

医師の団結を目指す委員会答申

## 医師の団結に向けた具体的方策

平成22年3月

日本医師会  
医師の団結を目指す委員会



平成 22 年 3 月

日 本 医 師 会

会 長 唐 澤 祥 人 殿

医師の団結を目指す委員会

委員長 森 洋 一

医師の団結を目指す委員会は、平成 21 年 7 月 16 日の第 1 回委員会において、貴職から「医師の団結に向けた具体的方策」との諮問を受け、委員会を 4 回にわたり開催し、鋭意検討を重ねてまいりました。

ここにその審議結果を取りまとめましたので、ご報告いたします。

# 医師の団結を目指す委員会

- 委員長 森 洋一 [京都府医師会会長]
- 委員 池田 俊彦 [福岡市民病院名誉院長]
- 今枝 宗一郎 [J R 東京総合病院研修医]
- 小川 彰 [岩手医科大学学長]
- 河村 満 [昭和大学病院附属東病院長]
- 北村 聖 [東京大学医学教育国際協力研究センター教授]
- 小森 貴 [石川県医師会会長]
- 嶋津 義久 [大分県医師会会長]
- 土屋 了介 [国立がんセンター中央病院長]
- 長瀬 輝 誼 [日本精神科病院協会常務理事]
- 道永 麻里 [東京都医師会理事]

[五十音順]

## 目次

1. はじめに	1
2. 委員会における意見聴取報告	2
(1) 小森 貴 委員の報告	2
(2) 今枝 宗一郎 委員の報告	3
(3) 小松 秀樹 氏（虎の門病院泌尿器科部長）の意見	4
3. 日医のあり方について	6
(1) 医の理念について	6
(2) すべての医師が結集できるのか	7
① 開業医師と勤務医師は対立する存在ではない	8
② 勤務医師は差別されているという議論	9
4. 日医、医師会の改革のための具体策	10
(1) 会費徴収区分の問題	11
(2) 医師会の代議員制、会長・役員選挙について	12
(3) 日医の会務運営について	14
(4) 医療安全調査委員会設置問題	15
(5) 勤務医師の労働環境改善、女性医師の労働環境、生涯就 労環境改善	15
(6) 医政活動のあり方	17
(7) 日医改革委員会の設置	17
5. まとめ	19
参考資料	20



## 1. はじめに

前期の「医師の団結を目指す委員会」は、平成 20 年 8 月 7 日より 5 回にわたる検討結果を、平成 21 年 3 月 17 日に唐澤会長へ答申した。

その答申では、「医療界が直面している様々な問題を乗り越えていくためには、我が国のすべての医師が団結し、医療のあるべき姿に向かって協働していくことが必要である」ことを指摘し、以下の課題についての提言を行った。

- ① 日本医師会（以下、「日医」という。）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こと
- ② 勤務医師と開業医師の接点をそれぞれの医師会のレベルで強化し、勤務医師の医師会への参加を促すこと
- ③ すべての医師、特に勤務医師の労働環境改善に最善の努力を払うこと
- ④ 医師の診療上の医療安全、医療事故への適切な対応が行われるよう、公平で公正な調査委員会の設置と医療安全を推進するシステム作りを、現場の医師の意見をより多く取り入れるオープンな形で行うこと
- ⑤ 時宜に適った課題について、広く意見を聴取し、それを生かすことができる執行部体制を構築し、必要な組織との連携を深め、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こと
- ⑥ 女性医師が働きやすい職場環境を構築し、医師不足や診療科間の偏在解決に努力するとともに、国民の医療への信頼を確保し、日本社会の再構築、労働環境改善のモデルとすること

本委員会と同時期に検討が始められていた「勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会」では、平成 21 年 9 月に「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報告書」が作

成され、「勤務医の健康を守る病院7カ条」などが提言されており、勤務医師の労働環境改善の取り組みもなされてきているが、残念ながら、前期の本委員会の提言に対する本格的な検討は執行部で行われていない。

今回、再度、唐澤会長から本委員会に対し、「医師の団結に向けた具体的方策」について検討することが諮問されたことは、勤務医師や女性医師の意見が反映される体制作り、医学生、研修医との有機的な関係の構築に向けた方策や他団体との連携、今後目指すべき医師会のあり方などについて、さらに具体的な方策を提示するようにとの意向からと考え、より具体的な方策、根本的な日医の改革についての提言を行うべく検討を行ったので報告する。

## 2. 委員会における意見聴取報告

### (1) 小森 貴 委員の報告

小森委員は、石川県医師会の取り組みとして、医学生への特別講義や医学部医局長との連絡会、医師会のあり方・勤務医師支援のための委員会活動、勤務医師の労働環境の改善を訴える提言などを行っていることを紹介した。金沢大学医学部では、5コマの授業を受け持ち、医療制度の講義、「各診療科、現場からの声」として、医師会役員と学生との対話形式の講義、女性医師、勤務医師、救急医療、及び過疎地の医療の体験談、並びに日医、石川県医師会、金沢市医師会の活動についての講義を実施。金沢医科大学でも、現在2コマの授業を行っている。

石川県医師会では、45歳以下の会員による「医師会の在り方に関する検討委員会」を立ち上げ、2015年の医師・医師会はいかにあるべきか、医師会員としてなすべきことは何か、等について議論を行っている。また、「勤務医支援総合対策委員会」では、意思決定機関への関与、自律機能、メリット論などについての議論を行い、意見を求めている。さらに、福岡県医師会の医療モニター



制度「メディペチャ」を参考に実施している「メディバタ会議」が、市民に医師会を理解してもらう場となっており、「県民フォーラム」では、医療制度についての寸劇を医療関係者自ら熱演していることを報告した。

小森委員は、医師の団結を目指すための視点として、①共通の理念と旗、②共通の地盤、③国民の声を聞き、国民と語り合う、④患者と国民のいのちを守る、⑤患者・地域住民・国民とともに一を挙げたうえで、「これまでは行政や政治家にお願いしてきたが、これからは住民に『私たちはこう考える』という情報発信をすべきだ」と述べ、あるべき医療政策を自分たちで考えていくことの重要性を強調した。

## (2) 今枝 宗一郎 委員の報告

今枝委員は研修医の立場から、活動の報告と医師会への提言を述べた。

今枝委員は、愛知県医師会役員と25名の研修医、医学生、他学部の学生との懇談会を実施した結果、医師会への良いイメージが増えるなど意識の変化が見られたとし、双方向のコミュニケーションのなかで、医師のキャリアや地域の話が興味深く受け取られている様子を報告した。また、研修医などが主体的に取り組むためには、このような懇談会は研修医や学生自身が企画・運営すべきで、医師会はそれができる学生・研修医を見つけることが大切だとした。

多くの勤務医師は、「診療報酬で冷遇されてきた」「B会員として勤務医は冷遇され議決権もない」「医療安全調査委員会設置問題でも勤務医の考えを分かっている」「幹部が開業医ばかりで勤務医の意見を聞かない」等の認識があり、30～40代になると反発が強い。その原因は、勤務医師は医師会と自分達とが無関係と認識しており、医師会について知る気がなく、また、日医に対して不

信・疑惑の目を向けており、現状では勤務医師へアピールしても日医の思いは届かないであろう。このような疑念を払拭し信頼を得るためには、確かに「変わった！」と感じられる政策が必要だと強調。私見として、①日医代議員に勤務医師枠を設ける、②会長選挙を直接選挙にする、③日医理事に勤務医師枠や大学病院医師枠を創設する、④政策や政治との関係はすべて政策評価で行い、判断基準や議論を公開する一ことなどを提案し、信頼を得てから団結に向かうべきだとした。

さらに、なぜ団結するのかという目標の設定、医療提供体制崩壊からの再生として計画配置などではなく医療界内部からの努力が必要であり、医師全員参加の医師による自律組織としてのあり方、活動が重要になるのではないかと訴えた。

### (3) 小松 秀樹 氏（虎の門病院泌尿器科部長）の意見

小松氏は委員会のヒアリングで、「日本医師会よ、ともに戦おう」と題して、「診療報酬よりもっと重要な闘いがある。キーワードは規範と実情である」と述べた。

平成 11 年の横浜市立大学病院事件と都立広尾病院事件により、医療危機が顕在化し、同年アメリカで出版された『人はだれでも間違える』という本により、過失に対する考え方が一変した。旧思考は規範優先であったが、新思考は実情優先、人間は誤りやすいという性質を持っていると考え、当事者への処罰ではなく、システムの改善で対応するのが新しい考え方であると説明した。さらに、この規範と実情のせめぎ合いにより、日本の医療は大きく混乱し、大量の報道と大衆メディア道徳ともいべき無茶な基準によって、医療の混乱はさらに増幅したことを強調した。

その上で、いま自律を担う団体が求められると訴え、多くの国では専門分野の制御を専門職団体の自律に委ねているが、日医は残念ながら自律を担う団体ではなく、日本の医療崩壊に対しても

無為無策だった。また、対立は日医と勤務医師であり、開業医師と勤務医師が対立する理由はなく、医師が対峙すべきは厚労省である。いま、日医は戦略の大転換を迫られており、大同団結をして強引に利益を主張すると社会の反発を招き、自殺行為になるとした。

さらに、公益法人制度改革において、日医が従来の組織形態を実質的に温存したまま新組織に移行するのは、法律的、政治的に常識外れと指摘。「日本医師会三分の計」として、日医を「医師を代表する公益団体」「開業医の利益を代弁する団体」「勤務医の利益を代弁する団体」に分けることを提案し、そのなかでも「医師を代表する公益団体」が最重要であり、新医師会は「医療の質向上」と「情報の集積・配信」が大きな業務となり、医療の発展のためには厚労行政に対する恒常的なチェック体制が不可欠であると述べた。

医師を統合するための方策として、外部に向かって経済的利益に関わる主張をしないとともに、さまざまな団体や個人が同時多発的に主張するなどの手法が政治的にも有効である。ソフトランディングで日医を再編し、アイディアがなければ外部に知恵を求め、考え方を大転換して時代の先頭に立つことで、必然的に対立関係は協力関係に変わると述べ、日医会員は薩長同盟のつもりで積極的に歴史に参加するよう訴えた。

最後に小松氏は、「日医は外部の目に対する意識が足りていない」と述べ、真に医師会活動を国民に知ってもらうためには、国民のために活動していることをわかるようにし、ひらすら医療を良くするために取り組んでいくことだと強調した。

### 3. 日医のあり方について

#### (1) 医の理念について

先述の委員の意見にもあるように、すべての医師が結集するためには、「何のために結集するのか」その明瞭な目標が必要であり、そのためには、日医における医の理念の確立が必須である。前期答申では、基本的な理念について、医療政策会議ないしはそれに匹敵する中心的な委員会での検討すべきであるとして、下記 3 項目を提示した。

- ・ 医療崩壊を阻止して、国民の健康と生命を守り、国民の安心と安全を確保できる医療制度を確立すること（医療難民、介護難民を作らない）
- ・ 国民の健康と生命を守るためには、安全で質の高い医療を提供すること
- ・ 安全で良質な医療を提供するためには、医療提供側の自律機能の推進とともに労働環境の整備を行うこと

このような理念のもと、必要な課題について、すべての医師の結集のもと、総力を挙げて取り組むべきと考えたが、その後、執行部内での検討はなされていないと思われる。そのため、本答申においても再び全医師が結集するための基本理念の検討を行う必要があると考え、今回は一歩進めて、以下のような結論を提起する。

なお、医の理念については、今後も継続的に議論を積み重ね、多くの会員のコンセンサスを得て最終的なものを作りあげていくとともに、修正を積み重ねていくことが必要不可欠である。

## 《医の理念》

国民と医療提供者が協働して、国民が健康な状態であることができるよう取り組み続けることが医療の基本であり、協働して医療に取り組むためには、医療提供者は患者の信頼を確保しなければならない。

そのためには、医療提供者は国民の健康と生命を守るために自らを厳しく律し、生涯学習に努めて、安全で質の高い医療を提供すべく最善の努力をすることが求められる。

また国には、医師が医の道を守りながら良質の医療を提供し、国民の健康と生命を守ることが可能となるように社会基盤を整備し、医療制度を確立する義務がある。

国民においては、国民全体が安心して暮らせる社会を築くために、応分の負担と、医療資源などを無駄にせず、自らの健康と生命を守る努力が求められる。

### (2) すべての医師が結集できるのか

国民の健康と生命を守り、国民の安心と安全を確保できる持続可能な医療制度を確立するためには、すべての医師が参加して活動を推進する基盤が必要であり、そのための基盤としての役割を医師会が果たすべきである。現在、医療崩壊の危機に直面するなかで、我が国の国民皆保険制度、フリーアクセスが崩壊することのないよう、医療提供者がそれぞれの持ち場で最大限に努力していくことが求められている。そのためには、既存の組織・概念ではなく、医療提供者個々人の意識改革と、郡市区医師会、都道府県医師会、日医をはじめとする医療関係団体すべての意識改革が求められており、その上で医療の専門家集団として結集できる母体に医師会がなるべきと考える。

多くの勤務医師などからは、「日医は開業医の団体」「日医では、開業医と勤務医で会員身分に差別がある」「日本の医師の半数以上

は勤務医であるがその意見が取り入れられていない」など、永年日医が真剣に取り組んでこなかったために生まれた誤解もあり、正すべきところは正し、反省すべきところは反省するという積極的な対応がいま求められている。日医、都道府県医師会が、勤務医師の医師会に対する見方をいかに変えていくかについて、以下に課題となっている項目についての現状を述べる。

### ① 開業医師と勤務医師は対立する存在ではない

医療崩壊の最大の要因は、病院、特に地方の基幹病院である自治体病院などの勤務医師の過重労働、労働環境の悪化による医師不足等であり、その改善が求められている。その改善の議論をするときに常になされるのが、「勤務医は大変、開業医は楽」「開業医は儲けすぎ」「開業医の診療報酬を病院の勤務医対策に」という議論である。そして、特に最近言われるのが、「日医は開業医の団体で、開業医の利益を追求する団体」という誤解である。

勤務医師と開業医師があたかも利益の反する対立軸にあるという議論がなされるために、何とはなしにお互いが反発しているのではないだろうか。ここは、科学者として冷静に事実を把握して議論を進めなければならないと考える。また、勤務医師と開業医師の対立を煽って喜ぶのは誰かということもしっかり認識しなければならない。

勤務医師と開業医師の対立の論点は、常に診療報酬改定時に提起される。それは例えば、中医協の実態調査をもとにしたマスコミの恣意的な報道であり、今年も同様の報道がなされた。詳細な反論は、日医からも、中医協の診療側委員からもなされているが、そもそも、中医協の実態調査への正確な認識が必要である。大切なことは、収入の問題ではなく、診療所と病院が機能を分担し、連携して患者の診療に取り組むことであり、実際の地域医療の現場では緊密な連携がとられており、対立する存在ではないことが

わかる。そのため、明確に地域医療連携の実態を提示し、誤解を解消する継続的な努力が必要である。

## ② 勤務医師は差別されているという議論

よくある議論だが、医師個人は患者の信頼も厚く、社会からも高く評価されているが、医師会という団体になった途端に圧力団体や利権団体という見方をされて評価が下がるように思われる。前期の答申にも記述したが、昭和 36 年の国民皆保険制度の発足時の保険診療の厳しい実態を改善すべく、政治的な駆け引きを日医が行ってきたことが、国民の認識を誤った方向に固めてしまったと考える。

また、戦後新たに医師会が再発足した当時の医師の勤務形態は、圧倒的に開業医師が多く、勤務医師は非常に少ない状況であり、開業医師が中心となって医師会を再結成し活動を行ってきたことが、医師会活動が開業医師中心になった大きな要因だと考えられる。その後、私立病院、公的病院の増加に伴い勤務医師が急速に増加し、開業医師を上回る人数にまで増加してきたが、多くの勤務医師は医師会活動に目を向けることなく、医師会も勤務医師に目を向けることなく月日が経過した。また、医師の専門医志向が徐々に大きな流れとなり、卒後研修を修了し、市中病院に派遣された医師達も専門医の資格取得を目指して大病院、大学病院での勤務を志向する傾向が強くなってきた。このことが、現在の対立軸を生み出したもう一つの原因である。

実際、かつての日医代議員会で勤務医師への働きかけの重要性を指摘した質問に対しても、日医執行部は十分な見解を述べていない。日医が勤務医師への関心をより強くしてきたのはこの 5～6 年のことであり、すでに勤務医師の過重労働など、労働環境が相当に悪化している状況下でも十分な認識がなく、その対策を十分に講じてこなかったことが、現在の勤務医師などからの徹底的な

批判につながっていることを真摯に反省しなければならない。また批判の一つとして、開業医師、医療機関の開設者である A 会員と、病院や診療所の勤務医師である B 会員という区分の問題がある（後記 4(1)参照）。実際に、各地の医師会においても、権利・資格は A 会員と B 会員で差はないのであるが、区分があるということだけで、多くの勤務医師会員から反発の声が上がっている。このことに対して日医をはじめ、都道府県医師会では、そのような差別意識が理解できないというのが現実ではないだろうか。

しかしながら、現状では多くの勤務医師は会員の名称に区分があること、会費に大きな差があることが差別の表れであると認識しており、勤務医師が日医の代議員などにも選出されないという声が強いことを考えると、大きく発想を転換し、根本から考え直すことが必要であると考えます。

基本的には、国民の健康と生命を守る医療の専門家集団としての日医に、同じ立場の医師が集う組織として、同じ会費・身分というのが理想的であろう。ただ、現状の日医、都道府県医師会の活動状況を考えると、会費を一律にした場合には勤務医師の会費アップは避けられない。権利も義務も同一ならば参加するという勤務医師がいるとの声もあるが、いま以上に医師会員のメリット論が強くなることが予想される。これらも勘案した上で、多くの医師の要望に応えられるような思い切った改革に取り組むことが必要である。

#### 4. 日医、医師会の改革のための具体策

医師会活動は基本的にボランティアである。日常診療に勤しんでいる開業医師、勤務医師にとって、可能ならば避けて通りたい分野であり、深く関与して抜き差しならぬ事態になりたくないという気持ちが根底にある。実際に、医師会活動に積極的に参加される会員は永年にわたって大変な苦勞をされている。また、勤務



医師は転勤などもあり、郡市区医師会、都道府県医師会で長期間、医師会活動に参加することが困難な場合もあることから、医師会活動から疎遠になることも多い。そのために、医師会活動が十分に理解されず、あたかも利益誘導になっているかのような誤解や、勤務医師の意向を反映しない指針の提示、行政の医療政策に対する執行部の対応の不透明さ、会員の声を反映せず、執行部が闇で意思決定をしている、というような非難に結びつく。

これらの批判の一部については、医師会活動、医師会の組織についての知識不足によるものであるといえる。しかしながら、日医がこれらの声十分に伝えてこなかったことも、誤解を増幅させる大きな要因であり、その問題点や疑問点、改善策について検討を進めるべきである。

### (1) 会費徴収区分の問題

先述のように、会員に A 会員、B 会員という区分があること自体が、医師会の勤務医師への差別であるとの意見がある。確かに、医師会員には、病院・診療所の開設者である医師の A 会員、勤務医師である B 会員、研修医である C 会員という名称がある。これは会員区分ではなく、会費徴収上の区分であって、会員の身分や権利に差別があるわけではないことを明確にしておかなければならない。

会費に差があるのに、権利に差がなくてよいのかという議論もあるが、会費徴収区分をなくすべきという考えは、正鵠を射ている。特に現状では、日医の会費に医師賠償責任保険料が含まれており、その保険料も会費徴収区分で異なるなど、会員にわかりにくい内容となっている。従って、すべての会員にわかりやすく、区分がない形にするために、まず、医師賠償責任保険料を日医会費から分離し、別途、医師賠償責任保険制度へ加入してもらい、会費とは別に保険料を徴収する方向での検討が必要だと考える。

その上で、医療の専門家集団として同じ条件でより多くの医師が参加できるような会費のあり方と日医入会の意義を示すことが、すべての医師の結集を促す方策と考える。いずれにしても、勤務医師をはじめ、多くの医師の意見を十分にくみ上げて、十分な議論をした上での対応をとるべきである。

## (2) 医師会の代議員制、会長・役員選挙について

多くの医師、特に勤務医師が医師会活動に参加しない理由の一つに、日医が代議員制で勤務医師の代議員が非常に少ないために勤務医師の意見が反映されず、医師会の意思決定に関与できないということがある。このことは、日医だけでなく、都道府県医師会についても言えることである。小規模な郡市区医師会では、会員による直接参加の総会で議決し、会長選挙を行うところが多いが、会員数が増加するに従い、会場の問題や参加者の減少なども考慮して、代議員制が敷かれることが多くなる。代議員制度自体は、広く会員の声をくみ取り、その意見を反映していれば決して否定されるべき制度ではなく、会員が数千人以上いる組織を運営するに当たっては有効な制度であると考えられる。しかし現状は、代議員が制度の趣旨に則り、多くの会員の声をくみ上げた形で選出されていないこともあるため、批判的な声が多い。実際に、一般会員の日医代議員選出に対する意識が低いことも相俟って、選挙自体が無投票で決着し、代議員が選出される状況が永年にわたり続いており、形骸化しているとの指摘に十分に応えられる状況にないことが問題である。

さらに、日医では会長選挙や役員選挙が代議員会のもとで行われるため、都道府県医師会においても開業医師がすべてを取り仕切っているのではないかという誤解がある。公益法人制度改革の影響により、今後の見通しは定かではないが、全会員による直接選挙で会長が選出される府県医師会が3カ所あることは明記すべ

きであろう。また、役員すべてが代議員会で選出されるところもあれば、副会長を区域別で選出するところもあるなど、それぞれの地域で培われてきた選出方法がとられていることも認識しておく必要がある。ただ、いずれの選出方法においても、代議員による選挙は多くの会員の声を反映していないのではないかという疑問に答えるために、今後、代議員制度のあり方を含めて、若い会員や勤務医師の声を反映した制度設計が議論されなければならない。

最近の日医代議員会では、勤務医師の代議員が非常に少ないという現実のもと、勤務医師の意見を日医の代議員会に反映させる方策について、各地の代議員から種々提案がなされている。現在、その具体化に向けての検討は、日医では全く行われていないように思われるが、本委員会では勤務医師の意見を反映させるために、いくつかの提案が必要と考える。

勤務医師の代議員への参加を促す方策として、会員数の勤務医師比率に応じて代議員枠を配分すべきという意見も多いが、会員が少数の県医師会では勤務医師枠を付与することも検討する必要がある。現在は日医会員 500 名につき 1 名の代議員を選出している。従って、東京、大阪のように多くの代議員を送り出している医師会と 2～3 名の代議員しか選出できない医師会があり、その差は非常に大きい。一律に勤務医師枠を 1～2 名加え、会員数で残りを配分するという意見もある。

勤務医師代議員と開業医師代議員に区分し、それぞれを一定数、例えば 1,000 名に 1 人とすると半数近くが勤務医師代議員となる。ただ、会員数の多い都道府県医師会でそれだけの勤務医師代議員を確保できるかどうかは大きな課題である。

日医代議員会で提唱されていた一律勤務医師枠を設定し、その他の代議員については、500 名につき 1 名の選出であったものを 700～800 名に 1 名とするという提案が具体策として妥当ではないだろうか。

また、代議員による会長選挙は、会員によく見えないという意見もあり、会長候補者の方針やプロフィールをウェブ上で広報するなど、多くの会員にオープンにしていくことも大切である。

### (3) 日医の会務運営について

現在の日医の運営において、都道府県医師会、郡市区医師会の意見をくみ上げる方策は、全国8ブロック医師会連合（以下、「ブロック」という。）の会合において、日医の会長、副会長、常任理事から直接意見を聴取することが最も多いと思われる。また、理事会でもブロック代表の理事から必要な提言が行われてはいるが、それが具体的に日医の活動に反映されているかどうか問われている。さらに、これらの議論過程が迅速に公表されないために、多くの会員からは日医の活動が一般会員、勤務医師の意識からずれていると見えているのではないだろうか。

このことが勤務医師をはじめ、若い会員の日医に対する大いなる不満につながっている。また、代議員会への質問はブロックで代表質問1題と個人質問2題に制限されており、時間の制約からやむを得ないことだが、形式的な答弁が多いことを勘案すれば、紙上質問と回答というような形式をとって、多くの質問に答えることも一つの方策である。質問数というよりは、その内容が一般会員の意思を表現している内容となるよう努めることが大事である。ブロックにおいては、当番県が質問を選択する際に十分議論し、また都道府県医師会単位でも検討して意見を調整することが大切である。

代議員会の内容については、マスコミからも報道されており、代議員会の議事録も後日、全会員に送付されているが、早期にホームページ上に掲載することも必要ではないかという議論もあった。

現在の日医執行部、理事会のあり方が各都道府県の会員の声を

どのように生かせるのか、また、都道府県医師会がどのように地域の医師会員の意見を反映した活動を行っているのかなど、具体的な対応と各地の取り組みを全国の医師会に反映し、先進事例を共有するとともに、活用していくことが大切である。そのため今回、大学医学部の活動状況についてアンケート調査（医師会と大学医学部・医科大学の関係等に係る現況調査、平成21年9月実施）が行われたことは大きな前進であり、より具体的な方策を各地に展開することが可能になると考える。

#### **（４）医療安全調査委員会設置問題**

現在、勤務医師の日医への大いなる不満が噴出している発端は、医療安全調査委員会設置案の策定の経過が不透明であり、現場で勤務し、日常的に訴訟のリスクに侵されている勤務医師の意向が反映されてこなかったことである。また日医では、民主党案へ賛同する勤務医師が少なからずいたにもかかわらず、民主党案は十分に検討されず、日医の委員会での検討から第三次試案に至るまでの経過があまりにも政治的な動きとしてとらえられたことが混乱の原因となっている。

今回の政権交代は大きな転機であり、後日、民主党案が再検討の上、提案されてくることは確実である。本委員会は医療安全調査委員会についての検討を行う立場にないため、議論を一旦白紙に戻し、勤務医師の現場の声を十分反映する形で、一から議論を再開することを提案するにとどめておく。

#### **（５）勤務医師の労働環境改善、女性医師の労働環境、生涯就労環境改善**

民主党のマニフェストには勤務医師の過重労働が医療崩壊の原因であると明記されており、そのためには、労働環境を改善するに足る医療費の投入が謳われている。残念ながら、景気の低迷に

よる税収減から労働環境改善に足るだけの財源が確保できずにいるが、景気回復による税収増や消費税率の引き上げを待っていたのでは医療崩壊に歯止めがきかない。早急に勤務環境の改善を図る必要がある。また、医師不足対策として医師の養成数の増加に取り組み始めているが、医師が一人前になるまでには10年かかるのであれば、その効果が現れるにはまだまだ時間が必要である。

労働環境の改善については、医師、医療従事者数の増加は欠かせないが、単なる数的な増加のみならず、他職種との比較も含めた勤務医師の報酬のあり方や生活状況と賃金のバランスの改善も欠かせない。さらに雇用環境の改善には学会、医学部、病院経営者や病院団体との連携と他職種との協調も欠かすことができない。中期的には医師養成数の増加に期待が寄せられるが、短期的な改善の方策として、医師の過重労働を軽減するために、医師でなくても実施可能な職務を、医療クラークなどを配置して対処し、そのために必要な診療報酬上の手当や雇用拡大につながる補助金などの支給が望まれる。

また、今後さらに増加する女性医師が、医師不足に拍車をかけるのではという危惧をなくすためにも、女性医師のみならず、すべての医師に対する労働環境改善策として、医師が生涯を通じ医師として活動できるような職種、ジョブシェアリングなどの導入、24時間院内保育所の設置などの対策を行った場合の診療報酬上の手当や医療再生交付金などの対策が求められている。

さらに、過重労働のみならず、医師の地域偏在、診療科間の偏在解消も喫緊の課題である。これについては、地域の実情にあわせた対応が必要であり、医学教育、臨床研修制度から専門医制度まで、都道府県内で一定のローテーションシステムなどを含め、キャリアパスにつなげることのできる方策が求められている。

## (6) 医政活動のあり方

前期の委員会答申では、医政活動のあり方について「なお、医政活動については、従来からの日医の政治活動についての誤解とともに何よりも一般医師会員の無関心も大きな問題であり、その対応は非常に困難な面を有しているが、(中略) 真の医政活動は、国民に必須不可欠な、そして必要にして十分な医療や介護、福祉の提供を行うという視点からなされるべきであり、従来の医政活動の理念を打ち破らない限り、国民の支持も医師の支持も得られないと考えられる。我々の考える、医療、介護、福祉を中心とした社会保障の理念を訴え、それぞれの政党に、そして国民に、小さな政府で小さな社会保障を考えるのか、大きな政府で十分な社会保障を提供するのか、中福祉中負担でいくのかを問いかける必要がある。また、そのような提言内容を明らかにして国民にも広く訴えていかなければならない。国民の負担が目に見えて国民に還元される社会保障制度を構築できる政党、内閣を求めていくことが、国民の健康と生命を守る日医に求められる使命であり、国民の信頼を得る唯一の方策である。」と報告した。

そこでは、医政活動という言葉の定義がなされておらず、医療政策活動という意味と政治活動という意味が明確に定義されていなかった。本委員会では、医政は「医療政策」として定義し、政治活動とは明確に区分すべきであるとの議論の上で、プロフェッションとしての組織として、また、新公益法人制度への移行を目前に控え、自律した組織、すべての医師が結集できる組織の確立が強く求められていると考え、「医療政策」を今後の医師会活動の原点とすべき、と提案する。

## (7) 日医改革委員会の設置

いままでの日医の活動が現状でよいのかどうかという評価と、今後のあり方についての検討を行う委員会（日医改革委員会）が

必要である。執行部での検討だけでは多くの会員の意見を集約したものとはならない。従って、広く会員の意見を集約できる立場にある人たちが会員の声をくみ上げて検討する場が必要である。

中央情勢として地方分権を推進する現状においては、都道府県医師会の活動をより重視し、日医は中央で扱うレベルでの活動に集中することも重要である。多くの都道府県で日医の指導的立場の強化を求める意見もあるが、根本的に考え直す必要がある。

一方、現在の理事会のあり方も検討し直す必要がある。常任理事を増員するとの意見も多いが、中央集権が必ずしも良いとはいえない。根幹から組織のあり方の迅速な検討が求められる。1～2年で結論と合意を得ることは困難であろうが、日医が大きく変わった、変わろうとしているということが社会的に見えなければならぬ。その結論が出るまでには、理事会のメンバーを今以上に活用し、ブロック内での会合に出席して日医の意見を広報するとともに、ブロックの意見が日医執行部の活動に反映されるシステムに変えていかなければならない。現状では、執行部はブロックの意見を聞き置くことに終始しており、現実的には施策に反映されていない。そもそも、理事会の理事は名誉職ではなく、実働部隊にならなければ、日医は活性化されない。実働に値する理事とするためにも、日医理事の選出方法等について真剣に議論がなされるべきである。

また、各種委員会での議論や答申が、次期の執行部の施策に十分反映されていないことも大きな課題である。委員会においても、提言が生かされなかった場合には、次期委員会において提言の実現化を強く求めるべきである。それが執行部の評価につながり、多くの会員の信頼を生んでいくことになる。一方では、各種委員会の整理統廃合も必要である。

早急に日医改革委員会の設置を要望する。



## 5. まとめ

医療崩壊の危機に直面し、多くの医師に危機打開への動きが出ていることは、我が国の医療の将来にとって大きな転機になると考える。今期委員会における多くの議論については、ほぼ前期で尽くされていると考えられたが、さらなる具体策について、早急に取り組めることや中期的に検討されるべきことなどを中心に検討し、方策についても提示した。

危機打開のためには、「小異を捨て大同につくべし」との意見が多い。一方、基本理念、基本方針なしに同じ旗の下に集うことはできないというのも当然の意見である。しかしながら、国民の健康と生命を守る医療の専門家としての立場、アイデンティティーは少なくとも同じであり、その基本的な認識に立てば、お互いの立場を理解し合うことはできる。また、国民の健康と生命を守るためには、開業医師だけでも病院の勤務医師だけでも十分な医療提供はできない。それぞれが機能を分担して連携し、患者と協働で取り組んでこそ、はじめて最善の医療を提供できるものと考えられる。

勤務医師・開業医師という、その立場が異なるだけで、お互い反目するような議論をしていて日本の医療は良くなるのであろうか。対立を深めて喜ぶのは誰であろうか。いまこそ立場を離れ、真に国民のためになる医療制度構築に向けて、継続的かつ、お互いが了解できるまで徹底した真剣な議論が必要である。

今回の答申が、国民の健康と生命を守る医療の専門家集団としての、真の医師会活動の原点、新生の出発点となることを委員一同切に望み、答申としたい。

## 参 考 資 料

- (1) 日本医師会 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会：「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報告書」／2009年9月
- (2) 日本医師会 勤務医の健康支援に関するプロジェクト委員会：「勤務医の健康を守る病院7カ条」「医師が元気に働くための7カ条」／2009年9月
- (3) 日本医師会：「医師会と大学医学部・医科大学の関係等に係る現況調査報告書」／2010年3月
- (4) 日本医師会 勤務医委員会：答申「医師の不在、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）を改善するために－」／2010年3月
- (5) 日本医師会 男女共同参画委員会：答申「女性医師に対する実効ある就業支援策について」／2010年3月
- (6) 「日本医師会創立記念誌－戦後五十年のあゆみ」／1997年11月
- (7) 日本医師会 平成16・17年度会員の倫理・資質向上委員会答申付録資料：「世界主要国の医師の管理機構と医師会の役割」／2006年3月