



新ミレニアムにおける医療プロフェッショナリズム：医師憲章

(アメリカ・ヨーロッパの内科4学会が共同で作成：李 啓充訳)

市場原理が医療を減ぼす アメリカの失敗 医学書院 2004.10 P266-268

<3つの根本原則>

- 1) **患者の利益追求**：医師は、患者の利益を守ることを何よりも優先し、市場・社会・管理者からの圧力に屈してはならない
- 2) **患者の自律性**：医師は、患者の自己決定権を尊重し、「インフォームド・デシジョン」が下せるように、患者をempowerしなければならない。
- 3) **社会正義**：医師には、医療における不平等や差別を排除するために積極的に活動する社会的責任がある。

<プロフェッショナルとしての10の責務>

- (1) プロとしての**能力**についての責務
- (2) 患者に
- (3) 患者の
- (4) 患者と
- (5) **医療の**
- (6) 医療へ
- (7) 医療資
- (8) **科学的**
- (9) 「利害衝突」に**適正に対処し信頼を維持する責務**
- (10) **専門職**に伴う責任を果たす責務

今、日本の医師会、大学、病院
そしてすべての医師に
求められているものは？



国民の豊かさと国際競争力維持両立は可能！

順位 OECD	国民の豊かさ 2005年	貧困率2000年 (平均所得50%↓人口)
1	ルクセンブルグ	メキシコ 20.3
2	ノルウェー	米国 17
3	スウェーデン	トルコ 15.9
4	スイス	アイルランド 15.4
5	フィンランド	日本 15.3
6	デンマーク	ポルトガル 13.7
10	日本	スペイン 11.5
備考	米国12位	北欧20位以下 6.4↓

順位	国際競争力 世界経済フォーラム
1	フィンランド
2	米国
3	スウェーデン
4	デンマーク
5	台湾
6	シンガポール

格差社会拡大の日本
国民は「富国強経」より「豊国幸民」を望んでいる

日本昨年9位から12位に転落
財政赤字・公的債務世界最悪水準
100位以下



新書
180
Y

誰が日本の 医療を殺すのか

「医療崩壊」の知られざる真実

本田宏
Honda Hiroshi

病院から医師が逃げ出し、
地域から病院が姿を消す！
このツケは我々患者にまわってくる！

なぜ、日本の医療はここまで追い込まれてしまったのか。
現役勤務医が厚労省のウソと医療の危機的状況を鋭く斬る！

洋泉社 定価：本体780円＋税

医療者はもちろん
すべての国民必見！



必ず見て！そして
周りにも奨めて！
Do something!

自立しているスウェーデンの学生

日本は高い教育費(予備校、大学)生活費！

一方スウェーデンでは
大学受験のための各種高騰教育校、
さらに大学も無料、希望者には奨学金も

国民各個人が生きる必要経費が大きい日本
今ニート、フリーター↑、格差社会まっしぐら！

一方スウェーデンでは
「若者は資源である」という考えが浸透
この国の活動の精神は常に「人」優先
日本の精神は「？」優先？

VOLVO FAMILY No118/Spr 2006

学ではあ
学生。
は事情が
学でき、
まで出る。
剣に勉
親元を離
生の自立



VOLVO

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



Swedish
Safety
Life

何よりも
平和に
勝るものはない。
より安全・安心な
暮らしを
求めて

日々の暮らしにおいて、
快活さを維持できる
一番のポイントは「安全」である。
毎日食っている食品が
安全でなければならぬのはもちろんのこと、
事故、犯罪、災害などに対処できる
社会環境が整えられていることは大事なことで、
国として究極の安全対策は、
戦争をしないことである。
いま、安全な国として、
最も注目をされているのが、
中立国の宣言もしている
スウェーデンなのである。

VOLVO FAMILY No117,2005,Win

ウェーデンの学生

人が自立しやすいシステム
税金が有効に使われる
本当の社会保障国

一方日本は
高い受験料,入学料,学費
そして生活費！
スウェーデンから見れば
これも税金！
日本は社会舗装国！

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会





罪のない忠実な一般の人民が 最も気の毒であります。

歴史を越えた偉人 今に生きる 朝河貫一 その生涯と業績より

事情がよく知らされていない日本では罪のない忠実な一般の人民が最も気の毒であります。

日本人は愚かな指図や悪い指揮にも簡単に従ってしまう傾向がある

自由主義にあっては、その国民が世界における人間の立場を、すべてにわたって意識するまでに進歩しているかどうか、それこそが重要である

に対し、厳しい注文をつけた。また日本の国民性についても語っており、歴史的な流れをもとに「愚かな指図や悪い指揮に

も簡
ぎり
れた
場を

か
を

戦前に日本と日本人に向けられた警句 果たして戦後の私たちにとって……？

あわせて230万人もの戦死者を出し、広島と長崎には世界で初めての原爆が投下されるなど大きな犠牲を払って朝河の警告の本当の意味を知ることになった。

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

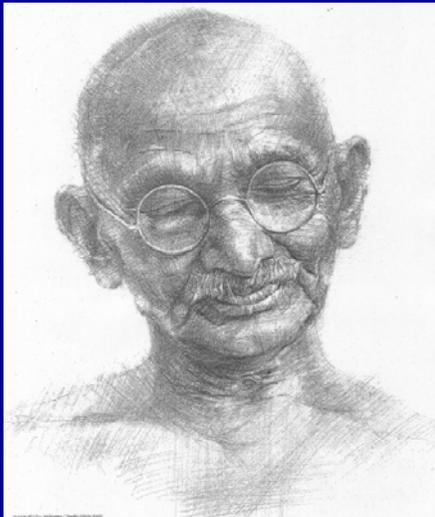
医療制度研究会



資本主義が行き着く七つの社会的罪

Seven Social Sins ガンジーの碑文 魂の箴言より

Mahatma Gandhi 1869-1948 2003.01.17 朝日新聞、山田養蜂場全面広告



1. 理念なき政治

Politics without Principles

2. 労働なき富

Wealth without Work

3. 良心なき快樂

Pleasure without Conscience

4. 人格なき学識

Knowledge without Character

5. 道德なき商業

Commerce without Morality

6. 人間性なき科学

Science without Humanity

7. 献身なき信仰

Worship without Sacrifice

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



クリプトクラシー：盗賊・収奪政治

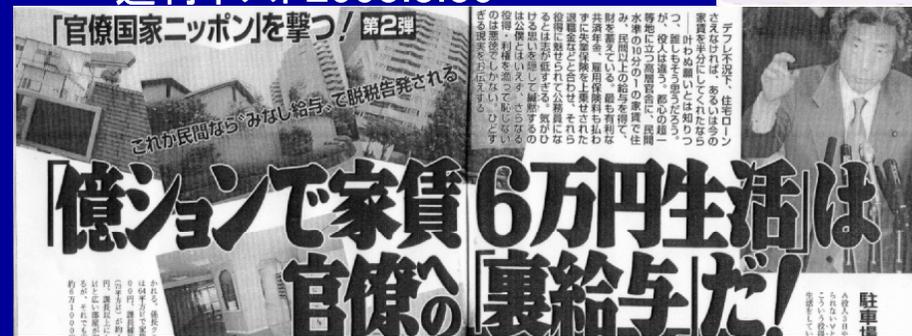
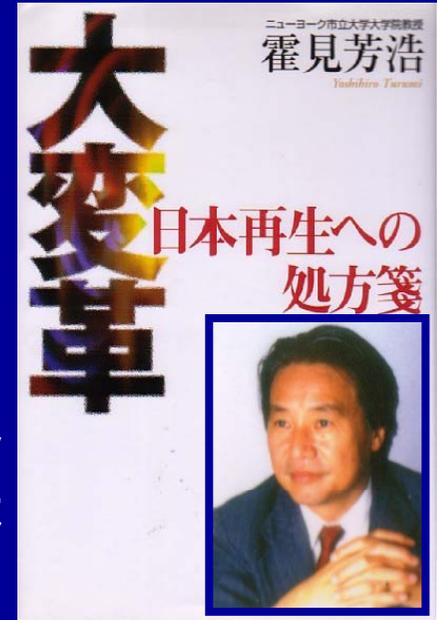


米国議会筋で日本は表面上は民主主義デモクラシーをうたっているが実はクリプトクラシー国家だと・・・囁かれている。

クリプトクラシー(Kleptocracy): 官僚と癒着した与党専制国家で、為政者は幅広い国民の利益(国益)を追求せず、自分たちの権力の延命にと選挙を曲げて、自分たちと特定支持者の狭い利権のみを追う政治体制

週刊ポスト2003.5.23

週刊ポスト2003.5.30



公務員給与 40兆円(一般会計予算の半分！)
国民は増税、年金削減、医療費窓口負担増！
自分たちの給与・退職金は赤字国債で担保！



日本の指導層にないもの、それは 「ノブレス・オブリージュの精神」

一般の大衆には行動の自由があることでも、自分は他の人にはない犠牲を払ってでも背負わなければならないものがある。という覚悟。(中略)

ヨーロッパでは貴族や騎士階級は、支配階級であると同時に国民への責務を負っていました。その最たるものが、武力をもってさえしても国民の安全や財産を守ることです。「体を張って」いるのです。

07.7.文藝春秋よ



2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

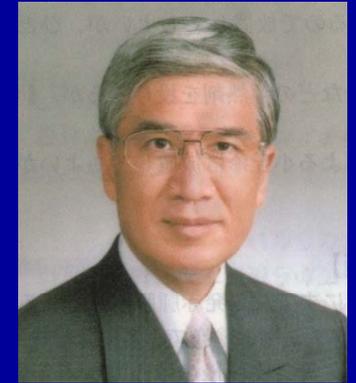
医療制度研究会



医療費患者自己負担割合

WHO:The World Health Statistics 2006

慶応義塾大学 田中 滋氏(08.9.6急性期医療を担う病院の今後をさぐる)



フランス:11.6%

外来診療1回1ユーロを年間50ユーロまで、入院自己負担原則なし)

英国:12.6%

ドイツ:13.7%

扶養控除後の年間実質所得の2%が負担限度
慢性疾患患者は1%、予防健診定期受診が条件

米国:15.5%

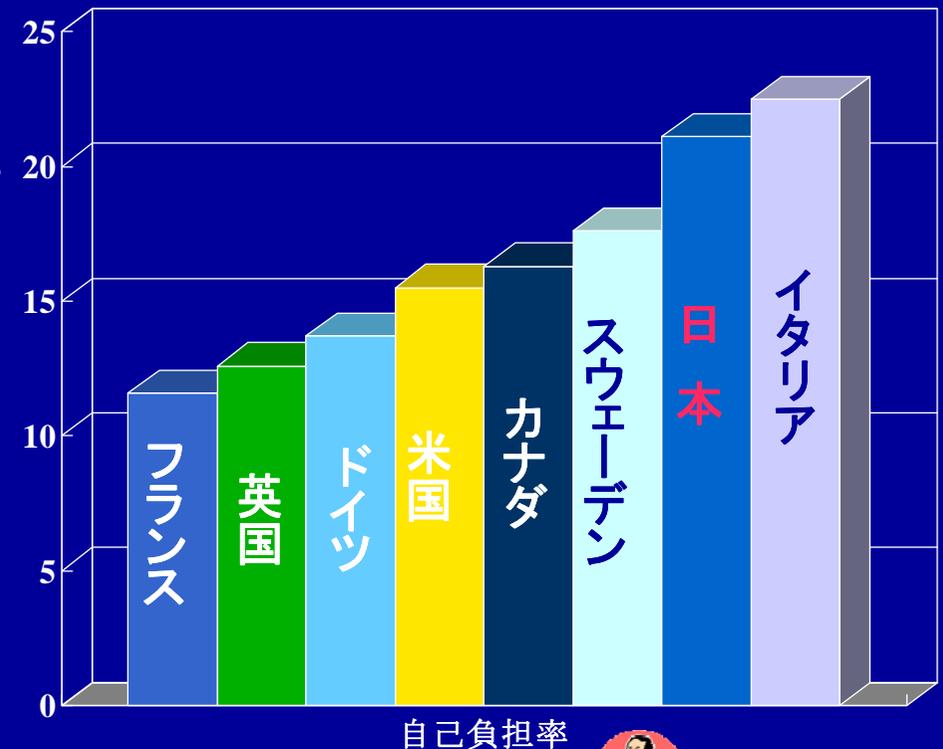
カナダ:16.3%

スウェーデン:17.6%

外来自己負担上限額年間:900SEK
入院自己負担上限額1日:80SEK

日本:21.1%

イタリア:22.5%



2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



医

員

社会保険庁元長官ら逮捕

朝日新聞04.4.15

日本の診療報酬点数

医科は米国の20% 歯科は10%

始めに規制、次に寄生の構図

だが厳しく追及されるのはいつも出す側

エネルギー
労働組合同
中央執行
健康保険

委員

支払側
8名

診療側
8名

公益
4名

専門
8名

慶応

沖糸

武田薬品
クラヤ三
株式会社



白田貞夫容疑者



下村健容疑者

溝谷 研一 研究員、
工学部教授

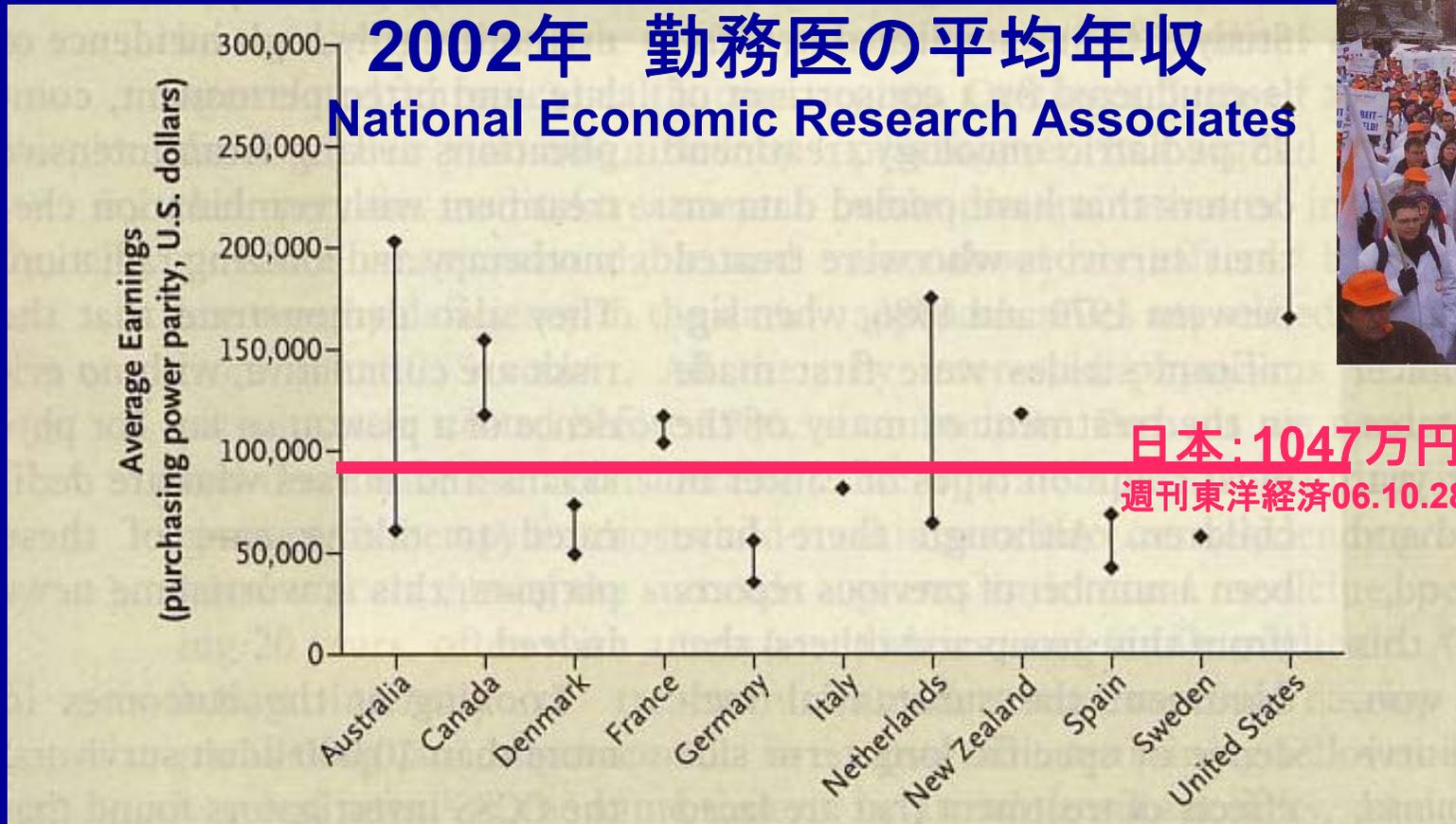
岡田 隆一 名誉院長、
事務取締役、株式会社
日本協議会 常任理事、
ドジョンソン株式会社



Doctors on Strike - The Crisis in German Health Care Delivery

New England Journal of Medicine Vol.355 No15 Oct 12, 2006

ドイツで勤務医のスト



2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



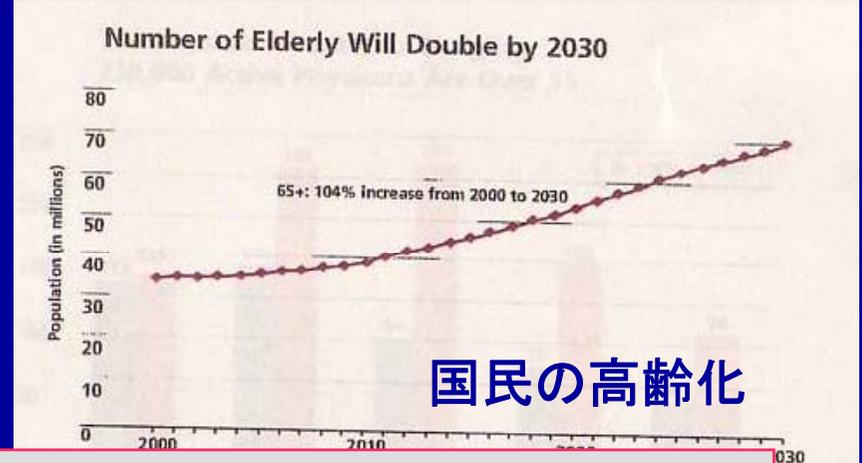
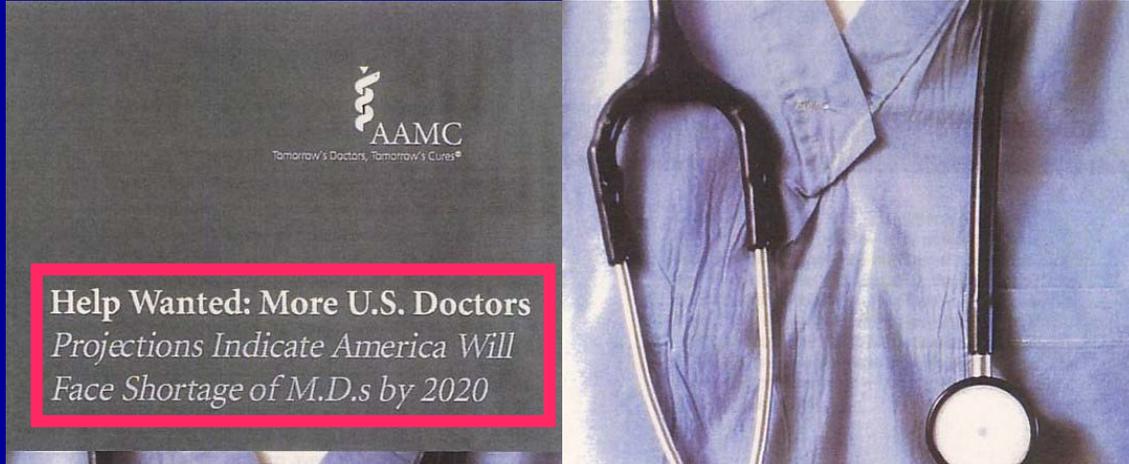
日本の医療崩壊の3大原因

- 低医療費政策
 - 医師不足
 - 情報操作

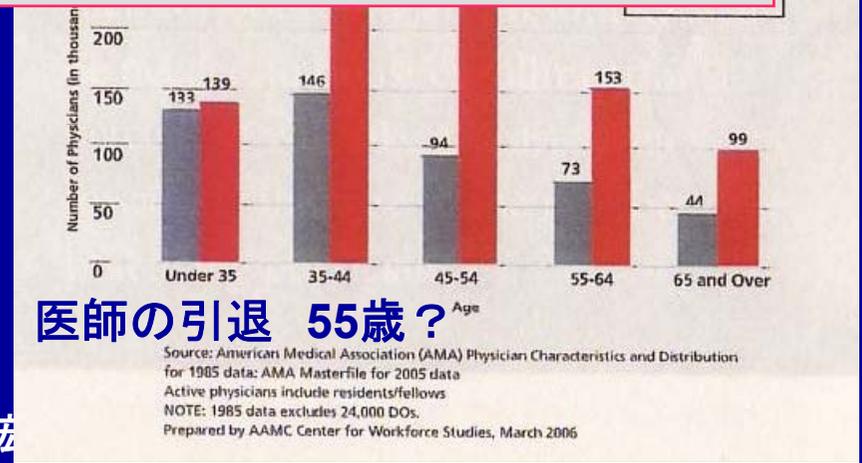
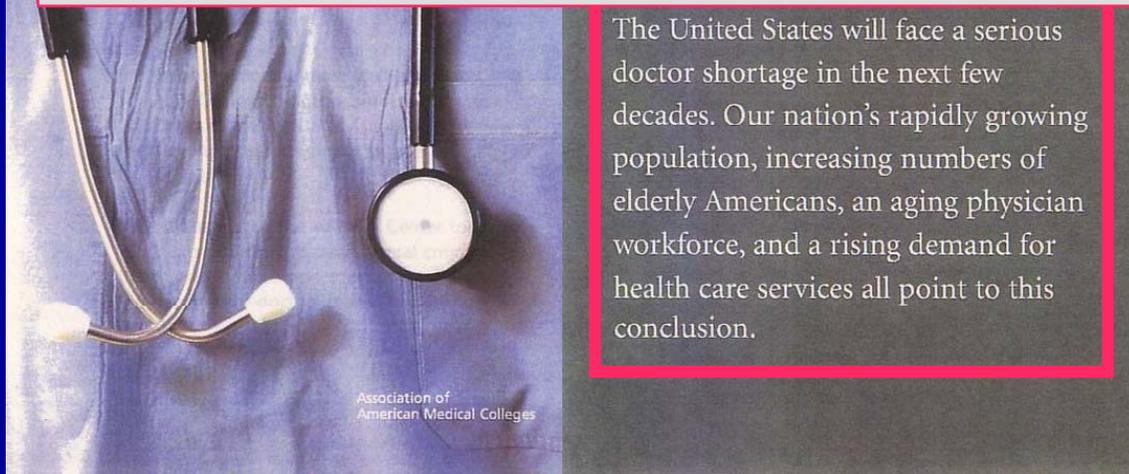


米国のAAMC (Association of American Medical Colleges)による勧告

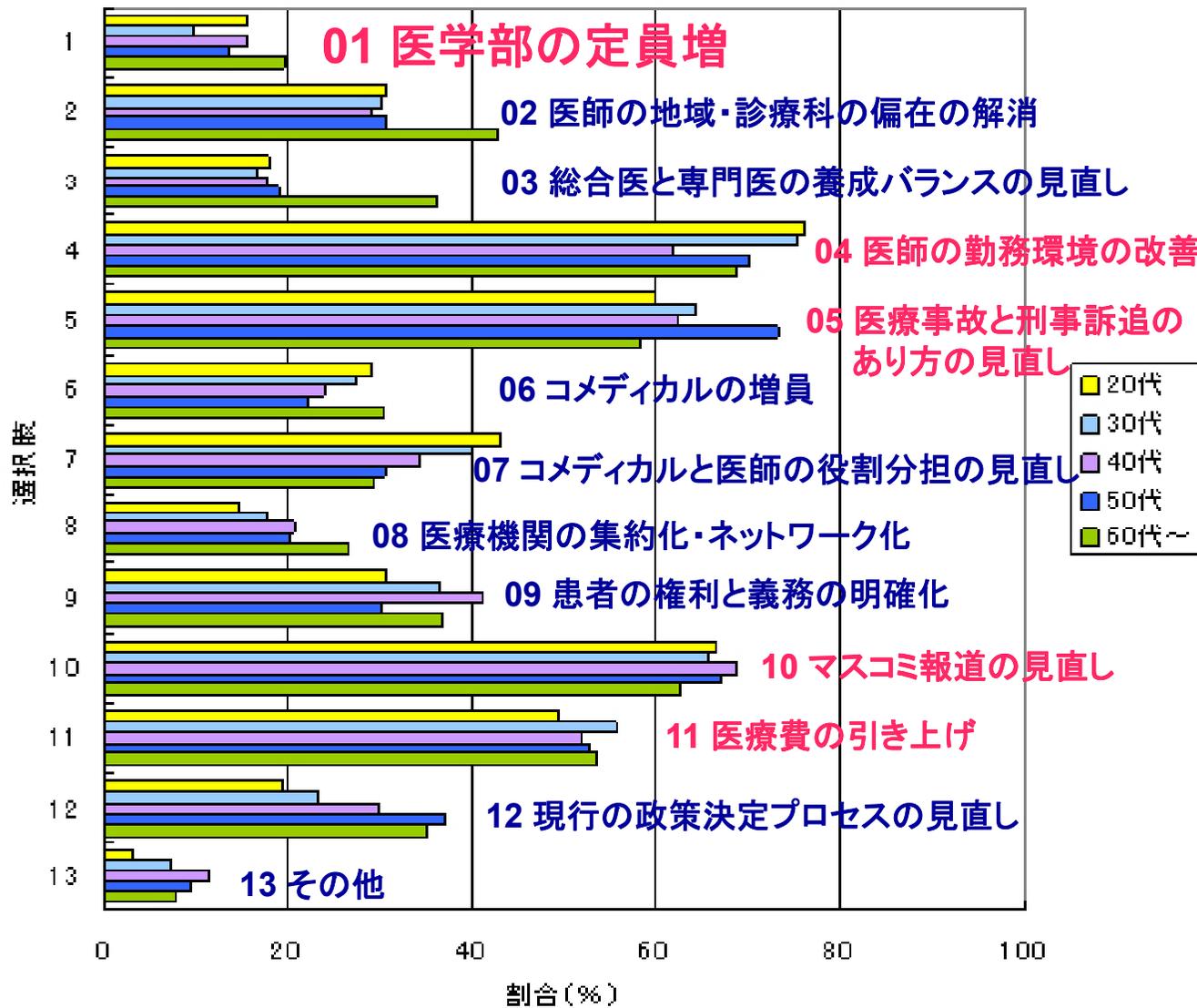
2015年までに2002年レベルと比較して**30%の入学定員の増加を**



「医師の需給検討会報告＝将来医師過剰」を
喝破するデータを医療団体自身で構築し勧告せよ！



Q.1-10 “医療崩壊”への有効な対策

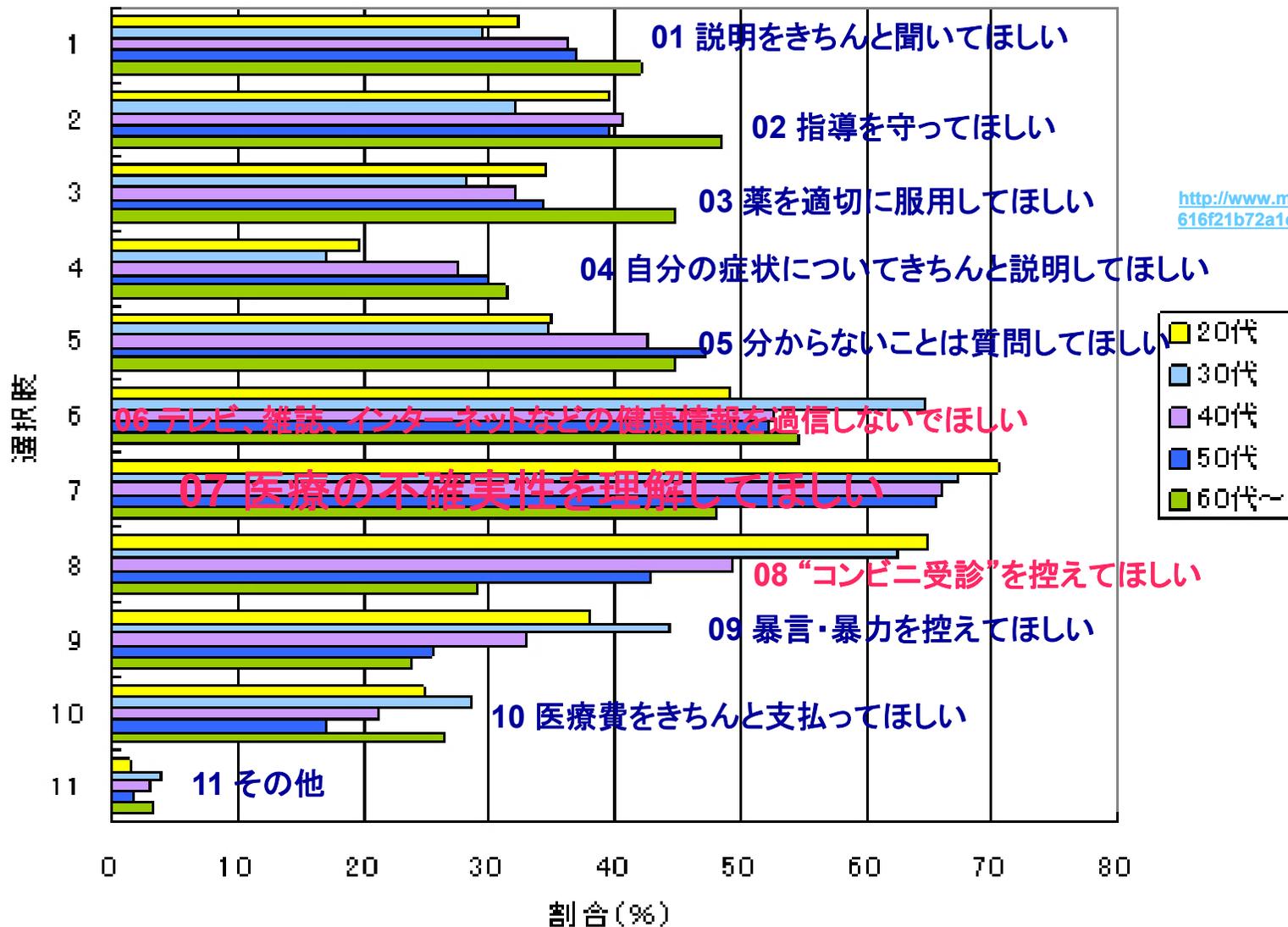


患者に望むこと
 「健康情報を過信しない」
 「医療の不確実性への理解」
 医療維新、医師調査
 m3.com 08.9.3

http://www.m3.com/tools/lryolshin/080903_1.html?Mg=1bef482616f21b72a1c3c2097620df65&Eml=a7a98fd1f2d08a39909507c6ac6ad60b&F=h&portalId=mailmag



Q.1-9 患者に期待すること



患者に望むこと
「健康情報を過信しない」
「医療の不確実性への理解」
医療維新、医師調査
3.com 08.9.3

http://www.m3.com/tools/lryolshin/080903_1.html?Mq=1bef482616f21b72a1c3c2097620df65&Emi=a7a98fd1f2d08a39909507c6ac6ad60b&F=h&portalId=mailmag



上杉鷹山

1767年～ 米沢藩9代藩主、危機に瀕した藩の財政を立て直した中興の祖
トランベール 2007.4

家督を譲る際に後継者に送った「伝国之辞」

国は先祖より子孫に伝えられたものである、民は国に属するもの、君主は国や民のために立つもので、**いやしくも国や民が君主のためにあるなどと考えるはいけない**

現代日本の為政者は？



2008.11.1



済生会栗橋病院

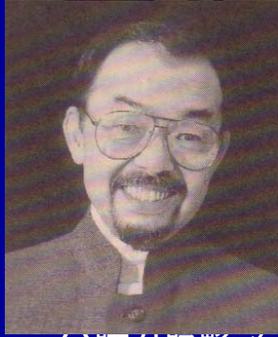
本田 宏

医療制度研究会





最も有名な御真影、キヨツソーネ作による肖像版画
出典: フリー百科事典『ウィキペディア (Wikipedia)』



ハ朕カ取柄心
ノ資ニ充テシム
期セヨ 濟生会H

濟生会

「撫子の歌」: 初代総裁を勤められた伏見宮貞愛親王殿下
「露にふす末野の小草いかにぞと 朝夕かかる わが心かな」



年5月30日明治天皇の**濟生勅語**によって創立

生フ二世局ノ大勢ニ随ヒ國運ノ伸張ヲ要スルコト方ニ急ニシテ 經濟ノ狀況漸ニ

07.10.14第60回濟生会学会にて 三笠宮寛仁親王殿下お言葉

問題山積の日本医療について

濟生会は厚労省のよき**アドバイザー**

場合によって**陳情団体**

最後には**お目付け役を果たすべき**

私が思
濟の状況
政治
の健全
して医療
れは私
命を救う
理大臣は

お目付け役としての行動とは

- 1、**医師増員閣議決定**を具体的に実施
- 2、**医療事故調**のあり方等、積極的に提言
- 3、**診療点数の矛盾**を具体的に**情報公開**
- 4、**診療材料抑制**→**共同購入推進**
- 5、**医療崩壊阻止**≡**現場からの情報発信**

よいが、我が国の経
るものもある。
講じ、国民生活
中に、生活に困窮
あるとすれば、そ
手え、医療を施して生
金を提供するが、総
希望するものである。

2008.11.1



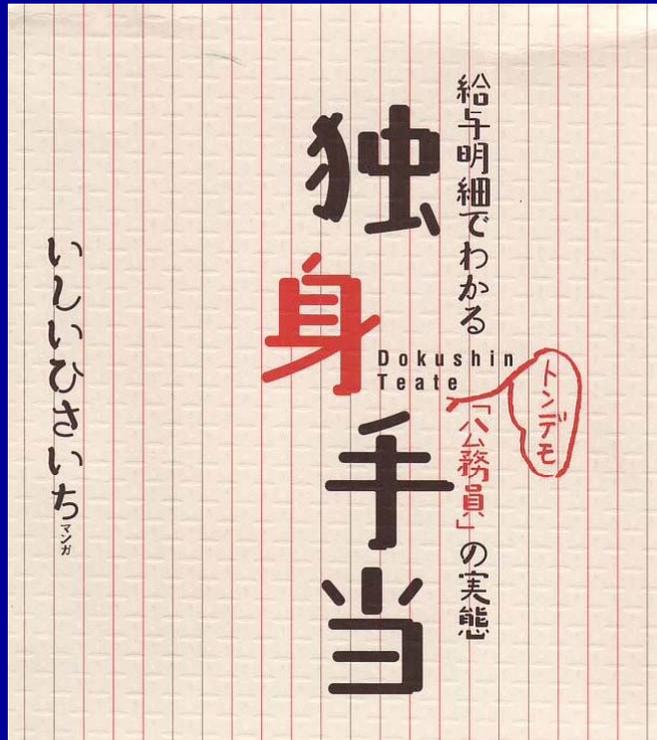
濟生会栗橋病院

本田 宏

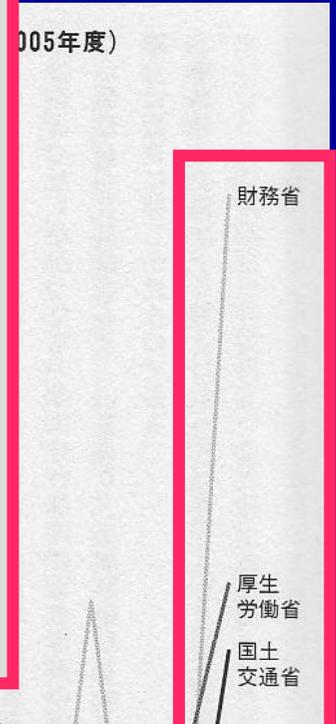
医療制度研究会



こんなにオイシイ仕事は他にはない！？ 公務員の信じられない「手当」のすべてがわかる



- 独身手当
- カラ残業手当
- 管理職以外手当
- 予算消化手当
- セクハラ「手当」
- 勤務成績不良手当
- 労働組合手当
- 退職手当
- 内部告発手当



図表1-1 ●公務員と民間の年収を較べると……

プロ野球選手	3751万円
天下り役人の平均年棒	1600万円
神奈川県職員	846万円
国家公務員(防衛省を除く)	816万円
神戸市職員	807万円
東京都職員	806万円
大阪府職員	798万円
横浜市職員	769万円
北海道職員	730万円
沖縄県職員	724万円
男子大企業平均	719万円
自衛官	591万円
男子常用労働者平均	552万円
給与所得者平均	487万円



私の母は30年以上前からすでに「なるんだったら公務員！」と言っていた。

2008.11.1



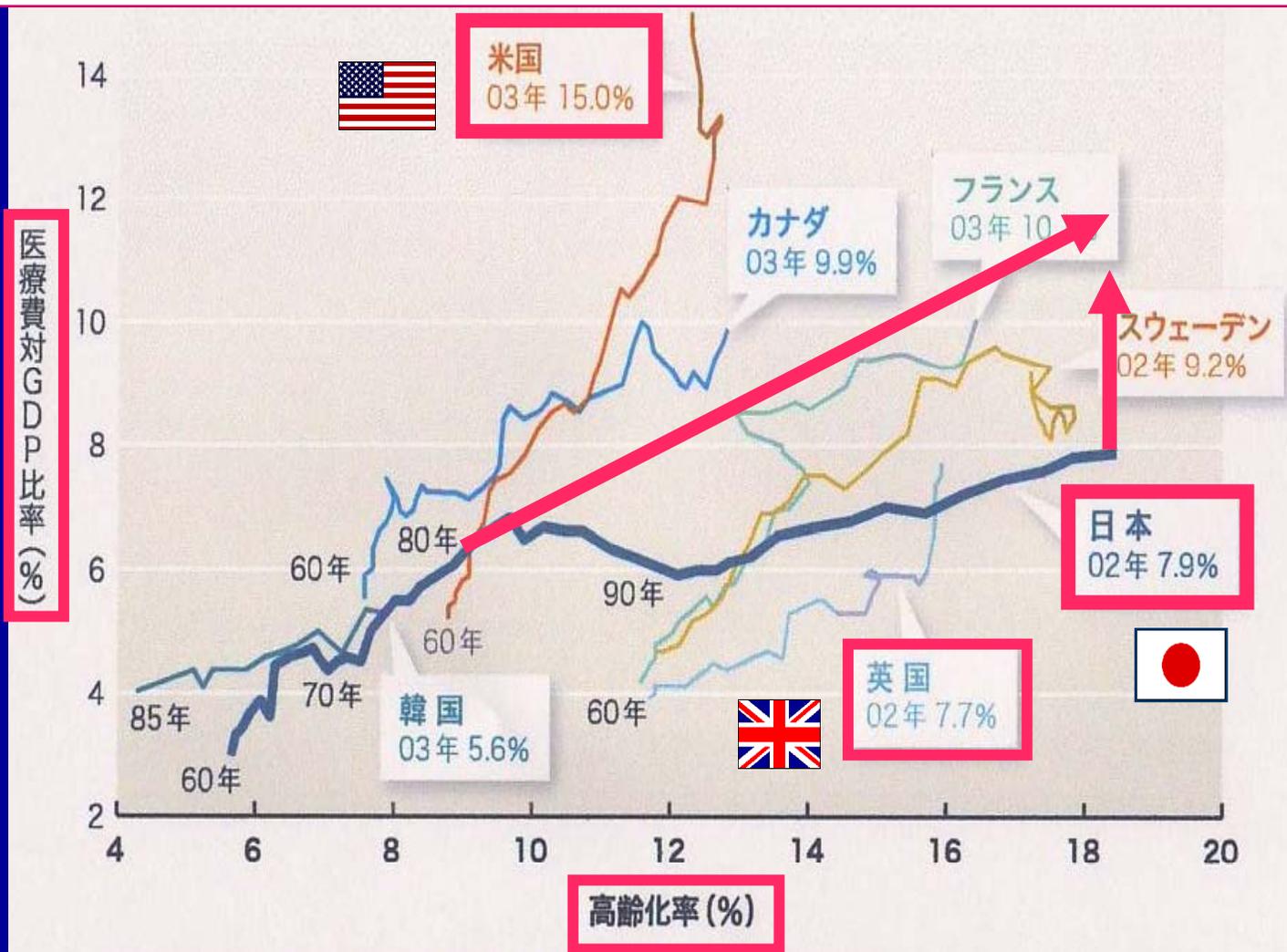
済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



高齢化とともに高まる世界の医療費



団塊世代高齢化による爆発的医療需要増大目前
日本は医療費をGDP11-12%まで増加すべき！

ガソリン税 68兆が国会で議論されていますが

日刊ゲンダイ

ふざけんな! ガソリン税

消える 道路利権

68兆円の中身

自民党の

国交省議員の露やレトリックに消えていた「道路特定財源」... そのデタラメな使用を本紙は連日、追及しているが、フザケな話はまだある。自民党大物政治家の道路利権に巨額の特定財源が押し流されているのである。

ガソリンの暫定税率を国民を苦しめているが、自民党の税制が減る。政界、ムクナ政治道路の府は「代財削減を」との議案を議決すれば、削減されているのか、これこそ問題解決である。

建設中の佐世保道路

田んぼの中に突如、出の山形県市では、山にも二階道路（和歌山）... 現況が、通称「額賀自動車道三箇ノ萩間」山形、「福田八ッ場」... 高速一と呼ばれる東関東（15・20）が700億... 自動車の延長道路... 田中野で建設中、200... 路（長約10.8）だ。11年の山口国体まで... 採算性が疑問視されて、金銭が閉鎖される。

深城野瀬（事業費... 参院の下、青木幹雄... スのなめ、200億円も、自動車の延長道路、出雲... の税が投入される。（18）の建設が200... 々に安倍三の地元、億円で昔々進行中、他

福田道路 額賀高速 安倍街道

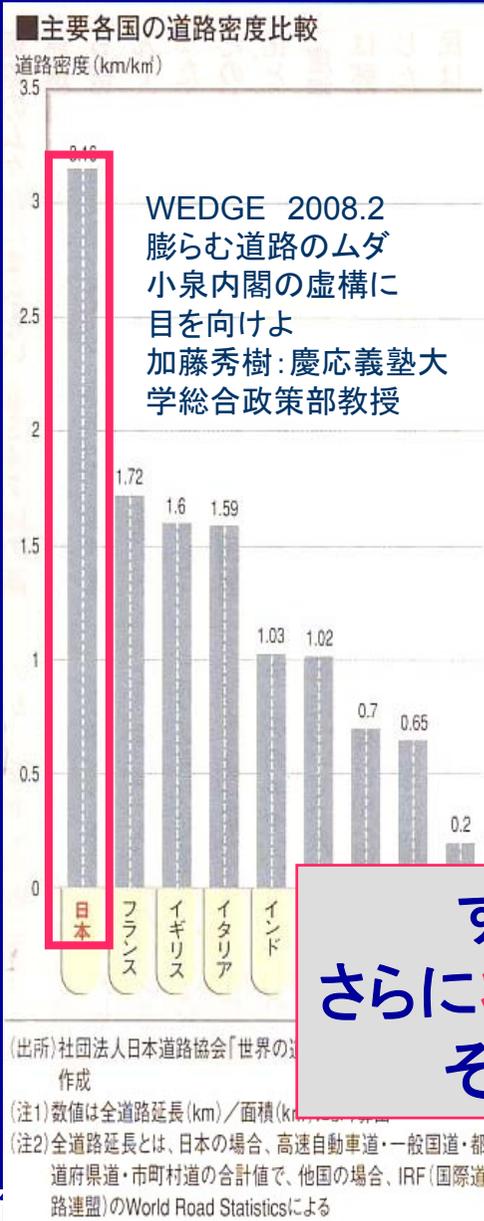
「道路特定財源は、小泉内閣で、年間5兆6000億... 計画では、年間5兆6000億... 道路」と呼ばれる「額賀自動車道三箇ノ萩間」山形、「福田八ッ場」... 政治道路だ。... 例え、久間登生防... 建設費（30億）50億... 建設費（30億）50億... の最新鋭のストロカ... かっている。久間は、この道路工事業者から多額の献金を受け取った。大規模な道路建設が、業費1兆6000億... 進められているのだ。地世保路が建設中... 元支持者たちが「久間道... 佐世保みなトカト」

WEDGEMAN

「道路特定財源は、小泉内閣で、年間5兆6000億... 計画では、年間5兆6000億... 道路」と呼ばれる「額賀自動車道三箇ノ萩間」山形、「福田八ッ場」... 政治道路だ。... 例え、久間登生防... 建設費（30億）50億... 建設費（30億）50億... の最新鋭のストロカ... かっている。久間は、この道路工事業者から多額の献金を受け取った。大規模な道路建設が、業費1兆6000億... 進められているのだ。地世保路が建設中... 元支持者たちが「久間道... 佐世保みなトカト」

（出所）社団法人日本道路協会「世界の道路」作成
（注1）数値は全道路延長(km)/面積(km²)
（注2）全道路延長とは、日本の場合、高速自動車道・一般国道・都道府県道・市町村道の合計値で、他国の場合、IRF(国際道路連盟)のWorld Road Statisticsによる

日刊ゲンダイ 08.1.25(金)



すでに日本の道路は世界一
さらに将来運転人口減少間違いなし!
それでも命より道路が優先?

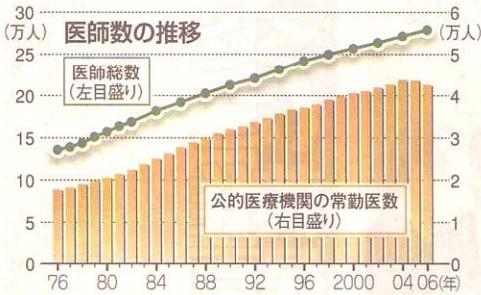


常勤医減る 公的病院

新研修制、大学が「引き揚げ」

臨床研修制度 医師免許取得後、医療現場で2年以上の診療(臨床)経験を積む制度。旧制度では、大学医学部人事や地方病院への医師派遣を掌

分野に偏った研修や低賃金、過酷労働といった問題を抱えていた。2004年度からの新制度では研修先が選べるようになり、内科など基本7分野で臨床研修に専念できるよう改



05年から 過去30年で初

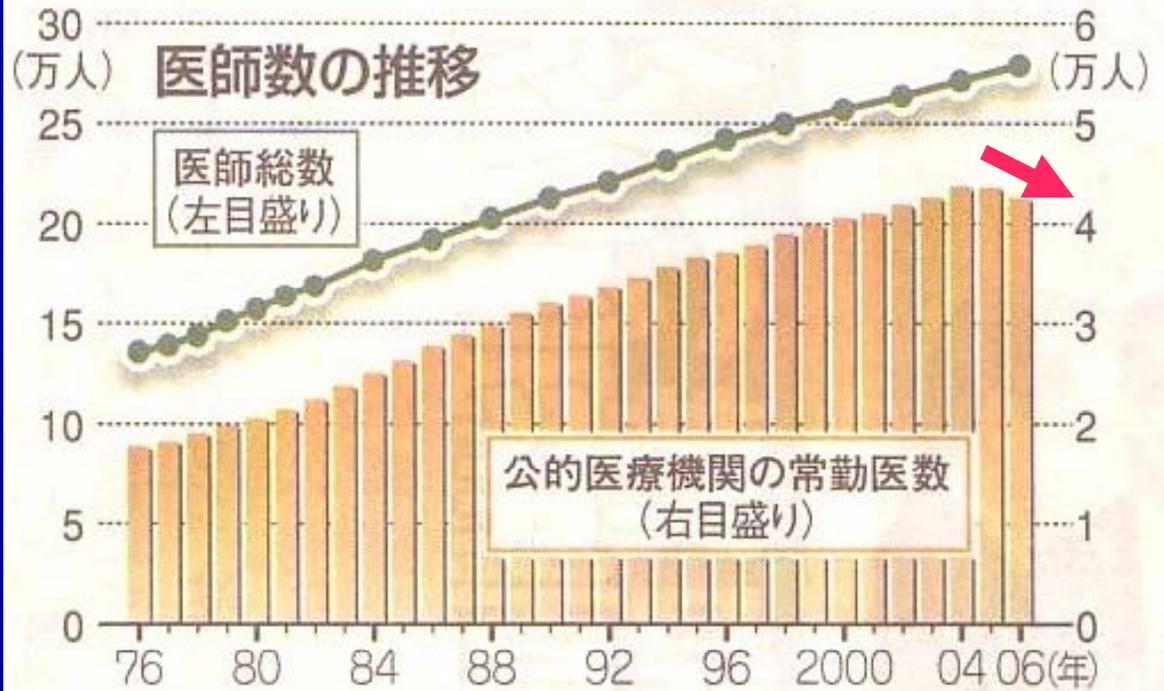
自治体や日本赤十字社などが運営する公的病院の常勤医師数が二〇〇五年、過去三十年で初めて減少に転じたことが分かった。〇六年には千人以上減少。〇四年四月から始まった医師の新しい研修制度の影響で、各地の大学病院が派遣先の公立病院などから医師を引き揚げる動きを加速させている。専門家らは「新制度が自治体病院の医師不足の大きな原因と裏付けられた」と話している。

— 関連図面

新人医師の研修先は内容や待遇などが充実。従来、大学病院に集中した大都市の民間病院に集っていた。新制度で、研修医が研修先を希望できるようになり、地方の病院に、症例数が多く研修派遣していた医師を引



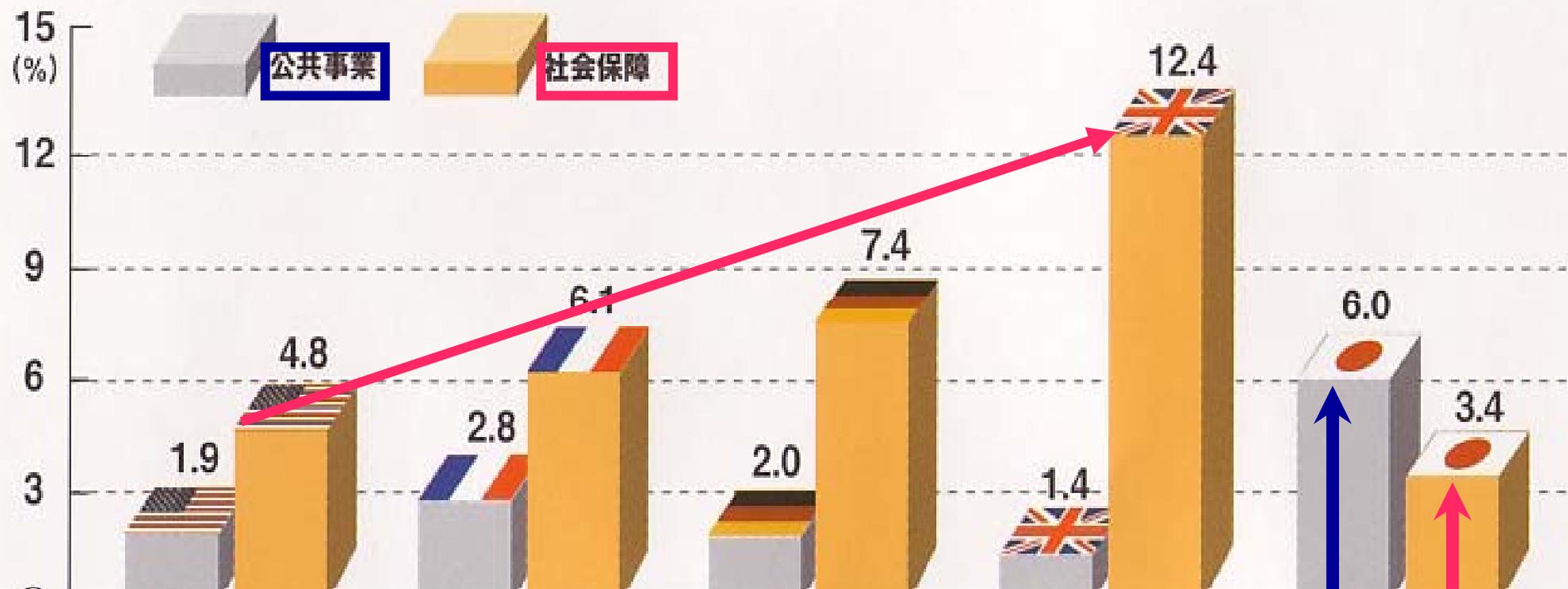
08.7.18東京新聞



05年から 過去30年で初



日本の公共事業は欧米の3倍、社会保障は1/2



医療費削減の前にやるべきことは明らか
これなくしてがん、小児、地域医療改善は不可能

07.10.27読賣新聞 厚生労働省は26日の中央社会保険医療協議会で今年6月に実施対医療経済実態調査の速報値を報告した。(中略)

収入から経費を引いた月額の医業収支は医療法人や国公立などを含む一般病院全体で1316万円の赤字、2年前の前回調査よりも赤字幅が699万円拡大。国公立病院は5799万円の赤字で、国公立を除く一般病院も前回の173万円の黒字から53万円の赤字に転落した。過去最大の下げ幅となった2006年度の診療報酬改定が影響していると見られる。(後略)



済生□栗橋□院

東北新幹線から
見えます！

日本医療の灯が消える！！
一番怖いのは真実を知らないこと！

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



日本の病院は西南戦争(財政問題)でその運命が決まった!

清川病院史(平成5年7月1日)より



高岡善人氏
(長崎大学名誉教授)
講談社 1993

明治初期、逸早くドイツ医学を採用し、近代国家建設の目的にそって、
官公立病院を中心にその建設が進められた

明治9年(1876):内務省「公立私立病院設立伺及願書式」

病院設立は許可制:公立病院は内務省 私立病院は各府県担当

明治10年(1877):官(7)、公(64)計71病院に対して**私立35病院**

西南戦争後の激しいインフレ終息のため松方正義(1835-1924)がデフレ政策「病院が消える」

地方財政の行き詰まりから、ほとんどの県で**県立病院閉鎖**

明治20年(1887):「公立私立病院設立伺及願書式」廃止され、各府県が設立規則策定

明治21年(1888):公立225病院、**私立339病院**

開業医が財を蓄え地盤を築いて私立病院設立→**欧米諸国には見られない公私立病院逆転珍現象**

明治24年(1891):東京府(例) 患者または産婦10名以上収容を病院、これ以外を診療所

昭和23年(1948):厚生省 患者20名以上を病院

歴史は繰り返す!

現在も「財政赤字」を理由に医療切捨て!

2008.11.1



済生会栗橋病院

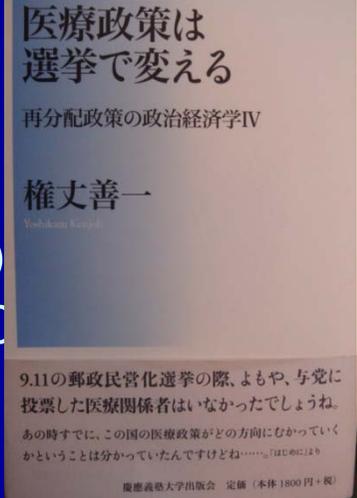
病院数	官立・公立	私立
明治10年	71(官7、公64)	35
明治21年 本田 宏 医療制度研究会	225	339



権丈善一氏

日本人の選択！

慶応義塾大学商学部 権丈善一氏(慶應義塾大学商学部教授)
「日本の社会保障と医療」より 第41回医療制度研究会 07.2.10



財言論から医療・福祉・教育を
考えれば為政者の思う壺！
日本を今後どのような国にするのか！
今まさに日本国民に問われている

「小さな政府」か「大きな政府か」⇒ ×
「必要経費が小さな政府」を！



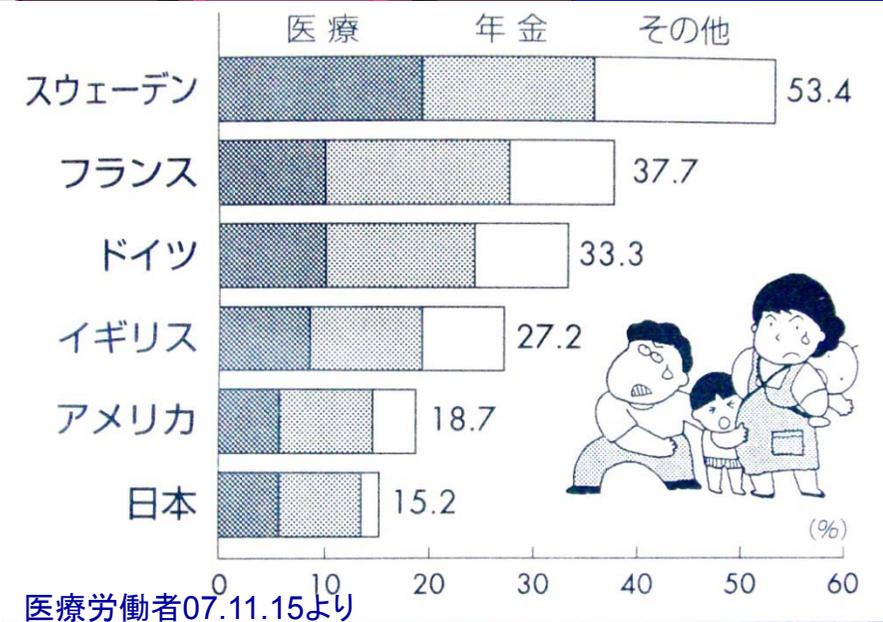
家族依存型: 日本型

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田



医療労働者07.11.15より

税金の国民への還元率15%で先進国に遅れ

混迷する”医療事故調”の行方◆Vol.14
1万人アンケート！

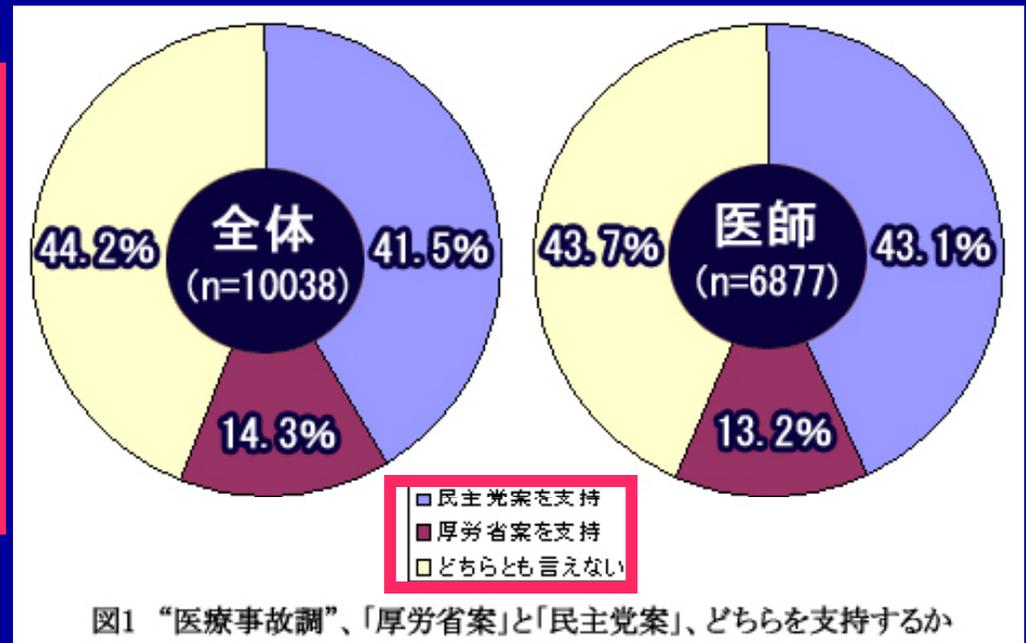
「民主党案」支持派が多数

m3.com会員への調査で明らかに、

「民主党案」支持が「厚労省案」の3倍

橋本佳子(m3.com編集長)

08.7.14 http://www.m3.com/tools/lryolshin/080714_2.html



ソネット・エムスリーが、m3.comの会員を対象に、“医療事故調”の試案について調査したところ、「民主党案」の支持が41.5%で、「厚労省案」支持の14.3%を大きく上回ることが明らかになった(図1)。もっとも、「どちらとも言えない」も44.2%で、**さらなる検討が必要なことも浮き彫りになった。**

「民主党案」支持の理由としては、(1)厚労省案は、一定の基準に該当した医療事故死の届け出を義務化し、違反した場合にペナルティーを科すことが問題。これに対して民主党案は、当事者間で問題が解決できない場合に“医療事故調”を利用するとし、紛争解決に主眼を置いている、(2)厚労省案と異なり、医療事故と刑事訴追との関係を切り離して考えている——などの意見が上がった。

また、「どちらとも言えない」の理由としては、(1)それぞれに一長一短があり、どちらがいいか決めにくい、(2)制度の詳細が分からないと、何とも言えない——という趣旨の意見が多かった。

さらに自由意見としては、「悪意がないにもかかわらず、医療事故で業務上過失致死罪を問われるなら、誰も医療をやらなくなる」「医師側の責任にウエイトを置いた議論は、医師を萎縮させ、危険な診療科の回避につながり、現在の医療崩壊を招いている」など、医療事故が刑事事件化することを問題視し、それが“医療崩壊”の一因であるとの指摘が寄せられた。

2008.11.1



済生会栗橋病院

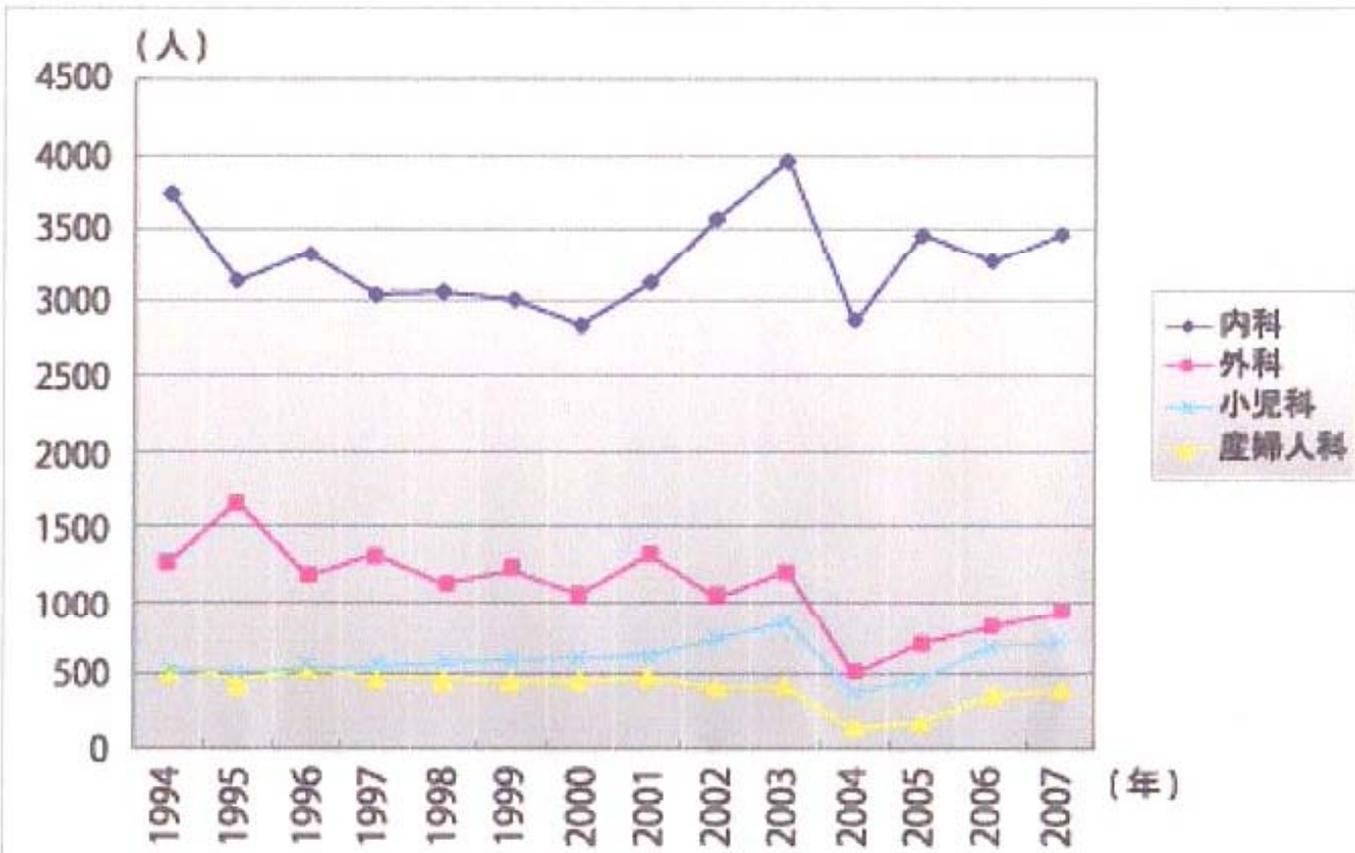
本田 宏

医療制度研究会



外科系学会の入会者数が減っている！ - 2008/08/04 「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化に関する検討会

図1 各学会の新規入会者数の推移



同検討会の委員である北里大学産婦人科教授の海野信也先生が、以下の通り、詳細な分析を行っています。各学会への新規入会数を「導入前」(1994～2003年平均)、「導入期」(2004～2005年平均)、「導入後」(2006～2007年平均)で分析すると、4つに分類できます(カッコ内の数字は、「導入前」に対する「導入後」の数字)。

1. 「導入期」に減少、その後は「導入前」の水準以上に入会者数が回復

内科(2.4%)、医学放射線学会(3.9%)、形成外科(10.2%)、小児科(14.9%)

2. 「導入期」に減少、その後も「導入前」の水準に入会者数が回復せず

外科(-29.9%)、整形外科(-18.8%)、産婦人科(-20.9%)、眼科(-31.2%)、耳鼻咽喉科(-38.0%)、泌尿器科(-23.0%)、脳神経外科(-22.4%)、病理(-14.0%)

3. 「導入期」に入会者数の明らかな減少が認められない

皮膚科(-19.6%)、臨床検査(5.0%)、救急医学(40.0%)、リハビリ(0.1%)

4. データが不完全、あるいは導入期と専門医制度の改革が重なって、入会者数が新規専攻者数を反映しない可能性あり

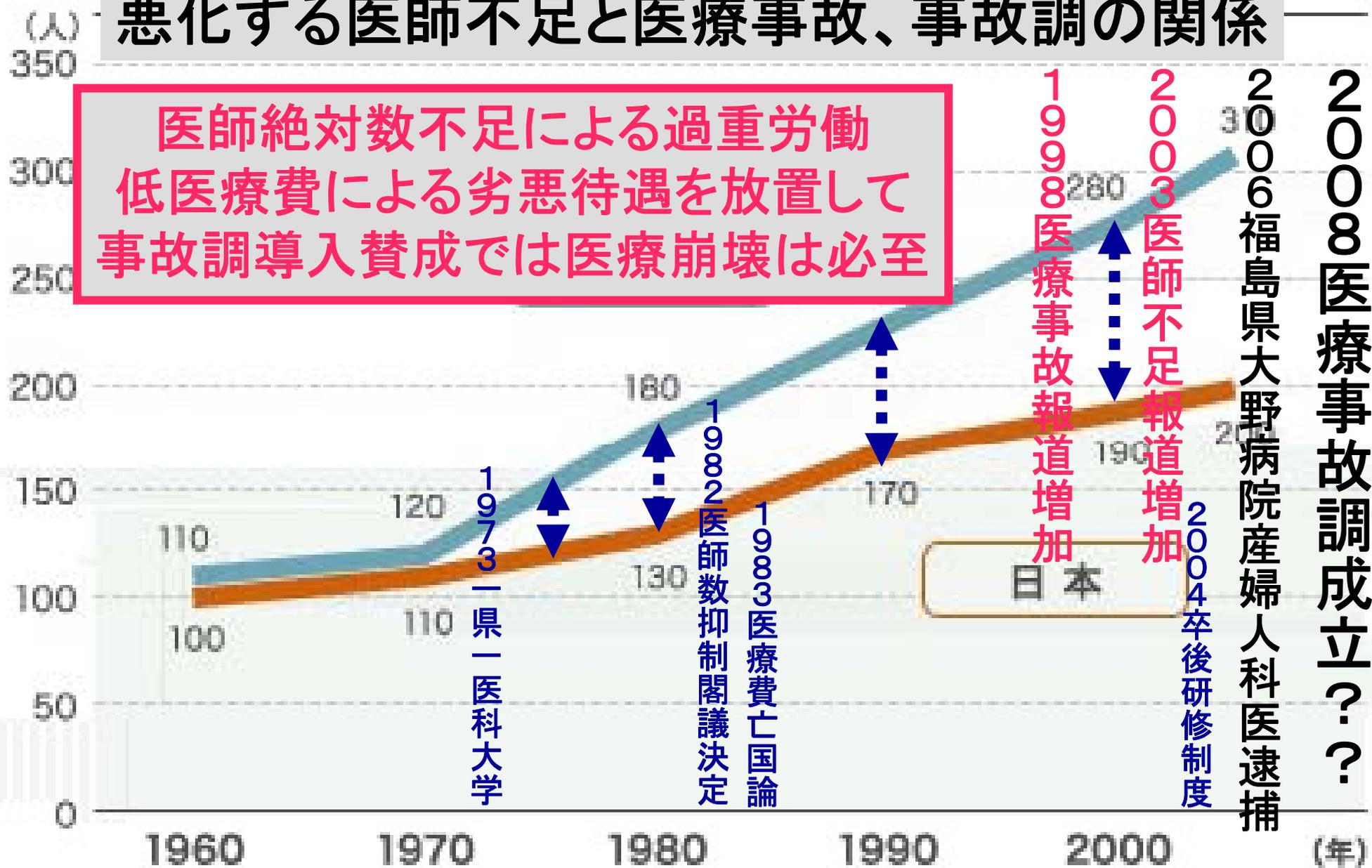
精神神経科(431.6%)、麻酔科(23.7%)

では、なぜ新臨床研修制度を機に、診療科による偏在が生じたのでしょうか。まず挙げられるのが、緊急手術があるなど勤務の過酷さ。「診療科を専攻する前に、臨床研修で各科をローテーションし、その実態に気付いてしまうと、過酷な科を専攻しなくなる」というのは多くの医師が認めるところ。これまで厳しい勤務実態を改善してこなかった結果、今日の状態を招いているとも言えます。



悪化する医師不足と医療事故、事故調の関係

医師絶対数不足による過重労働
 低医療費による劣悪待遇を放置して
 事故調導入賛成では医療崩壊は必至



2008 医療事故調成立???



常勤勤務医の3人に1人が過労死に認定される月100時間の時間外労働 長時間勤務による悪影響として「医療ミス誘因」が63.9%

栃木県医師会 月100時間の「時間外」勤務医は3人に1人 栃木県医、就労実態調査

記事: Japan Medicine 提供: じほう【2008年7月4日】 Copyright (C) 2008 株式会社じほう

常勤勤務医の3人に1人が過労死に認定される月100時間の時間外労働

を行っている。病院勤務医の過酷な就労の実態が、栃木県医師会が行った調査結果から浮き彫りとなった。「休日は週1回または1回未満」との回答も4分の1を占めており、栃木県医は「勤務医の人数を増やさない限り、問題の解決策は見当たらない」と指摘している。調査結果をまとめた報告書は、日本医師会や地元選出の国会議員、栃木県知事らに送付し、現状に対する理解と労働環境改善に向けた協力を訴えている。調査は、栃木県医の勤務医部会内に設置された特別委員会が実施した。2007年7-8月に県内の115病院へ計4070部(うち常勤医向けは2500部)の調査票を配布し、1445部(35.5%)を回収した。このうち常勤医からは1306部(52.2%)の回答を得た。

調査結果によると常勤医の週平均実労働時間は、「48-59時間」が20.9%、「59-64時間」が17.1%で、「64-79時間」が最も多く22.9%だった。これに「80時間超」と回答した10.5%を加えると、週実労働時間が「64時間以上」は33.4%だった。1週間で64時間以上の実労働は、1カ月の「時間外労働」に換算すると約100時間となる。常勤医の3人に1人が月100時間の時間外労働をしている計算だ。

長時間労働の要因(複数回答)では「患者数、診療内容の増加」が58.3%と最多、次いで「会議・書類作成など診療外業務」の42.3%、「自己研修、研究、教育」の24.9%などとなっており、特別委員会は、医師数の増加や患者の大病院志向の是正、病診連携による1次救急からの解放、医師以外でもできる仕事からの解放が望まれるとしている。

長時間勤務による悪影響としては、「肉体的、精神的な健康不安」が78.3%と最多で、「医療ミス誘因」の63.9%、「家族関係の崩壊」の24.4%、「医師患者関係の悪化」の8.1%が続いた。超過勤務に対する処遇は「ない」との回答が64.5%を占め、処遇がある場合でも「代休」を取得できるのは3.7%にとどまっている。当直明けは「通常勤務」が93% さらに、当直時の仮眠が「十分とれる」はわずか11.1%だったにもかかわらず、当直明けの勤務体制について「通常勤務」との回答が93.3%にも上っており、特別委員会は「労働基準法は医療現場にはないに等しい現状」と指摘している。

栃木県医は、産科、小児科、救急医療など診療科に焦点を当てた現状分析や、同様の調査を数年後に行い、経時変動を把握することなどを検討するとしている。女性勤務医、労働環境は男性と同じ 栃木県医は、県内の女性医師を対象に行った就労環境に関する実態調査の報告書もまとめた。勤務医のうち常勤医は83.7%、当直業務に従事しているのは66.0%、1カ月の当直回数は2-3回、週平均労働時間で最も多いのが「64-79時間」との調査結果から、報告書は「男性医師の労働環境と変わらない」と指摘。「この環境の中で、仕事と家庭、子育てができるとしたら、その女性医師はたぐいまれな能力の持ち主だ」として、女性医師の働きやすい環境を整備する必要性を訴えている。

調査は、女性医師の労働・家庭環境の実態把握を通じて、県内への定着促進につなげることを目的に実施した。栃木県内115病院の女性医師に752部、栃木県医師会女性会員(勤務医除く)に188部の計940部の調査票を配布し、351部(37.3%)の回答を得た。

調査結果によると、回答を寄せた女性医師の約6割が20-30代で、病院勤務医では未婚者が多数だったことなどから、報告書は「女性医師が結婚後も仕事と家庭を両立し、勤務を継続できることが医師不足を解決する1つの手だ」と推察している。また、「労働基準法を順守した交代勤務が可能になれば、女性医師も十分能力を発揮できる」と指摘している。

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



<7つの条件>

- (1) **Non-punitive**: 報告者や関係者が**報告の結果処罰を受ける恐れ**を持たないようにすべき
- (2) **Confidential**: 患者、報告者、病院の**個別情報は決して明かされてはならない**
- (3) **Independent**: 報告制度は**処罰権限を持つ当局から独立**していなければならない
- (4) **Expert analysis**: 報告は医療がおかれた環境を熟知し、背後にあるシステムの問題を理解できるように**訓練された専門家**によって分析されなければならない
- (5) **Timely**: 報告は**即座に分析され、勧告は迅速に関係機関に周知**されなければならない。特に**重大なリスクが発見された**ときは迅速性が重要
- (6) **Systems-oriented**: 勧告は**個人の能力ではなく、システム、プロセス、最終結果がどのように変えられるかに焦点をあてるべき**
- (7) **Responsive**: 報告を受けた機関は**勧告を周知させる能力**がないといけない。周知された関係機関は**勧告の実現を責務**としなければならない

「人は誰でも間違える」以後の考え方: 医療安全に関わる専門家の常識



日本病院会のめざすもの(HPより)

<http://www.hospital.or.jp/jha/byoinkai1.html>

- 日本病院会のめざすものは、**医の倫理の高揚**、
- **病院医療の質と病院機能の向上**、患者サービスの向上、病院教職員の教育研修の充実等であり、
- **国民が誰でもいつでも何処でも、安心してよい治療を受けられる体制の確立**を図ることです。

<3つの根本原則> **病院会バージョン** 本田試案08.7.4

- 1) 患者の利益追求: **病院会**は、患者の利益を守ることを何よりも優先し、市場・社会・管理者からの圧力に屈しない
- 2) 患者の自律性: **病院会**は、患者の自己決定権を尊重し、「インフォームド・ディシジョン」が下せるように、患者をempowerする
- 3) 社会正義: **病院会**は、医療における不平等や差別を排除するために積極的に活動する社会的責任を果たす

(参考:新ミレニアムにおける医療プロフェッショナリズム:医師憲章、アメリカ・ヨーロッパの内科4学会が共同で作成:李 啓充訳、市場原理が医療を滅ぼす アメリカの失敗 医学書院 2004.10 P266-268)

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



大綱案の法技術的な難点 井上 清成(弁護士)

○大綱案の法技術的な難点;民主党が公表した患者支援法案と比較検討すると、この大綱案には次のとおりの法技術的な難点が存すると思う。

1) 医師法21条の拡大強化、2) 医師の黙秘権の剥奪、3) 行政処分権限の拡大強化、4) 現行の業務上過失致死罪の追認、5) 医療の行為規範化

2008年7月4日発行 Medical Research Information Center (MRIC) メルマガ 臨時 vol 88より、医療安全調査委員会設置法案(仮称)大綱案」に対する意見

○医師法21条の拡大強化

- (1) コロンブスの卵: 民主党案によれば、医師法21条全部を削除することとなっている。これは「コロンブスの卵」であろう。今までは、医師法21条自体は存続することを大前提として、いかにして医療事故死を除外するかばかりに腐心していた。しかし、そもそも、殺人による死亡など一般の異状死に医師が接した場合、その警察への届出を刑罰をもって強制することには、現代において何ら合理性がない。つまり、応召義務(医師法19条)などと同じく、医師の倫理に任せれば十分であり、刑罰によって担保する医師法21条自体が廃止されるべきである。
- (2) 大綱案の逆行性: これに反し、大綱案はむしろ実質的に医師法21条を拡大強化してしまった。医師法21条の脅威の除去という当初の目標に逆行してしまっている。
- (3) 「届出をしない場合にどうなるのか?」: 医師法21条最大の問題点は、「届出をしない」と医師法21条違反で逮捕されたり処罰されたりすることであった。担当医が合併症などで問題はないと考え「届出をしなかったらどうなるのか?」にそれが議論されるべき設定状況である。大綱案(第33)によれば、検案医が病院管理者への医療事故死の報告をしなかったとす、まず、医師法21条本文により、従前と同じく処罰されてしまう。そして、そのみにとどまらない。大臣より届出命令が下され、体制整備命令も下される(第32(5)1)。届出命令および体制整備命令に従わないと、やはり刑罰により処罰されてしまう。(第32(9)1)。報告義務違反の刑罰もある(第32(9)2)。
- (4) 二重の処罰: 現行は、医師法21条に違反しても、まさに医師法21条違反というだけであった。ところが、大綱案になると、医師法21条違反の逮捕・処罰は従前通りで、さらに、届出命令違反・体制整備命令違反・報告義務違反という刑罰も加わってしまう。これは今までの単独処罰を二重処罰に拡大強化するものであって、不当である。

○医師の黙秘権の剥奪

- (1) 憲法38条の黙秘権保障: 医師法21条での届出に引き続き犯罪捜査においてすら、憲法38条に基づき、医師の黙秘権は絶対的なものとして保障されていた。具体的には、質問に対して回答を拒否できること、質問に対して虚偽の回答をしても処罰されないことである。ところが、大綱案は、これらの絶対的な黙秘権保障を、実質的に剥奪してしまう。
- (2) 虚偽回答への処罰: 犯罪捜査において警察官に対し虚偽の報告・陳述その他の回答をしても、容疑者たる医師は何らの法的責任を負わない。ところが、地方委員会の医療事故調査においては、その報告徴求・質問に対して虚偽の報告や陳述をすると、直ちに刑罰によって処罰されてしまう(第17の1-1,3、第30-1,3)。これは、現行法には存在せず、大綱案によって初めて導入された刑罰である。
- (3) 質問回答拒否への行政処分: 地方委員会の医療事故における報告拒否や質問回答拒否に対して、大綱案は表面上は刑罰を課していない。この一事をもって、強制ではないと評したいようではある。しかし、報告拒否や質問回答拒否は、実際は、別個の行政処分の存在によって、封じられてしまった。大臣の届出命令・体制整備命令・報告命令・改善命令とその裏付けとしての刑罰がそれである(第32(5)の2・2、(6)、(9)の1・2)。
- (4) 黙秘権剥奪: 医療事故調査における虚偽回答の処罰、大臣の行政処分による回答拒否の実質的制圧は、医師の黙秘権を実質的に剥奪するものと評しよう。憲法38条の黙秘権保障を潜脱するものとして、不当である。

○行政処分権限の拡大強化

そもそも、医療事故調査委員会の議論は、医師法21条の脅威を除去すべく、警察への届出から中立的第三者機関への届出へと改めるべく始まった。これが当初の目標であったはずである。犯罪捜査の脅威を縮減することが第1の目的であった。しかるに、その結果は、行政処分権限の拡大強化ばかりが目立っている。大綱案では、網羅的な医療事故情報収集システムの整備と、新たな行政処分権限の創設とが突出して突出してきた。第32の「医療法の一部改正」は、そのことばかりである。今、重要なのは、医療安全のための医療現場からの提案・改善システムの構築であって、行政庁の権限強化ではない。行政改革の国家基本方針にも反する方向性であろう。医療安全調査委員会の議論に行政処分権限の拡大強化を紛れ込ませるべきではない。大綱案による大臣の届出命令、体制整備命令、報告命令、改善命令等の創設は、不当である。

○現行の業務上過失致死罪の追認

- (1) 刑法への対応策: 民主党案では、「中・長期的課題」として、医師への刑事処罰を見直す方向性を打ち出した。「医療者による自律的処罰制度の進捗状況などを勘案しつつ、刑法における故意罪と過失罪の在り方や業務上過失致死傷罪などについて諸外国の法制度などを参考に検討し、必要があれば見直す。」とのことである。医師を刑事処罰する悪弊の根幹が、刑法211条1項に定める「業務上過失致死傷罪」の医療への拡大適用にあることは明白であろう。この根幹への対応策を示していることは、新たなステップである。
- (2) 大綱案による現行法の追認: 第3次試案では「重大な過失」と言い、大綱案では「標準的な医療から著しく逸脱」と言い換えるなど、迷走している感は拭えない。重要なことは、そのいずれにしても、医療への業務上過失致死傷罪の適用を大前提とし所与の要件とすることである。この業務上過失致死傷罪の医師への適用こそが根本に横たわっている大問題だ、という問題意識に乏しい。
- (3) このまま大綱案を医療界が認めてしまうことは、医療界自身が医療への業務上過失致死傷罪の適用を認めたことになってしまう。つまり、医療界が現行法解釈を「追認」したことになってしまうのである。
- (4) 法解釈論ではなく法政策論を; 今、議論すべきことは、現行法の解釈論ではない。医療に関わる法律をどう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、妥当ではない。

○医療の行為規範化

- (1) 警察への通知: 警察へ通知すべきものとして、第3次試案では「重大な過失」という法律用語が使われていた。そもそも医学的判断をする基準が法律用語であるというのが、矛盾である。しかも、「重大な過失」の具体例(単純ミスは重大な過失なのか? グーパーの使用は無謀な医療として重大な過失なのか?)さえ、何ら論じられていなかった。そのためなのか、大綱案(第25-2)では「重大な過失」は削除され、「標準的な医療から著しく逸脱」した場合が、警察への通知対象とされた模様である。だが、このため、逆に、大綱案の問題性がより鮮明になった。
 - (2) 結果回避義務の明文化: もともと過失の本質には争いがある。予見可能性(予見義務、注意義務)を中心に過失を考えるか、それとも、結果回避可能性(結果回避義務、行為義務)を中心に過失を考えるか、という対立と言ってもよいだろう。文言から明らかたとおり、「標準的な医療から著しく逸脱」というのは、後者(結果回避可能性)を中心に据えた過失論に立脚している。しかしながら、不確実であって限界も多い医療の特性に鑑みれば、結果回避可能性を中心に考えると、往々にしてそれこそ「結果論」で論じることになってしまう勝ちであろう。大綱案は、結果回避可能性を中心とした過失論を医療の世界に自ら招き入れる端緒となるものであり、著しく不当である。
 - (3) 「標準的な医療」の法規範化: 懸念は尽きない。「標準的な医療」を、誰がどのような形式で定立しようというのだろうか。
- もしも「標準的な医療」を厚生労働省が療養担当規則のような法形式で定立する目論見だとしたならば、医療の国家統制が極大化してしまうことになる。国民皆保険制を堅持すべきであるから、診療報酬の公定化は甘せざるを得ないであろう。しかしながら、医療内容の公定化は、医療が臨床医学の実践であって学問の自由に属するものであることなどからしても、是認すべきことではない。

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



このままでは日本の医療は崩壊どころか完全に沈没してしまいかねない。

08.8月MRIC

「診療関連死の死因究明制度創設に係る公開討論会」に参加して 弁護士 木ノ元 直樹

平成20年7月28日(月)14時から17時まで、日本医師会館大講堂において「診療関連死の死因究明制度創設に係る公開討論会」が行われた。討論会を傍聴した感想を述べたい。私自身は、あらかじめ質問書を提出して、質問をしようとして準備していたのだが、なかなかその機会に恵まれそうもない状況で、会場から患者側のS弁護士がいきなり発言を始めたのに反応し、S弁護士と少しやりあって終わってしまった。残念ながら不完全燃焼であったが、それはひとまず置くとして、総括した結論を述べれば、**厚労省が公開した「法案大綱」反対論の説得力が明らかに優勢であったということに尽きる。医療側の推進論の基礎がどこにあるのかもよく理解できたが、残念ながら、推進論の根拠は客観性に乏しいとともに、積極的に重大な問題を発生させるということがより鮮明となった。**

何がより鮮明になったのか。それは、**医師法21条を改正すれば事足りるという誤った考えが、多大な副作用、悪反応をもたらすということである。「医師のみが刑事司法の対象で弱い立場」という発想を転換し、検察・警察に対しても堂々と対峙しないと所詮何をやっても駄目である。「法案大綱」推進論の路線ではこれが全く見えていないのである。**

大野病院事件における警察の逮捕は、逮捕した警察官、勾留を続けた検察官らに「特別公務員職権濫用罪」(刑法194条)が成立するという前提で、積極的に医療側が刑事告発をしていくべきなのである。これで捜査機関がまともに動かなければ、捜査機関の不正な急慢を糾弾していくことが必要である。勿論、民事的には国賠法の問題も出てくる余地がある。何が業務上過失の「過失」なのかという議論とセットで、何が特別公務員の「職権濫用」となるのかという議論を突き付けるべきなのだが、日本救急医学会の堤先生の発言を除いては、この本質論にまで意識された発言はなかった。

ところが、**大野病院事件ショックと言うべきか、医師のみが捜査のターゲットだという過剰反応が、藁をもつかむ意識を蔓延させ(これは医師会をはじめ、各医学会共通のコンセンサスであったのではなからうか。)、医師法21条をいじめれば大野病院事件のような悪夢はなくなるなどという迷信を生んでしまったのである。我々法律家は、警察・検察の現実の姿を医療界にある人たちよりも理解していると思うのだが、一言でいえば、「そんな甘いものではない」に尽きる。**

医療界の上層部の一部の人と法務省、警察庁の一部の人の談議では、何も保証されていないと理解しなければ、あつという間に梯子を外されてしまう可能性がある。厚労省が第三次試算に添付した、警察庁・法務省幹部との確認内容を見ても、「警察・検察に法律上与えられた捜査権・逮捕権が医療事故について制限される」などという記述は全くなく、このままでは従来通り、捜査機関側が目目の医療事件について、「担当医師らに逮捕の要件があると判断すれば、警察は逮捕に至る」という基本的構図には何も変わっていないのである。

警察・検察が、患者家族からの刑事告訴を最優先することを否定できる根拠も、厚労省のペーパーには一切記載されていない。ガイドラインを医療界が示せば逮捕や刑事訴追はないかのようなことを述べる一部の法律家もいるが、これはとんでもない謬論である。このような誤魔化し発言が一部法律家サイドから語られることから、それが正しい法律解釈のように医療側に誤解され、今回のような制度設計によって刑事免責が事実上保証されるのではないかと妄想が生まれるのである。

大野病院事件について私が一番問題であると思うのは、大野病院事件における検察・警察の捜査手法が違法・不当であること、犯罪(特別公務員職権濫用罪)に等しい手法であることを、法律家の立場としては声を大にして言うべきであったのに、そのような声が殆ど弁護士会全体から出てこなかったという点である。それをせずに、一部の弁護士団体が、「このままだと、またいつ逮捕されるか分かりませんよ」「調査委員会を立ち上げて医療界の基準を示すべきですよ」などと盛んに医療側に吹聴し、厚労省がこれに安易に乗ってしまったことから、ボタンの掛け違いが生じたのではないか。一部の弁護士団体では、「調査委員会の報告書をどのようにして民事裁判の証拠として使うか」という内容での議論が始まっているやに聞くが、違法捜査に対するエック機能を懈怠し、しかも基本的人権を侵害する可能性の大きい制度設計に加担して、自己の業務対策に精を出すようでは、自由と正義を実現する弁護士の姿からは程遠い。

7月28日の討論会では、ある産婦人科の開業医の方が切実な立場を訴え、多少なりとも制度を前進させて欲しいという話をされていた。勿論、切実であるとの心情は理解できる。しかしながら、**誤った制度の見切り発車による弊害の大きさを考えると、そのまま同情論によって法案大綱に対する賛成論を展開することはとてもできない。このような感情論は大変危険である。今回の制度設計の一連の流れにおいて、このような切実な医師の気持をうまく利用して、漁夫の利を得ようとしている者がいるのではないかと**ということをもっと真剣に疑ったほうがよい。ここで、法案大綱の内容について、一点のみ、極めて重大な問題があるので指摘したい。それは、大綱では**新たな刑事処罰規定が登場しているという点である。第30の～である(他にも刑罰規定はあるが、この規定に絞って述べる)。これらは、虚偽報告罪、検査拒否罪、虚偽陳述罪、関係物件提出拒否罪などと呼称してもよい新たな刑罰規定であるが、明らかに憲法上の基本権を侵害する憲法違反の規定なのである。現行憲法上、供述を強制されないことは基本的人権として保障され(38条、黙秘権保障)、また、所有物をむやみに捜索押収されないことも基本的人権として保障されている(35条、令状主義)。「何人(なんびと)」に対しても保障された権利である。大綱のこれら新たな処罰規定は、このような憲法上の基本権を正面から否定するものと言ってよい。**

憲法上のこれら基本権は、何人にも保障されているのであるから、**極端なことを言えば、組織的暴力集団やテロリストにも保障された権利である。なのに、何故、医療者だけがこれら憲法上の権利を制限されるのであろうか。黙秘権保障、令状主義が、医師・医療関係者については格別保障されなくてもよいと考える理由を昨日のシンポで、是非とも法案大綱に賛成される立場の方に尋ねたかったのである。**

大野病院事件の悪夢が亡くなるという根拠のない安易な妄想によって、組織的暴力集団やテロリスト以下の立場に医療者を置こうとしていることに気づいているのであろうか。まさに本末転倒、「角を矯めて牛を殺す」の類である。

なお、討論会では、**医療者側から、「医療不信、医療不信」という言葉が連呼されていたが、これも根拠ない誇大妄想に医療界全体が陥っていると言えないか。我が国において、圧倒的に多数の患者(＝国民)は、医師から受けた医療に満足し、感謝して帰っている。このような日常の「声なき声」を聞き取れない人々には新たな制度設計など任せられない。極端な病理的現象上の議論をもって、通常の生理的現象に当てはめようとするのは、容易に生理を病理に変質させるという、大いなる誤ちを招来することになる。医療崩壊という現象を助長することは明らかである。**

医療を受ける一市民の立場に自らを置いたときに、討論会における法案大綱賛成論を聞いていて寒々とした思いになった。どうかしないと、このままでは日本の医療は崩壊どころか完全に沈没してしまいかねない。

2008.11.1



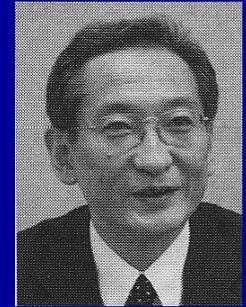
濟生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



医療で「安心」「期待」「納得」を 実現させるには！



現在「安心の医療」「患者の期待」「患者の納得」などの耳ざわりの良い用語が氾濫している。その個々の言葉だけに着眼するならば、皆同じように賛成しよう。しかしながら、「安心」「期待」「納得」を真に実現させるには、大いなる「ゆとり」「手間」が医師に必要である。

総合臨床 07.12「国民のための公的医療 その再構築と具体案」 井上清成弁護士氏より



2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



病院は持ち出しばかり:これはほんの一例 「医療安全コスト≒3732万/年」



患者さん1人平均在院日数14日間として
 $406 \times 14日 = 5684円 - 500 = 5184円赤字$
5184円 × 年間入院患者数 = 年間安全コスト分赤！
栗橋病院年間入院患者数: $7200 \times 5184 \approx 3732万円/年$

施設基準には適切な研修を
終了した専従の安全管理者配置
医療安全管理対策委員会設置
これらが連携し医療安全体制整備
さらに患者相談窓口設置が含まれ
とても1入院500円では実行不可能！
(日本病院会ニュース07年8月10日無影灯)



医療崩壊はこうすれば防げる！

全日本民医連シンポジウム

崩壊の危機にある日本の医療・介護制度の「再生」に向けて

2008年7月19日(土) 15:00-18:30

東京・両国 KFCホール

医療崩壊はこうすれば防げる

埼玉県済生会栗橋病院副院長

医療制度研究会副理事長

本田 宏

• 1

医

○

• 2, 医療者は「国を医り」を概して人間医和し
国民と共闘せよ！

等

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



医師の熱意や努力だけに期待して治療していたら 不幸な医療事故が起きるのは必然

米テキサス大がんセンター上野直人教授に聞く チーム医療、日本の課題

FujiSankei Business i. 2008/7/28 <http://www.business-i.jp/news/soupage/news/200807280019a.nwc>

■「お任せ」から「参加型」 患者の意識改革が必要

がん治療などで最近注目されている「チーム医療」。主治医だけでなく看護師、薬剤師らが専門性を生かし治療に参加、その中心に患者がいるという考え方だ。最先端の米テキサス大MDアンダーソンがんセンターで実際にチームを率いる上野直人准教授を訪ね、患者側に求められることや日本の課題を聞いた。

―患者に必要なのは

まず「お任せ」から「参加型医療」への意識改革。医師に積極的に説明を求める姿勢が重要だ。自分の病気を「知る責任」を果たすとも言える。

―遠慮や気遣いから聞きにくいと考えがちだ

質問という行為は単純のようで、実は高度なコミュニケーション技術が必要。スポーツと同じく普段の練習が肝心で、風邪などで病院に行く機会に練習するといい。医師に会うときはメモやテープレコーダーの活用を。短い会話でも意外に情報が凝縮している。分からない点があれば、そう伝えるのも忘れずに。

―日本の病院ではゆっくり聞く時間もない

医師が忙しく、質問を切り出しにくければ「いつなら時間を取ってもらえますか」と尋ね、面談前に、簡潔にまとめた質問リストを提出するのが有効。また看護師や薬剤師など、医師以外に説明してくれる人がいるか、聞いてみるのもいい。

―日本のチーム医療の現状をどうみるか

一部の病院でしか意義が理解されておらず、国全体のシステムが変わるには時間がかかる。だが医師と患者のコミュニケーションは、患者が自分の病気を理解し、質問上手になればすぐ改善できる。そうした努力の積み重ねが良い病院を育てることになるし、コミュニケーションはチーム医療の最重要要素でもある。

―今後の課題は

日本は伝統的に主治医の権限が強く、報道などでもスーパーマンのように医師を美化する傾向がある。

だが医師の熱意や努力だけに期待して治療していたら、不幸な医療事故が起きるのは必然。一人の名医より病院全体のシステムを育てることが重要だ。また、ゴールに向かって走っているのは患者自身ということ

を常に忘れないで

2008.11.1



ニエール 済生会栗橋病院

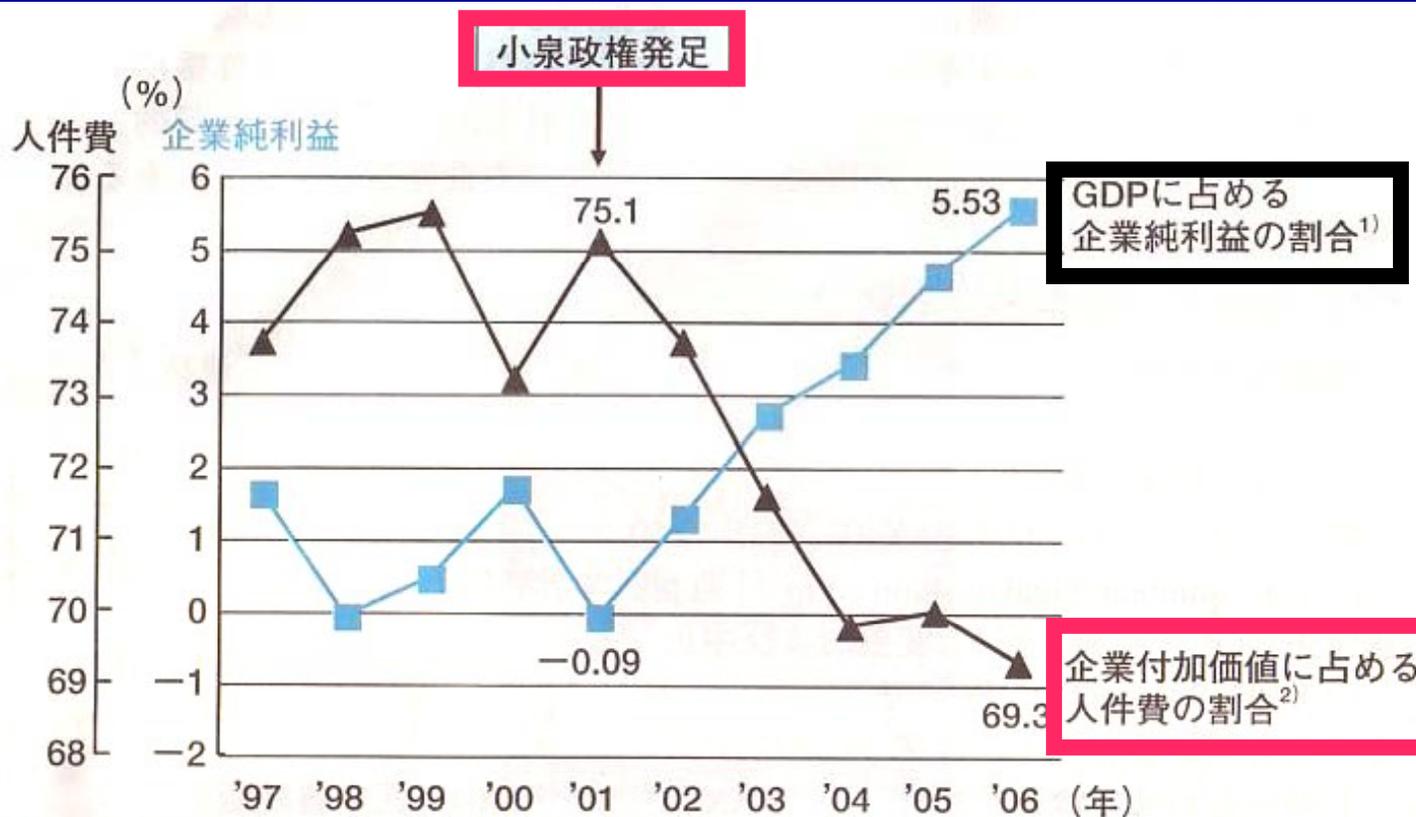
本田 宏

医療制度研究会



「財界一人勝ち」のカラクリとは

李 啓充 緊急論考「小さな政府」が亡ぼす日本の医療⑦ 週刊医学界新聞08.4.28



●図 企業純利益と人件費割合の推移

1) 企業純利益は財務省・財務総合政策研究所「法人企業統計調査」(平成13—18年度), GDPは内閣府「国民経済計算確報(平成18年度)」より

2) 財務省・財務総合政策研究所「法人企業統計調査」(平成13—18年度)より

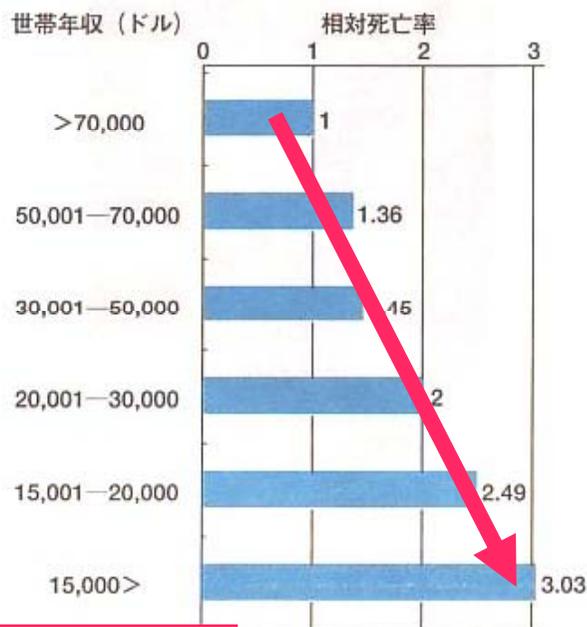
ここ10年間の日本の経済成長率がOECD加盟国中最低である(中略)。国全体の経済という「パイ」の大きさはさほど変わっていないのに、財界は自分たちの取り分だけは着実に増やし続けてきたのである。しかも「パイ」の取り分をどうやって増やしてきたかという点、主に「人件費」を減らすことで(即ち、勤労者の「パイ」をの取り分を減らすことで)達成してきたのである。



強く相関する収入と死亡率 影響する職種格差

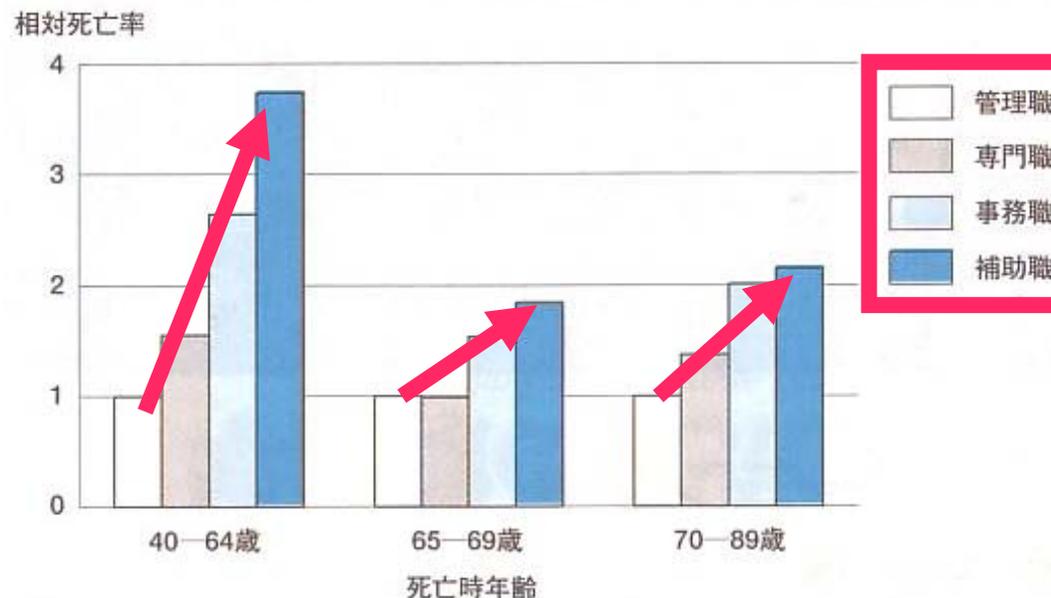
格差社会の不健康③ 李 啓充 週刊医学界新聞 08.6.30

「格差症候群(status syndrome)」(収入・教育程度・人種差別等の社会経済的格差に起因する健康格差)は、いまや国の違いや疾病の別を問わない「普遍的現象」として認知されるようになってきている。



● 図1 年収と死亡率の関係

(McDonough P 他: Am J Public Health 87: 1476—83, 1997 より)



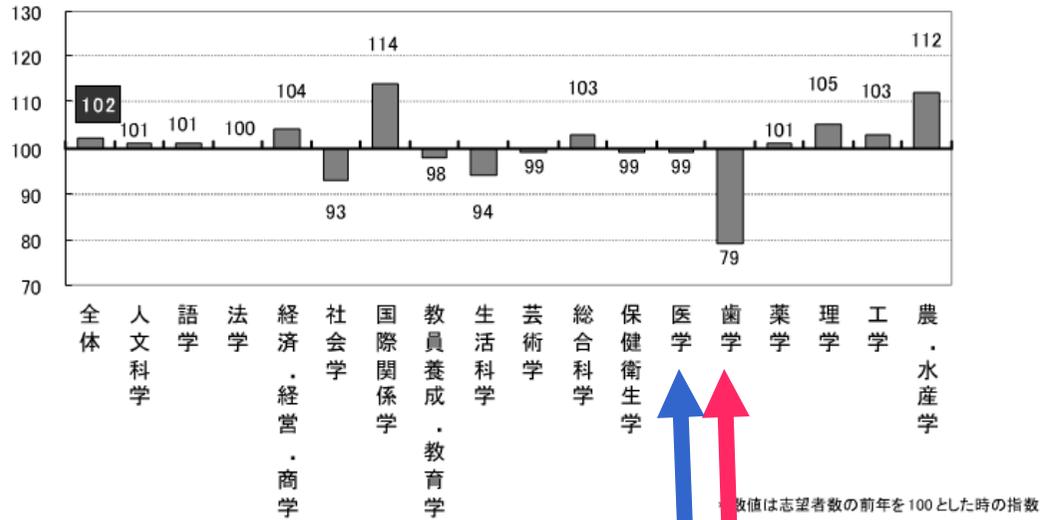
● 図2 職種と死亡率の関係

(Marmot MG 他: Br Med J 313: 1177—80, 1996 より)

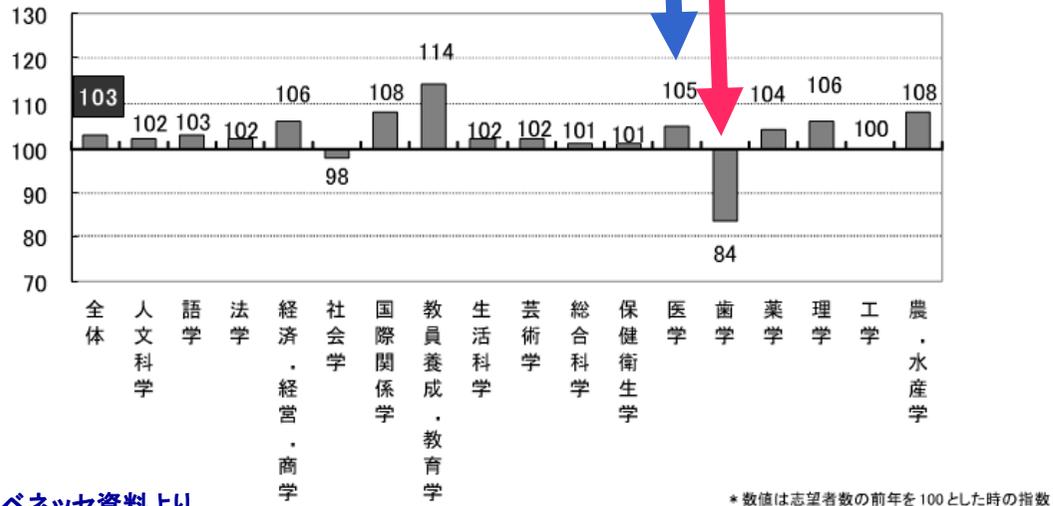


2009年度 入試志望動向

国公立大学 系統別志望概況



私立大学 系統別志望概況



ベネッセ資料より

http://manabi.benesse.ne.jp/nyushi/2009/doukou/zentai_gaikyo_6m/

本田 宏

医療制度研究会



現在進行中なのは

「土建屋政治亡国」で「医療費亡国」ではない

講演 I ●医療のあり方—患者の立場から



医療のあり方 —患者の立場から

平成19年度医療政策シンポジウム
08.3.9 日本医師会館

脱「格差社会」と医療のあり方

神野直彦 東京大学大学院経済学研究科教授
立花 隆 評論家

田中 滋 慶應義塾大学大学院経営管理研究科教授
山口二郎 北海道大学法学部教授



評論家
立花 隆

「生活習慣病」治療中に
見つかった膀胱癌

今いろいろ経歴をご紹介していただいたのですが、今日はここにあるとおり「患者の立

場から」ということで、実は私は患者の経歴はなかなか結構な経歴も持っていますので、どういう患者の立場から話をするかということ、まず知っておいていただくためにそこからいきます。

- 「生活習慣病」治療中に見つかった膀胱癌
- 医師との会話から知る医療の現状
- 日本医師会のイメージが変わった
- 総合評価では世界一の水準を誇る日本の医療が抱える問題点とは
- 医療費圧縮に強烈な影響を及ぼした「医療費亡国論」
- 国策としての医療費圧縮が「医療崩壊」の現状を引き起こした
- 歪曲して伝わる医療事故の実態
- 医療崩壊の根本原因「医師不足」をもたらした研修医制度の改変
- 医療事故への警察介入が紛争の増加につながった
- 医局支配体制の中での病院勤務医の過重労働
- 紛争解決の新しい手段ADR
- このままでは、日本は医療破綻国家になる

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



医療崩壊はこうすれば防げる！

- 1; 情報戦！

医療崩壊の現実を正しく情報公開せよ！

○医師不足、低医療費、医療事故調問題等

- 2; 医療者は「国を医す」気概で国民と共闘しマニフェスト選挙を推進せよ！



新書
180
y

誰が日本の医療を殺すのか

「医療崩壊」の

本田宏
Honda Hiroshi

病院から医師
地域から病院
このツケは我

なぜ、日本の医療はこ
現役勤務医が厚労省の

08.1.14 NHKおはよう日本



新書
197
y

医療崩壊は こうすれば 防げる!

本田宏【編著】
Honda Hiroshi

08年7月7日発売

厚労省の
愚策から
医療を救うための具体策を
9人の医師が緊急提言!

洋泉社

定価：本体760円＋税

2008.11.1



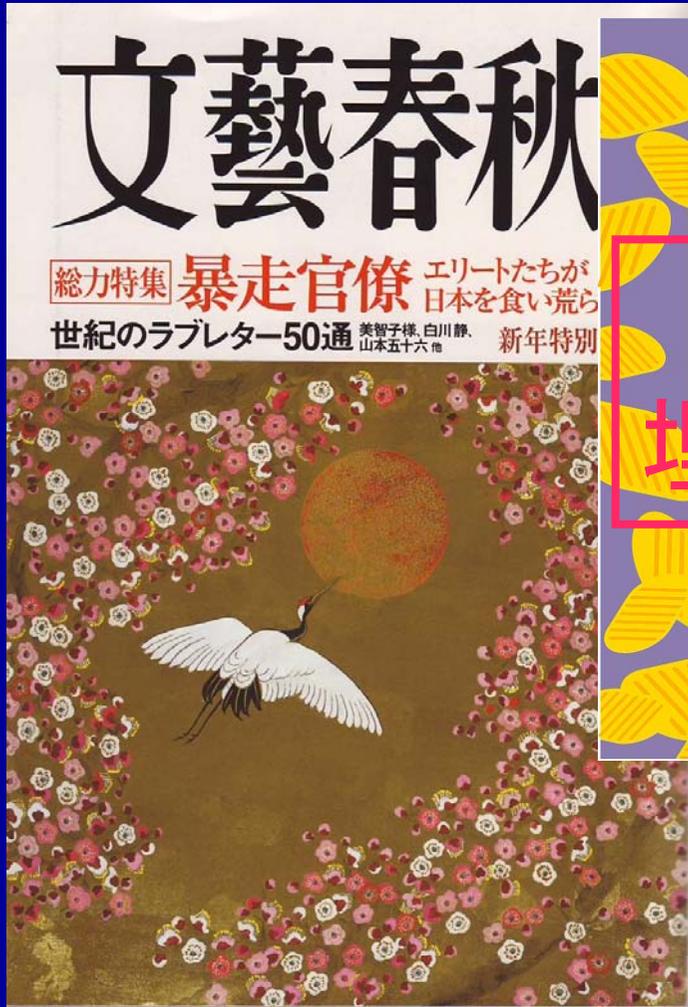
済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



やっと盗賊政治の実態が国内でも認識されてきた！



2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 公

医療制度研究九云

日本病院会のめざすもの(HPより)

<http://www.hospital.or.jp/jha/byoinkai1.html>

- 日本病院会のめざすものは、**医の倫理の高揚**、
- **病院医療の質と病院機能の向上**、患者サービスの向上、病院教職員の教育研修の充実等であり、
- **国民が誰でもいつでも何処でも、安心してよい治療を受けられる体制の確立**を図ることです。

<3つの根本原則> **病院会バージョン 本田試案08.7.4**

- 1) 患者の利益追求: **病院会**は、患者の利益を守ることを何よりも優先し、市場・社会・管理者からの圧力に屈しない
- 2) 患者の自律性: **病院会**は、患者の自己決定権を尊重し、「インフォームド・ディシジョン」が下せるように、患者をempowerする
- 3) 社会正義: **病院会**は、医療における不平等や差別を排除するために積極的に活動する社会的責任を果たす

(参考:新ミレニアムにおける医療プロフェッショナリズム:医師憲章、アメリカ・ヨーロッパの内科4学会が共同で作成:李 啓充訳、市場原理が医療を滅ぼす アメリカの失敗 医学書院 2004.10 P266-268)

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



医療崩壊の根底に

1、医師（≡医療者）の絶対数不足

2、理不尽な低医療費政策

3、医療者の社会的関心不足（今までは）



医療崩壊の根底に

1、**医師**（≡医療者）の**絶対数不足**

2、理不尽な低医療費政策

3、医療者の社会的関心不足（今までは）



医療崩壊の根底に

1、医師（≡医療者）の絶対数不足

2、理不尽な低医療費政策

3、医療者の社会的関心不足（今までは）



医療崩壊阻止の処方箋

現場から弛まぬ情報発信を！

正しい情報なしで正しい判断は不可能

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



08.7.4日本病院会講演会スライド
はここまで。以下は資料1（最近
07－08年使用のものです。

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



資料1：最近07—08年使用のもの

まだ作成中のものも含まれています。

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

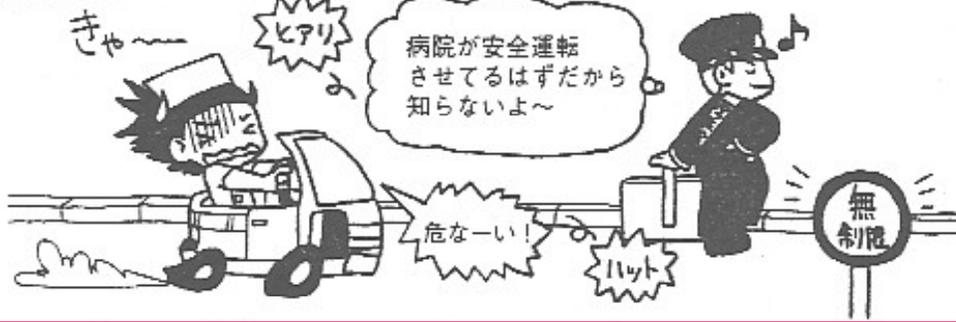
医療制度研究会



保育所では・・・



病院では・・・



写真=CBニュース提供



「一人飲み」

NICU(新生児集中治療室)の実態

我が国の周産期医療の問題点と解決

網塚貴介氏 周産期医学Vol.38 No1 2008-1

青森県立中央病院総合周産期医療センター新生児集中管理部



図 新生児医療の現場では今、未熟児を抱っこして授乳させられないほど多忙を極め

全国の過半数のNICUでは「一人飲み」を行わざるを得ない状況にあります。

これは一人の夜勤看護師が

大勢の新生児を担当することを許している体制の不備が原因です。

A : 祉法とも

B :

(=何人にも受け持てる), 云社(=病院)が安全運転をさせることになっている。会社はどんなに過酷なノルマを課しても事故さえ起こさなければ責任を問われることはなく、お巡りさん(=厚生労働省)は事故を起こすまでは知らん顔をしている

抱っこして飲ませて・・・ 赤ちゃん達の「声なき声」です

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



高齢者医療制度

発言席



総合ヘルスケア会社・HN | 社長 春山 満

後期高齢者医療制度が大きな批判の的になっている。参院では、野党が提出した廃止法案が可決された。たしかに、政府や市町村の準備、説明責任はあまりに不十分だった。保険料を天引きされたことへの不満を訴えるお年寄りの声ばかりを情緒的に報じ、制度の中身や背景を伝えようとしない。一部マスコミにも、混乱を拡大させた責任がある。

54年兵庫生まれ。24歳で筋ジストロフィーを発症。91年総合ヘルスケア会社「ハンディネットワークインターナショナル(HN)」設立。や介護についての国民の意識を変えさすきっかけになると考えた。老人医療費は73年に無料化された。83年から一部負担となったが、「医療はたまたま」という誤った認識を広めてしまった。そして多くの病院を作りすぎた結果、安易に病院に通う「コンビニ診療」と大量の療養病床を生んだ。

いびつな医療を正す好機だ

私は進行性筋ジストロフィーのため、自己責任「子どもや孫の世代にツケを送らない」が原則だ。後期高齢者を送らない。後期高齢者医療制度が75歳で繰り上げたことへの批判は強いが、給付と負担の明確化を考えるならば、75歳で別のスキームを設けることは間違いない。真の困窮者への減免措置などは検討すべきだが、日本の75歳以上の高齢者の平均預貯金や資産は負しいというレベルではない。だれもかれ

組みが、療養病床と高齢者医療費高騰の温床だが、医師会はこの既得権益を手放さずしない。療養病床は廃止して、療養が必要な人を支える施設の整備を急ぐべきだ。検査費、薬費を避けるための「かかりつけ医制度」は英国などではとっくに廃止されているのに、日本では後期高齢者医療制度でやっと導入されたほど遅れている。

まさに情報戦！

08年6月15日毎日新聞朝刊

「高齢者の医療には応分の負担が伴う」「高福祉を求めるなら高負担を」という当たり前のことを確認し...

「コンビニ診療」で多くの医師や病院が稼いでいる一方で、夜間の救急医は疲弊している。人口1000人当りの病床数は、米国が3.2であるのに対し、日本は14.1と4.4倍に上り、65歳以上のお年寄りが病院で人生の最後を迎える率は82%でこれも欧米の約3-4倍だ。

私はかねて、日本の医療と介護について「二階建てバスの構造を」と主張している。(中略)自己責任に基づき、自らの負担に応じて医療を介護を選択するのだ。

コストを意識しない医療・介護はありえない。(中略)痛みを避けていては、私たちが子どもや孫の世代の加害者となることを忘れてはいけない。



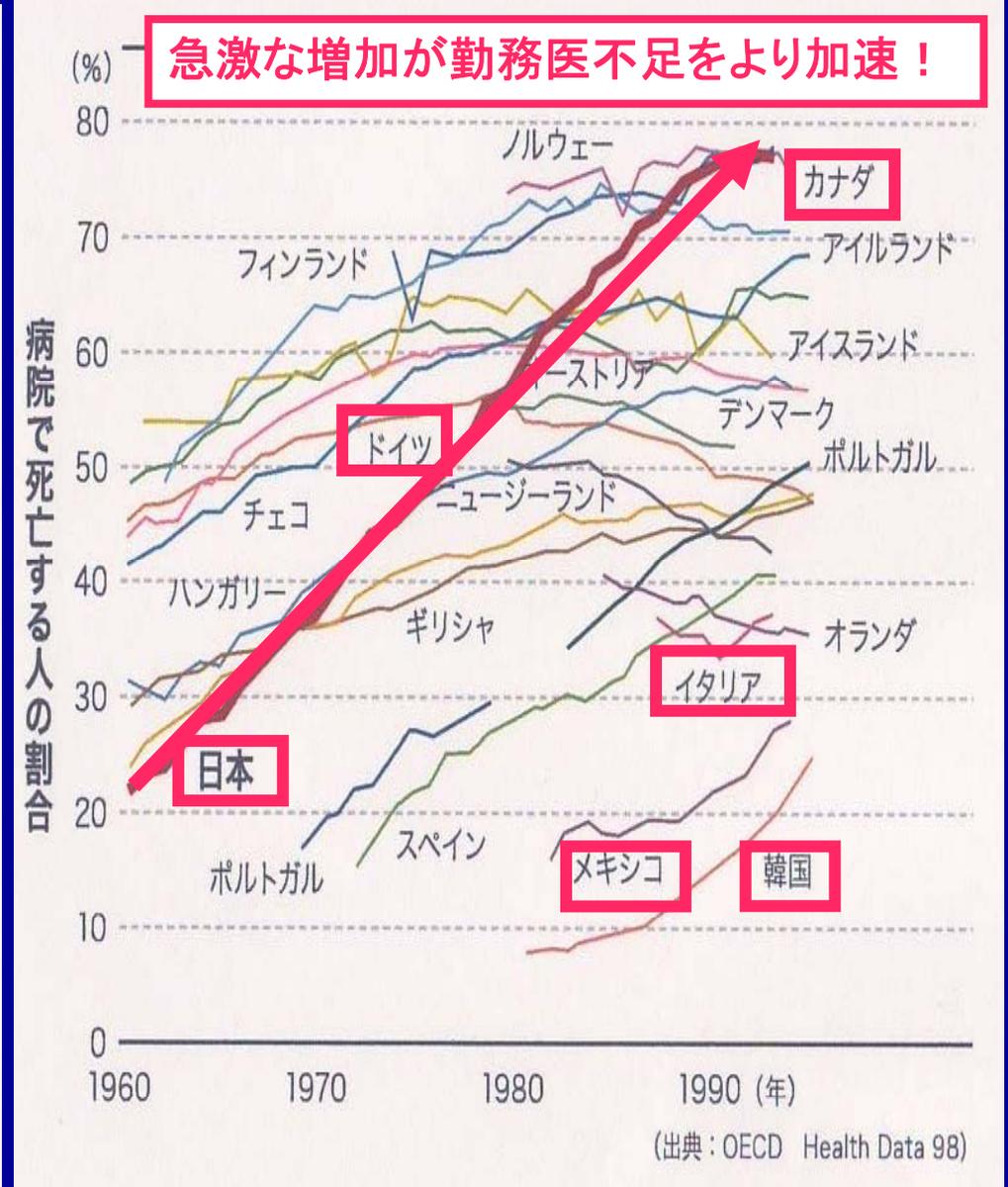
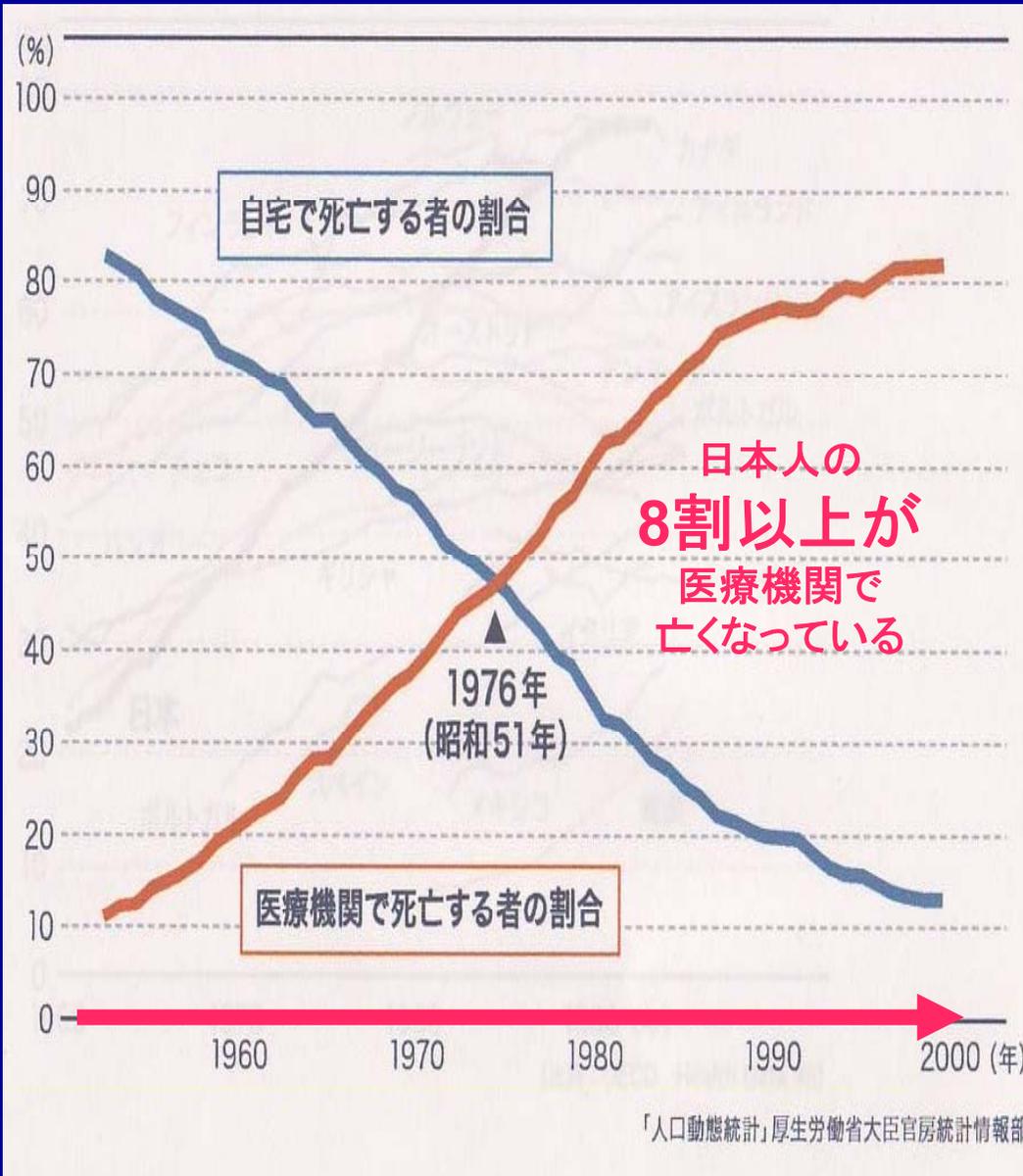
医療提供施設別病床数日米比較

米国の病床は日本のICU?

日本 千人当り病床数		アメリカ 千人当り病床	
一般病床	7.1	短期入院病床	3.1
療養病床	2.7	長期入院病床	0.1
精神病床	2.8	精神入院病床	0.3
結核病床	0.1	結核療養病床	0
—	—	ナーシング ホーム	6.8
一般+療養	9.8	短期入院 +ナーシングホーム	9.9
病床合計	12.8	病床合計	10.3



日本人はどこで亡くなっているか？



なぜ日本が、日本人がこうなってしまった？

- 戦後教育に欠けたもの

歴史、信仰、倫理

京都大学の会田雄次氏(歴史学者1916—1997)が卒業していく学生たちに語った言葉「君たちが将来社会のリーダーになる時のこの国が心配だ。なぜなら君たちは戦後教育の中で三つのことを学んでいないからだ。それは、歴史と信仰と倫理だ。」昭和40年頃この言葉を直接聞いた京大卒業生の方から伺った話です。

(衆議院議員野田佳彦事務所の河井氏提供)

- (私見)戦後経済が発展、物質的には恵まれたが
有難い、勿体ない、は死語

(志村建世氏 元NHKディレクター) **非寛容、他罰的**な国民性に？



医療崩壊の日本

世界で日本の医療はどう見られている？

先進国最低の医療体制



欧米人には耐えられない！





OECDのヘルスデータ 先進国で空欄ばかりなのは日本だけ

一ツ橋大学国際・公共政策大学院教授 井伊雅子氏

医療の未来を探る第2回医療制度改革へー医療経済学からの提言ー

1995年に横浜国立大学経済学部助教授になって帰国し、日本の医療制度の研究を始めて、まず驚かされたのはデータがないこと。

IM
国の
を参照
政収

情報操作... ⇒ ...情報隠蔽
国民が正しい判断を下すことは不可能

は各
それ
財

医療費の議論をするときにはOECDのヘルスデータを参照しますが、こちらにも日本の欄はかなり空欄が多い。先進国でこのような状態なのは、日本だけです。途上国の多くも、今や、それらの公式データをそろっていて、いつでも簡単に入手できる環境下にあるのです。

No92)

2008.11.1



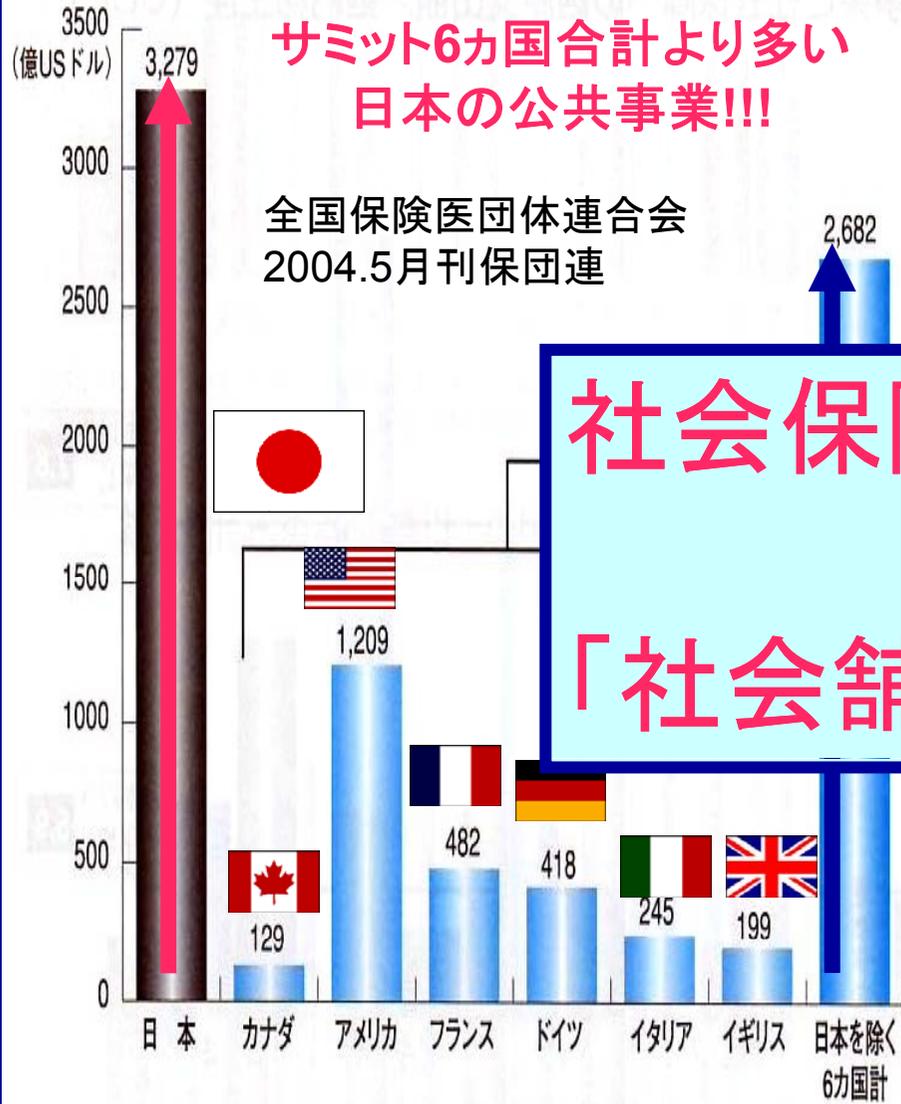
済生会栗橋病院

本田 宏

(Doctor's Magazine 2007.7
医療制度研究会



土地代を除いた建設費をドル換算して比較したもの



サミット6カ国合計より多い
日本の公共事業!!!

全国保険医団体連合会
2004.5月刊保団連

社会保障国ではなく
「社会舗装国！」日本

一般政府固定資本形成の金額 (1995年度OECD資料による)

公共事業 日本各地で山や海岸を 無惨に覆うコンクリート

「犬と鬼 知られざる日本の肖像」
アレックス・カー 講談社



医療は命の安全保障、医師増員を！

鈴木 厚氏(元川崎市立川崎病院)



1) 国を守る



自衛隊：27 万人



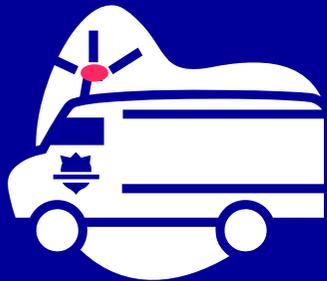
2) 生活を守る



警察官：26 万人



消防隊：15 万人



3) 命を守る



医師：26 万人

看護師：100 万人

医師には80歳以上まで含まれていることを忘れないで！

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



医療関係者も患者家族、そして患者です



平成12年9月19日、田舎の総合病院に肺炎で入院していた母は夜間トイレに立とうとしたときに転倒し大腿骨頭骨折。その後寝たきりの状態で転院を勧められ・・・。

「なぜトイレに立つ時に看護師さんに声をかけなかった」という父の問いに、「看護師さんはとても忙しそうで声をかけられなかった・・・」と。

翌平成13年7月7日母は72年間の生涯を閉じました。

患者さんと医療者の深い川

解決には？

「現場の真実」が不可欠

患者さんの権利を守るのは医療者の

社会的責任！

格差社会阻止は国民(地域住民)の

社会的責任！



民衆カエル

「医療費亡国論」
財政赤字強調
お上トリ

Don't EVER give up

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



米国の医師支援システム

PA以外にも多くの専門職が医療現場で活躍

Nurse practitioner

公認看護師 (Registered Nurse)

Pharmacist

薬剤師

Respiratory therapist

呼吸管理

Nutritionist

栄養管理

IV team

静脈ライン確保

Social worker

患者の他院転送手続き等

Patient transport

患者院内運搬

Good patient relationship

患者・家族との良好な関係維持

Medical secretary

医療秘書

日本

黄色字: 不在

青字: 不足

決定的マンパワー不足の日本
早急に医師支援スタッフ整備を！

米国における
Division of
Passavant

重要性—
Medical Center

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会





講演



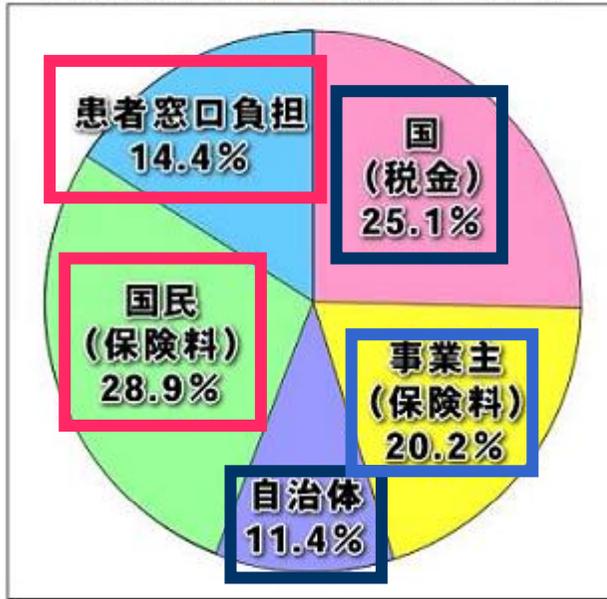
2008.11.1



濟生会栗橋病

「患者は“三重の負担”」

国民医療費の財源構成 (2006年)



「医療費の窓口負担『ゼロの会』提供

神奈川県内の医師らでつくる「医療費の窓口負担『ゼロの会』」
<http://www.cabrain.net/news/article/newsId/16848.html>

2008/06/30 15:44 キャリアブレイン

患者負担については、2006年度を例にとると、患者負担は保険料28.9%と窓口負担14.4%の計43.3%を占めているのに対し、公費については、国25.1%、自治体11.4%にとどまっている。

公費は、もともと国民が納めた税金。患者は、税金と保険料で既に医療費を負担しており、窓口負担を加えると、医療費を三重に負担している。

「国民は、税と保険料と窓口負担の“三重の負担”をしている」。

欧州諸国などでは、受診時の患者負担は原則無料になっており、「税金の使途などを見直せば、日本でも窓口負担をゼロにすることは可能だ」と指摘。

「ゼロの会」は昨年1月、神奈川県保険医協会が呼び掛け団体となって発足した。映画監督の山田洋次氏や作家の早乙女勝元氏、女優の朝丘雪路氏、ジャーナリストの大谷昭宏氏ら著名人を含む約1万人と50以上の患者団体などが賛同している。

6月28日、「メンバーで同協会理事の野本哲夫さん(内科医)は、医療機関への「受診控え」に関する民間シンクタンクの調査結果を示した。

費用がかかるという理由で受診を控えた経験のある人が、日本では31%に上り、英国(3%)やカナダ(5%)などを大きく上回っている実態を報告。10年間で30-64歳の外来患者が約500万人も減少し、手遅れになってから初めて医療機関を受診するケースが起きていることも取り上げ、受診控えについて「日本では、先進国で唯一、国民皆保険制度がない米国(24%)よりも深刻になっている」と述べた。

さらに、英国、イタリア、オランダ、オーストリア、ギリシャ、スペイン、ドイツ、デンマーク、ベルギーなど欧州諸国やカナダでは、受診時の患者負担が原則無料になっているという海外の事例を報告。税金や保険料が医療や福祉に使われる割合(還元率)が、英国59.0%、ドイツ58.6%、米国53.2%に対し、日本では41.6%と、先進国中最低水準にとどまっていることにも触れ、「税金や保険料が医療や福祉にきちんと還元されるよう見直すべき」と語るとともに、「OECD(経済協力開発機構)30か国の中で22位にすぎない低水準の医療費を、経済力に合うレベルに引き上げれば、窓口負担をゼロにする財源は確保できる」と強調した。

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



大統領宛報告書

Revolutionizing Health Care Through Information Technology

ITによる医療革命

大統領IT諮問委員会

(PITAC: President's Information Technology
Advisory Committee)

2004年1月

ブッシュ大統領一般教書演説

「医療情報をコンピューター処理することにより危険な医療過誤を回避し、コストを削減し、ケアを改善できる」

IT諮問委員会の4つの柱 2004年12月

1. 全米国人を対象とした電子化健康記録
2. 医師に最新の医療知識を提供するシステム
3. 外来と入院患者ケアのためのオーダエントリ
4. 安全で相互利用可能な電子的医療情報交換の標準化

61

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



「ドクター達はもう十分長い間暗闇で働いてきました」

2004年5月6日 医療ITサミット

米国保健省(HHS)長官 Tommy G. Thompson氏



米国先進医療テクノロジーがまだ19世紀のペーパーワークに結びついている。他の先進国に比べて多くの資産を医療に費やしているが、適切な治療を受ける確立は50%に達しない。

最大の問題は電子医療記録が統合されていないこと。医療過誤で年間45000から98000人が病院で死亡。しかも不必要な検査、レントゲン、診察、入院が多い。

患者には自分の医療履歴をすべて把握した医療側のサービスを受ける権利あり。医師はペーパーワークの量ではなく、ケアの品質だけを考える権利あり。医療的法的問題になる前に、患者も医師も医療過誤を回避するシステムの恩恵を享受する権利あり。

達成すべき基本的課題

1. 基準を採択する。
2. 電子処方と電子医療記録の広範な採用促進と新しい財政的イニシャチブ。
3. 局所的な医療情報交換の発展促進。



PITAC(大統領IT諮問委員会)報告書:ITによる医療革命 2004年6月30日より

日本の税金無駄使い+ベンダー丸投げと根本的に違う

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

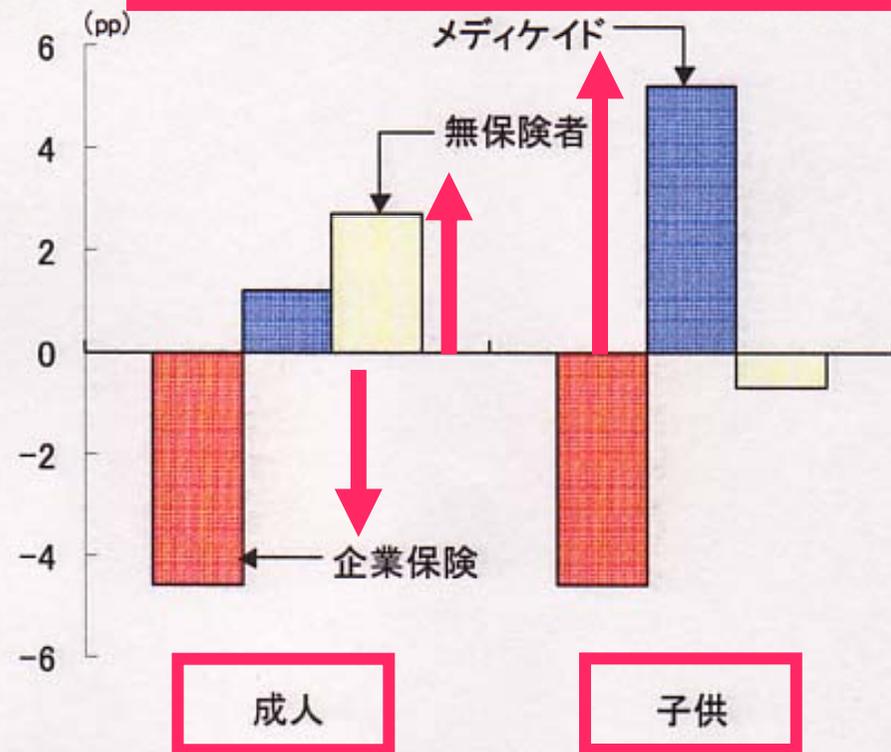
医療制度研究会



米国型医療の現実

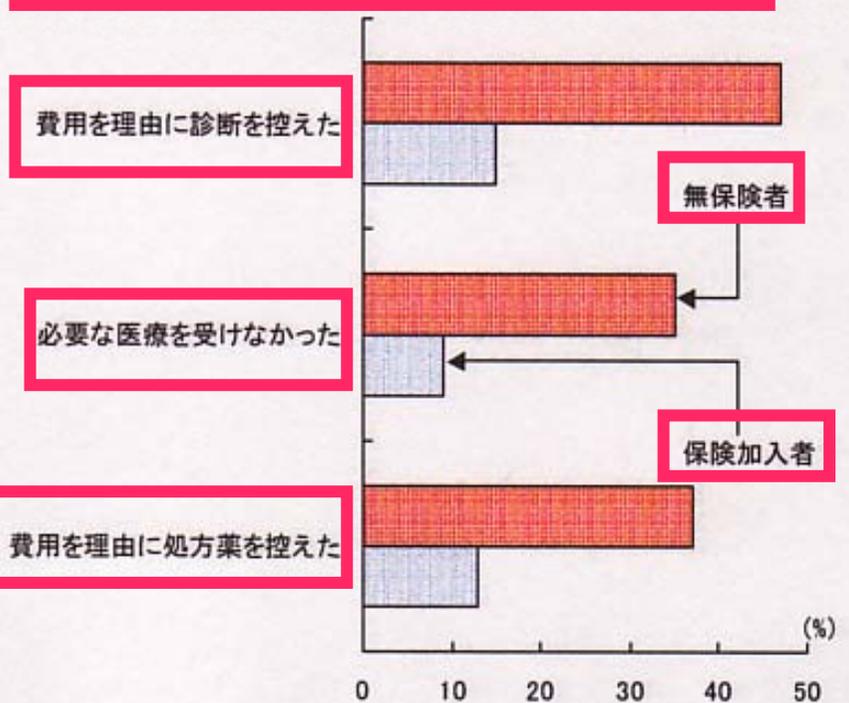
みずほ米州インサイト 2005.11.16より

図表 8 医療保険加入割合の変化 (2000~04年)



(資料) Holahan et al, November 2005 により作成。

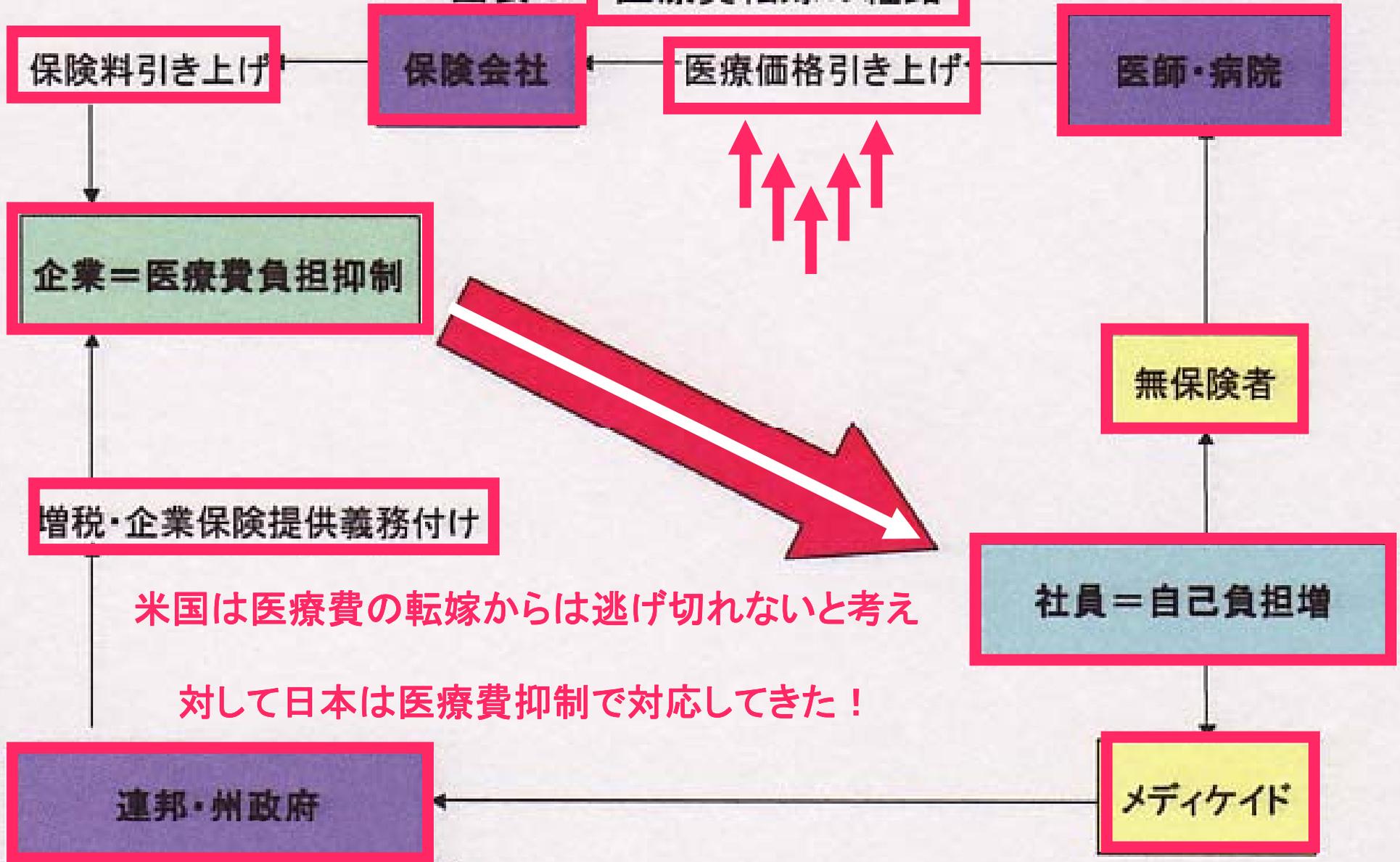
図表 11 医療利用度合いの比較 (2003年)



(資料) Kaiser Family Foundation, November 2004 により作成。



図表9 医療費転嫁の経路



米国は医療費の転嫁からは逃げ切れないと考え

対して日本は医療費抑制で対応してきた！

(資料) みずほ総合研究所作成。

みずほ米州インサイト 2005.11.16より

みずほ米州インサイト

2005年11月16日発行

米企業の重荷となる医療費負担
—GMIに止まらない根深い病巣—

社員への負担転嫁を進めると、公的医療保険負担や無保険者増加を招き、結果的に増税や無保険者医療費の企業への再転嫁となって……

みずほ総合研究所

政策調査部上席主任研究員 安井明彦氏

これが企業の社会的責任！
果たして日本の大企業は？

要旨

- 1.米企業は社員の医療費補助が経営上大きな負担、社員への負担転嫁で、企業側の負担抑制を図る動きあり
 - 2.負担転嫁等の取り組みは競争力維持のために不可欠
 - 3.もともと米産業界全体の視点から、企業による医療費負担抑制は社員に負担転嫁だけでは解決できない厄介な問題。企業が社員への負担転嫁を進めると、公的医療保険負担や無保険者増加を招き、結果的に増税や無保険者医療費の企業への再転嫁(医療保険料引上げ)となって、米産業界全体の負担を増加させかねない
 - 4.米企業は、医療費自体の抑制や、無保険者削減といった対策に踏み込んでいく必要があるという問題意識が生まれ、例えば米企業には、医療情報電子化による医療費抑制などを目指す動き
- 従来のように「国民皆保険制」の是非といった理念的な論争に陥らずに、一歩踏み込んだ対策を実施し始める事実、理念的な論争を行う猶予が許されないほど、米企業が厳しい状況に追い込まれている反映。

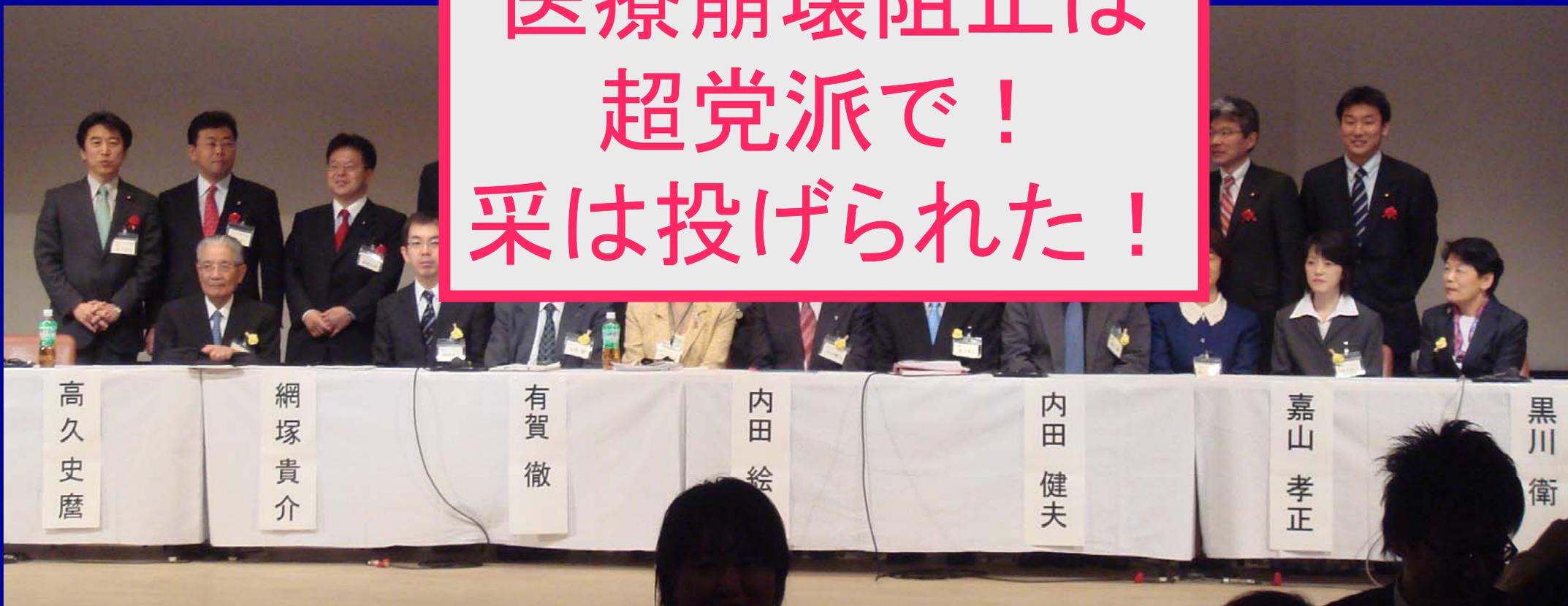


08.4.12.18:00日比谷公会堂

医療現場の危機打開と再建をめざす国会議員連盟
真の公聴会！医療現場の生の声を直接国会議論へ！！
発足記念 第1回 シンポジウム



医療崩壊阻止は
超党派で！
采は投げられた！



高久史磨

網塚貴介

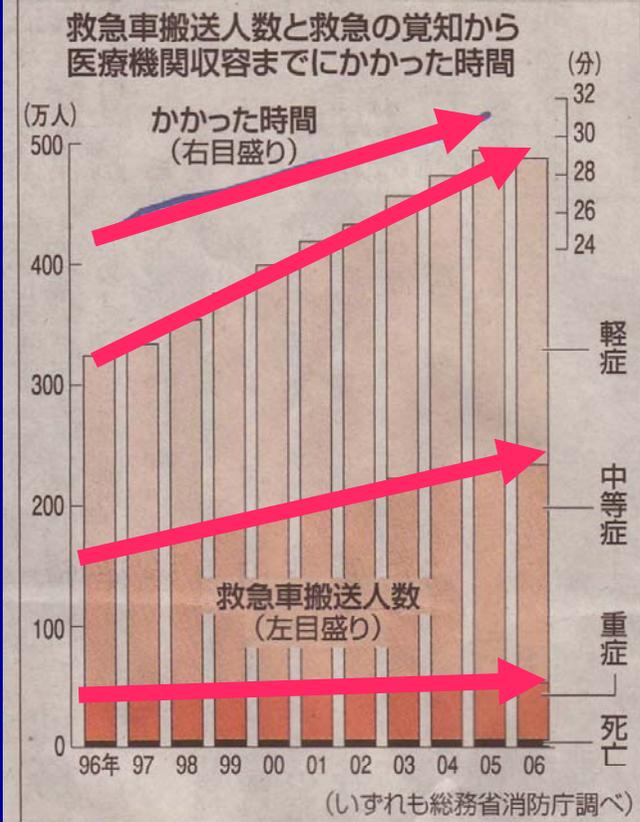
有賀徹

内田絵

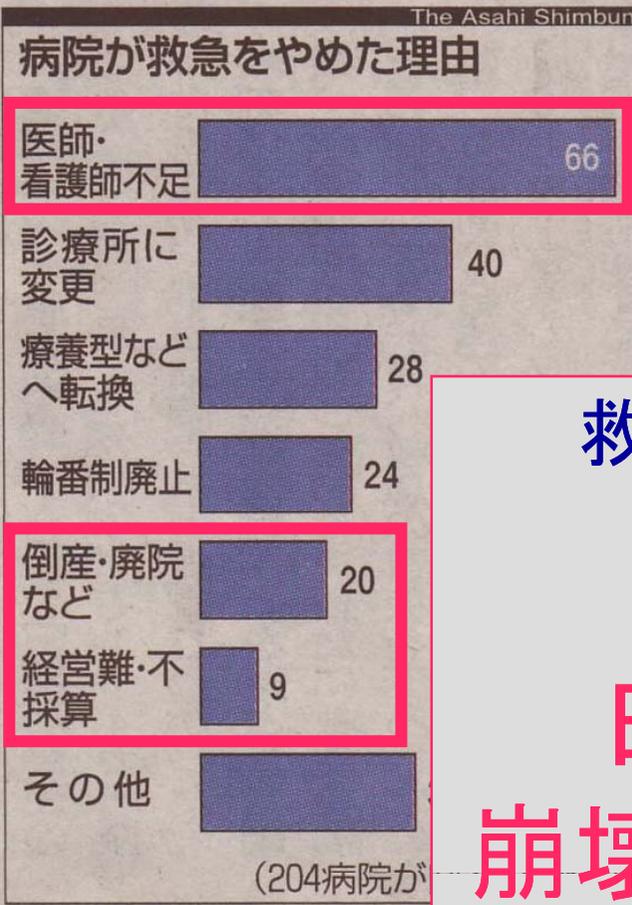
内田健夫

嘉山孝正

黒川衛



朝日新聞 2008年1月14日 救急病院減！



1892年3月11日第3種郵便物認可

救急中核病院174カ所減

2年で搬送遅れの要因に

地域の救急患者を受け入れる中核的存在の「2次救急病院」が、この2年間で174カ所減ったことが、朝日新聞の全国調査で分かった。深刻化する人手不足や経営難が影響を及ぼした結果、減少傾向が加速して、新たに救急を掲げる病院が「1カ所」救急の看板を下ろした。これは、2年間で全体の5.8%にあたる235カ所を上回る。急患の受け渡しが困難になり、搬送遅れが懸念される。市民生活への打撃は大きい。国の経営抑制政策が救急医療の根幹を揺るがしている実態が、色濃く浮かんだ。

(編集正之、重政)元「川」面に1時時刻

日本の救急医療機関 象に、05年10月、07年10月、09年10月の増減状況をまとめた。全国の2次救急病院は、05年10月時点で4770カ所あったが、2年後には3999カ所となり、174カ所減った。救急を掲げる「3次救急」に分かち、中核の2次救急に、21カ所が3次救急に移行するなどした。一方、新たに32カ所が2次救急に網羅された。

2次救急病院の減少数

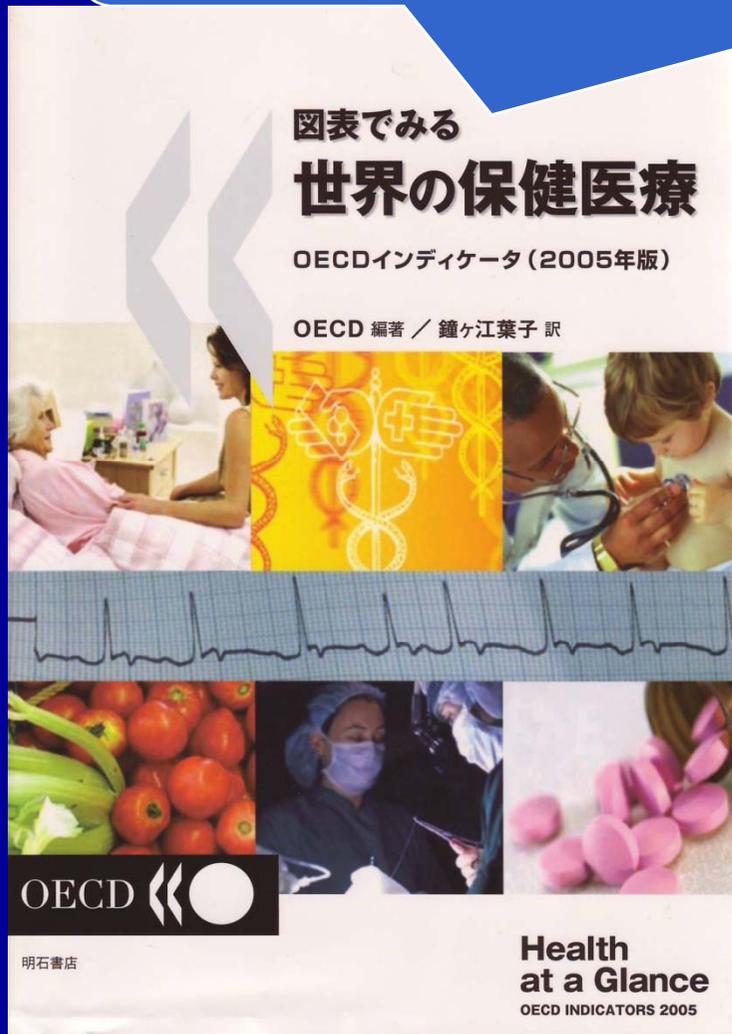
都道府県	05年10月	07年10月	09年10月	比
北海道	25	25	25	0
青森県	50	50	50	0
岩手県	53	53	53	0
宮城県	72	72	72	0
秋田県	37	37	37	0
山形県	36	36	36	0
福島県	67	67	67	0
茨城県	53	53	53	0
栃木県	60	60	60	0
群馬県	176	176	176	0
埼玉県	326	326	326	0
千葉県	175	175	175	0
東京都	64	64	64	0
新潟県	39	39	39	0
富山県	45	45	45	0
石川県	41	41	41	0
福井県	33	33	33	0
長野県	44	44	44	0
山梨県	40	40	40	0
岐阜県	177	177	177	0
静岡県	110	110	110	0
愛知県	258	258	258	0
岐阜県	168	168	168	0
愛知県	44	44	44	0
三重県	57	57	57	0
滋賀県	22	22	22	0
京都府	98	98	98	0
大阪府	119	119	119	0
兵庫県	60	60	60	0
奈良県	53	53	53	0
和歌山県	36	36	36	0
徳島県	209	209	209	0
香川県	60	60	60	0
高松市	72	72	72	0
愛媛県	56	56	56	0
高知県	119	119	119	0
福岡県	25	25	25	0
佐賀県	119	119	119	0
大分県	25	25	25	0
宮崎県	119	119	119	0
鹿児島県	25	25	25	0
沖縄県	119	119	119	0
全国計	3996	3996	3996	-174

救急医療崩壊の原因

- 1、医師不足
- 2、赤字

日本の医療が崩壊を始めました！

OECDも懸念、日本の医師不足



『保健医療資源の不足が一定の国々で問題化の可能性』

医師の不足が認められることは多くの国の重大な懸念である。診療医師の数、分布及び構成は、医業への参入規制、専門分野の選択、報酬その他の労働条件の側面、及び移住など多くの要因に影響される。2003年では、OECD加盟国間で1人あたり診療医師数に大きな違いがある。これはイタリアとギリシャの人口1000人あたり4人を超える高いものから、トルコ、メキシコ及び韓国の2人未満の低いものまで幅がある。1人あたり診療医師数はまた日本、カナダ、イギリス及びニュージーランドでも比較的低い。・後者の国々は伝統的に医科大学の入学数を規制している。

図表でみる世界の保健医療 P13 概要より

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



証言 医師不足

地域医療再生

私前全医学部部長、本の口は減っていく。同医学部として医学部に医師は毎年千人か九千人に増えている。このままでは、九十年に、国のまていく。医師が少なくなると、医療の質が落ちていく。これは、今の医療界の現実だ。医師が不足しているのは、全国的な現象だ。医師が不足しているのは、全国的な現象だ。医師が不足しているのは、全国的な現象だ。

吉田豊元弘大学長(上)

国に「洗脳」された

偏在解消 医療費拡大を

厚生省(現厚生労働省)がデータを見せるわけですよ。厚生省がいっぱいデータを見せて、日本の人口は減っていくのに、医師は毎年何千人かずつ増えていく。このままですと、医師があふれてしまう。そういう数値をいろいろなファクター(要素)を加えて説明し、医師は過剰になるという。だから少しずつ減らしたいということ。厚生省だけでなく文部省(文部科学省)も。(中略)洗脳するんですよ。

2008年1月9日 東奥日報

今も洗脳は引き続き行われている



医師部定員削減当時の経緯などを語る吉田氏

元弘大学長・吉田豊氏証言
医師不足の現状をみ出した原因の一つに、一九八〇年代後半から、国策で進められた全国の医学部(科)の入学生削減が挙げられる。私前全元学長で医学部教授、同学部長として当時、削減の経緯や事情を知る吉田豊氏(元弘大学長・現・県総合保健センター理事長)は「国も大学も、将来の人口減に対し、医師が過剰になるといふデータがもたらわれ、高次の急速な進歩と、これに伴う医師需の拡大などの要素を見誤った。見通しが甘かったといえるを得ない」と、本紙取材に対し証言した。

「国の見通し甘かった」 医師不足 医学部定員減が要因

Q:定員削減は、どのような流れで行われるようになったのか。
A:「厚生省(現厚生労働省)がデータを見せるわけですよ。厚生省がいっぱいデータを見せて、日本の人口は減っていくのに、医師は毎年何千人かずつ増えていく。このままですと、医師があふれてしまう。そういう数値をいろいろなファクター(要素)を加えて説明し、医師は過剰になるという。だから少しずつ減らしたいということ。厚生省だけでなく文部省(文部科学省)も。(中略)洗脳するんですよ。」

2008.11.1



済生会栗橋病院

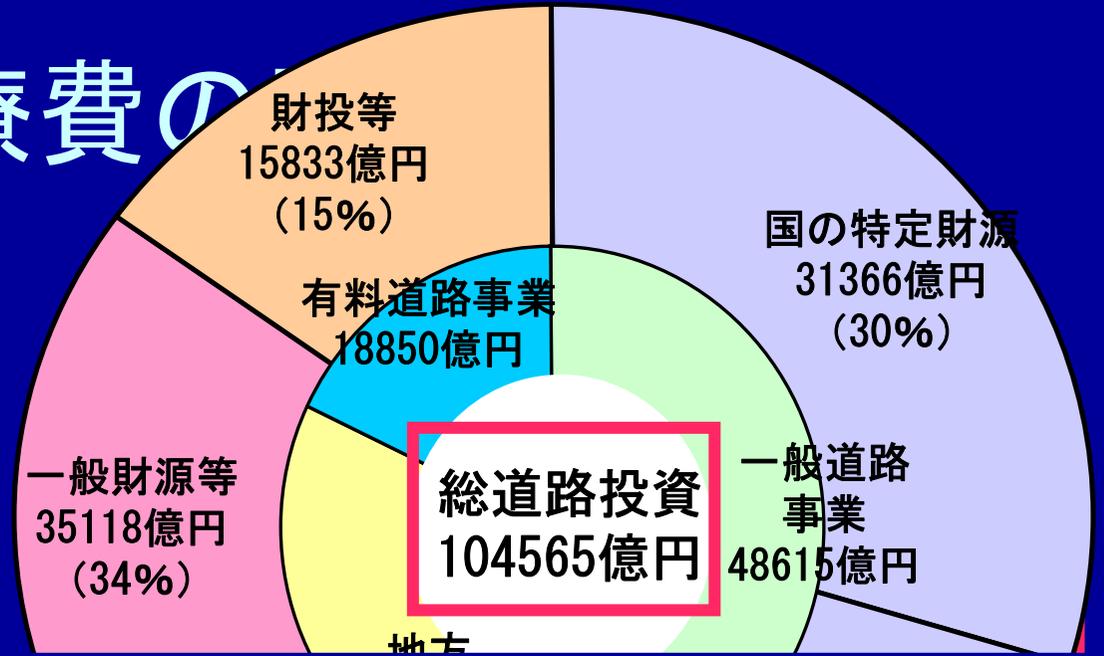
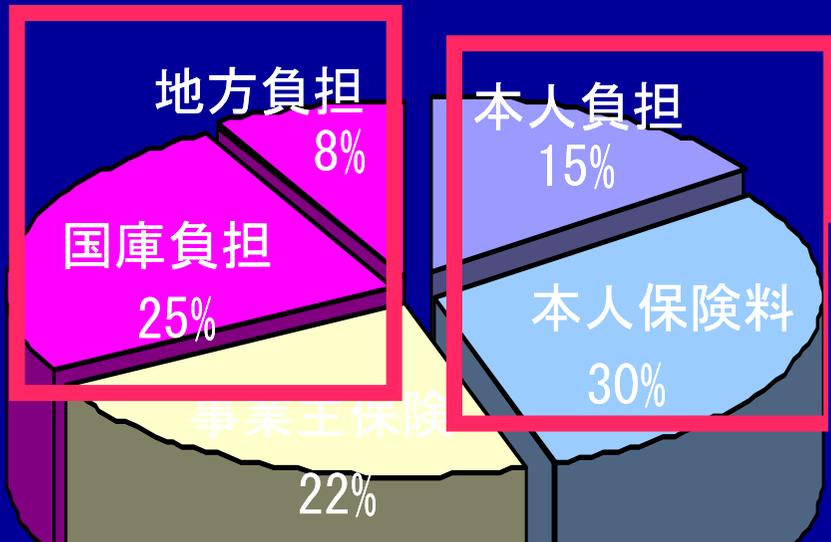
本田 宏

医療制度研究会



日本医療費の

国民医療費（平成14年）



**特定財源だけでは足りない道路整備費
平成16年度道路投資の財源**

国土交通省道路局/道路IR・道路整備効果事例集/道路関連データ/2004年度版日本の道路より改編
<http://www.mlit.go.jp/road/ir/ir-data/jroad04/07-05.html#pagetop>

2004年OECD加盟国平均は医療費の73%が国家財政
 日本は医療費＝税負担33%、国民負担45%
 これ以上の医療費窓口負担増は理不尽の一言！

医師の需給検討会報告の呪縛

08.6.3読売新聞朝刊社会保障安心より

臨床医数と必要医師数の将来推計

(2006年の厚労省の医師需給に関する検討会報告書から)



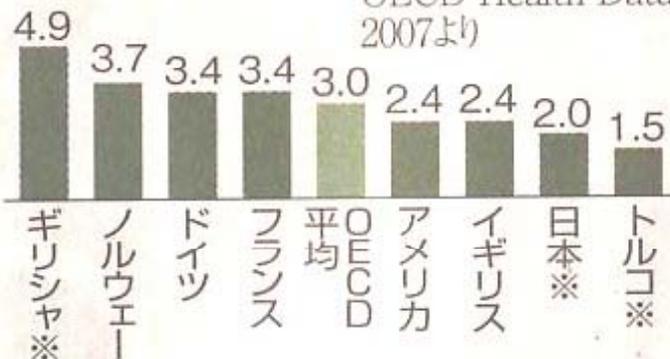
OECD加盟国人口当たり平均と比較して現在日本の医師数は**14万人以上不足**している！
2040年になってもなお現在の世界水準に**4万人も不足！！**、しかし需給検討会報告は**2022年に余ると？！**→**誤ったデータを基礎にした対策では日本の医師不足解消は夢のまた夢**

- 医師不足
- 地域診療科で偏在
- 三つの選択

医局に変わる派遣制度の構築を
医師増員で医療の高度化に対応
診療科、地域ごとに定員を設定

OECD諸国の人口1000人当たりの医師数(2005年)

※は2004年のデータ。
OECD Health Data
2007より



2006.11.1



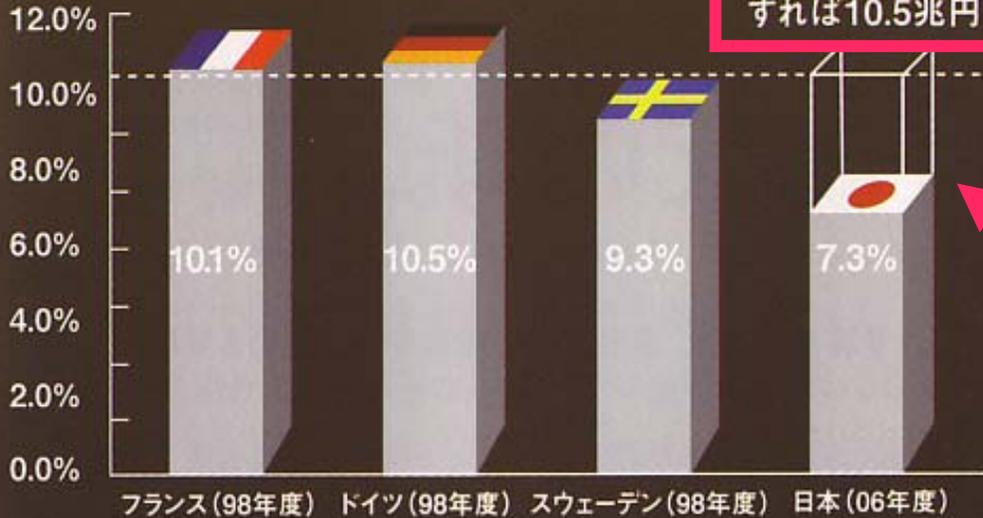
済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会

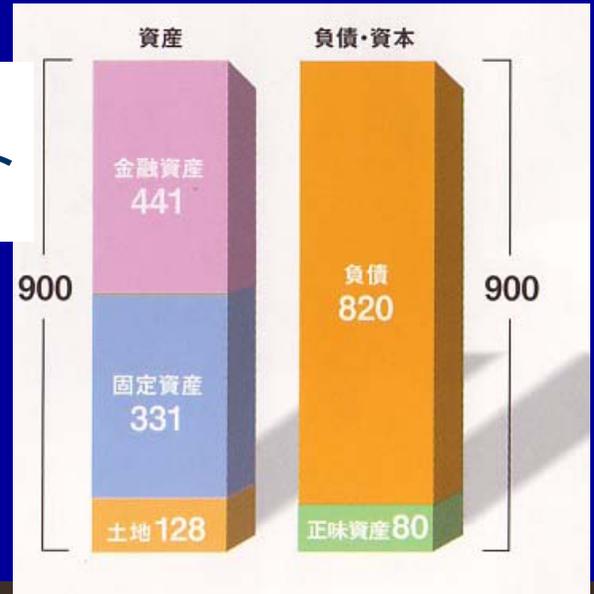


●図7-1 医療給付費



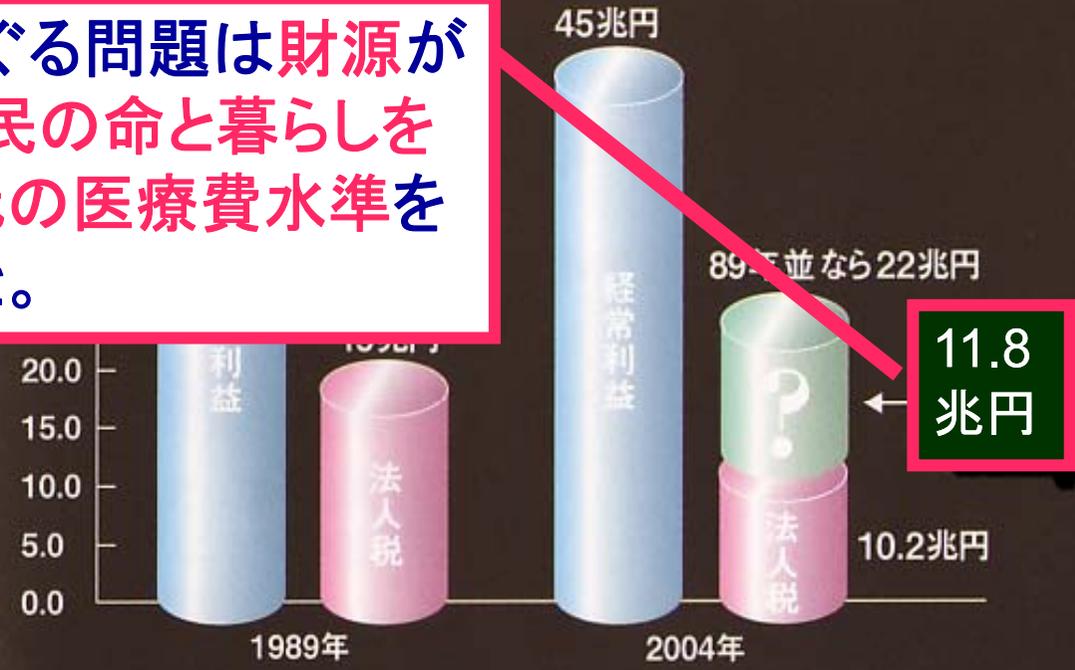
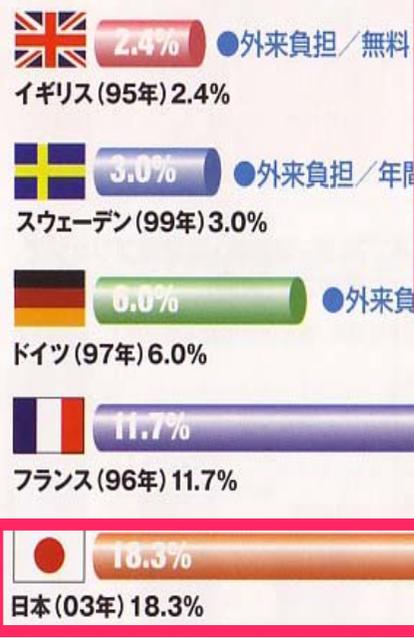
ヨーロッパ並の10%にすれば10.5兆円

政府の
バランスシート
2003年末、兆円



●図7-2 収益は最高、税金は半分 (法人企業の収益と法人税収)

日本の医療改革をめぐる問題は財源がないことではない。国民の命と暮らしを軽視して、先進国最低の医療費水準を続けようとしていること。



2008.11.1



済生会栗橋病院

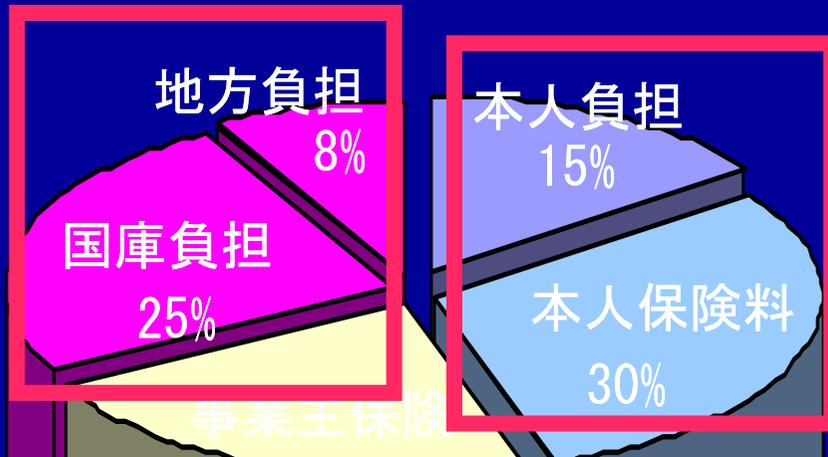
本田 宏

医療制

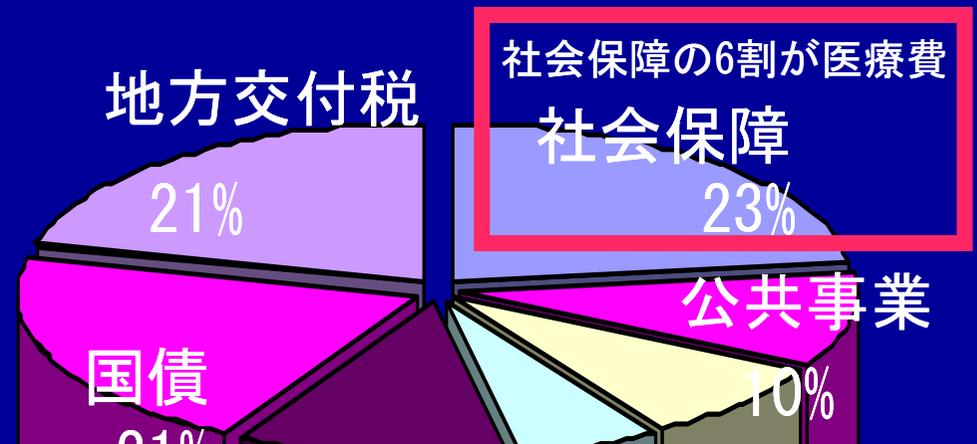
「医療が減ぶ」2006年兵庫県保険医協会より

日本の医療費の真実

国民医療費（平成14年）



一般会計歳出（平成16年）



2004年OECD加盟国平均は医療費の73%が国家財政
日本は医療費＝税負担33%、国民負担45%
これ以上の医療費窓口負担増は理不尽の一言！





患者物価・人件費の推移

1994年

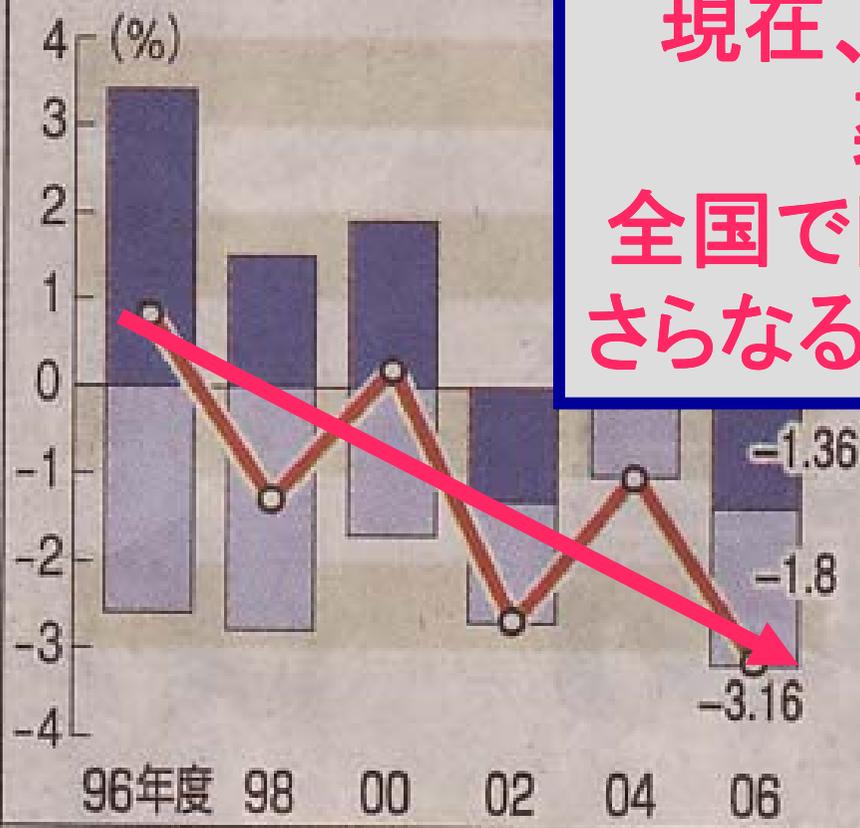
「医療政策を見直す時期」

人件費

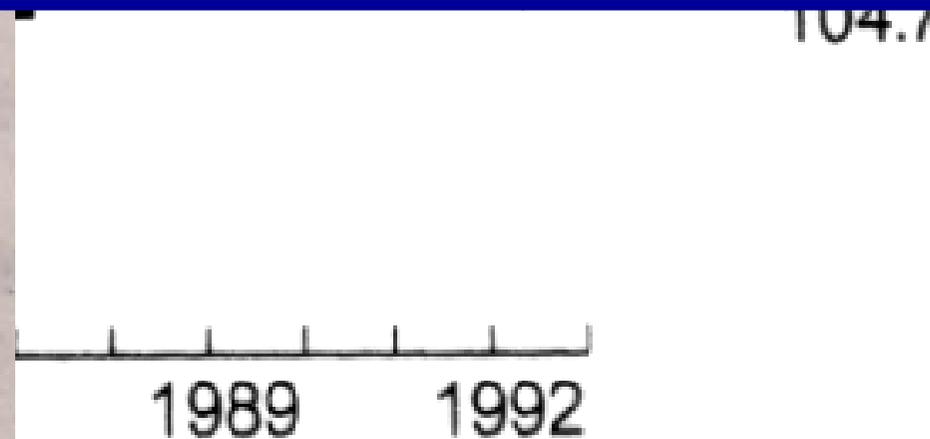
143.2

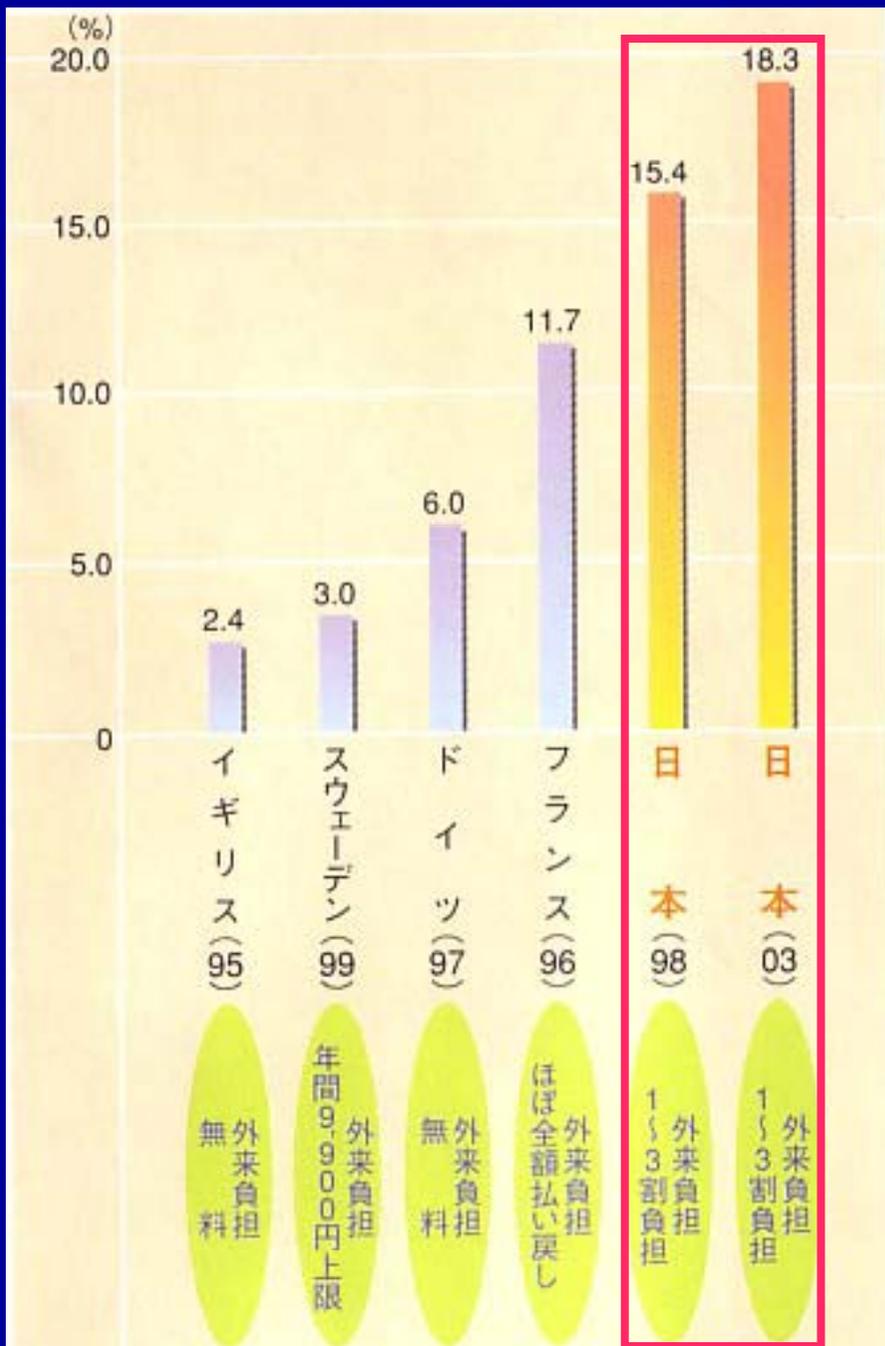
診療報酬改定率の推移

- 診療報酬本体
- 全体(診療報酬実質分の改定率)
- 薬価等(医療費ベース)



現在、財務省は診療報酬改定から
薬価分を抜いて計算！
全国で医療崩壊が加速するこの期に
さらなる「診療報酬マイナス改定」へ！





(出典:週刊社会保障編集部編「欧米諸国の医療保障」) 病院

世界的に突出した 日本の窓口負担率

医療費に対する患者の実効負担率

「医師を増やして！ 安全で安心な医療のために」07.7
全日本民主医療機関連合会「ドクターウェーブ」推進本部より

本田 宏

医療制度研究会





整備進まぬ小児救急

朝日新聞埼玉版
01.3/4

2ヶ月児の悲劇教訓に

3年前の1月、生後2ヶ月の赤ちゃんがミルクをのどに詰まらせた。五ヶ所目の病院で手当てを受けたが手後れ。

小児救急の体制がある地域=3/16

補助少なく持ち出しに

1日2万610円余の補助金では
病院小児科減少の傾向

子供の診察は時間がかかるうえ、
保険点数が低い



2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



<盲腸手術入院の都市別総費用ランキング>

2005年AIU調べ

順位	都市	平均費用	平均入院日数
1	ホノルル	2,321,000	3-5
2	ニューヨーク	1,945,000	2
3	ジュネーブ	1,868,000	3-5
4	上海	1,364,000	1-2週間
5	ウィーン	1,093,000	7,5
6	パリ	926,000	4
7	香港	906,000	4
8	フランクフルト	875,000	7,5
9	サンフランシスコ	862,000	1
10	ローマ	857,000	2
11	アムステルダム	855,000	約1週間
12	ブリュッセル	807,000	5
13	ソウル	649,000	4
14	シドニー	626,000	2
15	シンガポール	590,000	3-4
16	マトリット	552,000	4
17	パリ	543,000	3-4
18	クライストチャーチ	539,000	2
19	ロンドン	535,000	1-2週間
20	グアム	526,000	2

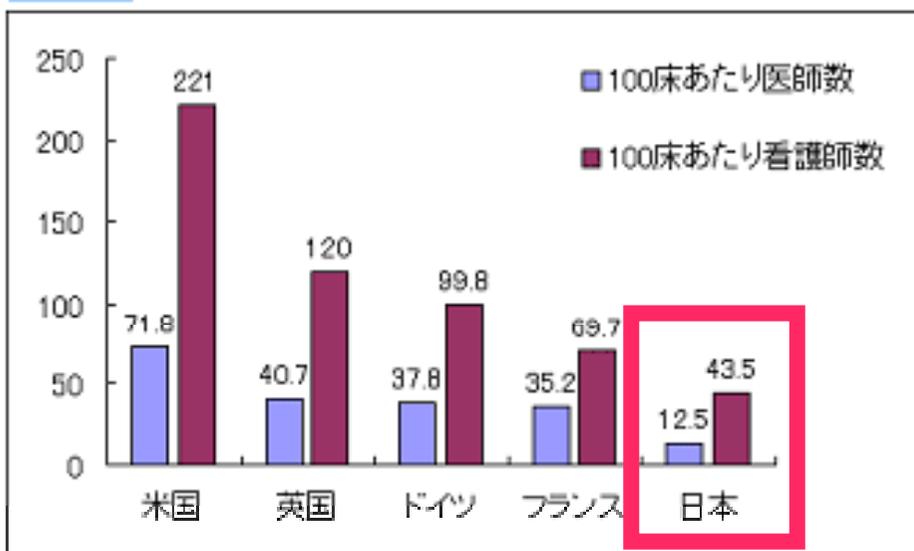
※総費用は日本と同様の医療サービスを利用した場合を想定。手術費用以外の
他、看護費用、技術料等および平均入院日数の病室代を含む。1US\$=110.5円で換算し、千円単位に四捨五入。

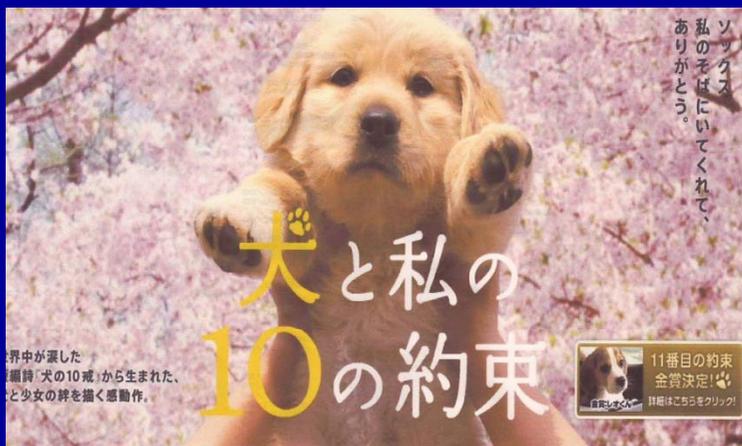
先進国—安い医療費
先進国—高い自己負担

先進国—高い薬剤・医療機器価格

病院赤字

図10 先進国の医師、看護師数の比較





知っていますか？ 犬たちのほんとうの気持ち 後期高齢者医療制度?? ペットを大事にするのはいいが 人(高齢者)は？

私と気長につきあってください

私を信じてください、それだけで私は幸せです

私にも心があることを忘れないで下さい

言うことを聞かないときは、理由があります

私にたくさん話しかけてください、人の言葉は話せないけど、わかっています

私をたたかないで。本気になったら私のほうが強いことを忘れないで下さい

私が年を取っても、仲良くしてください

あなたには学校もあるし友達もいます。でも、私にはあなたしかいません

私は10年くらいしか生きられません。だから、できるだけ私と一緒にいてください

私が死ぬとき お別れです。そばにいてください。そして、どうか覚えていてください

私がずっとあなたを愛していたことを

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



無保険で死亡 全国で475人

NHKニュース 焦点のニュース 5月11日 16時3分 <http://www.nhk.or.jp/news/parts/player/select.html>

保険料の滞納などで健康保険が使えないいわゆる無保険の状態では病状が悪化して医療機関に運ばれ死亡した人が、この2年間に全国で少なくとも475人いたことが、NHKが医療機関に行ったアンケート調査でわかりました。

NHKは、健康保険が使えないことの影響を調べるため、救急患者を受け入れている全国のおよそ4400の医療機関にアンケート調査を行い、2384の回答を得ました。その結果、いわゆる無保険の状態の人で病状が悪化して運ばれてきて死亡した人が、この2年間に174の医療機関で475人いたことがわかりました。

保険が使えないことと病状の悪化に関係があるかどうかについて尋ねたところ、60%余りの医療機関は「わからない」としていますが、25%に当たる43の医療機関は医療費の負担の重さから治療を受けるのを我慢していたとみられる人がいたと答えました。市販の薬だけで様子を見ているうちに症状が悪くなったとみられるケースや、寝たきりの状態になっても経済的な理由から治療を受けていなかったとみられるケースがあったということです。

社会保障制度に詳しい慶應義塾大学経済学部の駒村康平教授は「非正規の労働者など低所得者が増えるなかで、誰もが必要な医療を受けられるようにする保険制度の空洞化が進んでいるのではないかと。制度を現状に即して見直していく必要がある」と話しています。

一方、厚生労働省は、この結果について「保険料の滞納に至った経緯や生活の実態などを個々に詳しく分析しないと見解を出すのは難しい」としています。

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会



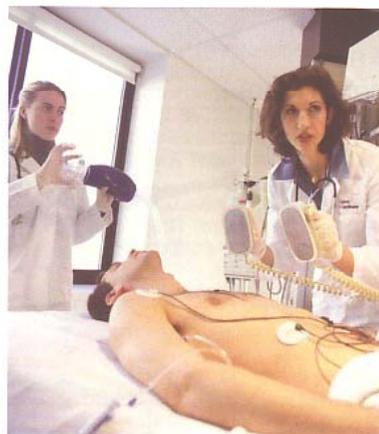
夜間、週末の院内心停止患者の生存退院率は低い

〔ワシントン〕バージニア州立大学(バージニア州リッチモンド)のMary Ann Peberdy博士らは、夜間または週末に院内で心停止した入院患者は、平日の昼夕間に心停止した入院患者よりも生存退院率が低いとの知見をJAMA(2008; 299: 785-792)に発表した。

507施設 8万6,748例のデータを解析

夜間は患者、病院、スタッフ配置などの要因に加え、患者への対応の遅れなどにより、心停止の発見率と治療の効果が低下する可能性がある。今回の研究の背景から、夜間と週末の院内心停止がさらに多くなり生存率が悪化すれば、この結果は病院の職員配置、スタッフ訓練、看護引き継ぎや設備決定に対して重要な意味を持つとしている。

Peberdy博士らは、時間帯と曜日ごとに院内心停止した成人の生存率を検討した。今回の試験には、2000年1月～07年2月に米国心臓協会(AHA)の全国心肺蘇生登録に参加している507の内科/外科病院で院内心停止イベントが生じた成人8万6,748例のデータが含まれている。また、時間区分を午前7時～午後10時59分を昼夕間、午後



©Alamy/PPS

11時～午前6時59分を夜間、金曜午後11時～月曜午前6時59分を週末と定義し、心停止からの生存を調べた。

病院規模での蘇生システムの構築が必要

昼夕間に発生した院内心停止症例の総数は5万8,593例(週末の1万5,110例を含む)、夜間では2万8,155例(週末7,790例を含む)であった。

Peberdy博士らは、生存退院率(昼夕間19.8%対夜間14.7%)、自発循環回復時間20分以上(51.1%対44.7%)、24時間生存率(35.4%対28.9%)、良好な神経学的アウトカム(15.2%対11.0%)が、昼夕間より夜間のほうが低いことを見出した。夜間に心停止した患者の生存退院率は平日(14.6%)や週末(14.8%)と同等であった。昼夕間では、平日(20.6%)が週末(17.4%)より高かった。

同博士らは「今回の試験のおもな知見として、多数の交絡要因、心停止イベント、病院因子を考慮しても、院内心停止後の生存退院率は、平日昼夕間より週末夜間のほうが低かった」とし、「夜間心停止の生存退院率が低下する原因として、患者の生物学的な相違、医療スタッフや病院スタッフの配置、手術因子など多くの因子が存在する可能性がある。こうしたデータから、夜間と週末における心停止後の安全性の向上と、生存率を改善させる病院規模での蘇生システムを構築する必要性が示唆された」と結論している。

問題解決をシステム改善で解決する米国
刑事罰強化で解決できる?とする日本?

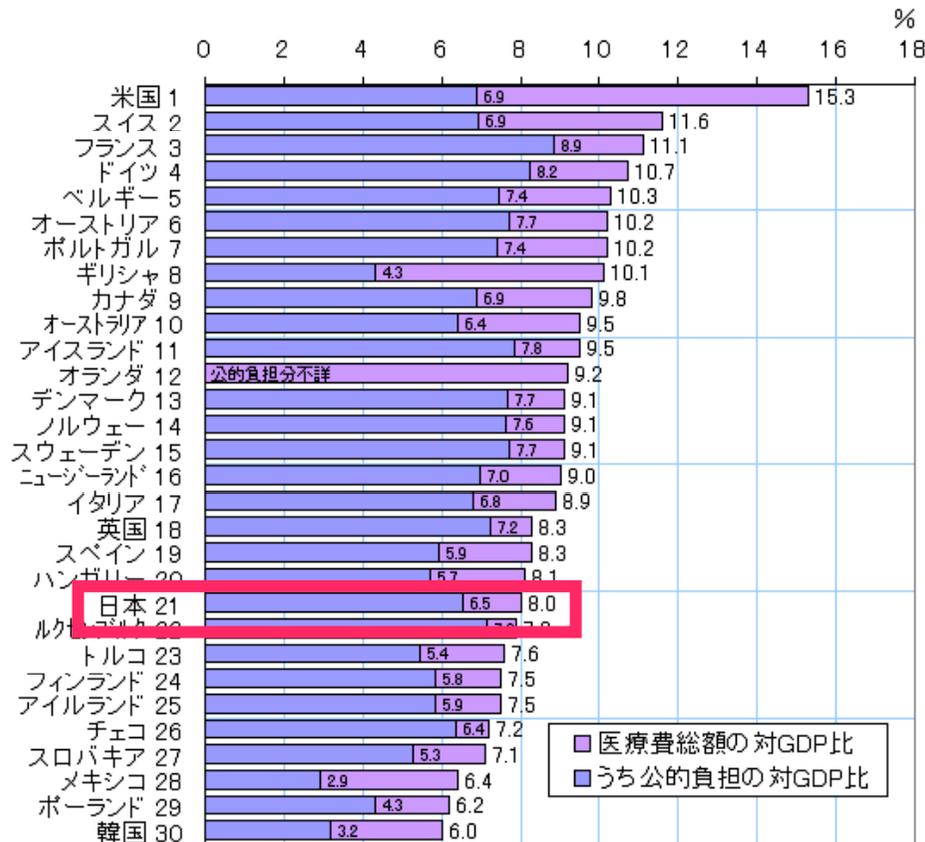
研究会



世界と比較して低医療費とマンパワー不足は明らか！

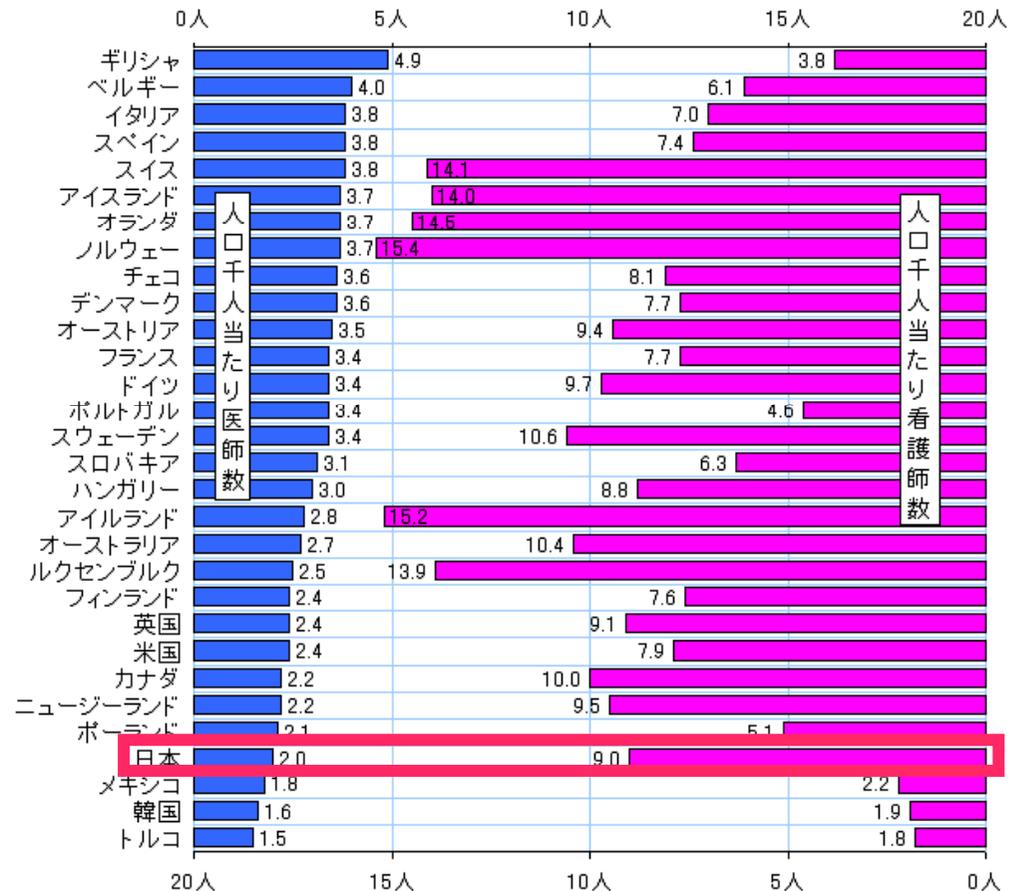
出典：社会実情データ図録 <http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/> 医師数・看護師数の国際比較 (OECD諸国・2005年) <http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/1930.html>
 OECD諸国の医療費対GDP比率 (2005年) <http://www2.ttcn.ne.jp/honkawa/1890.html>

OECD諸国の医療費対GDP比率(2005年)



(注) オーストラリア、オランダ、ハンガリー、日本は2004年データ
 (資料) OECD Health Data 2007 (Data last updated: Oct 7, 2007)

医師数・看護師数の国際比較 (OECD諸国、2005年)



(注) 従事している医師、看護師が対象。年次は医師・看護師についてギリシャ、デンマーク、スウェーデン、スロバキア、オーストラリア、ニュージーランド、日本、トルコ、看護師についてスイス、フィンランドは2004年、看護師について米国は2002年のデータ。

(資料) OECD Health Data 2007 (last updated: May 22, 2007)

2008.11.1



済生会栗橋病院

中野 公

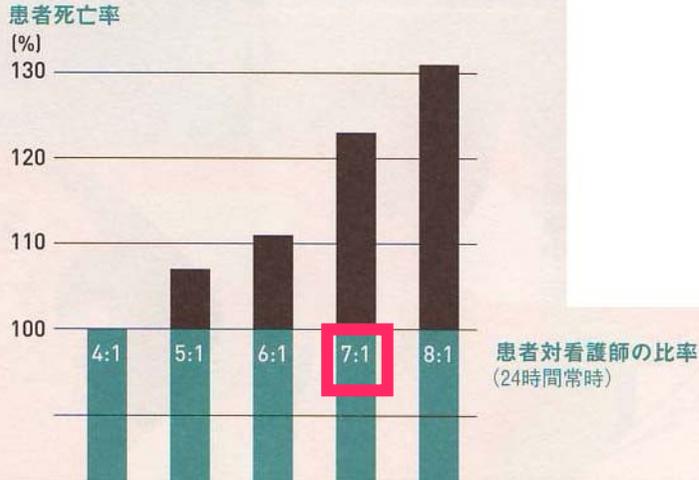
医療政策研究部



受け持ち患者数と患者死亡率

(患者対看護師常時4:1を100とする)

出典：日本看護協会「看護職員の人員配置について」(2005年)



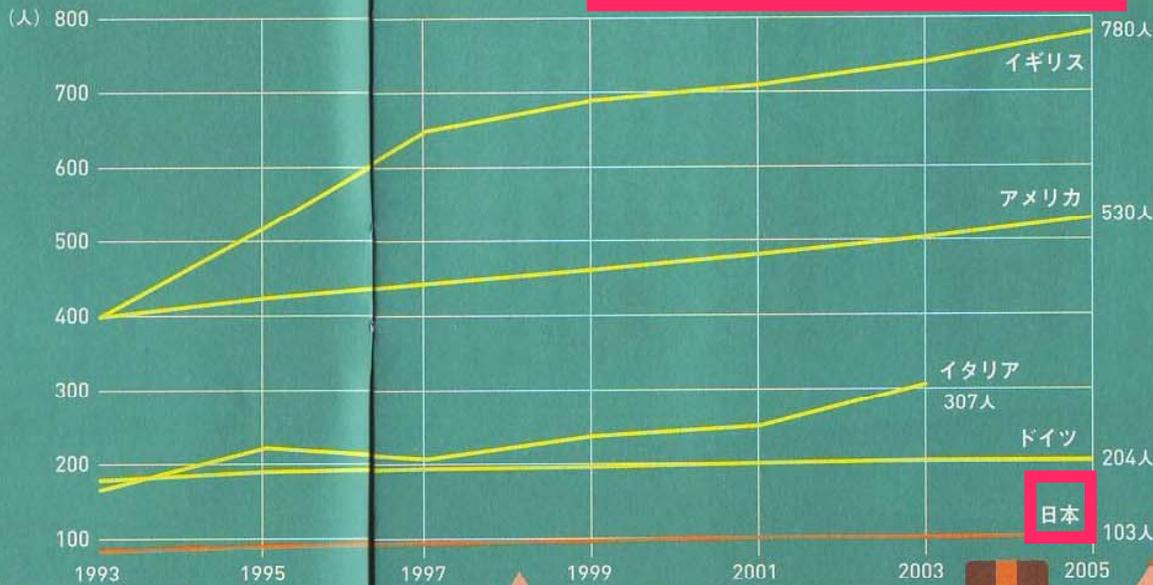
医療者が足りない

ロハス・メディカル 08年4月号 ストップ！！医療崩壊3より

必要な時は貧富の差なく平等に受けられる、そんな日本の医療が風前の灯火です。でも現場の医療者を責めないでください。怠けているわけじゃないんです。

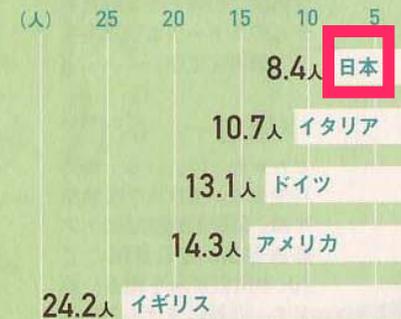
出典：OECD Health Data 2007、病院報告 (厚生労働省)

ベット100床あたりの医療従事者数



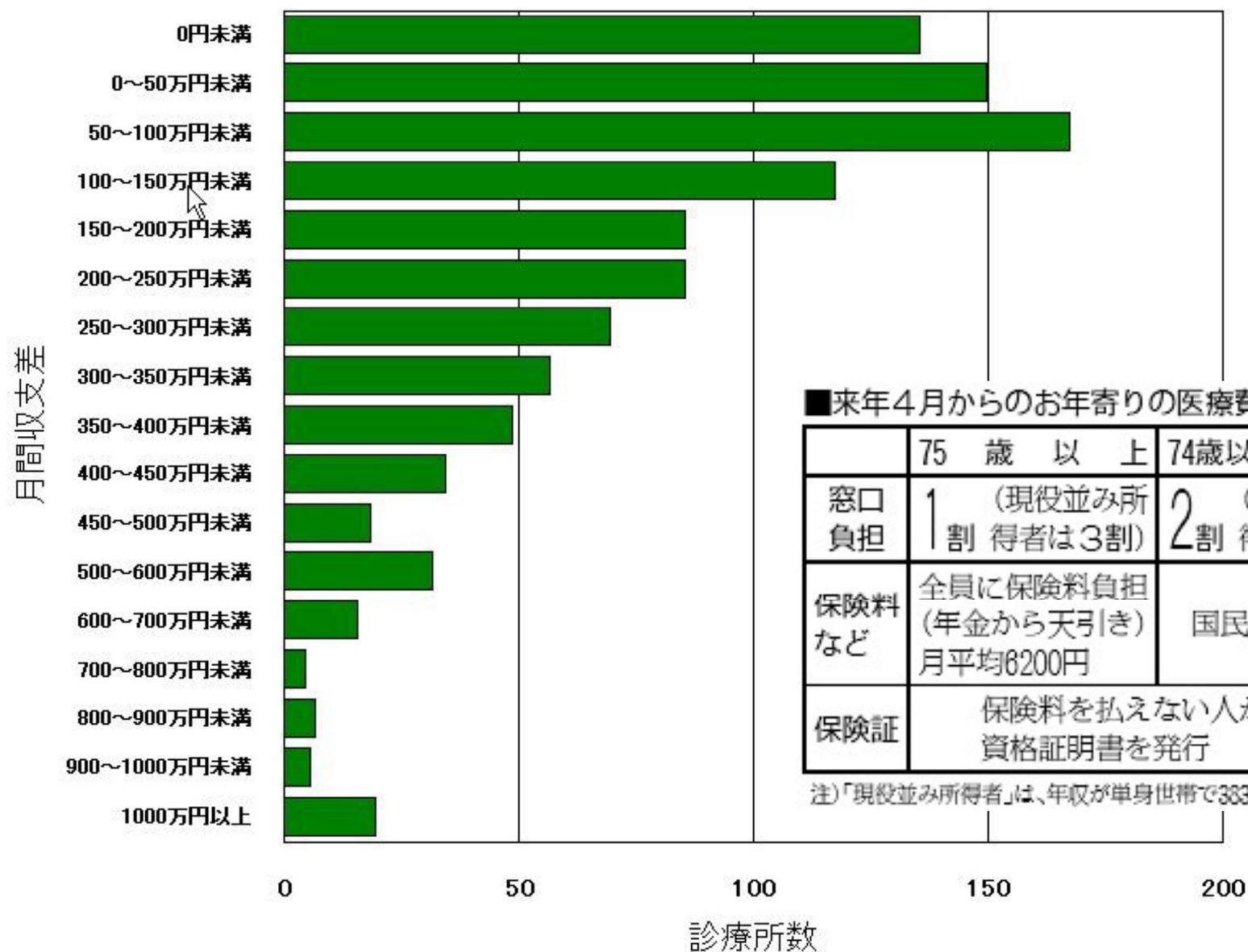
人口1000人あたりの医療従事者数

(2005年、イタリアのみ2003年)



出典：OECD Health Data 2007、病院報告 (厚生労働省)

診療所月間収支差



■来年4月からのお年寄りの医療費の窓口負担と保険料

	75歳以上	74歳以下70歳以上	69歳以下65歳以上
窓口負担	1割 (現役並み所得者は3割)	2割 (現役並み所得者は3割)	3割
保険料など	全員に保険料負担 (年金から天引き) 月平均6200円	国民健康保険料を年金から天引き	
保険証	保険料を払えない人から保険証を取り上げて、資格証明書を発行		

注)「現役並み所得者」は、年収が単身世帯で383万円以上、夫婦2人世帯で520万円以上の人



日仏医療事情比較



フランス(パリ) 医療事情

No	項目	内容	日本(参考)
1	救急車の料金	①公営:無料 ②民営:基本料金9,300円+走行加算300円/km	①無料 ②通常利用しない
2	初診料	16,200~24,400円	2,700円
3	病院部屋代 (1日当たり)	①相部屋:81,200円 ②個室:123,200円 ③ICU:212,400円	①17,000円 ②20,000~50,000円 ③87,600円
4	盲腸手術の治療費	①総費用:860,500円 ②平均入院日数:3日	①400,000円 ②4~7日間
5	骨折時の治療費 (橈骨末端閉鎖性骨折)	50,300円	15,000円
6	ファミリードクター制度	あり *緊急時を除き、(歯科等一部を除き)全科診察可能な医師の診察を受け、その後必要に応じ専門医へ紹介	なし *初診から専門医の受診が可能(ただし、総合病院等で紹介状が必要な場合あり)
7	乳児死亡率(1,000人当たり)	4.4人	2.8人
8	平均寿命	80歳	82歳

注意事項

①全体

- ・海外では自由診療となるため、治療費は受診する医療機関や治療内容等によって大きく異なります。一覧は目安として下さい。
- ・日本人旅行者が利用することが多い私立の医療機関を中心に調査しているため、その国全体の相場と異なる場合があります。

②項目別

1. 公営の救急車は原則行き先を指定できません。距離加算の記載がない場合は、原則同一市内の料金となります。

海外の医療事情

カナダ(バンクーバー) 医療事情



No	項目	内容	日本(参考)
1	救急車の料金	①公営:58,800円 ②民営:通常利用しない	①無料 ②通常利用しない
2	初診料	11,100円	2,700円
3	病院部屋代 (1日当たり)	①相部屋:332,600円 ②個室:353,100円 ③ICU:476,700円	①17,000円 ②20,000~50,000円 ③87,600円
4	盲腸手術の治療費	①総費用:1,108,600~1,773,800円 ②平均入院日数:2日	①400,000円 ②4~7日間
5	骨折時の治療費 (橈骨末端閉鎖性骨折)	77,600円	15,000円
6	ファミリードクター制度	あり *緊急時を除き、(歯科等一部を除き)全科診察可能な医師の診察を受け、その後必要に応じ専門医へ紹介	なし *初診から専門医の受診が可能(ただし、総合病院等で紹介状が必要な場合あり)
7	乳児死亡率(1,000人当たり)	5.4人	2.8人
8	平均寿命	80歳	82歳

協力:Trans Med Consulting Services 聖路加国際病院

注意事項

①全体

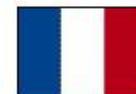
- 海外では自由診療となるため、治療費は受診する医療機関や治療内容等によって大きく異なります。一覧は目安として下さい。
- 日本人旅行者が利用することが多い私立の医療機関を中心に調査しているため、その国全体の相場と異なる場合があります。

②項目別

- 公営の救急車は原則行き先を指定できません。距離加算の記載がない場合は、原則同一市内の料金となります。

海外の医療事情

フランス(パリ) 医療事情



No	項目	内容	日本(参考)
1	救急車の料金	①公営:無料 ②民営:基本料金9,300円+走行加算300円/km	①無料 ②通常利用しない
2	初診料	16,200~24,400円	2,700円
3	病院部屋代 (1日当たり)	①相部屋:81,200円 ②個室:123,200円 ③ICU:212,400円	①17,000円 ②20,000~50,000円 ③87,600円
4	盲腸手術の治療費	①総費用:860,500円 ②平均入院日数:3日	①400,000円 ②4~7日間
5	骨折時の治療費 (橈骨末端閉鎖性骨折)	50,300円	15,000円
6	ファミリードクター制度	あり *緊急時を除き、(歯科等一部を除き)全科診察可能な医師の診察を受け、その後必要に応じ専門医へ紹介	なし *初診から専門医の受診が可能(ただし、総合病院等で紹介状が必要な場合あり)
7	乳児死亡率(1,000人当たり)	4.4人	2.8人
8	平均寿命	80歳	82歳

注意事項

①全体

- 海外では自由診療となるため、治療費は受診する医療機関や治療内容等によって大きく異なります。一覧は目安として下さい。
- 日本人旅行者が利用することが多い私立の医療機関を中心に調査しているため、その国全体の相場と異なる場合があります。

②項目別

- 公営の救急車は原則行き先を指定できません。距離加算の記載がない場合は、原則同一市内の料金となります。

2008.11.1



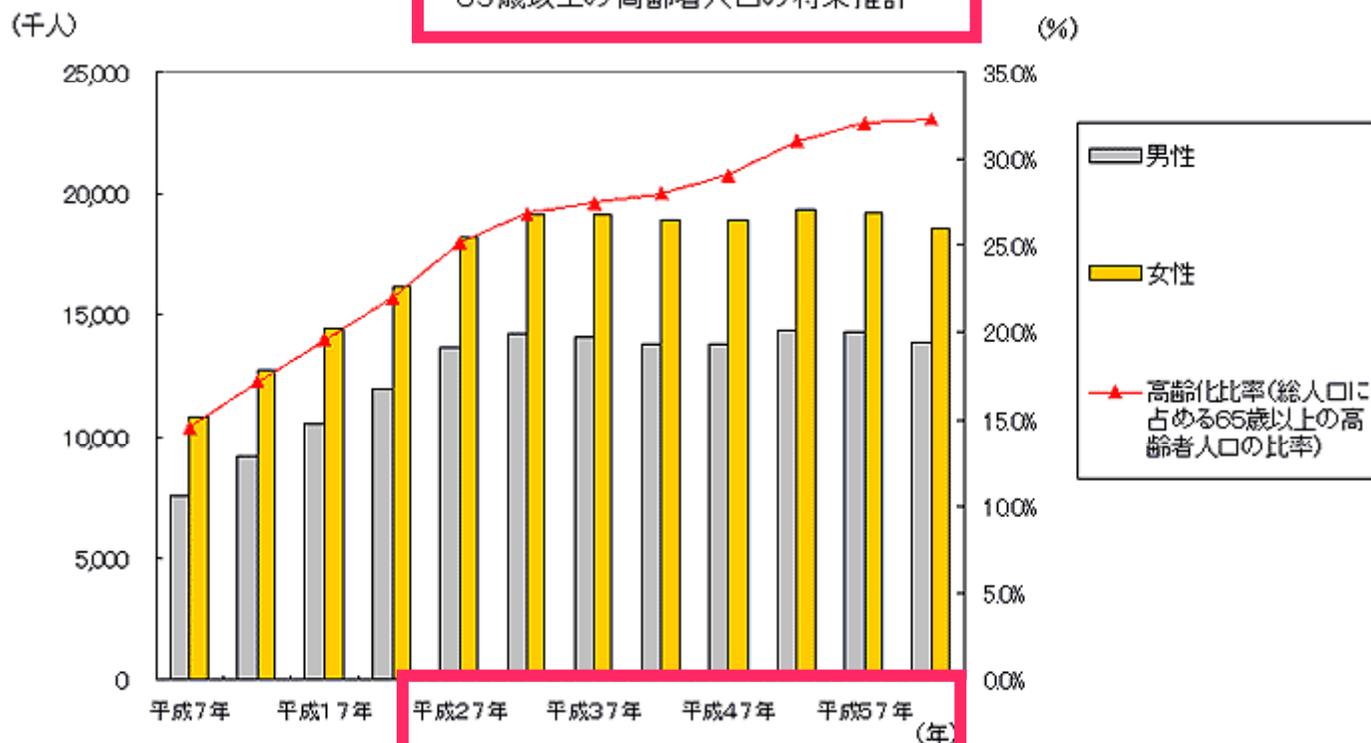
済生会栗橋病院

過去の救急件数比較表

年別	計	急病	交通事故	一般負傷	その他
H18	3,068	1,825	431	401	411
H17	3,059	1,723	479	414	443
H16	2,885	1,631	479	390	385
H15	2,781	1,585	481	352	363
H14	2,651	1,440	462	398	351
H13	2,564	1,343	513	345	363
H12	2,404	1,249	565	292	298
H11	2,252	1,162	509	299	282

高齢者増加
 → 救急搬送件数増加
 医療体制強化は喫緊の課題

65歳以上の高齢者人口の将来推計



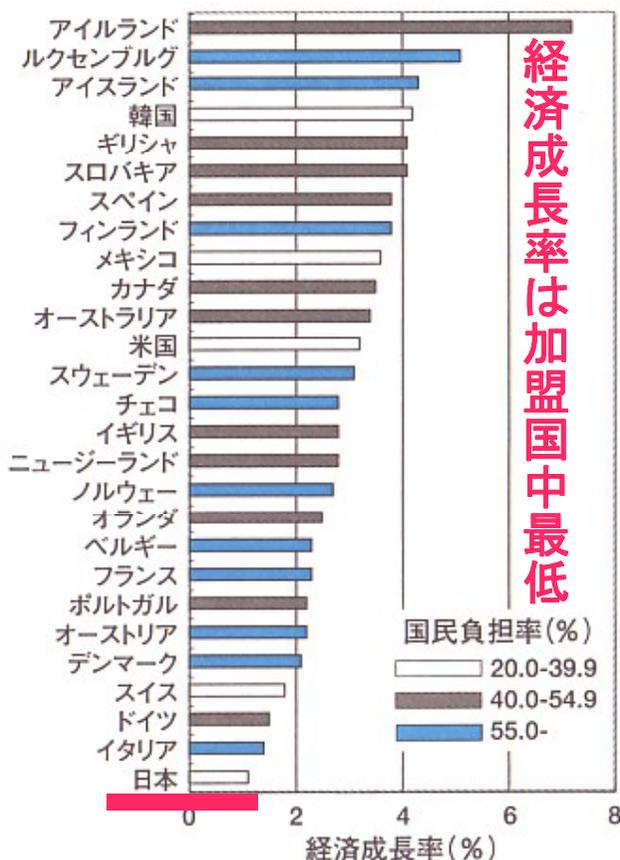
2008.11.1



済

「小さな政府」が亡ぼす日本の医療⑥

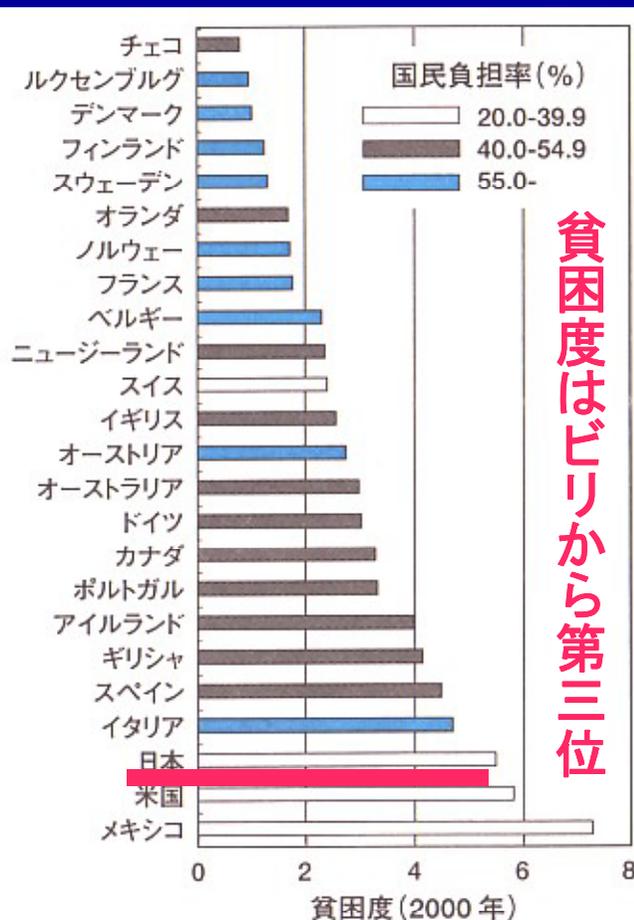
李 啓充 週刊医学界新聞 08.4.14より



経済成長率は加盟国中最低

● 図1 OECD 諸国の経済成長率と国民負担率

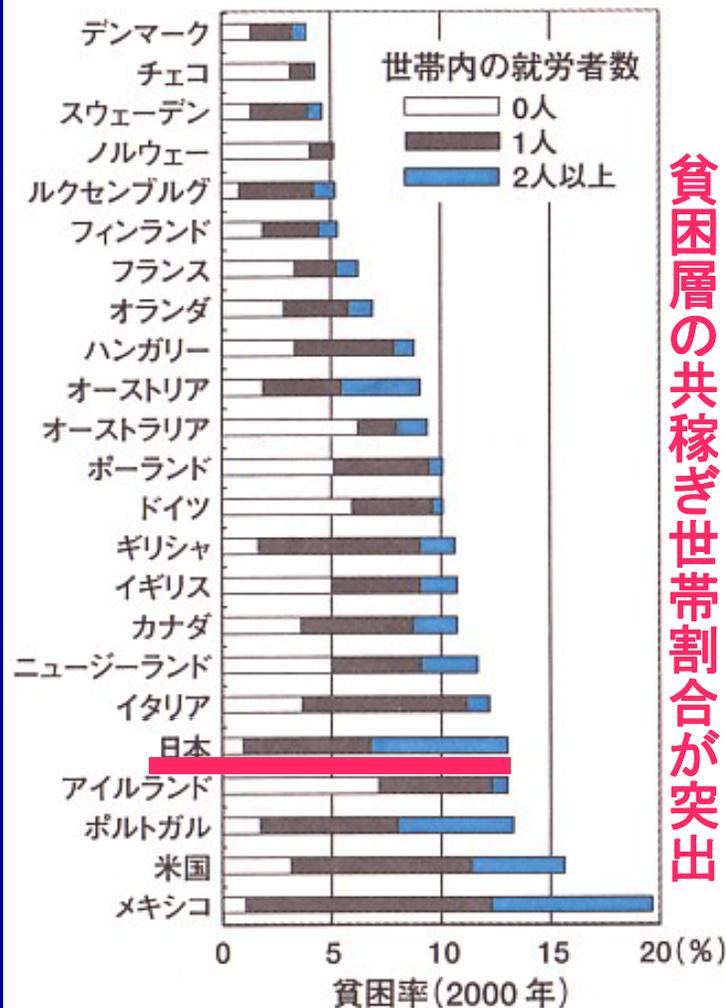
- 1) 経済成長率は1996—2006年における各国GDPの年平均成長率（データはOECD in Figures 2007より）。
- 2) 国民負担率は、財務省「各種税金の資料：国際比較に関する資料；OECD諸国の国民負担率」に基づいた。
- 3) ハンガリー、ポーランド、トルコについては国民負担率の数字が明らかでないため示していないが、年平均経済成長率はそれぞれ、4.4%、4.2%、4.0%である。



貧困度はビリから第三位

● 図2 OECD 諸国の貧困度と国民負担率

貧困度は、貧困率と収入格差の積として求められるが、ここで、
 貧困率：人口中、可処分所得が貧困閾値（可処分所得中央値の50%）に満たない人の割合
 収入格差：（貧困閾値と貧困層平均可処分所得との差）÷（貧困閾値）



貧困層の共稼ぎ世帯割合が突出

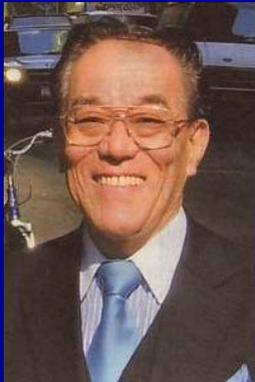
● 図3 OECD 諸国における貧困層の世帯構造

世帯主が現役年齢の世帯（貧困率の定義については図2を参照）。

世界一の医療を守るには

混合診療自由化は国民皆保険を破壊する大きな罣
財政危機はウソ、日本国民の預貯金をわれわれのために使おう

日医ニュース第1120号 オピニオン ー各界有識者からの提言ーより



菊池英博氏

東京大学卒、旧東京銀行(現三菱東京UFJ)を経て文京学院大学教授。衆参両院の予算公聴会で「積極財政が日本を救う」と公述。

2007年4月より現職・経済アナリスト

○混合診療自由化が国民皆保険制度を破壊する。認めてはならない

○後期高齢者医療制度は国民皆保険崩壊への決定的第一歩、早急に凍結

○こうすれば世界一の医療システムを堅持できる

図表 日本は財政危機ではない

(2007年12月末)

粗債務 (財務省発表)

1.借入金	57兆円
2.国債	538兆円
3.財投債	141兆円
4.政府短期証券	102兆円

合計 838兆円

金融資産

1.社会保障基金	260兆円
2.内外投融資	210兆円
3.外貨準備金	110兆円

合計 580兆円

純債務 (838兆 - 580兆) 258兆円

[出所] 「国民経済計算2007年」より作成。

金融資産は2005年の数字をベースに推計。

2008.11.1



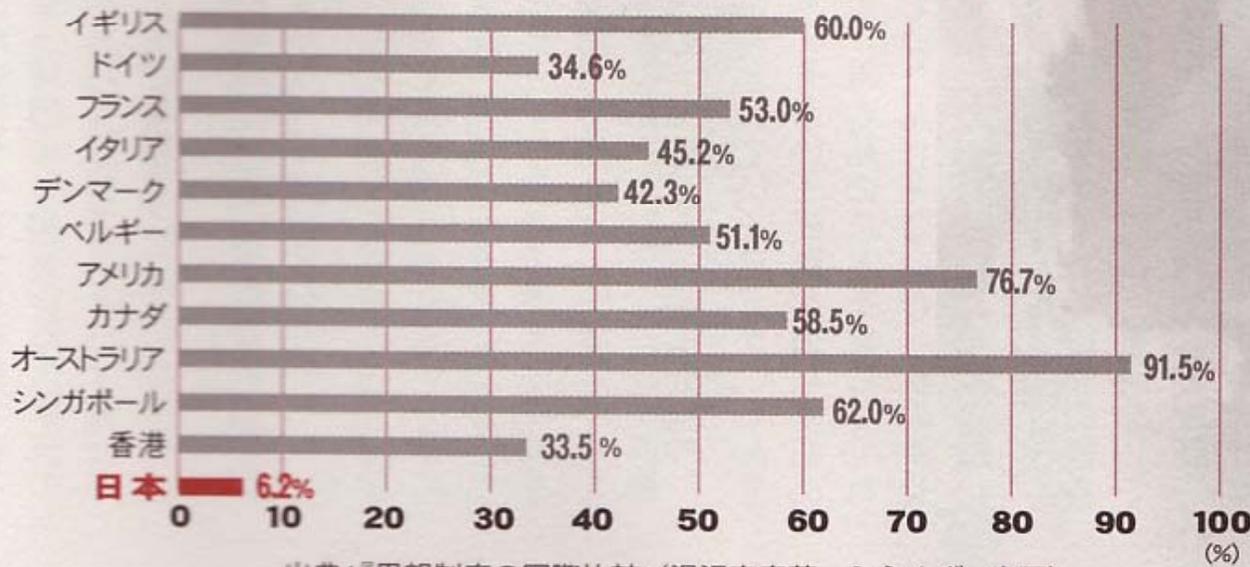
済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会

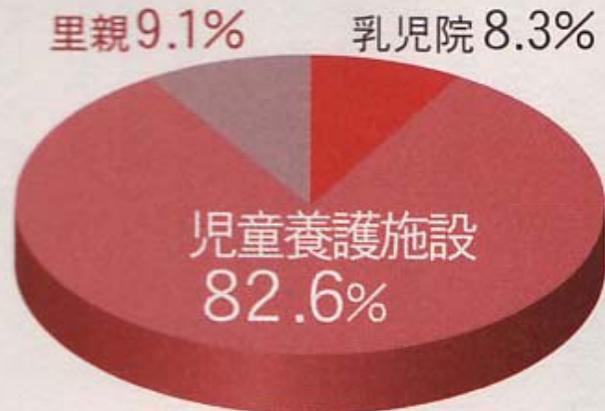


各国の要保護児童に占める里親委託児童の割合



出典：『里親制度の国際比較』（湯沢雅彦著 ミネルヴァ書房）

要保護児童の措置先の割合



厚生労働省・福祉行政報告例(2005年度)より作成

養子縁組 里親制度 を考える

一生まれてくる生命を大切に—
少子化が叫ばれながら中絶
や虐待などで幼い命が奪われ
ている現代

一方で養子や里親を迎えて
生きる喜びを与え合う人々がい
る。

養子縁組・里親制度から親子
家族地域のつながりについて
考える(編集部 山下格史)

The Liberty 6 June 2008 Number
159



団塊世代高齢化→爆発的医療需要増大目前！

医療関係者の社会的責務

医療崩壊阻止は国民のため、即提言を！

- 1、医療事故(安全)調査委員会反対の立場明確に
- 2、低医療費政策、高国民個人負担見直し
- 3、医師大幅増員(英国並みに50%増)
- 4、医療スタッフ大幅増(PAや医療秘書等々)



団塊世代高齢化→爆発的医療需要増大目前！

医療関係者の社会的責務

医療崩壊阻止は国民のため、即提言を！

- 1、医療事故(安全)調査委員会反対の立場明確に
- 2、低医療費政策、高国民個人負担見直し
- 3、医師大幅増員(英国並みに50%増)
- 4、医療スタッフ大幅増(PAや医療秘書等々)





卒後7年目医師の待遇、日米比較

開業医へ逃げたい 人手財政不足の病院「もう限界」

医の現場 疲弊する勤務医(5)

読売新聞07.5.4(金)

慈恵医大病院血管外科、大木隆生教授 元アルバートアインシュタイン医科大外科学教授

	アルバートアインシュタイン大	慈恵医大
年収	約 2500 万円	500 万円程度
労働時間	週 50 時間	週 80 時間
待遇	個室、専属秘書	両者ともなし
当直	なし	あり
技術	腕に差はない	

日本の低医療費が根本原因: 米国の大学病院のベッド数当りの看護師は日本の5倍、事務職員も同様に少ない。日本では医師が看護師や事務職員の仕事の多くの担うことで医療費を切り詰めてきた。

2008.11.1



済生会栗橋病院

本田 宏

医療制度研究会

