

平成 19 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

「高めよう勤務医の情熱、広げよう勤務医の未来」



期 日：平成19年10月13日（土）
会 場：沖縄ハーバービューホテル
主 催：日本医師会
担 当：沖縄県医師会

《表紙写真》

カクレクマノミ

美しい海とさんご礁、豊かな自然環境に恵まれた沖縄。

沖縄の海は比較的遠浅で色とりどりのサンゴ礁や熱帯魚を容易に観察することができ、季節を問わず1年中潜ることができます。

色鮮やかなオレンジと白のストライプが特徴的な人気種のカクレクマノミは奄美大島以南に分布し、イソギンチャクとクマノミの共生関係でよく知られております。近年は、映画「ファインディング・ニモ」に登場するキャラクターとして、一躍有名になった熱帯魚の一種であります。

目 次

開催要項	1
次 第	2
開 会	7
開会の辞	
主催者挨拶	8
担当県挨拶	9
来賓祝辞	10
特別講演1	
「社会保障制度の視点と医療制度の展望」	
～少子高齢社会における地域医療の将来像～	15
報 告	
日本医師会勤務医委員会報告	35
報 告	
沖縄県医師会勤務医アンケート調査報告	45
次期担当県挨拶	57
特別講演2	
「未来にすくむな日本人」	
～日本は財政危機ではない、日本国民のために我々のカネを使おう～	61
特別講演3	
「沖縄の民間信仰とターミナル医療」	97
シンポジウム	
「病院の機能分化について～勤務医の現状をふまえて～」	115
沖縄宣言採択	169
閉会の辞	173
参加者数一覧	177



(開会式の模様)



(日本医師会長／唐澤祥人先生)



(沖縄県医師会長／宮城信雄先生)



(日本医師会勤務医委員会委員長／池田俊彦先生)



(沖縄県医師会勤務医部会長／嘉手苺勤先生)



(千葉県医師会長／藤森宗徳先生)



(日本金融財政研究所長／菊池英博先生)



(ノーブルメディカルセンター医療顧問 (理事)
高石利博先生)



(シンポジウムの模様)



(会場風景)



(日本医師会常任理事／鈴木満先生)



(沖縄県医師会副会長／玉城信光先生)

平成19年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

メインテーマ

「高めよう勤務医の情熱、広げよう勤務医の未来」

1. 開催日時 平成19年10月13日（土）10:00～17:30
2. 会 場 沖縄ハーバービューホテル
沖縄県那覇市泉崎2丁目46番
T E L 098-853-2111
3. 主 催 日本医師会
東京都文京区本駒込2丁目28番16号
T E L 03-3946-2121
4. 担 当 沖縄県医師会
沖縄県浦添市当山2丁目30番1号
T E L 098-877-0666
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

■平成19年度全国医師会勤務医部会連絡協議会次第

日 時 平成19年10月13日（土）
場 所 沖縄ハーバービューホテル（2F彩海の間）
主 催 日本医師会
担 当 沖縄県医師会

メインテーマ 「高めよう勤務医の情熱、広げよう勤務医の未来」

総合司会 沖縄県医師会常任理事 安 里 哲 好

受付 9:00～10:00

開会式 10:00

挨拶

来賓祝辞

沖縄県医師会副会長	玉 城 信 光
日本医師会長	唐 澤 祥 人
沖縄県医師会長	宮 城 信 雄
沖縄県知事	仲井眞 弘 多
那覇市長	翁 長 雄 志

特別講演1 10:20～11:05

「社会保障制度の視点と医療制度の展望」

～少子高齢社会における地域医療の将来像～

座 長

日本医師会長	唐 澤 祥 人
沖縄県医師会長	宮 城 信 雄

～～～（休憩）11:05～11:15～～～

報 告 11:15～11:35

「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

報 告 11:35～11:55

「沖縄県医師会勤務医アンケート調査報告」

沖縄県医師会勤務医部会長 嘉 手 苅 勤

次期担当県挨拶 11:55～12:00

千葉県医師会長 藤 森 宗 徳

～～～（昼食）12:00～13:10～～～

特別講演2 13:10~14:00

「未来にすくむな日本人」

～日本は財政危機ではない、日本国民のために我々のカネを使おう～

	日本金融財政研究所長	菊池英博
座長	沖縄県医師会副会長	小渡敬

～～～（休憩）14:00~14:10～～～

特別講演3 14:10~15:00

「沖縄の民間信仰とターミナル医療」

	ノーブルメディカルセンター医療顧問（理事）	高石利博
座長	沖縄県医師会勤務医部会副会長	井上治

～～～（休憩）15:00~15:10～～～

シンポジウム 15:10~17:30

「病院の機能分化について～勤務医の現状をふまえて～」

座長	沖縄県医師会副会長	玉城信光
	沖縄県医師会勤務医部会委員	城間寛

- | | | |
|---------------|----------------|-------|
| (1) 厚生労働省の考え方 | 厚生労働省医政局指導課長 | 佐藤敏信 |
| (2) 大学病院の現状 | 琉球大学医学部附属病院副院長 | 須加原一博 |
| (3) 県立病院の現状 | | |

	沖縄県立南部医療センター・こども医療センター副院長	下地武義
--	---------------------------	------

- | | | |
|---------------|-----------|-----|
| (4) 地域一般病院の現状 | 浦添総合病院副院長 | 銘苅晋 |
|---------------|-----------|-----|

- | | | |
|--------------|-----------|------|
| (5) 慢性期病院の現状 | ちゅうざん病院院長 | 今村義典 |
|--------------|-----------|------|

- | | | |
|-----------------|--------------|-------|
| (6) 沖縄県の女性医師の現状 | 沖縄県立中部病院医療部長 | 依光たみ枝 |
|-----------------|--------------|-------|

コメンテーター	日本医師会常任理事	鈴木満
---------	-----------	-----

沖縄宣言採択

閉会 17:30	沖縄県医師会副会長	小渡敬
----------	-----------	-----

～～～（休憩）17:30~18:00～～～

懇親会 18:00~19:30

アトラクション

司会	沖縄県医師会常任理事	真栄田篤彦
開会	沖縄県医師会副会長	玉城信光
挨拶	日本医師会長	唐澤祥人
	沖縄県医師会長	宮城信雄
乾杯	千葉県医師会長	藤森宗徳
閉会	沖縄県医師会常任理事	真栄田篤彦

開

会

10 : 00 ~ 10 : 20

総合司会 沖縄県医師会常任理事

安 里 哲 好

開 会

沖縄県医師会副会長

玉 城 信 光

主催者挨拶

日本医師会長

唐 澤 祥 人

担当県挨拶

沖縄県医師会長

宮 城 信 雄

来賓祝辞

沖縄県知事

仲井眞 弘 多

那覇市長

翁 長 雄 志

総合司会

沖縄県医師会常任理事 安里 哲 好

おはようございます。

ただいまから平成19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。

司会は沖縄県医師会常任理事の安里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。

それでは、沖縄県医師会副会長、玉城信光より開会の辞を申し上げます。



開 会

沖縄県医師会副会長 玉 城 信 光

皆さん、おはようございます。

ご承知のように勤務医を取り巻く環境は大変厳しいものがございます。昨年の埼玉大会に引き続きまして、勤務医の労働環境の改善に向けて、また、国民の医療を安全・安心なものにするために、活発なご議論をよろしくお願いしたいと思います。

それでは、平成19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

日本医師会長 唐 澤 祥 人



ご出席の皆様おはようございます。

ただいま紹介いただきました日本医師会の唐澤でございます。今日は一日よろしく願いいたします。

改めてご挨拶申し上げます。

本日は、大変お忙しい中を仲井眞沖縄県知事、また、當銘副市長（翁長那覇市長代理）にご臨席を賜り、誠にありがとうございます。

改めまして、平成19年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開会にあたり、主催者を代表いたしまして、一言ご挨拶を申し上げます。

本連絡協議会も都道府県医師会をはじめ、勤務医部会関係者の多大なご尽力により、今年度で28回目の開催を迎えることになりました。

今回は、メインテーマとして「高めよう勤務医の情熱、広げよう勤務医の未来」を掲げております。

この連絡協議会が勤務医と開業医の大同団結という大命題のもと、四半世紀の時を超えて勤務医を取り巻く諸課題に取り組み、日本全国に向けてメッセージを発信してきたことは誠に意義深いことと存じます。

また、日頃から勤務医をめぐる諸問題について真摯にお取り組みいただいております先生方のご熱意に対しまして、心より敬意を表する次第でございます。

さて、政府による長年にわたる医療費抑制政策の結果、地域医療は、今や崩壊の危機に瀕しています。勤務医の過重労働の問題、あるいは医師数の絶対的な不足などの問題は、この医療費抑制政策の失敗が本質的な要因となっているものですが、これら問題が地域医療に与えている影響は、医療の質・安全の面からも、もはや看過できない状況でございます。

先般、日本医師会が「グランドデザイン2007」でお示しましたように、日本の人口千人当たり医師数は、一人当たりGDPがOECD加盟の平均以上の国の中では最下位でございます。また、GDPに占める総医療

費の比率を見てもOECD加盟国の平均を下回っている状況であります。このような厳しい状況下において、勤務医の皆様は疲弊しながらも医師としての強い使命感と、自己犠牲によって地域医療を支えてこられたわけであります。医療技術の発展、あるいは高齢化率の上昇などに伴う勤務医の負担がますます増大していく中で、さらなる医療費抑制政策が継続されることは、決して容認できるものではありません。

世界に冠たる国民皆保険制度を堅持しつつも、安心で安全な国民医療を守るためには、診療報酬の引き上げを含め、財源措置を伴った体制整備が急務・不可欠であることは論を待たないところでございます。

繰り返しになりますが、今まさに日本の地域医療は崩壊の危機に瀕しております。医療が直面している様々な問題を乗り越え、医療のあるべき姿を実現していくためには、医師会を中心とした勤務医と開業医の大同団結が必要不可欠であることを強く認識いたしております。先生方の一層のご理解とご協力をお願い申し上げます。

結びにあたりまして、改めまして本年度の協議会の開催にあたり、準備・運営のすべてをご担当いただきました沖縄県医師会の宮城会長をはじめ役職員の皆様に、衷心より感謝申し上げます。

本日は、誠にありがとうございます。よろしく願いいたします。

担当県挨拶

沖縄県医師会長 宮 城 信 雄

沖縄県医師会長の宮城です。

平成19年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催にあたり、担当県といたしまして、歓迎のご挨拶を申し上げたいと思います。

本協議会は、昭和56年の第1回大会から数えて今回で28回目を迎え、本日、沖縄の地で開催できることを大変光榮に存じております。

沖縄県医師会は、平成8年に勤務医部会を設立し、地域医療・地域医師会での勤務医の果たす重要性に鑑み、その啓発活動に努めてまいりました。

現在、本会会員の68%を勤務医が占め、医師会活動における勤務医の協力は不可欠となっております。地区医師会によっては8割近くが勤務医というところもあります。

また、医師不足解消が喫緊の課題として取り上げられ、女性医師への対応もクローズアップされる中、本会では本年度、女性医師部会を設立いたしました。今後、女性医師を取り巻く勤務体制づくりも含め、勤務医の部会活動と共にリンクして、地域医療の活性化につなげていくことにしております。

さて、国民の健康と生命を守る医療制度が、今、大きな変革の時代を迎えております。本年度は、平成20年度以降の医療制度改革を踏まえた地域医療計画の見直しをはじめ、地域ケア体制整備構想、後期高齢者医療制度の創設等、将来への基盤整備の再構築に向けた大変重要な年になります。

このような状況を踏まえ、本協議会における特別講演では、日本医師会会長 唐澤祥人先生より「社会保障制度の視点と医療制



度の展望」、菊池英博先生より経済アナリストの視点から医療諸問題について、また、沖縄の民間信仰とターミナル医療について、高石利博先生よりご講演をいただくことにしております。

メインテーマの「高めよう勤務医の情熱、広げよう勤務医の未来」は、勤務医の情熱が更に維持・高揚され、勤務医の未来が展望できる体制づくりを目指してテーマを設定いたしました。

また、近年労働改善が本協議会の大きなテーマとして取り上げられていることから、シンポジウムでは著しく変化する医療提供体制に焦点をあて、「病院の機能分化について～勤務医の現状をふまえて～」と題して、各分野からの発表・討論を行い、喫緊の課題である医師不足や勤務医の過酷な労働環境等について、その窮状を国政やマスコミに訴え、課題の解決につなげていけるよう企画いたしました。

本日の協議会が、勤務医の未来を示唆する有益な協議会になることをご期待申し上げます。ご参加の皆様の今後益々のご活躍・ご健勝を祈念しご挨拶いたします。ありがとうございます。

来賓祝辞

沖縄県知事 仲井眞 弘 多

大勢の方が全国からよくお出でいただきました。心から歓迎申し上げます。

それでは、祝辞を申し上げたいと思います。

本日、社団法人日本医師会会長の唐澤祥人様をはじめ、全国各地からご関係の皆様をお迎えして、平成19年度全国医師会勤務医部会連絡協議会が開催されますことを心からお慶び申し上げますとともに、ご来県の皆様を心から歓迎いたします。皆様方には、それぞれの医療機関において、日夜、地域医療にご尽力いただいておりますことに深く敬意を表するところでございます。

さて、沖縄県の保健・医療・福祉は、国や沖縄県医師会の多大なご理解とご協力を得て、医療基盤の整備を進めてまいりました。全国的に医師不足の問題を抱える中、とりわけ多くの島々、離島を抱えております沖縄県におきましては、医師確保の問題は喫緊の課題であります。このため今年度は新たに離島・僻地ドクターバンク等支援事業や医師就学資金貸与事業を実施するなど、離島・僻地の医師の確保に取り組んでいるところでございます。

このような中、医療の現場で活躍しておられる皆様が医療の抱える様々な課題などについて意見を交わす協議会が沖縄県で開催されますことは、誠に時宜を得たものであると考えます。

本協議会では、特別講演をはじめ、勤務医にかかる調査報告、病院の機能分化に関するシンポジウム等々が予定されていると伺っております。活発なご討議が交わされ、勤務医にかかわる課題の解決に大きく貢献する実り多いものとなりますよう、心から



祈念いたしております。また、皆様には時間の許す限り、沖縄県の自然や伝統文化などにも直接触れていただき、心に残る会議にしていいただければ幸いに存じます。

結びに、この会議の開催にあたり、ご尽力をいただきました関係者の皆様方に感謝申し上げますとともに、社団法人日本医師会の益々のご発展と、お集まりの皆様のご健勝を祈念いたしまして、歓迎のご挨拶とさせていただきます。

来賓祝辞

那覇市長 翁 長 雄 志

代読副市長 當 銘 芳 二

皆様、おはようございます。

那覇市の副市長をしております當銘と申します。

今日は翁長市長は戦争中に落とされた大型の不発弾の処理作業が今朝8時から実施をされており、市長が対策本部長を務めるということが決まりになっておりまして、自衛隊・警察・消防そして市役所がチームをつくりまして、処理作業にあたっております。こういうようなことを日常的な形でこの沖縄県では戦後62年経っておりますけれども、強いられております。

過去において、国や県で、県内を探索しておりますけれども、どうしても見つからない不発弾がまだ埋まっているんです。今日の小禄地区の場合は、戦後何十年間、個人の住宅があったところで、家が古くなって建て替えようということでブルを入れたらコツンと何かに当たったということで、掘ってみたら250キロ爆弾だったと。爆弾を枕にして何十年間寝ていたんだと。これはこの家だけじゃなくて、県内各地でこういうのが散見されるという状況です。今のペースで不発弾処理をしてきますと、沖縄県内にある不発弾の処理にあと40年か50年にかかるんじゃないと言われております。

それから、時節柄もう1つ戦後処理にかかわる問題として言及しておきたいのは、高校の歴史教科書の記述の問題がございませう。実は、沖縄県民は今この問題で非常に大きく揺れておりまして、ご存知かと思いますが、来年4月から全国の高等学校で使用される社会科の歴史の教科書です。

日本軍が戦争の敗色が濃厚になって、日本軍によって前もって各住民に、万が一の



場合に配られた手榴弾で集団自決をしたと。この自決は、軍の命令があったというのが生きている証言者の証言なのですが、来年の4月から使われる歴史の教科書では、これまでの記述を大幅に修正をして、軍の命令はなかったんだと、こういうような記述の修正をしようとしているわけです。

沖縄県民は右も左もありませんで、一丸となって怒りに怒って、歴史的な事実が事実として正しく教育の場で教えるのが教育じゃないのかと、どうしてこんな事実を曲げるんだと。こういう主張をしているわけです。検定意見の撤回をしてほしい。そして記述の復活をしてほしいと。こういう2つの要求をしているわけです。この問題で非常に県民は揺れておりまして、先月の29日には約12万人近い県民が抗議のために、復活を求めるという集会をもって、全国的にも大きく報道されたところでございます。

こういうことで、戦後62年経っておりますけれども、まだ沖縄はあちこちで戦争戦禍をひきずったような生活が実際に強いられているというあたりも、ご来県の際に

胸のうちにちょっとご理解をしていただければ有難いなど、こういうふうに思っております。

それでは、前置きが長くなりましたけれども、市長から預かってまいりました祝辞を私より代読をさせていただきます。

本日、平成19年度全国医師会勤務医部会連絡協議会が、ここ那覇市で盛大に開催されますことを心からお慶びを申し上げます。31万那覇市民を代表して皆様を心から歓迎を申し上げます。

日夜、医療の最前線で私たちの生命と健康を守るため、献身的にご尽力をいただいております勤務医の皆様へ心から敬意と感謝の意を表する次第でございます。

我が国の医療制度は、国の医療費抑制策等により、勤務医の皆様の過重労働や医師不足、あるいは看護師不足など多くの深刻な問題を抱えております。国民の命と健康を守るためにも手厚い医療は維持しなければならず、また、医療に従事する医師や看護師の労働環境につきましては、その重要性に鑑みて適切な配慮を行うことが重要であると考えております。

ところで、日本国民の平均寿命は世界一を維持しており、特に我が沖縄県は日本一の長寿県として知られております。

しかし、厚生労働省の発表では本県の男性の平均寿命は26位に急落し、長寿県の維持は大変危うい状況になっております。高脂肪型食生活と車中心の欧米型の生活様式の普及により、特に40代、50代の比較的若い世代にメタボリックシンドロームが蔓延し、将来、生活習慣病などの増加が今非常に懸念されております。

本市におきましても、平成16年に「健康な21」を策定をし、健康づくりの主役である市民と、その市民の健康づくりを支える地域関係団体、行政がそれぞれの役割を担って協働のまちづくりによる様々な健康

づくりの施策を展開しているところでございます。

本日は、「高めよう勤務医の情熱、広げよう勤務医の未来」をメインテーマに、医療のあるべき姿、勤務環境と直面する課題について、講演やシンポジウムが行われると伺っております。地域医療の向上を目指す那覇市といたしましても、本日の会議が実り多いものとなりますことを祈念しております。

さて、日本の最南端に位置する沖縄県の県都那覇市は、世界遺産の首里城、あるいは琉球王の別邸識名園、地元客や観光客で賑わう庶民の台所、牧志公設市場や国際通りなど名所、見所が数多くございます。

また、首里織、琉球紅型、壺屋焼、琉球漆器等の伝統工芸品も多く、この機会に亜熱帯の豊かな自然と独特の歴史と文化を持つ那覇のまちの観光を満喫していただければ幸いに存じます。

そしてまた、本県を代表する一大行事であります那覇大綱挽きが国道58号を交通遮断いたしまして、明日行われます。実は先週の土曜、日曜に実施を予定しておりましたが、台風接近により1週間順延いたしましたが、今日は国際通りで午後2時から、県下各地の民俗芸能でありますとか、あるいは那覇市内の老若男女によるいろいろな団体、企業の皆様などの出し物が約3時間ぐらいにわたって演舞が実施されます。明日がメインの大綱挽きになります。これはギネスブックで認定された藁綱でつくられた世界最大、世界一の大綱であり、雄綱・雌綱と東・西に分かれて挽きます。一方で100m、重さが40トン、全国どこにもないようなものでございます。どうぞこれにもご参加をいただければ幸いに存じます。

結びに、全国医師会勤務医部会連絡協議会の今後益々のご発展と、ご参加の皆様のご健勝、ご活躍を祈念を申し上げましてお祝いのご挨拶といたします。

「社会保障制度の視点と医療制度の展望」
～少子高齢社会における地域医療の将来像～

講 師：日本医師会長 唐 澤 祥 人

座 長：沖縄県医師会長 宮 城 信 雄

座 長

沖縄県医師会長 宮 城 信 雄

それでは、ただ今より「社会保障制度の視点と医療制度の展望」～少子高齢社会における地域医療の将来像～と題し、日本医師会唐澤祥人先生よりご講演をいただきたいと思います。

ここで唐澤先生をご紹介させていただくところですが、唐澤会長をご存知でない方はおそらくいらっしゃると思います。また、協議会の大会誌に略歴を掲載してありますので、省略をさせていただきたいと思います。

なお、唐澤会長はこの講演終了後、すぐに熊本に飛ぶということで、場合によっては時間が少し短縮になるかもしれませんが、ご容赦お願いをいたしたいと思います。

それでは、唐澤会長、お願いいたします。



講 師

日本医師会長 唐 澤 祥 人

宮城会長、ありがとうございました。

それでは、多少慌しい説明になりますけれども、報告という感じでいくつかのキーワードを中心にお話を申し上げたいと思います。

まず、社会保障制度が、今、喫緊の課題になっているということですし、国民もこちらに大きな目を向けているということです。その根底にあるのはやはり人口構成の変化、少子高齢社会、そしてもう1つのキーワードは地域医療ということでして、これは医療もありますが、介護、福祉という様々なものと関連しているということです。そして、今、申し上げた少子高齢社会にお



I. 少子高齢社会における社会保障制度

- ・社会保障制度と国民医療の理念
- ・超高齢社会と地域の展望
- ・地域社会と地域医療体制の現況

1

少子高齢社会と地域環境

- ・日本の近代史、戦争と平和、国民の医療
- ・国富の増加と産業、経済、生活環境、公衆衛生
自然環境 / 交通 / 流通 / 風土 / 民情 / 風習 /
催事 / 学校 / 公園 / 事業場 / 遊興施設 /
生活 / 日常品 …… **安全 / 信頼**
- ・家庭、家族構成、家族関係
小児と高齢者 / 世代間の交流と継承
- ・広域化と地域の独自性

個人的価値観 / 社会共通の価値観

2

ける社会保障制度はどうあるべきかということですが、国民が十分にこのことをとらえているかどうかということです。今後、ますます社会保障制度について国民にお伝えしなくてはならない。一般国民の皆さんにわかっていただくということが大切だと思います。国民医療の理念というものも、どこの国でも国民の医療はありますが、日本の国民医療は何かと言えば、これはやはりどこの地域でも今日の医療水準に見合い、さらに国民皆保険制度に支えられた、この大きな2つの枠組みで、日本の国民医療は成り立っている。これが中核にあって、これを今後もずっと維持していくんだということだと思います。

超高齢社会の地域の医療ということになりますと、そういう超高齢社会の地域は今どうなっているかというようなこともございますし、そして、医療提供体制は今後進歩していかなくてはならない。先ほどございましたように、やはり医療機能の分化、発展ということだと思いますので、そういう点も踏まえた検討がなされるべき時期にきていると思います。

先ほど不発弾の話もありましたけれども、近年の日本の様々な歴史の流れ、しかし、本当にこの平和を大切にする国、国づくりというのが大切なことだということを先ほどのお話からおわかりだと思います。そ

ういう中で、いま地域で一番求められているのは何かといえば、真ん中に囲みましたように、安全と信頼だと思います。自然の克服、あるいは流通、様々なものが便利になりましたけれども、しかし、身近な生活も安全、信頼という点で、まだまだ問題点が多いということがまず第一であります。そういう中で、家庭は核家族化、そして子供が家庭に残されている。一方で、高齢者は家庭から出て、現役世代とは別に地域の中の高齢者になってしまった、家庭の中の高齢者ではなくなってしまったということもあると思います。

そして、日本のどこでも、つまり沖縄におけるかような問題が、全国でみんなを考えなくてはならない問題である。例えば基地の問題もそうかもしれません。あるいは原子力発電所の問題でも、地震があればその発電停止が東京の停電をもたらすといったことですので、各地域の問題が日本のどこにでも影響していく。逆に言えば、国は、あるいは全国は、様々な地域に目をはせなくてはならないということです。地域をないがしろにする、そういう国の枠組みになってはならないということであり、その中に住んでおられる個人個人の価値観というものも、やはり日本の国全体を見据えた価値観でなくてはならないだろうと思います。

産業・経済と地域医療

- ・ 鉱物資源節約 / 再使用 / 循環型
- ・ エネルギー節約型 / 自然環境配慮 / エコロジカルな配慮
- ・ 重工業生産物 / 付加価値の高いもの
- ・ 知的生産 / 知識の構造化 / 専門分野の融合
- ・ 職住の近接化 / 経済情報と流通の日常化
- ・ 地域 / 家庭への回帰と地域の再評価
- ・ 民主主義と市場原理主義

地域医療の重要性増大

3

そうすることで、日本の産業・経済ということになりますと、やはり省資源、あるいは省エネルギー、そして地球温暖化への対応とか、いろいろな枠組みがありますが、ことに日本は資源が少ない。エネルギーが少ない国ですので、ますます現役世代に大きな負担がかかる。世界第2位のGDPを誇る我が国が、どのようにしてこの地位を保っていくのかということではありますが、そういう中での家庭の負担、あるいは各年代、子供、あるいは現役世代、高齢者への負担がどうなっているかということでもありますし、日本と友好関係にある米国、西洋諸国の進み方、それと日本がどう対峙していくのか。あるいはどう組んでいくかというような問題もあると思いますが、これは私も医療担当者の所管外の問題ですけれども、しかし大きな関連があることは間違いない。そして、この医療を維持していくためには、やはり民主主義というものが根底にあるべきであって、決して専制主義や独裁体制の下では国民医療は維持できないということです。ですので、この流れをずっと見据えていく必要がありますし、その中での地域医療、ますます重大性が増してきているということです。

そうは言いながら、では現況はどうか。安全で信頼のある地域、そして、そういう地域であるべきなのに、実は、若い世

地域医療提供の現況

- ・ 小児医療・産科医療・救急医療の崩壊
- ・ 都市部と人口減地域の地域格差と医療
- ・ 医師、看護師など専門職の育成と確保

4

代に一番負担になっている小児医療・産科医療。そして多くの皆さんが緊急時に医療を受けたいという救急医療の現場が崩壊しつつある。そして、様々な地域で、ことに大都市に人口が集中し、人口減地域が明白になってきた。そこに残される方々は、やはり子供たちと高齢者である。そして働き手は都会に出て行くという流れが大きな流れだということだと思いますし、人口減地域の特に小児医療、産科医療あるいは救急医療が疲弊してきたということもあると思います。

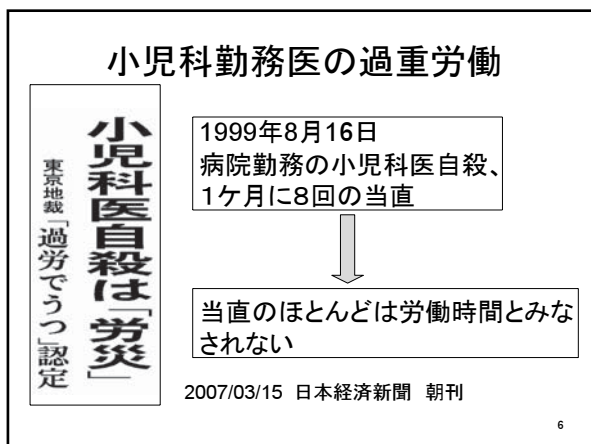
そういう中での若く、そしてこれから医師や看護師、あるいは医療の専門職として参入しようという方々の展望でありまして、まさに大きな命題であります、未来をどう創っていくかということが大切だと思います。

Ⅱ. 地域医療提供の課題と展望

- ・ 医療制度改革と地域医療の現況

5

そういうことで地域医療の課題は非常に多々ございますが、一つ一つをつぶさに見ていかなくてはなりませんし、その上でどうするかということが大事であり、どう展望を持つかということもあります。



さて、その現況であります、なんで小児医療はそうなんだということですが、これはこれだけではないと思いますが、やはり小児科の医師に非常に負担がかかっている。そして、1999年の8月16日、小児科の医師が自殺したという話がありますが、実はこここのところ10年ばかりでつぶさに調べますと、某雑誌にも載っておりますとおり、十数名の事例がございます。誠に悲惨な勤務状況であるということが、そのとおりでありまして、当直のほとんどが労働時間とみなされない。武見敬三氏の発言にありますように、「日本の救急医療は、勤務医のサービス残業で成り立っているんだ」というような、まさにそのような事態も明白になっているということでもあります。

一方、医療の現場に対しての医療訴追、医療訴訟などが増加をしているということでありまして、10年間で1.7倍になりました。ほぼ1,000件を超える医療訴訟が発生している。そして、刑事訴追が様々なところでありましたし、一番大きなものは2006年2月18日の日本経済新聞に出ました記事、福島県

医療関係訴訟の増加

・ 10年間で1.7倍

1996年 575件

2005年 999件

刑事訴追の不安

福島県立大野病院の産婦人科医の逮捕

医師法21条の適用

業務上過失致死の適用

7

の県立大野病院の産婦人科医が、その1年余りに起こった事例で、2006年の2月に急に警察行政によって逮捕される。しかも医師法の21条の適用、そして業務上過失致死と。医療を真面目に遂行している先生がいきなり警察当局によって逮捕されるという事態が発生したわけでありまして、医療担当者は医療担当者として裁かれるべきで、医療担当者として審判を受けたいというのが我々の真の願でありまして、決して刑事事件、窃盗、あるいは詐欺、そういったいわゆる刑事事件と同等に扱われるということは、これは難しい医療を担当する先生方の意欲を削ぐものでありまして、早速、私ども日本医師会も動きました。そして、厚生労働省におきまして、これは由々しき問題だと、すぐに対策を講じていくということで徐々に進みつつありますので、これもまた新しい進展があるだろうと思います。

小児科・産科医療崩壊の現実

・ 小児科を標榜する施設は10年間で6ポイント減少

1996年 35.2%

2006年 29.2%

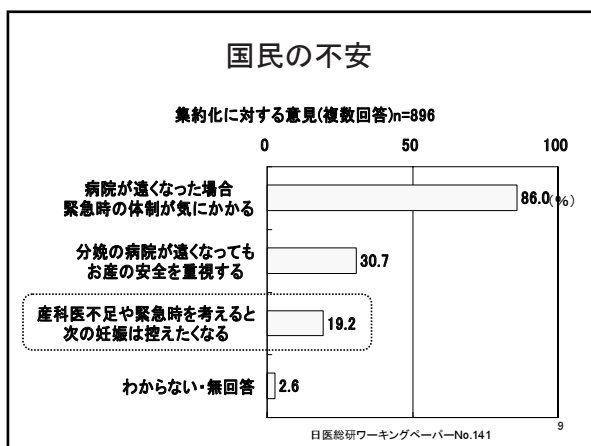
・ 分娩実施施設は10年間で27%減少

1996年 3,991機関

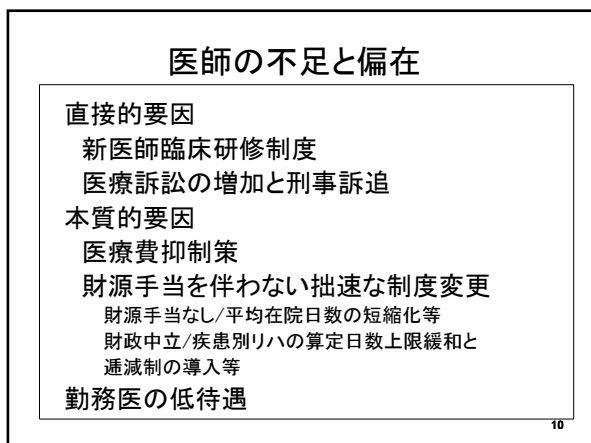
2006年 2,933機関

8

そんなことで、小児科を標榜する医療施設は10年間で6ポイント減少してしまいました。これも地域的な偏在がありますので、全くなってしまった病院があります。そして分娩実施施設は10年間で27%減少した。つまり、産科病棟、あるいは産婦人科病棟を閉鎖する。また、正常分娩なら何とか行いが、難しい分娩は無理だとか、様々な医療機関の難しい対応が続いております。



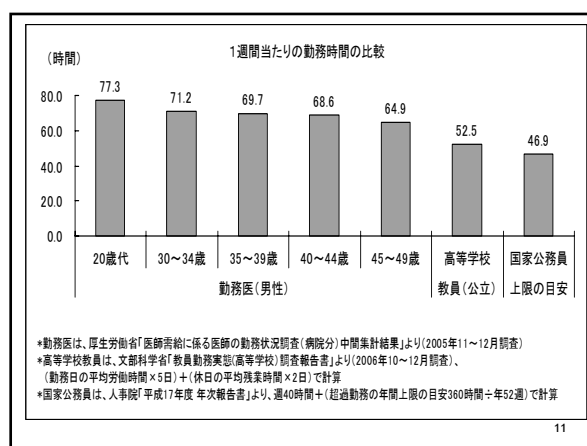
そういう中で、国民はどう思っているかという話ですけれども、病院が遠くなってしまった場合、緊急時の体制が気にかかるというのは、こんなに多くの人が心配をしているわけです。特に若い世代は産科医不足や緊急時を考えると、次の妊娠は控えたくなるという悲しい現実があります。かような現実、かような地域で少子高齢社会における少子化対策が成り立つのかということが1つあります。



医師の不足と偏在ということが、もう喫緊の課題になってきましたけれども、直接的要因としては新医師臨床研修制度が始まってからでありまして、大学病院に戻る、あるいは大学病院で研修をするという先生方が少なくなったわけです。そして大学病院側も外部に派遣している先生方を吸い上げて戻したということもあります。

したがって、派遣を受けている各地域の基幹病院が非常に大きな打撃を受けたということでありまして、それがきっかけになっているということは確かであります。さらに一層複雑な、また構造的な医療の進歩、医療の専門分化、そういったものもあると思いますし、あるいはたくさんの患者さんが押し寄せているという、そういう現実もあると思います。

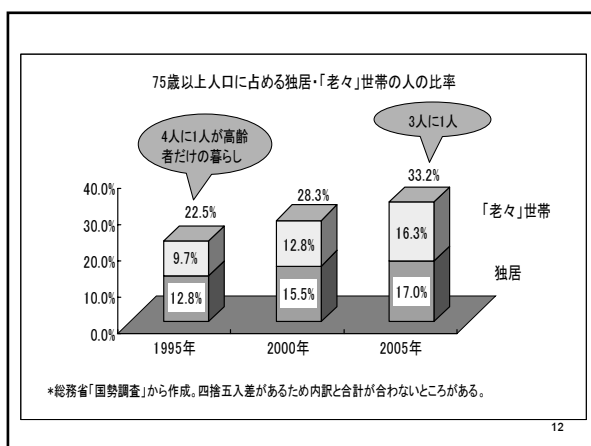
そしてさらにもっと厳しいのは、それらを支える医療財源、医療費抑制政策による医療財源が枯渇してきたということがあります。そういう中での現在までの勤務医の低待遇、特に20歳代、あるいは30歳代の若き先生方の待遇が非常に悪いということがあります。



これはその1つであります1週間当たりの勤務時間の比較ですけれども、20歳代の先生は77時間以上働いている。いやいや、とんでもない。100時間も働いている人もいます。それでは、もっと年配の中堅の先生はどう

なのかといえば、最近ますます勤務時間が長くなってきた。40歳から50歳でも65時間から70時間近い勤務状況にある。最近ではもっと長くなっている可能性があります。

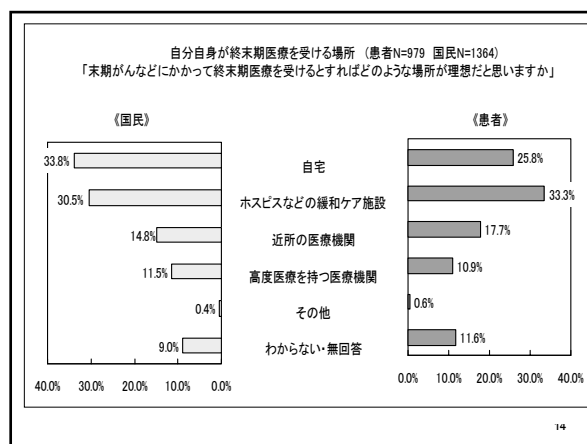
一方、勤務医の先生もそうなんですが、診療所の先生はどうなんだろうかと、最近、日本医師会で調べましたけれども、また発表させていただく時期があると思いますが、こちら結構働いていらっしゃる。特に若い先生方、若い診療所・開業医の先生方は、ものすごい勤務時間だということがわかってきました。



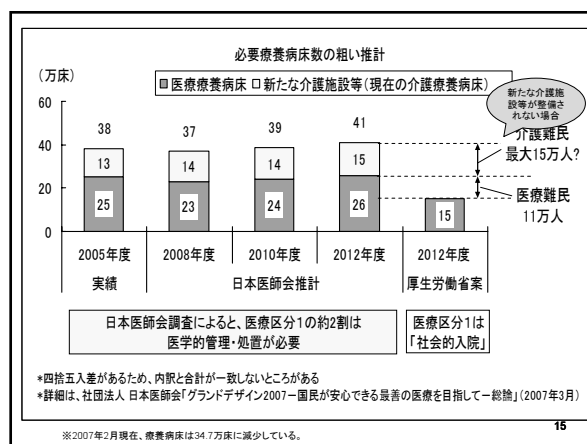
さらにもう1つの地域の問題として、75歳以上の高齢者がどういう状況かということ、地域に放り出された高齢者、そして3人にお1人が老老世帯、またはお1人の独居世帯であるということでありますが、かような方々が自分の子供たちが遠くで働いている。遠くの身内よりも近くの他人、近くの皆さんにお世話になることが多くなってきております。そのことがうまくシステムができていきませんと、やはり高齢者が非常に厳しい目に遭うという時代だと思えます。

国民が、その終末期医療をどう迎えようと考えているかということですが、これは日医総研で調べたものですが、上の2つがやはり近くで、自宅という方もいるし、施設という方もいますけれども、両方が半々ぐらいかなということです。でも

国民は、終末期医療を受けられる場所として自宅と施設を同じくらい望んでいる。



やはり近くで、住み慣れた地域で終末期医療を受けたいというのが本音だろうと思いますし、決して皆さんが自宅でなければ嫌だと言っていることではないと思います。



そして、これは最近問題になっている療養病床を削減するという話です。道筋が各地域に委ねられている状況ではありますが、実際に調べますと、この囲んだ中

にありますように、日本医師会調査によると、医療区分1の約2割は医学的管理・処置が必要だということとして、医療療養病床も26万床ぐらい必要なんだろうと思いますし、それから介護を受ける介護療養病床もいきなり15万床をなくしてしまおうという提案もあるわけです。しかし、それをやりますと本当に必要としている、先ほどのような独居老人という方々にとっての厳しい現実がまいりますから、いきなり療養病床を15万床にしようというのは、非常に乱暴な話だと思いますし、何らかの手立てを打つべきだということで、日本医師会は厚生労働省に訴えているところであります。

Ⅲ. 医療提供機能と医療機能連携

・医療機能
外来医療 / 入院医療 / 在宅医療 / 医療機能連携

・医療施設
病院医療 / 診療所医療 / 有床診療所 / 施設連携

・急性期医療と慢性期医療
一般病床 / 療養病床 / 介護施設 / 療養連携

・基本的医療提供
専門医療 / プライマリケア医療 / 地域包括的医療

16

そういうことで、医療提供機能と医療機能連携、医療機能分化という、キーワードがありますけれども、外来医療、入院医療、あるいは在宅医療、そういったものが本当に必要とされる医療機能を発揮して連携していくということが大切でありますし、それをどう汲み上げていくかという時代になってまいります。その中で、勤務医の先生方も診療所の先生方も、あるいは有床診療所の先生方も、どのような医療を提供するかという目的を明確にしていく時代になってきたということです。勤務医の先生方の多くが専門医療担っています。総合診療科という病院の専門医療もありますけれども、それも非常に専門的な医療であります。し

かし、それを踏まえつつも、これからは高齢者が増えますから、いくつもの病気をもっている方々が多くなりますので、専門医療という提供の中での高度な専門医療はどうするか。あるいは基本的な専門医療分野はどうするか。そして外来で済む専門医療はどうするかというようなことがそれぞれの立場できちっと検討して続けられなくてはならない。それがつながって、地域のネットワーク、地域包括的医療、地域の人たちを包み込むような医療が大切だろうということでありまして、今までありました階級的、あるいは階層的な医療というものは、今後流れを変えていくべきです。これがまさに医療機能分化の行き着く先だろうと思っております。

疾病構造の変化と地域医療

- ・ 旧来の感染症の減少と新感染症克服
- ・ 慢性疾患の増加と疾病予防医療
- ・ 日常生活重視の医療

包括的地域医療提供基盤

17

そういうことと、さらにそれらの医療を受ける対象になる疾病ということですが、これももう申し上げるまでもないことです。慢性疾患も一層増加してくる。いわゆる医療を受ける方々も日常生活重視の医療になりますから、できるだけ近くで歩いていける距離、あるいは車でも数分の距離、そして2km～3kmの距離に必要な医療があるべきだと考えます。今、拠点化、センター化ということが図られております。それがうまく交通事情、あるいは搬送できる状況というのがあればよろしいかと思っておりますけれども、いずれにしても不安を起こさないよう

な医療体制が大事だと思います。

そういう中での、先ほど申し上げました包括的地域医療提供基盤というものを、各分野の皆様がそれぞれがどうするか考えていく時代であるということでもありますので、どなたかがかようなことをやってくださるというのではなくて、自ら進めるべきだと思います。これは医師の不足に対する施策

医師の不足に対する施策—勤務医—

緊急対策	—医療現場を守る診療報酬の引き上げ —医師の就業環境改善のための財政的措置（女性医師の就業支援を含む） —臨床研修募集定員の適正化 —医学部定員地域枠の拡大と奨学金制度の充実
短期的対策	—医療上の問題における刑事訴追の限定化
中期的対策	—大学医学部定員の適正化 —地域医療提供体制の見直し —医師の就業延長・再就職支援

18

として、目下、日本医師会が把握している状況下において、かような対策がいいだろうということで、緊急対策・短期的対策・中期的対策と掲げております。一番下にございますのは、大学医学部の定員の適正化、あるいは地域医療提供体制の見直し、先ほどのとおりであります。それから医師の就業延長・再就職支援、ことに女性医師に対する様々な施策が大切な時期になってきた。女性医師の割合が3割に近づいておりますし、今後4割に近づいていくという時代になりました。かような時代にどのように女性医師に対して施策を講じるか。そして、女性医師に対する政策は勤務医全体に対する施策と同じ次元の話であることは明白でありますので、そういう意味で広い意味での対策も必要だということです。

一方、勤務医の負担軽減ということもあるとは思いますけれども、診療所医師の適正なあり方、そして適正な評価が大切であって、診療所医師もそれなりの活動をすれば、

診療所医師のあり方

診療所医師の適正な評価

「かかりつけの医師」としての機能

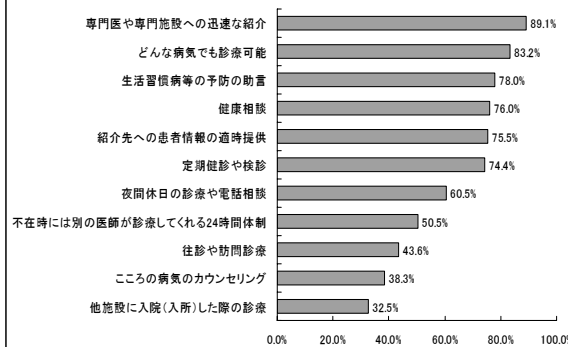
19

それなりの評価があるということだと思います。何か今は勤務医の先生方にすべて過重なものがいって、開業医、あるいは診療所医師が楽をしているんじゃないかというような風潮を、報道関係が盛んにつくっているという傾向もあります。

かかりつけの医師に望む医療や体制

20

かかりつけ医に望む医療や体制—国民—(複数回答) (国民N=1364)

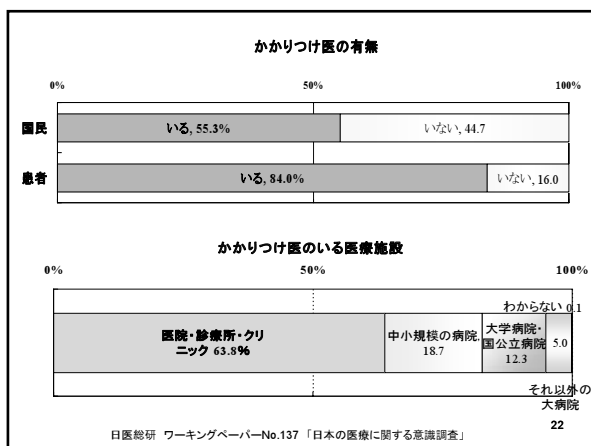


出典: グランドデザイン2007 —国民が安心できる最善の医療を目指して— 総論

21

そこで一番身近にあって、そして長い期間にわたってそこに存在しているという、

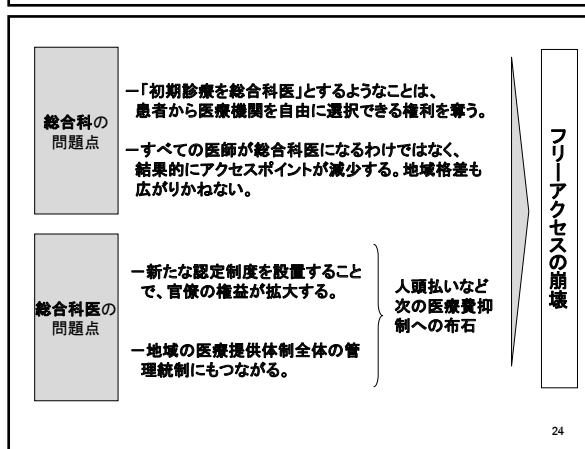
基本的な点で、大変重視されるいわゆる「かかりつけの医師」に望む医療や体制について、一般の方はどう思っているかということですが、身近な診療所や開業医の先生には、専門医や専門施設へ迅速な紹介をしてください、そして、どんな病気でも相談してくださいということがありますし、健康相談といったものもあると思います。そういうことですので、いわゆる「かかりつけ医」といえば診療所医師が多々ございますけれども、病院の先生もいます。やはり自らの専門性を大切にしながらも、広い分野にわたる医療についての相談に乗れる、そういう機能を果たすということが必要かということでありまして、下のほうには往診や訪問診療をやってくれということがありますが、これは年代的に高齢の方々は非常にこの部分が多くなっている傾向があります。



今申し上げましたように、「かかりつけ医」をもっているかどうかということですが、患者の方はかなりの率でもっていますが、しかし、一般の国民は半分ぐらいの方しかいない。もっている方はどなたころの先生ですかというと、やはり診療所やクリニックの先生が多い。しかし、中小規模の病院、大学病院・国公立病院の先生という方もいる。かような比率になっているわけでありまして。

「総合科」「総合科医」の問題点

23



24

最近、総合科、あるいは総合科医という話が出ております。これはもういろいろと議論されてきておりますけれども、やはり、いかなる場所でも医療を受けたいという一般の国民の要望をかなえるということが大切であって、それが制限されるシステムはよくない。さらに、それにまた人頭払いみたいな医療費の支払い方式を導入するというのは、これは国民から非常に不満を買うだろうなと思っております。かようなことで、これはやはりやめるべきだということでもあります。

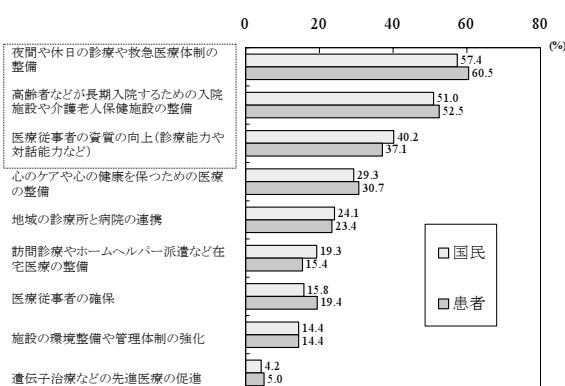
これは今の病院機能についての意見ですが、夜間や休日の診療や救急医療体制の整備をしてくださいというような話もありますし、また、細かな心のケアや心の健康を保つための医療というようなことでありますが、かようなことで病院医療に様々な要望が寄せられているわけです。し

病床機能についての意見

医療における重要課題(複数回答)

日医総研 ワーキングペーパーNo.137 「日本の医療に関する意識調査」 全国の国民2000人を対象

25



26

特定機能病院と民間病院のあり方の見直し

特定機能病院は、民間病院等とは異なる機能を有し、かつ優遇されている。しかし、「7対1」入院基本料については、特定機能病院が先行して算定し、医療現場の混乱を招ねいた。

特定機能病院(主として国立大学法人)は、「7対1」の対象外とし、民間病院との競争を避けるべきである

27

かし、実は大学病院と民間病院、あるいは国公立病院と民間病院というような医療機関に対しては、少し違う枠組みが必要なのではないかということがここに記載してございます。細かに申し上げたいんですけども、もう先生方はわかっていらっしゃると思います。

これは病院外来機能がどうなってきたかということですが、1960年後半は外来を担

病院外来機能

国立保健医療科学院政策科学部
長谷川敏彦部長

・外来機能

診療所医師 医師/人口 60人/10万人

病院医師 医師/人口 40人/10万人

病院外来は1970年代から増加し

1980年代は 医師/人口 120人/10万人

1990年代は平均化

病院医師と診療所医師は、自らを機能化のためどこまで受け持ち、どこまで連携

28

当する病院医師は人口10万人当たり40人ぐらいであったのが、80年代には3倍ぐらいになり、今はもっと増えているかもしれません。非常にたくさんの外来の患者がいらっしやっている。そして特に特定機能病院なんかでは、4,000人とか5,000人規模で外来が押しかけているという状況であり、それですますます大学の先生方も大変でありますし、

外来医療の将来予測

・外来診療の現況の分析と推計値

・病院と診療所の必要医師と看護師数の推計

・入院医療 / 外来医療 / 在宅医療の連携

29

また、一般の基幹病院でもそういう状況がありますから、やはり病院の機能分化という点で今後変わってくるだろう。そういう中での外来の将来はどうあるべきかということを考えなければならない。それはまだ考えていませんけれども、これを外来診療の現況を分析して推計する。そして、そのときに必要な医師と看護師の数、そういうもので将来の必要医師数、将来の看護師の需給状況というのも変わってくるだろう。

ですから医療機能分化と流れによって、医師の必要数というのも見直す時期が必ずくると思います。

病院医療体制のあり方の方向

- ・病院医療体制のあり方の見直し
- ・医療機関の医療機能連携の推進
- ・外来医療機能の適正化と外来医療連携
- ・院内外を対象の専門職研修協力体制の強化

30

外国ではOECD加盟国の平均で大体人口1,000人当たりの医師数は3人であり、日本は1,000人当たり2人だから3人のレベルに近づけようということで我々は主張しているわけですが、その時点で、さらにまたどういふような地域医療の状況になっているかということで、見直す時期が必ずくると思っております。

そうすることで、基本的にはこれを進める、進歩させるということの一番大切な要素は、一番下に書きましたように、院内外を対象の専門職研修協力体制強化であります。協力体制をつくるという中でのそれぞれの意見交換によって、つまり語り合いによって新しい道筋をつくるということが大事であり、このことをまた行政の皆さんに把握していただいて、新しい行政的な枠組みをつくり出していただくという流れが生み出せると思います。その両方からの働きかけで新しい医療機能分化の進歩があると思います。

そこで、医療保険制度の財源の話ですが、このことは今日後々講演がございますのであまり申し上げませんが、国民は、ここにありますように、やはり皆保険制度を願っている。ほとんどの人が所得に関係

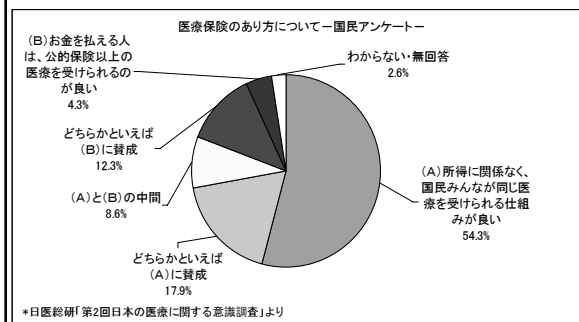
IV. 医療保険制度の課題と展望

・国民皆保険制度の理念

国民の求める医療保険制度

31

国民の求める医療保険制度



32

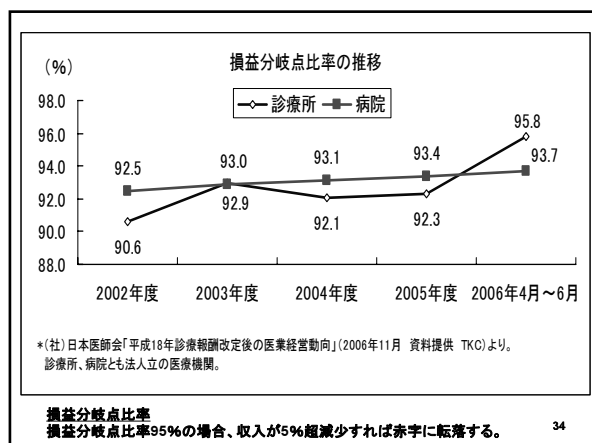
なくみんな同じ医療を受けられるのが一番だという考えでありまして、お金を払える人は払える分だけのよい医療を受けたいという方は、一部の意見だということです。

健全な医業経営の維持・回復の必要性

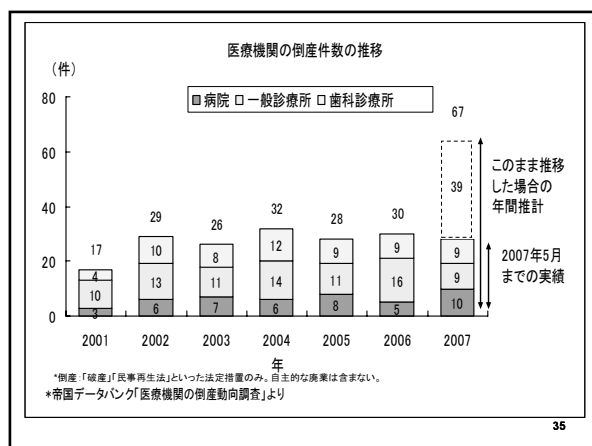
質の高い医療を提供するためには、医療機関の健全経営は大前提である。しかし、過去3回の診療報酬改定はすべてマイナス改定であった。特に2002年度と2006年度には技術料である診療報酬本体が大幅に引き下げられた。その結果として、健全な医業経営の維持が困難になり、地域医療の確保を脅かしている。

33

そのためにも、健全な医業経営の維持は必要だ、医療財源が必要だと、引き続きマイナス改定が行われれば、完全に日本の地域医療は崩壊するということでして、これ



は現在の損益分岐点の比率の状況であります。病院も94%、そして診療所が95%を超えている。90%を超えれば経営が危ないという話でありますけれども、近年ますますこれが悪化してきております。今年の病院の倒産件数も、7月の時点でもう昨年を超えておりますので、今年2007年度の倒産件数は、昨年の倍になるだろうという予測であり、これが医療機関の倒産件数の推移であります。



病院の先生方にはたびたび叱られております。「病院の損益分岐点比率が95%以下だなんてことはありません。98%から100%を超えています。赤字経営です」という先生が結構いらっしゃいますが、平均的な話で申し上げました。

各地域の医療状況、そして医療機関の状況、そういうのを見ますと、これ以上の社

社会保障を取り巻く課題と国民の思い

- ・医療の現況把握と課題
- ・地域的医療提供体制の特質把握と分析
- ・喫緊の課題 / 中長期的課題

これ以上の社会保障費の削減は、
生命の安全保障を崩壊させる。

会保障費の削減は、生命の安全保障を崩壊させるという話でありました。先ほど申し

あるべき医療費

日本の2003年の対GDP比総医療費は、8.0%で30か国中18位。

OECD加盟国平均の8.8%にするためには、
総医療費を約10%引き上げる必要がある。

(GDPが一定の場合)

上げましたように、OECD加盟国の対GDP比平均8.8%に医療費を引き上げるとすれば、少なくとも今の医療費を10%引き上げる必要があるということであります。

あるべき医療費

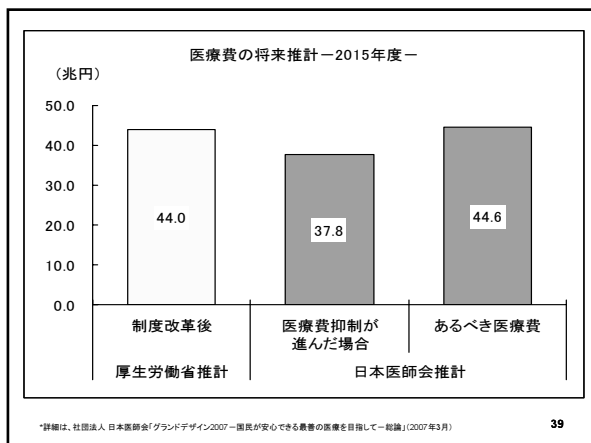
総医療費のGDPに占める比率をOECD加盟国平均なみの8.8% (日本は8.0%)にするための費用。

以下の費用(安全・安心のために追加すべきコスト)を含む。

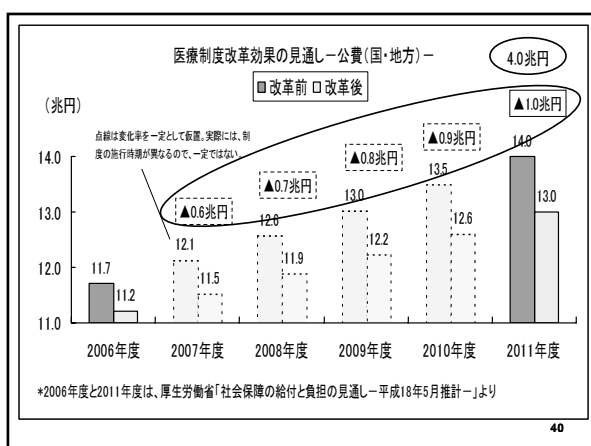
- 医療安全従事者を配置するためのコスト
- 医療従事者の質の確保のための世間なみの賃金上昇率
- 地域医療提供体制維持のための再生産コスト

※詳細は、社団法人 日本医師会「グランドデザイン2007—国民が安心できる最善の医療を目指して—総論」(2007年3月)

そこで、あるべき医療費はどうかと



いうことを考えますと、ここにございますように制度改革後、2015年の医療費は44兆円ぐらいだろうと厚生労働省は推計しています。今、32、33兆円というような時期ですけれども、医療費抑制が進んだ場合には、日本医師会は37.8兆円ぐらいなものだろうと推計いたしました。先ほどのOECD加盟国平均との比較という中でいろいろと考えますと、44.6兆円ぐらいが必要だということでもあります。医療安全従事者を配置するためのコスト、医療従事者の質の確保、その他諸々でかような医療費が必要だということでもあります。



今、医療制度改革効果でもって公費を削減していくという話がございますけれども、今のままいきますと、2011年の時点で本当は14兆円ぐらいが公的給付として必要だということでしょうけれども、13兆円ぐらい

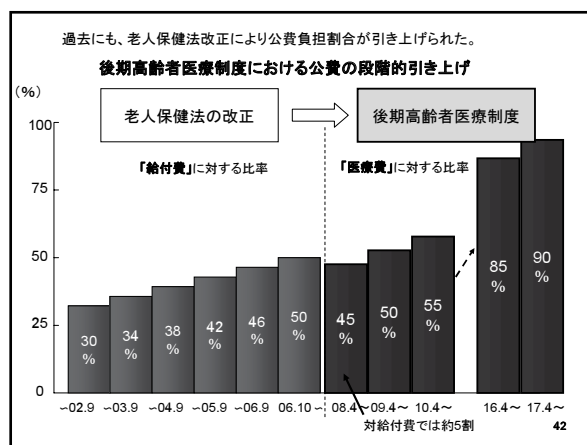
である。毎年の削減額を全部累積しますと、ほぼ4兆円ぐらいが削減がされるという流れになる可能性があります。これで地域医療がもつかという時期にきていますので、私どもは一致団結して、こういう事態を招かないように、国民に不安を与えないような努力をするべきだと思っております。日本医師会もそのために努力をいたします。

・ 後期高齢者医療制度へ日医から提案

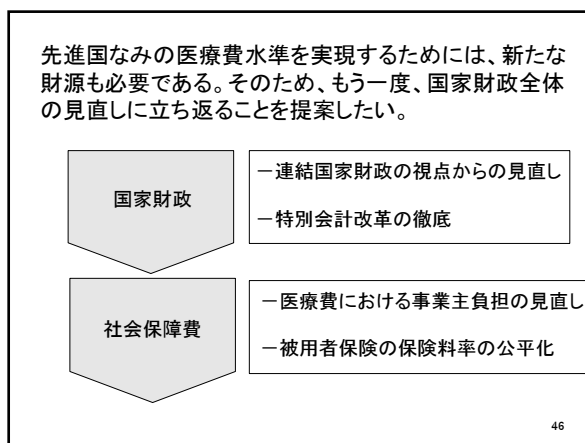
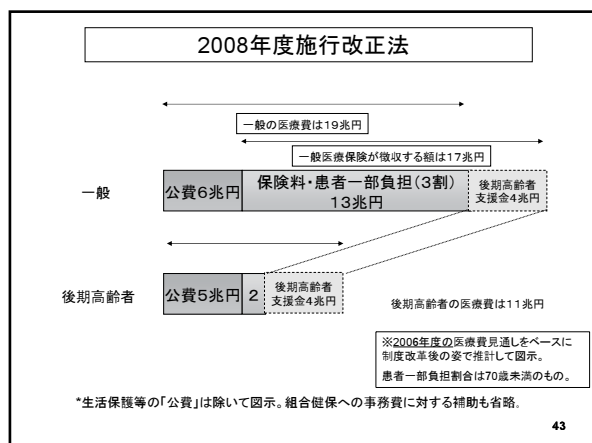
日本医師会は公費9割の制度

41

日本医師会は、後期高齢者医療制度について一般保険と後期高齢者の保険の2つについて提案をしております。10年間かけて後

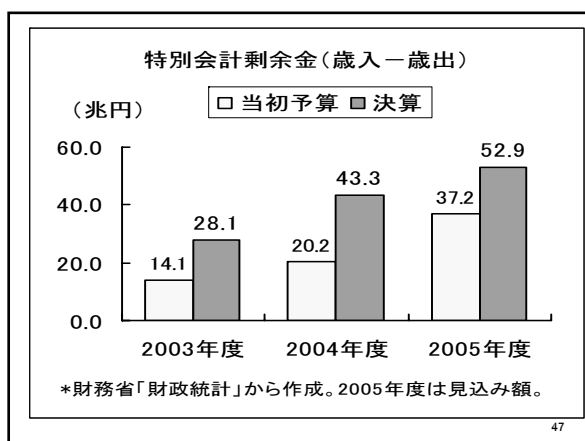
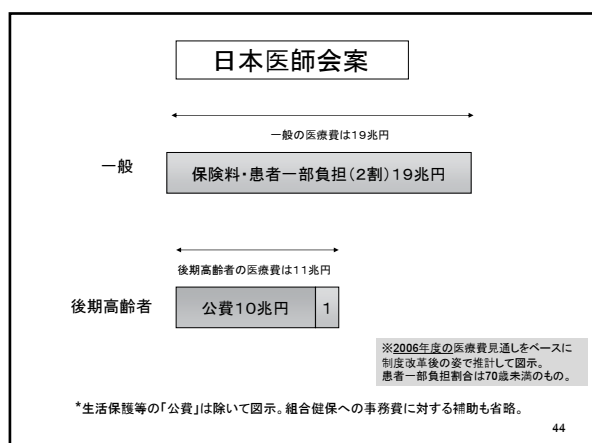


期高齢者の公費を90%にしたらどうかということを提案しております。それは一方で、改正法では支援金として一般から後期高齢者に4兆円ぐらい移す。そして、後期高齢者は保険料と自己負担で2割、そして公費から5兆円投入する。日本医師会案は、これをやめまして、一般は保険料と患者一部負担 (2



割)、19兆円で賄う。そして後期高齢者は公費10兆円を投入したらどうかと。これを10年かけてやるということです。

を財源に使えないかという話でありますし、さらに各保険料率の不公平があります。政管健保と組合健保、様々な保険の不公平を公平化する。そして医療費における事業主負担も見直すということでもあります。



・医療財源確保策と展望

あるべき医療費と新たな財源確保

・公的医療・介護保険の財源は公費だけではない。

・使途も医療費・介護費だけではない。

それでは、どんなことに取り組んでいくかということですが、そのためにやはり国の財政を見直してもらいたい。特に特別会計が予算制ですが、決算を見ていく。決算で剰余金が出たらその一部

これは特別会計の剰余金の話であります。そして、公的医療、介護保険の財源は公費だけではなくて、保険料もあるわけだし

公的医療・介護保険財政の財源と使途(2004年度推計)			
(兆円)			
財源	保険料	公費	他
	20.0	15.0	0.6
使途	診療報酬(医療費)	介護費	管理費
	25.7	5.5	1.9

財政審2007年6月建議「医療・介護等のサービスコストを抑制」

⇒ 保険者等のコスト抑制は？ 49

て、この保険料そのものの使い道が医療費と介護費だけではないということです、本来の目的にあった使い方をしてもらいたい。上の右側にありますように、管理費1.9兆円というのがございますが、これが近年減額されてきているかということ、ほとんど同じ状況で管理費があるということです。

- ・ 組合健保と比べると、国保、国保連の総務費(人件費、経費)は、削減傾向にあるとは言い難い。

また、組合健保と国保の話ですが、総務費が削減傾向にあるとは言い難い。それから、政管健保の保険料が年金の人件費、経理費に流用される恐れもある。年金の財源をこの健康保険に使うなという話もありますが、逆のことが起こりつつあるということです。

それから、政管健保を管理する厚生保険特別会計は、年金特別会計に統合されましたけれども、業務取扱費はかえって増加しているという傾向があります。これもお調べいただくとわかるんですけども、削減、

- ・ 政管健保の保険料が年金の人件費、経費等に流用されるおそれもある。
- ・ 福祉施設事業費、保健事業費も同様である。

削減と言いながら、かような方向で全然削減されていないのは如何なものかということで少し究明してみる必要がある。

- ・ 政管健保を経理する厚生保険特別会計は、「年金」特別会計に統合されたが、業務取扱費(人件費、経費)はかえって増加している。

それから、独立行政法人には健康保険料率が非常に低く、事業主負担比率が高いところがある。つまり補助金がこちらのほうに使われて、そして加入者の保険料は割に低く抑えられているという不公平があるのではないかということです。

また、運営費交付金と施設整備金の金額は、ほぼ独立行政法人の一般管理費と同額の規模で投入されているわけです。行政改革の重要方針、5年間で5%削減とは言いながら、一般管理費に2.5兆円使われている。運営交付金が2.7兆円である。ほとんどがかようなことに使われているという現実があるわけです。これは見直すべきだと思います。

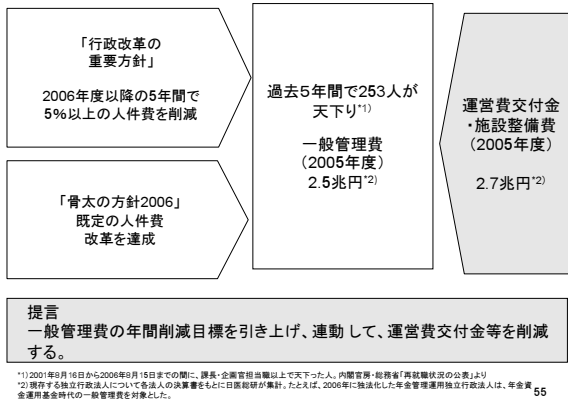
それから、一般事業主負担は4分の1から5

- ・独立行政法人等の中には、健康保険料率が低く、事業主負担比率が高いところがある。

53

- ・独立行政法人への運営費交付金・施設整備費の金額は、ほぼ一般管理費に相当する。

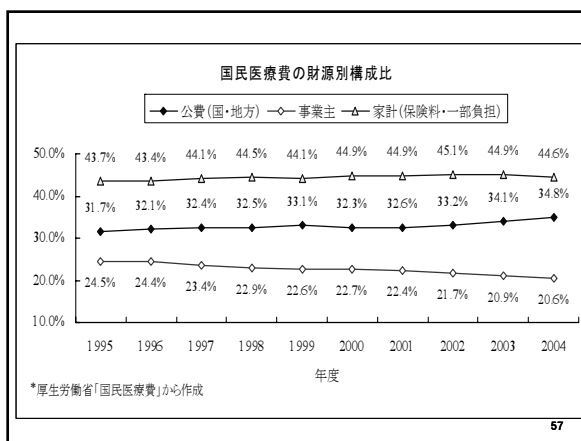
54



55

- ・国民医療費の事業主負担構成は、過去10年間で4分の1から5分の1に縮小した。

56



57

保険料率の公平化

組合健保等の保険料率は、政管健保の保険料率をかなり下回っている。

58

被用者保険 保険料率の公平化による効果(2004年度実績による試算)

	保険料率 (0/00)	保険料収入(兆円)		財政効果 (兆円)
		2004年度 実績	政管健保のみ 保険料率の時	
政管健保	82.00	6.0	6.0	—
組合健保	74.84	5.8	6.4	0.6
国家公務員共済	63.44	0.5	0.6	0.1
地方公務員共済	73.27	1.3	1.4	0.1
私学教職員共済	66.00	0.2	0.2	0.0
計	—	13.7	14.6	0.9

*各保険者の事業年報等から作成。

*共済は、年金給付等も行っており、ここでは医療保険相当分(短期給付)のみを抽出したが、単純に比較できない面もある。

59

分の1に減ってしまった。一番下の線であり
ますけれども、国民医療費の財源別構成では
事業主負担が減ってきている。一方、家計は
非常に負担が多い。また、国庫の負担、地方
の負担も多いという流れですので、この公平
化を図るべきです。そして保険料率の公平化
です。これは政管健保と組合健保の不公平な
部分を公平化したらどうかという話でして、
見直すことがたくさんあります。

- ・消費税は、予算総則により用途が決められている。

60

ですから、今消費税、消費税と盛んに言っていますけれども、いきなり消費税を上げる前にやることがあるんじゃないかということを、今日は申し上げたいということでもあります。

・まず消費税よりタバコ税

消費税は、予算総則により用途が決められている。

喫煙は発がんの要因となり、呼吸器疾患、心臓 / 血管病など健康被害が大きい。

健康増進と医療費節減のためにも、タバコ税の増税を提案したい。

61

それから、消費税よりタバコ税が財源として適正かどうかずっと調べております。タバコの財源というのは、現状を見ますと、タバコから入ってくる税収よりも、タバコを吸うことによって起こる様々なリスクに対して使われているお金が倍するということがあります。2兆数千億円の収入があるとしたら、それに倍する5兆円とか6兆円の金が無駄に使われている状況があるのは確かです。ですから健康のためが第一ですので、我々、医療担当者として、禁煙というものに向けての一つの手立てとしてのタバコ税の増税、日本は1箱300円程度ですが、諸外

国は1,000円ぐらいになっております。日本は少なくとも500円ぐらいにして、それで様子を見てはどうかということを提言したいと思います。

V. 疾病予防と保健事業の推進

- ・生涯保健事業と地域保健事業
- ・がん / 生活習慣病など予防医療の推進
- ・健診 / 保健指導 / 母子保健 / 乳幼児保健
- ・小児 / 就学児童・生徒 / 現役世代
- ・中高年齢者 / 高齢者

地域的取り組み

62

これは疾病予防と保健事業の話ですが、まさにこのこともやはり地域的な取り組みが必要である。今日のあらゆる問題キーワードが全部地域にあるということで、我々として地域で一番大切なことは何かと言えば、地域のお医者さん方であり、地域の先生方がこの地域医療の中で、いわゆるオピニオンリーダーになってほしいというふうに、辻事務次官は言い残されましたけれども、地域の中で一番大切な先生方が、どのような疾病予防と保健事業を推進していくかというのが大切ですので、医師会の事業、あるいは勤務医の先生、診療所の先生、また病院の先生方にはお考えいただきたいと思うわけです。

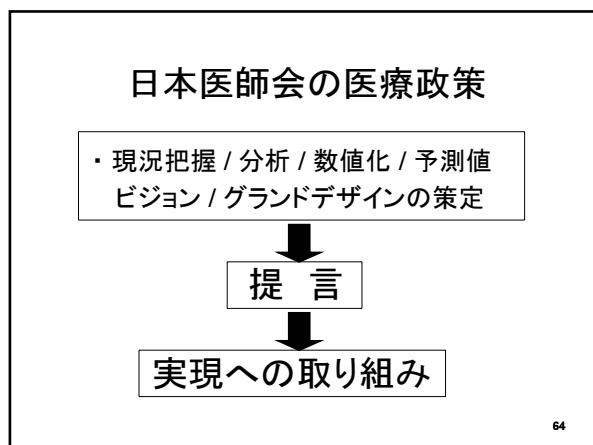
VI. 日本医師会の取り組み

- ・生き永らえれば喜ばしい社会
 - ・質の良い医療サービスの確保
- 心身両面の満足度
対話と語り合う医療
(聖路加国際病院 日野原重明先生)

健康と生命を守る

63

日本医師会は、日野原先生がおっしゃった「生き永らえれば喜ばしい社会」、75歳から80歳になったからといって、やはりよかったねと喜んでもらえる社会づくり、そしてそういうときに質のよい医療サービスの確保に努めるということが大事です。体だけ治すというのではなくて、本当に心優しい、心温まる医療が必要だということですから、多くの方々が対話と語り合う医療、現場と様々な分野の意見交換をする必要があるということです。日本医師会は、今後



も医療政策、様々なエビデンスに基づいた政策を策定し、提言しまして、実現へ取り組んでまいりたいと思っております。

ご清聴ありがとうございました。

○宮城座長 唐澤会長、どうもありがとうございました。

非常に短時間で低医療費政策下における日本の医療の現状を述べられました。それに対する対策、あるいは提言も述べられました。いろいろご質問があるとは思いますが、先ほど私が説明しましたとおり、搭乗時間が迫っておりますので、質問なしということで行きたいと思っております。いろんな機会でもた唐澤会長のお話を聞く機会があるとは思いますが、これから後の討論でもそれを詰めていっていただきたいと思います。今一度、唐澤会長に拍手をお願いいたします。

唐澤会長、ありがとうございました。

これで特別講演1を終了いたします。ご協力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

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

それでは日本医師会の勤務医委員会の報告をさせていただきます。

勤務医委員会委員

(平成19年10月1日現在、50音順)
(◎委員長 ○副委員長)

◎ 池田 俊彦	福岡市民病院 名誉院長	福岡県医師会副会長
○ 渡辺 憲	明和会 渡辺病院 院長	鳥取県医師会常任理事
泉 良平	富山市立富山市民病院 院長	富山県医師会副会長
今山 裕康	宜野湾記念病院 院長	沖縄県医師会理事
金井 忠男	所沢紅門病院 院長	埼玉県医師会副会長
上出 良一	東京慈恵会医科大学 皮膚科学講座 教授	東京都医師会理事
鈴木 健司	国立がんセンター中央病院 呼吸器外科 医員	
武井 秀憲	三島社会保険病院 副院長	静岡県医師会理事
直江 寿一郎	旭川圭泉会病院 院長	北海道医師会常任理事
藤田 敬之助	大阪市立総合医療センター 副院長	大阪府医師会理事
藤巻 わかえ	女子栄養大学 人間医科学研究室教授	
望月 泉	岩手県立中央病院 副院長	岩手県医師会常任理事
湧田 幸雄	済生会山口総合病院 副院長	山口県医師会常任理事

担当役員 宝住副会長、鈴木常任理事



日本医師会勤務医委員会の役割

1. 会長諮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答申
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. その他の問題の討議
6. 勤務医会員数・勤務医部会設立状況等調査
7. 勤務医座談会の実施
8. その他

委員会の委員のメンバーは、こういうメンバーで、北は北海道から南は沖縄までということでございます。

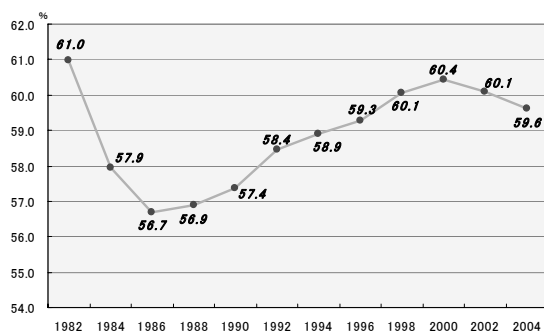
担当役員は宝住副会長と鈴木常任理事で、お二人にも議論に十分に参加して頂いています。いい面もあるし、悪い面もありますが、なかなか時間が足りなくて、ほかの委員会よりも30分早く始めておりますけれども、それでもなかなか時間いっぱい、十分には議論が尽くせないという状況でございます。たった15分の短い時間の中で、委員会の全部をご報告するというのは非常に難しいんですけれども、雰囲気だけでもお伝えできればと考えております。

委員会の役割は一番大事なものは、1番目の会長諮問に応えるということで議論をしながら答申書を2年間でまとめるということですが、そのほかにも数々の実務的なこともございますので、日医ニュースの「勤務医のページ」はあまり読まれていないというお話もありますけれども、私のほうには読んだよという話もたくさんきます。あの編集

も私どもでやっております。

日本医師会の組織率ですが、1982年頃、一番左ですが、61%の組織率でございましたが、これは全医師の中の医師会に入っている人の割合です。一時56%になりましたけれども、だんだん上がってきて前に戻るかなと思ったら、2002年頃からまた下がり始めて、今は59.6%ということですので、これではなかなか日医も力をもてないということになると思います。医師の大部分が医師会に入って、そして医師会活動をする中で、先ほど唐澤会長がおっしゃったようなことをみんなで努力して頑張るということが、日医に課せられた使命だと思います。

日本医師会 組織率の推移

日本医師会・都道府県医師会の勤務医会員数
(2007. 8. 1)

全医師数	270,371人	
日本医師会会員数	164,576人	
うち勤務医会員数	76,930人	46.7% (46.7%)
都道府県医師会会員数	179,826人	
うち勤務医会員数	89,424人	49.7% (49.7%)

()は2006年

これは日本医師会、あるいは都道府県医師会の中で勤務医の会員がどのくらいの割合にいるかということですが、日本医師会の会員16万人の7万6,000人、46.7%ということです。下が都道府県の医師会の会員で49.7%ということですが、たまたま前年度と同じ割合になっています。

日本医師会会員・勤務医会員の増加率
(2006→2007)

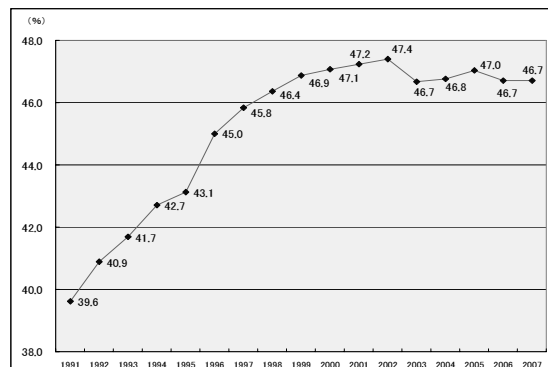
日本医師会会員数の増加	1,075人 (1,486人)	0.7% (0.9%)
うち勤務医会員数の増加	790人 (80人)	1.0% (0.1%)

()は2005→2006

去年1年間、2006年～2007年にかけて日本

医師会の会員数は1,075人増えております。これは前年は0.9%増えたんですが、今度は0.7%に下がっています。勤務医会員だけに限りますと、勤務医は80人、それが790人ということで、10倍になっております。どうしてこうなったのかよくわかりませんが、非常に増えた県がございます。一番数で増えたのは愛知県、その他増えたのは、宮城県とか、高知県とかでございます。全体で790人ですから、10倍といっても全体としてはたかがしれているという感じではございます。

勤務医会員の構成割合の年次推移(日本医師会)



日本医師会の会員のどのくらいの割合が勤務医であるかといいますと、一番右端にありますようなところでございます。2000年頃にちょっと47%を超えまして、またそれから落ちてきているという状況でございますが、今、下げ止まりということなのかもしれませんが、いろんな県で勤務医に入会をするように入会促進を図っているというふうに聞いておりますので、そういうところがだんだん増えてきているというところですが、一部の県だけでなく全県でこういうことが行われれば、大体50%をはるかに超えなければならないというふうに感じておりますけれども、なかなかそうはいかないという現状がございます。

医師会活動にどのくらい勤務医が参加しているかということですが、医師会活動に

勤務医の医師会活動の参画状況

(2007. 8. 1)

	総 数	勤務医	%
日本医師会代議員数	350人	20人	5.7% (5.1)
都道府県医師会			
役員数	1,098人	188人	17.1%(16.8)
代議員数	3,752人	547人	14.6%(14.3)
委員数	14,545人	4,160人	28.6%(28.4)

()は2006年

参加するいろいろな形があると思います。ここでは医師会の意思決定機関、そういうところにどのくらい勤務医が関与しているかということの数字でございしますが、日本医師会の代議員の350人のうち20人、5.7%ということで、比率からいいますと、昨年よりもちょっと上がっておりますけれども、一時7.3%まで上がりましたので、これは後で数字に出ますが、なかなか日本医師会の代議員には勤務医はなりにくい、なれないという状況がございします。これは勤務医のほうにも責任があるかもしれませんが、一方、勤務医を推す、あるいは代議員にするという仕組みの中にも問題があるかもしれません。

都道府県の医師会の役員・代議員・委員というところは右端のような数字で、少なくともこのくらいの数字までは日本医師会の代議員の数も増えてほしいなというふうに思っております。

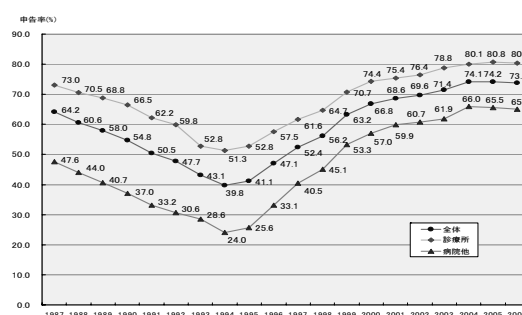
これは日本医師会の勤務医の代議員の数の推移でございしますけれども、真ん中の数字が勤務医の数でございします。一時23人までいきましたけれども、だんだん下がって、今は20人ということではございますが、昨年よりも2人増えたということではございます。

これは日本医師会の生涯教育の申告率ですが、小学生の夏休みの宿題みたいなものを出させてという批判もありますけれども、

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
2004	342	21	6.1
2005	342	21	6.1
2006	350	18	5.1

日本医師会生涯教育制度申告率の推移



勤務医の生涯教育申告率 道府県別分布

	低いところ	高いところ	平均
2003年	41.7%	85.6%	61.9%
2004年	39.8%	95.4%	66.0%
2005年	38.3%	94.5%	65.5%
2006年	41.6%	95.1%	65.1%

これは勤務医ができないことではないですね。本当は開業医をはるかに上回っていい状況なのに、下の線でございまして、ずっとパラレルにといいいますか、一番ボタムのときに比べれば、少しはくつつきつつあるということではございます。一番上が診療所の医師のパーセントでございします。

これは申告率の高い県と低い県を年度別に書いたものですが、一番高いところが

2006年では95.1%、これは大体このへんで上げ止まりかなと思いますが、低いところがやや2005年よりも折り返しておりますけれども、このへんが50%超えると割合、高い数字になるんじゃないかと思っています。この数字で意味があるかどうかということは問題でございますけれども、国民はお医者さんが勉強しているかどうかという数字はこれしかないわけですから、何としてもみんなで申告をして高い数字を出したいというふうに思います。

都道府県医師会の勤務医部会設立状況
(2007. 8. 1)

設立済み	29	(28)
設立予定	1	(1)
設立予定無し	17	(18)

()は2006年

大学医師会の設置状況

(2007. 8. 1)

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

()は2006年

勤務医部会の設立状況ですが、これは富山県が増えたので、設立済みが28県から29県になりました。設立予定は群馬県でございます。これができるのと、来年は30になるんだろうと思います。大学医師会の設立状況は変わりません。

今年は会長からこういう諮問を受けました。「第5次医療法改正における勤務医の課

諮 問

「第5次医療法改正における
勤務医の課題」

題」ということであります。これはとらえ方が非常に難しいんですけれども、第5次医療法が改正されて勤務医にどんな課題が起これのかということでございましょうけれども、これは難しいんですね。勤務医がどう対応するかということかなと思いますが、それもあたらないと思います。

勤務医が勤務医に関するもの、勤務医にかかわるものだけを議論するのが勤務医の委員会ではないと思っております。最近の風潮でいきますと、日本の医療全般について勤務医の視点からものを言うということを行っておりますので、この第5次医療法の改正についても、全体的な日本の医療という視点をもちながら、勤務医の立場からこれを論じていくということを今やっております。

逐一は申し上げられませんが、今のところできたものは、こういうような目次案といいますか、章立てをして中を書こうと。大体おおよそのことは書いておりますけれども、重複したり、また十分なものでないことがありますので、これから2、3回の委員会で見直した上で、きちっとした答申案をつくって会長に出したいと思っております。

この章立ては、医療法の改正ということの章はすべて入っているわけではありません。大体そういうことをにらみながら、こうい

平成18・19年度答申目次案

1. はじめに
2. 第5次医療法改正がめざすもの
3. 医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の促進
4. 勤務医の不足ならびに過重労働の問題
5. 女性医師の問題
6. 医療安全の確保
7. 行政処分を受けた医師に対する再教育制度
8. 地域医療における医療情報の提供に関する試み
9. 公私医療機関の新しい役割
10. 在宅医療と勤務医
11. 地域医療を担う志の高い次世代医師をいかに育てるか
—新医師臨床研修制度に伴う混乱を乗り越えて—
12. 医療費削減政策について
13. おわりに

う問題についてとらえて書くということを今やっている最中でございます。

勤務医座談会出席者

- 大橋 容子 (沖縄県立南部医療センター・こども医療センター)
／産婦人科、臨床遺伝子医学
- 岡村 麻子 (日立総合病院)／産婦人科
- 片桐 修一 (大阪市立豊中病院副院長)／内科、血液内科
- 小池 宙 (東京医科歯科大学附属病院)／臨床研修医
- 高橋 弘明 (岩手県立中央病院神経内科長兼地域医療支援部次長)
／神経内科学
- 池田 俊彦 (日本医師会勤務医委員会委員長・福岡県医師会副会長)
- 鈴木 満 (日本医師会常任理事)

今年は勤務医の座談会をしました。ご当地の大橋先生にも参加していただきまして、今年は熱心な議論がいつもよりあったというふうに思います。

テーマはこういうテーマでお話をしました。全部は十分に尽くされておりませんが、この内容は11月20日号の日医ニュースの勤務医のページに載ります。今月が第1回目で、4回続けて載ることになってお

勤務医座談会のテーマ 「地域医療の崩壊と勤務医」

1. 医療が崩壊に向かっているという実感は(現状認識と原因)
2. 医療機能の分化と連携
3. 医療安全をどう構築するか
4. 医師不足の現状と対応
5. 勤務医の過重労働(実態、環境整備、負担軽減策)
6. 女性医師の問題(現状、役割、支援体制等)
7. 医師の資質の向上をどう図るか
8. 医療崩壊をどう防ぐか(医政)
9. 医師会に期待すること

ります。十分にご覧いただきたいと思えます。若い人がどんなことを考えているかということが、少し垣間見えるような気がします。一部だけちょっと紹介します。

私達は忙しいだけで 立ち去ったりはしない。

こんなに 頑張ったのに
こんなに 一所懸命やったのに
こんなに 必死で尽くしたのに

結果だけでくる執拗なクレーム

一番若い方ですけど、こんなことを言いました。「自分たちは忙しいだけで立ち去ったりはしない」と。一生懸命頑張っても結果が悪いと、それだけで執拗なクレームがつくと。もうこのことで耐えられない。忙しいだけではないんだということを申しておりました。

これはある女性の産婦人科のお医者さんから、私と鈴木先生、2人の宛名でこういうお手紙がきました。「行かないで」と泣き叫び、しがみつく子供を振り切って車を飛ばして病院に駆けつけ緊急手術をする。要するにいっぺん帰った自分が呼び出されるといことです。過密な外来。3カ月先までい

「行かないで」と泣き叫び、しがみつく子を
振り切って車をふっとばして駆けつける病院

ショックを伴う外妊の緊急手術

過密な外来、3ヶ月先までいっぱいの手術枠

容赦なく来る母体搬送、緊急帝切

押し寄せるクレーム

っぱいの手術枠。容赦なく来る母体搬送、
救急帝切。押し寄せるクレーム。これも一
番最後のところの一行に力点があるんです。

医学の 未成熟
医療の 限界
医療の 不確実性
医療の リスク

の情報こそ
国民と共有しなければならない

日本医師会に対してこんなことを言って
ほしいというんです。国民にですよ。医学
が未成熟という言い方が正しいかわか
りませんが、みんなでどちらかとい
えば、医学は完璧と。病院に行けば必ず
小さいものでもすぐ見つかる。あるいは何
でも治るというふうに思っているんですね。
そうはいかんと。医療の限界もありますし、
不確実性もあると。医療のリスクもあると
いうようなことを、十分に国民に熟知させ
るべきだというようなことを申し上げてお
りましたので、このことだけをお伝えしてお
きたいと思います。なぜか医療は安全なんだ
というふうな、安全神話をつくることは、
目指すことはいいいんですけれども、実際に

はそうではないということもご理解いた
だくような広報活動をしなればいけない
というふうに思っております。

勤務医はサイレントマジョリティー

からは脱皮しつつあるが、単なる

評論家になっていることはないか。

勤務医でございますが、従来からずっと
サイレントマジョリティーといいました。
たくさんいるけどあまりものを言わない。
ものを言う場所がないということが正しい
かもしれません。しかし、この頃は少し言
い出したと。しかし、単なる評論家で終わ
っているんじゃないかと。評論家に終わら
ざるを得ない立場にあることも事実ですが、
不満を言ったり、批評をしたり、愚痴を言
ったりということで終始しておりますけれ
ども、はっきりした戦略や戦術が示されな
いから、どう動いていいかわからないん
です。当面のところは犬の遠吠えみたいな
ことをやっておりますが、単なる評論家
になっていることはないかと反省しよう
ということです。

不満や愚痴を云い、批判をし、

問題の所在を指摘し、

向うべき方向と課題を示すだけでは

問題の解決にはならない。

不満や愚痴を言い、批判をし、問題の所在を指摘し、私みたいな者ですが、向かうべき方向と課題を示すだけでは問題の解決にはならないと。日本医師会に申し上げておきたいと思います。

一步踏み出すことだ

どう踏み出すかが問題だ

何とかして一步踏み出す以外ないんですよ。どう踏み出すかということを日本医師会としてきちんと考えて、こう目指そうと、こうやろうというふうなことの戦略や戦術を示していただきたいというふうに思っておりますが、それに従って我々は一致団結して邁進するということで行きたいと思っております。

**下農は雑草をつくり、
中農は作物をつくり、
上農は土をつくる**

いつもこの会で、「下医は病気を治し、中医は病人を治し、上医は国を治す」というふうに書いておりましたけれども、この前、ある講演会でこういうことも聞きました。「下農は雑草をつくり、中農は作物をつくり、

上農は土をつくる」。やっぱり立派な農家は土をつくることから始めなければならないと。医者の方々はやっぱり医療制度をきっちとしたものにしなければならないというふうに思います。だから患者さんを診、あるいは病人を診、真摯に立ち向かうだけではだめなので、やっぱりそれができるためには立派な医療制度をつくるということに力を尽くさねばならないというふうに思っております。これもいい教訓だと思います。

力を分散してはいけない。

**力を合せ、流れを集め、怒濤の奔流・
激流とならなければならない。**

ある団体から、勤務医委員会はガス抜きではないかと言われまして、勤務医委員会の中で非常に不満を述べる委員の先生がおられます。日本人は文化的に同質性、同じような人たちが集まるということを好む文化というふうになっております。それで何となく同じような考えを持った人、同じような価値観を持った人、同じような立場の人たちが集まろうとすることがあります。異質なものが交じり合っているのが一番強くなると。黒川さんもそういうふうに言っておりますけれども、アメリカの社会もそうですが。勤務医連合をつくって日医とは違う方向でやればという話も聞きますけれども、力を分散させてはだめなんです。一本に流れを合わせなければならない。何でもです。小異を捨てて大同につくとは言いますものの、何となく大きい病院は大きい病院の論理でとか、診療所は診療所の論

理だとわかりやすくなるんですが、すべての流れを1つに集めて、怒涛の本流といえますか、激流となって、こうなれば岩をも削りますし、何とか価値観の違いを越えて1つになっていくと。勤務医が勤務医だけで集まるというようなことは、やっぱりやめてほしいと。そうことは無駄ですよということを言いたい。さらに力を削ぐだけだというふうに思います。日本医師会という1点にみんなで終結をして頑張るということをやらなければいけないだろうと思います。本当はもっと怒ったような言い方をするつもりでしたけれども、紳士なものですから(笑)この程度です。

医療が崩壊に瀕していると先ほど唐澤会長からありましたけれども、もう崩壊は始まっているのではないかと、始まれば早いものだと、腐敗と一緒にあつという間に崩壊は進む。みんなで危機意識を共有して、医療を崩壊に導くすべての力に対して立ち向かい壊滅させると。

今こそ 危機意識を共有し、
医療を崩壊に導く全ての力に対し
立ち向い、壊滅させるのだ。

私が言いたいことは、例えば次々といろいろな問題が起こってきます。1つずつ喫緊の課題として解決しようとする、つぎはぎだらけになるんですね。大元は1つなんです。低医療費政策・医療費削減政策・医療費適正化政策というものなんです。この大きな流れを変えて、いい医療制度をつくるんだ、お金がかかってもやるんだというふうな流れに変えなければならないと思いますので、そういう方向に行くために、それに反する力を全部壊滅させると。そのぐらいの勢いでいきたいものだというふうに申し上げて、締めくくりにしたいと思います。ニフェーデービル（ありがとうございました）。

沖縄県医師会勤務医アンケート調査報告

報 告：沖縄県医師会勤務医部会長 嘉 手 苅 勤

沖縄県医師会勤務医アンケート調査報告

沖縄県医師会勤務医部会長

嘉手苺

勤

沖縄県医師会勤務医アンケート調査報告を行います。

報告項目

- ・ 勤務医の構成
- ・ 勤務医の現況
- ・ 女性医師
- ・ 勤務医と新臨床研修制度
- ・ 勤務医と離島医療
- ・ 医師会

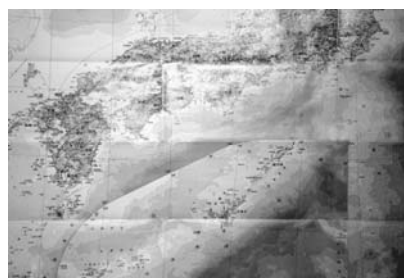
2

報告のおおよその項目として、勤務医の構成、勤務医の現況、女性医師、勤務医と新臨床研修制度、勤務医と離島医療、医師会。女性医師の問題については、午後のシンポジウムで報告しますので割愛したいと思います。

新臨床研修制度が始まって、沖縄は人気が高いということで、独自の項目として入れており、離島医療については島嶼県であるということから独自の項目として入れています。今回のシンポジウムのテーマは、機能分化ということですので、開設主体者別の面からの分析を行っております。

沖縄県の範囲ですが、東が南・北大東、西が与那国島までとなっており、那覇市を大阪の位置にしますと、東は東京、西は福岡までまたがる広範な範囲になります。島嶼県であり、離島医療や離島救急は重大な課題となっております。

沖縄県医師会は、7地区医師会と、4公務員医師会の11医師会で構成されています。本年8月1日現在の会員数は2,192人、勤務医



沖縄県は東は南北大東島から西は与那国までの広域であり、本州では大阪を中心とし東京から福岡までの範囲である。島嶼県であり、離島医療、離島救急は重大な課題である

3

沖縄県医師会の組織

- ・ 沖縄県医師会は県内および離島地域を含む7地区医師会と国療沖縄公務員医師会、琉球大学医師会、沖縄県公務員医師会、那覇市立病院医師会の4公務員医師会の11医師会で構成されている。
- ・ 平成19年8月1日現在、会員数は2,192名である。勤務医会員数1,498名(68%)で勤務医の比率が高い。

4

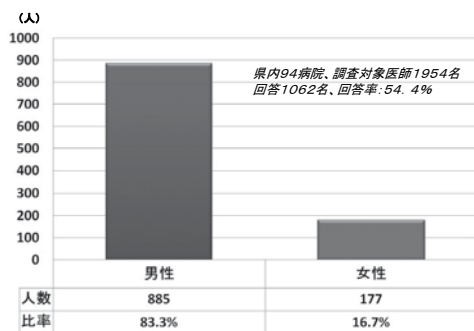
会員数が1,498人、68%を占め勤務医の比率が高い県となっております。

勤務医の構成。83.3%が男性医師になっております。回答者は54.4%です。

勤務医の構成

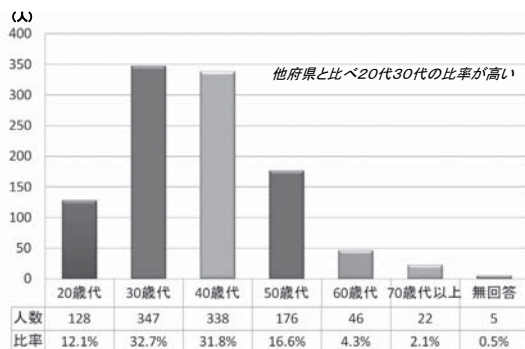
5

1. 性別



6

2. 年齢

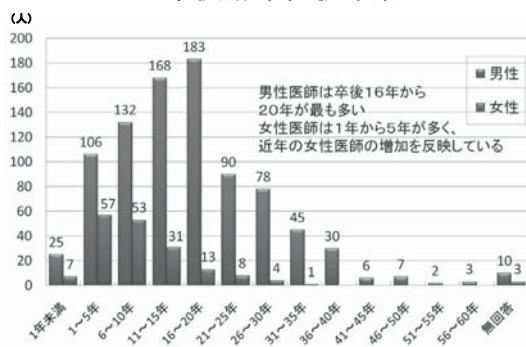


7

年代別に見ますと、30代、40代が多くなっていますけど、他府県と比較しますと20代、30代の比率が高くなっております。スライドタイトルの数字は、お手元の調査報告書の項目になっていますので、字が見えにくい方は調査報告書をご参照ください。

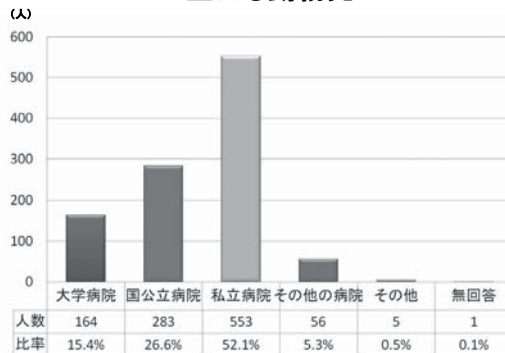
卒後臨床経験年数は、男性は16年から20年の方が多く、女性は近年増加傾向にありまして、1年から5年未満の方が多くなって

3. 卒後臨床経験年数



8

4. 主たる勤務先



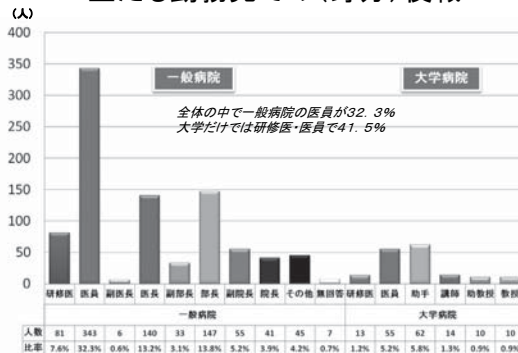
9

おります。

主たる勤務先は52.1%が私立病院となっております。

主たる勤務先での役職（身分）といいますと、全体の中で一般病院の医員が32.3%ですが、大学病院の中だけ見ますと研修医と医員で41.5%を占めています。

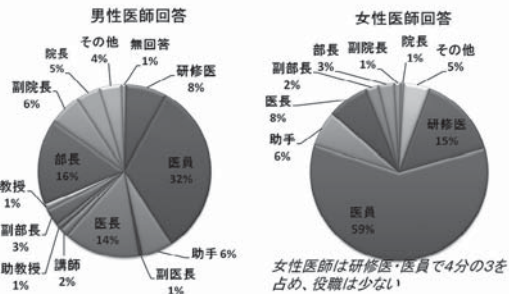
6. 主たる勤務先での（身分）役職



10

主たる勤務先での身分、役職で見ますと、

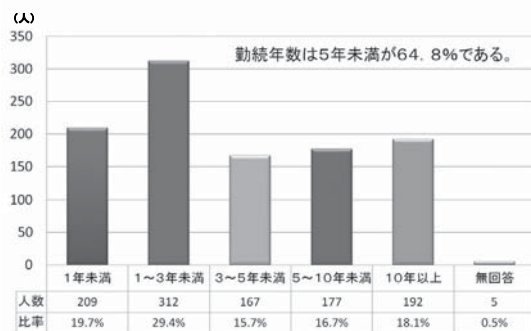
6. 主たる勤務先での(身分)役職 男女別内訳



11

男女別で見ますと女性は4分の3の方が研修医と医員となっております。役職の数は少なくなっています。

7. 主たる勤務先の現在の勤続年数



12

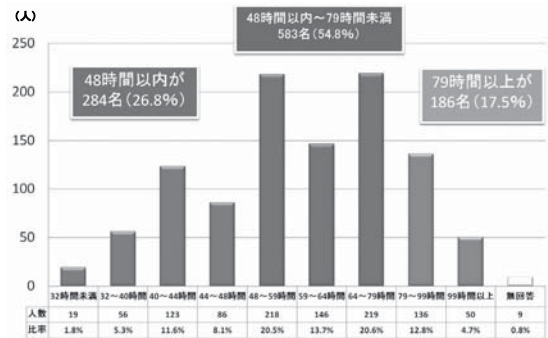
主たる勤務先の現在の勤続年数、1年から3年未満が多く、大体5年未満が64.8%となっております。

勤務医の現況

13

労働条件。勤務医の現況で見ますと、48

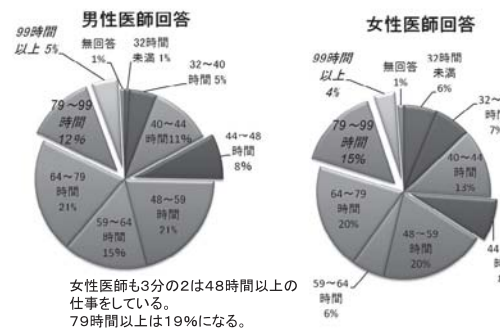
10. 週平均の実労働時間



14

時間以内というのが26.8%になっていて、79時間以上が17.5%となっております。

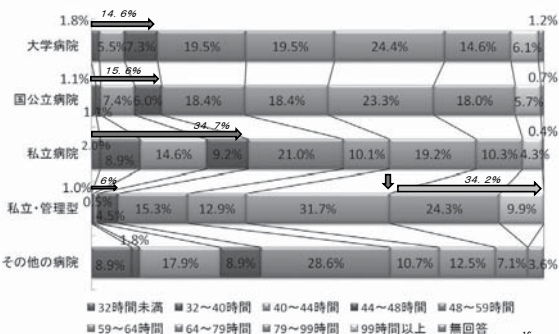
10. 週平均の実労働時間 男女別内訳



15

週平均の実労働時間を男女別で見ると、48時間以上というのが女性でも3分の2を占めていまして、79時間以上という女性も19%となっております。男性医師は48時間以上が4分の3を占めております。

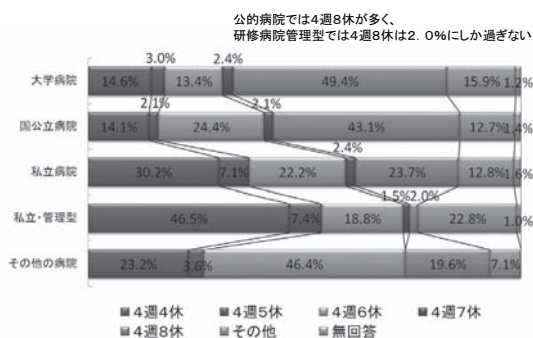
10. 週平均の実労働時間 開設主体別



16

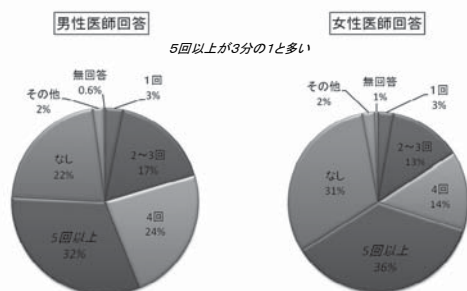
週平均の実労働時間というのは、48時間以内というのが大学病院では14.6%、国公立病院では15.6%、私立が34.7%ですが、臨床研修病院の管理型病院というのが6%で、管理型病院では79時間以上が34.2%となっております。

11. 週休（開設主体別内訳）



開設主体別で見た週休をみますと、大学病院、国公立病院が4週8休になっていますが、一般病院は4週4休が多くて、特に管理型病院は半数近くが4週4休となっております。

12. 1ヶ月あたりの平均的な当直回数 男女別内訳

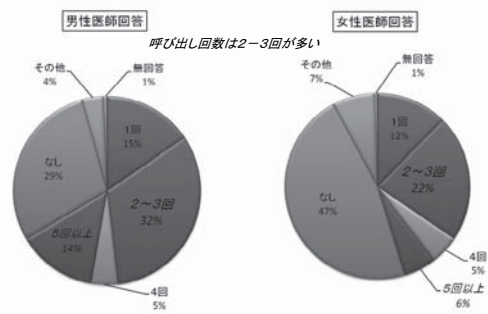


1カ月あたりの平均的な当直回数は、男女とも5回以上が多くなり、3分の1ほどになっております。

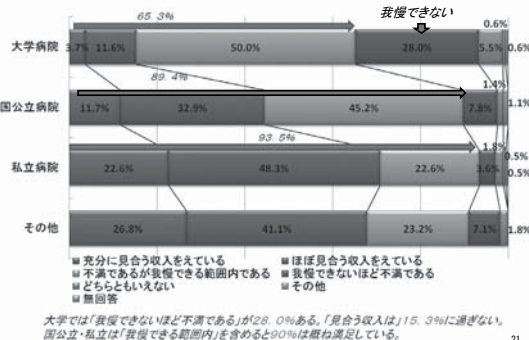
緊急時の呼び出し回数でみますと、1カ月大体2回～3回が多くなっていますが、女性は47%が「なし」となっております。

「仕事内容や労働時間に見合う収入があるか」ということでみますと、大学病院で

13. 1ヶ月の緊急時の呼び出し回数 男女別内訳

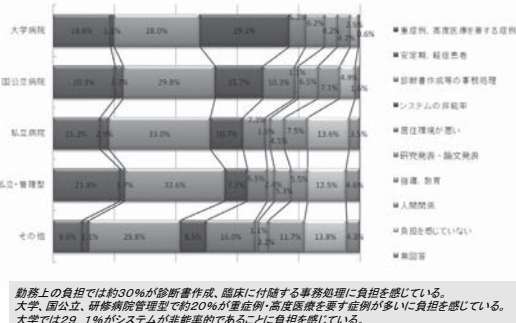


15. 仕事内容や労働時間に見合う収入であるか 開設主体別内訳



「我慢できない」というのが28%になります。「見合う収入」は15.3%であり、「我慢できる範囲内である」というのが65%、国公立、私立病院では90%となっております。

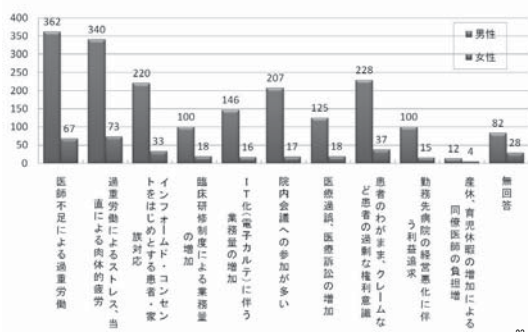
16. 勤務上での負担について（複数回答あり） 開設主体別内訳



勤務上での負担についてですが、30%が診断書作成や臨床に関する事務処理に負担を感じています。約20%が「重症例や高度医療を要する症例が多い」ということに負担を

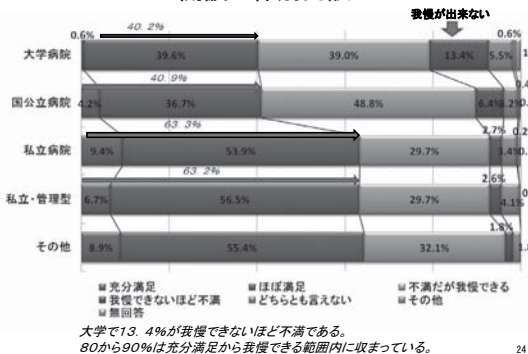
感じています。あと、大学病院では29.1%が「システムが非能率的である」と。公的病院も若干そういった傾向があります。

16-1.勤務上での負担な点(複数回答あり)



勤務上の負担な点については、「医師不足による過重労働」、「過重労働によるストレス」、「インフォームド・コンセントをはじめとする患者・家族へ対応」、「患者のわがままやクレーム」、「院内会議への参加が多い」。最近ではIT化ですね。あとは「臨床研修制度の業務の負担増加」そういったことがあります。

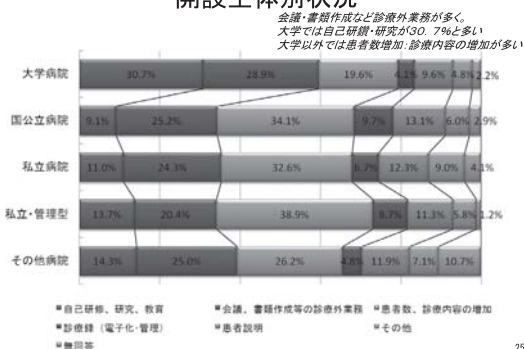
17.現在の職場、仕事の満足度について
開設主体別内訳



仕事場での現在の満足度については、「ほぼ満足」というのが大学病院、国公立病院でも40%、私立病院や管理型病院では60%程度であります。また、大学病院では「我慢できない」が13.4%あります。大体80~90%が「我慢できる範囲内」という回答になります。

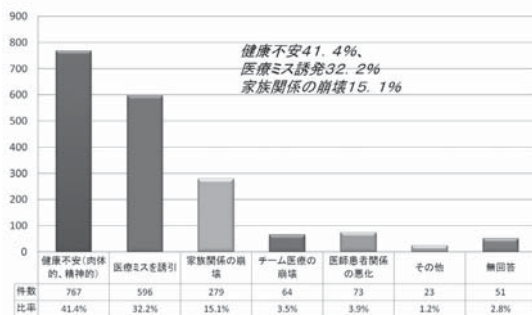
長時間勤務になる要因としましては、こ

18.長時間勤務になる要因(複数回答あり)
開設主体別状況



れも開設主体別に見てみますけれども、大学病院は自己研鑽が30%ぐらいになっていますし、あと、会議や書類作成等の診療外業務です。あと、国公立病院では34%、私立病院は38%の割合で患者数の増加や診療内容の増加に負担を感じています。

19.長時間勤務による悪影響(複数回答あり)

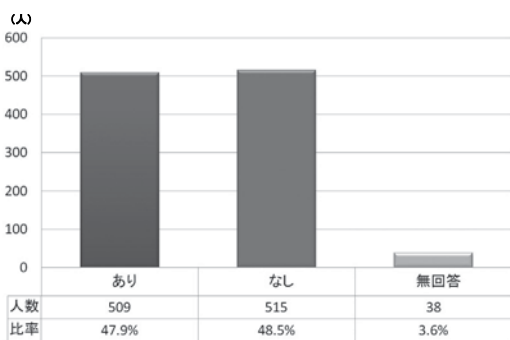


長時間勤務による悪影響といいますと、「健康不安」、「医療ミスを誘引」、「家族関係の崩壊」ということが挙げられています。

超過勤務に対する処遇というのは半々となっております。

当直時の仮眠時間についてを開設者別に見てみますと、大学病院では20.9%が「十分とれる」ことになっております。国公立病院では6.8%、管理型が9.4%となっております。「ほとんどとれない」というのが国公立病院で30.6%、管理型病院で23.8%となっております。当直明けの勤務は大体83.6%が通

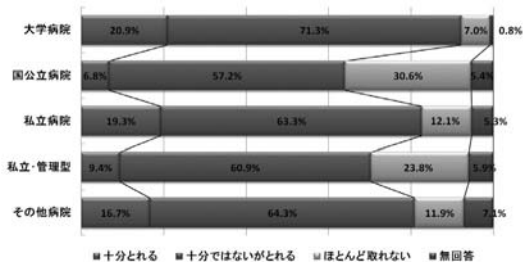
20. 超過勤務に対する処遇



27

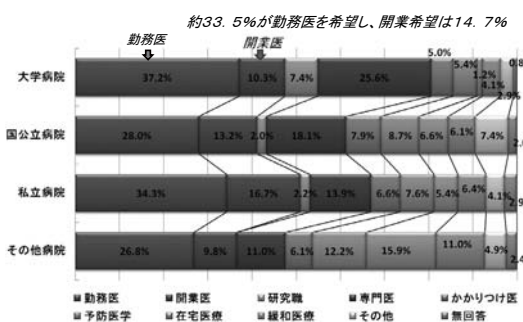
21. 当直時の仮眠時間について
開設主体別状況

大学では十分とれるが20.9%
ほとんど取れないが国公立で30.6%、
管理型で23.8%である。
当直明けの勤務は83.6%が通常勤務である。



28

常勤務となっております。

23. 将来手がけたい職務・勤務形態について
(複数回答あり・開設主体別状況)

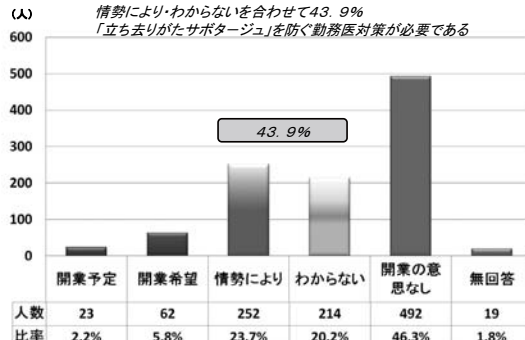
29

将来手がけたい職務・勤務形態について、開設主体別にみますと、およそ33.5%が勤務医を希望していきまして、開業医志望は平均しますと14.7%になっております。大学病院では専門志向があります。

将来の開業予定についてみますと、「開業予定」が2.2%、「開業希望」が5.8%、「開業

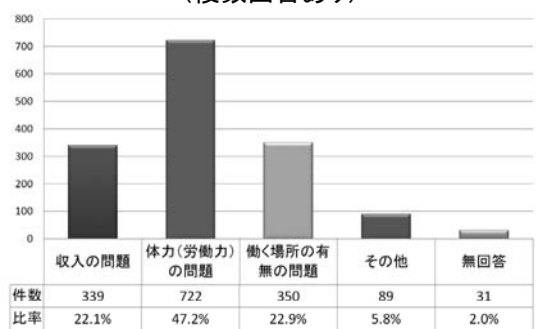
24. 将来の開業予定について

情勢により・わからないを合わせて43.9%
「立ち去りがたサボタージュ」を防ぐ勤務医対策が必要である



30

の意思なし」が46.3%なんですけれども、「情勢により」と「わからない」を含めると43.9%になっており、これらの方々がいろんなことで開業にいかないようにすることが非常に大事な対策となると思います。

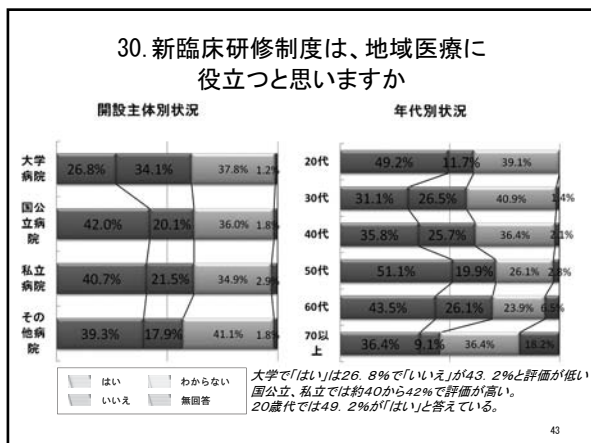
25. 将来の不安や問題について
(複数回答あり)

31

将来の不安や問題点についてですが、「体力の問題」、あと「収入の問題」、「働く場所の有無の問題」が多くなっております。

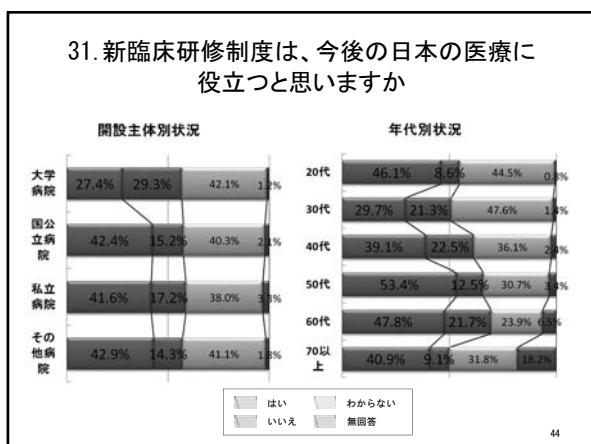
新臨床研修制度

42



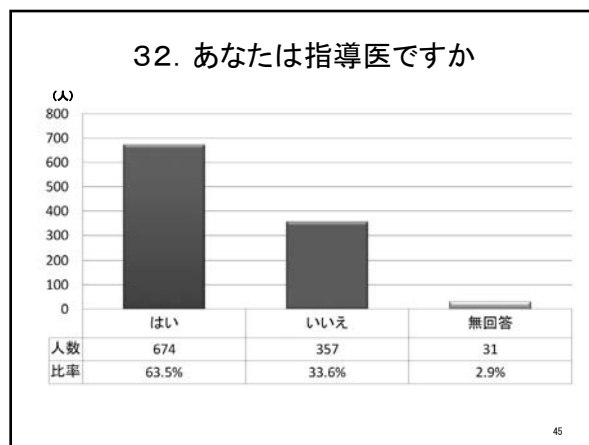
新臨床研修制度は、地域医療に役立つと思いますかということで開設主体別にみますと、大学病院では34.1%が「いいえ」と答えていまして、「はい」は26.8%なんですけれども、国公立病院、私立病院で40%ぐらいが「はい」と答えていまして、「いいえ」と答えた人が20%ぐらいと低くなっております。

年代別にみますと、20代で49.2%が「はい」と答えていまして、極めて好意的に見ている状況で、30代というのがそのために負担がかかってくるのか「はい」と答えたのは31.1%で、一番低くなっていまして、50代になりますと51.1%と肯定的な「はい」という答えが多くなっております。

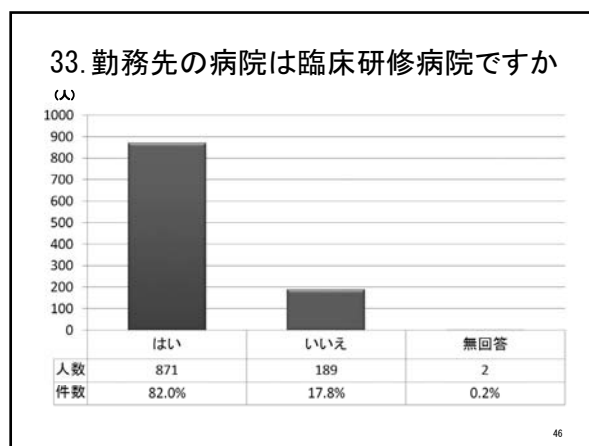


臨床研修制度は、今後、医療に役立つと思いますかは、さっきと同じ傾向がありまして、大学病院では「いいえ」が多くて、国公立病院や私立病院では40%ぐらいが「はい」と答

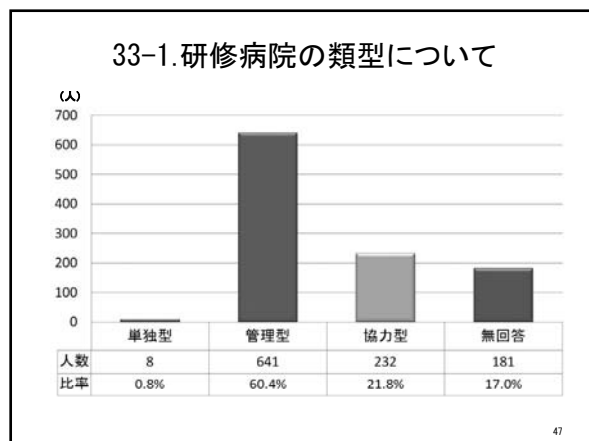
えていますし、20代でも「はい」と答えたのが46.1%と多くなっておりまして、30代が29.7%「はい」と答えています。50代が53.4%と最も評価が高くなっています。



あなたは指導医ですかという質問に対しては、63.5%が指導医となっております。

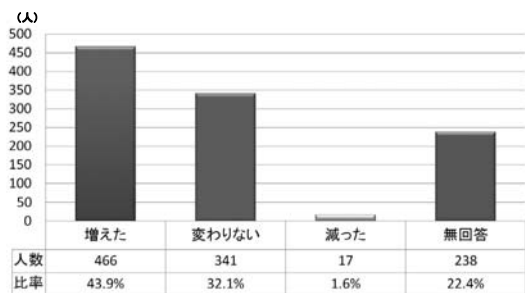


勤務先の病院の82%の人が臨床研修病院に勤務しています。



研修病院の類型は大体60%が管理型病院に勤務しています。

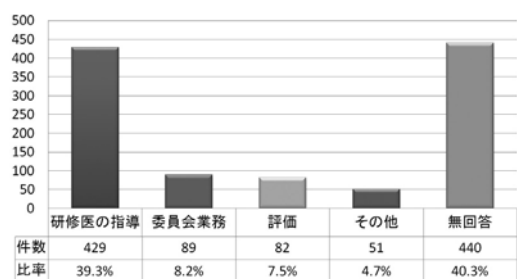
33-2. 臨床研修制度が始まって業務量の増加による負担について



48

臨床研修制度が始まって業務量の増加による負担は「増えた」が43.9%、「変わらない」が3分の1ぐらいあります。

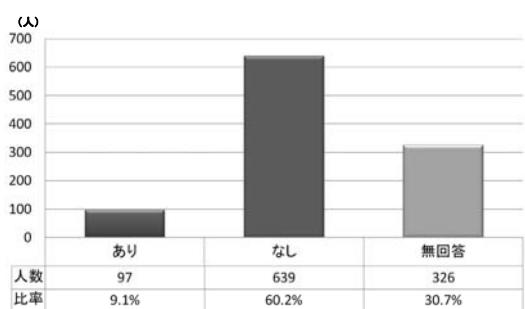
33-3. 増加した業務内容について (複数回答あり)



49

増加した業務内容については、研修医の指導が最も多く、あと、委員会業務が若干あります。

33-4. 臨床研修指導の経済的保障について



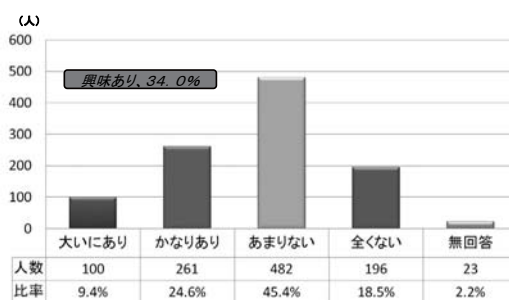
50

経済的保障は大体60%がほとんどないということになっております。

離島医療

51

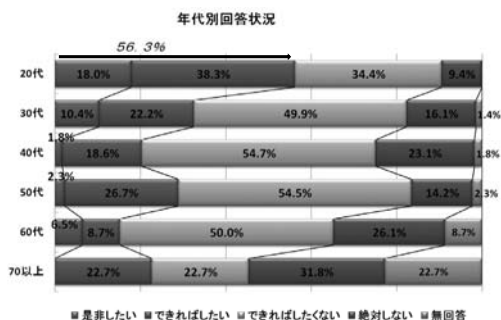
34. 離島勤務に興味がありますか



52

離島医療への興味についてですが、「あまりない」というのが45.4%、「全くない」が18.5%、約64%の人が興味がないということが分かり、「大いにあり」が9.4%、「かなりあり」が24.6%で、興味ありがトータルで34%となっております。

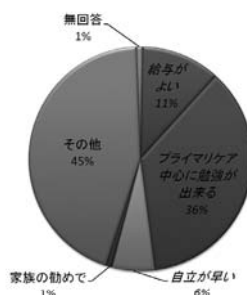
36. 離島勤務を希望しますか



53

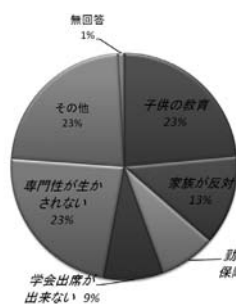
離島勤務を希望しますかと問いますと、「是非したい」「できればしたい」が20代で56.3%ですが、年代とともに下がっており、30代では3分の2が、離島医療勤務は希望し

36-1.離島勤務を希望する理由（設問36で「是非したい」「できればしたい」と答えた人のみ）318名



54

36-2.離島勤務を希望しない理由（設問36で「できればたくない」「絶対しない」と答えた人のみ）720名



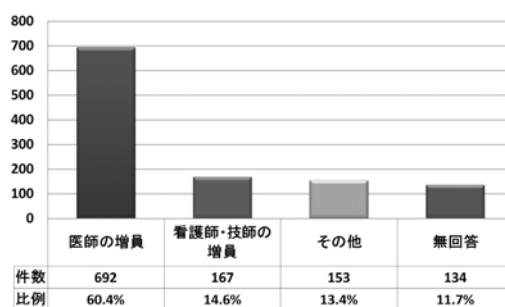
55

ていないということになっています。「ぜひしたい」と答えた人について理由をきいてみると、「プライマリケアを中心に勉強ができる」が最も多くなっていて、次いで「給与がよい」「自立が早い」を挙げ、「したくない」と答えた人は、「子供の教育」、「専門性が生かされない」、「家族が反対」と「勤務後の保障がない」「学会出席ができない」ということを挙げています。

離島医療に望むことといいいますと、やっぱり「医師の増員」が60%と多くなっております。

医師会の問題なんですけれども、「医師会に加入していますか」というと、71%の人が「はい」と答えていますし、「医師会が勤務

37. 離島医療に望むこと(複数回答あり)



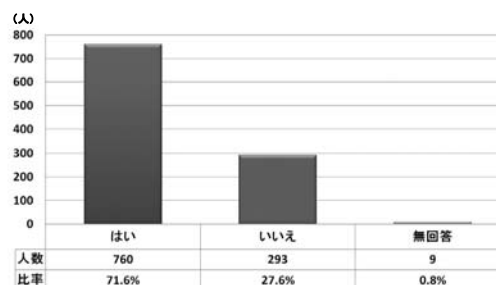
56

医師会

57

医の待遇や労働条件を改善するために十分な働きかけをしているか」ということに対しては、「しているとは思わない」が60%で、「していると思う」が9%にしかすぎません。

38. 医師会に加入していますか

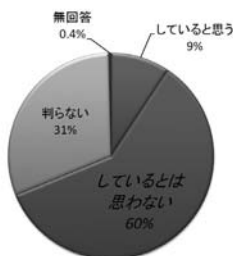


58

医師会活動の参加については、「参加していない」が47%、「参加している」が25%の比率になっております。

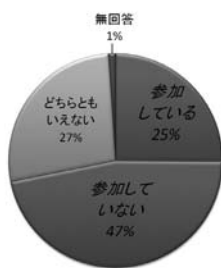
地域医療活動については「参加している」

38-1.医師会が国や関係機関に対して、勤務医会員の待遇や労働条件を改善するために十分な働きかけをしていると思いますか(設問38で「はい」と回答した人のみ 760名)



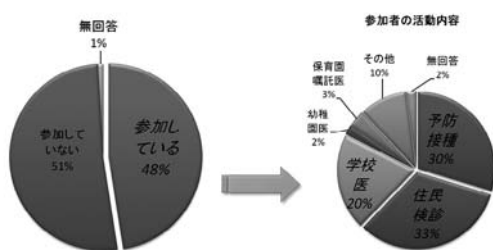
59

38-2.医師会活動の参加について



60

38-3.地域医療活動について



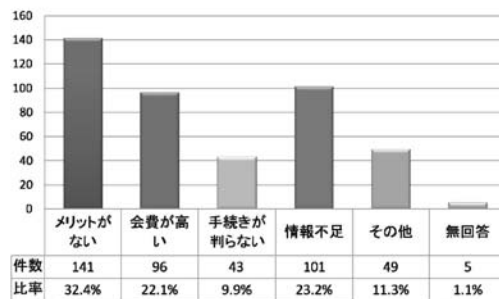
61

が48%、その内訳は「予防接種」、「住民健診」「学校医」等になっております。

医師会の未加入の理由については、「メリットがない」「会費が高い」がありますが、「手続きがわからない」、「情報不足」ということがあり、この辺は医師会の広報活動が十分でないということを反映していると思います。

終わりに「エッセンス」ですが、大学病

38-5.医師会未加入の理由について
(複数回答あり)



62

エッセンス

- ・ 大学病院では、給与および福利厚生面での処遇の改善が必要である。
- ・ 研修病院では、長時間による過重労働や当直回数が多く、特に管理型研修病院では、その割合が顕著である。また、臨床研修指導医に対する経済的保障が不十分である。
- ・ 女性医師の問題は、育児支援体制がない等、劣悪な労働環境におかれ、早急な支援体制の確立が必要である。
- ・ 新臨床研修制度では、プライマリケアを重視する若手医師が多く、また離島医療に興味を持った若手医師が多い。
- ・ 医師会はもっと勤務医のための積極的な処遇・環境改善に努め、加えて、勤務医に対する広報活動を強化すべきである。

63

院では給与及び福利厚生面での処遇の改善が必要である。

研修病院では、長時間による過重労働や当直回数が多く、特に管理型研修病院ではその割合が顕著である。また、臨床研修指導に対する経済的保障が不十分である。

女性医師の問題は、育児支援体制がない等、劣悪な労働環境におかれ、早急な支援体制の確立が必要である。

新臨床研修制度では、プライマリケアを重視する若手医師が多く、また、離島医療に興味をもった若手医師が多い。

医師会はもっと勤務医のために積極的な処遇・環境改善に努め、加えて、勤務医に対する広報活動を強化すべきである。

どうもご清聴ありがとうございました。

次期担当県挨拶

11：55～12：00

挨拶：千葉県医師会長 藤 森 宗 徳

挨拶

千葉県医師会長 藤 森 宗 徳

ご紹介いただきました千葉県医師会長の藤森でございます。

来年、平成20年度は千葉県で本会を開催いたします。

本日開催の沖縄県医師会、誠に立派に開催されましておめでとうございます。

実は昨年、全国医師国保の協議会がやはり当地で開催され、非常に立派な内容で運営もいい、素晴らしい会だったと思っています。その後も話がたびたびいろいろなところで出まして、あのときはよかったなという話が今でも関ブロでは残るぐらいであります。その沖縄県の後の開催でありますので、千葉県としては非常に重荷であります。また、節目にある平成20年度ということで、ぜひ何とか立派に開催いたしたいと思っています。

国あるいは国会でも勤務医の方々の非常な過重労働等、医師不足の問題が話題になって、来年は診療報酬を中心に待遇等を見直そうという動きが出ておりますので、それがどのようになってきているかということの検証を兼ねた会にいたしたいと思っています。

千葉県はやはり海と自然に恵まれた地域でございますが、非常に交通が不便であります。残念ですが比較的、東京からすぐ来られる東京に隣接した地域で開催したいと思っています。

期日は、平成20年11月22日の土曜日に開催いたします。場所は、東京ディズニーランドという名称ですが、実は千葉県にあります。そのディズニーランドの中にありますミラコスタホテルで開催いたしたいと思っています。



一昨年、有床診療所の連絡協議会を開いたときに、会員並びに一緒にご参加いただいたご家族の方に非常に評判がよかったものですから、またそこを考えて開催いたしたいと思っています。

できましたら、たまには家族サービスでご家族を伴ってたくさんご参加いただき、宿泊いただければそのホテルにいながらディズニーのいろんなショーも観ることもできます。花火も観ることもできますし、翌日は十分にお楽しみいただけると思っています。

内容は、ぜひ先ほども申し上げたように、今の勤務医の勤務状況等がどの程度改善されているか、又、どのように見直すかを、未来に向けて開催いたしたいと思っています。

今回の開催のメインテーマが「高めよう勤務医の情熱、広げよう勤務医の未来」とありますように、この未来の第一歩がどの程度出ているかを協議いただきたいと思いますので、ぜひ多数の方にお誘いあってご参加いただくようお願いいたします。千葉県医師会を挙げてご歓迎申し上げますので、よろしくお願いいたします。

「未来にすくむ日本人」

～日本は財政危機ではない、日本国民のために我々の力ネを使おう～

講 師：日本金融財政研究所長

菊 池 英 博

座 長：沖縄県医師副会長

小 渡 敬

座 長

沖縄県医師副会長 小 渡 敬

ただいま紹介いただきました座長の小渡でございます。どうぞよろしくお願いいたします。

特別講演2のほうは経済に関する話です。医療は医療政策と医療経済の二輪で走っておりますので、医療政策ばかりに目を向けてもなかなかうまくいかない。それで医療政策、医療経済の部分をしっかりわかって、その上で政策を実行していくという形になるかと思っています。

そういう意味では、我が国の医療経済というのは、我々非常に不満の多いところです。そこで今回は、菊池先生をお招きしております。

菊池先生については、大会誌に詳細な略歴が載っておりますので、それをご覧くださいと思います。

簡単に言いますと、著名な経済アナリストで、日本金融財政研究所の所長で、しか



も衆議院の予算委員会に何回か公述人として呼ばれているという先生でもございます。

それでは、時間もございませんので、早速、「未来にすくむな日本人」というタイトルで、先生ひとつよろしく願いいたします。

講 師

日本金融財政研究所長 菊 池 英 博

皆さん、こんにちは。

今日は伝統ある平成19年度全国医師会勤務医部会連絡協議会にお招きをいただきまして、大変光栄に思います。

医師会の先生方のご活躍を、私、新聞紙上や、いろいろなことで聞いておりましたが、今回、先ほど会長さんのお話をはじめ、いろいろなご報告をいただいて、何か非常に身近なものに感じ、しかも私自身の理解も深まったように思います。

今日申し上げたいテーマは、「未来にすくむな日本人」～日本は財政危機ではない、日本国民のために我々のカネを使おう～ということです。財政危機ではないということは、実は昨年2月27日の衆議院の予算公聴会にお招きをいただきまして、そのときにはっきり言っておきました。



これからお話申し上げるデータのかなりのは、その予算委員会で私が公述した内容のものでございます。その効果があったのかどうか知りませんが、自民党の一部の方が上げ潮路線というものを出してきた。増税をしなくていいんだということ

言い出したというのがこれの効果だということをおっしゃった方がいらっしゃいます。けれども、現在の政策は決して十分なものではございません。私に言わせれば全くまだ本質はついておりませんので、どこをどうしたらいいか、そういう面からお話させていただきたいと思います。

まず、お手元の資料を見てください。ちょっと多めに用意しました。まず第1にA4の縦長の特別講演2-1となっておりますこれを使わせていただきます。1ページと2ページ目が講演のレジュメでございます。最初にレジュメでどういうことをお話しするかを申し上げます。

3ページ以降は、この中身でございます。私はすべて客観的なデータでお話をいたしますから、できるだけグラフ化いたしました。どこに問題があるのかということをおなりに分析をしております。これを基にしてお話を申し上げます。

それから、講演資料2-2に「アメリカの失敗を後追いする医療改革の愚」というのがございます。これは元ハーバード大学医学部の助教授をされておられました李啓充先生がお書きになったものでございまして、これはこちらの医療特別改革のところで皆さんもお読みになった方がいらっしゃると思いますが、これはなかなかよくまとまったものでございますので、やや蛇足かもしれませんが用意してまいりました。これは後ほどお読みください。

それから、3番目には宇沢弘文先生という方で、この方は医師会の講演会にもお招きになったそうですが、私が参加をしております勉強会とか研究会での私の先生でもありますので参考までにお持ちしました。皆さんもご存知のことと思いますが、これは市場原理というものは医療には全く合わないんだと。これは間違った考えなんだと。それで新しい社会的共通資本という概念で

医療も包摂した社会的に投資の拡充が必要なんだとっております。実はこれは今日の私の結論と同じです。この先生の考え方、きちっとまとまっておりますので、ご存知かと思いますが入れておきました。

それから、最後4番目には時事通信社の「綱渡り日本経済」というのがありまして、時事通信社が毎週出しておりました「世界週報」というのがあったんですね。これは長く続いていたんですが、残念ながら今年の3月で休刊になりました。そこに毎月1回、「綱渡り日本経済」で私は寄稿をしておりました。そのときに書いた寄稿文の1つでございます。まず「欺瞞の構造改革は剽窃疑惑の竹中論文が起点」これはすべて事実です。私は竹中平蔵さんにお会いしたことはありません。公的な方ですし、竹中さんが出された博士論文というのは盗作であるということは、もう皆さん知る人ぞ知っております。それから、ここには佐々木実さんというジャーナリストの方がお書きになったベースがありまして、それをベースにしてそのとおり、まさに竹中さんと同じようなことをした人が地裁で有罪になっております。それに関連して書いておりました。こういったこともきちっと証拠として残しておいたほうがいいと思いました。もし、皆さん興味がおありでしたら、これをお読みいただきたいと思います。以上が資料でございます。

それでは、講演資料1をご覧くださいませでしょうか。それでは講演を始めさせていただきます。

実は私は沖縄にまいりましたのは初めてでございます。学生時代から旅行が好きで、ずいぶんいろんなところに旅行したんです。私は昭和34年（1959年）に大学を卒業いたしました。残念ながらその頃は沖縄は占領下でございましたし、また、その後はドル圏になったりして、いうならば本土からみ

ますと外国という大変さびしい状況でございました。それでこちらに来る機会がなかったのですが、今回、お招きをいただきまして、実は1日早く、11日にまいりまして、それでひめゆりの塔をはじめ基地の跡とか、戦争の戦禍の遺跡といいますか、そういったものも見学をさせていただきました。沖縄の方が戦前・戦後にわたりまして大変なご苦勞の状況で、引き続きそういう状況に置かれておられるということに対して、本当に涙が出る思いでございます。こういうことが一日も早く解決され、しかも平和を望むということを改めて感じた次第でございます。

レジュメの第1に、構造改革はビジョンなき破壊活動。市場原理による日本の社会経済構造の崩壊を狙うということでございます。

まず最初に、項目を先に読みます。どうということをお話するかということの全貌をお話しして、あとは時間が限られておりますので、ポイントを絞りながら時間の許す限り重点的に講演をさせていただこうと思っております。

I.なぜ日本の医療が崩壊に瀕しているのか。ここには3つの項目を用意してあります。

(1) アメリカの対日要望書。日本医療のアメリカ化を要求しているということです。あと図表で比較してあります。皆さんももう十分ご存知の方も多いと思いますが、比較してポイントをご説明したいと思えます。

(2) 構造改革の失敗のツケ回しで医療が圧縮されているということです。構造改革というのは、実は2001年の4月、小泉内閣が成立して、竹中さんとか、そういう人を中心に構造改革というのを言われました。しかし、そのときから私は構造改革というのは大前提から間違っていると。絶対に失敗

しているということを言っていた数少ない論者の一人でございます。ですから2002年2月27日に衆議院の予算公聴会にお招きいただきました。そのときに申し上げたのは、デフレが進んでいるときに緊縮財政を強化して、財政支出をカットする。それから不良債権をどんどんつくって、それを早期償却するというようなことをしたら、日本経済は経済そのものが破壊されてしまう。ですから税収は絶対に増えない、増えるどころか減る。政府債務はさらに増加するということを公述いたしました。これは当然のことですよ。常識ですよ。不況で困っているときに税収や支出を落とす。それから困っている中小企業もどんどん潰れていくということになったら、不良債権はどんどん増えるでしょう。それをまた潰すというんだから、金融機関も潰れますよ。当たり前のことだから、私はそう申し上げた。そして、こういうことをしていると、いずれは増税にならざるを得ないんじゃないかということです。その後ちょうど4年後の昨年2006年2月27日、同じ日だったんです。また、お招きいただいたので、冒頭に、「4年前に申し上げたとおりじゃないですか」と。私は預言者でもなければ、占い師でもありません。当たり前のことです。構造改革の失敗というのは大変大きい。そのツケ回しが実は増税です。大前提としてしっかり我々はこれを認識しなければいけません。これはデータできちっとお話します。

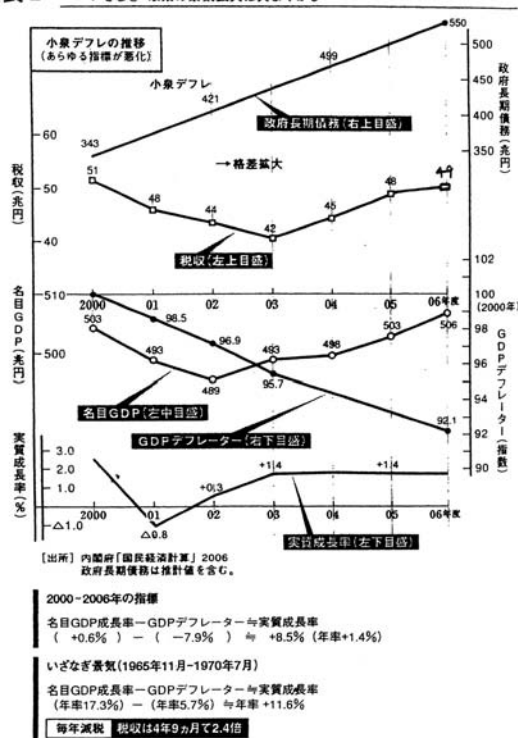
そういうことですから、そのツケ回しを医療に向けてきているんです。このあとで申し上げますけれども、小泉内閣とか、財務省といいますか、予算編成にあたっての方は、医療費の増加が財政赤字を増やしているといいます。しかし、これは決してそうではありません。これもきちっとお話します。医療費が増えたからといって、財政赤字がその結果増えているのではないん

です。財政政策を失敗して、税収が上がらないような政策をとっているからです。結局、税収が上がらない。上がらないからそのツケ回しで、増税をしなければいけない。歳出を削減しないといかん。だから医療費を落としていく。これもきちっとしたデータでお話します。そういうところに問題がございます。

(3) 日本経済の現状。この現状につきましては、資料に図表を用意しております。

これは時間が許す限りお話しいたしますが、重立ったところを読んでいきますと、図表2「いざなぎ以来の景気拡大は大まやかし」。これはデフレの裏返しに過ぎないんです。だから経済はよくなっておりません。論より証拠、我々の給料、勤務医の方が中心とすれば、皆様方の給料も決して上がってはいないはず。統計によりますと、給与所得は9年間下がっております。これは国税庁統計ですから間違いありません。

図表2 “いざなぎ”以来の景気拡大は大まやかし



“いざなぎ”以来の景気拡大は大まやかし
 実質成長率は「名目成長率」から「GDPデフレーター」（物価の総合指数）を控除した数字。
 実質成長率＝名目成長率－「GDPデフレーター」である。
 日本のGDPデフレーターは1998年からマイナスである。
 実質成長率は「マイナスのGDPデフレーター」を控除するので「マイナスからマイナスを引き」プラスになる。

2000年度を基準「100」として指数化してみると、2006年度までの6年間継続しているGDPデフレーターは、2006年度には「92.1」になる。つまり、この6年間でデフレは7.9%進んでいる。
 そこで、2000年度から2006年度までの実質成長率を計算しますと、
 実質成長率＝名目成長率（+0.6%）－「GDPデフレーター＝マイナス7.9%」＝+0.6%－「－7.9%」＝8.5%。
 6年間ではプラス8.5%だから、1年平均でプラス1.4%になる。つまり、デフレのもとでは実質成長率プラスというのはデフレの裏返しに過ぎないのです。まさに「大まやかし」です。だから税収が減少し、増税を唱えている。

*いざなぎ景気

1965年11月から1970年7月まで前年比プラスの成長。
 年平均で「名目成長率（17.3%）－GDPデフレーター（5.7%）」でプラス11.6%。この間（4年9ヶ月）
 毎年減税しても税収は2.4倍に増加した。

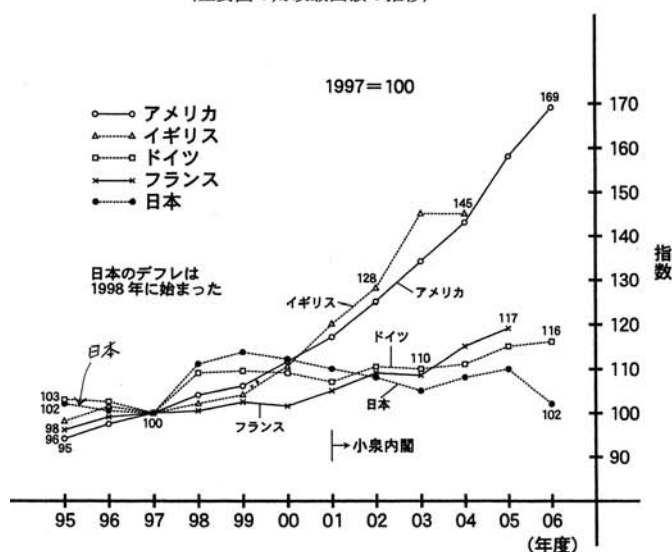
図表3「日本は財政規模が小さすぎる」これが医療費支出の削減の原因です。

図表4「日本は小さすぎる政府」。もっと小さくしろといいますが、実は国際的にみると最も小さい、小さすぎる政府です。

図表5「名目GDPの国際比較」。GDPというのは国内総生産でございます。ご存知のとおり、我々の給料とか企業の所得そういうものの全部合算したものをGDP（Gross Domestic Product）というふうに呼んでお

図表3 日本は財政規模が小さすぎる

(主要国の財政歳出額の推移)



〔出所〕 OECD 統計 2006。

〔特徴〕 日本の財政歳出は 10 年間全く増えていない。
日本の財政規模は小さ過ぎる。(小さ過ぎる政府)

財政規模の国際比較

1997 年を 100 として、その後主要国の財政支出がどの程度増加したかを比較すると、財政支出の伸びが日本だけが極端に小さい。2006 年度の財政支出はほぼ 10 年前の水準に過ぎない。

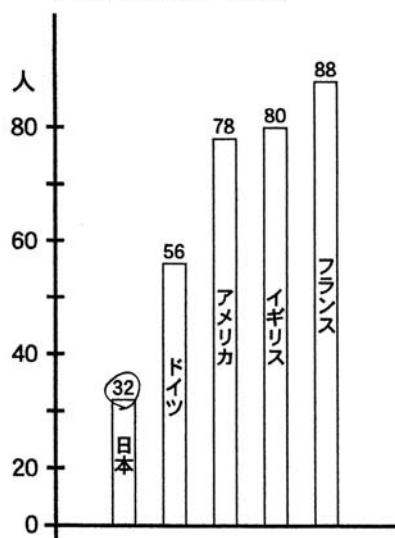
1998-2000 年にかけては、橋本財政改革の失敗によって引き起こされた金融危機を克服するために、財政支出を拡大し景気が上昇して 2000 年度には税収が 51 兆円まで増加した。こうした景気上昇を墜落させたのが「小泉デフレ・構造改革」である。
これで緊縮財政→投資関連支出と地方交付税交付金の削減によって、デフレが進み、税収が激減した。

これでは、経済規模が拡大しないので、税収が伸びない、給料も上がらない（7 年間前年比で減少）、医療費も削減せざるを得ないということになる。

もし欧米並みの財政支出をしておれば、2006 年度の日本の財政支出（予算規模）はアメリカ・イギリス並みなら 120-130 兆円、ドイツ・フランス並みなら、92-95 兆円である（1997 年の日本の財政支出は 79 兆円）。

公的部門における職員数

(国民 1,000 人あたり何人か)



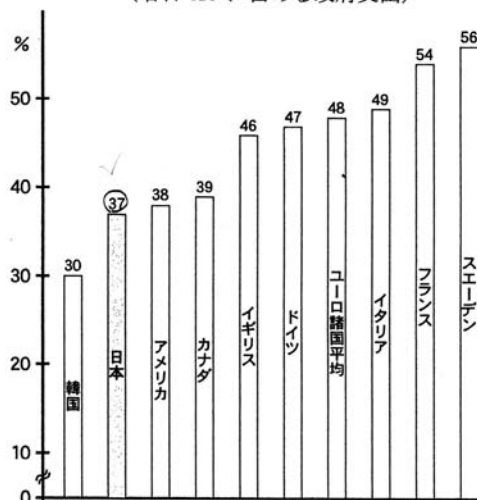
〔出所〕 総務省 (2004 ~ 2006)

・日本の公務員数は人口に比べて最も少ない。

図表4

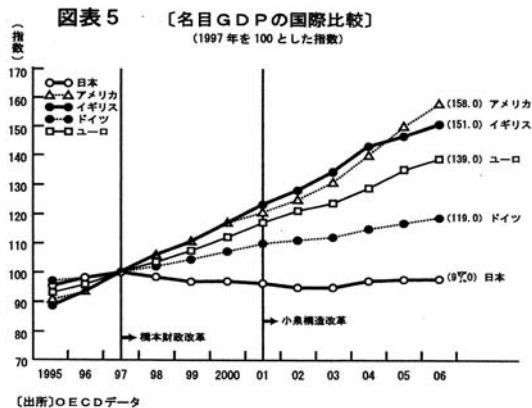
日本は「小さ過ぎる政府」である

(名目 GDP に占める政府支出)



〔出所〕 OECD (2006) 「政府支出」には中央政府と地方政府の両方の支出を合計した数字。

日本はすでに「小さ過ぎる政府」である。経済規模(名目 GDP)と「少な過ぎる政府支出」が経済成長を阻み、福祉予算を極端に圧縮している。



名目GDP（国内総生産）の国際比較

日本のGDPは1997年に521兆円に達したのに、2006年度ではわずか505兆円に過ぎない。緊縮財政が日本経済の成長を抑えてきた。日本で名目GDPの成長が止まったのは財政改革と称して、緊縮財政と増税を実施した1998年からである（GDPデフレーターは1998年からマイナスに転じた）。

1997年度の大増税（消費税増額3%→5%と国民福祉関連支出の増加などで9兆円の国民負担の増加）と公共投資の削減で合計13兆円の負担を国民に課した。

その後、1998年から2000年にかけての小渕内閣では積極財政の成果がでて税収も増加した。

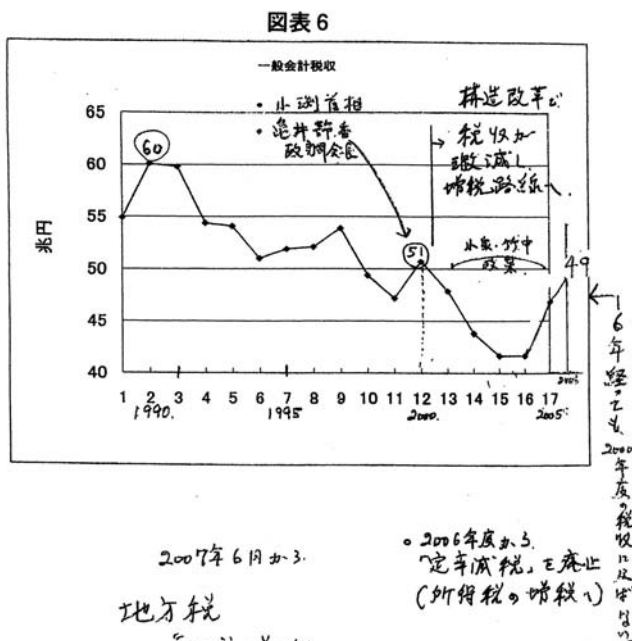
ところが、2001年からの小泉「構造改革」によって、投資関連支出の削減、地方交付税交付金・補助金の削減、を継続して実施してきたので、デフレが一段と進み、経済成長がマイナスとなり、税収が激減する原因になった。

日本のGDPは1997年に521兆円であったので、もし日本のGDPが欧米並みに成長しておれば、2007年800兆円、ユーロ圏並みであれば720兆円、ドイツ並みであれば620兆円に達していたであろう。税収は70-80兆円に達し財政危機は拡大均衡の中で解決できたであろう。

ります。これを国際比較をL.日本のGDPと他の主要国のGDPを比較いたしますと、10年間、日本は伸びておりません。これは日本だけです。ほかの国は1.5倍ぐらいになっ

ています。

図表6「一般会計の税収」。構造改革で税収が激減しております。そのツケ回しが増税です。



「構造改革」が日本経済を破壊した
——あらゆる経済指標が悪化している——
税収：1990年には60兆円に達した（バブル効果）。

1997年の橋本財政改革で平成金融恐慌を引き起こした。その後 小渕内閣の積極財政で景気が回復し税収も増加した（2000年度51兆円）。

ところが「構造改革」によって大不況になり、恐慌的経済情勢に落ち込み税収が激減した。2003年度はわずか42兆円。最近 若干の景気回復があるといっても税収は2006年度の49兆円に過ぎない。

増税は「構造改革失敗のツケ」である。

図表7 地方交付税と補助金の推移

年度	①地方交付税	②国庫支出金	①+② 国から地方へ	成長率 前年比
1990	13.7	10.3	24.0 兆円	
1991	14.8	10.7	25.5	
1992	15.7	12.0	27.7	
1993	15.4	12.2	27.6	
1994	15.5	14.1	29.6	
1995	16.2	12.8	29.0	38.2 %
1996	16.8	13.1	29.9	
1997	17.1	13.2	29.3	
1998	17.5	13.0	30.5	
1999	20.9	13.2	34.1	
2000	21.4	13.0	34.4	38.5 %
2001	20.3	13.1	33.4	
2002	19.5	12.7	32.2	
2003	18.1	12.2	30.3	
2004	16.9	12.1	29.0	
2005	16.9	11.2	28.1	32.9 %
2006	15.9	10.2	26.1	
2007	15.2	10.2	25.4	

(△ 36.2 兆円)

図表8

公共投資の推移と税収

(中央政府予算)

年度	公共投資	税収
2000	9.4	50.7
01	9.4	47.9
02	8.4	44.1
03	8.1	41.8
04	7.8	45.5
05	7.4	48.0
06	7.2	49.0
07	7.0	47.0

2000年度比で
累計△ 10.5
(△ 11)

2000年度比の
累計で
△ 31.6 兆円
(△ 32)

(出所) 財務省財務総合政策研究所『財政金融統計月報』(各年度予算発表より)
http://www.mof.go.jp/kankoku/hyou.htm

中央から 地方へ --- 合計 △ 47 兆円 (7年間)
(△ 36.2 + △ 10.8)

「都市と地方の格差は緊縮財政にある」

「地方交付税交付金と補助金」の削減と公共投資の減額で、地方から 47 兆円の資金が中央へ吸い上げられている。これが「都市部と地方の格差」を拡大している原点である。

*民間資金は地方から都心部へ集中する

この傾向は明治維新以来今日まで継続している。都心部で資金を使って収益を上げ、税収があがる。この税収を「地方交付税交付金と補助金」の形で地方に還元してきた。このシステムのお陰で、日本は都市部でも地方でも同じ公共サービス(教育、医療・病院、一般公共サービス)が受けられた。ところが、財務省は地方分権強化の美名のもとに、この「地方交付税交付金と補助金」を削減してきた。2000 年を基準としてみると、その後の減額部分を合計すると、実に 36 兆円に達する。

*公共投資の削減で地方はマイナス成長

「公共投資が GDP を増加させる効果がない」(小泉・竹中)は全面的に誤りである。こうした間違っただけの方針を強行しているために、デフレに悩む地方経済はますます困窮しマイナス成長のところが多い。2000 年度を基準としてその後の公共投資の減額部分は 10.5 兆円に達している。一方、10.5 兆円の公共投資を削減した結果、税収が 32 兆円も減った。

経済全体から見て、マイナスの効果しかない。

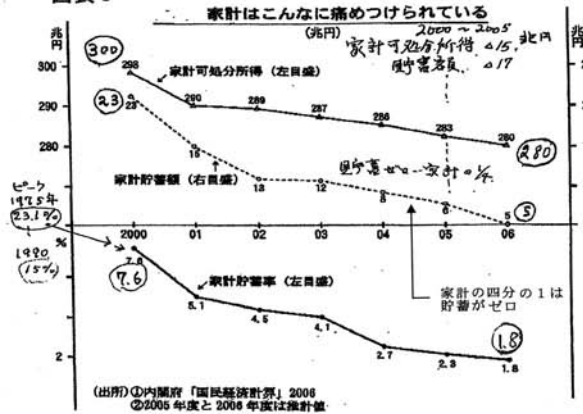
図表7「地方交付税の補助金の推移」。地方交付税交付金というのがあります。中央から地方へ出して、いろんな公共サービスの平準化。特に病院と教育です。病院の医療費、健康保険の不足分の補充、学校、そういうものについては交付税、交付金ということでやっております。これは最も世界的にも進んだ方式なんです、特に小泉内閣になってからずーっと減っています。それと公共投資も減っているんです。公共投資が減っているということは、公共投資というのは悪い面もそれはあるかもしれませ

ん。無駄遣い。だから私は決してそんなではなくて、社会的意義が非常にあります。この後お話しします。両方併せる、つまり地方交付税、交付金と補助金。それから公共投資。この削減、これは2000年度に比べて、ずーっとこの7年まで毎年ずっと落ちていきます。落ちていくものを累計しますと、実に47兆円になります。私自身もこれ計算して驚いたんです。だから格差。地方は没落してくる。東京とか一部のところだけが税収が上がると。これは当然です。これも数字できちっとお話しします。

図表9「家計はこんなに痛めつけられている」。

図表10「構造改革によって日本の国際地位は凋落している」。

図表9



家計はこんなに痛めつけられている

手取り所得が毎年減少

「家計の可処分所得 (手取りの所得)」は 2000 年度には 298 兆円あった。ところが 2001 年度からの「構造改革」で毎年減少し、2006 年度には 280 兆円になってしまった。6 年間で 18 兆円、毎年 3 兆円ずつ、減っている。

貯蓄を取り崩して生活を補助している

この間、国民は貯蓄を取り崩して可処分所得の減少を補ってきている。この 6 年間で家計貯蓄額は 18 兆円も減少している。つまり家計は、手取り所得の減少を貯蓄を取り崩して生活しているのである。

公共投資の削減と民間投資の減少

国民の所得が減少しているのは投資不足で経済規模が縮小し、名目国内総生産 (GDP) が低迷しているからだ。

構造改革失敗のツケが増税 (定率減税の廃止)

2000 年度から公共投資を 11 兆円削減しても経済が不況で GDP が低迷しているから税収が 32 兆円も減少している。このツケ回しが増税である。国民は可処分所得が 9 年間で減少しているのに、2006 年度から所得税が増税になり、さらに苦しんでいる (これは国民にとって 3.3 兆円の増税)。

構造改革失敗のツケ回しがすでに始まっている。

図表8

公共投資の推移と税収
(中央政府予算)

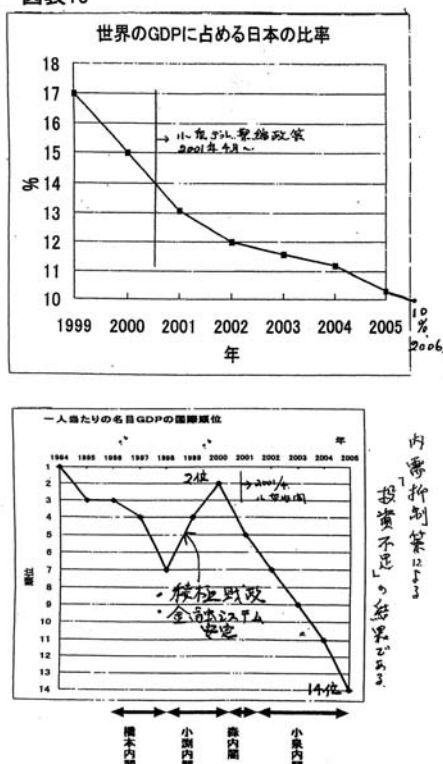
年度	公共投資 (兆円)	税収 (兆円)
2000	9.4	50.7
01	9.4	47.9
02	8.4	44.1
03	8.1	41.8
04	7.8	45.5
05	7.4	48.0
06	7.2	49.0
07	7.0	47.0

2000 年度比で累計 △11 (公共投資) / △31.6 兆円 (税収)

(注) 07年度は見込み

(出所) 財務省財務総合政策研究所「財政金融統計月報」(各年度予算発表より)

図表10



「構造改革」で日本の国際的地位は凋落

世界の GDP に占める日本の地位は急落

1999 年には日本の GDP は世界全体の 17% を占めていた。これが「構造改革」で一挙に凋落し、2006 年には 10% まで落ち込んでしまった。このまま行けば、5—6% まで急速に落ち込んでゆくであろう。

一人当たりの名目 GDP の国際順位も急落

1994 年に一位だった。橋本財政改革とその後の「平成金融恐慌」で 1998 年には 7 位まで落ちた。しかし小淵内閣の積極財政で 2000 年には 2 位にまで回復した。ところが小泉「構造改革」による緊縮財政によって毎年急落し、2006 年には 14 位まで凋落した。

「構造改革」は日本経済の国際的地位を急落させ、一挙に 2—3 流国にしてしまった。

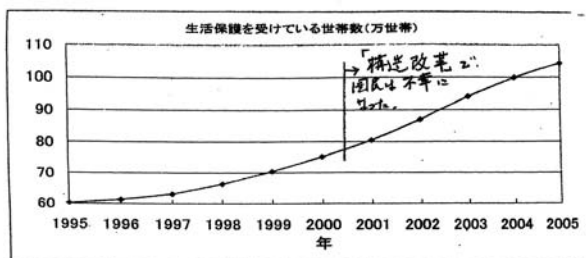
海外の日本に対する評価は経済力がベース

日本の経済指標の下落は日本の国力の低下を示している。「構造改革」は日本を破滅させている。

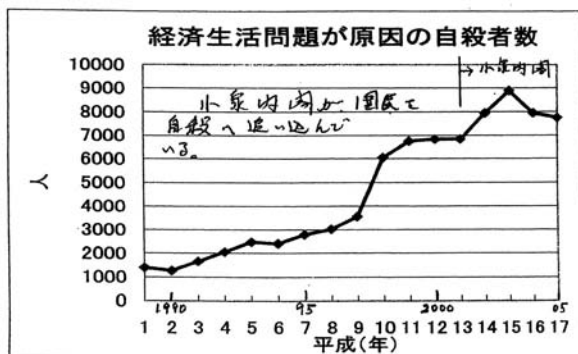
図表11「構造改革は国民を不幸にしている」このへんのところは、数字で我々の所得というか、国際的な比較。もうあらゆるデータが悪化しています。よくなっているデータは何一つありません。大手企業の収益だけです。

図表12「日本は民間も政府も投資不足」。投資が足りないんですね。これもきちっとデータでグラフ化してあります。これがまず第一番の、なぜ日本の医療が崩壊に瀕しているかと、こういう経済的な背景でございます。

図表11



デフレのお陰で、多くの国民が苦しんでいる。生活保護を受けている世帯が100万世帯を超えた。痛みを耐えよと、政府が国民に命令している国は世界中で日本だけだ。



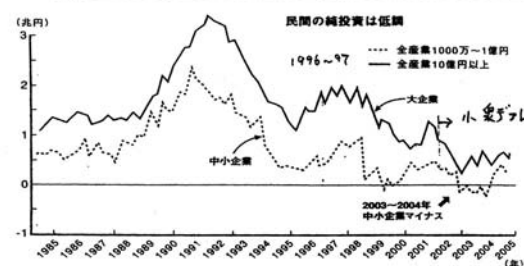
「構造改革」は国民を貧困にしている

「構造改革」が強行された2001年から、生活保護を受けている世帯数が急速に上昇した。

自殺者も増えた。
経済生活問題が原因の自殺者は「構造改革」でさらに増加した。

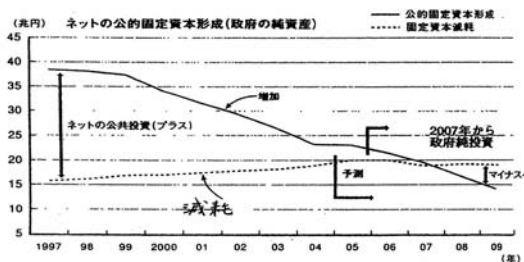
「構造改革」は人間性を無視した市場原理が理念であり、自殺者を増やし、国民のモラルを低下させ、子供の教育にも極めて悪い影響を与えている。「刺客を送るような選挙をしては、教育など出来ない」(藤原正彦氏)。
「構造改革」は人間性を無視した残酷な政策である。

図表12① 日本は民間も政府も投資不足



【出所】財務省「法人企業統計」より大和総研作成

図表12② 日本は民間も政府も投資不足



【出所】内閣府「国民経済計算年報」より戸部太郎氏作成

「日本は 民間も政府も 投資不足」

民間の「純投資」は低迷、中小企業はゼロ、政府投資はマイナス→ GDPの長期低迷の原因。

「純投資」とは「設備投資の増加額から減価償却=投資の回収分を控除したネットの投資額である。

小泉「構造改革」によって国内の投資が減少し、これがGDPのマイナス(10年前に比べてマイナス)となり、国民の雇用と所得を奪った。

* 民間「純投資」は低迷

大企業は設備投資ブームのようになっている。しかし現実には、デフレで更新投資(利用済み=償却済みの投資の更新)が多く、新規の雇用を生む投資は少ない。

中小企業は2003年から2004年にかけて「純投資」がマイナスに落ち込んだ。ようやくすこし回復しているが、微増に過ぎない。

* 公的固定資本形成(公共投資)の「純投資」は2007年度からマイナスに転落→ GDPのマイナス要因

2001年度から公共投資を大幅に減らしてきたために、「新規投資増加分」から「投資の減耗(減価償却)分」を控除した「純投資」は、2007年度からマイナスに転じた。従来の経験では、「公共投資」が増加すると1-2年後で民間投資が増加してくる。この経験則から見ると、公共投資の「純投資」が減ると、1-2年後に民間投資は減少する。

政府は2008年度も公共投資を削減させる(マイナス3.5%)方針である。したがって2008年度は経済低迷が加速し、GDPの成長は全く期待できない。

Ⅱ.経済全体から見た日本の医療。これは皆さんよくご存知のことが多いし、先ほど会長さんからもお話がございまして、ダブるところがございすけれども、私なりにまとめてみたものでございます。

図表13「一般会計歳出総額・社会保障関連費、社会保障関連費の一般会計歳出に占める比率」こういうものがどうなっている

か。端的に言いますと、小泉内閣になってからこの比率は上がっています。上がっているというのは、財政の歳出規模を落とすからです。

それから図表14「医療のGDP比率（日本は先進国中最下位）」です。「日本の社会保障給付費は少なすぎる」これもデータでお話します。

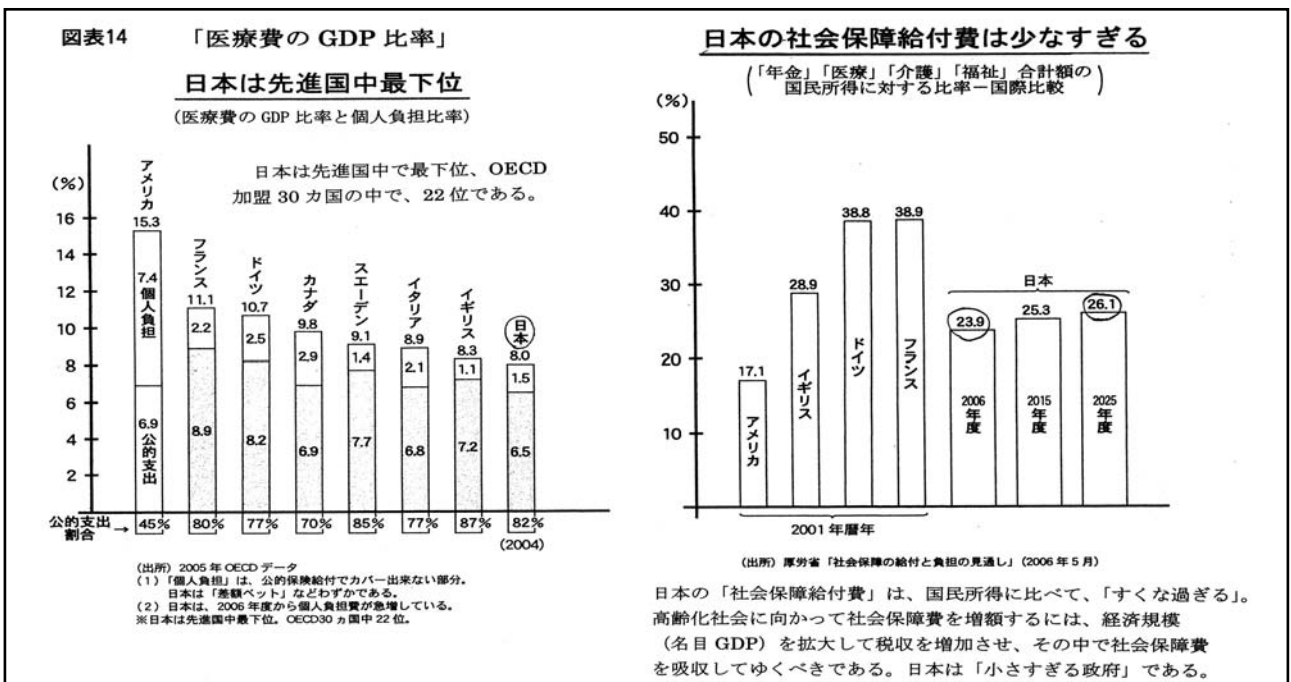
図表13 一般会計・社会保障関係費 (兆円)

【Ⅱ】「経済全体から見た日本の医療」

年度	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	年度
社会保障関係費	11.5	12.1	12.7	13.3	13.6	14.5	15.0	15.4	15.6	19.0	17.6	19.3	19.6	19.7	20.2	20.6	社会保障関係費
生活保護費	1.0	1.0	1.0	1.0	1.1	1.2	1.2	1.2	1.3	1.4	1.5	1.6	1.7	1.8	1.9	2.0	生活保護費
社会福祉費	2.4	2.6	2.9	3.1	3.3	3.7	4.0	4.3	4.6	5.9	4.0	1.9	1.8	1.9	1.7	1.7	社会福祉費
社会保険費	7.2	7.6	7.9	8.2	8.3	8.6	8.8	8.8	8.7	10.4	11.1	14.3	14.5	15.0	15.6	16.0	社会保険費
保健衛生対策費	0.6	0.6	0.6	0.7	0.6	0.7	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.5	0.5	0.5	0.5	保健衛生対策費
失業対策費	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.4	0.4	0.5	0.4	0.7	0.4	0.9	1.1	0.5	0.5	0.4	失業対策費
歳出総額	69.3	70.5	70.5	75.1	73.6	75.9	78.8	78.5	84.4	89.0	89.3	84.8	83.7	82.4	84.9	85.5	歳出総額
総額に対する構成比																	総額に対する構成比
社会保障関係費	16.6%	17.2%	18.1%	17.8%	18.5%	19.2%	19.1%	19.6%	18.6%	21.4%	19.7%	22.7%	23.5%	23.9%	23.9%	24.1%	社会保障関係費
生活保護費	1.5%	1.4%	1.4%	1.4%	1.5%	1.5%	1.5%	1.6%	1.5%	1.6%	1.7%	1.9%	2.0%	2.2%	2.3%	2.3%	生活保護費
社会福祉費	3.5%	3.7%	4.1%	4.1%	4.4%	4.9%	5.2%	5.4%	5.5%	6.6%	4.5%	2.2%	2.1%	2.3%	2.0%	1.9%	社会福祉費
社会保険費	10.4%	10.8%	11.2%	10.9%	11.3%	11.4%	11.2%	11.2%	10.3%	11.7%	12.5%	16.9%	17.3%	18.2%	18.4%	18.8%	社会保険費
保健衛生対策費	0.8%	0.8%	0.9%	1.0%	0.9%	0.9%	0.8%	0.7%	0.7%	0.7%	0.6%	0.6%	0.6%	0.7%	0.6%	0.6%	保健衛生対策費
失業対策費	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.4%	0.5%	0.5%	0.6%	0.5%	0.8%	0.5%	1.1%	1.4%	0.6%	0.5%	0.4%	失業対策費

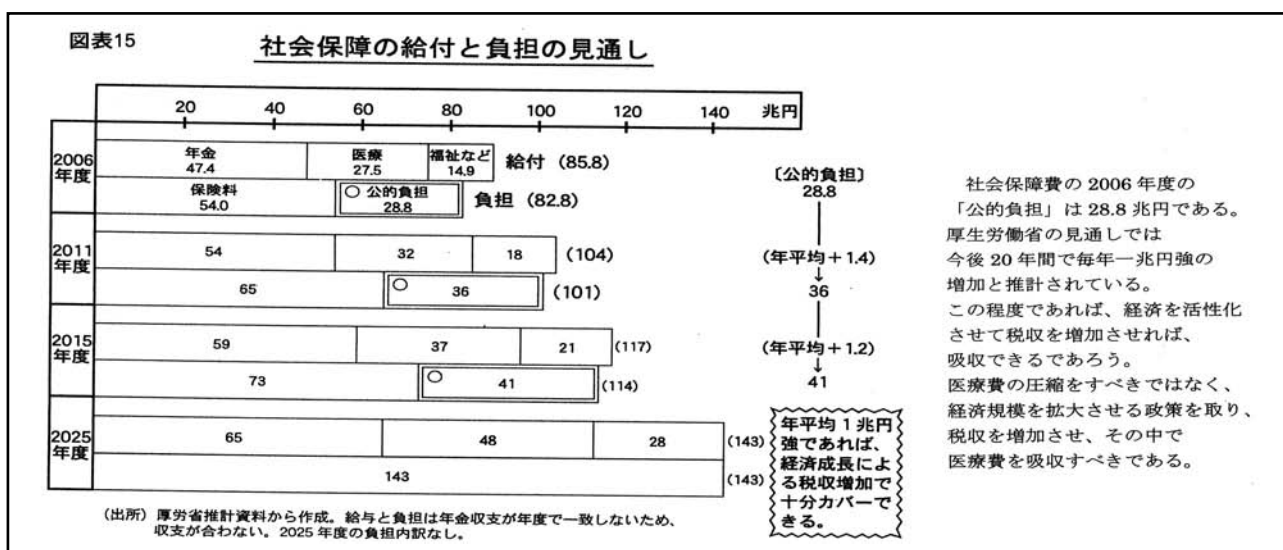
項目別の内訳

生活保護費	社会保障費	社会保険費
保護費	社会保険国庫負担金厚生保険特別会計へ繰越	老人保健医療費支出金繰越
保護施設事務費	老人保健医療費支出金繰越	介護納付金繰越
老人福祉費	厚生年金保険国庫負担金	健康保険組合助成費
身体障害者保護費	健康保険組合助成費	国民健康保険助成費
児童保護費	国民年金国庫負担金	国民年金国庫負担金
児童扶養手当等給付諸費	農業者年金等実施費	児童手当国庫負担金
特別児童扶養手当等給付諸費	介護保険助成金	介護保険助成金
社会福祉諸費	失業対策費	職業転換対策事業費
社会福祉施設整備費	雇用保険国庫負担金	雇用保険国庫負担金
保健衛生対策費		
精神保健費		
原爆障害対策費		
保健衛生諸費		
保健衛生施設整備費		
国立病院特別会計へ繰越		
国立ハンセン病療養所費		



図表15「社会保障の給付と負担の見直し」。
経済規模を拡大すれば税収が増加し、医療費の圧縮は必要ない。これは厚生労働省が出されたデータを使って考えております。一口で結論を言いますと、厚生労働省の計算によりますと、2025年まで医療費の政府負担が増えてくる。それをずっと年度で割

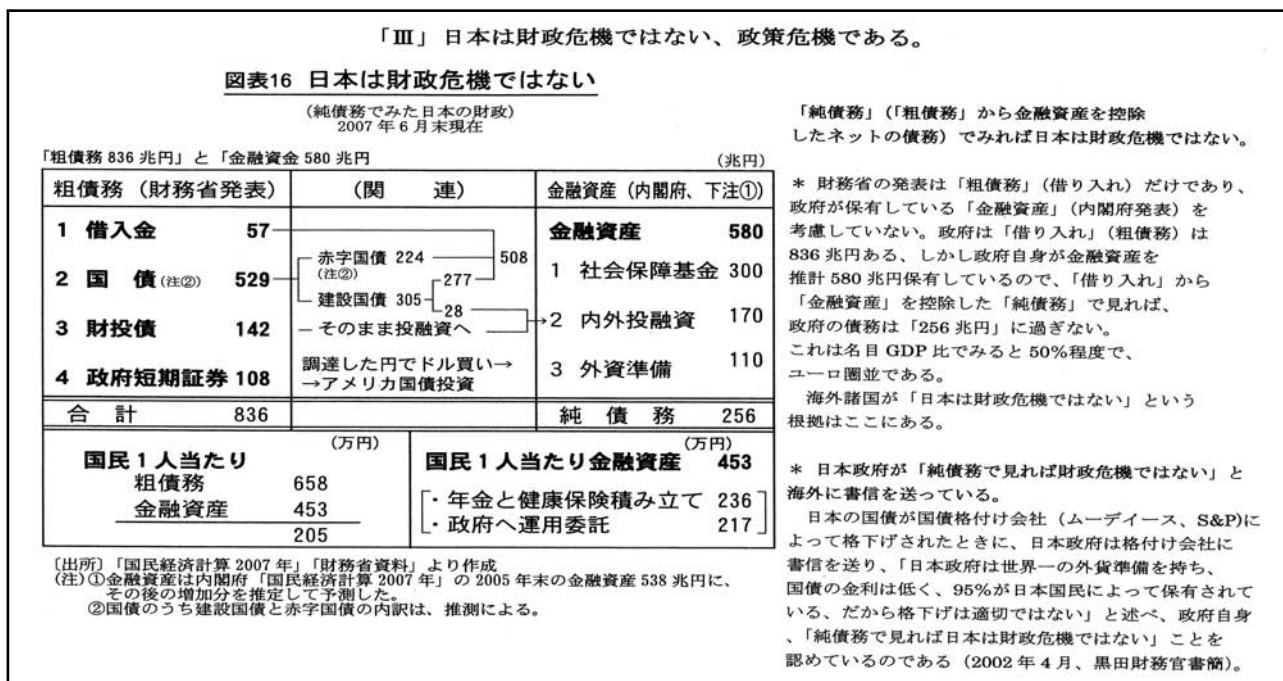
ってきますと毎年1兆円ぐらい増えるんですね。あるいは1兆円強増える。経済を拡張して経済規模を大きくして、税収を増やせばこれぐらいは吸収できるんです。これはシミュレーションをちゃんとしてあります。これも後ほどお話します。



Ⅲ.日本は財政危機ではない、政策危機である。その根拠です。

図表16番「純債務」でみた日本の財政、

日本は財政危機ではない政策危機である。純債務といいますのはこういうことなんです。我々、新聞紙上では政府債務が増えた、



増えたと言っていますでしょう。800兆円も増えたと言っていますね。ところが、これは粗債務、借り入れだけなんです。

日本は、これは内閣府が出している統計によりますと、すでに580兆円ぐらいあります。つまり、500兆円を超す金融資産をもっているんです。これは社会保障の積立金もありますけれども、外貨準備もあります。それから債務800兆円と政府が言う分には二重記帳があります。これもちゃんと指摘してありますし、これは加藤寛さんという前の税制調査会長をやっていた、慶応大学の先生から千葉商科大学の学長になられた先生です。あの方が2005年12月14日の産経新聞「正論」に「日本の純債務は250兆円程度。債務の半分は二重記帳。日本は財政危機ではない」とちゃんと書いておられます。ですからそういうことからみれば、日本は財政危機ではないのです。

それで純債務というのはどういうのかというと、借り入れが例えば800兆円あるとします。それから、金融資産が550兆円あるとします。その差額は250兆円、これが純資産です。端的に言いますと、私が800万円借金しているとします。しかし、金融資産、株とか、それから将来の年金の積み立てですとか、それから一部はどこかへ投資をしている。そういうもので550万円あるとします。そうすると私が銀行に行くと、私は元銀行屋ですからよくわかりますが、皆さんも経験をお持ちでしょう。銀行に行きましたら「住宅ローンをお貸しください」と、「ここへちょっと書いてください。借り入れはいくらぐらいですか」、「800万円です」、「じゃ金融資産はどれぐらい持っていますか」、「こんな株とかなんか持っています。550万円あります」、「あ、そうですか。プラスマイナス250万円ですね。わかりました」と。ご存知のとおり、それをまず見るんですよ。基本的に資力ですから。あとは、

じゃ借金をして追加したものが毎月の給料で返せますか。返せないときは何か取り崩せますかと、こんな判断ですね。

それから見ていけば、日本の純債務というのは250兆円程度です。これはまさに加藤寛さんが新聞に書いていらっしゃるんです。これを今日持ってきています。ですから、そういうことでみれば、日本は財政危機ではありません。政策が悪いんです。それもこの後お話しします。

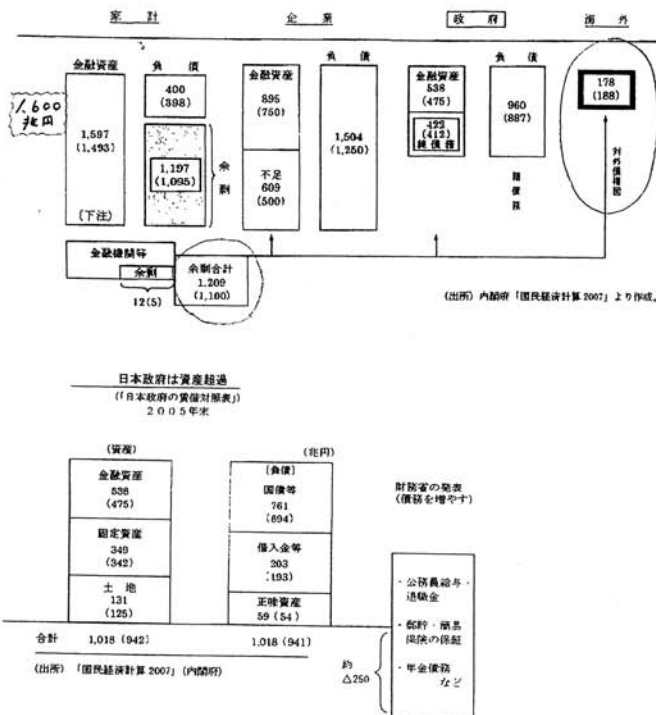
図表18「日本の資金循環」。日本は実は対外的には200兆円の対外債権をもっているんです。貸してあるんですよ。そのうち100兆円ぐらいはアメリカの国債を買っているんです。それもデータは内閣府のデータです。図解してあります。だから端的に言えば、その金をきちっと我々が日本国民のために使って、経済をよくするようにして、経済規模を拡大するようにすれば、医療費の圧縮なんて必要ないんです。そのことの根拠づけはここにも書いてあります。

図表19「医療費の増加が財政赤字の原因ではない」（構造改革の誤り）。つまり冒頭に申し上げたとおり、医療費が増加しているから財政赤字が増えているのではありません。財政政策を失敗して税収が上がらないような経済にしてしまったからです。結果として医療費というのは、そう落ちませんから経済活動には関係ありませんから。したがって、そのウエートが高くなっている。だからそれを落とそうとしているんです。これもほかの国との比較でお話しします。

これはいろんな政治家の先生もこのことはおっしゃっているんですね。民主党の櫻井充先生という方がいらっしゃるんですね。東北大学のお医者さんだと思います。その方がお書きになった小さいパンフレットをいただきました。その方の先生もきちっと書いておられたので、私も自信をもって今日お話しいたします。

図表18

「日本の資金循環(金融資産)」2005(04)年暦年
(兆円)



日本は外国へ200兆円も貸し出している

日本全体でどのぐらいの金融資産があるかを見てみよう。経済全体を「家計」「企業」「政府」「海外」に分けてみると、「家計」には「1,209兆円」の剰余資産がある。これが企業に「609兆円」、政府に「422兆円」、海外に「178兆円」、貸し出している。即ち、日本国は対外的に債権国であって、現在では200兆円もの海外資産を保有している。

我々のために我々のカネを使う

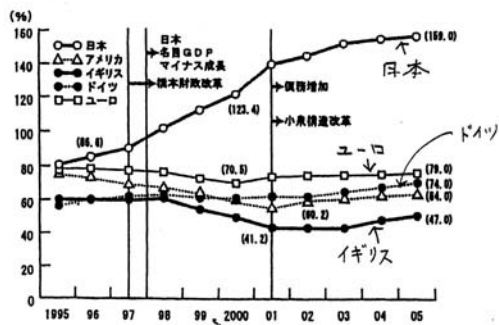
外国へ貸し出す資金があれば、そのカネを我々日本のために使うべきである。政府は国債を発行して必要な政府投資を増額し、民間には中小企業への投資減税策を取り入れて、民間投資を誘引する政策をとるのがよい。

政府投資支出としては、「社会的共益資本」への投資対象としては、医療費と医療関連インフラの充実(雇用増進)、環境・国土保全投資、新エネルギー関連プロジェクトの開発、教育費の充実などである。こうした投資増加政策をとれば、経済規模(名目GDP)が拡大し、税収が増える。

地方交付税交付金・補助金を削減する必要がなくなり、地方経済は安定化し、向上する。

図表19 「粗債務のGDP比較」

(GDP=国内総生産)



「医療費の増加が財政赤字の原因ではない」

* 小泉「構造改革」では、「医療費の増加が財政赤字を増加させている」という理由で、医療費の圧縮を狙っている。しかし、「医療費の増加が財政赤字を増加させている」というのは間違えである。

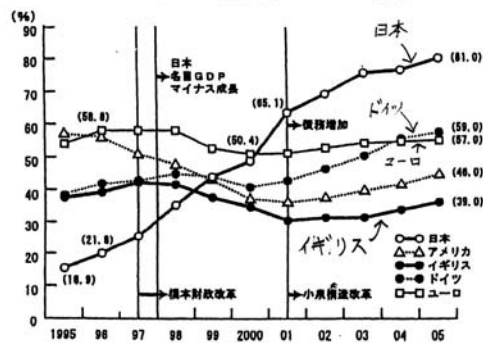
* 日本よりも「医療費のGDP比率が高い国が日本よりも財政事情がよい」という事実がある。

左のグラフで、イギリス、ドイツ、ユーロ地域は「政府債務のGDP比率」(政府債務の国民負担率)が日本よりも低い(財政事情がよい)。この事実は、日本の財政の赤字の主たる理由が、社会福祉関連費用の増加にあるのではないことを、証明している。

* 「政府債務の増加」「政府債務のGDP比率の上昇」は、経済が停滞して税収が低迷していることの結果である。

* 「構造改革」「緊縮財政」論者は構造改革失敗のツケを歳出の圧縮と増税に求めている。このため、「医療費圧縮」を意図しているのであって、大きな間違えである。積極財政によって財政支出を増やし、地方まで景気を拡大させる以外に解決策はない。

図表20 「純債務のGDP比較」



(出所) OECDデータ (2000年版と2005年版)

2001年から日本の債務が急増している。

図表20「クリントン大統領の予算支出の内訳、公共投資に集中して支出増加」。クリントン大統領は1993年に就任して5年間で財政赤字を解消したんです。何が原因かといいますと、公共投資とか、それから学校をつくる。そういうものに投資をしたんです。そのデータ、数字も全部これにありますから。その結果、経済を活性化させた。だから

民間投資もよんできた。それで結局、投資が増えた。投資が増えれば当然所得も増える。税収も上がります。それを参考にすればいいんじゃないかということです。常に拡大路線が状況を打破するのです。

それから図表21「日米純債務のGDP比率の推移」。これもグラフでお話します。

図表22「郵政公社の財務状況」200兆円が

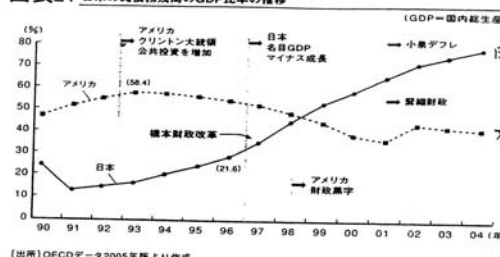
クリントン大統領の財政政策の骨子 1 雇用増大のために支出を消費から投資へ向ける 2 家族と勤労を尊重する 3 保守的な見直しによる予算編成 4 政府支出削減と公平税制の導入

図表20 クリントン大統領の予算支出の内訳・公共投資・地域開発に集中して支出増加

支出項目別（年平均）（億ドル）		（年平均）	
内訳	年度	第1期（1993～96年）	第2期（97～2000年）
歳出総額	全体	3.3	3.0
	国防費	△3.6（歳出総額の△0.7）	1.2
	道路輸送関係	6.3（4年で25.2）	7.4（4年で29.6）
	地域開発	15.7（4年で62.8）	2.4（4年で9.6）
	教育関係	3.3（4年で13.2）	6.8（4年で27.2）
歳入総額	全体	0.1	2.5
	一般政府歳入	物価上昇率2.2の1.5	物価上昇率1.7の0.8
	利払い	4.4	△1.6
	成長率	名目GDP年平均5.7（8年間で名目GDP1.5倍）	実質GDPは年平均2.8（GDPデフレーター+2.9）

【出所】米連邦予算の歳出内訳を基に筆者が作成
【キーワード】
「積極財政」：前年より3.5%上回る歳出の増加（投資増進）「公共投資の増進」
「社会福祉支出の削減」：社会福祉関係支出の一定の削減（削減）
「増税」：1993年：所得税率31%→35%（高所得者は10%の付加税、最高税率39.6%）
1997年：財政収支削減法、タバコ税増徴とその他減税

図表21 日米の純債務高のGDP比率の推移



【出所】OECDデータ2005年版より作成

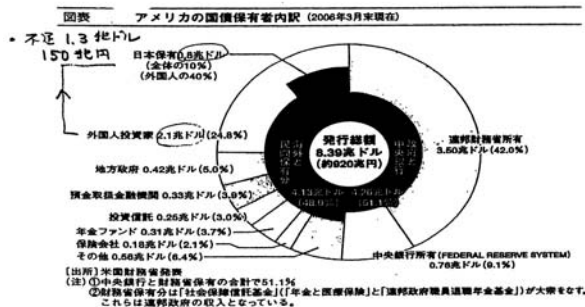
クリントン大統領が就任した1993年初頭のアメリカは、ブッシュ元大統領の増税政策で経済情勢がデフレ気味であった。そこでクリントン大統領は、アメリカが債務国であるにもかかわらず、財政支出は削減せず財政支出の中身にメリハリをつけて景気振興策による税収の増加を目標とした。この結果、短期的には「純債務のGDP（国内総生産）比率」（政府債務の国民負担率）は上昇した。しかし景気回復による税収の増加でこの比率が徐々に低下し、ついに5年後の1998年には財政は黒字に転換した。

一方日本は、2001年度からの小泉内閣の緊縮財政政策（肝心の投資関係支出・地方交付税交付金・地方への補助金・社会保障費の削減）によって景気は悪化し、税収が激減した。この結果、「純債務のGDP比率」が悪化した。日本の経済財政政策、「構造改革」がいかに間違った政策であるかが、はっきりと分かる。

図表22 郵政公社の財務状況（2006年3月末現在）

郵便貯金				簡易保険			
資産	負債	資産	負債	資産	負債	資産	負債
有価証券 152	負債 241	有価証券 85	負債 116	有価証券 85	負債 116	有価証券 85	負債 116
国債 124	貯金 198	国債 62	その他 1	国債 62	その他 1	国債 62	その他 1
地方債 9	その他 43	地方債 5	その他 2	地方債 5	その他 2	地方債 5	その他 2
外債 3		外債 2		外債 2		外債 2	
その他 16		社債 16		社債 16		社債 16	
預託金(注①) 80	資本総額 7	貸付金 23	資本総額 3	貸付金 23	資本総額 3	貸付金 23	資本総額 3
その他 16		その他 12		その他 12		その他 12	
248	248	120	120	120	120	120	120

【出所】「日本郵政公社2006」より作成
【注】①「預託金」は郵便貯金・簡易保険の預金に充てられている。「国債」124兆円と合計で204兆円。
②日本郵政公社の国債保有額は26兆円、地方債14兆円。



「郵政公社民営化で200兆円の資金が海外へ流失する」
郵政公社には簡易保険で116兆円、郵便貯金で198兆円の資金がある（合計314兆円）。このうち国債に266兆円投入されている。郵政公社民営化を強く要望したのはアメリカであり、314兆円のうち、200兆円ぐらいは、海外へ流失するであろう。

こうなると、国債価格は下落し長期金利は上昇する。現在（2007年10月1日）の長期金利は1.5%程度であり、住宅ローンの金利は2.5～3%である。

民営化で外資に資金が流れると、住宅ローンの金利はたちまち、4～5%に跳ね上がるであろう。日本は長期金利の上昇で設備投資が伸び悩み、世界一のカネ持ち国家が長期停滞経済に陥るであろう。そのうえ、日本は自分のカネは郵政民営化後の証券幹事会社である外資系証券会社に握られ、日本のためには使えなくなるであろう。

アメリカの国債を150兆円買えば、アメリカの政府債務は安定になる。ここにアメリカが郵政公社民営化を強く望んだ理由がある。

郵政公社民営化によって、日本のセーフティネット（誰でも1千万円までの生命保険がかけられた）は破壊され、郵便の集配を遅延し廃止される。一日も早く民営化後の株式売却を差しとめ、日本の社会基盤の崩壊を阻止すべきである。

海外に流出する。私は、郵政公社民営化については、最初から反対でございました。自民党の当時の勉強会に呼ばれて、私の意見を申し上げたことがあります。なぜ反対かといいますと、郵政公社民営化というのはアメリカが要求してきているんですね。これは残念ながら2005年9月11日の選挙のときには、そういうものが完全に封印されてしまったといいますか、皆様もご記憶かと思いますが、あの頃、選挙の前は異常でした。「小泉劇場」とか、「女刺客を送った」とか、そういうのばかりがテレビに出ました。その結果、ある国会議員の人で反対した人がテレビに出まして、「いや、これはアメリカの要求でしょう」とこう言うと、「いやいや、そんなことを言うてはいけません」とテレビのキャスターが抑えたのをご記憶でございます。例えば、古舘一郎なんかそうです。これはもう事実ですからね。そのぐらい日本はそういうアメリカからの要求を隠していたんですね。

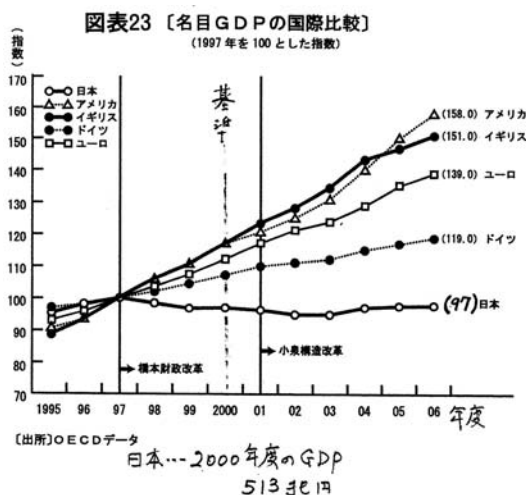
ところが、アメリカは1995年から毎年それを、日本に対する対日要望書の中に書いていたんです。対日要望書の中で、これは1994年から来ています。この後、お話しします。最初からきているのは医療問題です。医療のアメリカ化を要求してくることをどんどん入れてきている。95年からは郵貯の民営化をしてくれと。実は郵貯のお金をアメリカは欲しいわけです。ざっと350兆円あります。少なくとも310兆円ぐらいあります。そのうちの200兆円ぐらいをアメリカは欲しいんですね。アメリカは債務国ですから、大体、対外的な債務が250兆円ぐらいあるんです。そのうちの80兆円というのはすでに日本が米国の国債を買っているんですけど、残りの120兆円ぐらいのものを、アメリカとしてはどこかに受けてもらいたい。そうするとちょうど簡易保険がもっている資産というのは120兆円あります。アメリカがぜひ

開放してくれと。つまり民営化してくれとっているのは、簡易保険なんです。郵貯までくれとは言っていないんですね。それでアメリカは非常に公平な国なんですよ。

例えば、日本の在日大使館がございまして、在日アメリカ大使館、あのホームページを見ますと、今年度はこういうものを日本に要求しているよという対日要望書がちゃんと出ているんです。最初は英語だったんですけど、最近は日本語で出ています。まだご覧になっていらっしゃる方がおりましたら、皆さんもトライしてみられるといいです。それにもかかわらず政府がそういうものを完全に隠しに隠したんですね。これは本当に情報管制でして、非常に異常な事態でした。

いずれにしても、そういうことで結局は、350兆円のうち200兆円ぐらいが海外に移っていくだろうと。要するに外国へ流出するだろうと思います。国債の期限がくるたびに、全部外資に持っていかれるのでしょう。日本の国債の金利はせいぜい2～3%です。アメリカの金利は4～5%ですから、アメリカの国債に移ってゆかれてしまうのです。日本の国債はもう売れなくなります。国債が買い手がなくなるということは、国債の価格が下がります。国債の価格が下がると、長期金利が上がるんです。ですからこれを放っておきますと、もう本当に2、3年のうちには長期金利がぐっと上がると思います。端的に言って我々の住宅ローンなんかはどんどん上がる。今、住宅ローンというのは2.5%とか3%でしょうね。これが一挙に4～5%にいきます。こういうことに危険があるんですね。ここに図解してございます。

図表23の「構造改革」がなければ税収は60～70%になっているでしょう。医療危機も発生しなかったと、私は思っております。これは数字でお話します。



「構造改革」による緊縮デフレ政策がなければ
名目GDPはどのぐらいになっていたか

2000年度の名目GDPは513兆円であった。
2001年度から2006年度までの名目GDPが
*英米並みであれば、

2006年度の名目GDPは670兆円程度
税収は 70兆円程度

* ドイツ並みであれば、
2006年度の名目GDPは570兆円程度
税収は 55兆円程度

*ユーロ並みであれば、
2006年度の名目GDPは660兆円程度
税収は 60兆円程度

IV.財政政策の全面的な転換が必要。どうしたらいいかといいますと、まず(1)に「量入制出」から「量出制入」へと。ちょっと聞きなれない言葉かと思いますが、財政の言葉でよく新聞にも出るんですけど、「量入制出」という言葉があるんです。つまり入るものを量って、出て行くものを制す。例えば今でしたら、税収は45兆円しかありませんよ。ですから歳出をもっとカットしなければいけませんよ、そういう発想なんですね。均衡財政、目先の均衡財政。単年度の均衡財政の考えです。これは実は19世紀の財政学です。

ところが「量出制入」というのは、最低限出て行くものはこれだけ必要なんです。例えば、今、日本でいえば医療、教育費もそうです。医療、教育費。それから社会的教育支援とか、私はある程度、いい意味での公共投資もそうだと思いますけれども、そういうもの、国土保全ですとか、環境保全、それから新しいプロジェクト、エネルギーなんかもそうですね。そういうものに対してある程度財政支出が必要でしょう。医療なんかもう絶対落とせないと思います。先ほど会長さんもおっしゃいましたけれども、私も素人ながら勉強して本当に実感として感じています。そうであれば、財政収

入をどうやって増やすか、これを考えないといけません。これが20世紀から21世紀にかけての財政学のベースだと思います。

ところが、日本はどういうわけか、元々、財務省の考えなんですかね、「量入制出」と。均衡財政で数字を合わせりゃいいと。2年、3年の先なんか見ないような財政がずっと続いている。そのしわ寄せが医療の圧迫です。だから税収を増加させる財政政策が必要になるんです。

(2) 社会共通資本の充実。これは先ほどの宇沢弘文先生のお考えで、皆様もよくご存知でしょう。つまり環境インフラの充実、医療インフラの充実、環境投資、エネルギー関連投資とか教育。そういったものを広く、つまり公共投資というと、道をつくるだけと思うでしょう。しかし社会的共通資本の概念でとらえると、けしてそうじゃないですよ。医療も含める学校も含める。そういう社会的共通資本。我々が国民として利用している、社会の地盤形成など、必要なものはきちっと政府が出さなければいけない。そんなのは見栄では出せません。政府が出して、民間投資を誘引する、導くような投資が必要です。だから、政府がきちっと出さなければならぬ。アメリカはこれをものすごくやっているんです。これ

はデータがあります。

(3) 医療分野への財政支出の増加が必要ということで、先ほどもお話がございました。ある方がGDPの比率を今、8%あるんですけど、これを10%ぐらいまで上げたらと。ということはあと10兆円ぐらいいるんですね。ということをおっしゃっておいりました。これは後ほど機会があったら申し上げます。

むすびとして私が申し上げたいことは、「未来にすくむな日本人」。危機克服のために行動を起こそうじゃないか。つまり、今、我々はタコツボに入ってしまった全体が見えなくなっているんじゃないかと思うんですね。

しかし、日本はさっき申し上げたとおり、世界一の債権国。金があるんですよ。アルゼンチンとは違うんです。財政赤字のときに、アルゼンチンみたいになるというような大学の先生がいらっしゃいました。この方はあえて名前は申し上げませんが、経済諮問会議の議員をやっていたらっしゃいます。これは驚くべきことです。決してそうではありません。これは日本では対外的に債権国ですから。債権国が財政赤字で困っているというのは、歴史上日本が初めてです。債権国は自分の金で経済の拡大をできるんですから。

私はアメリカへ毎年行きます。今年も10月末から11月にかけて行き、地方銀行の総裁のベンバーナンケさんや以前からの知人に会う機会があります。3年前の2003年～04年にかけてアメリカ経済は非常に悪くなったんですよ。デフレになるかもしれないと。そのときにどうしたかという、金利を思いきって下げた。もう1つは、所得減税をやっています。原資がなかったから実を言いますと、日本がアメリカの国債を33兆円ぐらい買ったんです。これは彼らは知っていますから、あまり表に新聞なんかには出ませんが、新聞で大体推測はつくんですね。

どね。彼らははっきり言って、僕なんかが行きますと、「日本が国債を買ってくれたから我々は減税ができて、今年のクリスマスはいいクリスマスだ」なんて言いますよね。それで返す言葉で、「日本はどうして減税をやらないんだ」と。「減税をやれば消費が伸びるんじゃないか。伸びたら景気はよくなるんじゃないか。財政赤字なんか吹き飛んでしまう」と。本当にそう言うんですよ。だけどそういう論調は日本の論調にはあまり出てこない。大手新聞とかが問題なんですけどもね。それからマスコミでもなかなか政府の方針に反するものがあまり書いたり放映できないというような事態じゃないかと思ひ、大変残念に思ひます。しかし、海外の識者は日本の財政政策を見て、本当にこんなことをやっていて、はっきり言って愚かな国だと思っています。

私が最後に申し上げたいことは、社会保障関連費用のGDP比率が高い国ほど、実は経済体制が安定しているんです。これははっきりとわかっています。こういうことを研究している学者がいて、ハロルドウィンスキーという学者が、19カ国を調査した結果、政府の歳出水準の高い国、つまり特に医療関係とか、そのほかいわゆる社会的教育資本です。高い国ほど国民1人当たりのGDPが高い。それからインフレとか失業率が低い。つまり安定しているんですね。ヨーロッパの国はかなりそうです。ドイツなんかは比較的これだろうと思います。ドイツというのはアメリカから何かを言われたら聞く耳はもちます。ただ、どうするかは自分で考えます。やっぱりドイツ国民というのはしっかりしていますね。同じ敗戦国民でも骨があるというか、そういうことをよく思ひます。

2番目には、世界に冠たる日本の医療制度を堅守すべきである。

3番目には、早急に「2006年骨太方針（今

後5年間で1.6兆円の削減)」これを何とかして撤廃させるべきじゃないかと思います。

ちょうど来る前にテレビを見ていました。そうしましたら先週だったと思いますが、国民新党の自見庄三郎先生が国民新党を代表して参議院で代表質問をされており、3つおっしゃっていたんですね。まず第1に、郵政公社民営化。あの方はこれに反対をして自民党から追われて落選されて、今回、国民新党から参議院に復党された方です。この方が郵政公社民営化は絶対に戻さなければいけない。要するに三位一体、三事業一体ですね。郵便貯金、それから保険、これを一緒にしないといけない。それは絶対しなければいけない。国民新党はこれを実行しますと書いていました。

それから2番目は、2006年6月の医療改革、これを撤廃しなければいけない。はっきりと申しておりました。

それから3番目には、日本は「財政危機」というけれども、アメリカの有力な学者は日本の純債務は250兆円にすぎないと言っている。デイビッド・アインシュタインというコロンビア大学の先生がそういう論文を書いている。前述の自見先生という方は、そういうことをよく理解されているんだなと、大変嬉しく思いました。

とにかくこの2006年の6月の医療改革、これは21世紀初頭の最悪の法案だと言われている。これは自民党の方も大部分は反対なんですよ。小泉さんが最後にこれを強引に通したんですね。強行採決です。強行採決をやって、これは確か6月16日に通ったんです。6月の末にアメリカに行ってブッシュ大統領に会っています。手土産を持って行ったのではないかと、といわれています。結局、アメリカの医療を日本にいかにして入れるかと、そのためには公的な支出を落とす。落とすことによって国民は困ったな、それじゃ民間の保険会社に入ろうかと思う。

医療保険に入ろうかと思う。そこにきて、さあ入りなさい、入りなさいというのがアメリカの保険会社です。そういう道を開くためにあえてやったのです。しかし、これはどんなことがあっても撤回させるべきだと思います。

それから、日本の医療のよさ、崩壊に瀕した日本の医療を国民に広く伝えようと。新聞論調には誤りと歪曲が多い。事実、私のところに来たある新聞記者が言っていたんですけども、「日本の医療は不効率だ」という記事を書け」と上から言われていると。そこで根掘り葉掘り調べて悪い所を誇張して書く。こういう歪曲した論調があるんですね。これに対しては断固として、我々医師会だけじゃなくて、我々一人一人が国民に正しい事実を伝えなければいけません。

今朝、沖縄タイムスを読みましたら、退院で居場所がなくて、早く高齢者は出て行けと。死ぬなら自宅で死ねというような記事が出ています。これは事実ですね。これは朝日新聞にも出ていました。こういうようなものが具体的に出てきます。ちょうどマスコミは少し危機を察してきましたから、我々はこれに対してきちっと事実を伝えてゆくべきだと思います。それから、政府の間違った財政政策を転換させるということです。我々、日本人の金を我々のために使おうと。

次に、国民一人一人の社会的行動を起こそうということです。このことが私は非常に重要じゃないかと思います。我々の力で政策危機というのは克服できると思います。私は決して政治的にああだこうだというつもりは全くありません。しかし、小泉政策の結果、地方が非常に疲弊した。構造改革といってやっぱり国民は騙されたんじゃないかということを国民はわかったんですね。ですから参議院の結果はああいうことになりましたね。自民党は全体の30%しか得票が

ありませんでした。公明党を入れても36%です。与党がいいか野党がいいか、私は政治評論家ではありませんからこうゆうことを言うつもりはありません。しかし、本当に我々国民にとってどういう政策がプラスなのか。何を許すべく、ここは絶対に許すべきではないということがあるわけです。そういうことをしっかり認識して行動しなければいけないんです。

しかし、2005年9月11日のときの郵政民営化の選挙がありました。あのときは自民党は大勝しました。これはやっぱり我々国民の責任なんですよ。ああいうふう到大勝させてしまうから、小泉さんはあのときに何と言いましたか。「郵政民営化だけを国民に問う」と言いましたね。結果はどうですか。郵政公社民営化だけはしょうがないとしても、医療の改悪法案を強引に通すでしょう。これ強行採決ですよ。強行採決、実に13回。次々とそういうことをして、はっきり言えば構造改革というのは、私はすべて構造改悪だと思います。我々国民にとっては決してプラスにならない。一部の金持ちとか、そういう人にとってはプラスになる法案もありますけどね。そういうことです。

それから、グローバリズムとよく言われますけれども、これは決して時代の流れとかいうことではありません。グローバリズムというのはアメリカニズムです。アメリカ的な手法を日本ではグローバリズム、グローバリズムとっています。では、そのまま受けなければいかんじゃないかという意見があります。しかしとんでもありません。聞く耳はもっていいです。しかし、それが本当に我々国民の国益にあうのかどうかをしっかりと判断して、そこで行動を起こすべきです。

日本人は、私を含めておとなし過ぎるんじゃないかと思います。ある政治家の人がもっと国民は怒らないといかんと言ってい

ましたけれども、これはおそらくほかの国だったらかなり怒るんじゃないですか。

こういうことを新聞で読みました。2003年1月にアメリカのクリントン元大統領が日本に来られたんです。その前の12月に来たんですね。それで非公式ですから、小泉さんに会いました。そのときクリントンさんは小泉さんにこう言ったそうです。「日本は数年デフレですね。数年間、アメリカでデフレだったら暴動が起きるよ」と。小泉は黙っていたそうなんですけど。これは日経の一面に出ていました。本当におとなしいというか、騙されているといいますか、それでも私は国民が騙されてばかりいるとは思いません。それはこの前の参議院選挙ではっきりそういう行動が出ていますね。ですから、そういうことをきちっと我々は考えておく必要があるんだろうと思います。

ついこの前、沖縄の集団自決事件について、歴史的にああいうものを隠してしまおうというような動きが実はあるんですね。これは恐るべき傾向です。今、はっきりどこでだれがやっているか。これは想像する以外にはありません。あのことについて沖縄の国民は11万人の方が集まって決起大会を起こした。これは大変立派なことです。本当に歴史的なことです。こういうことをもっともっと我々はすべきだと思います。ですから今日は、ちょうど沖縄で医師会の会合があるわけですから、これを契機に我々はそういうことをきちっと立ち上がるといいますか、なにも暴動を起こせとか、デモをしろということを言っているんじゃないんです。しっかり物事を認識して、それで間違った世論をただす。それでどういうふうにしていくか、そういうことをきちっと考えていくべきではないかと思います。私が申し上げたいことはこういうことです。

図表1を見てください。医療制度の日米比較というのがございます。日本の医療の問

図表 1 医療制度の日米比較

	日 本	ア メ リ カ
①基本理念	・国民皆保険、社会的セーフティネット ・安定した福祉国家 ・「構造改革」で貧困層が増加 →480万世帯が国保保険料滞納 35万人世帯が保険証を取り上げられた 10割保険者	市場原理による自己防衛 ・民間保険会社へ付保…約 50% ・政府のメディケア（高 者）13% ・政府のメディケア（貧国）11% ・無保険国民 26% (約 4,700万人)
②医療方法	・「出来高払」（上限なし） ・「混合診療」は不認化 ・薬価と診療費は固定（公定） ・日本は医師不足（04年 OECD 加盟国 30カ国中 27位、 1,000人当り 2.0人、平均は 3人弱） 【アメリカのグローバリズムの日本への進路経路】 (1) 1993年 宮沢・クリントン会談で 94年から 日本へ「対日要望書」を送付 (2) 日本側の対応 「対日投資会議」(1994)「規 制改革・民間開放推進会議」「日米投資イニ シアティブ」(2001)→「経済財政諮問会議」 【日本へアメリカからの要望】 (1) 「混合診療」を認めよ (2) 政府の公的支出を抑えよ（自己負担の増加） 民間医療保険参入のチャンス 【日本の対応】 (1) 2006年度骨太方針「5年間で社会保険費 1.6兆円削減」 (2) 長期入院期間短縮→がん難民増加 (3) ・2006年 6月 14日「医療制度改革関連法」 21世紀初頭の最悪の法律 ・長期入院ベッドの 6割削減（38万床→15万床） (4) 臨床研修医制度の自由化→地方医師不足	・「包括払」（上限あり、保険種類ご とに医療内容が異なる） ・「管理医療体制」（マネージドケア） 保険会社が医療機関と医師まで指 定、患者は自分では救急車を呼べ ない ・採算の悪い医療分野は病院が切り すてる ・支出の多い患者は保険停止→無保 険者 ・薬価は自由価格 ・「金持ち」はよりよい保険「貧乏 人」は無保険へ転落 ・現在、民主党の大統領候補は、国 民皆保険導入を公約
③医療の総合 評価（WHO）	WHO 1 位	15 位
④医療の質 平均寿命上昇率 乳幼児死亡率	(1960～2000年) 13.4% (出産 1000人あたり) 3.2人	6.9% 6.9人
⑤国民 1人あたり 医療支出	(2003年) 31.1 万円	59.2 万円
⑥総医療費の 対 GDP 比率	(2004年 先進國中 最下位) 8%	(先進國中 最上位) 15%
【特 徴】	最低のコストで世界一の診療。 国の医療支出が少なすぎる。 日本は最も効率的医療システム である。→これが破壊され、崩 壊しつつある。更に「障害者自 立支援法」で福祉も悪化。	最高のコストをかけているのに総合 評価は極めて低い。市場原理医療は 非効率で、不幸な人間を増やす。 ・イギリスではサッチャー時代に市 場原理医療で医療崩壊→労働党が 医療国費負担で立て直した。

題点も出ておりますから、日本の医療とアメリカとを比べて、一番上の①基本理念というのがあります。日本は国民皆保険で1961年以降、皆保険です。ただ現在は構造改革によって、貧困層がかなり増加しています。最近のデータによりますと、480万世帯が国民健康保険の保険料を滞納していると。35万世帯がもう1年以上滞納しているため、これは保険証を取り上げられて、資格証明書をくれます。だけど10割全部払わなければいかん。特に若い人に多いんですよ。フリーターとか、ニートとか、もうとても

払えないんです。年金も払えなければ、国民健康保険も払えないんですよ、構造改革の失敗によって。

その右、アメリカはどうか。市場原理による自己防衛ですから、ここで問題なのは、民間の保険会社への保険が半分ぐらい。それから政府には高齢者を対象としたメディケアと、貧困層を対象にしたメディケートがあります。これが各々13%、11%ぐらい。そして無保険者、保険に入れない、あるいは保険会社からもう入れないよと言われた人が実に26%、国民の4人に1人です。4,700

万人もあると。

最近、マイケル・ムーアの「シッコ」という映画がございましたね。私はこの講演を依頼されてから、医療問題の勉強を始めまして、あの映画をすぐ率先して観に行きました。皆さんもご覧になった方、いらっしゃるでしょう。まだの方がもしいらしたらぜひお勧めします。あれは実話です。私がいろんなもので読んだことがそっくりそこでわかったという感じがします。ですから本当に怖いことです。

次に②医療方法の分類をご覧ください。日本は出来高払いですし、それから混合診療というのは認めておりません。ところが日本の医師不足、先ほども出ましたけれども、OECD30カ国のうち27位で、1,000人当たり2人です。ところが平均すると3人弱ですから、明らかにこれは医師が足りないということははっきりしている。

では、アメリカはどうなっているか、アメリカは包括払いで上限があるわけです。保険会社がこれを決めているわけです。それでマネージドケアといいまして、管理医療体制というのをとっております。保険会社が医療保険と、医療機関と医師までを指定している。例えば私が病気になった。すぐに医者に行こうとしても行けないんですね。保険会社に連絡をする。あるいは医者に連絡をする。医者に連絡しても医者は保険会社に連絡をする。保険会社に連絡をして、「菊池ってやつは医療費30万円だけ」、どこの医者に行っているかということ、保険会社が指定した医者にいかないといけないんですね。だから救急車にも自分1人で呼べないということです。これはマイケル・ムーアの「シッコ」に出ていました。これはもう大変な事態になってくるんですね。特に勤務医の先生方にとっては、保険会社の支配下に入るわけですから。それで保険会社からみれば、あのお医者さんは結局、保険料の支払いをできるだけ少なくすると。

つまりどんな重病人でも症状に関係なく、給付金が保険支払限度内に抑えられる。とくに、保険会社のいう、支払限度内で多額の余りを出せば保険会社の利益が増える。そうなれば「よくやってくれた」といわれて、ボーナスを出すそうです。これは本当です。私も確認をしました。ですから本当に怖い状況になってくる。まさにアメリカの保険制度というもの。これは保険会社を中心とした保険制度というものは、患者にとっても、お医者さん、特に勤務医の先生方にとってもまさに残酷な制度だと思います。絶対にこうしたシステムを入れさせないように、我々はきちっと対応しなければいけないと思います。

その他、ここに書きましましたとおり、金持ちにはよい制度ですけれども、貧乏人は無保険に転換している。

次に日本ではどうしてこのような制度が如何に入ってきたかということですね。これは先生方ご存知だと思いますが、整理しておきましたのでご覧ください。「アメリカのグローバリズムの日本への進入経路」というのがあります。これは1993年に宮沢・クリントン会談で94年から日本への「対日要望書」というのが出ています。94年、最初から医療のほうをもう少し自由化しろということを書いてきているんですね。95年から簡易保険、郵政公社民営化を言っていると。民営化はああいうふうにして強引に突破したんですね。それで96年にまさに小泉さんの6月の医療保険システムの「骨太方針」、それからそのあとの関連法案を強行採決で通したことによって、ある程度突破口を開いたことになっているでしょう。ただ、まだまだ先生方とか、厚生労働省、あるいは政治家の先生方の抵抗によってアメリカの言うとおりにになっていないことはあります。そのとおりにしてもらっては困るんです。

それで経路としては2番目に、日本は1994

年に「対日投資会議」や「規制改革・民間解放推進会議」をつくったんですね。対日投資会議の中には10人の外国人が入っている。どうして外国人が入るのかと思うんですけど、事実、アメリカの商工会議所の人などが入っている。

「規制改革・民間解放推進会議」とあります。これは宮内義彦さんというオリックスの会長です。この方が長く委員をやり、議長になっていたんです。ただしこの方のご存知ですね、改革とか規制を利権にした男という本が出ていましたね。結局、こういうものを利権にして結果的には利権のために改革をしているんですね。その本を読みました。私は会ったこともない人だけど、そういうきちとした本が出ていますから、これではっきりします。

それから、そのあと「日米投資イニシアティブ」、これは小泉さんになってからできたわけです。こういう組織を通してアメリカの要望が日本に入ってくる。それが経済財政諮問会議にかかってくるんです。これは確かに議長が首相ですし、大臣が何人かいます。しかし、問題はこの経緯をご覧ください。ただければ、結局、最後の財政諮問会議にくるまで国会議員というのはほとんど関与していないんです。我々が選んでいるのは国会議員なんです。財政諮問会議の民間委員なんか選んだ覚えは全くない。竹中さんだって大臣になる前に、あの人を選んだつもりは全くないです。ところがそういう人が中心になって政府の中でこういうふうになっている。言うなれば、政府の一部がかなりのものがハイジャックされているんですね。占拠されている。これは怖い現象です。ですから、そういうことでこういうものが通ってきてしまう。国民はこういうことについて、薄々わかってきている。最近いろんなものが出始めましたけれども、なかなかまとまったところがわかりにくい

かもしれません。

それから、日本へのアメリカの要望は、ご存知だと思いますが、混合診療を認めろとか、政府の公的支出を抑え自己負担を増加させろということです。こういうことによって民間医療保険システムの参入をさせろと。そしてさっき申し上げたとおり、アメリカ的な保険会社が医師を支配する、医療を支配する、そういうことにもっていかうとしているんです。それから、いずれは国民皆保険を潰そうというような動きがあるわけです。こうした動きが日本の対応として2006年の骨太方針（5年間で社会保障を1.6兆円削減する）となったといえるでしょう。これはさっき触れましたね。長期医療の期間を短縮するとか、ガン難民が増加する。それからそのあと、6月14日には関連法案を通してのいる。

最後のほうに、4番目に書きましたのが臨床研修医を自由化する。これが地方の医師不足というようなことになっています。

ところが、図表の真ん中から下をご覧ください。日本の医療とアメリカの医療を比較しています。その実績といえますか、パフォーマンスを。医療の総合評価はWHOの2003年版ですが、日本は1位です。アメリカは15位です。2番目には医療の質を見ましても、どのぐらい寿命が延びたかと。1960年～2000年までの間の40年間で日本は13.4%伸びています。アメリカは6.9%しか伸びていない。出生1,000人当たりの死亡率は日本は3.2人、アメリカは6.9人、倍もある。国民1人当たりの医療支出、日本は31.1万円、アメリカは59.2万円、日本は半分ぐらいですね。

それから、総医療費に占めるGDP比率は日本が8%、アメリカは15%。ですから日本は最低のコストで世界一の診療をしているわけです。国の医療費支出が少なすぎる。日本は最も効率的な医療システムである。これが破壊され崩壊しつつある。さらに障

害者の自立支援法といって、まさに障害のある方に対して負担を増やすんですから。もう本当に泣いていますよね。どうしてこんな残酷なことを、小泉内閣は今までやってきたかと思います。

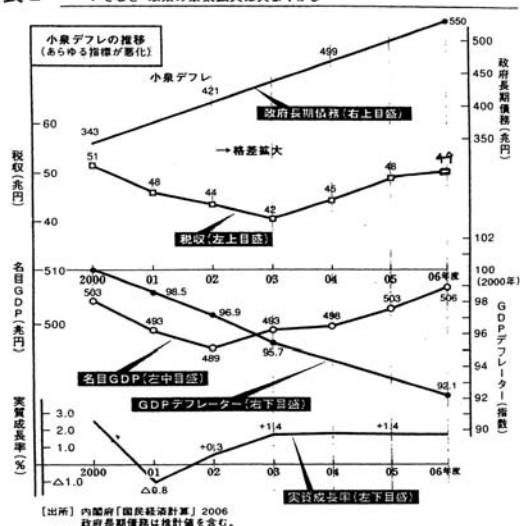
それからアメリカ医療の特徴はどうかといいますと、最高のコストをかけているのに総合評価は極めて低いんです。市場原理というものがいかに非効率で不幸な人間を増やすか。

事実、イギリスでサッチャー時代に市場原理医療で医療制度がほとんど崩壊に瀕し、病院の経営が成り立たなくなりました。勤務医は病院をやめる、医者もどこか外国へ行ってしまふ。英語の国ですからアメリカへ行く、ドイツに行く、どんどんいなくなってしまう。それで困って結局、労働党が医療の国費負担を大幅に増やすと公言し

て政府の座についた。やるということにしたんです。結果としては立て直しには医療費は前よりも1.5倍ぐらいかかったそうです。結局、イギリスではどうことが起きたかということ、保守党が12年ぐら前に政権を失ったのはこういう社会的な基盤、医療費というものを自由化し崩壊させたからです。労働党はコストがかかってもやるよ。それで結果的には政権をとったんですね。だから明らかにイギリス人というのは、市場原理に基づく医療費制度というのを否定したんです。それが政治的な転換になったんです。今、首相も変わりましたが、結構最近はよくなってきています。

ですから社会基盤をしっかり、社会基盤の一番重要なものは医療です。それから同時に日本でいけば、やっぱり郵便局のそういうシステムです。そういうものが要ります。

図表2 “いざなぎ”以来の景気拡大は大まやか



2000-2006年の指標
名目GDP成長率-GDPデフレーター=実質成長率
(+0.6%) - (-7.9%) = +8.5% (年率+1.4%)

いざなぎ景気(1965年11月-1970年7月)
名目GDP成長率-GDPデフレーター=実質成長率
(年率17.3%) - (年率5.7%) = 年率+11.6%
毎年減税 総額は4年9ヶ月で2.4倍

“いざなぎ”以来の景気拡大は大まやか
実質成長率は「名目成長率」から「GDPデフレーター」(物価の総合指数)を控除した数字。
実質成長率=名目成長率-「GDPデフレーター」である。
日本のGDPデフレーターは1998年からマイナスである。
実質成長率は「マイナスのGDPデフレーター」を控除するので「マイナスからマイナスを引き」プラスになる。

2000年度を基準「100」として指数化してみると、2006年度までの6年間継続しているGDPデフレーターは、2006年度には「92.1」になる。つまり、この6年間でデフレは7.9%進んでいる。そこで、2000年度から2006年度までの実質成長率を計算しますと、
実質成長率=名目成長率(+0.6%) - 「GDPデフレーター=マイナス7.9%」 = +0.6% - 「-7.9%」 = 8.5%。
6年間ではプラス8.5%だから、1年平均でプラス1.4%になる。つまり、デフレのもとでは実質成長率プラスというのはデフレの裏返しに過ぎないのです。まさに「大まやか」です。だから税収が減少し、増税を唱えている。

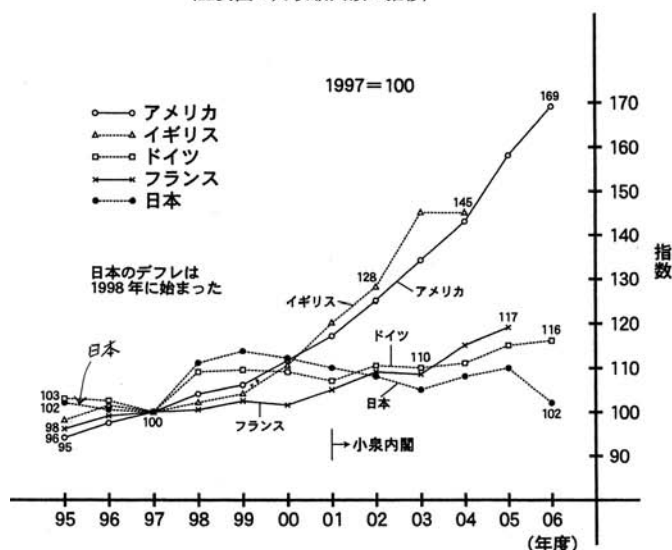
※いざなぎ景気
1965年11月から1970年7月まで前年比プラスの成長。
年平均で「名目成長率(17.3%) - GDPデフレーター(5.7%)」でプラス11.6%。この間(4年9ヶ月)毎年減税しても税収は2.4倍に増加した。

資料2を見てください。日本がいざなぎ景気以来の景気が上昇しているというのは、全くデフレの裏返しであって、まやか

いいますか、事実と反することです。我々の給料は上がっていない。これは数字の上でこういうふうにはっきりしています。

図表3 日本は財政規模が小さすぎる

(主要国の財政歳出額の推移)



〔出所〕 OECD 統計 2006。

〔特徴〕 日本の財政歳出は10年間全く増えていない。
日本の財政規模は小さ過ぎる。(小さ過ぎる政府)

財政規模の国際比較

1997年を100として、その後主要国の財政支出がどの程度増加したかを比較すると、財政支出の伸びが日本だけが極端に小さい。2006年度の財政支出はほぼ10年前の水準に過ぎない。

1998-2000年にかけては、橋本財政改革の失敗によって引き起こされた金融危機を克服するために、財政支出を拡大し景気が上昇して2000年度には税収が51兆円まで増加した。こうした景気上昇を墜落させたのが「小泉デフレ・構造改革」である。

これで緊縮財政→投資関連支出と地方交付税交付金の削減によって、デフレが進み、税収が激減した。

これでは、経済規模が拡大しないので、税収が伸びない、給料も上がらない(7年間前年比で減少)、医療費も削減せざるを得ないということになる。

もし欧米並みの財政支出をしておれば、2006年度の日本の財政支出(予算規模)はアメリカ・イギリス並みなら120-130兆円、ドイツ・フランス並みなら、92-95兆円である(1997年の日本の財政支出は79兆円)。

次は資料3を見てください。日本は財政規模が小さすぎるんです。右のグラフをご覧ください。このグラフは財政規模、歳出をベースにして1997年を100にしまして、ずっとその規模を比較してみました。一番下で低迷して2006年度に102と下に書いてあるでしょう。1997年に100だったら、2006年、10年経っても102にしかならない。ほとんど増加していないのが日本です。

一方、上のほうを見て頂くと、イギリスとアメリカですね。アメリカは軍事費があるものですから大体1.5倍ぐらいいっています。それから、ドイツ、フランスでも1.2倍近いです。

ですから日本は「小さすぎる政府」ですよ。これは重要なことです。もし日本が欧米並みの財政支出をしていれば、2006年度の日本の財政支出予算規模は、アメリカ、イギリス並みだったら120兆円から130兆円になり、税収は100兆円近くあります。ドイツ、フランス並みだったら92兆円から95兆円。ですから、これも大体税収としては80

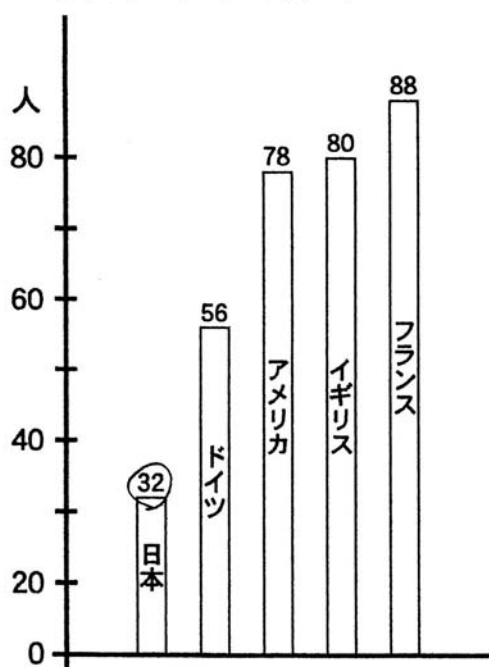
兆円ぐらいになりますね。日本はどうかといえますと、1997年並みで、10年前の水準ですね。ですから100兆円ぐらいの予算規模にしないとイケないのです。

次は資料4をご覧ください。日本は小さすぎる政府です。これはグラフでわかるとおり、特に真ん中を見ていただきますと、名目GDPに占める政府支出というのは、日本は37とあります。これは政府支出は地方税と中央の政府と両方入っています。これはOECDという経済協力開発機構の資料でございますから間違いございません。

だから日本の政府は「もっと小さすぎなければいけない。」とよく言いますね。小泉さんも、今の安倍さんも。しかしこれは誤りで日本の政府は小さすぎるんです。ちょっと話が前に戻りますけれども、日本がこういう構造改革というようなことを始めざるを得なかった背景には、実はアメリカの戦後、90年代になってソ連崩壊の世界戦略があるんですね。この世界戦略といいますのは、ワシントンコンセンサスと呼ばれる

公的部門における職員数

(国民 1,000 人あたり何人か)



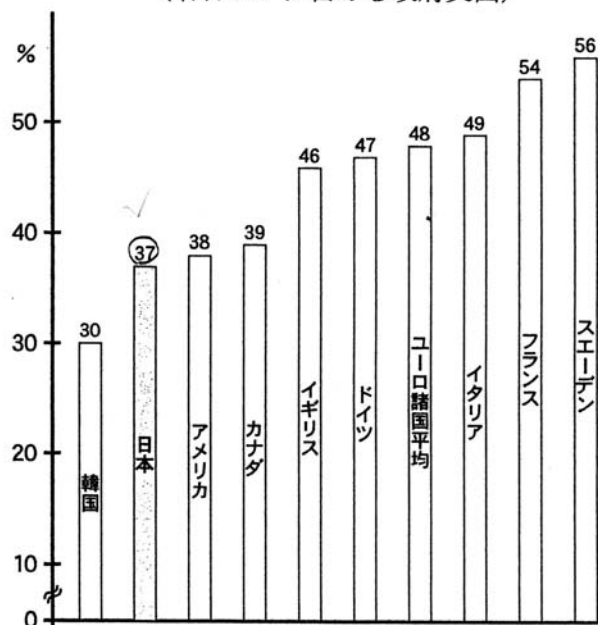
(出所) 総務省 (2004 ~ 2006)

・日本の公務員数は人口に比べて最も少ない。

図表 4

日本は「小さ過ぎる政府」である

(名目 GDP に占める政府支出)



(出所) DECD (2006) 「政府支出」には中央政府と地方政府の両方の支出を合計した数字。

日本はすでに「小さ過ぎる政府」である。経済規模 (名目 GDP) と「少なすぎる政府支出」が経済成長を阻み、福祉予算を極端に圧縮している。

んですけども、アメリカがIMF（これは国際通貨基金）という国際機関です。あと、世界銀行。そういう機関と一緒にあって、特に東アジアとか日本に宣伝してきた。ヨーロッパはあまり従わないものですから、そう影響力はないんです。東アジアと日本に対して小さい政府にしろ。自由化しろ、規制緩和をしろ。こういうことを強く要請してきたわけです。東南アジアはそれによって97年か98年に通貨危機が起きて大変な目に遭ったんです。だから今はもう整備し直しています。

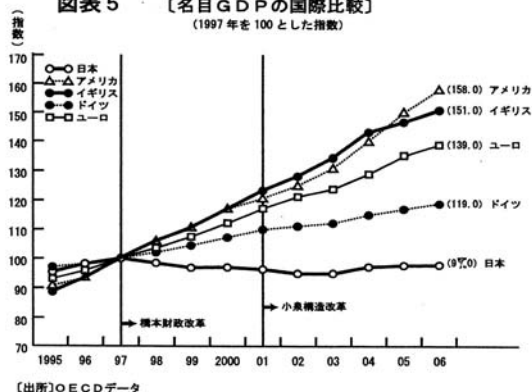
一方、日本は1995年ぐらいから、竹中平蔵さんなんかを中心になって構造改革、構造改革と言ってきたんですよ。いかにも夢があることを言ってきた。ところがすべてマイナスになっていますね。マイナスということはよくなったことは何もない。それでその中に

小さい政府というものがあるものだから、いまだにこんなことをしています。もうすでに小さすぎる政府です。

次は資料5をご覧ください。これは名目GDPの国際比較です。これも1997年を100にして、一番下に低迷しているのが日本です。1997年は名目GDPは521兆円でした。2006年、わずか505兆円ですよ。日本は10年前よりも名目GDP、つまり我々の給料とか企業の収益というのは減っているんです。アメリカ、イギリスは、一番上で1.5倍、ユーロは1.4倍。ドイツだって1.2倍でしょう。これと財政支出、この2つが実を言いますと税収が上がらない大きな理由です。経済規模が伸びていないからです。

その次の資料6、一般の税収がどうなったか。皆さんもご存知と思いますが、2000年のところに、51と書いてあるでしょう。

図表5 [名目GDPの国際比較]
(1997年を100とした指数)



[出所] OECDデータ

名目GDP（国内総生産）の国際比較

日本のGDPは1997年に521兆円に達したのに、2006年度ではわずか505兆円に過ぎない。緊縮財政が日本経済の成長を抑えてきた。日本で名目GDPの成長が止まったのは財政改革と称して、緊縮財政と増税を実施した1998年からである（GDPデフレーターは1998年からマイナスに転じた）。

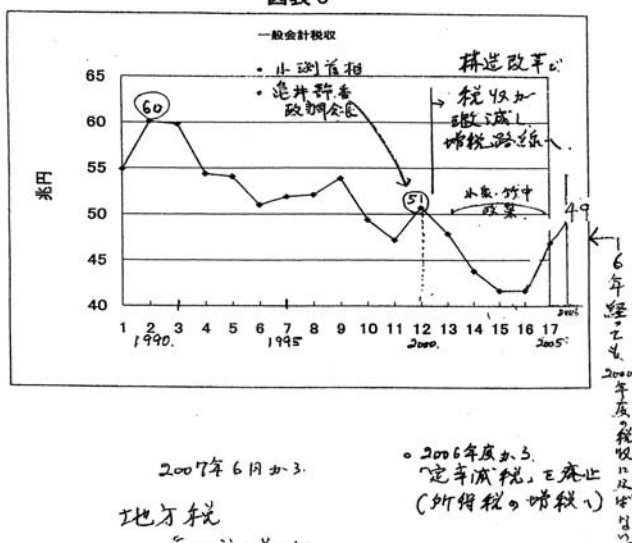
1997年度の大増税（消費税増額3%→5%と国民福祉関連支出の増加などで9兆円の国民負担の増加）と公共投資の削減で合計13兆円の負担を国民に課した。

その後、1998年から2000年にかけての小渕内閣では積極財政の成果がでて税収も増加した。

ところが、2001年からの小泉「構造改革」によって、投資関連支出の削減、地方交付税交付金・補助金の削減、を継続して実施してきたので、デフレが一段と進み、経済成長がマイナスとなり、税収が激減する原因になった。

日本のGDPは1997年に521兆円であったので、もし日本のGDPが欧米並みに成長しておれば、2007年800兆円、ユーロ圏並みであれば720兆円、ドイツ並みであれば620兆円に達していたであろう。税収は70-80兆円に達し財政危機は拡大均衡の中で解決できたであろう。

図表6



2007年6月か3
地方税
「大」増税
「構造改革」失敗のツケ

2006年度から
「定率減税」を廃止
(所得税の増税)

「構造改革」が日本経済を破壊した
——あらゆる経済指標が悪化している——
税収：1990年には60兆円に達した（バブル効果）。

1997年の橋本財政改革で平成金融恐慌を引き起こした。その後 小渕内閣の積極財政で景気が回復し税収も増加した（2000年度51兆円）。

ところが「構造改革」によって大不況になり、恐慌的経済情勢に落ち込み税収が激減した。2003年度はわずか42兆円。最近 若干の景気回復があるといっても税収は2006年度の49兆円に過ぎない。

増税は「構造改革失敗のツケ」である。

2000年度、つまり小泉内閣ができる前には51兆円の税収があったんです。景気は上昇局面にあったのです。それを小泉さんが出てきてからどーんと構造改革をやった。緊縮財政と金融機関潰しをやったものですから、どんどん落ちてしまった。それから6年経って2006年度でも49兆円ですよ。6年前の

数字にも及ばないのです。小泉構造改革は何を言ったか。構造改革をすれば税収は上がる。政府債務は減ると言っていました。全くあたっていませんね。私は2001年について、構造改革を進めれば、増税になると言ったんですよ。当たり前のことですからね。このとおりです。

図表7 地方交付税と補助金の推移

年度	①地方交付税	②国庫支出金	①+② 国から地方へ	歳出総額に 占める比率
1990	13.7	10.3	24.0 兆円	34.6%
1991	14.8	10.7	25.5	
1992	15.7	12.0	27.7	
1993	15.4	12.2	27.6	
1994	15.5	14.1	29.6	
1995	16.2	12.8	29.0	38.2%
1996	16.8	13.1	29.9	
1997	17.1	13.2	29.3	
1998	17.5	13.0	30.5	
1999	20.9	13.2	34.1	
2000	21.4	13.0	34.4	38.5%
2001	20.3	13.1	33.4	
2002	19.5	12.7	32.2	
2003	18.1	12.2	30.3	
2004	16.9	12.1	29.0	
2005	16.9	11.2	28.1	
2006	15.9	10.2	26.1	
2007	15.2	10.2	25.4	32.9%

(△ 36.2 兆円)

図表8

公共投資の推移と税収

(中央政府予算)

年度	公共投資	税収
2000	9.4	50.7
01	9.4	47.9
02	8.4	44.1
03	8.1	41.8
04	7.8	45.5
05	7.4	48.0
06	7.2	49.0
07	7.0	47.0

2000年度比で
累計△ 10.5
(△ 11)

2000年度比の
累計で
△ 31.6 兆円
(△ 32)

(註) 07年度は見込み

(出所) 財務省財務総合政策研究所『財政金融統計月報』(各年度予算特集より)
http://www.mof.go.jp/kankoku/kyou.him

〔中央から〕--- 合計 △ 47 兆円 (7年間)
〔地方へ〕 (△ 36.2 + △ 11)

「都市と地方の格差は緊縮財政にある」

「地方交付税交付金と補助金」の削減と公共投資の減額で、地方から47兆円の資金が中央へ吸い上げられている。これが「都市部と地方の格差」を拡大している原点である。

*民間資金は地方から都心部へ集中する

この傾向は明治維新以来今日まで継続している。都心部で資金を使って収益を上げ、税収があがる。この税収を「地方交付税交付金と補助金」の形で地方に還元してきた。このシステムのお陰で、日本は都市部でも地方でも同じ公共サービス(教育、医療・病院、一般公共サービス)が受けられた。ところが、財務省は地方分権強化の美名のもとに、この「地方交付税交付金と補助金」を削減してきた。2000年を基準としてみると、その後の減額部分を合計すると、実に36兆円に達する。

*公共投資の削減で地方はマイナス成長

「公共投資がGDPを増加させる効果がない」(小泉・竹中)は全面的に誤りである。こうした間違った方針を強行しているために、デフレに悩む地方経済はますます困窮しマイナス成長のことが多い。2000年度を基準としてその後の公共投資の減額部分は10.5兆円に達している。一方、10.5兆円の公共投資を削減した結果、税収が32兆円も減った。経済全体から見て、マイナスの効果しかない。

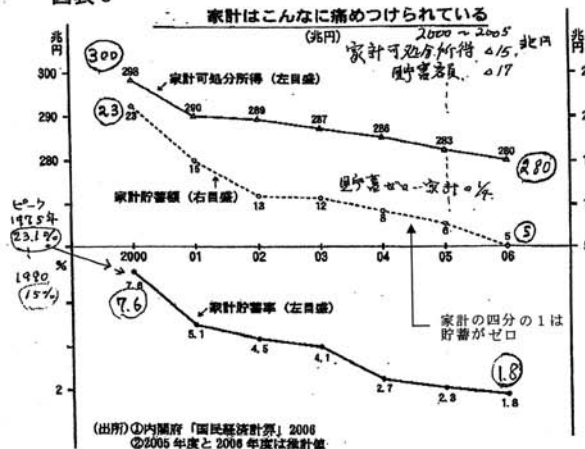
その次の資料7をご覧ください。これは地方交付税と補助金の推移です。こちらの沖縄県なんか特に関係がありますから一言触れますと、ちょうど左の上の図は、交付税と補助金の推移で、2000年というところに丸を付けています。2000年には国から地方へ34.4兆円、これだけ出していたんです。それをどんどんどんどん落としていって2007年度まで毎年落としていった「落ち分の累計」をしますと、36兆円になるんです。その下の図表8は公共投資です。公共投資もやはり中央から地方へお金を出して、地方の開発を促進するという意味です。同じような計算をしますと11兆円。36+11ですから47兆円。実にこの7年間で中央政府は50兆円近いカネを地方から召し上げているんですよ。地方が悪くなるのは当たり前ですよ。図表下の税収の覧を見てください。2000年度は税収50.7兆円でしょ。どんどんどんどん落ちて、

今年度の予想、49兆円とか47兆円ぐらい見ても累積で32兆円ぐらいになるでしょう。だから、11兆円公共投資の支出を減らして32兆円から33兆円の税収を失っているんですよ。これは愚かな政策ではないでしょうか。だから地方はどんどん疲弊する。財政も赤字になる。構造改革はまさにこれです。

同じく資料8の(図表9)をご覧ください。家計はこんなに痛めつけられている。このグラフは、家計の可処分所得といって、我々の手取り給料です。それが2000年度にはざっと298兆円、つまり、300兆円あったんです。それが2006年には280兆円、20兆円落ちています。落ち分をどうしているかというと、国民は一生懸命貯蓄を取り崩しているんですよ。

資料8の図表9の左上に23とあります。23兆円あった貯蓄をどんどん取り崩して2006年には5兆円ぐらいになっている。だからこれで18兆円も取り崩しています。20兆円の

図表 9



図表 8

公共投資の推移と税収

(中央政府予算)		(兆円)	
年度	公共投資	税収	
2000	9.4	50.7	
01	9.4	47.9	
02	8.4	44.1	
03	8.1	41.8	
04	7.8	45.5	
05	7.4	48.0	
06	7.2	49.0	
07	7.0	47.0	

2000年度比で
累計△10.5
(△11)

2000年度比の
累計で
△31.6兆円
(△32)

(注) 07年度は見込み

(出所) 財務省財務総合政策研究所「財政金融統計月報」(各年度予算特集より)

家計はこんなに痛めつけられている

手取り所得が毎年減少

「家計の可処分所得(手取りの所得)」は2000年度には298兆円あった。ところが2001年度からの「構造改革」で毎年減少し、2006年度には280兆円になってしまった。6年間で18兆円、毎年3兆円ずつ、減っている。

貯蓄を取り崩して生活を補助している

この間、国民は貯蓄を取り崩して可処分所得の減少を補ってきている。この6年間で家計貯蓄額は18兆円も減少している。つまり家計は、手取り所得の減少を貯蓄を取り崩して生活しているのである。

公共投資の削減と民間投資の減少

国民の所得が減少しているのは投資不足で経済規模が縮小し、名目国内総生産(GDP)が低迷しているからだ。

構造改革失敗のツケが増税(定率減税の廃止)

2000年度から公共投資を11兆円削減しても経済が不況でGDPが低迷しているから税収が32兆円も減少している。このツケ回しが増税である。国民は可処分所得が9年間で減少しているのに、2006年度から所得税が増税になり、さらに苦しんでいる(これは国民にとって3.3兆円の増税)。

構造改革失敗のツケ回しがすでに始まっている。

所得が減った、18兆円貯蓄を食い潰した。まさに構造改革で国民はこんなに痛めつけられているということがお分かりですね。

資料11にいきますと、なぜこういうことが起きたかという理由がわかります。日本は民間も政府も投資が足りないんですよ。投資というのは実は経済成長のエンジン、エネルギーであり、ガソリンであり、石油です。そのエンジンによって経済が活性化、投資をする。雇用が起きる。関連事業が起きる。当然ですね。

まず、日本は民間も政府も投資不足。このグラフは純投資という概念をとっています。「純投資」とは「設備投資の増加額から減価償却」つまり投資の回収分を控除したネットの投資額です。これが実を言いますと、経済成長の一番の要になるんです。

資料11(図表12①)をご覧ください。小泉内閣になってからどんどん落ちていきますね。太い線は大企業、それから点線は中小

企業です。中小企業は、2002年から2003年にかけてマイナスになっています。

次にその下の図表12②を見て下さい。今度は政府を見てみますと、投資の増加額というのは、どんどん落ちていきます。減耗というのは回収です。回収を見ていきますと、実は2007年度から回収のほうが多いんです。ですから今年、経済成長がこのまま継続する。福田内閣が政策を変えない限りは来年も成長は期待できません。これはもうはっきりしています。

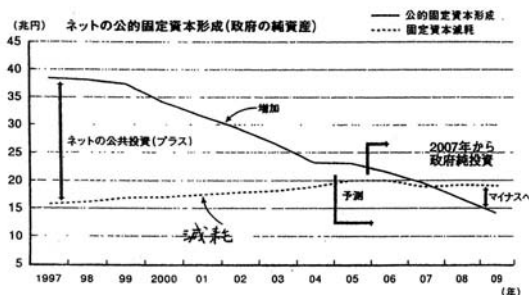
次に資料13をご覧ください。先ほど申し上げましたとおり、社会福祉費用が全体にどうなっているかということです。一番上が歳出です。それから一番下が社会福祉の費用です。そして、その比率をとったのが真ん中です。そうしますと2000年度、上に小泉内閣、緊縮財政、デフレ政策とありますね。これがずっと落ちていきます。つまり歳出総額を落としていくものですから、下

図表12① 日本は民間も政府も投資不足



【出所】財務省「法人企業統計」より大和総研作成

図表12② 日本は民間も政府も投資不足



【出所】内閣府「国民経済計算年報」より戸部健太郎氏作成

「日本は 民間も政府も 投資不足」

民間の「純投資」は低迷、中小企業はゼロ、政府投資はマイナス→ GDP の長期低迷の原因。

「純投資」とは「設備投資の増加額から減価償却＝投資の回収分を控除したネットの投資額である。

小泉「構造改革」によって国内の投資が減少し、これが GDP のマイナス（10 年前に比べてマイナス）となり、国民の雇用と所得を奪った。

＊民間「純投資」は低迷

大企業は設備投資ブームのように言われている。しかし現実には、デフレで更新投資（利用済み＝償却済みの投資の更新）が多く、新規の雇用を生む投資は少ない。

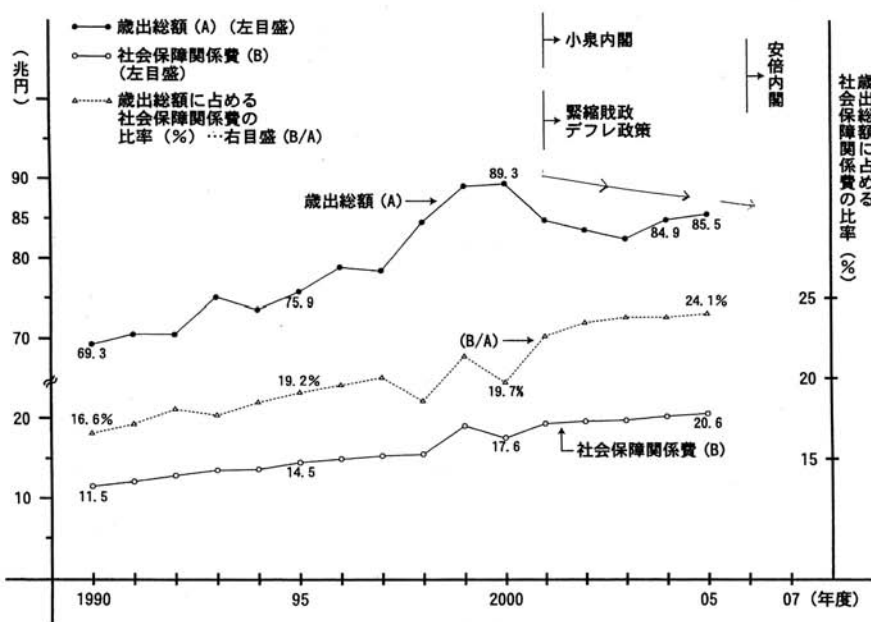
中小企業は 2003 年から 2004 年にかけて「純投資」がマイナスに落ち込んだ。ようやくすこし回復しているが、微増に過ぎない。

＊ 公的固定資本形成（公共投資）の「純投資」は 2007 年度からマイナスに転落→ GDP のマイナス要因

2001 年度から公共投資を大幅に減らしてきたために、「新規投資増加分」から「投資の減耗（減価償却）分」を控除した「純投資」は、2007 年度からマイナスに転じた。従来の経験では、「公共投資」が増加すると 1-2 年後で民間投資が増加してくる。この経験則から見ると、公共投資の「純投資」が減ると、1-2 年後に民間投資は減少する。

政府は 2008 年度も公共投資を削減させる（マイナス 3.5%）方針である。したがって 2008 年度は経済低迷が加速し、GDP の成長は全く期待できない。

一般会計歳出総額・社会保障関連費 社会保障関連費の一般会計歳出総額に占める比率



（出所）財務省資料 1990～2005 年決算額

医療の歳出総額(A)と
社会保障関係費 (B)の比率

2000 年度までは、政府の一般会計予算の規模が増加していた関係で、社会保障費の増加分だけが問題になることはなかった。
ところが小泉構造改革が始まった 2001 年度からは、予算の歳出総額を極端に絞り、実質ゼロ成長にしたので、増加する社会保障関連費を吸収できなくなってきた。

そのために、歳出総額 (A)に占める社会保障関係費(B) の比率 (B/A) が上昇してきた。そのため、政府は予算面から社会保障関連費、とくに医療費の圧縮を強行するようになった。社会保障費の増加が財政赤字を拡大させているのではない。緊縮財政による財政規模の縮小、名目 GDP のゼロ成長が原因である。

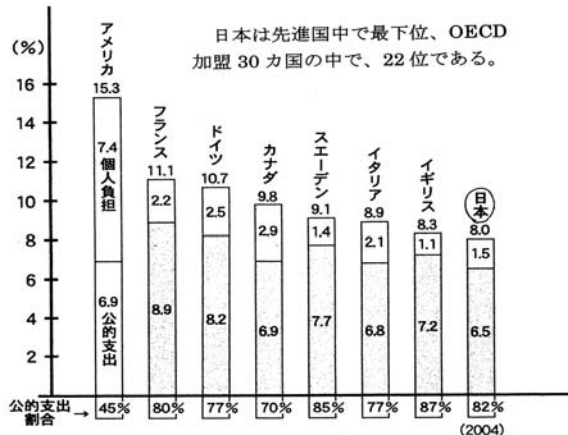
の社会保障費の比率が上がってきているということです。

資料14をご覧ください。医療費のGDP比率です。左のグラフをご覧ください。日本

図表14 「医療費の GDP 比率」

日本は先進国中最下位

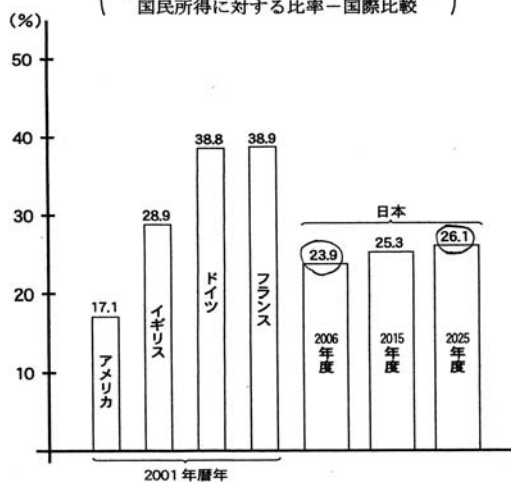
(医療費の GDP 比率と個人負担比率)



(出所) 2005 年 OECD データ
(1) 「個人負担」は、公的保険給付でカバー出来ない部分。
日本は「差額ベット」などわずかで済む。
(2) 日本は、2006 年度から個人負担費が増加している。
※日本は先進国中最下位。OECD30 カ国中 22 位。

日本の社会保障給付費は少なすぎる

(「年金」「医療」「介護」「福祉」合計額の国民所得に対する比率—国際比較)

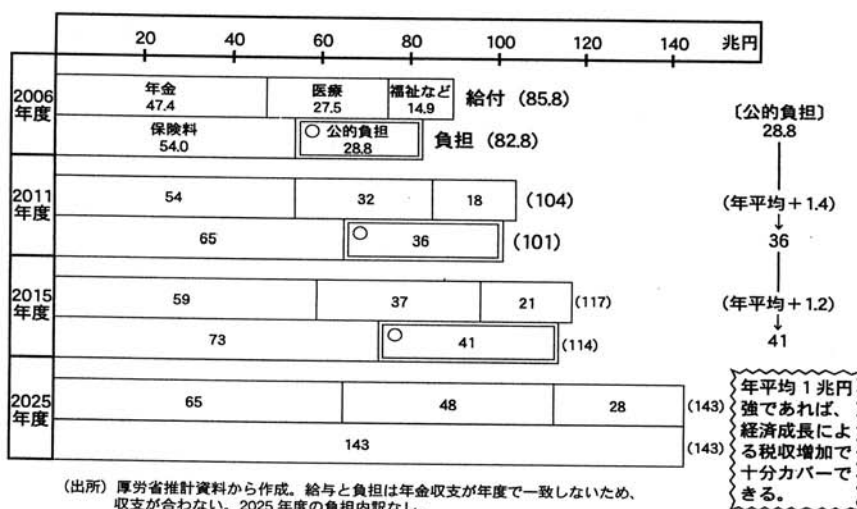


(出所) 厚生省「社会保障の給付と負担の見通し」(2006 年 5 月)

日本の「社会保障給付費」は、国民所得に比べて、「すくなく過ぎる」。高齢化社会に向かって社会保障費を増額するには、経済規模(名目 GDP)を拡大して税収を増加させ、その中で社会保障費を吸収してゆくべきである。日本は「小さすぎる政府」である。

図表15

社会保障の給付と負担の見通し



(出所) 厚生省推計資料から作成。給付と負担は年金収支が年度で一致しないため、収支が合わない。2025 年度の負担内訳なし。

社会保障費の 2006 年度の「公的負担」は 28.8 兆円である。厚生労働省の見通しでは今後 20 年間で毎年一兆円強の増加と推計されている。この程度であれば、経済を活性化させて税収を増加させれば、吸収できるであろう。医療費の圧縮をすべきではなく、経済規模を拡大させる政策を取り、税収を増加させ、その中で医療費を吸収すべきである。

年平均 1 兆円強であれば、経済成長による税収増加で十分カバーできる。

は先進国中最低です。これは先ほども会長のお話にもありましたから、ご覧いただいて、アメリカは15.3%、高いけどパフォーマンスは悪かったですね。日本が一番低い8%。先進国中最低です。

資料15をご覧ください。社会保障の給付と負担の見通し。ここで私がはっきり申し上げたいことは、公的負担についてです。これは厚生労働省が出した数字なんです。2006

年度には公的負担が28.8兆円だった。それが2015年から2025年までにずっと出ているんですね。ずっと見てみますと、毎年1兆円強増えていくということなんですね。ところが、このぐらいの数字だったら経済を活性化すれば、数字として税収は上がってきます。間違いなく上がってきます。シミュレーションをやって。ですから増税はしなくたって経済を活性化すればいいんです。

「Ⅲ」日本は財政危機ではない、政策危機である。

図表16 日本は財政危機ではない

(純債務でみた日本の財政)
2007年6月末現在

「粗債務 836 兆円」と「金融資産 580 兆円」

(兆円)

粗債務 (財務省発表)	(関 連)	金融資産 (内閣府、下注①)												
1 借入金 57	赤字国債 224 (注②) 建設国債 305 → そのまま投融資へ 調達した円でドル買い→ → アメリカ国債投資	金融資産 580												
2 国債 (注②) 529		1 社会保障基金 300												
3 財投債 142		2 内外投融資 170												
4 政府短期証券 108		3 外資準備 110												
合 計 836		純 債 務 256												
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">国民 1 人当たり (万円)</td><td>国民 1 人当たり金融資産 (万円)</td></tr> <tr> <td>粗債務</td><td>658</td><td>453</td></tr> <tr> <td>金融資産</td><td>453</td><td></td></tr> <tr> <td></td><td>205</td><td></td></tr> </table>			国民 1 人当たり (万円)		国民 1 人当たり金融資産 (万円)	粗債務	658	453	金融資産	453			205	
国民 1 人当たり (万円)		国民 1 人当たり金融資産 (万円)												
粗債務	658	453												
金融資産	453													
	205													
		・年金と健康保険積み立て 236 ・政府へ運用委託 217												

〔出所〕「国民経済計算 2007 年」「財務省資料」より作成

〔注〕①金融資産は内閣府「国民経済計算 2007 年」の 2005 年末の金融資産 538 兆円に、その後の増加分を推定して予測した。

②国債のうち建設国債と赤字国債の内訳は、推測による。

「純債務」(「粗債務」から金融資産を控除したネットの債務) でみれば日本は財政危機ではない。

* 財務省の発表は「粗債務」(借り入れ) だけであり、政府が保有している「金融資産」(内閣府発表) を考慮していない。政府は「借り入れ」(粗債務) は 836 兆円ある、しかし政府自身が金融資産を推計 580 兆円保有しているの、「借り入れ」から「金融資産」を控除した「純債務」で見れば、政府の債務は「256 兆円」に過ぎない。これは名目 GDP 比でみると 50% 程度で、ユーロ圏並である。

海外諸国が「日本は財政危機ではない」という根拠はここにある。

* 日本政府が「純債務で見れば財政危機ではない」と海外に書信を送っている。

日本の国債が国債格付け会社 (ムーデイス、S&P) にによって格下げされたときに、日本政府は格付け会社に書信を送り、「日本政府は世界一の外債準備を持ち、国債の金利は低く、95% が日本国民によって保有されている、だから格下げは適切ではない」と述べ、政府自身、「純債務で見れば日本は財政危機ではない」ことを認めているのである (2002 年 4 月、黒田財務官書簡)。

資料16をご覧ください。これは日本は財政危機ではないと。これは一番要のことですが、純債務が256兆円と書いてあります。

それから、資料17では、政府の税制調査会長を10年もやられた加藤寛さんがこういうふうに書いておまして、純債務は250兆円と書いていますから、先ほど申し上げたとおり間違いはございません。

資料18をご覧ください。これは結局、日本の資金循環、左上に書いてあります。これは家計で1,600兆円ぐらい金があるんですが、そのうち海外へ200兆円も貸しているんです。こんな金があったら自分で使ったかどうかということです。金融資産、運用資産で増えていますから、増えた分は新しい国債を出した。経済を活性化させた。そうしても十分可能です。

資料19をご覧ください。医療費の増加が財政赤字の原因ではないことの証明です。これは一言どうしても申し上げたいんですが、図表19の上を見ていただきます。これは粗債務のGDP比率です。日本が一番上にあります。そうするとその下にドイツとか、

図表17

2005年12月14日「産経新聞」

2005年12月14日 産経新聞
平成17年(2005年)12月14日 水曜日

11 12版

純債務は250兆円程度

財政実態踏まえ冷静な増税論議を

正論

千葉商科大学学長 加藤 寛

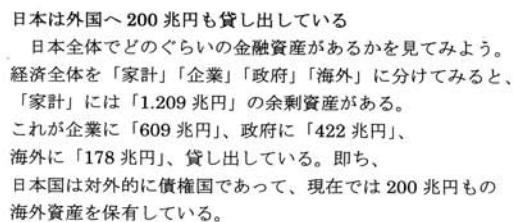
危機感を煽りすぎではないか

債務の半分は二重計上

「純債務」は250兆円程度。これは名目GDP比でみると50%程度で、ユーロ圏並である。海外諸国が「日本は財政危機ではない」という根拠はここにある。

日本政府が「純債務で見れば財政危機ではない」と海外に書信を送っている。日本の国債が国債格付け会社 (ムーデイス、S&P) にによって格下げされたときに、日本政府は格付け会社に書信を送り、「日本政府は世界一の外債準備を持ち、国債の金利は低く、95% が日本国民によって保有されている、だから格下げは適切ではない」と述べ、政府自身、「純債務で見れば日本は財政危機ではない」ことを認めているのである (2002 年 4 月、黒田財務官書簡)。

「日本の資金循環(金融資産)」2005(04)年暦年
(兆円)



我々のために我々のカネを使おう

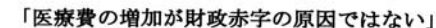
外国へ貸し出す資金があれば、そのカネを我々日本のために使うべきである。政府は国債を発行して必要な政府投資を増額し、民間には中小企業への投資減税策を取り入れて、民間投資を誘引する政策をとるのがよい。

政府投資支出としては、「社会的共益資本」への投資対象としては、医療費と医療関連インフラの充実（雇用増進）、環境・国土保全投資、新エネルギー関連プロジェクトの開発、教育費の充実などである。

こうした投資増加政策をとれば、経済規模（名目 GDP）が拡大し、税収が増える。

地方交付税交付金・補助金を削減する必要がなくなり、
地方経済は安定化し、向上する。

(GDP=国内総生産)



*小泉「構造改革」では、「医療費の増加が財政赤字を増加させている」という理由で、医療費の圧縮を狙っている。しかし、「医療費の増加が財政赤字を増加させている」というのは間違えである。

* 日本よりも「医療費の GDP 比率が高い国が日本よりも財政事情がよい」という事実がある。

左のグラフで、イギリス、ドイツ、ユーロ地域は「政府債務の GDP 比率」（政府債務の国民負担率）が日本よりも低い（財政事情がよい）。この事実は、日本の財政の赤字の主たる理由が、社会福祉関連費用の増加にあるのではないことを、証明している。

* 「政府債務の増加」「政府債務の GDP 比率の上昇」は、経済が停滞して税収が低迷していることの結果である。

* 「構造改革」「緊縮財政」論者は構造改革失敗のツケを歳出の圧縮と増税に求めている。このため、「医療費圧縮」を意図しているのであって、大きな間違えである。積極財政によって財政支出を増やし、地方まで景気を拡大させる以外に解決策はない。

高いんです。高い国のほうが財政指標（債務の国民負担率である「債務のGDP比率」）

はいいいわけです。ということは決して医療費の増加が財政赤字になっているわけではないんですね。このことではっきりします。右のほうに説明が書いてありますから、後ほどお読みください。

それから資料20をご覧ください、これが最後です。これはクリントン大統領がどうして成功したかということをもとめたものです。一番上にあるとおり「雇用の増大のために支出を消費から投資へ向ける」と宣

クリントン大統領の財政政策の骨子 { 1 雇用増大のために支出を消費から投資へ向ける 2 家族と勤労を尊重する
3 保守的な見積もりによる予算編成 4 政府支出削減と公平税制の導入

図表20 クリントン大統領の予算支出の内訳・公共投資・地域開発に集中して支出増加

支出項目別「年平均」伸び率 (%)		(年平均)		
内訳		第1期(1993~96年)	第2期(97~2000年)	8年間
歳出総額		3.3	3.0	3.2
義務的経費 (約60%)	全体	5.6	4.6	5.8
	社会保障(主に年金)	5.4	3.7	4.5
	メディケア	10.9	3.1	7.0
	メディケイド	11.9	5.5	7.2
裁量的経費 (約30%)	全体	0.1	2.5	1.3
	国防費	△3.6(歳出総額の△0.7)	1.2	△1.2
	道路輸送関係	6.3 (4年で25.2)	7.4 (4年で29.6)	7.7
	地域開発	15.7 (4年で62.8)	2.4 (4年で9.6)	9.8
	教育訓練	3.3 (4年で13.2)	6.8 (4年で27.2)	5.5
	その他(公共投資中心)			
一般政府歳出		物価上昇率2.2なの1.5	物価上昇率1.7なの0.8	0.8
利払い		4.4	△1.6	1.4
成長率		名目GDP年平均5.7(8年間で名目GDP1.5倍) 実質GDPは年平均2.8(GDPデフレーター+2.9)		

【出所】米国家予算の歳出内訳を基に筆者が作成

【キーワード】

「積極財政」(前年を3~3.5%上回る歳出の増加)「投資減税」(公共投資の増額)

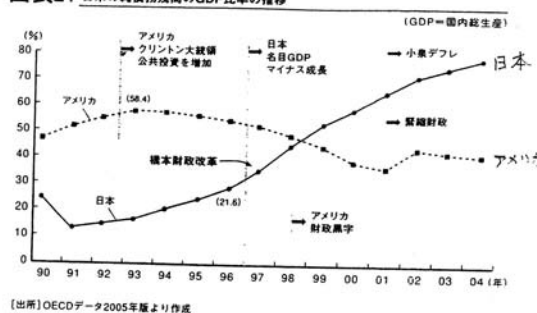
「政府経費支出の削減」(社会保障関係費の一定のルール化)

「増税」

1993年:所得税率最高税率31%~36%(高所得者は10%の付加税、最高税率39.6%)

1997年:財政収支均衡法、タバコ税増額とその他減税

図表21 日米の純債務残高のGDP比率の推移



【出所】OECDデータ2005年版より作成

クリントン大統領が就任した1993年初頭のアメリカは、ブッシュ元大統領の増税政策で経済情勢がデフレ気味であった。そこでクリントン大統領は、アメリカが債務国であるにもかかわらず、財政支出は削減せず財政支出の中身にメリハリをつけて景気振興策による税収の増加を目標とした。この結果、短期的には「純債務のGDP（国内総生産）比率」（政府債務の国民負担率）は上昇した。しかし景気回復による税収の増加でこの比率が徐々に低下し、ついに5年後の1998年には財政は黒字に転換した。

一方日本は、2001年度からの小泉内閣の緊縮財政政策（肝心の投資関係支出・地方交付税交付金・地方への補助金・社会保障費の削減）によって景気は悪化し、税収が激減した。この結果、「純債務のGDP比率」が悪化した。日本の経済財政政策、「構造改革」がいかに間違った政策であるかが、はっきりと分かる。

言した。こう言ったわけです。「金持ちは宝石を買うんじゃなくて、別荘をつくれ」と、こう言ったんです。それでクリントンはそういうことで右下に書きましたとおり、財政支出を公共投資、道路関係の公共投資とか、地域開発とか教育訓練、つまり社会的共通資本に集中したのです。そこへ財政支出を投下したんです。右の欄の図表20に7.7とか9とかありますね。これはどういう数字かというと、これは「8年間で毎年、前年に比べて」これだけ増えたということです。それで結果的にはどうかというと、右上のグラフ図表21のとおりアメリカはどんどん債務のGDP比率が減ってきた。それから日本は悪くなった。日本は緊縮財政をやるか

らです税収が増えない。アメリカのいいところを学ぶんですよ。日本に合わないようなところを学ぶから悪くなってしまう。アメリカという国はある意味では、大変にスケールの大きい国です。それを私は強く申し上げたい。

ですから、最後に、先ほども結論めいたことを申し上げましたけれども、このような形で我々はしっかりと現状を認識して、この沖縄の力を、ぜひ医療改革、政府の方針の間違いを指摘すると同時に、大局的見地に立ってもっともっと強く要求していくべきだと思います。やはり最終的にはこれは政治的な解決だと思います。そういう意味で皆様方のご尽力を心からお願いしたい

と思います。私も大変微力でございますが、
今回を契機にして少しでも努力をしてみたい
と思います。

大変、超過いたしました。大変失礼いた
しました。

「沖縄の民間信仰とターミナル医療」

講 師：ノーブルメディカルセンター医療顧問

高 石 利 博

座 長：沖縄県医師会勤務医部会副部会長

井 上 治

座 長

沖縄県医師会勤務医部会副部会長 井 上 治

ただいまから「沖縄の民間信仰とターミナル医療」と題しまして、講演をお願いします。

高石利博先生は、新潟大学を卒業され、私の尊敬する先輩のお1人であります。ここ沖縄には私より1年一足先に来られ、この地に精神科医療を根づかせた功労者の1人であります。

ご略歴は、皆様のお手元の冊子を見ていただくことにしまして、ここではご講演をお願いした経緯を手短に話させていただきながら、栄誉ある本大会の座長の労をとらせていただきたいと思います。

高石先生は、昭和55年に海洋博記念公園近くに病院を開設され、現在に至るまで実地場で診療にあたっておられます。その実績から、平成9年には精神保健福祉事業推進の功労で厚生大臣から表彰されております。今年の9月で64歳になられたとのことで、胸のご病気を克服され、また患者さんに刺されたことも沖縄では大きなニュースになりましたが、今は日曜大工を趣味とされ、また奥様と旅行されるのが楽しみと承っております。また、オートバイでツーリングをされるなど、若さと体力を維持しておられるそうです。

本日のご講演ですが、日本は東アジアの一角にあり、その伝統を引き継いでいるということを忘れつつありますが、沖縄には東アジアの多くの民俗がもっていた宗教観、死生観などの原点、すなわちシャーマニズムが残っております。

在宅で人生のターミナルを迎える方も、以前とは少し異なった形ではありますが、今後多くなるやも知れません。そのときに



高石先生が今からお話されることが大きな助けになるのではないかと考えております。

それでは、高石先生、よろしくご講演お願いいたします。

講 師

ノーブルメディカルセンター医療顧問 高 石 利 博

こんにちは、高石でございます。井上先生、どうもご丁寧な紹介ありがとうございました。

先ほどの強烈な菊池先生の講演の後、私の話はひたすらローカルな話ですけど、人の生き死にの話には変わりありませんので、ただ、内容は画面を見て、細かい数字から少し目を休めるつもりで、私の話を聞いていただければ幸いです。

沖縄の縄というのは、日本海のはざまに縄を結ったように島々が点在すると、そういう意味だそうです。海の中にたゆたうと島が点在して、中国とも朝鮮とも日本とも等間の距離がある。独特の琉球文化というのが育まれたところであります。

ところが、近代に入りまして、列強の国に支配され、いわば虐げられるわけです。いいこともたくさんあったんでしょうけれども。それを中国時代はトゥーヌユー（唐の世）、アメリカユー（アメリカ世）、その前に日本のヤマトユー（大和世）というのがあります。これは島津藩に占領されたというふうな状況の、非常に歴史的に難しい状況になっておりました。それは現在でも、日常生活に影を落としていまして、先ほど話がありましたように、教科書問題もありますでしょう、それから数年前は沖縄国際大学の中に軍のヘリコプターが落ちています。日本のアメリカ軍の75%が沖縄に集中しているという。基地被害というものもあると思います。

それでまた沖縄には、社会経済的な問題は、ピンキリ物語というおもしろいのがあります。ピンからキリまである。真ん中がないんです。ピンとキリがあります。結局、



例えば長寿は日本一でよろしいですね。出生率も日本一。女教師の数が日本一とか、移民が日本一。台風が日本一でも困りますけど。米軍の基地も日本一というのは困ります。それから、離婚率日本一。失業率日本一であれば、当然、県民所得最下位。飲酒運転日本一も、これはよくなってきていますが、免許証を紛失するのも日本一だそうです。水商売日本一って、皆さん昨日あたり行って来られましたかね。タバコ日本一で、筑紫さんじゃないですが肺癌も多いんじゃないでしょうか。

ということで、これは歴史と文化が違うんですから、数字を挙げれば極端な数字になるのは当然のことですけども。沖縄を知る上でのピンキリ物語というのもあります。

そんな沖縄の中で、沖縄の文化の中で、ひときわ根強く普遍的に存在する、ある事象があります。それは20年ぐらい前の社会医学会でも沖縄の裏文化と称されたことがあります。それは沖縄の人々の心の中に生き続けている民間信仰、祖先崇拝でございます。

沖縄の人々は、古代から延々と近代までシマチャビといひますか、離島苦。シマチ

ャビだとか戦前戦後の苦しさとか、または
いろんな苦難を乗り越えてきたのは、祖先
崇拜をもつことによって、外国でもいろ
ろ乗り越えてきたんじゃないでしょうか。
また、民間信仰は人々のまつりごととか
そういうことはもとより、細々とした民間
のいろんな行事が、例えば遺産相続とか、
そういうことまで細かくいろいろ根拠を
与えているということで、また人々の心
の問題、死生観に深く関係するものであります。

ここで、しばらくスライドを眺めたいと
思います。



これは北部にあるんですけど、私どもの
病院の屋上から撮った海の眺めです。東シ
ナ海です。白波の内側をリーフといいます。
ラグーンといいます。今、これ引き潮で少
し白っぽいですけど、満ち潮になると1m～
2mで、サンゴ礁の内海です。とってもすば
らしいです。

すばらしい色ですね。飛行機からきっと
眺められたんじゃないでしょうか。

これはまた後で話が出てきます。うちの
病院から離島、東シナ海に伊江島というす
ばらしい形の島があります。

それから、ちょっと骨休めで、これは屋
根の上にシーサーというのが載っています。
これはオリエントから伝わってきたとい
うことで、14～15世紀にオリエントから沖縄
にもたらされたというもので、お家のお守





りです。これは昔は家大工が、漆喰大工さんが、自分の家をつくったときに屋根にのつけたものでして、何か私も大好きなものです。こういう非常に表情豊かな、皆さんがまちを歩くと、上を見ると、こういうのがたくさんあります。最近普通の門構えだとか、または小学校でもお守りが必要と、小学校の大変な状況がありますが、こんなところにも掛けられています。これは本文とあまり関係ないです。



それから石敢當（イシガントウ）というのがあります。石に対する信仰に基づき、災害を除け福を招くということで、T字路の突き当たりや道角にあります。これは沖縄から青森まであるそうですけど。



ところで、少しずつ本題に入っていきますけれども、これは何でしょうかというと、これはお墓です。でーんと街の中に、亀甲墓といいますが、今日はドクターの集まりなので、これは何でしょうか。これはウテルスそのものですよね。形がウテルスで、入口か出口がありまして、両脇に構えがありまして、これはウテルスそのものでございます。

人は死ぬと再び元のところに戻るという思想の表れと言われております。画像にあるように、街の中にでーんとあるわけです。何も違和感がなく、あるわけです。

実はこれ最近撮ってきたんですけど、30年前に私がこのお墓を撮ったときには、周



りは丘陵でした。だから、街の中にお墓があるのではなくて、お墓の周りに街が迫ってきて、こういう状況になっております。このお墓は絶対取り崩せないんです。どんな道路の改造があっても。



これもそうです。これも壮大ですね。人の住むアパートよりもこっちのほうが大きいです。これも昔このような状況でした。これは田舎のほうです。それから、古いのはこんなふうに非常に貫禄がある。これも亀の甲です。

ところが今度は、やっぱり取り崩せないといっても、農地改良であちこちブルドー



ザーが入ると、やっぱりお墓だけは取り壊せないものですから、こんなふうに残っている。残っているが取り崩せない。侵せざるべきところです。

これまたちょっと話を変えて、これは萱葺きの小屋みたいなものですけど、これは古い部落にいくと、いろんなデフォルメされて残っています。これは古い形のアシャギといいますけど。本当はアシャギは神様が足を上げるというものから、実はこの奥に丸太が1本あるんです。これがアシャギで、神様が降りてきてお休みになるところだと。



私、ものを知らないものですから、いつかここに腰掛けていたら、おばあに大変怒られました。



これはこういう鎮守の森みたいなものです。非常に素朴に、全然変わらずにあるわけですね。



これも柱が8本あって、古い形です。ところが最近はこのようにコンクリートになってきております。



もっとおもしろいのは、ここにはツインの御嶽があります。これは2つの部落が一緒になるときに、神様は一緒にできないので、また差もつけるわけにいかないの、きっちり同じ形のツインの御嶽です。

これは諸喜田という部落と志慶真という



部落が一緒になっていますから、この部落の名前は今、諸志です。諸志という部落が、2つの部落が一緒になってできた部落です。こんなふうにツインもあります。



ところがまた、このアシャギのところにトゥンチャーといいますが、お祈りする祠があります。こんなふうで大抵の部落に、どこかにあるんです。この中には何があるのかと覗いて見ますと、石3つ。非常に素朴であります。素朴であるが故に、非常に新鮮ですよ。

またこれはちょっと立派過ぎるんですけ



ど、これはちょっと違う、土帝君（トテイクン）という信仰の場所です。この祠も土地改良にあうと、これも一つだけ残されて

いて、侵すべからざるところですから残されるんですけど。



また、今度は沖縄のお祭といいますか、イザイホーという非常に有名なお祭りが、民俗学的に大事なお祭りが久高でありますけど、これは私の近くの部落の豊年祭です。



先ほどのアシャギのところから、白装束に身をまとったカミンチュといいますか、これはヌールです。

沖縄には民間信仰にヌル系統とユタ系統があります。ヌールというのは琉球信仰の正統の祝の行事のいろんな部落、部落の行



事を、祭を司る。また、ユタというのは、民間の人々の相談に応じる、いわばシャーマンの形なんです。この2系統がある。

これはヌールが主催する村の豊年祭という



ことです。先ほどみたいにどんだん村の中の森深いところに行きますと、森の中で、木漏れ日の中で歌ったり踊ったりするのを見てみると、だんだんこちらでも現実離れして神秘



的な気持ちになってきます。そして、写真の建物がヌール神の祠です。その横にあるのはヒジャイ神といいまして、この祠を守る神様

です。村のおばあち、ご婦人がみんなカミンチュになって、男は太鼓もちです。これは部落の区長さんか、ムートゥヤー（本家）のおじさんですけど、これは太鼓もちで、男の出る幕はありません。



これも首里のほうに向かって、遥拝というんでしょうか、やっている。写真のおばあが非常にシンボリックですけど、おそらく息子が頑張って那覇でアパート生活始まって、おばあは那覇から行事のときだけ帰ってくるんだけど、仲間に入れなくて、寂しそうに何か荷物持って立っているんです。



これも部落中の主たる人たちがみんな揃って豊年のことを、首里のほうに向かって拝んでいるところです。

この写真は沖縄の民家に入りますと、簡単な神棚にトートーメーという位牌のようなもの、それからウコール、お香を立てるところ、それからお酒等を供えている長男のお家の神棚なんです。神棚が全く居間に

あるわけです。



日常生活と死後の世界が近くに存在する沖縄の民間信仰、これは民俗学などの報告から、後生（グショウ）、グショウというのはあの世ですよ。グショウがごく身近に存在すると考えられているわけです。伝統的一般の家の構造で、仏壇にあたるトートーメーを飾る棚のところは、いつも家族が生活する居間にあります。いつも先祖に見守られての生活となります。その部落の季節季節に行われる年間の神ごとの行事も、また各家庭で細々に行われる拝み事（ウガンゲトウ）も、日常生活にしっかりと根づいております。

また、私の病院に入院する認知症のお年寄り、1日・15日になると、何となく落ち着かなくなる。なぜかという、認知症はオリエンテーションが悪いといいますが、しっかりと頭に、80年、90年の1日・15日の拝み事が頭に刻まれているものですから、体内時計で何となく1日・15日は落ち着かなくなります。

私が白衣着て回診していると、認知症のおばあが「イエー兄さん、こんなところにいないで、早く拝み事に行きなさい」と、うっかり回診してますと、私のほうがおばあに注意されます。それぐらい身近です。

お盆なんか、今年もそうでしたけど、旧暦の7月13日はウンケー（お迎え）、15日はウークイ（お送りする）一家を挙げてやる

わけです。みんな遠くから帰ってきて。そうすると長男の嫁は大変忙しい思いをする。私の外来には、その前後、女性が少し疲れて、ストレスで来る外来が増えるというような状況もあります。

要するに、信仰事、神事、またはグソー（あの世）が身近にあります。訪問看護しますと、結局神様の前で私は患者さんを診察するわけですから、どうも神様に見られているみたいで、変な構造ですけど、とても先祖が身近に存在するということを実感します。

ここで、ターミナル医療について話をちょっと変えます。

レジュメにも書いてあるように、人は死を迎えると、その最後のときをその人が過ごしてきた古里、文化の中で家族に見守られながら安らかに迎えることができるのは、それが人生の最良の終焉だろうということは自明のことでありましょう。

今の日本の終末医療、在宅での尊厳死ということが今うたわれておりますけれども、いろいろ問題はありますよね。いつからをターミナルにするか、それから尊厳死とは何だろうか。それから、在宅で支えるシステムは十分あるのか。医者は教育されているのかというようなことがありまして、なかなか……。でも、それでも最近になってやっと厚労省も、医師会もいろいろ試案などガイドラインを検討されているようです。今後は皆さんの研修会でもそういうことが取り組まれていくと思います。

このような、今の日本のターミナル医療の現状を横目で見ながら、今日の話は古くからの習俗として最後の看取りは自宅の畳の上で行われるということが強く求められている地域がここにいますという紹介があります。

それは、自分の病院のある、先ほどの屋上からの眺め、大変いい眺めですけども、



病院のある地域で、このように大変眺めのいい、フクギに守られた部落があるんですけど、この部落が今日の話題です。私の病院はこの部落の付属病院みたいなところがありまして、その病院のお話です。

30年ぐらい前に私がここに病院を始めたときに、私の新潟大学の同級生で、私の医療を手伝ってもらった内科の県立病院の医者ですけれども、ある患者さんを診てもらっていますと、診た途端に「ヤー（家）に帰せ」、お家に帰しなさいというわけです。「待って先生、この人はまだやることがあるんじゃないですか、点滴とか酸素とか褥瘡の処置とか、抗生物質とか、常識ですよ。今、家に帰すと何もできない。」今のように在宅酸素も、訪問看護も、延命の是非の検定もない時代のことでしたから。ところが彼は、私に何を言ってもしょうがないと思うのか、とにかく「ヤーに帰せ」とわめくわけです。今それしかない。変だなと思ってましたけれども。そんなことを繰り返している間に、よくわかりました、何となくわかってきたんです。そこには、民間信仰のコンセプトがあったわけです。沖縄には拔魂といいまして、魂が落ちるといって、魂の思想があって、びっくりしたときなんかはイチマブイ、生きている魂が落ちる。その魂を元に取り戻す簡単な儀式をおばあがやっているんです。

それから、人は死ぬときにはその人のシニマブイ（死霊）が体から離れて遊離するという考えがあるわけです。ですから、ある人が死ぬと、そのシニマブイは体から離れて浮遊するものですから、それは後で自宅に持ち帰らなければならない。そうしなければ、死霊は成仏できずさまようことになり、子孫に何らかのたたりを来すと考えられる。であるから、死に場所は自宅でなければならない。もしほかの場所で客死した、外国とか本土もそうですけど、遠いところで海の外で死んだ場合、そのシニマブイを自宅まで呼び戻さなければならない。この部落では、ちゃんと自宅で死ななければ、葬儀を部落の中でできない。または新しい墓に入れられない。先祖後々までたたりがくるということで、非常にこの部落では自宅ということは強く求められるわけです。

運悪く病院のベッドで亡くなったときも、そのベッドサイドでシニマブイを持って来なければならない儀式がある。これを十分にやらなければ、ユタから、民間のシャーマンから、これこれこういうことをしなければということで、あちこち拝みをして歩かなければいけない。これはまた大変ですよ。医療は日本では、保険がきいておりますけれども、ユタグトゥには保険がありませんから、大変な出費になってしまいます。



これは、先ほどの部落のリーフの端っこに灯台があります。その灯台のところに、シャーマン、着物を着ているおばあさんが

ユタと、自分ではユタと言いませんよ。ユタは弾圧されていますから。拝みをする人（ウガンサー）が家族とともに、スカーワタイといって、外地で死んだ人の魂を呼び寄せるために、わざわざこのおばあが自分の祠をつくった。これは気象庁ですか、灯台の敷地の中に神様を勝手に作ったって、沖縄は許されております。神様に除けと言われないように。おもしろいところにつくっています。



こういう大海原に向かって、これは何か新興宗教みたいになってはいますけれども、これは少しオーバーですけど、もっと素朴な形なんですけど、魂をこの海を越えて呼び寄せるという、壮大な大変なエネルギーがいるんじゃないでしょうか。こういう儀式もあります。



例えば、ある病院に行きますと、玄関のところで拝みしている家族かカミンチュが、ビンシといいまして、携帯用の拝みをする道具を持って、何かやっておりますね。こ

れは交通事故なんかの道路の脇でもよくやっております。これは何をやっているのか



という、この病院の中で、手術場か普通のところで人が亡くなるわけです。そうすると、おばあが来てそこの魂を持って行かなければならない。一般病院は清潔の問題もあるし、線香たかれて辛気臭いから許可しない。そうすると玄関先でやっている。不十分ですよ。ちゃんとやらなければ後々まで祟りがくるので、間に合わせにやっている。



私の病院に来ると、気がついたものですから、ほかの患者さん出してもらって、亡くなったベッドを置いて、家族の人とユタの人、あとは看護師さんとか、そういう人で、どうぞ立派にやってくださいと、私のほうが許可するわけです。そうすると、笹の葉っぱに魂を拾って、くっつけて自宅に持って帰る。これはヌジファというわけです。

また、今度ベッドサイドで、お餅とかお



酒とか果物、塩、線香等をもってやってい



るんです。このベッドで亡くなったものですから、こうやってベッドサイドでやって



いるんです。笹の葉にのせて、お家に連れて帰らなければならないわけです。ここで線香を一度消して、またお家に持って行く



て線香をたくわけです。というようなことをやっています。



ところがまた、あるところで、実はこっちのベッドで死んだんだけど、亡くなったんだけど、便所の周りで何かやってい



るわけです。うちは元ホテルだったものですから、各部屋にトイレがありまして、そのトイレのところで、身内の人ですけど、身内のウガンする人が、トイレで何かやっ

ているわけです。トイレに向かってやっている。後でわかりましたけど、また後で説明しますけれども、トイレの神様って位が高いんです。

このような映像を見て、病院に入院しているとき、死期が近づくと、とにかく間に合ううちにヤー（家）に連れて帰らなければならない。それで、昔の先生は、私の同級生は、ヤーに帰せと。どうせ高石は沖縄のことわからんから、言ってもわからんから、とにかくヤーに帰せとわめいていたわけです。医者はずめに家に帰すことが求められたわけです。

このような厳しい死者儀礼の戒律は、タブーを犯したに等しく、それだけ自宅で家族に看取られての真っ当な死が強く望まれることの裏返しでありましょう。そんなことがわかったものですから、その部落の人にはなるべく死に水を自宅ですべてもらおうようにしておりました。

そんなことをしてますと、いつの間にか、あの病院に行けば最後は自宅に運んでくれるという噂が出たらしく、一時は隣の町の県立病院や那覇の病院から、もう危なくなった人をうちに連れてきて、うちで私がこう診ていて、お家へ送りかえすわけです。ところが急に預かっていて、急変して病院で亡くなりますと、後でその長男が酔っ払ってきて、私に文句を言うわけです。何でお家に連れて帰ってくれるというから先生のところに連れてきたのに間に合わなかったじゃないかと怒られたりですね。またあるときには、そんな失敗があるものだから、早めに送りますと、そのおばあはお家で頑張って、また1週間も2週間も頑張っていると、大阪の身内の人が死を待っているわけじゃないんですけれども、帰るに帰れないで、今度はまた逆に、先生早く帰しすぎじゃないか、やぶ医者めとかと、そんな具合になって、私はどこの先生よりも死亡

の時期を厳しく見極めなければならない変な立場になりまして、それから大変でした。

夜中も、呼吸が止まっても、まだ心臓が動いていますから、アンビューのバッグを置いて、すぐ隣の部落ですから、まだ心臓動いているのでアンビューのバッグ押して、家へ運んで、お家でアンビューを外して、ああ止まりましたなんてやってあげなければならない。これは優れた家族療法なんです。

私がそういうことやっても看護師さんは大変です。夜勤のときは人手が少ないのに、自宅まで送って行ったり、自宅で死後処置もしなければならない。また、私は、この人は退院ではないと、夜間救急外泊だから、病棟の看護師がみるべきだ、なんて私に理屈をつけられて、ヒーヒーして診てましたけど。でも、土地の看護師さんたちはわかっていますから、文句一つ言わずによくつき合ってくれました。

これは30年前からで、最近は病院も増えて、それからだんだんと大和化して、病院で亡くなって、介護施設でも最後を看取る。それから、ターミナル訪問も行われて、そういう役割も最近は少ないと思いますけど。

ところで、自宅で理想的には3日ぐらい過ごすのが一番いいみたいですね。3日ありますと大阪からも駆けつけてこれるし、お家の人や近所の人に最後の別れを言って、それからまたその周りを走り回っている子供たちも、人の死というのは、ある意味ではこんなに悼まれて、こんなに悲しまれて、また病院の死というのはあまりきれい事すぎますから、きれい事じゃないんだ、苦しんで死ぬんだということも子どもの勉強にもなるんじゃないか。

それから、そんな中で思い出深いのは、先ほどのうちから見える伊江島から、106歳のおばあが、熱が出て床ずれができて飯食わなくなったから先生診てくれって連れて

くるわけです、船で。臨時便出してですね。私は106歳まで生きたら何もしないほうがいいんじゃないかと思うけれども、沖縄の人は、たとえ106歳でもやれることはと連れてくるわけです。一通りの治療でよくなるんです。もっとも106歳まで生きているんだから、相当たくましいわけです。それから3年ぐらい生きて、109歳で県内最高齢になりました。

そのおばあは大変生命力があって、点滴とかチューブ栄養はもう嫌だって断るわけです。あとはバナナとアイスクリームで長生きしました。ぼけることもなく、回診で「おばあ、元気ね」と言ったら返事しないんです。おばあが気に食わないらしくて、ああ思い出した、ハイサイ姉さん、ハンシー姉さんってあだ名、幼児名があるんですけど、「ハンシー姉さん元気か」と言ったら、「はい」って返事するわけです。「何ね」って返事するわけです。それぐらいしっかりしている。年聞いたら、「年幾つね」って言ったら、90とかって、30ぐらいサバよんでましたけど。元気なおばあでした。

それが、また、あるとき鹿児島から老先生がうちを縁があってみに来たときに、そのおばあさんに、カーリーをつける。カーリーというのは、長生きした人が後の人に長生きしなさいねって果報をつける。それをつけられて、その老先生は大変感激しまして、うちで働くということになりまして、その老先生はうちで働いてくれましたけど。そんな縁もありました。

そして、数年後、109歳になって、もうさすがに島に帰そうかと、その先生がついていった。そうしますと、具合が悪いから帰したんですけど、一晩ちゃんと島のみんなにお別れをして、翌日さっぱりと息を取りました。109歳でした。

これなどは我々の診たてがよかったなんていうものじゃなくて、むしろハンシー姉

さんが周りに気配りした、最後の気配りだったんじゃないかと、非常に立派な死に方でした。立派な生き方をする人は立派な死に方をされます。

それで、精神科医ですから、実は精神科医の前に、精神科も心のヒーラーと、最近では心の病気と言うと大学の先生に怒られて、高石先生、脳の病気ですなんて言われてますけれども。心の病の治療をされます。沖縄にはユタという、昔から医者がない何千年も前から、ヒーラーとしての、治療者としてのユタもいるわけです。現代医療、私は何千年も前からのユタにはかないません。せいぜい、たかだか現代医療は何十年ですからね。

そんなような関係で、ただユタグトゥ（神事）といますけど、やはり神事で混乱した人が目の前に現れる。また、ユタになる人は、イニシエーション、巫行に入る前にカミダーリと称しまして、精神異常のような状況になる。そういう人が私の周りに現れるんです。わたしははじめ、こんなところで沖縄出身じゃないのに神事の話の偉そうに話しておりますけれども、大変恐縮に思いきつと罰もあたると思いますけど。

例えば、ユタゴトは沖縄の先生方はみんな知っているわけです。知っていて黙っていらっしゃる。私は知らないが故に、大変勉強せざるを得ない。例えば、未知との遭遇というのがありましたよね。昔、ザ・サード・コンタクトというのがありまして、私はそれじゃないかと、私にとってユタ事というのは、ザ・ファースト・コンタクトはユタの話を聞きました。本で読みました。ユタ事とのセカンド・コンタクトは、UFOを見た人、ユタと会ってハンジを受けて混乱した人がセカンド・コンタクト。ザ・サード・コンタクトというのは、ユタになる人が精神偏重を来たして私の目の前にあらわれたことがザ・サード・コンタクト。こ

の1、2、3が全部私の外来へ来るわけです。

実は、余談ですけども、ザ・フォース・コンタクトってあるとしたら、何だろうと考えたら、私がユタになることがザ・フォース・コンタクト。だから、フォース・コンタクトまでは至っていませんけれども。そういうことで、神事の話は非常に身近に、グソー（あの世）が身近にあります。

もう一つ。最後ですから。本土復帰後の35年間の沖縄の厳しい変化を目の当たりに見て参りました。様々な事業が本土並みを目指して豊かになってきたこともありましょう。しかし、何でも本土並みが本当にいいことなのかは疑問も多く感じられる昨今です。

ここに岡本太郎さんの「沖縄文化論」という文庫本がありますけれども、これを久々に読み直していたら、やっぱり非常に優れた民俗学者なんです。沖縄のこの本質をよく書いていらっしゃる。岡本太郎というのは芸術家なのに、芸術家の目というのはすごいと思ったら、彼はパリ大学で民俗学を学んでいるんです。さもありなんという本なんですけれども。この中で彼は、最後に過激なことを言っております。先ほどの、日本は貧乏じゃないという話と同じようなことなんですけれども、ちょっと発想を変えて、この文化論の中で、「沖縄は本土に復帰する」などと考えるなど、これは復帰前の話ですから。「本土が沖縄に復帰すべき」だと思うべきである。と過激にウチナーンチュの自負を惹起するような発言をしております。

そこで、私もこの本の岡本太郎さんの言葉を借りると、在宅死、最後の看取り、尊厳ある死というものも、最近では沖縄は本土並みになって病院で死ぬ人が多くなりましたけど、もう一度考え直して、やっぱり本土がこういうものを、忘れられた日本という気持ちもありますから、これは本土並みに

なっていくけない、やはり沖縄を見習ってもらいたい、沖縄並みになってもらいたいという一言で終わらせていただきたいと思います。

表面的にいくら世代わりしても、人の心の中の信仰は、あの亀の甲墓のように泰然自若として、いつまでもしっかり根をおろして存在するものと思われま。

以上、ターミナルケアのことにに関して、沖縄の事例を挙げて、このような信仰とスピリチュアルの理由で、当然の如く在宅が追求されたところがありますというご紹介と、また私も沖縄の心としての先祖崇拝、これは先祖、親、自分と続く人間関係を大事にする民間信仰に接したことにより、私の精神科医療者としていろいろ学ぶことが多くありましたし、また、今日ここでこのような壇上から皆様にお話をすることができましたのも、沖縄の先祖ごとにみとられた広い心のなせる業だと思ひまして、感謝しております。

ご静聴ありがとうございました。

「病院の機能分化について～勤務医の現状をふまえて～」

座 長：沖 縄 県 医 師 会 副 会 長

玉 城 信 光

沖縄県医師会勤務医部会委員

城 間 寛

シンポジスト：

厚生労働省医政局

佐 藤 敏 信

琉球大学医学部附属病院

須加原 一 博

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

下 地 武 義

浦添総合病院

銘 莉 晋

ちゅうぞん病院

今 村 義 典

沖縄県立中部病院

依 光 たみ枝

コメンテーター：

日本医師会常任理事

鈴 木 満

座 長

沖縄県医師会副会長 玉 城 信 光

皆さんお疲れのところだとは思いますが、これから本日のこの勤務医部会のメインテーマでありますシンポジウムを開催いたしたいと思います。

テーマは、「病院の機能分化について～勤務医の現状をふまえて～」ということで、分析を通していきたいと思います。

司会は、私玉城と城間で行いますが、私も勤務医をやめてもう12年ぐらいになるものですから、現状の勤務医のことがよくわかりません。それで、前半のご講演の司会を私にさせていただきまして、後半のディスカッションを城間先生にお願いしようかと思っております。シンポジスト6名のご講演が終わりまして、その後、常任理事の鈴木先生からコメントをいただきまして、その後ディスカッションに入って参りたいと



思います。先生方のご略歴は冊子をご参照いただきたいと思います。

それでは、まず最初に、「厚生労働省の考え方」と題しまして、厚生労働省医政局指導課長の佐藤敏信先生にお願いいたしたいと思います。よろしくお願いいたします。

沖縄県医師会勤務医部会委員 城 間 寛



(1)厚生労働省の考え方

厚生労働省医政局指導課長 佐藤 敏 信

ご紹介をいただきました厚生労働省医政局指導課の課長で佐藤と申します。

今般は日本医師会、それから沖縄県医師会の主催のもと、こういう機会を与えていただき大変光栄に存じます。

もともと全国医師会の勤務医部会ということでお話をいただきましたときに、私自身が指導課長という立場を離れても、非常に興味と申しますか、関心を持っております勤務医の先生の給与を含めました処遇とか身分とか、そういう話でお招きいただいたのかなと思っていたのですが、タイトルを見ますと「病院の機能分化」ということです。ですから、指導課長の本分に近い部分になりますので、そういう意味で、私自身の関心があります処遇だとか、勤務医の先生方がどうすれば気持ちよく働いていただけるかという話は、おそらくは冒頭座長からお話がありましたように、ディスカッションの時間をいただけるようですから、質問の中でもお答えするとして、今日は機能分化の話を中心に、少し無味乾燥な話も交じりますけれども、お話をさせていただきたいと思います。

では、スライドを準備しております。

最初に、指導課という名前なので、何を指導するんだろうと思われると思いますので、ちょっとイントロダクションです。

医療にかかわる行政ってどういうものからなっているかということなんです。私は人にお話を申し上げるときには、医療にかかわる行政っていうのは、ヒト、ハコ、カネですという話をしています。

ヒトは、読んで字の如くですけど、医師法などの身分法。もちろん保健師、助産師、



はじめに 1

・医療に係る行政

- 人
⇒ 医師法等の身分法 — 医事課
- ハコ
⇒ 医療法 — 総務課、指導課
- カネ
⇒ 健康保険法 — 保険局各課

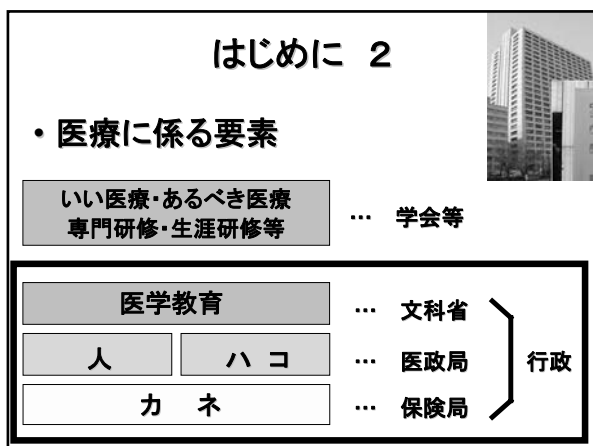


看護師等々、コメディカルな身分法もありますが、いずれにしても、人ということになります。これは医政局の医事課というところがやっています。

それからハコは建物のことです。これは医療法という法律によっておりまして、ここが総務課とそれから赤字で強調しておりますけれども、私ども指導課がやっているということになります。例えば、放射線の機械を入れるのであれば、放射線の防御はこのくらいじゃないとだめよとか、100床ぐらいの病床があって、外来が毎日300人ぐらい来ているとすると、これぐらいの法定人員が必要ですよ、お医者さんはこのくらい、

看護師さんは何人ぐらい、理学療法をするならこのぐらいと、そういう人員に関する、ハコに関する、これを医療法でやっている。

それから、最後はカネでございまして、これは先生方ご存じのように健康保険法。これは局が違いまして、医政局ではなくて保険局というところでカネを扱います。



ヒト、ハコ、カネをやっていると申しましたけど、医療というのは、さっきのこの図でいきますと、ヒト、ハコ、カネだけで医療が出来上がっているわけではありまませんで、これは私が申し上げるのは釈迦に説法ですけども、いい医療だとか、あるべき医療だとか、あるいは専門研修とか生涯研修というものがコアにあって、その外側の医療にかかわる要素で考えると、いい医療とかあるべき医療とかが本当はコアにあってということなんでしょうが、私ども行政のほうは、さっき言いましたヒト、ハコ、こういうことを医政局がやりまして、カネを保険局がやる。さらに医学教育あるいは卒前教育と呼ばれるのは文科省が担当しているわけですから、行政は、どちらかというといい医療とかあるべき医療とか、今後どういう方向にもっていこうか、あるいは今日のテーマでございまして、もしかしたら病院の機能分化、こうしたところはやや、言葉は悪いですけど、手薄になっていたの

かもしれません。行政を下支えするという土台の部分を担当させていただいて、いい医療、あるべき医療、こういったところは学会でありますとか日本医師会でございしますが、そうした方をお願いをしていたという状況かなと思います。

ただ、こういう役割分担だけでも最近なかなかうまく動かなくなっているんだろうということだろうと思います。

そうした中で、今般、いよいよ具体的な話に移ってまいりますけれども、今般の医療法改正中心に医療の機能分化の話をしたと思います。

良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律の概要	
平成18年6月21日 法律第84号	
概 要	
1 患者等への医療に関する情報提供の推進	〔患者等が医療に関する情報を十分に得られ、適切な医療を選択できるよう支援する。〕 ○ 都道府県が医療機関等に関する情報を集約し、分かりやすく住民に情報提供し、住民からの相談等に適切に応じる仕組みの制度化〔医療法、薬事法〕 ○ 入院時における治療計画等の文書による説明の位置付け ○ 広告規制の見直しによる広告できる事項の拡大〔以上 医療法〕
2 医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進	〔医療計画制度を見直し、地域連携クリティカルパスの普及等を通じ、医療機能の分化・連携を推進し、切れ目のない医療を提供する。早期に在宅生活へ復帰できるよう在宅医療の充実を図る。〕 ○ 医療計画に、脳卒中、がん、小児救急医療等事業別の具体的な医療連携体制を位置付け ○ 医療計画に分かりやすい指標と数値目標を明示し、事後評価できる仕組みとすること〔以上 医療法〕 ○ 遠隔時調整等在宅医療の推進のための規定整備〔医療法、薬事法〕
3 地域や診療科による医師不足問題への対応	〔へき地等の特定地域、小児科、産科などの特定の診療科における医師不足の深刻化に対応し、医師等医療従事者の確保を強化する。〕 ○ 都道府県の「医療対策協議会」を制度化し、関係者協議による対策を推進 ○ 医療従事者への地域医療確保への協力の位置付け〔以上 医療法〕
4 医療安全の確保	○ 医療安全支援センターの制度化、医療安全確保の体制確保の義務付け等〔医療法〕 ○ 行政処分を受けた医師、歯科医師、薬剤師及び看護師等に対する再教育の義務化、行政処分の類型の見直し等〔医師法、歯科医師法、薬剤師法、保健師助産師看護師法〕
5 医療従事者の資質の向上	○ 行政処分を受けた医師等の再教育の義務化等（再掲） ○ 看護師、助産師等について、現行の業務独占規定に加え業務独占規定を設けること〔保健師助産師看護師法〕 ○ 外国人看護師、救急救命士等について、臨床研修制度の対象とすること〔外国医師等の臨床研修法〕
6 医療法人制度改革	〔医療経営の透明性や効率性の向上を目指す。公立病院等が担ってきた分野を後継医療法人制度を創設する。〕 ○ 解散時の残余財産の帰属先を制限する医療法人の非営利性の徹底 ○ 医療計画に位置付けられたへき地医療、小児救急医療等を担うべき新たな医療法人類型（「社会医療法人」）の創設等〔以上 医療法〕
7 その他	○ 施設規制法の性格が強い現行の医療法を、患者の視点に立ったものとなるよう、目的規定及び全体的な構造の見直し ○ 有床診療所に対する規制の見直しその他所要の改正〔以上 医療法〕
施行期日 ◎ 平成19年4月1日を基本 ※ 有床診療所の見直しは、平成19年1月1日 ※ 薬剤師、看護師等の再教育、行政処分の類型の見直し等は、平成20年4月1日	

少し字が小さくなっておりますので、見づらいと思いますけれども、タイトルだけ見ていただければ結構ですけれども、患者さんや患者さんの家族に対する、医療に関する情報提供の推進。それから、これがポイントなんですけど、医療計画制度の見直し

を通じた医療機能の分化、連携の推進。それから地域や診療科による医師不足問題への対応。それから、医療安全、医療従事者の資質の向上、医療法人制度化、その他ということで、平成19年4月1日に施行されたわけです。

スライド3に戻りますと、これまでは医療法というのは何度も申しましたが、ヒト、ハコ、カネ。そのうち医政局のほうでは、ヒトとハコだけを担当しておりましたし、それも純粹に基本となる土台となる部分だけを担当していたわけですが、今回の医療法においては、多少とも医療の提供に関する部分が出てまいりました。最も大きいのは2番でしょうけれども、それ以外にも、患者さんへの医療に関する情報提供ということで、非常にわかりやすく言いますと、広告の事実上の解禁ということになるだろうと思います。それから、広告の解禁のみならず、都道府県が窓口になりまして、個々の医療機関が持っております医療の機能、あるいは質に関する情報というものを、むしろ直接的にインターネット等を通じて公表していくという仕組みになります。

先ほどから何度も申しております医療計画につきましては、この中でクリティカルパスでありますとか、在宅へ復帰というような話を盛り込みまして、ここがまさに今日のテーマであります医療機能の分化、連携にあたる部分であります。

医療機能情報については、先ほども申し上げましたように、広い意味でいいますと、広告の解禁だとか、インターネットによるむしろ積極的なマスト（must）といいますか、「ねばならない」という意味での情報の提供というようなものが進んでいくわけです。今日のテーマと直接には結びつきませんのでスキップさせていただきます。

一方、先ほどから何度もお話をしております医療機能、あるいは病院の機能分化と



いったような話は、事実上は医療計画の作成の中で具体化していくということになっております。

先生方ちょっと思い出していただきたいんですけれども、現行の医療法に基づく医療計画というのは昭和60年の12月にスタートするわけですが、そのときに何がポイントだったかというと、基本は必要病床数というものでございまして、単純に申しますと病床規制をして過剰な地域ではもうこれ以上は病床はつくっていただかない。不足しているところはつくっていただいてもいいよという非常にシンプルな病床の規制をして、自由な病床の拡大の規制をしていく。こういう法律の内容が中心でございました。

その後、名前が何度か変わりましたが、例えば「地域医療計画」と「地域」がついてみたり、あるいは「地域保健医療計画」と

「保健」がついてみたりしてきたわけですが、物事の本質という意味では、やっぱり必要病床数、つまり病床の規制というものが中心でして、それにせいぜい公衆衛生学的な、例えば精神保健に関わる対応をどうしていくのかとか、あるいは母子保健をどうしていくのかとか、感染症対策はどうしていくのかというような、公衆衛生的な、抽象的なというと怒られますけれども、非常に抽象的な概念がくっついて、「地域保健医療計画」とかいう名前になっていたわけです。

しかしながら、今回の医療計画では、ヘルスに関することは、「健康日本21」のような、別な計画にもう委ねまして、ある意味、本来の姿である医療の計画に純化した、特化したということが言えると思います。

また、必要病床数に相当する、先ほどから何度も申しておりますが、病床規定に相当する部分というのは、基準病床数という言葉を変えましたけれども、基本は残ったということです。

ただし、その車の両輪といいますか、片一方で医療計画の中に、医療そのもの、あるいはもうちょっと言い換えると、疾病群のようなものを規定して、ここについて客観的な指標も含めて、これまでともすると抽象的であったり、比較的予防を中心とした公衆衛生学的記述であったものが、ある程度病院のようなものも、特に急性期の病院を念頭に置いたような医療の計画、こういうものをつくってくださいというお願いをしたわけです。

今日は基準病床数の話はいたしませんけれども、いずれにしてもそういうことで、基準病床数と並ぶ柱として、こうした医療計画をつくっていただくということにしたわけです。

私どもは4疾病5事業という言い方をしております、脳卒中、心筋梗塞、癌、糖尿

病という4疾病に、周産期医療、救急医療などの5事業からなっているわけです。これらについて、20年4月から各都道府県でお作りいただくということにしております。しかし、4疾病5事業と簡単にいいましても、全部で9つあるわけですから、これを急に県でつくれといってもなかなか難しいわけですが、分類をしてみますと大きく3つに分かれることがわかりました。

まず、全く新規につくらないと、いけないだろうと思われるのが脳卒中と急性心筋梗塞になります。それに対して、他の計画や通知があるよねと。例えば癌拠点病院構想だとか、あるいは日本医師会で一生懸命つくっていただいている糖尿病の連携の話だとか、あるいは母子保健課というところがやっておりますけれども、周産期医療のネットワークの話、こういうものは既に計画がありますので、こういうものと整合性をとって、少し手を加えるだけで何とか計画ができる。

それから、これすべて私どもの課になるんですが、救急医療、あるいは阪神・淡路大震災以降にできました災害医療、それから昭和30年代からあります僻地医療、それに小児医療、こういったものは基本の計画がありますから、これらを見直していただくだけでいいです。すなわち、この2つを少し丁寧にご検討いただければ、大体この9つの疾患と事業については計画は立てていただけるだろうと、こういうふうに考えています。

後ろのほうからは見づらいかもしれませんが、左側から予防、それから病院前救護、急性期、回復期、維持期、こう分けまして、機能、目標、医療機関で求められる事項、連携指標による現状把握、こういうふうにしております。

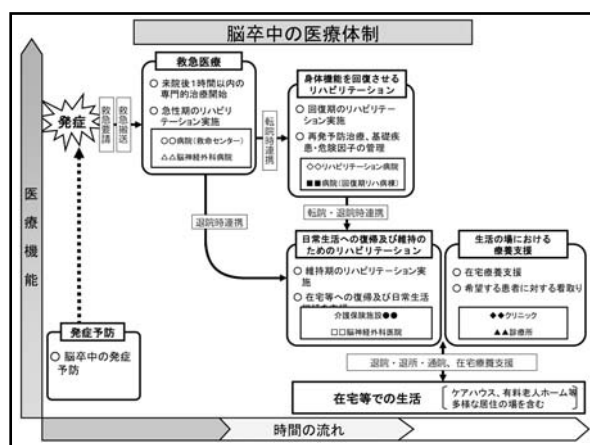
先ほどから何度も申しておりますように、厚生労働省はこれまでは医療の世界では、



ヒトとハコが中心だったと申しました。あとは予防にかなり力を置いていたというのは事実なんです。今回、特定健診という話もありましたけれども、歴史的に見てみると、昭和30年以降、成人病対策という中で、58年の老人保健の健診等々、予防というものに非常に力を置いてやってきたわけですから、純化、特化して書いていただけるんだという話をしましたが、そういう意味で、私だけの気持ちかもしれませんが、かなり急性期の部分に力を置いてつくっていただきたいなというふうに思っているわけです。それは私ども指導課が先ほども申し上げましたように、単に病院の指導というだけではなくて、救急医療という枠組みも持っております。また、僻地という枠組みももっている。そうした中で、救急医療のよさ、あるいは救急医療の意義といえますか、あるいは総務省、消防庁などとの連携の歴史、こういうものをもってありますので、急性期の部分を中心に少し枠組み、軸を考えていただきまして、そこから患者さんが流れていく。あるいは急性期になる前に病院前救護だとか予防も考えていただくという。軸は急性期を中心に考えていただいて、そこから維持期の方向を見る、あるいは予防の方向やAED、あるいはいわゆる心肺蘇生法みたいなものもあるかもしれ

ません。あるいは、最近は日本医師会のお力添えを得てMC協議会だとかつくっておりますけれども、消防本部における医師の常駐だとか医師の関与だとか、そうしたものを見ていく。ここを中心の前に後ろを見ていこうと。こういう形になっています。

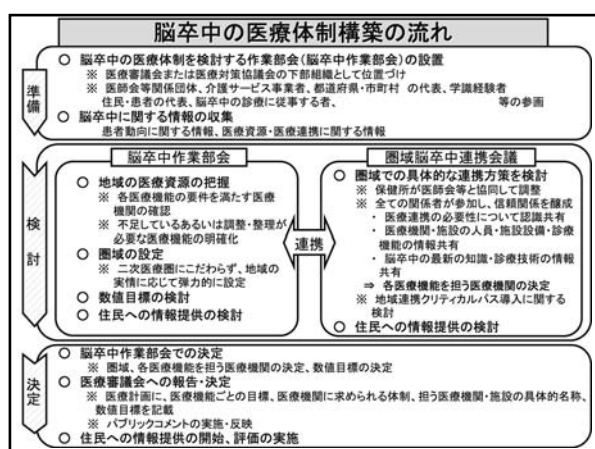
そこで、県に今やっていただきたいなと思っているところは、医療機関の例。自分の県や府や都に、そういう医療機関があるのかないのか。あるとしたらその能力は十分なのか、ないとしたらどこかの病院と連携をとればできるのかどうかという、ここを考えていただくというのが、おそらくは県の役割になるんだろうと思います。



私ども県にお話をするときに、今のは表でしたけど、図にするとこんな感じですよということで、図を頭に置きながら、ちょっと薄くなってしまっていて読みづらいですけど、脳卒中の例ですとこんなふうになっていますよと。X軸に時間の流れがあって、Y軸に医療の機能があって、発症予防していただくんですけど、救急医療あるいは急性期の医療で、かなりレベルの高いところをやっていただく。時間が流れていくと、連携をしていただく、あるいは退院をしていただく、こういう感じになりまして、こういうグループの医療機関、こういうグループ、こうしたところで、ある程度役割分担を決めていただきたいという話をして

いるわけでございます。

それで、今度は別な次元で書いてみたんですけど、今、脳卒中を例にとりましたが、では実際に医療体制を構築するときはどういう手順でつくってもらいますかというのを書いたものがこれです。これはもっぱら県の担当者に見ていただきたいということですが、作業部会を設けるなどして、こういう一連の流れ図をつくっていただきたいということでございます。



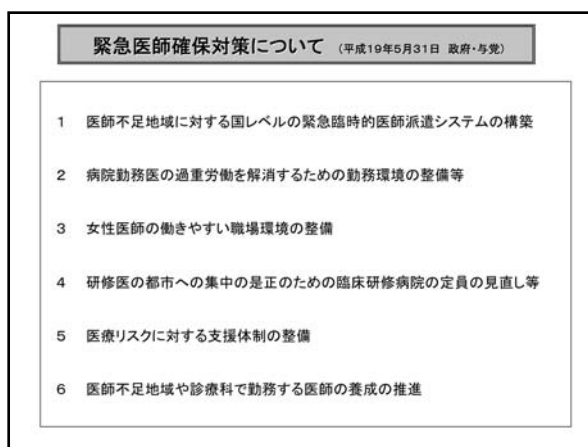
それで、時間があまりありませんので、もうこのくらいにいたしますけれども、こうした形で連携をとっていただくときのポイントが2つくらいあります。

まず1つは、先生方覚えていらっしゃるでしょうか、総合病院制度というものがつい最近までございましたよね。総合病院の考え方というのは、わかりやすくいうと、私はデパートかあるいは総合スーパーだと思っています。つまり何でもある。日常の食料品からちょっとした衣類もあるし、それこそお手洗いの清掃道具まである、ちょっとした大工道具まであるというような総合スーパー化を目指して、日本中、大体どんな地域においても、どんな二次医療圏においても、大体そういう総合スーパー、あるいはデパート的な医療機関というものの配置というものを考えていたわけですが、総合病院制度がなくなりまして、さら

にまたこういうお話をしていきますと、ある意味では昔の総合スーパー、デパート型から、ブティックとは申しませんけれども、専門店型というものを次のステップでお考えいただきたいということになるだろうと思います。

そういう意味で、まずその総合病院型から専門店型、あるいはブティック型に病院の役割をよく見直していただいて、ビジネスの世界でいう選択と集中とでも申しましょうか、自分の病院の得手・不得手と申しますか、アドバンテージがあるところ、そうじゃないところを見極めていただき、ある意味特化していただくというのが1つ必要になってくるのではないだろうかと思います。

それから2つ目は、その場合に、それがすべてとは申しませんが、シンボリックに申しますと脳卒中ですと、例えばt-PAみたいなものが適切に実施できるとか、あるいは心筋梗塞でありますと、緊急心カテだとかステントが実施できるとか、そうしたある意味シンボリックな能力、質というものがあのか、ないのか。ないとしたらどうすればいいのか、もう一度充実されるのか。それとも他の病院にお願いするのかということを考えていただくのだろうと思います。



時間がなくなってきましたので、医師確保対策については、とりあえず早めていきますが、幾つか平成19年5月以来、政府与党

の緊急対策ということで、大体6つぐらいに分けて対策をとっております。

2. 病院勤務医の過重労働を解消するための勤務環境の整備等

病院勤務医の過重労働を解消するため、

- ① 病院に勤務する医師の働きやすい環境の整備
- ② 医師の業務を補助する医療補助者等の配置の推進
- ③ 地域医療を支える病院に対する支援の拡充

① 病院に勤務する医師の働きやすい環境の整備のため、
「交代勤務制」等の導入を進め、医師の勤務時間の短縮を図る。

② 医師の業務を補助するため、
・医師を補助する医療補助者の配置を進めるとともに、
・院内助産所や助産師外来を普及し、助産師の活用を進める。

③ 地域医療を支える病院に対する財政支援等を充実するため、
・自治体病院等への財政支援を充実する。

○ 病院勤務医の負担軽減に資するよう、交代勤務制等の導入を支援するための補助事業等を拡充

○ 病院勤務医の負担軽減に資するよう、医師等の様々な事務を補助する医療補助者の配置を推進するためのモデル事業等の創設

○ 身近な地域で安心し出産できる環境整備に資するよう、地域の実情により分娩数が少なく採算が取れない産科医療機関を支援するための補助事業を創設。

○ 診療報酬全体の見直しの中で勤務医の負担軽減のための方策についても検討 等

3. 女性医師等の働きやすい職場環境の整備

○ 女性の医師や看護職員が働けやすい保育所（院内保育所、24時間保育、病児保育等）を普及する。
○ 離職している女性医師が、復職するために必要な研修を実施する病院等への支援や、現在実施中の女性医師バンクの実施体制の充実にを図り、復職支援を支える。

【保育所等の充実】

24時間利用可能な保育所、病児保育等の設置


インターネットを通じて情報提供、専門スタッフによるコンサルテーション等就業支援


女性医師・バンクに応じて働くことのできる柔軟な勤務形態の選択と施設事業を実施


求人者（医療機関）
インターネットを通して求職からの受付け

院内保育所のさらなる拡充（24時間保育等の補助員の引き上げなど）
女性医師の復職のための研修を実施する病院等に対する補助事業を新たに創設
就業相談機能を充実することにより、「女性医師バンク」の体制を強化 等

特に、2番目に書きましたけれども、病院勤務医の過重労働の解消ということで幾つか考えております。例えば、交代勤務制の導入を進めて医師の勤務時間の短縮を図れないのか。あるいは、鈴木先生からも後押しをしていただいているんじゃないかと思えますけれども、医師の業務を補助するためのメディカル・クラークのような補助業務が活用できないかとか、自治体病院への財政支援等ができるのかできないのか。こうしたことを診療報酬でも、あるいは一般会計からの補助金制度でも対応できないかということで、各方面とも協議しているという最終です。

それから、おそらく後ほどもあると思いますが、女性医師が働きやすい職場環境でも、看護課が、もともとは看護師中心だ

4. 研修医の都市への集中は是正のための臨床研修病院の定員の見直し等

① 研修医の都市への集中は是正のため、臨床研修病院の定員数を削減する。
② 大学病院を含む臨床研修病院の臨床研修の在り方を見直し、地域への医師派遣機能を有する病院を優遇する。
③ 臨床研修後の専門医（医師国家試験合格後5～6年で到達）に向けた研修について、地域医療への従事を要件とすることや、その研修を行う病院については、医師派遣機能を有することを要件とすることなどを検討する。

現状

研修医・医師の分散化

是正後

- 都市部の臨床研修病院について、医師不足地域での研修を支援する補助事業を創設
- 今年中に都市部への研修医の集中は是正のための医師臨床研修病院の定員の見直しの実施に着手
- 医師派遣に協力する臨床研修病院への臨床研修費補助金の在り方について検討 等

5-1. 産科医療補償制度

分娩時の医療事故により障害を受けた方々の早期救済と、医療紛争の早期解決に資する産科補償制度を速やかに実現する(19年度中からの実施を目指す)。

```
graph TD
    A[通常妊娠・分娩] --> B[急性麻痺となった場合]
    B --> C[補償金の支払い]
    C --> D[事故原因の究明]
    D --> E[医療機関側に過失あり]
    D --> F[医療機関側に過失なし]
    E --> G[賠償]
    F --> H[補償なし]
    G --> I[無過失補償制度の創設]
    H --> I
    I --> J[○早期救済  
○紛争の早期解決  
○原因究明・再発防止]
```

通常妊娠・分娩

急性麻痺となった場合

補償金の支払い

事故原因の究明

医療機関側に過失あり

賠償

医療機関側に過失なし

補償なし

今までは

無過失補償制度の創設

○早期救済
○紛争の早期解決
○原因究明・再発防止

(医師賠償責任保険等への求償)

ったんですけど、院内保育所に女性のお医者さんを入れるようにということで、院内保育所の活用もしておりますし、これもまた日本医師会のお力添えで、女性医師バンクなどもスタートをしているところでございます。

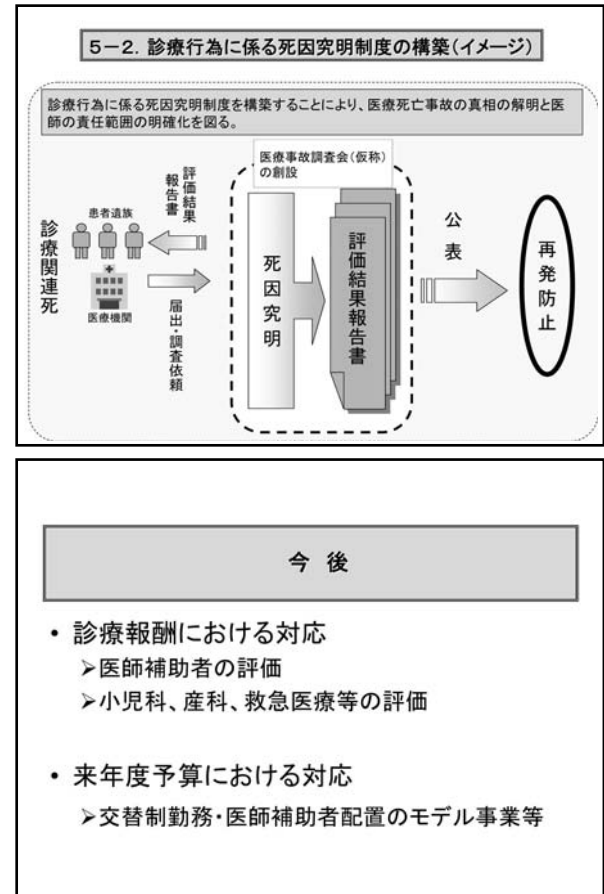
このほか、メディファックス等でお聞き及びかかもしれませんけど、研修医の都市への集中の是正みたいなことも次のステップとしては考えております。

それから、これもタイトルだけでとどめますけれども、産科のお医者さん、特にCDによる訴訟等々に対応するために産科医療補償制度を考えておりますし、並行しまして診療行為にかかる死因究明制度、本当はADRというようなところまでいけばいいのかもしれませんが、一足飛びにそこまでは行きませんので、死因究明制度というものも先ほどのノンフォールト・コンペ

ンセーションと併せまして検討しているところですよ。

何度も申し上げました。これはまとめですけれども、今後ですが、次期診療報酬改正の中でも、産科、小児科、あるいは外科系、もうちょっと別な視点から言いますと、病院というものに着目して、診療報酬上も評価していただける、何となく感触があるんです。

それから来年度予算におきましても、何度も申しました交代制勤務だとか、医師補助者配置のモデル事業みたいなものについて、財務省にも話はできたところなので、絵にかいた餅にならないように、少し魂を吹き込んでいく努力をこれからしたいと思っていますところですよ。ご清聴ありがとうございました。



大学病院の現状

琉球大学医学部附属病院副院長 須加原 一 博

皆さま、こんにちは。琉球大学の須加原です。

本日はこういう会にお招きいただきまして感謝しております。皆様にご理解頂けるように話ができるか心配ですが「大学病院の現状」ということを発表して、その機能分化という点については皆さんとともに考えていきたいと思っております。



大学医学部 — 大学病院（特定機能病院）

教育 研究 診療	臨床実習 臨床研修 臨床研究 臨床治療	良質な医療人の育成 先端的医療や高度医療の提供 地域中核的医療機関 離島僻地医療への医師派遣
----------------	------------------------------	---

（医学生、大学院生、研修医）

平成16年4月

- 1) 国立大学法人化一経営改善係数、経費人員削減(効率化)
労働基準法、労働安全衛生法の遵守
- 2) 新臨床研修制度発足一研修医の一般病院での研修
2年間の新研修医入局なし
大学病院の医師不足一診療、指導体制の弱体化と
過重労働
医療安全面低下
医師派遣機能低下一地域医師不足問題の深刻化

琉球大学医学部附属病院は見晴らしのよい西原の丘の上にあります。東側の病棟からは神の島の「久高島」が見えます。ただ、台風ときには非常に風が強くて、ドクターが突風で吹き飛ばされて硬膜下血腫を起こしたという事実もあります。

ご存じのように大学病院は、医学部とともに教育、研究、診療という3本柱の使命をもっております。医学生、大学院生、あるいは研修医、医員等の教育から、良質な医療人の育成、あるいは先端医療の提供など地域の中核的な医療機関としての役割を果たしてきたわけです。特に離島、僻地医療への医師の派遣というのも、いわゆる医局というのを通して、ある程度はやられてきたかと思えます。私もこの沖縄に2000年の

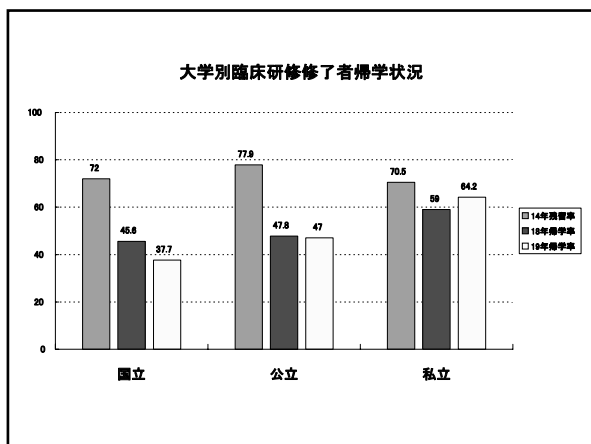
サミットの時に赴任しまして、私が第一に挙げた医局の基本方針は、この離島をサポートするということでございます。2年間の離島任務を果たすことが、沖縄で医師として働く上で必要であるというのが私の考えでした。

ところで平成16年4月、国の方策として、国立大学の法人化というのが行われ、2%の経営改善係数、琉球大学でいえば2億円です。それと効率化係数1%、これは1億円です。それに加え、診療報酬の値下げというのがありまして、これが3億円ぐらいになり、6億円の増資が要求されています。そういう厳しい中であって、労働基準法、あるいは労

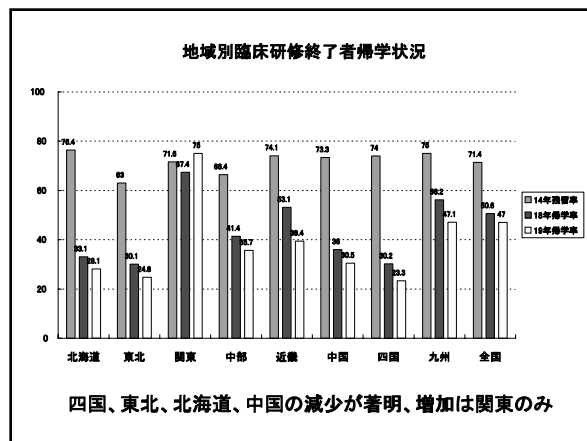
働安全衛生法の遵守というのが義務付けられてまして、非常に厳しい状況に追いやられております。

それにまた輪をかけたように、新臨床研修医制度の導入ということで、研修医が一般病院での研修を始めまして、2年間新研修医の入局なしの状態で、これは大学病院の機能を麻痺させるようなことでございます。

このように大学病院の医師不足、診療指導体制の弱体化、過重労働ということから、非常に医療安全面の低下というのが危惧されております。毎年病床数の1.5倍ぐらいのインシデントが出ておりますけれども、まだ新聞に出るようなことはありません。また、大学の医師派遣機能の低下ということで、地域医師の不足問題が社会化、あるいは深刻化してきたという状況だと思います。



このスライドは大学の臨床研修修了者の帰学状況を示していますが、元来、70%以上は大学に残って研修をしてきておりましたが、平成18年、19年、今年2期生が初期研修を終えるわけですが、ご覧のとおり、国立大学病院では悲惨な結果になっております。地域別に見ますと、四国、東北、北海道、中国の両地域では非常に減少が著明で、増加しているのは関東のみ、先ほど佐藤先生からもお話がありましたけれども、この都市集中型に極端になっているというのが現状でございます。

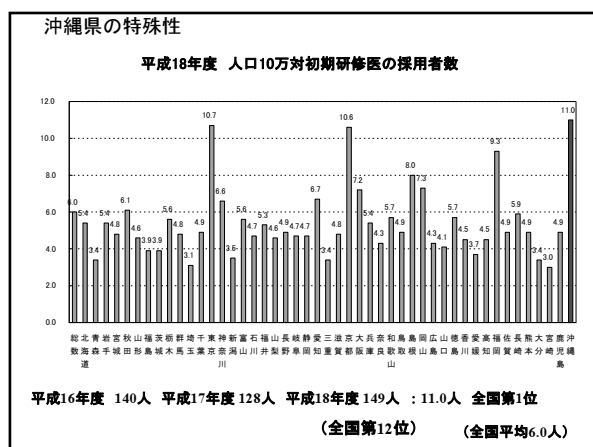


結果

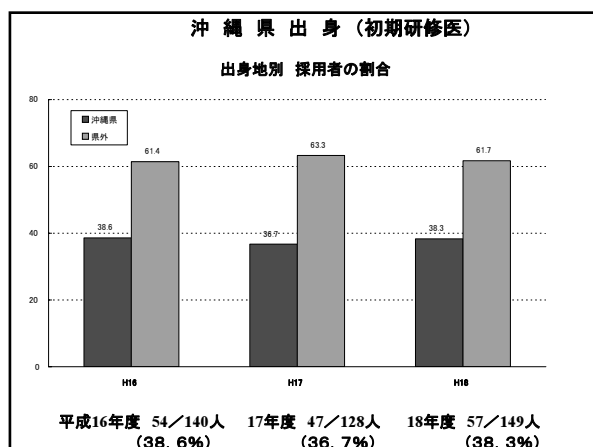
- 1) 大学所属医師の激減
 - 2) 国立大学での減少が著明
 - 3) 地域別では、四国、東北、北海道、中国の減少が顕著
 - 4) 診療科別では外科系(28%)、整形外科(27%)、救急が減少
 - 5) 内科(6%)など基本的診療科も減少、麻酔科、皮膚科、精神科放射線科などが少し増加
 地方の国立大学での大学離れが加速
 (地域格差が増大、地方医療の崩壊)
- 診療科間の格差増大
 (患者生命に関わる救急医療、外科、基本診療科の崩壊?)

そういう分析をしてみますと、大学所属の医師の激減、個別大学での減少が著明で、地域別では、九州は東北、あるいは寒いところに比べれば少しはいいんだということです。また診療科別でも、外科系、あるいは整形外科、救急が減少しています。ことからは内科系も減少してきております。幸い私は麻酔科なんですけれども、麻酔科、皮膚科、精神科、あるいは放射線科などが少し増加しているという状況でございます。麻酔科は増加しても、後で述べますけども、手術件数が増えているということで、相対的に減少しております。地方の国立大学での大学離れが加速して、地域格差が増大、地方の医療の崩壊の状態になっていると言われているところです。また、診療科の格差も増大し、患者生命にかかわる救急医療、外科、基本診療科の崩壊と、これは医療の崩壊につながるものではないかと思ってお

ります。

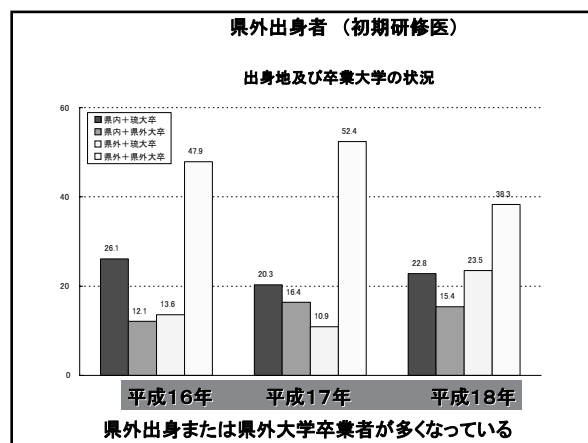
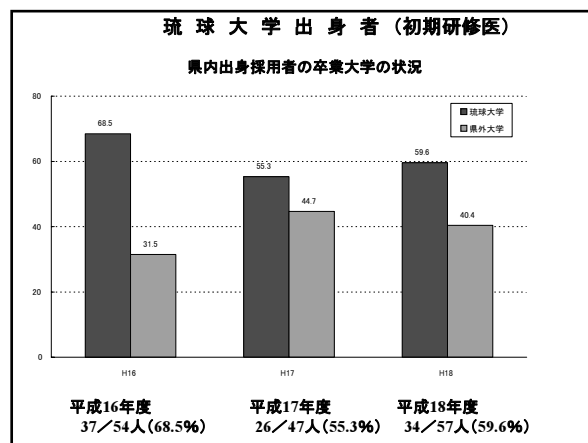


ところが幸い、沖縄県には臨床研修プログラムに大学を中心とするRyuMic、そして中部病院を中心とする県立病院の研修プログラム、それに群星（ムリブシ）という民間の研修プログラムの3つがあり全国的に非常に人気があります。平成15年までは大体80人ぐらいの研修医が沖縄で研修をしていたわけですが、平成16年、このシステムが再開されてから140人、平成17年には128人、18年には149人と、10万人当たり全国第1位を占めております。研修の人数としては全国12位でございますけれども、全国平均の2倍近くの研修医が沖縄で働いているということでございます。



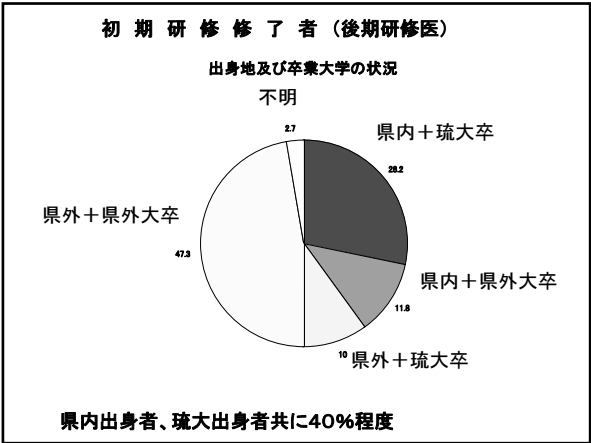
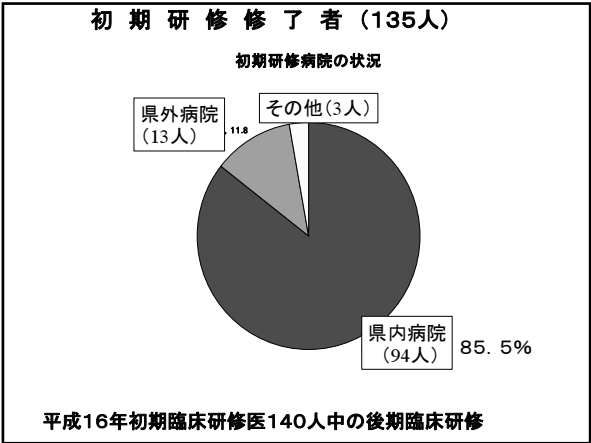
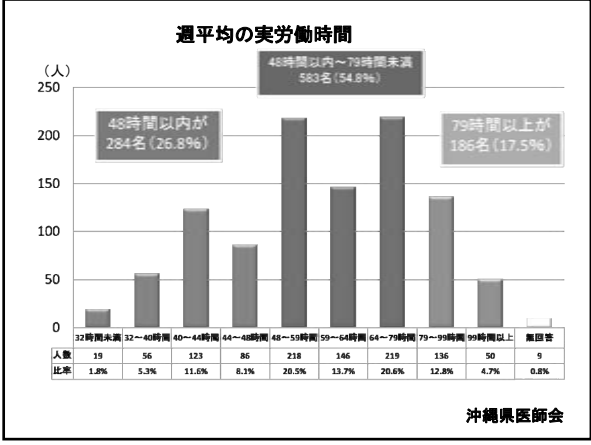
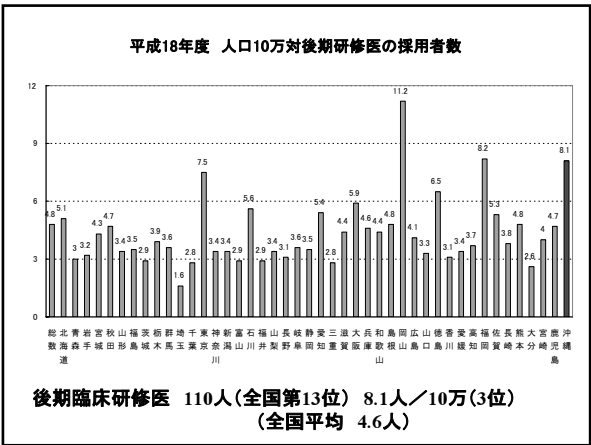
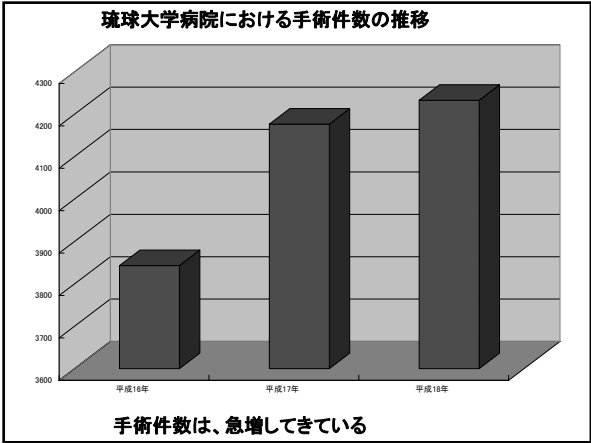
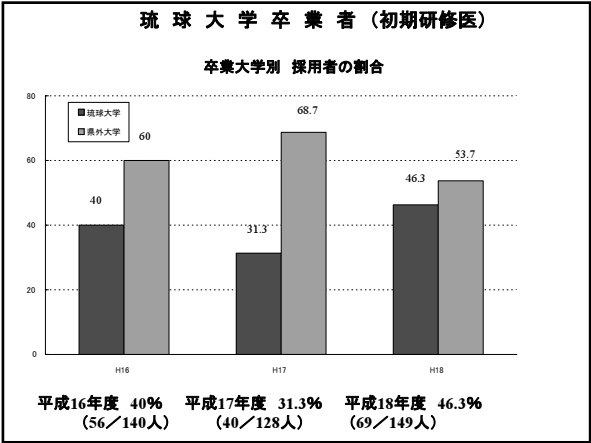
その中で、沖縄県出身者は大体40%ぐらいを占めているということです。我々の琉球大学出身者は、大体55~60%ぐらいを占めて

おります。県外出身者が非常に増加しているというのが特徴でございます、大体、県外あるいは県外の大学卒業者が40~50%を占めているというのが現状でございます。



ただ、平成18年度になりまして、後期研修医がどれぐらい沖縄に残るかというのが問題でございましたけれども、沖縄では全国の第3位を占めるぐらい残っております。皆さんの努力によってそのまま帰らずに残っている研修医が多いということです。10万人当たり8.1人、全国第3位の後期研修医が県内に勤務しているということです。そして県内出身者、あるいは琉大出身者がともに40%前後を占めており、琉大出身者もそれなりに多いんだということです。

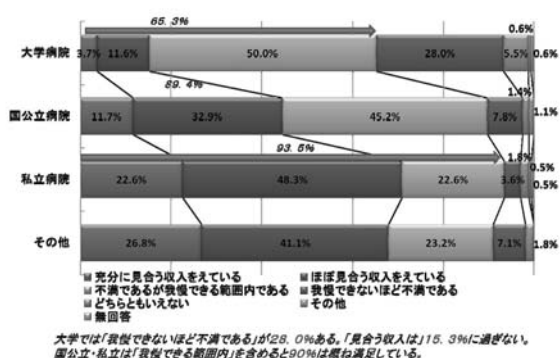
さて、次のスライドは琉球大学の手術件数を示しておりますけれども、平成18年には4,200件以上の手術件数が出ております。私のところも少しは後期研修医が入っております



すけれども、それでも手術件数は急増しており、首が回らないほどの忙しさです。次のスライドは午前中に嘉手苅先生が報告をしたものです。大体、週平均の実労働時間が非常に多く労働基準法をオーバーしているということです。48時間以上がかなりのパーセントを占めています。次のスライドでは大学では我慢できないほど不満で収入面においても不満であるということが出てます。職場への満足度も大学病院では我慢できないほど不満であるという結果になっております。

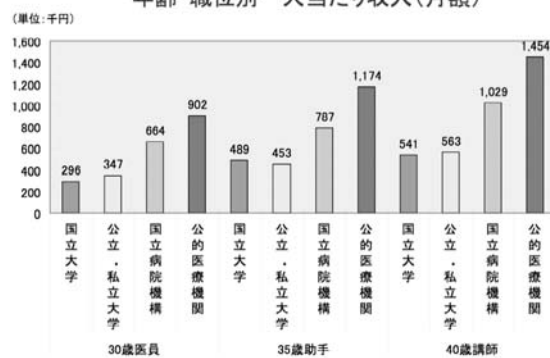
こういう長時間勤務の悪影響というのは、医療ミス、あるいは健康不安などになっておりますが、次のスライドは山形大学の発表を借りて参りましたけれども、大体60時間以上の勤務時間であり、収入も国立大学が一番悪く、学外の兼業で収入を得ている状態です。超過勤務も手当てもままならないということで、大体全国的に、30代、40

仕事内容や労働時間に見合う収入か



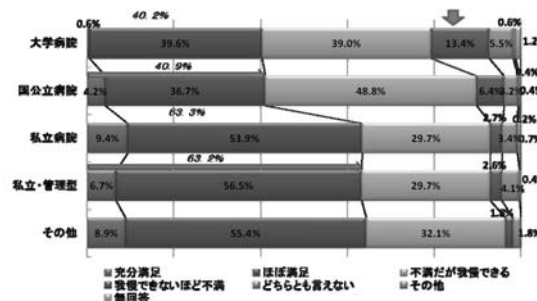
沖縄県医師会

年齢・職位別一人当たり収入(月額)



(山形大、清水)

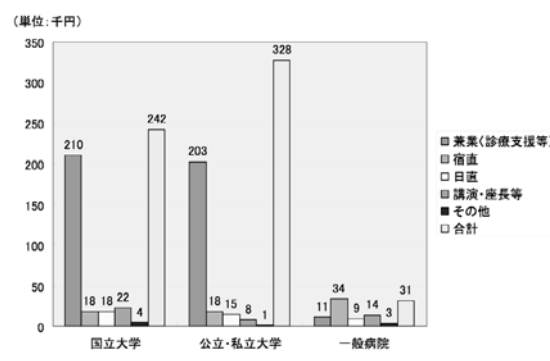
現場の職場、仕事への満足度



大学で13.4%が我慢できないほど不満である。80から90%は充分満足から我慢できる範囲内に収まっている。

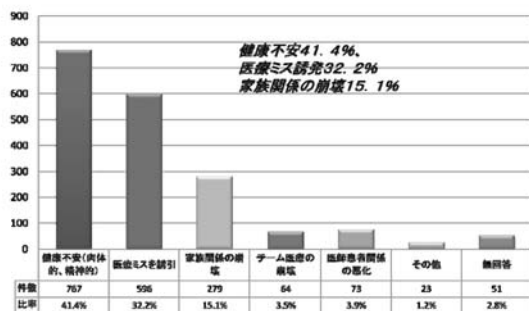
沖縄県医師会

学外勤務による一人当たりの収入(月額)



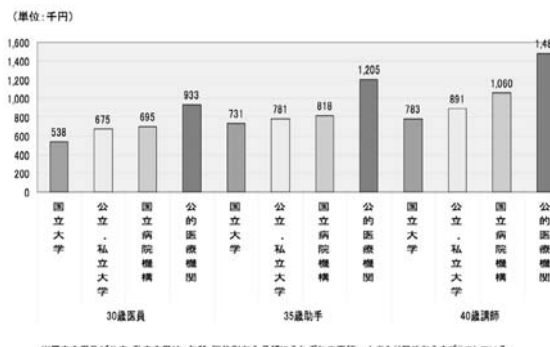
(山形大、清水)

長時間勤務による悪影響



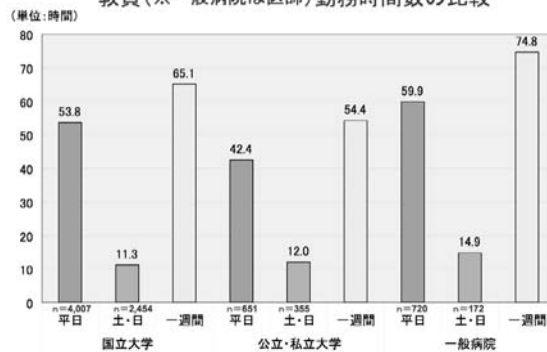
沖縄県医師会

年齢・職位別一人当たりの収入月額(学外収入を含む)



(山形大、清水)

教員(※一般病院は医師)勤務時間数の比較



(山形大、清水)

このような状況が拡大した場合、問題となるのはどのようなことだと思いますか。

国立大学 (n=37)

	特にそう思う		そう思う		必要ない		それ以外
	頻度	割合	頻度	割合	頻度	割合	
① 大学における教育面	14	38%	15	41%	0	0%	21%
② 医療の質の確保・向上	28	76%	8	22%	0	0%	2%
③ チーム医療の推進	13	35%	15	41%	1	3%	21%
④ 研究の推進	4	11%	16	43%	2	5%	41%
⑤ その他	0	0%	4	11%	0	0%	89%

(山形大、清水)

労働基準法は守られていると思いますか？

	国立大学		公立・私立大学		一般病院	
	頻度	割合	頻度	割合	頻度	割合
① 思う	12	35%	6	43%	16	48%
② 思わない	22	65%	8	57%	17	52%
合 計	34	100%	14	100%	33	100%

労働基準法を遵守するために、現在の1.5倍以上の医師の確保が必要である。

(山形大、清水)

高度な手術、重症度の高い患者の手術、処置および検査

○ 診療報酬医科点数表の中から、高度な手術、処置及び検査、計67項目について実施されている件数を調査
＜国立大学病院を100とした場合の公立・私立大学病院及び一般病院の比較＞

例 示	国立大学	公立・私立大学	一般病院
経皮的カテーテル心筋焼灼術	100	74	34
経皮的冠動脈ステント留置術	100	179	183
内視鏡的食道・胃粘膜剥離術	100	408	43

- 1 国立大学病院より公立・私立大学の方が多く行われていた項目 30/67 (44.8%)
- 2 国立大学病院より一般病院の方が多く行われていた項目 5/67 (7.5%)
- 3 国・公・私立大学病院より一般病院の方が多く行われていた項目 1/67 (1.5%)

大学病院は、本当にハイリスクな疾患を扱っているか？ → Yes

(山形大、清水)

代の離職者が非常に多く、新聞で問題化されているところがございます。

こういう状況になりますと、教育面、あるいは医療の質、あるいはチーム医療の推進、特に研究の推進などでは非常に問題になってくるものだと思います。また労働基準法を遵守するためには、現在の1.5倍以上の医師の確保が必要であるという報告があります。大学病院では高度な手術、重症度の高い患者の手術、あるいは処置及び検査が行われております。67項目を拾って調べたものですが、かなりのハイリスクな疾患を扱っているということを、このスライドは示しております。

このような調査から明らかになったことは、過重労働、そしてハイリスク、ローリターンということと、中堅の医師のバーンアウト、そして、特にこれからは大学病院の経営はじり貧状態になって、医療安全面

調査報告などから明らかにされたこと(大学病院)

- 1) 過重労働:一週間に60時間以上の勤務(労働基準法を遵守していない)
- 2) 重症患者や合併症のある疾患を扱っている(ハイリスク)
- 3) 収入が少ない(ローリターン:300万〜600万円以上の格差)
- 4) 中堅・若手医師の減少(Burn out、特に40歳代医師の退職増)
- 5) 大学病院経営は厳しく(じり貧)、医療安全面から危機的状態

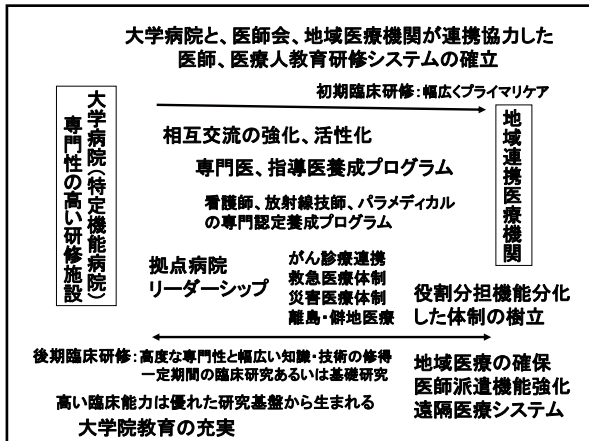
大学の医師・大学院生の減少 → 研究・指導体制の低下
(生命科学研究者不足) 研究や医療の質の低下



日本の医療レベル、医科学レベルの低下が危惧される
大学病院では給与および福利厚生面での処遇の改善が必要！

が危機的状態である。また、大学で働く医師あるいは大学院生が少なくなったということから、生命科学研究者の不足ということから、医療の質の低下、研究の質の低下ということをして招いて、日本の医療レベル、あるいは医科学レベルの低下が危惧されております。ここで特に付け加えておきますが、午前中に嘉手苅先生が発表されましたように、大学病院では給与、処遇の改善が必要であるということを 厚生労働省の佐藤先生に強調したいと思います。

最後になりましたけれども、大学病院と地域連携医療機関との関係ですが、初期臨床研修、すなわち初期研修は幅広くプライマリケアをするということで、地域の医療機関で行われてもいいだろうと思いますけれども、後期研修というのは高度な専門性と幅広い知識、技術の習得が必要であります。それで初期研修終了後、あるいは3年後(後期研修)には大学で研修するようなシステムができれば、そしてまた大学で一定期間の臨床研究、あるいは基礎研究というのを学ぶことは、高い臨床能力を養う上では不可欠なものではないかと思っております。専門医あるいは指導医の養成プログラム、あるいは看護師、パラメディカルの専門認定養成プログラムなどにおいて、相互交流を強化しあるいは活性化する必要があります。大学院教育の充実、そして大学病院が



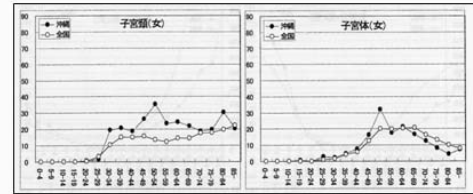
がん診療連携拠点病院の指名を受けておりますけれども、他の拠点病院とともに、がんだけでなく、救急医療体制、あるいは災害医療、離島医療などの拠点病院としてのリーダーシップを発揮して、役割分担、機能分担をした医療体制の樹立を皆さん方とともにしていければ、大学としての存在意義も出てくるのではないかと考えています。大学病院と医師会、あるいは地域医療機関が連携協力した医師や医療人の教育研修システムの確立というのが急務であろうと思っていますところ。そういうものが地域に確立されれば、地域医療の確保、あるいは医師派遣機能の強化、遠隔医療システムなどの導入により、今問題になっていることが解決していくのではないかと考えているところ。

これは琉大の長井先生のスライドですが子宮頸癌が非常にこの沖縄県では多いということ、そして大学病院が、この癌の治療では中心的な役割を担っているということを示しております。

ご清聴ありがとうございました。

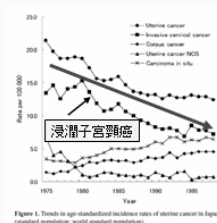
子宮頸癌の疫学

- 女性生殖器悪性腫瘍の中で最多、約50%
- 年間約15,000例罹患、年間約3,000～4,000例死亡、女性癌死亡原因の9～10位
- 日本は先進国の中でトップレベルの罹患（沖縄県は全国平均の1.5倍の罹患）

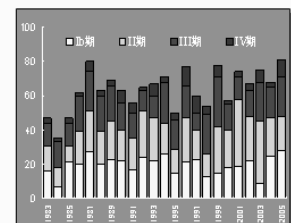


浸潤子宮頸癌症例の年次推移

全国



琉球大



琉球大学が中心となって治療



ご静聴ありがとうございました

県立病院の現状

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター副院長 下 地 武 義

「県立病院の現状」ということでは、県立病院は、沖縄県には本島に3件、離島に2件、それから精神科の病院が1件で、計6病院あるわけですが、一般病院としては5病院、今日お話できるのは、私はセンターにおりますので、センターの現状ということで話しさせていただきます。他の県立病院は、できるだけこの話の中にこういう問題を含んでいるということで話させていただきますので、もし会場に他の沖縄の県立病院の方がいて、ご不満の場合はご容赦願いたいと思います。

では、うちの現状を。センターは昨年、新設開業したばかりなんですね。今回、県立南部病院と県立那覇病院が廃院になりまして、新しい病院という格好でスタートしております。1年半たったところですので、その1年半たったところでの機能の分化、色々な問題点を少しお話ししたいと思います。



ー」、これは周産期医療センターをいろいろ含めまして、ここに書いてあります、MFICU、NICU、PICUを含んでおります。それから、小さな丸の「臨床研修」、「精神身体合併症」、「離島支援」、「臨床研修」に関してはちょっと後で、うちの病院としては、まだあまり、皆さんに自慢できるほど活動していないというか、自慢できるようなものは何もないということで、ちょっと小さくしております。身体合併症は、これも規模が小さくて、こういうのもあるよという程度ぐらいに考えておいてください。後で少し紹介します。

まず、救命救急センターですね。ER型って話してよろしいんでしょうかね。皆さん、ER型、これはNHKのテレビ番組の「ER」というのがあるんですが、それをもじっているんだと思います。救急医は入院の患者さんを診ないんですね、この場合は。とにかく救急医はトリアージと初療、トリアージをして、まず初療、外来でERで患者さんたちを診ると、それで振り分けるとというのが主な仕事ですね。4人の救急医がいます。1人は必ず常駐、24時間、彼らは1人は必ずいるという格好ですね。あとは研修医の指

センターの特殊機能



センターの特殊機能として我々に与えられたのは、スライドに示しております、「24時間救急機能」、これは救急救命センターですね。救急救命センターとして認定されたのが昨年10月です。「母子医療センタ

救命救急センター

ER型: 1次から3次まで
救急医は初療とトリアージを主に
取り扱う4名の救急医、1名は常駐
診療と研修医の指導
当直: 外科、内科、小児科、産科、研修医
麻酔科(24時間緊急手術に対応)
観察ベット: 13床
認定ベット: 17床(うち7床はICU同等機能)
患者数: 平日;平均80名、土日祝祭日;150名

導をやると。

それから当直は内科、外科、小児科、産科と当番研修医、プラス、先ほど挙げました、幾つかのICU、全部当直していますから、合計9人か10人、病院に毎晩いるということです。麻酔科の先生も当直してもらってまして、24時間救急手術に対応すると。

観察ベッドが13床、それから救急救命として認定されたベッドが17床、うち7床はICU同等機能ということです。一応、患者数はだんだん増えてきまして、平日で80人、土曜、日曜で150人程度の患者さんが押し寄せてくるということです。

変化したのは？

小児の救急患者急増: 全患者の7割から8割
循環器科: 心カテの必要な患者増それに伴う治療の必要な患者数の増大。心臓血管外科(成人)の年間手術数200例を超える勢い
脳神経外科、整形外科の緊急手術の急増
ICU,CCUの需要の拡大; ほとんど満床状態
総合内科の重要性; 救急医の応援、研修生の教育

これは変化したのというのは、那覇病院時代と比べて何が変わったかということです。これは小児の救急患者が急増ですね。ちょっと場所が変わったということもありまして、とにかく小児の患者が押し寄せて

くると。全患者の7~8割ですね。それから循環器科、これがかなり増えまして、心カテの必要な患者さんが急増しております。今、心カテが年間1,000例を超えるぐらいの勢いですね。それにつれて心臓血管外科、これは成人だけで年間手術総数で200例を超える。開心術が150ぐらいになりますね。そういう勢いです。

それで、脳神経外科、整形外科の緊急手術が救急救命で増えていると。それから、ICU、CCUはほとんど満床状態です。総合内科というのを設けたんですよ。総合内科に去年は3人いたんですが、今年は1人減りまして2人になっているんですが、この総合内科が割とバッファの役割をしてくれるんですね。いろんな科のバッファをやっているんです。糖尿病の専門家が辞めてしまったものですから、糖尿病の患者さんを全部彼らが診る。脳出血の患者さんの、小さな手術をしない患者さんを彼らが診る。脳梗塞の簡単な患者さんも診てもらう。肺炎の患者さんで重症でない場合は、総合内科で診ていただく。毎日、救急医の応援と研修医の教育をやっていると。我々にとっては非常に重要な科になっていますね。

救命救急センターの問題点

1次から3次までの受付は問題か？

医師のMan Powerの問題; 特に循環器系、脳神経外科

看護師のシフトの問題

救急救命センターの問題点を挙げますと、1次から3次までの受付は問題なのかなと思いますけれども、これで一番の問題は、小

児がとにかく、本当に0～3歳ぐらいまでの子供さんがとっても多いんですよ。普段で60～70人、土曜、日曜日になると百何十人、押し掛けてくると。これをどう捌くかですね。救急医の、もう1～2人欲しいというところと、循環器系と、これは心臓、内科も外科もですね。それから脳外科医がマンパワー不足と。これは先ほど須加原先生がおっしゃったように、この時間外の総数でいうと、月に100時間はゆうに超えてしまうというような厳しい状況、当直も入っていますので、かなり厳しいものがある。

ここに看護師が1つ問題がありまして、シフトの問題、10時を過ぎたら夜勤になるので、10時を過ぎたら働くなど、時差出勤をさせると、かなり効率的にできると思うんですけども、時差出勤は10時までと。ところが救急救命は準夜帯が一番多いわけですね。この準夜帯に働かせたいんだけど、労働条件のシフトの問題で準夜帯に働かせることができないという、ちょっと厳しい問題があるんですね。そういうことができる、看護師さんの労働もかなり楽になるかなと思うんですが、そういうところにも問題があるということですね。

母子医療

MFICU: 6床(常に満床の状態)

産科医: 7名、後期研修医2名

NICU: 4名、後期研修医2名

女医: 2名日勤のみ4日/週

PICU: 主に小児循環器系の患児を収容

150例/年を越える手術症例; 術後は小児循環器科、心臓血管外科で診ている

専門科: 総合小児科、小児外科、血液腫瘍科、小児腎臓科、こころの診療科、遺伝子相談

次に2番目に大きな丸で「子供医療」というのがありましたけれども、これは母子医療で、これは120床、トータルあります。この中にMFICU、これが6床で、これも常に

満床状態。産科医が徐々に集まってきて、開院時は4人ほどしかいませんでしたが、現在、10月に1人増えましたので、産科医は8人、後期研修医が2人、NICU、これは4人のスタッフと後期研修医が2人、女医が2人、日勤のみと、こういう女医さんの働き方をさせるというのも、ひとついいことかなと思って、ここにちょっと1行入れました。

PICU、これが私が設計の段階で一番心配した部署ですが、PICUも埋まるかなと、ものすごく心配したんですが、これが子供の心臓血管外科の専門家が来ていまして、年間150例を超えると。だから、今、毎週、毎日、月曜から金曜まで、心臓血管外科の手術日があるぐらいになっていて、とにかくPICUはほとんど小児循環器の患者さんで埋めているという状況ですね。子供病院、29床の2病棟と産科病棟、これはほとんど埋まっています。とってもうまくいっていると言って過言でないぐらい、患者さんは入っています。

その中で特に総合小児科、これはさっきの救急外来で患者さんを診ていただきます。小児外科が毎日日帰りの手術をやっており、とにかく毎日手術をやっている。それから、血液腫瘍、これは特殊ベッドがありますので、うちに集まってくる患者さんもかなりいると。それから小児腎臓科もそうですね。それから、心の診療科というのがあるんですが、これと遺伝子相談外来と、この2つは、私の表現で言えば、病院のオアシスみたいなもので、こういう患者さんを診ると、医師として少しうつ的になってしまいますよね。えーと思うんですが、彼らがいてくれるおかげでこういう患者さんに対応してもらえるので、とても助かっているというところですかね。

問題点としては、とにかく満床であると。救急外来に押し掛ける子供の中に、毎日入院の必要な子供が含まれている。だから、

問題点

小児病棟は常に満床状態； 毎朝ERからの入院調整が必要（地域連携室が活躍）

小児心臓疾患の手術数： 如何にこなすか（現在60名前後の手術待ち）

小児領域においても循環器系等の医師のMan Power不足

毎朝、入院調整が必要だと。これは地域連携室が活躍していただいて、各病院、毎朝、1日2回、近隣の病院に電話をして、空きベッドの情報を得て、うちで収容できない患者さんは近隣の病院にまわしていると、そういうことをやってもらっています。

それから、小児の心臓疾患の手術数が、週3件やっても足りないんですね。それで今、60件ぐらい待っているという状況です。これをどう捌いていくかということが、これは問題と言っていいかどうか分かりませんが、とにかく院内ではこれは大変な問題というふうにとらえております。それで、その患者さん、先ほど言ったように、PICUは常に満床状態で、小児の領域では循環器系の医師が3人しかいないものですから、ちょっとそこにかかってくる負担はもう過酷そのものであるということです。

精神身体合併症

今年度Open、主治医は身体合併症の科
精神科医2名

5床： 満床状態が続いている

評価は： ？

緩和ケアのリーダー： 毎週回診

問題点： 看護1単位が必要

精神身体合併症、ことしオープンしました。主治医は身体合併症の科、すなわち内科とか外科とかですね。精神科医は1人がスタッフで、1人は若い先生です。5床、これは常に満床状態で、かなり患者さんは紹介されて来ています。評価は、今は半年なものですから、ちょっとクエスチョンマークをつけております。私の口からは、とても、今、うまくいっていると言いたいんですけども、一応、クエスチョンマークです。精神科医の先生にとっても助けられているのは、緩和ケアのリーダーとしてやってもらって、毎週回診。週に大体1人、新患が出てくるといことですね。ここはちょっと不経済な面がありまして、たった5人しかいない病棟に看護1単位で、何人いると思いますか。15人必要なんですよ。夜勤2人、2人させるためには15人が必要ということで、これもちょっとぜいたく、ちょっと大変だなという感じです。

臨床研修

まだ4年目、徐々に改善はしていると思うが、まだまだ中部病院にノウハウを教えてもらっている状態。研修医の交流あり。小児科希望に偏っている？

今後センターの柱になるでしょう

離島支援

まだ医師の派遣という段階ではない。診療所の応援、ヘリ転当番がいまのどこ主な支援

臨床研修はちょっと、これはほとんど中部病院にノウハウを教えてもらっています。離島支援、これもまだ研修制度、始まったばかりなものですから大きなことは言えない状況です。その中で、ヘリ転はやっぱり、診療所への応援に行ったり、少ない人員の中で、一応、大変かなというところもあります。

センターの問題点としては、何とって

センターの問題点

- 定数条例による職員数の制限
- 政策医療と言われる仕事は本当にお荷物か？
- Co-medical staffの従業規定
- 電子カルテ；両刃の刃？

も、沖縄県には定数条例というのがあります。もう職員は増やせない、7対1に看護師にしようとしてもできない。それからさっき言った、ショートの医師をそのまま増やそうというわけにいかない。スクラップ・アンド・ビルドでやらないといけない。政策医療と言われる仕事は本当にお荷物かと言われると、人さえいれば大丈夫ですよ

という、やり方だと思います。今後、そういうところを勉強して、地域で何が必要かということを考えながらやっていこうと思っています。コメディカルスタッフの従業規定、さっき言ったようなことです。

電子カルテは諸刃の剣と。これは今は、古い看護師さんがどんどん辞めていくというのは、これが理由だというのをつけてくるんですよ。そういうふうに言われたりします。しかし、もう若い看護師さん、若い医師は、もう私はタイプ文化って、皆さんも同じことを思うんですが、若い先生たちは、ものすごい早くタイプを打ち込みますよね。そういうことで、電子カルテ、医療の安全の面から重要ということで、今後は電子カルテが病院の中心的役割を果たしていくだろうと考えております。以上です。

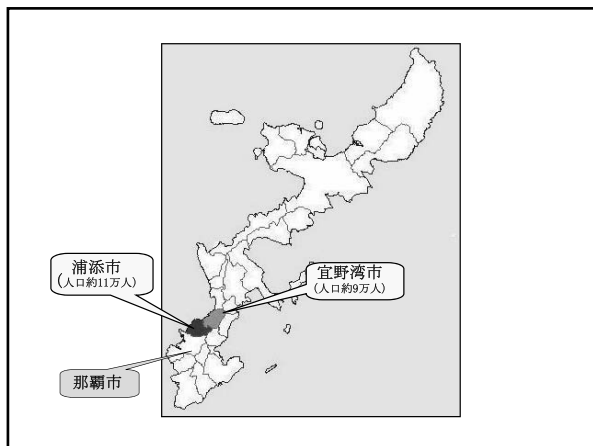
どうもご清聴ありがとうございました。

(4)地域一般病院の現状

浦添総合病院副院長 銘 莉 晋

浦添総合病院の銘莉と申します。

私に与えられたのは「地域一般病院の現状」ということで、勤務医の現状を伝えて、その機能分化の観点をお話ししてくださいという指名をいただきました。今日の話はまず3つに分けて、最初の部分は、当院の病院の紹介をして、2つ目に、勤務医のアンケートから、当院の問題点、当院の医師がどのような負担をしているのかというのをご紹介させていただきまして、3点目に、この過剰な勤務の中で医師の生産性、昨今、諸外国と比べて日本の医師の生産性がどうかと言われてはいますが、実際、現実になのかということと比較してみましたので、そういう観点からお話しさせていただきます。



今日は県外からもたくさんの参加者がご列席していますので、当院の診療圏をご紹介しますと、当院は人口11万人の浦添市の中心にありまして、診療圏は浦添市11万と、その北の宜野湾市、これは普天間基地で有名ですが、そこの人口約9万、あと那覇の北部を診療圏といたしております。

これが当院の全景で、当院のヘリで撮影



したものです。こちらが病院棟で、ここは老健施設、アルカディア棟があって、2階、3階に当院の手術室が、クリーンルーム3室を含む、全9室です。6階が会議棟になっております。病院の概要ですが、先ほどご紹介いただきました、管理型研修病院で、また地域医療支援型病院となっています。病床数302床で、新型救命センター10床、ICU6床、救急8床と、職員数は751人で、医師の数は総数89人でそのうちスタッフ医師は52人、後期研修医が15人、初期研修医22人です。平均在院日数11日となっております。

病院概要(1)

- ・ 地域医療支援型病院
- ・ 管理型研修指定病院
- ・ 病床数302床
(新型救命センター10床、ICU6床、HCU8床)
- ・ 職員数751名(常勤換算726.3名):平成19年8月時点
(医師89名:スタッフ医師52名、後期研修医15名、初期研修医22名)
- ・ 平均在院日数11.0日(平成18年度)
- ・ 年間退院患者数7,132名(平成18年度)
- ・ 年間外来患者数112,421名(平成18年度)
- ・ 年間手術件数3,731件(平成18年度)
- ・ 年間救急車搬送件数3,903件(平成18年度)

間退院患者数が7,100人、年間外来患者数が11万人です。これは観血的手術ですが、約3,700件、年間救急搬送件数が3,900件となっています。

病院概要(2)

- ・ U-PITS(ヘリ患者移送事業)導入
- ・ DPC対象病院
- ・ 7:1入院基本料算定
- ・ 電子カルテ導入(12月導入予定)

さらに、現在、病院が中心に行っている事業として、U-PITSと呼ばれるヘリの患者の搬送事業を行っており、沖縄は離島が多いということで、昼間だけですが離島からの依頼があれば、ヘリで患者の希望する病院に搬送しています。あと、DPC対象病院と、7対1入院基本料算定し、今年の12月から電子カルテを導入すべく、現在準備を進めている段階です。

当院の診療体制ですが、呼吸器内科、循環器、消化器、糖尿病、腎臓、外科系は外科、呼吸器外科、心臓血管外科、脳外科、整形外科、眼科、産婦人科、あと、救急総合診療科、小児科、麻酔科、病理、放射線

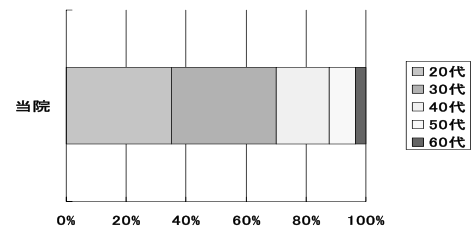
当院の診療体制

- ・ 内科系診療科(呼吸器内科、循環器内科、消化器内科、糖尿病内科、腎臓内科)
- ・ 外科系診療科(外科、呼吸器外科、心臓血管外科、脳神経外科、整形外科、耳鼻科、形成外科、眼科、産婦人科)
- ・ その他(救急総合診療科、小児科、麻酔科、病理、放射線科)

科となっています。

当院の医師の現状

- ・ 平均年齢:35.3±9.3歳
- ・ 性別:男性70名 女性19名



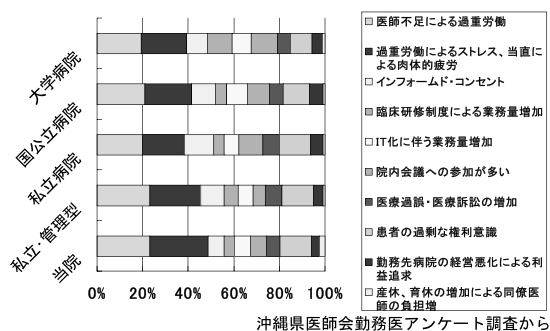
まず、当院の医師の現状はご覧のとおり、平均年齢が35歳と研修医が多いこともあって若い年齢層になっており、20代と30代で約70%を占めています。

今日は県外からたくさんの方がいらっしゃっています。これは私の母の趣味で撮っている離島の海の写真ですが、明日ぜひ海にでも行っていただければと思います。

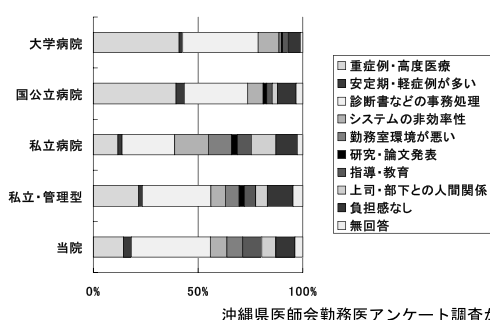
ここからは勤務医のアンケートの報告をします。先程、嘉手苅先生が分類していたように、大学病院と国公立病院、私立病院と私立の、臨床研修医、管理型病院と、当院もその中に入るのですが、実際、当院がそういう病院と同じ傾向なのか、違うのかということで、5つに分けてみました。それで、医師の負担感ですが、当院の医師が感じているのは、やはり医師不足による



医師の負担感(1)



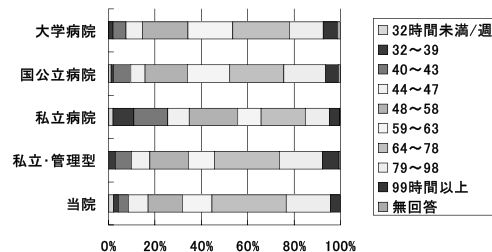
医師の負担感(2)



過重労働と、過重労働によるストレス、当直による肉体的疲労がやはり50%を占めているという現状です。さらにその負担感の内容として、嘉手苅先生も同じことをおっしゃっていたんですが、やはり診断書などの事務処理が多いとの結果でした。これは今後、電子カルテ導入で改善されるのかどうかというのは、今後の課題だと思います。

次は勤務時間に関する調査ですが、これ

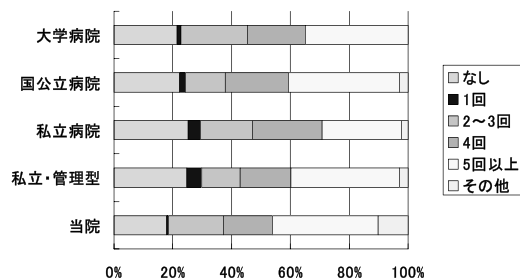
開設主体別労働勤務時間



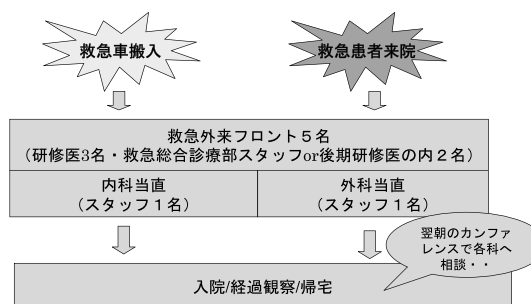
沖縄県医師会勤務医アンケート調査から

はアンケートなので、実際のタイムスタディーではないため、どこまで正確かはわかりませんが、少なくともアンケート上では64時間以上を占める比率が60%近くになっているということでした。

当直回数の比較



当院の救急外来体制(夜間・休日)



その勤務時間が長くなっている原因としていろいろ考えてみて、当直回数がどうなのかということで比較してみました。一応、

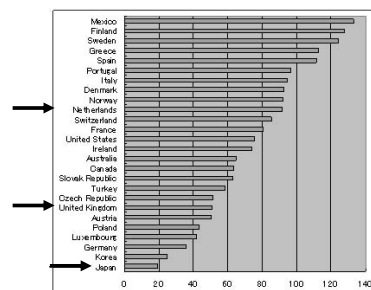
当直回数は全病院やはり4回以上、5回以上の当直回数が半数以上という実態になっていました。それで実際に当直回数が多くなっている原因として、当院の救急外来の体制をご紹介しますと、まず救急のフロントを5人で構成しています。初期研修医3人、あと救急総合診療部のスタッフ、あるいは後期研修のうち2人で5人のフロントを構成していきまして、内科のスタッフの内科当直が病棟を中心として、また救急外来からの応援があれば、その応援に駆け付ける体制です。さらに、外科当直がHCU当直を中心として行い、これも救急外来から外科のコンサルトを受けるという体制です。さらに、これには載っていませんが、ICU当直に1人、計8人の当直体制をしいていますので、そのために当直回数が増えて、医師の勤務が過剰になっているところはあるのかもしれない。



これは真昼のビーチの写真です。

それでは、ここから医師の生産性について、検討してみました。当院の医師が過重労働で実際どうなっているのか、これは国立保健医療科学院の長谷川先生のデータをお借りしてきました。日本は急性期病床100当たり、平均が20ということですが、当院の医師の数は約90人ですから、約100床当たり30人ぐらいです。これは後で覚えておいていただきたいのですが、イギリスが大体

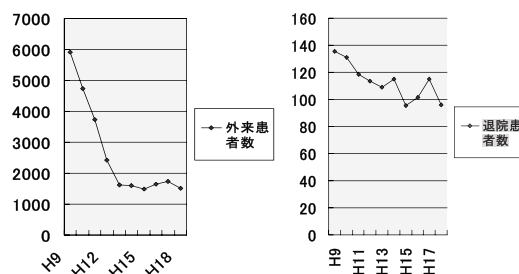
急性期病床100床当り医師数



国立保健医療科学院 長谷川俊彦「第9回医師の需給に関する検討会」から

100床当たり50人だということです。さらに、後から、オランダ（ネーデルラント）と比較しますが、100床当たり90人の医者がいるとなっています。これはデータ上かなり多いという実感です。

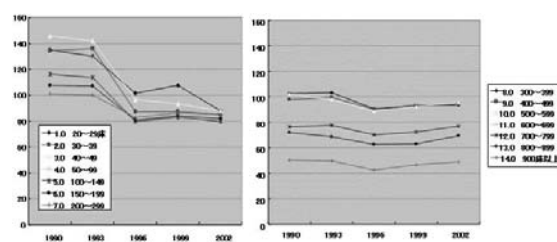
当院医師当たり年間外来患者数と退院患者数推移（初期研修医を除く）



ここで、当院の医師1人当たりの年間外来患者数と、退院患者数の、これは推移を示したグラフです。平成9年当時は、これは1年間の外来患者数を、初期研修医を除く医師の数で割って、医師1人当たりの外来患者数を平成9年から出したものですが、平成9年は医師1人当たり、年間6,000人を診ていました。このころの医師の過剰勤務はかなりひどいもので、整形外科なども夜の7時、8時頃から予定手術が始まる事もしばしばあり、そのような勤務体制になっていました。それを改善すべく、かかりつけ医制度を推奨、要するに地域連携をして、地域支援型

病院を目指そうということで、外来患者を減らしていった、平成13年度からは大体医師1人当たり1,500～1,600人ぐらいで推移しています。

医師あたり年間患者退院数推移



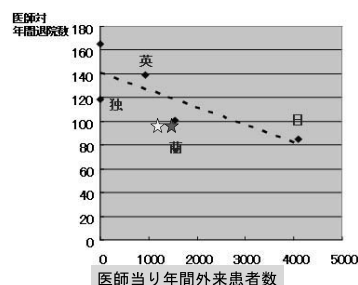
国立保健医療科学院 長谷川俊彦「第12回医師の需給に関する検討会」から

入院患者数も、このころ、本当に140人近く、医師1人当たり、年間退院患者数を出していたのですが、これは医師の数もちょっと増えたということもありますし、重症が増えたということもあるのかもしれませんが、現在は大体年間100人ぐらいで推移しています。

これが他の日本の病院と比べて、実際どうなのかということで、これも長谷川先生のデータをお借りしたのですが、これは病床数当たりのグラフです。これが200床までの病院の傾向、こちらが300、400、500病床の病院ですが、日本の病院で、一番そういう、医師1人当たりの年間退院患者数をたくさん出している、忙しい病院というのはこの辺（300床以上～600床未満）なのかなというのは、予想されます。平均の数は90台後半で、おそらく病院の中でも診療科によっては非常に忙しい科と、ある程度余裕のある科と差があるのかもしれませんが。

これも長谷川先生からお借りしたグラフですが、医師1人当たりの年間外来患者数と退院患者数の、グラフですが、日本が医師1人当たり、年間4,000人の外来患者を診て、80人の退院患者で、先ほど医師の100床当た

外来負担と医師の生産性

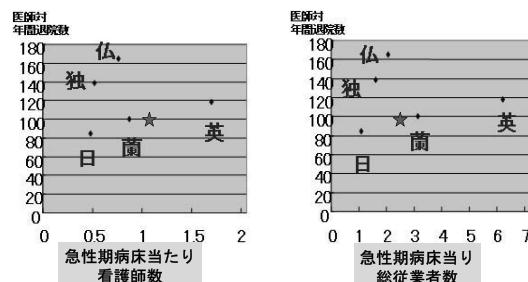


国立保健医療科学院 長谷川俊彦「第12回医師の需給に関する検討会」から

り90人もいたオランダが大体このマーク部分のあたりです。イギリスが年間外来患者数1,000人を診て、140人だということです。これはドイツとフランスは病院の外来がゼロだということらしくて、このような結果になっています。

それで、当院の位置を検討してみると、救急の患者も入れた外来患者数でみますと、ほぼオランダと同じ程度（右側の星印）となっており、先ほど医師の数が全然違うのですが、少なくとも医師の効率性としては、そのレベルぐらいいっているのかなと思います。これはさらに救急外来の患者数を全外来患者数から引いたあたりでは、少し外来患者数の負担が減って、この位置（左側の星印）にきます。

他職種投入と医師生産性の国際比較



国立保健医療科学院 長谷川俊彦「第12回医師の需給に関する検討会」から

これは他職種投入と医師の生産性の国際比較ということで、これもデータをお借り

しました。これはどういうふうに見るかといいますと、横軸は急性期病床1床当たり、看護師が増えていけば医師一人当たりの退院患者が増え生産性が上がるとなっています。だから看護師の数が増えることで、そういう数が増えるというグラフですが、当院の位置は先ほど7対1の看護をとっていると言いましたが、大体この位置（左側の図表の星印）で、オランダとほぼ同じぐらいかなと思います。右の図表は全従業者数を対象にしていますが、当院が大体、この位置（右側の図表の星印）でということです。以上のように、これは写真です。



結 果

- ・ 当院の医師の負担感の最も大きな要因は医師不足による過重労働とそのストレスや肉体的疲労であった。
- ・ 勤務上での負担では診断書や臨床に付随する事務処理が負担となっていた。
- ・ 労働勤務時間は、他病院に比較して長くなっておりその原因の一つとして当直回数の多さが示唆された。
- ・ 医師の生産性を示す、医師一人当たりの外来患者数と退院患者数は、以前に比べると減少しているが年間1500人と100人前後で推移していた。
- ・ 諸外国と比べて、急性期病床の医師の数は非常に少なく看護師やその他の従業者は比較的充足していた。

それで結果ですが、当院の医師の負担感の最も大きな要因は、医師不足による過重労働と、そのストレスや肉体的疲労と考えられました。勤務上での負担では、診断書や臨床に付随する事務処理が負担となっており、労働勤務時間は他病院に比較して長

くなっていました。その原因の1つとして、当直回数の多さが示唆されました。医師の生産性を示す医師1人当たりの外来患者数と退院患者数は、以前に比べると減少していますが、年間1,500人と100人前後で推移していました。諸外国と比べて急性期病床の医師の数は非常に少なく、看護師やその他の従業者数は比較的充足していました。

まとめ

- ・ 当院のような急性期病院医師の過重労働を無くすには、医師を増員し当直明けには勤務のない体制つまり交代制勤務が出来る人員を確保する必要があります。
- ・ 医師の生産性を上げるには、コメディカルへの仕事の分配をはかることで改善される可能性が示唆された。
- ・ 電子カルテへの移行で診断書などの事務処理の負担感は軽減されることが期待される。

当院のような急性期病院の医師の過重労働をなくすには、医師を増員し、当直明けには勤務のない体制、つまり交代制勤務ができる人員を確保する必要があります。医師の生産性を上げるには、コメディカルの仕事の分配を図ることで改善される可能性が示唆されました。電子カルテへの移行で、診断書などの事務処理などの負担感は軽減されることが期待されます。

以上です。ご清聴ありがとうございました。

(5)慢性期病院の現状

ちゅうぞん病院院長 今村 義典

ちゅうぞん病院の今村です。このような機会を与えていただきまして、ありがとうございます。

病院の構成・機能

病 期 : 亜急性・慢性期病院
機 能 : リハビリ科専門病院

- 一般病床 34床
(急性・亜急性期)
- 回復期リハビリ病棟 182床
(亜急性・慢性期)

計 216床

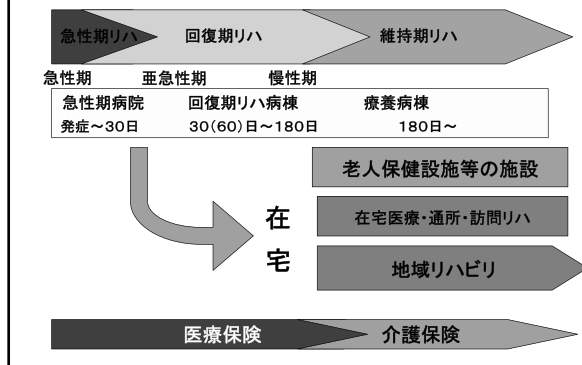


当院は、慢性期病院と謂いまして、機能的には、一般病床34床を残しまして、他は182床が回復期病棟であります。先月まで療養病床を34床持っておりましたが、最近の体制に伴って、すべて回復期病棟に変えました。ただ、34床の一般病床はどうしても必要だということで、これは残しております。これについてもこれからお話ししていきたいと思ひます。

機能的には、リハビリテーションに特化した病院であります。そして、患者さんは亜急性期から慢性期の患者さんを中心に診ています。

リハビリテーションは一般的なことです。が病期は急性期から回復期、それから維持期です。こういう流れと、もう1つは、在宅にかかわっていくということで、この連携、急性期から回復期、慢性期療養、それから在宅と、この連携が非常に必要になってくると思ひます。保険的には、医療保険と介護保険がかかわってくることでありまして、

リハビリテーション医療の経過



これらどこの機能が支障を起こしても、この連携はうまくいかなくなるということです。こういう連携がやはり地域医療を支えていく大事なことではないかと思ひております。

一応、私たちの病院の慢性期患者さんを診ている中で、ここ2年ぐらひ非常に大きな変化がきております。これはよその地域もそうじゃないかと思ひますけれども、それについて、1つは、病院の機能分化に伴って、慢性期病院がどのように変わってきているか。慢性期病院の問題と対策をどうしてい

慢性期病院の動向

- I. 病院の機能分化に伴って、慢性期病院に何が起きているか？
- II. 慢性期病院の問題点と対策は如何するか？
- III. 慢性期病院の機能・特徴

くか。それから、慢性期病院の機能とか特徴。こういうことについてお話ししたいと思います。

I. 慢性期病院からみた機能分化の変化

1. 入院期間の短縮に伴い急性期病院の専門分化が進んでいる？
2. 入院期間の短縮に伴う亜急性期化
3. 亜急性期化に伴う患者の病態の変化
4. 療養病床の医療区分等による慢性期病院の医療度の増加

慢性期病院から見た機能分化の変化ですが、急性期が、非常に在院期間が短くなっているということで、慢性期病院が亜急性期化してきているということです。それともう1つは、急性期病院の在院期間が非常に短縮しているために、病院の中で、従来の総合病院的なものから、各科に機能分化しているんじゃないかということです。これに伴う問題が、その受け皿としての亜急性期化を受ける病院に起こってきているという現実があります。それから、亜急性期の患者さんの病態が以前のように落ち着いて来ていた患者さんに比べると、まだ非常に病態が不安定な患者さんが多くなっているということです。それから、療養病床

の医療区分が変わったということで、全体的に慢性期病院、療養病床での医療度が非常に高くなっているということです。

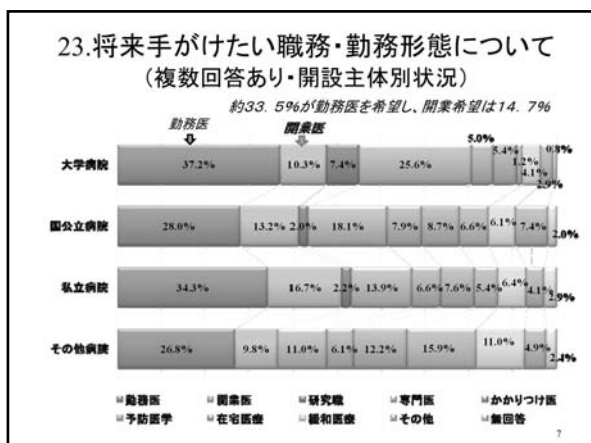
II. 慢性期病院の対策

1. 慢性期病院の総合診療科的役割
2. プライマリケア対応が要求
3. 医療の質の向上が必要
4. 亜急性期化による人員配置の見直し
5. 急性期病院との連携
6. 慢性期病院の役割の変化に対応
7. 慢性期病院の専門性・機能分化

それで、対策としましては、やはり慢性期病院の総合診療科としての役割が必要であり、一般病床をどうしても残さざるを得なかったというのは、患者さんを一から診断し直さないといけない。今までは療養病床に送ってこられる患者さんは落ち着いて、大体診断がついておりました。大体、紹介状の診断書を丸飲みにするというのか、そのとおり聞いてきて、自分で新規に診断をくだすということが少なかったんじゃないかと思いますけども、亜急性期化していきますと、もう1回、全部一から診直さないといけないという現状が起こっているわけです。ですから総合診療科的な診方が必要です。それから、程度によってはやっぱりプライマリケアというような対応を療養病院はしないといけないということです。

そういうことで、やはり臨床知識の質が非常に必要になってきております。免許証さえ持っている先生を何人か入れておけば良いという状態では対応できなくなっているということです。それから、亜急性期化してきたということで、医療度が高くなっていますので、忙しくなっております。ですから人員配置の見直しなんかも必要になってきています。それから、何か問題があった時にどうす

るかということで、急性期病院との連携、これも非常に密にしないといけない状態が起っています。そこで、慢性期病院の役割の変化に対応しないといけないと考えます。それから、慢性期病院でもそれぞれ専門分化をしないといけない部分も起こってきていると思います。私たちのリハビリテーションの病院では、脳卒中神経疾患と、運動器、それから呼吸器疾患を分担しておりますけども、新年度からの病院新医療計画の中で、心筋梗塞もリハビリ病院でということがありましたが、現状では脳卒中と運動器、呼吸器というので、循環器、心筋梗塞のリハビリは、体制としては受け入れ困難という状態もあります。慢性期病院もそれなりの専門病院化する必要があるのではないかと思います。



そこで、県医師会のアンケートの結果、勤務する先生方が、将来どういうことをやりたいかということを見ますと、いろいろな分野があります。これの中には急性期病院だけではなくて、慢性期病院、在宅、それから中には研究職をされたいという先生もおられます。大学はほとんど研究職の方が多いかと思ったら、意外と少ないなと思いましたし、そのほかのところからみても、研究を続けたい、医学をやりたいという先生がおられます。こういう先生方がその後、一線の病院でも十分できるんじゃないかということもご紹介したいと思います。

Ⅲ-1. 慢性期病院の機能

1. 高齢者医療(老年医療)
2. 障害医療(リハビリテーション医療)
3. 慢性疾患・生活習慣病の管理
4. 重度障害(神経・筋疾患等)
5. 終末期医療
6. 社会的要因

慢性期の病院の機能分化といいますと、今までの形態としては、高齢者を対象とするものです。痴呆とか難しいものがありますので、老人、高齢者医療を専門とする病院。それから私たちのところみたいに障害医療を専門とする病院。それから、慢性疾患・生活習慣病、こういうものを含めた予防的管理を専門とする病院。それから、神経疾患の重度の障害者を対象とする医療、それから、終末期医療、それから社会的な問題が関わってきますので、社会的なものにかかわるような在宅医療、こういうものが必要になるかと思います。

Ⅲ-2. 慢性期病院の特徴 (症例の宝庫)

1. 初診(初心)に戻って診断の楽しみ
 - 1) 急性期の専門化で見落とされることがある
 - 2) 慢性疾患や高齢者は難しい
2. 臨床研究が可能・医学との関わり
 - 1) データーが集めやすい
 - 2) 症例報告も可能
 - 3) 疫学的研究・追跡調査がやりやすい

若い先生が意外と慢性期病院はなんとなくおもしろくないと言われることがあるのですけれども、今日は勤務医の希望も言わないといけないということで、慢性期病院も結構面白いですよということなんですけ

ども、私は症例の宝庫だと思います。非常に臨床的に面白い病院という面があります。もう1つ、これは最近、亜急性期化したということで、もう1回、自分たちで、一から診直さないといけないので急性期以上の広い診断力が要求されます。そういうことで診療の面白さ、診断をきちっとしないといけない面白さというのがあります。

それから、もう1つは、やはり研究ができるんですね。患者さんをじっくり診ますので、いろいろなヒントがあります。ですからデータも集めやすいですし、それから症例報告なんかも意外と珍しい疾患が入ってくることがあります。また急性期より少し長期間診れますので、疫学的調査とか、追跡調査の研究など比較的臨床研究がやりやすいのではないかとこのように考えています。

診落とされた症例

- ・ 脳血管障害
 - 多発性脳梗塞・脳梗塞
 - 嚥下障害・構音障害
- ・ 認知症
 - 進行性核上麻痺
 - 筋萎縮性側索硬化症 ALS
 - ヒステリー
 - 脳腫瘍
- ・ 外傷・骨折
 - 高次脳機能障害(失行・失認)
 - クロイツフェルト・ヤコブ病
 - 特発性正常圧水頭症
 - 末梢神経障害・単麻痺
 - 慢性硬膜下血腫

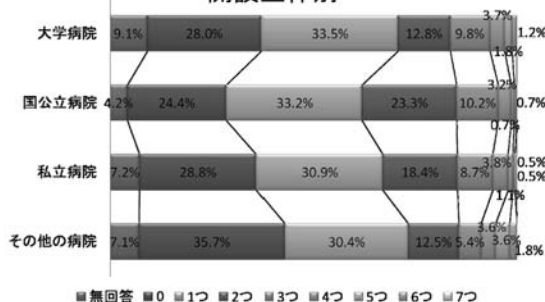
例えばこういう症例が、よく見られるんですけども、左側が紹介されてきた診断です。そして、右側がリハビリをする段階で診て、もう1回見直した例で、問題があった患者さんです。こういうような患者さんが結構紹介されてくるわけです。特に慢性化してきますと、進行性疾患が診直されます。嚥下が悪いから、嚥下訓練をリハビリしてほしいということなんですけども、それで脳幹の梗塞ではないとか、いろいろな診断をしますけれども、実際にはALSや進行性神経疾患であったりします。それから、麻痺で紹介されて

も、どうもおかしいなと思ったら、ヒステリーであったとか。脳出血といって送られてきた後に、よく見ると脳腫瘍も一緒に合併していたと。こういうものがありますので、どうしてもやっぱり1回、スクリーニングにかけないといけないという現状があります。

その他に高齢者や慢性期で結構多いものに、認知症という診断を意外と簡単にされることですね。その中には、脳血管障害による高次機能障害があります。こういう合併が非常に日常的に多いですね。ですから、こういうものなんかももちろん、きちっと診断して説明し直しますと、患者さんや家族の人生そのものを助けるといえますか、そういうような面がよくありますね。

それから、やはり痴呆としては、正常圧水頭症とかクロイツフェルト・ヤコブ病、こういうものが混ざり込んでくる場合があります。それから、外傷に合併した末梢神経麻痺や慢性硬膜下血腫などが見逃されて、こういうことが、急性期化、専門分化しすぎているために起こっているんじゃないかということで、問題になってきております。

42.取得認定医(専門医、指導医数)について 開設主体別



そこで、一線病院の中には、どういう先生方がおられるかといいますと、60%以上の方が何らかの専門性を持っています。専門医であったり、認定医であったりするわけですね。こういう先生が市中の各病院に散らばっておられる。それだけ専門家がおら

機能分化は専門性の連携 自己完結から地域完結の流れ

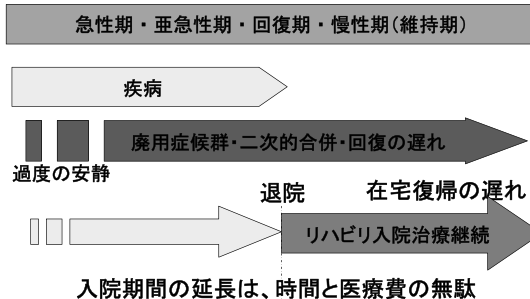
1. 各病期の連携: 治療の連続性
 - 1) 救急救命・治療
 - 2) リハビリ・慢性期医療
 - 3) 社会生活支援(在宅、社会復帰)
2. 各病期での断片的な治療では、終了できない
何れの病期の治療も人生を左右する
3. 各病期に専門の関わりがある。

れるということですね。全体を年齢的に見ますと、40歳以上の先生は、大体80%ぐらいは何らかの専門性を持っている、専門医として勤めておられるということです。そこで急性期だけではなくて、慢性期においても、専門医の連携というのが、可能であり、大事じゃないかというふうに感じています。

専門分化、機能分化は専門性の連携ということで、地域完結をするためには、連携を非常に大事にしないといけないということです。また、各病期の連携も重要で、治療というのは連続したものであって、この急性期、救命期から、リハビリ、慢性期管理、それから在宅支援と、これはひとつの流れで、どれをとっても大事だということです。各病期で断片的に治療が終了できないものがたくさんあります。これが医療ではないかと思いますので、いずれの病気でも、治療でも何らかの支障が起これば、その人の人生を左右するような現象が起こればということであります。そこには、各病期に専門家のかかわりが必要であるということです。

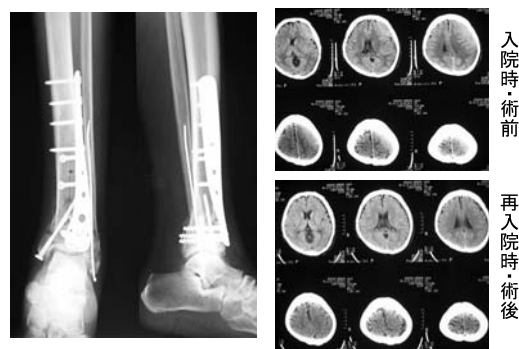
それで、リハの立場から見ていて、非常に気になるのは、廃用症候群という診断で紹介されてくるのが最近、とても多いように感じます。早く送るために、廃用を起こしているとか、少し肺炎とか、いろいろなもので治療が長引いてしまった。そのために

廃用症候群



少し安静をしてしまった。そのために、定期的に当然退院できるのに、リハのほうに送られてきた、慢性期病院に送られてくる。そのために余分な入院をしないといけない。こういうことが起こっているような気がします。こういう状態でも急性期病院の対応が介護保険なんかに関わりますと、退院されても訪問リハビリ、訪問看護等を利用することで、家に帰すこともできるとか、そういう問題もあるんじゃないかと思っています。

専門分化による重複傷害の例



整形外科のみを経由して入院した例です。車を運転して事故を起こした患者です。骨折し手術が終わって落ち着いたのでリハを目的に紹介入院して来ました。スクリーングをかけてみますと、左頭蓋内に大きな血腫をつくっていますが、症状が非常に軽いため、ほとんどこれに気が付かなかった

んでしょうね。非常に脳がシフトして危険な状態ですので、すぐ脳外科のほうにお返ししますと、手術してすぐよくなると、こういうことがあります。

**急性期医療で完結しない
歩いて来た人は歩いて帰す慢性期医療**



それから、もう1例は、急性期病院で完結しないという例としまして、歩いてきて手術した人は、慢性期病院では歩いて帰す、社会復帰をさせる、これが大事なんですね。切断術後にリハビリ目的で入院して来ました。左の方は50歳ですね。右は70歳です。ですけど、左の方は義足を着けてすぐ断端が壊れてしまう。しょっちゅうトラブルを起こしてしまいます。こちらの方は70歳だけど、義足をスポッと履かせまして、すぐ歩いて帰れるんですね。そういう意味で、その急性期の治療の結果は、その後、受ける連続する医療の中で、やはり非常に影響があるということを感じております。

まとめますと、地域完結型は機能の連携が非常に大切ではないかということ。それから、機能の不備というのは、連携を破綻させる。そして、地域連携は、地域医療の崩壊を防ぐ。それから、医療者の連携意識が地域医療を育てるのではないかというふうに考えています。各病期にも専門医や認定医のかかわりがあります。それから、医療保険、介護保険の活用は、これは急性期の先生でも、関わっていったほうがいいのではないかというふうに考えております。

ま と め

- 地域完結型は機能連携が必要
- 機能の不備は連携の破綻
- 地域連携は地域医療の崩壊を防ぐ
- 医療者の連携意識が地域医療を育てる
- 各病期における専門医・認定医の関わりがある
- 医療保険と介護保険の活用が必要
- 慢性期病院は常に地域医療・福祉と関わる
- 慢性期病院は地域生活を支援

それから、慢性期病院というのは常に地域医療とかりつけ医とかかわっている。それから、慢性医療は地域生活を支援する。このような立場で慢性期病院も積極的な医療をやっていかないといけないというふうに考えております。以上でございます。

(6)沖縄県の女性医師の現状

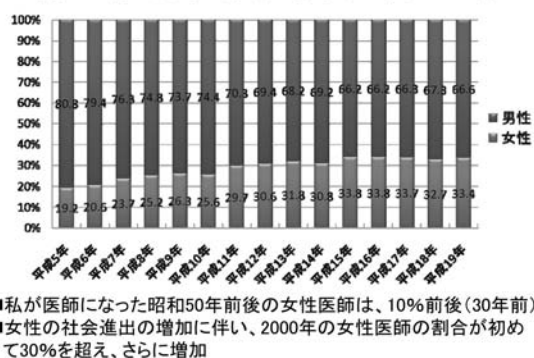
沖縄県立中部病院医療部長 依 光 たみ枝

皆さん、長い間、おそらくお疲れだと思います。最後のシンポジストとして私のほうから発表いたします。

私は気が付いてみたら、いつの間にか女性医師部会の会長を引き受けざるを得ないような年代になったのかなと自分自身おどろいています。今日はアンケート調査の結果を発表したいと思います。



【医師国家試験合格者一男女比】



私の卒業は30年前です。大体そのころの女性医師は10%前後でした。昭和50年前後ですね。女性の社会進出の増加に伴って、2000年から女性医師の割合が初めて30%を超えて、さらに増加し、今年度は33.4%になっております。おそらく数年後には、50%ぐらいになるんじゃないかと推測されております。

研修医を指導しておりますと、やはり国造りは人造りからということを実感しています。出産、妊娠可能な時期、いわゆる Reproductive ageと、医師としての重要な研鑽時期とが重なります。出産・育児などで一時的にしろ休業せざるを得ない女性医師の具体的な支援策が、前の発表にもありましたように、これから日本の医療を左右するといっても過言ではありません。

国造りは人造りから!!

- Reproductive ageと医師としての重要な研鑽時期が重なる。



- 出産・育児などで一時的にしろ休業せざるを得ない女性医師の具体的な支援策が、これからの日本の医療を左右すると言っても過言ではない。

私に与えられたテーマ

- 沖縄県の女性医師の現状を分析
- 何が問題なのか?
- 問題解決には何が必要なのか?

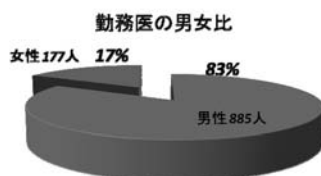


- 女性医師を含む全ての医師の問題として考えていかなければならない意識改革と体制作りの具体策とは?

私に与えられたテーマは、沖縄県の女性医師の現状を分析し、何が問題なのか、問題解決には何が必要なのか、それから女性医師を含むすべての医師の問題として考えていかなければならない意識改革と体制づ

くりの具体策とは一体何なのかということ
を考えていきたいと思います。

沖縄県医師会の行った勤務医 現況調査—2007年3月現在

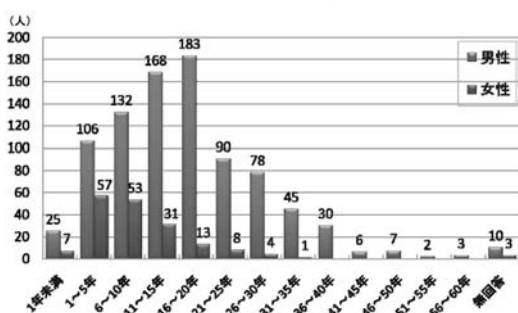


- 沖縄県の勤務医1954名1062名(回答55%)
- 研修医を含む女性医師数は177名で全体の17%

沖縄県医師会の午前中にも発表のあったアンケートですが、女性医師が177人、大体17%です。実は沖縄県の女性医師は400人近くいるということで、あとの200人ぐらいは、離職とか休職ということで、どこに所属しているかわからないということです。今、実数としては明らかになっているのは177人、大体17%ということです。

卒後臨床経験年数

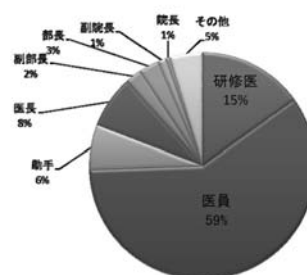
結婚・出産・子育てが重なる卒後10年以内が66%



卒業臨床研修年数で見えますと、結婚、出産、子育てが重なる時期は、いわゆる医師として、一番おもしろくなる時期だと思うのですが、卒後10年以内が約70%近くなんです。いわゆる1年から5年が研修期間で、6～10年で1人立ちの時期となるわけです。

主たる勤務先の役職ですが、女性医師に関して、研修医、それから大学の医員。これは身分の不安定な研修医、医員が約3分の2を

主たる勤務先での役職(女性医師)



身分の不安定な研修医・医員が75%

女性医師の専門科

■ 沖縄県(2007年)

内科>小児科>精神科
経科>産婦人科>外科
系>麻酔科>眼科>皮膚科>放射線科>耳鼻科>泌尿器科

■ 全国(2000年)

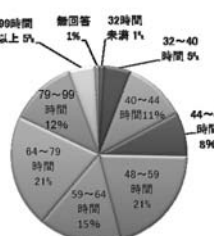
内科>眼科>小児科>精神科>産婦人科



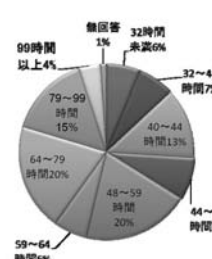
占めております。女性医師の専門科は、沖縄県も全国も大体一緒で、トップはやはり内科です。小児科、精神科、それから産婦人科が続いております。

週平均の実労働時間—男女差ほとんど無し

男性医師回答

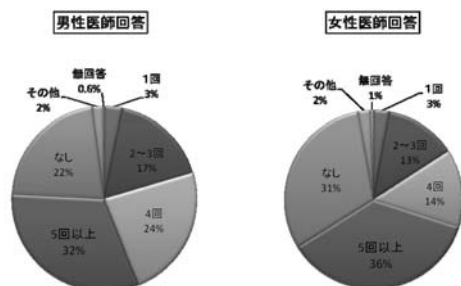


女性医師回答

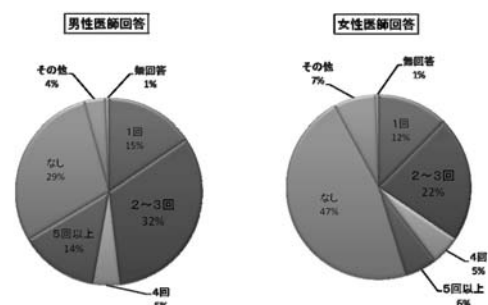


週平均の労働時間も男女差はほとんどありません。1カ月の当直回数も、当直なしが31%で、ちょっと少ないですが、5回以上が36%というのは男性医師よりも高率です。

1か月当直回数: 当直なしが31%
5回以上36%は男性医師より高率

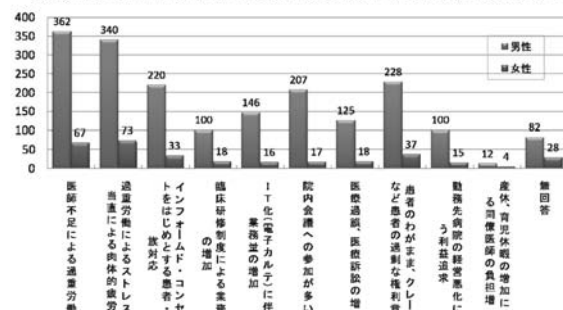


緊急時呼び出し回数
無し 男性29%＜女性47%, 5回以上 6%



緊急時、いわゆるオンコールですね。オンコールなしが、やはり女性医師が47%と約半分近くですが、5回以上が呼び出されたというのが6%もいました。

勤務上での負担な点: 男女共に過重労働が最多で、次いで患者の過剰な権利意識、患者・家族への説明で全体の64%—女性医師4名、男性医師12名が産休・育児休暇の増加による同僚医師の負担



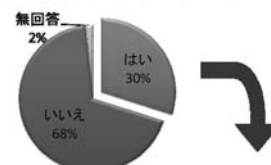
勤務上の負担な点というのは、午前アンケート報告にありましたが、女性医師の4名、それから男性医師の12名が産休・育児休暇の増加により、同僚医師の負担が増

えたという回答がありました。

育児と仕事

- 育児経験者: 53/177名 (30%)
- 両立可: 76%
- 両立困難: 23%
- 両立不可: 2%

育児経験の有無(女性医師のみ)177名

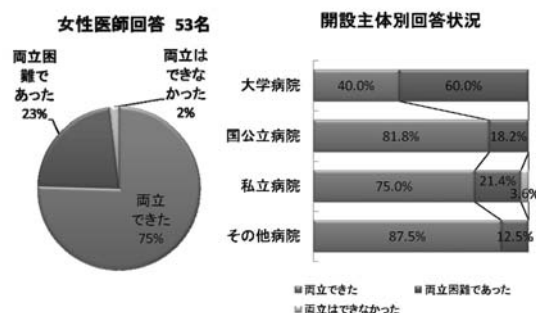


育児と仕事の両立について(上記で「はい」と答えた人のみ)



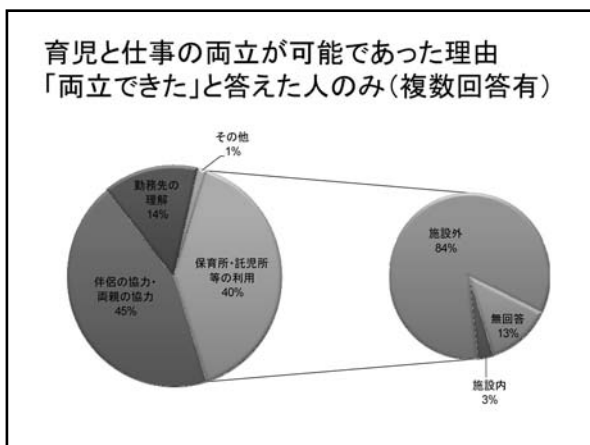
これは次のアンケートのまとめですが、育児と仕事で、育児経験者は177人中53、約3割です。そのうち76%が両立可能、両立困難・両立不可というのが4分の1ありました。

育児・仕事が両立困難: 大学病院勤務医60%
> 国公立・民間病院勤務医は約20%前後

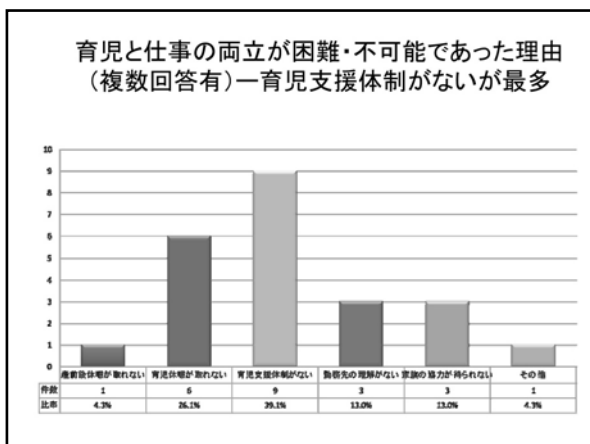


先ほどから大学病院のことが問題になっております。育児、仕事が両立困難と答えたのが、大学病院勤務医の60%で、これが一

番多かったです。それ以外は約20%前後ということで、約3倍が大学勤務のほうが両立が困難だったと答えていました。



今度は逆に「両立できた」と答えた人は、やはりいろんな育児支援があるんですね。保育も含めてです。



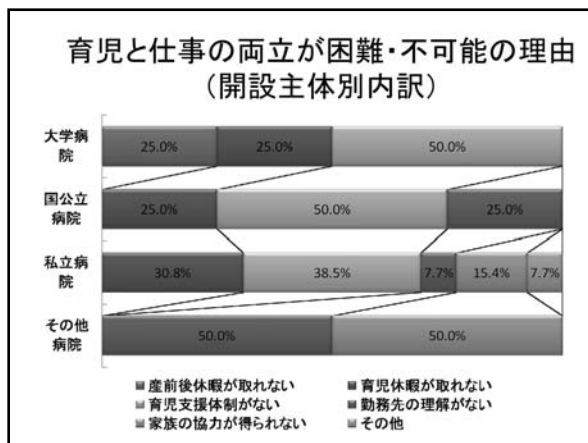
両立困難、不可能の理由

1. 育児支援体制がない(9人)
2. 育児休暇が取れない(6人)
3. 勤務先の理解・家族の協力が得られない(3・3人)
4. 産休が取れない(1人)

困難であった、不可能であった理由で、やはり一番多いのが、育児支援体制がない

というのが最多でした。

今言ったように、一番大きな理由が、育児支援体制がない、次は育児休暇がとれない、それから勤務先の理解や家族の協力が得られない、産休がとれないというのがありました。



これは施設別の内訳ですが、結局、産休がとれないが25% (大学病院)、やはりほかの施設にはない理由でした。

両立困難の理由は施設により異なる

- 大学病院勤務医のみが産休が取れない(25%)
- 育児休暇:大学病院・国公立・私的病院勤務医ともに25～30%が取れない
- 大学病院・国公立・私的病院勤務医ともに40～50%が育児支援が無い事が最大の理由、次いで育児休暇が取れない、勤務先の理解が無いと回答
- それとは対照的に、その他の病院勤務医は勤務先の理解が無いが50%と最多

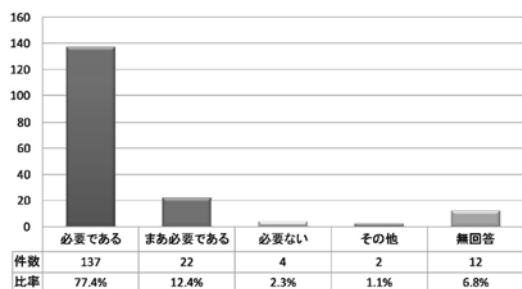
ということで、両立困難な理由というのは施設により異なっておりました。結局、今言ったように、大学病院では産休がとれない。それ以外は、ほかの3施設とも25～30%が、育児休暇です。産休と育児休暇はちょっと違いますので、勘違いしないでください。25～30%が育児休暇がとれない、それから、40～50%が育児支援がない、というのが最大の理由で、次いで、やはり育児休暇

シンポジウム

がとれない、勤務先の理解がないと答えている女性医師が多かったです。

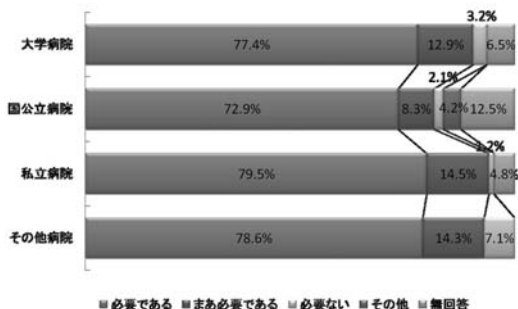
それとは対照的に、それ以外のその他の病院勤務医は、勤務先の理解がないというのが50%と最多、これは私もアンケートを見てびっくりしました。

長期離職後の職場復帰システム * 90%が必要性を感じている



長期離職後の職場復帰システムでは、結局、90%が必要性を感じているということになっています。

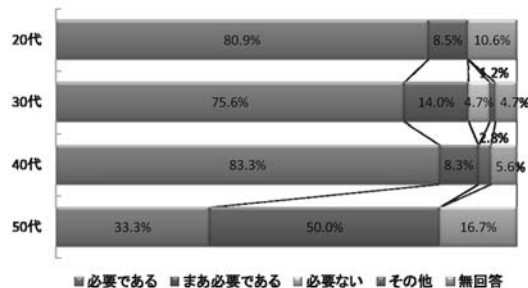
長期離職後の職場復帰システムの必要性 * 施設間でほぼ同傾向



復帰システムの必要性はどうかということで、施設間で見てみますと、大体ほぼ同じような傾向ですね。必要である、まあ必要であるを合わせますと90%ぐらいになります。

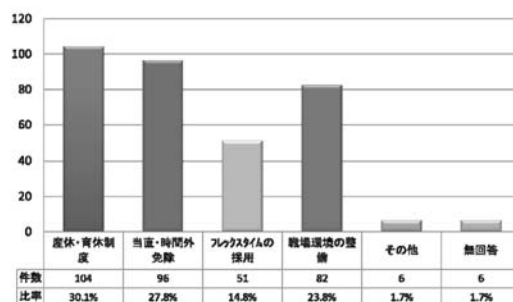
それが年代別に見ると、やはり研修医、それから経験者によって違うと思います。20～40代は、90%近くが必要、50代は経験はありますということで、3分の1ですが、

長期離職後の職場復帰システム * 50代以外は同じ回答状況



まあ必要であるというのは50%ぐらいということですね。

女性医師として勤務を継続するための勤務先労務条件について(複数回答有)



勤務を継続するための勤務先の労務条件は何かというと、やはり同じように産休・育休制度、それから当直・時間外免除ということになっております。

両立させるための具体策

1. 育児支援体制:産休・育児休暇を気兼ねせずに取り入れる雰囲気、院内に24時間保育(病児保育も含む)を!
2. 人員補充:0.5人/女性医師1人、女性医師の多い科は定員増を!
3. 復職に向けての再教育:受け入れ施設の協力
4. ワークシェアリング:外来のみ、超勤当直免除
5. 家族の理解、家事援助:スーパーウーマンになるなかれ!
6. ドクターバンク:県医師会などに窓口

その具体策としては、やはり育児支援対

策というのは、結局、産休・育休を気兼ねせずにとれる雰囲気、それから院内に24時間保育（病児保育も含む）、これは理想といえば理想かもしれませんが、これはぜひ必要だと思います。それから女性医師1人ということは、若い、特に20～30代にかけて、これは1と数えるのではなくて0.5ということで、女性医師の多い科は、定数増というのは非常に必要だと思います。また、復職に向けての再教育というのは、これは受け入れ施設ですね。やはりいろいろな施設と協力体制をひいて、これはぜひしていかないといけないことだと思っています。それからワークシェアリングですね。外来のみとか、超過勤務とか、当直は免除するか・・・。

それからスライドの5番は、これは、この6つのうちで一番簡単な解決策だと思います。家族の理解です。皆さん、女性医師に対して男性医師と言うかどうか分かりませんが、男性の方は、これはぜひ協力してください。家族の理解、それから家事の援助、これはもちろん男性も含めてです。おじいちゃん、おばあちゃんだけがするわけではありませんので、家事の援助をしてください。「スーパーウーマンになるなかれ」ということで、やはり二兎を追う者は一兎をも得ずです。私も自分の経験上、非常に苦労したことがありましたので、これは後輩へのアドバイスです。それから、ドクターバンクは、女性医師部会が立ち上がりましたので、県医師会を窓口にして、これから今後、活動が続けていこうと思っています。

私事でちょっと恐縮ですが、私が30年間仕事を続けられた理由は、やはり多くの人たちに助けられたことでした。子育て真最中は、これはなりふり構わず、とても大変な時期でした。1月に当直は10回以上でした。場合によっては15回、1日おきということもざらではありませんでした。遠くに住

私が30年間、続けられた理由

多くの人達に助けられた事！！

- 1.子育て真最中:当直10回以上／月、両親が同居し親代わり、保育園利用
- 2.職場環境の改善:当直室・シャワー室・搾乳室確保運動
- 3.上司の理解・あきらめ?
- 4.優先順位:仕事＝育児＞妻・家事
- 5.院内で女性医師の懇談会:1～2回／年

む退職した両親は、第二の人生を楽しもうとしてたのを拝みたおして同居し、親代わりに子供たちを育ててもらいました。それと保育園を利用しました。

それから、職場環境の改善です。私は特に麻酔科研修医の第1号で1人しかいませんでしたから、当直室ももちろんありません。ナース控え室のソファで寝ていました。シャワーもありませんので、当直室、シャワー室、それから搾乳室、子供ができたなら搾乳室の確保を後輩と進めました。それから上司の理解というよりも、あきらめじゃないかなと思うのですが、女性だからしょうがないかというのがあったおかげで、麻酔科研修医は7～8人、私の後に続きました。優先順位は、これもやはりライフサイクルに合わせました。育児放棄はできません、仕事ももちろん放棄できないので、私は仕事、育児を優先して、良妻はまっ先に捨てました。家事のほうは、うちの母親におんぶに抱っこされておりました。院内での女性医師の懇談会は年に1回か2回、研修医の歓迎会、それから忘年会、あるいは新年会を含めて行いました。

2005年12月に、沖縄県立病院の女性医師へのアンケートを行いました。2007年5月に、公務員医師会の女性医師部会を発足しました。いわゆる南部医療センターと中部病院で保育施設のアンケート調査を実施しまし

女性医師支援の活動開始！

- 2005年12月
沖縄県立病院女性医師へのアンケート
- 2007年5月
沖縄県公務員医師会女性医師部会の発足
* 2県立病院で保育施設のアンケート調査
- 2007年8月
沖縄県医師会女性医師部会の発足
- 2007年10月：沖縄県女性医師フォーラム予定

て、ちょうど中部病院は終わったところです。今年の8月に、県医師会で女性医師部会が発足しました。実は来週、第1回目の女性医師のフォーラムを予定しております。

沖縄県医師会女性医師部会の発足記事 H19.8.24 琉球新報(夕刊)



これがその発足記事ですね。これは女性医師にアピールしようということで、新聞記者にお願いして記事を書かせてもらいました。

昔、女性も太陽であった、昔も今も女性も太陽であるということをモットーにしたいと思います。

オリンピック走者の金メダリストのヒロイン、スーパーウーマンのジョイナー彼女にちなんで、最初は女医ナースクラブでした。中部病院の研修医、スタッフ医師も含めて180～190人中、女性医師が30人を超え、38人に増加したのを機に、女医ナース党に改名しました。その結成式の写真です。

昔、女性も太陽であった



昔も今も女性も太陽である

当院女医ナース歓迎会



もう時間となりましたので、以上で終わります。ご清聴どうもありがとうございました。

コメンテーター： 日本医師会常任理事 鈴木 満

昨年に引き続きまして、勤務医の先生方の過重労働のお話をうかがいし、しみじみその過酷な状態というのを認識させていただきました。しかしながら、現在の日医執行部は半数以上が病院出身の役員の先生方なものですから、非常にそのテーマは深く理解をしているつもりであります。また勤務医委員会、池田先生をはじめ、委員の先生方もみんな、私も長期にわたってこの問題に取り組んでおりますので、そういう意味では、私も幸いしております。

それでは少しコメントをさせていただきます。佐藤先生は時間切れでおそらく医師確保についての問題をもっといろいろお話しただければよかったと思ったんですが、ヒト、ハコ、カネというようなことで、ハコの部分をいろいろご提言いただきました。病院勤務医の過重労働解消のための勤務環境の整備というのが13億ということでありました。これが8月に予算要求がされております。実際は暮れになりまして明確な数字が出てくるんでしょうけども、引き続きまして女性医師等の働きやすい職場環境の整備、これも23億の要求がされております。この過重労働解消のために13億でとても済むとは思えませんが、何とかこの金を生かしていただいて、官・公立で適当に分けて終わりというような格好には、しないでいただきたいという、大変失礼ですがそういう感じがいたします。

また国も昨年からようやく、この勤務医の先生方の苦境というようなものに腰を上げたと思っております。昨年は女性医師バンクに対する予算がつきまして、今年の2月からバンクの活動が始まっておりますし、



この予算要求に引き続きまして、医政局のハコのほうの課長さんは、あとは診療報酬でやってもらうというようなお話でありましたけども、とても保険局のカネを出すほうを見てみますと、2,200億のシーリングの削減ということすら、今、そのゆくえが判然としない状況でありまして、非常に心寒い状態ではございますが、完全に勤務医の先生方のこの状況というものの解消に、舵は切られたという認識はしております。

平成20年度の診療報酬改定に向けた検討が9月20日で社保審等でも発表されておりますけれども、医療の実情を踏まえた視点からの検討というようなこと、そして勤務医の負担軽減のための方策、病院勤務医の勤務が過酷になっている状況にあり、勤務医の負担軽減のための方策を検討する必要があるというふうに明示をされましたし、また救急医療、産科医療、小児医療等に対しましては重点的に評価をするということになりました。その方向で議論をしておりますけれども、まだ具体的な問題というようなものは、予算が決まりまして、改定率も提示された来年1月以降になりますので、どれだけの枠を与えられるかというようなこ

とで、回答がそれぞれ違ってくると思いますが、勤務医の先生の苦境ということをよく認識し対応したいと思っております。

また、須加原先生の大学病院でございますが、実は特定機能病院が一番経営的には収支がよくて抜群、しかもメディアスによりますと、全国平均では外来患者も入院患者も増える一方というような、そういう結果は出ておりますが、中でご説明がございました法人化による病院経営の効率化というようなことで、いくら稼いでも実は報われないんだということだと思います。これを医療費で解決するということはちょっと無理だと思いますので、その辺のところは厚労省の佐藤先生しかおられませんので、一つくれぐれもその辺も含めて、よろしくお願ひしたいと思ひます。

下地先生のこども医療センターというのはいろいろ伺いました。これは先週、中医協でもNICUでございますとか、小児の入院医療について議論が出されたところでございます。NICUでは、どうしても膠着状態といひましようか、実際上は3割程度のNICUしか動いておりませんので、7割は既に算定日数を超えた、必要な赤ちゃんでございますが、それが人工呼吸が離せないような、しかしながら、いくら仕事をしてても加算が取れなくなっている赤ちゃんが7割というような状況でございますので、このへんは何とか私どもは減算でございますとか、算定日数の延長ということで主張はいたしましたが、これもまた医療費の予算次第というようなことになってますが、何とか頑張りたいと思ひます。小児入院基本料の問題では、今、一番点数が高いところで小児科の先生が、小児外科の先生を含めまして5人以上というようなことになっておりますが、そこを10人になるのか、20人になるのかわかりませんが、その上の段階をつくって、先生方の苦勞に報いたいというような趣旨のよ

うでございます。

これは支払者側の意見からも、その病院なり、小児の入院医療を高くしたり、産科を手厚くしても、結局はその病院にお金が入るのであって、勤務医の先生方の給料の昇給というようなものに直接結び付かないのではないかというような話もあり、支払者側が心配しているような状況でございます。しかしながら、日本の診療報酬体系というのは、ドクターズフィー、ホスピタルフィーに分かれておりませんので、これは施設の裁量で勤務医の先生方の待遇改善につながればいいと思ひておりますが、それがどこまでやれるかどうかというところは、ちょっとまだ未定の状況が多いので、ここで申し上げることはできません。

また、銘苅先生は地域一般病院という立場でございますが、今年は委員会で勤務医の負担軽減として、診断書等文書類の作成というようなことのご指摘がございました。委員会といたしましても、医師が医療秘書などに任せることが可能な業務の具体的な事例をいろいろ検討いたしましたことがございます。例えば先ほど例にありました診断書1枚医師が書けば、あとは確認して押印さえすれば、医師自身が書かなくてもいい、場合によってはいいのかもしれないので、そのへんを含めて検討はできるのではないかなというようなことではございましたが、そこで医療秘書というものにどの程度お金がかかるのであろうかというのをざっと試算をしてみました。

そういうことを任せられる方というのは、やはり年収で500万を下るような方、いわゆる中堅の方々に事務、あるいは薬剤師さんの方でもいいのですが、ある程度の経験を踏んだ方というようなことになると、そういうことになるでしょうし、それをもとに計算をいたしましたところ、常勤医師の3人に1人、メディカル・クラーク、医療秘書の

方をつけますと約2,300億になります。これは勤務医の数で大ざっぱに掛けたものですから、実際のところは、最後にお話になりました、慢性期と急性期と、同じ医師に対する按分比例でいいのかどうかというようなこともあるかと思いますが、一応、勤務医の数で掛けてみますと、3人に1人で2,300億、2人に1人で3,460億円というようなお金がかかってまいりますので、このへんの問題はやはり国として取り上げていただかなければいけないのではないかというふうに考えております。

今村先生の慢性期病棟のところでは、既にちゅうざん病院では療養病床の再編計画というようなものに対してもしっかり対応ができておりますようで、回復期リハのほうにシフトをするというようなことでございました。厚労省は療養病床を15万床に削減する計画を提示しておりますが、回復期リハはその外での話になりますので、療養病床、回復期リハに変更すれば、それで再編が終わったというふうに言えるのではないかと考えております。この問題は非常に地域としても影響の大きい問題だとは思いますが、1つの病院でも再編を乗り切ったというお話を伺いまして、安心したところがあります。なおかつ、連携というものが地域の完結につながると、本当に貴重なお話だと伺いました。

依光先生は、先生のご経験に基づいた貴重なお話を伺わさせていただきました、ありがとうございます。

ここで、日本医師会で行っております、女性医師バンクの運用状況の数字を持ってまいりましたので、簡単に報告させていただきます。9月の一ヶ月間で求職登録者数が、女医先生22人の方がお申し込みになりました、求人の登録施設は23施設、31件になり、そのうち5件が成立をしたようでございます。やはり主に内科系の女医先生が47.4%、

小児科が2割というようなことで、あとは眼科、耳鼻科、皮膚科というふうに成立件数の傾向は続いておりますが、今年の2月1日から始まりました累計でございますが、求職登録者数は203人になりました。求人登録施設が605施設で、就業成立及び再研修の紹介というのが38件あり、およそ月に4～5件の割で女医バンクの機能が果たしているようでございます。

あと、残りの1点でございますが、無過失補償制度に関しまして、ちょっと一言加えさせていただきますと、これが来年の10月から発効をいたします。脳性小児麻痺というようなところから入りますが、だんだんとこれをほかの疾患にまで広げてまいりまして、無過失補償制度の100%のカバーというようなものを目指してやるそうですが、着実にその動きが進んでおりまして、是非こういう問題が次々と解決されることにより勤務医の先生が立ち去るというようなことの防止策になればと感じております。以上でございます。

○玉城座長 鈴木先生、どうもありがとうございました。

少し時間が長くなりましたが、あとは時間をもらってしっかりとディスカッションをしたいと思います。

城間先生、よろしくお願いします。

○城間座長 皆さん、本当に遠いところから沖縄の地へようこそいらっしゃいました。

昨年、埼玉での勤務医部会に出席しましたが、非常に熱い議論が交わされました。それを受けて、我々沖縄での勤務医部会、どういうテーマで話し合いをしていったらいいかということで、やはり勤務医の過重労働をどうにか緩和するためには、機能分化ということを進めるのが一番いいんじゃないだろうかということを考えて、今回のテーマを機能分化というタイトルにしてやって参りました。それで、今回のシンポジウムが進んだわけですが、ディスカッションに入る前に、まず1つ、シンポジストの先生に質問したいんですが、沖縄での機能分化はうまくいっていると思いますでしょうか。まず1人ずつお答えいただけますでしょうか。

須加原先生からどうぞ。

○須加原先生 うまくいっているところもあれば、うまくいっていないところもあると思っています。

○城間座長 大学から見た場合に、どの点がうまくいっていないとお考えでしょうか。

○須加原先生 いろいろな面もありますが、例を挙げれば、私は麻酔科ですから、心臓外科の手術をかなりの病院でやっておりますよね。そういうところなどもある程度の機能分化をしていかないと、8カ所かそれぐらい、麻酔科で応援をしている現状がある。あるいは小児科、産科の問題、小児科は南部医療センターができてある程度、機能分化されようとしておりますが、そういう科に、あるいは各疾患によって、やはりある程

度、機能分化というものを考えていって、一つの協力体制をつくるというのが地域における医療問題の解決方法ではないかと思っています。

○城間座長 それによってマンパワーが分散しているという部分があると。

○須加原先生 はい、その通りです。

○城間座長 では、南部医療センターの下地先生はどういうふうにお考えでしょうか。

○下地先生 私のところは沖縄県の南部を受け持つ病院だったものですから、我々としてはとにかく24時間救急救命センターができるというのが夢でした。それができたということで、救急に関しての問題はひとつ解決したかなということと、こども医療センターがくつついてできたということで、こどもの病院が1つできたということで、今、研修医を15人おりますが、半分強が小児科希望なんです。だから、そういう点では、南部医療センターに限れば、ちょっと機能分化、沖縄県で進んだかなというところだと思います。しかし、まだ全体的にどうですかと言われると、やっぱりそれはそれぞれの病院、それぞれ問題を抱えていますので、まだまだ不十分と言わざるを得ないかと思っています。

○銘苅先生 その機能分化という面で、当院は先ほどお示ししましたように、平成9年から当院の外来患者数を減らして、地域の開業医、クリニックにかかりつけ医を推進しています。先ほどお示した当院の診療圏が浦添市医師会、浦添市で結構、那覇市医師会や中部地区医師会などよりもこじんまりとした医師会で、非常に意思の疎通が行いやすい状況がありまして、そういう面では機能分化が進んでいるかなと。

あと、現在こういう急性期から周辺の回復期リハへの連携なんですが、それに関しては、現在紹介をして大体2週間、早い場合は1週間ちょっとで転院等になるんですが、

やはり待つときは2週間。それでも回復期のほうはだいぶ連携が進んで早くなってきています。

あともう1つ、逆にそういうリハビリにもならないような療養型に行く患者さんに関しては、やはり療養型が実際足りない。転院するのに1カ月近く待つとか、そういう事態があって、まだ100%連携がうまくいっているという状況ではないと思います。

○今村先生 療養のほうから見てみますと、沖縄の場合は県立病院を中心として救急は非常に充実しておりますので、基本的には救急病床をいつも空けておかないといけないということで、救急病院からの依頼があれば、私たちは回復期リハ病棟ですが、一応、大体選ばずにすべて受け入れるということで、うちから在宅とか、療養を考えていくという方向で、今まですべて、そういう受け入れる体制を組んでおりました。これからは療養型の形が少し変わってきていますので、地域の療養病院の得意、不得意があると思うんですね。そういう点を含めた連携を組んでいくと、少し慢性期の機能分化というものが組めるんじゃないかというふうに考えております。

○城間座長 依光先生には機能分化という点ではなくて、女性医師の職場環境という点で、特に急性期病院で働く場合に、その職場環境の現状が、講演でも発表していただきましたけれども、十分なものかどうか、一言で。

○依光先生 機能分化といえば、機能分化だと思うんです。私は、「結婚しなくてもいいからお母さんだけはぜひなりなさいよ」って、シングルマザーを勧めているわけではないんですけど研修医に言ってます。というのは、子育ては大変ですが、やはり子供から得られる喜びというんですか、それから子供と一緒に成長するんですね親というのは。実は研修医のアンケートの中に、

結婚はしても絶対子供は産まないという回答があったんですね。それを見て私もショックを受けました。また、アンケートの中に、結婚して子供ができたときに、当直をしたいかとの回答に、びっくりしたのは、当直免除の希望者はゼロだったんです。

というのは、裏返せば、自分が休めばほかの人に迷惑がかかるというのがあって、それで当直をしたいというのがあったのではないかと考えました。スライドにも出しましたように、気兼ねは少しはするんでしょうけれども、そういうふうな職場の休める雰囲気というのはとても大切だと思います。

私も今だから言えることですが、4カ月育児休暇を取りました。そのとき上司は何も言いませんでした。私が復職してから、ぽそっと「実は上のほうから、何で君は育児休暇を与えたかと言われた」と後から聞かされて、そこがやはり上司の偉いところだったなと思いました。機能分化になるのかちょっとわからないのですが、産休は当然というのは今はあたりまえですが、今ですら育休をとるとというのは非常に勇気があることだと思っています。

○城間座長 ありがとうございます。

では、これからフロアのほうからご質問、あるいはご意見を賜りたいと思うんですけれども、ご質問されるときに所属とお名前のほうを先に述べていただきたいと思います。

○兵庫県（松尾武文） 兵庫県医師会の松尾と申します。佐藤先生にお伺いしたいんですが、日本では病床数は多いから減らせるという印象を受けました。兵庫県で実際にあったんですが、公立病院での医師不足のためダウンサイジングして、それで7対1の看護をとって、それまである循環器病に、特化してうまくいっている病院があります。そういったことでダウンサイジング、すなわち病床数を減らしていく方向が正解なのか。あるいは、先ほどからマンパワー不足

とおっしゃっていましたが、やはり病床数を減らしたり、あるいは病院の機能を一部閉鎖してダウンサイジングして、マンパワー不足を改善するという方向がとれるんじゃないか。

と申しますのは、今までの病院の発展は病床数を増やし、人間を増やし機能を拡大するという方向でどんどんと病院が進化してきたわけですが、そこでダウンサイジングする方向に切り替えるべきなのかどうか、先生の厚労省としてのご意見を伺わせていただければありがたいと思います。

○佐藤先生 日ごろお伺いしない意見なので、いい意味でびっくりしたんですが、実は現状から先に申しますと、今、全国で精神病床を除くと130万床ぐらいの病床数があるんですが、病床利用率80%をちょっと切ったぐらいでして、ざっと計算すると25万床ぐらい空いております。最盛期には95%を超えるぐらいの病床利用率の病院もあるみたいですが、要するにこんなに空いているという事実があります。それが1つですね。

それから2つ目は、ダウンサイジングの話と結び付けて7対1のお話をなさいました。私は保険局ではないのですが、保険局の立場になりかわってお答えをするならば、7対1を導入するときの保険局の考え方は、おそらくダウンサイジングをして7対1に来るだろうと思っていたんですね。結果は先生方ご存じのように違ってしまして、ダウンサイジングではなくて、看護師さんをかき集めることによって7対1をとりにきたと、それで急性期病院ならず慢性期に近いような病院も7対1をとりにきたというような結果だったんだろうと思います。

そういう意味では、ちょっと長々となりましたが、ダウンサイジングというのは方向としてはわざわざ空けていてもしょうがありませんから、やっぱり経営の効率ということを考えればダウンサイジングは不可

避だろうと思います。それが1つです。

それから、ダウンサイジングというのは、同じ機能分化なり、純化、特化という話を私はしましたが、そういう意味では規模の純化、特化でしたが、あわせて診療機能や質の純化、特化というのもやっていただきたいというのが、私どもが考える病院の機能分化の方向だろうと思います。

○城間座長 よろしいでしょうか。

では、次のお方どうぞ。

○大阪府（三宅忠夫） 大阪府の三宅ですが、佐藤先生にお伺いしたいんですが、奇しくもこの発表の中でおっしゃいました、このヒト、ハコ、カネですが、これを医政局と保険局でやって、それから医学教育は文科省でやっているところ、ところが、良い医療、あるべき医療というものは、この行政ではやってはいなかったということですが、私自身が考えるのは、本来、良い医療、または日本のあるべき医療というものが根幹になって、これをもとに医療政策というのはやるべきであって、その一番もとになっているものが欠けている。そのために、医局の改編、これを促進することによって、医局の少人数化が起こって、そのために人の不足が起こってきた。それから専門医制度の導入とか、新臨床研修医制度の導入、また大学や国公立病院の法人化、こういうものが加わって医療崩壊がどんどん今、進んでいると思うんですが、奇しくも今、言われました、良い医療、あるべき医療というものが欠けていた、これが一番の根幹になるように思われるわけですが、いかがでしょうか。

○佐藤先生 私自身、今日スライドをつくって、はっきりとお示しました理由は、1つは考えていただきたいのは、そういうことについてどう思うかご意見をちょうだいしたいなという意味もありましたので、今のご意見なり、ご質問は、本当にありがた

くちょうだいいたしました。

さっきの話ではないですけど、現状だけを申しますと、私はかつて医事課におりましたときに、先進国の医療制度とか医事制度を本当に駆け足で、1つの国を2日程度でずっと回って歩いたんですけれども、実は意外に思われるかもしれませんが、いい医療とか、あるべき医療、あるいは専門医も含めましたクオリティーの話について、行政が関与している国というのはあまりありませんでした。フランスがちょっと近いかなと思いましたが、例えばイギリスの場合ですと、ジェネラル・メディカル・カウンシルとロイヤル・カレッジ・オブ・フィジシャンズ、それから、アメリカの場合は全米医科大学協会、つまり保健省だとか厚生省だとかいわれるところに、お医者さんのような極めてプロフェッショナルリズムの高い領域の行政というのは任せていないんです。ロイヤル・カレッジ・オブ・フィジシャンズとGMCの場合でいうと、じゃ、所管省庁はないんですかといったら、あるんですが、それは枢密院であって、枢密院というのは女王陛下の直属になっています。つまり、医師というものは非常に高貴な職業であり、しかもプロフェッショナルリズムが非常に高いので、保健省や厚生省といわれるような役人の手に委ねておくとなんてことをされるといって、きっちりプロフェッショナルが自浄能力、自助努力で、自助作用もありますね。そういう形で統治してきた、セルフ・ガバナンスでやっていくんだということを徹底しておりました。アメリカの場合は国家試験も含めて、今度は全米医科大学協会の力が非常に強いという気がいたしました。

そういう意味で日本はどちらかというと、ややヨーロッパ型だったろうと思います。つまりヒトとハコ、基本的なことをお任せする。免許は与えたんだから、その免許を

与えた人に全幅の信頼を与えていますから、自分たちのクオリティーアシュアランスの向上もやるんですよと。ハコも最低線は決めました。放射線防御とか、あるいは衛生的にやるんですよと、最低線は決めましたから、そこから先はお願いしますよねと、あとはお金でもって応援しますから、ご自身でおやりくださいというスタイルだったんだと思います。

ただ、それが長年たつ中で、もしかしたら行政がもう少し手を出したほうが良いような状況になったかもしれませんが、またもう少し申しますと、日本医師会の先生方と十分相談をしながら、あるいは学会の先生方とも十分やりながら動いていなければいけなかったのかもしれませんが。

ただ、ちょっと悪口のように聞こえたら鈴木先生申し訳ありません。例えば、発想が良かったかどうかは別として、20年前の家庭医、あるいは最近話題になっています総合医、あるいはその昔、専門医の話も厚生労働省として考えようとはしたんですが、官僚統制は好ましくないということで、厚生労働省は手を引いたという経緯があります。また、医療機関の質の評価につきましても、ようやく20年ほど前に医療機能評価機構というのができまして動き始めたんですが、しかしその中でも基本はアメニティーだとか、あるいはストラクチャーと呼ばれる部分の評価にとどまっております、不当の意味でのクオリティーの評価というところまでは手を出せていないという状況で、私どもは気持ちはあるんだけど、一歩引いて対応してきたというのが、この20年ぐらいの実情と言えます。

○城間座長 佐藤先生、どうもありがとうございました。

ただいまの質問は非常に大事な、それこそ根幹にかかわる質問だったと思うんですが、ちょっとここで私のほうからフロアの

皆さんに挙手をお願いしたいと思います。この2つの選択肢は、良い医療、これはいろいろあるでしょうけれども、良い医療の提供体制をつくるのは、もっと行政がやったほうがいいというふうにお考えの方と、これは医師会がやはりつくっていったほうがいいだろうという、この2つに分けて、ちょっと挙手をお願いしたいと思うんですけれども、よろしいでしょうか。

はい、どうぞ。

○大阪府（三宅忠夫） ちょっとそういう質問は、どちらがいいかではなくて、医師会の言う、例えば良い医療というものを本当に国が聞いてくれるかどうかなんです。だから、医師会が言うべきだと思います。それを本来の医療を担っている専門家なんです。日本の実情も知っている人なんです。その専門家が言うことを十分に聞いて、実行してくれるかが問題であって、どちらがやるべきかという問題ではないんです。

○城間座長 どうも失礼しました。

○鈴木常任理事 今回の関連になると思いますが、昨年、18年改定では7対1から療養病床の区分の問題、リハビリの問題、それから診療所では、在宅医療支援診療所というようなことが医療政策によりまして展開をされました。それは、そういう意味では先生が、いい医療というようなものを根っこに据えた政策展開というようなことでは、私は賛成であります。しかしながら、その医療政策が、もう意図的にお金とつながっているようなことにしかありませんので、そのところだけはやはり、厚労省でもうひとつ考えていただきたいなと思っております。

○広島県（黒田広生） 広島県医師会の黒田と申します。昨年の埼玉県での協議会では結構ホットな議論がありました。今回も朝から講演をずっと聞いていましたが、質疑応答の機会がありません。昨年の協議会

でも報告事項が主でしたが、いくつかの質疑はできました。質問ですが、沖縄県医師会のアンケート調査では、勤務医の医師会への入会率は7割で、全会員の7割が勤務医です。しかし、「医師会が勤務医の労働条件改善ために十分な働きかけをしていますか」という質問に対し、6割がしていない、3割はわからない、わずか1割がしてもらっている、と回答しています。医師会による勤務医のための行動が伝わっていない。医師会内部への広報活動が不十分としか言いようがない。対外広報も大切ですが、まずは十分な対内広報が必要です。午前中の唐澤日医会長の講演で、「開業医と勤務医の大同団結が、第一だ。」との発言内容を進めるためにも、医師会内部での会員相互の意思の疎通が重要です。

平成19年7月の参議院選挙で医師会が推薦した武見敬三氏が落選したのも、“医師会内部での大同団結力の弱さに起因している”、と言われても仕方がない。今回のアンケート調査の結果では、医師会が勤務医のために動いていないと感じている勤務医会員が9割もいる。この結果を今後どのように改めていくかに関する協議を手始めに、さらに様々な政策協議を通じて、厚労省などに対する医師会の対外的な発言力を強めていくことが大切です。

ここには厚労省医政局指導課の佐藤課長がおられますが、ここ数年の厚労省の政策の動きを見ていると、7対1看護問題、リハビリ日数制限や療養病床問題にしても、一旦決定した後でクレームや問題が起こると、場当たりの軌道修正をする。政策決定の前の医師会などとの協議が不十分ではないかと思われる。一方的な通達のみを出して、後は現場がしっかりとがんばれ・・・と。最近、現場の混乱ばかりが目につく。リハビリ期間制限問題では、免疫学で有名な多田富雄氏の身を挺した発言が世間の注

目を浴び、世論が動いた。

検討が不十分な医療政策に対しては、現場の医療関係者も混乱するが、最も犠牲を強いられるのは患者です。患者や医師会を中心とした医療現場の意見を十分に受け入れ、政策決定していただくことを切に願いたい。

これらについてのお考えを佐藤課長にお伺いします。

○城間座長 ただいまのご意見は、佐藤先生に再度お答えいただけますでしょうか。

○佐藤先生 答えというよりも状況という感じなんです。私ども厚生労働省におりまして、医療に関する政策というのは、さっきのヒト、ハコ、カネ風に言うと、2つの政策の流れがあるということで、私は先ほどの図を描かせていただいたつもりなんです。

1つはやっぱりヒト、ハコ、それに医療機能評価機構のような質の領域も少し踏まえた医療政策というものが仮にあるとすると、別途、医療指摘成果政策というものがあるとお考えください。2つの流れというのは本当はリンクをしまして、私どものほうでいい医療で、あるべき医療はこういうものだという提言をすれば、それをお金の側でフォローしてくれるのが医療「費」政策のほうのはずなんですけれども、おそらくは、今日医師会長先生もお話になりましたけれども、例の2,200億円、毎年削減という中で、大きな流れが医療費適正化になってしまっているということだろうと思います。

ですから鈴木先生を前にして申し上げるのは釈迦に説法ですが、細かな診療報酬や診療項目、あるいは検査だとか、特殊な検査に関する項目というのは、意外に伝わってまして、保険局のほうで診療報酬に適宜取り入れられるなど、小さな項目は相当に取り入れられているんですが、一番大きな、先ほどから話が出ています7対1であるとか、もっと一番問題な療養病床の話のよ

うな、一番大きなところで医療「費」行政とでもいいですか、そういう形で政策が展開される部分があるんだろうと思います。

そういう意味では私自身の反省も踏まえて言うならば、医政局のように医療の本質にかかわるところをやっているところが、もう少し保険局の側に、細かな部分も含めて、大きな部分でも提言をしていくということが重要なんだろうとは思っております。

○横浜市（長谷川修） 横浜市医師会の長谷川と申します。私は大学病院に所属している人間ですが、今日のテーマは、病院の機能分化についてということで、勤務医の条件を少しでも良くしようということが一番大きなテーマではないかと思えます。まず、先ほど出ましたように、勤務医の労働環境を改善するには、機能分化を行うことによって、集約化しないと行けない。要するに集約化しないと交代勤務をやることもできない訳です。その意味で、現在の市場原理でどんどん競争して良くしろというような形ではなくて、近隣で同じような総合病院が群雄割拠して競い合っているにもかかわらず、やはり機能分化した形で集約化し、1カ所に何人も集めて、交代勤務ができるようにしないと労働環境は良くなりません。都会ではそういう形でとる。また過疎地のほうでは、全て全般的に見なければいけないけれども、ときどき交代の医師を送ることによって労働環境を良くする。これらを併せてやらないと勤務医の労働環境はよくなりません。国のほうでは、そういう交代勤務などが可能になるような財源的なバックグラウンドを用意していただかなければいけない。沖縄県というのは、本当はおそらく完全に都会のパターンで、離島は地方の、いわゆる過疎地のパターンだろうと思います。両方の良さがあるのではないかと思います。そういった意味で、国の役割と医師会の役割と、それぞれがあ

ると思いますけれども、いかがでしょうか。

○鈴木常任理事 地域によりまして集約化が非常に効いてくるところと、そうでないところがあると思います。私どもは、連携こそが地域医療というものを完結していくのではないかというふうに考えております。例えば、お産をやめた診療所の先生が病院に行って手伝うとか、あるいは最近、長崎県のほうからお手紙をちょうだいいたしました、そこで小児の救急が、おそらく一次救急だと思うんですが、支障を来して継続が不可能になったときに、その地域の先生方が交代でその病院に行って小児を診て、救急医療を継続したというようなことで、病院のほうの先生からありがたかったというお手紙をちょうだいしております。集約化だけが解決になるというのは、私は賛成しかねるところでありまして、やはり地域の事情というものがまず背景にあって、その集約化の前にまず連携で対処するということが望ましいというふうに私は考えております。

○横浜市（長谷川修） 一都市で一施設だけしか、そういうことをやっているところがない場合は連携であって、一都市で幾つもの施設で同じようなことをやっている場合に、やはりある程度の集約化。

○鈴木常任理事 それは先生、理屈はそうかもしれませんが、現実には集約化される病院でありますとか、そういうようなところに対するいろんな意味での保障といいたいでしょうか、公平性といいたいでしょうか、そういうものの担保をどこで、具体的にどうするということのようなことが全く見えないままに集約化だけがひとり歩きすると、非常に危険だと思います。

○横浜市（長谷川修） それが機能分担ということで、こっちはこういうことを中心にやる、こっちはこういうことを中心にやるということ…。

○鈴木常任理事 先生、大学病院だとそういう理屈になるかもしれません。

○城間座長 非常に焦点がぼけてきますと時間がいくらあっても足りませんので、今回のテーマの機能分担と医師の過重労働という点でちょっと話を進めたいと思います。

どうぞ。

○愛媛県（大橋勝英） 愛媛県医師会の大橋でございます。やはり、過重労働、過重負担ということで、今日は期待して参ったわけでございます。

平成9年の新聞を見ますと、医師過剰時代、医学部の定員削減、120人の定員を100人、100人のところを80人というような動きがあって、日本医師会もそのように言っておりました。それから10年たった昨今、医師不足という、これはどういうことかということでもあります。そして、よく人口比における医師の数、OECD加盟国の医師数というのは、例えばアメリカの場合は週20時間以上働いている実働医師数をもってやっております。ヨーロッパもそのように聞いているわけですが、日本の場合、この医師数27万という数は、医師免許証を取っている数なのか、保険医の数なのか、実働医師数ではないのではないかと思います。ですので、現状はもっと劣悪だと思うんです。

例えば、大学病院の基礎に入っている方は免許証を取っている方もいますし、あとは実際の臨床を離れています。それから公衆衛生関係の人もいるでしょうし、女医の方でも離職した者もおります。また高齢の医師で自宅会員の方もおられますし、実働医師数でもって、対人口医師数であらわさないと正しくはあらわれてきません。そして、現状においては、この数値当たりでは医師の過重労働、これは防げないと、医師数を増やせない。そうしますと、1兆を超えて予算がいると思うんですね。

そうやって医師の過重労働を軽くするた

めには医師数を増やすという、そのためには医療費がいるんだということを厚生省もメディアに向かってもっと言ってほしいですね。日経新聞の社説を見ましたら、医療はもっと効率よくやれ、無駄を省けと。これ以上、効率というのはどこかにあるんでしょうか。だから、医師の過重負担、過重労働を軽減するためには、医師数を増やす、医療予算を裏づけるという、このあたりのものを日本医師会としてもっとアピールしていただきたいわけでございます。

○鈴木常任理事 おっしゃるとおりだと思います。過去において日医の判断に誤りがあったかもしれません。しかしながら、日医といたしましては今般、医師の偏在ではなくて不足であるということをはっきり明確に打ち出した路線で動いております。先生がおっしゃるように、人を増やしていくのは、どうしてもやはりスパンが10年単位でかかりますので、その間、医療秘書でございませうとか、あるいは先ほどもくどく申し上げている連携とか、そういう何らかの知恵を働かせて、その間の補完をしながら、それこそ軟着陸というような形に何とかもっていきたいというふうに考えております。

○愛媛県（大橋勝英） 対人口比当たり医師数、どのぐらいが日本の場合は適正というふうに想定されますか。

○鈴木常任理事 先生がおっしゃるような実働では把握されておりませんが、OECDの数字では午前中に唐澤会長が提示されたように、2.0、OECDの諸国は3.1というように、日本は2.0というふうに考えております。

○静岡県（武井秀憲）日医勤務医委員 静岡県の武井と申します。

今の数字のことに付け加えて、ぜひ皆さんにご認識いただきたいのは、その医師数が少ないという問題の中で、特に40歳以下、あるいは30歳以下でも結構なんです、そ

この中堅以下の若年男性医師のところの人数が、この数年で2,000人ぐらい減っているんです。医学部定員の削減の影響が今、出ている。ということはどういうことを意味しているか。先ほど佐藤先生が今度の新しい地域医療保健計画の中で、急性期医療にターゲットをあてているとおっしゃっていましたが、それこそ社会問題化している医療崩壊の本質で急性期医療の崩壊なんです。急性期医療の中の救急医療を含めた、そういうところが一番崩壊してきているわけで、そこを担う男性の若手の人材が減っているんです。2,000人も減っていますよ、調べてみたらわかりますけども。医師総数全体では増えているんだけど、そこのところを皆さん認識しないと、いかにこの地域医療の崩壊が医師不足によって起こっているかということの問題解決にならない。今やっていること全部小手先の対策、それをやらなくていいというのではなくて、ぜひやってほしいんですけども、それ以上にさらに本質的な問題があるということをぜひご認識いただきたいと思います。

○城間座長 勤務医を取り巻く現状がいろんな角度から出て、特に救急医療の部分で過重になっているというのは、各地域で出ていることだと思います。そしてまた、ただいまお話のように、若い人が減っている。そして女性医師が増えていると。そういう解決策の中でいろんな案も出てきていると思うんですが、今、女性医師が増えてきている現状の中で、また女性医師の立場で考えますと、そういう育児支援なり、育児休暇などを考えると、1ではなくて0.5で数えてほしいという女性医師の立場のこともありますが、依光先生、これは非常に難しい問題と思うんですが、この現状をどうにか解決するための方法として何かありますでしょうか。

○依光枝先生 急にふられて、ちょっと答

えに窮しておりますけれども。

私の周囲の若い研修医等を見てみますと、皆さんやはりアクティビティーはあるんですよね。結婚してもやはり仕事を続けたいと。しかし今は核家族で、病気していても昔だったら隣近所のおばちゃんたちがちょっと見てあげるからいいよとかですね。だから、社会が変わってきていると思うんですよね。というよりは、核家族、それから隣近所との付き合いがない。何かあって困ったときにだれかに頼む人がいないということで、どうしても施設内でそれを支援するようなものを管理者が率先して、ぜひ国なり県なりに、すぐには難しいとは思いますが、どうしても、ずっと言い続けることが必要だと思います。そうしないと、おそらく病院も倒産するんじゃないですかね。

○城間座長 女性医師を支援するためには、やはり育児支援がまず絶対必要だということが言えると思いますし、また医師全体として考えるとすると、通常のただの医師の定数というだけではなくて、女性医師とした場合に、何割かの増数の勤務医を確保しないと行けない、養成しないと行けないということが言えるかと思うんですが、日医としては、例えばそういうことも踏まえて、数の中に考えていらっしゃるのでしょうか。

○鈴木常任理事 いや、そこまでは考えておりませんで、委員会でも検討をお願いしたいと思っております。

○東京都（藤巻わかえ）日医勤務医委員

東京から来ました藤巻と申します。勤務医が減っているんですが、女性医師の問題をずっと運動してきました。大体やらないといけなことは決まっているんですね。それで、そういうことをやるためにいろんな病院で育児支援をするであるとか、勤務体制を考えるとかがやっているわけですが、いろんな病院をちょっと、どんな考え方かという事を聞いてみますと、やっぱり病児保育をすればお金が

かかるとか、いろんなところで金がかかる、当直ができないときの代替え医師を頼むと金がかかるとか、そういうことでトップの方が二の足を踏んでしまうという事があるんですね。そういう事をトップの方が考え方を変えて、これは必要だからといって、全部ばつとやるとうまくいくというような病院もあるわけですね。

だから、さっき経済のところで、菊池先生がお話してくださいましたが、ここは必要だからちゃんとやるというところをやってくださればいいのにとおもいます。そういうことで、女性医師は働けない期間が結構ありますが、これから女性医師が参加できるところはちゃんと担って行って、それからリーダーシップをとれるようなキャリアアップもまた必要かなというふうに思っていますので、そのへんはトップで決まるというところがありますから、ぜひご一考ください。

○城間座長 今、女性医師の立場で、トップの理解が大事だという話も出ましたが、ここフロアで病院長でいらしている方、はい、どうぞ。

○秋田県（坂本哲也） 秋田で常任理事をやっています、坂本といいます。勤務医の問題もやっておりますが、特に女性医師の問題をやっています。

我々は5年前からいろんなことを勉強いたしまして、フレックスタイムを用いています。このフレックスタイムは、キャリアラインをそのまま想定した、つまり子育ての時期を除いても、その後、同じレベルで他の男性医師と同じキャリアアップをする。そういうことで、診療部長、副院長、それから頑張れば院長にもなれるという、このキャリアラインをつくって提示しておりますので、ぜひご活用いただければというふうに思います。

○城間座長 非常に力強い例をお示しいた

だきましたが、質問なども多数ありますが、本当に時間が超過してぎりぎりの時間になってしまいました。

○須加原先生 一言いいですか。私は、女性は今、増えているのは当然だと思います。学生に講義をしていまして、女性のほうが優秀です。本当に優秀です。だから女性は麻酔科に入ってほしいと思います。私はサポートしています。5時以降、結婚するまでは、育児に関係なければ男性と同等に働いてもらう。しかし、お産とかなんとかということになれば、男性医師がそれをサポートするのは当然です。大学病院に保育施設24時間オープンしているところがどれだけあるか。ないと思います。これがひとつ必要だろうと思います。それと産休以外に、育休をとる男性医師がおります。麻酔科でその夫が育休をとるんですよ。それを私は認めました。3カ月間。そのぐらいのサポートをしないと、これからはやっていけないんじゃないかと思っています。

それともう1つは産休後のあるいは育児休後の再教育ですけど、これは長崎大学が出ておりますが、麻酔科で育児休、産休後の再教育するというのが、一番いいだろうと思います。いろいろな対応が早くできるようになりますし、我々はサポートしています。だから女医さんは産休後一時的に麻酔科に入って働いていただき、トレーニングする。そうすれば早く復帰できます。これは保証します。

私は熊本大学出身ですけど、熊本ではパートタイムで働いている人が山ほどおります。というのは、男性よりも女性の麻酔科医が多いんですよ。それでインターネットで、私はこの時間は働けますよといって登録し、マッチした手術の麻酔をします。この手術は私が麻酔しますというような連携がうまくいっております。そういうのが必要だと思いますね。

○城間座長 須加原先生、どうもありがとうございました。

本当にいろんな案なり、事象なり。菊池先生、では最後に一言、どうぞ。

○特別講師（菊池英博） 本日、こちらで講演させていただいた菊池でございます。私が出る幕ではないのですが、お聞きしておりまして感じたことを最後に1つだけ言わせていただきたい。

先ほど日本経済新聞を出して、医療の効率化のことをおっしゃいましたね。これはまさにそうなんです。私の講演の最後に、こういうことを書いてありますね。「日本の医療のよさ、崩壊に瀕した日本の医療を国民に正しく伝えよう」。新聞論調には誤りと歪曲が多い。はっきり申し上げまして、一番歪曲した情報を流しているのは、私は日本経済新聞だと思います。誤解のないように、私は日本経済新聞には何回か経済教室なんかに書かせていただいております。友人も多いです。ただ、私のところに日本経済新聞の記者が来ました。親しい記者ですから、こういうことを言いました。「実は先生、上のほうから、日本の医療は非常に効率が悪いと、こういう原稿を書いてくれ」と言われているんですよ。実はこのお話を受ける前の話なんです。いろいろと聞いていましたら、そういうふうにして、いかに日本の医療が悪いかというようなことを書けというんです。どうしてかという、先ほどからお話ししています市場原理の話。市場原理を一番日本に徹底しようと宣伝しているのは、実は日本経済新聞なんです。

市場原理といいますのは、釈迦に説法ですが、基本的には経済の理屈からきております。経済の基本的な要素は「ヒト」「カネ」「モノ」ですね。これを同じに扱うんですよ。「カネ」は必要だったら借りる。いらなかったら返しますね。安いところから借りて、高いところへ、いらなくなったら売る。「モ

ノ」は必要だったら買う。いらなかったら捨てる。「ヒト」も、必要だったら採用する。いらなくなったら捨てる。ここからきているんですよ。この考え方が、実はこの数年の間にもものすごく日本に浸透してきた。これは恐るべき現象です。

その一番典型的なのがホリエモン、堀江貴文とか村上ファンド、ご存じですね。彼らは儲けさえすればいい。市場原理というのは儲けさえすればいいんだと。倫理観とか社会的連帯関係、それは全くないんです。これはアメリカが事実そうです。ただ、これに対する反対のアメリカの学者もいますよ。ですがそういうものが蔓延している。これは恐るべき現象です。最近よく、親を斧でぶったたく等の報道がありますね。親を人間だと思っていないんですよ。だから市場原理というのは、人間の魂、人間性というのは無視した扱い。非常に怖いことです。

そこで私があえて申し上げたかったのは、マスコミに対して、そういった不効率という話がありますね。今、お話を聞いていて、そんなことは絶対にない。私も短期間ですが、いろいろデータを集めました。最も効率的で、最も医療をやっているのは日本の医療だと思います。これは医師会の先生にお願いしたいことですが、そういうことをもっと、社会に対してPRしていただきたい。それからこういう日本経済新聞なんかが、日本の医療は効率性を欠くというようなことを、もし書いたら、ちゃんと反論するんです。実は私自身、ときどきやることもあります。これはおかしい、間違っているということを反論することがあります。

そうすると、ものによっては記者が来ます。それで若干修正することもあります。私は微力で、テレビ等には発言はありませんが、そういうこともある。そういうことによって、間違った医療の方向、これをきちっと是正しないといけない。今はマスコ

ミがひとりで歩く時代ですが、それをきちっと我々が是正すべきである。これは各地の医師会の先生にお願いをしたいことだし、先生方自身も地域でそういうことを努力していただくといいんじゃないかと私は思っています。

あるNHKのテレビで間違った財政の記事が出ました。私はこれはあまりにもおかしいと思って、ディレクターあてに手紙を出しました。そしたらちゃんと返事が来ました。「おっしゃることはよくわかりました。今後、訂正します」。訂正している放映はまだ聞いていませんけれども。いずれにしても、非常にそういうことが多いと思いますので、先ほど日本経済新聞のことが出ましたので、そういうことに対してはむしろその都度反論するという努力に努め、これをきちっとやる、そして間違った医療の方向というものを是正して行くべきだと思います。大変蛇足でございましたけど、私はそう痛感をいたしましたので申し上げます。

○城間座長 ありがとうございます。

本当に最後になりましたが、菊池先生もおっしゃいましたけれども、国民一人一人が社会的行動を起こそうというお話がありましたけれども、我々勤務医もそれぞれの立場で勤務医ができることを、行動を起こすべきだというふうな気がいたしますが、皆さんはどうでしょうか。

(拍手)

本当に長時間、時間も超過しましたが、シンポジウムに参加していただきましてありがとうございます。これをもちましてシンポジウムを終了したいと思います。

○安里常任理事 ありがとうございます。

まだもう1つございます。舞台設営いたしますので、しばらくお待ちください。

■ 沖縄宣言採択

○総合司会（安里哲好） 次に、沖縄宣言採択を行います。本日の資料として、沖縄宣言（案）を皆さんにお配りしていますが、昨年度の埼玉県に倣い、対外広報の一環として、沖縄宣言（案）を作成いたしました。本会副会長、玉城信光より宣言文を朗読します。

玉城副会長、よろしくお願いいたします。

○玉城信光 沖縄県医師会副会長 お疲れのところ申し訳ございません。先生方のお手元に案が届いていると思いますので、ご覧ください。それでは読み上げます。

沖縄宣言（案）

近年、全国勤務医の働く環境は、医師の献身的努力では改善できない厳しいものとなり、地域医療崩壊が現実のものとなっている。

我々、全国の勤務医は、医療の質の向上と共に、医療の安全を追求し、医の倫理を保持できる環境を取り戻すために次のように宣言する。

- 一、地域医療崩壊の原因となった財政主導による医療費抑制政策を改めるよう求める。
- 一、勤務医不足により劣悪になった勤務状態を改善し、地域医療を担う勤務医を増やす施策を求める。
- 一、女性医師が、仕事と家庭を両立できるきめ細かい支援体制の構築を求める。
- 一、開業医と勤務医、地域住民は互いに連携し、地域医療の再生を目指す。
- 一、勤務医は医療の質の向上と安全を目指し、地域住民と共に活動していく。

平成19年10月13日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・沖縄

ただいまの宣言（案）の朗読がございましたが、本日この協議会でこの宣言を採択するということと、この宣言文の取り扱いには本会と日医に一任するということでよろしいでしょうか。お諮り申し上げます。

（拍手）

ありがとうございました。ご承認いただけたと思っております。

以上をもちまして、本日の協議会を終了いたします。ご協力ありがとうございました。

閉会にあたり、沖縄県医師会副会長の小渡敬より、閉会のご挨拶を申し上げます。

○総合司会（安里哲好） どうもありがとうございました。

なお、この宣言文に関しましては、日医勤務医委員会等の了承を得ております。

閉会の辞

17 : 30

沖縄県医師会副会長

小 渡 敬

沖縄県医師会副会長 小 渡 敬

閉会のご挨拶を申し上げます。

本日は朝から長時間、大変熱心なご討議
をいただきまして、大変お疲れさまでした。

これで平成19年度全国医師会勤務医部会
連絡協議会を閉会いたします。



参加者数一覧

平成19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	医師会名	協議会参加者数		宿泊日数			観光		ゴルフ
			協議会	懇親会	10/12	10/13	10/14	ファミリー	美ら海水族館	
①北海道・東北	北海道	北海道医師会	3	3	0	0	0	1	3	1
		札幌市医師会	5	5	1	1	0	0	0	1
		函館市医師会	1	1	0	0	0	0	0	0
		旭川市医師会	1	1	0	0	0	0	0	0
		室蘭市医師会	1	1	0	0	0	0	0	0
		小樽市医師会	1	1	0	0	0	0	0	0
	青森県	青森県医師会	7	7	3	3	0	0	0	0
	岩手県	岩手県医師会	3	3	1	3	0	0	0	0
	宮城県	宮城県医師会	3	3	0	0	0	0	0	0
		仙台市医師会	4	4	4	4	0	0	0	0
	秋田県	秋田県医師会	2	2	2	2	0	0	0	2
	山形県	山形県医師会	4	4	3	3	0	0	0	0
	福島県	福島県医師会	1	1	1	1	0	0	0	0
②関東・甲信越	茨城県	茨城県医師会	2	2	2	2	0	0	2	0
	栃木県	栃木県医師会	8	8	8	8	0	0	0	0
	群馬県	群馬県医師会	2	4	3	3	0	0	0	0
	埼玉県	埼玉県医師会	6	6	0	0	0	0	0	0
	千葉県	千葉県医師会	18	18	13	16	0	0	12	0
	東京都	東京都医師会	7	7	4	4	0	0	0	0
		新宿区医師会	1	1	1	1	0	0	0	0
	神奈川県	神奈川県医師会	8	8	8	8	0	0	0	0
		横浜市医師会	5	5	5	5	0	0	0	1
		藤沢市医師会	1	1	1	1	0	0	0	0
	新潟県	新潟県医師会	3	4	4	4	0	1	2	0
	山梨県	山梨県医師会	1	1	1	1	0	0	0	0
	長野県	長野県医師会	2	1	2	1	0	0	0	0
	富山県	富山県医師会	1	1	1	1	0	0	0	0
	石川県	石川県医師会	4	4	0	0	0	0	0	0
③中部	福井県	福井県医師会	2	2	2	2	0	0	0	2
	岐阜県	岐阜県医師会	2	0	2	0	0	0	0	0
	静岡県	静岡県医師会	1	1	0	0	0	0	0	0
	愛知県	愛知県医師会	7	5	1	1	0	0	0	0
	三重県	三重県医師会	4	4	2	2	0	0	0	0
		津地区医師会	1	1	2	2	0	0	0	0
	滋賀県	滋賀県医師会	8	8	6	6	0	0	0	0
	筑紫医師会	1	0	1	0	0	0	0	0	0
④近畿	京都府	京都府医師会	5	5	2	5	0	0	0	0
	大阪府	大阪府医師会	7	7	7	7	0	0	0	0
	兵庫県	兵庫県医師会	4	4	3	3	0	0	0	0
		姫路市医師会	1	2	0	0	0	1	2	0
	奈良県	奈良県医師会	4	5	3	5	0	1	3	0
	和歌山県	和歌山県医師会	2	3	3	3	0	1	0	0
	鳥取県	鳥取県医師会	2	2	2	2	0	0	0	0
	島根県	島根県医師会	10	10	8	9	0	0	0	0
	岡山県	岡山県医師会	3	1	2	1	0	0	0	0
		岡山市医師会	1	1	0	0	0	0	0	0
⑤中国・四国	広島県	広島県医師会	7	7	0	0	0	1	0	0
		広島市医師会	4	4	0	0	0	0	0	2
		福山市医師会	1	1	0	0	0	0	0	0
		呉市医師会	1	1	0	1	0	0	0	0
		大竹市医師会	1	0	0	0	0	0	0	0
	山口県	山口県医師会	4	4	4	3	0	0	0	0
	徳島県	徳島県医師会	3	3	3	3	0	0	0	0
	香川県	香川県医師会	3	3	0	0	0	0	0	0
		丸亀市医師会	1	1	0	0	0	0	0	0
	愛媛県	愛媛県医師会	3	5	2	3	0	0	0	0
		松山市医師会	3	3	3	3	0	0	0	0
	高知県	高知県医師会	2	2	2	2	0	0	0	0
⑥九州・沖縄	福岡県	福岡県医師会	6	6	6	5	0	0	1	0
		北九州市医師会	2	2	2	2	0	0	0	0
		福岡市医師会	5	5	2	1	0	0	0	0
		宗像医師会	1	1	0	0	0	0	0	0
		大牟田医師会	1	1	1	1	0	0	0	0
	佐賀県	佐賀県医師会	4	3	4	2	0	0	0	0
	長崎県	長崎県医師会	1	1	0	0	0	0	0	0
		長崎市医師会	2	1	1	1	0	0	0	0
		佐世保市医師会	1	0	0	1	0	0	0	0
	熊本県	熊本県医師会	2	2	0	0	0	0	0	0
		熊本市医師会	2	3	0	0	0	0	0	0
	大分県	大分県医師会	1	1	0	0	0	0	0	0
		大分市医師会	1	1	1	1	0	0	0	0
	宮崎県	宮崎県医師会	7	7	0	1	0	1	0	0
	鹿児島県	鹿児島県医師会	2	2	1	1	0	0	0	0
		鹿児島市医師会	2	2	2	2	0	0	0	0
	沖縄県	沖縄県医師会	118	78	0	0	0	0	1	5
	日本医師会	日本医師会	20	19	18	14	4	1	0	2
計			381	337	166	167	4	8	26	16

平成 19 年度
全国医師会勤務医部会連絡協議会報告書

発 行 沖 縄 県 医 師 会
〒901-1105 沖 縄 県 南 風 原 町 字 新 川 218-9
TEL 098-888-0087(代)

印 刷 有 限 会 社 福 琉 印 刷
〒900-0012 沖 縄 県 那 覇 市 泊 2-19-8
TEL 098-867-1989
