

特別講演（1）

10：25～11：25

---

## 勤務医と医師会

講 師：日本医師会会長

植 松 治 雄

座 長：香川県医師会会長

森 下 立 昭

座長：香川県医師会 会長 森 下 立 昭

ただ今より、植松日医会長に御講演をいただきます。植松会長につきましては、皆様方、すでに十分ご存じのとおりでございますので、時間の関係もあり、御略歴は紹介を略させていただきます。なお、一言加えておきますが、植松会長は香川県の御出身でございます。どうぞ先生、よろしく願いいたします。



## 勤務医と医師会

日本医師会 会長 植 松 治 雄

植松でございます。ただ今ご紹介いただきましたように、両親からずっと高松で、生まれ故郷で今日は話をさせていただくというわけでございます。

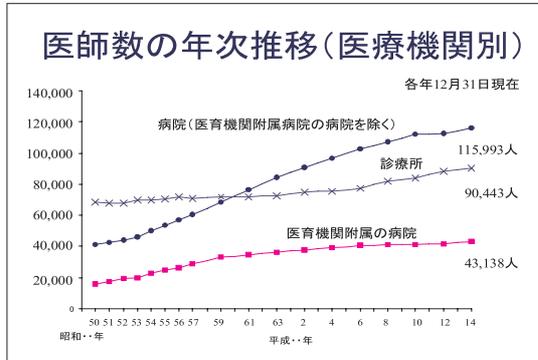
私、本日のレジメということではございませんが、お話のテーマをプログラムに挙げております。先ほどごあいさつで申し上げましたように、今、医療改革ということでいろいろ進められています。その中で、診療報酬本体の2%から5%ダウンというようなことが大々的に書かれておまして、先生方はじめ会員の皆様方が非常に不安でいらっしゃるということもありますので、時間の半分ぐらいをそちらのほうに回させていただきたいと思っております。多少そのような意味では話の内容が予定よりは変わりますので、お許しをいただきたいと思います。また昨日の夜非常に元気にされまして、今日まだ



眠たい先生もいらっしゃるようですので、初めはたわいのない話を色付きのスライドで見て、ちょっと目を覚ましていただいて、それからお話に入りたいと思います。

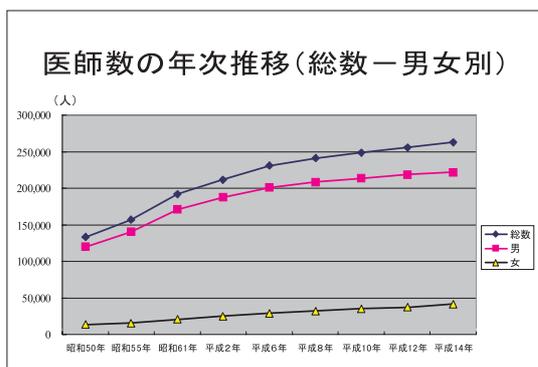
## 特別講演（1）

〔スライド1〕



（スライド1）医師数の年次推移。ここにございますように、ご存じのとおり、昭和55年ぐらいのところからずっと勤務医のほうが増えてきてまして、現在は診療所と病院の先生方にはこれぐらいの差が出てきている。医育機関に所属されている方もこのような数でございます。これにつきましては、ご覧のように、平成14年ですので、卒業臨床研修が始まる前でございます。これ以後はまた少し変わっておりますが、平成16年は、まだデータが出ておりませんので、お許しをいただきたいと思ひます。

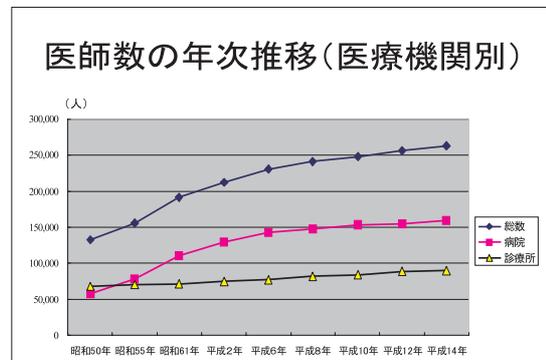
〔スライド2〕



（スライド2）この推移、女性の医師が増えてきたということでございますけれども、この増え方、見ていただいたら分かりますように総数も増えておりますが、それにも増しまして、まだ少ないとは言ひながら女性の医師の増え方はやはり右肩上がりということでございます。

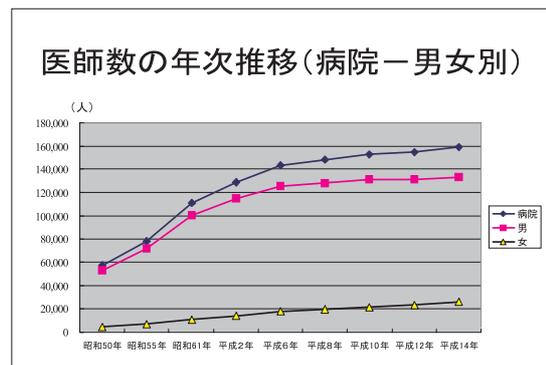
（スライド3）次は、医療機関別で見たわけでございますけれども、総数が一番上、勤務医、病院の先生方は真ん中でございます、このように上がってきております。診療所にこのごろ病院からたくさん流れてきているという話もございますけれども、今のところは診療所も年間

〔スライド3〕



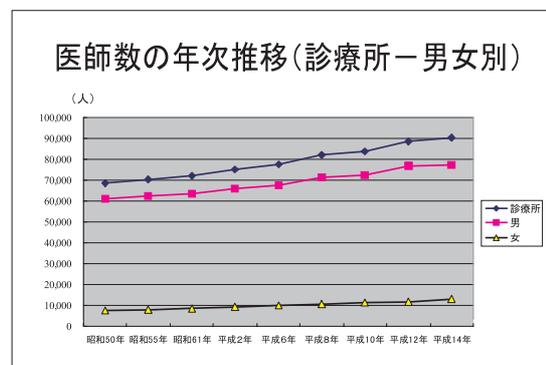
大体1,000件ぐらい増えております。

〔スライド4〕



（スライド4）病院の男女別で見ても、病院のほうの女性医師の増え方というのは、一般のトータルより、やはり増えてきているということでございます、病院の中でも女性の医師の問題、この対応というのが今後大事だろうと思ひております。

〔スライド5〕



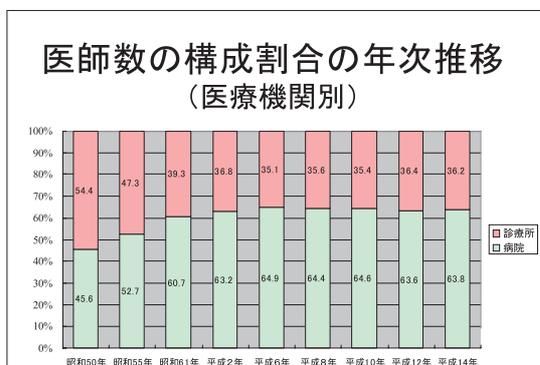
（スライド5）診療所におきましても大体同じような女性と男性との関係があろうかと思ひております。

〔スライド6〕



(スライド6) 医師数の構成の割合を、年次推移で見ても、女性と男性、このような形で、女性が15.7%、今もう16%を超えておりますけれども、急速に女性が増えてきているというのはこのとおりでございます。

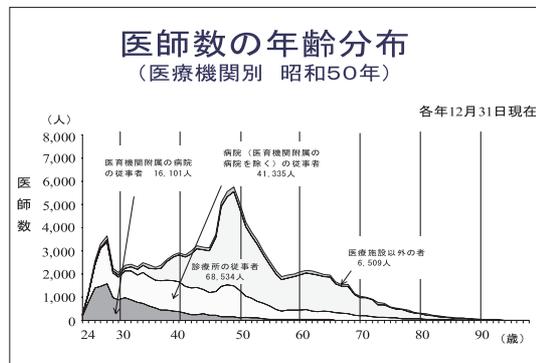
〔スライド7〕



(スライド7) 医療機関別に見てまいりますけれども、病院と診療所の医師の数でございますが、ここで見ていただいでわかりますように、昭和50年の時には診療所の医師のほうが54%ぐらいあったのが、これがもう55年には47%ということで逆転をしまして、その後はずっと診療所の医師より病院の先生方が増えてきて、今や70%に近づこうとしております。

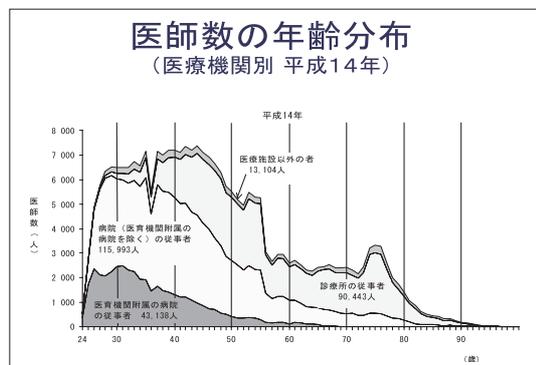
(スライド8) 医師の年齢構成。昔はこのようなスライドを見せたものでございますが、近ごろあまりこのようなものを見なくなりました。これは昭和50年の時の年齢構成でございますが、このような形で上の部分が診療所、真ん中のところが病院の医師、そして一番下が医育機関、大学などの先生方の年齢構成でございます。ここで一番特徴的なのが、この診療所の医師のピークが50歳の少し

〔スライド8〕



手前に大きな山がありまして、その後ろ、そしてその前も少々ありますけれども、これがその時分には大きな問題であったわけでございます。年配の先生方はご存じのように、これはちょうど戦時中の医師の不足、あるいは軍医の養成のために、各大学に臨時医専というのがつくられまして、大学の定員が1大学100名ぐらいでありましたときに、200名ぐらいとったわけです。この医師の卒業は昭和26年に終わるわけですが、その年代がちょうどこの時分の一番高い山のところでございました。そのような時にいつも申し上げておりましたのは、この大きな山というのがだんだん高齢年齢にいくと、診療所その他がどのようになるのだろうかと一時は心配したわけですが、ちょうどそのころからいわゆる一県一大学ということで、医師の養成が始まったわけでございます。

〔スライド9〕



(スライド9) そのような中で、平成14年を見ていただきますと、トータルとしてこの面積が広いということは、これだけ医師の数が増えたわけでございます。70歳と80歳の間のところにある山が、先ほどの50歳の手前から50歳にあった山でございまして、これで見ますと分かりま

## 特別講演（1）

すように、その時のいわゆるピークでありました40歳から50歳前後のところ、ここではリタイヤも含めまして減ってきているということでもあります。そしてその代わりに、現在一番大きいのは、40歳前後から50歳にかけて山がきたわけございまして、この真ん中の今病院におられます医師のところ、医育機関のところというのも、これは毎年毎年7,000から8,000の卒業生がありますので、減ることなくずっと右へ押していくということでございます。

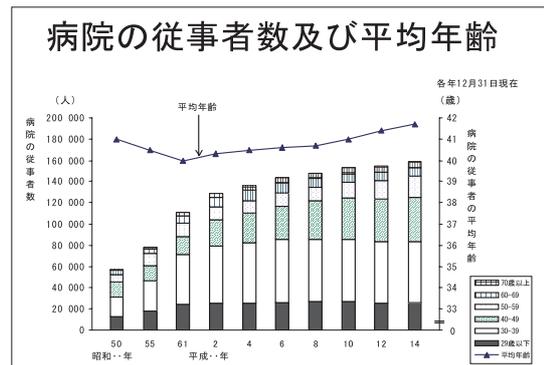
現在、医師不足か偏在か、いろいろな問題が論じられておりますけれども、やはりこのようなものを見ながら、何年先にどのようなようになるのだろうかということを見ても、本当に不足であるかどうかということの予測はできませんし、あるいはそれへの対応はこのようなものに基づく必要があるのではないかと考えております。

今、各病院におきまして医師不足、あるいはへき地を含めまして偏在その他が言われております。これから医学部の定員を増やしてどうなるのだということですが、現在いろいろなことで言われていますように、卒後臨床研修の2年間の必修化がされております。それから後、いわゆる後期研修という名前でございますけれども、私どもは「研修終了後の研修」と言っております。2年間の後にどのような研修をするか、このカリキュラムを考えていただいておりますいろいろな立場のところ聞いてみますと、3年あるいは5年と、いろいろなことを言われております。どちらにいたしましても今から養成をしまして、一人前になるまでは十何年かかるわけでございます。その時に初めてパワーとしての医師が生まれてくると考えます。

その時に、この山がどのように変わっていくか。これに毎年、7,000から8,000加わります。現在、届け出の数から見てみますと、1年間に入ってくる医師とリタイヤする医師と、プラス・マイナス大体3,500と出ております。だから、2年間で7,000人、ちょうど1年に出るぐらいの数が増えてくるということですが、やはり70歳から向こうは、この十何年先には消えていく山でございます。年齢的に申し上げますと、十何年たちましても50歳、60歳というところはまだ現役で十分にやっておられる。それがこちらから押されてきた時のこの絵の姿

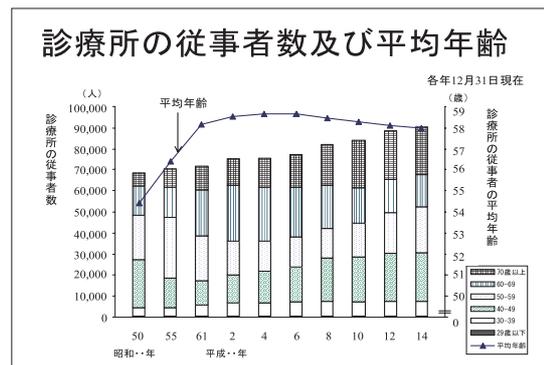
はすぐ分かるわけでございます。このようなことを見ながら、これから医師不足と言われておりますことの対応も考えていかなければならないのではないかと考えております。

〔スライド10〕



〔スライド10〕病院の従事者数及び平均年齢で見ると、昭和50年から平成14年までとっておりますけれども、平均年齢は少し上がりつつあるということで、これは病院におきましても、診療所でも、そのような傾向があるわけでございます。病院においても、一番増えているところが50代ということですが、

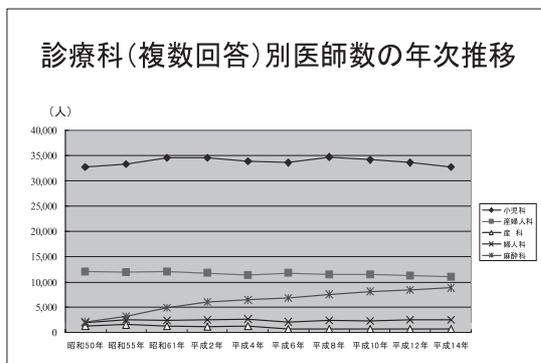
〔スライド11〕



〔スライド11〕診療所におきましての平均年齢は、ご覧のように、徐々にありますけれども下がりつつあるということですが、これは先ほど申し上げました、ピークであった年齢の方はもうリタイヤされている人が多くなったということで、そういう意味では、これから診療所の医師の平均年齢は、もう少し下がっていくことが予測されるわけでございます。

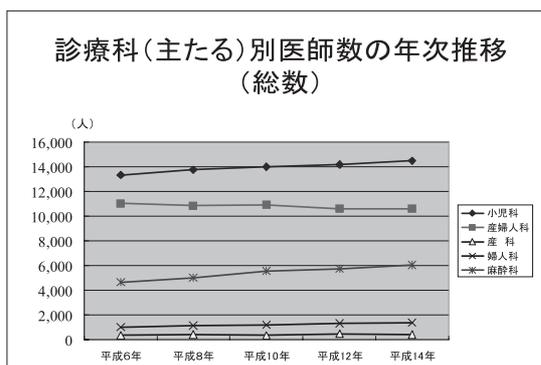
〔スライド12〕そして、今、問題になっております産科あるいは小児科、麻酔科というようなところで医師の不足

〔スライド12〕



を言われておりますが、これがどのような形で動いているか見てまいりますと、小児科の医師でございますが、これは一番上のところで、増えはいたしていません。ということは、医師の数が増えてきていることと比べますと、パーセンテージとしては下がっておりますけれども、医師の数としては、このような形でございます。産婦人科と標榜されております方、これも昭和50年から今まで、ほとんど同じ、やや今下がりつつあるということでございます。麻酔科につきましては、足りない、足りないということでございますが、これはやはり徐々に増えつつありますけれども、現在、手術数が非常に増えつつあるということと考え合わせますと、やはり少し伸びが少なくかと思っております。婦人科は、この下から2番目の線でございますけれども、産科ということになりますと一番下の線で、産科単独の方はやはり少し減ってきているということございまして、現実に産婦人科と産科を合わせましても昭和50年のレベルに達していない、やはり少ないということは事実でございます。

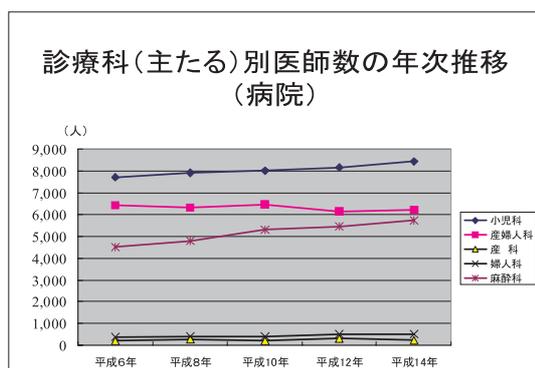
〔スライド13〕



〔スライド13〕 主たる診療科ということで届け出されて

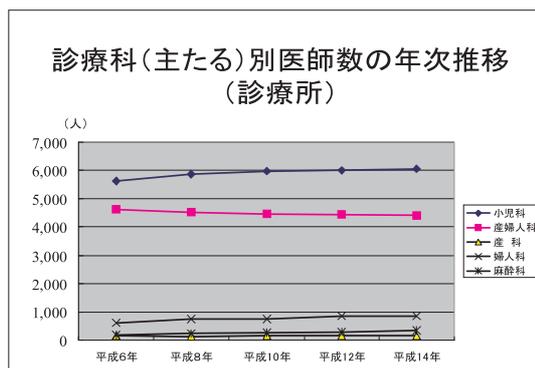
てますものを見ますと、小児科は平成6年から14年まで、やや増えつつあるようでございます。産婦人科はやはり少し減ってきております。麻酔科は先ほどお見せしましたように、増えつつございます。産科は横ばいか少し減っているということでございます。

〔スライド14〕



〔スライド14〕 病院で見てまいりましても、小児科を閉める病院が多いということでございますけれども、医師の数としますと、やはり少し増えつつありますし、産婦人科あるいは産科は減る傾向があるということでございます。麻酔科はやはり少し増えているようでございます。

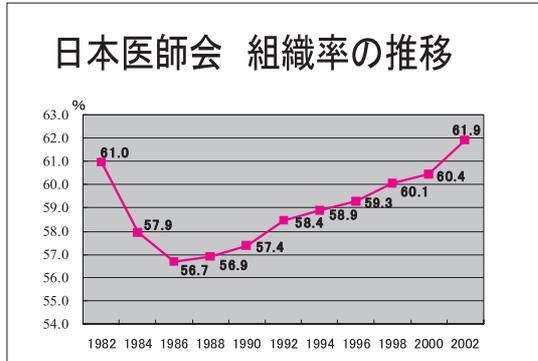
〔スライド15〕



〔スライド15〕 診療所で見てまいりましても、小児科は微増、産婦人科はややマイナス、そして産科は横ばいからややマイナスということで、やはり現実に即しているとは思いますが。今、言われております、危機的な数というものともこれとマッチしておりませんが、このあたりがどのような原因かということは、もう一回検討する必要があるのではないかと考えております。

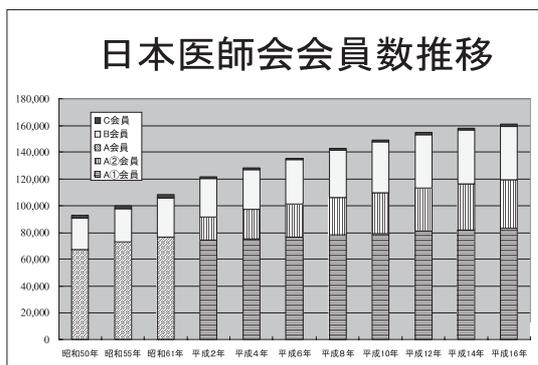
〔スライド16〕 日本医師会の組織率を年次的に見てまいりますと、昭和57年に61%でございましたけれども、昭

〔スライド16〕



和61年ぐらいに56%台に下がり、だんだんと回復してまいりまして、平成14年で61.9%、今はもう少し増えてきているわけでございます。この減っていた頃のいろいろな原因には、やはり勤務医、特に公的な病院その他でお勤めの先生方の会費を、今まで都道府県、市町村などでみていたのが、だめという話になって、その時に都道府県によりましては多くの退会者が出たというようなことも影響があるのかと思っておりますが、幸せなことに増えつつございます。ただ、61.9%、今はもう少し増えておりますけれども、60%台の組織率というのは、社会に対してのインパクトは低いのではないかとと思っております。

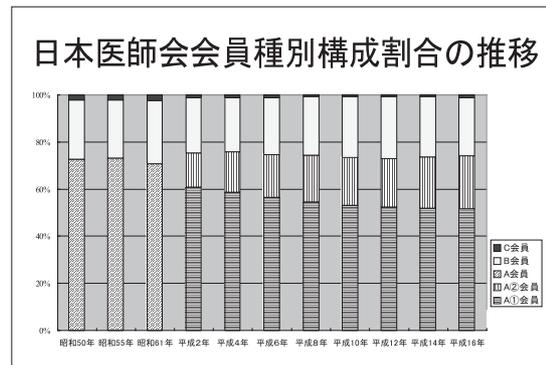
〔スライド17〕



（スライド17） A、B会員の推移でございますが、昭和61年まではありませんでしたが、昭和62年からA②会員ができて、B会員で、医賠責に入るという方が増えております。そのようなことで昭和61年までのA会員と対比するのは、A①会員とこのA②会員とを足したものに相応するわけございまして、そのような意味ではやはり従来のB会員、今のA②会員を含めたところが増え

つつございます。そしてA①会員よりもだんだんと増加率が増えているということでございます。

〔スライド18〕



（スライド18） 同じように日本医師会会員の種別構成の割合でございます。これはパーセンテージで出していますので、先ほどと同じものを百分率で出ただけでございます。やはりA②会員ならびにB会員の増加が大きいということは見ていただけると思います。

以上が、医師数ならびに日本医師会の構成についてのお話でございます。

そのようなことで、これからお話を申し上げますが、勤務医をめぐるまはいろいろな問題がございます。先ほどから申し上げておりますように、勤務医の数は、ご覧のようにどんどんと増えつつありますけれども、どの病院におきましても医師が足りないのではないかと、非常に過重労働ではないかということもございまして、平成14年、15年度の勤務医委員会の答申「勤務医と医師会活動」、池田委員長の下でまとめたいただきましたものの中にも、勤務医の現況と将来どのようにあるべきかということを示していただいております。大切なことは、そこで述べられていますように、診療所の医師であるか、あるいは勤務医であるかということにつきましては、仕事をしている場所は違うわけですし、機能の違いもありますけれども、やはり国民に医療を提供しているプロフェッションとしては同じことでございます。いわゆる機能分化と連携の中で存在しているわけですので、どちらの仕事が大事で、どちらが大事でないかというような話では全くございません。そのような状況の中で、今は医師が不足しているのか、あるいは偏在しているのか、いろいろな議論と見方がございます。大学の先生方に、今の卒

後臨床研修が制度化されて以来、特に危機感がありますし、やはり大学の先生方には、医師が足りない、定員を増やせという声も大きいわけですが、先ほど申し上げた状況を考えました時に、将来に向けてそのほうが安心であろうか、安定であろうかということも考えなければなりません。

もう一点は、医療提供体制から見ました時に、私たちは医療機関の機能分化と連携というものを掲げて20年以上やってきたわけですが、いわゆる病診連携、病病連携、いろいろなこともございました。昭和60年に第1次と言われます医療法の改正が行われました。その時に行われましたのは医療圏の設定と必要病床数というものを決めることになったわけですが、その時の考え方の中心は、医療の量的な提供の体制はもう整った、あとは質を確保しなければならぬということでしたが、やはり日本の病床数が多い、これが医療費を押し上げている、適正な病床数にもっていきたいということが裏に十分に考えられながら、そのようなことがされたわけですが、それ以後、第2次、第3次、第4次と医療法の改正がされてきて、今度は平成18年に第5次の医療法の改正が予定されておりますが、その中には地域医療計画の見直しというのも入っているわけですが、

この見直しの内容につきましては、私どもも非常に不満なところが多々ございます。といいますのは、今まで我々が進めてまいりました、厚生省も言っておりましたのは、プライマリーケア、かかりつけ医機能が中心であるプライマリーケアというものを確立していこう、そして地域の住民が安心して暮らせる体制をつくっていこうということでございました。病院というのは、しからば何かということで、これはプライマリーケアを支える大きな力になっていただく、かかりつけ医をサポートし、かかりつけ医の手に負えない疾患、必要な検査、そのようなものを2次、3次のレベルでこれをカバーしていこう、そしてこの2次医療圏の中で、いわゆる地域で完結する包括医療体制をつくらうということで出発したわけですが、それからもう今20年たっております。この間に、どのように進んだか考えてまいりますと、病診連携というのは相当進んできたのではなかろうかと思

ております。残っています、いわゆる各病院の機能分化そして連携というのは明らかに遅れていると、私は言わざるをえないと思っております。

300床、400床以上の病院と同じような形で、100床レベルあるいはそれより小さい病院までが、なんとなく従来と同じような総合病院的な姿のまま残っているというところが非常に多いわけですが、果たしてこれがいいのか悪いのかといいますと、これは決して満足すべき状態ではないと思いますけれども、なかなかそのところが変わっていない。私は以前から、病院あるいは医療機関自体が自ら勇気を持って改革に取り組もうということを提案しておりましたけれども、なかなかその動きにはなっていないのが事実でございます。そこで次の医療法の改正で、今、考えておりますのは、各疾患別に病診あるいは診診の連携をしていったらどうだろうかということでございまして、厚生労働省の考えでは、例えば、がんあるいは心筋梗塞等、各疾患別に、かかりつけ医からの紹介制の連携システムを組もうという話でござい

ます。日本医師会は、先ほど申し上げましたように地域においてプライマリーケアを重視しながら連携をしていこうという中で、疾患別にこれをつくっていこうということには疑義を感じております。なぜかといいますと、従来から地域医療計画がそもそもできてきた元から、今までの医療、我々自体もパターンリズムというものがあったわけですが、システムの中にも、大学病院を中心としまして、地域中核病院、そして小さい病院、診療所というような、上から下へのヒエラルキーというのがあった。これがよろしくない。そうではなく下からの積み上げによる医療の構築を考えたわけですが、

これがなかなか進まない中で、今、効率的にもそのほうがいい、と申しますのは、例えば脳外科の専門医の数と、起こってくる脳血管あるいは脳疾患の数とを比べた時どうだろうか。専門医のほうが多すぎて本当の専門医の技術があるのだろうか。心臓の疾患にしてもしかりであります。そのようなことを考えるならば、これはやはり形としては専門のところをつくっていくほうが効率的にいいのだという話になりつつあります。これを後押しするように、今、お産ができない、産科がある病院が少

ないという話、そして小児科の救急を始めとした小児医療というものに難点があるということで、これは各都道府県その他で集約化していくほかなかろうという流れがございます。これは確かに今の状態をカバーするためには必要なことかもしれません。しかし、あくまでも望むべき医療提供体制は、先ほど申し上げたようなことでございます。

産科、小児科で今起きている問題というのは、今起きている現象であります。それに対応するために集約化するということは、緊急避難としては当然、考えざるをえないわけでございますけれども、長期に見ました時に、これがいいか悪いかということにつきましては、先生方にご判断をいただかなければなりません。私達といたしますと、このような形でいくなれば、また昔と同じヒエラルキーに陥るのではないかとということで、厚生労働省の案の「各疾患別の連携のシステム」というものを、「各疾患対応の事業別の」ということにならさせていただきます。「事業別の」ということになりますと、疾患の治療だけではなく、それに伴う、あるいはそれ以前の保健活動、あるいは予防活動も含めた、いわゆる広い意味での保健・医療活動のシステムのルートに乗っていくということでありますので、そのような意味で必要なことということで、進めさせていただいているわけでございます。

このような中で、医師会は今一つ一つ取り組んでおまして、病院の先生方にもそのあたりはご理解をいただきたいと思っております。先ほど少し触れましたように、そこでやはり問題となっておりますのが専門医の問題でございます。今の専門医と申しますのは、医療法上「広告ができる」ということでありまして、それを国が認知したものではありません。おのおのの団体が一定の外的な基準、会員数あるいは定款の問題いろいろありますが、そのようなものをクリアしたところで専門医というものをつくるならば、これを広告してよらしいというのが現在の専門医でございます。

その中には救急医学のような、会員の4%程度しか専門医の称号を持っていないという学会と、一方では眼科、耳鼻科、泌尿器科、その他いわゆる学会員の数の80%以上が専門医であるというような学会がございます。また、専門医を複数とっておりますと、合算しますと、全医師

数よりも専門医のほうが数が多いという状況になりまして、この専門医がいわゆる専門医ということができののだろうか、ということは一つの問題でございます。

国民に対しましても、それが十分に理解されるのかどうか、あるいはその医術のスキルを考えましても、それらが全部いいか悪いのかという問題がございます。現在、日本医師会では、学術推進会議で専門の先生方にその審議をいただいております、あらかたの方向性というものは本年末までにいただけたと思っておりますが、アメリカでの専門医制度も参考にしながら、どうするかということがございます。やはりこれからは新たな専門医、本当の意味での専門医（サブスペシャリティを考えながらでございますが）も必要ではなかろうかと思っております。

同様に、生涯教育の話でございますけれども、これも前期の報告書にありますように、どの医師もプライマリーケアの能力は持たなければならない、その上に専門性があるという話でございます。日本医師会といたしましても、生涯教育を始めてから長い年月がたっております。現在、申告率はだんだんと上がってきて喜んでおりますけれども、なお病院の先生方、特に大学の先生方、若い先生方の申告率が低いということがございます。私どもといたしましては、専門性のあるところで研究・医療に従事されている方々は、いわゆる専門医としての研修をされていますので、「日本医師会の生涯教育をぜひとも受けて下さい」と言うことは失礼かという気持ちもあったわけですが、ご存じのようにこのごろ出ておりますいろいろな問題点、特に医療過誤がどこで起こっているか考えますと、当然ながら、大学を含めました特定機能病院、あるいは高度の医療ができる病院というところで多いわけでございますが、これは、高度医療、先進医療、先端医療を行うところでは、どうしても避けえない事故が起こりうるわけでございます。ところが現実には起こっている事故を見ますと、大学病院でも単なる患者の取り違い、出血をしているのに亡くなるまで手術を続けていた、あるいは抗がん剤を10倍投与した等、考えてみますと、高度医療に伴うものではないわけでございます。そこに問われますのは、やはり生命の尊厳をどのように考えるか、医師の職業倫理をどのように考えるか、とい

うことで、高度であれ、先端であれ、医療を行う前に、医師としての最低備えるべき資質というものに欠けたところがあるのではないか、考えざるをえないケースが多々あるわけでございます。

そのようなことを考えますと、日本医師会が言っております医学的のみならず医療的な課題、特に基本的な医療課題、これは職業倫理、生命倫理、あるいはもっと簡単に言えばインフォームド・コンセントのための接遇に至るまでのいろいろな問題がありますが、何年かに一度、やはり医師としては、いかに高度な医療を行っている方としましても、臨床医である限りは思い直し、勉強する必要があるのではないかと考えております。そのような意味では、私どもは日本医師会の生涯教育の中に、基本的医療課題というもののカリキュラムを十分に設置いたしまして、それを医師の皆様を受けていただきたい。日本医師会員だけでなく、全ての医師に受けていただきたい。特に専門医につきましては、日本医師会が行います基本的医療課題の生涯教育を受けることを更新の一つの条件としていただきたいということで、今、日本医学会ならびに各学会の先生方と話し合いをしております。勤務医の先生方にも十分にご理解をいただきたいと思っております。

そのようなことで、日ごろ日本医師会といたしましては、一生懸命医療の質と安心・安全ということに努力をしておりますけれども、なかなか世の中というのは、そのようなことでは認めていただけません。そのような流れの中で出ておりますのが、現在の医療改革の話でございまして、これにつきまして少しお話をさせていただきたいと思っております。

先生方ご存じのように、新聞紙上にも出ておりましたけれども、私ども日本医師会は先般、10月13日に、厚生労働大臣に対しまして医療費についての要望を出しました。この時期になぜ出したかということでございますが、この前日に、閣議の後に財務大臣が厚生労働大臣に医療の改革ということで財務省案を提示されたわけでございます。その中では公的保険の守備範囲の見直しということで、いわゆる足切りというようなものも含めたところもない話が出てまいります。一方では、経済財政諮問会議ならびに規制改革・民間開放推進会議のあたりからは、

診療報酬の2%から5%の引き下げ、10年間で10%引き下げということが出てまいりました。アドバルーン的なものもありますので、そのとおりにほならないとは思いますが、政治の流れがそのような中で、会員にとっては非常に不安でございまして、日本医師会は何もしないで、負けているだけかと、そのようなことでは私はいけませんので、もっと後でもよかったのですが、出された翌日にこれを出したわけでございます。

要望の趣旨で、一番にいますのは、経済財政諮問会議その他が医療費というものをGDP比の伸びの範囲内にすると申しておりますが、経済指標を用いての医療費の規制というもので、これはどうしても飲むことができない。病気というのは、経済状況によって動くわけではございません。インフルエンザがはやったり、あるいはSARSがどのようなことになるか分からない、というようないろいろな状況の中で、医療というものはこの疾病に対して適切に対応しなければならないわけですので、これを経済指標に基づいて規制することは当然ありえないということを一番に申しております。

そしてまた、医療費の抑制には反対ですが、医療費を節約するという点については、我々は反対をするわけではございません。医療費をなるべく少なくするということは結構なことですが、少なくするために何が大事かといいますと、これはやはり予防あるいはその他いろいろな手立てがございまして、特に糖尿病をはじめとした生活習慣病についての手立てをすることにより医療費が将来伸びていかないということで、厚生労働省も試算をしておりますけれども、私どもも本年から糖尿病対策のための運動をしております。そのための糖尿病対策推進会議を日本糖尿病学会、日本糖尿病協会とともに日本医師会の予算でやっております。

毎年1万数千人の患者さんが腎透析に新たに入りますが、そのうち1万人を超える人の原因が糖尿病であろうと言われております。もし、この1万人が糖尿病にならないようにするだけでも、予算的に申しますと数百億円というものが節約できるわけでございます。

いわゆる中長期的な活動こそが大事で、年寄りが病気をしないようにしていくことが大事でございまして、その他いろいろな方策が考えられますが、そのようなことだ

## ■ 特別講演（1）

けではなく、短期に、来年医療費が下がるようなことをしろというような方策を、今、内閣ならびに財政諮問会議が言っているわけでございます。この改革というものは、医療のここが無駄である、あるいはこれをこうしたらどうだということは何もございません。ただ金をどう減らそうかという話だけで、これは全くもって医療改革と言うわけにはいかないわけでございます。

この間も厚生労働省で話をいたしました。改革という名で進みながら、私どもは中長期の考え方で、厚生労働省の考え方とは少し違うところがございます。各都道府県によって違うのですが、問題は、いわゆる予防活動その他は賛成である、しかしながら短期で、例えば公的な医療保険の守備範囲をどうしようとか、高齢者の負担を2割から3割と増やしていく、制度を変えていくということについては、1年、2年のことのためにやるのでは、今後の筋道が大きく違ってくるということで、これは反対すると申しております。今まで進もうと言ってきた道と違う道に歩いてしまっただけでは、行き着くところが違うわけでございます。船で進んで行きます時、神戸の港に着こうと思っているのに、進路を変えたら八戸まで行ったというようなことでは、とうていいけないわけでございます。医療をこれからどのような形で行っていかうかというルートを示して、今進んでいる道は、とんでもないところに行きかねない、それは短期の変革にあるのではないかということを言いながら、私どもはこれからやっっていこうということでございます。

いろいろアプローチをしながら考えたことでございますけれども、老人医療費は、若い人の医療費に比べて4倍から5倍の医療費がかかっているというように新聞に書いてあります。もし先生方がこのような錯覚をしておられるとすると考えを改めていただきたい。年寄り若くは若い人より病気になったら医療費がよけいにかかる、年寄りに薬をたくさんやり、検査もよけいにして無駄な医療をするから老人医療費が5倍にもなるのだと言わんばかりの書き方で、先生方もそのような錯覚をしておられるかもしれません。

しかし、病気になって医療を受けている一人一人の医療費を見てみますと、75歳より若い人もそれ以上の人も、一人当たりの医療費は変わらないわけでございます。80

歳を超えますと、医療費はむしろ下がるわけでございます。一人一人の病気についての医療費は若くても年がいてもほぼ同じということで、医療を適切に我々はやっているわけでございます。年寄りに向けて過剰な医療をして5倍もとっているのではない。なぜ5倍になるかという、お年寄りは病気になれる回数が多い、また、入院した時にやや長くなるからでございます。

そのようなことでありますから、老人医療費を抑えようとするのとどのようにするか。これはお年寄りが病気になるようにしなければならぬ。医者にかかることが必要な状況にならないようにしなければならぬ。いわゆる予防ということで、健やかに老いることでございます。特に病院勤務の先生方が、今申し上げたような錯覚で、開業医は年寄りを食い物にしているような話を時々聞きますが、先生方お帰りになりましたら、これからはそのあたりを十分に説明していただきたい。日本の医療は適切にされているのです。無茶をして年寄りを薬漬け、検査漬けにしているわけでは決してないということをお願いいたします。

それと同じことが、特に国会レベルの方、国会議員といた、いわゆる政治家に錯覚が多いということでございます。私どもは診療報酬3%以上の引き上げを求めておりますが、一つの言い分といたしまして、医療の安全確保のために、医師をはじめとしました医療従事者の給与の問題を挙げております。

経済財政諮問会議の言い分といたしますのは、ここ数年にわたり人事院勧告で給料が下がっている、物価も数%下がってきている。それに対して診療報酬本体のみ0.6%アップしている。みんな下がっているのに医療費だけ上がって、けしからんという話でございます。

ところが、先ほども少し申し上げましたけれども、医療従事者は年間1%強、看護師にいたっては2年間で5%以上、年間2%から3%増えているわけでございます。これらの職種は、全部国家資格のあるものでございます。この人たちは、全部医療界で仕事をしているわけですから、申し上げたいのは、医療界は人件費相当分としまして、少なくとも毎年1.5%から2%の人間をたくさん使っているわけでございます。だから、医療費がそのままおかれるとしますと、医療費の中の人件費という

のは大体50%でございます。この50%の少なく見積もっても1.5%、そしてまた少し多めに見ますと2%は、当然伸びるものが抑えられているということで、一人当たりの人件費は、人事院勧告で下がっているよりもっと大きく、一人一人の給料の削減が行われている。そうでなければ経営の中から捻出しているということでございます。

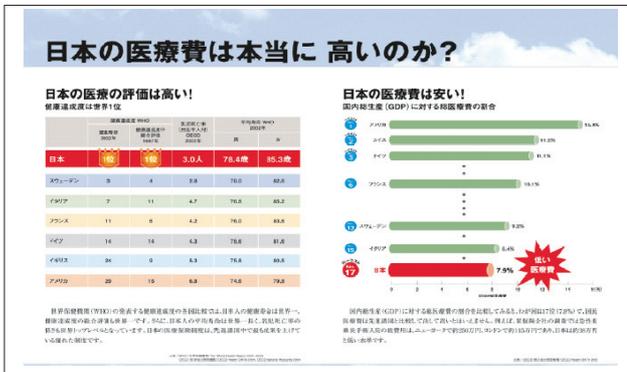
また、物価の値下がりと言いますが、物価というものは生活のものすべてであります。私どもが医療の経営の中で使っておりますものは、そのようなものではありません。医療材料その他、これは輸入品を含め決して下がってはおりません。そのようなものを、単に物価が下がっているから医療の物の部分、これは大体20%と言われておりますが、この部分で下げよというような無茶な議論がございますので、それに対しても私どもは反論をつけております。

〔レジメ1〕



(レジメ1) この反論もつけて、いろいろ政治の場をお願いをしているわけでございますけれども、なかなかご理解がないということで、本日「世界トップレベルの医療を提供するために」をお送りいたしました。これは昨日のお昼に印刷が出来まして、今日の協議会に間に合うように送らせたものでございます。来週からこれを用いまして全役員が国会議員一人一人に説明にまいります。ただ、各都道府県におきましても、これをお送りいたしますので、先生方もことあるごとにこれを政治家に説明をしていただいて、そしてまた患者さん、その他にもご説明いただきたいと思います。

〔レジメ2〕



(レジメ2) これを見ていただいたら分かりますように、日本の医療の評価は高いと書いてあります。これはWHOの報告でございますが、健康達成度というもの、平均寿命もそうですし、健康寿命もそうですし、健康達成度の総合評価を見ていただいても、すべて1位でございます。乳幼児の死亡率、これも先生方もご存じのように他よりはるかに低く、大きなアウトカムを達成しておるわけでございます。現に日本の医療というのは、いろいろ言われますけれども、マズで見ました場合、非常にいい医療を国民に提供しているのだという誇りを持ちたいと思っておりますし、それを先生方もご理解いただきたい。

そのような医療を達成しているのに、日本の医療費はGDP比で見まして、アメリカは15%でございますが、日本は7.9%、ほぼ半分でございます。アメリカのほぼ半分の医療費で前述にあるような効果をあげているということでございます。このことは十分に一般にご理解をいただきたいと思っております。

〔レジメ3〕



(レジメ3) もう一点、今回の診療報酬引き下げ、あるいは国民負担増での医療費抑制策の元になっているのは

何かといいますと、2025年、平成37年に国民医療費が69兆円になる、現在32兆円ということですので、これから20年間で倍以上になる。このため危機的な状況だということですが、これは厚生労働省の試算によるわけでございます。みんなこれは大変だということで、財務省も医療費を引き下げようと抑制策に入るわけでございます。厚生労働省の予測というものがどのようなものであろうかということを見ていただくために作った表でございます。

1995年でございますから10年前に、厚生労働省は2004年の医療費は50兆円になると言ったのです。ところが、実際は32兆円ですね。その時、2025年に医療費は141兆円になると言ったのです。これは厚生白書にもちゃんと書いてあります。ところが2005年、現在はどのようなことを言っているかということ、2010年、ですから5年たちますと41兆円になって、2025年には69兆円になると修正しているのでございます。

この試算の基になりますのは、高齢者医療は年間3.2%伸びる、それ以下の方々の医療費は2.1%伸びると言っておりまして、それで計算をしますと69兆円になるわけでございますが、私どもは同じ厚生労働省のデータを日医総研で計算をさせ直しました。1998年から現在にいたるまで、2000年には介護保険ができましたので、この年は特別でございますので抜きますが、どれぐらいの医療費の伸びかということを見ますと、お年寄りを除きましても医療費の伸びはごくわずか、年間にしますと1%以下でございます。お年寄り、高齢者につきましても1%以下ということでございます。トータルいたしまして、この7年間で2%ぐらいしか伸びていないわけでございます。

厚生労働省は10年間のスパンで見ます。だから、過去に高い、伸びたところがあると10年間ですから、ぐっと押し上げます。その一番危険性のない高いところをとります。現実にはそのようなことございまして、もし今の状態の医療費の伸びで続いていくといたしますと、2025年には44兆円ぐらいございまして、これは今、財政諮問会議その他がここまでしか許せないという47兆円より、はるかに低い伸びにしなければならないというのが現実であります。

私がここで申し上げたいのは、日本の政策というものは全くそのような科学的な配慮なしに、誤った一つのデータを基に多くの人や国会議員を含めて、大変だということで、まさに日本中が「オオカミが来た」と言っているわけございまして、「来てない」という私どもの声というのはかき消されつつありますが、これは払拭しなければならないということで、これを作ったわけでございます。

この公費負担と保険料を見ていただいたら分かりますように、1980年からございますけれども、公費負担がどんどん減ってきております。特に、国庫負担というのが当初の30%から25%、5%も減ってきているというわけでございます。保険料につきましては、大体横ばいぐらいでございますが、一番増えておりますのは、患者負担でございます。また一方では、保険料の中の事業主負担というものは減ってきております。

この事業主負担の問題につきましては、ご存じの、新聞にも載りましたGMをはじめとしましたアメリカの自動車産業の凋落の原因が、数千億にのぼる医療費の負担であるということでございます。それに比べまして、日本のトヨタは1兆円を越す利益でございますが、もし皆保険制度なしに、アメリカと同じように民間保険の医療保険、しかも質のいい、サービスのいい保険に入らなければ優秀な人材が集まらないということで対応するとしますと、トヨタの収入もおそらく半減以上ということになると思います。そのようなことを思えば、私は皆保険制度というものは、大企業、財界に大きなメリットを出している、しかもご覧のように保険料の中の事業主負担がだんだん減ってきている。経済は回復していると言いながら減ってきているという事実。しかも、保険料をこれ以上上げられないということについて、被保険者、国民にその声があるかということ、国民の声ではございません。事業主負担をしております事業主、経済界からのこれ以上の医療保険の負担をするなら国際競争に負けるという声がほとんどであります。政府はその声を聞きながら、やはり産業の育成、発展を考えると保険料は上げられないということに傾いている、これも一つの事実でございます。

【レジメ 4】



（レジメ 4）寿命が伸びれば医療費は増えるということで、これは私どもが作ったデータでございますけれども、医療費の伸びとともに、折れ線で示しております平均寿命が伸びております。しかも見ていただいたらわかりますように、2000年は介護保険が始まった時でございますが、その前ぐらいからずっと医療費というものは伸びておりません。むしろ2001年から2002年にかけては下がっており、国が言っているような形での医療費の伸びはございません。言うならば、バブル期に土地の値段は限りなく右肩上がりになると考えていたのが大間違いであったと同じように、医療費が常に右肩上がりでも国を滅ぼすまでに上がるというのは、大きな錯覚があるのではないかと、これは基本的な議論をお願いしたいと思っております。

その下にございます、高齢者医療費は高いのかということでございますが、患者一人当たりの医療費というものをそこに示しております。特に高齢者が高いというわけではないということをご理解いただけます。むしろ、入院医療で見ますと、子どもに、特に乳幼児に手厚く医療が提供されていることがわかります。

そのような状況でありながら、なおかつやみくもに医療費の抑制と国民への負担の押しつけが行われようとしている今の時代でございます。ごあいさつの時にも申し上げましたように、12月末の予算編成までにほぼこれが決まるということでございます。私ども日本医師会、命がけでこれに対応しまして、働きかけをしたいと思っております。

これから先のことでございますが、相手のあることでございまして、その出方によりましては、やはり国民の

負担が、先ほど言いました保険の足切り、あるいは高齢者医療につきまして負担の割合を3割にしていくというようなことが、表にどっと出てくることになりましたら、私は混合診療反対の時と同じように、国民の声を集めて、運動を展開してまいりたいと思っております。ただ、気を付けなければなりませんのは、小泉さんが解散総選挙の時に、郵政民営化賛成か反対か、ごく単純な言葉で国民を惹きつけたと同じように、私たちが医療を守りたいということ、これから、どのような言葉で、国民を納得させて心をつかむかということ、小泉さんに学ばなければならない点もあろうかと思っております。何かいいお知恵がございましたら、お教えいただきたいと思っております。

今回の改革というものは、将来に向けて今までにない大きな危険性を伴うものであるということをご理解いただきまして、勤務医の先生方にもよろしくご理解とご協力をお願い申し上げたいと思っております。ご清聴いただきましたことを厚く御礼申し上げます。どうもありがとうございました。

【座長 森下】

植松会長には、いろいろとお話をいただき、大変ありがとうございました。最初に、医師数と組織率の問題から、勤務医に関連して病診連携と機能分担の問題、それから専門医と生涯教育の件、それに医師の職業倫理の件、そして日医の医療改革論、厚労省へ申し入れたものですが、それから老人保健について、これらにつきまして非常に詳しくお話をいただきました。そしてさらにこのパンフレット、これを帰って皆さん方ご覧になれば、今のお話の結論というか、総論になるかと思っております。

植松先生におかれましては、先日の日本医師会の代議員会において、続投を宣言されております。私達には、特に来年の春、医療制度改革あるいは診療報酬の改正等々、非常に大きな問題がこれから押し寄せてくるわけでございます。我々は先生の益々の活動を期待しております。今後どうぞ先生、体に気を付けられまして、我々のご指導もいただきたいと思っております。

今日はどうもありがとうございました。