

平成13年度
全国医師会勤務医部会連絡協議会
報 告 書

メインテーマ

『2001年、勤務医の未来を考える』



期	日：平成13年10月27日（土）
会	場：宮崎観光ホテル
主	催：日本医師会
担	当：宮崎県医師会

表 紙

〔夜 神 楽〕

宮崎県の高千穂地方に伝承されている神楽は、天照大神（あまてらすおおみかみ）が天岩戸に隠れられた折に岩戸の前で天鈿女命（あまのうずめのみこと）が調子面白く舞ったのが始まりと伝えられ、古来私共の祖先は永い間高千穂宮を中心にこの神楽を伝承して、今日に及んでおります。毎年11月の末から翌年2月にかけて各集落で、三十三番の夜神楽を奉納し、秋の実りに対する感謝と翌年の五穀豊穡と家内安全を祈願するものであります。

写真 たさきクリニック

田崎 力 （高千穂町）
（二科会 写真部会員）

目 次

開 会	7
主催者挨拶	8
担当県挨拶	9
来賓祝辞	10
特別講演 「21世紀の医療ビッグバン」.....	15
日本医師会勤務医委員会報告	29
次期担当県挨拶	39
調査報告「宮崎県勤務医アンケート調査報告」.....	43
特別講演 「IT革命と医療」	55
シンポジウム「勤務医に夢はあるのか」.....	77
参加者数一覧	115

■ 協議会風景



■ 開催要項

平成13年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

メインテーマ

『2001年、勤務医の未来を考える』

1. 開催日時 平成13年10月27日（土）10：00～19：10

2. 会 場 宮崎観光ホテル
宮崎県宮崎市松山1－1－1
TEL 0985－27－1212

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

4. 担 当 宮崎県医師会
宮崎県宮崎市和知川原1丁目101番地
TEL 0985－22－5118

5. 参加者 全国医師会勤務医部会関係者及び医師会員とその関係者

■ 平成13年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

◇期 日 平成13年10月27日（土）
 ◇会 場 宮崎観光ホテル（宮崎市松山1-1-1）
 ◇主 催 日本医師会
 ◇担 当 宮崎県医師会

メインテーマ『2001年、勤務医の未来を考える』

総司会 宮崎県医師会 常任理事 夏 田 康 則

【日程】

9:00～10:00	受 付		
			〔敬称略〕
10:00～10:30	開会式		
	(1) 開 会	宮崎県医師会 副会長	大 坪 睦 郎
	(2) 挨 拶	日本医師会 会長	坪 井 栄 孝
		宮崎県医師会 会長	秦 喜八郎
	(3) 来賓祝辞	宮崎県知事	松 形 祐 堯
		宮崎市長	津 村 重 光
	(4) 閉 会		
10:30～11:30	特別講演（1） 『21世紀の医療ビッグバン』		
		日本医師会 会長	坪 井 栄 孝
		座長：宮崎県医師会 会長	秦 喜八郎
11:30～11:40	—— 休 憩 ——		
11:40～11:55	日本医師会勤務医委員会報告		
		日本医師会勤務医委員会 委員長	池 田 俊 彦
11:55～12:00	次期担当県挨拶		
		山口県医師会 会長	藤 井 康 宏
12:00～13:00	—— 昼食・休憩 ——		
13:00～13:30	調査報告 『宮崎県勤務医アンケート調査報告』		
		宮崎県医師会 常任理事	濱 砂 重 仁

13：30～14：30	特別講演（２） 『IT革命と医療』 (財)医療情報システム開発センター 理事長 座長：宮崎医科大学附属病院 病院長	開 原 成 允 住 吉 昭 信
14：30～14：45	—— 休 憩 ——	
14：45～17：30	シンポジウム 『勤務医に夢はあるのか』 座長：宮崎県医師会勤務医部会 部会長	立 山 浩 道
	《演題・演者》	
	『公立病院における勤務医の良い点』 宮崎県立延岡病院 副院長	児 玉 英 昭
	『大学勤務医の貢献と受益に関する意識の検討』 宮崎医科大学附属病院 副病院長	池ノ上 克
	『生涯好きな仕事を続けるために・女医の立場から』 宮崎県立宮崎病院 内科医長	石 川 恵 美
	『マネジドケアにおける医療の質の保証』 医療法人誠和会和田病院 院長	三 倉 剛
	『行政医の夢 健康長寿のまちづくり』 宮崎県福祉保健部保健薬務課 課長	日 高 良 雄
	《コメンテーター》 日本医師会 常任理事	星 北 斗
17：30	閉 会	
17：40～19：10	懇 親 会 (１) オープニングセレモニー 『泰平踊り』 (２) 開 会 宮崎県医師会 常任理事 (３) 挨 拶 日本医師会 会長 宮崎県医師会 会長 (４) 乾 杯 次期担当 山口県医師会 会長 (５) アトラクション (６) 閉 会	濱 砂 重 仁 坪 井 栄 孝 秦 喜八郎 藤 井 康 宏

開会セレモニー

10:00~10:30

総合司会 宮崎県医師会 常任理事

夏 田 康 則

開 会

宮崎県医師会 副会長

大 坪 睦 郎

主催者挨拶

日本医師会 会長

坪 井 栄 孝

担当県挨拶

宮崎県医師会 会長

秦 喜八郎

来賓祝辞

宮崎県知事

松 形 祐 堯

宮崎市長

津 村 重 光

■ 開会セレモニー

総合司会

宮崎県医師会 常任理事 夏 田 康 則

皆様おはようございます。本日は全国各地より、この宮崎の地においでいただきましてありがとうございます。心より歓迎を申し上げます。私、本日の司会を担当致します宮崎県医師会常任理事の夏田でございます。どうぞよろしくお願い致します。それでは平成13年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を開催するにあたりまして開会の言葉を宮崎県医師会副会長大坪睦郎が申し上げます。



開 会

宮崎県医師会 副会長 大 坪 睦 郎

おはようございます。それではただいまより平成13年度全国医師会勤務医部会連絡協議会を開会させていただきます。



■ 開会セレモニー

主催者挨拶

日本医師会 会長 坪 井 栄 孝



平成13年度全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催にあたり主催者としてご挨拶を申し上げます。

22回目を迎えました本連絡協議会は、昭和56年度から勤務医部会を有する医師会の持ち回りで開催されておりましたが、平成3年度からは日本医師会が主催し、運営実施については担当県の持ち回りで行われる形式となりました。

この間、未加入勤務医の組織化など数多くの問題が提起され論議されてまいりましたが、勤務医の医師賠償責任保険への加入、生涯教育制度の創設など、重要な施策の実現へと結びついております。これもひとえに、勤務医の先生方の熱意とご見識の賜物と敬意を表する次第であります。

政府は現在、経済財政諮問会議及び総合規制改革会議などを通じて「聖域なき構造改革」を掲げて、様々な改革に取り組んでおり、日本医師会も改革推進自体には賛成をしております。しかしながら、医療保険分野においては、株式会社の医業への参入、医療費総枠管理、患者負担の増加など財政論を優先しており、これは、医療の本質である生命倫理と医師の人類愛を全く無視した暴挙

と言わざるを得ません。

これらが実現されれば、わが国が誇る国民皆保険制度、現物給付制度、フリーアクセスが崩壊し、国民生活が危機に立たされることを意味します。国民の健康と幸福を第一に考える医療担当者として断固阻止しなければなりません。

このため日本医師会は、緊急対策として国民と共に闘うことを基本に据え、「患者負担増による医療保険改革阻止署名運動」及び意見広告等の反対キャンペーンを現在実施しております。先生方のご理解とご協力を是非ともお願い申し上げます。

このような厳しい医療環境の中で、今年度のメインテーマ「2001年 勤務医の未来を考える」は誠に時宜を得たものであり、勤務医の皆様が21世紀の医療の原動力になられることを期待するとともに、本日の会議で多くの成果が得られますことを主催者として祈念いたします。

最後に、本日の開催にあたり準備運営のすべてをご担当いただきました宮崎県医師会 秦喜八郎会長を始め関係役員の方々には心より感謝申し上げ、ご挨拶といたします。

担当県挨拶

宮崎県医師会 会長 秦 喜八郎



会場の先生方おはようございます、宮崎県医師会の秦でございます。日医主催の全国勤務医師会連絡協議会が、21世紀の劈頭に日本民族発祥の地であります日向の国宮崎で行われるということに感激をおぼえております。北は北海道から南は沖縄まで44都道府県304名の先生方にお集まりをいただいております。御多忙中来賓として御出席いただきました、松形知事様、小川助役様に心から感謝を申し上げます。

また、特別講演をいただきます、日医会長坪井栄孝先生、医療情報システム開発センター理事長開原成允先生、御指導いただきます、星常任理事、池田委員長、シンポジウム関係の先生方に厚く御礼を申し上げます。ご挨拶の趣旨は本日のプログラムに掲載の通りであります。ただ、一点だけ強調させていただきます。それは女性医師の問題であります。昨年もこの会でそういう発言をさせていただいたわけですが、この4～5年の内に国家試験合格者の半数は女性となります。その女性医師が勤務医として職場に出て参ります、この4～5年の内にです。女性医師が結婚・出産・育児と生涯にわたって安心して働ける職場作りを急がねばならないと考えております。私は

勤務医の最低でも二交代制、当直をしたドクターは次の日は休めるというような体制を作ることを提唱していますが、なかなか現実には、そうはいきません。女性医師を医局とか病院の足手まといというふうにならずに、将来の日本の医療を背負う大切な人材だというふうにお考え顶きたいというものであります。この発想によりまして現在の過重労働、低賃金あるいは標榜科のかたよりなどの大多数の問題は解決できるのではないかというふうを考えております。

もう一点、医療制度改革は目下、喫緊の課題でありまして、これは医師会だけではなく勤務医の先生方にもすぐにその影響が及ぼされてくると、そのことは今日、坪井会長からじっくりとお話を頂きますので、どうぞご清聴お願いしたいというものであります。

以上、甚だ雑駁な事で申し訳ありませんが、本日の協議会が勤務医の明るい未来の扉が開くキートンとなりますように、祈念してご挨拶と致します。ご清聴ありがとうございました。

■ 開会セレモニー

来賓祝辞

宮崎県知事 松 形 祐 堯



おはようございます。

ご紹介いただきました。知事の松形でございます。一言ご挨拶申し上げます。

平成13年度の、全国医師会勤務医部会連絡協議会の開催を、お祝い申し上げますとともに全国各地からおいいただきました先生方を心から歓迎を申し上げたいと存じます。また今日お集まりの皆様には、国民の生命と健康を守るために日夜医療の最前線で献身的なお取り組みをいただいておりますことを、行政を預かるものの一人といたしまして、この場をお借りいたしまして厚くお礼申し上げます。

この協議会はこれまで22回を数え、今回も医学・医療の発展の為に、たくさんのプログラムが予定されているようであります。また今日は大変ご多忙な坪井会長さんもおみえ頂いておりますし、このような国民の健康福祉の増進に窮する取り組みを続けてこられた日本医師会、また今回本県での開催の準備を進められました、秦会長さんを始めとする宮崎県医師会の皆様方に、あらためて深く敬意を表する次第でございます。

さて、21世紀を迎えました今日、急速な少子高齢化の進

行、人々の生活習慣の変化等によりまして、保健医療を取り巻く環境も大きく変化しているようでございます。特に本県では平成12年の国勢調査では、高齢化率が20.7%に達し、全国より約5年早いスピードで高齢化が進んでおりまして、県民の保健医療に対するニーズは、以前にもまして高まっていております。このような中、本県には、県北・県央・県南に、合計1,430ベットを持つ3つの県立病院がございますが、その改築をすべて終えております。また各保健所の計画的な改築整備も進んでおりますけれども、今後ともこれら保健医療の基盤を最大限に活用しながら、県民の生涯健康づくりなど、本格的な少子高齢社会に備えた各種施策を積極的に展開することに致しておりますので、引き続き日本医師会ならびに県医師会の皆様方のご支援ご協力のほどをよろしくお願い申し上げます。

ところで、本県でございますけれども21世紀の県勢の更なる発展を目指しまして、いろんな施策の推進に積極的に取り組んでいるところでございます。特に陸海空の総合交通網の整備、九州では東九州の方は北九州市から鹿児島まで、大変遅れておりまして、今、一生懸命東九

州自動車道の建設に努力をしているところであります。また本県では初めてでございますけれども、韓国との国際定期便もこの4月から就航しており、着実に総合交通網の整備が進んでいるところでございます。なお、また、秦会長さんからも、ちょっとご紹介ございましたが、宮崎県は神話の国でございます、歴史的な観光県でもございます。市内には、本日のこの会場の他にもご存知のシーガイア、これは、去年はサミットの外相会合他、5つの国際会議が行われた会場等がございます。また、ここから30分ちょっとでございますけれども、西都市というのがございます。文化財保護法で、第一号の特別史跡と

して指定を受けた所でありまして、約1700年前からの300器をこえる土饅頭型の大古墳群がございます。まだ、いろいろとございますけれども、ご多忙な先生方でございますが、寸暇惜しんで、このような宮崎の古い歴史のある観光というものを、お楽しみいただければと、ご案内申し上げる次第でございます。

終わりに、全国医師会勤務医部会連絡協議会のご成功と、日本医師会ならびに宮崎県医師会のますますのご発展、さらには本日ご参加の皆様方のご健勝ご活躍を祈念いたしまして、ご挨拶とさせていただきます。ありがとうございました。

■ 開会セレモニー

来賓祝辞

宮崎市長 津 村 重 光



おはようございます。宮崎市助役の小川でございます。
今日は先生の皆様方には大変遠い所を全国各地から宮崎までおこしいただきまして、誠にありがとうございます。本来でございますと、ただいまご案内ございましたように、地元宮崎市長が参りまして、歓迎のご挨拶なり申し上げなければならないところでございますが、市長にはただいま所用がございまして、どうしても、この時間この席への出席ができませんでした。そこで、市長からの祝辞がしたためてございますので、これを代読することによりまして市長の挨拶に代えさせていただきます。

祝辞、本日全国から「太陽と緑の国宮崎」へ、多くの皆様方にご参集いただきまして、ここに平成13年度の全国医師会勤務医部会連絡協議会が盛大に開催されますことを、お喜び申し上げますとともに、心から歓迎申し上げます。

21世紀を迎え宮崎市では「躍動する太陽都市…みやぎき…」の実現を目標として、市民生活に真の豊かさとりを実感できる、「活力と魅力に満ちたまちづくり」を目指し、市民と行政が一体となって、様々な課題に積極

的に取り組んでいるところでございます。また、協議会におかれましては、介護保険制度への対応や医療制度の改革が議論されるなど、医療を取り巻く環境も大きく変化していく中、医学・医療の振興と、国民の健康、福祉の増進に寄与することを目的として、活動されているということであり、その活動や成果によりまして、市民のさらなる医療サービスの充実につながることを、ご期待申し上げる次第でございます。また、本会議終了後は、懇親会や観光プログラムなども予定されているようですが、ぜひ、秋の日向路を散策いただき、市内の観光もお楽しみいただければと存じます。

終わりに本会が実り多いものになりますことを、お祈り申し上げますとともに、ご参集の皆様方のますますのご健勝ご活躍、協議会のご発展を祈念いたしまして、歓迎とお祝いの言葉とさせていただきます。

平成13年10月27日

宮崎市長 津村重光 代読

以上でございますが、ご盛会、誠にありがとうございます。

特別講演

10:30~11:30

「21世紀の医療ビッグバン」

講 師：日本医師会 会長 坪 井 栄 孝

座 長：宮崎県医師会 会長 秦 喜八郎

■ 特別講演

座長：宮崎県医師会 会長 秦 喜八郎

只今から日本医師会長坪井栄孝先生のご講演を拝聴いたします。

この時節非常にご多忙の中を先程東京からかけつけていただきました。日本医師会長として武見会長に次ぐ2人目の世界医師会長である先生のご活躍については、ご紹介の必要もないと考えております。直ちにご講演頂きたいと考えるものであります。坪井先生よろしくお願いいたします。



21世紀の医療ビッグバン

日本医師会 会長 坪 井 栄 孝

おはようございます。本来ですと、今バンコクに出かけているはずでございますが、諸般の事情で中止しましたので、きょうは糸氏副会長にお願いしておりました講演をそのまま私が引き継いで行いたいと、糸氏副会長にわがままを申しまして、急ぎょ参上いたしました。

「21世紀の医療ビッグバン」という演題に実は驚きましたが、私は、実戦部隊長としてこのようなことに何ら恐れることはないと思っております。しかし、我々に備えがなければやはり怖いわけですから、その備えについて話したいと思います。

私は、「ビッグバン」という言葉を余り好きではありませんが、「医療ビッグバン」について書かれているのを見ますと、「なぜビッグバンが必要なのか」とか、「患者・保険者参加型の医療保険制度を実現しよう」とか、それ

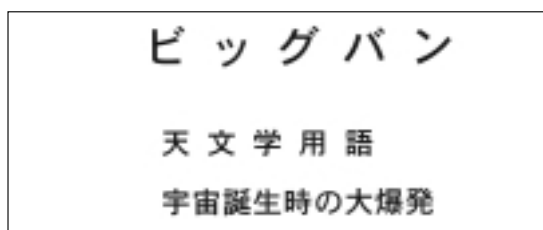


■ 特別講演

から「保険者に選ばれない医療機関は生き残れない」等、恐ろしいことが書かれております。保険者に選ばれなくても国民に選ばれれば生き残れますよ。それから、「医師は主役の座から降りる」、医師が降りたら、だれが医療を担うのでしょうか。そういったことがある雑誌に書かれておりました。しかし、医療制度改革をいかに進めるかということも医療ビッグバンです。医療機関の生きる道は何かを考えることも医療ビッグバンです。ご存じのように、「ビッグバン」というのは、宇宙が誕生するときの大爆発です。大爆発したら、先輩の方々がつくられた日本の医療制度が崩れてしまうわけですから、とんでもないことです。そういうことが行われないう、医師は一致団結して防ぐべきだと思います。しかし、我々なりに解釈すれば、「ビッグバン」というのは外から来るものではなく、我々が必要なときに我々が起こすもの、主体性のあるものだと思います。

きょう差し上げた3点の資料の中で医療政策会議の報告書は非常に良くできておまして、しかも、時宜を得たといいますか、政府の提言に対する日本医師会の見解を述べてあります。是非お読みいただきたいと思います。スライドを使ってお話しします。

先ほど申し上げたように、「ビッグバン」というのは天文学用語で、宇宙誕生時の大爆発だと、それだけの話です。〔スライド1〕

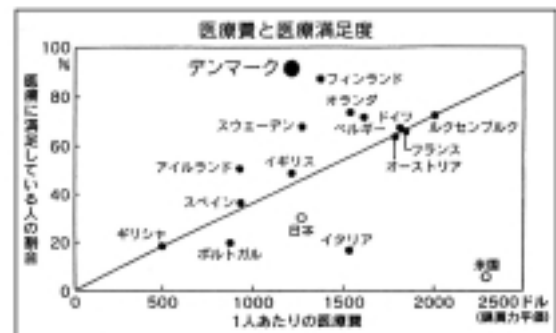


〔スライド1〕それに「医療」を付けて事を構えるような議論をすることは、マスコミに誘導されていることもあるかもしれませんが、そういったことで今の日本の医療制度が良くなり、我々の悩みが解消されるようなことはないと思います。ですから、この言葉を使うことは自由ですが、使っても意味がないように思います。

なぜこういう言葉が出てきていろいろ騒がれるのか、これは私が申し上げるまでもありませんが、恣意的に画策されているところがあると思います。ある新聞の論説

の方が私のところに来まして、「会長、これをどう思いますか。これが日本の医療の現状ですよ」というようなことを言われました。

〔スライド2〕

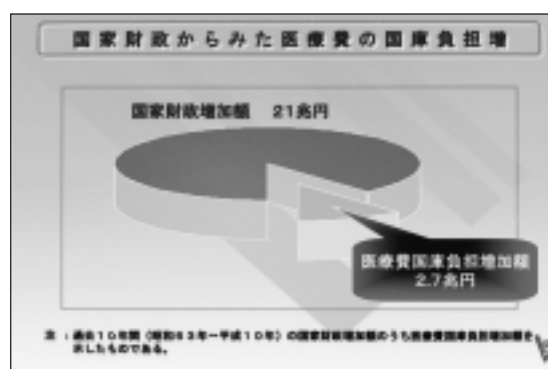


〔スライド2〕要するに、マスコミは、国民が医療費の割には医療に満足していないのではないかと言いたいわけです。日本はここです。デンマークは大きい丸です。デンマークは日本とほぼ同じ医療費で、これだけ満足している。イギリスの医療制度は日本に比べて良くないと日本の医師は言いますが、イギリスの国民は日本の国民より満足している人が多い。ある政治家が、日本の医療はポルトガルと大体同じだと盛んに言っておりましたが、そうでしょうか。アメリカの医療制度は金持ちだけが得する制度ですから、アメリカの国民は満足しておりません。

この図をお見せしたのは、日本は医療費の割に満足度が低い状態なので、高くなるようにしなければならないということを話すためではありません。医療の質の評価にはいろいろな手法があります。今いちばん使われている手法はEBM(Evidence-based Medicine)です。あるいは、DRG/PPS (Diagnosis Related Group/Prospective Payment System) という、ある意味では間接的に医療の質を表現する方法もあります。その他、医療機能評価機構が行う評価方法もあります。そういった医療に対する満足度は、我々地域医療を担っている者にとりまして、大変必要な、重要な情報です。我々は、患者さんの意思に関係なく一方的に医療を提供すればいいとは決して考えておりませんが、我々が提供した医療に患者さんが満足しているかどうかを知ることが、確かに必要なことです。しかし、患者さんの満足度を基点にして医療の評価をすることは、十分な評価とは言えないと思います。それぞれの国の風土、価値観などが影響するわけですから、例

えば、アメリカの医療制度は高い医療費の割に満足度がいちばん低いので良くないと、一概に評価することはできないと思います。しかし、それは医療政策を講ずる上での判断材料でもありますので、我々はこれを無視せず、しっかりと理論構成をして臨まなければならないことも確かです。

今の日本経済が疲弊している諸悪の根元は医療費だという人がおりますが、過去10年間（昭和63年～平成10年）の国家財政増加額のうち医療費国庫負担増加額は13%弱です。〔スライド3〕



（スライド3）膨大な医療費が国を潰す、医療亡国論などを唱える人がおりますが、我々は、これに対して後ろめたさを感じる必要はなく、むしろ、安い医療費で世界一流の医療を提供していることに誇りを持つべきだと思います。しかし、日本の医療がいかにも消費そのものであるような言い方をする経済学者がおられますが、そういう方々はこういうデータをご存じないのでしょうか。

これは、総務庁の平成2年度産業連関表を用いて日経総研がシミュレーションしたものです。

〔スライド4〕

「社会保障」・「公共事業」に1兆円の税金を投入した場合の生産波及効果額と雇用効果比較。

（単位：億円）

	1次効果	2次効果	生産波及効果額	雇用効果
社会保障	32,800	33,000	65,800	739,390人
公共事業	19,900	15,800	35,400	339,406人
倍返し効果	19,000	18,400	37,400	
公共事業	9,100	8,800	17,900	

総務庁の平成2年度産業連関表から日経総研が試算

（スライド4）社会保障と公共事業に1兆円ずつ税金を投入すると、どういう経済波及効果が出るかというシミュレーションです。これを見ますと、社会保障への投入

は、公共事業への投入の倍くらいの波及効果があることがわかります。公共事業は、1兆円を投入すれば1兆円分の事業にしかありませんが、この資料でおわりのように、社会保障の場合は、公的資金と同程度の民間資金が投入されます。我々民間も投資をして、社会保障という事業を伸ばすわけですから、倍増するのは当然です。それから、公共事業は、その事業が終われば永続的な雇用効果はありませんが、例えば、老人保健施設に勤める職員の方々は、施設の工期が終われば勤務も終わるわけではありません。永続的に就職するということや、医療や福祉がそもそも労働集約型の産業であることから、雇用効果も倍以上出てくるわけです。経済効果、投資効果、生産波及効果とも公共事業の倍以上あるわけです。

今、政府は雇用について検討しております。社会保障に雇用効果がどれだけあるかという資料を差し上げておりますのでご存じだと思いますが、少しもそういう政策は打ち出しません。しかも、社会保障というのは、困っている人たちを助ける施しであり、そこから生産される効果がフィードバックされることはない、要するに、産業としては消費で、投資ではないと考えております。そういう考え方をいつまでももっているから、少しも進歩しないわけです。医療費が伸びることが今の日本経済に悪影響を及ぼしていることはありません。それどころか、しっかりとした考え方を持って社会保障、医療に投資をすれば、これだけの生産波及効果があり、雇用効果があるわけです。そのことを知っていても言わないのか、全く知らないのかわかりませんが、我々はそれについて根気よく主張していかなければならないと考えております。

この表は、毎回お見せしているものです。

〔スライド5〕

日本と外国の医療の比較：健康寿命と医療費

国・地域	WHO（世界保健機関）		OECD（経済協力開発機構）	
	健康寿命（年）	医療費（1人当たり）	健康寿命（年）	医療費（1人当たり）
日本	1位	3位	1位	10位
オーストラリア	2	17	12	7
フランス	3	13	6	5
イタリア	6	14	11	16
カナダ	12	15	7	8
イギリス	14	2	9	21
ドイツ	22	29	14	3
アメリカ	24	32	15	1

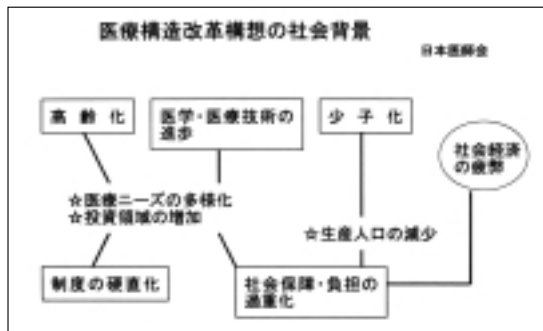
出典：WHO（世界保健機関） World Health Report 2000
OECD（経済協力開発機構） OECD HEALTH DATA '99
注：WHO・OECD加盟国のうち、主要な国のランキングを示したものである。

■ 特別講演

(スライド5) きょうの資料にも入れておりますので、あとでまたご覧いただきたいと思います。健康に生きていられる寿命、健康寿命は、日本が世界一であることは、先生方ご存じのとおりです。しかも、総医療費と国内総生産との比は、OECD加盟国の中で18番目です。しかし、これだけの効果を上げている。これは、効率的であるという以外に表現がないと思います。では、なぜ日本の医療は非効率的なので改正しなければいけないと言われるのか。相手方の悪口ばかりではお聞き苦しいので控えますが、このようにすばらしい、しかも、効率的な医療のどこを変えなければならないのでしょうか。彼らの主張に対して我々はプロフェッションとして質したいと思います。

日本医師会は、ご存じのとおり「医療構造改革構想」を打ち出しておりますが、改革をしなければならない社会背景は、この3つだとしております。

〔スライド6〕



(スライド6) すなわち、世界で類を見ないような高齢化社会となり、そして、それと裏腹な少子化が非常に深刻な状況にあります。もう1つは、我々の専門領域である医学・医療技術の進歩が急速に進み、かつ高度化する中で、医療に対する国民のニーズも多様化しております。したがって、国、あるいは個人が医療や社会保障に投資しなければいけない領域がどんどん広がるわけですから、お金がかかるのは当然です。しかし、今のような硬直した制度では、それに対応することは難しいと思います。ですから、改革が必要なわけです。

それから、少子化が進めば、社会保障を支える世代の人口が減少しますので、負担に対する対策も当然考えなければなりません。生産人口が減少すると、1人当たりの負担が増大しますので、このごろは余り言わなくなり

ましたが、1人の老人を何人の若年世代で見なければならぬというような言い方をされるわけです。社会保障の負担が加重化という、これも果たして現在どこまで加重化しているのか、それに対して国民がどういう拒否反応を示しているのか、かなり偏った報道しかありませんのでわかりませんが、我々としては、その実態を正しく把握しなければなりません。そして、もしそういう状況にあるのであれば、根本的に直さなければいけないわけです。これが改革をしなければいけない1つ目のポイントです。しかも、我々医療従事者自身の手で改革することが最も重要なことだと思います。それを確認する意味で、現在の状況についてお話ししたいと思います。

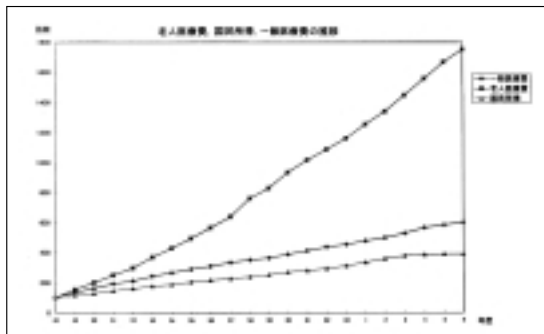
では、社会経済の疲弊は関係ないのかと言いますと、関係はあります。国の経済が疲弊すると、やはり社会保障に影響するわけですから、政治家や行政は、この改革を考えなければなりません。具体的に申しますと、その原因が不良債権であるならば、十数年かかってできないようなことはすべきではないと思います。しかし、不良債権や社会の経済状態がどうであろうと、日本の医療にとって重要なポイントは、高齢化の問題です。

最近、現在の財政状態では、改革は先延ばしにすべきだと言い出しましたが、ああいうのを馬脚を現したと言ってしまうでしょうね。医療だけ手直しすることを改革だと思っている。現にそのようにしようとしています。これは、国民にしてみると、大変な暴挙だと思います。我々は、我々のアイディア、我々の努力でできるところからまず改革していきたいと考えております。

もうお気付きと思いますが、演題のビッグバンという言葉をあえて使いますと、老人医療に宇宙の大爆発的なエネルギーを集中して改革しなければならないと思います。これにはお金が伴いますが、「2015年医療のグランドデザイン」の中で述べておりますように、経済成長率が年1.5%くらいであれば、2015年までは今のままで十分やっているといます。しかし、2015年以降は社会保障に対する考え方を国民も政治家も変えて、そして、行政機構を変えなければできないという提言をしているわけです。ですから、我々は「2015年医療のグランドデザイン」に沿って粛々と改革を進めていくことが大切だと思っております。

そうは申しまして、なぜ老人医療が騒がれるのか。
これはちょっと古いデータです。

〔スライド7〕



（スライド7）国民総生産とか国民所得の伸びを基準にして医療を考えると、アメリカの医療のようになるわけです。一般医療費の伸びと老人医療費の伸びの乖離が非常に大きくなっておりますが、これは老人が悪いわけでも、我々医療提供者が悪いわけでもない。老人の処遇体系のために介護保険ができましたが、そのためにどちらかというスポットライトを浴びるような一般の医療から、余りスポットライトを浴びそうもないような老人のところに向けたわけです。つまり、経済誘導したわけです。そして、診療報酬をある程度高いところに設定しておいて、一週間過ぎて値段を下げて、通減制を引いた。

1カ月後また下げ、3カ月後もっと下げる。6カ月経つと、老人医療では、医院、あるいは病院の経営を維持することができなくなりますので、患者さんに退院するよう言わざるを得なくなるわけです。結局、マスコミにたたかれる状況をつくってしまう。この責任は行政にあると思います。ですから、今回、通減制は全部やめて、医療費が余り高すぎるといふならば、リーズナブルなところまで下げて、拡大再生産費を10%くらいとれるようにすれば、経営上そんなに悲惨な状態にはならないという提案をしております。そういうことで乖離を小さくする。我々流に表現すれば、老人医療に大出血があるわけですから、そこを抑えるような政策を立てることが、今の改革でいちばん大切なことだと思います。こういうことを言いますと老人病院の先生に怒られますが、予算を上げなくても、政策としてはできる話ですね。

医療費の高騰は、高齢者医療にお金がかかるため。

（スライド8）それも、行政の恣意的な経済誘導によって

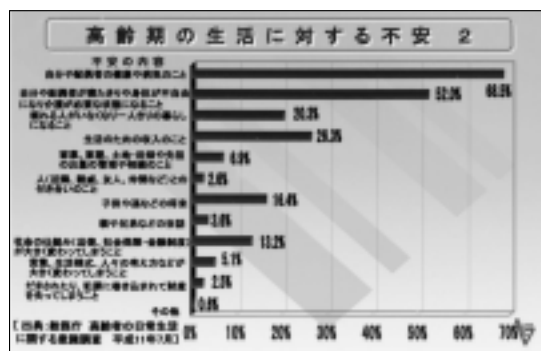
〔スライド8〕

医療費の高騰は、高齢者 医療にお金がかかるため。

政策がそういう方向に向いているわけですから、これを直すことが、改革の目玉だと思います。しかし、これは我々としても変えなければならない1つのポイントであることも間違いありません。

お年寄りに日常生活に対する不安を聞いてみますと、自分や配偶者の健康が心配だというのがいちばん多いですね。

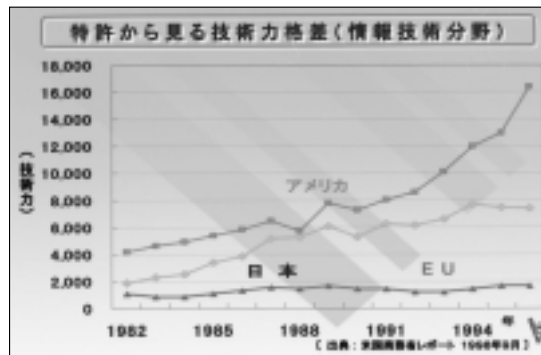
〔スライド9〕



（スライド9）お金の心配もありますが、とにかく健康が心配だというのがいちばん多い。ですから、今私がお話ししたような老人の処遇体系について考えることは、本格的な高齢化社会を迎えた日本にとっては、まさに国家的な事業といえますか、国策と考えていいだろうと思います。

それからもう1つ、医療の技術評価というのがあります。

〔スライド10〕

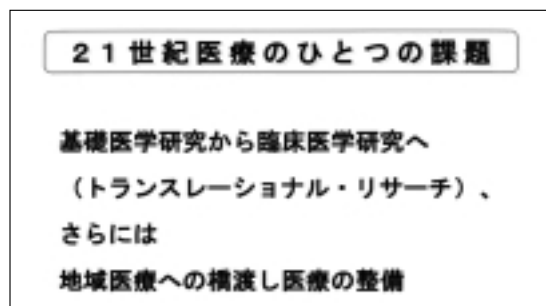


■ 特別講演

(スライド10) この資料はアメリカのもので、アメリカがいちばん高いのは当然です。そして、EUと日本を比較しています。私が調べたものでは、EUのほうが高く出ておりました。このスライドもあとで確認しますが、技術評価は低くなっております。これは、特許から見ていますから、比較的新しい技術については低いということです。それから、イギリスの科学雑誌「Nature」のレポートでも、日本から出ている医学論文は、国際的な信頼度といいますか、用いられ方が先進7カ国のなかでいちばん低くなっております。そういうデータがあるわけです。私がこのようなデータから何が言いたいかと申しますと、先ほど私は日本の医療は世界一良いと申しました。国民皆保険ですし、フリーアクセスですから、どこに行っても受けられる。いちばん良いと思います。ただ、医学・医療のトップレベルがどの辺にあるかということと、それによって国民全体が受けるメリットはどの程度かということは大きな問題だと思います。それについて実際に研究しておられる先生方に伺いますと、各々の部門のトップのところはむしろ世界レベルより高いけれども、平均的なレベルを高いところにもっていかなければならないというお返事でした。

すなわち、基礎的な医学研究から臨床医学研究へ移行する、それをトランスレーショナル・リサーチと呼んでいるそうですが、その部分が日本の場合には弱いということです。

[スライド11]



(スライド11) ですから、トップレベルの研究者がもっと広く研究されたり、あるいはまた、それを臨床的に応用されることにエネルギーを使えば、日本の医療レベルは名実共にトップレベルになるだろうと、研究されている先生方がおっしゃっておりました。先日の代議員会で私

はこれを利用して、さらに地域医療に橋渡しする予防啓発を中心とした医療を日本医師会の手で作ろうと提案しましたが、今の日本の医学研究は、そこが劣っているわけです。

これは、大学の博士審査等いろいろな問題があるそうですが、もしこれが政府の低医療費政策に起因しているとするれば、これは我々地域医療を担当する、特に日本医師会をお預かりしている私の責任でもあり、重大な問題です。高齢者医療にリスクがあり、問題意識を抱えていることを自覚していると申し上げましたが、もう1つ、武見元会長が言われたように「医療は医学の社会的適用」ですから、社会に適用させる医学が世界に劣るのであれば、我々の力で、我々ができることをやっていかなければならない。これは、今の日本の医学・医療のひとつの切り口であると思っています。

社会保障システムが国によって違うことはご存じのとおりです。これは慶應大学の田中滋教授が非常にわかりやすく作ってくださったスライドです。

[スライド12]



(スライド12) アメリカは自由主義政策、要するに、良い意味での個人責任、自己責任中心の社会保障を考えております。日本は社会主義的な制度であることはご説明申し上げるまでもありません。イギリスもそうですが、ただ、イギリスは、社会主義的な考え方の中で国家権力がすべてをサプライする。そして、それを中央集権的に行っているわけです。日本はかろうじて診療報酬体系というものがあり、財布のひもは政府が握っておりますが、中医協という場を通して医療費について議論できますので、イギリスの社会主義的な制度とは違うと考えていいと思います。

それから、ドイツ、オランダ、フランスは、比較的優れた社会保障制度を持っていると言われております。田中先生は、これを自立支援型の制度と分類しております。日本もこの制度が望ましいのではないかと田中先生はおっしゃってございました。それはこれから話ですが、我々はこんなに成熟したすばらしい皆保険制度を持っているわけです。それを今政府は、アメリカのこの新自由主義的の制度をそのまま日本に取り入れれば国民が幸せになると考えているわけですから、我々としてはしっかりと反論し、防がなければならないと思います。ここが今、小泉内閣との争点となっております。

これも説明の必要はないと思いますが、まとめますと、日本に導入しようとしているアメリカの医療は、HMO、ご存じのように保険組合の出現によって例えば、制度の80%を実現することが望ましいといった場合、それを60%や50%に削って保険会社の採算を取ろうとする医療です。

〔スライド13〕

アメリカの医療は、HMOの出現により、アクセス制限、医療レベルの選択の強要を受け入れたため、医療が市場での取引引きに乗り、医療ビジネスはダイナミックなマーケットになった。
多様なアウトソーシング会社が登場し、企業は急成長した。
しかし無保険者は放置された。

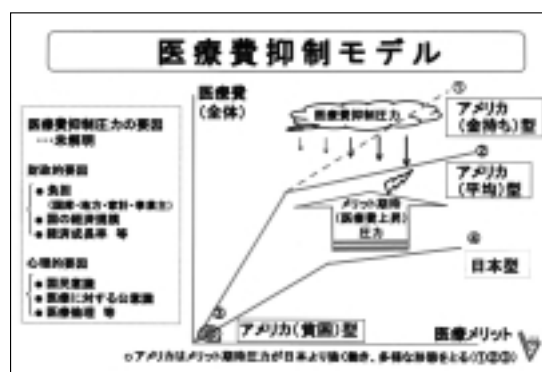
(スライド13) 国民は医療のアクセスを制限されますし、また、選択によっては保険料が高くなってお金を払うことができなくなるわけです。さらに、医療レベルの選択の強要を受け入れたために医療が市場での取引に乗ったわけです。そして完全にビジネス化してしまって、ダイナミックなマーケットになったわけです。それにより、医療ビジネスに関連するいわゆるアウトソーシング、下請け会社がどんどん登場し、急成長したわけです。

しかし、それに対するアメリカ国民の選択は明らかに5、6年前から変わってきております。そのマーケットを国民、あるいは医師が拒否する事態が起きております。変わりつつあるわけです。なぜそうなったかと言いますと、保険料が高い上に、制度そのものが成熟していない

ので、アメリカ国民の22%、約4,300万人の無保険者、つまり、医療を受けられない人たちが出てきたわけです。医療ビジネスが悪いとは言っておりませんが、あまりにも経済効率、産業効率ばかりを考えたために今、アメリカの医療は破綻を来していると言っていると思います。このことを重視しなければならない。99.97%の加入率をもった日本の国民皆保険制度を崩して、アメリカの制度を取り入れようとしているわけですから、はっきりと反対すべきだと思っております。

医療費は、技術が進歩すれば上がるのは、当然のことです。日本も医療技術が向上するに従って、医療費が伸びてきました。

〔スライド14〕



(スライド14) しかし、ある点になりますと、あるインセンティブが働いて平衡化、水平化しているのは、日本だけではありません。アメリカもそうですが、日本とアメリカがある点で同じ技術を共有していても、日本国民はアメリカ国民より非常に安い費用で良い医療を受けられるわけです。この表はそれを表しております。日本の場合は中医師協がありますので、それがインセンティブになって医療費が抑制されるわけです。アメリカの場合もあるところに行きますと、水平化してきます。それはなぜかと言いますと、いくら命が大切だと言ってもそんなにお金を掛けられない、だからといって安い保険を買って後悔するのも嫌だという人がいる反面、自分の命のために金をかけるより子孫に残すといった考え方もあるわけです。医療費を上げようという力と、抑制しようという力が闘ってこういう線ができるわけです。日本と同じような形がありまして、私はこれをアメリカの平均型と表現しております。アメリカには、いわゆる金持ちで、幾

■ 特別講演

ら金がかかっても構わない、どんどん新しい良い技術を取り入れて、そして1分でも1時間でも延命してほしいという希望に応えている医療もあるわけです。このようなアメリカの金持ち型の保険を日本にも作って、選択できるようにすることを主張する人がおりますが、高度な医療にどんどん財源が投入される反面、全く医療を受けられない人たちが出てくるわけです。現にアメリカにはそういう人が20%以上もおります。これがアメリカの医療の現実なわけです。それは医療改革を検討する上で、見逃してはならない大事な点だと思います。

なぜこういうことが考えられるようになったかと申しますと、高齢化社会を迎えて医療費がどんどん膨れ上がってくるわけですから、ほかの産業が医療に活路を見出そうとするわけです。アメリカのような医療保険制度を作れば、マーケットを拡大することができるわけです。しかし、貧者はなるべく低いところに抑えて、金持ちだけが良い医療を受けられるような制度を容認すべきではないと思います。政府の中には、貧富の差が多少あってもしょがないのではないかと発言する人がおりますが、このように社会保障が成熟している日本で、すばらしい制度である国民皆保険制度をあえて崩して貧富の差を作ることは絶対避けなければなりません。そういう意味で、経済財政諮問会議や総合規制改革会議を十分に監視する必要があります。

今我々が真剣に取り組まなければならないのは、厚生労働省と財務省の短期的な改革案にしっかりと意見を述べることだと思います。特に財務相が出している被用者保険の3割負担は、絶対に阻止しなければならない。患者さんにこれ以上負担をかけることは良くないと思います。

この先国税と保険料だけでは賄えなくなることはだれでも感じていることだと思いますが、そうなったときに、国民が社会保障をどのように支えるかを今から考えて、準備しなければならないわけです。ですから、患者さんの一部負担をいわずに上げて、政管健保、健保組合、国保も含めて、本当は赤字対策をしている暇はないわけです。役人は2年ごとに担当が変わりますので、2年間考えればいいということで、2年間の行政で国の100年の計を立てられてはたまりません。そうではなくて、今の時期に備蓄をし、リスクマネージメントをして、公的保

険で世界最高水準の医療を受けられるような仕組みをつくるということです。つまり、保険証を持っていれば、将来に対する不安は解消できるような保険制度をつくることです。しかし、何から何まで全部カバーすることはできません。すなわち、遺伝子治療、臓器移植、生殖医療、あるいは再生医療などは選択的な医療ですから、そういう問題に対して国がどうサポートするかという問題を含め、自立意識、備蓄意識を持ってリスクマネージメントする。それについて国民の合意を得て、そういう思想を作り上げていく。それで、国庫、保険料、そして自分の備蓄財源、その備蓄財源のなかには民間保険があっていいわけです。そういう形にしなければ、これからの社会保障はなかなか立ちゆかないと思います。

ですから、厚生労働省、財務省が主張している一部負担金の増額とは、全く違うわけです。どちらが正しいかは、100年経って国民が判断することかもしれませんが、一部負担金、すなわち自分の力で社会保障を支えるという理念をひとつの哲学とするならば、組合の赤字を一部負担の増額で解消するというのではなく、別に財源として備蓄すべきだということです。それが私の主張です。そうしなければ、これから21世紀中盤から後半にかけて保険制度はもたないと思います。

経済財政諮問会議、総合規制改革会議は、ともに株式会社の医療参入、医療費総額の伸びの抑制、公民ミックスによる医療サービス提供、公的保険による自由診療との併用、それから保険者と医療機関との直接契約という提言をしております。

〔スライド15〕

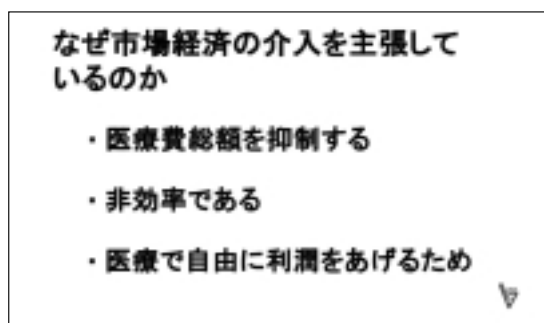
経済財政諮問会議 (医療の主な論点)	総合規制改革会議 (医療の主な論点)
1 株式会社の医療参入	1 株式会社の医療参入
2 医療費総額の伸びの抑制	2 医療の標準化
3 公的保険による診療と自由診療との併用	3 広告規制の緩和
4 保険者と医療機関との直接契約	4 公民ミックスによる医療サービス提供
	5 保険者と医療機関との直接契約

(スライド15) これらは、長、中期的に解決しなければならない問題ですが、株式会社の問題は、そういう理論構成がなく、ただ利益を追求するだけだと思います。標準

化という言葉も、大変危険な言葉ですから、軽々とこれに乗るわけにはいきません。広告規制の緩和は、緩和だけでも構いませんが、この辺はこれから長期的に議論するものですから、当面は、医療政策会議のレポートで対応したいと考えております。

既にお話ししましたので、これを解説する必要はないかもしれませんが、なぜ株式会社が医療に介入してきたかと言いますと、医療費がかかりすぎるので、医療費総額を抑制するということです。

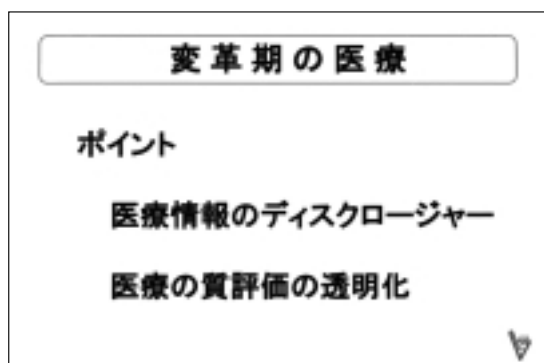
〔スライド16〕



（スライド16）しかし、日本の医療ほど効率的な医療はないと思います。株式会社が医療という市場の中に入れば、市場原理主義で利潤を上げ、儲からないところは切り捨てるという図式になってしまいます。これは、我々の理論構成からすれば、問題にならないと思います。しかし、それには我々がしなければならないことがあるわけです。それについてお話しします。

私たちが積極的に、しかも、国民が納得するような方法で改革しなければいけないポイントは2つあります。

〔スライド17〕



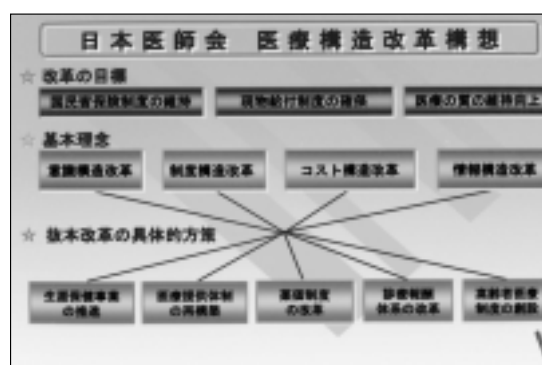
（スライド17）1つは、医療情報をディスクロージャーする、医療情報を開示して国民の納得を得るように努力す

ることです。先生方は一生懸命しておられますが、もう1段も2段も組織的に体系化してやらなければならないということです。これが1つ。

もう1つは、先ほども触れましたが、医療の質をしっかりと評価する。そして、ただ評価するだけではなくて、国民が判断できるように透明化しなければならない。この2つは我々が早急にしなければいけないことだと思います。我々がこの2つを成し遂げれば、現在社会から受けている誤った評価は完全に払拭されると思います。

日本医師会は、「医療構造改革構想」を提示し、先生方の合意をいただきながら仕事をしているわけですが、その目標の1つは国民皆保険制度をしっかりと維持することです。

〔スライド18〕



（スライド18）2つ目は、フリーアクセスを担保できる現物給付を確保することです。改革と言っておきながら、旧を守るとは何事だと思われる人がいるかもしれませんが、改革には、変えてはいけないものもあるわけです。おこがましい言い方をしますと、変えてはいけないものを守り、その改革を成功させるかどうか、改革が本当に国民のためになるかどうかの大きなポイントになるわけですから、変えてはいけないものは絶対変えないということです。

しかし、変えなければいけないところは徹底的に変える必要があります。それは、医療の質です。医療の質の透明化を図る必要があります。透明化というのは、医療の質の測定方法もありますが、国民がその質を理解して享受できるような社会をつくるのが、「医療構造改革構想」の大きなポイントでもあります。

それから、基本理念としては、医療担当者の意識をど

■ 特別講演

う変えていくかということです。ディスクロージャーの問題、あるいは質の測定の問題は、十分とは言えません。我々の意識を変えることは非常に大変ですが、しなければなりません。さらに、情報構造の改革を基本理念に挙げております。あとの制度構造改革やコスト構造改革は、自然とついてくる話ですから、4つの基本理念のうち意識構造改革と情報構造改革の2点は重要だと思います。

具体的な方策としては、ここに並べましたような5つを提言しております。生涯保健事業の推進というのは、健康投資概念です。健康を作る、健康を保持する体制が整いますと、日本の医療の場合、最終的に残るのは高齢者医療制度の創設だと思います。最初に申し上げましたように、我々が改革しなければならない目標ははっきりしているわけです。それを遂行することが我々の使命なわけですから、それに向かって邁進することが我々の未来を開くことだと考えております。

蛇足ながら、日本医師会の「2015年医療のグランドデザイン」についてもう一度お話ししておきます。

〔スライド19〕

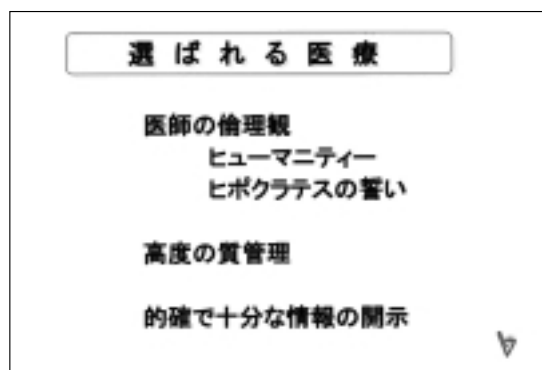
2015年医療のグランドデザインとは (そのⅢ)	
○ 新しい高齢者医療制度の創設	75歳給付 国費90% 老人保険拠出金 全廃
○ 負担割合を国庫3.5:事業主3.0:家計3.5	国民一人当たり家計負担 12.2万円/年から15.5万円/年になる
○ 1.5~2.0%の経済成長を前提とすれば総医療介護費	60.2兆円は可能
○ さらに将来の社会保障費負担を考え、自立投資(備蓄)	財源の確保を提唱している

〔スライド19〕 高齢者医療制度は75歳からにする。公費で90%を賄い、あとの10%は保険料と自己負担にする。各保険者は老人保健拠出金で苦しいわけですから、それを全廃する。これには、厚生労働省もだいたい乗ってきております。それから、一般医療保険や介護保険費用を合算した国民医療・介護費財源の負担割合を公費35%、事業主30%、家計35%にする。そうすると、国民1人当たりの家計負担は、今は年間12万2,000円ですが、2015年には15万5,000円にしかありません。これは、年率1.5~2%の経済成長を前提とすれば、2015年には総医療介護費60兆2,000億円は可能だというシミュレーションをしているわ

けです。しかし、絶対にマイナス成長はさせないと言っておきながら、今マイナス1%と言われておりますので、そういうところが政治家は無責任だと思います。それから、先ほどお話ししたいいわゆる自立投資(備蓄)の概念について、これから十数年かかって国民のコンセンサスを得なければなりません。さしあたっては民間保険を買って、それを備蓄財源にすることも1つの方法だと思います。そういった我々の考え方をまとめてあります。

医療には、モラルの問題が伴います。

〔スライド20〕



〔スライド20〕 医師は医療に対する倫理観を持っております。その根底にあるのは、人類愛、ヒューマニティーであり、ヒポクラテスの誓いです。それから、何度も繰り返しますが、我々が今しなければならないことは高度の質管理と情報のディスクロージャーです。この2点が改革の基本理念です。これを国民に提示することは、我々の作り上げた医療が国民に選ばれる医療となるために不可欠だと思います。国民に選ばれる医療を我々が準備し、ディスクロージャーによって得た医療に対する知識で国民が自分に適した医療を選ぶ時代に21世紀はなるわけですから、その体制を早急に整える必要があります。医療は選ぶものだという認識に徹して基盤整備をすることが、これから最も大切なことだと思います。スライドありがとうございました。

余り品格を落とさないように話したつもりですが、多少お聞き苦しい点がありましたことをお詫びします。しかし、我々は、今真剣に日本の医療を作る努力をしなければ、後輩に申し訳ないと思います。そして、我々が医師の道を選んだからには、それを遂行する義務があると思います。そういう努力を怠らなければ、私は医師の将

来はバラ色だと思います。日本医師会を始め、すべての医師会が、きょうの宮崎の天気のように明るくいられるように、ご研鑽願いたいと思っております。

WHO 神戸センター主催のシンポジウムが神戸で開かれますので、これからそちらに向かわなければなりません。午後からのシンポジウムを拝聴することができず、大変申し訳なく思っております。あとで担当常任理事に逐一報告させますので、どうぞ活発にご討議いただきたいと思います。

先生方が高い志でこういう会をもたれることに敬意を表するとともに、変革しようとしている日本の医療のなかで先生方が大きな力を発揮されることをご期待申し上げます。ご清聴ありがとうございました。

■秦 一言だけ御礼申し上げます。先生には非常にご多忙の中をおいでくださいまして、医療構造改革、これもちょうと先程お話がありましたように従来であれば言の葉にもあがらなかったような株式会社参入とか診療報酬の切り下げとかめっちゃくちゃなことを言っておりますが、それを先生が的確に全力をもって対応する、会員の先生方もそれなりの覚悟をしていただきたいと言うお話だったと感じております。天王山は11月いっぱいと考えておりますが、兵を養うこと千日、用いるは一朝にあり、この一朝に先生ががんばられますことを、私共は一兵となって応援したいと思っております。ありがとうございました。

■夏田 坪井先生ありがとうございました。坪井先生急きょご帰京でございます。先生のこれからの日医会長のご健闘を祈りまして、皆さんで拍手でお見送りしたいと思います。

日本医師会勤務医委員会報告

11：40～11：55

報告：日本医師会勤務医委員会 委員長 池田俊彦

日本医師会勤務医委員会報告

日本医師会勤務医委員会 委員長 池田俊彦

日本医師会の勤務医委員会の池田でございます。

恒例になりますけれども、今年もまた、こういう発言の場を与えていただきまして、ありがとうございました。充分なお話はできませんけれども、勤務医委員会における議論の一端を述べさせていただきます。時間がありませんでしたら、私見も少し述べたいと思いますのでどうぞよろしく願いいたします。

〔スライド1〕

勤務医委員会委員 (平成12年7月1日現在、50名)		
伊賀六一	北海道日本医師会連合会事務局長	福岡県医師会理事
○池田俊彦	福岡市医師会 会長	新潟県医師会理事
伊藤正一	新潟県立新潟病院 院長	栃木県医師会会長
梅田 明	栃木県立宇都宮病院 名誉院長・顧問	東八代郡医師会理事
斎藤義昭	群馬県立第一斎藤病院 院長	北海道医師会会長
佐野文男	北海道立札幌総合病院 院長	岩手県医師会勤務医部会長
○谷口 繁	岩手医科大学高度医療センター 院長	東京都医師会理事
中村 智	東京医科大学 医務部長	大阪府医師会理事
濱田和孝	大阪府立中央病院 院長	山口県医師会会長
○藤井隆宏	山口県立山口病院 第一内科部長・救急部長	三重県医師会理事
宮西永樹	三重県立津市病院 院長	広島県医師会常任理事
山本繁次	広島県立広島病院 院長	鳥取県医師会理事
渡辺 泰	鳥取県立鳥取病院 院長	
○委員長	○副委員長	担当役員 星 常任理事

〔スライド1〕勤務医委員会委員は、全国各地から集まってきた、12名の委員で構成されております。担当役員は今日お見えの星常任理事でございます。

〔スライド2〕

日本医師会勤務医委員会の役割
1. 会長諮問事項についての討議と答申書の作製
2. 日医ニュース「勤務医のページ」の企画編集
3. 全国勤務医部会連絡協議会への意見具申
4. 都道府県医師会勤務医担当理事連絡協議会の企画・立案
5. その他の問題の討議
6. 勤務医アンケート調査
7. 勤務医座談会の実施
8. その他

〔スライド2〕勤務医委員会の役割をざっと申し上げますが、ここに書いておりますように、一番メインのことは、会長の諮問事項についての討議と、答申書の作成ということで今、最終段階に入っております。これは、また後ほど述べたいと思いますが、日医ニュースの勤務医のペ

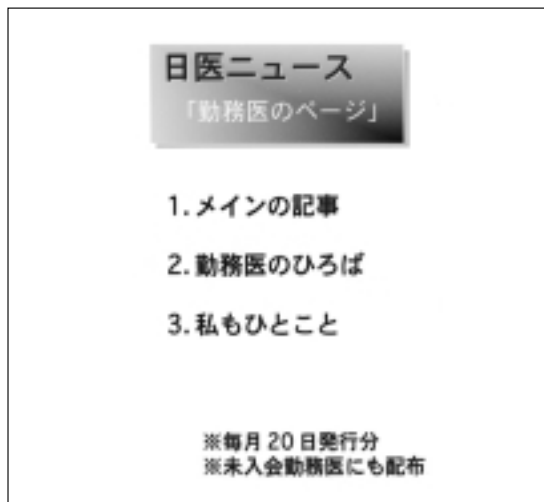


ージの企画編集とか、それから本日のような全国医師会勤務医部会連絡協議会への意見具申と申しますか都道府県医師会の勤務医担当理事連絡協議会11月14日にごきますけれども、こういうものの企画立案をしたり、その他のいろんな勤務医の問題についてあるいは日本の医療の問題について討議をいたしております。年によっては勤務医のアンケート調査をするときもありますし、今年のように勤務医の座談会を実施することもあります。今年は座談会を致しましたので、その座談会の様子を日医ニュースのメインの記事として今2回ほど載ったと思います。後2回ほど載ると思います、座談会の様子を全部載せますと10回分になるそうなんですけれども、そうはなかなかいきませんので少しはしょって座談会に御出席の方は少しご不満かもしれませんが、4回分にまとめて今出しているところです。

〔スライド3〕1. メインの記事、2. 勤務医のひろば、3. 私もひとこと、この3つのものを勤務医委員会のそれぞれの委員の先生方が担当して執筆いただく方を選定していただいたり、こんな内容を書かせようという議論をいたしております。毎月20日に発行されておしまし

■ 日本医師会勤務医委員会

〔スライド3〕



て未入会の勤務医にもお配りしておりますので、できるだけお読みいただきたいと思います。

〔スライド4〕

日本医師会会員・勤務医会員の増加率 (2000→2001)		
日本医師会会員数の増加	2,349人	1.5% (1.9%)
うち勤務医会員数の増加	1,350人	1.9% (2.4%)
()内は1999→2000		

(スライド4) 日本医師会の会員が2,349人増えております。昨年1999年から1.9%増えたのですが、2000年から2001年にかけては1.5%の増ということになります。その内、勤務医が1,350人。増えた全員の中の、6割ぐらいが勤務医ということになり、勤務医の方は1.9%増えたということでございます。

(スライド5) 全国に248,611人の医師がいますが、その内の62.6%が日本医師会の会員でございます。155,662人の日本医師会会員の内勤務医会員は73,524人と約47.2%が勤務医でございます。昨年よりも0.1%増えております。都道府県医師会単位で会員数を見ますと、169,427人中、勤務医の会員は85,795人ということで、50.6%と、こちらは昨年に比べて0.3%増加しているということになります。

〔スライド5〕

日本医師会・都道府県医師会の 勤務医会員数 (2001.8.1)			
全医師数	248,611人		
日本医師会会員数	155,662人		
うち勤務医会員数	73,524人	47.2% (47.1%)	
都道府県医師会会員数	169,427人		
うち勤務医会員数	85,795人	50.6% (50.3%)	
()内は2000年			

〔スライド6〕

勤務医の医師会活動参画状況 (2001.8.1)				
	総数	勤務医数	%	
日本医師会 代議員数	328	21	6.4	(7.3)
都道府県医師会 役員数	1,082	162	15.0	(15.4)
代議員数	3,648	539	14.8	(14.8)
委員数	13,838	3,730	27.0	(28.4)
()は2000年				

(スライド6) このように増えている勤務医が、どんなふうに医師会の中で役割を果たしているか、医師会に参画しているかということで見ますと、日本医師会の代議員数は23名から21名に減っておりまして、割合は7.3%から6.4%になったと、328人の代議員の内、21人が勤務医と、都道府県医師会の役員数が、委員数はそこに書いているように、だいたい前年度と同じくらい15%から委員数では20%ぐらいのところをいっているようですが、この程度の参加しかしていないというようなことでございます。

〔スライド7〕

勤務医の生涯教育申告率 都道府県別分布			
	低いところ	高いところ	平均
1998年	15.9%	→84.3%	45.1%
1999年	19.7%	→87.9%	53.3%

(スライド7) 一方、勤務医の生涯教育の申告率が低い

ので、何とか皆さんでもう少し出しましょう、というように例年お願いしておりましたが、1999年少し古いのですが、前の年に比べますと45.1%が53.3%になっており、一番低いところでも15.9%が19.7%、高いところでも84.3%が、更には87.9%となった。今ここにきて始めて2000年の数字をいただいたのですが、それでは53.3%がだいたい57.0%になっております。次第に御申告の割合が多くなっていると思いますが、まだまだA会員の先生方には遅れをとっておりますので、なんとか低いところの10%代20%に満たないところが、もう少し上にランクアップできないかと思っております。ご協力をお願いしたいと思います。

〔スライド8〕

大学医師会の設置状況 (2001.8.1)	
設置都道府県数	34 (33)
大学医師会数	58 (57) (80 大学中)
() は 2000 年	

（スライド8）大学医師会の設置状況ですが、設置都道府県が33から34に、大学医師会の数が57から58に、これは、あまりきちんとしていませんが、たぶん群馬県の群馬大学が増えたからというふうに私は思っております。

〔スライド9〕

都道府県医師会の勤務医部会設立状況 (2001.8.1)	
設立済み	27 (28)
設立予定	0 (0)
設立予定無し	18 (18)
設立不要	1 (1)
() は 2000 年	

（スライド9）勤務医部会の設立状況でございますが、これは設立済みのところが28から27になっております、これは山梨県医師会が昭和36年に勤務医部会が、日本で一番早くできたところですが、勤務医部会がなくなったと

いうふうに聞いております。理由はよくわかりませんが、不確かな情報で聞くところでは、勤務医部会の役割が終わったからというふうに耳に入っております。後のところは今までどおりで何も変わっておりません。

〔スライド10〕

諮問

「21 世紀における 勤務医のあり方」

（スライド10）一番大事なことですが、今年は坪井会長から「21世紀における勤務医のあり方」というようなテーマをいただきまして、これについて皆さんで御議論いただいておりますところですが、21世紀とはいつかということの議論があります。今も21世紀だけでも、およそ100年後も21世紀で、どのあたりのところに焦点をあてて、これを書こうかということで委員会の中では、およそ医療のグランドデザインが目指している、2015年ぐらいから、あるいは高齢化が一番ピークに達する2025年、そのあたりのところを21世紀というふうに、一応考えて議論をすすめることにしました。

〔スライド11〕

勤務医委員会答申案	目次
I.	はじめに
II.	21 世紀における医療環境の推移と変革
III.	21 世紀における勤務医のあり方
IV.	勤務医の生き甲斐と使命、信頼の確立
V.	おわりに

（スライド11）一応、答申案の目次でございます。21世紀における医療環境の推移と変革、21世紀における勤務医のあり方、勤務医の生きがいと使命、信頼の確立というようなテーマで書いてみようということです。

（スライド12）まず21世紀における医療環境の推移と変革というところでは、医療構造がどう変わっているか、また病院の役割がどういうふうに変化しているか、医師の需給関係はどうなっているか、医師の役割はどんなふ

[スライド12]

Ⅱ． 21 世紀における 医療環境の推移と変革

1. 医療構造の変化と病院の役割の変化
2. 医師の需給と医師の役割の変化
3. 勤務医の役割と労働環境の変貌

うに変化しているか、勤務医の役割、あるいは労働環境がどんなふうに変貌しているかというようなことを書くわけですが、なかなか20年先のことを書く立場になりますと、どう変わっているかわからないもので、こういうふうに変わっているだろうという、書き方のところでもできますが、ある分にはこういうふうに変わってほしい、こういうふうには変わってほしくないという今、坪井先生がお話になられたような内容の事を、あるいは願望的に、あるいはこんなことにはなってはいけないなというようなことで書いてはいるので、必ずしもここに書いているようなことにスマートにはできないというふうに思っておりますが、なんらかのかたちで今よりもずっと変わっているようなことがもろもろと書かれております。その詳細は、また答申ができてから、またお目にかけてられるかと思います。

[スライド13]

Ⅲ． 21 世紀における 勤務医のあり方

1. 医師としてのあり方と勤務医に求められる役割
2. 勤務医における質の確保と評価、その意義
3. 臨床研修システムの将来像
4. 勤務医のキャリアパスシステムの構築
5. 勤務医の医師会活動と勤務医部会のあり方

(スライド13) そのように変わってきた状況の中で、勤務医がどうあるかということですが、医師としてのあり方、それから勤務医に求められる役割、あるいは勤務医の質がどう確保されるか、その評価をどうするのか、その評価する意味はどこにあるのかということを書きます。それから臨床研修システムの将来像と書いてありますが、

この中ではアンダーグラジュエートとの教育のところから卒後研修のところまで幅広く、良い医師をどう育てるのか、どうつくっていくのかというようなことに言及しているところでございます。

それから4番目の勤務医のキャリアパスシステムというところでは、今までのように医師免許証を持っている、あるいは、ある一定期間どこかの医局に所属していた、そして幾つかの論文を書いた、そんなことでは、これからの医師の市場といいますか、そこでは求められないのではないかと、やはり、臨床医をするならば臨床経験、あるいは何ができるのか、どんなことがよくできるのかということがあってはじめて医師として活躍できる場が与えられるのではないかとというようなことまで話しておりますが、この中では、ある分踏み込んで、ここにおられる先生方に、多少、不愉快な思いをさせるかもしれませんが、現在の医局制度のあり方というものに対して、例えば関連病院の人事支配、そういうことに対しても少し突っ込んだ議論をしておりますので、そんなことも、ここに盛り込むかもしれません。適材適所と申しますか、どこの医局にいるから、どこの病院にしか勤められないということではなくて、いい人材はどこにでも活用されるというような、労働市場というか、医師の市場ができるのではないかとというようなところまで踏み込んで書くようになっております。それから、勤務医の医師会活動と、勤務医部会のあり方というようなところでは、医師会の中で勤務医がどういう働きをするのか、というようなところも合わせて書くということになっております。

[スライド14]

Ⅳ． 勤務医の生き甲斐と 使命、信頼の確立

1. 医師のアイデンティティーと
信頼の確立
2. 勤務医の生き甲斐と使命

(スライド14) 最後に今日のお話の中に夢はあるのかとでておりますが、医師のアイデンティティーと信頼の確立、あるいは勤務医の生き甲斐、使命というか医療現場で一所懸命働くということも、もちろんですけども医

師の個人としての自己実現、あるいは医師の生き甲斐、そういうことについても最後に述べているつもりでございます。

〔スライド15〕

議論の根底にあるもの
国民のための
医療の質の確保
勤務医の役割の遂行
(意識改革を含めて)

(スライド15) しかし、このいろんな議論の中で、すべて1本筋を通そうというお話が、委員の中で出まして、この議論の根底にあるものは国民の為、医療の質の確保、これをいつも念頭に置きながら、どのチャプターも書かれているということでございます。勤務医の役割の遂行ということでございますが、医師会も含めてという、勤務医の役割も今申し上げましたように、医師としての役割あるいは勤務医としての、あるいは組織医療、チーム医療ということの中でのリーダーシップやコミュニケーションシステム、そういうものに対しての医師の役割もあります、医師会の中で果たしていく役割ということもでございます。ここで一番冒頭一番上の方に全国医師会勤務医部会連絡協議会と書いてありますが、これを全国医師会のところできりますと、非常に妙なことになるのです。全国医師会というのはありませんから、全国、医師会勤務医部会です。単なる勤務医の集まりではなくて医師会の中にあります勤務医部会の協議で今日集まってくださっていると認識しておりますので、そういう役割についても果たしていくというようなことを、記述するつもりでございます。

(スライド16) さて、勤務医部会設立の意義ということ、少し申し上げたいのですが、初めの頃、昭和36年から始まったのですが、ここに書いてような設立の目的があったように思います。しかし、これは全部勤務医のためのものでございます。こういう時期からだんだん今は少し変わってきておまして、勤務医の為のもの、勤務医に関わるというようなものよりも、日本の医療に

〔スライド16〕

初期の勤務医部会設立の目的

1. 医師の適正配置的対策窓口
2. 勤務医の身分、待遇の改善
3. 勤務医の福利厚生
4. 医事紛争対策
5. 勤務医の将来設計の相談窓口
6. 勤務医の研修、研究
7. 保険診療審査の改善

関るもの、日本の医療制度に関るといふものというふう、非常に幅広い医師としての立場から議論しておりまして、勤務医部会の設立の意義も、またそこにあるのではないかと思います。

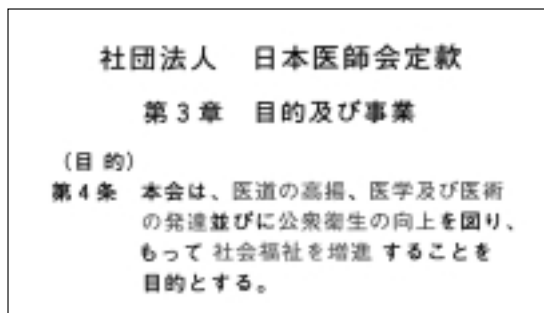
〔スライド17〕

Professionの定義

1. specialized techniques
2. a special feeling of responsibility
3. association
4. non profit

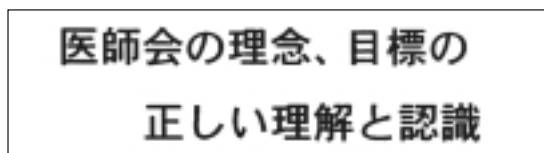
(スライド17) 今、坪井先生もprofessionとしてですが専門職として、という話がありましたがprofessionの定義と申しますか中身についてはspecialized techniques 非常に優れた技術を持っているということspecial feeling of responsibility 特に責任感を持つということです。使命感というのでしょうか、それから必ずassociationに加わっているということで、欧米の医師会では必ず懲戒制度を持つ強制加入の医師会がございます。その医師会では何をするかと申しますと、会員が倫理的な行動をしているか、あるいはnon profitのprofessionがprofitに走っていないか、いい医療がちゃんとできているかというようなことを、相互監視、相互規制ということを医師会がちゃんとやっているのです。そういうことの中で、医師の業務独占、あるいはクリニカルフリーダムといいますか、医師の裁量権が担保されているということでありまして、日本の医師会が、このアソシエーションになっているのかどうかということになります。

[スライド18]



(スライド18) 日本医師会の定款でございますが、ここには目的及び事業と書いてありますが、この中には会員の為に何かしてあげるといことは、何も書いておりません。公益社団法人というものの、公益というのは、構成員以外の人の為、事業をするということでもあります。だから会員以外の人、国民の為に、分かり易く言いますと国民に、良い医療を提供するための制度を提案する、医療政策提言集団という、それで結果としては、国民が良い医療を受けられるような制度や仕組みをつくる。しかもそれを実現すると、医師は安心して国民に良い医療を提供できるということで自分の自己実現や存在感を、達成するというようなことになろうかと思います。

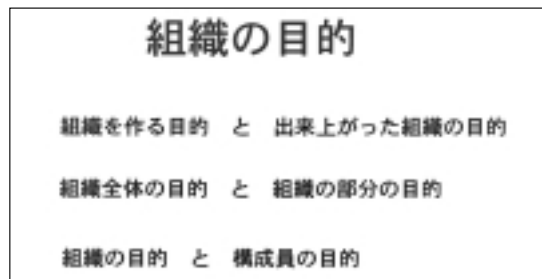
[スライド19]



(スライド19) そういう医師会の理念、目標を、正しく理解する、あるいは、それを認識するということをもっとするのが、勤務医部会が出来ることの意味ではないかと、勤務医のメリットをいたずらに追い求めるということが、勤務医部会の趣旨ではないということを申し上げておきますが、なかなかそうはいってもこれは綺麗事で、いろんな医師会に比べてみると、やっぱり今でもメリット論議が非常に盛んに行われていることを若干残念に思っている一人でございます。

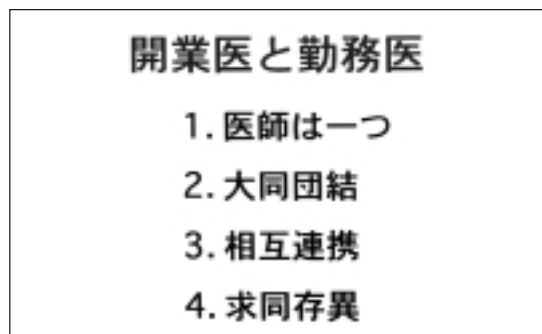
(スライド20) 組織の目的が、例えば先程出しました、日本医師会定款の目標のところでも組織を作るときの目的と、出来上がった組織の目的が違ってはいけない、あるいは組織全体の目的と組織の部分の目的が違ってはいけ

[スライド20]



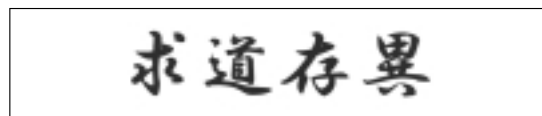
ない、組織の目的と構成員の目的が違ってはいけない、こういうことをふまれば、今、坪井先生が縷縷おっしゃったようなことが勤務医も一緒に参加して変えるべきものは変える、変えてはいけないものは変えないということで、A会員とともに医師会を支え医師会の目的に添っていくというような事が、勤務医部会の果たすべき役割であるというふうに思っております。

[スライド21]



(スライド21) よくいわれることですが、医師は一つとか、大同団結とか、相互連携とか申しますが、求同存異という言葉をつけ加えてみました、中国の財界とアメリカの財界とが話し合っている時に、違いがあることはお互いによく理解しあったうえで、同じものを求めていこうというようなことでございますので、医師会のB会員についても求同存異という考え方でいきたいと思っております。

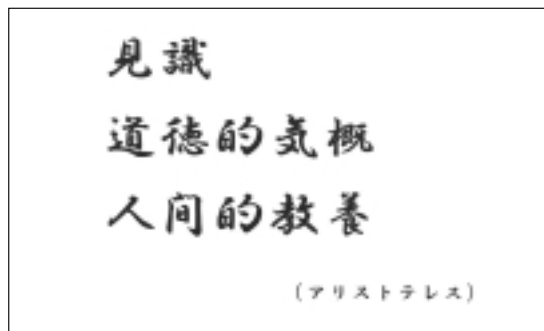
[スライド22]



(スライド22) この辺の話ですが、ワープロを打っていると、こういう字がでてきて、こちらの字面がいいと思いましたが、こんなことを書いてみました。違いはA会員、B会員それぞれ働き場所も少しずつ違った所もござ

いますけれども、やはり同じ道を求めて頑張っていきたいというふうに思っております。

[スライド23]



(スライド23) アリストテレスという人が急激な変革期あるいは重大な意志決定をするときには、この3つが大事だというふうに書いております。見識と道徳的気概・人間的教養と書いておりますが、心したいものだと思います。坪井先生はいつも、今日もおっしゃいましたけども、いつも見識ある判断をと言いまして、答申書を書くのにも高い見識でどうぞご検討してくださいというようなことを申されました。最後にこれをスライドに出して終わりたいと思います。ありがとうございました。

次期担当県挨拶

11：55～12：00

挨拶：山口県医師会 会長

藤 井 康 宏

次期担当県挨拶

山口県医師会 会長 藤 井 康 宏

ただいま、ご紹介をいただきました、次年度本協議会を担当させていただきます、山口県医師会の藤井でございます。

まず、本日この協議会が盛会に行われておりますことに対しまして、準備、運営に携わられました、宮崎県医師会の役員の方々、及び勤務医部会の方々に敬意を表し感謝を申し上げます。

さて、大事なことから、まず話をさせていただきますが、来年度の開催日は、10月26日土曜日でございます。開催地は山口市において、そしてメインテーマは、ただいま坪井会長から、お話がありましたように時節柄「ついにきた医療改革」ということを予定しております。勤務医といいましてもそれぞれ立場もあり、居り場所も違います。その中で先程から話がありますように、いろいろな意見は異なっても求めるところは同じだということの運動、あるいは行動を起こすところの支援になればと思っているところでございます。よろしくご参加のほどをお願いいたします。

この引き受けの挨拶をいたしますとき、今年の宮崎県は神話の国といわれましたし、昨年開催されました、鳥取県も神話の国という言葉が出てまいりました。でも残念ながら山口県は神様に住んでいただけなかったのか、あまり神話もございませんし、それだけのロマンもなかったのか、なかなかそういうおもしろい話はございません。ありますのは源平の最後の合戦になりました壇ノ浦の戦い、それから足利時代に大陸貿易で栄えました大内文化そして毛利と続きまして、明治維新とそれぞれの歴



史の遺跡がございます。また秋吉を始め景観の地もございますので、どうか御参加いただきますようお願い申し上げます。

また、誠に残念なことは、開催いたします山口市は人口14万人の都市でございますので、この様な立派な会場はございません。ございませんけれども宮崎県や日医の指導を受けまして、そして、熱意と知恵を出しまして皆様方をお迎えし、会を盛り上げたいと思いますので、ぜひ多くの方に御参加いただきますことをお願いし、引き受けの挨拶に代えさせていただきたいと思っております。

調査報告

13:00~13:30

宮崎県勤務医アンケート調査報告

報告：宮崎県医師会 常任理事

濱 砂 重 仁

■ 調査報告

宮崎県勤務医アンケート調査報告

宮崎県医師会 常任理事 濱 砂 重 仁

それでは、「宮崎県勤務医アンケート」の結果を御報告させていただきます。

アンケートの内容は、これまでの継続的な調査内容に加え、ITに関する項目と女性医師の増加に伴ない、それに関する項目を取り上げました。

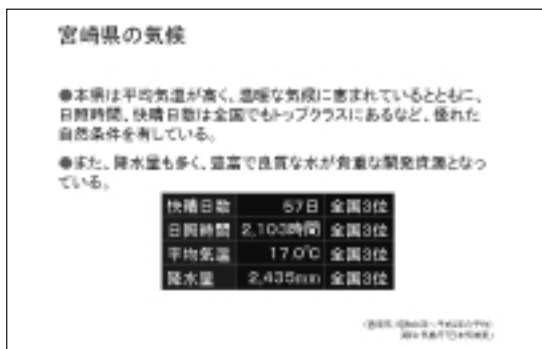
結果報告の前に宮崎県の特徴を述べさせていただきます。
〔スライド1〕



〔スライド1〕 宮崎はまっすぐに、日向灘の方から日が昇り、日の出の方に向いていることから、古くから「日向（ひむか）の国」と呼ばれていました。

日本初代天皇、神武天皇にまつわる神話、伝承が存在し、宮のあたりとか宮の所在地という意味で「宮崎」の地名が起ったといわれています。

〔スライド2〕



〔スライド2〕 現在、9つの市と28の町と7つの村から成っています。



宮崎県の気候については、快晴日数、日照時間、平均気温、降水量ともに全国3位で、山間部を除いて、平野部では、九州山脈がある為、雪が降らない、降ったとしても積もらないので有名です。

日照時間が多く紫外線が強い為、他県に比べ皮膚癌が多いといわれています。

〔スライド3〕

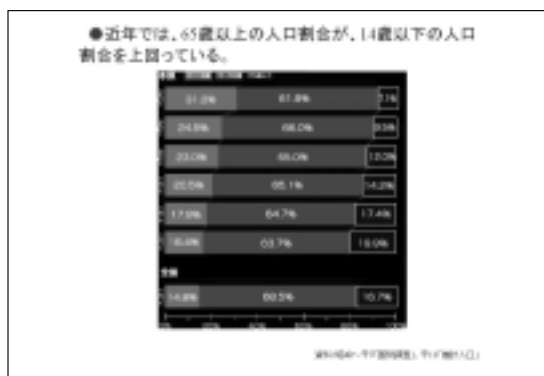
全国から見た宮崎県									
項目	単位	全国	宮崎県	順位	割合	備考	項目	単位	全国
面積	km ²	377,923	2,224	26	14	18.5%	人口	人	1,255,000
人口	人	1,255,000	1,176,000	18	94	93.7%	人口密度	人/km ²	25.9
人口密度	人/km ²	25.9	18.7	40	41	18.5%	人口増加率	%	1.1
人口増加率	%	1.1	1.1	118	20	18.5%	人口減少率	%	0.1
人口減少率	%	0.1	0.1	118	20	18.5%	人口増加率	%	1.1
人口増加率	%	1.1	1.1	118	20	18.5%	人口減少率	%	0.1
人口減少率	%	0.1	0.1	118	20	18.5%	人口増加率	%	1.1
人口増加率	%	1.1	1.1	118	20	18.5%	人口減少率	%	0.1
人口減少率	%	0.1	0.1	118	20	18.5%	人口増加率	%	1.1

〔スライド3〕 宮崎県の面積は全国で14位で2%を占めています。人口については平成11年度のものですが、117万6千人で平成12年度では117万人と6千人の減少です。昭和56年以降徐々に減少してきているのが現状です。県内総生産は、ちょっと古い統計ですが平成9年度で全

■ 調査報告

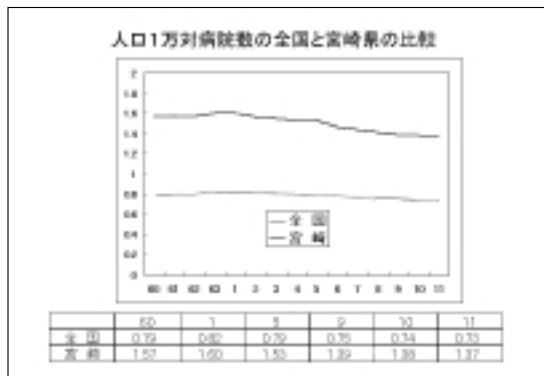
国の1%を占め、1人当たりの県民所得は全国平均の75%しかなく、全国44位です。65才以上の人口は平成11年度で19.9%ですが、平成12年度は21.5%と急速に伸び、平成12年度の全国平均17.5%より早く超高齢化社会になっています。

〔スライド4〕



(スライド4) 少子化について、平成7年14才以下は17.9%、65才以上は、17.4%で、ほぼ均等でしたが、平成11年度では、14才以下16.4%、65才以上19.9%と平成7年度から平成11年度の間に逆転しています。

〔スライド5〕

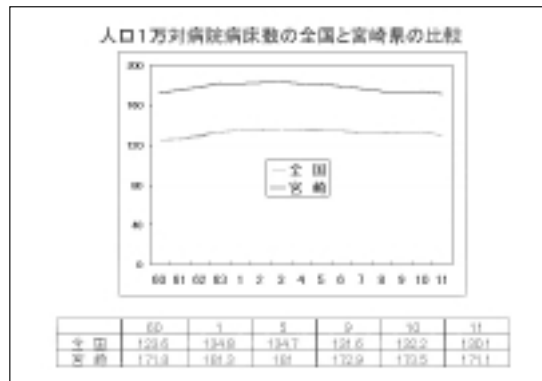


(スライド5) 宮崎県の病院数は全国平均より常に多く平成11年10月1日では161施設、人口1万対1.37施設で、全国平均0.73施設よりかなり上回っております。

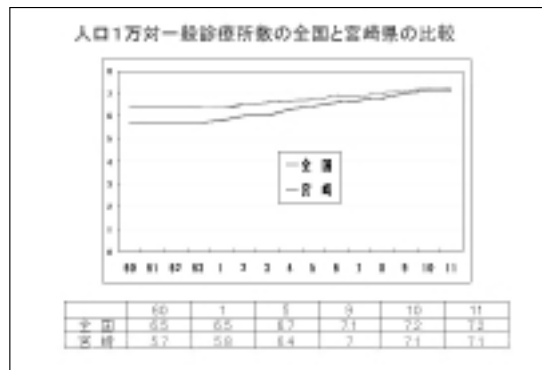
(スライド6) 宮崎県の病床数については病院数と共に全国平均より、常に上回っております。平成11年10月1日では2万118床で人口1万対171.1床、全国平均130.1床をはるかに上回っております。

(スライド7) 一般診療所数につきましては、全国平均よりも低い値でありましたけれども、平成11年10月1日では836施設で人口1万対7.1施設で全国平均7.2施設とほぼ

〔スライド6〕

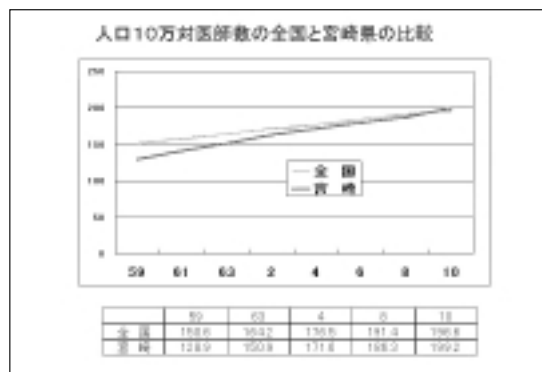


〔スライド7〕



迫いついております。顕著に増えたのは無床診療所で、平成元年は291施設でしたが、平成11年は470施設と、10年間で約180施設が増加していることになります。

〔スライド8〕



(スライド8) 宮崎県の医師数を見ますと昭和59年では、人口10万対128.9人で全国平均150.62をかなり下回っていましたが、平成10年12月末、現在では2343名を数え全国医師数の0.94%を占めるようになりました。人口10万対199.2人と全国平均196.6人を若干上回っております。これも宮崎医科大学の開学が宮崎県の医師充足に、かなり

の貢献をしていることが分かります。

〔スライド9〕

＜宮崎医科大学の卒業生数及び入局者数＞						
		平成8年	平成9年	平成10年	平成11年	平成12年
卒業 者数	男	78	51	67	50	60
	女	27	28	32	29	33
	計	105	79	99	79	93
入局 者数	男	54	38	50	30	24
	女	20	20	11	9	10
	計	74	58	61	39	34
国試の 合格率		88.6	89.5	86.7	87.1	91.0

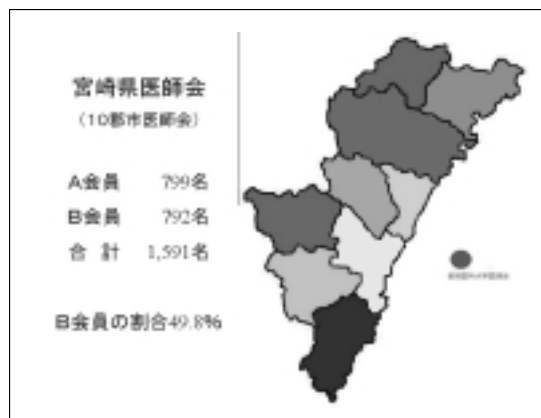
（スライド9）過去5年間の宮崎医科大学の卒業生数、及び入局者数を見てみると、平成8年では卒業生105名の内、国試合格者が93名で、その内54名58%が入局しています。それから徐々に減少してきておりまして、平成12年度では93名卒業しまして、国試合格者が90名その内34名38%と極端に減少しております。それと女性医師の入局者数を見ていただくと分かると思いますが、平成10年度から特に著明に減少しております。入局者数が少ないのは、宮崎県出身者が少ないということと、国立大学病院の独立法人化の問題等が影響しているものと思われます。先述した通り宮崎県は病院数、病床数が全国平均よりも多く医師数は全国平均よりも若干上回っていますが、相対的に医師数の不足をきたしているのが現状でございます。このまま入局者数の減少が続けば医師不足の解消はかなりの時間を要するものと思われます。

〔スライド10〕

＜平成13年度の宮崎医科大学の学生数＞						
		1年次	2年次	3年次	4年次	5年次
男	男	64	71	68	65	68
	女	44	42	53	37	43
	計	108	113	121	102	111
現 役	男	58	53	37	36	34
	女	42	38	45	33	24
	計	100	91	82	69	58

（スライド10）平成13年度の宮崎医科大学の学生の内訳です。6年次の女性が26名と若干少ないですが、1年次から5年次までの約40%前後の女性が在籍しているといます。

〔スライド11〕



（スライド11）宮崎県医師会は9つの都市医師会と宮崎医科大学の医師会を合わせて10の医師会からなっております。平成13年10月1日医師会員数は1,591名で、A会員799名、B会員792名で勤務医B会員は49.8%を占めております。宮崎県の場合は都市医師会に入会すれば県医師会、日本医師会に入会する規則になっておりまして、したがって、全員日本医師会の会員でもあります。

〔スライド12〕

7月3日 アンケート発送
対象:宮崎県内勤務医 (病院勤務医は院長依頼) (診療所等勤務医は直送)
発送数:1,585通
アンケート方法:無記名
7月23日 締切
回収数 751通
回収率 47.4%

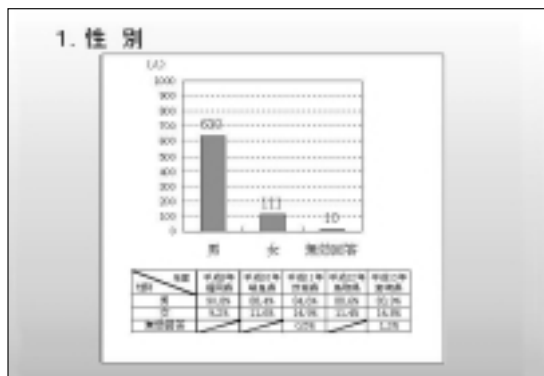
（スライド12）今回アンケートの発送は4月から6月までの勤務医の先生方が異動しますので、それが落ち着いた所で行いました。7月3日に発送いたしております。1,585通を発送いたしましたが、方法としまして、回収率を非常に上げたいと気持ちもありまして、病院と病院の勤務医の先生方へは特に理事長とか院長へ、個別にお願いして、回収率を上げる努力をいたしました。また、短期間で回収したほうがいいということで、効率よく回収率を上げるために、20日間の有休をもって7月23日を締め切りといたしまして、47.4%の回収率でございました。

（スライド13）性別は男性630名、女性111名でありまして、女性医師の割合が平成9年の福岡県では9.2%であります

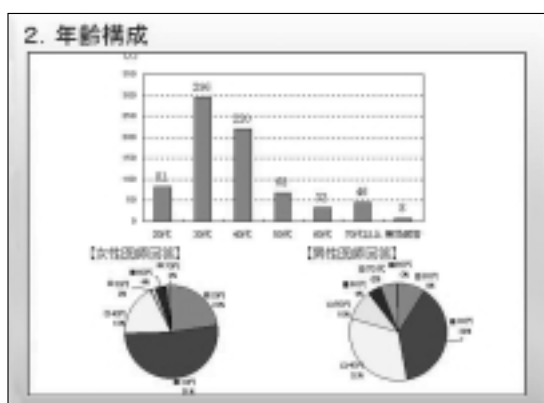
■ 調査報告

が、今回14.8%と増加傾向にあると思います。

〔スライド13〕

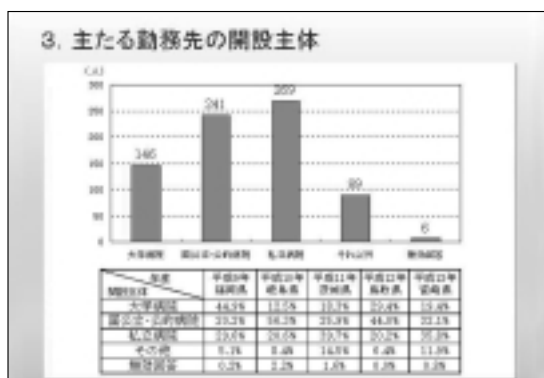


〔スライド14〕



（スライド14）年齢構成を見ても、30歳代が最も多いけれども30代20代を合わせると若手医師いわゆる50.2%過半数を占めると思います。女性医師の中では30代20代を合わせるといわゆる若手の女性医師となりますと74%を占めておりまして、若い女性の回答がたくさんあったということがいえると思います。

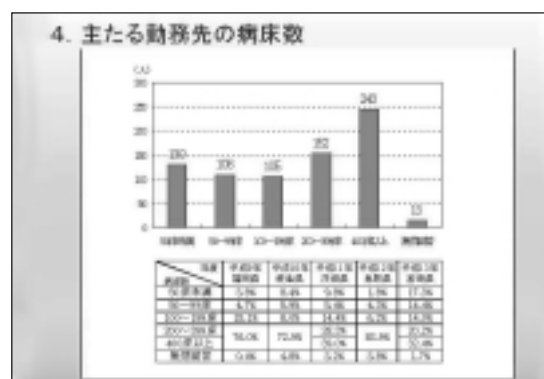
〔スライド15〕



（スライド15）主たる勤務先の開設主体について、私立病

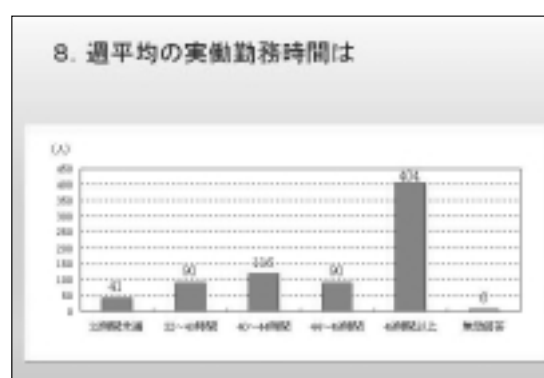
院が269人で35.8%を占めております。私立病院がもっとも多かったことが、特に他の県と比較いたしまして特徴があるのではないかと考えております。国公立病院、大学病院を合わせると、51.5%を占めて、やはり、公的病院が過半数を占めていることになります。国公立大学では30代以下の若手医師が63%、大学病院では64%を占め、主として若い勤務医は大学国公立病院に勤務していることが推測できます。またそれ以外の回答の中に医師会立病院とか産業医とか検診センターに勤めているとか、基礎医学をしているとか、社会福祉法人等に勤めているということがありました。

〔スライド16〕



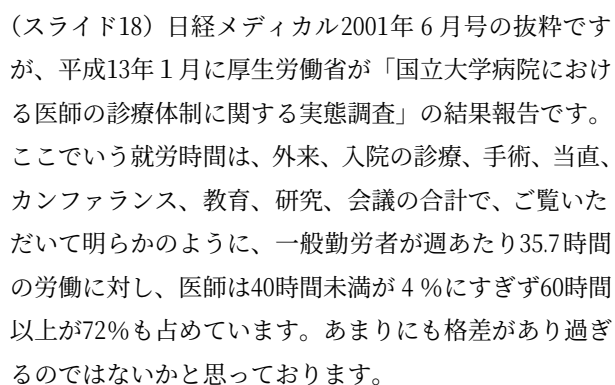
（スライド16）勤務先の病床数を見ますと、400床以上の大病院が243名と最も多く、次いで、200床から400床が152名でありました。200床以下の中小病院は、45.7%を占めておりまして、町村立の国保病院を除けば、すべて私立病院であったと思います。他県と比べまして、特に100床未満の病院からの回答が多かったことが、今回のアンケートの特徴といえると思います。

〔スライド17〕



（スライド17）週平均の実働勤務時間を見ますと、54.5%

そして「待機時間も就労時間である」という最高裁の判決を加味すれば、もっと長時間になると考えられます。
[スライド18]



(スライド19) 週休について、4週8休が255人(34.1%)と多いものの〔その他〕の中に4週0休が23名、4週1休が5名、4週2休が22名、4週3休が18名、合計すると68名となり、4週4休以下を考えると、4週4休の189名に68名を加えると257名で35.1%占めるようになり、やはり、週休が少ないことが分かります。週休について男女

9. 週休について

1A)

曜日	人数
日曜日	209
月曜日	27
火曜日	190
水曜日	34
木曜日	256
金曜日	130
土曜日	12
日曜日	2

【男性別割合】

【男性別割合】

10. 当直回数について

当直回数	人数
月2回未満	98
月2回～3回	206
月3回～4回	93
月5回以上	141
なし	219
その他	21
無回答	10

【女性医師割合】

当直回数	割合 (%)
月2回～3回	44%
月5回以上	30%
月3回～4回	20%
月2回未満	10%
無回答	2%
なし	7%

【男性医師割合】

当直回数	割合 (%)
月2回～3回	30%
月5回以上	30%
月3回～4回	25%
月2回未満	10%
無回答	2%
なし	3%

11. 緊急時の呼び出し回数

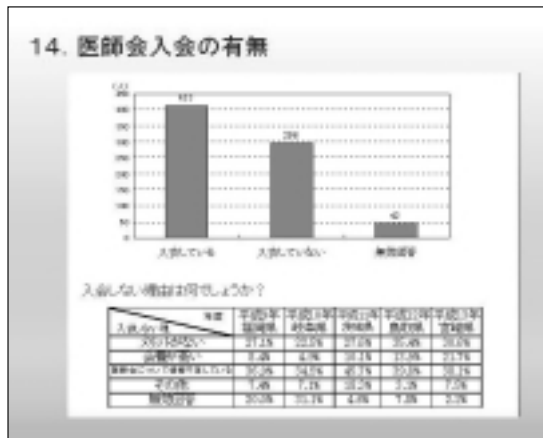
性別・年齢層	呼び出し回数
男性20歳未満	219
男性20-39歳	130
男性40-59歳	25
男性60歳以上	144
女性	209
合計	12
無回答	12

– 47 –

■ 調査報告

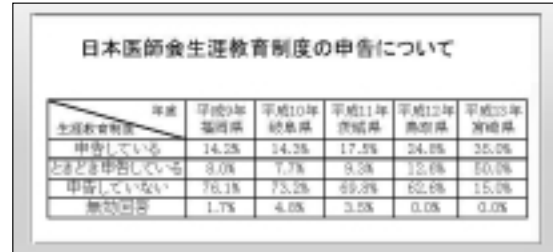
述の当直の回数の回答の中で「なし」と「5回以上」とが、それぞれ、呼び出し回数とほぼ同数を示しております。忙しい環境とそうでない環境とに、区別され、救急医療をしているかどうかの病院の医療体制や医師充足率にも関与していると思われます。他県と比較して月2回未満になしの人数を加えると57%となり、呼び出し回数の減少の傾向にあります。これは病院の機能分化が進んでいることを示しているかもしれません。

〔スライド22〕



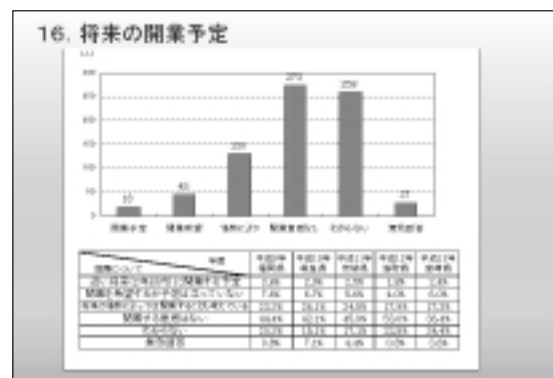
（スライド22）医師会の入会の有無について、入会しているが55%していないが39%で、入会していないけれどもアンケートには協力をいただきました。入会しない理由の中で「医師会について情報不足である」が38.1%で最も多く、次いで「メリットがない」が30.6%を占め、他県に比べ「会費が高い」が21%を占め多かったです。1～2年で勤務地を異動するドクターは宮崎医科大学の医師会に在籍したまま異動をしてもさしつかえない、そうすれば会費負担も軽減されるし、異動手続き等の煩雑さもなくなるということで、勤務医部会から各郡市医師会へ提案し検討中であります。情報不足、メリットがないことの対応といたしましては、まずはアピールを行うことが必要と考えられます。又、医師会が学術団体であるということだけであれば個人の専門分野は学会等で研鑽でき、医師会入会の必要性がなくなってくると思います。医師会は、親睦団体でもあり、地域医療を担う上で、勤務医も開業医との連携が今後ますます必要となってくるであろうことを認識してもらい、そういう意味で医師会への入会を進めるとよいのではないのでしょうか。

〔スライド23〕



（スライド23）日本医師会、生涯教育制度の申告について宮崎県では県医師会にて一括申請しているので、他県と比べ、「申告している」「ときどき申告している」の合計は85%と高率であります。医師は忙しく、申告する手続きが面倒である一面をあらわしていると思います。「申告していない」理由の中に「意味がない」が約4分の1を占め、「意味がない」中に2つの考え方があろうかと思えます。1つは申告をしてもメリットがない。もう1つは研鑽は各個人の責任のもとするもので、生涯教育制度そのものを疑問視している考え方です。現在若い医師にとって各診療科別の認定医制度は大きな関心事であり、この申告制度が各学会の認定医制度更新の単位として利用されるようになれば、大きな意味をもってくると考えられます。

〔スライド24〕



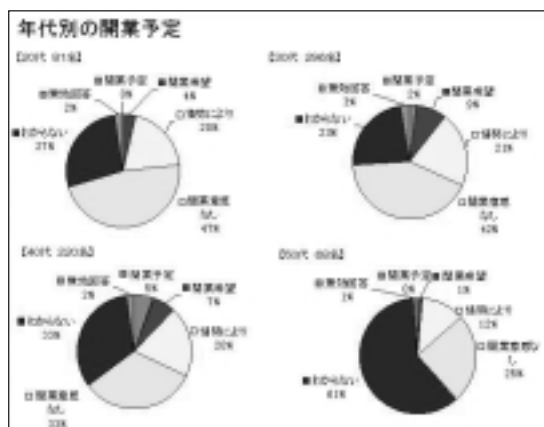
（スライド24）将来の開業予定について、「開業する予定」と「希望する」との合計は8%と他県と同様ですが、他県より「開業する意思がない」が少なく、「わからない」がその分増えております。今後の医療制度がどのように変わるか見えない部分がある為と推測できます。開業の意思はない理由は大きく4つに分けられました。1つは経済的、資金的問題によるもの。1つは理念によるもの……開業すると純粋な医療が

できなくなる。研究がしたい、気が楽。

1つは自己評価によるもの……開業にむかない。自信がない。

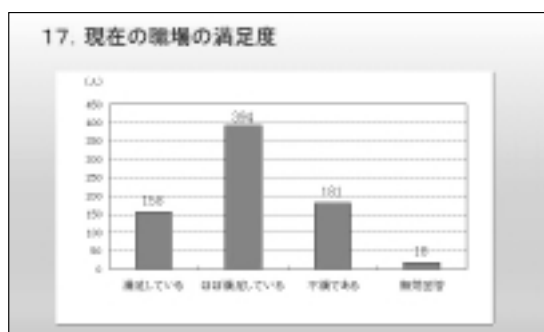
1つは身体的問題によるもの…年令、身体に自信がない。でありました。

〔スライド25〕



(スライド25) 開業の有無の年代別評価をみると、開業の意思なしが、20代では47%、30代では42%、40代では33%、50代では25%と年をとるたびに減少しております。開業予定及び希望の合計でみると20代4%、30代11%、40代12%、50代1%で50代で開業すると決定する人はほとんどいなくなりますが、わからないでみると、20代27%、30代23%、40代33%、50代61%で年令を増すごとに増えております。勤務医としてやるだけのことはやってきたが、この状態で良いのか、又、第2の人生を思い切って歩むべきか、身体的衰えも感じながら、迷っている姿が浮かんでくると思います。

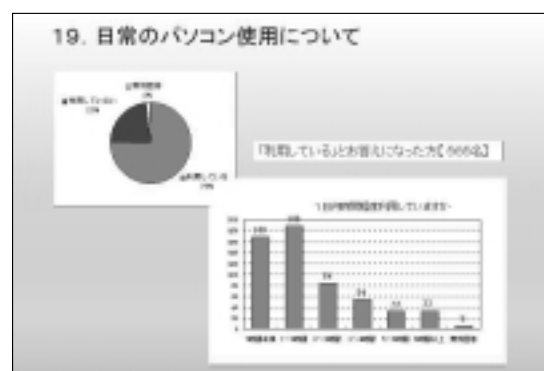
〔スライド26〕



(スライド26) 給与面、労働条件、知的欲求な面、対人関係等の総合的評価が職場の満足度として出てくるものと

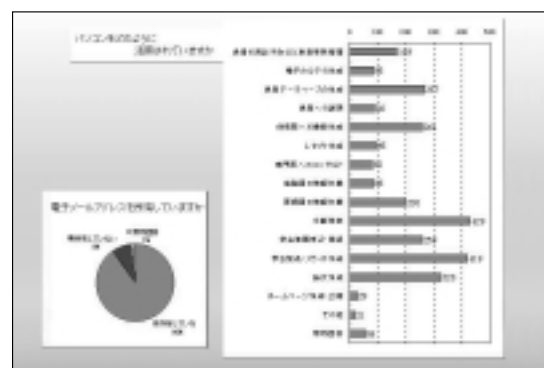
思います。「満足している、ほぼ満足している」の合計で73.5%を占めています。他県との比較でも、そう差はなく、男女の性差ありませんでした。「不満である」の理由をみると、特にH11年度の茨城県、H12年度の鳥取県と比較し「将来への不安」と「研究、学習時間の不足」と「学会等への参加制限」との不満が多く、「収入が少ない」という不満は少なかったようでした。

〔スライド27〕



(スライド27) 現在は、情報化時代ということでIT関連について調査しました。まず、日常のパソコン使用について、「パソコン利用」に関しては75%の医師が日常診療に利用していて、かなり活用されていることがわかります。1日の利用時間は、1時間から2時間が最も多く2時間以内が60%を越えております。

〔スライド28〕



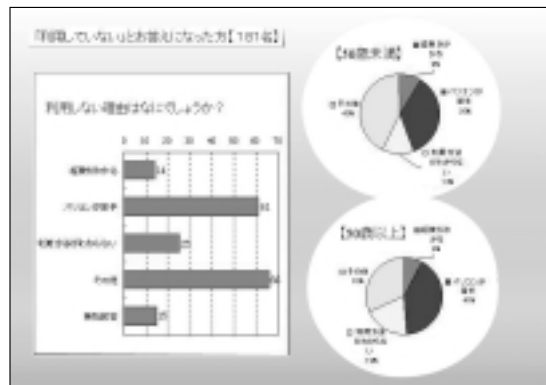
(スライド28) 活用の面では、文献検索が429名で最も多く、次いで学会発表スライド作成419名、次いで論文作成で研究、学会活動の面が多いようでした。

診療面では、患者データベースの作成 (267人)、他院への書類作成 (261人)、医師間の情報交換 (200人) に利用されるのが多く、電子メールアドレスは90%が所有して

■ 調査報告

いて普及率が高い結果がでております。

〔スライド29〕

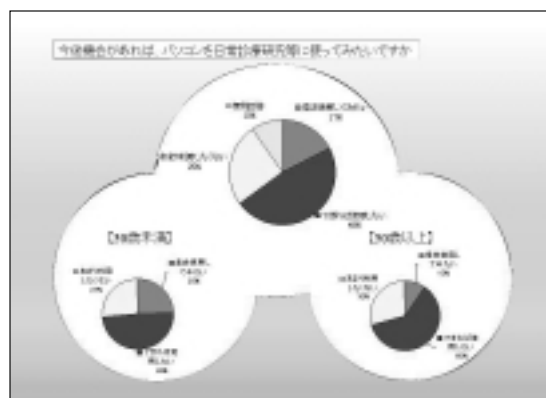


（スライド29）利用していない181名に対し理由をたずねると、パソコンが「苦手である」61名（33.7%）、「利用方法がわからない」が25名（13.8%）で「経費がかかる」という経済的理由は14名で7.7%と少ないようでした。

<その他>の中で必要を感じないや、病院に置いていないが多いようでした。

50才以上だとパソコンを始めるのが、なかなかおっくうになる、ということだから、50才で分けてみると、パソコンを利用していない理由として「パソコンが苦手」が50才以下で35%に対し50才以上では、41%とやや多く「利用方法がわからない」が50才以下で13%に対し50才以上では、19%若干の差がみられました。

〔スライド30〕



（スライド30）パソコンを利用していない人に今後機会があれば日常診療、研究等に使ってみたいかの問いに、是非使用してみたいが17%、できれば使用したい48%、あまり利用したくない25%でありました。

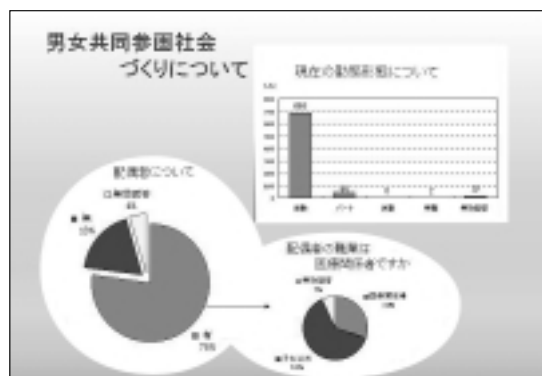
50才以上、以下でみてみると「是非使用してみたい」は50

才以下で25%、50才以上で10%と差が大きくでており、「できれば使用したい」は50才以下で48%、50才以上で60%と逆に多くなっております。「是非使用したい」と「できれば使用したい」の合計でみると、50才以下では73%、50才以上で70%と、あまり差はなく、50才以上の先生方も、その気になれば、できる・やりたいと思っていることがわかりました。

女性医師の増加に伴ない、男女共同参画社会づくりについて、設問を設けました。

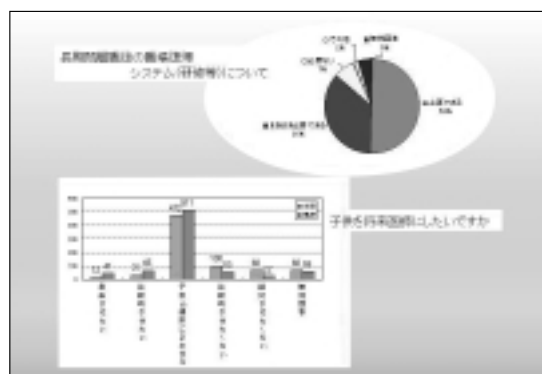
配偶者が医療関係であれば、仕事を続ける上で、理解、協力を得易いという点と、医療関係者は忙しいこともあり、結婚について、職場結婚ないし関係者が多いのではないかとの視点により、問いをつくりました。

〔スライド31〕



（スライド31）配偶者ありが78%でその内「配偶者は医療関係者である」と答えた人は30%でありました。この数字が多いか少ないかは、今後の検討が必要かと思います。

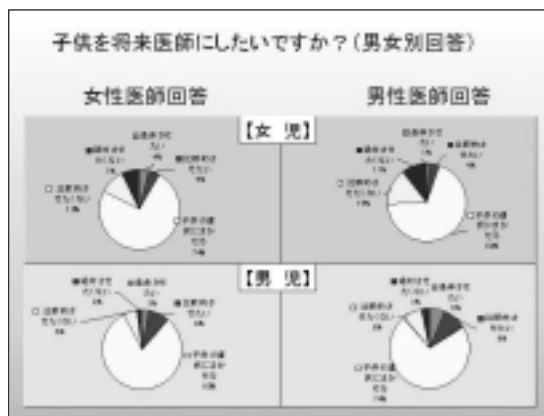
〔スライド32〕



（スライド32）最後に、医師という職業に満足していれば、古い考え方かもしれないが、子供にも同じ道を歩んでほしいと願うのが親であろうと考え、その視点で、「子供を

医師にしたいですか」という項目を設けました。子供の選択にまかせるとの答えが最も多いようでした。

〔スライド33〕



(スライド33) 女児、男児に対し、それぞれ女性医師、男性医師の立場からみた、意見をまとめると、

①女児に対し、医師に是非させたい、比較的させたいの

合計は、女性医師では9%で男性医師は5%であり。逆に絶対させたくない、比較的させたくないの合計は、女性医師では17%、男性医師は26%で女児に対し男性は女性よりも医師にさせたくない意向が強いようでした。

②男児については、同様に是非、比較的させたいの合計は女性医師では12%、男性医師は15%であり、逆に絶対、比較的させたくないでは、女性医師が8%、男性医師は11%で、男児については男性、女性ともあまり差はなかったと考えられます。

この問題については後ほど詳しくシンポジウムの中でご報告があることとなっております。

最後に今回アンケートご協力いただきました先生方並びに院長先生・理事長先生方にこの場を借りて御礼申し上げます。会場の皆様ご静聴、誠にありがとうございました。

特別講演

13:30~14:30

「IT革命と医療」

講師：(財)医療情報システム開発センター
理事長

開原成允

座長：宮崎医科大学附属病院 病院長

住吉昭信

座長：宮崎医科大学付属病院 病院長 住 吉 昭 信

これから特別講演の2といたしまして、開原成允先生による「IT革命と医療」のお話を拝聴したいと思います。開原先生は大変ご高名で皆様の抄録集にも先生のご略歴が書かれておりますので、時間を節約する意味で省略させていただきます。開原先生のご専門は医療情報学でありまして、現在財団法人医療情報システム開発センターの理事長をお務めで、さらに国際医療福祉大学の教授でございます。秦会長の強いご要請で、大変お忙しい中、本日はここにおいでいただきました。IT革命と言うのは流行り言葉でありますその中には光と影があるのだと私は思っております。先生もそのようなことを踏まえながら今日は医療にITがどのようにcontributeするかどうか、そしてその未来像についてもお話いただけるものと思っております。それでは開原先生よろしくお願いいたします。



IT革命と医療

(財) 医療情報システム開発センター理事長 開 原 成 允

今日はこういう席にお招きいただきましてありがとうございました。私は宮崎が大好きです。ひとつは秦会長のお人柄に惹かれて、宮崎にと言われると秦会長を思い浮かべて参ります。もうひとつは宮崎音楽祭というのがありまして、全国的にも有名です。宮崎の芸術劇場というのはウーンフィルハーモニーの会場に似せたホールであり大変すばらしい音楽祭だと思ってときどき宮崎までまいります。そんなことでお招きいただいたことをうれしく思っています。

多少の自己紹介を兼ねまして、抄録の経歴に書いていないことをひとつだけ申しあげますと、私は実は若い時代に開業医をした経験がございます。インターンは米軍病院でやったのですが、インターンが終わって1年目の

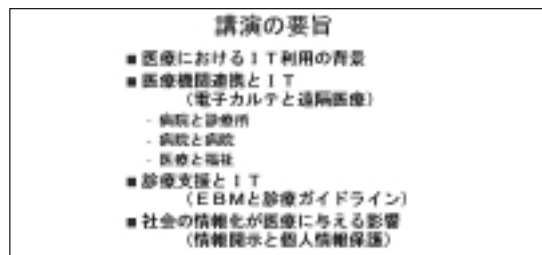


研修を大学でやって2年目の研修を外の病院でやっていたのですが、ちょうどその時開業医だった私の父が、突然他界いたしました。患者さんたくさんいるものですから、また生計をたてていかなければならないので、私は大学院の学生だったのですが夜間開業いたしました。助手に採用していただくまでの10年間くらい続けました。その時に地元の医師会の先生方に非常にお世話になりまして、自分でレセプトを書いたり、往診に出かけたりそういう経験をいたしました。実は私は開業医の生活が好きでして、なかなかいいものだなと思い開業医になろうかなと思ったのですが、大学の方の事情もありまして結局は大学に残ることになってしまい、私の父の診療所は潰れてしまったわけです。大変不肖の息子なわけですが、その時の開業の経験は実に良かったと思っております。その時はまだやぶ医者だったものですから分からない患者さんが来ますと大学病院に連れて行って先輩に診てもらい診断と治療方針をたててもらい、夜自分の診療所に連れて帰ってフォローするといったことをやっておりましたが、今考えてみると理想的な病診連携をやっていたかなというような気がします。患者さんのほうも必要があれば、大学病院に検査、入院できるということで、普段は私の診療所で薬をもらうということですから、患者さんのほうも非常に便利だと自分で思っておりました。その後事情で大学に残り、定年で大学を辞めてからは、国立大蔵病院の院長になりました。私は院長ですから勤務医といって良いかは分かりませんが、その他の勤務医の方といっしょに仕事をすることができました。そこでは地元の先生方と病院と診療所の連携がどのようにあるべきか、医師会の先生方とも随分議論しました。そのようなことで、大学病院の立場、病院の勤務医の立場、開業医の立場を理解できるところまでは行っていないかもしれませんが、少なくとも肌をもって経験したことがあるものですから、それぞれの立場からいろいろな感想があります。今日の坪井会長のお話、アンケートの調査報告を聞かせてもらい、いろいろな意味で考えさせられるところがありました。

今日の演題の「IT革命と医療」ですが、ITというのは技術であります。ITだけ使っても何の意味もないのであります。その底辺には医療のあり方がどういふもの

のであるかということを踏まえての I T の利用でなければ意味がありません。今日の協議会にどれだけお役にたてるか分かりませんが、私の感想を含めてお話をさせていただきたいと思います。

「スライド1」



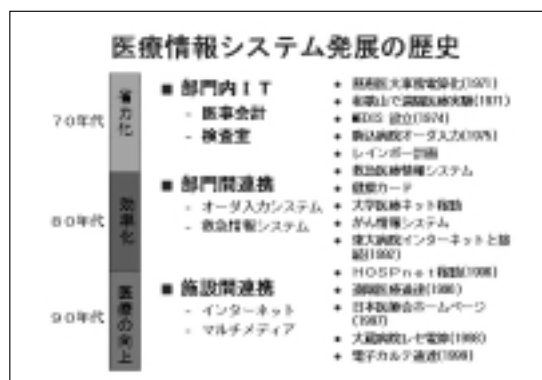
(スライド1) 医療におけるIT利用の背景ということを申し上げます。

ITの1つの意義は、医療機関間の連携にこれが、利用できるということだと思えるですね。

最近、電子カルテという言葉はいろんな所に出てくるのですが電子カルテもそれを作ることに意味があるのではなくて、電子カルテを介していろんな事が出来る所に意味がある。その1つは連携の話だと思うのですが、そういう連携という問題を考えてみたいと思います。

それからもう1つ、ITの意味は、これが、医療の質的な向上、別の言葉で言えば診療支援にも用いられるという事で、その事をお話していきたいと思います。そして、最後に社会の情報化が医療に与える影響、実は私はここがこれからの21世紀で非常に大きな意味を持つてくると 생각합니다。私は「IT革命」という言葉を使うとすれば上の方の問題ではなくて、ここが本当の意味でのIT革命ではないかと思うのですけれども、そういう事を最後にお話していきたいと思っています。

「スライド2」



(スライド2) まず、医療情報システム発展の歴史を、お話をしたいと思います。医療の世界にコンピューターが入ってきたのは1970年代のことです。そして現在は、もう21世紀になっているわけですが、これをずっと眺めているとコンピューターの利用の考え方が非常に変わってきているということに気がつきます。最初の頃は医療の中で使われたと言っても医師とは関係ない世界で、省力化の時代でありまして、病院の事務を効率化することに使われていた。そして80年代になってくると、病院の中の部門間の連携にコンピューターが使われるようになってきた。別の言葉でいえばオーダー入力システムが、この時代に非常に普及を始めたということです。その頃は病院をいかに効率化するかということが、大きな考え方にあったと思います。90年代になってくるとインターネットやマルチメディア技術が出てきて、病院の間でも連携が取れるということが分かってきました。それとともにコンピューターを医師自身または看護婦さんも自ら利用する時代がやってきて、そこで初めてコンピューターが単なる効率化の道具ではなくて、医療そのものに対しても大きな影響を与えるということが認識されるようになってきた。これが1990年代だと思います。そして、今は、21世紀になったわけですが、21世紀のコンピューター利用の考え方はどうなんだろうということは最後にお話したいと思います。私は、21世紀になって非常に大きな変革がきたのではないかと思います。その事はまた最後にお話したいと思います。

[スライド3]



(スライド3) これが、70年代でありまして、緑色がコンピューターで、まわりの箱が病院全体だとすれば、病院の中の1部門が、ただコンピューター化されていたにす

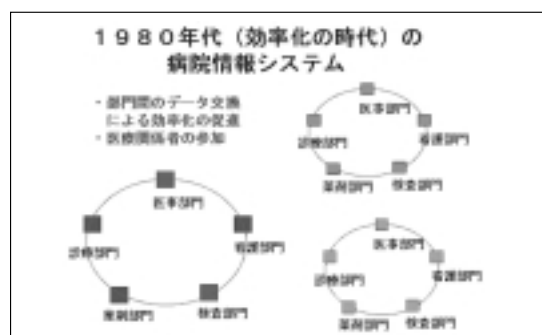
ぎない、主として医事部門と検査であります。この時代は、省力化の時代でありましたから、組合などは、コンピューターの導入に反対いたしました。

[スライド4]



(スライド4) 私が東大病院にコンピューターを初めて持ち込んだのは、昭和48年のことですが、その時はコンピューター導入粉碎というような、大きな看板が病院の玄関に立ちまして、私は職員組合の人達と100回位団交をやりました。団交をやってコンピューターがいいか悪いかということを延々と夜中の2時や3時まで論争をしておりました。そのことは私にとって非常につらかった時代でしたけど、しかしその事によってコンピューターが医療にとって役に立つか役に立たないか、ぎりぎりの所で議論したものですから、その経験は私にとって良かったと思っております。いずれにせよ、そういう時代でありまして、この頃は労働組合だけではなくてお医者さん方もコンピューターを使うことに反対されました。そもそも医者などがコンピューターを使うようなことはけしからんということをおっしゃる方もたくさんいらっしゃいました。そういう時代に比べると今の時代は私にとっては天国のような時代であります。

[スライド5]



(スライド5) これが1980年代の事でありまして、病院の

■ 特別講演

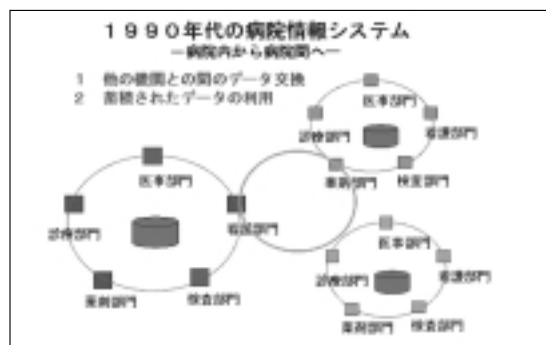
中の部門がコンピューターによって繋がれるようになってきて、病院の効率は非常にようになってきたわけであり
ます。

〔スライド6〕



(スライド6) これが私共の病院で初めてお医者さんがコンピューターを使うようになった記念すべき写真です。コンピューターは大変大きくて使いにくいコンピューターではあったのですが、お医者さん自身がコンピューターを使うようになったという意味では、大きな進歩があったというのが1980年代のことです。

〔スライド7〕



(スライド7) 90年代になると、赤線がインターネットのようなものだと思えばコンピューターネットワークによって病院同士が繋がれるようになってきた。そして、それだけではなくデータベースが、コンピューターを使うことによって副産物としてたまってきているんだということが理解されるようになってきたわけであり
ます。そしてただ病院が情報を交換するだけではなく、蓄積されてきたデータが非常に貴重だ、だからこれを上手く使っていくことが情報システムを医療の為に使っていくために非常に大事なんだということが、だんだんと認識されてきたのが1990年代のことです。

〔スライド8〕

(国立小児病院 宮坂先生提供)



(スライド8) これが、国立小児病院なんですけれども、看護婦さんも使うようになってきて、テレビ電話がありまして、看護婦さんが自宅にいる子供と会話して、家庭と病院も繋がるようになってきたのも1990年代のことです。

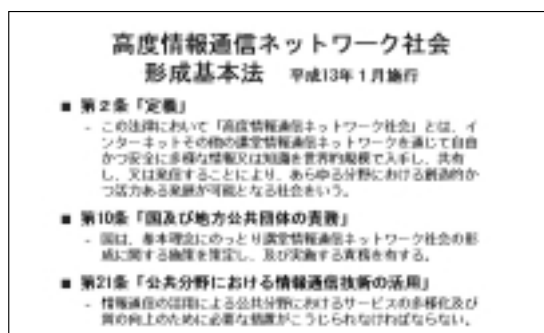
〔スライド9〕



(スライド9) この背景には、もちろん医療機関が大変努力したということもあるのですが、行政的な対応があったことも確かです。現在ご存知のように日本の国は国を挙げてITを推進すると言っておりまして、このことをいい始めたのは森内閣の時代ですが、その頃にe-japanという奇妙な言葉が出来ました。e-japanとはEメールと同じEなんですが、それに日本という意味のjapanがくっついたe-japan戦略というのが作られました。それにともなって基本法が出来まして、現在e-japan計画というのは小泉内閣にも引き継がれて、情報政策が、いろいろな改革案の中に色濃く出て参ります。これは医師会にとって敵の政策か味方の政策かわかりませんが、敵、味方合い交えて、その中に全部ITの話が出てきます。経済財政諮問会議の中の答申にも出てきま

すし、産業構造雇用対策本部の中にも出てきますし、総合規制改革会議の中の重点六分野の1つが医療であります。この中にも全部ITの話は書いてあるんですね。最近になって医療制度改革試案というのが、厚生労働省から出てまいりましたが、この中にもITの話が出てまいります。それともう1つ大変大事なのは、まだ成立していないんですけれども、個人情報保護法が継続審議にはなっています。これが通ると、これも医療に影響を与える可能性があります。国の政策に対して厚生労働省の方でもいろんなことをやってきておられますが、1つは「遠隔医療をやっても、よろしい」という通知が97年に出ています。それから「電子カルテをやって、紙のカルテをなくしてもよろしい」という通知が1999年に出ています。それから最近では、保険点数表にテレパソロジーが載ったり、熊本の八代市で保険証のカード化をやっておられましたが、それが今全国的に拡がり、もし希望するならばICカードを使って1人1枚の保険証のカードを作ってもよろしいという通達が出ております。まだ、実際にそうなっている所はありませんけれども、少なくとも、制度上は可能になったということでもあります。そして、今年になって今、私が座長をしておりますけれども、保健医療情報システム検討会というのが厚生労働省に出来まして、日本医師会からは西島先生が委員でお入りいただいておりますが、そこで、ここ5カ年間のグランドデザインを作ろうという話をやっております。それからついこの間医療制度改革試案というのが出て、これが基礎になって、おそらくこれから本当の意味での医療制度改革というのが出来上がっていくのでありますが、その中でもITの話が出てくるのであります。

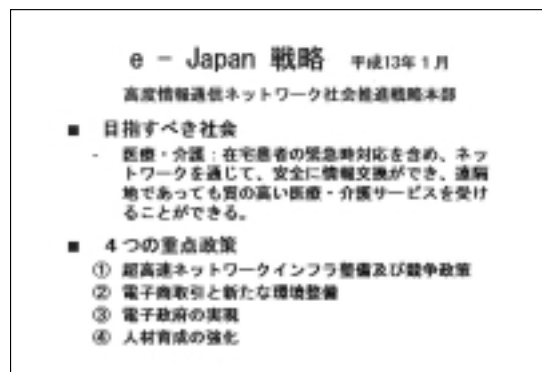
〔スライド10〕



（スライド10）これが、基本法と呼ばれるものであります

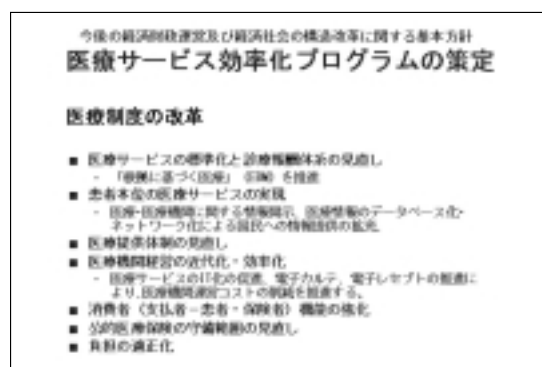
て、お読みになれば分かるのですが、e-japan戦略と基本法とセットになっているわけです。

〔スライド11〕



（スライド11）その中で目指すべき社会というのが医療・介護・在宅患者の緊急時対応を含め、ネットワークを通じて、安全に情報交換ができ、遠隔地であっても質の高い医療、介護サービスを受けることができるのが、目指すべき社会だとe-japanには書いてあるんですね。多少皮相的な見方であると私は思いますけれども、いずれにしても国を挙げて情報化をしたいといっていることは間違いないことであります。

〔スライド12〕

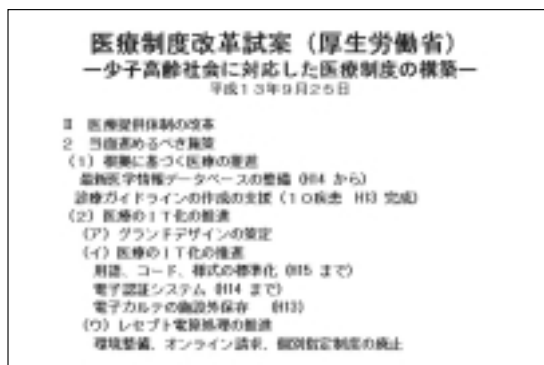


（スライド12）それから、敵か味方かわかりませんが、小泉内閣の骨太の改革といわれる中に、医療サービス効率化プログラムというのがありまして、その中にもいろいろ書いてあります。要するにEBMですとか情報開示の話とか、データベース化とかネットワーク化による国民の情報提供とか医療機関経営の近代化、医療サービスのIT化の促進、電子カルテ、電子レセプトの促進により、医療機関経営コストの削減を推進する、気になる話・気にならない話が一緒になってこの中に書いてあるわけで

■ 特別講演

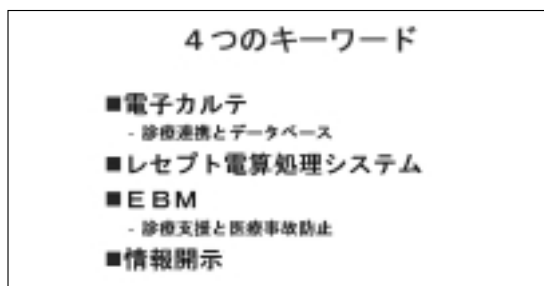
あります。

[スライド13]



(スライド13) 最近出した厚生労働省試案でありまして、これに対しまして、またいろんな意見が出ていますから、この通りになるわけではなくて、これが、いろいろ修正されて本当の意味の改革案が出てくるんだと思いますが、その中に医療提供体制の改革というのがあって、その中にも当面進めるべき施策の中にEBMの話、診療ガイドラインの話、グランドデザインを作れ、医療のIT化の中で、用語、コード様式の標準化、それから、電子認証システム、電子カルテ、レセプト電算処理の推進、こんなことが書いてあるわけでありまして。

[スライド14]

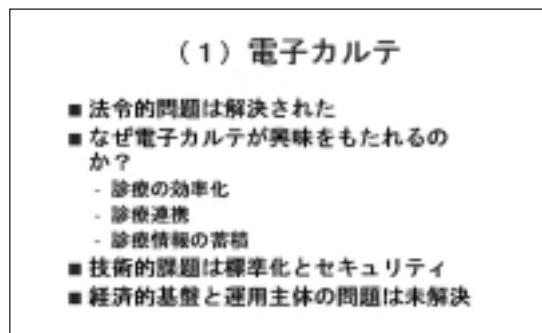


(スライド14) こう眺めてみると、この中には4つのキーワードがあるみたいです。それを拾ってみると、1つは電子カルテ、もう1つはレセプト電算処理システム、別な言葉でいうと電子レセプトという言葉が使っています。もう1つはEBM、もう1つは情報開示です。ですから、国が医療改革の中のITという手段として興味を持っていると言うか、推進しようとしているところであるということが分かるような気がします。私自身では、このこと自体については、大変結構なことだと思っておりますが、ただ最初に言ったように、情報と言うのは、1

つの手段にすぎないわけでありまして、これだけを推進した所で何の意味もありません。それを医療の中で、どういうふうに使こなしていくのか、そしてまたそれに、どういう意味を持たせていくのか、という所にこそ本当の意味があるわけでありまして。ですから、国がある程度お金を出しましようとなればそれは貰ってもいいんだと思いますし、また推進しようというのに対しては、私も今までこういうことをやってきた立場から大いに推進しようと言っておりますが、ただそれが本当に医療に役に立つのか役に立たないかというのは、常に考えながら推進していかないと道を誤ることになります。ITをどういうふうに使こなしていくのかということは、医療関係者の問題として責任が大きくなってくるんじゃないかと思っております。

今日はレセプト電算処理システムの話は、勤務医の方々と関係がない、というのは言い過ぎですけども、それほどご関心がないかと思っておりますので、この話はいたしません、ただ、この話も結構大きな話です。ここでは巨大な医療費の診療報酬の請求のところで動いているわけでありまして、そこをIT化するか、しないかという話は、非常に大きな影響を与える可能性があります。私は、変な方向にいかないように大いに見守っていく必要があるとは思いますが、今日はちょっとこの話はいたしません、むしろ、電子カルテの話、EBMの話と情報開示の話に限って、時間的な関係もあるのでお話をさせていただきます。

[スライド15]



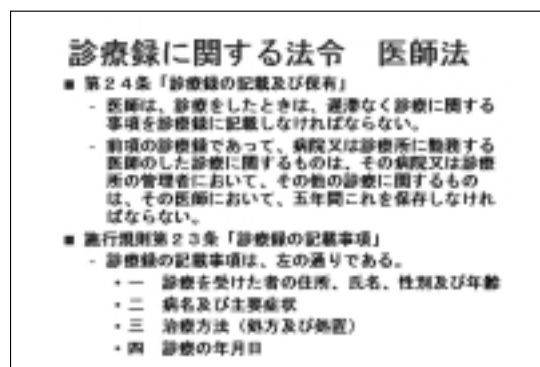
(スライド15) まず、電子カルテの話であります。私は電子カルテという形で情報化を進めるのはあまり良くないと思っております。電子カルテというのは、ただカルテを電子化するにすぎないわけでありまして、それは、や

りたい人がやればいいのかという所が1番大事なところ。電子カルテの問題にしましては、昔は法令的に紙のカルテをなくしても良いのだろうかという問題があったのですが、この問題はさっき申し上げましたように1999年に厚生省が通達を出しまして、解決をされました。つまり紙のカルテをなくしてもよろしいということになっているということです。

それではなぜ電子カルテに興味をもたれるのかというところが私は1番大事だと思っております、これは別に電子カルテそのものに興味があるのではなくて、電子カルテを介して、1つは診療が効率化される点、それからもう1つはそれを介して、診療の連携が促進される点、そして、もう1つは診療情報が蓄積されてきて、それによって後で出てくるようなエビデンスが出来る点、その部分が、電子カルテが意味があるということになります。ただ、まだ解決しなければならない、技術的な問題はいくつも残っております1つは電子カルテを作るからには情報を標準化しておかないといけない、そうしないとA病院とB病院がまったく別なコード体系を使っていたりすると電子カルテをやっているにもかかわらず情報が交換できないということになります。これは医療を標準化するという話ではなくて医療の中の例えばコード体系とか用語とかそういうものを標準化するという意味でありますので、そこは注意が必要であります、要するにその標準化が必要であるということです。もう1つはセキュリティの問題を解決しないといけないのですが、一応技術的には解決できる方向にありますので、ここが解決されたとすれば、電子カルテを上手く使っていけば、確かに医療が良くなる可能性はあるということになります。ただ技術的な問題ではなくて、もっとやっかいな問題は経済的な基盤をどこに求めるかという話と、それから特に複数の医療機関が関係しているような電子カルテがある時には運用主体をどういうふうに作っていくかというところが大変やっかいな問題でありまして、その辺の問題はまだ試行錯誤が続くのではないかと私は思っ

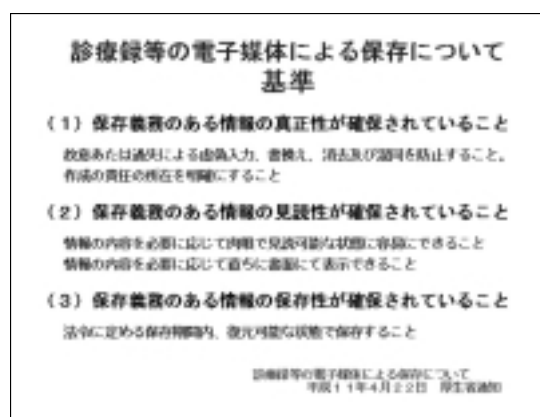
ております。

〔スライド16〕



（スライド16）これが先程法律問題は解決されたということでありまして、今まで何の法律で何が問題になったかという、医師法の第24条です。医師は、診療をしたときは、遅滞なく診療に関する事項を診療録に記載しなければならないと書いてあるんですね。そうすると診療録に記載しなければならないというのは、ペンで書かなければいけないのか、それとも、電子的に記載するということも許されるのかということが、よく分からなかったわけでありまして。それは分からないのが当然で、その法律が出来たころは、まだ電子カルテなんてありませんから、もちろんペンで書くという事を、想定していたわけなんです。

〔スライド17〕

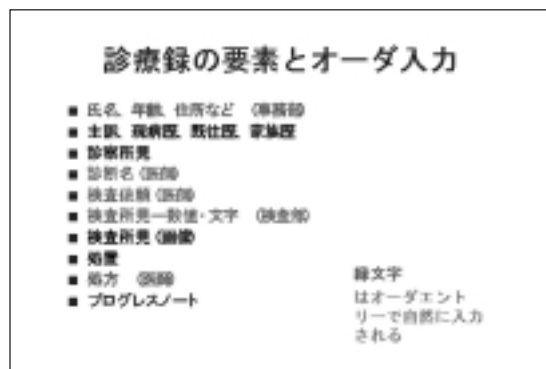


（スライド17）それに対して厚生省が平成11年（1999年）に、この3つの基準を満たせば、電子カルテを作ってもいいですよということを言ったわけなんです。その3つとは、多少変な言葉が出てくるのですが、真正性と見読性と保存性という、3つであります。要するに中身が改ざ

■ 特別講演

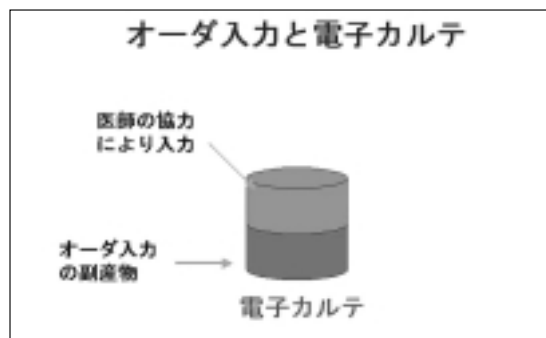
んされないという事、それから、いつでも見ることが出来るという事、それから、今は5年間でありますが、5年間ちゃんと保存できるという事、その3つが満たされてなければいけないと、言ったわけであります。そういうことで、電子カルテが今世の中にだんだんとでてくるようになったわけでありますが、別に電子カルテにそれほどこだわることはなくて、電子カルテというのは何かというと、実はそのオーダー入力方の病院情報システムの延長であると考えたほうがいいと思います。

[スライド18]



(スライド18) オーダー入力方の病院情報システムでもある意味では電子カルテが来ていると言ってもいいわけで、どこが、電子カルテと違うかということ、オーダー入力の病院情報システムだと、名前とか診断名とか検査とか処方とかはオーダー入力の副産物として入ってくるわけでありますけれども、どうしても主訴とか、現病歴とか診察所見とか、それから、画像関係とかプログレスノートは普通のオーダー入力では入ってこないですから、この部分をお医者さんの協力によってコンピューターに入力すれば電子カルテができるというわけであります。

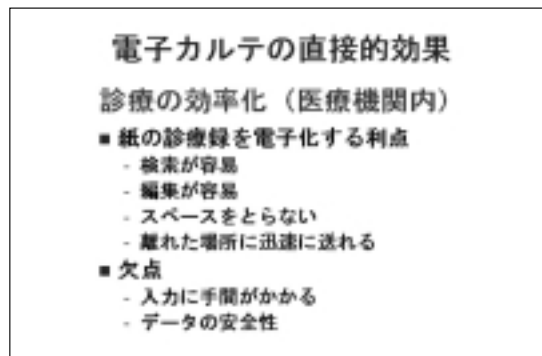
[スライド19]



(スライド19) つまり電子カルテというのは、オーダー入

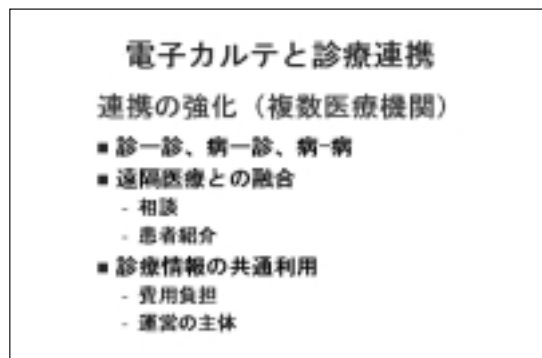
力の副産物としてでてくる部分と、それから意識的に追加して入力する部分が合わさると初めて電子カルテが出来るということになります。

[スライド20]



(スライド20) それで、電子カルテを作ると何がいいかという話なんですけれども、確かに診療が効率化するだろうと思います。つまり、検索が容易になるし、編集が容易になるし、スペースもとらないし、離れた場所でも送ることができます。しかし、入力に手間がかかるとか、データの安全性とかこのへんの問題は解決していかなければならない。実際問題としてこれも結構役に立つものですから、最近電子カルテは診療所レベルで普及し始めております。大きな病院でやろうとするとなかなか大変なんですけれども、診療所レベルでやろうとすると、その診療所の先生が自分でやるぞと決心されれば出来てしまう、ということで最近診療所ではずいぶん電子カルテをおやりになっている先生が出てきております。

[スライド21]



(スライド21) ただ、それだけでは、電子カルテの意義としてはもったいないわけでありまして、電子カルテは診療連携のためにも役に立つだろうと思います。その為に

は複数の医療機関が電子カルテ化されていくことが必要ですが、そうなれば病院と診療所の間で情報交換ができるようになります。こうなると遠隔医療と診療情報を共通利用するという話が結びついて診療所と病院、病院間の診療連携が密になります。ですから、電子カルテを医療以外の人が興味を持っているのは、診療連携が促進されるのではないかとこのところに期待があるのではないかと思います。それは確かに尤もなところがありまして、患者さんは診療所と病院の間を動くわけですから患者の事を考えれば医療機関同士がお互いに協力して1人の患者の診療にあたるのが理想であります。ただ現在は電話をかけたり紙の紹介状を持たせたりということで、やっているわけですが、もし電子化されてくると非常に能率よくなるのは確かであります。ただ実際問題としては非常に難しいことでありまして、それがまさにこれから研究しないといけないことであります。したがって勤務医の先生方も今から、もしいろんなことをやろうとするのであれば、こうしたことが考えられるということであり

〔スライド22〕



(スライド22) その一部の例をお目にかけますが、たとえば診療所同士だと、電子メールでもって、協力体制を取るといことをおやりになっている所が随分出てきます。

(スライド23) 実地医療機関の間のMLというのはメーリングリストであります。これは、大阪の城東医師会の松岡先生からいただいたデータでありますけれども、そのこの実地医療のメーリングリストは4,470通くらいのメールが交換されているそうであります。そこではいろんな診療の相談が行われたり、実際には画像を交換して、そ

〔スライド23〕

個人レベルでの医療相談

- 実地医療研究風
 - 年間 4470
 - 相談内容：内科、インフルエンザ、小児科、整形外科、薬剤情報、泌尿器科など
 - 画像を伴う相談：心エコー動画、胸部X線、心電図、腹部超音波及びCT、上部消化管内視鏡など
- その他類似の医療関係者の組
 - 大阪、岐阜、長崎、横浜、東京板橋、東京中央区、川崎、小児科フリートーク、高崎、実地医療、甘田谷、大阪城東など

れについてのいろんな意見を求めたりということがあるそうでありまして、その他の類似の医療関係者のメーリングリストは非常にたくさんある。この上の例は大阪の城東医師会であります。

〔スライド24〕

診療所医師の メーリングリストによる情報交換

会員数	会数	2000年	1999年
1-9人	0	0	3.2
10-29	3	11.5	35.5
30-49	3	11.5	6.5
50-99	6	23.0	19.5
100-199	5	19.2	22.7
200-	10	37.0	12.9

(スライド24) これは松岡先生が調べてくださったんですが、会員数が200人ぐらいのものが、現在10ぐらいあると、99~199人ぐらい参加したのが、5あるとかですが、1999年から2000年になって増えてきています。

それから、診療所間というのは、私は何も電子カルテと大上段に振りかぶらないでも、まず電子メールを交換するところからお互いに連携を深めていくという事は非常に意味があるのではないかと考えております。(スライド25) 病院と診療所の間でも昔は地域医療連携室というようなものを作って、FAXを基礎にしていろいろやって、FAXはだいたい主であるかと思いますが診療所と病院の間で患者さんの情報交換をしているのが普通であったと思いますが、それが最近新しくこの間を電子的に能率よくやり取りしようかと話が出ているわけです。これは地域の中核医療機関と診療所の間でそういうシステムを作ってみただけませんかということで、私が

医療機関の連携

病院と診療所



電話・ファックスを基礎に新しい流れ

〔スライド26〕

[illegible]

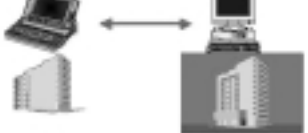
〔スライド27〕

推進事業内容	推進機関名
3.3 地域ネットワークを「医療圏」単位で構築するネットワークの構築	メディア
地域チーム医療へ向け、病院間連携のための電子カルテ統合システムの構築	自治体早大中央病院
医療法人による医療情報システムのための医療機関連携ネットワーク	神戸市医師会
ネットワーク型電子カルテによる病院・診療所間連携システム	市立西宮総合医療事業団
医療法人による医療情報システム（G・P・I）およびメディア（ホームページ）の構築	協賛ソフトウェアセンター
相互連携における電子カルテシステム中心とした医療ネットワークの構築	神戸市医師会
遠隔医療・慢性疾患のための地域医療連携システム	神戸市医師会
地域医療の連携に資する医療情報システム（ネットワーク）構築事業	トヨタ生命保険
2. 医療機関の連携に資する広域域医療情報システム構築事業	九州大学医学部附属病院
自治体間連携を中心とした広域域医療情報システム構築事業	自治体早大中央病院
1. 1 特別活用による広域域医療情報ネットワーク構築事業	自治体早大中央病院
医療機関の連携に資する広域域医療情報システム構築事業	同前
医療機関・自治体間連携を中心とした広域域医療情報システム構築事業	同前
医療機関・自治体間連携を中心とした広域域医療情報システム構築事業	同前

と思います。九州地区では九州大学医学部や宗像の医師会がいろいろ試みてくださっているわけでありまして。まだ成果はよくわからないんですけども、こういう形で病院と診療所が連携を深めていくとすれば、それは患者さんの為にもいいことではないかと思っているわけでありまして。

医療機関の連携

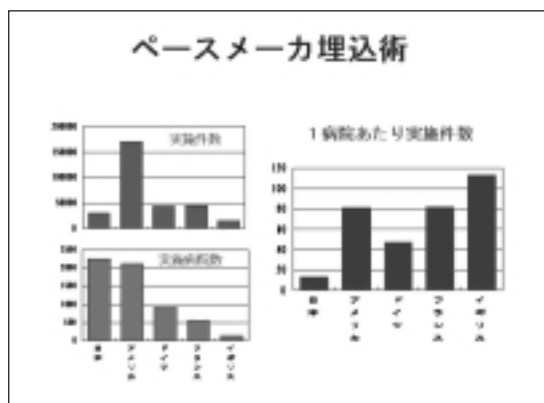
病院と病院



最も連携が遅れる

— 64 —

[スライド29]



(スライド29) ペースメーカーの埋込術というのがどのくらい行われているかという事を、日本・アメリカ・ドイツ・フランス・イギリスで調べたものですが、実施件数はアメリカが圧倒的に多いのですが、これは人口が多いのであたりまえのことであり、他の国は似たようなもので、イギリスがちょっと少ないというそんな数であります。実施している病院がどれくらいあるかというのは実は日本が一番多くて、ペースメーカーの埋込をやっている病院の数からいうと日本が非常に多い。それで1病院あたりの実施件数を見ると日本は圧倒的に少ないということになります。それに対してアメリカみたいにたくさんやっているところでも病院数はそれほど多いわけではないので1病院当たりになるとかなりの数のペースメーカーをやっている。イギリスなんかは数は少ないですが、病院の数も少ないですから1病院当たりが多い。つまり、どういうことかといいますと、欧米諸国では例えばペースメーカーに関していえばセンター的な病院があってそこに患者さんを紹介するんだと思うんです。ですから、そこでほとんどのものが行われる。ところが日本で非常に不思議な事に、出来れば自分の病院でやってしまおうという話になるようであります。ですから1病院当たりの数から言うと非常に少ないということになります。つまり日本というのは比較的、患者を紹介しないんじゃないかという気がするんです。他の国では自他ともに認めるような、例えばペースメーカーならばあそこの病院だと、それから心臓の手術であればあそこだと、そういうのがある程度分かっているそれでそこに病院同士でも紹介するのではないかと思います。私自身の病院長の経験

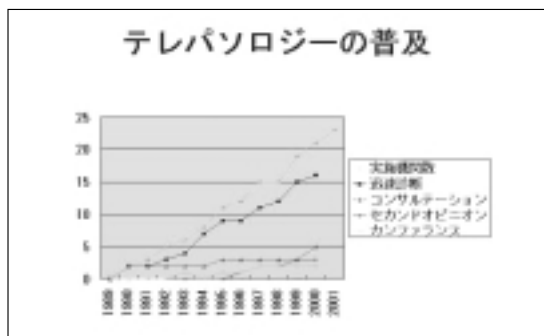
からしても確かにこういう傾向があるという感じが自分でもするんです。ですからなぜこうなのかと、その後いろいろ考えているわけなんです、私はこれは非常に良くないことだと思っております。というのはこれは非効率で、もう一つ悪いことは医療の質が上がらないんです。一つのところに患者さんが集まればこれは技術集積という言葉がありますが、確かに技術が集積してその治療成績が良くなるということが、科学的に実証されているデータがたくさんあります。確かに考えてみますと1年間に何例しかやらない場合は、その度に手術室など準備しなおしてやらないといけないのでありますが、例えば毎日やっているのであれば、そのまま流れ作業的にやっていくことができるので非常にスムーズに出来るし、従業員の間にも技術が残っていくと思います。ですからそういう意味でこれからの医療機関はもう少し特徴をもって特徴のある患者さんをお互いに分業といういい言葉ではないかもしれませんが、ある程度分業体制をもつてみるというのが、これからの医療の姿ではないかと私は思っています。

実際に自分が国立病院で院長をやってみまして、一つの病院ですべての病気をきちんとみるということは幻想にすぎないなという気が私はしました。到底無理だと思います。ですから自分の病院が大学病院は別かもしれませんが、私は大学病院でさえもそろそろ無理じゃないかという気がしているんですが、やっぱりそれぞれ特徴のある所に患者さんを送るという習慣を作ってこそ医療が向上する。それはまさに医療機関の間の連携ではないか、そしてその連携をうまくするのが情報システムではないかと私は思っているわけであります。これは日本に専門医制度が育っていないというところにも原因があります。アメリカとか欧米諸国では自他ともに許している専門医がいるわけですから、どこに専門医がいるということが分かりますが日本では分からないのです。医局関係者には分かると思いますが、東京のようにたくさんあると、どこにどのような専門医がいるかさっぱりわからない。なかなか患者さんが集積しないのです。

(スライド30) それから、遠隔医療というのが最近興味をもたれているわけですが、遠隔医療も同じような問題があります。遠隔医療が行われるためにはお互いに

■ 特別講演

[スライド30]



患者さんを紹介するということが出来なければ、意味をもたない。比較的テレパソロジーはうまくいっている例だといわれていて、実施機関数は増えていますが、欧米に比べると数はものすごく少ないのであります。そういう意味でこれからもう少し医療機関同士の連携、病院と病院の連携というものを真剣に考えていかなければいけないと私は思っております。

[スライド31]

2000年の実施件数

	迅速診断	難解症例のコンサルテーション	セカンド・オピニオン	カンファレンス	その他
実施件数	773	42	52	36	355
実施1施設平均	48.3	6.0	13.0	9.0	118.3

(スライド31) テレパソロジーの実施件数ですが、これは欧米に比べればかなり圧倒的に少ないです。

[スライド32]

病院間連携の未発達

■ 病院間の連携が未発達な理由
- 専門医が誰にもわかる形でない
- 医療機関の系列化
■ 診療情報の標準化の遅れ
■ 病院間の連携がないことによる弊害
- 患者が最も適した医療機関で診療を受けられない
- 医師の技術集積が起らない

(スライド32) 今申し上げたような病院間の連携の未発達というのは一つは専門医が誰にでも分かるように存在

していないということと、それから医療機関が特に東京の場合は系列化してしまっているということです。これは医局制度にも原因があり、隣の病院が別の医局だとすると、その間で患者の紹介が行われていないということになる。私はそういうことは正していかなければならないかという気がしています。それから診療情報の標準化が遅れている、ということがあると思います。実際に連携がないことによる弊害が日本の医療ではあるような気がします。患者が最も適した医療機関で診療が受けられない医師の技術集積が起らないという事がありますので、この辺は少し考え直していく必要があると思っております。

[スライド33]



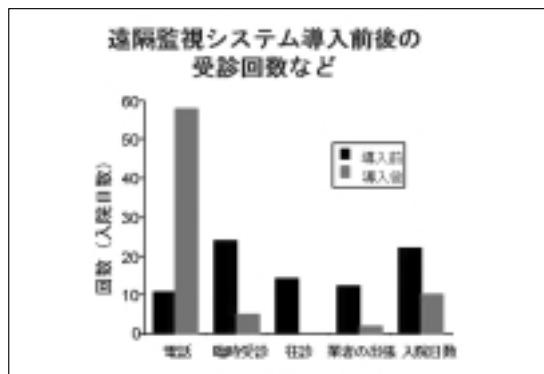
(スライド33) それから病院と家庭の連携ということが最近興味ある分野として、いろいろ検討されていますが、



(スライド34) これは国立小児病院の宮坂先生の所の例ですが、さっき申し上げたように看護婦さんが家庭と話しているところであります。

(スライド35) これは、子供が家庭で酸素治療を受けている、そういう子供さんを病院で支援してあげると、これ

〔スライド35〕



は導入前と導入後ですが、電話はもちろん増えてきているわけですが、臨時診療や往診するということはほとんどしなくても済むし、入院した場合でも入院日数が減るということになってですね、ちょっと助けてあげるだけで、患者さんは安心するし、また、受診回数も減ってくるという事であります。

〔スライド36〕



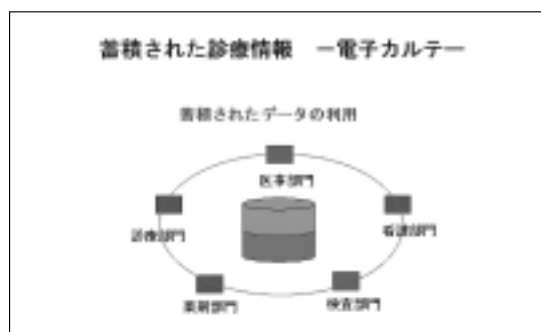
(スライド36) これは私が院長をしていた病院が国立成育医療センターになるんですが、まだこれは出来ておらず来年の3月に開院します。ここでは家庭と子供さんとをテレビ電話で結ぼうかということで、こういうものをすべての病棟に備えようかということを考えております。(スライド37) そうすると、子供はいながらしてお母さんと話せることでこれはまだ実験ではありますが、こんなことを実際に成育医療センターでは開業の時には実現いたします。これは実験をした時なのですが、実際にお母さんと一生懸命話している。時間になってスイッチを切ってしまうと子供は大声で泣き出しかわいそうでした。いい事をやっているのか悪いことをやっているのか分からなくなってしまったんですけど、しかしこんな事も出

〔スライド37〕



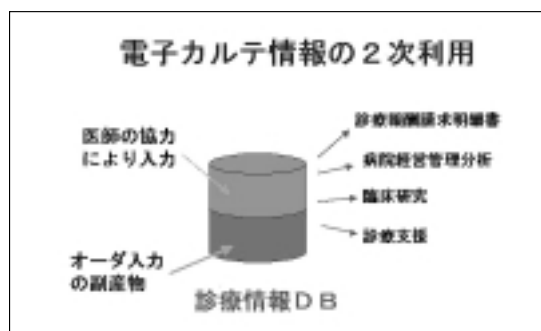
来るといわけであります。

〔スライド38〕



(スライド38) それから後1つ大事なことは、蓄積されたデータを上手く利用していくことであります。

〔スライド39〕



(スライド39) これはいろんな事に使えまして、病院の経営管理の分析にも、臨床研究にも、診療支援にも使えるということでありまして、ここを上手く使っていくという事が非常に大事であります。

(スライド40) そのことがEBMの話とつながってくるわけでありまして。最近EBMということがいろいろ言われるようになっておりまして、今こういうものをもう少しきちんと作って、それで誰でも使えるような形で提供

■ 特別講演

[スライド40]

(2) EBM・診療支援

- エビデンスデータベースの作成と情報提供体制は2年以内に実現
- 診療ガイドラインは16疾患を作成中
- エビデンスと電子カルテを結ぶシステムは今後の開発課題
- 行政的なエビデンスデータベースの作成は未解決

しなければならない、ということが計画をされておりす。

[スライド41]

**Evidence-based Medicine
(EBM)**

- Evidence-based Medicine Working Group
Evidence-based Medicine: A new approach to teaching the practice of medicine
JAMA, 268:2420-2425, 1992
- 個々の患者の医療判断の決定に、最新で最善の根拠を、良心的かつ明確に、思慮深く利用すること (Sackett DL)

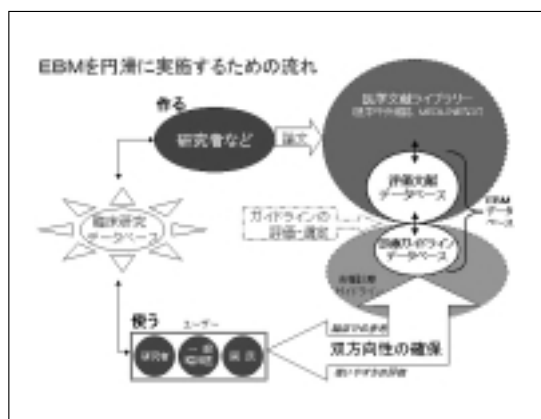
(スライド41) これは多分2年くらいの内に実現されると思いますが、どこが提供体制を作るかということで、やっと今候補が決まりかかっているということでもあります。

それから、ガイドラインを作ろうという事で今20疾患を学会にお願いして作ろうとしています。それから、こういうものが出来たら上手く利用しなければいけないのですが、それが診療の現場でも使えるようにするのが非常に大事であります。確かにこれで診療の方は良くなってきたのですが、行政的なエビデンスとはつまり診療の内容のエビデンスデータベースを私は作る必要があると思うんですが、その点については、まだ未解決であるというのが現状であります。

(スライド42) これが今考えられている提供体制でありまして、こういうような医学文献のライブラリーと診療ガイドラインを作って一般国民に提供できるような、そういう体制を作ろうということでもあります。これは厚生労働省が出した図であります。

(スライド43) こういうものが出来てくると、どういう効

[スライド42]



果があるかという話なんです、これは添付文書なんです、添付文書というのは、こういう細かい字でごちゃごちゃと書いてあるんですね。こういうのをいちいち覚えるのは到底無理であります。でもまれに使う薬は我々医者にとって使う時に躊躇するわけでありましたが、そういう時この添付文書が診療画面の上にぱっと出てくれば診療の質は向上するであろうということでもあります。

[スライド43]

添付文書の例

【注意】

本剤は、副作用発生のリスクが認められ、以下の事項に注意して使用されるべきである。また、投与する薬剤の成分と本剤との相互作用に注意する必要がある。本剤は、投与する薬剤の成分と本剤との相互作用に注意する必要がある。

【用法】

本剤は、投与する薬剤の成分と本剤との相互作用に注意する必要がある。また、投与する薬剤の成分と本剤との相互作用に注意する必要がある。

【禁忌】

本剤は、投与する薬剤の成分と本剤との相互作用に注意する必要がある。また、投与する薬剤の成分と本剤との相互作用に注意する必要がある。

【副作用】

本剤は、投与する薬剤の成分と本剤との相互作用に注意する必要がある。また、投与する薬剤の成分と本剤との相互作用に注意する必要がある。

【相互作用】

本剤は、投与する薬剤の成分と本剤との相互作用に注意する必要がある。また、投与する薬剤の成分と本剤との相互作用に注意する必要がある。

【妊婦・授乳中の方への注意】

本剤は、投与する薬剤の成分と本剤との相互作用に注意する必要がある。また、投与する薬剤の成分と本剤との相互作用に注意する必要がある。

【その他】

本剤は、投与する薬剤の成分と本剤との相互作用に注意する必要がある。また、投与する薬剤の成分と本剤との相互作用に注意する必要がある。

[スライド44]

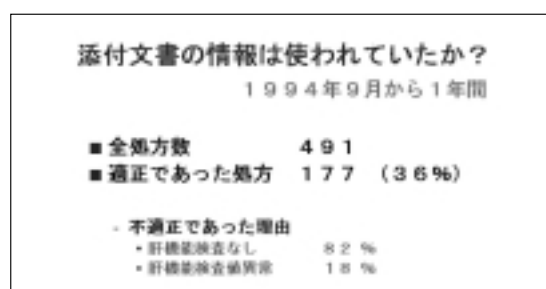
Etretinate の適正処方

- 次の時期に肝機能検査を行うこと
 - 処方前
 - 処方開始後1ヶ月
 - 以後、3ヶ月ごと
- 肝機能検査に異常があれば即時中止

(スライド44) ただそれだけではなくて、場合によっては間違った使いかたをしそうになったら、コンピューターの方が警告を出すというようなことも出来ます。これは

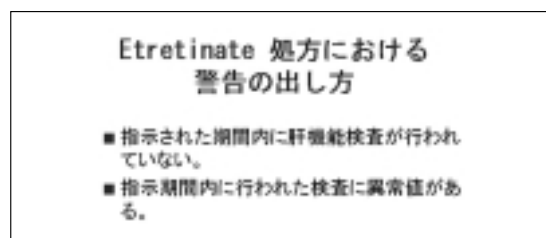
少し前に私が東大にいた頃小出先生がやったことでありますが Etretinate という皮膚科の薬なんです、これは肝臓の異常をきたす薬でありまして必ず処方前と処方開始後1ヵ月、以後3ヶ月ごとに肝機能の検査をやりながら使いなさいと、ちゃんと添付文書に書いてあります。それから肝機能の検査に異常があれば即時中止しなさいと書いているんですね。

[スライド45]



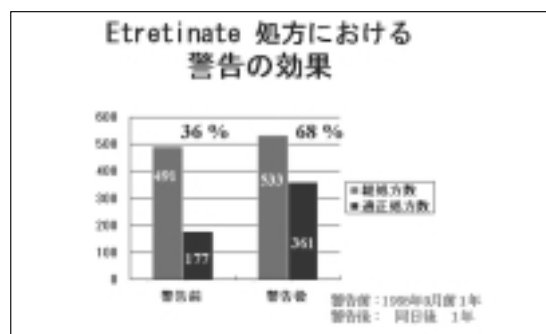
(スライド45) ところが実際にこれをやっているかどうか調べてみたら、本当にやっているのは36%しかいなかったわけであります。

[スライド46]



(スライド46) ちゃんとやっていなかったからといって患者に対して害があったわけではないですけども、注意は、なかなか守られていないということでもあります。

[スライド47]



(スライド47) そして警告を出してみたわけですが、そしたらとたんに不適正な処方の割合が減ってきて、

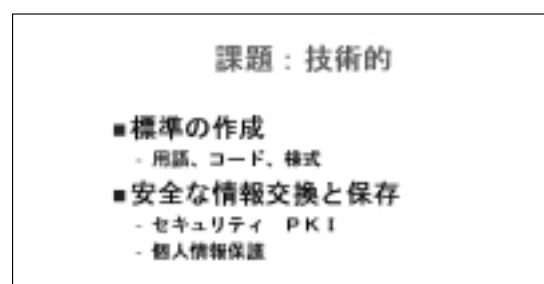
前は36%しか適正なものなかったのですが、68%が適正になりました。コンピューターで警告を出すことによって、お医者さんの処方に対する態度が変わるという事は確かなようでありますので、こういうシステムはこれから多いに利用していくべきではないかと思います。特に研修医なんかもそうではないかと思っています。

[スライド48]



(スライド48) 最近、診療ガイドラインができてきたので、そういうものをどうやって提供するのかという、一つのモデルとして、別にアメリカの医療がいいというわけではないんですがアメリカでは診療ガイドラインのクリアリングハウスを厚生労働省がもっております。ご関心のある方は www.guidelines.gov で日本でも見られますが、200以上のガイドラインを国が登録して提供しております。これは、お医者さんも見られるんですが患者も見られるんです。別に患者が見ることを奨励しているわけではないんですが、患者も見られるんです。ですからそういう形でガイドラインがアメリカでは無視できない存在になっているのは確かであると思います。

[スライド49]



(スライド49) こういうことをやろうとすると非常に大事なのは用語、コードの標準化ということと情報交換のためのセキュリティです。

■ 特別講演

[スライド50]

医療情報関連の標準化

- 「標準」を決める機構の確立
- 標準の作成と維持をする機関の明確化
- 行政、学会、産業界、医療界の標準化の尊重

H I P A Aから学ぶこと
レセプト電算処理システムの持つ意義

(スライド50) 標準化の方は医療の標準化ということではなくてコードの標準化ですが、そういうものの機構を作ろうということで現在標準の作成をいろいろやっております。

[スライド51]

**標準化関連事業
最近の動き**

- 医療情報標準化推進協議会（H E L I C S）の発足 2001年5月
- 医療情報システム開発センターの事業
 - 一 医療用語・コードの標準化
 - 一 診療録情報交換のためのデータ項目セット
 - 一 医療画像情報分野の国際規格化（I B）の動向（平成10年1月、I B O / T C 2 1 5 設置）

(スライド51) それで医療情報標準化推進協議会というのが学会レベルでできておりまして、ここが推進しようと、私共財団も医療用語とかコードとかこういう標準化のものを作っております。ぜひこういうものを使っただけだとありがたいと思っております。

[スライド52]

**セキュリティ及び
プライバシー保護対策**

- 診療情報保護ガイドラインの作成
- セキュリティ技術の開発
- 認証制度の確立
- セキュリティ対策への費用負担の合意

(スライド52) そしてもう一つはセキュリティの方ですが、けれどもこれもいろんな動きがありまして、一つはさっき言った個人情報保護法が国会で通るかもしれない。そうするとあるいは一般的な法律であります。それは医療の世界ではどういうふうになっているかというのは医療関係者が法律を受けて個人情報保護ガイドラインを作

らないといけないということで、ガイドラインを作ることとはこれから大変大事な話になってくると思います。よく話しになるんですが癌登録のようなものができなくなる可能性があったり学会のようなところで、患者さんのデータを集めるときに個人情報保護法を知らないで集めたりすると後で怒られるとかいろんなことが起こってくる可能性がありますので、このへんのガイドラインはきちんと作っていく必要があると思います。

[スライド53]

**公開鍵証明書による相手認証
公開鍵インフラストラクチャ(PKI)**

- 秘密鍵と公開鍵を生成
- 公開鍵をCA局へ送り、公開鍵証明書入手

鍵の生成 → CA局 → 公開鍵証明書

(スライド53) それから情報交換するときのセキュリティの方法を確立することが必要です。その技術としては今興味をもたれているのは、公開鍵インフラストラクチャ略してPKIと申しますが、こういうものを社会的なインフラとして作ってしまったほうがいいんじゃないかという意見がかなりあります。現在政府レベルではそういうものが少しずつ出来かかってきていますが、医療関係者の間ではまだ政府のものを使うわけにはいけないので医療というのは民間とそれから公的なものが一緒になった世界でありますから、医療の場合もしたがって別なPKIのシステムを作っていく必要があるんじゃないかということが今考えられています。まだこれの実現までには2～3年かかると思います。ただこれが上手く出来てくると、インターネットの上でも安心して診療情報を流せるようになると思います。したがってこのへんも注目していく必要があるということでもあります。

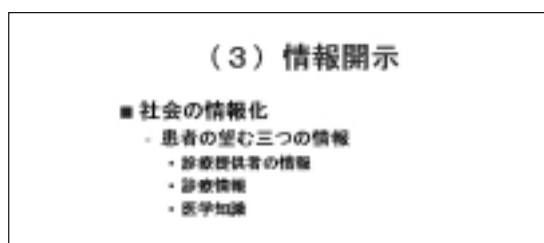
[スライド54]

医療ITの二つの側面

- 医療提供者側のIT化
- 医療需要者側のIT利用
 - IT革命という言葉があるとするれば、それは第二の側面に対する言葉

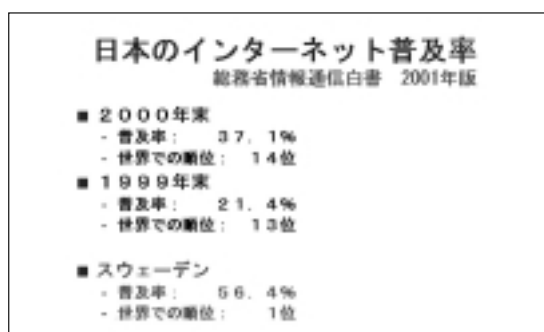
(スライド54) 最後に第3番目の問題として医療の情報化には2つの側面があります。そして今までお話してきたのは、医療の提供側のIT化でありました。ところが実は今の社会は医療の需要者側も多いに情報化しているわけでありまして、つまり国民とか患者とか言ってもいいわけでありまして、それもITを利用している。私はIT革命という言葉を使うとすれば、実はこちら側のほうに使う必要があるんじゃないかと思っております。というのは国民の方がIT化することによって、医療に与える影響はかなり大きなものがあると私は思っております。

[スライド55]



(スライド55) それは別の言葉でいえば情報開示ということですが、患者さんは診療提供者つまり、どこに行けばいいお医者さんがいるのか、そして自分のカルテはどうなっているのか、それから医者に貰った薬が分かる本というような医学知識を求めているわけでありまして。

[スライド56]



(スライド56) そして、今インターネットの普及率が日本では37%だといわれています。まだ低いようですが、去年では21%でしたから、おそらく2001年には50%近くになっているかもしれない。ただ世界的にいうとまだそれほど高いランクではないんですが、国民の半分ぐらいはインターネットを利用するようになっている。とするとどういことが起こるかということですが、

[スライド57]



(スライド57) yahooというのがありますが、yahooの上でアトピーという言葉でひいてみたら、これだけではなくてまだたくさんありますが、実はアトピー関係のウェブサイトと呼ばれているホームページがまだたくさんあります。それは誰がやっているかという、ほとんどが患者さんがやっています。中にはいろんな病院に行ったけれど、どういう経験をしたと綿々と情報交換がされています。

中にはどこの病院はけしからんとかどこの病院に行ったらステロイドばかり使ったとかやぶ医者だとかそういうようなことが書かれております。これはある意味では医療関係者にとっては恐ろしいことなんですが、患者さんにとっては自分のことですから非常に真剣になって情報交換をしております。これはアトピーですけど、今こういうようなものは山ほどあるんです。医療関係者は、あんまり知らない方もいるんですけど、実は患者さんは非常に情報化している、その事を認識しないといけないと思います。したがって患者さんの方が非常に大きな知識を持っている場合が出てきました。必ずしも深い知識とは限らないんですけど、しかし、かなり深い知識をもっている患者さんもいまして、例えばエイズの世界がそうであります。エイズの患者さんは医者よりもはるかによく知っている患者さんがたくさんいまして、医者の方も大変な時代になってきたわけでありまして。

(スライド58) 日本の医療関係者は患者さんに対して医療情報を提供するということに対してあんまり熱心ではありませんでした。医療関係者がきちんとした情報を提

[スライド58]



供しなかったものだから、患者のほうがかしうがないのでいろんな情報を自分で作ってやっているわけです。最近病院を評価する病院のミシュランみたいなものがあるんです。私も院長をしておりましたから、大変気になって時々見ていましたが、医療関係者に聞くと、ああいうものは質の悪い情報ばかり集めてけしからんとおっしゃるんです。私もそうだと思うんですが、しかしそれは逆に言えば医療関係者がそういう情報をきちんと提供しなかったから患者の方がかしょうがなく、ああいうものを作っているんじゃないかという気もするんです。ですから私はこれから21世紀は情報開示の時代だということを坪井先生もおっしゃったんですが、私は医療関係者が正しい情報を患者に提供する事に、もう少し熱心でなければいけないと思っております。これはまたアメリカが良いというわけではないんですが実はアメリカの国立医学図書館、最も権威あるMEDLINEを作った所ですが、www.medlineplus.gov これは日本からも見られますがMEDLINEplusというのをやっているんです。これは何かといいますとMEDLINEじゃないんです。MEDLINEもここから見られるんですが、これは患者向きの情報システムであります。この中にはヘルストピクス、薬のインフォメーション、ディクショナリー辞書、お医者さんと医療機関のカタログみたいなものが入っています。そういうものを国立医学図書館自体が患者向けに非常に優しい言葉で、しかも辞書までつけて提供しているわけがあります。このディレクトリーを作っているのはアメリカの医師会であります。アメリカの医師会のメンバーのディレクトリーみたいなものが、このナショナルライブラ

リーを経由して患者に提供されているのです。ですから、アメリカというのは情報開示の進んだ国でありますから、こういう形で国の機関が患者向けに情報を提供しようとしているわけでもあります。そこに比べると日本というのは、情報開示が確かに遅れているということは間違いなところですよ。

[スライド59]



(スライド59) 私が前に院長をした病院のホームページであります、そこではこんな形でインターネットの上で情報開示をやってみたんですが、非常によく患者さんは見ておられます。

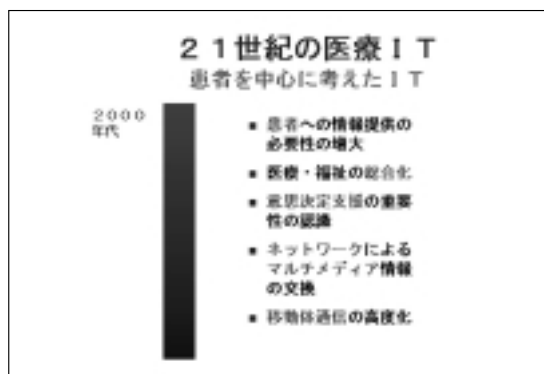
[スライド60]



(スライド60) それから、これは私共が助成しているプロジェクトの一つで世田谷のアーバンクリニックです。家庭でもって自分のカルテを見られるようにしようという、これはあくまでも実験です。これはもちろん人のカルテは見ることにはできません。自分のカルテだけが見られるようにして、自分の家で自分のカルテを見て、それを繰り返した上でお医者さんの所に行くという事をやっ

てみる、というようなことが、今試みられています。

[スライド61]



(スライド61) 私は最初に21世紀の医療はまた一つ変わるのではないかとこの事を申し上げました。

それはどういうふうになるかと言いますと、私は今までは医療提供者の情報システムだったのですが、21世紀は患者を無視しては情報システムが語れなくなってきたのだと思います。ですから私は21世紀のITというのは医療機関と患者をつなぐ所に非常に大きな重点が置かれるような情報システムの時代になってくるのではないかと考えております。

最後に蛇足ですが、せっかくこの勤務医部会にお呼びいただいたので、私の感想を申し上げたいと思います。私は、この勤務医部会というのは、これから大事になってくると午前中のお話を聞いて感じました。それから、先程のお話を伺って、この勤務医部会というのは最初は勤務医の利益を代表すると言ったら言葉は悪いのですが、勤務医のことをいろいろ考えてやっていくということで、発足したとお話があったのですが、私はこの際原点をもう少し考えてもいいんじゃないかという感じがしました。というのは、最近例えば研修医があまりにも低賃金なので労働基準法で訴えられた、というような事件がありました。私は、確かに研修医はかわいそうなのところがあるので、例えば研修医の労働条件の改善とか、特に最近、小児科のお医者さん方が、勤務が厳しい条件にあるのですが、その是正とか、そういうことに医師会としても発言をしていただくと、私はもっと日本の医療は良くなるのではないかと、そんな気がしてしょうがないのです。例えば医療関係者は、看護婦さんは三交代が出来るのですが、例えば医師は当直しても、あくる日は休めない

か、さっき秦先生も女医さんの問題としておっしゃいましたが、私は女医さんだけではなくて、勤務医の労働条件も改善していくように努力していかないと、医療の質が上がらないのではないかと思います。特に、最近、医療事故の問題に関係して、勤務条件が悪いところには、医療事故が起こりやすいという事もありますので、私は、そういうところにも、日本医師会が発言をしていただけるといいのではないかと思います。

最後の方は蛇足になりましたけど、以上で私の講演を終わらせていただきたいと思います。

■住吉 開原先生ありがとうございました。先生にはお忙しい中を宮崎まで足をお運びいただき、示唆に富む話をしていただきまして本当にありがとうございました。ITというのは単なるテクノロジーであって、実際はそれを如何に使うかと言うことが大変重要であること、それから私達は診療情報を使って、お互いに情報を交換し共有し、そして連携していくことが大切だと、そして最後に、患者を教育するために、自分達は正しい情報を発信すること、それが極めて重要じゃないかとおっしゃったと思います。私自身は、もともと病理であります、病院長をしておりまして、苦情を聞きますと十分な情報が伝わっていないということに、苦情の大部分の原因があるように思っています。だから、今、開原先生が21世紀のIT革命でおっしゃったことを私達は守っていけばもっと良い医師・患者関係が結べるのではないかと考えております。そして今開原先生が最後にまとめて下さいましたが、この勤務医部会の存在意義というものは大いにあると思って、先程池田委員長を励ましたところでございますが、今後もこの会が発展するということを開原先生もおっしゃいましたが、皆さんもそうであらうかと思っております。先生にはお忙しい中をありがとうございました。

シンポジウム

14:45～17:30

「勤務医に夢はあるのか」

座長： 宮崎県医師会勤務医部会 部会長 **立山 浩道**

シンポジスト： 宮崎県立延岡病院 副院長 **児玉 英昭**

宮崎医科大学附属病院 副病院長 **池ノ上 克**

宮崎県立宮崎病院 内科医長 **石川 恵美**

医療法人誠和会和田病院 院長 **三倉 剛**

宮崎県福祉保健部保健薬務課 課長 **日高 良雄**

コメンテーター： 日本医師会 常任理事 **星 北斗**

勤務医に夢はあるのか

座長：宮崎県医師会勤務医部会 部会長 立 山 浩 道

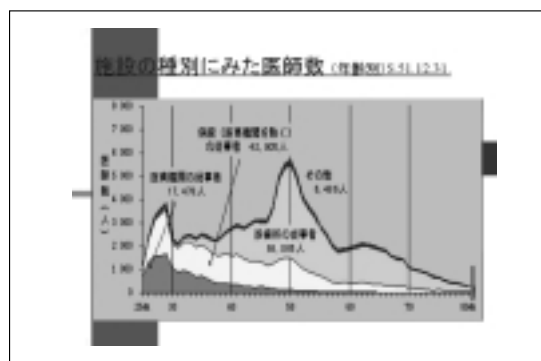
只今ご紹介いただきました、宮崎県医師会勤務医部会の部会長をしております立山と申します。本日のシンポジウムの座長をさせていただきます。何分にもこういった形のシンポジウムは初めてでございますので、どうやって盛り上げていったらいいのか大変心配しているところでございます。隣に星常任理事がいらっしゃるので心強い後押しがあると思ってがんばって参りたいと思います。ひとつ会場の皆様の手助けを頂きながら何とか盛り上げていきたいと思っておりますのでどうぞよろしくお願い申し上げます。

ところで本日のメインテーマ「2001年、勤務医の未来を考える」は私共の秦会長が決めておりまして、その中のシンポジウムのテーマは「勤務医に夢はあるのか？」と疑問詞がついてしまっております。そこで、夢はないと言われたらそこで終わりなのですが、そういう事は絶対ないと考えた上でこのテーマを選んだのだと思っております。今までのこの協議会でも多少言葉の違いはありましても、勤務医の未来像といったことについては何度か取り上げられてきております。しかし、今、この世の中は改革の時代であります。情勢は時々刻々変わってきておりますのでこの問題は何度取り上げてもいろいろな未来像というものの変化しながら出てくるのではないかなというように思っております。

ところで我々勤務医は何らかの夢があるからこの仕事をやっている訳でありまして、夢があるのかとの問いに対しては夢はないという答えは出てくるはずはございません。夢はあります。ではどのような夢があるのか、それから夢が叶うようにするにはどうすればいいのか、元々夢を持っている皆様方であると理解しておりますので、希望のある話がこのシンポジウムの中心になるのではないかと考えております。それではイントロといたしまして、おそらくご覧になられた方も多いのではないかと思いますが、厚生労働省のデータのスライドをお見せいたします。



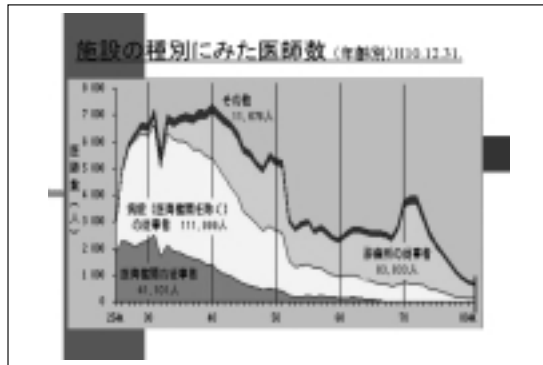
〔スライド1〕



(スライド1) これは医師の医育機関それから病院勤務医それから診療所、そういう勤務別に分けた医師統計、実はこれは昭和51年の統計でございます。50才のところにピークがあります。下の方が年令です。御覧になったことがあるからお分かりだと思いますが、昭和51年にはこういうバランスになっている、今日のいわゆる病院医育機関を除く病院の従事者というのはこの黄色い部分であります。この51年の形を頭に置いていただいて、平成10年でございます。

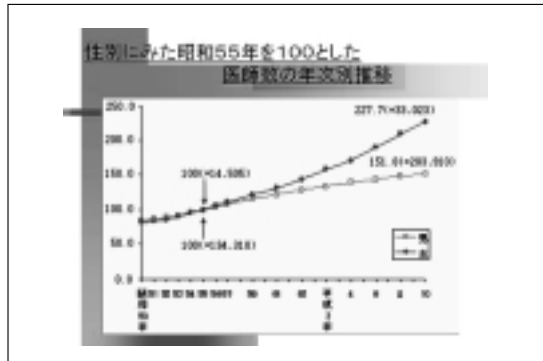
■ シンポジウム

〔スライド2〕



（スライド2）この前、日医ニュースの中に出ておりましたので、御覧になった方も多いと思いますが、御覧のようにこの勤務医これは医育機関を含めると、これだけのバランスということになって、ずっと縦に見ただけであればいいと思いますが、こういう形に変わっているという状況でございます。

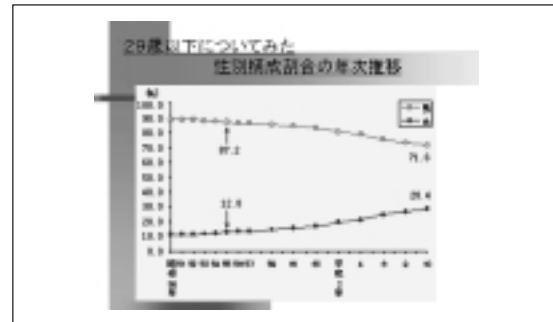
〔スライド3〕



（スライド3）そして、実はこれはあまり記憶にないかもしれませんが、昭和55年を100として性別毎に見た医師数の年次別推移でございます。四角が男性医師数の動きでありまして、丸の方が女性医師数の動きであります。

女性医師、55年が100ですから、このようなパーセンテージで上がってきております。女性医師が増えてきているということを示している図であります。

〔スライド4〕



（スライド4）そしてそれをもう少し細かく切りまして29歳以下の医師の性別構成を、昭和50年から平成10年の動きで見参りますと、若い層では女性医師が増えてきて28%、また後でシンポジストのお話があるかと思いますが、今年の国家試験の合格者は30数%という形になってきておまして、将来には男女比が半々ぐらいになるのではないかなというように言われている状況でございます。

公立病院における勤務医の良い点

宮崎県立延岡病院 副院長 児玉 英 昭

公立病院における勤務医の良い点の検討ですが、私共の宮崎県立延岡病院を公立病院の一つの例として挙げたいと思いますので、まず当院の紹介を簡単にいたします。

〔スライド1〕



（スライド1）宮崎県全体の地図で、宮崎県立延岡病院は宮崎県北部の延岡市にあります。延岡市は宮崎市また大分市、熊本市より車で2時間以上離れておりまして、医療環境的には隔離されていると言っても良いかと思います。延岡市の人口は12万5千人であります。当院は宮崎県北部の唯一の総合病院でありますので、医療圏として約27万人を対象としております。日向市を含む地域を医療圏としております。

〔スライド2〕



（スライド2）延岡市は旭化成の発祥の地でありまして、



これは旭化成の高さ180メートルの大煙突であります。当院は左下方向になり、この川は五ヶ瀬川という鮎で有名な川です。海は右方向になります。

〔スライド3〕

宮崎県立延岡病院の概要

病床数	460床（一般病床356床、感染症病床4床）
医師数	正規医師53名、研修医14名
診療科目	内科、心療内科、精神科、神経内科、小児科、外科、 整形外科、脳神経外科、心血管外科、皮膚科、 泌尿器科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、小児科、 放射線科、歯科口腔外科、麻酔科、

（スライド3）当院は平成10年に全面改築が行われ、病床数460、医師数正規医師53名、研修医14名の67名、診療科は18科で急性期病院加算の施設基準を満たし、また救命救急センターを併設しております。先に述べました、地理的条件もあり一般医療から救急医療まで宮崎県北部の中心的役割を担っております。

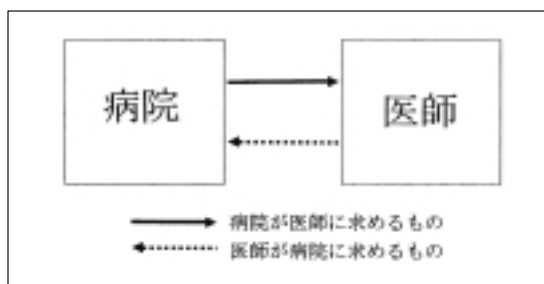
（スライド4）スライドは当院の全形であります。

■ シンポジウム

〔スライド4〕



〔スライド5〕



（スライド5）公立病院における勤務医の良い点を考える場合、病院がどのような診療方針を持っているか、あるいは医師がどのような診療方針を持っているかを明らかにする必要があります。例えば、地域の為に高度医療に積極的に取り組む病院と、慢性期の医療が主体、または急性期の医療が主体でも消極的な医療をしている病院とでは、病院が医師に期待する良い点は異なるででありましょう。また専門性を取り入れ高度医療に積極的に取り組みたい医師と、自分の出来る範囲の医療をやり自分の生活を中心に考えたい医師とでは、医師が病院に対して期待する良い点は異なるででありましょう。スライドのように病院が医師に求めるものと、医師が病院に求めるものがあると思いますが、それが一致した場合その医師にとって勤務する上での良い点がたくさん出てくるでしょうし、逆に一致しない場合は勤務する上での良い点は少なくなるででありましょう。

（スライド6）一般的に考えられる勤務医の良い点を挙げてみますと、1）専門性がとれる、2）高度医療が出来る、3）他科との連携がとれる、4）学会活動が出来る、5）学会出席等の出張が出来る、6）ゆとりが持てる、7）生活の安定がある、8）収入の安定がある、等があると思います。1）から8）について公立病院の場

〔スライド6〕

勤務医の良い点

- 1) 専門性がとれる
- 2) 高度医療が出来る
- 3) 他科との連携がとれる
- 4) 学会活動が出来る
- 5) 学会出席等の出張が出来る
- 6) ゆとりが持てる
- 7) 生活の安定がある
- 8) 収入の安定がある

合を中心に検討したいと思います。

まず1)、2)の専門性がとれる、高度医療が出来る点についてであります。専門分野に専念しその知識、技量を高め、そして高度医療に貢献する為には、チームワークが取れるスタッフにも恵まれ、高度医療の為の機器が豊富で、経営的にも何らかの支援がある施設が適しております。その意味で現在のところ、公立病院はその条件を満たしやすい医療施設だといえます。公立病院において地域医療のニーズに基づく病院の診療方針と、積極的に高度医療に取り組もうとする医師が協調できたとき、大きな力となり新しい医療が可能となります。その例として当院の心臓血管外科をご紹介します。

〔スライド7〕

心臓血管外科の手術数の推移			
年	開心術数	他の手術数	手術数の総計
平成9年		5	5
平成10年	52	126	178
平成11年	92	91	183
平成12年	108	81	189
平成13年8月	78	45	123
計	330	361	691

（スライド7）当院の心臓血管外科は平成10年4月より正式に開設されました。スライドのごとく平成12年は開心術は年間100例を越え、また平成13年は8月までに開心術は78例であり、現在、週3例のペースであり、宮崎県下で最も心臓手術の多い施設となっております。治療成績も良くそれまで宮崎市、福岡、熊本等へ心臓の手術

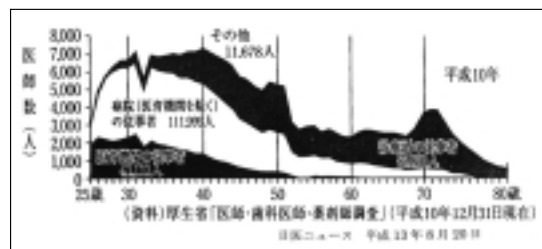
の為患者さんを紹介していましたが、現在は地元で出来るということで、地域住民の方からも喜ばれております。また専門性と高度医療を必要とする救命救急センターの運営には心臓血管外科はなくてはならない診療科になっております。救命救急センターもまた公立病院の地域医療に対する重要な役目の一つであります。

次に（スライド6参照）3）から5）の他科との連携が取れる、学会活動が出来る、学会出席等の出張が出来る点についてであります。他科との連携は病院全体の総合力の向上という事だけではなく、他科と相談出来る事により各科の診療能力の向上にも繋がります。また病院に勤務する一番良い点は、自分の診療科以外の専門的な事を耳学問することが出来る事と言われるように、現在の総合的な医療の状況を把握する事が出来ます。特に500床以下の病院では、他科との連携が上手くいくと言われていますが、当院もまだ個々の医師の顔が見えるため、診療科間の連携は上手くいっていると思っております。公立病院の役目の一つとして先に述べました専門性のある高度医療を行う事ではありますが、若手医師を育てるという重要な使命もあります。その為には指導医は、日頃より症例発表や臨床研究発表に従事し、学会活動や学会出席により日頃より知識を高め、EBMにも心がけ自己流の診療に陥らないようにしなければなりません。病院内でのカンファレンスや死因検討会などを積極的に行うことも重要であります。病院は患者さんに選ばれる病院だけではなく、医師にも選ばれる病院でなければならないと言われております。その為にも病院は医師に対して学会活動等がやりやすい環境をつくり、知識修得の為の学会出席等も積極的に援助する必要があります。

次に（スライド6参照）6）から8）のゆとりが持てる、生活の安定がある、収入の安定があるについてであります。ゆとりが持てるというのは公立病院ではむしろ過重労働を強いられることが多く、ゆとりが持てる病院は少ないと思われます。しかし、ゆとりを持ちたいという事で勤務医のままでいたいという先生もおられるようです。生活の安定があるという点では公立病院は確かに現在のところ、公的な支援があり、そういう点では安定しているといえます。しかし、医師の過剰、病院や病床数の減少、開業する医師の減少から勤務医の部長職

等のポスト不足という問題が生じてきています。

〔スライド8〕



（スライド8）スライドは今年8月の日医ニュースに掲載されました医師の年齢別の数であります。30～40歳代の医師人口は、現在上級医師である50～60歳代の医師人口に比べて2倍以上です。将来は現在以上にさらにポスト不足が生じてくるものと思います。

〔スライド9〕



（スライド9）スライドはその状況を現している漫画でありますけれども、生活は安定しているとはいえ、ポストがなかなか無いと言えるかと思えます。収入に関しても生活の安定があるのと同様に公立病院では、現在のところ公的支援があるため安定はしていると言えます。

〔スライド10〕

年収を比べてみると	
職業	年収(万円)
開業医(個人診療所)	2840
(厚生労働省調査)	
同	1724
(大阪府保険医協会調査)	
勤務医(男)	1442
薬剤師(男)	1015
看護婦	722
一級建築士	1158
製造業部長	1268
金融・保険業部長	1483
中央省庁事務次官	2581
同局長	1906
社会福祉・医療事業団理事長	
(元厚生事務次官)	2407
朝日新聞 平成13年8月5日	

■ シンポジウム

(スライド10) スライドは今年の8月の朝日新聞に掲載されました厚生労働省2000年賃金構造基本統計調査の結果で各職業の年収を比べています。対象年齢は50歳～60歳ですが、開業医の先生方は厚生労働省の調査によりますと2,840万円、大阪府保険医協会即ち日本医師会側の調査によりますと1,724万円であります。開業医の先生方の収入にはかなりのバラツキがあるかと思いますが、厚生労働省の調査からいえば開業医の先生と勤務医の年収には約2倍の差があります。やはり収入が安定しているとはいえ、開業医の先生方とは年収には差があると言えると思います。

さて、勤務医の良い点を考える場合、最初に述べましたように、病院が医師に求めるものと、医師が病院に求めるものにより勤務医の良い点は違ってくると思います。そのために1)～8)のどの良い点に比重を置くかが重要であります。例えば当病院では地域の基幹病院である必要があるため1)～5)の専門性がとれる、高度医療が出来る、他科との連携がとれる、学会活動が出来る、知識習得のための学会出席等の出張が出来ることを主として良い点と考えられる医師が必要であり、6)～8)のゆとりが持てる、生活の安定がある、収入の安定があるのみを良い点として考える医師にとっては、当院は不向きと言わざるを得ません。つまり6)～8)のみを良い点と考える医師にとっては1)～5)は良い点にはならず、むしろ負担になると思います。個人としての医師の考え方は自由であり、また年齢によって考え方が変わってくるため、勤務医の良い点を決め付けることはできません。ただ本人にとっても、またその医師が勤務する病院にとっても大切なことは、常に自分の生活パターン、診療に対する考え方を明確にしていき、自分にあった医療施設を選んでいくということであると思います。

〔スライド11〕

「不満である」とお答えの方はその理由をお答えください (複数回答)

不満である理由	年度	平成9年度 滋賀県	平成10年度 岐阜県	平成11年度 茨城県	平成12年度 鳥取県
将来の不安		18.8%	16.7%	32.1%	40.8%
収入が少ないう		22.7%	15.9%	37.6%	38.0%
労働過重である		22.3%	30.6%	52.8%	51.9%
人間関係		6.7%	10.0%	29.7%	12.9%
研究、学習時間が少ない		11.8%	14.1%	33.8%	30.9%
学会等への参加頻度が低い		2.8%	7.5%	18.8%	11.7%
医療設備が十分でない		5.3%	11.4%	29.7%	26.7%
その他		6.5%	6.1%	15.3%	11.7%
無回答		2.8%	0.0%	0.8%	0.0%

勤務医の生活満足度調査結果報告 平成12年 鳥取県医師会

(スライド11) スライドは平成12年の鳥取県医師会の勤務医部会のアンケート調査であります。現在の勤務に不満である理由の上位に将来の不安、労働過重があります。将来の不安が40.8%、労働過重が51.0%です。先ほどの今年の宮崎県の報告によりますと、将来の不安が42.5%労働過重が53.6%でした。ある年齢になると誰でも多忙や救急医療、当直はこたえるものであります。ポスト不足から、それらから逃れられるポストになかなかつけない。こういったことも将来の不安を考えた中に含まれていると思います。公立病院における高齢公務員医師の増加は高度医療、救急医療が困難となり、また人件費の増加という経営的な面でも悪影響をもたらしてきます。これはとりもなおさず公立病院の総合力の低下、経営困難をもたらし、地域医療の活性化の妨げにもなりかねません。

以上より40～50歳までに自らの医療コースを積極的に選択する必要があると思います。選択肢としては幹部として残る、他の病院へ変わる、開業する等があるかと思われます。自分にとって現在勤務している病院の良い点が少なくなれば勤務する施設を変える事を考えるべきかと思います。そうすることによって地域医療に貢献することが出来ますし、また、自らにとっても幸いなことではないでしょうか。

昨今、民間の企業では脱サラ、転職、リストラは日常茶飯事です。医療界は民間の企業ほどではないにしても、公立病院の勤務医といえども自らの診療コースをしっかりと選択していくことが今後さらに求められることだと思います。

これが私の公立病院の勤務医の良い点についての結論ですが、女性医師について一言述べさせていただきます。今年の医学生生の三分の一は女性であり、21世紀には3人に1人が女性医師になる時代であるといわれております。また実際平成10年度の女性医師は13.9%であります。29歳以下では3割近くを占めるようになってきており、公立病院でも女性医師の増加が見られてきております。女性医師にとって公立病院における勤務医の良い点は基本的には男性と変わりはないと思いますが、現状として家事、出産、育児の問題があり特に出産に関しては避けでは通れない問題だと思います。シンポジストの一人の

石川先生が後で女性医師については詳しくお話され、そのことについての討論もあると思いますので多くは述べませんが、男女共同参画社会を目指している公の機関としての公立病院は、率先して女性医師が働きやすい環境を作っていく役目があると思います。最後に一つ述べたいことは勤務医全体として問題になっている時間外の仕

事や、当直の後の普通どおりの連続勤務等を改善していくことによって、特に女性医師が働きやすくなるのではないかと考えております。これからは女性医師が生き生きと働ける職場こそ、大きく伸びる病院だといわれているようです。

大学勤務医の貢献と受益に関する意識の検討

宮崎医科大学附属病院 副病院長

池ノ上

克

宮崎医科大学では、現在約50%は30代の医師であり、そして40代の医師が約20%を占めるという人口構成であります。アブストラクトにも書きましたが昨今の大学附属病院のあり方というのが、非常に問われておりまして、特に宮崎医科大学の場合は宮崎県における唯一の医学教育機関でございますので、その重要な仕事の一つが地域医療との連携であります。先程、開原先生のお話にもありましたように、地域医療といかに大学が連携をとっていくかということは、特に今、住吉病院長の大きなプロジェクトの一つになっておりまして、医科大学の中にも地域医療連携推進センターというものを設立され、専門の事務官、それから医療情報部の荒木教授以下皆様が中心となりまして、宮崎県医師会、行政の関連の方々と連絡を取りながら地域と大学との医療の連携を深めていくというプロジェクトが動いております。これを立ち上げるにあたり、大学の中では地域の先生方からメールでありますとかファックスでありますとか、そういった手法でもってさまざまな質問をいただいて、その質問に対して担当臨床科の専門医がお答えをするという準備をいたしました。それで、今年度から稼動しているわけがあります。各課の専門医に対しまして、こういうプロジェクトを積極的に受け止めてもらい、スタンバイの状態が出来上がりました。ところが最初に参りましたコンサルテーションは製材工場におけるじん肺の問題でございまして、じん肺のコントロールを製材工場ですらいいかと、それに対する体制作りはということが第一号のコンサルテーションでございました。これは、はたと困ってしまいまして、実は臨床各科というよりも、むしろこれは公衆衛生の分野に属する問題でございました。それでさっそく公衆衛生学の加藤教授にご相談に参りまして、公衆衛生学的な見地から、翌日には相談のファックスをお送りいただいた宮崎県下の先生にご返事を差し上げることが出来ました。そういったことが現在宮崎医科大学のプロジェクトの一つとして展開しているわけで



ありまして、このような大学自体のありようの変化ということが、現在医科大学で仕事をしている勤務医にはたしてそれがどのような意義があるのか、はたしてそれが宮崎医科大学で勤務している勤務医になんらかの夢につながるのか、というところに話がつながっていくのではないかと思います。

先程、大学のメンバーの構成年齢をご紹介いたしましたが、お気付きのとおり医科大学でございますので、現在トレーニング中の若いドクターから、もうある程度臨床医として確立された立派な判断力と立派な臨床の技術と総合力を兼ね備えたスタッフまで、さまざまな医師が医科大学で勤務医として仕事をしております。その中でそれぞれの立場によって大学勤務の夢をいかにかなえていくかと、あるいは夢を持ち続けていくかということが必要になってくるわけであります。大学の約半数ぐらいのメンバーにアンケートの調査が行われました。びっくりしたことは、そのアンケートの調査をまとめてみますと、約10%が将来開業したいと、自分で自分のオフィスを持って開業したいという明確な意思をもって、大学でトレーニングを受け、あるいは勤務を続けているという

ことが分かりました。そして、開業の意思がない、将来に向かって自分は開業医ではない道を歩みたいという考えの下に大学で勤務医として仕事をしているという人が約40%いるということが分かりました。問題は状況によっては開業するかもしれない、まったく考えていないという、その2つのグループが合わせて約50%に及んでいます。

大学に勤務をするという事はトレーニングを受ける、あるいは大学の中でなんらかの専門性を生かしていく、あるいは将来に向かって自分の仕事をどのように次のステップにつないでいくかと、さまざまな視点があるかと思いますが、現在の自身、現在の時点で将来自分がどのような医師として、あるいは臨床医として計画を立てているかはっきりしないということが、私共の勤務医の約50%に見られたという事です。そうなりますと大学で勤務をしながら何を大学に求めるのか、あるいは大学の中で自分が出来ることは何なのかという、努力目標が立てられない状況のまま日々の勤務を繰り返しているということになるかもしれません。大学に勤務することによって自分自身の将来像をどちらに向けて進めていくのかということがはっきりしないわけであります。自分のあり方の軸足が定まっていないとも受け止められるアンケートの結果でありました。場合によっては、自分の属する組織や、あるいは体制の中に自分自身の思い描く夢が必ずしも叶えられない体制あるいは組織であることもあるかもしれません。そのような場合には自分がトリガーとなって、その中に始めることが出来るかそのようなバックグラウンドがその組織にあるのか、その体制は自分の夢の実現に何らかの役割を果たしてくれるのか、将来の自分自身の医師としてのあり方に判断を求められる、そういう状況もあろうかと思えます。その為にもやはり大学勤務における自分自身の位置付けがはっきりしていないと、夢の持ちようがないと言えるかもしれません。

また一方では、大学に勤務することによって、それぞれの医師は大学へ教育、診療、研究といった大きな3本柱に何らかの貢献をすべく、日々求められています。そしてその分野のどこに自分の専門的分野を見つけて大学が機能するためにどういう貢献が出来るのか、どこに自分の足跡を残すことが出来るのか、それもまた大学の勤

務医に求められている大事な要素であります。それについても、やはり自分の専門性は何なのか自分にはどういう得意な分野があるのかということも、常日頃はっきり見極めて、そして正確な判断を行う必要があるかと思えます。そういった日々の大学での臨床、特に臨床の場での勤務のあり方がともするとこれまで忙しさや、上司からの指示、あるいは自分自身の力の無さに感けて、あるいはそれをエクスキューズにして流されていったのかもしれない。しかしこれまでお話が繰り返されているように、地域医療との間に連携なくしては大学附属病院の存在は極めて難しい状況がそこまで迫ってきております。これは大学病院そのものだけではなくて、大学に勤務する医師にとっても同じ事でありまして、大学あるいは国公立病院で勤務医として生きていくためにも、明確な自分のカラーをしっかりと出していくことが必要になってくるかと思えます。

臨床に携わるものにとっては地域の第一線の医療機関との連携、密接な係わり合いは必須であります。地域医療の中で大学に求められる医療の内容それに十分に答えられるだけの地域のニーズをセンシティブに感じ取ることのできる臨床医が当然どの地域にも求められるわけであります。地域の一線の医療機関とは隔たりを置いて、そして自らの研究のみ臨床の場で専念することが許されないのは、たとえ大学附属病院でもそれが現実だと思えます。特に臨床教室にあっては地域の臨床をいかにバックアップしながらリーダーシップを発揮していくかということが問われるわけでありまして、その中に自分の大学勤務医としての夢をいかに探せるかということが大事になってくようかと思えます。とにかくいろいろな人事その他で、自分の思いとは異なった仕事場に就かなければいけないということがあるかもしれませんが、それはその時の事情によることと認識しながら自分の夢だけは捨てないという、そういうことが将来の大きなステップにつながっていくだろうと思えます。

私は産婦人科に属しておりますが、女性医師の誕生は私どもの分野でも日々増加しております。平成12年に日本産婦人科医会が、全国80の産婦人科医局にアンケート調査を行った結果が報告されております。それを見ますと入局者の男女の割合は47%と53%でありますので平成

■ シンポジウム

12年の全国産婦人科医局の男女のバランスはほぼイーブンであります。しかし、その時点で助手以上のポジションにおられる女性と男性の割合は男性が88%、女性が12%、そして講師以上になりますと女性は3%と、明らかにバランスが偏ってきております。これは、それまでのいろいろな歴史的な背景の表れた数字だと思いますが、新入局員が、ほぼフィフティーフィフティーになっているという事実は誰もが認めることであります。

そして産婦人科を選択してよかったと答えている女性医師は73%に及んでおります。しかし、その中で男性医師に比べて自分たちは不利だと考えていると言う方がその中のまた73%でありまして、その1番多くは出産・育児にかかわることです。我々産婦人科で仕事をしている者にとっても、この問題は、大きな問題として我々の前にはだかっております。そして、女性医師であって自分自身が得をしたと感じたことがありますか？という質問に関しましては、94%の女性医師の方々が女性医師であって良かったという場面がたくさんあったと答えておられます。さらに勤務時間の軽減や内容の変更をして欲しいと思っている女性医師も82%、特に妊娠・出産・育児の期間には、それが高くなっております。

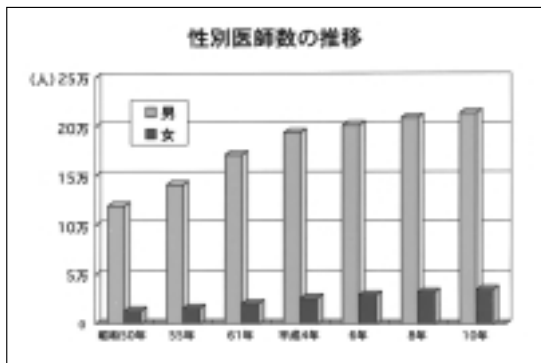
これらの女性医師の方々の現状に対して、その教室でどのようなことが行われたかということが同じアンケートで報告されていますが、当直室を別に作りましてと報告されている施設が約53%で半分であります。しかし当直回数の軽減あるいは妊娠・授乳期間中の当直免除、それらが御本人からの申し出があれば、それを考慮して実行しているという施設が約88%に及んでおります。まだまだ女性医師が働くハードな面での当直室あるいは更衣室等に関する改善というのは、ここ1年なかなか追いついておりませんが、女性医師を受け入れるソフトの面では、かなり各大学の医局は考慮を払いながら大きな変化を見せているのではないかと考えております。

大学勤務医としての夢を語るべく、今日はテーマを与えていただきましたが、大学での自分の軸足をはっきりしよう、そしたらきっと夢があるかもしれないという事をクロージングにして終わらせていただきます。

生涯好きな仕事を続けるために・女医の立場から

宮崎県立宮崎病院 内科医長 石川 恵 美

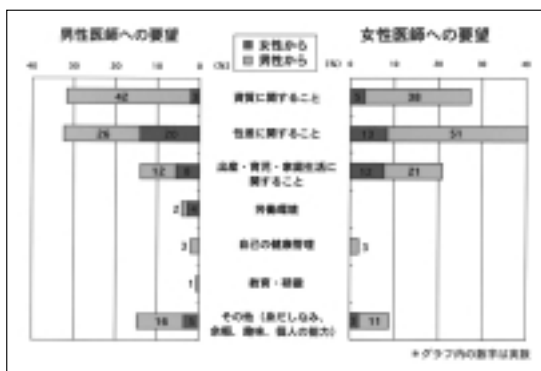
〔スライド1〕



(スライド1) これは今、立山先生も述べられたように、前の先生たちも言われましたが女性医師の数がどんどん増えてきていると、おそらく10数年すると、医師国家試験の合格者数の半数を女性が占めるという時代が来るわけです。

そこで女性医師がどのような問題を抱えているかという事になるんですが、皆さんお手持ちの勤務医現況調査集計結果報告書の後ろのほうに男性医師の要望、女性医師の要望ということで、実際に文章で回答していただいた、その文章を私なりにまとめてみました。

〔スライド2〕

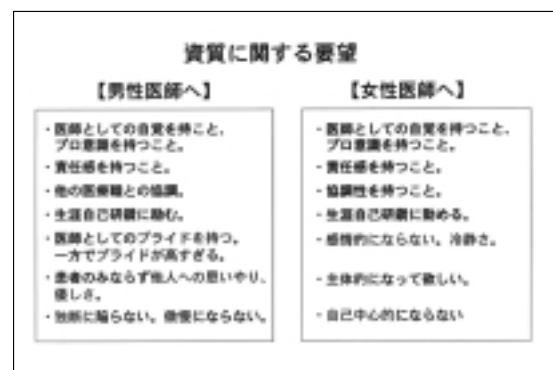


(スライド2) 要望の中で資質に関する事というのが、グラフは横軸が%です。数字は実回答数です。傾向的には資質に関することが20%~30%それから出産育児を除いて、やはり性差に関する女性だから男性だからという事



に関する要望が4割3割越えるという状況にあります。男性の回答数が多かったので、どうしても実回答数も51例と多くなっています、ただ全体の傾向としては、特に女性に対して、男性に対してどうかということは、あまり差はありませんでした。

〔スライド3〕



(スライド3) そして、医師としてはどうなのかということあげてみたのですが、男性医師の要望の中に、これは男性も女性も答えているのですが、医師として自覚を持つこと、プロ意識を持つこと、責任感を持つこと、他の医療職との協調性を望むということ、生涯自己研鑽に

■ シンポジウム

励むようにしようということが挙がっております。これは男性も女性も関係ないということです、医師としてというよりは社会人として仕事を全うする上でやはりやらなければいけないということだと思います。男性に目立っていたのが医師としてプライドを持つという一方で、プライドが高すぎるというのもありました。それから、男性は多少思いやりが不足するのではないか、もう少し優しくあってほしいという意見がありました。それから独断に陥らない、傲慢にならないということです。

女性は、これを資質に上げていいのか迷ったんですが、多少ヒステリーになるというのがありまして、冷静さを欠くところがある。私も患者だとか研修医を前に怒る時はちょっとトーンが上がってしまうんですね、それがヒステリーと勘違いされてしまうことがあるんですが、そういう意見があります。それから主体的になって欲しいという意見と、一方で自己中心になるなという意見がありました。

〔スライド4〕

性差に関すること	
能力に差があるのでしょうか	→ No
体力に差があるのでしょうか	→ 一部Yes
技術力に差があるのでしょうか	→ No

（スライド4）性差に関することで、皆さん実感されていると思いますが、能力に差があるのかということですが私はないと思います。それから技術力についても特に差はないと思います。体力に関しては、さすがに多少一部に差があるというのは、医療職として仕事をしていく上で、何もマラソンランナーのような持久力だとかプロレスラーのような力技が必要かという、そういう場面というのは、すごく少ないと思うんです。私も時々、救急室で働いているときに巨漢の男性の心マッサージをするときには、さすがに私もへばってしまうことがあります。そういう事では、体力に差があるかなと思います。

（スライド5）男性医師への要望の中に、「女性医師を見下すな」、「甘やかすな」、「女性医師だからという理由で労働を軽くしてあげるといふ考えを持たないで欲しい」という意見があり、「女性医師に対して過剰な意識を持ち、

〔スライド5〕

男性医師への要望
・女性医師を見下すな。甘やかすな。（40代女性）
・女性医師だからという理由で労働を軽くしてあげるといふ考えを持たないで欲しい。（30代男性）
・女性医師に対して過剰な意識を持ち、女性医師を甘やかす者が多く平等を叫びながら、逆差別的なものが多い。（40代男性）
・仕事を続けていく際の目標、条件が必ずしも皆一緒ではないことを認めて欲しい。条件さえ整えば、一日中働きたい、勉強したいと思ってるが、諸事情でパートタイムに甘んじているわけで、それを脱落者みたいな見方は失礼だ。（30代女性）
・女性医師への偏見を捨てて欲しい。（30代女性）

女性医師を甘やかすものが多く平等を叫びながら、逆差別的なものが多い」、それから「仕事を続けていく際の目標・条件が必ずしも皆一緒でないことを認めて欲しい」、「条件さえ整えば一日中働き、（これは30代の女性の意見でありましたが）勉強をしたいと思っているが諸事情でパートタイムで甘んじているわけで、それを脱落者みたいな見方は失礼だ」、「女性医師への偏見を捨てて欲しい」という意見がありました。

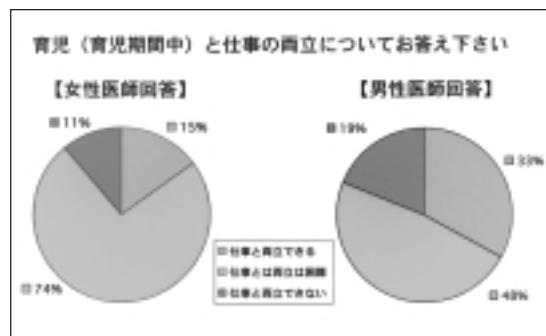
〔スライド6〕

女性医師への要望
・甘えないようにして欲しい。（40代男性）
・甘えるな。（40代女性）
・いざとなったら女性だということを出してくる。男女均等というなら、それなりの覚悟が必要である。（40代男性）
・医者であっても女性らしさは何なる場合でも失って欲しくない。（40代男性）
・女性を意識させない医師になって欲しい。（30代男性）
・医師としての自覚、責任をもって仕事をして欲しい。子供や家庭を理由に逃げる女性医師が多い。（40代男性）
・男女平等と言いながら、転勤や当直等を避けることが多い。身体的に耐えることは考慮しなければならぬが、権限を主張しすぎる。（30代男性）
・夢の無いときだけ女性として扱われるが、それでは耐えることに結びついていく。（30代女性）
・当然、雇用機会均等は必要ですが、これが民主主義、競争社会である以上、雇われた者は自分の能力で昇進等を導くべきです。自分の夢の無いときだけ、働いて、男性と同じような地位、立場を導くようにして。それは強がります。……昇進できなかったり、好きなことをやらせてもらえなかったりしたことを自分が女性だからと勘違いするのはやめてください。（30代男性）
・婦人の女性医師がエリート意識を込めて、実力が伴っていないことへの弱さも反省もないことが増えている。（40代男性）

（スライド6）女性医師への要望はたくさんありまして、さっきの「甘えないで欲しい」、「甘えるな」というのは、むしろ女性の方から厳しい意見が出ています。それから「いざとなったら女性と言うのを全面に出してくる」と、「男女均等と言うなら、それなりの覚悟が必要である」、「医者であっても女性らしさはいかなる場合であっても失って欲しくない」、一方で「女性を意識させない医師になってほしい」という意見もありました。「医師としての自覚、責任をもって仕事をしてほしい」、「子供や家庭を理由に逃げる女性医師が多い」、これは残念な意見だと思います。それから「男女平等と言いながら、転勤や当直

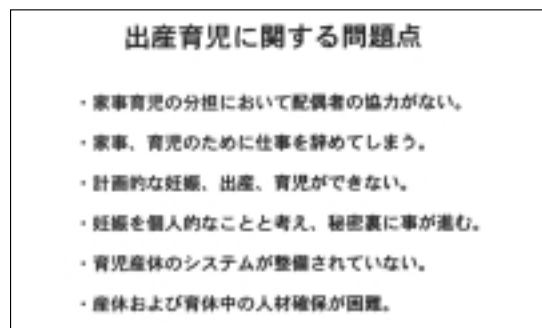
を阻むことが多い」それは先程も当直時間は男性の方が多という結果が出ていました。それから「体力的に劣るところは考慮しなければならないが権利を主張しすぎ、都合のいい時、女性として扱われたがる、それは楽をすることに結びついている」それから「当然、雇用機会は均等にすべきですが、この国が民主主義、競争社会である以上、雇用されたのちは自分の能力で昇進等を得るべきです。自分の都合のいいときだけ働いて、男性と同じような地位・立場を得ようとしても、それは虫が良すぎます。昇進できなかったり、好きなことをやらせてもらえなかったりしたことを自分が女性だからと勘違いするのはやめてください」という意見がありました。「殆どの女性医師がエリート意識丸出しで実力が伴っていないことへの努力も反省もないことが増えている」という意見がありました。

〔スライド7〕



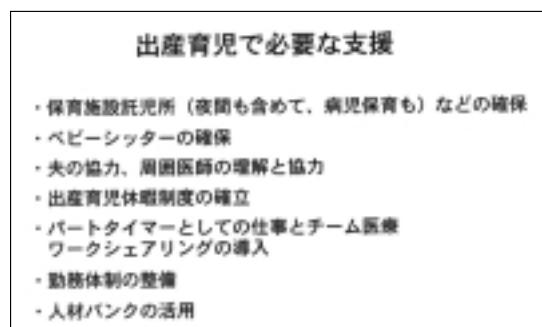
（スライド7）そういった性差の問題があるのですが、多くはやはり個人の差もあると思うのです。問題は出産・育児に関することなのです。ここに回答されていますように、男性医師の回答で仕事と両立できるということが33%、女性は仕事と両立できるということが15%で男性より少ないんです。男性が多いこの33%の中には、出産・育児というのはたいした事はないんだという考えがあるのかもしれませんが。逆に女性の方がサボっている女性がもっと頑張れば出来るんだという考えもあるかもしれません。もしくは、もっと協力してやっていけば、決して困難なことではないという期待を込めて、男性の方が多かったのかもしれませんが。ただ何れにしても、過半数は出産・育児を両立することは困難であるという意見です。（スライド8）出産・育児に関する問題点としては、ここにありますように、家事育児の分担において配偶者の

〔スライド8〕



協力が無い、家事・育児のために仕事を辞めてしまう、計画的な妊娠・出産・育児ができないというのがあります。計画的な妊娠は確かに難しいかもしれませんが、できちゃった婚も珍しいわけではないのですから、その先の出産・育児は計画性を持てるのではないかと思います。それから妊娠を個人的なことで考え、確かに個人的なことなのですが、秘密に事が進んでしまって、出産予定日の数ヶ月前になって後何ヶ月したら、彼女お休みに入るというようなことを医局長から聞かされたりとか、そういう事があります。それから育児・産休のシステムが整備されていない、これが大きな問題だと思っています。それは出産する例の女医さんの話ですが、逆に穴をどう埋めるかという人材確保が、今の時点では困難であるということでもあります。

〔スライド9〕

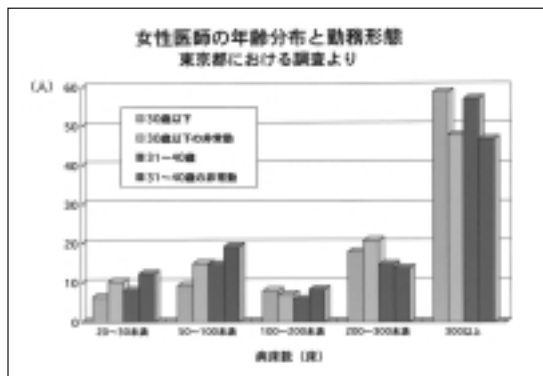


（スライド9）そうすると出産・育児だけでもスムーズに出来ないかということになるんですが、必要な支援はということで、いろいろこの資料には載っていないんですが、大学の若手女性医師達に聞いたところ、やはり保育施設、託児所、夜間も含めて特に病児保育を確保してほしい、それからベビーシッターというのは日本ではあまりありませんが、そういうベビーシッターの確保、そ

■ シンポジウム

れから夫の協力、周囲医師の理解と協力が必要であります。それから出産育児休暇制度これもやはり確立していただきたいと思います。またパートタイマーとしての仕事とチーム医療ワークシェアリングの導入を行うということでもあります。もちろんその間、勤務体制を整備するという、中には人材バンクを活用するということでもよろしいかと思います。こういった支援をなるべく早く出来るようにしていただきたいと思うのですが。

〔スライド10〕



(スライド10) これは東京都で調査された結果なんですけど、これは40歳未満をだいたい出産可能年齢といたしますと、多くの非常勤・常勤両方含めて、多くの女性の医師は200床以上の病院に勤めているという結果になるのです。これは宮崎県でも形態的には変わらないと思います。

〔スライド11〕

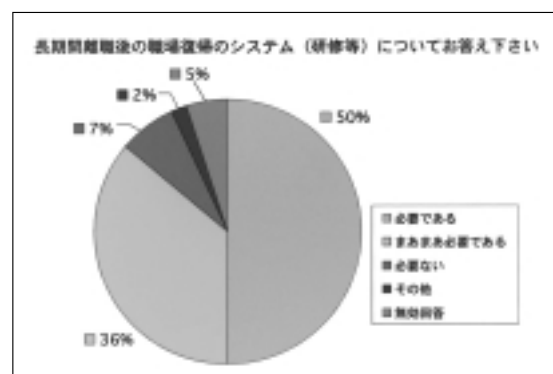
	認可保育所		認可外保育施設	
	宮崎市	清武町	宮崎市	清武町
保育施設数	87	7	28	4
夜間保育施設数	1	0	7	0
運営者	市町村または社会福祉法人		個人、企業、医療法人等	
保育収容率	全員、有資格者（保育士）である。		指導監督基準には保育に従事する者の1/3以上は有資格者（保育士）であることとしているが、必ずしも遵守されているとは限らない。	

(スライド11) 今年の9月に、日本医師会主催で女医フォーラムというのが開かれました。最終的に多くの女医さん達から、是非、医師会立の育児施設・保育施設を作ってほしいという意見がでました。作るのであれば、やはり先程言いましたように200床以上の病院の中なり病

院の近くに作って欲しいのですが、宮崎で調べましたところ、宮崎医科大学は清武町にあるのです。認可保育所というのは宮崎市は圧倒的に多く87ですが、清武町は7です。それで夜間というのは清武町にはありません。宮崎市にも認可保育所は1件しかないのです。これでは夜遅くまで仕事ができるでしょうか？多くの人たちは自分の親、もしくは配偶者の親を頼りにして育児をし仕事を続けているということになります。

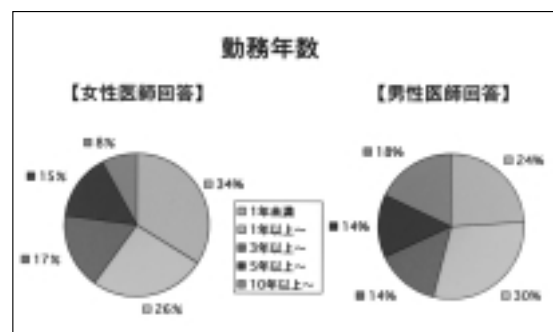
昨日の日経新聞を御覧になった方はご存知かと思いますが、育児施設が足りないと、もうすでに98.9%が充足していて延長保育というのが望まれるという意見が書かれていました。宮崎でも同じというか、むしろかなり不足しているという状況がいえると思います。

〔スライド12〕



(スライド12) その後、復職をする際に、やはり復職の研修等のシステムが必要であるというのが大半で86%しめています。これは、研修指定病院である大学であるとか国公立病院というのが、そういうシステムを組んでいただけだと思っています。

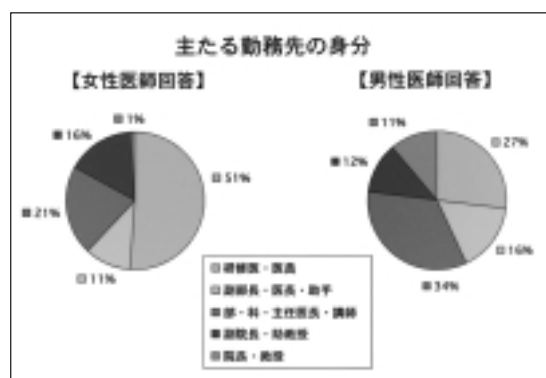
〔スライド13〕



(スライド13) 女性の共同参画といいますか、向上心についてなんですけど、勤務年数が3年以上となると女性

の場合は少なくなってしまう。短期間、大学から派遣されてというのがありますが、キャリアを積んでいかなければならないのかと思われます。

[スライド14]



(スライド14) 勤務先の身分なんですけど、これは女性の回答が111名で男性が630名でしたから、この1%は1人の先生が院長・教授であるということ、男性は11%です。かなり女性がトップボスになるのは、まだ少ないです。ただ既に医師として確立し若い人達を指導するというような立場になる、医長・副部長・助手以上になると女性の場合は49%です。男性の場合が73%という回答でありました。女性も頑張れる職業なんだということが言えると思います。

[スライド15]

女性の向上心		
質問：将来どのように進みたいですか		
	既婚者	未婚者
a.勤務医として重要なポストに就きたい	5	7
b.開業して独立したい	3	2
c.病院を大きく発展させたい	1	0
d.収入を増やしたい	1	0
e.仕事を辞めて、もしくは減らしたい	1	1
f.転職したい	1	1
g.その他	14	10
h.回答なし	0	3

(スライド15) これは、私の後輩である宮崎医科大学の若い女医さん達にアンケートをとりまして、回答は50名で既婚者が26名で未婚者が24名なんですけど、将来どのように進みたいですかという回答の中に、勤務医として重要なポストに就きたいという方が既婚者で5名、未婚者で7名でした。2割はこういう意欲があるということをはかっていただきたいと思います。その他が確かに多いんです。

その他の既婚者の14名も未婚者の10名もですね、この人たちの意見で書かれていたのは、家庭と両立してやっていきたい、出産・育児も両立させながら仕事を続けたいという意見が書かれていました。この転職したいという意見が1名ずつあったんですけど、1人は研究者として続けたい、1人は看護学校とかの講師になりたい、教育職を目指したいというような意見がありました。

[スライド16]

女医のセクハラ問題

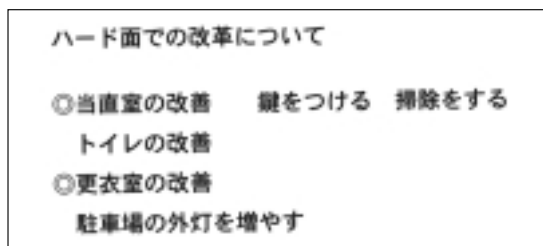
ある科の教授に『女性はいりません。優秀な女性より男性を入局させる』と言われた。
最初から無理だと決めつけて医療手技を教えてもらえなかった。
講師から『お嬢ちゃん』と呼ばれた。
職場に女性の裸のポスターが貼ってある。
当直室にエロ雑誌が置いてある。
女医の前で平気で着替える。
二次会でチークダンスを強要された。
医局の飲み会で教授などの隣に座るように命令される。お酌を強要される。
腕を掴んで無理矢理二次会に誘う。
『彼氏はいないの？』と執拗に聞き、飲み会の席で体を触る。
『まだ子供は作るな。あと3年は作るな。』と言われた。
『どうせ、女性医師はすぐ辞める。』と言われた。
『結婚はしないのか』と言われ、『結婚するなら仕事を辞めてもいい』と言われた。
セクハラに自覚がない。男性陣よ、紳士たれ！

(スライド16) 出産・育児の問題以外に、今、女性が働く場で不快に感じることに、セクハラの問題があるんですが、セクハラは何も犯罪に至るような事ばかりを言うものではありません。ここに書きましたように、女医のセクハラ問題という事で言えば、これは若い女医さんが書いてくれた意見ですが、『ある科の教授に『女性はいりません。優秀な女性より男性を入局させる』と言われた』、『最初から無理だと決めつけて、医療手技を教えてもらえなかった』、『講師から『お嬢ちゃん』とよばれた』、『職場に女性の裸のポスターが貼ってある』、『当直室にエロ雑誌が置いてある』、それから『女医の前で平気で着替える』、『二次会でチークダンスを強要された』、『医局の飲み会で教授などの隣に座るように命令され、お酌を強要される』、『腕を掴んで無理矢理二次会に誘う』、それから『『彼氏はいないの？』と執拗に聞き、飲み会の席で体を触る』、『『まだ子供は作るな、あと3年は作るな』と言われた』、『『どうせ、女性医師はすぐ辞める』と言われた』、『『結婚はしないのか』と言われ、『結婚するなら仕事を辞めてもいい』と言われた』というようなことを若い女性医師達が書いてくれました。これはセクハラというのを、やはり自覚がないと、『こんな事がセクシャルハラスメントなのか』となると思うんですね。もちろんTPOが大事です

■ シンポジウム

から、例えば「まだ子供は作るな、あと3年は作るな」というのも、考えようによっては、あなたは研修はとても大事なことから、最初の3年間は頑張らしましょうというアドバイスと言われるという事もあると思うんです。ですから是非とも、そういう状況・相手・時をわきまえて発言して頂きたい、男性陣よ紳士たれという事を書かせていただきました。

[スライド17]



(スライド17) さっき、池ノ上先生もおっしゃいましたが、簡単にできるのは当直室を改善するとか、トイレの

改善とか、更衣室の改善を行うとか、駐車場の外灯を増やすということですが、けしてハード面の改革だけでお茶を濁して欲しくないと思っています。

私が最初述べましたように、生涯できることならば勤務医として仕事を続けていきたいと思っています。その中で若い女性たちが悩むことなく仕事を続けられるという環境整備を是非とも先生達が考えていただいて早く着手していただきたいと思います。

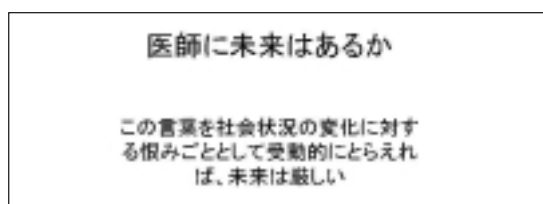
マネジドケアにおける医療の質の保証

医療法人誠和会和田病院 院長 三 倉 剛

今日お話ししたいことは3つあります。

1つは我々はプロフェッショナル集団ですから、プロフェッショナルフリーダムを守るためには、やはり自らを律しないといけないこと、それが非常に大事なことで、世間にアピールする為には、我々自身がしっかり表現しないと世間の理解は得られないということが1つ、もう1つは一般的には医療が進めば医療費は上がると言われておりますけれど、これは一面真実であります。ベースの部分においては、特にコアの部分においては医療費を安く押さえれば、良い医療が出来る部分は必ずあるということが2番目です。3番目は医療の標準化・効率化ということは、必ず進んでいって、これは必ずしも我々が管理されるということではなくて、逆にとれば我々のライフスタイルが非常に良くなっていくことにつながるのではないかとということが3点。以上の3点を主張すると同時にジレンマの部分もちょっとありますので、それもお話したいと思います。

〔スライド1〕



（スライド1）医師に未来はあるか、この言葉を、社会の状況の変化に対する恨みごととして受動的にとらえれば、我々の未来はきびしいというふうに考えます。

〔スライド2〕



（スライド2）しかし1963年にマーチン・ルーサー・キング・ジュニア牧師がワシントン大行進で「I have a dream」と言いましたけれど、これはアメリカの公民権運動のさきがけになったわけで象徴的な演説ですが、こういうふうに能動的にとらえれば我々の未来は明るいというふうに考えております。

〔スライド3〕

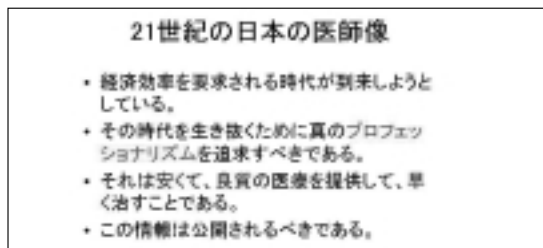


（スライド3）具体的にはどういうことかといいますと、非常に今、医療制度改革が叫ばれておりますが、これは片手落ちな議論だと思います。経済的に逼迫したからいじろうということではなくて、むしろこちらの部分、我々自身をいかに高めるかという事の部分に比重を置いて、しっかり議論しないと、先程、坪井会長がおっしゃいま

■ シンポジウム

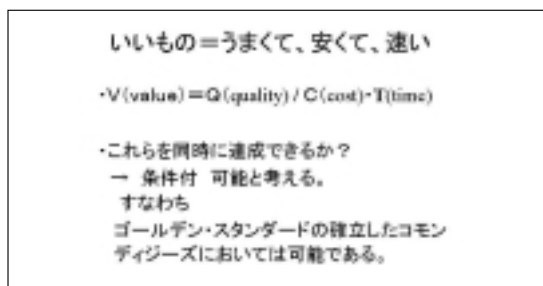
したように、我々の足元はすくわれるというふうに考えます。

〔スライド4〕



（スライド4）21世紀の医師像というのは、経済効率は追求されるわけでありますけど、プロフェッショナリズムを確立する、それは、やはり安くて良質の医療を提供して早く治すと、この3つを追求するということだと思います。

〔スライド5〕



（スライド5）経済界では、よくこういうふうに言われております $V = Q / C \cdot T$ ということですね、valueはqualityをcostとtimeで割ったものである、だから安く、早くやって質のいいものを提供すれば価値は上がるというものであります。これが同時に達成できるかという問題ですが、先程、申しましたように、高度先進医療部分を除きまして、ゴールデンスタンダードが確立したコモン・ディージーズにおいては、これは可能ではないかと思っています。

〔スライド6〕



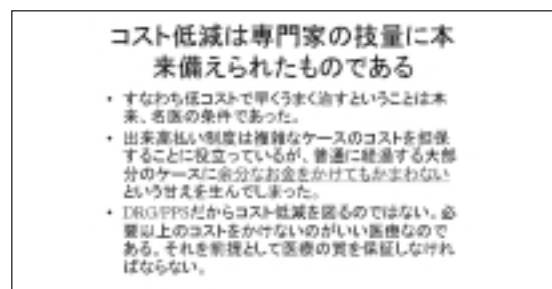
（スライド6）これは私の住んでいる日向市に竹伸という焼肉屋がありまして、駅前にあるんですが、非常に上手い焼肉屋で医局のみんなとよく食べに行きます。狂牛病の事件の前によく行っていました、我々1時間以上はここにおりません。非常に安くて上手いんですが1時間もたたずにさっと食べて、帰っていくんです。急性期の病院というのはやはり早く安く上手いものを提供するのが急性期病院だと思います。

〔スライド7〕



（スライド7）慢性期の病床というのは、これは私の故郷にあります（北九州市の門司にあります）門司港ホテルというホテルなんですが、快適な病院です。こういう所は長く居ても何ら文句無い快適な状況を提供してくれればいいというのが、慢性期の病床だろうというふうに考えます。

〔スライド8〕



（スライド8）医療制度にちょっと関わりますけど、低コストで早くうまく治すということは本来、我々にかせられた名医の条件であったと思います。ただ出来高払いというのは、複雑なケースのコストを担保することには役立っていますが、普通に経過する大部分のケースに余分なお金をかけてもかまわないという甘えを生んでしまったんじゃないだろうかと、我々自身が反省する所があるわけであります。こういうDRG/PPSで外から押し付けられてコスト低減をという事で責められると医療の質が

落ちてしまう可能性があります。だからコモンディジーズにおいては、自らが安く早く上げるということなどを心がけなければいけないということだと思います。

以上が主張ですけど、現実の医療をやっているとジレンマというものがあります。今から3枚ほどジレンマのことをお話いたしますが、1つは自由診療というのは現在においても行われています。武見会長が自由診療をやっていたことは有名な事ですけど、現在でも行われています。[スライド9]

自由診療

- ・パーキンソン病の手術
＝定位脳手術

保険点数23,800点

79歳女性：
東京の有名な医師の手術
(自由診療)一ヶ月入院で
250万円。手術は成功し、
本人・家族は十分満足



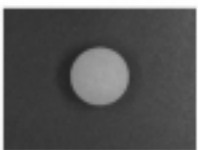
(スライド9) 例えばこの方は私の外来の患者さんでありますが、パーキンソン病の手術を数年前に受けられています。これは保険でも受けることができるのですが、保険点数もついていきますけれど、この女性は250万円を持って我々が住んでいる田舎から東京に出て行き、1ヶ月程度の入院で手術を受けて、手術中に振戦がとまりましたので、手術は成功ということで、患者さんやご家族は非常に満足しております。そういう医療も確かにあります。ただお金がない人の時どうするかという事ですが、それは保険を使って出来ることもあります。ただお金をかけても満足しているという人もいますということです。これが現実の1つです。

[スライド10]

薬価の差

- ・パファリン(51)一錠
6円40銭
- ・パナルジン(100)一錠
87円60銭

パファリン一錠を毎日一年
服用すると2336円
パナルジン二錠を毎日一年
服用すると83948円
その差 約6万円

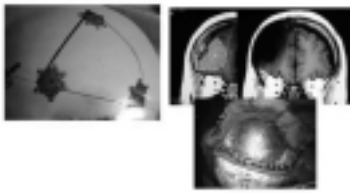


(スライド10) それから、薬の問題でありますけど、我々

は抗血小板剤を心筋梗塞や脳梗塞に対して使いますが、2つの薬があり、アスピリンとチクロピジンの2つの薬がありますが、それぞれ薬価はこれだけ違います。それも服用する1年間のお薬の差というのは6万円ということです。そしてエビデンスがどうかという話になって、アスピリンでも充分、アスピリンは100年の歴史をもってあります。子供のライ症候群を除くと非常に安全な薬と言われてあります。一方パナルジンは最近出てきた薬ですので、薬価は当然高いのですが、人によっては重篤な副作用を起こすことがあります。その場合に、この6万円の差を、どう考えて我々処方するのかというのは1つのジレンマであります。

[スライド11]

無駄な手術材料、必要な材料



それから、私は脳外科医ですので、手術をした後に骨を戻すわけでありましたが、戻した後に骨を固定するのに私が育ってきたトレーニングの過程では、ここは通常のワイヤーで済む部分ですけど、こういうふうにプレートを使って固定するというふうなことがあります。私はこういうことはしておりませんが、場合によってはこれは自分で手術した症例ですけど、大きな髄膜腫を取りまして、骨に浸潤しておりましたので、骨ごと取ったわけがありますが、後形成しないといけなかったので、骨の形成にこういうチタンのプレートを使い、メッシュプレートを使いました。ここは許されるんだ、これは許されないんだと、この辺はジレンマのところであります。

[スライド12]

安く質のよい医療は どのようにして確保できるか？

- ・医療におけるMythの見直し
- ・EBM
- ・医師の評価と情報公開
- ・医師の生涯教育

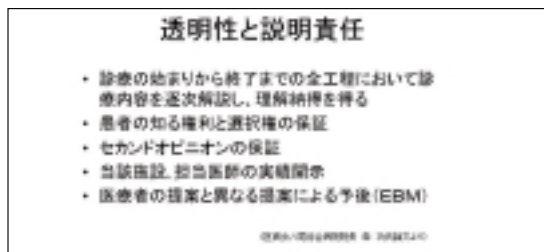
(医師に問う質問)

(スライド12) 安く質の良い医療はどのようにしたら

■ シンポジウム

確保できるのかという一般論を言いますと、やはり医療において我々は、非常に今まで先輩から教わった経験でやるが多かったんですけど、それは本当にそうなのか。消毒にしても術後の消毒にしても、本当に術後の消毒がどれだけ効果があるのかということを、厳密に今まで検証してこなかったんじゃないかと、これをMythといえますか、通常信じられているからやるというようなことがあったんだと思いますが、その見直しが必要だと、最近出てきたEBMというのは、そういうものの1つで医療の質を上げることの1つでしかありません。それから我々同士、医者同士の評価、あるいは第三者機関を入れての医者の評価、それから、その結果の情報交換、これとリンクしまして、質が良い悪いを評価するだけではなくて、悪ければどうすればいいかというふうな生涯教育コンテンツニューイングメディカルエデュケーションです。これをしっかりリンクさせてやっていくことが大事ではないでしょうか。

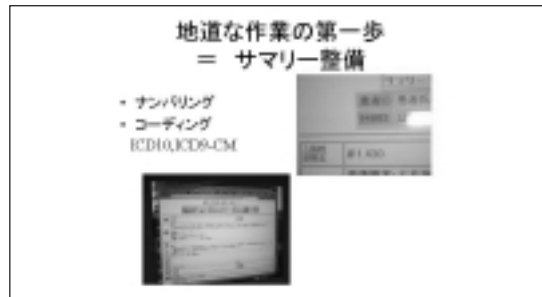
[スライド13]



八尾総合病院の森先生がこういうふうなことを言っております。これはアメリカ医療のやきなおしだと思いますが、これからやはり大事な事で、透明性トランスパレンシィとアカウンタビリティというの是非常に大事なことだと思います。診療の始めから終わりまでの全行程を逐次解説して理解納得を得ることと、患者の知る権利と選択権の保証。セカンドオピニオンの保証。当該施設、担当医師の実績開示。医療者の提案と異なる提案による予後もきちんと言いなさいということです。そういうことの、地道な作業が必要だと思うんです。

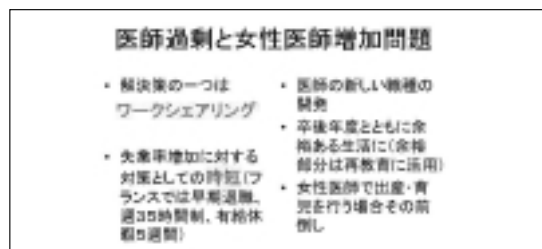
(スライド14) これは私の病院でやっております、院内LANの入院退院サマリーで、職員で共有しておりますが、その画面ですけど、その中で一番大事なものは、ここに患者IDがあります。ナンバリングと同時にコーディングしてあります。ICD9-CMだと思うんですが、このコー

[スライド14]



ディングをきちんとやって、医療の質を管理していくというのが一番で、やはりこれに始まると思うので、患者カルテのナンバリング、コーディングというのは、きちんと付けるという、そういうシステムを作っていけば将来的には電子カルテにきちんと移行していった医療の質をうまく管理できるようになるだろうというふうに思います。

[スライド15]



(スライド15) 最後ですが、これからは女性医師の問題を加えてお話ししようと思いましたが、それは同時に医師過剰と重なる部分があると思います、女医さんの問題だけじゃなくて、増えてくる勤務医・開業医の医者をどうするのかという事の1つの解決策は、先程の先生方もお話になったように、ワークシェアリングだろうというふうに思います、フランスではこういうふうな時間短縮をいたしまして、失業率の増加に対する対策を行いました。ところがワークシェアリングをすると給料が下がるよと、全体の分け前は限られているから、数が増えると1人あたりのお金は減りますよという議論になるわけですが、我々があえて、それを選択して、経営の努力があれば必ずしも人数割りまで下がるということはないと思います。でも多少は下がるでしょう。多少は下がってもいいからライフスタイルをよくしたいというワークシェアリングそういうものを選択するということ、はっきりさせれば、これから先の医師過剰とか女性医師の増加の問題にも対処できるんじゃないかと考えております。

行政医の夢 健康長寿のまちづくり

宮崎県福祉保健部保健業務課 課長 日 高 良 雄

〔スライド1〕



（スライド1）これは現在私が勤務している仕事場です。このように書類の山に囲まれております。朝から夜まで会議ですとか、あるいは決裁をするという判子を押すというようなことを日常の仕事として行っております。

〔スライド2〕

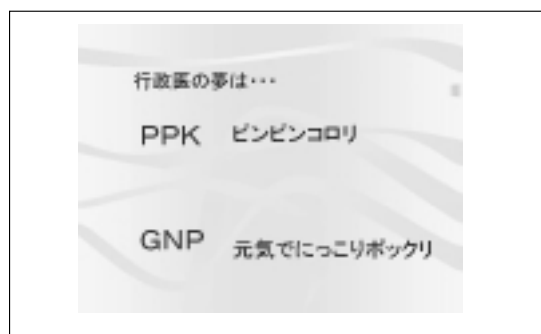


（スライド2）これがその公衆衛生行政医一症例でありまして、昨年10月の異動で保健所の所長室という個室を与えられていた立場から一転し、この窓際族の一員になりました。書類に囲まれ、毎日1本の牛乳で健康管理を行っております。

本日は勤務医に夢はあるかというテーマでのシンポジウムですので、行政医としての勝手な夢をお話させていただきたい、また最近の公衆衛生の取り巻く現状、新たな取り組み、考え方につきましてお話をさせていただきたいと考えております。また併せまして男女共同参画社会づくりという事について、行政の取り組みのお話をさせていただければと考えております。



〔スライド3〕

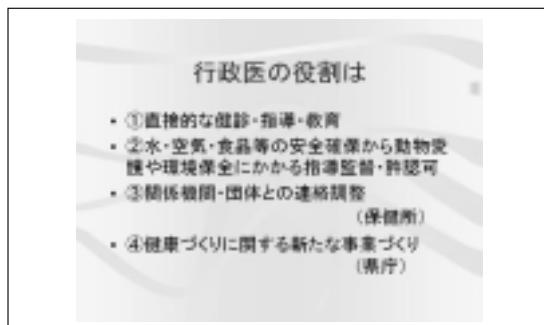


（スライド3）行政医の夢といいますと、これは私個人の勝手な夢であります。PPK、GNPだというふうに考えております。健康づくりを目標にしていますので、すべての人々がこのような状態になってもらえればこれ以上の夢は無いと正直考えているところです。ちなみにPPKとは「ピンピンコロリ」、GNPとは「元気でにっこりポックリ」という非常に下世話な言い方をしまして申し訳ないんですが、このようになっていただければ大変楽しいなというふうに考えております。もちろん現実には平均寿命が延びてはおりますものの、高齢化が急速に進行しておりまして、本県では先程お話も出ておりますように、

■ シンポジウム

平成12年10月の国勢調査で65歳以上の人口が全人口の20%を越えており、県内で24万6千人いらっしゃるんですが、その中で介護保険の認定を受け要介護1以上の方が3万1千人もおられます。なかなか簡単にこのようなPPK、GNPということにはならないというのが現実というところです。しかしながら夢に向かってということで、今何をやっているかということのお話をさせていただきたいと思います。

〔スライド4〕



（スライド4）行政医の役割というものをまとめさせていただきました。公衆衛生活動というのは、さまざまな専門職種、あるいは地域の方々とチームを組んで仕事を行うということが基本となっております。また、様々な法律に基づいて仕事を行うということも通常でして、いわゆる医師として直接的な健診・指導・教育というものをやる他に、ここにありますように、特に保健所ですと、健康に関連します様々なもの、水の安全性、食品の安全性等、そういったものの安全確保から、環境保全さらには動物愛護に係る指導監督・許認可、さらには市町村を始め多くの関係機関団体との連絡調整、こういったものを行っております。また現在私がおります県本庁の場合などは、新たな事業づくりとか事業予算の獲得、執行などを行っております。昨年10月から県庁で仕事をしているんですが、まさにその予算をいかに獲得するか、非常に財政厳しい中でこういったものが行政医として公衆衛生を行う上で大事なということを感じています。

これは、保健所の事業活動のいくつかを写真でお示しをしております。皆さんが普段見られないものを中心にしてお示しをしております。

（スライド5）これは公害不法投棄の監視の状況でございます。子供さん達に環境教育を教えている所です。こ

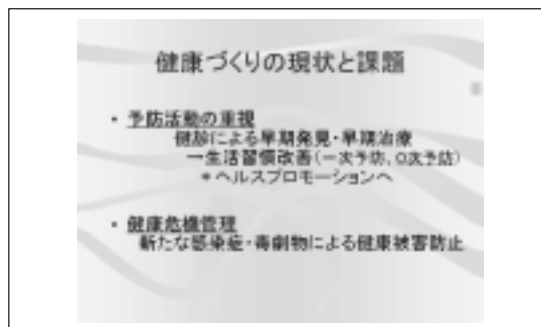
〔スライド5〕



れは地下水の検査を行っているところですし、またこのように動物愛護に関するような取り組みも行っております。決して犬の捕獲を行う所が保健所ではありませんで、私自身も保健所に勤務いたしまして、確かに臨床とはまったく違うわけではありますが、仕事の幅の広さ、健康な生活を守るために取り組んでいる様々な事業という点では大変おもしろいと感じたのを思い出しております。

このような中で、近年の公衆衛生、健康づくりを取り巻く環境も大きく変化をしており、様々な課題も抱えております。そのような中で現在の課題としましては大きく2つがあると考えております。

〔スライド6〕

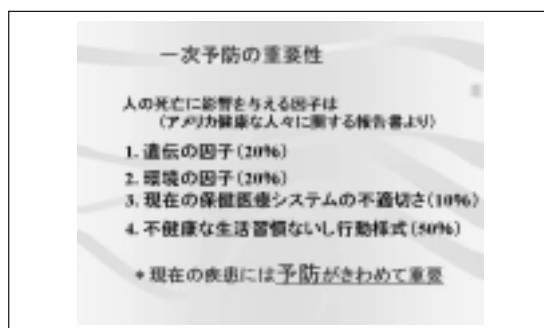


（スライド6）1つは、一次予防活動の重視。もう1つは健康危機管理ではないかと思っております。今まさに生物テロ事件がアメリカで大きな問題となっております。健康危機管理ということが、より大きな問題としてクローズアップをされております。正直この1～2週間私自身もこのテロ事件の対応ということで、大変忙しい思いをしており、今日も電話がかかってくるまで、もしかしたら発表ができないかもしれませんが、先程、立山座長にもお断りをしたのですが、幸いにも特に問題なく発表ができることにホッとしておりますけど、本日はこの健康危機管理ではなく予防活動の現状と課題について、お

話させていただきたいと考えております。

従来から公衆衛生活動というのは予防が基本であると言われております。癌あるいは虚血性心疾患などの、いわゆる生活習慣病が大きな問題となっております現在では、生活習慣の改善、発病しないようにしようという一次予防が大変重要視されております。さらに現在では0次予防あるいはヘルスプロモーションという考え方も出されてきております。

[スライド7]



(スライド7) 一次予防の重要性を示すものとして、アメリカでの健康な人々に関する報告書に次のような記載があります。これは人の死亡に影響を与える因子についての報告なんです、4つの因子が影響を与えているとされております。

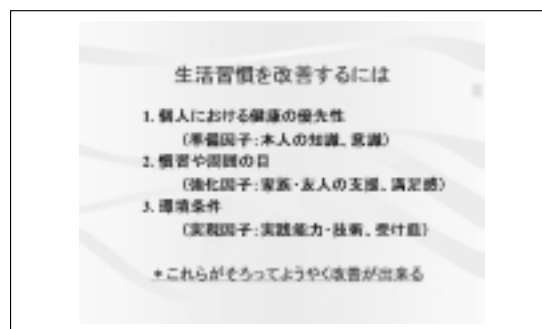
まず、1つ目が遺伝の因子でこれが20%影響を与えている。2つ目は環境の因子で同じく20%。3つ目は現在の保健医療システムの不適切さで10%。3つで50%を占めています。ということは残りの1つが半分の50%の影響を与えているというわけなのですが、その4番目の因子というのが、不健康な生活習慣ないし行動様式というもので、これが死亡の50%に影響を与える因子であるということになっております。

つまり、現在の健康に影響を与える重要な疾患につきましても、50%がこのようなことですので、これはいわゆる予防が可能な因子であるということで、一次予防、生活習慣の改善を進めるということが、我々の夢でもありますPPKというものが可能になるのではないかとということで、夢が膨らみ、公衆衛生もいいなと1人思っているところであります。

しかし、先生方も日常の臨床でご経験されておられるように、なかなか生活習慣を改善するという事は難しい

ということも分かってきております。生活習慣を改善するためにはどのようなことが関係するか、という事をまとめたのが次です。

[スライド8]



(スライド8) まず1つ目ですが、個人がその生活習慣改善のための知識をきちんと知っていなければいけない、その上でその行動を選択し、さらに継続して行動を行おうという意志あるいは、実際その行動というのが必要になります。このことですべてが解決されるということであれば、まさに感染症と異なる現在の問題については、自分の健康は自分で守ればいいんだという事になるわけですが、残念ながら、そうではないということが分かっております。

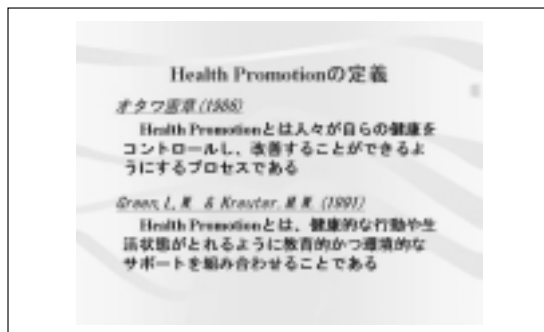
実際には、家族あるいは友人の支援・支え、あるいは、その地域での慣習、こういったものが個人の行動に大きな影響を与えている事がわかっています。また健康を維持・増進していくために必要な器具・機材・物品が容易に入手できるかどうか、さらには安心して健康に関連する活動のできる場所があるか、あるいは実際にそのノウハウを指導する機関が近くにあるかどうか等の条件が整わないと、なかなか生活習慣の改善はできないということが分かってきております。このようなことからPPK、ピンピンコロリに近づくため、我々の夢に近づくために出されてきた考えというのがヘルスプロモーションという考えでございます。

(スライド9) ヘルスプロモーションの定義ということで2つお示ししております。

実際には、オタワ憲章ということで1986年、今から15年ほど前にこの考え方は出されております。簡単に申し上げますと、個人が健康的な行動をとれるように、その個人への知識提供はもとより、家族や周囲の人々、さら

■ シンポジウム

〔スライド9〕



には、その生活をしている社会の環境までも健康にとってより良いものにしていこう、というのがヘルスプロモーションという考え方であります。

〔スライド10〕

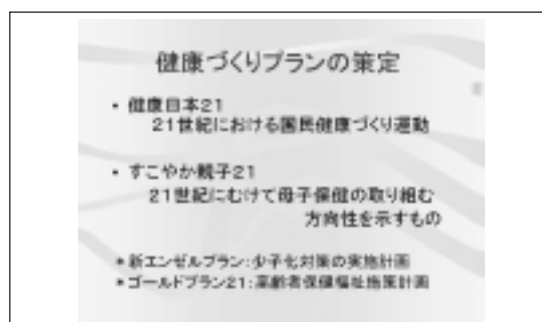


(スライド10) それを模式的に示したのがこれです。人生の坂道を重い荷物を押して歩いていく一人の方がいて、その方に対して直接、技術を伝えていくというのはもちろんですが、なかなか一人では難しいということから、その人の背中を家族・周囲の人々が押す、支援をしていく、さらには、この坂道という、地域の環境自体を緩やかな坂道にする、この角度を緩やかなものにする為の環境づくりを行うというものが、このヘルスプロモーションという考え方です。現在このような考え方を一部取り込みまして作成されましたプランが健康日本21であり、また、すこやか親子21といわれるものです。

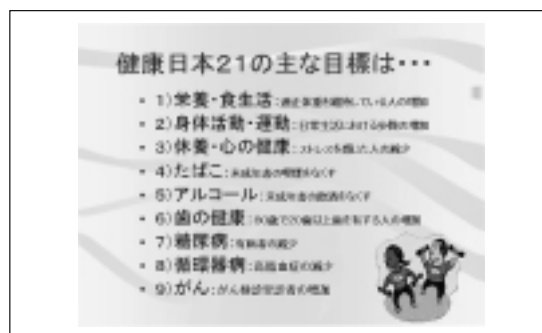
(スライド11) この健康日本21は昨年国において示された「21世紀における国民健康づくり運動プラン」ですが、初めて数値目標が示されたものであります。

(スライド12) この健康日本21では、ここにお示しをしました、9つの領域につきまして、合計70の目標、それに対する100の指標が数値として示されております。

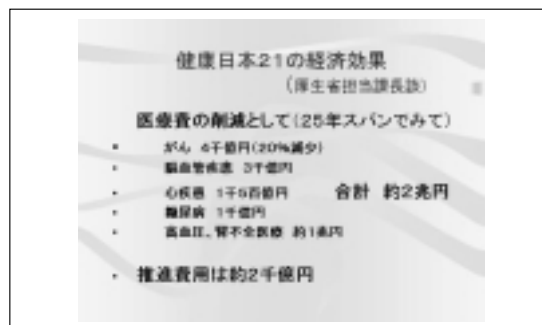
〔スライド11〕



〔スライド12〕



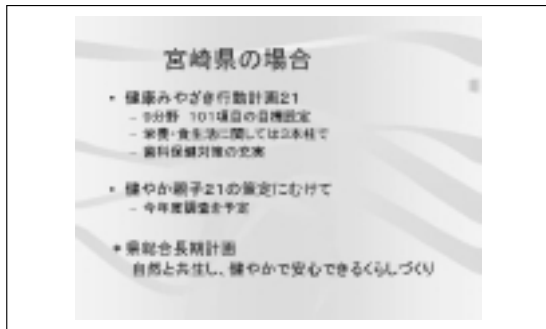
〔スライド13〕



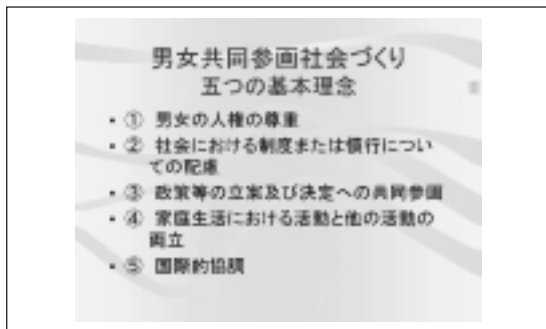
(スライド13) ここに上げられた国民運動が進めば医療費の削減としましても、これは当時の担当課長のお話なので、どこまで正確かちゃんと私も調べてないんですが、約2兆円、もちろん25年のスパンということもあるのですが、2兆円の医療費の削減も可能ではないかということも示されております。

(スライド14) このようなことを受けまして、宮崎県でも今年の2月に「健康みやざき行動計画21」というものを策定しております。同様に数値目標を挙げておりまして、この目標達成に向けて、さまざまな取り組みを行っていくということで夢が叶っていくのかなと考えております。

〔スライド14〕

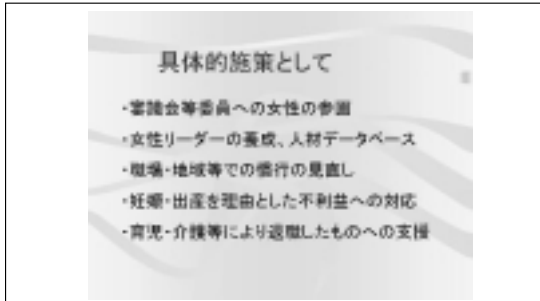


〔スライド15〕

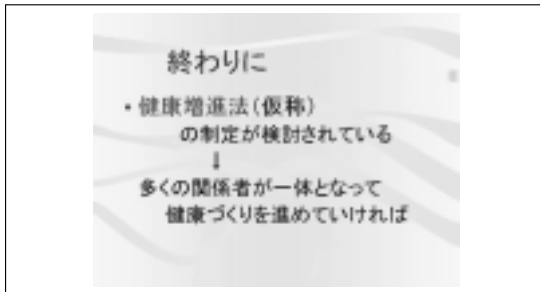


(スライド15) 以上、私の夢をお話させていただきましたが、このPPKの夢を叶えるためには、もう一つ重要なことがあります。それが、ここにお示しをしました、男女共同参画社会づくりです。平成11年6月23日に男女共同参画社会基本法というものが交付施行されております。男性も女性も互いに人権を尊重し、喜びも責任も分かち合いつつ性別にとらわれることなく、その個性と能力を充分に発揮できる豊かな社会の形成を、社会のあらゆる分野で総合的に推進しようというものです。正直、平成11年6月にこのような法律が施行されているということ、私自身、県庁に異動しまして始めて知ったんですけど、ここに挙げてありますような5つの基本理念が掲げられ、こういったことを受けて、本県におきましても、男女共同参画社会づくりの為の計画が策定されています。

〔スライド16〕



〔スライド17〕



(スライド17) 現在、厚生労働省におきまして、まだ仮称ではありますが、健康増進法の制定が表明をされております。先程の健康日本21、21世紀の国民健康づくり運動を法的に位置付け、健康教育の推進ですとか、あるいは保健事業の一体的な推進等を図るために、この法律の制定が検討をされているということです。私自身も健康づくりに関する法的な基盤をはっきりされるということで、大変嬉しい事だと思っております。もちろん、まだまだ案の段階のようなので、これから、さまざまな検討がなされていくのではないかと考えております。何はともあれ多くの関係者の方々が一緒になりまして健康づくりに取り組んでいただければ非常にありがたいと思っていますところです。

ディスカッション

コメンテーター：日本医師会 常任理事 星 北 斗

■立山 ただ今から、ディスカッションに入らせていただきます。

まず、最初に演者の先生方で、もう少しお話しておきたかったこと、言い残したことが、あるんじゃないかと思いますが、そういうことで児玉先生の方から何かありませんか？

■児玉 同じようなことになるかもしれませんが、開業医の先生と比べて、勤務医の先生の勤務医の良い点と言いますか、利点と言いますか、それは、やはり病院あるいは医療機関をかわれるということではないかと思っています。ある年代になれば、その時に出来る医療や自分の生活等を考えて、自分にあった医療機関を選べるということかと思っています。それにより体力的にも精神的にも楽になるかと思っていますし、また、違った意味で地域医療に貢献できるのではないかと考えております。

■三倉 レジメにはマネジドケアと書きましたが、それが導入されるか、されないかは別といたしまして、やはり、基本的な医療技術や知識という面においては、ナレジマネジメントといいますか、我々の知の集約をして安く上げるというふうなことが、現在でも基本的な非常に間接的なマネジドケア、我々、保険者に審査されているわけですから、マネジドされているわけですけど、そういう所は別といたしまして、プロフェッションとしての自立性といいますか、我々が自分らの職域を守ることに関しては、しっかり自分が自らの身を律しておかないと、世間の批判には耐えられないというのが私の主旨であります。

■立山 ありがとうございます。日高先生、今お話になったばかりですけども、まだ、もうちょっと言い足りなかったことがあれば、どうぞ。

■日高 私、最後のところで、健康増進法というのが今、検討されていますという話をさせていただいたんですが、まさに健康教育、臨床の先生方が、毎日の診療の中で患者さんに対しての健康教育を行っていくという事が、今

後一つの大きな方法として出てくるのではないかということを感じております。それが、どのような形なのかというのは私もわからないのでありますが、単純な話、禁煙外来などというようなものが、臨床の場面で一つの、診療報酬体系の中に出てくるというようなことが、今後一つの方向性として考えられると、それはそれで、おもしろいというふうに思っているということ、最後付け加えたいと思います。

■立山 ありがとうございました。

一番最初に申し上げましたように、実は皆さんの所属がそれぞれ、公立病院・大学病院・女医さん、ここところは分類がおかしいと言えはおかしいんですが、そういう立場、それから民間の病院・行政の立場とって、それぞれ違いますので、演者間で、質問がもしありましたら、どうぞお手をあげてくださいませんか？演者間のご質問とか、もう少しお聞きしたかったとか、この先生にとか、ありませんか？児玉先生どうぞ。

■児玉 県立延岡病院ですけども、池ノ上先生にお聞きしたいのですが、県立延岡病院の場合は女医さんが現在4人いまして、それまでも、まだ妊娠・出産等で休まれたとか、そういう休養とったというような方が、おられないのです。今後さらに、急速に女医さんが増えると思いますけど、先程お話を伺っておりますと、大学はかなり女医さんがおられて、いろんな休暇も取られているという事なんですけど、やはり現時点で少しそういう現在の女性医師の状況を考えて、そういう公立病院なり病院に女性医師を送るときに考慮されているのかという事ですけど。

■池ノ上 私の場合は、産婦人科ですので、産婦人科医としての意見を申し上げさせていただくとすれば、妊娠しているだけで特に他に問題が無ければ、即ち、他のリスクがなければ、妊娠中毒症であるとか切迫早産であるとか、そういうのがなければ、通常の勤務というのは、妊娠中であるからといって大きく減らさなければいけな

いとか、そういうことは、あまりない。けども、何か問題が起こったという時には、それは疾患でありますから、疾患に対する対応をとということで、対応しなければならぬということがあります。それから、もう一つ、妊娠している女医さんであるから、職場を提供するのに、そのことだけが理由になるということは基本的には私はないと考えております。ただ、それに対するチェックだとかケアだとかというのを、例えば妊婦健康診査をきちんと受けるとか、そういう時間を確保するとか、そういうことは、きちんと定められていることですので、それは守っていただかないといけない。むしろ、どちらかというと受けていただく病院の方から女医さんを派遣するのはちょっと考えて欲しいという意見の方が、多いのではないかと私自身は感じております。ですから、過渡期なので、妊娠している女医さんでも何の問題もなければ、普通の仕事が出来ている方もたくさんいると思います。

■立山 ありがとうございます。女医さんの話は後に取っておこうかと思っていたのですが、最初に出てしまいましたので、どうしようかと迷っているのですが。

■池ノ上 それでは女医さんではなくて、別のお話をさせていただきます。

私は今日お話いたしましたように、大学病院というところの特殊性というのは、私自身がそれまで働いていた、私立病院から大学病院にきまして、一番大きく感じましたのは、多くの大学の勤務医が一時的な場所であるという認識が非常に強いんです。つまり、大学の中である一定期間、そこで勤務して何らかを、自分が修得して、そして次のところへ行くという、そういう意識が国公立病院で、ある程度、ずっとそこに地に足をつけて仕事をしておられる勤務の先生と、大学で勤務をしている先生との間に、そのギャップを非常に感じたことがあったんです。ですから、そういう意味で大学のあり方というのは、一部の人を除いて多くの大学の勤務医ということの意識の中に、それがあるという事は、良い事なのか悪いことなのか、むしろ私の話の中では、それは一時的な所であるというのが故に、将来の目標が定まっていないと、それは夢につながらないという話をしたんですけど、そこらへんが少し他の、例えば県立病院の先生方と我々とのギャップがあるかということをお聞きしたいかと思いま

す。

■立山 大学病院の方から見たギャップということで今、池ノ上先生からご質問が出たようですが、そうですね、児玉先生、ひとつ県立病院としての意見で、今の話について。

■池ノ上 意識が違うという感じが、先生のお話でも、病院をかわるという可能性がある良い点という事で指摘をされたんですけど、大学勤務医の場合はトレーニングが終わって、さらに変化していくという、そういう問題点があるわけです。

■児玉 私がその病院をかわるという、医療機関をかわれるとそういうお話をしましたが、勤務医もやはり研修医から中堅の先生から、ある程度、年配になられた先生がおられますけれども、私が今日、主にお話をしたのは、やはりちょっと話がずれるかもしれませんが、勤務医というのは、やはり一番専門性のある高度医療と言いますか、臨床に充実する、やりがい・生き甲斐の時期とがあるかと思うんですけど、そういう時期を過ぎて、その後どういう選択をするかということ、今日は、お話で述べたつもりでございます。

■立山 ありがとうございます。少し論点が難しかったのかもしれませんが、この点に関しましては、石川先生、女医さんの立場という意味ではないんですが、ふってしまいましたが、県立宮崎病院、自分の病院だから私が答えればいいんですけど、座長はあまり喋るわけにはいかないの、今のことについていかがですか？

■石川 私も大学と県病院と両方、経験があるわけなんですけど、大学の場合はやはり臨床と研究ということがありましたので、あまり勤務医というのを意識しないで働いていたような気がします。県病院にきまして、臨床に専念するようになって周りの、私は内科ですけど、外科の先生とか産婦人科の先生とか、他科の先生達と、どうチーム医療していくかということで勉強しましたし、お互い計算するというか、そういう意味では勤務医として、良かったなと思います。ただ個人の先生のところだと、やっぱり大学からの派遣ということになると少し違うのかなと思うんですけど、ローテーションという問題が出てきます。こういう言い方は失礼かもしれませんが、例えば2年でかわるのだからそこそこやっていればいい

■ シンポジウム

とかいう、そういう考えの先生もいらっしゃるだろうし、せっかく一般病院に出たんだから、そこで救急も含めて多くの、症例を勉強したいという形で頑張る先生と両方あると思うんです。

■立山 ちょっと池ノ上先生のご質問もなかなか難しいので、これぐらいのところで、池ノ上先生、今のことについて、先生のご意見とかありませんか？

■池ノ上 特に無いです。

■立山 大学病院とそれからこういう公的病院の卒後研修ということにも関わってくる問題だと思いますし、今日、池ノ上先生がご発表になりました、何か目標を持ってしっかりやっていく、しかも宮崎医科大学は特に地域医療について密着した医療を勉強していこうという形で、非常に力をいれていらっしゃるかと思います。そういった形で地域医療貢献ということについて、池ノ上先生はおっしゃりたかったのかなと私は勝手に考えていたわけです。

そうしますと、地域に貢献していくことが大事な目標であるわけでありまして、この点について勤務医の地域医療貢献とか、それから、これが今後、研修医義務化に関連して、それが研修医のスーパーローテーションの中に地域医療が必ず入ってくる、へき地医療も経験してみる、こういうことが大事だという、ご意見を持っている方々もいらっしゃるわけでありまして、今日全国からいらっしゃる先生方で、そういうことに関する何かサジェッションなり、ご意見なりありましたら、お受けしたいんですが、フロアの方から何かございませんか？何か質問の仕方がまとまりのない事になっているのかもしれませんが、実は、今までも勤務医部会のテーマの中に地域にどんなに貢献しているか、という話が出てきているわけでありまして。そして、私共この会で、そういうことも大事な事である、ということで先程、池ノ上副病院長からは大学病院というのは地域に密着した、そういう医師を育てていく事にも力をいれていると、そして、そういう熱意があるドクター、そしてそれが我々の病院とか、その他の病院にまわっていった時に、どういう考えとか、貢献をしてるかなというようにことも聞かれたのじゃないかなと思うのですけれども、池ノ上先生まだ、追加はありますか？

■池ノ上 私は地域医療だけがいいと言ったわけじゃなくて、その事をはずしては考えられないと言う事を申し上げたかったのです。

それから、もう一つは三倉先生がおっしゃっていただいたのですが、やはり将来自分が、将来仕事の間として考えている、その姿がはっきり見えていないので、自分がどうしようか分からないという30代40代前半の大学の勤務医の先生というのは結構いるんじゃないでしょうか。だから地域の中で将来どういう事を自分がやるんだという事を地域の先生方が、ある程度分かるように、見せていただかれ、それを見ようと我々大学の勤務医がするということがないと具体的に、夢につながっていけないし、自分自身の夢を達成する目標にはならないので、三倉先生は私が言いたかったことを、きれいにまとめていただいた。私としては、そういう話がしたかったのであります。

■立山 ということでありますけど、フロアの方から何か意見がありませんか？

■山本 福岡県医師会の山本と申します。今日のシンポジウムの「勤務医に夢はあるのか」という事なんですけど、私が言いかえさせていただければ、「勤務医が夢を持てるにはどうしたらいいのか」ということで、考えていただきたいと思います。

勤務医に夢をどうやって、持てるのかということですが、先程の大学病院は、どういうふうにしたらいいのか、それを受け入れる病院はどうしたらいいのか、それから医者個人はどうしたらいいのかという事を考えたいと思います。皆さん30代位の人が、どうしたらいいのか分からないで大学病院に、そのままいるという話がありましたが、確かに、その通りだと思います。それで、何年か経つと自分が、どうしたいとか、こうしたいというのが、だいたい出てくる、そういう時に地域の実際かかっている患者さんは、良い先生に診てもらいたい、そういう良い先生とは、どういう先生かということ、やっぱりその地域の診療に非常にあった先生に診てもらいたいという事があるだろうと思います。そうすると、例えばいろんな病院にローテーションで回ると、そういう時に自分は、こういう所に向いてるんだということが、分かる先生もいらっしゃるんです。また逆に、そういう所のローテーシ

ョンに行かされて、何年か行った時に向いてないと、私は、この病院では勤めたくないという先生もいらっしゃる。ただ、大学からローテーションで来てて、そういうわがままは許さないぞ、病院の立場からしますと、こういう良い先生が来て、非常にここに向いてる、その先生もここにいたいというのに、大学からはポンととられて、泣き別れをすると、次に来られた先生は、そこに非常に向いてない。自分も向いてないし、よそから見ても向いてないというような先生が来て、いろんな所でトラブルの種を起すというような事があるんじゃないかと思う。そこで一生懸命やった先生が上に上がれるかというと大学人生上には上がれないというような、難しい問題があると思うんですけど、そういう所で大学の方から、そういう所はヘプシブルに出来ないか、そこにいたいという病院の側も遅らせたい、本人もいたいという時に強引にローテーションをしなくてもいいような事を私は、よく考えます。

それと後、病院側も、その病院に勤務医として夢を持たせるような病院にならなくてはいけない、そうすると、今の過重な労働を少しでも我慢しなくてはならない、例えば私の病院は救急病院をやっていますので、36時間以上は精一杯のところですよ。36時間以外は強制的に病院から退去、36時間以上病院にいたら強引に帰らせるぐらいしか出来ないのですけども、そういう所は少しずつ労働条件を変えていかざるを得ないということでもあります。病院もいろんな所で努力していかなければならない、それと、勤務医もそれぞれ努力していかなければいけないので、自分にあったのが、どういう所かということ、いろんな研修会とか、いろんなところを見て回ることによって自分に一番あったような勤務先を、夢を持てるような勤務先を捜して、自分はどうしたいのか、大学で研究したいのか、地域の医療に貢献したいのか、救急でずっとその指導者となっていきたいのか、というところを見ていくようなところで、個人それから大学・病院いろんなところでの、それぞれの努力が必要ではないかと思っています。

質問もあるんです。特に大学と病院の関係で、相互に相思相愛の先生方の中を引き裂くようなことを将来的にはさせないんだ、そうすると勤務医としても勤務しやす

い環境になるのではないかなと思うんですけど、だから大学はちょっと難しいと言われるのはあると思われるんですけど、臨床と教育と研究、研究は大学でないとおそろく無理だろうと、臨床もある程度はしなくてはならないんですけど、先程、三倉先生がおっしゃられたような、研修医のローテーション先は大学じゃなくて一般の病院にかなりのウェイトをおいてということも考えられるんだろうかということで、これは質問ですが、よろしいでしょうか。

■立山 もちろん演者の池ノ上先生も含めて、フロアの方からでも今のご質問に明快な回答というのは難しいかもしれませんが、今はまだ私共、宮崎県の病院では大学人事の中で動いておりますので、この人まだいて欲しいなと思っていても帰ってしまう、この人早く帰ってもらいたいなと思って長くいるとか、こういうこともあり得るわけでございます。教育と診療の内容の面でも、そういうことがありまして、先程、池田委員長がおっしゃった、こういった医局人事など、ずっと世の中が変わっていかないと、なかなか難しいかなという事を感じているところですが、どなたか何かご意見はありませんか？ 池ノ上先生何かありませんか？

■池ノ上 相思相愛の仲というお話ですけども、いい人は誰でもいいんで、その病院に欲しい人は教室でも欲しいという事がよく分かるわけです、そういったことで、教室の人事、医局長をやられた先生方は良くお分かりだと思うんですけど、やはりいい人はいい、また逆は逆、だいたい、みんな同じような意見が出てくるという、その中で、やはり私は先程から、お話しておりますように、地域全体の医療を考慮に入れて、その出向先の病院での業績もフェアに評価できるような、診療あるいは教室の運営そういったものが行われる必要があると思うんです。先程のご質問にもありましたけど、そういう所で活躍してもプロモーションの機会が失われる危険性があると思うんです。そういうことがないようにおそろく臨床の教室であれば、その教室の先生が出向先の病院でどれだけの評価を受けたかというのが非常に大事になってくると思うんです。そして、もう一つは出向先の病院では研究が出来ない、というのは反対でありまして、どんなところに行っても研究は出来る、研究のパターンとか研究の

■ シンポジウム

内容に差はあってもそういうことは出来るというふうに考えるべきだと思います。ですから、出向先の臨床を一生懸命やった、その臨床に基づいた成果を論文にして出し続ける、というようなことがあれば、当然その方は評価を受けるチャンスがいくらでもあるわけで、大学だから研究をしなければいけない、公立病院だから研究をしないといけないという先入観はここには無いほうがいいのではないかと私は思っております。そして、個人病院とか大学病院とか国公立病院とか、そういう病院の任務分担、地域の中における、どういう仕事をやらなければいけないかという任務分担を、はっきり、それぞれの病院が果たす。それに対して、大学はどういう役割をすべきかという事を大学がきちんと認識して運用すると、それでもって解決していくしかないのではないかというふうになるだけ、そういうことを実践したいと思っております。すべて実践出来ているかは、疑問ですけど。

■立山 ありがとうございます。今のことでご意見をお持ちの方はどうぞ。

■宮池 大阪府の宮池ですが、今の件ですが、やはり私自身は大学が人事権を持っているということは良くないと考えております。例えば、他の学部を見ていただければ分かると思うのですが、工学部であれ経済学部であれ、すべて、いわゆるいろんな実績、本人の実績を持って会社が選んでいるんです。こういう形にしないと、本来いろんな面で偏見と権限というものが、そこに存在して、私は今の制度は非常によくはないというふうに考えております。ですから将来は、例えばある国公立の医者は民間の病院が応募して選んで、そこに個人が応募して、そしてそこが採用する、そういう形に早く持ってこないといけない、非常に前近代的な支配制度というのが医学部だけ残っている弊害だと私は感じております。

■立山 ありがとうございます。

■住吉 宮崎県の住吉でございます。先程、申しましたように、私は病理の人間でございまして、そして病院を預かりまして、いろいろ考えてみました。先程、池ノ上副病院長は言いませんでしたが、この人事ということについては、大学全体で実は病院で対応したいと、その方がいいと私自身は思って、今、大阪の先生がおっしゃった通り、まさにその通りだと思っております。けれども

一方、その大学の医局と、その病院の先生との結びつきが強く、なかなか私が思っているような宮崎医科大学は医科大学で対応しようということが出来ないわけがあります。だから、それは、原因は私は両方にあるというふうに思っているわけでありまして。だから全体としては、今おっしゃったように、そして近い将来とおっしゃったけれども、もう私は、そういう時期に入っていて、そして、やはり病院が選ぶ、そしてその医局と、その病院との結びつきで人事を派遣するのじゃないという方向に持っていくべきだというふうに本当に思っております。先程、池ノ上先生が言ったように、いいという人は、どこでもいいわけです。けれども医局の結びつきで、もう非常にこれは困るけどと言いながら、やはり、またそこに次の代わりを求めるというような事がある。先程、池田先生がちょっと触れられなかったんですが、私はやはり悪い医師というのは、例えば患者に対して態度が悪い、云々というのは、やはり淘汰されていくべきだというふうに変えようという言葉をかもしませんが思っています。事実、例えば慈恵医科大学なんか、そうやっているわけです。病院で極めて評判の悪い医師は、もう医学部に帰して患者を診させないということをやっているようですが、そういうような、昔の言葉でいいますと、人事効果といえますか、そういうようなことは今後すぐやられないといけない。大学病院もおそらく法人化したしますと、そういうようなことをやっていかないと、生き残れないというふうに思っておりまして、先生方の希望は、もうすぐ叶えられるものと私は強く期待しております。

■池田 私が申し上げるべきことを申し上げてないというようなことでございますので、一言申し上げますが、私は長い間、病院の院長をしておりますけど、相思相愛が見えないという所があります。一つはそれで私の所に、こういう話が医局であるのだけど、私は行きたくないから、この病院に居させて欲しいと言ってくるから、それじゃそう言いなさい、と言って私は行かせるのですが、翌日、教授から君はあそこに行ったらどうだと言ったら「はい」と言って喜んで行くわけですね。だから、その時は、やっぱり私は一応行きたくない、今の病院に残りたいということの意思表示を相思相愛だということをきちんと意思表示をすると、その上で医局の事情で、どう

してもということがあるのですが、後、教授に話すと、やっぱり一の手二の手で考えてあって、あいつがダメって言ったら、こいつにしようと思っているのに、第一の人間が、すぐ私が行きますと言うものですから、病院に来たときに病院の方は見ていないんです。いつも医局の方を見ているんです。病院に対して持続性が極めて薄いという、いつも医局の方を見ていれば、何か将来良い事があるだろうと、そういう所を勤務医も意識改革しなければいけないと思います。

それから、もう一点だけ申し上げますが、くるくる替える医局があるのですが、よく話を聞きますと、例えば整形でありますと、スーパイン疾患を扱う病院、股関節を扱う所、リウマチを扱う所、膝の関節を扱う所、いろいろあるので6年ぐらいで、ずっとまわして一応の臨床経験を全部積ませたいという医局側の意向もあるように思いますので、単に好き好んでまわしているという部分ではないところもあると思います。しかし、勤務医がもう少し自主性を持って、私、市民病院ですから、絶対に本人が行かないと言う限りはクビになったりはしないんです。本人が行くという意思表示をするから動くことになるのです。要するに勤務医が自分をきちんと持って対応するというのが、まずは必要だということだと思います。

■立山 ありがとうございます。人事の事になってきますと、これはむしろ女医さんの問題よりも議論が白熱して、相当なところまで入りそうだなというような気がします。一応まだ懇親会の場もありますので、そこで、また議論を続けていただくことにしまして、先程ちょっと女医さんの話、これを今日取り上げないと、後で私、秦会長から叱られるかもしれませんし、もしかしたら、今日はこれについて何かしゃべりたいと思っておいでになっている方々もいらっしゃるのではないかと、このように思います。

女医さん対策というと何か対策をたてて女医さんを押し出しているようにありますが、私も最初に申し上げましたように、近いうちに女医さんの割合が増えてくることは間違いのないわけであります。いかに女医さんに夢を持っていたいて、または、逆に男性諸君が女医さん方が来られて、自分達の仕事の間が豊かになるとか、いろんな事があるんじゃないかと思っています。フロア・ステ

ージ一体となって、ご意見を賜りたいと思いますが、いかがでしょうか？ 漠然と女医さんと言いましたが、女医さんが来たら困るんだよという声もあるというスライドも出てきましたけども。

■石川 質問の方でいいですか？

育児休暇制度というのが、きちんと取られている所あります？ 少ないとは思いますが、実際スタッフとして女医さんを雇ったとき、きちんと制度を利用したといいますか、利用してもらったという方。

■立山 演者からの質問ですけど、女医さんが増えてきています。育児休暇という制度が出来ているかどうか、看護婦さんとか学校の先生、教職員の方は出来ておまして、まず休暇ですね、休暇について出来ているという病院はありませんか？ 手を挙げていただけますか。

■池ノ上 制度の細かいプリンシプルで分かりませんが、現実には私の産婦人科の助手が出産いたしまして、現在、育児休暇に入っております。その代わりに他の教室の者が助手の穴を埋めるというのが行われておりますので、私は宮崎医科大学では、そのような制度が行われているというふうに理解しておりますが、どういう仕組みになっているかというのは、申し訳ないんですけど、分からないんですが、現実にはちゃんと後の人に辞令がおりて、その人がリプレイスして、その助手の仕事をもらう、そして育児に入っている人は来年の3月を過ぎたら職場に復帰するという事になっておりますので、おそらくそれが利用されているのではないかと思います。

■立山 宮崎医科大学で出来ているという事でありますと、大学病院の国家公務員というのは、そういう形で産休要員といいますか、そういう方が、たぶん非常勤じゃないかと思いますが、入れることが可能であるということであります。

■福村 山口県の福村と申します。

私の病院は315床でドクター50人いるんですが、だいたい10人ちかく女性医師、女医とは言いません。女性医師と呼んでおります。そして、育児休暇というのは、たいていうまく取られますが、問題は、勤務先が違っていると、ご主人と女性医師と、その為に非常に、結局これは大学人事で同じ所、同じ近所に両方、夫婦住めるように、なかなか上手くいかずに山口県というのは非常に細長い県

■ シンポジウム

でして、岩国から下関まで新幹線で1時間というような離れた所で、お住みになるので、なかなか子供さんを出産できないとかですね、そういう事の方が問題になってきているのではないかと私は思っております。

■立山 育児休暇の前の問題になってしまいましたけど、私の病院でも新婚別居といいますが、仲が悪くて別居しているわけではなくて、そういう勤務の都合上別居しているというのはございますが、今ちょっとお聞きしたのは、むしろ育児休暇の制度がちゃんと出来ているかどうかという事なんですね。これについて何か、うちは出来ていますよとか。どうぞ。

■水元 私は国立病院の水元と申します。

石川先生のご質問に答える形で現状について説明したいと思います。

当院のドクターが妊娠出産した時には、きちんと取られております。国立医療機関というのは医師以外の職種に関しましては、病気妊娠出産という時には夜勤免除とか、産前産後休暇か出産休暇がちゃんと取れております。しかし、その時に、だいたい職員を立山部会長がおっしゃられましたように、確保できます。しかし、医師に関しましては、それは出来ないという所に非常に問題があります。そのドクターは麻酔科でございまして、切迫流産から切迫早産そして産前休暇、出産、それから産後休暇と、かなりの勤務期間が、そのドクターが勤務できなかったということがありまして、大学の方に応援を頼みましたが、毎日毎日、交替で応援をいただきました。そうしますと、定員の麻酔科がいないと麻酔管理料が取れません。非常に病院の運営が大きな問題をよんでいます。そういう事で、県立の公的病院の児玉先生と立山先生に伺いたいんですが、医師のそういった休暇の時の代替につきましては、国は出来ません。臨時的な応援しか対応できません。県立病院は、それがどのようになっているか伺いたいんですが。

■立山 先生の病院は今のお話ですと、産休・育休そういうものが取れるシステムになっているけど、後の人員が補充できない、産休要員が補充できないという意味ですね。それは、どこの病院も同じではないんでしょうか。今、私が質問を投げかけたのは、そういう休暇が取れるか取れないかという事でありまして、この次の問題とし

て補充できるかどうかという事が、これは大学人事に関わってくると思うのです。池ノ上先生のところはご自分の所で正規のスタッフの控と言いますか、そういう方がいらっしゃるから、その方がその辞令を貰ってなんらかの形になったということですね。話ついでにちょっと申しますと、私どもの場合そういうケースがまだないものですから、分からないのですが、たぶん産休は取れると思うんですが、その後の補充はそれぞれの臨床科によって違うだろうと思います。

■水元 最後に石川先生にエールを送りたいのですが、国立病院長会で女医さんを採用する時にどうするかということですが、これは冗談半分なんですが、子供を産みあげた人を大学に送って欲しいと。しかし、私が知るところでは、結婚して子供を産みながら救命救急センターを持って、そこの麻酔科の医長としてご主人と別居して非常に活躍されている麻酔科の先生を实际知っております。ですから、今後やはり先生おっしゃいましたように、男女共同参画社会を、どうぞ頑張って下さい。

■石川 ありがとうございます。

■立山 ありがとうございます。私は、院長として、石川先生大変励みになったと思いますので、頑張られると思います。他に今は産休要員の問題ですが、私のところはそんな産休要員なんて出来ないよ、と言うかたもいらっしゃるかもしれませんし、もう一つですね、正規の職員としてスタッフになっている方と研修中の非常勤ドクターとでは、産休の条件が違うと思います。どなたかお手が挙がっていたかと思いますが。

■山本 福岡県医師会の山本です。

石川先生にお伺いしたいんですけど、うちの病院でお腹が大きくなってきた人は、当然看護婦さんと一緒に産休を取って子供が生まれたら、育児休暇をある程度取って、勤めるというのが普通だと思うんですけど、先生の言われるように、産休が取りにくいとか何とかというのは、お腹が大きくなって産み月になっても、まだ働けと言う病院があるんでしょうか？そういう事例があるんでしょうか？それとも、そういうお腹が大きくなって子供を産むようだったら辞めてくれと言われるような、そういう事例が実際にあるんでしょうか？ちょっと信じられないんですけど。

■石川 そういう事ではなくて、育児休暇というのをきちんと医師の方から、私は半年とります、1年取ります、その後は復職しますというのが、まだなかなかきちんと明言出来ていないんだと思うんですね。医局長の先生がどちらかという困ったと認識して、次の予測がつかないんですね。それは一つは育児をする、育児休暇の間に何か対策を講じるという事がなかなか出来ないんだと思うんです。産休はもちろん皆さん取っています。うちの県立宮崎病院ではスタッフでまだ産休を取った方はいないんですが、研修医でももちろん産休に入った時はみんなで応援しました。もちろん産休に入る前のお腹が大きいときも患者さんの数を減らしたり夜の当直はさせないようにしようとか、なかなか患者さんに主治医が変わりますよというのが患者さんも慣れてしまっていて嫌がってしまう時は、彼女が主治医がいいと、ただし、夜の5時から次の日の朝までのコールについてはオーベンなり同僚が対処しましょうという事をしたりしました。そういうバックアップは出来ました。ただ、いつ帰ってくるのかとか、復職ですよ。彼女は研修医でしたので非常勤ですから問題なかったんですけど、スタッフの先生が復職するときに、どちらかという大学の人事にまかせてしまって、次の人を出して欲しいという事が多いと思うんですね。実際には、先程池ノ上先生が心強いお話だったんですけど、助手の人が1年休んで、また助手に戻れると言うのは私は珍しいのではないかなと思うんですけど、どうなのでしょう？

■池ノ上 ご本人が非常に優秀な先生だから。

■石川 優秀な先生だからだと思うんですけど、やはり競争社会ですから…。

■立山 石川先生お話を中断させて悪いんですが、質問の内容は、いまだ妊娠している人に対して休みを取っちゃいけないとかそういう事があるんだろうかということですね。

■山本 それで、看護婦さんもそう取っているし、医者もそう取って当たり前、普通にやっていることなんで、ここで女医さんが非常にされているというのがちょっと、まだそういうのがあるのかなというのを疑問に思ったということなんですけど。それから、後いろんなところで女医さんの問題は難しい問題なんですけど。僕は女医さ

んはたくさん来て下さいという事で言うんですけど、先程言われたいつ復職していいかどうかというのは自分が決める事なんだと思うんですね。だから、自分は子供を産んでつらかったからもう辞めますという看護婦さんもいます。それから続けたいという看護婦さんも、女医さんでも同じだと思うんですね。辞めたいとか、やりたい、というやつが責任が重いんで、なるべく明確に自分の意志を医局なり病院に伝えていただければ、他の人は皆さんバックアップしてくださるんじゃないかと思います。ただ女医さんが半分になって、そういう人でバラバラと、今まで5人で働いたのが2人産休で休んだりすると、それは何か整備がいるのかなと感じますが、そういう将来に向かっての問題があるのでしょうか？今はそんなに問題になっていないと判断してよろしいですか？問題になっているんだったら、かなり問題なんですけど。

■石川 産休自体は、ぜんぜん問題ないと思います。育児休暇という1年っていうのは。

■山本 育児休暇というのは、大学は、取らせてくれないと。

■石川 いえ、そうではなくて、きちんと制度化されていないですよ。半年でいいのか1年でいいのかとか、それこそ個人の問題で終わっていると思うんですよ。

■立山 それでは少し整理しましょう。おそらく、今、石川先生がおっしゃったのは、私共、県立病院の公務員としてのことだと思いますが、産休は取れると思います。産休は産前いくら産後いくらとして、きちんとした形で取れると思います。育児休暇に入った時に、だいたい何年とかいう単位で取れると思うのですが、これも決まっていると思います。ある程度、看護婦さんなんかは育児休暇を申請しても、保育とか、そういう事が落ち着いてきたら、出勤しますと手を上げる事もあるんです。そういう形で、決められたよりも早く出てくる場合というのはあると思います。それから、もう1つは産休に入ってしまう、そうすると、そのまま辞めるかもしれないという事もあります。産休に入ったら入ったで、新しい人達を雇用する事が出来るかという、産休の人には産休の給料を出しているわけですから、新しい人は雇用できないという事にはなるだろうと思います。ですから、そこで定員増がない限りは、もう一人雇用できないわけ

■ シンポジウム

で、産休要員がちゃんと補われていないといけないんじゃないかと思えますし、そういう制度が、きちんと出来ているか、もし仮に出来ていたとしても、それについて人材が、ちゃんとすぐに補充されるかどうかが問題です。先程おっしゃいましたように、ちゃんと補充されるかどうか、私どもでしたら、〇〇さんが産休に入られました、それで何ヶ月間は穴が空きますので、そこを誰か埋めてください、というのは大学にお願いするより仕方がないというような事になっているわけです。

■**杉田** 大阪の杉田ですが、今の議論を聞いておりますと、女性の医師が、妊娠・出産・育児の時に夢を持てるのかどうかという、だからこれについて後ほど星先生から、少しコメントをいただければと、女性であろうと男性であろうと同等に夢は持てると考えております。

■**立山** はい、どうぞ女性の声が聞こえましたので。

■**保坂** 横浜市医師会の保坂と申します。ただいまのディスカッションを聞いておりますと、出産・育児は女性だけの問題であって、男性の問題ではないような、そういうお話でございますが、男女共同参画社会といえますのは、出産は女性にしかできず、残念ながら男性には出来ませんけども、育児は男性も女性も一緒にやっというというのが、男女共同参画社会の考え方の根本だと思えますのに、いまだに、その女性の医師について出産・育児休暇を取るだの何だという事が問題になっている事自体が、それは先生方の問題ではなくて、制度の問題などいろいろあるわけでありまして、それが問題だと思うんです。先程、会長の秦先生や特別講演をされた開原先生もおっしゃっていましたが、今の勤務医の非人間的過重な労働状況は、女性の問題だけではなくて、男性の問題でもあると思うんです。それを、秦会長は女性会員の問題を解決することによって、勤務医の過重な労働状況を改善する方向が目指せるんじゃないかということをおっしゃいました。そういう事で、結局女性医師の問題と勤務医の労働状況の問題を切り離して、こういう事を話すことは、あまり意味がないのではないかと思うのです。横浜市医師会の勤務医事業部会では、この度、勤務医の労働条件、特に当直の労働条件についての調査を今年度いたしますことに決まっておりますけど、それで、そういうことをいたしまして、勤務医の今の過重な

労働条件というのを客観的に世の中にアピールして、それでその勤務医の労働条件を改善することで、女性医師の今後の勤務についても強い補助をしたいと思っておりますが、先日の日本医師会の女性会員フォーラムでもそういう話題が出たんですが、それから先程、開原先生が日本医師会が、そういう事による勤務医の過重な労働状況を改善することに対して、なんらかの動きをして欲しいというような事をおっしゃいましたが、日本医師会の執行部でいらっしゃる星先生と、この担当の常任理事の先生に、それについて日本医師会として、勤務医の過重な労働状況とか、それから女性医師の男女共同参画社会に対する日本医師会としての、これからの取り組みの仕方について何かお話をいただければと思っております。

■**立山** ありがとうございます。ちょうどディスカッションが盛り上がってきたところで、コメントいただくという形になって、この会を閉める事になりそうなのですが、いろんな会合というのはワッと1番盛り上がったところでポンと切るほうが、後余韻も残って楽しいこともあるかもしれない。でも、まだまだ話したいという方もいらっしゃると思いますが、しかし時間がないので、後は懇親会の方で、いろいろ話していただくという事で、ここで、お名前も出て参りましたし、先程から、ここに座ってディスカッションを我慢して聞いておられたと思うんですが、星先生にコメントをお願いしたいと思います。

■**星** 大変熱心な議論でございまして、今ご指摘があった通り、そのまま終わった方が良かったのかもしれませんが、若干お話をさせていただきます。

日本医師会が、どういう対応を取るのかという話は後にさせてもらうという事にしまして、今日の議論を聞いていて勉強になったこと、あるいは、私が持ち帰らなければいけないと思ったことなどを話をします。その前に、女性医師の話が出ておりましたので少し思い出を話させていただきます。私の母親は医者でして、60才で引退したわけですが、その母親は私を産んで、すぐに職場に復帰いたしました。それまで私の兄と姉を5年間に渡って産んだわけですが、その間は、病院の仕事はしていませんでした。ただ、私の父親が病院を総合病院にしたいと

言って、眼科の医者がないから、お前、眼科やれと。元々、耳鼻科の医者だったんですが、それを曲げて眼科やれと言われても、明日から出来ないという事で、私を置いて、福島県立医大、片道車で1時間半から2時間ぐらいの所へ勉強しに行ったそうです。その間、私は放置されましたので、こういう子供に育ったわけですけど、その姿を見ていて感じる事が1つあります。確かに、おっしゃる通り、女性だ男性だという事を議論するのは意味はありませんし、共同参画社会というのでは、大変な事だと思うのですが、個人的な事を言えば、私は母親と もっと長い時間、一緒にいたかったと今でも思います。したがって私は、嫁に職業婦人でない人を選びました。これでまた、お前はあれだという事で怒られそうですが、これは私の個人としての価値観の問題です。私の価値観として女性は子育てをするということがいけないことであると、あるいは男性も子育てをしろ、しなければならぬのだという事を、社会が仕組みとして支援するという事に対して、反対はしませんが、個人的に私は嫌だという人は、それでも受け入れられるようにしたいと思うのです。これは、まったく個人的な話ですので、続きは懇親会場でさせていただきたいと思います。

普通は、こうやって議論を聞かせていただきますと、答えといいますか、イメージでキーワードが浮かんできて、何やらそれらしい話が出来るんですが、今日の事に関して言いますと、私はほとんど白紙でありまして、むしろ三倉先生などにも宿題を頂いたなというような気持ちであります。

そして、夢という話が出てまいりました。夢とは、何ぞや、夢は持てるんだ、持てないのだという事を、議論する時に、まず、医療の世界に入ってくる時点で、何を指すのか、どんな意識を持って入ってきたかという事が問われなければいけないと思います。その気持ちが持続できるかどうか、つまりそういうものを支援して、医療というものに夢を、あるいは自己実現を求めて入ってきたお医者さんたちの気持ちを維持できる支援できる、そういう気持ちを持ち続けさせられるというのは、それは制度の問題ですが、入ってきた時点で、何もない人間に夢があるのかという事を聞くのはナンセンスではないのかと思います。ですから、まずは自らの姿を鏡に映して、

おれの夢は何だったかな、あるいは、この世界に何を求めて入ってきたのかという事を、まず自問する所からスタートしないと。あの人が夢を奪ったとか、あの人がこう言ったとか、こういう制度がないからとか、育児の支援がないからおれの夢は叶わないんだと、人のせいにする、これは話としては先に進まないんじゃないかと思っています。

そして自分の姿を映す一番良い鏡は、自らの子供達であり、後輩であり、あるいは場合によっては先輩医師であり、あるいは男性にとっては女性であるかもしれません。とにかく自分が、どんな夢を持ち、どんな気持ちであるのかという事を忘れかけているのでは、ということが、夢はあるのか？という疑問句につながっているのではないかと私は思っております。その時のキーワードは、私は教育だと思います。私が何かコメントを求められると必ず教育だということで、ずるいと言われますが、この際あえて私は教育だと言いたいと思います。臨床研修の義務化が平成16年4月から始まる事になりますが、そうすると当然、大学病院だけで研修するというスタイルはかわっていくと思います。そして、その時に私達自身が医療を目指した自分達の気持ち、あるいは後輩、若い医者達が医療を目指して入ってきた気持ち、そういったものを自分自身も含めて、直視しなければならないという状況に置かれる、あるいは置かれなければならないと思います。

そして、学生から学び、あるいは学生に与える、という全く当然の教育の相互影響関係を通じて自らも成長していく、というようなことにつなげていかないと、この話は先行きが無いのではないかと思います。先程いろんな話がありました。ピュアレビューが大事だとか、地域医療との連携がどうだとか、情報公開だとか、いろいろございましたけど、私は、そのキーワードの根底にあるのは、その教育の機会あるいは教育のあり方、あるいは教育に対する自分達の関わり方、というのを考え直すのが、1つの視点になるのではないかと思います。そして、夢は多様であってもいいと思います。ですから、勤務医にとっての夢だとか、開業医になったらどうしたとかではなく、もっと世界の人達に役に立つような人でありたいというような、漠然とした夢を求めるために、今の医療

■ シンポジウム

にないものを作っていこう、あるいは今、医者が果たしていない役割を私が担っていこう。つまり、今、普通は医者はやらないけど、私は医師として、その知識を生かして、こんな仕事もやってみたいというものに、目を向けられるような余裕も必要だろうと。そういうものも含めて自分自身の、あるべき姿を問い返す。あるいは鏡に映すということが必要だと思います。夢は与えられるものではない、夢が無いのは、それが支えるシステムがないからだ、あるいは、そういう条件が満たされないからだという議論をいつまでしていても私は続かないと思います。つまり私が、その夢を実現するためには、私自身が、この社会にそういうシステムを作るんだという、あるいは次の人の為に、そういう仕組みを作っていくんだという、そういう意識を持たなければいけないと思います。少なくとも私は、そう感じておりますし、私自身、若い先生方が今、目標を失っている中で、その一縷の光明になりたいと、星という名前でございますので、そういうふうにも思っているわけでもあります。それから、例えばの話ですが、よく保育所を作ってくれば、私達は、何とかします、勤められるんですと議論しましたが、かつて、保育施設を自分達の手で立ち上げて、互助の考え方で自分達の仕事が続けていけるような仕組みを作った人達がおります。そしてそれが職場における保育所、例えば病院に事業所の託児所・保育所を作る原動力になりました。そして、それが今の働く女性を支える1つの社会システム理想図となっております。ですから、私達に本当に必要な社会的支援、インフラがないんだとすれば、それを私達の手でお互いに助け合うという観点で作るという事を考えなければならない。何も考えずに誰かがしてくれないから出来ないという議論をしてはいけないと思います。誰かに何かをしてもらうのではなく、自分自身が何かをするという役割をきちんと認識する事が必要なのかなと、これは、皆様に申し上げながら、私自身そうしようと今、考えを新にしているところであります。まとまらないお話になりましたが、今日の様々なお話、具体的な先程の日本医師会がどう考えているんだ、という問いの答えは、簡単に申し上げれば、何か私達が制度を作って差し上げてるという発想ではなく、やはり一緒に作り上げていくという道を探っていきたいという

ことです。それを今、考えているということを答えにさせていただきます。私のコメントにさせていただきます。ありがとうございました。

■立山 ありがとうございました。まだまだ時間があればいろんなお話が出てくるんであらうと思いますが、星先生にきちんとコメントをいただきました。今朝から、全国医師会勤務医部会の連絡協議会、滞りなくここまでまいりました。本日はシンポジストの皆さん大変、貴重なご発言をありがとうございました。それからコメントーターの星先生どうもありがとうございました。それから、この企画をされました、秦会長、宮崎県医師会の皆様に厚くお礼申し上げます。それから、準備をしていたいた皆様に厚くお礼申し上げます。以上を持ちまして、シンポジウムを終了させていただきたいと思います。どうも、ご協力ありがとうございました。

参加者数一覧

平成13年度全国医師会勤務医部会連絡協議会

ブロック	都道府県名	医 師 会 名	協 議 会 参 加 者 数			宿 泊 者 数		観 光		
			協 議 会	昼 食	懇 親 会	26日(金)	27日(土)	レディース	A:西都原・綾	B:ゴルフ
			10月27日	10月27日	10月27日			27日(土)	28日(日)	28日(日)
① 北海道・東北	北海道	北海道医師会	5	5	5	3	4		1	
		札幌市医師会	6	6	8			1		
		函館市医師会	1	1	1	1	1			
		旭川市医師会	1	1						
	青森県	青森県医師会	6	6	6	7	6	2	4	
		青森市医師会	1	1		1				
	岩手県	岩手県医師会	3	3	2	3	2			
		宮城県医師会	3	3	5	5	5	2		
② 関東・甲信越	宮城県	仙台市医師会	5	5	5	5	5		4	
		秋田県医師会	2	2	3	3	3	1	1	2
		山形県医師会	4	4	4	4	4		1	
		茨城県医師会	5	5	5	6	6	1	5	
	千葉県	栃木県医師会	2	2		2				
		群馬県医師会	3	3	3		3			
		埼玉県医師会	6	6	6	6	6			
		千葉県医師会	3	3	2	2	2			1
	東京都	東京都医師会	3	3	2	3	2			
		神奈川県医師会	6	6	6	6				
		横浜市医師会	3	3	3	3	3			
		川崎市医師会	1	1	1		1			
	新潟県	藤沢市医師会	1	1	1			1		
		新潟県医師会	3	3	3	3	3		3	
		富山県医師会	1	1	1	1				
		石川県医師会	4	4	4	4	4			
	福井県	福井県医師会	1	1	1	2	2			
		長野県医師会	3	3	3	3	3			2
	岐阜県	岐阜県医師会	2	2	2	2	2			
		静岡県医師会	2	2	3	3	3	1	2	
	愛知県	愛知県医師会	7	7	5	7	3			
		名古屋市医師会	1	1	2		2			
④ 近畿	滋賀県	滋賀県医師会	5	5	5		5			4
		京都府医師会	5	5	5		4		4	
		大阪府医師会	9	9	7	9	7		2	
		兵庫県医師会	6	6	6	6	6		6	
	奈良県	奈良県医師会	5	5	5	2	4		3	
		和歌山県医師会	2	2	2	2	3			
		和歌山市医師会	2	2	2	1	1		1	
		鳥取県医師会	2	2	2	1	2			
⑤ 中国・四国	島根県	島根県医師会	6	6	5	7	7	1	3	
		岡山県医師会	2	2	4	4	4	2	2	2
		岡山市医師会	1	1	1					
		広島県医師会	7	7	7					
	広島市	広島市医師会	5	5	5					
		広島市中区医師会	2	2	2	2	2			
		山口県医師会	8	8	8	8	8			
		徳島県医師会	5	5	4	4	3			
	香川県	香川県医師会	2	2	3	3	3	1	2	
		高松市医師会	1	1	3		3	2		
		丸亀市医師会	1	1	1	1	1			
		愛媛県医師会	6	6	5	5	5			
	愛媛市	松山市医師会	4	4	4	3	3			
		高知県医師会	1	1	1					
		福岡県医師会	5	5	5		1			
		福岡市医師会	5	5	4	2	1			
⑥ 九州・沖縄	北九州市	北九州市医師会	2	2	2	1	2		1	
		佐賀県医師会	3	3	2	3	1			
		長崎県医師会	2	2	2	2	2			1
		佐世保市医師会	2	2	2	2	1	1		
	熊本県	熊本県医師会	2	1	2					
		熊本市医師会	4	4	4	1	2			
		大分県医師会	1	1	1		1			
		大分市医師会	1	1	1					
	宮崎県	宮崎県医師会	79	56	64	2	2		3	4
		鹿児島県医師会	2	2	2	1	1			
		鹿児島市医師会	3	3	3					
		沖縄県医師会	3	3	3	3	2			
		日本医師会	15	15	14	14	14	1	5	2
		合 計	312	288	293	174	178	17	53	18

■ 懇親会



