

資料1 阿久根市長に抗議150件 障害者否定ブログ記載 県教委が調査開始

鹿児島県阿久根市の竹原信一市長が自身のブログ(日記風サイト)に「高度医療が障害者を生き残らせている」などと障害者の出生を否定するかのような記載をした問題で、同県教委が経緯などについて調査を始めた。同市役所には、抗議の電話やメールが約150件相次いでいる。

県教委によると、ブログの記載は問題として、3日、事実関係を問い合わせた。竹原市長から4日に「養護学校(特別支援学校)に勤める人の話を聞き、自分もそうだと思ったので書いた。誰が言ったかは答えない」との回答があったという。「事実とすれば、発言者を確かめる必要がある」として、引き続き市に回答を求めている。

竹原市長は障害者の記述について、報道陣に対し「事実は事実。感情的な反応は分かるが、医療が人の生死をコントロールできる神の領域に踏み込んでいる」と述べ、謝罪や撤回する考えは示していない。

一方、市によると、この記述に関する意見は4日午後5時までに電話88件、メール51件、ファクス4件、電報3件。大半が「市長は謝罪して辞職するべきだ」といった抗議だったが、賛同意見もあったという。

この問題では、14日からの市議会一般質問で市議3人が取り上げる予定。竹原市長は「チューブについて無理やり生かすのも医療。切りましようという判断を政治的にどこかでしないといけない」とも話している。

＝2009/12/05付 西日本新聞朝刊より一部抜粋＝

**住民至上主義**

■2009/11/08(日) 医師不足の原因は医師会

医師不足が全国的な問題になっている。特に勤務医の不足は深刻だ。医師が金儲けに走っているのだが、この体質を後押ししてきたのが医師会だった。

以下 池田信夫 blog から引用  
<http://blog.goo.ne.jp/ikedanobuo/e/f65bacae249f66488dc8bfc3e9fbc384>

かつて「医師過剰」の是正を繰り返して求めたのは日本医師会出身の議員だった。たとえば1993年に参議院文教委員会で、宮崎秀樹議員(当時)は次は、大学の医学部、医科大学の学生定員の問題でございます。これに関しましてはいろいろ定員削減という方向で文部省と厚生省との話し合いができておまして、一〇%削減、こういう目標を立ててやっているのですが、実際にはそこまでいっていない。[・・・]例えば昭和六十三年には十万対百六十四人だった。これが平成三十七年には三百人になるんです。三百人というのはいかに医師の数が多過ぎる。

と医学部の定員削減を求めている。宮崎氏は日本医師会の副会長を歴任した。-----引用おわり

勤務医師不足を解消する為に勤務医の給料を現在の1500万円程度から開業医(2500万円程度)に近づけるべきなどの議論が出てきている。しかしこんな事では問題は解決しない。医者業界の金持ちは増えるだけのこと。

医者を大量生産してしまえば問題は解決する。全ての医者に最高の技術を求める必要はない。でももない。例えば昔、出産は産婆の仕事、高度医療のおかげで以前は自然に淘汰された機能障害を持ったのを生き残らせている。結果 擁護施設に行く子供が増えてしまった。

「生まれる事は喜びで、死は忌むべき事」というのは間違いだ。個人的な欲でデタラメをするのもっての外だが、センシメンタリズムで社会を作る責任を果たすことはできない。

社会は志を掲げ、意志を持って悲しみを引き受けなければならない。未来を作るために。

資料2 理解されていなかった診療報酬と補助金の違いー「事業仕分け」に海野信也北里大教授

――事業仕分けでは厚生労働省の「医師確保、救急・周産期対策の補助金等」事業(573億9700万円)が「半額計上」と判定されました。病院の収入は診療報酬で確保すべきとして、診療報酬の配分の見直しを求めています。赤字補てんのために付けられた補助金は診療報酬をきちんと配分していればそもそも必要なく、診療報酬と役割が重複しているから削る、という主張です。

診療報酬で見るべき部分と、補助金で見るべき部分を、きちんと切り分けて考えなければなりません。問題は地域間格差なのです。実診療部分はきちんと診療報酬で賄われることが基本ですが、地域によっては基本的なインフラが未整備のところもありますし、人口密度が低過ぎて効率的な運営ができないところもあります。そういうところに補助金が必要になるのです。

――「診療報酬」と「補助金」はそもそも役割が違うと。

つまり、救急受け入れ体制の整備というのは、ある意味「行政サービス」としての「医療提供体制確保」であり、そのための経費が補助金です。そして実診療部分はきちんと診療報酬で賄われる、というバランスが必要です。診療報酬で十分黒字になり、人件費を支払い、人員を増強して診療内容を向上させていくことが基本です。一方で、救急医療を行っていくには患者を受け入れるための空きベッドを確保しておくことが必要で、その分の経費を患者の診療報酬で賄うのは、公正とは言えないと考えられます。

――いつでも救急患者を受け入れられるように空きベッドを確保したり、スタッフの配置したりするというように、そもそも非効率にならざるを得ない医療提供体制については、行政サービスとして保障すべきということですね。しかもそこには地域間格差が大きく影響するので、診療の対価である診療報酬ではなく、補助金で対応すべきと。

地域の実情に即して、診療報酬で賄いきれない部分については、最小限度の補助金で医療提供体制を確保する必要があります。そこまでの配慮は事業仕分けではできないでしょうから、今後もっと精密な議論をして、診療報酬で見るべき部分をちゃんと見た上で、必要な補助金は残していただきたいのです。

＝2009/11/28付 ロハス・メディカルより一部抜粋＝

**新生児医療を担う医師からの緊急声明**

貴方は、救急・周産期対策の補助金削減に反対します。  
国も金儲けに走ってNHC(新生児集中治療)を縮小しようとして下さい。

日本の事業仕分け制度で、厚生労働省医政局が削減する救急・周産期対策の補助金を削減したの報告が下されました。削減の理由は、次の通りです。

- 一部の医療機関や医師に補助金という形で配ることが、医師不足、救急・周産期対策として医療を劣化しているとの理由。
- 医師不足問題は個別の補助金で解決する問題ではなく、むしろ、診療報酬の配分を根本的に変更した上で、さらに、医師に医師としての待遇を確保しなければ解決できないのではないかと。
- 救急・周産期等の救急医療に付する単なる救急医療の補助金の要求が上積みされているが、本来、病院の収入確保は診療報酬で対応すべきであり、役割が重複、診療報酬の配分の格差は削減しにより対応すべきではない。

しかし、昨今の医療提供体制の根本的な問題は、NHCの不足および新生児医療を担う医師の不足です。NHCが全国的に十分に整備されない場合は、NHCの増設により医師が公平になるからです。さらに、NHCで勤務する医師の勤務条件は悪化しています。病院内で赤字を指摘され辞職を迫られる医師は当然少なくなります。この状況を唯一解決するのは、緊急医療に対する医師の確保です。すなわち、事業仕分けで削減されたように、診療報酬だけでNHCが公平に稼働できるように診療報酬が改定されること必須な条件です。ただし、現在の新生児医療の現状は、診療報酬の確保だけで短期間に解決できる状況ではありません。地域で必要とする医師の確保およびその中で勤務する人材の確保、さらには緊急受け入れのための重症治療には、診療報酬以外の確保が必要で、すなわち、NHCへの運営補助金が不可欠な状況です。NHCおよびNHCの救急病棟であるICU(Intensive Care Unit)への救急補助金が削減されれば、新生児医療体制の整備は困難となります。新生児医療を担う医師としてこのような状況は決して受け入れることはできません。是非ご配慮をお願い申し上げます。

平成21年11月26日  
日本新生児集中治療学会理事 戸田 誠  
会長 山本 隆

### 資料3 産科医療補償制度

2009年1月1日からスタートした産科医療補償制度は、分娩に関連して発症した重度脳性まひ児に対し、看護や介護のための補償金(総額3000万円)が支払われる制度で、一分娩当たり3万円の掛け金(保険料)が必要になる。医療機関の過失を証明しなくても補償金が支払われる仕組み(無過失補償)により、分娩に関連した医療裁判を減らす狙いがある。

「事故から学んでほしい」と訴えてきた被害者たちは、過失の有無があいまいになり、事故の反省も生かされず、ミスを繰り返す「リピーター」など悪質な医師が放置されることを心配する。医療裁判が多いのも、医療側の不誠実な対応に原因があると批判。障害の重さに比べ想定されている補償費が低すぎるとの声も出ている。

産科の事故で長女を亡くした経験を持ち、中央社会保険医療協議会(中医協)の委員を務める京都府の高校教師、勝村久司さん(45)は「被害者は産科医らの不誠実さを見兼ね、『今後のために放っておけない』という思いで裁判に向かって」と指摘する。そして「無過失補償制度を導入する前に、まず過去の被害をきちんと分析し、再発防止策を提言するのが先だ」と訴える。

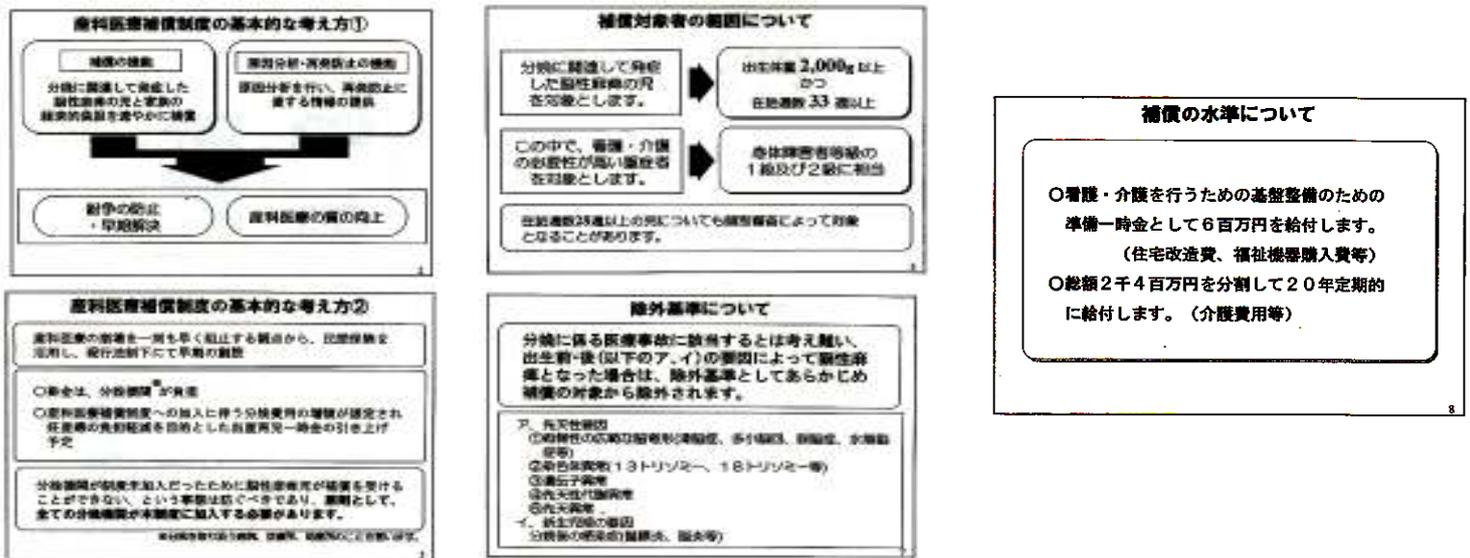


表2-2 事故後の病院の対応

事故自体よりもその後の対応が許せなかった	71.3%
十分な補償の申し出があったら納得できた	29.3%
こちらの気持ちに配慮してもらえた	6.8%
病院側の対応全体に満足している	1.4%

表2-4 法的行動をとった理由(上位3項目、下位2項目)

1 怒りを感じたから	97.4%
2 道歉を認めさせなかったから	97.3%
3 納得のいく説明がなかったから	96.5%
14 医師に仕返しをしたかったから(うち、こちらの気持ちに全く配慮してもらえなかった)(87%)	44.5%
15 経済的補償がなかったから	37.9%

表2-10 事故に関して求めること(上位5項目)

他の人には同じことが起こってほしくない	97.8%
道歉を認めさせたい	96.4%
医師の罪を認べいさせたくない	94.7%
自分の経験を医療システムの改善に反映させたい	94.6%
納得のできる説明がほしい	93.3%

- (1) **説明** 医療機関が、患者側の気持ちに配慮し、分かりやすい言葉で患者側が納得のいくまで説明できる環境
- (2) **原因究明** 医療事故の原因を公正かつ中立に、短期間で究明するシステム
- (3) **謝罪と再発防止** 医療機関側からの謝罪や再発防止策を通じて、被害者が加害者を許せるようになるプロセス
- (4) **経済的配慮** 医療事故被害により、経済状況が悪化した家庭に対する、経済的配慮ある救済制度

出典：阿部 康一[2005] 医療事故被害者救済策としてのADRの可能性