

---

---

綜 説

---

---

## 医師会をめぐる諸情勢

佐々木 繁  
新潟県医師会会長

### Current Topics in the Medical Association

Shigeru SASAKI

*President of the Niigata Medical Association*

キーワード：新潟県医師会の運営方針，医療制度はどう変わるか，平成 18 年度社会保険診療報酬改定基本方針，医師法第 21 条，新潟県の医師不足，日本医師会のイメージチェンジ

#### 新潟県医師会の運営方針（会長としての方針）

「新潟県医師会報」平成 18 年 4 月号の巻頭言をご覧ください。

#### 医療制度はどう変わるか

6 月に成立した医療制度改革関連法案は「健康保険法等の一部を改正する法律案」と「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案」の二本立てである（表参照）。2 法案の改正内容の主なものについて述べる。

##### 1. 健康保険法等の主要改正内容

健康保険法改正は，①医療費適正化の総合的な

推進，②新たな高齢者医療制度の創設，③都道府県単位を軸とした保険者の再編・統合の三本柱からなる。

①現役並み所得のある高齢患者の負担 3 割へ引き上げ，②高額療養費自己負担限度額の見直し，③療養病床に入院する高齢者の食費・居住費の見直し：療養病床に入院する 70 歳以上の者に今年 10 月から食費と居住費の負担を求める。④保険外診療併用の見直し：特定療養費制度を見直し，「保険外併用療養費」として，将来の保険適用を目指す「保険導入評価療養」と，差額ベッドなど患者が選択する「患者選定療養」を対象とする。⑤地域型健康保険組合の創設，⑥出産育児一時金の引き上げ，埋葬料の低額化：出産育児一時金 30 万円を 35 万円に引き上げ，被用者保険の埋葬料

Reprint requests to: Shigeru SASAKI  
Niigata Medical Association  
2-13 Igakuchō-dori,  
Niigata 951-8581 Japan

別刷請求先：  
〒951-8581 新潟市医学町通 2 番町 13 番地  
新潟県医師会 佐々木 繁

を5万円にする。⑦中医協の委員構成見直し、委員団体推薦の廃止：支払側・診療側各8名、公益4名から支払側・診療側各7名、公益6名とし、委員の例えば日本医師会等の団体推薦を廃止する。⑧高齢者医療制度の創設、⑨退職者医療制度廃止(2014年度まで経過的に存続)、⑩医療費適正化計画の策定、⑪乳幼児患者負担2割を就学前まで延長、⑫保険者に予防健診等を義務化、⑬介護療養型医療施設の廃止：現在ある医療療養病床25万床と介護療養病床13万床、合計38万床を医療療養病床15万床にまとめ、介護療養病床を廃止する。

## 2. 医療法等の一部改正内容

①有床診療所の規制の見直し：入院期間制限規定を廃止する。廃止に伴い、他の医療機関との連携等、患者の緊急時に対応する体制確保を管理者に義務づけるほか、医療従事者の配置等一定の情報についての院内掲示も義務づける。また、新制度後に新設される施設については、医療計画の基準病床数制限の対象となる。

②患者等への情報提供の推進：医療機能に関する「一定の情報」について都道府県への報告を義務づけ、これを都道府県が集約して患者・住民へ分かりやすく提供する仕組みを創設する。同時に都道府県は、医療安全センターを制度化し、相談・助言の機能を充実する。

③医療計画の見直し：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、小児救急、周産期、救急医療、災害医療、僻地医療対策といった主要な事業ごとの医療連携体制の状況について、医療連携体制に関わる医療機関の所在地と医療機能(医師の配置、保有する医療機器、施設基準等や、公費負担医療の実施、地域連携クリティカルパスの使用状況等)が分かるように医療計画に明示する。

④医師不足問題への対応：僻地等の特定地域、小児科・産科等の特定の診療科の医師不足の深刻化に対応し、地域の実情に応じて必要な医療・医療従事者を確保するために、都道府県が中心となり、地域の医療関係者の参加を得た「医療対策協議会」を制度化し、実効性のある施策を講じる仕組みを作る。

⑤医療法人改革：医療計画に位置づけられた僻地医療、小児救急医療等を担うべき新たな医療法人の類型である「社会医療法人」を創設する。

⑥医療従事者の資質の向上：行政処分を受けた医師、歯科医師、薬剤師、看護師等に対する再教育を義務化し、行政処分にはいま医業停止と免許取消ししかないが、「戒告」という医業停止より軽い処分を作り、リピーター医師も対象にする。

## 平成18年度社会保険診療報酬改定の基本方針について

### 1. 患者から見て分かりやすく、患者の生活の質(QOL)を高める医療を実現する視点

①診療報酬体系の簡素化、②医療費の内容のわかる領収書の交付、③患者の視点の重視、④生活習慣病等の重症化予防に係る評価、⑤手術に係る評価。

### 2. 質の高い医療を効率的に提供するために医療機能の分化・連携を推進する視点

①在宅医療に係る評価、②初再診に係る評価、③DPCに係る評価、④リハビリテーションに係る評価、⑤精神医療にかかる評価。

### 3. 我が国の医療の中で今後重点的に対応していくべきと思われる領域の評価の在り方について検討する視点

①小児医療および小児救急医療に係る評価、②産科医療に係る評価、③麻酔に係る評価、④病理診断に係る評価、⑤急性期入院医療に係る評価、⑥医療のIT化に係る評価、⑦医療安全対策等に係る評価、⑧医療技術に係る評価。

### 4. 医療費の配分の中で効率化余地があると思われる領域の評価の在り方について検討する視点

①慢性期入院医療に係る評価、②入院時の食事に係る評価、③コンタクトレンズに係る診療の評価、④検査に係る評価。

## 医師法第21条について

本年2月になり、「福島県立大野病院産婦人科

医師の逮捕」が大々的にマスコミで報道され、以来、医療現場で不安や憤りの感情が広がり、大きな混乱を招いている。

症例は、平成16年12月17日、福島県立大野病院産婦人科で帝王切開手術を受けた患者が、極めて困難な癒着胎盤による出血多量で死亡し、平成18年2月18日に業務上過失致死と医師法第21条（異状死の届出義務）違反で担当医が逮捕、起訴された。とくに、1年以上経過した後に「証拠隠滅のおそれ」や「逃亡の恐れ」等を理由としての拘留は、多くの医療関係者に波紋が広がり、なぜ今逮捕なのかと疑問を投げかけている。

これに対し、日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会は2度にわたり起訴に反発する「御知らせ」や「声明」を公表したが、5月17日に三度、「本件の転帰に関してはたいへん心を痛め、真しに受け止めておりますが、外科的治療が施行された後に、結果の重大性のみに基づいて刑事責任が問われることになるのであれば、今後、外科系医療の場において必要な外科的治療を回避する動きを招来しかねないことを強く危惧するものであります。」との両会の考えを記者会見で発表した。その他、逮捕直後からインターネットで活発な議論が交わされたり、自然発生的に署名・カンパ活動が行われたり、関係学会や医師会の声明・抗議文の表明、日本医学会や学術会議、全国の病院と大病院長による連名の陳情書が提出されたりして、国会をも巻き込んだ医学・医療界の大同団結による抗議活動であることを社会や司法界に強く印象付けた。

逮捕理由の一つである「業務上過失致死」については、7月より裁判が開かれるので言及しないが、もう一つの理由である「医師法第21条違反」について考えてみたい。

医師法第21条、及び33条の規定内容は、医師法第21条では、「医師は、死体又は妊娠四月以上の死産児を検査して異状があると認めるときは、二十四時間以内に所轄警察署に届け出なければならない。」と規定して、医師に対し異状死体等の届出義務を課しており、同法第33条は、この義務に反した医師に対して2万円以下の罰金刑を科して

いる。

立法の当初の趣旨は犯罪の発見と公安維持を目的としたものである。しかしその後も異状死の解釈・明確な定義が無いために、届け出について混乱が生じている。

異状死について日本法医学会は平成6年5月にガイドラインを発表しており、その一部を紹介する。  
[4] 診療行為に関連した予期しない死亡、およびその疑いがあるもの：①注射・麻酔・手術・検査・分娩などあらゆる診療行為中、または診療行為の比較的直後における予期しない死亡、②診療行為自体が関与している可能性のある死亡、③診療行為中または比較的直後の急死で、死因が不明である場合、④診療行為の過誤や過失の有無を問わない

[5] 死因が明らかでない場合：①初診患者が、受診後ごく短期間で死因となる傷病が診断できないままに死亡した場合、②医療機関への受診歴があっても、その疾病により死亡したとは診断できない場合（最終診療後24時間以内の死亡であっても、診断されている疾病により死亡したとは診断できない場合）。

このガイドラインに対し、四病院団体協議会は平成13年4月に「これでは予期されない、あるいは診断が明確でないすべての場合が含まれてしまい、医療の実態に対応していない。医師法第21条のごとく罰則規定のある条項の「異状死」を拡大解釈して、外因死や重大な過失による死亡を超えて、「ふつうの死」以外のすべてに適用することは、臨床的に適さない」と主張している。

また、日本外科学会等12学会は診療に関連した異状死について、平成13年4月に、「患者の取り違えや投薬ルートへの誤り、異型輸血などの極めて初歩的な注意義務違反を怠った明らかな過失による医療過誤」は届け出る。しかしながら、「（一定の割合で必ず危険を伴うという）外科手術の本質を考慮すれば、説明が十分になされた上で同意を得て行われた外科手術の結果として、予期された合併症に伴う患者死亡が発生した場合でも、これが刑事事件として違法性を疑われるような事件になるとは到底考えることは出来ない」。さらに、

「臨床医の立場から、診療行為に関連した『異状死』とは、あくまで診療行為の合併症としては合理的な説明が出来ない『予期しない死亡、及びその疑いがあるもの』をいうのであり、診療行為の合併症として予期される死亡は『異状死』には含まれず、医師法第21条の届出の対象とはならないと主張している。

一方、従来は、患者の生前から診療に従事していた医師がその患者が死亡した事実を確認することは「死体検案」ではなく、「死亡診断」であると理解されてきた。ところが、最高裁判所が平成16年4月に「都立広尾病院事件判決」で、①医師法第21条にもとづく死体等の「検案」は「診療していた患者のものであるか否かを問わない」、②異状死体等を届け出ることによる不利益を負う可能性については、「医師免許に付随する合理的根拠のある負担として許容される」と述べたことで医療現場は一層混乱している。問題を多く含んだ判決であるが、この判断は判例となって影響を及ぼし無視できず、今後は、主治医として診療に従事していた患者が死亡した時には、慎重な対応が必要である。

しかしながら、明白な不法行為や作為的な違法行為を除き、懸命に治療に努めたにも関わらず不幸な転帰を来した場合の医療上の責任に関して、医療者の責任が厳しく問われることに異論はないが、結果責任のみを問うて刑法上裁かれたり、逮捕されることには納得しがたいものがある。

厚生労働省では「医療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」を平成17年9月より全国6都道府県（東京、大阪、愛知、兵庫、茨城、新潟）で開始し、22件の取扱いがあった。しかし、従来通り、医師法第21条の解釈が曖昧なまま警察への届出が本事業よりも優先されており、法医・病理・臨床医による解剖と死因の究明、さらに事故防止対策というこのモデル事業の本来の役割が十分生かされていない。

日本医師会の木下常任理事は医師法第21条について検討する委員会を6月中にも立ち上げ、犯罪捜査の面で異状死の届出は必要であり、改正は難しく、従って検討委員会では異状死の定義を含

めた法改正に向けた議論ではなく、第21条の現場での具体的な取扱いを定めるガイドラインについて議論したいと述べている。さらに、川崎厚生労働大臣は、「医療行為に関連した死亡の調査分析モデル事業」の結果を待たず、モデル事業と同時並行で医療関連死問題を検討する意向を6月6日の参議院厚生労働委員会で表明している。

## 新潟県の医師不足について

### 1. 医師の現状（平成16年、人口10万人当り）

医師総数は全国38位、小児科医師数は41位、産婦人科医師数45位、麻酔科医師数45位であり、地域偏在、診療科偏在が著しい。

### 2. 医師不足の実態

開業医は都市部で過剰気味、その他の地域で不足、勤務医は都市部で不足気味、その他の地域で不足しており、医師不足イコール勤務医不足といってもよく、このことが地域医療の混乱と救急医療体制の崩壊をきたしており、まさに勤務医の危機は医療の危機といえる。

### 3. 医師不足の原因（根本は医療費の抑制）

1) 新臨床研修制度は、①研修医の大学病院離れ、②独法化による経営面の配慮から、大学病院への勤務医の引き上げが行われ、その結果勤務医不足をきたした。

2) 勤務医は、①過重労働、②診療実績に見合わない低い報酬、③医事紛争の多発等から、35～45歳の病院における所謂中核的医師の都市部への転勤・開業が見られる。開業医は大都市、とくに新潟市への集中が顕著であり、開業医の経営状態は厳しい傾向にある。高齢化、後継者不足も深刻であり、地域医療・救急医療への不参加を申し出る会員が年々増えている。

3) 女性医師は年々増加しているが、結婚・産休・育児休業等により、実働医師数の減少をきたしている。

### 4. 医師確保は本県医療の喫緊の課題ではあるが、特効薬はない。

①勤務医の職場環境の改善と報酬の引き上げ、②若者に魅力ある研修病院の充実と、大学病院で

## 健康保険法等の主要改正内容

施行時期	改正内容	対象法律
平成 18年 4月	・ 国保財政安定化支援事業の継続	国保法
平成 18年 10月	・ 現役並み所得のある高齢患者の負担 3割へ引上げ ・ 高額療養費自己負担限度額の見直し ・ 療養病床に入院する高齢者の食費・居住費の見直し （入院時生活療養費） ・ 保険外診療併用の見直し（保険外併用療養費） ・ 地域型健康保険組合の創設 ・ 出産育児一時金引上げ、埋葬料の低額化 ・ 被災者等に対する一部負担金の減額 ・ 国保保険財政共同安定化支援事業の開始	健保法等 同上 同上 同上 同上 同上 同上 同上 国保法
平成 19年 3月	・ 中医協の委員構成見直し、委員団体推薦の廃止	(* 1)
平成 19年 4月	・ 標準報酬等級上下限の改定 ・ 標準賞与の額を年間通算に変更 ・ 傷病手当金、出産手当金の支給率等の見直し ・ 被用者保険レセプト審査の国保連委託容認	健保法等 同上 同上 同上
平成 20年 4月	・ 高齢者医療制度の創設 ・ 退職者医療制度廃止（2014年度まで経過的に存続） ・ 健保組合の保険料の見直し ・ 医療費適正化計画の策定 ・ 70～74歳の高齢患者の負担 2割へ引上げ ・ 乳幼児患者負担 2割を就学前まで延長 ・ 高額医療・高額介護合算制度の創設 ・ 健康保険組合間の財政調整事業の見直し ・ 保険者に予防健診等を義務化	老健法 (* 2) 国保法 健保法 老健法 健保法等 同上 同上 健保法 老健法
平成 20年 10月	・ 政府管掌健康保険の公法人化	健保法
平成 24年 4月	・ 介護療養型医療施設の廃止	介護保険法

(\* 1) 社会保険医療協議会法

(\* 2) 老人保健法は「高齢者の医療の確保に関する法律」に改称

## 医療法等の一部改正内容

施行時期	改正内容
平成 19年 1月	有床診療所の規制の見直し ・ 48時間の入院時間制限撤廃（医療法） ・ 患者の緊急時に対応する体制を管理者に義務化（医療法）
平成 19年 4月	患者等への情報提供の推進 ・ 都道府県による医療情報提供の制度化（医療法、薬事法） ・ 広告事項の拡大（医療法） 医療計画の見直し ・ 脳卒中、がん等事業別の医療連携（医療法） ・ 指標と数値目標を明示し事後評価できる仕組みへ（医療法） 医師不足問題への対応 ・ 都道府県「医療対策協議会」を制度化（医療法） 医療法人改革 ・ 社会医療法人の創設（医療法） その他 ・ 医療安全支援センターの制度化（医療法） ・ 医療機関の管理者に退院調整機能・在宅医療推進の努力義務（医療法）
平成 20年 4月	医療従事者の資質の向上 ・ 行政処分を受けた医師等の再教育制度創設（医師法、歯科医師法、薬剤師法、保健師助産師看護師法） ・ 長期間の業務停止処分の見直し（医師法）

はとくに後期臨床研修で魅力あるプログラムの提供, ③地域の病院の役割分担と病院・診療所の機能分化。小児科・産科医療の集約化がいられているが, 実際に集約するとなると地域の医療事情が異なり, 各病院や自治体, 住民等の様々な利害が絡んでくる。住民からは通院や入院できる病院が遠くなることへの不満, 機能を縮小した病院や自治体からは収入減への反発等ができるのは必至であり, 異動する医師の待遇等の問題もあり, とくに経営母体が異なる病院の集約化は容易ではない。集約化を進める際には, 県医師会や郡市医師会, 大学病院, 中核病院, 開業医, 自治体等, 地域医療を担うメンバーが協力体制をしくことが重要である。④女性医師と高齢医師の活用と勤務条件の整備, ⑤女性医師が出産・育児等で休業後に, 大学病院において職場復帰を促す再教育プログラムを編成したり, 非常勤勤務から常勤勤務へ, さらに一般病院勤務へとステップアップする方法も考えるべきと思う。保育所の設置も必要であり, 高齢医師も含めてハードでない勤務条件の整備が必要である。⑥医学部入学定員増と地域枠の採用・拡大, ⑦新大は勿論, 他大学の学生・研修医への働き掛け, ⑧医師養成就学資金貸付制度の促進, ⑨ドクターバンクの活用, ⑩県内高校生へのアピール

大学・自治体・医師会等関係団体の連携と, 県民全体で対策を考える必要がある。

## 5. 大胆な私見

地域医療を維持していく上で, 大学の所謂医局人事は地方の医療機関にとって今後とも重要な医師確保の手段と考える。一般病院は, 都会の大病院を含めて①診療報酬のアップは当分望めない, ②地域医療計画で増床は不可能等の理由により, 定員以上の医師を多数抱えたり増員することは不可能である。専門医を目指す医師は大学に戻るであろう。したがって, 数年後には勤務医も増えるのではないかと。

### 日本医師会のイメージチェンジについて

日本医師会の広報戦略会議は, 医師会が「社会

的認容」を得て, イメージを良くするにはどうすればよいかを会外, 会内の委員で検討を行い, 今年3月に報告書をまとめた。

日本医師会の「助長すべきイメージ」として, ①知識レベル(特に専門技術)の高い人々の集団, ②社会的に影響力の強い人たちの集団, ③高い倫理観に立って行動する人々, 「排除すべきイメージ」として, ①現在の経済的優位を維持するために活動する, ②開業医の利益に特化している, ③内部の不正に甘い, ④医療構造改革に消極的である。

これらは, 一方で敬意を払うべき存在としての認識と, それゆえに, 利己的な行動に対する厳しい目があることを意味している。

一方, 医師の「助長すべきイメージ」として, ①高度な技術者, ②使命感が高く働き者, 「排除すべきイメージ」として, ①高い倫理観を要求されているが, 果たせていない人が多い, ②脱税をする人が多い, ③横柄, 高圧的, 独善的である。

イメージを改善するには, ①日本医師会の医療の基盤づくりに関するイニシアチブをもっとマスコミや通信機能を活用して, 積極的に社会にアピールすることが, イメージ向上の第一歩であると思われる。医療安全, 情報開示, 個人情報保護, 国民の医療費負担, 保険制度の将来像, 医療機関の役割分担等についても出来るだけ透明性を高め, マスコミとの交流を多くし, 日本医師会の主張が社会に届きやすくなるべきであるとの共通認識が得られた。②間接的な社会への働き掛け。地区医師会等は, 学校健診や市民健診, 市民健康教育等に協力することにより奉仕の精神を表現しているが, これらの奉仕活動を, より活発に展開する必要がある。③日本医師会のテーマを公益性に求め, アピールすべきではないかとも述べている。

最後に, 医師会のイメージ向上は医療そのものの改善にもつながり, このような展望を持ってイメージ改善に取り組むことを提案すると結んでいる。

(第623回新潟医学会(平成18年7月15日)における特別講演要旨)