

Title	I. 医療提供体制の改革に向けて
Sub Title	
Author	岩尾, 総一郎(Iwao, Soichiro)
Publisher	慶應医学会
Publication year	2006
Jtitle	慶應医学 (Journal of the Keio Medical Society). Vol.83, No.3 (2006. 9) ,p.172- 179
JaLC DOI	
Abstract	
Notes	学会展望
Genre	Journal Article
URL	https://koara.lib.keio.ac.jp/xoonips/modules/xoonips/detail.php?koara_id=AN00069296-20060900-0172

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.

I. 医療提供体制の改革に向けて

前厚生労働省医政局長

岩尾 総一郎

はじめに

平成14年、厚生労働省内に医療制度改革推進本部が設置され、4つの検討チームが作られた。一つが今の医療保険制度を全体としてどのように考えていくか検討するチーム、二つ目が診療報酬体系の見直しについて検討するチーム、三番目に医政局が主体となった医療の提供体制をどのようにするか検討するチーム、四番目が社会保険庁、社会保険病院をどのように効率的に運用していくか、という4つである。社保庁改革は別のスケジュールで動いており、残りのチームの検討結果が、去る10月19日に「医療制度構造改革試案」として厚生労働省より発表された（厚生労働省2005）。この試案は、医療制度の構造改革について国民的議論を進めるたたき台であるが、平成18年の通常国会での制度改革に向け、現在、作業を進めている。本稿はそのうちの医療提供体制の改革について述べていきたい（図1）。

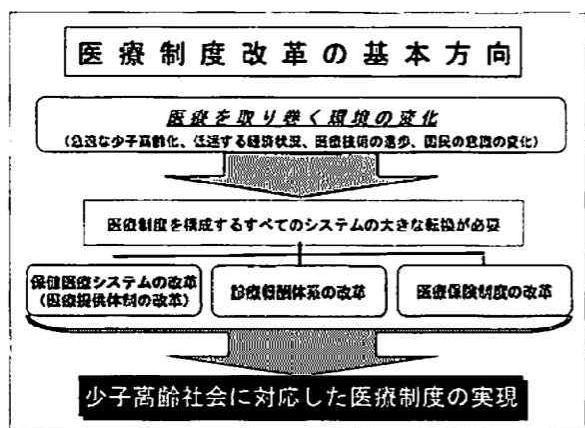


図1

医療提供体制改革の基本的視点

日本の医療制度の特徴は国民皆保険、公私混在する地域の医療提供体制であり、欧米と異なることは既知の事実であろう。その結果、人口当たりの病床数が多く、また、病床数が多い分そこで働く職員の数が少ない、従って一ベッド当たりでは長期間の入院を余儀なくされる。すなわち、医療提供面での効率化、重点化が不足しているとい

うことになる。また、医療情報の開示不足で、後述するが医療機関の競争が働きにくい状況にある。昨今、問題となっている小児救急をはじめとする医療安全の確保、そして情報基盤、IT化の遅れというものが医療分野にも影響しているのではないかと、指摘されている。

平成15年8月に厚生労働省医政局は「医療提供体制の改革のビジョン」を発表し、基本的な方向を示した（厚生労働省2003）。改革の基本的な視点は、患者の視点の尊重である。患者に出来る限りの正しい情報を提供し、「安全」と「安心」そして、「質の高い」医療をキーワードにして、今後の医療提供体制を作っていくかなくてはならない。そのためには当然、医療情報、ITなどのインフラの整備が必要になる。この、患者の視点を大事にすること、質の高い効率的な医療を提供すること、そして、医療基盤の整備という3つの柱に五つの項目を立て、それぞれに必要な制度改正や予算措置を図ることとしている（図2）。

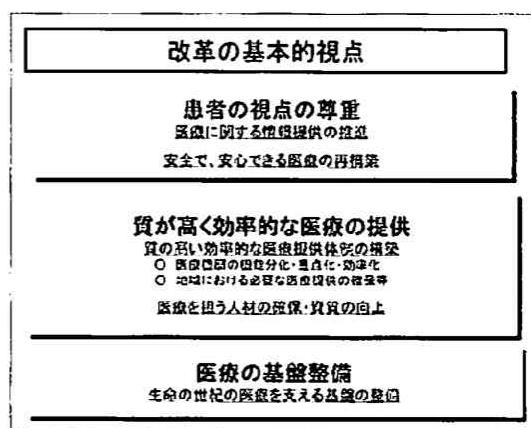


図2

医療情報の提供

平成12年の法改正により、病院・診療所はさまざまな情報を広告できるようになった。しかしながら、依然として患者側より「情報が欲しい」ということがよく言われ、これについて改めて考えていく必要があるのではないかと議論を進めている（図3）。

例が専門医についてである、患者の求める医療情報の

医業若しくは歯科医業又は病院若しくは診療所に関して広告することができる事項

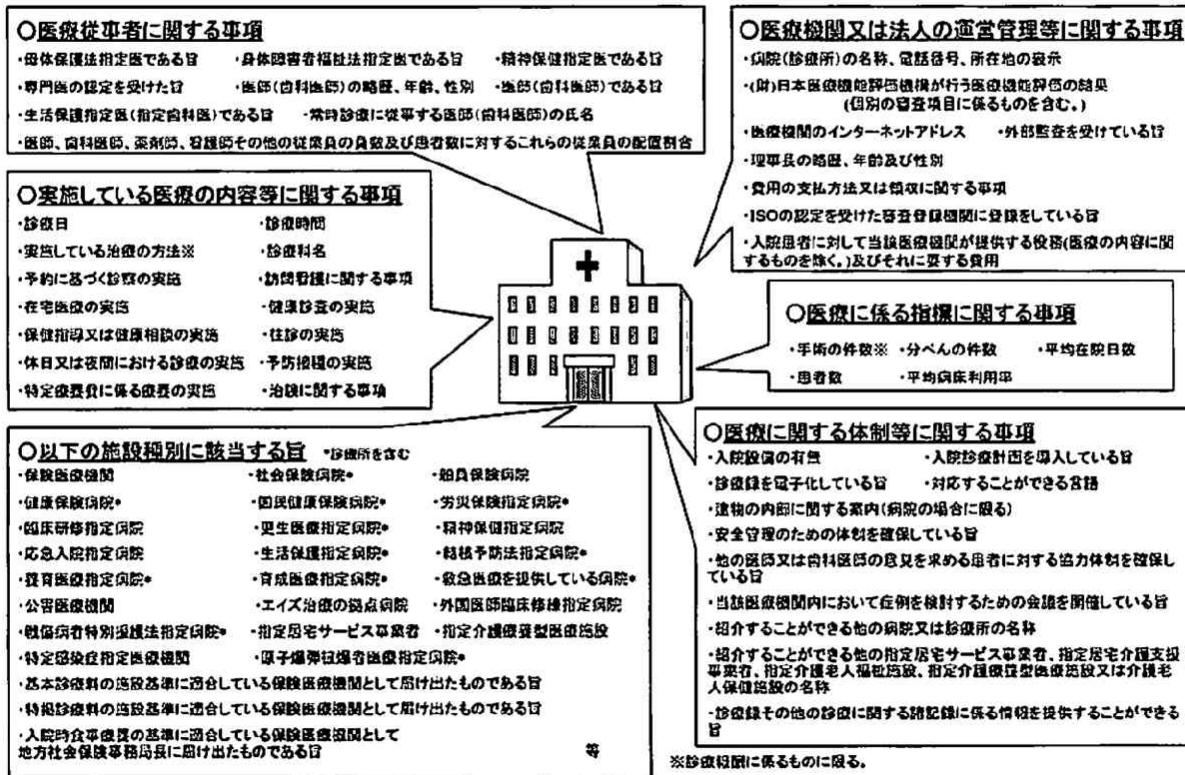


図3

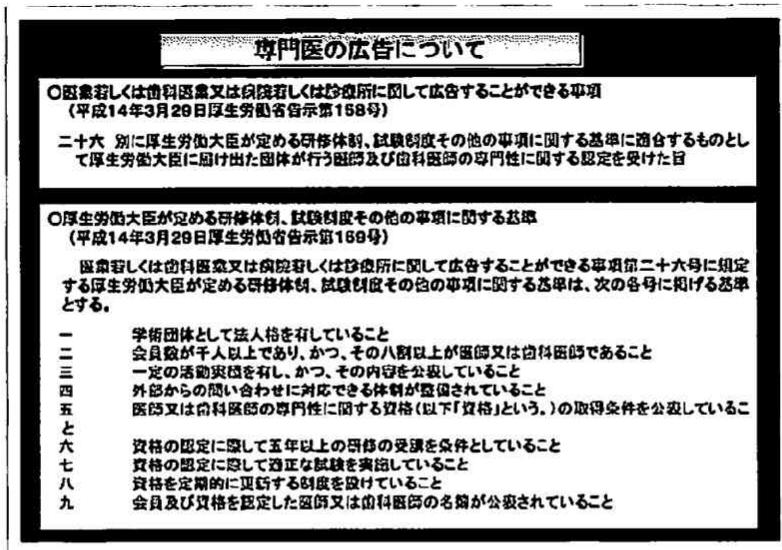


図4

うち要求度の高いものに主治医の専門性がある。平成14年度、厚生労働省では一定のルールのもとで専門医の広告を解禁した(図4)。

日本の医師数は現在、約26万人であるが、学会が認定し

ている専門医の数は延べ20万人登録されている。専門の医師に診てもらいたいという患者の要望は強い。しかし、学会側から見た専門性の高さと、国民側から見た「いいお医者さん」という専門医にはギャップがあるように思われる。

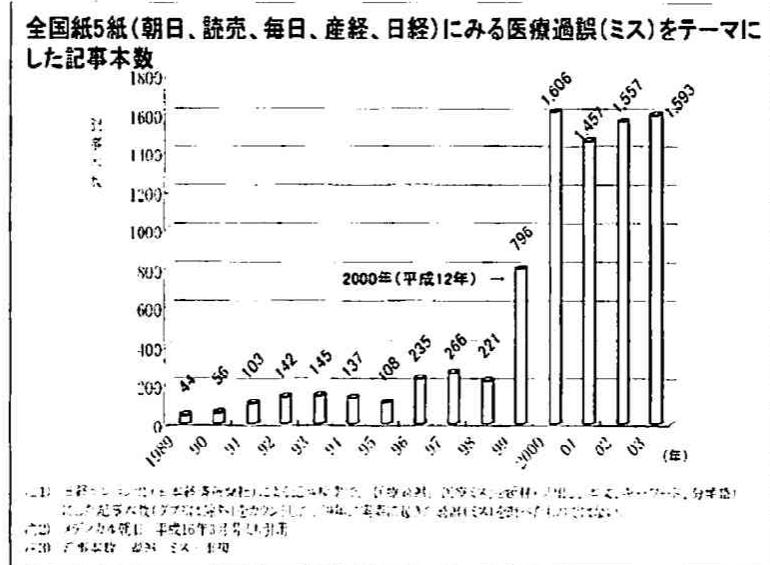


図5

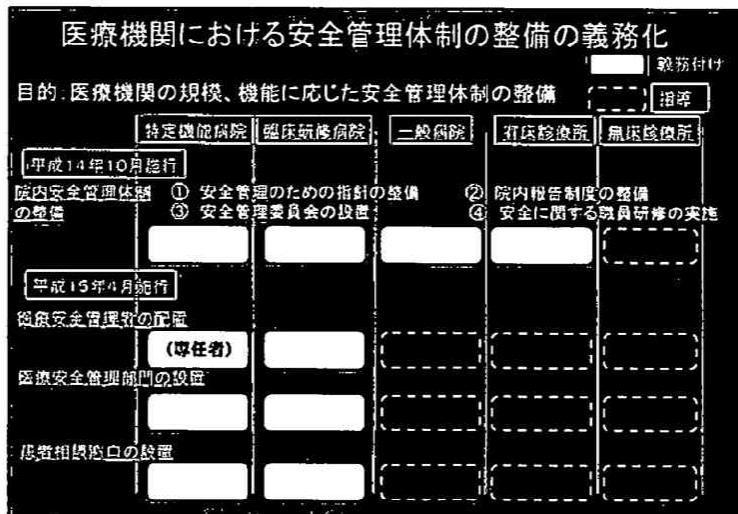


図6

日本医師会、日本医学会、厚生労働省、あるいは学会認定機構など、さまざまなものでこのような国民のニーズに対応するための検討を進めていきたい。

医療安全対策

全国紙5紙（朝日、読売、毎日、産経、日経）に掲載された医療過誤に関する記事数は1999-2000年にかけて大幅に増加した（図5）。

この年は、横浜市大で患者を取り違えたという事件が起こり、これをきっかけに大学病院など、大規模病院での医療の安全性が大きくグロースアップされ、話題となった。

毎日のように新聞に医療事故が報道され医師の責任が追及されると、医療機関側はもう患者は診ない、或いは重症患者を診ないとなり、医療が萎縮していく、医師が信頼出来ないと思うのは国民にとっても不幸なことで、結局、国民が損をする。そうならないように、大学、学会、地域医師会を含め、すべての医療に携わる者の社会的責任として、医療安全対策を考えていくことが重要である。

厚生労働省では、システムとして医療機関における安全管理体制を整備・強化しようと、法律を改正し、病院の規模に応じた義務規定を設けた。特定機能病院や臨床研修指定病院には安全管理者、管理部門の設置、患者の相談窓口の設置を求めているが、今後は中小の病院や診療所に対し

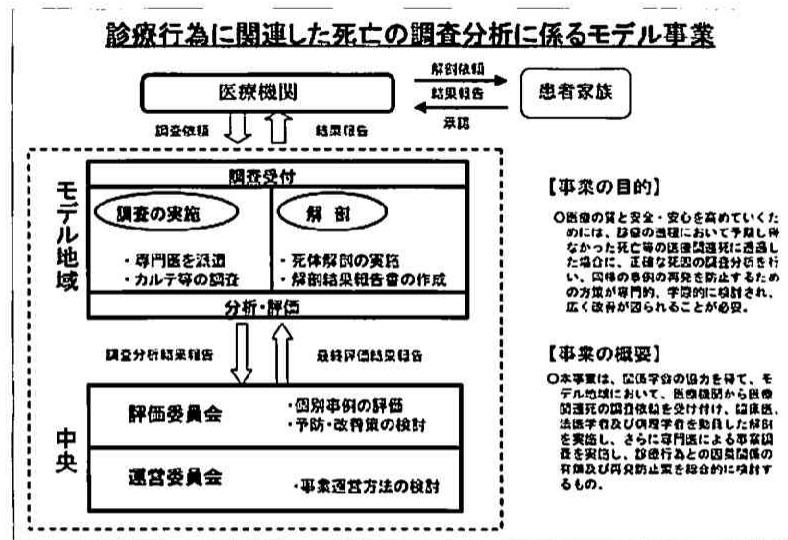


図7

ても義務化の是非を検討することにしている(図6)。

事故は、病院内における処置の場面での人為的ミス、交替時の引き継ぎによって起きるインターフェイスのミスなどさまざまであるが、今後ますます医療が複雑化・高度化することから、ヒューマンエラーは避けられない。いかに医療事故をゼロに近づける努力をするかが、医療機関に課せられた課題となる。

医療事故の調査事業

薬石効無くして亡くなられた場合は別として、予期せずに病院でなくなられた場合は、「なぜうちの家族が死んだのだろうか」というような医療不信が芽生える可能性がある。こうした場合に、患者の家族と医療機関の両者納得のもと、医療機関はベストを尽くしたのに、なぜ数日で容体が悪化したのかといったことを、第三者がきちんと調査できるシステムが必要である。本年度からこの調査モデル事業が全国数か所でスタートした(図7)。

今年は1億1千万円の予算で内科系、外科系の関係者のみならず、解剖時には病理学、法医学の協力を得て行われる予定である。

問題はこういうモデル事業が制度となった場合、医師側に責任があるとして刑事訴追されると医師にとって不幸である。アメリカでは基本的に医療事故は損害賠償事件になってしまって、刑事事件にはならないと聞いている。日本の場合、医療を提供する中で少なくとも不可抗力、或いは当然の医療をした結果死亡したケースについて医師が刑事罰を受けるのは、不合理であると思う。そうならないためにも、まずこういうモデル事業を試行して、医療人が安心して医療に取り組めるよう、裁判によらない紛争処理システムを模索する必要がある。

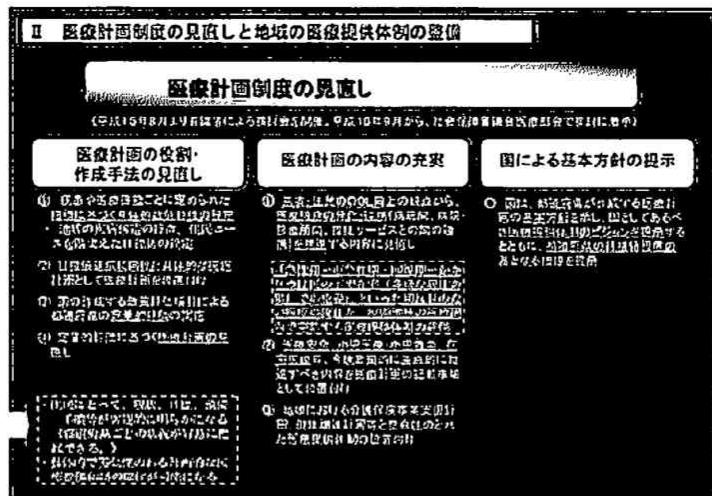
医療計画制度の見直し

医療における地域格差の是正と、限りある保健医療資源の有効活用を踏まえて、新しい医療計画の構築をしていかねばならない。医療は地域に根ざすものなので、都道府県の医療行政は地域保健・健康増進行政の分野と連携して、医療計画制度の見直しを図る必要がある(図8)。

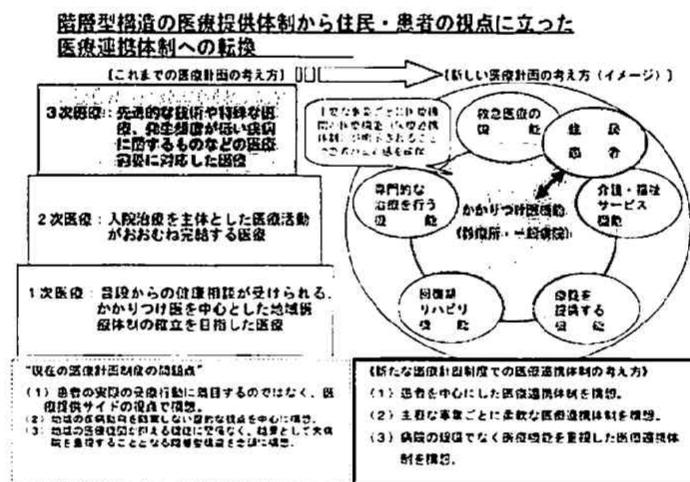
医療計画制度の改革の一番大きな考え方は、急性期から回復期、それからかかりつけ医の下での在宅療養といった切れ目のない医療を、原則として地域の医療機関内で完結する医療提供体制を作ることである。住民・患者にかかりつけ医がおり、患者の状態に応じて必要な医療の提供が、かかりつけ医の紹介によって地域のさまざまな医療機関で完結できるような地域完結型の医療を目指す。そのためには、基本的に国が持っている権限を自治体に譲り、予算も交付金として補助金改革をし、地域の問題は地域で解決していくように医療計画を見直す。

従来の医療計画は1次医療、2次医療、3次医療という重層構造になっていたが、これは患者の目で見たものではなく、医療の提供者側の視点であったことは否めない。今回の新しい医療計画では、患者中心の医療の連携体制、病気ごとに柔軟な医療の連携体制がとれるような仕組みを考えており、現在検討中である(図9)。

たとえば脳卒中でかかりつけ医に通院中の患者の場合、突然の自宅発症もあるだろうし、外出先で事故などを起こすときもある。その状況に応じて、急性期の医療や回復期の医療など、また、リハビリなどが提供できるような連携体制を推進していく(図10)。これらを年末に向けて議論を詰めていく予定である。



8



9

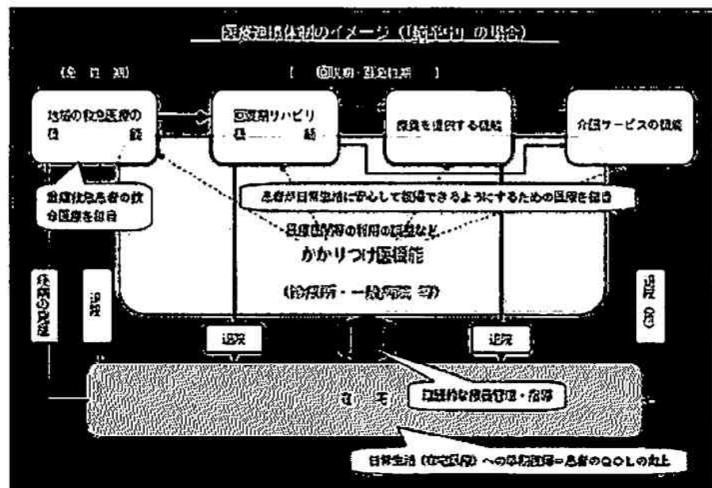


图10

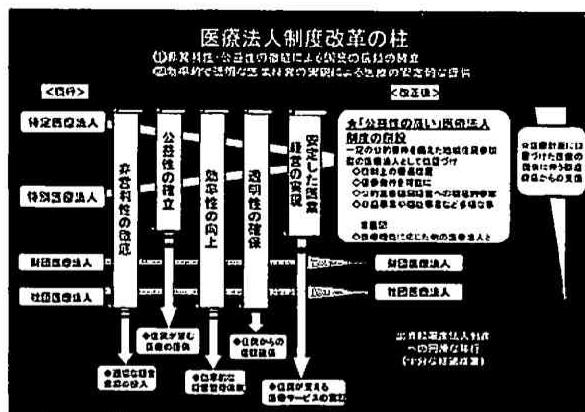


図11

臨床研修医在籍状況の推移

区分	平成15年度		平成16年度		平成17年度	
	研修病院	比率	研修病院	比率	研修病院	比率
認定研究病院	2,237	27.4	3,193	41.2	3,262	44.1
大学附属病院	5,923	72.6	4,563	58.8	4,130	55.9
計	8,160	100.0	7,756	100.0	7,392	100.0
	8,000	100.0	8,000	100.0	7,528	100.0

※ 研修病院については、各年度、認定総合病院登録における数字である。
 「新生児救命蘇生装置導入率」は当該年度の推定値。
 マッチング率については、マッキング未登録者（自由医科大学、防衛医科大学校卒業生等）を含んでいない。

図12

医療法人制度改革

医療法人の制度改革も話題にしている。認定医療法人という地域に公的と認定されるような病院を設け、ある種の軽減税率を適用されるようなシステムにして自治体病院を転換し、経営者すなわち自治体、イコール住民負担というものを軽減していくことが出来るのではないかと思っている（図11）。全医療法人38,000内の31,000が一人医療法人である。こういう自分の財産で自分の医院を経営しているというのは別にして、もう少し公的な役割を果たすような病院をきちんと認め、そこに何らかの優遇税制をとることは出来ないだろうかと考えている。

臨床研修の必修化

昨年から始まった医師臨床研修制度であるが、研修先の割合を見ると15年から16年を比較すると大学病院よりも一般病院の方が増えている（図12）。以前、臨床研修制度が始まる前は大学が7で一般病院が3だった。それが6：4になりほぼ5：5に近づいてきている。どっちが良いのかは別として、臨床研修を受ける、実際に多くの臨床現場を知るという意味では一般病院で然るべき教育研修をして頂けるとうのは大変有難い。

都会から遠く離れた沖縄県立中部病院は、昔から有名な卒後研修プログラムを持っており、今でも競争率は十数倍である。臨床研修病院の競争率は必ずしもその評価には繋がらないが、熱意のある先生がいて指導して頂けるのであれば有難い。聖路加や虎ノ門などの病院で臨床研修を受けると、大学に戻ったときに宿がつくという話を聞いたことがある。これからは、どの大学を出たかということより

医師の需給に関する検討会 中間報告の概要

- 医師の需給に関する諸課題のうち、医師の偏在による特定の地域や診療科における医師不足といった、早期に手当すべきと考えられるものに関する施策について、検討会における議論と提言を取りまとめた。

当面の対応策

(医師不足地域における医師確保（へき地の医師確保を含む）)

- ・医師のキャリア形成における地方勤務の評価など、地方勤務への動機付け
- ・地方医療機関と勤務希望医師のマッチングなど、地方勤務への阻害要因の軽減・除去
- ・医学部定員の地域枠の拡大など、医師の分布への関与
- ・医師の業務の効率化など、既存の医療資源の活用

(医師が不足している産科等特定の診療科における医師確保)

- ・診療報酬での適切な評価による、不足している診療科への誘導
- ・診療所の医師も含めた地域の連携・協力体制の構築による、不足している診療科における診療の負担の軽減
- ・医療資源の集約化の推進など、既存の医療資源の活用

図13

行政処分を受けた医師に対する再教育について(概要)

再教育の目的

行政処分を受けた医師に対する再教育については、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、能力と適性に応じた医療を提供するよう促すことを目的とする。

	職業倫理に関する再教育(倫理研修)	医療技術に関する再教育(技術研修)	
対象者	○医療停止処分を受けた者(被処分者)全員	○医療事故が理由で医療停止処分を受けた者	○医療停止期間が長期に及ぶ者
再教育についての考え方	○行政処分を受けた際に自ら省みる会議を提供する	○行政処分の理由となった技術について評価を行い、能力と適性に応じた、医業再開の環境と条件を検討する機会とする	○医業復帰に当たって、医学知識の不足と医療技術の低下を補うとともに、再就業先の環境に応じた医療技術の修得を支援する
再教育の内容	○教育的講座の受講、社会奉仕活動、心身の鍛錬、読書、執筆等の中から、助言指導者の支援のもとで、被処分者の置かれた状況にふさわしいものを組合せて実施(助言指導者による月に1回程度の定期的な面接)	○専門的な知識・技術を有する医師が、被処分者の医学知識と医療技術の評価を行う ○医学知識、医療技術に問題ないことを確認する ○被処分者が、白らの医療技術上の問題点を認めて、白らの能力と適性に応じた就業環境を選択する旨の自己評価	
助言指導者	○研修内容について助言し、研修成果を評価する役割 ○医師以外の場合は、何らかの形で医療に関わった者であり、指導的な立場にある医師と連携のとれる者	○被処分者の医療技術を評価する役割 ○当該医療分野において専門的な知識・技術を有する医師(必要に応じて、助言及び評価の権限を委任する)	
再教育の提供者	○助言指導者の他、医療関係団体、社会奉仕団体、公益団体、学校法人など	○助言指導者の他、当該医療分野において実績をもつ医療機関ないし医師個人など	
再教育期間	○3か月～1年程度(処分事例ごとに定める)	○専門的な知識・技術を有する医師のもとで、一定期間指導を受ける(研修を伴う技術研修については、医療停止期間が終了した後に行う)	
再教育修了評価基準	○医療を支える法制度等について理解がある ○医師に求められる職業倫理について理解がある ○行政処分を受けるに至った理由に対し、反省し、同様の問題を起こさない決意が確認できる ○自分自身の内的要因を洞察し、改善を図る取組みができるなど	○医療事故を引き起こした領域における医学知識・医療技術に問題がないことが確認できる	○医業再開後の業務内容を適切に選択できる ○医学知識、医療技術に問題がないことが確認できる
再教育修了の認定	○研修の実施後に、被処分者は研修実施報告書(被処分者が作成)及び研修評価書(助言指導者が作成)を厚生労働省に提出する ○適切に研修が実施されたと認められる場合、再教育の終了を認定し、再教育修了通知書を発行する		

*免許取消処分を受けた者については、将来的に免許の再交付がなされる場合に、再教育を義務づけることが適当。

図14

も、どの病院で研修を受けたかが評価される、また、どの病院でどういうプログラムを持っているかが評価される、という時代になるのではないかと思っている。

医師の需給に関する検討会

巷間言われる医師不足の原因について、都会と地方というような地域の偏在また、少子高齢化に伴う診療科別の偏在が明らかになってきている。そもそも医者の絶対数が足りているのか、という具体的な数については暮れに精緻な調査結果が出ることになっているが、いくら足りないからといって医学部を増やしても、一人前になるのに10年以上かかる。いま足りないとと言われているものにどう対応していくかが喫緊の課題である。当面の対応策として、厚生労働省、総務省、文部科学省が合意し、医師の不足地域における医師の確保対策、特定の診療科での不足している医師の確保対策について、いくつかの対応策を出したところである(図13)。

行政処分を受けた医師の再教育について

これまで医師法違反などで医道審議会にかかった人たちの処分としては、医師免許停止何か月から何年、あるいは

免許取り消しというケースがあった。昨今、道路交通法などが変わり、危険運転致死傷罪などは未必の故意として罰則規定も強化されてきた経緯がある。それにつれて医師法での処分の状況も変わってきてている。ただ、処分をしたままで更生措置は不要なのかという批判がある。医療技術がその期間は止まるわけで、そういう人の技術研修をどのようにするべきかという議論がなされた(図14)。これについてはカリキュラムを作り、医師会とともに倫理研修と技術研修に分けて進めていこうと考えている。

おわりに

いくつかの検討会での報告を踏まえながら、患者の選択の尊重、情報提供ができる方法、質の高い、効率的な医療体制、国民の安心・安全のための基盤づくりをどのように構築していくかということを述べた。その一番大きな基となるのが医療法であるが、これは昭和23年に成立し、現在まで第4次改正を行ってきている(図15)。社会保障審議会医療部会においては「医療提供体制に関する中間まとめ」を7月末にいただいた(図16)。これを基に、個別の論点をそれぞれ法律事項が必要なものとそうでないものに分け、12月まで鋭意検討して、結論を出し、平成18年度の通常国会に医療法の改正として提出したいと考えている。本

医療法改正の経緯	
背景: 感染症等の急性期患者を中心とした時代。医療へのフリーアクセス確保のため、医療機関、医療従事者の量的な充実が急務。	
1948年 医療法制定	医療水準の確保を図るため病院の施設基準等を整備
	高齢化の進展、疾患構造の変化(急性疾患→慢性疾患)、国民の意識の変化 量的整備がほぼ達成→医療機関の地域偏在の解消。医療施設の機能の体系化、医療の高度化・専門化、チーム医療の進展。
1985年 第一次改正	医療計画の創設
1992年 第二次改正	療養型病床群制度導入・特定機能病院制度導入
1997年 第三次改正	診療所への療養型病床群導入
2000年 第四次改正	病床区分見直し(療養病床と一般病床の区分)、医療情報提供の推進・臨床研修必修化

図15

医療提供体制に関する意見中間まとめ（社会保障審議会医療部会）の概要 (個別論点について)

1. 患者・国民の選択の支援
 - 医療機関等についての積極的な情報提供の制度化、広告できる事項の拡大、診療情報の提供の推進等
2. 医療安全対策の総合的推進
 - 医療機関の規範に応じた安全管理体制の強化、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、患者・国民の主体的参加の促進等
3. 医療計画制度の見直し等による地域の医療機能の分化・連携の推進
 - 医療計画制度の見直し(主要な事業ごとの医療連携体制の構築、数値目標の設定等)、人員配置標準、医療連携体制におけるかかりつけ医の役割、地域医療支援病院、特定機能病院、有床診療所等についての検討
4. 母子医療、救急医療、災害医療及びべき地図医療体制の整備
5. 地域、診療科等での医師の偏在解消への総合対策
 - 関係省庁と連携し、早急に総合的な対策を講じるべき
6. 在宅医療の推進
7. 医療法人制度改革
 - 非営利性の徹底、公益性の高い医療法人類型の創設等
8. 医療を担う人材の養成と資質の向上
 - 医師、歯科医師、看護師の需給見直しに基づく対応、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、看護師の資質向上等に係る制度の見直し、専門医の育成のあり方の検討
9. 医療を支える基盤の整備
 - 医薬品等の研究開発の推進、治験の活性化、臨床研究基盤の整備、医療の情報化の推進

図16

日は、総論的な話になったが、今後また医療部会のなかで、それぞれの話題につき精緻な議論がされるものと思ってい

る。読者の先生方にもお知らせする機会があると思うが、よろしくご注目をいただければありがたい。