

Title	第85回慶應医学会総会・シンポジウム
Sub Title	
Author	
Publisher	慶應医学会
Publication year	2005
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.82, No.4 (2005. 12) ,p.192- 194
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	学会展望
Genre	Journal Article
URL	<a href="https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20051200-0192">https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20051200-0192</a>

慶應義塾大学学術情報リポジトリ(KOARA)に掲載されているコンテンツの著作権は、それぞれの著作者、学会または出版社/発行者に帰属し、その権利は著作権法によって保護されています。引用にあたっては、著作権法を遵守してご利用ください。

The copyrights of content available on the KeiO Associated Repository of Academic resources (KOARA) belong to the respective authors, academic societies, or publishers/issuers, and these rights are protected by the Japanese Copyright Act. When quoting the content, please follow the Japanese copyright act.

## 学会展望

### 第 85 回慶應医学会総会・シンポジウム

日 時 平成 17 年 11 月 11 日 (金) 15 時～18 時 30 分

場 所 慶應義塾大学病院 新棟 11 階 大会議室

主 催 慶應医学会

共 催 慶應義塾大学医学部

15:00 開会の辞 副会長 相磯 貞和 (慶應義塾大学医学部解剖学)

15:05 総会議事, 三四会奨励賞授与式

司 会 監事 鹿島 晴雄 (慶應義塾大学精神・神経科学)

#### シンポジウム『医療提供体制の改革』

ご挨拶 会長 池田 康夫 (慶應義塾大学医学部長)

司 会 池上 直己 (慶應義塾大学医学部医療政策・管理学)

16:00～16:40

I. 基調講演 岩尾總一郎 (前厚生労働省医政局局長)

16:40～17:00

II. 「新医師臨床研修制度施行 1 年半をすぎて」

宇都宮 啓 (厚生労働省医政局医事課医師臨床研修推進室長)

17:00～17:20

III. 「国立病院機構はどうか変わったか」

矢崎 義雄 (独立行政法人国立病院機構理事長)

17:20～17:40

IV. 「医療提供体制の改革－日本医師会の立場から」

櫻井 秀也 (日本医師会副会長)

17:40～18:15 発表者間のディスカッションならびに聴衆者との質疑応答

## I. 医療提供体制の改革について

前厚生労働省医政局長 岩尾 総一郎

○平成 15 年 8 月に策定した「医療提供体制の改革のビジョン」の具体化に向けて、患者の視点に立った患者本位の医療提供体制という基本的考え方の下、平成 15 年 3 月の閣議決定に基づく医療保険制度改革と併せ、平成 18 年の通常国会への法案提出を念頭に、以下のような改革を検討中。(制度改革案) ※社会保障審議会医療部会において検討中

### 1. 医療計画制度の見直し

○都道府県が策定する医療計画について、がん対策、糖尿病対策、小児救急対策、周産期医療対策などの事業ごとに数値目標を設定して、都道府県が自主性・裁量性と責任をもって、地域内の医療機関の機能分化と連携を推進する仕組みへ  
○住民にとって必要な医療情報をわかりやすく医療計画に明記

→適切な機能分化・連携により、急性期から回復期を経て在宅療養への切れ目のない医療の流れを作り、患者が早く自宅に戻れるようにすることで、患者のQOLを高め、また、トータルな治療期間(在院日数を含む。)が短くなる仕組みをつくる

→都道府県を支援するため、関係する補助金の交付金、統合補助金化を平成 18 年度に実施

※医療計画は、同じく都道府県が作成する健康増進計画(生活習慣病対策)や介護保険事業支援計画(高齢者の生活機能の重視)、現在検討中の医療費適正化計画(仮称)と十分連携をとって作成

→各都道府県が、その地域にふさわしい形で、整合性を持って、計画的に取り組む。

→結果として医療費の伸びの抑制に寄与

### 2. 医療法人制度改革

○民間非営利部門である医療法人が、従来国公立の病院が担ってきた公益的な分野も含め、透明性のある効率的な医療経営を行うことができるような医療法人制度改革を、公益法人制度改革の動きを踏まえつつ、実施。

- ・非営利性の徹底を通じた医療法人制度の再構築
- ・公益性の高い新たな医療法人類型の創設

※寄付税制など税制上の優遇措置の創設

### 3. 医療機関による積極的な情報提供など患者・国民の選択の支援

○患者・国民による適切な医療サービスの選択に資するよう、医療機関に関するより多くの情報が提供される仕組みを構築。

- ・医療機関が、その施設の医療機能に関する一定の情報を都道府県に届け出て、都道府県がそれらの個別の医療機関に関する情報を集積し、住民に対し分かりやすく情報

提供する仕組みの制度化

- ・客観的で検証可能な事項については、極力、「広告できる事項」として追加
- ・インターネットなどにより提供される医療情報の信頼性の確保のための措置

### 4. 医療安全対策の強化

- 無床診療所、歯科診療所、助産所及び薬局における安全管理体制の整備や病院等における院内感染制御体制の整備等
- 医療事故等の事例の分析と原因究明、再発防止対策の徹底(中立的機関、裁判外紛争処理制度の整備に向けた検討に着手)

### 5. 地域や診療科による医師不足問題への対応

- へき地等特定の地域や特定の診療科における医師不足問題への対応として、離島・へき地勤務へのインセンティブの付与、地域の拠点病院への集中を図ること等による病院の小児科医師等の確保の方策などについて検討、実施。
- 関係省庁において「医師確保総合対策」を取りまとめ、(平成 17 年 8 月 11 日)

### 6. 医療従事者の資質の向上

- 医療ミス等により行政処分を受けた医師等医療従事者への再教育制度の構築
- 看護職員の資質向上等に係る制度の見直し

## II. 新医師臨床研修制度施行 1 年半をすぎて

厚生労働省医政局医事課

医師臨床研修推進室長 宇都宮 啓

昭和 43 年以来、36 年ぶりの抜本的な改正として、新しく必修化となった医師臨床研修制度が 16 年 4 月からスタートした。平成 6 年 12 月の医療関係者審議会臨床研修部会の間まとめとして「基本的には必修とするとともに、その内容等の改善を図ることが望ましい」との意見がとりまとめられて以来約 10 年にも及ぶ議論を踏まえてのスタートとなった。

研修医の研修先を決めるマッチングも順調に行われ、これまで 2 回の結果も 95.6%、95.3%という高いマッチ率であった。スタート前には地域における医師の確保が困難になるといった地域医療への影響も懸念されたが、東京、大阪等で減少傾向、北海道、沖縄等で増加傾向になるなど、むしろ研修医が都市から地方へ流れる傾向が見られた。また、旧制度において「7対3」であった大学附属病院と臨床研修病院の研修医数割合が、新制度第 2 期生においては、「49.2対50.8」と、初めて若干ではあるが臨床研修病院が上回った。プライマリ・ケアを研修する場所として、大学から臨床研修病院を求める流れが表れていると思われる。

本年 3 月に実施した研修医に対するアンケート調査によれば、大学病院の研修医の多くが不満を抱えており、その理由としては、待遇・処遇が悪い、手技の経験が不十分、プライ

マリ・ケアの能力がよく身につかないということが多かった。新医師臨床研修制度施行後約1年半が過ぎた現時点における現状、第3回目となる研修医マッチングの結果分析及び今後の方向等について概説したい。

### Ⅲ. 独法化により国立病院はどう変わったか

独立行政法人国立病院機構理事長 矢崎 義雄

親方日の丸の経営による不効率な運営、国立のブランドに安住した医療サービスの低下などを厳しく指摘されていた154の国立病院・療養所が、その改善を目指してひとつの組織にまとめられ、平成16年4月に独立行政法人国立病院機構として再出発した。その基本方針として、病院長が先頭に立って指導力を発揮して発想の転換を進め、患者の目線に立ち、国民に満足される安全で質の高い医療を提供するとともに、各病院の特色を活かした政策医療の実施、臨床研究の推進、そして教育研修を通じた良き医療人を育成して、わが国の医療の向上に貢献することを目指している。経営の視点からは、7500億円余の債務を償還しつつ収支を相償化することを5年間の中期計画に基づいて達成するよう求められており、前途多難な発足となった。

しかし、年度毎に国立病院の全てが一括してまとめられて予算や組織が決められていた従来の官庁会計方式から、各病院が現場の必要性を反映させつつ収入に応じた支出を組み立てる企業会計のシステムに移行したことによって、各施設の自己裁量権が大幅に拡大され、運営方針も迅速に決定して実施することが可能になった。さらに、地域医療のニーズに応えた病院機能強化に向けて、各病院が職員の意識を変革し、独自の方向性を組み立てて新たな活動をはじめた。経営的にも経費を節減するとともに、現場のニーズを反映した設備整備や投資、年功序列的な公務員給与体系より業績評価を取り入れた新たな給与体系に移行するなど、運営の効率化が実現できるように改革が着実にすすみ、昨年度の決算は機構全体で16億円の赤字にとどまり、評価委員会でも高い評価を得たところである。

さらに、各病院から構成されるネットワークを活かして臨床研究をすすめ、EBMのエビデンスとなるデータの収集や治験の推進などを行い、わが国の医療の向上の貢献に努めた。

### Ⅳ. 医療提供体制の改革—日本医師会の立場から

日本医師会副会長 櫻井 秀也

医療提供体制というのは、文字通り「医療」を「提供」する「体制」であります。

従って、提供すべき「医療」、国民の立場から言えば、提供されるべき「医療」について考えてみたいと思います。

#### 1. 国民サイドからみた提供されるべき医療の概念

医療を受ける立場に立って見て、どういう医療を受けるか

という時に、いくつかの視点から大きく2つのグループに分けて考えてみたいと思います。

まず、「医療の日常性」という視点からは、日常的に對して非日常的、連続的に對して単発的・突発的、慢性的に對して急性的、恒常的に對して一時的、一般的に對して専門的、という対比が考えられます。

この対比は、言い方を変えれば、「比較的よくかかる病気や外傷(普通の状態)」に對する医療と「めったにかからない病気や外傷(普通でない状態)」に對する医療とに言い換えることができます。

提供される「医療の内容」から言えば、一般医療、一次から三次にわたる予防医療、応急・初期救急医療などに対して、二次・三次救急医療、専門医療、高次・高度先進医療などを対比させることができます。

それらの医療を提供する「医療機関」の視点から分ければ、無床診療所、有床診療所、中小病院に對して、専門病院、大病院、公的病院、国・公立病院、特定機能病院ということになります。

以上、大きく2つのグループに分けて考えてみましたが、両者は完全に2分できるものではなく、実際にはお互いに内容的にクロスしている部分が多いと考えられます。

最後に、これらの医療を「担当する医師」の視点からみると、日常的医療を担当するのが「かかりつけ医」であり、非日常的医療を担当するのが「専門医」ということになります。勿論、「かかりつけ医」というのは、患者サイドからの呼称でありますから、専門的医療の提供者の中にも「かかりつけ医」は存在するし、逆に、一般の医療提供者の中にも「専門医」が存在することになります。

#### 2. 地域医療体制のあるべき姿

このように医療を2つのグループに分けて考えると種々な問題が鮮明になってきます。

国民には、「かかりつけ医」を選んでもらい、日常的医療は「かかりつけ医」が担当して、非日常的医療は、その「かかりつけ医」の紹介によって、「専門医」が担当するという「医療機能連携体制」を構築することが、日本医師会が提唱する「かかりつけ医を中心に位置づけた医療提供体制の改革」になると考えられます。

「かかりつけ医」を中心とした包括的医療提供システムの主なポイントは、

- ①かかりつけ医を中心とした医療機関の役割分担と医療機能連携を明確化すること。
- ②これに基づいて医療提供体制のあるべき姿を提示すること。
- ③さらに、より良質な医療を提供するために、救急医療システム、医療安全体制、生涯教育制度等々の環境整備をすること、であります。

勿論、良質な医療を提供するために、国民皆保険制度という世界に冠たるわが国の公的医療保険制度のさらなる充実が必要なのは言うまでもありません。