

○大宮医療経営支援課長補佐 おはようございます。定刻になりましたので、ただいまから「医師の働き方改革の推進に関するヒアリング」を開催させていただきます。

本日、朝大変早い中お越しいただきまして、まことにありがとうございます。

本日、お二方はまだお見えになっていないのですけれども、3名の方にお集まりいただきましてプレゼンテーションをいただく予定となっております。

最初に、一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパンの天野慎介様、次に、一般社団法人日本難病・疾病団体協議会の斉藤幸枝様、そして、東京過労死を考える家族の会の中原のり子様にプレゼンテーションをお願いしております。プレゼンテーションいただく際は、正面向かって左側のパソコンをお使いいただきプレゼンテーションをお願いいたします。

お時間は25分程度でお願いできればと思います。その後、質疑も5分程度設けさせていただきますので、積極的な御質問をお願いいたします。

それでは、ヒアリングに先立ちまして、吉田医政局長より挨拶をさせていただきます。

○吉田医政局長 おはようございます。医政局長の吉田でございます。重ねてではありませんが、朝早くから御参集をいただきまして、ありがとうございます。

厚生労働省におきましては、改正労働基準法に基づきます時間外労働の上限規制の適用に向けて、御案内のように、平成29年から「医師の働き方改革に関する検討会」を開催させていただきました。医師の労働時間短縮、健康確保と必要な医療の確保の両立という観点から、医師の時間外労働規制の具体的なあり方、あるいは労働時間の短縮策などについて幅広く御検討いただき、ことしの3月に報告書を取りまとめていただいたところでございます。

その上で、ことしの7月から、上限規制に係る医事法制、あるいは医療政策における措置を要する事項などを御検討いただくために「医師の働き方改革の推進に関する検討会」において御議論をいただいているところでございます。

また、並行してではあります。医療従事者の方々、そして医療関係職種全体について働き方改革を進めるということで、今、いろいろと取り組ませていただいております。

もとより、この医師の働き方改革につきましては、医療提供体制でありますとか、医療の質に大きく影響するものでありまして、医療機関における業務・組織のマネジメント課題といった、まさに改革推進検討会で御議論いただいている事項が中心であります。それにとどまらず、医師の需給や偏在、あるいは医師養成のあり方、地域医療提供体制における機能分化・連携、さらには、国民の皆さん方の医療のかかり方なども絡む大きな課題だということをご承知の通り、これまでいろいろとところで申し上げ、また、御指摘もいただいているところでございます。ついては、今回、特に医療の受け手側の視点から改めて御意見を伺う機会を設けることといたしました。

このヒアリングにつきましては、検討会の遠藤座長とも御相談をさせていただき、検討会のメンバーの方々にもお声をかけさせていただき、一緒にお話を伺っていただく形にさせていただきます。

本日お招きいたしました3名の方々には、こうした医師の働き方改革の推進に当たっての課題などについて自由に御意見をいただくという形でお願いをしております。今回のヒアリングを踏まえまして、私どもとして、引き続き精力的に医師の働き方改革の議論、そして実践を進めてまいりたいと思いますので、関係者の方々の御理解とさらなる御協力をよろしくお願い申し上げます。冒頭の御挨拶にさせていただきたいと思います。

よろしく願いいたします。

○大宮医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

まず最初に、一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパンの天野様よりプレゼンテーションをお願いいたします。

○天野参考人 おはようございます。ただいま御紹介いただきました、悪性リンパ腫の全国患者会となりますが、一般社団法人グループ・ネクサス・ジャパンで理事長を務めております天野慎介と申します。私自身も悪性リンパ腫の経験者でございまして、また、がん患者団体の立場から、全国がん患者団体連合会というがん患者団体の連合組織の理事長も拝命しております。本日は、がん患者の立場から意見を申し述べさせていただきたいと考えておりますので、よろしくお願い致します。

以降、座ってお話をさせていただきます。

先立ちまして、謝辞としまして、今回ヒアリングの機会をいただいた際に、もちろん個人の立場からお話するわけですが、一方で、先ほど御紹介した全国がん患者団体連合会の加盟団体を初め、今まさにがんと向き合うがん患者・家族の皆様、また、現場でがん診療等に尽力されている医師の皆様からも貴重な御意見を伺わせていただいております。本日のヒアリングに際して意見を申し述べる際の参考とさせていただきました。この場をおかりして御礼申し上げます。

2枚目のスライドに移ります。

こちらのスライドは、朝日新聞の長期連載であります「患者を生きる」というコーナーで私自身の闘病の経験を紹介いただいた際の画像でございます。私が治療を受けたのは、2000年、27歳のときでございまして、初回治療では、化学療法、放射線療法、自家末梢血幹細胞移植などの治療を経まして、再発も2回経験しております。現在とその当時とでは医療環境はさまざま異なっております。申し上げるまでもなく、がん医療の進歩は著しいものがございまして、専門化や高度化が進んでおります一方で、御承知のとおり、がん治療医を初めとする医師の厳しい労働環境は変わらないということを患者の一人としてもひしひしと感じるところがございます。

3枚目のスライドになります。

こちらは私の個人的な治療経過でございまして、特に1回目の再発をしたときの話でございます。簡単に紹介させていただきますと、自家末梢血幹細胞移植を受けた後に胸部に再発をいたしましたので、放射線治療を行うとともに抗体療法薬を投与しました。ところが、治療の副作用で間質性肺炎の急性増悪を発症しまして、呼吸困難となり救急搬送されまし

て、間質性肺炎の治療としてステロイドパルスを受けました。しかし、その副作用で日和見感染を起こしまして、進行性網膜外層壊死というまれな副作用ではありますが、そういったものを発症して左目の視力を失うに至りました。結果としては、この治療が奏功して、視力は失ったものの命は救われたということがあります。

私が経験した悪性リンパ腫は血液内科が治療の主となる診療科になるわけでございます。血液内科に限りませんが、特に血液内科は造血幹細胞移植を初めとした非常に強力な治療を行いまして、それに伴って、私のこの経験にあるように、時に重篤な副作用や合併症などを経験することもありますし、当時、私が最初に治療を受けたおよそ20年前から、血液内科の先生方はまさに寝食を犠牲にしつつ患者の診療に当たられていたということがありました。

私も再発を繰り返し、特に2回目の再発をしたときには非常に厳しい状態でありましたので、トータルでは2年程度入院しておりますので、入院患者として、一がん患者としてそういった医師の方々の厳しい労働環境を間近に見ておりました。

その一例を紹介しますと、私の主治医ではなかったのですが、同じ病院内の血液内科のドクターが御結婚されることになりまして、そのドクターは当直明けにそのまま結婚式に出られていました。式が終わるとそのまま病院に戻られて、また勤務をされていたということが当時ありました。

血液内科で治療を受けている入院病棟の患者さんたちは、それを見て、結婚式のときにそのようなことをして家庭は大丈夫なのかとか、そもそもそんな過酷な労働をしていて死んでしまうのではないのかとか、もっと休ませてあげたほうがいいのではないのかということなどを口々に言っていました。入院している患者であれば、そういった医師の厳しい労働環境というのはしばしば間近に見ていますので、医師がどれだけ厳しい労働環境にさらされているかはよくよく存じていると思うのです。一方で、最近では、特にがん治療においては外来治療が中心になってきたので、必ずしもそういった医師の厳しい労働環境を直接間近に見ることがない患者さんや御家族もふえてきていると感じます。

4枚目のスライドになります。

こちらは、厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」の資料からお借りしたものであります。左側に医師の長時間労働の現状とその要因がさまざま書かれております。もちろん、さまざまな疾病の患者さんがいらっしゃるわけです。私のように、がん患者であるとか、命にかかわる疾病の患者さんからすれば、率直なことを申し上げるならば、特に主治医に対する思いは非常に強いですし、自分の信頼する主治医には、誤解を恐れずに言えば、それこそ24時間一緒に自分と闘ってほしいという思いがあるわけでございますが、当然、医師も1人の人間であり、そのようなことが無理なわけでございます。

例えば赤字で書かれているところに「患者側の都合により診療時間外での患者説明に対応せざるをえない」であるとか「診療時間外の看取り時でも主治医がいることが求められる」という記載があります。私もがん患者ですので、特に症状が進行したきつい状況であ

るとか、家族の立場に立った場合、大切な患者が看取りの時期に主治医にいてほしいという思いは痛いほど理解できるのですが、一方で、御承知のとおり、そういったことに全て対応していると医師のほうも対応できないということが出てくるわけです。

一方で、ある研究によりますと、特に残された遺族において、いわゆる看取りの、まさにその瞬間に主治医がいるということももちろん重要であります。それに加えて、看取りの前にどれだけ医師が患者に親身に対応したか、時間を割いていたのかということがその後の遺族の感情等に関係しているという研究結果もあると聞き及んでおります。場合によっては、患者や家族に対して事前に丁寧に説明することで、看取りのときに必ずいなければならないいけないであるとか、そういったことは軽減できる可能性もあります。特に緊急でないようなこと、例えば、看取りに関して言うならば、あらかじめ予想された病状の進行によって患者さんが逝去された場合の死亡診断書を書くであるとか、看取りにおける立ち会いであるとか、そういったものは直ちに医師が来なくてもいいということが患者に普及することで、もしかしたら、在宅医であるとか医師の負担が軽減できる可能性があるのではないかと感じております。

5枚目のスライドになります。

こちら厚生労働省の検討会の資料からお借りしました。その中で、特に右側、患者団体や地域の活動団体に求められることとして「地域の患者・住民を対象に、受診の目安などの具体的な医療機関へのかかり方の勉強会・講座の開催など」ということが書かれていますし、また、医療関係団体においては適切な医療のかかり方について広くホームページ等による情報提供が必要だという指摘がされています。

例えば病院でがん治療を行っている医師であるとか、外来診療している医師であると、都市部の医療機関等になれば特にそうですが、すごい数のがん患者さんを外来で診療しています。例えば、患者さん1人に15分対応したとして、8時間フルで外来診療したとしても、おおむね30人程度診ることになりますし、1人10分として50人弱という計算になります。それは8時間フルに診たらという理論上の計算にしかすぎないわけです。それだけ多くの患者を診ても対応はなかなか難しいということが現実としてあります。

また、そういった限られた時間の中で、患者のほうも、自分の思いであるとか質問をぶつけるのはなかなか難しいということがあります。後でも申し述べますが、特に最近、医師が医師にしかできないこと以外のことを担っているという面も多々あると思います。しばしば患者さんから伺うのが、医師が電子カルテをずっと見ている、自分のほうをなかなか向いてくれないであるとか、あとは、診療の予約を入れたり、その他さまざまなことをやっている。場合によっては、これは医療クランク等が担当すべきことかもしれません。医師がやるべきことでないこと、と言うと誤解があるかもしれませんが、医師にしかできないことでないことにも非常に時間を割かれていて、患者さんとの対応がなかなか難しいことがある。

これは、ある医療者の方から言われたのですが、診療していると、外来でたくさんの患

者さんの診療をしているときに、例えば、経過観察をしているがん患者さんから診療時間の終了間際に体調が悪いという電話が入ることがある。そうすると、診療が中断されたり、時間がディスターブされる形になって、その分、負担が非常にふえてくるのだという御指摘がありました。医師の立場から見れば、そのことは十分よく理解できるのですが、一方で、患者の立場からすると、そもそも病院を受診をするであるとか、場合によっては主治医に連絡をするという判断が、がんには限りませんが、実は患者には非常に難しいという側面があることを強調しておきたいと思います。

軽症で病院を受診すると、どうしてこのような軽症で来るのかと医師から怒られたり、重症になってから受診すると、どうしてこんな状態になるまで放っておいたのかと言われていたり、そういうことがしばしばあるわけです。例えば経過観察中であるとか治療中の患者さんが熱発をしたということがあるとします。そのときに、果たして自分の症状が、例えば感冒、かぜのようなもので、近所の診療所で対応していただけるようなことなのか、もしくは医療機関に行かなければいけない状況なのか、患者さんが判断するのが難しいということがあるわけです。そうすると、当然、がん診療を行っている医療機関の医師との間に意思疎通のミスマッチが生じてしまうことがある。例えば、既に指摘が出ていますが、疾患別に受診の目安に関する手引きなどを関連学会で作成していただければどうかということがあります。

さらに加えてお願いしたいのが、私も経験がありますが、例えば地元のクリニックや診療所を受診します。自分ががん治療を受けた患者であるということを言うと、親身に対応してくださる診療所やクリニックもある一方で、それだけさまざまな治療を受けたのであれば、うちでは対応がなかなか難しい、判断が難しいので、大きな病院に行ってくださいと言われてしまうことがある。それで病院に行くと、何でこの程度の症状でわざわざ電話をしてくるのだ、何でこの症状でわざわざ受診するのだと言われてしまうことがあります。加えるならば、それぞれの地域の診療所やクリニックのドクターがこういった濃厚な治療をしている患者さんに対して入り口となっていただいて、適切なハブになっていただくことはできないのかということをご希望したいと考えております。

こちらは、乳がんについての施設当たり専門医数になります。乳がんの学会の認定施設におけるそれぞれの認定施設当たりの日本乳がん学会乳腺専門医の数になりますが、一番多いのが、200以上の施設でいわゆる1人勤務、1人医長ということがあるわけがございます。これは、がんに限らず、さまざまな疾病において治療等が高度化する中で、こういった1人勤務、1人医長というのが果たしてどうなのかということがあります。

これもある医師から伺ったお話です。その医師の方は、以前、1人医長を経験されたこともありますし、人数が少ない医療機関で勤務されたこともあります。今は比較的規模の大きな医療機関で勤務されている方なのですが、1人医長でやっているときとか、人数が少ないときには、日々の患者さんの診療に忙殺されてしまい全く余裕がない。そうすると何が起きるかということ、当然、患者さんの対応が厳しい場合も出てくる。

一番問題なのが、特にがん治療においては、昨今、ゲノム医療を初めとしたさまざまな治療の進歩が著しいので、そういった新しい情報をアップデートして患者さんによりよい医療を提供しなければいけないところであるにもかかわらず、その時間が全く持てないので、自分の診療の質であるとか内容がどんどん低下してしまうのではないかという危惧を抱きながら以前は勤務していた。ただ、今は比較的大規模な施設に来てそういった余裕ができたので、情報をアップデートすることができているということをおっしゃっていました。なので、そういった労働環境の観点からのみならず、診療の質、がん医療の質を維持し向上させるという点においても、ある程度はいわゆる集約化が必要だというふうに患者の立場からも思います。

また、こちらの図表は、いわゆる小児がんにおける均てん化と集約化という話になります。均てん化に関して申し上げますと、がん対策基本法において、10年以上前に制定された際の1つの大きなテーマが、がん患者さんが居住する地域にかかわらず等しく標準的な治療を受けられるべきだという考えがあり、それで均てん化の推進がなされ、がん診療連携拠点病院や二次医療圏を中心に整備されてきたということがあるわけでございます。

一方で、当然、集約化が必要な領域もあるということになります。例えば、この小児がんについては一定の均てん化と同時に集約化が進められているところですが、それでもなお、こちらの右下を見ていただきますと、年間4症例以下の施設が128施設中70施設ある。このグラフからは読み解けないのですが、別の資料を見ますと、2年間で小児がんの患者さんを1例程度しか見ていない施設も相当数あるという状況があります。

これも、同じく小児がんを診療しているドクターから伺ったのですが、そのドクターも、医師が少ない施設で勤務しているときと、今勤務している大規模な施設、それぞれを比較しての御意見を伺ったところ、医師数が少ない施設で勤務していると、同じ一人の小児がんの患者さんを診るもののパワーのかけ方が全然違ってくるということをおっしゃっていました。つまり、比較的大規模な施設であれば、1人の医師が多数の小児がんの患者さんを一定の質を維持しながら診療することができるのですが、人数が少ない施設だと限られたマンパワーの中で全力で診なければいけない。当然、それは全力で診てほしいという患者の思いに応えているとも言えるわけですが、そうすると結局、少ない患者さんしか診られないことになって、診療の質にも影響が出るということをおっしゃっていました。

そういったことを考えても、患者の立場からも一定程度の集約化が必要だということを改めて申し上げたいと思います。

集約化を進める上で、また、タスクシフトを進める上で何が必要なのかということについて申し述べてまいります。例えばチーム医療という言葉があります。チーム医療は、特に医療者の方々にとってはごくごく当たり前の言葉ですが、患者や家族にとっては全く当たり前ではない現状がありますし、それは理解しているわけでもないということは申し述べたいと思います。

どういふことかといひますと、患者にとつては主治医の存在といふのはまだまだ非常に大きいといふことがありまして、チーム医療を担うメディカルスタッフの存在であるとか役割が知られていないといふことがあります。

私が入院をした際に実際に経験したことをお話ししますと、同じ病室で比較的高齢の患者さんがいらっしやうて、初回治療を終えて、その後、外来での治療に移ることになりました。そのときに主治医から、今から看護師さんが説明に来るのでよく聞いて話し合つておいてくださいといふことを言ひました。外来で化学療法を担当する看護師さんであり、化学療法に関して相当程度の知識を持った看護師さんになるわけですが、その高齢の方が、看護師さんが来たときに、何で看護婦が説明に来るのだと怒るのです。医師に説明してもらいたいといふことを言うわけです。私も患者団体の活動にかかわつているので、一定程度チーム医療といふことを存じ上げていますから、その患者さんにとつては、これからのキーパーソンとなるのは外来治療を行う際の外来の看護師さんなのだといふことはよくわかるのですが、患者さんは主治医に対するある意味信頼といふか、主治医に話をしてもらいたい、説明してもらいたいといふ思ひがあるのです、激怒されていひ、なぜ医師が説明してくれないのだといふことをずっと怒つていらっしやうていひました。

その患者さんが知らないといふことを責めるのではなくて、患者さんはチーム医療の状況を知らないがゆゑにそういった感情を抱いてしまうわけですし、チーム医療の存在を知らないがゆゑに、医師以外のメディカルスタッフに頼るといふこともなかなかしがつたい現状があります。

また、タスクシフトに向けた環境整備もいまだ不十分なところがあります。これも別の医師から伺つた話ですが、実際、電子カルテがさまざまな病院ごとで規格が違ふことが問題であるわけだ、それがタスクシフトであるとかメディカルスタッフとの情報の連携であるとか、場合によつては、同じ診療科内の医師の中でも、情報疎通するときに電子カルテの使いにくさが問題になっていひ、必ずしもタスクシフトが進まない面があるといふことをおっしゃつていひました。

医師からのタスクシフトの先であるメディカルスタッフ、例えば看護師さんについてですが、がん治療においては、先ほど申し上げたように、外来化学療法等を初めとして外来治療が中心になっていひますが、例えば外来の看護師さんの配置基準は昔から変わらないままといふ状況があります。そうすると、どういふことが起きるか。私も実際、大学病院を受診していひるわけですが、まず、先ほど申し上げたように、医師が電子カルテやその他のことにずっとかかりつきりになる。診療の予約をしたり、書類を書いたり、そういったことに対してずっとかかりつきりになっていひる。そして、看護師さんと呼んでもなかなか来ない。呼んだ看護師さんも、しばしば非常に多忙であつたり、場合によつては不機嫌であつたりする。そういった状況の中で、医師も看護師さんになかなか頼みづらひ状況があるわけです。

この看護師さんに、例えばタスクシフトが必要だといひても、その看護師さんがそもそ

もいるべき場所にいないという現状があるのではないかと、患者の立場からも感じます。当然、外来化学療法室にも看護師さんは配置されています。以前、私が治療を受けた20年前であれば、入院治療が中心だったので、例えば、入院中に自分の診療上の疑問であるとか不安であるとかを、医師であるとか、場合によっては看護師さんに相談することが比較的容易だったわけですが、外来治療が中心になっているので、外来で忙しそうな看護師さん、ましてやドクターにはなかなか話かけづらいという現状があるわけです。

また、これも御承知のことかと思いますが、医師がどれだけ多くの患者を診療できるのかという観点からの生産性を考えた場合、その病院に配置されている看護師さんの数に比例しているということがありますので、看護師さんの数が少ない病院であれば、その分、生産性が少ないということがある。特に大学病院においては生産性が低いのではないかと、という研究結果も出ていと聞き及んでおります。

次の説明になっていきますが、実際に先ほどの集約化となった場合、どういったことが必要になってくるのかということでございます。

こちらは、沖縄県のがん診療連携拠点病院と医療圏の図でございまして、5つの医療圏、いわゆる沖縄本島に3つの医療圏があつて、離島に宮古医療圏と八重山医療圏の2つ医療圏があります。私はかねてより、沖縄県がん診療連携協議会の外部委員ということで、がん患者の立場から10年程度、沖縄県のがん診療に意見を申し上げる機会をいただいてきた立場から御説明させていただきますが、実際、離島の医療圏ではできないことがたくさんあります。

例えば、宮古医療圏、八重山医療圏は、離島といってもそれぞれ人口5万人程度いらっしゃいますけれども、放射線治療機器がないので、乳がんになったとしても、乳房の温存ができないということがあるわけです。そうなると、本島であるとか、あと、沖縄の方は内地という言い方をしますが、海を超えて沖縄県外に行って治療を受けることが必要になってくるわけです。一方で、実は地域の患者さんが離島の県立病院に対して余り信用していないような部分もある。つまり、都市部の病院に行けばよりよい医療が受けられるけれども、地元の病院では治療を十分に受けられないのではないかと、ということを過剰に思ってしまった例もあると考えられます。

沖縄県のほうでは、がん診療連携協議会で離島・へき地部会を設けまして、細かい字で恐縮でございますが、例えば胃がんであるとか肺がんとか乳房のがんに対して、僻地となる北部の医療圏、また離島の医療圏となる宮古医療圏と八重山医療圏のそれぞれの県立病院等において、どういった治療がそれぞれのがん種ごとに可能であるか、また逆に、できないのかをまず整理することを行っています。そうすることによって、例えば、患者さんが地元の病院ではできないのではないかと、思っていることが実はできることがわかるという面もありますし、逆に、できないということを明らかにすることによって患者さんに適切な医療のかかり方を知っていただくことにつながることがあります。

また、離島医療圏に関して申し上げますと、こちらは本州等との同縮尺による比較にな

りますが、沖縄には遠隔地に多数の離島が散在している状況があります。こういった離島の医療圏でどういったがん治療ができるのか、沖縄県がん診療連携協議会としても情報提供や意見交換をする場を設けております。例えば、このチラシにありますように「もしも鳩間島でがんになったら」というセミナーを開いて、患者さんや地域の住民等との意見交換の場を設けている。実際、この鳩間島というのは、西表島の北部にあります人口50人程度の島です。西表島自体は2000人程度の人口がいらっしゃるのですが、そういった中で、できることとできないことを患者さんや地域の住民と話し合っただくということなので、もし集約化するとしても一方的に集約化を進めたら、大きな混乱が起きる可能性があると思います。

例えば、昨今よく聞きますのが、もしかしたら働き方改革の負の影響と言えるかもしれませんが、大学病院自身も医師の確保がなかなか難しくなっていて、地域から医師をどんどん引き上げているという現状があります。一方的に引き上げられてしまって、患者としては十分知る機会もないままに自分の診療の機会を奪われてしまうことがあります。こういった場を設けることによって、何ができて何ができないのかを話し合いながら、それぞれの医療圏におけるあり方を探っていくことも必要ではないかと考えております。

また、こちらの『おきなわ がんサポートハンドブック』においては、それぞれの病院でどのがん種を診療しているか、もしくは診療できるかできないのかを明示しているということもあります。

一方で、集約化を進めた場合、当然、患者さんの移動に対して非常に大きな負担がかかるわけございまして、沖縄県でも離島患者等支援事業を行って、離島から沖縄本島に渡航して治療を受ける患者さんに一定の経済的な支援を行っています。これは、都道府県や自治体が行うべきなのか、場合によっては国が行うべきなのかは議論があると思いますが、もし集約化を進めるのであれば、こういった支援も必須であると思います。

一方で、こういった集約化を進めたとしても、こちらの研究では、特に高齢のがん患者においては通院時間が負担になることもそうありますが、加えて医療的なコストもかかってしまう場合があるということですので、単純に集約化を進めればいいわけではないということは申し述べたいと思います。

最後になります。これは特に思春期、若年成人、15歳から39歳の患者さんを対象にした調査ですが、がん患者が経験する悩みは非常に多種多様なものがあります。診断や治療のことのみならず、例えば経済的なこととか、仕事のこととか、そういったさまざまな悩みが実際患者さんにはあります。以前、がん患者さんの就労支援というのがいわゆる働き方改革の一環ということで国の施策のメニューにも入っているわけですが、初めそういう話が出たときに、ある学会で私がその必要性を申し述べたとき、フロアの医師の方から、いやいや、日ごろの診療もめちゃめちゃ忙しいのに、それ以上就労支援とかは無理だとか、あとは、そもそもそんな相談をされたことはないということをおっしゃったことがあります。

その医師のおっしゃっていることは正しいのですが、まず、患者も悩みはあるのだけ

ども、医師に相談できるとも思っていないということがありますし、また、医師がこういったパーソナルなことも含めて患者さんの相談対応をする必要もないし、することがそもそも無理だということがあります。

私が最後に申し述べたいのが、医療の職種の中であるとか病院内でのタスクシフトも重要ですが、いわゆる院外の社会資源へのタスクシフトも重要ではないかと考えます。

例えば、沖縄県に限りませんが、地域では、医療機関や患者会などを通じて患者や家族のピアサポートということが積極的に行われている例もあります。また、こちらはマギーズ東京。御存じの方も多いかと思いますが、クラウドファンディングなどをもとに立てられたものになります。もともと英国にマギーズセンターというものがあまして、マギー・K・ジェンクスという女性の方が乳がんだったときに、再発だと告げられてショックを受けたのだけれども、当然、病院は忙しいので、医師と語り合いたかった、自分の思いを伝えたかったけれども、相談する十分な時間をもつことは許されなかった。病院以外にがん患者のための空間が欲しいという思いでマギーズセンターをつくられて、日本にもマギーズ東京というものができているということがあります。

また、国内でも、マギーズ東京以外にも、マギーズ東京を範とした施設も広がっていて、その1つがこの石川県金沢市の元ちゃんハウスになります。こちらは、もともと西村元一先生という金沢赤十字病院の元副院長の方がいらっしゃって、この方が中心となって活動されたのですが、この方は活動している最中に御自身もがんになられて、そして先年がんで逝去されました。この方がここにこのようなことを書かれています。

病院では医師や看護師などの専門職がいつもあなたのまわりにいます。

ある意味「ひとり」ではありません。

ところが、病院の外に一步出ると人とのつながりは急に希薄になります。

と書かれています。こういうときに専門職や支援する人たちにつながるような場所が病院以外にあってもいいのではないかとことを指摘されています。なので、病院以外の場所にこういった場がふえていくことが、ひいては病院や医師への負担の軽減にもつながりますし、患者さんの支援にもつながるということを申し述べたいと思います。

また、患者当事者による集いの場の例を挙げます。こちらのキャンサーペアレンツという団体は、特にSNSなどを中心とした活動をしています。子供を持つがん患者同士でつながるといって活動を行っています。また、当事者による就労支援という形で、がんを経験した社会保険労務士が治療中のがんサバイバーの就労支援に応じるといった例も出てきます。なので、医療機関以外の社会資源の活用も重要だと感じました。

私からは以上でございます。御清聴いただきましてありがとうございます。

○大宮医療経営支援課長補佐 天野様、ありがとうございます。

ただいまプレゼンテーションをいただきました天野様へ御質問ございますでしょうか。

今村構成員、お願いいたします。

○今村構成員 非常に有意義な御発表をいただいて大変ありがとうございました。

1点確認をさせていただきたいのですけれども、5ページのところで、かかりつけ医についての期待というかハブ機能というところ。私どもも多数の診療所医師が会員である日本医師会という立場上、国民の皆さんに日ごろからかかりつけ医を持っていただいて、必ずしも患者さんになってからということではなくて、日ごろから健康管理にそのかかりつけ医が機能を果たしていただきたいということで、今、そういった研修制度を持っているところです。いきなりがんになって専門病院にかかられた方からすると、今までかかりつけ医を持っていなかった、非常に難しい治療を要するがん患者さん、例えば大学病院だとかそういう専門病院にかかっている方が、そういう病気になった後、地域の医師に対してかかろうというような意識を患者さん自身が持っておられるのかどうか。

我々からすると、日ごろからかかりつけ医を持っていただいて、いざ、そういう病気になったときには、病院の専門医と連携をとって、2人主治医制のように1人の患者さんを病院の専門医とかかりつけ医がともに診ていく。何かあればまずかかりつけ医に相談して、これはもう病院に行って診てもらったほうがいいよという間の連携をしっかりとることが大事だと思っているのです。患者さんの意識自体が、今、天野さんがおっしゃったように、かかりつけ医をみんな持とうという気持ちを持っていただいているのかどうか。その辺をちょっと教えていただけますか。

○天野参考人 御質問ありがとうございます。今の御質問にお答えすると、まず、全てのがん患者がそうかは微妙なのですけれども、がん患者は、一定数、自分のがん治療を行っている主治医に自分の病状を相談したいという思いがあるのは事実です。だからこそ、自分の体調が悪かったら病院の主治医に対してすぐに電話してしまうとか。そうすると、病院の事務の方は医療的に判断できないので、そのまま主治医につないでしまって、主治医がディスターブされることがあるかと思うのです。

ただ、私個人であるとか、特に患者会の方で聞いていて思うのが、例えば、経過観察をしているとか、症状が一定程度落ちついているときに熱が出たとする。そうすると、地元の病院に行っていないのか迷うのです。今、おっしゃったように、そもそもかかりつけ医がないのが問題だということはあるかもしれないのですけれども、地元のクリニックや診療所に行って果たして自分の症状を理解してくれるのだろうかという思いがあって、行きたいと思ってもなかなか行けないという現状がある。もしそこに安心して行けるような環境があれば、患者さんが地元のクリニックや診療所を活用する機会はあると思います。私も病院が非常に遠いので、熱が出たとき一々病院に行くとか、主治医に電話するのは非常にはばかれるので、そういったときに、本当にこのままでいいのか、専門的な知識を持った医師が何らかの助言とかをしてくれると非常に助かるというところはあるかと思えます。

○大宮医療経営支援課長補佐 森構成員、お願いいたします。

○森構成員 天野さん、本当にありがとうございました。大変わかりやすく勉強になりました。

幾つかの観点でお話しいただきました。1つずつが非常に重い話題なのですが、1つだけ質問させていただきたいのが均てん化と集約化。非常に重要なところで、私も消化器外科医として、医師が少ない病院でどの程度の外科手術をするべきかということが非常に大きい課題になっております。

集約化というのは、私ども医療側からすればぜひ必要なことだと思います。一方で、地域の医療を守るという観点からは、患者さんからは、やはり近くの病院で治療を受けたいということも当然のことだろうと思います。そういうのを解決する一つの策としては、先ほど天野さんもおっしゃったように、例えば離島の人たちというのは、集約化された場合に、交通費・宿泊費含めて、自分の病気以外の経済的なことを非常に大きく考えざるを得ない状況ですので、その辺を何らかの形でサポートする仕組みがあれば、集約化というのかなりいい方向に進むのではないかと1つは考えます。

もう一つは、私ども外科学会を中心に、できるだけポピュラーな疾患に関しては、例えば大腸がんとかに関しては、できるだけ地域の病院で受けられるようにサポートできないかということで、オンライン診療の一環に遠隔手術というのをに入れていただいて、今、そういうことが可能かどうかということ。

例えば沖縄であれば、琉球大学に先生がいて、離れた島にそういう機械があつて、何らかの専門的な地域を持つドクターが最低1人、2人はいないといけないわけですが、そういう中で、そこのドクターが手術をしながら、琉球大学の指導医の先生からいろいろサジェスションも受けながら一緒に手術することができれば、離島にいる先生も安心して手術ができる。自分一人で手術をしないといけない、あるいは仲間2人で手術をしないといけない状況よりはシチュエーション的にずっと助かるということを考えてやっています。

申し述べたいのは、とにかく集約化ということであれば、患者さんへの、少なくとも自分自身の病気以外のところの負担が少なくなるような施策を考えていただければと。国に対しての要望なのですが、そういうふうに思います。

○天野参考人 ありがとうございます。まさにおっしゃるとおりだと思います。

1点つけ加えたいのが、今、先生がおっしゃっていただいたように、ドクターとか医療者であれば、この病気やこのがんであれば一定の均てん化が可能だ、このがんとかこの病気は集約化が必要だということがあつて、それぞれあると思うのですが、患者さんはそれをわからないのです。なので、この病院でできること、できないこと、もしくはこれはセンター的な病院で受けるべき治療なのだということが今はまだ整理されていないのか、患者さんとか地域の住民にわかりやすく提示されていないので、まずそこが入り口なのかなと感じた次第です。

ありがとうございました。

○大宮医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

そのほかに御質問ございますでしょうか。

では、鈴木構成員、お願いいたします。

○鈴木構成員 本日はありがとうございます。私も婦人科腫瘍の専門医ということで、日々がん診療に当たっている立場でお話を拝聴しまして、前半部分は胸の痛くなるといいますか、再発を繰り返していらっしまったということで、エピソードを非常に重く拝聴しておりました。

非常に重要な点として、その複数主治医制ですとかチーム制ということがキーワードかと思うのです。今、私の周りの環境にもそういったことが少しずつ進んできているのですが、やや問題と感じているのが、患者さんにとっては主治医が大事で、主治医に思い入れがあってというのは非常にわかることです。

例えば5名ぐらいのチーム制で診ていますと、完全なチーム制になってしまうと、どうしても希薄になる部分も出てきたりして、細かいニュアンスですとか、あうんの呼吸というのがどうしてもとれなくなってきたりなどもたまに感じていたりします。そこら辺で、主治医を軸としながら、時間外ですとか臨時のときにはチームでカバーするといったところが落としどころなのかなと思いつつ日々調整を図っているところです。

天野さんはいろいろなケースを御存じかと思うのですが、チーム制とかが進んでいるところではどのようにうまく患者さんとのやりとりをしているのか、もし御存じであれば教えていただきたいと思います。

○天野参考人 御質問ありがとうございます。

大変恐縮ですが、これがすごくうまくいっている例だと紹介することはちょっとできないので、御質問に対してクリアカットな回答はできないのです。ただ、患者の立場から言うと、今、先生もおっしゃったように、まず、主治医に診てもらいたいという思いがまだ非常に根強いのです。逆に、チームとして診療科全体で患者さんを診ているのだということも実は患者さんは知らなかったりする。特に高齢の患者さんがよくおっしゃるのが、自分の主治医が物すごく若い医者だ、信用ならん、もっと年配の医者に診てもらいたいだけけれども、どうすればいいのだろうか。いやいや、そのドクター一人で決めていることはまずなくて、カンファレンスにかけて治療方針を決定しているのですと言うと、そういうことを結構知らないのです。みんな、自分が日ごろ接している主治医が全部やっているとと思っているので、そういったチームで診ているのだということをまず知っていただくことが患者さんにとってはすごく重要なのかなと。患者さんは意外と知らないです。そこがまず最初の入り口として重要なのかなというのが1点。

連携というのはやはり難しく、私もうまくいかなかったことも個人的に経験しているので、のりしろといいますか、複数の医者にかかるときに希薄になることが生じ得るので、そこをどのように解消していくのが患者にとってもすごく重要なところなのかなと感じた次第です。

ありがとうございました。

○大宮医療経営支援課長補佐 ありがとうございます。

追加で御質問はございますでしょうか。

それでは、天野様、プレゼンテーションをありがとうございました。

続きまして、一般社団法人日本難病・疾病団体協議会の斉藤様、お願いいたします。

○斉藤参考人 おはようございます。ただいま御紹介いただきましたJPA（日本難病・疾病団体協議会）の副代表をしております斉藤と申します。

ただいま発表していただきました天野さんと患者団体の視点というところではかなり共通する部分があるかと思えます。重複をお許しいただきながら聞いていただきたいということと、私のほうでは、今回、文章として要望書めいた形でまとめて資料としてつけさせていただいております。少し感覚が違うと思えますけれども、御清聴いただければありがたいと思えます。

まず、JPAというのはどんな組織なのか御存じない方もいらっしゃると思えますので、冒頭、説明させていただきます。

私どもは、92団体の難病、それから小児慢性特定疾病、長期慢性の方々でつくっている団体が加盟している中央団体になっております。ですので、個人加盟ではなくて、患者団体そのものが地域から、あるいは疾病団体から集まって中央団体を組織しております。

難病患者の多くは、例えば、全国で100名しかいない、同じ病名の人は顔を見たこともないという人が多くございます。当然、地域で診てくださる病院がない、あるいは中央に来て専門医がない。診断がされるまでに数年かかるというのはざらです。長い方では10年ぐらいかかったともうかがっております。要望の中にも出させていただいていますが、診断が早くできて治療に入っていけることによって、最終的には病院の改革、医師の働き方改革にも通じる、このように考えて要望書をまとめております。

私は全国心臓病の子どもを守る会から参加しておりまして、JPAでは、副代表をやらせていただいております。この心臓病の子どもを守る会と申しますのは、心臓に先天性の障害を持った子供たちが参加している親の会でございます。

その会では、大人の心臓病とは全く違うということできざまな課題が出てきております。私の子どもで恐縮ですが、4歳のときに手術をしていただきまして、現在、元気に就労しております。手術入院時は親の付き添いが必要でしたので、そのときに医師の働き方をつぶさに見ておりました。特に若手のネーベンの先生は手術をしていただいた時からほとんど家に帰らずに、いつも病院のベッドで仮眠しておりました。「先生、いつ帰るのですか、いつ寝ているのですか」と聞くと、「いや、僕は若いから、研修医だから頑張れるよ」ということで、私たちの心の支えにもなってくださいました。その当時から一応手術はチームになっておりまして、手術をする前には3人の先生から説明を受けておりました。それでも医師の働き方というのは大変なのだということ、入院中、感じさせていただきました。

おかげで息子は無事成人となり、医師になり働いております。息子の医師としての働き方ということでは、次に発表なさる方と共通する部分があるかと思えますが、本当に24時間勤務なのではないかと思っております。今40歳、働き盛りで、頭もまだ動くうちですの

で、研修という意味も含めまして、ある意味で仕方がない面もあると理解しております。子供が二人おりますが、病院勤務時は週5日間、家で食事をするがありません。それでもこの間、少し働き方改革が言われて、夏休みは5日間強制的にとれるようになったことで、遊びに行けると喜んでいました。

また、息子は今、大学病院の勤務ですが、36歳ぐらいになって初めて正規職員になりました。その前まではアルバイトで生活をしていましたので、土曜日は1日、日曜日に半日勤務し、生活費をいただいていたようです。そんな勤務では、子供の顔を見られるのが日曜の午後だけ、ウィークデイは家では食事もしないということが、ずっと続いていました。

そのような医師の働き方を患者と家族の両方の立場で私は経験させていただき、患者団体の副代表としての情報も加え、この場に来ております。

第1に私どもは、当然のことながら、患者は医師が精神的・肉体的に良好な状態で診療・診察に向かってくれることを求めます。夜勤明けでふらふらでの診察を願う患者はおりません。

なぜ医師だけが夜勤の後に通常勤務をするのかといまだに、よくわかりません。看護師さんやほかの医療職は、8時間勤務の交代制が当たり前のごとく行われておりますし、ほかの職種でもそうで、私が捉えている情報の中では恐らく医師だけなのでしょう。そんなふう感じております。とにかく、夜勤の翌日も平常勤務をしている現行の36時間連続勤務時間が、今回の規制で28時間に制限されるようになる。これが、本当の意味で、勤務明けでふらふら状態の医師が診察をしなくても済む状態になるのかどうか、疑問です。

夜勤は仮眠ができるから次の日は平常勤務、と伺ったことがあります。でも、仮眠ができないような状態で勤務しているのが、恐らく大学病院、救急病院の医師だろうと思います。私たち患者側、診察を受ける側としては、しっかりと睡眠をとって健康な状態の中で診察をしていただくことになれば、診断も随分変わるのではないかというよううがった見方すらせざるを得ません。

恐らく、検討会の中ではこの辺りのことは議論されているのだと思いますけれども、36時間が28時間になれば良いというのではなく、これはあくまでも過渡的な制限時間数だと考えていただければありがたいと思います。

医師の数を増やせばいいというものではありませんが、恐らく数をふやさない限り、連続勤務時間の制限は、医療の質の低下が必然的に起こってくると思います。ただ規制だけをすれば、2人勤務だったところを1人勤務にせざるを得なくなるような状況すら生まれます。

第2として、先ほど申し上げておりましたが、生活給の保障というのでしょうか。医学部に入る学生の家庭は裕福だと一般的に思われているようなきらいがあるかと思えます。確かに、大学に入るときはすごい競争率で、医学部に入るのには家庭教師や塾に行き、裕福な家庭が多いと思われている場合もあるかもしれませんが、決してそうではありません。

都内のある病院では、アルバイトをしなくても医師が食べていけるような勤務体制にし

ているとそこの院長先生がおっしゃっていました。

無給医局員という言葉が従来ありました。今は若干変わってきておりますけれども、昔は、何年も何年も無給で大学病院の医局にいて勉強していた方々がたくさんいました。この医師たちはやはりアルバイトをして暮らしていました。アルバイトをすれば、当然、家庭生活どころではないです。研鑽する時間、研修に費やす時間、研究に費やす時間があるこそ医師の知的レベルも技術レベルも上がるものだというのは誰しもが理解していることと思います。これに費やす時間がありません。研修・研鑽の時間を保障するような医療制度も考えていかななくてはいけないのだと思うのです。

私たち国民の負担も、そういう状況がもっとしっかりと公表されれば、ある一定程度の負担はやむを得ないと理解すると思います。今まで医療側がそれを余り外へ出さなかった。そういう意味では、今回、働き方改革として公に議論されることはとてもいいことだと思います。

2年ほど前だったでしょうか、働き方改革という言葉が取り上げられるようになりました。そのときは「医師は除く」とか「医療関係は除く」ということで、NHKでも大々的に報道されまして、私はそのときに、一番ひどいのは医師ではないですかということでNHKに文書を書いて送りました。

医師たちは、自分たちは3K職場だとよく言っていました。3K(汚い、きつい、危険)、そう言われればそうだなと思います。医師であるということと、一定程度社会的なレベルが高いと見られているからこそやっていける、そんな職業なのかなとすら思わざるを得ません。ぜひ多方面からの検討をお願いしたいと思います。

第3には、私は、先ほど申し上げましたように、心臓病の子どもを守る会からの選出でJPAに属しています。心臓病の子供たちは病気を抱えつつ大人になっていくわけですが、このごろでは小児科の先生たちも意識して、子どもに話すようにしてきていますが、多くの場合、診察に診断結果は母親が聞きます。そのため子どもたちの中には、大人になっても病名すら正確に言えない、自分の症状も説明できない子どもたちがいます。私どもも先生方と一緒にしまして、とにかく子どもに自分の病気を理解させる、自分の病気を説明させる、そして自分の健康管理も基本的に自分でできることは自分でやる。ちょっと症状がおかしかったら、それを医師にしっかりと伝える。こういう力をつけていくことを、今、大きな目標としております。

具合が悪くなったら病院に行く、きょうは診察があってオーケーだったからまたお酒を飲んで夜ふかしをするというような透析の患者さんのお話も聞いたことがあります。私どもも透析の患者さんを多く抱えている団体が加盟しておりまして、その団体では、予防にも力を入れてくるようになりました。私たちも、患者団体を中心としながら、自分の健康は自分で守る、その上でしっかりと病状あるいは症状を医師に、病院に伝えることができる、一緒になって病気と闘っていく、立ち向かっていく、そういう考え方を持っていないと、病院は忙しくなるばかりです。

高齢者医療が東京都を中心として無料化されて、全国に広がったことがあります。誰もが安心して医療を受けられるのは良いことですが、「今日は、あの人、顔が見えないけれども、具合が悪いのか」とクリニックの待合での話が笑い話で報道されたことがあります。医療者任せではなく自分の健康管理を意識して生活する患者をふやすことも社会の運動として必要なのだらうと思います。

そのような患者が増加することによって、医師の診察が非常に効率的、効果的になると思います。患者が知識を得ると逆に質問時間がふえて嫌だという方もいらっしゃるかもしれませんが、理解を進めるということは最終的には効果的、効率的診療につながると私は確信しております。

それから、医療ソーシャルワーカーや、患者会を含む相談支援体制というのも、もう一方で充実していく必要があると思います。

先ほど天野さんのお話でもありました、ほかの職種にできること、ほかの職種が対応していくことに患者も慣れていく必要があると思っています。

また病気を正しく理解して、病気に立ち向かうのには、患者会の活動が一方では有効だろうと考えております。医療者や行政の方々、マスコミの方々もそうですが、患者団体を大いに利用、活用しながら、こういう風土をつくっていくことが大事であることを意識していただきたいです。

4番目の視点ですが、専門医の配置、難病は希少であるがゆえに難病と言われているわけですがけれども、希少難病の診療体制の構築が必要だと考えております。ただ、専門医が地域のどこにでもいるわけではありません。

神経系の難病患者の会の調査をいたしました。この調査結果では、診療時間は20分未満が約61%だったという報告を受けております。検査時間等も考慮いたしますと、医師の診察時間はもっと短くなると思いますし、待ち時間は1時間から3時間というのがざら。希少疾患ですので診られる先生が少ないため、一定の病院に集中せざるを得ない。その結果のあらわれです。

多くの神経難病は、その希少性ゆえに、患者に合ったこともなく、診たこともない専門医も数多くおります。先ほど申し上げましたように、全国で100名足らずの患者という疾病もありますので、当然のことだと思っておりますが、まず、大きな難病センターを受診し、そこから篩い分けられ、または情報連携ができるようなシステムがどうしても必要だと考えます。

確定診断に数カ月かかるのは良い方で、10年かかったということも聞いております。それまでにかかる病院の数、それにかかわる医師の数、診察にかかる時間等々を考えますと、非常に非効率です。それには、希少性の疾病の治療研究に携わる研究者が少ないという現実があります。医師の興味や、患者数が少ないという理由に関係なく携わる研究者を養成する。これは国の責務として考えていただきたいと思います。

医学部を卒業すると、昔でしたら、医局から関連病院への出向が義務的にあったように

聞いております。今はそういう時代ではなく、希望する病院や診療科に行くことができます。そのため、大学病院に残る研修医もこのごろそう多くはなく、自分の将来にとって役立つ病院を探し、赴任する。基本的には良いことなのでしょうが、昔ですと大学病院から派遣されていた病院に派遣ができなくなったという話も聞いております。自由さは認めつつも、一定程度の義務的な課し方というのでしょうか、そういうのも検討されないと、特に希少疾患に対して診てくださる医師というのは育たないのではないかという懸念を覚えます。

5番目として、医師の働き方改革には、構造的な改革が必要だと考えております。まず、「主治医制度から複数の主治医やチームの医療体制」です。働き方改革ではここが一番のキーポイントになるのだらうと思っております。

患者の視点から見ますと、主治医制度というのは非常にありがたいし、安心感があります。これは先ほど来繰り返し述べられてきたことです。ですが反面、主治医と相性が合わないとか、説明をされても質問できない等、さまざまな理由があるかと思いますが、「主治医を替えて」とはなかなか言い出せない、病院をかえるぐらいの覚悟が要る、そんな感じすら覚えています。そういう意味では、チーム医療、あるいは主治医の複数制が前面に出ていれば、他の医師に聞くことができます。

ただ、チーム医療になると、誰が本当に責任を持ってくれるのかが不明確になると思いますので、正副等複数の主治医とチーム診療で診て下さると、患者としては安心感を覚えます。

二つ目のポイントは、先ほども述べましたが、「医師でなくてもできる仕事は他の職種に振れるしくみを」です。このごろ、コメディカルのほうでもさまざまな専門職種制度が出てきました。医師は基本的には医師でなければできない仕事に専念して、他職種に任せただけで生み出した余力を持って患者に接していただければありがたいと思っております。

コメディカルのみでなく、クラークのほうの仕事になろうかと思えます書類の整理やデータ整理等々がもっともっと進んでいけばいいと思っております。

特に難病疾患ですと希少性があるがゆえにということで、国でもデータベースの検討をしています。私ども患者団体としては、データベースが治療研究に役立つと思っておりますので、一日も早くそれを動かしていただいて、治療研究に役立つような、希少であるがゆえに人数が少ないわけですから、データが重要と思っております。それができるようになっていただきたいです。

例えば、心臓病の子供たちですが、現在手術では99%以上助かっておりますが、重症なお子さんの中には、大人になって他の臓器に障害や病変が発生する場合があります。詳細な診療記録をデータベースの中に入り込んで、治療方法あるいは予防方法を研究していただければすごくありがたいと思っております。

今、国の方では、臨床検査個人票（臨個票）と、小児慢性の特定疾病の主治医の意見書を、この1年に1回の診断書を記録するデータベースの検討をしていますが、それをもつ

と踏み込んで、診療記録をデータ化し、統一化して、治療法に本当に役立つよう、構築をしていただければと思っております。やはり、データの蓄積等を担当する職種が必要です。

また、筋力をテストしたり、関節の曲がる角度をはかったり、当然、理学療法士の方が医師よりも慣れているからという意味ですけれども、正確だと一般的には思います。事務的なことは、診療助手やクラークの資格制度を確立することによって正しい知識を持ったスタッフを養成することが必要だと考えます。

難病対策としては、先ほど申し上げました臨床調査個人票、小児慢性特定疾病の主治医の意見書についても、内容を精査し、簡素化や、症状の変化の少ない患者には隔年の提出等により事務量を減らすことも。先生方は非常に時間をかけて診断書をお書きいただいていることを承知していますので、このあたりも改善の余地があるかなと考えております。

三つ目は、これも賛否両論ありますが、医療機関の再編と連携する仕組みの構築を考えております。特に子供の疾患ですと、団塊の世代が生まれ昭和22年とか23年当時ですと、年間200万人のお子さんたちが生まれていました。今はでは、100万を切っております。そのような中では、当然、小児科にかかる患者数も減っておりますし、大人の患者さんの数も、高齢化が影響していないところの分野ですと減っていきりますので、今のままでいくと専門性がなくなっていくのかなと心配です。

心臓疾患ばかりで恐縮なのですが、先天性の心臓疾患では、高度な専門性を求める手術があります。例えば、左心低形成ですとあの病院に、この病名ですと福岡に、心臓移植は大阪にと、患者は遠くまで行きます。年間100万人生まれるとすると、心臓疾患は約1%と言われてしますので1万人。しかも、その中で非常に難しい手術になりますとさらに少なくなります。そういう症例を年間それなりの数手術できる病院というのは非常に限られています。ということで、地域で身近で手術をしていただくのはありがたいのですが、一番大事なのは、手術の成功、その後のフォローです。したがって、国立病院の再編・集約化というのはある意味でやむを得ないと私どもは考えております。

難病法には「どこに住んでいても公平な医療サービスが享受できる」という文言がたしか書かれていたと記憶しております。「いつでもどこでも適切な医療を」というのは誰しも願うことであって、患者団体としては、長い間、大きな要求の項目でした。でも、これでは本当の意味で患者は助からないと考えております。特に外科系ですと、先ほど申し上げました手術の技術の習得とかスタッフの養成ができにくいというものがありますので、このことを幾ら言っても絵に描いた餅になってしまいます。そのため、全疾患に通用するわけではありませんけれども、手術数の多い病院に集中させて、そこに専門医を養成し、経過観察と治療は地元の病院が連携して行う。実際にできているところもありますので、システム化していくことが必要だと考えております。

そのために、集中した病院には患者家族の宿泊施設を併設していただきたいです。私どもの会員が30年ほど前、私財をなげうって大阪のほうでファミリーハウスの第1号を建てました。そこに3人ぐらいの患者家族の方たちを住まわせて、子供は、大阪ですから阪大

病院とか国立循環器病センターのほうで手術あるいは通院、入院時に、その宿泊施設を提供しておりました。国のほうに何度も要請してファミリーハウスのほうに補助金がつくようになりまして、今は、マクドナルドの協力によって、大学病院、大きな病院の子供病院のところにはできてきております。しかし大人のほうではまだないということで、私どもは今、大人の病院のほうの宿泊施設を考えて働きかけをしている最中でございます。

そういう意味も含めまして、病院を集中化したときには、患者家族の宿泊施設の併設、遠隔地からの交通費の補助。こういうのができる仕組みをぜひ制度としてくだされば、集中化も効果的になるのかなと考えております。

四つ目になります。トランジションの問題です。成人期以降の問題が、私ども、特に小児を抱えている場合は多くございます。これが医師の働き方改革にどう通用するのかというのは後ほど述べたいと思います。小児慢性特定疾患や小児の難病患者が成人期を迎えますと、出産や生活習慣病、疾病に起因する成人期の病気が発生してきます。しかしながら、30歳を超えても小児科受診をしている患者もまれではありません。

都内の某大学病院で私どもの患者会の患者さんが出産いたしました。何と病室は小児科でした。周りはお子さんたちですけれども、小児科にベッドを置きながら、そして産科に通って無事出産を終えましたが、大学病院です。

トランジションの問題は、受け入れ側と送り出す側と医療の垣根を超えたしくみが必要です。抱え込んで病状を悪くして、最終的に大人のほうの成人科の病院にかかったときには、医療的にも非常に手間もかかりますし、トランジションの経験になれていない先生たちが、小児科から送られてきた患者さんの話を聞いてもよくわからない、こんなことがあると思います。特に心臓ですと、循環器系の大人の心臓病は、主として心臓の外側を、小児の心臓は心臓の中側の奇形ですから、中側を治すということで、こんな心臓見たことないと言われると伺っております。この辺りの連携がしっかりできていないと、成人期の医療のところに行ったときに非常に手間暇がかかって理解ができなくて、これが病院の業務をさらに膨らませていると考えております。

最後（五つ目）に残ったのが在宅医療です。在宅医療にぜひ医師の労働力の配分をと考えております。在宅医療が叫ばれてから随分経ちました。在宅医療が増えれば、病院の勤務状態も緩和されるはずだったのですが、これもなかなかうまくいっていません。医師会を中心として、在宅で随分頑張っている先生方も存じ上げております。ただ、小児に関しては本当にはないです。私ども、在宅でみとっていただいた会員さんも経験しておりますので、ぜひ小児も含めて在宅医療のほうも、検討の視野に入れていただければと思います。

長くなりましたが、医師の働き方改革は多くの事が絡んでいますので、構造的な改革が必要だと思います。今回労働時間、勤務時間の規制が表示されました。その規制を1つの材料にして大きくこの検討が広がっていくことを期待して、私の話を終わりにさせていただきます。御清聴ありがとうございました。

○大宮医療経営支援課長補佐 斉藤様、ありがとうございました。

時間の関係がございますので、中原様のプレゼンテーションをいただきまして、質疑はまとめて最後にさせていただければと思います。よろしく願いいたします。

○中原参考人 東京過労死を考える家族の会の中原のり子と申します。

私は、2年半ほど前にこちらの検討会のほうではお話しさせていただいたことがございますので、もう中原の話は聞いたよという方もいらっしゃるかと思いますが、また改めてこちらのほうで私の思いをお伝えしたいと思っています。

きょう、私の資料がとて多くて、このスライドのレジュメ以外にも、夫の遺書である「少子化と経営効率のはざままで」、それから、私が書かせていただいた「医師の働き方改革は医療者も患者も幸せになれるか」、あと「女性差別社会での医師労働」という資料を添えさせていただきました。きょう私がお話ししたいことは大体そちらの中に書かれていますし、先ほど来の天野さん、斉藤さんからの貴重なお話と重複するところもあるかと存じます。そういったことも含めてお話を聞いていただければと思います。

きょう、私は「STOP!過労死」というバッジを胸にしておりますけれども、これは、私たちが過労死をなくそうということで、私たち遺族、そして支援者が涙を越えて虹のかけ橋ということで、このロゴマークがスライドの中に出てきますので、またこちらのほうもごらんください。

こちらが私の夫、小児科医をしておりました中原利郎です。こちらのことに関しても「医師の働き方改革は医療者も患者も幸せになれるか」というところに書いてありますので、かなり早口でお話しさせていただきます。

夫が亡くなってもう20年になります。先日8月16日で20年ということで、あっという間というか、ようやくなのかわかりませんが、この20年間、私は夫の過労死のことを訴え続けて、同じことをずっと言わせていただいております。私の実感としては、20年前、夫が亡くなったときと余り変わっていない。医師の働き方は変わっていないというか、働き方というか、医師の過労死がとまらないということが言えるのではないのでしょうか。

夫は亡くなったときに、彼の部長室の机の上に「少子化と経営効率のはざままで」という3枚のレポートを残していきました。今、皆さんのお手元にもございますので、こちらのほうをごらんいただければと思います。多分、事務局のほうでは回収ということをおっしゃられると思いますが、私の気持ちとしては、ぜひこれを手元に置いておきたいという委員の皆様がいらっしゃるのであれば、ぜひお手元に置いていただきたいと思っています。この中では彼の思いが書かれているわけですが、20年前に書いていたこの彼の思いが全く改善されていないのではないかということが御理解いただけるのではないかと思います。

特に女性医師問題は、私、19年間封印していたのですけれども、昨年、東京医大の女子学生差別問題でこういった問題が浮上してきました。夫が勤務するところは5人が女性医師、彼1人が男性医師だったという、20年前ではちょっと特殊な労働環境であったかもしれません。また、こういった状況がさらにふえていくのではないかということも容易に考

えられます。女性医師も幸せに働けないと男性医師も幸せに働けない。やはり医療者がきちんと人間らしい働き方をするのが基本なのではないかと私は思っています。

11年かけた夫の裁判が最高裁で和解勧告を受け、翌日の朝日新聞のトップ記事になりました。手前で遺影を持ったのが長女・智子です。彼女が高校3年生のときに父親が亡くなりました。父親が亡くなって11年目ということで、彼女はこのときには小児科医師、そして子供もいるということで、自分のような子持ちの女医でもしっかり働き続けられる労働環境であってほしいということを訴えています。

娘のことに關しては、女性差別社会での医師労働、彼女も女医として医療界に飛び込んでいってさまざまなハラスメントを受けてきたということも触れておりますので、ぜひお読みいただきたいと思います。この智子からのメッセージも時間の都合で割愛させていただきます。職場管理は、自己管理も大切なのですが、職場が雇用者を守るという姿勢が一番大切なのではないかと私は思っています。

この新潟市民病院の木元文さんの過労死事件は衝撃的なことで、皆さん御存じかと思えます。彼女は37歳で後期研修医。もともと看護助手だった彼女が、やはり医者になりたいという強い思いで国立大学を受験し、猛勉強の上、非常に優秀な成績で卒業したと聞いています。その彼女が、医者になんかなるんじゃないかと言って、最長で時間外251時間といった働き方で亡くなっていたということもよく御存じかと思えます。長時間労働でこうやってたくさんの方が亡くなっているという1つの事例です。

この木元さんの場合では、私としては当然というふうに思ってしまうのですが、院長たちを起訴しようとしたけれども、残念ながら不起訴処分となりました。こういったさまざまな過労死の遺族が最近少しずつこういうふうに。遺族が顔と名前を出すということはなかなかできませんけれども、こういった起訴をするとか、病院側を訴えるとか、そういったこともふえてきています。過労死がなければこういうことはないわけですから、こういうものがなくなるようにということを私は皆さんに考えていただきたいと思っています。

2007年、都内で『壊れゆく医師たち』というタイトルのブックレットが出ておりますけれども、そこで幾つか紹介させていただいております。4番の外科医（29歳）の事例は後で御紹介します。その後の産婦人科医（35歳）のことも御紹介します。8番の小児科女性勤務医というのは、千葉大で夫が同窓だった方の事例ですので、お読みください。9番の関西医大は、森さん、お父さんが社労士で、研修医の労働制を確立された方です。17番の内科勤務医（43歳）。なぜこれを赤字にしているのかというと、この方は、木元文さんと同じ新潟市民病院で被災された方で、残念ながら新潟市民病院は2人の被災者を出してしまった。私、昨年暮れにこの事実を知りました。23番の麻酔科女医、25番の女性研修医の方の事例は後でお話しいたします。

20代、30代、40代、本当に働き盛りの人たちが過労死しているということです。脳・心臓疾患、自殺ということで、ことしもまたメンタルヘルスの労災申請が過去最多。毎年過

去最多というのがここずっと出てきているのです。このメンタルの問題は、医療者に限らず非常に大きな大切な問題ではないかと思います。研修医とか、小児科、外科といった方たちの過労死が多いというのは、これは科でくくるというのもおかしいものですがけれども、やはり負担が多いところの働き方をきちっと見直す段階ではないかと思います。

最初に申しあげました、外科医で、行政訴訟で、医師の過労自殺で初めて認定されたということ。茨城県土浦協同病院の医師は、やはりお父さんが社労士だったのです。過労死は5年過ぎると労災申請できなくなってしまうのですけれども、その時効の1日前にお父さんが申請されたということ。私も証人尋問とかに行きましたけれども、やはり非常につらい思いをされている御両親に会いました。心も体も疲れて、休息したいということをは訴えて命を絶ちました。

それから、35歳の産科医です。この方、35歳と非常にお若いのですけれども、お嬢さんが3人いて、上の2人は山梨医科大学に行っているというのを私は知っていますので、恐らく3人の方たちもお父さんと同じ産婦人科医を目指して、上の方はもう研修医というか、現場に出ているのではないのかなと思います。そういう方もいらっしゃると思います。

この「馬車馬のように働かされている」「病院に搾取されている」「病院に殺される」「小児科医師なんて誰にも感謝されない職業だ」という言葉は夫が直接私に言っていた言葉なのです。やめちゃえばいいんじゃないと私が言ったときに、いや、小児科医は僕の天職だ、そんなことを言っていました。

それから、きょう、皆様のお手元にも書いてありますけれども、やはり不眠・不整脈・視力の衰え、限界を超える働き方、働かせ方が過労死につながる。長時間労働というのは必ず人の心も体も壊すということです。

長時間労働だと睡眠時間が減らされます。家庭にいる時間が減ります。家庭は崩壊する。そして、医療過誤も起こす可能性がある。それから、夫のような労働災害。何よりも、睡眠時間が6時間以下の医者が手術したときに、合併症リスクが1.7倍。患者さんのためにならないということはもう周知されていることだと思います。当直明け・連続勤務後の交通事故。米国の研修医でもそうですし、鳥取大学の大学院生とか、私たち東京過労死家族会の仲間の一般の労働者の通勤災害、交通事故が起きてしまうということです。

これは無給医の過労事故死、前田さんの事例です。昨今話題に出ています無給医ということ。無給医というのは給与をもらえない。では、アルバイトをすればいいのではないかとって、この方は徹夜勤務を4日間こなして、そのまま次のアルバイト先の病院に行くときに交通事故に遭いました。多くの方は、鬱病とか、本当に重篤な病気になる。

先日、無給医のシンポジウムというのを行いましたけれども、顔も名前も出せない、でも、自分も無給医で、自分の仲間は次々体を壊して現場を去っていったということを涙ながらに訴える無給医の先生のお話を聞きました。

きのう、ネットを検索してみたら、山形大学の医学部で参与を務める嘉山先生の無給医についての記事が載っていました。嘉山先生は何とおっしゃっているかということ、労働に

対価が支払われるということは基本的な権利である。自己研さんを理由に、技術がないからおまへはただというのは、今の話題の芸能界と同じだということを言っています。自己研さんといったって、医師免許を持った人が医療行為をして、その結果、病院には診療報酬が入っている。その無給医はアルバイトをして外で稼げばいいでしょう。でも、その無給医はよその病院でアルバイトをして、同じ医療行為をして給料が支払われている。これは大きな矛盾だとおっしゃっています。人件費が足りないから給料が払えないというのでしたら、これは国民も含めた議論を求める必要があるのではないかと言っています。

この無給医の問題は昔からと言っていますけれども、一番象徴的なのは「白い巨塔」の財前教授なども。あのドラマの中では、財前教授に幾ら給料があるかというのは描かれていませんでしたけれども、恐らく薄給であったでしょうということを嘉山先生はおっしゃっておられます。やはり働いたら働いただけの対価が支払われるのは当たり前のことだと私は思います。

もちろん、その1860時間全部に残業代が出るのかということも私はちょっと疑問ですし、それなら、もっと魅力的な、人集めできるような体制を考えるのが基本的な問題なのではないかと思えます。経済の合理性だけを求める、これだけやっていると、地域医療の崩壊はさらに進むのではないかと懸念しています。

今回、東京医大も女性の学長になりましたけれども、その学長自体が、組織の体質が古く壁だらけ、医師には物すごい長さの時間外労働が認められようとしている、やはり国全体・国民を巻き込んだ議論が必要だ、まだまだ女性は生きにくく、働きにくい。先ほども言いましたけれども、女性医師が働けないような職場では男性医師も働けないということです。

これは女性研修医のメールです。この女性研修医は、鬱で1回、病院を4日間ぐらい離れてしまうのです。見つけ出されて、休職は少しするのですけれども、結局戻ってきたら同じようにまた当直を与えられて、このお父さんは、自分の娘は患者としても診てもらえなかったということを訴えています。医療者の多くの殉職者がいるということです。国を挙げて感謝と反省をすることが改革の一步ではないかと。

それから、日大の女性研修医。「信じられる？ 寝ているときに起こされるんだよ。しかもたいした病気じゃないのに来るんだよ」と。私は、夫が小児科医でしたから、今、小児医療無料などというのは選挙の道具には使われますけれども、そこで体をぼろぼろにしている医療者のことを、政治が、この社会が守ってくれたのだろうか、これを皆さんに聞きたいです。

このお父さんが、一般労働者と同じ残業規制をとということで、入学試験や国試に長時間不眠不休耐久レースが必要なのかということも訴えています。このお父さんは、娘が過労死して13年間沈黙をしていたのだけれども、やはり1860時間はおかしいよということで、山田明先生は声を上げてくださいました。医師を過労死させるということは医療の崩壊につながるということも訴えておられます。

これは、つい最近、ことしの新聞記事です。やはり医療現場の過労死が非常に多いという事は、皆さん当たり前に御存じのことが改善されていないというのが私にとっては本当に歯がゆい思いです。

ことしの5月27日に長崎メディカルセンターで1億6700万円の勝訴判決をとられた方がいらっしゃいます。その先生は自宅で倒れたのですけれども、直前1カ月の残業は159時間、84日連続で働いていたということで、相当の緊張を伴う業務があったと判決にしっかり書かれています。しかし、控訴されてしまったのです。

この病院を出ていかないと倒れてしまうと言いながらこの方は亡くなってしまったのです。奥様が看護師だったので、起こしに行ったときに、もう助からないだろう、だけどもと言って、最後まで救命救急の心肺蘇生をしていたと聞いています。

これは、その2日後、5月29日に産婦人科医の過労自殺が認められた記事です。常勤医が2人だけだったのです。きょうも産婦人科の先生がいらっしゃいますけれども、2人の常勤医で24時間365日はやはり無理なのではないかと思えます。でも、国の主張は「業務の密度は低かった」と。何でこんなコメントが出せるのだろうか、私には本当に不思議でしようがありません。僻地医療のこれからということで、過労死などを起こしたら、もうその僻地には人は集まらないです。その先生は「ゆっくり休みたい」「気持ちのいい生活をしたい」「普通の人間の生活がしたい」と。最後のところは丸で囲んであったそうです。医師不足の解消を訴えながら、病院の隣に社宅、医師寮があって、そこのガレージのところでお亡くなりになりました。これは社会への問題提起となる判決となったと思えます。

こういうことを繰り返さないために皆さんで医師の働き方改革を。もともとこの働き方改革というのは、電通の高橋まつりさんの事件で促進されたと言っていますけれども、まずは医師こそ働き方改革を率先してほしいと思えます。

この群馬県の伊勢崎の病院の御遺族の方もやはり病院を訴えることになるのです。それから、聖路加の男性医師も退職を迫られて提訴に至ったという記事を読みましたが、医療界はパワハラが非常に多いです。うちの家族会の中でも、関西のほうの病院で上司からひどいハラスメントを受けて過労死自殺した方がいます。でも、そのいじめた上司は、医者が足りないからスタッフをふやしてくれと病院にずっと訴えていたと。でも、それがかなわない。だから、部下を死に至らせるまでハラスメントを起こす。こんな働き方、働かせ方は間違っていると私は思います。

私は、この22回にわたる「医師の働き方改革に関する検討会」はほぼ傍聴させていただいています。皆さん御存じだと思いますが、渋谷健司副座長がことし2月22日に辞任されました。先生がなぜ辞任されてしまったのか、本当に残念でなりません。一部の医者だけ、とりあえず1860時間というのは、とりあえず誰か死んでも仕方ないのか、そういう論理は破綻していると私は思います。

コンビニの24時間の問題も、今、非常に大きな問題になっています。コンビニもここ2カ月で4人のオーナーが亡くなったと聞いています。24時間365日、安心・安全な医療、当

たり前に病院に行ったら助けてもらえるよね、そんな便利な生活がこの世の中にあるのでしょうか。誰かが犠牲になっています。

もうかなり前ですけども、27年前にブッシュ元大統領、パパブッシュさんが夕食会で倒れたとき、日本の病院に入院しないことが決まって心底胸をなでおろした。海外の方たちは日本の病院を見学に来て、大部屋、医療ミスで温床ともなりかねない、危うい患者さん、薬剤管理、ぼろぼろに疲れ切った医師たち、やがて崩壊する危険をはらんでいるだろうとおっしゃっているようです。結局はこれが医療事故につながっているということです。

夫と同じ年に都立広尾病院でも医療事故。前回までのこの検討会では医療事故被害者の豊田さんも入っていらっしやいましたけれども、大野病院のこととか、墨東病院のこととか、こういった医療事故というのは後を絶っていないと思います。なぜかといったら、ぼろぼろの医者がヒヤリハットあって当たり前と私は思います。患者さんのためにならないこういう働き方は今すぐ改善すべきだと感じます。

ことしの4月から一般の労働者も働き方改革が進んでいます。この方たちは皆さん納得しているのでしょうか。休みはふえても仕事量が減らない、業務量が変わらない、結局持ち帰り残業。残業したいわけではないのだよ、正当な対価を受け取りたいのだと。結局、管理職のほうで統一化されていない、そんな感覚を労働者が持っているということです。働きやすいのか、働きにくいのか。この数字達成を目的にするわけではないということです。やはり労働者の働きがいを考えることが本当の働き方改革だと思います。

きょうもさまざまタスクシフティングのことなども話題になりました。米国医療ではさまざまな職種があるようです。日本でも特定看護師や医療事務作業補助者といった言葉も出ていますけれども、この言葉だけで、私の感覚では一向に進んでいるようには見えていません。薬剤師とか理学療法士、作業療法士といった人たちも。先ほどコメディカルという言葉が出ましたけれども、私も薬剤師です。こういった人間を、こういった国家資格を持った人たちの活動をもっと推進すべき、こういった人たちを巻き込んで、みんなでチーム医療を進めなくてはいけないのではないかと思います。今すぐ医者をつやすことはできないからです。

私はきょうさまざまな過労死のお話をさせていただきました。うちの夫が過労死認定を受けたのは十数年前になるのですが、そのときに、日本の小児科医が過労死認定を受けたというのが「ワールド・ニュース」に載ったようです。そのニュースを見たあるニューヨークの80歳代の非常に御立派な小児科医師の方が、どうも日本では小児科医が自殺して労災認定されたい、頭も体も弱い小児科医が死んで労災認定とは笑止千万、こういう発言をされたと聞いています。きょう私がさまざま紹介した亡くなった方たちは、決して頭も体も弱い人たちではありません。

夫が飛びおりたのが20年前になりますけれども、その数カ月前に関西の非常に有名な大学病院の13階から飛びおりた研修医がいたというふうにこの間聞きました。でも、その方は存命なのです。うらやましいなと思いました。存命でも、片手を失って、今、研究職と

いうふうに聞いています。生きていても体の一部を失ったり、脳疾患で起き上がれなくなった体でさまざまなハンディキャップをしょった医療者の仲間たちに過労死を起こさせない、そういう話し合いをさらに進めていただきたいと思います。

きょうはつたない話で申しわけございません。ありがとうございました。

○大宮医療経営支援課長補佐 中原様、ありがとうございました。

中原様、それから、先ほどプレゼンテーションをいただきました斉藤様に対して御質問ございますでしょうか。よろしいでしょうか。

本日、医師の働き方改革の推進に当たって、課題等に関してプレゼンテーションをいただきました。本日の配付資料のうち、中原様から御提出いただきました遺書について御希望されない方は机の上に置いておいていただければと思います。

プレゼンテーションをいただきました皆様、ありがとうございました。事務局としても、医師の働き方改革について議論を進めていけるように進めてまいります。

本日は以上となります。ありがとうございました。