

山形大学地域医療医師適正配置委員会規程

(趣旨)

第1条 山形大学医学部（以下「本学部」という。）に、本学部が地域と連携して地域における医療への医師の適正な配置を図り、もって医療の質の向上等地域医療に資するため、山形大学地域医療医師適正配置委員会（以下「委員会」という。）を置く。

(組織)

第2条 委員会は、次に掲げる委員をもって組織する。

- (1) 医学部長
 - (2) 医学部附属病院長
 - (3) 山形県健康福祉部の代表 1人
 - (4) 山形大学関連病院会の代表 1人
 - (5) 山形大学医学部教室員会の代表 1人
 - (6) 山形県民の代表 2人
 - (7) 基礎医学系の教授 1人
 - (8) 臨床医学系の教授 4人
 - (9) 医学系研究科生命環境医科学専攻の教授 1人
 - (10) 医学部長が指名する者 若干人
- 2 前項第6号の委員は、医学部長及び山形県健康福祉部の代表がそれぞれ1人を指名する。
- 3 第1項第7号から第9号までの委員は、医学部長が指名する。

(任期)

第3条 前条第1項第6号から第9号までの委員の任期は2年とし、再任を妨げない。ただし、補欠の委員の任期は、前任者の残任期間とする。

(審議事項)

第4条 委員会は、次に掲げる事項を審議する。

- (1) 地域医療機関（大学を除く。以下同じ。）との人事交流の在り方に関すること。
 - (2) 地域医療機関からの医師の人事についての要望への対応に関すること。
 - (3) 医師の地域医療機関への転出入に係る審査に関すること。
 - (4) 地域医療における医師の適正配置に関すること。
 - (5) その他地域医療の質の向上に係る方策に関すること。
- 2 前項第3号の審査は、転出入に係るすべての医師を対象とし、診療科からの転出入医師異動理由書（別紙様式）について、医師の異動に係る審査基準（別紙）に基づき行う。
- 3 委員会の審議事項は、教授会に報告するものとする。

(委員長)

第5条 委員会に委員長を置き、医学部長をもって充てる。

- 2 委員長は、委員会を招集し、その議長となる。
- 3 委員長に事故があるときは、委員長があらかじめ指名する者が、その職務を代行する。

(会議)

第6条 委員会の会議は、委員の2分の1以上の出席をもって成立する。

- 2 委員会の議事は、出席した委員の過半数をもって決し、可否同数のときは、議長の決するところによる。

(委員以外の出席)

第7条 委員会が必要と認めるときは、委員以外の者の出席を得て、意見を求めることができる。

(事務)

第8条 委員会の事務は、総務課において処理する。

(その他)

第9条 この規程に定めるもののほか、委員会の運営について必要な事項は、委員会において別に定めることができる。

附 則

- 1 この規程は、平成17年7月20日から施行する。
- 2 この規程の施行の日以後最初に第2条第1項第6号から第9号までに掲げる委員となる者の任期は、第3条本文の規定にかかわらず、平成19年3月31日までとする。

別紙様式

学部長	病院長	事務部長	総務課長	総務課課長補佐	広報企画係長	人事係長
委員会承認	年 月 日					
学部長承認				転入・転出先 機関の長		

転出入医師異動理由書

年 月 日

医学部長 殿

今回 病院で勤務している 氏を
病院での勤務に異動させたいので、下記の理由で
申請いたします。

記

理由（*該当する理由に○印を付けること。）

- 1 教育能力に著しく優れ、学生や研修医の教育に多大な貢献をされると考えられる。
- 2 研究をより容易に行うことができると考えられる。
- 3 より高度な先進的集学的医療を学ぶことができ、又はそれを必要としていると考えられる。
- 4 1 から 3 までの理由で現在勤務している病院において減員となった場合でも、その後の病院での臨床・教育・研究が長期的視点から山形県内の医療に大きく貢献すると考えられる。
- 5 医師本人が身体的精神的理由のため、勤務継続が困難である。
- 6 その他やむを得ない理由がある。

〔理由：

〕

注：医師の異動に際しては、次に掲げる条件を満たしていること。

- 1 医師本人が希望又は了承していること。
- 2 医局全体の賛同が得られていること。
- 3 診療科長が了承していること。

診療科名

医師（本人）

医局長

診療科長

科

印

印

印

医師の異動に係る審査基準

I 審査基準

- 1 教育能力に著しく優れ、学生や研修医の教育に多大な貢献をされると考えられるとき。
- 2 研究をより容易に行うことができると考えられるとき。
- 3 より高度な先進的集学的医療を学ぶことができ、又はそれを必要としてい
ると考えられるとき。
- 4 1 から 3 までの理由で現在勤務している病院
において減員となった場合でも、その後の病院での臨床・教育・研究が
長期的視点から山形県内の医療に大 きく貢献すると考えられるとき。
- 5 医師本人が身体的精神的理由のため、勤務継続が困難であるとき。
- 6 その他やむを得ない理由があるとき。

II 異動に関する条件

医師の異動に際しては、次に掲げる条件を満たさなければならない。

- 1 医師本人が希望又は了承していること。
- 2 医局全体の賛同が得られていること。
- 3 診療科長が了承していること。

山形大学地域医療医師適正配置委員会委員

委員 長	嘉 山 孝 正 (第1号委員)
委員 (病院長)	山 下 英 俊 (第2号委員)
委員 (健康福祉部)	高 橋 節 (第3号委員)
委員 (関連病院会)	新 澤 陽 英 (第4号委員)
委員 (教室員会)	木 村 青 史 (第5号委員)
委員 (県民代表)	相 馬 健 一 (第6号委員)
”	會 田 銳一郎 (第6号委員)
委員 (看護学系)	田 中 幸 子 (第7号委員)
委員 (臨床医学系)	久保田 功 (第8号委員)
”	早 坂 清 (第8号委員)
”	貞 弘 光 章 (第8号委員)
”	倉 智 博 久 (第8号委員)
員)	
委員 (医学系研究科)	深 尾 彰 (第9号委員)
委員 (医学部長指名)	鈴 木 匡 子 (第10号委員)

医師派遣に第三者評価

山形大医学部など 審議機関設置へ

県や県民代表加え

山形大医学部と関連病院などで構成し、人材養成と地域医療の向上を目指す山形大蔵王協議会（会長・嘉山孝正医学部長）は二十日、山形市の同学部で役員会を開き、県内医療施設への医師の適正配置を実現するために、第三者の視点を加えた審議機関を設置することを決めた。協議会によりますと、全国で初めての試みという。

一切の利害関係を排除

組織の名称は「山形大
地域医療医師適正配置委
員会」。地域医療機関へ
の医師派遣について、外
部から「不透明」との指
摘を受けることがないよ
う、一切の利害関係を排
除して、人材育成と地域医
療の向上につながる配
置であるかどうかを審
議する。

医学部長をトップに、
付属病院長や関連病院
会の代表、県健康福祉部

の担当など十五人程度
で構成する。県民代表二
人を含めるのが最大の
特徴で、医学部長と県が
それぞれ一人ずつ推薦
する。

従来、医師の配置は、
医局と地域の病院が直接
交渉するのが慣例だっ
た。同学部は昨年九月、
人事の透明性を高めるた
めに学部に委員会を置
き、審査基準を設けて医
師の異動の是非を検討す
る仕組みを導入してい
る。審議の結果、医局と
病院間で合意していた派
遣を見送った事例もある
という。

今回の適正配置委員会
の設置は、一連の取り組
みを強化した形。嘉山学
部長は「医学界の常識が、
一般では非常識という場
合がある。こうしたこと
をチェックしてもらった
めにも、県民代表の視点
が必要だ」と、第三者に

医師配置の公平性や合理
性を評価してもらう。意
義を強調する。

「大学側が一
方的に医師の人事を決め
ていると思われがちだ
ことによって、社会に対

する説明ができる」と、
特定の人物や組織、地域
配置であることを公にす
る手段として位置付けて
いる。

(平成17年7月21日：山形新聞)

「村山地域の産科医療を考える会」

日時 平成20年3月27日(木) 14:30～

場所 山形大学医学部 管理棟 2階第一会議室

次 第

1 開 会

2 協 議

(1) 県立河北病院における産科医療の現状について

(2) 北・西村山地域における産科医療の確保について

(3) その他

3 閉 会

「村山地域の産科医療を考える会」出席者名簿

所 属	役 職	氏 名	摘 要
山形大学医学部	医学部長	嘉山 孝正	
山形大学医学部附属病院	病院長	山下 英俊	
山形大学医学部女性医学分野	教 授	倉智 博久	
済生会山形済生病院	副院長	金杉 浩	
山形県立中央病院	院 長	小田 隆晴	
山形市立病院済生館	館 長	平川 秀紀	
東北中央病院	病院長	田中 靖久	
	産婦人科部長	金子 尚仁	
天童市立天童病院	院 長	松本 修	
北村山公立病院	院 長	木内 博之	
	副院長	大塚 茂	
山形県立河北病院	院 長	片桐 忠	
	事務局長	三澤 俊昭	
	部 長	小宮 雄一	
山形県健康福祉部	次 長	阿彦 忠之	
山形県病院事業局	病院事業管理者	野村 一芳	

《事務局》

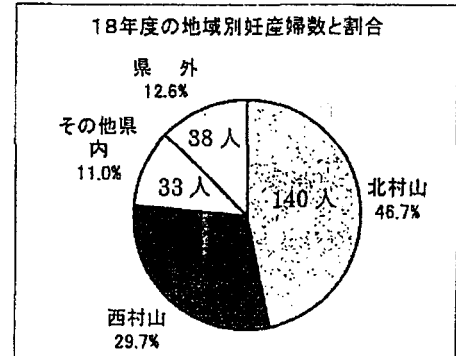
山形県健康福祉部健康福祉企画課 児 童 家 庭 課	課 長	仁科 義英	
	課長補佐	橋本 仁	
	子育て支援主幹	奥山 隆一	
山形県病院事業局県立病院課	課 長	松田 一彦	
	課長補佐	船田 孝夫	
	企画主査	倉金 誠	

山形県立河北病院の産婦人科の現状と地域における役割

1 地域別妊産婦数

河北病院の平成18年度の分娩件数は、地域住民や里帰り分娩などにより合計300件となっています。

住所別の妊産婦数では、北村山地域が46.7%、西村山地域が29.7%などとなっています。



2 西・北村山地域の分娩施設と河北病院の役割について

西・北村山地域の分娩施設は、当院を含めた5施設で、当院以外の施設では産科の医師は1名のみであるため、この地域の分娩に果たす当院の役割は大きいと言えます。

分娩施設名	河北病院	北村山公立病院	西川産婦人科 小児科医院	国井クリニック	菅クリニック
20年1月の 医師数	3名	1名	1名	1名	1名

3 河北病院産婦人科の医師数

年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度
人数	5人	5人	5人	4人	3人

4 分娩件数

(単位：件)

年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度
分娩件数	383	364	373	318	300

5 産婦人科の患者数

(単位：人)

年度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度
入院延患者数	12,819	13,017	12,115	10,269	8,247
外来延患者数	29,813	30,392	27,331	25,521	23,967

6 不妊治療実績

(単位：件)

年 度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度
体外受精	41	47	48	50	47
顕微鏡受精	6	9	11	14	12

7 産婦人科の手術件数

(単位：件)

年 度	14年度	15年度	16年度	17年度	18年度
手術件数	486	460	383	325	271

河北病院の平成18年度市町村別妊婦数および分娩件数等

(単位:件)

市町村	妊婦(分娩件)数 A	Aの内深夜分娩件数	Aの内休日分娩件数	Aの内帝王切開件数	備考
山形市	10	4	3	1	
天童市	14	3	3	4	
山辺町	1			1	
寒河江市	32	10	3	4	
河北町	47	12	7	13	
西川町	2				
朝日町	5		1	2	
大江町	3	3	3	1	
村山市	44	11	5	11	
東根市	57	15	7	10	
尾花沢市	30	6	7	8	
大石町	9	5	2	1	
新庄市	2	1		2	
金山町	1	1			
最上町	1		1		
酒田市	1	1			
米沢市	1				
南陽市	1	1			
飯豊町	1				
県外	*38	9	4	12	*38件には双子1件含む
計	300	82 27.3%	46 15.3%	70 23.3%	300件に占める割合

河北病院の月別分娩件数

(単位:件)

	18年度	19年度
4月	26	27
5月	20	17
6月	19	20
7月	21	30
8月	28	24
9月	30	25
10月	22	19
11月	34	11
12月	28	13
1月	22	26
2月	20	17
3月	30	
合計	300	(229)

* 北村山公立病院の18年度の分娩件数は73件

平成18年度の河北病院からの救急搬送件数

(単位:件)

	母体	新生児	計
県立中央病院	0	0	0
山大附属病院	0	2	2

第2回「村山地域の産科医療を考える会」

日時 平成20年4月4日（金）17:00～

場所 山形大学医学部 管理棟2階第一会議室

次 第

1 開 会

2 協 議

(1) 北・西村山地域における産科医療の確保について

(2) その他

3 閉 会

第2回「村山地域の産科医療を考える会」出席者名簿

所 属	役 職	氏 名	摘 要
山形大学医学部	医学部長	嘉山 孝正	
山形大学医学部附属病院	病院長	山下 英俊	
山形大学医学部女性医学分野	教 授	倉智 博久	
済生会山形済生病院	副院長	金杉 浩	
山形県立中央病院	院 長	小田 隆晴	
天童市民病院	院 長	松本 修	
北村山公立病院	(欠 席)		
山形県立河北病院	院 長	片桐 忠	
山形県病院事業局	病院事業管理者	野村 一芳	

- 日時 4月4日(金) 17:00～
- 場所 山形大学医学部管理棟2階第一会議室

平成17年(上段:黒)、18年(中段:青)、19年(下段:赤)

	分娩件数	総手術件数	産婦人科 医師数	備考
[北村山地区]	北村山公立	111	33	1
		72	31	
	H.20/1~2	78 14	26 3	
	河北	345	345	3
		309	232	
	H.20/1~2	259 43	187 35	
	天童	39	20	1
		45	28	
	H.20/1~2	43 7	16 5	

	分娩件数	総手術件数	産婦人科 医師数	備考
[最上地区]	新庄	227	130	2
		282	139	
		482	151	
[村山地区]	山形済生	966	502	6
		891	437	
		872	375	
	県中	507	271	4
		522	268	
		537	314	
	済生館	361	182	3
		389	201	
		387	207	
	東北中央	141	69	2
		117	72	
		91	86	
[庄内地区]	日本海	452	186	3
	407	188		
	372	201		
[置賜地区]	置賜	475	147	4
		553	175	
		502	199	
	米沢	561	305	3
		636	303	
		553	286	
	小国	58	20	1
		62	16	
		50	14	

この3回の議論で、県中の周産母子センター設置には無理があり、
当面 山形大、済生病院、県立中央の3施設で、それぞれの分野*で
周産期3次医療を担っていこうという結論であった。

※ 例えば、山形大学ではNICU（NICU＝新生児ICU）は無いが、母胎合併症あるいは重症な母胎の状況に対応する。済生病院には現在NICUは最も多い

ところが、その後県の方では全く山形県周産期・小児医療懇談会での議論のないまま厚生労働省からの強い求めがあったので、県の周産母子センターを県立中央病院に設置するという方向性を打ち出し、設備を増設している。しかしこの場合最大のネックは産科医師数が全く不足するという点である。

平成20年7月25日

医療確保のための提案

委員 土屋 了介

1. 医学生定員の50%増
2. コメディカル実働数の2倍増
3. 専門医トレーニング(後期研修制度)の適正化

舛添厚生労働大臣の要請により、福田総理大臣は医師数削減の閣議決定を6月17日に撤廃しました。ただし引き続き、1. 医学生定員の50%増、2. コメディカル実働数の2倍増を一日も早く実現しなければ、深刻化する医療崩壊をくい止めることはできないでしょう。3. 専門医トレーニング(後期研修制度)の適正化の内容については、専門家集団である医師が自ら取り組むことですが、政府としてのご理解ご支援が必要です。

以下、1～3の各提案についてご説明させていただきます。

1. 医学生定員の50%増

現在、病院医師は週平均70.6時間の勤務を余儀なくされています【図6】。週平均130時間という報告もあります。これはひとえに、近年ますます増加している患者ニーズに応えるためです。国民のニーズは今後も高齢化とともに増え続け、さらに価値観とともに多様化していくため、それに応える医療側の負担は増加するばかりです。

一方、現状では、急性期の病棟を支える若手～中堅世代の医師数が増える見込みはありません。既に44歳以下の医師数は定常状態に達し、増加しているとは言えません【図4】。厚生労働省は「医師数は増えている」と主張しますが、現在増えているのは、昭和40年代に一県一医大新設により医学部定員を増員したときの医師たちで、今後リタイアしていく世代です【図3】。つまり近々、医師数は定常状態となり、増えなくなります。現状でさえ日本にはOECD平均の3分の2の医師数しかありません【図1】が、今後も医師数が増えることはないのです。すでに産婦人科、小児科、内科、外科等では病院医師数の減少が続いています【図2】。

6月に決定された「骨太の方針2008」では、舛添要一厚生労働大臣の働きかけにより、これまでの厚生労働省の「医師偏在」という方針を大転換して「医師不足」を明確に記載し、医師養成数を増加する方針となりました。このことは、高く評価します。しかし他方、大田弘子大臣をはじめとする経済財政諮問会議などにおける議論では、依然として、医学生定員は過去最大8,360人までという考えが根強いようです。ところが現在の7,898人から8,360人まで増やす程度では、わずか5.8%の増員でしかありません。それでは週平均70時間勤務を達成できるのは23年後、60時間勤務なら45年後になります【図7】。これはすなわち、国民のニーズが増加の一途を辿るとみられる22年間【図5】、必要かつ十分な医療を提供することは

不可能であり、医療崩壊がますます深刻化することを意味します。

わずか5.8%の増加ではなく、抜本的な医師養成数の増加が不可欠です。現在、週平均70～80時間の勤務を強いられているのですから、たとえば労働基準法の週平均40時間にするためには、医師数を2倍にしてもよいはず【図7】。しかし現実的に、質の高い医学教育が可能な範囲を考慮して、今後10年間は医学生定員を50%増員することを提案します。つまり毎年400人ずつ、教育体制も構築しながらゆっくり10年かけて、4000人増やすのです。この場合、6年後から医師の勤務時間は減り始め、13年後には70時間を達成、24年後に60時間を達成できます。将来の人口減少も考慮し、患者需要がピークとなる2030年を目処に、医学生定員を減らすことにも留意する必要があるでしょう。

2. コメディカル実働数の2倍増

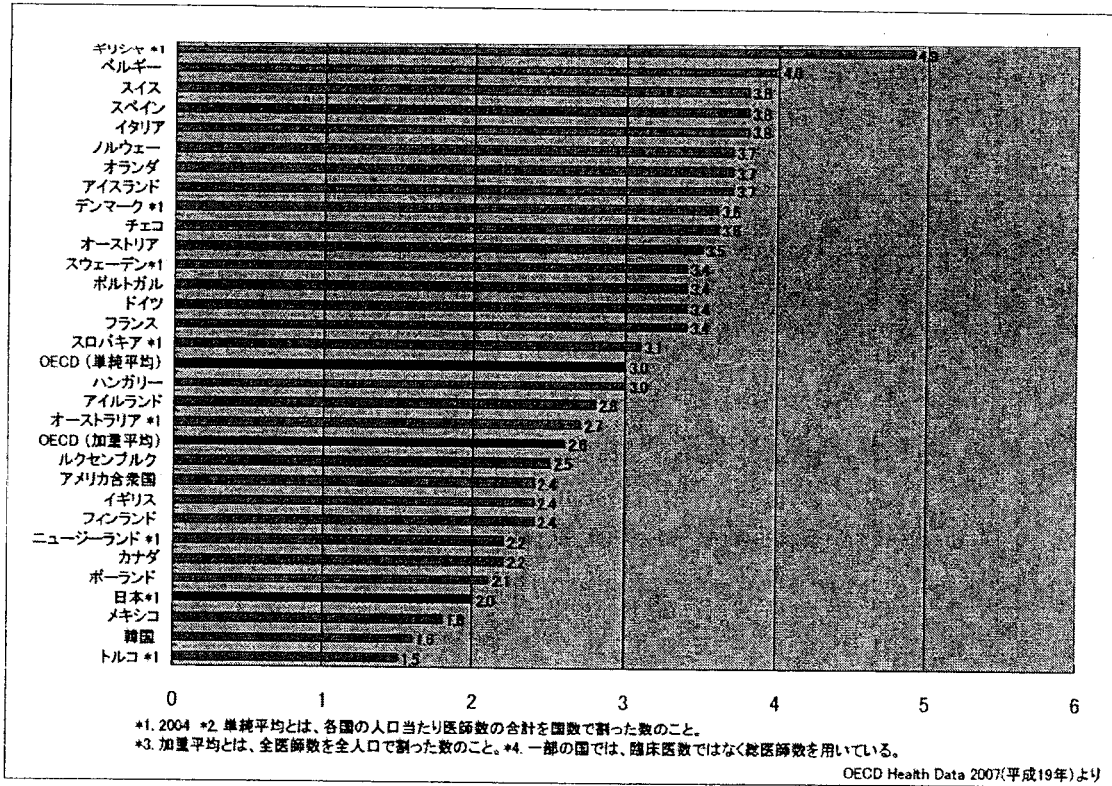
また、多様な国民のニーズに応えるためには、看護師・薬剤師等、多数のコメディカルの存在が不可欠【図9】。しかし、我が国の病床当たりコメディカル数は欧米の約4分の1という人手不足の状況にある【図8】ことが、医療崩壊に拍車をかけています。看護師・薬剤師の数が少ないと患者の死亡率が上がることは、国際的に示されています。コメディカルの養成数は十分であるため、雇用数を4倍にしてもよいはず【図8】。しかし、我が国の人口当たり急性期病床数は欧米の約2倍であることを考慮し、現実的には2倍の増員を、中規模以上の病院において実現することを提案します。

3. 専門医トレーニング(後期研修制度)の適正化

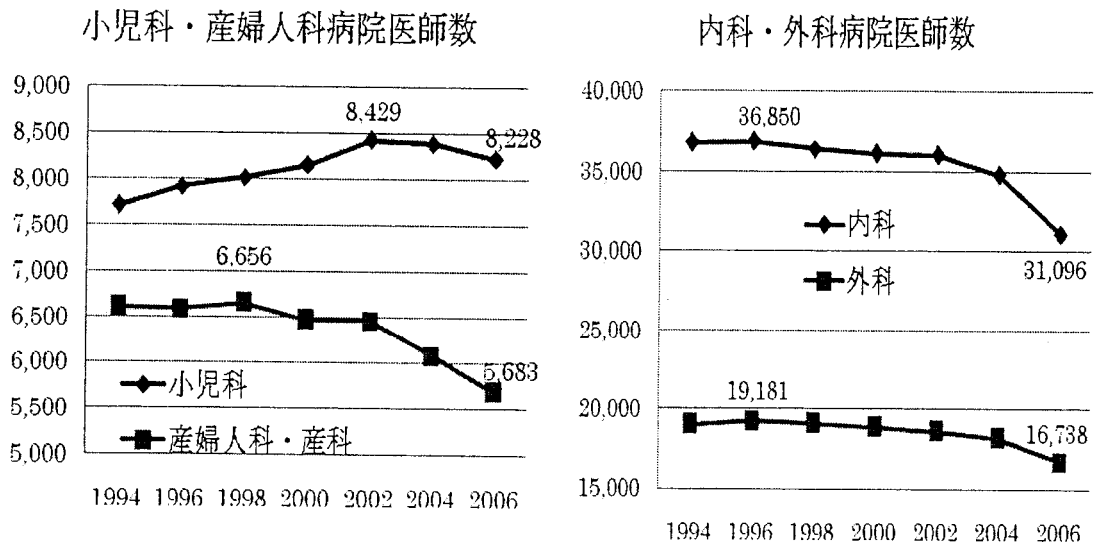
さらに、医療の質を高めるためには、専門医および総合医のトレーニング内容を医師集団自らが改善していくことが必要【図10】。我が国ではこれまで専門医教育が重視され、患者を総合的にみる総合医の養成が疎かにされてきました。しかしながら、国民は専門医以上に総合医を必要としています。今後、医療界は患者ニーズに合った医師を養成していくことが必要【図10】。その際には、専門医トレーニング(後期研修制度)の内容も明確にしてゆかねばならないでしょう。つまり十分な教育ができる環境とは何か、腕を磨き維持できる症例数やそれを可能にするコメディカル数といったことを、それぞれの領域の医師たちが十分に議論し、検討するのです。この際に、医師の地域的偏在についても考慮する必要があります【図11】。このような議論を通じ、医療界に専門医の質の向上・維持に関するコンセンサスができあがり、十分なトレーニングを積んでいないのに専門医と名乗る人々はいなくなるでしょう。結果として、適正な人数の専門医を教育することになります。

<参考資料>

【図1】人口当たり医師数(OECD諸国)

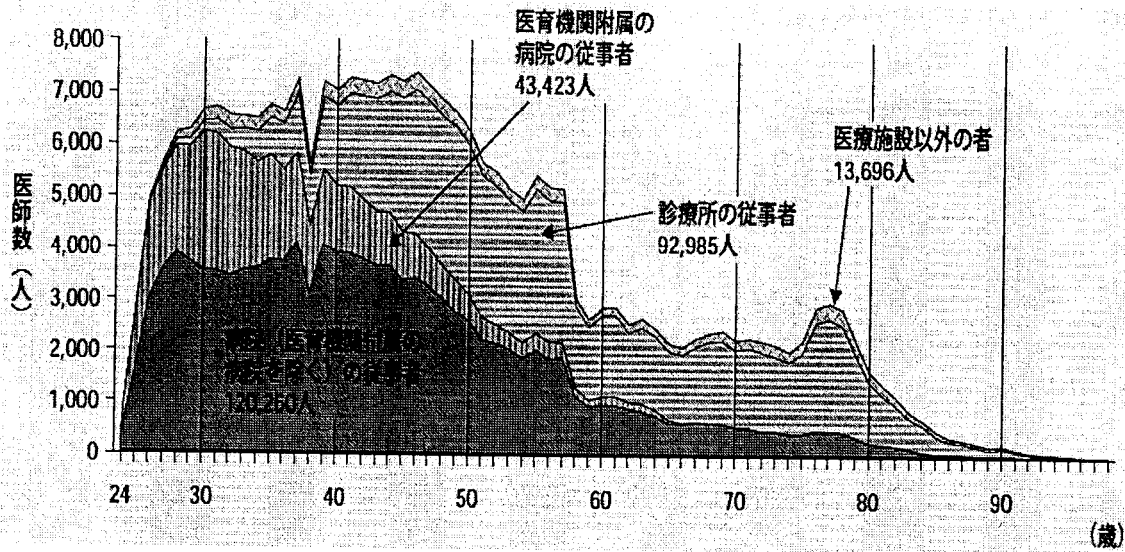


【図2】減少が続く病院医師数



医師・歯科医師・薬剤師調査

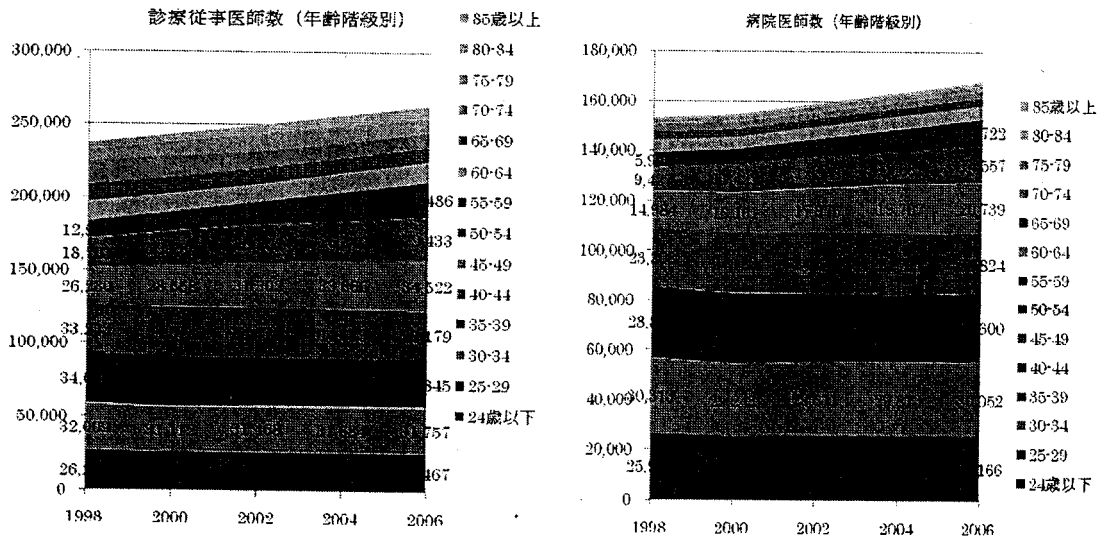
【図3】年齢別医師数



資料：厚生労働省大臣官房統計情報部「医師・歯科医師・薬剤師調査」(2004年)

平成 19 年厚生労働白書

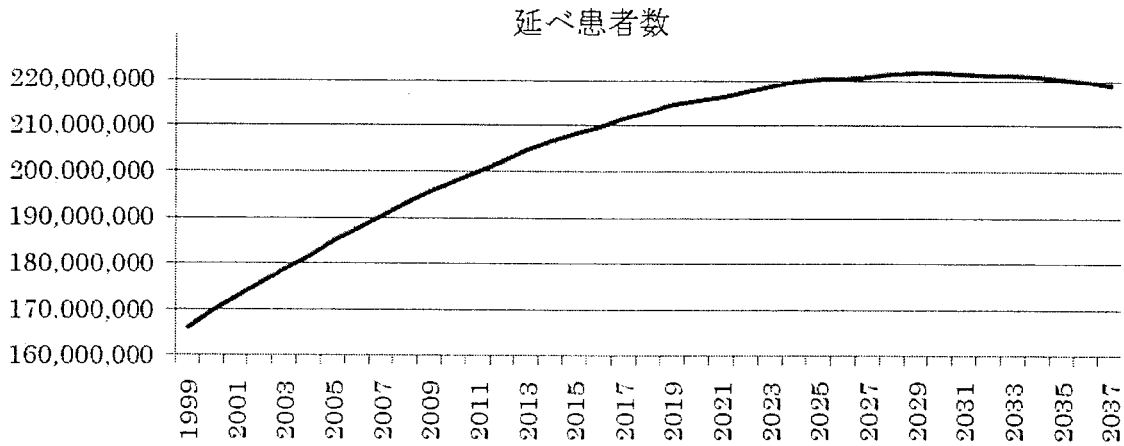
【図4】もう増えない44歳以下の医師数



医師・歯科医師・薬剤師調査

【図5】増加する国民のニーズ

高齢化とともに、国民のニーズは2030年まで増加を続けるが、その後、減少に転じると推計される。延べ患者数には、診療実日数(入院では当月中の入院日数、入院外では当月中の外来、往診等で医師の診療を受けた日数)を用いた。

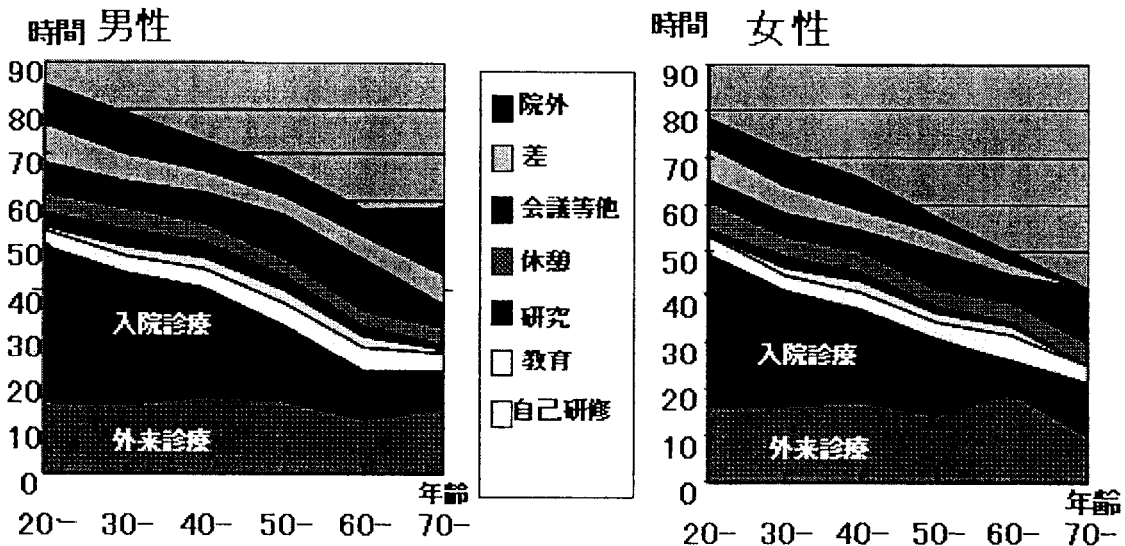


社会医療診療行為別調査、将来推計人口

【図6】日本の過剰な医師勤務時間

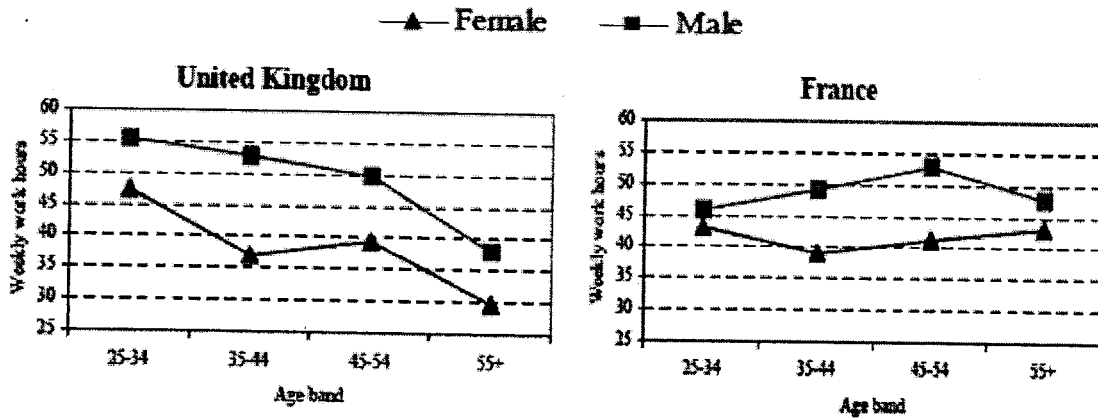
<日本 40~85時間程度>

病院医師勤務時間
1週間平均、年齢別、性別、常勤



厚生労働省第12回医師の需給に関する検討会

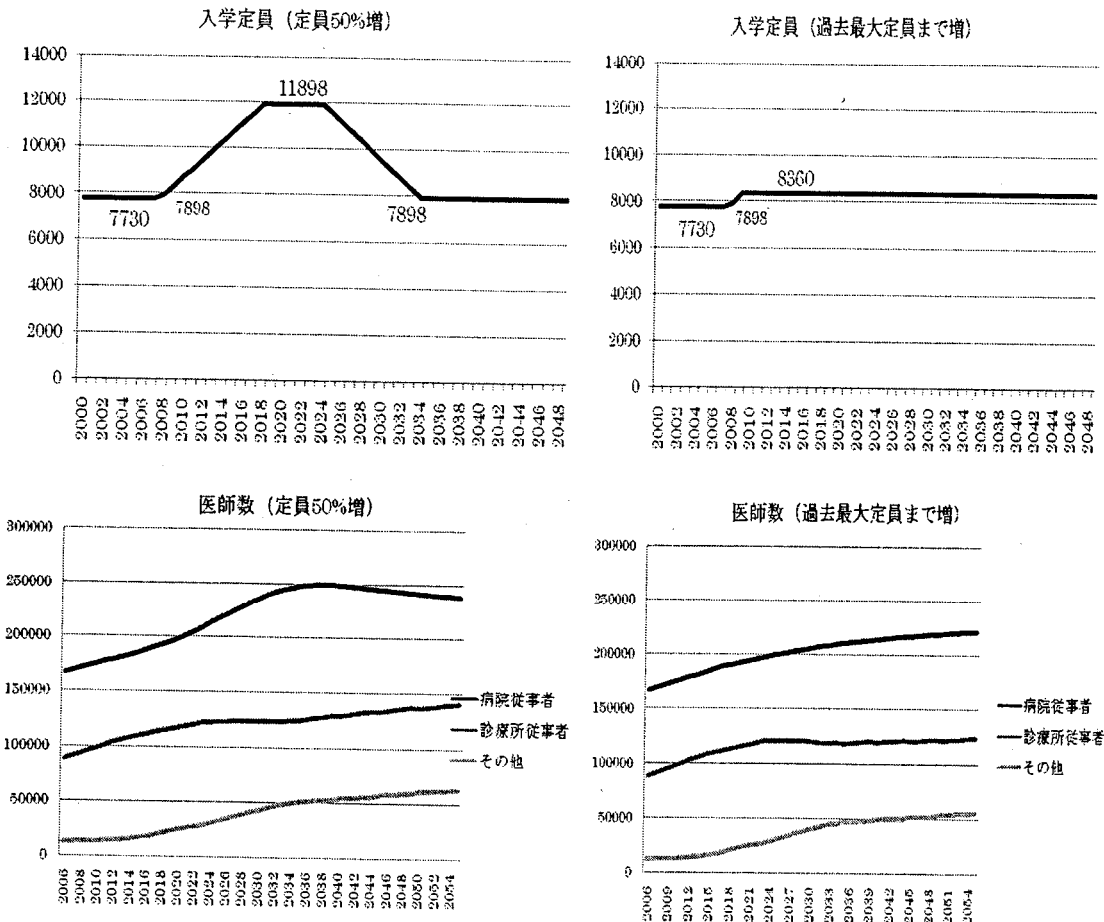
<ヨーロッパ 30~55時間程度>

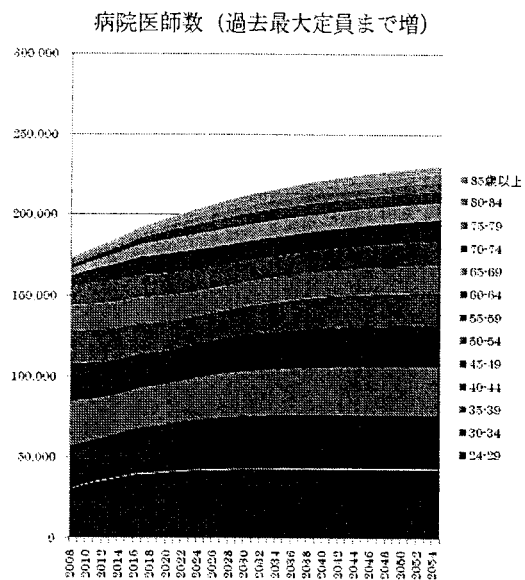
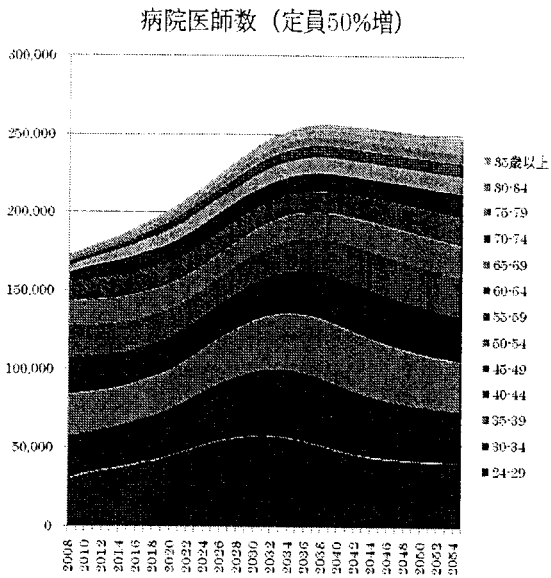
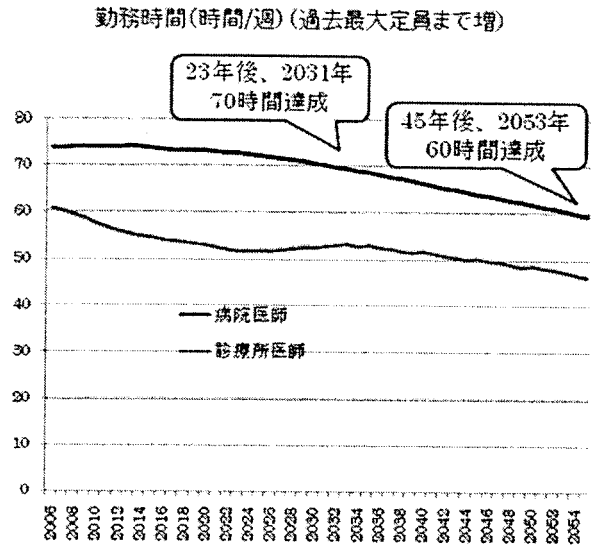
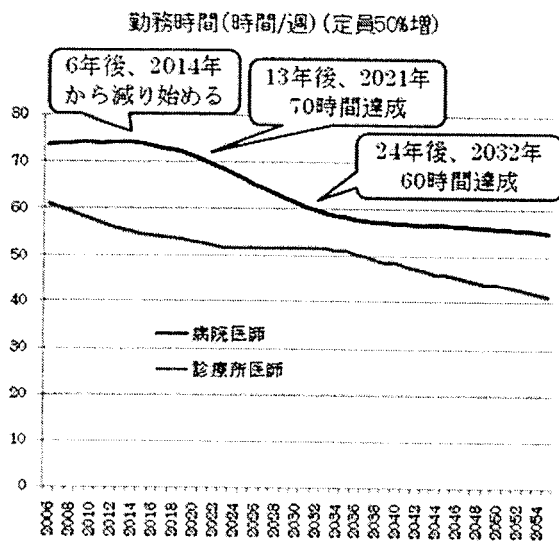


OECD Health Working Papers
The Supply of Physician Services In OECD Countries

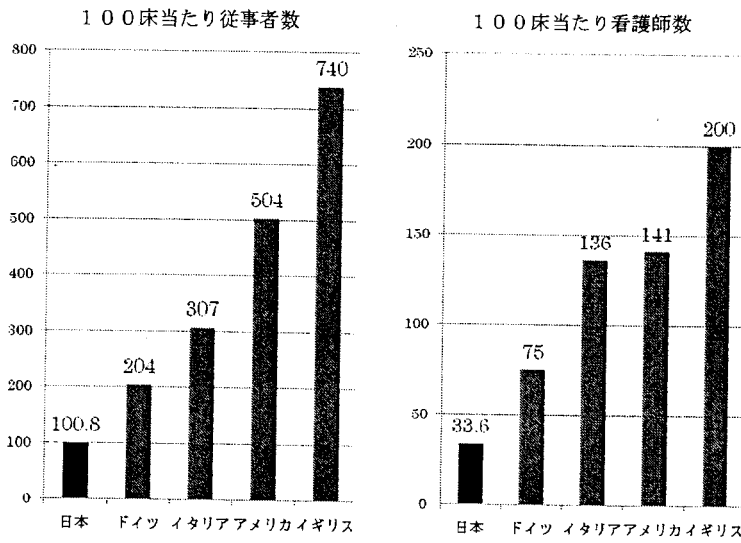
【図7】医師養成数を増員した場合の将来推計

医師養成定員を50%増員した場合(左)と、過去最大定員の8,360人まで増員した場合(右)の推計グラフを示す。





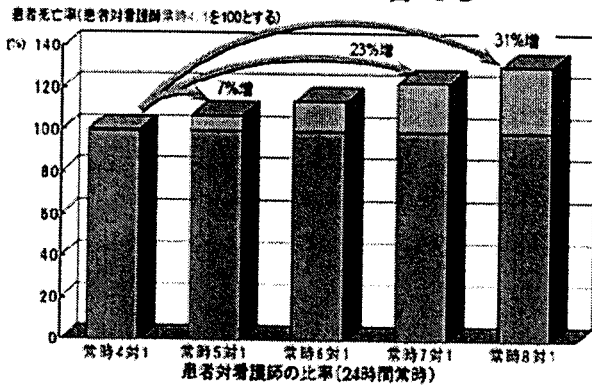
【図 8】日本の病院コメディカルは欧米平均の4分の1



OECD Health Data 2007、病院報告(厚生労働省)

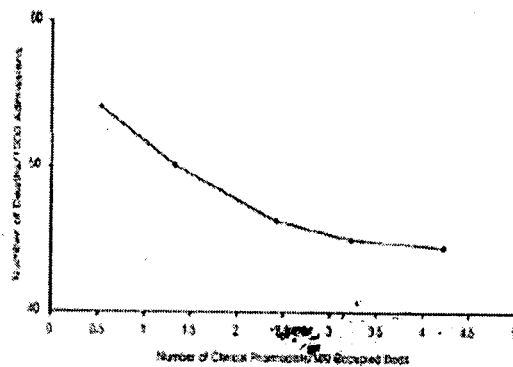
【図 9】患者の安全性のために必要なコメディカル増員

受け持ち患者が1人増えると
死亡率が7%増える



日本看護協会「看護職員の人員配置について」2005/11/15

薬剤師数増加による患者死亡率低下



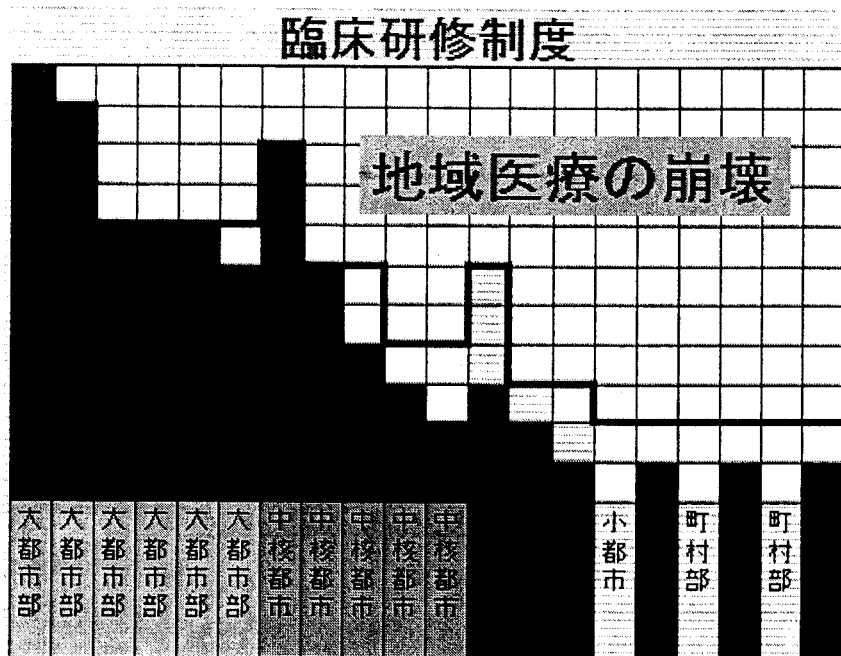
Relationship between clinical pharmacist staffing levels and deaths/1000 admissions.

Bond CA, et al. Pharmacotherapy 2007;27(4):481-493

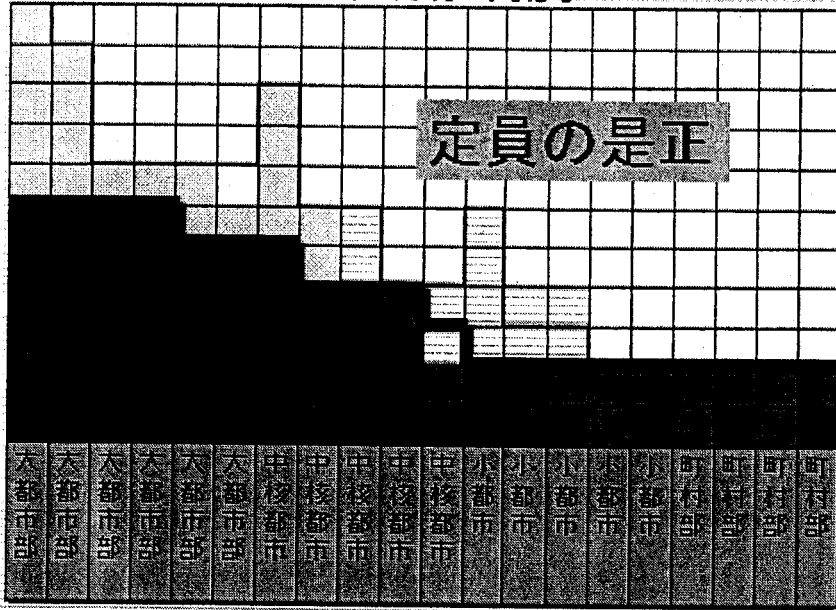
【図10】新医師養成プログラム

定員	100	100	100	50	100	3,000	50	30	100	20	100	100	20	300	50	10	100					
8						家庭医																
7	循環器	呼吸器	消化器	糖尿病	腫瘍内科		心臓血管	呼吸器	上部消化管	肝胆膵	大腸	乳腺			診断	治療	核医学					
6													脳神経					病理				
5	内科ローテーション						外科ローテーション						放射線ローテーション									
4																						
3																						
2	臨床研修																					
1																						

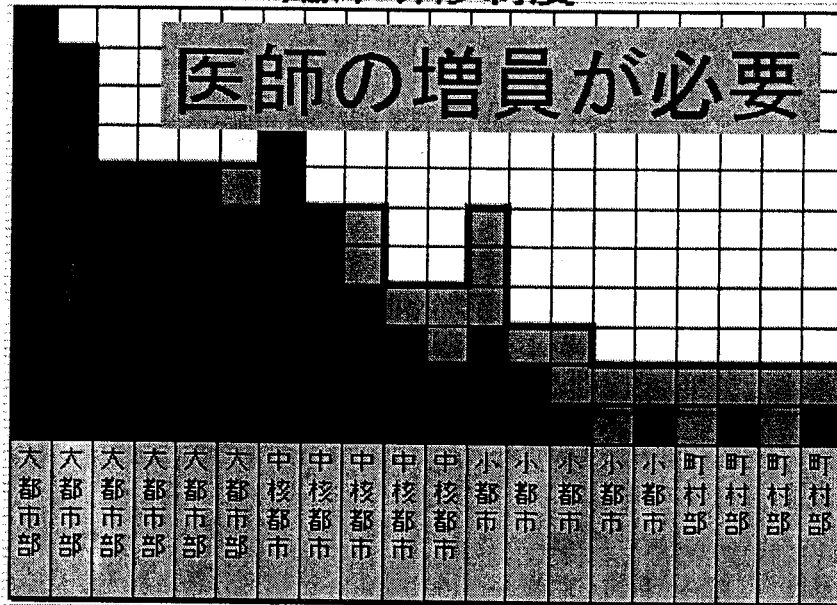
【図11】



臨床研修制度



臨床研修制度



第二回安心と希望の医療改革ビジョン具体化に関する検討会資料

我が国の専門医制度に関する提言

－わが国の専門医制度の基本的枠組みについて－

地域医療振興協会 顧問

(社団法人日本専門医制評価認定機構 監事)

吉村博邦

平成 20 年 7 月 30 日

わが国の専門医制度の基本的枠組み（案）について

1. 専門医の現状

専認機構加盟学会	69 学会
専門医	65 専門医、4 認定医
広告可能	45 専門医

平成 14 年 専門医の広告開示に関する告示（厚労省第 158 号）

外形基準を満たす学会の認定した専門医が広告可能

① 法人格を有する、② 会員 1,000 人以上、③ 8 割が医師。

④ 5 年以上の研修プログラム、⑤ 試験制度、⑥ 更新制度を有する、等々。

→ 専門医の質は問うていない。新たな専門医が続々誕生。

2. 問題点

(1) 学会が独自に認定 → 制度が不統一、必ずしも質が担保されていない。

→ 権限のある専門医の評価認定の組織である必要がある。

→ 質とともに、量のコントロール（領域別の専門医数など）行う必要がある。

(2) 専門医のイメージが多様。

① 標準的な医療（Standard あるいは Acceptable な医療）を担うことの出来る医師
それぞれの診療科のジェネラリストのイメージ。

→ 基本専門医資格（仮称）

② 特定の技術・技能等に特化した専門医（狭い領域の名医、熟達医としての専門医）
バイパス手術の名医、カテーテル治療のスペシャリストなど。

→ 上記の ①、②に大別し、制度の充実を図る。

(3) 専門医取得のインセンティブがない。

→ 専門医取得者にドクターフィーを付加するなど、何らかのインセンティブが必要。

3. 専門医の基本的事項（案）

（1）専門医の意義。

- ① 医師が自ら修得した知識、技術、態度の認定を受けて、自からそのレベルを社会に開示できる。
- ② 患者は、診療を受けるにあたって、医師の専門性の判断が出来る。
- ③ 専門医制度の修練プログラムの充実により、我が国の医師全体の医療レベルを高める。
- ④ 医師の役割分担を含め、将来の医療制度の在り方に役立てる。

（2）専門医の認定について。

- ① 専門医の認定は、医学領域の学術団体（専門学会等）が行う。
- ② 専門医評価認定機構は、制度の評価・認定を行う。
- ③ 第三者的組織による endorsement（保証）が必要である。

4. 基本専門医資格 (General Certificate) (案)

1. 全ての医師がいずれかの専門領域を選択して取得することが望ましい基本的な診療領域の研修修了資格 (各診療科のジェネラリスト)
2. 広く国民に対して診療の窓口となる基本的な診療を担うべき医師の専門医資格。
3. 基本専門医資格制度の充実により、わが国の全ての医師の基本的医療水準の向上と、医療の質を担保する仕組みを構築する。

基本専門医資格に区分される領域の例 (私案)

1. 機構の基本領域の学会専門医

内科 (認定内科医)、小児科、皮膚科、精神科、外科、整形外科、産婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、泌尿器科、脳神経外科、放射線科、麻酔科、病理、臨床検査、救急科、形成外科学会、リハビリテーション科、

2. 今後、基本専門医資格に入れるべきかを検討すべき領域の専門医

内科系の細分化領域の専門医

総合内科、消化器病、循環器、呼吸器、血液、内分泌代謝科、糖尿病、腎臓、肝臓、老年病、神経内科、(総合診療科)

外科系の細分化領域の専門医

消化器外科、呼吸器外科、心臓血管外科、小児外科

その他の領域の専門医

リウマチ、アレルギー、感染症、産業衛生

今後、引き続き検討すべき、(仮称) 特定の技術・技能等に特化した専門医

小児神経科専門医

心身内科専門医

消化器内視鏡専門医

大腸肛門病学会専門医

気管食道科専門医

周産期（新生児）専門医

周産期（母体・胎児）専門医・生殖医療専門医（指導医）

臨床遺伝専門医

超音波専門医

核医学専門医

集中治療専門医

輸血細胞治療学会認定医

漢方専門医

温泉療法専門医

臨床薬理学会認定医

病態栄養専門医

透析専門医

がん薬物療法専門医

総合病院精神医学会専門医

アフレスミス学会認定専門医

ペインクリニック専門医、

脳卒中学会専門医

細胞診専門医

放射線腫瘍学会認定医

頭痛専門医

日本てんかん学会認定医（臨床専門医）

インターベンショナルラジオロジー専門医

脳血管内治療専門医

肝胆膵外科専門医

血管外科専門医

(下線は認定医)

参考 1. 米国における専門医制度について

米国の Physician Specialty (専門医) については、American Board of Medical Specialties (ABMS) により制度が運用されており、24 の基本領域について、レジデンシープログラムがあり、厳しいトレーニングに基づいて General Certificate の専門医が認定され、さらにその後、Fellowship training 等を経て、Subspecialty Certificate の専門医 (例えば、内科は 18 の subspecialty 専門医、その他、合計約 130 の subspecialty 専門医がある) が認定されている。

General Certificate には、総合内科、一般外科、家庭医が含まれている。

米国では、少なくともいずれかの General Certificate を取得しないと、一人前の Physician (臨床医) としては認められない (Doctor Fee は得られない)。即ち、取得しなければ Resident として病院などに雇われる研修中の医師、あるいは専門医の下働きの医師にとどまる。

また、専門医養成の費用は、米国の老人医療保険であるメディケアから、レジデント 1 人当たり年間 約 1,000 万円 (給与、受け入れ病院の費用含む) が支出されている。(米国の医学部卒業生は年間約 2 万人であり、少なくとも 3 年間のレジデント約 6 万人に対して、計 6 千億円以上が支出されていると思われる)。

→ わが国の専門医による医療提供体制の構築にあたり、まずは、米国の General Certificate に相当する、基本的な診療科の専門医 (基本専門医資格(案)) の制度を充実する必要がある。

わが国の医療の根幹をなすのが基本専門医資格 (案) を有する医師である。

→ 基本専門医資格 (案) を取得後に、さらなるトレーニングを積んで、より細分化あるいは特殊領域等の専門医資格を取得する制度を構築する。

参考 2.

米国 (American Board of Medical Specialties) における Physician Specialties

General Certificate (24 領域)

Allergy and Immunology
Anesthesiology
Colon and rectal Surgery
Dermatology
Emergency Medicine
Family Medicine
Internal Medicine
Medical Genetics
Neurological Surgery
Nuclear Medicine
Obstetrics and Gynecology
Ophthalmology
Orthopaedic Surgery
Otolaryngology
Pathology
Pediatrics
Physical Medicine and Rehabilitation
Plastic Surgery
Preventive Medicine
Psychiatry and Neurology
Radiology
Surgery
Thoracic Surgery
Urology

内科における Subspecialty Certificate (18 領域)

Adolescence Medicine
Cardiovascular Disease
Clinical Cardiac Electrophysiology
Critical Care Medicine

Endocrinology, Diabetes & Metabolism
Gastroenterology
Geriatric Medicine
Hematology
Hospice and Palliative Medicine
Infectious Disease
Interventional Cardiology
Medical Oncology
Nephrology
Pulmonary Disease
Rheumatology
Sleep Medicine
Sports Medicine
Transplant Hepatology

この他、多くの subspecialty の専門医があり、約 130 といわれている。

参考 3.

医師養成のグランド・デザイン (例)

1. 学部教育 (6年)

教養教育

基礎医学

臨床医学

→ 共用試験 (CBT, OSCE)

臨床実習

(クリニカル・クラークシップ)

→ 卒業試験

→ 医師国家試験

2. 初期臨床研修 (2年)

1年目：内科 (6か月)、外科 (3か月)、麻酔科・救急 (3か月)

2年目：小児科、産科、精神科、地域保健医療 (各1か月以上)、選択科

3. 基本専門医資格 (仮称) 取得のための修練 (5年以上、初期臨床研修を含めてよい)

全ての医師はいずれかの基本専門医資格 (案) を取得すべきと考えられる。

プログラムに則った基本診療科の専門医研修

→ 基本専門医資格試験

なお、内科系の臓器別専門医資格は、内科認定医を取得後に取得する。

外科系の臓器別専門医資格は、外科専門医を取得後に取得する。

基本専門医資格に、総合内科専門医 (仮称)、一般外科専門医 (仮称)、家庭医 (仮称) などを設けることが望ましいものとする。

→ 医師養成の到達目標の第一ステップを基本専門医資格取得に置く必要がある。

→ 専門医資格を取得した場合に、ドクターフィーを付ける。

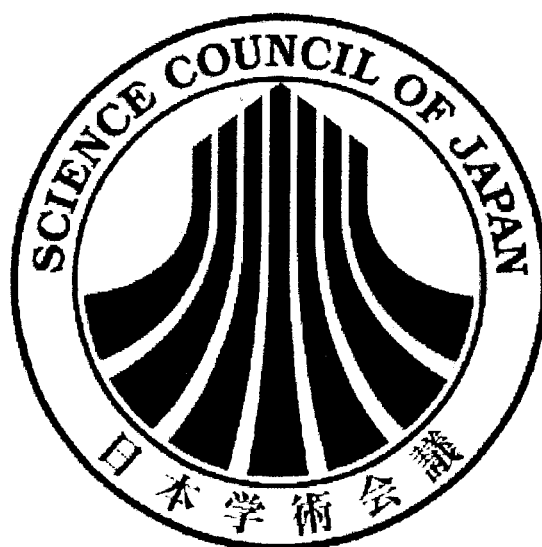
4. 細分科・特殊領域専門医資格 (仮称) 取得のための修練 (2~5年)

基本診療科の専門医を取得後に、修練を重ねて取得する、より細分科あるいは特殊領域の専門医資格。

→ Subspecialty 専門医試験

要 望

信頼に支えられた医療の実現
— 医療を崩壊させないために —



平成 20 年(2008 年)6 月 26 日

日 本 学 術 会 議

この要望は、日本学術会議医療のイノベーション検討委員会が中心となり審議を行ったものである。

日本学術会議医療のイノベーション検討委員会

- 委員長 桐野 高明 (第二部会員)
国立国際医療センター・総長
- 副委員長 田中 滋 (特任連携会員)
慶應義塾大学大学院経営管理研究科・教授
- 幹事 中田 力 (連携会員)
新潟大学脳研究所統合脳機能研究センター・センター長
- 幹事 和田 仁孝 (連携会員)
早稲田大学大学院法科学研究科・教授
- 神野 直彦 (連携会員)
東京大学大学院経済学研究科・教授
- 二木 立 (連携会員)
日本福祉大学・教授
- 平林 勝政 (特任連携会員)
國學院大學法科大学院・教授
- 北島 政樹 (第二部会員)
国際医療福祉大学・副学長
- 北村 惣一郎(第二部会員)
国立循環器病センター・名誉総長
- 猿田 享男 (第二部会員)
慶應義塾大学・名誉教授
- 永井 良三 (第二部会員)
東京大学大学院医学研究科・教授
- 本田 孔士 (第二部会員)
大阪赤十字病院・院長
- 南 裕子 (第二部会員)
近大姫路大学・学長
- 山本 修三 (連携会員)
社団法人日本病院会・会長
- 佐久間 一郎(連携会員)
東京大学大学院工学系研究科・教授
- 山口 隆美 (連携会員)
東北大学大学院工学研究科・教授

要 旨

1 作成の背景

わが国の医療は、何時でも何処でも誰でも医療を受けられる国民皆保険制度の下で、世界に誇るべき実績を示した面があったが、その医療の基盤は極めて脆弱なものであった。

近年、医療の質の重視、患者の権利擁護、情報の公開などが強く社会から要請されるようになってきている。これらは現代の先進国の医療において一般的に実現されていることであり、わが国においてもそうした医療の提供を求める声が高まるのは当然であると言えよう。

しかし、わが国においては、先進国型医療を提供するための体制整備が大きく遅れているばかりでなく、長年にわたって総医療費の抑制政策が続けられてきた。しかも、21世紀に入って医療費抑制が著しく強化されたため、医療体制の整備が進むどころか、むしろ産科、小児科などの医師不足、救急医療の疲弊など、深刻な危機が進行し、国民の不安をまねいている。そのような中で平成16年度から開始された初期臨床研修制度は、医師の初期臨床研修を充実するという当初の目標は達成しつつあるものの、その一方で、医療の現場で長年進行していた基盤の脆弱化の所産を一挙に顕在化させる引き金を引くことにもなってしまった。

このまま放置すれば、医療が修復困難なほどに崩壊していく可能性がある。それを食い止めるためにわが国の医療全体の革新的変革、医療のイノベーションを図り、持続可能な医療に再生する方策を検討することを目的として、日本学術会議に医療のイノベーション検討委員会が設置された。

2 現状及び問題点

- 平成16年に始まった医師の初期臨床研修制度は、結果として病院医療の現場に混乱を招ききっかけとなった。しかし、その根本の原因は、わが国の医療が極めて脆弱な基盤の上に立っていたことにある。
- 病院医療の現場では医師のマンパワー不足が深刻である。病院医療には、わが国の医療の脆弱性が集中的に現れており、すでに限界に達している。
- 日本の医療の長所であるアクセスの良さは、一方で拡大解釈される傾向にあり、病院医療の質の維持に問題が生じている。
- 英国の経験に見るとおり、総医療費の過度の抑制は、医療の崩壊につながる。一国の医療をどのようなものとするかは最終的には国民の選択によるが、わが国の医療費抑制政策は既に限界に達していると言わざるを得ない。
- 医療を持続可能なものとするためには、医療への現実的な理解の下に、医療提供システムを社会全体の有限な共通資本として賢明に利用することが必要であ

り、国民の理解と支援が欠かせない。

- 医療が信頼に支えられたものになることが極めて重要である。医療に対する信頼を保証する最も基本的な基盤として、専門医制度を根本的に見直し、確立しなければならない。

3 要望の内容

日本学術会議は、医療に関係する諸団体の個別の立場を超えた学術的で中立的な見地から、医療崩壊という絶対に避けるべき緊急事態を回避するために、政府に対して、省庁の枠を超えた強力な「医療改革委員会」(仮称)を設置し、下記の三項目を審議することを強く要望する。

(1) 医療費抑制政策の転換

わが国の医療の崩壊を食い止めるため、従来の厳しい医療費抑制政策を速やかに見直し、他の先進諸国と同様な水準の資源投入を行うようにすること。

(2) 病院医療の抜本的な改革

特に危機的状況にある病院医療について、実働医師の不足対策を中心とした抜本的な改革の検討を速やかに開始し、3年以内に実施すること。

(3) 専門医制度認証委員会の設置

専門医制度を根本的に見直し、新しい制度を確立するために、「専門医制度認証委員会」(仮称)の設置を速やかに実現し、10年以内に新しい専門医制度の体制整備を完了すること。

進みつつある危機から医療を守るためには、長期的視野に立った医療のイノベーションが必要である。ただし、同時に、医療を崩壊させないための取り組みを急がなければならない。とりわけ、最も危機が深刻になっている病院医療を持続可能にするための環境整備が喫緊の課題である。

医療は本来、医療を提供する側とそれを受ける側との信頼関係から出発するものであり、あらゆる改革の成功は信頼の構築にかかっている。医療の信頼を保証できる制度を確立することが、医療全体のイノベーションを推し進める根幹となるのである。

以上の考えの下に、医療のイノベーション検討委員会は、国民に信頼される持続可能な医療を実現するため、上記の事項を速やかに実施することが必要であると結論に至り、ここに要望するものである。

目 次

1	はじめに	1
2	委員会設置の背景と審議の経過	2
3	今、医療に起きていること	
	（1）引き金となった初期臨床研修制度	3
	（2）病院医療におけるマンパワーの危機	3
	（3）わが国の医療の成果とその限界	5
4	医療はどうあるべきかー正しい国民的選択を行うために	
	（1）わが国の医療制度の沿革	6
	（2）医療提供体制の問題点ー医療のアクセスと医療の質	6
	（3）医療費負担と経済の活力	8
	（4）他の国の事例の教訓	9
	（5）医療への健全な理解	12
5	医療の仕組みをどう変えるのか	
	（1）実働医師の確保	14
	（2）医師の連携体制の推進	15
	（3）チーム医療の促進	15
	（4）医療の質を保証できる体制	16
6	信頼に支えられた医療の実現のために、何が必要なのか	
	（1）国民として考えること	18
	（2）政府・行政として考えること	19
	（3）医療者として考えること	19
7	信頼に支えられた医療の実現のために：要望	21

1 はじめに

過去数十年を振り返ると、人々が安心して心豊かな生涯を送るうえで、医療の進歩が大きく貢献してきたことは疑いない。しかし、高度化、専門化を続ける医療は、高いコストを必要とする時代に入り、将来の医療がいかにあるべきか、すべての先進諸国において、大きな戸惑いを生んでいる。わが国もその例外ではなく、舵取りの方向によっては、すでにいくつかの先進国で見られるように、医療が崩壊してしまう可能性がある。産科、小児科などの医師不足や、救急医療の深刻な危機などの現象が次々と現れることは、わが国の医療が崩壊に向かっている証左である。

個々の現象に対して個別的な政策で対処しても、根本的解決にはならない。かえって、個々の政策が次の矛盾を生み、問題が拡大していくことさえ懸念される。長期的な視野に立ち、持続可能な医療を作り上げることこそが必要とされている。そのためには、医療への信頼が再生され、信頼に支えられて医療の提供ができるよう、医療全体の仕組みの医療のイノベーションが図られなければならない。このことは、医療者の養成制度の充実、在宅医療を含む高齢者医療と介護の適切な連携、臨床研究や治験の推進、医療安全と医事紛争にかかわる公正な仕組みの構築など、医療をめぐる様々な問題を解決するための前提ともなるものである。

このような認識に基づき、日本学術会議は、相互に関連し錯綜する問題群について、関係する諸団体や行政機関の個別の立場を超えた、学術的で中立的な見地から、それら問題群の根源を押さえた対策を検討し、政府に対する要望を取りまとめることとした。

2 委員会設置の背景と審議の経過

「医療のイノベーション検討委員会」(以下、本委員会)は、先行して審議を行っていた「臨床医学委員会医療制度分科会」(以下、同分科会)が取りまとめた対外報告を受けて、新たに設置されたものである。

平成 18 年 3 月に設置された同分科会は、特に医師の分布の地域的・専門的偏りと医師不足の問題を重点課題と捉えて審議を行い、平成 19 年 6 月 21 日に、対外報告「医師の偏在問題の根底にあるもの 提言：量から質の医療への転換による克服」を取りまとめた。

この対外報告では、現在深刻となっている医師の偏在と医師不足の問題は、わが国の医療が量(アクセス)を重視する体制から、医療の質を重視する先進国型の体制に転換しない状態のまま、社会が医療の量と質の双方を強く要求するようになった結果として進行しつつあると分析した。そして、医療の危機を克服する具体的な方策を探るため、各分野の専門家を集めて更に検討を行うべきものとした。

これを受けて、平成 19 年 7 月 26 日に、「医療への信頼を再生し、長期的に社会から支持される医療にしていくための具体的な方策について調査審議する」ことを目的として、本委員会が設置された。以後、現在までに計 7 回の会合を開催し審議を行ったほか、メールや郵便物を通じた意見交換も活発に実施し、検討の結果を取りまとめた。

3 今、医療に起きていること

(1) 引き金となった初期臨床研修制度

平成 16 年(2004 年)より、新しい初期臨床研修制度が始まった。昭和 21 年(1946 年)に GHQ の勧告により米国式インターン制度が創設されてから、実に 58 年ぶりに、大きな改正がなされたことになる。新しい初期臨床研修制度は大学病院だけでなく、一般病院を含めて多くの教育研修病院でプライマリケアを中心とした初期研修を行うことを目的として作られたものである。実際に、新しい制度の下で多くの新卒医師が大学病院を離れて、市中病院で研修を受けるようになった。

ところが、この初期臨床研修制度が、平成 16-7 年ころから急激に深刻となって来た病院の医師不足のきっかけとなったと言われている。初期臨床研修医が自ら研修施設を選択できる仕組みを取り入れたことが、なぜこれほど深刻な問題の端緒となったのであろうか。その背景要因として、以前から存在していた、病院医療の深刻な脆弱性を挙げなければならない。

初期臨床研修制度施行の結果、顕著に起こったことは、大学病院での研修率の低下である。新しい制度では、研修医はマッチング制度により研修病院を選択することになり、研修医が大学病院で研修を受ける割合は 70%程度から 50%程度へと大きく低下し、大学病院自体が地域の中核病院として機能するうえで、困難を抱え込むこととなった¹。このため、市中病院などに派遣していた指導医クラスの医師を、研修医不足をきたした大学病院に働き手として戻すことを余儀なくされた。その結果、以前から医師不足に悩んでいた産科、小児科、救急などの診療科を中心として、微妙なバランスの上に維持されてきた病院医療に深刻な医師不足が誘発されることとなった。

このようにして、本来、良い方向に働くと考えられて作られた初期臨床研修制度は、医師の初期臨床研修を充実するという当初の目標は達成しつつあるものの²、その一方で、新たな問題を顕在化させる契機ともなったのである。

(2) 病院医療におけるマンパワーの危機

わが国では、医師の総数は規制されているが、診療科ごとの医師の量的な制御はなされておらず、自分がどのような専門領域を選ぶかは、それぞれの医師の希望によって決められている。その時々状況を反映して、若い医師が希望する専門分野は世代とともに変化し、時代時代において、人気の高い分野と低

1 <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/zaiseki/index.html> に臨床研修医の大学とそれ以外の在籍状況、各県別の在籍状況が示されている。

2 厚生労働省の調査による「臨床研修に関する調査」最終報告では、臨床研修病院の 2 年次研修医の 65.5%が研修体制等に満足しているとされており、研修の充実という目標の少なくとも一部は達成されたと考えられる。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/chosa-saisyu06/index.html>

い分野とが生まれることになる。また、最近の傾向として、医師の世界においても、他の社会と同様に、個人の生活を大切に、家族との生活と自らの自由時間を重視するという価値観を持つ者が増加してきていると考えられる。

こうした状況の中で、本来は数多くの医師が配置されるべき一部の診療科の「人気」が下がり、極端な医師不足が生まれることになる。小児科、産科、救急医療などにおける危機的な医師不足は、その顕著な現れであろう。

夜間の救急業務が多く、したがって当直業務の多い病院の小児科は、診療報酬上で不利な扱いを受けてきた事情もあり、以前から医師不足の悩みを抱えていた^{3,4}。産科の置かれた現状も同様である⁵。小児科同様にもともと激務である上に、診療上の問題が発生すると医事紛争になりやすい診療科であり、分娩を取り扱う産科の勤務医が激減し続けている。

加えて、女性医師の処遇の改善が遅れていることも、問題を深刻にしている。近年医師を目指す女性が増加し、医学部学生の1/3以上を女性が占めるようになってきている⁶。特に産婦人科では30代半ば以前の医師の半数以上を女性が占めるまでになっている。しかし、経験年数が10年頃になると、女性産婦人科医の約半数は分娩取り扱い現場から離脱している⁷。一部の先進的な取り組みを実行している病院を除き、長時間労働を強いられ、自分自身の産前・産後休暇、育児休暇や長期休暇の確保が困難であり、当直や夜間の緊急呼び出しが多いことが、その原因とされている。

さらにこの他にも、日本の医療、特に病院医療の現場における医師のマンパワー不足を悪化させる事態が急速に進行している。病院医療を急性期医療へ対応させるべく平均在院日数の短縮を推進したことの当然の帰結として、現場の診療業務の量(密度)は急速に増大したが、これに見合う人員体制の強化は十分行われないうまとなつてゐる。また、医療安全対策の強化や個人情報保護への配慮、診療ドキュメントの管理の改善、各種法令に基づき作成する文書の増加など、診療そのものではない周辺業務が爆発的に増加していることも、

- 3 小児科では以前より、小児科医の確保が必要であるとして、提言や要望を公表している。日本小児科学会(平成12年11月12日、日本小児科学会理事会)小児科医確保に関する提言—より良き小児医療実現のために— 日本小児科学会雑誌 105(1):67-68,2001。あるいは、小児科学会会長、小児保健協会会長、小児科医会会長連名による小児救急医療体制整備に関する要望(平成13年7月27日) 日本小児科学会雑誌 105(8):906-907,2001 がある。
- 4 日本小児科学会 病院小児科医の将来需要について(厚生労働省:第3回医師の需給に関する検討会資料)<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/s0406-6a.html>
- 5 藤井信吾 日本における産婦人科医療の危機(厚生労働省:第3回医師の需給に関する検討会資料)<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/s0406-6b.html>
- 6 医師の中の男女比は医師国家試験合格者の男女比のデータから明らかである。
[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb10examinfo.nsf/0/e049ac1105b8c5e849257140001f46de/\\$FILE/100-isi.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb10examinfo.nsf/0/e049ac1105b8c5e849257140001f46de/$FILE/100-isi.pdf)
- 7 日本産科婦人科学会・女性医師の継続的就労支援のための委員会 2006年度「女性医師の継続的就労支援のための調査」中間報告(平成19年3月)
http://www.jsog.or.jp/news/pdf/jyoseishi_shuuroushien19MAR2007.pdf

軽視できない問題である。すでにわが国の病院医師のマンパワー不足は危機的であり、医療を維持していくことも危ぶまれるような限界に達していると言わなければならない。

(3) わが国の医療の成果とその限界

わが国の医療には世界に誇れる点があった。OECDヘルスデータ⁸を見ると、日本の医療は驚異的とも言える成果を上げている。例えば、わが国は世界一の長寿国であり、また周産期死亡率の低さも世界のトップレベルにある⁹。これらの成果は、国民の生活水準が向上したことを反映している面もあるが、医療の貢献も大きかったと考えられる。平成12年(2000年)に公表されたWHOヘルスレポート¹⁰でも、世界各国の保健システムの総合評価を行い、日本の健康の状態に関し、総合評価で世界第1位としている¹¹。

このように、わが国の医療は、一方で世界に誇るべき実績を示しているが、他方で、それが極めて脆弱な基盤の上に築かれているという実態を、いまやわれわれは、はっきりと認識すべきである。現在、医療が直面している危機は、この脆弱な基盤が現実には崩壊を始めつつあるということに他ならない。国民の健康を今後も守ってゆくためには、医療の基盤の強化が急務である。

8 医療費の国際比較では、OECDより刊行されているOECD Health Dataが客観的な指標を与えてくれるものと考えられる。OECD Health Data 2007が最新である。

http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html

9 厚生労働省統計表データベースシステム 第1-24表 諸外国の周産期死亡率(出生千対)、年次別。<http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/data17k/1-24.xls>

10 厚生労働省 平成16年度厚生労働白書

<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/04/dl/0a.pdf>

序章 現代生活と健康 において、WHO「The World Health Report」2000年のランキングを示している。それによると、2000年の報告において、わが国の保健医療システムの総合目標達成度は191か国中第1位とされている。

11 同時に、日本の医療満足度、主観的健康度は低く、必ずしも国民が満足している状態ではなかったことにも注意を払う必要がある。

4 医療はどうあるべきか —正しい国民的選択を行うために

医療は社会的諸活動の中で基盤的な部分を占める重要な機能であり、それを支える医療制度は国民全体が共有する社会資本である。このような考えは、ほとんどの先進諸国に共通している。医療は国民にとって基本的な権利の一部をなすものであり、必要な医療が安定して提供されることは、社会の存立のために必須の条件であるとされてきた。

医療がどうあるべきかの選択は、最終的には国民的合意に基づくものでなければならぬ。本節では、正しい選択を行うために国民全体に知っていただきたいことを述べる。

(1) わが国の医療制度の沿革

わが国では、昭和2年(1927年)に健康保険制度が開始されて以降¹²、医療に要する費用のうち公的な保険制度が負担する対象を広げていった。この仕組みは昭和36年(1961年)に国民皆保険として結実し、国民健康保険及び被用者健康保険の家族では5割給付にとどまっていたものの、全住民が一応公的保険によりカバーされる体制が実現した¹³。その後、昭和48年(1973年)には老人医療の自己負担がなくなり、被用者保険家族の給付率も7割に上昇した。わが国は福祉社会の実現に向けた努力を続けてきたのである。

しかし、負担すべき医療費の増大に伴い、昭和58年(1983年)には老人医療、翌59年(1984年)には被用者保険本人に一部負担が導入され、後者は平成9年(1997年)に2割、平成15年(2003年)に3割と増大した。その結果、現在、総医療費に占める患者自己負担の割合は先進諸国の中でも最も高い部類に属するに至った¹⁴。法律によって¹⁵これ以上の負担増を行わないことが定められているが、現実的に患者の自己負担は既に限界に達しているとの意見も多い。

(2) 医療提供体制の問題点 —医療のアクセスと医療の質

わが国の医療は、これまで、何時でも何処でも誰でも診療を受けられる体制、別の言葉で言うと「量とアクセス」を重視してきた。これは戦後の荒廃から立ち

12 法律の制定は大正11年(1922年)

13 法律の制定は昭和36年であるが、実際に全国に制度がいきわたるまでには2年以上の期間を要した。また国民皆保険とはいわばキャッチフレーズであり、生活保護適用者など例外も存在する。

14 医療費に対する患者負担の割合はG7諸国のうち、フランス11.6%、英国12.6%、ドイツ13.7%、米国15.5%、カナダ16.3%であるのに対し、日本は21.1%とイタリアの22.5%とならんで、先進国の中で最も高い部類に属する(WHO/The World Health Statistics 2006による)。

15 健康保険法等の一部を改正する法律(平成14年法律第102号)附則第2条第1項に、「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり100分の70を維持するものとする。」と定められている。

http://www.shugiin.go.jp/itdb_housei.nsf/html/housei/15420020802102.htm

直る過程の医療提供体制としては、適切な考え方であった。1960年代当時、日本を含めて多くの先進諸国の病院数、ベッド数、平均在院日数などの指標には、現在ほど大きな差はなかった。

しかしその後、日本を除く大部分の先進諸国では、病院機能の急性期医療への集中と平均在院日数の短縮を行い、量的拡大よりも医療の質に重点を置く医療制度改革を推進してきた¹⁶。一方、わが国では経済の状況が良かったこともあって、病院数の拡大や入院ベッドの増大がそのまま進行し、他の先進諸国とは異なる医療提供体制が形成されることとなった。この制度には医療の量とアクセスの面で評価できる点があったことは否定できないが、やがて顕在化する、大きな問題を抱えていたことも見逃せない。

先進国型あるいは成熟経済型の医療の特徴を挙げるとすると、それは医療の質、医療レベルの評価、患者の権利、情報の開示などというキーワードで語られ、以下のような特徴を持った医療体制である。

- ① 充実した教育体制と厳格な専門医認定制度
- ② 病院機能の集中化・集約化
- ③ 病院と診療所の密接な連携体制
- ④ チーム医療の推進と業務範囲の職種による制限の見直し
- ⑤ 医療安全と患者権利尊重のためのシステム

わが国においても、現在、社会はこのような、より質の高い医療を求めている。先進国となった日本の社会が、先進国としての医療を求めるようになるのは当然であると言えよう。国民のニーズが大きく変化してきたにもかかわらず、量とアクセスの充実だけで応えようとしても、社会の満足は得られない。

前述したように、日本の医療の最大の長所は、フリーアクセスにあると言われている¹⁷。しかし、改めて考えてみれば、フリーアクセスの本義は、「経済的なバリアがなく(患者・家族の経済力の乏しさがバリアとならず)、必要な医療にアクセスできること」であるはずである。アクセスは医療の重要な要素の一つであり、アクセスが良いことは、良い医療の条件の一つである。しかし、アクセスに関する要望が行き過ぎて、何時でも、何処でも、誰でも、「状態を問わず、任意の時に行けば、すぐに診療を受けられる」のが良い医療体制であるとされてしまうと問題である。救命救急センターは、本来重症患者の治療に専念することがその役割であるが、そこに次々に軽症の患者が押しかけると、本当に治療を必要としている患者を引き受けることができなくなる。わが国においても、「本当に必要

16 OECD (訳)伊藤友里 OECD Health Data 2003 3rd Edition 図表でみる世界の医療—OECD インディケーター (2003年版) 明石書店 (平成16年) OECD (訳)伊藤友里

17 日本医師会 グランドデザイン 2007—国民が安心できる最善の医療を目指して— 総論 2007年3月
http://www.med.or.jp/nichikara/gd2007/gd2007_all.pdf

な時に、本当に必要な医療を」これからも持続的にすべての国民が受けられるようにするという観点から、医療の利便性と医療の必要度とのバランスを考えていくことが必要不可欠である。

(3) 医療費負担と経済の活力

医療技術が進歩し、国民がその利用を望み、さらに人口の高齢化が進展すれば、必然的に総医療費が増加することとなる¹⁸。医療の向上を願う気持ちは現代に生きる人間の基本的な要求であり、単に総医療費の増加を抑制すれば足りるとするような政策は、国民の支持を得ることができないであろう。事実、第二次世界大戦後の先進諸国は、程度の差はあれ、医療と福祉の充実に政策の重点を置いてきた。

しかし他方で、医療の質を確保するために総医療費を増加させ、それを賄う社会保険給付及び公費投入を増大させれば、必然的に国民負担率¹⁹も増加することとなる。近年、日本政府は、財政赤字の深刻化もあり、極めて厳しい総医療費の増加抑制政策を採用してきた。このような政策の根底には、単に財政赤字への対応ということだけではなく、「国民負担率増大は経済の活力を失わせ、国力を弱体化する」という考え方が存在しているものと考えられる。しかし、このような考え方が本当に正しいと言えるのか、客観的に検証してみなければならない。

もちろん、誰もが正解と認める結論があるわけではない。しかし、一つの単純な事実を示すことは可能である。日本は、先進7か国(G7)の中で、医療に投じる金額の対GDP比が最も小さい国家であり、OECDの全加盟諸国の中でもその水準は低い方に属する²⁰。日本よりも医療費の対GDP比が大きいにもかかわらず、日本よりも高い経済成長を達成している国家は枚挙に暇がない²¹。

現段階においては、医療に関する国民負担率と経済活力との関係は不明であるというのが最も客観的な見解であろう。負担と経済活力を結びつけて、日本の社会保障給付を抑制すべきだとの主張は理論的にも実証的にも根拠が不十分である。逆に負担と給付が高ければ経済活力が増すと唱える主張も同様

18 兪炳匡「改革」のための医療経済学 メディカ出版 2006年

19 税・社会保険料負担額の国民所得(ないし GDP)に対する比率。わが国政府はこの他に潜在的国民負担率(税・社会保険料負担額+新規公債発行額の国民所得ないし GDPに対する比率)と名づけた数値も使っている。なお、OECD National Accountsなどの統計においては、「租税負担と社会保障負担合計額のGDP(国内総生産)に対する割合」の方が一般的。

20 わが国の医療費対GDP比は他のG7諸国よりかなり低い。OECD Health Data 2007によると、米国 15.3%、フランス 11.1%、ドイツ 10.7%、カナダ 9.8%、イタリア 8.9%、英国 8.3%に対して、日本は 8.0%となっている。OECD 平均は 9.0%であり、日本は OECD30 か国中 22 番目である。

21 OECD 諸国の中で、日本より医療費対GDP比が高い国の中で、日本より経済成長率の低い国は 6 か国、日本より経済成長率の高い国は 13 か国で、英国とスイスは経済成長率が 1.9%でデータ上日本と同じ。

である²²。国民負担率が上がりすぎた場合に起こり得る事態と、国民負担率を抑制しすぎた場合に起こり得る事態の双方を冷静に分析した上で、国民的な選択を行うべきであろう。

どれだけの費用を医療に使うかは、国民的な合意を得て行われるべき政治判断である。しかし、現状の医療費水準では社会が必要とする医療を実現することができないことも明白になりつつある。社会が先進国としての医療を求める中で、わが国が他の G7 諸国よりかなり低い対 GDP 比の金額しか医療に対して使っていないという現状を政策的に固定化することは、決して得策とは考えられない。

(4) 他国の事例の教訓

各国の医療制度は様々であるが、単純化して2つの典型的なタイプに分類すれば、以下のようなだろう。

1つは、医療提供体制、とりわけ病院医療を公的な機能と考え、その運営と費用負担の責任を公的な組織が負う一方、診療所については医師の経営責任に任せつつ、患者が受診するための費用は公的保障制度が担う形である。主として西欧諸国や豪・カナダなどにおいて採用されている方法と言える。その財源は、主として税によって国が負担する場合、主として保険制度によって公的負担がなされる場合、あるいは、この両者を組み合わせた公的負担が行われる場合等がある。

もう1つは、ある意味でその対極にある考え方と言えよう。医療を消費者である住民に提供される私的財の一種にとらえ、その費用負担を市場的な機能、具体的には私的保険に委ね、公的保障制度の役割はセーフティーネットとして高齢者・貧困者などを対象とする最低限度の費用保障のみに限定するというものである。この考え方の医療制度を選択している国の代表は米国である。(ただし、セーフティーネットとしての公的保障であるメディケア²³・メディケイド²⁴が受け持つ医療費の対GDP比だけで、日本のすべての公的な医療費負担(公費医療+医療保険給付)を上回る値に達していることに留意しなければならない。)

歴史は、偉大なる師であり、上記の2つのタイプそれぞれについて実際の事例を見てみることは有益である。まず、前者のタイプにおいて、総医療費の抑

22 京極高宣「社会保障は日本経済の足を引っ張っているか」時事通信社 2006年、あるいは田中滋「マクロ経済と医療費用保障—「国民負担率」をめぐる論点」講座 医療経済・政策学 第1巻 西村周三、田中滋、遠藤久夫 編著 勁草書房 2006 pp87-105などを参照。

23 高齢者・一部の障害者・連邦政府と鉄道従事者の退職者等が利用する、医療特別会計による保障制度。自由加入であるパートB財源の25%についての保険料負担、及びパートDを除き、加入者の拠出が財源となる「保険」ではない。

24 州政府が運営する公的医療扶助制度。州の経済力の弱さに応じて連邦政府財政からの補助が行われている。

制政策がどのような結果を招く可能性が高いかを、英国の例で見てみる。

英国医療の大部分を担ってきたNHS (National Health Service) は、1980年代にサッチャー首相がとった政策によって大きな困難に直面した²⁵。サッチャー政権は、医療や教育についても、公的予算の抑制と市場的競争の導入、私的セクターの拡大によって改善するはずであるとの新自由主義的政策を当てはめようとした。しかし医療や教育は、利益獲得を目的とした投資がさほど期待できず、また本来、財としての性質が一般の経済財と異なり、住民の貧富の差が利用量にストレートに反映されるあり方は好ましくないと考えられる分野である。そのため、1990年を迎える頃には、予算削減によりNHS医療も公教育も荒廃し、「ゆりかごから墓場まで」と言われた英国の福祉政策の主要な柱である国営医療システムは惨憺たる事態になった²⁶。例えば患者の入院や手術の待ち時間はしばしば1年を超え、病院設備は古び、一部の患者は欧州大陸や米国に受療機会を求め、英国の医療関係者には深い失望感と士気の喪失が広がり、医師の海外流出も相次いだ。

これに対し、ブレア政権では医療改革を第一の政策課題に掲げ、綿密な調査に基づき、2000年以降、公的医療費の急速な増額に踏み切ることにより、総医療費を毎年増加させて来た。英国の総医療費の対GDP比は2004年には日本を上回り、その後も両国間の差は開きつつある²⁷。このようなブレア政権下での英国医療システム改革の試みとその成果には、学ぶべき事柄も見られる。とはいえ、1980年代から1990年代の資本投下不足による病院設備の老朽化、住民健康格差の拡大、低下した医療関係者の士気は簡単には改善できないと言われている。以前の荒廃期のダメージはあまりに大きく、一度崩壊の危機に瀕した社会資本の再生の難しさを示す事例である。

次に、総医療費の問題は市場経済的概念に任せるのが良いという考え方について見てみる。それがどのような結果を招くかは、米国の例に顕著である。

米国では、先進国で最も自由と考えられる医療提供者間競争と、私的医療保険を費用保障の中心とするシステムの下、医療技術はもとより、病院の対顧客サービス、個々の医療機関及びIDS²⁸の経営手法、非営利機関による第三者評価の仕組み、データ管理ツール、そして保険者による医療管理技法等が、他国の追随を許さぬほど高い水準に到達した。そうした周辺的な諸活動を賄う費用を反映するとともに、後述の非効率な資源配分もあって、医療費対GDP比

25 ただし、フェアな評価のためには、11年(1979年から1990年)にわたって政権の座にあったサッチャー首相が実行した様々な規制改革の結果、同国経済が金融や通信部門等を推進力として著しい改善を遂げたことも理解する必要がある。

26 近藤克則「医療費抑制の時代」を超えて—イギリスの医療・福祉改革 医学書院 平成16年

27 英国の医療費対GDP比は1990年代の半ばまではほぼ日本と同じ、その後日本の方が多くなった。2003年には日本8.1%、英国7.8%、2004年には日本8.0%、英国8.1%と抜かれ、2005年には日本8.0%、英国8.3%と差が開いた。

28 Integrated Delivery Systemの略。IHS(Integrated Health System)ともいう。日常医療から急性期医療、慢性期医療、在宅医療等を一貫して提供する複合経営体。

は世界で突出して大きくなり²⁹、個別の医療価格も著しく高騰していった。また、価格上昇の当然の帰結として、それを支払えない住民・患者が増え、医療の階層間格差が著しくなっている³⁰。

さらに、価格設定の自由を含む提供者間競争は、医療の階層化とあいまって資源配分の非効率を医療にもたらしている。米国の非営利病院・医師の多くは、メディケア・メディケイド適用者(低い公定料金)の診療に加え、無保険者に対し、人道上の配慮と、病院の非営利ステータス確保のために医療費減免・慈善医療を行う(多くは低料金又は無料)。そこでの収入では、医療に要した費用を当然賄うことができず、寄付金等でも埋めきれない額を補填するため、医療機関経営者は策を講じることが必要になる。一般にとられてきた手段は、私的保険を利用する患者、私費患者へのコストシフト(価格上乘せ)である。その結果、減免医療に要したコストを他の患者の料金に上乘せして請求を図る医療提供者側と、それを予測して値引きを要求する保険者等の支払い者側の双方において、欧州や日本の医療にはない間接的な費用³¹を生じさせている。

コストシフト対応だけが原因ではないが³²、それに象徴される「自由な市場経済原理と医療の不調和」ゆえに、公的保障制度を根幹に置く国々と比べ、米国の医療システムでは大きな間接コストがかかっている。マーケティングに使う費用などもあり、米国の私的医療保険者が集めた保険料のうち、医療機関に支払われる率は8割前後にとどまっているとされ³³、また、医療機関の側でも、保険者から支払われた「医療費」のうち、相当な割合を、経営管理部門で使われる間接費に当てなくてはならないとされている。

以上の二つの事例に見るように、医療の特質を踏まえ、市場経済の原理を無原則に持ち込んだ場合、公正面・効率面ともに大きな問題を生じさせるとともに、医療者の職業倫理やわが国社会の価値観とも重大な齟齬を来たす結果となる恐れが強い。

現在わが国においては、小泉内閣でとられた政策の影響もあって、国民の経済格差が拡大し、貧困層が増加していると言われている³⁴。医療においても、保険料を負担しきれず滞納したまま保険証を使えない人々が増え、受診の遅れなど、深刻な格差が生まれているという指摘がある。本委員会は経済政策全般の運営について意見を述べる立場にはないが、富裕層が進んだ質の高い医

29 2位グループである、独・仏などの医療費対GDP比が10%強にとどまるのに対し、米国は15%。

30 ただし、米国医療の公正観をめぐる議論は、米国人が医療をどのように社会的に位置づけているかについての哲学を云々することになり、日本人の価値観に基づいて外から批判すべきものではない。これに対し、「わが国医療には米国のような所得階層別の大きな受療格差を決して認めてはならない」と論ずることはわれわれの自由であろう。

31 院内及び保険者側の交渉担当者の人件費、交渉を支援する法務や会計の専門家とコンサルティング企業、コストシフトを行う／防ぐためのソフトウェア・ベンダーへの支払い等々。

32 最大の要因の一つは、医療訴訟に備えるための損害保険料である。

33 総研クォーターリー47号 <http://www.sj-ri.co.jp/issue/quarterly/data/qt47.pdf> を参照。

34 例えば、文春新書編集部「論争 格差社会」文芸春秋社 平成18年

療を享受できる一方で、貧困層は必要な医療を受ける機会を強く制限される、というような医療制度は国民の公平感にそうものか、強い疑問を抱かずにはいられない。むしろ、可能な限り平等で公平な医療の実現を目指すべきであると考えらる。

(5) 医療への健全な理解

健全な医療の実践には、医療を提供する側と受ける側とが、医療に対して共通の現実的な認識を持っていることが必要である。

近代医学は、かつては不可能と思われたことを次々と現実のものとしてきた。しかしそれでも医学が万能であるなどということはない。進んだ医学をもってしても、治療に伴うリスクは避けがたく、最大限の努力をした場合においても、不満足な結果を招く可能性は無視できないほど高い。それを知識と技術、そして、さらなる医学研究を行うことで、可能な限り低いものに収めようとしているのが、現実の医療の姿である。この点に関し、実態として、医師と一般の人々との間に相当大きな認識のギャップが存在している。そしてそのギャップは、そのまま、医療の結果が残念なものに終わった場合の「責任」をめぐる見解の相違にまで行き着くことになる。もとより単純に論ずるのは困難な問題ではあるが、少なくとも、医療行為に対して刑事司法手続きを適用することについては、本来医療にはリスクが伴うものであることを十分に踏まえて、諸外国と同様に謙抑的な運用が維持されるべきではないだろうか。そのことについて一般の人々との理解が広がることを望みたい。

また、社会の持つ、「医師一般」に対するイメージも、実態を正確に反映しているとは言い難い面がある。いまだに社会の一般的イメージでは、「医師一般」は特別に恵まれた職業とされる傾向が根強く残っている³⁵。しかし最近ようやくメディアでも報道されるようになってきたように、現実には、病院の医師の中には極めて過酷な条件の下で勤務している者が多数存在している³⁶。このことは、わが国の医療が崩壊の危機に瀕している現在、周知される必要がある。地域の医療を守っていく上で、患者や地域住民の理解と支援は欠かせないからである。

医療は患者と医師の信頼を基礎に行われる行為である。従来、患者は医師を信頼し、医師は患者に可能な限りその時代において最善と考えられる治療を施して、その対価として尊敬も受けるという相互関係にあった。患者は医師に信頼を置き、医療行為に改めて詳細な説明を求めなかった。そしてこの「パターナリズム」³⁷に基づく関係は、かつては、その「信頼を伴った不透明さ」が、患者側に

35 橋本俊詔「格差社会－何が問題なのか」岩波新書 1033 平成18年。86ページにそのような記述がある。

36 鶴田憲一 医師の過重労働とその背景並びに医療体制に及ぼす影響 産業医学レビュー 20(3):113-134,2007

37 パターナリズムは訳語として「家長主義」、「温情的干渉主義」が当てられる。何も説明もせず意見も聞かず、決めた方針を最善のものとして行うこと。星野一正「医療の倫理」岩波新書 201 平成

ある種の安心感を与えていた面もあったであろう。近年、パターンリズムが否定されることにより、患者と医師の関係は大きく変わり、診断や治療に関しては、医師が患者に十分な説明をし、また、患者の疑問に答え、その結果患者自らが判断をして、双方が合意の上で治療を行うようになった。そのこと自体は望ましいことであるが、同時に、このような患者と医師との新しい関係は、医師が一人一人の患者のために十分な時間を割くことができなければ、信頼の伴わない、無機質なものとなってしまいう危険性がある。ここでもまた、量とアクセスを重視した医療から、質を重視した医療への転換が求められている。

医療とは、本来、医療を提供する側とそれを受ける側との信頼関係から出発すべきものである。わが国の医療制度の根本的な改革には、医療を提供する側と受ける側とが一体になって、お互いの理解の下に、現実的で、かつ、合理的な最善の解決策を考えるべき時代が来ているのである。

5 医療の仕組みをどう変えるのか

わが国の医療を転換するために、取り組むべき重要課題は枚挙に暇がない。とりわけ焦眉の課題は、わが国の医療の根幹にある脆弱性を修復することであり、そうしてこそ、信頼に支えられた医療の実現に向けて、改革を着実に進めていくことができる。

現時点においては、まず従来の医療費抑制政策を直ちに見直し、必要な資源投入を行うとともに、医療の提供体制の抜本的な再構築を行い、質の高い医療をできるだけ効率的に提供し得る体制を整備していく必要がある。そのことが、わが国の医療全体にイノベーションをもたらす端緒となる。

(1) 実働医師の確保

わが国の医師の需給に関しては、厚生労働省の「医師の需給に関する検討会」が平成 18 年(2006 年)7 月に公表した報告書に詳しい³⁸。この報告書によると、わが国の医師は毎年 7700 人誕生し、退職数を差し引くと年間約 4000 名の割合で増加しつつある。この速度で増加すれば、平成 34 年(2022 年)には需要と供給が均衡し、以後は医師の過剰に転ずるとされている³⁹。

しかしこのような議論には限界がある。「医師数」として統計上現れる数字は、単に「医籍登録」された者の数を表しているに過ぎず、その「医師数」がそのまま「実働医師」の数とはならないからである。わが国において「実働医師」の統計がはっきりとしないことには、いくつかの根本的な理由がある。最も大きな理由は、医師免許に更新制度がなく、また、統一された専門医制度の規格がないことである。

大切なことは、「実働医師」の絶対的な不足を補うことである。そのためには、医学部の定員を増やして将来の布石とし、医師の絶対数を増加させることが必要である。しかし医師は簡単に養成できず、また、長期的な視野で計画的に人員の確保を図るべきものであることから、医学部の定員増だけで現下の医師不足を解決しようとするのは現実的ではない。このため、現在の病院医療を抜本的に改革することが極めて重要なのである。具体的には、そのための主要な対策として以下の措置が講じられる必要がある。

- ① 地域における病院機能と医療資源を適切に集中化・集約化し、医師のマンパワーが効率的に活用されるようにすること

38 厚生労働省 医師の需給に関する検討会報告書 平成 18 年 7 月

<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/07/dl/s0728-9c.pdf> なお、

<http://www.wam.go.jp/wamappl/bb13GS40.nsf/aCategoryList?OpenAgent&CT=30&MT=070&ST=040> より、この報告書に付随する大量の資料をダウンロードすることができる。

39 最近の政府の国会答弁書(平成 20 年 2 月 12 日内閣衆質 169 第 52 号)によると、医師数は総数としても充足している状況にはないとの認識が政府によって表明されている。

- ② その際病院と診療所の密接な連携体制を構築し((2)で後述。)、同時に、医療に対する現行のアクセスの在り方を見直すこと
- ③ そして病院の医師の勤務環境を抜本的に改善すること(極端な連続勤務の見直し等、基本的な労働環境の改善や技術料の適切な評価、他の専門職種への医師の業務の積極的な委譲((3)で後述。)、特に女性医師の勤務環境の改善 等)

これらの改革の実現には一定の期間を要するが、改革の道筋さえ明確に示されれば、現在、現場の主力となっている働き盛りの医師が、希望を持って病院で働き続けることが可能になり、医療の崩壊を食い止めることにもつながる。

(2) 医師の連携体制の推進

医学の劇的な進歩は専門職の細分化をもたらした。現在では、医学のすべての専門分野に秀でた人材を作ることは事実上不可能であり、適切な医療を施すためには、複数の医師のグループによる医療が必要である。最も分かりやすい構図は、まず、それぞれの患者にプライマリケアを担当する医師がいて、そこに、必要に応じて他の個別の分野を専門とする医師がその都度参加して医療を行うというものである。この意味において、医療現場にとって最初に必要となるのが、プライマリケアを担当する医師である。空間的利便性があり(自宅に近くアクセスが保障される)、時間的連続性が保たれ(長年にわたって診てもらえる)、かつ、プライマリケアに徹して、診療グループのまとめ役を果たす医師の存在は、地域に密着した医療の質の向上のためには不可欠である。

しかしながら、現在の日本の医療制度には、グループによる診療を実践する素地ができていない。プライマリケアを担う医師は孤立した環境での医療実践を強いられることが多い。医療は、病院と診療所、又は勤務医と開業医の区別なく、必要な医療機能を協力して担うグループとして、運営されることが理想である。それぞれがはっきりとした役割分担を持ち、なおかつ相互の密接な協力関係にあることが大切である。

そのためには、後述する、医療提供システムのそれぞれの段階でその信頼性を保証する専門医制度の確立が非常に重要である。また、制度改革を成功に導くには、これまで、「家庭医」とか「かかりつけ医」と呼ばれた現場の医師たちが、プライマリケアの専門医として、積極的にチーム医療へと参加することも不可欠となる。本来プライマリケアを担う医師と、病院の医師は相互に協調・協力して医療全体を担うべき存在であるからである。

(3) チーム医療の促進

チーム医療の促進には、医師以外の職種との綿密な協力体制が求められることに疑問の余地はない。医師法第 17 条は、「医師でなければ、医業をなして

はならない。」と定めているが、一定の範囲の医療行為⁴⁰については、看護師などの職種に委譲されている⁴¹。このように、現在でも医療行為の分担についての考え方がないわけではないが、問題はどの範囲の医療行為を委譲し得るかにある。この点は、医師以外の職種の知識・技量の発達や時代の変化に即して柔軟に対応する必要があり、そうしなければ医療の実情にそぐわないものとなる。現在医師のみが実施し得るとされている医療行為の一部について、看護師など、適切な教育を受け、必要な知識と能力を有する他の職種に委譲していくことについて、速やかに検討すべきである。高度の専門性を有する他職種にこのような業務を委譲していくことは、医療の質の向上とともに医療の効率化にも寄与し得るであろう。

また、近年の医療現場においては、周辺的な業務が爆発的に増加しており、これらが医師に与える負担も看過し得ない状況になってきている。その対策の一つとして、医師に対する支援について必要な知識と能力を有する診療情報管理士などの資格を有する人材を一層積極的に活用することを考える必要がある。

日本の医療制度は、職種による業務制限の大幅な見直しを含む、本当の意味でのチーム医療への体制変換が求められているのである。

(4) 医療の質を保証できる体制

わが国において、医学領域の各学会はそれぞれの専門分野ごとに専門医制度を導入し、専門医試験を実施してきている。その中には、関係者の努力によって非常によく運営されている専門医制度もある。

しかし、残念ながら、わが国の専門医制度の現状は、その理想からほど遠いところにあると言わざるを得ない。まず、各専門医制度は質のコントロールを目指しているが、量のコントロールは考えていない。それぞれの分野に毎年いったい何人の専門医を生み出していくことが適切かを検討する機能が、専門医制度そのものに存在しないのである。本来、専門医制度の機能は、専門医の質を保証しつつ、必要な専門医の数を、分野ごと地域ごとに決定し、持続的に一定の臨床経験を持った専門医を養成するという点にある。しかし、わが国の専門医教育の実態は、医師の偏在が起きることに対して無防備な仕組みとなっている。

次に、専門医の認定において、それぞれの学会は「試験」の施行を重視する反面、専門医を育てるための教育制度や教育病院の評価は十分とは言えない。それぞれの学会ごとの独自の方針で運営されており、適切な外部評価を受けていない。また、それぞれの専門医制度に医療全体から見た統一規格が存在せ

40 医師法によって医師に限定される医療行為を指す用語として「医行為」が用いられるが、ここではより広い意味で医療行為を用いている。

41 平成19年12月28日、厚生労働省医政局長発の通知文「医師及び医療関係職と事務職員等との間等での役割分担の推進について」〈医政発第1228001号〉のように、他職種への委譲が進んでいる業務もある。

ず、国民がその信頼度を確認できる機構ともなっていない。その結果、専門医そのものが、はっきりとした実効性を持たず、かつ、実益もない、単なる名称にとどまっているに近い実情がある。他の先進諸国では専門医が確固たる信頼の証となっていることに対して、日本の現状は決定的に異なる。

わが国において、それぞれの専門医が信頼のできる医師であるとの保証を行う制度を確立することは喫緊の課題である。いわば、「専門医の JIS 規格」のようなものを作り上げるのである。そこから、すべての専門医の医療の「保証」も、病院の医療の「保証」も、信頼できる専門医に師事すれば自分も信頼できる専門医になれるという教育の「保証」も、確立することができる。いわば、「保証の連鎖」が始まるのである。

この連鎖が、医療実践の様々な場面で、良い波及効果をもたらすことは明白である。わが国では、開業医になる者の大部分は、専門医教育を受けた40代から50代にかけての勤務医であるのに、ひとたび開業医になると、病院医療との関係は希薄になってしまう傾向にある。しかし、上述の専門医制度を確立することができれば、開業医と病院の勤務医とが、再び病院医療の現場で信頼して協力する基盤が形成されることになる。将来的には、オープンシステムの病院制度などの導入を図ることにより、開業医が病院で診療に従事することが促進されよう。病診連携はさらに有効に機能し、同時にまた、病院勤務医の数的不足の問題の解決にもつながりうる。確立した専門医制度による専門医の標榜が始まれば、専門医資格を有する専門領域の看板に対する共通の信頼が形成されることにより、開業医と勤務医の区別も緩やかとなっていくだろう。このように医師及び医療機関の区別の相対化が進行し、フレキシブルな医療提供体制が生まれるならば、わが国の医療が将来にわたって持続できるものに再生していくうえで、重要な寄与をなすと考える。

さらに、専門医制度の抜本的な再構築に際して、専門医制度全体を認証する組織(6(3)に後述。)に医師の自浄能力を担保する機能を担わせることにより、医師の倫理の確立にも大きな役割を果たすことが期待される。

6 信頼に支えられた医療の実現のために、何が必要なのか

健康な生活は、すべての人間に保障されるべき権利である。医療には、与える側と受ける側という区別は、本来存在しない。たとえ、現在医療を施す側にいる人間であっても、すべて、やがて医療を受ける側に立つことになる。だからこそ、医療が行われる場とは、すべての国民にとって本質的な重要性を有するものであり、国民の手で作られ、守られるべき場なのである。

まず、多くの国民が求める質の高い医療を、現在のわが国の医療は提供することができず、むしろ疲弊し崩壊しつつあるという現状を直視する必要がある。今や、わが国の医療のあり方そのものが根源的に問い直されているのであり、単に行政機関や医療関係者だけの議論で対策を決定できるような次元の問題ではなくなっている。

本委員会は、もとより政府や医療者に対して必要な対応を取ることを要望するものであるが、同時に、何より重要なこととして、国民一人一人が医療に対する正しい認識を持ち、あるべき医療の姿を選択すべく、声を上げ、行動していただくことを切望している。

(1) 国民として考えること

国民全体が共有する重要な社会基盤である医療が疲弊し、崩壊の危機に直面している。国民一人一人がそのことを認識し、医療を持続可能なものとするためにはどうしたらよいのか、ぜひ考えていただきたい。

まず、医療提供には相応の費用がかかること、この点が正しく理解されることが大切である。英国のように、公的医療費を抑えることで大きな混乱を招いた国家は存在しても、総医療費抑制で成果を挙げた例は知られていない。そして、日本は先進7か国の中で医療支出の最も低い国家である。このような事実が、果たしてどれだけの人々に知られているだろうか。現在日本が直面する医療危機を乗り越えるためには、少なくとも他の先進諸国なみの資源を医療に投ずることが不可欠である。わが国の医療費の現状についての認識が国民の間に広く共有され、民主主義国家として正しい選択が行われることを望んでやまない。

次に、医療そのものについても理解を深めていただきたい。医療は無制限に利用できるサービスではなく、不的確な、あるいは過剰な利用が行われれば、結果として必要な時に必要な医療を受ける機会を喪失することにつながる。また、医学は完全なものではなく、医療には本来避けがたくリスクが伴うものである。その点により客観的な理解を持っていただくとともに、地域の医療を持続させていくには、住民の参加と支援がますます重要となることも、できるだけ多くの人々に知っていただきたい。医療を医師に一任していればよかつたかつてのパターナリズムの時代と決別した現在では、患者の側においても、適切な理解の下に、一定の責任を分かち持ち、自ら行動し参加することが求められるので

ある。このことが社会的なコンセンサスとなることを期待したい。

また、医療について国民が理解し考えていく上で、正確な情報を獲得できる環境を整備することは大切である。医療機関や医療に関わる者が、インターネットなどを利用して情報発信することも重要であるが、メディアにおいても、医療をめぐる問題について一層積極的な情報提供が行われることを望むものである。

(2) 政府・行政として考えること

医療危機が語られている主たる現場は病院であり、また、絶対的な医師不足が問題となっている場所も病院である。まず病院医療を崩壊から救うことが急務であり、そのための抜本的な改革に速やかに着手しなければならない。具体的な方策については、5(1)で述べたとおりであるが、既に病院医師の勤務環境は限界的な状況を呈しつつあり、待たなしの対応が求められている。わが国の医療を、今後も持続可能なものへと再生するために、政府・行政が直接・間接に関与すべき課題は山積しており、その責任は極めて重大である。

そして、こうした政策を実現するために、従来の医療費抑制政策を根本的に転換する方向を検討すべきである。確かに経済や財政の状況は重要である。しかし、医療は人の健康と生命とを守ることを基本的な使命としており、支出抑制を重視する余りに、人々に必要な医療が提供されないような事態に陥るならば、まさに本末転倒であって、社会の存立すら危うくしかねない。現在、わが国の医療は非常に危険な状態に入りつつあり、このことに強く警鐘を鳴らすものである。

また、関連して、医師の養成数を抑制し続けていることや、現在、公立病院等の公的な病院に対して、地域の実情を十分踏まえることなく、数値目標等による一律の経営改善を強く求めていることなどについても、速やかに見直しを行うことが望まれる。

政府・行政においては、医療の現状の正確で冷静な分析に基づき、勇気を持って政策の変更を行うことを心より期待する。

(3) 医療者として考えること

医師をはじめとする医療者は、率先して、医療の信頼回復に努めなければならない。そのための根幹となる取り組みは、医療の質とその透明性の確実な保証を、医師自らが行うことである。患者や家族が断片的な情報に基づいて、「信頼できる医師」、「信頼できる病院」を探さなければならないと言う日本の現状は、医療の享受に著しい不公平を惹起しかねないものである。すべての専門医はすべて信頼のできる医師であり、専門医のいる病院はその分野において信頼できる病院であるとの保証は、医療を遂行する側が厳格な管理の下に妥協なく行うべきである。それが実現して初めて、社会は医療に本当の意味での信頼感

を持つことができる。

専門医の育成、生涯教育、能力判定などを厳密に管理する組織を作らなければならない。それは、時間をかければ十分実現可能である。それぞれの専門医の育成、生涯教育、能力判定などには、医師会、病院会、学会など、多様な組織が主体となり得る。しかしそれら個別の専門医制度の上に、専門医制度全体の質の保障を行う認証組織を設けることが必要である。現在わが国で実施されている各種の専門医制度の問題点については、5(4)に前述したとおりであり、これらの諸問題を解決するために、上位認証組織の存在は欠かせない。

このような上位認証組織の在り方を検討するに当たっては、世界的にも評価が高い米国の専門医認証組織 (Accreditation Council for Graduate Medical Education、略称ACGME) が一つの有力なモデルとなる。その最大の特徴は、それぞれの地域における医療への要求に応じて、適切に医療が行われることを保証する役割を担っている点にある⁴²。具体的には、それぞれの専門医研修プログラムで教育可能な研修医数を、それぞれの地域におけるその専門医の必要性に応じて決定、認可することとしており、これによって同時に全国どのプログラムに参加したとしても、効果的な専門医研修が受けられることを担保する機能も果たしている。

なお、米国の ACGME は民間の団体である。一方わが国に求められる上位認証組織では、既に各学会等により運営されている多数の専門医制度を改めて束ねる役割を担い、地域における受入れ数の設定等において、関係する行政機関等との連携・協力も重要となると想定される。また、必要に応じて懲戒権を行使し自浄機能を発揮できるようにすることが期待されることなどから、上位認証組織については、法律に根拠を有する公的な組織にすることが適当ではないかと考える。

42 米国での専門医制度の認証を行っている ACGME のホームページ <http://www.acgme.org> を参照。

7 信頼に支えられた医療の実現のために：要望

日本学術会議は、医療に関係する諸団体の個別の立場を超えた、学術的で中立的な見地から、医療崩壊という、絶対に避けるべき緊急事態を回避するために、政府に対して、省庁の枠を超えた、強力な「医療改革委員会」(仮称)を設置し、下記の三項目を審議することを強く要望する。

(1) 医療費抑制政策の転換

わが国の医療の崩壊を食い止めるため、従来の厳しい医療費抑制政策を速やかに見直し、他の先進諸国と同様な水準の資源投入を行うようにすること。

(2) 病院医療の抜本的な改革

特に危機的状況にある病院医療について、実働医師の不足対策を中心とした抜本的な改革の検討を速やかに開始し、3年以内に実施すること。

(3) 専門医制度認証委員会の設置

専門医制度を根本的に見直し、新しい制度を確立するために、「専門医制度認証委員会」(仮称)の設置を速やかに実現し、10年以内に新しい専門医制度の体制整備を完了すること。