

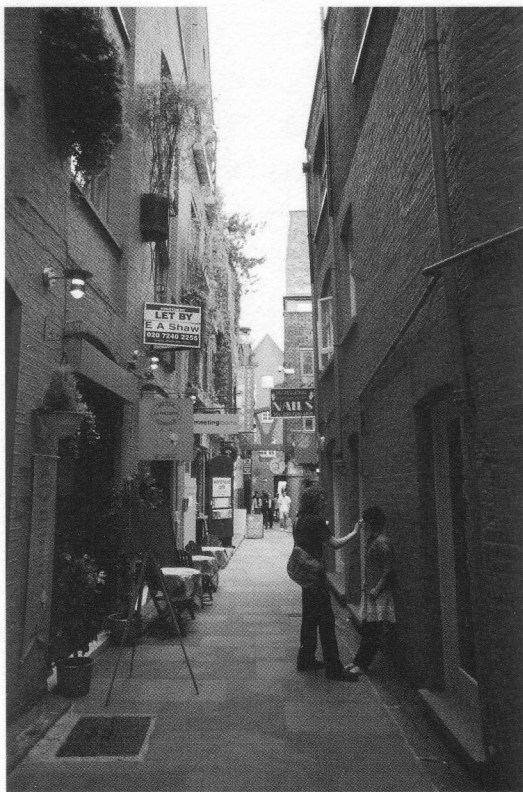
# 都市問題

vol.101  
May  
2010

5

平成22年5月1日(毎月1日発行)  
昭和28年5月30日第3種郵便物認可  
ISSN 0387-3382

東京市政調査会



## ●特集1

## 政治家と年齢

田中善一郎／国正武重／椎橋勝信

中條美和／岡澤憲美

## ■巻頭言——今尾恵介 [地図研究家]

地形図から感じる地域の変貌

## ■インタビュー——江原 朗 [小児科医]

「医師の労働基本権」は、もはやタブーではない

## ●特集2——電子政府・自治体のゆくえ

須藤 修——日本に電子政府をどう定着させるか

木村忠正——IT技術と地域デモクラシーの活性化——「ICTの社会化」の推進を

森信茂樹——共通番号制度が拓く社会保障・税一体設計の社会

岸本周平——効率的なシステム調達実現のために求められること

廉 宗淳——韓国の電子政府——日韓の比較から

【インタビュー】

## 「医師の労働基本権」は、もはやタブーではない

江原 朗 氏

北海道大学大学院医学研究科客員研究員・小児科医

これまで日本の医師は本人も社会も、労働基本権に守られる存在とは認識していなかった。そして医師たちは、過重労働で医療現場から逃げ始めた。

えはらあきら： 1963年栃木県生まれ。北海道大学大学院医学研究科博士課程生理学専攻(生化学)修了。著書に『医師の過重労働』(勁草書房刊)。海外、国内の医学専門誌への論文寄稿多数。現在、公立病院に対する労働基準監督署の是正勧告とその後の病院の対応などをウォッチする一方、インターネットなどで「研修医のためのやさしい労働基準法」など、医師に対する労働法規の啓蒙活動も展開している。



### 寝られない当直の回数が増えた

——江原さんがお書きになった『医師の過重労働』(勁草書房)は衝撃的でした。救急医療を引き受ける公共病院の勤務医は、本当に疲れ果てているのですね。

江原 私小児科医ですから、その立場からお話しさせていただきますが、問題は、マンパワーの不足による過重労働と、時間外・深夜受診の増加による医師の疲弊です。

マンパワーの方から話しますと、少子化で小児科が扱う15歳未満の人口は、1985年の2,603万人から2005年には1,752万人に減っています。それに応じて、15歳未満の受診回数も減るはずですが、2005年以降、小児科外来の総受診回数は増えているのです。

これは、子どもの疾患は専門医の小児科で

受診するという保護者の意識が高まったことと、市町村の乳幼児医療費助成制度が充実してきて乳幼児1人当たりの受診回数が増えたことが関係していると考えています。少子化にもかかわらず、小児科外来の受診回数は増えている、ということです。

小児科医の数自体は横ばいか微増で、減ってはいません。しかし、50歳代以上の方の比率が年々高くなって、20歳代の小児科医は減り続けています。結果として、小児科医の平均年齢はかなり急速に上昇しています。

また、小児科医に占める女性の比率は年々高くなっているのですが、病院の子育て支援が十分でないため、出産・育児を機に、常勤医からパートの医師に変わったり、転職する方がかなりいます。このことも、働き盛りの小児科医が減る要因になっています。

これらに加えて、新臨床研修制度の影響も

あり、小児科医の総数は増えているのに、病院勤務医は2004年以降、減り始めているのです。

——時間外・深夜受診の増加による医師の疲弊の方は、どうなのでしょう。

**江原** 一般的には、医師の勤務は9時から17時までが日勤で、17時から22時までと、翌日5時から9時までを時間外勤務と呼びます。そして2つの時間外勤務の間の22時から翌朝5時を深夜勤務と呼んでいます。当直が、この時間外と深夜の診療に当たります。

問題は、当直や宅直オンコール（呼び出しのための自宅待機）などの救急当番の回数なのです。当直の日の勤務は、日勤8時間をこなして、当直が17時から翌日9時までの16時間、そして翌日の日勤8時間ということで、32時間の連続勤務になります。

厚労省の社会医療診療行為別調査によりますと、小児科対応救急告示病院の1日当たりの推計受診者数は、17時から22時までの時間外勤務帯には2人以上、22時から翌日5時までの深夜勤務帯は0.12人から0.37人、翌日5時から9時までの時間外勤務帯が0.70人から1.07人ということになっています。

しかし、例えば当直の間に患者さんが3人しか来ませんでしたといっても、深夜の1時、3時、5時とかにいられたら、もう寝られないわけです。ですから、数が多いか少ないかというのは、あまり意味がないのです。また、厚労省の調査で見ると、患者さん1人当たりの診療時間はほとんど10分以内なのですが、10分でも1時、3時、5時に細切れでいられたら、もう寝られません。

また、厚労省によると、全国の一般病院の小児科医師の数は、平均で3人弱です。この人数で24時間救急体制を採り続ければ、週

に2回以上の当直が回ってくることになります。そうなれば、自分の身体を守るために、救急医療の現場を離れる小児科医が出てきても不思議ではありません。

## 「コンビニ受診」と、公立病院を 離れる医師

——救急医療現場は、なぜ、そんなひどいことになってしまったのですか。

**江原** ひとつには、マンパワーの不足ですが、それ以外にも理由があります。

一人っ子の時代で、お母さん方の多くは初めての子育てで、不安が大きいわけです。どういう症状なら危険で、どういう症状なら大丈夫という見極めがつかないのです。

それで、本人は本当に不安なのでしょうが、翌日の診療でも問題はない症状でも、時間外や深夜に子どもを病院に連れてくるのです。これは「コンビニ受診」と呼ばれています。その時に、親がモンスター・ペアレントだったりすると、当直医は肉体的に疲弊するだけでなく、精神的にも追いつめられてしまいます。

ただし、翌朝5時から時間外診療の場合には注意が必要です。この時間帯に受診に来る子どもの場合には、即入院というケースが少なくないからです。

もうひとつは、医師たちが、この過重労働に耐えようとしてしまうことです。医師もまた、労働基準法等の労働法規に守られ、労働者として権利を持つなどと言ったら、叱られてしまう社会ですから。この話は、後でまた触れます。

——しかし、小児科の勤務医は、なぜ、そんなに減ってしまったのですか。



**江原** 小児科医に限った話ではないのですが、医学部の卒業生は全国で毎年 8,000 人前後はいます。他方で、お年を召してリタイアする方が 3,000~4,000 人くらいいますから、現時点では、毎年、4,000 人前後は、医師は増えているのです。ですから、医者が減って医療資源が枯渇する、というのは誤りだと思います。

医者そのものが減ったのではなくて、時間外、深夜、休日など、普通のクリニックが閉まっている時間帯に対応できる公立病院、ないしは公的病院に勤務する医師が減っている、というのが正確な表現だと思います。

—すると、現実には、公立病院等の医師がマンパワーの不足と過酷な当直勤務に疲れ果てて、救急医療現場から退出している、という現象があるのですか。

**江原** あると思います。それは、私自身もその 1 人なのですから。

公立病院の医師が勤務医を辞める場合、1 つは開業に向かう動きがあると思います。けれども、今は開業はそんなに増えているわけではありません。厚生労働省の医療施設調査を見ても、開業医の数は横ばいか、2009 年はちょっと減っています。もちろん、その調査は、新しく開業した人とリタイアした人の差ですから、それをもって開業は増えていないとは言いきれませんが。

しかし、例えば公立病院に勤めていた医師が疲れ果てて、民間病院に勤務替えするということは増えていると思います。ただし、この場合は、公立病院の勤務医が民間病院の勤務医に変わっただけですから、統計上は、数字は動かないんですね。

それに関連して、私が驚いているのは、最近は介護療養施設に 30 代、40 代の若い先生

がいる、という事実です。これまでなら、そうした施設には病院をリタイアされた 60 代ぐらいの先生が、パートのような形で勤めていたのです。そういうところに働き盛りの医師が勤務している。だから、統計からは見えない、質的な変化が起きていると思います。

## 過労死基準並みの長時間勤務

—公立病院の当直の過酷さをうかがいましたが、長時間勤務の問題もあるのですか。

**江原** 客観的な数字で、ということになりますと、2006 年 3 月 27 日に厚労省の医政局が開いた「医師の需給に関する検討会」の 12 回会合に、今は日本医大におられますが、当時は国立保健医療科学院におられた長谷川敏彦先生が「医師労働環境の課題」という資料を提出しています。

その中で長谷川先生は、医師のタイムスタディを行っています。医師が何時間診療し、何時間は別のことに充て、何時間休憩したとか、そういう医師の時間の使い方を克明に調べたわけです。そこでは、医師の勤務時間は週に 70.6 時間と報告されています。

ただ、その 70.6 時間の中には会議、教育、自己研修、研究の時間などが含まれていて、診療に携わる時間は約 40 時間だという書き方になっています。多分、医政局は医者はそんなに疲弊していないという印象を与えたかったのだと思います。

しかし、会議や教育、自己研修や研究を勤務時間から外して、診療時間だけを勤務時間とすることは無茶でしょう。

また、仙台労働基準監督署が東北大学の病院に対して行った是正勧告における指導票で

は、医師の待機時間も労働時間に含まれる可能性がある」と書いてあります。

ですから、少なくとも医師が病院に行って病院から帰るまで、という時間で考えると、週に70時間ぐらいは働いています。

そうすると、法定労働時間は週に40時間ですから、週に30時間ぐらいは時間外勤務をしていることになります。1カ月は4週間強ですから、1カ月に120時間の時間外勤務ということになります。

ここで、過労死の認定基準を見てみますと「発症前1カ月間におおむね100時間又は発症前2カ月ないし6カ月にわたって、1カ月当たりおおむね80時間を超える時間外労働が認められる場合は、業務と発症との関連性が強いと評価できる」となっています。つまり、公立病院の医師は、常時、過労死しても不思議はない状況にあることになります。

—そんな風に、医師を労働者と考えれば、公立病院は医師の使用者ということになりますね。

**江原** 病院の院長は医者ですから、病院経営や労働基準法はよくわからないにしても、では事務長は病院経営のプロかという、それには疑問があるわけです。そのことについても、また後で触れたいと思います。

他方、医者の方には、自分にも労働基準法が適用されるとか、自分の生命を守るために病院に労働基準法を守らせるといった発想がないものですから、自らの過重労働にブレーキをかけられません。

## 医者の世界には存在しない 労働者の権利

—先ほどの、医師のタイムスタディですが、医

師の勤務には休憩時間というものはあるのですか。

**江原** 休憩時間というのは、完全に労働から解放されて、その間は職場から呼び出されることはない、という時間を言います。逆に言えば、呼び出しを待っている間は、仮眠していても労働時間だということになります。実際に、そういうことを認めた労働判例があります。

そう考えると、医者には休憩時間はありません。休憩時間だから患者を待たせておくということは許されませんし、宅直オンコールの日であれば、自宅に居ても病院からの呼び出しに応じなければなりません。

そう言えば、先ほどの勤務時間には、オンコールの時間が入っていませんね。それを入れると、もうとんでもない時間になってしまいます。

それから、医師には、他の職業では当然用意されているようなセーフティネットや、労働者の権利の保障がほとんどないのです。

—どうということですか。

**江原** 労災認定とかはあります。でも、例えば女性の場合、ほかの職種であれば、妊娠した場合にはきちんと産休があつて、2~3年出社しなくても、復職できます。けれども、女性の医者の場合には、妊娠したらそこでやめてくれという圧力がかかりがちです。出産・育児のために女性の医者が常勤医をやめるという話をしましたが、やめさせられるケースも多いのです。

一番の問題は、病院には医師に対するマネジメントがないことです。もちろん、ナースや検査技師、放射線技師とか事務職に対しては労務管理があつて、福利厚生というか、有給休暇とか代休とか産休とか、世の中では当たり前の権利が、ある程度守られているので

す。しかし、医師に関しては、管理職だからということで、有給休暇は取れているか、代休は取ったかといった、労務管理や目配りが無いのです。そんなことは誰もしてくれないのです。医者の世界では、それが当たり前と思われています。

### 病院の医師は「名ばかり管理職」

**江原** ですから私は、医者は「名ばかり管理職」だと言っています。

—どういふことですか。

**江原** 勤務医の過重労働が社会問題になるに連れて、2000 年ころから労働基準監督署は、病院の労働環境について立ち入り調査をしています。そして、労働基準法を遵守していない病院には是正勧告を出しています。

情報公開法を使って、その是正勧告を集めたのですが、その内容を見ると「時間外、休日及び深夜の割増賃金」の違反（残業代の未払い）、「労働時間」の違反（長時間労働）の2つが圧倒的に多いのです。

これは、かつて問題になった「名ばかり管理職」と、まったく同じでしょう。だから、医者は名ばかり管理職なのです。

要するに、病院では医師は管理職とみなされていて、本人にもそういう意識があります。管理職ですから、時間外労働に対する割増賃金が支払われないのは当たり前、長時間勤務も当たり前、と考えられているのです。

しかし、労働基準法でいう管理監督者とは「労働条件の設定その他労務管理について経営者と一体的な立場にある者」とされています。そして、この規定に該当するのは病院長だけなのです。

管理監督者ではない他の医師には、時間外、休日及び深夜の割増賃金が支払われなければなりませんし、労使の「時間外・休日労働に関する協定（いわゆる 36 協定）」に違反する長時間労働も禁じられています。

もっとも、36 協定自体を結んでいない病院も少なくありませんし、協定は結んでいても、時間外勤務時間の上限などないに等しいのが現状です。

これまでは、医師の管理職意識と聖職者意識によって、労働基準法に基づくそうした労働者の権利を主張すること自体が、「医者にあるまじき行為」としてタブー視されてきたのです。

実際、私が、医師もまた労働法規によって保護されるべきだ、与えられた権利を行使すべきだと言いだしたころには、多くの先輩医師、私の出身大学ではない大学の先輩医師からまでも、「医者にあるまじき主張」と叱責されました。

そして、医師、病院の双方が、法律違反の自覚もないまま、医師を「名ばかり管理職」とみなして、割増賃金の不払いと長時間勤務によって病院経営を支えてきたのです。

### 支払われない医師への割増賃金

—医師に対する残業代の未払いとは、どういうことですか。

**江原** 具体的に言えば、医師が平日の当直（時間外の医療行為を行う）をした場合、日勤を9時から17時とすれば、17時から22時までの5時間は1.25 倍の時間外割増、22時から翌朝5時までの7時間は1.5 倍の深夜割増、翌朝5時から9時までの4時間は時間



外割増になります。

医師の時給を4,651円として、この割増賃金を計算すると、合計で10万1,151円ということになります。

しかし、これまで当直の割増賃金はほとんど支払われていません。医師の宿日直（医療行為を行わない）手当は日勤（8時間勤務）の平均賃金（3万7,205円）の「3分の1以上」という厚労省労働基準局監督課長通達を拡大解釈して、1万2,402円の支払いで済ませているのです。

しかし、課長通達という宿日直とは「ほとんど労働する必要がない勤務」（労働基準局長通達）を指しているのです。病院の当直は時間外、深夜の受診に対応しなければなりませんから、課長通達のいう宿日直とはまったく別の勤務です。

しかし、この悪習も変わらざるを得なくなりつつあります。

2008年4月18日に大津労働基準監督署は、滋賀県立成人病センターと、同センターを経営する滋賀県病院事業庁に是正勧告書を出しました。これを受けて滋賀県病院事業庁は、5月30日に改善計画案を労基署に提出しました。その内容は、①36協定を結ぶ、②病院長を除く部長以上の医師に時間外・深夜・休日の割増賃金を2006年4月に遡及して支払う、等となっています。

支払われるべき割増賃金は、2億2,600億円に及びます。ですからもう、医者は管理職だからいくら働いてもいいということは通りません。

でも、これは労働基準法では当たり前のことなのです。今までの医師の減私奉公的な働き方が違法だったのです。医師の方が理不尽な要求をしたのではなく、法律は守りましょ

う、病院経営者はコスト意識を持って運営してください、ということなのです。

ただ、労基署が立ち入り調査に入り、医師には労基法通りの働き方、割増賃金を、ということになると、病院はつぶれます。すると、労基署が病院をつぶしたということになる。ですから、どこまでやるか、ということもあると思います。

確かに、毎晩10万円以上も医師に割増賃金を払って、そこにナースが2人とか事務職員をつけると、おそらく一晩で何十万円かの持ち出しになるでしょう。それで、入院する患者さんは1人とか2人とかですよね。それで当直制の救急医療を続けていけるのか、病院経営が成り立つのかというと、大いに疑問です。

けれども、国公立病院にも、17施設に19件の是正勧告が出ているところを見ると、国なり地方公共団体が本当に医療をきっちりやるんだと考えるのであれば、赤字になろうが何だろうが人件費を払う、というスタンスに立たないと医療はできないと思います。

ということで、これまでの病院経営というのは、みんなが素人で、払うべき賃金も払わないで、やっと黒字にしていたわけです。

### 財政赤字で医療費は増やせない

——しかし、払うべきものも払っていないのに、なおかつ赤字でもたないという公立病院が多いのは、なぜなのでしょう。

江原 例えば日本医師会の研究などを見ても、病院経営の損益分岐点は、売上げの9割5分とか9割6分とか、とんでもなく高いのです。だから、売り上げが5%下がっただけ

で赤字になってしまうわけです。

それで、割増賃金なしの救急医療で稼いで黒字にしようとしたのですが、払うべきものは払え、ということになってしまった。

—なぜ、そんなに損益分岐点が高いんですか。

**江原** つまり、税収がない中で国や自治体が医療をやろうとなれば、行政はおそらく医療機関に対して、生かさぬように殺さぬようにというふうに対応するほかないのですね。だって、公費を使って医療機関にもうけさせるというのは、論理矛盾ですから。

ぎりぎりの水準でしか公費負担はしない。これは、病院側から見ると、何でこんなに診療報酬が安いんだということになります。国側から見れば、納税者に収めたもらった貴重な税金を使っている、ということになります。

ヨーロッパに比べて、日本の個人の税負担は低いですから、税負担が低い中で医療をやろうと思えば、そういうことになります。ですから私は、これは国が悪いという言い方はフェアではないと思います。

さらに、ドイツのように医者がストライキをうつとか、本来であればそこまでやらなければならいんですけれども、日本の医療機関は国に対して陳情するだけですから。

—ドイツはいつごろストライキをやったのですか。

**江原** つい最近もやったはずですよ。フランスでも行われたと思います。イギリスですと、こんな医療はやってられないと言って、医者たちがオーストラリアとかアメリカとか、英語圏の国に逃げている例もあります。

日本の場合には、言葉の壁があって逃げにくいのですけれども、これからはわからないですよ。というのは、医者の給料を国際比較

してみると、実は日本は安いんです。

仙石由人国家戦略担当大臣は、日本の医師免許はなくても、一定の技術レベルの外国人医師には日本での診療を認めるべきだ、などと言っていますが、給料の安さを日本の医者たちが知り始めたら、おそらく逆のことが起こりますよ。

例えば、さっき日本の医師の時給は4,651円と言いましたが、実働時間を考えると3,300円くらいにしかありません。アメリカは7,320円です。イギリス、オランダ、フランスは勤務時間が短く手取りは少なくとも、時給は日本より高いところばかりです。

特にアメリカは、今度国民皆保険になりますでしょう。そのときに、医師不足にどういう手を打つか。1つはメディカルツーリズムという形で、シンガポールとかインドに患者を送り込む。もう1つは医者を外国から引っ張ってくる可能性があるのですね。日本の医者も引っ張られる可能性がありますよ。

## 確実にダメになる日本の救急医療

—それでは、日本の救急医療は、どうすればいいのでしょうか。

**江原** 地方の、医師を削減されてボロボロになった公立病院に残った医師たちは、医者もいない中で24時間365日の救急医療をやれなどと無理を言われて逃げ出し始めています。現状のマンパワーで、個々の病院でこれまで通り、救急医療を維持するのは難しいでしょう。

小児科でいえば、地域の病院に分散して残った数少ない医師を集約して、当直制を維持する「地域小児科センター」を整備せざるを



得ないと思います。

日勤の時間帯は、近くの開業医さんでもいいのです。医者がいなくなるというのは、救急医療をやる医者がいなくなるということで、それ以外の時間帯は、開業医さんが近くにいるのですから。日本の医療の問題というのは、救急医療をどうするか、当直制をどう維持するかという問題なのです。

救急医療をきっちりやるにはマンパワーが必要なのですが、マンパワーがないから月に何回も当直に当たってしまう。しかも、病院は割増賃金の支払いを避けるために、当直を宿直扱いにして回している。けれども、医者はこうした勤務体制に、くたびれ果てて逃げ出してしまう、ということなんですね。その宿直手当すら払っていない病院もありますからね。

ですからこれは、正直な話、医療に予算を回さない財務省や厚労省だけが悪いわけではなくて、医療サービスに見合った税負担をしていないという意味で、国民も悪いという面があると思います。

—耳が痛いですね

江原 どうも今まで、医者たちは、何かというと厚労省が悪いと言ってきましたけれども、厚労省の首根っこを抑えているのは財務省なんですね。そして財務省も、結局のところ税収がないから、小さいパイを、医療だけではなく、防衛や子育て支援、雇用対策などにどう分けるかということで、パイが小さければ回らないですよ。

そうすると、厚労省が悪い、財務省が悪いと国に責任を押しつけて、国民は苦勞していると、国民相手のメディアではそう書かざるを得ないのかもしれませんが、根本は租税負担率が低いということだと思います。

これとは別に、限られた医療資源をどう配分すべきかという問題もありますが、今回はやめておきましょう。

一方、医師の方にも、やはりコスト意識が必要だと思うのです。医者というのは一朝一夕にできるものではなくて、10年とかの現場での修行と、それに見合った教育を受けて、そうして得られた医学の知識に基づいて説明したりしているのですから、そういう形には見えないサービスについても、必要な対価を受け取るべきだと思います。弁護士が顧客に専門知識を説明して、時間に応じた対価を受け取るようにです。

また、例えば日曜日しか話を聞けないという患者さんの家族のために病院に出る場合にも、休日勤務するわけですから、それなりの対価を払ってもらいたいと思います。

さもないければ、日本の救急医療は確実にだめになっていくと思います。

## 実質的に進んでしまった 小児科の集約化

—過重労働による医師の疲労で、患者の安全が脅かされるという指摘もなされていますね。

江原 ドーソンという研究者が、長時間労働や睡眠不足による認知能力の低下を、血中アルコール濃度に換算する計算方法を発明したのです。それによると、24時間の覚醒は1 mg/mlの血中アルコール濃度に匹敵する、注意力の低下をもたらすというのです。

ちなみに、道路交通法施行令で定める「酒気帯び運転」の血中アルコール濃度は0.5 mg/mlです。要するに、24時間寝ていないと、ビール2本ぐらい飲んだのと同じぐら

いの血中アルコール濃度に相当し、運転免許が停止になるレベルの集中力に下がってしまいますよ、ということです。

医者には、医師としての聖職意識がありますから、ある程度頑張ってしまう。しかし、医師の疲労は患者の安全にもかかわるのですということを理解してもらいたいと思って、紹介しました。

しかし、医者だけでなく、中央省庁の官僚たちもかなりよく働いていますよね。ただ、違うのは、中央省庁の人たちは夜などにまとまって眠れるのです。医者の場合は、途中で起こされるんです。だから、バテてしまうんです。

—先ほど、今後の方向性として「地域小児科センター」の整備の必要性を指摘されましたが、その実現には、どのような障害があるとお考えですか。

**江原** 医者の世界の問題と、地域社会の問題があると思います。

医者の世界の問題としては、集約化する前の各病院には部長が1人ずついますね。ところが、集約化すると部長が2人になってしまいます。その場合は、仕方がないので、第一小児科、第二小児科をつくることになるかもしれません。それから、退職金は大体勤続年数と平行して、勤続20年ころからぐっと上がりますが、ちょうどそのくらいの年代の人たちの身分が変わって損失を被る、ということもあるのかもしれません。

次に、地域社会の問題としては、地域小児科センターが同じ市内であればいいのですが、いくつかの市町村で1つにする場合には、センターができて小児科がなくなる町は反発するでしょうね。それが公立病院だったれば、首長は命がけで手放さない。病院

を奪われたなんていったら、その首長にはもう次の選挙はないですから。そういう問題が起きるかもしれません。

しかし、医者が次々に辞めているので、実質的に集約化されてしまっているのが現状だと思います。ただ、それは、医者がいなくなった地域の小さな病院が消滅して、大規模な中核病院が残るという形ですから、マンパワーが増える豊かな集約化ではなく、マンパワーが増えない貧しい集約化になってしまいます。なおかつ、地域が広がって患者は増えるということですから、将来的には中核病院さえ危うくなる可能性がある。そういう集約化が進んでいます。

## 医療崩壊のかたち

—そうした事態は、患者にとってはどういうことになるのでしょうか。

**江原** 今の健康保険は、患者の3割負担になっています。しかし、それではどうしても病院経営が成り立たないとなれば、保険診療から脱退する動きが始まる可能性があると思います。おそらく最初は、東京とか大阪の都心部の民間医療機関でしょう。

すでに、200床以上の病院では、5,000円とか特別料金の初診料を取れる病院がいくつかあります。そういう、保険診療だけではなく保険外の診療との併用診療という形で保険診療離れが起きてくる。すると、ふつうの人はそういう病院に行けなくなりますね。そういう形で、患者の、いわゆる逆選別が起きてくると思います。

そうすると、そういう病院に行けない人は公立病院に行くのですが、公立病院ではあま

り質の高い医療サービスは提供できない。

—そういう形で医療の崩壊が始まるのですか。

**江原** 旧社会主義国の医療機関は、まさしくそうだと思います。中国では、もうからないからと言って、国立病院が田舎から都会に、病院ごと引っ越してきてしまう。イギリスでも、無料の公的な医療機関は、癌の手術が1年待ちなどとなっていて、結局、民間病院で手術を受けたなどが起きています。日本でも多分、健康保険制度自体はずっと続くと思うのですが、健康保険では最低限の医療しか受けられないで、富裕層は民間の医療機関に、という図式になるのではないかと思います。

結局、日本の医療というのは社会主義なんですね。病院や医師に価格決定権はないし、医療業務への参入障壁はすごく高い。ただでさえ、医療職というのは免許で守られているから、ほかの業者は入れません。

そう考えると、規制緩和では公設民営ということが言われましたが、民設国営みたいな医療です。今、日本には9,000前後の病院がありますが、公的病院は1,000強、残りの8,000弱の病院は民設ですが、実態は国営ですよ。

この国営医療を守るには、国民の負担を増やして人材を投下するしかありません。必要なのは、お金なのです。国民が安い医療費しか負担しないと言うのであれば、だんだん質の悪い医療に変貌していく。それを、経済とか行政のマジックで防ぐことができるでしょうか。私は無理だと思います。

## 自分探しから始まった

—最後の質問ですが、江原さんはなぜ、医師の

過重労働という問題に取り組み始めたのですか。

**江原** これは、私、要するに臨床の現場から離れたということです。くたびれ果てて、離れたわけです。

戦争で負傷して前線から送り返された兵士には、心理的に自責の念に苦しむ人がいますね。それは何かというと、仲間を捨てた、自分だけ第一線から逃げたという苦しみです。私の場合にも、臨床から離れてすぐという時期に、臨床の現場から逃げたという、似たような思いを自分で感じたのです。

そうすると、自分がなぜ現場に居られなくなったのか、ということ振り返りたくなったのです。そして、そう考える自分の背景を調べ始めたのです。要するに、最初は自分探しです。それが2002年～2003年のころでした。

調べていくと、それは日本の医療そのものに全部つながっていることがわかってきました。さらに、それを数字化して見ていったら、ああ、自分はこういうところでバテたんだというのがわかったわけです。

だから、自分がバテたというのは、自分だけの問題ではなくて、同じ医療の世界にいる多くの医者たちが抱えている問題であることがわかりました。それが始まりです。

—だから今、江原さんの主張に賛同する医者が増えている。

**江原** それは、私がオピニオンリーダーなのではなくて、私はみんなの1人だったということなのです。ただ、たまたま私は数字を使ってそれを説明した。そうしたら、私と同じような立場の人たちが、何かもやもやしていたのが、これでわかったということで、私を支持してくれたわけなのです。

(2010年3月29日、札幌市のJRタワー、T38にて。  
インタビュー：北村龍行)