

---

 報 告
 

---

<2006年度愛知県保険医協会勤務医の会総会企画シンポジウム>  
 地域の中核病院から勤務医が大量に辞めるのはなぜ？  
 —勤務医不足問題を考える—

コーディネーター：粥川<sup>かゆかわ</sup>裕平<sup>ゆうへい</sup> シンポジスト：埜田<sup>たおだ</sup>和史<sup>かずし</sup> 松尾<sup>まつお</sup>清一<sup>せいいち</sup> 谷本<sup>たにもと</sup>光音<sup>みつね</sup>

司会：全体としてのコーディネーターは、当会の副代表でもあり、名古屋工業大学安全保健センター長の粥川先生をお願いします。

粥川：愛知県保険医協会は現在8,650名の会員がいて、そのうち勤務医会員は約3,000人です。今年が20周年となる「勤務医の会」総会の記念企画として何を取り上げるか検討を重ねてきました。勤務医の労働条件が厳しくなり、公的病院の部長が過労でうつ病になって自殺され、それが裁判となり病院側が安全配慮義務違反で敗訴といったことがこの1、2年起きていて、勤務医の労働問題を取り挙げようということになりました。それと合わせて医師不足から、市民、患者への医療供給の質や量が保てない実態がどうなっているのか。これまで医師を養成し供給する役割を担ってきた大学病院側の立場から分析をしていただく。さらに、今の医師の偏在を打開する新しい取り組みがないか。埜田先生と松尾先生、それから岡山でそうした取り組みを始められたばかりの谷本先生と出会うことができ、今日のシンポジウムを開催するに至りました。

この間、世間では大変象徴的な出来事が2つ程起きています。1つは、130年続いた国の基幹病院である国府台病院が民間に売り渡されることになった。国が国立病院を市場に開放している。もう1つは、先週の医学会総会で、『どうする日本の医療』というテーマで、医療の崩壊を警告する発言が相次いで出されたこと。今日、米国では保険に加入していない無保険者が4,560万人。医療費を支払えないことによる破産が個人破産原因の第2位になっているという非常に深刻な事態で

す。今、国民皆保険制度が解体されて、そこにビジネスチャンスを求めて手ぐすね引いて待っている金融業界や保険業界がいる。保険医療の危機と病院の危機とが、今同時に起きているそういう状況の中で、勤務医の労働、医師不足の現状の分析、それを打開する医師の研修支援機構という取り組みを3人のシンポジストからお話していただきたいと思っています。それでは早速、埜田先生よろしくお願いいたします。

### 医師労働の現状と課題

滋賀医科大学予防医学講座助教授 埜田和史

埜田：今ご紹介いただいたように、私に与えられたのは医師労働の問題です。医師を労働者として捉えるということは当然と言えば当然ですが、ながらくこれは医学会のタブーでした。そのため医師労働についての調査というもの最近までおこなわれていませんでした。24時間365日患者のために頑張る「赤髭的医師像」や医師法の応召義務規定もあって医師を労働者として捉えることが曖昧になっていたようです。その状況が最近変わってきているということをもっと報告していきたいと思っています。

### 医師の労働環境を巡る2つの大きな変化

平成10年の「医師需給に関する検討会」では平成29年には医師過剰になると報告しています。それが、昨年（平成17年）から始まった検討会の見直しの議論では、毎年新しい医師が出てくるにもかかわらず、深刻な医師不足の実態があるとして、なぜこういう事態となるのかが議論の中心となっ

ています。医師不足問題が徐々に進行してきたわけですが、2つのことが大きく影響していると考えています(図1)。

1つは「国立大学」が無くなったということです。国家公務員は労働基準法の対象からはずれており、残業とか労働時間への認識が極めて乏しい職域でしたが、2004年の4月から国立大学は「国立大学法人」となりました。その影響は宿直問題などに端的に表れています。これまでは宿直という名称で医師が何人泊まっても代休を与えたり労働時間としてカウントすることをしてきませんでした。しかし、国立大学でなくなった時から「宿直」は実質的に認められない状況になり、交代勤務する医師を確保しなければならなくなりました。さらに、バイトとして使ってきた学外の勤務時間も労働基準法の中では同じように週労働時間としてカウントしなければいけなくなりました。そのことで学外に医師を出さなくなっていく状況も生じてきています。

もう1つは、時を同じくして2004年度から始まった新医師の臨床研修制度です。研修医が示された労働条件、賃金を見ながら研修病院を選ぶことになりました。私もそうでしたが、今までは医者になるのであって「労働者」なのかどうか意識してきませんでした。しかし、今では研修先を選ぶ中で労働条件を吟味するということがあたり前のことになっています。研修医の労働条件を保障するために、研修を終えた働き盛りの医師の労働条件が悪化する矛盾も各地で起きています。新医師

図1

2004年4月から激変したこと

- 1 国立大学がなくなった
  - ・ 国家公務員から民間人へ
  - ・ 経営の追求
  - ・ 民間企業と同じ条件で労働基準法が適用
  - ・ 労働基準局による監督を受ける → 労働力不足
  - 宿直 → 夜勤
  - 制限のない労働時間 → 協定による労働時間制限
- 2 新臨床医師研修制度が始まった
  - ・ 研修医が研修病院を選ぶ・・・研修条件、雇用条件
  - ・ 研修医は労働者・・・労働時間の制限 → 労働力不足
  - ・ 給与の保障・・・バイトの禁止
  - 労働者としての権利を認識した医師たちが登場する

臨床研修制度は、医師の世界に「労働条件」や「労働時間」など今まで縁が薄かった用語や概念を浸透させたと思います。

女性医師の増加と医師不足の関係

医師不足に関連して、俄かに注目されだしたのは女性医師の問題です。医師需給に関する検討会で、養成によって医者は増えているが充足感がない理由の1つとして、女性医師の増加をあげています。女性医師の比率が高まってきたことが、実態としての医師の需給感覚を振り回しているという議論が各所から出ています(図2)。

では諸外国に比べて我が国の女性医師比率はどうでしょうか。日本では医師数が増加する中で、女性医師比率も増加し15%を超えています。昨年の国家試験の合格者では35%を超えています。私どもの大学では、数年前から40%を超える女子学生が入学していますので、女性を抜きに医師供給を考えることはできないのが今の現実です。

しかし、国際的に見ますと日本の女性医師の比率はまだ低く、日本だけが女性医師が増えているわけではありません。診療科別に女性の比率を高い診療科から見ますと、眼科が36.5%、それから皮膚科22.7%、麻酔科21%、産婦人科20%、小児科20%、耳鼻科18.1%、精神科17.9%です。確かに産婦人科と小児科は女性比率が高い科ですが、

図2

にわかに注目され出した「女医」

- 「医師の需給に関する検討会中間報告-特定地域及び診療科に置く医師確保対策のための緊急提言-」H17年7月
- ・ 問題意識
    - (1) 毎年4000人ずつ医師が増えているのに、充実感が無く、患者及び医師双方からみて不足と感ずる場面が多い
    - (2) 医療機関、診療科、時間帯、地域に偏在がある
  - ・ 原因として考えられること
    - (需要側)
      - (1) インフォームド・コンセントなどにより患者にかける時間が延びた
      - (2) 高度医療
      - (3) 高齢者医療 (供給側)
    - (供給側)
      - (1) 医師の専門化がカバーできる範囲を狭くしている
      - (2) 女医の増加が結果として医師数の増加に見合った診療量の増加をもたらしていない
      - (3) 新医師臨床研修制度が研修医の流動化と指導医確保の問題を生じた

もっと高い科もあります(図3)。女性が増えているので医師不足がおきているという単純な構造ではなく、その専門科で求められている働き方の特性によって、女性医師の就労困難さに違いがある点に注目すべきです。

医師のQOL

女性医師たちがなぜその力が発揮できないのかを考えていく時に、医師の働き方とQOLの問題に注目すべきです。この辺が、労働者としての問題と直結していくわけです。昔は、朝から晩まで情熱的に働けば、それに感銘を受けて研修医たちがついて来ると言われたものです。しかし、今では「医師として先生を尊敬しています。でも私には真似できません」と言って後に続かない。

患者からは、「私の人生の最後の過ごし方について先生の助言はいりません。申し訳ありませんが、先生より私は家族と一緒に豊かに生きてきたと思います。ですから人生の最後を先生に助言していただいても豊かに過ごせるとは思えません」と言われる。

実際に、言われて初めて自分の生き方を振り返り、自分の生活の貧しさに気がつく。国際的に見ても、日本の人口当たりの医師数はかなり少ない。医師需給の検討会では医師が余ると予測してきたわけですが、国際的にみると通じない状況が生まれています。

図3 診療科別女医比率

診療科名	医師総数(人)	女性比率(%)
眼科	12,797	36.5
皮膚科	14,929	22.7
麻酔科	8,819	21.7
産婦人科	11,041	20.4
小児科	32,706	20.0
耳鼻咽喉科	9,682	18.1
精神科	13,172	17.9
内科	99,196	14.1
放射線科	10,556	11.7
外科	34,810	3.9
脳神経外科	6,978	3.7
整形外科	24,661	3.5
泌尿器科	8,710	3.5

(平成14年医師・歯科医師・薬剤師調査より)

医師の労働実態

医師の労働時間の調査が最近少しずつ行われるようになりました(図4)。それらを見ると、大学病院が66.3時間、市中病院が57.7時間。外科系の病院だと大学病院64.5時間、市中病院57.5時間。実態として週あたり60時間労働です。

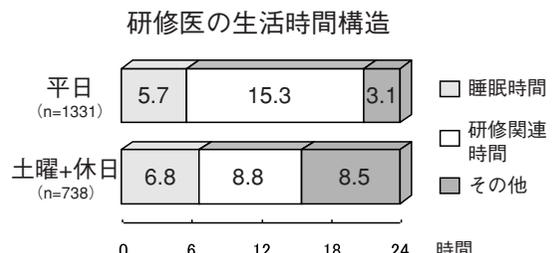
図4

我が国の医師の労働時間(1)

- 1) 内科系大学病院勤務医11名と市中病院勤務医8名への面接による1週間の生活時間調査(野田ら、1997年)  
大学66.3時間/週、市中病院57.7時間/週
- 2) 外科系大学病院勤務医312名(平均年齢37.5歳)と市中病院勤務医222名(平均年齢38.8歳)へのアンケート調査(佐藤ら、2002年)  
大学64.5時間/週、市中病院57.5時間/週  
当直明けでの手術(36時間以上の連続勤務)の危険性を指摘
- 3) 公立大学病院勤務医79名(卒後平均年数4.4年)への1週間の生活時間調査(森田ら、2003年)  
86.1時間/週
- 4) 1年目の大学所属研修医27名へのアンケート調査(井奈波ら、2003年)  
86.0時間/週
- 5) 1、2年目の大学所属研修医100名への30日間の生活時間調査(埴田ら、2003年)  
94.1時間/週

研修医の場合、新研修制度になる前の滋賀医大の付属病院の調査では週あたり94時間の拘束時間でした。研修医のその時の生活を見てみると平均15時間半病院にいて、睡眠時間は5.7時間。土曜、休日でも8.8時間病院にいて、やっと6時間を越えた睡眠時間が確保できています(図5)。凄まじい生活をしていました。滋賀医大だけが特別に過酷だったのではなく、全国の研修医が同様の状況にあったと思います。研修医でなくても、小児

(図5)



(埴田ら、2003)

科学会の調査でも労働時間が週平均66.3時間だと出ています。特に39歳以下の大学に所属している小児科医は73.4時間働いていました。当直は月に4.3回ある。医師の需給に関する検討会が昨年末に大規模調査をしました。やはり30歳未満の医師の場合は、男性の場合77.3時間働いています。全平均で66.4時間という数値が出ています(図6)。週66時間という労働時間を、厚労省から過重労働防止のための基準として出されている1日の労働時間モデルで考えてみます(図7)。

モデルでは、基本的労働時間が8時間で、この場合1時間休憩を取らなければいけないので、拘束時間が9時間になります。その他に、往復の通勤時間が1時間、食事や入浴、家族団欒のために1日4時間。トータルすると必須時間が14時間で、自由に使える時間が残りの10時間になります。残業時間が増えれば睡眠時間が削られていく。残業時間が1カ月あたり80時間、100時間を超過して倒れた場合には過労死として認定され、事業主責任

も問われます。

この過重労働の考え方からみると、医師の需給に関する検討会が大規模調査で明らかにした平均週66時間という労働時間は「過労死」危険ラインを超えていることとなります。医師が「承知」で長時間働いているとしても、医師の心身の健康状態が過重労働により冒されれば、安全配慮義務違反で事業主・管理者の責任は免れません。確信犯的な違法状態が現在の医療現場ではうまれており、一病院の努力だけでは違法状態を解消することができない事態になっているといえます。

残業時間が延びれば睡眠時間ばかりでなく、育児時間が減る、趣味を楽しむことができないし、家族団欒ができなくなります。かつては「医者になったら家族との団欒なんか望むな」と言われたこともあります。今やそういうことは通じなくなっています。若い研修医たち、あるいは医学生たちに将来の希望を聞くと、もちろん医師としての働き甲斐を追求していますが、同時に家族との生活や自分自身の豊かな生活も望んでいます。医師のQOL問題を抜きに今後の医師の動向を正しく推測することはできないと思います。

我が国の医師の労働時間(2)

- 1) 日本小児科学会会員(18110人)を対象に、郵送自記入式アンケート調査を2003年12月~2004年1月にかけて実施し39%(6950人)の回答を得た。  
(大澤ら、「小児科産科若手医師確保・育成に関する研究」平成16年厚労科研)  
大学66.3時間/週、公的病院59.1時間/週、私的病院49.5時間/週  
39歳以下: 大学 労働時間(時間/週) 男73.4、女64.6  
                  当直回数(回/月) 男 4.3、女 2.8  
                  公的病院 労働時間(時間/週) 男67.9、女59.2  
                                  当直回数(回/月) 男 4.4、女 3.4
  - 2) 横浜市立大学付属病院産婦人科医師26名を対象に、2004年10~11月の2 or 3週間の労働時間を書面自記式アンケート調査。18名回答。  
(平原ら、「小児科産科若手医師確保・育成に関する研究」平成16年厚労科研)  
73.3時間/週、直接患者の診療に携わっていた時間が51.5時間/週
  - 3) 我が国の医師需給に係る医師の勤務状況を把握するために、厚生労働省が全国の病院の機能・規模に着目し、209病院、約13800の医師を対象に行った質問紙調査の、6000人の集計結果速報(「医師の需給に関する検討会」2006年2月8日) 常勤3388人 66.4時間/週(男2848人 67時間/週、女533人63.6時間/週)  
男性30歳未満 77.3時間/週
- 内訳  
外来診療2.7~3.0時間、入院診療4.1~4.6時間、自己研修0.7時間、教育0.3~0.4時間、休憩0.8時間、その他会議など1.1~1.2時間

図6

図7 厚生労働省が指導する「過労死」=過重労働対策の考え方

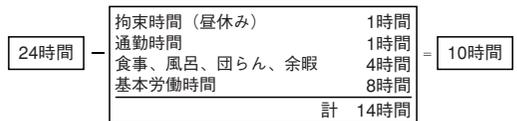


表7-23 1日の生活時間と脳・心臓疾患の関係

1日24時間				
拘束時間(昼休み)	1時間	}		
通勤時間	1時間	}		
食事、風呂、団らん、余暇など	4時間	}		
基本労働時間	8時間	}		
余り	計	10時間		
睡眠時間	5	6	7	8
1日残業時間	5	4	3	2
おおよそ月残業時間	100	80	3	45

睡眠時間、残業時間からみた脳・心臓疾患の増加

月の残業が80~100時間以上、すなわち1日12時間以上労働がずっとと過労死の頻度が増えます。(和田攻,産業界の職務Q&A,p192)

**過重労働は医療の安全を脅かす**

医師の過重労働については、医療の安全性の面からもとらえる必要があります。アメリカで研修医の労働時間が80時間と規定されました。そのきっかけは、過労の研修医が医療事故を起こし裁判に負け、研修医の長時間労働が医療の安全性を脅かすことを裁判所から指摘されたからです。我が国でも長距離トラックやJRの運転手が睡眠不足で事故を起こすとは社会的な認識になっていますが、医師は睡眠不足や過労で診療しても事故を起こさないものと、根拠無く信じられているように思います。24時間以上連続して勤務した場合とそうでない場合で、重大な交通事故に巻き込まれるオッズ比を調べた大規模調査があり、重大な事故で2.3倍になっています(図8)。近似事故だと5.9倍です。つまり、当直明けに車で帰宅する場合はほとんど24時間以上の連続勤務の後に通勤するわけですから、その時は、交通事故に被災する危険性を意識し、より注意して運転する必要があります。睡眠が5時間以下の時、研修医が周囲と人間関係でトラブルを起こすかどうかを調べた研究では、研修医仲間との不和が1.86、指導医との不和1.48、看護師スタッフとの不和1.47というオッズ比が出ています(図9)。コミュニケーションがうまくとれずトラブルを起こすことも調査でわかっています。

私たちが研修医について行った調査で、研修時間中に寝ようとは思わなかったのに寝てしまったケースを申告してもらいました(図10)。同じ人

でも、うたた寝の申告がない日の前日の睡眠時間は平均6時間を超えているのに、うたた寝申告のあった日の前日は6時間の睡眠が確保できていませんでした。うたた寝の発生も、それが手術中であつたとか、診察室であつたとかいろんなエピソードが書かれていました。気合いだけでは注意集中は続かないわけですから、医師の睡眠時間や生活の保障抜きに医療の安全保障はできないと思います。

わが国の医師需給に関する検討会では、ようやく労働基準法を遵守した場合のモデルを想定しなければいけないという話が出ています。今まで医師が余るだろうと言っていたモデルが、医師が労働基準法を守ることを前提としていなかったということです。医師の労働時間や生活を検討要因としないで作られた医療政策の矛盾が、勤務医が病院で働き続けることができない状況を作り出した大きな要因ではないかと思っています。

図8 研修医の連続勤務時間別自動車事故リスク

事故	24時間以上連続勤務	24時間未満勤務
報告数	58	73
通勤回数	54,121	180,289
発生率(/1000通勤)	1.07	0.4
Odds ratio(95% CI)	2.3 (1.6-3.3)	1.0
近似事故		
報告数	1,971	1,156
通勤回数	54,121	180,289
発生率(/1000通勤)	36.42	6.41
Odds ratio(95% CI)	5.9 (5.4-6.3)	1.0

K Laua, et al. Extended work shifts and the risk of motor vehicle crashes among interns. N ENGL J MED 2005; 125-134

図9 平均睡眠時間が5時間以下の研修医が深刻な人間関係のトラブルを発生させる危険性

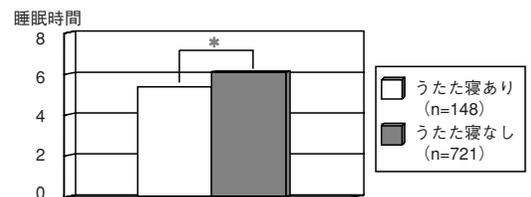
(3,604人の研修医中22.2%が平均睡眠時間が5時間以下と申告)

	Odds Ratio	95%CI
研修医仲間と	1.86	(1.47-2.36)
指導医と	1.41	(1.08-1.84)
看護師スタッフと	1.47	(1.14-1.91)

C Dewitt, et al. Sleep deprivation and fatigue in residency training: Results of a national survey of first- and second-year residents. SLEEP 2004; 27:217-223

図10 研修医のうたた寝と前日の睡眠時間

うたた寝を報告した研修医数	うたた寝日数	うたた寝回数
40	151 (7.6%)	274

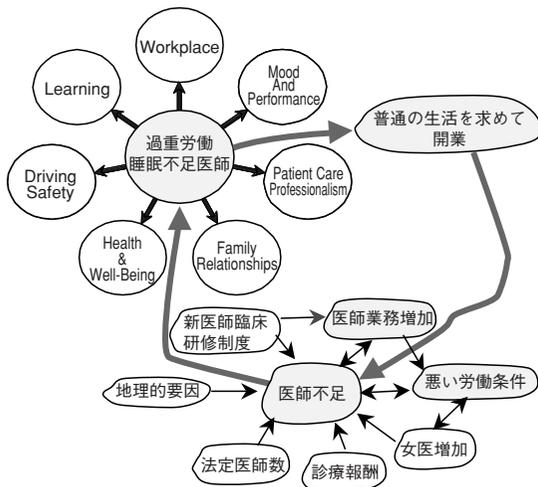


うたた寝した日と、うたた寝しなかった日の前日の睡眠時間比較 (埴田ら、2003) \*P<0.001

過重労働に耐え難くこういう生活から離脱するために開業する人たちが今増えています。勤務医時代のような苛酷な生活をしたくないので、夜間の往診とか救急医療は受けず自分の生活を確保したい。だから、診療所と自宅は別にして患者には電話番号も教えない。そうすると夜間や休日の「医療不足」がもっとひどくなりますし、勤務医が診なければいけない救急患者数が益々増えてくることになります。夜間休日労働や長時間労働があたり前の状態では、女性医師が子育てしながら働けないのも当然です。この悪循環ができて地域の中で医療が維持できなくなってきたというのが、現状ではないかと考えています(図11)。

どこでこの負の連鎖を断ち切るかという問題ですが、医師の労働条件が保障される医療制度のあり方、つまり診療報酬の面からも保障することが出発点にならないと、医師の使命感だけで厳しい労働を求めても医師がついていけないのではないでしょうか。医学生教育の場でも、ただ24時間365日にこにこして患者さんと接しなさいというだけでは、絵空事と思っています。医学生と日本の医師の現状を共有し、睡眠の大切さなど心と体をよい状態に維持する術を含めた医学教育を行わなければならないと考えています。

図11



(American Academy of Sleep Medicine 教材をもとに作図)

粥川：埤田先生、日本の勤務医の現状を分析され、QOL が保障されないと開業に流れてしまう構造を明解に指摘されました。次の松尾先生のレポートに移りたいと思います。よろしくお願いします。

### 深刻さを増す勤務医不足の現状と地域医療の課題

名古屋大学大学院病態内科学講座教授  
医学部附属病院副病院長 松尾清一

松尾：名古屋大学付属病院の松尾です。私は、名古屋大学とその関連病院の例を中心に、なぜこういった勤務医不足が起こっているのか、その実態を分析し、最後に、こういう勤務医不足の状況をどうしたらいいのか、さらに、今日本の地域医療というのは崩壊の危機にあります、地域医療をどうやって守っていったらいいかということをお話して皆様方にいろいろご意見、ご批判をいただきたいと思っています。

#### 勤務医不足の一般的な状況分析

勤務医不足と言いますが、埤田先生が言われたように医師総数としては確実に増加しているのに、地域の公的病院や中核病院で働く中堅医師が不足しているという実態があります。それに対して、急性期の病院に負担が集中しているということがあります。医師が不足している上に負担が集中している。これも埤田先生がおっしゃられたとおりですが、今まで3回医師の需給に関する検討会があり、結論はいつも医師過剰になるということで、毎回10%削減という方針が確認されてきました(図1)。

それが、最近風向きが変わりました。医師数の推移を見ると、医師は増えています。特に病院で働く医師が増えています。外来患者数の推移は、医師一人あたりを取ってみても全患者数を取ってみても、これはかなり強烈的な医療費抑制政策があって減っているという実態があります。しかし、これでよくなったかということ、実際の患者さんの受療動向では病院にかかる患者さんが圧倒的に増えています。

それから、病院医師一人あたりの患者数はあまり変わっていませんが、例えば300床以上の病院で見ると全身麻酔の件数が随分増えているなど、負荷がかかっているということを表していると思います。国際比較で見ると急性期病床一人当たりの医師数も非常に少ないです。

それから、大学院生が増えて地域に医師が足りなくなるという議論があります。確かに医学部大学院生数は1990年以降、1.5倍以上に増えていますが、増えているのは社会人大学院生で、昼間は一般の病院で勤務している人達です。社会人大学院生でない臨床大学院生も、全員ではないが大学病院での診療に参加しています。

今日配られた資料の中で池山先生が非常に鋭い分析をされまして（P.55指定討論「勤務医を巡る環境変化」）、勤務医不足は実は1つの原因ではなくて非常に複雑な現象で起こっている。特に大事なのは、この国の医療政策に起因するものが非常に深刻であるということです。研修の義務化などいろいろな問題が同時に起こったのでにわかに深刻になってきたと言えるのではないのでしょうか（図2）。

図1

勤務医不足の現状：以前の検討委員会

医者余りはあるのか？

### 結論：将来の医師過剰

国の検討等の経緯

- ・1986 佐々木委員会  
将来医師過剰、1995年目途に10%削減方針
- ・1994 前川委員会  
将来医師過剰、10%削減方針継続
- ・1998 井形委員会  
将来医師過剰、10%削減方針継続（削減率7.8%）

図2

勤務医不足は複雑な要因が絡んだ結果起こった現象である

—池山 淳氏—

- ・医療削減の目的でつくられた診療報酬の施設基準の強化や入院基本料などと構造的強制によってつくられた医師不足
- ・平均在院日数や入院基本料、看護基準などの締め付けによる過激に労働を強いられる問題
- ・研修医義務化、大学病院への医師引き上げ、病院経営の健全化を目指す経営的な理由で院長や部長を早期退職勧告する問題

私は名大病院の副院長ですので毎月、病床稼働率、平均在院日数、病床回転数といった管理データが回ってきます。稼働率は上がり、平均在院日数はずっと下がってきていますが、特に法人化してから下がり方がきつくなっています。病床回転数は徐々に上がっている。こうしたことは経営面から求められるのですが、病床稼働率が同じであれば、ある断面を取ると同じ患者数です。しかし、回転が非常に早くなっているため負荷は確実に増えている。それなのに人員は減らされているということです。結論として、医師の数が着実に増加しているけれども病院勤務医は労働負荷が確実に増加している。この過酷な労働の原因は複合的なものですが、その結果、地域医療に非常に深刻な影響が及んでいます（図3）。

東海地方、特に名古屋大学関連病院における状況

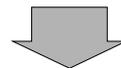
ミクロ分析をした方がいいのではということで、名大と名大関連病院の話をしたと思います。

研修医ですが、名大の研修システムは時代にマッチしていたということもあって、名大関連病院の初期研修採用状況は義務化前の平成14年の300人からどんどん増えて、今年度は450人以上と1.5倍に増えるのではないかと思います（図4）。名大の研修ネットワークの関連病院に毎年研修希望者の資料となるようアンケートを行ってきたので

図3

勤務医不足の現状と要因分析

- ・医師の総数は着実に増加
- ・病院勤務医の労働負荷は確実に増加
- ・その原因として、
  - A.患者の病院志向による病院への集中
  - B.病院の医師配置数の据え置き（経営的理由）
  - C.病院勤務医の開業医へのシフト
  - D.女医や大学院生の増加によるパートタイム臨床医の増加
  - E.新研修システムによる若手医師の流動化（大都市や有名病院への集中と若手医師の医局離れによる人材配置HQ機能の不全状態）
  - F.医療密度の濃厚化（在院日数短縮、稼働率上昇、救急患者の受け入れ、医療の高度化、教育負担増、リスクマネジメント、書類記載）



H.医療システムの非効率性（無計画な医師配置など）

すが、この資料から平成15年、16年、17年の3年間の医師の増減を調べました(図5)。回答した病院数は大体60から70の間です。これで見ただくと総数は、ほとんど変わっていないかむしろ微増しています。そうすると、研修医は増えたし関連病院の医師の総数は増えているのに何故こんなに不足感が強いのか。

私は内科ですので内科の状況を調べてみました。まず東海地方というのは、内科学会所属医師1,000人あたりの教育病院数は全国でも特に多いようです(図6)。教育病院というのは、東海地方だと300~400床を超える大病院の数が多い。人口10万人あたりの医師数は全国平均が201人ですが、東海4県は、ずっと全国の平均をかなり下回った状態できています。大病院が多い割にそこで働く医師は少ないということが言えます。関連病院を中心に内科の医師の出入りを図示しました(図7)。

平成15、16、17年の3年間で関連病院が採用した研修医は約1,200名です。大学から関連病院に派遣した内科医130人です。大学に帰局した人が136名。関連病院の内科の医師全体でレジデント

の数を入れると32名と僅かに増えています。全体として横這いなのに何故足りないのか。同じ3年間で病院ごとに内科医の増減を調べると、研修医を含めない3年以上の内科医が15名近く増えているところがある。逆に15名近く減っているところもある(図8)。医師になる総数ではあまり変わらないのに、病院間で医師の偏在というのは非常に急速に起きています。これはコントロールできません。昔は卒後2年ぐらいまでに入局していましたが、今は時期が遅れていつまでたっても入局しない。最近の研修医はクオリティー・オブ・マイライフを非常に大事にするので縛られたくない。大学が医師のコントロールができるのは帰局してからです。これでは全医師数から見ればたかが知れているということになります。

図4 名大病院関連病院における初期研修医の採用状況

	募集定員	応募総数	マッチ数	採用数
平成14年度		375	—	303
平成15年度		454	—	334
平成16年度	534		398	410
平成17年度	543		451	484
平成18年度	581		499	?

図5 名大卒研ネット加盟病院の主要専門科の総医師数の変遷

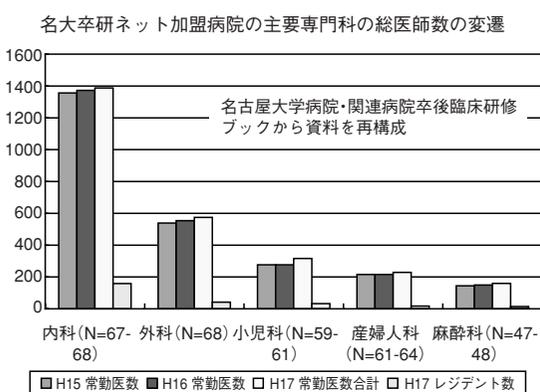


図6 内科学会所属医師1,000名あたりの教育病院数

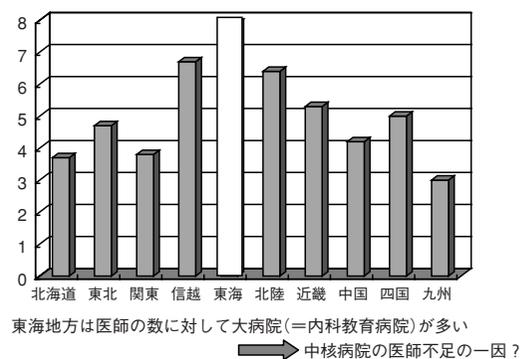
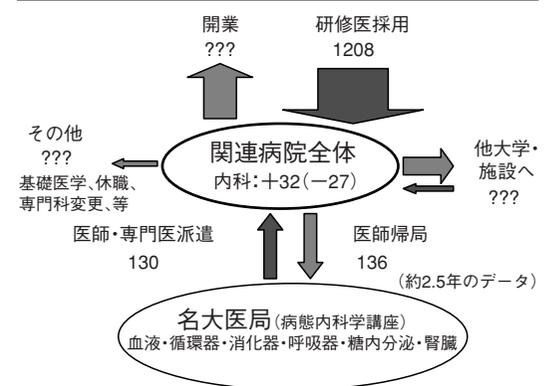


図7 名大病院内科の人材交流: H15-17年のまとめ



勤務医不足への対策はどうしたらいいのか。病院として勤務医の働き甲斐をまず創出する必要がある。給与面や労働環境の改善。一生勉強して向上したいという向上心をうまく伸ばしてあげる環

境づくり。医者そのものに対する職業的倫理観や信頼感の問題など。しかし、対策としては限られていて実際は大変難しい。個々の病院だけで考えるのではなく、名大と名大の関連病院とが一緒になって、医師のキャリアデザインをしっかりと考えようということ、毎年卒後臨床研修ネットワークの集まりを持っています。専門研修、医師のキャリアデザインというところを中心にやりたいと思っています(図9)。我々腎臓内科も専門研修のプログラムを数年前から作っています(図10、11)。そのキーワードは、腎臓内科に入局を要件としない、どこの病院にいてもいいということで進めています。より広い立場で人材の育成をしたいと考えています。

図8

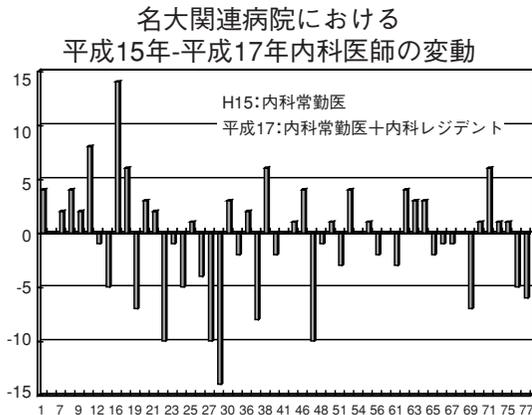


図9

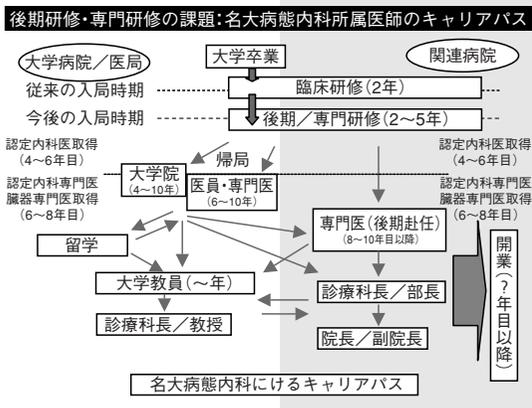


図10

後期研修・専門研修:  
腎臓内科専門医養成のための専門研修プログラム

Nagoya Nephrology Hellowship Program  
名古屋腎臓内科専門医養成プログラム

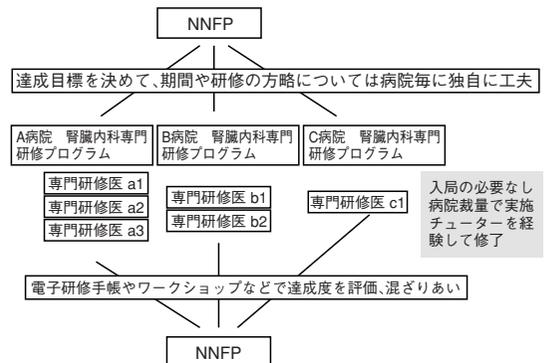
プログラム責任者 松尾清一  
プログラム作成責任者  
プログラム作成副責任者

<http://www.med.nagoya-u.ac.jp/kidney/home.html>

日本の地域医療をどう守るか

最後にもう少し大きな目で、どうしたらいいのかということを考えてと思います(図12)。今、医療、特に地域医療のグランドデザインがないのではないと思うぐらい無秩序な感じがしています。急性期病院が少ない医師を取り合って、その結果一人赴任になる。ついこの間問題となった福島の産婦人科医の先生も一人赴任でした。一人しかいないところで危険なことをやって逮捕者が出る。そういうところへは誰も行かなくなってしまう。医療に関する住民や自治体とのコンセンサスが非常に必要で、自分の膝元に大病院がないと嫌だというのは、もう通用しない状況になっています。グランドデザインといいましたが、私の考

図11



えとしては医療圏を広げて中核病院とその周りの一般病院を配置し、医師がローテーションで診るといふシステムにしないと恐らくできない。地域医療計画を推進するための公的な機関を創設することが必要だと思います。

2つ目は、医療には非常にお金や人材がかかるということをもっと認識して、資源を投入しなければいけない。そして、お金を投じたら成果があがったかどうか、アウトカムを評価するシステムが必要です。国や地方自治体が責任をもってシステムを確立してほしい。

医師育成の問題点では、今から医師を増やしても成果が出るのに10年かかりますが、今の危機的な状況では10年待てないわけです。即効的な対策が必要です。昔は医師を派遣する絶対的な権力を持っていたのは大学病院の医局で、他にはほとんど医師を派遣しているシステムはありませんでした。今は、大学医局の人材交流機能が非常に低下してきています。派遣先が気に入らないとすぐ辞めます。開業ビジネスのシステムもあり開業を選ぶ医師も増えています。地域の医者の少ない病院に行くと、戻ってこれないのではないかとこの恐れがあって、1年なら行ってもいいというようなことも言わなくなってしまった。大学の医局はやはりプロ、本当に素晴らしい医師を育成するという本来の仕事をやっていかなければいけない。医師のキャリアデザインをきちんと提示してその

図12

日本の医療システムの再構築めざして

#### 提言

- A.医療のグランドデザイン策定
  - 地域医療に関するグランドデザインの策定
  - 地域医療計画推進のための公的機関の創設
- B.医療政策の転換と、医療経済環境の改善
  - 大胆な資源投入と医療者の説明責任の履行
  - アウトカムの評価システムの確立
- C.医療の新しいパラダイム実現のための意識改革
  - 医療圏の設定と医療機関の役割分担
  - 大学間・医局間の人材交流システムの統一
  - 住民と自治体との医療に関するコンセンサス
- D.医師の育成
  - 大学における医師養成システムの見直し
  - 医師のキャリアデザインの提示
  - 魅力ある医局づくりとプロ集団としての自覚

とおりにやる。その上で、先に述べた地域の医療計画に従って医師配置に積極的な協力をするとともに、キャリアアップのシステムを保障する。名大と名大の関連病院だけ良くてもいけないので、愛知県にある4つの医科大学が是非協同してやらないとむずかしい。この辺りの対策が必要だと思います。どうもありがとうございました。

粥川：松尾先生は、医療供給のグランドデザインが必要であることを示されました。医師労働のあり方、医師の養成機関であり医師派遣のシステムであった大学がどんふうが変わってきたのかという2人のシンポジストの報告を受けとめて、それを改革する手立てはあるのか。谷本先生にお願いしたいと思います。

### 岡山地域における 医師研修支援機構設立の取り組み

岡山大学大学院医学部血液・腫瘍・呼吸器内科教授  
医学部附属病院副病院長 谷本光音

谷本：今、お二人のコメンテーターの方から医師に対する負担が増えていること、多岐にわたったファクターがあって今の医師不足が起こってきたのではないかというお話がありました。私は、松尾先生が今後の方策として最後に述べられた、教育システムをきちんとしていけば変えていけるのではないか、そう思って改善に向けての努力をしてもがいている状況を皆さんにお伝えし、こうした方法もあるという1つの提案・提言をさせていただきます。

#### 地域の特徴と初期研修の改善の取り組み

私は5年前に岡山に赴任しました。はじめに岡山地域の特徴をお話したいと思います。関連病院が多いという点では、名古屋地域とよく似ています。中国、四国に関連病院として250あまりの病院を組織しています。大部分は100床以下の中小病院で、初期研修に相応しい施設が少ないというのが現状です。

平成15年度までのいわゆる必修化以前の従前型

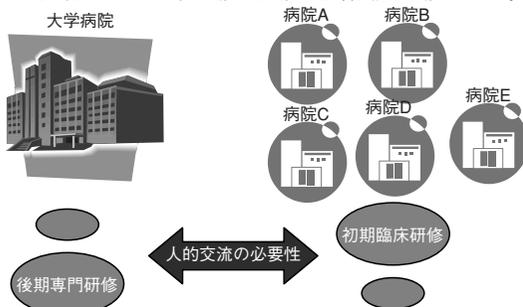
研修は卒業して即入局です。関連病院は医局の人事に従い、系列病院にいつ赴任させるかは医局の自由で、毎月人事が関連病院で行なわれるような状況でした。医者は全部単科研修ですから、他の診療科を経験したことがほとんどない。外科系で麻酔科を回るくらいです。あとの科はすぐにその科の専門的なことを学ぶ。驚いたのは、卒業後1年たった研修医が1年間で腹部エコー、内視鏡をマスターしたい。2年目は更にその上を目指したいという者がいて、非常に狭い領域の知識を身につけたいと思っている。これは名古屋とはまったく文化が違うと思いました。ただ、全体を眺めて良い点として、県下および市内でかなり力のある指定病院があり、約100名以上の研修医が研修を行っていることです。現在、大学では研修医は20名ぐらいですが、大学と研修指定病院の役割が比較的是っきりしています。これは、大学がコントロールしていたからということもありますが、市中病院と大学との連携意識が非常に強いという他の地域にない特殊で友好的な環境があります。私たちは研修必修化に備えて3年がかりで大学でやっていた研修を全て関連病院に移行しました。そうすると双方の人的交流の必要性が生まれてきました(図1)。

私は、岡山に赴任して5年になりますが、この

図1

### 岡山県の若手医師研修の特徴

- ・県下および市内に有力な研修指定病院があり、約110名の研修医が研修中。
- ・大学病院の研修医は20名程度と比較的少ない。
- ・指定病院と大学との連携意識が強い。
- ・専門研修は大学が中心に行なわれている。
- ・大都市部もしくは人気の研修指定病院で20名程度が研修している。



間初期研修の充実のために、大学に総合診療内科を作り、また救急体制を整備、大学の研修を支援する地域医療施設との研修交流を行いました。同時に各支援病院にもお願いし後期研修制度を立ち上げました。それから、昨年4月に医療教育統合開発センターという部門を大学の中に作り、専任の教授と助手を2名付けていただきました。そして岡山医師研修支援機構を大学だけではなく、地域の医療機関も全部巻き込んで創設に参加して作りました。今日は、この支援機構の話を中心に行ないたいと思います。

### 岡山医師研修支援機構の設立

これから、後は支援機構の話です(図2)。

1つだけこの4月からの様子を数字で説明します。大学病院の研修医は定員32名のところ16名しか集まらなかったのですが、後期研修、レジデントの募集で40名の定員に平成16年度で40名集まりました。一応、大学に40名は戻って来た。それから、大学院入学者もこれも大学院大学のもう1つの足枷です。定員128名ですが、何とか144名と一応その大学に人が環流している状況です。ただ、やはり大学の研修医や各病院の後期研修医、大学院入学者をそれぞれ増やしたい。地域に人がいないと地域偏在を解決する話ができないので、地域を意識した若手医師を育てる仕組みを作りたいという思いが強い。新設された支援機構は、研修3年目から卒後7、8年までの教育のバックアップをします。一方で、大学などのレジデント制度を支える機構にもなってほしいという希望があり、それぞれ大学指定病院、各専門医療施設が一体と

図2

### 医師研修支援機構(新設)

- ・研修医から卒後約7-8年までの、医学・医療を修得する過程にある若手医師の研修支援
- ・大学病院レジデント制度を支える機構
- ・大学、研修指定病院、各専門医療施設が一体となり、同等の立場で運営参加
- ・プライマリケアから高度な専門医療まで、包括した研修カリキュラムの作成・実施
- ・診療科単独の専門医養成所から、大学病院と地域医療機関との共同作業による医療人育成機構への転換

なって同等の立場で経営するというので呼びかけたところ、一緒に作っていくという良い雰囲気できています。もちろん、初期研修としてのプライマリーケアも1つのキーワードですが、高度な専門医療も全部包括しないと若い人たちの多くは集められないので、主に専門医も含めたタイトルが取れるということをポイントとして8年という期間としました(図3)。

従来大学病院は診療科単独の専門医の養成所のような立場でしたが、視点を変えて大学病院を含めた地域の医療機関と一緒に養成しようと、大学から大学の外に枠を広げたということです。卒後3年、4年がレジデントの2年間で、その後社会人大学院、課程大学院に入ってくればというのが大学病院の立場で、一般の病院は後期研修3年から5年くらいのコースを立ち上げ、そこに若い人が来て欲しいわけですから、これを支援機構で分担、協力していくことになっています。初期研修からの継続性を大事にして大学院大学とも整合するというので、大学のレジデントは2年間としています。ただし、給料などの処遇は良くしました。

昨年9月に関連の院長の了解を取りましたが、まだ中味が固まっていなかったので、当面の運営は大学内に新たにできた医療教育統合開発センターの最初の仕事という位置づけをしてスタートしました。大学いわゆる大学院大学と、大学から外に出した各病院の医師研修支援機構の橋渡しを医療教育統合開発センターが行って、大学院教育と

研修支援が同時平行に行われるという形をとっています(図4)。

これをNPO法人にしようということになり、4月に設立することになりましたが、実際には申請受付に時間がかかりそうで認可をいただくのは5月の連休後になりそうです。参加する医療施設は岡山地区及び近県の関連施設で、NPO法人そのものは大学内に設置します。かなり資金がかかるので、これを全部オープンにするために法人格を取得することにもなりました。支援機構の規約やルールは参加者の目線で作って、今回は広報を含む宣伝活動をやっつけようと考えています。先週3月14日に第1回となる設立総会をやりました。理事には国立医療センターをはじめとする公的病院の院長、大学の医療教育統合開発センター所長、研究科長、県医師会理事長、県の看護協会の会長などの他、女性弁護士の方に入ってきました。当日は記者会見も行いプレス向けに文書も出し報道もされました(図5)。

支援機構の目指すものとしては、専門研修と大学院参画などキャリアプランを提示したい。2番目に参加医師の能動的な研修選択、これが一番大事なメッセージです。それから、大学や病院の側から見ると研修の質をきちんと保証する仕組みを作るということが骨子です。

今後のやるべきことはいっぱいありますが、まず人を集めなければいけないので、ホームページ

図3

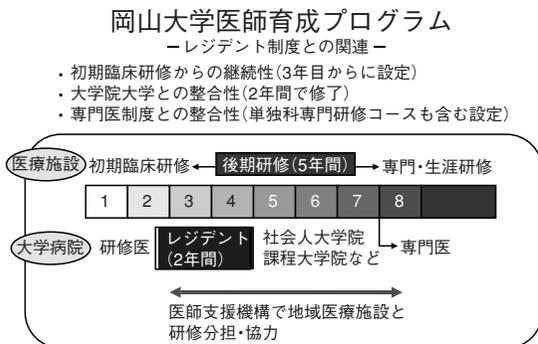
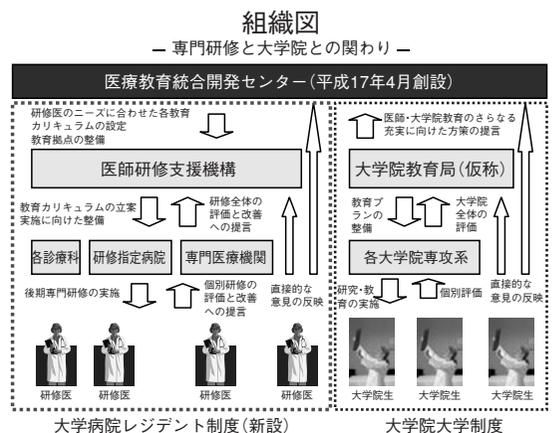


図4



を作り学生に宣伝すると同時に研修医に参加を呼びかけます。平成19年4月からリクルートを始めます。それから、この間に各病院の専門研修、大学病院への入学も含めた形のプログラムをきちんと作成し、予めあなたはここの次はここに移るといふ説得力のあるプログラムを考えています。現在、説明会を岡山ではもちろん、東京でも数回やりたいと考えています。中・四国から沢山東京に行っているの地元での研修を訴えたいと思っています。今、各若手の教授にきちんと教育していただくようお願いしています。できれば、この機構の中でもマッチングをやりたいと思っています。また女性医師の勤務条件を配慮し沢山の方に入ってほしいと思っています。

支援機構のシステムを各病院と大学がどのように担っていくかですが、レジデントを終った者を、従来は医局がやっていたことですが、入局しなく

ても機構を通じてある病院から別の病院に移りたいというときに機構が保障してあげる。さらには、例えばその大学だったらその医療スタッフとして出て来てもその視点も含めて、できたら機構が全部面倒を見ていく、こういう医師の研究プランの斡旋、実行などを地域で開発・改善できたらと思っています(図6)。それからもう一つ、全部の人たちが一度は大学院も可能なプログラムも提示できるよう考えています。医療現場に行きっぱなしになる人を作りたくないという強い思いからです。

最後に医師の研修に何が大切なのかということでは(図7)、地域医療機関と協力できる手法を作りたい。それから、参加者の意思を尊重したりリクルートを実現させたい。これはできるだけ良い条件で動いてもらいたいし、希望の診療科で研修、更に専門医になってほしいし、なおかつ大学院と

図5

## NPO 法人岡山医師研修支援機構

### 岡山医師研修支援機構設立に際して

#### 背景

医師の研修は生涯続きますが、卒後1、2年で行われる初期研修および卒後3年～8年までの後期研修はとりわけ重要です。初期研修は医師として必要な基本的臨床能力や態度を身につけ医師の基礎を固める時期であり、平成16年度から必修化されて多くの若手医師が参加しています。一方、後期研修はある程度将来の専門科を決定し、それに必要とされる更なる知識・技術を身につけるものです。初期研修は厚生労働省が定めた研修プログラムに沿って行われますが、後期研修ではそのような一定のプログラムはなく、各専門診療科によって異なります。また、後期研修では、各学会が定める専門医を目指す人、特に専門分野を限定せずに幅広く患者さんを診るジェネラリスト(家庭医など)を目指す人、大学院へ進学し学位(医学博士)の取得を目指す人、ならびに、専門医と学位取得の両方を目指す人など、後期研修に対するニーズは非常に多様です。このように多岐にわたり、かつ重要なニーズを有する後期研修に対して、これまでまとまった形での取り組みはなされていませんでした。

#### 岡山医師研修支援機構の目指すもの

平成17年度から岡山と近県を含む地域では各医療機関と医育機関が一体となり、若手医師に対する医療教育体制の整備・充実を図る制度設計を行ってきました。今回立ち上げを予定している「岡山医師研修支援機構」では、主に卒後3年～8年目の若手医師が必要としている医療・医学の研鑽を円滑かつ効率的に行えるように、医療機関の研修情報の提供や調整、研修内容の整備を行っていきます。具体的には、

#### 1 専門研修・大学院参画などキャリアプランの提示

機構に参加する医療機関は後期研修プログラムを提示し、指導医数、取得できる専門医や経験できる症例数などの情報を開示します。複数の医療機関が協力して研修プログラムを提示することも可能です。

#### 2 参加医師の能動的な研修選択

機構に参加する若手医師は岡山医師支援機構に登録し、参加医療機関の研修プログラムの閲覧や機構が開催する研修説明会へ参加します。提供される研修情報をよく吟味した上で、自分のキャリアアッププランに適したプログラムを選択して研修を開始できます。

#### 3 研修の質の保障

各医療機関での研修の質は、医療機関が年1回提出する研修報告書に基づいて、機構が定期的に検証を行うことによって担保します。また定期的に研修指導者講習会を開催し、医療機関指導医の指導能力の向上を目指します。岡山医師研修支援機構は医療の中心的な役割を果たす若手～中堅医師の研修環境を整え、地域ともに良質な医療人の養成を行い、岡山と近県の広域にわたる地域全体の医療レベルの向上を目指します。

#### 4 財務内容の開示と公正な運営

これらの社会的な使命を果たしていくためには、多大な人的、物的な支援が必要です。ある地域では民間の人材派遣業に頼らざるを得ない状況が生まれつつありますが、私たちはこの岡山医師研修支援機構を通じて医師の研修と専門医の養成を行ないます。このためには、参加する会員からの会費や寄付金など広く社会から活動資金を受け入れ、これを基に公正に事業を展開しようと設立を決意しました。このため、特定非営利法人格の取得が必要であることをご理解いただき、この社会的に重要な機構の活動にご理解とご協力をいただきますようお願い申し上げます。

連携して資質の高いものを提案したい。医師のキャリアプランをどのようにしていくかということは、市場原理で動く民間の会社が担うのではなく、やはり地域の医療・保健に責任を持った人や団体から成る医療人育成の支援活動というものが是非とも必要になってくる。これは県単位で取り組むのではなく、もっと広く今道州制という言葉がありますけど、そのくらいの広がりで行う方がむしろ参加する人にとっても教育目標も増えるし、いろんな異文化がぶつかり合うのでいいものができるのではないかと考えています。とりあえず、ここからの課題ですが、私たちの出来ることは地域、特に、川崎大学、広島大学あたりにまず相談をして、中国地方版で後期研修支援をやりたいと考えています。

粥川：谷本先生には、岡山での新展開をお話頂きました。

埜田先生、松尾先生、谷本先生の3名のシンポジストに共通している点は、現在の困難な状態を冷静に分析するというスタンスがある。しかもそれを主体的にいかにか解決していくかという問題解決的な指向が一貫している。それから、医師としてのアイデンティティを地域医療、あるいは病院ということ 키워ワードにしてどうやって統一的に継続、発展させていくのかという、卓越した見解を持ち合わせているという点で素晴らしいと感じました。

限られた時間で、これだけ豊富な情報提供というのは恐らくわが国で初めてだと思います。と申しますのは、2月18日に日本の政財界が一堂に会して、国民が真に求める医療政策をテーマに議論するシンポジウムが黒川清日本学術会議会長の主催で開催されました。そこで取り上げられたテーマが『医師の偏在是正の重要性』でした。そこでの議論が、医事新報の3月4日号に報告されていますが、「急性期医療を担う医師が燃え尽きて閉業する傾向が医師の偏在を助長する」。その一方で、谷本先生が報告されたように「臨床研修へのマッチング制の導入で、若い医師に『勉強したいところに行く』という考えが定着した」と書かれています。この表現は行き過ぎで、そういう試みがようやく中四国で始まったというべきです。それで、厚労省の審議官は「各県が医療供給体制の再編成で拠点病院を整えればそこで勉強ができる」ということで、「豊富な症例数など勉強ができる医療機関を整備できるかが、医師不足解消の鍵」であると締め括っています。まだまだ十分な実績も見通しも政府・厚労省は持っていないのに、岡山の谷本先生が今レポートされた実践を基に、「これならいける」と、国の財政官界の人々が注目したというのが真相です。

まだまだ国全体を見ると無医地区や過疎の問題など未解決な課題は山積していて、それを一部の地域で現状分析して打開するように展開が始まったと考える方が妥当です。

図 6

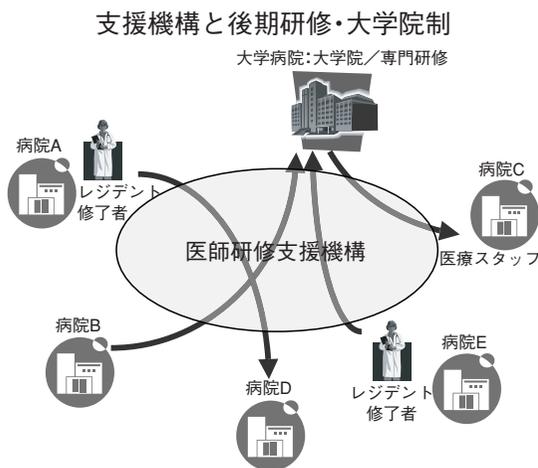


図 7

最後に・・・

- ・ 地域医療機関と協力できる
- ・ リクルートは参加者の意思で
- ・ 出来る限り高い条件で
- ・ 希望の診療科で
- ・ 専門医が取得できる
- ・ 大学院とも連動している
- ・ 質の高い

これからの医師キャリアプランの作成・実施は、「民間医局」などの市場原理で動く医師派遣会社ではなく、「岡山医師研修支援機構」に代表される地域の医療・保健に責任を持った人・団体からなる医療人育成支援活動へ

そこで、本日のシンポジウムにお集まりの方々、質問、指摘、批判などが沢山あると思います。事前に池山先生の数10ページに亘る膨大な分析を始めとして、シンポジストへの質疑というのが既に用意されておりますので、まずその方々からご発言をいただきたいと思っております。ではまず市原透先生、よろしくお願ひします。

市原：独立行政法人国立病院機構豊橋医療センター副院長の市原と申します。当院は平成17年3月に全面新築オープンしました。

私は平成14年の7月に前身の国立豊橋病院に赴任しましたが、それまでは医者は大学医局が派遣してくれるから、医師確保の苦労はしなくてもいいと思っていました。ところが1人辞めたがその後すぐに補充がない。大学医局に出向き医師派遣を依頼しましたが人がいなくて出せないと言われました。「何で辞めたくなるようなことになったのですか？」と逆に聞かれる始末です。

次に平成15年の8月に、「うちも人が足りなくて」と突然浜松医大が産婦人科医の引き上げを通告して来ました。あちらこちら東奔西走しましたが、産婦人科医の確保はできず平成16年4月より産科を休止することになりました。私どもの病院だけかと思ったら隣の町の基幹病院にも産婦人科医がいなくなり、豊橋市内の他の大きな病院からも産婦人科医がいなくなりました。これは一体どうということなのだろうかといろいろ考えました。ひとつには医局制度の形骸化が要因ということが出来ます。

医局が教授をピラミッドの頂点とした封建制度による弊害を指摘され、医局制度が全て悪いような言い方をされてきましたが、実は医局制度が地方の病院の医師派遣を確実にしてきた面があるのです。医者を送り続けるということで、その地方の医療を支えてきたわけです。

昨年11月26日の朝日新聞の記事で『減る産科、地方に危機感、集約頼み』とあります。医師不足ならセンター化すれば良いという考えもあります。5万、10万の都市の中核病院に産婦人科がな

くなる。何10万という単位に1つだけ残せばいいという集約化頼みです。昔は産婆さんが取り上げましたが、今はお医者さんがいないと駄目だと言ひ、今度は医者1人では駄目という。最低3人は必要ですが3人でもまだ少ない。24時間365日いつお産があるかわからない。それに応えるのに医師が4人、5人いるわけです。当然医師は足りず、センター化となります。これで当面は凌げるかもしれませんが、その行き着く先は、そのセンター病院ですら産科医がいなくなるということです。

私の発言の主題は「医療崩壊の序章」という、産婦人科をまず手始めに医療が崩壊していくということがこの数年の間に起こってくるだろうと思ひます。今、産科医は苦悩しております。

昨年のJAMAの日本語版に掲載された「誰が自分の孫を取り上げてくれるのか」というタイトルの論文には、多発する訴訟による産科医不足を嘆くアメリカの産婦人科医の苦悩が書かれています。本邦においてもアメリカと同様、医療訴訟の問題が今回の産科医師不足の大きな背景となっていると私は思っています。訴訟件数は産科が非常に多く、過失がはっきりしない脳性麻痺などに対して公正とはいえない判決が多くみられます。

愛知県の場合、平成16年度に高額賠償認定訴訟が9件ありました。その内1位から3位までが分娩時の脳性麻痺。第4位が、母児死亡ということです。これで、9件の内の4件が産科です。上述の論文では脳性麻痺の大半は先天的なもので医師の作為、または不作為が原因であるという一般的な考え方は誤っているし科学的な根拠がない。モニタリングが普及する前後で、出生500例につき1例、0.2%の発症率ですので、脳性麻痺の発生は変わっていないというデータがあります。

医療にリスクを伴ってはならない、100%安全が求められなければならないというのが患者側の主張です。医師は医療に限界があると思っている、危険であるときえ思っている、いかに適切な医療が施されていても結果として治療が功を奏さないことはよくある。そこには、医者と患者の間に大

きな認識のズレがあります。患者側は問題の本質が良くわからないまま、何も知らない弁護士と偏った報道のあり様を背景に訴訟を起し、十分理解できていない根拠の乏しい判決を裁判官が下すというケースが多いと私は思います。

さらに、民事訴訟だけでは済まなくなっています。福島県のある県立病院の産科医師が逮捕されました。この方は若く真面目で非常に評判のいい医師であると私は聞いています。緊急帝王切開を一人で執刀するとはとんでもないと報道されていますが、4つの県立病院でそれぞれ一人しか派遣できないのです。それでも頑張っただけで分娩をしています。児頭と産道の大きさを前もって一応測ります。これは自然分娩ができるかと判断して入るわけです。誰も危ない人に対して最初から何も準備しないということはないわけです。何とかして正常に産ませたい、子宮も残したいという発想から始まったようです。結果として産婦が亡くなられたことは大変残念なことですが、やむを得ないと思われる状況もあります。この結果、福島県立医大はすべての県立病院から医師を引き上げることになりました。結果として県立病院は多くの有能な人材を失うことになる。福島県では、分娩取り扱い病院は平成16年10月に40カ所あったものが平成18年4月に28カ所と急減しています。福島ではどこでお産をするのかということに深刻に危惧するわけです。

このような角を矯めて牛を殺すような大変愚かな行為である不当な逮捕というようなことがあると産科医はますます減っていく。すでに産婦人科への入局者は激減しています。更に、産科を取り扱っている医師も次々やめている。私どもの病院でも新築で立派な設備が整い、助産師がいても産科医がいらないため産科がない。本当に惜しいことです。

アメリカのジャーナルにもいろいろと良いことが書いてあります。本当に脳性麻痺の発生がミスによるものだったのか。これを科学的に究明していくわけです。医療の訓練を受けた裁判官がきちんとそれを検証して裁判するということも必要だ

し、無過失責任に対しては政府が何らかの施策をとるといったようなことが必要だと思います。それから報道機関の方にもお願いしたいのですが、特に産科の場合ですが、先天異常などやむを得ない場合もあるのだということを国民に十分に周知していただきたい。報道のあり様によって裁判官はそれを世論として判決を出しますので、報道機関の方が公平、公正にきちんと取材をしていただいて、中立的立場で医師を支援するような報道もしていただきたい。産科に限らず日頃一生懸命やっているのに、こんなふうに報道されてという医者はいっぱいいると思うので、そういう方々が少しでもやる気が出るように応援をしていただきたいと思う次第であります。私からは以上です。

粥川：市原先生には、シンポジストとして発表するに値する資料も準備していただいております。医局制度の復活もアンサンレージュもやはりよくない。アメリカ型の訴訟社会で、医療保険者が数1,000万人いるようなアメリカ型の医療を追随するような日本の今後は医療の崩壊につながるという趣旨のご発言とまとめさせていただきます。続きましてセントレアの近くで、細々と300床ぎりぎりの病院の将来を模索している常滑市民病院副院長の名倉英一先生ご発言をお願いします。

名倉：常滑市民病院の名倉と言います。常滑市民病院は今日のテーマとなっている地域の中核病院の役割を担っている300床に少し足りない規模の病院です。最近、セントレアができてイメージは上がっていますが、市の人口は5万人と診療圏としては厳しい状況にあります。日本全国の病院数はほぼ9,000というところで、その5%が500床以上の大規模病院や特定機能病院です。ベッド数300床までで約15%、200床までで半分ぐらいでしょうか。岡山のように100床未満の中小病床が散在しているというのが日本の縮図ではないかと思えます。愛知県は人口が多く、比較的まとまって住んでいて、病院経営は厳しいというものの診療圏

にまだ人間がいると思います。

それが17年度末より新城、西尾、碧南や稲沢と名古屋などの大都市から少し離れた中規模病院で状況が変わってきています。医師の確保という問題を抱えているところが見えてきます。とにかく、非常に困っています。臨床研修病院以外には若い人が来なくなり、200床から300床の所が本当に悲鳴をあげている。病院を統廃合してセンター化するというのは、実際には市町村合併などで行政のスキームが大きく変わるといことがないと非常に難しい。現在の状況で医者を送ってくれと言っても、大学の医局は医師がいないからもう送りようがない。では中規模病院はどうやって生き残っていくか。臨床研修の受け入れができる病院というのは多分生き残っていける。大学から派遣を受けなくても、ある程度自前で何とかできるでしょう。これは必須だと思います。常滑の場合、臨床研修についてはまだ整備されていませんが、また、センター病院ほどすべての領域をカバーしていないが、勤務は厳しくなく小さくても職場として魅力的な病院としていきたい。それは中規模病院ができることだと考えています。ただ、そのためには医師数だけでなくキーパーソンが必要だと思います。そういう人をどうスカウティングするか課題です。私どもとしては、とにかく難しいかもしれないがキーパーソンに来てほしいというのが正直なところでは。

粥川：「関連病院から要請があれば、いつでも医師を派遣しましょう」というスタンスに今日の大学医局はもうないということで、安心して松尾先生に今日話していただきました。続きまして、知多半島のつけ根にあります東海市民病院の千木良晴ひこ院長、お願いします。

千木良：東海市民病院の千木良と言います。私の場合、199床で、もっと小さい病院です。実は、3月に名大関係の会があった時にも話しましたが、ある日突然と言いますか、年度末になって派遣できないというのは大変困るということです。

岡山大学のお話のように各院長を集め、大学側からよく事情説明をしてほしい。ない袖は振れないといくら言われても納得できない。事前にそういう説明をしていただいて同意を得て、一緒に考えようというスタンスがほしかったということです。

粥川：市原先生、名倉先生、千木良先生の指定発言を頂きました。それを踏まえてこれから3名のシンポジストの先生方に労働医学の観点から、あるいは大学病院の立場から、岡山で新展開を始めた立場から、愛知県の公的医療、あるいは市民医療というものを今後どのように展望して行くのか。どんなふうと考えていけばいいのかという意見や質問に対して、率直な思いを語っていただきたいと思います。これも正解がありませんので、自由に発言していただきたいと思います。埴田先生からお願いします。

埴田：最近出た論文の中で非常に印象的だったのは、医学会総会でも取り上げられていましたけれども、日本福祉大学の近藤克則先生が老年医学雑誌に出されたイギリス医療についての論文で、非常に日本の状況と似たイギリスの経験を分析されています。

イギリスはサッチャーさんがアメリカをモデルに「改革」を進めた。医療費をどんどん削り民活をやった結果、今日本の医師たちが直面していると同じように、医師は疲弊し、バーン・アウトして、イギリスからアメリカや諸外国に医師が逃げて行くという状況が起きた。その結果、患者たちは残った医療機関の門前に列をなしても診てもらえないことになり、医療が発展途上国並みになったといえます。そこで方針を転換し、医師の供給も増やし医療費も増やすということで5年が経ちました。最近になって、ようやくいろいろな患者の指標が改善してくる状況になったそうです。医師が疲弊して意欲をなくしてしまうと、それから手立てを打っても遅すぎる。そのことをイギリスの医療は既に実証しています。

近藤先生の論文は非常に教訓的だと思います。今の医師たちが進路を決めるのに最低限の自分の生活や自分の身の危険度を重要視するようになり、医局の紹介があっても医療機関の大変な事情がわかっても、行くに行けない、あるいは行かないという選択をする。こうした事情を国民と医療関係者が共通認識しないと、医師・医療機関と行政だけでこの議論をやっても展望のない話になってしまうのではないかと考えています。

また、病院に医者が足りないのはベッド数が多いからだという論を展開されて、病院のベッドを減らしていけばあまった医師が医師不足の診療科や病院に集まって来るので、もう少したてば第1線の病院の医師不足は解消できると言っておられる方がいます。医師の頭数合わせの論理で、医療をだれがどう担うのかという観点は欠落した話です。

地域医療の担い手である開業医の先生達のところでは、既に24時間365日末期の患者さんたちからのコールがかかって休むに休めない状況が生まれています。開業医さんには勤務医と違って大きな裁量権があり、そうした働き方を回避することも可能ですが、現状は開業医さんが地域での患者の最後の支えになりつつあります。勤務医の先生たちは労働基準法が最近取り上げられるようになって、当直した次の日は休みになるとか、残業手当が出るとかという話になったが、病院から放り出されて来た患者さんたちを診ている地域の開業医には労働基準法がなく、過労死をしても何の保障もない。勤務医が疲弊して、次に真面目に一生懸命やっている開業医が疲弊したら日本の医療は一体どうなるのか。医師問題は、勤務医問題を先頭に開業医も含めた医療制度の問題としてとらえていく必要があります。

近藤先生の論文の中で特に印象的なのは、医療過誤があった時に「誰のせいだ」ということをイギリス国民に聞いたら、医者のせいだと言ったのは極わずかで圧倒的多数は国の医療政策のせいだと答えた。このことが医療政策を変えていく転機になったと書かれていました。患者の問題解決の

方法は訴訟で医師や病院を相手に解決する道だけのように誘導されています。しかし、医療事故の起きる確率を高めている背景、寝る時間もなくて医師が奮闘しているという労働実態を科学的に議論して、医療政策を転換させていくような提起を医療人がすることが、患者からも求められていると思います。

粥川：どうもありがとうございました。続きまして、松尾先生お願いします。

松尾：私も近藤先生の本を読んで非常に印象深かったのは、イギリスでサッチャーがどんどん医療費を削って医師や看護師の自殺が頻発し、医師が海外に逃げていく医療の荒廃が起こったわけですが、医療費削減化にマスコミは一貫して反対したと書いてあったことです。

日本はどうかというと大学病院で医療事故が起きた時に、連日のように院長が頭を下げる。国民はそれを見て、なんてひどいやつだと言います。いろんな報道の中で、例えば医療機関の収入は増えていると報道され、医療費削減は規定方針のように報道されています。医療は成功報酬ではないのですが、良くならないとどこかにミスがあったのではないかと、投薬が間違っていたのではないかと考える。これらの対応に非常に気を使って、インフォームドコンセントといえるのか本当に厚くなる文書を書かないといけない。

国民が悪いというのではなくて、実態をもっと伝える必要があり、情報の共有がないところに次の解決策はないと思います。多分、行き着くところはやはり医療に対する財源をしっかりと確保したうえで医療のシステムを効率的にやる。医師が医療モラルを高め、説明責任をしっかりと果たすとかということになるかと思います。まず、今日参加しておられる方は、非常にこういった問題に関心が深くて比較的客観的に事態を把握しておられると思いますが、そうでない方があまり多過ぎる。特に、医療界を一步外に出ると知らない人があまりにも多過ぎる。それでは解決にならない。先程埴田先生が言われたようにこれは医療行政の仕事

に深く関わっていると思うので、日本の地域医療や国民の医療の問題、国民がどのように考え、自分たちはどれぐらい負担を覚悟していて、そして医療従事者の内、実体も望みながら意外に素晴らしい医療を確立していったというようなブランドデザインづくりを始めないと解決は難しいという気がします。ただ、そうはいつでも明日から困ることがありますので、これは順次我々大学病院でできることならどうにかしたいし、まだ努力し足りてないところがいっぱいあると思います。

粥川：松尾先生、ありがとうございます。

谷本：今2人の方がおっしゃった通り、医療政策について少し時間をかけて、こういうふうにしようと考えていかなければいけないと思います。いろんな矛盾があって現状ですぐには対応できないところも、やはり将来的な目線をキープして整理して、医師の立場からの合理性のみならず患者目線で伝えていくことも必要です。

問題は、具体的に今どうするかということですが、地域を巻き込んで何とか医師を集めていきたい。これは地域によって随分状況が違ふと思います。例えば、人口5万もあるような大きな街というのは岡山にはあまりありません。町立病院でも100床以下というところで、平成の大合併で3つの市町村が一緒になって病院を1つに統合したので何とか人がまだいる状態。そういう町村合併は病院にとっては非常に良かった。医師の資源をできるだけまとめることによって、少々時間が稼げた。ただ、産科の先生が辞めていくというのは2年前から常態化しましたし、産婦人科、小児科というのは入局者が10名以下という状況で対応ができません。

私は岡山県のへき地医療支援機構の委員長として県内の医療機関の配置を考える立場にありますが、今一番問題になっているのは、小児科の医療センターをどこにするかという時、それぞれの自治体からうちも特色がないと困るから必要だといわれる。ただ、そこがどうしてそこでなければいけないのかを住民にきちんと説明していない。や

はり地域全体で、どの市、町にいてもセンター病院に行けば同じ待遇で初期の医療が受けられるように、行政も含めて早期に検討を行う。地域でどうしても必要な内科、整形外科と小児科については地域医療圏でセンター化などを含めどうしても整備しなければ行けない。そういった市民の目に耐えうるものを行政と一緒に作り、スキルアップしていくことが大事なことだと考えています。今度県医師会とも連携してそういうのを包括してやろうと思っています。

とにかく、もう悩んでいるとか、問題点はなにかとかいつている時ではない。とにかくアクションあるのみです。今一番私が危惧しているのは、臨床研修システムによって医師が横に動く仕組みができて、その時に何を頼って動いたかということでその人の今後の人生が違ふ。人材派遣が伸びてきて、私たちのまわりも2年間そういう雑誌が山積みになっていましたが、人材派遣の会社を頼って動いたら、それから後はずっとそうなる。やはり、市場原理も大事でしょうが、今それで動く人たちはこれからいろんなことを学んでいく必要性があると感じられる若い先生ばかりで、そこに市場原理だけで動くような医師を作れば、今後何10年間そういう医師しかなくなる世の中になるのではないかと。

そのことに危機感を強く持って、何としてもそんなことに負けないぞという気概を持ってやっていただきたいと思っています。名古屋は決してそうじゃないと思いますが、他の地域ではかなり悲惨な状況が起きているというのは事実です。やはり住民がそこにいられるのは安心して受けられる医療があるからで、日本が東京とか大都市集中の地域にならないよう、底辺の地域を支えることは非常に社会的にも大事な問題だと考えています。以上です。

粥川：谷本先生、素晴らしい意見をありがとうございました。人材派遣業界には相当耳の痛い話だろうと思います。しかし医療人として当然の主張です。市場原理で動く人材派遣業界は、医療は誰

の為にあるのかを基本に受けとめなくてはけません。

ここで、静岡県掛川市民病院の鮫島庸一副院長からメッセージが届いています。

風光明媚な掛川市で実は深刻な医師不足がある。去年の4月に市長に新しく就任された方が、医師確保が緊急の最重要課題であると認識して、市議会で病院問題を考える特別委員会が設置されました。病院モニター会議を設置して市民の方々の意見を伺った結果、大変な状態に置かれているという認識が市民に広がってきた。市民に対して開かれた病院とする多様な努力と行動が必要で、病院のよき理解者となっていただき、また病院問題を共有して一緒に考えていく市民を1人でも増やすことが重要だと結んでいます。おまけにこの掛川のお茶が、メタボリックシンドロームにいいというようなことまで含めて、地産地消の市民の産業と医療という問題がリンクをしているところまでつなげて展開しています。

紙に参加したいという鮫島先生のメッセージの要旨を紹介して、今日のシンポジウムの骨子に入ります。愛知県保険医協会の地域病床部長で、地域医療や医療政策の専門家と思われる先生がおられます。全部で40ページにわたる、「勤務医を巡る環境変化」(P.55「指定討論」)、「勤務医減少問題の考察」という大論文を書かれた池山淳先生に本日のシンポジウムの感想やご批判、27万人の医者が使い捨て労働者になってしまうようにはどうしたらいいのかという視点から発言をお願いします。

池山：勤務医本人の生活を中心に総論を考える視点も大切と考え、勤務医個人の立場からレポートをここに提出させていただきました。

今医師は27万人いて毎年何千人という数が増えています。人は増えているのに、勤務医不足になる。この矛盾を解明しなくてはなりません。

彼らは医療界で生活する人々ですが、毎年医療費の方は削減され続けています。その削減で福利厚生、給与などで勤務医にしわ寄せがかかる問題

も多くなっています。

また現在は医療事故には、訴訟問題が起こるばかりでなく刑事事件として責任を問われる情勢にあり、これも勤務医の世界を暗いものにしていきます。そのため苛酷重労働の中で、脳外科や一般外科、麻酔科などが足りなくなっています。問題になっている産婦人科はやりたくない。善意で一生懸命奉仕しても、結果が悪いと逮捕される。それなら勤務医なんかやりたくない、などという人が増えている状態もまた勤務医の行動に影響しています。そして病院から勤務医が減ります。この現象をどうするかこれも問題です。

また今回の診療報酬改定で、病院経営は大変なことになりました。経営困難なほど削減されました。例えば急性期医療をしても莫大な赤字が発生する。まして療養病床では23万床はなくされるという苛酷な情勢になりました。患者と医療機関の前途は地獄です。医師不足現象を解消するために岡山デザインの提案がありましたが、100床以下の中小零細医療機関には当てはまりません。

また勤務医が同一病院で勤務が継続できないシステムになってしまったことも大きな問題です。医局制度がこわれた。若者に帰属意識がなくなった。医師の士気の低下、モラルの低下が起こってきた。そして大学では医学研究を続けたい、将来は助教授や教授になってみたい、などのような研究に目標もなくなっています。

また近年は外科や麻酔科など医療現場での協力体制といいますが、チーム力がものすごく低下してきました。使命感に燃えた協力する意欲、これが急速に低下してきました。これもまた大問題です。

医師個人の生活不安もあります。研修医が終わったらまた後期研修医が義務化される情勢にあり、そのまま経済的に安定する保証もない。

そしてこの10年で日本の社会の構造が破滅的になりました。現在の若い勤務医はほとんどが自分主義です。親は団塊の世代で日本を良くするために働いた世代ですが、社会の一般傾向として医師以外の若者も生活力のない人々が多くなっていま

す。そして社会全体が自らの前にある困難とこれをつくった政府と激しく闘うことをしない人々も増えています。苦しんでいても、自殺しようとはしますが、連帯することを知らない世代です。この会場にも若い人々がいないのは残念ですが、自分たちの問題に互いが協力するという力が足りないのが現状です。協力と連帯、これをどうすれば構築可能かこれもまた問題です。

現在のように破滅的な医療制度になったとき、勤務医の人権が保障されない状況になったとき、ストでもして闘おうとする激しさのある人々を創ることも大切ではないかと思われま

す。現在勤務医に起きている問題は、日本の医療制度の欠陥が造った問題です。低医療費政策のなかで、多くの規制によって造られた破綻現象です。勤務医不足などという問題も、低医療費にしたうえで無用の規制を造ったことによる勤務医不足でもあります。生活保障がないために退職してしまう勤務医不足です。政府は理想を求めて、医療費には医療機関が生き残れないほどの低い点数をつける。こういった陰湿な医療政策によって造られた問題点が多数噴出しているのです。

現在政府が日本社会を壊した一側面が勤務医にも現れています。われわれはこの事態を正しく認識し、勤務医の連帯と協力の構築が、今こそ必要な時期になっていることを指摘したいと思

います。

粥川：いつも冷静で緻密な分析をされる池山先生が、昔の学生運動のアジェンダを想起させるスローガンと熱い情熱は、皆さんの心に響くものがあると思います。

さて今日この勤務医の会総会のシンポジウムは、勤務医問題のあり方を考える端緒に過ぎません。ここで全ての答えが出て、解決法がわかったら来週から、明日からこうすればいいぞという、そんな簡単に答えが出る問題ではありません。日本の社会の崩壊や医療崩壊で、少子・高齢化でついに昨年死ぬ人が107万人で生まれた人が106万人というこういう人口減が始まっています。どん

どん社会全体が縮小し、デフレスパイラルに陥っている中で、医療の世界では先取的に総合病院から小児科や産婦人科がなくなっているのです。再び医療を取り戻すには、再び地域社会で日本をどうやって取り戻していくのかということにもつながってくるわけです。一人医療人だけ、あるいは良心的なメディアの方々だけで、何かブレイクスルーできる問題でもない。非常に大きな問題の中の1つだという認識をされたのではないかと思います。それで、残り時間も僅かですが、これだけのすごい内容の発言やシンポジストのプレゼンを聞かれて、これだけは1つ是非聞きたいというのがございましたら、どうぞよろしくお願いします。

中川：昭和53年に名古屋大学を卒業しました小児科医の中川です。小児科のことが先程から話題になっており、小児科の立場から谷本先生にお聞きしたいと思います。愛知県の南部には小児科から見ると病院数が多いと判断をせざるをえない。それは行政の線引きで、そこに市民病院がありそれぞれ2人体制で当直もしなければならず、結果として小児科医が磨耗してやめていくという現状があるのではないかと。産科も同じだと思います。ある教官が10年間程の期間の医局員の出入りを計算したら、全くプラスマイナスゼロなのです。この3、4年は小児科医が年間10人、15人と名古屋大学に入局して行って、名市大にも10人、15人と入っているのにもかかわらず増えないということは、みんな開業していくわけです。ならばどうするかという結局病院の集中化しかない。そうすると行政の壁を越えて、10kmなり20kmの距離なら走ってもらう。夜2人体制のところは当直・待機をやめる、入院は5人以下にする。名市大もそのような方向が出されているみたいです。こうしたことをしていかないと本当に内部的にバーンアウトしてしまいます。谷本先生にお聞きしますが、岡山はどんなふうにされているのでしょうか。

谷本：岡山大学に小児科の森島先生が2年前から来られて、いろいろ話し合いもしました。実際に

行っているのは、センター化した病院が4カ所で、そこは10人体制です。残りは1人いるかないかという状況でなんとか回っています。ところが、この4月の診療報酬改定で小児医療が少し引き上げられたので、小児科を復活したい、若しくは1人のところを2人でやりたいという病院が出てきてどうするかと言う話をしました。今は無理でもう数年たったら何とか対応できるというところがあります。先生のお答えになっているのかどうかわかりませんが、そういう状況です。

粥川：よろしいでしょうか？ もう一人ご発言どうぞ。

五島：掛川市立総合病院院長の五島と申します。医師がやめていく本当の理由は、労働過重が原因で間違いないと思います。忙しいから辞めさせてくださいという内科医がいましたが、その先生は今パートで勤務してほぼ同額の給料をもらっています。正職員は、あなたが辞めるなら私もという状態です。どうして、こんなに勤務医が忙しく、どうしてこんなに患者が集まってくるのか。患者さん、市民は病院へ行けば専門医療を受けられるという何か幻想を持っているのではないか。現実に掛川市は、人口11万の都市ですが、小児科を専攻してきている医師が、当病院に勤務している2人と市内で開業している医師をあわせても全部で5人しかいない。昼間は時間がかかっても小児科医でない開業医を受診するが、夜になると病院にやって来てなぜ小児科は見えてくれないのかと言われる。当直をやっている小児科以外の医師はいやになってしまうということが事実起きている。病院に行けば必ず専門医が担当するという、患者さん、市民の誤解を解かないと今の救急の難しさは治まらないと思います。理解を得るための1つの試みとして、当院では時間外の外来の実態などを広く知ってもらうために、全く病院に関係のない

人をモニターという形で集めてモニター会議ということをやっています。なぜ市民がこのように病院に対して専門医療を期待するような幻想を持つのか、講師の先生のお考えをお聞きしたいです。

それから、うちの病院は4月から内科の看板をはずさなければいけなくなりました。なぜなら、今の若い医師は各臓器ごとに学んでいきますから、循環器のお医者さん、消化器のお医者さん、血液のお医者さんはいるのですが一般内科を担当するという医者がいなくなってしまったのです。こういうのは、おかしいのではないかと思う。大学教育の中で、内科医になるのであれば内科医の基本的なレベルをもう少しきちんと教育していただくことが必要ではないかと思えます。以上2つの質問です。

粥川：五島先生、この後3時間ぐらい時間があればまたどんどん皆さんと討論を続けたいのですが、用意された時間がきてしまいましたので、回答は懇親会で継続して頂きたいと存じます。第1回の勤務医と病院のあり方を考える会で、昨年までですと勤務医の会の総会は記念講演だけで終了でした。今度はそうせずに、第2弾、第3弾に続く第1回ということで、今日のシンポジウムは終わらせていただきます。本日のシンポジウムの内容は、保険医協会の報告集や新聞にも出ます。それから、医学書院の「医学界新聞」という雑誌にも今日の内容が出ます。本日はあくまでスタートにすぎません。講演時間を制限しましたので、シンポジストも言いたいことの半分以下、参加者も発言したいことが山ほどあるのに、残念ですがシンポジウムはここで終了です。3人のシンポジストや発言をして下さった先生方、それを熱心に聴講された皆様にご挨拶とお礼の意味を込めて拍手で終了したいと思います。どうもありがとうございました。