

# 平成 22 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

「地域医療再生 ～地域之力、医師の団結～」



期 日：平成 22 年 10 月 9 日（土）  
会 場：ホテル東日本宇都宮  
主 催：日本医師会  
担 当：栃木県医師会

### 《表紙写真》

広大な平野、その背後に屏風のように聳える日光連山、那須連山、豊かな自然に恵まれた栃木県です。

徳川初代将軍徳川家康公を祀る「日光東照宮」（世界遺産）は、県西北部に位置します。東照宮の中で最も象徴的な建築物が【陽明門】であります。

国宝である【陽明門】は、一日中見ても飽きないことから、「日暮らし門」とも呼ばれております。

三間一戸、八脚楼門、入母屋、四方軒唐破風、銅瓦葺きの楼門建築。

陽明門の名称の由来は、京都御所にある十二門の東の正門が陽明門と呼ばれているところから授かったとされ、正面唐破風下には元和3年（1617）に後陽成天皇から賜った「東照宮大権現」の額が掲げられております。

# 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 .....	12
特 別 講 演 1	
「医療の明日のために、今、できること－日本医師会の変革と地域医療の再生－」 .....	15
報 告	
日本医師会勤務医委員会報告 .....	29
報 告	
女性医師問題に関するアンケート調査報告（栃木県） .....	37
特 別 講 演 2	
「すぐに役立つ勤務医のための医療と経済の基礎知識 －そして必要なのは産業論的戦略行動－」 .....	49
次期担当県挨拶 .....	77
ランチョンセミナー	
「新型インフルエンザ・総括」 .....	81
シンポジウム 1	
「医療再生の新しい取り組み」 .....	95
シンポジウム 2	
「今、勤務医に求められる“医療連携”とは」 .....	137
栃木宣言採択 .....	185
閉 会 .....	191
参加者数一覧 .....	195

## 協議会風景



開 会 式



日本医師会長 原中 勝征 先生



栃木県医師会長 太田 照男 先生



会 場 風 景



愛媛大学大学院 医学系研究科  
医学専攻医療環境情報解析学講座 教授  
石原 謙 先生

## 協議会風景



富山県医師会長 岩城 勝英 先生



日本医師会勤務医委員会委員長  
泉 良平 先生



自治医科大学地域医療学センター  
公衆衛生学部門教授 尾身 茂 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

## 平成22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

『 地域医療再生 ～地域の力、医師の団結～ 』

1. 開催日時 平成22年10月9日（土） 9：30～17：30
2. 会場 ホテル東日本宇都宮 大和  
栃木県宇都宮市上大曾町492番地1  
TEL 028-643-5555(代)
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 栃木県医師会  
栃木県宇都宮市駒生町3337番地1  
(とちぎ健康の森4階)  
TEL 028-622-2655
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、行政、市民団体等

# ■平成22年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

期 日 平成22年10月9日（土） 9：30～  
会 場 ホテル東日本宇都宮 大和  
主 催 日本医師会  
担 当 栃木県医師会

## メインテーマ 『 地域医療再生 ～地域之力、医師の団結～ 』

総合司会 栃木県医師会常任理事 福 田 健

受 付 8：45～9：30

開 会 9：30～  
挨拶  
来賓祝辞  
栃木県医師会副会長 尾 形 直三郎  
日 本 医 師 会 長 原 中 勝 征  
栃 木 県 医 師 会 長 太 田 照 男  
栃 木 県 知 事 福 田 富 一  
宇 都 宮 市 長 佐 藤 栄 一

特別講演1 9：50～10：30  
「医療の明日のために、今、できること－日本医師会の変革と地域医療の再生－」  
座 長 日 本 医 師 会 長 原 中 勝 征  
栃 木 県 医 師 会 長 太 田 照 男

報 告 10：30～10：45  
「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 泉 良 平

報 告 10：45～11：15  
「女性医師問題に関するアンケート調査報告（栃木県）」  
栃木県医師会勤務医部会理事 望 月 善 子

～～～（休 憩）11：15～11：25～～～

特別講演2 11：25～12：10  
「すぐに役立つ勤務医のための医療と経済の基礎知識－そして必要なのは産業論的戦略行動－」  
座 長 愛媛大学大学院医学系研究科医学専攻医療環境情報解析学講座教授 石 原 謙  
栃木県医師会常任理事 福 田 健

次期担当県挨拶 12：10～12：15 富山県医師会長 岩 城 勝 英

～～～（昼食・休憩）12：15～13：30～～～

ランチョンセミナー 12：30～13：10  
「新型インフルエンザ・総括」  
座 長 自治医科大学地域医療学センター 公衆衛生学部門教授 尾 身 茂  
栃木県医師会勤務医部会副会長 関 口 忠 司

シンポジウム1 「医療再生の新しい取り組み」 13：30～15：15

座 長

栃木県医師会副会長

尾 形 直三郎

栃木県医師会勤務医部会理事

三 瀬 順 一

①安心に包まれた暮らしを自分たちの手で守るために

地域医療を守る会副会長

石 本 知恵子

②地域医療を守り健康長寿のまちづくりをめざして

N P O 法人のべおか市民力市場理事事務局長

福 田 政 憲

宮崎県北の地域医療を守る会事務局長

③地域医療を守り育てる住民活動の集いの経過説明

自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門助教

小 松 憲 一

④社会が求める医療のあり方

読売新聞東京本社編集委員

小 前 野 一 雄

⑤医療学の義務教育導入

茨城県立中央病院病院長

永 井 秀 雄

ディスカッション

～～～（休 憩）15：15～15：25～～～

シンポジウム2 「今、勤務医に求められる“医療連携”とは」 15：25～17：25

座 長

栃木県医師会勤務医部会理事

中 澤 堅 次 夫

栃木県医師会勤務医部会理事

阿久津 郁 夫

①地域医療を守るための取り組み－地域における救急医療－

大田原赤十字病院院長

宮 原 保 之

②院内連携：男性医師－女性医師のチーム連携

大阪厚生年金病院産婦人科部長

小 川 晴 幾

③男女共同参画という連携からはじまる病院環境の整備

自治医科大学腎臓内科教授／女性医師支援センター副センター長

湯 村 和 子

④離島診療所が必要とする医療連携

沖縄県立中部病院プライマリケア・総合内科

本 村 和 久

⑤がん治療における在宅医療連携

要町病院副院長／要町ホームケアクリニック院長

吉 澤 明 孝

特別発言：患者、衆議院議員の立場から

栃木県難病団体連絡協議会会長／衆議院議員

玉 木 朝 子

ディスカッション

コメンテーター

日本医師会常任理事

三 上 裕 司

栃木宣言採択

栃木県医師会勤務医部会長

福 田 健

閉 会 17：30

栃木県医師会副会長

五味 潤 秀 幸

懇 親 会 18：00～

アトラクション

司会 栃木県医師会常任理事

福 田 健

栃木県医師会副会長

五味 潤 秀 幸

開 会

日本医師会長

原 中 勝 征

挨 拶

栃木県医師会長

太 田 照 男

乾 杯

富山県医師会長

岩 城 勝 英

閉 会

栃木県医師会常任理事

田 中 昌 宏

# 開 会

9 : 30~9 : 50

---

	総合司会 栃木県医師会常任理事	福 田 健
開 会	栃木県医師会副会長	尾 形 直三郎
主催者挨拶	日本医師会長	原 中 勝 征
担当県挨拶	栃木県医師会長	太 田 照 男
来賓祝辞	栃木県知事	福 田 富 一
	宇都宮市長	佐 藤 栄 一



## 総合司会

栃木県医師会常任理事 **福 田 健**

ただいまから、平成22年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開会式を行います。

司会は、栃木県医師会常任理事の私、福田が務めさせていただきます。どうぞよろしくお願いいたします。

まず初めに、栃木県医師会副会長の尾形直三郎より開会の辞を申し上げます。



## 開 会

栃木県医師会副会長 **尾 形 直三郎**

おはようございます。ただいまご紹介をいただきました栃木県医師会副会長、尾形です。

本日は、朝早くから、また遠方より下野の国、県都の宇都宮においでいただき、まことにありがとうございます。

本日は、全国各地で取り組まれております「地域医療再生」をテーマとして、盛りだくさんの企画を用意いたしました。ご出席の皆様におかれましては、活発な意見の交換をなされ、この会が実り多いものであることを祈念しております。

それでは、平成22年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を開催いたします。



## 主催者挨拶

日本医師会長 原 中 勝 征

皆様、おはようございます。私は本来ならば挨拶は読まない形にして自分の思いを皆さんにお伝えしているのですが、きょうは立派に印刷されておりますので、これに従ってごあいさつを申し上げたいと思います。

医師会というのは開業医の先生の会であって、勤務医や病院のことを全然考えていないと言われることがあります。長年、全国医師会勤務医部会連絡協議会が開かれてきているというのは、我々医師会が医師全体の代表を唯一形どる会であることをまさに表していると感じております。非常にこの会は私たちにとっても大切な会でございますので、どうぞよろしくお願い申し上げます。

平成22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御挨拶を申し上げます。

本連絡協議会は、ことしで31回目の開催を迎えることになりました。昭和56年の発足当時は、勤務医の先生方の大変な御努力・御尽力により、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、開催都道府県医師会に協議会の実施運営を担当していただく現在の形式となりました。この間、すべての医師の大同団結を目指し、勤務医の組織化、地域医療における勤務医の役割、医療の機能分化、さらには、過重労働や女性医師の就労に関する諸問題など多岐にわたる重要問題に取り組み、着実に成果を上げてまいりました。そして、近年、この協議会では、各宣言が採択され、本会が関係各所に政策提言を行う際の大きな力ともなっております。これもひとえに、都道府県医師会を初め勤務医部会関係者の御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、ことしの本協議会のテーマは「地域医療再生～地域の力、医師の団結～」でございます。進みつつある地域医療の崩壊から一刻も早く脱却し、再生への道を切り開いていくことは、本会に課せられた使命であると考えております。地域医療崩壊の根本原因が、長年にわたる医療費抑制策の結果であることは論を待ちません。診療報酬改定時には、勤務医と開業医を対立軸として、両者間の医療費の配分を見直すという議論が必ず出てまいります。医療費抑制策が地域医療崩壊の根本原因である以上、総医療費の大幅な引き上げこそが地域医療の再生に必要な不可欠であり、それはとりもなおさず国民の命と生活にも直結する重大な問題であると考えております。

我々の最大の関心事である国民の命と生活を守るためには、過酷な労働環境を強いられている勤務医への強い支援が緊急の優先課題であります。地域医療を再生し、勤務医が安心して働ける医療環境を整え、そして国民の命と生活を守るためには、診療報酬を初めとするさまざまな財政支援が必要でございます。そのためには、本会会員の約半数を占める勤務医の力強い後押しが必要でございます。勤務医

---

は、過重な労働環境、病院の就業規則等により医師会活動への参画を制限されていることも多いと存じますが、今後はより一層勤務医の意見を会務に反映していく仕組みづくりが必要であると考えております。既に、会内に、会長選挙制度に関する検討委員会を設置するなどして種々検討を重ねているところでございますが、医療をめぐる重大局面を乗り越えるためには、すべての医師が医師会のもとに大同団結し、すべての医師が代表する医師集団としての強いメッセージを発信していかなければならないと考えておりますので、本日、御出席の先生方におかれましては、本会の活動につきまして一層の御理解と御協力を賜りますようお願い申し上げます。

結びに当たり、改めまして、本年度の協議会の開催にかかる準備、運営のすべてを御担当いただきました栃木県医師会の太田照男会長を初め役職員の皆様に心から感謝を申し上げますとともに、本日の協議会が実り多いものになりますよう祈念いたしまして御挨拶といたします。どうもありがとうございました。

## 担当県挨拶

栃木県医師会長 **太田 照男**

皆さん、おはようございます。平成22年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催に当たり、担当県といたしまして歓迎の御挨拶を申し上げます。

先ほど原中会長からお話がありましたように、本協議会は昭和56年の第1回大会より数えて今回で31回目を迎えます。本日、栃木の地で開催できることを大変光栄に存じております。

栃木県医師会は平成18年度に勤務医部会を設立し、本年で5年目に当たります。当県医師会勤務医部会では、勤務医と医師会のあり方検討委員会と勤務医の労働環境調査委員会の2つの特別委員会を設けるとともに、県医師会の各種委員会にも委員を派遣して勤務医の意見を述べております。しかし、勤務医の医師会加入率はまだまだ低いものであります。勤務医の郡市医師会から県医師会の加入促進を促すためにはどうするか、また、勤務医部会員の来臨の割合をふやすにはどうするかなど喫緊の問題があります。

さて、国民の健康と生命を守り、安心した生活を継続させる社会保障費が削減されたことは、地域医療を崩壊させた一つの要因でありました。医療費削減にも本年度はようやく歯止めがかかり、診療報酬を病院に重点配分し少しアップし、勤務医に還元できればよいと思っております。しかし、10年来削減した分には到底及びません。政府与党の中には、旧政権が推し進めた市場原理主義を復活させるような混合診療の拡大、病院の株式会社参入等、国民皆保険制度の崩壊を招く考え方を持っていらっしゃる方がおりますが、そのようなことにならないように注視していかなければなりません。医師の医療行為にかかわる看護師の業務拡大も検討されておりますが、慎重な対応をしなければなりません。

本協議会における特別講演では、メインテーマに



沿った日本医師会長、原中勝征先生による「医療の明日のために、今、できること－日本医師会の変革と地域医療の再生－」、特別講演2では、「すぐに役立つ勤務医のための医療と経済の基礎知識－そして必要なのは産業論的戦略行動－」と題しまして、愛媛大学大学院医学系研究科医学専攻、医療環境情報解析講座教授、石原謙先生に御講演をいただくこととなっております。

メインテーマは、昨年度の島根県医師会のメインテーマを引き継ぎました。昨年度のメインテーマは「医療崩壊」、それから「医療再生」ということでございました。今回の栃木県医師会のメインテーマは「地域医療再生～地域の力、医師の団結～」です。勤務医が地域において働きやすい環境をつくり、勤務医に将来の展望が開ける体制づくりを目指してテーマを設定いたしました。

また、シンポジウム1では、「医療再生の新しい取り組み」と題しまして、地域の医療を守る取り組みや病院や勤務医を支える地域住民の皆様の取り組みについて発表していただきまして、学校保健としても医療の仕組みを学ぶべきことを発表し、マスコミの方からも医療について述べていただきます。

---

シンポジウム2では、「今、勤務医に求められる“医療連携”とは」と題しまして、病院と診療所の連携を密にし、在宅医療を支え、また、病院内の男性医師と女性医師のチーム連携についても対話していただき、勤務医の地域医療への携わり方など医療環境を構築していけるように考え企画いたしました。

本日の協議会が勤務医の明るい未来を示唆する有意義な協議会になることを御期待申し上げ、参加者の皆様の今後ますますの御活躍と御健勝を祈念いたしまして挨拶いたします。きょうはどうもありがとうございます。

## 来賓祝辞

栃木県知事 福田 富一

皆さん、おはようございます。ご指名を賜りました栃木県知事の福田でございます。ようこそ、全国各地から栃木においでいただきました。県民を代表して、先生方を心からご歓迎申し上げます。平成22年度全国医師会勤務医部会連絡協議会が、この栃木で開催されますことを大変うれしく思っております。また、先生方におかれましては、日ごろより各都道府県の保健医療行政の推進に格別の御理解と御協力をいただいておりますことに、この場をおかりして厚く御礼を申し上げます。

申し上げるまでもなく、我が国の保健医療水準が近年の医療技術の進歩等によりまして目覚ましく向上している一方で、少子高齢化あるいは本格的な高齢社会が現実なものとなり、医療に対するニーズが多様化するなど、医療を取り巻く環境は大きく変化してきております。特に、深刻化する医師不足問題、とりわけ勤務医の過重労働問題や女性医師の就労環境の整備は喫緊の課題となっております。本県におきましては、すべての県民が健康で生き生きと安心して快適に生活できるよう、栃木県保健医療計画5期計画に基づきまして、県民の視点に立った安全で安心な質の高い医療が効率的に受けられる体制の整備・充実を図るほか、一人一人が主体的に健康づくりに取り組むことができるよう、体制づくりを推進しているところであります。

また、本日、地域医療の第一線で御活躍の皆様方が一堂に会して、地域医療再生や医療連携等について講演や情報交換が行われますことは、各都道府県の保健医療の充実を図る上で大変意義深いものであると思います。御参会の皆様方には、協議会におきまして大きな成果を上げられますことを御期待申し上げますとともに、ぜひ本日の成果を十分に生かされ、それぞれの地域で必要な医療機能が確保できま



すようお力添えをお願いいたします。

さて、栃木県のPRを結びに少しさせていただきたいと思います。原中会長はお隣の茨城県でございます。茨城、栃木、群馬は全国47都道府県の中で地域ブランド力が最下位グループの県でございます。しかし、茨城も我が栃木県も実力はあるのです。農業産出額にしてもベスト10、あるいは工業製品の出荷額としても栃木県は13位、茨城は10位以内に入っています。県民所得も全国でも高いほうでございますが、残念ながら地域ブランド力は最下位クラスでございます。県の実力とブランドが必ずしも一致していないのが北関東3県であります。

栃木県におきましては、世界遺産の日光の社寺、ラムサール条約の登録湿地、日本最古の総合大学の足利学校など、歴史、文化、自然にあふれております。さらに、那須の御用邸には間もなく皇太子御一家がおいでになられる予定になっておりますが、1年に1度は必ず天皇・皇后両陛下にもおいでいただく那須の御用邸はロイヤルリゾートと言われております。特に、那須の御用邸は1200ヘクタールございますが、天皇在位20年を記念して、天皇陛下から国民の皆さんに使ってほしいということで、環境省と

---

県、町が連携して整備を進めており、いよいよ来年春の5月には570ヘクタールが一般開放になります。今まで人が足を踏み込んでいないところを自由に散策ができることとなりますので、ぜひ来年は御用邸の散策においていただきたいと思います。限られた時間ではありましようが、ぜひこの機会にこれらの地を訪れまして、栃木の魅力も十分に御満喫いただければありがたいと感じております。

結びに、全国医師会勤務医部会連絡協議会のますますの御発展と会員の皆様方のさらなる御活躍を心からお祈り申し上げまして、歓迎とお祝いの言葉いたします。おめでとうございます。

## 来賓祝辞

宇都宮市長 佐藤 栄 一

皆様、おはようございます。御紹介いただきました地元市長の佐藤栄一でございます。平成22年度全国医師会勤務医部会連絡協議会が、ここ宇都宮市において盛大に開催されますことをお喜び申し上げますとともに、全国各地から御参加いただいている皆様方を、51万市民を代表いたしまして心から歓迎申し上げます。

さて、医師不足をはじめとする医療を取り巻く環境が非常に厳しい状況にある中、皆様方には日ごろから、それぞれの地域におきまして住民の皆様方の命と健康を守るため、地域医療の充実に御尽力をいただいておりますことに深く敬意と感謝を申し上げます。次第でございます。

現在、地域医療体制の維持（維持確保）確保を図るため、さまざまな取り組みが国を初め各地域でなされておりますが、本日の協議会が「地域医療再生」をメインテーマとして開催され、地域医療を担う皆様方が一堂に会し、地域医療が直面する課題や地域医療再生に向けた取り組みなどについて研究成果を発表され、相互に意見を交わされますことは、誠に時宜を得たものであると感じております。本日の御議論が地域医療のさらなる発展のため、将来に向けた新たな力となりますことを御期待申し上げますとともに、今後とも、一層の御尽力を賜りますようお願い申し上げます。

現在、宇都宮市におきましては、激化する都市間競争の中、多くの皆様や企業から選ばれる都市づくり、「住めば愉快だ宇都宮」のブランドメッセージのもと、本市のさまざまな魅力を市内外に広く発信し、地域ブランド力の強化を図っているところであります。特に、皆様方にもおなじみの餃子、また、全国大会や国際大会で優勝者を出しているバーテンダーのカクテル、渡辺貞夫さんの生まれた地域であ



ることからジャズのまち宇都宮の3つを大きな柱と据えているわけであります。先ほども会場の中から、「餃子を食べたか」「まだ食べていない」「お土産だけは確保した」という話をうかがわせていただきました。日本で最も能力の高い頭脳の持ち主の皆様方が、我々と同じ会話をしていることに大変親しみを感じたところでありますし、皆様方にはお土産だけではなく、餃子そのものをこの宇都宮で食べてからお帰りになっていただければと思います。このホテルから駅までも幾つかお店があります。きょうはあいにくの雨ですが、それが幸いして余り長蛇の列にはなっていないと思いますし、駅の中、駅の東口正面にも有名店舗がお店を構えております。餃子とカクテルは合わないかもしれませんが、ぜひ餃子とビールくらいは食していただきまして、本日の疲れを癒していただきたいと思っております。

結びに、皆様方の御健勝と医師会のますますの御発展を心から祈念いたしまして、お祝いの言葉いたします。おめでとうございます。

「医療の明日のために、今、できること  
—日本医師会の変革と地域医療の再生—」

講師：日本医師会長 原 中 勝 征

座長：栃木県医師会長 太 田 照 男



### 座 長

栃木県医師会 会長 **太 田 照 男**

ただいまより、「医療の明日のために、今、できること－日本医師会の変革と地域医療の再生－」と題しまして、日本医師会長、原中勝征先生より御講演いただきます。

ここで原中先生を御紹介させていただくところでございますが、原中先生は有名な方ですので、恐らく御存じない方はいらっしゃらないと思います。大会誌に略歴を御紹介しておりますので、略歴につきましては省略させていただきます。

それでは、早速、御講演をお願いいたします。原中会長、よろしくお願いいたします。



### 講 師

日本医師会 会長 **原 中 勝 征**

今日の講演の題を「医療の明日のために、今、できること」、副題といたしまして「日本医師会の変革と地域医療の再生」とさせていただきました。今回、協議会のメインテーマと私の題がほとんど同じだと知りまして、非常に親しみを感じるとともに、重要性に対する考え方は同じものだということを再認識させていただきました。

私がこの題を選んだときに思ったのは、皆さんがおっしゃっているように、地域医療の崩壊はまさに医療費の削減が続いたことでございます。今日の私のお話は、その中でどのように変化して悪いほうに向かってきたかということの検証と、10年ぶりにほんのわずかでございますが医療費が全体で大きくなったということの意味のお話を申し上げ、また、医師不足、地域での医療連携をどのようにしていくかということ、それから、日本医師会が今後どうい

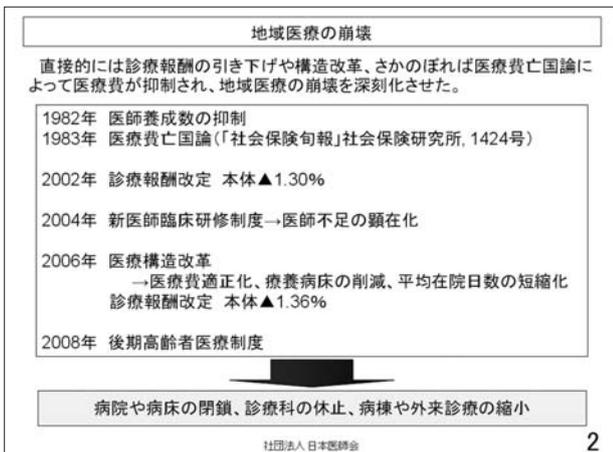


方針で皆さんと一緒に日本の医療を守っていくか、あるいは国民の生活・生命を守っていくかというお話を申し上げることができればと思っております。

それでは、最初のスライドをお願いいたします。

## 1. 医療費増加政策への転換

最初は、医療費増加政策への転換ということでございます。



皆さん御存じのとおり、医療費はずっと長い間、経済の低迷と同時にあり、小泉さんが首相になられてから、日本の国全体が市場主義原理のもと、アメリカ的な格差社会を目指してしまったところに私たちの悲劇が生まれているところでございます。特に、医療や社会保障というのは、自由主義国家において唯一社会主義的な構造の中に存在しているということでございます。

地域医療の崩壊の原点については、医師数の抑制というのは吉村仁さんの医療費亡国論の前からあるものでございまして、その流れとして、当時の吉村仁保険局長の医療亡国論が論じられたのでございます。

医療費の削減については、将来的に医療費が非常に増加し、平成25年には141兆円になり、国家予算に占める割合が増大する。したがって、医療費を抑

制しなければいけないという土光臨調の考えから顕著に出てきたこととございました。そのときの要素は、まず医師とベッド数を減らさなければいけないということ、それから、2年ごとの医療費改定では必ずマイナス改定をするというのが大きな原則でございました。

しかし、ここにきまして医療崩壊に至る別な要素が加わってまいりました。それは、私たちが誇りとする武見太郎先生が、あの時代に、日本の医療が高齢化社会に向かったときに、医療プラス療養の病床が必要であるということで、医療保険と同時に介護保険の必要性をきちんと論じておりました。いろいろなものを読みますと、当時、厚労省はそんなことはあり得ないと全く否定していたということですが、今我々が目にしている医療保険と介護保険の分離は、まさに武見太郎会長が言われたことです。私はあのような偉大な会長になれるとは当然思っておりませんが、私たちは立派な会長を持っていたのだということを改めて誇りに思った次第でございませう。

医療費亡国論が出てから、医療費削減と医学部の医師定員の削減が行われ、改定と同時に、毎年医療費の報酬がマイナス改定となりました。例えば、マイナス1.30%の改定率となっておりますが、実際に計算してみると、結果的に今まで全部で3%以上の減額が行われております。この10年間を検証してみますと、表面上の減額と実際の減額が非常に違いますが、ほとんど倍以上の減額がされてきたということに気がついたわけでありませう。小泉さんが首相になってからの医療構造改革ということでは、適正化というのは必ずマイナスを指しているわけで、今の医療崩壊を直すために医療費を上げて適正化することには絶対なっていないわけでございます。

また、療養病床の削減に関しても、皆さん御存じのとおり、現在ある38万床の介護型・医療型の療養病床を15万床にするという関連法案を通してしまいました。

それから、病院の社会的入院を正すためというこ

とで、一番少ない長野県の数字を目標として、どの県もそれに近づかせるために努力目標の数字までつくれという命令が出ました。そういうことを考えていきますと、今の医療崩壊は、まさに起こるべくして起こったものだというところでございます。

最後に、人間の命というものをどう考えるかです。日本の戦後の荒廃から世界第一、第二の経済国家につくり上げたお年寄りの方々が、75歳を契機にして、ずっと今まで納めてきた医療保険を法的に外されて、新しい医療制度に入りなさいと。その医療制度が、人生の最期を迎える人たちが幸せになって一生を終えるような制度であればだれも反対はしないわけですが、後期高齢者医療制度というのは、健診をしなくてもいい、1カ月の料金はすべて決められて包括医療にされるなどいろいろな制限があるため、本当にこれでいいのかと私たちは後期高齢者医療制度に反対することを表明しました。そのことが一つの風になって民主党政府ができたのだと思います。私は、現実にはこういうものが行われると結果としてこういうことが起こってくるということで、反対したわけでございます。

医療費増加政策への転換	
自民政権下の政策では、社会保障費年2,200億円の削減は最後まで覆らなかったが、民主党は、昨年の衆議院議員選挙の公約で2,200億円の削減方針を撤回し、医療費増加政策に転換した。	
自民政権下の政策	
● 社会保障費年2,200億円の削減 2010年度の概算要求に限って自然増を認めるとされたが、2009年8月の衆議院選挙の公約でも、完全撤回に至らなかった。	
● 1982年～2007年まで医師養成数を抑制	
● 後期高齢者医療制度の混乱	
民主党の公約(2009年8月 衆議院議員選挙)	
● 社会保障費2,200億円の削減方針は撤回する。	
民主党の公約(2010年7月 参議院議員選挙)	
● 後期高齢者医療制度は廃止し、2013年度から新しい高齢者医療制度をスタートさせます。	
● 診療報酬の引き上げに、引き続き取り組みます。	

3

社団法人 日本医師会

それでは、自由民主党の政治から民主党の政治に代わって、どのように変わったかです。民主党政治は全く与党になれていない。経験の少ない大臣が個人的判断でいろいろなことを決めた。その典型が、中医協の医師会外しだったと思います。確かにあのときは医師会が自由民主党を支持していたということがありますが、日本医師会がどれほど国民のため

の仕事をしているかという理解もなしに、一方的に外してしまったことは許されないことだと思います。医療だけではなくて、あらゆる分野でそういう危険が出ていることを非常に心配しております。自民政権においては社会保障費の2200億円の削減が決まって、選挙のために内閣で一時凍結いたしました。法律を変えるまでにはいっていませんでした。それから、医師の養成数を抑制することは変わっていませんでした。ところが、今回の衆議院選挙で自民政権から民主党政権になりました。社会保障制度の削減を完全に撤回することを約束しましたし、これをマニフェストとして戦ったことは確かですので、これは恐らく実現するだろうと思います。

それから、もう一つ、民主党の公約の中の後期高齢者医療制度を廃止するに当たりまして、マニフェストをつくるときに私が参加する機会がございました。政権ができてから、まず長妻大臣と話をし、どのようにしてこれを廃止すればいいかという相談を受けました。今いろいろなところで、廃止を約束したのにまだ廃止していないではないかという批判がございしますが、今すぐ廃止した場合に一番混乱が起こるのは市町村の財政です。本来、後期高齢者医療制度は90%を税金で行うと政府が言っていたのに、突然、別な若い人の一般保険財政から40%を移行して行くことになったものですから、これをすぐ廃止すると、その部分が全部市町村の負担になってしまうおそれがあったわけです。たまたま保険制度を一元化するということが前から民主党にあったものですから、そのときまでこの制度を一応残しておいて、医療サービスの内容は一般の保険の内容と全く同じにして制限しないということだけを約束して、現在続けているところでございます。

それから、個々の医療費の引き上げも、ご存じのとおりOECDの中間まで大きくするというのですから、金額にすると大体2兆～3兆円だろうと思います。

今回、10年ぶりにネットで0.19%上がりました。それを3カ月間で検証をいたしますと、入院費用が

2010年度 診療報酬改定		
2010年度の診療報酬改定率は、全体(ネット)で+0.19%と10年ぶりのプラスになった。		
	改定率	金額(医療費ベース)
入院	+3.03%	急性期 4,000億円
		その他 400億円
外来	+0.31%	400億円
医科	+1.74%	4,800億円
歯科	+2.09%	600億円
調剤	+0.52%	300億円
診療報酬改定(本体)	+1.55%	5,700億円
薬価改定	▲1.23%	▲4,500億円
材料価格改定	▲0.13%	▲500億円
薬価改定等	▲1.36%	▲5,000億円
全体	+0.19%	+700億円

4

上がっております。外来はほとんど上がっておりません。医療全体としては1.74%上がっております。金額にして4800億円が上がりました。歯科は医科よりもずっと上がっております。

問題は、薬価、材料費の料金を下げるということでございますが、ここで薬価の下げ幅を比較的高く見積もっておりまして、実際は300億円ほどでございます。その300億円の点数は、診療所の1点を上げると100億円ですから、300億円を使えば、診療費の2点を下げられたことよりも多くなるということに気がつきました。そこで、当時就任したばかりの菅直人財務大臣に折衝して、使うことになったわけです。

ただ中医協で、私は再診料に入れられるものなら入れなければいけないと思ったのですが、中医協の上にある社会保障審議会の中で、病院と診療所を同一の再診料にすることが決められておりましたので、別な方向に向けなければいけなかったわけでございます。それが地域貢献手当でございました。再診料と同じ働きをさせるためには、1回ごとに3点を加える方式をとってもらうことにしたわけですが、診療報酬早見表を見たときに附帯事項がつけられ、大変憤りを感じて、すぐ足立政務官との約束はどうしたのだと。あなた自身もこういうことを知っていたのかと言いましたら、彼自身も驚きまして、いや知らなかったということでした。内容はもう印刷されていますが、それほど強い拘束はしないということをおっしゃったと思

います。

医療監査の指導のときにどのように取り扱うかは、あらゆることを同じ法律でやっているのに、地方厚生局によって厳しかったりやさしかったりという差がございました。このことに関しても、今度就任いたしました医政局長には強く申し入れました。各厚生局に対して局長から注意書きが出まして、決して指導ということではなく、いろいろなことをやる時には、日本の医療をよくするための話し合いする場だということが各厚生局に行ったはずですから、随分変わったと思います。ただ、あの文章を読んで受けとらないと決めた医師会がいっぱいございます。どうぞ受けとっていただければと思います。

実際、民主党に代わったら随分変わるだろうと思ったら、予算は自民党と同じように官僚に説得されてしまっているのかもしれない。事業仕分けの中の行政刷新会議ワーキングチームの中で、医療費の国民負担をふやさずにということを掲げました。私が民主党のいろいろな会議に出たときには、国民の負担がなければもう医療費はもたないということを言っております。

**財務省の主張**

2010年度の診療報酬改定においても、財務省は、診療報酬の引き上げではなく、配分の見直しを主張しつづけた。

**2009年11月11日**  
行政刷新会議ワーキングチーム「事業仕分け」  
「財源捻出分は病院勤務医対策に充てて、国民負担を増やさずに医療崩壊を食い止める取り組みを行ってはどうか」※1)

**2009年11月19日**  
野田財務副大臣「診療報酬本体自体は、底上げではなくて、大胆な配分の見直し」※2)

**2009年12月15日**  
財務省主計局「引き続きネットで2~3%程度の引き下げを主張していく」※3)

**引き続き強力に医療費増加の必要性を主張していかなければならない。**

※1) 行政刷新会議ワーキンググループ「事業番号2-4 診療報酬の配分(勤務医対策等) 抜点等説明シート(予算担当部局用)」, 2009年11月11日  
※2) 財務省ホームページ 大臣・副大臣等記者会見の概要  
※3) メディアアクセス 2009年12月16日 3785号

5

ところが、当時の野田財務副大臣が同じように、診療所の診療報酬点数を病院のほうに移せばいいのだということを申しました。マニフェストをつくるときに、5分間要件というのがありました。5分間要件というのは、明らかに診療所の先生方の点数を病院のほうに移すということですから、これでは診療所の先生方をあなた方はどう評価しているのか

と。診療所の先生方は、今問題になっている勤務医を経た人がほとんどであって、勤務医と開業医の先生方の保険点数の請求を比べるような意味のないことをしてどうするのでしょうか。大臣も全然知らなかったものですから、官僚を呼んで説明を受け直したようでございます。医療費の発表というのは本当に信頼できないことが多くございました。

今度の民主党に対してはきちんとした分析をして、発表する前には医師会にちゃんと見せてほしいと申し入れておきました。政権交代をしても、マニフェストをどうやって実行するかが全然見えていないのは大変残念なことでございます。しかし、最終的には、当時の鳩山首相が平野官房長官を大臣の3回目の会議に派遣して、予算がなくてもマイナスは絶対にいけない、数字は言わないが必ずプラスにしてほしい、これが総理大臣の意見だということを書いてほしいと。その結果、わずか0.19%の数字が上がりました。

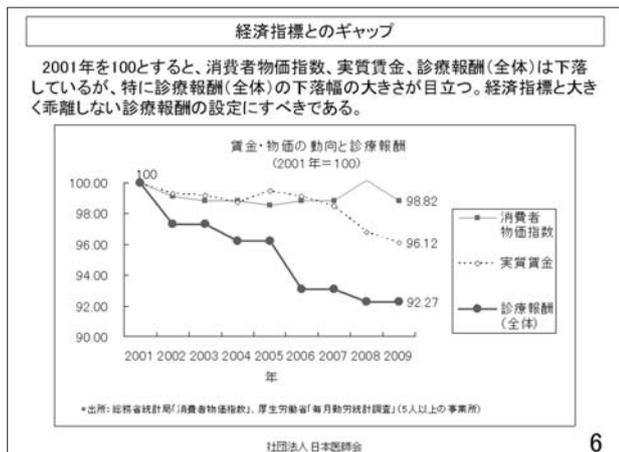
医療費というのは、今のままだったら国家財政に対する負担というのが物すごく大きくて、本来ならば国民の個人負担、窓口負担は下げなければいけません。全体の負担としてはもう少し大きくしなければなりません。西洋各国で消費税の問題が取り上げられたときには、15%、20%は普通でございました。ただ、日本の場合に消費税というのは、45%が地方に、55%が国にですから、そういうパーセントでいきますと、医療費に回ってくるお金はそんなに多くありません。したがって、目的税をつくら

に、社会保障費を目的とした、あるいはそれでは年金のほうに使われますから、医療の崩壊を直すためには医療費を中心とした間接税、医療を中心とした租税、あるいは会社負担を大きくしてもらわないと直っていかないと考えています。

これは賃金と物価指数の推移グラフです。2001年と書いたのは、小泉・ブッシュ会談で合意ができた後でございます。どんどん診療報酬が削られていきます。この間起こってきたことは、皆さん御存じのとおり、病院の株式会社参入、いろいろな格差社会をつくりアメリカ的社会に変えられていくためのもので、医療費もその例外ではなかったわけでございます。

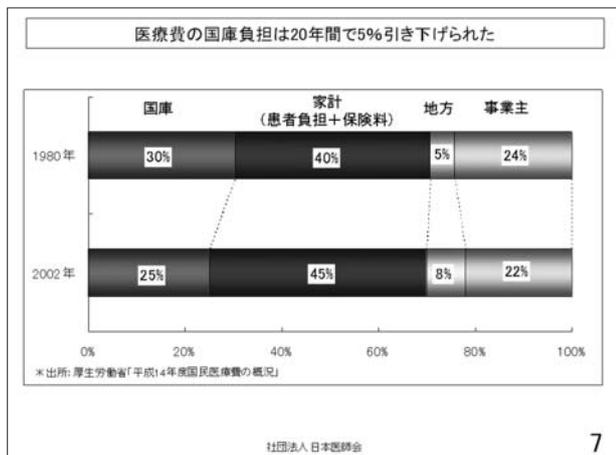
私は昨日、別なところでお話ししたときに、今後の日本の人口の変化を申し上げましたが、2055年には、日本の人口が4000万人減っております。今は2.8人で65歳以上の人を1人養っております。今の老人は曲がりなりに年金をもらっておりますが、ここでこのように労働賃金が下げられてしまって、労働分配率が54%から43%くらいまで下げられた。その結果、正規雇用されていない労働者がいっぱい出てしまいました。今、保険料も納めなければ、年金の積み立てもしていない若者が増えてしまった。結婚もできない。年収300万円以上の人では40%の結婚率でございます。年収500万円以上になると70%の結婚率になりますが、医療施設や介護施設で働いている人たちも低賃金で働いているわけです。ここを上げない限り日本の人口はますます減るだろう。日本の将来を考えたときに、とんでもない国になってしまうという危険を、私たちは今一生懸命に言っているところでございます。

ここから0.19%上げられても、これ以上は上がらないのです。ぼんと上げるには、最低でも税金を2兆円上げてもらわないとここまで行きません。私たちが2兆円と言っているのは、介護費用に1兆円、医療関係に1兆円を投入する。国内の経済効果は、道路をつくるより個人消費ですから、個人消費のほうが上がって、投入額の2倍以上の国の経済効果が



## 特別講演 1

あるだろうということ、40万人の雇用が満たされる。今、いろいろなところで募集しても、二、三日勤めると、仕事のつらさと給料を考えたときにあわないといって、みんな去っていくという現実を見たときに、もっと給料を上げることによって定着する労働環境を医療と介護の中に入れなければいけない。国税だけではなくて結構ですが、とりあえず2兆円を医療・介護の中に入れてほしいということを一つの目標として今、国に訴えているところでございます。



これは皆さん御存じのとおり、昔は国庫が医療費の中の30%でした。今は25%に減っております。ふえたのは患者負担でございます。食費はどこで食べても同じだからとか、電気を使うから環境料金として維持料金をもらいなさいということで、どんどん個人負担が多くなりました。同時に、地方負担がこれだけふえたものですから、市立病院が持ちきれなくなって倒産した。わずか3%ですが、地方の市町



村は人件費とか何かで自由に使えるお金がないのです。そこで3%の増加は大変大きなものでございまして、持ち切れなくなったということが自治体病院の崩壊につながっていると思います。

さきに申しましたように、医療費削減のために医師の定員を減らされました。このときに、救急車のたらい回しは医師側、病院側の責任で、受け取り拒否だという報道がどんどんされました。以前は内科、外科と別々に当直医がいたのに、今や経費が追いつかず医師不足が顕著になってきて、当直を行う先生が1人になってしまう。同時に、訴訟が多くなったために、先生方が診療科を選ぶ内容が変わり、診療科の偏りも起こってきた。昔は、消化器系というと外科も内科もいっぱいでしたが、今は消化器系に進む人がいなくなった。できるだけ当直や訴訟の少ないほうに進もうという傾向が顕著にあらわれてきた結果、どこの病院でも、患者さんの病気に対して該当する当直医がいない傾向があつて、非常に非難されたわけです。

本当に医師が少なくて崩壊が起こっているのだということにマスコミと政府が気づいた2008年以降、急激に医学部の定員をふやしていただきまして、2010年には8846人に定員をふやしたわけでございます。



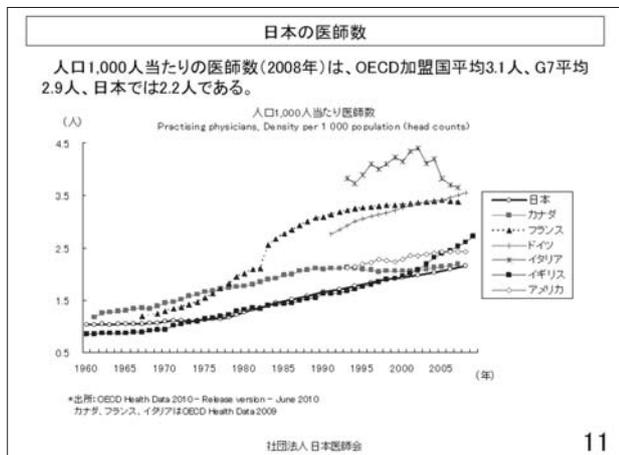
その効果がどうかというと、対2006年度比で1221人増になっていますが、最近調べたところでは1300人だそうでございます。

今、新設医科大学を4つつくりたいという申請が

出ております。その中で本当に国のため、医師不足の解消のためという話が出てきているかというのと、そうではなくて、速成の医師、要するにアメリカのメディカルスクールに類似したものを申請している大学が2つございます。また、1つはある大学に許可を与えたいという政治的意図がありました。

1つの医科大学をつくらうとすると、350人から400人の教員が必要でございます。教授、助教授になるためには、各大きな病院の部長クラスの人の引き抜きが始まってくるということ。その近くにいる地域医療がますます崩壊してしまう危険と同時に、1300人というのは、医科大学を13つ作るのと同じことですから、むしろ私たちは、今の医学部の定員をふやすことによってしのぐべきであろうと思っております。

私たちの医師会の代表と大学の病院長・医学部長会議の中でも、今度また声明を出しますが大学は全部反対でございます。というのは、ある時点におい



て医師過剰になったときにどうするのかという問題や、これ以上教官を引き抜かれたら困るという思惑もあるのだらうと思いますが、とにかく反対しております。

その結果、どうなるかという、今新しい大学をつくったとしても、工事や何かで5年ぐらいかかります。それから医師が出てくるのが10年といたしますと、15年後の医師の状態がどうなるかということを見るのが一番説明しやすいだらうと思っております。

G7の今の医師の平均は1000人当たり2.9人ですが、もしこのままずっと伸びていきますと、2025年には我が国も2.8人になりますので、ほぼ追いつく。今、新しい医学部をつくらなくても、十分間に合うということを私は主張しているわけでございます。しかも、戦時体制と同じだといいいながら、教養課程を除いて専門課程だけの大学をつくらうというようなことを考えている。しかも、チェーン病院を目指しているところに許可を与えるということは大変な間違いであることを、はっきり今後とも申し上げたいこうと思っております。

**医師養成数のあり方について**

日本医師会は、中長期的に医師数を1.1倍～1.2倍にすることが妥当と考える。そのための前提条件は以下のとおりである。

医師数増加にむけての前提条件

1. 財源の確保
2. 医学部教育から臨床研修制度までの一貫した教育制度の確立
3. 医師養成数の継続的な見直し

特に人口減少社会にあっては、人口減少と医師養成数増加のバランスをとることが重要になる。一方、すでに、医師養成数は2009年には過去最大(1981年8,280人)を上回る8,486人になり、2010年にはさらに増加して8,846人になる予定である※)。さらにこのうえ、医学部を新設する必然性はないと考える。

※) 文部科学省「平成22年度医学部入学定員の増員計画について」

社団法人 日本医師会 13

どうしてこういうことに私たちが反対するかというと、昔、医療費を削減するというで医師を減らしたわけですが、あの当時は、医師1人につき医療費が大体3400万円多くなるっていたそうなのですが、現在は、医師1人がふえると大体7000万円ふえるということですので、果たして日本の国がそれだけ医療費を上げることができるかということを考えると、広く薄くと、ますます1件当たりの診察料や

入院料が下がる危険を非常にはらんでおります。それを考えると、私たちは簡単に医師の増加を認めるわけにはいかない。そういう約束を政府ができるかということをもう一度確かめなければいけないということです。

医療に対する市場原理主義の参入でございますが、これは私たちは阻止しなければいけません。

小泉さんの方針以来、包括医療を盛んに進めました。包括医療にすると、医療費を下げることは簡単です。今まで10点もらったのを今度は9.5にしますとすれば簡単にできるので、政府が非常にコントロールしやすくなったということ。それから、医者が経営するから大変なのだということで、株式会社を参入させようという動きがございました。ブッシュ・小泉さんの約束が出たものですから、民間団体の在日アメリカ商工会議所が政府に対して早く約束したことを推進してほしいというようなことで要望書を出しました。株式会社の参入や民間の役割を拡

大するということです。我々もほとんど民間ですが、彼らの言う民間というのは、株式会社の役割を多く入れろということでございます。それに出てきたのが混合診療でございます。

現政権の市場原理主義的な考え方と日本医師会の対応	
現政権下において、混合診療の全面解禁、医療ツーリズム(国際医療交流)などの考え方が出てきている。	
<b>規制・制度改革に関する分科会第二次報告書(2010.6.15)</b> ・保険外併用療養の範囲拡大 ・「内外に開かれた医療先進国・日本」に係る資証券給要件等の緩和・外国人医師の国内診療等－医療のために来日する外国人を受け入れる国際医療交流への取組等－	<b>日本医師会の見解</b> ① 保険外併用療養の範囲拡大 現在の評価療養等の機動性を高めるという趣旨であれば賛成。最終的に混合診療の全面解禁を狙ったものならば反対。 ② 医療ツーリズム 医師が診察をすることは、日本人、外国人にかかわらず当然の責務である。しかし、医療ツーリズムという、産業として営利企業が医療に参入することは、混合診療全面解禁につながる可能性が大きく、容認できない。
<b>経済産業省「産業構造ビジョン2010骨子」(2010.6.3)</b> ・公的保険外の健康関連産業の創出 ・医療ツーリズムの受入拡大	「新成長戦略に向けた3段階構えの経済対策」について(2010年9月10日閣議決定)にも盛り込まれた。
17	

私たちが混合診療をもし入れたならば、新しい薬や高額なものにかかるものは一切、保険外診療にされてしまう。そうすると、お金のない人と持っている人との格差ができる。これをなくすことが私たちの国民皆保険です。どこでもいつでも平等に受けられる国民皆保険の内容を悪くしてしまうから、混合診療には反対だと申し上げてまいりました。民主党の政治の一番最初に混合診療が出てきたものですから、早速、我々数人で民主党に出かけまして、混合診療は絶対いけない、これは私たちの約束のはずだということで、混合診療という文言を削除しました。そうしたら、官僚の書いたところに、「保険外併用療養範囲拡大」という名前に変わって出てきたわけですが、これはほとんどないことです。学者に言わせると、この表現と混合診療では全く違う。これだったら、一つ一つに対して保険に入れろと言っていけばいいことで、これなら問題ないと言われましたが、官僚の人たちはこういうことを述べております。

医療ツーリズムでございますが、私たちは国民の経済状態がよくなるなら大いに賛成でございます。しかし、これは一病院の利益のため、まさにもうけのためのもので、国全体としては決していいものではありません。東大の元教授で今は名誉教授の有名

### 3. 市場原理主義の医療への参入阻止

#### 市場原理主義の医療への参入

2001年の小泉政権発足後、医療分野に市場原理主義の考え方が流入した。

##### 基本方針2001(2001.6.26)

- ・支払い方式の見直し(包括払・定額払(診断群別定額報酬支払い方式(DRG/PPS)等)の拡大等)
- ・株式会社方式による経営などを含めた経営に関する規制の見直し
- ・医療費総額の伸びの抑制

##### 米国年次改革要望書(2001.10.14)

医療制度改革:市場競争原理を導入し、日本の医療制度を改善するために、一般に対する医療情報開示の水準を向上させ、病院や看護施設での民間の役割の拡大等を含む構造改革を推進する。

##### 規制改革・民間開放の推進に関する第1次答申(2004.12.24)

- ・いわゆる「混合診療」(保険診療と保険外診療の併用)の解禁
- ・医療法人を通じた株式会社等の医療機関経営への参入

な経済学者は、「自分は医療はわからないが、この内容を読んでみて、国のため、医療のためには何にもならない、むしろ医療制度を崩壊することになってしまう、決してこれはいいことではないので直さなければいけない」ということを言っておりました。厚生省は反対しております。表面上反対なのか、実際はオーケーしたのかわかりませんが、計画そのものは経済産業省から出ております。今回、経済産業省の大臣になったのは茨城県の人でございまして、彼の言葉の中には、医療問題が一切出てきておりません。今後とも、この問題は消していかなければいけないと思っております。

**保険外併用療養の拡大がもたらす混合診療全面解禁の懸念**

2010年6月18日に閣議決定された「新成長戦略」には、次のように記されている。

『新成長戦略』から抜粋

**医療の実用化促進のための医療機関の選定等**  
「患者保護、最新医療の知見保持の観点で選定した医療機関において、先進医療の評価・確認手続きを簡素化する。  
これにより、必要な患者に対し世界標準の国内未承認又は適応外の医薬品・医療機関を保険外併用にて提供することで、難治性疾患と闘う患者により多くの治療の選択肢を提供し、そのような患者にとってのドラッグ・ラグ、デバイス・ラグを解消する。」

「簡素化」が意味しているところが、事後チェックであるとなれば問題である。医療における事後チェックは、問題が起きたときに手遅れになるだけでなく、一体不可分の公的医療保険の信頼性も損なわれてしまうためである。  
また今回の保険外併用療養の拡大が、混合診療の全面解禁につながるのではないかと懸念される。そのようなことにならないよう、いかに、現在の国民皆保険を拡充するかを考えるべきである。

18

**混合診療全面解禁の問題**

混合診療に関しては、第一に、混合診療原則禁止の法的根拠が曖昧という問題点がある。これについては、国民に対するわかりやすさという視点から、国に対して法律の見直しを要望する。第二に、混合診療の全面解禁自体も問題である。

- 1. 公的医療保険の給付範囲の縮小**  
新しい治療や医薬品を公的医療保険に組み入れるインセンティブが働かなくなる。第一段階として、公的医療保険の給付範囲が相対的に縮小する。時代遅れの治療などは公的医療保険から外されていくので、第二段階として、公的医療保険の総量も縮小する。
- 2. 公的医療保険に対する信頼性の低下**  
保険診療と保険外診療は不可分一体であり、問題が生じたときには、公的医療保険に対する信頼性も損なわれる。
- 3. 患者負担の増加**  
保険外医薬品等は全額自己負担である。これらは自由価格で提供できるので、価格が高止まりする可能性があり、患者負担は決して小さくない。

19

混合診療が解禁されますとこういう現象が起こってくるので反対するということです。今後とも、混合診療という言葉が出てきたときには、絶対反対の態度を貫こうと思っております。

既に法的に認められている混合診療もあるのですが、それは評価療養と選定療養です。もし認められ

**混合診療全面解禁の議論の前に**

現在も、厚生労働大臣の定める「評価療養」と「選定療養」は保険診療との併用が認められている。この現行制度を有効に活用すべきである。

評価療養	選定療養
安全性や有効性の観点から、保険導入のための評価を行うもの ・先進医療 ・医薬品の治療に係る診療 ・医療機器の治療に係る診療 ・薬事法承認後で保険収載前の医薬品の使用 ・薬事法承認後で保険収載前の医療機器の使用 ・保険収載医薬品の適応外使用	患者の選択に任せるべきであり、保険導入が前提とならないもの ・特別の療養環境(差額ベッド) ・予約診療・時間外診療 ・200床以上の病院の初診 ・200床以上の病院の再診 ・180日以上入院 ・制限回数を超える医療行為 ・歯科の金合金等・金属床総義歯 ・小児う蝕の指導管理

1. 現行の制度を有効活用し、医療技術や医療現場の要件を医療現場の実態に即したものにすること。  
 2. 評価を迅速化し、安全性、有効性が確認された医療は個別検討し、普遍性のある医療は速やかに保険適用すること。

20

なかったら、今普通に行われている入院費も薬品代も全部自費にしてくださいということですので、こういうことであるならばいいよということになっておりますから、私たちは、この問題を一つ一つ取り上げて拡大していけばいいのではないかとということで、混合診療という言葉がなくても十分に運用できるのだということを主張しております。

**会長所信(2010年4月13日)より**

**私たちは、財務省や厚生労働省によって、勤務医と開業医という分け方をされています。しかし、医療再生のために、医師のエネルギーを分散させられるべきではありません。**

22

私たちは、財務省や厚生労働省によって、勤務医と開業医という分け方をされています。しかし、医療再生のためには医師のエネルギーを分散させるべきではありません。今、給料の問題を考えても、診療所の先生方はみんな勤務医を経験して40歳前後で開業します。名前を言うとしかれるかもしれませんが、当医師会のある役員がその典型だと思います。以前は、大学から病院に派遣される、2年間で大学に戻ってくる、しばらく大学にいて、またよその大学に行くということで、40歳近くまでそういう生活をしていました。2年間の勤務では、どこからも退

職金はもらえなかった。保険にも入っていなかった。年金の積み立てもしていなかったということがずっと続いていた。皆さんもそうだと思いますが、私の時代は5年間くらい無給で大学にいた人がほとんどだと思います。大学の先生方の給料は教員の給料ですから、医師としての給料はもらっていないわけです。私は東大の医科研に25年おまして、最後に助教授で癌で退任したときにもらった月給が32万6000円でした。これが25年過ぎた医者さんの給料でございました。その時代はみんなそういうものだと思って、自分の生きがいをいだという生活していたわけです。

その先生が開業したときに、年齢も今の若い先生と比べると高いわけです。事業所になっていて、もし赤字が出たら倒産だということもついてまわるわけですから、決して同一に考えてはいけません。ですから、今勤めている先生方も、将来、今勤めている大学をやめたときにどうなるかを考えたときに、今のうちから、医師はお互いの立場になって、お互いの年齢や環境によって働いているけれども、みんなが一つの心になって日本の医療を支えているのだという気持ちになっていただかなければ、やがて同じような批判を受ける立場に入ってしまうのだということを考えなければいけないと思っております。

最近、いろいろなことを考えます。フランスとかドイツ、あるいは日本の弁護士会のように、医師免許を持っている人は全部医師会に入っていたかないといけない。日本医師会に入らなくてもいいが、

県の医師会に入っていただきたい。県の中で、県の行政と医師会が一緒になって、地域の格差の問題、診療科の格差の問題、あるいはその地域における開業の定員の問題などをきちんと考えて地域の医療を守るような日本になれば、私は住民が幸せになるだろうと思っております。現在は本人の希望によって医師会に入らなくてもいいという制度でございしますが、ここまで地域医療が崩壊しているとき、偏在の問題を解決するには私はそういう方法がベストではないかと考えております。今後、医師会の中でも議論しながら進めていきたいと思っております。

先ほど言いましたように、医師会は勤務医の先生方を大切にしていけないわけでは決してなくて、本当に大切にしている気持ちがあります。私自身が病院の経営者でございまして、勤務医の先生方が苦勞している姿を見ると、やはり、改善しなければいけないと思っております。自分の給料を下げても先生方に分けたほうがいいのかという気持ちになることはたびたびございます。

とりわけ女性の問題。最近、担当の常任理事と話をしたら、会長は少し認識が甘いと叱られましたが、女性医師に現場に戻ってほしい、そのためにどういうことを解決しなければいけないかということ、今、保坂常任理事を中心として考えていただいているところでございます。

今の日本医師会には52の委員会がございまして。勤務医の先生方は、自分の仕事の環境や病院の仕事があって、自分が抜けることによって同僚に対する負

医師の団結のために取り組むべき課題

1. 病院勤務医と診療所医師の接点をそれぞれの医師会で強化し、勤務医の医師会への参加を促すとともに、医療が直面している共通の課題解決のために、協働して取り組めるようなフレキシブルな会務の運営に努める。  
また、日本医師会の活動をより透明化し、すべての国民に理解されるよう努力を継続する。
2. すべての医師、とりわけ女性医師を含む病院勤務医の労働環境の改善に最善の努力をはらい、働きやすい職場環境を構築するとともに、国民の医療への信頼を確保する。

日本医師会 会内委員会(平成22・23年度)

医療政策協議	医療秘書認定試験委員会	結核療養委員会
学術推進会議	日本医師会認定医療秘書のあり方に関する検討委員会(プロジェクト)	労災・自賠責委員会
生涯教育推進委員会	医師会共同利用施設検討委員会	社会保険診療報酬増徴検討委員会
学術企画委員会	病院委員会	基本診療科のあり方に関するプロジェクト委員会
生命倫理懇談会	臨床検査精度管理検討委員会	医療と介護の同時改定に向けたプロジェクト委員会
会員の倫理・資質向上委員会	産業保健委員会	介護保健委員会
勤務医委員会	健康スポーツ医学委員会	医療法関係検討委員会
勤務医委員会臨床研修医部会	環境保健委員会	診療情報提供推進委員会
男女共同参画委員会	高齢者の健康支援に関するプロジェクト委員会	医療安全対策委員会
利益相反管理委員会	学術保健委員会	医師賠償責任保険調査委員会
定款・規程改定検討委員会	感染症危機管理対策委員会	医療情報システム協議会運営委員会
会長選挙制度に関する検討委員会(プロジェクト)	乳がん保健検討委員会	広報委員会
救急災害医療対策委員会	母体保護法・周産期医療等に関する検討委員会(プロジェクト)	医業規制検討委員会
有床診療所に関する検討委員会	母体保護法指定医師の指定権に関する検討委員会(プロジェクト)	日医年金委員会
国民生活安全対策委員会	公衆衛生・がん対策委員会	生涯設計委員会
地域医療対策委員会	精神保健委員会(プロジェクト)	国際保健検討委員会
看護職員検討委員会		女性医師支援センター事業運営委員会
		女性医師支援委員会
計 52 委員会		

---

担が多くなるだろうということで、医師会の活動の中心になかなか入ってこれない。そのために、ややもすると、自分たちの気持ちが日本医師会に通じないのではないかという懸念を表明されておりましたので、会長選挙において、先生方一人一人の意見が何らかの形で入るような制度をつくるということを今考えており、既に立ち上げております。

それから、勤務医の先生方や女性医師に対する方策をどのように現実的に具体的にしていくかということのスライド上の赤字で書いた委員会で討議しております。日本医師会は皆さん一人一人に支えられた会だということを再認識していただきまして、気がついたことがあったらいつでも申し入れてください。日医のホームページには、会長に対する目安箱をつくりました。ここにいろいろな意見が入ってきます。返事を書いている時間がございませんが、必ず見ておりまして、必要なものは広報担当や担当の理事がそれに対する方策を練っておりますので、決して無駄になりません。一つ一つの思い当たることがありましたら御投書願え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。

「日本医師会勤務医委員会報告」

報告：日本医師会勤務医委員会委員長 泉 良 平



## 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 泉 良平

### 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 泉 良平

本年度から勤務医委員会の委員長を務めております富山県医師会の泉でございます。これまで長きにわたり池田先生がこの委員会を主宰してこられました。池田先生の高い見識と情熱にはとても及びませんが、何とかこの委員会をやっていきたいと思っております。ぜひ皆さんの御協力と御指導をお願いいたします。

### 平成20・21年度 日本医師会勤務医委員会 諮問

医師の不足、偏在の是正を図るための方策  
—勤務医の労働環境(過重労働)を改善するため—

勤務委員会の主な任務といたしまして、日本医師会会長から諮問された内容について、それを議論し答申するということがございます。答申に関する議論をするだけではありませんで、この2年間、十数回にわたる委員会を開催いたしますが、例えば、診療関連死や医療政策、医療倫理について議論していま



す。その上でこういう諮問に対して答申をいたします。平成20年、21年度の日本医師会勤務医委員会に対する諮問は、当時の日本医師会会長から、医師の不足・偏在の是正を図るための方策、勤務医の労働環境・過重労働を改善するためというものでございましたので、今回の勤務委員会の報告は、この諮問に対する答申の概要を皆さんにお知らせすることにしたしました。

### 平成20・21年度勤務医委員会 答申の概要

#### I. 医師不足問題概観

OECD加盟国医師数が人口千人あたり平均3.1人であるのに対し、日本では2.1人であり、日本の医師数はOECD加盟国平均より約13万人不足している

世界各国が将来の高齢化社会と医療高度化を予測して医師数を増やしたが、日本は医師数抑制が政策となった(第2次臨時行政調査会答申:1982年)

これがその概要でございます。まず、医師不足の問題の概観としまして、先ほどの会長の御講演にもありましたように、日本はOECD加盟国の医師数に対して少ない。約13万人が不足している現状があ

るといふことをごさいます。日本もそうですが、これから世界各国が高齢化していく中で、医療需要が増す。あるいは、医療が専門化、高度化していく中で、当然のことながら医師数の増加が必要であると判断し、医師をふやしてまいりましたが、1982年の第二次行政臨調で医師を抑制することが政策となりました。

II. 医師不足について

(1) 医師不足の現状

病院全体で医師不足を感じている比率は71.5%

医師不足が原因としての外来閉鎖・病棟閉鎖・救急対応休止が広がっている

(2) 医師不足の原因

直接的要因: 医療費抑制策と医学部入学定員数削減

間接的・患者要求の高まりなどによる医師の疲弊

顕在化させた要因: 新医師臨床研修制度、女性医師労働環境の未整備

(3) 医師不足対策

医療費抑制策からの脱却の上で、医師養成数増員、医学教育の見直し、勤務医就業環境の改善、女性医師支援、医療連携、医師・コメディカル等の業務分担など

それでは、現状はいかがでしょうか。病院全体で医師不足を感じている比率は7割を超え、そのために外来病棟が閉鎖され、救急診療が休止されています。その原因の直接的な要因としては、医療費抑制策と医学部入学定員数の削減があります。間接的には先ほどから申し上げている専門化、細分化、そして劣悪な勤務医の労働環境です。それから、医療訴訟の増加等がごさいます。顕在化した要因としては、新医師臨床研修制度がその一つであろうと思ひますし、女性医師の労働環境が全く未整備であることが大きな顕在化された要因であろうとしてひます。

その対策はどうなのか。まずは、医療費を抑制することから脱却することが大前提で、その上で、医師の養成数を増員し、医学教育を見直すこと。勤務医の就業環境を改善すること。女性医師を支援すること。医療連携、医師、コメディカル等の業務分担をはっきりさせるということではないかとしてひます。

次に医師の偏在です。本当にきょうは概要しか書いてありませんので、偏在の実状の詳細はぜひ答申書をお読みいただきたいと思ひます。都道府県格差

III. 医師偏在について

(1) 医師偏在の実状

地域偏在: 都道府県格差は、2.12倍、

診療科偏在: 2006年までの10年間で精神科、泌尿器科、皮膚科等では医師数は増加したが、外科、産婦人科では減少

(2) 偏在はなぜ起こるのか

医師数・医療費抑制策、医療事故責任追及へのおそれ、新医師臨床研修制度、医師と社会との間の医療に対する認識のずれ、価値観の変化、勤務医の過酷な勤務実態

は2.12倍、診療科の偏在も大きくなってきてひます。特に、内科は近年減っていて、外科・産婦人科はこの10年間で大変減少しているというような形で診療科の偏在が起きている。

なぜ起きるのか。これは先ほどから申し上げているのとほとんど一緒です。価値観の変化、勤務医の過酷な勤務実態があろうかと思ひます。

(3) 偏在の是正の方策はあるか

1. 日本学術会議の提言

「量から質の医療への転換による克服」

「少なくとも、医師の総数の増加を叫ぶ前に、医師の業務の質を向上させていくこと、医師に過重の負担をかけて疲弊させないことが、良質の医師を現場に戻すことになる」

2. 外国の事情

国レベルで専門医定数を決めるアメリカ、

地域・診療科ごとに医師数を調査し研修医数を決めるフランス、州医療圏で医師定数を決めるドイツ。

諸外国の「医師偏在」解消の制度工夫から、わが国でも創意的な制度確立が望まれる。日本医師会は、医療全般の制度設計やコントロールを主導し、積極的に社会・国民の付託に応えるべきである。

偏在を是正することの方策はあるのかということ、答申の中に書かれていることを少し御説明いたします。

1つには、日本学術会議の提言がごさいました。この提言には、量から質の医療への転換による克服というものがごさいます。これは少し異論があるかもしれませんが、少なくとも医師の総数の増加を叫ぶ前に、医師の業務の質を向上させること、過重の負担をかけないということ、医師を現場へ戻す、勇気を持って戻す、働きたいを持って仕事に戻すことが日本学術会議から提言されております。

では、外国の事情はどうでしょうか。先ほどもお話がありましたが、アメリカでは国レベルで専門医の定数を決めております。フランスでは、地域や診療科ごとに医師数を調査して研修医数を決める。ドイツでは、州医療圏で医師定数を決める。諸外国には医師偏在解消の制度がございます。今のように自由なままでは果たしていかかかというようなことが答申に盛り込まれております。制度の確立が望まれる。そして、そのことに対して日本医師会は、医療全般の制度設計のコントロールや指導をして、積極的に社会、国民の負託にこたえるべきであるとしております。

#### IV. 勤務医の労働環境について

##### (1) 勤務医の過重労働の実態

勤務医の大多数は、過労死基準である1ヶ月100時間を越える超過勤務と32時間あるいは40時間連続勤務を恒常的に強いられている。

##### (2) 過酷な労働環境の原因

高齢者増加、医師の専門・細分化、国民の大病院志向、専門医志向の高まりなどによる医療需要の増大。医師のワークライフバランス実現だけでなく、医療の質と安全を確保する観点からこそ、十分な医師の労働環境整備の推進が必要

##### (3) 労働環境の改善策を考える

多様な勤務形態、育児・介護・復職支援、人事管理、他職種との連携と職域の明確化、キャリアの形成・維持・向上への支援、医療安全への対応

次に過重労働の実態です。言うまでもございませんが、過労死の基準である超過勤務をはるかに超えている、あるいは長時間の連続勤務が行われていることは皆さん御承知のとおりでございます。その原因は、高齢者の増加等による医療需要の増大。特に、病院志向、専門家・専門医志向がございます。今はとても医師のワークライフバランスなどは望めませんが、それをぜひ実現する必要があります。これは我々のためだけに行うのではなくて、医療の質と安全を確保し、国民に十分に安全な医療を与えるということからも、労働環境の整備推進が必要であります。改善策は、多様な勤務形態です。これはさまざまな方法があると思いますので、これから議論されていくべきだろうと思います。

女性医師に関しては、育児、介護、復職支援、人事管理。

それから、これはこれから議論になると思います。が、他職種との連携、職域の明確化等がございます。

#### V. 医師不足・偏在・過重労働の是正の意義

1. 国民のニーズである安全で質の高い医療提供体制を回復させることができる
2. 個々の医師の心身の負担を軽減させる結果、その医師が本来持つ能力・活力を最大限に引き出せるようになる

#### VI. 国民とともに考える視点から

なぜ、医師は劣悪な労働環境を伝えられなかったのか。経済に社会的共通資本としての医療を合わせてきたツケが医師不足であり、医療スタッフの疲弊である。

医師不足・偏在・過重労働を是正することはどこに意義があるのか。当然ではあります。国民のニーズである安全で質の高い医療を提供することができる。それから、医師の心身の負担を軽減させる結果、本来その医師が持っている能力を十二分に発揮させることが必要であるということです。

なぜこんなふうには医療崩壊、過重労働になるまで、我々医師は黙っていたのかということ、国民とともに考える視点ということで意見が出されました。どうして黙っていたのでしょうかと私は書いたのですが、伝えられなかったということです。社会的共通資本である医療に経済を合わせてきたツケが今の医師不足であるということをしかりと理解してもらいたいと思います。

#### VII. 社会保障の視座

1. 憲法25条が守られていない日本
2. 社会保障軽視は明治から
3. 社会保障軽視の深層・官尊民卑と経済界の問題
4. 日本医師会に求められるもの

アメリカ・ヨーロッパの内科4学会による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つの根本原則は

①患者の利益追求、②患者の自律性、③社会正義で、医師に市場・社会・管理者からの圧力に屈することなく、医療での不平等・差別を排除すること、そのために積極的に活動する社会的責任があることを訴えている

日本医師会はプロフェッションのアソシエーションとして、これらの根本原則を、自らにも会員にも課していくことが重要である

憲法25条は国民が人らしく生きることの保障ですが、それが日本では守られていない。社会保障が軽

視されている。官尊民卑ということが言われます。ここに書いてありますのは、アメリカ・ヨーロッパの内科4学会による新ミレニアムにおける医療プロフェッショナルリズム・医師憲章ですが、その3つを読ませていただきます。1つは患者の利益追求、2番には患者の自律性、3番には社会正義で、医師は管理者からの圧力に屈することなく、医療での不平等や差別を排除することに大きな責任を持つべきであるということでございます。そして、日本医師会は、プロフェッションのアソシエーションとして、これらの根本原則をみずからにも医師会員にも課していくことが重要であるということです。

## おわりに

勤務医と開業医という医師を二分する議論は好ましくない。全ての医師が、真に医師としての社会的使命、医療の理想を具現する団体として医師会がある。

いま一層、勤務医の医師会中枢への参画を通して、多くの勤務医の意見を会務に生かしていくことが重要である。勤務医のもつ諸問題を、医師会の最重要課題として正面から解決に取り組むことは、医師会の社会的使命でもあり、さらに医師の大同団結につながると考える。

「おわりに」勤務医と開業医という医師を二分する議論は好ましくない、すべての医師が、真に医師としての社会的使命、医療の理想を具現する団体としての医師会がある。今一層、勤務医の医師会中枢への参画を通して、多くの勤務医の意見を会務に生かしていくことが重要である。勤務医の持つ諸問題を医師会の最重要課題として正面から解決に取り組むことは、医師会の社会的使命でもあり、さらに、医師の大同団結につながると考える。以上が答申の概要でございます。

今年度から2年間の諮問がここに書いてあるものです。先ほど来からの開業医・勤務医という大きな問題が、ある意味では我々の意図しないところで語られていると思います。その意味で、すべての医師の協働に果たす勤務医の役割が諮問として出されました。

## 平成22・23年度 日本医師会勤務医委員会 諮問

### すべての医師の協働に果たす 勤務医の役割

これまで日本医師会の勤務医委員会ではさまざまな議論をしてまいりました。その議論が果たして委員会の外へ十分に知らされているかということは、私自身も参加しておりましたが、決して十分ではなかったのではないかと反省がございます。

この諮問に対しこれから2年間議論するわけですが、この諮問だけではなくて、より広く議論していきたいと思っております。そして、その議論の内容を公表することが今年度の第1回目の委員会で決まりました。日本医師会のホームページに議論の概要が出ますし、詳細も掲載されておりますので、ぜひごらんいただきたいと思っております。そのことについて、日本医師会の勤務医委員会に意見をいただきたいと思っております。

第1回目の委員会の中で語られたことを少し御紹介しますが、その中では、これまでのような美辞麗句の議論はやめましょうと。もっと、勤務医委員会としての役割を具体的に表現する方法を模索してい

## 平成22・23年度日本医師会勤務医委員会委員

委員長: 泉 良平、副委員長: 望月 泉  
委員: 今枝宗一郎、大谷内真弓、小林弘幸、  
榊山悠紀士、澤 芳樹、鈴木 厚、  
田中豊秋、津田泰夫、堂前洋一郎、  
當銘正彦、福田 健、藤巻わかえ  
主担当役員: 三上常任理事  
副担当役員: 今村(聡)、高杉、保坂常任理事  
担当副会長: 横倉副会長

---

こうではないかということがございました。私は大変大事な点だと思います。

これが新しい委員の先生方でございます。これからさまざまなことを議論してまいります。第2回目の委員会では、特定看護師の問題や院内感染の問題について議論いたします。それらについて提言できるもの、行動できるものについては、積極的にこれからも皆さんとともにやっていきたいと思っております。

日本医師会勤務医委員会というものがあつたのだというなことがないように、一緒に行動していく形で進んでまいりたいと思っておりますので、ぜひ皆さんの御協力をお願いしまして、御報告とさせていただきます。ありがとうございました。

「女性医師問題に関するアンケート調査報告（栃木県）」

報告：栃木県医師会勤務医部会理事

望 月 善 子



## 女性医師問題に関するアンケート調査報告（栃木県）

栃木県医師会勤務医部会理事 望月善子

平成22年度 全国医師会勤務医部会連絡協議会 10.9.'10

### 女性医師問題に関する アンケート調査報告（栃木県）

栃木県医師会勤務医部会理事  
望月善子



栃木県医師会、望月でございます。本日は、栃木県におけます女性医師問題に関するアンケート調査結果を報告させていただきます。皆様のお手元に緑とオレンジ色の冊子があると思いますが、報告書となりますので参照してください。

今日、私が報告させていただきますのは医師の勤務環境整備状況等実態調査報告と女性医師問題に関するアンケート調査報告ということで、膨大な量の調査結果になります。その中から重要と思われる点を少しピックアップしてお話いたします。

まず、医師の勤務環境整備状況等実態調査です。

実は、3年前に栃木県では、病院協会が中心となりまして、同じ調査をさせていただきました。その

### 医師の勤務環境整備状況等実態 調査

### 目的

女性医師に関する勤務環境整備状況の実態を調査する。

3年前に行われた「病院職員の勤務環境整備状況等実態調査」結果と比較し、改善されたのか、あるいはどのような支援策が必要なのか等を把握する。

頃から医師不足の問題とも相まって女性医師問題は非常にクローズアップされておりまして、病院管理者への講習会等も日本医師会指導でなされてきているという現状があります。その中で、この3年の間にどれだけ栃木県の病院で女性医師問題に関して成長・発展があったかという点に視点を置きました。

すなわち目的は女性医師の実態を調査することと、この3年間での変化を見るということです。

アンケート調査ですが、栃木県は人口200万人、栃木県内の病院は110施設ございます。今年の5月から6月に病院管理者宛にアンケートを郵送しまして、回答率は67.3%でございました。

### アンケート調査

- 調査対象：栃木県内の病院 110施設  
 大学法人：5  
 公的医療機関：20  
 私的医療機関：81  
 その他の医療機関：4
- 調査期間：平成22年5月～6月
- 回答率：67.3% (74 / 110施設)  
 大学法人：80.0%  
 公的医療機関：100%  
 私的医療機関：58.0%  
 その他の医療機関：75.0%

### アンケート調査内容

- 1) 院内保育(託児)施設の整備
- 2) 女性医師の勤務環境などについて
- 3) 国または栃木県の施策事業について
- 4) 生命保険の診断書・証明書について
- 5) 日本医師会が行った「勤務医の健康の現状と支援のあり方に関するアンケート調査結果」について

アンケート調査内容は、院内保育施設の整備や女性医師の勤務環境のこと、国や県の施策事業について等です。

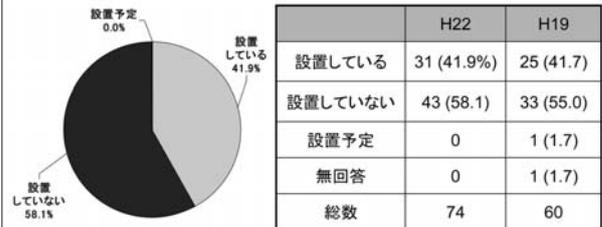
院内保育の問題に入る前に、栃木県では男性医師数が1956名、女性は482名でした。女性の常勤医師が少ないという施設が一番多く、27%もございました。こういった医療機関では、女性医師問題は余り頭の中には置かれていないのが現状だと思います。

### 栃木県の常勤医師数

- 男性：1,956名 女性：482名
- 1医療機関あたりの男性常勤医師数は、5～10名が最多(35.1%) 次いで3名(17.6%)
- 女性常勤医師数は0名が最多(27.0%) 次いで1名(25.7%)

ただ、今後、女性医師が中に入ってきた時にどのような対応をしていくのが重要な問題になるかと思っています。

### 院内保育(託児)施設の設置状況



院内保育施設の整備に関しては、まだ半数以上が設置していないということで、平成22年と19年を比較しても、本当に変化がございました。

### 延長保育の実施

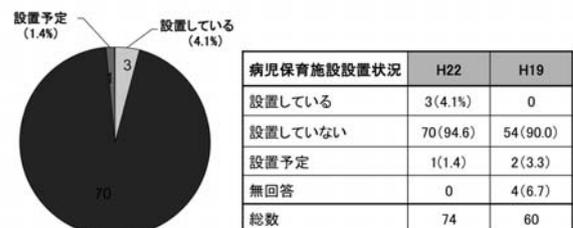
保育時間 (延長保育)	平日		土曜日		日曜日	
	H22	H19	H22	H19	H22	H19
大学法人	1	1	1	1	0	0
公的医療機関	8	6	4	3	1	1
私的医療機関	10	9	10	9	7	6
その他の医療機関	0	0	0	0	0	0
総数	19 (25.7%) (61.3%)	16 (26.7%) (64.0%)	15 (20.3%)	13 (21.7%)	8 (10.8%)	7 (11.7%)

### 24時間保育の実施

	H22	H19
大学法人	0	0
公的医療機関	5	2
私的医療機関	7	8
その他の医療機関	0	0
総数	12 (16.2%) (38.7%)	10 (16.7%) (40.0%)

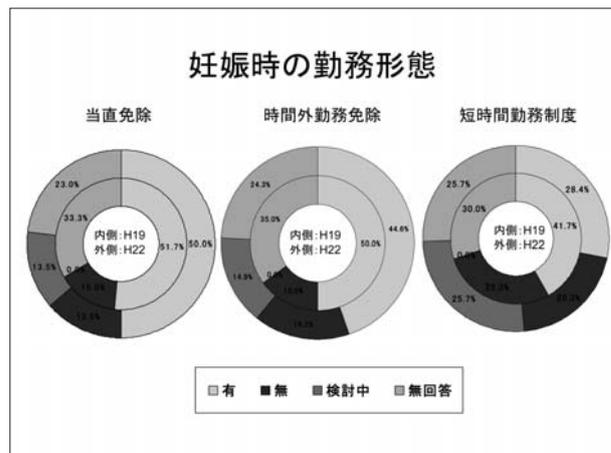
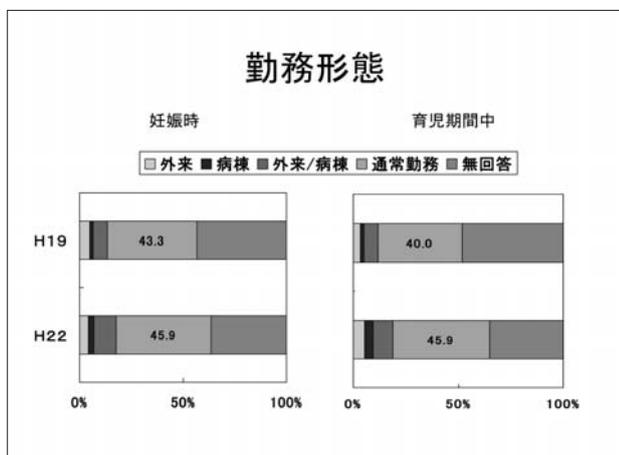
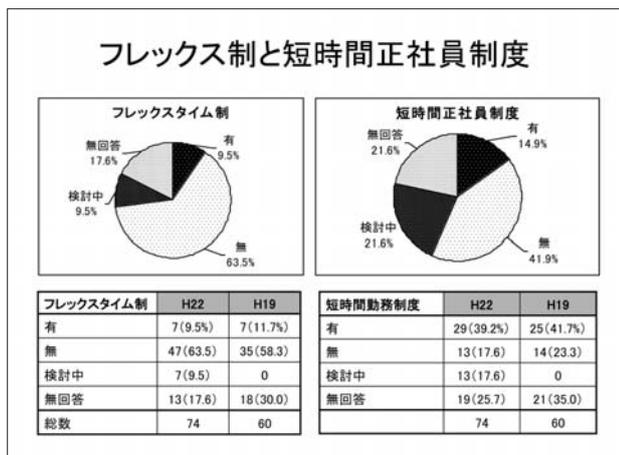
延長保育の実施に関してもそうです。平成22年と平成19年を比べまして変化がございました。

### 病児保育施設の設置状況



24時間保育の実施も、3年間で24時間保育を実施している施設が急激にふえたということはございました。

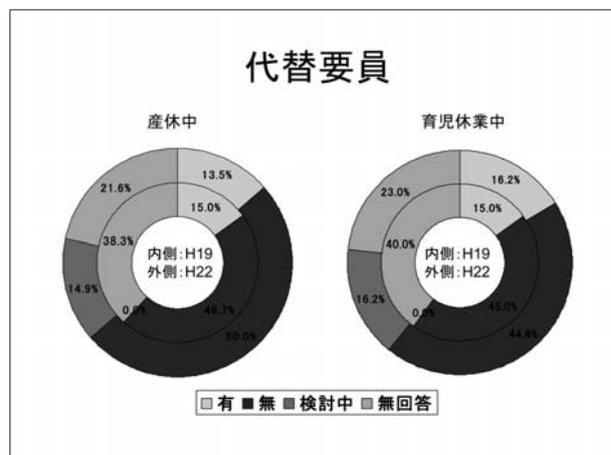
病児保育施設に関しても同様でございました。「設置していない」という施設が大多数を占め3年前と同じ状況でした。従って3年間という短い期間の中では、保育施設整備については進展が見られないのかもしれないと考えました。



妊娠時の勤務形態は「当直免除」「時間外勤務免除」「短時間勤務制度」の各々で、平成22年度は「検討中」とお答えになった施設が出てきております。

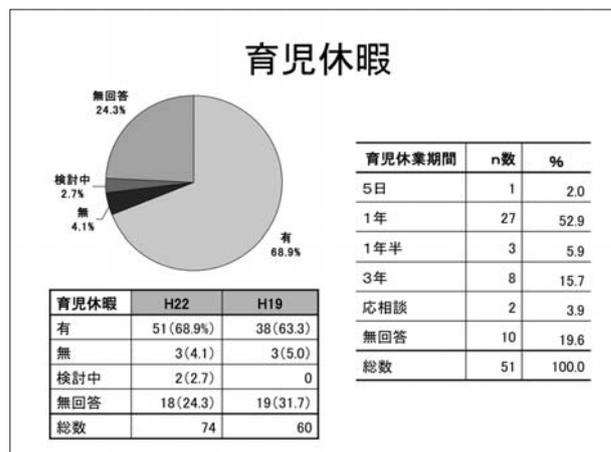
女性医師の勤務形態は、妊娠中も育児期間中も、4割くらいの者が通常勤務をしている実態が明らかになっております。19年度、22年度は同じでした。

代替要員に関しても、本年度は少し「検討してい



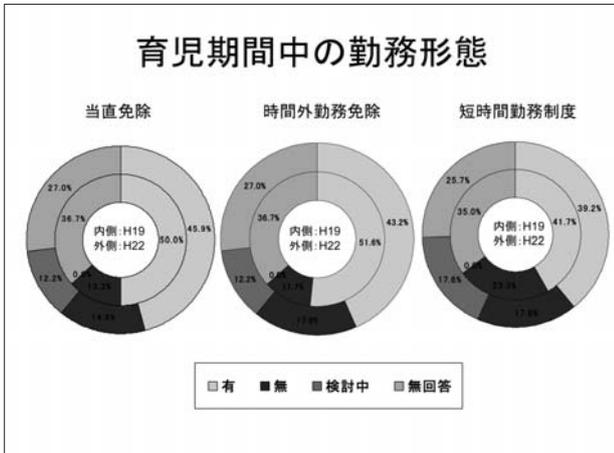
次に、女性医師の勤務環境についてです。

短時間正社員制度という施策が厚労省からの予算もおりまして、手を挙げれば病院の方で取り入れることが可能になっています。しかし、フレックスタイム制度もしかり、まだまだ短時間正社員制度を取り入れていない施設が見受けられました。ただ、平成19年と比べてみますと、「検討しています」とお答えになった医療機関が17.6%ございました。ですので、こういった女性の勤務環境に関しては、少しずつ進歩してきているのかなと考えます。



ます」という施設がふえておりました。

育児休暇に関しても3年前と余り変わっておりません。ただ、「検討しています」というところが若干出てきていました。



育児期間中の勤務形態です。妊娠時と同様に、「当直免除」「時間外勤務免除」「短時間勤務制度」に関しまして、今年は「検討しています」という施設がふえてまいりましたので、さらに3年後、こういった免除やいろいろな制度が医療機関の中で活用されることを祈ります。

### 授乳について

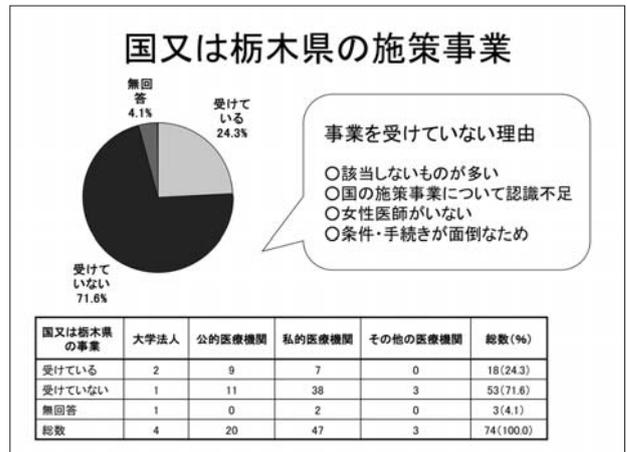
授乳場所の有無			勤務時間帯の授乳時間の有無		
授乳場所	H22	H19	勤務時間帯の授乳時間	H22	H19
有	27 (36.5%)	21 (35.0%)	可能	40 (54.1%)	26 (43.3%)
無	27 (36.5)	16 (26.7)	不可能	9 (12.1)	9 (15.0)
無回答	20 (27.0)	23 (38.3)	その他	4 (5.4)	0
総数	74	60	無回答	21 (28.4)	25 (41.7)
			総数	74	60

授乳についてです。授乳場所を確保することも出産後の女性医師にとっては非常に重要な問題ですが、授乳専用の場所が確保できてきたということはありませんでした。授乳時間があるかという設問に関しても同じでした。

全体的な院内保育施設の設置状況はこの3年間で変化はありませんでしたが、院内保育施設がある医療機関では利用可能なところが増加していました。

院内保育施設の利用		長期離職後の職場復帰システム	
	H22	H19	
可能	29	17	有
不可能	2	1	無
無回答	0	7	検討中
総数	31	25	無回答
			総数

長期離職後の職場復帰システムに関しましても「検討中」というところが出てきております。



県や国からいろいろな施策事業がおりてきているのですが、そういった事業を取り入れているかどうかについてお聞きしました。「受けている」が24.3%、「受けていない」が71.6%です。「受けていない」とお答えになった医療機関は「公的医療機関」ではなくて「私的医療機関」に多かったです。事業を受けていない理由としては、「その施策事業そのものが当院には該当しない」、「その施策事業についての認識がない」、先ほど冒頭にお話ししました「女性医師が少ない」という病院、そして「手続きが面倒である」が挙げられていました。折角の施策事業を見逃すことは非常にもったいないと考えます。こういった施策事業に該当するような医療機関ではぜひ積極的に手を挙げて補助を受けていただきたいと思います。

女性医師問題ということでは、生命保険の診断

## 生命保険の診断書・証明書

### 診断書作成支援ソフトの導入

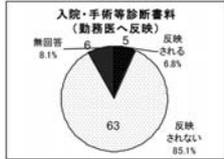
	n数	%
導入している	7	9.5
導入していない	66	89.2
無回答	1	1.4
総数	74	100.0

### 勤務医の診断書作成業務

かなり軽減された	2	28.6 (%)
多少は軽減された	5	71.4
変わらない	0	0.0

### 生命保険診断書様式統一の必要性

	n数	%
感じる	54	73.0
感じない	13	17.6
その他	0	0.0
無回答	7	9.5
総数	74	100.0



書・証明書等々に関しては、直接の影響はないのですが私たち勤務医が働きやすい環境ということでこの質問項目も入れました。診断書作成支援ソフトを導入しているかという設問で、「導入している」医療機関はまだまだ少なく10%弱です。ただ、導入された7施設に関しては、「かなり勤務医の業務が減った」と答えていますので、今後、メディカルクラークの導入等も含めて、勤務医雑務の軽減をはかる

## 小括(1)

- ・ 院内保育施設の設置は、41.9%と半数に満たず、平成19年度と比較して全く変化なかった。
- ・ 24時間保育は38.7%(12/31施設)で実施(全体では16.2%)していたが、平成19年度と比べ変化なかった。
- ・ 保育料の院内補助は31施設中、わずか2施設だけであり、約60%弱の医療機関はなかった。
- ・ 病児保育を実施しているのは、74施設中、わずか3施設のみであった。しかし、前回の調査時にはゼロであり、その時よりは増加していた。
- ・ フレックスタイム制を実施しているのは、7施設(9.5%)であり、平成19年度と比較し増加は無いが、検討している施設が7施設あり、今後増加することが予想される。

## 小括(2)

- ・ 妊娠時の勤務形態では、当直免除している施設は約50%、時間外勤務免除を実施している施設は44.6%であり、平成19年度と比べどちらも増減は無かった。当直免除・時間外勤務免除を検討している施設は増加していた。
- ・ 育児取得は約70%弱の施設で可能であり、平成19年度と比べ約5%増加していた。
- ・ 産休中ならびに育児中の代替要員の確保は、約6割の施設で無く、待遇に関しては約8割が無給であった。3年前との比較では、代替要員を検討している施設は増加していた。
- ・ 短時間正社員制度を使用している医療機関は14.9%、長期離職後の職場復帰システムを有する施設は16.2%と少なく、検討中がどちらも2割強であった。
- ・ 国や県の施策事業を受けている医療機関は24.3%にとどまり、私的医療機関では約80%が受けていなかった。受けている事業としては、病院内保育所運営事業が11件と多かった。事業を受けていない理由として、該当しない、施策事業に対する認識不足、条件・手続きが面倒、女性医師不在といった理由が挙げられた。

算段に期待していきたいと思っております。

小括です。少し長くなりますので、お手元の資料をお読みいただけたらと思います。

## 女性医師問題に関するアンケート調査報告書

女性医師問題に関するアンケート調査報告に入ります。こちらは栃木県内の女性医師にダイレクトに調査票を郵送いたしまして、無記名で回答していただいて、また郵送で回収する方法をとりました。

実は、3年前にも女性医師のアンケート調査を行ったのですが、その時は病院を窓口に行いましたので、実際に医療現場から離れている女性医師の声をつかみ切れなかったことを反省点として、今回は、厚生労働省から出ている平成20年度の医師、歯科医師、薬剤師調査結果を参照すべく、県の医事厚生課に女性医師の名前をお聞きしてダイレクトに調査票を送りました。ですので、恐らく漏れはないかと思うのですが、若い先生方は大学から派遣ということで非常に入れかわりが激しく、調査票を送ってもあて先不明で戻ってきたのもたくさんございました。

## 調査概要

- ・ 調査対象: 栃木県内の女性医師  
(平成20年度医師・歯科医師・薬剤師調査による)
- ・ 調査方法: 調査票を郵送し、無記名で回答、郵送による回収
- ・ 調査機関: 平成22年6月～7月
- ・ 回収率: 最終配布数 706件 回収数 299件  
⇒回収率 42.4%

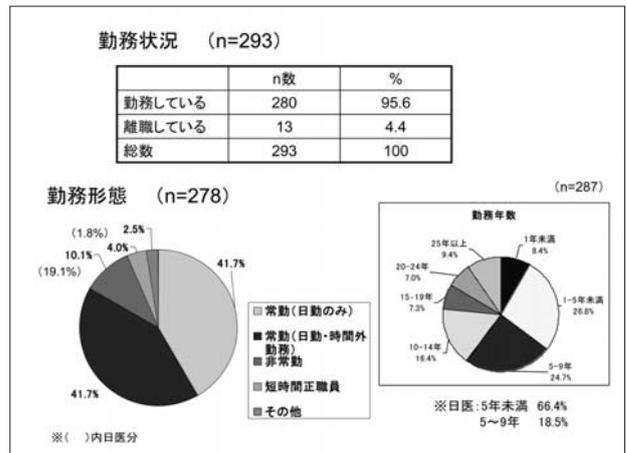
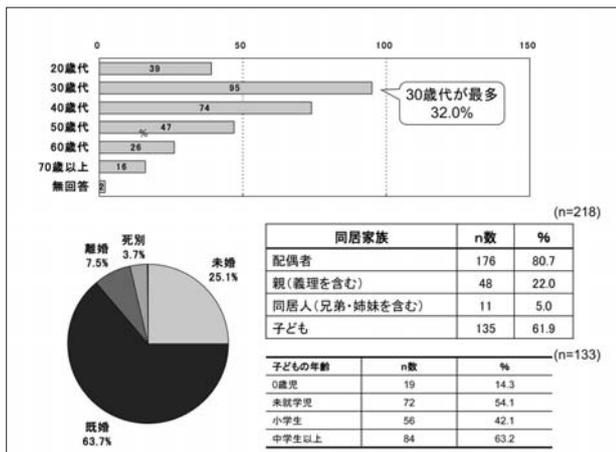
た。最終配布数706件、回収率は42.4%となっております。言い換えますと、実際に働いていない女性医師についてのデータに関しては、厚生労働省も全く把握していません。ですから、潜在的な女性医師数も現時点では把握していないというのが現実です。

### アンケート調査内容

- 女性医師の勤務実態
- 女性医師の職場環境
- 出産・育児中の働き方
- 介護中の勤務環境
- 医師会会員の有無
- 女性医師バンクの認知

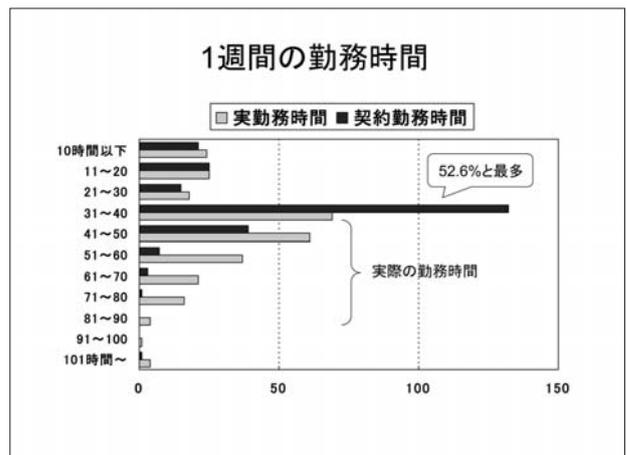
アンケートの調査内容ですが、勤務実態や職場環境等々についてお聞きしております。これは平成20年度日本医師会男女共同参画委員会で調査されたものとほぼオーバーラップして設問をつくりましたので、日本医師会の結果と比較してみたいと思います。

まず年齢ですが、30歳代が非常に多くて、3割くらいが30歳代でした。既婚か未婚かという設問では、既婚者が6割を超えておりました。その人たちの、同居家族としては配偶者、親、子供でしたが、子供の年齢は0歳児から中学生以上まで多岐にわたっておりました。



勤務実態です。現在、「勤務している」という方が95.6%、実際には13名の方が既に離職しておりました。パーセンテージとすると4.4%です。栃木県のいわゆる離職女性医師数は4.4%と判断してよろしいかと思えます。

勤務形態は、「日勤のみの常勤」が4割ちょっと、「オンコールも当直もすべてこなす常勤」が4割ちょっとということなので、80%強の者が常勤でした。「非常勤」の医師は約1割おりました。括弧内に示しておりますのが日本医師会で得られた結果ですが、栃木県の方が非常勤医師数は少し少ないのかなと判断しました。

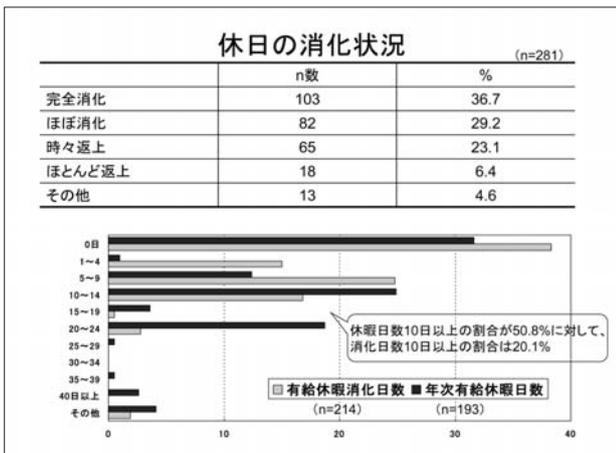


1週間の勤務時間です。男性医師もそうですが、非常に過重労働を強いられていることがわかります。実勤務時間と契約勤務時間を並べておりますが、契約勤務時間は「31時間から40時間」が過半数を超えて一番多かったのですが、実際の勤務時間はそれ以上働いている。これは男性医師も同じ結果だと思



います。

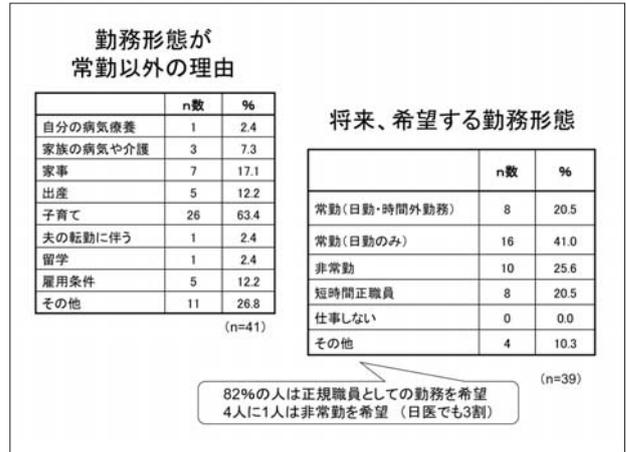
1カ月の宿直日数は、「なし」と答えられた方が6割おりましたが、「10回以上」している女性医師もいました。「宿直の翌日も通常の業務」というのが8割でした。



「4週5休」「4週6休」と休日があるかと思いますが、消化できているという方は3割強で、ほとんど返上している人が6%おられました。

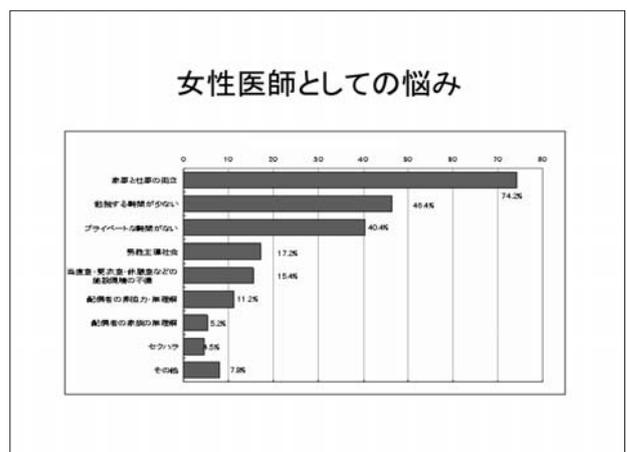
有給休暇日数、有給休暇消化日数をお聞きしたのですが、今回、299名の女性医師から返答をいただいているにもかかわらず、年次有給休暇日数に関しては「無回答」の方が非常に多くて、自分の有給休暇がどれくらいあるのか知らないというのも勤務医ならではの数字だと思いました。結論的には、やはり有給休暇も消化されておられません。

勤務形態が常勤以外の人にその理由を聞きまして、ところ、「子育て」「家事」というあたりが多かったです。これは今までの調査結果と同様の結果でした。



彼女たちは今、非常勤で働いているわけですが、将来的に常勤に戻りたいですかという質問に対して、実は4分の1の方は「非常勤のままでいい」とお答えになっていました。日本医師会の調査でも、3割の人は「非常勤のままでいい」とお答えになっていましたので、このあたりの女性医師のモチベーションをどう高めていくかが今後の大切な課題だと思います。

休職・離職の理由は、「出産」「子育て」が多かったです。休職・離職していた時に希望した勤務形態では、「常勤に戻りたい」という方が多かったのですが、2割の人は「非常勤のままでいい」と思っていたとお答えになっておまして、非常勤の勤務環境にいるとなかなか常勤には戻りにくいということがうかがえます。

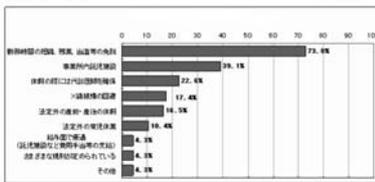


職場環境に関して、女性医師の悩みとしては、これまでの結果と同様に最多は「家事と仕事の両立」です。

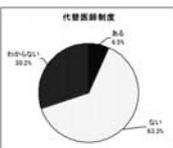
就労環境や規則などの整備

	n数	%	日医%
整備されている	119	43.8	30.7
整備されていない	96	35.3	40.2
わからない	57	21.0	29.1
総数	272	100.0	100.0

整備内容



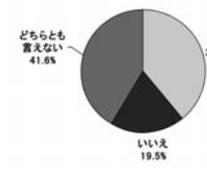
代替医師制度の有無について



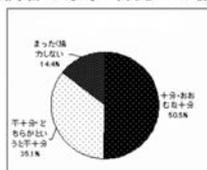
就労環境や規則などの整備について、整備されていますかという質問に対して、4割強の人が「整備されている」とお答えになりました。日医では3割くらいですので、若干乖離がありました。

職場環境は子育てに協力的かという質問では、「はい」とお答えになった方が4割弱です。「どちらとも言えない」という方も4割くらいおられて、要するに「いいえ」を合わせて6割の人がポジティブには受け取っていないということがわかります。

職場環境は子育てに協力的か



配偶者の家事・育児への協力

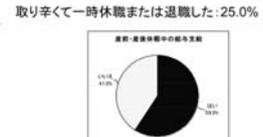
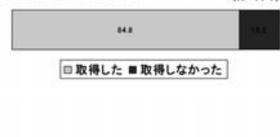


配偶者の家事・育児への協力	年齢							総数
	29歳以下	30-39歳	40-49歳	50-59歳	60-69歳	70歳以上	無回答	
十分・おおむね十分	5	40	28	19	8	2	0	102
不十分・どちらかというと不十分	3	19	22	14	8	4	1	71
まったく協力しない	1	5	7	8	6	2	0	29
総数	9	64	57	41	22	8	1	202

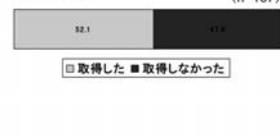
女性医師が仕事を継続するためには、同僚、上司の理解もちろん必要ですが、配偶者の理解は不可欠です。今回の栃木県の女性医師たちは、既婚者の78%が同職の医師でした。配偶者の協力があるかどうかを聞きますと、「まったく協力しない」という方が14.4%おられました。ただ、年齢別に解析してみると、20代、30代の若い方は「十分」あるいは「おおむね協力」している。少し中年になってきますと「どちらかというとな十分」という答が増え、

もう少し高齢化してきますと「まったく協力しない」のパーセンテージが増えます。ということで、このあたりに少し問題点が潜んでいるかもしれません。なぜかといいますと、中年以上の年齢の方がいわゆる女性医師の上司にあたるからです。

産前・産後休暇

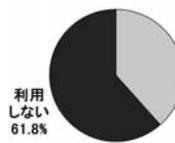


育児休業



産前・産休ならびに育休の取得状況です。産休に関しては法律もありますので、8割以上の方が取得されていました。ただ、取得されなかった方の中には、「取り辛くて休職または退職した」とお答えになった方がおられます。育休に関しても、取得しなかった方は、「取り辛かった」「周りに迷惑をかけたくなかった」という理由を挙げておられました。

院内保育所の利用



院内保育所を利用しなかった理由 (n=39)		
理由	n数	%
利用制限がある	7	17.9
施設の種類などのニーズに合わない	8	20.5
施設までの送迎の負担が大きい	5	12.8
保育時間と勤務時間が合わない	9	23.1
保育プログラムがニーズに合わない	5	12.8
定員枠が少ない	3	7.7
その他	15	38.5

(n=135 複数回答)

病気や予定外の保育	n数	%
預ける	126	93.3
欠勤	34	25.2
その他	8	5.9

(n=140 複数回答)

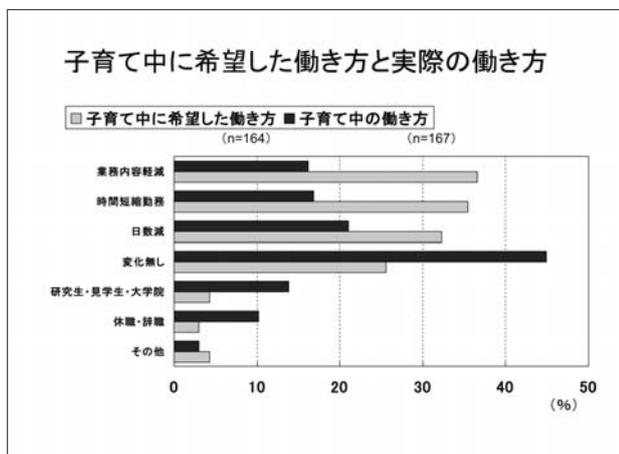
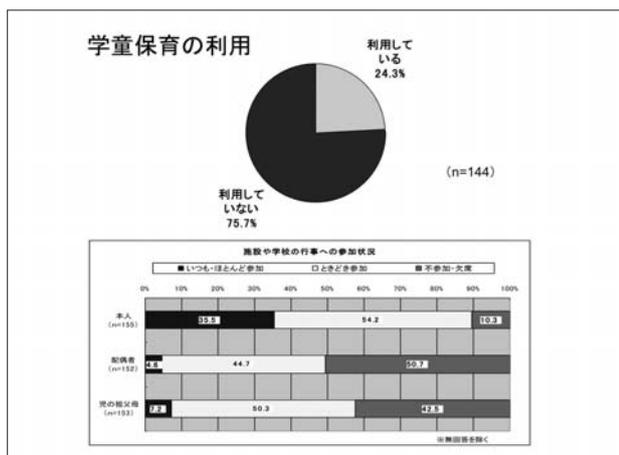
緊急呼出のとき	n数	%
預ける	106	75.7
他の医師に依頼	22	15.7
断る	15	10.7
その他	17	12.1

院内保育所に関しては、利用しないとお答えになった方が6割いました。せっかく病院管理者が院内保育所を設営しても、使っていなければ全く無意味です。その理由としては、「ニーズに合わない」「送迎の負担が大きい」「時間が合わない」「定員枠が少ない」といった理由が挙げられました。従って、ハ

一ド面を整えるにも、女性医師のニーズに沿ったものを今後考えていく必要があります。

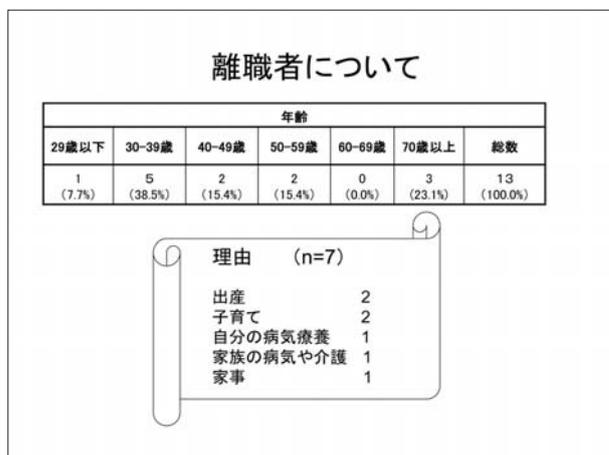
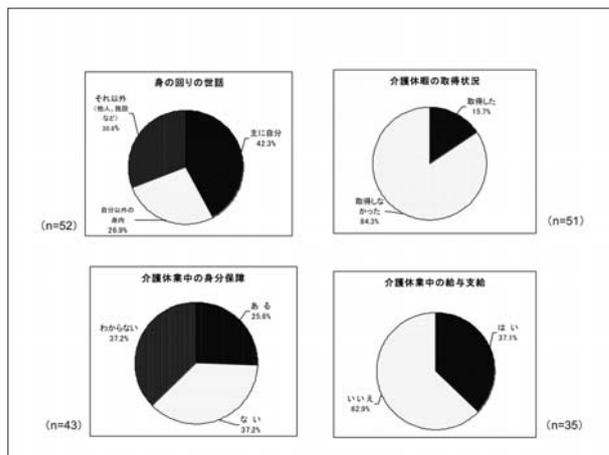
病気や予定外の保育、緊急呼び出しの時の保育は、「預ける」という方が多かったです。

子供が小学校に上がってきますと、学童保育を利用するというケースもあるのですが、75%の方は「利用していなかった」ということです。



子育て中に希望した働き方と実際の働き方の違いをここに示しております。「時間短縮勤務」「当直免除」が希望した働き方だったのですが、実際には子育て中はそれはかなえにくいということがわかりました。

介護中の勤務環境について、介護休暇の取得に関しては、取得しなかったという方が非常に多くて、「介護休業中の給与もなかった」「介護休業中の身分保障もなかった」とお答えになった方が多かったです。今後、介護に関しては、日本全国で益々高齢化が進む状況を考えて、こちらの問題も重要になっ



てくると思います。

今回の調査では4.4%の方が離職していたわけですが、年齢をここに示します。20代から70歳まで広範囲にわたります。70歳以上の方は「自分の病気療養」でとお答えになった方が多いのですが、20代、30代では「出産」「子育て」という理由が挙げられていました。

小括は非常に細かくなりますので、お手元の資料

### 小括(1)

- 勤務形態は全てをカバーする常勤と日勤のみの常勤がそれぞれ同数41.7%であった。非常勤10.1%、短時間正職員制度を利用している人4.0%であった。
- 実労働時間は週41時間以上働いている者が約5割であり、61時間以上の者が16.4%おり、過労死に認定される月80時間の時間外労働を行っていたこととなる。
- 休日は、週休2日と週休1日が約6割を占めたが、約30%は消化できていなかった。
- 非常勤の理由として、約6割が子育てであり、家事、出産と続いた。将来的には正規職員としての勤務に戻りたいとの願望を持っているが、4分の1の者は非常勤のままでも良いと答えた。
- 休職・離職したことがある医師は45.2%におよび、理由として出産が最多であり(75.6%)、次いで子育て(45.9%)であった。
- 休職・離職していた時に望んだ勤務形態として、多くは正規職員としての復帰を希望したが、20%は非常勤のままでも良いと考えていた。
- 女性医師としての悩みの最多は家事と仕事の両立であった。
- 院内保育所・託児所は、設置されていないが53.6%と、設置されている45.2%を上回った。
- 配偶者の家事・育児への協力は、約半数が協力的であったが、全く協力しないと答えた者が14.5%いた。年齢別では、若い世代ほど協力的であった。

## 小括(2)

- 仕事を続ける上で、病児保育(60.4%)、託児所・保育園等の整備・拡充、宿直・日直の免除、時間外勤務の免除、男性の家事・育児への参加、人員(医師)の増員が必要と答えた。
- 産休取得した者は84.8%であったが、完全取得した者は71.5%であった。
- 育休取得者は52.1%であり、取得しなかった者を若干上回った。
- 病気や予定外の保育が必要な時は、93.3%の者が誰かに預けると回答し、緊急呼び出しの際も、75.7%の者が預けると答えた。
- 子育て中は、業務内容軽減、時間短縮勤務、日数減などの働き方を希望する者が多かったが、実際には、変化無しと答えた者が44.9%と最多であった。子育て中に休職・退職した者が10.2%いた。
- 介護経験があると回答した52人のうち、介護休暇を取得した者は15.7%であった。

を見ていただきたいと思います。

以上です。これで栃木県の調査報告を終了させていただきます。どうもありがとうございました。

「すぐに役立つ勤務医のための医療と経済の基礎知識  
—そして必要なのは産業論的戦略行動—」

講師：愛媛大学大学院医学系研究科医学専攻医療環境情報解析学講座教授

石 原 謙

座長：栃木県医師会常任理事

福 田 健



### 座 長

栃木県医師会 常任理事 **福 田 健**

それでは、ただいまより、「すぐに役立つ勤務医のための医療と経済の基礎知識－そして必要なのは産業論的戦略行動－」と題し、愛媛大学大学院医学系研究科医学専攻医療環境情報解析講座教授の石原謙先生に御講演を賜りたいと思います。

石原先生のお話を時間たっぷりにかがたいので、大変失礼かとは存じますが、御紹介は本会誌の略歴をもってかえさせていただきます。それでは、石原先生、よろしくお願いいたします。



### 講 師

愛媛大学大学院医学系研究科医学専攻医療環境情報解析学講座教授 **石 原 謙**

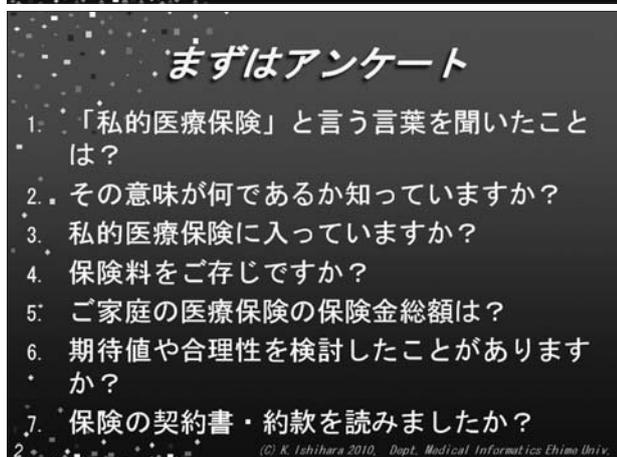
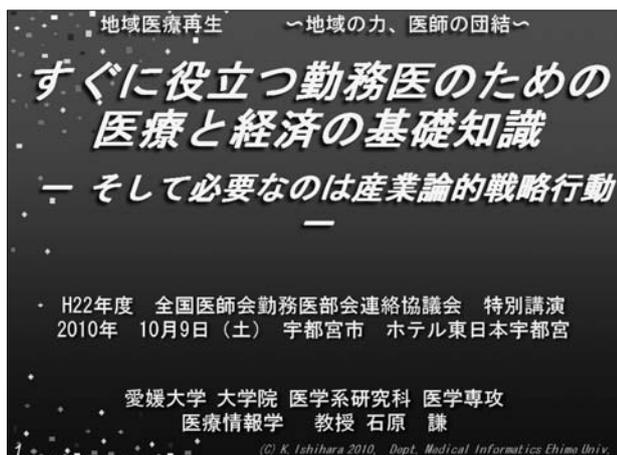
おはようございます。原中先生、太田先生、このようなすばらしい席にお招きいただきましてお話をさせていただく機会をくださいましたことを、心より感謝申し上げます。

私は6年間、日医総研の研究院研究部長としてお仕事をさせていただきました。実態は、普通の勤務医であった私が、いや応なしに医療政策や医療経済を勉強させていただく機会を得て、本当に日々、目からうろこの毎日でございました。そこで得ました勉強の方法や知識とともに、それ以降、私なりに自分で一生懸命に資料を発掘し考えていったことを、きょうは皆様方と情報共有させていただきたいと思っています。最終的には、このお話を国民の皆様方に先生方にお伝えくだされば大変幸いに存じます。



#### § 1 まずは経済知識確認のための保険アンケート

最初に、先生方の日ごろの経済知識、経営知識がどういうレベルであるのかを確認させていただくという事で、アンケートを挙手でさせていただこう



と思います。

私的医療保険という言葉をお聞きになったことのある先生方は、手を挙げてくださいますか。(挙手を数える) 約半数くらいいらっしゃいます。それが何を意味するかは、恐らくお挙げになった先生方は御存じだと思います。私的医療保険とは、企業が売りにくる生命保険のオプションでついている医療保険、あるいは医療保険と最初から名前をつけた保険でございます。数千円から数万円を月々お支払いになって、病気になったときにはこういう保険金を支払いますという保険でございます。

次は、少し難問です。そういう私的医療保険に入っているかどうか。特に男性の先生方は怪しいと思うのですが、私的医療保険に入っていると確信を持つ先生方、手を挙げていただけますか。

では逆に、私は私的医療保険には一切入っていないと自信を持ってお答えいただける先生方はどれくらいでしょうか。(挙手を数える) 両方足しても非常

に厳しい状況ではないかと思います。私的医療保険の加入状況がよくわかりでないかもしれません。

もっと難問になります。私的医療保険に、先生のご自宅では1カ月、あるいは年間幾ら払っているか、自信を持って説明できる先生、男性、女性、どちらでも結構ですので、どうぞ挙手をお願いいたします。(挙手を数える) 数%でございます。その先生方は、経済、経営をお語りになる基礎知識がおりだと思えますが、ほかの先生方は幾ら口で偉そうなことをおっしゃっていても経済に関しては、ほとんど何の資格もないという御自覚で、勉強を始めていただきたいと思えます。

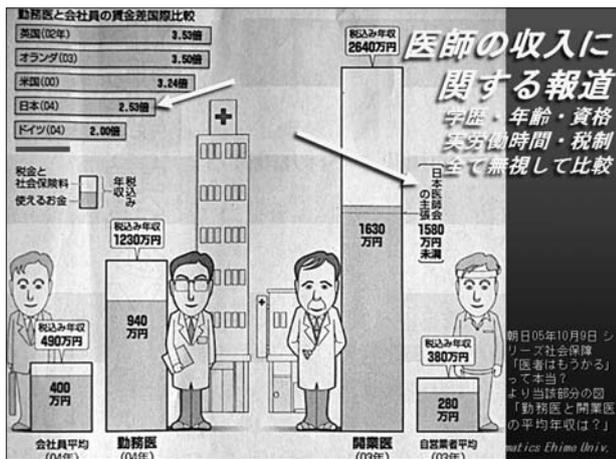
結論を申しますと、医療保険というのは、その期待値や合理性を考えますと、日本の医療の高額医療費の制度を御存じであれば、日本の私的な医療保険に入ることはほとんど何の意味もないのです。もっと積極的に考えてみますと、外資の民間医療保険会社にどんどんお金をつぎ込むことによって、彼らはますます勢いを得て、公的医療保険を破壊しようという宣伝に現に出ております。泥棒に追い銭のような状況ですので、医療保険にお入りの先生方、大半のよくわかっていらっしゃる先生方も、ぜひとも本日のお話を聞いていただきましたら、ご家庭に帰られたときにパートナーとご相談していただいて、今入っていらっしゃる医療保険やオプションの医療保険を直ちに解約することを強くお勧めいたします。

ここに参加の先生方の御家庭1家族当たりが生涯にわたって支払う医療保険の金額は、安く見積もっても何百万円、高額な先生方は1000万円を超えます。生命保険を入れると目も当てられないくらいの保険料を支払っていらっしゃいます。後で、医療費財源のお話と世界における私たち日本人がいかにか不安にさいなまれて非合理的な行動をとっているかを御説明していきたいと思えます。アンケートをさせていただきますましてありがとうございます。

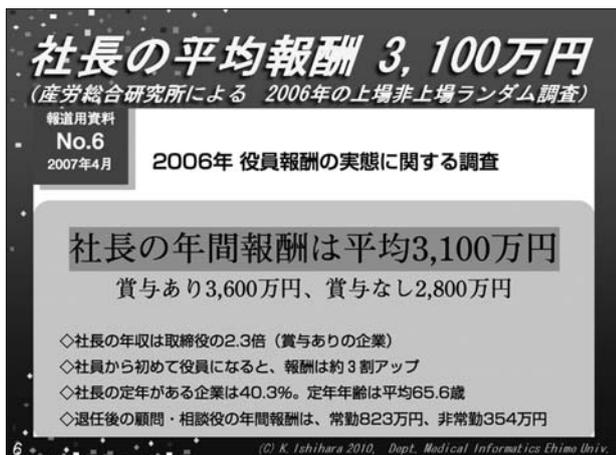
さて経済のお話ですから、医師の収入にまず触れておきたいと思えます。勤務医部会でございますの

で、勤務医の先生方の年収ですが、税込み1230万円という厚労統計がごぞいます。もちろんアルバイト等をしてよい施設はもう少し上がると思いますが、これが実態でございます。

一方、朝日新聞の日曜版だったと思いますが、「医者ってもうかるって本当」という非常にセンセーショナルなタイトルの特集がございました。



開業医はとにかくもうかってしょうがない。税込み年収2640万円と書いてありますが、開業医の先生はよく御存じですが、勤務医のほとんどが知らない収支差額なのです。本当の年収ではありません。開業医の診療所の先生方の収支差額であって、ここからどんどん必要経費を差し引かないといけません。



一方、開業医の先生方は世間の何と比較すべきかという、一国一城のあるじですから社長の平均年収です。社長の平均年収は3000万円前後というのが長い間ずっと続いています。資格も何も関係のない社長よりも開業医の収支差額のほうが少ないので

**開業医の「収支差額」月229万円**  
医療経済実態調査2005年6月分  
だが、実態は厳しい!

個人立は経営者の給与を経費として算定できないので、その医療収支差額は法人における黒字を示す額ではない。

個人立の場合には医療収支差額から従業員・事業主の退職金引当、建物・設備の更新費用を積み立てる(月30万円)と同時に、事業用借入金の返済(月40万)を行う。

医療収支227万円から、これらと引き当て相当分の税金を引き、賞与分を勘案すると月給約100万円となり、病院長平均月給195万円、医師平均月給96万円と比較しても多いものではない。」(H17年11月9日73会中央社会保険医療協議会における医療経済実態調査結果速報に対する日医見解、一部石原による省略)

そもそも開業医の平均年齢は約60歳 薬価差損や、他のボランティア医療も

7 (C) K. Ishihara 2010, Dept. Medical Informatics Ehime Univ.

す。

収支差額というのは、今から見ていただきますように、従業員や御本人の退職引当金や建物設備の更新費用、事業用借入金の返済などを月229万円の中からしていかなければいけないのです。そうしますと、試算のように、実際には開業医の方々もそんなにお金もうかるわけではありません。この朝日新聞の調べをよく見ても大差がないということがわかります。実際にはこれよりずっと圧縮されるのですが、税金を取られた後の自由に使える所得部分を見ると、開業医、勤務医はこんな状況です。

勤務医の皆様方、ぜひ覚えておいてください。開業医は決して楽ではないのです。半数の開業医が、薬代の支払いや従業員への給与の支払いに非常に苦しんでいます。今から開業しようとする先生方はよほど決心をするか、世をはかなんであらかじめ開業するかのどちらかだと思います。若い後輩たちが開業するときにも、大変だねとねぎらいの言葉をかけ

**他の職種の給料は?**

順位	社名	04年	03年	年収増減	平均年齢	従業員数
1	フジテレビジョン	1,567	1,529	38	39.8	1,367
2	朝日放送	1,525	1,485	40	39.5	656
3	日本テレビ放送網	1,462	1,481	-19	39.6	1,123
4	TBS	1,443	1,429	14	43.5	188
5	電通	1,379	1,315	64	39.3	5,803
6	朝日新聞社	1,358	1,331	27	42.3	5,234
7	テレビ朝日	1,357	1,357	0	41.1	1,143
8	グリーンハウス	1,322	1,360	-38	53.5	4
9	博報堂DMM	1,278	-	-	47.7	69
10	ケネテクス	1,231	1,382	-151	39.8	53
11	セキュアード・キャピタル	1,215	1,273	-58	37.7	32
12	野村総合研究所	1,030	985	45	35.7	3,426
13	毎日新聞社	870	850	20	44.0	3,146
14	日本電信電話	858	858	0	38.2	2,792
15	アサツーディ・ケイ	837	779	58	40.0	1,915
16	関西電力	786	770	16	38.4	20,640
17	中国電力	786	765	21	39.2	9,787
18	新日鉄/リユージュンズ	770	782	-12	-	-
19	九州電力	747	751	-4	-	-

特集: 日本人の給料  
2005年12月5日号  
Practics Ehime Univ.

てやってほしいと思います。

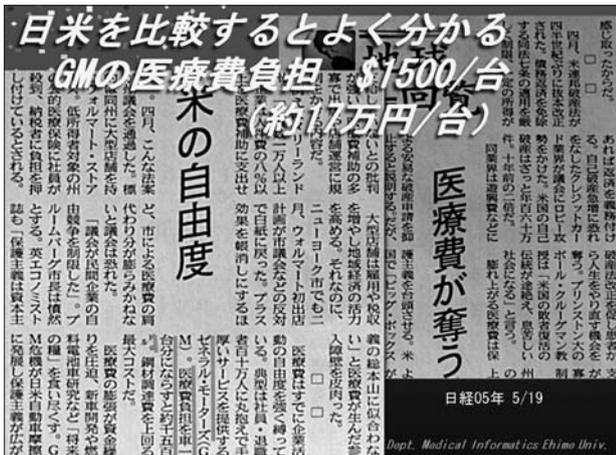
ああいう記事を書いた朝日新聞のサラリーマンはどれくらいかという、42歳という平均年齢で1400万円ほどの年収です。サラリーマンの1400万円という非常に大きいです。もちろん勤務医よりも多い。そういう新聞記者が、「医者ってもうかるって本当」という思わせぶりな記事を書くのは、ジャーナリズムとしていかがなものかと思いませんか？

§2 日本の医療は、国民の安心だけでなく、産業をも守っている。



日本の医療は先生方もよくご存じのように非常にいいシステムなのですが、今なお産業界では、例えば、この記事のようにトヨタの奥田会長が、日本の社会保障費が高過ぎるから、会社が逃げ出すぞということを強く繰り返すわけです。

日経新聞は、産業界・経済界の新聞だと思います



ので、産業界の動き、考えを知るためによく読みます。

これは2005年の日経新聞の記事ですが、アメリカでは、医療費が奪うアメリカの企業の自由度だと。例えば、GMやフォードでは、車1台をつくるのに対して必要な製造原価の中に含まれる従業員のための福利厚生費としての医療費を計算すると、1500ドルかかるということがよく知られています。これは2005年のデータです。では日本はどうかというと、データがほとんど公開されていないのです。

**トヨタの医療費試算** 2006年会社概要等より

- 従業員 27.9万人 (うち本社は6.6万人)
- 平均年齢 36.7才
- 平均年収 816万円
- 自動車生産台数 740万台 (うち半分国産)
- 全世界平均 28万人 x 41万円 = 1148 億円
- 1148億円 / 740万台 = 15,500円 / 台
- 本社平均 6.6万人 x 41万円 = 271 億円
- 271億円 / 370万台 = 7,300円 / 台

トヨタの競争力の源泉は、安い医療保険料も大きい  
石原の試算、正確なデータをご存じなら乞うご指摘

トヨタは株式会社でございますので、医療費は公開資料からかなり正しい精度で推定できます。全世界にトヨタの職員は28万人いますが、日本国内には7万人少々です。平均年齢が37歳くらいで、日本では820万円くらいの平均年収だということです。370万台という世界の半分の自動車をつくっています。

トヨタは日本国内の従業員のための医療費をどれくらい支払っているかの計算が下半分です。従業員

**日本の医療費は、産業競争力の源泉**

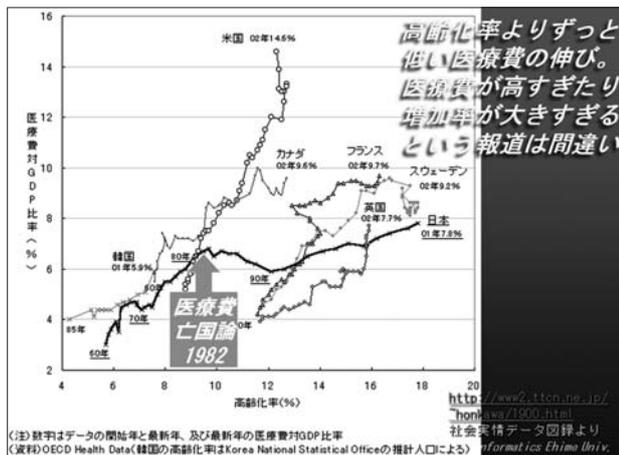
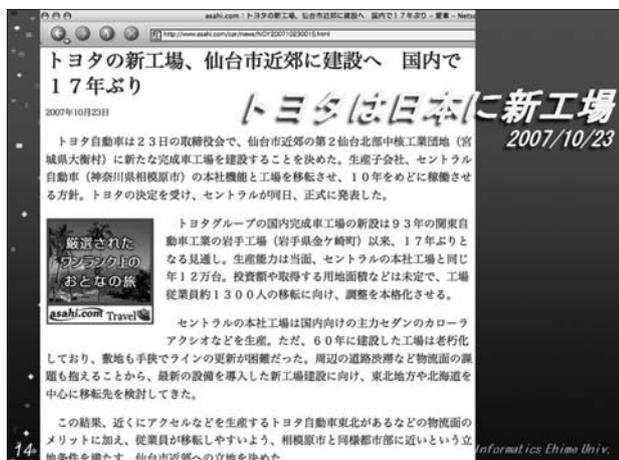
膨れあがって、国家財政や産業界を圧迫しているのではなく、  
国家財政の中でも諸外国に比して少なく、日本の産業の価格競争力の源泉となるほど安い優等生。内需も！  
今、増額せねば、医療が崩壊する。医療関連のITやバイオやマテリアル産業も現場への導入不可。

もし「民間医療保険主導の混合診療」を推進して民間医療保険でカバーしようとする、米の現状のように医療費が跳ね上がる (増分は医療保険会社が大半を取り、患者も産業界も医療人も潤わぬ)

の年収の10%を、5%は従業員本人が、5%は雇用主が支払ってあげるとい法律ですので、820万円うちの5%の41万円と日本本社の従業員数を掛け算すると271億円です。これが、トヨタが日本の公的健康保険に支払う年間の保険料です。これを370万台で割りますと、何と7300円なのです。

ここで十分御認識いただきたいのは、1500ドルと7300円は約15万円の差ですが、これが製品になった場合の定価としては50万円くらいに相当します。ですから、決定的な価格競争力を、トヨタに対して私も日本の公的医療が差し上げているわけです。インフラとして支えている。

これは輸出産業だけではございません。余った金額で十分に内需を支えているはずなのです。ですから、我々医療人は、日本の公的医療がいかに産業に貢献しているか、いかに国民一人一人が得をしているかを言わないと、医者っていいよねというジェラシー感覚から国民は抜け出せないのです。

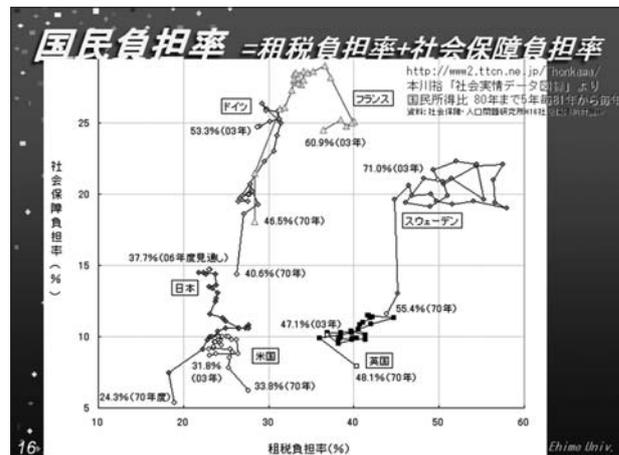


トヨタの奥田会長は、国内から逃げ出すぞといいながら、実際には日本に新工場をつくっていらっしゃるわけですから、本音のところはこうだろうと思います。しかし、経済界のトップとしてそういう言い方をして嘘をつくのはいかがなものかと思えます。

これもよく知られているデータですが、横軸は先進国数カ国の医療費がどのように伸びてきたかのプロットです。横軸はその国の高齢化率で、右側に行くほど高齢者が多いというグラフでございます。縦軸は、その国のGDPに対してどれだけ医療費がかかるかのグラフです。ごらんのように非常に急峻なカーブを描いて、高齢化は余りしていないのに医療費がふえているのがアメリカです。非常に特徴的です。多くの国の平均値は大体これくらいで、高齢化が進むと同時に医療費がふえるという普通のパターンです。

日本は1960年から2000年くらいまで、腰折れを一度挟んでふえています。ここで十分に注意していただかなければいけないのが、現時点で医療費のGDPは、サミット7カ国のどの国よりも今日本は低いということと、経済界がよく言うのは、高齢化がふえるから伸びが心配だという将来を憂える話ですが、日本以外の国の場合は伸びもずっと高いわけです。

このようになった最初の原因は、有名な医療費亡国論でございます。これから長らく抜け出すことのできなかつた医療経済学者、公衆衛生学者、疫学者

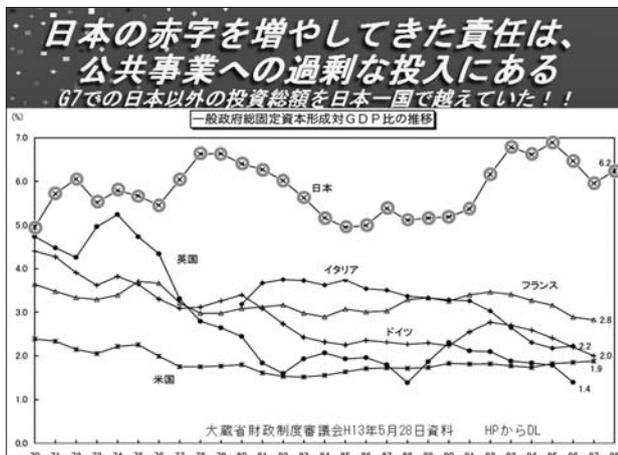


## 特別講演2

の方々の勉強不足とプロパガンダ不足は責任問題だと思います。もしこの真実を知っているのであれば、倫理的にモラルが問われますが、知らなかったとすれば、学者として全く無能でございませぬ。

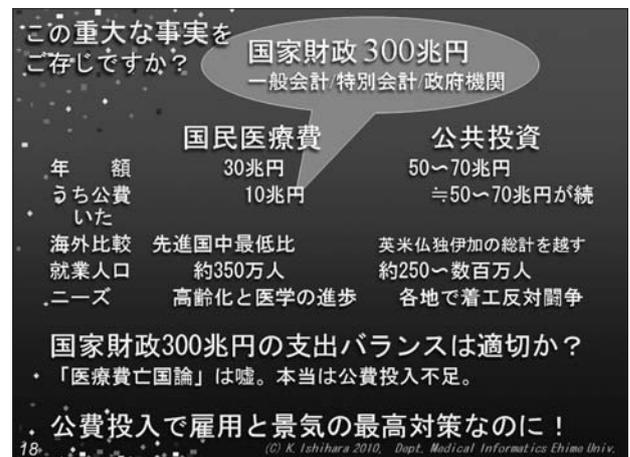
奥田会長の言う潜在的国民負担率という概念の元は、国際的によく使われる国民負担率で、これは、その国々を横軸の税金と縦軸の保険料でプロットしたものです。右に行くほど税金が高い、上に行くほど保険料が高い。要は、右上の国々は税金も保険料も高いという国々です。

日本は先進国の中で、実はアメリカと並んで国民負担率は世界最低ランクです。それをあえて奥田会長は、潜在的と名前をつけてまして、これに道路工事をして膨れ上がらせた800兆円、900兆円の借金を国民の人数で割って、こんなに借金がふえているのだという、自分たち産業界が受けた恩恵を医療費の節約で返そうというプランをつくっているわけです。医療人は、これに我慢してはいけません。

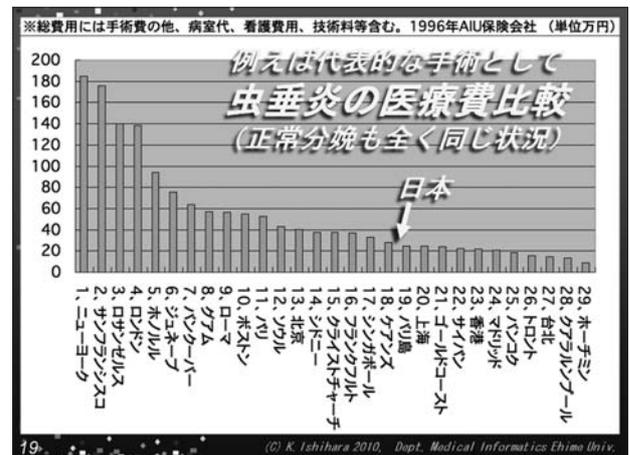


その何よりの証拠が、大蔵省の公共事業への過剰投資を物語るグラフです。ところが、我々がGoogleで、公共事業とか道路投資というような言葉で引いても、絶対にこのグラフは出てきません。これは、一般政府総固定資本形成対GDP比という素人には全く想像できないキーワードで引かないと出てこないのです。要するに、政府も真の姿を知っているのだけれども、今なお景気対策には道路工事、医療費は多過ぎるといふ本当にばかばかしいトーンを繰り返してきたわけです。

民主党政権時代になってようやくそれについての反省が与野党からしっかりと聞かれるようになりましたが、その声を覆い尽くすほどの非常に厳しい世界不況でございませぬ。こういう状態での経済対策は困難をきわめるといふ思います。政府には大変気の毒だと思ひますが、その根本原因は、自民政権下でつくったこういう借金です。自民党には私が大変尊敬する政治家がたくさんいますが、これについては全くかばう余地がないと思ひます。



日本は500兆円くらいの規模のGDPですが、国家財政として300兆円のフローをハンドリングしており、そのうち医療費は33兆円程度ですが、ざっくり30兆円とみますと、政府が出しているのは10兆円というオーダーです。それを高過ぎるとか医療費が多いというけれども、長らく公共事業には50兆円から70兆円のピュアな税金か赤字国債で投入してきたわけです。これを我々が知らないふりをする必要は全くないわけです。



どれくらい日本の医療費がマイクロにも小さいかという、これは盲腸の手術ですが、先進国では100万円、200万円、アメリカでは300万円。そして、盲腸の手術に1泊2日か2泊3日がアメリカの常識ですが、日本では三十数万円から40万円で1週間の入院という状況です。

正常分娩でも同じような数字です。アメリカでは正常分娩が、1泊2日か2泊3日で二、三百万円。日本では40万円弱で1週間、母児ともにケアをしていただけるというすばらしい制度です。

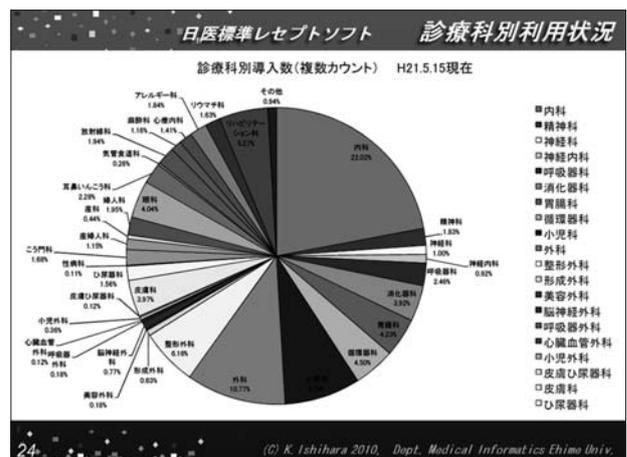
もちろん産婦人科の先生方のケアのおかげで、周産期死亡率は日本が世界で一番低いですし、アメリカは日本の倍くらいのベビーが死んでいるわけです。クオリティがよくて安いという日本の医療をもっと声高に宣伝していただきたいと思います。マスコミの関係者がもしおられましたら認識していただき、マスコミが医療バッシングして、結局は産業までつぶしてしまうという構造に既になっていることを強く反省しないとイケません。

### § 3 日医でのORCAプロジェクト、愛媛大学での電子カルテ更新



最初に申し上げましたが、私が日本医師会に在籍させていただいた6年ほどで一番力を入れたのは、医療政策の勉強とORCAプロジェクトのプロモーションでございました。これは古いデータですので、今は1万件くらいが稼働しているだろうと思います。

このプロジェクトの中で、オープンソースというだけでもがインフラストラクチャーとして自由に使えるソフトウェアに賛同し、参入しました。同時に、レセコンを別の企業のものに乗りかえるとき、良心的なベンダーで数十万円、普通は数百万円、ちょっと大規模になると数千万円のデータ移行費を要求されていたことが我慢できませんでした。データは医療機関のものなのに、全く知らん顔をして不当に高いお金を請求する。それが本当に手間がかかるならばともかく、大してかからないのです。高い金額を要求することに我慢がならなかったので、ORCAサポートセンターとともにデータのリバースエンジニアリング（移行）を経験させていただきました。



これは多くの先生方に喜んでいただいたことは間違いございません。サポートセンターで二、三十万円、もう少し大規模な病院では数十万円ですが、レセコンを守ったわけでございます。おかげで全診療科の診療所や総合病院でお使いいただいております。

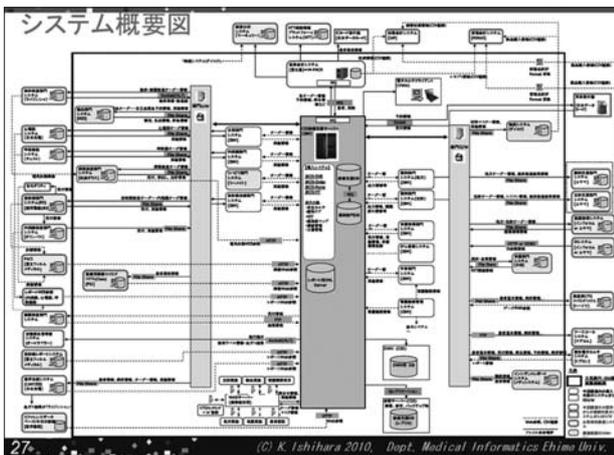
ORCAで学ばせていただいた技術で、今度は愛媛大学の中で、世界で初めての大きなプロジェクトを私どもはなし遂げました。この写真は、外来と入院の両方の電子カルテのシステム移行が完了した数日目の病院長を挙げての祝賀会です。5月5日か6日に連休が終わって、フル稼働して、5月8日にこういうパーティーを大々的にやりました。メーカーの方々、ベンダーの方々にも来ていただきました。これには理由がありまして、こんなに安定稼働して



いるということ、ベンダーの方々の口を借りてちゃんと証拠立て、広報しておきたかったのです。

昔は富士通のシステムを使っておりましたが、その富士通が、例によってデータ移行費が高い足元を見た対応してきたのです。応札の前段階もそうですが、企業は、大学にはこんなことができる当事者能力はなかろうと見ておりました。富士通とNECとIBM等に完全に公平な競争入札ができるような仕様書を書いて、IBMが落札しました。

オーダーリングの情報だけではございませんで、電子カルテに蓄積された10年近い内容までひっくり返してIBMに移行するという世界で初めてのプロジェクトだったので、富士通もまさか愛媛大学ができるとは思わなかった。どうせ泣きを見るだろうということでもともに協力してくれませんでした。IBMの方々と、私のところの木村映善という天才的な准教授がデータのリバースエンジニアリングをしてくれました。私は、その前の段階の契約書と現契約書



の重要な部分を押さえていくという形で勘所をおさえました。結果的には非常にうまくいきました。これも、ORCAプロジェクトの中で、リバースエンジニアリングや企業のやり方を熟知させていただいたからでございます。

もしここに病院のITにかかわる先生方がいらっしゃいましたら、ノウハウをお教えします。詳しいことはたくさんございますが、さっと申し上げます。

### 旧システム仕様書でのポイント1

- (11) 要求システム全体の保守管理体制及び操作教育体制を有し、これを行うこと。  
Comprehensive maintenance for the system and tutorial services for the users must be provided.
- (12) 本学の指示により、要求システム上で運用上必要となる技術情報等を提供すること。本学はこれに基づき現病院情報システムに蓄積された診療情報等の必要となるデータ群及びマスター等を提供するので、これらを要求システム上に移行し利用可能とすること。  
Data set of the system must be reconstructed according to the structural information and fact data of the previous system granted by the hospital.
- (13) 今後、要求システムからのデータ移行が必要となる場合には、本学に対し、そのために必要となる情報を提供すること。また、本学及び本学が認めた第三者がこれらを移行作業に利用することを認めること。  
Schemes of data in the system must be displayed in case of necessity of data conversion.

### 旧システム仕様書でのポイント2

- 新規システムでのデータ移行は、原則受注側の作業であるが、従来システムが有する移行対象データには権限が及ばないことを考慮し、本学病院側での可能な限りの協力をうたっている。ただし、移行作業の形態を規定するものではなく、移行データをどのように移行するかは受注側の判断による。
- また、移行データの範囲は本学が規定する業務範囲により、受注側が判断するものとし、移行に必要でないデータを要求することはできない。
- 1-13. 基本的要求要件 13: 「今後、要求システムからのデータ移行が必要となる場合には、本学に対し、そのために必要となる情報を提供すること。また、本学及び本学が認めた第三者がこれらを移行作業に利用することを認めること。」
- では、調査されるシステムから将来システムへの移行が必要となる場合、あるいは将来サブシステムの追加などにより部分的なデータ移行が必要となる場合を想定して、その作業に必要なデータ構造についての情報及びデータセットの使用について求めている。
- 組合によっては、守秘義務契約締結などの条件下に、本学のみならず限定された第三者に対してもその使用が認められるよう要求している。
- なお、この要件はデータ移行を前提としているが、将来のデータ移行の可能性に鑑み、受注側があらかじめ情報提供することを提案しても良い。

### 旧システム仕様書でのポイント3

- 1-4. 現有システム及び既存システムからのデータ移行に関しては、以下の要件を満たすこと。
  - 1-4-1. 現行稼働システムのすべてのデータが完全に新システムに移行できること。
  - 1-4-2. データ構造は、業務端末で抽出可能な形式であること。
  - 1-4-3. データ移行に当たっては、受注者、本学担当者及び既存各装置設置者と協議の上日程を調整し、本学の指示により行うこと。
- 5. 本システム契約終了時の役割に関しては、以下の要件を満たすこと。
  - 5-1. 本システム契約終了時において存在する、全てのデータについて、新規システムへのデータ移行作業に協力すること。
  - 5-2. 旧システムに残存する全てのデータを消去し、本学担当者の確認を得ること。
  - 5-3. 5-2項のデータ消去後、1週間以内に結果報告書を提出し本学の承認を得ること。
  - 5-4. 撤去にあたっては、病院の業務への妨げや、患者への迷惑にならないよう、かつ、施設を毀損することのないよう注意を払うとともに、受注者が必ず立ち会うこと。

旧システムで、できる限りデータ移行に協力する、無料でデータを当院に寄せせというのをまず仕様書でつくるのが非常に重要です。

新仕様書でのポイント

## 1 基本的要求要件

18 第1章 調達の背景及び目的

8. 要求システムの各端末は、操作性の統一を図り、快適な作業環境を提供すること。また、各端末の一元管理を実現するために統合的な機能を提供すること。
9. 要求システムは、現有システムに接続し運用している各部門のサブシステム及び医療機器等と接続して利用できること。加えて、各サブシステムと要求システムとの間でデータ通信の必要が生じた場合には、これを実現するために必要となる情報を提供すること。
10. 要求システムは、いわゆるノンストップシステムとして構成し、且つ迅速なレスポンスを確保できる性能を有すること。
11. 要求システム全体の保守管理体制及び操作教育体制を有し、これを行うこと。
12. 本学の指示により、要求システム上で運用上必要となる技術情報等を提供すること。本学はこれに基づき現有病院情報システムに蓄積された診療情報等の必要となるデータ群及びマスタ等を提供するので、これらを要求システム上に移行し利用可能とすること。
13. 今後、要求システムからのデータ移行が必要となる場合には、本学に対し、そのために必要となる情報を提供すること。また、本学及び本学が認めた第三者がこれらを移行作業に利用することを認めること。

32 (C) K. Ishihara 2010, Dept. Medical Informatics Ehime Univ.

新仕様書でのポイント

## 2 サイトライセンス

9.2.1 端末ライセンスについて

現状では、電子カルテシステムは診療業務自体の効率化には貢献していないことが明らかである。そのため、1人の患者の診察時にシュライバーなどの援用によって複数の電子カルテ端末から入力している。また、入院・外来と使用する時間帯が異なるにも関わらず、端末の移動が出来ない。以上の事情から、端末縛りのライセンスの場合は、端末の台数と実際のニーズとに乖離が生じる可能性がある。このことを踏まえて、実情に沿ったライセンスの運用が出来るよう求めるものである。

1. 電子カルテ・オーダリング端末のライセンスは1000台まで稼働させることが出来るライセンスを提供するものとする。
2. 1000台以上の端末を稼働させる場合は、当院は1台単位でのライセンスの追加購入が出来るものとし、追加ライセンス数については、別途協議の上決定するものとする。
3. 部門システムの端末のライセンスは、端末数、ユーザー数、同時接続数の複数のオプションを提供し、その中で最も安価な方法で提供すること。
4. Word/Excel等の汎用アプリケーションのライセンスは、導入端末台数の90%分をボリュームライセンスで調達するものとする。残りの10%は予備機用としてインストールし、故障に備えること。

33 (C) K. Ishihara 2010, Dept. Medical Informatics Ehime Univ.

新システムの中では、端末のライセンスはサイトライセンスが必須でございます。そうでないと、1台ふやすごとに10倍くらい高いお金を要求されてまいります。

新仕様書でのポイント

## 3 性能低下回避要件

32.4 機能・性能低下回避の要件

1. 導入によって、従来の運用の時間や所用時間が部門毎に見ても総合的に見ても増加せず、導入に関連する部門の機能や性能や安全性の低下が無いこと。
2. 前記にもかかわらず、やむを得ず、時間が増えたり機能・性能・安全性等の低下が予想される場合には、当方の仕様書における記述や項目の有無を問わず、予め必札の時点で明示し、愛媛大学と協議をしてその結論を具体的に議事録に保存しておくこと。
3. 導入後1年以内に、上記の議事録に明示されていない諸機能・性能・安全性の低下や運用の時間や所用時間の増大が認められた場合には、医療情報部が充分な実情調査とヒアリングを重ね、状況を判断したうえで納入者に対して改善指示を命じる。納入者はこれを受け遅滞なく（原則として指示から3週間以内）無償で改善すること。
4. 当該納入者は利害関係のない同分野の専門家である第三者の意見を文書で添えて、改善指示に反論することができる。医療情報部はその反論を吟味して反論受領後2週間以内に再改善指示を命じる。納入者はこれを受け遅滞なく（原則として再指示から2週間以内）無償で改善すること。
5. 上記の義務があるにもかかわらず、速やかに改善できない場合には、納入側責任者ならびに愛媛大学医学部の合意する双方に利害関係のない第三者による損害認定額を、認定後6ヶ月以内に愛媛大学医学部に支払うこと。第三者への損害認定委託の前に、協議により損害賠償額が決定した場合にはこの限りではない。また損害賠償額の上限は納入機器やシステムに対する支払対価の総額を越えないものとする。
6. 納入システムの対象とする部門において、システム端末の台数をスタッフ数まで増加した際にも、パフォーマンス維持のための基幹部分の変更や追加が必要ないこと。ただし、基幹部分へ

34

それから、大事なのはこの「性能低下回避要件」です。どんなシステムでも、これを導入することによって、性能やトータルのパフォーマンスが低下したら困るのですが、今の医療情報システムの場合には、これを入れることはほとんどありません。

病院情報システムを導入して、従来の紙カルテ運用よりもトータルのパフォーマンスが落ちたら、それはシステムが悪いだろうと企業に言える仕様書にしておくべきです。これが抜けておきますと、ベンダーは、「先生方がお書きになった仕様書をすべて満たしました、その結果こういうふうにならなっているのですから、仕様書を書いた先生が悪いのです」と逃げるのです。これを絶対に許してはいけません。部分的には少し手間がふえる所があるのはいいのですが、所要時間などを含めましてトータルパフォーマンスはよくなりますということを必ず入れるようにしてください。

新仕様書でのポイント

## 4 蓄積情報提供要件

32.6 蓄積デジタル情報の提供に関する要件

1. 本学に納入されるシステムや機器がデジタル情報を取り扱う場合には、本学の求めに応じて、通信・転送プロトコルや、蓄積されるデータのフォーマット等を、一般的なデジタル情報形式で速やかに（原則として1週間以内）、かつ無償で、本学の指定する一般的なメディアあるいは一般的な転送方法によって提供すること。これに際して、当該デジタル情報の意味や相互の関係や算出アルゴリズムを明示した当該データの処理や運用上必要となる技術資料等についても、あわせて無償で提供すること。また、本学が独自にこれらのデータを取り扱うためのその他の技術情報も無償あるいは複製実費で提供すること。
2. 本学の選定した第三者が、本学とNDAを交わした上で、これらの通信・転送プロトコルや、蓄積されるデータのフォーマット等に基づいて、データを取り扱うことを認めること。なお、本学と当該第三者の交わすNDA書類ならびに、当該第三者名は、本学のトレードシークレットとして、法的義務が発生しない限り3年間は非公開とする。
3. 本学に納入されるシステムや機器に蓄積されたデジタル情報が、万一の災害等で本学側のバックアップシステムも同時に破損した場合等には、納入システムのハードディスクやDVD、ストレージテープ等に残るデータ回復作業のための技術情報提供を無償で協力すること。

32.7 カスタマイズに関する要件

1. 当院の基本方針として、無用なカスタマイズは忌避するように努める。その一方で、下記の要件について納入者側に要請するものである。カスタマイズについて、正当な事由がある場合は、

そして、蓄積されたデジタルデータは無料で速やかに当院に寄せせということもちゃんと入れておくべきです。

ソフト・ハードのメンテナンスも。今、端末で使われるパソコンの部品は、2年たつともう部品が手に入りません。それも見越しておくべきです。このあたりは、特に大学病院や公的病院の場合には、経営部門の事務職員とけんか状態になります。私は、大学病院が必要な今後四、五年分のパソコンは全部先に導入させてくれ、今使わなくても、パッケージのままでもいいから、先に二、三百台導入させてく

新仕様書での追加ポイント

### 5 その他

- 10年間のソフトハードの補修部品の確保
  - PC端末は半年で入手不可能に → マスターディスク問題
  - 契約しても油断はできぬし、院内経理担当とのバトルも
  - バーチャルマシン・サーバが現実的
- 水準以下の機能・性能の事前開示要求
  - 仕様書が全てだとは言わせない
- オープンソース加点
  - オープンオフィスや、Linuxの活用も視野に

36 (C) K. Ishihara 2010, Dept. Medical Informatics Ehime Univ.

れということを強く言いました。

理由ははっきりしています。病院はダイナミックに変化しています。3ヶ月ごとに変更やら部内追加などが発生します。1年たってから追加でPCを入れようと思うと、同じものはありません。そうすると、進んだPCを購入するのですが、実はシステムが変わっておりますので、トラブル時に再インストールするマスターディスクをまたつくりたくないといけない。そうすると、その新システムの部分はまた別のやり方をしないといけないので、大変手間暇がかかります。無駄なように見えても、1200台パソコンが必要な病院であれば、最初から1300台か1400台を入れておいて、今後3年間か4年間は、必要になったらパッケージを開けてそれを使わせる、故障したら置きかえるという覚悟がないと、速やかにスムーズな運用はできません。余り知られていないのですが、経営の事務職員とも本当に大げんかをせざるを得ないことになります。

### ITのまとめとさらなるヒント

時間が無いのでご関心があれば別の機会に、、、

- 電子カルテの3原則は守れない共同幻想
- 電カルで医療の質を改善できる訳がない
- 電カルで原価管理や経営改善はまだ不可能
- 電カル導入の勘所は、処方とその変更
- データマイニングは、まだまだ出来ない
- クリニカルパスは高度医療にはむしろ邪魔
- 外部コンサルの99%は金食い虫で役立たぬ
- 業務改善を確約できないベンダは信じない
- 御用学者の言うことに騙されない
- このショーの講演のうち役立つものを見抜く

37 (C) K. Ishihara 2010, Dept. Medical Informatics Ehime Univ.

電子カルテといいますと、電子カルテの3原則という言葉が大変有名であります、あれは実際にはどの項目も守れません。守れることにしてベンダーは導入しておりますが、あれは絶対に守れません。ベンダーが守れますというのは、ベンダーが発言しない陰の声が入っているのです。この3原則を守る最後の責任者は病院の先生です。院長ですということになっているのです。ベンダーではないのです。e-文書法などがございますから、何ドット以上の高精細なスキャンをすると原本を捨ててもいいという法律はございますが、これを一つの病院で実現しようとする、物すごくお金と手間がかかりますので、やめておいたほうがいいです。ですから、電子カルテには今なお3原則は期待できない。それを信じていると後で大変なことがあるので、今後、電子カルテを導入しようという先生方は、ぜひとも本当のことを知って導入していただきたいと思います。

電子カルテは大分よくなりました。よくなりましたが、紙カルテと匹敵するまでにはまだ行ってないような気がいたします。部分的には紙カルテを超えました。電子カルテのほうがずっといいという診療科もございます。しかし、市販の電子カルテパッケージをそのままベンダーの言いなりに買ったのでは、まだまだ大変なことになります。

外部コンサルタントももう嘘だらけです。

### 医療機関から見たオンライン化の光と影

1. 診療報酬支払いの迅速化→DPC
2. 医療機関内事務の合理化・効率化→電カル
3. 医療の質の向上→データマイニング
4. 医療機関経営への有効活用→経営指標、IT加算
5. 医療情報の提供
6. 安全への貢献→RFID タグ
7. 医療機関連携の緊密・高度化
8. 自動審査での迅速化
9. 自動審査での無駄の削減
10. 医療費の抑制

38 (C) K. Ishihara 2010, Dept. Medical Informatics Ehime Univ.

ついでに、デジタルでいいますと、レセプトのオンラインという話が出ておりますので、これも本当に一体、医療機関にどれだけメリットがあるのか大

変心配です。1番だけが医療機関のメリットかもしれない所です。少し手間が省けて迅速化されるかなと思います。実際にはデメリットのほうがはるかに多いのです。2番から7番は非常に懸念するところです。8番から10番は時系列審査やはずれ値審査などの新手の手法を含め、決定的に力を審査側に握られてしまって、ブラックボックス化された審査で医療機関がお困りになり、最終的には国民が困るということです。これもITを野放しで、いいぞいいぞというちょうちん持ちの御用学者の意見には私は乗れません。

#### § 4 日本の医療制度とマクロ指標は世界最高

**日本医療の大成功!**  
WHO: Health Report 2000  
世界191ヶ国での客観比較

5つの指標と日本の実情:

1. 国民の総健康度 → 世界一の寿命、周産期死亡率
2. 平等性 → 国民皆保険
3. 満足度 → 主治医には80%満足、説明不足は36%弱
4. 受診の自由 → 安い、フリーアクセス、セカンドオピニオン自由
5. 医療費負担 → 国費投入は先進諸国の中で最低と大問題

仏と並ぶ世界一の成果(仏の予算規模は、日本でさらに10兆円余分に医療費があるのに等しい)  
英で大問題の年余の待ち行列問題等無し  
受診患者を必ず当日診察する日本の医師の真面目な対応  
英国の上記と日本での3時間待ちの3分診療との決定的な差違

**医薬・医療機器の高い先進性と広い保険適応**

40 (C) K. Ishihara 2010, Dept. Medical Informatics Ehime Univ.

このように、日本の医療というのは世界最高であることは御承知のとおりです。ワールド・ヘルスリポート2000でも世界最高でございました。

ワールド・ヘルスリポート2003でも、世界最高と

The World Health Report 2003  
Shaping the Future

世界的に高評価の日本医療に抜本改革は、むしろ「有害」

銀行・公共事業優先の政府予算と不祥事多発の経済こそ改革が必要

WHR2000に続き、

41 (C) K. Ishihara 2010, Dept. Medical Informatics Ehime Univ.

いうことがいろいろな言葉で褒められました。日本はすばらしいとお褒めいただいているのです。

**DPCを日本に導入しなければならない理由が本当にあるのか?**

- 医療費 (単位医療行為でも医療費総額でも)
- 医療のプロセス
- 医療のアウトカム
- 透明性
- 客観指標 (情報は今までのレセでも世界最高)
  - どれも今すでに、先進国水準に照らして、最も国民の利益に適っているのが現実。
  - DPCなど不要、より焦眉の急は医療費不足

43 (C) K. Ishihara 2010, Dept. Medical Informatics Ehime Univ.

DPCは本来医療費抑制のツールですから、DPCを入れる必要はないのです。勤務医の先生方はDPCを十分御承知だと思いますが、DPCを入れる必要は全くない。日本の医療費を抑制する必要はないのです。医療のデータがないというのも全く嘘なのです。毎月毎月レセプトをきちんと出して、今のようないピアレビューをしている国は日本だけなのです。それでデータがないのであれば、DPCをしようが何をしようがデータは全然よくなりません。

ところが、DPCにかかわる人たちは、DPCにするとベンチマーキングができる、データが客観的に比較できるといいますが、あれは嘘です。データの提出をEFファイルや何とか様式で強制的に細かく提出させているからだけなのです。実は、出来高時代にきちんと出していただいて、出していただいたデータに対して診療所や病院に対価をお支払いす

**日本の安い医療が独走状態**

Health	Life expectancy	Health inequality	Prevalence of disability	Mortality due to cardiovascular diseases	Mortality due to cancer	Mortality due to respiratory diseases	Mortality due to diabetes	Mortality due to HIV/AIDS	Mortality due to maternal and perinatal conditions	Mortality due to road traffic accidents	Mortality due to self-harm	Mortality due to medical and health interventions			
													1	2	3
1 Japan	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1			
2 Switzerland	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2			
3 Italy	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3			
4 Norway	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4			
5 Sweden	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5			
6 France	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6			
7 Finland	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7			
8 Germany	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8			
9 Australia	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9			
10 Canada	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10	10			
11 Netherlands	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11	11			
12 Austria	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12	12			
13 Iceland	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13	13			
14 U.K.	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14	14			
15 Denmark	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15	15			
16 U.S.	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16	16			

OECD health data 2008 に基づく カンファレンス ボード オブ カナダの資料より  
<http://www.conferenceboard.ca/102/Details/Health.aspx?indicators>

44

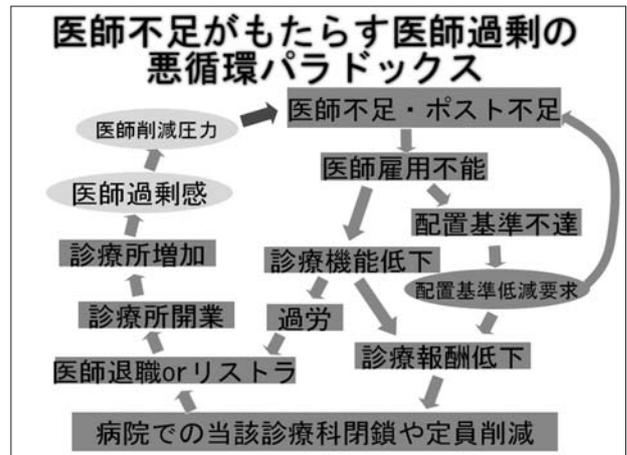
## ■ 特別講演2

るほうがよほどよかったです。

これは2009年のOECDのヘルスデータで有名なグラフでございますが、日本はトップです。WHOでもOECDでもトップというのは日本だけです。いろいろなパラメータで日本が比較されていますが、例えば平均余命も日本は最高でございます。Aランクがずらっと並んでおります。ちょっと見にくい表で恐縮ですが、お手元のハンドアウトにたしかメモを残したと思いますので、後でじっくり見ていただければありがたいと思います。

心臓病や糖尿病、がん、肺疾患というものが詳しく比較されています。Aランクがたくさん並んでいる中で、1つだけCランクがあります。それが呼吸器疾患です。呼吸器疾患がなぜCランクか。これも我々医療人が黙っていたからです。思い起こせば、日本は呼吸器疾患感染症に対して、20年ほど前は予防接種大国だったのです。それをマスコミが副作用のことばかり言って、予防接種をどんどん任意摂取にしてしまって、予防接種後進国にした。もう一つは、ぜんそく治療です。β刺激薬やステロイドの吸入薬が心臓をとめるとか感染症をふやすとか副作用のほうばかりをマスコミがさんざん言ったことで、多くの患者さんがそれに拒否感を持ってしまって、ぜんそく治療のときにできるだけ薬を使わないようにして、肺胞と細気管支のリモデリングを来してしまった。喫煙と関係の深いCOPDもそうです。私がここで言いたいのは、日本でよかった肺疾患、呼吸器疾患をCランクまでダウンさせた原因はマスコミにあるということです。そして、それに抗することができなかった私ども医療界です。言わなかったのです。これは大いに反省しなければいけません。

病院の医師も開業していらっしゃる医師も、今、本当にたくさんお仕事をなさって疲弊していらっしゃいます。医者が足りないと言いますが、実は、都市部の開業医の先生方は、医師過剰感で本当に恐怖におのっていると思います。そういう先生方は、日医に対して、医師数削減をぜひお願いせざるを得ないのもよくわかります。これは、こうい



うパラドックスなのです。医者が少ないからコストも不足する。すると、公的医療機関はコストを減らすとか、診療報酬に規定された配置基準を下げてくれとお願いする。そうすると、ますます勤務医は忙しくなって疲弊してしまう。やめたり疲弊すると診療報酬が落ちてしまいますので、その診療科は閉じる。そうすると、その先生方は診療所を開業するという非常に困ったパラドックスになってございます。

### §5 騙されてはいけない、日本に不要かつ有害なDPC

### DPCの経済性と問題点

今、DPCが病院にとって得なのは、大学病院の特殊性と、厚労省の病院別調整係数での嵩上げのため。(日医2008917定例会記者会見資料に詳しい)

今後、中小病院がDPCに参入したら、調整係数が1となり出来高以下になる。

治療への努力が報われず、医師のモラルハザードが危惧される。

逆に、病院別調整係数が温存すると現場を無視した厚労省による病院の直接支配。

51 (C) K. Ishihara 2010, Dept. Medical Informatics Ehime Univ.

日本はDPCは要らない国なのです。DPCは先生方が十分御承知なのでスキップしていきます。

DPCは萎縮医療をしないとやって行けないというのは御承知のとおりです。勤務医の先生方はよくおわかりだと思います。しかもDPCは再帰的に、

つまり、1年、2年とそのデータに基づいて、さらに翌々年くらいには短くなった入院期間や入院期間日数のIやIIをどんどん短くするという、タコが自分の足を食うような仕組みをつくっているわけです。こういうDPCに乗ってはだめなのです。

**病院におけるやむをえぬ  
包括化での意識の切り替え**

今までの出来高払いでは

- 収入の最大化
- 社会的入院にも配慮可能

これからのDRG/PPSに対して

- コストの最小化
- 最適入院期間のシミュレーションと追求  
(一日定額制なので短ければ良い訳ではない)

55 (C) K. Ishihara 2010, Dept. Medical Informatics Ehime Univ.

そうは言うものの、今のDPCに入っている先生方は、収入の最大化という従来の方法ではなくてコストの最小化、最適入院期間のシミュレーションなどというものをやっていると思いますが、患者さんにはつい、これはDPCでとれないから退院してから治療してねと困ったことを言うようになりました。

今からDPCに参入するのは全くナンセンスです。

**DPCと民間医療保険の悪循環**

日本医療の真実  
増える実需、  
世界一安くて  
高品質なのに

② **DPC & 萎縮医療**

企業には濡れ手に粟の  
ビジネスチャンス!

③ **民間保険 混合診療**

① **亡国論 & 医師抑制**

57 (C) K. Ishihara 2010, Dept. Medical Informatics Ehime Univ.

覚えておいていただきたいのは、1982年の医療費亡国論から、医者と医療費は少なければ少ないほどいいという愚かしい感覚に陥って、今、DPCが入ってきて、経営が萎縮医療にならざるを得ない。こ

れを見ていて喜んでるのが民間医療保険会社です。公的医療保険が萎縮するぞ、だから混合診療で我が社の民間医療保険に入ってくれと。先生方の御家庭から毎年毎年ひよっとすると何百万円も保険料が支払われるのは、これが理由なのです。

保険局医療課 西山正徳課長 H15年8月特別講演  
**「診療報酬制度と今後の動向」**

- 医療費が高い
- 医療費の伸びが大きい
- 高齢者医療費が高すぎる
- このままでは公的普保は成り立たない
- 医療保険：持続可能・負担の公平・良質効率的医療
- 診療報酬：技術の適正評価・コストや機能の反映・患者の視点
- 保険者の再編、都道府県を単位と高齢者医療制度
- ドクターフィー、ホスピタルフィー ← リップサービス?
- DPCに1000点以下の検査や処置は含める。医療機関別係数
- ベンチマーク、在院日数、子宮頸ガン例、他

日本病院会雑誌 病院学 2004年1月号 pp13-34  
58 (C) K. Ishihara 2010, Dept. Medical Informatics Ehime Univ.

保険局医療課長だった西山さんが当時DPCを入れたわけですが、医療費が高いとか医療費の伸びが心配だ、高齢者医療を何とかしなければいけない、このままでは公的医療がだめになってしまうと。これは実は、国保を中心に保険料の徴収をもっときちんとし、大企業の職員が元気なうちは雇用して、元気でなくなったらばいと切り離すシステムに少々手を入れるだけで、全く問題なくいけます。

**なぜDPCの本当の情報が  
出てこない?**

- 個人的恨みは全く無いが、御用学者になってしまった人々の発言には気をつけよう。
- 同様に、企業の手下に成り下がった人の発言にも努々騙されないように気をつけよう。

**利益相反、あるいは利害関係者への警戒**

60 (C) K. Ishihara 2010, Dept. Medical Informatics Ehime Univ.

DPCも医療費もどうして本当の情報が出てこないのか。はっきりしています。

DPCの専門家といわれる人たちの本をリストアップしました。一番トップは産業医大の松田先生です。関係者がいらっしやったら大変申しわけないの

## 特別講演2

ですが、本当のことですから申し上げます。

### DPCに関する大量の書籍 --- 1

1. 基礎から読み解くDPC—正しい理解と実践... 松田 晋哉 (発行本 - 2007/4)  
 新品: ¥ 3,150  
 ポイント: 31pt (1%)  
 12期間以内に「お急ぎ便」でご注文いただく、2009/2/8 日曜日までにお届けします。  
 1500円以上国内配送料無料 (一部例外あり) でお届けします。
2. エクセル・アクセスで読み解くDPCデータ... 藤森 研司 中島 悠博 (発行本 - 2007/4)  
 新品: ¥ 3,150 2点の全製品/全商品を見える ¥ 2,600より  
 ポイント: 31pt (1%)  
 12期間以内に「お急ぎ便」でご注文いただく、2009/2/8 日曜日までにお届けします。  
 1500円以上国内配送料無料 (一部例外あり) でお届けします。
3. DPC実践テキスト—基礎から病院への導入まで 高橋 泰、山田 康夫、外山 比呂子  
 新品: ¥ 3,150  
 ポイント: 31pt (1%)  
 12期間以内に「お急ぎ便」でご注文いただく、2009/2/8 日曜日までにお届けします。  
 1500円以上国内配送料無料 (一部例外あり) でお届けします。
4. 臨床医のためのDPC入門—Q&Aで学ぶD... 松田 晋哉 (発行本 - 2006/12)  
 1点の全製品/全商品を見える ¥ 5,200より
5. DPC点数早見表 2008年4月版 (発行本 - 2008/5)  
 新品: ¥ 4,725 2点の全製品/全商品を見える ¥ 4,725より  
 ポイント: 472pt (1%)  
 12期間以内に「お急ぎ便」でご注文いただく、2009/2/8 日曜日までにお届けします。  
 1500円以上国内配送料無料 (一部例外あり) でお届けします。
6. 病院経営現代のDPC対症処方分析マニュアル 藤原 研司、石井 孝志、松田 晋哉 (発行本 - 2007/6)

Informatics Ehime Univ.

### DPCに関する大量の書籍 --- 2

7. DPCデータ活用ブック 伏見 清芳 (発行本 - 2008/10)  
 新品: ¥ 5,460 2点の全製品/全商品を見える ¥ 4,600より  
 ポイント: 546pt (1%)  
 12期間以内に「お急ぎ便」でご注文いただく、2009/2/8 日曜日までにお届けします。  
 1500円以上国内配送料無料 (一部例外あり) でお届けします。
8. ベンチマーク分析によるDPC対応経路計算... 藤 進徳、石川 功、澤田 健、加藤 収  
 新品: ¥ 2,520  
 ポイント: 252pt (1%)  
 12期間以内に「お急ぎ便」でご注文いただく、2009/2/8 日曜日までにお届けします。  
 1500円以上国内配送料無料 (一部例外あり) でお届けします。
9. 医師が知っておきたいクリニカルコーディング... 真野 宏樹、川村 真、伏見 清芳 (大)  
 新品: ¥ 2,940  
 ポイント: 294pt (1%)  
 12期間以内に「お急ぎ便」でご注文いただく、2009/2/8 日曜日までにお届けします。  
 1500円以上国内配送料無料 (一部例外あり) でお届けします。
10. これで大丈夫!DPC保険制度導入 野瀬 肇明 (発行本 - 2006/9)  
 新品: ¥ 1,890 2点の全製品/全商品を見える ¥ 1,094より  
 ポイント: 189pt (1%)  
 12期間以内に「お急ぎ便」でご注文いただく、2009/2/8 日曜日までにお届けします。  
 1500円以上国内配送料無料 (一部例外あり) でお届けします。
11. イラスト図解 医療費のしくみ 木村 嘉洋 川越 洋 (発行本 (ソフトカバー) - 2008/6)  
 新品: ¥ 1,575  
 ポイント: 157pt (1%)  
 12期間以内に「お急ぎ便」でご注文いただく、2009/2/8 日曜日までにお届けします。  
 1500円以上国内配送料無料 (一部例外あり) でお届けします。  
 社会各会 (1)
12. DPCと病院マネジメント 松田 晋哉 (発行本 - 2005/8)

Informatics Ehime Univ.

№	大題番号	研究課題名	研究機関	存在研究者名 (所属機関)	研究内容 (所属機関)	研究目的	研究費
1	00000004	慢性腎臓病診療の質を向上させるためのDPC活用に関する研究	甲府	松田 晋哉 (慶応義塾大学)	腎臓病診療の質を向上させるためのDPC活用に関する研究	慢性腎臓病診療の質を向上させるためのDPC活用に関する研究	300,000,000
2	00000004	医療コストと診療報酬に関する研究	甲府	松田 晋哉 (慶応義塾大学)	医療コストと診療報酬に関する研究	医療コストと診療報酬に関する研究	2,187,000
3	00000004	DPC導入検討を目的としたDPC活用に関する研究	甲府	茅野 貴男 (国立病院 東京医療センター) 松田 晋哉 (慶応義塾大学)	DPC導入検討を目的としたDPC活用に関する研究	DPC導入検討を目的としたDPC活用に関する研究	3,000,000
4	00000004	がん診療の質を向上させるためのDPC活用に関する研究	甲府	藤原 研司 (慶応義塾大学)	がん診療の質を向上させるためのDPC活用に関する研究	がん診療の質を向上させるためのDPC活用に関する研究	2,800,000

厚労科研費というスポンサーバイアス  
 検索: DPC or 診断群分類  
 ダウンロードすると 3億円もの研究費  
 政策を冷静に分析する公平な研究ができるか?

Informatics Ehime Univ.

松田先生とそのグループは、ある年、3億円もの研究費をDPCについていただきました。これは強烈なスポンサーバイアスで、厚労省にはもう抗することができません。人間はほとんどの場合、給料をくれる人間、お金をくれる人間と人事権を握った人間には反論できません。冷静で公平な研究者であるはずの松田先生は、個人的恨みは全くありませんが、

今や、私の見るところ、御用学者です。

### 高度先進医療費の推移

< 過去5年間の実績 >

	高度先進医療技術数	医療機関数	全患者数	総金額	特定療養費の総額 (保険診療分)	高度先進医療の総額 (患者の自己負担分)	1入院全医療費のうち高度先進医療費の割合
平成10年6月1日～平成11年5月31日	65種類	96医療機関	2,028人	約20億円	約17億円	約3億円	15.2%
平成11年6月1日～平成12年5月31日	66種類	101医療機関	3,472人	約34億円	約30億円	約4億円	11.8%
平成12年6月1日～平成13年5月31日	72種類	107医療機関	5,015人	約45億円	約40億円	約5億円	12.0%
平成13年6月1日～平成14年5月31日	65種類	97医療機関	2,020人	約21億円	約16億円	約5億円	23.5%
平成14年6月1日～平成15年5月31日	70種類	98医療機関	2,292人	約23億円	約16億円	約7億円	31.9%

Informatics Ehime Univ.

高度先進医療に走れば我が病院ももうかると思う先生方は、この表を見れば一目瞭然で、そうではないということがわかります。高度先進医療、混合診療にしなければいけないといわれる混合診療は、真っ当な医療はせいぜい日本全国合わせて数十億円から百億円程度なのです。これが病院を潤すわけもないし、これくらいであれば、公的医療に速やかにどんどん入れてあげれば、みんなハッピーなのです。

ですから、DPC対策というのは、表面や近視眼的なところだけを見るのではなくて、10年後、20年後はどうなるかということのマクロに御理解いただけないと難しいと思います。

### DPC対策をとりつつ、撤退も視野に

1. 本当にDPCは 日本の医療の役に立っているのか?
2. DPCによって増える院内作業は 医療の質に寄与しない
3. DPCは医療費抑制策だから 高い状態は早晩終わる
4. 係数は個々の病院への厚労省の直接支配の利権
5. 出来高制を守らねば 医療機関の裁量権の放棄
6. DPCの統計は 経済的バイアスで出来高より低品質
7. 本来DPCは 選択性での任意参加の筈
8. 厚労省もDPC退出の方法に触れざるを得ない状況  
 →厚労省は医療費と保険制度に関して方向性を見失った
9. 学会がスムーズかつ速やかな退出方法を要すべき
10. 病院情報システムの更新の際には、DPC退出について無償あるいは低廉かつ速やかである仕様を。

Informatics Ehime Univ.

§ 6 民間保険が国民と医療人と産業に致命的打撃を与えている。

**民間医療保険会社が狙う  
混合診療の市場規模**

- 高度先進医療だけであれば、年間数十億円湯水のように認めても、高々年間数百億円
- しかし、現状で各社が使っている広告費宣伝費は、おそらく年間総計1000億円程度
- 宣伝費が期待する売り上げに対する比率を考えると、民間医療保険会社の狙う市場規模は、10兆円規模であることは明らか。
- 公的医療保険を崩壊させたい何よりの動機のエビデンス。

67 (C) K. Ishihara 2010, Dept. Medical Informatics Ehime Univ.

民間医療保険会社はD P C と萎縮医療から大もうけをしています。さらに大もうけをしたがっています。要は、100億円を支払うのにどれだけ徴収するかということで、したたかな計算をしています。彼らにとっては、公的医療保険の衰退は絶好の民間医療保険の拡販機会ですし、逆に、公的医療保険がどんどん充実していくと、支払いを免れるということなのです。

—混合診療のウソを暴く—

**濡れ手に粟の民間医療保険会社**

- 公的保険の衰退は、絶好の拡販機会
- 公的保険が充実して先進医療が組み込まれても、民間保険の契約時に支払対象であった医療行為が支払から外れて大儲け
- 公的医療保険のブレが、民間医療保険にとっては絶好のビジネスチャンス
- 民間医療保険会社の存在そのものが公的医療保険に対する致命的脅威

68 (C) K. Ishihara 2010, Dept. Medical Informatics Ehime Univ.

民間医療保険会社は日本に存在してはいけないと思います。

年間1億円以上の新たな保険料を契約する優秀といわれる保険代理店の人の書いた本がありますが、宣伝の方法もそこにはっきり書いてあります。「現在の健康保険制度が危機的状況にある。病気になっ

たらお金を我が社が出しますから」と言えば、大抵の人がころりとだまされます。「念のため」という言葉に日本人は弱いのです。これは、今お聞きになっている先生方もみんな一緒なのです。念のため医療保険に入っているはずですが、全く盲目的に入っております。

「高度になりがちな先端医療費の技術料を1000万円を上限に保証します。」など、医療全体の1万分の1のリスクしかない先進医療が公費で補えないと素人にさんざん詐欺的に不安を埋め込んでいます。高額医療費制度や大学の研究費による高度先進医療のことを隠したまま、洗脳しているのです。

朝から晩まで保険の宣伝があふれているのは、もうかるからです。だから、ソニーもオリエックスも、もともと保険には関係のなかった銀行やゼネラル・エレクトリックといったありとあらゆる業界が保険に入っていくのは、経済的に分析するともうかるビジネスができるからです。ただ、こんなに医療保険やガン保険そして女性の保険などという宣伝があふれているのは日本だけです。日本では、国民がみずから望んで支払っている私的民間保険料が年間50兆円あります。そのうちの9割の45兆円が人の命と医療にかかわる保険です。

**保険のプロの目：50兆円の9割が、人保険**

43の常識

宮宇地 覚 Satou Miyaji

プロとしてのプライドを持って!!

現在の保険市場を数多く見ると、従来の常識・やり方を捨て、専門業としての地位とプライドを持つことが必要だ

物保険は損害保険の中の5兆円だけなので、物保険のみを取扱うのは愚と指導

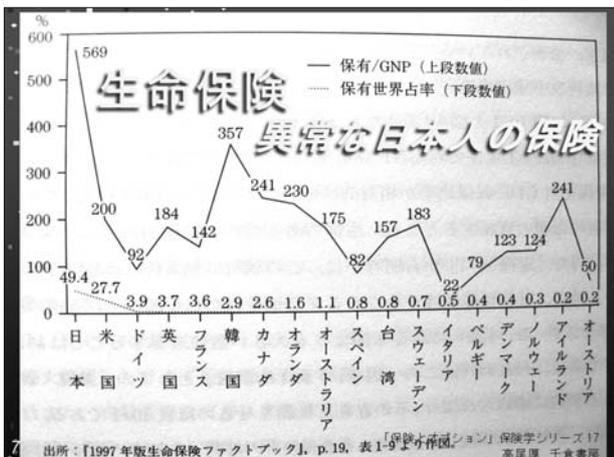
73 (C) K. Ishihara 2010, Dept. Medical Informatics Ehime Univ.

保険種別	市場規模 (兆円)
生命保険	約28
損害保険	約9
簡易保険	約11

保険の学問の分野の本を見てみますと、日本がいかに異常な保険の状況になっているか。上のプロットは、その国のGDP、GNPに対して何%の生命保険を持っているかですが、日本は何とGDPの6倍の生命保険を掛けているという異常さです。世界

の保険料に対してどれだけシェアを占めているかが下のグラフです。多くの国々はその国の規模に応じていますが、日本とアメリカが過剰に大きいです。

世界の生命保険料の半分を日本一国で占めています。この異常。もう一度おさらいします。日本は安くて、しかも医療アウトカムは最高なのに、不安にさいなまれているのです。



日本のところをもう一度見てみましょう。呼吸器だけはCですが、実は日本人の自分の健康に対する認識度、満足度はDランクで、世界最悪なのです。

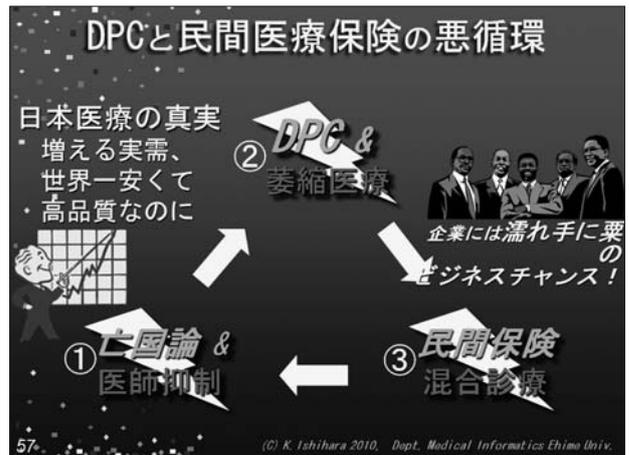
**DPCを日本に導入しなければならぬ理由が本当にあるのか？**

- 医療費 (単位医療行為でも医療費総額でも)
- 医療のプロセス
- 医療のアウトカム
- 透明性
- 客観指標 (情報は今までのレセでも世界最高)

どれも今すでに、先進国水準に照らして、最も国民の利益に適っているのが現実。  
DPCなど不要、より焦眉の急は医療費不足

これはだれが悪い。マスコミの皆様がいらっしゃったら、強く抗議を申し上げたい。国民は多くの情報をマスコミから得ている。ですから、ここにいる医療関係の先生方は、そういうマスコミ情報があれば、強くそれはおかしいぞということを言っていたかないといけません。

このトライアングル。医療費亡国論からDPC萎縮医療になり、それをネタに民間医療保険が売りま

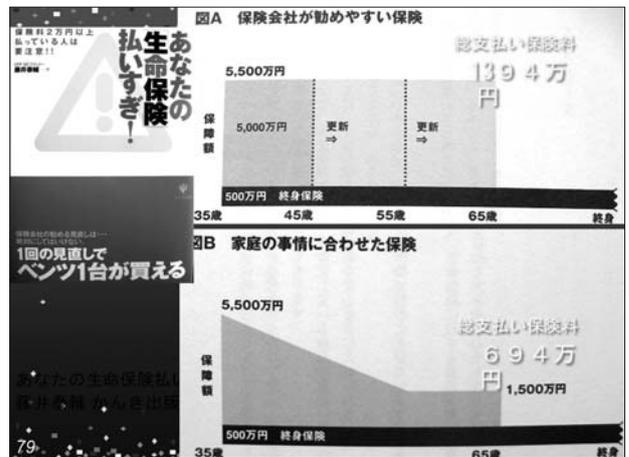


くって、混合診療が跋扈して公的医療保険が萎縮するというのはやめましょう。

**DPCの「メリット」以下は全て嘘か誤解**

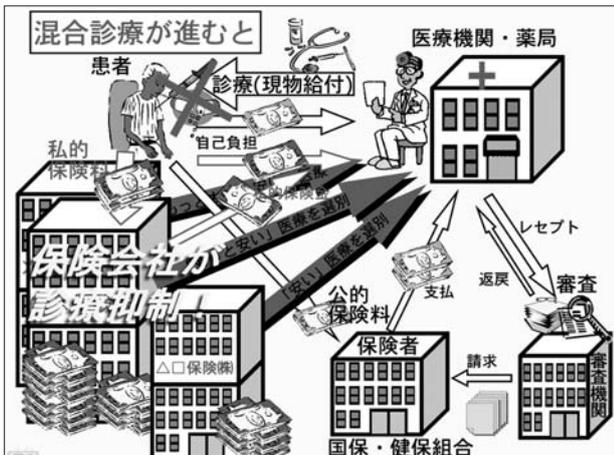
- 0) 先行大学病院等では、大いに儲けている!
- 1) 病名を付けるだけなので医事が楽になる
- 2) 出来高と異なり、査定・返戻されない
- 3) 比較のための共通言語
- 4) 診療内容の透明性が高まり信頼性が高まる
- 5) 役立つ正しい統計が取れるようになる
- 6) 世界標準の分類なので医療の質が向上
- 7) 政策的に適正な医療費を検討しやすくなる
- 8) 地域クリニカルパスを含め、地域連携が進む
- 9) 病院経営の指標にも使えるので収支改善

DPCのメリットと言われているも嘘だらけです。すべてのエビデンスを私は持っていますので、御希望であれば、勤務医の先生方、どうぞ後日ご連絡いただきたいと思います。



生命保険や医療保険を払い過ぎだ、要らないという本がようやく数冊出てきました。どうぞ本屋さん

で見てください。



混合診療と民間医療保険会社が力を持ち、金を持つと、アメリカと同じように総医療費は上がるのに医療機関への支払医療費の抑制に働きます。



患者さんには、「これできない、あれできない」から、今度は医療機関に対しては「1点9円や1点8円で、あなたの医療機関だけにします、この地域は」という恐ろしいシナリオが待っております。国民全体が安心できるのは、混合診療を避けて医療機関が力を持つことだと思います。

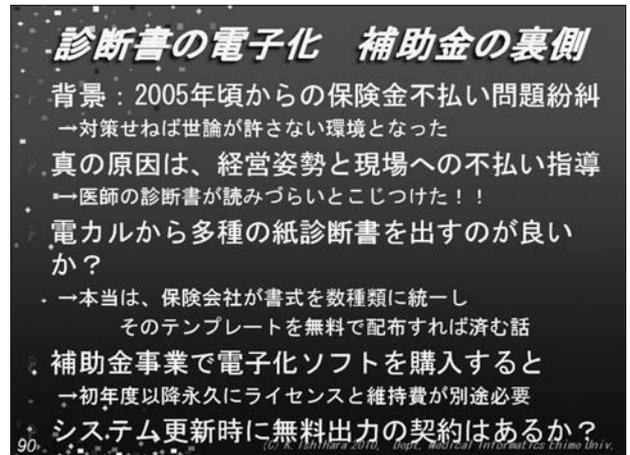
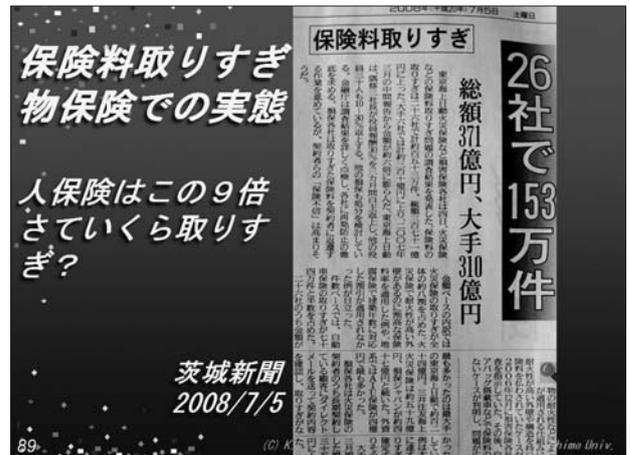
### § 7 保険会社用診断書類の自動化に潜む問題点

保険会社への診断書作成支援ソフトが、3年ほど前から入ってまいりました。電子カルテが入っている医療機関では、生命保険会社協会からの補助金があるということで、大喜びの医療機関と先生方であらっしゃいます。違うのです。

日医もこういう動きにお墨つきを与えました。それは間違いです。



2005年当時、生保の不払いが大問題になりました。調べれば調べるほど、不払いが、会社を挙げての基本方針だったから大問題だったのです。例えばこれは2005年10月22日、朝日新聞調べの明治安田生命ですが、不払いの理由は会社を挙げてのいかげんな方針だったということがはっきりと出ています。



保険料の取り過ぎで保険金の不払いという犯罪的行為がどんどん出てきたのです。

ところが、この診断書の電子化補助金は何を言っているか。保険の不払いは、保険の文書に書いてある医者の文字がわかりにくいから不払いになったと言っているのです。だから、保険の文書をワープロで出せるようにこのソフトを開発します、補助金も出します、と。ばかを言うな。だまされてはいけな

認定ソフト名	認定システムベンダー	認定日	発刊日
MEDI-Dagnosis	ニッセイ情報システム株式会社	平成19年11月1日	平成21年11月1日
PrimeReport	株式会社sas情報システム	平成21年11月7日	平成22年4月7日
Medi-Report Era	インフォコム株式会社	平成21年11月30日	平成22年11月30日
Yahque MC	セゾー株式会社	平成21年4月1日	平成22年4月1日
DocuMaker	株式会社ビースシー	平成19年7月7日	平成20年7月7日

この診断書ソフトの最初のホームページに書いてあります。「支払いが不足していたケースの大部分が、保険会社による診断書の誤読や読み落としなどで、診断書に起因するものであった」と。先生方、だまされてはいけません。保険会社が嘘をついているのに、医師の悪筆のせいに置きかえられている。

**医療用文書電子化ソリューション PrimeReport**

◆製品特徴

診断書等の文書作成を支援するシステム

複数のシステムに連携されている患者基本情報、検査検査結果情報、処方情報、検査情報、提供されている標準化フォーマットを介し、診療に関する文書（検査依頼書、処方箋、処方箋控え、処方箋控え控え、処方箋控え控え控え）をワンクリックで発行でき、二度手間な入力から解放されます。過去に作成した文書（診断書）から内容をコピーで、記述作業も省力化できます。

※標準化することにより、他のシステムとの連携時のリソース時に大幅なコスト軽減が期待されると言われています。

多種多様な診断書等に対応

生命保険会社(生命保険協会 加盟会社)における各社診断書、検保、共済、「臨床検査医入票」を初めとした数十種類以上の診断書の作成が可能です。保守契約時は、各社診断書をテンプレートとして随時提供されます。

テンプレートデザイン機能も実装

独自に様式(テンプレート)を作成する機能を追加することで、院内の様々な文書をシステムに追加も適用することもできます。

データは無駄にしない

診断書は印刷のほかに、HTML形式でファイル出力されます。併せて臨床研究DBシステム(NTTデータ東海製薬社)と連携すると入力したデータが二重利用できます。

保険会社協会が自由記述欄を設けた「無料の統一テンプレート」を配布するだけではない、便利

本来、保険会社や政府に出す書類などは数種類にして、あとは自由記載欄を準備しておいて、デジタルのテンプレートをつくれば、無料で電子カルテバ

ンダーが自由に追加すれば非常に安くできるので。そうすると、メンテナンス費などは要らないのです。今の補助金プロジェクトでは、ライセンスと維持費が少なくない金額で未来永劫かかるのです。私から見ると、ばかばかしいといったらありません。ぜひ、だまされないようにしてください。

§ 8 その他の問題や役立つメディカルクラーク

勤務医の先生方が多いので、クリニカルパスも一言だけ申し上げます。クリニカルパスもだまされてはいけません。あれを適用して本当にいいのは、整形外科などの一部の診療科と、ごく一部の疾患だけです。ましてや地域クリニカルパスなどでエネルギーを消耗するのはばかです。クリニカルパスで悩んでいて、さらに導入せよという政府の方針に困っていらっしゃる先生方は多いと思います。あるいは、自分の診療科でクリニカルパスで苦しんでいる先生が多いと思いますが、これはもともと10年も20年も前からそれぞれの診療科で疾患ごとにつくっていた自分たちのガイドラインで十分なのです。

**愛媛大学 600床 外来1200人 クラーク40名余**

16名は医師支援スキルを高め外来診療支援に特化公募で医事資格を求め、経験を尊重して面接採用

直接雇用することにより一石九鳥

1. 医師は雑用削減で大喜び
2. 患者待ち時間の短縮
3. それによる外来患者増
4. 取り漏れ指摘でクラーク給与以上を改善
5. 病院支出の大幅削減(派遣会社のピンハネ削減)
6. クラークに手渡される手取りの大幅アップ(時給95.0円)
7. クラークの定着率改善
8. 派遣業法等にしばられることの無い臨機応変な対応
9. 地域に落ちる現金で地域活性

104 (C) K. Ishihara 2010, Dept. Medical Informatics Ehime Univ.

一つだけ自慢させて下さい。今、愛媛大学ではクラークが四十数名おりまして、そのうちの16名は医事スキルを持ち、自分のクラークの給料を取り漏れ防止で稼ぐほど優秀な16名を私どもは育てました。ドクターには大変喜んでいただいています。

勤務医の先生方、覚えておいてください。クラークを病院が直接雇用することによって一石九鳥で

す。雑用軽減で大喜びです。患者さんも待ち時間が短縮するのです。患者さんをたくさん診ることができます。取り漏れをちゃんと指摘する医事素養のあるクラークは、自分の給料を稼ぎます。病院の支出が大幅に削減します。たいていの場合、人材派遣会社には2000円前後の時間給を払いますが、彼女たちがふだん受けとっているのは700円から1000円くらいなのです。医療機関が2～3倍払っていました。特に、公的病院は盲目的に払っているから、ばかばかりの限りです。

私は数年前から、愛媛大学で直接雇用しろと主張しておりましたが、おととしくらいから直接雇用クラークをようやくやってくれました。クラークさんたちも喜ぶのです。700円しかくれなかったのが、直接雇用で950円。大学病院側も半額に減るから非常にいい。定着率もモラルも上がります。

派遣業法に縛られていると、派遣のクラークさんは、患者さんが車いすで困っているときに、「どうしたのですか、お手伝いしましょう」と言っただけなのではないのです。派遣業法違反なのです。直接雇用だったら、あなたは病院の職員だからどんどんやろう。きょうは内科、あしたは外科のクラークというふうにマルチになると、クラークさんも最小の人数でいろいろなことができるのです。そして、そのお金は地域に落ちる現金なのです。これはぜひとも勤務医の先生方には経済的に覚えていただきたいと思います。御清聴ありがとうございました。

**【座長：福田常任理事】** 石原先生、大変ありがとうございました。私ども勤務医は日々の診療に忙殺されて、自分の周囲で起こっていることがおかしいなとは思っても、それを勉強して深く洞察することがなかなかないのですが、きょうの先生のお話は私的医療保険、あるいはDPC、あるいは医療機関のオンラインシステムなどに潜む陰の部分に非常によく指摘してくださいまして、私自身は先生のお話を聞いて目からうろこという感じでございました。

先生のお話は非常にインパクトがありましたので、ここで1問くらい質問を受けてよろしいですか。先生にお話を伺いたい方がいらっしゃいましたら、手を挙げていただきたいと思います。どうぞ。

**【丹野】** 先生、ありがとうございました。私は青森で病院を経営している丹野と申します。

先生のDPCのお話ですが、DPCの悪い側面だけが強調されましたが、無駄な医療の部分をなくすといういい点もあるのではないかと思います。例えば、術後の抗生物質を今までだったら2剤で1週間だらだらやってきたのを、今は1日で済むということがだんだんわかってきました。また、薬をどんどん使ったり、高い薬を使うということは、保険会社ではないですが今度は製薬会社がもうかってくるという仕組みがあると思うのですが、その辺はどうでしょうか。

**【石原】** 医療の無駄というのはよく言われるキーワードですが、それはどんな産業にもどんな仕事にも多少はハンドルの無駄と同じような遊びがあると思います。今の日本の医療を見ていると、本当に本質的な無駄というのは余りないと思います。もちろんごく一部には、大変ひどいレベルでモラルの低い先生もおりますが、それは例外的だと思います。それに目をやりまして、それが大半であるかのようなDPCは非常にナンセンスだと思います。

先生は抗生物質の減り方のパターンをおっしゃいますが、あれはEBMをきちんと科学的にやれば済む話であって、DPCとは何の関係もない独立した話だと思います。DPCとリンクさせないようにお願いいたします。

**【丹野】** 医療費亡国論そのものが厚労省のつくり出した強引な理論だとは思いますが、例えばDPCが入っても、必要なものには必要な医療をやるという姿勢は変えてはいけないと思っているのです。その中で、本当に必要なものは何なのかを考えるきっかけにはなるのではないかと思います。

**【石原】** きっかけにはしていただいているのですが、それはDPCにどうしても入りたい病院だけが

入ればいいのであって、今のように強制的に急性期病院を入れておいて、やくざよりもあこぎな一度入ったら抜けさせない、ペナルティがあるぞというのは何なのでしょう。よほど悪いことをやっていると思われ、厚労省が思っているからだと思います。そして、端的に言いまして、DPCで真っ当には経営できません。確実に赤字になっていくだろうと思います。それでもお入りになるのであればいいのですが、私は日本人のために、産業のために、DPCは早くやめるべきではないかと思えます。

御質問していただいたついでに、この抄録のほうにも、本日用にハンドアウトで数ページ書いたものも、私の微力を尽くしてかなり時間をかけて練りに練ったものでございまして、きょうの話とはまた違う切り口で情報データも残しておりますので、もしよろしければお持ち帰りいただいた後に、御家族や他の医療機関の皆様方とお読みいただいて、民間医療保険から脱退するよすがにさせていただければと思います。御指摘ありがとうございます。

## 【別掲】 当日会場配布資料

【健康保険制度は、国民ばかりでなく、

産業そのものを守っている】

安い日本の公的医療保険制度が国民の健康を守っていることは医師ならば誰もが知っているが、実は日本の産業そのものをも強力に守っていることをご存じだろうか。自動車会社や家電メーカー等の輸出競争力を支える「日本経済を支える医療」の実態をも重要な経済的事実の認識として知っておくべきだ。

一例をあげると、米のGMやフォードなどの自動車1台の製造原価における医療費コストは1500ドル（レートによるが約15万円）程度である。従業員雇用のための福利厚生費の一部として原価計算される。しかし、トヨタなどの国内自動車生産においては僅かに8千円程度だ。製造原価における日米での十数万円の差は、定価ベースでは約50万円もの価格差になるので、圧倒的な価格競争力をもたらす。日本の効率的な医療は輸出産業の価格競争にも大いに貢献しているのだ。

日本では医療費が安いために、国民が他の消費財を購入する余力も生まれ波及効果をも含み、内需をも支えていることは言うまでもない。円高ドル安で製造業が海外移転をする動きがある一方で、日本製の価格の割に品質の良さを再度みなおす動きが強まり、製造業の国内強化も進められているが、日本の公的医療による医療費の安さがそのインフラを力強く支えていることはもっと認識されて良からう。

安いばかりではなく日本医療は高品質であることも国際的に高く評価されている。近年のWorld Health Reportで最高ランクが続くことはご承知の通り。医療行為あたりの医療費は米の1/10ほどで、年30兆円余は先進国中の最低GDP比なのに、医療費財源問題が常に議論されるのは医療者とマスコミと政治家の説明不足としか言えない。

このように安くて高品質の日本の医療は高く評価されるべきなのに、診療報酬抑制で医療関係者が皆青息吐息なのは、日本のおかしな現実だ。我々は、

この現実を直視して、遠慮せず堂々と医療現場の待遇改善のための行動を取るべきだ。もちろんデモや遵法的診療等の行動の前には、マスコミや直接対話を通じて広く国民に真実を伝えなければならない。

## 【医師の苦労話は医療現場の改善に結びつかない】

ただ、国民への啓発には注意が必要だ。勤務医の過労と大変さは医療関係者には皆納得できる。しかし一般国民はそうは見ない。「医者だけが大変なんじゃない。医師免許のない私達はもっと大変だ。」というのが正直な本音なのである。これを理解しないと、国民と医療者との話がすれ違う。世間での経済不安は本当に強い。この10年で、国民の9割は経済的に青息吐息で苦しんでいるが、大企業は逆に未曾有の高収益が続いていることにも留意はしておくべきだが。

また、過当競争に苦しむ開業医に聞けば、かならず医者は多すぎると経営難を嘆く。医師どおしでもこのように話がすれ違うのである。勤務医が医者を増やせと叫んでも、開業医は同じ医療費のパイをさらに過剰な医師がシェア争いをする恐怖のシナリオを想像するから単純に同調できる訳がない。要は、国民全体が安心できる戦略が必要なのだ。

どうすれば日本の医療は適切な予算と執務環境を許容されるようになるのだろうか？ 人は誰でも、自分の直接的な損得に係わる問題についてはよく考える。だから、国民皆保険制度がいかに金銭的にも全国民にとって得かを伝えることが最もよいのではないだろうか。日本の公的医療保険制度が抑制されると大きな経済的損失かつ将来の不安要因になるかを、数字を挙げて縷々説明することが賢明な戦略だろう。そして、その次は行動しかなからう。

## 【日本と世界の保険の実態】

日本が世界に最も誇りうるのは、各地の世界遺産どころか、国民皆保険とその結果であるにもかかわらず、「公的医療保険はもう危ない」という危機感を煽り、商売をする企業群がある。民間企業による

## ■特別講演2

保険業界である。理解のために数値を単純化するので、EBMとして以下をじっくりお読みいただきたい。

日本の公的医療費が年間33兆円程度であることは、医療関係者の間でよく知られている。この医療費については一般市民もマスコミもそして医療関係者までもが「医療費亡国論」に踊らされてきた。そのうち約三分の一の10兆円程度が国民の支払う年間の公的医療保険料（＝健康保険料）である。この保険料も高すぎると言われ続けてきた。

しかし騙されてはいけない！！

年間に約10兆円の医療保険料が高すぎるとか、国を亡ぼすと言われるこの日本で、私企業である民間保険会社が集める保険料は、毎年50兆円にも及ぶ。保険金契約総額の間違ひではない。生命保険や医療保険そして物損保険などの年間保険料が日本では50兆円にもおよび、生命保険や医療保険など人保険と分類される保険がその9割を占めている。

年間50兆円という民間保険料は、保険金契約高3000兆円への日本国民の毎年の支払いであるが、世界中のGDP総額が3000兆円～5000兆円程度であることを考えると、この金額がいかに異常な状態であるか、日本人が将来の不安に対してどれほど盲目的に民間保険をかけているかを理解できる筈だ。

兆円という単位が続くと、それだけで頭が朦朧とする諸兄も多かるう。理解のために良い方法がある。日本という国を慎ましい一つの家族と考えて、GDPの500兆円を年収500万円と置き換えて想定していただきたい。そして上記の中での「世界」を「村」に、「兆円」をすべて「万円」と置き換えて再度お読み下されると、現実感を持って理解しやすくなる。

### 【私企業による生命保険や医療保険業界が

#### 日本を不健全にしている】

年間10万円の公的医療保険料を高すぎると不満を言っている年収500万円の一家が、年間50万円もの民間保険（生命保険と医療保険と損害保険等々を含

め）を支払っているアンバランスに気付かれたらどうか？

日本人は世界平均の数倍もの民間保険に入っている。だが、「民間保険亡国論」などは聞いたことがない。保険加入の動機が「不確定な不安に対する備え」ならば、日本は世界標準の何倍も不安な国なのだ。これで国家や政治が健全に機能していると言えるだろうか。

日本で営業する民間保険会社の上位数社は、1社あたり毎年数兆円もの保険料を得ている。破綻した米国のAIGなどは、その傘下企業により濡れ手に粟のような自社に得な保険を乱発して莫大な利益を上げているにもかかわらず、職員の高給と、投資と称する博打的放漫経営で倒産の危機に陥った。保険好きの日本の国民性（＝不安に対して、政府と政治を変えようとせず、自分の家族だけを保険で守ろうとする視野の狭さ！）に付け込んで私企業が売る保険を信じ続ける愚は、そろそろ脱せねばならない。

国の経済において300兆円程度の個人消費は過半を占める重要なセクターである。300兆円に対する年間50兆円もの民間保険料の半分でも個人消費に回せば、どれだけ景気改善に即効性があることか、経済に関心のある方々なら考えてみて欲しい。レジャー産業の総和も60兆円程度になると言われる。現状は、適切な情報を国民に開示せず不安と「万一のために念のため」という盲目的マインドコントロールによって、民間保険が内需を無駄に蚕食している不健全な状態だ。

日本人の過剰な不安は、OECD health data 2009に基づくConference Board of Canadaの資料<http://www.conferenceboard.ca/HCP/Details/Health.aspx#Indicators>等で一目瞭然である。日本の医療は、呼吸器疾患の治療にやや劣る以外はすべて最高ランクの治療成績で、総合治療成績はトップなのに日本人の健康満足度は最低ランク（＝不安）なのだから、この捻れは医療人がマスコミと政治家と国民に繰り返し粘り強く伝えなければならない。

# 日本の安い医療が独走状態

Health	Health Indicators										
	Life expectancy	Self-reported health status	Premature mortality	Mortality due to cancer	Mortality due to circulatory diseases	Mortality due to respiratory diseases	Mortality due to diabetes	Mortality due to musculo-skeletal system diseases	Mortality due to mental disorders	Infant mortality	Mortality due to medical mis-adventures
1 Japan	A	D	A	A	A	C	A	A	A	A	A
2 Switzerland	A	A	A	A	B	A	A	C	C	B	n.a.
3 Italy	A	B	A	B	D	A	B	B	B	B	C
4 Norway	A	A	A	B	B	B	A	B	C	A	A
5 Sweden	B	A	A	A	C	A	B	B	C	A	C
6 France	B	A	B	B	A	A	A	B	B	B	C
7 Finland	B	B	B	A	D	A	A	B	D	A	A
8 Germany	B	A	B	B	A	A	A	B	B	B	C
9 Australia	B	A	A	C	C	D	B	D	B	B	C
10 Canada	B	A	A	C	C	D	B	D	B	B	C
11 Netherlands	C	A	A	C	B	C	B	B	C	B	A
12 Austria	C	A	A	C	B	C	B	B	C	B	A
13 Ireland	C	A	A	B	B	B	A	B	C	A	A
14 U.K.	D	A	B	C	C	D	A	D	C	C	B
15 Denmark	D	A	B	C	C	D	A	D	C	C	B
16 U.S.	D	A	D	B	D	C	C	C	B	D	C

Note: Data are not available for Belgium. For the rest, data for the most recent year available were used. Source: The Conference Board of Canada.

OECD health data 2009 に基づくカンファレンス ボード オブ カナダの資料より

## 【医療費財源について医療界が叫ぶ

### 必要などない筈なのに

医療関係者が医療費不足を発言すると、しばしば「それでは財源をどうすれば良いのか？」と質される。しかし、これは本来政府が責任をもって配分すべき問題である。埋蔵金が何兆円あるとか、年間1兆円近くも余るといわれていた道路特定財源を医療費に充てよとか、消費税を値上げせよとか、たばこ税や酒税を回せと医療人が主張することはあまり賢明ではないように思う。そもそも税に用途を固定すること自体が本質的におかしい。税論議に巻き込まれるのは医療人にとって徒勞ではなかろうか。

## 【医療問題は保険を抜きにしては語れない】

読者は、医師不足や医療崩壊の話が、民間保険会社の経済の話になり、訝しく思うかもしれない。しかしこの状況の背景が、「医療費は少なければ少な

いほどよく、医師は1人でも少なければ良い。」という思いこみからであり、その根本原因は、「出来高制度で運営されている公的医療には無駄が多く、民間医療保険こそ効率的で高品質だ。」という誤った神話にあるので、民間保険の実態と、現状の公的健康保険制度の現実を知らなければ理解に至れない。日本の医療制度の将来のシナリオを最も左右する本質がここだ。

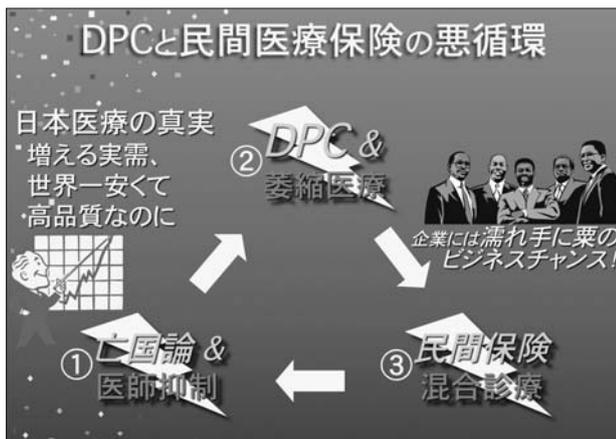
## 【社保庁を潰したら、それで良いのか？】

社会保険庁は、国民に大きな損失をもたらした。しかし、だからと言って民間に任せると上手く行くとの神話を信じると、遙かに大きな取り返しのつかない損失を日本にもたらす。

米医療保険を牛耳る保険会社の実態と、日本国内での保険会社の財務諸表をつぶさに見れば、いかに国民のためになっていないかがすぐに読み取れるの

に、マスコミも経済学者も黙っている。マスコミは宣伝広告費が欲しいから理解できないこともないが、日本の経済学者の大半が御用学者のように大人しいのは私には理解できぬ。学者の社会的責任を放棄しているとしか思えない。

市場原理による民間保険の反社会性と、無責任官僚（私も独法化したとはいえ、国立大学の官僚の端くれと見なされるので、ご同輩ご容赦を、、、）による公的保険のいずれを取るかの選択を迫られている我々であるが、ここはさらに昇華した良いものを再構築したいものである。情報の保存性と透明性と、そしてプライバシーに関せぬ限りの公開性を付加した、新しい公的保険制度への連続的改良（勇ましいだけの不連続変化は上手くゆかない）こそが、二木立先生のおっしゃる通り日本の国益と国民を守る。



### 【DPCは萎縮医療をもたらした】

勤務医の大半がご存じのようにDPCは萎縮医療の張本人である。諸外国でのDRG/PPSはいずれも高騰しすぎた医療費抑制のために導入された。しかし本当は日本にDPC導入の必然性は無い。DPCのもとでは「いかに医療行為を減らすか？」と経営姿勢を換えざるをえず、手間のかかるDPC対応のために病院は増員しかない。医事職員や診療情報管理士そして主治医など医療現場の手間ばかりが増える。またDPCならデータが集まるので経営分析ができると言うのは、大量のデータを病院から強制的に提出させているからに過ぎず、本当は経済バイアスの無い出来高制度で行う方がデータの精度・信頼

性ともに高いのが真実である。

### 【混合診療はやがて日本経済まで麻痺させる毒饅頭】

混合診療なら高度な診療が可能となり患者も満足で病院収益も改善するというのは間違いだ。真に良い治療法ならば公的医療保険に含むべきだし、国民が真に懸念する真つ当な高度先進医療は、すべてを含めても年間100億円以下だからである。この金額を全国の病院で分配したら経営改善するだろうか？

また、がん患者の一部が望んでいる混合診療のロジックは、社会保障を科学的・経済的かつ倫理的観点から医療を考えたときには、当該患者氏よりも貧困な階層への配慮を忘れた「蜘蛛の糸」のカンダタの願いのようなものと言わざるを得ない。当該患者には深く同情し心情的には理解できるが、その発言は私的保険会社を利するだけであり、ほとんどの国民にとっては将来の不幸の種である。



これ以上、診療報酬をDPCの萎縮医療で抑制し続け、混合診療しかないというプロパガンダを放置すれば、今後企業も家庭も、高度医療は私的医療保険での混合診療しかないと言われ洗脳される。

今、多くの保険会社が「公的医療保険が崩壊するので我が社の医療保険に！」あるいは「医療費の3割負担時代には私的保険が必須」と宣伝するが、これは正しい情報を与えずに国民を不安で騙すものである。断じてこの宣伝を放置してはならない。残念ながらマスコミは広告宣伝費というスポンサーバイアスのがめに民間医療保険の邪悪さを国民に知らせ

ることができない。それどころか、天下の大新聞の広告局が私的医療保険の特集企画を積極的に組んで広告費を集めているのだからなにをか言わんやである。

医療関係者は自らの家庭の私的医療保険の見直し・契約解除をするとともに、患者や国民に私的医療保険は無駄であることを広く周知をすべきである。高額医療費制度を知っておれば私的医療保険はまず不要なのを再び日本に住む者の常識として復活させなければならない。

### 【勤務医と開業医が対立してはならない】

勤務医の過労と労基法違反状態が叫ばれ、医師の絶対的不足が認識されるようになったことは本当に有難いことである。しかしここで改めて、我々は勤務医と開業医の対立という罠に陥らないようにしなければならない。厚労省の利権主義者や一部経済界の市場原理主義者達の思うつぼである。医療費総額1.5倍の要求と診療報酬単価の値上げは同時に必須だ。

勤務医が子弟の教育費支払いや老後の生活に困る事態が既に始まっている。開業医とて経営に苦しむ医師が半数を越えそうだ。医師が公的医療から逃げ出せば、多くの一般国民が苦しむこととなる。それは真っ当な医師の願いではなからう。今、私たち勤務医の責務は、開業医とも協力し、公的医療への税投入とDPC撤廃を主張し行動することである。

同様に、支持政党や自らの宗教の違いなどで対立することも、この問題に対する医療人の態度としてはお粗末に過ぎる。全ての医療人が、十分な情報を持ち、長期的な視野での判断をして、ともに協力しあう行動をとらねば末代に禍根を残す。共闘が最重要な今であると考える。

### 【石原の個人的つぶやき】

正直に申し上げると、私自身も2000年に日本医師会総合政策研究機構（日医総研）に招いていただき日本経済や医療制度の基礎を否応なしに勉強させて

いただくまで、医師の給与は決して高いものではないという現実以外に何も知らず、世間に流布する誤った医療経済情報や政策情報に毒されていた。

日本医師会では、三代に亘る日本医師会の幹部の先生方や日医総研の皆様からは本当に多くを学ばせていただいた。それこそ毎日のように目からウロコの日々。知れば知るほど、日本の医療人は物凄い成果を信じられないほどの低コストで実現している現実が目ざめ、それにも関わらずマスコミからは医療バッシングばかりが流れていたのに正義の憤怒が増大したものであった。以来、私が学んだり発見したことを、本日はまず医療人が知るべしとお伝え申し上げた。

政権が医療への理解を示したのも束の間、未曾有の不景気のために医療ばかりを優遇はできぬとばかりに、再び公的医療費抑制論や混合診療推進論が盛り返している。

多くの医療人は、自らの専門分野は医療・医学だから経済や政策のことはその専門家に任せようと、発言は少ない。しかし遠慮することはない、経済人や政治家が医療について積極的に発言していると同様に、医療人も経済や政策に関して積極的にかかわり発言し、行動すべきだ。こういうときにこそ、医療人自身が日本経済や世界経済のありのままを概観し、医療界から見た日本経済や産業政策に意見をしなければ、日本の医療や産業の政策は経済的観点のみから推し進められ国民目線の安全・安心が崩壊してしまう。既に諸兄が肌身に感じておられるのはそのためである。

いろいろな数値を冷静に見ると経済人の主張はしばしば危うい。日本の医療に肩入れすることなく分析しても、結論から言うと、日本の国民皆保険制度が今までの輸出競争力や内需などの産業競争力を支えてきた事実を正しく認識し、その充実つまり公的医療への公費投入を計り、ひいては医療関連産業を発展させることが日本経済の真の繁栄と国民の安心に寄与する。一部の医療関係者が今なおこだわる混合診療での医療機関経営は、経営改善効果が少ない

ばかりか、やがて日本自体を崩壊させる毒饅頭だ。

### 【謝辞】

長文をお読みいただいたことを深謝いたします。私が間違ったことをお伝えしているとお気づきになりましたらどうかご指摘ください。また、日頃お感じの医療や政治・経済に関する疑問点や不審につきまして私が何か改善のお手伝いをできますなら、幸いです。何なりと、ご遠慮なくご下命ください。

次期担当県挨拶

12:10~12:15

---

挨拶：富山県医師会長

岩 城 勝 英



### 挨拶

富山県医師会 会長 **岩城 勝 英**

皆さん、こんにちは。ただいま御紹介いただきました富山県医師会の岩城でございます。来年度、平成23年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を富山県が担当させていただくことになっておりますので、一言御挨拶を申し上げたいと思います。

まず、栃木県医師会の太田会長さんを初め役員、職員の皆様、さらに勤務医部会の先生方の大変な御労苦によりまして、このように立派な協議会が開催されましたことに対し、心から感謝申し上げますとともに、御礼を申し上げる次第でございます。

本連絡協議会は、昭和56年以降、各都道府県の持ち回りで開催されており、今回で31回目の会となっております。富山県の勤務医部会は、平成19年7月に全国で29番目に設立いたしました。このように伝統のある協議会を富山県で開催させていただきますことは大変光栄であるとともに、その重責に身の引き締まる思いでございます。

申すまでもございませんが、近年、医療を取り巻く環境の急速な変化や国民の権利意識の高揚が相まって、病院勤務医師の労働環境は悪化し、その疲弊は極限にあります。この問題は、我が国の低医療費政策が根本的要因ではありますが、新臨床研修医制度や若い医師の意識変化による医師偏在・診療科目の偏在も医療崩壊に拍車をかけていると思っております。

このように大変難しい問題が山積しておりますが、これを解決していくためには、勤務医と開業医が一つになって大きな力をつくり、国を動かすくらいの力を持たなければいけないと考えております。国民医療の向上のため、よりよい国民医療の提供のためにも、すべての医師の大同団結が必要な時期に来ているのではないのでしょうか。

ところで皆さん、富山県のことをどれくらい御存



じでしょうか。富山県は南北に延びる日本列島の中心、本州の中央北部に位置しております。東は新潟県と長野県、南は岐阜県、西は石川県に隣接しております。立山連峰を初めとする急峻な山々に囲まれ、豊かな海、富山湾を抱く富山県は、奈良時代に越中国司として赴任した大伴家持が歌に詠んだように、美しい自然に恵まれた地です。また、国宝・瑞龍寺など貴重な文化遺産も多く、独自の伝統文化を伝える世界遺産「五箇山合掌集落」、美しい農村集落「砺波平野の散居村」、哀調を帯びた胡弓の音色とともに3日3晩踊り明かす「越中八尾おわら風の盆」など、四季折々の祭や文化は今も人々の暮らしの中で生き続けております。ぜひ、富山の空気、水、食を味わっていただければと思います。

来年度の協議会は、平成23年10月29日土曜日に富山市の中心街にございますANAクラウンプラザホテルで開催いたします。できるだけ多くディスカッションができる場をつくりたいと考えております。メインテーマやプログラムにつきましては、現在準備会で検討中でございます。どうか来年も多くの先生方が富山県においでくださいますよう心からお待ち申し上げております。御紹介の方々、次期当番県と

## ■ 次期担当県挨拶

---

しての御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。

ランチオンセミナー

12:30~13:10

---

「新型インフルエンザ・総括」

講師：自治医科大学地域医療学センター 公衆衛生学部門教授

尾 身 茂

座長：栃木県医師会勤務医部会副部会長

関 口 忠 司



### 座 長

栃木県医師会勤務医部会副会長 **関 口 忠 司**

ただいまより、ランチョンセミナー「新型インフルエンザ・総括」を始めさせていただきます。講師は、自治医科大学地域医療学センター公衆衛生学部門教授であり、日本政府新型インフルエンザ対策本部専門家諮問委員会委員長を務められました尾身茂先生をお願いいたします。

尾身先生の御紹介は、会誌の略歴をもってかえさせていただきます。それでは、尾身先生、よろしくをお願いいたします。



### 講 師

自治医科大学地域医療学センター 公衆衛生学部門教授 **尾 身 茂**

皆さん、こんにちは。御紹介いただきました尾身でございます。今回このような形でランチョンにお招きいただきまして、心よりお礼を申し上げます。時間も限られていますので、早速本題に入らせていただきたいと思います。

#### 今日のテーマ

#### 【新型インフルエンザ総括】

これは釈迦に説法ですが、グローバルに見ると平均1つの新しい感染症が出てきています。



人畜共通感染症ということで、鳥インフルエンザもそうですし、SARSもそうです。こういう文明のあり方が続いている以上、これからも感染症は生活習慣病と同様に大きな課題だということは間違いのないと思います。

これは皆さん御存じのように、こういうことで、

新興感染症の出現

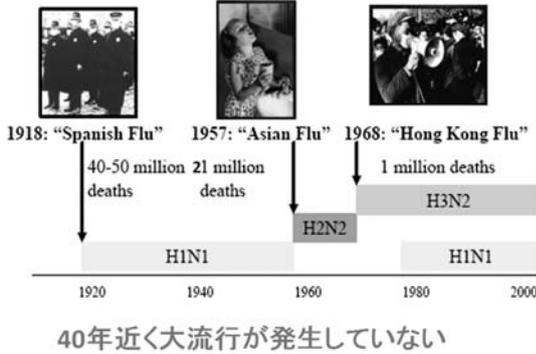
年	病気	自然宿主 (疑いも含む)
1957	アルゼンチン出血熱	マウス
1959	中ヒア出血熱	マウス
1967	マールブルク病	マウス
1969	ラッサ病	マストネズ
1969	急性出血性結核炎	
1976	エボラ出血熱	チンパンジー
1977	右遷軍人病	
1980	ヒトT細胞白血病	
1981	AIDS	
1982	ライム病	
1982	腸管出血性大腸菌	
1985	牛海綿状脳症	羊
1986	C型肝炎	
1988	C型肝炎	
1991	ベネズエラ出血熱	ラット
1993	ハンタウイルス肺症候群	シカネズミ
1994	ヘンドラウイルス病	オオコウモリ
1994	ブラジル出血熱	
1995	O型肝炎	
1997	鳥インフルエンザ	鳥
1998	ニッパウイルス	オオコウモリ
1999	西ニール病	鳥
2000	新型アレン病	ラット
2003	SARS	ハウドジシ

近年を見ても、年間平均1つの新しい感染症が出現している。

しかも、多くは人獣共通感染症である。

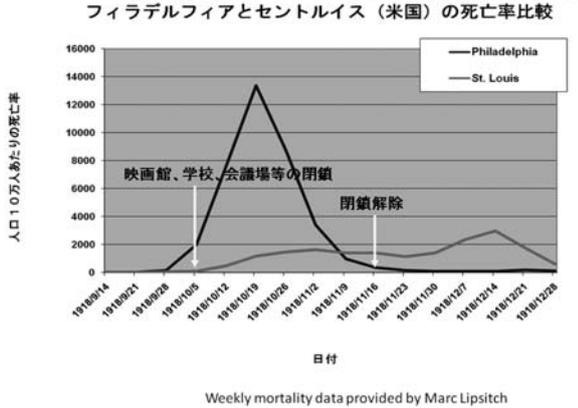
(山内一也「キラーウイルス感染症」双葉社より抜粋)

20世紀に発生した大流行と流行したウィルス



またインフルエンザが来るのではないかと思います。

1918年のスペインインフルエンザにおけるフィラデルフィアとセントルイス（米国）の死亡率比較

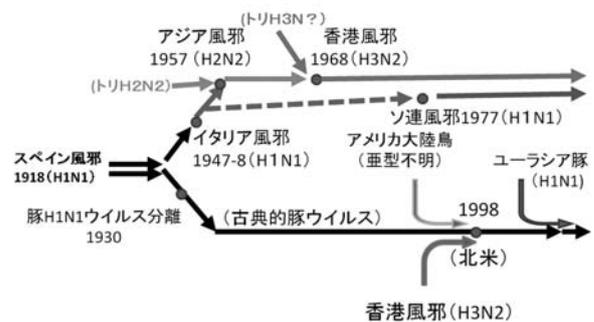


実は私がまだWHOにいるころ、私はWHO20年間の生活の最後の年に日本を2度訪問する機会がありました。今回の豚由来の新型インフルエンザが発症するちょうど1年前ですが、2つの県をたまたま訪問する機会がありました。1つは大阪です。もう一つは兵庫です。大阪では、最近大変有名な橋下知

事にお会いしました。両知事が、新型インフルエンザが起きたら何をやればいいのかということで、WHOとして意見を述べろということでした。知事は大変お忙しいので、たくさんスライドをお見せしても余り意味がないと思って、このスライドだけをお見せしました。

これは、1918年のスペイン風邪におけるアメリカの2つの都市です。青がフィラデルフィア、赤がセントルイスという2つの都市で、1918年のスペイン風邪に対する対応が全く異なったのです。フィラデルフィアのほうは、市長さんが学校閉鎖や集会の制限などをすると人権の侵害やマスコミから批判されることを多分懸念したのだと思います。何もやらなかったわけです。もう一方のセントルイスのほうは、いわゆる公衆衛生学的な対策を果敢にとってくれたということで、明らかに死亡率が違った。この2つを、兵庫県と大阪府の知事にたまたまお見せしました。不思議な事に我が国では、この2つの県で、今回の新型インフルエンザ大流行が初めて報告されました。

今回の新型インフルエンザ not "1918 again" but "1918 continued" 輪廻



今回の新型インフルエンザは、無から出てきたわけではございませんで、実は、スペイン風邪とも関係しています。スペイン風邪は1918年に起きてこれがかかなり下火になり、それが2つの系統に分かれました。上が人だけに感染する系統、もう一つは豚だけに感染する系統です。スペイン風邪の人に感染する系統のほうは、余り一般には知られておりませんが、1947~1948年ごろにかなり抗原をつくる性質が

変わりましてイタリア風邪ができました。しかし、それはまだスペイン風邪と同じようにH1N1です。

イタリア風邪のH1N1は下火になりました。下火になったのですが、鳥のH2と合体してアジア風邪のH2N2ができて、さらに鳥のH3が合体してH3N2という型ができて、これがいわゆる現在の季節性インフルエンザの香港型であります。

その後、H1N1は下火になって30年間全くなくて、イタリア風邪から約30年後の1977年にソビエトで報告されてソ連風邪ということでありました。ソ連風邪のウイルスとイタリア風邪でできたH1N1は、遺伝子的に塩基配列がほとんど一緒です。皆さん御承知のように、インフルエンザというのはRNAウイルスですので、非常に変異が激しいにもかかわらず、30年たって全く変わっていません。これについてはいろいろな仮説があります。ある1つの仮説としては、冷凍していたインフルエンザのウイルスがここにきて解凍されて何か事故が起きたということを言う人もありますが、それについては確証はありません。

ただ、大事なことは、ここで起きたソ連風邪のH1N1、今回の豚由来のインフルエンザもH1N1ですが、ここにおられる先生方は恐らくみんな20歳以上でしょうから、ほとんどの先生方はこのH1N1ソ連風邪にかかっております。これがもう一つの季節性インフルエンザです。

スペイン風邪の豚のほうはずっと静かだったので、ここでアメリカ大陸の鳥と香港風邪が合体し

て、さらにユーラシア大陸の豚のH1N1が合体して、急に去年メキシコで発生したと思いますが、人に感染するようになったのが今回の豚由来の新型インフルエンザで、全く新しいものというよりも、スペイン風邪等々の遠い子孫に当たると考えればいいと思います。

結果的には、ここにおられる先生方を含め多くの医療関係者の御努力だったと思いますが、今回の新型インフルエンザによる人口10万人当たりの死亡率は、圧倒的に日本はけた違いに少なかった。

アメリカは、少し少なく書いてありますが亡くなった人が非公式で1万人以上だと言われていますが、日本はたった202人です。そういうことで、今回の場合はさまざまな問題があつて、先生方を含め地元の保健所の方、医師会の方、学校の方に多大な負担がかかったということはあつたと思いますが、そういう皆さんの御努力で、結果的には日本の死亡率が物すごく少なかったことは間違いありません。

結論から申し上げますと、日本の場合にはやや過剰に対策がいった、やり過ぎというところがあつたと思いますが、結果的には死亡率が低かった。アメリカの場合には、逆にやり足りなすぎて死亡者が出たというのが現実だと思います。

## 何故日本は

- 死亡率が低いのか？
- この質問に答える為、誰が感染したのか？

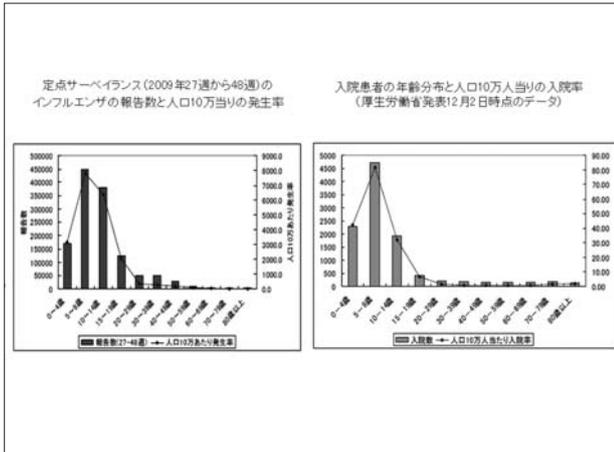
なぜ日本の死亡率が低いのか。これを答えるのはそう簡単ではありません。

東北大学の押谷教授グループが以下のように推論しています。

この質問に答えるためには、今回一体だれが感染

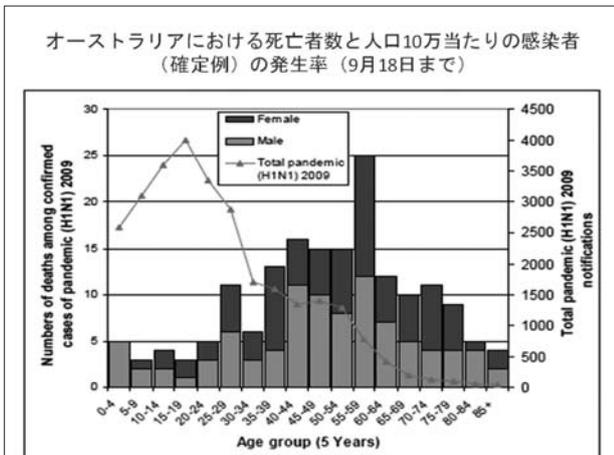
各国の新型インフルエンザ A/H1N1 の重症度の比較のデータ  
(2009年11月6日時点)

	入院数	入院患者発生率 (人口10万当り)	年齢の中間値	軽症の割合	死亡数	死亡率 (人口10万当り)
北半球						
カナダ	1,999	5.8	24	5	95	2.8
日本	3,746	2.9	8	0.3	35	0.2
イギリス	—	—	15-24	7.5	135	2.2
メキシコ	10,337	9.3	—	—	328	2.9
アメリカ	9,079	3	21	7	1,004	3.3
南半球						
南アフリカ	—	—	—	—	91	1.8
アルゼンチン	9,974	24.5	20	—	593	14.6
オーストラリア	4,844	22.5	31	6	186	8.6
ブラジル	17,219	8.8	26	8.3	1,368	7
チリ	1,852	10.8	32	2.4	140	8.1
ニュージーランド	1,001	23.3	20-29	6.5	19	4.4



したのが大事だと思います。きょうは時間の関係で一部しか示しませんが、感染した人がどういう年齢グループに多いかという、少ないところが20歳以上です。日本の場合には、ここにおられる先生方を含めて20歳以上の人に、今回はほとんど感染が行きませんでした。中学生などの学童に感染が集中したということです。

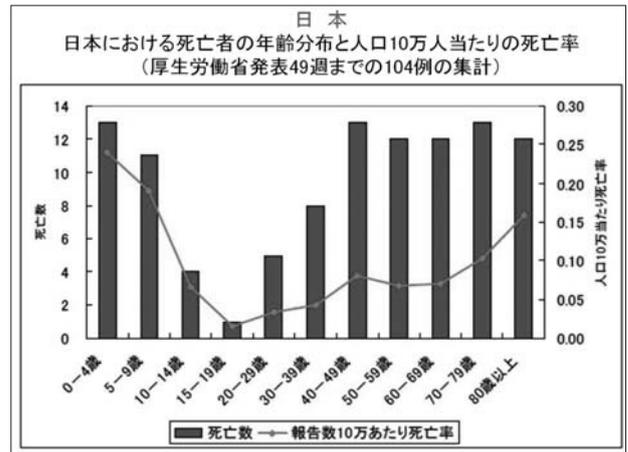
これを欧米諸国と比べると、日本は非常に特徴的



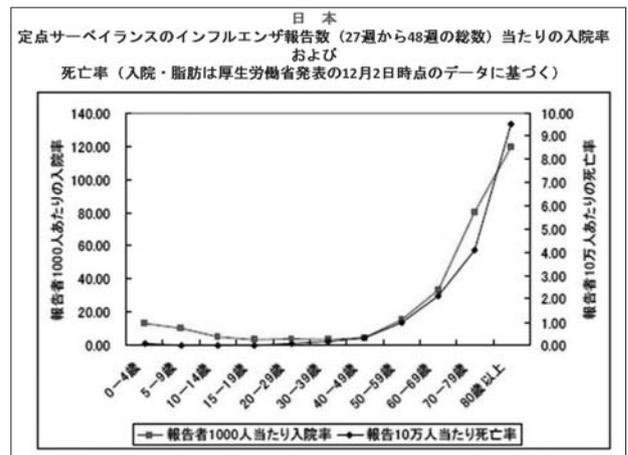
死亡も若年者に集中するか？

であります。折れ線グラフのほうを見ていただくとわかります。オーストラリアの例でも確かに学童が多いですが、20歳以上の成人も日本のように減っているわけではなくて、かなり感染が行っています。今はオーストラリアしか見せませんが、イギリスなど他の欧米の諸国でもオーストラリアと同じようなパターンで、20歳以上の成人にもかなりの感染が行っています。これが日本と圧倒的に違うところがございます。

日本の場合には感染が学童に集中したわけです。そうすると、死亡者も学童に集中するかというお話だと思います。



これは死亡した人を年齢別に分けてあります。緑の棒グラフが実数ですから、緑を見ていただくとわかります。一番感染した学童のところは死亡の絶対数としては少なくて、20代以上の我々の年代のほうに圧倒的に死亡者が多かった。もちろん乳児も多かったということで、両極に分かれるということです。



感染した人の数が年齢別にわかって、死亡した絶対数も年齢別にわかったということになれば、分母が感染した人、分子が死亡した人で、致死率が当然わかります。

致死率がこれです。赤ではなくて青いほうを見てください。先生方御想像のとおり、致死率に関して言えば、圧倒的に年齢が高くなればなるほどふえた。致死率といっても、健康な成人はほとんど亡くなってなくて、亡くなった人は基礎疾患のある人たちであります。

**日本のこれまでの罹患率・死亡率のまとめ**

	罹患率	致死率
0-4歳	中程度	低い
5-14歳	非常に高い	非常に低い
15-19歳	中程度	非常に低い
20-39歳	低い	低い
40-59歳	低い	高い
60歳以上	非常に低い	非常に高い

今までのお話をまとめれば、日本の場合は、かかった人は学童に多かった。致死率については、40、50、60歳以上の成人そして高齢者に多かったということがわかります。ほかの国は、感染がもっとこちらのほうにも続いていたわけです。これが日本の感染の疫学像の最大の特徴だったと思います。

**何故**  
死亡率が低いのか？

**答え：**  
1： 感染が主に若年者に集中した  
2： 致死率の高い40歳以上の成人の感染が、比較的少なかった

**何故？**

そこまで来ると、なぜ死亡率が低いのかというのは大体答えが出てきたと思います。

つまり、答えは、感染が主に20歳以下の学童児に集中して、致死率の高い40歳以上の成人への感染がかなり抑えられていたというのが、今回の致死率の低い答えだと思います。

**答 え**

- 医師会の先生方をはじめ、保健医療関係者の献身的な努力  
例) 抗ウイルス剤の早期投与  
(菅谷憲夫医師の研究: 入院した子供の解析: 667名の小児: 89%が発症2日以内に投与)
- 広範囲な学校閉鎖
- 一般市民の高い健康意識

答えのさらに答えは何かというと、サイエンスとして定量的にどのファクターが一番効いたかは、今のところ難しいし、これからもなかなか難しいと思いますが、私は3つのファクターがあったと思います。

きょうおられる先生方を初め、特に現場の医療関係者の御努力がまずあったと思います。最近発表された例ですが、入院した子供や発症した子供に抗ウイルス剤のタミフルが投与されるまでの期間がほかの国に比べて圧倒的に短かった。あるいはさまざまな診断治療が速やかに行われた。タミフルが高率に行ったというような現場の先生方の御努力がまずあったことは間違いないと思います。

2番目は、先ほどのフィラデルフィアとセントルイスのところで示しましたが、日本の場合には、特に初期に、ある意味では少しやり過ぎというくらいはかなり広範な学校閉鎖が行われました。私も政府の委員として学校閉鎖だけはかなり強く提言しました。なぜかといいますと、今までの歴史的な経験で、学校というセッティングがインフルエンザウイルスにとって最も好都合な場所であり、学校の児童を通して感染が広がるということがわかっておりました。学校閉鎖をした場合に、学校というセッティングから地域への感染の広がりをかなり防止できるこ

ともわかっておりました。アメリカの場合などは、学校閉鎖をほとんどしなかったために、感染があったという間に一般の地域に広がったと思います。一般の地域に行けば、当然、妊婦の方、糖尿病の方、腎疾患の方もおられるので、そういう人が多く亡くなった。ところが、日本の場合にはかなり学校閉鎖をしたために、今お示しましたように、感染が一般の成人に比較的行かなかったということがあったと思います。

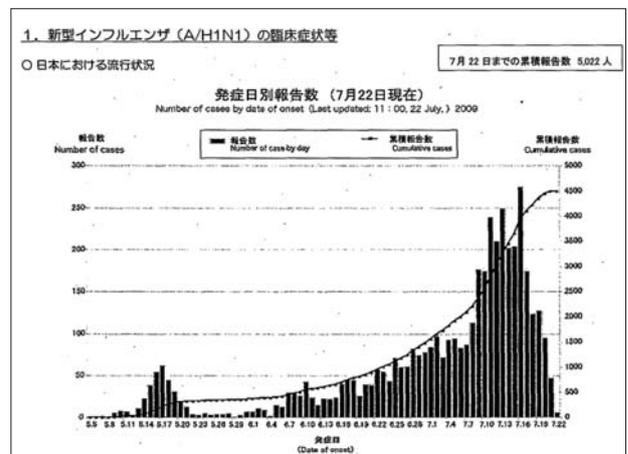
3つ目は、一般市民の健康意識です。幼稚園などでも、二、三分かかるハッピーバースデーの歌が終わるまで手を洗うというように徹底してやった国は、日本の他に恐らくほかにはないと思います。先生方の御努力と学校関係者の御努力と一般市民の高い健康意識という3つがそれぞれ関与したと思います。どれが何%かというのは、恐らく難しくても言えないと思いますが、それぞれが関与したと思います。

今回の新型インフルエンザ対策の  
主要目的である  
重症化・死亡化防止という点では、  
  
一応、目標は達成

余りマスコミなどには知られていませんが、社会学的な観点からいくと、今回の新型インフルエンザの最大の特徴は、2003年にSARSが征圧されて、SARSが征圧された数カ月後に鳥インフルエンザのH5N1が同じアジアから猛威を奮いました。2004年の初頭からの鳥インフルエンザのH5N1は非常に抗病原性で、あの鳥インフルエンザが人から人へ感染が起きてしまうと非常に致死率が高いので大変だということ、この数年間、日本を含めて国際社会は、インフルエンザの大流行が起きるといって、タ

ミフルの備蓄やワクチンの開発・製造等、数年にわたって準備してきたわけですから、今までの人類の感染症の歴史の中で、こんなふうに数年にわたって、ある病気が来るぞ来るぞといって来たことは一度もないのです。これは人類感染症史上の最大の特徴であります。

したがって、今回は準備したのですから、当然、準備をしない場合よりも結果がよくないと準備をした意味がありません。今回、水際で感染を抑えることは無理ですし、感染が国内に始まったら感染拡大を防止することは無理ですので、重症化・死亡化をなるべく最低限に抑えることが最大の目標であると我々は政府に申し上げました。その意味では、先生方の御努力のおかげで目標は達成したと言っていいと思います。



これからの宿題をやらせていただきます。実はこれが、最初の兵庫と大阪の高校生であった山です。一度は下火になりましたが、最終的には大きな山がきて、日本人の多くの人が感染しました。大阪、兵庫の流行の初期には、だれからだれに感染したか、いわゆる疫学的なリンクージュがはっきりしていました。また、最初は高校生などの若い年齢層に限られています。だんだん年齢層の幅が広がって、だれからだれに感染したかがなかなか追えなくなっています。学校閉鎖したことでかなり感染が抑えられたが、少しは地域にはみ出してきます。これはみ出したものがだんだん地域に広がったと最初に私どもは思っていました。

ところが、ことしになって、感染研が中心となり、今まで発症したウイルスが同定している人たちをつぶさに1例1例見ていったら、第一の山を起こしたウイルスは、制圧された可能性があります。これから何万と感染者が出ましたが、最初の神戸、大阪で原因したウイルスは、その後は、他の地域で一例も見つかっていないのです。ということは、あのウイルス自体は征圧された可能性があります。

では、その後の感染例はどうして起きたかというところ、ウイルス学的にすべてをやっていると、ほかの感染は、同じH1N1ですが、また別の系統がどこかの飛行場から、時間を少し分け、場所を分けて入ってきたということです。最初のウイルスとは全く違うウイルスが来たということです。ここの部分だけを言えば、ある程度この時点では征圧された。特に、神戸や兵庫の保健関係者、学校関係者、先生方の努力です。一つのインフルエンザを征圧するということは今まで余りなかったのです。もちろん後から別の系統のウイルスが入ってきましたが。そのくらい日本の公衆衛生、先生方の御努力はすばらしかったということだと思います。

## 総括における基本的考え方

**議論1:** 与えられた条件・状況など現実の制約の中で採られた政策・方針などが妥当であったか。また、適切かつ迅速に実行されたか。

**議論2:** 与えられた条件・状況それ自身に問題があるか。次回のパンデミックに備え改善の余地があるか。

結果的には死亡者が少なかったが、一番理想的な（対策の量）より今回はある程度過剰にやったと思います。ですから、大変な負担が先生方にかかったと思います。次回はなるべく（過剰の幅）を減らす。しかし、絶対に避けなくてはいけないのは過少です。過少をやれば、アメリカのように死亡者が出ます。ですが、なるべく（幅）を減らすことが大事になる

という意味で、いろいろな反省、総括が必要だったと思います。

今回さまざまな議論がありましたが、2つの議論がややこんがらがってしまったために、何が問題なのか当初はわからなかったと思うので、議論を分けたほうが良いと思います。

つまり、1つの議論は、与えられた条件や状況の中という現実の制約の中でとられた政策方針などが妥当であったか、あるいは適切に実行に移されたかという議論と、もう一つは、与えられた条件そのものに問題があって、次回にはその与えられた条件を変えなくては行けないかという議論は明らかに別です。

与えられた条件にはさまざまありますが、例としては、今回の日本の場合には、ワクチンで優先順位をつけなければいけません。この理由は、与えられた条件、つまり日本のワクチンの製造能力が圧倒的に低かったということです。発展途上国並みというか、そういうところまで日本の国内におけるワクチン生産能力が落ちているわけです。どんなに頑張っても、国民全部に行き渡るほど生産できないのです。そういう条件の中で、ある程度優先順位を決めるということが正しかったかどうかということ、将来ワクチンの生産能力を高めようではないかという議論はそもそも別です。この議論をはっきり分けてやる必要があると思います。

今ワクチンの話をしましたが、実は水際作戦もそうです。御承知のない先生方がおられるかもしれませんが、ので申し上げておきますと、あの水際作戦は、今回の新型インフルエンザの感染が去年4月に起こる前に既に行動計画はできていて、行動計画の中ではああいう高病原性のことしか想定していなかったから、新型インフルエンザといったらああいうふうにはへビーにやることしか想定されていなかったのです。それ以外の、病原性が低かったりする状況の場合にはあれほどやらなくていい。では、どの程度やるのか、やらないのかということは、具体的には記載されていなかったのです。ですから、厚生労働大

## 直面した主要な問題点

1. 水際作戦について
  - (1) 新型インフルエンザの判断は妥当であったか？
  - (2) 状況の変化に応じた適切な“政策転換”が行われたか？
  - (3) “水際作戦”が有効であったか？
2. 学校閉鎖について（保護者の勤務）
3. 医療体制について
  - (1) リスクコミュニケーションの問題
  - (2) 地方自治体と国の役割
  - (3) 意思決定
4. ワクチンについて
  - (1) 輸入について
  - (2) 10ml, 1ml
  - (3) 接種回数、接種順位
5. 情報分析について
6. リスクコミュニケーションについて

臣が新型インフルエンザと去年の4月のときにボタンを押したら、ああいうことになっていたということです。次回は、行動計画にもう少しいろいろな場合に備えて状況を書いておかななくてはならないということです。

さまざまな問題、反省点があったと思います。今言った水際作戦、学校閉鎖、医療供給体制。これは初期には措置入院ということで、先生方に大変負担がかかったし、措置入院を解除するということは蔓延になったということを経験することで、政府の中でこの動きをとることが非常に難しい部分がありました。

それから、ワクチンについては、10ml、摂取回数などさまざまな問題がありましたが、時間の関係で幾つかだけに見てみたいと思います。

## 10ml or 1ml

### 実態

- 10mlにした、理由の一つは、製造効率：早く、多く製造、市場に出回る
- 1ML：使用しやすいので併用
- とところが、このmessageなかなか伝わらず

### 教訓

- ある程度、混乱の予想されるときは、あらかじめ正確な情報伝達（risk communication）

例えば、1つの反省点は、先生方など実際に臨床の現場の方々から、国はなぜ10mlなどという使い勝手の悪いものになったか？1mlでいいではないか

というお話があったと思うし、私どもにもそのお話は聞こえてきました。我々も10mlは使い勝手が悪いことは十分認識していましたが、実は10mlを最初にまぜた理由は、使い勝手という話ではございませんで、去年の段階では、感染がどんどん広がっているのに、まだワクチンができていないわけです。ワクチンが手に入っていない。ワクチンが早く市場に回ってほしいという状況の中で、ワクチンをつくるメーカー側の事情で、10mlのバイアルをつくったほうが3週間早くマーケットに出回って一般の人に届くという製造能率だったです。しかし、当然、1mlのほうが使用しやすいということで、半分半分にしたというのが実際の理由であります。ところが、残念なことに、そういうことだということが政府からマスコミを通してなかなかメッセージが伝わらなかった。リスクコミュニケーションのあり方について、今回、国レベルでも反省することがさまざまあったと思います。最も大きく学んだことは、コミュニケーションが非常にうまくいかなかったことだと思っています。

## 健康な成人200人に対する臨床試験の結果

Kitasato	標準量 (15 μg)	倍量 (30 μg)
抗体陽転率 (seroconversion)	75%	88%
抗体保有率 (seroprotection)	78%	88%
変化率	14.5	35.0

### インフルエンザワクチンの有効性の国際的な評価基準

参考：EMA評価基準 (HI抗体価)

18-60歳 以下の3つのうち少なくとも一つを満たすこと

- ① 抗体陽転率 「HI抗体価が接種前に<10倍かつ接種後40倍以上」または「HI抗体価の変化率が4倍以上」の割合 >40%
- ② 抗体変化率 幾何平均抗体価 (GMT) の接種前後の増加倍率 >2.5倍
- ③ 抗体保有率 HI抗体価40倍以上の割合 >70%

2番目の問題です。乳児や妊婦の人を初め、1回接種でいいか、2回接種でいいか何回も国が態度を変えたことで混乱があり、御迷惑がかかったと思いますが、一体なぜそんなことが起きたのかということです。実はワクチンを1回にするか2回にするかというのは、当然そのパンデミックの都度、健康な成人ボランティアの人に対して臨床試験を行って、その臨床試験での抗体の上がり方を見て決めるわけ

です。

ところで、鳥インフルエンザのH5N1というのは全く新しいウイルスですので、このウイルスに対するワクチンの臨床試験では、1回ではほとんど低空飛行で、抗体の上昇は、大変悪かったので、今回の新型インフルエンザについても、世界のウイルス免疫学者の専門家のほとんどは、新型なので2回接種が必要だろうと思っておりました。そして、臨床試験が日本でも行われ、アメリカでも行われ、その他でも行われましたが、図のような結果でした。臨床試験をやるときの国際的な診断基準が既にできております。例えば、抗体陽転率は40%以上、抗体変化率は2.5倍以上、抗体保有率が70%以上に1回でいけば、それでオーケーです。インフルエンザワクチンは長い歴史がありますので、1回目で、その基準をクリアしなければ2回やるということが国際基準として確立されておりました。

これは北里研究所で生産されたワクチンに対する臨床検査の結果です。赤と赤が対応しています。抗体陽転率は、1回目で40%のところを75%行っちゃって、抗体保有率も70%のところを78%、変化率も2.5倍行けばいいのが14.5倍ということで、世界の科学者の期待をいい意味で裏切るほどの抗体の上昇があったわけです。何か基礎免疫のようなものがないと、普通はこんなに上がることはないのです。

**1回 or 2回なぜ、起きたか**

**一回接種で十分とした判断の根拠:**

- 1: 一回接種でこれだけ、良好な免疫反応: 何らかの基礎免疫があると考えるのが普通
- 2: すでに多くの方がソ連型H1N1に罹患しているが、細胞性免疫に関係する抗原基についてはソ連型と新型で共通部分がある、事が判明
- 3: 妊婦についても、インフルエンザワクチンに対する反応は健康な成人と変わらない事が過去の経験で分かっていた
- 4: したがって、ワクチンの回数としては季節性と同等と考えて差し支えない:  
一回接種は国際的"コンセンサス" ( WHO, アメリカ等)
- 5: 全てのカテゴリー(妊婦、糖尿病、ぜんそく、がんetc) に、臨床試験を実施するのは、危機管理の実際的ではない

**別の考え:**

健康な成人に対する検査結果を妊婦にも、適用するのは、科学的ではない  
専門家の判断が100%正しいという保証は無い、じっくり、検査すべきだ

↓

妊婦に試験⇒一般の成人と同じ

我々はこの結果を見て、これは1回でいいだろうと政府に提言しました。妊婦の方も同様であります。なぜ1回でいいと我々が判断したかということ、1回

接種でこれだけ良好で、本当に一発で行ってしまうというのは、何か基礎免疫があると考えるのが普通であります。ここをどう解釈するか学者の間で分かれています。先ほどソ連風邪がありました。ソ連風邪は皆さんほとんどかかっていますが、ソ連風邪と今回の新型インフルエンザは細胞性免疫に関与する。T-cellの抗原基が70%くらい共通です。今回の新型インフルエンザとソ連風邪では、そういうことが関係あるのではないかと知っている人もいます。

それから、最も大事なことは、今回は妊婦についてはもちろん臨床検査をやっていないわけです。ですが、私どもは妊婦についても1回でいいと判断しました。その根拠は、妊婦についても、今までの長いインフルエンザワクチンの臨床検査の結果の蓄積から、妊婦においても、インフルエンザワクチンに対する抗体の上がり方は、健康な成人と全く一緒であることが経験的にわかっておりました。そのようなことで、アメリカやWHOも、先ほどいったような臨床検査の結果、妊婦も含めて今回は1回でいいだろうとなりました。

もう一つは、さまざまな疾患があります。妊婦は疾患とは言いませんが、腎疾患、糖尿病、ぜんそく、がん、白血病などのすべてのカテゴリーに臨床試験をすることは、現実的ではありません。そんなことをしたら臨床検査だけで時間をとってしまいます。しかし、そうはいつでも、別の考えがありまして、健康な成人に対する検査を妊婦に適用するのは科学的ではない、あるいは我々のこういう判断も100%正しいという保証はないから、もうちょっと待ったほうがいいのかということで、1回の提案が厚生労働省により却下されて2回ということになりました。

このため、2つの検査がさらに行われました。普通は妊婦の検査はやらないのですが、妊婦の人にもボランティアを募ってやっていただきました。先ほどの第1回目には200人のボランティアがいました。1回であれだけ上がってしまったのですが、念のため2回目も接種して抗体の上がり方を調べました。結

果は、健康なボランティアの人の2回目は、我々の想像どおり1回で限界まで行ってしまっていますから2回やってももう上がらないのです。200人のうち何人かは抗体の値が下がる人もいるくらいで、前回の結果は同じでした。また、妊婦に対しても臨床検査をやりましたが、健康な人と同じように1回目で十分クリアというデータが出たので、政府もわかったということでもた1回に戻ったわけです。

### 1回 or 2回なぜ、起きたか

#### 背景及び教訓

##### 背景:

- ・政権交代直後の為、政治家と官僚群との関係: 試行錯誤
- ・evidenceと判断の混同

##### 教訓:

- ・医療関係者、地方自治体、専門家、官僚等による技術的議論の後、より速やかな最終的政治的判断がなされる仕組みの構築

なぜこういうことが起きたかという、今回は、このインフルエンザパンデミックが政権交代のど真ん中に起きたということで、やや政治家と官僚部との関係が試行錯誤したことと、エビデンスと判断の混同があったことです。医療関係者、専門科、官僚等が技術的な議論を合理的に行い、速やかに政治的判断を求める仕組みの構築が必要と思います。

今回は、パンデミックの水際作戦が言われていますが、先ほど言ったように水際作戦は既に行動計画ができてしまっていて、私ども政府の新型インフルエンザ専門家諮問委員会の仕事はあのヘビーな水際作戦をいかに、ソフトランディングさせるかということでした。いずれにしても、パンデミックが始まったときは、感染力とか致死率などは始まった初期にはわからないわけです。わからないから、最初是最悪のシナリオを想定して、やや結果的には過剰になるくらいやらないと、厚生省や国、医師会の先生方など国民の健康に責任を持つ立場の者としては責任を負えないわけです。初期には最悪の状態を想定して、やり過ぎでもいいからやるという覚悟がない

### 主な提言

- 1: パンデミックの初期には、致死率、感染力等、疫学情報が不確定あるいは極めて限られているので、いわば最悪のシナリオを想定して対策を採らなければならないということを、国民全体に理解してもらう必要がある。
- 2: 既にパンデミックが始まる前に作成されていた“行動計画”の見直しが必要である。感染力を縦軸に、致死率、入院率、病原性等ヘルスインプクトを横軸にしたいくつかのマトリクスを作り、それぞれのカテゴリーに対し、検疫・医療体制・学校閉鎖等の対策を、大まかにあらかじめ議論しておくことが重要である。感染状況が明確になった時点での対策を考える際の参考になる。

### 主な提言

- 3: 医療関係者、専門家、官僚等が技術的な議論を合理的に行い、速やかに政治的判断を求める仕組みの構築が必要となろう。またそのためには人材育成を含め、国の疫学情報分析能力の強化が求められる。
- 4: 国と地方自治体の役割分担、権限移譲についても、上記2のカテゴリーに則し、あらかじめ国と地方自治体において議論しておく必要がある。
- 5: より有効なリスクコミュニケーションの方法の確立に向けて、国、地方自治体、マスコミ関係者が活発な議論を始める必要がある。

とだめだということが、まず1つです。

しかし、時間がたていきましたと感染力や致死率などがだんだんわかってきますので、段々とレベルを下げる、このくらいの感染力なら水際はやらなくてもいい、やるのならどの程度、学校閉鎖はこのくらいということはある程度大まかに考えておけばいい。そうすればそうやってあわてなくて済むということです。

最終的には、感染症対策というのは、医療問題でテクニカルな問題であると同時に、いろいろな社会的、政治的、経済的なインパクトがありますから、政治的な判断を最終的には仰がざるを得ない。その意味では、早いうちに医師会の先生なども含めて技術的な判断をじっくりして、政治家に早く判断を仰ぐというシステムが必要です。今のところ日本にはそういうシステムがないので、そのシステムをつくることだと思います。

措置入院を早く解除するといったことは地方自治

体の状況に任せてやってくれということも、国の政策の中には一部書いてあるのですが、なかなかそれが伝わっていません。国と地方自治体の間で、こういう感染症の場合に、どこまでが国の役割、どこまでが地方の役割、どこまで地方に権限があるかということがほとんど明示的に議論されていないのです。リソースのある大きな県はやるけれども、そうではない県はやらないということが起きるので、あらかじめ、どういう場合には国がやり、どこまでは地方に任せるということをオープンに議論しておいたほうがいいと思います。

最後になりますが、リスクコミュニケーションです。もっとしっかりわかりやすく国民に情報を伝えれば、かなりの部分の誤解や不要な不安は解けたと思いますが、情報を出すほうの限界もあるし、また、マスコミでも、最初からこのようなメッセージをやりたいということもあったりして、リスクコミュニケーションがなかなかうまく伝わらない。この分野は明らかにこれからの我々の課題だと思います。

最後に、ことしの冬はどうなるかです。インフルエンザというのは常に専門家の期待を裏切るくらい、非常にしたたかなウイルスです。そうはいっても専門家としてどう思うかと言われれば、2つの可能性があると思います。

1つの可能性です。ニュージーランドでは第二波が来ているのです。2回目があると、プレッシャーがかかりますから普通はウイルス自体変異して生存しようとするので、抗原性が少しは変わってくるのですが、今回は今のところ変わっていないのです。ちょっと不思議な感じがするのですが。1つのシナリオは、この前と同じ生物学的な性質のものがまた来るということです。そうするとどういうことが起こるかという、今回は先ほどお示しましたように小児のかなりの部分がかかっています。今回はもちろんワクチンをしている方もいますが、一番免疫を持っていない人は成人です。成人でかかる可能性が否定できない。特にその中で、糖尿病などの基礎疾患を持っておられる人や妊婦の人たちは気をつけ

なくてはいけないと思います。これが普通に考えて推論できることです。

もう一つの可能性は、そろそろ冬ですが、ウイルスの性質が少し変わってきて抗原変異が起きた場合には、また初めから子供に行く可能性があります。同じことの繰り返しが来る可能性があります。大体2つの可能性が回っていると思います。

最後に、H5N1のほうはどうなっているかですが、相変わらずアジアに鳥の高病原性のH5N1があり、それと接触した人は死んでいますので、今回のインフルエンザと鳥のインフルエンザが豚の中で交わってということもあり得ます。

今回もそうですが、ウイルスは徐々に正体をあらわしますから、正体をあらわすごとにこちらが早く変化できるように、弾力的に対応できるようなシステムをつくっていくことが一番大事です。最初から教条的にこうだと最後まで適応するということは実際的ではないです。その意味では、情報に基づいた素早い対応ができるということが、これからも求められております。以上、簡単ですが、御清聴ありがとうございました。



# シンポジウム 1

## 「医療再生の新しい取り組み」

13:30~15:15

座長：栃木県医師会副会長  
栃木県医師会勤務医部会理事

尾形 直三郎  
三瀬 順一

### ① 安心に包まれた暮らしを自分たちの手で守るために

シンポジスト：地域医療を守る会副会長 石本 知恵子

### ② 地域医療を守り健康長寿のまちづくりをめざして

シンポジスト：NPO法人のべおか市民力市場理事事務局長  
宮崎県北の地域医療を守る会事務局長 福田 政憲

### ③ 地域医療を守り育てる住民活動の集いの経過説明

シンポジスト：自治医科大学地域医療学センター地域医療学部門助教 小松 憲一

### ④ 社会が求める医療のあり方

シンポジスト：読売新聞東京本社編集委員 前野 一雄

### ⑤ 医療学の義務教育導入

シンポジスト：茨城県立中央病院病院長 永井 秀雄



### 座 長

---

栃木県医師会副会長 **尾 形 直三郎**

ただいまよりシンポジウムを開催いたします。シンポジウム1は地域医療に焦点を当て、「医療再生の新しい取り組み」について市民の立場からマスメディア、また大学、病院の立場からそれぞれ御講演をいただき、その後ディスカッションとしてフロアからの御質問を受けたいと考えております。よろしく御協力のほどお願い申し上げます。また、各シンポジストの先生方の御紹介は大会誌の略歴をもってかえさせていただきます。

それでは早速講演（1）に入ります。「安心に包まれた暮らしを自分たちの手で守るために」と題して、地域医療を守る会副会長、石本知恵子先生に御講演をお願い申し上げます。石本先生、よろしく申し上げます。



### 座 長

---

栃木県医師会勤務医部会理事 **三 瀬 順 一**



## ①安心に包まれた暮らしを自分たちの手で守るために

地域医療を守る会 副会長 **石本 知恵子**

皆様こんにちは。徳島から来ました石本です。何分にも住民ですから方言も出ますしわかりにくい言葉も出るかもわかりませんが、御了承ください。



私の住む徳島県は、医師の数は全国第2位です。また、私の住んでいるところは海部郡で、美波町、牟岐町、海陽町の3町で人口はおよそ2万7000人余りです。

### 地域医療を守る会の背景

- 地域住民の不安→海部郡の医師の減少
- 平成20年4月→海部病院の土曜日救急中止
- 海部病院の戦略会議への出席  
海部病院の医師不足の現状や地域医療を取り巻く厳しい状況を知る
- 海部郡の医療を守るため、住民、医療関係者、地域づくりに取り組む各種団体等が連携できる組織作りが必要であると認識

### 「地域医療を守る会」結成

私は県立海部病院がある牟岐町に住んでいるのですが、これが困ったことに、H17年新聞紙上で小児科の常勤医が、H18年産婦人科の常勤医師がいなくなったと知ったときでも、私も、ああ、いないんかというぐらいで知らん顔をしていました。H20年4月に救急医療が土曜日休診になりました。そのとき



も、まだ大丈夫や、病院がしっかりしているからと考えていたのですが、ある日私の横を救急車が通り過ぎたのです。ポルトという大きなお店の前に海部病院があるのですが、そこに寄らずに上のほうに走って行ってしまいました。その時初めて、県立なのになぜ土曜日診てくれんのやろか、そうか、新聞に出ていたのが私たちの身に今降りかかったのだと思いました。これではいけないと。そのとき私は、ちょうど婦人会長をしていましたので、これは署名をして早く知事に訴えて私たちのところにお医者さんに来てもらおうと、海部病院の医師確保を求めて署名活動をしました。

### 署名活動

- 目的: 医師確保
  - 時期: 平成20年8月～9月上旬
  - 対象: 海部郡3町と東洋町の地域住民
  - 署名総数: 8466名(海部郡人口の35%)
- ↓
- 知事に署名を添えて医療体制の存続を要望  
危機感を持った署名活動が地域住民が「地域医療」を考える機会となった

本当は組織が立ち上がって署名運動をするのですが、何もかも黙っていたらいかんという心が強くて署名活動を先に始めました。平成20年に土曜日休診になりましたが、土曜日の救急受け入れの復元を図るため、みんなが立ち上がりました。知事のところに行ったのですがお医者さんの数が少なくてあげられません、いくら県でもだめです、しかしそのかわりドクターヘリコプターを飛ばしますと。しかし、ドクターヘリコプターは8時から夕方5時までしか飛びません。では5時から住民はどうしたらいいのか。やはり常勤医師の数をふやさなければいけない。そこから医師確保に走り回ったのです。



署名活動をして、今お話したように知事さんにもお願いに行きました。せっかく住民の意識が高くなってきています。このままただ仲よしこよしではいけないと思ひまして、海部郡全体で地域医療を守る会を立ち上げました。この小さな町から地域医療のネットワークづくりを推進する事業を行い、医師の



病院離れを食い止め、地域や住民として協力できることを考え、安心、安全な環境づくりを起こして徳島県を巻き込み、それから四国を巻き込み、日本全体の地域医療をどうかできないだろうか、この小さな町からでも何か起こるのではないかという10年後を見据えたはるかなる小さな夢の実現のため活動の輪を広げています。

住民が頑張ると行政も応援してくれます。この写真は県主催の「地域医療を考えるシンポジウム」です。全国に先駆けている藤本さんや柏原病院の丹生さんもシンポジストとして先進的な取組み事例なども紹介していただきました。



最初、住民は、一体何をしたらいいかもわからないままでした。でも、住民にできることはある、この牟岐町でできることはあると思ひまして、まず海部病院の先生を自分の身内と考えて、勤務しているのが夫、娘、息子だと考えたのです。先生方は何が一番困っているのか。真剣に守り育てなければ過重労働などによる医師の病院離れを食い止めることはできないのです。県立中央病院に聞きましたら、海部病院に行く先生はいないと言うのです。なぜかと聞いたら、不便だし環境が悪いからと言われました。建物が立派でもそれを取り巻く住民の意識がしっかりしなければ、先生を応援しなければだめなのだと考えさせられました。そこで先生がこちらに向くにはどうしたらいいかとみんなでない知恵を絞りました。

すぐにメッセージボードを設置しました。「先生



けにはいきません。応援診察に当たる医師の長距離通勤の負担軽減を図るため地域の声を伝えました。無鉄砲ですがそういう熱意で何かが変わると思っています。3月から午前9時11分牟岐駅到着を30分早く到着するダイヤ改正をしてくれました。やはり黙っていても住民はあかんです。それで満足しているのだなと思われまます。声を上げて、これはおかしいのではないかとこのところから一歩一歩努力しております。



女医さんを私たちは守ろうとしております。そのために子育て支援としてかばん預かり事業を、町を動かして町の財政で立ち上げました。なぜなら、ある女医さんは子供さんを連れて当直に駆けつけているという話を聞いて、「それはいかん、そんなことでは先生方に不自由をかける。それなら私たちが見ましょ」と。院内保育が昔はあったのですが、今はありません。女性医師の当直時などに子どもを預かる子育て支援を進めたのです。「私たちがボラン



ティアで先生の子供たちを守ります、だから院内保育の場所を貸してください」と許可をもらいまして、女医さんを受け入れる体制ができております。どうぞ女医さん、安心しておいでください。

運動会にも私たちは参加しています。その他の支援として応援に来てくれる先生方にいつも観葉植物、もしくは鉢物を贈っています。鉢物は根付くといいまして、「どうぞ海部病院に根付いてください」と先生に暗示をかけます。そうしたら、「そうやな」と。やはり人です。人と人が結びつkerと思うのです。だから差し入れ弁当もします。そのお弁当は手づくりです。郷土色豊かでおいしいと言って、皆さんに食べていただいています。

看護師さんも大事にしています。クリスマスに体にいいチーズケーキを焼きます。徳島県は糖尿病が多いので、その辺も考慮して体にいいものをプレゼントしております。バレンタインにはメッセージをつけて、「先生頑張ってくださいね、私たちも応援しています」と一言添えて、常勤医だけではなく、応援していただいている先生方全員に送ります。その一言で、「やめようかなと思っていたのですがつられてまだおりますわ、」と言ってくれる先生もいます。やはり食は大切だと教えられています。

また、環境整備もしています。住むところが大切です。先生は忙しいので、花を植えたり木を刈ったりなどして気持ちよく住んでいただけるように。

1周年を迎えまして、この厚かましい性格上、梶井先生にも壇上から来てくださいねと言ったら、先

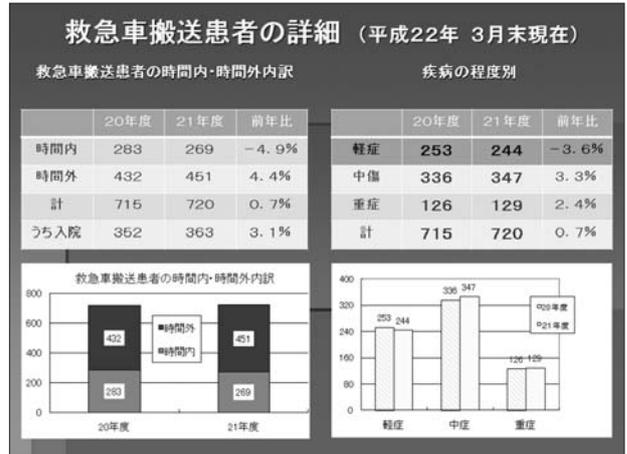


# シンポジウム1



生は男の約束だとおっしゃって来てくれました。そのときのお食事全部自分たちで作りました。そういうちょっとした気持ちが人を呼ぶのだなと思っております。本当においしいですから一度おいでください。その時の記念講演には、海部病院からも住民に対して健康診断も無料でやっていただけました。やはり顔と顔のおつき合いです。

徳島大学の医学生の実習発表会へも住



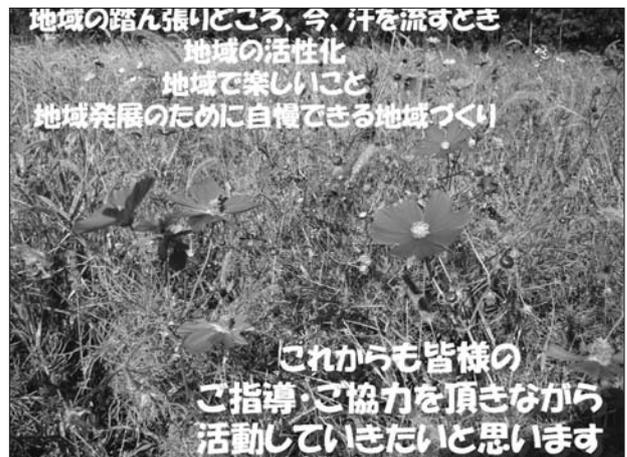
### 今後の活動

- 徳島県内でも、行政や医療関係機関の連携が進み、様々な取り組みが始まっている
- 「地域医療を守る会」として試行錯誤で様々な活動を行ってきたが、海部郡内の診療体制は縮小化が進みより深刻な状況になっている

↓

- 地域住民が安心して暮らせるように、これまでの活動を振り返りながら、今後の活動に反映していきたいと考えている

NPO法人化、啓発活動の充実、研修会の開催等



民が参加してエールを送っております。きっとこの中の一人は必ず来てくれるといつも住民は思っているからです。10年後を楽しみにお待ちしております。

それから、コンビニ受診について住民に考えてもらいたくて寸劇で取り上げました。少しだけ、コンビニ受診の軽症患者が少なくなりました。まだはっきり数字に現れてはいませんが、これはひとえに住民の方々の意識改革が少しずつ始まったのだと思



ます。今後も海部病院内での啓発活動に取り組みたいと考えています。

今後の活動は今と同じように頑張ります。

地域の踏ん張りどころです。今が汗を流すときです。今いい汗を流せばそれだけ人が集まると思っております。

これが海部病院です。立派でしょう。だけど先生は8人しか常勤医がいないのです。つらいところです。土曜日救急が再開まで、地域住民が安心、安全に暮らせるまで活動を続けます。

**【尾形座長】** 石本先生、どうもありがとうございました。

## ②地域医療を守り健康長寿のまちづくりをめざして

NPO法人のべおか市民力市場 理事事務局長

宮崎県北の地域医療を守る会 事務局長 **福田 政憲**

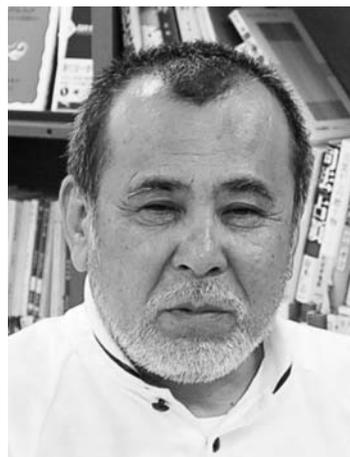
### 地域医療を守り 健康長寿をめざすまちづくり



皆さんこんにちは。ただいま御紹介を受けました宮崎県延岡市の県北の地域医療を守る会事務局長をしております福田と申します。きょうはこういう席にお招きいただき、本当にありがとうございます。私たちの活動はなかなか実績が上がっていないので、こういう場で話していいのかとも思っていますが、何か少しでもヒントになればと思ひまして、このことやってまいりました。先ほど石本先生もおっしゃいましたけれども、勤務医の先生方がいらっしゃいますので、願わくば私の話を聞いて延岡に行ってみたいという方がいれば、ということも考えながら、きょうは話をさせていただきます。

石本さんとはきょうで2回目のセットでの講演です。そのときも前に石本さんがやりましたが、どうも石本さんのキャラが強くて私が沈んでしまいますので、そういうことも含めて聞いていただきたいと思っております。

それでは、資料をつくってまいりました。15分という限られた時間なものですから、お手元に配った資料は若干縮小しております。ダイジェスト版になっておりますので細かいことは資料をごらんいただければと思っております。



## まず、延岡市のご紹介

### 宮崎県延岡市はここ！



まず延岡市の紹介です。日本列島の一番南、鹿児島県、宮崎県はここですが、その中で延岡市はこの位置です。見ていただければわかりますように、宮崎県の中でも一番北部に属しています。青い線が高速道路です。



実は延岡市は大分市と宮崎市の間ですが、高速道路がありません。非常に交通が不便なところで、熊本と延岡の間に太い線が引いてありますが高速道路ではなく一般道路で、2時間半ぐらいかかります。九州の中でも一番辺境の地と言われているところです。そういう意味でも、医療についてもいろいろ複雑な問題があるのかなと考えております。

### 県立延岡病院

平成14年 麻酔科医5人が全員退職  
⇒麻酔科医の確保等でひとまず落ち着く  
平成18年 眼科 休診  
平成19年 精神科 休診  
平成20年 消化器内科 休診  
平成21年 神経内科 休診

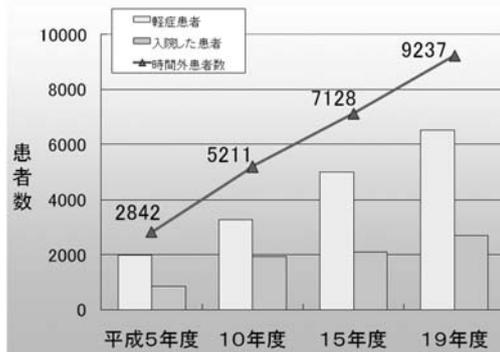
### 延岡市医師会病院

平成20年 内科5人⇒2人

延岡の2次、3次救急医療の拠点になるのが県立延岡病院です。ここが平成14年に麻酔科の医師5人が全員退職しました。今よく言われています勤務医の先生方が大量退職するきっかけとなった、日本の先進地でございます。それは一度落ち着いたのですが、どうもそれがこの時代になって年々続いてまい

りまして、平成18年に眼科、19年に精神科、20年に消化器内科、21年に神経内科と次々にドクターがいなくなりまして、休診状態が続いております。さらに延岡医師会病院にも内科医が20年には5人いたのですが、それが2人になるという状況であります。

県立延岡病院 夜間・休日 救急患者数の推移



県立延岡病院の医師不足の原因はといいますと、見ていただくとわかりますように平成5年から19年の時間外の患者数です。平成5年度が2842人だったのですが19年度は9237人と倍々でふえております。棒グラフでブルーのところは軽症、入院した患者さんが黄色です。余り入院した患者さんはふえていないのですが、コンビニ受診と言われる軽症患者の数が相当ふえてきています。それが県立病院のドクターの疲労に関係しているのではないかとされています。

### 延岡市の初期救急医療体制

	早朝	午前	午後	夕方	準夜帯 (19時~23時)	深夜帯 (23時~翌7時)
月	一般診療	一般診療	一般診療	一般診療	夜間急病センター (内科・外科・小児科)	夜間急病センター (内科・外科)
火						
水						
木						
金						
土	一般診療				(外科は谷村病院)	夜間急病センター (内科のみ)
日	在宅当番医				(外科は黒木病院)	

延岡市の初期救急医療体制です。一般診療というのは開業医の先生方です。夜は準夜帯には夜間急病センターを設置しております、そちらで内科、外

## シンポジウム 1

科、小児科をやっております。見ますと空白の時間があるわけです。早朝と夕方、深夜帯がない。特に深夜帯を担っているのが県立延岡病院ですが、本来やるべきではない初期救急をやらざるを得ず、それで多くのドクターが困憊していろいろな問題が起きているのです。

### 延岡市の地域医療の現状

医師会会員数の比較と初期救急への協力状況

団体名	総数	A会員数	B会員数	急病センター協力医師数
延岡市	170	77	93	63
宮崎市	741	363	378	164
都城市	248	131	117	71

※小児科医が不足しているため  
70歳を超える開業医も協力

延岡市医師会A会員の平均年齢 約 61歳

(延岡市医師会資料より)

これが延岡市の地域医療の現状で、ドクターの数です。A会員は開業医の方々、B会員は勤務医の先生方です。これを見ていただきますように宮崎市は741人の医師会です。都城市は228人、延岡市が170人です。A会員が77人です。宮崎県北部の中心都市が延岡市、南部の中心都市が都城市です。これを見ても延岡市の医療事情が大変苦しいということがあります。

それと、小児科医に70歳を超える74歳のドクターが2人いらっしゃいます。その先生の1人も夜間急病センターのシフトに入ってください、この地域の子供たちの命を守ってください。医師会のA会員の平均年齢は約61歳です。資料が古いので、1つ上がっているかと思えます。そういう意味では非常に高齢化が進んでいる現状があります。現状では何とか成り立っているけれども、あと5年たったらどうなるかわからないという危機的状況にあることは間違いなく思えます。

ここにありますように、最大の課題が医師不足です。延岡市の行政も早くからそれに気づいて取り組んでいるのですが、中核病院が県立であるために直接関与できないという事情があります。市ができる

### 宮崎県北部の医療が危機的状況！

最大の課題→ 県立延岡病院の医師不足

しかし

県立病院であり、延岡市は直接関与できない



市ができることは？

市民啓発と初期救急医療体制の整備をスタート

(この時点では行政のみの対応)

ことは市民啓発と初期救急医療の整備をスタートさせることで、このときまでは行政だけでやってきました。行政はこういうチラシをつくって、これは市の広報ですがいろいろな広報をやっています。

### 初期救急医療体制の整備

診療の空白時間を解消するため、夜間急病センター・在宅当番医の診療時間の拡大に取組む



延岡市夜間急病センター

平成20年7月から

(夜間急病センター)  
土曜日午後の診療を開始  
14時～18時

(日曜祝日在宅当番医)  
診療時間を1時間延長  
17時まで⇒18時まで

さらに深夜帯診療の  
拡大に向けて努力

初期救急医療体制にも不備があったので、夜間急病センターで土曜日の午後から夕方までやろう、日曜と祝日も当番医を延長しましょうと。また、深夜帯の診療も拡大に向けて今努力をしているところで

### 延岡市医療問題懇話会

地域の医療問題について関係者が情報を共有し、対応を協議検討するための懇話会を開催

平成20年10月2日 第1回を開催(その後4回開催)



(メンバー)

延岡市・宮崎県・医師会  
県立延岡病院・住民代表  
企業代表など

・救急病院への財政支援  
・市の専門部署設置などを提案



・救急病院への財政支援などを含む  
「地域医療体制整備事業」を開始  
・平成21年1月  
「地域医療対策室」を新設

すが、なかなかうまくいきません。

そういうことで医療問題懇話会というものをつくりました。メンバーはここにありますが、県、市、医師会、住民代表ですが、その中で、とにかく救急病院の財政支援を含む地域医療事業を開始しようということです。今延岡市で開業なされると最高1200万円ほどの補助が出ます。ぜひ延岡市で開業を目指してください。

それから、平成21年1月に地域医療対策室を設置しました。延岡市は人口が13万人の都市ですが、地域医療対策室の職員は地域医療を専門にやる職員が4人います。どこかで香川県高松市の地域医療対策室の人間より多いと聞きました。それだけ延岡は必死で、13万人の人口ですが市役所も4人体制で頑張っているところです。

しかし、そのさなかに、昨年1月17日、県立病院の医師6人が退職ということが大きな問題になりました。今まで一生懸命行政だけで取り組んできたの

### このような取組みのさなか

行政と市民に衝撃が走る報道が...

### 行政の取組みだけでは

**限界**

ですが、こういう現実が待っていました。

そこで、行政の取り組みだけでは限界が来たということを延岡市の職員たちは悟りました。ここは偉いところだと思います。行政の取り組みだけでは形だけになっていくと思いますし、意見交換も本音が聞きづらいということがあったと思います。

そこで、私が事務局長をしている市民協働まちづくりセンターに、住民参加をしたいののだがどうしたらいいかと相談されました。相談センターは延岡市がつくって市民が運営するNPOセンターです。私はその事務局長をしているのですが、市民協働のまちづくりのコーディネイトをしているところで、多くの仕事は行政と市民をどうつないでいくかというものです。

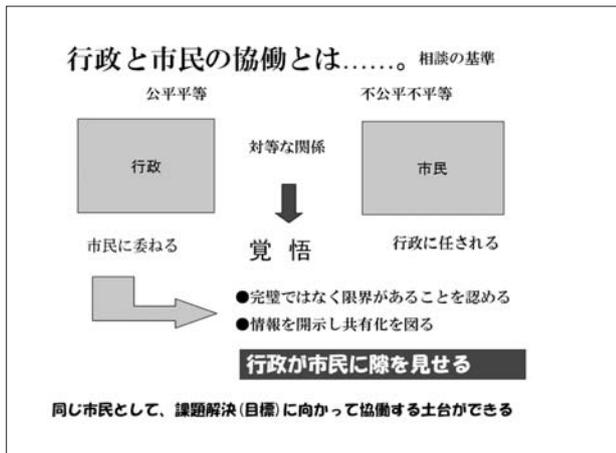
### 市民協働まちづくりセンター



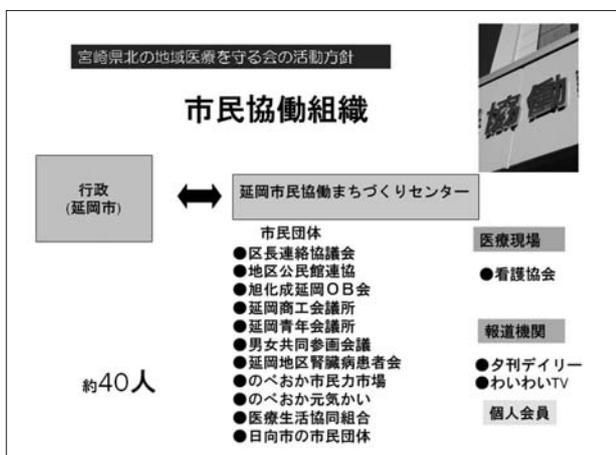
これまで様々な形でまちづくりに取り組んできたセンターに相談

行政と市民をつなぐ仕事は、簡単そうでなかなか難しいところがあります。行政と市民にはそれぞれの長所と短所があります。行政は公平・平等という長所があります。市民は不公平で不平等という長所もあるけれども欠点でもあります。同時に、行政も公平・平等という欠点もあるということで、両方の要素を持っています。第三セクターが大体失敗するのは、行政の悪い公平・平等さと市民の不平等さが合体するからです。

そういう意味では、今回の活動は市民協働という4つ目のセクターをつくっていかうというのが私たちの考え方でした。行政と市民を対等な関係にするためには、お互いに覚悟が要ります。行政は市民に仕事を任せる、ゆだねるという覚悟。市民は行政に



仕事を任される覚悟がいます。先ほどの延岡市ではないですが、一生懸命頑張っても行政だけでは限界があるということを認めなければ、市民は覚悟ができません。そのためには今持っている情報を行政は全部市民にさらすことです。行政が市民に隙を見せた瞬間に市民が動き出します。医療問題に限らず、市民活動団体や市民と一緒に何事も一緒になってやろうと動き始めるきっかけは、行政が隙を見せることです。そうでないと市民はなかなか動きません。ここには行政関係者はいないと思いますが、行政がちゃんと市民に隙を見せることによって市民と一緒に物事が動き始め、市民活動が活発になると言えます。こうすると、同じ市民として課題解決に向かって協働する土台ができます。ここがベースです。



そのベースをもとに、私たちは地域医療を守る会をつくりました。この組織は市民協働組織です。行政と市民協働まちづくりセンターが連携した組織で

す。市民協働まちづくりセンターの中の市民団体、区長連絡協議会というのは町内会の会長さんの会です。それから公民館。延岡は旭化成の町ですのでOB会が4000人ぐらいの組織があります。それから商工会議所、青年会議所、男女共同参画会議などがあります。区長さん、公民館、商工会議所、青年会議所というのは全国の自治体どこにでもある地縁組織です。こういったものをベースにしながら活動し、医療現場の中から看護協会の皆さん、これに加えて報道機関も「夕刊デイリー」という小さなローカル新聞の会社の記者、わいわいTVという地域のケーブルテレビのディレクターやカメラマンなども取り込みました。それに個人会員を加えて、40人ぐらいで今活動を進めているところです。

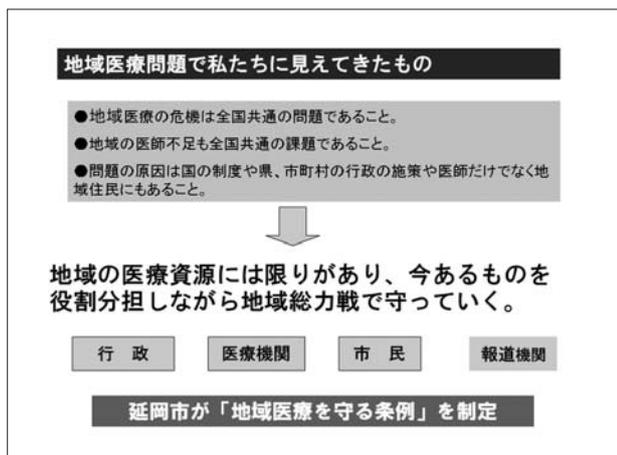


まず何をしたかという、6人の県立病院の医師が辞めるといことで署名活動をいたしました。住民活動のスタートは大体どこも署名活動です。このとき15万人の署名を集めました。一番奥に座っているのがかの有名だった東国原さんで、そこに15万人の署名を持っていきました。また宮崎大学医学部に要望したりしました。また、私たちは要望するだけではなく、署名活動の中で市民も努力しますので県も大学も私たちの思いを理解して便宜を図って下さいという趣旨の署名活動をしました。つまり、時間外の安易な受診の自粛、ドクターへの感謝を伝えるということもセットで、必ずこのチラシを配って署名する際にはこういうお願いも一緒にしました。やはり要望するだけでなく、私たちはここまで頑張り

ますのでよろしくお願ひしますと言わないと、人は話を聞いてくださいません。そういうことで、そういう運動を進めました。

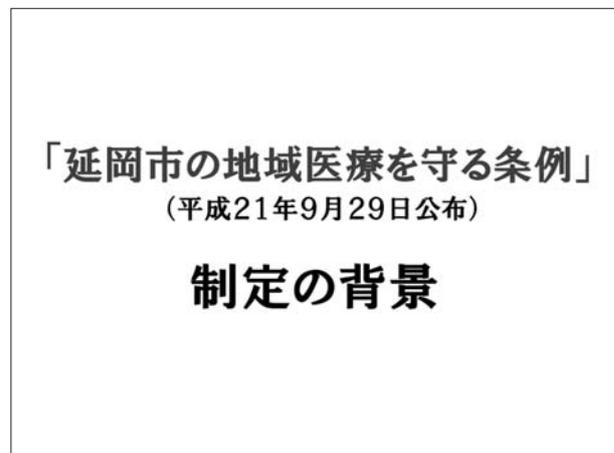


その結果、6人の医師が派遣されてきましたが、神経内科と消化器内科の休診状態は解消されないうままでした。そこで、初期救急や2次までやる病院が、市内の開業医の先生方の輪番制で脳梗塞や消化管出血などの対応をしていただいております。そういう意味では、命の砦への危機感というのは依然状況としては全く変わっておりません。延岡市で脳梗塞で倒れたりすると命はそんなに保障できないという状況は変わっていません。

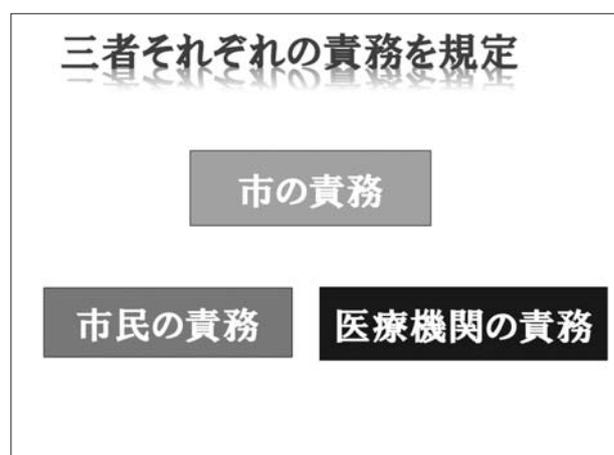
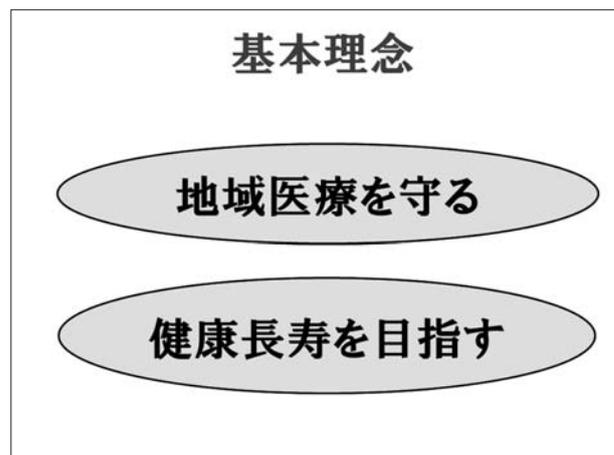


そこで、私たちも、要望活動が終わってそれではなく、市民活動として地域医療全体を考えて署名以外にできることを考え、行動を発展しようということにいたしました。活動費の必要性がありましたので県と市から170万円の助成をかり取りました。ここでいろいろな形で活動してきてわ

かってきたのは、行政、医療機関、市民、報道機関等が連携しなければ物事は進まないということです。



延岡市は地域医療を守る条例を制定したところで、条例の話が一番したかったのですが、後で機会があればお話ししたいと思います。飛ばします。



条例には、地域医療を守ると健康長寿を目指すという二本柱があります。

## シンポジウム 1

この条例が面白いのは、市の責務、市民の責務、医療機関の責務という3つの機関の責任、やるべきこと、役割分担を書いてあります。

### 市民の責務

- ① かかりつけ医を持つ
- ② 適正な受診（時間内の受診等）
- ③ 医師等への感謝
- ④ 検診、健康診査の積極的受診、日頃からの健康管理

注目すべきは市民の責務で、かかりつけ医を持つ、適正な受診、医師等への感謝があります。

これからの私たち

地域医療を守る条例に定められた市民の責務

- かかりつけ医を持つ
- 適正な受診(時間内の受診等)
- 検診、健康診査の積極的受診
- 日頃からの健康管理

■ 医療の不確かさの理解

**責務＝覚悟**

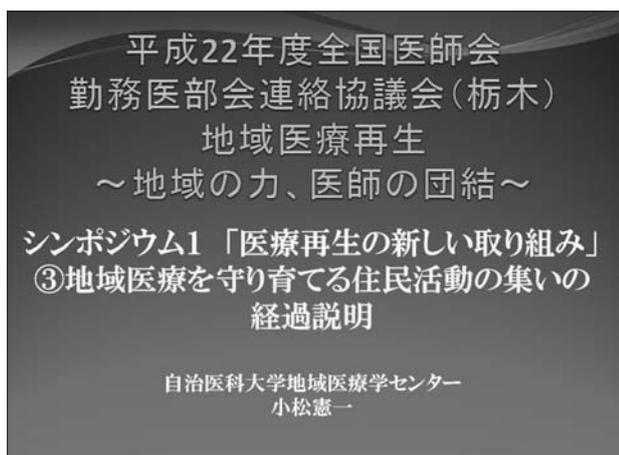
押し付けられたものではなく、意欲を持って取り組んでいくもの

この中で私がもう一つ注目したいのは、行政の条例で書き込めないのは医療の不確かさへの理解だということだと思っております。これは市民が言わなければならないことなので、これをこれから先の運動の柱にしてやっていきたいと思っております。資料の半分は終わっていないのですが、壇上からはこれで終わります。また私の話が聞きたいという方がいらっしゃいましたら、後ほどたっぷりとお聞かせします。よろしくお願ひします。どうもありがとうございました。

【尾形座長】 福田先生、どうもありがとうございました。

### ③地域医療を守り育てる住民活動の集いの経過説明

自治医科大学地域医療学センター 地域医療学部門 助教 小松 憲 一



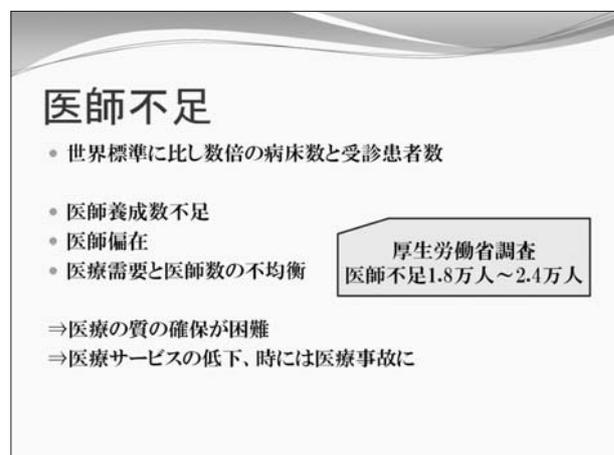
皆様こんにちは。ただいま御紹介いただきました自治医科大学地域医療学センターの小松です。本日は地域医療を守り育てる住民活動全国シンポジウムを過去2回にわたって開催いたしましたので、その経過を御説明いたします。

まず、地域医療を守り育てる住民活動シンポジウムを開催するに至った経緯から説明いたします。近年の日本の医療を取り巻く環境は、皆さん肌で感じていらっしゃると思いますが非常に厳しいものがあります。



ここに報道されている言葉を幾つか挙げましたが、3時間待ちの3分間診療や救急患者のたらい回し、医療ミス、モンスターペイシエントなどと聞く

だけでも、日本の医療は今後どうなってしまうのかと非常に不安になってしまう部分があると思います。



これらの現状の要因は幾つか挙げられると思いますが、そのうちの 하나가、先ほどから話題になっている医師不足です。日本は世界標準に比べて数倍の病床数と受診患者数を持っているとされています。ですから医師1人当たりの負担は非常に大きいと言えます。一方で、医師養成数の不足や医師の偏在、医療需要と医師数の不均衡といったことが生じてきますので、医療の質の確保が困難になってくるといった面があると思います。そうしたことが

## シンポジウム1

医療サービスの低下や、ときには医療事故につながっている側面もあると考えます。そのために患者さんの不安や不満が増大している部分もあるのではないのでしょうか。

### 現状の対策

- 新臨床研修制度
- 病院機能の集約化
- 医学部定員増

⇒必ずしも十分な効果は得られていない。

⇒医療者の献身的努力は限界に達している。

⇒**地域の中核病院から医師がいなくなる!**

最近報道されましたが、厚生労働省の調査で、これは大雑把な試算ですが医師不足は全国で1万8000人～2万4000人とも推計されています。それに対して現状ではどんな対策がとられているかといいますと、例えば、幅広く診ることのできる医師を育てる目的で新臨床研修制度が始まったり、地域によっては病院機能の集約化を図ったりしていますが、必ずしも十分な効果は得られていないように感じます。また、医学部の定員も大幅に増やされていますが、彼らが卒業して医師としての役割を果たすようになるには、まだ時間がかかります。既に我々医療者の献身的な努力は限界に達しているのではないのでしょうか。医学部定員で増えた人たちが医師として活躍するまで待てない可能性も既にあると思いま

### 地域での医療とは

- その地域で生活する住民のための生活支援活動  
= 地域医療の一方の主人公は地域住民

↓

住民が地域医療を守るために立ち上がった!

す。実際、地域の中核病院からは医師が去り、地域での医療の状況は一層厳しいものになっていると思います。

医師の努力だけでは限界があると先ほど述べましたけれども、この現実を踏まえて改めて地域での医療を考えますと、地域での医療とは、その地域で生活する住民のための生活支援活動であると言えるのではないのでしょうか。ですから、地域医療の一方の主人公は、医療者だけではなく地域住民であると言えると思います。

このような中で、実際に、地域医療の主人公である地域住民が、自分たちの地域の医療を守るために立ち上がった地域が幾つか出てまいりました。先ほどの石本さんのところの牟岐町、福田さんのところの延岡市などもその中に入ってくると思います。

### 地域医療を守り・育てる住民活動 全国シンポジウム2009

- 主催:財団法人地域社会振興財団
- 目的:全国の住民活動の紹介、交流
- 2009/7/4(土)-7/5(日)

• 33団体101名参加

• 3団体の事例紹介と参加者全員を小グループに分けてのディスカッション

そこで、私たち自治医科大学地域医療学センターでは、そのような活動の担い手であった住民の方々と、それらの活動を全国に発信して同じ思いを抱いている住民の方たちの交流を図る目的で、財団法人地域社会振興財団の主催で昨年7月に東京で1回目の「地域医療を守り育てる住民活動全国シンポジウム」を開催いたしました。7月4日から7月5日の1泊2日で、33団体101名の方に御参加いただくことができました。この中では、3団体の事例紹介と、参加者全体を小グループに分けてのディスカッションが中心でした。

このとき事例紹介をいたしましたのが、先ほど出しましたNPO法人地域医療を育てる会（千葉県東金

## 事例紹介した団体

- NPO法人 地域医療を育てる会(千葉県東金市)
- 兵庫県立柏原病院の小児科を守る会(兵庫県丹波市)
- 西北五地域医療研究会(青森県)

市のNPO法人)、それから兵庫県立柏原病院の小児科を守る会、青森県の西北五地域医療研究会の3団体です。

小グループのディスカッションでは、参加者全員の声を知りたいと考えました。グループでディスカッションしますと、どうしても声の大きな人の声だけで議論が進んでしまうところがあります。参加した全員の御意見をお聞きしたかったので、ディスカッションの前に皆さんに、実際の活動やこれからどういった活動をしたいかといったことを記入していただき、それをもとにディスカッションしていただきました。また、記入していただいたアンケートをもとに報告集を作成いたしました。このときの報告集は全国の自治体と自治体病院に配布しておりますので、もしおそばにありましたら御覧ください。

## 実際の活動①(報告集から)

- ディスカッション前に、活動内容や今後の予定・抱負をアンケート用紙に記入。その後に記入内容についてディスカッションし、報告集もそれをもとに作成。
- 実際の活動
  - \* 医学生に対して
    - 地元の案内

ここからは実際の活動例を幾つかお伝えしたいと思います。まず医学生に対して地元の案内を行っているというものがありません。将来医師になる学生

## 実際の活動②

- \* 医師、医療機関に対して
  - ありがとうポスト、ありがとうメッセージ
  - 地元の祭りへの招待
  - クリスマスケーキ、バレンタインチョコ
  - 子育て支援
  - 交流会
  - 懇談会、意見交換会
  - 勉強会の講師依頼
  - 医師が住みたいと思う街作り
  - 病院ボランティア
  - 署名活動

に対して地元の魅力を伝えて、将来医師になったときに地元に来てもらおうと。種まきのような活動だと思いますけれども、そのような活動がありました。

それから、医師、医療関係者に対する活動には非常にさまざまなものがありました。先ほど石本さんも言うておられましたが、ありがとうポストやありがとうメッセージを贈る活動や地元の祭りに招待して地元住民との交流を図る活動、クリスマスケーキやバレンタインチョコを贈って感謝の気持ちをあらわす活動、女医さんに対しては子育て支援活動をしているところもありましたし、地元住民と医師、医療機関との交流会や懇談会、意見交換会を開いたり、勉強会の講師を医師に依頼するなど地元住民に医療の現状を伝えていく活動もありました。また、非常に大きな活動ですが医師が住みたいと思うまちづくりをやっている方もいらっしゃいましたし、病院のボランティアとして活躍されている団体もありました。署名活動をしているところも多く見られまし

## 実際の活動③

- \* 研修医に対して
  - ホームステイ
  - 研修に参加(地域と共に育つ)

## シンポジウム 1

た。

研修医に対して活動しているところもありました。地域に研修に来ている研修医に対してホームステイとして自宅を提供したり、地域とともに育つという意気込みで、先ほど石本さんも徳島大学の研修に参加されていると言われましたが、そういう活動をしているところもございました。

### 実際の活動④

- \*地域住民に対して
  - 勉強会、講演会、シンポジウム、フォーラム
  - 疾病について
  - 医療問題について  
(医師不足、受診行動など)
  - 署名活動

### 実際の活動⑤

- \*行政に対して
  - 陳情、署名活動
  - 委員会等への出席

地域住民に対しましては、勉強会や講演会、シンポジウム、フォーラムなどさまざまな形がありましたが、特定の疾患だけではなく、その地域で抱えるさまざまな医療問題、例えば医師の不足やコンビニ受診といった問題を地域の住民に対して情報提供したり、ともに考えてもらうような活動をしているところもございました。

行政に対しましては陳情や署名活動が中心になっていたようですが、地域医療を考える委員会等へ出席をされている方もいらっしゃいました。

シンポジウムのときには実際に小グループのディ

### 今後の活動(予定・抱負)①

- 医学生の実習の支援(ホームステイ、地元案内)、医学生訪問
- 研修医のホームステイ、研修の支援
- 医師、医療従事者へのありがとうメッセージ
- 医師、医療従事者との交流
- 医師、医療従事者との対話
- 医師、医療従事者、行政との対話

スカッションや事例紹介を聞いて、今後どのような活動をしたか、どういう方法をもって活動したいかということもお聞きしましたので、それもお伝えしたいと思います。

まず、医学生の実習支援ではホームステイや地元を案内したいというのもありましたし、医学部に向いて医学生を実際に訪問してリクルートしたいといった方もいらっしゃいました。研修医のホームステイや研修支援をしたいといった意見もありましたし、医師や医療従事者へのありがとうメッセージを通じて感謝の気持ちを伝えていきたいという方もいらっしゃいました。また、医師や医療従事者との交流や対話を通じて関係性を深めていきたいという方もいらっしゃいましたし、さらに広がって行政も含めた対話をぜひ推進していきたいといった方もいらっしゃいました。

全国シンポジウムでしたのでいろいろな団体の方と知り合うことができたと思いますが、他地域の住

### 今後の活動(予定・抱負)②

- 他地域の住民活動との連携
- 地域住民への情報提供(医療に関する問題等)
- 子ども、若い世代への情報提供、啓発活動

民活動との連携を通じて活動の幅を広げていきたいといった方たちもいらっしゃいましたし、地元住民への情報提供、医療に関する問題はさまざまありますが、そういうものを提供して一緒に考えていく活動をさらに深めていきたいといった方もいらっしゃいました。また、我々大人の世代だけではなく子供や若い世代への情報提供を通じて啓発活動をしていきたいという意見も挙げられていました。

### 住民活動に関する思い①

- 資金の問題
- 参加者、リーダー
  - どうしたらできるかわからない
  - どこから声掛けをしたらいいか
- 参加者の思いの違い
- 地域医療は行政・医療機関だけでなく、地域の住民も主体的に参画し、共に支えていくべき
- 医療を守るのは1人1人の意識
- 署名活動だけでは何の解決にもならない

一方、住民活動に対するさまざまな思いや問題点を挙げてくださった方もいらっしゃいましたので、それも御紹介いたします。まず、住民活動に対する問題ですが、やはり資金の問題は大きいようで、どのように確保していくのかはどこも苦勞されているようでした。2番目には、参加者やリーダーについて、なかなか集まらなかったり、どういう人をリーダーにしたらいいかという部分で悩んでいるところが多くあったようです。どうしたら仲間が増えるかわからない、どうしたらリーダーになる人が見つかるかわからない、だれに声を掛けていったらいいかわからないといった意見が挙げられていました。それから、たくさん集まっていたのですが一人一人の思いの違いがありますので意見の対立が出てきたようなときに、どのようにそれをまとめていくのが難しいといった意見もございました。

こういった問題点も挙げられましたが、非常に前向きな意見もたくさんありましたのでそれも御紹介いたします。地域医療は行政・医療機関だけではなく地元の住民も主体的に参画しともに支えていくべ

きだといった意見や、医療を守るのは地域住民一人一人の意識であるといった意見もございました。また、署名活動だけでは何の解決にもならないといった意見もございました。

### 住民活動に関する思い②

- 自分達でできることから始めよう
- 地域に合った活動を取り入れる
- 行政に『～して欲しい』と要求するのではなく、行政と協力する
- 自分達が架け橋になる
- 医療側は敷居が高いと言われがち→医療者側が自ら病院の外に出て行って、住民、行政の人達と話し合う

それから、自分たちでできることから始めよう、あるいは地域に合った活動を取り入れようといった意見もありましたが、これは参加者皆さんに共通した思いだったように思います。それから、行政側に対して「何々をしてほしい」と要求するのではなく、行政とともに協力して考えていきたいといった意見もありましたし、住民活動をしている方たちが地域住民、医療機関、医師、行政の間のかけ橋になりたいと非常に心強く宣言してくださった方もいらっしゃいました。これは多分参加された医者の方の意見だったと思いますが、医療側は敷居が高いと言われがちなので、医療者側が自ら病院の外に出て行って住民や行政の人たちと話し合うようにしたいといった意見もございました。

### 地域医療を守り・育てる住民活動 全国シンポジウム2010

- 主催：財団法人地域社会振興財団
- 目的：全国の住民活動(特に行政との協働)の紹介、交流
- 2010/7/3(土)-7/4(日)
- 73団体129名参加
- 2団体の事例紹介と参加者全員を小グループに分けてのディスカッション
- 報告書作成中

## シンポジウム 1

そういった1回目の議論を踏まえまして、地域医療を守り育てるためには地域住民だけではなく行政との協働も非常に大切な部分ではないかと考えまして、ことし7月に第2回のシンポジウムを開催することになりました。このときは行政と住民との協働を主なメインテーマにして行っております。このときは1回目より増えまして、行政も含めた73団体129名の方に御参加いただき、2団体の事例紹介と、1回目と同じように小グループに分けてのディスカッションを行いました。こちらは今報告書を作成中ですのでここでどういう御意見が出たかは詳しくお伝えできませんが、できましたらまた自治体や自治体病院に送りたいと思いますので、ぜひ御覧ください。

このときに事例紹介をしていただいた団体が、きょう1題目と2題目で講演されました。徳島県牟岐町の地域医療を守る会と宮崎県延岡市の宮崎県北の地域医療を守る会です。

### 事例紹介した団体

- 地域医療を守る会(徳島県牟岐町)と徳島県
- 県北の地域医療を守る会(宮崎県延岡市)と延岡市

### シンポジウムの風景



これがシンポジウムの実際の風景ですが、こういう小さな島をたくさんつくりまして、同じ会場でディスカッションしていただくような形にしました。

### ディスカッションの風景



これが実際のディスカッションの風景ですが、こういった7~8人のグループに分けてディスカッションしていただいております。

### 国の支援

- 患者・家族対話推進事業  
医療の公共性や不確実性に関する現状認識の普及や医療従事者と患者・家族等地域住民との相互理解の促進等を図るため、主要な事業(救急医療対策、周産期医療対策、小児救急医療を含む小児医療対策、医療安全対策など)に関する以下のいずれかの事業を実施する。
  - ア 医療従事者と患者・家族等地域住民との双方が意見交換やそれぞれの体験等の情報交換が行える対話集会や懇談会(地域における語らいの場や患者塾、病院探検隊など)
  - イ 医療の公共性等に関する現状認識の普及や患者・家族等地域住民の医療への参加を促進するための啓発事業(住民向け講習会やガイドブック作成など)

こういった住民と行政あるいは医療機関との対話は、実は国も支援しております。

患者・家族対話推進事業というものが昨年度と今年度行われておりました。医療の公共性や不確実性に関する現状認識の普及などといったものを目的に行われていましたが、平成21年度は15都県22事業、平成22年度も1事業当たり230万円の補助が出ていたのですが、実は件数がすごく少なくて来年度の要求においては廃止の予定になっているようですが、別の事業と合併するような形で続けられる可能性があるようです。

まとめです。2度のシンポジウムを通じまして、

## 患者・家族対話推進事業

- 平成21年度は15都県22事業
- 平成22年度は234万円補助(国1/2、市町村1/2)
- 23年度要求においては医療連携体制推進事業の対象メニューを追加することで事業統合を行う予定。  
(患者・家族対話推進事業は廃止予定)

## 地域医療を守り・育てる住民活動 全国シンポジウム2011

- 開催に向けて企画中。
- 医療従事者、住民、行政との協働がテーマになる予定。

## まとめ：住民の力、行政の力

### ● 2度のシンポジウムを通じ・・・

各地域で、その地域の医療を守り、育てるための様々な活動を、多くの住民が自ら考え、地域の実情に応じて行っている事が分かった。

活動には困難な面もあるが、その解決には行政との協働が大きな役割を果たすことも分かった。

地域医療の再生には、医療者だけでなく、地域の住民や行政の力も不可欠である。

各地域で地域の医療を守り育てるためのさまざまな活動を多くの住民が自ら考えて、地域の実情に応じて行っていることがわかりました。活動にはさまざまな困難な面もありますが、その解決には行政との協働が大きな役割を果たすこともわかりました。地域医療の再生には医療者だけではなく地域の住民や行政の力も不可欠であると考えております。

最後にお知らせというか宣伝です。平成23年度もシンポジウムを企画しております。今度は医療従事者、住民、行政との協働をテーマにやる予定にしておりますので、また決まり次第さまざまな形でアピールしていきたいと思っておりますので、医療者の方にもぜひ御参加いただければと思います。私の発表は以上でございます。ありがとうございました。

**【尾形座長】** 小松先生、どうもありがとうございました。ここで座長が変わります。三瀬先生、お願いします。

**【三瀬座長】** 続きまして読売新聞東京本社編集委員の前野先生にお話しいただきます。ここまでの発表で、病院の現状の情報開示や、活動がマスコミを通じて知られるという情報・報道が大事だということがよくわかりました。読売新聞社は医療ルネッサンスという特徴的な長期大型連載を踏まえて、新聞社としての医療改革提言をされていますので、今日はお招きしております。よろしく申し上げます。

④社会が求める医療のあり方

読売新聞東京本社 編集委員 前野 一 雄



読売新聞の前野でございます。これまで3先生の御発表は地域に即した取り組みでしたが、私はちょっとマクロ的な視点から社会が求める医療のあり方について意見を申し上げます。と言いながらも、地域医療の現状は追い込まれる一方です。読売の調査でも、地方自治体による公立病院で、2004年以降少なくとも93病院、141診療科が医師不足などで入院休止に追い込まれたり、49の公立病院で廃院とか診療所の転科、民間への移譲などが見られています。



地域をめぐる医療は地域間格差が非常に激しく、読売新聞の世論調査でも83%の日本国民が地域間格差を感じていると答えています。

すべての医療にはいろいろな顔がある。それが一

医療にはいろんな“顔”がある

- 「昼間」と「夜」の顔  
 少子高齢化が進む中、夜の救急、時間外診療の増加
- 「都会」と「地方」の顔  
 医療機関数、医師数、診療科目などで、地域差が拡大
- 「開業医」と「勤務医」の顔  
 夜間診療の有り無し
- 各診療科による顔
- 「プライマリーケア」と「専門医療」の顔

○百人百様の考え方をどう具体化するか！

緒くたに語られない理由だと思います。どういう顔かと言いますと、夜間と昼間の顔、都会と地方の顔、開業医と勤務医の顔、診療各科による違い、プライマリーケアや専門医療の顔。これらすべてが日本の医療に欠かせない要素であり、それぞれの意見はごもっともですが、ときにはそれらが相反するようなことも少なくありません。一朝一夕に解決できない医療の複雑さというものがあると思います。それは翻って考えますと、これまで各顔がそれぞれ、ある意味では唯我独尊的で、日本の医療のあり方といった視点が足りなかった、お互い会話をしなかった。これが医療全体の将来像が見えないということが昨今

の閉塞感を生んでいたのではないかと思います。背景には、各医療者がすこぶる専門性を持っているために他者の介入を許さない、認めにくいという文化もあって、ともすれば社会、オールジャパン的な医療のあり方という広いフィールドでの論議がなされてこなかったということもあるかと思います。

**地域医療は魅力がないのか!?**

- マンパワー不足
- 大型診断・治療機器がない
- オン&オフが不明確
- 判断力・責任大
- 都会の大病院の専門医Vsプライマリーケア（総合医）→どっちが偉い？
- 臓器Vs生活者としての患者→どっちが大切？
- →医療とは何？
- キャリアアップ、連携
- 収入、文化、教育環境

今、地域医療はこれまでにないピンチに立たされています。しかし、地域医療はそんなに魅力がないのか。勤務医の先生方が抱く閉塞感というのは、これほど身を粉にして働いているのに人々から感謝されないといった社会的な評価に対する孤立感があるのではないかと思います。特に大都会の専門医がトレンドとなっていて、その対極にある地域医療の魅力がわからない。一般の医学生が抱く地域医療のイメージというのがどんなものかを挙げますと、1つはマンパワーが不足しているのではないかと。大型診療器や治療器がないのではないかと。オンとオフが不明確だ。マンパワーが少ない分判断力や責任が重大になる。この根底には都会の大病院の専門医とプライマリーケア（総合医）のどっちが偉いのかという部分がある。それから、臓器に対して、生活者としての患者のどっちが大切なのかという点を翻って考える必要があるのではないかと思います。

ここはまさに医療とは何ぞやという問題を提起していると思います。かといって、今までの自己犠牲だけが強いられる赤ひげ先生ではにっちもさっちもいかない、もはや継続させることができないことは確かであります。



これは、私が先ごろ4カ月にわたって広島県の地域医療取材して、読売新聞の夕刊で10回連載いたしました。広島県は全国で北海道に次いで無医地区が多いところ。この取材の中で私は地域の住民と密着した地域医療の楽しさ、やりがいといったものを再認識いたしまして、笑顔こそ医の原点だと、今さらながら感じた次第です。

ここにおられる先生は、京都で病院長をしておられた林重三先生という外科医ですが、還暦を前に残りの人生、阿多田島という島に捧げようと。阿多田島というのは25年間お医者さんがいなかったところで、ある意味縁もゆかりもなく来られた先生です。右の先生、この先生です。



先進的な医療福祉の包括的医療で名高い公立みつぎ総合病院の山口先生です。この先生を取り上げました。また隣の先生はこんな有名なみつぎ病院ですら産科医が大学の引き上げにあって分娩ができなくなりました。それを聞いた高山先生、この方も同じ

## シンポジウム1

く和歌山の勤務医をされていましたが、広島がふるさとなのでぜひとも戻ろうと決意して、分娩が再開したという話をしてくださいました。10回やったので若い30代の先生も登場いたしました。

### 地域医療とは？ (広島大・竹内啓祐教授)

- 総合医がベース  
だが、拠点病院には技量ある専門医も必要
- 地域の人たちとの強い信頼関係、互いに尊敬する人間関係を重視
- 地域住人の健康を守るという意識が強い
- 保健・福祉関係者等と協議して地域の包括ケアをする
- 救急からターミナルケアまでありとあらゆる医療が凝縮

さて、「地域医療とは」をもう一度振り返ります。これはどういうものかという形で、まず広島大学にことしから県の寄付によって地域医療システム講座ができました。そこで長年僻地医療に貢献していた竹内先生が教授に就任しまして、竹内先生はこう言われています。「総合医が地域医療にはベストだ」と。それはそうですね。もちろん、拠点病院には技量ある専門医も必要です。地域の人たちと強い信頼関係、お互いに尊敬する人間関係を重視するものだ。地域住民の健康を守るという意識が強い。保健福祉関係者と協議して地域の包括ケアをする。救急からターミナルケアまでありとあらゆる医療が凝縮されているのだというわけです。改めて先生方に申すまでもありませんが、地域医療の特性を再認識することが大都市の病院との差別化を際立たせることであって、また地域の臨床現場の意識改革をして強みに転化するということにもなるのではないのでしょうか。

これは同じく竹内先生が医学生にこんな人が地域医療に来てほしいと訴えているそうです。都市の喧騒を離れて医療をやりたい人。往診をいとわず地域に貢献をしたい人。患者の背景を納得しながら医療をやりたい人。大きな病院の歯車として勤務するのはどうかと思う人。これは結構あるのでは

### こんな人たちが合う!? (広島大・竹内啓祐教授)

- 都市の喧騒を離れて、医療をやりたい人
- 往診をいとわず 地域に貢献したい人
- 患者の背景を納得しながら医療をやりたい人
- 大きな病院の歯車として勤務するのはどうか、と思う人
- 専門にとらわれず、患者・住民と幅広く付き合いながら診察したい人
- ○マネジメントに関心があり「医療の理想郷」に能力を発揮したい人

ないかという感じがします。また、専門にとらわれず地域住民と幅広く付き合いながら診察したい人。そしてもう一つ、マネジメントに強い関心があり、医療の理想郷に能力を発揮したい人。時にこのことが重要です。単なる地域に閉じ込められて埋もれるのではなく、むしろ地域自体を活性化させる原動力になる人、単なる診療所、病院だけで活動をするのではなく地域に出て行ける特性のある方がよろしいのではないかと思います。

この連載の中で、登場する先生が、私は地域の住民の用心棒だ。何かあったら出ていくが、それ以外は何をしているかという、「地域の触媒になるのだ」と言われました。お医者さんですと地域の中で名士としていろいろなところで発言する機会がありますね。そのときに積極的に発言して様々な役職をやって地域をまとめていく。それが生きがいであって医療はそのベースとして魅力を感じる。ドクターすべてがここに魅力を感じるかは別ですが、少なくともそういうところに魅力を感じる方には地域医療に来ていただけるのがとてもよろしいのではないかと。

残りの時間で、読売新聞の医療改革提言についてお話をいたします。お手元に小冊子があると思いますが、これは2年前に読売新聞が半年をかけてやったものであります。

取材チームは総勢32人になりました。それを4分科会に分けまして、第1分科会が医師不足、医療供給体制。第2分科会が医療の質と安全について。第3分科会が高齢者医療と介護について。第4分科会

# 読売 「医療改革」提言

(2008年10月16日)

「医療改革」提言を公表  
(2008年10月16日)

- 取材チーム 医療情報、社会保障、科学、政治、社会、地方、経済の編集局各部、論説委員会、調査研究本部 総勢32人
- 第1分科会 医師不足・医療供給体制
- 第2分科会 医療の質と安全
- 第3分科会 高齢者医療と介護
- 第4分科会 財源と保険制度

読売新聞社あげての大プロジェクト

が財源と保険制度についてです。読売新聞を挙げての大プロジェクトになりました。半年を掛けて、また海外にも特派いたしました。

まずどういうことなのか。日本の社会保障の将来像をどう考えるかというのが社内で話し合われました。その中で出たのが、まず医療、年金、介護、少子化などを一体化してとらえること。社会保障の枠組みの中で医療を考えようと。そのためには低負担

## 日本の社会保障の 将来像をどう考えるか

- 医療、年金、介護、少子化などを一体化してとらえる→社会保障の枠組みで考える
- 低負担、低福祉国家から中負担、中福祉国家へ見直し
- 社会保障費抑制策の転換
- 消費税を社会保障目的税とし、税率引き上げによる財源の保証
- 緊急対策と構造的改革の2段階で提示



低福祉国家から中負担中福祉国家への見直しが必要ではないか。また、これまでの社会保障費の抑制策を転換させなくてはならない。その財源として社会保障目的税とすべきだという形です。それを前提にして改革案を検討しました。1つは緊急対策。速やかに実施することによって少なくとも成果が速やかに出てくるもの。もう一つは中長期の、構造的な改革が必要なものという2段階を提示いたしました。



これは一昨年の10月の1面と3面です。特集面はこういう形です。都合8ページです。お手元の小冊子がこれをすべてまとめたものです。御関心があれば是非とも読んでいただきたいと思います。

**提言の主眼は...**

- ★当面、最大の課題は**医師不足の解消**と、**安定した医療供給体制の確立**
- ★**社会保障費・医療費抑制策**のひずみ

**○対策の基本的考え方**

- ★医療は「**公共財**」
- 患者・医療側とも**無制限の自由は許されない**
- ★**緊急対策と構造改革の2段階**で提言

提言の主眼は、限りある貴重な社会資源である医療を有効活用なくしてはいけません。そのために医療というのは公共財だという認識を持つべきです。それは公共財という認識を持つことによって医師のモチベーションを上げることであって、国民の意識をアップさせる。まずそこで医師不足の解消と医療改革、医療供給体制等で、医療というのはみんなが勝手に使っているものではない。やはりその部分では、これまでのフリーアクセスは維持できにくくなっているのではないかと論拠をいたしました。

これは医療改革の緊急対策5項目です。医師不足に関しては若手医師を計画配置しよう。たらい回し防止に関しては開業医も病院救急に積極参加しよう。病院勤務医は激務に見合う給与を引き上げよう。

**医療の崩壊を防げ！  
緊急対策5項目**

- 1) **医師不足解消** 若手医師を計画配置しよう
- 2) **たらい回し防止** 開業医も病院救急に積極参加
- 3) **病院勤務医** 激務に見合う給与引き上げ
- 4) **高齢者ケア** 介護の職員・施設に手厚い支援を
- 5) **社会保障費** 抑制一本やりを転換せよ

高齢者ケアに関しては介護の職員、施設に手厚い支援を。そして社会保障費は抑制一本やりを転換しようという形であります。詳しくどういう形なのかは小冊子をぜひ読んでいただきたいと思います。

**信頼の医療へ  
構造改革5本の柱**

- 【1】医師を増やし、偏在をなくそう
- 【2】医療機関の役割分担と連携強化
- 【3】医療の質を高め、安全性を確保
- 【4】高齢者医療を介護と一体で充実
- 【5】給付と負担の新ルールを作れ

これもまた同じです。偏在をなくそう。その中で今回、医師不足についてぜひとも触れたいと思います。医師不足はさまざまな原因があります。それは単なる新初期研修のあり方というだけではなく、むしろ日本の社会構造そのもの、社会の高齢化また医師の業務が拡大していること等があると思います。非常に複合的な要因であるというわけです。

では5割増にすればいいのか。読売新聞はそうは思いません。どうしたらいいのか。

圧倒的に少ないのは間違いない。1.2倍という数字を出しています。1.2倍というのは、現在の医大、大学医学部の中で2割程度ならどうにかキャパシティがあるがそれ以上は難しいという根拠で、現実感として2割を挙げました。それ以外にも再編を出し



⑤医療学の義務教育導入

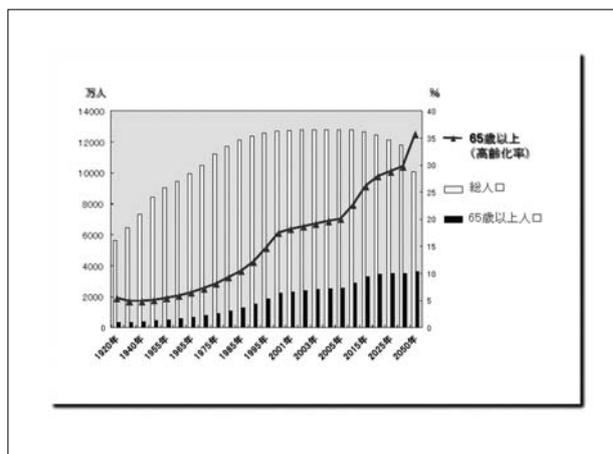
茨城県立中央病院 病院長 永井 秀 雄



皆さんこんにちは。茨城県立中央病院の永井でございます。私も医師になって36年間、現場第一主義でやってまいりました。今まで議論されてきたさまざまな問題はすべて経験しております。その中で大学にも身を置き、医療を少しでもよくするために教育を主に考えてきた時期もございました。また一方、医療従事者の教育だけでは限界があるのではないかということ、今から10年ほど前に感じるようになりました。医療というのは医療従事者だけが勉強するものではなく、全国民が義務として学ぶべきものではないでしょうか。もしそういう体制ができるのであれば、現在のさまざまな問題が少しでも改善に向かうのではないだろうかということを感じました。3年半前、茨城県に県立病院の院長として赴任したのを契機に、県立病院ですので行政の立場もある、一般総合病院としての病院管理者という立場もある、そして住民の方々と従来どおり医療を通じてさまざまな形でかかわることができるということから、私はきょうお話しする医療学の義務教育導入をモデル事業の中で実践するようにいたしました。そのことについて御報告申し上げます。

医療崩壊という言葉に代表される今の日本の窮状でございますけれども、これからさらに厳しくなる

ということは皆さん十分御存じだろうと思います。65歳以上の高齢化率は20%を超え、さらに30年後、



40年後には40%に迫る。高齢化率40%というのは2100年まで続くだろうと言われてます。

これは日本経済新聞の記事で2050年ごろまでのグラフですが、65歳以上の人たちが今の1.5倍になり、さらに困難を来すのは若い年齢層の急激な減少、日本人全体の人口の減少であります。けさの原中日本医師会長の御講演にもありましたけれども、人口減少というのも今後大きな社会の問題になってまいります。



**今後100年以上**

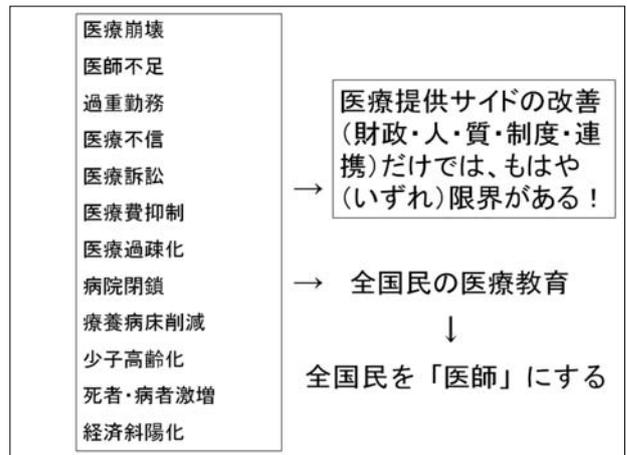
日本の総人口の減少  
日本の若年人口の急速な減少  
日本経済の斜陽化  
アジア(中国)の台頭

↓

どんなに頑張っても、日本経済が100年以上にわたり超高齢化社会を支持するのは、不可能！

これは、国の借金が900兆円を超えたという記事でございます。今申し上げたとおり、今後100年あるいは100年以上日本の総人口の減少、若者の人口の減少、今既に問題になっています日本経済の斜陽化、中国の台頭というようなこともありまして、どんなに頑張っても日本経済は今後これ以上超高齢化社会を支えることはできないだろうと感じております。

今日も話題になっております医師不足や過重労働



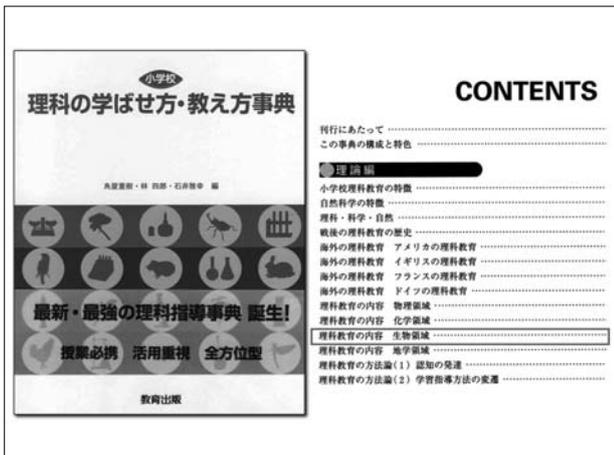
働、病院の閉鎖などの問題は今後さらに悪化します。現在1年間に110万人の死亡がございすけれども、30年後はこれが160万人になると言われています。それに伴って、当然疾病患者さんもふえてくるわけです。もはや医療提供サイドの改善では無理ではないかということをお私強く感じております。これを何とか少しでもよくするために、全国民の医療教育が必要ではないか。極端な言い方ですが、国民全員を医者にするればいいのではないかなという考えを持っております。

自分の命を奪う病気のことを知らずに死ぬのをどう思いますか？

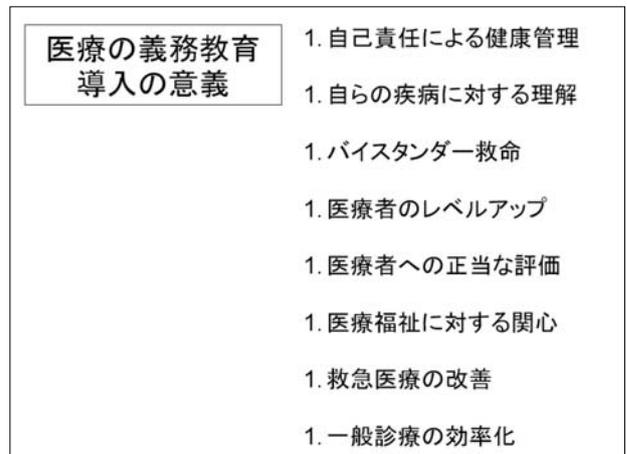
生きていく最低限の知識を学ばせるのが義務教育であるならば、病気のことを教えるのは義務ではないでしょうか。

例えば、自分の命を奪う病気のことを全く知らないという患者さんを非常に多く見ますが、これを皆さんどう思うのでしょうか。胃癌で亡くなる方で、胃癌のことなど学校で1回も教わったことがないという方はいっぱいいらっしゃいます。生きていく最低限の知識を学ばせるのが義務教育であるならば、病気のことを教えることは義務ではないでしょうか。

現在の教育指導要領つまり教え方について書いた



本がごございます。この中に理科の部門がごございます。これは小学校、中学校といろいろありますが、主には体の仕組み、生理、解剖といったものは比較的良好に教えております。高校に行きますとかなり細かなところまで教えるようになります。



理科のほかに保健の授業がごございます。ここでもかなり体の仕組み等を教えます。しかし、ここで教える内容は思春期に限るものや事故といったことで、病気も一部コレステロールの話などが載っているところもありますけれども、大人になってから大きな問題となる糖尿病、高血圧、癌といった内容についてはほとんど触れられていないのが現状です。

これは高校です。心と体の問題、性と健康といった内容のものになっております。

私が強く皆さんにお願いしたい医療の義務教育導入の意義ですが、幾つかに分けられると思います。例えば、自己責任の健康管理など当たり前だと思いますが、主に大人になってからさまざまな講演の機

会を得ながら、インターネット、あるいはテレビやラジオの教育番組等で教わるものであって、健康に関心のあるごく一部の方は非常にすばらしい知識を得ますが、我々の病院などに来る患者さんはこういうマインドを持っている方々だけではありません。ほとんどの方は、実際は自己責任の健康管理がなかなかできない。教わったこともありません。先ほど申し上げましたように、胃癌の患者さんが胃癌のことを全く知らないという非常におかしなことが、今起こっています。

バイスタンダー救命処置という、目の前の患者さんが急に倒れたときの不整脈等による心肺停止に対してAEDを使った救命が社会復帰率を高めるということはよく知られています。こういうことは学校でも今はかなり教えるようになりましたが、まだまだ不十分なところがあるかと思えます。

医療者のレベルアップというのは、患者さんの医療の知識が高まれば高まるほどプロとしての医療者

のレベルを上げなければいけない、もはやごまかしがきかないということです。当然医療者に対するプレッシャーになります。

それから、医療者に対して正当な評価をしていただけるのではないかと思います。例えば、皆さんはプロ野球を見ていてイレギュラーバウンドで仮にはじいても、あれはエラーとは言わない。イレギュラーで仕方がないと言ってくれるのではないのでしょうか。同じことは医療の不確実性にあてはまるように思います。これを私は必ずしも強い言葉で主張するわけではありませんが、今の患者さんが医療者への正当な評価を必ずしもしていただけない一つの要因は、十分な知識がないからではないかということ強く感じております。

これからますます厳しくなる医療、福祉、介護の現場に対する関心を小さいときから持ってもらうことも大きな意義があると思います。コンビニ受診等の話がきょうも出ておりますけれども、待てるものは待つという知識が少しでもあれば、救急の現場は助かるのではないかと思います。

それから、一般診療の効率化。私は消化器外科医として、例えば胃癌や膵臓癌、肝臓癌の手術の前に1時間程度の説明を恐らく4～5回はしますが、それをもっと効率よくできるのではないだろうかということを感じます。

市立小学校でのモデル事業「いのちの授業」					
H20年度、H21年度の2回施行、H22年度も予定					
場所	項目(場所)・内容 ※時間はいずれも13:40～15:10	10月17日 (金)	10月24日 (金)	11月14日 (金)	11月21日 (金)
県立中央看護専門学校	① いのちの誕生 ・赤ちゃんの抱き方、入浴	1, 2組	3, 4組		
	②看護技術体験 ・車いす体験・脈拍測定			1, 2組	3, 4組
県立中央病院	③自分の体を知ろう ・模擬診療・体の不思議・栄養の話	3組	2組	4組	1組
	④救急蘇生	4組	1組	3組	2組

私の病院がある笠間市の教育委員会、当院の職員、隣接する看護専門学校の教員、学生、茨城県の病院局の方々の御協力を得まして、まずは市立学校でモ

デル事業を始めたらどうだろうかということで、一昨年から動いております。ことしも10月に行くことになっております。大体このような内容になっております。重要なことは、1つの学年全員に教えるということです。内容は年度によって少しずつ変遷はございますが、この全員、1クラス35～40名程度をどういう形で班に編成して、4つのテーマに対してどうやって回していくかということ考えた末、一つの案としてこういう形をとっています。



具体的な風景です。これは看護師中心に行っています。これは看護学校での主に介護、あるいは車いす移乗などの実習です。これは救急処置です。それからこれは命の最初の瞬間というところで、こういった沐浴の実習を小学生にやらせています。

市立中学校での健康集会・講演会			
H20年度、H21年度の2回施行、H22年度も予定			
対象学年:人数	11月17日(月) 13:40-14:30	H21年1月30日(金) 13:40-14:30	H21年2月13日(金) 13:40-14:30
1年生:192名	健康集会 (救急医療)	講演会 (薬物乱用防止)	
2年生:227名			講演会 (思春期の心と体)



中学校からの依頼もございましたのでかかわっています。生徒数が多いので講演形式になっていますが、一部は班ごとに分けて救命処置の実習を行っております。



これは小学校の実習の後に、実習で習った内容をお父さん方、お母さん方に小学生が教えるということを発表会を兼ねてやっております。これは子から親へという形をとって、一つの広がりになったかということを感じた次第でございます。

まだまだ反省すべきことも多いですし課題も多いと思います。今申し上げましたグループ別学習では、あの程度の規模の実習で指導員は延べ50人ぐらいを必要といたしました。講演形式は非常に少ない指導員で済みますが、効果に関してはなかなか難しいように思います。まだ2年度しかやっていないので、ことしが終わりましたから3カ年分の検討をしようということで今後の客観的評価が待っております。また、まだ系統的、持続的な学習のシステムができておりません。教科書もできておりませんので、これを持続的、系統的に行うためには今後さらに工夫が必要かと思っております。

昨年度から教育指導要領が変わりまして、「総合

## モデル事業「いのちの授業」2回の反省と課題

- グループ別学習： 多数の指導員が必要  
→ 人手の確保、時間の調整
- 講演形式の学習： 受動的な授業 → 限定的効果
- 客観的評価が不十分
- 系統的・持続的な学習の必要性
- 教科書の必要性
- 新教育指導要領での総合的学習時間の削減

的な学習の時間」がかなり削減されております。今回のモデル事業は小学校、中学校とも「総合的な学習の時間」を使いましたが、系統的、持続的な学習をしていくためには、新しい教育指導要領の変更が壁になるように思っております。

## 医療学は正規の教科となるか？

果たして義務教育の中で医療学が正規の教科になるかどうかということですが、さまざまな形でこういう試みを系統化できないだろうかと議会にも働きかけまして、議会の予算特別委員会でも議員を通して教育長の答弁を引きだしております。

県議会議事録 平成22年3月 予算特別委員会

教育長(答弁要旨)

小中高等学校、それぞれの発達の段階で、学習指導要領の内容に加え、どの程度まで指導できるかという課題や、新しい学習指導要領の中で、総合的な学習の時間が削減されるなど、学習の時間の確保等の課題がございます。しかしながら、医療にかかわることについて学校で学ぶことは、家庭でも話し合う機会が生まれ、知識や関心が高まることにもつながると考えておりますので、さまざまな取り組みを行うことが望ましいと考えております。

県といたしましては、このような取り組みについて、情報提供をするとともに、学校生活のあらゆる機会を活用して、医療に関する基本的な知識について、子どもたちに理解させるよう努めてまいります。

ある程度こういうモデル事業は評価するとして、今後は県としては、教育長の立場では学校生活のあらゆる機会を活用して医療に関する基本的な知識について子供たちに理解させるよう努めていきますと。私としては歯がゆい答弁ではあったのですが、一つの回答をいただいています。

また県知事からは、正規の科目ということについては学習指導要領が改訂されたばかりですので難し

#### 知事(答弁要旨)

医療教育につきましては、中央病院の永井院長が積極的にこの現場へ出ていろいろなことを活動を展開してくれているところがございます。友部小学校、友部中学校においては、沐浴体験、看護体験、模擬診察体験等をやっているところ。こういった形で、子供たちに医療というものについて関心を持ってもらうということは、自己責任による健康管理、みずからの疾病に対する理解、あるいはバイスタンダー救命、あるいは医療者のレベル向上、医療者への正当な評価等々、いろいろな面で大変意味を持っているものと考えております。

正規の科目ということについては、学習指導要領が改訂されたばかりですので難しいかと思えますけれども、本県では、来年度、教育プランを改訂することとしております。その中で、特に、今の御指摘も踏まえまして、命や暮らしを守る教育というものを体系的に位置づけて、保健の授業などでの指導を一層充実させてまいりたいと考えております。

いと思えますけれども、本県（茨城県）では来年度、これはことしの3月で昨年度中の答弁ですので、つまり今年度のことでございます。今年度は御指摘を踏まえて命や暮らしを守る教育を体系的に位置づけ、保健の授業などでの指導を一層充実させたい、との御回答をいただいています。

#### 当面の対応

1. 理科・保健の授業内容の見直し
2. 総合的な学習の時間の利用

#### 近い将来：

#### 単独基本教科としての医療学

当面の対応としては、知事が言ったような理科、保健の授業の内容を見直したり、総合的な学習（少なくなっただけでもこれを活用するのがいいだろうと思います）を利用して、近い将来には基本教科として医療学をまとめていただきたいというのが私の強い希望でございます。

問題は人手ですが、我々医療関係者はこういう教育に熱心であるというのが私の今までの経験です。ぜひさまざまな形で皆様の御協力をいただきたいと思いますし、現在理科や保健体育を担当している教員の先生、あるいは学校には養護教諭もいらっしゃいますので、こういう方の協力が必要です。あるいはきょうも出られた地域住民の方とくに患者会の方の参加をお願いしたいと思っております。

#### 医療学担当教員の確保

医療関係者

理科・保健体育担当教員

養護教員

患者会

#### 医療学の生涯教育

小学校

中学校

高等学校

大学

社会人

一斉開始により10年程度で一定の成果が期待できる。

生涯教育として義務教育の小学校、中学校だけではなく高校、社会人といったところで医療教育を一斉に開始していただければ、10年程度で一定の成果が期待できるのではないのでしょうか。

「医療をもっと身近に、医療を義務教育に」ということで私の講演を終わりといたします。御清聴ありがとうございました。

【三瀬座長】 永井先生、ありがとうございました。



## ディスカッション

シンポジストの方に登壇していただき、御質問、御意見等をお受けする時間を20分程度設けたいと思います。御発言予定の方は時間節約のために今後ろに行っていただいて、スタンドでマイクが立っております。そこで準備していただいて、手を挙げてください。どなたに発言していただくかはこちらで決めさせていただきます。長くなりました場合には途中で打ち切らせていただきますので御協力をよろしくをお願いします。

ではシンポジストの皆さん、壇上をお願いします。シンポジストの方相互で何か御発言はありますか。あればお願いします。

**【福田】** 先ほどの講演が中途半端に終わりました。そのときに出した数字がありますが、あれには続きがあります。県立病院の時間外受診者が1万人まで膨らんだところまでお話しして、これからのところで終わったのです。昨年度実績では、現在、延岡県立病院の時間外受診者は5000人に半減しました。1年間の私たちを中心にした取り組みで、県立病院の時間外受診者は半分になったということだけお伝えいたします。

**【三瀬座長】** ありがとうございます。ではお待ちせしました。正面の方をお願いします。あちらの方は2番をお願いします。

**【金丸】** 宮崎県の理事の金丸といいます。前野様に現状を教えていただきたいのですが、その前に、今言われているように医師不足をどう解消するかが一番のテーマだと思います。財源はおかげさまで大きな一歩で、診療報酬が改定されたことには感謝しています。一方で福田さんや石本さんみたいに市民の動きが非常に大きな力になることにも感謝しながら、即効性のあることがぜひ必要です。適正配置だろうと私も思います。その考え方ですが、強制的というのはいろいろな意見があり過ぎます。今の世の

中、国民も医師もそうですが専門医志向に極端に偏りすぎています。そうであれば同じ専門医のレベルで総合医の位置づけを何とかすることが、一番即効性があると思っています。総合医の国民的認知を高め、国を挙げた根幹としての総合医の位置づけさえできれば、それに伴う資格要件として、志願・希望という形で僻地や離島、救急現場の1年間勤務をキャリアパスの中に組み込むことができる。自然的な地域格差解消や市民活動の盛り上がり等を含めれば、診療科のリスク軽減を含めて診療科偏在も解消される可能性があるかと思いますが、御意見はいかがでしょうか。

**【前野】** まさにそのとおりだと思います。今、各地域でふるさとワークという形で随分広がってはいます。10年たてば非常に数が多くなってきます。でも、それだけではなくて、一番なのはモチベーションをどう上げていくかだと思います。今回の取材でも、医学生が4年、5年の若い段階で地域に行って現場の先生たちの後ろ姿を見て、こんな楽しいものかと。何人もの学生に話を聞いたのですが、地域は患者の顔が見えて患者がどうなっていくかすべてわかります。大きな病院ですとそのときだけです。そういう魅力やモチベーションを、医学教育の中でシステム化していくことがまず大切だと思います。それ以外に家庭医や専門医の問題もありますでしょうし、総合的な形でやっていくことが必要だと思っております。

**【金丸】** 同感です。私も僻地に行って、学生に魅力を本当にたくさん伝えていきます。これは当然やるべきことだと思いますが、同時に、若い人たちは家庭医・総合医に少なからず関心が高いのです。その魅力だけではなく、現実問題としてライセンスとしての位置づけが絶対に必要だと思います。それが大きなうねりとなって大きな即効性に行くような気が

## ■ シンポジウム 1

してならなかったものですから、お尋ねいたしました。ありがとうございました。

**【三瀬座長】** 御発言ありがとうございました。2番の方、お願いします。

**【斎藤】** 茨城県医師会の斎藤でございます。本日までどなたも取り上げていない問題で、地域医療、特に臨床科目について重要な問題がございます。

国公立、市立を問わず、大学の先生たちから基礎医学の志望者が極端に減っているという報告が多々寄せられております。基礎医学、病理や臨床病理、解剖、その他もろもろございますけれども、それはやはり地域格差を生じています。当然臨床に密接にかかわっていると思います。臨床科目における、また地方における医師不足と同様に、基礎の面での研究医の不足についてどうお考えか。今後医療改革ということでしたら、特に基礎医学に従事する医師不足に対してある姿勢を示す必要があると思います。御意見をお伺いしたいと思います。

**【三瀬座長】** 1番は永井先生、2番は前野先生に一言ずつお願いいたします。

**【永井】** 斎藤先生、どうもありがとうございました。私も大学に16年、前任地の大学まで入ると20年、大学教育に携わっています。基礎の問題は先生も御指摘のとおりだろうと思います。特に私が不足だと感じているのは、臨床科とのつながりが強い病理です。それから最近は死因究明等で問題になっている法医学の専門の先生です。私も臨床でずっとやってきた関係で、基礎のところまで先生ほど深くは考えておりませんでした。これからは大学の先生方のお考えなども聞きながら、ここの補充をどうするかを決めていくべきだろうと思います。少ない医師の数の中でも、基礎の先生が少ない。最近痛烈に感じたのは、法医の先生の少なさでございました。御指摘ありがとうございました。これを機会に考えていきたいと思っています。

**【前野】** そのとおりで、小児科、産婦人科医の救急が少ないという以前に、基礎系のドクターそのものが少なくなってきた。医工連携といいながらも、

肝心の医師が今足りないという状態です。それをどうしたらいいのか。私自身がどうしたらいいかは答えられないのですが、少なくとも医学生の間で基礎の大切さ、基礎のおもしろさを教えるような講座が今まであったかという、必ずしもそうではない。多くの医学部では国家試験が大前提にあって、それに関係しないものは医学部の中でどうもないがしろにされている部分があるのではないかという感じがいたします。

それともう一つは、あえて言えば医学部は80大学にありますが、その80大学が別個それぞれに基礎の部分をやっているような感じ。それをもう少し、役割分担というわけではありませんが分けて特殊性を持たせられないか。この基礎ならこの大学のこの先生という形で、ある程度のカラを出していくのも片方で大切です。例えば今回ノーベル化学賞をとったら、若い学生たちがどっとふえると思います。同じように、近々もしある先生がとられるようなことがあれば、また少し変わると思います。そのときに受け皿としてどうなのか。大学の中で基礎と臨床の先生との隔りもあるでしょうが、そこは全体として日本の医学教育のあり方という形での論議が必要ではないかと思っております。

**【三瀬座長】** ありがとうございました。大変申しわけないのですが、時間がありましたらもう一回御指名いたします。白い服の方、お願いします。

**【石原】** 愛媛大学の石原と申します。読売新聞の前野先生にお尋ねしたいのですが、会社として取りまとめられましたプロジェクト「医療ルネッサンス」は大変すばらしい記事だと思って私も拝見しているのですが、その中で問題だと思っているところが幾つかございます。その最大のところは、改良のプロジェクト、あるいは改良や改善ということは誰も反論できないきれいな言葉です。改良・改善の具体的なプランを立てるためには、どこからどこへ進むのかということが非常に重要になりますが、読売新聞の考え方では低負担低福祉の社会福祉から中福祉中負担の社会福祉というお考えでございます。少な

くとも私は、医学や医療については低負担高福祉、あるいは高成果。世界で最も高いアウトカムが出ているわけですが、それと年金を一緒に混ぜてしまうことの問題点と、医学や医療についての現状認識と、最終的エンドポイントをどうなさりたいのか、そこをお教えいただきたいと思います。

**【前野】** とても難しい、根源的なことです。逃げるわけではないのですが、まず日本の医療のあり方について最大責任を持っているのは医療者です。医療者自身が一つは出すという部分が必要だと思います。読売新聞はそれを提言しました。ではそれをどう受けるかという形です。プロフェッションとして、医療者として責任を持つ、それを国民に提示し国民を納得させる、それをマスコミにコミットする。マスコミに関しては、ここまでは言い過ぎだろうという論議が社内がありました。最終的にはドクターを中心とした専門家の意見で、専門家を奮い立たせる施策であるべきだとなりました。ですので、決してドクターと読売の提言が対立するものではない。あくまでも読売新聞の提言というのはたたき台です。そのたたき台を、顔の部分で各自がどういう形でオーサライズないし批判も結構ですが、それをやっていくかという部分があります。

それから、低負担低福祉とありましたが、これは2年前に取りまとめたものです。そのときはそうなりましたが、その後でこれは必ずしも今の時代にそぐわないなと思っています。2年間で大きく変わっております。今の読売新聞の提言は、すべてこれを是とするものでは決してありません。2年間での医療環境は皆さんもご存じのように大きく変わっております。その先駆けの一つになったのが、医療提言の一つだと思っております。

**【三瀬座長】** ありがとうございます。福田さんと石本さん、今の議論の感想をお伺いします。せっかくですから、負担について、何か思うところがあれば。

**【石本】** すみません。住民としては、余りにも難しいのですが。医療、命を救えるのは先生方です。

それがいい方向に向かうように一生懸命皆さんに考えていただいているのですが、100人いたら100通りの答えが出てきます。今の受け答えを聞いていて、住民は一体どのようにしたらいいかとまた頭がこうなっていますが、やはり住民はぶれなく先生方を守ると、これは未来永劫守っていかなければならない。また10年後に先生がふえてきたと安心していると、また同じことの繰り返しだと思います。今本当にピンチだと思うのです。だけど、こういう場で住民が答えられるということは、私はチャンスと思っております。これをチャンスに変えていただけてたくさん議論してください。私に聞かせていただきたいと思っております。

**【三瀬座長】** 議論のもとになる情報がすごく大事だと思います。時間が短くてはしょっていますが、こちらの方、お願いします。

**【丹野】** 青森の丹野と申します。前野さんにお話を聞きたいのですが、先ほどのスライドの中で、医師の偏在や救急車のたらい回しという話がありました。これはリスクテイクをするドクターが減ってきたということです。やはりこれは、数年前にあったメディアの医療バッシングが一番大きな原因だったのではないかと思います。救えるものは救えるし、救えないものは救えない。医療安全と言われますが、医療そのものは、安全は心がけているけれどもリスクは必ずあるということを国民全体に知らせていかなければ、リスクテイクできるドクターが減ってくるのではないかと思います。いかがでしょうか。

**【前野】** けさの講演でもメディア批判が出ましたが、まさにそのとおりであります。それに関して一番の根本原因は、医療者側と我々とのコミュニケーションが十分できていなかったというところがあると思います。メディアがあれだけ書く。書いている記者がどれほど医療を知っているか、医療の姿を知っているかということ、結構お寒いものがあります。同じような形で、先生方も自分の領域は知っているけれどもちょっと離れたら違うということがあってはいいですか。それを医療者としてまた我々とし

て国民としてという形で、医療という幅広い形で今話を進めていくという土壤がやっとできつつあるのかなと思っております。

**【丹野】** 先ほど石原先生の御講演でも、日本の医療はすごくすばらしいのに国民は余り満足していないということは、悲しい出来事だと思います。ぜひメディアの力で何とかその辺を広げてもらいたいと思います。

**【三瀬座長】** ありがとうございます。そろそろ時間ですが、小松先生、そこに座っただけで何も言わなかったのですが、何か追加することがあれば一言いただいて終わりにしようかと思います。

**【小松】** 先ほど石本さんもおっしゃっていましたが、いろいろな問題が確かにあるのですが、解決策をみんなで考えていくという部分では、コミュニケーションをお互いにとりつつ、お互いの気持ちを思いやりつつ、いい解決策を考えていくしかないのかなと思います。そのきっかけにこういうシンポジウムがなればいいなと思います。

**【三瀬座長】** ありがとうございます。残り1分ぐらいになりましたので、手を挙げていただいた方、いらっしゃいますか。お願いします。

**【村山】** さいたま市から参りました村山と申します。567床の公立病院の院長をやっております。影響力が大きいということで読売新聞の前野記者に御質問をいたします。スライドは非常によくまとまっていて問題点がわかりましたが、一つ重要なことを指摘されたと思います。今の臨床研修制度の中で、初期研修と後期研修が分かれていることは我々医療者はよく知っているわけですが、医師不足の中で後期研修制度が今すごく重要な鍵を握っているというか、後期研修制度がぐちゃぐちゃになっていることが、地方によっては非常に医師不足に陥っている重要な要素になっていると思います。したがって、ただ単に研修制度という新聞の見出しではなく、初期研修制度はもうかなり根付いて、そこそこ定着していると思いますので、後期研修制度をもうちょっと取り上げていただきたいと思っています。

それからもう一点です。地域の医師不足ということで、1県1医科大学主義で現在に至っているわけですが、ほとんど効果を上げていません。例えばこれは私の個人的な意見ですが、1学年の中で、例えば群馬県だったら群馬大学に群馬県の高校出身者枠を20~30人設けるということをする。実際には群馬県出身者の枠は非常に少ないと思います。小松先生には失礼かもしれませんが、奈良医大御出身で今はこちらにいらっしゃるわけですが、実際に奈良県は非常にひどい状況であるのは御存じだと思います。ですから、その地域の医科大学にある程度県内出身者枠を設けて優先的に入学させることをもっと推進してもいいのではないかと日ごろ思っておりますので、提言させていただきます。

**【三瀬座長】** ありがとうございます。現在400人ぐらいの地域枠があります。

**【尾形座長】** シンポジストの皆さん、どうもありがとうございます。今回は「医療再生の新しい取り組み」と題して皆さんに御意見をいただきましたが、医療について地域の住民、市民、国民が要望を超えて行動しようという非常に前向きな姿勢が感じられました。もちろん医療制度の問題やいろいろな問題がありますが、今、地域の医療再生を担っているのは「地域」と「住民」、まさにその2つがキーワードであると思います。きょうは5名の先生方にいろいろな意味で提言をいただきました。どうもありがとうございます。



## シンポジウム 2

「今、勤務医に求められる“医療連携”とは」 15:25~17:25

---

座長：栃木県医師会勤務医部会理事  
栃木県医師会勤務医部会理事

中澤 堅次  
阿久津 郁夫

### ①地域医療を守るための取り組み —地域における救急医療—

シンポジスト：大田原赤十字病院院長

宮原 保之

### ②院内連携：男性医師—女性医師のチーム連携

シンポジスト：大阪厚生年金病院産婦人科部長

小川 晴幾

### ③男女共同参画という連携からはじまる病院環境の整備

シンポジスト：自治医科大学腎臓内科教授

女性医師支援センター副センター長

湯村 和子

### ④離島診療所が必要とする医療連携

シンポジスト：沖縄県立中部病院プライマリケア・総合内科

本村 和久

### ⑤がん治療における在宅医療連携

シンポジスト：要町病院副院長

要町ホームケアクリニック院長

吉澤 明孝

### 患者、衆議院議員の立場から

特別発言：栃木県難病団体連絡協議会会長 衆議院議員

玉木 朝子

コメンテーター：日本医師会常任理事

三上 裕司



### 座 長

栃木県医師会勤務医部会 理事 **中 澤 堅 次**



### 座 長

栃木県医師会勤務医部会 理事 **阿久津 郁 夫**

ただいまよりシンポジウム2を開催いたします。最初に本シンポジウムの進行手順をお知らせいたします。シンポジウム2では「今、勤務医に求められる“医療連携”とは」をテーマに、地域医療連携、男性医師—女性医師の連携、在宅医療の連携について、それぞれのお立場から5名の先生方に御講演いただきます。講演（1）から（3）は阿久津、（4）以降を中澤先生に進行していただく予定です。5名の先生の講演が終了後、舞台設営をさせていただき、その後に患者の立場、さらには衆議院議員の立場として玉木先生に御発言をいただく予定としております。その後ディスカッションに入ります。ディスカッションではフロアからの御意見、御質問を受けたいと考えております。活発な御議論をお願いいたします。なお、各シンポジストの先生方の御紹介は司会の進行の都合上、大会誌の略歴をもってかえさせていただきます。

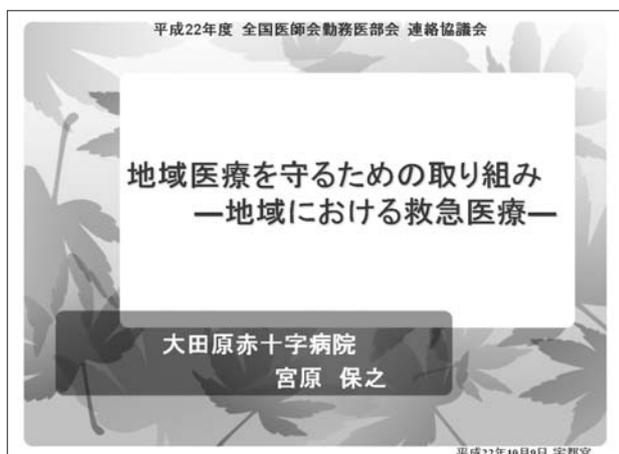


講演（1）に入ります。「地域医療を守るための取り組み—地域における救急医療—」と題し、大田原赤十字病院長、宮原保之先生に御講演いただきます。宮原先生、よろしく申し上げます。

### ①地域医療を守るための取り組み —地域における救急医療—

大田原赤十字病院院長 **宮原 保之**

大田原赤十字病院の宮原です。どうぞよろしくお  
願いいたします。早速始めます。



医師不足による救急医療の崩壊、地域医療の崩壊  
と言われて久しいのですが、当院もまさに医師不足  
のためにそれまでの救急医療体制を維持することが  
できなくなり、地域の救急医療が崩壊寸前になりま  
した。しかし、地元の医師会、2次救急病院と新し  
い機能分担というシステムを構築することにより、  
この難局を何とか乗り切ることができましたので、  
その経験をきょうここで御報告申し上げます。



当院はこの宇都宮から車で1時間の県北にありま  
して、許可病床数は556床ありますが、医師不足、  
看護師不足で実稼動数は432、救命救急センターを



併設し、地域医療支援病院、がん診療連携拠点病院  
の指定を受けている地域の基幹病院として急性期医  
療を提供しております。



これは、きょう午前中、知事から「栃木県は陰の  
薄い県」ということがありましたので、私がつくっ  
てまいりましたスライドです。栃木県は東北地方と  
よく言われるのですが、北関東です。面積は約  
6400km<sup>2</sup>、人口200万人。東京駅から東北新幹線  
で約1時間の距離でございます。

これが栃木県の救急医療体制です。救急医療圏が  
5つに分かれています。塗り潰したクローズドサー  
クルが初期救急診療所、オープンサークルが2次救



急病院、赤い二重丸が救命救急センターです。栃木県には5つの救命センターが設置されていますが、宇都宮から南に4つあり、非常に医療資源が偏在していることがおわかりになると思います。当院は県北の広い地域を担当しております。



県北の救急医療圏です。面積は約2200km<sup>2</sup>、対象人口は約39万人です。この地域のほぼ中央に当院が位置し、その周囲に6つの2次救急病院がございいますが、その6つとも医師不足で非常に救急医療が困難になっており、そのうちの2つは救急医療はほとんどやっておりません。このような体制でございます。

私どもの病院の救急医療に関する経緯を申し上げますと、平成10年に救命救急センターが開設になりました。以来、「断らない救急」ということで、初期から3次まですべての救急を受け入れてまいりました。平成13年には年間3万3000人を超えるほどの救急患者数を取り扱いました。しかし、このとき入院

### 救急医療 現在までの経緯

- ◆H10年 救命救急センター開設
- ◆H13年 患者数ピーク:年間3.3万人超
- ◆H16年 臨床研修医制度等の影響による医師不足  
かかりつけ医推進
- ◆H17年 二次三次救急に特化  
(地元医師会・二次救急輪番病院・行政と話し合い、地域住民への広報)
- ◆H20年 夜間急患診療所365日開始(医師会)
- ◆H22年 小児輪番担当圏の拡大

率は大体12~13%で、残りの87~88%は初期救急でした。こんな忙しい病院は勤めていられないということで次第に常勤医が少なくなり、皆様も御存知のように平成16年の臨床研修医制度によってその医師不足が顕著になりました。しかし、当方としては何とか救急医療体制を堅持するということで、病診連携室を中心に病・診連携、病・病連携と「かかりつけ医」の推進を行いました。改善はみられませんでした。その中で、すべての救急患者さんを受け入れることが困難になりました。そんなとき、平成17年、地元の医師会が中心になり、医師会と2次救急病院そして行政との間に、この地域における救急医療体制についての検討会が何度も開かれました。その結果、平成17年4月から、当院は2次・3次救急に特化する。地元医師会は初期救急を担う。2次救急病院は輪番制を組みこれを堅持する。行政はこのシステムを広く地域住民へ広報し周知する。平成17年以来、地元の医師会は、それまで休日夜間のみの急患診療所でしたが、次第に開設日数をふやし、平成20年には365日体制になりました。これで機能分担が完成し、救急医療が回るようになりました。

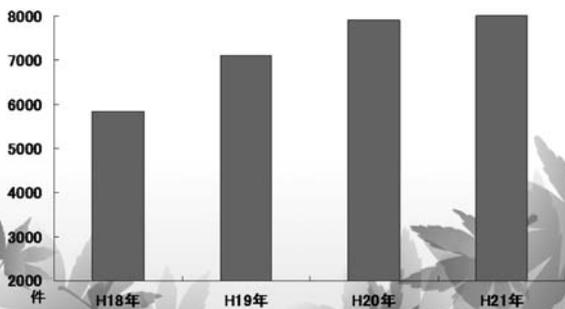
我々がやったことは地域全体の救急トリアージということ。これは、医師会が夜間休日急患診療所を365日オープンして初期救急を担う。後ほど言いますけれども、当院は24時間365日の受付の電話相談を施行し、電話トリアージを施行している。救急隊による現場トリアージを施行し、重症度別により搬送先救急医療機関を選定する。直接救命センタ

## 救急トリアージ



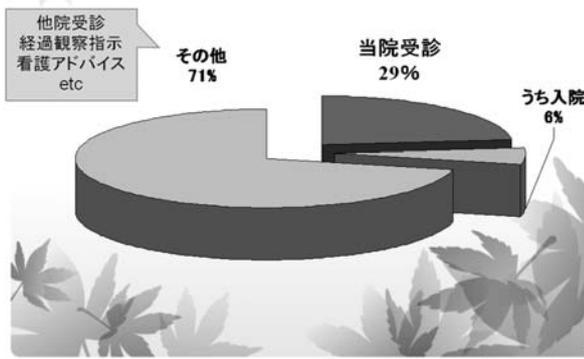
一に来院した患者さんをトリアージナースが対応して、軽症ならばかかりつけ医あるいは夜間急患診療所に回っていただくという幾つものトリアージを並行して行いました。

## 電話相談件数推移



これは電話相談です。日中は専任の看護師長が対応し、夜間は管理師長が対応しております。現在、平成21年では年間8000件の相談件数です。大体の時間帯は17時～22時にピークを迎え、その相談内容は

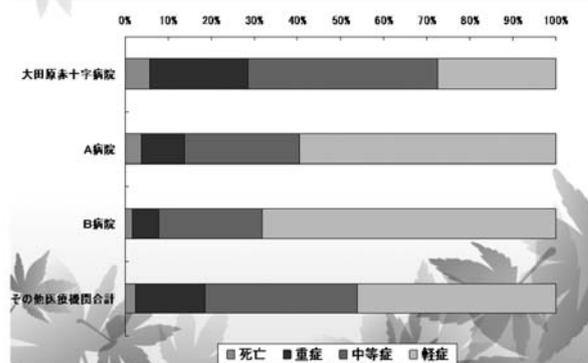
## 電話相談受診状況(H21年)



小児科・内科系が多くなっております。

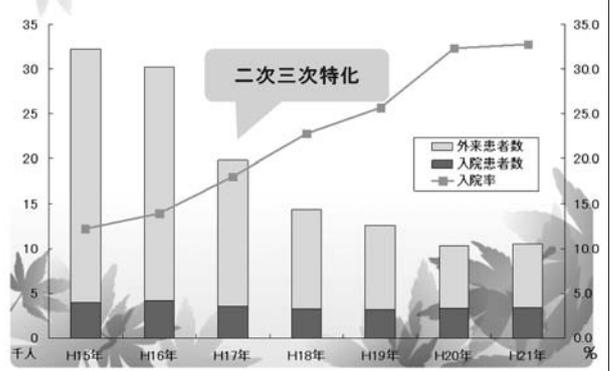
こうすることで、相談案件の約7割に近い方は、看護のアドバイスや経過観察指示で医療機関を受診しないという結果になっています。さらに、もし心配ならば、かかりつけ医あるいは夜間診療所へ回っていただくということで、当院は3割ちょっとの方が受診するようになっております。

## 医療機関別救急車搬送件数(H21年)



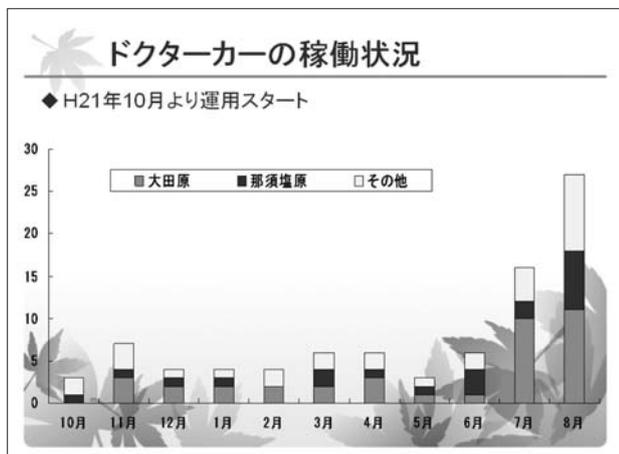
これは救急車による搬送件数を重症度別にあらわした割合です。当院には7割以上が中等症以上の患者さんが運ばれてきて、他の救急病院には約半数以上は軽症患者さんが運び入れられるということで、トリアージが非常にうまくいっていることがわかりたいと思います。

## 救急患者数推移グラフ



これは当院の救急救命センターの患者数です。平成17年に2次・3次に特化して以来外来患者数は激減しまして、平成21年にはピーク時の3分の1になりました。しかし、入院患者数は変わらないということで、入院率は約3倍になっております。入院患

者数は変わっていませんが、より重症な患者さんが運び込まれております。

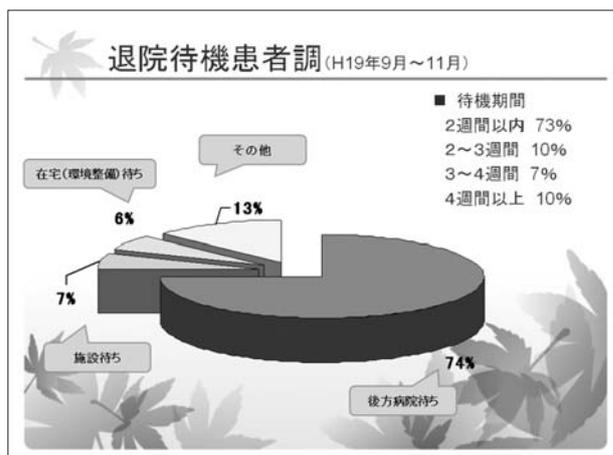


そして、その余力を地域のためにということで、我々は昨年10月からドクターカーを運用いたしました。これは救急医とナース、救命士がチームになって、救急隊の要請によりできるだけ早く救急現場に出勤し救急医療を施行するというチームで、現在はほとんど毎日出動しております。

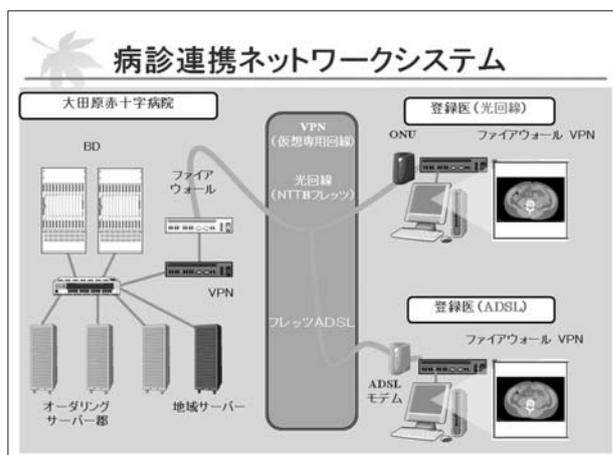
ドクターカーによって救命される方も多くなり、メディアにも取り上げられるようになりました。栃木県では今年からドクターヘリが運用されておりまして、県北の広い範囲での救急医療を、ドクターヘリと当院のドクターカーが連携して、より高度な救急医療を提供しております。これがドクターカーのチームです。



しかし、このように救急医療の入り口を整えても、出口の問題がクローズアップされました。救急医療は入り口だけを整備しても出口を整備しなければ流



れないわけで、どこかで詰まってしまう。事実、当院でも退院待機患者が増えてまいりました。そのうち大体4分の3は後方病院待ちで、待機日数は2週間前後という出口の問題が出てきました。そういうことから、後方病院いわゆる病・病連携をして早くスムーズに転院できるような退院調整をしております。



更にもう一つ、かかりつけ医による在宅医療推進の必要性があるということで、当院は病・診連携ネットワークシステムを構築いたしました。これは当院と登録医との間にインターネット回線を結び、登録医の受け持ち患者さんのデータ（検体検査・画像検査・病理検査（内視鏡検査）・退院サマリー等）をリアルタイムに365日、登録医が閲覧できるシステムです。

これは検体検査の画面です。

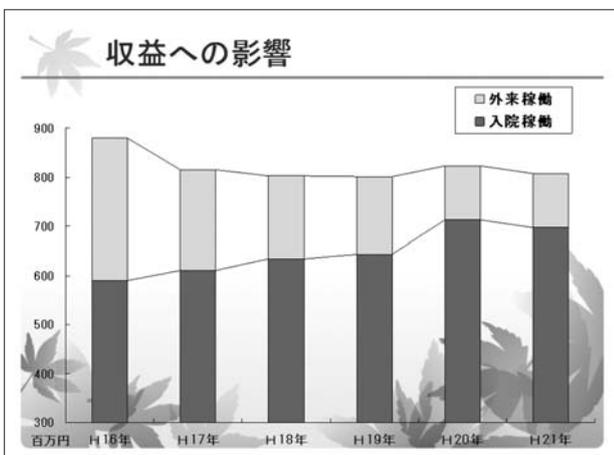
画像検査です。こういった検査がすべて閲覧できるようになりました。

## 検体検査結果画面



平成20年7月、地域全体の救急医療の機能分担、そして病・診連携ネットワークシステムを当時の舛添厚生労働大臣が視察に来られました。本年1月号の『中央公論』「厚生労働省戦記」には当院の視察をされて医療ビジョンの具体化を急ぐべきだという手記が載っています。

## 収益への影響



救急医療患者が3分の1になったことで収益はどうかということですが、診療報酬改定・DPCの参

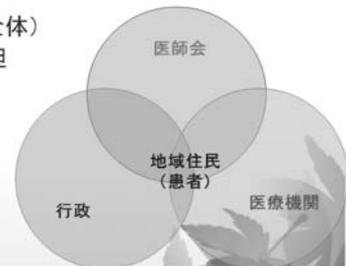
加で単純には比較できませんが、確かに外来稼働額は著減しました。しかし、より重症な患者さんが選別されて入院なさるために入院稼働額が増加し、全体では1割の救命センターの減益となっております。

## 救急医療を守るために

- ◆点ではなく面(地域全体)
- ◆医療機関の機能分担



- ◆医師の疲弊軽減
- ◆救急医療の維持



私どもは今まで、病・診、病・病、診・診という1対1いわゆる点と点としての連携をやってまいりましたが、それだけではだめで、とにかく地域全体の面としての病・診、病・病、診・診連携が必要です。それによって救急医療を何とか守ることができたということです。これには行政の積極的なかわりや、地域住民の啓蒙が非常に大事です。日本はフリーアクセスです。全国の救命救急センターの中には、紹介状を持たない患者さんや入院が必要でない患者さんから特別料金を徴収している救命センターがありますが、当救命センターはそういうことなくフリーアクセスを3分の1まで抑えることができました。

私が今日言いたいのは、「生き生きとした地域医療」

生き生きとした  
地域医療を守るために、

今、  
医療連携による医師の団結を！

---

です。地域医療は活気がないとだめです。活気がないと地域の住民は守れない。そのためには医療連携（病・病、病・診、診・診連携）による医師の団結が重要であるというのが、私の結論でございます。御清聴ありがとうございました。

**【阿久津座長】** 宮原先生、どうもありがとうございました。

### ②院内連携：男性医師－女性医師のチーム連携

大阪厚生年金病院産婦人科部長 小川 晴 幾

御紹介ありがとうございます。今、絶滅危惧種と言われてます産婦人科の勤務医をやっております。産婦人科が非常に厳しいということは、ここにいらっしゃる皆さん御存知だと思います。私が今の病院に勤めたのは平成17年からですが、平成18年ぐらいに本当に厳しい状態になりました。私と私の御意見番みたいな50代の男の2人の男性医師と、女性医師3名の5名です。5名というのかなりの数ではないかと思われるかもしれませんが、1人は産休中、あと2人はお産の直後です。そういう状態で、当院では1次・2次救急をやっていますので緊急搬送も受けていましたし、大体数百名の分娩を見ておりましたのでかなり厳しい状態です。私自身が月数回以上当直をやったり15回以上のオンコールをやったりという状態で、当院も産婦人科から撤退しなければいかんという状態でした。これを何とか盛り返そうということで、1年だけいろいろ頑張ってみて、これで先が見えなかったらやめようということで頑張ってみたのが平成18年でした。今は幸いなことに10名の医師を抱える状態で非常に楽になり、私も定年間近ですので当直から外していただきました。ではどういうことをやってきたのかということをお話しいたします。



きょうは3つ話をしたいのですが、当院は子育て支援ということで全国版でも取り扱っていただき、有名になりました。このあたりについてお話しします。

そこにかこつけてというわけではないですが、当時は子育て中の女医さんを支援しようということでしたが、私と院長でかなり喧嘩をしながら制度を変えていき、今は男性医師も女性医師も両方をケアしないと無理だという結論になり、ワークライフバランスということで全スタッフのQOLを考える立場で動いております。それに関連してお話ししたいのがオープンシステム（病・診連携）です。これは時間があればお話しします。

今、人数が非常にふえたという話をしましたが、研修医がふえたのです。なぜ研修医がふえたか。非常に難しい問題がありますが、研修医を受け取るためには少なくともこういう土壌をつくらないと無理ではないかということをお話します。

子育て中の女性医師支援です。今、若い医師全体からいうと3割ぐらいが女医さんですが、産婦人科は6～7割が女性で、男性医師の2倍います。当然

#### 内容

- I. 子育て中の女医支援
- II. 産科オープンシステム(病診連携)
- III. 研修医への対応

現在の若手産婦人科で女医の占める割合は男性医師の2倍である。

女医の大半は育児希望を持つ。

### 女医の育児支援が弱いと・・・

- 育児休暇を十分に取得できないまま退職していく
- 職場復帰は敷居が高くなってしまう

マンパワーを維持する為には  
女医を辞めさせない手段が必須

その大半が育児希望を持っています。その為女性医師の育児支援が弱いと、育児休暇を十分とれないまま退職していきます。退職するとなかなか戻るのは大変です。特にブランクがあると、手術でメスを入れるのが非常に怖くなるなど、いろいろなことで敷居が高くなり、つい安易に流れて病院に戻ってこなくなってしまうわけです。マンパワーを維持するためには、女医を辞めさせない工夫が必要です。これは絶対条件だと思っています。

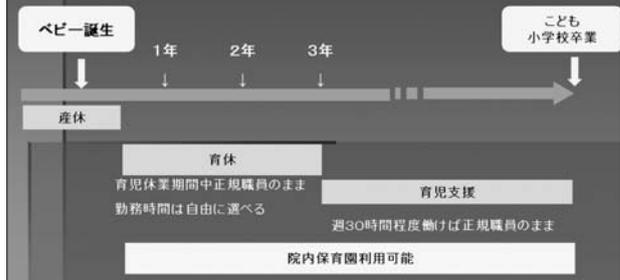
### 小学生在学までの子育て中の 正規職員の条件

小学校在学までの子育て中の医師、看護師ともに勤務時間を短縮するなどしておおむね週30時間程度働けば正規職員として雇用。

小学校在学中の子育て中の医師、看護師ともに、勤務時間を短縮して30時間でも正規職員として雇いますという条件をつけています。

これは厚生年金の子育て支援のスケジュールですが、出産の前後に産休があります。これは完全に給料が出ます。その後は3年までの育休に入ります。この育休は自由にとれます。例えば週1回午前中でもオーケーです。それなりに正規職員として給料も出ます。3年を過ぎると先ほど言ったことが行われ

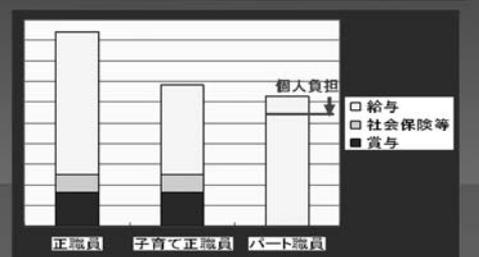
### 大阪厚生年金病院 子育て支援のスケジュール



ます。これは小学校卒業まで続きます。その間、院内の保育園を優先的に使えます。

### 正職員、子育て正職員とパート職員の年収

10年目女性医師 育児支援中:1日3時間、週3日間勤務した場合



では年収はどうか。10年目の女性医師で、育児支援の方が1日3時間で週3日勤務した場合を出しています。正職員の給与と社会保険、賞与です。正職員ですので、賞与と社会保険は同じ額が入ります。給与はフルに勤務している正職員より安くなります。私は正職員はいいからパートで生活しますという人もいます。その人たちは、辞めてしまわないように、パートよりは給料は高く設定しなければいけない。ところがパート代の給料はすごく高いので、それを全部上乘せるとパンクしてしまう。院長がいろいろ考えまして、パート代より社会保険や国民年金などの個人負担を除くと給料が高くなるという線で給与を出そう、これだったら勤めていたほうが取入的にも楽だという形をとりました。

これは保育園の様子です。

病児保育もやっております。小さいことから改革



しなければいけないということですが、当院は大阪のど真ん中にあります。都会ですから周りは高層ビルがたくさんあり、駐車場の確保が難しい。その中でも駐車スペースを職員用に60台分としています。

駐車場の使用許可基準としては、第一に優先されるのは子育て中の職員（介護を含む）で、その次が私たち年寄り（部長）です。とにかく子育てを優先しようということです。子供を乗せて駐車場まで入

### 職員駐車場使用許可基準

電車等で通勤が困難な者及び職員、臨時職員で養育中の者より次の順位から、院内駐車場の使用許可を決定する。ただし、同一順位の場合は勤務態様、車通勤の必要性、勤続年数等を総合判断して決定する。

- 順位 ①子育て中の職員、臨時職員及び派遣職員  
 (原則として、小学校入学までの子を持つ職員で保育園・幼稚園に車で送迎する職員を最優先)  
 1年以上、家族の長期介護を要する職員及び長期療養等を要する職員  
 ※優先順位①について、許可理由が消滅した場合は、駐車場使用を辞退するものとする。
- ②所属長(診療科部長)  
 ③夜間交替勤務を行う看護師  
 ④医師(研修医を除く)  
 a. 緊急性がある医師(おもに、循環器、SCU、母子センター、ICUに属する医師)  
 b. 正規職員医師  
 c. 緊急性があるレジデント(フェロー含む)  
 d. レジデント(フェロー含む)  
 ⑤研修医並(内)その他の看護師(申し込み順)  
 ⑥その他の職員(申し込み順)

(大阪厚生年金病院)

れて、保育所に連れて行って、病院に勤めてもらう。それ以外に24時間営業のクリーニングなどいろいろな工夫をして、とにかく女医さんが病院の中で日常の処置ができるシステムをつくりました。例えばATMを置いてあるとか、細々とした日常生活に必要なものを24時間販売するなどの設備をしています。

### 大阪厚生年金病院 医療職女性職員 子育て支援割合(女性医師)

職名	女性計	配偶者有	子供有	支援有	割合(%)
部長	2	2	1	0	0.00
医長	25	19	19	18	94.7
医員	4	1	1	1	100.0
フェロー	2	1	1	1	100.0
レジデント	23	7	4	4	100.0
臨床研修医	11	0	0	0	0
合計	67	30	26	24	92.3

大阪厚生年金病院で女性医師が子育て支援をどれくらい受けているかというスライドです。部長では女医さんが2人いますが、2人ともいいお年で子供は巣立っていますので、支援は受けておりません。支援を受けているのは、医長から医員、レジデントです。研修医はまだ皆さん独身だったりして関係ありません。医長からレジデントまでを計算すると97~98%の方が子育て支援を受けています。

ここまでは病院としてのシステムづくりです。システムは確かにあり、子育て支援に非常にいい環境をつくってありますが、現場では現場独特の問題が出てきます。一番問題になるのは、現場での男性医師と女性医師とのかかわりです。もう一つ難しいのは、子育て組の女性医師と独身の女性医師のかかわりです。これは同業で同性ということで、かなり厳しいものがあります。この部分が納得できないと、どこかで崩壊します。その部分をどう考えたらいいかということが私に与えられたテーマかと思えます。

このスライドに書いてあるのは本当に当たり前のことです。男性医師は女性医師が子育てと仕事の両立に真剣に取り組んで精一杯の努力をしていること

## 現場医師の考え方

- 男性医師は女医が子育てと仕事の両立に真剣に取り組んで精一杯の努力をしていることを理解する必要がある
- 女性医師は可能な時は男性医師を助ける気持ちが大切
- 子育て支援は永久に続くものではなく、頑張り屋の子育て女医は将来的には十分なマンパワーとなる

### チーム医療

を理解する必要がある。これが独身の男性はなかなかわかりません。子育てはやってみないとわからない。私も3人子供がおりますが、嫁さんが子育てをやっているのを見て、これは大変だ、本当に24時間体制の仕事だと思いました。これを感じなかったら私は子育て支援に余り目を向けなかったかもしれない。その意味では、現場の理解をどうするかは非常に大切です。特に独身女性にはそれがなかなかわかっていただけない。独身女性が結婚して子供をつくって、あの子育て中の女医さんたちは頑張っていたのだと、後で振り返ってわかるということがいっぱいあります。その人たちにそれを理解させるのが難しい。

それから、女性医師も権利意識を持っているとアウトです。私は当然5時になったら帰れるんだから後はよろしくと帰られたら、残ったほうはたまらない。そこに關して十分な理解が必要で、残されたほうの気持ちもわかっていなければならない。例えば、昼間でも男性医師がつかうようだったら、「カバーしますからちょっと休んでください。」この一言が男性をくすぐるんですね。そういう声かけられる女医さんになってもらわなければならない。これは難しいところですが、大切だと思います。これを含めて私はチーム医療だと考えています。

結局のところ、子育てというのはたかだか小学校か中学校卒業までです。高校や大学に行くと親の出番はほとんどなくなります。そこまでなのです。そこから後、女医さんたちが勤務医として戻ってくる

かどうか、ここが問題です。現場の医師たちに、子育て女医さんを助けて将来の産婦人科のためにやっという気概を持ってもらわなければいけない。大局的にはわかります。ペーパー上はわかります。ただ実際にその立場に立たされると、これを納得するのは非常に難しい。では、どうやってそれをやっていったかということです。

## 産婦人科での子育て支援の実際

- 手術、分娩立会いなど；女医は5時になった時点で手を下し、男性医師と交代する。
- 女性医師も可能な時は、居残り、オンコール、産直（土曜日の日直など）を行う。
- 男性医師の当直翌日は女性医師がカバーする。男性医師は仮眠、あるいは帰宅。

以上を徹底することが重要である

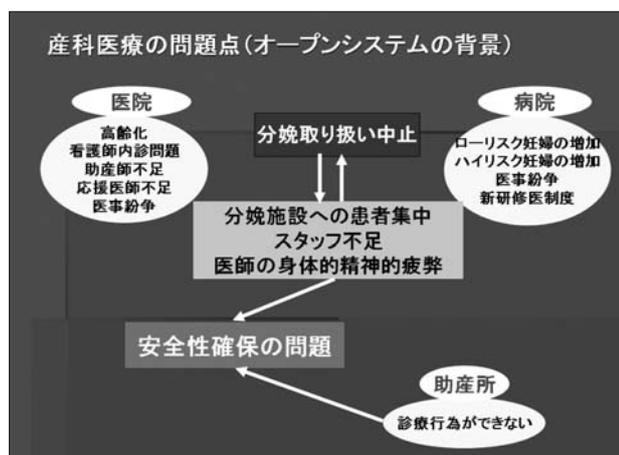
一応9時-5時を原則としていますが、例えば手術をしていて、5時半くらいに手術が終わりそうだけれども、5時になったら子どもを迎えに行かなければならない。子育て中の女医さんが手術している場合はそこでジレンマが起こるわけです。今、私は考え方を変えています。これを始めた当時は、5時になったら手をおろして帰らせて、あとは私たちがカバーしました。これをお互いが納得しなければいけない。強制的にそれをやらせることによって、だんだん、5時になったから帰るのが当たり前だと両方が思うようになります。5時に帰っても遊ぶわけではない。5時に子供を迎えに行くと、そこから女医さんたちは大変な仕事が始まるわけです。そのことを思いながら、「あとはやっておくから」と言ってあげなければいけない。それが言いたくなるような雰囲気の中にならなければならない。これがまた難しいのですが、大切です。ただ、どこかでそれをスタートしていかなければいけないので、私はここで強制的に帰らせました。

もう一つ、女医さんたちも可能なときは居残りやオンコール、当直をやってくださいとお願いしまし

## シンポジウム2

た。例えば当院は土曜日にも保育所がありますから、保育所に預けて土曜日の日中だけでもカバーしてよと。そうすれば私は土曜日の日中休むことができます。向こうも積極的に「私がやれる範囲でやらせてもらいます」と言ってくれました。そういう女医さんだからやれたということがあるのかもしれない。そういう形でお互いに助け合うことにしました。これを徹底したのが最初のスタートでした。

今は変えています。今は、6時に終わりそうなので6時まで頑張れますというときは、やりなさいと変えています。ただ、基本として、5時に帰っても多分誰も文句を言わない。その人でどの程度お家で大変かを考えるゆとりがお互いにある。そういう風土をつくることは非常に難しいですが、一度つくと楽に流れ出します。



子育て中の女医さんたちが帰った後、居残り、オンコール、当直をやらなければいけないのは残った男性医師や独身の女性医師です。この部分がオープンシステムでいかにカバーされたかをお話しします。オープンシステムを御存知ない方もいるかもしれませんが、産婦人科で申しますと、妊婦健診等は開業医や診療所の先生にお願いして、お産は病院でやりましょうと。診療所の先生は十月十日妊婦さんと付き合っていますので、妊婦さんと非常にいい関係ができています場合は、お産を取りにきてください、何かあったら病院の医師がカバーします、これがオープンシステムです。例えば9カ月ぐらいまで診療所で診て、10カ月になったら病院にかかって勤務医

がお産をとる、これをセミオープンシステムと呼んでいます。こういうシステムが成り立つためには、診療所の先生と病院の医師で非常にいい連携がとれていなければなりません。

### オープンシステム

- 妊婦健診は診療所で、分娩は病院で。
- 病院勤務医は外来業務の軽減。
- 診療所医師は外来収入と、安全性の確保。
- 妊婦は近所で健診、安心な分娩管理。
- 勤務医と診療所医師の緊密な連携が必要。

普通のお産だったときには全く問題ないですが、何かトラブルがあったときに非常に問題なのです。開業医の先生方、病院の医師はもちろんそれなりの診療をされていますが、診察方針が必ずしも一致しない場合、考え方が少し違っただけで妊婦さんは動揺してしまいます。悪いことが起こった場合は、そこが隙間になってトラブルのもとになります。その部分を何とかしなければいけない。病院の医者が産科をやらなくなった。病院もどんどん厳しくなって産科や分娩を扱わなくなった。やっているところが大変な思いをする。そこを助けてあげたい。また、助産師は異常分娩を扱いませんので、途中で異常分娩になった場合はどうするか、安全確保をどうするかということがあって、オープンシステムをやって



いるわけです。

ここにオープンシステムの長所がありますが、とにかく連携が必要だということです。このような産科、診療所、助産所との連携をしています。

### オープンシステムと病院のマンパワー対策

- システムの維持には病院におけるある程度のマンパワーの充足が必要
- 連携を密にするには医師同士の立場の理解が必要

診療所の医師による当直や手術の応援

診療所の先生と病院の勤務医との連携がなければいけないということで、診療所の先生が、当直や手術の応援をしてやろう、そうすれば病院のやり方もよくわかる。ここの部分が非常に効いてきたわけです。当直をカバーしていただいたりしています。

### 地域連携は極めて重要

1. 地域支援病院
2. 紹介率(2009年度) 64.8%  
逆紹介率(2009年度) 74.9%
3. 産科当直(外部の医師70%)

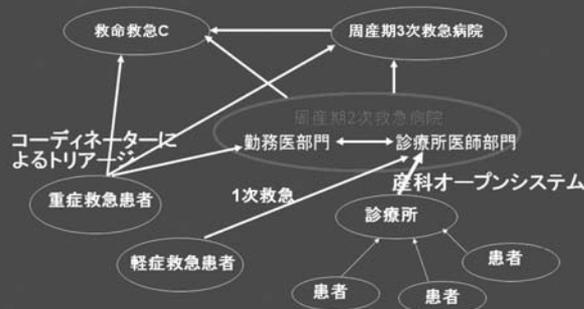
当直には外部の勤務医以外に地域の開業医も参加

当院は地域支援をやっていますが、地域紹介率が64.8%、逆紹介率74.9%。産科の当直は、外部の先生が70%やっています。これだけのことをやるためには、外部の勤務医や開業医の先生のお手伝いが必須になります。

これは私が考えているやり方ですが、こういった救急搬送をやればと考えています。

研修医がとにかく入ってこないといけない。研修医は時間的拘束と訴訟のリスクに不安を抱えてお

### 産科オープンシステムを柱とした産婦人科救急搬送システム構想



### 若い世代との対話

～産婦人科医療の長所と短所

#### 【メリット】

- 臨床および研究領域の多様な可能性
- 内科系と外科系の両者を含む
- 女性の生涯の家庭医
- 全身管理が可能
- 女性医師のニーズが高い
- 生命の誕生

#### 【デメリット】

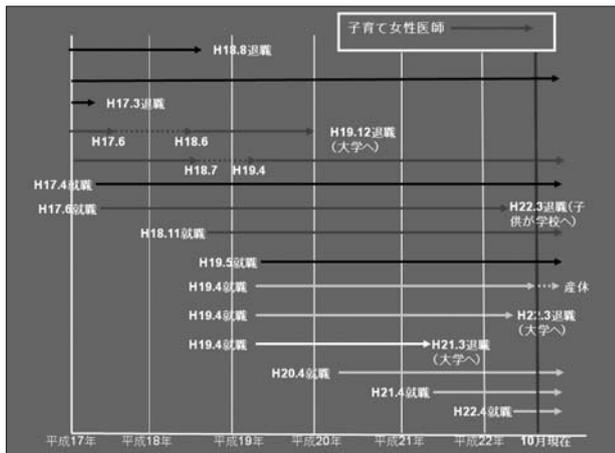
- 時間的拘束
- 訴訟のリスク

### 産婦人科のデメリットの解消を目指して

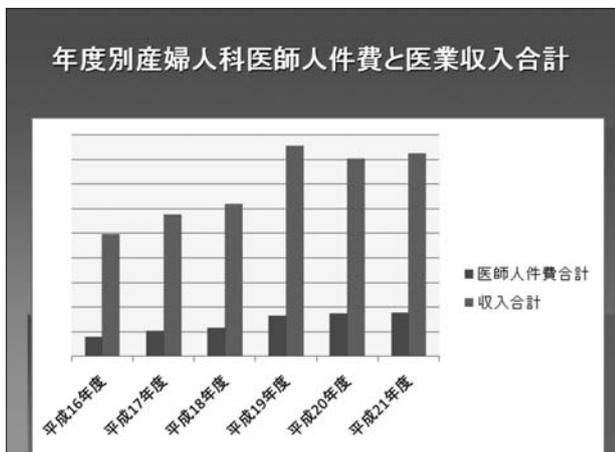
- 時間的拘束に対して  
子育て支援に見られる勤務時間の柔軟性。  
当科の子育て中の女性医師が生き生きと診療している姿。
- 訴訟のリスクに対して  
問題が生じてもチーム医療として皆でカバーし合いながら患者を診ていく姿勢。

これらを研修医に示すことが大切

り、これが「産婦人科を選択する際の足かせ」になっています。これを解決するのが子育て支援でやったやり方で、お互いに助け合ってやろうということです。他科志望の人を産婦人科に取り込むことができ、何とか今の状態をつくれたということを書かせていただきました。研修医のキャリア設計にもかかわっています。



今までの私たちの人員の動きです。



これは人件費と医業収益です。平成16年の人数が少ないときから、人数がふえましたので人件費は当然上がっていきませんが、現在は収入もこのように上がってきています。医師を雇えば雇うほど病院は儲かるという話で、とにかく人数をふやすことを考えてほしいということです。

### すべての医師獲得に大切なのは...

- 不平等感を抱かせない制度づくり
  1. 居残り、当直、オンコール、呼び出しなどに対する十分な手当
  2. 病診連携などを利用した診療所医師の援助
  3. 助産師、医師事務作業補助者の活用

まとめです。言いたかったことはこれに尽きると

思います。あとはディスカッションでお話ししたいと思います。御清聴ありがとうございました。

【阿久津座長】 小川先生、どうもありがとうございました。

### ③男女共同参画という連携からはじまる病院環境の整備

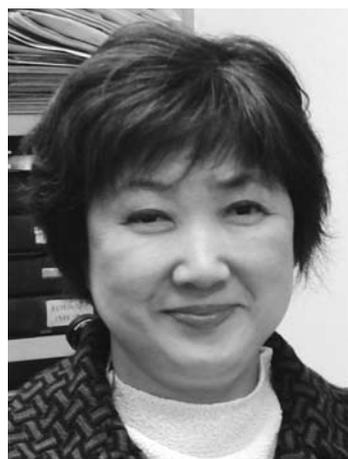
自治医科大学腎臓内科教授  
女性医師支援センター副センター長 湯村 和子

私は腎臓内科を専門にしております。大学病院に長くおりましたのは、私どもが研修医の時代に難病の腎障害で亡くなる若い膠原病の患者さんを見たのがきっかけです。難病の患者さんを診察するためには大学病院にいなければいけないということで、長くいたという経緯がございます。

私どもは日常診療におきましては、現在は高齢化社会を迎えておりますので専門しか診ないということはありません。病院に来る方は6～7割かもっと多くが高齢者ですので、基礎には腎疾患がありますし、糖尿病がありますし、脳卒中を起こした患者さんがいらっしゃるという腎障害の患者を診なければいけない。総合医、専門医というお言葉がございますが、私どもは腎臓という専門を拠り所にしますが、内科が基本です。モチベーションという言葉がありますが、医師としては何かの拠り所を持ちながら患者さんを診ていく。わからないところは幾ら年をとってもほかの方に聞くという姿勢で患者さんを診なければ、全部の疾患を知り尽くすことは不可能だろうと思っております。ですから、総合医、専門医という対立は、今後は避けていかれたらと考えています。特に拠点医療機関はある程度の専門性がないと成り立たないということも御理解いただきたいと思えます。

さらに、先ほど来、勤務医と開業医を分けておられていましたが、研修医が終わってすぐに開業なさる方はいらっしゃいません。皆さん研修医が終わりましたらある期間病院なりの勤務を経て開業なさるかと思えます。ですから、それも医師としては続いている状態だろうと思えます。

私のお話しするタイトルは「男女共同参画という連携からはじまる病院環境の整備」で、医師会のほ



平成22年度全国医師会勤務医部会連絡協議会  
2010. 10. 9 宇都宮 主催：日本医師会  
担当：栃木県医師会

#### 今、勤務医に求められる「医療連携」とは

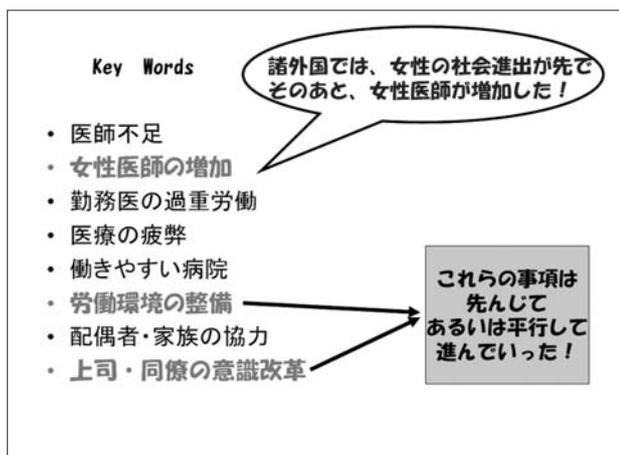
男女共同参画という連携からはじまる  
病院環境の整備

自治医科大学  
女性医師支援センター  
湯村和子

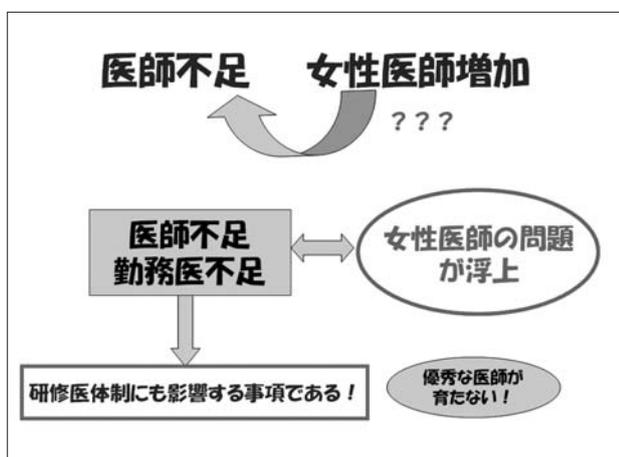
うで用意されました。この意味の理解が不十分だったのですが、このままのタイトルで女性医師のを中心にして話せばいいかと考えまして、このタイトルのままとさせていただきます。

私の話のキーワードは、「医師不足」、「女性医師の増加」、「勤務医の過重労働」、「医療の疲弊」、「働きやすい病院」、「労働環境の整備」、「配偶者・家族の協力」、「上司・同僚の意識改革」に尽きるかと思えます。諸外国におきましては女性の社会進出が先で、その後に女性医師が増加してきたという経緯がございます。日本は、女性が働くという社会環境が

## シンポジウム2



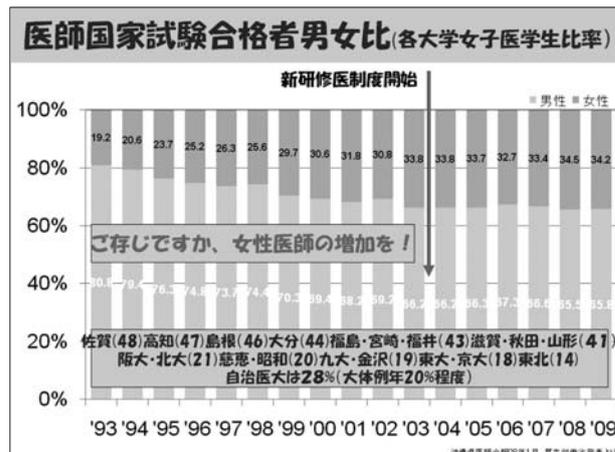
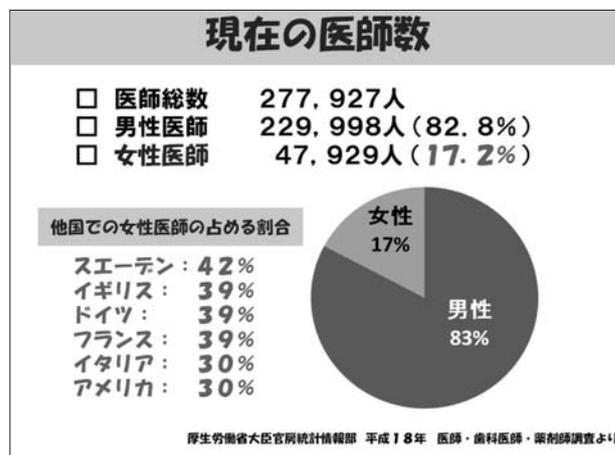
整っていない状況で女性医師が増加してしまった。既に諸外国におきましては労働環境の整備や上司・同僚の意識改革が行われていましたので、医療現場でも女性医師が働くことに関して何ら抵抗なく受けられてきたということがございます。ですから日本においては非常に女性医師の働く環境が整っていないということです。何も女性医師の責任ばかりでこういう状況になっているのではないことをご理解いただきたいと思います。



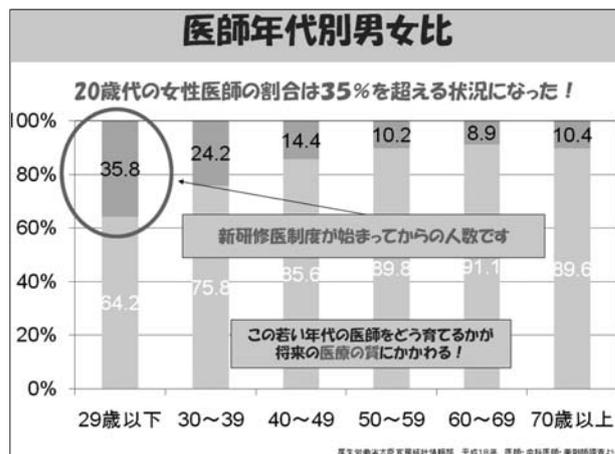
現在、医師不足に関連して、あたかも医師の不足は女性医師の増加とイコールに近い言い方をされる場合がありますが、それは非常に問題があるのではないかと思います。結局、女性医師の問題では先ほど育児や出産が問題になりました。卒業後10年位の若い先生方の問題であろうかと思います。

この問題ををないがしろにしますと、男性も女性も優秀な医師が育たないということになります。皆さん御存知かと思いますが、日本では医師全体に占

める女性医師の割合は17.2%ですが、諸外国を見ますとスウェーデンは42%、アメリカは30%になっています。早晩日本においてもこういう状況が出るのではないかと思います。

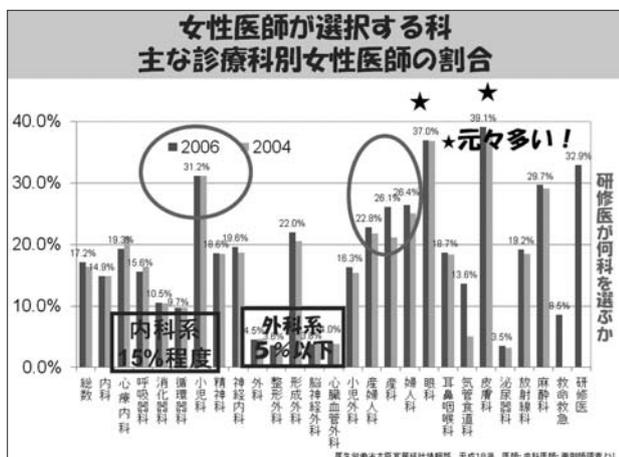


ちなみに、医師国家試験の合格者の女性の比率は、新研修医制度以後から着実に3割を超える勢いになってきていましたが、減ることなくふえ続けています。この実態を皆さん頭に置いていただきたい。現



在、佐賀医大や高知医大では47～48%の女子学生が入学しています。どの大学でも大体20%の方が女子医学生という現状があります。今後も当然ふえ続けると考えられます。

新研修医制度が始まってからの人数ですが、20代では35.8%も女性医師が占め、若い年代の医師をどう育てるかについては重大なことで、将来10年後に余り研修していない医師が育つとなると医療の質にかかわる問題になってくると考えられます。



女性医師が研修後どういう科に行くかといいますと、小児科を選ばれる方が昔から多かったのですが、今でも産科・婦人科の頻度は少し減ってはいますが多いことには変わりありません。眼科はもともと女性医師が多い。このように科の偏在はありますが、このような女性医師が継続できない、復帰できない状況になりますと、この専門科の診療レベルを維持することが困難な状況になることが想定されます。

後期研修では、今年から新研修医制度ということで少し変わった点があります。産科、小児科をできるだけ選択して欲しいと書かれています。女性医師が今まで通りの選択をすると、女性医師が選ぶ科の環境を考えないままにいとってしまうと、医師レベルの充実・アップは困難です。

実際に若い研修医の女性医師がどう医師として教育され活かされているかといいますと、自治医大においては、2年間男性医師とほとんど変わりなく当直もすべてこなしております。3人の女性研修医の方には結婚して子供がいます。この方々も今、自治

### 女性医師はどう生きるか

- 研修医2年間はほとんど男性医師と変わらない  
自治医大においても、子供のいる女性医師は、わずか3人  
→自治医大・女性医師支援センターでサポートしながら研修している！

**後期研修、専門科を選んでからが大変！**

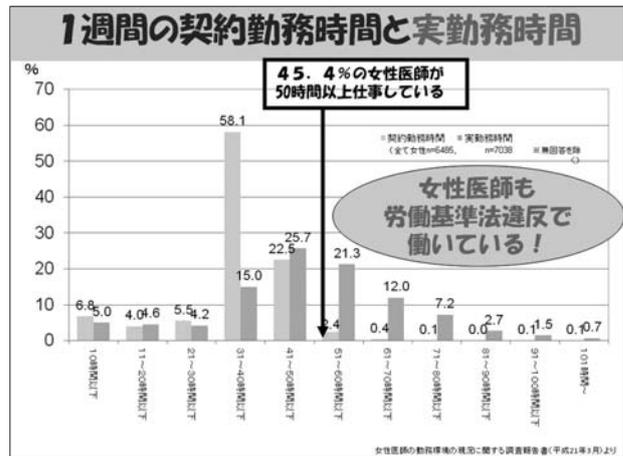
- 女性医師の70%は男性医師と結婚している！

↓

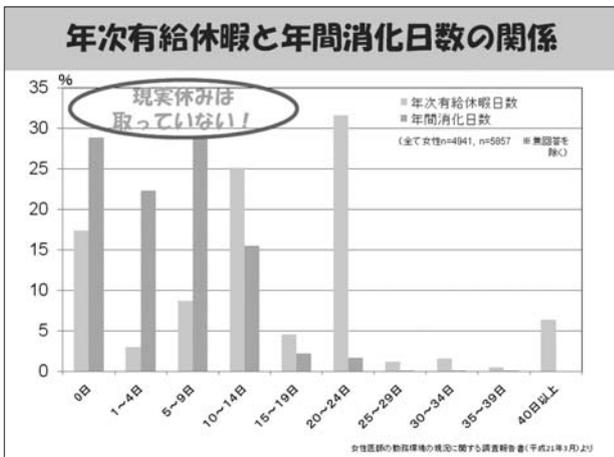
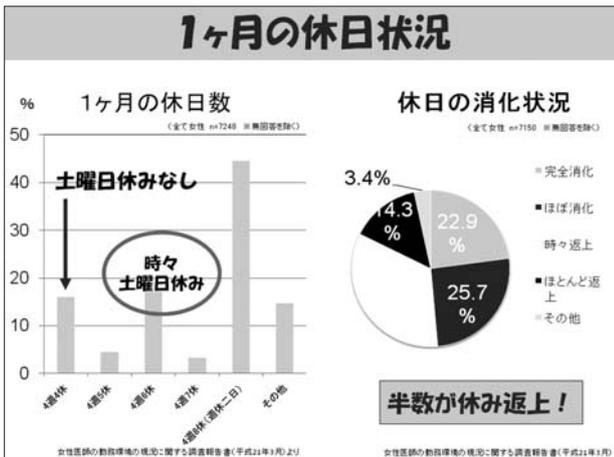
**若い医師の働く環境整備が急務である！**

医大の女性医師支援センターでサポートしながら他の医師とほぼ同等の研修を行っております。

さらに問題なのは後期研修です。専門科を選んでからが大変です。女性医師の70%は男性医師と結婚しています。先ほどの望月先生の医師会のアンケートですと、栃木県では75%ということでした。そうなりますと、子供を産んだ女性医師の支援という考えから早く脱却しないといけないわけで、これは女性医師だけの問題ではない。若い働く医師の環境整備をしなければならないということになります。



これは日本医師会アンケート結果のスライドをお借りしてお話していますが、実際に女性医師も週40時間以上という労働基準より過酷な労働条件で働いています。女性医師も、医師になった時点でこの職業が9時～5時で終わる職業だとは思っていないと思います。女子医学生は医師になった段階では、むしろ男性医師よりモチベーションは非常に高いと感じております。ただ、結婚、出産等を経ますとモ



チバージョンが低下してきてしまうという現状があります。

有給や休日もほとんどとらない。先ほど望月先生は、「自分の有給休暇がどのくらいあるかわからないのが勤務医だ」とおっしゃっていましたが、それと同様のことが起こっています。

自治医大も十分地方の大学ですが、なぜ地方の病院に行かずに都会に行ってしまうかは、先ほど小川

#### 研修制度見直しに当たっての基本的な考え方

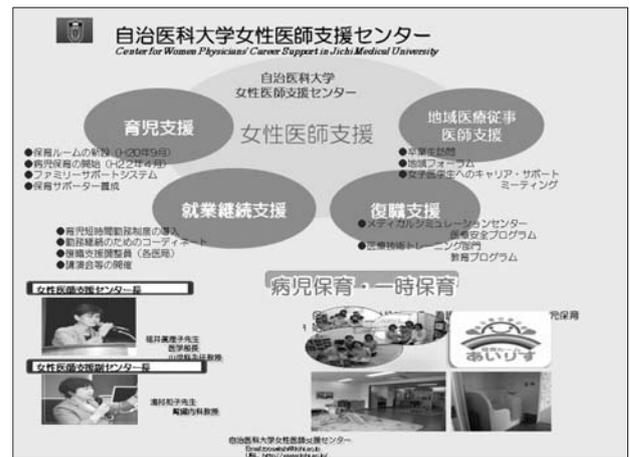
将来のキャリア等への円滑な接続、各病院の個性や工夫を活かした特色ある研修等を可能とする研修プログラムの弾力化

卒前・卒後の一貫した医師養成を目指して、臨床研修の質向上と学部教育の充実を図る

医師の地域偏在の対応、大病院の医師派遣・養成機能の強化等から研修医の募集定員および受入病院のあり方を見直す

何故、地方の大学・病院に行かないのか？  
一因に女性医師の都会への移動？

先生からお話がありました。東京や大阪は、ほかの大学病院にしても若い先生方がたくさん集まるところですので、子育ての環境は整って来ていると思います。地方の大学病院ではそういう状況がなく、研修医の若い先生方が残らない。栃木県でも女性医師支援は必要ないとする病院が幾つもあるくらいですから、女性医師は来る訳がない。女性医師が来なかったら男性医師も来ないわけです。どちらが初めかわかりませんが、そういう状況にあります。医師に選ばれる、医師の働く環境を整える環境の良い病院にならなければ、若い医者は来ないと考えていただいていると思います。



自治医大も平成19年度に文科省の医療人GPに採択され、それがきっかけで女性医師支援が始まっています。現在レジナビ(研修医)を招集するためのパンフレットを持ってきておりますが、育児継続支援や復職支援が重要です。医師会でも復職支援を掲げておられますが、一時期は短時間勤務であっても

#### 短時間勤務 (週20時間)

- 20人前後(今まで男性医師1人)
- 今までは、退職し、1日/週の副手
- 常勤医として短時間勤務→保育園に預けれる  
各診療科の定員枠外である
- 育児休暇後、完全に常勤医(週80時間)として復帰が困難  
しかし、復職支援よりは良さそう

就業継続支援

継続支援することが重要です。ことしの4月から病児保育も開始しております。

実際に医療人GPが採択されましたときに、週40時間が労働基準法の勤務時間ですが、週20時間の短時間勤務を始めました。これは事務の方が、半分だからきりがいい、給与や厚生年金の面で面倒がないとおっしゃいまして、とりあえず週20時間で開始しております。20人前後がいつもエントリーしています。今までは、結婚して子供が生まれるまでは常勤でも出産を契機に変わります。週1回の副手という身分に退職してなります。勿論、非常勤です。

ちなみに、先ほども保育園などいろいろな問題が出ていました。皆さんは余り御存知ないかもしれませんが、普通は常勤勤務でないと保育園に預けられません。それも余り知らないという現状がございます。この様な点も考え、短時間勤務が診療科の定員枠外であることもプラスし、かなり人数を多くしている要因だろうと思います。

今までドロップアウトなさった方には申しわけないですが、私どもが今実際に考えますのは復職支援ではありません。今も常に復職と言っておりますと、継続支援しない方々がみんなドロップアウトしてきますので、すぐにやらなければいけないのは短時間です。40時間に達しなくても、とにかく継続した就業支援が必要だろうと考えます。

<p><b>小学校就学の開始期に達するまでの子を養育する医師の勤務の特例措置に関する規程</b></p> <p>(目的) 第1条 この規程は、自治医科大学(以下「本学」という)において、深刻な医師不足の中で必要な人員の確保を図り、教育、研究及び診療を円滑に運営することを目的として、医師の勤務時間の特例措置を認めるため、必要な事項を定めるものとする。</p> <p>(特例措置の対象者) 第2条 勤務時間の特例措置を受けることができる者は、本学に勤務する医師又は歯科医師の免許を有するすべての教員、病院助教及びレジデントのうち、小学校就学の始期に達するまでの子(実子又は養子に限るものとする。)を養育する者(以下「特例対象者」という。)とする。小学校低学年に変更 (特例措置の承認) 第3条 特例を受けようとする者は、予め所属長に申請を願ひ出て承諾を受けたのち、理事長の承認を得なければならない。 (特例措置における勤務時間) 第4条 特例対象者は、自治医科大学職員就業規則第18条第1項及び自治医科大学附属病院等レジデント研修規程第5条の規程にかかわらず、教員及び病院助教にあっては1週間の勤務時間を、レジデントにあっては1週間の研修時間数を、20時間(以下「短時間勤務」という。)とすることができる。</p> <p>2 短時間勤務における1日の勤務時間は、8時間又は4時間とする。<b>各診療科定員枠外</b> (短時間勤務中の給与) 第5条 短時間勤務中の給与の取扱いは、国家公務員の例に準じ、理事長が別に定める。 以下省略 平成19年9月1日</p>	<p>所属長OK すれば 男性医師もOK</p>
---	----------------------------------

これは自治医大の規程です。始まったところは小学校就学前になっていましたが、実際には小学校に入っても大変な状況がございますので、低学年までは

短時間勤務にエントリーできるという規約で行っております。

### 意識改革

- ワークショップ や講演会の開催
- 他大学病院・病院との交流・情報交換
- 預けて仕事をする事の意識の醸成

- 安心して働ける環境作り
- 女性医師の支援は医師全体の支援である！

ちなみに、意識改革を病院全体でやらなければならないということで、ワークショップや講演会を開催します。さらに、どんなささいなことも情報交換が重要だと思います。それによって安心して働ける環境をつくらなければいけない。女性医師支援は医師全体の支援であると考えていただきたいと、先ほ

**短時間勤務でも働きたいという医師の勤務時間への要望を聞き入れても経営には全く問題ない**

- 辞めさせない努力(集める努力は減る)  
産休・育休に3年間:ほとんど1年で復帰
- 週32時間以上働けば正規職員  
短時間正規雇用医師活用が義務づけられた
- 医師は正規職員になるのが遅い  
研修医から諸制度の対象 病院から離れないために
- 事務部門の理解【変えるべきは女性のみの労働環境ではなく、全職員の労働環境】 人件費だけに目がいきがち  
医療界には近年、経営改善のためには人件費削減が必須と盲信する風潮。医師は働けば多大な収益をあげる職種。かえって経営を傾ける病院があまりにも多い。

**厚労省「安心と希望の医療確保ビジョン」会議  
医師不足への対応策の提言**

- 産婦人科と小児科などの医師数増員に向け数値目標
- 女性医師の積極活用短時間労働制の推奨
- 総合医の育成?(医師としての資質の基本)
- 看護師や助産師の扱える業務範囲の拡大

結局、何も具体的にはシステムが変わっていない  
チーム制の導入など、医師としての能力の平均化

ど大阪厚生年金病院の小川先生がおっしゃっていましたが、私も同感です。

私は「女性医師支援は勤務医師支援である！」ということを頭に入れていただきたいと思います。医師全体の支援であるということを考えていただきたい。これは、同じ勤務医の清野先生がある雑誌に書かれた文言を書いてきました。これは先ほど出ていましたので省略します。

厚労省の提案でも「安心と希望の医療確保ビジョン」と書かれていますが、中身がないので、中身はみんなで作っていかなければいけない。

### 女性医師の支援は 勤務医師の支援へとつながる！

- 病院医療は女性医師支援は必須という前提で病院の改革を始める
- 主治医制ではなく、チームで入院患者をみる**
- 医師の知識・技術などの標準化  
研修医教育に関わる重要なことである
- 夜間勤務、チーム医療の体制を整える
  - 女性医師にとって、現在の就労環境のハードルは高い
  - **過剰な勤務時間の改善**

### 若い医師・勤務医の支援：勤務環境の整備

- 拠点病院、大学病院での指導医による教育
- 特化した拠点病院からの診療所・僻地への支援・在宅医療の派遣(病院 診療所の適正な統合)
- **医師の人数確保をしなければ、勤務環境の整備は出来ない！**
- 今、実行しなければ、先送りしていたら、さらなる医療崩壊が起こることになり、日本の医療の質の低下につながる！

女性医師支援は主治医制では、なかなか進まないもので、チーム制を施行していかなければいけません。このままでは、女性の指導医が1人も出ない状況に遭遇することが考えられます。できるだけ早く、リーダーになれる女性勤務医を育てていくことが重要であります。

7月28日の朝日新聞に「日本再生 女性の活用が

### 日本再生 「女性の活用が成長の鍵」

京都大学・社会学・教授 落合恵美子  
朝日新聞 2010. 7. 27

- 苦悩の末の選択
- 性別分業とした社会の仕組みを変え、共働きを支援する制度を作って、女性の力を活用する道
- **再生の鍵→女性の活用**
- 働く人口が増える、経済は活力を取り戻し、財政は好転する
- 「女性」を社会保障の「お荷物」にするのか、社会の支え手にするのか
- **これまで女性の能力を無駄にしてきた日本社会は、女性を活用することで、まだまだ成長の余地が有る！**

成長の鍵」と書かれています。日本が再生するためには女性を活用しなければいけない。これは女性医師のみならず、すべての女性に対して言えることです。女性の働く社会環境が整っていないので女性医師の問題がクローズアップされたということと同等の意味だと思っています。

【阿久津座長】 湯村先生、どうもありがとうございました。ここで進行を中澤先生にお渡ししたいと思います。

#### ④ 離島診療所が必要とする医療連携

沖縄県立中部病院プライマリケア・総合内科 **本村和久**

本村と申します。本会におかれましては、私のような実績のない医師を呼んでいただき心より感謝申し上げます。

1997年 沖縄県立 中部病院プライマリ・ケア医コース  
1999年 沖縄県立 伊平屋診療所勤務  
2000年 沖縄県立 中部病院 内科後期研修医  
2002年 沖縄県立 宮古病院 内科医  
2003年 沖縄県立 中部病院勤務  
(総合内科、救急、離島医療支援)  
2005年 沖縄県立 津堅診療所勤務  
2006年 王子生協病院勤務(地域総合内科)  
2008年 沖縄県立 中部病院  
(プライマリケア、総合内科)

**離島のよさを伝えたい！**

簡単に自己紹介します。離島・僻地で働きたいと思ひまして沖縄県立中部病院で研修を終えた後、伊平屋島、宮古島、津堅島の3カ所の離島診療所の経験があります。今は、研修医と一緒に離島のよさを伝えたいと考えて仕事をしております。



16の離島診療所があり、医師1人という形になっています。小さな島から大きな島までいろいろありますが、人口は500人～2000人。患者数は1日15人～40人程度。非常に忙しいわけではないのですが、日々こういう仕事をしています。

今回のテーマですが、「離島診療所が必要とする医療連携」です。新聞、テレビ等によく出てきますのは通信・遠隔医療画像など非常にハイテクなものですが、今回はそういった話ではなく、別の視点からお話ししたいと思います。

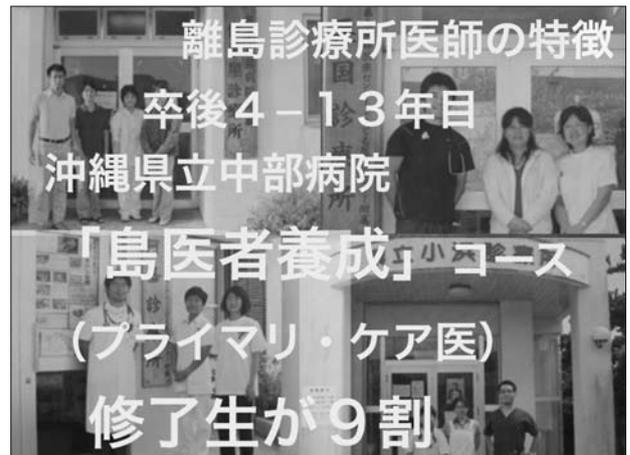


マンパワーですが、医師1人、看護師1人、事務員1人で細々やっている状況です。



設備も非常に限られていまして、レントゲン、心電図、エコーと、簡単な血液検査ができる、というところで仕事をしています。インターネットはつながっています。

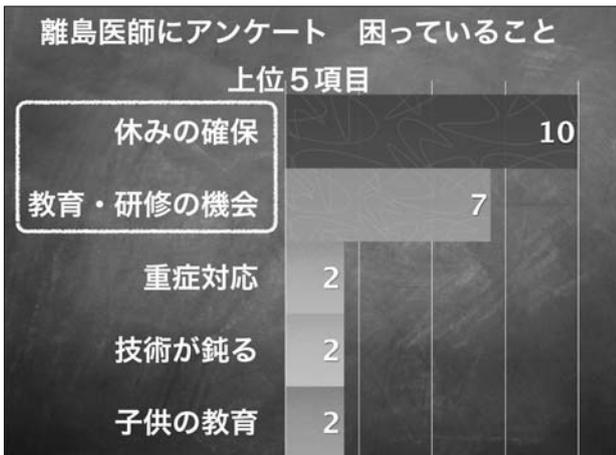
16ある離島診療所の医師の特徴です。ここに4人の医師の顔ぶれがありますが、みんな若く、卒後4年～13年の医師です。このほとんどが沖縄県立中部病院の研修の卒業生です。この点に関してはまた後でお話しします。



もう一つ、離島診療所医師の特徴です。島で1人の医者ということで、24時間何かあればすぐに呼ばれる状況です。島から簡単に外に出ることはできません。急患があればヘリコプター搬送になってしまうということで、気の抜けない24時間を過ごしています。



このような状況の中で働いている医師ですが、どんなことで困っているのか数年前にアンケートをとりましたので、それをお伝えしたいと思います。

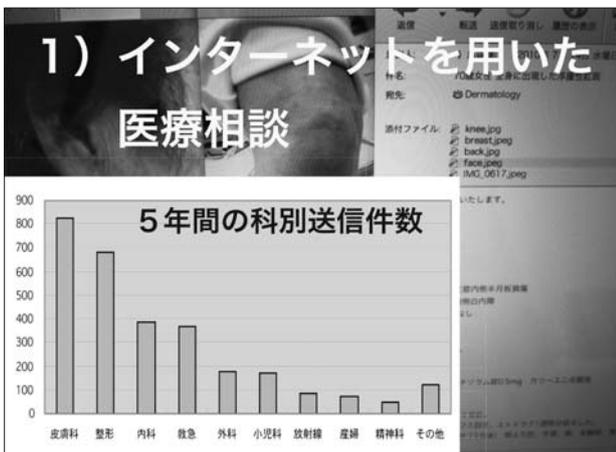


困っていることの上位5つは御覧のとおりです。その中でも、教育・研修の機会がなかなかとれないということと、休みが確保できないという2点についてお話ししたいと思います。

### 教育・研修機会の確保 具体策

- 1) インターネット医療相談
- 2) テレビ会議
- 3) 代診システム

まず、教育機会の確保についてです。沖縄県で行っている具体策が幾つかありますが、今回は3つについてお話しします。



1つはインターネットを用いた医療相談です。ハ

イテクを使っているわけではありません。これは皮膚科のコンサルのケースですが、皮膚科で困ったケースがあれば、デジタルカメラで撮ってそれを皮膚科の先生に送ってコメントをいただくという簡単なものです。沖縄県立中部病院の皮膚科の先生がボランティアベースでここに携わっていただき、20年近く続いているものです。

相談しやすいものは、皮膚科や整形外科です。整形外科は、シャカステンに写っている骨折しているのか、していないのかよくわからないレントゲンを撮って、整形外科の先生にどういう処置がいいかコンサルするというをやっています。過去5年間の中で、多いケースでは1000件近いコンサルをやっていて、非常に活発に相談しています。

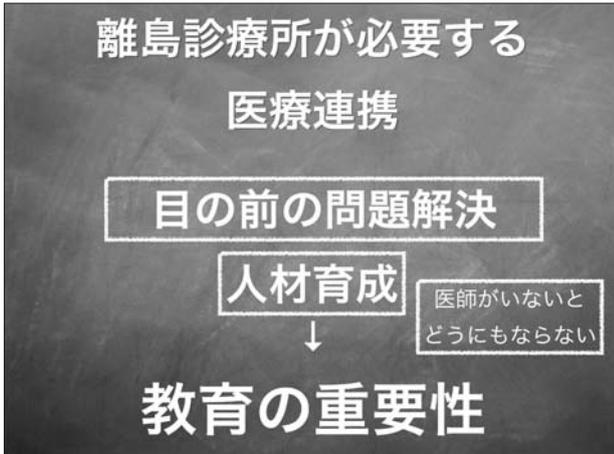
ややハイテクになりますが、テレビ会議システムも用いています。下の写真は、石垣島、八重山病院とのやり取りを映したものです。ティアニー先生など非常に有名な先生がおられますが、沖縄県立中部病院に来られたときのものを離島診療所に配信ということもやっています。

### 島外で研修できる環境を

### 3) 離島医師研修のための代診医師派遣システム

休暇も確保へ

年に2週間という限られた期間ではありますが、離島医師が研修に出たりすることがあれば、代診医師が来るということもやっています。このようなシステムの中で休暇も何とかとれるという形をとっています。



今まで、離島が必要とする医療連携ということで、主に離島医師が直面している目の前の問題をお話ししました。もう一つここでお話ししたいのが人材育成です。島に医者がないとどうしようもない。連携を図るにもきちんと医者を育てなければいけないということで、後半は教育の重要性についてお話しします。

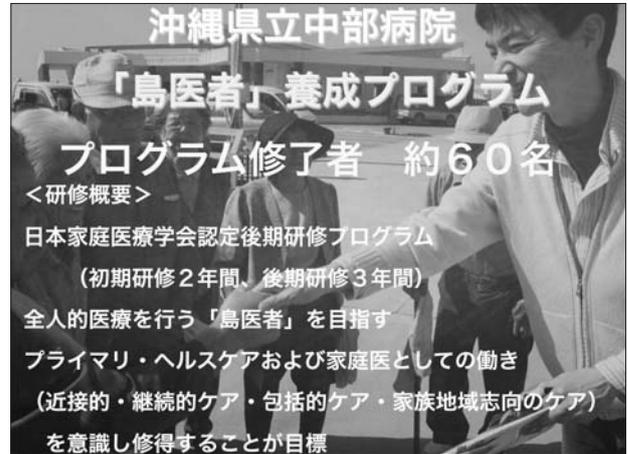
沖縄県には16の診療所があります。その中のほとんどが沖縄県立中部病院の研修の卒業生です。

沖縄県の歴史になります。戦後非常にひどい沖縄の状態がありました。戦争直後の医師数は64名と言われています。

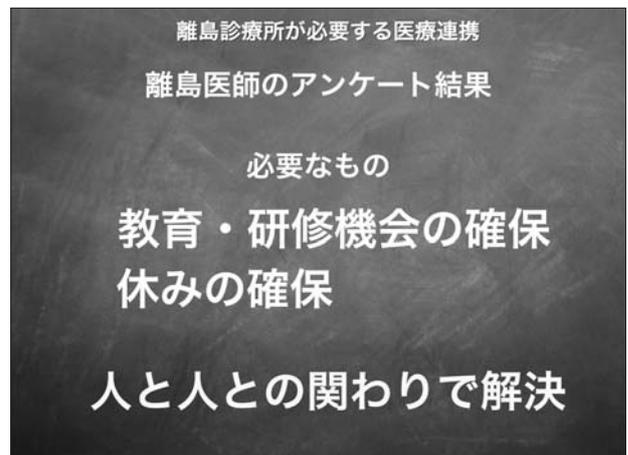


この中でどのように医師を育てていくかということでした。1960年代、当時の琉球政府と米国政府で研修病院をつくらうということでできたのが、沖縄県立中部病院です。今まで50年弱ありますが、1000名近い研修医を育てています。その中で離島診療所の位置はどうだったかというと、過去30年間で当院

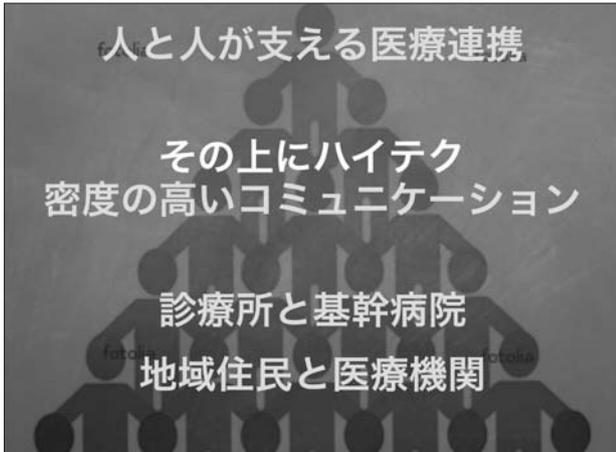
の「島医者養成プログラム」を卒業した者が約60名という形で、何とか離島診療所を支えています。



このプログラムですけれども、初期2年間、後期は離島を含めて3年で家庭医療医の専門医がとれるプログラムになっています。何が言いたいかというと、優秀な医師を集めてくるのは非常に大事ですが、それよりも農耕が大事で、種を撒いて地道に育てるということが大事ではないかと思います。育てることが重要と書きましたが、教育は非常に重要だと感じます。



少し話を戻します。先ほどのアンケート、離島医師がどういうことで困っているかです。2つ挙げましたが、これの解決策は、何か1つの妙案があるわけではなく、人と人のかかわりでできているのではないかと感じております。



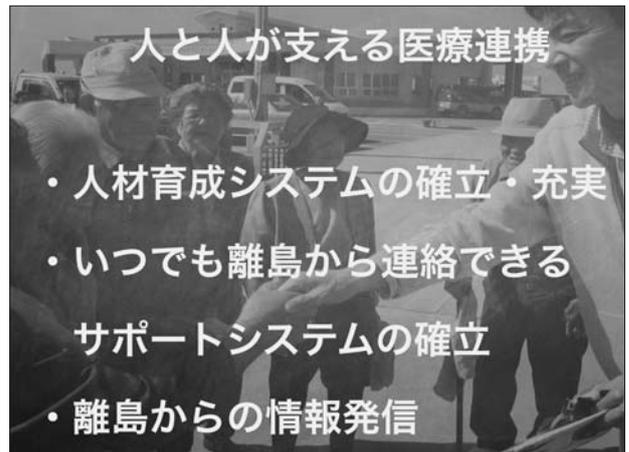
人と人が支える医療連携と書かせていただきましたが、いかに密度の濃いコミュニケーションを行うか。それは離島診療所と基幹病院だったり、地域住民と医療機関だったり、いろいろな形があるのではないかと考えています。あくまでそういったものの上でハイテクが役に立つのだと感じております。



これは離島診療所を終えて帰るところで、おじい、おばあと沖縄ではいいですが、患者さんがタオルを振って見送ってくれるところです。離島診療所に勤めていて1人で非常につらいなと思うことが多かったのですが、目の前にいる看護師や事務の方に助けられ、島の人に助けられ、何か困ったら基幹病院に電話やお願いをして助けられ、いろいろな人に助けられることで自分自身非常にやりがいのある離島診療を行うことができたのではないかと感じています。

いろいろお話ししてきましたが、私が言いたいのは、1970年代の日本を代表するポップスターの一言

をお借りすると、「ひとりじゃないって素敵なことね」。いかに1人で診療しているようなことがあっても、周りがきちんと支えていることが実感できれば、いい医療を提供することができて人材も育っていくのではないかと考えています。



最後は真面目にまとめます。人と人が支える医療連携と書きましたが、人材育成システムの確立・充実が非常に重要だということです。また、密なコミュニケーションという話をしましたが、いつでも離島から連絡がとれる体制。あとは、離島で診療している者が受け身にならず、離島でこういうことが起きているときちゃんと情報発信していくことが非常に重要かと思っています。御清聴ありがとうございました。

【中澤座長】 ありがとうございました。

### ⑤がん治療における在宅医療連携

要町病院副院長

要町ホームケアクリニック院長 **吉澤明孝**

今までの先生方は女性医師や離島のという話でしたが、うちは在宅医療です。特にがんにおける在宅医療と連携することは、病院に勤務される先生が在宅医療を御存知ないとなかなかうまく連携できないというところから、きょうはお話しさせていただきます。



#### がん治療における病診連携

診療所⇒病院

①治療・精査紹介 ②緊急入院

病院⇒診療所

①併診(緊急対応) ②フォローアップ(パス)

③在宅緩和ケアなど

がん治療における病診連携といいますと、診療所から病院は、まず治療、精査紹介、緊急入院があります。逆に病院から診療所の連携は、緊急対応などの併診、最近はパスを使ってフォローアップ、または在宅の緩和ケアが言われています。国は在宅医療、がんの末期も在宅でという形を推し進めておりますので、今回は在宅緩和ケアの医療連携についてお話しいたします。

緩和ケアのWHOの定義が2002年に変わりました。皆さん御存知でしょうか。緩和ケアというところでも「がんの」ととらえがちですが、WHOでは2002年に、がんだけではなく「命を脅かす疾患」と変わりました。ですから慢性呼吸不全、COPDの患者さんのターミナルも緩和ケアに入るわけです。変わったところは、患者さんだけではなく、「その家族も」というところが入りました。また、

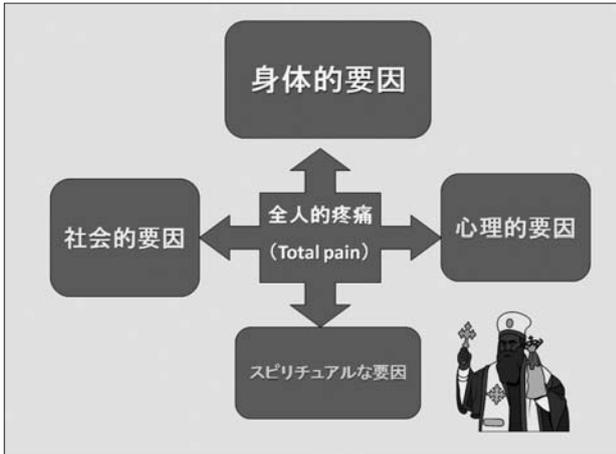
#### WHO(世界保健機構) 緩和ケアの定義(2002年)

- ・「緩和ケアとは、**生命を脅かす疾患**による問題に直面している患者とその家族に対して、疾患の**早期より痛み、身体的問題、心理社会的問題、スピリチュアルな(霊的な、魂の)問題**に関してきちんとした評価をおこない、それが障害とならないように予防したり対処したりすることで、**クオリティ・オブ・ライフ(生活の質、命の質)を改善するためのアプローチ**である。」(日本ホスピス緩和ケア協会 ホームページの翻訳より)

「早期」からと。早期からということが入ったことで、予防ということも入りました。

緩和ケアといいますと、全人的苦痛・全人的疼痛のケア、トータルペインのケアとよく言われております。つまり身体的苦痛、それ以外に心理的・社会的・スピリチュアルなものすべてをコントロールしなければこういう患者さんの痛みがとれないということは、常々言われているところでございます。

緩和ケアの要点として、この4つ(傾聴・共感・手当て・ユーモア)が大切です。ただし、耳を傾ける、共に感じてあげる(共感)、手を当てる、この



### 緩和医療の目標

緩和(医療)ケアを受けられる患者・家族に対して、**最も良い生活環境を提供すること**を目標とする

↓

最も良い生活環境とは…？

### 緩和ケアの要点！

- ① 傾聴
- ② 共感
- ③ 手当て
- ④ ユーモア

### 施設における緩和ケアの利点、欠点

入院	在宅
<b>利点</b> 病態の変化に対処しやすい 家族の負担軽減 病態把握がしやすい <b>欠点</b> 自然な形での日常生活が出きない 面会時間の制限	<b>利点</b> 家族との時間が持て、自然な日常生活が送れる <b>欠点</b> 家族負担が増える 急変対応が遅れる 病態の把握が困難

3つは医療の原点だと思います。最近研修医の先生方が地域医療研修でうちの病院に来てくださいます。その先生方に、うちのような中小病院で覚えてほしいことは何か、在宅医療に連れて行って覚えてほしいことは何か。カルテ、検査といったものは大学病院や基幹病院でやればいい。覚えてほしいのは、この3つの原点と、緩和ケアに大切な「にもかかわらず笑う」というユーモアだと、いつも研修医の先生方にお話ししています。患者さんのところでカルテを見るのではなく、患者さんの目を見て、患者さんの痛いところに手を当てて診察してあげる、十分話を聞いてあげることを心がけてほしいと、研修医の先生方に教えております。

緩和ケアの目標は何か。最もよい生活環境を提供すること、これが緩和医療です。生活環境には入院と在宅がございます。それぞれ利点・欠点がこのように交差いたします。入院であれば、ナースコールを押しますと若くてきれいな看護師さんがすぐに飛

んできてくれます。在宅医療ですと、夜私のところに電話があっても、私が患者さんのところに行くまでには一時間かかるわけです。そのタイムラグが生まれてしまうのは在宅の欠点でもあります。

ただし、入院していると、私も入院の経験があり、首と腰を手術しました。そのときに思ったのは、朝6時に「おはようございます」、8時に「ごはんですよ」、12時に「ごはんですよ」、6時にまた「ごはんですよ」、9時に「おやすみなさい」。この会場の中で9時に「おやすみなさい」と寝てられる先生方はいらっしゃいますでしょうか。でも病院はそうなのです。刑務所とまではいいませんが、なかなか規則正しい生活を強いられるところです。ところが、家に帰りますと、本人の城ですから本人の自由です。これが家族とともに楽しめるのが在宅です。それぞれの利点・欠点を書いてあるこの表を初診時に家族と本人にお見せして、「どうする？ 在宅・入院どちらもできるよ」とお話ししております。

### 在宅緩和ケアとは・・・？

- 1) 在宅医療とは「支える医療」
- 2) 在宅緩和ケアは看取るための医療ではない！家族と楽しく生きる為の「支える医療」をいう
- 3) キーパーソンの意見が第1！
- 4) 尊厳「生」のための医療、尊厳死はその有終の美である！

では、在宅緩和ケアは何なのか。在宅医療が施設の医療と大きく違うのは、施設の医療は治す医療です。外来もそうです。治すために外来にきています。在宅医療は、家族と楽しく過ごすのを支える医療であり、治す医療ではありません。在宅医療に治す医療を求められても、それは違うと感じます。

在宅緩和ケアというと、「看取るために家に帰す」ととられている病院の先生方もいらっしゃいますが、違います。看取るために家に帰るのでは悲し過ぎます。緩和ケアであっても、家族と楽しく過ごすために帰るのです。最後は入院でもいいし、在宅でもいいし、どちらでもいい、というふうに私は考えています。家族と楽しく過ごすわけですから、在宅にするかしないかは、キーパーソンの意見が第一だと考えます。在宅緩和ケアの要点は、この5つに集約されるかと思います。

### 在宅緩和ケアの要点

- 1) 疼痛管理
- 2) 栄養管理
- 3) 医療処置
- 4) 心的ケア、家族ケア
- 5) 緊急対応

在宅の要点の疼痛管理のところで、在宅医療で使えるオピオイド（麻薬系鎮痛剤）、特に注射薬は、入

院であれば、「痛がっている、じゃあ生食100にモルヒネ10mgを入れて点滴で落としてあげて」で済むわけですが。在宅はそういう使い方はできません。在宅では取り出せないポンプでしか持ち出せないのです。ただ、取り出せないポンプで持ち出せるようになったのもここ10年ぐらいです。それまでは在宅で使うことすらできなかった。それが今は、取り出せないポンプ、流量を勝手に変えられない状況であれば持ち出していいことになっています。

### 在宅でのオピオイド使用注意点

- 1) 注射薬は取り出せないポンプでの持ち出しのみ使用可能！⇒持続皮下注、静注など・・・
- 2) 注射剤の時のレスキュー準備⇒PCAポンプ使用
- 3) 剤型の特徴を活かした使用法  
⇒顆粒、散剤、錠剤、貼付剤、座剤、液剤など
- 4) 残薬処理：回収義務⇒薬局、Drなど

### 携帯型ポンプ



こういうポンプがそうです。他にテルモのシリンジポンプも、ロックがかかりますので持ち出すことができます。

## 在宅での経腸栄養



これは在宅での経腸栄養です。今は在宅で経腸栄養ができるのは当たり前だと思われるでしょうが、それを見せたいわけではありません。見ていただきたいのは、丸にかこったところです。病院では点滴台を使います。これはカーテンレールにS字フックです。在宅医療では、あるものを何でも使います。

## 在宅での末梢輸液



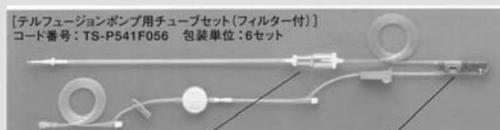
在宅で末梢輸液をしています。これは訪問看護ステーションでやっていただけます。これもみて欲しいのは、丸でかこんだところです。輸液も、点滴台ではありません。S字フックがなければ何を使うと思われませんか。洗濯屋さんの金のハンガーを曲げて点滴台のように吊るす道具にしてしまうのです。訪問看護ステーションの看護師さんは力持ちですから、すぐにそれをつくってくれます。それでその家の点滴台が出来上がるわけです。



カフティポンプ

携帯型HPNポンプ

## カフティポンプ チューブセット



【テルフュージョンポンプ用チューブセット(フィルター付)】  
コード番号: TS-P541F056 包装単位: 6セット



「気泡混入防止型点滴筒」を採用



携帯型HPNポンプ用チューブセット(168×171)  
医療器具承認番号: 2000082200553

カセット式で  
チューブのセットが容易

クレンメを閉め忘れても、チューブセットを外しても  
フリーフローが発生しない安心機能付き

## キャリーパック 点滴台不要!



これはカフティポンプといいます。病院ではなかなか使いません。これはカセットを入れてコイルでしごきますので、逆流しません。ということは、IVHやCVカテは入っていても落差をつける点滴台は不要です。点滴とカフティポンプをこういうバッグに入れて、持って旅行にも行けます。

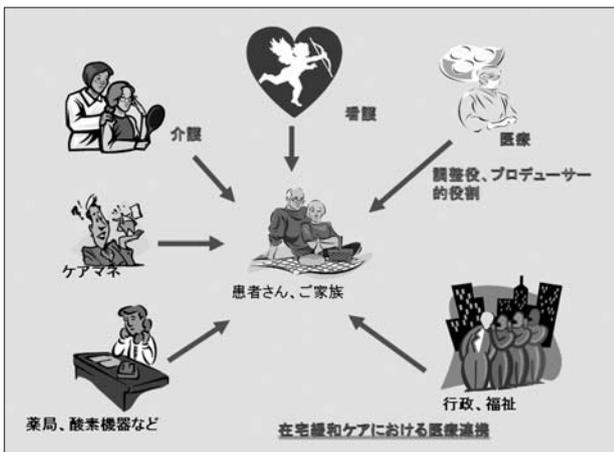


これだけ聞くと、入院より在宅のほうが進んでいるという自負が私にはあります。病院では点滴台を持って検査なんかに行きますが、在宅なら鞆を持って外に行くことも旅行に行くこともできる。これだけ今、在宅は進んでいます。

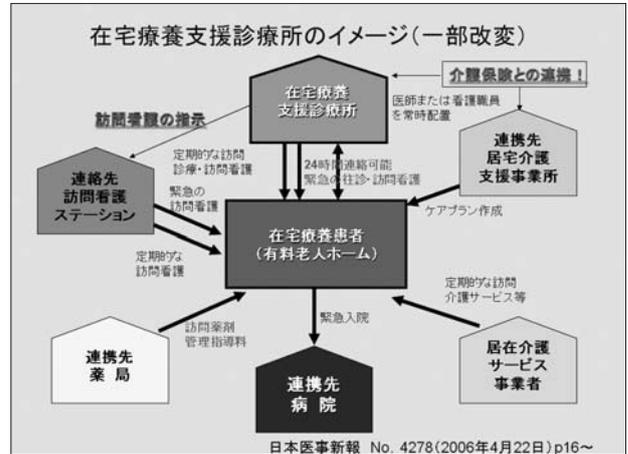
## 緩和医療における医療連携

- 1) 在宅医療連携(現場の連携)  
医療-看護-介護の三位一体の連携!
- 2) 病-診、病-病連携(紹介の連携)
- 3) 緩和ケア病棟との連携(待機の連携)

では、少し連携についてお話しします。在宅の緩和医療における連携には3つが考えられます。在宅(現場)の連携、紹介の連携、待機の連携です。



第1にこれが現場の連携です。医療・看護・介護が三位一体でなければ在宅ケアは成り立ちません。



在宅療養支援診療所というものがあります。「24時間働けますか」と言われているわけではなく、患者さんの情報の集約センターの役割を求められています。介護と医療側の情報の集約をこちらで求められています。

## 在宅における医療連携

- 1) 訪問看護ステーション
- 2) 介護保険による支援
- 3) 調剤薬局
- 4) 酸素、点滴ポンプなどの医療関連業者
- 5) ボランティアなど

在宅における現場の医療連携は、訪問看護、介護、調剤薬局とさまざまな連携があります。病院では最近、緩和ケアチームがはやりです。お金もとれます。ただ、在宅でもこれは緩和ケアチームなのです。これがなければ在宅緩和ケアは成り立ちません。

### 訪問看護は 医療保険 介護保険

- 頸髄損傷
- ALS
- 癌末期

➢ それ以外

指示書に「癌末期、ターミナルケア」を忘れずに記入！

訪問看護は、頸髄損傷、神経難病、がん末期では医療保険になります。介護保険を申請している場合は、それ以外の疾患では訪問看護は介護保険優先です。ただし、先生方が指示書に「がん末期又はターミナルケア」と書き忘れると、訪問看護は医療保険では入れません。先生方にはそこまで考えていただけない例がかなりあり、訪問看護からよく相談されます。

### 入院・在宅 の違い

<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ <b>入院</b></li> <li>➢ ①治療が主目的</li> <li>➢ ②患者治療が中心</li> <li>➢ ③家族が来院</li> <li>➢ ④医療保険のみ</li> <li>➢ ⑤Drが中心</li> <li>➢ ⑥薬剤に縛りなし</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇ <b>在宅</b></li> <li>◇ ①ケアが中心</li> <li>◇ ②患者、家族ごとケア</li> <li>◇ ③医療者が家族の中に</li> <li>◇ ④医療、介護保険</li> <li>◇ ⑤Dr+Nr+Helpの連携</li> <li>◇ ⑥在宅での薬剤は限定</li> </ul>
---	---

入院と在宅の違いです。入院では家族はお客さんでお見舞いに来ます。在宅では私たちがお客で行きますので、立場が逆になるわけです。在宅では患者さんはホストです。先日も家に連れて帰った患者さんが、家に入るなり奥さんに「おーい、先生にお茶出せ」、これが在宅です。この違いがあります。



次にちょっと耳の痛い話です。病・病連携、病・診連携は、一方通行であってはならない。ところが在宅の先生に返したときに、緊急対応でなかなかすぐに入院させていただけないというのが都会の現状です。

### 緩和ケアにおける病診連携の問題点

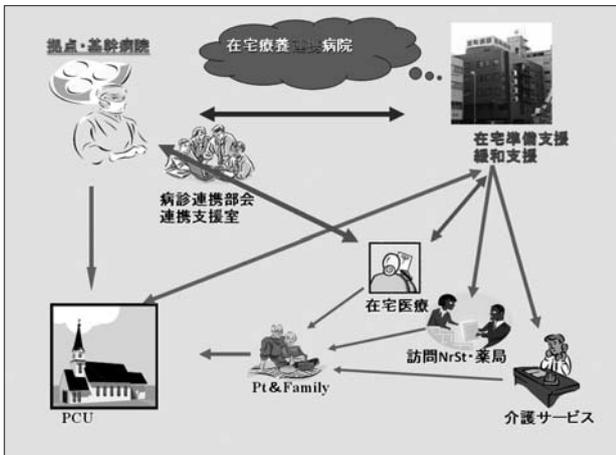
<p><b>病院側の問題点:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①顔が見えない連携</li> <li>②介護保険熟知していない</li> <li>③在宅の現場を知らない</li> <li>④緊急入院が難しい</li> <li>⑤併診が困難</li> <li>⑥家族ケアが不十分</li> </ul>	<p><b>診療所側の問題点:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>①顔が見えない連携</li> <li>②緩和ケア知識不足</li> <li>③緊急対応連携が不十分</li> <li>④24時間対応困難</li> <li>⑤併診対応を好まず</li> <li>⑥在宅処置(CVポート、PEG、腎カテなど)対応が困難</li> </ul>
---	--

病・診連携の問題点です。顔の見える連携が難しい。また、併診がなかなかうまくいかない。化学療法をやるときに、「化学療法を始めるから何かあったらよろしく」という連携を国立がんセンター、癌研究会附属病院や駒込病院、大学病院とうちはよくしています。そういう段階から併診していきまると、緩和ケアになったときの移行がスムーズです。

在宅に必要な準備とは・・・

- |   |   |  |
|---|---|--|
| 1)在宅医療とは「支える医療」                                 | ➔ | 1)支える体制づくり<br>かかりつけ医<br>訪問Nr<br>介護ほか福祉サービス                   |
| 2)在宅緩和ケアは看取るための医療ではない！<br>家族と楽しく生きる為の「支える医療」をいう | ➔ | 2)楽しく過ごすためには<br>不安除去→症状管理(疼痛など)<br>緊急対応<br>24時間体制<br>傾聴体制 など |
| 3)キーパーソンの意見が第1！                                 | ➔ |  |

在宅に必要な準備。在宅医療は、先ほど言いましたように「支える医療」です。支える体制づくりをしなければいけません。看取るための医療ではなく楽しく過ごすための医療です。楽しく過ごすためには、スライドのような在宅に必要な準備をして緊急対応等を準備していただかなくてはなりません。この緊急対応が大切です。



そのために、基幹病院・在宅医・緩和ケア病棟の三角関係だけでは絶対にできないとずっと言い続けております。うちのような中小病院が支援病院として、在宅を知っている病院が基幹病院から在宅に移行すると、依頼を受けて、在宅の準備をしてこの先生に紹介する。緊急があったらうちに入院する。緩和ケア病棟に入棟するまでうちで対応する。こういうことができる中小病院との連携も大切なことだと思います。



「医療ルネッサンス」に「入院いつでも」という形で取り上げていただきました。読売新聞さんありがとうございます。



在宅には緩和ケアは欠かせずというのを、いろいろな地方紙で取り上げていただきました。



亡くなる2週間前に、在宅の患者さんが私にくれたラブレターです。「先生、髪の毛サービスしておいたわよ」と言っていました。



三位一体が出来る時、この笑顔がみられます →これが在宅の成功です！！

これは在宅での奥様の笑顔です。この笑顔が見たくて在宅をしています。

### (在宅)緩和ケアのポイント

- 1) 傾聴
  - 2) 共感
  - 3) 手当て
  - 4) ユーモア
  - 5) 緩和ケアはチーム医療！
  - 6) 在宅では医療連携が大切！
- 緩和ケアのポイント！**

まとめますと、在宅緩和ケアのポイントはこの4つです。緩和ケアはチーム医療です。在宅の医療連携もチーム医療です。

常々、私の考えている緩和ケアは「命の輝きを支えるケア」であります。どうぞ御清聴ありがとうございました。

**緩和ケアとは、患者さんと平等の立場でいのちの輝きを支えるケアである**



**在宅医療とは、家族と楽しく生活することを、「支える医療」である**



**【中澤座長】** 吉澤先生どうもありがとうございました。

以上、5名のシンポジストによる御講演をいただきました。この後舞台設営の時間をいただきたいと思います。

それではシンポジストの先生方は御登壇を願いたします。先ほど御発表いただいたシンポジストの先生方に加えまして、栃木県難病団体連絡協議会会長／衆議院議員の玉木朝子先生並びに日本医師会常任理事の三上裕司先生に加わっていただいてディスカッションを行いたいと思います。

ディスカッションを行う前に玉木先生から、5人のシンポジストのお話をお聞きになられて、患者さんの立場として、そして衆議院のお立場として先生が感じられたことを御発言いただきたいと思います。玉木先生よろしくお願いたします。

### 患者、衆議院議員の立場から

特別発言：栃木県難病団体連絡協議会会長

衆議院議員 玉木朝子

御紹介いただきました栃木県難病団体連絡協議会の代表をしております玉木でございます。本日はこうして医師会の皆様方のシンポジウムに患者の立場の私をお招きいただきまして心からお礼を申し上げます。専門の先生方の会合に私ども患者を呼んでいただけるというのは、患者の立場を皆様方にわかっていただく本当によい機会と思っておりますので、どうかよろしくお願い申し上げます。

先ほど来お話を聞かせていただきました。先生方が医療の現場を守るためにどのような努力をなさっておられるのか身にしみて、理解することができました。心から感謝申し上げたいと思います。

私自身、昭和43年にSLEを発症いたしまして、ステロイドを使いながらの治療を42年間続けております。私自身が発症したところは死亡率も随分高かったものですから、私自身がこうして患者会活動を続けていられるのは本当にありがたいことと思っております。

先ほどから話を聞かせていただきましたが、私ども患者の立場からしますと、治療を受ける2つの概念がございます。1つは、どうしたら安心して医療を受けられるか。もう一つは、医療を受けるための治療費をどう工面するかです。先生方のお話の中では治療費の問題にはほとんど触れられていませんでしたが、患者にとって一番気になることはこの治療費でございます。私自身、昨年末、民主党から衆議院議員選挙に出ないかと言われましたときに一番先に考えましたのは、患者が安心して治療を受けるために、治療費の心配をしないで病院にかかれるようにしたいということでした。特に、今一番考えておりますのが高額療養費です。私自身難病です。難病は治らない病気と言われております。ただ、治らない



なら治らないようにどんな治療方法もない、全部だめなんだと言われれば、あきらめなければならぬし、あきらめもつきます。でも、一つの病気で新しい薬ができた。その薬を使えば少しでも病気の進行が止められるとわかったときに、治療費が月5万円、10万円、7万円かかるとなると、治療を受けたいけれどもお金がないためにその治療を受けられない。今そういう状況がどんどん出てきていることは、先生方も御存知のことと思います。どんな病気になっても、慢性疾患であろうと急性疾患であろうと、私どものような特定疾患であろうと、高額療養の上限が今のように8万円などということではなくて、1万円、2万円であれば、患者も安心して治療ができるのではないかと。与党といわれる民主党の中に入って、たとえその場で実現できなくても、道筋だけでも開ければと思ひまして今、活動を続けております。

私にいただいた時間は5分ですので、いろいろ言いたいことはありますが、1つだけ先生方をお願い致します。昨年8月、私自身が立候補の決意をいたしましたときに最終的に決断したのは、私の主治医で本日司会をなさっている福田健先生に御相談申し

---

上げ、私のこれからの人生を決めました。患者と医者というのは、その人の人生の最終目標を決めるときに、医者の決断によって決めるということが重い病気の人ほどあると思います。そういう患者の切なる気持ちを、きょうおいでの先生方に一つでもわかっていただければ、私が本日ここにお招きいただいた結果として大変ありがたいと思っております。

5分ということですので、また何かあればお聞きいただければと思います。本日は本当にありがとうございます。

## ディスカッション

**【阿久津座長】** では、早速ディスカッションに移らせていただきます。テーマはすべて勤務医の連携ということですが、内容が異なりますので、原則として1題ずつディスカッションしたいと思っております。ただ、講演（2）と講演（3）はどちらも女性医師ということですので、臨機応変に対応していきたいと思っております。よろしく願いいたします。

先ほどのシンポジウム1と同様、フロアから御質問をお伺いしたいと思います。御質問される方はお近くのマイクにお進みいただき、指名させていただいた方から所属医師会、御氏名の後に御発言いただければと思います。それではまず、講演（1）の地域医療、特に救急医療についてお話しくださった宮原先生への御発言をお願いいたします。どうぞ。

**【桜井】** 宮城県の桜井といいます。宮原先生に教えていただきたいのですが、素晴らしいシステムを構築されました。広くて手の回らないところを構築されたということです。我々も同じようなところでやっている中で1つジレンマがあるのは、先生のチームで10人ぐらいがユニフォームを着た写真が出てきました。あの中に研修医の先生はいらっしゃらないのか。研修医の先生方は、1次も2次も3次も全部診たい、特に1次を自分で診たいという非常に大きな願望を持っています。我々もクリアに20~30人というディスカッションは何回も起きるのですが、私どものところには研修生が1学年17人います。ということは2学年で34人。それに自治医大の人が4人入り40人弱の研修生がいるわけです。その人たちが非常に興味を持つのが初期救急です。それを先生が2次、3次にスカッと切られた裏づけ、担保はどういう方法を使ったのか教えていただきたい。

**【宮原】** ご質問ありがとうございます。チームの写真の中に研修医はいません。ドクターカーが出動

するときは恐らく3次救急になるので、研修医は研修医として救急部に回ってきたときに同乗することはありませんが、チームとしては入っておりません。

2次、3次に特化して研修医にとってどうかということですが、初期救急が全くゼロということではなく、全体の3割近く初期救急がまだ来ています。そういったことで初期救急も診られます。ただ、それまでは年間3万3000人、ということは日に100人ぐらい来ているわけです。そういうことで質の高い研修ができるというより、忙しくて教育は二の次でした。現在は落ち着いて研修できています。救急部が担当して指導もできています。

**【桜井】** 公には2次、3次に特化しているというけれど、実際には患者さんがやって来るから、1次か2次か3次かわかりませんが、その人たちを研修生が診ているということですね。

**【宮原】** そうです。救急を初期、2次、3次と分けることが本当に正しいかどうかとも問題があると思います。研修医としては、これは重症なのか、まず選別ができることが大事ではないかと思っています。

**【阿久津座長】** ありがとうございます。ほかに御質問、御意見はございませんか。

**【豊田】** 兵庫県医師会の豊田と申します。吉澤先生に質問したいのですが。大変先生は頑張っておられるのですが、がんに限定しますと……。

**【阿久津座長】** 申しわけありません。今は講演（1）についてですので、また後ほどよろしく願います。ほかに講演（1）についてはございませんか。

では時間もございませんので、講演（2）に移らせていただきます。講演（2）と（3）はどちらも女性医師の話題でしたが、まず院内連携：男性医師と女性医師の連携についてお話しくださいました小

川先生について、御発言をお願いいたします。

**【山本】** 福岡県医師会の山本と申します。女性医師の皆さんに笑いをとったフレーズがありました。男性医師も助けるのですが、女性医師であるからにはみんなが助けてあげたいようなオーラを出してほしいというお話がありました。確かにそのとおりで、医師が協働していくためにはお互いに助け合わなくてはいけない。女性医師のことももちろん考えなければいけないけれども、向こうも権利意識を持つだけではなくて、そういうオーラを出していかなければいけない。それはよくわかりますが、いろいろな医者を見ると、そういう方とそうでない方といろいろいらっしゃいます。それをそういう雰囲気にするような何かの努力をされているのでしょうか。それとも、ここまできて持って生まれた性格はどうしようもないということで、いい人だけをとられるのでしょうか。

**【小川】** そういう形の医師の選別はなかなか難しい。例えば面談をしても、その先生が実際に入ってきたらどんな性格かはわからない。夫婦でもそうだと思います。お見合いの段階と結婚してからは違います。私は最後を端折ってしまったのですが、研修医をどうやって手に入れるかという話をするつもりでした。彼らを入れなかったら今の人数は確保できなかった。そのときに研修医に関していえば、産婦人科が大変なのは、1つは訴訟問題、もう一つは時間が非常に制限される、この2点が非常に大きな問題になります。その部分をどう解決したらいいかと考えたときに、人が来なかったら（十分な医師数がなければ）産婦人科医療は成り立たない。女性医師にしろ男性医師にしろ、産婦人科は継続してほしいと皆々が思っているというのが大前提です。例えば妊婦さんが入ってきて出産されて、「また次回の妊娠のときをお願いします」と言って帰っていただくのが、産婦人科医にとって一番うれしいことです。その環境を女性医師であれ男性医師であれキープしたい。キープするためには若い先生たちに来てもらわなければならない。若い先生たちは、先ほど女医

さんが3分の2になったという話をしましたが、先輩の医者がどういう勤務態度で、自分のキャリアがどうなるかということを見ながら研修医をやっているのではないかと思います。そのときに、例えば産婦人科の中でごたごたがあって、こんなところには勤めたくない、こんな産婦人科は大変だと思われたら来ないわけです。来なかったら潰れるのです。そういう危機感の中に男性医師も女性医師もいたので、たまたまかかもしれませんが、私にしてみればいい男性医師といい女性医師が集まってくれたのだと思っています。

これは私の努力でどうこうできるものではなくて、中に1人でも例えば権利意識を持つ女医さんが入ってきたら潰れてしまうわけです。私は今でもその危機意識をずっと持っています。毎年、いい先生が入ってきてくれたらなと思いながら診療をやっています。その部分は、来てからどうこうすることではなくて、そういう雰囲気の中で動かなければ回らないという危機感を理解していただき、うちに入局していただいているのが現状かと思っています。

**【湯村】** 先生お困りだと思いますが、それはロールモデルになる指導的な女性医師が今までいなかったということにも起因すると思います。私どもの例は歯科ですが、実際の例で、当直免除で常勤の給料という体制にしてほしいという方がいると教授から相談を受けました。聞いてみると、自分の親に預けていて、親が大変だから早く帰りたいということでした。それなら保育園に預けて、病気ときには親がいるなら見てもらえる非常にいい体制だからそうしなさいと言指導をただけで全部解決して、今は当直もできています。今はメンター欠如の段階で、男性上司の方はどう扱っていいかわからない。ちょっとしたコメントで継続できる可能性があるのですが、どういう要求なのか、無理な要求なのか無理ではない要求なのかという判断も今なかなかできない状況ではないかと感じます。

**【阿久津座長】** ありがとうございます。もう一方、どうぞ。

**【藤巻】** 勤務医委員会委員の藤巻と申します。毎回必ず発言することを目標に来ましたので、きょうも発言させていただきます。

私は男性医師と女性医師の連携は、女性医師が女性医師らしく、男性医師が男性医師らしく、それぞれのいいところがうまくかみ合って連携できればいいと思います。それにつけても女性医師がふえてまいりましたので、きちんとキャリアを持っている女性医師が育ってリーダーシップをとれることが必要になってくると思います。今まで女性医師が就労を継続できるかどうかというところに主眼を置いていろいろな支援が行われてきたと思います。これから女性医師がキャリアアップするに当たって、女性医師自身のモチベーションの問題として、私はもっと勉強したい、キャリアを積みたいという意識を継続するということが1つ。あとはキャリアアップする機会を提供するということ。もう一つは、ガラスの天井問題といわれる、女性医師は頑張ってもトップにはなれないという状況がいまだにあると思いますので、これからは就労継続の支援とともに、キャリアアップさせる努力が必要だと思います。大学にいらっしゃる湯村先生、現場にいらっしゃる小川先生、その辺の取り組みを聞かせていただきたいと思いません。

**【阿久津座長】** 時間がなくなってきましたので、簡潔にお返事いただければと思います。

**【小川】** うちの病院では、研修医は2年以上いてくれ、3年以上いてはいけないと言っています。なぜかという、1つの病院の勉強だけでは足りないのではないかと。いろいろな病院を回ってほしい。私も幾つかの病院を回っていましたが、いいところや悪いところを吸収して、うちの病院で悪かったところを反省しながら吸収してほしい。大学で研究というものをやってほしいので、大学にも顔を向けてほしい。うちから卒業した者でまた大学に戻って研究をしている者もおります。そういう形で回していかないと、本来の産婦人科医療は継続できないだろう。どういうシステムでキャリアを見たらいいかという

のは、今まで私どもがやってきたようなことをお話しした中で、結婚をしたり子供をつくることを踏まえて、うちの女医さんたちを参考にさせていただきながら自分のキャリアアップを考えなさいということは、研修医に言っています。

**【湯村】** 短く言います。継続支援であって、まず周囲の意識改革が重要です。とにかく継続できないのは、80時間を超える医師の過剰労働があるからです。40時間ならできる、50時間だったらできるが、80時間を超える労働だと無理ということでドロップアウトするわけです。そのシステムが整えばキャリアの継続は可能になると思います。

**【阿久津座長】** どうもありがとうございました。それでは、講演（3）の男女共同参画、環境整備の観点から。湯村先生から今大分お答えいただいたのですが、どうしてもという方がいらっしゃれば1名だけお受けしたいと思えます。どうぞ。

**【小笠原】** 日医男女共同参画委員会の小笠原と申します。湯村先生、いろいろと御発言いただきました。就業継続支援について必要とされるのは、女性医師はライフイベントにおいていろいろな時期があり、そのときに心理的な価値観の揺れも含めていろいろな状況があると思えます。それに対しては、多様な要望に対して多様な支援策を準備しておかなくてはいけない。その中で軸足をどこに置くかは本人が決めなければいけないのですが、そういうところの教育は大学なり職場で取り組んでいただかなければならないと思っております。自治医科大学でのその辺の教育の取り組みについて一言教えていただければと思います。

**【湯村】** それは医学生のと時からですね。ことし初めてやったのですが、とりあえず5年生と6年生の女子医学生を集めまして、医師の仕事継続する仕組みがあるということをインフォメーションしました。あとは、研修医の方々が大学に残って仕事をさせていただくために、若い人の交流会を開催して、結婚し子供が出来ても支援があるというPRを今やっているところです。

**【小笠原】** ハード的な支援ももちろんですが、先生は先ほどメンターという言葉やロールモデルという言い方で表現されましたが、精神的な支援ですね。これから文科省のカリキュラムなどにも入ってくると思いますが、それこそ男女共同参画という視点での教育に関しては、自治医科大学ではカリキュラムの中で何かそういう授業を持つ計画等は今の段階ではおありにならないでしょうか。

**【湯村】** これから取り入れる予定ですが、今の段階ではありません。女性医師に対しては、まだ画一的な支援はプランニングできませんので、オーダーメイドの支援の段階だと思います。一人一人がドロップアウトしないという段階に過ぎません。今、2名ぐらい短時間勤務で常勤勤務になった人がいます。目的はそこに持っていくということで、オーダーメイドの支援を今はやっているところです。

**【阿久津座長】** どうもありがとうございました。では、中澤先生お願いします。

**【中澤座長】** では、(4)の離島診療所が必要とする医療連携ということで、本村先生に対して御質問がある方、よろしくお願いします。

**【福田】** 栃木県医師会の福田でございます。質問ではないのですが、数年前にある大きな病院の院長先生から、「うちの病院に研修医が来ないんだけれども、どうしたらいいだろうか」と相談を受けました。沖縄県立中部病院と群星臨床研修センターはものすごく研修医が集まる病院です。あそこのセンター長は、大きな研修病院の元院長の宮城征四郎先生のところに行きましょうということで、一緒に沖縄に行ったことがあります。院長先生が沖縄に来た目的を伝えたところ、宮城先生は「私は研修医を集めようと思って仕事をしたことは1回もない。沖縄の県民にいかにもいい医療を提供するかということだけを考えてずっと仕事をした結果、このように研修医を集める病院になることができた。私はそれしか言うことがありません」ということで話が終わってしまった。医療の原点を教えられたような感じで、それが非常に印象に残っております。

きょうの本村先生のお話も、離島診療というのは決してハイテクではなくて、人の心、人を育てることだというお話だったと思いますが、宮城征四郎先生の病院で研修した先生の発言だなど、非常に感銘を受けて聞いておりました。

**【本村】** 貴重なコメントをありがとうございました。まさにおっしゃるとおりだと感じております。ただ、いい医療と思っていても、研修医や医学生がどのように考えているかもつかないかなければいけない。ここが難しい。今までやってきたからといってそれをそのままやろうとすると、今度はジェネレーションギャップやいろいろな問題が出てきます。ここは、私も含めて若い医学生や研修に対するアプローチをきちんと見ながらやらないと、また歯車がずれてしまうという難しい問題も抱えています。

**【中澤座長】** どうもありがとうございました。それでは、時間の関係もありますので(5)に移らせていただきます。吉澤先生に御質問のある方。先ほどの方、よろしくお願いします。

**【豊田】** 兵庫県医師会の豊田と申します。先ほどは失礼しました。吉澤先生に御意見をお伺いしたいのですが、今は機能分担という形で、病院から在宅へという流れの中で先生が頑張っておられるのは大変心強いのですが、患者さんの立場から見て、最終的に地域の先生のようなクリニックでターミナルや緊急時の対応ができる場合はいいのですが、患者さんの気持ちとして最初に治療を受けたがん拠点病院や中核病院などで一度診察を受けてみたいという形のときに、その拠点病院がなかなか受けてくれないという現実がございます。例えば、病床稼働率にしても、一般病院も救急病院もせいぜい9割ぐらいしか稼働していないところがあり、受けようと思えば受けられるのですが、病院の方針としてなかなか緊急対応ができないということがあります。勤務医の先生の立場から見ても、最初に治療を行った患者さんが緊急時やターミナルのときに最後にもう一度診察をしてみることは、全人的医療を行う医師の立場

として非常にいいことではないか。何も入院させるというわけではなく、緩和ケア的な場面に立ち会って、もう一度先生のようなバックホスピタルに紹介することを患者さんと相談することは、医師にとって非常にいい経験になるのではないかと思います。勤務医の先生方や病院によっては理解があると思いますが、そのことについて先生の御意見を伺いたいと思います。

**【吉澤】** 確かに先生おっしゃるとおりだと思います。私は、実際に今、拠点病院でなされている緩和医療研修の指導ファシリテーターで、いろいろなところで講義をさせていただくのですが、地域連携のところでお話ししますと、まず拠点病院の先生たちから、「先生のところのような救急で受けてくれるところを探さなければいけないね」という返事が出てきてしまう状況があるのは事実です。ただし、うちの場合は、拠点病院と連携して、例えばうちが救急を受けたとしても、患者さんが今まで治療を受けていた主治医の先生のところまで1回診てほしいということを依頼された場合、その先生に連絡して断られたためしはありません。それは顔の見える連携が十分できているからだと思います。病院同士や病・診連携をするには、顔の見える連携が第一だと思います。顔の見える連携は、国立がんセンターにしろ、癌研病院にしろ、駒込病院と大学病院にしろ、うちと連携しているところにちょくちょく顔を見に行かせていただき、患者さんも見に行っています。そういう連携が必要だと思います。そのために、併診ということで化学療法を始める段階からともに診ていくという方ができれば一番理想的です。そうすると患者さんや御家族のほうから、もう遠いから先生のほうで診てよという御依頼が来るといった状況もあります。うちでできない処置はそちらの病院で受けていただく。例えば、骨転移が見つかって放射線治療をする場合、うちでは放射線治療はできませんので、うちの病院に入院しながら、その病院へうちから搬送して通院して放射線治療していただくということもしています。

**【中澤座長】** ありがとうございます。それでは、ディスカッションはこれで終わりにさせていただきます。

本日、コメンテーターとして御出席いただいております日本医師会、三上裕司先生に御発言を賜りたいと思います。よろしくお願いいたします。

## 今、勤務医に求められる“医療連携”とは

コメンテーター：日本医師会常任理事 三上裕司

日本医師会の三上でございます。勤務医担当として、きょうはいろいろなお話を聞かせていただき、本当にありがとうございます。

シンポジウム2は、救急医療と女性医師の問題、離島医療と在宅医療と幅広く意見をいただきました。1つずつコメントさせていただきます。

宮原先生の救急医療の問題につきましては、地域医療の中で住民が一番不安に感じるのは救急ではないかと思います。医師不足の中で、何でもERという形で年間3000人を超す救急をとっておられたというのは非常にすばらしいことですが、1次救急が非常に多くて機能が十分発揮できないことから、医師会の協力を得て365日の初期救急をやっていただき、なおかつベテラン看護師の24時間電話相談等でトリアージをし、病院自体は2次、3次に特化できた。それによってできた余力でドクターカーのチームができたことは、病院の機能が非常に上がったということですから素晴らしい取り組みであると思います。なおかつ、入院が減らず経営も成り立ち、重度の患者さんを受け入れたということもあり、よかったのではないかと思います。医療機関自体もともと機能分化はされているわけですが、これが役割分担につながらず、目的以外に医療機関が利用される状況は非常に問題です。シンポジウム1では、住民からの働きかけでその解決策が見出されるということでしたが、宮原先生のところは医療機関側の努力でこういったことができたということで、非常に参考になる事例ではないかと思います。

それから最後に、救急医療に入り口はあるが出口の問題があるとおっしゃいました。最近、救急医療については非常に注目されて手厚くされる傾向がありますが、出口に当たる回復期や慢性期の医療については少しおざりにされてきた傾向があります。



療養病床の問題もあり、今後はそういったところも評価をきちんとしていく必要があるのではないかと思います。

2人目の小川先生です。私の地元は大阪であり一緒に仕事をしたこともありますので、厚生年金病院の取り組みについてはよく存じております。院長である清野先生も、先駆的にこういった女性医師の問題に取り組んできておられます。この中で、現場の医療者全体の意識改革が必要であり、女性医師も権利意識だけではなくお互いを理解することが大事だということは、非常に大切だと思います。先ほどフロアから質問がありましたが、本当に助けてやろうという気になるような女性医師ということもあり、お互いを思いやる心が病院で成り立ったところは、指導医である小川先生の力が非常にあったのだらうと思います。

それからオープンシステムの話がございました。これは診療所の先生方が当直や手術の応援をされるということです。もともと勤務医を辞めて開業されるときには、夜間の呼び出し等が非常につらいという部分もあって開業されている方々が、再び当直や手術の応援に立ち上がるということについては、医

師会や病・診連携の中で信頼関係をどのようにつくられたのか、一度聞いてみたいと思います。

湯村先生からは男女共同の話ですが、ここでは子育ては男性医師も参加するという、また、女性医師の70%が男性医師と結婚されているということで、結婚されている若い男性医師にとっても子育ては参加すべきものであり、これをうまくさせるためには、若い子育て世代のドクターへの支援が必要だというお話だったと思います。

そのために、主治医制からチーム医療制へということもおっしゃいました。この問題は私が勤務医担当になってからずっと申し上げていることで、一人主治医では必ず疲弊をもたらすので、チーム医療制の実現に向けて今後も努力していきたいと思っています。

また、この部分とは関係なく、腎臓内科として専門診療をされているのですが、総合内科的な診療もできるのだとおっしゃっています。私自身も腎臓内科で現在は総合内科的な診療をしています。こういったことについては、今問題になっているところですので、今後十分議論していきたいと思っています。

それから本村先生ですが、先ほど福田先生がいろいろお話しになりましたが、沖縄県立中部病院は、研修医に非常に人気の高い病院で全国的に有名です。この中で「島医者養成プログラム」という離島医療の専門カリキュラムをつくっているのが沖縄県の特徴であり、非常にすばらしいことではないかと思っています。ここでおっしゃられた人材育成システム、いつでも連絡できるとか、サポートシステムがある、情報発信をするなど、いろいろなキーワードをおっしゃいましたが、私のこの中では県立中部病院という基幹病院がバックアップしているということが非常に大きく、いつでもなじみの先生に聞くことができるということが非常に大事だと思いました。

また、この中で遠隔医療の話が出てまいりました。遠隔医療については国としても進めていく方針です。個人情報の問題やさまざまな乗り越えるべき課

題がありますが、今後も前向きに日医としても取り組んでいきたいと思っています。

吉澤先生の在宅医療ですが、私は介護保険も担当しており、高齢者医療や在宅医療も担当しておりますが、非常に精力的な活動をされており敬服いたしました。在宅医療については、先生がおっしゃっていた「在宅医療とは支える医療である」というのは、日本医師会介護保険委員会の答申の中でも「かかりつけ医の指針」として出しています。「医療モデルから生活モデルへ」ということで、「支える医療」ということを前面に押し出しておりますので、おっしゃるとおりだと思います。

それから、吉澤先生のところは在宅療養支援診療所と在宅療養支援病院という形の活動をされていると私は聞きましたが、今後は在宅療養支援病院の役割はますます重たくなってきます。在宅療養支援病院は、在宅をやっている診療所を支援する病院であるという位置づけに変わるのではないかと私は思っております。在宅医療の中で特に全国的に有名なものに尾道方式がございますが、尾道も病院と診療所の連携が基本になっています。診・診の連携のようにとられがちですが、バックアップする病院と診療所の連携が非常に大事だとされていると思います。ここは勤務医部会の大会ですが、勤務医の先生方は在宅に対する理解がまだ乏しい、あるいは介護保険に対する理解が乏しいというのはおっしゃるとおりです。ぜひこういったことを帰られたら会員の先生方によく伝えていただきたいと思っています。

きょうはいろいろな話を聞かせていただきましてありがとうございました。

【中澤座長】 三上先生どうもありがとうございます。それでは最後に、まとめとして一言申し上げます。

今回は「連携」がテーマでしたが、いずれにしても医師不足が根底にあります。宮原先生の場合は地域の医師不足、小川先生の場合は産科医の不足を問題として抱えておられます。本村先生は離島でもともと医師がいない状況の中で議論されたと思います。吉澤先生からは、かなり医師は充足しているけれども患者さんの数が多いところから、受ける問題解決という形で連携が議論されたと理解いたしました。

皆さんのお考えの中で一つ印象的に感じましたのは、連携というのは人と人のかかわりだと本村先生がおっしゃったことです。これは女医さんとの連携の中でも、また、最後に吉澤先生が言われました「にもかかわらずユーモア」、そういった人と人とのつながりが重要だということを感じていただきました。今お話ししたことは、今回の「栃木宣言」の中にあります「男性医師、女性医師が互いに理解し助け合う男女共同参画を推進する支援体制の整備を求める」点や、「勤務医は、地域のすべての医師との連携を強化し、地域住民と協働して医療再生に取り組む」というところと符合すると思います。

皆さんには長いこと熱心な御討議をいただきまして、また不慣れな会の進行に御協力いただきましたことを感謝申し上げます。このシンポジウムを終わらせていただきます。どうもありがとうございました。



# 栃木宣言採択

---

栃木県医師会勤務医 部会長

福 田 健



### 【総合司会：福田常任理事（兼勤務医部会長）】

それでは次に、「栃木宣言」採択を行います。壇上をセッティングする間に、既に配布しております「栃木宣言（案）」を御覧いただきたいと思えます。これから「栃木宣言（案）」を朗読させていただきます。まず最初に前文について朗読し、次に宣言文を選択させていただきます。これはあくまでも案であり、全部朗読が終わった後に皆様方の御意見を承り、もしこの場で了承されれば（案）がとれるという形になります。これは例年の方式です。それでは朗読させていただきます。

### 栃木宣言（案）

小泉政権以来の医療費抑制政策は政権交代により転換されたが、現状と乖離した医療介護政策では国民が安心できる医療体制は構築できない。国内外の現状を正確に分析したevidence-basedの政策の立案を切に願う。また、現代の医療、社会とマッチしない旧態依然たる医師法、医療法も勤務医の労働環境を悪化させている一因であることは否めない。我々、勤務医は、このような厳しい現状の変革を希求しつつも、限られた医療資源を最大に活かし、国民が望む最善の医療を提供する使命がある。

よって、我々は以下の宣言をする。

- 一、医療の高度化、加速する高齢者増に見合った医療・介護予算の増額を求める。
- 一、勤務医の労働時間をOECD加盟国の平均水準にできる医師数の実現を求める。
- 一、男性医師、女性医師が互いを理解し助け合う男女共同参画を推進する支援体制のさらなる整備を求める。
- 一、勤務医が患者のための医療に専念できる医師法、医療法の改正を求める。
- 一、勤務医は、地域のすべての医師との連携を強化し、地域住民と協働して医療再生に取り組む。
- 一、勤務医は医療・介護行政の改善を要求すると共に、自らも、常に向上心を持ち己を律し献身的に医療に従事する。

以上でございます。

ただいま私が読み上げましたこの案に関して、コメントあるいは直したほうがいいのではないかとこの御意見がありましたらお受けしたいと思います。この場では直す・直さないは決めませんが、本会と日本医師会で相談していきたいと思えます。いかがでしょうか。どうぞ。

【倉岡】 広島県医師会の倉岡です。今の文章の前文の一番下に「限られた医療資源を最大に活かし、国民が望む最善の医療を提供する使命がある」と書いてあります。これは非常に美しいしごもっともだと思っておりますが、考えてみますと、国民が望む最善の医療というのはどういうことなのでしょうか。今のテレビの「神の手」じゃないですが、マスコミも最先端の医療を誰でも受けられると、しかもその内容は、適応なども余り考えずに、そういうことがどんどんやられているわけです。余りにもニーズが高いといえますか、全員がそういうものを望む。しかも医療費の制限の中でこういうことを望んでいるから、医療崩壊や医師不足でみんなが苦しんでいるという状況が起きていると思えます。これに対してお考えはどうなのしょうか。

【福田常任理事】 ここでいう「国民が望む最善」というのは、決して最先端という意味ではなくて、現時点で提供できる最善という意味でつくりました。

【倉岡】 私は、「国民が望む」というのを除いて、「限られた医療資源を最大に活かし、最善の医療を提供する」とし、「使命がある」というより、我々は勤務医部会の会ですから、提供するよう我々は努力しているのだというアピールをしてもらいたいと思えます。

【福田常任理事】 実は、日本医師会の勤務医委員会の中でこの点は議論になったのですが、我々は大いなるために医療をやっているかということ、医師のためではなく医療の相手は患者さんです。医学においては医者が主人公ですが、医療においては患者が主人公だということで、「国民が望む」というものが

入った経緯があります。

**【倉岡】** それは当たり前の話で、誰もがわかっていることで、それを否定する人は一人もいません。私も全面的に認めた上での発言です。

**【福田常任理事】** 先生の御意見は、「国民が望む」を取ったほうがいいのではないかとということでしょうか。

**【倉岡】** 言葉尻をとらえると、そういうことになるとおもいます。

**【福田常任理事】** この宣言文に関しましては、担当県の本会と日本医師会勤務医委員会で審議して決めていますのでこの場では結論を出せないのですが、よろしいでしょうか。

それでは、ほかにどなたかいかがでしょうか。

**【桃井】** 私は栃木県の大学に勤務する者ですが、その次の中身に関して。

「男性医師、女性医師が互いを理解し助け合う男女共同参画を」、これは女性医師問題と先ほどから少し視点が違うなと思って伺っておりました。男性医師・女性医師が互いに助け合うことで問題解決を求めては、医療界としてはいけないと思います。本来求めるべきことは、男女ともに医師がワークライフバランスを実現できるためのいろいろな社会サービスや支援体制が充実しないといけない。そこを医療界は本来求めるべきであって、男性医師、女性医師が互いを理解し助け合うというところに解決を求めてはいけない。緊急な解決はよろしいですが、本来あるべき解決をそこに求めてはいけないと私は思います。そこをぜひ考え直していただきたいと思います。

**【福田常任理事】** 貴重な御意見をありがとうございました。ここに関しましては、先生おっしゃるとおり、医療を提供するためには男性医師、女性医師のお互いの理解や助け合いだけではできないのは当然で、もちろん制度そのものが整っていないといけないわけです。先生の御指摘はそういうことですね。それに関しましては、では、本会並びに日本医師会勤務委員会で議題とし、後で御報告したいと思いま

す。そのほかにございますか。

**【岡山県医師】** 岡山県医師会の勤務医で、長い間勤務している者です。この宣言は非常によろしいのですが、最初の項目はむしろ最後に入れて「したがって、医療の高度化」云々とし、上のものを達成するために予算の増額を求めるという趣旨にしたほうがいい。最初に金を要求するという感覚がずっと医師会に残っているということをもたここでアピールするような気がするのですが、いかがでしょうか。拍手がありますか。(拍手) ありますね。よろしくお願ひします。

**【福田常任理事】** 貴重な御意見をありがとうございました。もう1人池田先生でしたか。

**【池田】** 文言については、いろいろ価値観がありますから文章についてはいろいろあると思いますが、私は賛成です。特に賛成意見を申し上げますと、我々は間違いなくて、いつも誰かが悪いと誰かに要求を突きつけるということで終始しますが、これは後の2行があって、最後の2つで我々はこうするんだ、我々の使命はこうだということがあって大変格調が高くていいと思います。(拍手)

**【福田常任理事】** ありがとうございました。ほかにはございませぬね。今まで宣言文にこれほど御意見をいただいたことがなかったので、大変うれしくありがたく思っております。ぜひ、もっとブラッシュアップしていい宣言文にしたいと思います。また確定次第何らかの方法でお伝えしたいと思います。

では、今の点を除きまして、ほかの点でもしお認めいただければ、そしてこの宣言文の取り扱いにつきましても、本会並びに日本医師会に一任していいということでしたら、拍手をお願いしたいと思います。

(拍手)

**【福田常任理事】** ではそういうことで進めさせていただきます。どうもありがとうございました。

それでは、閉会に当たり、栃木県医師会副会長、

五味淵秀幸より閉会の御挨拶を申し上げます。

## 栃木宣言

小泉政権以来の医療費抑制政策は政権交代により転換されたが、現状と乖離した医療介護政策では国民が安心できる医療体制は構築できない。国内外の現状を正確に分析したevidence-basedの政策の立案を切に願う。また、現代の医療、社会とマッチしない旧態依然たる医師法、医療法も勤務医の労働環境を悪化させている一因であることは否めない。我々、勤務医は、このような厳しい現状の変革を希求しつつも、限られた医療資源を最大に活かし、国民が望む最善の医療を提供する使命がある。

よって、我々は以下の宣言をする。

- 一、医療の高度化、加速する高齢者増に見合った医療・介護予算の増額を求める。
- 一、勤務医の労働時間をOECD加盟国の平均水準にできる医師数の実現を求める。
- 一、活力ある男女共同参画を推進するために、支援体制のさらなる整備を求める。
- 一、勤務医が患者のための医療に専念できる医師法、医療法の改正を求める。
- 一、勤務医は、地域のすべての医師との連携を強化し、地域住民と協働して医療再生に取り組む。
- 一、勤務医は医療・介護行政の改善を要求すると共に、自らも、常に向上心を持ち己を律し献身的に医療に従事する。

平成22年11月19日

全国医師会勤務医部会連絡協議会・栃木

閉 会

17:30

栃木県医師会副会長

五味 潤 秀 幸



閉 会

栃木県医師会 副会長 五味 秀 幸

本日は、朝早くから長時間にわたりまして熱心な御公聴と御討議まことにありがとうございました。まとめはないのですが、2つの特別講演、ランチオンセミナー、2つのシンポジウム、そして最後に「栃木宣言」と、なかなか内容も盛りだくさんでございました。

今回は「地域医療再生」という大きなテーマでございますが、我々医師同士のさらなる団結と、地域を守るためにはまだまだ努力や工夫が必要だと改めて感じております。

以上をもちまして、平成22年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を閉会いたします。御協力どうもありがとうございました。



# 参加者数一覧

---



# 平成22年度全国医師会勤務医部会連絡協議会参加者数

ブロック	都道府県	医師会	協議会参加者数		宿泊日数			観光		
			協議会	懇親会	10/8	10/9	10/10	10/9	10/10	
① 北海道・東北	北海道	北海道医師会	2	2	0	1	0	0	0	
		札幌市医師会	4	4	3	5	0	0	0	
		江別医師会	1	0	0	0	0	0	0	
		函館市医師会	1	1	0	0	0	0	0	
		旭川市医師会	1	1	0	0	0	0	0	
		釧路市医師会	1	0	0	0	0	0	0	
	青森県	青森県医師会	6	4	5	0	0	0	0	
		青森市医師会	1	1	0	0	0	0	0	
	岩手県	八戸市医師会	3	1	0	0	0	0	0	
		岩手県医師会	4	3	2	2	0	0	0	
	宮城県	盛岡市医師会	1	1	1	1	0	0	1	
		岩手医科大学医師会	1	0	0	0	0	0	0	
		宮城県医師会	5	5	0	2	0	0	0	
	秋田県	仙台市医師会	5	5	0	0	0	0	0	
石巻市医師会		2	2	2	2	0	0	0		
山形県	秋田県医師会	2	2	2	1	0	0	0		
	山形県医師会	3	3	0	2	0	0	0		
福島県	山形市医師会	1	0	0	0	0	0	0		
	福島県医師会	2	0	0	0	0	0	0		
② 関東・甲信越	茨城県	茨城県医師会	11	9	4	7	0	0	0	
		きぬ医師会	2	2	0	2	0	0	0	
	栃木県	栃木県医師会	49	42	2	1	0	0	1	
		群馬県医師会	2	2	0	0	0	0	0	
	埼玉県	埼玉県医師会	6	6	0	0	0	0	0	
		浦和医師会	1	0	0	0	0	0	0	
	千葉県	蕨戸田市医師会	1	0	0	0	0	0	0	
		千葉県医師会	3	3	1	1	0	0	0	
	東京都	東京都医師会	4	4	0	0	0	0	0	
		神奈川県医師会	8	0	0	0	0	0	0	
	神奈川県	横浜市医師会	6	6	6	6	0	0	0	
		新潟県医師会	3	2	0	0	0	0	1	
	山梨県	山梨県医師会	1	1	1	1	0	0	0	
		長野県医師会	3	0	3	0	0	0	0	
③ 中部	富山県	富山県医師会	6	6	4	6	0	0	5	
		富山市医師会	2	1	2	1	0	0	1	
	石川県	石川県医師会	3	3	2	3	0	0	0	
		福井県医師会	2	0	3	0	0	0	0	
	岐阜県	岐阜県医師会	6	6	5	6	0	0	0	
		静岡県医師会	3	3	0	0	0	0	0	
	静岡県	浜名医師会	1	1	0	0	0	0	0	
		愛知県医師会	5	5	3	4	0	0	0	
	三重県	津地区医師会	1	0	1	0	0	0	0	
		三重県医師会	3	4	3	0	0	1	0	
	④ 近畿	滋賀県	滋賀県医師会	7	8	4	6	0	0	3
			京都府医師会	3	3	3	0	0	0	0
		大阪府	大阪府医師会	7	7	6	5	0	0	0
			豊中市医師会	1	0	1	0	0	0	0
兵庫県		大阪市淀川区医師会	1	1	1	1	0	0	0	
		兵庫県医師会	4	2	4	1	0	0	0	
奈良県		神戸市医師会	3	0	1	0	0	0	0	
		奈良県医師会	2	2	2	0	0	0	0	
和歌山県		和歌山県医師会	2	2	2	0	0	0	0	
		和歌山市医師会	1	0	0	0	0	0	0	
⑤ 中国・四国		鳥取県	鳥取県医師会	2	1	1	0	0	0	0
			鳥取県東部医師会	1	1	1	1	0	0	1
		岡山県	鳥取大学医学部医師会	1	0	1	0	0	0	0
			岡山県医師会	2	2	1	2	0	0	0
	島根県	岡山市医師会	1	1	0	0	0	0	0	
		島根県医師会	7	7	4	3	0	0	0	
	広島県	広島県医師会	6	6	6	2	0	0	0	
		広島市医師会	12	12	12	13	0	0	0	
		広島市中区医師会	2	1	3	2	0	0	2	
		呉市医師会	2	0	2	0	0	0	0	
	山口県	福山市医師会	1	1	0	0	0	0	0	
		安芸地区医師会	1	0	1	0	0	0	0	
	徳島県	安佐医師会	1	0	1	0	0	0	0	
		山口県医師会	6	6	5	7	0	1	2	
香川県	徳島県医師会	3	3	3	3	0	0	0		
	香川県医師会	1	1	0	0	0	0	0		
愛媛県	香川県大学医師会	1	1	1	1	0	0	0		
	愛媛県医師会	1	0	0	0	0	0	0		
高知県	松山市医師会	2	3	3	3	0	1	2		
	西予市医師会	1	0	0	0	0	0	0		
⑥ 九州・沖縄	福岡県	高知県医師会	1	0	1	0	0	0	0	
		高知県医師会	2	2	0	0	0	0	0	
	佐賀県	福岡県医師会	8	6	6	4	0	0	1	
		北九州市医師会	2	2	2	2	0	0	0	
	長崎県	福岡市医師会	2	1	3	1	0	0	0	
		粕屋医師会	1	1	1	1	0	0	0	
	熊本県	大牟田医師会	1	1	1	1	0	0	0	
		北九州市小倉医師会	2	2	0	0	0	0	0	
	大分県	宗像医師会	1	0	0	0	0	0	0	
		佐賀県医師会	2	2	2	2	0	0	2	
	宮崎県	長崎県医師会	3	3	1	1	0	0	0	
		長崎市医師会	2	1	1	1	0	0	0	
	鹿児島県	佐世保市医師会	2	2	3	3	0	0	0	
		熊本県医師会	5	5	5	0	0	0	0	
沖縄県	熊本市医師会	3	3	3	2	0	0	0		
	大分県医師会	1	1	0	0	0	0	0		
鹿児島県	大分市医師会	1	1	0	0	0	0	0		
	宮崎県医師会	7	8	0	1	0	1	2		
沖縄県	鹿児島県医師会	2	2	1	0	0	0	0		
	鹿児島市医師会	2	2	1	1	0	0	0		
日本医師会	薩摩郡医師会	1	1	1	1	0	0	0		
	沖縄県医師会	4	4	0	4	0	0	0		
講師・一般	日本医師会	32	33	21	16	0	2	5		
	講師・一般	53	0	0	0	0	0	0		
計		404	296	177	145	0	6	29		

---

---

**平成22年度  
全国医師会勤務医部会連絡協議会報告書**

**発行** 栃木県医師会

〒320-8503 栃木県宇都宮市駒生町3337番地1  
(とちぎ健康の森4階)

TEL 028-622-2655

**印刷** 株式会社 松井ピ・テ・オ・印刷

〒321-0904 栃木県宇都宮市陽東五丁目9番21号

TEL 028-662-2511

---

---

## 懇親会風景

