

医師会将来ビジョン委員会答申

「将来の医師会活動及び医療制度のあり方」

2012年3月

日本医師会

医師会将来ビジョン委員会



2012 年 3 月

日本医師会  
会長 原中勝征 殿

医師会将来ビジョン委員会  
委員長 白 麻 豊

## 医師会将来ビジョン委員会 答申

医師会将来ビジョン委員会は、2011 年 1 月 20 日の第 1 回委員会において、貴職より、「将来の医師会活動及び医療制度のあり方」について、諮問を受けました。

委員会では、医師会活動班、医療制度班の 2 班に分かれてのグループディスカッションを中心に、計 6 回の委員会を開催しました。このうち、第 3 回（8 月）は札幌で、第 5 回（12 月）は福岡で、1 泊 2 日の合宿形式で議論を深めました。

ここに、委員会の見解を答申にまとめましたので、ご報告いたします。

## 医師会将来ビジョン委員会 委員名簿

委員長 白 髙 豊 白髙内科医院院長／長崎市医師会理事

副委員長 三瀬 順一 自治医科大学地域医療学センター准教授／栃木県医師会勤務医部会理事

加藤 晶子 加藤内科胃腸科医院 院長／安芸地区医師会理事

委員 荒木 啓伸 荒木病院院長／札幌市医師会政策委員会副委員長

五十嵐 知規 中通総合病院診療部長／秋田県医師会常任理事

伊藤 勝宣 青森県立中央病院総合診療部・救命救急センター副部長

大輪 芳裕 荒川医院院長／愛知県医師会理事

菊地 勤 金沢西病院副理事長／石川県医師会理事

小松 幹一郎 小松会病院院長／相模原市医師会理事

島田 潔 板橋区役所前診療所院長／東京都医師会地域福祉委員会委員

鈴木 伸和 ていね泌尿器科院長／札幌市医師会理事

高野 研一郎 高野病院副院長／東京都医師会病院委員会委員

原 祐一 ホームケアクリニック理事長／福岡県医師会理事

堀井 孝容 堀井医院理事長／茨木市医師会理事

堀 出 直樹 ほりで医院理事長／守山野洲医師会副会長

牧 徳彦 牧病院院長／松山市医師会理事

## **委員会開催記録**

第1回 2011年1月20日（木）於 日本医師会館

第2回 2011年6月18日（土）於 日本医師会館

第3回 2011年8月27日（土）、28日（日）  
於 札幌グランドホテル（札幌市）

第4回 2011年11月5日（土）於 日本医師会館

第5回 2011年12月17日（土）、18日（日）  
於 ホテルニューオータニ博多（福岡市）

第6回 2012年2月4日（土）於 日本医師会館

# 目 次

はじめに [P1]

要 約 [P2]

第Ⅰ章 医師会活動 [P11]

1. 医師に対する啓発 [P11]

1－1) 医師への働きかけ [P11]

1－2) 各種医療関連団体への働きかけ [P14]

2. 国民、マスメディアに対するアプローチ [P14]

2－1) これまでの取り組み [P14]

2－2) 新たな提案 [P15]

3. 政治・行政に対するアプローチ [P18]

4. 日本医師会役員選出のあり方についての議論 [P19]

4－1) 日本医師会役員及び代議員の年齢構成 [P19]

4－2) 会長選挙 [P20]

5. 医師会の「将来ビジョン」 [P21]

5－1) 医師会による保険医の登録 [P21]

5－2) 日医ドクターバンクの創設 [P22]

第Ⅱ章 医療制度 [P23]

1. 医療の提供体制 [P23]

1－1) 現状分析 [P23]

1－2) 解決策 [P27]

2. 医療政策・医療財源の将来ビジョン [P29]

2－1) 保険者一本化 [P30]

2－2) 全国一律の診療報酬制度の廃止、改定頻度の変更 [P31]

2－3) 「フリーアクセス」という概念の変更と自己負担率の調整 [P32]

2－4) 名称の変更：「保険」から「共済」へ [P32]

2－5) 健康保険給付範囲の制限 [P33]

2－6) 障害福祉や介護保険、特定疾患（難病など）等の給付範囲の整理、  
生活保護への医療給付 [P34]

3. 様々な制度改革 [P35]

3－1) 公立病院改革 [P35]

3－2) 株式会社の医療機関参入 [P35]

3－3) 医療庁の設置：監督官庁である厚生労働省のオーバーホール [P37]

3－4) 働地医療 [P37]

3－5) 居住系施設の整備 [P38]

3－6) 家庭医（総合医） [P38]

### 第III章 看取り教育（Death Education） [P43]

#### 1. 現状 [P43]

1－1) 医療制度、医療体制の問題 [P43]

1－2) 介護の問題 [P44]

1－3) 死を見つめる文化の問題 [P44]

1－4) 心肺蘇生措置の問題 [P44]

1－5) 人工的水分・栄養補給法（artificial hydration and nutrition : AHN）  
の問題 [P44]

1－6) 終末期 [P44]

1－7) 看取り医 [P45]

#### 2. 解決策 [P45]

2－1) 看取り教育のシステムづくり [P45]

2－2) 診療報酬上の整備 [P46]

2－3) 法の整備 [P46]

2－4) 看取りや死を考える日の制定 [P47]

### 第IV章 短編小説「2030年代の医師たち」 [P48]

### 第V章 おわりに — 委員の挨拶・感想 [P53]

### 第VI章 アンケート集計 [P72]



# はじめに

医師会将来ビジョン委員会は、全国 8 ブロックから推薦された 30~40 代の若手医師から構成される委員会である。過去に未来医師会ビジョン委員会が、1998 年に第 1 次委員会、2000 年に第 2 次委員会、2002 年に第 3 次委員会が設置され議論がなされてきた。今回、9 年ぶりに名称を変えて設置された委員会は、女性医師一名を含み、診療所医師、病院勤務医を含む総計 16 名で構成されている。

第 1 回の委員会では、原中会長より、「これから医師会はどのようなものであるべきか、忌憚のないご意見をお聞かせ願いたい」とのお言葉をいただき、「将来の医師会活動及び医療制度のあり方」の諮問をいただいた。

第 2 回委員会は、2011 年 3 月 19 日（土）開催の予定であったが、直前に東日本大震災が発生し、3 か月延期され 6 月に開催された。ここでは、DMAT、JMAT に従事した委員も複数いたため、それぞれの活動を報告していただき、今後の医師会活動のあり方を考える基礎とした。また、藤川常任理事から JMAT の取り組みをご報告いただいた。その後、「医師会活動班」、「医療制度班」に分かれてグループ討議を行った。

以後も同様のグループ討議を繰り返した。

第 3 回は、8 月に 1 泊 2 日の合宿形式で札幌にて開催した。

第 4 回は、11 月に開催し、議論をすすめた。

第 5 回は、12 月に 1 泊 2 日の合宿形式で福岡にて開催した。

医療制度の理解には、専門家からの情報提供が不可欠であるとの考えより、1 日目には、立命館大学医療経営研究センター教授 柿原浩明先生より講演いただき、2 日目には、グループ討議、全体討議に加わっていただいた。

第 6 回は、2012 年 2 月に日本医師会館で開催し、まとめの議論を行った。

我々 16 名の委員は、日頃の診療や地元の医師会活動から一歩離れたなかで、全国各地から若手の委員として集まり、全体討議・グループディスカッション、合宿形式の討議と討議後の宴会を通して議論と懇親を深めていった。あまりなじみのなかった医療制度や全く知らなかつた医師会活動を深く知り、そしてエネルギーに満ちた若手医師同士の交流は、とても刺激的で、そして楽しいものであった。医療制度班のディスカッションの中で、数十年後には年間 170 万人の多死の時代を迎えるなかで、適切な終末期医療が行われるためには、看取り教育 (Death Education) が必要不可欠で、それは医師主導で医師会が行っていくべき大切な取り組みであるとの認識に至った。そこで、この項目を独立させ、まとめることとした。

そして、今まで話すことのなかつた日本医師会の執行部の先生方と膝を突き合わせて意見交換することも、大変有意義であった。このような経験をさせていただいたことに深く感謝しつつ、答申書をまとめた。

# 要 約

## 第一章 医師会活動

### 1. 医師に対する啓発

医師会は職能集団として国民の健康と日本の医療を担い守ってきたが、その実態はよく曲解され、誤解されていることも事実である。残念なことに、一般国民のみならず、医師にも誤解されている感がある。医師の医師会離れが進むのは、医師会の正しい理解が得られていないためであろう。すなわち、第一に医師会活動の広報と教育が必要である。

教育活動には、医学生教育と卒後教育（研修）が重要である。医学部在学中に、医師会の果たす役割を十分に理解してもらい、新入学時及び臨床実習時などに、医師会枠の講義を行うはどうか。特に、産業医や学校医など地域で活躍される現場の医師の声を聞くことは、医師会への信頼感を増すとともに、医師としての自覚を促すことになる。また、西日本医科学生総合体育大会（西医体）、東日本医科学生総合体育大会（東医体）等に日本医師会長杯を作るのも一つの手段である。

学生時代に日本医師会主催で世界の医療制度や医療政策を知るため、短期の海外研修制度を作る。学生教育研究災害傷害保険（授業中、学校行事中、課外活動中、通学中や大学構内にいる間にケガをした場合に補償が受けられる保険）を日本医師会特約割引で提供する、臨床実習に入る学年時に、各大学の名称とともに JMA などのロゴやマークを入れた白衣を提供する。さらに、「日医学生部会」を全国各地に作り、医師会の活動や現在の医療制度を学生の間で討議、普及させていく。卒後教育（研修）でも、卒業と同時に医師会に入れるシステムが出来れば、組織率は飛躍的に伸びるであろう。

女子医学生に対して、入学当初から、家庭や子供をもった場合でも離職を考えないように教育を行っていく必要がある。その一方、女性医師が離職を選ばざるを得ない状況が多いことも事実であり、医師会として子育てや職場の斡旋等の十分な支援を考えていくことが必要である。

各種医療関連団体への働きかけも重要で、日本の医療政策に関する窓口は日本医師会に一本化出来るよう努める。それには他団体（四病院団体協議会や様々な学会等）との意思の疎通を十分行う。

各学会の認定医・専門医には日本医師会の承認を要するなど、すべてを集約し認可するようにする。ポイント制の場合、日医カードを作成して、すべてがこのカード1枚で管理できるようにする。ID カードとしても活用できるようになれば、会員にとっても利便性が上がる。

## **2．国民、マスメディアに対するアプローチ**

テレビ媒体を用いた戦略の一つの例として、日本医師会執行部の献身的な活動ぶりを密着取材で紹介するドキュメンタリーパン組の企画を提案したい。執行部の活躍を通して多くの国民に日本医師会を理解してもらい、共感してもらうチャンスになる。

インターネットを用いた戦略は今後いつそう重要になっていく。日本医師会のホームページを充実させ、日本医師会のインターネット戦略の主戦場としたい。

## **3．政治・行政に対するアプローチ**

日本医師会が「医療面から国民の健康生命を護持する」という目的を達成するためには、行政、政治と協力しあうことが不可欠である。日本医師連盟がその役割を担っている政治活動については、特定の政党にこだわらず是々非々の立場で臨むべきであろう。

## **4．日本医師会役員選出のあり方についての議論**

過去の未来医師会ビジョン委員会において、日本医師会役員の定年制が議論された。多くの官庁、政党では定年制を導入している。一方、日本医師会には定年制はなく、高齢の役員や代議員が多数を占める。そこで、今回の委員会では、日本医師会役員、代議員に対する定年制の是非を含め年齢構成に関して検討を行った。日本医師会役員の主とした対応相手は厚生労働省・財務省の官僚で、30～40歳代が多い。それに対し、日本医師会役員の大部分は彼らに比べてかなり年齢層が高い。日本医師会役員は、医師免許取得後、第一線の地域医療に従事し、地域医師会において地域医療をサポートし、十分な臨床経験と知識、現場に即した医政に関する知識と豊富な指導経験を有し、多くは地元からの支持のもと選出されている。日本医師会の常任役員は、自らの臨床と医師会活動の両方の役割を担っており、そのことが日本医師会の自浄作用を持った学術集団であることの強化にもつながっている。したがって、本答申においては役員の定年制に関しては、現時点では否定的な見解を示すこととした。ただし、日本医師会各種委員会には、積極的に若手の委員を選出することを提案する。また、日本医師会理事は、通常月一回の理事会の出席がかなえば、若手会員の理事としての参画も可能であり、日本医師会の活性化にもつながることが期待される。各ブロック推薦の「若手枠」の導入を行うこともよいのではないか。

次に、日本医師会代議員は、会員を代表して日本医師会の最高意思決定機関である代議員会に参加するものであり、日本医師会員であれば、だれもが平等に代議員になる権利を有する。代議員会出席の時間的な負担は比較的小ないので、代議員会の趣旨を踏まえ、全会員の代表の意見を反映するという観点から、年齢比率、男女比率、会員区分比率をできるだけ会員のそれらの比率に合わせて選出することを提案する。

一方、多くの会員が会長の名前すら知らないのが実態であろう。この理由は、直接

自分が選んだ会長でないからであるのは明白である。自分が直接書いた人の名前は早々忘れる事はない。やはり日本医師会長は全会員による直接選挙とすべきである。

## 5. 医師会の「将来ビジョン」

医師会による保険医の登録を提案する。医師会が保険医の登録業務を行うようになれば、国民にとって実効性のある懲戒処分を医師会自身が行うこととなり、自律的な組織として自浄作用を發揮できるようになる。

新医師臨床研修制度が始まり、旧来の大学医局制度による医師派遣のシステムは大幅な変更を余儀なくされ、医療機関は医師の確保のために高額な斡旋費用を支払う状況となっている。そこで、日本医師会が中心となってドクターバンク（日医DB）を設立することを提案する。

# 第 章 医療制度

## 1. 医療の提供体制

日本では、職域保険と地域保険の二本立てにより、国民皆保険を実現している。医療財政については公的医療保険でほぼ100%カバーされ、価格も統制されているが、医療提供は医療法人など民間セクター中心である。また、日本はフリーアクセスが認められている。

全国の自治体病院での多額の赤字は、給与費・診療材料費・消耗備品費・減価償却費・補助金・負担金などの比率が高いことにより生じる。また、医業収入が低いにもかかわらず、医業費用が大きく、給与費・材料費・減価償却費などいずれの項目も民間病院に比べ割高であるからである。さらに、財政状況がきびしい理由には、不採算分野の医療を担っていることと非効率的な運営が挙げられる。公立病院のガバナンス構造についての主な問題点は、開設者（自治体）と病院長の権限・責任の帰属関係が明確でない、議員や住民の反対により人的資源や財源の「選択と集中」に支障をきたす、縦割り行政の弊害などがある。また、僻地医療の確保は公立病院がカバーせざるを得ない。

人口学的にみた日本の近未来の特徴は「超少子高齢・人口減少社会」である。

医師の配置の不均衡（医師の偏在）は、診療所の医師の45歳から59歳の増加傾向、臨床研修必修化の影響、都道府県や2次医療圏での医師の増減の違い、診療科における医師数の増減の違い、女性医師の増加、医療内容や患者の需要などの変化によってバランスが崩れたためである。これらの問題を解決するために、研修指定病院からの医師派遣、女性医師の就労支援、救急におけるトリアージ及び医療機関の集約を行う。さらに、医師数（医学部入学定員・地域枠）増員を行う。しかし、医師の養成方針の影響は長期に及ぶ。医師数增加と合わせて、医療費抑制政策を見直し、公的医療費の

総枠を拡大することが不可欠である。

「コンビニ受診」は貴重な医療資源の乱用であり、日頃の啓発・教育活動や救急電話相談事業の活用による患者側のモラル向上の啓発が必要である。また、医療費無料化はモラルハザードを生むため、患者から一部負担は徴収すべきである。

## 2. 医療政策・医療財源の将来ビジョン

日本の健康保険制度は地域保険である「国民健康保険」、職域保険である「健康保険組合」「協会けんぽ」「共済組合」「国民健康保険組合」、高齢者保険である「後期高齢者医療制度」に分けられる。医療を受ける際には平等であるが、保険料率に大きな違いがある。保険料の不公平のために、保険料率が比較的安い「健康保険組合」を協会けんぽと同様の保険料率にすると 1~2 兆円の財源が確保できる。近い将来において保険の一本化は必須と考える。そのために、まずは我々医師の「医師国民健康保険組合」を解散し、協会けんぽや国民健康保険に入ることから提案したい。

次に、都道府県単位で診療報酬を調整する方式を提案する。国が決める診療報酬は一般的指針とし、各県の実情にあわせて調整する制度とする。各都道府県庁と都道府県医師会・歯科医師会・薬剤師会の調整のもと、診療報酬各項目の点数を調整することができるとしている。そのために、国の決める診療報酬は 3 月に発表し、実際の請求となる診療報酬は協議の時間が必要なため、10 月の実施とする。新入職員が多い 4 月に改定されることによる混乱の助長を低減させることができる。

また、2 年に一度の診療報酬改定を、5 年に一度とする。現行の 2 年毎では改定のたびに医療機関が費やす労力、費用は多大だが、5 年に一度とすれば余裕が生まれる。

日本の医療制度の特徴はフリーアクセスにある。これが、日本国民の寿命を延ばし、公衆衛生を向上させてきたのは間違いない。しかし、この便利さがコンビニ受診や重複受診、ドクターショッピングを助長してきたとの批判もある。これらの患者の安易な受診により勤務医が疲弊している現状を踏まえ、「フリーアクセス」という概念を変更することを提案する。「フリーアクセス」とは、「医療システムのアクセスには制限を設けない」という意味へ変更する。具体的には、i) DPC 病院への紹介状なしの初診については保険適用外とする、ii) DPC 病院への長期外来受診は一定の理由がなければ適用外とする、iii) 小児は少子化対策の一環として受診時一部自己負担率を低額にすべきであるが、安易な時間外診療の助長を制限する点から、時間外診療については一般成人と同額の負担割合とする。

現在、健康保険、介護保険という名称が使用されている。一般的に保険とは、保険者・被保険者双方の取引によって保険料率が決定されるものであり、リスクの分散を目的とするものである。しかし、日本の健康保険・介護保険ともにリスクが高いと保険料が高いという構造にはなっておらず、逆にリスクが高い者（高齢者、有病者、失業者など）の方が税の投入により保険料が安い。したがって、「保険」という名称か

ら、「共済」という名称に変更すべきである。健康保険を健康共済へ、介護保険を介護共済へと変更することを提案する。

健康保険の給付範囲について考えた。給付範囲を維持するか、狭めるか、広げるかは財源的な問題が主であるが、学術的な問題や倫理的な問題も関係してくる。財源確保に明るい展望が見いだせない現在において、現状の給付範囲を維持するのであれば、国民の負担増（税、社会保険料）は避けられない。逆に現状の負担を維持していくのであれば給付範囲は大幅に狭めざるを得ないであろう。

今すぐ検討すべきこと（＝現状の見直し）として、次の3点を提案する。

- i ) 医薬品、医療機器の価格の見直し。
- ii ) 入院時室料差額は全病床の5割未満となっているため逆に不公平が生じている面もある。価格上限や除外要件を厳格に設定した上で全病床算定可能にする。治療食以外の食事は給付範囲から除外する。
- iii) 柔道整復や鍼灸マッサージの給付範囲を再検討する。

将来、負担増を国民が選択した場合（＝現状の給付範囲が維持された場合）には、次のような変化が予想される。

- i ) 税や保険料による負担増  
概ね現行の制度が維持できる可能性が高いと予想される。
- ii ) 患者の自己負担率増  
すでに一部患者は3割負担となっており、これ以上の負担率増加は国民皆保険制度の崩壊につながる。自己負担分のカバーをする民間保険と組み合わせなければ医療機関に受診することが難しくなる。絶対に避けたいシナリオである。

将来、負担増を国民が選択しなかった場合には、次のような給付範囲の制限を受け入れなければならなくなる。

- i ) 高度医療、先進医療や高額医療を除外する。
- ii ) 生命に直ちに影響を及ぼさない慢性疾患（感冒や腰痛、かゆみなど）やリハビリテーションを給付範囲から除外、もしくは一部除外する。

患者・医療機関双方にとって有益な選択とは思えず、世界で一定の評価を受けてきた日本の医療制度は崩壊していくであろう。

以上、あらゆるパターンと可能性を想定し、今後の進むべき方向性を考えた。

障害福祉と介護保険は抜本的な整理が必要である。障害により介護が必要な状態になれば全て介護保険で対応し、それ以外の障害による社会的不利益の部分を障害福祉で対応すべきではないだろうか。

### 3 . 様々な制度改革

救急車は総務省、病院は厚生労働省、医学部は文部科学省、医療関連産業は経済産業省といった、複雑な縦割り行政の支配や二重支配を防ぐためには、省庁レベルの改

編が必要である。とりわけ医師養成制度の改革を医療政策の中核に据えて、医学部の定員と教育スタッフを大幅に増員した上で、一般病院と連携した総合的な研修制度に改める必要がある。このような政策を強力に進めていくには、主な監督官庁である厚生労働省の思い切ったオーバーホールが不可欠である。医療に関わる省庁を再編統合して「医療庁」に一本化し、政治家がビジョンを持って強力な指導力を発揮できる環境を作り出す必要があるのではないだろうか。

今後高齢化が急ピッチで進むことを考え、居住系の施設の再編を含め、医療機関の機能分化を進める必要を鑑み、以下の3点を提案する。

i) 一般病床の機能分化

一般病床は高度急性期病床と亜急性期病床に分かれ、亜急性期病床はさらに回復期リハビリテーションを専門的に行う病床と狭義の亜急性期病床に分化する。

ii) 居住系施設・サービスの大幅な増加

病院と狭義の住宅の間には多様な集住系の「住まい」の形態がある。居住者の様様やニーズに応じ医療・介護サービスを柔軟に提供できるようにする必要がある。現行の特別養護老人ホームなどにおける医療サービスの提供が限定されているが、これが自宅と同様に、「外付け」となれば、居住系施設での医療提供は大きく進むであろう。

iii) 病院の外来と診療所の機能の分化

病院は基本的には入院医療に特化し、一般的な疾患は診療所に任せるのがあるべき方向である。

家庭医とは、日常的に生じる様々な健康問題に関して診療し、家族・コミュニティ・地域を考慮したアプローチを行い、疫学を背景とした予防医学にも取り組むことが特徴とされる。家庭医（総合医）の意義や必要性は、以下の4点に集約される。

- i) 普段から患者とその家族、地域の様子を知り、しっかりした診断ができるため、患者はまずその医師に相談するメリットがある。
- ii) 高齢者は複数の健康問題を持つことが多いため、別々に複数の診療科を受診することは、医療費の増大を招くだけでなく、総合的な疾病の管理が行われないため、患者にとって最善の医療とならない。
- iii) 患者の生活の全体像や背景が掌握できなければ、介護保険の主治医意見書も書けず、統合された介護ニーズに即したサービスが提供されない。
- iv) よく訓練された家庭医（総合医）がありふれた健康問題のほとんどを解決することができ、適切な専門医への紹介（ゲートキーピング機能）を担うこととは、医療の効率化につながる。

日本の医師は、諸外国の家庭医（総合医）が担当している領域を診療所と病院の外来がほぼ半々で担当している。特に小都市や過疎地の中小病院では、前述のような機能を病院医師も担いつつ、二次医療（入院）も担当している。その意味で、家庭医と

いうより、総合医または総合診療医という名称が適している。

家庭医（総合医）の養成・普及には、3つの論点が考えられる。

- i ) 家庭医（総合医）を一つの専門医として位置づけ、医学教育・卒後研修・生涯学習の中にどのように組み込むか。
- ii ) 専門的トレーニングを受けた家庭医（総合医）が普及する「完成形態」と「過渡的形態」を区分して論じること。
- iii) 診療報酬などによる誘導や高次医療へのアクセス制限などの「制度化」よりも、家庭医（総合医）に対する国民の理解と評価を高めること。

日本では、専門領域を生かした開業医が多く、一方で家庭医（総合医）としての役割を果たしている。現在を家庭医（総合医）普及の過渡的形態の時期と位置づけるならば、これらの医師に対して、家庭医（総合医）としての知識・技能・態度・倫理（感）を身につけさせるよう、日本医師会が生涯教育制度を充実させる意義がある。

日本では、大学を中心に養成される狭い分野の専門医の技能と、中小病院において求められる医師の技能との乖離は広がっている。この解決のために、家庭医（総合医）の概念を踏まえた生涯教育の充実は役立つ。即ち、専門領域を持った開業医や中小病院に勤務する各科の医師が、専門領域にこだわることなく、幅広い領域に対応できる医師になることで、救急医療の現場における「医療崩壊」を食い止めることができよう。

新たに養成する家庭医（総合医）については、大学に家庭医療学講座、総合診療部の設置を義務付け、卒前教育と卒後臨床研修において、日本医師会・都道府県医師会・地区医師会の協力を得て、全国の第一線で活動する、事実上の家庭医（総合医）と接する機会を増やすとともに、後期研修においては、家庭医（総合医）の研修プログラムを学会と共に確立し、その研修の場としては、日本医師会会員・地域の公私中小医療機関・在宅医療の場などと大学病院・大病院との組み合わせによって構成するものとする。

高次医療へのアクセス制限は、国の介入により家庭医（総合医）制度を硬直的に運用することで生じることがイギリスでの制度のあり方からわかってきた。日本で、このような轍を踏まないために、日本の開業医のあり方を利用した、次のような方法を提案する。つまり、家庭医（総合医）が患者を直接高次医療機関に紹介する前に、専門医資格を持った診療所・中小病院医師に紹介し、ある程度の診断をつけることにより、高次医療機関に紹介すべき患者と、その専門医の外来や病棟で対処できる患者とを選別するのである。この方法を採用することにより、長期待機患者の発生を未然に防ぐことが期待できる。

## 第 章 看取り教育（Death Education）

日本における自宅死亡率は10%台に減少し、病院死亡率は80%台に及んでいる。

人口構成、平均寿命の伸びから、死亡数が 2038 年に年間 170 万人のピークを迎えると推測されている中、看取りを行う場は今後入院医療には期待できないと思われる。家族への負担、独居老人、老老介護等の介護力の不在あるいは不足、在宅サービスや急変時の医療体制への不安等により在宅死は困難と感じている方が多いからだ。そのような中、自宅以外の終焉場所として期待されているのが、居住系施設である。

一方、全死亡者の中で約 70%を占める非癌では、緩和ケア、看取りについてはまだ手つかずの状態である。緩和ケアや麻薬の積極的な使用は、癌の終末期では広く認められている一方、非癌の終末期では、緩和ケアそのものが認知されず、麻薬の使用は限定されている。癌、非癌にかかわらず、緩和ケアや手厚い診療報酬は必要である。医療体制もがん拠点病院のような地域のすべてのターミナルケアの拠点となる医療機関を認定し、在宅医療支援診療所では対応が難しい場合の緩和医療チームの派遣や、急変時に患者が安心できる医療を供給することが必要である。「地域看取り連携パス」など、多職種による包括的なケアプランを早急に構築する必要もある。

現状では、家族も施設の介護職員、ホームヘルパーも看取りに向けての介護に慣れていない。医療従事者のみならず、患者・家族、介護職員などへの啓発が、病院外での多死の時代を迎えるにあたって重要となる。全ての終末期の人間やその家族の希望は、延命にあるのではなく、残された時間の高い QOL の保持にある。何らかの治療が患者本人の尊厳を損なう可能性があるときには、治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢として考慮する必要がある。適切な医療の継続にかかわらず治る見込みがなく死が間近に迫っているときに心肺蘇生措置に消極的な意見が多い。点滴や経管栄養などの AHN（人工的水分・栄養補給法 *artificial hydration and nutrition*）によって寿命を延ばす技術はできたが、遷延性意識障害や認知症で経口摂取できない方々への AHN は、その方々のためになっているのだろうか。これらの医療行為には、十分な適応の選択が必要である。

今後、緩和ケアの基本教育のみならず、看取りの文化的な教育、スピリチュアルケアの教育が、多死の時代へ向けた看取り文化再構築のカギとなる。大きな文化・社会運動として取り組まなければならないが、これは医師主導で行われるべきである。医師会（日本医師会、県、都市）やがん拠点病院、地域医療支援病院、地域の病院が中核となって最終的には地域の全ての方が、立場に応じて看取り教育を受けられればよいであろう。看取り教育の達成により、ある程度の基本的知識や考え方を共有する。終末期医療はチームワークで支えていくため、医療や介護の質が担保される。現在よりも充実したインフォームドコンセントがとられ、患者の QOL は向上するであろう。

その一方で、患者の QOL の向上や患者の希望に応じた治療の差し控えや中断により、医療者や介護者が訴追を受けないような法整備が必要である。全ての患者が病気を理解する権利を有し、患者の意思に基づく治療の拒否や差し控えを選択する権利を認めることが必要となるであろう。例えば、生前より延命治療措置・臓器移植についての意思表示を保険証の裏などに記入するのも一つの方法と考えられる。

終末期医療について関心のある方が多い割には、家族間で延命治療についてなど終末期について話し合ったことがない方が多い。日本全体で家族や大切な方と自分たちの命について考え語る日を制定することを提案する（名称案：生命の日、尊き日、人生の日、命尊き日）。

看取り教育などを通じて、地域での患者とかかりつけ医の関係が醸成され、全ての人がフリーアクセスでかかりつけ医を選択し、将来必ず起こりうる“死”について一緒に考えていくことが理想である。

## **第Ⅰ章 医師会活動**

原中会長より出された、将来の医師会活動はどのようにあるべきかとの答申に対して、今までの日本医師会の活動がいかなるものかを勉強することから始めた。そして、日本医師会がその発足から現在に至るまでいかに懸命に国民の健康を守り、日本の医療をより良くするためにあらゆる活動を行ってきたかを再認識した。原中会長は日本医師会こそ日本の医療団体の総まとめの団体、あるいは全医師を代表する団体であると明言されたが、医師会活動の重要性を痛感した本委員会委員は、一致してこれに賛同する。

しかし、残念ながら一般の認識とは隔たりがあるのが現状である。この理由を「医師会活動班」ではこれまでの日本医師会の活動内容、日本医師会の真の姿がきちんと知られていないのが一番の原因と考え、それを内外に周知させるにはどのようにすべきか、ということに重点を置き議論した。

まず始めに、各委員が現状及び問題点を自由に発言し意見交換した後、第一に我々医師をどのようにまとめてゆくか、次に国民やマスコミ、最後に行政・政治関係に対してどのようなアプローチを行うか議論を行った。これらの議論を通じて、我々の将来ビジョンが実を結び、日本医師会が医師の中心となる団体となり、一致団結して日本の医療を守るならば、現在地方厚生局で行われている保険医の登録を、日本医師会が行うことを目指したいとの共通認識に至った。そうなれば、自然と医師会全員加入の方向に向かってゆくであろう。さらに、自浄作用が十分に發揮できるようになり、高い倫理観を持った医師が養成でき、国民にはより安心な医療が提供できるようになる。

日本医師会の活動内容を多くの人に知らしめ、医師会の存在意義が正当に評価されるようになれば日本医師会が、日本の医療をさらに良い方向にリードできるようになると考える。以下に、その具体的な内容を順に述べる。

### **1. 医師に対する啓発**

医師会は職能集団であり、国民の健康と日本の医療を担い守ってきた。しかし、その実態はよく曲解され、あたかも自身の利益を追求する集団の如く、誤解されていることも事実である。残念なことに、一般国民のみならず、我々の仲間である医師にも誤解されている感がある。医師の医師会離れが進むのは、日々の業務の繁多さに加えて、医師会に対する正しい理解が得られないためであろう。

#### **1 - 1 ) 医師への働きかけ**

##### **( 1 ) 医師会活動の広報と教育が必要である**

広報活動は、対外広報と対内広報がある。広く一般国民向けに行う対外広報は、別項で記述する。対内広報は、入会していても積極的に関わりを持とうとしない医師会員を対象に行う。

具体的な媒体としては、既存の日本医師会雑誌や日医ニュース、日本医師会ホームページの一層の充実が望まれる。若い世代の医師は、ホームページにより情報収集することが多い。それに対して、ある年代から上の世代は、ネットの活用が苦手な方もあるため、紙媒体も必要である。特に現行の日医ニュースなどの文字は小さいため、大きくするなどの工夫も良いのではないだろうか。

内容としては、薬剤・文献情報などの医学的情報は勿論であるが、幅広い医療関連ニュースや、開業・経営相談や医師求人（斡旋・紹介）などまで踏み込めばどうか。民間会社が運営する情報サイトが多く支持を得ているのは、転職・求人情報など含めて医師同士の意見交換の場になっているからだろう。手の空いた時間にお互いの立場を知らぬまま、腹蔵なく議論できるのは、多忙な医師に適した形かも知れない。ただし、責任ある医師の立場をみだりに貶めることのないように、ホームページの管理は注意が必要である。もしくは、意見交換の場に関しては、個人が特定できるシステムが良いかも知れない。いずれにせよ、今後は日本医師会のホームページがその役割を担うべきである。

教育活動には、医学生教育と卒後教育（研修）が重要である。

医学部在学中に、医師会の果たす役割を十分に理解して貰うことが将来の会員を増やし、団結を強める結果につながる。具体的方策としては、医学部を有する大学と地域医師会と協力を仰ぎ、新入学時及び臨床実習時などの機会に、医師会枠の講義を行うはどうか。特に、産業医や学校医などの公的な業務を含め地域で活躍される現場の医師の声を聞くことは、医師会への信頼感を増すとともに、医師としての自覚を促すことになる。

西日本医科学生総合体育大会（西医体）、東日本医科学生総合体育大会（東医体）等のスポーツイベントに日本医師会長杯を作るのも一つの手段である。また、学生時代に日本医師会主催で世界の医療制度或いは医療政策を研修してもらえるよう、短期（2-4週）で海外研修制度を作るのもよい方法であろう。これは日本の医療制度の素晴らしさを実感してもらい、それを維持するべく努力している日本医師会の重要性も学生に認識してもらうことが出来ると考えられる。学生教育研究災害傷害保険（授業中、学校行事中、課外活動中、通学中や大学構内にいる間にケガをした場合に補償が受けられる保険）を日本医師会特約割引で提供する、臨床実習に入る学年時に「白衣授与式」として白衣を提供することも提案する。白衣には、各大学の名称とともにJMAなどのロゴやマークを入れると、日本医師会への親近感につながるかも知れない。

さらに付け加えれば、その研修に参加してもらった学生をリーダーとして「日医学生部会」というような組織を全国各地に作ってもらい、そこで地区医師会の協力の元、

医師会の活動や現在の医療制度を学生の間で討議、普及させていくのも良い方法ではないかと考えられる。

卒後教育（研修）でも同様に、早い段階で医師会に入会して貰う必要がある。各科での研修ローテーションが始まると、日々の業務や研究に追われ、医師会に対する興味関心が薄れてしまうのは無理からぬことである。

卒業と同時に医師会に入る流れが出来れば、組織率は飛躍的に伸びるであろう。そのためには、研修を受け入れる大学病院や地域中核病院の管理者の理解と協力が不可欠である。各院長自らが医師会入会を勧めて頂ければ、研修医にとって受け入れやすいであろう。その際に入会費や補償などの枠組みの再検討も必要になる。

日本医師会に、若手を中心とした親睦会あるいは連絡会を幾つか組織できないか。「卒後 5 年目までの会」「40 代までの会」「青年医師の会」など組織し、各会から代表が、日本医師会の各種委員会の委員に入る形式はいかがか。将来の医師会リーダーの育成になろう。この場合、各地域からの参加が望ましいが、現実的には勤務の関係上、日本医師会本部に集合困難な医師が予想されるため、テレビ会議など検討したい。

勤務医部会や女性医師による会など、既に活動されているが、医師会に所属していない医師にも興味関心を持って貰うように、広く広報して門戸を広げていく。開業医や勤務医といった対立軸に惑わされない様に、丁寧に説明する機会を増やす努力が必要である。

開業医、勤務医に関係なく、おそらく関心が高いのは、医療事故関連であろう。医療経済学の講演には関心がなくとも、医療事故に関しての講演には多くの聴衆が集まる。2011 年 7 月 24 日に開催された日医総研シンポジウム「更なる医療の信頼に向けて-無罪犯罪から学ぶ-」などは、社会的関心も高い。医師会が日本の医療を守った内容であり、どの立場の医師であろうと、強い関心を持つはずである。このような企画をタイムリーに各地で行うことで医師会への信頼は強まる。

## （2）女性医師への就労支援（女子医学生に対する教育から）

女子医学生に対して、入学当初から、家庭や子供をもつた場合でも離職を考えないように教育を行っていく必要があると思われる。医学部に入学し、医師になろうと決めたからには自身の決断に責任を持つべきである。医師を一人養成するには、大変なお金と労力が注ぎ込まれていることを自覚しなくてはいけない。現在の医学部における女性の数はほぼ半分になっていることを考えると、女性医師の離職は今後さらに重要な問題になってくる。医師という職業は、一人前になるのに大変年数が掛かることをよくよく考えて、“辞めたら医者が一人減る”ということを認識すべきである。

その一方、女性医師が離職せざるを得ない状況が多いことも事実であり、医師会として子育てや職場の斡旋等の十分な支援を考えていくことが必要である。まずは、各県、市の医師会と連携して医師会立の医師会員優先の保育所、病児保育所を創設する（あくまでも会員優先であるが、会員でない医師も利用出来、看護職や他の医療職の

子供ももちろん預かるようにする）。その際、可能な限り**24時間体制**の施設とすることが望まれる。また、小学校の教員の産休時の補充講師のような、「補充医師」制度を提案したい。

### 1 - 2 ) 各種医療関連団体への働きかけ

日本の医療政策に関する窓口は、日本医師会に一本化出来るよう努めるべきである。医師が一致団結できず、現在のように窓口が分断された状況が続く限り、日本医師会の発言力はさらに低下していくものと考えられる。それには他団体（四病院団体協議会や様々な学会等）との意思疎通を十分行い、日本医師会の内部に他団体も取り込むように身を削ってでも努力しなければならない。

各医療団体・学会が何らかの見解を公表する際には、事前に日本医師会との協議・了承を得るよう求める。

各学会の認定医・専門医には日本医師会の承認を要するなど、理想的にはすべてを集約・認可する。ポイント制の場合、日医カードを作成して、すべてがこのカード1枚で管理できる体制はいかがか。当然、IDカードとして活用できれば、会員にとっても利便性が上がるのではないか。

## 2 . 国民、マスメディアに対するアプローチ

日本医師会はこれまでも、国民に浸透した負のイメージ、すなわち開業医のための団体であるとか、医師の既得権益の維持を目的に活動するとか、あるいは内部の不正に甘いといった誤解を払拭すべく、さまざまな努力を重ねてきた。その甲斐あってこれらのイメージは少しずつ改善しつつあるが、それでも日本医師会の真実の姿が国民に十分に認識されているとは言い難く、負のイメージはまだまだ根強く残っているのが現状である。

日本医師会の国民に対するアピールがまだ不十分であり、またマスメディアによる偏見と事実誤認を含んだ報道姿勢と、それに対する日本医師会の対応にも問題があったことは否めない。

ここでは、これまでの日本医師会による国民・マスメディアに対する取り組みを検討した上で、新たな提案を述べてみたい。

### 2 - 1 ) これまでの取り組み

日本医師会は以前から、医師会が既得権益を守るための圧力団体と受け取られていることを認識し、それを始めとした多くの誤解を払拭すべく、様々な議論・提言を行ってきた。例えば**2002年**の未来医師会ビジョン委員会による答申では、新たにマスメディア対策課を設置してネガティブイメージの防止に努めることなどを提案して

いる。また 2006 年に広報戦略会議が「日本医師会のイメージチェンジについて」というテーマで行った検討では、医療安全や情報開示など最近の日本医師会が取り組んでいる事実をマスコミ等に広くアピールすることがイメージ改善の第一歩であり、第 2 段階として学校検診や市民検診、市民健康教育などをさらに発展させた無償の奉仕活動を行うことを提案している。このような提案を受けて現在まで広報委員会は様々な取り組みを行ってきた。

代表的なものがメディアを使った広報活動と地域医師会による医療制度・疾病に関する啓発活動による相乗効果を狙った手法である。

ここ数年、日本医師会はイメージアップを図るべく、国民・マスメディアに向けての広報活動に時間と費用をかけて盛んに取り組んできた。しかし、いまだ負のイメージを拭い去ったと言える状況にはない。権力に抗うのがマスコミの役割と考えている人たちの壁が極めて高いことも一つであろう。しかし本委員会は、医師自身が医師会に対して間違ったイメージをもっており、日本医師会が自分たちの代表であるという認識をもっていないことが一番の元凶と考えた。そこで前項（医師に対する啓発）での取り組みを最優先事項と考えたわけである。この取り組みが成功していれば、これまでの広報委員会の取り組みはもう少し違った成果が得られていたのかもしれない。

## 2 - 2 ) 新たな提案

### ( 1 ) テレビ媒体を用いた戦略

公益財団法人新聞通信調査会が 2010 年 10 月に行ったメディアに関する全国世論調査によると、各メディア（NHK テレビ、民放テレビ、新聞、ラジオ、インターネット、雑誌）が提供する情報に対する国民の信頼感の比較では、NHK テレビは信頼感が最も高く、次いで新聞、民放テレビという順であった。国民のイメージ形成にテレビ番組が与える影響は極めて大きい。特に人気の高いドキュメンタリーフィルムとなるとその効果は計り知れない。間違ったイメージを瞬時に変える力があり、それまでのイメージとのギャップが大きいほどインパクトもある。テレビ媒体を用いた戦略の一つの例として、日本医師会執行部の献身的な活動ぶりを密着取材で紹介するドキュメンタリーフィルムの企画を提案したい。日本医師会がどのような存在であるのか、医療のためにどのような役割を担っているのか、執行部の活躍を通して多くの国民に理解してもらい、共感してもらうチャンスになるのは間違いない。古い観念に縛られ、誤ったイメージで日本医師会を見ている人たちには大きな衝撃を与えることになるであろう。そしてその衝撃は見る側だけではなく、番組を制作する側にとっても同様のはずであり、以後の日本医師会に関する報道の姿勢にも良い影響を及ぼすことが期待できる。ぜひとも具体化していただきたい。

近年、医療情報番組が数多く放送されるようになったのは、医療に関する情報を国民が欲しているということが一つの要因であろう。医師が出演する機会も多いが、特

に医療政策に関する報道番組においては、決して正しい主張とは言えないものが、さも当然のように論じられることも多く、また日本医師会そのものに関する発言も古臭い誤解と偏見にまみれたものが依然として多く、日本医師会として看過したままではいけない。出演の依頼がない場合でも、医療を担い、医師の総まとめ団体としての立場から、積極的に出演の交渉をすべきである。番組内でたとえ正論を述べたとしても、歪められた日本医師会のイメージのせいで主張が誤解されたり、あるいは意図的な編集により正しく報道されないという可能性もないわけではない。しかし、顔を出して発言し、行動する姿勢を見せ続けることが、日本医師会の真の姿を知ってもらうためにより重要ではないだろうか。もしも主張が正しく報道されなかつたり、不十分だつたりしたならば、後述する日本医師会のホームページ等のインターネット網を活用してあらためて主張や訂正、反論をすればよい。このような対応を継続して行うことで、おのずと悪意のある演出や編集を行うことはできなくなつてゆくだろう。

すでに BS 朝日で放映され、好評を博している「鳥越俊太郎 医療の現場！」の地上波での放映の依頼も一案である。日本医師会が企画・提供している番組だが、医療のあるべき姿や健康の大切さを訴えているもので、内容は国民にとって非常に有意義である。より多くの国民に見てもらい、日本医師会の存在意義を理解し、期待度をさらに高めてもらいたい。

これらの番組は、その放映後には DVD 等のメディアにして会員や病院、診療所、その他の医療施設に配布し、隨時視聴可能となるようにすることも提案したい。また、日本医師会のホームページでの視聴もできるようにすればより有意義である。

## ( 2 ) 新聞媒体を用いた戦略

日本医師会はすでに新聞紙上で意見広告を出しているが、その内容は簡潔、明瞭なものであり、国民にも好感を持たれていると思われる。新聞媒体を用いた広報は引き続きしていくべきである。ここでの戦略だが、どの新聞に意見広告を出すのかという基準はあるのであろうか。大手全国紙に一律に出稿しているのだろうか。特に医療政策や、日本医師会についての報道姿勢は新聞によって違いがあり、日本医師会の主張とは相容れなかつたり、不当に日本医師会を貶めるようなものもないわけではない。報道姿勢に応じて以後の出稿に差をつけるというのはどうだろうか。日本医師会の主張に沿う報道をし、日本医師会についても正当に評価している新聞に優先的に出稿し、逆の新聞には出稿を控えるのである。広告主は新聞社にとっては重要な顧客、収入源であり、その意向を無視することはできないはずである。ただし、国民と日本医師会にとって好ましくない報道をする新聞に日本医師会が意見広告を出さないということになると、そのような報道に国民が誘導されたままになつてしまうという懸念が生じる。意見広告等の内容や出し方には十分な検討が必要であろう。

新聞報道に対する評価、論評を逐一行うことが重要であるのはテレビ報道に対するものと変わりはない。

### ( 3 ) インターネットを用いた戦略

20代と30代においては新聞よりもインターネットニュースの方が接触頻度が高いという結果が示されている。このように、インターネットは国民生活に広く浸透しており、インターネットを用いた戦略は今後いつそう重要になっていく。

現在広く認知されている医療サイトとして **m3.com** や日経メディカルが挙げられるが、医療従事者だけでなく、マスメディアの人たちも広く閲覧している。膨大な量の医療情報にあふれ、掲示板等の情報交換の場では日常的にさまざまな意見が飛び交っている。医療政策や、日本医師会そのものが話題となることも少なくないが、そこで交わされる情報や主張は決して正しいものばかりではなく、国民や日本医師会にとって有害なものもある。そういうものに対してはやはり看過せず、必要な対応を行うべきである。日本医師会の執行部が実名で正論を主張することはとても意義があることであろう。インターネットは、その匿名性もあって非理性的な論争の場となることもあるが、日本医師会が理的に正論を主張すれば、その場に参加している医師のみならず、サイトを閲覧している医療従事者、ひいては国民にとって有益なものになるはずである。

しかし、できることなら他の医療サイトではなく、日本医師会のホームページを **m3.com** や日経メディカルに勝るものに充実させ、そこを日本医師会のインターネット戦略の主戦場としたい。日常的に気軽にアクセスしたくなるような魅力的なホームページとし、日本医師会のホームページを見れば医療に関することならなんでも分かると医師、国民に認知してもらえるようにしたい。テレビや新聞で行われている医療に関する様々な報道をタイムリーに日本医師会のホームページでまとめて見ることができ、それらに対する日本医師会の見解や主張も同時に知ることができるようになれば、医療情報サイトとしての価値は既存のものに勝るものになるだろう。それにより、わが国の医療イコール日本医師会というイメージが国民に広く定着することになれば申し分ない。ホームページを限りなく活用し、インターネットを通じて医師会が医療に関する情報を逐一発信し続けていくことは、日本医師会のインターネット戦略として最重要の課題である。

インターネットの利点の1つは、情報伝達とその更新の利便性が他のメディアに比較して圧倒的に高いことである。マスメディアによる報道に対する見解の表明や、間違った内容に対する反論・抗議も即座に行うことができ、正しい情報を広く浸透させ、誤った情報の拡散を防ぐのに有効な手段である。当然ながらマスメディアはそれを無視することはできないはずだが、これはマスメディアの報道に圧力を加えるというものではなく、正しい情報を伝えるという、マスメディアが自らに課せられている最低限の義務を果たすことにつながるものであるということを強調しておく。

#### ( 4 ) 市民に対する医療活動による戦略

日本医師会の広報委員会がメディアを使った広報戦略とともに郡市区等医師会による医療制度・疾病に関する市民啓発活動を行い、日本医師会のイメージアップ戦略において相乗効果を狙っているように、地域医師会による市民への啓発活動はとても重要である。現在も全国各地の地域医師会が広く市民向けの啓発活動を行っているが、その内容はそれぞれの地域医師会に委ねられているため、地域によって大きく異なっている現状がある。地域の医療を担っている地域医師会がその地域の特性に合わせて独自に企画し、実行するのが最も効果的であるのは言うまでもないが、他の地域から見ると先進的で参考とすべき内容であっても、その地域のみで終わってしまい、他の地域に知られない今までいるのではもったいない。日本医師会として引き続き全国各地の取り組みを集積し、優れた内容のものはこれまで以上に全国に広く周知するよう力を入れていくべきであろう。また、アイデアがあっても予算等の問題により実行できないものがある場合には、日本医師会として財政的、物質的、人的に十分な援助をお願いしたい。

市民のスポーツイベントなどの医療活動や、医師が関わるさまざまな厚生行政を地域医師会が支えていることも、実は市民にあまり知られていない。そのようなイベント時には医師会の関わりが分かるよう、ポスターやステッカーなどをこれまで以上に活用してアピールしたい。昨年の東日本大震災においては、医師会は JMAT を組織して被災者に対する援助活動を行い、高い評価を得た。これも医師会の誇る活動である。この時期を逃さずに、大規模な報告会を各地で行い、国民キャンペーンを巻き起こすことが重要である。しかしながら、日本赤十字社の赤十字マークのように一目でそれと分かるものがなかったがために、医師会の活動であると認知された程度は実際の活動量からすると決して十分とは言えなかった。これを機に医師会として専用のユニフォームを作成し、着用することを提案したい。市民のイベントや災害時などにおける活動は、もちろん医師会の存在をアピールするのが主目的ではないが、統一されたユニフォームで活動することには多くの利点があり、早急に具体化して欲しい。

### 3 . 政治・行政に対するアプローチ

日本医師会が「医療面から国民の健康生命を護持する」という目的を達成するためには、医師会単独では実行不可能であり、行政・政治と協力しあうことが不可欠である。全医師の団結及び大多数の国民の支持を得ることが出来れば自ずと行政・政治に関しても、医師会がかじ取り役となり推進していくことも可能であろうが、現時点においては三者（医師会、行政、政治）がお互いに足を引っ張り合い、対抗しあうような状況にあるため、三者が一致協力出来る環境にはないと考えられる。

この状況を打破する為には、行政と政治に対するアプローチの手法を根本的に見直す必要があると考えられる。まず行政に関して、医療行政に関与できる専門機関は日

本医師会のみであるという基本概念は貫きつつ厚生労働省の医系技官を日本医師会常任理事に取り込む、あるいは顧問等の役職に厚労事務次官を取り込むという方策もある。また、年に一回各都道府県医師会長、日本医師会役員と厚生労働省の主要役人を交えた懇談会を開催する。これにより、中央行政と地域医療行政の認識の違いも少しは是正出来る可能性もあるのではないだろうか。さらに付け加えれば、問題が生じた時だけではなく、定期的に（2か月に一回程度）日本医師会役員と行政は懇談会を持つことが出来ればさらに認識の違いは少なくなると考えられる。

次に、政治活動については日本医師連盟がその役割を担っているが、現在の不透明な政治状況であることを踏まえて考えると、今までのよう一党のみに中央で集中的に献金、或いは接触を持つ方法はかなりリスクを伴うと考えられる。社会保障、医療行政については党にこだわらず是々非々の立場で望むべきであろう。さらに各地域においても党にこだわらず、医療行政に関心を持つ議員と出来るだけ接触をとり、地域から味方となつてもらえるような議員を医師会が育てていく必要があるのではないかろうか。

しかしながら、医師及び医師会側から行政及び政治に歩み寄ることには限界がある。行政は、医療団体を対立させ分断する戦略を未だに行っており、政治家も医師会を集め票力や献金額で評価し、それに見合った行動をとっている現状がある。

この現状を打破し、行政・政治が真に国民のために最善な社会保障政策を提案、実現していくには、前述してきたように我々医師会員が一丸となり、自浄作用を發揮しつつ貫して医師の中心的な役割を果たし続けることが重要である。国民、そしてマスコミを含めて、医師会が本筋で原点に返った主張を展開すれば、行政・政治の側からも自然に歩み寄る結果になり、国の政策や政治に反映されるようになるであろう。

それぞれの立ち位置は違うとはいって、最終的に国民の健康生命を守るという目標は医師会、行政、政治とも同じである。それぞれの利得権益の枠組みで行動するのではなく、医師会がリーダーシップをとって医師の総まとめ団体として本筋の医療を行い、国民、マスコミの賛同を得ながら医師会、行政、政治がお互いに腹を割って真摯に話し合うことを続け、今後の日本の社会保障医療行政を明るい方向に導くことが我々若手会員の今後の使命であると考える。

## 4 . 日本医師会役員選出のあり方についての議論

### 4 - 1 ) 日本医師会役員及び代議員の年齢構成

過去に設置された未来医師会ビジョン委員会において、日本医師会役員の定年制が議論された。組織の新陳代謝・活性化を図り、より盤石な組織を築くために多くの官庁や政党では定年制を導入している。一方、日本医師会には定年制はなく、高齢の役員や代議員が多数を占めるのが現状である。そこで、本委員会では、日本医師会役員、代議員に対する定年制の是非を含めて年齢構成に関して検討を行った。

日本医師会役員の主とした対応相手は、厚生労働省、財務省の官僚であろう。これらの官僚は**60歳**の定年制を導入しており、課長は**40歳代後半**、課長補佐は**30歳代**が多い。それに対し、日本医師会役員の大部分は彼らに比べてかなり年齢層が高い。一方、日本医師会役員は、医師免許取得後、各分野で第一線の地域医療に従事し、地域医師会において地域医療をサポートし、十分な臨床経験と知識、現場に即した医政に関する知識と豊富な指導経験を有し、多くは地元からの支持のもと選出されている。日本医師会の常任役員は、自らの臨床と医師会活動の両方の役割を担っており、そのことが日本医師会の自浄作用を持った学術集団であるとの強化にもつながっている。したがって、本答申においては役員の定年制に関しては現時点では否定的な見解を示すこととした。ただし、日本医師会各種委員会には、積極的に若手の委員を選出することを提案する。委員会によっては例えば**50歳未満等**の条件を付けて各ブロックに推薦依頼することも積極的に検討して欲しい。

しかし、この答申は実力のある若手役員の起用を妨げるものではなく、適切な人材がいれば積極的に役員への選任を行っていくべきである。また、日本医師会理事は、通常月一回の理事会の出席がかなえば、若手会員の理事としての参画も可能であり、日本医師会の活性化にもつながることが期待される。理事に関しては、各ブロック推薦の「若手枠」の導入を行うことも良いのではないか。そして、この章まで述べてきた医師会活動が将来現実のものとなれば、医師会活動を支える実力ある若手会員が着実に増加し、役員の平均年齢は次第に低下して行くであろう。

次に、日本医師会代議員は、会員を代表して日本医師会の最高意思決定機関である代議員会に参加するものであり、日本医師会会員であれば、だれもが平等に代議員になる権利を有する。代議員会出席の時間的な負担は比較的小さいので、代議員会の趣旨を踏まえ、全会員の代表の意見を反映するという観点から、年齢比率、男女比率、会員区分比率ができるだけ会員のそれらの比率に合わせて選出することを提案する。

#### 4 - 2 ) 会長選挙

多くの会員が日本医師会の活動に興味がなく、会長の名前すら知らないのが実態であろう。この理由は、直接自分が選んだ会長でないからであるのは明白である。自分が直接書いた人の名前は早々忘れるとはない。日本医師会長はやはり全会員による選挙とすべきである。

2011年3月に答申が出された「会長選挙の在り方について」においても、全会員による直接選挙が検討されている。その中で、「全ての会員に等しく選挙権を与えることは、医師会会務に参画しているという意識を会員全てに萌芽させるとともに、医師会の在り方に懸念をもっていた非会員にとって入会のきっかけになり、ひいては医師の大同団結を推し進めていくことも期待できる」との意見があり、まさしくもつともな意見である。

反対の意見としては、17万人の直接選挙は困難、費用がかかりすぎる（357人の代

議員に交通費、日当を払うことを考えるとネット投票にすればよほど安いとも思えるが)、新公益法人法のルールで出来にくいなどがある。また、新公益法人移行後、社員でない会員が理事の選任に関与するためには、予備選挙を行うことになるが、「予備選挙で 1/3 強を獲得した会長候補者がいても、予備選挙で敗れた残りの 2/3 弱を獲得した候補者らが協力して本選挙である代議員会で反対にまわれば、当該会長候補者の理事選任を否決できてしまう」という理由も書いてあるが、これは今も同じであろう。

このような反対意見を述べるのではなく、上述の「医師の大同団結」を理念として、日本医師会長の全会員による直接選挙を要望する。

## 5. 医師会の「将来ビジョン」

### 5-1) 医師会による保険医の登録

今回、本委員会医師会活動班では、その発足から現在に至るまで高い倫理観をもって国民の健康と、日本の医療を守ってきた日本医師会の活動内容を内外に周知徹底することに重点を置き議論を行い、意見を述べてきた。医師会がすべての医師の代表として膨大な数の事業を行い、日本の医療団体の総まとめとしてふさわしい活動を行っていることを広く理解してもらうことが肝要である。

今回の将来ビジョンで目指すところは“医師会による保険医の登録”である。医師会が保険医の登録業務を行うようになれば、重大な倫理規定違反者に対する保険医の資格停止や認定取り消しなど、国民にとって実効性のある懲戒処分を医師会自身が行うこととなり、自律的な組織として自浄作用を發揮できるようになる。これにより、国民に対してより良質で信頼される医療を提供できるようになる。

また、最近の風潮による専門家以外による医療事故調査委員会等の設置は、これまでの事例を見ても患者、医師双方に不幸な結果を招きかねず、医師以外の人間が医療行為を判断する危うさは多くの医師が痛感しており、医師会による自浄作用は医師自身を守る手段にもなる。医師会には、よく耳にするメリット、デメリットで入会するのではなく、自身が安心して医療を行うためにも入会して当然のものとなってほしい。

最近の日本医師会の活動の中で特に注目したい東日本大震災における JMAT の活動は、高い評価を受け現在も進行中であるが、日本が医療面で困難に直面したときにこんなにも頼りがいのある全国的な組織集団が日本医師会の本来の姿であることが十分に示されたのではないかと思う。近い将来、すべての医師が、誇りを持って日本医師会に入会するようになれば、医療学術専門家集団としての医師会の活動はより充実して發揮できるものと考える。日本医師会へ入会する会員が増えると次項に述べるように医師の派遣業務を行うことが可能になると考える。日本医師会の新しい事業としても有意義な試みと思われるし、何より現場の医師が信頼の置ける医師会に派遣業務を望む声はよく耳にしてきたので、実現を望む。

## 5 - 2 ) 日医ドクターバンクの創設

新医師臨床研修制度によって、旧来の大学医局による医師派遣のシステムは大幅な変更を余儀なくされ、地方病院からの医師撤退や地方病院の崩壊などは世間の話題にのぼり、医療崩壊という言葉をあちこちで耳にするようになった。そのような背景で医師の斡旋を行う業者が登場し、医療機関は医師の確保のために高額な斡旋費用を斡旋業者に支払う状況となっている。日本病院会が 2011 年度に行った「病院の人才確保・養成に関するアンケート調査」では、約半数の病院が斡旋業者を利用した経験があり、1 病院当たりの斡旋手数料は年額平均 760 万円強、全国の病院に換算すると約 341 億円が支払われた計算になるとの恐るべき結果が出た。

従来の医局からの医師派遣と異なる点は、i) 斡旋費用が高すぎる、ii) 医師の質の保障がない、iii) 転職を繰り返す医師がスキルと関係なく報酬が上がっていく、iv) 人気の病院や都市部の病院に医師が偏在する、などが挙げられる。この状態が継続すると病院を中心とした医療機関は疲弊し、権力（医師の人事権）と金を有した斡旋業者が医療機関に対して圧力をかけることが可能となり、実質的に斡旋業者が医療機関を支配することも懸念される。

そこで提案するのは、日本医師会が中心となってドクターバンク（日医 DB）を設立することである。公益法人制度の中で問題になるようであれば日本医師会が別会社を作る（可能であれば既存の業者を買収する）。医師免許を取得した際に全ての医師は日医 DB に登録してもらい、大学医局での人事以外の転職に関しては日医 DB を利用してもらう。苦しい医療業界から他の業界へ金銭が移動し、ますます医療業界が苦しくなっている現状を周知すれば、この理念に同調し登録に協力する医師は増えるだろう。日医 DB を利用しないで転職を希望する医師がアウトロー視されるようになれば斡旋業者に勝利したといえるであろう。

現在、地域の医師会や病院団体など多数の医療団体がドクターバンク事業を行っているが、一般の業者に比べて有効に機能しているとはお世辞にも言えない。日医 DB が有効に機能するためには、i) 既存業者に負けない事業運営を行う（もちろん各医療機関から料金は徴収するが、適正な料金とする）、ii) 理念を明確にして医師の偏在解消や在宅療養、代診の手配、女性医師支援など病院だけでなく診療所の医師の助けにもなるような肌理の細かい対応を行う、iii) これにより日本医師会が人事権を侵すものではなく、むしろ個々の病院の裁量の範囲を広げることを明確に打ち出すこと、などが必要である。

# **第 章 医療制度**

日本の医療制度は、自由開業医制度と国民皆保険を基調として、高度経済成長時代に大きく発展してきた。わずかな自己負担で、誰でも医療にかかる体制を維持し続けた結果、寿命が伸び、OECDなど世界から賞賛の声が聞かれるようになった。

また、2011年イギリスの伝統ある医学雑誌 LANCET は、日本特集を組むとともに日本国内でシンポジウムなどを催して、このような体制ができた背景や今後について詳しく報じた。

このように世界から一つのモデルとして注目される日本の医療制度であるが、経済成長が鈍化し、かつ、超高齢化社会が到来して、その維持・発展には困難が生じており、解決すべき問題が山積しているとも言える。

「医療制度班」では、日本の医療提供体制と、それを経済的に支える医療保険制度について、現状分析を行い、それぞれの問題点について解決策を提案した。医療提供は公的医療機関の一定の役割を認めた上で、民間主導で行うことを原則とするとともに、医療保険は、公的な支援をより強化して国民皆保険を堅持し、存続可能で安定したものにする方策を協議し、提言をまとめた。

また、医療提供体制に関連して、最近話題に上っている、公立病院改革・株式会社の参入について活発な議論を行い、提言をとりまとめた。また、べき地医療の確保の問題、超高齢化社会に突入して久しい日本における居住系施設の整備の問題、専門分化・細分化によって諸問題を克服してきた日本の医療提供体制を抜本的に変える可能性がある「家庭医（総合医）」の問題についても、委員それぞれの立場を一旦離れ、医師本来の立場である、国民の健康を守るプロフェッショナルとして、どのように考えられるかを議論した結果を以下にとりまとめた。

## **1 . 医療の提供体制**

### **1 - 1 ) 現状分析**

#### **( 1 ) 先進各国との違い**

ドイツ・フランス・イギリス・スウェーデン・アメリカとの医療制度の骨格を対比すると、大まかな違いは以下の4点である。

##### **① ファイナンスの仕組みの違い**

- ・ドイツ、フランス：社会保険方式が採用されている。
- ・イギリス、スウェーデン：公的セクターが自ら医療提供を行っている。
- ・アメリカ：メディケア（高齢者を対象）・メディケイド（低所得者を対象）を除くと統一的な公的医療保障制度は存在しない。しかし公的保険であるメディケアとメディケイドとで約40%の割合を占め、残り約60%のうち無保険

者の約 3,000 万人を除いた国民は私的保険に加入している。ただし、私の保険は日本での企業保険に近い。

- ・日本：職域保険と地域保険の二本立てにより国民皆保険を実現している。

#### ② 医療提供・医療財政の公的・民間の組み合わせの違い

- ・ドイツ、フランス、イギリス、スウェーデン：「公」と「私」の組み合わせ。
- ・アメリカ：「私」と「私」の組み合わせ。
- ・日本：「公」と「私」の組み合わせ。つまり医療財政については公的医療保険でほぼ 100% カバーされ、価格も統制されているが、医療提供は医療法人など民間セクター中心である。

#### ③ アクセスの違い

- ・日本：フリーアクセスが認められている。
- ・イギリス：フリーアクセスが最も難しい。総合医のゲートキーパー機能が非常に強い。ただし救急患者は病院を直接受診出来る。
- ・ドイツ・フランス・スウェーデン・アメリカ：患者が大病院の外来を自由に受診するのは、習慣として一般的ではない。

#### ④ 医師数

日本は、週間労働時間が欧米より長い（アメリカの 5 倍）。主要先進国の人ロ千人あたりの医師数は、欧米の 2.4～3.7 人程度に対し、日本は 2.1 人で、OECD 加盟 30 か国中、下から 4 番目である。医師 1 人あたりの病床数は、アメリカの 5 倍。しかも、日本の医師は 80 歳まで、毎週 30 時間も働いている。これは医師の需要が逼迫していることの他に、医師の生涯賃金が低いことにもよる。

## （2）公立病院の高コスト体質

#### ① 高コスト体質

総務省が発行している「地方公営企業年鑑」によると、全国の自治体病院で経常利益を上げた病院は、経常損失が生じた病院よりも少なく、欠損金が累積している。

なぜこのように多額の赤字が生じるのか。立地条件や不採算部門に起因する部分もあるが、それだけではない。自治体病院では給与費・診療材料費・消耗備品費・減価償却費・補助金などの比率が高い。

また、民間病院に比べ公立病院のほうが医業収入は低いにもかかわらず、医業費用は大きく、給与費・材料費・減価償却費などいずれの項目も民間病院に比べ割高になっている。これは、公立病院の多くが能力給ではなく一般行政部門に準じた年功序列賃金型の給与体系となっていることが主因である。特に准看護師の年齢層が

高いことが拍車をかけていると思われる。

## ② 経営の自立性が発揮しにくいガバナンス構造

公立病院の財政状況がきびしい理由として、僻地医療や小児医療、精神医療などの不採算分野の医療を担っていることに加えて、ガバナンス構造について次のような問題点がある。

- i ) 開設者（自治体）と病院長の権限・責任の帰属関係が明確でなく、人事と予算の権限を病院長でなく開設者（自治体）が握っている。
- ii ) 議員や住民の反対により人的資源や財源の「選択と集中」に支障をきたす。首長や議員は選挙を通じ、住民の意向が強く反映されたり、首長が病院の根本的な改革を先送りして、改革のタイミングを逃す傾向にある。
- iii) 縦割り行政の弊害。

## ③ 再編問題

僻地医療の確保は、現実問題として公立病院がカバーせざるを得ない。一方、医療機関が集積している地域では公立病院の存在意義が厳しく問われる。

## （3）これから的人口構造の変化（単独世帯、高齢夫婦及び未婚の独居高齢者の増加）

人口学的にみた日本の近未来の特徴は「超少子高齢・人口減少社会」である。

- i ) 生産年齢人口が減少する一方、老人人口が増加するため、老年従属人口指数が急速に高まる。
- ii ) 2005 年から 2030 年にかけて後期高齢者数がほぼ倍増する。
- iii) 高齢社会は多死社会であり、死亡者数が 2030 年には 160 万人に増加する。これらに加え、以下のような地域による高齢化の相違と世帯構造の変化にも注目しなければならない。
  - i ) 単独世帯や夫婦のみの世帯が急増すると見込まれている。
  - ii ) 単独世帯の増加で、家族による支援の可能性や緊急時の対応が困難になる。
  - iii) 未婚の 1 人暮らし高齢者数が急増する。地域の中で家族の代替機能をどのように確保するかという難題を突きつけられている。

## （4）これまでの医療費抑制策からの転換

### ① 医療費の増加

加齢に伴い 1 人あたり医療費が高くなる。

### ② 財政制約

少子高齢化によって財政制約が強まると予想される。人口の高齢化は貯蓄率を減少させ、資本蓄積を減少させる。

### ③ 世代間の負担の公平をめぐる議論

今後、医療費の伸びに伴い、負担に対する世代間対立は深刻になる。

### ④ 単一的な医療観や医療モデルの転換

高齢者の特性を踏まえ、介護・福祉等と連携し、日常的な生活をサポートする全人的な医療、尊厳ある看取りの医学等が重要となる。

### ⑤ 労働力人口が減少するなかでの医療従事者の確保

医療の高度化に対応するには、数だけでなく質も重要である。特に若年労働力の争奪戦が激化することは必至である。

## ( 5 ) 医師の配置の不均衡 = 偏在の問題

少ない医師で多くの患者を診るギリギリの状況だったのが、以下に挙げる理由でバランスが崩れた。

### ① 病院・診療所別の医師の増加傾向の変化

1996 年及び 2006 年の病院・診療所別の医師の年齢分布を比較すると、45 歳から 59 歳の診療所医師のウェイトが高まっている。これは病院勤務医の労働環境が過酷であることに加え、リタイアする戦時中の増員層分を埋め合わせる形で病院の中堅層の開業が進んだからだと考えられる。

### ② 医師臨床研修制度の影響

2004 年の新制度の影響で、大学病院の医師数が 4.1 万人から 4.5 万人 (8.6% 増) にとどまっている。大学病院での臨床研修医も半分以下になった。そのため大学の医局は、地方の中小公立病院などから医師を引き揚げ、対象となった病院の診療機能の縮小や閉院を余儀なくされ、さらに他の医療機関にも医師不足の「ドミノ倒し現象」が生じた。

なお医師の引き揚げの背景としては、主に以下の 3 点がある。

- i ) 大学病院での中堅指導医の確保など研修指導体制の充実が迫られたこと
- ii ) 2004 年度は国立大学の「独法化」と、医科診療報酬のマイナス改定が行われた年度であり、経営努力が強く求められるようになったこと
- iii ) 1990 年前後からの大学院重点化の下で、働き盛りの医師である医学系の大学院在籍者が 1990 年の 9,494 人から 2003 年に 18,047 人とほぼ倍増したこと

### ③ 都道府県や 2 次医療圏での医師の増減の違い

「必要医師数実態調査」(2010 年厚生労働省) によると、回答のあった医療機関の現員医師数 167,063 人に対し、必要医師数は 24,033 人であった。人口 10 万人あたり医師数にも最多の京都府と最少の埼玉県との間で約 2 倍の開きがある。2 次医

療圏でも医師数は大きな差がある。

#### ④ 診療科における医師数の増減の違い

#### ⑤ 医療内容や患者の需要などの変化

### 1 - 2 ) 解決策

#### ( 1 ) 研修指定病院からの医師派遣（集約化とネットワーク化）

医療の効率化は避けて通れない。医師確保や医療機能の分担をその地域をカバーする基幹的な病院と他の医療機関とがネットワークを組むことにより実現するという視点が重要である。機関的な病院には、医師を集約し地域医療支援の派遣元としての役割を果たすことも検討すべきである。

#### ( 2 ) 女性医師の就労支援

医師不足の遠因として「女性医師の増加」がある。女性医師の離職率低下と復職率增加を約束する有効な支援策が必要となる。（第Ⅰ章医師会活動 1-1 参照）医師への働きかけ参考）

- i ) 出産・子育てを両立できるような各種支援措置
- ii ) 安心して復職できるシステムの構築
- iii ) 在宅勤務が可能な仕事の紹介バンク
- iv ) 女性医師・医学生向けのセミナー実施

#### ( 3 ) 救急におけるトリアージ及び医療機関の集約

総務省消防庁「平成 21 年版消防白書」では、搬送先リスト作成、重症度・緊急度によりリストに基づいた搬送先の決定、受け入れ困難時の例外ルールの事前合意が有用であると指摘している。また、関係医療機関の機能・規模に応じた役割分担と連携の徹底を図ることも必要である。ドクターカーやドクターヘリの活用や日本で不足している小児集中治療室（PICU）の人的資源の集約化を含む整備も期待される。

#### ( 4 ) 医師数の増員

医師の養成開始から臨床研修・専門医研修の終了まで 10 年以上かかり、免許取得後 40 年以上活動することから、養成方針の影響は長期に及ぶ。

ここで OECD 加盟国の医師数と 1 人当たり GDP を対比すると、日本とイギリスでは、GDP の増加で表される経済成長に対応した医師増加政策がとられなかつたことがわかる。医師数増加が医療費増加をもたらす「医師誘発需要論」は根拠がない。医師数を計画的に増やす時期に来ている。ただし、それには、次のような前提が必要で

ある。

### ① 公的医療費総枠の拡大

医師数増加政策には、医療費抑制政策を見直し、公的医療費の総枠を拡大することが不可欠である。日本医師会編「グランドデザイン 2009」において主張されている「国が医師数増加に転じたことを評価するが、医師数の増加は、財源の確保を絶対の前提条件として進めるべきである」とは、至極妥当といえる。

人口 100 万人あたり 50 人を目指して、定員数を無秩序に増やした歯学部の現状が参考になる。現在 29 大学（入学定員は 1985 年のピーク時で 3380 人）で歯科医を養成しているが、歯科疾患も治療から予防の時代に移ってきたこともあり、歯科医の供給過剰となっている。そこで、入学定員の削減が 20% 減まで行われたが、これ以上の入学定員削減は経営にかかわるため私立大学の抵抗にあってはいる。次に打ち出された歯科医師国家試験の合格率は、2010 年には 69.5% まで下がっている。これらの政策により、歯科医は相対的に高収入でも魅力ある職業でもなくなってきた。医師の増員には、公的医療費の総枠を拡大することが前提となる。

### ② 国公立大学の定員増

歯学部の例のように、私立大学は経営面の理由からも養成数の調整における国の統制を受けにくい。現実的な政策として、医学部定員の増加分は国公立大学の定員増のみで賄うべきである。そのためには国公立大学への財政・人的支援は当然欠かせない。

## （5）医師の質の保証 教育・研修内容はどうあるべきか

### ① 専門医の養成と認定

「専門医制度の基本設計」（2010 年 5 月、日本専門医制・評価認定機構）は、各学会が独自に専門医を認定する制度を改め、専門医を認定する新たな第三者認定機関を設け、基本領域とそれに密接に連携した専門領域の二段階制とし、研修プログラムに則った専門医育成プログラムや研修施設の評価や標準化を図ることを提言している。医師の質の保証のために、この提言を実現すべきである。

### ② 専門医の認定における日本医師会のかかわり

専門医の質及び量を社会的に統制するための中立公正な第三者機関を日本医師会主導で立ち上げ、各学会の専門医制を統制する必要がある。

## （6）患者のモラル向上の啓発

いわゆる「コンビニ受診」は貴重な医療資源の乱用である。病気になった際の患者・家族の不安が以前よりも増していると考えられる。これに対処するには日頃の啓発・

教育活動や救急電話相談事業を進める。

各種医療無料化は、「コンビニ受診」を助長している面があり、モラルハザードを生む。受診時一部負担または、現物給付ではなく償還払い、あるいは、軽症の救急患者対象の時間外診療費など、選定療養の対象とすることを提案する。

#### (7) 看護職、介護職の供給

看護・介護のマンパワーの確保方策としては以下の4点が挙げられる。

- i ) 新規養成数を増やす
- ii ) 離職を防ぐ
- iii ) 潜在看護師や潜在介護士の活用などを図る
- iv ) 外国人の看護職・介護職を受け入れる

## 2. 医療政策・医療財源の将来ビジョン

医療を含めた社会保障制度は、財源と政策（政治・官僚）、及び人口の増減によって大きく変化する。戦後の高度成長期と長期にわたる自民党一党政体制は日本が世界に誇れる「皆保険制度」、「フリーアクセス」の維持に貢献してきたのは間違いない事実である。

しかしながら、前提であった「高度経済成長」「人口増」「政治の安定」「世界情勢の安定」などが崩れきっている現在、将来にわたって現行の医療制度を維持することは極めて困難になってきている。

財源の削減の視点のみで行われた小泉内閣時代に行われた社会保障費の削減や自己負担率の増加は、医療機関ならびに患者に多大なる影響を与え続けていることは周知の事実である。

本項では医療政策・医療財源についての問題点を指摘し、将来における方向性を示唆していきたい。

まずは、現在の日本の社会保障制度は「低負担中福祉」であったことを認識する必要がある。

図1 社会保障と国民の負担の相関図

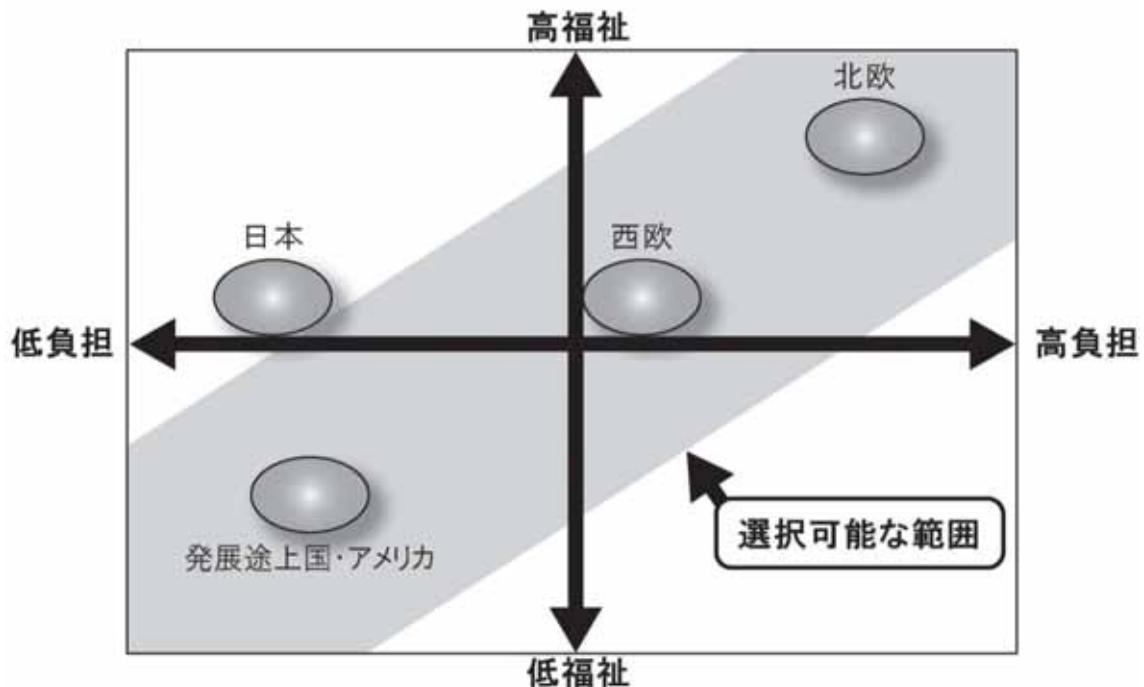


図1で示すように、社会保障と国民の負担は相関すべきものであり、発展途上国のような低負担低福祉、西欧のような中負担中福祉、北欧のような高負担高福祉などに分類される。

これらのどれに優位性があるかは歴史が判断することであろうが、どれにするかについては国民が選択すべき課題である。一方、日本は図1のように「低負担中福祉」であると考えられ、国民負担分の差が国債の増発という形で埋め合わされていると認識すべきであろう。

したがって、現状においてはもはや国民負担を増加させざるを得ない状況であり、現在政府は消費税増税、協会けんぽの保険料率のアップ、年金改革などで、これらを進める政策を取ろうとしている。

しかし、これらの法案に反対する意見も多い。反対意見の中には、負担増に単に反対する単純なものから、負担率・負担額が不公平であるというものまで幅広く存在する。医療財源論の中で、まずこの負担の不公平性について考えてみたい。

## 2 - 1 ) 保険者一本化

日本の健康保険制度は地域保険である「国民健康保険」、職域保険である「健康保険組合」「協会けんぽ」「共済組合」「国民健康保険組合」、高齢者保険である「後期高齢者医療制度」に分けられる。医療を受ける際には平等であるが、保険料率に大きな違いがあり、本質的には公平とは言い難い。保険料の不公平のために、日本医師会は

保険料率が比較的安い「健康保険組合」を協会けんぽと同様の保険料率にすると、1～2兆円の財源が確保できると試算している。そもそも、若年・健康な加入者が多い「健康保険組合」と、高齢・失業・有病者の加入者が多い「国民健康保険」が別に存在している現状で、公平性が保てるわけがない。近い将来において保険の一本化は必須と考えるが、まずは我々医師の「医師国民健康保険組合」を解散し、協会けんぽや国民健康保険に入ることから提案したい。医師国保の解散により、我々医師集団の意見に説得力が付加されると考える。

## 2 - 2 ) 全国一律の診療報酬制度の廃止、改定頻度の変更

日本は自由経済制度を採用している国であり、本来、財・サービス等の価格設定は自由である。この現状より、診療報酬も本来の自由主義経済であるため自由に設定できるようにすべきと言う意見がある。経済学的には、財及びサービスには私的財、公共財、価値財の3種があり、自由主義経済下において価格設定が自由であり、長期的にはその価格が市場に従うというのは私的財を意味している。日本において、医療は価値財に入ると言う意見が多く、自由価格制は不適切であると考えるのが妥当であろう。他方、日本は1億2,000万人もの人口があり、地域による物価や所得差は著しい。

ここで、都道府県単位で診療報酬を調整する方式を提案する。国が決める診療報酬は一般的指針とし、各県の実情にあわせて調整する制度とする。各都道府県庁と都道府県医師会・歯科医師会・薬剤師会の調整のもと、診療報酬各項目の点数を調整することができることとする。

そのために、国の決める診療報酬は3月に発表し、実際の請求となる診療報酬は協議の時間が必要なため、10月の実施とする。毎回、通知後の混乱、国からの疑義解釈、医療機関の体制準備・届出作業、患者への周知で3か月近くは費やされてしまう。新入職員が多い4月に改定されることによる混乱の助長を低減させることができる。

また、2年に一度の診療報酬改定は毎回、改定率の増減ばかりが焦点になってしまい、ともすれば議論が偏ってしまう。最近の改定で例を挙げれば外来管理加算、診療所再診料引下げ、地域貢献加算の話題などは前改定との比較で議論されてしまっている感がある。そこで診療側での十分な意見集約と論点の整理、改定後の十分な検証をするためにも5年に一度の報酬改定とすべきである。

もちろん改定は、介護報酬改定と同時にすべきであり、現行を鑑みると6年に一度でも良いかもしれない。現行の2年毎の改定は役所の都合で作られた部分が大きく、改定ごとに医療機関が費やす労力、費用（レセコン更新費用や改定説明会などへの参加費用など）は多大である。5年に一度となることにより、診療報酬の改正内容を評価する余裕が生まれるなどの効果も得られる。診療報酬による各医療機関の経営戦略が長期的視野となり、効率的な投資をしやすくなるとも考えられる。

## 2 - 3 )「フリーアクセス」という概念の変更と自己負担率の調整

日本の医療制度の特徴はフリーアクセスにあるとも言われる。確かに保険証一枚あれば、いつでも、どの医療機関でも受診できることが日本国民の寿命を延ばし、公衆衛生を向上させてきたのは間違いない。アメリカでは、民間医療保険に入っていても受診時に保険者の許可がいる。イギリスの NHS では、初診時には自分のかかりつけ医に行かなければいけない。このような制約がある制度と比較すると、日本はあまりにも便利である。しかしながら、この便利さがコンビニ受診や重複受診、ドクターショッピングを助長してきたとの批判もある。これらの患者の安易な受診により勤務医が疲弊している現状を踏まえ、「フリーアクセス」という概念を変更することを提案する。

「フリーアクセス」とは、「どの医療機関にかかってもよい」という概念から「医療システムのアクセスには制限を設けない」、という意味へ変更する。

具体的には、i ) DPC 病院への紹介状なし初診については保険適用外とする、ii ) DPC 病院への長期外来受診は一定の理由がなければ適用外とする、iii) 小児は少子化対策の一環として受診時一部自己負担率を低額にすべきであるが、安易な時間外診療の助長を制限する点から、時間外診療については一般成人と同額の負担割とする。表 1 に初診時外来自己負担割合の案を提示する。

表 1 外来自己負担率案

|     |     | 小児 (12 歳未満) |      | 一 般  |      | 65 歳以上 |      |
|-----|-----|-------------|------|------|------|--------|------|
|     |     | 時間内         | 時間外  | 紹介状有 | 紹介状無 | 紹介状有   | 紹介状無 |
| 病院  | DPC | 30%         | 100% | 50%  | 100% | 30%    | 100% |
|     | その他 | 10%         | 30%  | 30%  | 30%  | 20%    | 30%  |
| 診療所 |     | 0 %         | 10%  | 10%  | 10%  | 10%    | 10%  |

## 2 - 4 ) 名称の変更 :「保険」から「共済」へ

健康保険、介護保険という名称について考える。一般的に保険とは、保険者・被保険者双方の取引によって保険料率が決定されるものであり、リスクの分散を目的とするものである。しかし、日本の健康保険・介護保険ともにリスクが高いと保険料が高いという構造にはなっておらず、逆にリスクが高い者（高齢者、有病者、失業者など）の方が、税金が投入されているために見かけ上、保険料が安い。現在の保険料は、どの保険に加入しているか、所得がどの程度であるか、国保の場合は被保険者が何人いるかの 2 点もしくは 3 点の変数により決定され、リスクは変数になっていない点を重視すべきである。この方法（保険料の決定方法は、所得、加入人数のみに従い、リス

クには従わない）は日本の現状から考え、正しい方法と判断するが、「保険」という名称は当てはまらない。実態を表すには、「共済」という名称に変更すべきである。健康保険を健康共済へ、介護保険を介護共済へと変更することを提案する。

## 2 - 5 ) 健康保険給付範囲の制限

健康保険で療養の給付として賄われるものは、検査・治療、外来診療、入院診療、入院時室料、入院時の食事、リハビリテーション、柔道整復、鍼灸マッサージ等がある。賄われないものには、予防医療、予防接種、健康診断、正常分娩などがある。

給付範囲を維持するか、狭めるか、広げるかは財源的な問題が主であるが、学術的な問題や倫理的な問題も関係してくる。財源確保に明るい展望が見いだせない現在において、現状の給付範囲を維持するのであれば、国民の負担増（税、社会保険料）は避けられない。逆に現状の負担を維持していくのであれば給付範囲は大幅に狭めざるを得ないであろう。政府が情報を開示した上で、国民が選択・決定する問題ではあるが、医師会としてもあらゆるパターンと可能性を想定し、適切に情報発信していく必要がある。

### ① 現状の見直し

今すぐ検討すべきこと（＝現状の見直し）として、次の3点を提案する。

- i ) 医薬品、医療機器の価格の見直し（医薬品、医療機器材料が医療機関の費用構造の2割強を占めている。諸外国と比べて大幅に高く設定されている価格をさらに適正化する。また薬好き、検査好きの日本の医療（患者・医師双方）を検証し直す。）
- ii ) 入院時室料や食事代は既に一部は給付範囲から除外されている。しかし、室料差額は全病床の5割未満となっているため、逆に不公平が生じている面もある。入院基本料にホテルコストやサービス面が含まれているとは考えにくいため、価格上限や除外要件を厳格に設定した上で全病床算定可能にする。治療食以外の食事は給付範囲から除外する。
- iii) 柔道整復や鍼灸マッサージの給付範囲を再検討する。

### ② 現状の給付範囲が維持された場合

将来、負担増を国民が選択した場合（＝現状の給付範囲が維持された場合）には、次のような変化が予想される。

- i ) 税や保険料による負担増
- ii ) 患者の自己負担率増
- i ) については、概ね現行の制度が維持できる可能性が高いと予想される。しかし国、企業、国民の負担増に伴う、患者の医療行動の変化は予想される。
- また、ii ) については、すでに一部患者は3割負担となっており、これ以上の負担率増加は国民皆保険制度の崩壊につながる。名ばかりの皆保険制度は維持される

が、自己負担分のカバーをする民間保険と組み合わせなければ医療機関に受診することが難しくなる。当然、アメリカから営利の保険会社が参入するためフリーアクセスの制限や給付範囲の制限にもつながる。また未払いも増えるため一部の医療機関は経営が非常に苦しくなる。絶対に避けたいシナリオの一つである。

### ③ 負担増を国民が選択しなかった場合

将来、負担増を国民が選択しなかった場合には、次のような給付範囲の制限を受け入れなければならなくなる。

- i ) 高度医療、先進医療や高額医療を除外する
- ii ) 生命に直ちに影響を及ぼさない慢性疾患（感冒や腰痛、かゆみなどの医薬品）や慢性期リハビリテーションを給付範囲から一部除外する
- i ) の場合、患者の経済力で受けられる医療に格差が生じる。民間の医療保険がカバーすることになり皆保険制度は部分崩壊する。

また、ii ) の場合でも、国民は憲法により生命権（第 13 条）や生存権（第 25 条）が保障されていることから、救急医療は公平に確保されるべきである。軽症、慢性期疾患やリハビリを給付範囲から外せば重症化してから医療機関にかかることになり、寝たきりも増える可能性がある。また、現在の医師の裁量権を制限することにもなる。一方、高度医療や先進医療を給付範囲から外すことは、受けられる医療に格差を生む。例えばがん医療の場合、混合診療の問題が起こる。エビデンスが十分でない代替療法が横行することも考えられ、医学の進歩にとって悪影響を及ぼす可能性もある。

負担増を選択しない場合は、高額な医療を受ける権利を制限するか、軽症な医療へのアクセスを制限するかという選択を迫られるが、いずれをとっても患者・医療機関双方にとって有益な選択とは思えず、世界で一定の評価を受けてきた日本の医療制度は崩壊していくであろう。つまり、国民の負担増は避けられないところに来ていることを医師がはっきりと示していくべきである。

## 2 - 6 ) 障害福祉や介護保険、特定疾患（難病など）等の給付範囲の整理、生活保護への医療給付

医療と介護の連携は重要視されており、今後もある程度は整理が進んでいくと思われるため、ある程度重複しているのは仕方がないかもしれない。しかし、縦割り行政の問題点として障害福祉と介護保険は重複する部分が多くある。例を挙げると、90 歳の寝たきりの在宅患者（要介護度 5）が介護の給付範囲を超えてサービスを受けたい場合には、身体障害者手帳を取得すれば障害区分認定でさらに同様のサービスを受けることができる。また障害でしか受けられないサービスや介護でしか受けられないサービスも多くあるため手続きも含めて煩雑であり無駄が多い（補装具と福祉用具など）。障害福祉と介護保険は抜本的な整理が必要である。障害により介護が必要な状態になれば全て介護保険で対応し、それ以外の障害による社会的不利益の部分を障害

福祉で対応すべきではないだろうか。

生活保護への医療の問題点として、自己負担がゼロということが患者も医療機関もモラルハザードを起こしていると考えられる点にある。少なくとも外来においてはある程度の窓口負担を課し、いずれ還付する仕組みにした方が不適切な受診や、過剰診療を低下させることにつながると考える。

### 3 . 様々な制度改革

#### 3 - 1 ) 公立病院改革

赤字経営の公立病院を存続させるにあたり、以下の3点を重視すべきである。

##### ① 病院経営の権限と責任の明確化

病院長や開設者は、透明性とわかりやすさをもって病院の現状や課題を率直に説明し説明責任を果たすべきである。公立病院の会計基準は、一般の企業会計基準と異なっているため、真の財務状況は住民が理解しがたい。公立病院の会計基準を見直すと共に、現状及び将来見通しを具体的に示すことが必要である。

##### ② 医療にこだわらない

保健・医療・介護・福祉を統合する。公立病院改革は短期的な利益にとらわれず、自治体と一体となって医療・介護・福祉・住宅政策の総合的・長期的な取り組みによって行うべきである。

##### ③ 集約化とネットワーク化

医療の効率化は避けて通れない。その地域をカバーする基幹的な病院とネットワークを組むことにより医療を確保するという視点が重要である。医師を集積し、地域医療支援の派遣元としての役割を果たすことも検討すべきである。同一医療圏にある複数の病院が競合することにより、過剰な診療を行うことで国保が赤字になるような本末転倒な事態を避けるためにも、集約化は必要である。

#### 3 - 2 ) 株式会社の医療機関参入

日本の医療提供制度は欧州諸国と違い、「私」中心である。そのメリットとしては、診療機能や患者サービスの改善・効率性の向上のインセンティブがある。

それでは、民間病院が公立病院の経営を移譲されたら、経営は本当に改善するのだろうか。確かに公立病院に比べ、民間病院、とりわけ医療法人立病院は経営の切実度が全く異なるし、統一的な戦略のもとに医業経営を行うため、ガバナンスの統合性も高い。資金調達の点でも、医療法人立病院では、主に金融機関から資金調達しなければならないため、金融機関など、外部からの規律も強く働いている。

日本では、株式会社の医療機関参入が議論を呼んでいる。その是非について考える

前に、日本とアメリカの現状をみてみよう。

日本にある株式会社直営医療機関は、ごくわずかで、その経営実態は非公表のため不明であり、ほぼ赤字経営であるといわれている。株式会社経営に近い健保組合立の医療機関は**1999**年度で**218**億円の赤字を持つ。両者の経営状況がほぼ同様であると仮定すると、株式会社経営の医療機関の赤字総額は**800～1,000**億円と予想される。戦前は国民皆保険ではなく、大企業が従業員の福利厚生のために健康保険組合を設立すると同時に病院も設立し、赤字でもよかつた。そういう経緯から現在においても利益をあげている株式会社病院は少ない。

アメリカにおける営利病院のシェアは、**2000**年において病院数で**15.2%**・病床数で**13.3%**である。営利病院と非営利病院の実証的比較研究では、次の**5**点が指摘されている。

- i ) 営利病院のコスト効率は優れているとはいえない。
- ii ) 営利病院はマーケティング戦略に優れる。
- iii) 医療の質の差ははっきりしない。
- iv) 営利病院のほうが支払い能力のない患者を避ける傾向にある。
- v ) 営利病院の多い地域では、それが少ない地域と比較して、1人あたり医療費及びその増加率が高い。

以上により、医療の質についての影響ははっきりしないが、医療費の上昇と低所得者に不便が生じる可能性が指摘できる。

また、別のサーベイによると、

- i ) 営利医療施設のほうが腎透析患者の死亡率が高く、腎移植の待機リストに載せられる確率が低い。
- ii ) 小児入院患者では、営利病院のコストの方が高い。
- iii) メディケアの支出の地域比較では、営利病院が経営する地域での支出は、非営利病院が経営する地域より高い。
- iv) コストが高く、質が劣るだけでなく、営利病院のほうが医療事故に遭う確率が高い。

といった点が指摘されている。

**1990**年代中頃に全米一の病院チェーンに成長した、コロンビアHCA社（現HCA社）も、不採算部門・高賃金の看護師を切り捨てたうえで、患者に割高な請求をして利益をあげた。他の株式会社の多くも利益追求のためには違法行為もいとわないやり方で世間の反発を浴びてきた。

株式会社の医療機関参入に関する最大の問題点は、患者のために最善の治療を尽くすという医療倫理に由来する要請と、株主に対し利益配当するという要請が齟齬をきたすことにある。例えば、医師は職能者としての倫理規範と被用者として服務規範の利益相反関係に立たされるが、このような緊張関係を強いること自体、ガバナンスのあり方として失敗である。また現実問題として、利益が上がる分野や金持ちの患者を

選択する、適用を緩める（例：不必要あるいは過剰な診療を行う）といった行動を誘発することや、株式会社が経営する他部門の経営状態を直接受け、医業経営の継続性・安全性が阻害されることなどが生じ得る。徹底した医療及び経営情報の開示や第三者評価を通じ競争環境を整えれば、このような不適正な行動を防止でき医療の効率性も高まるとする意見もある。しかし、医療における情報の非対称性ははるかに大きいため、こうした行動をチェックすることは極めて困難である。また、モニタリングなどの管理コストは膨大なものとなり、不必要・過剰診療などの発生と相まって、医療費の増大を招く可能性が高いと考えられる。

加えて、日本では医師の応招義務もある。医師の応招義務がなく、支払い手段がないからといって 診察を拒否出来るアメリカとは事情がまったく異なるのである。

株式会社の医療機関参入の次は、民間健康保険の全面解禁となろう。利益を最大化するには、低リスク者に対象を絞って保険業に参入することが最も合理的であるからである。こうなると、国民皆保険は崩壊する。

「医師は診療に専念し、経営は会社に任せよ」とは、規制改革論者の殺し文句である。しかし、彼らは患者のためではなく、株主のために医療を行うことを主張し続けており、「医師の良心」と「株主の利益」は並び立たないことははつきりしている。アメリカの轍を踏んではならない。

### 3 - 3 ) 医療庁の設置：監督官庁である厚生労働省のオーバーホール

医療制度改革は待ったなしの状況である。医療制度問題は単一または少数の問題に原因を帰着させるのではなく、全体の構造問題を俯瞰する必要がある。

救急車は総務省、病院は厚生労働省、医学部は文部科学省、医療関連産業は経済産業省といった、複雑な縦割り行政の支配や二重支配を防ぐためには、省庁レベルの改編が必要である。

とりわけ医師養成制度の改革を医療政策の中核に据えて、医学部の定員と教育スタッフを大幅に増員した上で、一般病院と連携した総合的な研修制度に改める必要がある。このような政策を強力に推し進めていくには、主な監督官庁である厚生労働省の思い切ったオーバーホールが不可欠である。医療に関わる省庁を再編統合して「医療庁」に一本化し、政治家がビジョンを持って強力な指導力を発揮できる環境を作り出す必要があるのではないだろうか。

### 3 - 4 ) 働地医療

採算の見込める地域では「私」医療機関の参入の可能性もあるが、採算の見込めないへき地医療の確保は、再編・ネットワーク化の検討が必要であるにせよ、現実問題として公立病院がカバーせざるをえない。へき地医療の再編には住民の交通手段の確保が必須である（住民が移動するバスやタクシーの無料化・助成など）。病院への移

動時間に応じた医療圈の再編が不可欠である。

### 3 - 5 ) 居住系施設の整備

現在の在宅医療は、家族が仕事を辞めるなど無償の労働を行うことによって支えられているという面で非常に高コストであり、無理がある。軽症の患者は在宅で可能であろうが、中等症の患者は居住系の施設にシフトする必要がある。今後、高齢化が急ピッチで進むことを考え、居住系の施設の再編を含む、医療機関の機能分化を進める必要性を鑑み、以下の3点を提案する。

#### i) 一般病床の機能分化

一般病床は高度急性期病床と亜急性期病床に分かれ、亜急性期病床はさらに回復期リハビリテーションを専門的に行う病床と狭義の亜急性期病床に分ける。

#### ii) 住系施設・サービスの大幅な増加

居住者の態様やニーズに応じ医療・介護サービスを柔軟に提供できるようになる。現行の特別養護老人ホームなどにおける医療サービスの提供が限定されているが、これが自宅と同様に、「外付け」となれば、居住系施設での医療提供は大きく進むであろう。

#### iii) 病院の外来と診療所の機能の分化

病院は基本的に入院医療に特化し、外来は専門性の高いものは別にして一般的な疾患は診療所に任せる。

また、異なる組織・職種体の接合が増えることによる情報伝達ロスや接合の不具合を回避するために「保健・医療・福祉複合体」を提唱する。すなわち連携(cooperation)ではなく、同一法人あるいは系列化した事業体により統合(integration)するという方法である。

### 3 - 6 ) 家庭医(総合医)

家庭医(Family Physician)とは、プライマリ・ケアを担う様々な態様の医師(一般内科、救急、家庭医、一般小児科医)のうち、主にアメリカ合衆国とカナダで制度化された専門医のことで、学会・専門医制度が確立している。その診療を家庭医療(Family Practice)と呼び、学術研究領域を家庭医療学(Family Medicine)と呼んでいる。日常的に生じる様々な健康問題に関して、診療科の領域を超えて診療することと、家族・コミュニティー・地域といったシステムを考慮したアプローチすること、疫学を背景とした予防医学にも取り組むことなどが特徴とされる。

総合医GP(General Practitioner)とは、欧洲各国とその旧植民地で普通に見られるプライマリ・ケア医であり、よく知られるイギリスでは、NHS(National Health Service)の一環として、軽装備、かかりつけ登録に対応した診療報酬の人頭割り、

総合医を通してしか高次医療にアクセスできない制限があることを特徴としており、その制度疲労による弊害が指摘され、この 20 年で様々な改革が行われてきたところである。イギリス以外では、同じ GP という呼び名ながら、このような堅固な制度は取られておらず、アクセスも診療報酬も日本の制度に近い。これらの国々では、高次医療へのアクセスは、患者と医師の信頼関係と常識によってほぼ問題なく達成されている。

家庭医（総合医）のあり方と「かかりつけ医」のあり方は別次元の問題であり、家庭医（総合医）は、プライマリ・ケア医といっててもかまわないが、かかりつけ医と同義ではない。かかりつけの医師が大学病院にいることと、疾患別に複数の医療機関にかかっていることとは根本的に違う意味である。家庭医（総合医）は、通常、入院病床を持たない診療所医師であり、都市部を中心に、グループ診療が一般化しつつある。

家庭医（総合医）の役割は以下の 3 点である

- i ) 頻度の高い一般的な疾病（コモン・ディジーズ）の診療
- ii ) 疾病予防や疾病管理
- iii) 看護・介護・福祉のコーディネート

家庭医（総合医）の意義や必要性は、以下の 4 点に集約される。

- i ) 普段から患者とその家族、地域の様子を知り、しっかりした診断ができるため、患者はまずその医師に相談するメリットがある。
- ii ) 高齢者は複数の健康問題を持つことが多いため、別々に複数の診療科を受診することは、医療費の増大を招くだけでなく、総合的な疾病的管理が行われないため、患者にとって最善の医療とならない。
- iii) 患者の生活の全体像や背景が掌握できなければ、介護保険の主治医意見書も書けず、統合された介護ニーズに即したサービスが提供されない。
- iv) よく訓練された家庭医（総合医）がありふれた健康問題のほとんどを解決することができ、適切な専門医への紹介（ゲートキーピング機能）を担うこととは、医療の効率化につながる。

問題の一つは、このような家庭医（総合医）が日本の医療制度の中で、どのように位置づけられるかである。

日本の医師は、諸外国の家庭医（総合医）が担当している領域を診療所と病院の外来がほぼ半々で担当している現状にある。特に小都市や過疎地の中小病院では、公立私立を問わず、前述のような機能を病院医師も担いつつ、二次医療（入院）も担当している。つまり、日本においては、無床診療所のみならず、二次医療の一部もカバーする医師のあり方が求められている。その意味では、家庭医というより、総合医または総合診療医という名称が適しているように思われる。

確かに北米では、40 年以上前に家庭医と入院診療を担う総合内科（GIM : General Internal Medicine）が分離したまま経過し、ここ 10 年ほどの間に後者に Hospitalist という名称が提唱されるようになった。日本では、両者が既に統合された形で存続し

てきているため、この実態に即した名称が必要である。新たに養成する医師についても、北米型やイギリス型の医師でなく、持てる能力としては、家庭医でもあり、**Hospitalist** でもあることが望ましい。よって、欧米で見られるような、病院の専門医に比べて家庭医の社会的地位やドクターフィーが低いというような格差を生んではならない。家庭医（総合医）の意義と役割は、今後の日本社会の要請に応えるための専門性を兼ね備えた診療科目である。そして、キャリア・パスの一環で、その置かれた状況（勤務先医療機関や地域）に応じて自らの仕事の仕方を変えられる医師を養成すべきである。

もう一つの問題は、家庭医（総合医）をどのように養成し、普及させるかである。それには、3つの論点が考えられる。

- i) 家庭医（総合医）を一つの専門医として位置づけ、医学教育・卒後研修・生涯学習の中にどのように組み込むか。
- ii) 専門的トレーニングを受けた家庭医（総合医）が普及する「完成形態」と「過渡的形態」を区分して論じること。
- iii) 診療報酬などによる誘導や高次医療へのアクセス制限などの「制度化」よりも、家庭医（総合医）に対する国民の理解と評価を高めること。

欧米では、家庭医と診療科別の専門医は分かれており、家庭医はそれ自体独自の専門性を持った概念となっている。一方、日本では、大学や病院などの専門職官僚制による構造的な障壁に加え、医師の卒前教育は文部科学省の所管であり、医学が理系の一つに位置づけられていることに伴う困難がある。自然科学の一部に医学をおくことにより、文系としてのコミュニケーションやマネジメントの技能も求められる家庭医（総合医）や社会医学の教育が軽んじられてきた。しかし、実際は臨床医全てにこのような能力が求められているため、医学教育を抜本的に改める必要がある。

ただ、医師の養成の中心的役割を果たすのは大学であり、研究・教育の自由がある。さらに医師個人には、職業選択の自由があるので、家庭医（総合医）の養成が必要だといつてもその大量養成には自ずと限界がある。

日本では、実態として、専門領域を生かした開業医が多く、一方で事実上家庭医（総合医）としての役割を果たしている。現在を家庭医（総合医）普及の過渡的形態の時期と位置づけるならば、これらの医師に対して、名称はどうあれ、家庭医（総合医）としての知識・技能・態度・倫理（感）を身につけさせるよう、日本医師会が生涯教育制度を充実させることには意義がある。

日本では、大学を中心に養成される狭い分野の専門医の技能と中小病院において求められる医師の技能との乖離はますます広がっている。医師は、これまで必ずしも自分の専門領域にこだわってはいなかつたが、こだわりの傾向は強まっており、また、患者の専門医指向も高まっている。こうしたミスマッチの解決のためにも家庭医（総合医）の概念を踏まえた生涯教育の充実は役立つ。即ち、専門領域を持った開業医や中小病院に勤務する各科の医師が、専門領域にこだわることなく、幅広い領域に対応

できる医師になることで、救急医療の現場における「医療崩壊」を食い止めることができよう。

新たに養成する家庭医（総合医）については、大学に家庭医療学講座、総合診療部の設置を義務付け、卒前教育と卒後臨床研修において、日本医師会・都道府県医師会・地区医師会の協力を得て、全国の第一線で活躍する、事実上の家庭医（総合医）と接する機会を増やすとともに、後期研修においては、家庭医（総合医）の研修プログラムを学会と共に確立し、その研修の場としては、日本医師会会員・地域の公私中小医療機関・在宅医療の場などと大学病院・大病院との組み合わせによって構成するものとする。

すなわち、教育・研修は、大学にその第一義的責任があるにしても、教育・研修の場は、大学外の教育資源を大いに利用すべきである。

医療提供体制について、池上直己氏は、医療提供体制をイギリスのように**600**床の大病院と診療所に再構築し、専門医療は病院・家庭医は診療所というかたちで役割分担を明確に分けることを提案している。

高次医療へのアクセス制限は、前述のように、国の介入により家庭医（総合医）制度を硬直的に運用することで生じることがわかつってきた。

日本で、このような轍を踏まないために、日本の開業医のあり方を利用した、次のような方法を提案する。つまり、家庭医（総合医）が患者を直接高次医療機関に紹介する前に、専門医資格を持った診療所・中小病院医師に紹介し、ある程度の診断をつけることにより、高次医療機関に紹介すべき患者と、その専門医の外来や病棟で対処できる患者とを選別するのである。この方法を採用することにより長期待機患者の発生を未然に防ぐことが期待できる。

一方で、アメリカの民間保険会社が医療給付を抑制するために講じているようなインセンティブを家庭医に与えないように、診療報酬体系を監督する必要がある。すなわち、家庭医が病院の専門外来へ紹介しないことやその割合を評価する（これによって専門医が通常行う高額な精密検査が抑制される）ような仕組みを作ってはならない。国民が享受する医療の質と自己決定権を担保する上では、フリーアクセスの理念は維持する必要がある。

併せて、家庭医（総合医）制度が、外来医療における定額制の推進に利用されないようにしっかりと監督しなければならない。**1996**年に実施された「老人慢性疾患 外来総合診療料」（**2002**年**10**月廃止）が、本来個別に算定されるべき指導料・検査・投薬・注射料を包括化し、医師の裁量権と患者の権利を著しく侵害した過去がある。

また、高次医療機関での急性期治療を終えた虚弱高齢者が自宅に戻る間の後方施設として、現在病院の**7**割を占める**200**床未満の中小病院の活用が期待される。そこには、患者家族や地域の状況を熟知し、介護保険や福祉施策にも通じた家庭医（総合医）がいて、ある程度の回復をみた後の介護や福祉への橋渡しがスムーズにできることが期待される。これによって中小病院が社会的入院の温床となることを防ぎ、また、経

當の危機からも脱することが期待される。

### 【参考図書】

- ・ 池上直己 著 『医療問題』 日本経済新聞出版社
- ・ 柿原浩明 著 『入門医療経済学』 日本評論社
- ・ 川渕孝一 著 『国民皆保険はまだ救える』 自由工房
- ・ 島崎謙治 著 『日本の医療 制度と政策』 東京大学出版社
- ・ 二木立 著 『医療改革と財源選択』 頸草書房
- ・ 本田宏 監修『なぜ、病院が大赤字になり、医師たちは疲れ果ててしまうのか！？』 合同出版
- ・ 読売新聞医療情報部 編著『完全図解 医療のしくみ』 講談社

# 第 章 看取り教育 (Death Education)

Good Death を望むか Bad Death を望むか。これは大きな問題である。今の医療倫理、医療制度からはたして我々の医療行為が、患者に対して Good Death になっているだろうか。命を延ばすことが優先され、患者個人の Good Life になっているだろうか。Bad Life になっていないだろうか。唯一、死の宣告のできる我々医師が、日本医師会主導で、看取り教育 (Death Education) について取り組み、生と死について患者・家族に問いかけをしなければならない。

## 1 . 現状

日本における自宅死亡率は減少し、病院死亡率は 80%台に及んでいる。日本人の人口構成、平均寿命の伸びから、死亡数が 2038 年にピークを迎えると推測されている中、看取りを行う場は今後入院医療には期待できないと思われる。

人生終焉の時を以前のように住み慣れた自宅でという方向に政策が向いているが、家族への負担、独居老人、老老介護等の介護力の不在あるいは不足、在宅サービスや急変時の医療体制への不安等により在宅死は困難と感じている方が多い。在宅療養にあたっての課題は多い。人生の終焉をどこで迎えるかは、今後大きな問題となってくる。

自宅以外の終焉場所として社会的に期待されているのが、居住系施設である。診療報酬の改定や介護報酬・指定基準の見直し等にもかかわらず、自宅での看取りの顕著な増加は今までのところ認められなかったからである。今後、患者まで含めた看取り教育はより重要性を増すであろう。

今後の看取りを住み慣れた自宅やそれに準じる施設で広めていくためには、下記の課題が予想される。

### 1 - 1 ) 医療制度、医療体制の問題

緩和ケアや麻薬の積極的な使用は、癌の終末期では広く認められ、ターミナルケア加算など診療報酬も手厚くなっている。しかし、非癌の終末期では、緩和ケアそのものが認知されず、麻薬の使用は限定されている。癌、非癌にかかわらず、緩和ケアや手厚い診療報酬は必要である。医療体制もがん拠点病院のような地域のすべてのターミナルケアの拠点となる医療機関を認定し、これらターミナルケアの拠点が、在宅医療支援診療所では対応が難しい場合に緩和医療チームを派遣し、急変時の患者に安心できる医療を供給することが必要である。また、専門医だけでは看取りの急増に対応は困難で、「地域看取り連携パス」など、多職種による包括的なケアプランを早急に構築することや、患者、患者家族、医療者、介護者を含めた看取り教育を推進することも必要である。

## 1 - 2 ) 介護の問題

現状では、家族も施設の介護職員、ホームヘルパーも看取りに向けての介護に慣れていない。看取り体験が必要である。

## 1 - 3 ) 死を見つめる文化の問題

個人によって死生観が違うからこそ自分の人生・家族や大切な方と、元気なうちに「生」「死」といったものを、考えていく必要がある。自分のあるいは家族のあるいは大切な方々の最期を **Good Death** のものにするために、年に何度か家族みんなで「生」「死」を考える習慣、文化づくりが必要ではないだろうか。

全ての終末期の人間やその家族の希望は、延命にあるのではなく、残された時間の高い QOL の保持にある。何らかの治療が患者本人の尊厳を損なう可能性があるときには治療の差し控えや治療からの撤退も選択肢として考慮する必要がある。最善な医療や介護の結果が延命につながる時もあるが、より良い豊かな看取りをめざすことが優先される。将来に向けて、より良い看取りを行うには、医師、医療従事者のみならず患者本人や家族及び地域で医療をささえる行政や NPO の人まで全ての人における終末期のとらえ方とその対応への理解が必要となるだろう。現代の医療の進歩、家族構成の変化、社会事情の変化を加味して看取り教育を行えば理解が深まるのではないかだろうか。

この問題は医療だけで考えられるものではなく、文化・社会運動として取り組まなければならない。

## 1 - 4 ) 心肺蘇生措置の問題

適切な医療の継続にかかわらず治る見込みがなく死が間近に迫っているときに、心肺蘇生措置に消極的な意見が多い。また、延命医療について家族と話し合いをしている方のほうが、心肺蘇生措置に消極的である。

## 1 - 5 ) 人工的水分・栄養補給法 (artificial hydration and nutrition : AHN) の問題

医療の発展により、点滴や経管栄養などの AHN(人工的水分・栄養補給法 **artificial hydration and nutrition**) によって寿命を延ばす技術はできたが、遷延性意識障害や認知症で経口摂取できない方々への AHN は、その方々のためになっているのだろうか。看取りの場所の選択、延命治療の選択など自分の終末期について、考える必要がある。

## 1 - 6 ) 終末期

終末期のプロセスなどについて、様々なガイドラインや提案が出ている。

医療従事者として最期にどのような手を差し伸べることができるのか、家族と一緒にその個人にとっての最期をどのように演出するかが医療・介護者の腕の見せどころではないだろうか。

### 1 - 7 ) 看取り医

死亡者数が増え、看取りの場所も病院から在宅や介護施設などへ移行した場合、配置医師や眼科や耳鼻科や形成外科なども、看取り医師となる事が多くなるであろう。

## 2 . 解決策

今後、看取りのケアを考えるうえで、かつてあった豊かな死の文化についての理解と教育が必要である。

在宅医療は、病院化された死の文化を、生活の場に戻す役目をもつ。在宅医療に展望を託すべきなのは、人間本来の自然な死のプロセスが充ちているからである。その際、必要な緩和ケア的医療を否定するのではなく、十分なオピオイド使用などの処置を推奨し、その一方で、不可避の死のプロセスを静かに受け入れる姿勢も常にもっていきたい。死にゆくものに残された家族がそこに寄り添うことに大きな意味を見出し、家族と死者とのつながりを確認することはスピリチュアルケアへの対応となるであろう。

今後、緩和ケアの基本教育のみならず、看取りの文化的な教育、スピリチュアルケアの教育が、看取り文化再構築のカギとなる。これらの流れを、大きな文化・社会運動として取り組まなければならないと考える。これは医師主導で行われるべきである。医師会（日本医師会、都道府県、郡市区）やがん拠点病院、地域医療支援病院、地域の病院が中核となって、最終的には地域の全ての方が、立場に応じて看取り教育を受けられればよいであろう。

### 2 - 1 ) 看取り教育のシステムづくり

#### ( 1 ) 看取り教育の対象

終末期の医療や介護、そして看取り教育は、医師と患者及び患者家族、他の医療・介護従事者や行政の担当者、地域のボランティアやN P Oの職員など一般人も含めたすべての人が対象となる。

#### ( 2 ) 内容と方法

教育の対象は広くレベルも様々で内容もスピリチュアルな部分もあり、日本医師会が各学会、行政などの連携の中心となって医師が主導して教育を推進する。教育の内

容は、対象となるすべての人が一律である必要はなく、スピリチュアルな部分は共通とし、基本教育のカリキュラムを指導する指導者、指導医向け、地域で教育を広める専門医向け、さらに地域医療をささえる医療者向け、一般の人向けなどレベルに応じて変える。

看取り教育の方法は、カリキュラムのレベルに応じて全国、県、地域で行う。まず指導医向けは、日本医師会が中心となり、指導医は都道府県医師会あるいはがん拠点病院、地域医療支援病院などにおいて専門医を養成する教育を行う。さらに郡市区等医師会、市民病院が中心となって専門医が講演会や勉強会を開催し、地域の一線で働く医療者や、市民へ看取りへの理解を広げていく。医学、医療系の学生に対しては、講義として大学や学校に行っていただく。講師は、専任の教官がいなければ、医師会や行政が指導医や専門医に講義をお願いする。

上記教育に加え、市民に対しては、看取りに関する公開講座を地域で定期的に開催する。いのちを考える日（2-4）参照）が近づいてきたら、看取りを改めて考えるようなCMや公開講座を集中的に行い、国民全体がいのちのありかたを制定日に考えていただけるような雰囲気を盛り上げていく。

また、死亡診断書／検案書の記入に関して、日頃看取りの現場に立ち会う事が少ない医師も含め医師全体に教育し、異常死についても講習会を開催する。

### （3）予測される効果

看取り教育の達成により、ある程度の基本的知識や考え方を共有する。終末期医療はチームワークで支えていくため、医療や介護の質が担保される。現在よりも充実したインフォームドコンセントがとられ、患者のQOLは向上する。

## 2-2) 診療報酬上の整備

診療報酬については看取り加算など、全ての疾患の終末期を対象とし、多職種で同時に看取りにかかわる全ての医療及び介護施設での算定を認める。看取りや死亡診断書、死体検案書の患者負担は原則的に無料が望ましい。在宅でのAHNは低コストとし、施設等でのAHNは高コストとし、在宅介護を進める。経管栄養の接続、投与について、自分で施行できる場合は「在宅成分栄養経管栄養法用栄養管セット加算」などを無料化にする。

## 2-3) 法の整備

患者のQOLの向上や患者の希望に応じた治療の差し控えや中断により、医療者や介護者が訴追を受けないような法整備が必要である。全ての患者が病気を理解する権利を有し、患者の意思に基づく治療の拒否や差し控えを選択する権利を認めることが必要となるであろう。例えば、生前より延命治療措置・臓器移植に関する意思表示

を保険証の裏などに記入するのも一つの方法と考えられる。

## 2 - 4 ) 看取りや死を考える日の制定

終末期医療について関心のある方が多い割には、家族間で延命治療についてなど終末期について話し合ったことがない方が多い。日本全体で家族や大切な方と自分たちの命について考え語る日を制定する。

制定日に向けて看取りに関する公開講座や CM などにより看取りを考える雰囲気を盛り上げていく。

① 名称案を示す（日本記念日協会に登録のないもの）。

- i ) 生命の日 ii ) 尊き日 iii ) 人生の日 iv) 命尊き日

② 制定日は以下が考えられる

i ) 春分の日（3月 20 日～21 日）

自然をたたえ、生物をいつくしむと同時に、家族の健康（生きていること）を祝い考える。

ii ) 秋分の日（9月 22 日～9月 24 日）

祖先を敬い、なくなった人々をしのぶと同時に、家族の健康（生きていること）を祝い考える。

看取り教育などを通じて、地域での患者とかかりつけ医の関係が醸成され、全ての人がフリーアクセスでかかりつけ医を選択し、将来必ず起こりうる“死”について一緒に考えていくことが理想である。

## **第IV章 短編小説「2030年代の医師たち」**

医師会将来ビジョン委員会の答申が世の中に浸透したら、きっと素晴らしい世界になっています。

### **1. 2033年4月 雨宮光太郎医師 38歳 民間病院勤務医**

2033年4月、医療の分野では去年もまあまあのこと多かった。今年は5年ぶりの診療報酬の改定があったが、改定率が5%増額になるそうだ。私は雨宮光太郎、38歳の勤務医だ。2013年に国立大学医学部に入学。医学部に入ったとはいっても身内に医師はおらず、国家資格を取得した後のこと、医療業界のことなどは何も知らなかった。多少不安もあったし、周りの学生が「日医学生部会」に所属していたので、私も入ってみることにした。そこでは丁寧に医学のこと、医療制度のこと、病院運営のことなどを教えてくれ、この会への参加が私の医師としての原点になったと今でも思っている。

2019年に卒業した後、大学附属病院の内科に入局した。昔は専門医になるための研修しかなかったと、ご高齢の先生方はおっしゃるが今は全く違う。専門的な教育は勿論、家庭医研修が充実しているので一通りの診療に対応し、患者さんの身になって臨床をすることができるという自信もついた。

その後、医局ローテーションでいくつかの病院で勤務をしたが、5年前に地元医師会の「就職斡旋事業部」の勧めもあり、今のA病院に赴任した。昔は医師の斡旋業者が法外な紹介料を病院からとっていたと聞いたことがあるが、やはり、医師は同業者団体の勧めで、勤務場所を決めるべきものであろう。どうして、昔は医師会が就職斡旋をしていなかつたのか不思議だが、ともあれ、現在は就業先に困ったり、不満を持つ医師は殆どいない。

さて、私が勤務するA病院だが、女性医師も多く、楽しい職場である。女性医師は出産、育児との両立なので大変そうだが、もう15年近く前から各医学部に設置されている「女性医学部生支援事業」により学生の頃から、仕事と子育ての両立を志向する女性医師が多くなった。そういうえば、この「女性医学部生支援事業」も地元医師会の運営によるものだ。ネット環境の発達によって、画像診断やネット医療相談の業務など、自宅で診療を行っている女性医師も多いと聞く。

A病院では昨年に最新の電子カルテが導入され、とても使いやすくなった。インターネット経由で患者のカルテ情報を参照できるので、学会などに参加した時の出張先からでも入院患者の状態を把握できる。遠隔医療の法改正も行われたので、テレビ電話で話しながら、指示も行えるようになった。昨年から医師も勤務体制が3交代制となり、夜勤の後は休日となった。また、夜勤を何度か行うと、1週間は休暇が取れるので、昨年は2回ほど海外に行くことができた。1回目はパリでの学会、2回目はシ

ンガポールに家族旅行に出かけた。出張先や旅行先でも心配な患者は「ネットカルテ」があるので、さほど気にならない。

2000 年くらいから女性医師の割合が増加し、最近では医師同士の職場結婚が多くなった。私の妻も F 市内の B 病院の勤務医として働いている。彼女とは研修医時代に知り合い 5 年くらい交際した後、入籍した。結婚当時は収入も休みもなかったので結婚式を挙げないままだったが、結婚 5 年目の今年は長期休暇を取り、彼女の念願であったタヒチのボラボラ島でささやかながら家族と親族との結婚式を計画している。

ひと昔前まで深刻だった医療訴訟も国民への啓発活動が進み、件数は減ってきている。全診療科での無過失補償制度も充実し、不幸にも亡くなった患者の家族には一定の金額が支払われる。医師は事情を確認されるくらいで、それ以上の心配をする必要がない。二十数年前にある産科で患者死亡後に逮捕された医師もいたと聞いているが、今は医療関連死で逮捕される心配はなくなった。それだけでも、精神的負担は非常に軽くなったと、50 歳の先輩医師が安堵の表情で語っていたのが印象に残る。万が一、医療訴訟になったとしても地元医師会の全面的なバックアップが受けられるので安心である。昔の医師はいったん訴訟を受けたら、時間的・精神的・金銭的に極めて大変だったと聞くが、今では想像もできないことだ。

先日、「2000 年代の真実」というドキュメンタリー番組で「救急車のタライ回し」に触れていて、私自身、その酷い過去の事実に驚愕した。救急搬送における相互協力を縦割り行政が妨げる、というのが一因だったようだ。ドクターへリは厚生労働省と都道府県が補助金を支出、着陸する場所は国土交通省や市町村などが関与、患者を病院まで運ぶ救急車は消防庁の管轄。これでは迅速な搬送など望めなかっただろう。今は、患者搬送は「医療庁」が一括管理しており、救急患者には最も適切な病院を即座に選定し、搬送している。また、一医師の立場でも、今は、救急患者に出くわせば、医師会の ID カードを提示し、多くの医師が自発的にその場で救急隊が来るまで診療を行う。医師会 ID カードを持つ事は救急医療をいつでも行うという責任とそれに裏打ちされたステータスの一面もあるので、私はいつも持ち歩いている。私を始め、多くの勤務医が医師会に入っているのは、医師の責任に裏打ちされた尊敬を多くの人々から得るからもあるだろう。

医師を取り上げたドラマは昔からたくさんあったようだが、ここ 10 年ほどは医師会が監修をしているドキュメンタリーも人気になっている。医師や病院の実態を多くの視聴者に見てもらうことにより、モンスターペイメントやコンビニ受診などは少なくなっているようだと、70 歳代の院長から聞いた。また、日本医師会配信のネットニュースによって、最新の医療や医療制度の動向などがタイムリーに頭に入ってくるので、とても助かる。やはり、文字を読むより、画像の方が分りやすいから、若い医師もネットニュースを見るのだろう。先日、甥が医学部を卒業したのだが、地元医師会の保険医認定講座を受講したとメールが入ってきた。来週には会長面接を受け、ついに保険医になれると、ちょっと誇らしげだ。

さて、現状の医療環境は良いことばかりのようだが、やはり高齢者の増加は日本にとって大きな課題だ。年金制度の維持のために消費税が 20%となつて久しい。しかし、社会保障は以前よりも充実しているといえるだろう。在宅医療も発展しているが、やはり 15 年ほど前から始まつた「看取りの教育」が功を奏していると思う。「看取りの教育」制度の成果として、終末期にトラブルとなるケースは激減している。安らかな死、そして患者さんの意思の尊重が常識になっていて、延命治療という概念はなくなつてゐる。年間 170 万の方々が亡くなつてゐるが、半数以上の方々は在宅死だ。法整備が整つてきてゐるので、在宅での看取りもさほど大変ではない。医師法 21 条の改正によって、明らかに病死と判断される場合、死亡確認は 24 時間以内でいいということになつた。深夜に患者が在宅や施設で亡くなつた場合には、翌日の午前中に死亡確認に行けば良いので、深夜の呼び出しが減つてゐる。医療庁（旧厚生労働省）も在宅死亡率が上昇し、国際水準になつたと喜んでゐるようだ。

日本の高齢化は予測通り、低下することはないようだが、高齢者は自立した生活がしやすくなつてゐるようだ。1 カ月ぶりに母親が入所している特別養護老人ホームに見舞いに行つた。現在、ホーム周辺にある空き家を運営法人が買い取り、入所者に対して本当の在宅生活を勧めているそうだ。私の母は多少認知症があるが、今後は法人が所有する戸建て住宅に引っ越しして独り暮らしをする予定だ。介護報酬の増額により、ホームの運営が安定化しているので、ホームの入所者も職員も生き生きとしていて、また経営面についても様々、意欲的な取り組みができるようになつてきたそうだ。

政府が社会保障を充実させるようになって 10 年、社会も何とか安定してきたようだ、「医療崩壊」という言葉はいつの間にか聞かれなくなった。GDP も上昇基調にあるそうだし、日本の世界的競争力も 5 位以内をキープしている。最も驚いたことは、出生率が上向いてきたことだ。昨年で 1.8 人を超えて、近いうちに 2 人を超えると言われてゐる。既に子供を産める年代の女性が減つてゐるので、大幅な人口増は望めないが、希望が持てる数字と言えるだろう。日本も捨てたものじゃない、と私は今、思つてゐる。

## 2 . 2034 年 6 月 桜井のか医師 30 歳 診療所共同運営

2034 年 6 月、2 歳になる娘のユリアを「こども園」に預けたので、今から往診を行つてきます。今日の患者さんは 8 人、95 歳の患者さんは看取りになるかもしれません。私は桜井のか。2004 年生まれ、30 歳の女性医師です。実は、私の母も医師だったのですが、私が小さい頃は忙しくてほとんど遊んでもらつた記憶がありません。

当時は「こども園」もなく、私は毎日保育園に預けられていました。夕方、ほかの子たちにはお母さんが迎えに来るのに、私はいつも一人ぼっちで母が迎えに来るのを待つっていました。お母さんが迎えに来るのは夜の 8 時過ぎ、当時働いていた病院が忙しくて、自分だけ早く帰ることができなかつたみたいです。その母も私が 14 歳の時

に癌で亡くなりました。忙しいだけで、50歳で逝ってしまった母。当時は悲しさと同時に悔しい気持ちでいっぱいでした。「お母さんは病院に殺されたんじゃないのか」と。だから、子供と一緒にいられないような医師という職業には就きたくないという気持ちもありました。けれど、結局は母が死んだ訳を知りたいという思いが勝って医学部への入学を決断しました。

でも、今は昔とは全く環境が違います。少子化が進んでいるということもあると思うけど、幼稚園と保育園が一緒になった「こども園」が創設され、入園待ちなんてこともなくなっています。それに、社会全体の理解も進んで、子供を一人ぼっちで園に残しておくなんてことはなくなりました。

私は、臨床研修の後に家庭医コースを選んで、友人数名と運営している在宅医療を専門にする診療所で働いています。時間も結構自由になるので、娘のユリアとの大切な時間を持つこともできます。娘が昔の私のような寂しい気持ちにならないように…。

でも、来月からちょっと忙しくなりそうです。というのは、一緒に診療所をしている先輩の女医さんが出産するからなんです。年は私より10歳上だから、今年確か40歳。大学で結構バリバリに臨床をしていた先生で、30歳代には出産や子育ては無理と思って、卵子バンクに自分の卵子を保存していたのだそうです。そして、2年前に大学をやめて、この診療所を一緒につくった時に40歳には出産しようと決意したって言っていました。卵子バンクは日本医師会が運営しているから安心です。医師が一人抜けたら結構大変ですが、来月末からは補充の医師が来てくれることになっています。普段は看護大学で准教授をしている女性医師です。医師会の斡旋で大学の講義が休みの時に出産なんかで一時的に医師が足りなくなる医療機関に応援に来てくれる助かります。

私の方は主人も医者ですが、今、地元医師会からの派遣要請を受けて、鹿児島県の甑島に行っています。医者が増えてきたとはいっても、へき地に行く人はあまりいないようで、10年ほど前から医師会がJMATの一環でへき地医療支援を始めたそうです。つい先日「島に1人の医師っていうのも大変だけど、やりがいがある。それに半年の期限なんて、あっという間だよ」というメールをもらって私もほっと一安心しています。

そうそう、去年の4月に日本医師会長選があったので、私もネット投票をしました。全会員による選挙が当たり前だと思っていたけど、昔は違ったそうですね。私は九州の白髪さんって方に投票したけど…。投票のホームページに「日本医師会への意見を」っていうアンケートがあったので、普段思っていることをたくさん書かせてもらいました。そうしたら、県医師会から日本医師会広報委員会の委員になりませんかって連絡が来たんです。託児所もあるし、子供の交通費も出してくれるそうなので、引き受けて先月初めて日本医師会館に行ってきました。建ってから40年ほど経つ会館らしいんですけど、上手にリノベーションしてあって、おしゃれなビルでしたよ。委員会ではかなりストレートに発言したので、これは採用されないだろうなと思っていたら、

いくつか採用されたみたいです。理事のオジ様達も結構理解があるんだなって見直しました。その時聞いたんですが、日本医師会館では屋上で野菜を作っているんだそうです。それから、理事ってお爺さんばかりだと思っていたけど、みんな結構若そうな人達でしたよ。理事の先生方の大半は東京出身じゃないから、都内のマンションに住んでるらしいけど、医師会館がある駒込まで自転車で通勤しているんだそうです。大学を卒業して**6**年ぶりに東京に来たけど、東京の空は以前より澄み渡っているように感じました。

私のおなかには**2**人目のこどもがいます。**20**年後、この子が成人になる時には、この国はきっと、もっといい国になっている。今、私はそう思っています。

さて、**2012**年の今、光太郎君、ののかちゃんは**17**歳と**8**歳です。**20**年後には彼らがプライドを持った医師になれるでしょうか。幸せに暮らしていくのでしょうか。今、私たちは彼らのために何ができるのでしょうか。

彼らに自信を持って**2012**年を語れるように私たちは頑張っていきます。

## 第 章 おわりに - 委員の挨拶・感想

○ 荒木 啓伸 委員（荒木病院院長／札幌市医師会政策委員会副委員長）

明るい将来ビジョンの実現のために

医師会将来ビジョン委員会とともに過ごした1年半は、私にとって特別な期間でした。第1回委員会は、緊張のあまり話した内容も記憶しておりませんが、2回、3回と重ねていくうちに、緊張は保っておりましたが、自分を含め他の委員の先生の発言も次第に纏まってきて、何とか答申までたどり着くことができて一安心しています。

委員の先生方とのディスカッションは忘れることができません。言葉ではうまく言い表せませんが、自分の意見が他の委員の先生の発言に導かれてプラスアップされて行くことの連続でした。その経験は、地元医師会の活動でも大いに役立ちましたし、自分自身の毎日の充実にも確実に役立ちました。毎回委員会に向けての準備は私にとって苦しくもあり、毎日の仕事のエネルギーであったとも感じています。私事ですが、任期中に初めてフルマラソンを完走できたのもこの委員会から得たエネルギーあってのことと思っています。

さらに、委員会を通じて、医師会活動は医師として本筋の活動を行ってこそ医師会活動であるということも実感させられました。3.11の衝撃のあと、委員会委員は被災地を中心となって活動され、その生の体験を委員会で共有することで、この委員会がより充実し、答申も重みのあるものになったと思います。

当然のことですが、医師会の将来ビジョンは、この答申で完結ではなく、我々若手の医師会員が今後の活動の中でひとつひとつ現実のものとして行くことで見えてくるものです。今回日本医師会館で出会った仲間とともに、この貴重な経験を糧として今後とも本筋の医療を行いながら明るい医師会の将来ビジョン実現のために精進する決意でございます。

最後になりましたが、任期をともにした委員会委員の皆様、私たちの失礼な発言にもかかわらず温かくアドバイスをしてくださった日本医師会担当役員の先生方、事務局員の皆様に心より感謝申し上げます。また、私を委員に推薦していただき、貴重な経験をさせていただいた札幌市医師会、北海道医師会の諸先生にこの場をお借りして深くお礼申し上げます。

## ○ 五十嵐 知規 委員（中通総合病院診療部長／秋田県医師会常任理事）

2011年1月20日、第1回医師会将来ビジョン委員会が開催された。

秋田は一面の銀世界だったが、空は晴れ渡り、真っ白な雪に反射して私を眩しく照らす太陽の光は、それからの1年余りに渡る委員会の明るい未来を暗示するかのようだった。県医師会の役員になってわずか9カ月ながら、若手の委員会ということで推挙された。私は期待を胸に10時45分秋田発羽田行きの飛行機に乗り込んだ。飛行機の窓から見下ろす山々は、寒々とした水墨画のような光景から、近づく春に備えて精気を蓄えているかのような淡い緑色へと次第にかわっていった。11時55分、羽田空港に着陸。羽田でのランチは、いつもその時の気分でメニューを選ぶ。この日は当然、イタリアンだ。第1回の会議に臨む晴れ晴れとした気分にぴったりじゃないか。定番のペペロンチーノとエスプレッソで午後の会議に向けての準備は万端。モノレールと山手線を乗り継いで、いざ日本医師会館へ。事前に送られていた資料をあらためて読み直していたら駒込への1時間弱はとても短く感じた。

その日、病院を出るまでは、そう思っていた。雪が降り続いているのは分かっていた。だから、いつもより30分早く出発した。でも、道は混んでいた。車がなかなか進まない。空港に向かう途中に、信号につかまらずに行ける、知る人ぞ知る抜け道がある。迷うことなく、曲がった。前から大型トラックが向かってきたので、車を左に寄せた。トラックをかわして、再び走り出す。が、動かない。雪の吹きだまりにタイヤをとられていた。まずい。飛行機の時間が迫っていた。たまたま前日、トランクにスコップを積んでいた。それを持って車の前に走る。転んだ。雪の下には氷が張っていた。東京では手袋はいらないだろうと家に置いてきた。悔やんだ。雪を掘って、そして車を動かす。動かない。また雪を掘る。車を動かす。何度も目かに、やっと吹きだまりから抜け出た。かじかんだ手でスーツの雪をはらい、空港に向けて飛ばした。虚しかったエンジンの遠吠えは、今や獲物を追う猛獣の荒い息づかいだ。ぎりぎり、間に合った。でも、何かおかしい。出発時刻が迫っているのに、乗客は待合に座ったままだ。「ただいま天候調査をしており、出発を見合わせておりますので、次の案内まで今しばらくお待ち下さい」外は雪が降り続けていた。目の前に待機している飛行機の機体にもどんどん雪が積もっていく。何台もの除雪車が滑走路を往復している。会議は午後2時からだから、出発が1時間遅れても間に合いそうだ。医師会館の近くにマクドナルドはあるだろうか。結局、2時間遅れて離陸。秋田空港でそばでも食べなければ良かった。モノレールに飛び乗った。モバイルSuicaがなかったら1本遅れたかも。携帯で最短ルートを探したが、山手線で行くしかないようだ。浜松町からタクシーで行くか、いや、電車より早いなんてことはないだろう。やはり、どうしても間に合わない。医師会に電話し、遅れることを伝えた。日本医師会の会議に、しかも第1回目に遅刻なんて言語道断、雪で遅れたなんて理由にならない。日本医師会の偉い先生方になんて言われるだろうかとビクビクしながら門をくぐった。

原中会長の挨拶を聞きそびれ、着席早々にさせられた自己紹介から私の将来ビジョン委員会は始まりました。言いたいことを何でも言ってよいと言われ、その後の会議は終始なごやかな雰囲気で行われました。委員はみな私と同年代、ずっと若い先生もいましたが、何年も医師会活動に携わってきたその経験と発言力には圧倒されっぱなしでした。日本医師会の会長、副会長、理事の先生方にも、ご多忙の中、多くのご助言をいただき、また親身に接していただき、感謝の念に堪えません。医療のことをこんなにもまじめに考え、堂々と主張しあうなんて、学生時代以来じゃないでしょうか。医師になってからの十数年、私は何をしてきたのかと少し恥ずかしくなりました。計6回の会議は、毎回新たな刺激を受け、とても充実したものでした。私の働きは他の先生方の足元にもおよびませんでしたが、最後まで仲間としてお付き合いいただき、大変感謝しています。医師会将来ビジョン委員会は私の将来ビジョンを考える場になりました。1年間、本当にありがとうございました。

○ 伊 藤 勝 宣 委員（青森県立中央病院総合診療部・救命救急センター副部長）

将来ビジョン委員会に参加して

今回この委員会を通じて、全国各地から選出された諸先生方と、医療についての様々な討論ができたことは、私にとって大変貴重な経験でした。皆様に感謝致します。

この委員会は、医師会について知り、学び、考える場でありました。青森県医師会常任理事でもある当院副院长から本委員会に推薦され、もともと医師会に入会していなかった私は、深く考えることもなく参加した第一回の会議で、周りが皆各地の医師会の理事や各種委員会の委員等、既に医師会の重要な役職にあり活躍されておられる方々ばかりだったことに驚き、あまりの自分の異端ぶりと場違いぶりにおののきました。第二回以降の委員会は辞退すべきかとさえ考えましたが、自分のような立場だからこそ言える事もあるかもしれないと思い直し、以降の委員会に臨んだのでした。実際のところは、医師会や医療制度についての知識が足りなさすぎて、まず自身の勉強で手一杯となっていましたが、毎回新たな知見を得ることができたことは喜びでもありました。

最も印象深かったのは、やはり昨年の東日本大震災に関連する医師会の活動でした。長期に渡る JMAT、JMATⅡ活動、検査担当医の派遣、医療物資の輸送等々。特に検査検視活動については、この委員会に参加していなければ知ることがなかったと思います。

そしてなにより、日々の臨床に疲弊していた私にとって、この将来ビジョン委員会で全国各地の同年代の先生方が、医師会のみならず日本の医療のあり方について熱く語るのを目の当たりにすることが一番の刺激でした。目先の事だけにとらわれず、制度全体のことや未来のことも考えるという視点、スタンス。これが自分にとって一番の収穫だったかもしれません。

最後になりましたが、日本医師会役員の先生方、事務局の皆様、そして委員の皆様に深く感謝申し上げます。御指導誠に有り難うございました。

○ 大輪 芳裕 委員（荒川医院院長／愛知県医師会理事）

日本医師会将来ビジョン委員会に参加して

愛知県医師会の新任の役員として、先輩理事に助けられながらまだぎこちなく職務を始めたころ、妹尾淑郎県医師会会长から日本医師会の若手の会に出てみないかと勧められ、中部ブロック代表の一人として参加させていただきました。地区医師会では、それぞれの立場や利害によって意見が制約されることが多いあると思いますが、この委員会では、一途に国や医療界、医師会の将来を憂いて、自分の信念に基づいてピュアな考えやアイデアを披露することができたと思います。これも、討論しやすい環境整備をして下さった白髭先生はじめ委員会執行部の先生方や日本医師会の担当職員の方々の御配慮の賜物だと深く感謝申し上げます。

私は県では、主に苦情相談や会員相談、医療安全、病診連携などを中心に医師会活動を行っています。相談業務や医事紛争、病診連携会議など、開業の先生方にとって緊契の問題の対応に明け暮れる毎日です。しかし、この委員会では医療制度班に属し、マクロに医療全体の将来を自由に考えるチャンスをいただき大変に視野が広がったと感じております。また、いざ答申書を分担執筆する段階になって、自らの知識不足をつくづく痛感し、見るもの聞くもの全てが医療制度のアイデアのヒントになると感じて集中して勉強することができ、今後の医師会活動を行う上で大きな資産となつたと思います。

合宿形式のため、会議の後も全国の同世代の委員の先生と色々な議論ができたことや、普段はお話をすることもできない日本医師会の役員の先生方にお声をかけて頂いたことは、私にとって貴重な経験となりました。今後も、医師会活動や学会活動などの機会にまたお会いできることを楽しみにしております。

最後に、私を含めてまだまだ未熟な若手医師の議論を長時間聴いて下さり、貴重な御助言を頂いた日本医師会の役員先生方、県よりこの委員会に私を送り出して頂いた愛知県医師会の諸先輩方に深く御礼申し上げて委員会に参加した感想とさせていただきます。

○ 菊 地 勤 委員（金沢西病院副理事長／石川県医師会理事）

感謝の1年を振り返って

**H23.1** 若き精銳が、この誇りある日本医師会に集いこの委員会がスタートしました。  
**H16.3** 日本医師会未来医師会ビジョン委員会委員長を現石川県医師会会長小森貴先生が務められた経緯もあり、終始緊張プレッシャーの中の参加でした。

第2回の会議は、東日本大震災のため延期されましたが、この震災によって医師会の意味ある立場がそれらを知らない方々へもわかる事となりました。日本国民はもとより世界中の方々から多くの支援をいただき復興に向け様々な方々が活動する中、DMAT・JMATなどの活動は、素晴らしいものだと感じました。原中会長のあいさつの中に、「どのような場合でも、たとえ戦場で敵であっても目の前に悩む人、痛みをこらえている人、病気を持っている人を救うのが医師の天命である。そういうところから医師は聖職だといわれるゆえんである」と言わっていました。震災にあわれた方へはもちろんですが、日本医師会員以外の JMAT 参加メンバーへの安心を提供するため、日本医師会会費の中から災害保険料が支払われていたと聞き、大変感動したそんな中でのスタートになりました。

この委員会に配属されたことは偶然でもあり必然でもあったと思います。また、自分にとって大きな財産となり、医師会に入った大きなメリットになりました。よく、医師会に入るメリットは？と聞かれる事がありますが、拒絶すればするほどメリットはなくなるでしょう。まずは日本の医師ならば医師会に入り、一致団結し国民のために働かなければならぬだと思います。自分の好きな事だけではなく、そうでない事へも協力をし、自分たちでメリットの多い、魅力ある日本医師会にしなければならないと思います。日本全国から様々な若手医師が集い、様々な立場の先生方と出会い、互いが切磋琢磨し、将来の医師会・医療制度について議論しました。しかし、答申書に書かれたビジョンが架空のものであれば、お遊びと同じです。今後さらに、我々の思いがかなうように、またその時代時代に変革していく様にしなければなりません。一人でも多くの国民に、日本の医療を受けることができ、よかったですと思っていただけるように、邁進していきたいと思います。

最後に当委員会に推薦していただきました石川県医師会会長小森貴先生をはじめとする石川県医師会役員の先生方、また会員の皆様、そして、日本医師会に快くいかせていただきました、勤務する医療法人博友会金沢西病院理事長をはじめとする職員一同に深謝いたします。

○ 小松 幹一郎 委員（小松会病院院長／相模原市医師会理事）

隗より始めよ～提言する医師会から牽引する医師会へ

当委員会を通じて全国の若手理事の先生と知己を得ることができ、また日常を少し離れて大所高所から日本の医療と将来を考えることができたのは私にとって非常に大きな財産になりました。

医療政策の担当になつたため、医療経済学や医療政策の本を何冊も読みましたし、日本という国の問題点を指摘する本も多く読みました。そして学べば学ぶほど、知れば知るほど自分の考えやスタンスが定まっていないことを痛感し、迷子になってしまっているのが現状です。

これから日本の医療制度は、対症療法だけでは乗り切れないことは明らかです。国民皆保険制度が成立して 50 年たった今こそ医療に携わる全てのステークホルダーが、変化していく日本に対応できる改良に取り組んでいかなくてはなりません。

医師会に入ると何のメリットがあるのか？と同級生に問われますが、メリットを並べ立てるより、むしろ医師会員でないことが非難の対象になるような医師会でなくではありません。医学生や研修医だけでなく、国民やマスコミに評価・尊敬される医師会活動を展開していく必要があります。

医療政策に関しては、現状の福祉を望むのか、現状の負担を望むのかは国民に説明し、選択してもらうべき大きな問題です。しかし全ての決断を政府や国民に委ねるのではなく、医療費の無駄な部分を削減するための努力や提案は医師会からも発していく必要があります。また医師が優遇されている制度に関しても既得権を手放すことも考えるべきでしょう。そして当委員会の提案の一つである終末期医療や living will などの話題は医師会員が先頭に立って意思を表明し、普及に努めていくことが重要です。

迷子になった割には過激なことを多々書かせていただきましたが、これも若気の至りということで許していただければ幸甚です。

最後になりますが日本医師会の役員の先生方、事務局の皆様、委員の先生方、そして私を推举してくださった相模原市医師会、神奈川県医師会の先生方に感謝申し上げます。

○ 島 田 潔 委員（板橋区役所前診療所院長／東京都医師会地域福祉委員会委員）

激動の時代を乗り切ろう～救国のための将来ビジョンを描く～

当委員会が組織された 2011 年は、まさに激動の年でした。東日本大震災では多くの人命が奪われ、日本医師会の医療チーム（JMAT）などが動きました。また震災の影響で福島原発事故が発生し、放射能汚染地域では復興作業が滞っています。世界に目を向ければ、中東の民主化運動はリビアのカダフィ政権を崩壊させ、その後も中東情勢は不安定な状況が続いています。また、ギリシャの財政危機に端を発した欧州ソブリン危機はユーロ圏のブロック経済の限界を露呈させました。欧州各国の信用力が不安視され始めると、我が国の膨大な財政赤字も対岸の火事と言えなくなり、消費税を争点とした「税と社会保障の一体改革」の議論が加速しています。

財政赤字は深刻な問題ですが、どんな時代においても国民が健康で文化的な生活をおくるために、「質の高い医療提供体制」を堅持する必要があります。現行制度の利点や欠点、今後発生するであろう諸問題を理解する上で、当委員会に参加する機会を賜りましたことに大変感謝しております。約一年間の短い期間ではありましたが、日本医師会常任理事の先生方並びに全国から集まつた委員の先生方の真摯な議論と提言書などを通じて、医療の現状への理解を深め、見聞を拡げることが出来たと感じております。特に、僻地医療や診療科目ごとの医師数の不均衡の問題について理解が不十分だったと反省しています。私のように医療資源に恵まれた首都圏で診療をしていると、我が国が抱えている問題を充分に認識していないことに気付かされました。

当委員会の答申が日本医師会と全国の先生方に新たな課題と方向性を提供し、希望の持てる日本を創る一助になることを願っております。そして日本医師会が我が国の医療をより良い方向に導いてゆく専門家集団として、国民から信頼されることを望みます。

○ 鈴木伸和 委員（ていね泌尿器科院長／札幌市医師会理事）

日医将来ビジョン委員会に参加して

今から 10 年ほど前、私が地元医師会の活動に関わり始めた頃の話です。その時私は医師会がなぜいつまでも世間から負のイメージを持たれているのかよくわかりませんでした。その活動自体は広く市民の健康を守ろうという高い志のもとに行われているにもかかわらず、一向に医師会イコール政治的压力団体というイメージを払拭できないのか理解できなかったのです。もしこのマイナスイメージを払拭できれば同じ医者仲間にも興味を持つてもらえ、もっともっと活発な医師会の活動ができるのに。そんなことを漠然と考えていた時に地元北海道医師会の会報に掲載された「21 世紀の医師会を考えよう」という一編の寄稿文が目に留まりました。

これは当時北海道医師会常任理事だった中川俊男日医副会長が未来医師会ビジョン委員会の答申をわかりやすく紹介されたもので、そこには私の疑問とその解決策が小気味よく書かれていました。医師会が大きく変わるかもしれないという予感とともに、この未来医師会ビジョン委員会なるものは一体どのような委員会なのか強い好奇心を持ったことを今ではっきりと覚えています。

あれから 10 年、現在の日本医師会は医師を代表する組織、日本の医療団体の総まとめの団体となるべく、確実にその変革は進んでいます。しかしその一方でいまだにその活動内容、真の姿がきちんと世間に知られていないのも事実です。今回偶然にも当時と同じような趣旨で立ち上げられたこの委員会に関わることができました。私たちの活動が実りあるものだったのかどうかはこの答申書をお読みいただいた先生方のご判断に委ねざるを得ませんが、私にとっては 10 年の時を経て同世代の仲間たちとこの日本医師会の将来をとことん議論できたのはとても有意義でまた楽しい時間でした。このような機会をいただいた日医役員の先生方、地元医師会の先生方を始め、関係諸氏の皆様方には心から感謝を申し上げたいと思います。

○ 高野 研一郎 委員（高野病院副院長／東京都医師会病院委員会委員）

手紙 将来の自分へ

2011 年は東日本大震災の年として生涯記憶に残ることだろう。その年 1 月より翌年 2 月までの 1 年間、国内各地より集った 16 人の 30~40 代若手医師による、医師会将来ビジョン委員会の一員に選出され活動する機会を授かった。自分自身 43 歳の時であった。さて集まった面々は「本当に彼は医者なのか」と勘ぐってしまうような、実は政治学者もしくは経済学者、あるいは評論家、哲学者か、果ては作家ではないかと思わせるような知識や能力に溢れた連中であり（我々を見守って下さる役員には、歌手のような先生もいらっしゃった）、そこにいる誰からも自信に溢れ、活力に満ちた雰囲気が伝わってきたものだ。正直言って委員会は辛かった。これまでに自分の無知さや非常識をさらけ出すのは慣れていたが、今回は求められるレベルが高すぎたのだ。あまりに己の知識がなさ過ぎたのだ。いつも思いつきでしか発言しない私に話を合わせてくれた、委員みんなにお礼を述べたい。

さて、次にこの自分への手紙を読み返すのは、それは何時のことだろう。将来ビジョン委員会、その名の如く将来に思いを馳せ、忌憚ない意見を出し合う。一体どのような未来が自分を待っているのだろう。夢を語るのは楽しかった。だがそのために現実を学ぶと、同時に不安も増した。人類が史上経験したことのない急激な早さで変貌する少子超高齢社会。30 年後、家業として高野病院は存続しているのだろうか。息子は医学の道を歩んでいるのだろうか。我が娘に「医者はいいぞ」と胸を張って奨めることができる社会であるのか。室内と二人、老後の心配をせずに日々笑いながら生活できているのだろうか・・・。不安も募ったが、委員の間にはそれらを吹き飛ばす勢いが感じられた。委員会が導きだした答申のうち、何が現実となり、どれが夢物語で終わったか。早く確かめてみたいものだ。やりたいことは沢山ある。行わねばならない事に尽きることはない。一方、時間は着実に過ぎていく。必ず巡ってくる 30 年後、その時わたしは 74 歳。この答申を開き、その内容と現実を照らし合わせる自分を想像しながらこの一葉を綴っている。日本の医療と、それを取り巻く社会がどのようになっているのでしょうか。願わくは、穏やかに健康でその日を迎えたいたいものです。

○ 原 祐一 委員（ホームケアクリニック理事長／福岡県医師会理事）

医師会の改革へ向けて

全国から集まった同年代の医師たちとの1年以上にわたる会合・討論は実に良い経験でした。このような機会はそうそうあるものではないと感じております。本委員会委員に推薦していただいた九医連の先生方に心からお礼を申し上げます。

さて、本委員会は第1回が2011年1月にあり、2回目が予定されていた3月中旬の直前に東日本大震災があり、委員会は約半年間延期され、実質のスタートは2011年8月되었습니다。本来ならば2年間ほどでまとめる答申ですが、実際の検討期間は8ヶ月間であり、白髭委員長、三瀬副委員長、加藤副委員長の御苦労はいかほどだったかと思います。

さて、委員会が延期されていた3月から6月の間にはJMATで被災地に行った委員も多く、私も4月1日から福島県いわき市に行ってまいりました。「医師の本分は困っている患者さんのところに駆けつけること」、と今回のJMAT活動で痛切に思った次第です。今回の医師会将来ビジョン委員会の答申にもその医師の本質の感覚が入っていると思っております。とは言いつつも、現在の日本の財政状況は極めて悪く、改善される見込みも立っていません。医療の充実、社会保障の充実には適切な財源が必要であることは言うまでもありません。本答申に医療財政の立て直しも入れた次第です。

また、日医会長選、役員の定年にも言及いたしました。公益法人法改革等の制約はあるとは思いますが、やはり会長選は全会員による選挙にすべきだと思います。日医の理念の一つに「全医師の大同団結に向けて」と言う考えを入れ、そのための全会員選挙を要望します。役員の定年制も提案しておりますが、やはり世の常識のように60歳定年を行うべきと考えます。

日本の将来には、危機的な国家財源、少子化、高齢者の増加など多くの問題が横たわっていますが、多くの人々の横への繋がりにより、多くの問題は解決していくと信じております。本委員会は横へのネットワークの入口であり、医師会をより良い方向へ変えていくきっかけとなることを期待しています。

○ 堀 井 孝 容 委員（堀井医院理事長／大阪府茨木市医師会理事）

日本医師会役員の皆様、医師会将来ビジョン委員会メンバーの皆様には大変お世話になりました、まことにありがとうございました。

若輩ながら当委員会に参加させていただき、今この国がおかれている医療における現状をわずかながらでも理解できたことは、小生の人生の糧にすこしでもなったのではないかと思います。

この**10年20年**の間、この国ではいろいろな否定的な意見が飛び交ってきました。国が悪い、役所が悪い、誰々が悪い・・・確かに今のこの国では様々な弊害がきしみあい、悪いことだらけのように思われます。しかし結局はこの**20年間**国力の低下と、経済の停滞に帰結するのではないかと考えます。そのため残された少ないパイをみんなで奪い合い、醜い言い争いをしているのです。

医療の分野でも例外ではありません。医療崩壊という言葉が現れて、それが現実のものとなりつつある今、同じく誰々が悪い・・・という言い争いが跋扈しています。しかし多くの意見は非常に一面的なものが多く、下手をすると責任のなすりあいや自分の窮状を訴えるのみのものに終始しがちです。

この国の人ロ構成は**100%少子高齢化**に突き進んでいます。ここで忘れてはならないのは、少子高齢化になる確率は「**100%**」なのです。この事実に目を背けるわけにはいきません。経済成長に関する予測では**100%**なものはありません。しかし**100%少子高齢化**になる事実を踏まえて**10年20年後**どのような医療を提供すべきか、というビジョンを提示することは、医師を代表する医師会としては「義務」であると考えます。そのためには現在おかれている医療の現状を十分に把握し、人口構成の変化でどのようなことが今後起り得るかということを多面的に予測する必要があります。

ここに書かれた提言は希望的観測の域を出ないかもしれません。水面にわずかな波紋を生じる程度に投じられた一石かもしれません。しかし今後この国で起り得る医療の様々な問題に対して、この提言書が国民的議論を行うにあたっての一助となれば幸いです。

最後に日本医師会役員の皆様、将来ビジョン委員会メンバーの皆様、日本医師会事務局の皆様、そして当委員会に送り出していただいた地元医師会の皆様に改めて感謝いたします。ありがとうございました。

○ 堀 出 直 樹 委員（ほりで医院理事長／守山野洲医師会副会長）

医師会将来ビジョン委員会に参加して  
公と私について

今回、約1年半にわたり本委員会に参加させていただきました。北は北海道から南は福岡まで、全国の委員の方々と医師会の将来について語り合えた事、さらに日医常任役員の先生方から直接お話しを伺えたことは、私にとっても貴重な経験でありました。

私は医師会活動班に属しておりましたが、委員及び日医役員の方々とお話しさせて頂いて一番感じたことは、医師の「公と私」についてであります。日本医師会、都道府県医師会、地域医師会は国民の健康を維持し、日本の医療を担う唯一の職能集団です。私は、この点が他の権益組織と医師会の最大の違いであると考えます。よって、この医師会で活動することは即ち公を果たすことに繋がります。例えば、医師は自分の患者を診察し治療すること自体で既に公を果たしているという考え方もありますが、この部分だけを主張すれば自己の利益のみ追及する「欲張り村の村長」つまり、他の権益組織と同様であるとも取られかねません。私は日本で医師となつた以上、公を果たすのは当然の義務であると考えていますが、現在の若い医師たちはどうでしょうか？武見会長時代の医師会は確かに欲張り村的な医師も多かったとは思いますが、医師会の団結も強く日本の医療を良くしようと必死に努力もされてきた様に思えます。しかし、残念ながら現在の若い世代の医師達の状況は、医師会の公的な業務は嫌がられ、診療報酬が少しでも下がれば医師会に文句をいうというような、公＜私という嘆かわしい風潮に満ち溢れているように見えます。

とはいものの、この委員会に参加させて頂き、全国に公を果たすべく活動されている若い先生方が大勢いらっしゃることを認識させて頂きました。ケネディの言葉を少し変えさせて頂きますが、医師会が我々に何をしてくれるかではなく、我々医師個人が医師会並びに国民に対して何ができるかということを考えなくてはならないと思います。そして、公>私という状況を我々医師が自ら作り出すことにより、国民の医師会に対する目線も自ずと変化していくように思います。まだまだ、勉強不足ではあると思いますが、この委員会で出た答申が日本医師会のみならず、地域の医師会においても利用され、少しでも医師会の活性化に繋がることを希望し感想とさせていただきます。

最後に日医常任役員の先生方、事務局の皆様、将来ビジョン委員の先生方に感謝申し上げます。

○ 牧 徳彦 委員（牧病院院長／松山市医師会理事）

医師会将来ビジョン委員会に参加して

当委員会が発足した 2011 年は、東日本大震災がありました。被災に遭われた方々に心からお見舞い申し上げます。この未曾有の状況下に、日本医師会の災害医療チーム（JMAT）の活動が被災地の方々だけでなく、多くの国民に勇気を与えたのは記憶に新しいと思います。また、被災に遭われながらも、地域医療を守ろうと努力されている地元医療機関の皆様にも心から敬意を表します。

「病気で苦しむ人を癒したい」という気持ちは、医療に携わる者にとって純粋な心情であり、そこには何の説明も必要ありません。震災は悲しい出来事ですが、日本の医療に貢献する日本医師会の本来の姿を広く知らしめる契機になったのも事実だと思います。

四国の中から出た事もない私は、日々の診療に追われてしまい、日本の医療の方向性など大局的な見地など持ち合わせておりませんでした。今回、当委員会に参加させて頂く機会を得て、全国の若手の先生方、日本医師会の役員の先生方と意見交換出来ましたことは、私にとって生涯の宝です。明日の日本を憂い、自己を捨て献身的に取り組まれている姿を目の当たりにして、委員会の一員である事も忘れて感動致しました。医師という職業に就いたことを、これほど誇らしく、かつ、厳粛に受けとめた機会はありませんでした。一方で、医療政策や医療経済に関して、自身の無知を恥じ入るばかりでした。日本医師会の歴史すら、詳しく知らない自分に気付かされました。

日本医師会は、医療に関する職能団体です。普段は地域で親しまれている「お医者さん」であっても、日本の医療を守るために、時に激しく政治家とやり合う迫力も必要です。若手医師の医師会離れが進むなか、多くの誤解があるように思います。今回の提言が、これから医師会の在り方を考える一助になることを望みます。

最後に、この委員会に私を推举して頂いた地元医師会の諸先輩方に深く御礼申し上げます。日医常任役員の先生方、事務局の皆様、将来ビジョン委員の先生方とのご縁に深く感謝申し上げます。

○ 三瀬 順一 副委員長（自治医科大学地域医療学センター准教授  
／栃木県医師会勤務医部会理事）

### 医師会将来ビジョン委員会に参加して

2010 年春から栃木県医師会勤務医部会にお誘いいただき、県内でご活躍の多くの先生方と親しくお話をできる機会ができました。また、県医師会の諸活動に触れ、安全で安心できる生活の基盤である生命と健康を日夜守り続けている団体として医師会は他に代えることのできない存在だと思うようになりました。

同年秋には、全国医師会勤務医部会連絡協議会を宇都宮市で開催することになり、県医師会の先生方には、ますます頻繁にご指導を仰ぐことになりました。無事全国連絡会が終わった時の慰労会は本当に一仕事終えた感じで乾杯しました。県医師会役員の先生方は、私たち勤務医の立場のよき理解者であり、また、大学病院のありようについても大変理解があったので、非常に心地よく、仕事を終えることができたのでした。

それにしても、勤務医部会理事の先生方もそうですが、役員の先生方は、部会・委員会だけでなく、酒の席でも医学医療の発展について、常に議論されていらっしゃって、そのエネルギーには常に圧倒されました。

勤務先が特殊な性格の大学の特殊な部門にいるために、医学医療の将来について議論することは多いのですが、医師一般が必ずしもこういったまじめな議論に関心があるかといえば、そうでもないのでは、と内心思っていましたので、このことは医師会の意外な（実は、本来あるべき）姿に触れて、感激したものでした。

全国連絡会の責を終え、医師会のことが思い出になりそうになった頃、県医師会勤務医部会長の F 先生からの電話で、私はこの種の渦の中に再び巻き込まれることになりました。電話の向こうで F 先生は、「50 歳未満の候補者をブロックごとに出すことになり、先生を推薦したいが、どうか。今、理事会を止めて先生に電話しているので、すぐ返事をしてほしい。」と一気におっしゃいました。Closed-question の最たるもので、答は Yes しか用意されていなかったのです。

そして、委員会に来てみるとわずかな差で、相対的に年長だったことから副委員長をおおせつかることになりました。

それからの 1 年あまりは、県医師会の役員の先生方に輪をかけて熱い担当役員の先生方と多士済々の委員の方々との間で、普段あまり使っていなかった脳の部分を連続的に刺激する毎日でした。医療制度や医療経済については、地域医療の確保と発展が主要テーマである「地域医療学センター」に勤務する身ですので、ある程度知っていたつもりでしたが、それは、解剖学や組織学のように今そうあるという理解と病理学のようにどこがどう異常かがわかるというレベルにとどまっていました。

当委員会での議論は、生化学や生理学のように、なぜそうなっているかを当然のよ

うに扱い、臨床諸科学のように、診断をして重症度を確定し、治療のオプションを複数考えるという、非常に高いレベルのものでした。多忙な臨床活動の中で、ユニークな趣味をお持ちの先生方が、どこでどうやってこんなことを勉強されたのか、と驚くことばかりでした。

議論を通じ、医師会のなすべきことと日本の医療の方向性は、ある程度見えてきたと思います。日ごろから単なる観察者・報告者にとどまらず、解釈と診断をし、それをマネージでき、解決できる高みに到達するよう、これからもこのネットワークを維持し、学びあっていきたいと思います。近い将来、私たちの提言が実現し、日本の医学医療が発展するよう、これからも努めてまいります。

最後になりましたが、この貴重な経験の場に私を送りだしていただいた栃木県医師会の先生方、未熟な私たちを忍耐強く見守ってくださった担当役員の先生方、本当にありがとうございました。また、委員のみなさま、事務局の方々お疲れ様でした。

○ 加藤晶子副委員長（加藤内科胃腸科医院院長／安芸地区医師会理事）

医師会将来ビジョン委員会に参加して

今回医師会将来ビジョン委員会に参加して、生涯心に残る大変貴重な経験をすることが出来ました。選出して頂いた日本医師会執行部の先生方、推薦頂いた安芸地区医師会の先生方に厚くお礼申し上げます。

思い起こせば一年前、日本医師会からどっさり送られてきた資料にギョッとして、さらにメンバーの肩書きにもう一度ギョッとしてなんとも早まったことを引き受けてしまったとずいぶんと後悔し、情けない気分で資料を読んでいました。1月20日が近づくと今度は「東京で迷子になつたらどうしよう」と少しでも乗り換えの少ない新幹線で行くことにしましたが、胃はきりきりと痛みました。「山手線にさえ乗り換え出来たらグルグルまわってもそのうち駒込駅に着くから・・」と職員に励まされながら出発、無事に日本医師会館に着き、受付の女性の方の優しい笑顔に迎えられたときにはほっとしました。このとき、大きな白熊君の剥製に吃驚して写真を撮ったことを思い出しました。

第一回委員会では何を話したかあまり覚えていません。紅？一点というだけで副委員長を拝命しましたが、不出来で申し訳なかったです。しかし、一回目を迎えるまでの憂鬱がうそのように二回目以降の委員会はとても楽しみとなりました。自身の知識不足、努力不足は痛感させられましたが、委員の皆様の意見を聞くだけでも大変勉強になりました。北海道や福岡での合宿委員会は特に良い思い出です。ずいぶん久しぶりにいろいろな事にワクワクした学生の頃の気分を味わえました。また、お忙しい中を毎回出席され、未熟な質問にも一つ一つ丁寧に答えて下さった役員の先生方にとっても感動しました。第二回目の委員会は震災のため延期となりましたが、委員のメンバーが幾人も震災直後より現地に入り活動され、その様子はメールでリアルタイムに知ることが出来ました。その後委員会で行われた報告会で活動した本人から直接聞く体験談は迫力があり、そのご苦労や献身の精神には本当に頭が下がりました。

正直に言いますと、日本医師会は私にとってとても遠い存在で、会員の数、立場の違い等が大きすぎて団結することなど難しいと思っていました。しかし今委員会を通じて、日本医師会が日本の医療を守る要の存在であることを改めて実感しました。また、働く地域も、立場も、年齢も違う16名の委員が突然集まつたにもかかわらず一年間、一生懸命日本医師会の将来について考え、回を追うごとに纏まって行くことが出来ました。少し多いけれどまずは16万人の会員が纏まり、将来は全国の医師が団結することも夢ではないと感じています。

今回、私は日本各地に15名の心強い仲間を得るという大変良い経験をさせて頂きました。全国に出来た仲間のためにも、今後は日本医師会の会員の一人であるとの自覚を持って、地域医療、地域の医師会活動に努めて参りたいと思います。可能ならば、

第二次医師会将来ビジョン委員会を開いて、少しでも多くの若手会員に医師会を考える良い機会をえてもらえばと思います。その際に、今回のメンバーのうち**40歳**前半の委員は、(都合はあるかもしれません)出来るだけ残って今回不十分であった部分をさらに掘り下げて検討し頂きたいです。日本医師会の事を勉強するには一年ではとても足りませんでした。一次のメンバーにメールの閲覧を許してもらえると嬉しいです。

最後に、日本の医療を守るために、会員のために己を犠牲にして各方面に向けて日々奮闘しておられる日本医師会執行部の先生方に感謝申し上げます。また、スムーズな討議が行われるように準備をして下さった事務局の皆様大変お世話になりました。そして、医師会将来ビジョン委員会の委員の皆様本当に有難うございました。

○ 白 髙 豊 委員長（白髙内科医院院長／長崎市医師会理事）

むすび

藤川常任理事から委員長の打診を受けたのが 2010 年暮れであったが、2011 年 1 月より始まった委員会では、全国各地より集まった優秀な若手医師と日医会長、副会長、常任理事の諸先生を前に、非常に緊張し、どのように進めるのか胃が痛くなった。

特に、3 月の委員会直前に未曾有の東日本大震災が起り、委員会は一時中断。当時、委員会のマーリングリストでも震災の話題が尽きなかつた。

メンバーの中には、DMAT、JMAT として活動してきた先生も多く、第二回委員会では、まず、活動の御報告をいただき、これを共有することから始めた。JMAT 活動は医師会活動を考える上で、とても大きな意味があると考えたからである。

以降、会を重ねるにつけ、医師会活動班、医療制度班ともに議論が深まり、12 月には柿原先生のご講演と、柿原先生も参加したディスカッションで、大いに思考内容がブラッシュアップしていった。16 人の大変優秀な先生方のご発言には、論理的・分析的かつ日本の将来を真剣に考えた内容が豊富にあり、浅学非才の私にとって、これほどの勉強の機会はこれまでなかつた。日常臨床、地域の医師会活動から離れて将来の日本の医療、医師会のあり方を議論できたことは、かけがえのない貴重な財産となって残っている。私を九州ブロックから委員として送ってくださった諸先輩方に、心より感謝申し上げます。

厚生労働省班会議と日程が連続するなど、委員会一本に絞った集中が出来なかつたが、個人の事情はさておき、委員会の運営や答申の作成には全力を尽くしてきた。

ここにまとめた答申は、6 回の委員会でのディスカッションを経て、委員全員がまとめた珠玉の文章の集大成である。中には過激に見える発言も、熟読すると深く考査した末の提案である。一部のものは必ずや実現させて、日本の医療をより良いものに変える礎になれば望外の喜びである。

この委員会の仲間の中から、将来の日本の医療、将来の日本医師会を支える人材が輩出されるであろうと予感する。

# 第 章 アンケート集計

## 1 . はじめに

医師会将来ビジョン委員会が終了した後に、委員全員に以下のアンケートを実施した。質問項目は我々が提案した内容であり、また最後に「日本医師会の役員になりたいか」という質問を付加した。

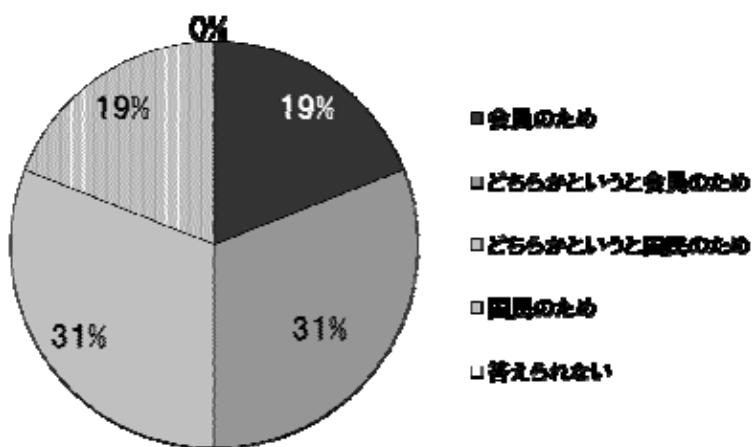
## 2 . 目的

我々の提案した内容に、委員がどのような考え方を持っているのかについて調査を行った。

## 3 . 結果

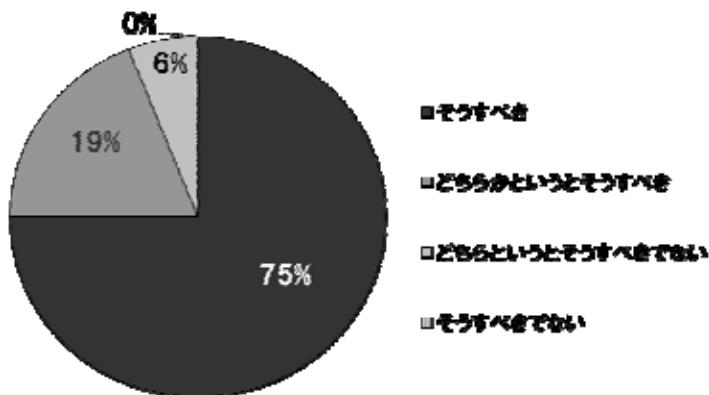
(1) 日本医師会はだれのためにあると思うか、という質問である。「会員のため」、「どちらかというと会員のため」、「国民のため」、「どちらかというと国民のため」が半々となった。しかしながら、「会員のため」と答えた委員も意見を書く欄には「一義的には会員のためであるが、それが結果的に国民のためになると思う」、「どちらかと聞かれると会員のためと答えるが、両者のためだと思う」などの意見が散見され、やはり多数の委員は、「医師会は公的なものである」との認識に立っていると思われる。

### (1) 日医はだれのために



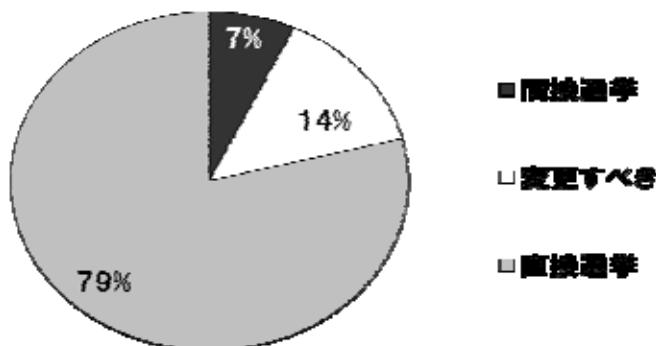
(2) 保険医の指定を医師会が行うべきか、という質問である。「そうすべき」、「どちらかというとそうすべき」が 94%を占め、我々が提案しているように、保険医の指定は医師集団が責任を持って行うべきという意見は一般的にも受け入れられるのではないだろうか。一方、「どちらかというとそうすべきでない」、という意見も 6%（1名）いた。その理由としては、「指定はできるだろうが、取り消しの案件が出た場合に、本当にできるのか」という意見であった。保険医の指定、取り消しを医師会が行うとなると、かなりの覚悟を持つ必要があろうが、我々にはその覚悟があるはずである。

## (2) 保険医の指定を医師会がすべきか



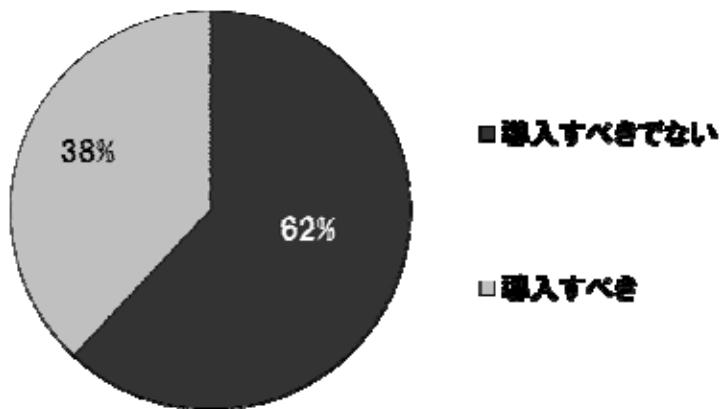
(3) 日本医師会の会長選挙について、現行の代議員による間接選挙を維持すべきかどうか、という質問である。75%の委員が全医師会員による直接選挙を支持した。一方、「現行の代議員選挙を維持すべき」は 7%（1名）、「間接選挙であるべきだが制度を変更すべき」は 14%（2名）であった。変更の方法としては、「通常の代議員は現行のままにするが、別に選挙だけの代議員をつくり、数を増やし数千人規模の選挙にすべき」「代議員の構成を年齢層・男女別などで全会員に近づけるべき」という意見があった。現行制度を維持すべきという意見には、「直接選挙もいいと思うが、候補者の実績や人柄がわからないので、信頼している代議員に任せるべき」というものであった。

## (3) 会長選挙



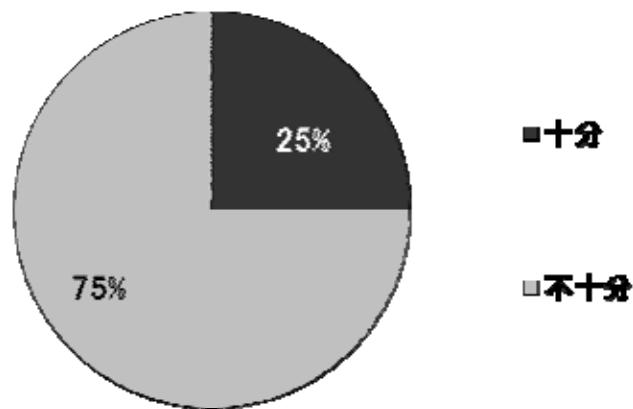
(4) 日本医師会役員に定年制を導入すべきかどうか、という質問である。高齢者が増加していく中で、一般企業も定年制を廃止すべきという現状の中、62%の委員が定年制には反対であった。定年制は反対であるが、役員の再任回数の制限については導入すべきという意見は、定年制反対者の中にも半数程度見受けられた。一方、定年制導入に賛成意見の中での定年年齢は平均68歳（65歳～75歳）であった。

#### (4) 日医役員の定年制



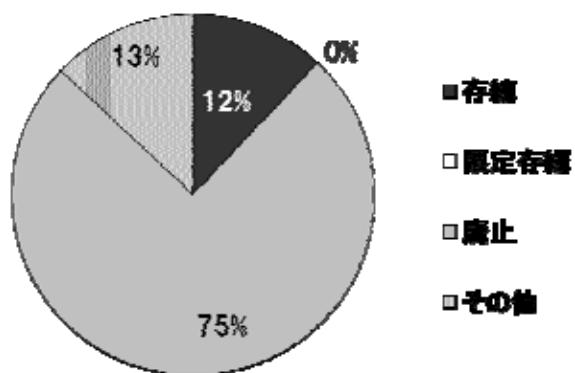
(5) 日本医師会の広報は十分と思うか、という質問である。75%が「不十分」という結果であった。不十分と答えた委員の意見としては、「現状では会員でも活動内容が分からぬ」、「医師会の公的活動が十分に市民に伝わっていない」、「広報専門のスタッフを入れてみたらどうか」、「広報委員だけでも、若手会員で構成したらどうか」、「ITの活用をもっと積極的に行うべき」、「テレビにコメンテーターなどで、もっと出演すべき」などの意見であった。十分という意見には、「他の同様な団体と比較して、突出すべきでない」、「質・量ともに、これで十分ではないか」という意見であった。

#### (5) 広報



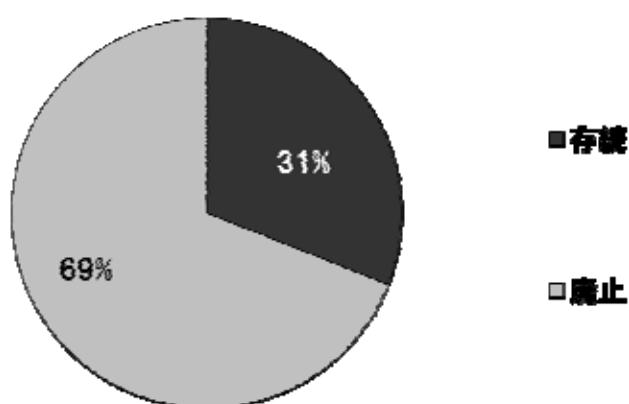
(6) 概算経費率（4段階制）を廃止すべきかどうか、という質問である。75%の委員が「廃止すべき」という結果であった。一方、12%（2名）が「存続すべき」という意見で、理由としては「小規模診療所の事務軽減策として残すべき」というものであった。廃止の意見には、「事業主であれば帳簿管理は義務である」という意見であった。

### (6) 概算経費率



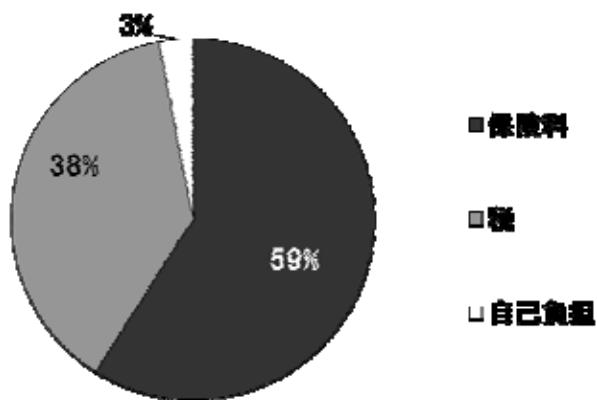
(7) 医師国保を廃止すべきかどうか、という質問である。69%が「存続に反対」という結果であった。反対の理由としては、「他の健康保険と比べて保険料が安く不公平だから」、「日医が保険の一元化を主張しているため、まず医師国保から廃止すべき」という意見が大半であった。一方、31%は存続という意見であり、理由は「過去との継続を重視すべき」、「保険一元化のビジョンがしっかりしてから一元化すべき（時期尚早）」であった。

### (7) 医師国保



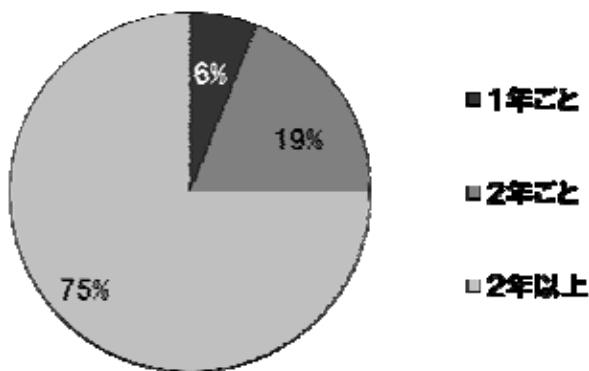
(8) 今後増えていくであろう医療費の負担をどのように行うべきか、という質問である。本質問のみ複数回答のため、複数にチェックの際には重みを案分している。59%が「保険料を増やすべき」、38%が「税の投入を増やすべき」というという意見であった。「保険料・税ともに増やすべき」という回答が3人、「税・自己負担とともに増やすべき」という回答が1人であった。高齢者の増加という現状の中で、医療費が増えていく事は避けられない。そして、医療費の源泉は「保険料」・「税」・「受診時自己負担」しかなく、今のうちから是非この議論を政府や医師会のみならず、多くの国民が行っていくべきであろう。

#### (8) 医療費負担をどのようにおこなうべきか



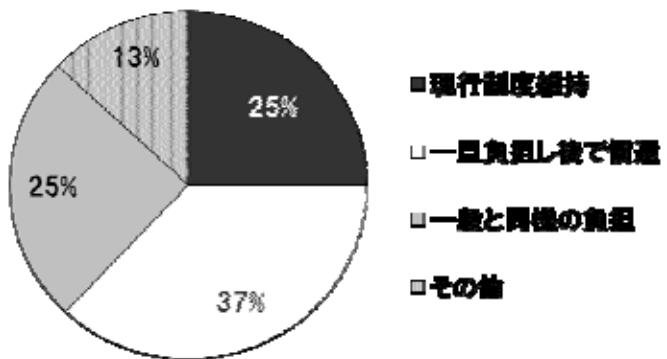
(9) 診療報酬が2年に1回改定されることに対して意見を聞いた。75%は「2年以上にすべき」と答えた。2年以上という意見のうち、半数が「3年ごと」、残りの半数が「5年ごと」という意見であった。一方、19%が現行の通り2年ごとにすべき、6%（1名）が毎年改定すべきという意見であった。多くの委員は、2年ごとの制度変更に振り回されることに対する嫌悪感からの意見であろう。診療報酬改定の頻度という問題も今後、ぜひ検討すべきである。

#### (9) 診療報酬改定の頻度



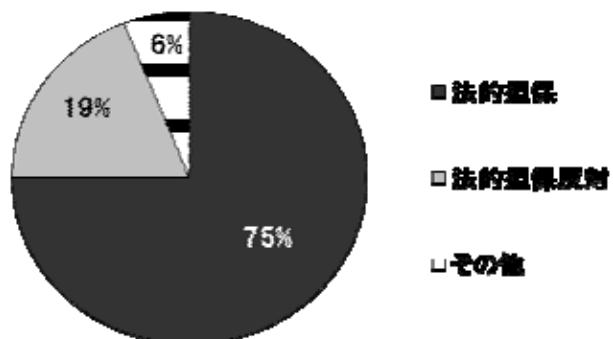
(10) 生活保護の医療扶助に関して、自己負担がないことに対する意見を聞いた。25%が「現状維持」を支持していた。その理由としては、「支払い能力が低い人たちから自己負担を取るわけにはいかない」という意見が多く見られた。一方、「一旦支払って後に還付する制度に変更すべき」が37%、「一般と同様の自己負担を取るべき」が25%であった。その理由は、「自己負担がない現状では安易な受診を助長するから」という意見が大半であった。その他の意見は、「コスト意識を持つてもらうために、低額（1割負担など）ではあっても自己負担ありとすべき」、「月に1,000円などの定額負担とすべき」、「生保患者が過剰受診をするのは制度的問題もあるが、各医療機関にも問題もあるのではないか」というものであった。75%の委員が現行制度の変更という意見であった。この点も政府内で検討されているとは聞いてはいるが、何らかの制度設計の変更が必要であろう。

### (10)生活保護者受診時の自己負担



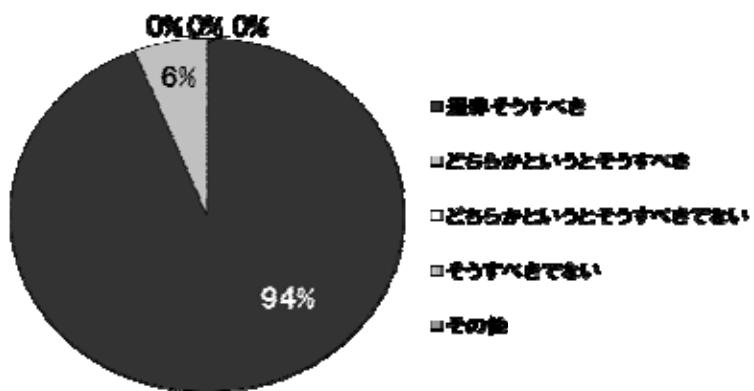
(11) リビングウイルに法的担保を設定すべきか、という質問である。「法的担保をすべき」が75%、「すべきでない」が19%であった。すべきという意見には、「本人が積極的治療を望まない旨を言っていたり、書類を医師に渡したりしていても、家族が積極的治療を望めばそうせざるを得ない現状は良くないので法的担保にすべき」という意見が多く見られた。

### (11)リビングウィル



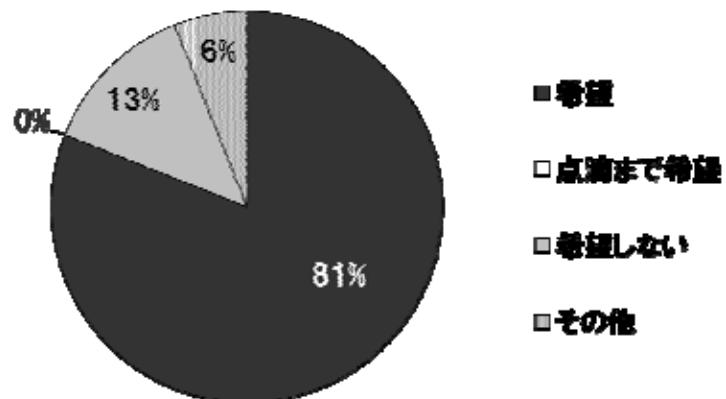
(12) 「死を考える日」を制定すべきか、という質問である。全員が「そうすべき」との結果であった。すべての委員の意見が一致した項目は本質問のみである。いつにするか（お彼岸に合わせる、ほかの日に設定するなど）、名称をどのようにするかという点については、多論あるであろうが、是非、このような日を国家として制定すべきであろう。名称については、暗いイメージにならないようにとの意見も多く見られた。

### (12)死を考える日

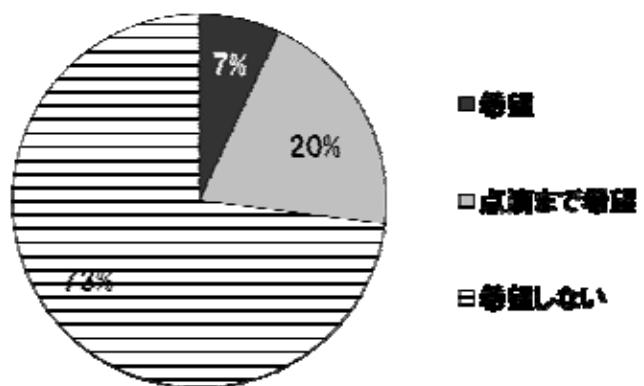


(13) 胃瘻についての質問である。同様の質問は日本老年医学会等でも行われている。本アンケートでは3つのパターンについて質問した。①認知症もなく意識もしっかりしているが、嚥下のみ悪化した場合、②意識障害があり嚥下も悪化した場合、③認知症が進行し嚥下も悪化した場合、の3つである。①の「認知症もなく意識もしっかりしているが、嚥下のみ悪化した場合」には81%が胃瘻造設を希望していた。逆に、②の「意識障害があり嚥下も悪化した場合」には73%が胃瘻を希望せず、③の「認知症が進行し嚥下も悪化した場合」は80%が希望しないという結果であった。上記のリビングウイルを法的に整備し、遷延性意識障害や認知症になる前の本人の希望を実施できるようにする意味は大きいと思われる。さらに、「死を考える日」に、自分自身の延命についての意思を毎年、自分で確認するとともに、家族等でお互いの意見を確認するようにしていく意味は大きいであろう。

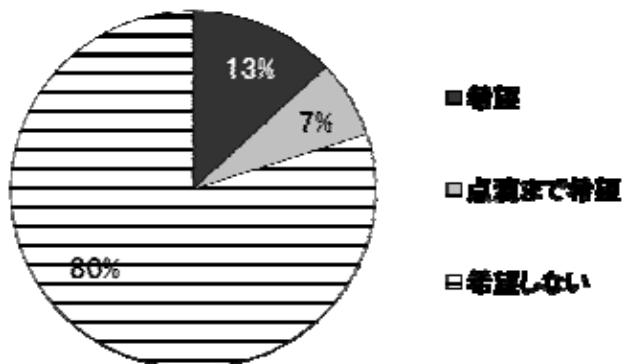
( 13 ) 胃瘻  
嚥下のみ悪化



( 13 ) 胃瘻  
意識障害 + 嚥下悪化

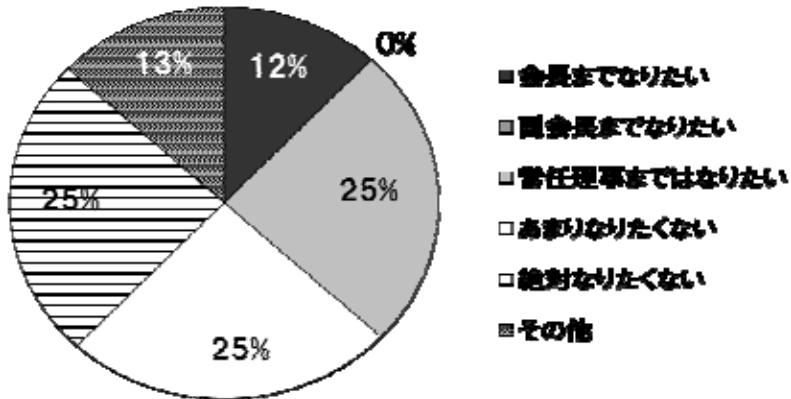


( 13 ) 胃瘻  
認知症 + 嚥下悪化



(14) 最後の質問は、日本医師会役員になりたいか、という質問である。「日本医師会長までなりたい」13%、「副会長まではなりたい」0%、「常任理事まではなりたい」25%、「あまりやりたくない」25%、「絶対なりたくない」25%、「その他」13%であった。「その他」には、「自分の一存で決めることはできない」、「考えたこともない」という回答であった。50%の委員が「日医役員にはなりたくない」という答えになったのは、地元や本委員会での日本医師会役員の激務ぶりをみると当然のことかもしれない。IT等を活用し、もう少し激務を減らすことはできないものだろうか。「なりたくない」の回答者の中には「なれない」という回答も含んでいる。

### (14) 日医役員になりたいか



## 4. 考察

将来ビジョン委員会報告書は全委員の一致した意見ということになってはいるが、個人的には様々な意見があることは当然である。ここではあえて撻破りかもしれないが、我々自身が出た報告書に対する意見を各個人に聞いてみた。見解の分かれる項目、一致する項目に分かれ、興味深い結果と言えるだろう。やはり、現状の制度に関しての変化を若手医師の多くが望んでいることが察せられる。議論の俎上にのぼったいくつかの現行制度は、日本医師会の先人たちが苦労を重ね築いてきた仕組みであることは重々承知しているつもりである。しかし、完成し数十年経っている仕組みのなかには、時代に合わなくなってきたものもあるのではないだろうか。今後、どのような時代になっても残さなければならないものと、時代と共に変化させなければならぬものとを峻別し、改革を行っていく必要があると痛感した。

各項目の結果については、上記を見ていただきたいが、最後の質問項目である「日本医師会役員になりたいか」という質問に対して、2名の委員が「会長までなりたい」という答えであった。10年後、20年後に、今回の医師会将来ビジョン委員会の委員から日本医師会長が生まれることを期待して、アンケート結果の報告としたい。

## ( 参考 - アンケート調査票 )

### 医師会将来ビジョン委員会委員へのアンケート

医師会将来ビジョン委員会では現在、今後あるべき医師会、医療に係る多くの問題点について討論し、答申書を作成しているところであります。

つきましては、医師会将来ビジョン委員会委員を対象にアンケート調査を実施いたしますので、ぜひ忌憚のない意見をお聞かせくださいますようお願ひいたします。

#### I. 日医活動に関して

(1) 日本医師会は誰のために存在すると考えておられますか？

1. 会員のため
2. どちらかと言えば会員のため
3. どちらかと言えば国民のため
4. 国民のため
5. このような質問には答えられない

何かご意見があればご記入ください。

(2) 医師会将来ビジョン委員会では、医師会が保険医の指定、停止を行うべきという意見を提案していますが、この提案をどう思いますか。

1. 是非、そうすべき
2. どちらかと言うと、そうすべき
3. どちらかと言うと、そうすべきでない
4. そうすべきでない

何かご意見があればご記入ください。

(3) 日医会長選について、現状の代議員による選挙（間接選挙）が良いのか、全会員による選挙（直接選挙）が良いのかという議論がありますが、どのようにお考えですか。

1. 現状の代議員による間接選挙を続けるべき
2. 間接選挙が適切だが方法は変更すべき  
　どのように変更すべきでしょうか（ ）
3. 全会員の直接選挙にすべき

何かご意見があればご記入ください。

(4) 日医役員に定年制を導入すべきと思われますか。

1. 定年制を導入すべきではない
2. 定年制を導入すべき

では何歳を定年とすべきとお考えですか（　　）歳

何かご意見があればご記入ください。

(5) 日医の一般市民に対する広報活動についてお尋ねします。

日医の広報活動は十分と思いますか。

1. 十分である

どのような点で十分とお考えですか？

（　　）

2. 十分とは思えない

どのような点で十分ではないとお考えですか？

（　　）

何かご意見があればご記入ください。

(6) 概算経費率（いわゆる4段階制）は継続すべきとお考えですか。

1. 小規模医療機関の税務作業軽減のためにも、継続すべき
2. 継続すべきだが、対象医療機関数をさらに減らすべき。
3. 約10%の医師しか利用していないも関わらず、医師優遇税制とも言われ、すべての医師が税務上優遇されているとの誤解を与えかねないので、廃止すべき
4. その他（　　）

何かご意見があればご記入ください。

(7) 答申書の中で医師国保を廃止すべきとの提案をしていますが、医師国保は継続すべきとお考えですか。

1. 医師国保は継続すべき

その理由は？（過去との継続のため、協会けんぽ・国保等より金銭的に有利だから、その他（　　））

2. 医師国保は廃止すべき

その理由は？（協会けんぽ・国保等より金銭的に有利であるのは不公平であるから、その他（　　））

何かご意見があればご記入ください。

## II. 医療政策

(8) 日本の医療制度は社会保険制度と言いながら、国民医療費の負担別内訳は保険料 50%、税 30%、受診時自己負担 20%という割合です。今後、増えるであろう医療費の負担をどのように担保していくべきとお考えですか。(複数回答可)

1. 保険料を増額すべき
2. 税投入を増やすべき
3. 自己負担を増やすべき

何かご意見があればご記入ください。

(9) 診療報酬は 2 年に 1 回の改定が恒例となっていますが、これを変更すべきとお考えですか。

1. 1 年に一度の変さらにすべき
2. 現行の 2 年に一度の変更を維持すべき
3. 変更は 2 年以上とすべき

何年に一度が適切とお考えですか ( ) 年

何かご意見があればご記入ください。

(10) 生活保護者の医療給付が 1.5 兆円と、医療費全体の約 4%となっています。また、個別にみると生活保護者は頻回受診者も多いのが実情です。このような実態を踏まえ、生活保護者の受診時に自己負担がかからない現行制度は維持すべきとお考えですか。

生活保護者の医療扶助について、

1. 現行制度を続けるべき
2. いったんは窓口で 1 割、もしくは 3 割負担を行い、後で還付するなどの方法に変更すべき (実質負担は無い制度を続けるべき)
3. 一般と同様に 1 割、もしくは 3 割負担をすべき
4. その他 ( )

何かご意見があればご記入ください。

## III. Death Education

現代の日本人は死の概念が希薄になってきたと実感しています。病院での死亡が全体の 80%を超えるなか、一般の方々に死の実感が湧かないことも仕方がないことでしょう。そのため、死の実感を最も持っている医師が Death Education を主体的に進めていくべきとの提案をいたしました。

以上のことと踏まえ質問をします。

(11) 終末期医療のリビングウイル

終末期医療に関して、本人の意思に反した医療が行われることがあります。いかに本人が意識のあるうちに意思表明をしていても、家族の意向などでそれが実行できることもあるでしょう。そこで、本人の意思を法的に担保されたものにすべきことについてどう思われますか。（法的担保とは、本人の終末期医療に関する明確な意思を示した場合、この内容を証書等で医師が確認したら、家族の意見が違っていても本人の意思の通りにすると言うことを意味することとします。）

1. 法的に担保されたものにすべき
2. 法的に担保されたものにすべきではない
3. その他

何かご意見があればご記入ください。

(12) 看取りや死を考える日の制定

「死」を考えることが希薄化している現在、将来ビジョン委員会では、死に関する文化・社会運動を起こし、「看取りや死を考える日の制定」を行い、一般の方々に「死」についてより認識してもらうことを提案していますが、どう思われますか。

1. 是非、そうすべき
2. どちらかと言うと、そうすべき
3. どちらかと言うと、そうすべきでない
4. そうすべきでない
5. その他

何かご意見があればご記入ください。

(13) 胃瘻造設に関する意見

胃瘻患者が 30 万人を超えるというデータがあります。胃瘻を造設することで生活が回復する患者さんもいますが、多くの患者さんは寝たきりで意思の疎通も取れず、回復もしない状態で何年も生きています。

このような現状を踏まえ、あなたが胃瘻造設の提案を受けた場合、どうしたいでしょうか。

- ① 脳血管障害、神経難病等で嚥下のみが悪化した場合には、
1. 胃瘻造設を希望する
  2. 胃瘻造設は希望しないが、末梢点滴は希望する
  3. 胃瘻造設・末梢点滴ともには希望しない
  4. その他

- ② 脳血管障害、神経難病等で意識障害もあり、嚥下も悪化した場合には、
1. 胃瘻造設を希望する
  2. 胃瘻造設は希望しないが、末梢点滴は希望する
  3. 胃瘻造設・末梢点滴ともには希望しない
  4. その他
- ③ 認知症が徐々に進行し、開口・嚥下ともに悪化、栄養状態も不良になった場合には、
1. 胃瘻造設を希望する
  2. 胃瘻造設は希望しないが、末梢点滴は希望する
  3. 胃瘻造設・末梢点滴ともには希望しない
  4. その他

何かご意見があればご記入ください。

- (14) 1年間に渡る医師会将来ビジョン委員会のご出席お疲れ様でした。  
さて、この1年間の経験を踏まえ、あなたは日本医師会の役員になりたいですか。
1. 日医会長にまでなりたい。
  2. 副会長にまではなりたい。
  3. 常任理事にまではなりたい。
  4. 日医役員には、あまりなりたくない。
  5. 日医役員には、絶対なりたくない。
  6. その他

何かご意見があればご記入ください。