平成 20 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

「考えよう新しい日本の医療と勤務医の未来
－今こそ求められる医師の団結－」

期　日：平成20年11月22日（土）
会　場：ホテルミラコスタ　パラティーゾ
（東京ディズニーシー内）
主　催：日 本 医 師 会
担　当：千葉県医師会

≪表紙写真≫

九十九里浜

千葉県は海と山に囲まれた県であるため、新鮮な魚や豊富な山菜、野菜類を味わえます。また、南房総沿岸では沖合いを流れる暖流（黒潮）の影響を受け、一年を通して暖かいため、菜の花等の花が冬でも咲き乱れ、四季に応じて楽しむことが出来ます。

写真は、九十九里浜に沈む雄大な夕日。

目　　次

開 催 要 綱 …… 1

次　　第 …… 2

開　　会
　主 催 者 挨 拶 …… 8
　担 当 県 挨 拶 ……10
　来 賓 祝 辞 ……11

特 別 講 演 1
　「医師法第21条の改正と医療安全調査委員会設置法（仮称）」 ……15

報　　告
　日本医師会勤務医委員会報告 ……37

報　　告
　千葉県医師会勤務医アンケート調査報告 ……45

報　　告
　各都道府県医師会および関東ブロック地区医師会会費徴収方法アンケート報告 …55

次期当番県挨拶 ……63

特 別 講 演 2
　「日本の医療のあるべき姿について」 ……67

シンポジウム 1
　「勤務医が日本の医療に果たす役割」 ……91

シンポジウム 2
　「勤務医の将来展望」 ……127

閉　　会 ……165

参加者数一覧 ……169

■協議会風景

開　　会　　式

日本医師会常任理事　　木下　勝之 先生

千葉県医師会長　　藤森　宗徳 先生

会　場　風　景

日本医師会勤務医委員会委員長　　池田　俊彦 先生

■協議会風景

島根県医師会長　　田代　　收 先生

慶應義塾大学商学部教授　　権丈　善一 先生

シンポジウム 1

シンポジウム 2

日本医師会常任理事　　三上　裕司 先生

■開 催 要 項

平成20年度全国医師会勤務医部会連絡協議会
開　催　要　綱

メインテーマ

「考えよう新しい日本の医療と勤務医の未来」

―　今こそ求められる医師の団結　―

１．開催日時　　平成20年11月22日（土）　10:00～17:30

２．会　　場　　ホテルミラコスタ　パラティーゾ
（東京ディズニーシー内）
千葉県浦安市舞浜1－13
ＴＥＬ　047－305－2222

３．主　　催　　日本医師会
東京都文京区本駒込2丁目28番地16号
ＴＥＬ　03－3946－2121

４．担　　当　　千葉県医師会
千葉県千葉市中央区千葉港7-1
ＴＥＬ　043－242－4271

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20年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

日　　時　　平成20年11月22日（土）　10時～
場　　所　　ホテルミラコスタ　パラティーゾ（東京ディズニーシー内）
主　　催　　日本医師会
担　　当　　千葉県医師会

メインテーマ 「考えよう新しい日本の医療と勤務医の未来」－今こそ求められる医師の団結－

総合司会　千葉県医師会理事　　池　崎　良　三

受　付　09：00～10：00

開　会　10：00　　千葉県医師会副会長　　井　上　雄　元

挨　拶　　日本医師会長　　唐　澤　祥　人
千葉県医師会長　　藤　森　宗　徳

来賓祝辞　　千葉県知事　　堂　本　暁　子
浦安市長　　松　崎　秀　樹

特別講演１　10：20～11：00
「医師法第21条の改正と医療安全調査委員会設置法(仮称)」
日本医師会常任理事　　木　下　勝　之
座　　長　　千葉県医師会長　　藤　森　宗　徳

～～～（休　憩）11:00～11:10～～～

報　　告　11：10～11：25
「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　11：25～11：55
「千葉県医師会勤務医アンケート調査報告」
千葉県医師会理事　　原　　徹
「各都道府県医師会および関東ブロック地区医師会会費徴収方法アンケート報告」
千葉県医師会監事　　守　　正　英

次期担当県挨拶　11：55～12：00

～～～（昼　食）12：00～13：00～～～

特別講演２　13：00～14：00
「日本の医療のあるべき姿について」
慶應義塾大学商学部教授　　権　丈　善　一
座　　長　　千葉県医師会勤務医部会副部会長　　深　尾　　立

～～～（休　憩）14：00～14：10～～～

シンポジウム１　14：10～15：40

「勤務医が日本の医療に果たす役割」

座　　長	千葉県医師会副会長	鈴　木　一　郎
	千葉県医師会勤務医部会常任幹事	中　村　文　隆
（１）地域拠点病院の現状と将来	千葉労災病院呼吸器外科部長	安　川　朋　久
（２）医師会との協力で作り上げた小児科二次救急医療体制		
	国立病院機構下志津病院名誉院長	西牟田　敏　之
（３）女医が活躍出来る環境の整備		
	東京女子医科大学病院腎臓内科准教授	内　田　啓　子
コメンテーター	日本医師会常任理事	三　上　裕　司

～～～（休　憩）15：40～15：50～～～

シンポジウム２　15：50～17：30

「勤務医の将来展望」

座　　長	千葉県医師会理事	石　川　広　己
	千葉県医師会勤務医部会常任幹事	鈴　木　紀　彰
（１）勤務医の生きがいについて	千葉県医師会勤務医部会常任幹事	岩　崎　秀　昭
（２）臨床研究、高度医療を行う喜び	都立駒込病院消化器内科部長	江　川　直　人
（３）医療提供体制の構造変化と勤務医の処遇改善		
	千葉商科大学大学院政策研究科客員教授	松　山　幸　弘
コメンテーター	日本医師会常任理事	三　上　裕　司

千葉宣言採択	千葉県医師会副会長	鈴　木　一　郎
閉　会　17：30	千葉県医師会副会長	田那村　　宏

～～～（休　憩）17：30～18：15～～～

懇親会　18：15～20：00

アトラクション

開　会	千葉県医師会理事	吉　岡　英　征
挨　拶	日本医師会長	唐　澤　祥　人
	千葉県医師会長	藤　森　宗　徳
乾　杯	次期担当県医師会長（島根県）	田　代　　収
閉　会	千葉県医師会理事	吉　岡　英　征

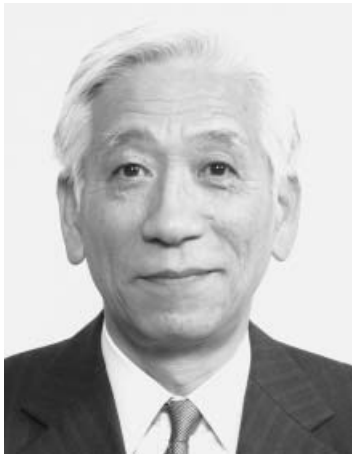
開　　会　　10：00〜10：20

	総合司会　千葉県医師会理事	池　崎　良　三
開　　会	千葉県医師会副会長	井　上　雄　元
主催者挨拶	日本医師会長	唐　澤　祥　人
担当県挨拶	千葉県医師会長	藤　森　宗　徳
来賓祝辞	千葉県知事	堂　本　暁　子
	浦安市長	松　崎　秀　樹

■開　　会

総合司会

千葉県医師会　理事　**池　崎　良　三**



本日は、お忙しい中、本協議会にお越しいただきまして、まことにありがとうございます。私は、本日、総合司会をさせていただきます千葉県医師会理事の池崎と申します。

平成20年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を開催させていただきたいと存じます。

まず、開会の辞を千葉県医師会副会長、井上雄元より申し述べます。

開　　会

千葉県医師会　副会長　**井　上　雄　元**

ただいまご紹介にあずかりました千葉県医師会副会長の井上でございます。

本日は、あいにくと言った方がいいのかもしれませんが、大変お天気に恵まれて、外で遊びたいなと思われる方がほとんどではないかと思っています。これから５時半まで、長時間に亘りますが、皆様に活発な討論をしていただきたいと思います。

本日はご出席いただき本当に、ありがとうございます。

■開　　会

主催者挨拶

日本医師会　会長　**唐　澤　祥　人**

（代読：日本医師会　常任理事　三上　裕司）

ただいまお話がございましたように、唐澤会長は出張のため、日本医師会勤務医担当の三上が代わりにご挨拶申し上げます。今日は堂本知事にもご来賓としてお越しいただいておりますが、３日前の全国知事会の中での麻生総理の発言について大きな波紋がございまして、翌日から日本医師会にも抗議のファクス等がたくさん届いております。本会といたしましても、机の上にお配りしております抗議文を持ちまして、翌日、官邸に出向き、厳重に抗議を申したところでございます。総理からは発言の撤回と謝罪をいただいたわけでございますが、その謝罪を受けて、これからどうするかにつきましては、また各方面のご意見を伺いながら、本会で決定していきたいと思っておりますので、ご理解いただきたいと思います。

それでは、唐澤会長から預かってまいりました挨拶文を代読させていただきます。

平成20年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開会に当たり、主催者を代表いたしまして一言ご挨拶を申し上げます。

本連絡協議会も今年度で29回目の開催を迎えることになりました。昭和56年の発足当初は、勤務医の先生方の大変なご苦労、ご尽力により、勤務医部会を有する医師会の持ち回りで開催されていましたが、平成３年度からは日本医師会が主催し、開催県医師会に協議会の実施運営をご担当いただく現在の形式となっております。

昨年度、沖縄県で開催されました協議会では、勤務医の過酷な労働環境の改善、医療費抑制政策の見直しなどを求める沖縄宣言が採択され、本会より協議会からの強いメッセージとして関係各方面に同宣言を配付いたしましたが、この協議会が長年にわたり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続けていることは非常に意義深いことでございまして、これもひとえに都道府県医師会をはじめ、勤務医部会関係者のご協力の賜物であると心より敬意を表する次第でございます。

さて、安心で安全な医療を望む国民の要請にこたえ、国民が安心できる最善の医療を目指すことは、本会のみならずすべての医師に共通する使命でございますが、昨今の医療界、特に勤務医をめぐる環境は医師個人の強い使命感や医療現場の献身的な努力だけでは、もはや解決できないほど厳しいものとなっております。

とりわけ新医師臨床研修制度の導入をきっかけに顕在化した医師不足の問題は、過重労働の問題、医療事故や医療訴訟などの問題と相まって、地域医療提供体制を確実に蝕み続け、医療の質、安全の面からも看過できない状態を招いております。

このような状況をもたらした原因が長年にわたる行き過ぎた医療費抑制政策にあることは明らかでございます。政府は、依然として社会保障費の自然増に対する機械的削減の撤回を明らかにはしていませんが、政策の大転換を強く望むものであります。

この機械的削減という誤った判断は医療界にとど

まらず、国民社会全体に重大な影響を及ぼす問題であり、世界に冠たる国民皆保険制度のもと、地域医療提供体制を再生、確保していくためには、この誤った判断をまずは撤回し、医師が医師としての使命を全うするための適正な社会保障費が確保されなければなりません。

そして、医療が直面しているこれらのさまざまな問題を乗り越え、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ございます。

本会といたしましても、国民の健康、生命を預かる学術専門団体として、さらなる取り組みを進めてまいる所存でございますので、先生方におかれましても、一層のご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

最後に、改めまして、本年の協議会の開催に当たり、準備、運営のすべてをご担当いただきました千葉県医師会の藤森宗徳会長はじめ、役職員の皆様に衷心より感謝を申し上げ、また、本日の協議会が実り多いものとなりますよう祈念いたしまして、ご挨拶とさせていただきます。

平成20年11月22日、日本医師会会長、唐澤祥人。

代読をさせていただきました。本日はよろしくお願いいたします。

■開　　会

担当県挨拶

千葉県医師会　会長　**藤　森　宗　徳**

平成20年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催に当たり、当番県といたしまして歓迎のご挨拶を申し上げます。私、千葉県医師会会長の藤森でございます。

この協議会は、先ほど会長からお話しありましたように、昭和56年から福岡市で開催されまして、今年が第29回になります。この開催を千葉の地で行うことができるのは非常に光栄なことで、感謝しております。

千葉県においては、平成15年度に勤務医部会を創立いたしました。地域医療における勤務医の果たす重要性にかんがみ、その啓発活動に努めてまいりました。現在、千葉県会員の36％を勤務医が占めておりまして、医師会活動における勤務医の活動が非常に重要になっております。

また、医療危機が進む中、医師不足問題や医療事故における環境整備、女性医師の職場環境整備など、毎年、時期に合わせた特別講演、シンポジウムを行って協議会を進めております。地域医療の整備、活性化における勤務医の重要性に全力を尽くしているところであります。

さて、国民の医療と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。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、日本医師会常任理事の木下先生による医療関連死に関する講演、慶応義塾大学商学部教授、権丈先生により「日本の医療のあるべき姿」について、ご講演をいただく予定にしております。

メインテーマは「考えよう新しい日本の医療と勤務医の未来　――今こそ求められる医師の団結――」で、勤務医の情熱がさらに維持、増進し、勤務医の未来が展望できる体制づくりを目指した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なっておりますので、それを取り上げ、シンポジウムとしては著しく変化する医療提供体制に焦点を当て、第１部を「勤務医が日本の医療に果たす役割」、第２部を「勤務医の将来展望」と題して、各分野からの方の活発なご議論いただき、勤務医の大同団結をして諸問題の解決につなげたいと思っております。

本日の協議会は、勤務医の未来を示唆する有益な協議会になることを期待申し上げ、ご参加の皆様方の今後のますますのご発展、ご健康を祈念し、挨拶といたします。どうもありがとうございました。

来賓祝辞

千葉県知事　**堂　本　暁　子**

全国から千葉に、そして浦安にお越しくださいまして、心から歓迎を申し上げたいと思います。特に今、医療の問題は大変ですが、私からは毎日のお仕事、本当にありがとうございますと、まず御礼を申し上げたいという気持ちでおります。

千葉県の医師会では、県内の278施設の勤務医を対象としたアンケート調査をなさいました。その調査の結果、多くの勤務医の方が大変疲れていらしたり、改善されない状況で閉塞感を覚えるということ、郡部では地域医療がいささか崩壊しかけているといったようなことが出ているのですが、その一方で、先生方が将来の地域医療を支える気概を持っていてくださるということを大変うれしく思っております。懸命に努力していらっしゃることが伝わってくるようなアンケートでございました。

今、藤森会長からもお話しがございましたように、この間、千葉ではいろいろな出来事があったのですが、千葉の医師会の皆様が本当にご協力くださいまして、行政と一緒に循環型の医療の体系をつくろうということで、今、ご努力をくださっております。病院から開業の先生方、みんなで地域を一緒に守っていこうと、そういうシステムづくりを今、一生懸命やっているところでございます。

「考えよう新しい日本の医療と勤務医の未来―今こそ求められる医師の団結―」と今、会長のおっしゃいましたこのテーマは、医療制度改革の見直しが行われるところで大変タイムリーなテーマかと思います。

ところで、皆様のお机の上にございますこの抗議文、私もこういった思いでございます。先日、年に１回、官邸で全国47都道府県の知事と総理との会合がございまして、私も参りましたところ、去年、一昨年は医療問題が非常にたくさん出たのですが、今年は経済の問題と地方分権の問題、財政の問題、２時間ぐらいの間に一言も医療のイの字も出てこない。

銚子市立病院が閉鎖しなければならなかった事情があり、千葉は日本の縮図のようなところでございます。大きい病院もたくさんございます。がんセンターのようなところもございます。一方で、自治体病院が閉じなければならないという事態もあるということで、今回は医療のこと以外は言わないということで、みんな経済のことばかりだったものですから、大きい声で「総理」と言って手を挙げたら「千葉県」と言われたものですから、医療の問題ということで銚子の病院、それは自治体病院がどんなに苦しいことになっているか。しかし、一番の根本は勤務医の先生たちの問題だろうということで、総理に英断を求めますと申しました。大分前から勤務医の方たちの診療報酬の改正の問題が出ていますのに、ちっとも決まらない。私も前の医療制度改革にかかわったのですが、そのときから問題になっていながら、いまだに何ら解決されないということで、総理の英断を求めますということを申し上げました。

もう一つは、これから新しい制度として何らかの形で、勤務医の先生たちの奉仕の精神だけで地域医

療を担うということは、この広い日本の中で無理だと思う。それは千葉県だけではなくて、全国津々浦々どこへ行っても同じような状況があると思うので、全体の医療の制度の中で医療法を改正してでも、どこかで地域医療がシステムとして組み入れられるような抜本的なことも総理、お考えになったらどうでしょうかと申しました。まさか、その後に千葉県の知事が医療のことに触れたけれどと言って、例の問題発言が出るとは思っていませんでした。

これはびっくりしました。千葉県の堂本知事から地方の病院の話があった。地方の病院で医師の確保は、自分で病院を経営しているから言うわけじゃないが、大変だと。それから例の欠落という話題に入っていってしまったわけでございます。現場で実際に答えを受けた私としては、総理は医療のことについてはご自分で病院を経営されているということもあって、逆に得意の分野でいらしたみたいで、非常に意気込んで答弁をくださったのですが、そこは私などとは全く価値観の違うようなおっしゃり方でございました。

めったに総理官邸には行かないのですが、今度、また27日に別の問題で行かなければならないので、先日申しました診療報酬の問題をもう一回、申し上げようかと思っております。

また５日後に行くのですが、今日はちょうどその間にこういう先生方との会に出させていただいて、不思議なご縁だとすら思っております。先生方のご努力にお応えするためには、大胆な診療報酬の増額、地域医療の充実に対しても、それだけの予算をつけていくということを国がすべきだと思っております。

私自身の持論ですが、医療費が全体のＧＤＰの中で占めている割合が、アメリカやヨーロッパに比べると日本は少ない。にもかかわらず、どうしてこんなに医療費の抑制をするのか。それでは、本当の意味で余裕のある、先生方もお疲れにならない、国民一人一人もいい医療が受けられるような体制をつくるのは無理なのではないかと、常日頃申しております。ですので、今回もまたそういうことで、総理は私のことを覚えているに違いないので、このチャンスをとらえて、先生方のご意思を、お伝えをしていきたいと思います。

これから私どもも自治体病院の問題などいろいろ経営の改善をしていかなければなりませんが、私どもも調査をしてみたらば、千葉は自治体病院は26ございますが、半分ぐらいがいろんな問題を抱えていらっしゃるということがわかりました。引き続き、先生方とご一緒に事態を改善していくために、私たち行政の方からも訴えていきたいと思っております。

本日は、協議会の成果に期待させていただいて、全国医師会勤務医部会の有機的な連携が一層進んで国民の健康と福祉の増進に寄与されることを祈念し、また、今日お集まりの皆様のご健勝も祈念して、挨拶とさせていただきます。どうもありがとうございました。

来賓祝辞

浦安市長　**松　崎　秀　樹**

今日は、全国医師会勤務医部会連絡協議会が私どもの浦安の地で千葉県医師会が担当ということで開催されますことを大変光栄に思いますし、先ほど開会の辞で千葉県医師会の副会長の方からお話がございましたが、今日はご家族、また奥様もご同伴であいにくのすばらしいお天気のもとで皆様方は室内で、ご家族はディズニー日和を堪能していると思います。地元の市長としても心から歓迎を申し上げたいと思います。

今、堂本知事あるいは藤森千葉県医師会長からもお話がございました。勤務医の皆さん方を取り巻く環境、また日本の医療の危機的な状況を、本日のサブテーマでもございますが、ぜひこのピンチを団結のもとに大きく転換していただきますよう、一市長として心からお願いを申し上げたいと思います。

せっかく浦安にお越しをいただきましたので、ピンチをチャンスに変える事に関連して、若干浦安のＰＲをさせていただきたいと思います。

皆さん方が今日ここにいらっしゃる舞浜地区は、27年前に誕生した土地でございます。今年は特に浦安市が一大転機となりました本州製紙の江戸川工場事件は、全国の水に関する公害のスタートで、昭和33年、今から50年前でした。それまで大変小さな、ほとんど知られていない千葉県東葛飾郡浦安町は半農半漁で、漁業を生業にしておりましたが、工場排液で生活が成り立たなくなる、こういった一大ピンチに見舞われました。昭和33年の２年前に、夕張で有名になりましたが、自治体の倒産状態、財政再建団体に突入した時期でもあります。国の管理下ということでピンチに立たされた。そこへもってきて工場の排液問題、まさに弱り目にたたり目と、こういった最悪のピンチに陥りました。

一時期は機動隊と大乱闘、多くの負傷者、また逮捕者を出しましたが、その当時の町民、漁民の皆さんたちが、文字通り、血を流し、汗を流し、努力を重ねた結果、漁業権の全面放棄をし、親代々から受け継がれた生業を捨てることにいたしました。そして埋め立てへと一大転機をもたらしましたが、まさにピンチをチャンスに変えた、それが私たちこの浦安の先人、先輩です。ぜひ、皆さん方もピンチをチャンスに変えるべく、皆さん方の行動と英知を結集していただきまして、転換していただければと、一国民として、また一市長として、皆さん方に大いに期待を申し上げたいと思います。

今日は大変中身の濃いスケジュールでございます。今日の一日が、これからの日本の医療、そして皆さん方の勤務環境の大きな転換、発展の礎になることを心よりお祈りを申し上げまして、地元の市長としての歓迎のご挨拶とさせていただきたいと思います。本日は、本当にご苦労さまでございます。よろしくお願いします。

特別講演 1

10：20〜11：00

「医師法第21条の改正と医療安全調査委員会設置法（仮称）」

講　師：日本医師常任理事　　木　下　勝　之

座　長：千葉県医師会長　　藤　森　宗　徳

■特別講演１

座　　長

千葉県医師会　会長　**藤　森　宗　徳**

これから特別講演１の座長を務めさせていただきます千葉県医師会長の藤森でございます。

医療関係者のだれでも知っている福島の大野病院での事件以来、この方面に関する関心を医療関係者の皆さんは持って、医師会も国もいろいろなところで協議されているところでございまして、日本医師会の努力によっていろいろ進捗していますが、歯がゆいという声もあるのではないかと思います。

最新の情報について担当の木下日医常任理事からお話を承って、時間もないのですが、できればいろいろご意見を承りたいと思っております。

どなたもご存じだと思うのですが、簡単に木下常任理事のご紹介を申し上げます。

慶應義塾大学をご卒業後、東京大学の講師、埼玉医科大学の教授を経て、平成13年から順天堂大学の婦人科の教授にご就任になりまして、平成18年から日本医師会の常任理事として現在もご活躍されております。

それでは、木下先生、お話をひとつよろしくお願いいたします。

講　　師

日本医師会　常任理事　**木　下　勝　之**

日本医師会で医療安全を担当しております木下でございます。時間が限られておりますので、早速、本題に移りたいと思います。

医師法第21条の改正と医療安全調査委員会設置法についてお話をいたします。

Ⅰ．福島県立大野病院事件に対する無罪判決

今年の８月20日に、皆様方が一番関心を持っておられました福島県立大野病院事件の無罪判決が下りました。

この事件のそもそものきっかけは平成16年12月で

8月20日福島県立大野病院事件に無罪判決が下りた

（スライド１）

ありましたが、産婦人科医が帝王切開をやったときに、たまたま癒着胎盤であったために出血のコントロールができず、不幸にして産婦は亡くなりました。その結果を受け、院内調査委員会から事故報告書が提出され、福島県から行政処分を受けた後、主治医は日常業務に復帰していたのですが、その２年後の平成18年２月に突然、警察は執刀医を業務上過失致死罪と医師法第21条に規定する異状死の届出義務違反であるという理由で逮捕し、しかも拘留し、その後、直ちに地検は起訴したという極めて不当な事件でした。

福島県立大野病院事件とは

- 平成16年12月、帝王切開手術時の癒着胎盤に伴う出血のコントロールが出来ず、不幸にして、産婦の救命は出来なかった。その後、院内事故調査委員会の結果を受け、主治医は、日常業務に復帰していた。
- しかし、平成18年2月に突然、警察は、執刀医を、業務上過失致死罪と医師法第21条に規定する異状死の届出義務違反容疑で逮捕、勾留し、その後直ちに地検は、起訴した事件である。

（スライド２）

８月20日に判決が出たときの新聞の論調は、判決は妥当であるというものでした。（スライド３）

その直後、８月29日に、福島地裁が福島県立大野病院事件の控訴を断念した結果、被告人は無罪となったわけです。（スライド４）

福島県立大野病院事件判決後のマスコミ報道

（スライド３）

- 平成20年8月29日、福島地裁は福島県立大野病院事件の控訴を断念した結果、被告人の無罪が決定した

（スライド４）

その時のマスメディアの反応としては、「福島地裁の判決は妥当なものであった。刑事裁判では真の死因究明はできない。」すなわち、刑事裁判というのは、被告を有罪にするかどうかの議論ですから、真の原因究明の議論ではありません。政府が準備を進めている第三者機関、医療安全調査委員会の実現を急げという主張が主流を占めました。（スライド５）

Ⅱ．新しい死因究明制度が必要な理由

大野病院事件の後、私たち医療界はなぜ新しい死因究明制度を求めたのか。もう一度思い出していただきたいと思います。（スライド６）

1．刑事訴追が突出している

まず第１の理由は、我が国は医療事故に対する刑事司法の関与が突出していることです。

ここで、医師法第21条による医療事故死に対する

マスメデイアの反応

- 福島地裁の判決は妥当なものであった
- 刑事裁判では、真の死因究明は出来ない
- 政府が準備を進めている第三者機関「医療安全調査委員会」の実現を急げ！！

（日経、朝日、読売等）

（スライド５）

医療界は なぜ新しい死因究明制度を 求めてきたか？

（スライド６）

刑事手続について説明いたします。

医師法第21条というのは、「医師は、死体又は妊娠４カ月以上の死産児を検案して異状があると認めたときは、24時間以内に所轄警察署に届け出なければならない」という条文です。これは明治時代にできた条文のまま、今日に至っています。（スライド７）

本来の異状死の意味は、例えば毒殺されたかもしれない死体や、あるいは虐待死など、そういった犯罪性に関係した死体を対象にしていたわけですが、今日では異状死に診療関連死まで含まれるようになったわけです。

刑事手続について説明いたします。医師法第21条のもとでは、診療関連死が起こったときは警察に届けます。警察に届けたり、遺族が警察に訴えた場合、遺族が告訴した場合は、捜査の端緒として、警察官が現場に入り、捜査を開始します。現場の証拠保全

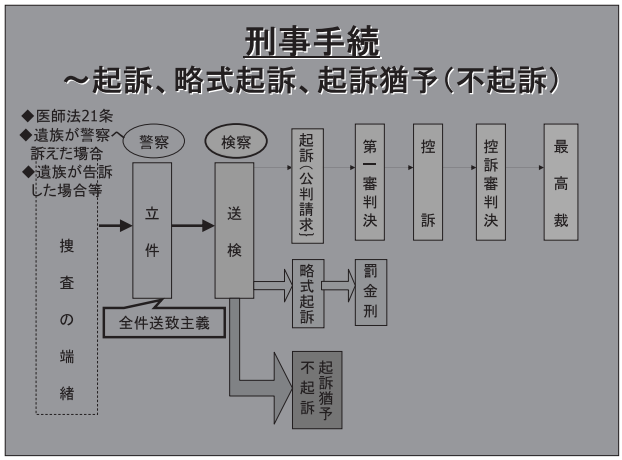
医師法21条

医師は、
死体又は妊娠四月以上の死産児を
検案して異状があると認めたときは、
二四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。

（スライド７）

をしなければならないという発想です。

そこで、犯罪性があれば立件します。基本的には全件送致主義ですから、警察は検察に送ります。検察に送られた事例は、業務上過失致死傷罪の容疑で検察に行くわけですから、検察は３つのいずれかの対応をします。一つは起訴です。起訴をするということは、公判請求ということで裁判になっていくことです。



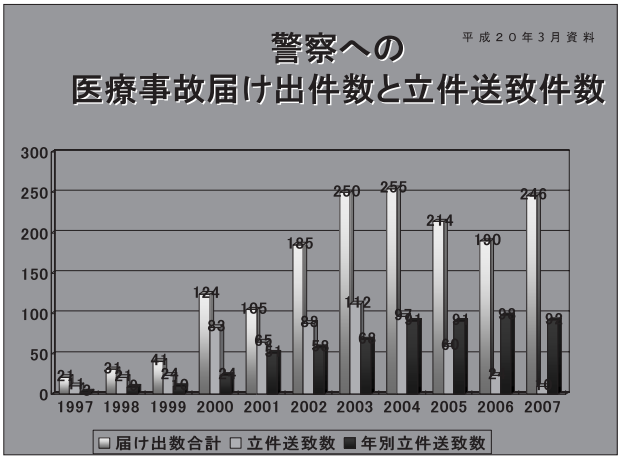
（スライド８）

もう一つは、公判請求まではいかないまでも、問題がある場合は罰金刑となります。これは略式起訴と言います。

有罪でなければ、不起訴、または起訴猶予となります。医師法第21条がこのままである限り、警察は捜査し、立件して送致するという刑事手続の流れは続きます。これが今回の最大の問題です。

医療事故の警察への届け出件数と立件件数を見ま

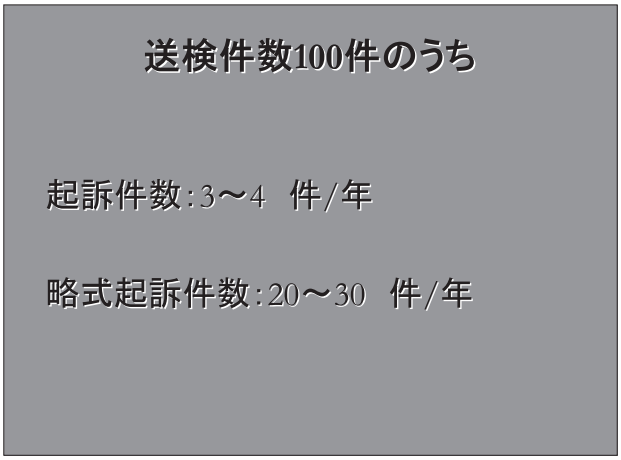
すと、2000年以後届出件数は急増します。1999年に大事件が起きました。例の横浜市大の患者取り違え事件です。その結果、厚労省から医療過誤がある場合、あるいは疑われる場合でも警察に届けねばならないという行政通知が出た結果、途端に警察への届出件数が増えたのです。それ以降増え続けており、2003年には250件に達しました。一時減ったのですが、2007年には再び、246件の事例が警察に届けられています。



（スライド９）

一方、警察が検察に送致する件数は届出件数の約半数、100件近い事例が検察に届けられています。これが実態でありますから、今の医師法第21条が続く限り、この状況は続いていくのです。

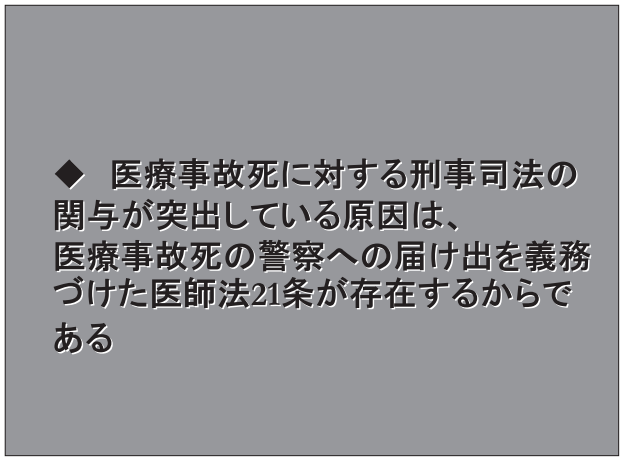
過去十数年の送致された件数の結果は、起訴件数は年間３～４件ですが、略式起訴の件数は20件、30件と大変多くなっている事実があります。



（スライド10）

注目すべきことは、平成16年の医師法第21条に関する最高裁判決の結果、診療関連死は異状死に含まれることになりました。これからは診療関連死もすべて警察に届けることが義務化されたのです。

医療事故死に対する刑事司法の関与が突出している原因は、医療事故死の警察への届け出を義務づけた医師法第21条が存在するからです。



（スライド11）

2. 警察の判断で逮捕されることがある

不運な大野病院事件のように、医療の専門家が判断すれば、日常の診療行為に起因する死亡事例であるにもかかわらず、素人の警察官の判断によって担当医は業務上過失致死罪容疑で逮捕、拘留されるという極めて不当な事件が起こり始めた。これは産婦人科の事例でしたが、外科であれ、どの診療科であれ、同じようなことが起こる可能性が示されることになった。（スライド12）

医療事故死の警察への届け出にはじまる刑事捜査と警察の判断による業務上過失致死罪容疑で送致という誤った流れは、医師法第21条が存在する限り続くことをぜひ理解していただきたい。

我々が最も問題としていることは、警察が入り、辛い警察の捜査を受けることです。（スライド13）

Ⅲ. 医療界が目指すこと

我々医療界が目指すべき課題は、第一に、医療事故死に対して、刑事司法による責任追及のみである

理由2.

福島県立大野病院事件のように、医療の専門家が判断すれば、日常の診療行為に起因する死亡事例であるにもかかわらず、警察官の判断により、担当医は、業務上過失致死罪容疑で逮捕・勾留されるという、極めて不当な事件が起こり始めたこと

（スライド12）

医療事故死の警察への届出による刑事捜査と警察の判断による業務上過失致死罪容疑で送検という誤った流れは、医師法21条が存在する限り、永遠に続く！！

（スライド13）

刑事訴追の誤った方向性を正すためには、刑事介入の端緒となっている医師法第21条を改正しなければならないことです。

1. 医療事故死に対して、刑事司法による責任追及のみである刑事訴追の誤った方向性を正すためには、刑事介入の端緒となっている医師法21条を改正しなければならない

（スライド14）

第二に、医療の質を高め、医療安全に資する死因究明制度の創設のために、警察に代わる届け出機関として、原因究明と再発予防を目的とした医療安全調査委員会を新たに設置することです。

2. 医療の質を高め、医療安全に資する死因究明制度の創設のために、警察へ代わる届出機関として、原因究明と再発予防を目的とした医療安全調査委員会を新たに設置しなければならない

（スライド15）

1. 日本医学会の取り組み

日本内科学会、日本外科学会がまず取り組みを開始した。

診療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業の立ち上げです。

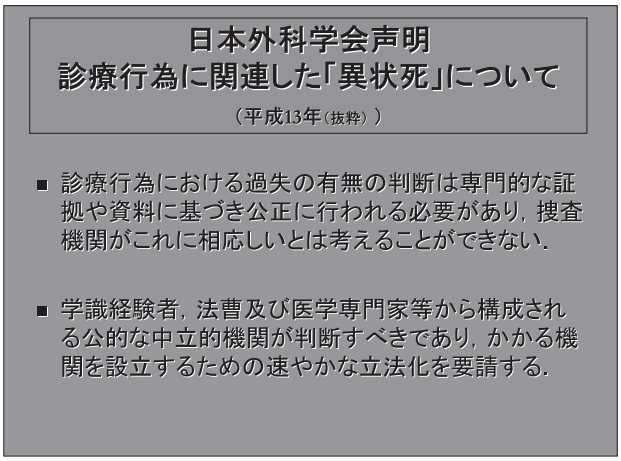
まず、平成13年、横浜市大取り違え事件が起きた後ですが、日本外科学会が声明を出し、“診療行為に関連した「異状死」について”、診療行為における過失の有無の判断は、専門的な証拠や資料に基づき公正に行われる必要があり、捜査機関がこれにふさわしいと考えることはできない。学識経験者、法曹、医学専門家等から構成される公的な中立的機関が判断すべきであって、係る機関を設立するための速やかな立法化を要請する、とした。（スライド16）

次いで、平成16年には、日本内科学会を中心として、日本医学会加盟の19学会が同様な見解を出した。（スライド17）

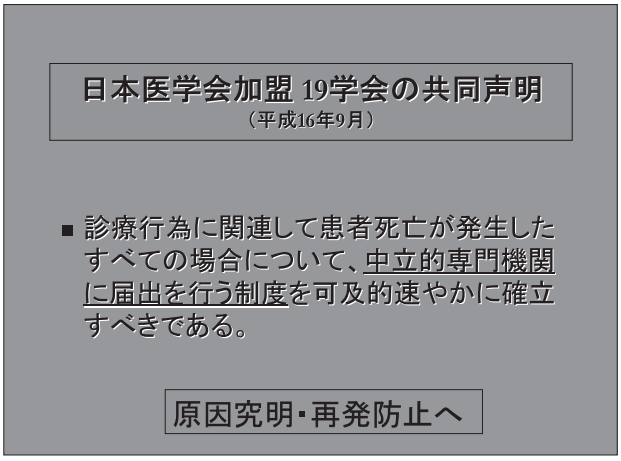
この動きに応えて、厚労省は平成17年にモデル事業を開始したわけです。（スライド18）

その結果、今では全国の９地域でそのモデル事業を始めており、20年６月までの実績ですが、70事例を検討しています。いろいろ課題はあるにしましても、医療界が中心になってこの委員会で死因究明をしています。（スライド19）

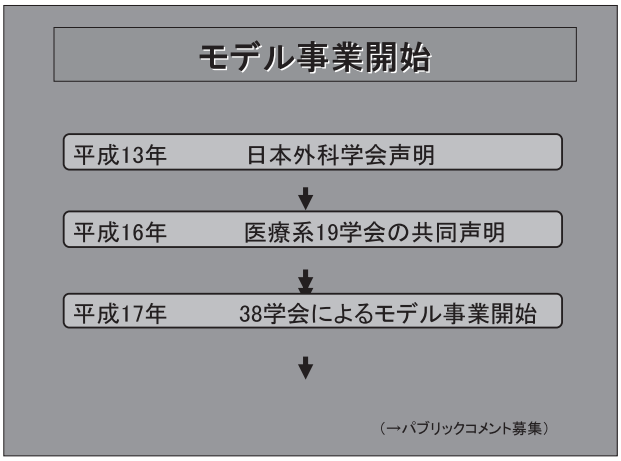
内科学会と外科学会が中心になってモデル事業と



（スライド16）



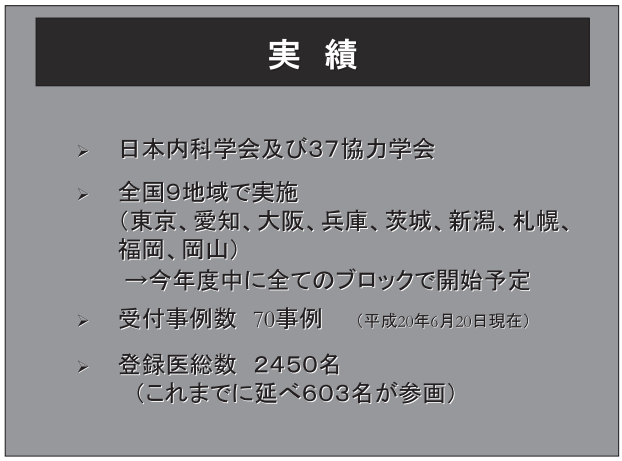
（スライド17）



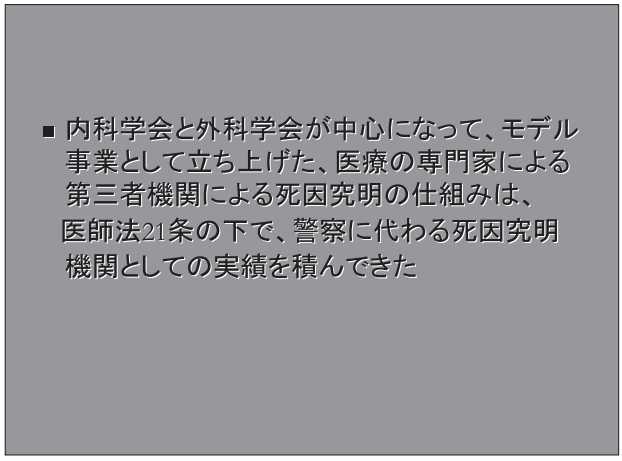
（スライド18）

して立ち上げた医療の専門家による第三者機関による死因究明の仕組みというのは、今も医師法第21条があるわけですから、医師法第21条のもとで警察に代わる死因究明機関として実績を積んでいます。

（スライド20）



（スライド19）



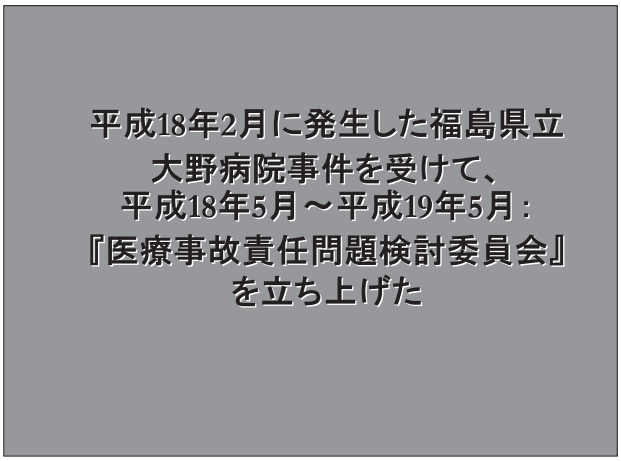
（スライド20）

2. 日本医師会の取り組み

日本医師会の取り組みは以下の通りです。

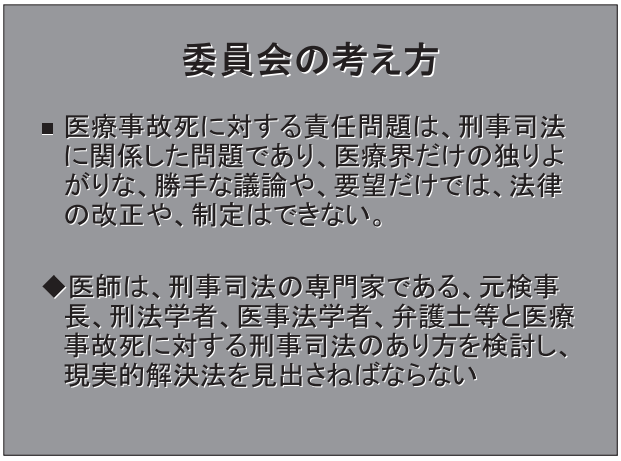
平成18年２月に発生した福島県立大野病院事件を受けて、日本医師会は医療事故責任問題検討委員会を立ち上げました。ちょうど私が日医に入ったばかりの時です。この事件の直後から、医師会に対して会員の先生方や各県の医師会から、医師会は何をしているか、医師法第21条を何とかしろと、強い声明文が寄せられました。（スライド21）

これを受け、私が委員会を立ち上げるに当たりまず考えたことは、医療界の仲間だけで話をしても、らちが明かない。医療事故死に対する責任問題は刑事司法に関係した問題であるから、医療界だけのひとりよがりな勝手な議論や要望だけでは法律の改正や制定はできない。そこで、医師は、刑事司法の専門家である元検事長、刑法学者、医事法学者、弁護



（スライド21）

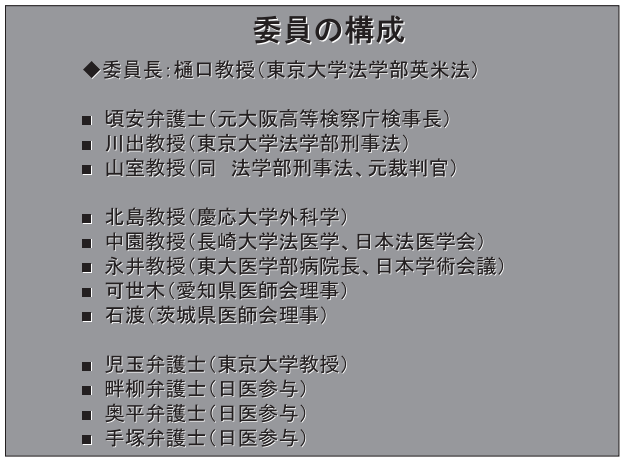
士等と医療事故死に対する刑事司法のあり方を検討し、現実的な解決策を求めていこうという視点で委員会を立ち上げました。



（スライド22）

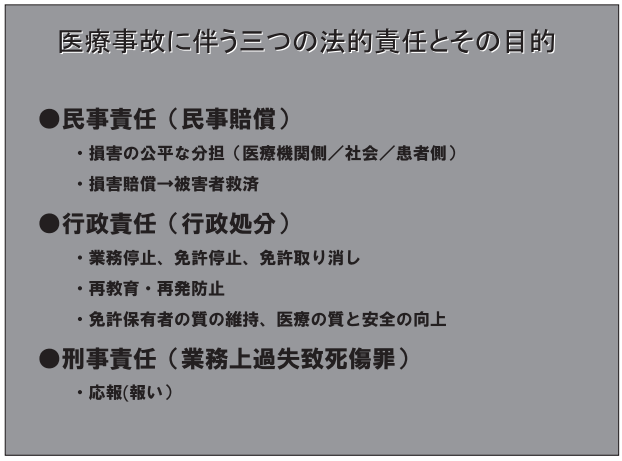
このメンバーの委員長は、東大法学部の医事法の専門家です。医療の領域の法律に関係する問題に対して極めて建設的な提言をされている方です。元大阪高等検察庁の検事長であった方と刑法学者の２人を入れました。一番厳しい方でありますから、彼らが我々の要望に対して、それはよい、それはだめだという議論をしなければ話は進まないと考え、司法の方たちを入れました。他に学会として、外科学会、法医学会から、そして医師会の代表者に参加してもらいました。無論、弁護士の方も一緒になって議論したわけです。（スライド23）

我々は過失があるならば責任を問われます。医療事故に伴う３つの法的責任、すわなち、民事責任、



（スライド23）

行政責任、または刑事責任を問われます。今日、問題となっていることは、刑事司法が極めて突出していることです。



（スライド24）

この委員会でいろいろな議論をした上での共通認識を理解していただきたい。

共通認識、第１が医療に関連した死亡例のみを特別視はできない。したがって、医療事故による死亡事例のすべてを免責にすることはできない。限定的であっても、業務上過失致死傷罪の対象は存在するということでした。刑法211条業務上過失致死傷罪から医療事故死を除く、または、刑法あるいは刑事訴訟法の改正を行ってまで医療事故を特別視はできないということでした。（スライド25）

第二は、業務上過失致死傷罪により個人を罰することは、真の原因究明にはならない。

治療の過程で発生する医療事故の特殊性を考慮す

共通認識

- 医療に関連した死亡例のみを特別視は出来ない。従って、医療事故による死亡事例の全てを、免責にすることは出来ない。
  限定的であっても、業務上過失致死傷罪の対象は存在する

→刑法211条業務上過失致死罪から医療事故死を除く等、刑法、刑事訴訟法の改正は出来ない

（スライド25）

れば、医療事故への刑事訴追はごく少数の例外を除き、なじまないものであるということでした。これは元検事も刑法学者も理解してくれました。このことを無視した業務上過失致死傷罪の適応は、かえって医療の安全と医療供給体制の確保を害し、患者や広く国民の利益にならないということをすべての委員はお互いに認めたものです。

共通認識

- 業務上過失致死傷罪により、個人を罰することは、真の原因究明にはならず、治療の過程で発生する医療事故の特殊性を考慮すれば、医療事故への刑事訴追はごく少数の例外を除き、馴染まない
- このことを無視した業務上過失致死傷罪の適応は、かえって医療の安全と医療供給体制の確保を害し、患者や広く国民の利益にならない

（スライド26）

第三は、医療機関や医師が医療事故による死亡事例を報告するのは、警察ではなくて医療の質と向上に資するために、事故の真相究明と再発防止を図ることを目的とした中立的第三者機関をつくるべきであるということでした。これは元検事長も刑法学者もみんな了解したことです。（スライド27）

この委員会では、医療事故死に対する刑事司法の功罪を論じました。そして、医療現場を萎縮させている刑事司法の突出した関与の弊害を正すために、

共通認識

- 医療機関や医師が医療事故による死亡事例を報告するのは、警察ではなく、医療の質と向上に資するために、事故の真相究明と再発防止を図ることを目的とした中立的第三者機関を作るべきである

（スライド27）

医療事故死に対する刑事司法のあり方をまとめて、その解決策を国に提言したわけです。この委員会には、厚労省からも代表がオブザーバーとして毎回出席しており、この内容を全部理解していました。

この委員会は、医療事故死に対する刑事司法の功罪を論じ、医療現場を萎縮させている刑事司法の突出した関与の弊害を正すために、『医療事故死に対する刑事司法のあり方』を上梓し、その解決策を国に提言した

（スライド28）

3. 厚生労働省の取り組み

日本医師会の提言を基本としてこれを法制化しようということから、平成19年４月から20年４月に「診療行為に関連した死亡に係る死因究明等のあり方に関する検討委員会」を立ち上げました。

（スライド29）

新しい法律をつくるときは、医療界だけではなくて関係する全ての組織の代表が参加し、合意をして初めてできるわけです。委員会構成としては、刑法学者、医療界からは外科、内科、そして私が参加しました。さらに、医事法学者や弁護士が参画しています。日看協からも入りました。（スライド30）

日本医師会の提言を検討して、法制化するために、平成19年4月～平成20年4月『診療行為に関連した死亡の死因究明等のあり方に関する検討委員会』を立ち上げた。

（スライド29）

[委員名簿]
◆委員長：前田雅英（首都大学法科大学院教授）
■ 高本眞一（東大胸部外科教授）
■ 山口徹（虎ノ門病院院長）
■ 堺秀人（神奈川県病院事業庁長）
■ 木下勝之（日本医師会）
■ 樋口範雄（東大法学部教授）
■ 児玉安司（弁護士）
■ 楠本万里子（日看協）

（スライド30）

患者側の弁護士、医療安全の専門家、民法学者、マスメディア、患者の代表、警察庁、法務省からも出席しました。

■ 加藤良夫（弁護士）
■ 鮎沢純子（九州大学管理学准教授）
■ 山本和彦（一橋大学法科教授）
■ 南砂（読売新聞編集委員）
■ 辻本好子(支えあい医療人権センター)
■ 豊田郁子(新葛飾病院セーフテイマネージャー)
■ 太田裕之　警察庁刑事局刑事企画課長
■ 甲斐行夫　法務省刑事局刑事課長

（スライド31）

医師法第21条の問題解決のために討議を行いました。そして、第１次から第３次試案に引き続き、医療安全調査委員会設置法案の大綱案を発表したわけです。

その間、公の場でいろいろと議論しましたが、医療界の代表は法務省、警察庁の課長たちと個別に日本医師会で交渉しました。

この議論の前に、平成18年10月に最高検察庁から医療事故死に対する刑事罰の問題について講義を依頼されましたので、「医療事故に対する刑事司法介入の弊害」と題して話をしました。当時は保助看法、看護師の内診問題もまだ解決していなかったので、これも話しました。今の医療事故の現状、それに対する刑事司法の関与の問題を話しました。そこには検事総長以下、25名ぐらいのトップの人たちが集まって黙って聞いてくれました。

最高検察庁での講義

■ 平成18年10月：
最高検察庁より医療事故死に対する刑事罰の問題についての
講義を依頼された

『医療事故に対する刑事司法介入の弊害』と題して講義

出席者：検事総長、次席検事、刑事部長他
最高検幹部総勢約25名

（スライド32）

そこで最初に質問されたのは、すべての医療事故に対して刑事免責を求めるのであるなら、それはできませんと、まず、くぎを刺されました。いろいろな議論があり、黙って真剣に聞いてくれました。医療事故で起訴された事例のうち、どのような事例が問題であると思うのかという質問を受けましたので、同僚から見てもひどい、確かに問題のあるケースがあるが、これはお願いしたい。しかしながら、大野病院事件のように、診療行為の中で不幸なことが起こったことに対し、逮捕されたり、起訴されることは納得できないことを述べました。（スライド33）

今回の厚労省検討会とは別に、医療界の委員４人はいつも一緒に法務省と警察庁の代表と何度も折衝

最高検のコメント：
『総ての医療事故に対して刑事免責を求めるのであれば、それは出来ない』

質問：
『医療事故死で起訴された事例のうち、どのような事例が問題であると思うのですか』
回答：
『大野病院事件は、起訴されるべきではありません』

検事総長訓示：
『医療事故死に対して、検察は、医療現場を混乱させないように慎重に対応するように』

（スライド33）

厚労省委員会とは別に医療界の委員(山口、高本、堺、木下)は、法務省と警察庁の刑事局や室長と何度も、折衝を行なってきた

（スライド34）

を行ったわけです。（スライド34）

一番難しかったのは警察庁との意見調整と折衝でした。警察庁の基本姿勢は、「警察に代わる届出先として、医師を中心とした医療安全調査委員会を設け、医療界は医療事故死を警察ではなく、医療安全調査委員会に届けるべきであると主張されるが、委員会へ届けられた、いかなる事例も警察へは通知しないというのであれば、この医師法第21条の改正の議論には乗らない。」これが基本中の基本の姿勢であって、これは譲れないということでありました。医療事故で責任問題を問うようなものは必ずある。そういった事例に対して我々は無視できない。警察に何も届け出ないということを国民に納得させることはできないから、医師たちが通知しないというのであったら、警察が自分達で判断して捜査を始めるということが、警察の基本的な姿勢でありました。

警察庁との意見調整と折衝

■ 警察庁の基本姿勢：

医療界は、医療事故死を警察ではなく、
医療安全調査委員会へ届けるべきであると
主張されるが、
委員会へ届けられた、いかなる事例も、
警察へは通知しないというのであれば、
医師法21条の改正の議論にはのらない

（スライド35）

したがって、明らかな過失は直ちに警察へ届けるべきであって、それ以外の事例は委員会へ届けてもよいという考えが検討されました。

我々の意図するところは、警察が捜査に入ることをやめさせたいということであったから、明らかであろうと思われる事例でも、すべての事例をまず医療界が調査すべきであると主張したわけです。２～３週間後の交渉では、すべての事例は医療安全調査委員会に届けることにするのならば、そのすべての事例を県警に通知すること、という考えを再び検討しました。

私たちが警察の目でいつも観察されていることは、我々の意図するものではありません。結局、すべての事例を第三者機関に届けてもよいが、悪質と思われる事例に関しては捜査機関へ通知することに合意したのです。悪質な事例については、どういう事例であるかについて検討することで合意しました。

警察庁の主張：
1. 明らかな過失は、直ちに警察へ届けるべきであって、それ以外の事例は、委員会へ届けてもよい
2. 全ての事例を、医療安全調査委員会へ届けることにするのなら、全ての事例を県警に通知すること

合意した内容：
3. 全ての事例を第三者機関へ届けてよいが、悪質な事例に関しては捜査機関へ通知すること

（スライド36）

法務省との意見調整では、刑事処分の前に行政処分を行うべきであるという医療側の意見には同意してくれました。今まではすべて医道審で刑事処罰を受けた者が行政処分を受けたのですが、逆にする方向性にしました。

医療安全調査委員会から捜査機関へ通知する事例は、悪質な事例に限定し、具体的に、どういうものが悪質なものかということを医療界へ示すことで合意しました。

法務省との意見調整と折衝

法務省の考え方：

- 刑事処分の前に、行政処分を行うべきであるという、医療側の意見に同意
- 医療安全調査委員会から捜査機関へ通知する事例は、悪質な事例に限定し、具体的事例を提示する

（スライド37）

我が国では、刑法、刑事訴訟法が存在する中で、医師の意見だけで法律ができるものではありません。医療行為であるとは言え、利害関係や対立、あるいは異なる人々に影響する法律をつくることは大変難しい作業であります。とにかく我々は現実的な対応をするという視点で交渉してきました。

- わが国では、刑法、刑事訴訟法が存在する中で、医師の意見だけで法律ができるものではない
- 医療行為であるとはいえ、利害関係が対立あるいは、異なる人々に影響する法律を作ることは大変難しい作業である

（スライド38）

医師法第21条の問題解決のために討議を行い、第１次、第２次試案に引き続き、厚生労働省、法務省及び警察庁との間で合意した「捜査機関との関係について」に関するＱ＆Ａも含む第３次試案を、平成20年４月に発表したわけです。この内容は文書化されてないと言われていますが、それこそ膝詰め談判をして合議したものであり、その内容に関しては国会答弁等で文書化するという約束を取りつけています。

平成20年4月：
医師法21条問題の解決のために、討議を行い、第1～2次試案に引き続き、厚生労働省、法務省及び警察庁の間で合意した『捜査機関との関係について』に関するＱ＆Ａを含む、厚労省第三次試案を発表した

（スライド39）

第三次試案には、問１が「捜査機関は、捜査及び処分に当たっては、委員会の通知の有無を十分に踏まえるのか？」という質問に対して、検察庁等が回答したものが載っていますので、ぜひ見てください。

第２は、「遺族が警察に相談した場合や、遺族が告訴した場合に、捜査機関の対応はどうするのか？」。この答えは、当然、告訴権というものは否定できませんから、受ける。しかしながら、新しい調査委員会ができたとするならば、告訴してきた家族に対して新しい調査委員会に調査を依頼するように話を勧めます。その調査委員会の意見や判断を警察は尊重するので、まず調査委員会を勧める仕組みである。告訴なら受けて、すぐに警察が入ることはしない仕組みです。

詳しくは、回答をお読みください。

Ⅳ．大綱案作成

医療界代表、遺族代表、弁護士、医事法学者、厚労省、法務省、警察庁の代表は、医療安全調査委員会設置法案大綱案の案文を一言一句、みんなで検討しました。

医療界代表、遺族代表、弁護士、医事法学者、厚労省、法務省、警察庁の代表は、医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱の案文の一言一句に関して検討を行ってきた

（スライド40）

大綱案作成に当たって、一番問題になったことがありました。原案では、医療事故調査は、医療事故死に関する事実を認定し、これについて必要な分析を行い、当該医療事故死の原因を究明し、もって医療事故の防止を図ることを旨として行う。つまり、原因究明と再発予防とする。括弧に、（医療関係者の責任追及が目的ではない）とありました。第３次試案では括弧がなかったのです。しかし、法文で、「医療関係者の責任追及が目的ではない」と書くとすると、その調査委員会の医師が一切責任に関することはしないとなるならば、今まで通り検察がすることになるというのです。非常に困りました。もし、「責任追及が目的でない」と記述すれば、今までどおり、委員会の判断とは関係なく、刑事司法が責任追及するための捜査を行い、刑事訴追を行うことを意味することになります。したがって、厚労省はそのまま書かなかったのです。そして、どうするか相談してくれたわけです。（スライド41）

本当に困りました。保岡代議士は前の法務大臣ですが、弁護士でもありますので、どういう表現にしたらお互いに納得するか相談しました。最終的な結論は、「委員会は、医療関係者の責任追及が目的ではなく、医療関係者の責任追及は委員会の専門的な判断を尊重する仕組みです」としました。この委員会で本当に問題があるケースは捜査機関へ通知することにしました。そのような判断は専門家が判断するのです。その判断を刑事司法は尊重するということ

大綱　第12
医療事故調査の趣旨の原案

- 医療事故調査は、医療事故死等に関する事実を認定し、これについて必要な分析を行い、当該医療事故死等の原因を究明し、もって医療事故の防止を図ることを旨として行なわれるものとする（医療関係者の責任追及が目的ではない）。

注：もし、『責任追及が目的ではない』と記述すれば、今までどおり、委員会とは関係なく、刑事司法が責任追及のための捜査を行い、刑事訴追を行なうことを意味する。

（スライド41）

ですから、この意味することは、医師を中心とした医療安全調査委員会の専門的な判断のもとで、限定した事例を捜査機関へ通知し、捜査機関はその通知の有無を尊重する仕組みとしたのです。大綱案はそういったいろんなやりとりの結果の文書です。

【最終的に決定した表現】
委員会は、医療関係者の責任追及が目的ではなく、医療関係者の責任については、委員会の専門的判断を尊重する仕組みとする。

この意味すること：
- 医師を中心とした医療安全調査委員会の、専門的判断のもとで、限定した事例を、捜査機関へ通知し、捜査機関は、その通知の有無を尊重する仕組みである

（保岡興治前法務大臣の調整による）

（スライド42）

大綱案が平成20年６月に発表されました。

（スライド43）

現行の仕組みは、とにかく医療事故死が起こりますと、医師法第21条により警察に届ける。警察官が捜査に行く。それから送検されるという刑事手法の流れにのります。新制度では、医療事故死が起こると、医療安全調査委員会に届ける。そこで医師を中心とした人たちが調査し判断します。そこで、問題なければ問題ないのでありますが、仮に問題があったとしても、本当に重大な過失とか特殊なものを除いて、普通の過失では行政処分で対応します。重大

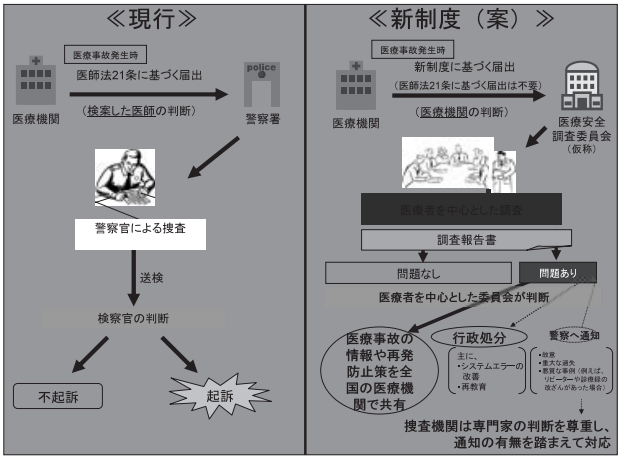
医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱の発表

■ 平成20年6月13日、自民党医療紛争処理のあり方委員会

（スライド43）

な過失、故意に準ずるような悪質なものについては警察へ通知します。このような仕組みですから、刑事罰はものすごく絞られます。今までの業務上過失致死傷罪の容疑は、普通の過失でも過失が全て対象になりました。本制度では本当に絞って、わずかな重大な過失事例のみが警察に通知されるという仕組みであることをご理解ください。とにかくものすごく通知事例は絞るということです。それをぜひご理解ください。

このことは法的な環境整備の上で大きな進歩です。



（スライド44）

Ⅴ．新しい制度の意義

医療事故死ついては、医療安全調査委員会に届け出ることとし、その場合は警察に届け出を要しないように医師法第21条を改正するのです。したがって、この主旨は、医療事故死については、事実上、従来の警察への医師法第21条による届け出義務を廃止するものです。本来、毒殺死や虐待死などの異状死を警察への届け出義務と規定している医師法第21条そのものを廃止することはできません。したがって、改正するにはこういう仕組みしかあり得なかったのです。

1．医療事故死については医療安全調査委員会に届け出ることとし、その場合は、警察に届出を要しないように医師法21条を改正するものである。
従って、この主旨は、医療事故死については、事実上、従来の警察への医師法21条による届出義務を廃止するものである

注：本来、毒殺死や虐待死などの異状死の警察への届出義務を規定している医師法21条そのものを廃止することは出来ない

（スライド45）

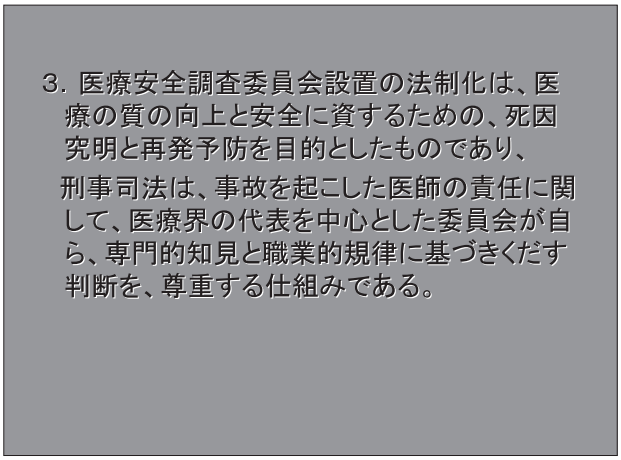
医療関係者を中心とした委員会から捜査機関へ通知を行う必要がある事故については、故意や標準的医療から著しく逸脱した医療行為（これは重大な過失と同義でありますが）である事例とその他悪質な事例に限定し、捜査当局は、委員会の判断を尊重し、委員会から通知される事例だけを刑事罰の対象とする。また、捜査機関は委員会からの通知の有無を尊重して対応することになるから、通知されなかった事例に関しては、刑事罰の対象とはならない、そういうことを極めて明確に合意したものです。

2．医療関係者を中心とした委員会から捜査機関に通知を行う必要がある事故については、故意や標準的医療から著しく逸脱した医療行為（重大な過失と同義）である事例その他悪質な事例に限定し、捜査当局は、委員会の判断を尊重し、委員会から通知された事例だけを刑事罰の対象とする。
また、捜査機関は委員会からの通知の有・無を尊重して対応することになるから、通知されなかった事例に関しては、刑事罰の対象としない

（スライド46）

医療安全調査委員会設置法の法制化というのは、

医療の質の向上と安全に資するための死因究明と再発防止を目的としたものであり、刑事司法は、事故を起こした医師の責任に関して、医療界の代表を中心とした委員会がみずから専門的な知見と職業的な規律に基づいて下した判断を尊重する仕組みです。



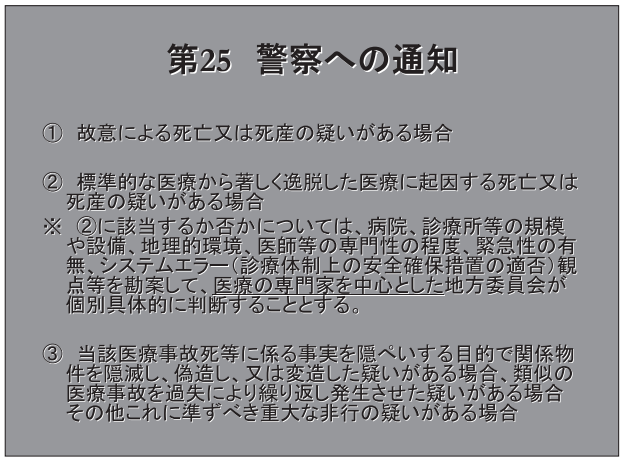
（スライド47）

Ⅵ．通知する事例について

皆様が一番心配している重大な過失について説明します。

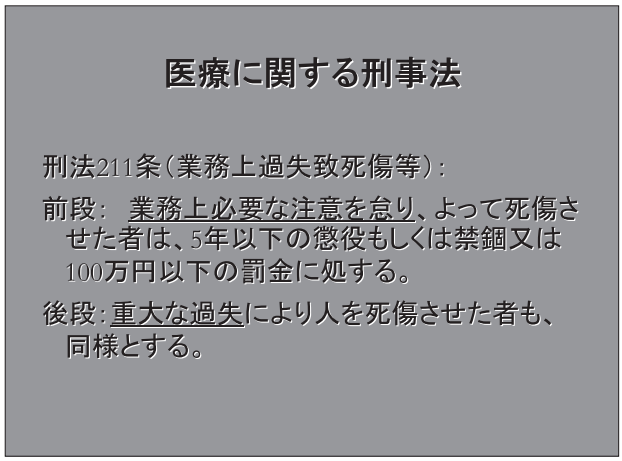
第１項の第25に警察への通知のことが書いてあります。①故意による死亡又は死産の疑いのある場合。②標準的な医療から著しく逸脱した医療に起因する死亡又は死産の疑いがある場合、ここに対して、この②に該当するか否かについては、病院、診療所の規模や設備、地理的環境、医師等の専門性の程度、緊急性の有無、システムエラー（診療体制上の安全確保措置の適否）の観点等を勘案しまして、医療の専門家を中心とした地方委員会が個別具体的に判断することとする。つまり、今までは医療とは全く関係ない警察、検察の方ですから、１人、２人の医師に意見を求めるかもしれませんが、原因究明にはなりません。しかし、今回の制度では、医療の実情を知っている医師が、そういった背景を考えた上で判断する仕組みです。

医療事故死に係る事実を隠ぺいするとか、変造するとか、こういった犯罪的なことに関しては、当然、通知することになります。



（スライド48）

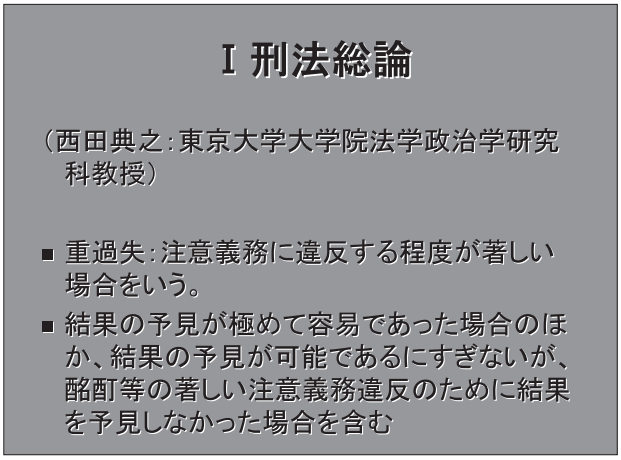
問題であるこの標準的な医療から著しく逸脱したことについてですが、刑法211条に業務上過失致死傷罪があります。前段には、業務上必要な注意を怠り、よって死傷させた者は、５年以下の懲役、もしくは禁錮又は100万円以下の罰金に処すると条文があります。後段に、重大な過失により死傷させた者も同様とする。つまり、法文はこれだけなのです。今までの医療事故に関しましては、通常、業務上必要な注意を怠りというところで過失を認定されたらば、みんな業務上過失致死傷罪容疑であげられたのです。ですから、通知する事例は「重大な過失」ということは、法学部を卒業された方はご存じと思いますが、故意に準ずるようなひどい過失を意味するのです。「そこまで絞ったの」と言われるぐらいでありまして、ものすごく対象を絞ったのです。



（スライド49）

刑法による重大な過失の意味を見てみますと、刑

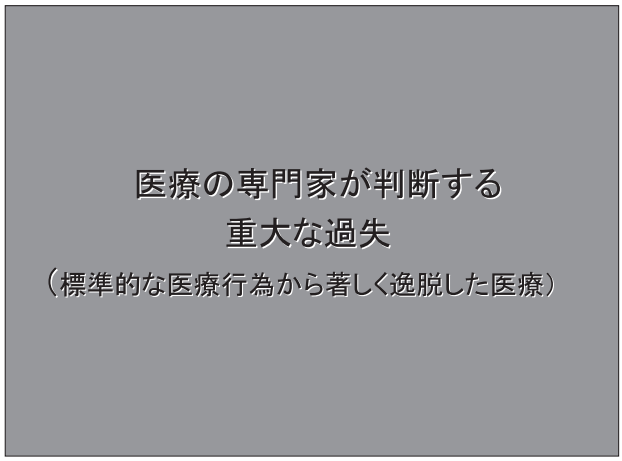
法学者の西田先生は刑法の神様と言われている方です。この方の教科書にその後従っています。５～６冊読みましたが、重過失とはどう定義されているかというと、注意義務に違反する程度が著しい場合。つまり、著しいということがキーワードであって、標準的な医療から著しく逸脱と、「著しく」なのです。ただ、逸脱したのだったら普通の過失ですが、著しく逸脱したものは重大な過失となります。



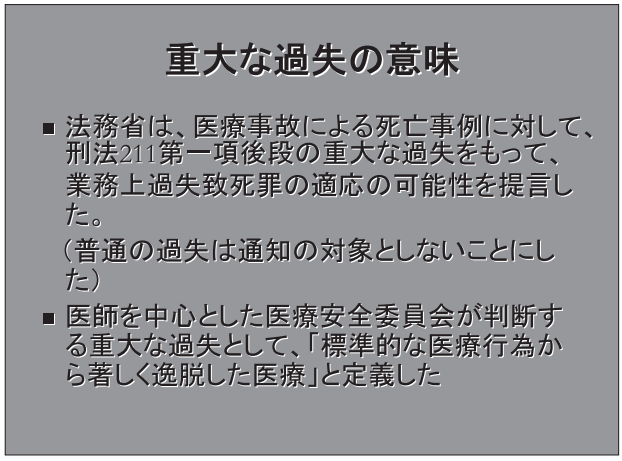
（スライド50）

我々医療の専門家が判断する「重大な過失」は、「標準的な医療から著しく逸脱した医療」としました。なぜかというと、「重大な過失」ということにしますと、重大な過失というのは最高裁判決の判例に照らし合わせて医師が判断することになり、これは重大な過失だから警察に通知するとなると、検察は起訴するに当たって、最高裁の判例に合わせて医療界が判断したものを、裁判所に再度判断してもらうような形になります。それはおかしいことだから、そういう司法の言葉は使えないことになります。医師が判断する以上は、標準的な医療から著しく逸脱した医療にすべきであるとなりました。（スライド51）

重大な過失の意味は、法務省は、医療事故による死亡事例に対して、刑法211条第１項後段の重大な過失をもって、業務上致死傷罪の適応の可能性を提言したのです。普通の過失というのは、通知の対象とはしないことにしたわけであり、通知の対象は医師を中心とした医療安全調査委員会が判断する重大な過失と同義の標準的な医療行為から著しく逸脱し



（スライド51）



（スライド52）

た医療行為としました。（スライド52）

重大というのは過失の大きさを意味するわけですから、標準医療行為の範囲からの逸脱が著しく大きいということです。医療の専門家が判断する意義は、医師は今の標準からどれだけ逸脱しているかを判断できるわけで、わずかに下手だったとか、わずかに判断ミスをしたということは刑事罰の対象になることはあり得ないわけです。このことは刑法学者の前田座長が明確に言っています。（スライド53）

医療現場の感覚を入れて判断することになります。（スライド54）

死亡の原因の背景や中身を吟味し、その医療機関の環境では、システムエラーやチーム医療の観点にむしろ問題がある。あるいは、その医療機関では、医師、看護師がそうしてしまうのは仕方がない。つまり、Ａがたまたまやったけど、Ｂあるいは、Ｃ

重大という意味：
過失本体の大きさを意味する
標準の医療行為からの逸脱の範囲が
著しく大きいこと

医療の専門家が判断することの意義：
今の標準からどれだけ逸脱しているかを判断できる
（例）わずかに下手だった事例→
わずかに判断ミスをした事例→
刑事罰の対象になることはあり得ない

（スライド53）

医療現場の感覚、チーム医療の感覚を入れて判断する。病院、診療所等の規模や設備、地理的環境、医師等の専門性の程度、緊急性の有無、システムエラー（診療体制上の安全確保措置の適否）観点等を勘案して、医療の専門家を中心とした地方委員会が個別具体的に判断することとする

（スライド54）

だって日を違えれば、もしかしたら同じことをする可能性もあり、したがって、最終行為者としての主治医や看護師に事故の原因を帰すのは不適切という判断も当然あり得ることになる。

（例１）死亡の原因の背景や中身を吟味し、その医療機関の環境では、システムエラーやチーム医療の観点にむしろ問題がある
（例２）その医療機関の環境では医師・看護師がそうしてしまうのは仕方ない

従って、最終行為者としての主治医や看護師に事故の原因を帰すのは不適切という判断もありえる

（スライド55）

標準的な医療から著しく逸脱した行為は、システムエラーやチーム医療の結果によるものではなく、どう考えても医師個人の明らかなミスにより、標準医療から著しく逸脱した医療行為と判断されるのであれば、仕方ありません。医療界の同僚たちがどう考えても、個人の責任に問わざるを得ない、ひどい、無謀な手術は、通知しなければならない。医療者として、医道にも大きくもとる怠慢に起因するような過失。これらが重大なものとして絞り込まれ、捜査機関へ通知されますから、刑事訴追される範囲は今までより当然狭くなります。通知された事例はすべて刑事罰を受けるわけではなくて、行政処分等の状況を見て判断するとまで言われています。

重大な過失：（標準的な医療行為から著しく逸脱した医療）

例１．システムエラーや、チーム医療の欠陥によるものではなく、どう考えても、医師個人の、明らかなミスにより標準医療から著しく逸脱した医療行為による事例
例２．医療界の同僚たちがどう考えても、個人の責任を問わざるを得ないヒドイ、無謀な事例
例３．医療者として医道に大きくもとる怠慢に起因する過失等

◆これらが、重大なものとして絞り込まれ、捜査機関へ通知されるから、刑事訴追される範囲は、今までより当然狭くなる

◆通知された事例は、全て刑事罰を受けるわけではない

◆行政処分等の状況を見て、判断する

（スライド56）

Ⅶ．行政処分について

そこで、次にやることは行政処分です。医療安全に資するための行政処分、今までは免停半年とか１年となっています。これをアメリカでは30年とか50年です。一生涯医者をやってはいけないという行政処分を課す場合もあります。我々はそういった制裁型ではない形にすること、つまり、個人に対して行政処分は刑事処分の前にされることと、責任追及と制裁（免停や取り消しなど）で処分するのではなくて、ミスを犯した個人に再度立ち直るチャンスを与えるための再教育を中心とした制裁ではない支援方の戒告、指導等の行政処分で対応することを提言して認めてもらっています。しかし、制度がはっきりしておりませんから、これから仕組みを考えねばなりません。

新しい行政処分のあり方
（医療安全に資するための行政処分）

個人に対して：

◆行政処分が刑事処分の前になされる
◆責任追及と制裁（免許停止や、取消し等）で処分することではない
◆ミスを犯した個人に、再度立ち直るチャンスを与えるための再教育を中心とした「制裁ではない支援型の」戒告、指導、等の行政処分で対応する

（スライド57）

次に、医療機関に対して、です。医療機関のシステムエラーや医療チームとしての対応の問題が主な原因であるならば、医療機関に対しては医療安全の視点から医療改善計画書の提出、勧告、指導、それでも十分でなければ、改善命令等の行政処分で対応するわけです。

医療機関に対して：

◆医療機関のシステムエラーや、医療チームとしての対応の問題が主要な原因であるならば、医療機関に対して、医療安全の視点からの業務改善計画書の提出、勧告、指導、それでも十分でなければ改善命令等の行政処分で対応する

（スライド58）

Ⅷ．医療の専門家としての責務

医師とか弁護士は専門家の集団です。専門家としての処遇を受けて、特別な資格と一定の規律を認められているわけですが、それは非専門家である患者さんたちが持ってない技術や訓練や知識や能力を有するため、その分野については非専門家が信頼せざるを得ない存在です。そのかわりに信頼を寄せた非専門家と公益のために働く忠実義務を負っています。自己規律を行う義務があるだけでなく、専門家集団が行う行為をみずから管理するという義務を持っているわけです。

専門家集団（医師、弁護士など）

専門家としての待遇を受け、特別な資格と一定の規律を認められている理由：

- 非専門家の持たない技術、訓練、知識、能力を有するため、その分野について非専門家が信頼せざるを得ない存在である。
- その代わり、信頼を寄せた非専門家と、公益のために働く忠実義務を負い、自己規律を行なう義務があるだけでなく、専門家集団が行なう行為を自ら管理しなければならない。

（スライド59）

したがって、医療事故の管理のあり方として、本来、医学や医療の管理だけではなく、医療事故の管理も職業的な専門家の集団である医療界が、今までは刑事司法に任せていましたが、刑事司法に任すのではなく、職業的な規律と専門的な知見に基づいて、みずから行わなければならないのです。

医療事故の管理のあり方

本来、医学や医療の管理だけでなく、医療事故の管理も、職業的専門家の集団である医療界が、刑事司法に任せるのではなく、
職業的規律と
専門的知見に基づいて
自ら行なわなければならないものである

（スライド60）

したがって、医師法第21条の改正と医療安全調査委員会設置法の制定は、医療事故の管理を刑事司法から職業的専門家集団である医療界へ取り戻す千載一遇のチャンスです。これをやらなければ、今までどおり、検察がすることになります。（スライド61）

今回、法制化を目指している医療安全調査委員会設置法というのは、国の捜査機関が医師を中心とした医療安全調査委員会の判断を尊重することを公式

■ 医師法21条の改正と医療安全調査委員会設置法の制定は、医療事故の管理を
　刑事司法から
　職業的専門家集団である医療界へ
取り戻す千載一遇のチャンスである

（スライド61）

今回、法制化を目指している医療安全調査委員会設置法は、国の捜査機関が、医師を中心とした医療安全調査委員会の判断を、尊重することを、公式に認めたものである。

（スライド62）

に認めたものでして、彼らは公式に医療界が判断することを認めました。（スライド62）

この世界に類を見ない新しい死因究明制度の法制化は、安心して診療できる法的な環境整備が基本ですから、これを我々が守りぬくことこそ、すべての医師の責務であると考えています。まだいろいろご意見があると思いますが、こんな姿勢でやってきました。現実的な対応を考えざるを得ない。したがって、ぜひご理解いただき、ご支援賜りたいと思います。どうもありがとうございました。（スライド63）

【藤森座長】 情熱を持ってご苦労されてこられた結果をお話しいただきました。

時間を過ぎてしまったのですが、問題の重要性をかんがみて、お１人ご意見をいただきたい。

【本田】 済生会栗橋病院の本田です。木下先生、大

この世界に類を見ない、新しい死因究明制度の法制化は、安心して診療出来る法的環境整備の基本であり、これを守り抜くことこそ、総ての医師の責務である。

（スライド63）

変情熱的な発表、ありがとうございます。ただ、残念ながら、ボタンが１つかけ違えられているので、もったいないご努力だなと思います。

先生、よく業務上過失致死と言いますが、弁護士さんには業務上過失致死はありますか。メディアの方にはありますか。厚生労働省の方はありますか。新自由主義をやって、これだけ経済を悪化させた経済学者にはあるんですか。なぜ、我々医師だけが業務上過失致死がない人にそれを決められなければいけないのでしょうか。先生も、恐らくそういう業務上過失致死を問われる現場にはこれから立ち会わないでしょう。なぜ業務上過失致死がない人に、常に生死の現場で戦っている我々がルールを決められなければいけないのか。患者さんにはインフォームドコンセントをちゃんと守りなさいと言って、我々現場の医師のインフォームドコンセントを全然とってないでしょう。自分が努力してくれたから認めてくれと言われるほど、我々は社会的常識がない人間ではありません。それをぜひ考えていただきたい。

【木下】 どうしろとおっしゃるわけですか。

【本田】 ですから、これはもっと時間をとって。私はメディアの方に話していますが、メディアの方に話すと、刑事罰を伴う制度はまずいとわかってくれます。説明責任をきちんと果たせば、メディアの方はわかってくれます。私は何十人のメディアの方と話していますから。その説明責任を果たさないで……

【木下】 ですから、先生はこういうことをしないで……

【本田】 だから、先生、もしよかったら、交替すればいいんですよ。先生とか厚生省の佐原さんはかわればいいと思います。

【木下】 そんな議論じゃなくて、もっと論点を明確にしてください。

【本田】 だから、法律というのは我々が決めるもので、法律で我々が縛られる必要は全くないと思います。

【木下】 日本の社会に住んでいる限り法律に従わねばなりません。

【本田】 法律が我々が決められる、変えられるのです。法律を変えればいいだけなんです。

グローバルスタンダードで、世界にない低医療費と低医師数で１人何役もやっている我々にこんなことを決めたら、現場から人が逃げ出します。その後、先生方が救急医療を担ってくれるんですか。そういうことをきちんと考えてやっていただきたい。私はボタンをかけ違えていると思います。そのご努力が大変残念だと思います。

【木下】 我々はもうちょっと冷静に物事を考えていかなければいけません。

【本田】 まず、ほかの業界の業務上過失致死について説明してください。

【木下】 業務上過失致死は、業務をする上で必要な注意を怠り死亡させれば、業務に関係なくそれは対象になります。業務とは関係ないのです。

【本田】 先生、厚労省があれだけ医療を壊して、医療を受けられなくて死んでいる人がいても、だれもつかまってないでしょう。たらい回しの結果、厚労省でだれかつかまったんですか。明解に答えてください。何で我々現場でやっている人が逮捕されなければいけないのですか。おかしいでしょう。

【木下】 わかりました。そういう議論をどんどんなさって結構です。しかしながら、そのまま議論をしていって結論が出るのですか。我々はまじめに診療しています。先生方もそうだと思います。しかし、現在、医師法21条があります。その結果、刑事司法は当然入ってくる。実際に大野事件が起こったではないですか。どうやったらこれを防げるのですか。

【本田】 それは埼玉県医師会で刑事課の人と話しました。刑事課の方がモンスターペイシェントのことを勉強したら、医療界がこれだけ大変だということが初めてわかったとおっしゃっていました。警察の人も知らないだけです。きちんと説明すれば、警察の人もわかります。だから、今後は簡単に逮捕しないようにしようと言っているわけでしょう。我々の説明が足りなかっただけです。

【木下】 そういう甘い考えでは、これからも起こります。なぜかと申しますと、警察の現場はそうではございません。こういうことが起こることで、どれほど多くの医師が泣いているか。まるで犯人扱いされて逮捕されております。万一逮捕されたらどうなるか。名前は呼ばれません。番号で呼ばれます。手錠もはめられていきます。そのようなことを皆様方、許せますか。許せないじゃないですか。

【本田】 許されません。これが決まったら私は医師を辞めますから、そういう人が多くなると言ってるんですよ。

【木下】 最後まで聞いてください。我々は何をしてきたか。そういったまじめに診療している先生たちが１人でもこういった目に遭わないような仕組みを考えているわけでありまして、そのためには我々医療界が先生のおっしゃるようなことを主張なさっても通りません。国民は認めてくれますか。認めてくれません。

【本田】 認めてますよ。私が何回も報道で紹介されるのは報道が認めてくれているからですよ。

【木下】 法律というのは、１人２人の方が同意しても、それは法律にならないのであります。刑法学者も、国民も、遺族の代表も委員の１人として議論してきました。彼らがこれではだめだと言ったら、法律は作れないのです。今までのとおりです。そうしたら、我々は困るではないですか。私は産婦人科でありますが、また警察が入り、逮捕されるようなこ

とが起こったらたまらないです。そんなことをどうして放置するのですか。放置できません。

【本田】 彼らが認めれば、医療が崩壊してもいいと言うのですか。

【木下】 崩壊なんかしません。

【本田】 私は医療を守るために戦っているのです。

【木下】 医師法21条が存続する今のままで行ったら崩壊します。なぜか。先生は外科でいらっしゃいますが、外科の若い人が入りますか。入ってこなかったらどうなりますか。

【本田】 こんなこと決めたら入りません。こんなことを医療界のトップが自分の部下を売るような法律を決めるところには、私だったら入りません。

【木下】 先生とやり合う理由は全くなくて、同じ医者でありますから、何とか私たちは一緒になってやっていきたいのです。先生がおっしゃるように、先生が私のかわりにあの委員会に出てもよいのです。そのときにどういう議論をするか。先生の議論は全く通りません。

【本田】 明解な規約を決めていただきたい。重大な過失とか、そのときで変わるのではなくて、例えば、カルテを改ざんした場合、故意にした場合、それだったら、私も賛成。しかし、重大な過失は危ないですよ。とり方によって違うんですから。

【木下】 それは、素人の我々医療界が考えるとそうであります。しかしながら、標準的な医療から著しく逸脱したというのは、具体的にどういう事例かというのを皆で明らかにしましょう。

【本田】 標準的な逸脱が危ないんです。私はそこだけ言いたい。明解に決まっていれば、私も賛成です。

【藤森座長】 この議論はどこまでも尽きないと思いますので、ここで一気に解決というわけにはいきませんものですから、本日は懇親会もありますし、また、これからいろんな経過の中でいろいろ日本医師会に協力しながら、意見を述べていくことで……

【木下】 確かに、本田先生のご意見もあります。以前もいろんな方からもご意見をいただきました。今の業務上過失致死傷罪の問題一つとりましても、議論をしていくのは一向に構いません。しかしながら、結論が出ないままやっていく限り、この医師法21条はずっと続いていってしまうわけであります。一方で、法務省は困っているのです。なぜかというと、自分たちは医療に関して素人なのだけども、起訴の理由を明解に説明しなければいけない。また、不起訴にした場合、検察審査会から、不起訴は不当であると言われても専門家の説明を要するとしても、検察官には限界があります。医師を中心とした委員会が判断して、これは起訴に値しない、通知する事例ではないと判断されるならば、その専門家の意見を伝えることができると言います。そういうことを我々医療界は検察から任されたのであります。せっかく任されたのを、なぜ拒否する必要があるのですか。

私たちは一緒になってやりましょう。ああしなければだめだ、こうしなければだめだという条件ばかり言っても完全なものはできません。我々がつくっていくのです。例えば重大な過失や標準的な医療から著しく逸脱した事例とはどういう事例なのかお互いに考えていきましょう。先生たちは、この事例は通知するものではないと決めてよいのです。なぜかと言うと専門家ですから。このような判断を刑事司法から任されたということは極めて大きなことでありまして、ぜひその意義を認めていただき、ご理解賜りたいと思います。ありがとうございました。

【藤森座長】 どうもありがとうございました。引き続きの議論については懇親会等でひとつよろしくお願いいたします。先生、どうもありがとうございました。

（拍手）

報　　告　　11：10〜11：25

日本医師会勤務医委員会報告

報　告：日本医師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、勤務医委員会の報告をさせていただきます。

これが新しい勤務医委員会の今期の委員でございます。15人おりますが、10人が新しい方でございまして、多士済々と申しますか、論客ばかりでございます。日医の担当は宝住副会長と主務担当が三上常任理事、副担当が木下、今村常任理事でございます。

勤務医委員会委員

（平成20年10月1日現在、50音順）
（◎ 委員長　○ 副委員長）
（※ 今期からの新委員）

◎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
※大笹幸伸	大阪市立十三市民病院院長	大阪府医師会理事
※鈴木　厚	川崎市立井田病院地域医療部長	
※相馬正義	日本大学医学部附属板橋病院総合内科教授	東京都医師会理事
※田中乙雄	新潟県立がんセンター新潟病院院長	新潟県医師会理事
※當銘正彦	沖縄県立南部医療ｾﾝﾀｰ・こども医療ｾﾝﾀｰ副院長	沖縄県医師会理事
※錦織　優	松江市立病院院長	島根県医師会常任理事
※廣畑　衛	三豊総合病院組合保健医療福祉管理者	香川県医師会副会長
※福田　健	獨協医科大学呼吸器・ｱﾚﾙｷﾞｰ内科教授	栃木県医師会常任理事
藤巻わかえ	女子栄養大学人間医科学研究室教授	
※本田　宏	埼玉県済生会栗橋病院副院長	
※三宅直樹	悠仁会羊ヶ丘病院顧問	北海道医師会副会長
望月　泉	岩手県立中央病院副院長	岩手県医師会常任理事

担当役員：宝住副会長、主務担当：三上常任理事、副担当：木下・今村(聡)両常任理事

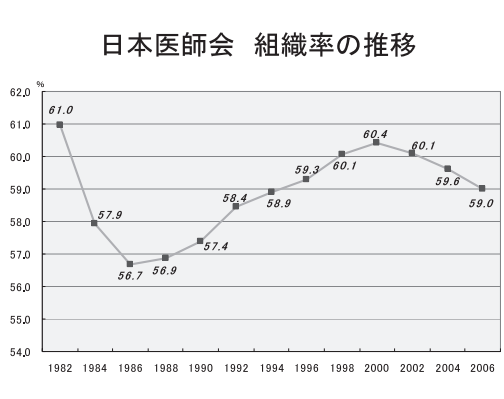
勤務医委員会では大体こういう役割がございまして、毎年いたしますので、細かくは説明しませんが、一番大事なことは、会長の諮問事項についての討議と答申書をつくるということでございますが、ほかにもたくさんございます。

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

これは日本医師会の組織率の推移でございますが、

全医師の中での組織率がだんだん減っております。



今、全医師数が27万7,927人でございますが、勤務医の会員が７万7,000人で、16万5,000人のうちの46.9％でございます。これは昨年から余り変わっておりません。都道府県の医師会の中では50％をやや超えております。

日本医師会の会員数の増加でございますが、497人増えております。昨年は1,074人増えたのですが、これをどういうふうに考えるかと申しますと、各都道府県によって勤務医の考え方が少し変わったから数が変わったという要素もございます。941人増えておった去年が、勤務医は278人増えております。

日本医師会・都道府県医師会の勤務医会員数

平成20年8月1日現在

全医師数	277,927人(平成18年度3師会調査より)	
日本医師会会員数	165,072人	
うち勤務医会員数	77,501人	46．9% (46.9%)
都道府県医師会会員数	180,626人	
うち勤務医会員数	91,205人	50．5% (50.1%)

(　　)は平成19年8月1日現在

勤務医会員数・勤務医部会設立状況等調査より

全体で497人増えたうちの278人が勤務医でございます。

日本医師会会員・勤務医会員の増加率

平成19年　→　平成20年

日本医師会会員数の増加

４９７人	０．３%
（１，０７４人）	（０．７%）

うち勤務医会員数の増加

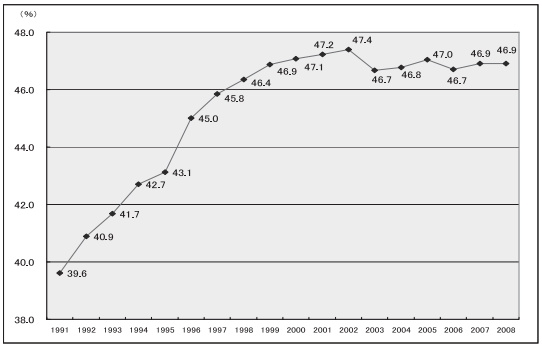
２７８人	０．４%
（９４１人）	（１．２%）

(　)は平成18年　→　平成19年

勤務医会員数・勤務医部会設立状況等調査より

勤務医会員の構成割合でございますが、昨年と変わらないようでございます。

勤務医会員の構成割合の年次推移(日本医師会)



勤務医会員数・勤務医部会設立状況等調査より

日本医師会の代議員の数が一番問題で、勤務医が医師会に入っても余り発言の場がないではないか、議論する場を与えられてないのではないかということでございますが、一番少ない時期は12人ぐらいでしたが、354人の総数の中で勤務医の代議員は34人と、昨年に比べて大変多くなりました。都道府県の医師会の役員、代議員、委員の数も微増しております。

勤務医の医師会活動の参画状況

平成20年8月1日現在

	総　数	勤務医	%
日本医師会代議員数	354人	34人	9.6%（5.7）
都道府県医師会			
役員数	1，092人	202人	18.5%(17.2)
代議員数	3，761人	564人	15.0%(14.6)
委員数	14，993人	4，540人	30.3%(28.6)

(　　)は平成19年8月1日現在

勤務医会員数・勤務医部会設立状況等調査より

都道府県の中で勤務医部会を設立したところが29県、設立の予定のないところが18県でございますが、予定があった１県がなしに変わりました。これは群馬県と理解しております。

都道府県医師会の勤務医部会設立状況

平成20年8月1日現在

設立済み	29	(29)
設立予定	0	(　1)
設立予定無し	18	(17)

(　　)は平成19年8月1日現在

勤務医会員数・勤務医部会設立状況等調査より

大学の医師会は35県でございましたが、埼玉県が増えまして、埼玉県にあります２大学が増えたので大学の医師会数は59から61になりました。

（スライド９）

これは日本医師会の勤務医の代議員数の推移でございますが、2008年は34人と昨年の20人に比べて大幅に増えました。大幅と言っていいのかどうかわりませんが、今までの数からしますと9.6%で10%に近づいたところでございますが、もう少し代議員の数が増えなければと思っております。（スライド10）

大学医師会の設置状況

平成20年8月1日現在

設置都道府県数　３６（３５）

大学医師会数　　６１（５９）
（８０大学中）

（　　）は平成19年8月1日現在

勤務医会員数・勤務医部会設立状況等調査より

（スライド９）

日本医師会勤務医代議員数の推移

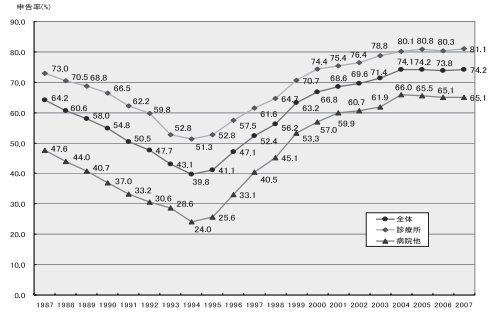
年度	代議員総数	勤務医数	構成割合(%)
1998	315	23	7.3
1999	315	20	6.3
2000	328	24	7.3
2001	328	21	6.4
2002	338	15	4.4
2003	338	19	5.6
2004	342	21	6.1
2005	342	21	6.1
2006	350	18	5.1
2007	350	20	5.7
2008	354	34	9.6

勤務医会員数・勤務医部会設立状況等調査より

（スライド10）

日本医師会の生涯教育の申告の率でございますが、一番下の線が勤務医というか病院の医師数、一番上の赤いところが開業医師数で真ん中が平均でございますが、いつまでたっても勤務医の申告数が追いつかない。医師会にせっかく入っておるのに、申告をしないという方がたくさんおるということは残念でございます。

日本医師会生涯教育制度申告率の推移



今期の会長からのこの委員会に対する諮問は、「医師の不足、偏在の是正を図るための方策」ということでございまして、「－勤務医の労働環境（過重労働）を改善するために－」という副題がついております。今、喫緊の課題でございますし、非常に重要なところでございますので、しっかり検討していきたいと思っております。

諮　問

「医師の不足、偏在の是正を
図るための方策」

ー勤務医の労働環境(過重労働)
を改善するためにー

11

まず１つ、実務的なことですが、「勤務医のページ」というのが日医ニュースの毎月20日号にございますが、そのテーマを決めるのもこの勤務委員会の役割でございます。今まで２回ありました委員会の中で、こんなことを決めました。11月はもう出ているかもしれませんが、12月、来年の３月、４月はこんなテーマを決めたということでございます。

日医ニュース「勤務医のページ」の企画

メイン記事のテーマ決定

1.「女性医師問題」の背後にあったもの
（08.11.20号）

2. 診断書の記載の問題　（08.12.20号）

3. NICUの問題について　（09.03.20号）

4. 医療クラークについて　（09.04.20号）

※掲載号は予定

勤務医の医師会の担当理事の連絡協議会の企画・立案も勤務医委員会の役割でございますので、毎年、今までご発言のなかった県に話してもらおうとか、

特徴のある県にということでございます。いつもこの勤務医活動報告の後に自由にディスカッションする場がありますが、いつもいろんなことがありまして議論にならない。あちこちから議論が出ますので、

平成20年度都道府県医師会勤務医担当理事
連絡協議会の企画・立案

テーマ：医師の大同団結を目指して　と決定

1. 勤務医活動報告
　① 北海道
　② 大阪府
　③ 鹿児島県
　の3県にお願いすることに決定。

2. 意見交換（自由討議）
　・・・・・・・ テーマについて

今度は「医師の大同団結を目指して」というテーマに絞って自由討議をしようということになりました。そういうことを勤務委員会の中で決めました。

勤務医活動の報告としては、北海道、大阪、鹿児島県と、それぞれ特徴のあるお話があるそうでございますので、期待していただきたいと思います。

今日の勤務医部会の連絡協議会でございますが、この会の運営についても日医の勤務委員会から日医としてのご意見を申し上げてやっておりますが、プログラムのことについても、宣言案についても、一応、千葉県医師会の方からお話がございましたが、主催者の考え方と勤務医委員会の各委員の先生方のお考えが必ずしもぴたっとこないところもあります。どこをどうすり合わせるのかが大変困難でございまして、ある程度、プログラムが決まった後でこのことが出てきてもなかなかもとに戻すわけにいかないので、来期は早い時期からこういうことを検討した方がいいのかなと思っております。（スライド15）

そんなことを今年は非常に困難しましたということでございます。千葉県の先生方にも大変失礼なことを申し上げたこともあるかもしれませんが、お許しを賜りたいと思います。できるだけ、この協議会がいい協議会になりますようにということで、委員の皆様方からのご意見を申し上げたところでございます。

全国医師会勤務医部会連絡協議会への
意見・答申

◆ プログラムについて

◆「宣言」案 について

問題点：主催者と担当県の意見のすり合わせ困難

（スライド15）

私も長くやっておりますので、かつては勤務委員会の中では会長の諮問について以外は話してはいけないという時代もありました。それがだんだん緩和されまして、このごろではかなり自由に話しておりますが、各自がそれぞれ自分の興味のままに話しますと、あっちに飛んだりこっちに飛んだりでまとまった議論ができませんので、今年はまとまった議論をしたいということで、２番に書いておりますようなことを今まで決めました。こういうことも、これについてもということを考えておりますが、フリーというのが勝手気ままに話すという意味ではなくて、ある程度、諮問事項と関係のないことも話すということをフリーと考えておりまして、いろんな制約があります。日医ではこんなことを言ってはいけない、これはタブーですと昔は言われたりしましたが、今、医療界あるいは日医が重要な問題としていることについて医師会が是とすることを是、非とすることを非とすることに制約されないで、それを越えてみんなで議論しようということを申し上げました。

決めるのも、あっちこっちから話が出ますとなかなかまとまりにくいので、１問について30分間、10分程度プレゼンテーションしてもらって、それについてみんなで話し合うという方法を今年から始めることに皆さん方と合意いたしました。（スライド16）

医政について当初議論いたしましたが、こんな意

フリートーキングについて

1. フリーの意味
   (1) 諸問事項と関係のない話題についても
   (2) いろんな制約の枠を越えて
   (3) ある程度テーマを決めて自由に討論
2. あらかじめ決められた議題の案
   (1) 新医師臨床研修制度　見直し問題
   (2) 総合医関連の問題
   (3) 医師法21条関連の問題
   (4) 医政問題　　等々
3. 進め方
   プレゼンテーション　と　議論

（スライド16）

見が出ました。「医政なくして医療なし」これはよく言われることですが、「不幸な歴史を繰り返したくない」これは3.16％マイナスという診療報酬の改定を二度と繰り返してはいけないという意味でございます。今日のテーマにもありますが、全国の医師が「団結できる環境づくりも必要」だというご意見もございました。

「政権与党でなければ」というご意見もありますし、「政権交代も視野に入れるべきではないか」というご意見もございます。

「北欧型の社会を目指すべき」とか、「消費税アップをどうするか」とか、「次期参議院選挙に向けては、少し早い時期から進めた方がいいのではないか」という医政についての議論がありました。

「医政」についての議論

医政なくして医療なし　不幸な歴史を繰り返したくない

全国で医師の団結が必要　団結できる環境づくりが必要

政権与党でなければ　政権交代も視野に入れるべきか

患者さんと医師が連携して
政治を変えていかなければならない

北欧型の福祉社会を目指すべき　消費税UPをどうするか

次期参議院選挙に向けて早い始動が大事

そのほかたくさん出ましたが、私の勝手でこういうことを少し書かせていただきました。

これは既に行ったことでございますが、新ミレニアムにおける医療プロフェッショナリズム、医師憲章。３つの基本原則と10の責務ということで、医師不足・偏在を解消するための方策ということも話し合われましたが、時間の関係で、この問題については余り多くを議論する場がなかったということでございます。

「新ミレニアムにおける
医療プロフェッショナリズム：医師憲章」

３つの基本原則　と　10の責務

「医師不足・偏在解消のための方策」

等についても　プレゼンテーション　と
議論があった

医師不足とは何なのか、医師偏在とは何なのか、このことも一遍、共通認識を持ちたいと。単に人口当たりの医師が少ないということを言っておるのか、一定面積当たりの医師が少ないということを言っているのか、医療現場の窮状を感覚的な問題で医師不足と言っているのかということもありますし、医療財政を視野に入れながら少ないのか、偏在なのか、医療ニーズをどう把握して理解、認識するのか、パラメーターを動かせば限りなく医師の需要量は動いていきますので、そんなこともこの委員会で一遍しっかり検討してみたいと思っております。

「医師不足」とは
「医師偏在」とは

共通認識としての物指しは

医療提供体制をどうするのか

医療ニーズをどう計測するのか

我々はたくさん不満もありますし、ぐちも言いま

すし、批判もします。愚痴を云い、不満をぶっつけ、批判するだけでは問題の解決に少しもならないと私は思っております。

これからは委員会の報告ではなくて、私の考えです。

不満 や 愚痴 や 批判
だけでは
問題の解決にならない

何年か前のこの会でも申し上げました。「求同存異」といって中国のことわざでございますが、違いがあることを互いに認めつつも、一緒にやっていこうということでありまして、コンピュータでやりますと「同」と書かれたので、こっちの方が格好いいので、私は「道」にしました。上が本当の言葉で、こちらの「求道存異」は私の造語でございますが、違いのあることをお互いに認識し合いながら、それでもなおかつ同じ道を歩いていこうということを皆さん方に呼びかけたいと思っております。

「求同存異」
↓
「求道存異」

今、いろんな場面で違いを認め合ってない。違いが対立を生み、分裂を生むということになっておりますが、医師同志ですから、できるだけ違いを認め合いながら、対立を越えて、強く、固く団結しようと呼びかけてみたいと思います。

違いを　認め合い
対立を　越えて
強く、固く　団結しよう

今こそ危機意識を共有し、共通の敵――共通の敵というのはみんなわかっておるのです。それを叩き、我々の未来を切り開こうということでございまして、こう見てみますと、今日のメインテーマと同じような気がしますが、我々はもっと明るい未来を築くための橋をかけたいと思っております。そのためにみんなで戦っていこうと。そのためには団結しようと申し上げて、終わりにしたいと思います。ありがとうございました。

今こそ
危機意識を共有し
共通の敵を叩き
我々の未来を切り開こう
22

報　　告　　11：25～11：40

千葉県医師会勤務医アンケート調査報告

報　告：千葉県医師会理事　　原　　徹

千葉県医師会勤務医アンケート調査報告

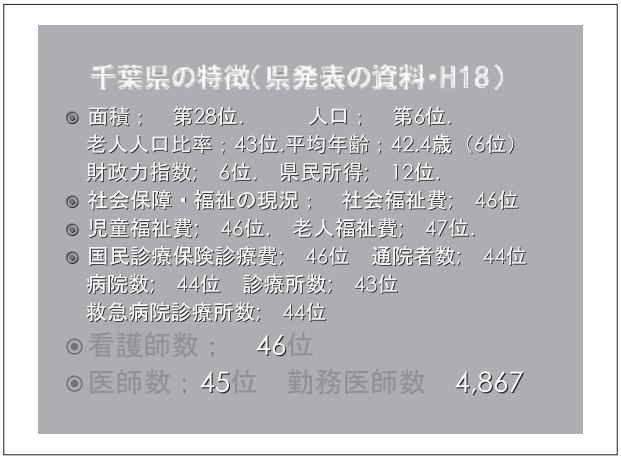
千葉県医師会　理事　**原　　徹**

今回、本調査を担当いたしました原です。ご多忙の中、ご協力いただきました先生方に改めて御礼申し上げます。

ところで、千葉県の面積は都道府県の中で第28位、人口は600万を超え、第６位にあります。老人人口比率は43位、平均年齢は42.4歳と全国でも６番目に若い県です。財政面では、財政力指数で６位、県民所得も12位の状態です。

しかし、社会保障、福祉面では社会福祉費46位、児童福祉費、老人福祉費、国民健康保険診療費のいずれも低い位置にあり、人口当たりの病院診療数も少なく、看護師数46位、医師数も45位と厳しい状況にあります。

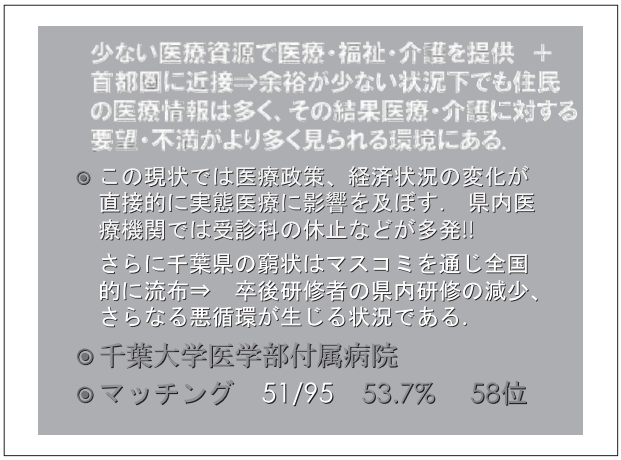
この中で勤務医師は4,867名であり、今回、調査はこの方全員を対象とし、県内278施設に協力をお願いいたしました。



医療資源が少ないこと、また、首都圏に近接していることから、住民の医療に関する関心は高く、要望、不満が生じやすい環境にあり、その結果、医療政策、経済状況の変化が直接実態医療に影響を及ぼし、診療科の休止が多発、一部では施設本体の存続問題にまで至っています。

さらに、マスコミを通じ千葉県の窮状が伝えられ、

卒後研修医の減少など、悪循環が生じています。先日発表されたマッチングでは、千葉大学附属病院が53.7％と58位に急下降しております。



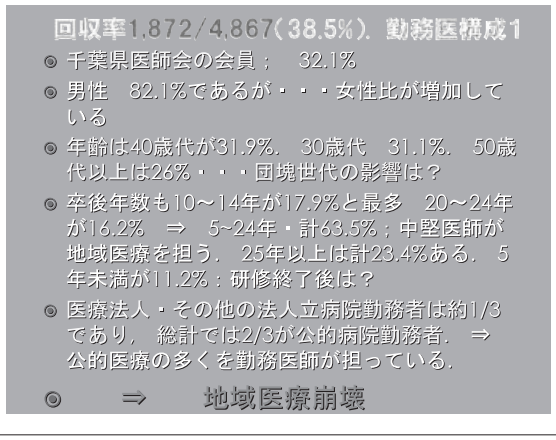
アンケートは4,867名の勤務医師の中で1,872件から有効回答を得ました。この中で県医師会員は32.1％、男性医師の比率は82.1％とほぼ全国平均、年齢別では女性医師の増加が認められました。

年代別では40歳代が最多で31.9％、次いで30歳代、合計では50歳未満の医師が73.5％、50歳以上は26％となりまして、団塊世代の影響は比較的穏やかであると推察されます。

卒後の年数は10～14年が17.9％と最多、20～24年

が16.2%、５～24年までを合わせると63.5%となります。また、卒後５年未満は11.2%であり、研修後の動向が注目されます。

勤務先は、医療法人など法人立勤務の方が約３分の１、残りは大学附属病院、公的病院などです。すなわち公的医療を担う方が３分の２であり、当県では既に医師の適正配置がなされていた状況とも考えられます。この状況下で医師供給が絶たれたために、地域医療崩壊が生じた結果であると考えます。



施設の規模では、400床以上の病院勤務者が約半数と、既に大病院に集約化されております。また、役職では一般病院で見ると、60.2%が副医長以上であり、待遇改善を図っていると考えられます。一方、大学勤務では講師以上の方は36.3%となります。

研修医の比率は、一般病院では6.1%、大学病院では7.4%となり、大学での比率が若干多い状況です。

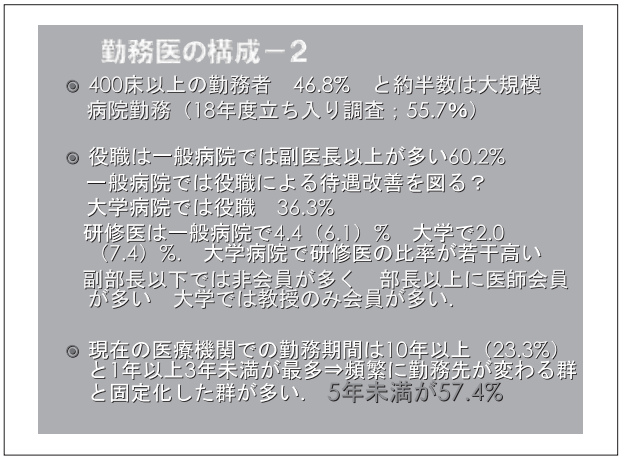
医師会員の割合は、一般病院では部長以上、大学病院では教授のみが多い状態です。

また、現在の医療機関での勤務期間は10年以上と１年以上３年未満が最多で23.3%となり、５年未満の総計になると57.4%と過半数になります。

（スライド４）

担当する科目に関しては、内科が15.1%、外科9.2%、次いで精神科の順です。しかし、内科でも消化器科など専門家を標榜される方を含めると29.7%となり、総合診療科を標榜する方も0.8%と内分泌・代謝科に匹敵する数になっています。

産婦人科、内分泌・代謝科では、医師会員の比率



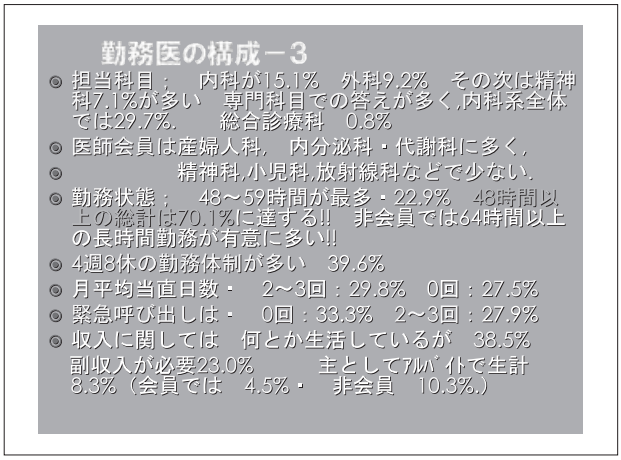
（スライド４）

が有意に高く、逆に精神科、小児科などでは比率が低いのが特徴です。

勤務時間は48～59時間が最多、合計では70.1%の方が週48時間以上、また非会員の週64時間以上の長時間勤務が会員より有意に多い結果でした。

勤務形態は、４週８休が39.6%、当直日数は月２～３回が多く29.8%、緊急呼び出しは無いが最多で33.3%でした。

収入に関しては、何とか生活しているが38.5%、副収入を必要としアルバイトをしている方が23%、主としてアルバイトで生計を立てている方が8.3%でした。

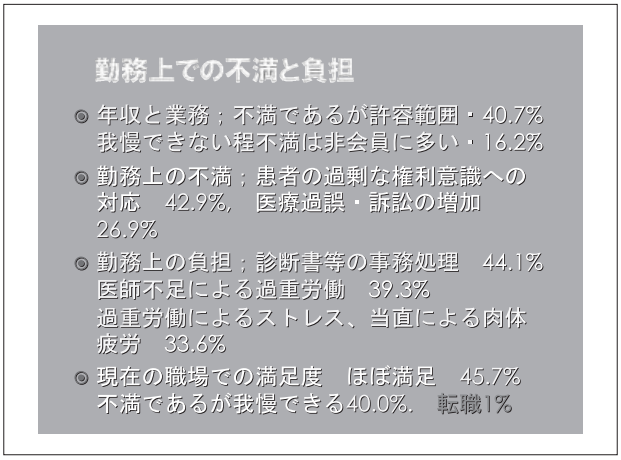


勤務上での不満と負担です。年収と業務内容に関しては40.7%の方が不満であるが、我慢できる許容範囲内である。我慢できないほど不満であると答えられた方が非会員の16.2%に見られました。

勤務上の不満は、患者の過剰な権利意識への対応

が１位、次いで医療過誤、医療訴訟の増加が上げられました。負担は、診断書作成等、事務処理の多さが44.1％、ついで医師不足による過重労働、それによるストレスなどが30％を超える率で上げられました。

現在の職場での満足度は、ほぼ満足しているが45.7％、不満であるが我慢できるが40％でした。転職を考えている人が１％に認められました。

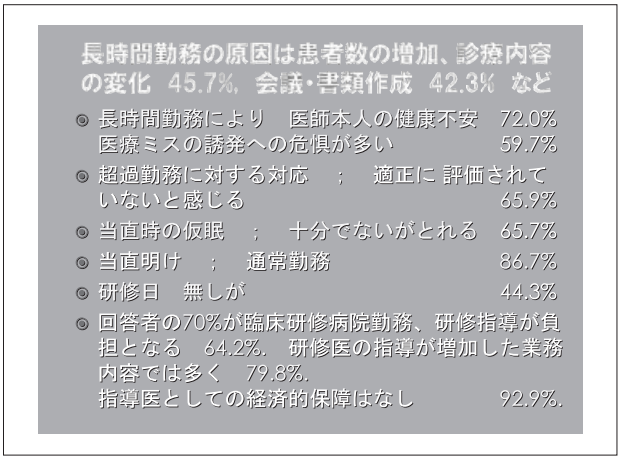


長時間勤務の原因としては、患者数の増加、診療内容の変化が45.7％と最多、次いで会議、書類作成となりました。

この結果、自身の健康不安を覚える方が72％、次いで医療ミスの誘発が59.7％に上りました。この超過勤務に対する対応は、適正な評価を受けていないと考える方が65.9％、当直時の仮眠が十分でないがとれるが65.7％、当直明けの通常勤務は86.7％に上りました。研修日はないが44.3％、70％が臨床研修施設の勤務でしたが、研修指導を負担と考える方が64.2％。その内訳は、研修医の指導業務の増加が最も多く79.8％となりました。また、指導医としての経済的保障は特にないが92.9％となりました。

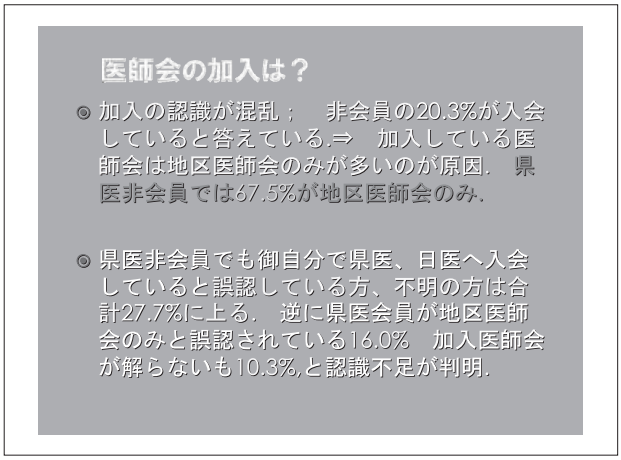
（スライド７）

医師会への加入状況を調査しましたが、現在、自分が県医師会会員であるとの答えが非会員の20.3％に認められました。県医非会員では、地区医師会のみの加入の方が67.5％に上り、ご自分が県医、日医に入会されていると誤認されている方、不明な方が27.7％に上りました。逆に県医会員でも、地区医師



（スライド７）

会のみと誤認されている方が16％、加入医師会がわからない方も10.3％ありました。

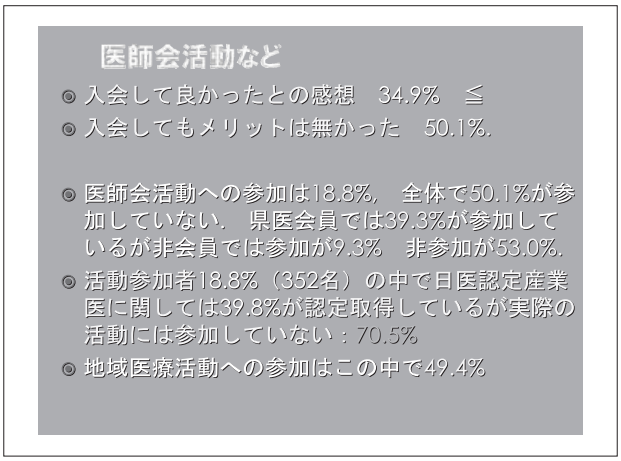


医師会に入会してよかったとのお答えは34.9％、医師会活動へ参加しているのは18.8％、また参加されている352名中、日医認定産業医に関しては39.8％が認定を取得。しかし、実際には活動していない方が70.5％となりました。（スライド９）

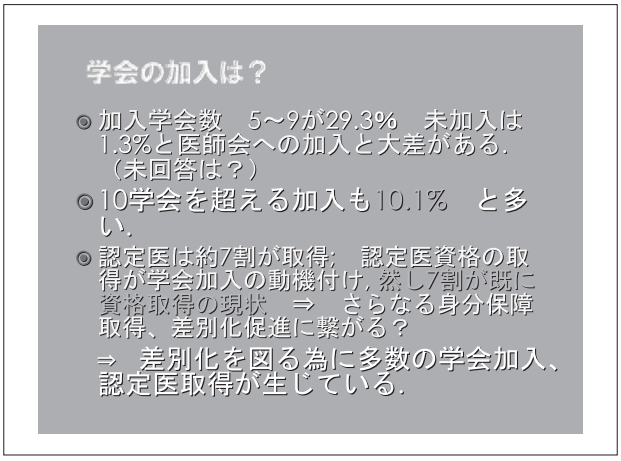
一方、学会への加入は、加入学会数５～９が29.3％と最多、未加入者は1.3％、医師会への加入と大差がありました。また、10以上の学会加入者も１割を超えています。学会認定医は約７割が取得しており、資格の取得が学会加入の動機づけになっていると考えられます。身分保障、差別化を図るため、多数の学会加入、資格取得を招いていると考えます。

（スライド10）

ライフプランです。60代まで現役で働きたい方が最多で41.5％、60歳代以上は合計で73.2％、一方、今

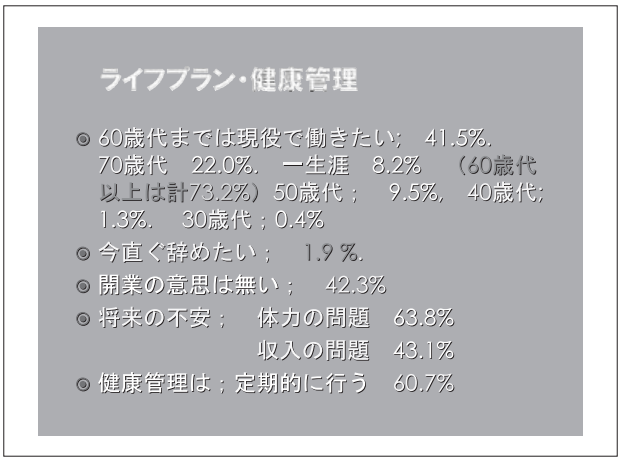


（スライド９）

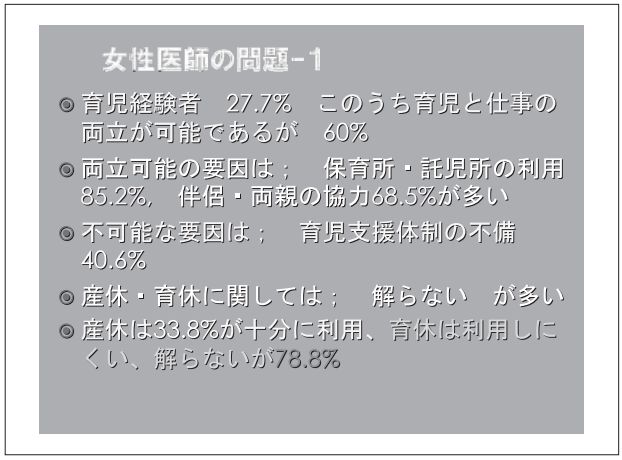


（スライド10）

すぐにでも辞めたい方が35名、1.9%に見られました。将来、開業の意思がない方は42.3%、将来の不安に関しては63.8%が体力、収入に関する不安は43.1%、健康管理は定期的に行っている方が６割でした。

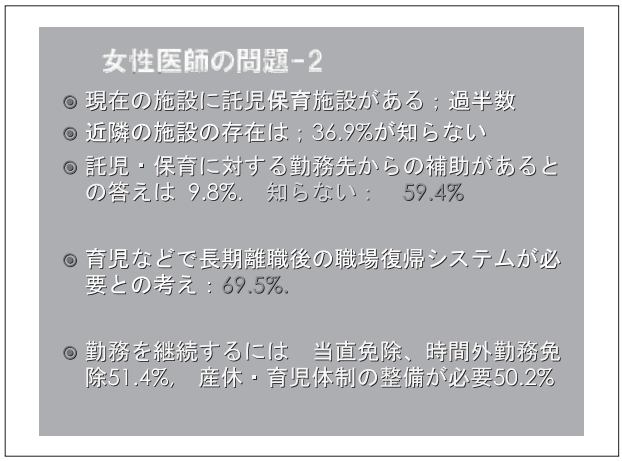


女性医師の問題です。今回の回答者は勤務を継続されている方ですので、評価が難しいところです。育児経験者は27.7%、育児と仕事の両立が可能と答えられた方が６割です。その要因は、保育所、託児所などの利用、伴侶、両親の協力が上げられました。逆に不可能であった理由は、育児支援体制の不備、所属施設の産休・育休に関しては、わからないとの答えが最多、産休に関しては33.8%が十分に利用、育休に関しては利用しにくい、わからないが78.8%に上りました。



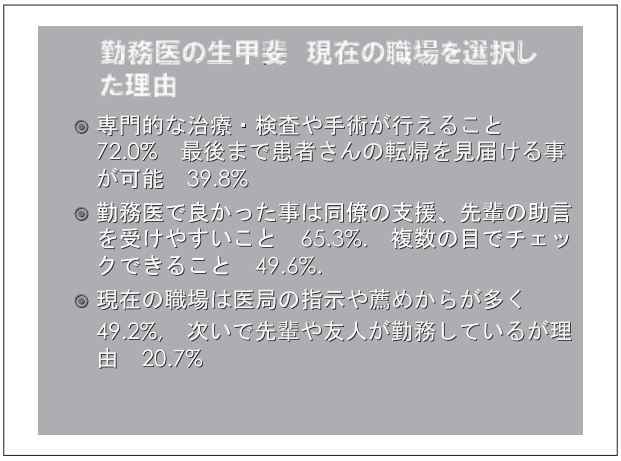
現在の施設に託児保育施設があると答えが半数にあり、女性医師の偏在がうかがわれます。

近隣の施設の存在は知らないが最多、託児・保育に関し勤務先から補助があるは9.8%、育児などの長期離職後、復帰システムが必要との答えは約７割、今後も勤務を続けるには当直免除、時間外勤務の免除が必要との答えが51.4%、産休･育児体制の整備が必要との答えも50.2%となりました。

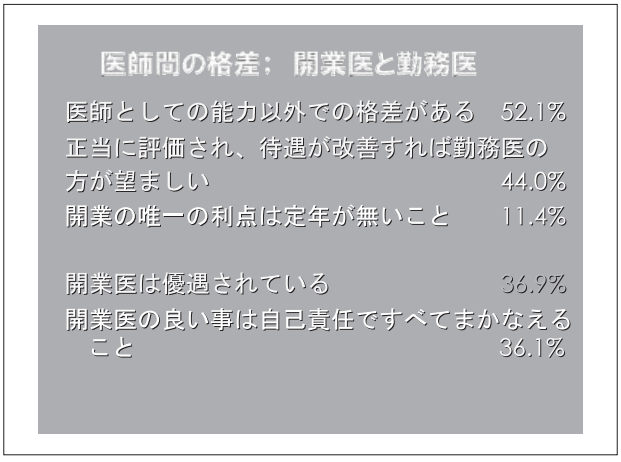


勤務医師の生きがい、職場を選択した理由は、専門的な治療、検査、手術が行えることが最多。勤務

医でよかったことは、同僚の支援、先輩等の助言を受けやすいこと、複数の目でチェックできることが上げられました。職場を選択した理由は医局の指示や薦めからが最多で、49.2%でした。

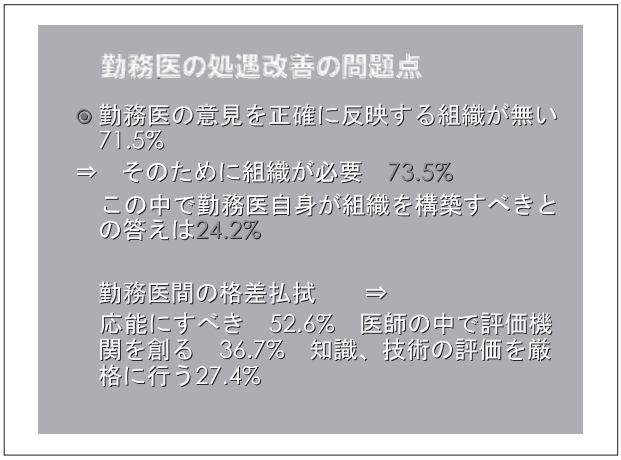


医師間の格差。まず開業医との格差を聞きました。医師としての能力以上に格差を感じているが52.1%、勤務医が正当に評価され、待遇が改善すれば勤務医の方がましだというご意見が44%、また、開業医は優遇されているとの評価が36.9%、開業医がよいことは、自己責任ですべて賄えることとの意見が36.1%に見られました。

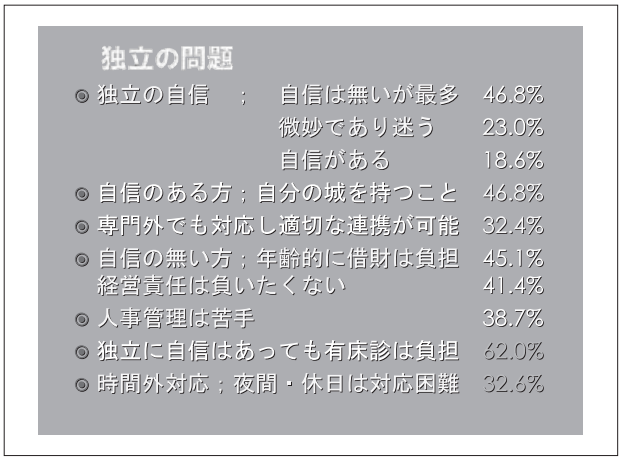


処遇改善に関してでは、現在の勤務医の意見を正確に反映する組織が無いとの答えが71.5%、そのために組織が必要と考える方が73.5%、しかし、勤務医自身が組織を構築すべきであるは24.2%にとどまりました。

一方、勤務医師間の格差に関しては、応能にすべき、医師の中で評価機関を作るなどが上げられました。



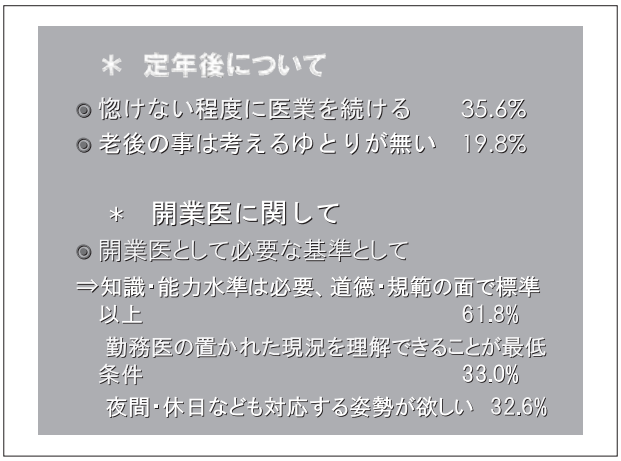
将来の独立に関しては、独立の自信はないが46.8%、微妙であり迷っている方が23%、自信のある方は、理由として自分の城を持つことができる、適切な連携を行う自信があるなどが上げられました。自信のない方では、借財の負担、経営責任、人事管理などが上げられました。自信はあっても有床診療所は負担との答えが62%、夜間、休日の対応は困難とのお答えが32.6%となりました。



定年後に関しては、ぼけない程度に医業を続けるとの答えが最多。次いで老後のことは考えるゆとりがないでした。

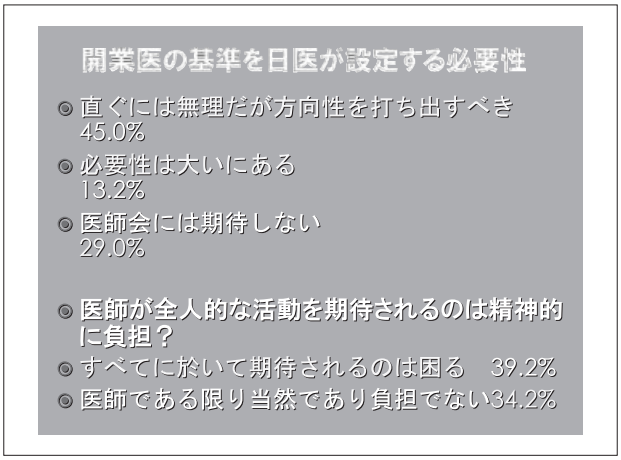
開業医に求める基準としては、一定の知識、能力水準、また道徳、規範においても標準以上が61.8%、勤務医の置かれた状況を理解すること、夜間、休日などにも対応する姿勢が欲しいなどが上げられました。（スライド18）

開業医には基準が必要かを問いました。日医が方向性を打ち出すべきとの答えが45%、大いに必要の



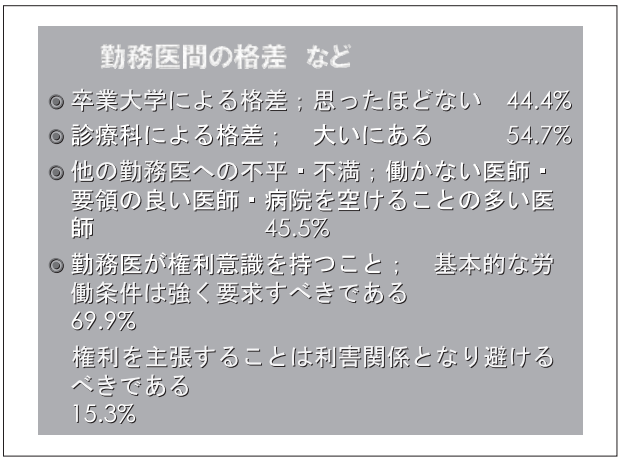
（スライド18）

13.2%を加えると58.2%、医師会には期待しないが29%、医師が全人的な活動を期待されることに関しては、すべてにおいて期待されても困るが39.2%、負担ではないとの答えも34%に見られました。



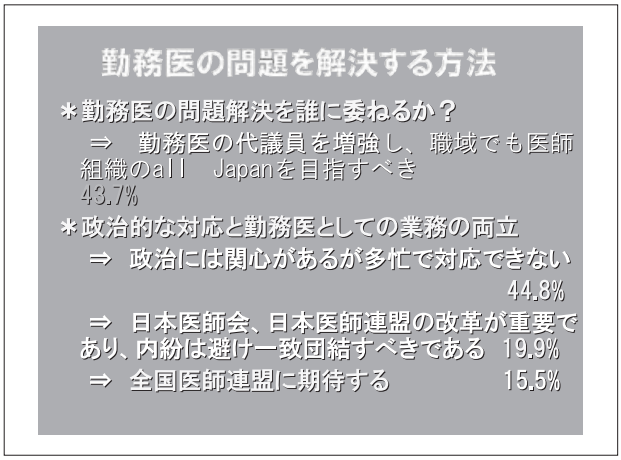
勤務医師間の格差に関して、実際の印象をお聞きしました。卒業大学での格差は比較的少なく、むしろ診療科目による格差が強く出ていました。ほかの勤務医への不平不満は常識的なものでした。また、権利意識を持つことに関しては、基本的な労働条件は強く要求すべきとの答えが約７割になりました。権利を主張することは利害関係となり避けるべきとの答えも15.3%に見られました。（スライド20）

この勤務医の問題を解決する方法としては、医師会内で勤務医の代議員を増強し、職域でもオールジャパンを目指すべきとの答えが43.7%にありましたが、政治的な対応と勤務医の業務を両立させることは多忙でできないが44.8%、日本医師会、医師連



（スライド20）

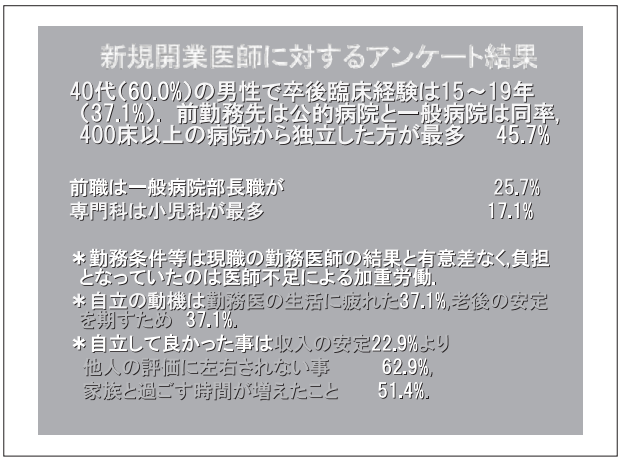
盟の改革が重要であり、一致団結すべきであるが19.9%、新設された全国医師連盟に期待する方は15.5%となりました。



新規開業医のアンケート結果です。40代での開業が60%、卒後研修経験は15～19年が最多で、前勤務先は公的病院と一般病院の間ではほぼ同率、400床以上の大病院からの独立が45.7%となりました。前職は一般病院の部長が25.7%で最多、専門科目は小児科が17.1%と最多でした。

勤務条件等は現職勤務医と差はなく、負担となっていたのは医師不足による過重労働、自立の動機は、勤務医師の生活に疲れたこと、老後の安定を期するためが多く認められました。また、自立してよかったことは、収入の安定より他人の評価に左右されないこと、家族と過ごす時間が増えたことが上げられました。（スライド22）

昨年の沖縄、一昨年の埼玉との比較です。沖縄で

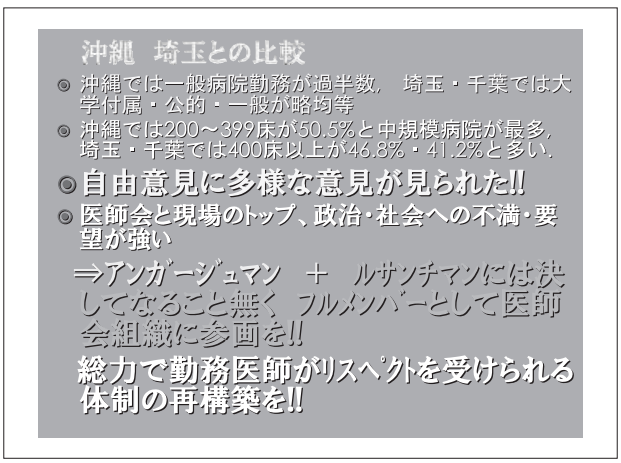


（スライド22）

は、一般病院勤務が過半数でしたが、埼玉、千葉では大学附属、公的、一般がほぼ同数。病院規模でも、沖縄では中規模施設が50.5％でしたが、埼玉、千葉では400床以上が多く、施設規模に差が出ました。

最後に自由意見をお聞きしましたが、多彩なご意見があり、医師会、現場の上司、経営者に対する不満、要望、さらに政治・社会に対するご意見をいただきました。資料にジャンル別に記載してありますので、御一読ください。

埼玉では、勤務医の皆様へアンガージュマンを訴えましたが、今回はさらにルサンチマンには決してなることなく、フルメンバーとして医師会組織に参画されることを望みます。また、総力で勤務医師がリスペクトされる体制を再構築することが喫緊の課題であるとの結語で私の報告を終了させていただきます。ご清聴、ありがとうございました。



報　　告　　11：40～11：55

各都道府県医師会および関東ブロック地区医師会
会費徴収方法アンケート報告

報　告：千葉県医師会監事　　守　　正　英

各都道府県医師会および関東ブロック地区医師会
会費徴収方法アンケート調査報告

千葉県医師会　監事　**守　　正　英**

千葉県医師会の守でございます。本日、発表の機会を与えていただきましたことに、まずもって御礼申し上げます。

勤務医の現状について把握し、千葉県医師会及び日本医師会の今後の勤務医支援の基礎資料になればと思い、今回のアンケートを企画してみました。この席をお借りしまして、都道府県医師会、関東ブロックの各医師会、千葉県地区医師会、そして千葉県勤務医の先生方のご協力に対し、感謝と御礼を申し上げる次第でございます。ありがとうございました。

アンケートにつきましては、答えにくい、あるいは意味を解しかねる等のご指摘をいただきましたが、勤務医という言葉にまとめるには内容が多岐にわたり、困難を極めた点をお酌み取りいただきまして、ご寛容のほどお願い申し上げます。おかげさまで回収率はすばらしい高率を得ることができました。

調査の概要

調査の目的

勤務医の現状について把握し、千葉県医師会及び日本医師会の今後の勤務医の支援の基礎資料とする

調査の対象

都道府県医師会（46）	回収率	96.6%
関東ブロック医師会（206）		76.7%
千葉県地区医師会（26）		100.0%

都道府県における医師会会員数は1,000人から3,000人までが60％強を占めており、千葉県下、地区医師会を含む関東ブロック医師会においては100人未満、250人未満、500人未満がそれぞれ３割前後を占めております。

勤務医会員数は、都道府県医師会では500人から3,000人が80％、千葉県及び関東ブロック医師会では100人未満が70％近くを占め、全会員数に対する勤務医師会員の割合は20％から60％を占めておりました。

医師会会員数と勤務医会員数その割合

●会員数		
都道府県	1000～3000人	60%
関東・千葉県	100人未満	約30%
	250人未満	約30%
	500人未満	約30%
●勤務医数		
都道府県	500～3000人	80%
関東。千葉県	100人未満	70%
●勤務医割合		20～60%

会費の徴収方法としては、口座引き落とし、あるいは銀行振り替え入金がほとんどであり、その手段として地区医師会委託、あるいは勤務医所属医療機関委託の行動をうかがうことができました。

（スライド３）

入会金については、「不要」が半数以上を占めまし

勤務医会費徴収方法（複数回答）

- 口座引き落とし　55.3%
- 振り替え入金：銀行　40.4%
- 振り替え入金：郵便
- 振り替え入金：両方
- 地区医師会委託　63.6%（都道府県）
- 勤務医療機関依頼　38.6%

（スライド３）

た。入会金の必要な医師会も５万円未満がほとんどでありました。勤務医の医師会費については４万円未満がほとんどでありました。

勤務医の入会金と会費

- 入会金
  - 不要　69.1%
  - 要る場合　50000円未満
- 会費　40000円未満
- 勤務医会費に対する施設負担
  - 20%～40%未満　36.3%
  - **40%～60%未満　44.3%**
  - 60%～80%未満　7.9%

医師会費については、勤務医療機関が負担するということが少なくなる傾向ではありますが、半数以上の施設が何らかの形で負担しているのがアンケートから推察されます。

勤務医入会促進に対する取り組みについては、入会のしおりや手引きを発行している医師会は30%に満たない結果でした。しかしながら、さまざまな取り組みがなされていることも事実で、自由意見から例を挙げれば、県医師会と研修医・勤務医の懇談会開催（山形県、岩手県）、研修医オリエンテーション時に県医師会の紹介（石川県、沖縄県）、あるいは勤務医部会を立ち上げ援助（神奈川県、千葉県）等であります。その他取り組みにつきましては、報告書をご参照くださいますようお願い申し上げます。

これからは、千葉県医師会勤務医実態調査から見てみたいと思います。

勤務医に対する入会のしおり・手引き等の作成と勤務医入会促進の取り組み例

しおり

作成している 26.8%　作成していない 63.9%

- 県医師会と研修医・勤務医の懇談会開催（山形県・岩手県）
- 研修医オリエンテーション時に県医師会の紹介（石川県・沖縄県）
- 勤務医部会を立ち上げ援助（神奈川県・千葉県）

千葉県勤務医実態調査回答1,872通から、医師会未加入者43.7%、加入者44.0%を得ました。勤務医医療機関の内訳では、医師会加入者は私立病院に多く、公的病院に少ない実態が出ています。

加入医師会の状況は、地区医師会だけが32.3%、地区医師会と県医師会に加入が28.7%、さらに日本医師会にも加入しているが26.2%でした。したがって、日本医師会に参加している方は回答をいただいた千葉県勤務医の11%強になろうかと思います。

千葉県勤務医実態調査1872から（1）

- 医師会加入者44.0%　未加入者43.7%
- 加入者　私立病院に多く公的病院に少ない
- 加入状況
  - 地区医師会　32.3%
  - 地区医師会と県医師会　26.2%
  - 地区医師会と県医師会と日本医師会　26.2%

会費は所属医療機関持ちが61.8%、ご自分で支払う場合の給与天引きは25.4%、医師会入会金については１万円から２万円、医師会会費については３万円以下が妥当という結果でした。

入会金、年会費は、地区、県、日本医師会一括の希望が多く、その額は３万円以下ということでした。また、勤務医にとって現在の年会費は負担との意見

が40％近くもありました。会費が地区、県、日本医師会別々に設定されていることを知らない勤務医の先生方が半数近くいること、また、入会金、医師会年会費について無回答の方が半数近くいるということを考えると、この問題は一考を要する問題と考えます。

千葉県勤務医実態調査1872から(2)

- 会費の勤務医療機関負担　61.8％
- 自分の給与からの天引き　25.4％
- 入会金10000円〜20000円が妥当
- 会費は30000円以下が妥当
- 地区医師会・県医師会・日本医師会一括支払い
- 年会費は勤現在の務医に負担　40％
- 地区・県・日医の会費別々を知らない　47.3％
- 入会金や会費について無回答　50％以上

医師会入会の動機は、「勤務先から言われた」が断トツに多く、「自分から入会しようと思った」のと比較になりません。医師会に入ってよかったが34.9％、入会してもメリットがなかったが50.1％。

医師会入会の動機

- 人に勧められた　5.5％
- 勤務先から言われた　69.5％
- 自分から入会しようと思った　13.0％

医師会入会後の感想

入会してよかった 34.9％

メリットは無かった 50.1％

また、医師会に期待するものとしては、「勤務医の処遇改善に関する積極的な活動を行うこと」が56.3％、「会員間の連携が円滑になる媒体として機能すること」が46.0％、「有益な情報を提供すること」が31.3％、「研修会などの開催」が24.7％でした。

（スライド９）

入会したが、医師会活動に参加されている方は、入会されている方の30.3％しかおりません。未入会

医師会に期待するもの

- 勤務医の処遇改善に関する積極的な活動を行うこと　56.3％
- 有益な医療情報を提供すること　31.3％
- 研修会などの開催　24.7％
- 会員間の連携が円滑になる媒体として機能すること　46.0％

（スライド９）

の理由としては、勤務医では医師会に加入するメリットがないが68.1％、「医師会に対する基本情報が不足している」が39.1％、「会費が高い」が28.4％、「加入手続の方法がわからない」が14.8％が上げられました。

医師会活動への参加

参加している 39.3％　　参加していない 45.6％

医師会未入会の理由

1　加入するメリットがない　68.1％
2　会費が高い　28.4％
3　加入手続きの方法がわからない　14.8％
4　医師会に関する基本情報が不足している　39.1％

その他の意見として、勤務医は加入学会も多く、学会発表等で本を大量に購入しなくてはならず、出費が多いので、医師会の年間費を払うのであれば、そちらに回した方がよいのではないかという考え方もある。（スライド11）

また、医師の団結を図るのにはポイントの集約が必要で、人、教育、お金（報酬）、施設（病診連携）等、この３つの件について、医師会が先頭に立って構造的改革を行うことが必要だとの意見も多くありました。

また、勤務医の先生方は時間的な余裕がないのが現状で、研究ができる環境、または自由に休める環

その他の意見

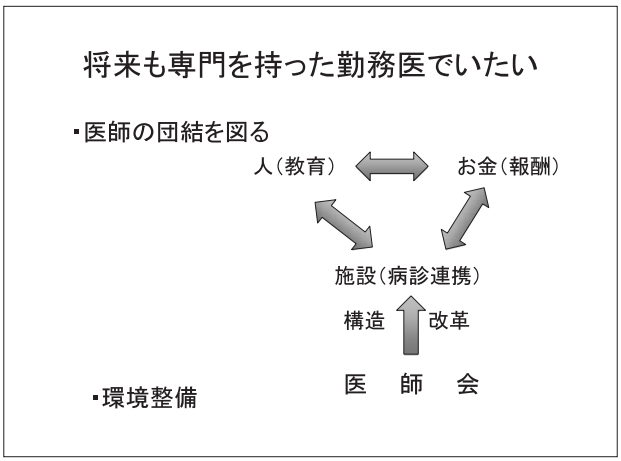
- 加入している学会が多い
- 書籍購入費がかさむ
- 医師会費に回す余裕がない

（スライド11）

境さえできれば、医師会活動にも参加できる機会が多くなるのではないかといった意見もありました。

勤務医にとって入会するメリット、また、目に見える医師会活動がなければ、勤務医の医師会活動、あるいは入会を増やしていくことはこの先、難しいと考えられるとの厳しいご意見も寄せられました。

こういった意見の中で、将来も専門を持った勤務医でいたいという方が多くおられましたことは、驚きとともに納得もいたしました。



今後の日本の医療を維持、発展させていたくためには、国の医療政策を我々の手で変えていかなければならないわけで、そのためには医師会に入会されている方のメリットがなかった、未入会の方の「医師会に入会してもメリットがない」をいかに払拭するかにかかるわけで、医師会に期待する４項目をいかに実現するかということになるわけであります。

地区医師会、県医師会、日本医師会、それぞれが守備範囲の異なる組織ではありますが、

⑴いかにしたら有機的な連携がとれるか、地区の意見を吸い上げる筋道、日本医師会の考えを遺漏なく地区に伝達する道筋をいかに太くスムーズに構築するか、今後は地区、県、日本医師会共同で考えねばなりません。

⑵入会金、年会費の問題の洗い直し、各医師会は会員の会費で運営され、近い将来、法人見直しに伴う公益法人選択とも合わせ、勤務医の書籍代云々も考慮に入れ、大いに議論すべきときと思います。

⑶勤務医の労働条件を含め、勤務医の処遇改善に関する積極的な活動をいかにするか、勤務医の時間的余裕を生み出すことを最優先に考えねばなりません。

⑷医師会の基礎情報の不足、広報活動は非常に重要なことです。将来、仲間になる医学生のころから医師会について考えてもらう広報活動を医師会で検討するべきです。

⑸勤務医は、専門を持った勤務医でずっといたいとすれば、開業している方々の問題の共有をいかにすればできるか、医療機関の開設者、開業医と勤務医自身の連携を含め、同じ土俵で考えねばなりません。

今　後

1・いかにしたら有機的連携がとれるか

2・入会金・年会費の問題の洗い直し

3・勤務医の処遇改善

4・医師会の基礎情報の不足

5・勤務医は専門を持った勤務医でずっといたい

今日の会にアンケートをとらせていただきまして、私なりに以上のような結論に達した次第です。意味するところが違うかもしれませんが、これからは勤務医の先生方と一緒に手を携えてゆかねば何事もうまくいかない時代情勢になってきているということ。

また、我々医師会役員も組織のあり方、今後について真剣に有機的に考え、実行しなければならないことを実感しました。

勤務医の先生方医師会に入会し
内から
日本医師会
を真に国民の医療を任せられる
体質に変える力
になってくれる事を念願します

勤務医の先生方が医師会に入会し、内から日本医師会を真に国民の医療を任せられる体質に変える力になってくれることを念願し、日本医師会の団結を目指す委員会に期待し、発表を終わります。ご清聴、ありがとうございました。

勤務医と開業医の団結にむけた

日本医師会の

医師の団結を目指す委員会

次期当番県挨拶

11：55～12：00

挨　拶：島根県医師会長　　田　代　　収

■次期当番県挨拶

挨　　拶

島根県医師会　会長　**田　代　　收**

ただいまご紹介いただきました島根県の医師会長をしております田代でございます。来年の担当県ということでございますので、簡単にご紹介をいたしたいと思います。

その前に、千葉県の医師会の先生、会長さん初め、本当に立派な会をやられまして、いろいろとまたご助言等いただいて、私どもできるだけ、この千葉県の今回の協議会に近いような立派な会を開こうと思っております。

島根県といいますと、先生方、ご存じのない方も多いのではないかと思いますが、ちょうど今、ＮＨＫの朝のドラマで８時15分から「だんだん」というドラマをやっておりますが、ご覧なっている方もいらっしゃると思います。その場面に松江のいいところがたくさん映って、出てきております。まだご覧になっていらっしゃらない先生がいらっしゃいましたら、ぜひご覧になっていただいて、来年、松江に来ていただければと思っております。

もう一つ、11月28日の土曜日に松江市の一畑ホテルで開催する予定にいたしております。11月といいますと島根県も大変寒うございます。

また、11月は島根県の方は神有月と言っております。というのは、出雲大社が島根県にございまして、日本全国の神々が11月には出雲大社に集まられまして、そこで会議を開かれることになっております。したがって、神有月と言っておりますが、先生方もどうぞお国の神様と一緒に同道なさいまして、来年の島根県の連絡協議会にたくさんお出かけいただきますように、よろしくお願いをいたして、簡単でございますが、紹介にかえさせていただきます。

特別講演 2

13：00〜14：00

「日本の医療のあるべき姿について」

講　師：慶応義塾大学商学部教授　　権　丈　善　一

座　長：千葉県医師会勤務医部会副部会長　　深　尾　　立

■特別講演２

座　　長

千葉県医師会勤務医部会　副部会長　**深　尾　　立**

深尾　立でございます。今日は、権丈善一先生に「日本の医療のあるべき姿について」お話しいただくわけでございますが、日本の現在の医療崩壊の根源は医療費抑制策にあると、皆さん、ご存じのとおりだと思います。それに関しまして、権丈善一先生は社会保障及び医療経済、そういった面に関して幅広くご発言をされています。たくさんの著書も書かれております。我々にとって、また政府にとって、こういうふうにしなければいけないということを今日はお話しいただけるのではないかと思って期待しております。

権丈先生のご略歴はこの抄録集に書いてありますので、余り詳しいことは申し上げませんが、1985年に慶應大学の商学部をご卒業になられまして、2002年から慶應義塾大学商学部の教授をなされてます。政府のいろいろな委員、あるいは多数の著書をお持ちでございます。それでは、権丈先生、よろしくお願いいたします。

講　　師

慶應義塾大学商学部　教授　**権　丈　善　一**

ただいまご紹介にあずかりました権丈と申します。今日いただいた時間は50分ですね。先週、日本歯科医師会会長の大久保さんに３時間講義をするという企画があったのですが、講義を３時間しても私の考えていることは伝わりません。そこで先週、私のホームページ（http：//kenjoh. com）に、私の勉強会・講演に出席される方用の予習復習のページをつくりました。本日、ご帰宅後、是非とも、私のホームページをチェックしてください。今日は50分ですので、私の考えのさわりの部分を話させていただきたいと思います。

■特別講演２

私は普通の経済学者とどうも違うなと、昔から薄々感じておりました。19世紀末ぐらいから価値観を排除していくのを科学だという大きな錯覚の中に世の中が入っていくのです。そこでは、価値自由であること、価値観と独立した実証的な科学を装うのが格好いいという社会科学の流れがありました。自然科学はそれでいいかもしれないが、本当に社会科学はそれでいいのかということを私は若いときから感じておりまして、ある時期から価値観は事前に明示していくというアプローチをとっていくことになっていきます。そのあたりのところは、福沢諭吉の『文明論の概略』に出てくる「本位論」とか、スウェーデンのグンナー・ミュルダールのアプローチとか、彼らがとっていったアプローチが、学生の頃に読んでいったものが次第にしみ込んできて、ある時期から、世の流れに反して価値観は分析の事前に明示していくという方法をとっていくことになるわけです。

そういう出だしの部分が違うと、多くの人と違う経済学にどんどんなっていくことになって、最終的には私は自分のやっている学問は「再分配政策の政治経済学」だという名前をつけ、それを10年ぐらい前から言い始めていましたら、今やかなり「再分配政策」という言葉が定着した感があります。アダム・スミスなどのころは政治経済学、ポリティカル・エコノミーというものだったんですが、次第にこの学問からポリティカルが外されてエコノミックスが独立してくるわけです。でも、ポリティカル、つまり政治的側面と独立な経済問題など有り得るはずがないわけでして、政治経済学という言葉を復活させ、社会保障、公共政策の所得再分配の側面に着目して考察する「再分配政策の政治経済学」という言葉をもう10年ぐらい使っています。この「再分配政策の政治経済学」という言葉も大分定着してきたかと思っております。

価値観の明示というところで、私はどんな価値観を持っているかというと、例えば、市場のダイナミズム――市場というものはそれなりに価値があると思う。その市場のダイナミズムを享受しながら、そこに生きる人たちが尊厳を持って人間らしく生きていくことができ、かつ、ひとりの人間として生まれたときに、備え持っていた資質を十分に開花させることのできる機会が広く平等に開かれた社会はいかなるものであるかと、そういう問いを自分の中で立てている。

この問いそのものが一つの価値判断の立つ位置を明示しているわけですが、思考のスタート地点が決まったら、次はスキル、ツールとしての経済学を使いながら、どうしていけばいいのかを論理的に考える。経済学は経済学の中で一つの価値観を内在しています。あるいは効率というものを非常に重視して、公平とか平等とかというものを分析的には視野に入れることを苦手な側面を持っている。だけど、それに気づかないままに多くの人たちが新古典派経済学というひとつの思想体系をまじめに勉強していて、おかしなことを言っていると感じていたので、私は出だしから違うよということを言い始めていきます。そして、経済学が私の中で道具以上の役割を果たさないように、問を立てる段階で、自分の価値判断というものをしっかりと自覚する。

そして先ほど言った私が立てた問「市場のダイナミズムを享受しながら、そこに生きる人たちが尊厳を持って人間らしく生きていくことができ、かつ、ひとりの人間として生まれたときに、備え持っていた資質を十分に開花させることのできる機会が広く平等に開かれた社会はいかなるものであるか」に対して、現在のところ、「医療・介護サービス及び保育・教育サービスをあたかもみんなが自由に使ってよい共有地のように、所得、住んでいる地域、まして性別などにかかわらず利用することができる、すなわちダイナミックな市場を共有地で囲い込んだような社会をつくればよいのではないか。いま一つ付け加えるとすれば、働き方を自由に選択しても不当に不利にならない。すなわち、就業形態選択の自由が保障された社会をつくればよいのではないか」というところに大体たどりついています。

市場というものは非常にダイナミックですばらしいものだとは思う。しかし、この生活の中でいろんな種類の市場、このディズニーシーも、そしてこのホテル、ミラコスタも市場に乗っているわけですが、そういったものは良いとしても、せめて医療とか介護、そして保育・教育というものぐらいは、市場から外していいのではないか。あるいは、せめてこの４つだけは共有地のようにして、市場全体をこの共有地で囲い込んだ社会を作っていっていいのではないかと思っているわけです。そうすると、少子化などいろんなものを含めて、今、世の中で問題だと言われている多くのことが解決できるようになる。そういう考え方が何年も前から、私の中ででき上がっています。

私は2007年の６月に『医療政策は選挙で変える――再分配政策の政治経済学Ⅳ』を出しました。再分配政策の政治経済学という言葉を2001年に出した本の時から使っており、2004年に出した『年金改革と積極的社会保障政策』で再分配政策の政治経済学Ⅱとなって、再分配政策の政治経済学というのがシリーズ本になり、今Ⅳ巻まで来ています。この『医療政策は選挙で変える』の帯には、「9. 11の郵政民営化選挙の際、よもや、与党に投票した医療関係者はいなかったでしょうね。あの時すでに、この国の医療政策がどの方向にむかっていくかということは分かっていたんですけどね……」という言葉を書いていました。

その中での主張は一体どういうことかというと、299ページに書いているのは、「私がやりたいことは、医療・介護、保育・教育のための資源を社会から優先的に確保し、かつこれら対人サービスの平等消費が実現でき、さらに就業形態がたとえ非正規であったとしても、賃金率や社会保険の適用面で不利にならないという就業形態選択の自由が保障される社会をこの国が目指すように有権者を説得すること、そしてこうした社会を実現するために増税や社会保険料の引き上げをしても政治家がかわいそうな目に遭わない日本を政治家に準備することである」。

私がつくりたい社会、私が望ましいと思う社会は、どう考えてもこの国でもっと租税と社会保険料を払ってもらわないとできっこないのです。それを政治家は、なかなかやってくれそうにない。なぜかというと、彼らは負担増を口にすると選挙で負けるからなんですね。だから、彼らを責めるわけにもいかない。権丈の話はなかなかわかる、そうだそうだと言って、ではそのためには負担増をと口に出して、落選されたら、私にとっては元も子もない。政治家なんてのは、落選されたら何の役にも立たない。だから、私は、私が作りたい社会を作るために国民に負担増を求めることを口にしても、政治家が当選することができるように、有権者の方を向いて説得していく――そういうことが私の仕事の一つだと思っているわけです。

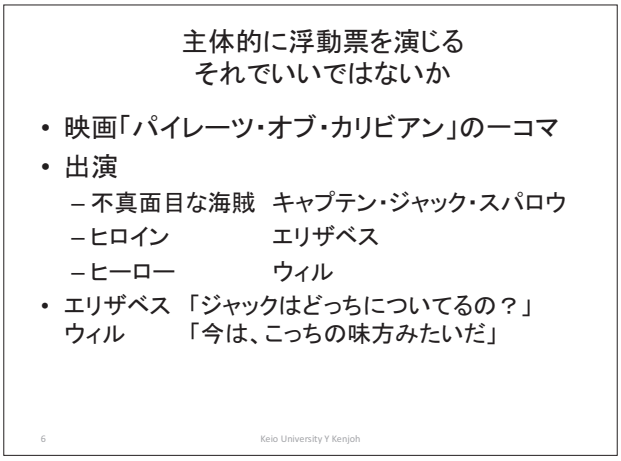
つまり、医療・介護、保育・教育のための負担増を国民が受け入れてくれるような、「そうした日本を現在の与党、野党のいずれが利用してくれようとも、私にとってはどっちでも良いと言えばどっちでも良く、ともに喜ばしいことである。私の論に共鳴してくれる政治家……が選挙で勝つことのできる政治環境の整備を、有権者の方を向いて時間をかけてでも行うことが、おそらく私の仕事の一つなのであろう」という文章がこの本の中にあります。

こうした事情、つまり、将来、この国にこうあって欲しいというビジョンに相違があるから、混合診療を唱える経済財政諮問会議の議員でした八代尚宏先生たちと真っ向対立するわけですし、私的な医療費が増える形で医療費が増えても良いではないかとおっしゃっていた吉川先生とは、私は公的な医療費が増えないと意味がないという立場から衝突することになるわけです。本日の配付資料にある朝日新聞の中での吉川先生との対論を読んでいただければ、私と吉川先生の対立点がわかると思います。と申しましても、その新聞は、2006年２月のものでして、最近の吉川先生の論はちょっと違ってきているかなという気がします。

とにかく私は、共有地のような医療制度、介護制

度、保育制度、教育制度を持つ社会、これら４つのサービスをだれもが必要に応じて利用できるような社会を作りたい。そういうことを言っていると、経済財政諮問会議グループや規制改革会議のメンバーといつも真っ向対立する。そしてもちろん、政党や政治家にも、私の立っているポジションに近い者もいれば遠い者もいる。そこで私は、自分のポジションに最も近い者は支持し、遠くなればなるほど批判する。冒頭で述べましたように社会科学が価値判断から自由でいられるはずが無く、価値判断から自由でいられない限り、学者だからといって、政治的に中立にはなり得ないわけです。そこが社会科学の面白いところでもあり、気をつけなければならないところでもあるんですけどね。

私がよく言っていたのが、映画に「パイレーツ・オブ・カリビアン」というのがあるのですが、そこに海賊が出てくる。まさに、本日の会場、ディズニーランドのカリブの海賊に出てくる映画ですね。その中でジャック・スパロウという非常にふまじめで、ふらふらしている海賊がいるわけです。ヒロインのエリザベスとかヒーローのウィルには、このジャック・スパロウが海賊の味方なのか、自分たちの味方なのかよくわからない。そしてある戦闘シーンで、エリザベスが、ウィルに「ジャックはどっちについているの？」と問うんですね。するとウィルが「今は、こっちの味方みたいだ」と答えます。私は基本的には、そういうジャック・スパロウのような立場で生きていこうと思っているわけです。相手の出方次第では敵味方を変える。ただし、私の立つ位置は不変で、実に分かりやすく、医療・介護、保育・教育をあたかも共有地のように利用できる社会を作りたいというポジションにあるわけです。



例えば、去年の６月に基本的には与党に投票するなという本、『医療政策は選挙で変える』を書いていることは先ほど話しました。直後の参議院選挙で与党は大敗し、小泉、安倍路線と相当に違う人たちが今度は権力を握ってくるようになる。この国は、参議院選挙で負けたときに、宇野さんから海部さん、橋本さんから小渕さんというように政権が変わるんですね。そして2007年７月の参院選で与党が大敗した後は安倍さんから福田さんに変わって、2007年の年末には社会保障国民会議というものをつくると言う。国民会議をつくって、社会保障の再建を図りたいということときに、与党の自民・公明両方から推薦されたのが私だったらしいです。彼らから見れば、私に利用価値があったのでしょう。そこで、社会保障国民会議に参加することになったわけです。

社会保障国民会議の報告書は、これまでの社会保障改革の目標を、持続可能性から機能強化に切りかえました。小泉安倍内閣で掲げられていた持続可能性という言葉は、負担に合わせて給付を小さくしましょうという意味だったわけですから、これは話にならない。ところが、もうそれではやっていけないというで、今後は社会保障の機能強化を目標として社会保障は改革を進めていくという報告書が出たわけです。

これは政策転換と呼んでいいと思います。しかも180度の政策転換ですね。社会保障の機能強化を図るためには、財源をしっかりと投入していかなければいけません。そういうことを私は会議で首相に念を押してきました。と同時に、2025年の医療・介護費用のシミュレーションを出したわけですが、あるべき医療、あるべき介護を視野に入れてシミュレーションをやろうという要望書を出したのは私です。

そこで最終的に、現状シナリオ、今のままでいけば、高齢化も進んでいくし、医療技術も少し発展し

ていくだろうから、将来的には消費税３％ぐらいは必要になります。ところが、医療の改革を行っていったらどなるかというと、改革を行えば、医療費、介護費が増えるという結果が出るわけです。だから、『日経新聞』とか、国民会議に出席していた普通の感覚を持っている人も、「改革と呼んでいるのに、なぜ医療費が増えているんだ、改革と呼んでいるのに、なぜ介護費が増えているのか」という感想が出てくるわけです。私がそこで言ったことは、「この国では、医療も介護も、そして教育も、あるべき姿を求めて改革するとなれば、費用が増えることは当たり前だったんですね。この10年ほど、改革と言えば費用削減という考えが世の中で支配的にあり、それが常識にまでなっていたことが、この国の今の不幸をもたらしただけなんですよ」という発言をしました。

私は不思議なことに、昔から言っていることは全く変わらない。しかし、世の中が変わってきた。社会保障国民会議では、社会保障改革の目的が持続可能性から機能強化に転換した。しかしながら、社会保障の機能強化をやるためには、どうしても公的な支援、つまり社会保険料か税金が必要になってくる。社会保険料、税金の引き上げを行わない限り、社会保障の機能強化などできっこないということも私は昔からセットとして議論をしているわけです。

去年2007年の６月には、「医療問題に積極的に取り組もうとしない政党には拒否権を発動すべし」という本『医療政策は選挙で変える』を書いているわけです。具体的には、２つの閣議決定――医学部定員を減らすことを確認した1997年の閣議決定と社会保障の国庫負担を５年間で1．1兆円削減することを決めた2006年の閣議決定――を撤回しない限り、与党には拒否権を発動すべしと説いていました。ところが、この１年間でいろんなことが起こり、メディアも政党も医療政策は重要だと言うようになり、97年と2006年の閣議決定は、骨抜きになってしまいました。そうすると、私の言う「医療政策に積極的でないところには拒否権を発動すべし」という言葉そのものが意味をなす時代は終わったと言うことになるわけです。というのも、今は、どの政党も、自分たちは医療政策に積極的だと主張していて、差別化が図れない状況になっています。

となれば、われわれが着目するポイントは、彼らの言う政策を果たして実行できるのかどうか。こういう医療政策をやりますと言った人たちが、どれだけ財源の問題、つまり、これから先の負担増のビジョンを示しているかということとセットとしているかというポイントに焦点を当てる必要が生じてくるわけです。だから、私は最近、「この国の今の状況で負担増のビジョンを示さない政党には拒否権を発動するべし」ということを言うようになりました。

この言葉をどこで最初に言ったかというと、茨城県の医師会に呼ばれたときです。茨城県の医師会で、私の『医療政策は選挙で変える』に触発されて民主党を支持することにしましたと言われたとき、私は、「どこの政党を支持するようにとは言っていない。拒否権を発動すべしとしか言っていない」と応じました。

今はどこに拒否権を発動すべしなのかというと、医療をやります、あれもやりますこれもやりますと言いながら、負担増のビジョンを示さない政党は全くもって詐欺のような政党だということを言って、「この国の今の状況で負担増のビジョンを示さない政党には拒否権を発動するべし」ということ言い続けているわけです。

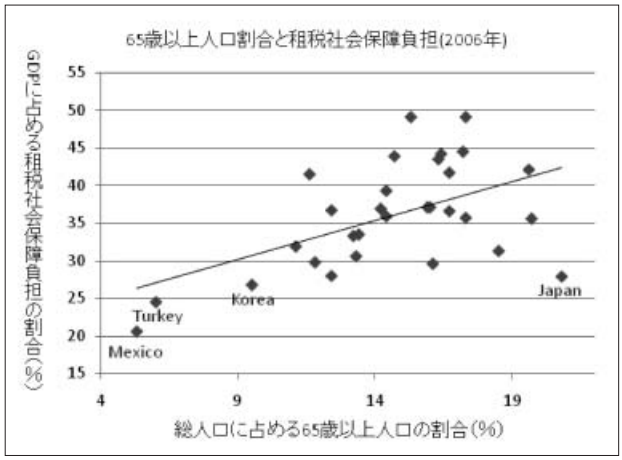
本日配っておりますように、「勿凝学問186　この国の今の状況で負担増のビジョンを示さない政党に拒否権を発動すべし」というタイトルの文章を書いていまして、その文章を、11月13日に小松秀樹先生に「一月近く前に、日本のＧＤＰに占める租税社会保障負担割合（つまり国民負担率と考えてください。この国民負担率）がアメリカよりも小さくなったことを題材として文章を書きました。ＯＥＣＤ30カ国の中、日本よりも小さな国は韓国、トルコ、メキシコのみとなりました」と送りましたら、すぐに返事といいますか、ＢＣＣの中に私も入っていたのですが、ＢＣＣで送られてきて、「虎ノ門の小松です。慶

應大学の権丈先生からのメールです。私は、権丈先生の意見に賛成です。社会主義政党が市場原理主義者と同じ主張をしていることが、この国を不幸にしています」との内容でした。つまり、左派政党――医療、介護などを重視し、格差問題をなんとかしましょうと言っているような社会民主党や共産党などが、市場原理主義者たちと同じように、小さな政府が良い、負担増など一切ならぬと言い続けてきたわけです。これはほかの国から見ればあり得ない現象なわけです。彼ら左派政党は、首相が「この国は中福祉を目指す」と言ったら、「なにを言うか、高福祉をめざすべき」と批判しなければならない立場の人達なんですね。だから、社会主義政党が強いところは、当たり前のことですが、しっかりと大きな政府になっていて、ちゃんと負担をしている。ところが、この国の左派は、負担増には絶対反対しますと言い続けてきたわけです――負担をしないで福祉国家などできるはずがないのに。

そういう出来の悪い左派しかいない国が、何十年間と続いた結果として、今の日本という国ができ上がってしまっているわけです。本質的に小さな政府を指向する経済界や右派の拮抗力が存在しない日本だからこそ、経済界や右派の言いようにあしらわれ、アメリカよりも税金とか社会保険料を払っていない国になっていて、いまや日本よりも小さな政府は韓国とトルコとメキシコしかない。

今日の配布資料の中の「小さすぎる政府の社会保障と政府の利用価値」と書いている資料を見てください。そこの図１「ＯＥＣＤ諸国30カ国で日本よりも低負担である国は、韓国、トルコ、メキシコのみ」では、横軸に高齢化指数、つまり総人口に占める65歳以上の割合、縦軸にGDPに占める租税社会保障負担の割合をとっています。これを見てほしいのですが、今は日本の高齢化の水準は文句なしの世界一です。世界で１位である高齢国日本が、負担をどれだけしているかというと、日本よりも低いのは、韓国、トルコ、メキシコのみ。ところが、韓国、トルコ、メキシコというのはまだ相当に若い。高齢化水準５～６％というのは日本では1950年代から1960年代、ちょうど「ALWAYS三丁目の夕日」の時代ですね。町の至る所で子供たちが遊んでいて、家族規模も相当に大きく、隣近所の付き合いもあって、コミュニティがしっかりと機能していた。ところが今の日本は高齢化率が20％を超える世界一の水準。それと並行して、都市部のみならず地方の生活も都市型に規格化されて、コミュニティも崩壊してしまっている。高齢化指数というのは、医療とか介護に対するニーズを代理します。と同時に、高齢化が進んでいるということは、少子化が進んでいることも意味します。だから、少子化問題も抱えている。そうすると、少子化対策に対するニーズも代理している。そうであるのに、日本の負担は、OECD30カ国中、下から４番目なわけです。

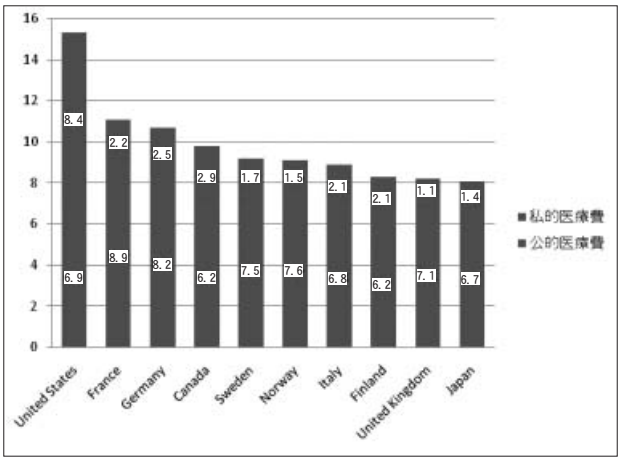
図１　OECD諸国30カ国で日本より低負担である国は韓国、トルコ、メキシコのみ



とにかく、日本は国民が租税社会保険料という形で国に所得を預けてないのです。国に所得を預けないことには再分配政策としての社会保障の給付はあり得ない。こんなに負担をしない国で医療などがまだもっている方が、不思議なくらいです。日本は、そういう状況にある。

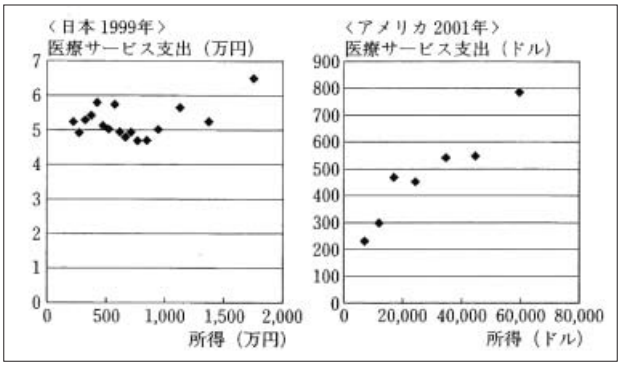
例えば、次の「Ｇ７＋北欧３カ国の医療費のＧＤＰ比」というのを見てほしいのですが、医療費のＧＤＰに占める割合というのは、日本では租税や社会保険料からなる公的医療費6．7％と私的な自己負担分1．4％を足した8．1％を占めています。

図２　Ｇ７＋北欧３カ国の医療費のＧＤＰ比



この中の公的医療費が重要なのであって、私的医療費を増やせばいいという問題ではないんですね。私がそういうふうに考える理由が、次の図になります。

図３　所得と医療サービス支出の日米比較



鈴木玲子（2004）「医療分野の規制緩和――混合診療解禁による市場拡大効果」
八代尚宏／日本経済研究センター編『新市場創造への総合戦略（規制改革で経済活性化を）』

この図３は、八代尚宏先生達が混合診療を解禁すれば、どんなにいいことが起こるかを示すためにつくった図です。横軸に家計所得をとる。縦軸にその家計が使った医療費を描いているのですが、アメリカのように私的医療、民間医療保険に依存すると、右側のように所得によって使った量にものすごく格差が生まれてくる。

これを、彼らはどのように解釈するか。彼らは、「家計と所得の医療サービス支出の関係をみると、わが国では所得と支出額はほぼ無相関であり、低所得者世帯も高所得者世帯も医療サービス支出額はほぼ同じである。このことから、高所得者の医療ニーズが満たされていない可能性が大きい。一方、アメリカでは所得と医療サービスの相関は高い。所得に応じて国民は多様な医療サービスを購入していることを示唆する」〔八代尚宏編／鈴木玲子（2004）、p. 286〕というように、図３から事実を読み取るわけです。事実というのは価値判断とは独立であり得ないわけで、たとえば、私がこの図をみると、「このことから、皆保険下の日本では医療の平等消費が実現されているのに、国民全般を対象とした医療保障制度をもたないアメリカでは、医療が階層消費化している」〔権丈（2006）Ⅲ巻、p. 102〕という事実を読み込むことになります。世の中には、事実は価値判断と独立に存在すると思っているナイーブな人もいるようなのですけど、決してそんなことはなく、ある人に見える事実というのは、その人の価値判断とは独立ではないんですね。

そして、医療政策に関しては、要は、図３の右と左、どっちがいいですかという話なんですね。

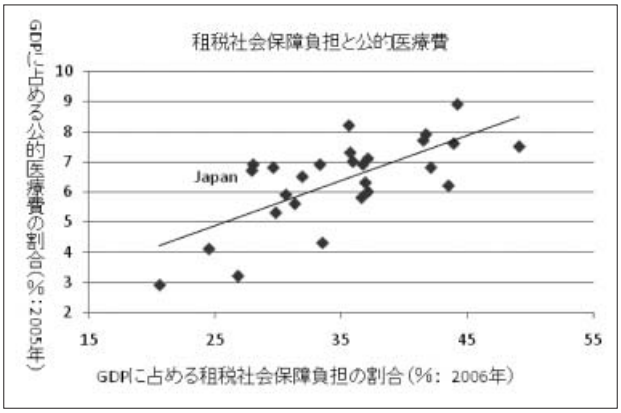
八代さんと去年の自治体病院全国大会で公開討論をしたときには、これを示して、八代先生と私の違いはこの１点だと――八代先生は、右側がいいと言う。私は左側がいいと言う。ここから先は議論してどうなるものではなく、これは趣味の問題――野球で言えば、巨人がいいか、阪神がいいか、そういう問題なのだから、議論して互いに相手の説得を試みたりするようなものではない。経済学者間での意見の相違は、医療、介護、保育、教育の平等消費者社会を選択するか、階層消費社会を選択するかという判断で別れているのであり、この判断基準を国民に示して、いずれの社会で暮らしたいかを多数決で決めましょうという話になる。

ところが、私の言うような社会をつくろうとすると、どうしても公費、つまり社会保険料、税金を上げてもらわなければいけなくなる。この国では、これが決定的に不利な側面になるんです。

先ほどの医療費の水準をみれば、日本は6．7％の公的医療費です。この公的医療費を増やさなければ意味がないわけです。私費の部分を増やしていくと、医療が支払い能力に応じて利用されるようになって必要に応じて利用できなくなり、どうしても医療における階層消費社会が生まれてしまう。

この公的医療費を増やさなければいけない。次の図、「租税社会保障負担と公的医療費」を見てほしいのですが、横軸にＧＤＰに占める租税社会保障負担、つまり国民負担率をとる。そしてＧＤＰに占める公的医療費の割合を今度は縦軸にとっています。この図を見ると、傾向線の上に日本は位置するのです。つまり、6．7％というＧＤＰに占める公的医療費は、日本の負担水準という分からみれば、分不相応に多い。

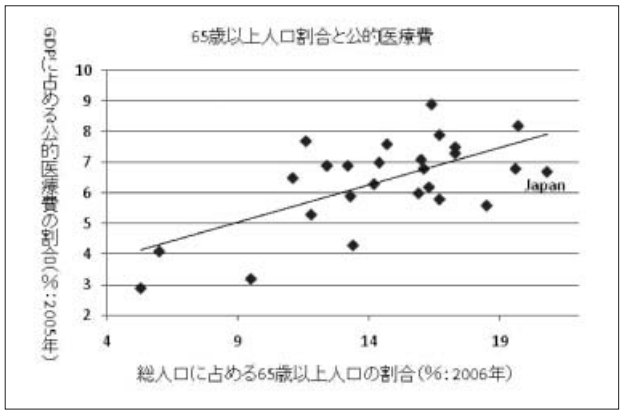
図４　日本は負担水準の割には、公的医療費が大きい



そこでは何が起こっているかというと、教育に回す公的教育費を節約したり、あるいは赤字国債を発行したり、もっと言えば、防衛費も他の国と比べて低い。そうした無理を他に強いた結果、実は公的医療費は負担水準の割には多目に見てもらっている。ところが、世界一の高齢化水準から考えていけば、この国の公的医療費の割合6.7％では足りず、日本の医療は崩壊の危機に瀕している。

だから皆さんも私も、この公的医療費を増やしたいと考えているわけです。しかしその戦略、運動論が、これまでの医療関係者達が言っていた、「他のところから持ってこい」というものでいいのか。この医療界への批判が、私が考えていること、あるいはいろいろなところで話すことの根っこの部分にあり

図５　高齢化水準の割には日本の公的医療費は少ない



ます。

ですから、この「勿凝学問186」で、「この国の今の状況で、負担増のビジョンを示さない政党には拒否権を発動するべし」という文章の中に私が何を書いているかというと、「日本という国の住人は、どうも最近、現行のＧＤＰに占める公的医療費の割合の水準に不満があるらしく、これを増やすべきだと考えているようではある。しかしながら、医療関係者の団体である日医、保険医協会、保団連、民医連などは、負担増などはもっての他、中には消費税を廃止せよとも言い続け、それらの論を吟味する余裕のないほどに毎日が多忙な多くの医療関係者に、そういう考えを強く信じ込ませてきたようでもある。」

「日本の医療が今のような危機に瀕するまでになってしまった原因の多くは、実は医療界が揃いも揃って、非現実的な財源政策を信じ切ってきた、もしくは医療団体を傘下に置く政治団体が確信犯的に人びとに広く非現実的な財源政策を信じ込ませ、その信念が、この国の風土として深く定着してきたことにあったのではないかという思いを強く抱くようになって久しい。彼らはいずれも田中滋氏が評するように、「よその分野の金を医療にと主張する……情けない主張を説き続けてきた」。

まぁ、こういう医療界への批判が、私の根っ子の部分にあります（笑）。これは私だけが抱く医療界への批判ではありません。財政のこととか、世の中の動く仕組みを分かっている人たちは、だいたい医療界を嫌っています。だって、医療の再建のために負

担増が必要だと言おうものなら、本日もフロアーにいらっしゃる本田先生達、医療界のオピニオンリーダーが、官僚をもっと叩けとか埋蔵金があるじゃないかと医療界の右から左まで揃って、総攻撃を加えるわけですからね。嫌われて当然でしょう。

kenjoh.comと入れましたらば、私のホームページが出てきます。その左側に「勉強会・講演出席者予習・復習の頁」というものがありますので、そこをずっと読んでいただければ、何ゆえに私が、こういう考えを持っているのかを理解していただけると思います。そして、最近は私の論の説得力を貶めるために、何人かが権丈は医療界に寄り過ぎているというレッテルを貼ろうとしているようですけど、実は医療界が私の財源調達論と真っ向対立している構図があるわけです。そして財源調達論に関して、私は医療界のいわゆるオピニオンリーダーと言われる人たち――私から見れば医療のことは詳しいかもしれないけど、世の中のことをあまり分かっていない人たち――から、なぜだか敵だと認識されているわけです。そのあたりのところもご理解いただけるのではないかと思います。

そして、配付資料にある今年１月の日医ニュースに出てきた文章、写真無しだったらいいですよということで引き受けた仕事ですが、「オピニオン」の中にそのあたりのことを書いております。私は負担増しかこの国が進むべき途はないと言っているのですけど、医療界が目の前の壁として存在しているということです。

日医ニュースに寄稿した文章の最後に書いているのが、医療団体の多くはこれまで負担増には反対という立場にあったように見えるが、「彼らが歴史的方針を再考しないのであれば、負担増しか道はなしと論じ続けてきた私にとって、2008年はどういう年になるのか」という文章です。だから今年の年頭に、今年はなかなか大変な年になりそうだなということを書いているわけです。そして実際、こんなところに呼ばれて話をしている（笑）。先週は、日医の医療政策会議、その前の週は歯科医師会会長に講義、そして７月には民医連のシンポジウムで講演とパネルディスカッション。なかなかアウェーでの仕事をこなしているわけで…。

先ほども言いましたけど、去年の12月ぐらいの福田さん達から見れば、私は利用価値があったんだと思う。そこで、お互いキツネとタヌキのだまし合いではないですが、私も彼らを利用するという形で社会保障政策の目標を持続可能性から機能強化に方向転換するという政策転換まではこぎつけた。

こぎつけたけれども、次にやらなければいけないのは、この社会保障を賄うための財源をどうするか。私は、昔から社会保障の問題というのは、「結局は財源調達問題だ」と言っている人間でして、その問題をどうするかというところがある。ところが、野党を含めて、負担増を誰も言わない。そういう状況の中で、この国の医療は一体どうなっていくのかということをずっと言っているわけです。

今日は、私のホームページのことも紹介しましたので、いろいろこれから先、読んでいただければと思います。私は授業でも、私の話は生涯教育のきっかけにしかならないよと言っておりまして、授業をとった学生は、私が今後、どういう仕事をしていくのかを随時チェックしていくようにと言っております。目の前に起こってくるいろんな事柄に対して私がどう考え、そして時に私がどのように関わっているのか、仕事の内容を見ておいてくれと言っております。ですから、今日、講演に出席していただいた方々も、できれば、今後あるいはこれまで私がどういうことを論じてきたのかを復習していただき、そして今後とも継続して、私のホームページにアクセスしていただければと思います。

私のホームページの中に「勿凝学問」という文章があります。読み方がわからないとよく言われますが、「学問に凝（こ）る勿（なか）れ」と読みます。私がぼちぼちと雑文というか頼まれエッセイなどを書いていたときに、『再分派政策の政治経済学』のⅡ巻を出すタイミングで、これらのエッセイをまとめて本の中に入れてはどうですかと編集者の方から言われました。そ

うだな、もし載せるなら何かタイトルがほしいなと考えていたとき、「私の雑文や雑談をひとつにくくる呼称を求めて案じているとき、ふとこの『勿凝学問』がひらめいた。それがこの企画の由来である」と、『再分配政策の政治経済学　第Ⅱ巻』の「はじめに」に書いています。そしてその「はじめに」の最後の文章は、「「はじめ」につづく次のページは、『勿凝学問』という新企画に収めた「思想と酩酊体質」からはじまる。２年以上も前に書いたこの随筆には、今も読み返してみると社会保障研究という私の仕事に対する基本的な姿勢が記されているように思える」と書いております。Ⅱ巻を出したのが2004年ですから、その２年前の2002年、今から９年ほど前に「思想と酩酊体質」という文章を書いているわけです。

この「思想と酩酊体質」という文章には、とにかく思想とか理論に酔っぱらう体質の人が研究者には山ほどいるみたいだが、僕は酩酊体質ではないみたいだということを書いています。学問とかいろんなことをやっても、どこか小ばかにしたところが、私にはある。だから、経済論議で盛り上がっているみんなに申しわけないが、みんなで酔っぱらって小さな政府だとか、規制緩和だとか言っている宴会の場に、酒は飲むんだろうけど酔っぱらっていない醒めた嫌な奴がひとりいる。私は、どうもそういうポジションにいるようなんですね。「思想と酩酊体質」という文章には、次の文章があります。「経済学は、実は、多くの思想家を生みだしている学問領域であり、経済学には、思想で区分された何々学派というものが、結構ある。しかし、それぞれの学派が主張する、コレこそが正しい！と思わせてくれる酒に、私は、どうにも酔えない体質のようなのである。酔える体質の人を、とてもうらやましく思えるけれども、それは無理。ならば、宴会の最中に１人酔わずして傍観しているような、冷めた嫌な奴に徹するという生き方もあってよいだろうとも思えてきた」――こういう文章を９年前に書いていまして、それが勿凝学問（がくもんにこるなかれ）１です。

この「勿凝学問」というのは、福沢諭吉が1890年に義塾に大学部を設置したときに、演説館というのが慶應の中にあるのですが、その演説館に16人の入学者が集まって入学式が行われます。その入学者16人に対して、福澤諭吉が慶應の大学部の第１回目の入学式で行った演説のタイトルが「学問に凝る勿れ」でした。それを漢字「勿凝学問」にして、私のエッセイの共通タイトルにしたわけです。

福澤諭吉の講演の内容は、「之（学問）を好むと同時に学問に重きを置かず、唯人生の一芸として視るのみ。学を学んで人事を知らざるを碁客、詩人の流れに異ならず。技芸の人に相違なしと雖も、人生の完全なるものに非ずとて、物に触れ事に当たりて常に極言せざるはなし。学問に重きを置くべからざるとは、之れを無益をなりと言うにあらず。否、人生の必要、大切至極の事なれど、之れを唯一無二の人事と思い、他を顧みずして一に凝り固まる勿れの微意のみ」というようなものでした。要するに、慶應が大学を作ったときのはじめての入学式で、いきなり勉強ばっかりするなと言うわけです。

このおじさんは本当におもしろいなというのと同時に、４～５年前ですが、慶應出版が『福沢諭吉著作集』というのを出しました。そのときにその著作集についての座談会が開かれて、そのときに私がなぜか呼ばれまして、この「学問に凝る勿れ」の講演は秀逸であるとか、いろんなことを話をする。次には、慶應の方から書評を書いてほしいという依頼が来て、何の書評ですかと言ったらば、小泉信三が書いた『福沢諭吉』――その書評を僕が書くんですか！？といって、これは非常にプレッシャーのある仕事でしたが、そういう仕事をしているうちに、何となく慶應出版や慶應の中で、「勿凝学問」を使っていいよという雰囲気ができて、私のエッセイの共通タイトルとして、「勿凝学問」を使うようになったわけです。

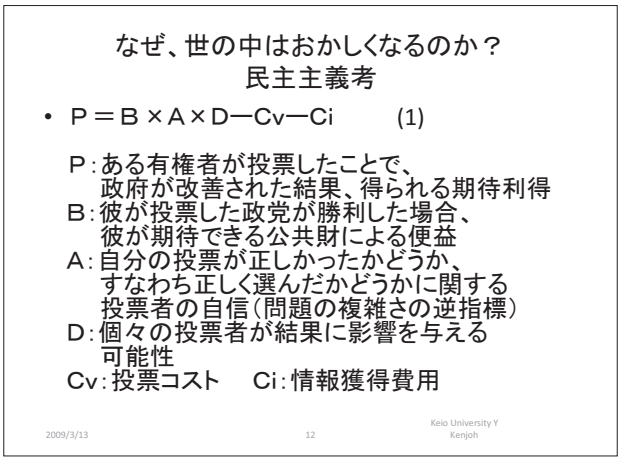
余りまじめに経済学とかをやってはいけないよというぐらいの姿勢で昔からいたのでして、そういうわたくしの学風に「学問に凝る勿れ」というのがぴんとくるものがあったわけです。今、この「勿凝学

問」の文章は201まで来ています。ですから、帰宅されましたらば、私のホームページにアクセスして、私の雑文「勿凝学問」をご覧になっていただければと思います。

さて、今日はどういう話をメインとしてやろうかと考えた時に、ここはこうだよ、あそこはこうだよというようなことをやったとしても、１時間程度では結論までなかなかたどり着かないんですね。だから、私の考え方の根っこの部分をひとつ説明しておくことができればと思って話をさせていただきます。

私は、なぜ、世の中はこんなにおかしくなることができるんだろうということを昔からよく考えるわけです。私の言葉というか、「勿凝学問」とか論文の中に出てくる言葉に、「世論は大方いつも間違えている」というのもありますし、10年後の年金について書いてくださいという依頼がこの前『月刊　現代』からありまして、書いた論文のタイトルは「民度以上の制度はできない」。どうして世の中の人は、社会保障をはじめとした公共政策についてこうも不正確な情報しかもっていないのかということを昔考えていたときに、なるほどそうかというのがあったので、今日はそれを説明させていただければと思います。

スライドをご覧下さい。



ここのＰというのは、「ある有権者が投票したことで政府が改善された結果、得られる期待利得」――つまり、次に選挙で投票した場合、そこの結果から得られる期待利得をＰとします。彼が投票した政党が勝利した場合、投票者が期待した公共財による便益をＢと考えます。自分の投票が正しかったかどか、すなわち正しく政党を選んだかどうかに関する投票者の自信、つまり医療政策だったらば、こうします、ああします、どうしますということをいろんな政党が言います。だけど、本当にそれで自分が望ましいと考える医療制度ができるのだろうか。医療政策のアウトカムは数多くの要因が複雑に絡み合っていますので、本当のところ、各政党のマニフェストをみても、どの政党のマニフェストが、自分の望んだ医療を実現してくれるのかよく分からない。それに、そこに書かれていることは、財源の問題を含めて考えた場合、実際に実現の可能性を持っているのだろうか――等々、対象となる公共政策が複雑になればなるほど、マニフェストの評価をする能力も制限されてしまいます。たとえば年金などでは、ほとんどの人が、制度そのものの理解を間違えています。

昨日も『文藝春秋』のインタビューを受けたのですが、私は笑いながら、よくもみんな、ここまで間違えていますよねぇと話して、インタビューをする人もはじめは深酷な顔で来ていたのですが、最後は笑い話になってしまいますね、年金の話は。説明するとみんながわかってくれる話なのですが、みんなはテレビや週刊誌の情報ばかりを見ているので、正直なところ、ウソの話を信じ切っている。

投票者がこうした状況から抜け出すためには、ちゃんと時間をかけて勉強しないといけないわけです。ちゃんと勉強をすれば、政党、政治家が言うことを、彼は本当のことを言っているみたいだ、この人はわざと間違えたことを言っているなど、そういう判断ができるようになり、自分の判断に自信がついてきます。そうした自信、コンフィデンスが、このＡで表されるとします。そして一人一人の投票者が、選挙の結果に与える影響をＤとします。つまり、今、この会場でしたら、ここで民主主義を実行すると、フロアーにいらっしゃる方々300人の中での１票の重みになります。それをＤとする。

投票コストというのは、投票日に選挙に行きまし

た、そして帰ってきましたとなると、１時間くらいを要するわけです。これは学生用につくったパワーポイントなので、時給1,000円で換算していますが、皆さんでしたら時給１万円に換算してもらえればいいかと思います。この投票コストは、投票に１時間かかったらその１時間分の価値、これを機会費用と言いますが、その捨てた費用相当分と考えることができます。

さて、ここで１カ月後に医療政策を争点とした選挙があるとします。今から１カ月間、有権者が幾らか追加的情報を得る決心をし、そのための努力は９万4,000円分のコストがかかるとします。つまり、彼は新聞代4,000円を払う決心をして、毎日３時間を30日間、机に向かって新聞を見たりネットで調べたりして医療政策を勉強するとします。彼の時給を1,000円とすると、彼が次の選挙で争点となる医療政策を勉強するために、１ヶ月間で９万4,000円の費用がかかることになります。そして、この努力の結果、確かに、この政党が自分の望む医療政策を実行してくれそうだぞというコンフィデンスＡが10％改善されたとします。さて、問題は、どのような時に、投票者は、そういう１日３時間のお勉強をするかということです。

それは、１ヶ月後の選挙に向けて、しっかりと勉強する時としない時の期待利得を差し引いて、それが正であるかどうかという条件をみればいいことになります。そして、その条件は、Ｂという公共財による便益の大きさに依存することになるわけです。

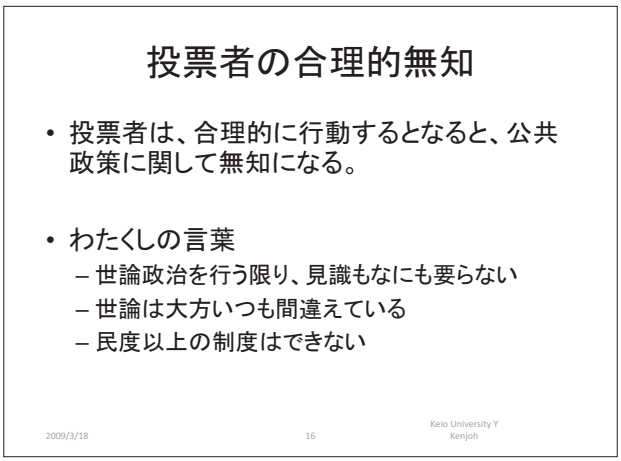
ここで、2005年の総人口は１億2,800万人、二十歳未満が30万人。要するにＤは、有権者分の１のウエイトしか持たないわけでして、そうした条件を具体的に加えていって計算していくと、例えば１カ月後の選挙の結果実現される医療政策、自分が支持した政党が実現してくれる医療制度に対して、投票率が100％だったらば、投票者は84兆円ぐらいの価値を見出さないと勉強しない。投票率が50％でも、42兆円ぐらいの価値を見出さないと勉強しない。普通、我々は医療制度にそれほど大きな価値を見出さないですよね。

１日３時間を使うとすれば、例えば、昨日、看護協会の方で話をしたときには、新聞のチラシに載っている野菜などの情報は、確実に便益をもたらしてくれることを、看護師さん達はみんなわかってくれたのですが、人間というのは、同じ１時間を使うのでしたら、確実にリターンが見込めるものに使うのではないでしょうか。学生だったらば、インターネットでどこのデートスポットが良いだろうかということを調べたりする時間と、まじめに一所懸命医療政策について勉強する時間とは、同じ「時間」なのですから、医療政策について勉強する気にはほとんどなれない。時々、社会保障についてものすごい関心を持っていますという学生がいて、どうしてもゼミに入りたいという学生も登場します(笑)。彼には、彼が望む社会保障が実現されたら、それに100兆円くらいの価値を見出すのかもしれないのですけど、でも、ちょっと普通の大学生が、えっ？・・・ですよねぇ。年金について、とっても詳しい大学生なんてのは、ちょっと変ですよね。みなんがまじめに社会保障など勉強するわけではないから、大学に社会保障の講義を設けテストができなかったら単位をあげないし、それだと卒業できないかもしれないぞと脅す制度が存在するわけでして、みんなが自発的に私の講義レベルの勉強をしてくれるのならば、講義など不要なわけです。

そうこう考えていけば、民主主義というのは投票者が合理的に行動してしまうと、ほとんどの人は公共政策に関して無知になる。詳しい人はほとんどいなくなるわけです。だから、私の文章の中には、たとえば去年出した『医療政策は選挙で変える』の中などには、「有権者全員に問題の深刻さを理解してもらえるかどうかはともかく、せめて全国約200万人の医療従事者に絞って呼び掛けたい」という文章が出てきたりします。医療政策で今、何が起こっているのか、年金で何が起こっているのかということは、普通の投票者が合理的に行動すれば、だいたい知らないままでいるということが予測できます。そ

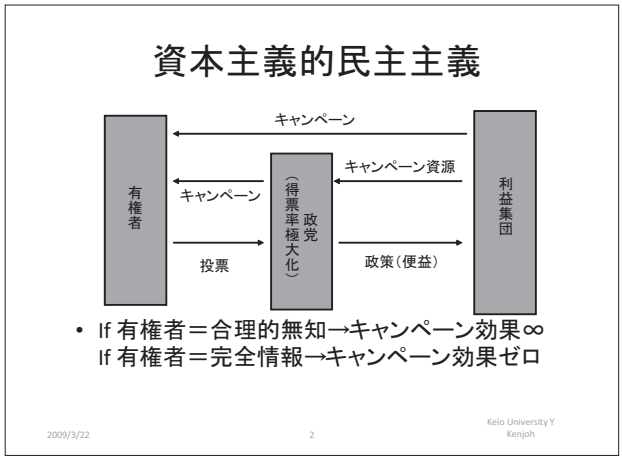
してみな、自分の時間を合理的に使っていると想定すれば、世の中でいろいろと起こっていることが説明ついたりします。

投票者が合理的に行動すれば公共政策に無知になるということを、われわれは専門用語で投票者の「合理的無知」、原語ではラショナル・イグノランス（rational ignorance）と呼んでいるわけですけど、この考え方は、かなり正解だと思っています。講義で「投票者の合理的無知」の話をして、君たち学生が公共政策について無知なのは、能力のせいではなく君たちが忙しいからだと説明すると、学生はみな喜んで納得してくれます。そしてこの合理的無知という概念が、私の考え方や言葉の端々に出てくることになるわけです。そこに端を発して、「世論政治を行う限り、見識も何も要るまい」という言葉などが生まれてきたりもします。この言葉は、新聞に出てきた世論の結果を見て、よしイラク派兵は中止にしようというように、それまでの方針をコロリと変えていたある政党の姿をみて生まれてきた言葉であったりします。



世論は大方いつも間違えているとか、民度以上の制度はできないとかという言葉も、考え方の源は同じです。しかも、プロでさえ結構間違えたりもするから、話はやっかいになってきます。だから、民主主義というのは、正確な情報を持っていない圧倒的多数の合理的無知な人たちの中で運営されていると考えるのが自然だということになる。さてそうなると、一体どういうことが起こるのかというのが、私が昔から考えていることです。

それでは一体どういう形で民主主義が動いているかというところで、私が根っこの部分で立てている仮説は、「資本主義的民主主義」というものです。



公共政策は政府の施策と言えども、その施策には民間の企業なども関わってきます。ゆえに、公共政策は民間に利益をもたらす側面があり、その利益を受ける集団を我々は日常の言葉で、「利益集団」と呼んでいます。この利益集団がキャンペーンというものを張っていく。つまり、利益集団が、ある意図をもって、自らに都合のよい情報を投票者のところまでコストをかけて運んでいく。このコストのひとつに、政治献金なども含まれるわけです。では、政治献金を受け取った政党、政治家は、どのような行動を採っているかというと、次の選挙で勝つことを大体考えている。それ以外のことは余り考えてはないのではないかと考えると、彼らの行動はかなり説明できます。政党、政治家は得票率の極大化行動をひたすら考えていて、次の選挙でいかに勝つかということを常に考えている。

だから、政党は、利益集団からキャンペーン資源を受け取って、利益集団に代わって投票者を相手にしてキャンペーンを展開してあげる。そのキャンペーンの対象となった投票者は、政党に投票をする。投票してもらって勝った政党は、今度は法律を作り、新たな政策を展開する。政策というのは、突き詰めれば誰かのお金を他の誰かに動かすこと、専門用語で言えば、所得の再分配を行うことです。政策のそ

の側面をとらえて、私は公共政策、社会保障政策を「所得再分配」の視点から分析する「再分配政策の政治経済学」という学問領域を、いわばでっち上げたわけです（笑）。

有権者が完全情報を持っていれば、キャンペーン効果はゼロになるのですが、先ほども言ったように、ほとんどの人が完全情報なんか持っていない。そこに誰かが有権者のところまで情報を運んできて、その情報を自ら選択して得たと錯覚した多くの有権者は、その情報を信じ切っていく。その信じ切った情報が政策に反映されていって、所得が動いていく。もちろん日本医師会というところも、一つの利益集団だと考えていいと思います。そこでキャンペーンを張っていく実働部隊が、広報とかであったりする。もっと頑張ってもらいたいところですね。

私は、「普通の人たちの耳目にまで届いている情報というものは、そこに自然に存在しているものではなく、誰かがある目的を持って創り、伝達コストをしっかりと負担してくれたもの。僕はその情報を受けてから眺めて、情報獲得コストの安い情報、時に略して安い情報と呼んでいる。安い情報を発する源を押さえたものが、今の時代、権力を握る」というようなことを話したり書いたりしています。おもしろいほどに、普通の人たちは、自分が間違えていることに気付いておらず、結構、自分が正しいと思い込んだりしています。たとえば、学生と一緒に有楽町のガード下で酒を飲んでいたりすると、隣でサラリーマンなどが年金とか医療について非常に自信ありげに話している。私がちょっと茶々を入れると、おまえ、分かってないと言われる。ことほどさように、自信を持って間違えている。年金は既に破綻しているというから、いや、破綻してないですよねとか言うと、おまえ分かってないなぁと言われる。この前、社会保障国民会議で年金は破綻していないということをシミュレーションで示したのですが、そういうことをどれだけの人が分かっているのかというのがある。民主主義というのは、どうもその程度のメカニズムで動いている。

そういう投票者の不完全情報という条件下で、民主主義は動いている。そして投票者に情報を届けるにも莫大なコストがかかるとなると、資本主義の下では、どうしても、そのコストを負担することができる経済界が有利ということになる。これを私は「資本主義的民主主義」と呼んでいる。この10年、20年、明らかに経済界が、民主主義の運営に必要となる情報の源を抑えてきているわけです。だから、株式会社の医療経営への参入とか混合診療というようなところは、日米の医療機器産業、そして製薬産業とかが、日本の世論に影響を与える情報源を押さえれば、かなり議論として盛り上がることにもなるわけです。

そうなると、この資本主義的民主主義の動きに対抗するためには、目には目をしかないところなのですが、ここで日本医師会をはじめとしたいろんな団体がキャンペーンを張っていかざるを得ないところがあると思う。ところが、医療関係者のキャンペーンが、非常に下手。そこを何とかしないことには負けるわけです。医療の中にムダがあるというキャンペーンが張られていることを、私はひしひしと感じますけど、そうしたキャンペーンに、医療費を増やさなければやっていけないと考えられている医療関係者は、負けてしまうわけです。

一体、この国ではどんなことが起こっているのかということを端的に示す言葉として、私がよく使っているシーンがあるので紹介します。今日の、国庫負担2,200億円を毎年減らしていきますよということが決まったのは、2006年の７月７日の閣議決定です。その直前の６月22日の経済財政諮問会議で小泉さんは、「歳出をどんどん切り詰めていけば、やめて欲しいという声が出てくる。増税してもいいから、必要な施策をやってくれという状況になるまで、歳出を徹底的にカットしないといけない」と発言しているわけです。小泉さんは、政治家としてものすごく正しいことを言っている。

先ほども言ったように、政治家というのは、次の選挙で勝つことを考えているとします。そして、こ

の国で、施策をやるので負担をお願いしますと言ったらば、明らかに負ける。大平さんが一般消費税をお願いしますと言ったら、負担の前にやることがあるだろうとみんなが言ったので、行政改革が始まりました。そのときに大平さんは亡くなられるわけですが、それから30年間、全く同じことを繰り返している。小泉さんの人気の源として、「私の在任期間中には消費税は上げない」と言ったことがあると思うのですが、そう言ったら「純ちゃん、格好いい」とみんな言って、彼のポスターを買ったりする人が大勢出てくるわけです。彼の「在任期間中には消費税を上げない」という方針が、今の状況を作っているのは明らかでしょう。まじめに財源調達などを考えてきた人の中で、21世紀に入って10年近く経とうとする今、まさか日本の消費税が５％のままでいるだろうなんて、誰も予測しなかったんじゃないでしょうかね。とんでもない総理大臣がいるものだなと私は言っているわけです。

しかし、この国で「負担をお願いします」と言ったら勝てない。今でも私は勝てないと思う。私は彼ら政治家に、あなたは政治家なんだからちゃんと国民のことを慮った政策をやるべきだと言ったことはないんですね。言っても同じですから、ムダなことは言わない。だから私の戦略は、国民の方に向かって、公共政策を充実させるため、社会保障の機能の強化を図るためには、それしか答えはないのだから、そういうこと、つまり社会保障のために負担増をと言った人たちを選挙で支えるという土壌をみんなでつくりましょう。せめて、公共政策の未熟さの犠牲になっている200万人の医療関係者がその方向に動かなかったら、この国は、変わりようがありませんよということになります。

『医療政策は選挙で変える』に書いているように、「増税や社会保険料の引き上げをしても政治家がかわいそうな目に遭わない日本を政治家に準備する」ということが必要になってくるわけでして、「そうした日本を、現在の与党、野党のいずれが利用してくれようとも、私にとってはどっちでも良いと言えばどっちでも良く、ともに喜ばしいことである」という話になっていきます。

ところが、この200万人という医療関係者が、とても忙しい。公共政策について詳しくなるためには、我々のように暇を持っている必要があるんですね。医療関係者から、よくお忙しいところ申し訳ありませんと言われるのですが、理系と違って、社会科学の先生なんてちっとも忙しくないんです。こういう我々のような暇な人間がいろいろと情報を収集したり腕を組んで考えたりしているわけです。ところが、お忙しいみなさんが、間違えた情報を得、その信憑性を確かめることができない忙しさの中で、地に足が付いていない財源調達を信じ切ってきたというところがあるなあというのが私の中にある。

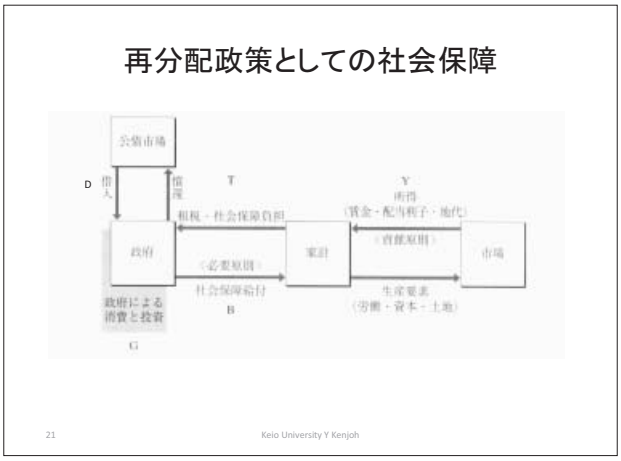
と同時に、私は本の中にも書いていますが、専門家集団という人たちを政治的におとなしくさせる方法は、彼らに時間を与えないことなんですね。そうすると、政治的には非常におとなしくなっていく。勤務医や看護師など、ずっと忙しい状態の中で、政治的におとなしくなっていたというのが、この国だったなというのがあります。ナイチンゲールがどうしてあれだけ政治に影響力を持ったのかと言うことも、『医療政策は選挙で変える』に書いているように、その理由は、彼女が看護の場で忙しく働いていたのはわずか３年程度しかなかったからなんですね。その後は、政治活動をしていたから、彼女は政治に影響力を持つことができたのです。

さて、今日の話で、最後にご理解いただきたいのは、配付した「小さすぎる政府の社会保障と政府の利用価値」という表です。この表を理解していただき、日本という国の国造りには、ある程度動かしがたい制約条件が課せられているということをご理解いただければと思います。

今から「再分配政策としての社会保障」というのを説明します。

まず、みなさんは全員、家計に所属しています。家計に所属しているみなさんは、生産要素としての労働、資本、土地というものを所有しています。各

人は、労働力という生産要素を持っている。みなさんが持っている資本というのは、貯金であるとか株式のことです。あるいはみなさんは土地というものを持っている。そして市場にこれら生産要素を供給して、我々は賃金、配当利子、地代という所得を得ているわけです。

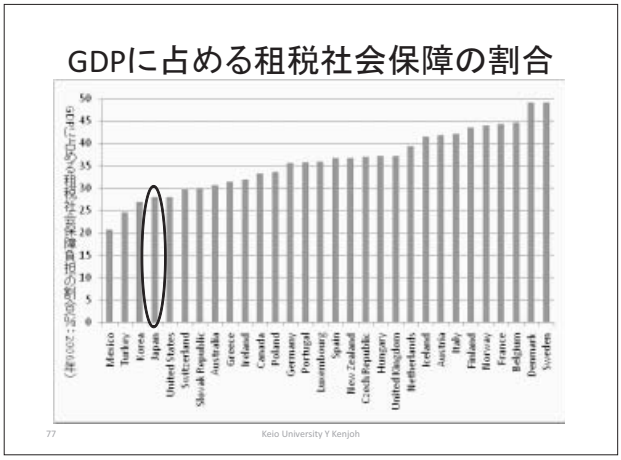


所得を得るときには、どれだけ市場に役に立ったか、どれだけ生産に役に立ったかというような、市場に対する貢献原則に基づいて所得を得ることになります。しかし、所得を家計に分配する際の分配原則として、確かに貢献原則も一つの公平性を持っていますが、必要原則というのも一つの公平性を持っているわけなんですね。18世紀の半ばに産業革命が起こってすぐ、世の中の分配原則は、図では右側にある、貢献原則の方向に、ドーンと比重が移りました。そうした変化を支持する思想として生まれたのが自由主義というものです。ここ何十年か、新自由主義という言葉が言われていますけど、「新」自由主義の「新」が抜けた古い自由主義が、18世紀半ば以降、イギリスをはじめとした国々で吹き荒れるわけです。しかし、分配が貢献原則に偏ると、どうしても必要原則に基づく分配との間にギャップが生まれてくる。このギャップが目に余るほどに大きくなってインテリを刺戟し、彼らが反体制の活動を活発化させるのが、19世紀半ば頃で、たとえば、1848年にはマルクスが「労働者よ団結せよ！」と『共産党宣言』を出したりするわけです。そこで彼らは「能力に応じて働いて、必要に応じて分配せよ」ということを主張したりします。

それから何十年か後に、幾つかの国は、図の右側にある、市場への「貢献度に応じた分配」の部分を全部壊して、左側の「必要に応じた分配」の世界に全面移行しました。しかしながら、多くの国は、家計が市場から得た「一次分配」を政府が租税社会保障負担として一旦預かり、必要原則に応じて家計に「再分配」するという仕組みを作る道を選択しました。これが「混合経済」、「福祉国家」と呼ばれるようになってくるわけです。

図で言えば、Ｔ／Ｙというのが「ＧＤＰに占める租税社会保障負担の占める割合」で、分母に国民所得を採れば国民負担率と呼ばれたりもします。だから、Ｔ／Ｙの額を増やさないことには、どう考えても必要原則に応じて家計に戻ってくる社会保障給付を増やすことはできないわけです。そしてこのＴ／ＹというＧＤＰに占める租税社会保障負担の割合が、悲しいことに、ＯＥＣＤ諸国30カ国中、日本の下には韓国とトルコとメキシコしかない状況になってしまっているわけです。

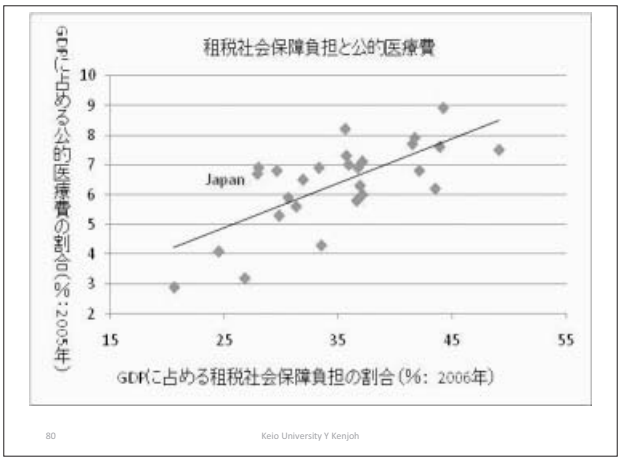
図６　GDPに占める租税社会保障負担の割合



国民経済の中ではＢ／Ｙという規模で社会保障給付が返ってくるわけですが、横軸にＴ／Ｙ、そして縦軸に公的医療費をとった図をみると、実は日本では、Ｔ／Ｙの割には医療の給付額は大目に見てもらっているわけです。（図７）

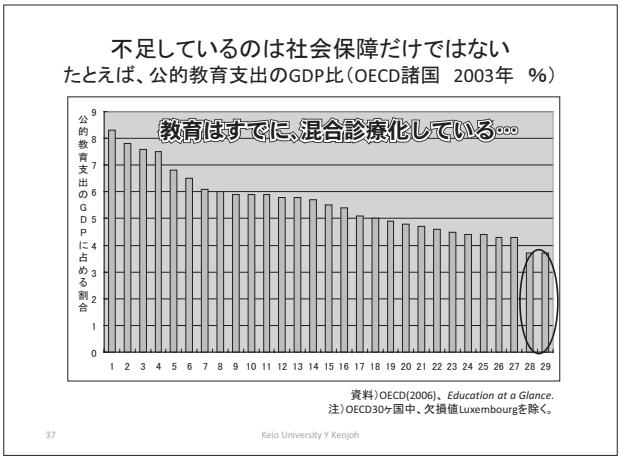
図８を見てほしいのですが、ＧＤＰに占める公的な教育費の割合というのは、まだ下に他の国がいる

図７　租税社会保障負担と公的医療費



というレベルではなく、その割合はＯＥＣＤ諸国の中でトルコと同じ水準で最低です。私がここに書いているように、教育はすでに混合診療科しているんですね。

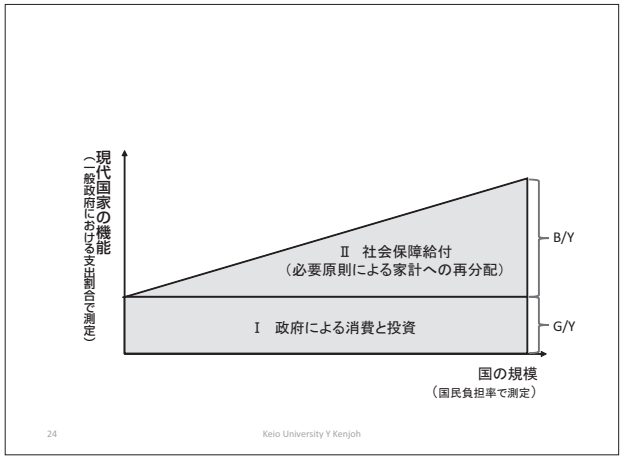
図８　GDPに占める公的教育支出の割合



子どもが教育を受ける水準は、親が所得や資産をたくさん持っているか持ってないかで確実に差が出てきている。これまで日本の教育は、家計が私的に支えて、どうにかこうにか他の先進国と変わらないほどの教育費になっていたわけですけど、ここ数年、家計が子どもの教育を支えきれなくなっているわけです。その結果、経済的理由で学校を中退する学生の数が増えてきたりしています。公費が足りないのは医療だけではないんですね。いろんなところで公的なサービスが不足しており、この国は根本的におかしくなってきています。さらに言えば、表にありますように、軍事費でさえ、日本は低い。

社会保障の13番目に「Ｂ／Ｙ」があります。Ｂ／Ｙというのが社会保障の部分です。（Ｇ＋Ｂ）／Ｙが政府の総支出ですが、政府の支出全部からＢ／Ｙを引いたらＧ／Ｙが残ります。Ｇ／Ｙはスウェーデンでも日本でも、余り変わらないんですね。大きな政府なのか小さな政府なのかというのは、実はＢ／Ｙが決めるのです。だから、現代国家はこういう形をしているのです。

図９　国家の規模と現代国家の機能

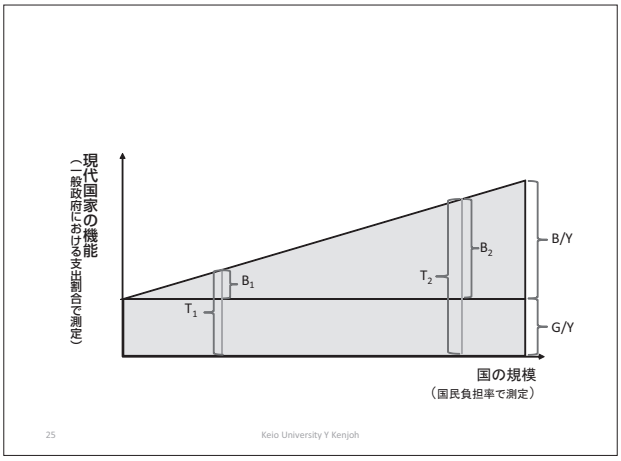


経済学の中でも公共財と定義されている国防であるとか橋をつくるとかいろんなものは、このＧ／Ｙに入っていて、その規模は、大きな政府だろうが小さな政府だろうが、そんなに変わりません。大きな政府の方が、公教育にもお金を使っているから、大きな政府の方がＧ／Ｙが少し大きくなるという傾向はある。スウェーデンとかフランスは教育にも、日本よりもはるかに公費を使っています。だから、そうした部分を捨象してみてみると、現代国家というのは図９のような形をしているわけです。

医療関係者が好んで使う言葉に、「還元率」というものがあります。負担したものから社会保障に返ってくる割合を還元率と言います。この還元率について民医連がどういう文章を書いているかを見ますと、「還元率を高めると、支払った税金プラス社会保険料に対する社会保障への還元率もスウェーデン75.6%、ドイツ58.6%、イギリス59.0%に対して日本は41.6%に過ぎません。税金を医療や社会保障のために使えという主張は当然の要求です」。う〜ん、

どこが当然なんなのでしょうか、ということを私は７月に民医連で言ってきました。なぜならば、現代国家は次のような形をしているのです。

図10　国の規模と現代国家の機能（社会保障への還元率）



だから、小さな政府になると、Ｂ／Ｙで表される還元率が小さくなるし、大きな政府になると還元率は大きくなる。還元率を大きくするためには、図10の上に乗っている社会保障の部分を大きくしなければならないのです。ある野党は、図10の下の四角の部分の予算の立て方をがらがらと変えれば、社会保障に要する財源を確保できると行っているようですけど、それは無理です。公務員の数はほかの国と比べても少ない。公務員に使っているお金もほかの国と比べて少ないという状況がこの国にはある。そういう側面を見ようともせず、どこか他から医療に持ってこい、社会保障に持ってこいという、そういう情けない財源調達論を言っていたのでは、この国では、社会保障の機能強化などできやしないのです。現代の国家は、とにかく、図９や図10の形をしているということをご理解いただければと思います。

社会保障というのは、結局、何なのかというときに、私は、「社会保障とは、ミクロには貢献原則に基づいて分配された所得を、必要原則に基づいて修正する再分配制度であり、マクロには、基礎的消費部分を社会化することにより、広く全国に有効需要を分配するための経済政策手段である」と言っております。

東京の人たちは、東京で得た富は東京の富だと考える傾向があるのですが、私には、今のこの国は、地方が優秀な労働力と大量の資本を中央に貢ぎ物として捧げている、地方にとってかなり不利な社会に見えるんですね。だから東京で生まれた富は、東京の富ではなく、一国の富なんだと言いたくなる。その一国の富を、医療、介護、教育、保育という現物給付で地方に返すべきだと。返さないと、地方にとっては割が合わない経済構造になってしまっている。と同時に、そういう所得の再分配を大胆にやれば、経済政策上、実にうまくいく。今、仮に10兆円、財源はなんでもいいから負担してもらう。そして、その10兆円の国の収入を一気に現物給付に使って日本中にばらまく。それを仮に20兆円にしたらどうなるのか。公的な医療、介護が充実し、みんな、老後の不安はそんなになくなってきたよねということになるのではないか。そうなれば、個人資産として抱えている1,500兆円のお金が動きはじめるのではないのか。内需主導の経済という、この国が一度もやったことがない方向に向かうことができるのではないのか。そうした内需主導型の経済に日本の体質を大転換する、そうした大きな分水嶺にわれわれは立っているのではないのか。そうした挑戦を行わないまま、この国が滅んでいくのは、あり得ないよねというような文章も書いております。

本日配付した「勿凝学問」の189「「乏しきを憂えず等しからざるを憂う」ようなできた人間じゃないよ、僕は――日本財政学会シンポジウムでのワンシーン」にあります。そういうマクロの話をしはじめますと、それだけでまた数時間話をしたくなりますので、私のホームページをご覧になって、いろいろと読んでいただければと思います。どうもありがとうございました。

【深尾座長】　先生、どうもありがとうございました。日本医師会に対するかなり厳しい批判的なお話も含まれておりました。

【鈴木】　川崎の鈴木と申します。先生の話、いろいろ勉強になりました。

１～２週間ぐらい前に社会保障国民会議が将来の医療、介護、年金をよくするには、2025年に消費税を４％に上げれば、欧米並みによくなると新聞に書いてあったのです。これは間違いだろう。４％といったら10兆円ですから、丸が１つ違うのではないかと思って違う新聞見たら、皆全く同じような文章だったのですが、これは大きなトリックか間違いなのでしょうか。

【権丈】 欧米並みの医療というのは、１病床当たりに対するマンパワーの数を欧米並みにすればという形で仮定を置いています。それがシナリオＢになってきます。その１病床当たりのマンパワーの数がこの国は余りにも少ない。それを欧米並みにすればという形で、量的にはそうするのですが、それに対する単価は今の価格を掛けています。そこで私が今日配布している資料「勿凝学問193　医療･介護費用シミュレーション結果は最低ラインの見積書にすぎない」を読んでいいただければと思います。ＧＤＰに占める医療・介護費用の割合は、価格の上昇次第で幾らでも増えるのです。そのときに、欧米並みにするためには介護師などを２倍ぐらいに増やさなければいけないとか、医療関係者を1.5倍ぐらいにしなければいけないという条件を設定しています。それをほかの産業からしっかりと持ってくることができるかというのは価格に依存しているのです。

私はこのときにコメントをしていて、この推計にも関わっているのですが、世の中に医療・介護産業しかないのだったら、これでいい。しかし、ほかの産業から労働力をこっち側に持ってこなければいけないといったときに、魅力のある労働市場を確保していくためには、単価を上げなければいけません。今の単価のままで吸収できるわけがない。だから単価を上げていけば、ここに出ている消費税率４％は一気に上がっていきます。４％で済むのかと、安心してはいけないわけです。ただ、推計作業を行うときに、将来、診療報酬そのものは、ＧＤＰの伸び率とパラレルに動くという形で今回、設定しています。過去においてもそうでしたから。それは医療・介護従事者の賃金と他の産業における相対賃金の位置づけには変化がないという仮定を意味します。ところが、労働力人口は今後、減少していきます。減少していく労働力人口の中で、医療・介護産業だけを増やしていかなければいけないといったときに、この単価でやっていけるとは私は到底思っていない。

この単価を上げていくのにどんな仮定を置けばいいかということも、曖昧模糊で到底できないので、介護労働従事者の賃金を10％上げたらどうなるかということはやっていますが、そうした賃金の引き上げ部分は、これから保険料、そして租税というものを上げないと、単価を上げることができないので、そのあたりのところも本日配付しました勿凝学問193「医療介護費用シミュレーション結果は最低ラインの見積書にすぎない」で触れておりますので、これを読んでいただければと思います。

先ほど昼食時にまわりの人に話しましたが、いま、「だんだん」というＮＨＫの連続ドラマをやっています。あのドラマでは2001年がモデルとして設定されていて、18歳の女の子が私は介護福祉士になりたいと言って介護福祉を養成する大学に行くわけです。一所懸命に勉強をやっているわけですけど、彼女が卒業した後、どういう年収になっていくのか、どういう労働条件のもとで働くのかということを、実は我々は知っているんですね。彼女の未来を知っているわけです。ドラマでは、大学１年生の彼女が、このまま介護福祉士の勉強を続けるか、それとも歌手の道に進むかと毎日悩んでいるわけですけど、私はついつい、歌手になった方がいいのではないかなと言いたくなるところがあったりする。

とにかく、今の賃金ではやっていけないので、何とかして単価は上げなければいけない。そのときに社会保険料を上げようとか、租税を上げようとかいう話になれば、経済界は反対します。経済界は、社会保険料とか租税が上がっていいことがほとんどないわけですから、彼らは反対する。そして、先ほどの小松先生の言葉ではないですが、左派の人たちも経済界と同じことを言う。この時、この国では本当

の意味でのリベラルな社会といいますか、社会民主主義的な社会をつくっていこうという人たちまでもが、揃いも揃って負担増は反対だと言ってしまったらば、絶対に、介護者の給与の引き上げなどできるわけがないのです。そのときにどう戦うかが重要な意味を持ちますということも、この中に書いておりますので、読んでいただければと思います。

【鈴木】 もう一つですが、今年の３月だと思うのですが、財務省が各国の海外資産を調べましたら、日本が１番であると。しかも、14年間ずうっと世界一であると。つまり、世界で一番お金を持っていながら、国は金がないと言うし、私たちの給料は安いし、企業は金がなくて正社員を増やさない。いったい日本のだれがお金を持っていて、世界から日本は世界で一番金持ちだと言われているのでしょうか。つまり、医療の負担の問題を考えた場合に、そういう人たちに少し負担してもらいたいと思うのですが、どういう人がお金を持っているのですか。

【権丈】 対外資産を誰が持っているかというと、政府とか企業とか政府なんですね。これがどんどんと増えているのは、国内の低金利を背景に日本人が海外の債券や株式などへの投資を増やしたことに加えて、為替相場の円安が進んでしまって、対外資産の円建て評価額が増えたのが原因なんです。では、その対外資産に医療の負担を担ってもらうことができるかどうかということについては、私には答えられません。そういうことって、できるのでしょうかね。対外資産から返ってくる配当や利子に対して課税をするということはできるでしょうけど、資産課税を、所得税、法人税、消費税などの基幹税にするのは難しいと思います。

話は少し変わりますけど、ここ数年、どのようなことが起こっていたかと言いますと、日本の金利を非常に低く抑えて、円安を思い切り誘導していく。思い切り誘導しておいて、日本よりも海外で投資した方が得だという状況をつくっていたわけです。そして、その中で円安はさらに加速されていた。

それで得をしていったのは一体だれかというと、実はトヨタとかキャノンとかいう円安で得をする輸出産業ですね。最近まで力を持っていた上げ潮派というのは、「小さな政府」と「生活自己責任の徹底」という二つの原則を国民に強制すれば、経済は成長すると考えていたわけです。しかし、「小さな政府」の下に社会保障を縮小し、「生活自己責任の徹底」を強いれば、国民は萎縮してしまうので、消費をしなくなり、将来不安を大きく抱いてしっかりと貯蓄をすることになります。だから、国内に力強い需要なんか生まれるはずがないので、結局、円安を誘導することによって輸出産業を大目に見てあげて、彼らの外需でこの国は2002年から経済成長を実現してきたわけです。

それが去年夏のサブプライム問題発生から、海外が金利を下げ始めた。金利を下げて、日本の金利の差が縮まってくると、今度は円が逆に戻ってくる状況になってきているのです。その結果、円高になってきて、輸出産業の株価は2007年の７月ぐらいから落ち始めてきます。今回のサブプライム問題にしても、株価の落ち方はアメリカ以上に日本は落ちてきています。だから、上げ潮派という成長政策は、結果的にそういうふうに資産が他のところにも行くことにもなるのですが、これはもたないというか、終わったと私は言っているわけです。そこで積極的に国内に需要をつくる。そのために医療･介護、教育･保育などの現物給付で国中に所得を再分配する。高齢者がいっぱいいるところに所得が流れるに決まっているのですから、これまで公共事業でやっていたのと似た方向に所得が再分配されます。そういう形で国内の需要を喚起し、そこに新たな雇用が生まれていって、企業や個人が持っている富がここに投資されていく。国内で資産が運用されるような経済循環をつくっていく。と言っても、1929年に大恐慌が起こって、ルーズベルトが登場するまでに４年かかっています。日本では、積極的社会保障による内需主導の経済へと体質改善を、もっと早くできないかというのが、今、私が考えているところです。

【鈴木】 どうもありがとうございました。

【深尾座長】 先生、本当にありがとうございました。勤務医には時間が与えられていない。勤務医は発言すべき機会もなくやってきた。そしてまた、医師会を初め、いろいろな団体が増税に反対してきた。これが今の医療を招いたと。我々自身にすべての責任があるかのようなお話もありました。いろいろと反論があると思います。懇親会のときに、ぜひ権丈先生にお尋ねして、議論を戦わせていただきたいと思います。先生、本当にありがとうございました。今後ともよろしくお願いいたします。

シンポジウム１「勤務医が日本の医療に果たす役割」14：10～15：40

座　長：　千葉県医師会副会長　鈴　木　一　郎

千葉県医師会勤務医部会常任幹事　中　村　文　隆

シンポジスト：　千葉労災病院呼吸器外科部長　安　川　朋　久

国立病院機構下志津病院名誉院長　西牟田　敏　之

東京女子医科大学病院腎臓内科准教授　内　田　啓　子

コメンテーター：　日本医師会常任理事　三　上　裕　司

■シンポジウム１

座　　長

千葉県医師会　副会長　**鈴　木　一　郎**

シンポジウム１、「勤務医が日本の医療に果たす役割」を始めさせていただきます。進行は、私、千葉県医師会副会長の鈴木と、本会、勤務医部会常任幹事の中村文隆が進めさせていただきます。

ご存じのように、最近の勤務医不足は全国的に大変深酷な状況でありますが、不名誉なことですが、千葉県は全国紙を賑わすような医療崩壊が進んでおります。このような厳しい状況下でも、未来に希望を持って頑張っている勤務医もたくさんいるわけで、今回、そのような勤務医が日本の医療に果たす役割という大きなテーマで３人のシンポジストに発表していただきたいと思います。

進行ですが、３人の演者には続けて発表していただきまして、その後、討論の場を設けております。その場にはコメンテーターとして日本医師会常任理事の三上裕司先生にもご登壇願って、討論の場に参加していただきたいと思っております。そして、最後に、５分間程度のコメントをいただいて、このシンポジウムを終わりにさせていただく予定でおりますので、よろしくお願いします。

それでは、早速ですが、千葉労災病院呼吸器外科部長、安川朋久先生にお願いしたいと思います。先生には、「地域拠点病院の現状と将来」という題で発表をお願いしておりますが、千葉労災病院は急性期病院としての役割を明確にして、地域での連携を進め、業績をどんどん伸ばしている、千葉県では元気のある病院でございます。それでは、先生、よろしくお願いします。

座　　長

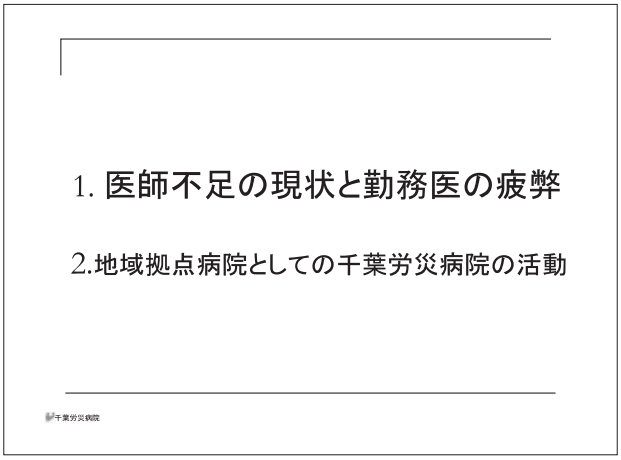
千葉県医師会勤務医部会　常任幹事　**中　村　文　隆**

地域拠点病院の現状と将来

千葉労災病院呼吸器外科部長　**安　川　朋　久**

千葉労災病院の安川と申します。今回、地域拠点病院の現状と将来という非常に大きな、また漠然とした演題でお話をさせていただきますが、本年の勤務医部会の担当県の理事であられる石川先生より、その内容について、私に幾つか指示がございました。それは、現在、世の中で大きな問題となっている医師不足と勤務医の疲弊、そしてそれによる地域医療の崩壊について半分ぐらいお話をして、残りの半分でその厳しい状況の中でも何とか頑張っている地域拠点病院である我が千葉労災病院の状況をお話しして、勤務医の皆さんが少しでも希望を持てるような話にしてくれということでした。ご希望どおりのお話になっているかは非常に心もとないところではございますが、始めさせていただきます。

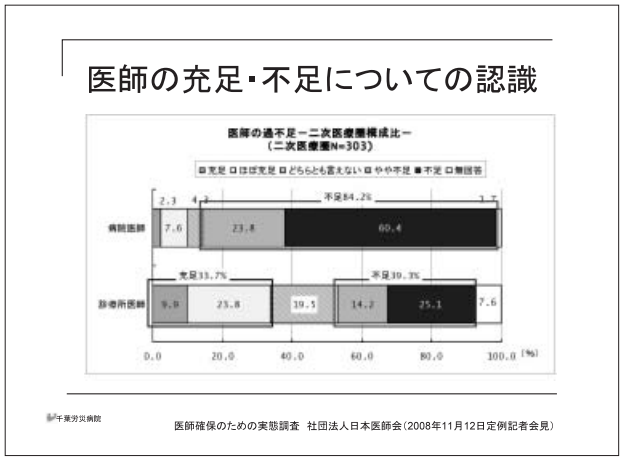
まず、医師不足の現状と勤務医の疲弊についてお話をいたします。



（スライド１）

このスライドは、つい先日、11月12日、日本医師会が発表した医師確保のための実態調査からいただいてきたものですが、303の２次医療圏に対して行った医師の充足、不足についてのアンケート結果では、診療所の医師の充足、不足はほぼ同数であったのですが、病院の医師に関しては２次医療圏の

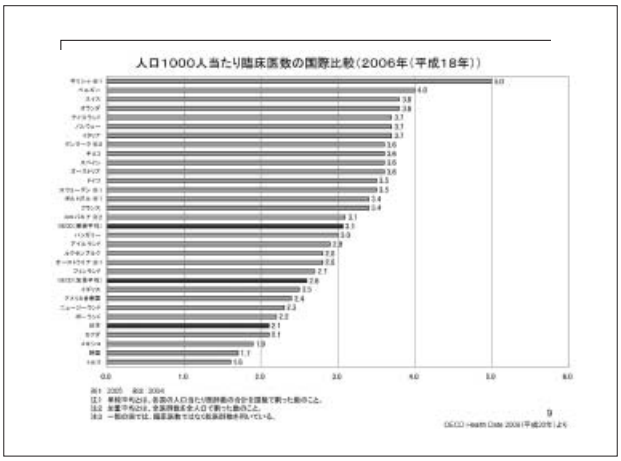
84.2%、ほとんどの部分で不足という認識が医師会の方であるという結果でございました。



（スライド２）

また、ＯＥＣＤヘルスデータ2008からですが、人口1,000人当たりの臨床医数の国際比較では、日本は平均の3.1％を大きく下回る2.1人であって、これは１人当たりのＧＤＰが平均以上の国の中では最下位という結果になっております。（スライド３）

Ｇ７各国との国際比較では、100床当たりの医師数及び看護職員数は、日本は圧倒的に少ない数字を示しております。100床当たりの医師数が14.9人、100床当たりの看護職員数が66.8人、看護職員はもっ



（スライド３）

と少ないわけです。日本はその他の国に比べて病床数が非常に多く、医療の必要度が若干少ない患者が多く入院しているという状況を考え合わせても、我が国では医師、看護師ともに負担が非常に大きい、そういうことを表している数字だとも考えております。

	100床当たり医師数	100床当たり看護職員数
アメリカ合衆国	76.3	331.2
イギリス	69.0	335.9
イタリア	92.6	177.9
カナダ	63.1	257.0
ドイツ	41.6	117.8
フランス	46.7	105.8
日本	14.9	66.8

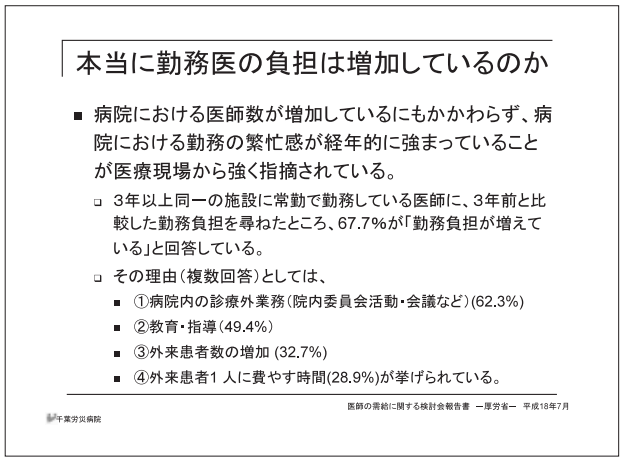
（スライド４）

ＯＥＣＤ加盟国の医療費の現状では、日本はここでは対ＧＤＰ8.2%、１人当たりの医療費2,474ドルでともに低くて、21位、20位になっております。先ほどの権丈先生のお話では下は３つしかいないというお話でしたが、いずれにしても、医療に関してお金を全然かけないと言えます。そのことからも、日本の医療従事者の負担が大きいということがうかがえると思います。（スライド５）

我が国において毎年約8,000人の新たな医師が生まれ、病院における医師数も徐々に増加している状

（スライド５）

態で、本当に勤務医の負担は増加しているのでしょうか。これは平成18年に厚労省が行った「医師の需給に関する検討会報告書」から持ってきたものですが、病院における医師数が増加しているにもかかわらず、病院における勤務の繁忙感が経年的に強まっていることが医療現場から強く指摘されているとあります。すなわち、３年以上同一の施設に常勤で勤務している医師に、３年前と比較した勤務負担を尋ねたところ、約３分の２の67.7%が「勤務負担が増えている」と回答しております。またその理由として、病院内の診療外業務、院内の委員会活動や会議が62%、教育・指導が49.4%、外来患者数の増加や外来患者１人に費やす時間の増加などが上げられております。

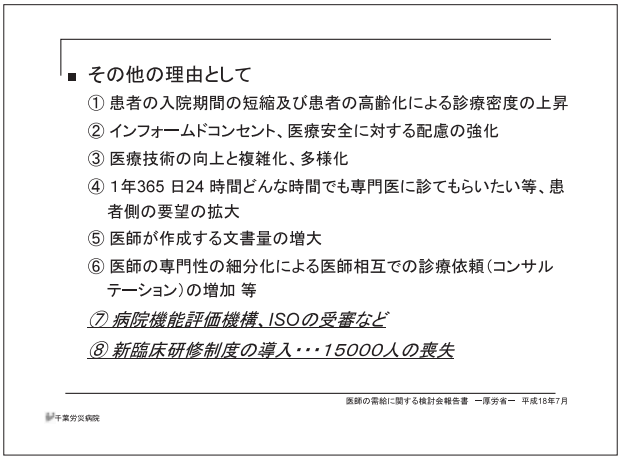


（スライド６）

また、そのほかの理由として、患者の入院期間の短縮及び患者の高齢化による診療密度の上昇、イン

フォームドコンセント、医療安全に対する配慮の強化、医療技術の向上と複雑化、多様化、１年365日、24時間、どんな時間でも専門医に診てもらいたいなど、患者側の要望の拡大、医師が作成する文書量の増大、医師の専門の細分化による医師相互での診療依頼（コンサルテーション）の増加などが上げられております。

また、この報告書の中では述べられておりませんが、最近のはやりではないですが、病院機能評価機構やＩＳＯの受審、当院はまさに明後日に機能評価の更新が控えておりまして、その対応に追われて、まさに疲弊しております。

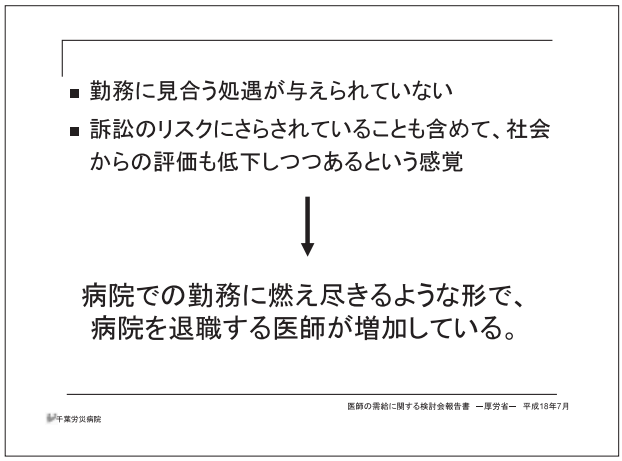


（スライド７）

新臨床研修制度の導入により、２年間で１万5,000人という人数が一時的に喪失、完全になくなったわけではないですが、失われたこともその大きな割合を占めていると考えております。

このような負担の増加にもかかわらず、勤務に見合う処遇が与えられていないことや、訴訟のリスクにさらされていることも含めて、勤務医に対する社会からの評価も低下しつつあるという感覚から、燃え尽きるような形で病院を退職する医師が増加していると、この検討会では報告されているわけです。厚労省が２年も前にそういうことを言っていたわけです。（スライド８）

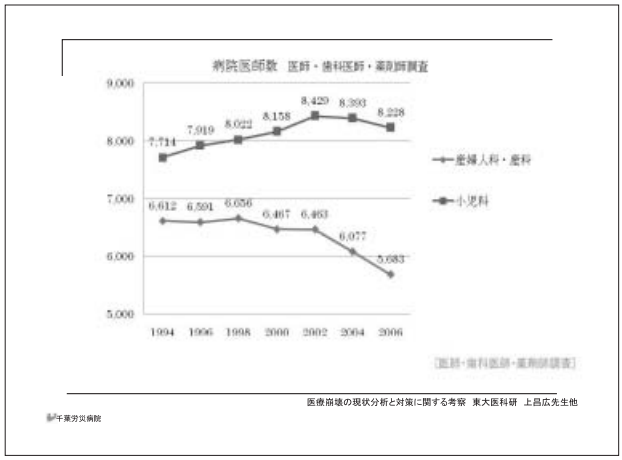
その結果として、特に勤務状況の厳しい産婦人科、小児科の医師が減少してきておりまして、そればかりでなくて、内科系や外科系はもう数年前に減少に



（スライド８）

転じております。

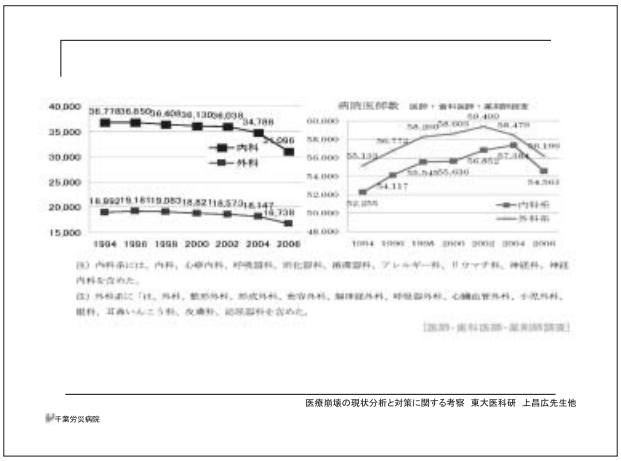
これは、「医療崩壊の現状分析と対策に関する考察」ということで、東大医科研の上先生が医師、歯科医師、薬剤師調査から調べて発表されている内容をお借りしております。



（スライド９）

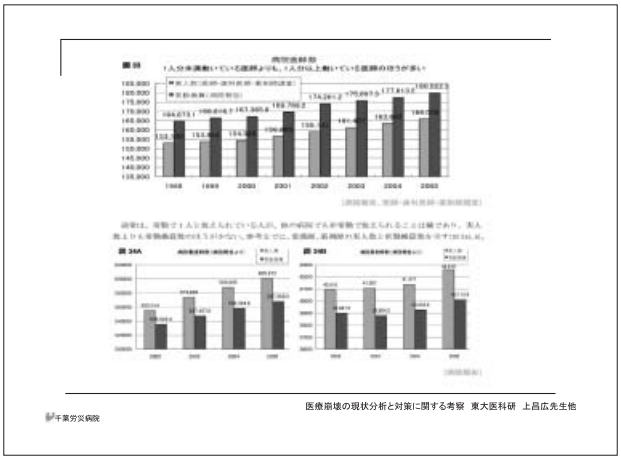
内科、外科はもちろん減っておりますが、例えば、呼吸器科、消化器科、循環器科を含めた内科系、整形外科、形成外科等を含めた外科系医師も右のグラフのごとく、減少に転じております。（スライド10）

このデータは少し不思議なデータですが、通常はワークシェアをしているわけですから、常勤換算人数と実際に働いている実人数の比較では、パートで働いている人とか、非常勤の人がいるわけですから、実際の人数に比べて常勤換算人数が少なくなります。看護師、薬剤師はそのとおりです。ところが、病院医師数においては、それが逆転しております。つま



（スライド10）

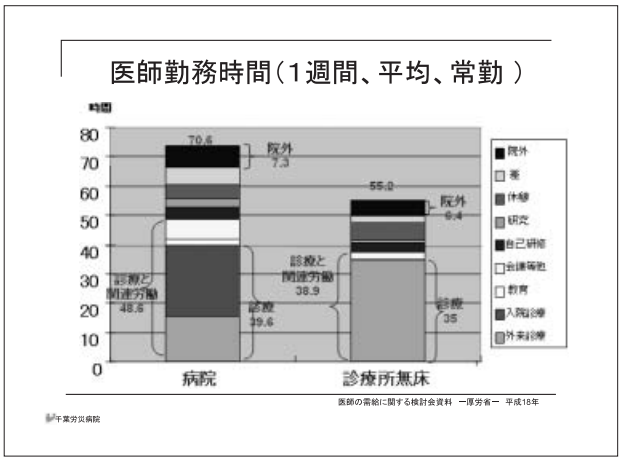
り、勤務医は常勤医としてフルに働いた上で、さらに非常勤医として働いており、これによってやっと日本の病院の医療が賄えているわけです。



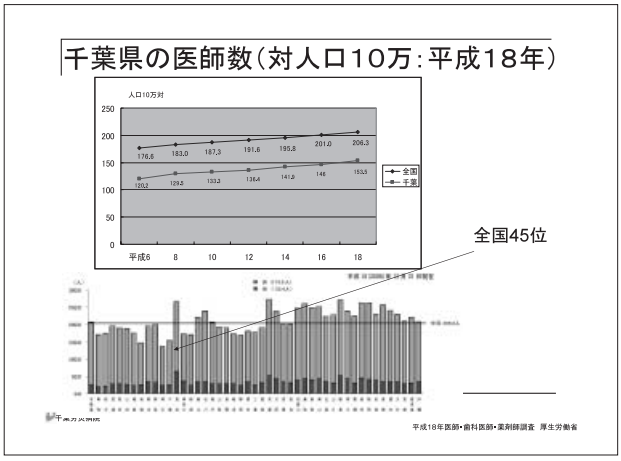
（スライド11）

先ほど来、引用しております「医師の需給に関する検討会資料」からですが、医師の勤務時間は、病院勤務医は１週平均で、先ほどの院外部も含めてですが、70.6時間となっております。月に換算すると120時間以上の超過勤務を行っていることになり、これは過労死レベルをはかるに超えた数字であります。（スライド12）

ここで少し千葉県の状況をお話ししたいと思います。先ほども出てきましたが、千葉県の医師数は人口10万対153.5人、全国平均の医師数、人口10万対206.3人を大きく下回り、都道府県別で45位と低迷しております。千葉県の下は埼玉県と福島県しかありません。（スライド13）

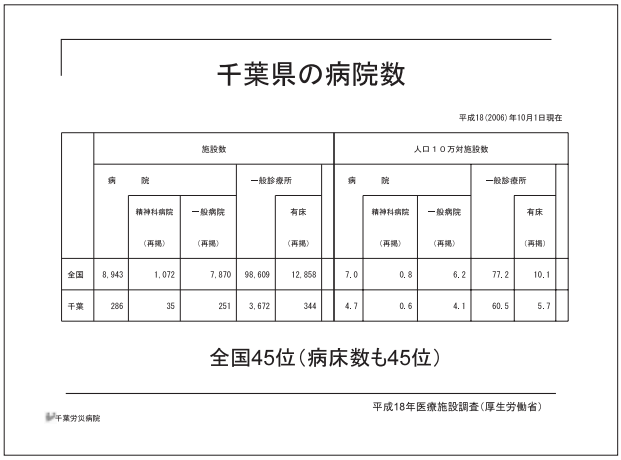


（スライド12）



（スライド13）

病院数でも、人口10万対4.7施設です。全国平均の人口10万対７施設を大きく下回り、都道府県別で同様に45位となっております。これは病床数にしても同様な結果となっております。

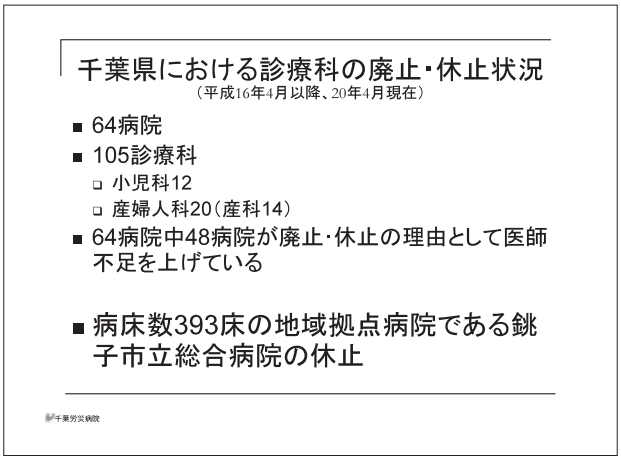


	施設数					人口１０万対施設数				
	病　院			一般診療所		病　院			一般診療所	
		精神科病院（再掲）	一般病院（再掲）		有床（再掲）		精神科病院（再掲）	一般病院（再掲）		有床（再掲）
全国	8,943	1,072	7,870	98,609	12,858	7.0	0.8	6.2	77.2	10.1
千葉	286	35	251	3,672	344	4.7	0.6	4.1	60.5	5.7

（スライド14）

もともと少ない施設数にもかかわらず、平成16年

４月以降、平成20年４月現在で千葉県における診療科の休止･廃止状況ですが、64病院、105の診療科が休廃止、その中でも12の小児科、20の産婦人科が休廃止に至っております。この64病院中48の病院が休廃止の理由として医師不足を上げております。



（スライド15）

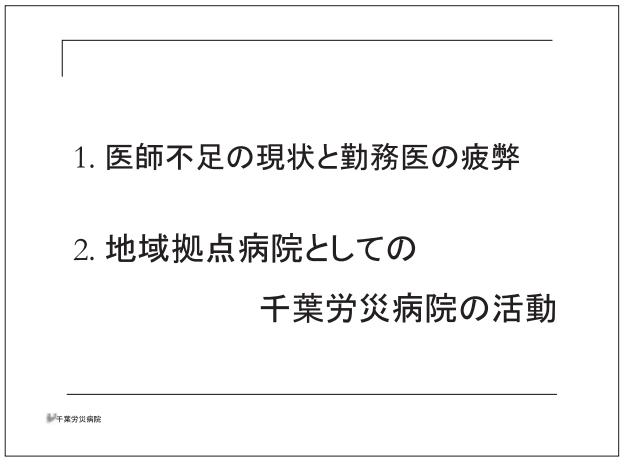
さらに、最近の話題として、本年９月30日に銚子市立病院という393床の地域中核病院が休止に至っておりますが、これも記憶に新しいところだと思います。これはさまざまな理由があるわけですが、その理由の一つとして勤務医不足が影響したということは言うまでもないことだと思います。

ここまでに医師不足、勤務医の疲弊、それによる地域医療の崩壊と、勤務医の行く末が案じられるようなお話をしてまいりました。

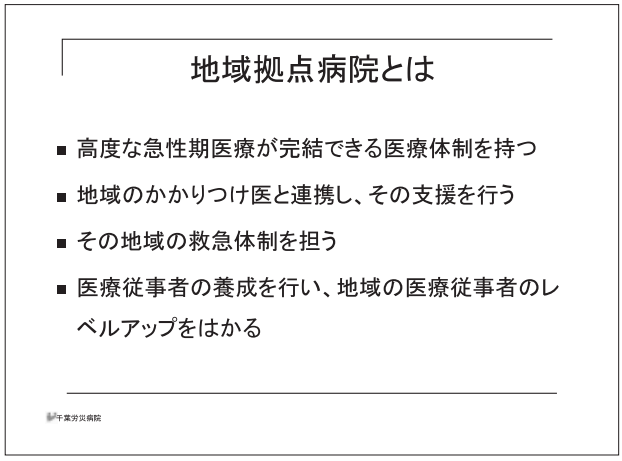
ここで次のお話として、この地域医療崩壊の流れにもかかわらず、順調に診療実績を伸ばしてきた我が千葉労災病院の活動について、少しお話ししていきたいと思います。（スライド16）

当院は、19診療科、400床の急性期病院で、人口28万人の千葉県市原市の地域拠点病院として地域の急性期医療、高度医療及び救急医療を担い、臨床研修指定病院として医療人の育成を行っております。地域拠点病院ははっきりとした定義があるわけではないですが、スライドのような役目を果たすものを地域拠点病院と考えております。（スライド17）

2000年に診療報酬において急性期病院加算が創設されました。これは紹介率の高い病院、地域において高度な急性期入院医療を行う病院の入院医療の評価として設けられたもので、その算定条件として、さまざまなものがあるのですが、その中に紹介率30％以上、平均在院日数20日以上などが上げられておりました。さらに、その２年後には、これが急性期入院加算と改定されて、平均在院日数がさらに17日以下と厳しくなっております。当然、診療報酬で加算だけがあるということはないわけで、加算があるかわりに、その加算をとってないところは下げられるということですから、急性期病院として加算をとって頑張っていくか、そうでなければ衰退していくか、療養型に移行すると書いてありますが、そういう厚労省の誘導を示す改定だと思っております。



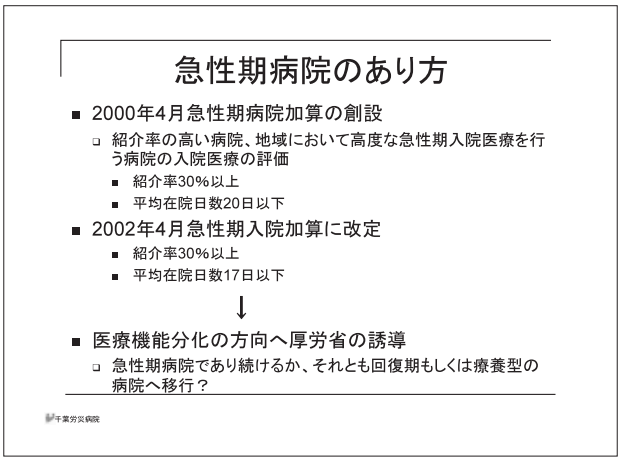
（スライド16）



（スライド17）

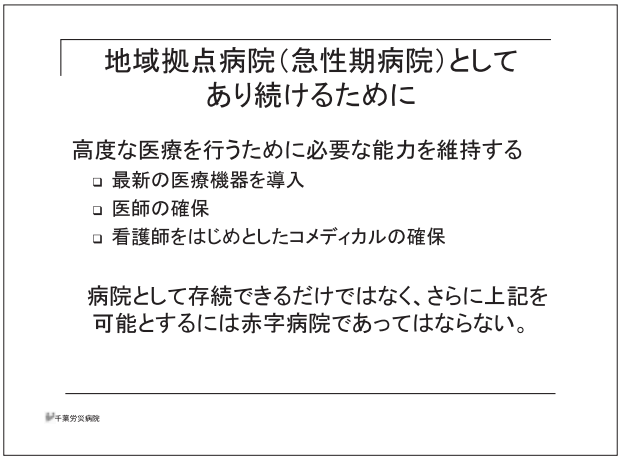
（スライド18）

地域拠点病院、急性期病院としてあり続けるためには、高度な医療を行うための機能を維持する必要



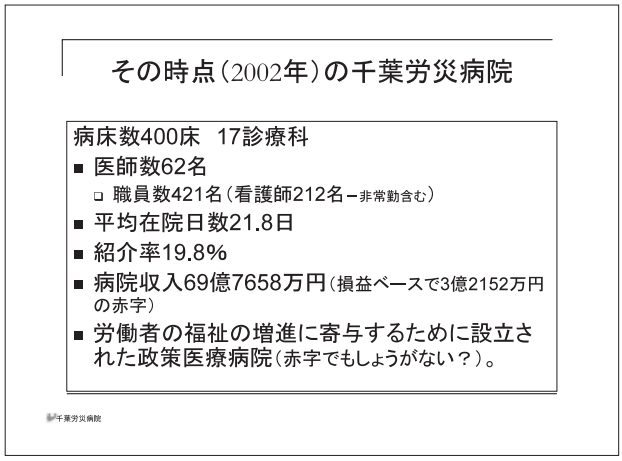
（スライド18）

があって、最新の医療機器の導入を図り、十分な医師の確保を行い、十分なコメディカルの確保を行っていくことが当然要求されるわけです。そのためには、赤字病院であってはなりません。



（スライド19）

2002年当時から当院が急性期病院であることを目標としてさまざまな活動を始めたわけですが、その時点の当院の状況としては、病床数400床、17診療科、医師数は62名、職員数421名、うち看護師212名という体制でした。当時としては決してそれほど悪い体制とは思っていないのですが、それでも平均在院日数が21.8日、紹介率19.8％と急性期入院加算算定するにはほど遠い状況でした。病院の収入を出していいのかわかりませんが、70億円弱。損益ベースでは約３億円、それでも赤字ですが、単年度の収支差としては黒字であって、当時はまだ労働福祉事業団の時代でありましたが、労災病院が労働者の福祉の増進に寄与するために設立された政策医療病院という性格から、公的病院として不採算部門をある程度賄っているのだから赤字でもしようがないし、それにしては、それほど悪くないと考えてもいたわけです。

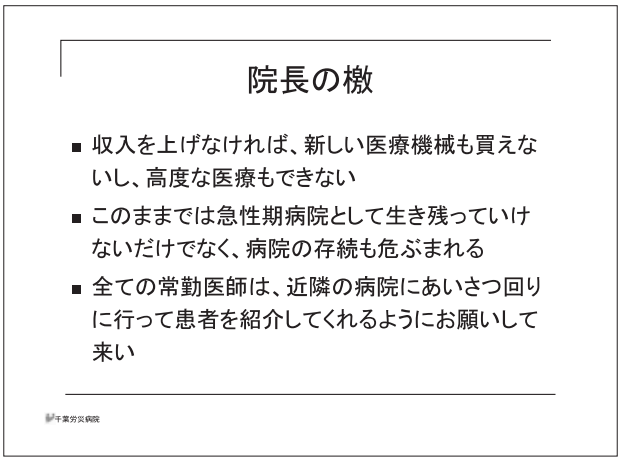


（スライド20）

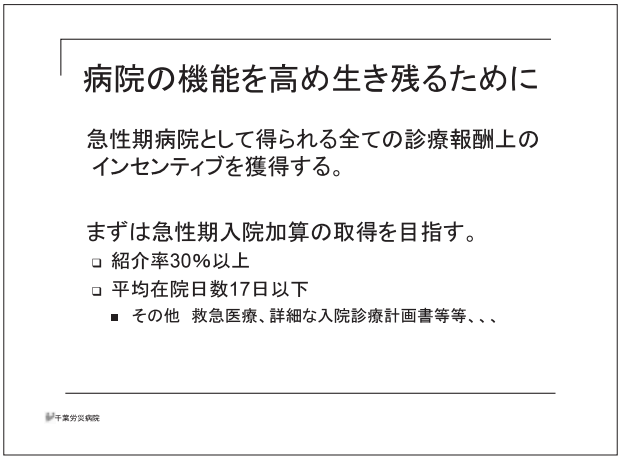
しかし、労働福祉事業団を取り巻く状況が変化して、そのまま漫然と生き残ってはいけない状況になりつつありました。先ほどの特別講演の座長をしていたのが私どもの院長ですが、院長の深尾が、病院の存続を問うて怒ったわけです。その内容としては、「いずれ親方日の丸ではなくなるのだから、収入を上げなければ新しい医療機械も買えないし、高度な医療もできなくなる。このままでは急性期病院として生き残っていけないだけでなく、病院が無くなってしまうかもしれない。常勤の医者は、近くの病院に挨拶周りにでも行って患者をしっかり探してこい。」もう少し建設的な話もしたのですが、そういうお話をされました。（スライド21）

急性期病院として生き残っていくためには、厚労省の誘導にうまく乗って、診療報酬上のインセンティブを獲得して病院の収益を上げ、それによって、さらに病院の機能を高めていくことが大事であって、そのためにはまず急性期入院加算の取得を目指していく方針となりました。（スライド22）

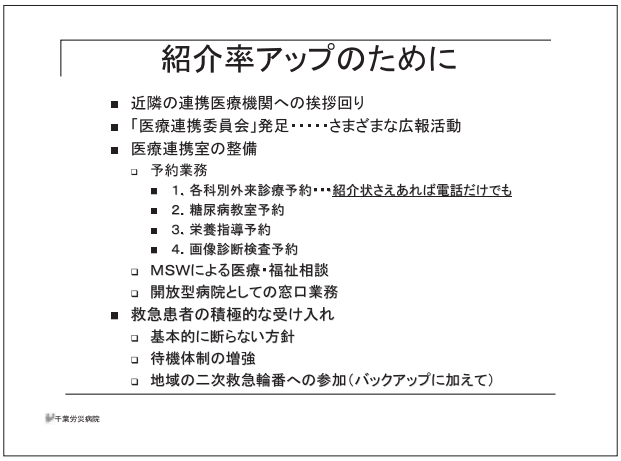
当時、19.8％であった紹介率を30％以上に高めるために、さまざまな活動を行ってまいりました。多くの活動をこの短い時間でお話しすることはできませんので、ほんのさわりだけです。



（スライド21）



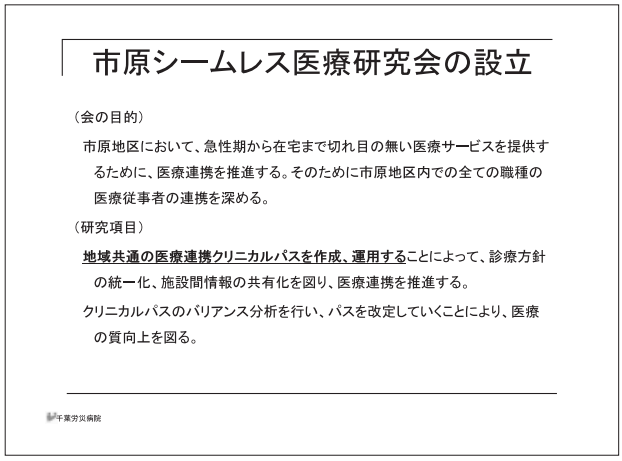
（スライド22）



（スライド23）

これらすべて、今になってみると当たり前の活動ばかりですが、当時、何もしてなかった私どもとしては、いろいろと頑張らされたというか、大変なものでした。その内容としては、近隣の連携医療機関に挨拶周りも行いましたし、医療連携委員会を発足させて医療連携室の整備を行って、さまざまな予約について地域の住民や連携医療機関に便宜を図ったり、すべての患者依頼をなるべく断らない方針として、救急患者の積極的な受け入れを図りました。そのためには医師の負担は大きく増えたのですが、待機制を増強したり、地域の２次救急輪番への参加等も行ってきました。もともと２次救急輪番病院のバックアップをしておりましたので、さらに負担を増やしたということです。（スライド23）

そのほかの活動として、地域医療連携パスの運用を通して、より密な連携環境を構築することが目的で、地域医療連携パスの研究会である市原シームレス医療研究会というものを立ち上げて、その活動を行ってまいりました。



（スライド24）

現在では、当院を含めて５つの急性期病院と16の回復期や維持期の病院がこの研究会に参加して、脳卒中地域連携パス、大腿骨頚部骨折の地域連携パスの運用を実際に行っております。（スライド25）

これらの活動とともに病院の状況が大きく変わってまいりました。救急搬送数も約２倍に増えました。右肩上がりだと格好よかったのですが、平成18年に少し落ちていますが、ここは病院の入院患者が増えて、満床で救急患者を受け入れられなくて、これ以上の数にならなかったという状況であります。

（スライド26）

紹介率、逆紹介率、平均在院日数の変化を示しますが、紹介率は下が30％のラインで上が60％のライ

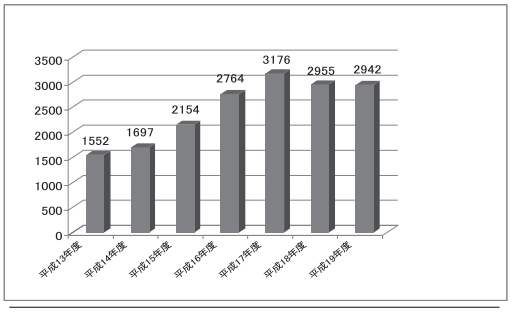
市原シームレス医療研究会の活動

- 当院を含めて5つの急性期病院と、16の回復期病院および維持期の施設が参加。
- 脳卒中地域連携パスおよび大腿骨頸部骨折地域連携パスを運用。

千葉労災病院

（スライド25）

救急搬送数の推移

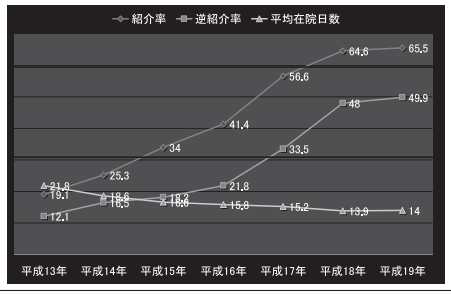


千葉労災病院

（スライド26）

ンですが、平成15年には30％、平成18年には60％を超えて増加しました。平均在院日数も徐々に減少して、平成15年には17日を下回り、現在では12日台で推移しております。

紹介率･逆紹介率･平均在院日数の推移



千葉労災病院

（スライド27）

これらの努力の結果として、平成16年７月には、当初の目的であった急性期病院加算を取得しました。しかし、この加算はその努力は当たり前のことであるとされて、平成18年３月に廃止されてしまいました。さらなる努力を続けて、紹介率60％という高いハードルを超えて、平成19年４月には地域医療支援病院の指定を受けることができましたし、それに加えてがん診療連携拠点病院、ＤＰＣ対象病院、管理型の臨床研修指定病院と多くの診療報酬上のインセンティブを現在、獲得することができました。

これらの努力の結果として

- 急性期病院として得られる多くの診療報酬のインセンティブを獲得できた。
  - 急性期入院加算（平成16年7月）……平成18年3月で廃止
    → 地域医療支援病院（平成19年4月）
  - がん診療連携拠点病院
  - 臨床研修指定病院
  - DPC対象病院
  - 病院機能評価

千葉労災病院

（スライド28）

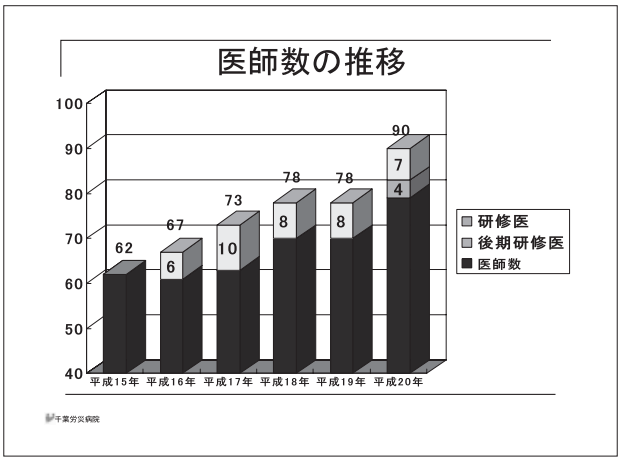
本院の医師数の推移ですが、本年度の医師数は７名の臨床研修医と４名の後期研修医を含めて90人となって、平成15年にこの活動を始めたときの医師数62人から、研修医も含めてですが、約1.5倍に増加しております。また、当院独自の後期研修は４名あります。医局から派遣されてきている後期研修は入れてないのですが、当院の活動性を評価して入ってきた人間がいると考えております。（スライド29）

看護師を含めた職員数も５年間で約２割、職員数全体としても約２割増加しております。

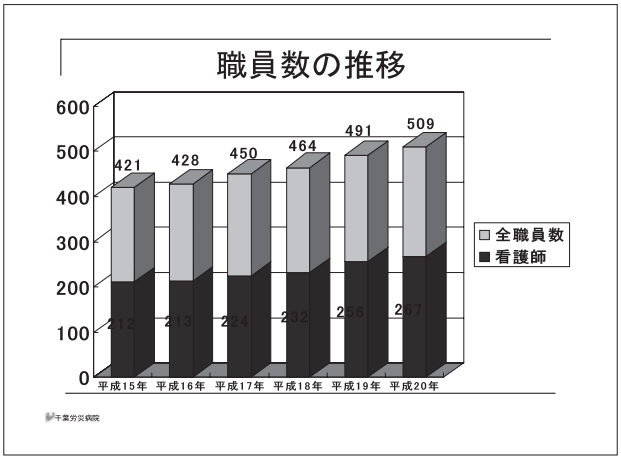
（スライド30）

各医師の仕事量としては、病院のアクティビティが高まったことによりさらに多くなりました。負担は逆に増えてきたわけですが、新入院患者数はこのスライドのごとくですが、これも約1.5倍と増加しております。（スライド31）

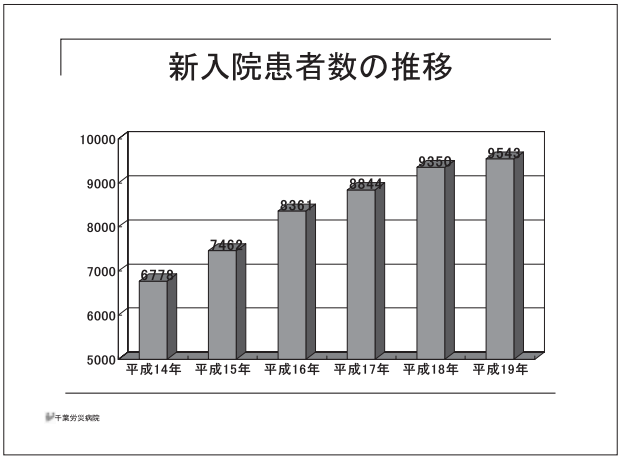
病院の機能を示す指標の１つである手術の件数も、全身麻酔、手術総数とも平成14年当時の1.5倍に増加



（スライド29）



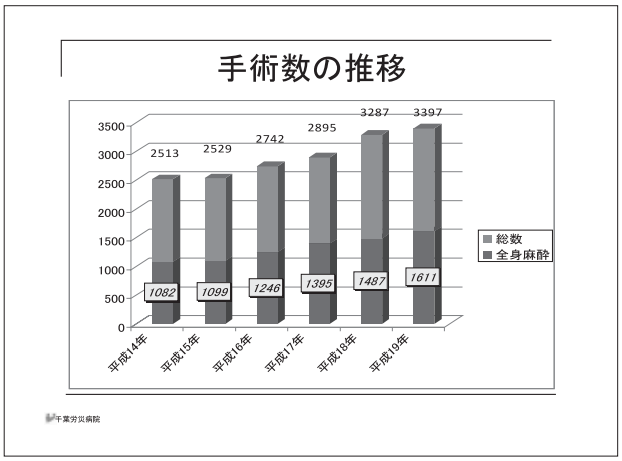
（スライド30）



（スライド31）

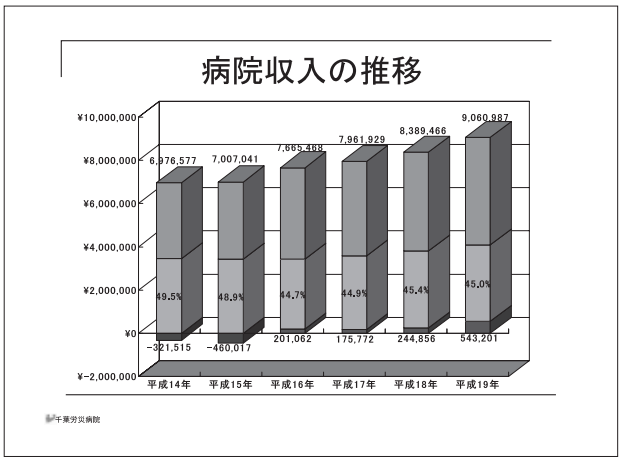
しております。手術をしたい、高度な医療をしたいという研修する医師の希望に沿った形で病院の機能が高くなっていると考えております。（スライド32）

病院の収入としても大幅に増加しております。平成16年度からは損益ベースでも、下が黒字の幅です



（スライド32）

が、医師、職員数の増加にもかかわらず、人件費比率は最初は50％近くあったものが45％前後と低下しています。決して給料が下がったわけではありません。給料は幸い、昨年度から管理職手当に加えて超過勤務がしっかり出るようになりましたから、給料も増えております。



（スライド33）

今後の課題として、本年度また入院時医学管理加算が新たな制度に改定されてしまいましたが、その取得を目指して、さらに勤務医の過重労働の最も大きな原因であって、最も負担感の大きい救急医療の体制をさらに構築すべく、医師数を増やして、救急部を創設して、頑張っていきたいと考えております。以上です。ご清聴、ありがとうございました。

今後の課題

- 本年度創設された新たな入院時医学管理加算を取得する
  - そのためにはさらに医療連携を推進する必要がある
- 救急医療体制の構築
  - 医師の疲弊・過重労働の最も大きな理由
  - 負担を軽くするためには救急部の創設が必要

千葉労災病院

（スライド34）

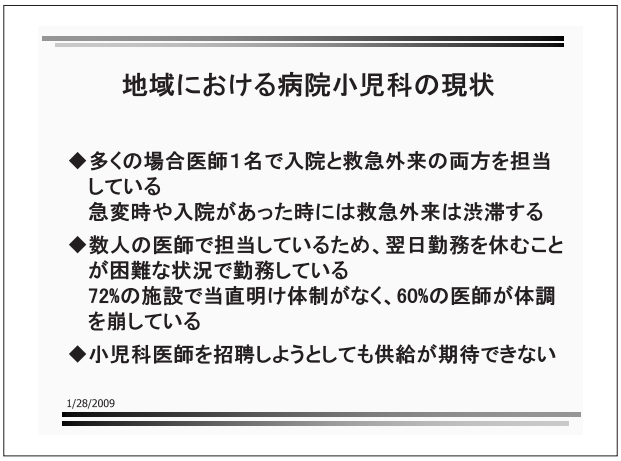
医師会との協力で作り上げた小児科２次救急医療体制

国立病院機構下志津病院　名誉院長　**西牟田　敏　之**

初めに、本日、発表の機会をお与えくださいまして、ありがとうございました。

千葉県におきます小児救急の中で、最近、地区医師会の方々が非常に熱心に、新しい機能を生み出されて成功している例、医師会の先生方がご支援くださいまして、疲弊をしておりました病院小児科を救ってくださいました２つの事例につきましてご紹介をさせていただきます。

小児救急は随分長いこと問題化されておりましたが、地域における病院の小児科当直の現状は、多くの場合に医師１名で入院と救急外来の両方を担当していますから、急変時とか入院があったときには、救急外来が渋滞してしまうとか、病院の小児科は少ない数でやっておりますので、翌日の勤務を休むことが困難であるということで72％の施設で当直明け体制がないということとか、60％の医師が体調を崩しているという現状がございました。



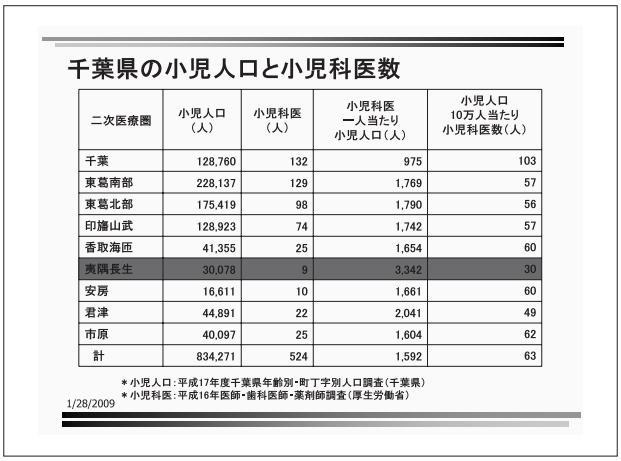
（スライド１）

小児科医師を招聘しようとしても供給が期待できないという現状にございまして、千葉県ではどうなんだということですが、全国の中で小児科の数は９番目に多いのですが、人口10万対では下から３番目というのが千葉県の小児科医の数でございます。

（スライド２）

これは地域におきましてもかなりの格差がございまして、都市部には多いのでございますが、長生･夷隅、君津地区では小児科医自体が少ないということと、人口10万当たりにしましても、医療圏の中で一番人口の多い東葛南部であっても小児科医の数が少ないという実態があって、小児科の医療は非常に苦戦をしていたわけでございます。（スライド３）

勤務医にありましても、このように、例えば東葛南部は一番人口の多いところでございますが、小児科の勤務医数が非常に少ないという実態がありまして、このようなアンバランスがありましたので、小

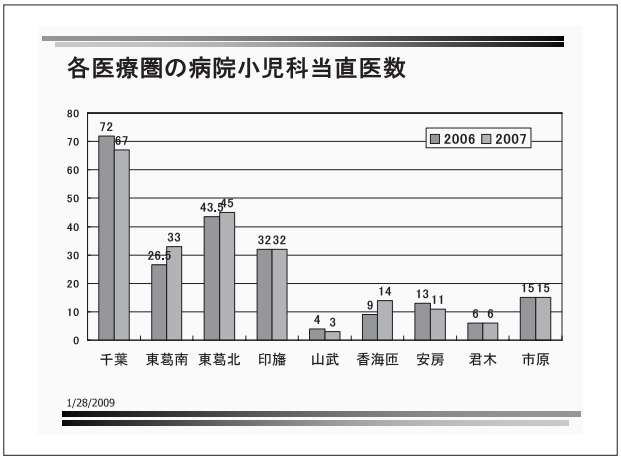


二次医療圏	小児人口（人）	小児科医（人）	小児科医一人当たり小児人口（人）	小児人口10万人当たり小児科医数（人）
千葉	128,760	132	975	103
東葛南部	228,137	129	1,769	57
東葛北部	175,419	98	1,790	56
印旛山武	128,923	74	1,742	57
香取海匝	41,355	25	1,654	60
夷隅長生	30,078	9	3,342	30
安房	16,611	10	1,661	60
君津	44,891	22	2,041	49
市原	40,097	25	1,604	62
計	834,271	524	1,592	63

＊小児人口：平成17年度千葉県年齢別・町丁字別人口調査（千葉県）
＊小児科医：平成16年医師・歯科医師・薬剤師調査（厚生労働省）

（スライド３）

児の救急がなかなかうまく進まないという実態がございますし、もともと小児科が少ないところでは、さらに各病院は苦戦をしているということでございます。



（スライド４）

千葉県小児科医会は、そういうことで県内の病院のマップをつくってまいりまして、これはその初期救急のマップをお示しした物ですが、数字は各医療圏におきます救急の１年間の数などを示しておりますが、見ていただきたいのは、このように病院の中で救急が対応できているところは非常に限局しているということであります。でも、海匝や安房地区には幸いなことに非常に大きな機能を持った病院がありましてカバーをしてくださるので、そこは何とかなります。このマップは古いので、八千代に病院がなかった時の物ですが、現在は八千代医療センターが存在しています。

（スライド５）

小児科学会、小児科医会が中心に、小児の医療救急体制モデルを研究しておりますが、その中で中核病院、周産期の機能がある病院、地域の小児科センターと区分けをしております中で、東葛南部に東京女子医大の八千代医療センターが機能を果たすようになりましたので、このお話と、この地域は非常に大きいエリアでございますが、船橋の地域での病院の勤務医の負担が大きかったのが解消されたことと、印旛地区には大きな病院がございますが、診療所が少ないということで小児に特化した救急ができにくかったわけでありますが、そこを医師会の主導で初期救急をつくったということをお話し申し上げます。

二次医療圏	中核病院	地域小児科センター
千葉	■千葉大附属病院 ■県こども病院	□千葉市立海浜病院
東葛南部	■東京女子医大八千代医療センター	□船橋市立医療センター □順天堂浦安病院
東葛北部	■松戸市立病院	□慈恵医大柏病院
印旛山武		□日本医大千葉北総病院 □国立下志津病院 □東邦大佐倉病院 □成田赤十字病院
香取海匝	■旭中央病院	
夷隅長生		
安房		□亀田総合病院
君津		□君津中央病院
市原		□帝京大千葉総合医療センター

＊中核病院：三次医療圏において中核的な小児医療を実践する病院（「小児医療提供体制の改革ビジョン・中間報告書」（日本小児科学会）より）
＊地域小児科センター：二次医療圏において中核的な小児医療を実践する病院（「小児医療　提供体制の改革ビジョン・中間報告書」（日本小児科学会）より）

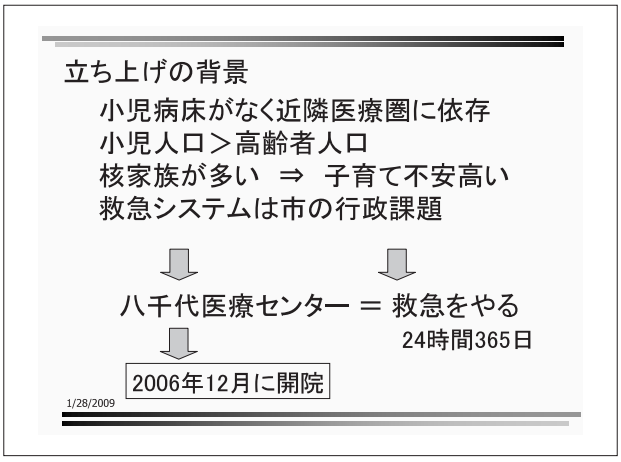
（スライド６）

最初に、東京女子医大八千代医療センターのお話をいたしますが、ここからのスライドは小児科の寺井教授に提供していただいたものでございます。

（スライド７）

（スライド７）

立ち上げの背景は、この地区には小児病床がなくて、近隣の医療圏に依存しているということでありますが、小児の人口は非常に多いところでございまして、家族の子育て不安が非常に高い地域でありました。そこに杉岡医師会長初め医師会の先生方と行政が医療センターを誘致をいたしまして、救急をやるということになりまして、2006年12月に開院をいたしました。



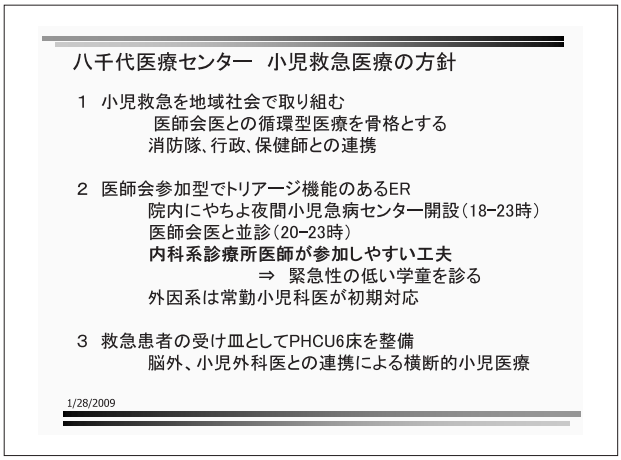
（スライド８）

この救急は母子医療ということで小児救急と周産期の医療を期待されてスタートした病院ですが、小児の病床が37、新生児が40で産科病棟は41でございました。小児に関しましては、小児科医が13名、新生児科が６名で小児外科が２名という体制で、現在、勤務をしておりまして、非常に忙しく仕事をなさっていらっしゃいます。（スライド９）

このセンターができましたときに、これは医師会

（スライド９）

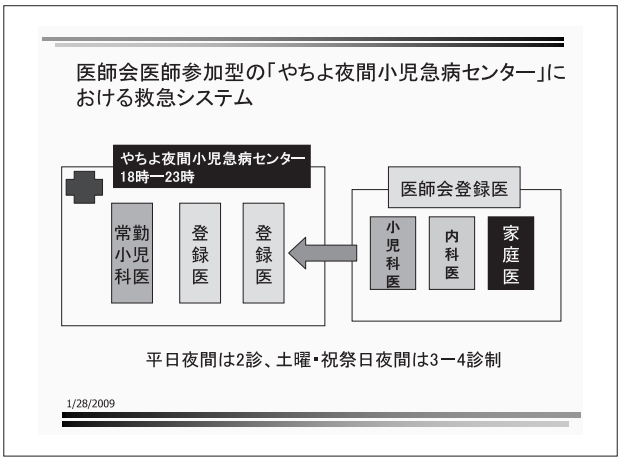
との循環型医療をやるということが骨格になって行われておりますので、医師会参加型の救急のトリアージ機能のあるＥＲとして機能しております。院内に八千代夜間小児急病センターを開設し、時間が準夜帯に限られておりますが、そこに診療所の先生方においでいただいて診療しているという方法でございます。



（スライド10）

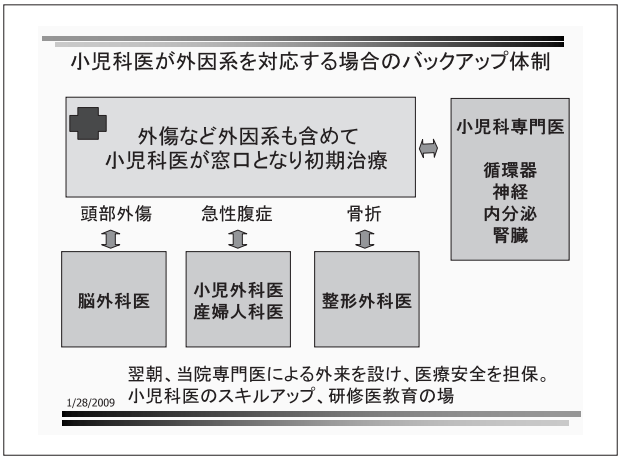
その中でこのセンターの医師が一緒になって診療を行っておりますが、具体的には医師会に登録されている先生方が八千代小児急病センターの登録医になって、常勤医師と一緒に行っているという形をとっております。（スライド11）

常勤の医師は、外傷等を含めた外因系のものを診ていまして、さらに脳外科医とか小児外科医、整形外科医、産婦人科医と相談をしながら、いろいろな対応ができる体制をとっておりますが、このような



（スライド11）

小児科医が最初に診るということにありまして、こういった小児科医のスキルアップ、いろんなことにも役立つということがございます。

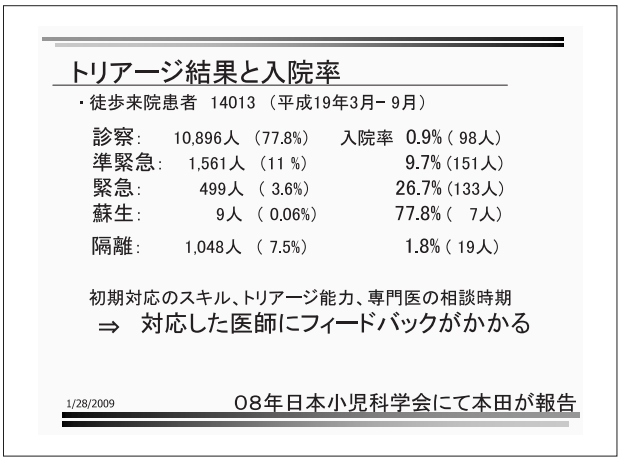


（スライド12）

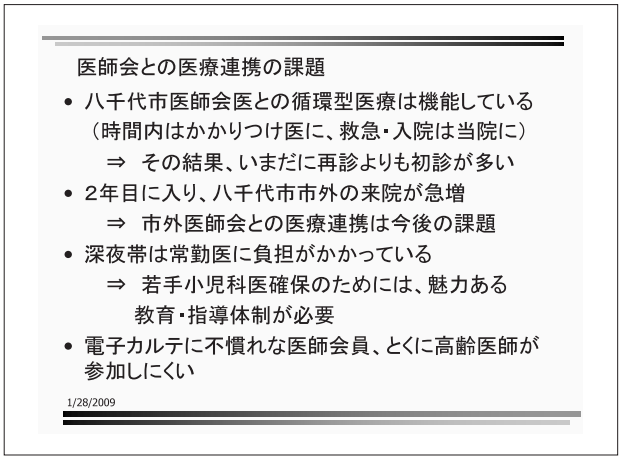
トリアージを行いますと、緊急性のある人たちは3.6％で、その入院率は高いのであります。一般診療の中で診ている人は１万ちょっとでございますが、入院率は0.9％でございます。（スライド13）

これらの機能は循環型で機能しておりますので、時間内はかかりつけ医で診ることになりますが、救急とか入院は八千代医療センターに行く事なります。

最近、八千代市以外からの来院が増えて、対応がこれから問題になってきているところでございますのと、どうしても深夜帯は常勤医が行いますから、そのことによっての若手の小児科医の確保が問題でありますと同時に、指導、教育が大きな課題になっております。（スライド14）



（スライド13）



（スライド14）

次に船橋の現状でありますが、船橋は小児の初期の救急体制がなかった時代が長く続いておりまして、このころは３つの病院の小児科が初期の救急と２次以降の救急を行うという対応で非常に疲弊をしておりました。この2002年には４病院になったのですが、すぐにまた３病院になってしまったという実態があります。（スライド15）

そういったような実態の中で、院長初め医師会の先生方、あるいは小児科医会の先生方が小児に特化した夜間救急をつくった方がいいということで、時間は限られておりますが、準夜帯のこういった時間帯をまず始めました。それが次第に曜日が増えてまいりまして、今までは365日に拡大をしたということでございます。（スライド16）

この表でご覧のように、小児に特化した救急の列ができているということでございます。先ほどの３

船橋市における小児初期救急の変遷

1. 小児初期救急体制がなかった時代
   1）～2000：3病院小児科が各々対応
   2）～2002：4病院が輪番制で対応
2. 医師会の小児夜間急病診が開設
   1)2002.12：土日祝の18~21時
   2)2006.04：上記＋水木の20~23時
   3)2006.12：365日に拡大充実

1/28/2009

（スライド15）

船橋市夜間休日急病診療所における小児救急診療ー診療所の概要

曜日	診療時間	医師	看護師	薬剤師
月～金曜日	平日前準夜：午後8時～午後11時	小児科1名	2名（午後9時～午後11時は3名）	1名（待機有）
	準　夜：午後9時～午前 0時	内科系1名　外科系1名	2名（午後9時～午後11時は3名）	1名（待機有）
	深　夜：午前0時～午前 6時	内科系または外科系1名	1名	0名
土・祝日	前 準 夜：午後6時～午後 9時	小児科1名	2名	1名（待機有）
	準　夜：午後9時～午前 0時	内科系1名　外科系1名	2名	1名（待機有）
	深　夜：午前0時～午前 6時	内科系または外科系1名	1名	0名
日・年末年始	休日診療：午前9時～午後 5時	小児科1名（年末年始2名）	2名（年末年始3名）	1名（待機有）
	前 準 夜：午後6時～午後 9時	小児科1名（年末年始2名）	2名	1名（待機有）
	準　夜：午後9時～午前 0時	内科系1名　外科系1名	2名（年末年始3名）	1名（待機有）
	深　夜：午前0時～午前 6時	内科系または外科系1名	1名	0名

1/28/2009

（スライド16）

つの病院が初期から２次以降を行っておったわけでございますが、その病院は紹介を受ける機能としてあるわけでございますが、何分にも小児科の数は十分にはまだいっておりませんので、輪番で行っているようになっております。

重症小児紹介病院ネットワーク（小児2次救急）

当番時間　月～土曜日　17:00～翌9:00
　　日・祝・年末年始　9:00～翌9:00

	船橋市立医療センター	千葉徳洲会病院	船橋二和病院
当番に参加している小児科医数	8名	3名	3名
当番日の勤務体制 月～土曜日（市立医療センターは月～金）	8:30～翌12:30（1名）	9:00～17:00（1名）	9:00～17:00（1名）
	13:30～22:00（1名）	9:00～19:00（1名）	17:00～21:00（1名）
		夕方～翌朝（1名）	21:00～翌9:00（1名）
日祝年末年始（市立医療センターは土含む）	8:30～18:00（1名）	9:00～17:00（1名）	9:00～17:00（1名）
	18:00～翌12:30（1名）	夕方～翌朝（1名）	17:00～翌9:00（1名）

1/28/2009

（スライド17）

小児に特化した時間帯に来る患者数は年々増えてまいりまして、特に平日に行って、小児科医が行うということが強化されてからは非常に数が増えてきているという実態がございます。

受診者数の推移と診療時間の変化

年　度	H14	H15	H16	H17	H18	H19
全患者数	10,753	13,214	12,174	12,689	13,968	13,538
15歳未満患者数（全時間帯）	6,836	9,243	8,283	8,748	9,782	9,668
小児科常駐時間帯患者数	1,660	3,353	3,103	3,151	5,326	5,970
小児2次救急への紹介数（全時間帯）	164	196	140	141	166	208
医師数　前準夜	21名	23名	26名	27名	30名	37名
平日前準夜					30名	47名
準夜	234名	246名	219名	215名	220名	224名
深夜	96名	82名	74名	74名	64名	65名
	12月より土日祝年末年始18時～21時の小児科診療開始（前準夜）				4月より水木20時～23時の小児科診療開始（平日前準夜） 12月より月～金に拡大	

1/28/2009

（スライド18）

年次的な推移は、例えば小児の部分が増えてきたことによりまして、２次を行っておりました救急、当時はこのぐらいの数が２次に来ておったのですが、だんだん減ってまいりましたが、今でも初期の患者が２次病院に行ってしまうという実態がありますので、これを解消しなければならないということがあるわけでございますが、明らかにここの負担は減ってきたという実態がございます。

小児救急患者数の年次変化

小児患者数	平成13年度	平成14年度	平成15年度	平成16年度	平成17年度	平成18年度	平成19年度 小児患者数	平成19年度 前年度比
夜間急病診療所	3,988	6,845	9,253	8,299	8,769	9,782	9,668	−1.2%
休日診療	3,343	4,566	4,742	4,255	4,636	4,693	4,930	5.1%
2次救急医療機関	2,653	404	183	256	111	109	125	14.7%
小児2次救急医療機関	7,057	6,935	5,643	4,155	4,897	3,839	3,534	−7.9%
計	17,041	18,750	19,821	16,965	18,413	18,423	18,257	

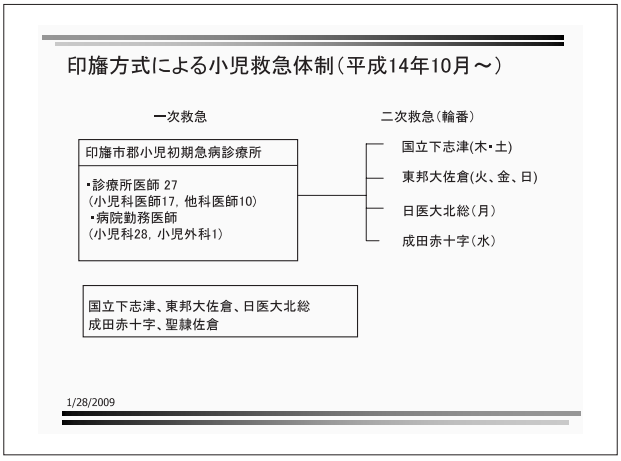
1/28/2009

（スライド19）

続きまして、印旛方式と申します方法は、何が特徴かと申しますと、この地域にはもともと、ここに掲げるような機能を持つ４病院がありました。

この４病院で初期と２次をすべて行っていたわけ

でございますが、地域には初期救急のシステムがございませんで、病院が初期の救急で２次救急の機能が果たし得ないということと、ここに勤務する医師が疲弊をしておりました。医師会にご相談申し上げて、追川医師会長に非常にお骨折りいただきまして、行政と交渉を重ねて、佐倉市に印旛小児初期救急診療所をつくりました。そこには診療所の先生方で小児科医が17名と他科の先生が10名、そして勤務医28名が参加しています。



（スライド20）

初期を行っていました病院は、こういう機能があった方が、たとえ２次を引き受けていても、初期に出ていってでも初期救急を確実にトリアージできるところをつくった方が楽になるということで、病院の勤務医がここにかなり加担しております。そのために深夜の対応ができるという体制を整えました。

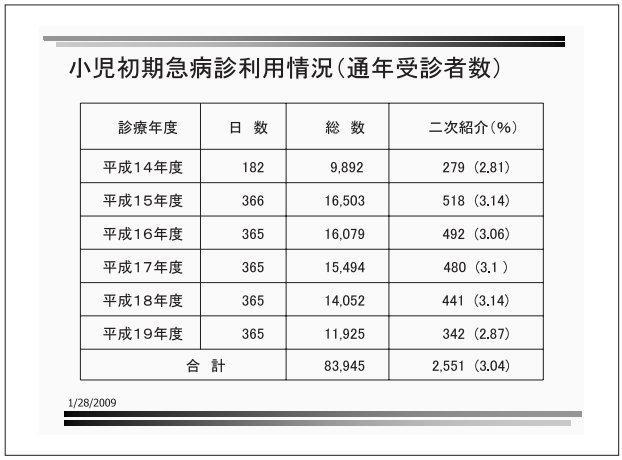
すなわち、365日深夜帯まで全部対応するようになりましたので、主に勤務医が深夜帯を負いますが、開業の先生方も翌日が休みの時は深夜を担当してくださいますので、そのことによって２次の救急の仕組みはうまくいくようになりました。（スライド21）

14年10月に開設をいたしまして、小児救急を始めるとどんどん増えてしまうのではないかということがありましたが、そういうことはございませんで、大体このような数で推移をしてまいりました。平成18年迄は八千代からもここに沢山来ていたわけでございますが、八千代医療センターができましてから八千代の方に受診するようになり、最近では開設の

（スライド21）

頃よりも少なくなったという実態がございます。

２次に送られる率は大体３％でございまして、これらの数が４つの病院に分散されますので、うまい仕組みができたということでございます。



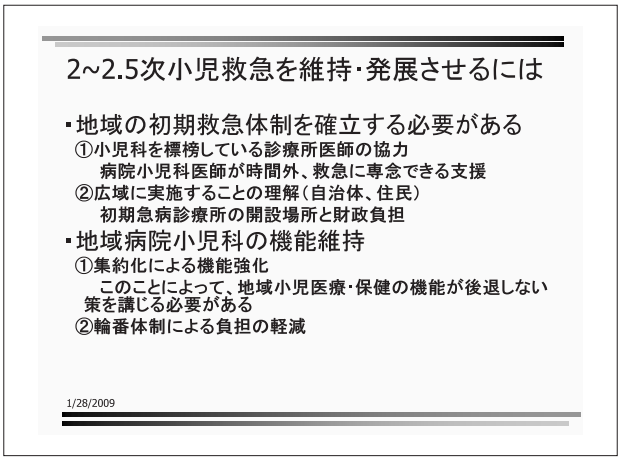
（スライド22）

２次、2.5次の小児救急を維持発展させるのに何が必要なのかということでございますが、これはこの地域だけのことではございませんが、絶対必要なのは地域に初期救急体制を確立するということでございます。小児科を標榜している診療科の医師の協力が絶対に必要でございます。なぜかと申しますと、県内には小児科の医師が非常に少ないという実態を見ると小児科医だけでは無理でございますので、他科医師の支援が必要だと思います。そのことによって、病院の小児科の医師が時間外救急に専念できるということで、その体制が強化されることになります。

もう一つは、１つの市あるいは１つの地区だけでやろうと思ってもなかなかできないので、広域でやろうとしますと、自治体、住民の理解が必要でございます。開設場所とか財政負担の問題をどう解決するかということでございますが、印旛地区に関しましては医師会が主導でやっていただきましたので、うまくいったのだと思います。

地域病院小児科の機能をどういうふうにつくるかというのは、今、小児科学会、小児科医会では集約化ということも考えているのでございますが、このことによって地域の小児医療、保健の機能が後退してしまってはまずいわけでございますから、そこの機能を保持しながら集約化が図れればいいわけでございますが、なかなかそうもいかないところもございます。

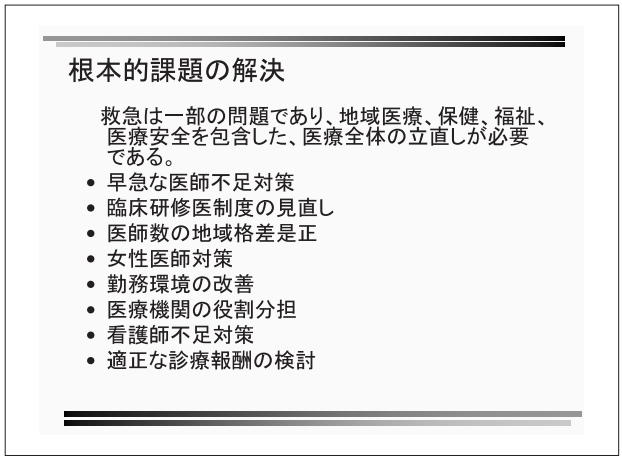
したがいまして、輪番体制をうまくする工夫とか、いろんな工夫が必要なのでございますが、残念ながら千葉県内においてもまだ十分な対応ができないところもございます。



（スライド23）

今言ったようなことは地域ごとにできるところもありますが、できないところもございます。根本的な課題の解決は、救急というのは小児の医療の中では一部の問題でありまして、地域医療、保健福祉、医療安全、すべてを包含した医療体制の全体の建て直しが必要になってまいります。

ずっと言い続けられておりますように、医師不足対策、臨床研修医制度の見直し、医師数の地域格差の是正、女性医師対策、勤務環境の改善、医療機関の役割分担を明解にして、これから病診連携、病病院連携、いろんなことをきちっと行っていかないとうまくいかなのではないかと思います。それと同時に、千葉県にあっては医師、看護師の不足対策が絶対不可欠でございまして、それを担保するためには病院の経営状況を改善する必要があり、適正な診療報酬の検討が必要だと思います。以上でございます。ご清聴、ありがとうございました。



（スライド24）

女医が活躍出来る環境の整備

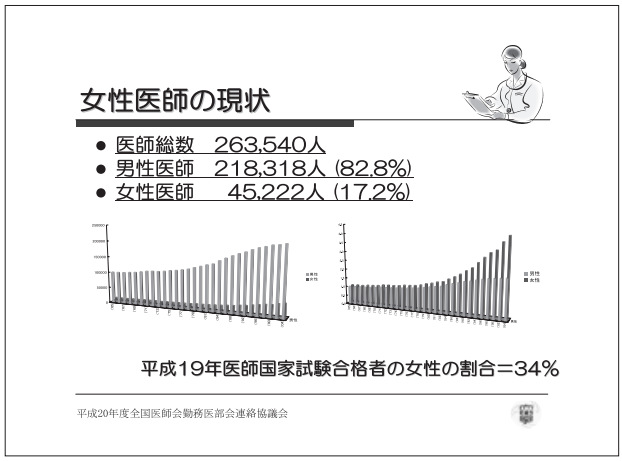
東京女子医科大学病院腎臓内科　准教授　**内　田　啓　子**

女子医大の内田です。本日はこのような高い席から、お話しさせていただく機会をいただいたことを大変感謝しております。皆様からこんな話なら聞くのではなかったという感想が出ないことを祈るばかりでおりますが、どうぞお聞きください。よろしくお願いします。

私が、何故最近、こういう話をする機会が多くなったかと考えますと、たまたま子育ての経験があって、勤務医を継続しており、履歴書が途絶えたことがなく、たまたま今、医育機関にいるからでしょう。個人的には女性医師問題という言葉は、抄録にも「？」をつけさせていただきましたが、余り好きな言葉ではありません。女性医師問題イコール子育て問題や子育て支援問題ではないと強く最初に申し上げたいですし、女性医師としてではなく一人の医師として認められたいと思って今までやってきました。また、子育て等の問題は個人的な問題として自分で何とかするのが当たり前かなと思うような育ち方をした年代であります。女性医師の中で子育て支援を何とかしてほしいと思っている方が今たまたま注目を浴びているだけで、女性医師皆さんがそう思っているかどうかというと、決してそうではないということを、今日、見渡しますと男性医師の方が多いようですので、最初に強調させていただきたいと思っております。

現在の女性医師の現状についてです。現在、総医師数に対して女性医師の数は約17％ですが、今、一番問題なのは、厚生省が医師は増えていると言っている内容は、結果的には女性医師が増えて全体の医師数が増えている。さらに平成19年度の医師国家試験の合格者の女性の割合が大体34％くらいです。もうすぐ40％の医師国家試験の合格者が出るだろうと言われております。

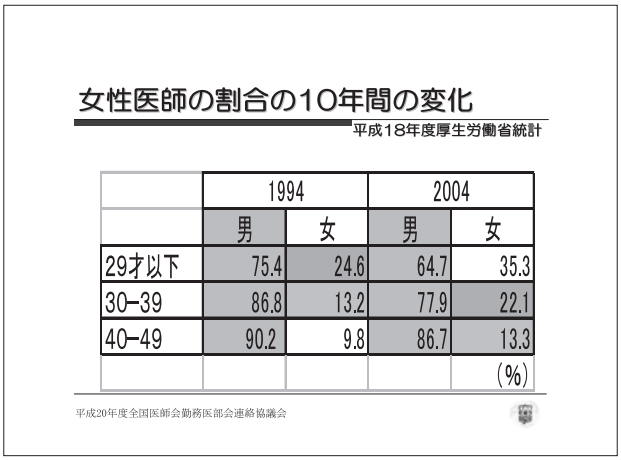
また、私立の医科大学では女性の医学生の定員を絞っているところもありますが、国立大学などを見ますと、入学試験の方法によって、例えば２次試験で理科の科目が少ないですとか、数学よりも英語を重視しているような方法では、女性医師が50％を超えている医学部があるのも現実です。



（スライド１）

この10年間の女性医師の割合変化を見ますと、1994年に29歳以下の女性医師が24％、現状では35％です。この1994年に29.4％だった方が、現在の30歳代のところに移行しているのですが、数字としては横ばいですが、全体のパーセンテージが増えている

割に、決して上昇には転じていません。現状で医師不足と言われて、女性医師が増えていることが問題であるのであれば、この10年後、2014年に今現在29歳以下の35％の女性医師が30代になったときにどのぐらいのパーセンテージをはじき出させることができるかが非常に大きな問題ではないかと考えております。

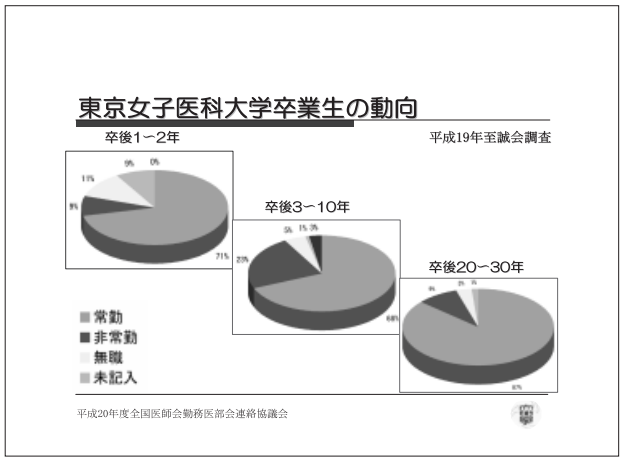


（スライド２）

これは東京女子医科大学の卒業生の動向です。皆様ご存じのとおり、我々は世界で唯一、女性医師のみを輩出してきておりますし、現在もその方針を貫いてやっております。

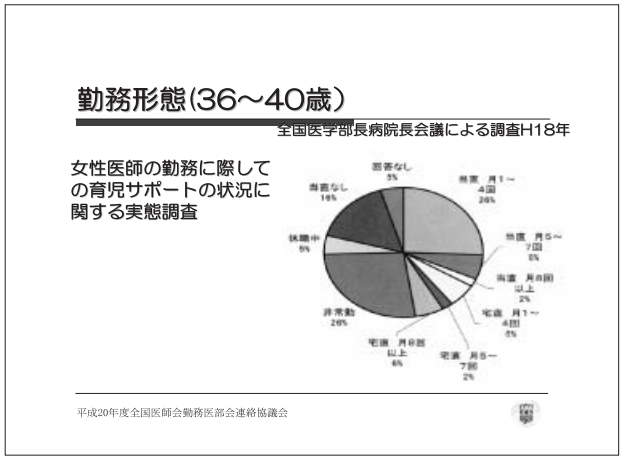
これは常勤か非常勤かという形態で見ておりまして、勤務医か開業医かということの分け方ではないのですが、青いところが常勤医です。卒業して１～２年であれば、それでも７割５分ぐらいが常勤医で働き、子育て時代には少し減り、また卒後、私ぐらいの年代になりますと戻ってくることになりますが、実際は勤務形態に関しては明らかになっておりません。（スライド３）

今度は少し広げまして、全国医学部・病院長会議からの平成18年の報告を幾つかご紹介しますが、これは実際、36歳から40歳の子供さんが幼稚園、小学校に行くぐらいの年代を含む女性医師がどのぐらい当直をしているかということですが、お子さんのいる約半分ぐらいの女性医師が当直をしており、男性医師からすれば当たり前ですが、ある年代の女性医師にとっては当直をするということが勤務を継続す



（スライド３）

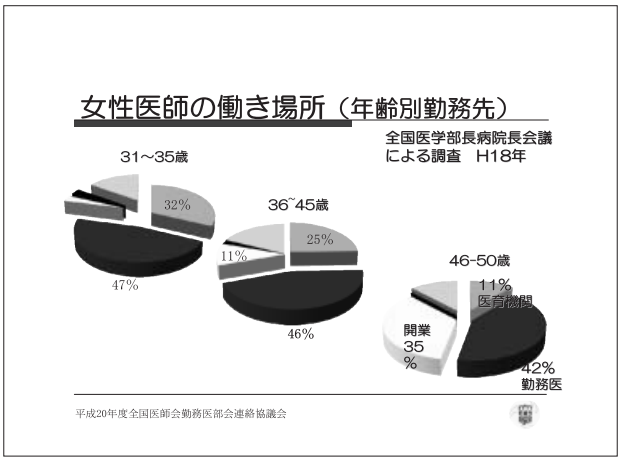
ることの一番のネックになるということが、わかると思います。



（スライド４）

さらに医学部・病院長会議の報告は、今どこで女性医師が働いているかということを勤務医か開業医か医育機関にいるかということをきちんと分類して出しております。赤いところが勤務医で、私の年代になりますと、42％の女性医師が勤務医として勤務していることがわかりますし、ただ、医育機関には11％の者しか働いておらず、ここはもう少し頑張っていかなければいけないと思っています。開業が35％になりますが、開業の人数は私ぐらいの年になりますと、ぐっと増えてくることがわかると思います。（スライド５）

ここまでのまとめです。女性医師の割合は確実に増加しており、いずれは30％を超し、働き盛りの30代、特に病院勤務で過激な勤務をこなす年代の医師

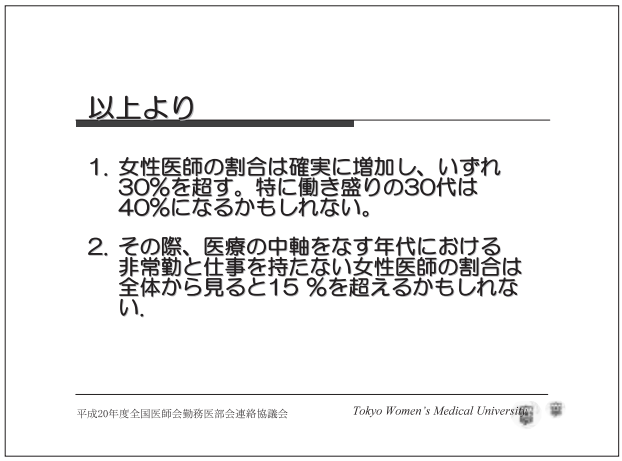


（スライド５）

のうち女性医師が40％になるという時代は、もうすぐそこまで来ております。しかし、その医療の中軸をなすべき年代における、非常勤と仕事を持たない女性医師の割合が全体から見ると15％ですが、女性医師のパーセンテージが上がるということは全体の医師数が増えても、勤務医の医師不足を回復できるかというと、決して、そうではないと思います。では、女性がなぜ離職するかというと、そこに初めて子育てを理由に離職する人が多いということがあります。決して女性医師がすべて子育てで離職しているわけではありません。

抄録にも書きましたが、女子医大であるからこんな社会的に注目される前から女性医師に手厚くやってきているのだろうと皆さん思っておられるようで、私も昔から学会等に行くと「女子医大だからいいわね」とよく言われましたが、実はそうではありませんでした。以前から、若い年代ですと50％が女性医師で、もしその女性医師に手厚くしてしまいますと、医局の当直、関連病院の維持などは回らなくなります。ですので、逆に言うと、ほかの大学病院よりも非常に厳しい状態で女性医師は仕事を続けてきたというのが実感です。

実際には、大学病院ですので医局単位で何とかしていくということです。その医局の方針によって、女子医大でありながら女性医師が１人もいないという医局も私が入局した時代にはありましたし、公然と女性はとらないといった医局も25年前にはありました。



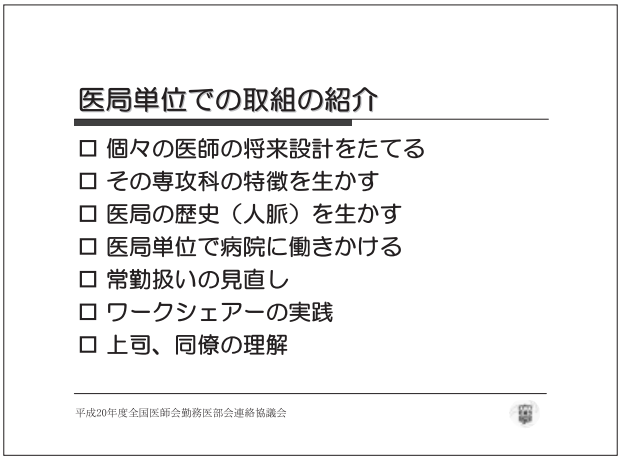
（スライド６）

私は５～６年医局長をやらせていただきまして、そのときの医局単位でどういうことに取り組んできたかを少しお話します。この問題は結局は全体論では決して進みません。個人的な事情は様々ですので、個々の医師と医局長が相当の時間を使って、その医師の将来設計についてかなり深く入り込んで話をしていかなければいけない。私の専攻科である腎臓内科でありますと、病院で緊急の透析等に対処したり、ステロイドの大量療法などを行うような非常に高度な医療もあれば、慢性維持透析を管理するという落ち着いて淡々とした外来業務等の仕事がありますので、その医師、その医師の時期によって、我々の専攻科の特徴を生かした仕事の復帰の仕方を提示してきました。また、医局の歴史が長ければ、人脈もできてきますので、ＯＧ、ＯＢの先生に無理を言ってお願いすることも出来ます。また、個人で就職等お願いするのではなくて、医局単位で病院にお願いすることもしました。

医局長時代に非常に感じたのは、常勤扱いの定義の縛りが強く、４日間勤務しないと常勤とは認めない。そこを何とかということで、公の病院では無理だったのですが、私的な病院では、２人で１人、２人で大体１人の常勤分の給料でシェアさせてもらっていました。今、ワークシェアということが非常に話題になっていますが、我々の医局ではかなり前からやっておりまして、個人的な比較的小さな単位の、

特にＯＢのいらっしゃるような病院でこれをお願いして実践してまいりました。具体的には、例えば透析のある病院でありますと、常勤の先生が病棟で呼ばれながら維持透析の患者を診るというのは負担になりますので、その外来透析の部分に女性医師を２人派遣して月・水・金、火・木・土を分担して主治医をしてもらったりしました。お給料が低くてもその女性医師はキャリアを継続出来ますし、常勤の先生はそれで病棟に専従できますので、お互いにメリットがあります。

もう一つ、我々の医局でも半分は男性ですので、男性の上司、同僚の理解、また女性医師の同僚や上司の理解も医局単位でやってかいないと、個人的に何もかも対応していきますと、辞めていくことになってしまいます。

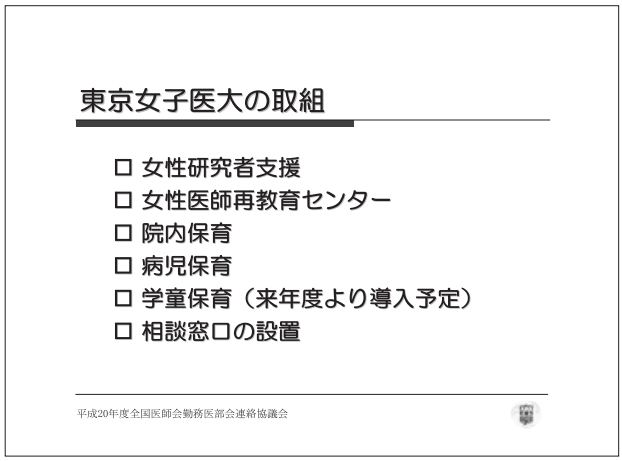


（スライド７）

東京女子医大の取り組みです。これはずっと昔からやっている取り組みではなくて、2005年以降にかなり先進的に舵を大きく切って始めてきたことをご紹介したいと思います。

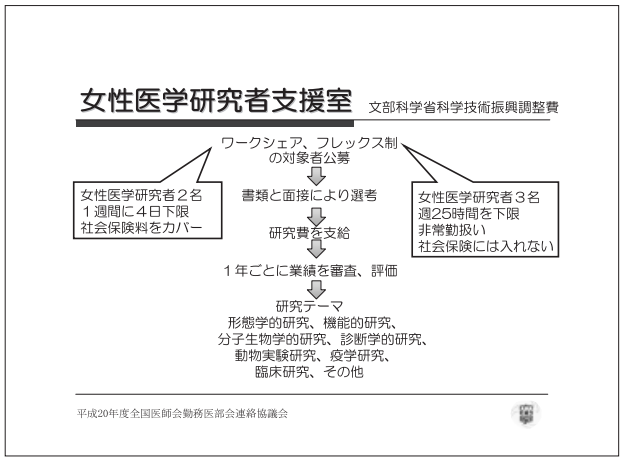
大きく分けると、女性研究者支援、医師再教育センター、院内保育、病児保育の充実、学童保育、これは来年度より導入予定です。また、女性医師の相談窓口の設置などを行っております。（スライド８）

最初に、女性医学研究者支援室ということですが、臨床の現場に戻るのは無理でも、少しでも研究を続けたり、大学にいるからには学位を取りたい、そのような希望がある者に対する支援として文部省が出



（スライド８）

しました科学技術振興調整費をいただくところから始めました。各学年７～８名ずつ、ワークシェアをとるかフレックス制をとるか、それを一般公募にしまして、面接をして、研究費を支給して大学の部屋を使って指導医をつけて研究をさせます。２年間で必ず研究成果を発表することを義務づけています。現在、１学年に７～８名ずつ登録して、研究調整費が切れても継続していくような形でやっております。これは臨床ではありませんので、現場の臨床の勤務医の負担を減らすことにはなりませんが、女性医師がキャリアを継続するという意味では、お役に立っているのではないかと思っています。



（スライド９）

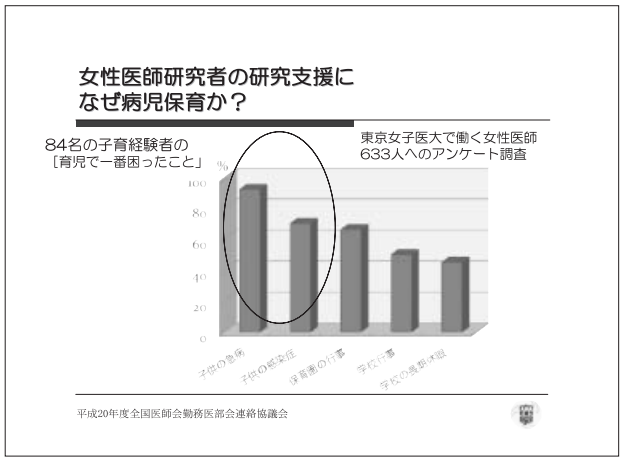
少し小さいのですが、実際にはお金は、週４日を下限とした場合には月額15万円、フレックス制で週25時間、どのようにこのフレックスを選んでもらっても構わないのですが、８時間を一気に３日でやっ

てしまっても構わないし、３時間を長くやっても構わないし、本人が土日に集中したいと言えば、それでも構わず、時給制でやっております。平成20年度の９月から、女子医大として女性医師に限らず、男性医師でも週30時間勤務というような雇用形態を新たに始めました。上限週30時間働いて、給料は月額18万円ですから非常に安いですが、保険等もついており、１人の助教の給料で２人のフレックス制の勤務医を雇えますので、Ｎの数は増えます。これを今、導入し始めて、何人かの応募があるところです。

（スライド10）

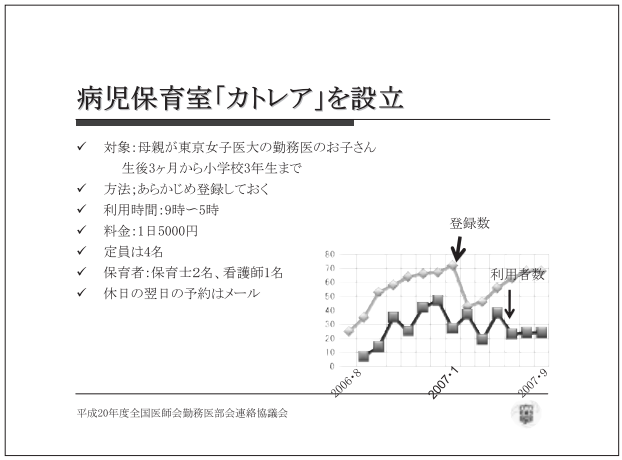
女性医師研究者、研究支援に病児保育がなぜ必要かと申しますと、女子医大で働く女性医師633人にアンケートをとりますと、経験者はそう思うのですが、育児で一番困ったことは、子供が健康で保育園に行っているときは何の問題もないのですが、子供の急病や出席停止になった場合が最も困るということで、これを女子医大として、現状、やらないわけにはいかないだろうということで、病児保育室を設立しました。（スライド11）

非常にはやっております。これはお母様が女子医大の勤務医であるお子さんの生後３カ月から小学校３年生まで登録制にしてあります。利用時間は９時から５時までで、病児の場合は必ず小児科の先生の診断書を付けてということにしています。何時間預けても１日5,000円で、少ないのですが、定員は４名です。健常な時はいつもの保育園に預けておき、登録しておいて、前日、発熱の可能性、もしくは発熱



（スライド11）

をすれば、メール等で翌日の空き状況を確認して、空いていれば預けるという形で、保育士２名、看護師１名で、現在は70～80名ぐらいが登録しており、いつも４名はいっぱい、場合によって病児の様子が軽ければ５～６名まで預かるというので、フル回転をしている状況です。これは評判が非常にいいようです。

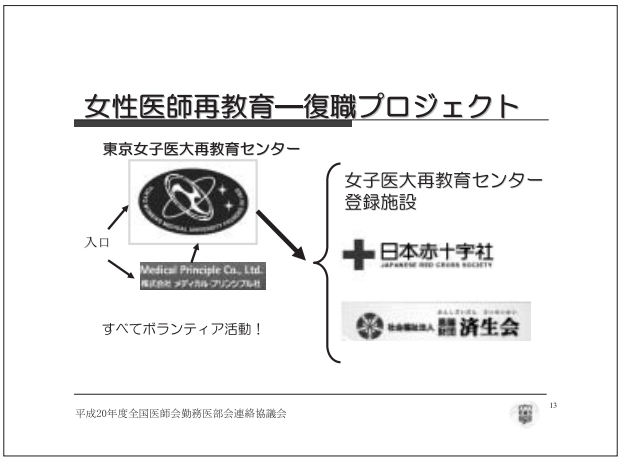


（スライド12）

今までのお話は、お子さんがいても何とか辞めないでやっていただくための支援ですが、先ほどから復職のプログラムがないというお話が出ておりましたが、女子医大ではこれはメディカル・プリンシプル社という人材派遣の会社ですが、こことタイアップをして、女性医師教育センター復職プロジェクトを立ち上げました。会社と金銭授受の関係はありませんで、入り口として女子医大に連絡をとってきてもよし、人材派遣会社に何かアクションをかけてき

た人もよしとしたのです。ただ少なくともすべての面談やプログラムの作成は、再教育センターを構成している女子医大の医師が行います。先ほども個々へのプログラムということを申しましたが、個々のプログラムを作成して、女子医大の再教育センターに登録していただいた施設、もしくは日本赤十字社、日本済生会の日本全国の病院で当てはまるところに、必要と思われる年数、必要と思われる診療科に再教育プログラムをお願いしています。

受け皿の病院は契約するときに、最初に決して勧誘しない、私の病院にそのまま残りなさいということは決してしないという取り交わしをした上でこのセンターに登録していただいて、医師を無償で教育していただいています。再教育を希望していても人材派遣会社にアクションを起こすということも難しいですし、個々の病院にかけると、そのままそこで働かなければいけないのではないかというプレッシャーもありますし、また所属医局と関係が切れてしまうと、どうアクションしていいかわからないという女性医師が多いため、東京女子医大がやっているということであれば、アクションを起こしやすいのではないかということで、完全にボランティア活動でやっております。

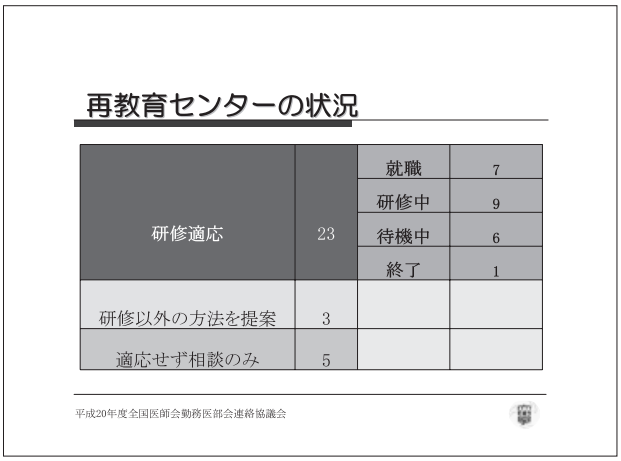


（スライド13）

現在研修している人が23名、研修以外の方法を提案した人が３名、相談だけの人が５名です。

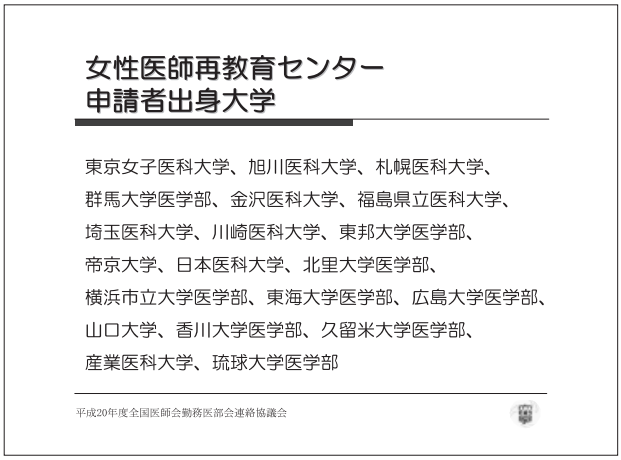
（スライド14）

このようにやっておりまして、女子医大の卒業生



（スライド14）

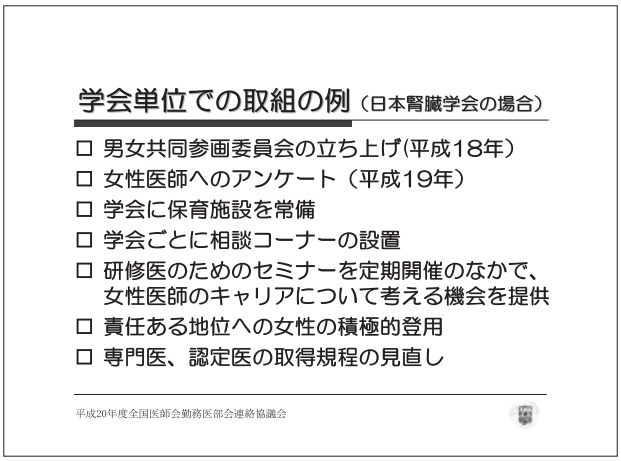
に限っておりませんので、全国各私立、国立の医学部の女性医師の先生方等の相談を受けてやっております。



（スライド15）

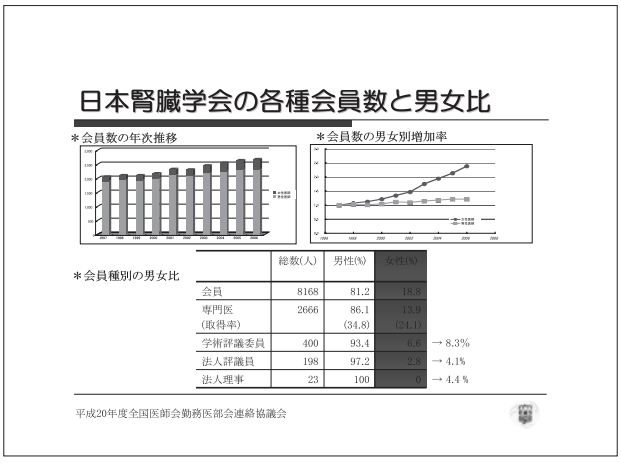
私は日本腎臓学会に所属しておりまして、学会単位の取り組みとして、男女共同参画委員会が成立されており、私も委員を務めております。今まで一番画期的だったのは、専門医、認定医を取るときに常勤でありますと３年間、指定研修機関で働いていると獲得できるのですが、非常勤で働いているとなかなか決められた期間内で決められた単位が取れないということがありました。そこで、その教育機関に認められているところで、常勤でなければ、その分をパーセンテージでかけて、少し長い期間であっても研修をしたということを認めようというふうに定款を書き直し、女性医師が専門医、認定医を、仮に非常勤医であっても取りやすいような形に変えまし

た。



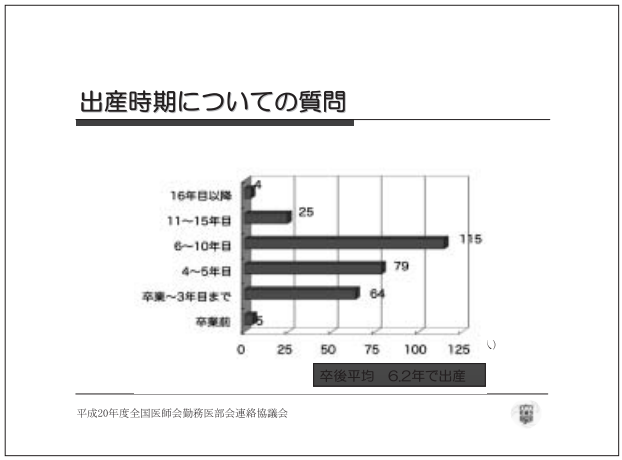
（スライド16）

腎臓学会も医師数と同じで、会員数は増えているのですが、結局は女性医師が増えているということです。ポジティブアクションという言葉がありますが、これは人事権を持つ、発言権を持つ地位に女性医師がどれだけ立てるかということで、国は2020年までに20％にするようにという指針を出しております。腎臓学会においても法人理事はこの活動が始まるまではゼロでしたが、約２年で法人理事、法人評議員、学術評議員なども増えています。そのことによって増えた女性学会員を何とかきちんと活用して、継続してもらおうという工夫をしております。



（スライド17）

委員会で行ったアンケートで、いつお子さんを産みましたか？という質問した結果がこのスライドです。ここから分かることは、卒業前に子供を産む女性が増えています。さらに研修制度になって、この卒後３年目までに子供をもう産んでいる方がこれだけいること。この方々の離職率が非常に高くなっていると考えられます。今まで一般的だったのは大体６年目から10年目、大体30代の間に子供を持とうとする方が多かったと思いますが、こういう新しい女性のライフスタイルを認識した上でやっていかなければいけないと思っています。



（スライド18）

子供がいるいないにかかわらず、オリンピックの記録を見ても女性と男性は体力的な面からいうと同等というわけにはどうしてもいきません。女性医師にとっては、勤務時間が決められている、総時間が多いのだったら、最初からその日は多いということがわかっていて、計画性があるということが非常に重要になってきます。さらに休暇が堂々ととれる。それは緊急であっても有給であってもです。

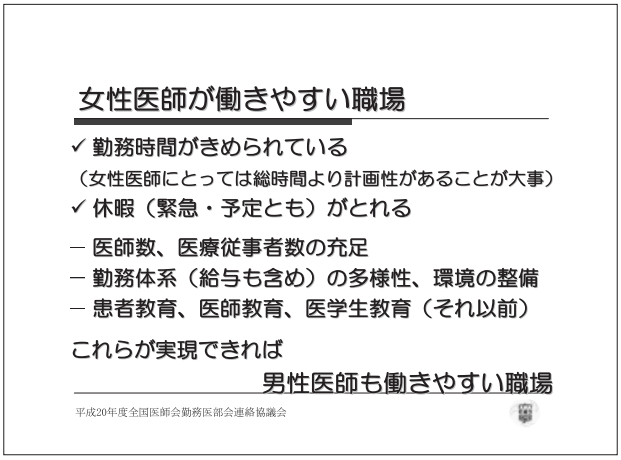
そのためには、当然、医師数、また医師を助ける医療従事者数の充足も必要ですし、勤務体系の多様さ、フレックス制を認める、短時間勤務を認める、非常勤医をどこまで認めるかということ、また保育園等の環境整備も大事です。

また、患者さんの教育も大切です。女子医大であっても、いまだに最初から女性医師の受け持ちを拒否する患者さんもおられます。

また、医師教育。これは男性も女性もですが、女性はある一定の期間、子供を産むときにそういうことが起こり得るということを常識として認識していただくような教育、また、医学生の教育。医学部に

入ってくる以前の教育、そういう教育面も非常に大事だと思っています。

タイトルは女性医師が働きやすい職場と書きましたが、もしこれらを実現することができれば、男性医師も働きやすい職場が実現できるのではないか。そういうことで、今、女性医師の問題がこれだけクローズアップされているのではないかと思っております。以上です。ご清聴、ありがとうございました。



（スライド19）

ディスカッション

【鈴木座長】 ただいまのご演者に対するご質問がありましたら、お受けしたいと思います。

【鈴木】 川崎の鈴木と申しますが、労災病院の先生、答えられなかったら院長先生もいらっしゃると思いますので、その方でも結構ですが、労災病院は働く人たちの幸せのためにあるわけですね。そこで働いている人が幸せにならなければおかしいですよね。先生は、過労死以上の勤務をやっていると、自慢しているのか、してないかわかりませんが、日本国のこのような勤務体制がよいのでしょうか。労災病院というと厚労省の管轄ですよね。厚労省管轄の病院が自ら厚労省が作った労働基準法を守っていないことに対して、どのように考えているのか。労働基準法違反は明らかですよね。

【安川】 最初のところは先生のおっしゃるとおりで、労働者の福祉ですから、当然、そこで働いている我々もその精神にのっとった形で働いていると。それが当然であると思っています。先ほどお出しした勤務時間のものは、我が労災病院のデータではございませんで、厚労省の検討会で報告された資料の方で70時間というのをお示しさせていただきました。うちの病院の資料は出しておりませんが、それは内緒にさせていただきたい。

労働時間は確かに多うございます。しかし、病院で勤務医として働いたときに、働く生きがいと申しますか、望んでやっている場合と、しようがなくやっている場合といろいろあって、その負担感はそれによって異なるだろうと思いますが、今の我々の病院でさっきの過労死をはるかに超えた時間、非常に少ないと思うのですが、同じような時間働きましても、私個人に関しては申し上げることはできないのですが、それを負担に感じずに働いている人間が、特に若い世代においてかなり多いのではないかと感じております。

【鈴木】 先生、それはいいですが。勤務医の家庭は崩壊しますよ。嫁さんに逃げられたらどうするんですか。

【安川】 幸い、今のところ逃げられておりませんけれども。

【鈴木】 本当に労働基準法に違反していませんか。

【安川】 今のお示ししたデータをそのままとれば、労働基準法に違反するだろうと思います。

【鈴木】 自らがつくった法律に自らが違反するという行為に関して、どう考えますか。

【安川】 自らがつくった法律というのは……

【鈴木】 厚労省がつくったんでしょう。

【安川】 労働基準法を云々できる立場ではないと思うのですが、難しい問題だと思うのですけれども。

【鈴木】 院長先生も大変だと思いますけど。院長先生、いかがでしょうか。

【中村座長】 本田先生。

【本田】 鈴木先生のお気持ちはよくわかるのですが、日本の医師は聖職者意識で働き過ぎているという面では反省すべきだと思うのです。ただ、安川先生とか院長先生を責めてはちょっと辛いところがあって、そのためにも我々が大同団結して、医師が人間として働いている条件で病院が黒字になるように、私は努力しているのですが、これをここで争ってもちょっと寂しいので、それこそ我々の敵は官僚とか、それをちゃんと整備しない政治家にあるわけですから、先生のお気持ちは本当にわかるのですが、今はそこら辺は……

【鈴木】 考え方は全く同じですが、いずれにしても改善しなければと思います。

【中村座長】 ほかにどなたか、ただいまの３題に対してないでしょうか。

残りの20数分間を使いまして、総合討論に入りたいと思います。

今日のお話は、今、話題にもなりましたが、働かないと儲からないということもあるのですが、生きがいを持って、現在、かけられた医療支援、現状のシステムでこうやっていけば院長先生も人員を増加してくれたとか、そういった話と、小児のことにおきましては、行政に働きかけて、多分、お金をかなり出してもらう、あるいは医師会が中心となって、今、一番問題になっている小児あるいは産科の２次救急医療体制の構築、３番目が女医問題というか、女性あるいは我々が活躍できる環境、まさに医師の団結というか、男性であれ女性であれ団結してやっていかなければいけない話だったと思います。

演者間で質問し合ってほしいのですが、安川先生の方で地域連携パスの話があったのですが、基幹病院だけに集中するのではなくて、地域連携パス等を使って、限られた医療財源を頑張って利用していかなければいけないのですが、その方向についてそれぞれの演者の先生、三上先生からコメントいただきたいのですが、まず三上先生から。

（三上常任理事のコメント①）

【三上】 安川先生にお話を聞きたいのですが、周りの病院との連携というんですか、一般病院との関係はどのようになったかというのを少しお伺いしたいと思います。

【中村座長】 安川先生、お願いします。

【安川】 いろんな取り組みをしてまいりました。発表の中でスライドがほんの２枚のお話でしたが、連携パスの研究会をつくりました。近辺の病院とのコミュニケーションは、確かにすごく良くなりました。ただ、そこの病院の参加してくれる職種の方も医師よりも医師以外の人間が多いので、先生がご心配されているような経営状況の話というのは、聞こえてきませんが、今のところ、連携がうまくいっている限りは、うちの病院だけ突出して成績が良くなって、他が落ちるということはないように思っております。

【三上】 先生が最後におっしゃられました救急部を創設したいということは、非常に賛成です。基本的に勤務医の疲弊というのは、入院患者さんを主治医として受け持ちながら救急をやるということで、慢性的な緊張感の上に救急を受け持つために非常に強いストレスがかかるということで、かなり疲弊をするということがございますので、いわゆるＥＲと言われる外来だけをやる救急部を創設し、それを分けるということは私は勤務医の疲弊を解消するには非常にいいことではないかと思いますので、ぜひそれを実現していただきたいと思います。

【中村座長】 三上先生、貴重なコメント、ありがとうございました。

西牟田先生から安川先生に、地域連携パスも含めてご質問があれば、お願いします。

【西牟田】 私どもの病院の性格とかなり違うのだろうと思うので、余り十分な理解、あるいはご質問はできないかもしれないですが、私どもの病院が最も重視しておりますのは、地域の先生方から、紹介があった時にどの時間帯であっても受ける体制をつくるということだけはやってきました。その下地になっているのは何かといいますと、独立行政法人化する前、私どものところは国立療養所下志津病院が前身でございますから、もちろん内科も外科も小児科も整形外科もいろんな科がございますが、基本的に勤務体系というのは医師は日勤帯だけで、その時間を超えれば時間外の問題になると、そういうスタイルでございました。独立行政法人化しまして何が変わったかと申しますと、私のところは医師も含めてすべて勤務の仕方が変則勤務になりました。そのことによりまして、日勤をした人は夜勤の人にかわってしまうというスタイルをつくりましたから、その時間帯はその人たちに任せるという形をとりました。そういう形によって地域で遅くまで開業の先生方がご覧になって、間際に入院が必要だという患者さんがおありの時には送っていただいて、治ったらお返しするという連携システムをつくってきたました。

先ほどもご質問がありましたが、過重労働になら

ないためにどういう勤務の仕方を考えていくかということが、病院の機能を維持するのに大事なことだと思いますので、そういった視点で私どもは対応を強化してまいっております。

【中村座長】 安川先生、何かコメントありますか。

【安川】 病院の紹介してくれた患者さんを診て、それをまたお返しして、それによって外来の負担を軽くして、私どもの勤務を軽くすると。そういう意味で、もちろん連携が大事ですし、今おっしゃられたような、病院の中でワークシェアができるようにするためには、もちろんもっともっと人を増やしていかなければいけないのですが、現状は増やしたくても人がいない。決して雇ってくれないわけではなくて、何人でも雇おうと、院長も言っておりますが、医者の数をまだまだ増やしたいと思っているのですが、研修制度のせいなのかどうか、それは言いませんが、増やす医者がいない。目標は先生と同じところで、どんどん人を増やしてワークシェアをして、なおかつそれで私ども自身が不幸にならないような形でワークシェアをできるように招聘していきたいと考えています。

【中村座長】 内田先生は新宿区の大学病院ということで医師の定数とかその辺の状況は違うと思うのですが、先生の方からコメント、あるいは安川先生にこういうことを聞きたいというのがあれば、何かいかがでしょうか。

【内田】 医師数が増えていてすごいなと、グラフを見て思ったのですが、その増えた医師数の中に女性医師の割合がどのぐらいいたのかということと、増えた医師は、私どもはどちらかと言えば医師を派遣する方の医局というものをまだ保ったままやっておりますが、個人で労災病院に魅力を感じてアプライしてきて増えたのか。それとも、派遣先が少したくさん人を派遣してくれるようになって医師数が増えたのか。それはどちらがメインなのでしょうか。

【安川】 女性医師の割合は増えております。個人でアプライをしてくる方は少なくて、対応してくれる医局の数を増やしたというのもありますし、お願いして多く派遣していただいた、その両方です。個人的にうちの病院がいいなと思って来てくれた人を雇っていることは余りないという状況です。

【内田】 世間的にはいけないと言われている、そういう派遣に頼って増えたということ、そこに努力をしたと。

【安川】 対応できないところに関しては派遣に頼っている部分もありますが、常勤の医者が増えたところに関しては、個人単位ではなくて医局にお願いして、その数を増やしていただいたのと、あとは派遣してくれる医局の数を増やしたという形で対応しております。

【中村座長】 ありがとうございました。続きまして、西牟田先生の発表について、各演者の方からコメントあるいは質問をお願いします。先生の発表では、多分、行政がかなりお金を出してくれないと、みんなが苦労して、損をして助け合うということではうまくいかないと思うのですが、その辺も含めまして三上先生の方からコメントあるいは西牟田先生への質問をお願いします。

（三上常任理事のコメント②）

【中村座長】 貴重なコメント、ありがとうございました。

続きまして、安川先生の方から、先生のところでも小児科はあると思うのですが、西牟田先生に何か。

【安川】 市原市の小児の救急の体制は、一応、輪番制であるのですが、小児科医の人数の問題で、今日、座長されている中村先生の帝京大学ちば総合医療センターの方に救急のほとんどをお願いしているような状況できているのですが、先ほど基幹病院をまずしっかりと整備することが大事だという話がありましたが、その基幹病院にしても、病院の数というよりも小児科の医師の数だと思うのですが、余裕を持ってやるには帝京の方もかなり厳しいような状態です。今後は、病院で働く小児科医の数をいかに増やしていくかということになるのではないかと私は

個人的には思っているのですが、それを増やすような方向性に関してはどのように考えていますか。

【西牟田】 これは国の施策が一番大きな問題だろうと思いますので、すぐにできることではないと思います。今、それを解決する方法として、小児科学会、小児科医会がある程度、可能であれば、あるエリアの基幹的な病院に小児科医を集めてしまって、そこを中心にいろんなことを行うという方策、センター方式を考えていますが、私はそれは余り賛成していないです。と申しますのは、先ほどもスライドでお示ししましたように、小児の医療というのは救急だけではありませんので、その地域に小児科の専門医がいて、その地域の子供の健康を守るということがなければならないわけですから、救急の仕組みを考えるときに、人数がいれば、もちろんその病院が負っていくことができますが、なかなかそれだけの数が揃うところがないですから、いくつかの病院が輪番で行っていくとか、患者さんが少し移動することはありますが、必ずそこへ行けば２次の対応ができるというところをつくっておけばいいわけですから、そういう方式を考えていった方いいエリアがいっぱいあります。

しかし、ところによっては１カ所に小児科の医師を集めてしまって、基幹的な病院から手薄になったところの小児の医療のバックアップをするという方法もあるだろうと思いますので、今はそういうことを検討中であります。

多分、今の現状で医師の数を増やしても、それが現実に反映してくるには、さらに先の話になりますから、今やらなければならないことがありますので、今、そういった２つの方向で物を考えています。

【中村座長】 内田先生の方から、東京の場合は、また小児の救急医療というのは体制が違うと思うのですが、コメントあるいは西牟田先生にご質問があれば。

【内田】 小児科だけではなく、勤務が救急を一緒にやるときに、本当の救急の患者だけを診たいというところが内科も小児科も多いと思うのですが、核家族が多いところと先ほどスライドにありましたが、患者教育というか、どういう時に２次に行って、どういう時に３次に行って、どういう時に明日の朝まで我慢したらいいかみたいな、そういうところに関して何か具体的な策は講じていらっしゃいますでしょうか。

【西牟田】 ２つ方法がございまして、１つは夜中、時間外に子供の具合が悪くなった時にどうするのかという、お母さんのための救急冊子を充実しております。これは全県的に配っていただいて、必ず電話のそばに置いておくとか、必ず見られるところに置くと、そういう方策が１つです。

もう１つは、小児の救急の電話相談。これも県のお力添えを得て、医師会の主導でもって機能しておりますが、これから先にはそういう仕組み、0.5次の機能をもう少し充実していくのが大事だろうと思います。その最初の担い手は看護師が対応いたします。その後ろには医師がおりますから、そこで問題になった場合は医師のところに連絡が来ますし、あるいは直接患者さんと話し合います。現在、この機能を広めていって、初期救急に行かなくても済む患者さんの数は、かなり増えてくれると思いますし、そういったことをこれから充実していかなければならないと思います。

【中村座長】 西牟田先生、貴重なコメント、ありがとうございました。

最後の内田先生の発表につきまして、三上先生からコメントあるいは質問をお願いしたいと思います。

（三上常任理事のコメント③）

【中村座長】 安川先生、ご質問ありますか。

【安川】 先ほど先生の方から、女性は子育てに対しての援助だけしてくれればいいのではない、それは余り大きな問題ではないというお話を聞きまして、男の立場で見ると、その辺のところを実際に理解するのはなかなか難しく、特に病院の上の方の人間がそれを実際に理解することは難しくて、どんどん情

報を教えていただきたいと思いました。

モデルケースで、女子医大の中でワークシェアという形でやっていらっしゃいますが、ぜひ、うちの方の病院にもそういうのを広げていただければと思います。ありがとうございました。

【中村座長】 西牟田先生、先生は小児科ということで、数多くの女性医師と付き合ってきたと思いますが、何かコメントありますか。

【西牟田】 私どもの小児科は３分の２は女性医師でございます。そういうわけで、なかなか夜間の体制とかいろいろなところで苦労していると思うのですが、幸い、私どものところでは夕食の支度が終わって、ご主人がお帰りになって、その後、夜はできるという気概を持った女性医師が多かったりしますので、夜中の勤務はやりますと。日勤帯は、そのかわり少し具合が悪いときもあります。日勤帯はむしろ家にいて子供と一緒に過ごす時間があった方がいいと、そういう考え方をする方がいらっしゃいます。

問題は、いかにそういう気概を持ってやってくれる人がいるかということが鍵を握っていると思います。先生のお話の中であったように、働きやすい条件を整えるということはとても大事だと思いますが、その人にとってどういう勤め方であればできるかということが、その女性医師の気概でもって、そこはできます、ここは残念ながらできないので、肩代わりしてくださいということが明解になってくると、比較的できるのかな。幸い、３分の２の女性医師はよく頑張ってくださっています。

問題なのは、先ほどのシフト制をやったときに私どものところで一番困っておりますのは、日勤帯の専門外来がちょっと手薄になってしまうところがありまして、ここを女性医師の非常勤の方に来ていただいたりすることで埋めることはできるのですが、その人たちがいかにまた常勤のスタイルに戻ってきてくれるかというところが一番大きな問題かと思っています。

【中村座長】 内田先生、先ほど三上先生からのコメントもあったのですが、医師会に対する要望とか、今までの話から最後に一言お願いします。

【内田】 いろいろな勤務形態をぜひ認めていただきたいということと、もう一つは、今、西牟田先生もおっしゃった女性医師の場合はいろいろなニーズがあるので、面倒くさいとは思うのですが、それを男性医師と違った視点で掘り起こしていただくと、場合によってはうまくパズルがはまるようにはまって、男性の医師の負担がとれるということもありますが、全体論でいかないところが女性医師の難しいところで、男性医師の管理者の先生からすると面倒くさいということになってしまうのかもしれないのですが、ぜひそのあたりをお願いしたいと思います。

【中村座長】 どうもありがとうございました。

シンポジウム１は、これにて終了したいと思います。皆さん、どうもありがとうございました。

勤務医が日本の医療に果たす役割

コメンテーター：日本医師会　常任理事　**三　上　裕　司**

①

安川先生にお話を聞きたいのですが、最初の医師不足の話の説明がございましたが、小児科あるいは産婦人科等の事例が出ておりました。医師会でやりましたアンケートの結果、そのように出ているのですが、基本的には本当に不足しているのは内科ではないか。休止あるいは廃院したところは産婦人科、小児科が多いのですが、実際に病院の中で内科がなくなる、あるいは外科がなくなるということはほとんどなくて、縮小するという形で疲弊しているというか、医師不足が生じているというのは内科の部分が非常に多く、この１年間で全国で廃院した病院がかなりあるわけですが、その多くは内科の撤退によって病院全体が立ち行かなくなっていることが多いと思います。銚子の問題もそうですし、私は大阪ですが、最近ありました阪南市民病院の問題も内科が中心であったと思います。

そんな中で千葉の労災病院が今、非常に頑張っておられるということですが、そこで伺いたいのは、現在、診療報酬上のインセンティブを非常にたくさん獲得されて、紹介率を上げ、平均在院日数を短くし、地域医療支援病院の指定を受けて、ＤＰＣの対象病院にもなって、診療報酬収入を上げて、医師数をかなり増やしたということですが、基本的に新入院の患者がこのところ、年間1,000人ぐらい増えておられて、全麻の手術も500件ぐらい増えている。

労災病院が頑張られるのはいいです。私、病院の担当もいたしておりますが、周りの急性期病院といいますか、一般病院の動向とか、競合の度合いがどうなっているかというのが一つ心配だなと思います。

先ほど、紹介率に関する急性期入院加算が廃止になったこと、植松執行部のころにこの急性期の任意加算、紹介率を廃止したということで、非常にご批判を受けたのですが、当時の状況では紹介率の計算式が３種類あったということと、外来を分離したり、さまざまな手だてをもって紹介率と実態がかなり違っていたということで、アンフェアというんですか、モラルハザードも生じていた部分があったために、これを廃止して別の形にしようということがあったので、その点はご理解いただきたいと思います。

②

この小児の２次救急の問題は、全国でいろんな取り組みが各地域の状況に応じてされているのを聞いておりますし、特に小児救急は他の救急と違って時間外、準夜帯に患者さんがかなり来るというとで、そういう意味では小児科を開業されている先生方が非常に協力しやすい、そういう特殊性があると思います。

八千代の医療センターの問題ですが、八千代の夜間小児急病センターは18時から23時という準夜帯ですが、ここでかなりの初期救急を診ることによって、２次救急のセンターの方の負担が非常に軽くなったという成功例。これはわかりやすいなと思って、いろんなところでこれを試していただけたらと思いま

すし、医師会の関与もこういったところには大いにできるのではないかと思います。

印旛方式は非常におもしろいなと思ったのは、初期急病センターに２次救急をやる病院の先生が29名参加をされていて、そちらの方が楽だったということは非常におもしろい。先ほど言いましたように、入院の管理当直をしながら救急当直をやるという負担感は相当なもので、外来のみのいわゆるＥＲというか初期急病センターということで、重傷であればというか入院が必要であれば、すぐ後送の病院に送れるということがあれば、若い先生でも比較的安心してそういう救急に携わることができるということで、そういった形で分離をすることが救急体制を維持するのに非常にいいのではないかと、とても参考になりました。これはぜひ、全国で広げていただいたらいいかと思います。ありがとうございました。

③

私も腎臓内科をやっておりますので、内田先生が職場の環境をお話しくださったのがよくわかりました。確かに、女性医師が30代の出産・育児の時期に我が国の場合は少し就業率が落ちるというのはそのとおりであります。韓国も同じような形で30代にへこみがございます。欧米のキリスト教圏はそういったものがないということで、これは一つの文化ではないかとは思いますが、今まで大きな問題にはなってこなかったわけですが、この男女共同参画ということが盛んに言われるようになったのは、基本的には働き手が少なくなった、人手不足ということが前面に出てきたために、女性にも働いてもらわなければ、成り立たないという状況があって、こういうことが問題になってきたのではないかと思いますが、実際に現在の日本の医療は、明らかに医師不足、医療が不足しているという状態がありますので、この問題は極めて大切な問題だと思います。

さらに言えば、他の一般の産業における女性の就業者の比率に比べますと、圧倒的に女性医師の場合は就業率が高い。８割以上が必ず就業しているということで、普通の他の職業では50％程度。同じように30代にへこみがあるわけですが、医師という職業を選ばれたということでモチベーションが非常に高いのだろうと思います。

内田先生は女子医大の中でも、あるいは腎臓学会の中でも、卒前卒後教育とか男女共同参画の委員をされて、さまざまな事業をされておりますが、日本医師会でもこの勤務医問題に余り取り組んでいないとよく叱られるのですが、女性医師問題につきましては非常に多くの取り組みをしております。男女共同参画委員会、もう一つは医師再就業支援事業、厚生労働省の委託事業で、女性医師バンクですが、さまざまな事業をいたしておりまして、女性医師だけでなく、研修医とか学生とか、病院長、管理者に対する研修、そういったものも含めてやっておりまして、現在までに100人以上の再就業のための取り持ちというか、そういうものもできておりますし、成果も上がっております。内田先生には、ぜひ日本医師会の方の事業にも参加していただきたいと思いましたが、先生の方から日本医師会に対しまして要望がございましたら、今日は関係者も来ておりますので、もし必要であれば、そちらの方から答えていただきたいと思います。

シンポジウム２「勤務医の将来展望」　15：50～17：30

座　長：　千葉県医師会理事　石　川　広　己

千葉県医師会勤務医部会常任幹事　鈴　木　紀　彰

シンポジスト：千葉県医師会勤務医部会常任幹事　岩　崎　秀　昭

都立駒込病院消化器内科部長　江　川　直　人

千葉商科大学大学院政策研究科客員教授　松　山　幸　弘

コメンテーター：　日本医師会常任理事　三　上　裕　司

■シンポジウム２

座　　長

千葉県医師会　理事　**石　川　広　己**

最後のシンポジウムの座長は、石川と鈴木で担当させていただきます。

このシンポジウム２でございますが、全国の勤務医部会の協議会、埼玉、沖縄と勤務医の先生が悲鳴に近いような窮状を訴えて激論になりました。私たちのこの千葉の勤務医部会の協議会では、政府の方は、医師の医学部定員数を増やしたということでありますが、ＯＥＣＤの平均には10年も15年もかかるという中で、少しでも勤務医の先生方に踏ん張っていただいて、今回は光が少し見えるような、そういうシンポジウムにしたいと考えております。

それと、このシンポジウム２では最後にディスカッションの時間が40分ございます。本日、全国いろんなところの先生方おいでになっていますので、時間をとりますので、よろしくご協力をお願いしたいと思います。

それでは、シンポジウムに入らせていただきます。

座　　長

千葉県医師会勤務医部会　常任幹事　**鈴　木　紀　彰**

それでは、司会を務めさせていただきます。千葉県医師会勤務医部会の鈴木と申します。

早速ですが、岩崎先生にお話をいただきたいと思います。岩崎先生のご略歴は冊子に記されているとおりですが、昭和51年に千葉大をご卒業、現在、千葉市立青葉病院の産婦人科にお勤めでございます。岩崎先生は以前より勤務医部会のアンケートの解析などにもご尽力いただいておりますので、ご本人のご経験とそういったアンケートを通した全体の勤務医師像からのお話をいただきたいと思います。では、岩崎先生、お願いいたします。

勤務医の生きがいについて

千葉県医師会勤務医部会　常任幹事　**岩　崎　秀　昭**

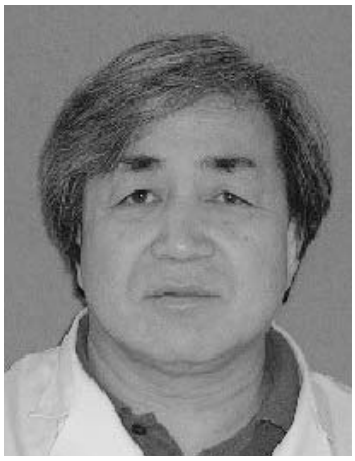
千葉市の地域医療、救急医療を担当しております青葉病院産婦人科の勤務医の岩崎と申します。勤務医の生きがいについて発表させていただきます。よろしくお願いいたします。

当初、石川先生から勤務医に未来はあるのか、勤務医に未来があるのだったら話せと言われ、私にあるテーマが与えられたのですが、そのテーマではとてもお話できないと申し上げ、本日勤務医の生きがいというタイトルに変えお話させていただきます。この勤務医の生きがいを自ら考えるとわからないことばかりです。その原因は、私自身がずうっと走り続けていて、勤務医の生きがいを日頃考えていなかったことによります。

今回いい機会だと思い、生きがいということを考えましたので、私見を交えまして発表させていただきます。

勤務医の抱える問題は増加の傾向にあるのですが、勤務医として自覚を持ち、それぞれの立場で医療を行っていることを誇りにしていることが多いものと思われます。しかしながら、医療事故、過誤、救急医療などで社会からのバッシングが強くなってきているのが現状で、時に警察の介入があるのは、木下先生や多くの先生方が講演され、マスコミからの報道もあるため皆様方もご存知のことと思います。（スライド１）

最初に私に与えられたテーマは、勤務医の負担軽減のために厚生労働省から与えられた1,500億円の検証をしてみよとのことでした。私は地域の一産婦人科医師ですのでその内容を容易に理解することができませんでした。その後の検索で、勤務医のためにいくつかの項目をあげ、それらに対し診療報酬をつけたり、あげたりしますということでした。われわれ勤務医は日頃地域医療を行っているときに、診療報酬のことを考えて診療を行ってはいません。厚生労働省が去る４月、これらに対し診療報酬をあげるから勤務医も楽になるだろう、また勤務医の収入が増加するだろうとつけた予算と思われます。しかしながらこの数カ月間にわたって、1,500億円という膨大なお金が我々勤務医に一切まわってきてないのは、皆様方もご存じのとおりで、こんなことで我々勤務医はだまされません。（スライド２）



勤務医の抱える問題

勤務医は増加の傾向にあり、医師全体の半数を超えるにいたっている。勤務医が開業しない理由は多々あるとは思われるが、勤務医としての自覚を持ち、それぞれの立場での医療を行うことを誇りにしていることが多いと思っている。

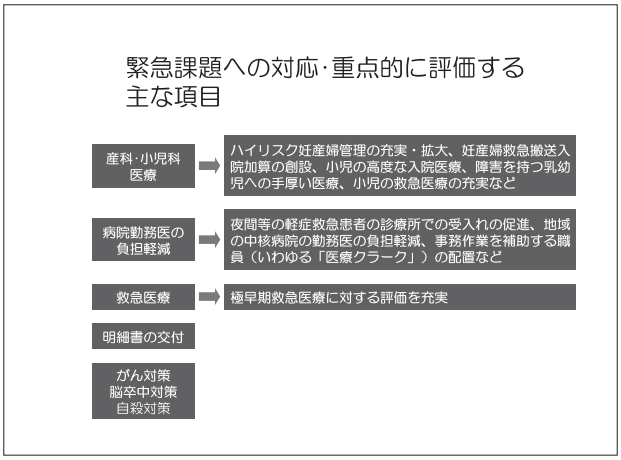
近年、医療事故、過誤ないし救急医療で社会（報道のみ？）からのバッシングが強く、時に警察が介入している。しかしながら、バッシングの後には、医師側からの反発も出ている。

（スライド１）

私は産婦人科医師ですので、分娩に携わるだけではなく、地域の救急医療にも従事しています。病院の勤務医の負担、軽減に関して、この２つの項目が

（スライド２）

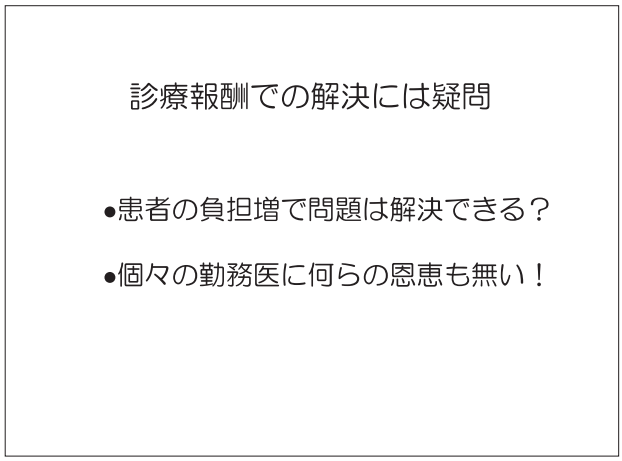
この1,500億円に入っているのですが、われわれの負担軽減になるか、はなはだ疑問です



（スライド３）

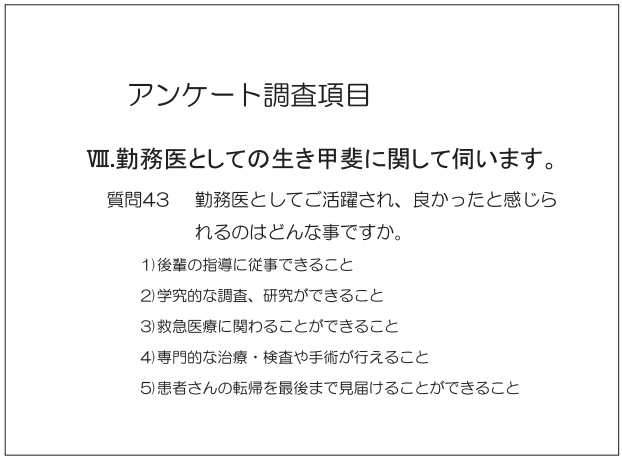
私は素人で、上記の仕組みに関しての理解がよくはわかりませんが、この診療報酬の増加は患者さんの負担増加に負うものと思われます。患者負担での収入増加で私たちの収入増加が図られていいのでしょうか。現状では個々の勤務医にこの恩恵はもたらされてはいません。これらは病院の赤字軽減には寄与するかもしれませんが、私たち勤務医には何らの恩恵がないと思われます。そのためこの検証に関しての検討を断念いたしました。（スライド４）

原先生が午前中にお話しされました千葉県の勤務医に対するアンケート調査の、本日の私のタイトルである勤務医の生きがいの項目について触れてみます。アンケート内容には、後輩の指導に従事できること、学究的な調査、研究ができること、救急医療



（スライド４）

に関わることができること、専門的な治療・検査や手術が行えること等がありました。



（スライド５）

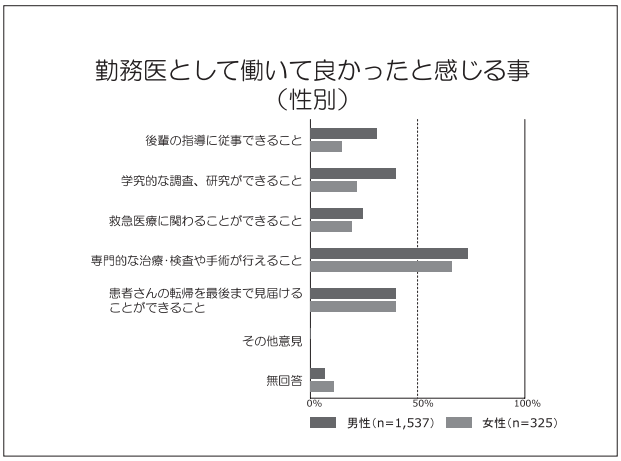
これらを性別、年齢別、勤務先別、経験年数別に見てみましたが、すべての項目で差はみられません。勤務医でよかったと感じているのは、専門的な治療・検査や手術が行えることがあげられます。ただ、50％を超えている項目はそれだけで、そのほかの項目は50％を下回っておりました。

（スライド６・７・８）

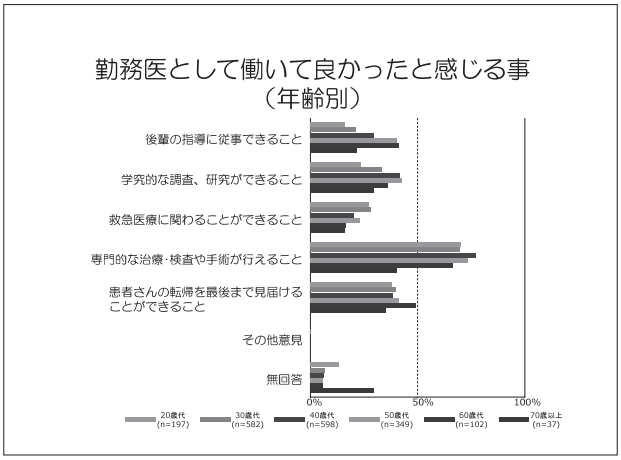
同様に、良かったと思うことを下記からお選びくださいでは、同僚の支援や先輩の指導をたやすく受けることが可能であるということでありました。

（スライド９）

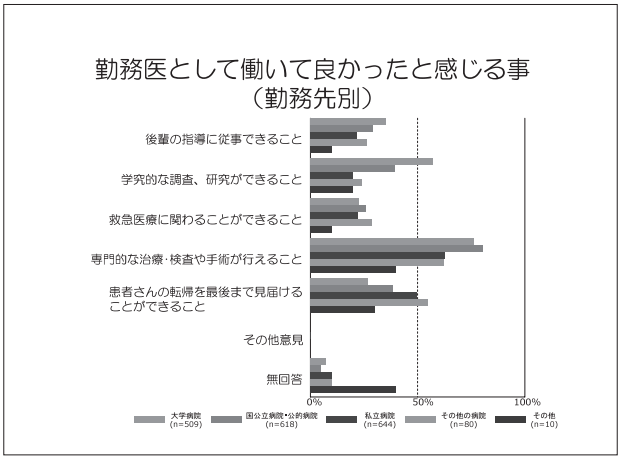
これも同様です。性別、年齢別、勤務先別、経験年数別に見たものでありますが、すべて同じような傾向でした。私は20歳代、あるいは50歳を過ぎると



（スライド６）



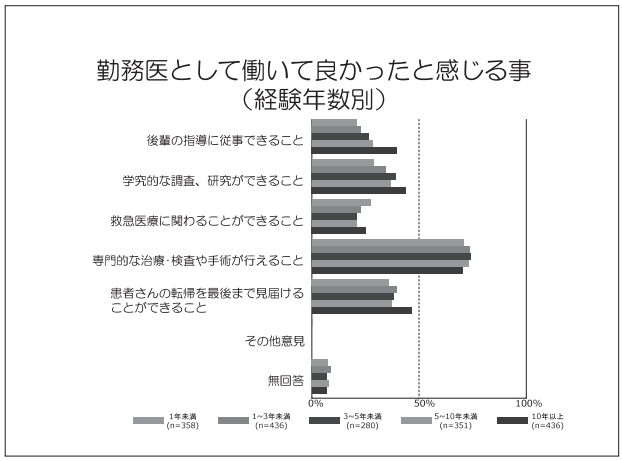
（スライド７）



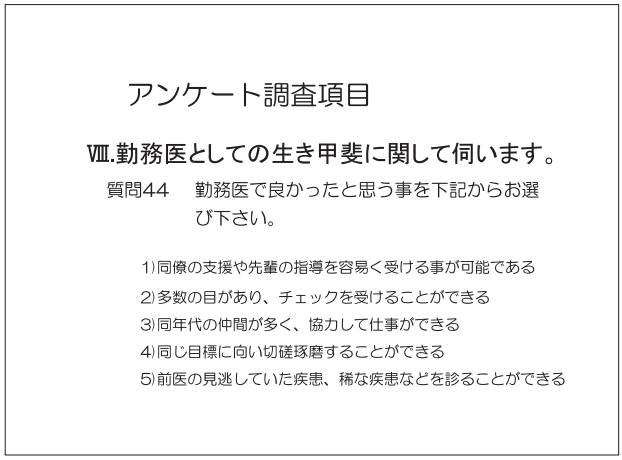
（スライド８）

それらの傾向が変わってくるのかと思っていましたが、大きな変化はみられませんでした。同僚の支援や先輩の支援をたやすく受けることができるというのが良かったということがわかりました。

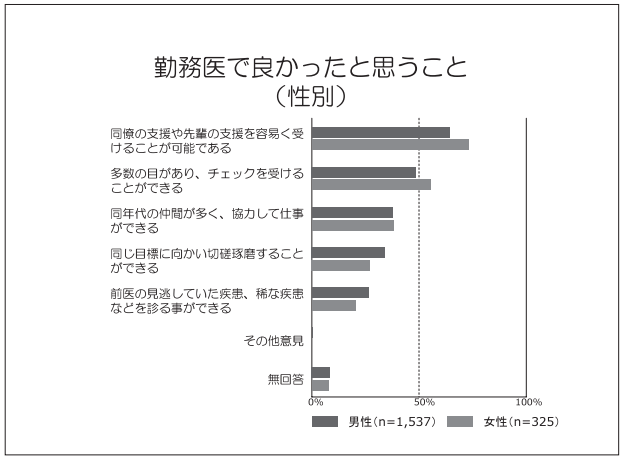
（スライド10・11・12・13・14）



（スライド９）

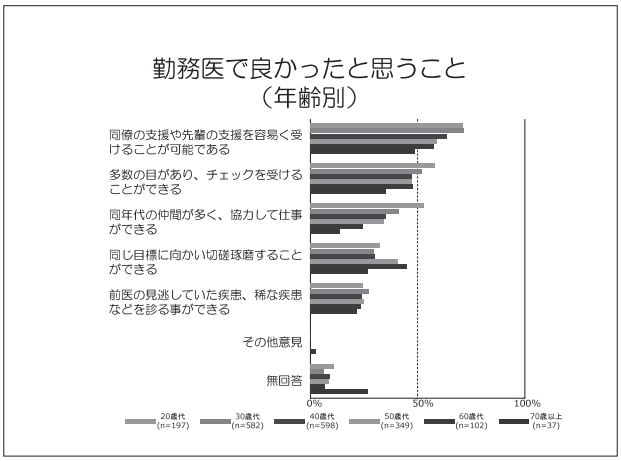


（スライド10）

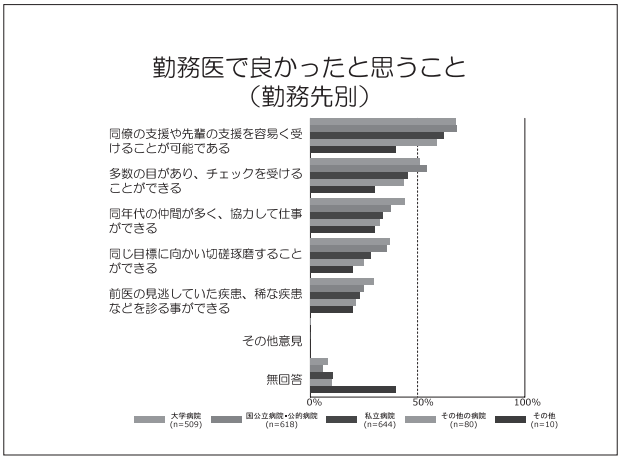


（スライド11）

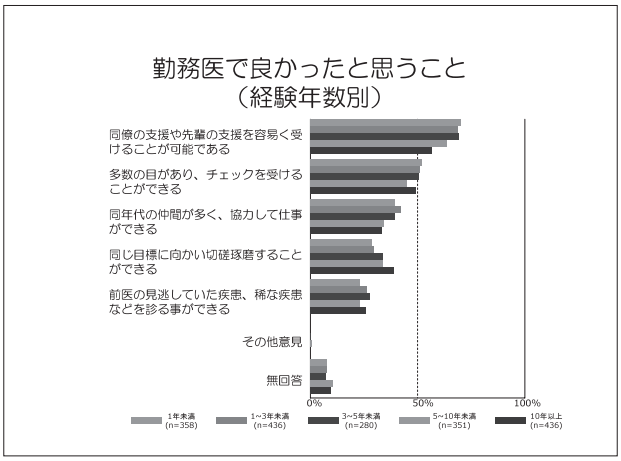
アンケートで作成した項目だけの検討では不充分かと重い、自由回答の方を見てみました。医療問題、医師の労働環境、医療行動、医師会への意見・要望、医療体制のビジョンなどに分類してありますが、労働環境を中心に不満が多く認められました。一方勤



（スライド12）

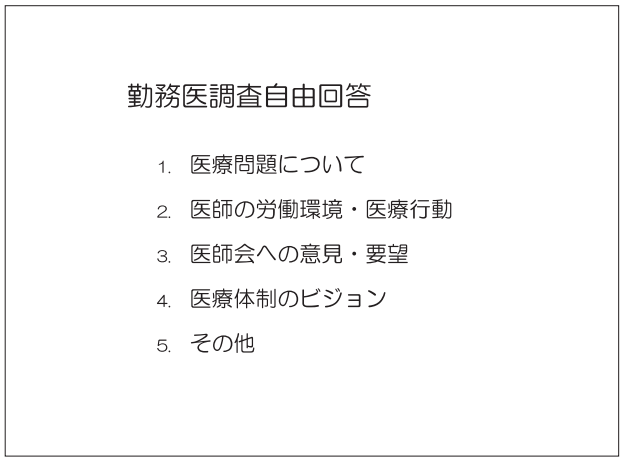


（スライド13）



（スライド14）

務医で良かった、あるいは医師会などを褒める言葉などはほとんど見られませんでした。９割以上は勤務医が抱えている諸問題をぶつけてきて、不満を述べており、アンケート調査からは、勤務医に未来がなさそうなことが示唆されました。



（スライド15）

これらは不満の一部です。私も賛成ですが、報道が偏っているのではないかと日頃思っています。当会場にも開業の先生が多数いらっしゃると思うのですが、今回、東京都で７病院に受け入れを断られた妊婦さんの例があります。皆様方も報道を通じてご存じだと思うのですが、病院へのバッシングに対して病院の勤務医としては全く遺憾です。病院での受け入れは当然なのかもしれませんが、病院はすべての患者を受けなければ常時受け入れなければいけないのでしょうか？今度は私がバッシングを受けるかもしれませんが、１次医療機関、かかりつけ医が病院に送るときに気持ちに温かさが感じられない時があります。テレビでの一次医療機関からの発言は、病院は受け入れるのが当たり前という形で行われ、私たち病院の勤務医にとってかなりの苦痛をもたらします。一次医療機関できちんと産科の管理がなされていたのでしょうか？病状をきちんと把握し、産婦人科ではなく救急医療として紹介すべきではなかったのでしょうか？と思っています。その裏は見えませんが、一方的に病院が悪いという形で報道が行われているのは残念です。（スライド16）

勤務医の実態を、アンケート調査を基にまとめたものです。経済的には恵まれているとは言えない等です。（スライド17）

私たち千葉県のデータだけではなくて、大阪のデータがありましたので紹介いたします。生きがい、やりがいのあること、どうやったら改善できるのか

報道に偏り!?

- 7病院に受入れ断られ、出産後死亡（TBS）
- 産科医欠員で急患断る（NHK）
- 7病院拒否、妊婦死亡 都指定機関も「対応できない」（東京新聞）
- 脳出血「対応できぬ」7医療機関が拒否、妊婦死亡（読売新聞）
- 妊婦搬送7病院が拒否、出産後に死亡 東京（朝日新聞）
- 妊婦死亡：7病院に受け入れ拒否され手術3日後に 東京（毎日新聞）
- 7ヶ所診療断られ妊婦死亡 医師不足、研修医が当直（中国新聞）

（スライド16）

勤務医の実態

- 経済的に恵まれているとはいえない
- 組織の中での制約がある
- 会議、書類などの仕事が多い
- 社会のニーズが高い
- 勤務時間が長い
- 週末もデューティーがある
- 当直を含め夜間の仕事がある

（スライド17）

ということに関しての項目がありました。診療以外の業務負担の軽減、診療技術に対する診療報酬の改善等がありました。私は、診療報酬の改善に関しては、これだけでは良くなるとは思ってはいないのですが、６割の方が診療報酬の改善が勤務医の生きがい、やりがいにつながるとの報告がありました。

（スライド18）

これは私が大嫌いなマスコミの報道ですが、千葉県がん患者大集合という会がありました。コーディネーターががん患者さんないし家族の方に「担当の医師の説明に満足いかなかったことはありませんでしたか？」という質問をし満足していないことを誘導し、したり顔で、「こんなに医師の説明に満足できない患者さんがいるのですね」という答えを出していました。その日の夕方のＮＨＫのテレビで、６割の方が医者の説明に不十分だ、満足いかないという

第2回勤務医の労働環境実態と意識に関する調査

○ **生きがい、やりがいの改善方法**

- 診療以外の業務負担の軽減（64.5%）
- 診療技術に対する診療報酬の改善（59.6%）
- 勤務医の増員（59.4%）
- 休日の増加（46.1%）
- ドクターフィーの導入（41.1%）
- 勤務時間の短縮（36.0%）
- 医師個人への業務評価制度の導入（32.7%）

大阪府保険医協会・勤務医フォーラムより

（スライド18）

回答があったと報道していました。我々勤務医はいちいち対応はしていないのですが、このような報道があると、われわれ勤務医はモチベーションの低下をきたすのではないでしょうか？

「千葉県がん患者大集合」での出来事

- コーディネーターが、がん患者やその家族に対して、「担当の医師の説明に満足いかなかった事がありませんでしたか？」と質問し、その回答数を見て、したり顔で、「こんなに医師の説明に満足できない患者さんがいるのですね。」と説明していた。
- その後、同様の内容が報道されていた。

（スライド19）

私はアンケート調査を余り信用していません。アンケートを作成した時点である程度結論を想定していることが多く、また未返却の人たちの意見が反映されていません。そして母数が少ないのに統計学的処理をしているので、時に思い込みが反映されているのではないかと思います。（スライド20）

これから私の勤めている青葉病院の実績についてお話をさせていただきます。青葉病院は、病床数380床で地域の中核病院であります。産婦人科の過去１年間の実績をご紹介いたします。産婦人科は現在常勤医４人で、手術症例を麻酔種別に件数をお示しいたします。全手術症例数は620例で、分娩は420

アンケート調査

- 調査の信頼性に疑問あり
  - 設問自体に設問者の意思が入っている
  - 未返却の方々の意見が反映されない
  - 母数が少ないのに統計学的処理をしている
  - 報告者が正確な判断で回答しているという保障が無い

（スライド20）

例、帝王切開は94例です。私たちは外来、手術、緊急症例の対応等に携わっておりますが、年間600例あまりの手術症例をこなすには、１週間に10幾つの手術を行うことになり、その症例数を経験できる幸せを感じております。

当科の臨床実績①

麻酔別手術件数	
・全身麻酔	355例
・脊椎麻酔	139例
・静脈麻酔	126例
合　計	620例
帝王切開術	
・緊急帝王切開術	42例
・選択帝王切開術	52例
合　計	94例
分娩数	
合計	422例

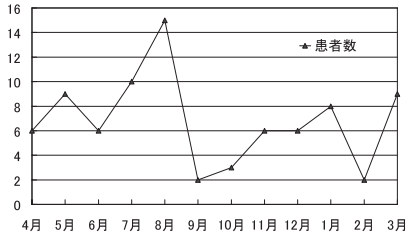
（スライド21）

これは救急車の受け入れを示したものであります。救急車の受け入れですが、こんな形で救急車を受け入れておりますが、昨年９月、皆様方もご存じだと思うのですが、奈良県のある事件があって、そのときに千葉市の消防局がうっかり、17の施設に受け入れを断られましたというのを平気で出したので、９月に喧嘩をしたため、一次受け入れが減少しています。これは余談になります。（スライド22）

私自身は、千葉市の開業の先生からの依頼は断るなということをスタッフにお願いしております。時間外患者は、救急車以外に病院を直接訪ねてくる

当科の臨床実績②

- 救急自動車搬入患者数（82名）

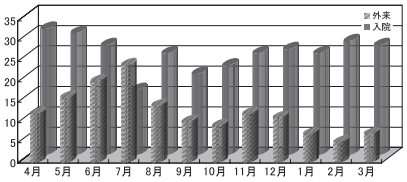


（スライド22）

方々と、夜間の分娩等で来院される方をまとめています。夜間の診療を行うと、次の日の診療に差し支えることがあります。たった４人で、夜間も診療するため、産婦人科の勤務も厳しいものと思います。

当科の臨床実績③

- 時間外患者数（入院：302名　外来：147名）

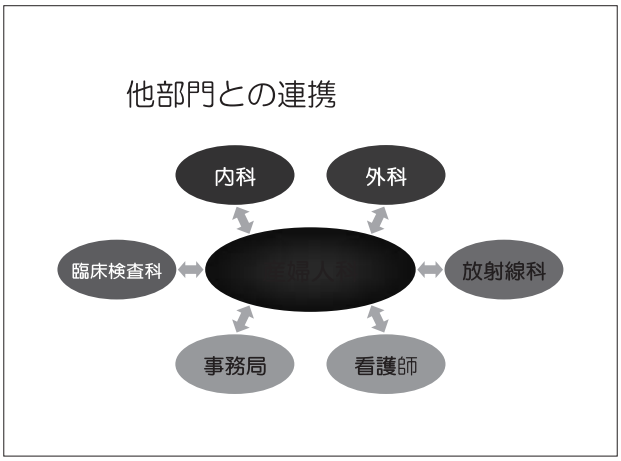


（スライド23）

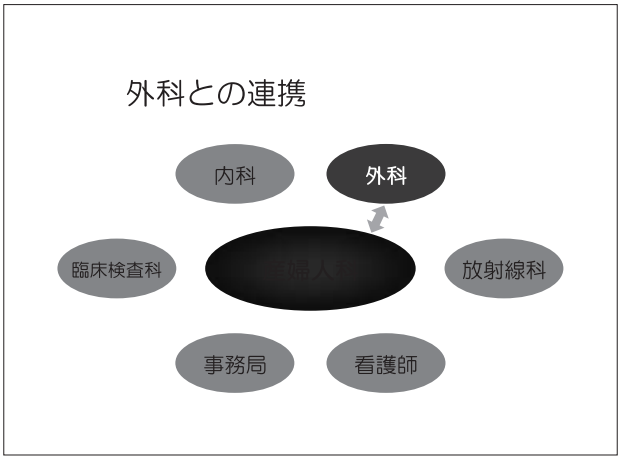
私は医師として有能というつもりはありませんが、産婦人科は他部門と密に関連しております。医師はお願いすることばかりです。そのため他部門との連携を強めております。（スライド24）

これは外科にお願いした症例です。肝臓の周囲にもCTにてlow　density の部位が見られ、腹腔内出血、卵巣腫瘍の出血と思いました。緊急手術を行いましたが、小腸の間質から発生した腫瘍で、腫瘍の摘出後外科に転棟させていただきました。GISTの症例でした。（スライド25・26・27）

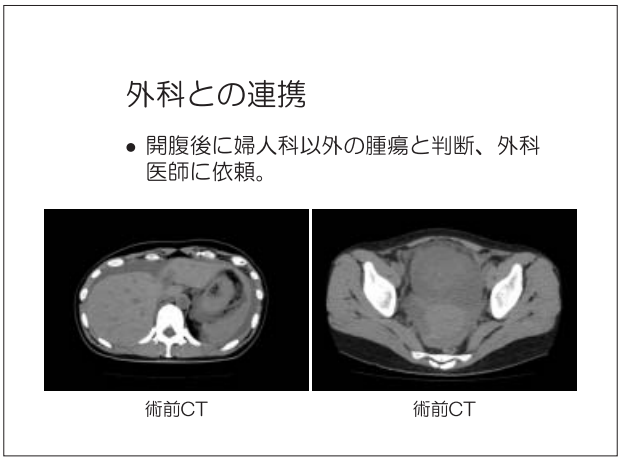
これは逆に外科より紹介された症例です。外科を受診された急性腹症の症例です。外科ではお腹が痛



（スライド24）



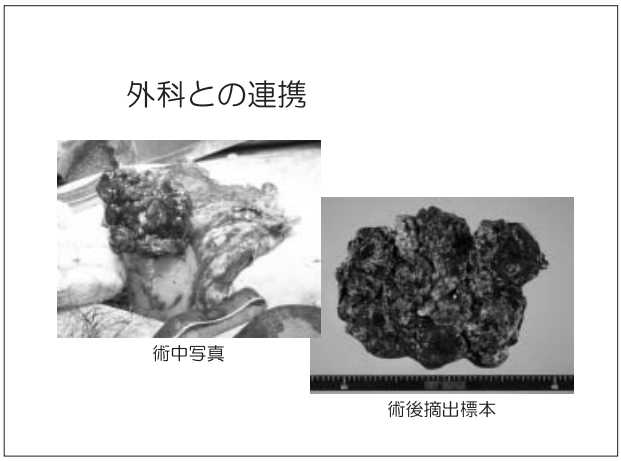
（スライド25）



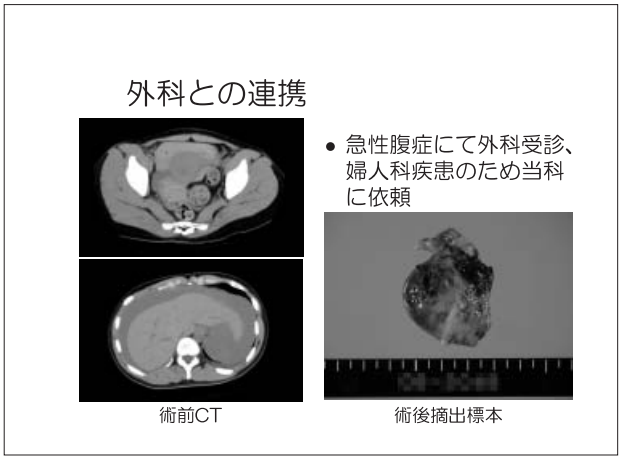
（スライド26）

いから受けたのですが、妊娠反応が出たため、私たち産婦人科がお受けしましたが、子宮外妊娠の症例でした。（スライド28）

次は臨床検査科との関連で、卵巣腫瘍と診断されるも術前に悪性腫瘍と診断できなかった症例です。



（スライド27）

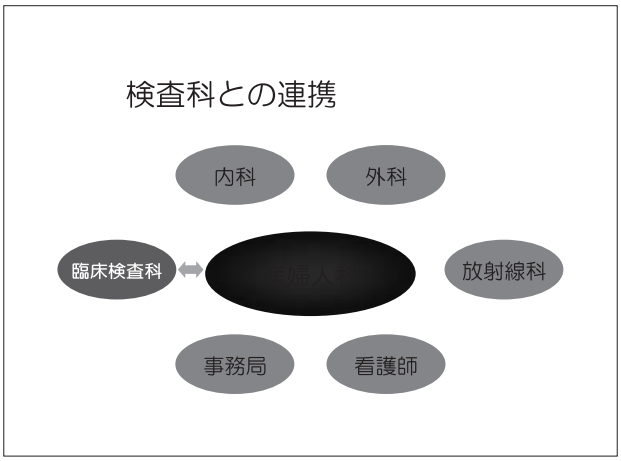


（スライド28）

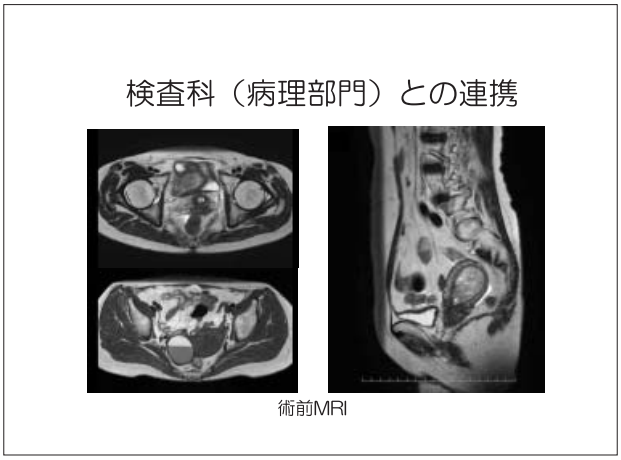
子宮の中に何か異物があり、がんにも見えるのですが、内膜の細胞診を術前に施行できなかったため、開腹手術をいたしました。子宮の中に大きなポリープがありますが、手術時に迅速捺印細胞診を行い、良性であることを確認いたしました。そのため悪性腫瘍の際行われる骨盤内リンパ組織郭清を省略することができました。以上他部門との連携を強めることで臨床上有用であることが多数ありました。

（スライド29・30・31）

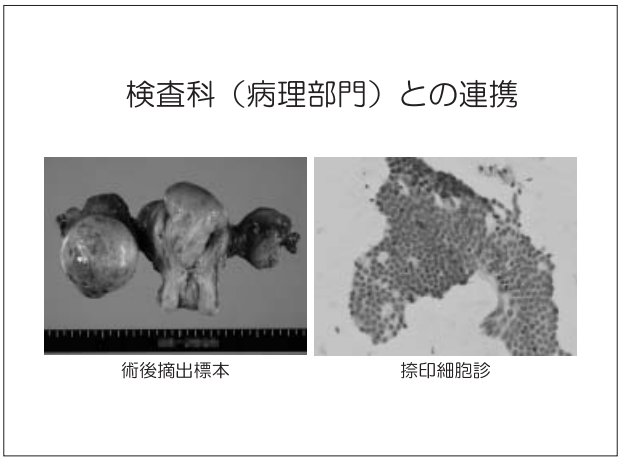
看護師さんについてです。医師は看護師さんの協力が何よりも大切です。当院の副院長の受け売りですが、駐車場と研修医と看護師を確保できない病院は滅びると言っていましたが、私自身もそう思っています。看護師さんの力、協力は大切です。我々は４人の医師の体制であるため、看護師さんの我々に対するバックアップは多大です。日頃大変お世話に



（スライド29）



（スライド30）

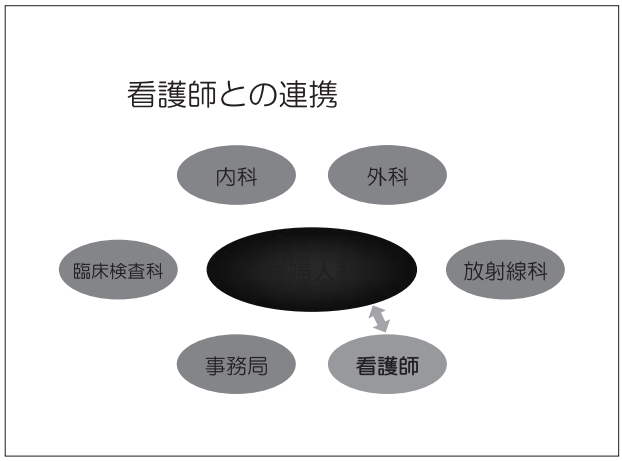


（スライド31）

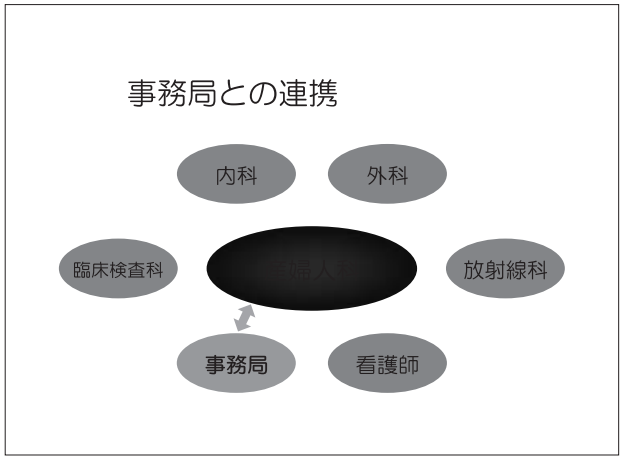
なっています。しかしながら看護師さんが来てくれと言ったときにはすぐに行く必要があります。

（スライド32）

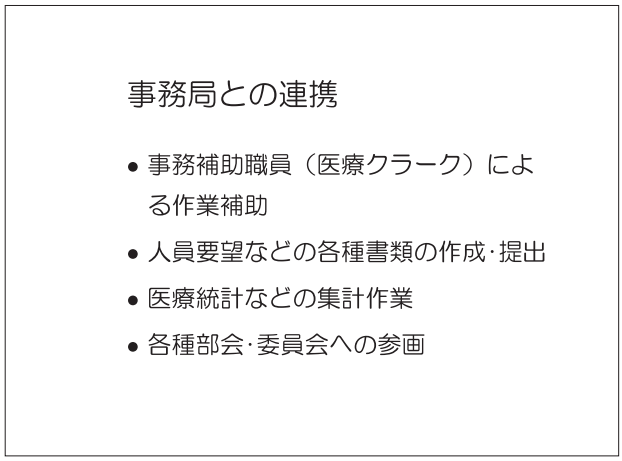
事務局です。事務局は、医師の苦手のところを一生懸命助けてくれます。（スライド33・34）



（スライド32）



（スライド33）



（スライド34）

私は医師の診療行為以外の他部門の仕事もさせていただいています。これらの業務は、事務の人たち、検査の人たちが協力してはじめてできることです。病院のホームページの立ち上げなども広報部のメンバーが手伝い、私を助けてくれております。

千葉市立青葉病院HP

（スライド35）

私がまとめた勤務医のメリットをお示しいたします。組織の中で守られている。会議は多くあるが、自分の仕事に専念できる。青葉病院は数年前に新病院として立ち上がったのですが、その病院の立ち上げにも関与することができました。当病院はすべての診療行為が電子カルテのシステムでなされています。たちあげ当初はものすごく苦しかったのですが、40代、50代でもこんな経験ができるのは幸せだったと思っています。

勤務医のメリット

- 組織の中で守られている
- 会議等があるが自分の仕事に専念できる
- DPC、電子カルテ、新病院の立ち上げ等、貴重な体験が出来る
- 他科の協力が得られる
- 一人の患者さんの経過を最後まで追うことが出来る
- 労働条件が厳しいといっても交代で休める？

（スライド36）

まとめを示します。勤務医の生きがいとしては、病院でしかできない医療ができる。他科、他部門の協力が必要とされる救急医療、先進医療、チーム医療ができる。また若い医師が派遣されるため、彼らから刺激を受け、学会などにも参加でき、時代に乗り遅れないようにできます。以上のことより勤務医として生きがいを持ち診療ができるのではないかと思っています。以上です。

勤務医の生きがい

- 病院でしかできない医療ができる
  - 他科、他部門の協力が必要とされる医療ができる
  - 救急医療、先進医療、チーム医療 その他
- 若い医師が派遣され刺激を受け、また学会などに参加でき、時代に乗り遅れない

（スライド37）

臨床研究、高度医療を行う喜び

都立駒込病院消化器内科部長　**江　川　直　人**

都立駒込病院の消化器内科の江川と申します。よろしくお願いします。

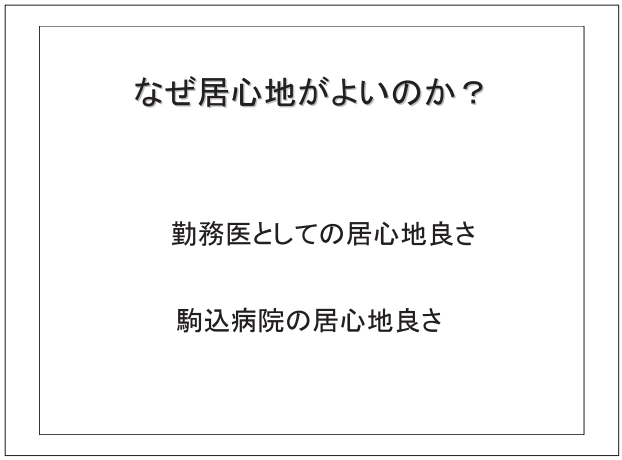
実は、石川先生の方からは臨床研究、高度医療を行う喜びということで、私の生きざまみたいなものをという話もあったのですが、ご披露するような生きざまもございませんので、ここでは主に駒込病院の内容をお話させていただきます。

今日の協議会のこれまでの流れとはちょっと違って、面映いお話になるかと思います。しかし、お気楽に聞いていただければと思っております。

今、お話にありましたように、私の履歴書は1980年に駒込病院に研修医で入りまして、それ以来、ずうっと駒込病院ということで、簡単に書けば、これ１行で済みます。実際、いろいろなことがあって駒込病院を離れようかという気持ちもあったわけですが、そのたびに何か押しとどめるものがありまして、ここに至っております。履歴を少し詳しく書いてもこの程度であります。ということは、何か居心地がよかったのであろうと私自身思っております。

（スライド１）

その居心地のよさというのは、１つは勤務医として居心地がよかった。これは、先ほど岩崎先生がお話になったところと重複するところが多々ございます。もう一つは、駒込病院そのものの居心地のよさということになろうかと思います。

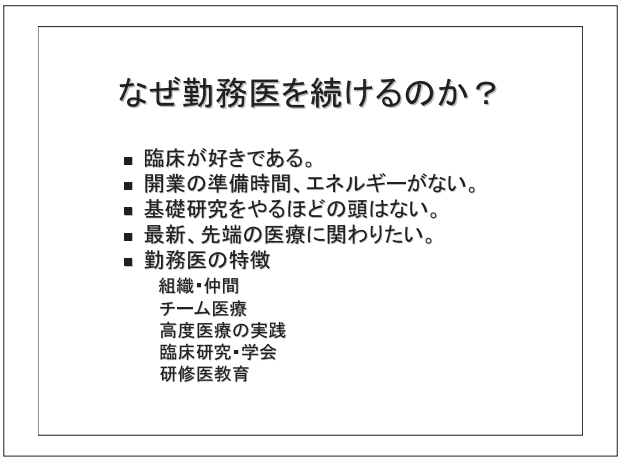


（スライド２）

勤務医を続けている理由というのは、まず何をさておき臨床が好きであるということがありますし、最新先端の医療に関わりたいという思いが強い。いろんなところで多くの仲間と助け合いながらやっていける。こういったところが、私が勤務医を続けている最大の理由であろうと思っております。

（スライド３）

都立駒込病院ですが、東京都文京区は東京の東の外れにありまして、総合診療基盤に立ったがんと感



（スライド３）

染症の専門病院になっています。総合基盤というのは、がんに特化しないで、ほかのいろんな科を抱えてやっているということであります。総病床数が801床、36の診療科、都道府県がん診療連携拠点病院、エイズ診療中核拠点病院という役割を担っております。

（スライド４）

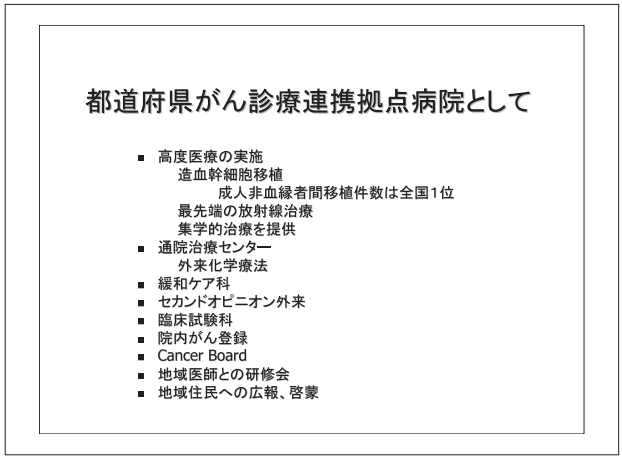
これが都立駒込病院の沿革になりますが、1879年、明治12年にコレラの避病院として設立されておりまして、昭和50年に今の建物が建てられました。新病院として再発足しているわけですが、この時点で全国から新進気鋭のドクターが集まってまいりまして、現在の駒込病院の発展の立役者となっております。

同時に医学会議というのが設置されておりますが、これは後で述べますが、割と独自な組織ではないかと思っています。

2005年に新駒込30周年、明治12年から始めて125周年ということで、今現在、130年近くの歴史があります。今年の２月に都道府県がん診療連携拠点病院の指定を受けております。

（スライド５）

都道府県がん診療連携拠点病院といたしまして、こういった高度医療の実施、特に造血幹細胞移植の成人非血縁者間移植件数は全国１位でありますし、放射線治療におきましても、大学病院以上のことをやっていると思います。手術件数もかなり有数の数を誇っておりますし、さまざまな集学的治療を提供しております。

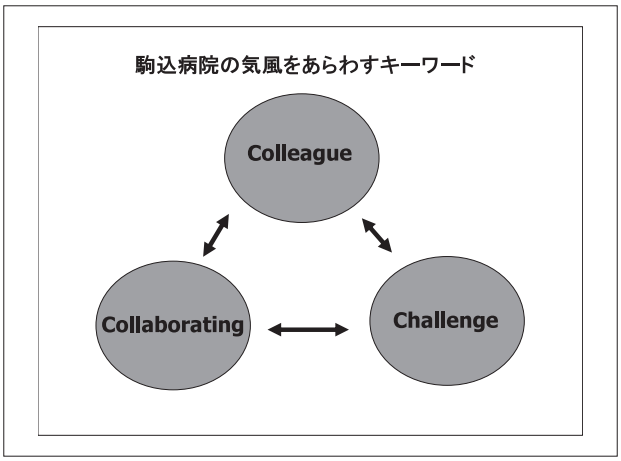


（スライド６）

ここにありますキャンサーボードというのはまた後で説明させていただきます。

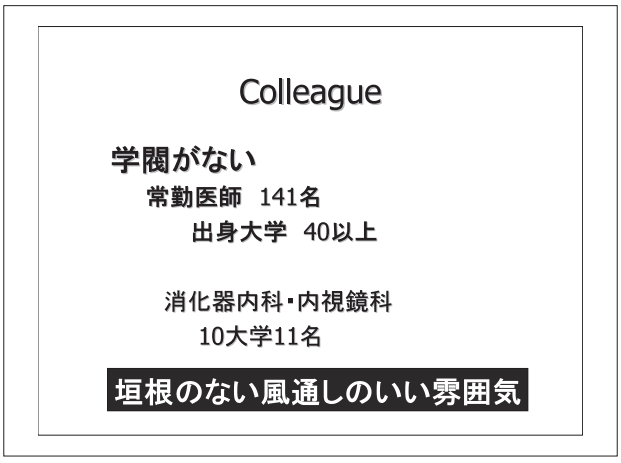
普段、私が感じております駒込病院の気風ということで３つのキーワードを上げますと、仲間ということ、共同で働く、チャレンジということであります。お互いに有機的につながっているものでありま

す。



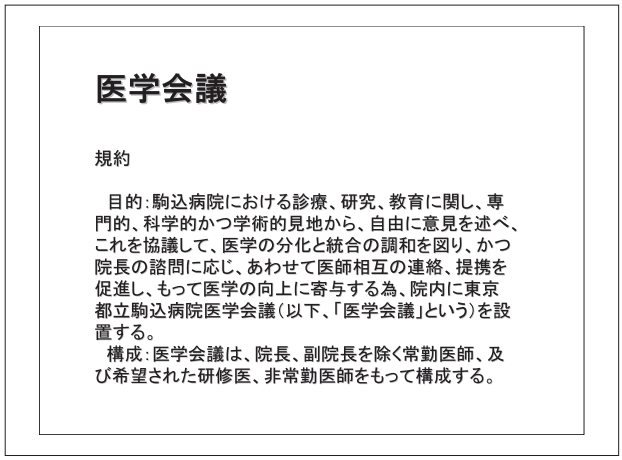
（スライド７）

まず、仲間という点ですが、常勤医師は141名ですが、出身大学は40以上にわたっておりまして、これは新駒込病院が発足して以来、同じような傾向であります。学閥がないという特徴があります。私が働いてるのは消化器内科ですが、内視鏡科と一緒に働いておりまして、トータル11名で消化器診療をやっておりますが、10大学から集まっておりまして、ほとんどはらばらであります。そういう意味で垣根のない風通しのいい雰囲気があるといこうとになりますが、余り個々ばらばらでありましてもちょっと問題がありますので、そこで医学会議という組織があります。



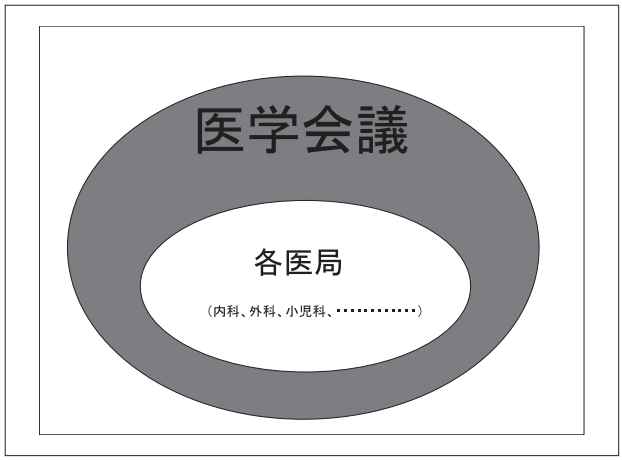
（スライド８）

これは発足当時から出たもので、診療、研究、教育、この３本の柱がありますが、これに関しまして医師相互の理解、連絡、提携を促進するという組織であります。来月になりますが、毎年12月に選挙が行われまして幹事８名が選ばれます。幹事は我々院内の医師の意見を集約して、時には院長、副院長等の上層部との間でいろんな交渉事をやるという組織であります。



（スライド９）

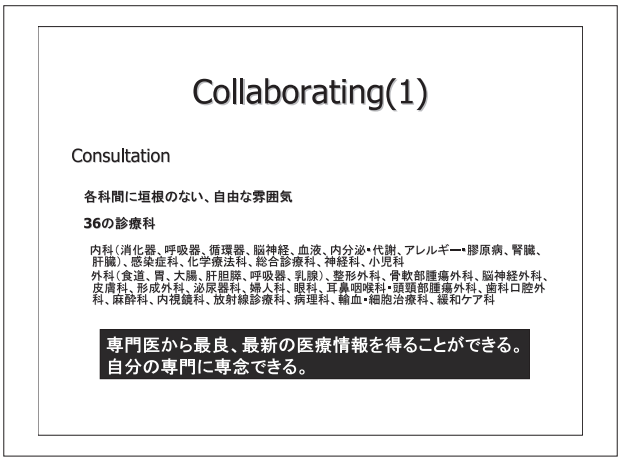
各医局を包括する形でこういった医学会議が機能しております。これが一つの我々の特徴でございます。



（スライド10）

コンサルテーションは垣根のない雰囲気ですので自由にできますが、特に内科でもこういう各サブセクションに分かれておりますので、非常に専門家がそれぞれそろっております。したがいまして、専門医から最良最新の医療情報を得ることができるということで、自分の専門に専念できるというところであります。（スライド11）

どの病院もそうだと思うのですが、チーム医療と



（スライド11）

いうのは大切で、特に最近そういうことがよく言われております。我々のところでもこういったものがあります。

（スライド12）

お見せするのは、ＮＳＴの電子カルテ回診というものですが、栄養科、ドクター、看護師などで、栄養の悪い患者さんをリストアップして、電子カルテで回診しております。これも３～４時間かかるような作業ですが、チーム医療としてやっています。

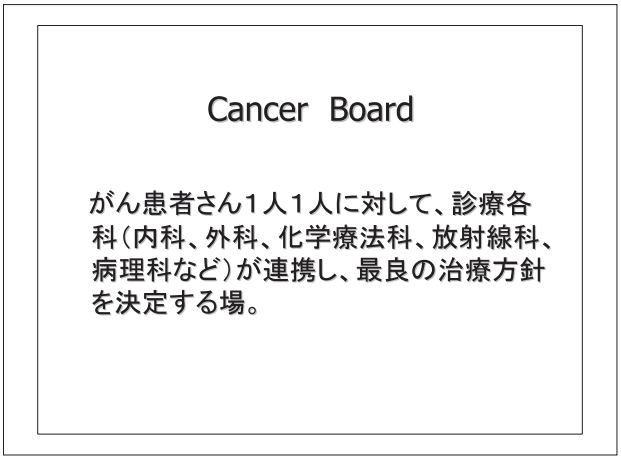
（スライド13）

我々はがんの病院なので、キャンサーボードがひとつ特徴的なチーム医療の場だろうと思います。

がん患者さん一人一人に対して診療各科、こういった科が連携しまして、最良の治療方針を決定する場であります。（スライド14）

ボードとしては、臓器別に12あります。それぞれ中心の科がありますが、それに付随してこういった

（スライド13）

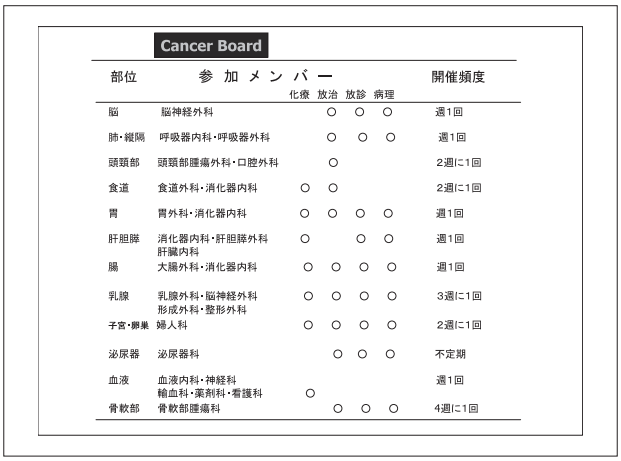


（スライド14）

化学療法科、あるいは病理科、放射線科というところが入ってまいりまして、開催頻度は週１回程度から４週に１回程度までばらつきがありますが、これも比較的２時間かけるような、結構労力の多いカンファレンスをやっております。（スライド15）

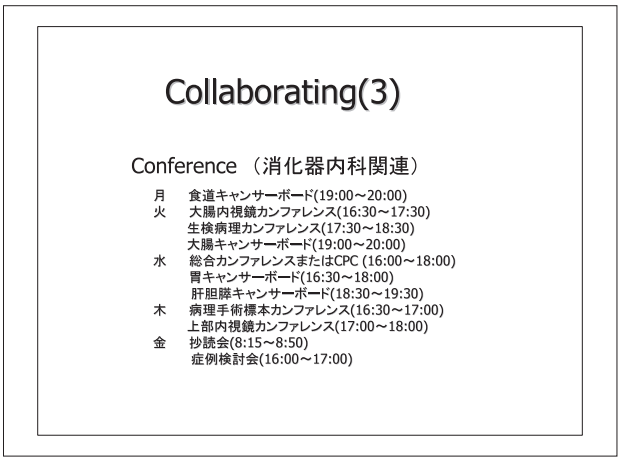
これはその場ですが、放射線ドクター、内科や化学療法科、外科とかが、集まって１つの症例を検討しています。実際には、取り巻きがもうひとつ周りにおりまして、人数はもっと多いのですが、こんな状況です。（スライド16）

我々消化器内科のカンファレンスもこのように月曜日から金曜日までびっちしありますが、黄色で書いたところは他科とのカンファレンスです。先ほど言いました食道だとか大腸、あるいは胃、肝胆膵のキャンサーボードはありますし、生検病理カンファレンス、あるいは病理手術標本カンファレンス、こ



（スライド15）

（スライド16）



（スライド17）

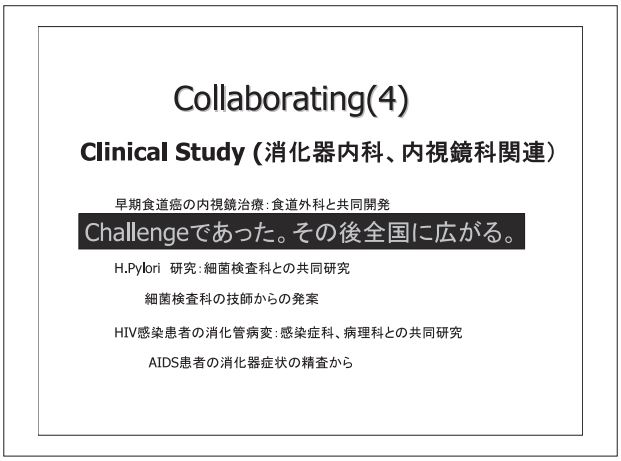
（スライド18）

れは病理との連携でやっております。そのほか院全体での総合カンファレンスやＣＰＣとかがあります。ただこのカンファレンスは全部夕方から夜にかけてということで、そういう意味で通常の勤務外の時間に行うことが多くなっております。（スライド17）

これはＣＰＣの風景であります。こういうことで、カンファレンスについて患者さんのよりよい診療、これは当然ですが、あと我々自身の診療能力を高めたいということで頑張っております。（スライド18）

臨床研究の話をしたいと思いますが、消化器内科と内視鏡科の関連のものに限らせていただきますが、これもコラボレーティングというのが基本にあります。例えば、早期食道がんの内視鏡治療として1988年、世界で初めて内視鏡的粘膜切除術を行っております。消化器になじみのない方だと分からないかもしれませんが、食道というのは管腔が狭いですし、周りに縦隔があるということで、がんを内視鏡で治療するという発想は全くなかったのです。胃については、既にＥＭＲが始まっておりましたが、食道を始めたというのは食道外科の存在が大きくて、こちらのチーフのドクターからの発案がありまして、初めて行っております。これはチャレンジのようなものでありましたが、その後、全国に広がるような形でありまして、現在も食道外科と一緒に治療を続けております。（スライド19）

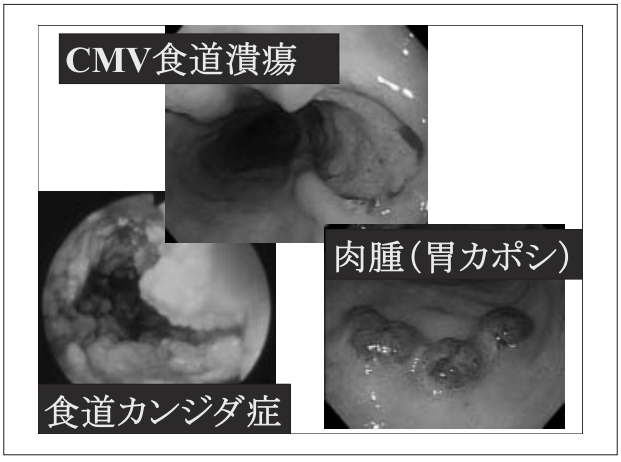
感染症科がありまして、ＨＩＶ感染の患者さんがたくさんおります。20年ぐらい前からＨＩＶ感染で消化器症状のある患者さんが増えてきますと、我々のところに内視鏡の依頼が来るわけです。今でこそ全く普通に内視鏡をやっておりますが、20年前の当時ですと、ちょっと腰が引けますし、本当にやる意味があるのかという話もありました。ただ、１人の



（スライド19）

若いドクターが積極的にそれを受けまして、物怖じせずにどんどんやっていた。その結果から、いろんなおもしろい病態が見つかってまいりました。その写真をお見せします。

これは食道のカンジダ症で、食道の内腔を覆い尽くすようなものが出てきたり、あるいは、これは食道のサイトメガロウイルスによる大きな潰瘍ですが、こういうものが見つかったり、胃の中にカポシ肉腫というのが出てきたりということで、さまざまな内視鏡像を得ることができました。



（スライド20）

「胃と腸」という、和文誌ですが、消化器領域の中では比較的権威のある雑誌ですが、そこにこういった報告を出しました。（スライド21）

結果、この「胃と腸」賞という年間最優秀のものをいただけるということでこれを授与されております。

（スライド22）

（スライド21）

（スライド22）

もう一つは、自己免疫性膵炎というものがありますが、これは膵臓の領域では今、非常にホットな話題であります。これも1991年に当院の病理科がlymphoplasmacytic sclerosing pancreatitisと称して報告したのが最初で、それ以来、この研究については当院が中心的な役割を果たすような形になっております。ただ、今は、膵臓だけではなくて、全身諸臓器に似たような病態が起こる疾患であるということでＩｇＧ４関連硬化性疾患というコンセプトで世界へ発信しているところであります。

（スライド23）

骨髄移植も多数やっておりますので、それに伴う消化管病変の研究を血液内科と続けております。

そのようなわけで、昨年度ですが、院全体でこういった学術論文、あるいは学会に発表数がありまして、消化器内科もこれだけの貢献をしているという

Clinical Study（消化器内科、内視鏡科関連）

自己免疫性膵炎

lymphoplasmacytic sclerosing pancreatitis(LPSP)と称して、
1991年に当院の病理科が英文誌に発表

"IgG4関連硬化性疾患"として世界へ発信中

骨髄移植後の消化管病変(GVHD, TMA)

血液内科における造血幹細胞移植患者数の増加

（スライド23）

ところであります。この４月に院長が辞められたのですが、前院長の言葉で、「世界に冠たる病院を目指せ」というのが彼の口癖でありまして、そういった意味合いで一生懸命頑張ったということで、アカデミックな雰囲気が満ちているというのが一つの特徴で、さらにお互いに切磋琢磨しているという雰囲気、あるいは気概にあふれております。

学会発表、論文発表数

（都立駒込病院：平成19年度）

学術論文　計257　(消化器内科・内視鏡科36)
英文　52　（消化器内科・内視鏡科 11）
学会発表数　579　(消化器内科・内視鏡科62)

アカデミックな雰囲気が満ちている。

お互いに切磋琢磨している。

（スライド24）

教育というところでお話しいたしますが、研修制度はジュニア制度が1979年から始まっておりまして、私はその翌年にここに入ったわけですが、シニアは1994年からスタートしております。（スライド25）

これは今年の９月、来年入ってくるシニアレジデントが受験をしたときにアンケート調査を行いました。（スライド26）

こちらが内科系の受験者、こちらが外科です。これがその他ということであります。受験動機として

Education

研修制度
ジュニア：1979年から
シニア：1994年から

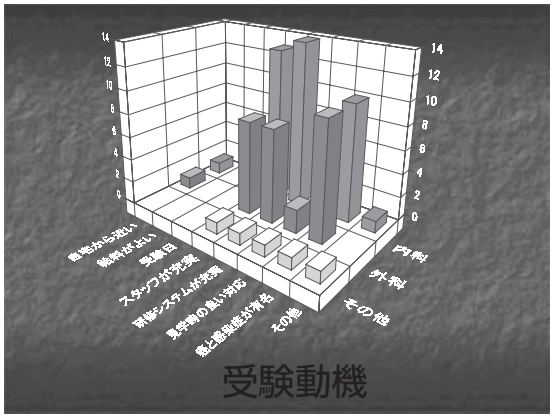
（スライド25）

シニアレジデント受験者
アンケート調査結果

2008年9月実施

（スライド26）

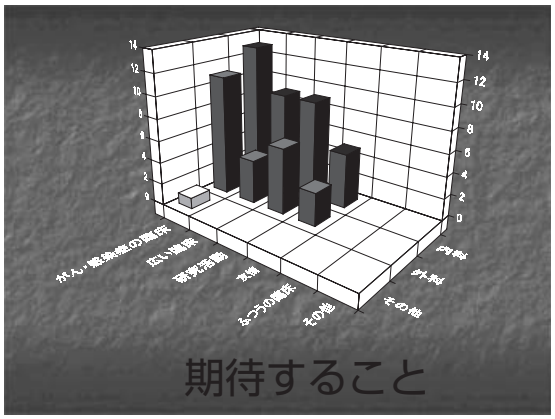
一番多いのはスタッフが充実しているからということでありまして、２番目は研修システムが充実しているから、そして、がんと感染症で有名だからということであったかと思います。



（スライド27）

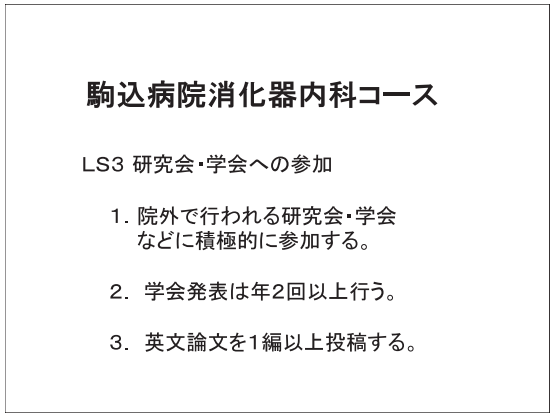
期待することは同様に、内科、外科、その他です

が、がんと感染症の臨床ということ、こちらは、多分、研究活動ということであったと思います。受験者の間でもがんと感染症で、あるいは研究ということにモチベーション高く受験されていることがわかりました。



（スライド28）

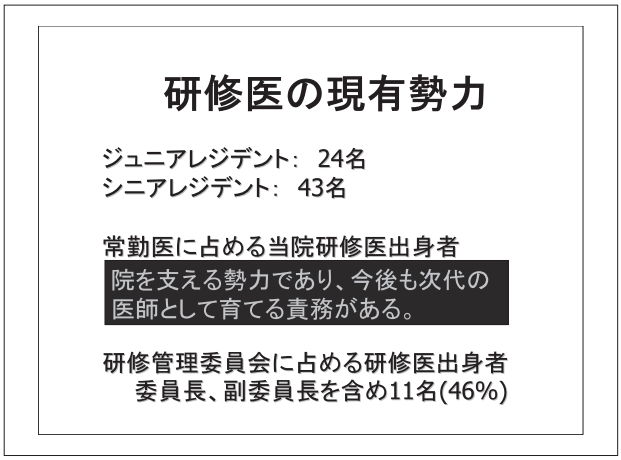
そういうことで、我々消化器内科でもそういったモチベーションに応えるべく、入ってきていただければ、ラーニングストラテジーの３としてこういったものを義務づけております。



（スライド29）

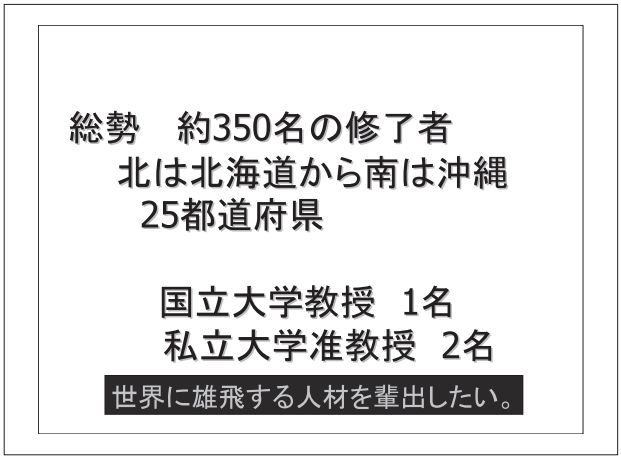
研修医の現有勢力ですが、ジュニア、シニア、このような数がおりまして、現在、常勤に占める当院研修医出身者、これは私を含めた話になりますが、約５分の１を占めています。研修管理委員会に占める研修出身者も委員長、副委員長を含めて11名ということで、半数が研修医出身の者が担当しているということであります。

こういったことで、院を支える極めて大きな勢力になりつつありまして、今後も次代の医師を育てる責務を我々が背負っているわけで、今、夜遅くまで彼らを指導し一緒に学ぶということが多々ございます。



（スライド30）

総勢は350名ぐらい修了しておりますし、国立大学教授が１名、あるいは私立大学准教授２名をこれまでに輩出しておりまして、我々としてはさらに世界に雄飛する人材を輩出したいという気持ちで頑張っております。

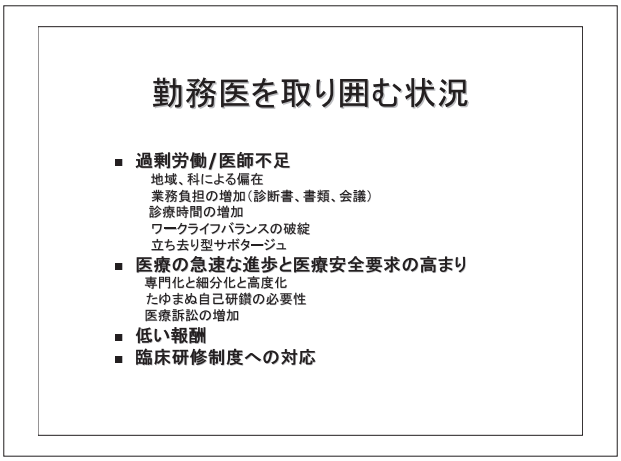


（スライド31）

先ほど来の話ですが、我々を取り囲む状況は極めて困難になってきています。確かにワーク・ライフ・バランスは破綻しつつありますし、医療が専門化、細分化、高度化してくるということで医療訴訟が増加しているという問題もあります。

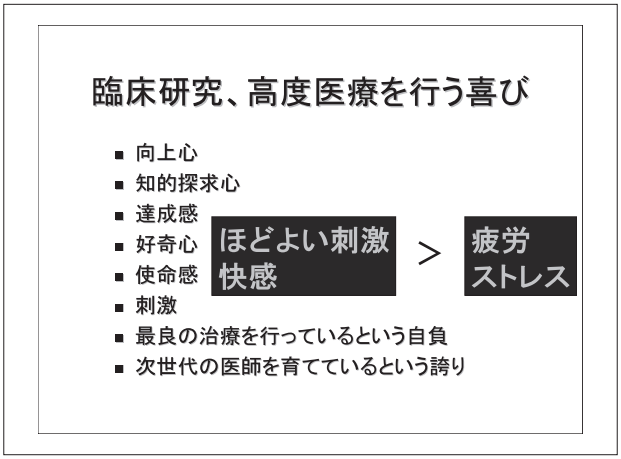
都立病院というのは、全国の自治体立病院の中で

給料は下から数えた方が早いくらいの低い報酬です。



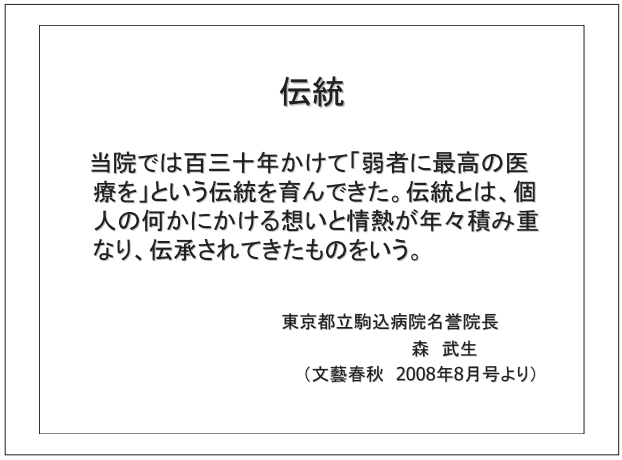
（スライド32）

こういうところでなぜ勤務医を続けているのかというところを、もう一回振り返ってみるのですが、臨床研究、高度医療を行うということで、こういったことが一応自分の気持ちの中では満たされるというところが一番大きいのではないかと思っております。したがって、疲労やストレスはかなりあるわけですが、ほどよい刺激と快感が若干でも上回っているということが喜びなのかなと思っております。



（スライド33）

これは、辞められた前院長が「文藝春秋」の８月号に伝統ということで書かれていたのですが、個人の何かに懸ける思いと情熱ということで、130年かもしれませんし、新駒込の30年近くのものかもしれませんが、これが原動力であったと思います。こういったものが失われないように、我々はまた頑張っていかなければいけないと、今日、こういった発表の中で心を新たにした次第でございます。以上です。どうもありがとうございました。



（スライド34）

医療提供体制の構造変化と勤務医の処遇改善

千葉商科大学大学院政策研究科　客員教授　**松　山　幸　弘**

ご紹介、大変ありがとうございました。松山でございます。私の医療経済学者としての、研究の目的は２つあります。１つは医療費を増やすことについて政策当局を説得する話法の研究であります。２つ目は、勤務医の先生方の個人の犠牲によらずに、セーフティーネット機能をきちっとつくれる医療事業体はどうあるべきかを明らかにすることです。本日、ご説明する内容は、社会保障国民会議の事務局に４月と７月にレクチャーした内容であります。それでは、ご説明させていただきたいと思います。

まず、病院の勤務医の方々の処遇を考える場合に、そもそも病院の経営形態は国際的に見てどうなっているかを見ていただきたいと思うのですが、これは単純に分けますと、米国と日本が民間病院が多数派です。それ以外の先進諸国はほとんどが公立病院中心です。

このスライドのとおり、イギリスの場合は大部分が公立でありまして、近年、民間病院チェーンが台頭しております。

病院の経営形態の国際比較

公立病院が多数派	英国	病院の大部分は公立 近年民間病院ﾁｪｰﾝが台頭
	カナダ	公立医療施設は急性期病院703,慢性期病院132, ﾘﾊﾋﾞﾘ14,その他133，合計982．民間病院は少数
	ｵｰｽﾄﾗﾘｱ	公立病院755（急性期病院736,精神病院19） 民間病院536 医業収入ﾍﾞｰｽでは公立3.6：民間１
民間病院が多数派	米国	人口3億人で病院数5,756。うち、ｺﾐｭﾆﾃｨ病院4,936、 連邦立226、精神病院456、その他138。 ｺﾐｭﾆﾃｨ病院の内訳⇒民間非営利2,958、公立1,110、 民間営利（株式会社）868
	日本	病院数8,807。うち、民間医療法人5,713、国276、 公立（自治体）1,004、その他公的421、その他1,393。

（スライド１）

カナダについては、公立の急性期病院が703、その他の病院を入れて982の公立施設がありますが、民間病院は少数であります。

オーストラリアは公立病院が755、民間病院が536で、数字的には拮抗しているのですが、医業収入ベースで見ると公立病院が民間の3.6倍ありまして、医業収入ベースで見ると公立病院が圧倒的に重要な役割を果たしているということです。

これに対して米国は、人口３億人で病院数は5,756です。このうち中心になっているのは、コミュニティ病院4,936です。その内一番多いのが民間非営利2,958、この民間非営利というのは、私立という意味ではなくて、地域住民の共有財産という位置づけであります。したがって、例えて言えば、日本の自治体病院が職員グループで社会医療法人をつくったみたいなイメージだと思います。公立病院が1,110、これは自治体立病院のことであります。それ以外に民間営利、株式会社病院が868あります。以前、小泉政権の経済財政諮問会議の委員の中には、アメリカの病院はほとんど株式会社病院だと思っていた人がいたのですが、現時点でも株式会社病院がそんなに多いわけではありません。一方日本もご承知のとおり、病院数が8,800で、民間医療法人が5,700と民間中心の医療提供体制になっています。

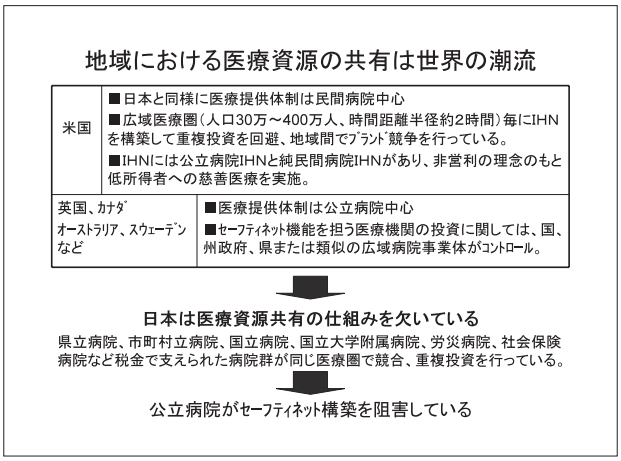
諸外国と比較したきとにまず言えるのは、地域に

おける医療資源の共有というのは世界の潮流であるということであります。その理由は、例えば、日本と同じように医療提供体制が民間病院中心の米国では、人口が30万から400万人ぐらいの単位で広域医療圏が設定されていまして、自動車の時間距離で半径約２時間の医療圏で、重複投資を回避して地域間でブランド競争を行っています。Integrated Healthcare Network、統合ヘルスケアネットワークです。その担い手がＩＨＮと略称される医療事業体、このＩＨＮには、公立病院ＩＨＮと純民間ＩＨＮの２種類があります。

一方、英国、カナダ、オーストラリア、スウェーデンなどは公立病院中心であり、このＩＨＮを国、州政府、県または類似の広域病院事業体がコントロールする仕組みをつくっております。

これに対して、日本は医療資源共有の仕組みを欠いていると思います。具体的には、県立病院、市町村立病院、国立病院、国立大学附属病院等々、税金で支えられた病院群が同じ医療圏で競合、重複投資を行っている。

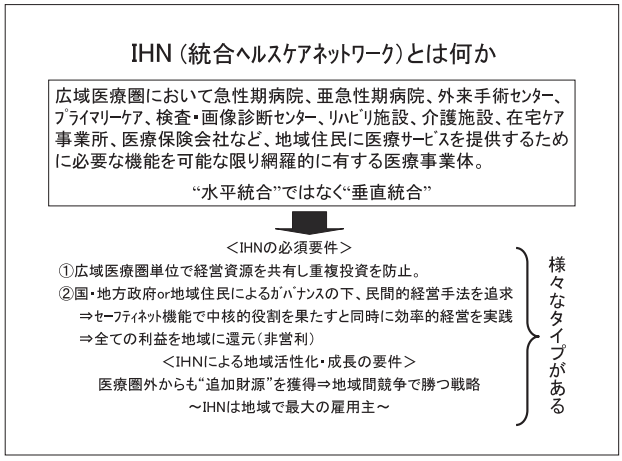
言葉が過ぎるかもわかりませんが、諸外国と比較すると公立病院がセーフティーネット構築をむしろ阻害している。公立病院がというのは、要は設置者である自治体が一番問題になるわけであります。



（スライド２）

ではＩＨＮ、統合ヘルスケアネットワークとは何なのかということですが、これは一言で言うと「垂直統合」ということであります。さまざまなニーズにこたえるべく、ケアを継ぎ目なく提供するために異なる種類のケアを提供する事業体が垂直統合しているということです。その要件としては２つあります。１つ目は広域医療圏単位で経営資源を共有し重複投資を防止する。２つ目は、国・地方政府、もくしは地域住民によるガバナンスのもとに、民間的経営手法を追求しているということであります。

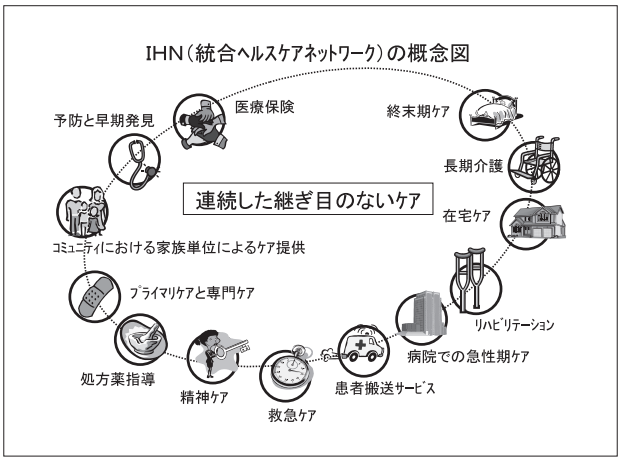
これがうまくいくと、ＩＨＮによる地域の活性化、成長ができるわけです。米国に行くと明白ですが、どの地域に行っても、どんな過疎地に行ってもＩＨＮがその地域で最大の雇用主であります。



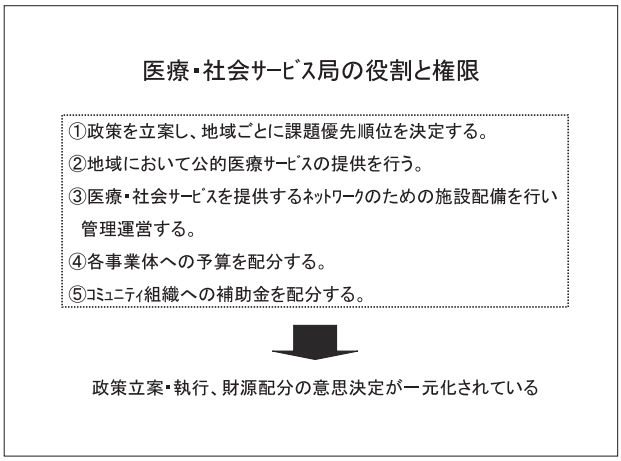
（スライド３）

これはバージニア州のセンタラヘルスケアが私にくれた図を日本語訳したものでありますが、地域医療保険から予防、早期発見、家族単位のケア、プライマリ・ケア、精神ケア、救急ケア等々、すべてのサービスを連続して継ぎ目なく提供する仕組みをつくるというのが使命であります。（スライド４）

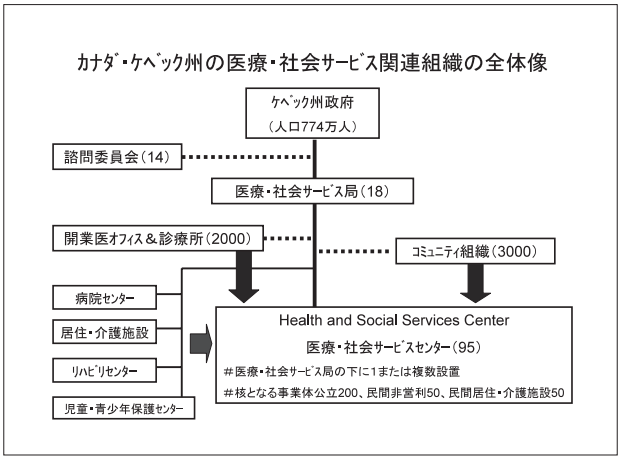
これは米国だけではなくて、例えばカナダのケベック州のホームページを見ますと、このような図が出てきます。ケベック州は人口774万人でありますが、広域医療圏を18設定しまして、真ん中に医療・社会サービス局というのがあります。これが広域医療圏の行政機関であります。この下に、日本でいう２次医療圏に相当するところの95の医療・社会サービスセンターがあります。これでＩＨＮをつくっているわけですが、まず医療・社会サービス局の役割について説明します。



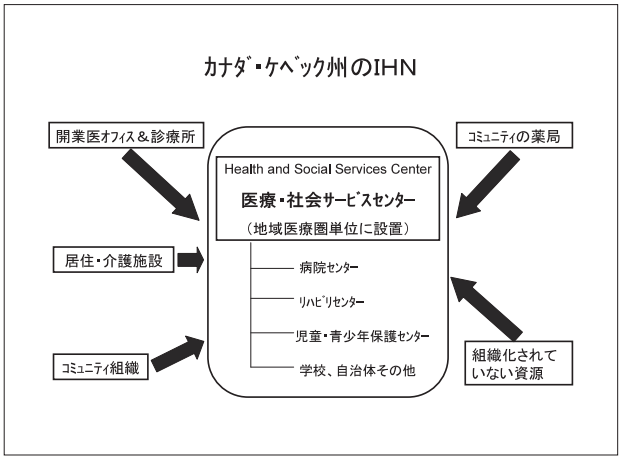
（スライド４）



（スライド６）



（スライド５）

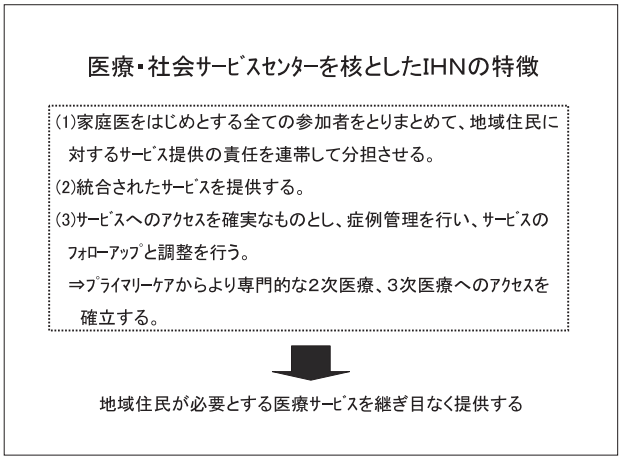


（スライド７）

５つありまして、政策を立案し、地域ごとに課題優先順位を決定する。地域において、公的医療サービスの提供を行う。医療・社会サービスを提供するネットワークのための施設配備を行い、管理運営する。各事業体への予算を配分する。コミュニティー組織への補助金を配分する。こういう役割と権限によって、政策立案、執行、財源配分の意思決定が一元化されている、これが日本と決定的に違うところであります。（スライド６）

具体的には、２次医療圏単位でこの医療・社会サービスセンターというものがあるのですが、ここで医療サービス、介護サービス、福祉サービスの全体の経営資源の配分のコントロールをしている。ここに開業医の先生方が自主的に参加する。民間の医療関連施設も提携するという仕組みをつくっているということであります。

これが今説明したことですが、要するに地域住民が必要とする医療サービスを継ぎ目なく提供するということであります。



（スライド８）

カナダだけではなくて、例えばオーストラリアのニューサウスウェールズ州のノースコースト医療圏

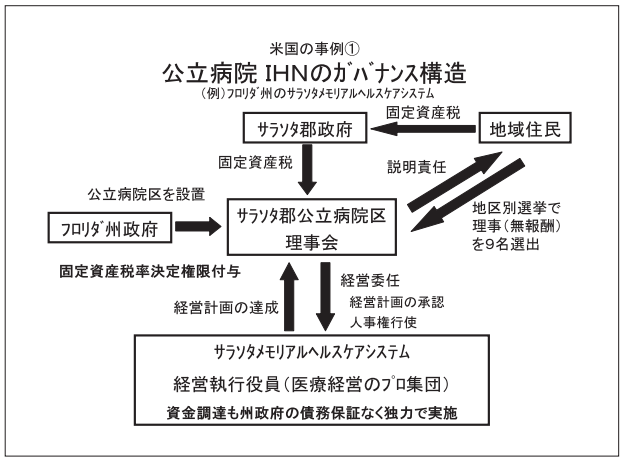
は、日本で言うと２次医療圏よりちょっと大きなところだと思うのですが、そこでも公立病院が17あって、クリニックに当たるコミュニティヘルスセンターが33配置されていて、検査機能等を持つ多目的医療サービス施設が４ある。これに民間病院が提携して医療サービスを補完するような仕組みができております。このマネジメントの仕組み、ガバナンスの構造を見るときに、米国が非常に参考になります。

（スライド９）

１つは、公立病院、自治体立の病院を使ったＩＨＮのガバナンスの構造です。これはフロリダ州のサラソタにあるサソタメモリアルヘルスケアシステムのガバナンスの構造です。州法に基づいて公立病院による医療特区をつくっていまして、大事なことは、この理事会が地域住民の代表で構成されているのですが、経営のプロにそれを任せる仕組みができています。この仕組みの最も重要なところは、政策医療の財源を固定資産税から取っているのですが、その税率を病院側が決めることができるようになっている点です。毎年、病院側が政策医療費がこれだけ必要ということで、みずから決められるのです。その分、説明責任は非常に重たいということです。

（スライド10）

これがサラソタの中核病院です。サラソタというのは非常に田舎というかリゾート地ですが、この病院の周りに約20のサテライト施設が配置されております。医療圏人口はたしか30万人程度で、全米で最も小さな地域医療ネットワークであり、年間収入合



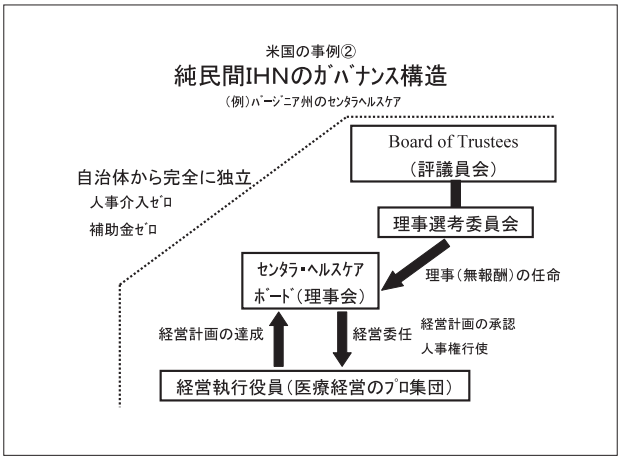
（スライド10）

計が約500億円です。ここの病院のすごいところは、全米で最も小さな地域のネットワークであるにもかかわらず、総合力評価はトップ１％、連邦立等を除くと全米で5,000病院ありますが、その中のトップ50病院にいつも入っているということです。その結果、全米から若い先生がここで研修を受けたいということで集まっているところであります。

（スライド11）

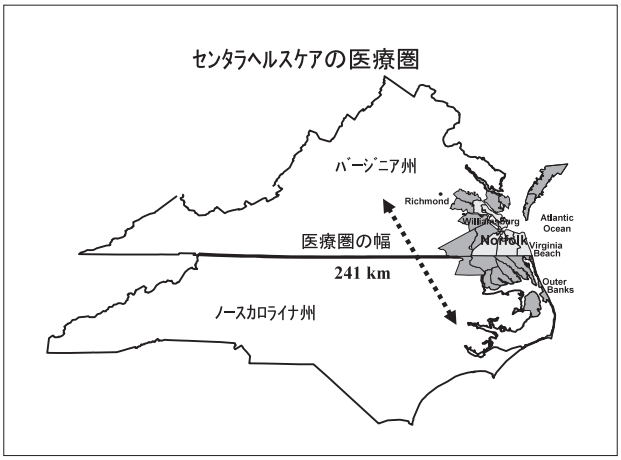
続いて、純民間のＩＨＮのガバナンスの仕組みです。地域住民の代表によって理事会が結成されていて、理事会が経営者を選ぶ仕組みになっおります。自治体から完全独立というのは、人事介入ゼロ、補助金ももらわないという仕組みのもとで、公立病院と同じような機能を果たしている。センタラの場合、年間の売り上げが今、2,800億円ぐらいでありますが、年間100億円を超える慈善医療を行っております。日本でこれをつくるとすると、恐らく財団の社会医

療法人ではないか。そういうイメージで見ていただければと思います。財団の社会医療法人の評議委員会が経営者を決めるというイメージです。



（スライド12）

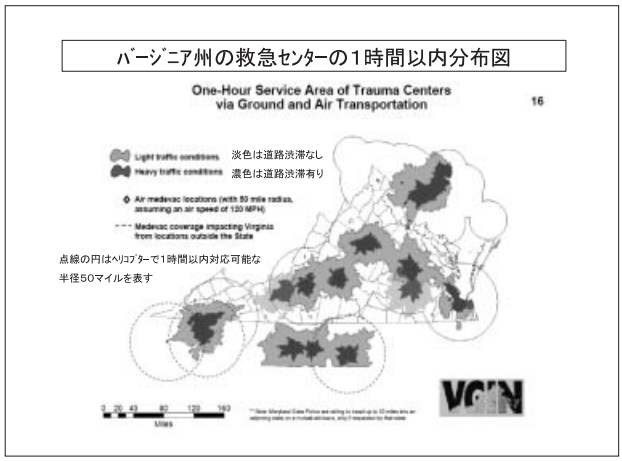
センタラヘルスケアの医療圏は241キロということで、多分、熊本県か長野県１県ぐらいをカバーしているというイメージで考えていただければと思います。



（スライド13）

例えば、救急センターでありますが、これはバージニア州の中で道路の混み具合とかいろんな地理、地勢学的なものも考慮して救急センターの配置が決まっております。センタラヘルスケアは、１つの救急センターの医療圏の中で中核機能を持っていまして、災害時にはライバル病院に対する指揮権まで与えられています。そういう仕組みで緊急時に対応しているということであります。（スライド14）

センタラヘルスケアのトップであるデービット・



（スライド14）

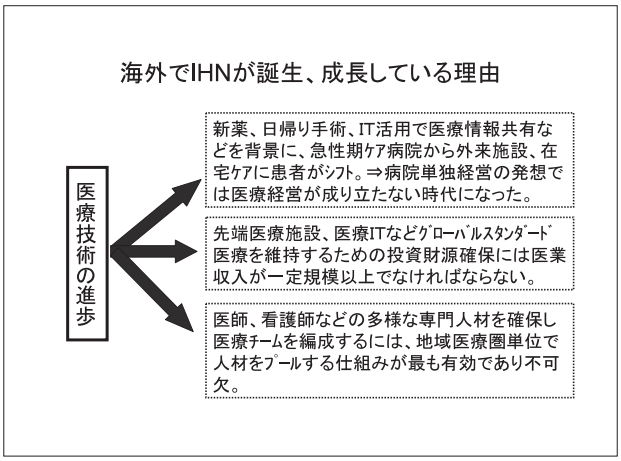
バーン氏、この方は2004年に米国病院協会長だった方ですが、彼が８月に来たときに、なぜＩＨＮが世界で今、誕生して成長しているのかと聞きましたら、一言、医療技術の進歩であるということを言われていました。

その意味は３つあります。ここにありますとおり、新薬、日帰り手術、ＩＴ活用で医療情報共有などを背景に、急性期ケア病院から外来施設、在宅ケアに患者がシフトしている。つまり、病院単独経営の発想では医療経営ができないということであります。

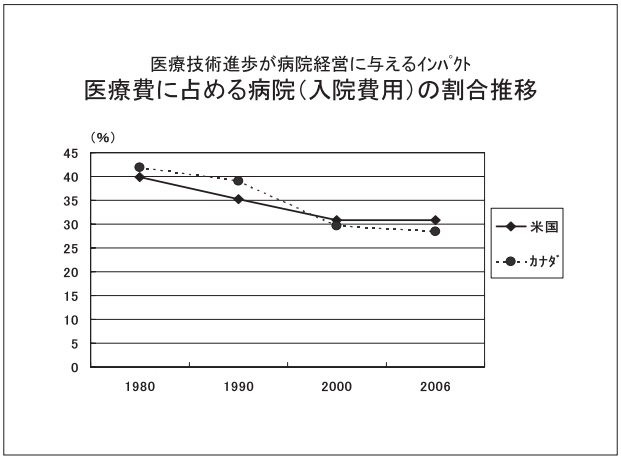
もう一つは、先端医療施設、医療ＩＴなど、グローバールスタンダード医療を維持するための投資財源確保には、医業収入が一定規模以上でなければできない。

医師、看護師など多様な専門人材を確保し、医療チームを編成するには、地域医療圏単位で人材をプールする仕組みをつくることが最も有効であるという３つを言われていました。（スライド15）

その証拠としてこのグラフがあります。医療費に占める病院の収入の割合は、急速に落ちております。1980年のとき、米国とカナダでは約40％だったものが現在10ポイント落ちて、30％までダウンしています。つまり、単独の病院の経営の発想のもとでは縮小均衡してしまう。それを補い、成長するためには、病院の外にもネットワークを張っていかないといけない。だから、ＩＨＮができたということであります。（スライド16）



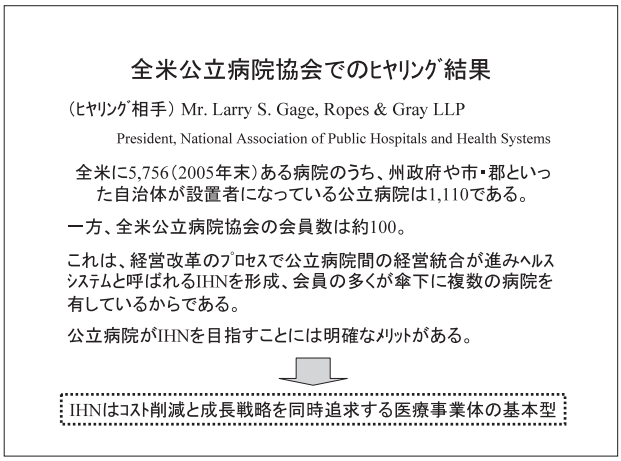
（スライド15）



（スライド16）

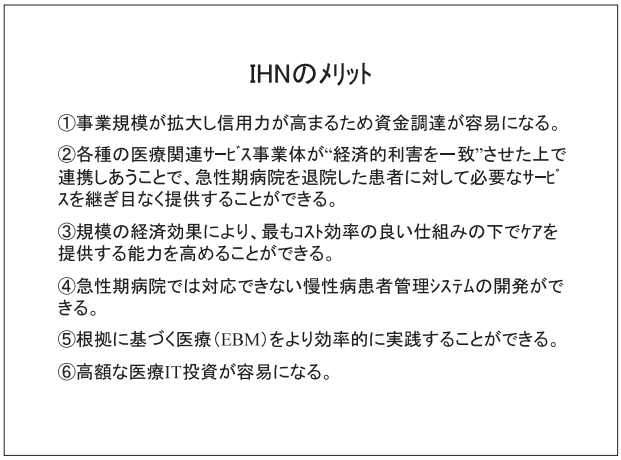
この点については、米国の公立病院改革のリーダーであるラリー・ゲイジさんにお聞きしました。彼が言っていたのは、アメリカにも公立病院、自治体病院が1,110あるが、そのほとんどが既にＩＨＮ化している。つまり、複数の病院で地域単位でグループを形勢しているということであります。このＩＨＮというのは、コスト削減と成長戦略を同時追求する医療事業体の基本系であって、これをやらないと日本でもだめではないかということをおっしゃっていました。（スライド17）

ＩＨＮのメリットを幾つか彼に指摘してもらいました。第一に事業規模が拡大し信用力が高まるため、資金調達が容易になる。第二に、各種の医療関連サービス事業体が経済的利害を一致させた上で連携し合うことで、急性期病院を退院した患者に対して必要なサービスを継ぎ目なく提供することができる。



（スライド17）

第三に規模の経済効果により、最もコスト効率のよい仕組みのもとでケアを提供する能力を高めることができる。また、高額な医療ＩＴ投資をするためには、事業体自体の規模が大きくなければ無理だ、負担できないということをおっしゃっています。



（スライド18）

７番が重要でありますが、医師を初めとした優秀人材を確保し教育するためには、ＩＨＮ化が不可欠だ。特にマネジメントのバックオフィスの人間のローテーションなどができないと人材育成はできない。日本はそれが非常に窮屈な状態にあるのではないかと思います。

最後に、医師が病院を選ぶときも、ＩＨＮ化されてＩＴ化ができているかどうか、医療提供体制が非常に進んだものであるかどうかを見られるよということをおっしゃっていました。（スライド19）

私が今取り組んでいるのは、旭中央病院の改革で

IHNのﾒﾘｯﾄ（続き）

⑦優秀人材を確保し教育することが可能になる。

⇒この効果は、特に経営管理部門の人材について顕著である。

⑧規模が大きくなることで購買時に価格交渉力が高まる。

⇒自ら共同購買機能を発揮することができる。

⑨患者満足度の向上が図れる。

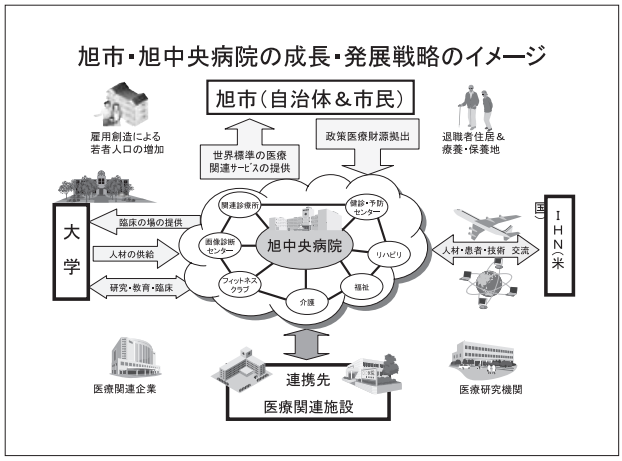
⇒患者たちが医療の質に対する関心を高めている。ｲﾝﾀｰﾈｯﾄで病院の比較評価をして選んでくる。したがって、病院がﾃｸﾉﾛｼﾞｰへの投資を怠れば患者が逃げてしまう。このﾃｸﾉﾛｼﾞｰへの投資が実際には医療の質に影響を与えないことであっても、患者側はﾃｸﾉﾛｼﾞｰ導入の有無を調べて病院を選択するようになった。

⇒医師が病院を選ぶ時も同様である。

（スライド19）

ありますが、これは何を目指しているかというと、アメリカのＩＨＮに近いことを、できれば実現してみたい。それは、ひいては勤務医の方々の処遇改善に直結する話であります。

まず、旭中央病院を中心に継ぎ目のないケアを提供する体制をつくった上で大学と組む。研究、教育、臨床分野でお互いにレベルアップをしていく仕組みをつくる。この大学というのは、必ずしも医学部附属病院を持っている必要はないと思います。医療分野の研究に取り組むことができれば構わないということです。その機能をより強化するために、米国のＩＨＮと組んで人材、患者、技術の交流をしたらどうかということであります。



（スライド20）

ディスカッション

【石川座長】 ご発言をご用意されている方、ご発言いただきたいと思います。

【鈴木】 松山先生にお伺いしたいのですが、鈴木と申します。題名が前の方のを見ますと、「勤務医の生きがいについて」というのですが、生きがいというか生き地獄ですよね。何か間違っているのではないかなと。「高度医療を行う喜び」とありますが、コンピュータを前にしてコンピュータでの回診を３時間やるよりは患者さんの前に３時間座った方がまだいいのではないかなと、それは一つの感想です。

最後に、松山先生にお伺いしたいのは、公立病院がセーフティーネットを阻害している、これが正直言って聞き捨てならない。というのは、公立病院が阻害しているのではなくて、日本の医療政策そのものがセーフティーネットを阻害しているのではないですか。先生が考えている、旭中央病院のような組織をつくりたいならば国の政策としてやるべきであって、いかにも私たちの公立病院が勝手にばらばらにやっているからいけないような、そのようなイメージがありましたので、そこは私の誤解でしょうか。

【松山】 聞かれるだろうなと思ったご質問なので、お答え致します。私の説明の仕方が悪かったとは思うのですが、私が申し上げたいのは、公立病院の行政のあり方、１つの医療圏に同じようなものがあって、要は縦割り行政のもとでばらばらに経営されているわけです。そこを改善すべきだということで、私は公立病院の中で働いている先生方を批判しているのではない。提供体制をつくっている人たちが少し問題ではないかということであります。

【鈴木】 そうすると、提供するためには医療財源が必要ですね。アメリカ、カナダ、いろんな例を挙げましたが、日本よりも医療財源が多いわけですよね。それを少ない医療財源で日本がやろうとしているわけですから、これは一個人、一病院でやれるものではなく、医療費を上げてそのような体制をつくるしか方法はないと思うのです。必要なのは医療財源です。

【松山】 それは全く同感であります。したがって、私は政策当局の担当官に対しても、なぜ医療費を増やさないといけないのかということを説明しています。ただ、彼らから言わせると、例えば、日本の公立病院というのは近くにありながら、みんな同じような機械を入れる。稼働率が低い。あれはどうするんだということを言われるわけです。例えば、アメリカのフロリダのサラソタでは、ＰＥＴＣＴもトレーラーで運んで各施設間で共有しているのです。もちろん道路事情の問題もありますが、要は最新鋭の機械を入れながら、それをいかにみんなで共有して稼働率を上げて、早く使い切って、次のいいものに移っていくかというマネジメントがあるのです。日本はそれは非常に遅れていると思います。これは勤務医の先生方の責任ではなくて、私は行政の責任だと思います。

【鈴木】 ＣＴが多いのがいけないのですか。ＣＴで助かっている人はものすごく多いのです。また、医師の技術料が安くＣＴ検査が高いというのは、診療報酬体系がああなっているからです。だれが診療体系をつくったかと言えば、国でしょう。国が悪いに決まっているではないですか。

【石川座長】 お答えは、また懇親会のときにでもお話しください。

時間が30分もございませんので、三上常任理事先生には最後、５分間でコメントをお願いしたいと思います。

ほかに遠方から来られている先生方、帰りの飛行機や何かで発言しておけばよかったということがないように。

【桜井】 宮城県の桜井といいますが、松山先生の今日のお話は大きな話ですが、もっと小さな話になります。私は病院の院長を辞めたのですが、病院の中の麻酔科が崩壊してしまいました。１人当たり年間500を超えた当たりからおかしくなりまして、５人いたのですが、５人で2,500人を全麻をかけたあたりからおかしくなりまして、全くいなくなってしまいました。そのときにはたと気がついたのは、仙台です。仙台の中に、ないしは宮城県の中に麻酔科医が何人いるかということを考え始めたのです。宮城県全体、東北地方は特に人間が少ないのです。その地域に、どこにどういう医者が何人いるか、それさえ確保できれば医療は崩壊しないで済むのではないかと。要するに、今、先生がおっしゃったような形、これは政治だと思うのです。例えば、駒込病院にいる人材をどんどん周りで使えばいいのではないか。しかし、何かそこを阻害するものがある。私のアイデアはその間を取り持ってコーディネートするのが医師会であり、こういう会なのかなと。先ほどと同じところに行くのですが、それには財源が必要なので、松山先生が今、旭中央でやっている進捗状況そのものを教えていただきたいのです。

【石川座長】 ほかに会場の方から。本田先生。

【本田】 松山先生の発表、私、大変感銘を受けました。というのは、我々もああいう建設的なことを訴えていかないと、確かにおっしゃるとおりのことは私もあると思います。アメリカなどに聞くと、ＭＲＩというのは真夜中でも稼働しているそうです。昼間は外来の患者さんを検査し、真夜中は入院患者さんを検査しているらしいのです。ただし、そういうことを今まで我々医療界がきちんと自分たちで提言できるようなアイデアもなかったし、行動をとってこなかった。確かに財務省の人に無駄が多いだろうと言われると返す言葉もない。

ただ、日本の医療の歴史を見ますと、欧米と日本の医療のでき方が違うのです。明治から日本は国で医療をきちんと整備しようとしているのではなくて、各地域の私立の病院が発展したりとか、各公的病院つくったりという歴史がありますので、一、二の三でアメリカと同じ態勢に行くわけにはいかないと思うのですが、日本の医療者がもっといい意味で大同団結して、良い意味で無駄をなくすとか、高額機械をあっちこっちで買い過ぎて、自分で医療者も雇えないようにならないようにするとか、そういう面で私、松山先生のお話は大変参考にすべきことがあると思うし、読売新聞に負けないで、我々医療関係者こそが今後の日本のあり方を提言しないと、いつまでたっても医療費も増やしてもらえないし医師も増やしてもらいにくいのではないかなと思います。我々も頑張りますので、医療費と医師も増やさないとできない面もあるということと、あとはそういう意味の新しい情報をどんどん教えていただければありがたいと思います。どうもありがとうございました。

【馬渡】 鹿児島の馬渡と言いますが、松山先生と三上先生にご質問があるのですが、権丈先生のときに言いたかったのですが、権丈先生が民医連のことも出していたので、民医連の病院ですが、医療費を増やすというのは大賛成で、我々は患者さんの負担を増やしたくないという立場で医師会ともやっていると思うのです。医療費を増やすためにはどこかから持ってこないといけないですが、無駄を削れと。無駄を削っても大して出ない。１兆、２兆しか出ないという議論はありますが、先ほどの議論の中でも、権丈先生は財界も出さないだろうしという話を後の質問のところでされていたと思うのですが、国民負担をするときに、医療費を増やすためには、私たちは患者さんの負担を増やしたくない。取るべきところから取るべきだという主張ですが、その辺について先生は財務省と関係があるようなので、医療費を増やすに当たって、どういうふうに考えておられるのかを聞きたいということが１つです。

三上先生には、先ほど先生が言われたように、勤務医は内科医が大変だと僕も思っています。特に日本の医療の中では、100床、200床ぐらいの病院の内科医はすごく大変だと思っているのです。この会に

私、初めて出させてもらいましたが、勤務医を全部１つにまとめないで、500床以上の病院、先ほどの駒込みたいに800床の病院と200床以下の日本のかなりの部分を担っている病院の勤務医の苦労さはまた違うと思うのです。特に高齢者が増えて誤嚥性肺炎だとか、いろんな臓器不全を持っていて、でも、800床の病院に送るような患者さんではない。でも、100床、200床の病院は日本国中たくさんあって見ていると、そういうところの勤務医の苦しさが、日本の場合は特に大きいのではないかと思うのですが、その辺を後で聞かせていただけたらと思います。

【石川座長】 松山先生、２つ質問がありますので、後でお答えください。ほかに。

【伊東】 どうもありがとうございます。茨城県医師会の常任理事の伊東でございます。日本医師会の男女共同参画委員会の委員でありますが、総論的に、３人の方から勤務医の生きがい、高度医療、松山先生のご講演でございましたが、勤務医部会というのは昔と違って、内田先生も言うように、ここに女性医師が少ないということも含めまして、これから勤務医部会というのは女性医師というものも大切にしていかなければいけないし、女性医師なくして勤務医部会なしということも言えるのですが、その生きがいも含めて、高度医療でキャリアアップ、そういうものを含めて、何か女性に対する一つのコメントがあればよかったかなということでございますので、できれば、勤務医部会も男女共同参画委員会の委員もこちらに来ているのですが、男性医師ばかりではなくて、女性も半分ぐらいでなくてもいいですから、演題が出るような形で次回はやっていただければということでございます。３人の方で女性のキャリアアップ、勤務医の生きがいについて何かございますでしょうか。以上です。

【石川座長】 今の女性医師のキャリアアップということで、３人の先生、何かご意見ございますでしょうか。

それでは、先ほどから２つ松山先生に質問がありますので、お答えください。

【松山】 最初に、旭中央病院のプロジェクトの進捗状況ですが、これはまだ始まったばかりでありまして、何も決まっていないというお答えになると思います。経緯を申し上げると、総務省が昨年の12月に自治体病院に対して改革プランを提出するように要望してきました。今、その中心となる経営形態の見直し等を議論しておりますが、市長に対する答申が10月に出まして、10月20日に議員の先生方にご説明して、これから具体的にどうするかということを詰めている段階であります。したがって、実際に経営形態を変えていくということになったとしても、まだ数年はかかる状況だと思います。

その一方で、私、総務省の自治体病院のアドバイザーを以前やっていまして、全国の自治体病院を見ていますが、一番大きな医療経営上のリスクは人口の減少であります。どの地区で見ても、平均的に10年から15年で人口が10％減少します。そういう中で、医療技術の進歩に合わせて設備投資を続けていく仕組みをきちっと考えないといけないだろうと思います。

２つ目のご質問の医療費を増やすということでありますが、これはどうやって説得するかというと、一番大きな理由は、日本経済の成長のためには医療サービス産業を増やす以外に道はないと思います。ちなみに、米国は今、サブプライム問題で経済が完全にダウンしていますが、こういうときに常に米国の場合は医療サービス産業の新規雇用で景気を支えているのです。政府の見通しだと2007年の医療費がＧＤＰに占める割合が16.3％でありますが、10年後に19.5％まで上がります。したがって、米国では医療費が増えれば税金の支出も増えますが、経済全体から見ればプラスということで、それが容認されている。

一方、わが国の政策当局を説得するときに何を言われるかというと、医療費を増やすときにコストパフォーマンスはどういう仕組みでよくなるのかということを聞かれます。そのための説得材料として、先ほどご説明したように、地域単位で経営資源を共

有する事業体が核にあって、それに民間病院などが密接に関係していくという仕組みをつくる必要があるのではないかということで、今日のようなお話をさせていただいております。

３つ目でありますが、公立病院が縦割り行政になっている弊害というものの原因が診療報酬体系にあるのではないかというご指摘ですが、それは私は違うと思います。診療報酬が今の仕組みのもとでも経営統合することによって、無駄を省くことは十分にできると思います。以上です。

【石川座長】 どうもありがとうございました。会場の先生方から。

【橋本】 宮城県の橋本と申しますが、松山先生にお聞きしたいのですが、先生がおっしゃったＩＨＮのシステムが非常によろしいというお話ですが、実際にアメリカの医療は、多分、ここにおられるいろんな方が知っておられると思いますが、ＨＭＯに牛耳られた保険を株式会社的な保険会社が病院に指示して云々という、例えば「シッコ」に出てきたような、ああいう荒廃したといいますか、無保険者も4,000万人いると言われている、そのような状態で、ＩＨＮというのは確かにシステムとしてはよろしいのかもしれませんが、そのシステムを日本に持ってきて、働いている我々勤務医の状況が果たしてよくなるものだろうかというのは、私は全然わからないのです。

私も昔、ボストンにいたことがあるのですが、ボストンですと、ハーバード系のいろんな病院がありますが、そのハーバード系の病院の中でもある程度、競合している。ほかに大学が２つありますので、そういう病院でもお互いに競合して、投資はそれぞれにやっているという状況がありましたので、サラソタも確かに有名だったのはわかるのですが、果たして先生がおっしゃるようなＩＨＮというシステムがアメリカ全土にあって、うまくいっているということが本当なのだろうかというのがわからない。

そのＩＨＮというシステムを日本に持ってきたとしても、アメリカと日本ではもともと医療の構造が違いますから、果たしてそれが日本に馴染むのか、というところが極めてわかりにくいところですが、是非そこら辺を教えていただきたい。

【石川座長】 手短にお願いします。

【松山】 まず、ＩＨＮの考え方というのは、日本にもたくさんあります。これは二木立先生が『保健・医療・福祉複合体』というタイトルで日本の医療事業体の中に垂直統合したものがたくさんあるよという本を以前出されましたが、考え方はあれと同じです。

ただ、規模が違うということと、セーフティーネット機能の質量が違う。アメリカの方が大きいということです。米国の場合、ＩＨＮは急性期ケアに関してはシェアがたしか65％ぐらい、全米に今たしか587あります。

先ほどお話の出たハーバード大学の件は、例えばベス・イスラエル病院とか、マサチューセッツ総合病院はライバル関係にあって、ハーバード大学の医学部の言うとおりにならないという悩みがあるやに聞いておりますが、ハーバードはＩＨＮの中の病院ではないということであります。

米国の医療制度を見るときに、医療提供体制と医療財源の問題は切り離して考えるべきではないかと思います。私が問題にしているのは医療提供体制の方であります。

長くなって恐縮ですが、ＨＭＯに対する批判は私も承知しておりますが、今、最も米国で勤務医が集まっているのはＨＭＯをつくったカイザーパーネンテです。カリフォルニアのオークランドにある医療事業体で年間収入４兆円の病院群と保険会社を経営しているところです。そこに１万4,000人の医師が集まっていますが、そこになぜ医師が集まるかというと、そこはレセプトがないのです。要するに、予算を保険料で集めたら、後は現場の医師に自分たちがベストと思うことをやってくださいという仕組みに今、変わっています。

ですから、ＨＭＯにもいろんなタイプがありまして、90年代に非常な弊害をもたらしたものは、今、かなり少なくなっているというのが私の理解です。

【石川座長】 どうもありがとうございました。

【木下】 質問が松山先生に集中しております。岩崎先生と江川先生に質問したいと思います。医療の構造を変えていく、あるいは勤務医の数を増やすというのはもちろん求められますが、現在はまだ不足した状態でいかに勤務医のモチベーションを持って、燃え尽きないで地域医療を支えていただくかというのが今回の大きなテーマだと思うのですが、その中で生きがいを持って、維持する上でのいろいろなポイントを言われたと思うのですが、医師、患者関係の長い日本の伝統の中で、医師、特に主治医の責任が非常に重くなり過ぎて、それが非常に重圧になっていると思います。岩崎先生が言われたように、重症の方でも転機に関わって患者さんの回復に付き合っていける喜び、これは医師を目指す人は、そういう患者さんに対して必ず貢献できて良くしてあげるというモチベーションだと思うのですが、それが100人とか200人の生きがいを持って良くしてあげる中で、１人でもうまくいかなくて訴えられたりとか、チームの中でも孤立して苦労すると、恐らくそれがまた勤務医から離れるきっかけになると思うのです。主治医という１人の医師に余り責任が集まり過ぎないようなシステム、あるいは複数の主治医であるとか、あるいはチーム医療の中で医師同志の医療の連携、責任の分担の仕方、あるいは医師以外の、今回の診療報酬に定められたメディカルプラクとか診断書とか、そういう事務的なこと、医師でなくてもできることをチームの中でよく医療を理解した人に分担してもらうということも一つの方法でしょうけど、チームの中で医師の精神的なストレスを和らげながら、しかも医師としての患者さんを良くしてあげるという生きがいを感じてやれるようなシステムづくり、江川先生は駒込でキャンサーボードという治療方針をたくさんの医師で決めるというシステムをしておられますが、そういう組織的に医師を支える、あるいは医師の責任ある仕事をサポートするようなシステム、これは医療安全にもつながっていくと思いますので、日本の伝統的な主治医制度の見直しを含めて、お考えやご提言があれば、聞かせてください。

【石川座長】 岩崎先生、江川先生、いかがでしょうか。先ほど質問がありました女性のキャリアアップのお話も、もしコメントがあれば、お願いします。

【江川】 主治医制度というのは残っておりますが、一応、各科におきましても１人で患者さんを診るということに対する負担はそれぞれに考えておりまして、必ずグループをつくって診ているという方針になっております。したがって、患者さん１人に対して数人のドクターがいると。回診とか一緒に行うというシステムはつくっております。加えて、我々のところはがん専門に近い病院でありますので、先ほどのキャンサーボードという形の中で、１人の責任で治療方針を決めるのではない。みんなで集まって最良の方向を決めるという形をとっております。

チーム医療の中では、ＮＳＴという写真をお見せしましたが、あれを３時間もやるのはどうかというご批判もあったようですが、現実的にはある意味、共通の目的を持って集まってきたボランティアの集まりに近いのですが、一人一人の患者の栄養状態をよくすることで、少なくともそれにかかわる医療費の削減にもつながるであろうし、また薬の配薬、そういうものについても変わってくるところがあるはずだ。そういうことで、院を挙げてそれに取り組むという方向でやっているわけです。

個々のドクターにかかわる負担は確かに大きいです。電子カルテが入ってきて、さらに文書の量もかなり増えています。そういったものに対して、今度、医療クラーク制度というのがとれるということがありましたので、今、それは院の方で来年度に向けて入れようという方向で、できるだけ医師の負担は減らすということで上層部の方で努力しているということです。

女性医師のキャリアアップのことですが、私どもは余り考えたことはなかったです。ただ、先ほど内田先生のお話でワークシェアというお話もありまして、そういったことがこれから本当に必要だなと

思っております。実際、消化器内科で女性医師が３人ほどおりますが、彼女らのワーク・ライフ・バランスを考えてあげたことは余りない。内視鏡治療をやっていますと、深夜までかかるようなこともありますが、何も文句を言わずにやっているというのが実情でありまして、これが正しいやり方であるとは決して思いませんので、それは我々の今後の課題だと思います。

【石川座長】 ありがとうございます。岩崎先生。

【岩崎】 先生の温かいお言葉、ありがとうございます。私自身は産婦人科を志して30年あまりになりますが、私自身が主治医として患者さんを受け持たないと若い先生の負担が重くなる関係があるので、いまだ主治医として患者さんを担当しています。そうすると、悪性の患者で状況がいいときはいいのですが、悪くなったときに若い先生が対応してくれるのですが、主治医が何で来ないんだと言われかねません。死に立ち会うときも、主治医が立ち会うほうが円滑にいきます。我々の病院ではそれが現状です。しかし、主治医は勤務時間を越えても連続して患者を診る必要義務があるという理解で、私自身は行っています。そのうち私は辞めますが、若い先生が主治医制度をどれだけ継続していただけるかどうかはわかりません。ただ、一人の医師が主治医を持たないと、若い先生に負担が来て、産婦人科医療が崩壊してしまうのではないかと考えます。勤務時間以外は勤務しないというのが理想なのですが現状では無理と言わざるを得ません。

女性医師についてですが、木下先生の病院でも同様と思いますが、産婦人科医はこの数年間で男性医師が１人しか入ってきません。若い産婦人科医のほとんどは女性で、キャリアアップについて将来は産婦人科医は女性ばかりという時代が来ると思うので、キャリアアップは全く問題ないのではないでしょうか。

麻酔科ですが、数年前、我々のところに麻酔科医はいませんでした。一人の外科系医師の手術依頼を可能なかぎり断らないという医師が入り、その先生を核に数人になってきて多くの手術が可能となりました。現在我々は気軽にと言っては申しわけないですが、麻酔の先生に気を使いながら、いつでも麻酔をかけていただける状況になったので、われわれは幸せです。

【石川座長】 どうもありがとうございます。会場の方でもうお一方。

【藤巻】 勤務医委員の藤巻と申します。勤務医委員会15名おりますが、女性は私ただ１人でございます。女性医師のことに関して、問題とよく言われますが、１つが就労環境のこと、それは女性医師に限らず、男性医師にも言えることで、ただ女性医師のことは問題の切り口と私はとらえております。

もう１個あるのが、頑張ってきた女性医師たちが見えない天井、ガラスの天井と言われるものによってキャリアアップができない、リーダーシップをとれないというところにあります。これからの女性医師が４割とかそういう時代を迎えていくに当たって、キャリアが途中で途絶えがちな女性医師がきちんとキャリアアップをして、リーダーシップをとれるような状況にしていくことが大事なことで、そのための生きがいということがとても大事なのだろうと思います。

日本医師会に女性の理事医師が誰もいなくなってしまいましたが、いろんな学会等を見ても女性の理事が全くいないところも結構あり、大学病院等を見ても女性の教授がゼロというところがごろごろしています。そんな状況を見るにつけても、今日は偉い先生方が大勢いらっしゃいますので、能力のある女性医師をぜひ登用していただけるよう、お願いしたいです。

生きがいがあると女性医師、殊に子供を育ててきたような女性医師というのは一生懸命やれるということもあります。だから、そういった子育て中の女性医師も嫌わずに、いい面がいっぱいございますので、ぜひともいろいろ登用していただきたく、よろしくお願いいたします。

【石川座長】 どうもありがとうございます。最後と

いうことで、よろしくお願います。

【豊田】 せっかくの機会でございます。神戸市から来ました豊田と申します。江川先生にお聞きしたいのですが、先ほども本当に勤務医の熱い思い、駒込病院の個人の何かにかける熱い情熱とその思いということを、そのように頑張っておられる先生の気持ちが伝わってくる感じで感銘を受けました。

先生にお聞きしたいのは、新医師臨床研修制度がございます。先生方は指導医として恐らくやっておられると思うのですが、今５年目になりまして、神戸市医師会の方でも研修医に対していろんな形で参画しております。例えば大学病院、地域の大きな中央病院で数十名の研修医の方を見ておりますが、若い先生方にこれから地域医療、そしてプライマリ・ケアとして、将来、恐らく勤務医の先生の半分以上は開業医になっていかれると思うのです。すると地域医療に関わるということで、今の研修２年を地域で受けるということは非常にいいことだろうと、我々の研修のときと違うと思うのですが、今、その研修制度が地域の医師偏在の引き金になったのではないかと考えています。

また指導医の先生方に研修の負担が非常に重いということもよく存じているのですが、今、そういうことも受けまして、見直しが行われ、例えば研修期間を２年から１年にしてはどうかという意見も多く見られるようですが、指導医の先生が、熱い思いで研修の先生方と一緒に臨床されています。その負担ということも含めて、研修期間の見直しについて、現役の先生のご意見を伺いたいと思います。

【石川座長】 江川先生、簡単にお願いします。

【江川】 我々のところは、東京都の病院なので研修医が集まらないということはなくて、いつもマッチングの試験のときにたくさんの受験者がおります。マッチングも100％入るということであります。

我々の指導の方の負担ということですが、これは1979年からそういうジュニア制度というのをやっておりますので、ある意味、恒常化された形でもって、当たり前だという形では来ています。ただ、今度、新臨床研修制度になって、ローテートの仕方がかなり頻繁にいろんな科を回るということで、一人一人にかける時間をより多くしないと、実際に習得できないところが出てきました。そういったことで、前に比べて負担が増えてきているということで、この辺のところは、今までは本当にボランティアの形でやっていたのですが、そこには不安が出てきます。それに関して、東京都の方では一応、残業手当のような形で院の先生方には出していますし、また、医長、部長の連中には指導手当を含むということをやり始めたところです。

新臨床研修制度が始まって、我々は何年間か見ていますが、今の制度で決していいとは思っておりません。１年に短くしろということではなくて、むしろ、やるなら徹底的に３年ぐらいやった方がいいのではないかというのが私の考えです。現時点では、むしろ中途半端に２年間で終わって、本当に一人前に近い医者ができているのかというと、これはとんでもないことであって、シニア後期制度というのはちゃんとありますが、シニアに入る時点でのレベルが以前と比べてかなり落ちているということがあります。これは東京都で人が集まるからそういうことが言えるということもあるかもしれませんが、地方の医師の偏在の大きな元凶となっている、東京に人が集まるということも問題点でありますが、そういった問題点以外にも研修の中身そのものにいろいろ問題があるのではないかというのが私の考えです。

【石川座長】 どうもありがとうございます。最後に、池田先生。

【池田】 この場で申し上げるのが適当かどうかわかりませんが、私の考えを述べます。女性医師の問題ですが、医師不足があるから女性医師の問題があるのではなくて、医師が不足してなくても女性医師がちゃんと使命感を持って、生きがいを持って仕事ができるような環境づくりが必要だと思うことを１点申し上げておきます。

いつも日本人の好きな危機意識といいますか、悲観論が好きだということでございますが、病院の中

の勤務医の地獄のような環境の中でお仕事している中にも生きがいを感じたり、あるいは光を見出すようなことを少しお話しいただきましたことが大変嬉しかったです。

最後にもう一つは、勤務医と一くくりにしましても、勤めておるところが大きい病院もある、小さい病院もある。大都会の病院もあれば、地方の病院もある。その違いを際立たせることが大事ではなくて、違いを見詰めつつも、一致団結していくという医師の共通部分を強調していくことが必要ではないかと思います。以上でございます。

【石川座長】 どうもありがとうございました。

最後に、三上常任理事からよろしくお願いします。おまとめください。

（三上常任理事のコメント）

【石川座長】 どうもありがとうございました。皆さん、まだまだご意見あると思います。続きまして懇親会の席でお願いしたいと思います。

このシンポジウム２、これで終了させていただきます。総合司会にお返しいたします。どうもありがとうございました。

勤務医の将来展望

コメンテーター：日本医師会　常任理事　**三　上　裕　司**

まず女性医師の問題で勤務医部会にもたくさん参加してもらいたい。あるいはキャリアアップの問題がございました。あるいは女性医師のやりがいをどう考えるかということがございました。確かに藤巻先生がおっしゃっていましたように、就労環境の問題やキャリアアップの壁については、これを取り除くように日本医師会として努力をしたいと思いますが、女性医師としてのやりがいにつきましては、女性医師も男性医師も全く同じ医師としてのやりがいだろうと考えております。

岩崎先生のお話、勤務医の生きがいについてですが、アンケート調査の結果を報告してていただきましたが、そのとおり、なかなか興味深い結果であったと思います。勤務医になってよかった、勤務医でよかったことについては、専門的な医療あるいは検査、手術をできるということが非常に多く、同僚の支援とか先輩の支援を容易に受けることができるというのも非常に多かったということは、当然、安心して高度な医療をすることができる。開業して１人で、だれの支援も受けず、また経営のリスクも背負いながらやるのと、そこは違うのであろうと思いました。

ただ、勤務医の就業環境を良くするために、診療報酬の引き上げをしたら、それでいけるのかどうかに対する疑問がございました。この議論は、私、介護保険も担当しておりまして、今、介護従事者の処遇改善のために介護報酬引き上げの話が出ておりますが、その度にちゃんと従事者の給与アップにつながるのかどうか、その検証をしろという話が出るのですが、基本的には個人に報酬を渡すということはできず、医療機関に診療報酬が支払われて、その中で勤務医に給与として支払われるということですので、当然、医療機関がゆとりのある経営状態になってこそ、初めて勤務医の処遇が改善されるものと理解をしております。

また、患者負担増でこれらが解決できるのかどうか。あるいは、先ほど患者さんに負担を強いるのはしたくないんだという会場からのご意見もございましたが、これは権丈先生のお話にもありましたが、いずれにしろ国民が負担をしなければ社会保障、医療費は増えていかないし、給付もちゃんとできないし、処遇も改善しないということでありますので、これは保険料を上げるか、租税を増やしていくか、あるいは一部負担金、窓口負担を増やすかという、どれかでいくということでございますので、現在の日本の状態では保険料を若干上げ、消費税を一定程度上げるという形が一番現実的な話ではないかと私は思っております。

江川先生のお話、臨床研究、高度医療を行う喜びということで、駒込病院、研修医のころから今まで長年にわたってずっと同じところでいらっしゃるということで、非常に居心地がいいのだろうと思います。

がんセンターという特殊な高度医療センターということで、11人の医局員がおられる消化器内科で仕

事をされているということですが、非常に低いサラリーの中でここまでやってこられたのですが、江川先生を見ていますと非常に楽しそうで、今まで楽しく仕事をしてこられたのだなと思いますが、これは江川先生の人柄とか人徳というものではなかったと思います。

しかし、こういう研究や教育や臨床、それぞれが十分に満足できるような状況ができるというのは、非常に珍しいケースというか恵まれたケースではないかと思います。一般のところで診療報酬だけを財源にそういったことができるのかどうか。都立駒込病院に３億幾らの赤字があったというような以前のお話があったようにも思いましたが、どれぐらいの一般会計からの交付金があって、どの程度、研究費として出ているのかということもあろうかと思いますが、かなりの規模でグループ診療しながら、疲弊をある程度抑えながら、低いサラリーでも楽しく勤務医が勤務医として全うできる環境が一つの形ではないかと思いました。

また、中小病院についての話がフロアから質問がございました。大きな病院でこそグループ診療ができて、交替制勤務ができるということで、中小病院はそういった場合にはスタッフが少なくて交替制勤務もできないということもございます。この問題は大きな問題で、診療報酬だけではなくて、診療報酬も現在は大きな病院中心にＤＰＣ等を中心に手厚くされて、中小病院が置き去りにされたような形でございますが、そういったものだけでなく、医療保険制度や医療制度、医療法や健康保険法とか、そういったもの、すべての絡みの中でこの中小病院の問題は解決していく必要があろうかと考えております。

松山先生のお話は、以前からよく聞いておりまして、何度か講演も聞かせていただきました。ＩＨＮの問題、これは日本でも厚生労働省がこれをつくろうとした気配は十分にございまして、特にがん拠点病院とか糖尿病の拠点病院というのを以前からつくっておりました。そういったもので、公立病院を中心にヒエラルキーをつくって、連携パスをつくっていくという試みがされて、これは我々、日本医師会としては少し抵抗した経緯がございます。ＩＨＮと二木立さんが言います三位一体複合型のコングロマリットをつくるというやり方は、少し規模が違うということと、保険者機能に関してまた大きく違うということがあります。確かに事業体が１つであれば、連携が非常にうまくいくわけですが、我々日本医師会が目指しているのは、地域の中で連携をして地域医療を完成させるのだということで、利害が一致した事業体の中で連携をすれば、一番うまくいくのは確かで、それは二木立先生のおっしゃる複合体が非常にうまく経営しているということから、経営論から言えば非常に正しいわけですが、現在の日本の医療文化の中では診療所がたくさんあり、民間医療機関もたくさんあり、公立病院もその中であるという形の中で、これを大きくＩＨＮのように囲い込みのような形でつくっていくことについては、私としては十分検討しなければならないかなとは思っております。

旭中央病院の問題は、以前から村上先生、院長先生にもよくお話を聞いておりましたが、実験としては非常に注目をしておりますので、ぜひうまくいくことを願っておりますが、日本医師会としての地域連携というのは上流から下流へ向けての連携ではなく、どちらかというとかかりつけ医から順番に２次、３次の病院へ連携していくという逆流というか、双方向性の連携を考えておりますので、それとまたもう一つは、保険者機能の強化につながるようなもの、そういったものについては少し慎重に考えたいという姿勢でございます。以上でございます。

閉　　会　　17：30

千葉県医師会副会長　　田那村　　宏

■閉　　会

千葉県医師会　副会長　**田那村　　宏**

本日は、堂本県知事様、松崎浦安市長様、日本医師会会長の唐澤先生にご臨席いただきました。また、全国からこのように多くの諸先生方にご参会賜りまして、第29回の全国医師会勤務医部会連絡協議会が無事終了いたしました。大変ありがとうございます。厚く御礼申し上げる次第でございます。

午前は特別講演として、日本医師会常任理事の木下先生から、今、大きな課題となっております医療安全調査委員会の設置案といとうことで、ご講演いただきました。まだ大変難しい問題も抱えていたかと思いますが、これからの課題だと思います。

また、日本医師会の委員会報告も委員長の池田先生からいただきました。

千葉県からは、全国の各医師会、あるいは各医療機関にいろいろアンケートをさせていただき、千葉県の勤務医の状況、会費の問題など何とかまとめることができました。ご協力に感謝いたすところでございます。

午前の部で次期30回の協議会が島根県に決まったということで、田代会長からご報告いただきました。出雲大社、そして宍道湖の夕日が非常に素晴らしいところでございまして、また行きたいなと思っております。皆様ご参加いただきたいと思います。

午後の部では、慶応義塾大学教授の権丈先生からお話しいただきましたように、これからの日本のあるべき姿が見えてくるのかなとも思う参考になるご講演をいただきまして、大変ありがたいなと思いました。

２つに分かれたシンポジウム、３題ずつ、それぞれの先生方からいただきました。フロアからもたくさんの意見がありまして、非常に熱気のある誠に良いシンポジウムであったと思います。

三上先生には、コメンテーターとして的確なご助言をいろいろいただきまして、大変ありがとうございました。

最後に千葉宣言、ただいま皆様方のご決議でご決定いただいたわけでございますが、それこそ本日のメインテーマといたしました「考えよう新しい日本の医療と勤務医の未来　――今こそ求められる医師の団結――　」ということでございますので、ぜひ、この千葉宣言を国や国民にアピールして、実現していきたいと思います。皆さん方とともにこの千葉宣言を各方面にアピールをしていくことをご了解いただきたいと思います。

最後になりましたが、今日は多くの先生方からご意見を賜りながら、ご協力も賜って実りある会となり、この会が終了いたしますことを改めて厚く御礼申し上げて、これで閉会のご挨拶とさせていただきたいと思います。

参加者数一覧

平成20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		
			協議会	懇親会	11/21	11/22	11/23
①北海道・東北	北海道	北海道医師会	6	6	0	0	0
		札幌市医師会	8	12	5	10	4
		函館市医師会	1	2	2	3	3
		旭川医師会	1	1	0	0	0
		小樽市医師会	1	1	0	0	0
	青森県	青森県医師会	7	5	4	6	0
	岩手県	岩手県医師会	5	6	2	0	0
	宮城県	宮城県医師会	6	6	0	0	0
		仙台市医師会	4	4	0	2	0
	秋田県	秋田県医師会	1	1	0	0	0
	山形県	山形県医師会	4	3	0	0	0
	福島県	福島県医師会	3	1	0	4	4
②関東・甲信越	茨城県	茨城県医師会	9	9	0	0	0
		多賀医師会	1	1	0	0	0
	栃木県	栃木県医師会	7	7	0	0	0
	群馬県	群馬県医師会	1	1	0	0	0
		群馬大学医師会	1	1	0	0	0
	埼玉県	埼玉県医師会	10	10	0	0	0
		朝霞地区医師会	1	1	0	0	0
	千葉県	千葉県医師会	69	70	2	65	0
	東京都	東京都医師会	4	4	0	0	0
		東京医科大学医師会	1	1	0	0	0
		新宿区医師会	1	1	0	0	0
	神奈川県	神奈川県医師会	8	8	7	2	0
		横浜市医師会	6	6	6	0	0
		藤沢市医師会	2	1	0	0	0
		川崎市医師会	4	4	0	4	0
		平塚市医師会	1	1	0	0	0
	新潟県	新潟県医師会	3	3	0	0	0
	山梨県	山梨県医師会	1	1	2	2	0
	長野県	長野県医師会	3	3	3	0	0
③中部	富山県	富山県医師会	2	2	0	0	0
	石川県	石川県医師会	4	4	2	5	0
	福井県	福井県医師会	2	2	1	1	0
	岐阜県	岐阜県医師会	4	2	3	3	0
	静岡県	静岡県医師会	2	2	0	0	0
	愛知県	愛知県医師会	5	4	0	0	0
	三重県	三重県医師会	3	3	4	4	0
		津地区医師会	1	0	0	0	0
④近畿	滋賀県	滋賀県医師会	9	10	3	7	0
	京都府	京都府医師会	4	4	0	0	0
	大阪府	大阪府医師会	8	8	5	4	0
	兵庫県	兵庫県医師会	3	3	2	0	0
		神戸市医師会	1	1	0	0	0
		姫路市医師会	1	1	0	0	0
④近畿	奈良県	奈良県医師会	3	3	1	1	0
	和歌山県	和歌山県医師会	2	2	0	0	0
		和歌山市医師会	1	0	0	0	0
⑤中国・四国	鳥取県	鳥取県医師会	1	1	1	0	0
	島根県	島根県医師会	6	6	1	1	0
	岡山県	岡山県医師会	1	1	1	2	0
		岡山市医師会	1	3	0	3	3
	広島県	広島県医師会	6	5	0	0	0
		広島市医師会	5	4	0	0	0
		広島市中区医師会	2	2	2	2	0
		福山市医師会	1	1	0	0	0
		安佐医師会	1	2	2	2	2
		安芸地区医師会	1	0	1	0	0
		大竹市医師会	1	0	0	0	0
	山口県	山口県医師会	5	5	5	4	0
	徳島県	徳島県医師会	1	1	0	0	0
	香川県	香川県医師会	2	2	0	0	0
	愛媛県	愛媛県医師会	1	2	0	2	0
		新居浜市医師会	1	1	0	0	0
		松山市医師会	2	3	3	3	0
	高知県	高知県医師会	1	1	0	0	0
		高知市医師会	1	1	0	0	0
⑥九州・沖縄	福岡県	福岡県医師会	5	4	4	3	0
		北九州市医師会	2	2	2	1	0
		福岡市医師会	5	3	1	3	0
		飯塚医師会	1	2	0	2	0
		宗像医師会	1	2	2	2	0
		大牟田医師会	1	1	1	1	0
		筑紫医師会	1	1	0	0	0
		北九州市小倉医師会	2	2	0	0	0
	佐賀県	佐賀県医師会	1	0	0	0	0
		佐賀市医師会	2	0	0	0	0
	長崎県	長崎県医師会	2	2	1	1	0
		長崎市医師会	2	2	0	2	0
		佐世保市医師会	1	1	1	1	0
		長崎大学医師会	1	0	0	0	0
	熊本県	熊本県医師会	2	2	0	0	0
		熊本市医師会	2	2	0	0	0
	大分県	大分県医師会	1	0	0	0	0
		大分市医師会	1	0	0	0	0
		大分郡市医師会	1	0	0	0	0
	宮崎県	宮崎県医師会	10	10	0	4	0
	鹿児島県	鹿児島市医師会	2	2	1	1	0
	沖縄県	沖縄県医師会	4	4	1	1	0
	日本医師会	日本医師会	26	26	12	9	0
計			351	335	96	173	16

平成 20 年度
全国医師会勤務医部会連絡協議会報告書

発　行　　千葉県医師会
〒260-0026　千葉県千葉市中央区千葉港7-1
TEL 043-242-4271
印　刷　　三陽工業株式会社
〒260-0834　千葉県千葉市中央区今井3-30-16
TEL 043-266-8437

■懇親会風景