないかとということがほぼ確定的になってきました。今、ご承知のようにDNAを中心とした分子生物学の手法を用いまして、戦前のような骨と歯で比較形態学的にやるというよりは、分子生物学的方法でコンピューター処理が主になってきました。ずっと系統樹をつくってやっています、非常に正確に系統をたどることができるようになりしました。この10年来そうなりまして、それで、縄文人の子孫はアイヌ、つまり、中世の頃では「えみし」「えぞ」と呼ばれた人たちであるということも確定いたしました。アイヌと一番近いのが沖縄の琉球人であるという系統図も発表されています。もうこれは本屋にいっぱい出ておりますから、ぜひごらんいただきたい人たちです。

その次に弥生時代、ご承知のようにお米と金属器、鉄なんかを持ってきて、初めて日本の農耕文化の基礎をつくっていった人たちです。この奈良もそうですね。この奈良の古墳文化も弥生人の系統でしょう。だから、奈良県の例えば明日香村なんかは、隣の会場で網干先生がやっておられますけど、古代の戸籍簿を見ますとほとんど渡来系、朝鮮からのものですね。この奈良県の大和野平野は大体渡来系が中心になって開発された。これはもうはっきりしております。最近の歴史研究はものすごく進んでおります。

そういう問題を踏まえているいろいろ考えていくと、私な



んか、さっき申し上げたように村上水軍の子孫ですね。つまり、海の民です。水軍というのは格好ええ言い方であって、実際は海賊ですけども、この海賊のルーツは一体何だと。年をとると大体ルーツが非常に気にかかるものですね。

それで、南方の大平洋海域へよく調査に行ってます。特にインドネシアだけで三十何回行っています。今年も8月、ずっとインドネシアに滞在していました。それも辺境の島、文明開化のところじゃない、飛行機でも週1回しか飛ばんようなところへ行っているわけです。先住民のところですね。

インドも十何回行っています。この前、朝日新聞にも大分詳しいレポートを書きましたけれど、主に、被差別民の地区ですね。インドでは漁民も被差別民系統にされていて、低カーストになっている。何千年、何万年も以前からのインド伝来の民は全部被差別民になっています。今、インドの上のほうの、皆さんご存じのガンジーだとかネルーとか、ああいう系統は全部インベーターでして、コーカサイド系ですね。白人が3,500年前にインドへ入ってきた。インドにもともと住んでいた皮膚の色の濃い人たちは全部だーんと下に落とされました。だから、インドを今支配している上級カーストのアーリア人は、アーリアとは「高貴な」という意味ですけど、彼らは先住民

からみればインベーダーです。カイバル峠を越えて、大体3,500年前に入ってきた。これが自分たちの支配を合理化するためにカースト制度をつくって、ももとの先住民は全部下へ落とされた。だから、上の3つのカースト、パラモン、クシャトリア、パイシャとありますが、この3つの身分は今日のインドの総人口、約10億のうちの25%しかいないわけです。75%は下へ落とされて低カーストにされている。

私が専攻しています比較文化論、比較民俗学は歩き回らなきゃいけない。文献だけではなかなかわからない。文献だけは、日本もそうですが、一般民衆、庶民がどうやって生きてかたということは文献ではなかなか語られない。例えば私らのような漁師、水軍なんていうのはずっと無文字社会です。明治維新まで文字を知りません。だから、私なんか『瀬戸内の民俗誌』でいろいろ書いたときでも困ったのは、第1次資料がない。漁民自身自身が字を書いていない。だから、支配者のデータを頼るよりしよがないですね。間接的に2次資料ですがね。

皆さんが持っておられる姓は、明治4年にいわゆる昔の「えた・ひにん」制が廃止されて、全部平民にするとという解放令が出ます。そのときに戸籍令が新しく定められて、国民全部が姓を初めてつけたわけですね。江戸時代までは上層の武士身分を中心に7%しか持っていません。だから明治4年から姓をつけ出して、一番おくれたのは海の民なんですね。漢字を知らなかった。だから、今でも淡路島とか愛媛県に、タイとかサワラ、魚の名前の姓が残っています。これはせっぱ詰まってつけた。字を知らんから。維新の資料を調べますと、えらい怒られているんですね。「おまえとこは何してるんだ、はよ姓つける」というわけですね。だけど字を知りませんので、どうしてよいかわからない。「もう、おまえとこ、漁師やから、魚の名前つけ」というわけで、「じゃ、イワシにさせていただきます」、ほんでイワシさんになった。こういう記録が皆残っております。最後までおくれたのが漁民でした。

それはそれとしまして、私は、今言ったような関心で、中心にいた集団より周辺におかれていた人たち、これが好きなんですね。つまり、表街道で日を浴びているやつじゃなくて、裏街道を歩いたやつ、これにやっぱり非常

に興味がある。名もない民衆は歴史の表へ出ることはございません。民衆の生きざまというたら大体裏街道で、すれすれのところを皆歩いてきたのです。

映画でよく皆さん見られる柴又の寅さんでも、あの寅さん、渥美清が演じて、あれはヤシだったわけですね。今はテキ屋という。江戸時代まではヤシ。「香具師」と書いて「やし」と読みます。それで、ヤシも明治4年で全部廃止されるわけです。それで、ヤシと名乗ってはいかん、テキ屋に名前を変えちゃったわけですね。それまで何やったかというたら、この参考資料にあります。そこにヤシがやっていた商売が書いてあります。これが13、だから「十三香具師」というわけですね。これは元禄時代大岡越前守に、ヤシ組合が出した申請書です。幕府が認めた職業なんです。これで見てください。薬売りということがわかるでしょう。縦に読んでいくと、最初は「諸製薬売捌所」、次に「辻医師膏薬売」。それから「入歯」、歯医者やったわけ。だから、ヤシというのはこういうことをやっていた。この資料でわかるわけですね。これはきちっとした古文書館に残っている文献ですよ。きちっとした公式資料です。

明治4年にヤシが廃止された。そうすると寅さんは薬売りとかできなくなった。それで新しく西洋の医学が全面的に導入されまして、ヨーロッパを見ならった医薬法が制定されます。そうすると、ヤシの名前もだめで、薬売りもならんと。辻医者は当然だめと。そのような大転換が起こって、それで寅さんなんかはどないになったかという、映画に出てくるような百貨売り、安物のたたき売りに転進した。唯一残ったのがあの「ガマのあぶら売り」なんですね。

ガマのあぶら売りは、戦後10年間はまだ生き残っておりますから、あれは、ガマの鱧鮓というここのあぶらをせんじているんですね。これがほんとうに効いたのかどうか。江戸時代の口上を見ますとガマのあぶらは万能薬として売っておるわけですね。同時に血どめ薬、痔にもきいたという宣伝文句が残っております。当時、ピラもございません。ラジオもない。だから芸をやって人を集めて、それで、居合い抜きで、四六のガマというあの有名な口上、あれは人を集めるための口上ですね。それで民衆を集めてから、実際にハマグリに入れたそのこう

■ ランチョンセミナー（第2会場）

菓を販売する。それで、最後は刀で腕に傷をつけるわけですね。「ぴたりととまるガマのあぶら」って、実演していた。私なんか子供のころよく追っかけて、あの啖呵売が非常に好きでした。

ところが、大体戦後20年目、1960年代でもう消えます、高度成長の中で。人がもう集まらない、後継者がいない。こういうことでだんだんもう終わりになってきたわけですね。それで、「ガマのあぶら」はつぶれたけど、まだ百貨売りのテキ屋が残った。渥美清がやっている寅さんがそれなんです。あの寅さんは諸国漂泊の民で、その日暮らしでどこへ行くかわからない。神社の祭礼とかあいうところを回っているわけですし、人が集まらんともう話になりません。

私は俳優の三國連太郎さんとも仲よしで対談集も出しております。講談社から『オブラ』という雑誌が出ておりますけども、来月の28日発売の号に私と三國連太郎の対談が載っておりますから見てください。三國さんも芸能というのは、その歴史をたどれば中世の河原者と呼ばれた人たちが創造したとおっしゃっていますが、その通りなんです。

後で皆さんがごらんになります能・狂言もしかり。これは、観阿弥、世阿弥の親子が室町時代、今からで650年前ほどの頃に創作した。世阿弥は日本一というか、最大の芸術者です。ただし、彼が書いたかどうかかわからない曲が、全部掘り出されたのが明治末年になってからですから、死後500年ほど経ってから世阿弥の自筆本が発見された。それで、能・狂言の実演者も中世の被差別民なんです。歌舞伎はもちろんそうです。河原者、河原乞食と世間で呼ばれていました。人形浄瑠璃もそうですよ。

今の漫才、タレントさんがぎょうさん出ていますね。来年、文芸春秋から漫才の歴史を書いた本を出します。漫才師を全部調べ上げました、学歴から何から。最近吉本興業も大学卒が入ってきたけど、戦前は全部小学校も満足に出ていない。それで、やっぱり被差別民系が多い。これはもうはっきりしております。それと目立つのが、漁師ですね。きよし、やすしは戦後の天才ですけど、やすしは高知県の沖の島の漁師の子で、実のおやじは戦死です。

まあ、いろいろあるわけで、これ以上は言いませんけれども、だから芸能は、本来的に「土農工商」ではなくて賤民系の文化なんです。さっきの世阿弥なんか「花伝書」などの芸術論も書いていますが、あれは全部明治以降発見されたんですね。彼らが字を書くとは世間では思っていなかった。江戸時代の本を見たら、能楽師は字が書けない、彼らは演じて、作曲ぐらいはしたろうけど文字社会と縁がない、だから、あの世阿弥作としてよく知られた曲は全部ゴーストライターが書いた、貴族か僧侶が書いたんじゃないかという説だった。それが、その生駒山のお寺から直筆が出てきた、世阿弥のね。それを発見されたのが吉田東伍という大地理学者でした。

天保の改革で浅草に芝居小屋が全部集められるわけですね。それはなぜかという、天保の改革というのは明治維新の50年ほど前です。歌舞伎とか人形浄瑠璃がはやりまして、これは被差別民の文化ということは、幕府はもちろん知っていた。河原者の文化が押すな押すなの大人気だった。浮世絵師もそうなんです。浮世絵師もその系統が多いわけです。民衆の生活と切っても切れない芸能が被差別民に乗っ取られてしまい、京都の公家文化はもうパンクしています。江戸の幕府の儒教文化も民衆にとってはおもしろくない。それで結局近世の文化は、町人文化と賤民文化に乗っ取られる勢いになってきたわけです。

時の老中、老中って総理大臣ですが、これをもうつぶすと。そのとき反対したのが遠山の金さん。彼はそのときの町奉行ですから東京都の警視總監ですな、これが反対に回った。老中はつぶす、金さんは反対と。河原者の芸能は日本の庶民芸の大事なものやからと。その文書も全部国立古文書館に残っています。

じゃ、なぜ金さんは反対したか。金さんは貧乏旗本の下のほうでした。親の職業は長男しか継げませんから、次男・三男では家業を継げない。それでぐれておったわけですね。若いときからワルだった。それで河原者だとかヤシとかその連中とつき合いがあって、だから浅草とかによく出入りしていたわけです。それでほんとうの庶民の生き様を知っていたから、それで遠山左衛門尉金四郎は奉行として反対したわけですね。だから、今、歌舞伎が残ったのは金さんのおかげなんです。これは歴史的にきちっとしている。ただ、こういうことは歴史の裏へ

隠されて、正面からちゃんと言う人があまりいないんです。

だから、そういう意味で金さんというのはなかなかの大人物です。だけど入れ墨している。昔からそうでしょう、入れ墨やってるのはやっぱり江戸時代でもやくざなんです。なぜ遠山の金さんが入れ墨をしていたのか。本当にやっていたかどうかわからない。やっていると唱えたのは、講談、落語なんです。だれも見た者がいない。

そういう話は、私の『インドネシアの寅さん』に全部調べて書いた。なぜインドネシアの寅さんかというところ、ヤシは日本にはおらんようになった、今日で残っているのはインドネシアの辺境の島だけなんです。

江戸博物館をたてたときに、記念講演の一つとして、私に「江戸の大道芸」のテーマで頼んでこられた。私はヤシに実演してもらうように頼んだので、都庁が浅草の親分衆にかけ合われた。そうすると、もう日本から消えた、もう後継者もいない、どこかの田舎に残っていれば別だけでも、こういう返事だった。

それで、しょうがないので、東京都は私のところに言うてこられて、「アマチュアで大道芸研究会というのが。これでもよろしいか?」「ま、ないよりましやろ。出てもらおう」と話がきまったわけです。20人ほど出演されました。それで、ガマのあぶらから何から江戸の大道芸をやってもらった。

私、そでで見とおったんですね、講演の前にやっていただいて。なかなかうまい。うまいけれどもどこか違う。どこが違うかというところ、生活がかかっていない、やっぱり。これが違う。昔のヤシは売れなきゃ橋の下で寝ていた。寅さんの映画では木賃宿へ泊まっている。あれはちょっとええところに泊まり過ぎですな。大体ヤシはお寺の縁の下か橋の下が多かった。その日売れたときに木賃宿に泊まる。

木賃宿というのは、覚えておいてください。あれは料理も何も出ないんです。布団だけで自炊するのが木賃宿。これはどこにあったかというところ、江戸は浅草山谷、大阪は今の釜ヶ崎あたり、ずらっと木賃宿があった。だから、遊芸民とかヤシとかは諸国を回りながらその木賃宿へ泊まって、半分は野宿で生きていたわけです。旅から旅の生活でした。それがまた庶民と非常に深いかわりがある。

る。

それで、そのときに実演されたアマチュアの一団の座長さんに聞いた。「仕事はいつも何をされているんですか」。会長さんはお医者さんでした。もう70歳ぐらいの方で、その方がガマのあぶらを実演されましたけど。医学史を研究しているとおっしゃった。「なぜ、先生、こういうのを思いつかれたんですか」とたずねると、やっぱり自分は医学史が好きで、暇を見たら昔の本を読んでいて、なかなか研究好きの方でした。そして、野巫医者「巫」に注目したとおっしゃっていました。

普通ヤブ医者というと「藪」の字を当てて、竹やぶと皆思っている。そうじゃなくて、ここに書いてある在野の巫が本当なんです。「巫」というのは、これ、シャーマンのことなんです。日本では陰陽師や修験者系の治療者を指します。この巫は、巫の次ぎに女を書いたら「みこ」さんでしょう。みこはわかっているわけ。だけど、巫自身が何を意味するか、皆知らん。野巫医者は調べると中世の頃から用いられていた。明治維新になって、いわゆる西洋系医者が在野のこういう伝統医者を軽蔑した言葉が野巫医者やったわけですね。「あれは野巫医者やで」と。それを民衆が聞いても、この野巫という字がわからん。それで、竹やぶのやぶかなと。だんだんそれが転化しまして、腕のよくない医者というように字義が定着してしまっただけ。きのうも奈良県医師会の会長さんがちょっとおっしゃっていました。家の前に竹やぶがあるので気がかかっているというね。調べたらこっちの字で安心したとおっしゃっていましたけど。

そういうぐあいになって竹のやぶにすりかわった。このことは「広辞苑」にちゃんと書いてあります。広辞苑をきょう帰って早速あけてください。竹やぶのやぶを当てるのは誤記、間違いとはっきり書いてある。ところが、一般民衆は全然知りませんね。

それから私はインドネシアが大好きでして、死んだら今度はインドネシアの未開の島に生まれたいと日頃考えています。ジャワ島だとかバリ島じゃございませんで、私が好きなのはマルク諸島とかバンダ諸島とか普通の旅行者があまり行かない辺境の島です。これはもう夢のごときもの。いいですな。何回か行きましたけども。世界でどこが一番ええか。私は外国は200回ぐらい行ってい

■ ランチョンセミナー（第2会場）

まずけど、やっぱり1番はインドネシアを推薦します。2番がインド、そうすると日本は何番目とよく聞かれる。日本は終わりのほうです。やっぱり今のような競争社会のぎすぎすした社会になって、生きていても非常にしんどいですな、今の子供たちが苦しいのはよくわかります。しかも出口が見えない。非常にしんどい社会になってまいりました。

きのうも後でやられる東北大学の上原先生と大分話が弾んでいろいろ話しておったんですが、インドネシアの未開の島へ行って、先住民族のところへもう何回も行きましたけど、精神生活や伝統文化の面では彼らの生活のほうはどうもはるかにいいんじゃないかと。よく私は学生を連れていくわけですね。私は国際文化学科でしたから、学生のゼミ演習がいつもインドネシアでした。ガルーダ航空に交渉しまして、ちょっとまけてくれます、学生研修ですとね。遠いですよ。例えばトラジャという先住民族はスラウェシ島というところですよ。バリ島までまず6時間飛ばなきゃいけない。バリ島からマカッサルまで1時間10分、そこからバスで10時間かかる。

最初に行ったところは電話も何もありません。そやけどよかったですな。それで、現地の人たちと学生も仲よしになって、帰りしなは、皆涙で別れて帰ってきました。何かあるかって、大自然がすばらしい。人情がすばらしい。食べ物がうまい。日本より私はうまいと思います。インドネシアの文化は、「ネシア」というのは、ラテン語、ギリシャ語で島という意味ですね。インドから文化が入ってきた島でインドネシアというわけだけでも、古代では中国の文化も入ってきてます。唐の時代から交流しています。それで、丁子なんかのスパイス（香料）を輸入して薬として飲んでます。やっぱり中国というのはすごいですね。

インドも、私も何回も行っておりますけど、すさまじい発展ぶりですよ。やっぱりインド人というのは非常に努力家だし、第2のシリコンバレーがインドやと言われて、コンピューターがすごいですよ。数学でもゼロの発見はインドでしょう。医学でも「アユールベダ」は3,000年前の医学典ですね。

古代のメソポタミア文明として知られているイラクの文化も、やっぱりすごいものです。世界最古といわれる

ハムラビ法典はあそこで作られています。文字でもそうです。だから、ブッシュはイラクとかイランを軽蔑しておりますが、ブッシュこそ、人類史をちゃんと知らんからイラクへ攻め込んで無茶苦茶にしている。

ちょっと余談になりましたけど、これから本題に入ります。ちょっとレジュメをあげてください。1番目を見てみましょう。後で読んでいただいてもいいわけで、有史以前では、東洋・西洋を通じて大自然の神霊と交わる能力を持っている呪術師、シャーマンが心身治療を担った。これはもう世界共通ですね。自然に内在する精霊が万物を動かすとみるアニミズム。今でも、アニミズム再評価の声は哲学界で非常に強いですね。

結局、物というのは、簡単にいえば有機体であるか機械体なのか、この2つに分けられます。有機体というのは分解できない場合ですね。機械は全部分解して組み立てられる。ところが人間をばらばらにしたら絶対組み立てられない。この違いは何かということに、哲学者は3,000年前から気がついている。それで、ヒトはまぎれもなく動物の一員で哺乳類です。地球を征服したと大きな顔をしているけども、大自然の生態系（エコシステム）を離れては生きていくことができない有機体である。精神というのがある。身体と心。人間の心の問題、これを中国人が「気」と名づけたわけですね。これはやっぱりすごい着想。病気は気が病むです。心が病む、病心と書かない。病気でしょう。やっぱり中国というのは恐れ入るところがございまして、身体メカニズムを機械として考えるだけでは、体のメカニズムを分析的にみるだけでは、いくら最新の機器を用いて高度医療をやってみても解決できない。

我々は動物ですので、私なんかもいつも学生に強調しているんだけど、我々は万物の霊長と思ったら間違いであると教えます。私、人権問題も担当しております。今の人権の基礎は、我々も動物であるとまず教えることが重要である。自然のエコシステム、自然生態系の中で生かされておる、他の動植物と共存して初めて生きられるものである、これを自覚せよと。ヒトは万物の霊長と書いたら、私は零点にします。

だから、自然人類学で教える場合、ヒトと片仮名で書く。人という字を使いません。自然人類学の本を見てく

ださい。全部片仮名で書いてある。これは、哺乳類のホモサピエンスとしての「ヒト」、この認識から始めなければならない。

それから死生観ですが、どうやら仏教に、非常に大きな問題があるんじゃないかと思っています。地獄、極楽とやりまして、それで死は怖いという恐怖感を植えつけてきたということですね。これは日本の通俗仏教の責任ですよ。さっき言った先住民族のところへ行ってごらん下さい。アニミズムですから、この世は仮の世というわけ。死んで極楽へ行くことになっています。そこに先祖が待っている。だから、お葬式はすごい、パンパンパンと花火を上げて、闘鶏や大舞踏会、3日間ぐらいいすばらしい葬送儀礼をやる。まあお祭りですね。それでにぎやかにあの世に送り出す。あっちがほんとうの世、こっちは仮の世。そう思っていたら、そんなに死なんて恐れることはない。もっと私は自然の寿命ということをみなに納得させないといかんとします。ヒトは無限に生きれるものではない。

だから、インドネシアの先住民族は、特に赤ちゃんが死んだ場合、赤ちゃんの死は非常にかわいそうです。「生命の木」というのがあるんですね。ごっつい大きな木。まだ乳歯の生えていない赤ちゃんだけは、その木に埋め込む。木が年々大きくなるでしょう。それはミルクの木ともいう。ミルクも出る。それを吸って、樹液をミルク代わりに吸って、木が大きく生長するにつれて赤ちゃんは育っていく。だから、埋めたところはパッチワークのごとくなっていてすぐわかります。一番上がもう1,000年前の赤ちゃん。それが天高くそびえて、永遠にふるさつを見守ってくれる。それで、お母さんは、毎日ああやって木の霊に抱かれて生きておると、死んではいないと、こういう考え方なんです。

昔はね。はしかとか何かでよく死にました。大体下層の多くの民衆は医者にかかれなかった、金持ち以外はね。私も大阪の下町で育ちましたから、医者が来たらもう大体終わりというのが多かった。死亡診断書が要るからですね。それまでかかれぬ。人力車でお医者さんが入ってきたらもう終わりですよ。それまではもう我慢してね。それでどうするかというと気安く通える民間治療、つまり野巫医者にかかったわけです。これは安い。野巫医者

が祈祷やって、漢方薬でやって、私も小さい時に母に連れられて行った記憶がありますけど、いろいろやってくれる。その野巫医者はどこにおったかという、大体被差別部落とその周辺におったわけです。それで、彼らは自分らも貧乏だから、そういう人からは一銭もとらない。出せ払いでよろしいというわけ。ありがたい存在でした。針やマッサージや漢方薬ですが、これがまた効いたわけです。伝統的に医学というか、日本のアユールベダみたいなのがあったと見たらいいわけですね。

もちろん、あまり公にしたら官憲にやられます。医師免許も何も持っていないのでね。だから、表向きは祈祷師、陰陽師になっているわけ。こういう形態でやっていたんです。1960年代まで各地にありました。

仏教の導入、文字の導入、医薬道、天文道、それからいろいろな技術、全部渡来系ですね。全部朝鮮半島及び中国から入ってきた。当時の大集団は秦氏です。「はた」氏と読みます。彼らは京都にいて、桓武天皇が京都へなぜ遷都したか、平安京をつくったか。あれは、秦氏が深いかわりがあった。桓武天皇は、母親が高野の新笠です。渡来人の出自であることははっきりしている。それで、秦氏が大地主集団を持っていた。当時の開発技術ですね。それから養蚕・織物・製鉄・芸能、その芸能からさっき言った能、狂言が出ているわけです。それはちゃんと世阿弥みずから記していますから。

もう一つ、文化系では漢氏、「あや」氏と読みます。これは山を越えた向こう側、河内平野にいたんです。この秦氏と漢氏の2つが大テクノロジー及び大文化集団なんです。わかりますか。これが朝廷を實際上支えているわけです。もうこういう古代史研究はものすごく進んでいます。

古代中国では病は氣と深いかわりがあるとされ、氣力の回復によって身体を自然治癒力を助ける。免疫力はやっぱりこれと非常に深いかわりがある。だから、単に高度医療で、CTスキャンでどうやこうやと診断してみても、それだけでは見通せない要素がいっぱいある。人間は機械じゃないので、やはり精神が作用している有機体です。

私の友人、四十何歳で亡くなった。非常にできた先生で、惜しかったんだけど、がんにかかれまして、それ

■ ランチョンセミナー（第2会場）

で、いろんな治療もだめで、それで最後は、お父さんが東北学院の教授でしたけど、私のところに言うてこられて、「アメリカへ連れていきますねん」、「いや、アメリカいうたって、もう、無理でしょう」、「いや、もう、無理して連れて行って」、「どないしますねん」ときくと、メキシコでした。先住民族のすごい療法がある、それを本で調べてきたというわけですね。何か世界中からやってきて最後はそこへするわけです。もう高度医療でどないもならないというのがはっきりしているわけだから、もうそれはそういうマジカルな呪術と言っているんじゃないか。つまり気力をといますか、免疫力ですね。どうにかならんかというわけですね。それで、連れていかれました。

それで、それから1年半生存されて、帰ってきてまだ大学に週一回は教えに来ると、無理してでも行くと言ってこられた。もう来んでもええと言っているのに来ていました。それで、最後の1週間前に見舞いに病院にいきましたら、書いておるんですね、論文を、まだ、こうやって。もう眼が半分閉じていましたけど。字になっていないですな。呪文みたいな文字で何か書いているつもりなんですね。そうやってあの世へ旅立っていきましても、本人もあれだけやりゃ満足じゃないかな。彼は先住民族問題も非常に興味を持っていたから、最後にそのシャーマンのおっちゃんに診てもらって、いろいろ何か赤土をいっぱい塗ってもらってとお父さんがおっしゃっていました。それで彼も満足して死んだんじゃないか。古代ではやっぱりそういう考え方が非常に濃厚だったと私は思います。

もう時間がございませんので、あとはレジュメの後半部分を読ませていただきます。

古代律令制と医薬道

古代日本の医療制度は、律令の「医疾令」によって定められた。その担い手は先進的な学術をたずさえて、中国・朝鮮からやってきた渡来系の人びとであった。それも道教を学んだ者が多かった。ケガレとされている死・産・血に直接関わる医療に、上流の貴族は従事しなかった。

808年に侍医の出雲広貞と典薬頭だった安倍真直によ

って、『大同類聚方』100巻が編集された。そして982年に『医心方』30巻を編纂したのが、丹波康頼だった。いづれも中国の医薬の古文献に通じていたすぐれた学者だったが、渡来人系の医師だった。

丹波氏は、『新撰姓氏録』左京諸蕃上によれば、後漢の靈帝を祖と称する渡来氏族で、東漢（やまとのあや）氏系であった。東漢氏は、応神朝に朝鮮南部の加羅から渡ってきた阿知使王の子孫で、奈良県高市郡明日香村を本拠地とした豪族である。なお丹波氏は、名門の医師として代々朝廷に仕え、その子孫が典薬頭を世襲した。

さて、8世紀初頭にヤマト王朝は律令制を定めたが、その中に「医疾令」がある。これは唐の法制のコピーであって、実質的には空文の部分も多かったのではないかと推定されている。つまり、タテマエだけだったという説が有力なのだが、身分制度からすればこのタテマエが一番問題なのだ。

この「医疾令」をみて、まず気がつくのは、医師の身分は意外に低いことだ。天皇・中宮・東宮などの最も身分の高い皇族の診療を担当する内薬司の侍医でも正六位以下だ。つまり、宮中に仕える最高の侍医でも、貴族にはなれなかったのである。

律令官位制では、三位以上が<貴>、四位・五位を<通貴>と呼び、貴族として特別に優遇された。ところが、朝廷官人の医療を担う「典薬寮」では、医博士・医師は七位である。そして、按摩師・薬園師・針師などは、すべて最下級の八位である。

注目されるのは、「安胎産難・創腫・傷折・針灸」を役務とする女医である。彼女らの役務が、産穢・血穢と直接かわる仕事であることは言うまでもない。そして彼女らは、官に直属する賤民である「官戸」の女性と「官婢」から選ばれた。すなわち、賤民である彼女らの中から15歳以上、25歳以下の聡明な女性30人を選んで、毎月試験をして女医に任せよと令にある。

13世紀に入ると、典薬頭を世襲していた丹羽家の長直が初めて三位に叙された。昇殿を許されない地下官人であった医官が、はじめて殿上人となった。しかし、位階が高くなっても、「医陰輩」と称される医道・陰陽道の技術者集団の頭目にすぎないとみなされていたから、一般の殿上人とは別格とされた。

当時の医師は、貴族の目から見れば、「道々の者」として卑賤視されていた職人集団の一員にすぎなかった。つまり、「道の人」とされていた「職人」「商人」「芸能者」と同類とみなされていたのである。

×『職人歌合』に出てくる「医師」と「陰陽師」

中世に入ると、密教系の僧侶、呪術的民間信仰にたずさわる「巫」(かんなぎ) それに卜占・祈禱をやる修験者(山伏)が、病める民衆の願いに応えて心身治療に従事した。

在野の陰陽師も、悪魔や鬼神を追いはらう秘術をもって民衆医療の分野で活動した。彼らは病魔退散を祈禱すると共に、古くから在地社会で伝承されてきた漢方治療を併用した。彼らは山野を渡り歩くので、薬用になる動植物・鉱物に関する本草学ほんそうがくにも通じていた。各地を渡り歩くので、情報収集のネットワークを持っていた。定住している農耕民は、とてもそのような技能を習得することはできなかった。

鎌倉時代には医療で生計を立てる者が出てきたが、その中には定住せずに諸国を歩く「旅医者」もいた(『病草紙』)。お産の手助けをしたのは、アルキ巫女系の漂泊民であった。

鎌倉時代初期の作とされる『東北院職人歌合』では、十種類の職人が出てくる。これらの歌合は、貴人たちが当時の職人の生態や心情を詠んだ一種の狂歌集である。その十種は「医師・陰陽師」「鍛冶・番匠」「刀磨・鋳物師」「巫・博打」「海人・賈人」である。海人は漁師で、賈人は商人だ。

室町期の『七十一番職人歌合』は、「道の者」が従事した職種の総覧とも言える歌合でまことに興味深い。総計百四十二の職人が出てくる。その三十四番として「医師・陰陽師」が入っている。貴族の目からすれば、古来からの「巫医」「呪医」の流れもあって、医道と陰陽道を同列にあげて、卑賤の職人の仲間とみなしていたのである。

これらの歌合は、その頃の職人層をネタにして、貴族たちが歌の会で作った戯れ歌であり、狂歌集の一種である。当時の朝廷貴族が、医者いしやの社会的身分をどのように認識していたのか、それを象徴する興味深い史料である。

近世医学の三系統

近世の医学は次の三系統に大別される。

中国・朝鮮から伝わった漢方医学(今日の東洋医学)
キリシタンによって西洋から導入された蘭方医学
民間に流布していた在野系の伝統医学(=ヤブ医者)

朝廷に仕えた官医は、先にみた丹波家であった。江戸幕府は、儒医・僧医の系譜に連なる漢方医学を公認していた。幕府の医師養成の「医学館」もすべて漢方医であった。西洋医学を修得した蘭方医が、将軍家の奥医師として初めて登用されたのは1858(安政5)年である。

近世では、医師になるのに特に資格は問われなかった。免許試験などはなかった。だが、医療は死・産・血の三不浄にかかわり、甲 乙 丙とケガレが伝染するとされた「触穢」の問題があるので、支配階級からず進んで医者になる者はあまりいなかった。儒医にせよ僧医にせよ、そのオモテ看板は、あくまで儒学者であり、僧侶だった。

多くの門弟を抱えていて信用のある開業医にかかるのは、かなりの出費が必要だった。しかも腕前が良くて名声のある開業医がいるのは、人口の多い都市部に限られていた。したがって民衆の多くは、低廉で気安く通えるヤブ医者の世話になった。

近世の被差別部落とその周辺に、かなりのヤブ医者があったことは数多くの史料で明らかになっている。特に金沢藩では「トウナイ」と呼ばれた賤民層が医師となった。

杉田玄白は、オランダ語訳本である『ターヘル・アナトミア』を入手して前野良沢らと和訳にかかり、安永3(1774)年に『解体新書』を刊行した。その際に小塚原で刑屍の解剖に立ち会って、「えた」身分の老人にいろいろ教えてもらったが、晩年の『蘭学事始』で、「すこやかな老人」であったと感想を述べている。

香具師は「野巫薬師」(やぶくすし)だった。

ちなみに大道芸をやりながら客寄せをして、「妙薬」「霊薬」の類を売って歩いたのが「香具師(やし)」であり、その原義は「薬師」から出ている。彼らは「野巫薬師」とも呼ばれたが、すぐれた万能薬と精力剤の売り手であり、歯の治療も公認されていた。

享保30(1735)年11月に、江戸香具師職首頭だった村

■ ランチョンセミナー（第2会場）

富庄米兵衛が、江戸奉行の大岡越前守に提出した古い文書が残っているが、そこでは香具師の職務として13の仕事を列挙している。「諸国妙薬取次」「口中一切療治」「入歯師」「辻医師」「施シ療治薬」「按摩」「導引」その他である。

その由緒書から彼らは「十三香具師」と呼ばれたが、たんなる薬売りではなく、歯医者や辻医師もやっていたのである。最後に出てくる「導引」は、古くからの道教に伝わる養生法で、もみ治療と呼吸法を組み合わせで行う健康法で、それが今日では盛行をきわめている「気功」である。

あのフーテンの寅さんも、この香具師の系譜に連なる。明治維新後に西洋から導入された新しい医薬法によって、香具師も勝手に薬が売れなくなった。香具師を名乗ることが禁じられ、その名も「テキヤ」に改められた。1960年代まで、寺社の祭礼や夜店でよく見られた「ガマのアブラ売り」がその典型であった。だが、今日ではもはやその姿を見ることはない。

テキヤの多くは、今でも「神農組合」を名乗っているが、「神農様」は中国で医薬の道をひらいたとされる伝説上の帝王である。アジアの各国では戦前まで香具師が多くいたが、1970年代から急速に減っていった。いまではインドネシアの辺境の島々を巡回している数十組が見られるだけである。（沖浦『インドネシアの寅さん』1998、岩波書店）

パックス・メディチナを超えて

医療の質保証における医師の役割とシステムの役割

講師：東北大学大学院医学系研究科国際保健学分野教授

上原 鳴夫

座長：奈良県医師会理事 山本 博昭

座長：奈良県医師会 理事 **山本博昭**

それでは、ただいまから、「パックス・メディチナを超えて 医療の質保証における医師の役割とシステムの役割」と題しまして、東北大学大学院医学系研究科国際保健学分野上原鳴夫教授にお願いいたします。

ただいまのこの我が国におきまして医療現場では、片や政府の制度改革、一方におきましてはマスコミ等での医師バッシングがあり、勤務医はもちろんのこと、医師全体として医療に対しての質を自ら正し、評価にたえるものにならなければならない時代になりました。

このようなことから今回の協議会開催に当たりまして、この分野で世界的な視野でもってご研究、ご指導されておる上原先生に、ぜひともご講演をお願いしたいと申しましたところ、快くお引き受けいただき花を添えていただけたことを、御礼申し上げます。

なお、上原先生のご略歴につきましてはこのパンフレットに記載されております。31ページでございますが、それをごらんいただきまして、早速、ご講演をお願いしたいと思います。上原先生、よろしくお願いいたします。



ボックス・メディチナを超えて
医療の質保証における医師の役割とシステムの役割

東北大学大学院医学系研究科国際保健学分野教授 上原 鳴 夫

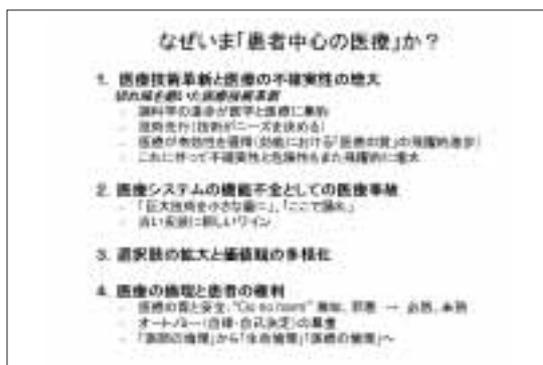
東北大学の上原と申します。ご紹介ありがとうございました。

きょうはこのような重要な場でお話しさせていただく機会をいただきまして、日本医師会及び座長の山本先生に厚く御礼申し上げます。

早速始めさせていただきたいと思います。

きょう私が話させていただきますのは、昨今の医療事故の問題を背景にしまして、今、医療安全という問題は非常に世界的に、日本だけでなく世界的に大きなテーマになっていることは、周知のところと思います。これに対して私たちはどのようにしていけばいいのかということについて、この間、厚生省のプロジェクトであるとか、私も東北大学病院も含めまして、いろんな方々と考えてまいりました。きょうお話しさせていただくことは皆様方と多分同じ考えであろうと思いますけれども、この場をかりましてもう一度、私たちにとってのアジェンダといえますか、課題といったものを整理させていただく機会にさせていただければと思いました。

〔スライド1〕



（スライド1）まず、きょう話させていただきますことの基調にありますのは、「患者中心の医療」ということでございます。患者中心の医療がなぜ今、改めて言われなければならないか。私たちはもちろん患者中心で医療をやってきたつもりでございますが、なぜ今、改めて言われなければならないかということについて、これも皆さん、同じお考えだと思いますけれども、もう一度振り返



ってみたいと思います。

まず1つに、未曾有の医療技術革新ということがございます。私が卒業しましたのが今から30年ほど前でございますが、30年ほど前から振り返ってみますと、毎年のように新しい技術が出てまいりまして、私は外科と救急医学をやらせていただいておりますけれども、毎年毎年、最先端の医療技術に取り組む機会が与えられるという意味では非常にエキサイティングでありましたけれども、同時に、非常に危険でまた非常に不確実な医療ということを実感してまいりました。

この医療技術革新というのは、言ってみれば切れ味を磨いた医療技術革新であったと思います。これはいろんな科学、物理や化学やいろんな科学の進歩が、医学と医療に集まってきたという形をとったと思っております。また、大きな流れで言いますと、非常に技術先行でありまして、技術ができてニーズを決めていくという流れを持っていたように思います。しかし、これによって医療は、戦前の医療にはなかった有効性というものを獲得してきました。

効能におきましては、効能というのは理想的な環境のもとで上げられる効果という意味ではありますが、その効能におきましては、医療の質は飛躍的に進歩したと言えます。しかし、これに伴いまして、不確実性と

危険性もまた飛躍的に増大したのであります。効果、エフェクティブネスというのは、現実の、実際の環境における結果、成果を指しますが、エフェクティブネスにおいて、今、我々が問われているように思います。

もう一つは、医療システムの機能不全として現在の医療事故があらわれているという認識であります。これは、故武見先生が、巨大化しつつある技術を小さなつぼに押し込もうとしているということを早くも30年前に指摘しておられましたが、そのことが今まさにつぼの破裂という形であらわれているように思います。私自身、医療の現場におりまして、技術はどんどん変わり、またニーズも変わっていくのに、医療を行う提供システムは昔のままです。人と場所と機械と、一応、ここにあるものの中でおまえたちが工夫してなんとかしろという、いわばここで踊れというそういう中で我々は取り組まざるを得なかった。そのことの無理が明らかになっているのが現在の医療事故であろうと思います。

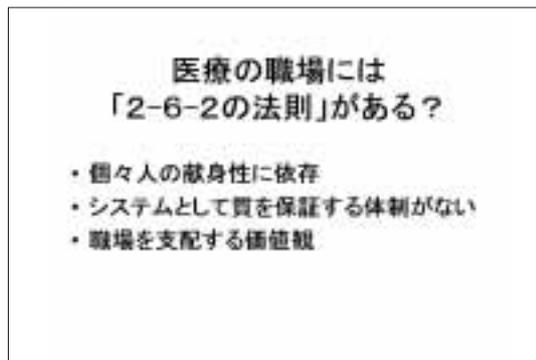
また、医療の量の問題だけではなく、医療が目指すべき目標におきましても、パートナーにおきましても、また医療の主体ということにおきましても、医療はもう新しいものにほぼなっているにもかかわらず、私たちは古い革袋のままでこの新しいワインを受け入れようとしてきたと。その矛盾も今、噴出していると思うわけであります。

そのことは、この医療技術革新に伴い、選択肢が拡大したことや、また人々の価値観が多様化してきたこと、これらが同時並行して進んだことに、1つは帰することができます。これはまた医療の倫理の考え方の変化、そして患者の権利という認識の高まりということにもつながってまいりました。

(スライド2) 私が医療の現場におりまして、あるときに非常に痛感したことがございます。私が病棟医長をやっていたときに、医療の職場には2-6-2という法則があるのではないかとことを思いました。これは私が経験した幾つかの病院を振り返ってみましても、どこにもそういうものが共通してあったように実感したわけです。

それは何かというと、例えば10人の医者がおりますと、そのうちの2人の医者は当然のように患者さんのために

[スライド2]



毎日夜中まで仕事をし、手術をした後は病院に泊まり込み、大きな手術の後は土曜、日曜は病院に出てくるものだという当り前にしてやっているわけですが、一方で10人おれば2人ぐらいのお医者さんは、勤務はもちろん勤務時間内でやる。勤務時間外まで何でしないといけないのかという、必ずしも献身性ということに生きがいをかけていないという方であります。真ん中の6といえますのは、どちらでもないといえますか、言われればやるけれども、あえてそこまで、家族を犠牲にしてまでやることはしないという方々であります。

これは看護師さんについても同じことでありまして、看護師もほんとうに熱心な看護師さんは、患者さんのために勤務外の時間まで出てきてやる方もおられますが、2人ぐらいの看護師さんは、あなたは何で看護師をやっているのと言いたくなるような方も中にいます。

真ん中の6といえますのは、職場の中にそれなりの価値観というものがありまして、例えば患者のために頑張っている人の後ろ姿を見て、自分たちもそうなろうと。あるいは、頑張っている人を見ると、あれはあの人の趣味だとか、いい格好し過ぎとかみたいな感じで、頑張っている人が孤立してしまうような職場もございませう。それを決めているのは、振り返ってみますとそのマネジメントをしている方の考え、看護師長であるとか、医局長であるとか、部長であるとか、院長であるとか、その人たちが何を重視しているか、頑張っている人をサポートしているか、頑張っている人は好きにやりたまえ、うるさいなあいつ、という感じで対応しているとかいう、そういうことをみんなが敏感に感じ取っている。そういう2-6-2の法則というものがあるように、20年ほど

前でございますが、あるときに思ったわけです。

なぜなのかなということいろいろ考えてみますに、基本的には小さなつぼで受け入れてきた巨大技術、その破綻というものを、「だれでもきちんとした医療を提供できる」システムをつくるという本来の形で対応したのではなくて、医療を患者さんのために一生懸命やる医師や看護師がいろいろその穴をカバーすることによって、何とか表面的にこれを維持してきたと。破綻を見えないようにしてきたと。そのことにマネジメントの人たちは甘えていたということがあったのではないかな。これはマネジメントということだけでなく、もちろん日本の行政も、そして業界もそして国民も、それに甘えていたのではないかなと思うわけであります。

個々人の献身的に依存する医療というのは、これは決して長続きはしません。といいますか、患者さんにとっては極めて当たりはずれの大きいものであります。本来要求できることを超えて夜中の12時までやれ、土日も出てくるのが当たり前だろうとあって、私は実はそういう言い方を私のスタッフにできてしまっていたわけですが、そういうことは期待はできない、当てにはできないわけであります。言ってもいいとは思いますが、当てにはできないものであります。

ということは、患者さんからしますと非常に当たりはずれが多い。運がよければ今のシステムでも何とか、何とかどころか、アメリカにもヨーロッパにもないような、ほんとうに献身的な心のこもった医療を受けられるけれども、当たりが悪ければほんとうにつまらないことでひどい目に遭ってしまうというような医療を、私たち日本ではやってきたのではないかなと痛感したわけでございます。

(スライド3) システムによる質の確保というものを、私はこういうふうに考えております。

大事なことは「确实さ」という質であり、「患者本位の質」を共通の目標として組織のすべての人が役割を果たすことであり、そして「失敗から学ぶ」メカニズムができていて、と私は考えております。

個人の献身的な努力に依存したシステム、ヒーローがいるのは構わないんですが、ヒーローを当てにしたシステムというのは、もう破綻していると思います。いつ、

[スライド3]

システムによる質の確保

- 「确实さ」という質 (= あたりはずれがない)
 - ヒーロー (個人の献身的努力) に依存しない
 - いつ・誰が担当しても妥当な結果が保証できる (システムとしての質保証)
- 「患者本位の質」を共通の目標として、組織のすべての人が役割を果たす。
 - 「バックスメディアナ」の終焉
- 失敗から学ぶ文化
 - 「人を責める習慣」からの脱皮
 - 根本要因 (システム要因) の改善

だれが担当しても、妥当な結果が保証できると。このことが、患者さんの立場に立てば、医療に期待していることでありますし、我々医療がしていかなければいけないことであろうと思うわけです。

[スライド4]

"To err is human"
医療の質に関する全米専門家レビュー委員会/米医師学会発表

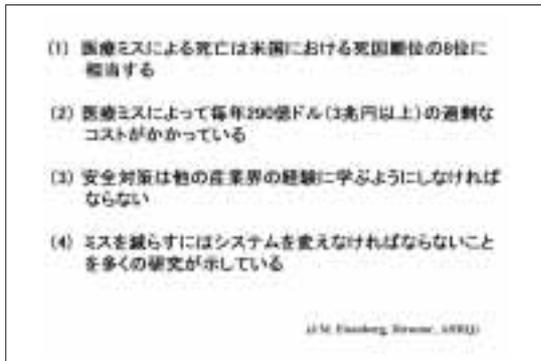
- 米国人院中に医療行為による傷害を受けた人

| | |
|-------------|------|
| ニューヨーク州調査 | 2.9% |
| ユタ州とコロラド州調査 | 3.7% |
- それが何らかのエラーによっていたもの
 上記の58%、59%

→ 年間あたり推計44000人から98000人の患者が「防止可能な医療傷害」(エラーによるもの)を原因として死亡していることになる。

(スライド4) この問題というのは、この30年間、どんどん蓄積してきた問題ですけれども、これがここ数年間に日本でも、そして世界においても同じ時期に同じように大きな問題として認識されるようになりました。これは事実がそうであったからですが、だれもそれを明らかにしようとしなかった。それを明らかにしたのがご承知の「To Err is Human」いうIOM (医学研究所) のレポートです。これは皆さんご存じのことだと思いますので簡単にしますが、このレポートによりまして、年間あたり推計4万4,000人から9万8,000人の患者さんがエラーで死亡しているということ (これは学会で話しても、まあ、そんなものかもしれないと私たち思ってしまうんですが) これを白書のようなレベルのレポートで一般の人に公開した関係で、一般の人は大変びっくりしてしまっただけであります。

〔スライド5〕



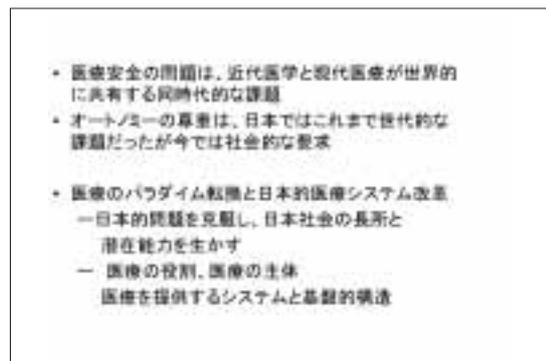
(スライド5) 医療ミスによる死亡はアメリカにおける死因順位の8番、乳がんよりも交通事故よりもエイズによる死亡よりも高いということ、明らかにしたわけですが、また、医療の質を高めようとか安全を高めるといってお金がかかるということで、我々医療者はもちろんこういう問題を真剣に考えるんですが、いくら声を上げて言っても、例えば日本でいうと財務省であるとか、アメリカでいってもお金を握っている人たちというのは、それはおまえたちの中で解決しろと言われてしまうわけです。これに対して、質を高めるためにお金がかかるということよりも、質が悪いことのためにむだにしているお金のほうが圧倒的に多いんだと。質、安全にお金を使うことは、総額としての医療費を下げることなんだということ、これもまたアメリカ的にデータをつけながら、報告したわけです。

これは非常に大ざっぱな試算ですが、毎年3兆円以上のお金が医療ミスのためにかかっている。医療ミスがなければ必要がなかったICU治療であるとか、手術のやり直しであるとか、そういうことにこれだけのお金がかかっているということ指摘したわけです。

(スライド6) この医療安全の問題は、近代医学と現代医療が世界的に共有する同時代的な課題です。

もう一つ、我々にとっての間ずっと取り組んでまいりました「オートノミーの尊重」という問題、これは西洋の文化ではないかということがインフォームド・コンセント導入時にいろいろ議論されたわけですが、これも決して西洋文化ということではございませんで、これは日本では世代的な問題としてあっただけでありまして、その世代が今、だんだん年を経るにすぎないが、

〔スライド6〕

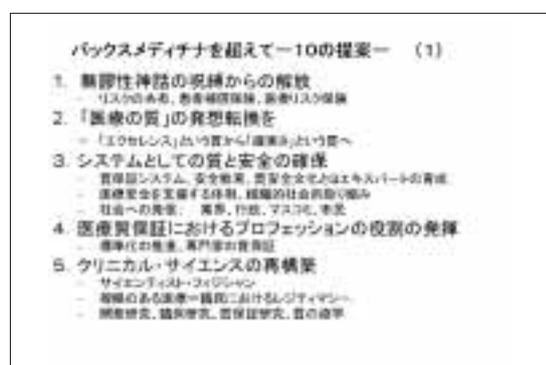


今では日本でも社会的な要求になっていると認識しています。

今、医療に関するパラダイムの転換と、日本の医療システムの改革ということが求められていると思います。そのために日本的な問題を克服し、日本社会の長所と潜在能力を生かすような世界が今、この新しいパラダイムづくりに取り組んでいるわけでありますが、その共通する部分とそしてまたそれを実践するに当たっての仕組みに関しましては我々はやっぱり日本的なモデルというもの、をどんどん世界に提言していける、またいかなければいけないのではないかと思います。

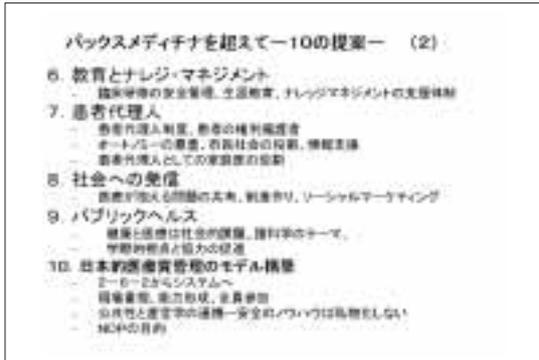
特に重要なことは、医療の役割というものをもう一度根本的に見直す。それから医療の主体がだれであるのか。私たちはそれが医者だと思いこんでいたわけですが、現実はそのようではないということに認識し始めました。そして医療を提供するシステムとそのインフラ、この3つが新しい形にならなければ、これまでに蓄積した問題の解決にはならないと考えています。

〔スライド7〕



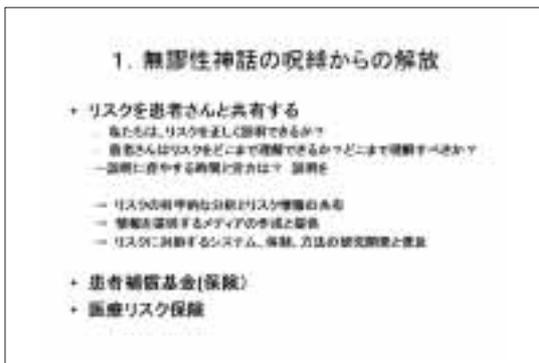
(スライド7)(スライド8) のような機会を与えてい

〔スライド8〕



ただきましたので、いろいろ考えてまいりましたことを、10の提案ということでもとめさせていただきます。すべてのことについて十分お話しする時間はないと思いますけれども、そのうちの幾つかについて、とりわけきょうは日本医師会の勤務医部会でお話しさせていただくということで、私の日本医師会に対する期待を込めてお話しさせていただきます。

〔スライド9〕



(スライド9) まず1番目に我々がしなければいけないことは、無謬性神話の呪縛からの解放であろうと思います。私自身もずっとそうであったわけですが、医療というものは従来、有効性がなかったから、とにかく信じると、信仰を患者さんに要求するしかなかったわけですが、医療が有効性を獲得してきてもお、その習慣から抜け切れなくていたと思います。そのために、これだけ切れ味のよくなった医療を行えるようになって、無謬性、我々は絶対ミスを犯さない、医療は絶対なんだという、そういう無謬性を守る守護神でいなければならないと思います。そのことから我々自身を解放して楽になりたいと思います。

具体的にはリスクを患者さんと共有することです。私たちは自分が行おうとしている医療のリスク、とりわけ私は外科、救急をやっていましたので、常にリスクというのは頭を駆けめぐらしていましたが、果たしてそれを患者さんに正しく説明できるかと言われると、不安があります。

それから、患者さんはリスクをどこまで理解できるか、あるいはどこまで理解すべきかということが明らかになっているかということ、これも私の知る限りでは十分明らかになっていないと思います。説明に費やす時間と労力、これを今の、それでなくてもはち切れている過重な勤務体制の中で、どのようにこれをマネージしていったらいいのか、私たちはまだ指針を持っていないと思うのです。

リスクの科学的な分析と、その分析に基づくリスク情報を共有できるという仕組み、これをすべての病院のすべての医師が自分で一生懸命分析して、自分で説明の文章をつくって、自分でイラスト入りの説明のビデオをつくって私はこういう必要は全くないと思います。こういったものはそれこそ医師のソサエティーが共通のものをつくり、その上に自分たちの病院や自分個人の経験を加えたものを足していくという、そういうことをしていかなければ、これは膨大なむだです。今までそういったことをやるどころがなかった。なぜなかったかというと、そういうニーズが、また要求もなかったからですが、今こそこれが高いニーズになっていると思います。

それから、今言いました、情報を患者さんに提供するためのメディアというものも、これも今では書いたものはもちろん、コンピューターのイラストにしても、動画にしてもビデオにしてもいろんなものがつくれる。非常に便利なものができているわけですから、そういったものをどうやってみんなで共有しながら有効に使っていくかということ、どこかが考えないといけない。私はその1つをぜひ医師会に検討していただきたいと思います。

それから、リスクに對するシステム。リスクを説明するという事は、あらかじめこういうリスクを自分たちは自覚しているので、それに対してはちゃんと手を打ってある、だから心配ありません、ということが後に続かなければ、これは単に患者さんに嫌ならやめろと言って、患者さんに責任を転嫁しているだけです。じゃ、そ

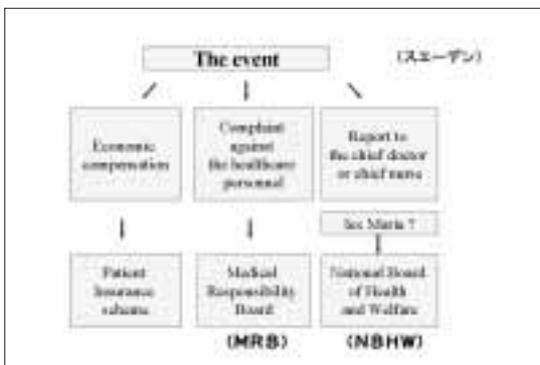
ういうふうに語ったときに、それに対する体制がちゃんとできているかという、十分できていないというのが正直なところと思っています。

そういったものをつくり出していく、それをみんなが共有できるようにしていくということも、これもやはりソサエティーがやっていく非常に価値のある仕事ではないかと思うわけです。

もう一つ、患者補償基金ということ。患者さんが不測の事故にあった場合に、「だれが犯人か」ということは関係なく、医療の過程で予期しないことで患者さんが障害や不幸に見舞われたときに、これを社会がきちんと補償するという、そういう仕組みをつくることで、医師がプロフェッションとして持つ責任と、医療が持つ不確実性によって患者さんが負うリスクとをきちんと分けていく。こういう仕組みがスウェーデン、ノルウェー、ニュージーランドにはございます。こういったものを日本でもつくっていかないか。

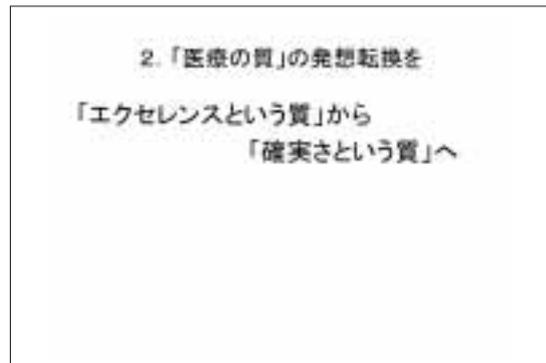
それから、患者さんが医療を受ける際に、全部の医療とは言いませんが、例えば臓器の手術であるとか、大きい手術で間違いなく危険/リスクを一定持っているようなものにつきましては、そのリスクに対して保険に入ってから手術を受けるというような、そういった傷害保険の制度みたいなものができていくことについて、そろそろ考えてもいいのではないかと思います。

〔スライド10〕



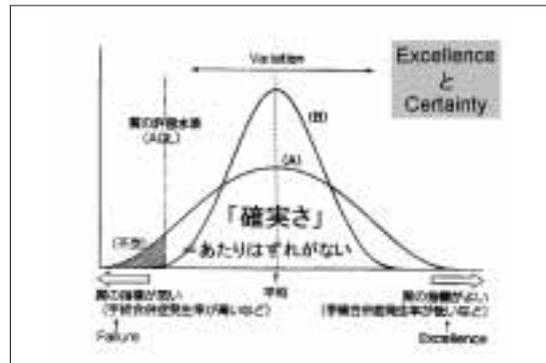
(スライド10) これはスウェーデンのパーシャント・インシュアランス・スキームというものですが、額は決して大きいものではありませんけれども、医師の責任とは関係なく、そういう補償を提供する仕組みができています。

〔スライド11〕



(スライド11) 2番目の提案は、医療の質の発想転換をしようということです。

〔スライド12〕

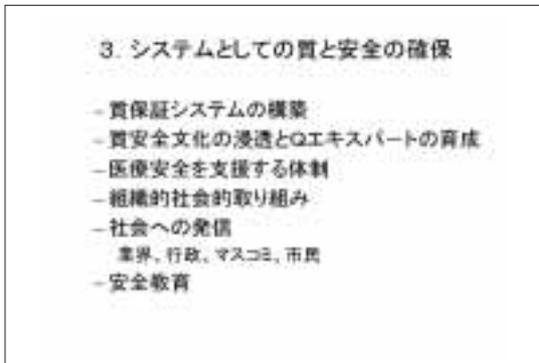


(スライド12) これは質の考え方のモデルですが、右のほうが非常にすばらしい医療を示すインディケーターであるとし、左側が非常に悪いほうだとし、例えばある病院では非常にうまくいっているのもあれば悪いものもある。ある病院ではやはりうまくいったのも悪いものもあるんだけど、そのばらつきが違うと考えますと、私も医者、そして多分病院長の方もそうだけれども、多くの場合医療の質といいますと、自分たちは隣の医者ができないことができる、あるいは隣の病院ができないことができるということをもって質がよいというふうに考えてきたと思います。私はこれを「エクセレンスの質」というふうに呼んでおります。「卓越した質」です。

患者さんは医療事故がないというのがいい質だということ、昨今は特に思っていますが、今我々が必要としているのはこの「ばらつきを小さくする」こと。非常にうまくいった例でも新聞に載るほどのことはやらないけ

れども、うまくいかない場合でも、一応今の医療で許される範囲のレベルでちゃんとできているというような、あの病院にかかれば、今の医療ができることはきちんとやってくれると。それ以上の何か特別なことを求めるのであれば、そういうことを売り物にしている病院に行けばいい。この「確実さという質」ということが、今までは研究の対象にも評価の対象にもなっていないと思っただけで見てきた。この発想の転換が必要だと思います。

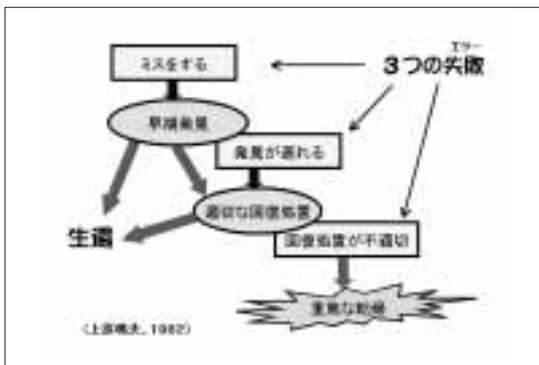
〔スライド13〕



（スライド13）そしてシステムとしての質と安全の確保です。

これはそれぞれ病院で取り組んでおられますので、改めて多くのことは申しません。

〔スライド14〕



（スライド14）エラーというものは起きるものです。これは、頑張ってでもやはり起きてしまうだろう。しかし、患者さんに害が及ぶときというのは、必ず3つの失敗が重なっている。まずミスをする、その発見がおくれてしまう、そして見つかったときの回復措置がちゃんとできない。その能力や体制が病院の中にあると、重大な事態

なったときに初めて大ごとになるということ、私が研修医のときに実感しました。

現在、私どもが取り組んでいますNDPプロジェクトの中で、エラーブルーフやフェールセーフ、失敗しても大事に至らないという、そういう仕組みをつくっていくという取り組みをしておりますが、「システム」として「質」に取り組む、「安全」に取り組むということをぜひ、推進していかなければと思います。

〔スライド15〕



（スライド15）といいますのは、今でなお、医療事故やインシデントがあると、だれが犯人だ、という犯人探しに終始しています。もっとシステムという考え方を広めていかなければならないと思います。

また、私たちは個人で努力していることはいっぱいあります。しかし、職場で改善しなければいけないことがあります。これはQCサークルとか、安全チーム活動の普及ということで取り組んでいますが、今、求められているのは組織のレベル、それこそマネジメント、院長や組織のトップがきちんとコミットしてやっていく、この取り組みが今、一番求められているわけです。しかし病院だけで解決できないものもたくさんございます。これは社会が取り組んでほしい、あるいは聞いてほしいということ、これに対する提言や発信をしていかなければいけない。そのような提言の発信には、医師会のような非常に力のある団体にぜひ、声を上げていただきたいと思

（スライド16）ご存じのように、例えば塩化カリウムを間違えて注射するという事故がよく起こっています。私どものプロジェクトでは、病棟にこういう危険薬を置かないという手を打つことで、これをほとんどなくすこと

〔スライド16〕



ができました。しかし、もともと「塩化カリウム」という薬は静注したら危ないということが、明示されない形で市販されていて、ゆっくり静注しなさいと書いてあるので、ゆっくり静注したら死んでしまったというわけです。

そのような危険を放置した状態で、そういう危険な環境でもその中で自分らが努力しなければというふうに、みんな自分たちの努力に帰してきたわけです。努力は続ける必要がありますが、しかしこういうのは、ラベルをきちんとしてもらい、製剤をきちんとしてもらえば、そういう失敗はないわけです。

塩化カリウムの製品表示はその事故の後変更されていますが、同じようなものがほかにもいっぱいあります。

〔スライド17〕



(スライド17) 名称が紛らわしいのも、薬がどんどん出てくると当然ながらこれに応じて増加します。例えば注射剤と同じような見かけの皮膚の薬であるとか、トロンピンも最近ようやく変えましたけれども、あぶないものがたくさんございます。(スライド18) また点眼薬と間違えそうな薬がいっぱいあります。こういったものはど

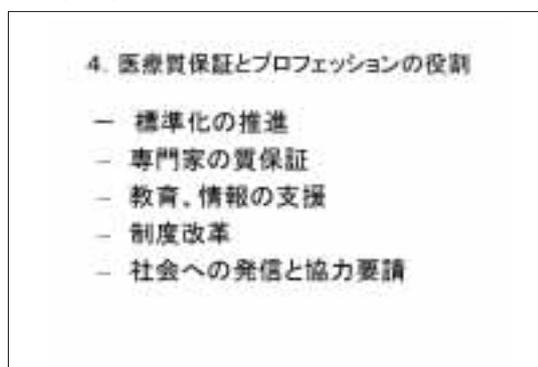
〔スライド18〕



こかが安全のための規制、監督、指導というものをきちんとやれば防げるにもかかわらず、こういった間違いを防ぐために看護師さんは壁に注意書きを張ったり、アンブルにテープを張ったりして、現場で何とか対処しようとしているわけです。

こういったことは、社会にアピールして業界がちゃんに対応してくれば改善できます。厚生省が指導すればできるわけですが、今まではだれも言ってこなかったわけです。我々医師も、看護師さんが一生懸命苦労してやっているのに、あまり目を配らなかつたということです。これからはそういった社会に対するアピール、発信というものをしていかなければいけないだろうと思います。

〔スライド19〕



(スライド19) 4番目は医療の質保証とプロフェッションの役割です。このことが医療の安全に関して極めて重要であると思っています。重要なことはたくさんありますが、1つは標準化の推進です。もう一つは医師という専門家の質保証です。

やはり、プロフェッションとして社会から信頼を得るためには、我々が同じに見られたくないと思われる質の

教育講演

レベル、あるいは医の心得において不適當であると思われる部分を、プロフェッションからきちんと排除していくという、そういう力をプロフェッションの団体が持たなければ、プロフェッションへの信頼というものが成り立っていかないでしょう。プロフェッションという考え方自身がもともとそのようなものでした。これが今まで医療の世界では、弱かったと思います。看護においてもそうですし、弁護士なども今、そういう問題を考えています。

それから教育情報の支援や制度改革、社会への発信等でございます。

〔スライド20〕

何種類かの名称、省略が使用されているか？ (NDP)

| | A | B | C | D | E | F |
|-------------|---|---|---|----|---|---|
| キドネアミン | 3 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| バルネキドネアミン | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 4 |
| イソプロパノール | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 4 |
| トリス | 3 | 4 | 3 | 11 | 5 | 5 |
| トリアジン | 1 | 2 | 1 | 4 | 2 | 3 |
| テオプロピル | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 4 |
| シラセラム | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 3 |
| フルニロキサラム | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| セダラム | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| 塩化カルシウム | 4 | 2 | 3 | 1 | 3 | 6 |
| アルコニ酸カルシウム | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 |
| 塩化ナトリウム | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 4 |
| アムピシリン | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| 1日1回投与ナトリウム | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 |
| シロキシン | 1 | 2 | 2 | 4 | 1 | 2 |
| ヘパリン | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| インスリン | 2 | 3 | 1 | 30 | 6 | 6 |
| ワルファリン | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 3 |
| 塩化カルシウム | 2 | 2 | 2 | 4 | 2 | 2 |
| メロキシジン | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| フルニロキサラム | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 4 |
| ロシタリウム | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| ロシタリウム | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 |
| セクシロニルナトリウム | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 4 |

〔スライド20〕これは、標準化に絡んでNDPプロジェクトがやりました簡単な調査ですが、これだけでも如実にあらわれています。このような危険な、間違えると命にかかわる危険な薬について、医者が指示を書くときにどんな名前を書き、どんな略語を使っているかと見てみると、例えばドーパミンだけを見ても、ある病院では10以上の書き方が出回っていて、それを看護師さんが判別しながらやっています。それが明らかに間違いにつながり、患者さんの被害につながっているわけです。

〔スライド21〕例えば容量の書き方がミリグラムなのか、アンプルなのか、2分の1なのか、ミリリッターなのか、単位なのかということについても、医者によって書き方がまちまちです。1つの病棟でのやり方になれた看護師が別の病棟に来て、前と違う環境でやっていると、

〔スライド21〕

用量はどのように指示されるのか？ (NDP)

| | A | B | C | D | E | F |
|-------------|---|----|---|----|---|----|
| キドネアミン | 3 | 5 | 2 | 3 | 3 | 11 |
| バルネキドネアミン | 2 | 4 | 2 | 4 | 2 | 11 |
| イソプロパノール | 2 | 5 | 2 | 3 | 2 | 9 |
| トリス | 3 | 11 | 4 | 10 | 2 | 16 |
| トリアジン | 4 | 30 | 4 | 1 | 3 | 39 |
| テオプロピル | 2 | 3 | 2 | 4 | 4 | 15 |
| シラセラム | 6 | 3 | 2 | 3 | 4 | 11 |
| フルニロキサラム | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 6 |
| セダラム | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 6 |
| 塩化カルシウム | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 7 |
| アルコニ酸カルシウム | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 6 |
| 塩化ナトリウム | 3 | 4 | 2 | 4 | 3 | 16 |
| アムピシリン | 4 | 5 | 1 | 3 | 2 | 15 |
| 1日1回投与ナトリウム | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 7 |
| シロキシン | 4 | 5 | 1 | 3 | 2 | 9 |
| ヘパリン | 4 | 5 | 2 | 4 | 4 | 19 |
| インスリン | 6 | 5 | 1 | 4 | 2 | 6 |
| ワルファリン | 2 | 4 | 2 | 2 | 4 | 11 |
| 塩化カルシウム | 2 | 4 | 2 | 2 | 2 | 7 |
| メロキシジン | 4 | 3 | 2 | 2 | 3 | 9 |
| フルニロキサラム | 2 | 2 | 1 | 4 | 2 | 6 |
| ロシタリウム | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 4 |
| ロシタリウム | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 4 |
| セクシロニルナトリウム | 2 | 2 | 2 | 2 | 3 | 4 |

必ず間違ふものになります。こんなことは単に医者の側の意思一致だけで済む話で、これは患者さんに個性があることとは全く関係のない話です。我々は面倒くさいからこれを怠ってきた。一番長くいた病院で一番使いなれたやり方で、新しい病院に行っても押し通そうとしてきたわけです。こういったものを判別できるのがいい看護婦だと言ってきました。こういうことが患者さんに被害をもたらす引き金になっていることは最近のデータがたくさん示しています。

〔スライド22〕

どれ位指示の記載方法がばらついているのか？ (NDP)

以下の投薬内容はどのように指示されるのか？
(セルシン2mg (2mg/tab) 頓服、3日間)

| | A | B | C | D | E |
|------|----|----|---|----|----|
| セルシン | 21 | 21 | 5 | 19 | 47 |

〔スライド22〕また、セルシン2ミリグラム、眼前で3日間というような、よく使う薬で指示の書き方を調べますと、21種類もの書き方があります。

こんなことは、だれかが書き方を決めればよいことです。私はきつとどこかで決まっているものと思ひまして、調べましたが、オーソライズされたものがないようです。

〔スライド23〕

(NDP)

Q1. 塩酸ドーパミン注100mg/ 5mL(イノパン注)は、何%か？

1. 2%
2. 5%
3. 10%
4. 20%

(スライド23) 例えば塩酸ドーパミンは何%かということ、(こういう質問をよくさせてもらうんですが、) ちょっと考えてほしいんです。

〔スライド24〕

(NDP)

答え:1

- 重量%は、溶液100mLに含まれる、溶質(成分量)のg量を示す。
100 mg/5mLは、2000 mg/100 mL→2 g/100 mLなので、2%。

| | |
|----------------|---------|
| • 医師正解率 | 64%—87% |
| • 看護師(3年以上)正解率 | 26%—41% |

(スライド24) 答えはこれですが、これを医師、看護師(看護師も3年以上の看護師)について幾つかの病院で聞いてみますと、正解率はこうです。(スライド25) これも簡単そうな質問ですが、正解率はこうです。(スライド26) これは何を意味するかというと、我々は日常的に、医師が書くオーダーを看護師に計算させているわけです。自分たちもうっかり間違えてしまいそうなことを、あの忙しい中でやらせているわけです。このような私たち医師の、今までそんなに気がつかなかった、悪気も何もないんですけども、周りがどうしているかを知らないからただ自分のやりたいようにやっていただけなんですけれども、こういったことが実は、起こっている投薬事故のかなりの部分を占めているわけです。

(スライド27) 標準化には、患者ごとに最適な医療を見つけていくという診療指針の標準もございしますが、こういう指示の書き方のような、我々が決めれば済むだけの

〔スライド25〕

(NDP)

答え:2

- 1 mol=1000 mmol。
K+は1価の塩基なので、KCl 1000mmolには1000mEqのK+が含まれる。

| | |
|----------------|---------|
| • 医師正解率 | 47%—74% |
| • 看護師(3年以上)正解率 | 9%—18% |

〔スライド26〕

(NDP)

Q10. KCl 1 mol中のK+量は、何mEqか？
(ただし塩化カリウム1molは、74.8 gとする)。

1. 1 mEq
2. 1000 mEq
3. 0.017 mEq
4. 17 mEq

〔スライド27〕

標準化

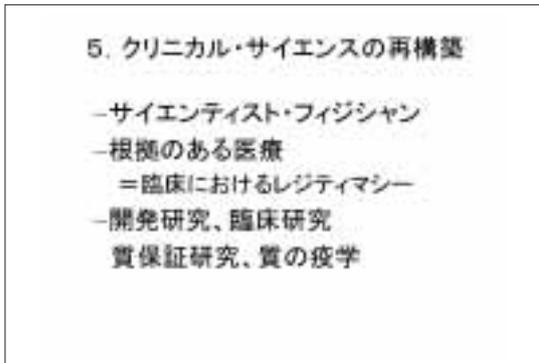
- 診療指針の統一
病種別診療にこまごま、材料で選択する診療指針を複数にこまごま、開示する—Informed Way
- 標準手順(SOP)
- Standing Order の標準化
インスリンやヘパリンなど、医療者に共通した指示法を看護婦などに事前で指導しておく
- 住居標準
— 手術手帳など専門技術に関するもの
— シリンジポンプなど機器や器具の標準化
- 作業工程計画の標準化
— QW—2666パス

ことからでも、我々は手をつけていかなければならないのではないかと思います。

(スライド28) プロフェッションの役割として重要なことは、クリニカルサイエンスの再構築ではないかと思えます。

日本の医師の特徴はフィジシャン・サイエンティストでありサイエンティスト・フィジシャンであるということ、言われたことがあります。日本はみんな学位を取って、研究を経験した医者が臨床をやっている。これは

〔スライド28〕



ドイツ医学の伝統ですが、アメリカは研究と臨床は分かれています。アメリカでもある時期から研究的な思考ができる臨床医を育てなければいけないということで、フィジシャン・サイエンティストを育てるようになったのですが、日本の場合は逆に、サイエンティストの意味がクリニカルな部分を落としてしまった。これからの臨床医は、私たちが行っている医療をサイエンスするフィジシャン、基礎研究だけでなく、臨床研究をサイエンティフィックにでき、また医療自身をサイエンスにできるサイエンティスト・フィジシャンを育てていく方法をこれから考えなければいけないであろうと。そのためには、基礎研究もさることながら、臨床研究や質保証の研究、質の疫学研究というものをきちんとした学問として、また技術として育てていく必要があると思います。

〔スライド29〕



(スライド29) 私はE・A・コッドマンという、100年ほど前のマサチューセッツ総合病院の外科医ですが、彼に非常に興味を持ちました。

(スライド30) 彼はおそらく医療で初めて、「病院にとって効率とは何か」という問題提起をした人です。彼の問

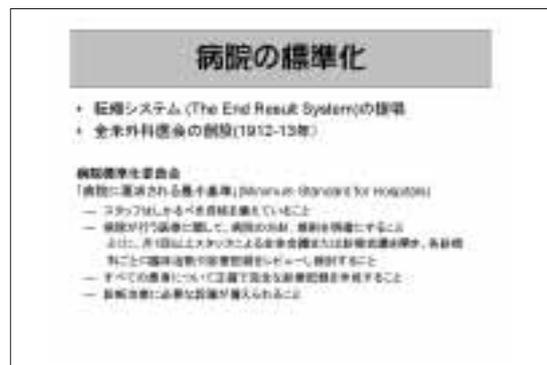
〔スライド30〕



題意識は、病院というのはいろんなことをやっており、理事会は、お金をいろんなことに使っているけれども、いろんなアウトプットの中でも、病院の製品というべきは、患者さんの治療結果なのではないか。

ところがお金を握っている人はそちらにあんまり気を配らないで、ほかのことにばかり気を配っている。これから大事なものは患者さんの転帰をきちんと把握して、うまくいかなかった例は、なぜうまくいかないかを分析して、うまくいくように効果的にお金を使うべきではないかということを主張し、またみずから実践しました。

〔スライド31〕



(スライド31) 彼は医療のエラーをみずから分析しまして臨床研究の原形をつくり、また病院は医師がきちんとした医療ができるような環境を整備しなければいけない。そのために病院標準化ということを提案しました。

彼の提案はアメリカ外科医学会、アメリカン・カレッジ・オブ・サーજャンの創設につながったわけで、アメリカのプロフェッショナルソサエティーはまさに医療の質保証を目的にして形成されたという、非常によい例であると思います。

〔スライド32〕

6. 教育とナレッジ・マネジメント

- 臨床研修の安全管理
- 生涯教育
- ナレッジマネジメントの支援

(スライド32) 6番目は教育とナレッジマネジメントです。

〔スライド33〕

臨床研修と質保証・安全管理

- ・標準化—指導方針、手技、手順、評価計画
- ・研修計画—評価に基づいた技術的研修
- ・指導監督
 - “No Surprise” の原則の確立
 - 指導者の教育(指導基礎の確立)
- ・教育
 - 模擬的手技の他、危機管理に関する教育
 - Pathogenesis of medical errors の理解
 - シミュレーション教育
- ・失敗から学習する文化と体制の確立
- ・人アプローチとシステムアプローチ

(スライド33) 臨床研修の必修化が、来年から始まります。私自身が医療の質と安全に問題意識を持ちましたのが自分が研修医のときだったので、臨床研修の安全管理ということをかきんとやっていかなければならないと思っています。

シミュレーターの導入であるとか、モータリティー・モービディティー・カンファレンスの導入であるとか、そしてまた勤務体制の問題。例えばある研究によりますと、レジデントの半分近くが疲労が原因で患者さんを死なせてしまったと告白しています。

このようなことを含めた対策というものを、ちゃんと考えていかなければいけないと思います。

(スライド34) ちなみにこういうふうな質問も、ちょっとご検討いただきたい。例えば腎不全患者に投与を避けなければいけない薬剤に丸をつけなさいという簡単な質問ですが、(スライド35) 医師の正解率は17%から48%、これは病院ごとの平均ですが、看護師は0%から18%で

〔スライド34〕

(NDP)

Q36. 腎不全患者(透析患者)に投与を避けなければならない薬剤に を付けよ (複数回答、ヒント:解は2つ)

1. タガメット(シメチジン)
2. インデラル(プロプラノロール)
3. アダラート(ニフェジピン)
4. アルサルミン細粒(スクラルファート)
5. オメプラール(オメプラゾール)
6. マーロックス

〔スライド35〕

(NDP)

答え：4、6

- ・腎不全患者(透析患者)にアルミニウム剤を投与すると、アルミニウムの体内蓄積により、アルミニウム脳症や骨症が現れることがある。これらの患者にはアルミニウム含有製剤の投与は禁忌となっている。アルミニウム剤には、水酸化アルミニウムゲル、スクラルファート(アルサルミン)等がある。なお、マーロックスは、水酸化アルミニウムと水酸化マグネシウムの合剤。

| | |
|---------------|-----------|
| ・医師正解率 | 17% - 48% |
| ・看護師(3年以上)正解率 | 0% - 18% |

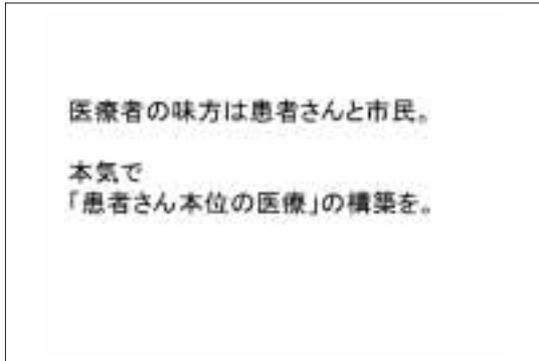
す。こういった安全にかかわる知識はたくさん必要ですけれども、これだけ治療のスコープが広がった時代には1人の医者の中の頭に、看護師さんの頭の中に、これを全部持てということ自身が、もう無理なんだということです。専門じゃないからとか、たまたま忘れたと言いつけてしまっていますが、それはそのとおりですが、もっと重要なことは、個人に全ての知識を期待することが無理なんであって、だから、システムで対処しないとイケないという認識です。

〔スライド36〕

バックスメディチナを越えて—10の視察— [2]

- 6. 教育とナレッジ・マネジメント
 - 臨床研修の安全管理、生涯教育、ナレッジマネジメントの支援体制
- 7. 患者代理人
 - 患者代理人制度、患者の権利保護
 - オールシンの意思、市民社会の役割、情報支援
 - 患者代理人としての国家参加の役割
- 8. 社会への発信
 - 医療が抱える問題の共有、制度作り、ソーシャルマーケティング
- 9. パブリックヘルス
 - 健康と医療は社会的課題、科学的アプローチ、
 - 学際的視点と実力の促進
- 10. 日本の医療質管理のモデル構築
 - 2000-2010からシステムへ
 - 設備重視、能力形成、全員参加
 - 公平性と患者の権利—安全がノウハウは私物化しない NDP

〔スライド39〕



いただけるということでございますので、その席でご討議いただくということにいたしまして、私が担当いたしました教育講演会を終了させていただきます。

上原先生、どうもありがとうございました。

ないと思います。

この間の医療安全の問題、医療事故の続発というのは、私たちが、パックス・メディチナから、患者さんとのパートナーシップによる医療に移行する非常によい機会であると思います。医師会の取り組みに大きな期待を持っています。ぜひ、よろしく願いいたします。

ご清聴ありがとうございました。

【山本】上原先生、どうもありがとうございます。

世界の歴史の中でも、かつてローマ帝国の支配が及びました地域におきましては、住民はいわゆるパックス・ローマーナを享受しておったわけでございます。このことにつきましては塩野七生の『ローマ人の物語』というところでも書かれておるわけでございます。その中でやはり、広い意味でのいわゆるローマ人自身の内部的な問題、それからいわゆる外敵の侵入ということによりまして、暗黒の中世へと閉じていったわけでございます。

上原先生はただいま、ご講演の主題として図らずも今日の我が国の医療界の実態を通して、パックス・メディチナを超えてということで、すべての医師が個人の献身はもちろんでございますが、組織として質の保証を構築すべきというお話をしていただいたと受けとめさせてもらいました。今後、まさに今、医師の集団としての日本医師会が、勤務医、開業医という区別なくして、一致協力して賢帝のもと、外敵に当たる時期じゃないかと私自身は考えております。

会場の皆様方もご質問はあろうかと思いますが、時間も余裕ございません。先生、この後懇親会にも出席して

私の医学教育原論

講 師：奈良県立医科大学学長 吉 田 修

座 長：奈良県医師会副会長 植 田 洋 明

座長：奈良県医師会 副会長 **植 田 洋 明**

座長を務めさせていただきます奈良県医師会の植田でございます。

今回の協議会のテーマは、『『今、求められている医療』
質・研修・評価』であります。ご講演をいただく吉田先生の「私の医学教育原論」は、本日のテーマの1つであろうと思っております。

吉田先生はこのレジュメにもございますように、京都大学の教授を退官なさった後も、医学教育あるいは研究に活躍中の先生でございまして、また医学教育には特に深くかかわっておられまして、来年度からスタートする臨床研修医制度の委員としても、ご尽力をいただいております。

世紀に向けて長足の進歩を遂げている医療の教育のあり方について、いろいろとお教えをいただけるものと期待しております。どうぞよろしくお願いいたします。



私の医学教育原論

奈良県立医科大学学長 **吉 田 修**

植田先生、ご紹介ありがとうございました。また本日この講演の機会を与えてくださいました有山会長、山本副部長をはじめ、皆様方に厚くお礼を申し上げます。

私の題は医学教育原論となっております。

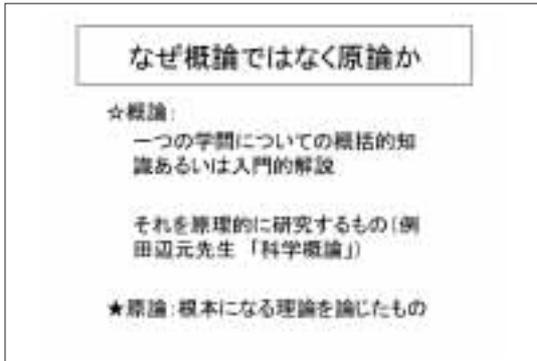
（スライド１）

なぜ概論ではなくて原論かということでもあります。概論というのは2つ意味がございまして、一つの学問についての概括的知識、あるいは入門的な解説、これを概論と我々は言っております。それからもう一つの解釈は、それを原理的に研究するものであります。これは田辺元先生の『科学概論』が有名でございますけれども、例えば医学では、大阪大学で初めて医学概論の講義を始められました澤瀉先生の『医学概論』がございまして、



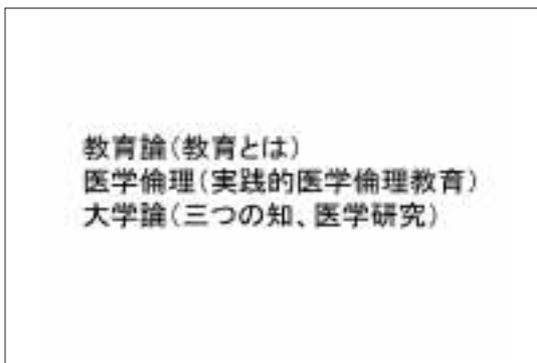
■ 特別講演（2）

〔スライド1〕



しかし、私が医学教育について思っております、あるいは医学について考えておりますものは、この2つのどちらにも属さないということから原論としました。これは根本になる理論を論じたものということでございます。基本的にどういうことを考えておるかということで医学教育原論とつけたわけでございます。

〔スライド2〕



(スライド2) 3つのことをお話ししたいと思います。まず最初に教育論。教育とはどういうものか。これもそんなに難しいことは言いません。それから2つ目は医学の倫理、これをどういうふうにして教えるべき、教育すればいいのか。今日、さらに重要になってきていることではないかと思えます。それから3つ目は、大学論、大学は今、ビッグバンとも形容されるような大変な改革のときですので、それについてどう考えているかというようなことをお話しさせていただきたいと思っております。まず、教育とはということでございます。教育論で教育学ではございません。(スライド3) この写真はバートランド・ラッセル(1872~1970)で、97歳まで活躍したイギリスを代表する思想家であります。皆さんご存じ

〔スライド3〕



のとおり、彼は哲学者であり数学者であり思想家でありますけれども、教育論についても大変すばらしいものを書いております。『オン・エデュケーション』という本でございまして、1926年に出版しております。これは性格の教育と、知性の教育とに分けた教育論であります。大変すばらしい本であります。

このバートランド・ラッセルは、非常に豊富な人生を送った人でございまして、ご存じのように1950年にノーベル文学賞を受けておりますけれども、例のラッセル・アインシュタイン・マニフェストを1955年に発表しまして、反戦・反核運動を盛んにやった人の1人でございまして、88歳のときに抗議運動が厳しすぎて、1週間投獄されております。88歳のときです。ノーベル賞をもらって何と10年目に拘留されております。彼は自分の信ずるところを主張し続けたという人で、私は大変尊敬しておりますが、本日は多少バートランド・ラッセルの教育論にも触れますけれども、むしろ私が教育について共感を覚えている人は、この今西錦司先生の教育論であります。

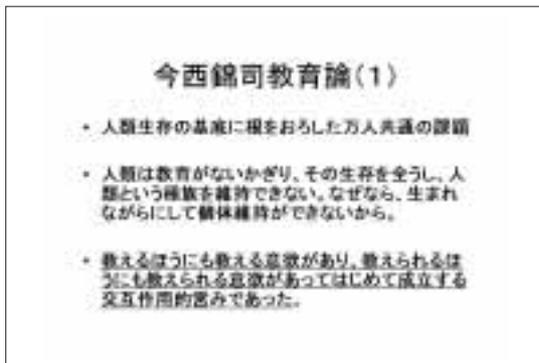
〔スライド4〕



(スライド4) 今西先生は、教育についてはたった1つ

の論文しか書いておりません。それも10ページぐらいの簡単な論文であります。

〔スライド5〕



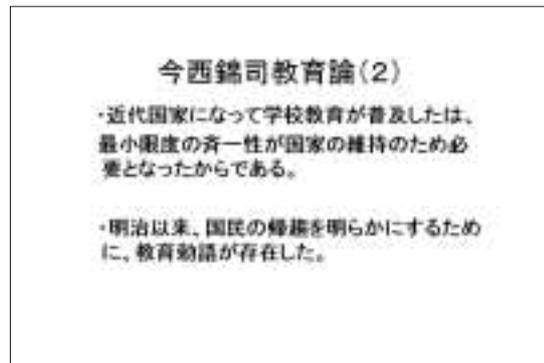
(スライド5) 今西教育論は、教育というのは学校とすぐ関係づけて考えるけれども、もともと人類生存の基底に根をおろした、万人共通の課題なんだということでありまして、人類は教育がない限り、その生存を全うし、人類という種族を維持できない。なぜならば、生まれながらにして個体維持ができないからという、大変もつともな、人類学・生態学的な考え方であろうと思います。申し上げておきたいのは、ここにあります3番目のことでありまして、もともと教育というのは、教えるほうに教える意欲があって、教えられるほうにも教えられる意欲があって初めて成立する、交互作用的な営みであった、営みであるべきであるということでもあります。

つまり、一方通行であつたら、なかなか続くものじゃありません。一生懸命教えているにもかかわらず、アパシクな表情で、または居眠りしたりするのがいたら、教師なんてつまらないものだと思うのは当たり前であります。それに対して教えられるほう、学ぶほうが非常に熱心にレスポンスしてわかってくれるときの、教える側、教員の側の喜びというのは、これは大変なものである。皆さんもご存じであるし、ご経験があるかと思えますけれども、もともと教える側と教えられる側、教える側と学ぶ側の交互作用的な営みであるというのが教育の基本にあるということ、これをぜひ主張したい。

ですから私、学生たちによく言うんですけれども、君たちはもっと教えられ上手になりなさいと。君たちが反応するということは、教えるほうの一番の励みになることなんだと言っております。どこまで理解してくれてい

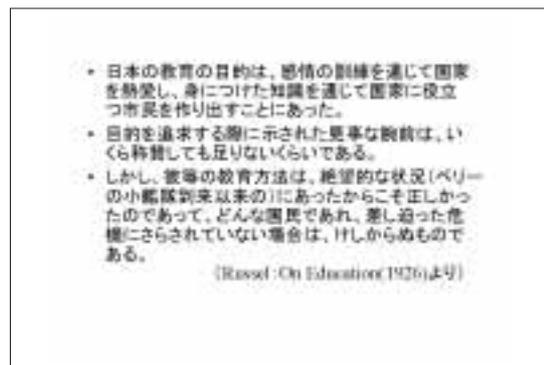
るかわかりませんが、これはぜひとも本日、皆さんに申し上げておきたい教育の基本でございます。

〔スライド6〕



(スライド6) それからもう一つ、近代国家になって学校教育が普及したのは、これは国家の維持のために必要となったからであります。日本で非常に進展を見たのは、明治以来、国民の帰趨を明らかにするためにこういう改革が行われまして、そこで教育勸語が存在したわけであります。

〔スライド7〕



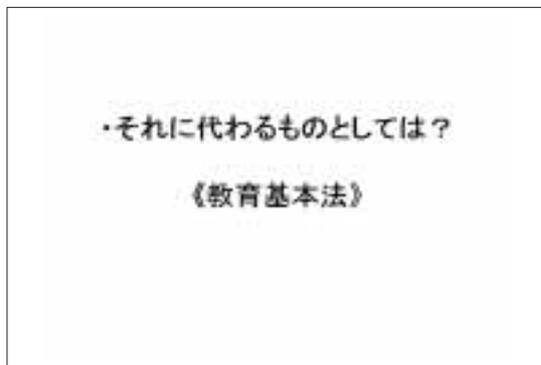
(スライド7) この明治以来の教育に関しましては、バートランド・ラッセルは、1926年に出している『オン・エデュケーション』の中で、こういう批判を書いています。「日本の教育の目的は、感情の訓練を通じて国家を熱愛し、身につけた知識を通じて国家に役立つ市民をつくり出すことにあった。目的を追求する際に示された見事な腕前は、幾ら賞賛しても足りないくらいである」という、明治維新によって日本で教育を改革し、新しい教育をしての際立った成果について、これだけの賞賛の言葉をおくっております。しかし彼らの教育方法は、絶望的な状況、これはペリーの小艦隊到来以来、絶望的な、

■ 特別講演（２）

つまり国の存亡に関することという絶望的な状態にあったから正しかったのであって、日本の明治下の教育改革（それは教育勅語に表わされている）は、どんな国民であれ差し迫った危機にさらされていない場合は、けしからんものであると書いております。

その結果が、日本の不幸な第二次世界大戦にまで突入するという結果になったのであると。既に1926年に日本の教育についての批判をラッセルがしているというのは、彼が大変立派な論理家、思想家であるというふうと思うわけでありませぬ。

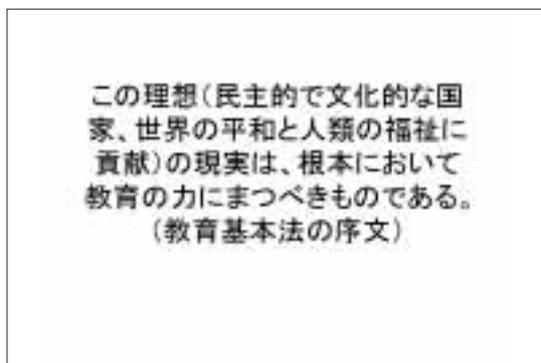
〔スライド８〕



（スライド８）教育勅語にかわるものとして出てきましたのが、教育基本法であります。

私は本日、教育基本法を改正する云々ということについて、私の考えを申し上げるつもりはありません。しかし、忘れてならないことが1つあります。

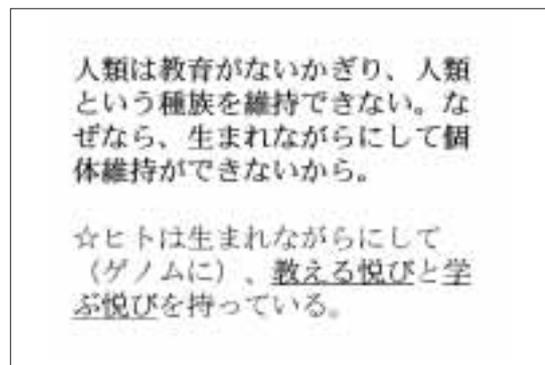
〔スライド９〕



（スライド９）それは、教育基本法の序文に、日本国憲法でうたっておる理想、つまり民主的で文化的な国家と、世界の平和と人類の福祉に貢献するという、この理想の実現は根本において教育の力にまつべきものであると。

そのために教育基本法を制定するのであるということが書かれておまして、この考えは国にとって教育というのがいかに大事であるかということと、同時に教育基本法というのは、この理想の実現のために定めるのだということでありまして、現在、教育基本法についていろいろな議論がされているが、どうも順序がおかしいのじゃないかと思うのは、教育基本法から最初に変えていこうというふうな動きがあるのは、まことに本末転倒であるかということだけは申し上げておきたいと思ひます。

〔スライド10〕

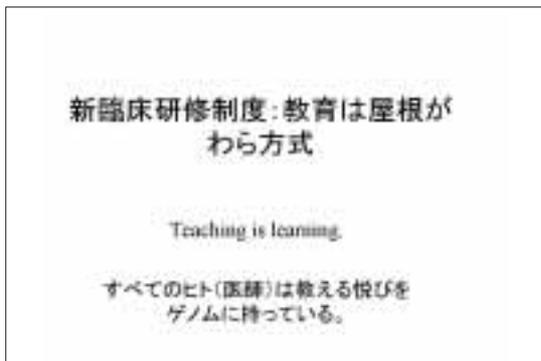


（スライド10）話をもとへ戻します。要するに今西先生が「人類は教育がない限り、人類という種族を維持できない。なぜならば生まれながらにして個体維持ができないのであるから」ということをおっしゃっておりますが、これは言葉をかえるならば、人は生まれながらにしてそのゲノムに、教える喜びと学ぶ喜び、両方を持っているということはこれは信じていいことではないかと。人類の発展を見ますと、この結論を導き出すことができるのではないかと考えるわけでございませぬ。

教育についておまえは何を考えておるのかと問われるならば、私はこの2つのことをきょうは申し上げておきたい。1つは、相互作用的な営みであると。教える側と学ぶ側、教える側と教えられる側の相互作用の営みであると。それが教育の基本であるということが1つと、もう一つは、もともと人というのはゲノムに教える喜びと学ぶ喜び両方持っているのだということでございます。

（スライド11）じゃ、これはどういうことかといひますと、この後、新臨床研修制度が議論されるようございませぬし、会場にもこの新臨床研修制度についてかかわ

〔スライド11〕



ていらっしゃる方もおられると思います。その基本は屋根がわら方式と呼ばれておるものでありますけれども、この屋根がわら方式というのは、次々に教えていく。アメリカのレジデントの制度、日本でもそういうふうに行うところではありますが、その屋根がわら方式というのは私は必ず成功するというふうに思っております。よくティーチング・イズ・ラーニングと言います。医師は教える喜びを持っており、研修医たちは教えられる喜びももちろん持っているんだと思います。大事なことはいかにそれを引き出すかという、その条件をいかに考えるかということにあります。

基本は、両方とも教える喜び、教えられる喜びを持っている。屋根がわら方式をきちんとサポートできる、そういった論理があるということ、この際、申し上げておきたいと思っております。

〔スライド12〕



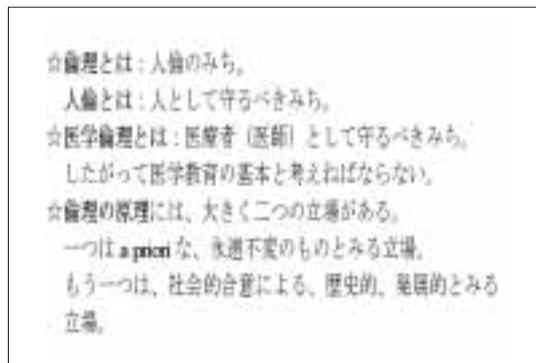
〔スライド12〕次は医学倫理であります。

医師バッシングという言葉があります。そういう傾向がずっと続いているのはこれは否定できないことではあります。今こそ、この医学倫理教育というのが大事であ

るということを深く認識しているわけでございます。

それで、できるだけ実践的な医学倫理教育をしなければならぬのではないかと。現代の学生諸君、やはり実践的ということに非常に重視します。とかく哲学とか倫理とかになりますと、非常に難しいことを、抽象的なことを言うようになりますけれども、しかしやはりこれは実践だと思っております。そういう意味で医学倫理について語ってみたいと思っております。

〔スライド13〕



〔スライド13〕専門に哲学をやっておりませんから、こういったことしか申せませんけれども、まず倫理というのは何かということです。

倫理というのは人倫の道であると書いております。じゃ、人倫というのは何かといいますと、人として守るべき道であると述べております。これはだれでもわかっている簡単なことでございます。

しからば、医学倫理とは何かといいますと、医療者あるいは医師として守るべき道である。したがって、医学倫理を教えるのは、医学教育の基本と考えねばならないと思っております。

倫理には大きく2つの立場があります。一つはア・プライオリな、つまり永遠不変のものとみる立場がありますが、もう一つは社会的合意による歴史的・発展的な立場であります。実践的はもちろん後者に属します。

どういう教育をしているのだというふうにお考えになると思っておりますので、実際に私が学生たちにした講義に、あるいはそれに対する学生の反応というものについて、ちょっと触れてみたいと思っております。

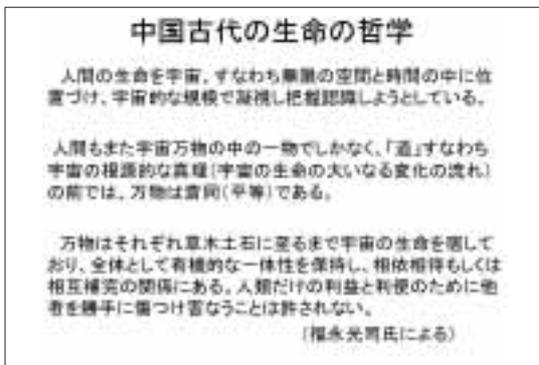
〔スライド14〕私は、医学倫理の中で一番大事な、生命への畏敬ということについて考えてほしいと思っております。

〔スライド14〕



いつも生命への畏敬についての話を、新入学生にすぐに、学長講義としてするようになっております。

〔スライド15〕

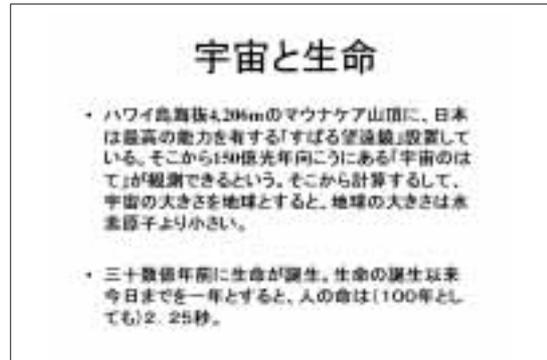


(スライド15) この生命への畏敬というのは、もちろんシュバイツァー先生が考え出した言葉でありますけれども、古代中国の生命の哲学の中にこれがきちんと言われております。「人間の生命を無限の空間と時間との中に位置づけて、その中で把握、認識しようとしているもの」と。それから「人間もまた、宇宙万物の1つのものでしかなく、道すなわち宇宙の根源的な真理の前では、すべて平等である」ということを述べております。

人類だけの利益と利便のために他者を勝手に傷つけ、損なうことは許されないということが、中国古代の生命哲学に書いてあります。これは福永光司先生の書物に大変わかりやすく、かつ正確に詳しく書かれてあります。

(スライド16) これを現代風に考えてみますと、まさにこの古代の中国で述べている生命の哲学というのは、例えば宇宙というものをハワイ島のマウナケアにある日本のすばる望遠鏡で観察しますと、140億光年の宇宙の果てにあるクウェーサーが観察できる。それが大体、宇宙

〔スライド16〕



の果てであろうというふうに計算されて、宇宙の大きさを地球とすると、地球の大きさは水素原子よりも小さくなります。福沢諭吉先生は宇宙の大きさを地球とすると、地球の大きさは粟粒ぐらいたと書いておられますが、そうではございません。もっともっと小さい。正確に言いますと、水素原子の33万分の1ぐらいの大きさであります。

そういう宇宙の中の地球に、30数億年前に生命が誕生したんだという話をいたします。光は1秒間に地球を7回り半するわけですが、したがって1光年は1年間に光が進む距離ですね。140億光年といったらその140億倍です。

〔スライド17〕



(スライド17) いずれにしても、こういう宇宙の中での地球というものを考えなきゃいけないということが一つと、その地球というものが誕生して、水があるということも必要でございますし、いろんな条件からいろいろ偶然が重なって生物が生まれた。真核細胞が出たのが約20億年前であります。地球の誕生を元日の午前0時にするといたしますと、類人猿が出てきたのは12月31日の

午後11時50分ぐらい。それにしてもこの生命の誕生、真核細胞の出現ということから見ますと、何億年という歴史があるわけでありまして、それがすべて、ヒトのDNAゲノムの中にインプットされている。そういう生命をすべての生物が持っているということが、医学倫理の基本ではないかと考えまして、この辺をもう少し詳しく私は講義の中では教えております（このスライドは本学生物学大西武雄教授にお借りしたものです）

〔スライド18〕

**シュバイツァーの「生命への畏敬:
Ehrfurcht vor dem Leben」**

- 根本的で普遍的な倫理性の概念。
- われは生きんとする生命にとりかこまれた、生きんとする生命である。
- Ich bin Leben, das Leben will. Inmitten von Leben, das Leben will
- 善とは生命を維持発展させるものであり、悪とは生命を否定し、損害するものであるという原理。
- すべての生命は神聖なものであり、その神秘的な価値をあるがままに認めること、すなわち生命への畏敬こそ、倫理のみならず文化の根底になければならない。

（スライド18）こういうふうなことから生命への畏敬という思想は、現代の科学から考えても、ほんとうにこれはすばらしい考え方なのであると。すべての生命は神聖なもので、その神秘的な価値をあるがままに認めること、すなわち、生命への畏敬こそ倫理のみならず文化の根底になければならないという、このシュバイツァー先生の考え方は、もう50年も前の思想でございますが、現在の先端科学、技術をもってしても、生命というのはまだわかっていないわけでありまして、しかし、それに対する畏敬というものも、当然、自然の形として人間は、我々は持つようになる。そういうものであるということ、学生たちに説明しているわけでありまして。

非常にわかりやすい言葉は、我々は生きんとする生命に取り囲まれた生きんとする生命である。この辺のことを諸君はこれから医学を始めるに当たって、ぜひとも考えてほしいというふうなことを教えております。

（スライド19）と同時に、ウィリアム・オスラー先生の生き方、医師としての生き方、「平静の心」その概略を彼らに講義いたしまして、その本も読むように勧めております。

（スライド20）アンケートをとってみました。講義の内

〔スライド19〕



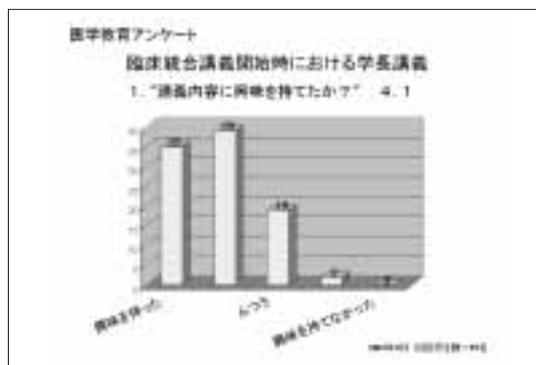
〔スライド20〕

医学教育アンケート

1. 講義の内容に興味を持てたか
2. 理解できたか(難易度)
3. 満足度
4. 感想・希望

容に興味を持てたか、難しくなかったかということ、満足度はどうかと。つまり私の講義に対する評価です。そして希望、感想があったならば書いてくれとやりますと、

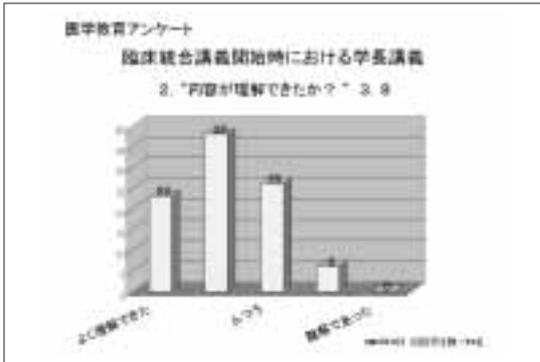
〔スライド21〕



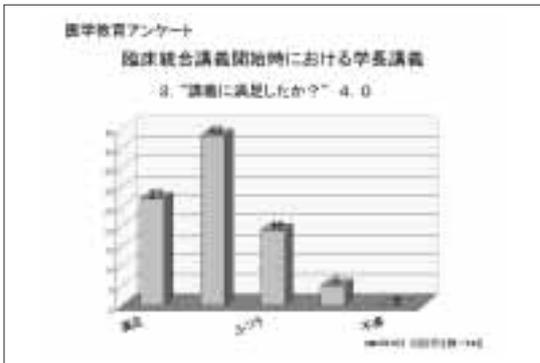
（スライド21）1回生で95名の学生。5段階に分けますと、なかなか成績はいいわけです。講義内容に興味を持てたというのはこういう成績であります。平均4.1。

（スライド22）それから内容が理解できたか、ちょっと難しかったという人もありましたけれども、3.8ぐらいの成績でありました。

〔スライド22〕



〔スライド23〕



(スライド23) それから、講義に満足したかということも、一応、合格点をくれているようであります。

つまり、そういった医学の倫理、生命への畏敬といったようなことも、彼らは十分に理解しておりますし、十分に受け入れるということでございます。

〔スライド24〕

医学教育アンケート
一回生 学長講義
感想・希望の自由記述から抜粋：

- 心に響く言葉、そのまま生真にしたい言葉が一杯でした。言葉とやる気の湧いてくる講義でした。
- 講師としての基本的な立ち方の考え方がすべて参考になった。これから医学を志すものにとって貴重な講義でした。
- 「平静の心」に強く興味を持った。
- 先生が今まで生きてきて、失敗を感じたこと等、お話をしたい。道志を振り返るなどおっしゃられた態度ではありますが、生命への畏敬が大事ってことがわかった。
- 患者にもっとなりたいたいと思うようになりました。
- 人様として、医師として大切なことを学びました。
- 自身習得を身に付けるための努力をしようと思えます。
- 「過去や未来よりも、今世という区切りの中に生きる」という言葉に感動しました。

(スライド24) 感想・希望をまとめてくれたものの抜粋がここにありますが、感想から言いますと、ウィリアム・オスラーの平静の心ということとか、あるいは生命への畏敬というのが大変大事であるということがわかつ

たといったようなこと。あまりいいことばかり書いてくれていますので、もう少しネガティブなことを書いていないかとずっと探してみました。一つありました。どう書いているかといいますと、精神の基本は自由であるということです。それが書いてありまして、そしてその下に、老兵は消えるのみと書いてありました。

そういうのもおったと思って安心しましたが、あと半分、こんちくしょうと思ひまして、こんなこと書いているのがおると僕はある同僚に言いましたら、それでこんちくしょうと思うのだったら、先生、まだ若いですねと言われてまして。喜んでいいやら、悲しむやらよくわかりませんが、そういうふうなことでございます。

〔スライド25〕

「形式論理的には同じ二つの問題でも、抽象的な質問だと正答率が低く、社会的な具体的な場面についての質問だと正答率が高い」

進化心理学：認知バイアス

(スライド25) それから、もう一つ。実践的であるということがいかに大事かということは、これは進化心理学、認知バイアスというのがあるようで、これも多少調べてみますと、こういうことを書いております。形式論理的には同じ2つの問題でも、抽象的な問題だと正答率が非常に低くなりまして、社会的あるいは具体的な場面についての質問だと正答率が高いということが、心理学のほうで言われているようでありますけれども、私が申しております実践的というのはこのことであります。

(スライド26) これ、実際にどうかと思って、学生諸君に聞いてみました。これだけの10のテーマを選びまして、一つ一つについて、これは4回生の諸君に聞いてみました。代理母などの生殖医療技術、それから安楽死と尊厳死、ヘルシンキ宣言、インフォームド・コンセント、クローン技術、脳死の問題、移植の問題、ウィリアム・オスラーの平静の心、生命の期限つまり死の告知、それから遷延性意識障害、生命への畏敬、シュバイツァー。こ

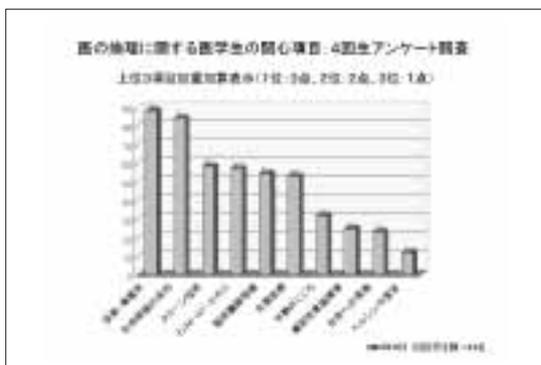
〔スライド26〕

テーマ

- A. 生殖医療技術の進歩と社会(代理母など)
- B. 安楽死と尊厳死(世界の状況とリビング・ウィル)
- C. ヘルシンキ宣言(世界医師会)
- D. インフォームド・コンセント(患者が納得し同意する診療)
- E. クローン技術(なぜ問題か?)
- F. 脳死臓器移植(脳死の問題と移植の問題)
- G. "平静のこころ"(オスラー)
- H. 生命の期限の告知(死の告知)
- I. 遺伝性意識障害(植物状態)
- J. "生命への畏敬"(シュワイツァー)

の中から順番をつけて3つ選んでくれと。一番この点について知りたい、ディスカッションしたい、あるいは講義が聞きたいと思うのは何かというふうを選んでみると、非常にはっきりと分かれております。

〔スライド27〕



(スライド27) 安楽死・尊厳死及び生命期限・死の告知、この2つが最も多い。やはり大変実践的であるということでありまして、それからその次のグループでは、クローン技術、インフォームド・コンセント云々がありまして、生殖医療、ここまでのものがその次のグループになります。

それから3番目のグループは、平静の心とか、生命への畏敬、ヘルシンキ宣言とこういうものに対しての興味は低くなる。

(スライド28) こういうことから、本学において、実はきのうやったんですけれども、臨床の学習に当たる医学生が、これは吉岡病院長、あるいは平尾教授が実際にやったこととございますけれども、医学生が宣誓をすると。これから臨床実習に当たるとい場合に、こういう宣誓をするようにしております、実際に読み上げてもらっ

〔スライド28〕

臨床実習にあたる医学生の宣誓

・人々の健康を増進させ、健やかな心身と生命を守ることは、医師に与えられた責務であります。
 ・医師は、この責務を第一の関心事とし、医師の知識と良心をこの責務を遂行するために捧げます。
 ・患者の身体的な、また、精神的な状況を弱める影響があるかも知れない医療行為を行う際には、医師は患者の利益のためにのみ行う責務があります。

私は、臨床実習を開始するにあたり、この医師としての基本理念を深く認識し、医学生として準拠することを、私の名誉にかけて誓います。

ております。

人々の健康を増進させ、健やかな心身と生命を守ることは、医師に与えられた責務であります。医師はこの責務を第一の関心事とし、これはジュネーブ宣言とヘルシンキ宣言両方からとっておりますが、医師の知識と良心を、この責務を遂行するためにささげます。患者の身体的な、また精神的な状況を弱める影響があるかもしれない医療行為を行う際には、医師は患者の利益のためにのみ行う責務があります。そして私は、つまり医学生は、臨床実習を開始するにあたり、この医師としての基本理念を深く認識し、医学生として準拠することを、私の名誉にかけて誓いますということを実際に読ませてやってもらっております。大変厳かに宣誓ができたという報告を受けて喜んでおります。

〔スライド29〕

☆生・老・病・死：それぞれ一人称で考えるものであり、医学倫理も主観的なもので正解はない。
 ☆「何でも教える事の限界をしろべし」
 ☆基本を教える。学び方を教える。

(スライド29) しかし、医学倫理というようなものは、もともと主観的なものであって、正解はないわけでありまして。一般に医学教育についても何でも教えるということの限界は知るべきでありましょう。基本を教え、学び方を教える、考え方を教えるということでありまして、

もともと生・老・病・死、それはそれぞれ一人称で考えるものであると考えておりますが、学生にも考えることを教えることであります。

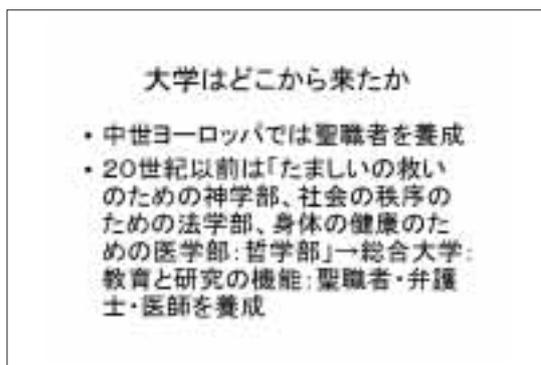
今の若い人たちはマニュアルが非常に好きであります。が、医学倫理も大事だということを言っておりますと、先生、マニュアルつくってくださいなんていうことを言うかもしれないけれども、それはとんでもないことであるということを、最初から言うておかなければならないと思います。

〔スライド30〕



〔スライド30〕最後に、大学論を簡略に話してみたいと思います。

〔スライド31〕

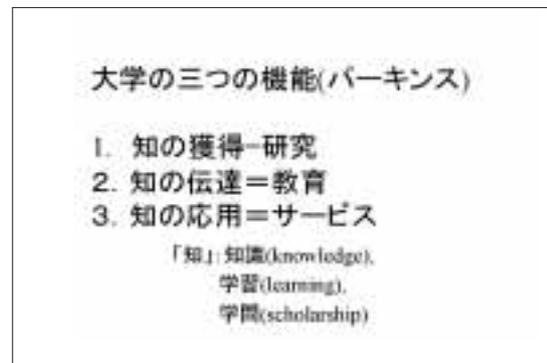


〔スライド31〕大学はどこから来たかということですが、ご存じのとおり中世ヨーロッパでは聖職者を養成しておりましたけれども、20世紀前はこういうふうによろっパで、魂の救いのために神学部があって、社会の秩序のための法学部があって、身体健康のための医学部があり、全体を統合する意味で哲学があったということで、それがいわゆるユニバーシティであったわけでありませう。

そこに教育と研究の二つの機能が加わってまいりまし

て、今まで聖職者、弁護士、医師を養成するのがユニバーシティ、そして哲学的にそれを統合するのがユニバーシティでありましたけれども、それに研究という部分も加わってまいりました。

〔スライド32〕



〔スライド32〕これは比較的最近の考え方でありませうけれども、1965年に出したパーキンスが論文の中で、大学の三つの機能というのを言い出したのでありませう、よく言う教育と研究と応用という、そういうものは実はパーキンスの論文から、多くの人は引いておられます。

〔スライド33〕

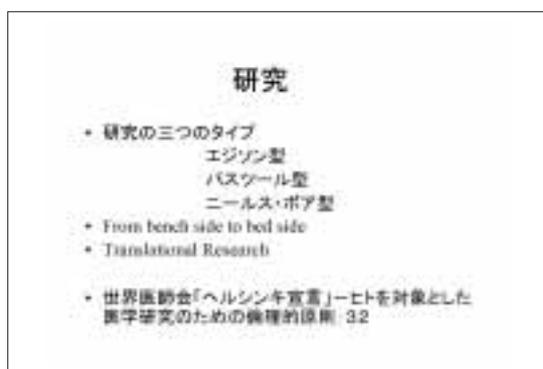


〔スライド33〕ここで言う知というのは、知識と学習と学問、全部を含みます。

まず、学術研究は知の創造。国内外に通用する普遍的な知識を探索するという学術研究。それから、知の継承。これは専門知識を有し、社会に広く通用する人材の養成、これが高等教育。そして、知の活用というのはいわゆる地域貢献であります。

私はこの三角形が正三角形を保ちながら大きくなるのがその大学の発展であり、その大学の個性であると考えておまして、その大学で例えば知の創造だけが飛

び抜けていて、あとは大変見劣りがするという大学は、大学の機能を発揮してはいないと思いますし、同時にそういう大学はあまりないんじゃないかと思っております。つまり、この三角形の一つの点が伸びますと、それに伴って他の二つの点も伸びていって、正三角形の面積がもっと大きくなっていくというふうに今、考えております。〔スライド34〕



(スライド34)次は研究についてであります。

先ほどのお話にもありましたように、研究というのは、大学にとって、あるいは医師にとって、医学者にとって重要なことですが、今、いろいろな議論がなされております。医学に限って言いますと、フロム・ベンチサイド・ツー・ベッドサイドといったようなことが言われておまして、またトランスレーショナル・リサーチという言葉もあります。トランスレーショナル・リサーチ、橋渡しの研究とでも申すべきでしょうか。つまり、基礎的に随分研究されたことを早く臨床に、実際に応用する、そういう研究のことをトランスレーショナル・リサーチと呼んでいるようであります。

これはそれで結構なんですけれども、こういったことが出てきた背景には何があるのかと考えますと、経済が不況になりますとこういうことをよく言われます。学問だけ、サイエンスだけではだめだと。つまりサイエンス・フォー・ナレッジじゃなくて、サイエンス・フォー・ソサエティー、そういうものにならなければといったことが、よく言われまして、国の経済の状態が悪くなったときはいつも言われているようであります。それはそれで大事なことだと思います。否定するわけではございません。

しかし、あまりにもそれを、そちらのほうにばかり

流れてしまうことは間違っていると思います。ある大変な見識をお持ちの先生と話していると、研究には三つのタイプがあるよと。エジソン型とパスツール型とニールスボア型だと。エジソン型というのは実用オンリーです。実用ばかり。エジソンは実用以外のことも考えていたかもしれませんが、原理的なことも。ニールスボアというのは、これはご存じのとおりでございます、理研をつくった仁科先生の師匠であります、量子力学の先達であります。もちろんノーベル賞をもらっていますけれども、この人の理論というのは、人類の宝にも例えることができるようなすばらしいものだと私は思いますけれども、いずれにしても今言ったようなこの傾向、トランスレーショナル・リサーチのほうにばかり、効率ばかりを言っているとエジソン型だけの研究になって、やがては頭打ちするのではないかと考えております。

それからもう一つ、学生はあまり興味を示しませんでしたが、私は世界医師会のヘルシンキ宣言、人を対象とした医学研究のための倫理的原則、これはほんとうによく考えた、すばらしいものであると思います。実践的医学倫理を学ぶ上においても教える上においても、これは一つ一つ教えるべき宣言ではないかと考えております。

人を対象として医学的研究をやるためにはこうでなくちゃいけない、こうでなくちゃいけないというふうな桎梏が課されているかのごとく誤解をされているむきもありますけれども、決してそんなことはない。ヘルシンキ宣言では、医学臨床研研を大いにすべきである、それが必要なのであるということが、この32章にはきちんとうたわれておるということも申しておかなければならないと。

今、多くの大学の教育目標を見ますと、すぐれた医師、良医を育てるということが一つありますが、同時に独創的な医学研究者を育てると書いてあります。私はこれはなかなか難しい、無理なことを言っておるのではないかという気がいたします。独創的な研究者は、結果としてすぐれた研究ができるわけであって、研究者として育つ可能性を否定しない教育が必要でありまして、優れた臨床医と医学研究者を育てるという二つの教育目標は考え直す必要があると思っています。教育の目標として独創

■ 特別講演（2）

的な研究者を育て、同時にすぐれた医師を育てるということが、6年間にできるのであろうかと。独創的な研究ができるような学生の可能性をどこまでも伸ばすような教育はできますけれども、その学生が独創的な研究者となるように育てるといことは、これは簡単にできることでは決してないわけでありまして。よりよいすぐれた医師を育成すること、育てることを目標とし、そしてすぐれた研究者が育つ可能性がある教育を、今、考えております。

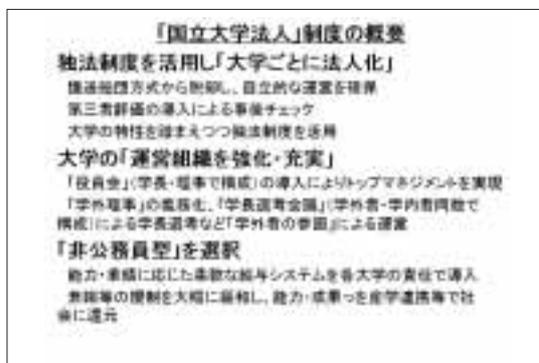
時間が迫ってまいりました。

〔スライド35〕



（スライド35）大学はどこへ行くのかということです。文科省によると、活力に富み、国際競争力のある個性豊かな大学にと、これはだれでも考えることですよね。それをどういうふうにするかということなんです。

〔スライド36〕

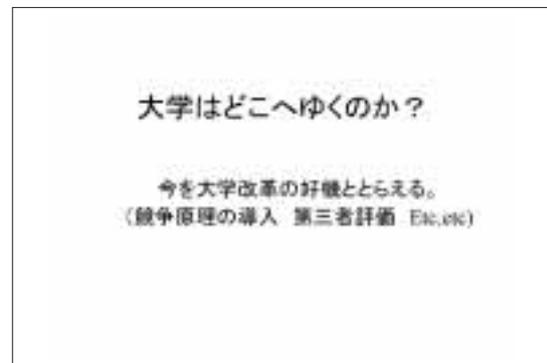


（スライド36）そのうちのひとつとして、先ほど冒頭に申し上げた国立大学法人制度があります。これも詳しくは申しませんが、こういった独法制度を活用して、大学ごとに法人化するということです。

これはこれで私は一つの方向であると思います。ただ、

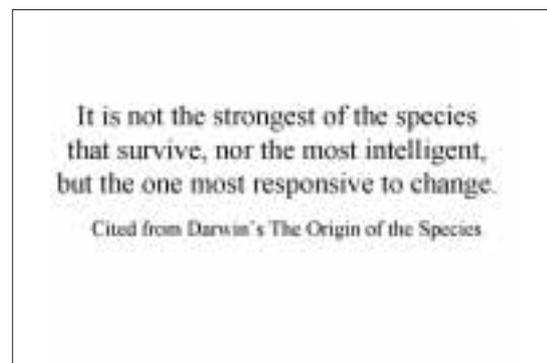
こういう独立行政法人化ということが、初めのうちは反対しておいた国大協が、ある日突如としてすべて独法化に賛成であると。それなりの理由はあるのでしょうか、どうなのかなということだけは申しておきたいと思えます。

〔スライド37〕



（スライド37）どこへ行くのか。今を大学改革の好機ととらえるということとはよく言われることでありますし、私もそういうふうに認識しております。競争原理の導入も結構でありましょう。第三者評価も結構でありましょう。こういったことをいろいろやりながら、今の大学を改革することが必要ではないかと思っております。

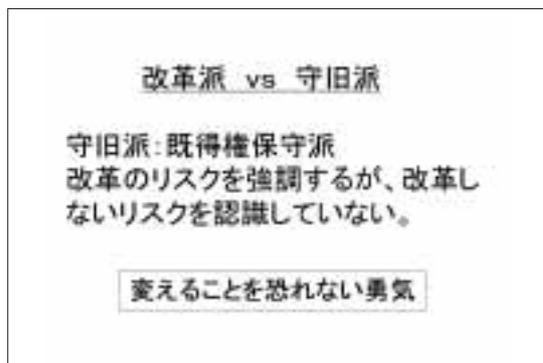
〔スライド38〕



（スライド38）ダーウィンの『種の起源』の中に、サバイブするスピーシーズはザ・ストロングストでもないし、モスト・インテリジェント、最も賢いスピーシーズでもなくて、変化、チェンジにモスト・レスポンシブなスピーシーズがサバイブするとありますが、環境が変化すると、モスト・レスポンシブなこと、それはサバイブするためには必要でありましょうけれども、今の我々が考えなければならないことは、基本をしっかり持った上でレ

スポンスすることではなかろうかということでもあります。大学の基本理念を失うことなく、レスポンスすべきではないかと。

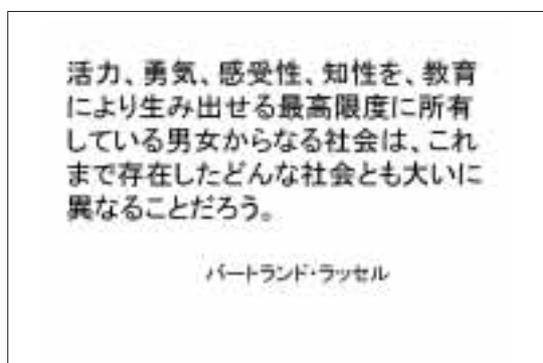
〔スライド39〕



(スライド39) 現在、改革派と守旧派がごいます。こちらの守旧派のほうは、既得権保守派でございまして、この改革反対ということをしすぐ言う人は、改革はそんなことやったらこういう危険があるというリスクは強調しますが、改革しないリスクを認識していない人が多いように思います。

医師は、様子を見過ぎて手おくれになるという経験がありますので、様子を見過ぎないで適当なときにタイミングよく改革するというには、我々はなれているはずであります。変えることを恐れない勇気が今、必要ではなかろうかと思ひます。

〔スライド40〕



(スライド40) バートランド・ラッセルの教育論の中で、活力、勇氣、感受性、知性を教育により生み出せる最高限度に所有している男女からなる社会は、これまで存在したどんな社会とも大いに異なることであろうということを、書いておりますけれども、ここにある男女を医療

者あるいは医師というふう置きかえてみるならば、教育により生み出せる活力、勇氣、感受性、知性を最高限度に所有している医師からなる社会は、これまで存在したどんな社会とも大いに異なるであろうと、最後にバートランド・ラッセルの言葉をかりて申し上げておきたい。

以上で、大変雑駁な話になってしまつて恐縮でございますけれども、終わらせていただきたいと思ひます。ご清聴、まことにありがとうございました。

【植田】先生、ほんとうにわずか1時間の中で、これだけ深遠な先生の教育理念をお聞かせいただき、いつに変わらぬ先生のご熱意とその博学に我々はただ驚くばかりでございます。

この長い宇宙の誕生からその営み、生命の誕生、あるいはその進化の過程におけるいろんな変化等から、ヒトのDNAの中にすべては受け継がれているのだと。それが生命への畏敬である。あるいは教育とはこういうものだ、あるいは人類とはどうあるべきかということまで、いろいろとお教えをいただきました。ありがとうございました。

またこの後、先生との懇親の機会もあろうかと思ひますので、まだまだ先生方もお聞きになりたいことがあるかと思ひますが、この辺で終わらせていただきます。ありがとうございました。

卒後臨床研修に求められるもの

座長：奈良県医師会勤務医部会副部会長 橋本俊雄

奈良県医師会理事 岡本和美

シンポジスト：日本医師会常任理事 星北斗

厚生労働省大臣官房審議官 中島正治

奈良県立医科大学附属病院長 吉岡章

天理よろづ相談所病院総合診療教育部部長 郡義明

奈良県立医科大学第1内科助手 赤井靖宏

東京女子医科大学小児科主任教授 大澤真木子

■ シンポジウム

座長：奈良県医師会勤務医部会 副部長 **橋本俊雄**

【橋本】大変お疲れのところ、もう少し頑張ってくださいと思います。座長を担当いたします奈良県医師会勤務医部会の副部長の橋本です。

【岡本】奈良県医師会勤務医部会幹事の岡本でございます。よろしくお願いいたします。

【橋本】きょうのシンポジウムのテーマは、卒後臨床研修に求められるものということで、実は昭和43年にインターン制度が変わって現在の臨床制度は続いているわけなんですけれども、今までは努力目標ということでしたけれども、来年度から36年ぶりに新医師臨床研修制度ということで、今、進行中ですけれども、まだまだ完成されたものとは言えないと思います。きょうは6人の、かなり専門でやってこられました先生方にシンポジストとしてお話ししていただきたいと思います。

それでは最初に、日本医師会の立場からということで、日本医師会常任理事の星北斗先生からお願いしたいと思います。

略歴につきまして、お手元の資料を参考にさせていただいたと思いますので、早速ですが星先生に日本医師会の立場からということで、基調講演を兼ねまして講演をよろしくお願いいたします。



奈良県医師会 理事 **岡本和美**



日本医師会の立場から

日本医師会 常任理事 星 北 斗

日本医師会の常任理事の星でございます。

この医師臨床研修という問題につきまして、日本医師会の立場からということでお話をさせていただきます。

午前中、坪井会長がこの舞台に立って大変感動的だというお話をされていましたが、シンポジウムをするには非常にいいつくりをしているなあと今、ここに上がってみて感じました。それと、私はパワーポイントを使いませんので、スライドも出ません。したがって、お休みならずにお話を聞いていただきますと大変ありがたいと思います。

まず、医師会というよりは、その臨床研修がどんなものなのか、新しいものがどんなものなのかということについては、この後に中島審議官にお話をいただくことになっておりますので、私のレジュメにあるところの最初の丸は割愛をさせていただきます。

日本医師会がこの問題に取り組んできた歴史というのは、実は案外古いものがございます。明確に始まったのは昭和62年であると記録に残っておりますが、生涯教育の中で研修制度をどうするのかということで議論が始まったと。そして幾つかの報告が出されたら、これはもう既に先生方、ご存じのとおりだと思います。

その当時の話から、実は今、日本医師会がとっているスタンス、あるいは日本医師会が多くの審議会の中でとってきたスタンスというのは、共通のものであります。すなわち、専門に過ぎた教育のあり方を見直すべきだ、そして地域医療に目を向ける実地医家をきちんと育てていくその大切な時期に、もっとしっかりとした研修をすべきだということ。それから、できれば大学ではなく、地域の医療機関での研修というのを中心にしていくべきだ、あるいはプログラムだとか評価の方法というのを、あまり行政がぎちぎちと決めるのではなくて、自分たちの特徴を生かした研修というのができるようなスキームにすべきだ。そんなことを医師会として主張してきたわけです。

当然のことながら、処遇についても、アルバイトをし



ないで研修ができるような体制をつくるべきだ。あるいはプログラムの中身でいえば、地域医療、あるいは産科、婦人科、精神科、小児科というような、基幹科目を外すことのないローテーションであるべきだというようなお話をしてきたわけです。そして、できあがった2年後のお医者さんの姿とすれば、地域医療に十分な理解を示して、そしてプライマリーケアの実践ができる医者というのを、一つの像にするべきだということを主張してまいりました。プライマリーケアあるいは地域医療という言葉は、案外、定義をされずに使われてきましたけれども、今、私どもが主張しているのは、どんな専門性を追求する上でも、根本的で欠くことのできない、最も大切な医療だということに考えています。

プライマリーケアといいますと、どちらかというところ一次医療というふうに解釈をされ、二次医療、三次医療に比べて初期医療、あるいは入り口の医療というように誤解をされていることが多くございます。特にこの研修の制度の議論をするときに、プライマリーケアをというのを一次医療というふうに考えてしまいますと、かなり偏った、あるいは狭い認識しか持つことができませんが、日本医師会としてはそうではないと。とにかくどんな専門性をこれから追求していく上でも、最も大切で根本的な医療なんだと。それを理解することがまさに研修制度

の大きな目標なんだということを言ってきたわけです。

このことはかなりいろんな議論がございました。日本医師会が研修制度の何がわかっているんだとか、一時は大学で研修すべきでないと言ったら、大学の先生からはきょう吉田先生も見えてますが、けしからんということも何度も言われました。かなりの論争もありましたが、ふたをあけてみますと、厚生労働省の委員会の最終報告の、中間まとめの中に示された項目はほぼ、私どもが主張してきたものと重なるものだったということでもあります。

多くの場合、厚生労働省と日本医師会というのは仲が悪うございまして、いつもけんかをするんでございますが、事この研修に関しては、最初からというわけではありませんけれども、基本的な方向については私は、大きなそごがなかったと認識していますし、今この時点に達してみると、大学あるいはそれぞれの立場の先生方の主張も、必ずしも我々が目指そうとしている方向に全くアンチのものではないのだろうなということを考えております。したがって、きょうこの後の議論が紛糾して、右左を向いてそのまま分裂をするといったようなことはないのだろうということを、まず期待しております。

私どもが日本医師会として主張しているものの中に、地域施設群研修委員会方式というのがございます。現実的には、研修委員会そのものがプログラムを持つことは、法律上、法制上できないことになっておりますので、誤解を与えるかもしれませんが、私どもが想定したものは、二次医療圏ごとに地域医師会を中心に研修委員会をつくる。そしてそこに大学とか、あるいは病院群が入っていただいて、その中でプログラムの議論をする。そして、そのプログラムをその地域の中でみんなで分担をして、研修医を引き受ける。つまり点で支えるのではなく、面で支える研修を展開しようというテーゼをいたしました。幾つかのプログラムについては、既に栃木県あるいは岡山県などで医師会に引き受けいただきまして、現実には医師会病院などを中心に、実際の研修をしていただいておりますけれども、意識としては地域で支える研修というものを提唱していたわけであります。

実際にこれが始まってみますと、実は随分状況が違いました。例えば研修を管理する委員会というのが病院の

中につくられることになっていきます。その病院の中には、私どもが主張していたのは研修の評価をするための外部の委員を入れるべきだと、そして少なくともそこには地域の医師会の代表の先生が入っているという姿を何とか実現してほしいと。少なくともそういう状況をつくってほしい。つまり、今申し上げたような研修委員会というものが組織できないのだとすれば、少なくとも各病院には地域医師会の意向、あるいは考え方を反映するような仕組みが必要ではないかということも言っているわけがあります。ところが現実には、なかなか私どもが主張するようなことが通っていないということもございます。また後でこの話はさせていただきます。

それから、もう一つ申し上げておきたいことがあります。最初、この話が始まったときに、多くの先生方が自分の診療だけでも大変なのに、何でその研修医を引き受けなきゃいけないんだと、あるいは大学で研修をやったものを送ってもらったほうが楽じゃないかという話をしてくださる先生方も多くございました。しかし、私どもとすればやはり、地域で私どもの手で後輩を育てていくということが必要だということ、何度も申し上げました。そのたびごとに言われました。「きれい事を言うんじゃない。だれが金を出すんだ」ということも、何度も繰り返し言われました。しかし、翻って考えれば、お金がないからしませんというのが、私たち医療者の基本的な立場ではないはずだということを申し上げ、そして、お金はついてくるはずだということで、私どももついてくることを信じて、今、ここまで来ているわけであります。

212億円という話がございまして、後で審議官のほうから確かな約束をいただけると確信をしておりますけれども、こんなものでももちろん足りないわけでありまして。しかし我々が地域の中で研修医を育てていき、その研修医が喜んでその研修医を終え、そして地域の医療機関において、患者さんたちがそういう研修を終えた先生方に診てもらってよかったという状況をつくれれば、おのずとお金の話は解決するだろうと私どもは考えているわけですね。無責任なおっしゃる意見もあるかもしれませんが、後でそれはフロアからお伺いしたいと思います。

それから、マッチングの話もあります。マッチングの

■ シンポジウム

詳細については、多分またこれは審議官からあると思いますけれども、マッチングが行われています。そして一番の問題は、マッチングを終えて実際の研修が始まってから始まるものだろうと、私は思っています。すなわち、研修病院を選んで来てみたけれども、言っていたような研修が受けられない。あるいはいいと思ってとってみたけれども、とんでもないやつをとっちゃった、どうしようというようなことが起こったときに、いったいだれが、どんな形で関与することができるのかという問題は、やはり今から考えておかなければならないのだろうと思っております。

私たちはそれをマッチングの支援事業ということで、具体的に考えていますけれども、この役割を県医師会あるいは地区の医師会に担ってはいいただけないかなということは今、考えておきまして、少なくともまず、その入り口として研修のための委員会を、臨床研修のための委員会を各県の医師会につくっていただくようお願いをしているところです。この研修の委員会については先生方のほかに、当科大学あるいは研修病院の先生方などにも入っていただいて、まさに先ほど冒頭申し上げました地域の研修委員会に相当するような形で、この委員会の運営をしていただければ大変ありがたいということで、今、進めているところであります。

それから、我々研修医の問題を考えるときに必要なことは、指導医をどうするのかという問題であります。その指導医の問題についてはやはり、一定の要件といえますか、ある程度の経験と、それから指導医のための基本的な知識、技能というのは身につけてもらっている方のほうがいいだろうということを思っております。

ご存じだと思いますけれども、臨床研修研究会あるいは財団の主催のもの、あるいは日本医師会の主催のもの、あるいは大学の主催のもの、あるいは病院団体の主催のものなど多くの指導医のための養成講習会が開かれております。日本医師会でも既に2回目を開きまして、30人ずつですが2回の修了者を出しました。3回目も予定しております。指導医の養成というのには、もちろんこの研修を受ければよいというようなことで、画一的なものでないことは承知しておりますけれども、現在、日本医師会とすればこういうものが地域に広がってほしい

いということで、日本医師会主催の研修指導医の養成講座を開いております。先ほど言った2回、そして3回目。そしてこの講習を受けた人たちが地域に帰っていただいて、地域でまたこの研修会を開いていただくというような形で、子が孫を生むというような形で広げていければいいなということで考えておきまして、具体的にカリキュラムも決めました。カリキュラムの内容についても示しておりますし、来年度、可能ならば地域で地域区医師会あるいは県医師会で研修会を開催されるときに、プログラムの認定をしたり、あるいは認定をした研修のプログラムについての補助金を出したりというようなことも、現在、考えております。具体的には、日本医師会長名の修了証というものも出そうということで、準備を進めているところであります。

もう一つ申し上げておきたいことがあります。診療所あるいは地域の医療機関で、十分な研修が行われるのかということが、大学あるいは高度な研修病院からの議論でありました。そして日本医師会はそのためのどういう準備ができるのかということも、言われております。私たちのイメージ、私たちが考えている地域における活動というのは、この資料の中にも書かせていただきましたが、まさに先生方の毎日の診療、その毎日の診療の中で脈々と生きている地域とのつながり、あるいは患者さんの家族とのつながり、あるいは他の施設とのつながり、そういったものをぜひとも体験させ、あるいは実際に医師としてその環境の中に置いてほしいということであり

中には、先ほどの勤務医のアンケートの自由記載欄には、かなり辛らつなことも書かれておきまして、帰ってきてもらうと困ると。そして変に地域医療に参入されると競合が起こるといようなお話もないことはありませんけれども、そういうことではなく、地域の医療を支えていく後輩をつくるという立場から、ぜひとも先生方の診療に参加をさせてほしいということをお願いしているわけです。

今後の問題として、当然、研修の評価をどうするのか。あるいはプログラムの評価をどうするのか。そういう問題が出てくると思います。そして、中にはもちろん、そういう評価基準なり、プログラムの評価の基準なりを決

めずに、見切り発車をしたということに対する厳しい批判もいただいているところです。これについては多分、きょうこの場で議論になると思いますけれども、日本医師会の基本的な態度とすれば、これまでの目指すべき研修の姿とは違っていった研修は、どんな形であれ改めるべきだということで、私どもは進んでいきたいと考えるわけです。

冒頭の話に戻りますけれども、やはり大学で極めて限られた医療の経験だけをして、そして、言葉がいいかどうかわかりませんが、専門家になったような気分になって、そして患者との関係に疎い、そういう医師を育ててきてしまったこれまでの自分たちの責任を自覚すべきだと。これを改めるにはばかるとはならないのだというのが、日本医師会の主張でありまして、これは地域の先生方からももちろん、いろんなご意見があると思います。きょうはそういうご意見も伺って帰って、私どもの新しい政策に生かしていきたいと思っておりますので、ぜひとも多くのフロアからのご発言をいただきますことをお願いを申し上げます、日本医師会の立場ということで、この研修制度に関する考え方の一部をお話しさせていただきました。ご清聴ありがとうございました。

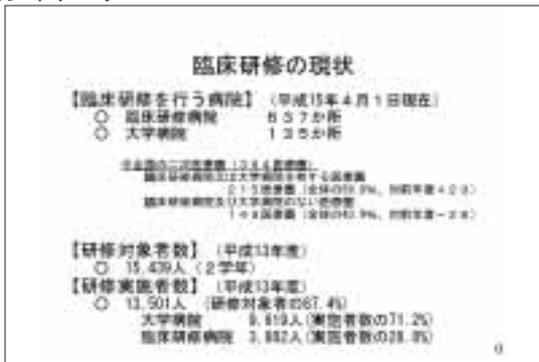
行政の立場から

厚生労働省大臣官房審議官 中島 正 治

ただいまご紹介いただきました厚生省大臣官房で審議官をやっております中島でございます。本日は全国医師会勤務医部会のシンポジウムにお招きをいただきまして、まことにありがとうございます。また日ごろ、厚生労働行政に深いご理解とご協力をいただいておりますことを、この場をおかりいたしまして厚く御礼を申し上げる次第でございます。

私のほうからは、新しい臨床研修制度の現状と概要につきましてお話をさせていただきます。後ほどまた、いろいろご意見をいただければと思っております。

〔スライド1〕



（スライド1）

まず現状の臨床研修ということなんですけれども、これは申し上げるまでもなく、我が国は、終戦後インターン制度というものが導入をされまして、そして医学部を卒業した後、免許なしに実習を1年間いろいろ回って、その後で国家試験を受けるという制度で行われてきたわけですが、これがいろいろな問題を生じまして、いわゆるインターン闘争となり、そして昭和43年にこれを見直す形で現行の研修制度が行われるようになったわけです。

その現行の制度というのは、医学部卒業と同時に国家試験を受けて、受ければ医師免許をとってそして保険医となって研修をするというものであったわけですが、その研修自体は義務ということではなくて、努力義務という形であったわけです。端的に言えばやらなかったからといってどうということはないという仕組みであったわ



けです。

したがって、その内容についても、それぞればらばら内容になってしまったと。特にその当時、医学、術が著しく進歩、発展したために、早く専門家になりたいという若手医師の希望も強く、また専門家の間でも早くそういった専門医を育てたいという気持ちが強かったのも、背景にあったらと思います。

そういった中で、ほんとうの医師として必要な基本的な部分が抜け落ちて専門家になってしまったようなことが多いのではないかと反省に立ちまして、いろいろと議論が重ねられまして、研修制度そのものも随分見直されたんですけれども、なかなか思うような改善が進まなかったという中で、平成6年に当時厚生省の医療関係者審議会で、臨床研修はやはり必修化すべきだと、そして内容も改善すべきだという意見書が出されたわけです。

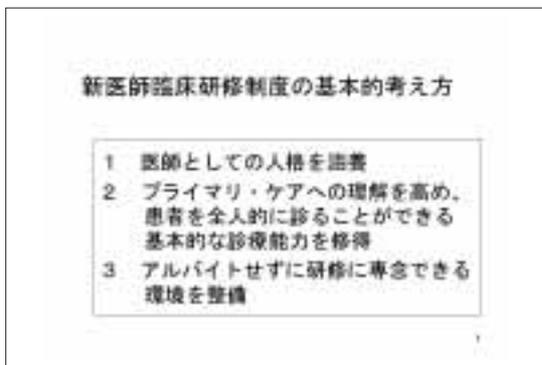
それから数えましてちょうど10年になるわけですが、平成12年の法律改正を踏まえて、平成16年4月、来年の春から新しい必修となる臨床研修制度がスタートしようというわけでございます。

この現状についてごらんいただきますと、そういった経緯で臨床研修病院も随分増えてまいりまして、4月現在で637カ所、大学病院は分院を含めて135カ所ということになっています。しかしながら、この分布を見ても

すと全国360余りある医療圏のうちで、こういった研修施設がある医療圏というのは全体の約6割ということで、4割の医療圏では研修する場がないという実態なわけです。

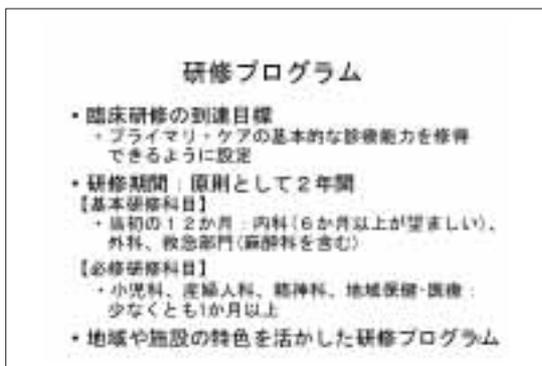
また、研修の対象者を見ましても、1万5,000人程度2学年でいるわけですが、そのうち実際にこういった場で研修を受けている方は、約9割弱ということで、そのうちの約7割が大学病院で研修を受けているということですので、大学に非常に偏った研修になっているという状況があるわけです。

〔スライド2〕



(スライド2)そして新しい臨床研修制度の考え方ということなわけですが、先ほどの星理事のお話にもありましたように、医師としての人格をまず涵養して、医師としてふさわしい行動をとっていただきたいということがありますし、2つ目にはプライマリ・ケアへの理解を深めて、基本的な診療能力を習得していただきたいと。そして3つ目はアルバイトをしないで研修に専念できる環境を整備していくと。この3つが大きく言って、今回の基本であるということでございます。

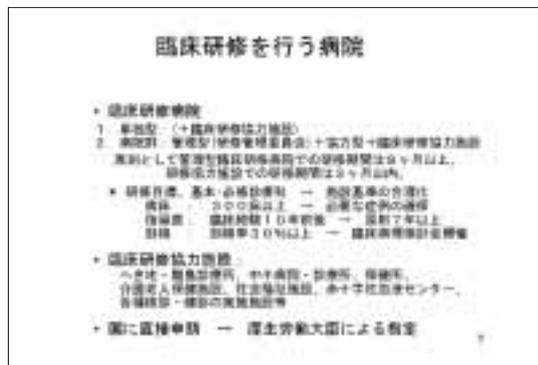
〔スライド3〕



(スライド3)その中身ですけれども、研修のプログラムにつきましては、まず、研修の到達目標というものを明確にさせていただくということがございます。これはもちろんプライマリ・ケアの習得をしていただくということなわけですけれども、この到達目標というものがこれまであまりにも広範で漠然としていたために、結局どこをやってどこをやなくていいのかわからないということもございましたので、今回はこの到達目標の中の必修項目というものを明確にいたしまして、これはどこの施設でも必ず2年間にやっていただきたいということを示しております。

それから、研修期間については2年間ということなんですけど、基本研修科目として内科、外科、救急、麻酔科を含むというものがございまして、また必修の科目として小児、産婦人科、精神科、地域保健医療ということでそれぞれ少なくとも1カ月以上まとめて研修をしていただきたいということでございます。特に地域保健医療など医療の現場を経験していただくことをぜひお願いをしたいということと、それから最後の、地域や施設の特徴を生かした研修プログラムを、こういった必修の中身を盛り込んだ上でなおかつ特色を出していただきたいということを思っております。

〔スライド4〕



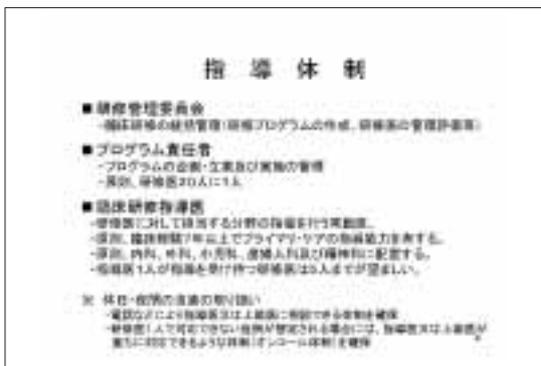
(スライド4)次に、研修を行う施設の問題ですけれども、単独型、病院群型ありまして、それぞれ研修協力施設というものを加えて研修の施設としてやっていただきたいということですが、この施設基準についてはこれまで、例えば病床ですと300床以上とか、指導医も10年以上、特に剖検率が厳しくて30%以上というような、大変に難しい基準がございましたけれども、今回の研修

の趣旨を考えてみれば、そういったことでは必ずしもなくて、むしろ病床数よりも必要な症例が確保できているかどうかとか、あるいは指導医もプライマリーケアがきちっとマスターできて教えられることが必要条件ではないかと。また、病理についても、解剖というよりは臨床病理検討会をきちっと、数というよりはこういったものをきちっとやっているということのほうが重要ではないかということで、この基準も随分と合理化されたわけでございます。この基準でいけば、指導に熱意のある大方の施設が参加していただけるのではないかとということでございます。

それからまた、研修協力施設として病院ではない、あるいは病院の指定を受けるには至らないけれども、研修の一部として加わっていただくということで、診療所、中小病院、それから保健所、老人施設等々が上げられておまして、こういった施設も研修プログラムの一部としてぜひお願いをしたいと思っております。

またここは、これまででは県を通じて申請をしていただきましたが、今後は国のほうに直接指定の申請をしていただくということになったということでございます。

〔スライド5〕



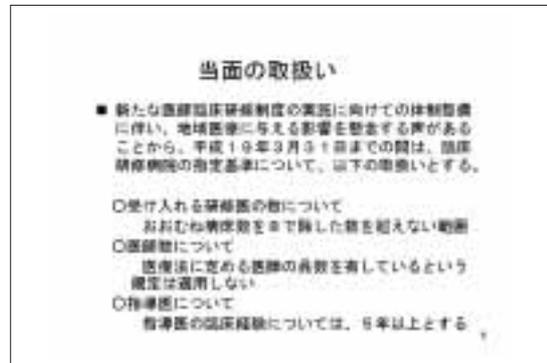
(スライド5) 次に、重要な指導体制の問題ですけれども、これは大きく管理型病院に研修管理委員会というものをつくっていただきまして、全体のオーガナイズをしていただくと同時に、各プログラムについてはプログラム責任者という方を、大体研修医20人に1人程度置いていただきまして、プログラムの企画立案、それから個々の研修医の2年間を通した管理指導をお願いしたいということでございます。

また、現場の各診療科においては、臨床研修の指導医

という方をお願いをするわけですので、研修医5人に1人程度の指導医が必要ではないかと考えております。

それからまた、研修の中で当直を研修するということも、これも重要な研修の一つの項目だと思っております。1年目はさすがに1人で当直をさせるということは遠慮していただきたいと思っているわけですが、2年目以降についてはこういった形で、上級医に相談できる体制でありますとか、オンコール体制で何かあればすぐ来られるような体制というものを確保した上で、当直の実習もお願いをしたいと思っております。

〔スライド6〕



(スライド6) 以上のようなことで、研修の準備を進めていただいていたわけですが、そうこうしているうちに地域の病院、中小病院のほうから、どうも中堅・若手医師の供給が滞ようになってきたのではないかとというようなご指摘を受けまして、地域医療に支障を来してはいけないということで、厚生労働省としても推進本部を設けまして、その辺の事情をよくお聞きするとともに、関係省庁等とも連携をいたしまして、この取り扱いについて検討したわけでございます。

その結果、この19年の3月まで3年間にわたっては、先ほどの基準についてこのような3点について、やや緩和をした措置をとろうということになったわけでございます。1つは受け入れる研修医の数が10床に対して1人ということであったものを、8床に対して1人ということでやや緩和をしたこと、それから医療法標準については臨床研修病院の指定に関して、医師の員数を有しているかどうかの規定は適用しないことにしよう。そして3つ目は、指導医の経験年数について5年以上でも可しようということでございます。

〔スライド7〕

臨床研修病院の指定申請等の状況

● 指定申請等の状況 (9月24日現在)

| | 臨床研修病院又は研修医 | 募集定員 |
|------------|-------------|--------|
| 新規指定申請 | 6,077件 | 8,042名 |
| 研修プログラムの変更 | 249件 | 1,757名 |
| 計 | 6,326件 | 9,800名 |

※ 本学の内からの特集が予定し、募集が集中していると思われる。

● 指定の状況及び審査の予定

- 9月1日付で16件(4名募集)の臨床研修病院を指定
- 10月1日付で39件(1,077名募集)の臨床研修病院を指定
- 審査会を開催し、議決、指定を行っている

● 臨床研修病院等の現況(10月1日現在)

- 臨床研修病院 627病院 (うち377病院) (4,411名募集)
- 大学病院 128名病院 (うち33名病院)

※ 指定された1,427名募集、2,077名募集は既に指定された1,077名募集

(スライド7) そういった状況下で申請がどうなっているかということですが、9月24日現在で見ただけだと、新たに指定を受けようというところが約700件、指定を既に受けていてプログラムの変更届け出をされるのが249件で、1,000件弱の申請がございます。募集定員で見ますと、合わせて1万名を超える募集定員が確保されそうだとということです。

1学年卒業生が7,500名、2度国家試験を受けられる方もおられまして、そういった方も合わせますと8,000人強になるわけですが、十分そういった方がポストを見つけれられる募集定員になっているということです。今後のスケジュールにつきましては、こういった形で順次、逐次指定を行いまして、マッチングまでには指定を何とか終わりたいと思っております。

〔スライド8〕

研修医の手当について

平成16年「研修医の処遇改善計画」(研修医手当、厚生労働省)

| | 臨床研修病院 | 大学附属病院 |
|----|----------------|----------------|
| | ※人当たり平均手当(円/月) | ※人当たり平均手当(円/月) |
| 私立 | 329,453 | 108,454 |
| 公約 | 306,121 | - |
| 公立 | 301,281 | 189,287 |
| 国立 | 208,087 | 203,840 |
| 計 | 298,305 | 154,771 |

※1. 厚生労働省(2004年)、「研修医手当、厚生労働省」
 ※2. 厚生労働省(2004年)、「研修医手当、厚生労働省」
 ※3. 厚生労働省(2004年)、「研修医手当、厚生労働省」

(スライド8) 次に、研修医の手当、給与の問題ですが、これは現状を示しております、臨床研修病院のほうは30万から、国立では20万程度ですが、そこそこ出ているわけですが、大学病院、特に私立大学病院については月10万円と。これ、平均してですから非常

に低いところがあるというような状況がございます。したがって、この収入の足りない部分はアルバイトで補うという現状があるわけで、これを何とかしなければいけないということでございます。

〔スライド9〕

研修医の処遇

- 臨床研修は学修と労働の二面性
 - 労働者性(給与等)に対する患者の負担/医療費中の有償労働的、機能的な実質の有無/報酬の意識/責任性
- 研修条件の提示
 - 研修手当、研修時間、社会保険、健康管理体制等
- 財源
 - 一般財源や診療報酬を含めて幅広く検討
 - H16概算要求において約2.2億円を計上
 - 教育研修体制の充実を図るとともに、研修医の処遇改善を目的に環境整備を推進
 - 診療報酬に関しては、臨床研修機能の評価の在り方について中長期的に検討

(スライド9) 研修医の処遇については、学習なのか労働なのかという議論が随分とあったわけですが、厚生労働省としてはこういった4つの観点から見て、それぞれ判断するとしても、研修医の労働者性は否定できないだろうと。当然、しかしながら研修というくらいですから、学習性もあるということで、その二面性を持っているのが研修医というものの性格ではないかと考えております。したがって、労働者性があるということから、一定の手当、それから研修時間、社会保険等についての保障もしなければならぬと考えております。こういったものを明示した上で研修医の募集をお願いをしたいということを言っております。

適切な指導体制、適切な処遇で研修をしていただく上では、やはり財源の手当がどうなるのかということが非常に重要なわけございまして、私どもとしてもそこを確保すべく、一般財源、診療報酬を含めて幅広く検討をしてきておまして、先生方のご意見もいただいたわけですが、とりあえず平成16年の概算要求においては、これまで私どもが研修補助金としてお出ししておりました42億円というものを一挙に5倍引き上げて、212億円という要求をしているわけでございます。財政が大変に厳しい折ですので、年末の政府予算案でどうなるかということが、大変に私どもも気をもんでおまして、鋭意財政当局と話を進めているわけですが、ぜひ、先生方のご支援をお願いをしたいと思ってお

■ シンポジウム

ります。

一方、診療報酬の問題につきましては、この臨床研修機能というものを診療報酬上どのように考えるのか、評価できるのかということについて今後、中医協でご議論いただくことになっているという状況でございます。

〔スライド10〕

日本医師臨床研修マッチングプログラム
(研修医マッチング)

- 概要**
研修医マッチングとは、研修希望者と、臨床研修を行う病院の研修プログラムとを、一定の規則 (アルゴリズム) に従って、効率的に、かつ透明性を確保して組み合わせるためのシステム
- 実施主体**
医師臨床研修マッチング協議会 (JRC) (http://www.jrcp.jp)
(日本医師会、医療研修推進財団、全国医学教育院院長会、海外研修協議会)
- 参加登録状況 (9月30日現在)**
参加者: 8,248名
参加病院: 847病院 (募集定員合計: 10,900名)
- スケジュール**
10月30日: 希望順位表の最終・変更・削除の最終締切
11月13日: 組み合わせ決定 (オンラインによる結果確認)

(スライド10) 次に、マッチングの関係でございますが、マッチングはこのようなことで、これまで個別に行っておりました研修医の採用の決定を、一定のアルゴリズムの中で決めていこうということでございます。医師会ほか4団体でマッチング協議会をつくっていただきまして発足をして、9月末の状況で参加者が8,200名といますから、ほとんど大部分の研修希望者が参加していただくことになっておりますし、参加病院もこの時点で847病院ということですので、大方の施設がマッチングに参加をしていただくという中でスタートすることになっております。10月30日が最終的な希望順位表の締め切りでございます。11月13日に組み合わせ決定が決まるということでございます。これで残念ながら組み合わせが決まらなかった方については、個別に決めていただくわけですが、その際の情報提供のお手伝いを私どもとしてもさせていただきますということでございます。

(スライド11) 今申し上げましたようなことの詳細につきましては、このような形で厚生労働省あるいは医療研修推進財団等のホームページでそれぞれ出されておりますし、研修プログラムがどこの病院でどういうポストがまだあいているのかということについては、このようなサイトも設けて、情報提供に努め、円滑な実施をお願いしたいと考えているところでございます。

今後ともまだ、来年の実施に向けまして幾つかの点が

〔スライド11〕

情報提供及び問い合わせ先

- 厚生労働省のホームページ
・発行通知、申請書様式などのダウンロードが可能
<http://www.mhlw.go.jp/topics/kyoku/its/itsiro/itsiro.html>
- 臨床研修プログラム検索サイト (厚生労働省)
・病院の申請又は選出に基づき、病院の概要、研修プログラムの概要、研修医の募集、空席情報等を情報提供
<http://www.nispp.org>
- 医療研修推進財団のホームページ
・発行通知、申請書様式等のダウンロードが可能な他、オンライン版の臨床研修ガイドブックが閲覧可能
<http://www.pmat.or.jp>
- 問い合わせ先
・地方厚生局又は厚生労働省医政局庶務課まで

課題として残っておりますけれども、そういった点の詰めも含めまして、一層のご理解、ご協力をお願いいたしまして私の話を終わらせていただきます。どうもありがとうございました。

大学附属病院の立場から

奈良県立医科大学附属病院長 吉岡 章

ただいまご紹介いただきました奈良県立医科大学附属病院の吉岡でございます。

私が全国80の医科大学あるいは国立大学医学部の附属病院長の代表というわけではございませんけれども、私ども地元の医科大学の附属病院の現状を通して、全国の医科大学が抱えている問題と、私どもの立場からこの問題について発言させていただきたいと思っております。

今申しましたように、全国には80の医学部・医科大学、合計で135の附属病院がございます。これは全国の研修病院全体から見ますと、20数%に当たります。それぞれ異なる設立目的、歴史、特性、あるいは特徴を持ってきておりますので、大学病院が抱える今日的な問題というものも、当然、様子が異なるわけでありまして、

国立大学あるいは公立大学、私立大学のすべて、いわゆる大学病院が持っております機能は、非常に複雑多岐でございます。卒後研修というものを、大学側から見ますと、卒後臨床研修は病院機能の一部にしか過ぎないという見方もできるわけでありまして、したがって、卒後臨床研修に関しまして大学附属病院に過大に期待をしていただくわけにはまいらない、あるいは、それは賢明ではないというふうにも言えるわけでありまして、すでに厚生労働省が考えられ、また医師会からもご発言ありますように、二次医療圏毎に臨床研修、指定病院を配置し、主に地域に密着した市中病院等が、主たる役割を果たすということが求められていると思っております。

しかしながら、これらの病院も経営基盤が必ずしも盤石ではありませんし、日常診療が非常に多忙で指導層がやや不足しているということも実状であります。そう考えますと、全国の大学病院自体も研修病院としてその一役を担うということ、また、その関連の病院に対して養成した指導医や専門医を、適正に配置を図るという面でも、この制度に対して十分貢献できるのではないかと、またそれが役割ではないかと考えるわけでありまして、

現在準備されております各大学病院の研修プログラムの多くは、いわゆる「たすきがけ方式」となっておりま



す。これはどういうことかといえますと、1年目は半数ずつ大学病院と研修病院とで研修して、2年目にはそれらを入れかえるというたすきがけであります。この方式は、従来から大きな関連病院を有しているいわゆる、旧帝国大学を中心とした有力な大学が、当初から研修医と関連病院を両方とも同時に抱え込むことができる、そういう制度にほかなりません。したがって、本来のこの研修制度が行おうとしている趣旨には、私はマッチしていないと考えます。むしろさらなる学閥の横行が行われる可能性すら含んでいると危惧しております。私ども奈良県立医科大学附属病院はその危険性をはらまない研修制度を打ち出しましたので、それをご紹介しながらお話を進めてまいりたいと思っております。

〔スライド1〕



■ シンポジウム

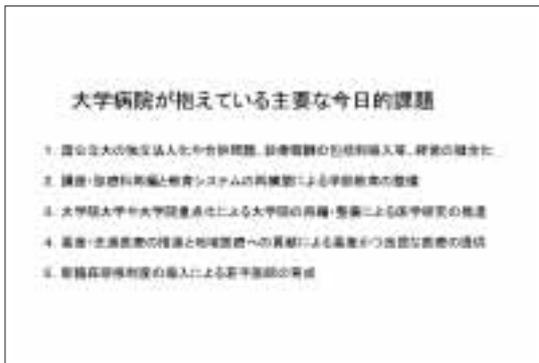
(スライド1) これは研修病院向けのニュースレターで、この8月、9月に出版した。キャッチフレーズは、「交錯する思いと翻弄される学生、マッチング目前の動きを追う。まさにこのとおりでした。

[スライド2]



(スライド2) それがいよいよ10月、11月になりますと、今度は医学生たちがこの夏を熱い思いで過ごしたと。やはり有名市中病院は非常に狭い門であるということが書いてございます。

[スライド3]



(スライド3) 先ほど少しお話し申し上げました大学病院が抱えている今日的な問題というのは、このようにまとめることができます。機能はたくさんあるわけですが、今日的な主要な課題の中には独法化や合併問題があります。一方、診療報酬の包括制度が導入されており、いずれの医科大学の附属病院といえども、経営の健全化ということを非常に強く求められております。病院長はその経営者でもあるということを問われているわけでありませう。

また一方、大学には講座、あるいは診療科というものがございまして、これの再編成と教育システムの再構築

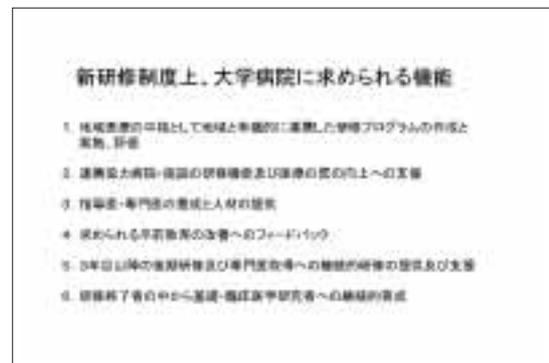
による学部教育が、もう一度整備されなければならないというところにきております。

一方、大学院大学や、大学院の重点化という、大学におけます研究面での、再編整備、これによります医科大学あるいは医学部の研究の推進がございまして。

また、大学病院は高度先進医療の推進と同時に、地域医療への貢献を求められておられて、そのレベルは高度かつ良質な医療の提供という、非常に高邁かつ広いものでございまして。

そしてこのたび、新臨床研修制度の導入による若手医師の育成をも大学はさらにやらねばならないということでございます。

[スライド4]



(スライド4) 新臨床研修制度上、大学病院に求められている機能というのは一体何だろうかということをお問自答してみました。1つは、地域医療の中核としての、地域と有機的に連携した研修プログラムをつくるべきであること。単に大学病院だけが自分たちだけの思いでつくってはいけません。それを実施しさらにみずから評価していくこと。それから、連携する協力病院や施設、これの研修機能及び医療の質の向上に対して、できるだけ支援すべきであること。さらに指導医、専門医を養成するのは、当面はこの大学附属病院である可能性が高いわけで、この養成と人材の提供であります。

また、求められる卒前教育というものは、臨床研修制度がうまくいくためには評価を卒前教育にフィードバックしなければならないということになります。

さらに、2年間で研修が終わるわけではなくて、終生やらなければならないと考えますと、3年以降の問題があります。これは、後期研修と専門医取得のための継続

(スライド12)これが私どものプログラムで、大学附属病院単独だけのプログラムでは40人の定員であります、医科大学それぞれの病院との4つのプログラムではさらに30名の定員がございました。トータルで見ますと、70人に対して32名、45%であったということでございます。

県下のほかのプログラムで見ますと、県立奈良病院のプログラムは12に対して11、県立三室病院では7分の1、そして中和済生会病院では8分の5と、まずまずの数字ではないかと考えております。

このように、大学がすべての関連病院をたすきがけて縛りつけるという考えは、我が奈良県立医科大学の方針には全くありません。

(スライド13)



(スライド13)私どものプログラムは、基本に忠実と申し上げましたように、最初の1年間は内科系と外科系を廻ります。内科については後でご説明いたします。外科についてはこのように考えました。脳外科でありますとか耳鼻科でありますとかそういうところの外科を網羅しても、ほんとうのプライマリーな外科はできないということで、高度救命救急センターであります救急医学講座で救命救急を勉強するというを主たる目的にする外科プログラム。それと将来外科医を目指す可能性が高い研修医には、麻酔科は必須でありますので、麻酔科をこの際にしっかり勉強することを目的とした外科プログラム2つのプログラムをつくりました。このように共通した外科の必須研修を、両方のプログラムでやるということになります。

2年目は必須小児科を3カ月、これはたまたま私が小児科ということで、無理矢理3カ月とったのではありません。日本小児科学会は3カ月を望んでいたわけであり

ますけれども、これが達成されたところは残念ながら全国でも5割を欠いております。精神科2カ月、そして地域医療が1カ月と産科が1カ月。そして、選択科目は3カ月と2カ月でもいいし、また、連続して5カ月をとってもいいといたしております。

(スライド14)

中・南和病院群研修プログラムの特色

研修プログラムの特色として、私達自身の地域医療が強いことを活かして、一部を附属病院の専任の研修医が担当し、以下に示す5事項を設定し、

1. 奈良県立医科大学附属病院に限り、連携医療を担う4つの病院と保健所の特性を生かした5つのプログラムを準備した。
2. 内科系の研修については、1年目のプログラムにおいて5つの専任の研修医が担当する体制とする。
3. 外科系の研修については、専任の研修医が担当するのではなく、臨床研修医が研修プログラムを構成する。
4. 1年目は研修医、2年目は研修医の主任、3年目は主任、4年目は主任、5年目は主任と研修医の体制とする。
5. 研修期間終了後、専任の研修医が担当する5つの専任の研修医が研修医として研修を受ける。
6. 研修期間終了後、各研修医の担当する5つの専任の研修医が研修を受ける。
7. 2年目は、奈良県立医科大学への専任の研修医が研修コース専任の研修医として研修を受ける。

(スライド14)最後に私どもの中・南和病院群研修プログラムの特色を少し申し上げます。県立医科大学附属病院を中核に置き、地域医療を担う4つの病院と保健所、一部の精神科病院を研修施設に選びまして、特性を生かした5つのプログラムを準備いたしました。内科研修につきましては私ども奈良医大附属病院には、ナンバー内科として3つ、それから総合内科としての、総合診療部という内科が1つ、そして神経内科がございますが、この5つの内科がこのプログラムにおいて等しく責任を果たすことにいたしましたので、内科系5科が研修を担当いたします。外科につきましては先ほど申しましたように、麻酔科を中心としたもの、それから救急科を中心としたものがございます。2年目は先ほど申しました。

それと私どもは中央部門が充実しております。いわゆる病院病理であります。病理診断学が基礎から臨床の講座としてこの4月から発足し、教授以下4名が病院病理に専任しております。したがって、これを回ることも可能であります。他の中央部門でも中央臨床検査部にも輸血部にも、周産期医療センターNICUにも教授がおりまして、それを回ることができますし、ICU・CCU、それからこの10月からは感染症センターを発足させましたので、これも回ることができます。これも公募中の教授を含めた4名の専任の感染症専門家がおります。それから透析部、リハビリテーション部、中央内視鏡、それ

■ シンポジウム

から中央超音波、このような中央部門も2年目の研修科目として選択することができるというふうにしております。

さらに、臨床研修を通じまして、研修医の日常生活や研修についての相談に当たるチューター制度を設けてきめ細かくやろうということしております。

最後に、2年間の臨床研修修了後は、奈良県立医科大学の大学院への進学、あるいは各科の専門医研修制度への継続的な研修、これに移行することができるというプログラムを考えております。

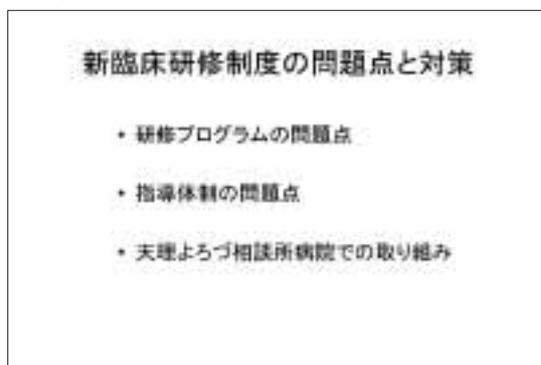
以上、ご清聴ありがとうございました。

市中病院の立場から

天理よろづ相談所病院総合診療教育部部長 郡 義 明

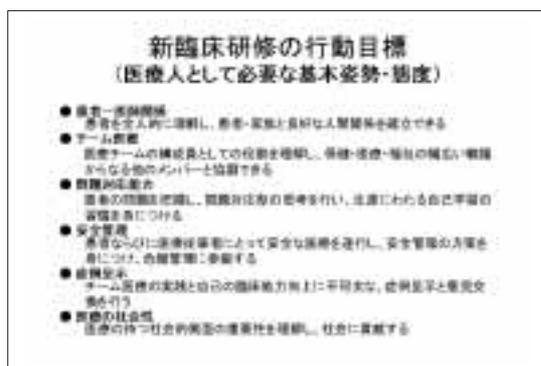
天理病院の郡です。よろしくお願ひします。

〔スライド1〕



〔スライド1〕私は今回の臨床研修の必修化は、大変意義深い画期的な改革だと考えています。当院は昭和51年から全国公募、総合診療方式による卒後臨床研修を実施してきました。これまでの経験を踏まえて、新臨床研修の問題点について述べ、当院での取り組みについて紹介させていただきます。

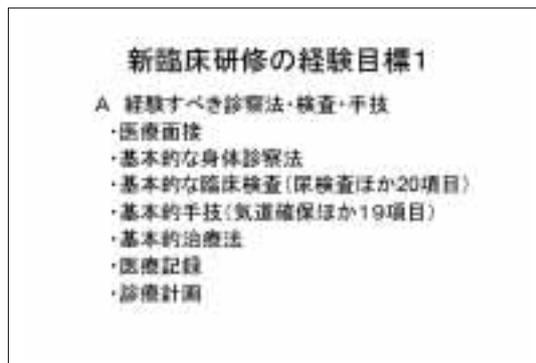
〔スライド2〕



〔スライド2〕今回の研修プログラムを見て、私が第一に危惧することは、あまりにも要求する内容が多いことです。スライドは行動目標を示します。患者医師関係、問題対応能力などを含む6項目が挙げられています。これを2年間で習得することは十分納得できます。問題は知識や技術に関する研修項目です。

〔スライド3〕これは経験すべき診察法、検査、手技の項で、7項目があります。基本的臨床検査は尿検査のほ

〔スライド3〕



か20項目、基本的手技は気道確保のほか19項目が含まれます。

〔スライド4〕これは経験すべき症状、病態、疾患の項で、頻度の高い症状35症状、緊急を要する症状、病態17項目、経験が求められる疾患、病態は88項目の70%が求められています。

〔スライド5〕さらに、6項目の特定の医療現場の診療が求められています。

〔スライド6〕今回のプログラムでは、要求される内容が非常に多岐にわたります。これはもう医師の生涯教育の到達目標としてもよいような内容と考えます。果たしてこれだけ多くの技術や知識を習得することが、ほんとうに必要なのでしょうか。仮に2年間で極めて多くの知

〔スライド4〕

新臨床研修の経験目標2

日 経験すべき症状・病態・疾患

- ・頻度の高い症状
 - 胸痛、発熱の他、合わせて35症状
- ・緊急を要する症状・病態
 - 心筋停止、ショックのほか17項目
- ・経験が求められる疾患・病態
 - 全疾患(88項目)のうち70%以上を経験することが望ましい

〔スライド5〕

新臨床研修の経験目標3

C 特定の医療現場での診療

- ・救命救急
- ・予防医療
- ・地域保健・医療
- ・周産・小児・成育医療
- ・精神保健・医療
- ・緩和・終末期医療

〔スライド6〕

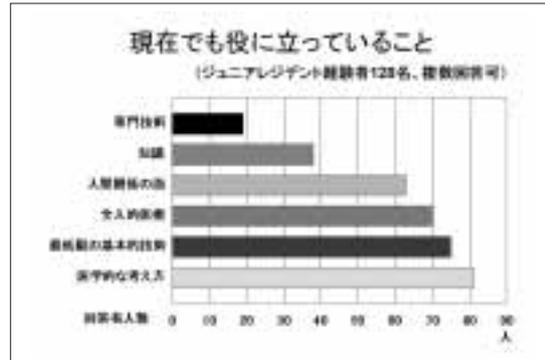
研修プログラムの問題点-その1

- ・ 詰め込み教育的
 - ・ 卒後臨床研修は、生涯教育の始まりに過ぎない
- ・ Abilityは今の知識や技術によってできる能力、Capabilityはニーズを判断し、自ら学び取っていく能力
- ・ 詰め込み教育では、Abilityは身に付けることは可能かも知れないが、Capabilityは身につかない

識や技術を習得できても、医療の知識や技術の進歩は目覚ましく、果たしてそれがどれほどの期間、通用するのでしょうか。早いものなら数年で役に立たなくなります。

生涯、臨床医を続ける医師にとってはアビリティ、すなわち2年研修した時点で身につけた知識や技術によってできる能力よりも、ケーパビリティ、ニーズを正しく認識しその解決に必要なものを学び取る力、問題を解決する能力こそが必要です。このケーパビリティは、詰め込み教育では養われないと考えます。

〔スライド7〕



(スライド7) 次のスライドは、これは数年前に当院で初期研修を受けた204人を対象にしたアンケートの結果です。回答があったのは128名で、複数回答を可能にしてあります。

初期研修で学んだことで、何が今も役に立っているかとの問いに対して、医学的な考え方、最低限の基本的技術、全人的医療、人間関係の面が高く評価され、知識や専門的技術は低い評価になっています。

〔スライド8〕

研修プログラムの問題点-その2

- ・ 見学主体に陥る危険
 - ・ 臨床的な判断力が身につかない
 - ・ 判断力を伴わない知識や技術は実践の場では役に立ちにくい
- ・ 卒前研修のレベルが不十分
 - ・ 診療録が記載できない
 - ・ 処方・指示が出せない
 - ・ 身体所見が取れない
 - ・ 患者とのコミュニケーションが取れない

(スライド8) 次に、過剰なプログラムは見学に陥る危険があります。今回の研修は2年間に少なくとも7科の研修を行う非常にタイトなものです。臨床医の素養として判断力は非常に重要です。心筋梗塞がどのような病気で、どのような治療をするかを知っていても、目の前の胸痛を訴える患者が心筋梗塞なのか、心筋梗塞であるとして、今、自分は何をすべきかが判断できなければ、臨床の現場ではほとんど役に立ちません。臨床的判断力を伴わない知識や技術はマニュアル的になり、役に立たないどころか時に危険ですらあります。臨床的判断力を身につけるには、見学ではなく、研修医みずからが主体

的にかかわりニーズを判断し、指導医のチェックを受けながら研修医自身が決断する研修環境が必要です。

私は内科、外科、救急は必修として、小児科、精神科、婦人科、地域保健医療については、個人の進路に合わせて2科目を選択にすれば、カリキュラムに余裕が生まれ、より主体的な実りある研修が行えるのではないかと考えます。

次に、現時点での卒前研修のレベルが不十分です。今回の研修では1年次に内科のほかに外科、麻酔科、救急の研修も開始されます。研修開始時の研修医の多くは、医師記録を記録したことがない、処方指示を出したことがない、まともに身体所見がとれない、患者ときちんとしたコミュニケーションがとれません。これでは麻酔科、救急などの現場には危なっかしくて研修医をいきなり投入できません。無理に投入したとしても見学が主体となり、臨床的判断力を養うことはできません。これらを一通りマスターするための基本研修の期間が、医療過誤防止の意味からも必要であると考えます。卒前教育の充実なくして卒後研修の充実はあり得ません。一層の卒前研修のレベルアップを望みます。

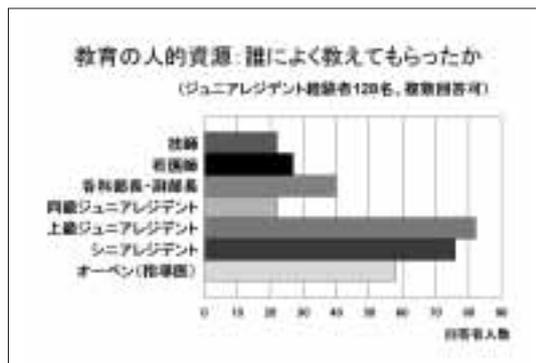
〔スライド9〕

指導体制の問題-その1

1. 指導医のマンパワーの不足
 - 日常勤務が極めて多忙、教育専任職はいない
 - 限られた教育資源の有効利用(屋根互方式)
 - 弾力的な指導医の勤務体制
 - 財政的支援による指導医の雇用

(スライド9) 新臨床研修の実施に当たっての最大の問題点は、やはり指導体制です。市中病院はcommon diseaseが多く、患者の偏りが少ない点で、大学病院より研修に適していますが、市中病院の勤務医は、診療面だけでもあまりにも多忙です。さらに今後は教育の負担がかかってくることとなります。病院の経営は年々逼迫しており、教育のために医師を雇う余裕がないのが実情です。(スライド10) これも初期研修経験者に行ったアンケートで、だれによく教えてもらったかという問いに対する

〔スライド10〕



回答です。最下段のオープン指導医という回答が多いのは当然ですが、注目すべきは上級の研修医に教えてもらったという回答がさらに多い点です。私も部長なんですけれども、部長は毎週回診をやっていますが、意外と評価が低いということでした。ちょっと肩身の狭い思いをしております。上級研修医による指導、いわゆる屋根がわら方式による指導は、少ない人的資源の中で有効な方法です。しかし、根本的には教育のためのスタッフが雇用できるようにすることが不可欠です。

そもそも教育や研修は、まずその指導者の養成から始めるべきもので、そのために一層の国庫からの財政的支援、あるいは保険診療上の優遇がなされるべきであると考えます。

〔スライド11〕

指導体制の問題-その2

2. 指導医の質の問題
 - 総合的、包括的な教育的視点が不十分
 - 教育の技法(成人教育理論)に精通していない
 - 総合診療科(部)の新設
 - 指導医のためのワークショップを行う
3. 教育に対する評価・報酬がない
 - ボランティアでは続かない
 - 適切な評価とそれに基づく報酬が支払われるべき

(スライド11) 指導医の量の不足に加えて、質の問題もあります。多くの研修病院の指導医は専門医であり、総合的包括的な視点での教育的配慮が不十分であるために、基本的な診療能力を教育することに必ずしも適していません。専門分化した総合病院にあっても、総合的な視点で診療する総合診療科をつくり、彼らに教育の一端を担

■ シンポジウム

ってもらふ必要があります。またほとんどの指導医は、教育に関しては素人に近いのが実情です。研修医は既に経験のある社会人であり、経験のない子供に物を教えるのとは事情が異なります。研修医のみずからの学習を可能な限り援助するのが、成人に対する教育であるという認識が不十分です。指導医が教育に関してもっと学ぶ機会をつくるべきです。

3番目の問題は、病院での教育が一部の医師のいわばボランティアで行われてきたことです。これでは長続きしませんし、質の向上も望めません。教育に対して正当な対価を払うべきです。そのためにはまず財源が必要ですし、報酬の支払いの基準となる教育に対する正当な評価が必要です。しかし、本邦では模範となる指導医に対する評価基準がありません。今後指導医の指導教育に対する評価の基準をつくるべきであると考えます。

〔スライド12〕

天理よろづ相談所病院での取り組み

- ・ 研修スケジュールの工夫
- ・ 救急指導体制の強化策
- ・ 指導医の評価
- ・ 総合診療教育部の役割

〔スライド12〕 前述の問題を踏まえて、当院の取り組みについてご紹介します。

〔スライド13〕

厚労省推奨案に基づく研修スケジュール

| 年次 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|----|------|-----|------|------|------|-----|-----|------|---|----|----|----|
| 1 | 総合診療 | 内科 | 救急科 | 小児科 | 産婦人科 | 放射線 | 皮膚科 | | | | | |
| 2 | 総合診療 | 内科 | 救急科 | 小児科 | 産婦人科 | 放射線 | 皮膚科 | | | | | |
| 3 | 総合診療 | 内科 | 救急科 | 小児科 | 産婦人科 | 放射線 | 皮膚科 | | | | | |
| 4 | 総合診療 | 救急科 | 内科 | 産婦人科 | 小児科 | 放射線 | 皮膚科 | | | | | |
| 5 | 総合診療 | 救急科 | 内科 | 産婦人科 | 小児科 | 放射線 | 皮膚科 | | | | | |
| 6 | 内科 | 救急科 | 総合診療 | 産婦人科 | 放射線 | 皮膚科 | 小児科 | 産婦人科 | | | | |
| 7 | 内科 | 救急科 | 総合診療 | 産婦人科 | 放射線 | 皮膚科 | 小児科 | 産婦人科 | | | | |
| 8 | 内科 | 救急科 | 総合診療 | 産婦人科 | 放射線 | 皮膚科 | 小児科 | 産婦人科 | | | | |
| 9 | 救急科 | 内科 | 総合診療 | 産婦人科 | 放射線 | 皮膚科 | 小児科 | | | | | |
| 10 | 救急科 | 内科 | 総合診療 | 産婦人科 | 放射線 | 皮膚科 | 小児科 | | | | | |
| 11 | 救急科 | 内科 | 総合診療 | 産婦人科 | 放射線 | 皮膚科 | 小児科 | | | | | |
| 12 | 救急科 | 内科 | 総合診療 | 産婦人科 | 放射線 | 皮膚科 | 小児科 | | | | | |

〔スライド13〕 まず、研修のスケジュールですが、当院では毎年12名の研修医を採用しています。スライドは厚

労省の推奨案どおりに研修科目を組んだものです。これですと、6名はいきなり外科や麻酔科の研修を受けることとなります。また、2年間を通じて上級の研修医と一緒に仕事をする機会がなく、上級医から教わる機会が失われてしまいます。これでは屋根がわら方式ではなく、れんが積み方式と言ってもいいかもわかりません。

〔スライド14〕

平成16~17年度スケジュール

| 年次 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 |
|----|------|-----|-----|------|------|-----|-----|---|---|----|----|----|
| 1 | 総合診療 | 救急科 | 内科 | 産婦人科 | 小児科 | 放射線 | 皮膚科 | | | | | |
| 2 | 総合診療 | 救急科 | 内科 | 産婦人科 | 小児科 | 放射線 | 皮膚科 | | | | | |
| 3 | 総合診療 | 内科 | 救急科 | 小児科 | 産婦人科 | 放射線 | 皮膚科 | | | | | |
| 4 | 総合診療 | 内科 | 救急科 | 小児科 | 産婦人科 | 放射線 | 皮膚科 | | | | | |
| 5 | 総合診療 | 内科 | 救急科 | 小児科 | 産婦人科 | 放射線 | 皮膚科 | | | | | |
| 6 | 総合診療 | 内科 | 救急科 | 小児科 | 産婦人科 | 放射線 | 皮膚科 | | | | | |
| 7 | 総合診療 | 内科 | 救急科 | 小児科 | 産婦人科 | 放射線 | 皮膚科 | | | | | |
| 8 | 総合診療 | 内科 | 救急科 | 小児科 | 産婦人科 | 放射線 | 皮膚科 | | | | | |
| 9 | 総合診療 | 内科 | 救急科 | 小児科 | 産婦人科 | 放射線 | 皮膚科 | | | | | |
| 10 | 総合診療 | 内科 | 救急科 | 小児科 | 産婦人科 | 放射線 | 皮膚科 | | | | | |
| 11 | 総合診療 | 内科 | 救急科 | 小児科 | 産婦人科 | 放射線 | 皮膚科 | | | | | |
| 12 | 総合診療 | 内科 | 救急科 | 小児科 | 産婦人科 | 放射線 | 皮膚科 | | | | | |

2年間で通じて、内2年間の救急科を1年、救急科研修は内科系だが、外科系も研修

〔スライド14〕 これは苦心の末に組んだ実際のスケジュールです。まず当初の3カ月間は、従来どおり全員が総合病棟研修から開始します。この期間に身体診察、患者とのコミュニケーション、診療録の記載、指示や処方といった基本的なことをマスターするようにします。12人が同じところで研修を始めるので、同じ釜の飯を食った同志といった結びつきが強く、研修が終わった後も終生のつき合いがあります。研修当初は特にストレスがかかりますが、こうした研修医間の連帯が、精神的な支えにもなってきました。また、従来どおり2年次にも総合病棟研修を組み入れることで、1年目と2年目の研修医が教え教えられる環境を残しました。

〔スライド15〕

救急外来(夜間)研修の指導体制

- ・ 当直体制
 - 初期研修医: 1年目1名、2年目1名
 - 後期研修医(卒後3~6年目): 1名
 - スタッフ: 内科系1名、外科系1名
- ・ 指導体制
 - 初期研修医の指導は主に後期研修医が行う
 - 救急を専門とする医師の指導は受けられない

〔スライド15〕 指導体制の強化の一例を示します。当院

の救急外来の当直体制は、初期研修医は1年目、2年目の各1名、後期研修医1名、内科系、外科系のスタッフ各1名の5人です。救命救急センターを併設していない当院では、救急の専門医はおりません。初期研修医の指導は主に後期研修医が行いますが、彼らとて救急の専門医のもとで指導を受けたわけではなく、指導医としての力量は必ずしも十分とは言えません。

〔スライド16〕

救急外来での指導体制の強化策

- ・ 当院で初期-後期研修(計5-6年間)後、スタッフとなった医師に指導医を依頼
- ・ 勤務時間は、毎週1回、午後5時より11時
- ・ 翌日の午前中の勤務は免除
- ・ 平日の当直業務は免除
- ・ 報酬制
- ・ 研修医からの評価は高い
- ・ 病院・専門科の理解が必要
- ・ 本人のモチベーションを維持する工夫が必要

(スライド16) そこで、当院で研修医として5年ないし6年の救急外来の経験のあるスタッフに指導医を依頼しました。勤務時間は救急患者が多く来る午後5時から11時とし、翌日の午前中の勤務は免除、平日の当直業務も免除しました。現在は3人で週3日間をカバーしています。院長や専門科の理解があれば、勤務体系を弾力的に運用することで、指導体制の強化は可能です。研修医からの評価は高いものの、現在のところは無報酬で、彼らのモチベーションをいかに維持するかが問題です。

〔スライド17〕

研修と評価

- ・ 人の評価
 - ・ 指導スタッフから研修医の評価
 - ・ 形成的評価、総括的評価(ランク付け)
 - ・ 研修医から指導医の評価
- ・ プログラムの評価
 - ・ 研修医全員による全プログラムに対する総括的評価
 - ・ 研修管理委員会による評価

(スライド17) 当院で行っている研修の評価です。実りある研修をするためには評価が欠かせません。研修医やプログラム自体を評価することも重要ですが、指導医の

質の向上のためには、研修医から見た指導医の評価も必要です。

〔スライド18〕

指導医評価表

指導医名: 先生
 研修医名: 平成 年 月 日 - 年 月 日

| | |
|--|--------------|
| 1. 医学知識の面でDuke modelになる。 | ○優 ○良 ○可 ○不可 |
| 2. 診療態度の面でDuke modelになる。 | ○優 ○良 ○可 ○不可 |
| 3. 初期研修として何が必要なら良いか (minimal requirement)が明確である。 | ○優 ○良 ○可 ○不可 |
| 4. Discussionが充実している。 | ○優 ○良 ○可 ○不可 |
| 5. 勉強づけ! | ○優 ○良 ○可 ○不可 |
| 6. その他のコメント | |

(スライド18) これは指導医に対する評価表です。半年に1回、研修医はこの評価表を院長に提出します。院長に提出する際には、研修医は記名をしますが、院長から我々スタッフに返ってくる際には無記名になっています。できるだけ本音を書いてもらうためです。

〔スライド19〕

指導医名: 研修医 指導医名: 平成13年11月-14年3月

| | |
|----------------------------|--------------|
| 1. 医学知識の面でDuke modelになる。 | ○優 ●良 ○可 ○不可 |
| 2. 診療態度の面でDuke modelになる。 | ○優 ○良 ●可 ○不可 |
| 3. 初期研修として何を教えたなら良いか明確である。 | ○優 ●良 ○可 ○不可 |
| 4. Discussionが充実している。 | ○優 ●良 ○可 ○不可 |
| 5. 勉強づけ! | ○優 ○良 ●可 ○不可 |
| 6. その他のコメント | |

基本的には横のある温かい指導医だと思うが、研修医に対する態度、評価が先入観で支配されて平均点になることがある。研修医にいいなる指導医を求めているのか、今ひとつは分からない。当スタッフの中で最も研修医のために努力している。

(スライド19) これは私に対する研修医の評価、平成13年の評価ですが、なかなか人をよく観察していると思います。以下は息抜きだと思って聞いてください。

医学知識の面でロールモデルになるかという問いに関しては、知識は豊富だが断片的なものにとどまることもある。そのとおりです。それから、例えば初期研修として何を教えたならよいか明確であるかということに関しては、ミニマムリクワイアメントを意識しようとする姿勢はうかがえるが、十分に統一されていない。これもそのとおりです。4番目、ディスカッションが充実しているか。経験や知識が豊富な分、高圧的に感じることもある。中立的な情報として経験や知識を提示されたほうが受け

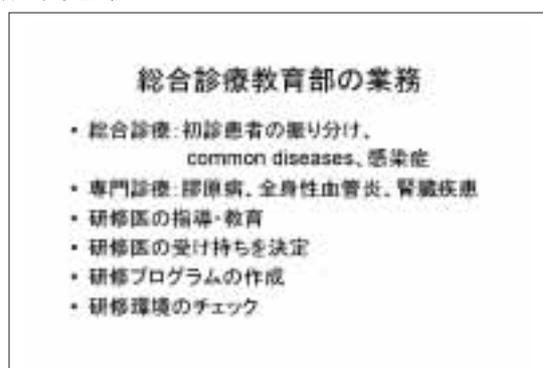
■ シンポジウム

入れやすい。的確なご指摘でした。

それからその他のコメントですが、基本的には情のある温かい指導医だと思うが、研修医に対する態度、評価が先入観に支配されて不公平になることがある。改めさせていただきました。それから最後に、全スタッフの中で最も研修医のために努力している。けなすことばかりではだめで、時にはおだてることも必要だということも教えていただきました。

教育の主人公が研修医であることを考えれば、指導医が研修医から評価を受けることは当然ですが、当院でも研修医の評価を進んで受けようとする指導医はまだ少ないのが実情です。

〔スライド20〕



(スライド20) 私が勤務する総合診療教育部の仕事の内容を示します。診療面では総合診療を行いながら、当院に専門科のない膠原病や腎疾患の専門診療を担当しています。教育面では研修医を直接指導教育するほか、データベースを利用して偏りのないように入院患者の受け持ちを決めたり、研修プログラムを作成したり、研修環境のチェックを行っています。現在私を含めて4名がこの仕事に従事しています。新臨床研修理念の達成のためには、専門分化した研修病院にあっても、総合的な視野に立って診療しながら、教育を半ば業務として行うセクションが必要です。

最後に我々の職務は、まだ医学界や医療全体の中で必ずしも正当に評価されているわけではありません。しかし、研修医のひたむきな姿や、2年の間に見違えるような成長ぶりが我々を励ましてくれることをつけ加えさせていただいて、私の発表を終わります。ご清聴ありがとうございました。

研修医の立場から

奈良県立医科大学第1内科学教室 赤井靖宏

ご紹介いただきました奈良医大第一内科の赤井と申します。きょうはよろしくお願いいたします。

私に与えられました課題は、卒後臨床研修に求められるもので研修医の立場から考察をせよということで、課題をいただきました。この課題をいただきましてから、私が教育の立場から携わっている現在の研修医に、新しい研修制度に何を求めるか、どういう卒後研修をしたいのかというようなことをちょっと尋ねてみました。

〔スライド1〕

研修医からの疑問・不安

←どんな研修が受けられるのだろうか？
⇒指導体制は整っているのか？

←研修結果はどのように評価されるのか？
⇒評価のされ方、評価の基準

←研修後の進路は？
⇒どのような選択肢があるのか？

〔スライド1〕研修医からの疑問、不安ということに絞りますと、まず、もちろんどんな研修が受けられるのだろうか、新しい体制になりますのでどういう指導体制があるのかどうか、ほんとうにきちんとした研修が受けられるのであろうかと、こういうことが最も将来の研修医の不安、疑問の第一番です。それに伴ってというか、その結果なんですけど、研修の結果がどのように評価されるのか、それからやはり病院によって評価のされ方、評価の基準がかなり違うのではないかと。最後に研修後の進路がどのようなものであるのか、どのような選択肢があるのかということに関して、研修医が疑問や不安に思っているということを私、感じました。

〔スライド2〕一体卒後研修に何が求められるのかということ、私なりに考察してみますと、やはり適正な医療技術の習得、これは臨床手技、それからスタンダードな医学知識、これはある病院のある医師の医学知識ではなく、あるいはある医師の臨床手技ではなく、スタンダ



〔スライド2〕

卒後研修に何が求められるか？

←適正な医療技術の習得
⇒臨床手技、スタンダードな医学知識

←医師としての倫理観の養成
⇒患者に対する倫理、医の倫理

←医学知識の習得
⇒正確で実践的な医学知識

←医療職業人としての意識の養成
⇒チーム医療、カルテ・書類作成

ードな、どこの病院でも日本全国、あるいは世界にも共通するようなスタンダードな医学知識を習得することという意味です。

それとともに、医師としての倫理観の養成、これは患者に対する医師としての倫理、それから医療、医学全体に対する倫理、これを習得することは大変重要な課題だと考えます。

それから、医学知識の習得という意味では、単に教科書に載っているような知識ではなく、先ほど郡先生も触れられましたけども、その場で患者さんを目の前にしたときに、いかに正確で実践的な医療ができるかという点についての医学知識をつけることは非常に重要です。

それから、医療職業人としていわゆる1人の社会人と

■ シンポジウム

して、チーム医療あるいは書類を作成したりカルテを書いたりという、医療職業人としてのいわば義務のようなものをきちんとできるというような立場が、大変重要かと思えます。

〔スライド3〕

米国と日本の研修制度

←新しい研修医制度は米国の制度と類似
 >>>ローテート、限定された免許

←米国の制度から日本の将来を展望

(スライド3) アメリカの研修制度と申しますのは、今回、4月から行われます研修制度と似ているということで、アメリカの制度を少し見てみることで日本の将来が展望できるのではないかと考えました。

〔スライド4〕

米国の臨床研修システム

←Clinical clerkship: 3rd and 4th year medical school

←Internship: 1st year of clinical training

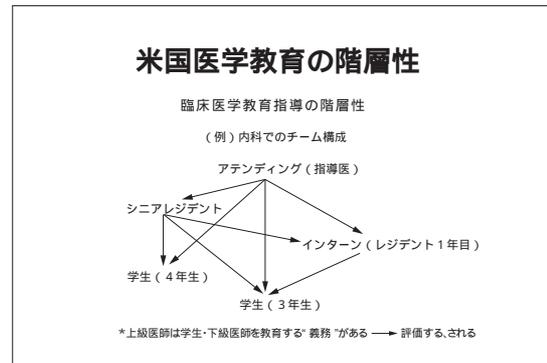
←Residency: 2-4 years after internship

←Fellowship: Specialized training after residency

(スライド4) アメリカの制度を少し復習してみますと、アメリカの研修システムは実は大学の3年、4年のときに始まります。アメリカの大学の医学校というのは4年間ですから、日本でいえば医学部の5年、6年のときに臨床研修が始まるということになります。これはクリニカル・クラークシップと呼ばれておまして、ほとんどこれは医師と同じような経験をします。カルテも書きますし、医師のスーパーバイズのもとですが、投薬をします。それが終わりますとインターンシップという1年のクリニカル・トレーニングがありまして、その後、レジデンス・トレーニングに入ります。これは大体2年か

ら4年、それが終わった段階で専門医の教育システムに入っていくということになります。

〔スライド5〕



(スライド5) 米国の医学教育にはこのような階層性があります。これは指導の階層性なんですけど、内科を例に挙げますと、まずアテンディングという指導医がシニアレジデントあるいはインターンの教育を行う。同時にアテンディングは学生もチームの中におられますので、その指導についても責任を持つことになります。先ほど郡先生が言われたような屋根がわら方式と言われるような形で、シニアレジデントは自分の下級のインターン、それから学生に対して教育する義務があります。教育すればそれに対して評価する、されるという関係が生じてまいります。

〔スライド6〕

米国の臨床研修システムの特徴

←研修は必修

←“スタンダード”を重視した教育

←研修医評価の充実

←将来のキャリアも視点においた教育

(スライド6) アメリカの研修システムの特徴は、研修が必修であることに加えまして、非常にスタンダードを重視した教育であるということです。大変驚きましたのは、ある疾患に対して投与する抗生物質のある薬物名まで、全く一緒ということはないですが、非常に似通ったものになるということで、大変スタンダードを重視した

教育が行われていると考えられます。

それから研修評価が充実しているということと、将来のキャリアも視点に置いた教育あるいはローテーションが行われているということです。

〔スライド7〕

| 日米の臨床研修の比較 | |
|-------------------|--------------|
| 米国 | 日本 |
| 研修 ← 必修 | ← 必修(16年度から) |
| ローテート ← 特定科をローテート | ← スーパーローテート |
| 評価 ← 評価が必須 | ← 評価はアア |
| 給与 ← 特定額の給与 | ← 特定額の給与? |
| 教育内容 ← スタンダードな教育 | ← ? |
| 手技 ← ほとんどなし | ← 充実 |

(スライド7) さて、日米の臨床研修を比較してみると、アメリカの研修は必修、日本も来年度から必修となります。アメリカのローテートは、これは例えば内科医になる者であれば、内科だけをローテートすることになります。特別な例はありますけれども、例えばファミリープラクティスとかというようなスペシャリティーに進む方は、産婦人科とか精神科とかそういうところをローテートすることにもなりますが、基本的には自分が専門とするところをローテートするというローテート方式です。

評価に関しても、アメリカの場合評価が必須、日本の場合、評価が行われつつありますが、今のところちょっとどうなるかはよくわかりません。

給与に関して、アメリカは特定額の給与が出ます。日本もおそらくそうなるのではないかと期待しておりますけれども、教育内容についてはスタンダードな教育、日本はそういう到達目標という目標はありますけれども、それを例えばどういうふうに評価していくのかというようなことに関して、ちょっとよくわかりません。

それから、アメリカにほとんどなくて、日本に非常に充実しているものに、手技の習得があります。アメリカで研修をしておりますと、例えば超音波のプロープを持つことは、私が3年間、全部合わせて5年間ですけども、いた間に1回も私、持ったことないんですね。例えば超音波で腎生検なんかをするときには、超音波の技師と放射線科医と一緒に来まして、私たちはそのガイドにした

がって、ぱちんと腎生検をするというような、非常に複雑なことになるんですけども、日本の場合には、例えば超音波の手技など基本的なことができることが、臨床研修の努力目標にも上げられております。

〔スライド8〕

| 米国の研修医評価システム |
|------------------------|
| ← ほぼ毎月の上級医・指導医からの評価 |
| ← 研修医に対するフィードバック |
| ← 標準に至らない場合の対策 |
| ← 評価が最終的に将来のキャリアに生かされる |
| ← 倫理・心理的側面の重視 |

(スライド8) 研修医の評価システムに少し話を移していきたいと思うのですが、アメリカの研修医の評価システムは、ほぼ毎月の上級医、指導医からの評価、それから研修医に対するフィードバック、標準に至らない場合の対策、研修医がその評価以下の基準であった場合にどうするかという場合の対策がマニュアル化されています。それと評価が最終的な将来のキャリアに生かされていくという側面があります。また非常に倫理的、心理的側面、あるいはプロフェッショナルとしての意識の重視がなされております。

〔スライド9〕

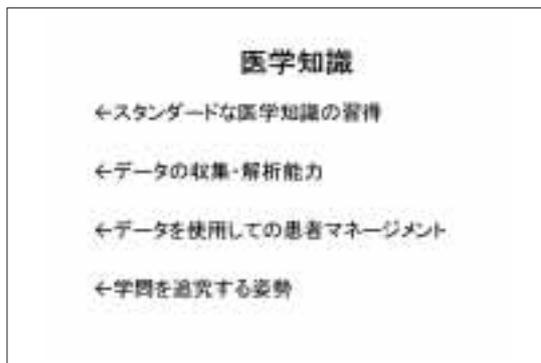
| 評価の内容 |
|--------|
| ← 医学知識 |
| ← 医療技術 |
| ← 医療倫理 |
| ← 職業意識 |

(スライド9) 評価の内容としては医学の知識、医療技術はもとより、医療倫理、職業意識が重視されております。

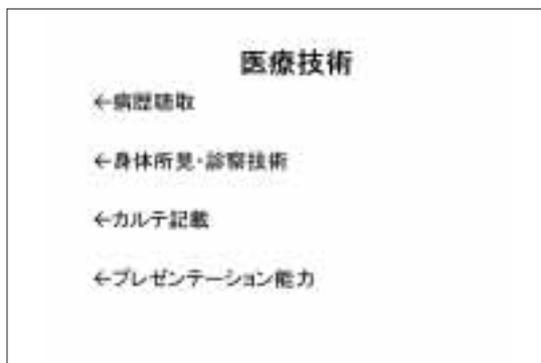
(スライド10) それぞれについて少し見てみますと、医学知識はスタンダードな医学知識の習得、データをちゃ

■ シンポジウム

んと収集できるか、データを使用しての患者のマネジメ
〔スライド10〕



ントができるか、学問を追求する姿勢があるかというよ
うな形で、日本の評価システム、後で触れますけれども、
に比べますと、やや抽象的な項目になっております。
〔スライド11〕

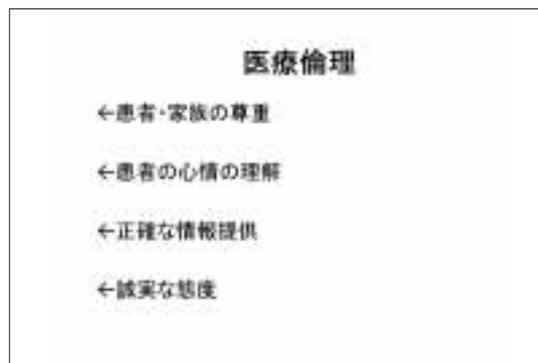


(スライド11) 医療技術に関しましては、病歴の聴取が
できる、身体所見ができる、カルテの記載ができる、プ
レゼンテーション能力があるというような点で、これも
日本の評価項目は、例えば心臓の聴診ができるとか、肺
の聴診ができるというような非常に細かい項目になって
おりますが、アメリカの場合の評価はそれほど細かい評
価はなされておられません。

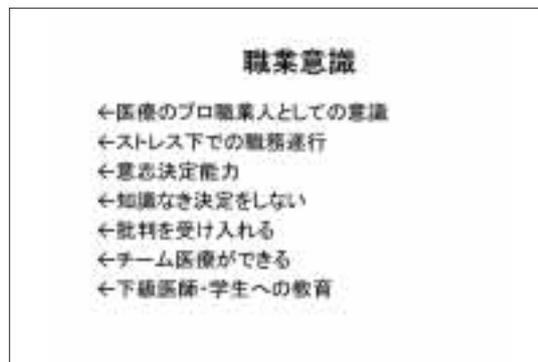
(スライド12) 医療倫理に関しては逆に少し細くなり
まして、患者家族を尊重できるか、患者の心情が理解で
きるか、あるいは正確な情報提供ができるか、誠実な態
度で患者に臨めるかというように、医療倫理、医者とし
ての倫理がきちんと確立されているかどうかということが
重視されております。

(スライド13) 最後の職業意識なんですけれども、医療
のプロとしての意識があるかどうか、それから研修医の

〔スライド12〕

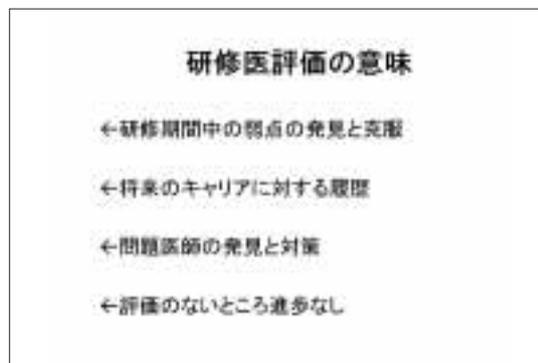


〔スライド13〕



ときというのは大変なストレスが多いわけですが、
ストレス下できちんと職務が全うできるか、それから意
思決定能力がちゃんとあるのかどうか、知識なき決定を
しない、批判を受け入れるような態度があるか、チーム
医療ができるか、下級医師・学生への教育がきちんとで
きるかといったように、医師あるいは医療人としての職
業をきちんと全うしていくような、プロフェッショナリ
ズムがあるかどうかという点が重視されております。

〔スライド14〕



(スライド14) 研修評価の意味としましては、研修期間

中の弱点の発見と克服、それから、これは大変重要な点なんですけども、もちろんすべての研修医が完璧に仕事をこなせるわけではありませんので、やはり頻繁に研修医を評価することによって、研修中に弱点を発見して、その部分をやはり強化していく、克服していくというような姿勢が大切かと考えられます。

それから、将来のキャリアに対する履歴。将来のキャリアにもこの研修評価が生かされるべきだと私は考えます。

それと3番目ですが、問題医師の発見。やはり残念ながら研修医師の中に、ちょっとやはりこれは医者として問題があるのではないかというような方がまれにおられると思うんですけども、そういう方を発見してどういうふうに対策をとっていくかというようなことが考えられております。評価のないところには進歩はありませんので、評価はやはり必須のことと考えられます。

〔スライド15〕

日本の研修医評価

- ←従来は統一された研修医評価なし
- >>明確な評価を嫌う文化背景
- ←新たな研修制度とともに研修医評価の試み
- >>EPOC

〔スライド15〕日本には臨床研修の評価というのは、あまり統一されたものは従来ありませんで、これはおそらく明確な評価を嫌う文化背景もあると思うんですが、このたびの新たな研修制度の評価とともに、EPOCというシステムが導入される予定です。

〔スライド16〕このエポックといえますのは、エバリュエーションシステム・オブ・ポストグラデュエート・クリニカルトレーニングということで、同一の尺度で研修医を評価しようという試みです。

これが非常に興味深いのは、研修医が評価される指導医を評価するだけでなく、研修医自身が自己評価をするという点が、非常にこれは興味深い点ではないかと考えています。もちろんこの中には指導医からの研修評価、これはもちろん必須ですが、研修医の指導医評価、それ

〔スライド16〕

EPOC

(Evaluation System of Postgraduate Clinical Training)

- ←評価尺度の統一
- ←研修医の自己評価
- ←指導医からの研修医評価
- ←研修医の指導医評価
- ←研修医の研修環境・プログラム評価

から研修医が研修環境、例えば食堂はどうなのかとか、当直室はどうなのかとか、それからプログラム自体の評価として、きちんと教育が受けられたのかどうか、そういう評価も含まれております。

〔スライド17〕

EPOC の評価項目

- ←医療者としての基本姿勢・態度
 - >>患者・医師関係、チーム医療、問題対応能力、安全管理、症例呈示、医療の社会性
- ←経験すべき診察法・検査・手技
 - >>医療面接、身体診察法、臨床検査、基本手技、基本的治療法、医療記録、診療計画

〔スライド17〕EPOCの評価項目は、先ほどのアメリカのものに比しまして、非常に具体的で多項目にわたっております。医療者としての基本姿勢・態度、それと経験すべき診察法、それから検査手技に大きく分かれませんが、非常に多項目にわたっております。

〔スライド18〕

| 長所 | 短所 |
|------------|-------------|
| ←統一項目での評価 | ←評価の基準が不明確 |
| ←研修中の課題点発見 | ←指導医が評価に不慣れ |
| ←指導医評価 | ←評価の利用法？ |
| ←プログラム評価 | ←EPOC利用頻度 |
| ←オンライン | ←セキュリティの確保 |
| ←研修医自身の到達度 | ←多すぎる項目 |
| ←手技の評価 | |

■ シンポジウム

(スライド18) E P O Cの長所と短所を簡単に挙げてみますと、長所としましては、統一項目での評価が可能であるということ、それから研修中の問題点発見が容易になるのではないかと。指導医の評価がこれも統一項目でできる。プログラムの評価ができるということ。指導医はその研修医の、自分自身の自己評価を見ながら評価ができますので、研修医の自己評価とその指導医の評価が違った場合には、それなりの対策がとれるというふうにも考えられます。これはユーミンというオンライン上に展開されておりまして、どこでも見られるというように形になっております。それから手技の評価があるというところが、少しアメリカのシステムとは異なっております。

短所としましては、評価の基準がやや不明確であるということ。それから指導医が評価にはちょっとなれていないのではないかとということで、当初はやはり戸惑いがあるかもしれません。

評価の利用法がまだ確立されていないということと、E P O Cがどれぐらいの病院で利用されるのか、それからオンライン上にありますのでセキュリティーの確保ができるのかということ。項目がちょっと多過ぎますので、評価に時間がかかったりとか、少し煩雑であるということですが、全体を見ますとこのE P O Cというのは非常によく考えられたシステムではないかと思っております。(スライド19)

研修医評価まとめ

- ← 評価は必ず行う必要あり
- ← EPOCの利用が望ましい
- ← 評価データの利用法が今後の課題
- ← 基準を満たさない医師の処遇

(スライド19) 研修評価のまとめはこういうことなんですけども、評価はやはり必ず行う必要があるというふうに考えます。

(スライド20) 最後に2枚スライドをお示しします。卒業研修後の進路なんですけど、研修病院への残留ということは、これは1つ考えられると思います。このことによ

(スライド20)

臨床研修後の進路

- ← 研修病院への残留
 - >> 研修病院の医局制度からの脱却
- ← 大学院入学
 - >> Physician-Scientistsの養成
- ← 大学医局への入局
 - >> 病院派遣
- ← 一般病院、企業、公的機関への就職・開業

って研修病院が医局制度から脱却するようなことも起こってくるかもしれません。

それから、大学院に入学することによって、やはりフィジシャン・サイエンティストを日本でも積極的に養成していくという道をとらねばなりません。それと、従来のように大学医局へ入局される方、あるいはそのままこのかの病院、あるいは公的機関へ就職されたり、開業される方もおられるかもしれません。

(スライド21)

研修後の進路の課題

- ← 医師の将来設計に関する相談機関
 - >> 医師会の役割・卒業大学の役割
- ← 専門医教育システムの確立
 - >> 本当の意味での「専門医」
- ← Physician-Scientist
 - >> 大学院教育の役割
- ← 人的交流の拡大・flexibleな医師の流れ

(スライド21) 研修後の進路の課題なんですけれども、やはり医師の将来設計に関する相談機関を設ける必要があるのではないかと。そこで、やはり医師会のお手伝い、あるいは卒業大学の同窓会などの役割が重要になるのではないかと考えます。

それと、専門医教育システム、つまり、ほんとうの意味での専門医をつくっていくシステムを確立する必要があります。また、先ほど申しましたフィジシャン・サイエンティストを養成する上で大学院の役割は非常に重大かと考えます。

最後にやはり、アメリカと日本の大きな違いは、わが

国では人的交流あるいは人の動きが非常に硬直化してしまふということです。例えば一たんどこかの大学に入局してしまうと、そこからずっと動かない。どこかの病院に就職してしまうとなかなか動かないというようなことがあるのですが、もっとフレキシブルに人を動かす、例えば企業に就職していた方が大学の教授になるとか、そういうようなことがもっと行われていいのではないかと考えます。

私のプレゼンテーションは以上です。ありがとうございました。

女性医師の立場から

東京女子医科大学小児科主任教授 **大澤 真木子**

ご紹介ありがとうございました。本日はこのような機会を与えていただきましたことを感謝申し上げます。

〔スライド1〕

臨床研修に関する新制度の概要
(厚生労働省医政局医事課長 田原正)

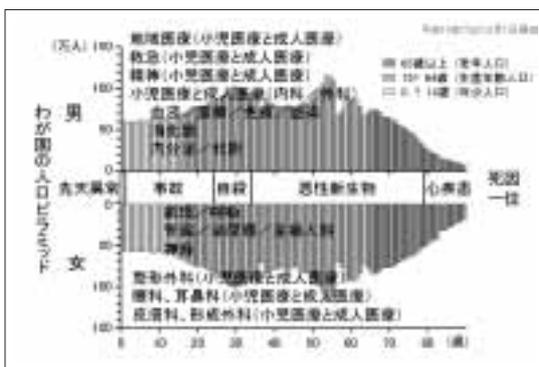
考え方: 医師としての人格の涵養を図り
アルバイトをせずに研修に専念できる環境を整備
プライマリ ケアの基本的診療能力を修得

- 臨床研修病院: 二次医療圏に最低一つの幅広い臨床研修を提供できる体制
- 科系: 臨床研修は地域の病院/高度専門医療の研修は特定選定病院
- 研修医: 学修性と労働性の二面性
 - 研修医の採擷: 原則公募
 - 臨床研修病院: 研修プログラム、処遇を公表
- 対策: 教育指導体制の充実・研修医の処遇改善の環境整備 (平成16年概算要求2に盛り計上)
- 診療報酬上の配慮: 臨床研修病院の評価につき 中央社会医療協議会で検討される



〔スライド1〕私に与えられました使命は、女性医師の立場から考えるということですが、今回の臨床研修の概要は既に述べられましたとおり、国民にとって必要なプライマリーケアの基本的診療能力をすべての医師が持つということを大目的にされているかと思えます。

〔スライド2〕



〔スライド2〕これは国民の分布のピラミッドをお示ししてございますけれども、ここにお示ししてありますように、子供の数が非常に少なく、少子高齢化社会という点が問題になっております。またその国民の年齢分布という観点から、死因を考えてみますと、1歳未満では先天異常、1歳から24歳までは事故、主に交通事故でございいます。24歳から35歳までが自殺、35歳から79歳までが悪性新生物、80歳以上が心疾患というのが死因の第1位

になっております。こういう事故とか悪性新生物が第一位という観点から考えましても、研修の基本的な科といたしまして内科や外科が選ばれているということは、大変重要なことだと思います。

しかしながら、小児医療という観点から見ますと、小児科は今回の義務化では1カ月以上ということになっておりますけれども、6分の1の人口は小児でございます。青年期の自殺というような心理的精神的な問題なども、小児期の医療のあり方とも深い関連を持っております。そういった点、もう少し小児医療が考えられると良いと考えております。

〔スライド3〕

- 日本の医学生の病院実習 「見学する研修生」 (高卒後5.6年)
- 米国のクリニカルクラーク(医療スタッフの中の一労働者) (高卒後1.8年)

従来の医学の教育で欠けていたこと
実践/技術の習得。
対策: OSCEやクリニカルクラークシップの導入

実践/技術の習得にはどうすれば良いか?
自ら積極的に責任を持って考え、計画し、それに対する指導を受けながら、医療スタッフの一員として勤めることが重要であろう。

〔スライド3〕既にお話ございましたけれども、従来の日本の医学教育の中で欠けていたことといたしまして、

実践や技術の習得ということが挙げられると思います。米国のクリニカル・クラークにおきましては、日本でいえばちょうど高卒後七、八年、研修医一、二年目に当たるわけですが、医療スタッフの中の一労働者としてほとんど日本の研修医と同じ状況で働いております。日本における医学生は、見学する研修生という状況に近い状態です。そこには卒前教育の実践技術の習得ということが問題になってまいりました。

〔スライド4〕

臨床研修に求められるのは何か？

- 医学部学生時代／研修医2年間に全てを教え込むことは不可能。→生涯教育が必要。
- 「自ら考え、問題を発見し解決する力」。「学び方」を学び「問題解決能力」を身につける。
- 自らの感性を磨き「患者さんにより重要な問題点は何か」を生物学的側面＋社会的・心理的・倫理的側面を含めて検討し、同僚の医師やコメディカルの協力を得て実践できる人間性と人間関係能力を開発
- 再現可能な基本的技能の獲得

〔スライド4〕 卒後研修に求められるものは何かということをお考えしたときに、先ほど郡先生からもお話がございましたけれども、医学部の学生時代や研修医の2年間にすべてを教え込むことは不可能でございますので、その後の生涯教育が30年以上続くわけでございますので、いかに自分で切磋琢磨していけるかという、その能力を身につけるということが大事になってまいります。みずから考え、問題を発見し解決する力、学び方を学び、問題解決能力を身につけるということが重要であります。

また一方、みずからの感性を磨き、患者さんにより重要な問題は何かを生物学的側面、社会的・心理的・倫理的側面を含めて検討し、同僚の医師やコメディカルの協力を得ながら実践できる人間性と人間関係能力を開発すること、そして再現可能な基本的技術の獲得ということが重要でございます。

〔スライド5〕 前おきはこれ位にいたしまして、女性医師の立場からということでございますので、女子医大の6年生にこの10月にアンケートをとった結果を御報告します。71名の学生がどのように考えているかということでございます。

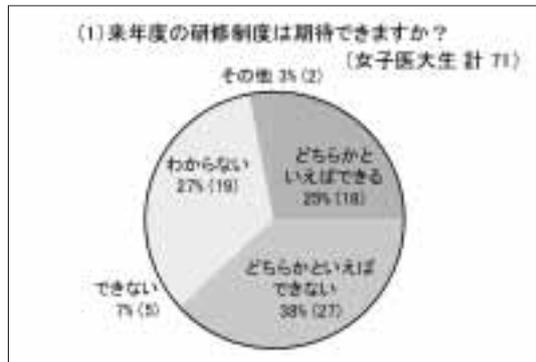
〔スライド6〕 来年度の研修制度は期待できますかとい

〔スライド5〕

新臨床研修制度に関するアンケート調査

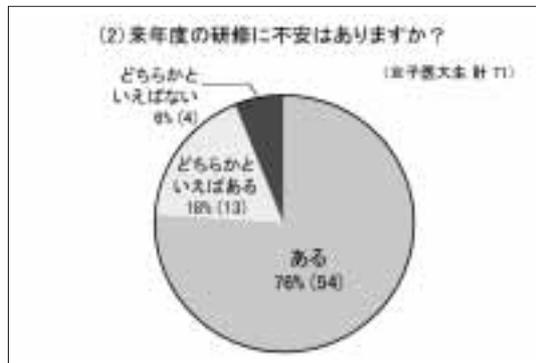
- 実施： 2003年10月
- 対象： 2003年10月現在 東京女子医大6年生
- 方法： 自記入式
- 回答数： 71

〔スライド6〕



う問いに対しまして、どちらかといえはできると答えたのが25%、できないと答えた者が40%という状況となっております。

〔スライド7〕

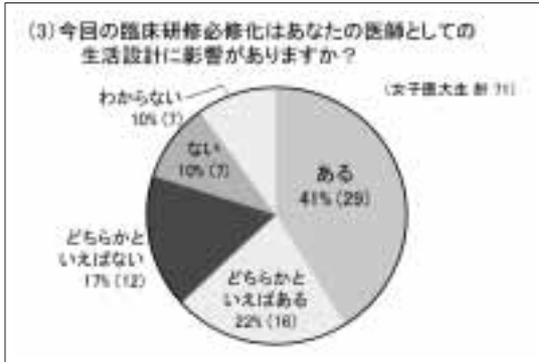


〔スライド7〕 不安がありますかという問いに対しましては、94%の者が不安があると答えております。

〔スライド8〕 この臨床研修必須化が、医師としての生活設計に影響がありますかという問いに対しましては、ある、どちらかといえはあると答えた者が約60%、ない、どちらかといえはないというのが27%でございます。

■ シンポジウム

〔スライド8〕

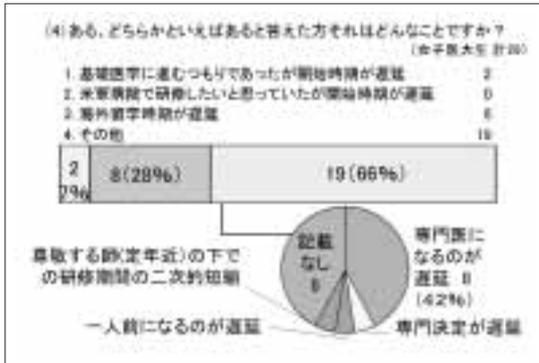


〔スライド10〕

新臨床研修制度の改善に関する希望

- *初期研修をふまえた後期研修制度を作してほしい
- *希望者のみのローテートとして欲しい
- *ゆったり教育、複数の選択技がほしい
- *産休制度や、育児支援を徹底してほしい

〔スライド9〕



〔スライド11〕

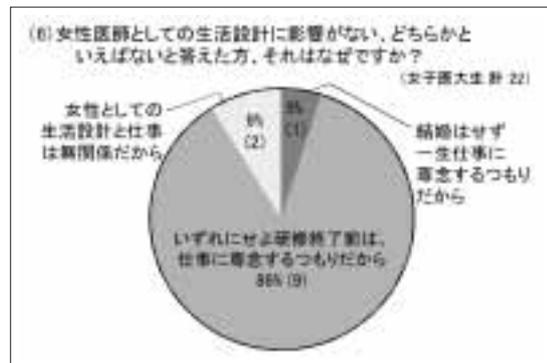


(スライド9) 実際にある、どちらかといえばあると答えた方はどんなことですかということに対しては、基礎医学に進むつもりであったが、開始時期が遅延、海外留学を希望していたけれどもその時期が遅延するというのが3割でございました。その他の内容といたしましては専門医になるのがおくれる、それからこれはちょっと考えていなかったのですが、自分がぜひその師について学びたいと思っている先生が定年間際なので、その先生のもとでの研修期間が二次的に短縮してしまう、自分にとっては非常に重要なことだと書いてあったものもございました。

がありますかという問いに対して、ある、どちらかといえばあると答えた者が66%でございます。どちらかといえはない、あるいはないと答えた者が3割でございました。

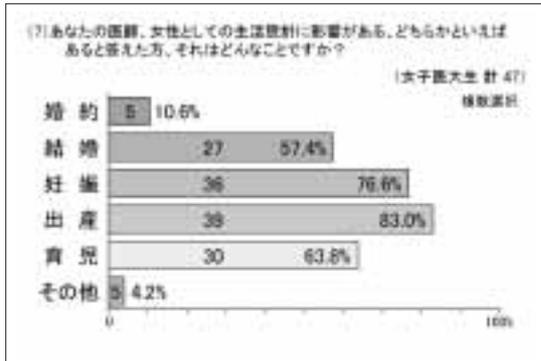
(スライド10) それに対して、この改善に関してどんな希望がありますかということに関しましては、初期研修を踏まえた後期研修制度をつかって、専門医なり家庭医なりの養成へ積み上げていってほしい、その連携をしてほしいということがございました。また、従来どおり希望者のみのローテートとしてももらえないかというようなこともございました。

〔スライド12〕



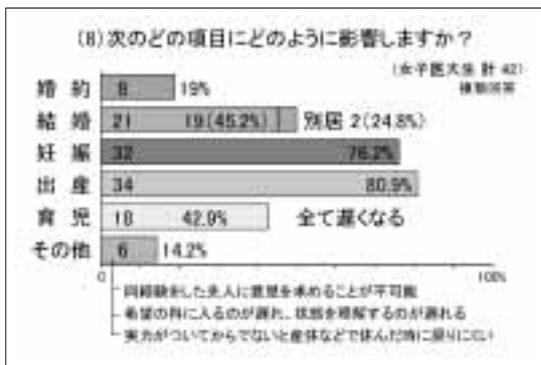
(スライド12) 影響がない、どちらかといえはないと答えた人に関しましては、いずれにせよ研修終了前は仕事に専念するつもりだからというのが86%、結婚は一生しないという者、あるいは女性としての生活設計と仕事は無関係という者が5%と9%でございました。

〔スライド13〕



(スライド13) 女性としての生活設計に影響がある、どちらかといえばあると答えた人はどんなことでしょうかということにしましては、婚約と答えたのが10%、結婚が60%、妊娠が77%、出産が83%、育児が64%でございました。

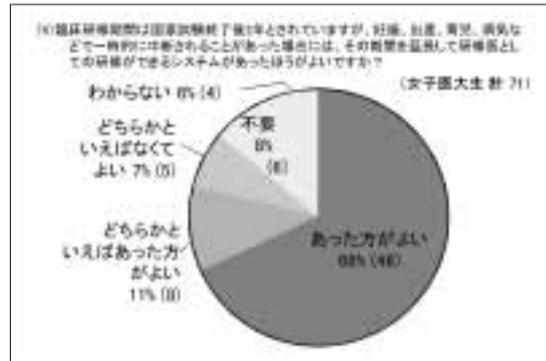
〔スライド14〕



(スライド14) それのどのよう影響しますかということで見ますと、全体としまして、特に、こういう事柄がすべておそくなるというのが大半でございまして、結婚にしましては別居を余儀なくされることになるというのがございました。また、その他といたしまして、初めての経験なので今までに経験をした先人に意見を求めるといったことができないということ、それから希望の科に入るのが遅れて、その科における状態を理解するのをおくれる、実力がついてからでないと思えばなど自分自身としての生活設計が立てにくいというようなことがございました。

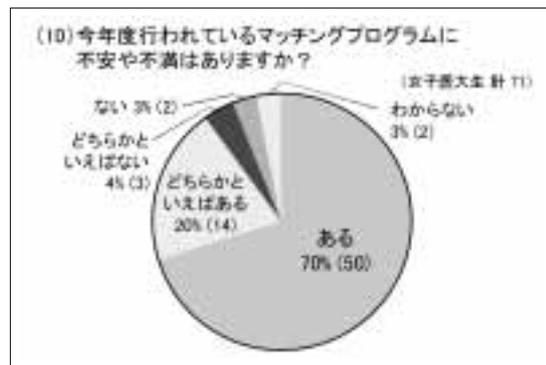
(スライド15) 臨床研修期間は国家試験終了後2年とされていますが、妊娠・出産・育児・病気などで一時的に中断されることがあった場合には、その期間を延長して

〔スライド15〕



研修医としての研修ができるシステムがあったほうがよいですかという問いにしましては、あったほうがよい、どちらかといえばあったほうがよいと答えたのが、79%でございました。不要、なくてもよいというのが15%でございました。

〔スライド16〕



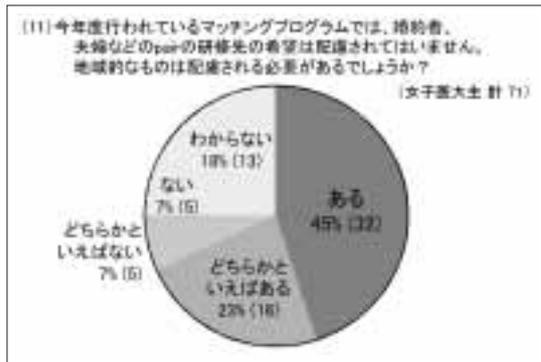
(スライド16) 今年度行われているマッチングプログラムに、不安や不満はありますかというのに対して、ある、どちらかといえばあるが9割でございました。

(スライド17) 今年度行われているマッチングプログラムでは、婚約者・夫婦などのペアの研修先の希望は配慮されていません。地域的なものは配慮される必要があるでしょうか、これは米国ではこういうことが配慮されているようなのですが、そういうものが配慮される必要があるでしょうか、という問いにしましてはある、どちらかといえばあると答えたのが68%でございました。必要ないという者もございました。

(スライド18) 子育てと仕事の両立可能な要素に、祖父母に育児の応援を依頼することがしばしば認められますが、マッチングプログラムでそのような地域的なものの

■ シンポジウム

〔スライド17〕

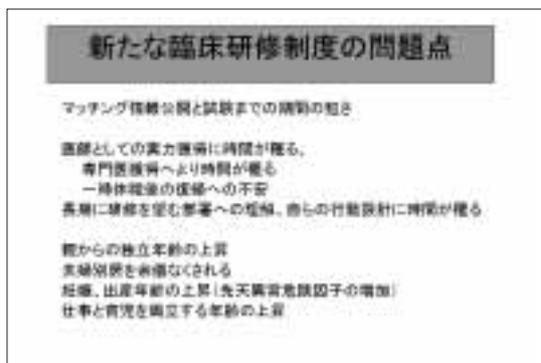


〔スライド18〕



配慮が必要でしょうか、ということに対しては、8割が必要であると答えておりました。

〔スライド19〕



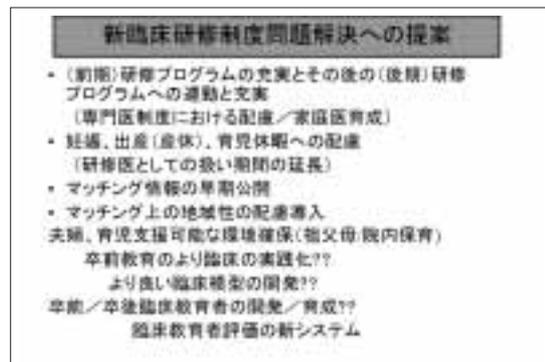
(スライド19) 今回、このアンケートの結果で挙げられてまいりました臨床制度の問題点といたしましては、今回はマッチングの情報公開と試験までの期間がちょっと短かったということで、パニックになったようです。それから、これは厚労省のほうではむしろ予定されたプライマリーケアの実力の充実ということではございますけれども、自分の生活設計という観点からは、専門医獲

得への時間がよりかかることになる。それから、もし一時休職したような場合には、復帰への不安があるというようなことがございました。

また、長期に研修を望む部署に対する理解、みずからのとるべき行動、そこに入ってしばらくしないとその状態が完全には理解できないというようなことがあって、その理解に基づかないと自分のその後の行動設計に時間がかかるということでもございました。

また、親からの独立年齢が上昇する、夫婦別居を余儀なくされる、妊娠・出産年齢の上昇、仕事と育児を両立する年齢の上昇、そしてこの出産年齢の上昇に関しましては、先天異常の危険因子の増加ということも挙げている者がおりました。

〔スライド20〕



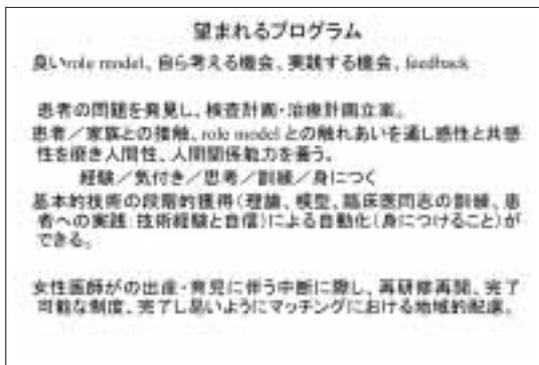
(スライド20) これらの問題解決への提案といたしましては、今回の必修化に伴う研修プログラムを前期といたしますと、その充実とその後の後期研修プログラムへの連動と充実が望まれると思います。そしてまたその際ですけれども、卒前教育のより臨床の実践化ということが求められた結果によると思いますけれども、将来的には家庭医育成コースというのも別個につくるといったことも、一つの可能性ではないかと考えられました。

妊娠・出産・育児休暇への配慮、これは研修医としての扱い期間の延長、マッチング情報の早期公開、マッチング上の地域性の配慮の導入、夫婦や育児支援可能な環境確保のための配慮ということです。またこういう問題を解決することのフィードバックといたしまして、卒前教育における臨床のより実践化が求められる。そのためには、よりよい臨床模型の開発、これはいろいろモジュールが今つくられておりますけれども、私たちがモジュ

ールを使おうとする場合に、外国製のものが多くございまして、まだ非常に高額であったり、フレキシビリティがあまりないと思われまます。

それと、非常に重要で、日本で特におくれているのではないかと思う点は、卒前卒後臨床教育者、特にこの臨床教育者の開発と育成、臨床教育者を評価する新しいシステムの開発というものが求められると思います。

〔スライド21〕



(スライド21) 望まれるプログラムといたしましては、よいロールモデルに出会い、みずから考える機会や実践する機会が与えられ、フィードバックが十分に行われる、プログラムが特に望まれると思います。

ちょっと一部スライドが途中で飛んでしまったのですが、学び方を学ぶという観点からいきまして、患者さんの問題を発見して、検査計画、治療計画を立案して、その知識のレベルとしてもただ単に想起するだけではなくて、その知識を応用して患者さんへの問題解決に使える、そういう問題解決能力を養っていくということ、それから基本的技術は日本では充実しているというお話がありましたけれども、その技術を充実させるのにもやはり時間がかかりますので、十分な充実を行って、自動化できるような状況になるまでは研修がしっかり行われることが重要と思われまして、また女性医師への出産・育児、そういうものに対する配慮も、現在の少子高齢化の社会において、日本の将来が不安になる、そういう面から考えましてもやはり配慮が必要と考えました。

以上でございます。ご清聴ありがとうございました。

ディスカッション

橋本 それでは、壇上で6人のシンポジストの方に上がっていただいたのですけれども、討論の進め方としまして、3つか4つほどある程度テーマを絞ってやりたいと思います。まずそのテーマに沿ってシンポジストの先生から意見をいただき、そしてその後、フロアの先生からまた質問など受けたいと思いますので、よろしくお願いいいたします。

まず最初のテーマとしまして、医師確保ということなのですが、従来大学医局に属して研修を受けたということが多く、大学の医局と研修医とは密接な関係を保っていたわけでありましたが、また医師の確保はその医局を通じて行っていたという現実があります。

そこで、新臨床研修制度で、できるだけ多くの大学がまざるということで、多分理念として置かれると思うのですが、実際それが来年のこういうマッチングによりましてどのように変化するかということ、見通しを聞かせていただきたいということと、それと、地方と都市部では多少事情が違うかもしれないのですが、研修医は都市部の志向が強くて、地方ではちょっと違うのではないかと、医師の偏在の解消というのは、果たして可能なかどうか。そういうことについてもご意見を伺いたいと思います。

それでは最初、新臨床研修制度をどういう理念で、まざるということでお話を聞かせていただきたいと思うのですが、中島先生、それにつきまして何かありましたら。

中島 医師確保の問題ですけれども、これは私どもとしては今回の制度が直接そこに何らかの作用を及ぼすということではないと思うのですが、間接的にはやはり大きく変わってくるのではないかと思います。

基本的に研修医ではありますけれども、公募で採用するという流れが出てきますと、やはりその後の、2年終わった後の就職といいますか、職場を見つける際にも研修医自身も自分の力でつけるという流れも出てくるかなと思いますし、病院のほうも大学にお願いするだけ

ではなくて、自力でその後の研修修了した医師を見つけようという意欲も出てくるし、そういう流れも出てくるかなと思っています。

橋本 という意見ですけれども、大学の現在の病院長である吉岡先生、この点に関してどういうふうにな変わっていくと考えられますか。

吉岡 1つここで医師の確保、あるいは医局の問題が出てきておりますが、現在、新聞紙上等で騒がれております医師の名義貸し云々のような話と、今後の研修医制度のもとで医師の確保がどうあるべきかという点とは、やはり分離して考えなければならないと思っています。

ちまたでは、医局制度というのはほんとうにもう旧態依然とした悪い制度で、人身売買をしているのではないかと、いうふうに思われているふしがあります。そう書くことが大局的にわかりやすいという構図でマスコミが好んで書くわけでありまして、しかし、現実に医師をかなり普遍的に供給できるという体制としてこの制度が活動していたというか、活躍しているといいたいまいしょうか、その事実は事実としてあるわけです。一たんこの新臨床研修制度が導入されたからといってすぐにそれが変わるわけではないと思います。

一方、これまでの医局制度の中で、仮にネガティブな面があったとしたら、やはりそれはもう少し透明性があるいは自由度を拡大する方向でいかなければならないということかと思えます。それは、例えば、大学全体でその人事を一定程度把握できる方法、例えば人事渉外委員会というようなものを導入することによって、各医局だけがすべての人事を行っている、あるいはそこは外からは見えないということではなくて、ほかのところも見えるという形は必要であろうと思っています。

一方、この新臨床研修制度を導入した際の問題点としては、2年間は自由に選べるわけでありまして、例えば、希望の臨床研修病院に2年間行った場合に、じゃ、そのままシニアレジデントとして3年、4年以降がそこで就職できるかという必ずしもそうではなくて、

自力で探さなければならぬ人が増えてくるわけであり
ます。このように、初期研修、さらに後期研修が終わっ
た後の職員としての正規の職を、どこが供給している
のかというと、やはり依然として医局の流れがあって、良
質な臨床研修病院といえども上部の人たちがそういう形
で供給されているという面もあるわけです。今後は研修
制度からの動きと同時に、供給していた医局側からの動
きというものが、少しずつ動き出して、いいところでは
どよい環境がある程度自然に形成されていくのではない
かと、私は見ております。

橋本 シンポジストの方で、この件に関しまして何か
ご意見ある先生おられますか。

星先生、どうぞ。

星 大学の悪口はもう言わないことにしようかなと思
っていたんですが、1つはやはり医局の悪かったところ
とよかったところがはっきりするのじゃないかなと、私
は思います。よかったというのは、どこそこの何々医局
がよかったというのじゃなくて、医局制度というものの
いい点、悪い点というのがはっきりするのじゃないかな
と私は期待をしています。

一番悪い点は、結局医局という制度が、病院の中で独
立をしていて、病院として機能しなかった。今回の研修
制度というのは、病院として機能しないと、その研修制
度も機能しないということなので、私は、病院として医
局というものが、病院の中できちんと位置づけをされる
ということに変化していくことに期待をしたいというも
のと、それから2年後の問題については、これはいろん
な方から意見をいただいて1つ考えられることは、研修
医のマッチングシステムに相当するような2年後のさら
に再度、いろんな病院とのマッチングをするような仕組
みが、例えば都道府県医師会でやっているようなドクタ
ーバンクのようなものの全国版みたいなものがあれば、
もしかしたらそういうものを利用する人たちも全員では
ないにしても出てくるのじゃないかなと。もちろん医局
に戻るような人も出てくるんだろうなということで、多
様化をしていくということに、私は大変に期待ができる
だろうと思います。

橋本 ありがとうございます。

この点に関しまして、医局の問題もちょっと出たと思

うんですが、医師確保ということで地方によってかなり
都市部と違うかなと思うんですけど、フロアからご質問
とかないでしょうか。

どうぞ。申しわけありませんけど、所属とお名前をも
し差し支えなければお願いいたします。それとどの先生
に質問されるということがありましたら、指定いただき
ましたら。

伊東 茨城県医師会の理事の伊東と申しますけれども、
私も大学病院の一員として、また勤務医部会員の一員と
して、医師確保に今、奔走しているわけです。吉岡先生
がお示したようにいろいろ医者の給料というか、施設
によって非常に研修医の給料に格差があるものですから、
例えばうちの大学病院という非常に高い給料は出せま
せんので、30万と10万台の給料の違いというのは医師確
保に困難が生じているのではないかと危惧をいただいてお
ります。多くの医師が30万円の給料が貰えるほうに行っ
てしまうのではないかどうか。まだこの制度は始まって
いませんが、一抹の懸念を抱いているんですけども。
その給料の値段的な問題で医師の移動とか、給料の高い
施設に医師が集中してしまうのかどうかということです。
それから、私の施設は地方ですので、茨城県ですので、
研修医確保に給料の値段によって片寄ってしまうのか、
それともそういうことはなくてプログラムの内容や指導
のいいところには給料が安くても行くというような傾向
もみられるのか、ちょっと不安ですけども、もしその
データとか情報がおわかりであれば各シンポジストの中
でお答えできればお願いしたいのですが。

橋本 今の研修医の値段、それによって動向は違うの
かどうかという、もし何か情報とか、もしくは考えを持
っておられる方。中島先生。

中島 その点に関しては、去年、私どものほうでも調
査した結果、あるいは医師会でもアンケート調査した結
果、もうちょっと前にだったですか、ありまして、それ
によるとやはり一番重視しているのはプログラムの内容
ということで、2番目が3番目くらいだったですか、処
遇の問題が出てまいりましたけど、やはり中身を最も重
視しているという、極めて健全なと言っているかはどう
かあれですけど、結果だったと理解してます。

橋本 ありがとうございます。

伊東 どうもありがとうございました。

橋本 ほかに質問とかご意見ないでしょうか。どうぞ。

桜井 宮城県の桜井といいますけれども、今のお金の話でよろしゅうございますか。

私もある病院の院長をしているんですけども、30万見当というこの目安が出ております。来年から入る研修生ですが、もう1年生残っているわけです。今度は2年生になる人たち、さらにその上にレジデントもいるわけです。全体が上がっていくというこのディスカッションというのは、どうもあまり聞いたことがないんですけども、そういうことで中島先生、その辺の見解というのか目安というのか、もしありましたら教えていただきたいんですけど。

中島 まずその30万円ということなんですけど、これは大臣が国会で答弁されまして、30万ぐらいは確保してほしい、年俸で言うと360万ということなんですけれども、その理由というか根拠は、年齢で見ますと二十四、五歳で見ると他職種で大体360万から400万ぐらいというのが、例えば医療機関ですと薬剤師さんとか看護師さんとか、そういった方の給与なんです。ですから、そういうものからいって、研修医だけ安いというのもおかしいというようなこともあるという考え方なんです。ですから、常識的な線で、やはり労働者性もあるということなので、またその診療行為に対して一般の医師と同じように診療報酬も支払われるということもあわせて考えれば、処遇していただいているのではないかとこの考え方です。

したがって、そういうことからすると、2年目あるいはレジデントの方についてもそれなりの処遇をしていただくということが、当然そういうことになるのかなと、理屈の上では、というふうに思っております。

橋本 どうもありがとうございました。ほかにありませんでしょうか。どうぞ。

中元 奈良県医師会の中元と申します。

私、医者になってもう50年ぐらいになりますので、だいぶ古いのでぴんと来ないことが2つあるんですが、給与の問題、いろいろ出てまいりましたけど、これが例えば私たちのときは無給だったです。病気になりますと全部自分で背負い込み、ひどい目に遭った人が大分おりま

した。これは、今の給与いろいろなっていますが、保険制度とか何か、研修期間中に病気になった場合に、その補償はどういうぐあいにされているのか、ちょっと伺いたいと思います。

橋本 病気をさったときの保険給付、補償制度ということですね。

吉岡 全体を代表してはおりませんが、奈良県立医科大学附属病院では、もし研修医の病気がその職務上のことであれば労災の適用を受けます。それからいわゆる社会保険に関しましては、現在は幸い全員奈良県医師会に入会させまして、医師保険を使わせていただいております。

橋本 中島先生、追加することありませんか。よろしいですか。

それでは、ほかのテーマもありますので、このテーマはこれで打ち切りたいと思います。またもしありましたらご質問ください。

岡本 女性医師のほうを担当させていただきます。

私たち女性医師は、基本的には男性医師とスタンスは同じでございます。男女全く差はないと思っております。能力的にも社会的にも差はないという思いで、私たちは仕事を続けているわけでございますけれども、やはり1点、生物学的性差、出産・育児でございますけれども、議論はただその1点だと思っております。

そういった中で、今回の臨床研修制度が、女性の出産・育児にかかわる中断について、そしてまたその後の再開について、議論が十分になされているかどうか、非常に私たち女性医師は、不安に思っているところでもございます。そういったところで少しご議論、ご討論お願いしたいと思います。

まずシステム上の問題を、中島先生にお願いしたいんですけども、今回は中断した後、未修了者、つまり修了しなかった人には診療所開設、及び管理職就任に対する制限というのがございますので、そういったことに対する場合も含めて、今のシステム上どのようになっているか、お願いできますでしょうか。

中島 今回の改正されました新しい制度では、研修修了した時点で修了証を発行して、修了認定を受けてそして医籍にそのことを登録するということになりますので、

修了と認定される状態かどうかということが問題になるわけですね。

では、何を以て修了と認定するかということについては、その研修施設で、特に管理病院のほうでそこを見定めていただくということになるんですが、その際の基準については実はまだこれから議論していただかなければいけない点が幾つかございます。しかしながら、基本的には、到達目標等に書かれている部分のエッセンスのところを修了したということが、判断のベースになるだろうと思いますので、中断によって、その期間にもよるわけですが、どの程度達成できないのかということによって、その間をどれだけ補えばいいのかということになるだろうと思います。

ですから、当然そういった形で、後で補うような形で研修の修了というところまでこぎつけていただきたいと思えますし、それに伴う不可避的な健康上の問題などについては、制度的にもカバーできるように、ぜひそこはそういう仕組みに持っていきたいと思っております。

ちょっとこれは余計な話なんですけど、実際に研修中に妊娠・出産で休まれる方がどの程度かというのはよくわからないんですが、厚生労働省としては少子高齢化対策としては、女性医師の方にもぜひお子さんをつくっていただいて、頑張っていたきたいと。

岡本 ありがとうございます。

一応、その妊娠を計画的にというような意見もございますけれども、そう思うようにはいかないということもございまして、その辺のことに、まず2年の研修中に中断した短期の場合、大学として女性医師用のプログラムというよりはやはり語弊がありますし、男女同じように対応してほしいんですけども、何か特別配慮したプログラムというのは考えていただいているのか、必要かどうか、その辺の短期の中断について吉岡先生に、そして長期の中断ですが、今度は出産・育児だけでなく、育児休暇でおそらく家庭の事情、面倒見てくれる人がいないというようなことで長期に休暇をとるといったときに、今度再復職するときの研修制度等について、中断が長期にわたった場合、生涯研修ということも含めまして、長期の中断の場合を大澤先生にお願いできますでしょうか。

吉岡 短期、すなわち2年間の研修制度期間中の短期の中断については、今、中島先生がおっしゃったとおりであります。まだ奈良医大の場合も決めたわけではございませんけれども、当然そこで3カ月抜けたり6カ月抜けた場合には、それを補うことを考えていかなければならない。その処遇についても十分考えていかなきゃならないと、私は思っています。

3年以降、研修が終わった後の人たちが産休で3カ月前後お休みになったり、育児休暇で1年あるいは2年お休みになるという女医さんは、かなりたくさんいらっしゃるわけですね。その場合には、公務員である場合には、あるいはまた、公務員じゃなくても今は一般の会社でもそうありますけれども、当然その人にかわって医師を雇うということについては法的には問題がないわけですね。雇わなければならないということになるかと思えますが、問題は3カ月とか6カ月とか1年限ってその期間行ってやってもいいという人がどれだけいるのかということにつきまします。医局制度が悪いと言われるけれども、行ってやってくれんか、行くべきだという話ができるのは医局だけではないかと思っております。この点、医局がなくなった場合に、学長が指示しても、医師会が指示しても、マスコミが指示しても行ってくれる医師はほとんどいないのではないかと考えております。

したがって、この辺が、マスコミだけに任せておけばどうにもならないということではなからうかと思っております。

大澤 長期のほうについてお答えしますが、今、吉岡先生がおっしゃったみたいに、うちの病院でも医師を派遣している場合にその医師が妊娠・出産ということがあった場合には、代替医師を医局の中から出しているというのが現状でございまして、それで何とか向こうの診察を支援します。出張先の病院というのは人数が少なくて回しているところが大半ですので、人数が少ないところで1人、2人休んでしまうともう動かなくなってしまいうというのが現実で、その辺のバックアップが必要だろうと思います。この際きちんと産休という形で保障するには、代替医師制度によるポストの保証が必要と思えます。

そういう点で、今までは医局をその任務を担ってまい

りましたけれども、今後は、そういうことが全然なくなるとなると、やはり別システムのドクターバンク、医師派遣業といいますが、医師を派遣してくれるようなところというものが必要になってくるだろうと思います。一部は学会のほうでも動きがあるかと思いますが、それが必要だと思います。

それから、長期に休んだ場合の再研修ということでございますが、その長期に休んだ場合、どの時点でどれくらい長く休んだかというところが、やはり大きく問題になってくると思います。基本的技術がご本人の身についた状態で、二、三年お休みしても臨床医としての基本的な技能が身につけていて、患者さんに不安を与えずにそれなりの診療ができるという状況であれば、復帰はかなり早いと思います。

それがそうでないと、やはり卒後間近の人と同じような形でもう一度ファーストステップからやっていただくというようなことが必要になってくると思います。そういうのはやはり医局が担っていく必要があると思いますし、あるいは学会などで卒後研修システムを担っていくということになりますけれども、実践の部分というのは、やはり各病院の医局なり何なりがお受けする。東京都などでは、一部開業の先生で再研修をなさりたい方をお受けするというようなことのシステムがあり、うちの医局でもやらせていただいていますけれども、そういう公的な動きが始まっているように思います。

岡本 ありがとうございます。

会場のほうからどなたかこれに関しまして、ご意見ございますでしょうか。

妹尾 愛知県医師会の妹尾ですが、今回、労働者派遣法によりまして、医師は労働者ということに位置づけられました。もちろん研修医もそういう意味で1日8時間、週40時間労働ということになっておりますが、今の日本の病院で1日8時間、週40時間労働をしたらどれくらいの医師が必要なのか、中島先生からお伺いしたいと同時に、財源論のお話がきょう、会長から出ましたが、星常任理事からそういう形になった場合には、どれくらいの財源が必要なのかということと、もう1点、研修医の損保がはっきりしていないんですが、その点を吉岡先生からお伺いしたいと思います。

橋本 損保ですか。

妹尾 医療訴訟が起こった場合にどうなっているかという、損保問題。

橋本 医賠償保険ということですね。

岡本 それでは、中島先生からまずお願いいたします。

中島 まず、週40時間で勤務体制を組んだらどのくらい財源が要るかということについて、私は残念ながら計算した経緯がないので何ともお答えしがたいんですが、大変たくさん要るだろうと思います。それで、この問題は大変根が深く、簡単にお答えすることはできないし、今後真剣に取り組んでいかなければいけない問題だという認識を持っております。

ただ、それはそれとして、労働基準法というのがあって、司法の判断もそういうことが示されているわけですから、やはりそれを念頭に置きつつ今後の特に研修医の問題については、研修医の過労死というような点が社会的にも非常に注目をされているわけですので、取り組んでいただきたいということでございます。

ただ、今回労働者というふうに位置づけられたということも発言もありましたが、実はそうではなくて、これはもう昔からそういうことでやってきておまして、判例なども出た経緯もあって、実はこれは余計な話ですけど、私もこの間、自分の過去の書類を見ていましたら、私が研修医のとき、昭和51年なんですけど、東大病院で辞令をもらっていて、それを見ると非常勤で週44時間ということになっているんです。それで時給幾らというのがありまして、だから当時からそういう認識はあって、法律上そういうことなんですから当然といえば当然なんですけど、今回事件があって、ああいうことがより明確になったというのが実態だろうかと思っております。

妹尾 既存の医師数としてはどのくらい必要になると思いますか。

中島 医師数ですか。

妹尾 研修医ばかりじゃなくて僕たちも医師なんですから、そういう意味も含めて医師数です、どのくらい。

中島 それも計算できておりませんが、必要医師数については、どういう専門分野を担当するかとか、いろいろ複雑な状況を勘案しなければいけないと思いますので、なかなか容易には出せないのじゃないかなとい

うふうにも思います。

吉岡 私が今のご質問にお答えする前に、もし研修医が過労死だということは、これ別に裁判の批判をするつもりはありませんけれども、世の医師会の会員がお亡くなりになれば、多くの方が過労死ということではないかと理解しております。それから、もし訴訟が起こった場合の問題でございますけれども、奈良県立医科大学附属病院では、研修医はもちろん非常勤でありますけれども職員でございますので、当然、公務員に準じた対応しております。それ以外に個人レベルでの医師損害賠償保険に入ることを強く指導しております。

岡本 全体に費用が幾らかかるかというご質問を、星先生にということでしたけれども。

星 費用は幾らかかるんですかね。私も教えていただきたいんですが、人数がどれくらい要するのかというと、最大3倍だと思います。したがって先生方は8時間、24時間働いていると仮定しますと、最大で3倍ということですから、今、25万人ですから最大75万人ということだろうと思います。それから金額ですが、これも最大3倍ですので、どうでしょう、どのくらいかかるのでしょうか。わかりません。お医者さんにかかっている費用は多分、全医療費の10%未満ですから、3倍にしてみてもしれているのかなと思います。

それからもう1点、聞かれていないですけど保険の件ですけれども、これ、今回の問題の特徴は、一定の病院の中に限らない、いろんな施設に出かけていたり、場合によっては患者のお宅にお邪魔をしてというようなこともあるわけでありまして、そのときに一体だれが指導医で、だれが責任者なのかというときに、本人の責任を問われる場合というのは想定できるわけでありまして、現実に保険医としての資格も医師としての資格も持っているということを勘案すれば、当然のことながら病院の中だけにいる先生よりもむしろ、個人的な賠償責任保険の必要があるだろうと思いますし、一番いいのは日本医師会のA2会員だろうと思います。

岡本 ありがとうございます。

1点だけ、今回の制度では研修医の処遇として、学習と労働の二面性をうたっているということでございますが、実際、学生を抱えていかれる病院側の立場として、

郡先生、いかがでしょうか。

郡 労働条件？

岡本 労働性と学習性の二面性をどのように理解して、研修医に対していかれる予定でしょうか。

郡 難しいですね、一言で言って。一応、建前は朝8時半から5時までという、これが拘束された時間になっていますけど、あとは自由意志に基づいて働いてもらうということになってます。

この席で言っているのかどうかわかりませんが、以前アンケート調査をしましたところ、研修医が1週間でどれくらい働いているかと。約100時間働いておりました。それでこれはちょっと過酷だなということで、プログラムを少し緩める方向でしています。

ただし、今回の研修目標でも、緩和医療の場で死の臨終を体験するとかいうこと、ありましたですね。患者さんの多くは亡くなるのが夜中なんですね。そうすると、指導医が夜出て行って患者さんのところに行っているんだけど、研修医は5時で終わっているから来ないと。これでは研修にならないので、やっぱりそこら辺は少し緩めに考えていただきたい。確かアメリカでもレジデントのプログラムに関しては78時間が80時間というのが一つの線だったと思うんです。それを大幅に超えるものに関しては、国のほうから補助金をとめてしまうとかいう動きがあるみたいですけど、私自身は80時間ぐらいがほんとはちょうどいいところ、折り合いじゃないかなと内心は思っているんですけど。

岡本 ありがとうございます。

もうお一方、どうぞ。

松崎 徳島県医師会の松崎です。先ほどの女性医師が妊娠して半年なり1年なり休むという問題なんですが、研修医は労働のマンパワーの中にある程度入っていると思うんですが、そういう短期間、半年、1年、研修期間の2年のうち休んだ後で、労働的に補充をしないといけないんでしょうか。先ほど吉岡先生と大澤先生おっしゃったんですが、医局から研修医が休んだ後の欠員というんですが、それについて補給を必要とするほどマンパワーの依存というのが研修医にあるんでしょうか。ちょっとそのあたり、ご見解をお聞きたいと思えます。

岡本 どなたにお答えいただきましょうか。

戦力として医師としてはもちろん1人ですけど、研修医を一人前の医師と見做して補充を考慮すべきかどうかという問題について、いかがでしょうか。

吉岡 先生、研修医の場合は今の大学の附属病院ですと何十人という単位、あるいは100人を超える研修医がいますが、同時に女医さんが何人も妊娠ということはほとんどありませんので、現実には補充という形はしなくてやれます。先ほど大澤先生おっしゃいましたように、研修ではなくて3年目以降でスタッフとして2名とか3名、4名で勤務している中で1人休まれる場合には、現実にはその補充をしないとイケません。例えば、3名のところ2名でやったとなると、院長は、結局2名でできるじゃないかと、やれよという話になるし、医長はどうしても人を出していただかないとやれないということになって泣きついてくるわけです。医局としてはそれを泣く泣く対応しているという状況ではないかと思えます。

したがって、その人を雇わなければならないという根拠が法的にあるのかどうかについて、私はわかりません。医者数が3名でないといけないとか2名でないといけないということもない、ということをお考えますと、それは法的にはないのではないかと私は思っています。

岡本 先生、研修医ということをおっしゃっているんだと思いますが、研修医の能力を考慮した場合、補充をしなければいけないくらいの一人前の医師と見做した対応をしないとイケないかということに関しましては、いかがですか。そういうことですね。

中島 初期研修であれば、あえて補充はしなくてもいいように思います。それで僕自身が考えているのは、一応、労働者の場合たしか産前産後で14週、休暇が認められていますよね。僕は14週までで復帰してくる場合は、研修を1年ずらさなくてもいいんじゃないかなと。そのためにもカリキュラムを少し余裕を持っていただいて、例えば希望の専門科研修を3カ月やるとかというのがあれば、それをつぶしてしまうと。それで基本研修の期間はちゃんとありますから、それでできるというふうなことにすればいいんじゃないかなと思っています。

ただ、研修医の中で、14週では出てこれないと。前もあったんですが、やっぱり6カ月休みたいと。こうなりますとちょっと2年間の研修を1年半に短縮して修了書

を出すというのは、僕はちょっと無理かなと。その場合は来年度も研修医としてやっていただく権利はありますから、1年休んでいただいて、来年もう1回やりなおしてくださいというふうな形にせざるを得ないんじゃないかなと、僕は考えていますけど。

岡本 ありがとうございます。それでよろしいでしょうか。

もう一方。

原野 静岡県の担当理事の原野と申します。

まず、中島先生に1つ伺いたいことは、短期であれ長期であれ、研修が中断したときに、臨床研修病院に対して今、研修医に対して少ないですけど手当が払われています。給与分というかそういうものが払われていると思うんですけど、そういうものは例えば院長がこの人は修了してないと言ったときに、延長した場合にもそういった補助金といったものが出るのでしょうか。

中島 そこはまだこれから詰めていくところなので、その中断の状況にもよると思いますけれども、合理的な範囲ではできるだけカバーできるように制度的に設計できないかなと思ってますけど。

原野 みずから2年目の医師なんかは、研修医のほうがたくさんもらえるのならおれはもう認めてもらわないほうがいいのかというような、また同じ場所で研修できるのならそのほうがいいのかというような冗談めいたことを言う人もいるものですから、早急に答えを出していただきたいなと思います。

それからもう一つ、吉岡先生にお伺いしたいんですが、大学でいわゆる協力型の研修病院というものを抱えていると思うんですが、そのときに研修先の病院がその研修医に対して身分保障をするのかということをお伺いしたいんですが。というのは、私どもの病院は管理型の研修病院であると同時に、他の大学の4つの協力型になっています。ある大学ではそっちで身分を保障をしますよ、ある大学はこっちで保障してくださいよというようなことがあるものですから、その辺の全国的な傾向と奈良県立医大の立場としてはどうなっているのかということをお教えいただきたいと思っています。

吉岡 私どものプログラムでは、それぞれプログラムとして奈良医大独自及び奈良医大と協力病院とのプログ

ラム4つの合計5つございます。それぞれを在籍する病院の日数といましようか、月数にあわせて各病院が分担する、というのが原則だろうと、私は考えています。ただ奈良県の場合には県としては県立病院と大学というのもございますから、その辺は一たん大学なら大学、県なら県でまとめてやる方法もあると議論を進めています。

原野 研修を受け入れる病院としては、臨時職員として採用しなければいけなくなるわけですね、私ども一般の病院としては。そういうふうにする大学とそうしない大学があるものですから、全国的にはいかがなんでしょうか。

吉岡 よくはわかりませんが、また問い合わせてみますが、プログラムを形成している限り、先生方のようなお立場でその研修管理委員会に入っておられるわけですから、そこで認められた研修医は即、非常勤職員として採用したということにさせていただかない限り、今後の研修そのものが難しいのではないかと思います。

原野 ありがとうございます。

岡本 ありがとうございます。

女性医師のところ、最後にまとめて星先生にお伺いしたいんですけども、女性を決して特別扱いにしてほしくないんですけども、やはり困った場合の女性医師の相談窓口といったようなものを、日本医師会あるいは地区の医師会などで考えていただきたいと思います。そして、この制度が結果的に女性医師の減少を招くというようなことがないかどうかの、監視体制とかそういったような将来的な展望を、先生、お考えいただいていますでしょうか。

星 女性医師に限らないと思うんです。この先は男性が子育てをする。実際聞いた話ですが、アメリカの先生で、男性のほうが臨床をあきらめて別のところに行って、女性が臨床でばりばりやっているという話も聞いたことがありますので。

あるいは先ほどありました、例えば結婚をした、出産をした、そしてある病院に入ったんだけど、実家の近くの病院に移りたいとか、そうすれば母親の支援を受けながら研修医を続けられるというようなときに、地区の研修のグループの中での行き来なら、まあ、それはそれで可能なのかもしれないけれども、例えば県をまた

いで、あるいは医療圏をまたいで、そうなるのかなり難しいと思うんです。ですからそのあたりについては、地区の窓口同士の全体のやりとりの音頭取りは、やはり日本医師会の仕事だろうし、そのためにも各地区の医師会にはそういう相談を受け付けて、すべて処理ができなくても、そういうものを全国的に情報交換をするような場というのは、早急につくっていかねばならないだろうなと思ってます。

ただ、女性医師に1つ申し上げたいのは、これを言うのとまたけんかになります、産休をとるというのは、それなりの覚悟を持ってとっていただきたいし、戻ってくるというのが前提であります。あまり言いたくありませんが、産休をとったきり2人も3人も産んでそのままやめちゃうということも、現実にあります。したがって、やはり私たちは、次の世代のためにもその産休という制度をきちんと運用していくためにも、もちろん支援が必要だと思えますけれども、そのような覚悟も一方で私は必要だと思うので、その両方があって初めて、皆さんの理解が得られて、それならみんなでフォローしてやろうということになると思いますので、そのあたり、うまく使い分けていただくことと、私どもとしてもそういうサービスといいますかそういう仕組みはつくっていくということで、勘弁してください。

岡本 ありがとうございます。

ほとんどの女性医師は大変な決意のもとに、一生医師を続けようと思って努力しておりますことを、つけ加えさせていただきます。

赤井 今、結婚されて、妊娠されて、出産されてというお話だったんですが、アメリカの制度をちょっとだけご紹介したいんですけども、先ほど大澤先生が少し触れられたように、アメリカのマッチング制度はそもそもペアマッチというのがありまして、例えば夫がボストンに行きたいという場合には、奥さんもボストンの病院にマッチするようなシステムが、実際とられています。

例えば研修中に、アメリカの研修というのは結構専門医の研修も含めますと長いので、その間に結婚・出産をされるという機会も、日本よりは確率が高いと思うんですが、そのためにかなりマッチングもフレキシブルな運用がされていまして、例えばプログラムからプログラム

■ シンポジウム

への移動ということも大変フレキシブルに行われています。ですから、やはりいろいろな側面、産休とかいろいろな側面があると思うんですが、例えば出産をした結果、やはり仕事はしたいということで自分の親の支援が受けたいとかというような方の場合、プログラムをある程度フレキシブルに動けるようなシステムを厚労省でも考えていただくような方向でされたいかがかなと思います。

岡本 ありがとうございます。

先生、アメリカでそのペアマッチに大きく責任を持ってかかっているのは、どこでしょうか。国なんでしょうか、医師会なんでしょうか。

赤井 それはおそらく国ですね。国がプログラムの全体を動かすような機関をつくっておりますので、そういうところがやはりそういうことに関して動かしていると言っていると思います。

岡本 ということは日本でも中島先生の担当でございますね。

中島 アメリカのマッチングは、責任を持ってやっているのはNRMPというナショナル・レジデンシー・マッチング・プログラムという、ある種公益法人なんです。国が直接やっているわけではありません。

それで向こうの場合はレジデンシーというぐらいですので、それぞれのある種専門分野、外科とか内科とかの3年とか5年とか、そういうプログラムをどう希望者との間で組み合わせるかというところでその仕組みがあるわけなので、途中での乗りかえといってもそのもの自体が2年足す3年になっていたり、そういういろんなところでの組み合わせです。何をやってからじゃないと次ができないとか、そういういろんな複雑なルールもある中でそういう仕組みができていくということです。

それで、日本で2年間の必修化というものにこのマッチングを今回、導入したわけですけども、その中でどれぐらいの仕組みが必要なのかということについては今後、協議会のほうでいろいろご議論いただいて、取り入れるものは取り入れていったらいいのではないかと思いますけれども、ざっとお聞きした範囲ではとりえずペアマッチのニーズというのはそれほどないという印象を受けておりまして、今年度について言えばシンプルな形のマッチングになっております。

それから、場所は、これは別にマッチングとは関係なく、その地域の研修病院を選んでその上位にランクしていただければいい話なので、これはマッチングとはちょっと別の話かなと思いますけれども。

橋本 途中で動くという話。

中島 だからその2年間のうちで移動をするということが、どの程度必要なのかということは、それはもしどうしても移動したければその移動先の病院と個々契約、話をさせていただければいいことで、マッチングの話ではないと思います。

岡本 ありがとうございます。とりえず日本の現状では、この責任は、中央、厚生労働省と、そしてそれをしっかりとサポートしていただく日本医師会の責任だと思いますので、今後、どうぞよろしくお願ひしたいと思います。(拍手)

ほかの議題もございまして、このセッション、これで終わりにさせていただきます。

橋本 あと、3つ目のテーマとしまして、実は従来は大学の附属病院で研修をやって、先ほど示されておりましたように、だいたい70%強あるわけなんですけれども、現在の新臨床研修制度でも多くの大学附属病院で、先ほど出ました「たすきがけ方式」というのが多く見られます。

実は先ほど、打ち合わせで大学の附属病院で、そういう初期研修を、プライマリーケアをするということが、適切かどうかという議論をしまして、星先生、中島先生はできたらそれは、大学は専門をしてもらって、機能分化ということで市中病院なり、地域医療が担ったほうがいいのではないかと。あと吉岡先生と赤井先生は、いや、大学病院でもやはりやり方によって工夫すればプライマリーケアをきちっとできるという意見でしたけれども、この点に関しまして、フロアから何かご意見ないでしょうか。大学で初期研修制度を行うということに対しまして。

山田 県立五條病院の山田と申します。本当は文部省の人にお聞きしたいのですが、いわゆる卒後臨床研修制度と卒前教育、その整合性と言いますか、その関連性と言いますか、この面でも、今回の新しい臨床研修制度は大きな意味があると思うのです。

ちなみに、昭和53年度から、自治医大卒の研修医は全国でスーパーローテーション方式による研修を受けてきましたし、すでに24期生まで終了しているはずですが。反対に、他の医科大学や大学医学部卒の研修医は、殆どがストレートかセミローテーション方式による研修を受けてきましたので、殆どの大学附属病院ではスーパーローテーション方式による研修はやった経験がないと思うのです。この間、毎年東京で開催されてきました臨床研修研究会では、毎回研修方式や研修プログラムなど多くの話題が討議され、そのなかにはいろんなデータベースが残されていると思うのです。そこで、新しい臨床研修制度を策定するに当たっては、特に卒後臨床研修制度と卒前教育との整合性の面で、そのデータベースを利用したり、応用したりしてこられたかどうかについてお答え頂きたいと思います。

中島 なかなか難しいご質問で、うまくお答えできるかどうかかわからないんですけども、自治医大は確かに特別な研修を幅広くやるようになっておりまして、そういうお話は今回の制度設計においても十分お聞きしていますし、また自治医大の先生にも入っていただいて、いろいろ議論をさせていただいたという経緯はありますので、そういう意味ではかなり活用したのではないかと思いますし、また大学でも一部の大学では、今回と同じような研修をされているところもありますので、そういうご意見もお伺いして今回の制度設計に当たらせていただいたということでございます。

山田 卒前教育にフィードバックされているかどうかということが聞きたいんですが。

中島 卒前教育との関連で言えば、自治医大というよりはむしろ医学部教育全体として、今、改革が急速に進んでいるところでして、端的に言えば学部在学中にできるだけ臨床経験、クリニカル・クラークシップと書いて、臨床経験を多くさせようということで、改革が進んでおりまして、やみくもに患者さんのところに連れて行ってもだめなので、臨床実習に入る前に、共通試験というようなものを作ったり、オスキーという実技の試験を作ったりというようなことも加えて、できるだけ学部在学中に患者さんとの直接の体験を持つようにする方向で進んできています。

ですけど、これは、その成果が出てくるのにはまだあ

と数年はかかるということなので、今回の制度改革にはちょっと間に合わないということもあるんですが、そういう事態がほんとうに定着してくれば、当然、卒後の2年間の研修の中身も見直していかなければいけないだろうというふうに考えておまして、制度上も5年以内に見直すということで臨床研修制度もできておりますので、そこは文科省とも十分連携して進めてまいりたいと思っています。

山田 ありがとうございます。

橋本 ほかにないでしょうか。どうぞ。

勝又 愛知県医師会の勝又でございます。

地域保健医療研修を大学でやれるかどうか、プライマリーケアに根ざした研修を大学でやれるかどうかという問題については、私は大いに疑問を持っております。と申しますのは、地域における医療提供体制はどんどん機能分化が進んでおりまして、連携がものすごく活発に行われるような時代になってきていますので、実際に診療所において、あるいは中小病院において診療した患者さんが、例えば老健あるいは基幹病院のオープン病棟へ場合、どうなっているかと。やはり現場での経験ですね、実際の患者さんを通して。そういうふうな医療連携の具体例を経験するというのが、地域保健医療研修のほんとうに重要な課題だと思います。大学における、例えば総合診療においてプライマリーケアをいろいろ研修するということは、あるいは老人科なんかでもそういうような傾向があるんですけども、多少、時間的な問題とか、実際の患者の経験という面からいくと少し無理があるというふうに私は思っております。ですから、星先生と中島先生の地域における研修の重視、これは私は重要だと思っております。

もう1点だけ、ちょっとお伺いしたいんですけども、これは若干先ほどの質問とは外れますけれども、この臨床研修が必修化されると、もともとほんとうは基礎医学へ進みたいんだと。しかしながら、臨床研修終了証の権利だけを持っていこうという人はかなり入ってきて、多くは相当優秀な人だと思いますけれども、中には臨床には全く興味がないという人でも、権利だけは確保していこうという感じの人が出てくると思います。したがってその場合は、できるだけ早急にそういう人を、いわゆ

る研修管理病院の管理委員会がその問題点を把握して、それぞれ例えば地域保健研修で診療所にそういう人が来た場合に、指導医と患者さんとその研修医と3人だけでは間が持ちませんといいますが、非常に困っちゃうケースがあるものですから、そこらあたりは例えば管理委員会が、この方はどうも臨床医には向かないと解釈すれば、ある程度好意的に解釈して、保健所のほうに回していただくと。患者さんとの機会が比較的少ないので良いと思いますか。

また、その辺は中島先生にお伺いしたいんですが、赤井先生にはもう1点、研修の途中での評価で、例えば米国なんかではそういうような人をどう早めに見つけて、どう対応しているのかということについてお聞きしたいと思います。以上です。

橋本 まず第1番目に、まず大学では不向きではないかということに関しまして、吉岡先生のほうから。

吉岡 今、愛知県の先生からのご発言で、2年目にやる1カ月の地域医療を大学病院でやるのは不向きだというふうなご発言であれば、その通りだと思います。私も別に1カ月、保健所を中心としたプログラムを考えております。

ただ、全国医科大学80ありまして、すべての医科大学が同じような機能を発揮しているわけではありません。例えば奈良県立医科大学附属病院のように県立の場合を例にとりますと、地域医療としてのプライマリーケア、救急、その他いろんな地域に密着したことをやっています。大学病院といえども、県立中央病院としての機能を十分に発揮しています。これが東京大学とか京都大学と同じように、大学病院だから不向きということにはならないと考えます。

逆に、いわゆる専門性の強い大学病院にしてみれば、プライマリーはなかなか自分の大学ではやれないという自覚から、たすきがけの理論武装になっているわけです。したがって、1年間は関連の病院でプライマリーケアを中心に研修をして、専門的な将来へのつなぎを考えると、残りの1年間は大学病院でやることによって、専門医や研究者や基礎医学との橋渡しをしようとしているのでしょう。それがすなわちたすきがけ方式の一番の理論武装ではないかと思っています。

それぞれに分があると思いますので、それぞれの大学が十分に練られた研修制度でおやりいただいて、3年たち5年たち10年たったときに、機能が少しずつ分化して、どんどん研修医が少なくなる大学病院もあれば、今までどおり研修医を十分に抱えて研修制度をさらに発展させられる大学病院も出てくるのではないかと、私は思っています。

橋本 あと2番目には、基礎医学に進むというか、そういう適性の問題ということだと思います。そういう方の、どのようにチェンジするかという問題かなと思うんですけども。

中島先生、この点に関しては。

中島 これは、研修を始めて臨床に向かないという方、あるいは研修中に何か問題が生じたという方については、今回のマッチングの関連でも医師会としても支援事業で相談に乗っていただく体制もつくっていただくことになっておりますし、国のほうでも地方厚生局等で相談に乗るということも考えて、それなりの体制をとることにしておりますので、ぜひそういうところをご活用いただきたいと思うんですが、その前にそういう方というのは、そもそも大学に在学中にある程度、大学の先生には申しわけないんですが、そういうことであれば早くに方向転換をされて、無理して臨床研修じゃなくても、基礎医学ですっと一生を暮らしていられるのも大変いい選択だと思いますので、そういうことも含めて進路指導をよろしくお願いしたいと思いますけれども。

橋本 ありがとうございます。

3番目の質問は、評価に関する質問で、これは赤井先生ということによろしいですか。

赤井 その問題のあるレジデントというのは、アメリカでも幾つかアーティクルで出ているものもありまして、数年前に『JAMA』というアメリカの雑誌にも、プロブレム・レジデントをどうしたらいいのかということで、特集が組まれたことがあるんですけども、問題あるレジデントと言いましても、いろいろな問題があると思うんですね。一番問題は、例えば非常に強いストレス下で、私が実際見た例でも、ICUの勤務の間に当直室から全く出てこなくなった研修医というのがいたんですけども、非常にストレスフルで、その方はICUの勤務が終

わると別に普通に働けるんですけども、ICUとかCCUとかそういうところに行くとかだめだというような方がおられるわけです。

そういう方に関しては、やはり進路、これからどういうふうにするかというときに、例えばそういう方が循環器病とか、あるいは救急医学とかそういう非常にストレスの強いところに行かれるのはやはり問題だということで、やはりある程度の進路指導をするということになると思います。

それからもう一つの極端な例なんですけれども、例えば差別的な言動をカルテに書いたりとか、そういうような人は1人おりました。その人は1回目にカルテにそういう差別的な言動を書いたときに、プログラム・ディレクターから注意を受けまして、それにもかかわらずまた書いたので、即、首になりました。

そういうふうに、今非常に極端な例を挙げてしまったんですけども、できるだけプログラムは、雇ったからにはやはりその人をきちんとした医師にする、ある程度の責務がありますが、再三の注意にもかかわらずやはり改善しないという場合には、容赦なく首にするようです。ただ、実際その首になる人というのは、ほんとうに何年かに1人とか、そういう頻度ではあると思いますけれども、そういう点ではちょっと日本よりは厳しい体制になっているのではないかと思います。

橋本 どうぞ。

郡 少ないですけど、やっぱり臨床に向いていないというレジデントが、実際来ることがあります。それでプログラムをその人専用につくりまして、例えば救急の現場や、クリティカルな場面から全部外して、臨床病理みたいな検体を取り扱うところへ行ってもらって、少なくとも患者さんに迷惑がかからないところで、それでしかも、チーフレジデントがマンツーマンについて指導するとか、そういうことをやってきました。

今までの制度だとそれで一応2年間終われば、それである程度の責任を果たしたということになるんですけど、今後はそれだと、結局到達目標に達していないので、そういう人を2年間こちらで面倒見ても、修了書をどうするかという問題が出て来ます。そこら辺が実際にやっているほうとしては非常に悩むことだと思います。

橋本 どうもありがとうございました。

まだまだ質問はあるかと思うんですけども、実は非常に後の時間が限られていまして、一応、申しわけありませんが、これをもって終了いたします。

最後のまとめとしましては、いろいろプログラムはありますので、このプログラムがほんとうにいいプログラム、研修制度なのかどうかというのは、やはりあと何年かたつと、結果が出てくると思います。だから、それによってまた改革していったらいいのじゃないかと思いません。それとあと、2年間の研修制度だけではなく、卒前それから初期研修の後のシステムについても、これからどういうようなのがいいのか模索していく必要があるのではないかと思います。

きょうはちょっととりとめのない、まとまりがなかったですけど、どうもありがとうございました。

参加者数一覧

平成15年度全国医師会勤務医部会連絡協議会参加者数

| ブロック | 都道府県 | 医師会 | 協議会参加者数 | | | | 宿泊者数 | | | 観光 | | |
|---------|---------|----------|---------|-----------|-----|-----|------|-----|-----|-----------------|-------------|------------|
| | | | 協議会 | ランチョンセミナー | | 懇親会 | 17日 | 18日 | 19日 | ファミリーコース 18日 | 奈良市内 19日 | ゴルフ 19日 |
| | | | | 第1 | 第2 | | | | | | | |
| 北海道・東北 | 北海道 | 北海道医師会 | 3 | 1 | 2 | 3 | | | | | | |
| | | 札幌市医師会 | 5 | 2 | 3 | 6 | 1 | | | 1 | 3 | |
| | | 函館市医師会 | 1 | 1 | | 1 | | | | | | |
| | | 苫小牧市医師会 | 2 | | 2 | | | | | | | |
| | | 旭川市医師会 | 1 | 1 | | | | | | | | |
| | 小樽市医師会 | 1 | | 1 | 1 | | | | | | | |
| | 青森県 | 青森県医師会 | 9 | 6 | 3 | 8 | 10 | 10 | 2 | 1 | 2 | |
| | 岩手県 | 岩手県医師会 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | | | 1 | |
| | 宮城県 | 宮城県医師会 | 2 | 1 | 1 | 3 | 3 | 3 | | 1 | 2 | |
| | | 仙台市医師会 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | | | 3 | |
| 秋田県 | 秋田県医師会 | 1 | | 1 | 3 | 3 | 3 | | 2 | 2 | 1 | |
| 山形県 | 山形県医師会 | 4 | | 4 | 4 | 4 | 4 | | | | | |
| 福島県 | 福島県医師会 | 1 | | | 1 | | 1 | | | | | |
| 関東・甲信越 | 茨城県 | 茨城県医師会 | 5 | 4 | 1 | 6 | 6 | 5 | | | 4 | |
| | 栃木県 | 栃木県医師会 | 3 | 2 | 1 | 2 | 3 | 2 | | | | |
| | 群馬県 | 群馬県医師会 | 3 | 1 | 2 | 3 | | | | | | |
| | 埼玉県 | 埼玉県医師会 | 7 | 4 | 4 | 7 | | | | | | |
| | 千葉県 | 千葉県医師会 | 6 | 3 | 3 | 6 | 3 | 5 | | | | |
| | 神奈川県 | 神奈川県医師会 | 3 | | 3 | | 3 | | | | | |
| | | 横浜市医師会 | 3 | 3 | | 3 | 3 | | | | | |
| | 新潟県 | 新潟県医師会 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 2 | | | 2 | |
| | 山梨県 | 山梨県医師会 | 1 | 1 | | 1 | | | | | | |
| | 長野県 | 長野県医師会 | 2 | | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | |
| 中部 | 富山県 | 富山県医師会 | 2 | 2 | | 2 | 2 | 2 | | | | |
| | 石川県 | 石川県医師会 | 4 | 4 | | | 3 | | | | | |
| | 福井県 | 福井県医師会 | 1 | | 1 | 1 | | | | | | |
| | 岐阜県 | 岐阜県医師会 | 1 | 1 | | 1 | 1 | | | | | |
| | 静岡県 | 静岡県医師会 | 2 | | 2 | 3 | 3 | 2 | | 1 | | |
| | 愛知県 | 愛知県医師会 | 8 | 5 | 3 | 8 | 5 | 4 | | | | |
| | 三重県 | 三重県医師会 | 4 | 4 | | | 3 | | | | | |
| 近畿 | 滋賀県 | 滋賀県医師会 | 5 | 2 | 3 | 3 | 1 | 1 | | | | |
| | 京都府 | 京都府医師会 | 7 | 3 | 4 | 7 | | | | | | |
| | 大阪府 | 大阪府医師会 | 12 | | 12 | 12 | | | | | | |
| | 兵庫県 | 兵庫県医師会 | 7 | 3 | 4 | 8 | 7 | 1 | | 1 | | |
| | 奈良県 | 奈良県医師会 | 68 | 28 | 21 | 41 | | | | | | |
| 中国・四国 | 和歌山県 | 和歌山県医師会 | 2 | | 2 | 2 | | | | | | |
| | 和歌山市医師会 | 2 | | 2 | 2 | | | | | | 2 | |
| | 鳥根県 | 鳥根県医師会 | 6 | 1 | 5 | 5 | 4 | 5 | | | 2 | |
| | 岡山県 | 岡山県医師会 | 3 | 2 | 1 | 3 | | | | | | |
| | | 岡山市医師会 | 1 | | 1 | 1 | | 1 | | | | |
| | 広島県 | 広島県医師会 | 7 | 4 | 3 | 7 | | | | | | |
| | | 広島市医師会 | 4 | 2 | 2 | 4 | 4 | 4 | | | | |
| | | 広島市中区医師会 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | | | | | |
| | 山口県 | 山口県医師会 | 7 | 2 | 5 | 6 | 7 | 7 | | | | |
| | 徳島県 | 徳島県医師会 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | | | | |
| | 香川県 | 香川県医師会 | 2 | 1 | 1 | 3 | 2 | 2 | | 1 | 2 | |
| | | 高松市医師会 | 1 | 1 | | | | | | | | |
| | 愛媛県 | 愛媛県医師会 | 7 | 2 | 5 | 6 | 6 | 6 | | | | |
| 松山市医師会 | 松山市医師会 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | | | | | |
| | 高知県 | 高知県医師会 | 1 | 1 | | | | | | | | |
| 福岡県 | 福岡県医師会 | 4 | 1 | 3 | 4 | 3 | 3 | | | | | |
| | 北九州市医師会 | 4 | 1 | 2 | 3 | 3 | 4 | | | 1 | | |
| | 福岡市医師会 | 3 | 3 | | 4 | 3 | 3 | | | | | |
| | 大牟田市医師会 | 1 | | 1 | 1 | | | | 1 | 2 | | |
| 九州・沖縄 | 佐賀県 | 佐賀県医師会 | 2 | 2 | | 2 | 2 | 2 | | | | |
| | 長崎県 | 長崎県医師会 | 3 | 2 | 1 | 3 | 3 | 3 | | | | |
| | | 長崎市医師会 | 2 | | 2 | 2 | 3 | 3 | | | | |
| | | 佐世保市医師会 | 2 | 2 | | 2 | | 2 | | | | |
| | 熊本県 | 熊本県医師会 | 8 | 7 | | 7 | 8 | 8 | | | | |
| | | 熊本市医師会 | 3 | | 3 | 3 | | | | | | |
| | 大分県 | 大分県医師会 | 1 | | 1 | | | | | | | |
| 大分市医師会 | | 1 | 1 | | | | | | | | | |
| 宮崎県 | 宮崎県医師会 | 6 | 4 | 2 | 6 | 3 | 2 | | | 2 | | |
| 鹿児島県 | 鹿児島県医師会 | 2 | | 2 | 2 | 2 | 2 | | | | | |
| | 鹿児島市医師会 | 2 | 2 | | 2 | 2 | 2 | | | | | |
| 沖縄県 | 沖縄県医師会 | 4 | 3 | 1 | 4 | 4 | 4 | | | | | |
| 日本医師会 | | 14 | 4 | 3 | 12 | 13 | 10 | | | 4 | | |
| 来賓・講師関係 | | 14 | 1 | 1 | 11 | | | | | | | |
| | | 305 | 136 | 135 | 263 | 153 | 131 | 2 | 9 | 32 | 3 | |

■ アトラクション・懇親会

