

平成18・19年度
勤務医委員会答申

第5次医療法改正における勤務医の課題

平成20年3月

日本医師会勤務医委員会

平成 20 年 3 月

日本医師会
会長 唐 澤 祥 人 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 18 年 7 月 14 日の第 1 回委員会において、貴職から「第 5 次医療法改正における勤務医の課題」との諮問を受けました。

これを受けて、委員会では 2 年間にわたり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 | 福岡県医師会副会長・福岡県国民健康保険団体連合会診療報酬審査委員会長 |
| 副委員長 | 渡辺憲 | 鳥取県医師会常任理事・特定・特別医療法人明和会 医療福祉センター渡辺病院長 |
| 委員 | 泉良平 | 富山県医師会副会長・富山市立富山市民病院長 |
| " | 今山裕康 | 沖縄県医師会理事・(医)緑水会 宜野湾記念病院長 |
| " | 金井忠男 | 埼玉県医師会副会長・所沢肛門病院長 |
| " | 上出良一 | 慈恵医師会理事・東京慈恵会医科大学附属第三病院皮膚科教授 |
| " | 鈴木健司 | 順天堂大学呼吸器外科教授 |
| " | 武井秀憲 | 静岡県医師会理事・三島社会保険病院副院長 |
| " | 直江寿一郎 | 北海道医師会常任理事・医療法人社団 旭川圭泉会病院長（平成 19 年 4 月 24 日から） |
| " | 藤田敬之助 | 大阪府医師会理事・大阪市立総合医療センター副院長 |
| " | 藤巻わかえ | 女子栄養大学人間医科学研究室教授 |
| " | 望月泉 | 岩手県医師会常任理事・岩手県立中央病院副院長 |
| " | 柳内統 | 前北海道医師会常任理事（平成 19 年 4 月 23 日まで） |
| " | 湧田幸雄 | 山口県医師会常任理事・済生会山口総合病院副院長 |

（五十音順）

目 次

| | |
|------------------------------------|----|
| はじめに | 1 |
| 第5次医療法改正の概要 | 2 |
| . 第5次医療法改正が指すもの | 4 |
| 1. 医療情勢の変化 4 | |
| 2. 目指すべき中心課題 5 | |
| . 医療計画の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の促進 | 6 |
| 1. 医療計画に医療連携体制を具体化 6 | |
| 2. 4疾病及び5事業ごとの医療体制について 6 | |
| 3. 医療計画の見直しと現状の問題点 7 | |
| . 勤務医の不足ならびに過重労働の問題 | 9 |
| 1. 医師数の不足とその対応 9 | |
| 2. 地域による偏在とその対応 9 | |
| 3. 科による偏在とその対応 10 | |
| 4. 勤務医の過重労働とその対応 11 | |
| . 女性医師の問題 | 13 |
| 1. 女性医師の現状と改善されるべき点 13 | |
| 2. 取り組みの現状 14 | |
| 3. 今後の展望と勤務医に求められる課題 15 | |
| . 医療安全の確保 | 16 |
| 1. 医療安全支援センターの制度化 16 | |
| 2. 安全確保体制の義務化 17 | |
| 3. 医療事故発生後の対応 19 | |
| . 行政処分を受けた医師に対する再教育制度 | 21 |
| 1. 行政処分について 21 | |
| 2. 再教育と処分 22 | |
| 3. 再教育の内容とその方法における不備 23 | |

| | | |
|-----|----------------------------|----|
| ・ | 地域住民への医療情報の提供について | 25 |
| | 1. 地域医療における医療情報提供の目的 | 25 |
| | 2. 適切な医療情報を伝達するための必要十分条件 | 25 |
| | 3. 医療情報における質の確保 | 26 |
| | 4. アクセス法が容易であること | 26 |
| | 5. 獲得した情報の解釈 | 27 |
| ・ | 公私医療機関の新しい役割 | 28 |
| | 1. 地域医療対策協議会への参画 | 28 |
| | 2. 医療法人の役割 | 29 |
| | 3. 医療法人制度改革の目的 | 29 |
| | 4. 急性期病院への開業医の協力 | 30 |
| ・ | 在宅医療と勤務医 | 31 |
| | 1. 「在宅医療」の問題点 | 31 |
| | 2. 在宅医療推進に必要と思われる事項 | 32 |
| | 3. 在宅医療の推進と勤務医の役割 | 33 |
| ・ | 医療を担う志の高い次世代医師の育成 | 34 |
| | 1. 新医師臨床研修制度発足に伴う医師育成環境の変化 | 34 |
| | 2. 次世代の医療 | 35 |
| | 3. 総合的医師養成システムの構築 | 36 |
| | 4. 次世代医師に望まれること | 38 |
| XI. | 医療費抑制政策と医療崩壊 | 39 |
| | おわりに | 42 |

はじめに

永年にわたる低医療費政策によって疲弊した医療に、医療にはなじまない市場原理を持ち込み、財政支出削減一辺倒の財政政策による大幅な医療費抑制で、医療の崩壊は音を立てて足早に進んでいる。

このような時期に、平成 18 年 6 月 21 日、「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」が公布された。第 5 次医療法改正である。

今期の勤務医委員会は、会長から「第 5 次医療法改正における勤務医の課題」という諮問をいただいた。

この諮問の意味するものは何か、何がこの委員会に求められているのか、深く考えるとなかなか難しい。

第 5 次医療法改正に対し、勤務医はどのように対応すべきか、またどのような課題が惹起されるのかについて十分に議論・検討するとともに、さらに、勤務医にかかわる問題としての視座からのみでなく、良質な医療の確保という医療全般についての問題として、特に勤務医の視点から考察した。

また、第 5 次医療法改正の直接的な項目にない点や、喫緊の課題であるいくつかの問題についても論議を進めた。

第 5 次医療法改正の真意、その底に流れるものについて洞察しつつ答申とする。

第5次医療法改正の概要

1. 患者等への医療に関する情報提供の推進

- (1) 都道府県を実施主体とする医療機能情報提供制度の創設
- (2) 入院時における入院診療計画書の交付（義務規定）
退院時における退院療養計画書の交付（努力規定）
- (3) 広告規制の見直しによる広告のできる事項の拡大

2. 医療計画制度の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の推進 〔地域連携クリティカルパスの普及、シームレスな医療提供〕

- (1) 都道府県による4疾病及び5事業に係る医療連携体制に関する事項の規定
 - ・ 4疾病：がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病
 - ・ 5事業：救急医療、災害時における医療、へき地の医療、周産期医療、小児医療（小児救急医療を含む）、都道府県知事が特に必要と認める医療
- (2) 4疾病及び5事業について、都道府県が達成すべき数値目標を定め、事後評価できる仕組みの導入
- (3) 在宅医療推進のための規定整備

3. 地域や診療科による医師不足問題への対応

- (1) 都道府県における「医療対策協議会」の制度化
- (2) 医療従事者に対する、(1)で定められた施策実施への協力（努力規定）

4. 医療安全の確保

- (1) 医療安全確保の体制整備の義務付け、
医療安全支援センターの制度化等
- (2) 行政処分を受けた医師に対する再教育の義務化、
行政処分の類型の見直し等〔医師法〕

5. 医療従事者の資質の向上〔医師法等〕

- (1) 行政処分を受けた医師に対する再教育の義務化等（再掲）
- (2) 看護師、助産師等について、現行の業務独占規定に加え名称独占規定を設定
- (3) 外国人看護師等について、臨床修練制度の対象とすること

6. 医療法人制度改革

- (1) 医療法人の非営利性の徹底
- (2) 医療計画に位置付けられたべき地の医療、小児救急医療等を担うべき新たな医療法人類型（社会医療法人の創設等）

7. その他

- (1) 施設規制法の性格が強い従来の医療法を、患者の視点に立ったものとなるよう、目的・理念の見直し
- (2) 有床診療所に対する規制の見直し
- (3) 病院等の管理に関する事項の改正
- (4) 医療法の看護職員配置標準の見直し

施行期日は、平成 19 年 4 月 1 日。

（有床診療所の見直しは平成 19 年 1 月 1 日施行）

・第5次医療法改正が目指すもの

平成 17 年 12 月 1 日に政府・与党医療改革協議会によって「医療制度改革大綱」が取りまとめられた。平成 18 年 6 月 14 日には医療制度改革関連法案が可決成立し、それに基づき平成 19 年 4 月 1 日に「医療法等の一部を改正する法律」が施行された。これと合わせて平成 18 年 10 月から 70 歳以上の高齢者の患者負担増などを含むさまざまな改革案が実施された。昭和 23 年の医療法施行以来、大きな改正は今回が 5 回目で、いわゆる第 5 次医療法改正といわれる。

1 . 医療情勢の変化

第 5 次医療法改正が目指すものを理解するうえで、第 4 次改正以来の約 6 年間に生じた日本の医療情勢の変化を認識することが重要である。

第一の変化は、平成 11 年に起きた「患者取り違え手術事件」を代表とする医療過誤事件の急増や過熱するマスコミ報道、それに伴う国民の医療不信の増大である。国民の医療不信に対応すべく「安全な医療」が大きく取り上げられるようになり、医療安全の確保が喫緊の課題となった。安全な医療を実現するには医療の質の向上が前提となり、そのために医療従事者(医師、歯科医師、薬剤師、看護師など)の資質の向上が社会的要請となった。「行政処分を受けた医師の再教育」などのテーマはこのような背景のもとにやや性急に練られた感があることを指摘しておきたい。いずれにせよ、増大する社会の医療不信に対応すべく、医療の安全・質の向上・情報の提供(医療の公開)が今回の改正に含まれることとなった。

第二の変化は平成 13 年に発足した小泉内閣が実践した強力な「医療費適正化政策」の名もとの医療費抑制政策の影響である。

その内容は、社会保障費の抑制を目指すために効率を念頭に置いた医療制度改革、医療機能の分化・連携の推進などで、医療の無駄をなくすために、数値目標を設定して制度を構築しようとする背景があることを理解しておく必要がある。極端な医療費抑制（診療報酬の引き下げなど）の結果が多くの医療のゆがみを引き起こしていることは周知のごとく明らかである。そして第4次医療法改正で平成16年4月から導入された新医師臨床研修制度によって医師不足問題が露呈した。医療の崩壊を引き起こしている医師不足問題も、医療費増大を懸念した対策としての医師養成削減政策の結果にほかならない。

2. 目指すべき中心課題

次章より医療法改正の概要項目を中心としたテーマごとに詳述されるが、いずれの項目も「安全と質の確保」と「医療費の抑制」の課題を含んでいる。このように医療法が改正されるなか、勤務医の立場としては、「医療の安全や質の向上」を優先すべきであって、「医療費の抑制」が第一義であってはならない。医療制度改革関連法案の可決に当たってなされた21項目の附帯決議の存在は、法案の施行・運用に相当な問題点を含んでいることを意味する。その対立・問題点は、「医療の安全や信頼・質の向上」と「医療費抑制・経済効率」との相反する課題に起因している。とかく医政に無関心になりがちな勤務医であっても、医療政策に理解を深め、国民医療の確保のために医療法を正しく理解し、行動をしていかなければならない。

・医療計画の見直し等を通じた医療機能の分化・連携の促進

1 . 医療計画に医療連携体制を具体化

新しい医療計画では、地域連携パス等を通じて医療機関の機能分化と連携を推進し、地域内で医療が完結できるシステムを構築することによって、患者に転院・退院後も切れ目のない医療を提供することが目的とされている。そして、早期に在宅生活へ復帰できるように、在宅医療の充実を図るものである。勤務医の課題は、患者の視点に立った質の高い医療を効率的に提供する医療連携体制の構築を積極的に行い、地域の医療機関で現在どのような診療が行われているのか、病院の治療成績を含む臨床指標を開示し、住民や患者に積極的な情報提供を行うことにある。地域連携パスを構築し、地域完結型医療を目指した地域医療機能の分化と連携体制のなかで、自院の役割を明確化し、評価を図ることである。

2 . 4 疾病及び 5 事業ごとの医療体制について

人口の急速な高齢化が進むなか、4 疾病及び 5 事業について、具体的な医療連携体制を位置付け、分かりやすい指標と数値目標を明示し、事後評価できる仕組みとし、また退院時調整等在宅医療の推進のための規定整備を設けることとしている。具体的には、各都道府県において、4 疾病及び 5 事業について、それぞれに求められる医療機能を明確にしたうえで、医療機関が機能を分担及び連携することにより、切れ目なく医療を提供する体制を構築することが必要である。新しい医療計画は、国の政策の一方向的な押し付けに従うものではなく、地域の実情を十分に反映するとともに、患者や住民が地域の医療機能を理解し、必要に応じた質の高い医療を受けられるようになることが期待される。

3 . 医療計画の見直しと現状の問題点

これまでの地域医療計画は、病院の住所と電話番号、院長の名前が書いてある程度の病院・診療所のリストであり、地域住民の欲しい情報とは全くかけ離れたものであった。患者が知りたいのはその病院における治療成績などのアウトカムであり、自分の病気がその病院で治せるのか、専門医はいるのか、自分に親身になって診てくれる医師は誰なのかを知りたいのである。また、治療成績については、患者が理解できる公平な指標を、高い精度で公表することが必要になり、情報開示に消極的な医療機関は地域住民の信頼が得られなくなるのではないかと懸念されている。

医療を受ける患者の気持ちは、依然として一つの医療機関ですべて診てもらいたい、手術を受けた病院で最後まで診てもらいたいという思いが強いうえに、患者に対して、医療機能の分化・連携をどのように説明するのかが明確ではない。現状は、各医療機関、担当医師がパンフレットを作成し説明しているが、見捨てられたとか、病院を追い出されたという思いから医療不信につながることもあり、いわれなき攻撃の対象とされることがある。行政が地域住民に対してより積極的に医療制度を説明していく必要がある。また、医療連携体制の構築に関しては、早期に在宅生活へ復帰できるように在宅医療の充実を図ることが求められるとあるが、在宅といっても現状では受け皿が少なく、家での介護力が必要であり、ごく限られた人しか在宅で過ごせない。療養病床の必要性は高く、ただ削減だけでは医療、介護難民が増加することになる。

今後、医療機関は専門性や機能、技術に応じた対応、さらには、地域の医療ネットワークにおける自院の役割を発揮することにより、患者から選ばれる時代になり、患者はセカンド・オピニオンを活用し、治療成績のアウトカム、あるいは地域医療計画に基づく幅広い情報ソースの活用をとおして、医療機関を選ぶ時代に

なる。医療機関は、地域が期待する役割を明確化し、専門性と機能の充実を図らなければならない。

・勤務医の不足ならびに過重労働の問題

第5次医療法改正において、地域における医療従事者の確保の推進が挙げられている。現在、病院医療の崩壊は進み、その崩壊は、地方・都会を問わず、また、小児科、産科などの特定科のみならず、内科、外科を含め多くの科に及んでいる。

1．医師数の不足とその対応

平成18年8月、政府は医師不足県における暫定的医師養成増を決定し、青森県など10県と自治医科大学で最大10人上乘せすることを容認した。さらに平成20年度から全都道府県で医学部の定員を各5人ずつ、北海道では15人増やすことを決定し、最大で計355人増となる。しかし、一人前の医師になるには10年以上はかかり、現在の勤務医の不足には役立たない。しかも医師数を増やしても、モチベーションを高めなければ勤務医は病院から立ち去ってしまうだろう。

2．地域による偏在とその対応

各都道府県の人口千人当たりの医師数は、最高の京都府でもOECD加盟国の平均には達しておらず、すべての都道府県で医師は不足している。医師不足県で医学部の定員を増やしても、現状には対応できない。厚生労働省は、平成19年5月に政府・与党が取りまとめた「緊急医師確保対策」に基づき、同年6月、地域医療支援中央会議を開催し、国立病院機構、日赤、済生会などから、医師不足地域の自治体病院などに医師を派遣することを決定したが、第一陣の派遣は、6カ所のみにとどまった。

また、厚生労働省は、平成19年6月28日に開催された医道審議会医師分科会医師臨床研修部会で、都市部への研修医の集中を

是正する等の観点から、平成 19 年度の募集定員数及び採用実績が当該都道府県人口に比し著しく多い等の要件に該当する、東京、京都、大阪、福岡の 4 都府県の臨床研修病院に対して、臨床研修医の募集定員を減らすことを要請した。しかし、研修医が都会の病院を選ぶ理由は、症例数や施設設備の充実などによるもので、自らの将来や医師としての研修のために有利な病院を選択しているのである。医師不足地域を賄うために研修医を労働力とみなすべきではないし、はたして研修中の医師が医師不足に対し有効であろうか。また、医師不足地域に研修医が集中すれば、その指導に追われ、さらに事態が深刻化する恐れも考えられるのではないか。

強制的に医師を動かそうとするのではなく、地方で働くことがより魅力的になるよう考えなくてはならない。『日医ニュース』平成 19 年 5 月 20 日号で、東北大学の伊藤恒敏教授は「妥当な人口規模で医師が集まりやすい 500 床ほどのマグネットホスピタルの設置を考えるべきではないか。診療科が網羅でき、三次救急も標榜でき、医師数も 70 人以上と、若い医師にとっての教育環境は十分だ。医師不足の医療圏にマグネットホスピタルを設置し、医療圏全体で医師を確保し、地理的事情も考慮しつつ中小病院の戦略的な配置を考えるべきである」と述べているが、不足地域の医師がマグネットホスピタルに吸い寄せられ、より不足を生じる地域もできるかも知れない。

3 . 科による偏在とその対応

小児科、産科、麻酔科など科による偏在も大きな問題である。日本小児科学会では「地域小児科センター認定制度」(試案)を創設し、国民・医療関係者とともに小児医療提供体制を向上させようとしている。これによれば、24 時間体制の二次救急医療を実施し、十分な医師・看護師を配置し、医師の週労働時間は時間

外を含め 58 時間以内としている。

また、産科においては、奈良県で発生した、分娩時の脳出血による死亡例や早産児の死亡例がいずれも県内の医療機関では対応できず、大阪府においても多くの病院で受け入れが困難であったことがマスコミにも取り上げられた。母体胎児集中治療室を含む総合周産期母子医療センターの整備が図られているが、産科医の不足や、産科一次救急医療の対策など依然として多くの問題を抱えている。

一方、過酷な勤務のため病院を離れた麻酔科医が、出張麻酔を行うことで高収入が確保されるという状況が出てきている。病院の麻酔科医は不足し、夜間の緊急手術では、たとえ外科医がいても麻酔科医がいないため支障を来している。勤務医の不足はすなわち救急医療の不足、当直医の不足となり、それは内科や外科にまで及んでいる。

4 . 勤務医の過重労働とその対応

勤務医は、医療費抑制政策のもとで、病院経営に利するため、病床稼働率の向上と在院日数の削減に日々追い立てられ、逃げ場のない閉塞感のなかで仕事を行っている。患者に対する説明と同意に時間を割き、意見書、診断書などの書類を作成する時間も増え、勤務にゆとりはまったくない。中堅医師が疲弊して病院を去り、残された医師にさらに過重労働がのしかかるという悪循環になっている。

勤務については二交代制が推奨されており、救命救急部や集中治療部では当直明けの勤務が免除されているところもある。しかし、一般病棟においては主治医制をとっており、当直明けといえども病棟での診療が待っている。外来も専門外来は代診を置くことが難しく、手術も代替りの医師が行うことは難しい。国民に対し、当直明けの医師は帰宅し、会いたくても会えないことを理解

してもらわなければならない。グループ制、あるいは複数主治医制での診療により、問題は解決するのではないだろうか。国民の意識を変える必要がある。

また近年、病院内において、医療安全への配慮や各種文書の増加などにより医療の周辺業務が急激に増加している。それが医師不足と相まって、勤務医の大きな負担要因となっている。医療秘書などを活用することにより、勤務医の負担軽減を図ることが重要であり、他の職種への業務分担を検討する必要がある。医療秘書には、諸文書類の作成支援や他部門との連絡調整などが求められる。医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士は患者の紹介、地域連携に関する患者・家族への支援などにこれまで以上にかかわる必要がある。医師でなくても対応可能な業務は、適切な役割分担により他の職種に任すことによって、勤務医の過重労働の一端は回避できるであろう。

・女性医師の問題

女性医師は、妊娠・出産・育児や介護の負担から、常勤医師から非常勤医師へ、勤務医から開業医へと勤務形態を変えざるを得ず、仕事を断念する場合すらある。またキャリアアップが難しく、指導的・管理的立場に立つ機会が少ない。人生経験が医療に役立つことも多いのに残念である。この女性医師問題は昔からあったことであり、女性特有のライフステージに配慮した就労環境の改善やキャリアアップへの支援が早くからなされるべきだった。

昨今の女性医師の急増と医師不足に至ってようやく女性医師問題が社会的にクローズアップされ、第5次医療法改正においては、医師不足への対応策として女性医師支援が取り上げられるようになった。ともあれ女性医師支援が女性のためのみならず医師全体、ひいては医療を享受する国民全体のためであることが理解され始め、この数年でさまざまな支援策が始まった。

しかし、「安くて安全な医療」という矛盾をはらんだ今次医療法改正のなかで、支援策の先行きに不安も大きい。このような状況における勤務医の課題は何か。

1 . 女性医師の現状と改善されるべき点

平成 18 年現在、女性医師は全医師中 17.2%、29 歳以下に限ると実に 35.8% を占め、男性医師が減る一方で女性医師は増加し続けている。勤務医の診療科別の女性の割合は小児科・麻酔科・産婦人科で多く、各々 30% 前後を占める。女性の比率が高いこれらの科では医師不足が顕在化し、社会的問題となった。

女性医師の就業率は医学部卒後 5 ~ 15 年で低下し、年齢対就業率のグラフは M 字カーブを描く。この形は日本と韓国の働く女性で認められるが、アメリカ・イギリス・フランス・ドイツでは認められない。M 字カーブの凹みの主因は妊娠・出産・育児によ

る離職で、わが国の育児支援の貧困さを示す。女性医師が就労する場合でも常勤の継続は険しく、非常勤や開業への選択が多い。平成16年に厚生労働省の研究班（鴨下重彦班）及び日本小児科学会「女性医師の職域における環境改善委員会」が実施した小児科医師現状調査（『日医ニュース』平成18年12月20日号より）によれば、既婚の女性医師は男性医師より非常勤の割合が高く、離職に至らずとも労働力としては低下せざるを得ない実情がうかがわれる。このような現状より、就労を継続するための女性医師からの要望としては、(1)病児保育を含む育児施設の充実、(2)多様な労働体制を含む就労条件、(3)職場の意識改革、が多い。

それでは女性医師のキャリアアップに関してはどうか。大学医学部における女性の職位は低く、認定医・専門医・指導医の取得率は低率であり、学会における役員の割合は女性医師の会員構成比率に比べて著しく低い。女性医師の増加に伴い今後は相応のリーダーシップが求められるが、キャリア形成の好時期に妊娠・出産・育児が重なることと、男女平等とはいえない社会的な意識構造が、女性医師のキャリアアップを妨げている。女性医師個人のモチベーションも大切であるが、キャリア形成への支援と社会の意識改革が望まれる。

2. 取り組みの現状

不規則な就労状況のなかで働くことが求められる医師という職業にとっては通常の保育支援では不十分であり、延長保育や病児保育への取り組みが始まった。勤務についても、ワークシェアリングやフレックスタイム制などの多様な勤務形態の導入が見られるようになった。しかし、医療費抑制で経済的にも人的にもゆとりがなく、これらの取り組みに立ち遅れが見られ不十分である。産休はともかく育児・介護休暇については、制度はあっても代替医師の確保が難しく活用され難い現状がある。

離職していた医師の復職に当たり再教育が必要な場合があり、一部の大学や病院で再教育システムが構築され始めた。平成 17 年には文部科学省による「地域医療等社会的ニーズに対応した質の高い医療人養成推進プログラム」がスタートし、平成 19 年の公募テーマには、女性医師の復職支援プロジェクトも支援対象に含まれた。就職先に関しては、既存のドクターバンクに加え、平成 19 年から日本医師会による女性医師バンクが全国規模でスタートした。

キャリア支援としては、文部科学省の「女性研究者支援モデル育成」プロジェクトが平成 18 年にスタートした。研究と出産・育児を両立するためのモデル構築を目指しており、女性医師のキャリアアップに期待される取り組みも含まれている。少数の学会では、育児や介護による専門医や認定医の更新の延長が認められ、学会での託児室の設置も増えてきた。いくつかの支援策に応じて、休職していた女性医師が少しずつ活動し始めた。

3 . 今後の展望と勤務医に求められる課題

女性医師が働きやすい職場は、男性医師にとっても働きやすい職場であり、良い医療の提供につながるはずである。医師が家庭と仕事を両立できる就労環境を整えるためには、国が必要な資金を投入することが必要不可欠である。

勤務医は病院管理職も含めて、女性医師問題が過重労働を始めとする医師全体の問題の集約であることを理解し、女性医師問題の解決に向けて積極的に取り組むべきである。そして、女性医師は支援策を活用して就業を継続し、もし休職することになっても必ず医療の現場へ戻って欲しい。さらにはキャリアを積み、指導的・管理的立場を担える女性医師になることも重要な課題である。これらが、さらなる女性医師支援への推進力になると考える。

・医療安全の確保

今回の法改正は、近年重大な医療事故が多発していることから、患者の安心・安全を目指し、良質な医療を提供する体制の確立を図ることを目的としている。安全管理のための体制の確保については、従来から、病院、有床診療所の管理者に対して、(1)指針の策定、(2)委員会の開催、(3)職員研修の実施、(4)事故報告等の改善方策を講ずることが義務付けられていたが、今回の改正により、無床診療所の管理者に対しても(1)、(3)、(4)が義務付けられ、全医療機関において安全管理体制が整備されることとなった。また、それらの体制の確保に当たっては、院内感染対策、医薬品の安全管理、医療機器の安全管理、に対する措置を講じることが、新たに義務付けられた。しかし、患者の安心・安全のためには、システムやマニュアルなどの整備とともに、何よりも医療行為の各段階において十分説明し理解を求め承諾を得て医療を進める姿勢が最も重要であり、相互信頼に基づくコミュニケーションによってのみ安心・安全な医療を確立することができることを銘記すべきである。また、常に診療技術を高めるため自己研鑽に励み、学会や研修会の出席はもとより、リスクの高い手技についてはシミュレーション施設を利用した段階的な臨床実地研修を積み、安定した手技の獲得に努める必要がある。さらに、治療法の選択に当たっては、有効性のみでなく、よりリスクの低いものを選ぶ視点も必要になる。

1 . 医療安全支援センターの制度化

医学知識・医療情報の少ない患者の視点からは、医療の不確実性を理解し難いことは当然のことであり、医療事故の報道によってすり込まれた医療不信は、小さいクレームから始まって医療訴訟にまで発展している。こうした患者側の疑問に応えるため、各

都道府県に医療安全支援センターが設置された。一方、各都道府県医師会で対応している医療相談窓口等にも医療に関する患者・家族等から相談が寄せられ、医療機関に問い合わせや情報提供がなされている。この両者は大筋で同様の機能と目的を持った組織であるから、密に連携を図り、関係者の連絡調整や再発防止等の協議を行い、医療安全支援のための協議会等を発足させる必要性について行政に働きかける必要がある。各医療機関内には、患者相談窓口等の設置が推奨（特定機能病院は義務）されているので、十分に利用するよう患者側にも周知徹底することが必要であり、医師や看護師に対して気軽に相談できる雰囲気を作ることが重要である。

2 . 安全確保体制の義務化

勤務医は、医療安全の管理・防止対策・発生時対応等のすべてにおいて積極的にかかわり、医療の安全を確保する責務がある。同時に過重労働等により脅かされている医療安全や予期せぬ医療事故に対して自らを守る制度作りにも積極的にかかわっていかなければならない。先に挙げた医療安全管理体制にかかわる各事項については、指針の策定、委員会の開催、従事者に対する研修、施設内での事故報告体制等を早急に整備する必要がある。

医療機関内の整備としては、管理者・従事者に対する研修とともに、各施設で医療事故防止マニュアル、医療事故発生時対応マニュアルを整備し、マニュアルに従って事故防止や発生時の対応を行うことが重要である。マニュアルの必要項目・手順はほぼ定型であるが、このようなマニュアルを個別に作成することは、大変な労力を要する。日本医師会は平成 19 年 11 月に『医療従事者のための医療安全対策マニュアル』を発刊しており、このなかに医療機関の規模に応じたひな形が提示されているので、これを参考にしてすべての医療機関で整備すべきである。これにより多く

の医療機関が標準的な対応を図ることが可能となる。

院内感染制御の体制については、院内感染対策担当者を配置し、院内感染対策のための指針に即した院内感染防止マニュアル、院内感染発生時対応マニュアル等を整備することが望ましい。抗生剤の適正使用等の防止策を推進し、院内感染情報を収集・分析し職員に情報提供を行うとともに医療従事者に対しては感染症情報等の講演会・感染防止の研修等を積極的に行う。感染対策チーム（ICT：Infection Control Team）を置き、院内感染発生情報の早期把握に努め、発生時には感染制御策を実行する。

医科診療報酬点数表（医療安全対策加算）では、医療安全管理者を専従として配置するとともに、専任の院内感染管理者を配置し、医療安全管理者は、医療事故防止担当者への支援を行うこととされている。しかし、医療事故と院内感染では発生予防・発生後対応の面では全く別の組織が必要であり、各々に専任、できれば専従を置き、医療安全管理者がこれらの二つの組織を統轄することが望ましい。現在診療報酬上の、医療安全対策加算に対する施設基準は、おおむね医療法で規定されている医療安全管理の内容を満たしているが、加算はあまりにも低く、ほとんどの施設では専従を配置することはできていない。専従者には、身分保証と継続的な医療安全の研修が必要であり、日本医師会あるいは都道府県医師会は認定制度と研修の義務化を行うことによって質を担保することが必要である。勤務医は生涯教育の一環として率先して医療安全に関する各種研修会に出席し、チーム医療のリーダーとして他の医療関係者を教育する責務がある。このような研修会はできるだけ多くの医療関係者が受講しやすいように、対象者に合わせて中央や地方で計画的に行われることが望ましい。

医療安全において最も重要なことは、マニュアルを作成し整備することよりも、理解し実行することである。現在インシデントレポートの提出を求めている医療機関でも、医師からの報告はわずかであり、医療安全に対する意識の低さを示している。勤務医

は患者の安全を守るために医療安全活動に積極的に参加するとともに他の医療従事者を継続的に教育し、組織的な安全管理体制を確立するために努力することが重要である。

3 . 医療事故発生後の対応

医療事故発生後の実際の対応については、院内・院外の双方で整備が遅れている。院内に医療事故調査委員会を設置し、事故の真相究明と患者側への十分な説明がなされるべきである。事故発生後に病院側と患者側とが冷静に話し合う場を持つためには、メディエーターの役割が重要であることが指摘されている。各都道府県単位で、行政や地域医師会が正規のトレーニングを受けたメディエーターを配置し、医療機関（あるいは患者側）の求めに応じて、調整業務を行う制度が望ましい。院内で複数の医療関係者、患者側と第三者としてのメディエーターが協議の場を持ち、真相を究明することが最も重要である。その結果を医療過誤の有無にかかわらず再発防止に役立てることができる。

また、院内の医療事故調査委員会の調査結果に患者側の納得が得られない場合は、現在都道府県医師会において活動している、医療事故等にかかわる相談部門である医事案件調査委員会や医療事故調査委員会等の機能を拡大強化し、医療事故として訴訟になりそうな事例だけでなく、患者側から疑義の生じた案件に対しても、公正中立の立場で調査検討し、その結果を示すことで無用な訴訟を回避するように努力しなければならない。この委員会は、専門医、複数の科の医師及び弁護士等で構成し、医療内容の妥当性、法的な判断、医療補償の問題についても検討し、その結果を患者側に説明する。万一この結果が受け入れられない場合、特に重大事故に関しては、診療関連死の原因究明や再発防止等に資するための機関として、厚生労働省が設置に向けて議論を進めている第三者機関が調査し判断を示すことで、裁判外で解決を図るよ

う努力することが必要である。医療事故の究明は、再発防止に役立てられなければ意味を持たない。それゆえ医療事故の調査は医療関係者が主体的に行うべきであり、事故関係者を罰する司法的な考えや患者側に対する感情、補償の問題が優先されるべきではない。

・行政処分を受けた医師に対する再教育制度

1．行政処分について

(1) 行政処分の対象

医師法第7条2項は、「医師が第4条各号のいずれかに該当し、又は医師としての品位を損するような行為のあったときは、厚生労働大臣は、次に掲げる処分をすることができる。(1)戒告、(2)3年以内の医業の停止、(3)免許の取消し」と規定している。ここで規定される理由とは、心身の障害により医師の業務を適正に行うことができない者、麻薬、大麻又はあへんの中毒者、罰金以上の刑に処せられた者、前号に該当する者を除くほか、医事に関し犯罪又は不正の行為のあった者、である。

このなかで、 、 については異論なく、 については、故意に行われた医療過誤に対する処分についても異論はない。例えば、薬物使用下や酩酊状態での診療、故意に行われた倫理的・医学的に明らかに誤った医療行為は、刑罰が科されるべきである。

しかし、病院システム・指導体制の不備や過重労働のなかでのきわめて粗悪な労働環境下でなされた故意ではない医療過誤に対して、今の日本の厳罰化は医師に罰金以上の刑を科し、多くの医師が行政処分の対象とされている。このような故意ではない事案にて、医師が行政処分を科せられている現状に目を向ける必要がある。刑法35条には、「法令又は正当な業務による行為は、罰しない」とある。

(2) 事実関係の調査と弁明

厚生労働省の「行政処分を受けた医師に対する再教育に関する検討会」が提出した報告書では、再教育のあり方での国の役割のなかで、「行政処分の根拠となる事実関係について、調査権限に基づき調査を行うなど行政処分にかかる事務を担当する全国的な

専門組織を設けることが適当である」とされている。行政処分にかかる事案について、医学的・倫理的観点からの詳細な調査を行うことに国は制度を含めて関与すべきである。また、行政処分が科される理由・調査結果は、被処分者のみならず、関係者に知らされるべきである。そして、被処分者に付与される弁明の機会に、この調査結果が用いられるべきではないか。

今回の改定では、戒告処分が新たに設けられたが、これら処分について、その基準を明確にすることが望ましい。アメリカのニューヨーク州では、処分について事例が示されている。日本においても、これまでの医道審議会での処分の結果に基づき、その基準を明らかにし、いかなることが処分の対象になるのかを知らせることが、行政処分の対象となる事案を減ずることにつながるのではないか。

2 . 再教育と処分

(1) 再教育の意義

先の「報告書」は、行政処分を受けた医師に対する再教育の目的を、「国民に対し安心・安全な医療、質の高い医療を確保する観点から、被処分者の職業倫理を高め、併せて、医療技術を再確認し、能力と適正に応じた医療を提供するよう促す」としている。医療法改正にて、医業停止の最長期間が短縮されたこと、戒告処分が加えられたこと、再教育が行われるようになったことは、意義あるものである。そして、再教育には、処分事由に対応した研修内容が含まれるように配慮するとされている。しかし、事案の調査結果によっては、例えばシステムの不備などについて病院を指導することも必要ではないか。

(2) 行政処分を受けた医師名の開示

行政処分を受けた医師名が厚生労働省のホームページに開示

されるが、このことに大きな懸念を持たざるを得ない。どのような犯罪者でも、このようなインターネット上での情報開示がなされているのであろうか。なぜ、行政処分を受けた医師名がインターネット上で公表されねばならないのか。ネット社会での書き込み被害は社会問題となっている。

免許取消処分について、医師法は医師以外の医業を禁止していることから、広く（インターネット上でも）情報を開示することは必要ではある。しかし、故意ではない刑事罰によって、行政処分を受けた医師名も開示されることになれば、医師の尊厳とプライバシーをどれほど傷つけることになるか。このことに気付き、このシステムの不備を正さねばならない。すべての行政処分を受けた医師名を開示するのではなく、免許取消し、長期間の医業停止、しかも倫理上・医療上きわめて悪質と認定された医師に限定すべきである。

3 . 再教育の内容とその方法における不備

(1) 医療技術の取得について

再教育では、職業倫理と医療技術の習得が求められる。技術が未熟であったために処分を受けた医師については、その適性を十分に測ることはもとより、有能な指導医のもとで医療技術を習得させる必要がある。医療技術の習得には、実技が必須である。シミュレーターなどを用いたトレーニングが想定されているが、はたして十分といえるのか。また、医療技術は、患者への説明能力など、医療行為のなかでしか習得されないものもある。医業停止処分であっても、指導医のもとで限定された医師資格での医療行為による再教育の可能性について考慮する必要があるのではないか。

(2) 助言指導者について

再教育にかかる費用は被処分者が担うとされている。適切な再教育を目指すならば、助言指導者と被処分者との正しい関係が必要である。費用が非処分者から指導者に直接支払われることになれば、倫理上・指導上問題となり得るのではないか。

助言指導者の立場・資格・身分保証について、明確な対応が国として求められる。指導者と被処分者との関係が不適切な状況となった際の対応を含め、指導者の扱い・費用の支払いなどについて、国はより直接的・具体的に関与すべきである。

・地域住民への医療情報の提供について

第5次医療法改正において患者等への医療に関する情報提供の推進が掲げられ、そのなかの大項目として医療機能情報提供制度の創設が挙げられている。これによって患者等への情報提供をとおして、住民・患者の視点に立った「日常医療圏を単位とする医療連携体制」の確立がポイントとされ、そのために医療機関は医療を受ける者が病院・診療所の選択を適切に行うために必要な「一定の情報」を都道府県知事に報告し、都道府県知事は報告された事項を公表することが義務付けられた。そして都道府県は集約した情報をインターネット等で分かりやすく住民に提供する仕組みが創設された。

1．地域医療における医療情報提供の目的

地域医療情報ネットワーク化を行う目的は、包括医療活動の効率化、包括医療サービスの質的向上、そして最終的には住民のQOL（Quality of Life）向上である。その目的を達成するためには、住民が求めるときに、良質な情報にタイムリーにアクセスできることが必要である。良質な情報は常に最新の診断法と治療法を明確に示し、それを必要とする住民が十分に理解できるものでなくてはならないが、一方で医学的な知識の少ない患者による誤解を減らす必要がある。

2．適切な医療情報を伝達するための必要十分条件

必要な医療情報を的確に伝達するための条件には少なくとも次のようなことがある。

(1) 医療情報における質の確保

定期的な更新作業

誤った情報の監視、削除

(2) 容易なアクセス方法の確立

(3) アクセスした情報の適切な説明

以上の項目が整備されていることは情報を提供する必要条件であるが、患者が必要な情報を得ることの十分条件ではない。アクセスした情報の理解があって初めて情報が有効に伝達されたことになる。情報の受け手である患者側の理解力によってこの点は大きく左右されることになる。すなわち、情報を的確に伝達するためには患者に対する個別の対応が必要となる。たとえ、情報の正確性を管理してアクセス可能な状態を確保しても、情報の理解と取捨選択が容易ではない。この段階においてはどうしても医療従事者の助けが必要であるといえる。どんなに厚い辞書があっても見出しが分からなければ有効利用はできない。

3 . 医療情報における質の確保

アメリカにおける医療情報提供の代表的手段として、National Institute of Healthにおける Physician Data Query (いわゆる PDQ) が挙げられる。この医療情報にはインターネットを介して容易にアクセスすることができる。疾患概論のみならず患者の疑問に答えるよう構成された膨大な情報量を誇るデータベースであり、その更新作業には大変な労力が割かれている。このように医療情報の質を確保するためには担当機関を定め、定期的な更新作業を体系的に行う必要がある。

4 . アクセス法が容易であること

インターネットによる情報革命が起こったといわれて久しい。その結果コンピューター一つで世界中から必要な情報を集められるようになった。その検索機能も日進月歩で改善されている。

電子メールで地球の裏側にも情報を送れるようになった。ただしインターネットの人口普及率は日本では依然として 60% 程度であることを認識するべきである。インターネットによる情報提供に加えて、他の媒体（紙など）による情報提供が採用されるべきである。

5 . 獲得した情報の解釈

医療情報に限らず膨大な情報を獲得することが可能となったが、的確に選択することは困難である。医療情報の特徴に情報の非対称性が挙げられる。6年間の医学教育を受け、卒業後にもその専門分野において知識を蓄積している医師と患者の間には圧倒的な情報量の差、すなわち情報の非対称性が生じている。そのため同じ医療情報にアクセスしてもそこから引き出せる情報量には格段の差が生じることになる。また患者が直接医療情報を獲得しても十分な理解は望めないであろう。こうした状況のなかにあって患者を診療する立場にある医師は重要な役割を担うことになる。地域住民に対して医療情報を適切に提供するためにはまず地域住民が信頼できる医師を確保することが肝要である。医療情報を的確に提供することは患者の不安を払拭し、適切な診断と治療を提供するために必要なことである。そのためには情報のインフラを整備するとともに医師を介して膨大な医療情報のなかからの的確に情報を抽出して患者に提供する必要がある。このシステムを確立することが急務であるといえる。

・公私医療機関の新しい役割

小児科、産科等の医師不足は、社会問題となっており、さらに地域の医療連携の中核となる病院の勤務医不足は、大変に深刻な状況にある。都道府県医療計画作成の過程で明確にしなければならないことの一つに、各医療機関が地域医療のなかで具体的にどのような役割を担い連携を図っていくかがある。各医療機関がそれぞれに、多くの診療科を持って人材確保を図ることは、現実的に困難となっており、地域で完結する医療を住民に提供できる体制を構築することを目指し、各医療機関が地域の実情に応じて機能の分担と連携を行い、その分担状況と連携の仕組みを住民に明らかにしていくことが求められている。医療機関完結型医療から地域完結型医療へと変化し、地域医療連携体制が構築されようとしている。救急医療、災害時における医療提供施設相互の連携体制について、医療提供施設の開設者及び管理者が必要な協力を努めるとの規定も設けられた。

1 . 地域医療対策協議会への参画

医師確保対策として平成 16 年 3 月 31 日、厚生労働省、総務省、文部科学省連名により「地域における医療対策協議会の開催について」の通知が出されたが、今回、医療法改正により医療従事者の確保等に関する施策として、都道府県が中心となって地域の医療関係者と協議を行う場（地域医療対策協議会）を設置することが制度化された。参画者は、特定機能病院、地域医療支援病院、公的病院、臨床研修指定病院、都道府県医師会の関係者及び管理者等となっており、公的病院等が中心である。参画者は地域医療連携の中核をなす施設の代表者であることから、地域医療対策協議会で十分な議論が行われ、難しい問題ではあるが、医師確保対策が適切かつ確実になされることが期待される。

公的医療機関については、その性質を踏まえ地域医療対策協議会において都道府県が定めた施策の実施に協力しなければならないとし、厚生労働大臣または都道府県知事により命じられた場合には、医療計画に定められた救急医療等確保事業（いわゆる5事業）にかかわる医療の確保に関し必要な措置を講じることとしている。

2 . 医療法人の役割

一方、医療法人の病床数は、全国の病院病床数の50%を超え、自治体病院を始めとした公的病院と同様に地域社会にとってはなくてはならない医療サービス提供が求められており、公的病院及び新たに創設された社会医療法人が中心となって、医療計画における5事業を行うこととなった。これらの事業は公益性の高い医療サービスといわれ、通常提供される医療サービスと比較して、継続的な医療サービスの提供に困難を伴うものであるにもかかわらず、地域社会にとってはなくてはならない医療サービスを指すとされている。これらの公益性の高い医療サービスを実施するに当たっては、財政的支援が必要なことは当然である。従来は救急医療など収益性の低い医療は公立病院でなければ実施できないといったことが暗に前提とされており、勤務医の労働条件の悪化の一因となっていたが、民間非営利部門として位置付けられ医療法上に創設された医療法人に対しても、非営利性、公益性の観点から地域医療になくてはならない医療サービスが求められている。

3 . 医療法人制度改革の目的

今回の医療法人制度改革の目指すものは、非営利性の徹底とともに医療資源の継続的確保にある。すなわち解散時の残余財産の

帰属先を国や公的医療機関に制限することにより、国民皆保険で支える資源を継続的に使っていこうというものである。医療法人の役割として、公的病院等と同様に地域医療提供体制の構築のため不採算部門医療を担う必要性が生じるが、不採算部門については診療報酬上の手当てがなされなければならない。また、病院の給与体系において医師の労働量や確保の困難性が給与や処遇に反映されていないとの指摘があり、公的病院においては特にこの点の改善が求められる。

4 . 急性期病院への開業医の協力

無床診療所の開業医の役割について、各方面で議論されている。劣悪な条件下にある急性期病院の勤務医の負担を軽減するため、早急に可能なあらゆる方策を実行しなければならない。その一つとして開業医の役割や機能を明確化し、さらに可能なことを明らかにする必要がある。例えば、休日急患センターに地域の開業医が参画することや電話相談事業への参加などである。開業医に期待される役割として、在宅当番医制のネットワークの構築、時間外での連絡体制の確保、在宅療養に対するグループによる24時間体制での対応などが挙げられているが、開業医も地域医療推進のためきわめて多忙であり、可能かどうかについては地域の実情により地域で検討する必要がある。開業医がこれらの役割を担う場合には、病院は公私を問わずすべてが必要に応じて支援しなければならない。

行政は患者の適切な受診行動を促進するとともに、本来、医療は必ずしも確実でないことを患者側に十分理解してもらうよう啓発広報を続ける必要がある。急性期病院の勤務医の負担を軽減し本来の医療を取り戻す効果は大きいと思われる。

・在宅医療と勤務医

政府は、平成 18 年度診療報酬改定において、在宅医療推進策として在宅療養支援診療所を新設した。ところが全国で在宅療養支援診療所として登録した約 10,000 医療施設のうち実動は 1 ~ 2 割と推定され積極的に在宅を目指す医師が少なく在宅医療の普及は限られている。この原因は在宅医療を社会インフラ整備が不十分のまま普及させようとしたことにあり、加えて「在宅医療」推進が医療界及び世論のコンセンサスであったか疑問である。

一方、医師不足という背景のもとで医療資源の効率から見ると、病院医療は医療資源を一カ所に集約し医療サービスを供給するので効率が良いのに対し、在宅医療は個々の医療サービスを患者居宅まで配送しなければならず医療資源が分散され非常に効率が悪い。また医療財政面から見ると効率悪化による医療経費増加、保険外負担増加から全体の医療費は増加すると考えられる。さらに医療費以外の負担すなわち家族の肉体的、時間的、精神的負担が加わる。また、少子高齢時代の貴重な労働力が看護に向けられることで労働人口減少を来す危険もある。

ところで「終末期医療に関する調査等検討会報告書(厚生労働省)」により終末期に在宅医療を望むものが多いことが示され、これからの医療提供体制に在宅医療は不可欠と考えられる。ただし「在宅医療」を推進するには制度的・財政的に世論の合意形成が必要条件である。

今回、在宅医療推進において勤務医が果たすべき役割について考える。

1 . 「在宅医療」の問題点

現時点で「在宅医療」が抱える問題は数多くあるが、勤務医に関するものは情報不足、連携不足、教育問題などである。

まず情報不足の問題であるが、「在宅医療」に関する情報が分散して存在するために患者・患者家族及び医療機関、行政の持つ情報は部分的で一貫性がない。一方、勤務医は病院内もしくは医療機関同士の連携のなかで完結する医療しか経験しないので「在宅医療」に関する情報は非常に乏しい。

次に、連携については、在宅医療に関する制度は多岐にわたり医療・福祉・介護の連携が必要不可欠である。しかし、現実はその連携が非常に悪く、利用者は一つの窓口で要望を簡単に処理できないし、勤務医は連携する方法を知らない。

また、教育に関して、今の臨床医学教育は基本的に病院内の医療であり、勤務医は病院以外で実施される医療について無知であることが問題である。

2 . 在宅医療推進に必要と思われる事項

(1) 情報の集約化と在宅医療マネジャーの養成

多岐にわたる在宅医療情報が集約され、利用者がいつでも簡単に利用できる環境が必要であり、分散している窓口を一本化するべきである。また、その窓口は情報の集まりやすい行政機関内に設置するべきである。

情報は収集するだけでなく有効に活用されなければならない。複雑なサービス体系を効率よく利用できる専門的な能力を持った職種(マネジャー)が必要不可欠であり、養成する必要がある。

(2) 在宅療養に必要な知識と技術の普及

病院以外の環境で医療を続けるために必要な医療技術を普及するための施設や方法を確立する必要がある。

病院医療に偏った医学教育を見直し、在宅医療教育を早急に始める必要がある。併せて、医療保険制度を始めとする社会福祉制度の仕組みを教育する必要がある。

家族が患者を看護し、それを在宅の医療スタッフが援助するといったスタイルから、医療スタッフあるいは福祉関係のサービス、さらにはボランティアなどの社会資源を活用し家族の負担を減らす在宅医療のあり方を工夫する必要がある。

3．在宅医療の推進と勤務医の役割

患者が在宅に移行することで勤務医の負担が軽減される可能性があり、在宅医療推進における勤務医の役割をまとめた。

(1) 世論の合意形成

在宅医療は医療資源の分散と非効率化、財政負担増、労働力の再配分など数多くの問題点を含んでいる。したがって、「在宅医療」を推進するには医療界を含めた世論の合意形成が不可欠で、その議論に積極的に参加すべきである。

(2) 情報の共有化

病院医療から在宅医療へスムーズに移行するには、患者情報に限らず新しい医学に関する情報の共有化は必須である。特に勤務医は在宅医療チーム、なかでも在宅主治医と患者の情報を共有するために情報元となり、コミュニケーションを図るべきである。

(3) 患者の教育

医療は在宅を含めたチーム医療であり、その中心に患者がいるという体制を構築しなければならない。そこで一番重要なことはチーム医療体制を患者自身が理解しなければならず、勤務医はそのために患者教育に努力するべきである。

・医療を担う志の高い次世代医師の育成

1 . 新医師臨床研修制度発足に伴う医師育成環境の変化

新医師臨床研修制度がスタートして足かけ4年、これまでの大学病院中心の医師育成構造に与えたインパクトは予想以上のものがある。マッチング方式の採用により、研修医の大幅な流動化が起こり、半数以上が研修先として大学病院以外の臨床研修病院を選ぶとともに、大都市圏への集中が起こった。研修医の地域分布には許容範囲を超えた偏在が生じており、特に地方の国立大学における研修医減少が顕著である。2年間入局者がいない大学医局において人手不足感が生じていたところへ、地方大学では研修医の絶対数不足が加わり、地域病院への医師派遣機能を実質上担っていた大学医局は、派遣先から医師を引き上げざるを得なくなり、地域中核病院における医師不足が生じた。その結果、地域病院では、ただでさえ劣悪だった勤務医の労働環境が我慢の限界点を超え、「立ち去り型サボタージュ」と形容される勤務医の退職が加速され、地域における医療崩壊が雪崩のように始まった。その結果明らかになったことは、わが国における医師の絶対数の不足であり、これまで厚生労働行政が取ってきた医師数抑制策の破綻を意味する。

地方の大学における医師不足は研究面での弱体化ももたらす。臨床医の不足はアッパーカットのように医療を破壊するので目に付きやすいが、研究者不足はボディーブローのようにじわっと、しかし確実に大学の研究開発機能を衰弱させる。研究では競争的資金獲得が生命線を握る。潤沢な医師を抱え研究の時間を与えることのできる一部大学と、そうでない大学との研究環境の格差は広がる一方であろう。また、基礎系へ進む医師も激減している。これらは長期的に見て医学の進歩にきわめて深刻な影響を与える可能性がある。

2 . 次世代の医療

国民の安心、安全な医療に対する要望は大きく、また、質の高い医療への期待は大きい。しかしながら、短・中期的に見て高齢者の増加による医療費の増大は必至であるのに対し、医療費抑制政策は今後とも続くと予測される。このようななかでいかにして安全な医療を提供するか、個々の医師のみならず組織としての病院や医師会の意識改革や努力が必要である。

医療の体制も変わろうとしている。十分な環境整備や国民のコンセンサスのないまま、療養病床削減により病院から在宅へ診療の場が急激にシフトしていく。第5次医療法改正で医療機能の分化、連携推進がうたわれているが、質の高い在宅医療・介護を行うにはそれに見合った経費が必要であるとともに、プライマリ・ケアに習熟した医師を増やすことが必要である。特に4疾病に含まれる脳卒中、心筋梗塞、糖尿病など生活習慣病とされる疾患では総合的に患者を診ることのできる経験、能力が求められる。これまでの大学病院を中心とした、行きすぎた感のある臓器別診療は見直す時期にきている。初期研修医の半数が大学病院より臨床研修病院を選んでいるという事実は、一つにはプライマリ・ケア能力の重要性を彼らが認識しているからにほかならない。それに応えるためにもプライマリ・ケアを指導できる医師の養成も急がれ、予算的な裏付けも必要である。

その一方、増大する新知見、新技術を使いこなすにはそれぞれの専門医が必要であり、患者も能力の高い専門医を望んでいる。若い医師もやりがい求めて専門医を志向することは当然であろう。高度の医療提供施設はある程度集約化されるであろう。このようにさまざまなタイプの医師が適正なバランスで養成され、全国に配置されなければならない。

3 . 総合的医師養成システムの構築

現在のままの医師養成システムでは将来の医師育成やひいては医療供給体制に大きな問題を引き起こすであろうことは想像に難しくない。卒前教育、卒後の初期研修、専門教育、大学院における研究、生涯教育など一貫した医師養成、生涯教育システムを考える必要がある。

現在のシステムでは医学生の5、6年で臨床実習を行い、さらに医師の資格を取って初期研修を2年間という、4年間にわたりかなり重複する研修を行っている。医学生の医行為については医療安全を重視する国民の眼から見て、実習に際しては納得のいく能力の担保が必要であり、そのために臨床実習前にモデル・コア・カリキュラムに則ったCBT（知識・問題解決能力の客観評価試験）とOSCE（客観的臨床能力試験）からなる共用試験が行われている。これらを一種の資格試験として、合格した者は医学生であっても一定の医行為が実施できるよう法的にも整備していかなければならない。

新医師臨床研修制度がもたらした成果について、最終的な評価を行うにはさらなる年月が必要であるが、福井次矢聖路加国際病院長による「2年次研修医の臨床能力にもたらした新医師臨床研修制度の影響」では、平成15年3月(旧制度)と平成18年3月(新制度)にそれぞれ2年次研修を終えた研修医を対象に臨床能力、症例数等の調査を行い、比較した結果、新制度研修医の方が臨床能力についての自己評価が高く、経験症例数も増えている。このように一定の成果は上げてはいるが、臓器別に分けられ専門化した診療科を細かく順次ローテートしていくプログラムで、はたしてプライマリ・ケアを行うにふさわしい総合的な実力を身につけたものにすることができるとはあろうか疑問も生じる。

一方、研修を受けた側からの評価について、平成19年9月に厚生労働省が公表した平成18年度「臨床研修に関する調査」報

告では、研修体制等についての研修2年次生の満足度は、大学病院より臨床研修病院において高く、臨床研修病院で62.3%、大学病院で42.9%が満足していると答えている。また、病床数が少ない病院ほど満足度が高い。その理由として、「雰囲気が良い」「指導医の指導が熱心」「コ・メディカルとの連携がうまくいっている」等が多い。大学病院における研修体制等で改善すべき点としては、「待遇・処遇が悪い」「雑用が多い」「研修に必要な症例・手技の経験が不十分」が多い。

さらに、研修プログラムで改善すべき点としては、「研修期間を長くしたい科と短くしたい科がある」が研修先にかかわらず多く、大学病院においては、「プライマリ・ケアの能力がよく身につけられない」が続いている。研修を受けている病院での待遇・待遇に満足しているとした者の割合は、臨床研修病院において62.2%、大学病院において28.6%である。平成20年度は、新医師臨床研修制度がスタートして5年目の節目を迎えることとなるが、これらの結果を踏まえ研修医、指導医、受け入れ研修施設などからの意見を集約するとともに、研修制度の見直しや、研修プログラムの質の改善が強く望まれる。現行の制度はあまりにも冗長である。マッチングに際しては地域間の偏りを緩和するために、都市部ではある程度の定員抑制も必要となろう。

将来の地域医療をより充実したものにするために、総合的な診療能力を持った医師を、量的にも増やしていく方向性が必要であろう。そのためには研修医の約半数を受け入れている大学病院においても、開業医や地域病院との連携、総合診療部の充実などにより、十分なプライマリ・ケア研修が行えるような体制を構築すべきである。

専門教育に関して、これからはいわゆる後期研修のプログラムの充実が望まれる。また、専門医制度については日本医学会、日本医師会、有識者などからなる第三者機構による専門医認定制度を構築し、専門医の質を担保していく必要がある。地域医療を

考えるとき、名称はいろいろ提言されているが総合的診療能力を持つ専門医も養成しなければならない。さらに医師養成には診療のみならず、臨床研究、基礎研究への参加も併せて推進する必要がある。新しい医療技術の開発、普及も国民の願いである。

4 . 次世代医師に望まれること

新医師臨床研修制度が発足し、特にマッチングの採用で研修先を決める際の自由度が広がり、研修医は自分の望む研修プログラムを選べるようになった。他領域の職種ではキャリアプランの選択が当たり前のように行われている。ようやく医師の養成においても若い医師が自身のキャリアプランをある程度選べる土台ができつつある。自分がどのような医師になりたいか、その希望を叶えるためのキャリアプランをしっかりと考えなければならない。地域医療、高度医療など今日の国民が求めている医療を冷静に、客観的に把握し、自分の興味、やりがいを軸に、主体的に初期研修、専門研修のプログラムを選んでいかなければならない。臨床能力のみならず、大学院や留学などでの研究経験も貴重なものになるであろう。医師を養成する側も若き医徒が実りある研修、研鑽を積めるよう魅力あるプログラムを提供し、それを実現する指導力が求められる。次世代を担う若き医師が、夢と希望に満ち、医師としての自己実現につながり、経済的にも安定した医師人生を送ることができるような医師養成の枠組み作りをしっかりと構築しなければならない。

XI . 医療費抑制政策と医療崩壊

世界保健機関（WHO）によれば、日本の健康達成度の総合評価は世界第1位とされている。健康に暮らせる期間の長さ、医療の質や平等性、医療費負担の公平性、人権尊重や医療機関選択の自由度などを総合的に見たものであり、日本の医療保険制度が世界で最も成果を上げている優れた制度であることがわかる。特にフリーアクセスが高く評価されており、この制度を支えているのが国民皆保険制度である。しかし、他の先進国と比較して日本の医療費水準は低い。特に最近の医療費抑制政策により、必要な医療費が確保できないために日本の医療は崩壊し始めている。この背景には「医療費を含めた社会保障費が増大すると国の財政は破綻して国が滅びる」といういわゆる「医療費亡国論」が根底にある。政府は医療費を含めた社会保障費を可能な限り抑制し、財政再建をしようとしている。財政悪化の原因が社会保障費の増大だけではないにもかかわらず、財政再建という御旗のもとに医療費削減は正当化されようとしている。

日本学士院会員で経済学者の宇沢弘文氏は、「医療、教育などは、社会的共通資本である。すなわち一つの国ないし特定の地域が豊かな経済活動を営み、優れた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的、安定的に維持することを可能とするような自然的、社会的装置であり、社会的共通資本の管理、運営は決して市場的基準、あるいは官僚的基準によって決められるべきものではない」と述べている。この考え方に立てば医療は、国が存在し、社会が安定した生活を送るのに必要なものであり、現在のような必要な医療費さえ抑制された政策は根本的に間違っている。ましてや市場原理というものには全く合わないものである。さらに考えを進めれば、医療はわれわれが利用している社会の地盤形成、社会的奉仕の拡充のために絶対に必要なものであり、政府は、まず必要十分な医療費を決めて、それに対して財源を確保するとい

う方法を取らなければならない。そのためには、現在の財源優先の政策で財政中立を前提とした議論から決別する必要がある。

イギリスでは、昭和 54(1979)年に誕生したサッチャー政権による改革で強力に競争原理主義を入れて医療費の抑制政策を取った結果、医療が崩壊した。必要な医療費を長期間抑制すれば医療が荒廃するのは当然である。今まさに日本がその瀬戸際にいる。その後ブレア政権は医療費の拡大政策に転じて、市場原理に基づく医療制度を否定した。日本も社会的共通資本としての医療との考えに立ち、必要十分な医療費を出す政策に転換しないと、医療は荒廃し、昭和 36 年以前の国民皆保険がない時代に逆戻りして、ほんの一握りの裕福な者だけが医療を受けられる時代になる。平成 14 年から平成 18 年まで過去 3 回の診療報酬改定はすべてマイナス改定であった。その結果として、医業経営の維持が困難になり、地域医療の確保を脅かしている。帝国データバンク「医療機関の倒産動向調査」によると、平成 19 年は過去最多ペースで、医療機関が倒産している。平成 17 年度地方公営企業決算概況によれば自治体病院の 6 割以上が赤字であり、累積赤字は 1.7 兆円になる。これに医師不足問題が拍車をかけ、さらに赤字を増加させている。医師数を増加させ、そして医療費の削減政策を転換しないかぎり、医療は成立しない。

医療費抑制政策により「民間病院は赤字倒産、自治体病院は閉鎖、国民のフリーアクセスは保障されない、必要な医療が受けられない、病院は不採算部門を切り離す。結果として産科、小児科は消える。地元で小児救急はなく、お産はできない。病床が削減される。医療と介護難民が発生する。患者の負担が増える。国民皆保険制度を保持できない。医師、看護師など医療従事者の士気が低下する。離職者が増えて医療現場は荒廃する。コスト削減のため医療の質と安全が保障されない」などが起きる。医療がこのような危機的状況で、医療崩壊がすでに現実のものとして始まっているにもかかわらず、国は社会保障の伸びを今までと同様に 5

年間で 1.1 兆円抑制する方針を決めた。当然医療、介護の給付抑制が待ち受けている。社会的共通資本としての医療、平時の国の安全保障としての医療という考え方に立ち、なんとしても医療費の増加政策に転換しなければならない。そして、なぜ医療費の増加が必要なのか、国民の十分な理解を得るよう努めなければならない。

おわりに

本答申で議論した勤務医にかかわる諸課題は、今や、医療界全体、ひいては社会全体の問題と認識されるようになってきている。

勤務医としても、もはやサイレント・マジョリティーでは許されない大きな変革の渦のなかに身を置き、さまざまな立場で発言がなされるようになってきた。また、平成 18 年度全国医師会勤務医部会連絡協議会（埼玉県）での討議を経て、平成 19 年 2 月には、勤務医の現状と変革の必要性を国民に広く訴える宣言書が出され、さらに、これをより強化する内容で 10 月には平成 19 年度同協議会（沖縄県）の討議を経て、「沖縄宣言」が広くマスコミに公表された。

このような流れのなかで、本答申書は、第 5 次医療法改正を切り口に勤務医のかかわる諸問題を医師会全体の課題として多面的に分析し、解決の方向性を探り、さらに、提案できるものは具体的提言を行う形で、幅広い議論を重ねて作成した。

一方、この度の医療法改正を始めとした医療制度改革は、同時に医師会内部への変革をも促しており、これらにおける勤務医の果たすべき役割も大きい。さらに、勤務医にとっても、今こそ、医師会活動をとおして地域社会へ貢献する好機と捉えることができる。そのためにも、医師会全体として、勤務医がより一層役割を果たせる体制作りが求められる。例えば、勤務医会員が日医会員の約半数を占めているにもかかわらず、代議員における勤務医の比率は 5 % 前後で長年推移している現状がある。意思決定機関である代議員会を始めとして、医師会の諸機構における勤務医の比率が今後徐々に高まり、勤務医の視座が広がってゆくことによって、勤務医自らが医師会への帰属意識を高め、医師会の使命である公益事業に幅広く参画し、今や社会問題化しつつある医療を巡る諸課題の解決へ向けての医師会の原動力となることが期待される。

本答申書が、日本医師会の医療政策立案等に幅広く反映され、勤務医を取り巻く厳しい環境の改善につながっていくよう、ひいては、安全で安心できる医療をととした地域社会作りに役立っていくよう切に願ってやまない。