

平成10・11年度
勤務医委員会答申

医師会の組織強化への勤務医からの提言

平成12年3月

日本医師会勤務医委員会

平成12年3月

日本医師会

会長 坪井 栄 孝 殿

勤務医委員会

委員長 池 田 俊 彦

勤務医委員会答申

勤務医委員会は、平成10年7月17日の第1回委員会において、貴職から「医師会の組織強化への勤務医からの提言」について諮問を受けました。

これを受けて、委員会では医師会の組織強化策、医師会の理念・目標等について議論を重ね、さらに懸案となっている勤務医の医師会費統一化問題の基礎資料とするために会費調査を実施し、各都道府県医師会および郡市区医師会の会費等を把握するなど、答申作成に向けて鋭意検討を続けてまいりました。

ここに委員会の見解を答申に取りまとめましたので、報告いたします。

勤務医委員会

委員長	池田俊彦	福岡県医師会勤務医部会長・福岡市民病院院長
副委員長	谷口繁	岩手県医師会常任理事・岩手医科大学高次救急センター教授
委員	秋山昌範	国立国際医療センター第一専門外来部第五内科医長
"	岩崎榮	日本医科大学常任理事
"	長部敬一	新潟県医師会理事・厚生連三条総合病院院長
"	小林博	岐阜県医師会常務理事・小林内科院長
"	佐野文男	北海道医師会副会長・札幌社会保険総合病院院長
"	柴田醇	広島県医師会監事・社会保険広島市民病院院長
"	清野精彦	日本医科大学医師会理事・日本医科大学第一内科講師
"	田中隆	前東京都医師会理事・日本大学医学部客員教授
"	濱田和孝	大阪府医師会理事・聖バルナバ病院院長
"	宗像秀雄	全日本病院協会常任理事・室岡整形外科病院院長
"	山浦隆宏	福岡市医師会理事・モロゾフ福岡支店
"	渡辺憲	鳥取県医師会理事・明和会渡辺病院院長

(五十音順)

目 次

はじめに	1
．組織の拡大	2
1．医師会入会・異動の簡素化	2
2．会費	2
3．未入会者への対応	3
．組織力の充実・強化	4
1．会員の意識改革	4
2．医師会の意思決定への参加	4
3．地域医療活動への積極的参加と役割	6
4．勤務医組織のあり方と意義	6
5．勤務医の医政への関心	8
．医師会の目標達成能力の強化	10
1．医師会の理念・目標の徹底	10
2．医師と医療の質の向上	11
（1）医の倫理の昂揚	11
（2）教育・研修の充実	12
（3）救急医療の充実	12
（4）E B M	14
（5）より良い医療保険制度を目指して	15
（6）情報提供	16
（7）リスク・マネジメント	17
おわりに	19

はじめに

医師会の組織強化とは何か。視点はいろいろあると思うが、ここでは、医師会という組織体が、その理念の実現や目標の達成を行う力の強化と理解することが妥当と考える。

組織には、その構成員の満足を実現するための共同体組織もあるが、公益社団法人である医師会という組織は、外的目標を達成するための機能体組織であり、組織構成員の満足や親睦は、手段や結果であって、本来の目的ではない。

本来の目的とは、国民が良質な医療を受けられるようにするための舵取りであり、政策提言である。その結果、国民は良い医療に満足し、医師は、安心して良い医療を行うことができる喜びと満足を得ることになるのである。

そのためには、まず、医師会の組織拡大である。組織の構成員である会員数の増加であり、医師集団としての組織率の向上である。

次いで、会員の結束力が重要である。医師会への強い帰属意識に立脚した団結力と実践力が望まれる。そのためには、組織は構成員の価値観を大事にし、構成員は組織の価値観や目標を大事にすることが肝要であり、執行部のリーダーシップと会員の意志集約の絶妙なバランスこそが、強い組織力の原動力となろう。

最後に、医師会の目標達成能力の向上のためには、医師会という組織が、国民にとって、分かりやすく、信頼されるものでなければならず、医師会の理念や目標が正しく理解、認識される必要がある。医師会への信頼と医師会員個々への信頼が相俟って、ますますその信頼が薰り高く醸成されるものと信じる。

以上、医師会の組織強化を、組織の拡大、組織の結束力の強化、医師会の信頼性の確立という観点から種々検討し、その概要を勤務医の立場からの提言として答申させていただきたい。

．組織の拡大

1．医師会入会・異動の簡素化

日本医師会にとって、医師のおよそ40%（約10万人）が未加入という現状では医師集団としてのパワー不足は免れない。その一因として、所属医師会変更の際しての手続きの煩雑さがある。勤務医にとって転勤は不可避であり、その度に所属医師会を変更しなければならない。一方、各医師会はそれぞれ独立した法人であるので、所属医師会の変更には元医師会退会、新医師会入会の手続きを要する。新たな入会手続きを知らず退会のままの勤務医も少なくない。また手続中の空白期間が、医賠償保険や医師年金の継続に不利益を及ぼすこともある。組織率向上の一策として、会費格差の是正とともに医師会入会・異動の簡素化が望まれる。

簡素化の方法として、郡市区医師会間における共通会員制度や医師登録カードの導入が考えられる。医師登録カード制によって、入会・退会・異動はもちろん医師年金、生命保険の変更手続きも簡素化される。さらに、生涯教育の申告、各学会の認定医・専門医制度における単位取得・更新手続きなど多目的な効果も期待できる。

2．会費

この数年、都道府県医師会から勤務医会費の標準化を要望する声が高まってきている。日本医師会は都道府県医師会および郡市区医師会の勤務医会費調査を行った結果、予想以上に著しい地域格差があることが明らかになった。

この調査を踏まえて、日医総研は数カ所の都道府県医師会および郡市区医師会の決算書を基に、勤務医会費の標準化について検討し、次のように提言した。

都道府県における勤務医会費のガイドラインを設定するならば、実質基本会費（注参照）の最大と最小を除いた平均の額を中心に検討されるのが妥当である。

郡市区医師会においてはその規模格差が著しいため、実質基本会費に大きな開きが生ずる。従って、都道府県医師会で会費を徴収し、財政調整を行ったうえで、郡市区医師会に再配分するなどの方法が考慮されるべきである。

入会金は医師会の有する正味資産に位置づけられるものであり、所属医師会を変更することが多い勤務医にはそぐわないので徴収しないのが妥当で

ある。

勤務医にとって、医師会費の高額負担と格差が医師会離れの一因となっている。例えば転勤に伴う所属医師会変更の際し、会費増額が大きいと新たな入会をためらうことになる。勤務医会費が標準化されれば今後このような弊害は避けられる。

(注)「会議費」(または総務費) + 「事務費」 + 「ニュース発行費」(雑誌は除く)

= 「基本費用」(開業医、勤務医にかかわらず平等に負担すべき費用)

「基本費用」÷会員数 = 「基本会費」

会費以外(補助金、交付金等)で「基本費用」の財源と成り得るものを

「その他財源」

会費÷(会費+「その他財源」) = 「会費依存率」

「基本会費」×「会費依存率」 = 「実質基本会費」

3. 未入会者への対応

組織拡大という立場からは、医師会として入会しやすい、医師会活動に参加しやすい環境づくりがその基礎となることは、論を俟たない。

アプローチすべき対象は、主として未入会勤務医であるが、これから医師になろうとする医学部学生まで広げることも必要である。

これら対象者は、医師会活動と疎遠な存在であるから、彼らにとっての医師会のイメージは、一般市民と同様に、マスコミ等の世論情報により形成される部分が多い。

従って、これまでのように医師会入会のメリットのみを強調するというような対応ではなく、医師会の社会的役割や医師会活動の重要性を正しく伝達することこそ、極めて肝要と考えられる。

対応すべき主体も、医師会や勤務医組織はもちろんのこと、会員個々人においてもそれなりの努力を惜しんではなるまい。

また、その手段や場についても、医師会雑誌、ニュース等にとどまらず、インターネットなどあらゆる手段を通じ、医学教育、卒後教育の場も活用し、医師免許取得時、保険医資格取得時など、節目節目のあらゆる機会を通しての活動が望まれる。

即効的、特効的方策のないことを考えれば、地道に根気強く、医師会存在の意義を強く訴え続ける以外にない。

．組織力の充実・強化

1．会員の意識改革

日本医師会は、「国民の健康権」を守る学術団体の責任において、医療構造の抜本改革構想を国民に明らかにしている。

その中で、21世紀に国民の望む医療とは何かとの視点で、

誰でもいつでもかけられる医療、アクセスの良い国民皆保険体制の維持
良質で適正な医療の提供

の2点を掲げている。

新生日本医師会が発足して半世紀を経て、社会構造、医療構造も大きく変化してきたが、これまで政府が行ってきた改革は、一貫して財政重視の姑息的手役に終始し、真に国民の望む姿でないことを鋭く指摘している。

日本医師会の高邁な構想実現には、様々な政策手段が活用されるにしても、基本的には医師会の組織力の充実・強化こそ肝要である。そのためには、会員自身の自覚と使命感に徹した行動が求められる。

医師として、医の原点であるヒューマニズムに立脚した医療を心がけること、古典的な医の倫理から新しいバイオエシックスへの、あるいは与える医療から患者が参加する医療への意識の変革も必要であるし、さらに、人間の生存・健康に影響を及ぼすすべての問題について、グローバルな視野で関心を寄せることも重要である。

医師として、また医師会員として、誇りをもって真摯な態度で、何をどのように求めるかではなく、患者に対し、医師会に対し、社会に対し、どれだけのことがどのように与えられるかという視点で、医療や医師会活動に参加していくべきものとする。

2．医師会の意思決定への参加

生涯を勤務医として全うする医師が増加しており、医師会の構成においても勤務医は50%を超えようとしている。一方、少子高齢化や疾病構造の変化、医学・医療技術の急速な進歩、経済・社会の諸構造の急激な変化、さらには医療に対する国民の要望や価値観の変化など、医療を取り巻く情勢が著しく変化しつつあるなかで、医療制度や医療提供体制はその再構築が求められている。

このような時代的背景のなかで、勤務医自らが直接そこに参加し責任をもちなければならない制度について考え、その再構築に積極的にかかわっていくことの重要性はかつてなかったほどのものといえる。このことは勤務医が「医師

会の意思決定に参加する」ことの最も今日的意義といえよう。

歴史的にみて、医師会において勤務医は準会員の立場におかれ、勤務医もまた、医師会は開業医のためのものという認識が強かったことは否定できない。勤務医問題が日本医師会において正面から取り上げられたのは昭和58年4月の第66回定例代議員会においてであり、同年5月に勤務医委員会が日本医師会事業の一つとして正式に位置づけられた。第 次勤務医委員会は「勤務医の日医入会促進の方策」という諮問に対して翌昭和59年2月には答申書を出している。爾来、勤務医委員会は9次にわたり答申書を出しているところであるが、この第 次答申書には「勤務医に発言の場を」と題して本項目がすでに重要項目として取り上げられている。その要旨は「従来医師会内で勤務医の発言の場は少なく、この傾向は医師会上部組織に行くに従って顕著である。日医は率先して役員、各種委員に勤務医をなるべく多数参画させ、かつ日医代議員に勤務医をできるだけ多く選出するよう都道府県医師会に要請されたい」というものである。

この項の重要性は、15年経過した今日においてさらに増大しているといえる。日医代議員についてみると、平成11年8月1日現在、総数315名のうち勤務医は20名(6.3%)である。どの程度の勤務医が日医代議員として出るのが適当かは、地域にそれぞれの事情があるのでその数を明確に決めることは難しいにしても、半数を超える都道府県において、勤務医である日医代議員が選出されていないことは問題視されるべきであろう。このことに関して、本委員会は各都道府県医師会から少なくとも1名の日医代議員が勤務医から選出されるべく努力すべきことが望ましいと考える。

各種委員会については、時限的なプロジェクト委員会を含めて現時点でその数は43ある。委員総数は約600名であり、勤務医は約200名である。その数について述べることはないが、平成10年8月に設立された「未来医師会ビジョン委員会」の構成員は、高齢化がピークをむかえる2025年の時点で日医執行部を支えることになるであろう若き医師ということである。このような委員会を設置した現執行部の見識を高く評価するものである。

しかしながら近未来を視野にいれた現状については満足すべきものとは考えていない。現実的には医師会がそれを構成する医師の価値観や歴史的経緯に束縛されざるを得ないことは理解できるが、「最善の国民中心の医療の構築」を第一義として、強力な政策提言のできる日本医師会であるためには、勤務医とりわけ若き医師、さらには女性医師にも発言の場を与えることによって、組織の強化を図ることが不可欠である。

3．地域医療活動への積極的参加と役割

医師会活動、特に地域医療活動は、日本医師会、都道府県および都市区医師会における会務・活動のなかで、多岐・多領域にわたっている。しかしながら、短期勤務や転勤の多い勤務医は、自己の任務以外の地域医療活動に対する認識・関心が希薄になりがちである。

従って、この問題を解決するには医師会入会時における時間をかけた啓発が必要であろう。具体的には、所属医師会における地域医療活動のどれかにまたどれなら参加し、自己の専門性・研究領域に照らし合わせて協力できるかを入会時に提出書類にて確認する。

活動としては、ほとんどが委員会としての形態をとっていることから、勤務医が実際に地域医療に参加する第一歩は、まず委員会委員に就任することから始まる。任命に際しては、各自の提出書類が尊重されなければならないことはもちろんであるが、勤務施設における立場や現在までの研究業績などを配慮して、委員会委員長や学術担当などの指導的ポストを用意しておくことも考えられる。さらに就任に際しては、これらの活動により得られたデータは、勤務医にとっては学会・研究会等へ発表することにより学術的業績とすることが可能であるという説明も必要であろう。

いずれにしても、地域医療活動における勤務医には基本的にはあくまで学術性が求められるが、同時にその高度な専門性を多忙な日常診療以外にも地域医療に提供し、貢献することの意義を認識するという意識改革をも求められる時代になりつつあることも確かである。

4．勤務医組織のあり方と意義

勤務医部会が設立されている都道府県医師会は27となった。昭和36年に山梨県医師会に勤務医部会が設立されてから38年が経過している。この間、勤務医部会不要論も述べられてきたが、勤務医部会が設立されることにより、医師会のなかに勤務医の存在への認識が高まり、勤務医も次第に医師会に関心をもつようになってきている。

医師会は、社会における職務として医学、医療の専門領域を担当するべく国から免許を与えられた医師全員により構成されるのが理想的であり、国民の健康の保持、増進を図る専門家としての医師の意見を集約して、社会の改善に寄与するべきである。そのために勤務医は、勤務医の立場からみた医療への意見を医師会内で発言し、日本の医療の向上に努める義務がある。

歴史的にみて、医師会は開業医が中心となり、日本の医療の確立と進歩に努力してきた。従って、医師会では、開業医と、診療所が発展成長した私的病院の院長たちの意見が主流を占めてきた。しかし、医師のなかに勤務医が増加し、医師会員のなかに占める勤務医数が増加すると共に、勤務医の意見が医療の将来に反映される必要が生じてきている。

勤務医のなかにも診療所の勤務医や、大学における基礎研究者など、いろいろな立場の勤務医が存在する。しかし、社会的にみれば、医師は免許をもった専門的職業人であり、もし医療施策の方向性を誤れば、それぞれの生活や生涯に悪影響をもたらすことは間違いない。

一般に大学の勤務医は、研究者として学問に専念することが多く、未来志向であり、医療制度などの社会の動向には関心が薄い。しかし、地域医療体制のなかで大学付属病院が特定機能病院として重要な役割を果たしていることや、ほとんどの大学勤務医が将来は地域のなかでの活動が期待されていることからみても、大学の勤務医も社会のなかでの医療体制に組み込まれているとの認識が必要である。医療制度のなかで一定の役割を果たしていく限り、大学においても医師会は設立されるべきである。

大学医師会は、医療制度の動向など現在の医療の方向性を、地域医師会の協力を得て大学で働く医師や学生たちに伝達し、認識と理解を求め、また大学勤務医から考えた医療の現状やあるべき姿への意見を地域医師会に伝え、より良い医療の確立に協力すべきである。大学医師会においては、教授、助教授、講師、助手、研究医、研修医などの代表からなる役員会を構成し、それぞれの立場からの意見をもとにして議論を行うことが必要と思われる。また、特定機能病院としての診療実績を公開し、大学医師会と地域医師会相互の医療ネットワークを構築して、医療機能の特性を生かした地域における医療連携を図り、地域医療の質の向上を目指すべきであろう。

一方、地域の勤務医組織は病診連携に関心をもち、勤務医それぞれの専門を生かして地域医療の効率化と向上を目標とする。地域の勤務医組織は集まって都道府県ごとの組織を構成し、医師会からの情報の伝達と勤務医の意見集約を行い、勤務医からみた将来の医療への提言を行うべきである。その他、勤務医組織の特性を生かし、地域における疾病統計や感染症情報などを整理し、行政と協力して住民の健康増進に努める必要がある。

5 . 勤務医の医政への関心

『医政』という言葉は、大正10年、旧制日本医師会が法人格を取得した後に創刊された医師会雑誌の名称として初めて登場し、故・武見太郎会長時代に頻用されるようになってきた。「医師の立場で考える医療政策」から「選挙への対応を含めた医師会の政治活動」まで幅広い意味で用いられているが、ここでは、前者を主体に、一部、後者を加味した概念として用いたい。

戦後50余年を経て、保健・医療・福祉すべての分野において、現在、大きな転換点をむかえている。変革の大きな潮流の底流をなすものとして、超高齢化社会、疾病構造の変化、経済情勢の変化などに加え、規制緩和、行政機能の地方分権化、公私を問わず経営の合理化・効率化が求められていることがあげられる。医療界においても、かつてない大きな構造変革への圧力にさらされており、今後予定されている医療法改正、医療保険制度改革に目が離せない状況である。奇しくも、上述の「医政」創刊号の巻頭言に「社会的・経済的ないし法制的改革の怒濤にますます備えるべき・・・」と記されており、医政は、80年近く経た現在も相変わらぬ、医師会のもつ重要な命題であることをあらためて感じさせられる。

勤務医は、従来、医療の現場において、様々な不満、不合理を感じながらも、制度的改善を図るべき具体的提言、行動を行う機会が少なく、また、これらへの関心も極めて薄かったと思われる。しかし、日本医師会会員のなかで勤務医が占める比率は現在50%に迫り、都道府県医師会、都市区医師会においては、勤務医会員はさらに高い比率を占めるに至っている。すなわち、医師会が学術団体、専門職能団体として、保健・医療・福祉についての提言を行うに当たり、勤務医会員は今後一層の役割を求められるべきであろう。

平成12年度から施行される介護保険は、医療へも様々な影響を与えるものと予想され、また、医療の構造改革、医療保険制度の抜本改革など、21世紀の医療制度の根幹が、今後数年の間に形作られようとしている。一方、日本医師会は、近年、厚生省に匹敵する医療政策立案能力を発揮し、さらに、直接、政治家との対話を通し、医師会の主張する医療政策を実現できる力をつけてきた。すなわち、ここ数年こそ、勤務医が多年にわたり経験し、実感してきた現状の医療に関する問題点を見据え、医師会活動を通して、改革へ向けた提言を行ってゆく好機と考えられる。

勤務医には、公的病院に所属する会員も多く、公務員の立場等のため直接的発言・行動が制約される場合もあろうが、地域における保健・医療・福祉

を向上させる具体的提言を医師会のもとに集約し、実現させていくというプロセスには、なんら支障はないと考えられる。勤務医も、医療の第一線で感じてきたことを医療政策のなかに実現していく作業に、是非、参画していただきたい。勤務医が、これら医政への関心を深め、医療政策立案に幅広く加わることで、医師会の目標達成能力を、より確固としたものにしていくことができると思う。

．医師会の目標達成能力の強化

1 ．医師会の理念・目標の徹底

少子高齢化社会に対応するため、日本医師会は、国の保健・医療・福祉に関する政策審議に学術専門団体として参加し、各種提言や見解を述べるとともに、各行政機関において施策調整を行い、現実的な対応を行っている。また、地域においては、地方自治体と協力して、地域住民のための保健・医療・福祉の活動を積極的に展開し、在宅医療を含め、「かかりつけ医」として、地域住民の医療サービスを行うとともに、救急医療を含む各種の地域医療を展開し、産業保健、学校保健、といった保健活動にも積極的に協力している。しかしながら、理念や目標は非会員の医師たちや国民にのみならず、一般会員でさえ正確に浸透しているとは限らない。そこで、その理念や目標を徹底させるために、情報発信が最も重要である。

医師会の広報は会員に対して、「日医ニュース」や「日医 FAX ニュース」により行われている。非会員や国民に対しては、健康セミナー、講演会、テレビ、ポスター、小冊子など様々な手段で、広報活動が行われている。しかし、医師会がもつ理念やその情報（内容）を有効に生かすためには、日本医師会から各地域医師会や会員への情報伝達に加えて、各地域医師会や医師会員一人ひとりから日本医師会へ自由に情報を伝えられるような環境を早急に整えることが必要である。

このため、日本医師会は、インターネット上にホームページを開設するとともに、すでに各県医師会に情報担当理事を任命することを要請し、平成9年7月4日に「都道府県医師会情報システム担当理事連絡協議会」を日本医師会館で開催している。これは、従来の情報伝達手段では、一方向性の情報伝達にすぎなかったものを、インターネットという新しいメディアを通じて、双方向性の手段として情報の伝達を行うという試みである。これが有効利用されると、情報の迅速な伝達という効果のみならず、「情報を共有する」という効果を生み出すであろう。そして、医師会がもつ理念や目標といった、その情報に対する理解が深まり、組織強化につながることは確実である。

その例として、平成9年の医療法改正時に行われた国民の医師会に対する意識調査研究報告において、各地の医師会員たちが共同で行った調査研究を取り上げてみる（日本医師会雑誌、119(9)1445-1450、1998）。この報告では、医師会に対する住民の期待度の高さが注目された。すなわち、医師会とはどんな団体かという質問に対しての回答の一位が「日本の医療の向上、より良

い医療を目指すための団体」であり、当時の医療法改正に対する医師会の反対理由も予想に反して正当に評価されていた。この研究の特筆すべき点は、この調査が医師会事務局や委員会によるものではなく、一般会員の草の根的な研究であったことである。さらに、意識調査の解析に当たって、会員間でインターネットの電子メールやメーリングリストを利用し、設問設定や結果の解析を全国の医師会員が相互に相談しながら行ったことが注目される。双方向性のメディアを使うことにより、従来の一方向性の情報伝達では考えられなかった活動であり、今後の医師会活動の方向性を示しているといえる。

このように、従来の広報活動の他にインターネット等の双方向性のメディアを利用して、会員間や医師会事務局と会員間にも「情報の共有化」を図ることで、意識の統一が可能となり、医師会の理念や目標の徹底を達成できると考えられる。

一方、地域医療における「情報の共有化」では、実地診療における診療情報交換による病診連携が重要である。本年度より新宿区医師会を中心に行われている地域レベルでの1患者1カルテシステムの構築は、そのモデルケースとなる可能性があり、地域における医師会の貢献が評価されている。

2. 医師と医療の質の向上

(1) 医の倫理の昂揚

医療のなかの倫理の問題は、ヒポクラテスの誓い以来、1948年のジュネーブ宣言、1949年の医の倫理に関する国際規準、1964年のヘルシンキ宣言などがある。その後、アメリカにおいては生命倫理検討委員会の総括報告書が1983年に発表されている。ヘルシンキ宣言は、医療内容について細かく規定され、現在の医療倫理の基本と考えられている。しかし、これらの宣言などをみると、医療倫理も時代により異なることが理解できる。

現在、医療倫理として話題になっている事項は、脳死、移植、生殖医療、終末期医療などであり、医療技術の進歩、患者側の人権意識の昂揚などが要因となり、新しい倫理が確立されつつある。

医師は、臨床においては単に高度専門医療技術者であってはならない。病気を診て、人を診ずということは避けなければならない。

医療の現場において医師の倫理観の欠如を示す不祥事などが起こり、医師と患者の間の信頼関係が損なわれる事態が生じている。現在、安心と納得のある医療が求められている。インフォームド・コンセントはその第一

歩である。まず、患者さんの状態を詳細に観察し、EBM (Evidence Based Medicine) に基づき分析を行い、説明する。医療は多様性、不確実なものであることを含め、十分に説明する。そして患者さんの意志を尊重し、納得のうえで医療を行うことが求められる。これが医師と患者の間の信頼関係を築く基本である。しかし、現在の医療の現場においては十分な説明を実行することは困難である。その理由は、一人の外来患者さんに30分も1時間も説明する時間的余裕がないことである。現在の診療報酬制度においては、このような説明時間は評価されていない。インフォームド・コンセントを徹底するためには診療報酬制度に反映させる必要がある。

(2) 教育・研修の充実

医療の高度化・専門分化が著しい進展を示している今日、EBMの導入とインフォームド・コンセントを得ることの重要性が増すなかで、国民の医療への期待は高まる一方であり、一層の医療の質の向上と効率化が望まれている。近年の社会の変化に応じて、臨床研修のあり方も変わっていく必要があり、もちろん卒前の教育カリキュラムの変化にも対応した卒直後の研修も見直しを図らねばならない。卒直後の臨床研修は、臨床医としての第一歩であり、幅広い医療に対処できる能力(プライマリ・ケア)とEBMの習得、さらには基本的な診療技術、そして保険制度下の医療を身につけるための期間である。今後、地域医療にも貢献するような研修システムを導入することも重要と考えられる。

今ようやく、卒前の教育も変わろうとしている。チュートリアル教育システムやクリニカル・クラークシップが卒前の教育方法の主流になりつつあるが、そればかりでなくEBMによる考え方が医学教育のなかに導入されようとしている。医師国家試験も平成13年から新しい方式となる。

これらすべてがこれからの臨床研修そして生涯教育を変えようとする要因でもある。医療の役割分担が進むなかで、専門医・かかりつけ医・すべての勤務医が質の高い、効率の良い医療を実践していくために、生涯教育を真に充実していくことが究極の課題といえよう。

(3) 救急医療の充実

わが国の救急医療体制については、昭和39年に救急病院、救急診療所の告示制度が制定され、昭和52年からは、初期、二次、三次の救急医療機関ならびに救急医療情報センターからなる救急医療体制の体系的な整備が行

われた。また、平成3年に救急救命士制度が創設され、平成9年12月の医療法の一部改正で、医療計画において救急医療の確保に関する事項を必要的記載事項とするとともに、救急医療の提供を要件の一つとする地域医療支援病院を創設すること等が定められた。

こうした状況を踏まえ、厚生省では救急医療体制基本問題検討会を平成9年2月に設置し、同年12月11日に報告書が公表された。

報告書では、前述の救急告示制度と、初期、二次、三次救急医療体制の一元化を図る必要性が指摘され、その方向性として、都道府県が作成する医療計画に基づき、地域の実情に応じた救急医療体制を確立すること等が提言された。その内容としては、

- (1) 救急医療体制のあり方
- (2) 救急医療体制の個別課題
- (3) 救急医療の啓発普及
- (4) 救急医学教育

等にふれている。

この中から、勤務医ならびに医師会が対応すべきものを今後の検討課題とする。

救急医学教育に関しては、多くの大学で救急医学講座が開設されるようになり、特に、三次救急医療については、複数の診療科領域にわたる重篤な傷病者に対し、病態を総合的に把握し、迅速かつ的確な診断・治療を行う体制が確立された。

こうした救急医学の教育指針は確立されたが、実施体制については、特に国立大学において不十分であるため、国民に必要な救急医療を提供する人材養成が進まない状況にあり、すべての大学は、救急医学教育に心血を注ぎ、情熱を傾げるべきことを大学付属病院の使命に鑑み再確認すべきであるとしている。

救急医療に関する臨床研修の場として、複数の診療科における研修や総合的な診療部門における研修を行うべきであり、また、地域の救急医療に習熟するためには、一般の救急医療機関において臨床研修を行うことも検討すべきであるとしている。

救急医療は“医”の原点であり、救急医療の提供は、医療機関の公私を問わずすべての医療機関に課せられた共通の努めであるが、救急医療の提供は、公的病院が中心的な役割を果たすべきであり、国立病院についても、「国立病院・療養所の再編成・合理化の基本指針」に基づき、三次救急医

療体制を補完すべきであるとしている。

こうしたなかで社会的に救急医療が認知されてきた現在も、救急医学を一生の仕事にしようとする勤務医は多くない。勤務時間が長く、仕事も楽でないということが理由の一つであるが、患者の状態が安定すると他科に転床してしまい、治療を中断せざるを得ない中途半端な診療形態が原因とも考えられる。

救急専門医の専門性の確立と専門各科とのすみ分けが今後の解決の課題とされている。過酷な労働環境にも拘わらず、救命を目的とした医師の使命感を理解し、医師会が強力に支援しなければならない。

(4) EBM

EBMとは、「一人ひとりの患者の臨床判断に当たって、現今の最良の証拠を、一貫性をもった明示的かつ妥当性のある使い方をすること」と定義されている。欧米諸国を中心に、大規模無作為前向き二重盲検臨床試験が数多く行われるようになり(後検分析メタアナリシスを含む)、我々はその成績を活用(引用)して、ある程度の自信と確信をもって患者の診断と治療に対処することができるようになったのである。

従来、個々の経験と判断力に基づいてなされてきた情報告知(患者に対する説明)および診断と治療における問題解決の手法(経験医学)に、客観的な証拠に基づいたEBMを導入することは、わが国の実地診療においても重要なことと確信する。

さらに米国を中心に、蓄積された豊富なEBMを根拠に、多くの疾患に対して「診断と治療(管理)のガイドライン」が作成されている。このガイドラインでは、それぞれの疾患について診断、検査法の選択(順位付け)、治療選択(順位付け)と期待される効果・限界、そして上記のそれぞれに対する科学的根拠(無根拠)が明示されており、患者あるいは社会に対する情報告知と、診断・治療選択の拠り所となっているのである。その科学的分析は、診断精度の分析や治療効果の評価に止まらず、医療機関経営、費用/効用分析、広義の医療経済にまで及んでいるのである。

しかし残念ながら、EBMを体系付ける科学的臨床試験の大多数はわが国で実施されたものではなく、欧米で蓄積されたそれらを引用(拝借)しているのがわが国のEBMの実状である。日本医師会は各専門医学会とともに、わが国のEBMを蓄積し、診療ガイドラインの作成に着手することが急務と考えられる。かかる観点から、研修・教育病院、大学病院、専門病院お

よび地域における中核的な病院に勤務する医師の果たす役割は重要である。

(5) より良い医療保険制度を目指して

平成11年7月1日、医療審議会から「医療提供体制の改革について（中間報告）」の意見書が厚生大臣に具申された。それによると、わが国の医療を取り巻く環境の変化の要因として、医療技術の進歩、高齢化の進展、国民の生活水準の向上、経済構造の変化があげられており、これらの要因により、今後のわが国の医療提供のあり方を変えていく必要があるとしている。

現状の医療提供体制は、戦後一貫してすべての国民に対し平等に医療を受ける機会を保障するという観点から、医療提供の量的な拡大に主眼を置いて整備されてきたことで、諸外国との比較において、人口当たりの病床数が多いこと、平均在院日数が長いこと、1床当たり医療従事者数が少ないこと、必ずしも病院に入院する必要のない患者をも担ってきたことなどから多くの問題を抱えている。

従って、医療提供体制の種々の問題を解決することが必要であり、また、より質の高い医療サービスを提供するためにも、従来の医療提供体制の単なる延長ではない、新しい観点からの医療提供体制へと変革する必要がある。

さて、その具体的な提供体制についてどうするかとなると大変難しい問題が多いが、平成12年度の介護保険制度の導入という視点から考えれば早急な変革を必要とする。具体的には現在の一般病院の病床を短期に入院を必要とする患者のためのいわゆる急性期病床（短期）と、長期に入院を必要とする患者のための慢性期病床（長期）とに病床機能を区分することについては、病床区分の必要性自体の検討と、区分するとすればこのような区分で良いのかどうかを含めて、可及的速やかに検討を行う必要がある。

これは、現在においても、病院の自主的判断により患者の病態に応じて適切な療養環境を提供してきたはずであり、病床の有効利用の立場、また病院経営管理上からも重要な病床機能管理の一環として行われてきたところである。今さら法制化を図ってまで、病床を機能区分する必要はないであろうし、病床区分についての医療計画による病床規制を図る必要もない。規制することによる弊害は、昭和60年の医療計画制度の創設前後に起こった急激な病院病床の増加で経験済みである。また、病床区分に伴う施設・設備等の設置規定についても急性期・慢性期に区分するとすれば、それぞ

れの病床での見直しは必要であると思われるが、国は、参照すべき標準値を示す程度にとどめておくことがこれからの規制緩和の方向性からしても妥当性があるであろう。そのことよりも、これからは、実質、医療の内容、提供する医療の質そのものが改善・向上していく仕組みをつくることが大切である。そのためには病院のすべての情報を公開していくことが何よりも必要である。

給付制度については、現在の社会保障給付全体（年金・医療・福祉その他）の構造や国全体の財政構造、経済成長率等を視野にいれつつ考えるべきである。そのうえで、こと社会保障給付については、年金・医療・福祉・介護、その他のそれぞれへの配分、そして医療給付の費用のあるべき姿を論じる必要がある。いわば「低成長時代に対応した社会保障の構築」をしなければならない。現在の医療費のなかに占める薬剤費が多いことが指摘されているが、勤務医の適正な使用により減らせる可能性は大いにある。また入院日数を短くすることによる入院費の節減が図られることは間違いない。これも勤務医がそれぞれの病院において現代の発達した医療技術の適用と適切な診療により実現できることである。質の向上を目指すというクリティカル・パスの活用により在院日数が短縮するのであれば、一挙両得ともいうべきであろう。

勤務医はもっと医療制度等の変化に対して関心を高め、これらの制度のあり方について、日本医師会や都道府県医師会、郡市区医師会を通して主張していくべきである。

(6) 情報提供

診療情報提供については、平成10年6月に厚生省「カルテ等の診療情報の活用に関する検討会」より詳細な報告書が出されており、平成11年4月には日本医師会より「診療情報の提供に関する指針」が出されている。

本委員会としては勤務医の立場からの問題点についてのみ述べることにする。

診療情報提供についての役割

勤務医として関与する情報提供としては、

- () 患者に提示しても良い診療記録（カルテ）の作成をどうするか。
- () 作成された情報を医療連携のためにどのように活用するか。
- () 診療記録としての情報は、患者の診療経過の証拠書類としても使われることを自覚して分かりやすく詳細に記載する。

などである。

以上のことについては「診療記録としてのカルテはどうあるべきか」ということで以前から考えられていたことであり、法制化されなくても当然実施すべきであり、現にこの方向で作成され、またその資料については適正に管理保存されている施設が多く、患者の診療に際しすぐ役立つシステムになっている。

カルテ開示に当たっての要望

カルテ開示ということで見せることを前提にカルテを書くことになれば、いろいろな問題が発生する。医師がすべての記録を業務として行うことは不可能であり、欧米並の医療秘書の制度を至急導入するか、また取り敢えずできることとして医事課職員の教育、業務拡大を実施して客観データのカルテ添付などや医療連携業務は事務職の仕事にすべきである。

これらのことを実施するに当たっては診療報酬等の配慮が不可欠であり、これがなければ実現は無理であろう。医師のみが業務過剰とならないよう要望する。

以上、情報提供についての勤務医の役割については、いろいろ問題点はあるが、「診療情報の提供に関する指針」は平成12年1月1日より実施されている。日本医師会としては至急その周知徹底を図り、また、医科大学を含む各医療機関においてはこれを至急、卒前教育、卒後教育の一環として取り上げるよう要望する。

なお、電子カルテ等の問題についても情報提供としての面から検討する必要があり、今後の課題である。

(7) リスク・マネジメント

近年の医療技術の発達にはめざましいものがあるが、疾病に対するより有効な治療法が確立され、実施されるにしたがって、医療に対する期待も次第に高まり、より質の高い医療を求める声が多くなってきているのは当然である。しかし、それに伴い不幸な転機をとった患者のなかから、医療提供者側の過失を問う医事紛争が多くなってきているのは誠に残念なことである。

医事紛争を起こさないためには、医療従事者が職能による専門性を十分に発揮された職務を遂行することは当然のことであるが、もともと医療行為は不本意ながら、結果として患者の不利益になる事態の発生は不可避であるものとし、個人ではなくシステムとして対応することが必要である。

日本医師会医療安全対策委員会は平成9年7月23日、坪井会長から「医療における安全意識の確立と向上を図るために、リスク・マネジメントはいかにあるべきか、その対策について」という諮問を受け、平成10年3月、「医療におけるリスク・マネジメントについて」と題して答申されている。その中で、医療事故を予防するための視点として（ア）医療を担う者としての基本的な姿勢を再確認する、（イ）マイナスの情報を隠さず詳らかにする習慣を育てる、（ウ）原因追及の作業を「犯人捜し」で終わらせてはいけない、（エ）正確な情報に基づき事故予防システムを構築し活用すること、は特に重要な点である。また、医療事故予防対策に対して以下の7つの提言を示している。すなわち、（1）医療事故および紛争に関する情報収集体制とその組織の確立、（2）院内に事故報告体制等の組織を整備する、（3）安全対策マニュアルの作成と徹底、（4）医療現場の意識改革、（5）医療職の労働条件の改善、（6）生涯教育・啓蒙活動にリスク・マネジメントを導入する、（7）医学教育・医師養成のあり方に対する提言、となっているが、さらに具体的方策を示す必要がある。

リスク・マネジメント（risk management）とは「経済的損失のリスクを見つけ、評価し、それに対処する科学」と定義されている。

医療機関内で発生した事故、患者からの苦情、職員からの苦情、ヒヤリ・ハット等の情報を一カ所に収集し、迅速に対応するシステムを構築することである。

日本医師会は度重なる医療事故を深刻に受け止め、平成11年2月8日に坪井会長による『声明』「医療事故の発生防止について」を公表し、都道府県医師会会長、日本病院会会長、全日本病院協会会長、日本精神病院協会会長、日本医療法人協会会長、全国医学部長病院長会議会長宛てに送付されたところである。しかしながら、日本医師会は各医療機関が今回の「声明」や「答申」に対してどのように対応しているのかを検証し、その結果を正しく評価するのでなければ「声明」も「答申」も無意味なものとなる。

我々の不注意やちょっとしたミスが大きな事故につながり、その結果が患者さんとその家族に、また、当事者たる医療関係者の苦悩を引き起こすことを思うとき、医療事故予防対策の確立とその実施は国民の医療に対する信頼回復においてまさに急務である。

おわりに

医師会の目標は、社会の構成員としての医師の役割を果たすことである。医師の役割は、専門家集団として、国民に良質の医療を提供し、国民に安心感を抱いてもらうことであろう。そのためには、多くの医師が医師会という組織に集まり、結束力を高め、政策提言を行い、国民の信頼を得られるように努める必要がある。

医師会の組織を拡大するためには、

- 1．医師会未入会者の医師に対して、医師会の理念を分かりやすく掲げ、医師が集団として活動することの社会的意義を理解させる。
- 2．医師会の入会や異動に際しての手続きを簡素化する。
- 3．勤務医の入会金や会費の低額化を図り、組織に加入しやすくする。

組織の充実・強化の方法としては、

- 1．「医療はヒューマニズムに基づく」という医療の原点を医師が国民に示す。
- 2．医師会に加入した勤務医が、医師会の意思決定に際し、発言力がもてるように医師会の構造改革も必要となろう。
- 3．勤務医が地域医療に参加しやすい方策を考える。
- 4．地域や大学における勤務医の組織を充実させ、地域や都道府県および日本医師会の考えを周知認識させるとともに、地域の勤務医会や大学医師会の意見を組織内に取り込めるような体制をつくらねばなるまい。相互の意見交換と理解があってはじめて結束力の高い、同時に発言力のある医師会になることができよう。

医師会の目標を達成するために、

- 1．「国民に良質な医療を提供することにより、社会の構成員としての医師の役割を果たす」という理念・目標を医師にも、国民にも浸透させる必要がある。それには、情報化社会を有意義に活用しなければならない。特に、医師会員のなかでの情報の共有化が図られねばならない。
- 2．医師と医療の質の向上を目指し、
 - (1) 医の倫理の昂揚、教育・研修
 - (2) 国民の納得が得られるような説得力のある情報提供
 - (3) 安心感を与えるための救急医療、病診連携の充実とリスク・マネジメント
 - (4) 医療保険制度の充実

などに力を注ぐべきであろう。