

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、以下のようになる。

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、強い疑問を抱かすにはいられない。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、治療に随伴する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の間で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、無機質なものになってしまう危険性がある。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、待っ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。