



日本記者クラブ記者会見

国民医療を守るために

日本医師会

唐澤祥人会長

2007年8月24日

わが国の憲法第25条では
「すべて国民は、健康で文化的な最低限の生活を営む権利を有する」として
「健康で文化的な生活」を送ることを、国民の権利としています。

* * * * *

日本は、今、医療崩壊の危機に立たされています。
また、地域の衰退などによって、
国民の皆様が十分な医療を受けることが出来なくなりつつあります。
さらには、所得による格差や地域による格差が広がり、
いつでも、どこでも、だれもが、医療を平等に受けられるという
国民皆保険制度の根幹が揺らぎ始めています。

I. 最近の日本医師会の活動方針と組織運営

皆様は日本医師会という組織については、どの程度、ご存知でしょうか。実は、昨年の10月から日本医師会では、新しい3タイプのTVCMを放送し始めました。それ以前にもCMを流したことがあるのですが、今回のCMはイメージアップを図るためのもので、ご覧になられた方もいらっしゃると思います。

その効果を判定するために、CMを流す直前と、半年が経過した3月末に、広告代理店に委託して調査をいたしました。そのいずれでも、日本医師会という名前を知っている人は、95%程度になっています。つまり、国民の殆どの方がご存知だということです。（資料①）

それでは、日本医師会に対して関心があるか、その活動を知っているか、などの質問への回答では、その数字はかなり低くなります。 テレビシーエム

しかし、おかげさまで、半年間のTVCM放送によって、関心度は数ポイント高くなつた一方で、無関心度は数ポイント低くなりました。劇的な変化とは言えませんが、少しずつ認知度は上がってきています。（資料②）

このように、日本医師会は、名前はよく知られているものの、その活動内容などは、あまり知られていないのが現状であると思われます。

会員 164,000 人

そこで、まずはごく簡単に日本医師会という組織の説明をしてから本題に入っていきたいと思います。

日本医師会は、日本で医療活動をする医師、約16万4000人で構成されており、日本の医師全体の約6割が会員であります。日本医師会は、一般的には開業医の集団だと思われておますが、開業医と勤務医の比率は、ほぼ同数です。ただし、開業医の組織率が高く、勤務医の組織率が低いのが現状です。創立は1916（大正5）年で、初代会長は破傷風菌などの研究で、世界的に知られている細菌学者の北里柴三郎博士です。

日本医師会は、会員、すなわち医師の利益のためにだけ活動している圧力団体ではないかという誤解があります。先日、中学の「公民」や、高校の「現代社会」の教科書を調べてみましたが、圧力団体の例として、いくつもの教科書に日本医師会の名前が出てきました。もちろん、圧力団体が必ずしも否定的な意味合いのみを示しているわけではありません。それでも受ける印象から言えば、あまり好ましいものではありません。

私たちは、会員組織ですから会員のためにも活動しますが、医師の仕事は、国民の皆様方の生命と健

康を守るのが第一の使命ですから、そのために何が必要かを最優先に考えて行動しております。

日本の社会保障政策、とりわけ医療・保健・福祉分野では積極的に提言を行っておりますし、行政とも連携をとりながら、病気の予防にも取り組み、学校では学校医が、会社では産業医が、それぞれ活動をしています。

国民の皆様との関係において最も大切なことで申し上げると、世界的にも評価が高い「国民皆保険制度」を堅持することです。日本の国民皆保険制度の最大の長所は、保険証1枚があれば、窓口での一部負担はあるものの、いつでも、どこでも、だれもが、平等に医療を受けることができるという点にあります。

健康達成度の総合評価

1961（昭和36）年に成立したこの制度のおかげで、今、日本は世界で健康達成度の総合評価が最も高い国になりました。これは平均寿命だけでなく様々な健康要素が入っての数字で、世界保健機関（WHO）が発表しているデータです。（資料③）

とは言うものの、皆様方のなかには、世界では、アメリカの医療こそが最も良いとお思いの方もいらっしゃると思います。しかし、アメリカには5,000万人近い無保険者、つまり保険に入れない人がいます。アメリカは典型的な格差社会ですから、お金持ちは良い医療を受けますが、お金の無い人には非常に過酷な国です。

先日、私はマイケル・ムーア監督の『シッコ』というドキュメント映画の試写を観ました。明日から一般公開されるそうですから、皆様にも是非ご覧いただきたい映画です。印象に残ったシーンは、たくさんあるのですが……、いざ治療を受けようとしますと、その病気とは関係のない過去の病気＝「既往歴」のあることが分かり、保険会社から治療費が支払われないと告げられる女性の話、それまで入院していた病院から一人でタクシーに乗せられ、公共の支援施設前の路上で、強制的に降ろされて途方にくれる高齢者の話など、日本では想像もできないような事実が次から次に写し出されます。つまり、アメリカではお金のない人は満足な医療を受けることができない現実が余すところなく描かれているのです。

日本の医療を、アメリカのような医療にさせないためにも、私たちが頑張らないといけないと、改めて感じました。

私は、『シッコ』の宣伝マンではありませんが、一見する価値のある映画です。全国約80の映画館で見ることができます。これから医療の問題を取材されたりするときの参考にもなると思いますので、ご覧なるとよいでしょう。

さて、日本では、空気のような存在になっている、

国民皆保険制度が今、大きな危機に直面しています。その危機が特徴的に現れている、5つの点について申し上げます。

II. 地域医療の現在の諸問題

産科医療の現況

第1は、お産を受け入れない医療機関が非常に増えており、そのために、これから赤ちゃんを産もうとする女性の方々に大変な不安感を与えていることです。分娩実施施設数は1996年が3,991施設であったのが、2005年には2,933施設と27%も減少しています。(資料④)

病院から産婦人科がなくなるだけでなく、産婦人科を標榜しながら、婦人科だけを扱うというケースも出てきています。なぜ産婦人科がお産を扱わないのか不思議に思われる方も多いと思います。

それは、お産は正常分娩といって、トラブルなく赤ちゃんを取り上げられるケースがほとんどなのですが、なかには、お産の途中で思わぬアクシデントに遭遇したり、胎児の段階で障害が発生していたり、慢性疾患など持病をお持ちの女性が赤ちゃんを出産する時など、リスクを伴うケースがあります。

しかしながら、一般的にそのことに対する理解があまりなされずに、赤ちゃんはすべて正常分娩で生まれると思われがちです。ですから、事故が発生すると、裁判になるケースが出てきます。その結果、お産を受け入れない医療機関が出てきたり、産科医を志望する研修医が非常に少なくなっています。

そのひとつの例が、昨年、ある県の県立病院で、分娩中、緊急事態が発生した際、一人で分娩手術を行っていた医師が、懸命に対応したにもかかわらず、不幸にお母さんが亡くなられてしまい、刑事事件になってしまったことです。このような事件を目の当たりにしますと、医師も人間ですから、リスクを避けたいという心情になることは否定できません。また、過重労働が原因で産科医が病院から離れていくケースも多くなっており、初めに申し上げたとおり、産婦人科を閉鎖したり、お産を扱わない病院が全国各地で出ているのです。

この問題への対応として、日本医師会は分娩に関する脳性麻痺に対する障害保障制度、いわゆる無過失補償制度の制定を提案し、遠からず実現する見通しとなりました。無過失補償制度とは、医師の過失の有無にかかわらず、予期しない障害がもたらされた場合を、補償するものであります。

そこで、出産時に支払われる費用の一部を保険料に当て、障害をもった生めたすべての赤ちゃんの養育費用にしようという制度です。こうした法律の制定で、どこでも安心して赤ちゃんを産める方向に

進展すれば良いと考えております。

小児救急医療の現状

第2は、小児救急医療において、小児科医が不足していることです。これは、国の然るべき機関の先生が調べたのですが、休日・夜間救急センターを訪れる患者さんの半数以上が、小さなお子さんたちです。そのような状況にもかかわらず、小児科勤務医が非常に少ないので、小児科勤務医のなかには、日中、通常勤務をした後、そのまま当直に入り、夜中の救急対応に追われ、一睡もしないまま、再び昼間の勤務に就くといった例も珍しくありません。

このような状況から、総合病院では小児科を閉鎖するところがたくさん出てきました。1996年には、全国の病院の35.2%の医療機関に小児科がありましたが、2005年には29.2%と、6ポイントも減少しています。(資料⑤)

こうした問題は、本来、国や地方自治体が解決すべきことですが、私たちも、ただ手をこまねいているわけではなく、地域医師会が中心となって、夜間の一定の時間帯を地元の開業医が分担するなど、工夫をして小児救急医療への対応を図っています。

しかし、病院勤務の小児科医の過重労働は想像を絶するものがあり、私たち日本医師会は、この問題を喫緊の課題として位置づけ、地域の医師会と一層協力しながら取り組んでいきたいと考えております。

地域の高齢者の現況

第3は、近年、急激な高齢化が進み、高齢者のみの世帯人口比率が増加し、2005年には33.2%と3軒に1軒は、高齢者世帯となっており、独居老人の孤独死も大きな社会問題となっています。

また、孤独死を取り上げた新聞報道も、2004年から急激に増えてきました。(資料⑥)

こうした状況のなかで、「療養病床再編」という名の、療養病床大幅削減問題があります。厚生労働省は、現在、38万床ある療養病床を、5年後までに現在の半分以下の15万床までに削減しようとしています。削減の背景には、いわゆる「社会的入院」と呼ばれる、病院に入院しなくてもよいと思われる高齢者の存在があるというのが、表向きの理由です。(資料⑦)

しかし、日本医師会が、入院患者さんの状況をきちんと分析してみると、胃に穴を開けて直接栄養物を入れる胃瘻の患者さんや、喀痰吸引の患者さんへの管理などは、医療でなければできません。患者さんの実態を踏まえて冷静に考えれば、医療療養病床は、5年後の2012年の段階でも26万床が必要だと考えています。

医療や介護を必要とする患者さんが、病院から追

い出されてしましますと、いわゆる「医療難民」や「介護難民」と言われる人たちが大量に生み出されることになります。私たちは医療費の削減だけを目的とした療養病床の削減には反対の声を上げています。そして、急激な変化は避け、施設にせよ在宅にせよ、然るべき準備を整えてから徐々に移行を考えるべきであると考えています。

また、療養病床に入院中の患者さんの中には、必ずしも在宅での療養を第一希望と考えている人ばかりでないということも考慮し、十分に選択できる余地をつくる必要があると思います。

るべき医療費

第4は、先ほども申し上げましたように、わが国は、世界保健機関から医療達成レベルは世界一という評価を受けていますが、ではいったい日本の国民医療費は世界的に見てどれくらいのレベルにあるのか、という点です。

世界の先進国と呼ばれているすべての国々が加盟しているO E C D = 経済協力開発機構30カ国の中で、日本は対G D P (国内総生産) 比の総医療費支出が、2003年の数字で18位です。30カ国の平均が8.8%ですが、わが国はそれ以下の8.0%です。経済大国と言われている日本の医療費が世界的には非常に低いことが、公的な数字で実証されているのです。

(資料⑧)

医師不足

第5は、医師の絶対的不足です。日本の医師数は、1,000人あたり2.0(平均3.1)です。O E C D 加盟国30カ国の中で27番目、そして1人当たりG D Pの平均以上のグループの中で最下位です。ちなみに、先進国では、フランスが3.4、ドイツの3.4、アメリカの2.4などとなっています。(資料⑨)

こうした、絶対数が不足しているうえに、都市と地方の格差があります。この原因のひとつには、大学病院の各医局がこれまで持っていました医師派遣機能が、2004年4月からスタートした、新医師臨床研修制度によって崩壊しつつあることがあげられます。

新しい臨床研修制度における、昨年の研修医マッチング状況をみると、卒業予定者約8,400名に対して募集定員が約11,300名と、需要が供給を大きく上回りました。設備が充実し、適正水準を上回る給与を呈示する都市の病院に、研修医が集中してしまったことなども、その要因として挙げられます。

(資料⑩)

つまり、以前は、大学病院の各医局が、医局員をバランスよく各地の病院に派遣していたのですが、現在は、条件の良い病院で研修したいという個人の

意思を尊重するシステムになった結果、研修医の多くが都市の病院に集中してしまいました。個人の意思を尊重することは絶対に必要ですが、都市と地方の格差を助長したのでは、将来に禍根を残すことになります。

にもかかわらず、医療達成度世界一であるのは、国民の皆様方の勤勉性や健康に対する意識の高さもさることながら、医師、看護師など医療関係者の犠牲的な医療活動のうえに成り立ってきたことを、皆様方には知っておいていただきたいのです。

しかし、こうした犠牲的精神だけでは、どうにも立ち行かなくなりつつあります。ご参加の皆様の所属する会社からの報道でも耳にされていると思いますが、いわゆる「医療崩壊」が始まっています。その具体的な現わが、これまで述べてきた5つの点です。

III. 国民医療を守るために

なぜ、急激にこうした現象が起こってきたのでしょうか。それは、根本的には、国の医療費抑制政策によるものです。医療費の抑制は1990年代、すなわちバブル経済の崩壊以後、始まっているのですが、顕著になってきたのは、小泉政権からです。「聖域なき構造改革」の名の下に、社会保障分野に大鉈が振るわれました。

深刻化する医療機関の倒産

2001～2006年の過去5年間で、るべき社会保障費(国の負担分)の自然増に対し、累計で3兆3,000億円が失われました。自然増とは、医学・医療の進歩によって増加する費用のことで、毎年2～3%といわれています。3兆3,000億円の削減額の実に7割が医療・介護費の抑制で占められているのです。今後さらに5年間、こうした医療費抑制政策が続けられれば、10年間の累計で12兆1,000億円、そのうち医療費分7兆8,000円が、失われることになります。(資料⑪)

この結果、安心のためのコストどころか安全のためのコストさえも確保することが困難となっています。それを実証するかのように、今年は医療機関の倒産が、過去最悪のペースで進んでいます。

医療費抑制は、医師の収入が減るので、日本医師会は抵抗しているだろうと考えておられる人もいるかもしれません。決してそうではありません。

それは必ず、患者負担の増大ということで、国民の皆さんに跳ね返ってきます。そして医師や看護師など医療従事者の確保が難しくなり、過重労働が起り、一人ひとりの患者さんに対する診療時間も減少し、患者さんにも大きな不利益をもたらします。

「健康で文化的な生活」は国民の権利

現在の政権にも、とても大きな影響力を持っている、経済財政諮問会議の委員の中には、国の負担を減らすために、風邪などの軽費医療費は保険免責制にして、すべて患者負担にすることを主張している人たちもいます。また混合診療といって、保険診療と自費診療を組み合わせ、お金のある人には良い医療を提供できるようにすべきと考えている人もいます。しかし、これでは医療の平等性を確保することは非常に困難になります。

わが国の憲法第25条では「すべて国民は、健康で文化的な最低限の生活を営む権利を有する」として「健康で文化的な生活」を送ることを、国民の権利としています。

私たちは、何も、国民医療費をアメリカ並みにすることを主張しているわけではありません。せめてもう少し国力に見合った国民医療費にして医療提供体制を充実することが、日本の経済成長に貢献してこられた皆様方や、現在、健康に不安を抱えている人たち、そしてその家族の皆様方が安心して暮らせる道だと考えています。

日本は、今、医療崩壊の危機に立たされています。また、地域の衰退などによって、国民の皆様が十分な医療を受けることが出来なくなりつつあります。さらには、所得による格差や地域による格差が広がり、最初に申し上げましたように、いつでも、どこでも、だれもが、医療を平等に受けられるという国民皆保険制度の根幹が揺らぎ始めています。

これらの問題に対し、残念ながら、国は、きちんとした対応をとってきませんでした。そればかりかここ十数年は、ひたすら医療費抑制策などで、社会保障政策を後退させています。その結果、大きな歪みが生じたのです。

わたしたち日本医師会は、国民の皆様の生命と健康を守る立場から、皆様と同じ視線で、国に対する積極的な提言をするだけでなく、私たちに出来る課題にはすぐに取り組んでいきたいと考えております。どうぞ皆様方からもご意見をお寄せいただけますと幸いです。

質 疑 応 答

司会・飯野奈津子企画委員（NHK） まず、医療保険の現状についてお話をありました。第一の最も大きな原因は医療費抑制策であるということで、医療費をふやせ、医師の絶対数をふやせというお話をあつたと思います。そうしたことを国民にどう理解してもらうのかということでの医師会の役割が非常に大きいと思いますし、財源をどう確保するのかと

いう問題もあります。また医療費を増やしたときにはどう使うのか、どう配分するのかということも、非常に重要な問題だと思うのですが、唐沢会長はどのようにお考えなのでしょうか？

唐澤 地域医療、特に人口が少ない地域の医療に、明らかにゆがみが生じてきていると思います。都市部、人口が多い地域は、医師もおり看護師さんもいますが、医師も看護師もおらず、工夫のしようがないという地域も多いと思います。また、私も各地域を回りますと、やはり中高年、特に高齢者の方々が窓口で払う自己負担分が非常に多くなってきており、医療を受けたくても受けられないことが分かります。つまり医療に対するアクセスが悪くなっているということです。

最近、医療費が伸びなくなっていますが、これは医療機関が少なくなったこともあるかもしれません、医療を受けたくても受けられないとの影響もあると思います。それから、患者さん側から必ずしも高い薬剤ではなくて、ジェネリックを使ってほしいという希望が出てるところもあります。医療の現場には幾つもの課題があります。したがいまして、国の予算や財政を考えると同時に、医療の現場でどのようにしたら医療費節減のための工夫ができるかを考えることも大事だと思います。

公的負担分の増加も必要ですけれども、保険料負担分（被保険者負担分、事業者負担分など）をもう一度見直して平等化する。医療そのものが普遍平等であれば、国民の負担も普遍平等に近づけなくてはいけないのではないかと私は考えています。

飯野 地方の医師不足の問題についていって、医師会では、例えば臨床研修を終わった後に、地方への医師の勤務義務づけなどの提案が委員会のほうからあつたと思うのですが、そうした具体策については医師会としてはどういうふうにお考えですか？

唐澤 義務付けということは別に、地方に行ってくれるのならば高度医療や産科、小児科医療などを担ってくれる医師が行ってくれると助かります。もう一つは、非常に広い範囲をカバーできる能力を持った医師が行かなくてはいけない、と思います。医師が2人～3人ぐらいれば、非常に広範囲な医療をカバーできるでしょうし、そういう体制が求められています。

いま、専門医療が非常に発達していますので、10科目の専門医療があるとすれば、10人の医師が必要ですが、2～3科をそれぞれが協力し合って1人の医師でカバーできる医療体制であれば、5人ぐらいで10科を提供できる体制は作り上げられ

ると思います。そういう工夫もまだされていないし、それを先導する医師も少ないので。

したがって、産業界でもやっておりますように、非常に細分化してきている時代に、逆に構造化する方向性を地域医療の中で打ち出していかなくてはいけないだろうと考えておりますので、それにまず手をつけることが必要です。専門医療を担った人は、一人で厳しい医療現場を引き受けなくてはならない。それをサポートするシステムがまだないのです。先ほど申し上げました産科の事件も、優秀で能力のある先生がお一人で続けておられた。あの先生が医療現場にいなくなると、その病院の産科医療はもう提供できなくなってしまうという状況です。

ですから、国あるいは地方自治体、大学、医師会などで必要な医療に対するサポートシステムをつくり上げることが大切だと思います。それを各医療担当者にわかつてもらうことも大切ですから、医学生の募集定員を増やすことも重要ですが、医療現場の工夫を重ねていくことも必要であると、私は考えております。

飯野 医師の地方への派遣の義務化ということについてはどうですか？

唐澤 義務化というより制度の問題ですね。若手の医師に、自分の人生設計をかけた方向性が生かされる制度をつくり上げることが大事だと思います。そして、そういう医療に取り組む人をきちんと評価できるシステムをつくることです。

飯野 今後の医療提供体制の中で、来年4月から高齢者医療制度もできるのですが、その中の開業医の役割が非常に重視されています。地域の開業医が地域の患者を第一義的に診て、かかりつけ医としてかかりわりながら、病院へ患者が行く、外来の負担も減らしていくというのが国の方針で、患者としてはかかりつけの開業医の方にかかる、それから専門病院という道をつくりたいという方向が示されています。こういう方向についてどのようにお考えですか？それから開業医の24時間往診もして、地域の患者を支えるということを求められていることについては、医師会としてはどう考えているですか？

唐澤 私も今の場所で医院を始めたときに、保健所に届けを出しに行ったら、係官に、「先生、しっかり休みなくお願いします」と言われた。各地域でやっている先生方が、その地域の皆様に24時間必要な医療を提供するという基本的な立場は、もともとあるべきなのです。

ですから、昔は、有床診療所は「入院応需」、診療所は「往診応需」と書かれており、診療時間があつても、「急患の場合はこの限りにあらず」と、必ず記載してありました。そして、玄関先に赤い電気を灯して、地域の皆さんのために役立つという意思表示をしてあったものです。私はもう一度そういう姿勢で考え直すべきだと思います。

それから、病院勤務医の先生方の過重労働についてですが、地域の診療所の先生方と同様に、病院の先生方も実はたくさんの入院患者さんの主治医であり、たくさんの患者さんを診ておられ、実はほとんど24時間対応しているわけです。これと外来の医療が合わさって過重労働が倍加していると思います。一方、看護師さんたちは3交代制ですので重労働ではありますが、少なくとも勤務はスムーズに流れている。

ですから、医師が増えれば交代勤務制がもう少しスムーズにいくのではないかと思います。そういう意味で、「主治医とは何か」、「担当医とは何か」、「かかりつけの医師とは何か」ということを、きっちり考えてみなくてはいけないと思います。

そこで、私の個人的な考えでは、診療所医師は、少なくともその地域でワンジェネレーション(25年間)の半分、10年～12年間程度は、その地域にあって、あらゆるライフステージの人を診察できる、という流れがなくては、地域の「かかりつけの医師」たる資格はないと思っております。

その間に、生まれたお子さんは10年以上もたてば中学に上がり、中学の人は社会人になり、社会人になった人は中高年になっていく、中高年の方は老後に入っていく。そのように、地域の方々のライフステージとかかわって医療を提供することで、住民や患者さんに信頼され、認めてもらってこそ、「かかりつけの医師」だと言えると思います。耳鼻科であっても、眼科であっても、あるいは内科的な医療であっても、さまざまな専門分科でも同じです。

そういう流れの中で、在宅医療、終末期医療、看取り医療、というものを提供できるだろう、と。その地域に長年暮らしていなくて、家族を知らない、在宅医療も看取り医療もありません。少なくとも、地域の人々と本当のかかわりを持った中で在宅医療、看取り医療を進めることができます。臨終に際し、死と闘う人に対して、医師が本当に人生を共有するという立場で看取ることです。家族とともに看取ることです。そこまでの地域医療をつくり上げていく必要がある。

毎年100万人以上という方々を看取らなくてはいけない時代になりました。そして、近年の傾向で推移すれが、毎年生まれる子どもさんたちは100万人未満という状況に近づきつつあります。そのとき

に医療がどうあるべきかを、私たちも真剣に考えますし、皆さんからも教えていただきたいと思います。そういう姿勢で臨まないと地域医療はできません。

私は、地域を一つの病棟として考えていますが、今は階層的な医療が行われています。かかりつけの医師と患者さんの間、かかりつけの医師と民間病院、それから基幹病院、あるいは特定機能病院という階層的な医療ではなくて、フラットな地域医療体制をつくりあげ、地域を病棟として考える。その病棟が、身近なきめの細かい医療から高度な先進医療まで提供できるシステムをつくり上げる。すべての段階でかかりつけの医師が患者さんの傍らについていくというあり方が、将来の、最も理想的な姿だろうと考えております。

飯野 会長のお話はよくわかりますが、一部には、例えば勤務医は本当に過重労働で、それが辛くて、楽をしようと思って開業している医師が一部にはいるかもしれない。そうしたときに、会長がおっしゃるような地域医療に、いわゆる医師(開業医)をきちんと養成をするとか、そのような体制を整えるとかいうために、医師会として何か具体的にやっていこうというお考えはありますか？

唐沢 そういう医師をつくるために必要なのは、やはり教育です。教育と研修以外にはありません。医師が、自らの人生設計の中で、どのような医療を提供していくかという根本的な問題を理解してもらうための研修制度をさらに強化していくということです。一生、地域医療とは何か、医療提供とは何かを考えていく。そういう医師の立場を貫くことができる体制を敷いていきたいと思います。

具体的に何をやるかといえば、いま日本医師会がやっている生涯教育制度を、さらにステップアップして、その評価システムを導入する。自ら向上していく努力目標になるようなものをつくりていければと思います。これは現在検討中で、どういう結論が出てくるかわかりませんが、できるだけそういう方向でいきたいということです。

飯野 来年度で診療報酬改定の議論が本格化していくますが、特に診療所と病院の医療費の配分について、これまで開業医が優遇されてきたのではないかという批判もあるわけですが、医師会としてはこの点、どのように臨まれるお考えですか？

唐澤 開業医が楽をして、勤務医が過重労働になっているという対立パターンを作られがちです。勤務医の過重労働は、外来医療に非常に多くのエネルギーを割いていることから来ていると思います。私が

医者になった当初(1970年頃)は、10万人の住民に対して、病院の先生は40人ぐらいが外来をやっていた。ところが最近では10万人当たり大体120人ぐらいにまで増えているという推計があります。つまり昔に比べると、3~4倍ぐらいの勤務医が外来医療にあたっているということです。病院の外来機能に由来する負担を身近な地域の医療に戻していくことは必要だということです。

医療というものは、患者さんに聴診器を当て、丁寧に話を聞き、的確に診察をし、そして必要なことを穏やかに説明するという、対人的なかかわりの強い分野です。それを地域の診療所がきちんと行えば、病院外来の患者さんも地域に戻ってくると思うのです。それから、医療連携という流れが大事ですし、そういう医療を支えていく診療報酬制度はどうあるべきかということです。医療財源が少ないので、財源の投入が必要です。いま、多くの病院は、現在のままの医療体制の中でDPCという方式を採用しようとしています。DPCは、特定機能病院、すなはち高度な医療とか急性期疾患のような医療に適しているシステムだといわれてますが、療養病床を持っている病院もDPCに参入してきています。いままでは準備病院を含め700くらいだったのが、今後1000を超える、病院の一般病床の60~70%という数になりますと、それで適切なのかどうかをもう一回考え直すべきだと思います。

日本医師会としては、DPCは大学病院など、特定機能病院が主に採用するべきと考えていますから、一般的の診療報酬制度の中で考えるのはあまり好ましくないと思います。

また、DPCそのものについても、病院の機能の中で分かれて考えていく必要があると思っておりますので、医療提供体制を正しい方向に持っていくべきだと思います。

診療所の医師には、診療時間内の活動と診療時間外の活動があります。通常の診療時間内での診療以外にも、多くの診療所の医師は、センター化した小児科医療に参加したり、休日夜間の診療に参加したりしています。あるいは災害医療のための訓練や研修制度に参加したりして、かなり多くの時間を診療時間外にも割いております。さらに地区医師会が行政と組んでやっている乳幼児健診や母子保健事業、それから産業保健事業や学校保健事業など、地域には、もっと力を入れていかなくてはならない事業がたくさんあります。診療時間内の活動以上に、地域に参加する医療活動に、診療所の医師はもっと積極的に参加すべきだと思います。その中には在宅医療もあり、看取り医療もあると思っております。ですから、救急の往診は別にして、一般の往診は診療時間内にはとてもできません。

診療所の医師に対しても、地域医療の方向性を明確にしていくべきだと思っております。それと病院との連携です。病院は、もっと地域の先生を呼んで、医学・医療の生涯研修をやるべきです。そして、病院と連携を持つ中で、外来医療の連携とか紹介機能を果たしていくべきだと考えています。

黒岩祐治（フジテレビ） 医療崩壊に関連して、これまでの日本医師会のあり方、政策決定プロセスに対するあり方をどう総括されるか？日本医師会はやはり開業医の利益擁護集団であり、それがいわゆる厚生族議員と一体化して、そこに有利になるような形の診療報酬体系のあり方とか、いろんなシステムのあり方をつくってきたことによって、患者が置き去りにされてきたのではないかという見方もあります。日本医師会のこれまでの総括をお願いしたい。

唐澤 日本医師会の政策決定過程については、医師会のシンクタンクが、地域医療の現況はどうなっているか、また、その中で、地域の医療現場でどんなことが起こっているかを分析する。それから、地域の人口構成とか疾病の状況、看取り医療とか療養の流れなどもつぶさに観察して予測値をつくり、日本医師会の医療政策をつくっております。

これまで、日本医師会は、そういう形での医療政策を出してきませんでしたが、これからはもっと根本的な医療政策を打ち出していく必要があると考えております。4月にはグランドデザインの「総論」が出て、8月末には「各論」を出します。

日本医師会の会員は、昨年12月時点で病院・診療所の開設者、管理者が大体52%ぐらい、勤務医が48%ぐらいの構成です。そういう中で医療政策を決定していくときに、開業医だけでものを決めていくということは無理だと思います。日本医師会は350名の代議員による代議員会が最高決定機関になっておりますが、その構成を一気に変えるのはなかなか大変だと思います。しかし勤務医の先生方のご意見を取り入れて政策をつくりませんと、地域医療が崩壊することになりますので、懸命になって取り組んでいきたいと思います。

伊藤正治（共同通信OB） 壊滅状態になっている産婦人科や小児科に対して日本医師会として、具体的にどうしようとしているのですか？

唐澤 日本における医師の数は30万人に近づきつつあります。そして、女性の医学生は4割に近づいており、将来的には、その割合で女性医師が増えます。若い女性の医師は、産科や小児科をやりたいと思っておられる方が多いようで、そういう先生方が

ずっと診療に参加できるサポートシステムをつくることが大切だと思います。

女性医師の場合、どうしてもご自身の出産、育児のために現場を離れることがありますので、こういう皆さんのが何とか現場にとどまって、終生医師として活躍できるようなシステムづくりが一番大事で、そのことは勤務医対策と同じ次元の話だと思います。具体的には、日本医師会で女性医師の就業支援事業を始めました。

産婦人科の問題ですが、「婦人科はやるけど産科はやらない」という流れがあるのと、産科でも「経過は診るけれど分娩は取り扱わない」というところ、「分娩も、正常分娩なら大丈夫だが、リスクのある分娩は無理だ」というようなところとか、医療機関によってまちまちです。それをどんな状況でも引き受けられる、「周産期医療」体制をしっかりと作り上げることであり、その取り組みについて提言しております。

開業の小児科の先生は本当によく働いています。大体、朝から午後、そして夕方からまた診療を開始して、夜の8時～9時ごろまでやっている先生が多いのです。それから、早目に終えた場合でも、近くの病院の中の小児センターにお勤めになったり、休日、土・日あるいは夜間診療のところへ出向いて小児医療をやっておられますので、地域の小児科医は非常によく頑張っています。ただ、数が少ないですね。地域の小児科医の数が少ないと大きな問題だと思います。こういう取り組みに参加してくださる先生の数を増やさないとダメだと思います。私も、小児医療は大好きですし、小児医療は実にいい分野です。産科医療は私の専門ではないので詳しくありませんが、そういう分野に参加したいという意欲ある先生はたくさんいます。

渡邊康弘（フジテレビ） 先ほどジェネリック医薬品のお話が出ました。政府の国民医療費の削減策かなと思うのですが、「骨太の方針」でジェネリック医薬品の数的な普及率を15%から5年間で30%に引き上げるという政策が出ていました。医師会としては、こういったジェネリック医薬品の普及を高くしようという政策に対しては、どのように評価されているのか？また、ジェネリック医薬品のシェアアップがなかなかうまくいっていないということで、処方せんの書き方を変えるような改革をしましたが、それもうまくいっていないような状況で、今後、その普及率を上げる施策でもあるのですか？

唐澤 薬剤の投与については「院内処方」と「院外処方」があるのはご存じだと思います。院外処方の場合には、薬局へ持っていく処方せんの中に、薬剤を変更してもよろしいかという欄がありますので、発行

した医師が「よろしい」ところへ丸をつけます。ジェネリックに変更するかどうかは薬局の裁量に任されますので、そういう点ではうまくいっていると思います。私自身もジェネリック薬を飲んでいますが、私が服用しているものは効果の点ではほとんど変わらないと思います。

薬は、製薬会社が医療機関に直接渡すのではなくて、実際に渡すのは問屋さんです。その薬が、ある時は入荷したが、次に依頼した時には、いまそれは在庫がありませんという供給事態が生じることは困るのです。途切れることなく供給されること、それから、何年も継続して供給できる体制でなければ、患者さんに迷惑がかかります。その薬が大変気に入った患者さんがおられて、在庫がなくなったのである薬は出せません、と説明するときに、医療機関は大変苦労いたします。これは前の薬と同じ効力ですと説明しても、そういうことをなかなか納得されない場合だってあるわけです。そういう問題をクリアし、社会的なコンセンサスを得る流れになれば、ジェネリックは強制的に行わなくとも進むと思います。

大林尚（日本経済新聞）財源論についてお尋ねします。さっきのご説明だと、OECDの平均並みを目指すには、総医療費ベースで1割ぐらいは拡大させなければいけないという趣旨だったと思います。これから高齢化も進むし、さらに医療技術の革新も進むわけで、医療費が伸びていくのは避けられないというのは私も一緒なのですが、そうすると、財源をどこから調達するかということですね。それで、端的にお伺いしたいのは、消費税の問題についてこれから医師会としてどういうスタンスを述べていかれるのか？つまり患者の自己負担も3割になって、現役は3割、高齢者は2割で、限界だと思いま。保険料もずっと上がってきて限界に来ている。そうすると、あとは国費ということになって税財源問題が出てくるわけです。

今回の選挙では民主党が圧勝したわけですが、民主党の政策というのは、当面は消費税を上げないとということを公言しているわけで、しかも消費税は年金財源ということをいっているわけです。自民党の方も、津島会長が消費税の問題は当面棚上げだという趣旨の発言をされている。

いろいろ比較に出されているヨーロッパは、押しなべて消費税が高いわけで、二けたのところがほとんどなわけです。そういう意味では、日本は非常に税負担が低い中で医療をやっているわけですけれども、消費税の問題は避けられないと思うのですが、そういう政治状況の中で、医師会としてこの問題にどう臨んでいかれるのかをお尋ねしたいと思います。

唐澤 医療財源と消費税についてどう思っているかということだと思います。医療財源については、日本医師会は消費税を考える前にやることが幾つもあるのではないかということをお話ししております。

まず医療保険制度の中で、非常にたくさんの管理費が使われているということ。つまり保険料そのものが疾病の治療とか対策ではなくて、医療保険制度を維持するための管理費として財源が投入されている可能性がある。まず社会保険制度の中の無駄を削減できる部分から手をつけてほしい。

それからもう一つは、決算ベースで「医療費」がどうなっているのかというお話です。毎年国民医療費が伸びて32兆何千億円になったというような話しか伝わってこないのですが、実際は、予算に対する純粋な医療費と、保険者の管理費等に使用されているものの決算がどうなったかということも分かつておりません。もう少し分かるようにして欲しい。実際、特別会計には余剰金が出ているということも伺っており、それが各省庁の中で留保されているということであるならば、一般会計に戻すなりして、国の財政に寄与していただいたらどうか、というようなことを訴えています。

それからもう一つ、医療が普遍平等であるならば、医療保険制度を支える保険料の部分も、ある程度平等化を図っていただきたいということです。それから、後期高齢者医療制度の中で、国は、給付費のうち公費が5割、支援金が4割、残りが保険料としています。それに自己負担となっている。日本医師会は医療費の9割まで公費でやるように、段階的にやつたらどうかと言っています。4割の支援金は大体4.5兆円前後になるのですが、それが一般保険の中で大きな負担になってくるでしょうから、一般医療保険は保険料だけで運営できるシステムは考えられないのか。そして、公費については、高齢者に投入する形にならないのか、ということも併せて提案しております。

つまり、国として、あるいは保険者として、今までのものをもう一度全部見直して無駄がないかどうかを、検討してもらいたい。それをやつたうえで、最終的に消費税という論議が出てくるべきだと思います。恐らく政党は選挙のことを考えて、言い出しつくいでしょう。これほど社会保障制度が行き詰まっているのに、消費税を上げるということを言いません。西欧諸国は20%前後です。そこまで引き上げないにしても、恐らく国民の消費能力や経済にブレーキがかかるというようなことで言い出せないのか、得票数が減ってしまうからか分かりません。そうなると日本医師会が消費税のことを言わなければならぬ時期が来るかもしれません。

文責：編集部

日本記者クラブ 講演資料

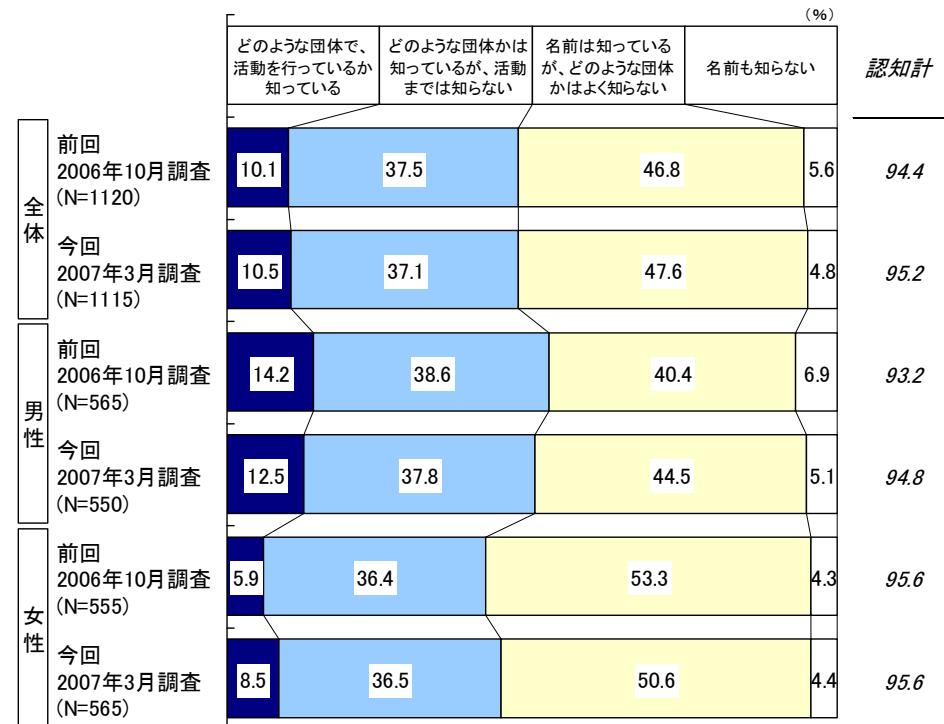
2007年8月24日

日本医師会長・唐澤祥人

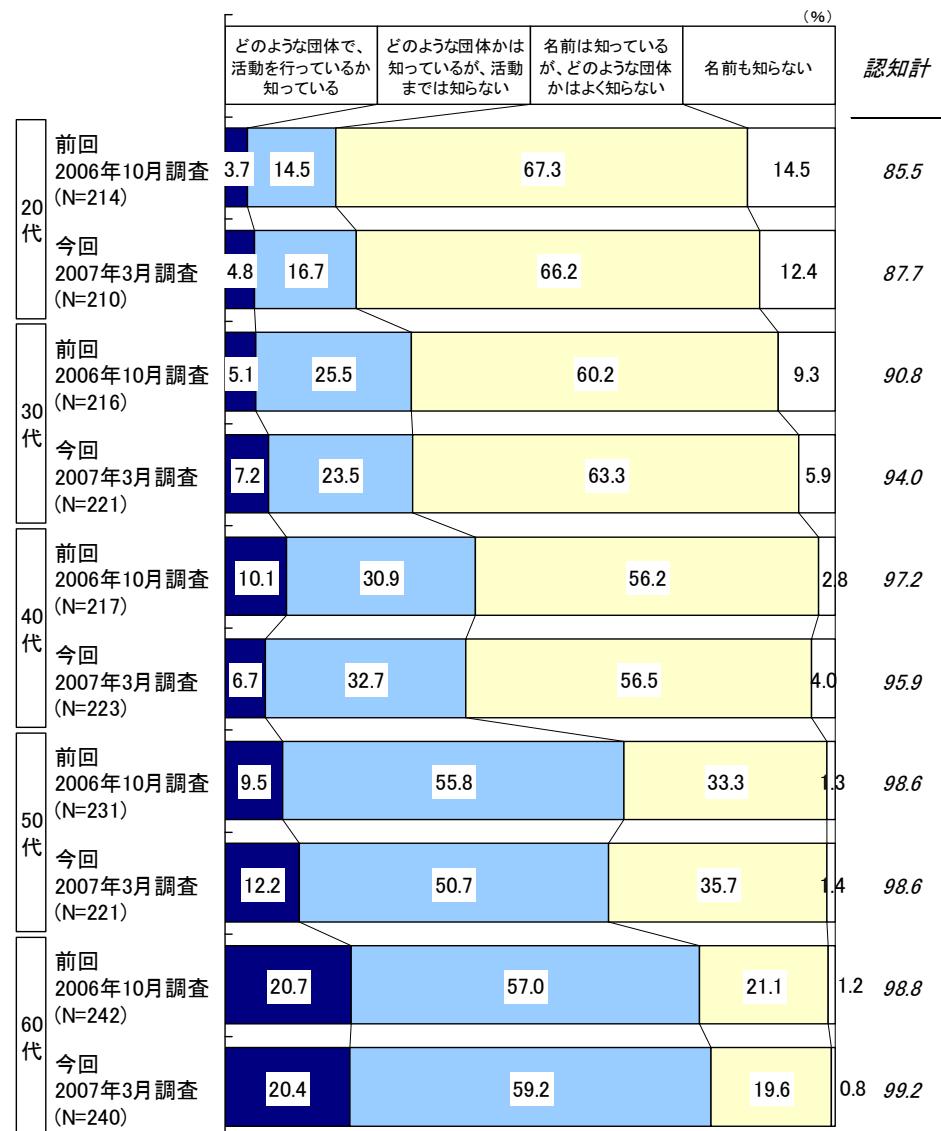
資料①

日本医師会認知状況

Q2. あなたは「日本医師会」という団体をご存知ですか。(SA)

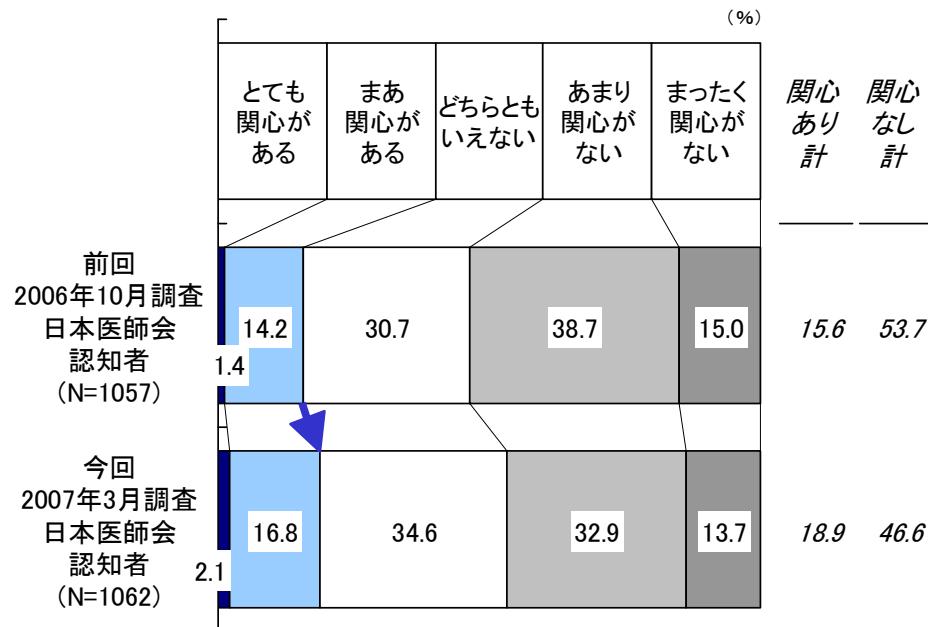


- ・男性の方が女性よりも認知度が高いが、その差は大きくはない。
- ・年齢が高くなるほど認知度が高くなる。

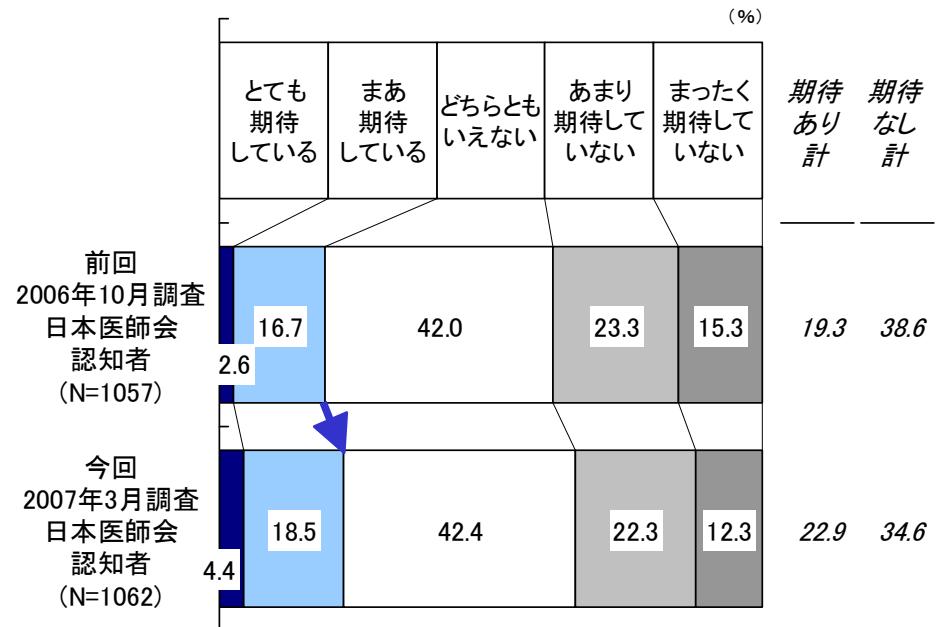


資料② 日本医師会への関心度／期待度／役立ち度／信頼度

Q4. あなたは「日本医師会」やその活動に関心がありますか。(SA)



Q5. あなたは「日本医師会」に期待していますか。(SA)



- 前回に比べ、「関心あり」は3.3Pアップ、「関心なし」は7.1Pダウンしている。
- が、「まったく関心がない」「あまり関心がない」を合わせた46.6%が、「とても関心がある」「まあ関心がある」を合わせた18.9%を大きく上回っている。
- また、「どちらともいえない」も3割を占める。

- 前回に比べ、「期待あり」は3.6Pアップ。「期待しない」は4.0Pダウンしている。
- が、「どちらともいえない」が4割を占め、最も多い。
- また、「まったく期待していない」「あまり期待していない」を合わせた34.6%が、「とても期待している」「まあ期待している」を合わせた22.9%を上回っている。

日本の医療費はGDP(国内総生産)比では世界で17位になります。このような状況で、健康達成度は世界第1位になっています。

日本は安い医療費で高い水準の医療を提供しており、長い健康寿命に寄与しています。

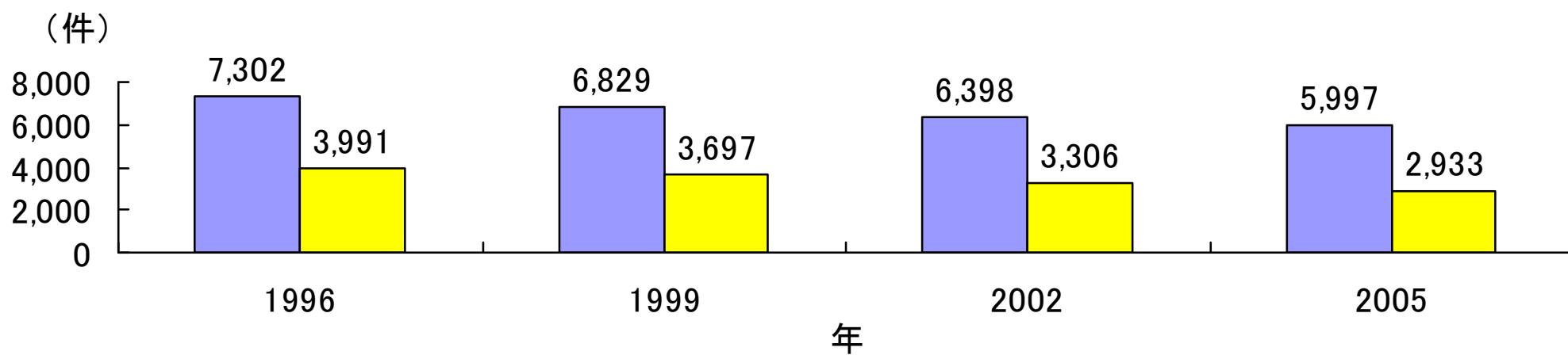
たくさんの医療関係者の不断の努力が、現在の日本の医療制度を支えています。

すごいね。
医療費は安いのに、健康達成度は
世界で**No.1**なんだ。

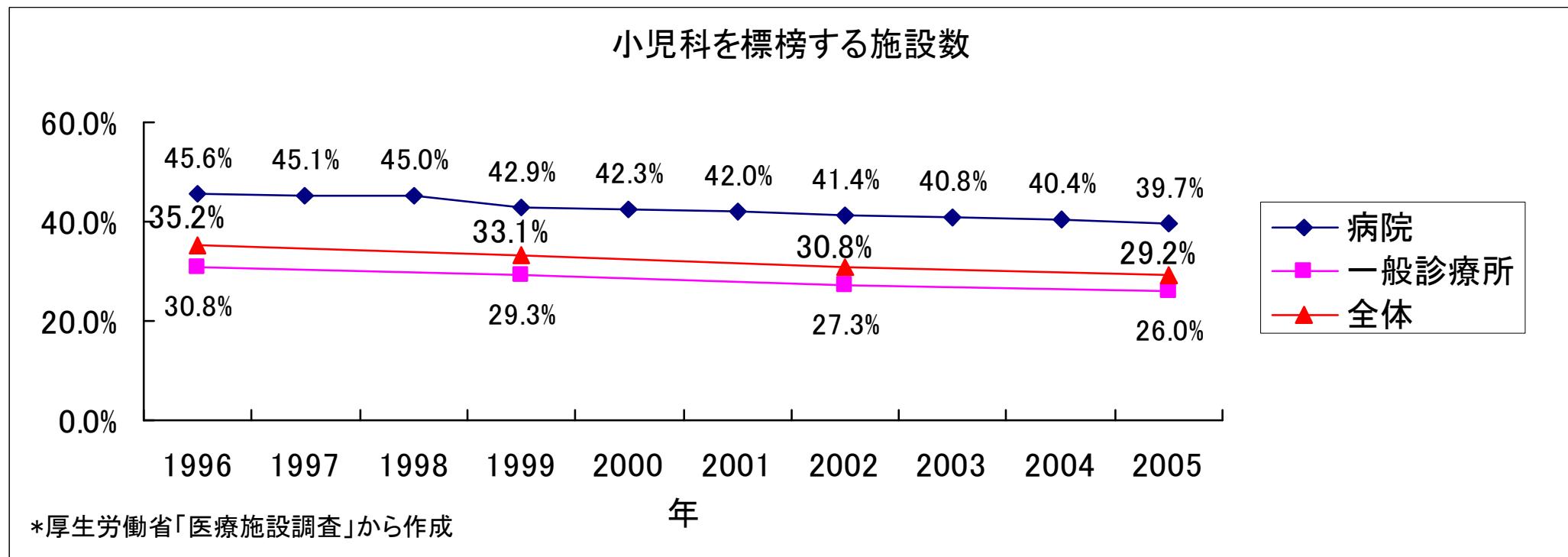


産科・産婦人科と分娩を実施した施設

■ 産婦人科、産科を標ぼうする施設数 □ 分娩を実施した施設数

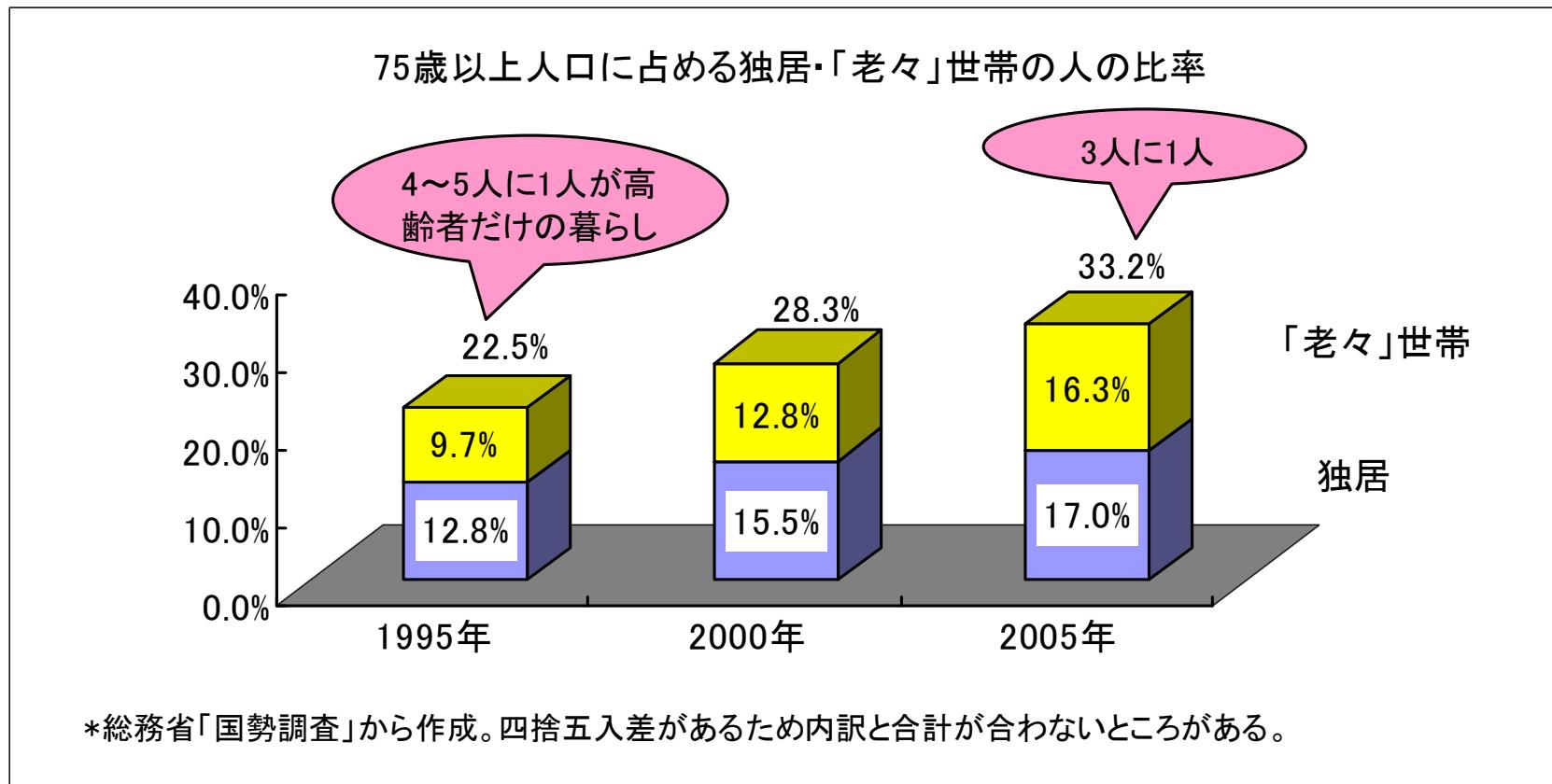


*厚生労働省「平成17年 医療施設(静態・動態)調査」から作成



「孤独死」の不安のない社会

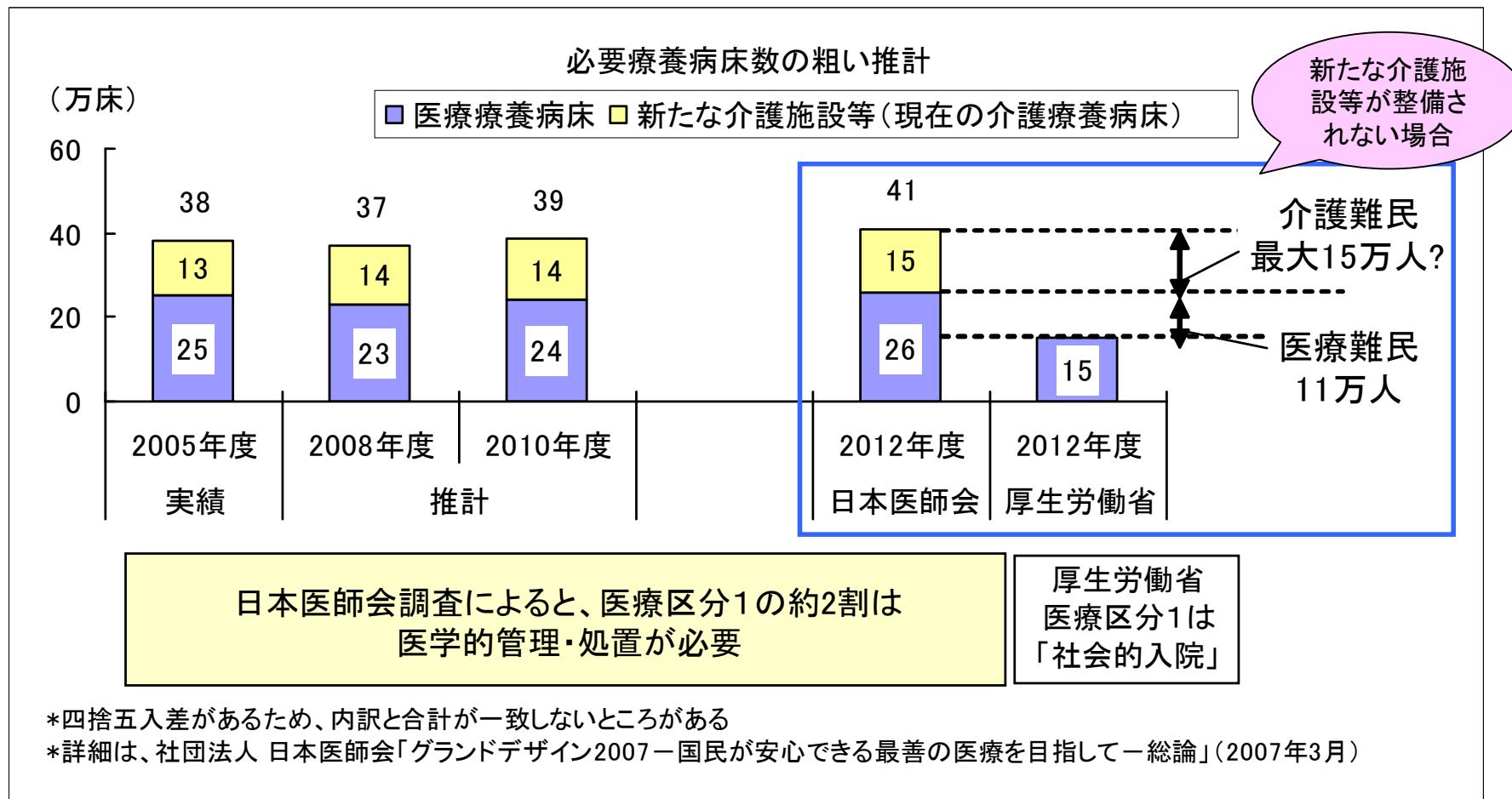
厚生労働省は「高齢者は在宅へ」という方針である。しかし、高齢者の世帯実態の変容にも留意しなければならない。



孤独死をとりあげた新聞報道(日経、朝日、毎日、読売、産経)

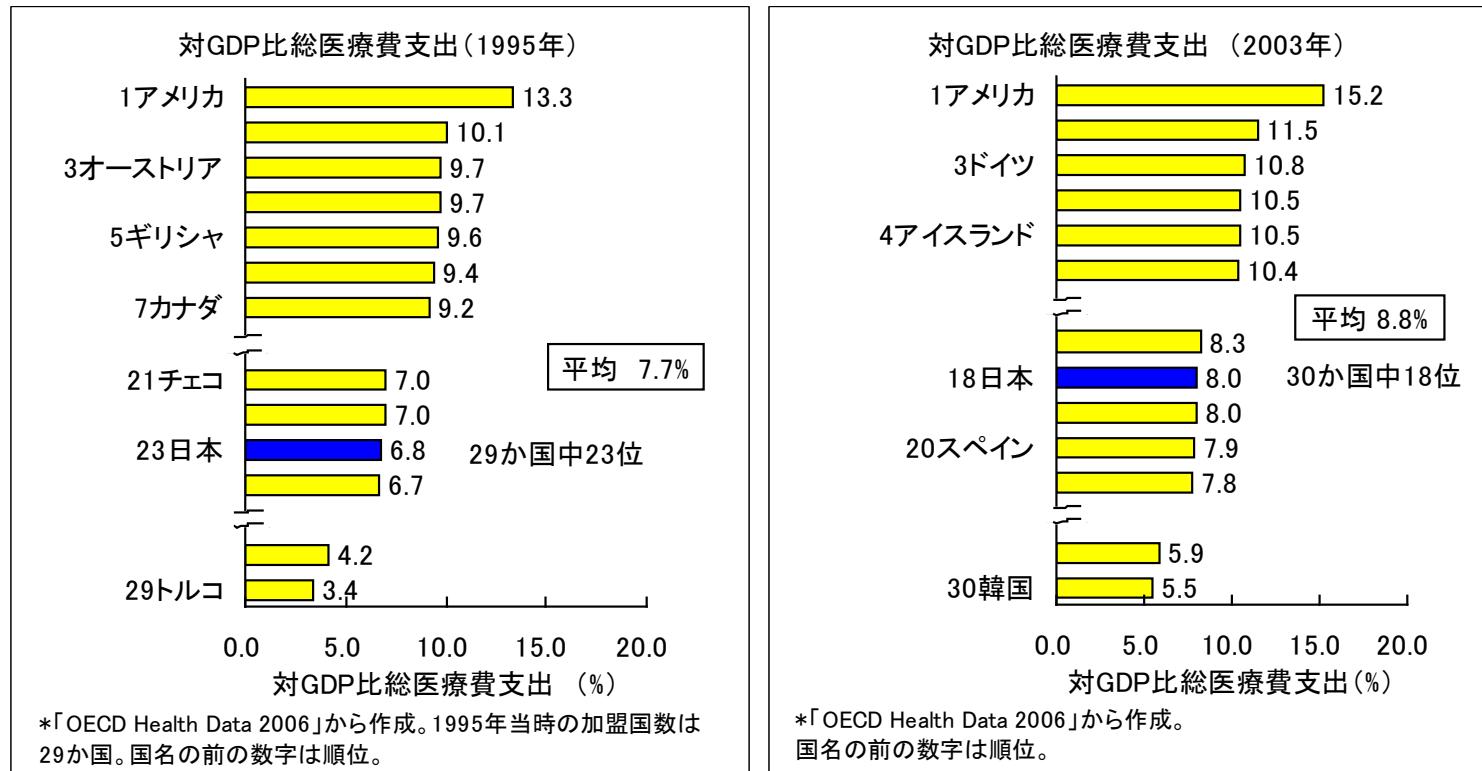
2003年 98件 2004年215件 2005年234件 2006年253件

厚生労働省は、2012年度に医療療養病床を15万床にする方針である。しかし、患者実態を踏まえると、2012年度には医療療養病床は26万床必要である。医療難民、介護難民を出さないためにも、療養病床のあり方の見直しが不可欠である。



日本の2003年の対GDP比総医療費支出は、8.0%で30か国中18位。
OECD加盟国平均の8.8%にするためには、総医療費支出を約10%引き上げる必要がある(GDPが一定の場合)。

総医療費支出=国民医療費+介護サービス費+予防・公衆衛生の費用+管理コスト等



*「OECD Health Data 2006」から作成。1995年当時の加盟国数は29か国。国名の前の数字は順位。

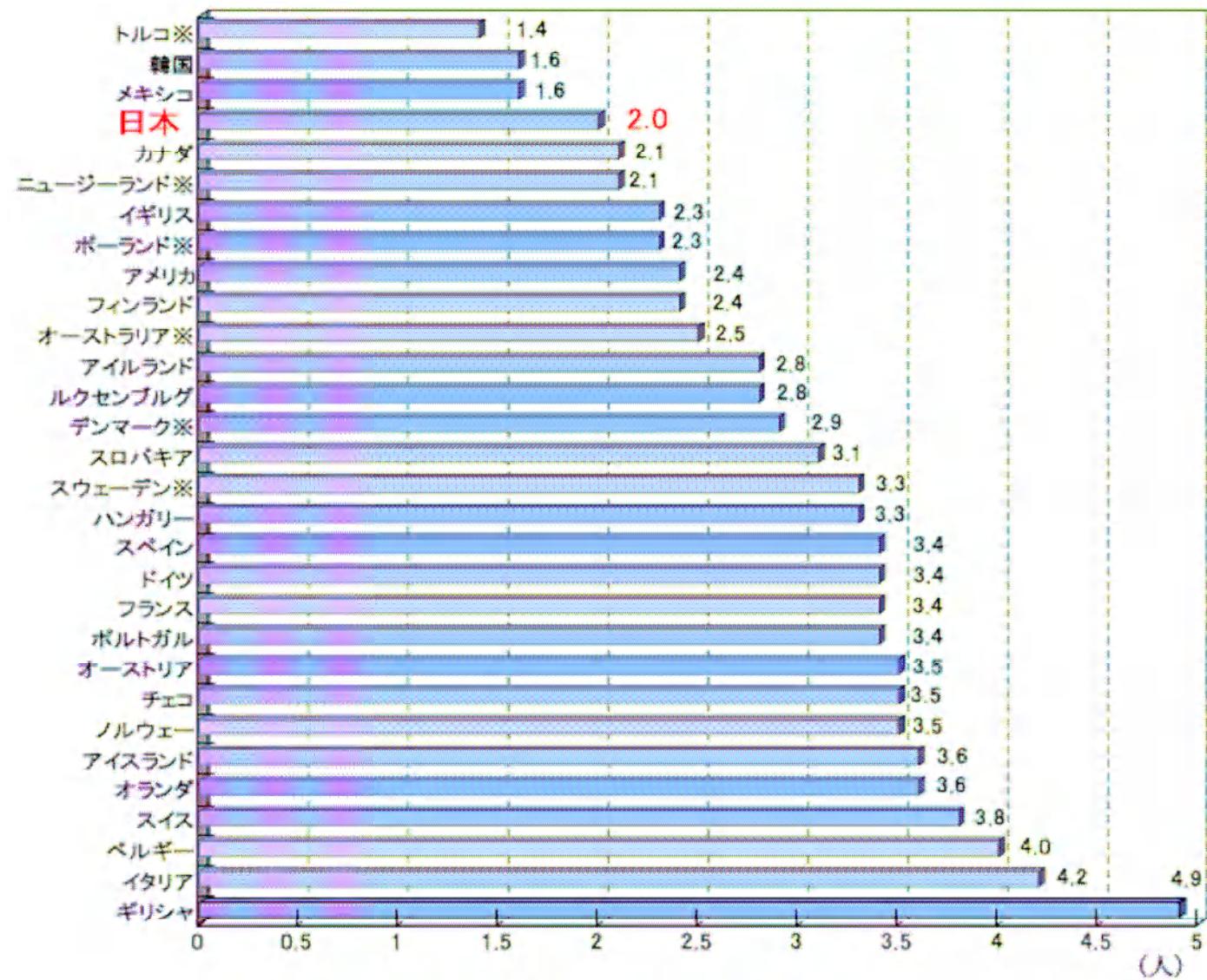
*「OECD Health Data 2006」から作成。
国名の前の数字は順位。

	1998年	1999年	2000年	2001年	2002年	2003年	2004年	2005年	(%)
日本	7.2	7.4	7.6	7.8	7.9	8.0	-		
イギリス	6.9	7.1	7.3	7.5	7.7	7.8	8.1	8.4	

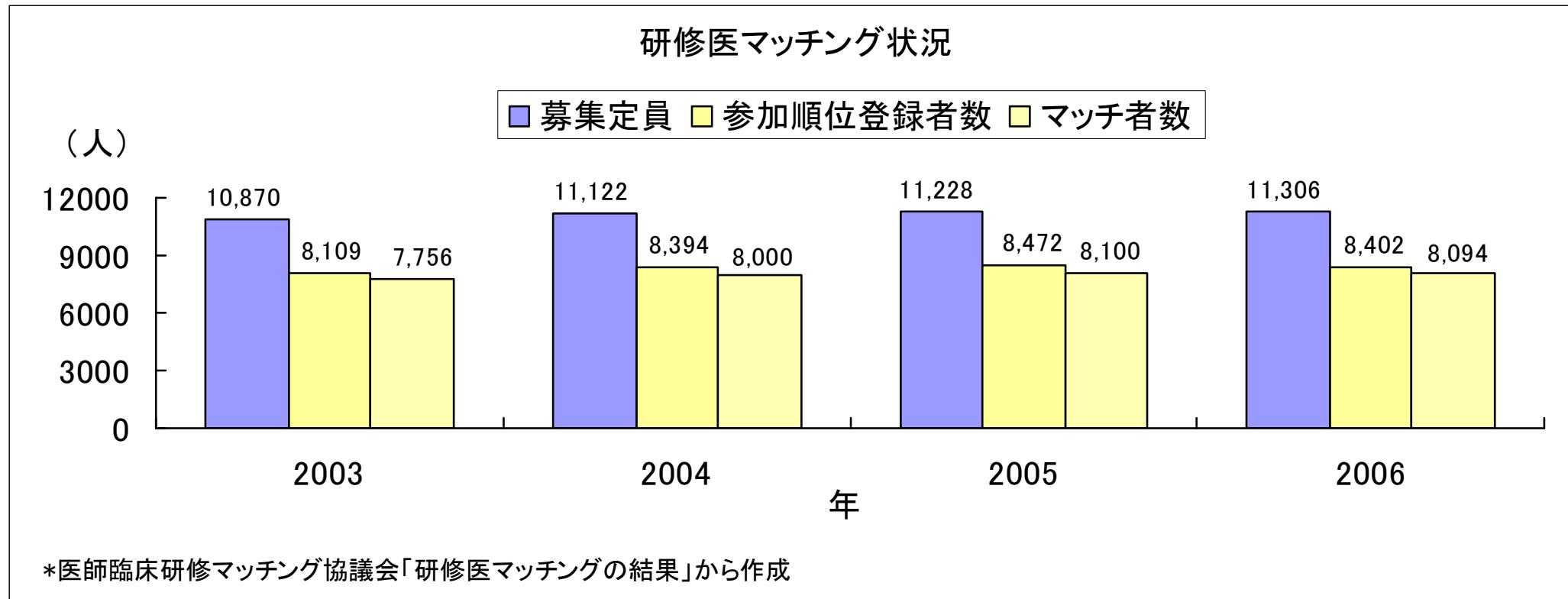
*「OECD Health Data 2006」から作成

イギリスは最新データでは
日本を追い抜く勢い

人口1,000人当たり医師数の国際比較(2004年)



OECD Health Data 2006 から作成 (※は 2002 年)



厳しい抑制がはじまる前の2001年度を起点とすると…

2001年度に予測された自然増と、2011年度の抑制後との差は2.2兆円に開く。つまり1.1兆円は行き過ぎであり、今後は最低限、自然増の線に戻すべきである。

