

平成 22 年 3 月 31 日

福岡県医師会
会長 横 倉 義 武 殿

勤務医部会委員会
委員長 津 田 泰 夫



答 申

勤務医部会委員会では、貴職からの諮問「医師の団結と医師会のエンパワーマント」について、鋭意検討してまいりました。

この度、委員会の見解を別紙のとおり取りまとめましたので答申いたします。

勤務医部会委員会

委員長	津	田	泰	夫
委員	石	東	隆	男
	有	馬		透
	竹	中	賢	治
	大	塚		毅
	山	本	英	彦
	中	山	真	一
	松	山	公	士
	小	野	典	之
	原		寿	郎
	永	田	見	生
	中	山	樹	一
	鈴	木	秀	明
	安	井	久	喬
	池	田	俊	彦
	家	守	千	鶴
	山	岡	春	夫
	上	野	道	雄

(1) はじめに

昭和20年の敗戦時に日本医師会は会館施設や資料、多くの有能な人材を失いましたが昭和21年、稲田龍吉会長から中山寿彦会長へ交替し再生の道を歩き始めました。ちなみにこの稲田先生は九州大学第一内科初代教授であり大正7年まで在職です。占領下ですから組織そのもののありように米軍の意向が働き、医師会は本来の使命である学術専門団体としての機能を保つために特殊法人化を求めたが社団法人とされ、さらに、組織再建にあたり日本医師会執行部の多くの方々が公職追放となった歴史があります。

国家経済の問題点、変遷する医療制度、少子高齢化社会への対応、法人制度改革、今般の政権政党の交替など医師会という組織が今再び大きな変革を求められております。

平成20年度、21年度福岡県医師会勤務医委員会に対して横倉義武会長から「医師の団結と医師会のエンパワーメント」という諮問を頂戴しました。これに関係した議論を進めてきましたがその議論を大きく集約すると「勤務医にとって医師会とは何か」を追求することこそがエンパワーメントにつながるものでありゴールは「日本医師会とは何か」、あるいは「いかにあるべきか」ということになるという認識です。この観点から県医発行の「勤務医のつどい」において、まずは身近な「郡市医師会に何を望むか」という同じテーマを、異例ながら平成20年、21年と2年続けて、取り上げました。次のテーマは、「では日本医師会に何を望むか」というテーマでこの期の委員会の任務を締めくくりたいと考えております。

(2) 勤務医の現状について

平成18年度の医籍登録数によりますと医師数は27万8000人で男性23万人、女性4万8000人。医療機関で働く医師は26万3000人で医療機関以外や介護施設で働く医師は1万1千人。行政機関・産業医・保健衛生業務に従事する医師が3300人とのことです。病院勤務は12万3000人、大学等医育機関は4万4000人、診療所開設もしくは診療所勤務者が9万5000人です。一方、平成20年末現在での日本医師会会員数は総数165,360人、A1会員が84,788人、A2, B, C会員といった勤務医は80,572人です。

10年前と比較するために、日医総研のデータによれば1996年から2006年までの10年間で病院の医師は20,000人増え、診療所医師は13,000人増えています。また医育機関の医師は3,500人増え、これ以外の一般病院医師は18,000人増加しています。一方、診療所の勤務医が8,500人(1996年に比べ54%増加)増加しておりますが診療所開設者数の増加率は7%であり、診療所で働く医師が増えていることを表わしております。すなわち、勤務医は病院、診療所を問わず増加しております。さらに女性医師が増えていること、そして、勤務医のなかで医師会会員となっているのは極めて少ないという変わらぬ現実があります。

以前には大部分の医師が大学卒業、医局入局、専門分野の研鑽、市中病院勤務。そして開業という大きな道筋がありましたが医師入学定員数の増加（この40年間で入学定員倍増）、卒後研修制度の変化、そして何よりも「いつでも、どこでも、だれでも」という国民皆保険制度が良くも悪くも医師のライフスタイルを一変したと考えられます。その昔、昭和32年から25年間にわたって日本医師会会長を務められた武見太郎会長が、皆保険制度はすばらしいが医師も国民も駄目にするかも知れない、とおっしゃったそうで蓋し名言です。平等という名の不平等を生じてきたのではないかということです。

更に昭和60年から現在まで5年毎、5次にわたる地域医療計画策定にて医療提供体制の見直しという言葉で病院機能の見直し、つまり評価と選別が進められ現在の勤務医の移動がおこってきたと考えられます。

箇条書きにすれば診療部門では、1) 在院日数短縮誘導による診療密度の上昇、2) インフォームドコンセント、医療安全対策への配慮などにより従来より時間のかかる診療、3) 診療記録以外の作成文書のすさまじい増加、4) 深夜であってもいつでも病院を受診できるという国民の意識変化、5) 個別の医療技術の進展の速さと複雑さ、7) 専門医療の浸透による診療科の細分化など、といったことが起こってきたのです。いずれの要因も医療を担うにあたって避けられない事ですが仕事量の増加に対応する医師や看護師等の増員、また予想された医療費の増加などへの対策を適切に取ってこなかったためと思われます。勤務労働環境の問題、収入の問題など、そのほかにも社会との関わりにおいて多くの問題が噴出してきました。

医師は従来から「己れの判断で行動出来る」自由業的な雰囲気があったと思われませんが、一方で、一般社会とは違い、多くの医師には交代制勤務というのがないために主治医制という名のもとに長時間の拘束を強いられ長時間労働、過重労働を労働局から指摘される始末です。これに過去十年間の公的病院の救急医療への積極的取り組みもあり、医師の責任と重荷に拍車が掛かっています。常に立ち向って行かねばならないこの拘束感は医者にしか判らないかもしれませんが考えてみますとこのような状態が個人レベルではそんなに長期間継続して出来るわけではないので、結果として、数年間で職場を次々異動する、負担の少ないところへ進む、あるいは若い時はそんなもんだと医師の個人的負担による職業意識として先輩から後輩へ引き継ぎ教育されてきたもののように思えます。最近では医師は未組織労働者かどうかという認識が出てきておりユニオンといったものもあるようですが従来はこのような労働条件は当然のこととして容認されお互いにカバーするといった方法などである一定期間で順送りされてきたものですが病院医療への集中化が起こり多くの問題が噴き出てきてしまったものです。加えて医療事故、訴訟の増加にて勤務医の負担がさらに生じて、そのような現場を避けるようになったのも事実であり、彼らばかりを責められません。いずれにせよ病院へ医療機能が集中し、医師が耐えられず病院を去り、そのことがまた仲間の負担を増やすという悪循環に陥っております。地域医療に人材派遣という形で責任を持って来た

大学医局の機能が弱体化され、これに診療科の特性と地域の特性が加わり更に偏在化してしまいました。

(3) 医師の団結に勤務医が積極的参加するために

いつも比較されますのが全員加入の弁護士会です。

日本医学会が日本医師会の一部であるといっても学問的レベルの団結については医学会に所属する各種学会がその任を努めておりこのことにおいて日本医師会の果たす約割は単に組織上、事務上の問題かと存じます。しかし、最近各地の県医師会レベルで診療科や勤務医開業医を超えたレベルでの県医学会というものができております。福岡県におきましても平成20年度から福岡県医学会が開催されるようになりました。

そのほか、日本医師会が団結を示すといえば経済的側面と医師が寄与する社会貢献（モラルなど）の点でしょうか。経済的側面では大多数を占めるA会員の方々の意見を反映するのがあるいは病院団体／勤務医の意見をも反映するのかが問われております。平成20年診療報酬改訂において勤務医対策と言われる部分があったのですが当の勤務医にはあまり実感はありません。実情にあった議論がありますと日本医師会のきめ細やかさを感じ、団結していく一つの方策となり得ると考えます。勤務医対策、勤務医対策という大変不愉快な言葉が聞かれましたが重要なことは医療費そのものが大変低く抑えられているということを医療界だけでなく国民の共感が得られるように広報することが不十分でした。そうしませんと医師が優遇されているという国民の考えは変わりません。

現在病院勤務医の時間的、物理的余裕が少なくなっておりますが不平不満を言うだけではなくきちんと意見として述べていくことが重要です。すばらしい考えをもっている中堅、若手の勤務医が沢山います。しかし、そのような医師が各医師会の中で役員となって医師会の意見として反映していく必要があります。日本医師会の代議員はもちろん、全国各地の県医師会、郡市医師会の役員構成を見ますと勤務医会員の数からすればその比率はあまりにも低いのです。今まではそれは致し方ないことであるとされてきましたが勤務医の方からも何らかの方法を考えて責任を担っていく必要があります。ただ、第2、第3の医師の団体を作るのがいいことだとは思えませんし、それだけの新しいものを作り上げていく高いエネルギーは一箇所に集中すれば更に効率的です。

医師会入会についてメリット、デメリットといった次元の話ではないという考え方もありますが現状では勤務医にとってメリットは少ないと言わざるを得ません。産業医資格、スポーツ医資格、優生保護法指定医は医師会会員であることが求められます。

また医療事故の際の医師会の対応は大変助かると思いますが今後ますます増えるであろう民事事件のことも考え、現在、各郡市医師会で事故や賠償、調停の任にあたっている担当役員がどんなに大変な負担になるかと予想します

と、ADRが増えるとしても、今のままのやり方で済むとは思えません。しかしながら、後にも示しますが医療事故調査委員会の医師会の当初の対応は全く勤務医の期待に反するものでした。けれども、医師の意見として社会に向かって発言したり、ある場合は自浄活性のために反省していく手段としては医師会というのは大きな意味があります。

では具体的に勤務医の積極的参加を促がす方法は何でしょうか。まずは仲間を増やすために勤務医の医師会加入です。長い間、この問題は語られてきましたが大きな壁はやはり会費です。大きな病院の勤務医の会費は病院が経費負担しているところが多いのも実情であり個々人が支払い可能なレベルまで下げることが必要です。もう一点は勤務医は異動が多いために入退会の窓口となっている各郡市医師会での手続きがそれぞれに必要なであるとされているということです。またそれぞれで会費が違います。手続きと会費の一本化が是非とも必要です。会費を下げるにはどうするか。一般的ではありますがどのような目的に有効に使用されているか更に検討することが必要です。使用目的が適正かどうかという問題と会計処理が数値的に正しくなされているかどうかという二つの問題です。

会費の問題とも関係しますがA会員と同じように勤務医も専門職の業務として経費として認める方策はないのかということです。日本医師会がそのような所得控除の検討や動きをして頂けますと他の何よりも強力な加入促進、団結のインセンティブとなるのは間違いなく、まだまだ多くの勤務医が加入すると思います。ただ、学会費の扱い、専門書購入費などの扱いは医師のみならず他の専門職種との給与所得者も一緒ですから簡単な問題ではないと思いますが教育への投資が先進国の中で30位という貧しい教育行政を改善する方法の一つとして行動していただけないのかと思います。

勤務医には定年というのがあり、どこかで次のステップを考えることになります。その選択はさまざまですが開業するときに勤務医時代に入会しておくのと医師会の入会金の優遇策がある郡市医師会もあるようです。また、業者が行うのではなく医師会が人材バンクとして機能すると双方にとって大きな助けになります。女性医師バンクの位置付けとともに多くの可能性を含んだ部分であると思います。

(4) 社会の変化への対応

「政権政党であるから支持する」という方針は理解できます。一步進んで政権政党だからとその方向を向くのではなく、医師会の政策に合致する方向を向くという立場があって然るべきだと思います。すべての組織が全会一致ということは有り得ないのであって透明なプロセスと議論を踏まえた方向性を示せば医師はそれを容認するだけの知的レベルの集団であると確信しています。

勤務医が減ればますます医療の矛盾が進みます。たとえ医学部入学者定員の数を1.5倍に増やしても当分は現状を変えることは出来ません。独占禁

止法もあり開業の制限は出来ないのですが勤務医であることを続けやすい環境を作ることが第一と考えます。そのためには待遇の面とともに院内に医師を補助する職員を増やすことです。それが思うように進まないのはやはり医療費が抑制されている証拠の一つであると考えます。

医学部卒業生の4割近くが女性となりつつあり男女共同参画ということでは望ましいのですが勤務医の問題と密接に関係していることを指摘しておく必要があります。女性が医師として勤務を続ける割合はおおよそ90%と厚生労働省は予測していたようですが結婚、妊娠、出産、育児と大変な中で仕事を継続したいとしても継続できない事情が出てくるようです。言い尽くされていることですがこの期間が医師としてのキャリアを最も高める期間でもあり、この世代の医師が病院から抜けますと医師不足が顕著になるわけです。必要なのは保育所、幼稚園、学童保育の場所、そしてそこで働く保育士や教師の充実であることは明らかです。そして一旦離れた職場への復帰のための再開システム作りです。その上で女性医師には医師として第一線で仕事をずっと続けていただきたいし、もっと言えば、貴重な税金を使って医師になったのですからその義務があります。数が少ないうちはいいかもしれませんが女性医師がどんどん多くなっている現在、卒後10年もしたら働きやすく、負担の軽い診療所で、少しの時間だけ働くやり方はそれはそれなりに良いことかもしれませんが本当にそれでいいのかなと思います。医療は社会資本とこのところ強く言われますが実は医師そのものが社会資本なのです。率直に言って現状のまま女性医師が増えてきますと今言われている意味での医師不足は本当に深刻な問題になると思います。男女の肉体的違いは認めた上でも女性には是非とも大きな職場でメジャーな診療科でも頑張っただけ欲しいと思いませんし、それが可能な環境を今すぐ作らないと手遅れになります。

(5) 医療安全調査委員会設置法案〔仮称〕大綱案について

厚生労働省は平成17年より医療事故防止、医療安全の観点から医療事故の原因究明を行う第三者機関の設置、そのための法律の制定の準備、検討、推進を行ってきた。マスメディアによる医師不信の煽りの最中の平成6年に、法医学会による医師法21条適用の拡大解釈が出され、さらに広尾病院事件が警察の介入に拍車をかけることになったと思われる。第三者機関の設置（モデル事業）と本大綱案の制定は、何時刑事訴追されるかもしれないという増大する医師の不安、危惧を軽減し、安心して医療に取り組めるようにすることが主目的の一つで始められた。本大綱案は「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止などの在り方に関する試案」（第三次試案、平成20年4月公表）の内容を踏まえ、法律案の大綱化をした場合の現段階のイメージである、として平成20年6月に公表された。

多くの関連学会、団体から出されている本大綱案に対する意見を先ずまとめてみたい。

1. 医療事故調査委員会と警察の関係が不明である。刑事訴訟法上明確にな

るようにするべきである。刑事訴追のルートとして事故調査委員会から警察へのルートだけでなく、医師法 21 条違反による訴追、検察審議会からの訴追、家族の要請による警察の訴追の道が依然として残されている。大綱案第 18 の 2 では警察権が事故調査委員会の調査権限に優先することを明示しており、医療事故死に対する突出した刑事司法の介入を改めるための法案にはなっていない。

2. 第 33 医師法第 21 条の改正で、届け出義務を検索した医師より、病院の管理者あるいは当人が管理者である場合は当人と改正された。しかしこれは実効の無い改正である。改正は「診療行為に起因した死亡は除くものとする」を明記すべきである。あるいは医師法 21 条を廃止すべきである。

3. 第 32 の (4) 医療事故死に該当するかどうかの基準を定め公表すると記載されているが、未だその内容が公表されていない。その内容によっては現在の医師法 21 条に関連した混乱と同様の状況に陥るであろう。

第 32 の (2) で管理者の届け出義務が生じ、届け出すべき事例であったと医療安全調査委員会が判断した場合、届け出義務違反と第 32 の (5), (9) で体制整備命令と処罰を受ける可能性がある。何を、どのような基準で、どの場所に届け出るのかなど、検討が必要である。

4. 「第 25 警察への通知」は故意あるいは標準的な医療から著しく逸脱した医療に起因する死亡、または死産とあるが、真に不分明である。すなわち医療における業務上過失致死傷罪の対象となる範囲が不明確である。これが明確化されない限りいつ刑事訴追されるかの不安が続く。警察への通知の対象から「標準的な医療から著しく逸脱した医療」を除き悪意、故意の殺人やカルテ改ざんなどに限定すべきである。

5. 第 17 の 1 の ①—③、第 30 の ①—③、は憲法 38 条黙秘権の剥奪である。医療安全調査委員会に報告徴求権などの調査権限を与えたが、その違反に刑罰を科した。これは医療者の基本的人権を侵害している。

6. 35. WHO ガイドライン : Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems, 2005 (有害事象の報告および学習の仕組みに関するガイドライン案)。この案は有害事象を報告する際の条件として、non-punitive (懲罰に繋がらないこと)、confidentiality (守秘)、independent (懲罰を行う機関から独立していること)、expert analysis (専門家による分析が行われること) など 7 項目の条件を満たすことが良いと提言したものである。しかし第 3 次試案でも本大綱案でも、原因究明を通じて安全な医療を展開しようという作業と、原因に関する責任を追及する作業とが本質的に異なる作業であるにもかかわらず、これらの両者を行うという枠組みが維持されており、本質的な間違いを犯している。

7. 医療における問題を業務上過失致死で扱うのは果たして適切であろうか。医師を刑事処罰する悪弊の根幹が刑法 211 条第 1 項に定める「業務上過失致死傷罪」の医療への拡大適用であることは明白である。不当であると思われ、法律の改正が必要である。医療の特殊性で、業務内容の持つ本来的リスク、適

正診療の非普遍性と過失認定の困難性、応召義務があり善意の行為であること、刑法の目的との齟齬などを鑑みれば、業務上過失致死傷の適用は不当であるのは自明である。

医療者に対して致命的な打撃を与える業務上過失致死傷罪（刑法 211 条 1 項前段）を現行のまま追認してしまうことは大綱案の致命的欠陥である。行政処分や刑事訴追などを包含した内容は世界常識と正反対の方向性を持つものである。刑法における故意罪と過失罪のあり方や業務上過失致死傷罪などについて広く諸外国の法制度などを参考に検討し、大きく見直すべきである。

8. 医療安全調査委員会設置法案を定める前に、議論すべきことは、現行法の解釈論ではなく、医療にかかわる法律をどうするべきかという法政策論であるにもかかわらず、大綱案は現状の国民意識ないし現行法を、それ自体正当な所与のものとしているに過ぎず、妥当とは言えず、賛同できるものではない。医と法の徹底した対話が必要である。

9. 医学医療の進歩の課程において医師は必ず失敗の課程を踏んでいる。失敗が罪であるならば開発の先駆的医師や経験を積んだ医師の多くは罪人である。臨床の進歩、新技術の開発、技術の修得は必ず罪人を生む構造となる。

10. 本大綱案は第3次試案や第2次試案と根幹は同一であり、第3次試案でパブリックコメントを募集した結果が全く反映されていない。2008、4 医療の安全確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止などの在り方に関する試案「第3次試案」に対してパブリックコメントが募集された。その後2ヶ月の2008、6に医療安全調査委員会設置法案（仮称）大綱案が出されたが、果たしてパブリックコメントを検討する時間があったのであろうか、大いに疑問である。

11. 医療安全調査委員会設置法案は医師法21条の改正を含め、医療界が不安をいだかえて診療している最も大きな要因の一つである医療事故死に対する突出した刑事司法の介入を改めるための法案である。

以上各種団体、各界の意見を纏めて紹介した。本法案は医師法21条の異状死において、医師を直接の刑事訴追の危機から護るために2008年4月に出された「医療の安全の確保に向けた医療事故による死亡の原因究明・再発防止などに関する第3次試案」に基づいて作られたものである。しかし、ごく一部を除き意見のほとんど全ては、大綱案には検討すべき点が多々あり未だ熟成していない、このままの形では「いつ刑事訴追されるかわからないという医師の不安を解消する」という本来の目的とは異なり、本法案によって医療は現在より一層の制限を受け、益々萎縮し、医学医療の進歩発展は大きく妨げられるであろうと総括できると思われる。

何故このように多くの不満、不備が指摘されるのであろうか。その原因は医療者と行政、法曹界、民意（マスメディア）との医療に対する理解と見解の相違であろうと考えられる。医療の特殊性で、業務内容に併存する本来的危険性、適正診療の非普遍性と過失認定の困難性、応召義務があり善意の行為であるこ

と、悪を前提とする刑法の目的とかみ合わないことなどに対する理解が大きく解離していることにある。

医療に於ける問題を業務上過失致死傷罪で扱うのははたして適切であろうか。医師法21条に診療行為に起因する死亡を適用するのは不当ではないか。このような現在の医療界の不安の根源になっている現行法の改正などの根本的問題に徹底した検討を加えずに、上辺だけの法案を作ったが故に、多くの齟齬、問題点が出てきたのである。

医療の原則は信頼、全面委任、刑事免責であり、これが無ければ医療は成立しない。世界的にも医療は良きサマリア人の法として善意に基づく行為であるので、一般の法律では司れない領域として、たとえ結果が悪くとも刑事責任を問わないという暗黙の了解あるいは法的な配慮を受けてきているのである。もしこれが否定されると危険の多い医療は行われず、萎縮医療となり、勇気をもって行われれば救命できるであろう多くの命が失われることになり、国民にとっても計り知れない損失となると思われる。さらに医療を発展させてきた革新的治療、創造的治療は行われなくなり、吾国の医学、医療の発展は著明に妨げられるであろう。

医療安全調査委員会設置法案を定める前に、議論すべきことは、現行法の解釈論ではなく、医療にかかわる法律をどのようにすべきかという法政策論である。大綱案は現状の国民意識と現行法を、それ自体正当な所与のものとしているに過ぎず妥当とはいえない。医師蔑視の社会情勢において作成される本法案によって未来の吾国の医学、医師像、医療像が決定される。法案によっておきる変化を予測、展望し、高所の視点から医と司法と行政の徹底した対話、検討が必要である。

結論として医療安全調査委員会設置の方向性には賛成であるが、大綱案には反対である。

(6) 勤務医にとって医師会とは何か

これが永遠のテーマですがいい加減で終わりにしたいものです。国民の医療福祉を守る見識ある団体として政策提言をやっていくべきと考えます。内なる改革というのは国民性からしてなかなか困難であり厚生労働省主導にて今度ますます勤務医の果たす役割が大きくなるように求められると思います。それがあまりにも速いスピードで起こっているために「これではやっていけない。身が持たない。」と思う若手医師が増えておりそれを受け止める受け皿であった大学医局の機能がなくなっております。おりしも産業界は成長産業であるという一群の業種の中に医療福祉関係を入れ込み始めております。このことは今以上に医師の裁量権がなくなり右往左往する医師が増えるのではないかと予想します。医師は行政官的な考え方を全く教育されておられませんし卒後の経歴からも、ごくごく一部を除いて、素人か赤子の手を捻るようなものでしょう。医療のあるべきグランドデザインを常に考え、提言して行く必要があります、それは必ずしも医師自身がしなくともシンクタンクを強化

すればいいのです。そしてそれにのっかって人材バンクの機能を発揮できるかどうか。これが決め手であると思います。

旧来のいろいろな決定過程においては各地の郡市医師会から県医師会、そして各ブロック医師会単位で上にあげておくという方法が取られて民主的に見えますがこれだけ医療を取り巻く環境が激変しているときに変わらぬやり方がいいのか悪いのか。執行部として方針を示したあとにすべての医師に公示し代表者の選出を直接民主制とすることです。20万人以下の対象者ですから十分可能だと思いますし世代を超えて個々の医師、勤務医の意見が反映されるでしょう。その過程で今は必ずしも国民に良く理解されてない部分が対外広報としての医師会活動として示すことが出来れば望ましいことではないかと考えます。

(7) おわりに

いつぞや厚生労働省の方から講演の中で決して忘れられない正論を伺いました。世界広しといえども医師が自分たちで医療の内容を判断、評価、決定してないのは日本だけであると。日本医師会には今このことが求められています。この目的を行うためには大変なエネルギーが必要であり医師のみで問題が解決できるとは思いません。行政の力も必要ですし今まで以上に医療団体の代表として医師会がきちんと発言、行動して一人一人の医師のみならず広く国民に判りやすく将来の医療や福祉の姿を示していくことが求められます。この姿勢こそが医師会のエンパワーメントにつながるものであると確信しております。