

# 信頼に支えられた医療の実現 —医療を崩壊させないために—



国立国際医療センター  
桐野高明

2008年11月6日

要望

信頼に支えられた医療の実現  
—医療を崩壊させないために—



平成 20 年(2008 年)6 月 26 日  
日 本 学 術 会 議

医療のイノベーション検討委員会  
委員

- 桐野 高明 (委員長)
- 田中 滋 (副委員長)
- 中田 力 (幹 事)
- 和田 仁孝 (幹 事)
- 神野 直彦
- 二木 立
- 平林 勝政
- 北島 政樹
- 北村 惣一郎
- 猿田 享男
- 永井 良三
- 本田 孔士
- 南 裕子
- 山本 修三
- 佐久間 一郎
- 山口 隆美

# 先進国型医療の特徴

- ① 充実した教育体制と厳格な専門医認定制度
- ② 病院機能の集中化・集約化
- ③ 病院と診療所の密接な連携体制
- ④ チーム医療の推進と業務範囲の職種による制限の見直し
- ⑤ 医療安全と患者権利尊重のためのシステム

## 要望

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。

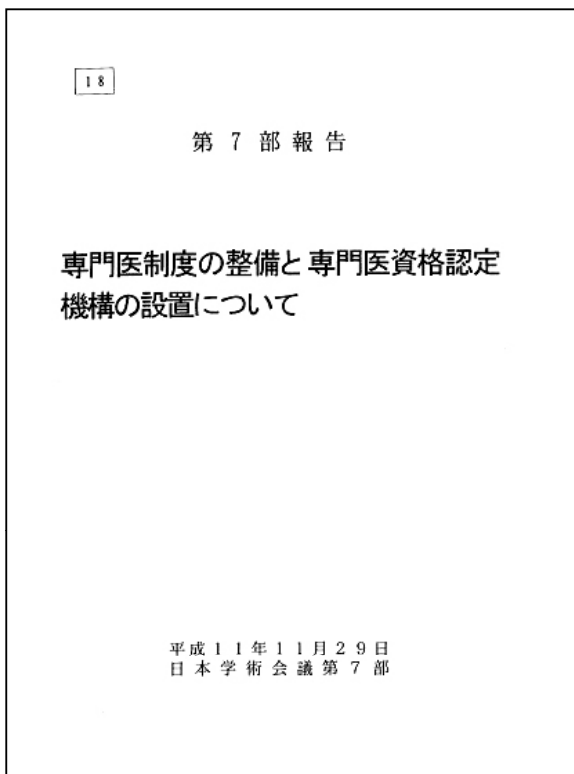
- (1) 医療費抑制政策の転換  
わが国の医療の崩壊を食い止めるため、従来の厳しい医療費抑制政策を速やかに見直し、他の先進諸国と同様な水準の資源投入を行うようにすること。
- (2) 病院医療の抜本的な改革  
特に危機的状況にある病院医療について、実働医師の不足対策を中心とした抜本的な改革の検討を速やかに開始し、3年以内に実施すること。
- (3) 専門医制度認証委員会の設置  
専門医制度を根本的に見直し、新しい制度を確立するために、「専門医制度認証委員会」(仮称)の設置を速やかに実現し、10年以内に新しい専門医制度の体制整備を完了すること。

# 要約

- わが国の医療には、専門医制度の確立が必要である。
- そのためには、制度を認証する「専門医制度認証委員会」(仮称)を法的な裏付けを持って設置することが重要である。

## ここから先は個人的意見

- 専門医制度は医師の自律的専門職能集団が運営しなければ、うまく行かない。
- 医師の全員加盟型の自律的専門職能集団の設立が非常に重要である。



専門医制度の整備と専門医資格認定機構の設置について「第7部報告」

平成11年11月29日  
日本学術会議第7部

委員長 武藤輝一  
長岡赤十字病院長  
新潟大学名誉教授

国家的規模での専門医資格認定機構ともいうべき第三者機関の設置を提言

## 専門医制度について

- 専門医制度はすでにわが国においてほとんど完備している。
- プライマリケアの専門医制度の導入は現実問題として非常に困難である。

➡ それは本当か？

## 専門医制度の現状

- 国民皆保険制度の下での医師技術料の制限や、自由標榜制のため、これまでは専門医制度は社会に根付いていなかった。
- 日本専門医制評価・認定機構(社団法人)が「5年以上の専門研修を受け、資格審査ならびに試験に合格して、学会等によって認定された医師」を専門医と定義。
- 日本専門医制評価・認定機構が18の基本領域の学会とSubspecialtyの学会に区分(二階建て制)。
- 基本領域の専門医は12万6千名。
- Subspecialtyの30弱の領域の専門医は8万2千名。その他の領域の専門医は2万名。
- プライマリ・ケア(家庭医、総合医、かかりつけ医)の専門医制度は確立していない。

## 専門医制度の問題点

- 専門医に至る教育プログラム、教育病院の評価が不十分。
- 学会ごとに独自の方針で運営され、適切な外部評価を受けていない(2007年11月に専門医制評価・認定機構が基本領域17の専門医制度を評価)。
- 養成すべき専門医の総数、地域別の分布に関する制御がなされていない。
- プライマリ・ケアの専門医(家庭医、総合医、かかりつけ医)制度が確立していない。
- 結果として、実効性が低く、実益もない制度となっている。

専門医制度が信頼の基盤となる

## 専門医制度の改革

- 法的な裏づけのある専門医制度の認証機関「**専門医制度認証委員会(仮称)**」を設置する。
- プライマリ・ケアの専門医を含めて、専門医ごとに、養成すべき専門医の総数、地域別の分布に関する制御をおこなう。
- 確立した制度下にある専門医に対しては、技術料の評価をおこなう。

## 専門医制度の効果

- 医師の専門職能集団が厳格な専門医制度を基礎にして形成できる。
- 医師の各専門分野ごとの必要数、地域ごとの適正配置もコントロール可能となる。
- 病院と診療所の信頼に基づく連携関係を構築して行くことができる。

ここから先は  
個人的意見です

## 専門医制度成功の条件

- 医師の専門職能集団が自律的に責任を持って行うこと。
- 専門医制度の実務をおこなう組織と、その評価・認証をおこなう組織を分離すること。
- 制度は法的な裏付けに基づくこと。
- 専門医の質の制御だけではなく、専門医の数と分布に関しても責任を持って行うこと。



- 専門医制度に対する信頼が確立する。
- 専門医の努力が報いられる報酬制度ができる。

## 専門医制度を担当する組織

- 旧医局制度のもとでは、入局者が多ければ多いほど、医局の力が増大する仕組みになっていた。日本全体という観点に立った数の制御の考え方とは協調しにくかった。
- 医局が力を失っても、専門医制度を運営している各学会に取っては、入会者が多ければ多いほど、会の力が増大し、資金が潤沢になる仕組みになっている。日本全体という観点に立った数の制御の考え方とは、やはり協調しにくい。
- 医局や学会の利害から独立の組織が専門医の数と分布の制御をおこなう必要がある。

## 専門医制度のめざすもの

- 医療の質を医師の専門職能集団が、誇りにかけて保証するものでなければならない。
- 進歩した医療を実践するためには、あらゆる医師は、プライマリ・ケアを含めて専門医をめざすべきである。
- 医療の質を保証し、専門医を養成をするためには、教育の質（指導体制）と量（症例数）とを保証しなければならない。
- 教育の質と量とを保証することから、必然的に医師の数と分布の制御が必要になる。
- 制御を医師の専門職能集団が行わなければならない。

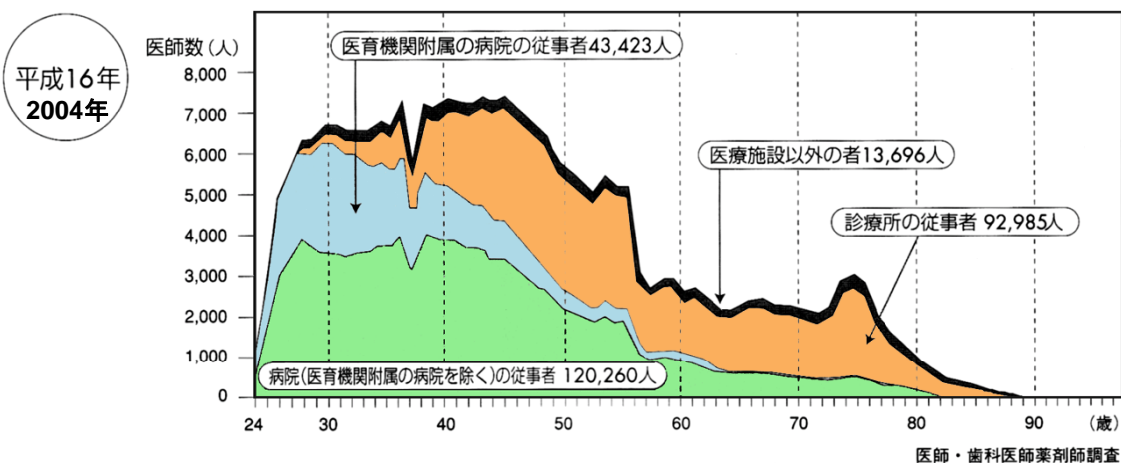
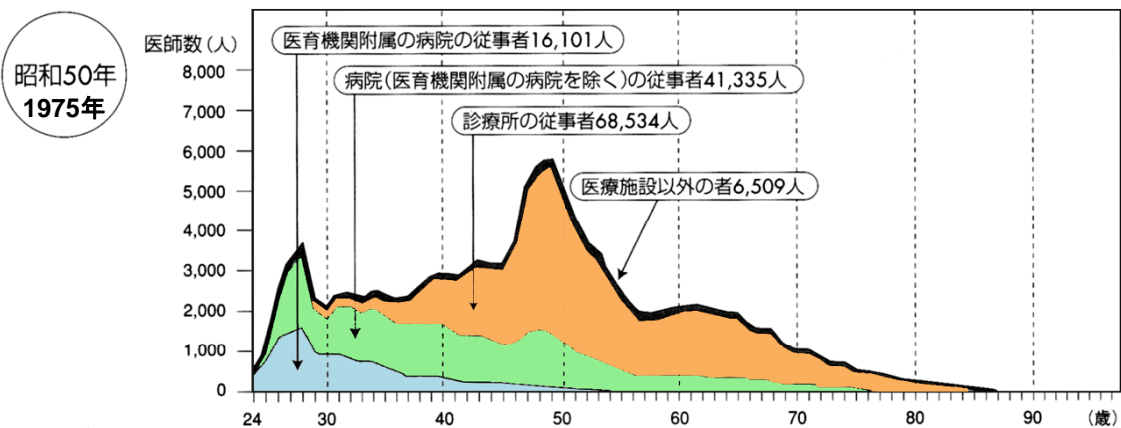
## 医師の数と分布の制御

- 医師の数と分布の制御は、医師の教育に一定の症例が必要なことから、必要性は明らか。
- 医師の専門職能集団がみずから制御する仕組みが無ければ、うまくいかない。
- 医師を全て含む全国組織でなければ、うまくいかない。
- 法的な根拠が無ければ、多分うまくいかない。



# 医師の組織のあり方

- 医師が全員加盟する専門職能集団としての組織が必要。
- 医師を開業医と勤務医に分断することは、将来の医療に取って有害。
- 開業医も勤務医も大学の医師も参加できる全国組織が必要。
- 法に基づいた設置が必須。



## 第7部報告

# 専門医制度の整備と専門医資格認定 機構の設置について

平成11年11月29日  
日本学術会議第7部

この報告は、第17期日本学術会議第7部附置専門医制度検討小委員会で審議した結果を取りまとめ、第7部報告として発表するものである。

第7部附置専門医制度検討小委員会

(平成11年11月29日現在)

委員長	武藤 輝一	長岡赤十字病院長 前新潟大学学長、元新潟大学医学部長 新潟大学名誉教授
幹事	杉本 恒明	公立学校共済組合関東中央病院長 元東京大学医学部附属病院長 東京大学名誉教授
委員	鴨下 重彦	国立国際医療センター総長 元東京大学医学部長 東京大学名誉教授
〃	末舛 恵一	東京都済生会中央病院長 国立がんセンター名誉総長
〃	外山 圭助	東京医科大学名誉教授

日本学術会議第17期第7部会員

(平成11年11月29日現在)

部長	金岡 祐一	富山国際学園理事長 元北海道大学薬学部長 北海道大学名誉教授
副部長	高石 昌弘	大妻女子大学人間生活科学研究所長 元国立公衆衛生院院長 国立公衆衛生院顧問
幹事	武藤 輝一	長岡赤十字病院長 前新潟大学学長、元新潟大学医学部長 新潟大学名誉教授
幹事	遠藤 實	埼玉医科大学副学長・教授 元東京大学医学部長 東京大学名誉教授
会員	安樂 泰宏	帝京科学大学理工学部教授 東京大学名誉教授
	入江 實	東邦大学名誉教授 元東邦大学医学部附属佐倉病院長
	内田 安信	明倫短期大学学長 東京医科大学名誉教授
	大熊 輝雄	大熊クリニック院長 国立精神・神経センター名誉総長 東北大学名誉教授
	鴨下 重彦	国立国際医療センター総長 元東京大学医学部長 東京大学名誉教授
	黒川 清	東海大学医学部長 元カリフォルニア大学(UCLA)医学部教授 東京大学名誉教授

齋藤 和雄	北海道健診センタークリニック院長 前北海道大学医学部長 北海道大学名誉教授
清水喜八郎	(社)北里研究所常勤顧問 元東京女子医科大学教授
未舛 恵一	東京都済生会中央病院院長 国立がんセンター名誉総長
菅野 晴夫	(助)癌研究会癌化学療法センター所長 癌研究会名誉所長
杉本 恒明	公立学校共済組合関東中央病院院長 元東京大学医学部附属病院院長 東京大学名誉教授
瀬崎 仁	摂南大学薬学部部長 元京都大学薬学部部長 京都大学名誉教授
武下 浩	宇部短期大学学長 元山口大学医学部附属病院院長 山口大学名誉教授 社会保険小倉記念病院名誉院長
多田 啓也	N T T東北病院院長 元東北大学医学部附属病院院長 東北大学名誉教授
角田 文男	労働福祉事業団岩手産業保健推進センター所長 中国医科大学名誉教授
外山 圭助	東京医科大学名誉教授
鳥塚 莞爾	(助)浜松市医療公社顧問 前福井医科大学学長 京都大学名誉教授、福井医科大学名誉教授
鳥山 貞宜	日本大学名誉教授
野田起一郎	近畿大学学長 元近畿大学医学部長
野村 恭也	昭和大学医学部客員教授 東京大学名誉教授
橋本 嘉幸	(助)佐々木研究所所長 共立薬科大学理事長 元東北大学薬学部部長 東北大学名誉教授
久道 茂	東北大学医学部長
平沼 謙二	愛知学院大学名誉教授
藤田 恒夫	日本歯科大学新潟歯学部教授 新潟大学名誉教授
堀内 博	東北大学歯学部教授 東北大学歯学部附属病院院長
本郷 利憲	東京都神経科学総合研究所理事 元東京大学医学部附属脳研究施設長
三澤 章吾	筑波大学社会医学系教授 元筑波大学社会医学系長
柳澤 信夫	国立療養所中部病院院長 元信州大学医学部長 信州大学名誉教授
吉田 修	日本赤十字社和歌山医療センター院長 元京都大学医学部附属病院院長 京都大学名誉教授

## 要 旨

### 1. 検討に至る端緒

わが国では、多くの臨床系医学会を中心に専門医制度が設けられている。この制度は医療の水準を高めること、患者や患者の家族からみて医療施設や医師個人の専門を承知し、診療を受けやすいようにすること、医療施設及び医師が相互にその専門をすぐ分かるようにすること等に役立つことを目的としてきた。しかし、各学会の専門医制度にも差があるため、最近、その整合性の必要性が強調されている。同時に各医療施設や医師個人の詳しい専門を知って診療を受けたいという国民的関心が高まっている。このような現状を踏まえ、国家的規模の第三者的専門医資格認定機構（仮称）を設置することが必須と考え、提言することとした。

### 2. 専門医制度の現状と問題点

既に先進諸国で確立している専門医制度と類似の制度が、わが国の諸医学会に設置されている。しかし学会によって規定も異なり、水準も一様ではない。一方、医療施設や医師個人の専門を知りたいという患者及びその家族の要望は強く、医療施設及び医師個人が相互にその専門を知って協力し、診療に役立たせることは欠くべからざることもある。

ところで、わが国では48学会が学会認定医制協議会を構成し、その中の46学会に専門医制度が設置されている。そしてこの協議会と日本医師会、日本医学会の三者による懇談会に於いて合議の結果、13の学会については専門医を三者で承認してきた。しかし、48の学会には14の基本的領域の診療科に相当する学会のほかに、その分科に相当する数多くの学会が含まれている。これらの学会にそれぞれ専門医制度はあるものの、認定医、専門医、指導医の研修年限、認定する規定などが異なっている。また残念なことには、14の基本的領域の診療科に相当する学会以外の学会の専門医の呼称は社会的に公認されていない上、極めて限られた場所での表示が認められているにすぎない。

### 3. 提言の理由

以上述べた現状をふりかえり、患者中心の医療の中で、各学会の専門医制度を見直し、整合性のある、日本国民に役立つものとする必要があるとあり、その実現のため国家的規模での専門医資格(National Board of Medical Specialties)認定機構ともいうべき第三者的機関を設置することを提言するものである。

# 目 次

1. 緒 言	1
2. 専門医制度の意義	1
(1) 専門的分野の医療水準を高めるために	1
(2) 患者に提示されるべき情報として	1
(3) 病診連携推進のために	1
3. わが国における専門医制度の現状	2
(1) 学会認定専門医制度、学会認定医制協議会、三者懇談会の経緯と現状	2
(2) 現時点における学会認定専門医の規模	3
(3) 学会認定専門医の種類と内容	3
(4) 専門医資格と診療科名との対応	4
(5) 学会認定専門医の呼称	4
(6) 専門医研修プログラム、研修期間、資格の認定方法	5
(7) 学会認定専門医資格の表示	6
4. 専門医制度整備の問題点	6
(1) 現行制度の整備	6
(2) 家庭医の育成	6
(3) 医療制度の中での専門医制度の役割	7
5. 第三者的専門医資格認定機構(National Board of Medical Specialties) の必要性	7
6. 結 語	8
別 表	10

## 1. 緒言

今日、多くの医学会が専門医制度を設けるに至っている。専門医制度は医療水準を高めるばかりでなく、社会的な意味も大きく、医療のあり方に重要な影響をもち得るものである。しかしながら、この制度は各学会がそれぞれ独自にこれを発足させてきたために、形式の面でも、内容的にも学会間の違いが大きく、必ずしも患者に利用され易い形となっていないという現状にある。

近年、医療に関する国民的な関心は大きく高まりつつある。これに応えるためにも、専門医制度の整備は急務となっている。ここでは現在、本制度がもつ問題点を考察し、国家的規模の第三者的専門医資格認定機構を設置することがこれらの問題を解決する上で必要であり、国民の医療のあり方に対する期待に添うこととなることを主張したい。

## 2. 専門医制度の意義

医療制度の中に専門医制度を設けることの意義は、これが医療水準の向上のみならず、患者に対する情報提供、また、病診連携推進の上で役立つことにある。

### (1) 専門的分野の医療水準を高めるために

医療内容が高度に分化するに伴って、医療のすべてを単独の医師が担当することは困難な時代となった。適正に医療が行われるためには、総合的な視野に立って診療に当たることのできる医師とともに、多くの細分化された領域において専門的な研修を重ねた医師の存在が必要となってきた。専門医制度とはこのような細分化された診療領域を担当する専門医を制度的に育成しようとするものである。このことは当該領域における専門的医療の水準を高めるものであることはいうまでもないが、これが社会的に認知され、評価を得ることによって、医療は制度的に大きく改革されることになる。

### (2) 患者に提示されるべき情報として

今日、診療科名の標榜は医師の自由意思によっており、その分野での診療経験の有無は問われない。医師が標榜しようとする診療科名は少なくとも医師が関心をもつ診療領域を示すのであり、意味のないことではない。しかしながら、患者の立場からするとその領域における医師の知識・診療経験は重要である。医療を受ける患者の権利が重視され、このための情報が可能な限り公開されることが要求されている時代である。専門医資格は客観的に評価された医師の診療能力を証明するものであり、このことの表示は医療機関を利用しようとする患者が希望する医師を選択する上で極めて大事な情報となるものである。

### (3) 病診連携の推進のために

医療機関の診療機能分担が進み、病診連携・診診連携、さらに病病連携が推進される時代となった。かかりつけ医は患者の初期医療を担当し、必要に応じて専門的医療機関

に連絡して専門的医療を受けさせる。ここで治療方針が確定した後は再びかかりつけ医に紹介されて、その後の管理が依頼される。かかりつけ医がもつ専門性もこうした連携に当たっての参考となるものである。連携がシステムの的に効果を発揮するためには、医師が互いの専門分野を承知していることが大事であることはいうまでもない。医師が患者を紹介し合うことは医療が適切に行われるための必要条件でもある。専門医制度はこうした医師同志の連携を円滑にするものであり、患者を巡る病診連携・診診連携の流れをつくるものであるということが出来る。

医療機関がもつ医療機能に関して表示されるべき情報は患者の知識が増し、理解が深まるに伴って変化し、増加する。専門医資格が意味するものについての患者の認識の深まりは専門医制度の一層の整備を要求することとなり、こうして専門医制度が育てられ、医療の水準がさらに高まっていく。

### 3. わが国における専門医制度の現状

#### (1) 学会認定専門医制度、学会認定医制協議会、三者懇談会の経緯と現状

わが国においては、今日、多くの学会が独自に専門医制度を有している。その端緒は昭和37年、麻酔学会が麻酔指導医制度を設けたことにある。その後、数年の間に各学会が相次いで学会認定医あるいは専門医（以下、認定専門医という。）を設けた。昭和55年、学会認定医制協議会が発足した。本協議会は各学会がもつ認定専門医の学会間格差をなくし、すべてが一定水準にあることを保証することによってこの制度が社会的認知を受けることを意図したものであった。

協議会設置の発足当時の目的は「新しいまた多くの情報の交換を行って認定医制度の構築や運営に役立てること、共通事項の協議を通じて各学会間の足並みを揃えること、認定された医師が社会の正しい評価を受けて医療の中で機能すること」となっている。この趣旨に基づいて、協議会はこれ迄、

- ① 認定は試験制度によること、
- ② 認定更新制度を実施すること、
- ③ 卒後の初期臨床研修を研修カリキュラムに組み入れること、
- ④ 日本医師会生涯教育制度との整合性を図ること、

の4点を加盟各学会に要望してきた。概ねこれが実行された現在、協議会はさらに次の段階として、後述する諸問題についての調整作業を進めている。その後の作業には問題の困難さの故もあって時間を要しているが、これには協議会が学会間の連絡組織であるという性格上の制約もあるためと思われる。

昭和61年には、日本医学会が仲立ちとなり、学会認定医制協議会と日本医学会、日本医師会の三者による卒後医学教育と認定医制度に関する懇談会が発足した。この三者懇談会においては専門医制度のあり方についての意見交換が重ねられ、平成5年11月



からは内科や外科などの基本的診療領域を対象とする13学会の認定医資格については重複しないことを条件として、三者承認とすることとなった。

## (2) 現時点における学会認定専門医の規模

学会認定医制協議会に加入を認められるのは日本医学会加入学会に限られており、専門医制度をもつすべての学会が網羅されているものではないために、これらを含めての実態は必ずしも明らかではないが、協議会概報によれば、平成11年1月現在、加盟の48学会中、46学会における認定専門医数は231,636名である。この総数は本邦における医師総数240,908名に匹敵する。ただし、数が多いのは一人の医師が複数の認定医資格をもっているためであり、前述の三者懇談会承認となっている基本的診療領域を対象とする学会認定専門医資格をもつものは平成11年1月で132,054名である。なお、ここでいう基本的領域診療科は、内科、外科、小児科、皮膚科、精神神経科、整形外科、産科婦人科、耳鼻咽喉科、眼科、泌尿器科、麻酔科、医学放射線科、病理、臨床病理の14診療科をいうが、うち、精神科にはまだ専門医制度は設けられていない。また、平成11年から脳神経外科がこれに加えられたので、脳神経外科学会認定専門医4,767名をこれに加算することになる。三者懇談会承認の数は重複を含まないので、何らかの学会認定専門医資格をもつ医師は全医師の半数を越える数となっていると思われる。

巻末(10ページ)の表に、平成11年1月現在における協議会加入学会別の認定専門医数を示す。

## (3) 学会認定専門医の種類と内容

学会認定専門医の種類は、巻末の表にみるように、協議会加入学会だけについても多彩である。

内容を考慮しながら、これを整理する試みとして、基本的診療領域を担当する学会を第一類とし、これから分化した領域の学会を第二類、さらに細分化した専門領域の学会を第三類、その他の、こうした積み重ねに該当せず、あるいは複数の診療科に共通する内容をもつ学会を第四類と便宜的に分類してみる。第一類は上述の14学会に脳神経外科学会を加えたものである。第二類については、内科学から分化したものとして、たとえば臓器別内科領域の消化器病学会、循環器学会、内分泌学会、呼吸器学会、神経学会(神経内科)、感染症学会、心身医学会、血液学会、肝臓病学会、腎臓学会および老年医学会、アレルギー学会などを挙げてみることができる。糖尿病学会はあるが、代謝学会の名はみられていない。腫瘍内科の専門医があってもよいと思われるがその名の学会はまだない。また、外科学から分化したものとして、消化器外科学会、胸部外科学会、心臓血管外科学会、呼吸器外科学会、小児外科学会を挙げるができる。第三類とされるものには、例えば消化器病学会の上に積み上げられると思われる消化器内視鏡学会がある。第四類には専門的手技に関する技能資格ともいえるものが含まれることになる

が、救急医学、核医学、超音波医学、東洋医学、リハビリテーション医学などといった学会がこれに分類されるであろう。第二類に分類してみたアレルギー学会は第四類に含まれるものでもある。近年、感染症関連6学会合同で発足したインфекション・コントロール・ドクター（ICD）認定医制度もこれに入るものである。

海外では、第三類に相当するものとして、例えば循環器学の上に積み上げられるものとして、心臓ペースング・電気生理学、冠動脈インターベンション学、心臓超音波医学などがある。

学会が対象とする専門領域には卒前学部教育カリキュラムには含まれていないものがある。また、学問体系を確立しつつある、ないしはこれから確立しようとする専門分野の学会もある。専門医の種類が多様であることは認定専門医制度が必ずしも国民的な必要性ないしは需要にもとづて生まれたのではなく、各学会のそれぞれの事情によって各個に発足させられてきたという経緯によるものであるといえる。

#### (4) 学会認定専門医名と診療科名との対応

医療法施行令第5条の3には自由標榜が認められる診療科名が示されており、麻酔科については厚生大臣の許可を得て標榜することとなっている。これらと学会認定専門医資格との対応をみるならば、専門医制度があり、また、施設内にはしばしば表示されているものでありながら、診療科名としては標榜が認められていない領域の学会には、肝臓、腎臓、血液、糖尿病、感染症、老年医学、核医学、超音波医学、東洋医学、その他の多数がある。

認定専門医名と診療科名との一致が望ましいという考えから学会名の変更に至ったものもある。昭和36年に発足し、長い歴史をもつ胸部疾患学会は平成9年、呼吸器学会と改称した。一つの診療科に複数の学会認定専門医資格があるものもある。例えば、呼吸器外科専門医の場合がある。この領域には呼吸器学会、胸部外科学会、呼吸器外科学会の3学会がそれぞれ独自に認定専門医制度をもっている。専門医を学会別のものから、診療科別のものとするのが学会認定医制協議会の今日の大きな課題となっている。

#### (5) 認定専門医の呼称

学会認定専門医の呼称は、表にみるごとくに、かなりさまざまであり、しかも、一つの学会が複数の認定資格をもつ場合がある。認定医、専門医、指導医の3者をもつものは3学会、認定医、専門医の2つをもつものは2、認定医、指導医の2つは6、専門医と指導医をもつものは3学会である。認定医のみ、専門医のみ、指導医のみ、をもつものは、それぞれ、19、11、1学会である。

指導医は専門医育成のためのものであり、研修施設審査に当たって必要なものである。専門医研修施設としての表示が指導医の存在を意味するので、これが単独で対外的に表示されることはなく、問題はない。しかし、認定医と専門医の区別は極めてむづかしい。

特にこの両者をもつ学会の場合にはその差を患者に判り易く説明できなければならないと思われるが、事実は明確ではない。認定医と専門医の両者をもつ内科学会の場合、「優れた実力をもち信頼される内科医を認定内科医として認定し、さらに高い水準の内科診療能力を備えた認定内科医を認定内科専門医として認定する」とある。

#### (6) 研修プログラムと研修期間、資格の認定方法

先に学会認定専門医の内容を分類する当たって、一つの試みを示した。これによれば、第三類の認定専門医資格は第二類の、第二類のそれは第一類の専門医資格をもつことを前提として研修プログラムが組まれてよいはずである。しかしながら、このような資格の積み上げ方は学会毎にかなりまちまちである。この形をとっているものの例を挙げるならば、内科または外科学会認定医資格を有することを条件とするものには消化器、呼吸器、老年医学、大腸肛門学会がある。内科、外科、小児科の資格を前提とするものには循環器学会があり、内科、小児科の資格を前提とするものに感染症学会、内科、外科、小児科、泌尿器科での資格を条件とするものに腎臓学会がある。内科または小児科研修を要求するのは糖尿病、血液学会である。外科学会での資格を前提とするのは胸部外科、心臓血管外科、呼吸器外科、消化器外科、小児外科であり、小児神経科は神経科または小児科の認定医資格を条件とする。内分泌学会のように第一類におけるいずれかの認定専門医資格を前提とするものもある。しかし、一方、神経学会や肝臓学会、アレルギー学会、リハビリテーション学会など第一類の資格を前提としていない学会も少なくない。

研修カリキュラムが専門性によって異なり、学会毎に異なることは当然のことであるが、卒後初期臨床研修カリキュラムについては、各学会とも専門医研修カリキュラムに組み込むことが合意され、プログラム化されている。ただし、海外と異なり、試験による資格認定を重視する本邦の場合、研修プログラムの実施状況が学会の实地調査などにより確認されるというようなことはない。

資格取得に必要とされる研修年限はまちまちである。内科学会認定医は3年であり、専門医はこれに2年を加える。アレルギー学会は5年で認定医、7年で専門医とする。小児科学会と外科学会は4年で認定医であるが、小児科学会はさらに1年延長して専門医とすることを検討中であり、他方、外科学会は4年のままでこれを専門医とする意向がある。長いものでは、内分泌学会、肝臓学会、輸血学会で7年、消化器外科学会と呼吸器外科学会では10年となっている。

問題として、今後、卒後初期臨床研修が必修化されたときの研修年限の変更がある。その折りには研修プログラムと併せて研修年限の見直しが行われることとなるであろう。

資格認定は試験制度によること、ならびに資格更新制度を有することは学会認定医制協議会における共通的な合意事項として実施されているところである。

#### (7) 学会認定専門医資格の表示

各学会が学会認定専門医制度と取り組んできたのは、本制度の「社会的公認と表示」を目指すかゆえでもあった。基本的領域診療科についての資格の社会的公認に関しては日本医学会、日本医師会、学会認定医制協議会の三者懇談会承認という形をとるに至り、一歩前進をみたのであったが、表示は施設内にとどめることとなっている。平成8年3月、医道審議会において標榜可能な診療科名の見直しが行われたとき、学会認定医制協議会は当時の厚生大臣に「医療機関における学会認定医資格の表示についての要望」を提出した。その後、規制緩和と情報公開の流れの中にあつて、行政側の理解は改まり、「地域住民の信頼を確保するという観点からも、認定医の問題を含め、客観性・正確性を担保し得る事項は、広告を自由化する方向で検討すべきである」と考えるに至った。しかしながら、他方、日本医師会は平成10年11月の時点においてなお、「認定医、専門医等の表示に関しては、施設内表示にとどめるべきで、施設外表示、施設の外に、たとえば広告というような形ですることの表示は認めるべきでない」との見解を示している。

#### 4. 専門医制度整備の問題点

上述した本邦における専門医制度の現状から、専門医制度整備の問題点はおのずと明らかである。制度整備の基本原則は専門医制度は患者の視点に立つものでなければならないということである。

##### (1) 現行制度の見直し

現行制度についていうならば、第一に専門医制度は判りやすいものでなければならないといえる。専門医資格は標榜されている診療科名と対応するものでなければならないし、呼称が診療科によって異なることがあってはならない。専門医の種類は学会が恣意的に定めるものではなく、社会がその必要に従って定めるものでなければならない。第二に専門医資格の認定は所定の水準を満たすことの客観的な証明となっていなければならない。そのためには試験評価に偏ることなく、研修の実績を重視し、研修プログラムと実施の内容が厳しく監視される必要がある。まずはこうした専門医制度の内容の見直しがあつてこそ、専門医資格をもつことの意味が社会に認められることになるものであると考える。

##### (2) 家庭医の育成

今後、整備されなければならない領域として、家庭医ないしは一般医の養成がある。かかりつけ医は家庭医とは異なり、どの領域の専門医であれ、専門外のことについても医師としての知識を生かせる範囲での相談には応じることができ、かかりつけ医としての機能を果たすことは可能である。しかしながら、すべての領域についての診療がある程度可能であるためには家庭医ないしは一般医としての特殊な修練を必要とするもの

であり、そのための研修を経たものには、相応の評価が与えられなければならない。第三者の評価に耐え得るような確固たる研修プログラムを組み、家庭医としての専門医資格を付与することのできる組織の発足が期待されている。

### (3) 医療制度の中での専門医制度

専門医制度が医療制度の中でもつ役割も論じられなければならないことの一つである。これまで、三者懇談会などにおいては、専門医制度は医療保険点数など診療報酬とは関連しないものとするのがたびたび強調されてきた。しかしながら、今後、専門医制度に対する社会的評価の如何によっては診療報酬に専門性が反映され得ることは自明である。少なくとも、海外では臨床に関係する領域での重要なポストに採用される場合には資格をもつことが必須条件となっている。また、医療行為はそれぞれの手技分野の専門医によって施行されるのが普通となっており、その分野の専門医資格のない医師の行った手技に対しては保険機関が支払いを拒否する例もあるという。医療過誤があった場合にも資格の有無が訴訟結果に影響するとされている。専門医制度が確立したとき、そこに生じる社会的評価は制度の意義をますます重要なものとし、また、これによって医療制度の変革が進むものと考えられる。ここに社会の期待があるのであり、この意味でも専門医制度を完成された形に整備する必要がある。

## 5. 第三者的専門医資格認定機構(National Board of Medical Specialties)の必要性

ここに、前項にのべた諸問題を解決する方策として、国家的規模の第三者的専門医資格認定機構の設置を提言する。国家的規模ないしは第三者的というのは、各学会から離れた社会的立場の機構を意味する。専門医の種類と内容は社会の需要に応じたものでなければならない。学会認定専門医としてではなく、診療科専門医として認定されなければならない。また、制度の運営には学会・医療関係者ばかりではなく、第三者的立場にある人達も関与するものでなければならない。

本認定機構が行うべき事業は、専門医制度を必要とする診療分野の設定に始まり、専門医研修病院の審査・指定、研修プログラムの審査と実施状況の監視、診療科別専門医資格認定試験の実施、研修指導医の養成などとなるであろう。事業の実際は一部には担当学会に委託する部分があるとしても、これらを社会の付託に十分応える形で実行するためには強力な指導権限が付与されていなければならない。

本認定機構の組織は、各学会の専門医委員会の連合組織、すなわち現在の学会認定医制協議会を強化したものを核とし、日本医師会、日本医学会、病院の連合組織、大学医学部・医科大学の連合体、関連する行政各機関、ならびに一般人の有識者によって構成されるものとする。

運営の経費は資格認定費により賄われるとしても、一部には国あるいは医療保険財政が負担する部分があつてよいと考えられる。アメリカの場合、研修医に対する給与部分を含む専門医制度の運営費のかなりな部分が、連邦政府が管轄するメデイケアから支弁されて

いるといわれていることは参考となるであろう。

海外における専門医資格認定機構の実情をアメリカについてみると、以下の如くである。アメリカでは24の診療領域のそれぞれに診療科別専門医認定機構(Specialty Board)をもつ。内科の場合は内科専門医認定機構(American Board of Internal Medicine)が該当する。各領域の認定機構は連合してアメリカ専門医認定機構(American Board of Medical Specialties, ABMS)を構成する。新しく診療科の専門医制度を発足させようとするときには、アメリカ専門医認定機構とアメリカ医師会(American Medical Association, AMA)との合同委員会(Liaison Committee for Specialty Boards)の認可を受ける必要がある。細分化した領域(superspecialization)については、例えば内科の中の領域ならば、内科専門医認定機構と当該領域の学会とからなる専門医認定機構が必要に応じて設置されることとなっている。

さらにアメリカでは、このような専門医認定とは別に専門医養成のための臨床研修制度を審査する機構として、卒後教育認定評議会(Accreditation Council for Graduated Medical Education, ACGME)がある。この評議会はアメリカ専門医認定機構、アメリカ医師会、アメリカ病院協会(American Hospital Association, AHA)、アメリカ医科大学協会(Association of American Medical Colleges, AAMS)、各専門医学会の評議会(Council of Medical Specialty Societies)、ならびに連邦政府の代表者や一般人(Federation of State Medical Boards, National Board of Medical Examiners)により構成される。実際に個々の臨床研修病院を調査し、評価する実務はこの下部組織である研修制度評価委員会(Residency Review Committee, RRC)が行っている。

専門医制度が確立し、社会的にも広く容認されている海外においては、専門医制度は、学会から独立し、医師会と密接な関連をもつ機構によって運営されている国が多いことは学ぶべきことである。

## 6. 結 語

患者のためにあるべきものという基本原則に立つにおいては、専門医制度の整備は緊急の課題であるといえる。専門医資格の対外表示は本制度の本来の意義であり、患者の権利を重視し、期待にそうべく時代の流れを推進していくことを意味する。また、このためには、現行制度に関して年余にわたって指摘されている数々の問題点の解決が急がなければならない。患者の存在を視野の中において、医療のあるべき姿を考え、その中で専門医制度の重要性を理解し、整備を進めるべきときである。そして、これを可能にするのが、第三者的専門医資格認定機構の設置であることをここに強調するものである。

## 参考資料

1. 学会認定医制協議会会報第1号、平成9年4月、学会認定医制協議会
2. 学会認定医制協議会会報第2号、平成9年11月、学会認定医制協議会
3. 学会認定医制協議会概報、平成11年4月、学会認定医制協議会
4. 社団法人日本内科学会認定内科専門医制度の手引き、改定第12版、平成4年10月、日本内科学会内科専門医制度審議会
5. 国民医療総合政策会議中間報告：21世紀初頭における医療提供体制について  
平成8年11月13日
6. 第99回日本医師会代議員会記録：日本医師会雑誌 120巻10号1432ページ  
平成10年11月15日
7. 厚生科学研究班（酒井 紀代表）報告書：諸外国における認定医制度・専門医制度に関する研究、平成10年5月

付表：学会認定医制協議会加盟学会の認定専門医の名称と現在数（平成11年1月現在）

学会認定医制協議会加盟学会の認定専門医の名称と現在数(平成11年1月現在)

学会略名	会員数	名称	現在 認定医数	過渡的措置 による認定	通常の認定 (平成11年1月現在)	三者承認者数 (平成11年1月現在)
麻酔学会	7,996名	麻酔指導医	4,255名		4,255名	3,886名
医学放射線学会	6,682名	放射線科専門医	3,524名	334名	3,190名	3,485名
皮膚科学会	8,964名	認定皮膚科専門医	4,061名		4,061名	4,055名
脳神経外科学会	7,104名	専門医	4,767名		4,767名	
神経学会	7,866名	認定医	3,207名	476名	2,751名	
内科学会	72,564名	認定内科医	37,675名	23,364名	14,311名	35,114名
温床内科学会	1,500名	認定内科専門医	5,078名		5,078名	
泌尿器科学会	3,770名	認定泌尿器医	1,37名	116名	21名	
形成外科学会	4,100名	認定形成外医	1,098名		1,098名	
病理学会	3,500名	認定病理医	1,641名	766名	875名	1,601名
臨床病理学会	3,500名	認定臨床検査医	356名	158名	198名	251名
小児外科学会	3,303名	認定小児外医	403名	125名	78名	
外科学会	39,561名	認定外医	28,360名	14,381名	13,979名	27,481名
リハビリテーション 医学会	8,982名	認定リハビリ専門医	4,061名		4,061名	
胸部外科学会	8,820名	認定胸部外医	664名	16名	648名	
整形外科学会	19,370名	認定整形外医	5,092名	4,834名	258名	
眼科学会	12,183名	認定眼科医	3,658名	2,005名	1,653名	
耳鼻咽喉科学会	10,228名	認定耳鼻咽喉科専門医	1,262名	1,136名	126名	
消化器外科学会	21,973名	認定消化器外医	12,301名	7,265名	5,036名	12,288名
小児科学会	16,513名	認定小児科医	8,419名	5,059名	3,360名	8,403名
心身医学会	3,356名	認定心身医	7,550名	5,048名	2,502名	7,530名
救急医学会	11,226名	認定救急医	12,008名	8,617名	3,391名	
産科婦人科学会	18,035名	認定産科婦人科医	822名		822名	
消化器病学会	28,697名	認定消化器病専門医	1,967名		1,967名	
リウマチ学会	7,520名	認定リウマチ専門医	11,845名	8,902名	2,943名	11,778名
			562名	383名	179名	
			1,921名		1,921名	
			260名	0名	260名	
			11,610名	9,903名	1,707名	11,553名
			12,275名	7,755名	4,520名	
			2,486名	258名	2,238名	
			349名		349名	

学会	7,339名	認定医 認定専門医	1,590名 626名 243名	947名 198名 142名	643名 427名 101名
アレルギー学会					
泌尿器科学会	6,631名	専門医 指導医	4,802名 2,629名	495名 0名	4,307名 2,629名
消化器内視鏡学会	27,473名	認定医 認定専門医 指導医	9,571名 2,788名 973名		9,571名 2,788名 973名
気管食道科学会	3,500名	認定医	1,750名	1,445名	305名
肝臓学会	9,612名	認定医	2,915名	2,061名	854名
老年医学会	6,400名	認定医	1,659名	1,348名	316名
血液学会	6,000名	認定医	1,798名	1,232名	566名
呼吸器学会	9,719名	認定医(内科系) ~ (外科系)	2,282名 270名	1,428名 189名	854名 81名
循環器学会	20,292名	認定循環器専門医	7,064名	5,139名	2,387名
糖尿病学会	10,013名	認定糖尿病専門医	2,513名	2,055名	458名
内分泌学会	6,000名	認定内分泌専門医 (小児科) 専門医	1,124名 112名	919名 98名	205名 14名
大腸肛門病学会	5,684名	専門医 指導医	1,262名 770名	1,076名 750名	186名 20名
救急医学会	3,550名	救急医学認定医	797名	683名	114名
超音波医学会	14,548名	認定超音波専門医	1,378名	995名	382名
腎臓学会	7,048名	認定腎臓専門医	2,111名	1,805名	306名
輸血学会	3,081名	認定輸血専門医	203名	139名	87名
人類遺伝学会	1,978名	認定人類遺伝学認定医	345名	265名	80名
産科衛生学会	7,200名	専門産科衛生認定医 指導医	74名 283名	1名 283名	73名 10名
呼吸器外科学会	3,079名	認定呼吸器外科専門医	399名	399名	0名
小児神経学会	3,114名	認定小児神経専門医	941名	896名	45名
東洋医学会	9,179名	認定東洋医学専門医	4,165名	4,033名	132名
感染症学会	5,927名	認定感染症専門医	661名	661名	0名
累計			231,686名	127,926名	104,177名

注1：累計数は、内科・消化器外科・リハビリテーション・アレルギー・アレルギー・消化器内視鏡の5学会の専門医、および、麻酔学会を除く他の11学会の指導医数を除いた合計数である。  
注2：現在48学会中精神神経学会・心臓血管外科学会は認定試験は実施されないの記載していない。



年(西暦)	年	月	種別	題名
1961	昭和36年	5月	勧告	現行保険医療制度の改正について
1964	昭和39年	11月	勧告	医師実地修練制度について
1972	昭和47年	11月	勧告	医薬品の臨床試験評価
1976	昭和51年	11月	要望	救急医学に関する教育制度
1977	昭和52年	11月	申し入れ	医学教育制度の総合的運営
1977	昭和52年	11月	申し入れ	東洋医学に関する研究教育体制
1979	昭和54年	11月	勧告	献体登録に関する法制化
1980	昭和55年	7月	申し入れ	医学教育会議の設置
1980	昭和55年	11月	勧告	医学情報センターの設置について
1980	昭和55年	11月	勧告	国立老化老年病センターの設置
1981	昭和56年	10月	声明	国際障害者年に関する声明
1983	昭和58年	5月	要望	がんに関する教育研究診療体制
1985	昭和60年	6月	要望	脳疾患に関する研究教育診療対策
1986	昭和61年	10月	勧告	国立代用臓器開発センター1
1986	昭和61年	10月	勧告	国立代用臓器開発センター2
1987	昭和61年	7月	報告	声明科学の教育の研究の推進
1987	昭和62年	10月	報告	脳死に関する見解
1988	昭和63年	5月	報告	医学教育に関する調査研究協力者会議
1988	昭和63年	7月	報告	声明科学の研究と教育の推進
1989	平成1年	10月	勧告	ヒトゲノムプロジェクトの推進
1989	平成1年	5月	報告	ヒトゲノムプロジェクトの推進について
1990	平成2年	9月	報告	日本における解剖学の教育と研究1
1990	平成2年	9月	報告	日本における解剖学の教育と研究2
1991	平成3年	4月	報告	癌研究のための動物実験の充実
1991	平成3年	5月	報告	脳死をめぐる問題に関するまとめ
1991	平成3年	3月	報告	免疫学の飛躍的発展のための方策
1991	平成3年	6月	報告	予防医学関連領域における卒後教育
1993	平成5年	12月	報告	公衆衛生大学院大学構想
1993	平成5年	10月	要望	生物資源レポトリ-細胞DNAレポトリ-
1994	平成6年	2月	報告	医師臨床研修の改善について
1994	平成6年	6月	報告	感覚器医学研究の現状と今後の推進方策
1994	平成6年	4月	報告	児童精神医学講座の新設について
1994	平成6年	5月	報告	尊厳死について
1994	平成6年	6月	報告	保健物理学の共同研究教育拠点の整備
1995	平成7年	10月	報告	脳の科学とこころの問題
1996	平成8年	2月	報告	医用生体工学の現状と展望
1996	平成8年	7月	報告	国際医療研修センターの設立について
1996	平成8年	4月	勧告	脳科学研究の推進について
1996	平成8年	3月	報告	分子レベルの構造生物学の振興
1996	平成8年	5月	報告	老年医学教育及び老人医療の充実発展
1997	平成9年	6月	報告	バイオテクノロジーの現状と課題
1997	平成9年	7月	報告	医学教育センターの設置について
1997	平成9年	3月	報告	医療面福祉面からみた高齢者のQOLと生きがい
1997	平成9年	2月	報告	感染症対策の確立のために
1997	平成9年	2月	報告	教育研究における動物の取り扱い
1997	平成9年	6月	報告	生理学の動向と展望(生命への統合)
1997	平成9年	5月	報告	保健所をめぐる規制廃止について
1999	平成11年	11月	報告	専門医制度の整備と専門医資格認定機構
2000	平成12年	5月	報告	21世紀における体力科学の将来展望
2000	平成12年	3月	報告	タンパク質の構造機能研究の総合戦略
2000	平成12年	3月	報告	わが国における微生物培養細胞カルチャーコレクション
2000	平成12年	3月	報告	医学研究からみた個人情報保護に関する法制
2000	平成12年	6月	報告	医学部学生の腫瘍学教育の充実と改革
2000	平成12年	2月	報告	医用生体工学における重要研究開発課題
2000	平成12年	5月	報告	医用生体工学研究機構の設立
2000	平成12年	5月	報告	我が国の保険医療福祉計画の現状と問題点
2000	平成12年	5月	報告	次世代の健康問題と予防医学の将来展望
2000	平成12年	5月	報告	生理学の現状と展望に関する調査

2000	平成12年	6月	報告	分子レベルの構造生物学の推進
2000	平成12年	5月	報告	老年学・老年医学の教育診療研究システム整備
2001	平成13年	3月	報告	タンパク質の構造機能研究の総合戦略
2001	平成13年	3月	報告	医学研究からみた個人情報の保護に関する法制
2002	平成14年	11月	報告	わが国のヘルスプロモーションにおける地域支援
2002	平成14年	11月	報告	医療の安全に関する諸問題について
2002	平成14年	5月	報告	睡眠学の創設と研究推進の提言
2003	平成15年	7月	報告	21世紀における人間栄養学の構築
2003	平成15年	7月	報告	バイオ医薬品及び人の健康に関する標準物質の整備
2003	平成15年	6月	報告	精神障害者との共生社会の構築をめざして
2003	平成15年	7月	報告	日本人のための健康体力指標の標準化
2004	平成16年	5月	報告	我が国における臨床疫学研究のための基盤整備について
2005	平成17年	7月	報告	ガムたばこの蔓延阻止に向けて
2005	平成17年	8月	報告	こころのバリアフリーを目指して
2005	平成17年	6月	報告	異状死について
2005	平成17年	4月	報告	運動器の10年世界運動の目指すもの
2005	平成17年	8月	報告	衛生学公衆衛生学の将来展望
2005	平成17年	4月	声明	科学技術の要諦
2005	平成17年	8月	報告	活力ある社会を実現する体力健康科学の推進
2005	平成17年	6月	報告	感覚器医学ロードマップ
2005	平成17年	8月	報告	看護系大学における倫理審査の現状と課題5
2005	平成17年	6月	報告	子供の心を考える
2005	平成17年	8月	報告	新たな生命倫理価値体系構築のための社会システム
2006	平成18年		声明	鳥インフルエンザに関する各国学術会議の共同声明
2006	平成18年	6月	報告	動物実験の適正な実施に向けたガイドライン
2007	平成19年	6月	報告	医師の偏在問題の根底にあるもの
2008	平成20年	2月	報告	終末期医療のあり方について
2008	平成20年	3月	要望	脱タバコ社会の実現に向けて
2008	平成20年	5月	提言	日本における臨床治験の問題点と今後の対策
2008	平成20年	6月	提言	身体障害者との共生社会の構築を目指して
2008	平成20年	6月	要望	信頼に支えられた医療の実現
2008	平成20年	7月	提言	臨床医学会の社会的責任—腎・泌尿・生殖医療分野の立場から—
2008	平成20年	8月	談話	代理懐胎を中心とする生殖補助医療に関する課題についての会長
2008	平成20年	8月	提言	医療事故をめぐる統合的紛争解決システムの整備へ向けて
2008	平成20年	8月	提言	医療領域に従事する職能心理士の国家資格法制の確立を
2008	平成20年	8月	提言	我が国の子どもの成育環境の改善にむけて
2008	平成20年	8月	提言	看護職の役割拡大が安全と安心の医療を支える
2008	平成20年	8月	提言	事故による子どもの傷害の予防体制を構築するために
2008	平成20年	8月	提言	出生前・子どものときからの生活習慣病対策
2008	平成20年	8月	提言	専門薬剤師の必要性と今後の発展
2008	平成20年	8月	提言	保健医療分野における政府統計・行政資料データの利用について
2008	平成20年	8月	報告	感覚器医学ロードマップ改訂第二版
2008	平成20年	8月	報告	今後のライフサイエンス・ヘルスサイエンスのグランドデザイン
2008	平成20年	9月	報告	革新的国産治療機器開発に向けた研究開発機能拠点の形成

# 医療改革のために、今できることは 専門医制度の確立である

桐野高明

## 日本の医療関係者の士気は高い

米国のヒラリー・クリントンが日本の医療制度を視察し、米国の医療制度改革の参考にしようとしたことがある。我が国にやって来た彼女は、日本の医療が国際比較の上で非常に効率よく運営されていることを認めつつも、この制度は米国に導入することは不可能であると言ったという。そして、その理由は日本の医療制度が医療関係者の聖職者とも言える献身的な努力によって支えられているのであって、米国の制度改革の参考にはならないと述べたのである。我が国の医療関係者の多くは職業的な士気が高く、職業的信念に従って働いていることは、広く報道されることは無いが、事実である。一方、サッチャー政権下の英国では、かつて「ゆりかごから墓場まで」の福祉政策を支えたNHS (National Health Service) が衰え果てて、乳ガンなどの診断が下されても治療に数ヶ月待ちという、いわゆる待機リスト (Waiting list) の存在が大きな社会問題となった。第三の道を掲げたブレア政権は、医療の改革を第一の政策目標に掲げた。その最初の施策として、医療費を5年間に50%増加させるという目標を掲げて来た。しかし、一度崩壊したものを元に戻すことさえも困難な状態である。おそらく年月が経過すれば徐々に改善されるのであろうが、医療従事者の衰えた士気の回復ができず、医師・看護師への患者からの暴力行為が頻発していて、回復には予想をはる

かに上回る時間とコストを要しているという。おそらくサッチャー時代に切りつめたコストには全く見合わない膨大なコストが回復に必要となるだろうと予測されている。医療という「サービス」とっては、「信頼」が最も重要なキーワードである。社会からの信頼があり、それに応える医療関係者の職業的士気が高ければ、医療は問題なく、またあまねく提供されるであろう。しかし、それが一度失われれば、回復には時間を要し、また大いなるコストを必要とする。

## 士気を高く保つことはできるか

一国の安定した医療提供体制の有無は、その国全体の安定性、社会・経済活動の全般にとってきわめて重要である。そのために先進諸国は医療制度の充実に向けて努力をして来た。経済成長が持続する間は、どの先進国においても医療制度の充実が実現して来たのである。しかし1970年代の経済的停滞以降は、どの国においても医療費の高騰という困難に直面し、医師などの医療従事者のフラストレーションが蓄積している。このことは、先進諸国で発生した医師のストライキという現象を見ても明らかである。従って、我が国において特に最近顕著に表れている医療現場での問題点、例えば医師の偏在、医療事故と医師の逮捕、勤務医の職場離れ、病院の赤字、医療従事者に対する暴力などの問題も、実は先進諸国が共通にかかえる深刻な問題

の一表現型に過ぎないと言える。もし現在我が国の医療制度が直面している問題点が、我が国固有の条件によって発生しているという観点のみに限定して解決法を探ろうとすれば、結果として、先進国共通の基本的な問題を看過して、解決をさらに困難にすることがあり得る。この点に十分注意を払うべきであろう。サッチャー改革によって、英国の経済は活性化したとされているが、こと医療に関しては肯定的に評価することは全くできない。必要な資源を極度に切りつめてしまうと、医療の提供が困難になって国民の不満が増大するだけではなく、医療従事者の士気を損なってしまい、制度全体が崩壊してしまうことは前述のとおりである。我が国の総医療費は、先進諸国のなかでは英国と並んで最も低い。度を越えた医療資源の削減は、医療の崩壊を招き、将来的にはかえって国の損失になる。この事例を無視してはならない。確かに、国際的に医療問題が深刻になってきた共通の基盤は主として医療技術の飛躍的進歩などの要因に社会の高齢化などの要因が加わって（この点は異論もある）、医療コストが増大して来たにもかかわらず、その増大に見合う財政的な基盤が失われつつあるところにある。もし国民負担率を高く設定できて、かつ国民もそれに合意するならば、現在の医療のかかえる問題のかなりの部分を一時的には解決できるであろう。ところが、我が国の現状において、果たして国民は総医療費の大幅増加をやむ得ないと納得し、速や



#### PROFILE

桐野高明  
(きりの たかあき 1946年生)  
日本学術会議第二部会員・『学術の動向』編集委員会委員、国立国際医療センター研究所所長  
専門：臨床医学（脳神経外科学）

かにその道を選ぶだろうか。そうとはとても考えられない。まず、とにかく最も効率的で適切な資源の配分のできる医療提供体制の改革を求めよう。そのような非常に制限された条件のもとで、問題の解決に少しでも前進しなければならぬのが、我が国の医療の置かれた状態であると考えざるを得ないのである。ここには我が国の特殊性があるのかも知れない。医療関係者の士気を損なわず、医療に対する信頼を回復しつつ安全で良質な医療を継続して行く方策は果たしてあるのだろうか。

### 我が国の医療は危ない状態にある

先進諸国では、医療技術の進歩、疾病構造の変化、人口の高齢化などによって、医療費が急速に増大することを見込み、時代に対応できる体制をそれなりに工夫して来ている。我が国の医療制度は、比較的低い総医療費の下にありながら、高い健康達成度を実現している点において世界的にはきわめて評価が高い。我が国の医療制度に良さがあるとするれば、ヒラリー・クリントンの発言を待つまでもなく、医療従事者の高い士気がまだ保たれているということではない

だろうか。その士気の高さは、あたかも空気のごとく偏在し、コストをかけずに持続できるものであると思われるようだ。医療従事者の士気の高さは、医療の最後の頼みの綱である。この最後の頼みの綱が、今まことに危ういのである。初期臨床研修必修化をきっかけにして、地域ごとに大きな若手医師の移動が起き、産科、小児科などの診療科に医師の不足状態が進み、また医師が地方から都市部に流入し、勤務医から開業医への移動も起きているとされる。これは、従来の医師受給体制が崩壊して、医師という職業集団が経済合理性によって移動をし始めた徴候と考えるべきであろう。初期臨床研修の対象となる研修医はマッチング方式によって自分の目的に合致した病院を選ぶことになった。また、医師は従来の大学病院による人事システムから外れて、これも自分の目的に合わせて移動をする傾向が強まった。いずれも競争的な選択をすれば、より研修のレベルが向上し、大学による一元的人事システムが壊れてより自由な選択ができるようになった。結構なことであるが、発生したことは医師の人事システムが競争的になり、より市場原理に基づく方向に動いたということである。ひとたびこの方向に動き始めれば、当然よい職場に、よい診療科に多くの医師が集まり、条件の悪い職場には人が来なくなる。偏在は必然である。その裏返しとして、一部の病院はますます人手不足になるであろう。人手不足に対して献身的とも言える労働によって支えられて来た病院の医療は、このままでは

継続できない限界に来ている。医療関係者の献身的とも言える努力で支えられて来た医療が、その高い職業的士気のみを支えとして続いてきたとすると、その継続がまさに今まことに危ういのである。

### ■ 今何ができるのか

では、今何ができるだろうか。おそらく数々の手直し、対策、改善などがおこなわれるであろう。産科や小児科のように医師の勤務条件の改善や、医療機関の集約化・集中化が必要な科では、それが進むであろう。このように部分的に経済的インセンティブを加えて、産科や小児科の診療は何とか維持されて行くであろう。しかし、仮に産科や小児科の医師の偏在問題が解決すれば、その後は問題が無いのであろうか。医療には時間や手間を要する業務もあれば、そうで無いものもある。治療に多大のリスクをとるものも、比較的安全なものがある。習熟に長い年月を必要とする手技もあれば、そうでないものもある。そのどちらが重要だとか、ハイレベルであるということではない。そのような差違があるということである。医師の人事システムが競争的になり、以前よりは自由に専門領域を選択でき、また自由に働く場所を選択できるようになり、これまでよりは経済合理性で診療科や勤務する地域を選ぶような時代になったとすれば、どういうことが起きるだろうか。当然、自分にとってより有利な選択をすること

になるだろう。しかし、残念ながら、医療の分野は多種多様なので、多くの医師によって有利と考えられる診療科や地域もあれば、大部分の医師が好まない診療科や地域もあるだろう。そのような差違に関して、偏在が進みつつあるのが現在の状態である。このような事態に対して、強制力をもって偏在の是正をするという動きもあったようだ。しかし、そんなことが本当にできるのだろうか。また、強い経済的インセンティブの傾斜をかけて、誘導するという方法もあるだろう。一方では総医療費を制限しつつ、一方で一部に強いインセンティブを掛ければ、著しく不利になる診療科や地域を次から次に生み出して行くだけではないのだろうか。そして、医師の職業的誇りはずたずたととなり、結果として士気は衰え果ててしまうに違いないし、医療に対する信頼は地に落ちることになるだろう。経済的インセンティブ方式に加えておこなうべきことがあるのではないか。はるかに合理的な方策があるのではないだろうか。そして、それがあるとするならば、強制力で無理強いするのではなく、また単純に金銭だけで誘導するのでもない方法が良い。医師がみずから進んで改革に参画するような方策が一番良いはずである。重要な課題は少なく、くだらない課題は数多く存在する。個別の細かい問題の解決のみに政策の焦点を集中すると、結局局所的解決、大局的崩壊という結果になりかねない。最も中心となる課題であり、かつ（困難は多々あるにしても）実現可能な課題を掲げて、その実行に集中する

べきである。

## ■ 専門医制度の確立が重要である

私は、上記の問題を解決に向かわせ、からんでもつれた全ての関係を解きほぐす一つの方策があると考えている。それは、我が国に理想的専門医制度を導入することである。従来から、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、我が国の専門医制度は理想からはほど遠い。そう考える理由は次の通りである。第一に各専門医制度は質のコントロールはしているが、量のコントロールの考えは無い。それぞれの分野に毎年一体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は本来何処にも存在しない。もともと医師の偏在が起きてもおかしくない仕組みになっているのである。第二に専門医試験を重視し、試験に至るまでの教育制度や教育病院の機能評価に関する整備が不十分である。第三に専門医団体の閉鎖的運営であるため、国民から高い信頼を得るための「信頼増幅機構」が欠如している。そして第四に、その結果として専門医制度は何ら実効も実益も無い資格におとめられている。専門医であっても、その専門技術の評価はほぼ皆無である。以上の点は、他の先進諸国の専門医制度と大きく隔たっていると云わざるを得ない。では現状を変更することは

可能なのだろうか。ある問題を解決するに当たって、利害の対立する勢力が乱立する状況にしましてから、やおら解決しようとしても、私権の乱立した都市開発がほとんど不可能になるのと同様に、きちんとした整備に異常なコストが必要となる。整備するのであれば、今のうちである。そして、それぞれの問題点について、決意をもってかかることである。第一に各分野の専門医の総数を公的な機関が調整するべきである。そして、例えば平成〇年からその調整を開始することを宣言するべきである。多分抵抗もあるだろうが、調整を受け入れた分野の専門医には例えば「〇〇科専門標榜医」などの資格を与え、正当なドクターフィー（薬代や検査料を差し引いた医師の技術料）を支払うことにすれば、確実に成功する。第二に、専門医に至るまでの教育の質の評価をおこなう必要がある。その上で、専門医試験の実施に関しては各学会の完全な自律性にゆだねるべきであろう。第三に、専門医の育成や試験制度全般についての専門家以外の委員による評価がオープンに行われ、高い信頼を獲得することが重要である。これが医療に対する「信頼増幅機構」となる。そして、以上の経過を経て制度を確立した分野には、適正なドクターフィーが支払われることが非常に重要である。以上のことが実現すれば、日本の医療は変わるのである。

## ■ 専門医制度の確立は □ 非常に大きな改革をもたらす

なぜ、そのように考えるのか、その根拠をここに示そう。日本の医療従事者、特に医師の雇用は医療提供施設単位となっていて、そこから給与が支払われる。（厳密に言うと多少の問題があるが）医療提供施設を自分自身で所有している開業医と、そうではない勤務医との区別がある。実際に開業医になる者の大部分は、40代から50代の専門医教育を受けた勤務医であるのに、双方の関係は密接ではない。それぞれが別々の世界で働いているようなものである。オープンシステムを始めた病院もあるものの、全国的に拡大する勢いはない。しかし、専門医制度を確立し、ドクターフィー制度が動き始めれば全ては違ってくる。そもそも開業医は高価な診断機械などの設備投資をせずとも、その実力を発揮して報酬を受ける道が開け、病院はそのような医師のマンパワーを有効に活用することが可能となる。このような良好な関係が続き、病院の勤務医と開業医が信頼して協力することが可能となって、初めて病診連携が現実のものとなる。専門医の標榜が確立すれば、現在の自由標榜制度は有名無実となり、専門医資格を有する専門領域のみの看板で医療がおこなわれることとなり、医療に対する信頼が確立する。このような状態が一定期間持続すれば、開業医と勤務医の区別が緩やかとなっていっくだろう。以上のマンパワーの変化に応じて、日本における医療提供

---

体制も、集約化・集中化に対応して無理なく医療が持続できる状態に変化をしていくであろう。専門医の認定は急いで強引に進めても実効は無いので、たとえば平成〇年に医師免許を取得した者から開始し、それ以前の医師に関しては認めないというような方法もあるだろう。ドクターフィーの導入には困難もあるだろうから、最初は比較的軽微なものから始めて、計画的に進めてはどうだろうか。

我が国の医療制度の問題は根が深く、その改善は簡単ではない。しかし、医療が国民の必要に応じて発達して来たことから、国民全般からの深い信頼を得られる仕組みを形成していくことが必要である。とかく対比されるアメリカの医療にも多々問題があり、そのまま単純に我が国のそれと比較することは問題ではあるが、アメリカ医療の精髓である専門医制度が自然に発生して来たものではなく、社会の理解と支持のもとに医師の長年の努力によって作り上げられてきたものであることを忘れてはならない。我が国が医療を改善するためには、10年から20年先を見据えた改善の方策を考慮しておくことが重要であり、理想的な医療制度を目指すという立場でなければならない。各利益団体の利害調整だけに終始しない医療制度改革が始まることを切に望む次第である。



## 要 望

信頼に支えられた医療の実現  
— 医療を崩壊させないために —



平成 20 年(2008 年)6 月 26 日

日 本 学 術 会 議

この要望は、日本学術会議医療のイノベーション検討委員会が中心となり審議を行ったものである。

#### 日本学術会議医療のイノベーション検討委員会

- 委員長 桐野 高明 (第二部会員)  
国立国際医療センター・総長
- 副委員長 田中 滋 (特任連携会員)  
慶應義塾大学大学院経営管理研究科・教授
- 幹事 中田 力 (連携会員)  
新潟大学脳研究所統合脳機能研究センター・センター長
- 幹事 和田 仁孝 (連携会員)  
早稲田大学大学院法科学研究科・教授
- 神野 直彦 (連携会員)  
東京大学大学院経済学研究科・教授
- 二木 立 (連携会員)  
日本福祉大学・教授
- 平林 勝政 (特任連携会員)  
國學院大學法科大学院・教授
- 北島 政樹 (第二部会員)  
国際医療福祉大学・副学長
- 北村 惣一郎(第二部会員)  
国立循環器病センター・名誉総長
- 猿田 享男 (第二部会員)  
慶應義塾大学・名誉教授
- 永井 良三 (第二部会員)  
東京大学大学院医学研究科・教授
- 本田 孔士 (第二部会員)  
大阪赤十字病院・院長
- 南 裕子 (第二部会員)  
近大姫路大学・学長
- 山本 修三 (連携会員)  
社団法人日本病院会・会長
- 佐久間 一郎(連携会員)  
東京大学大学院工学系研究科・教授
- 山口 隆美 (連携会員)  
東北大学大学院工学研究科・教授

# 要 旨

## 1 作成の背景

わが国の医療は、何時でも何処でも誰でも医療を受けられる国民皆保険制度の下で、世界に誇るべき実績を示した面があったが、その医療の基盤は極めて脆弱なものであった。

近年、医療の質の重視、患者の権利擁護、情報の公開などが強く社会から要請されるようになってきている。これらは現代の先進国の医療において一般的に実現されていることであり、わが国においてもそうした医療の提供を求める声が高まるのは当然であると言えよう。

しかし、わが国においては、先進国型医療を提供するための体制整備が大きく遅れているばかりでなく、長年にわたって総医療費の抑制政策が続けられてきた。しかも、21世紀に入って医療費抑制が著しく強化されたため、医療体制の整備が進むどころか、むしろ産科、小児科などの医師不足、救急医療の疲弊など、深刻な危機が進行し、国民の不安をまねいている。そのような中で平成16年度から開始された初期臨床研修制度は、医師の初期臨床研修を充実するという当初の目標は達成しつつあるものの、その一方で、医療の現場で長年進行していた基盤の脆弱化の所産を一挙に顕在化させる引き金を引くことにもなってしまった。

このまま放置すれば、医療が修復困難なほどに崩壊していく可能性がある。それを食い止めるためにわが国の医療全体の革新的変革、医療のイノベーションを図り、持続可能な医療に再生する方策を検討することを目的として、日本学術会議に医療のイノベーション検討委員会が設置された。

## 2 現状及び問題点

- 平成16年に始まった医師の初期臨床研修制度は、結果として病院医療の現場に混乱を招ききっかけとなった。しかし、その根本の原因は、わが国の医療が極めて脆弱な基盤の上に立っていたことにある。
- 病院医療の現場では医師のマンパワー不足が深刻である。病院医療には、わが国の医療の脆弱性が集中的に現れており、すでに限界に達している。
- 日本の医療の長所であるアクセスの良さは、一方で拡大解釈される傾向にあり、病院医療の質の維持に問題が生じている。
- 英国の経験に見るとおり、総医療費の過度の抑制は、医療の崩壊につながる。一国の医療をどのようなものとするかは最終的には国民の選択によるが、わが国の医療費抑制政策は既に限界に達していると言わざるを得ない。
- 医療を持続可能なものとするためには、医療への現実的な理解の下に、医療提供システムを社会全体の有限な共通資本として賢明に利用することが必要であ

り、国民の理解と支援が欠かせない。

- 医療が信頼に支えられたものになることが極めて重要である。医療に対する信頼を保証する最も基本的な基盤として、専門医制度を根本的に見直し、確立しなければならない。

### 3 要望の内容

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。

進みつつある危機から医療を守るためには、長期的視野に立った医療のイノベーションが必要である。ただし、同時に、医療を崩壊させないための取り組みを急がなければならない。とりわけ、最も危機が深刻になっている病院医療を持続可能にするための環境整備が喫緊の課題である。

医療は本来、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るものであり、あらゆる改革の成功は信頼の構築にかかっている。医療の信頼を保証できる制度を確立することが、医療全体のイノベーションを推し進める根幹となるのである。

以上の考えの下に、医療のイノベーション検討委員会は、国民に信頼される持続可能な医療を実現するため、上記の事項を速やかに実施することが必要であると結論に至り、ここに要望するものである。

## 目 次

1	はじめに .....	1
2	委員会設置の背景と審議の経過 .....	2
3	今、医療に起きていること	
	（1）引き金となった初期臨床研修制度 .....	3
	（2）病院医療におけるマンパワーの危機 .....	3
	（3）わが国の医療の成果とその限界 .....	5
4	医療はどうあるべきかー正しい国民的選択を行うために	
	（1）わが国の医療制度の沿革 .....	6
	（2）医療提供体制の問題点ー医療のアクセスと医療の質 ..	6
	（3）医療費負担と経済の活力 .....	8
	（4）他の国の事例の教訓 .....	9
	（5）医療への健全な理解 .....	12
5	医療の仕組みをどう変えるのか	
	（1）実働医師の確保 .....	14
	（2）医師の連携体制の推進 .....	15
	（3）チーム医療の促進 .....	15
	（4）医療の質を保証できる体制 .....	16
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	
	（1）国民として考えること .....	18
	（2）政府・行政として考えること .....	19
	（3）医療者として考えること .....	19
7	信頼に支えられた医療の実現のために: 要望 .....	21

## 1 はじめに

過去数十年を振り返ると、人々が安心して心豊かな生涯を送るうえで、医療の進歩が大きく貢献してきたことは疑いない。しかし、高度化、専門化を続ける医療は、高いコストを必要とする時代に入り、将来の医療がいかにあるべきか、すべての先進諸国において、大きな戸惑いを生んでいる。わが国もその例外ではなく、舵取りの方向によっては、すでにいくつかの先進国で見られるように、医療が崩壊してしまう可能性がある。産科、小児科などの医師不足や、救急医療の深刻な危機などの現象が次々と現れることは、わが国の医療が崩壊に向かっている証左である。

個々の現象に対して個別的な政策で対処しても、根本的解決にはならない。かえって、個々の政策が次の矛盾を生み、問題が拡大していくことさえ懸念される。長期的な視野に立ち、持続可能な医療を作り上げることこそが必要とされている。そのためには、医療への信頼が再生され、信頼に支えられて医療の提供ができるよう、医療全体の仕組みの医療のイノベーションが図られなければならない。このことは、医療者の養成制度の充実、在宅医療を含む高齢者医療と介護の適切な連携、臨床研究や治験の推進、医療安全と医事紛争にかかわる公正な仕組みの構築など、医療をめぐる様々な問題を解決するための前提ともなるものである。

このような認識に基づき、日本学術会議は、相互に関連し錯綜する問題群について、関係する諸団体や行政機関の個別の立場を超えた、学術的で中立的な見地から、それら問題群の根源を押さえた対策を検討し、政府に対する要望を取りまとめることとした。

## 2 委員会設置の背景と審議の経過

「医療のイノベーション検討委員会」(以下、本委員会)は、先行して審議を行っていた「臨床医学委員会医療制度分科会」(以下、同分科会)が取りまとめた対外報告を受けて、新たに設置されたものである。

平成 18 年 3 月に設置された同分科会は、特に医師の分布の地域的・専門的偏りと医師不足の問題を重点課題と捉えて審議を行い、平成 19 年 6 月 21 日に、対外報告「医師の偏在問題の根底にあるもの 提言:量から質の医療への転換による克服」を取りまとめた。

この対外報告では、現在深刻となっている医師の偏在と医師不足の問題は、わが国の医療が量(アクセス)を重視する体制から、医療の質を重視する先進国型の体制に転換しない状態のまま、社会が医療の量と質の双方を強く要求するようになった結果として進行しつつあると分析した。そして、医療の危機を克服する具体的な方策を探るため、各分野の専門家を集めて更に検討を行うべきものとした。

これを受けて、平成 19 年 7 月 26 日に、「医療への信頼を再生し、長期的に社会から支持される医療にしていくための具体的な方策について調査審議する」ことを目的として、本委員会が設置された。以後、現在までに計 7 回の会合を開催し審議を行ったほか、メールや郵便物を通じた意見交換も活発に実施し、検討の結果を取りまとめた。

### 3 今、医療に起きていること

#### (1) 引き金となった初期臨床研修制度

平成 16 年(2004 年)より、新しい初期臨床研修制度が始まった。昭和 21 年(1946 年)に GHQ の勧告により米国式インターン制度が創設されてから、実に 58 年ぶりに、大きな改正がなされたことになる。新しい初期臨床研修制度は大学病院だけでなく、一般病院を含めて多くの教育研修病院でプライマリケアを中心とした初期研修を行うことを目的として作られたものである。実際に、新しい制度の下で多くの新卒医師が大学病院を離れて、市中病院で研修を受けるようになった。

ところが、この初期臨床研修制度が、平成 16-7 年ころから急激に深刻となって来た病院の医師不足のきっかけとなったと言われている。初期臨床研修医が自ら研修施設を選択できる仕組みを取り入れたことが、なぜこれほど深刻な問題の端緒となったのであろうか。その背景要因として、以前から存在していた、病院医療の深刻な脆弱性を挙げなければならない。

初期臨床研修制度施行の結果、顕著に起こったことは、大学病院での研修率の低下である。新しい制度では、研修医はマッチング制度により研修病院を選択することになり、研修医が大学病院で研修を受ける割合は 70%程度から 50%程度へと大きく低下し、大学病院自体が地域の中核病院として機能するうえで、困難を抱え込むこととなった<sup>1</sup>。このため、市中病院などに派遣していた指導医クラスの医師を、研修医不足をきたした大学病院に働き手として戻すことを余儀なくされた。その結果、以前から医師不足に悩んでいた産科、小児科、救急などの診療科を中心として、微妙なバランスの上に維持されてきた病院医療に深刻な医師不足が誘発されることとなった。

このようにして、本来、良い方向に働くと考えられて作られた初期臨床研修制度は、医師の初期臨床研修を充実するという当初の目標は達成しつつあるものの<sup>2</sup>、その一方で、新たな問題を顕在化させる契機ともなったのである。

#### (2) 病院医療におけるマンパワーの危機

わが国では、医師の総数は規制されているが、診療科ごとの医師の量的な制御はなされておらず、自分がどのような専門領域を選ぶかは、それぞれの医師の希望によって決められている。その時々々の状況を反映して、若い医師が希望する専門分野は世代とともに変化し、時代時代において、人気の高い分野と低

1 <http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/zaiseki/index.html> に臨床研修医の大学とそれ以外の在籍状況、各県別の在籍状況が示されている。

2 厚生労働省の調査による「臨床研修に関する調査」最終報告では、臨床研修病院の 2 年次研修医の 65.5%が研修体制等に満足しているとされており、研修の充実という目標の少なくとも一部は達成されたと考えられる。

<http://www.mhlw.go.jp/topics/bukyoku/isei/rinsyo/chosa-saisyu06/index.html>



い分野とが生まれることになる。また、最近の傾向として、医師の世界においても、他の社会と同様に、個人の生活を大切に、家族との生活と自らの自由時間を重視するという価値観を持つ者が増加してきていると考えられる。

こうした状況の中で、本来は数多くの医師が配置されるべき一部の診療科の「人気」が下がり、極端な医師不足が生まれることになる。小児科、産科、救急医療などにおける危機的な医師不足は、その顕著な現れであろう。

夜間の救急業務が多く、したがって当直業務の多い病院の小児科は、診療報酬上で不利な扱いを受けてきた事情もあり、以前から医師不足の悩みを抱えていた<sup>3,4</sup>。産科の置かれた現状も同様である<sup>5</sup>。小児科同様にもともと激務である上に、診療上の問題が発生すると医事紛争になりやすい診療科であり、分娩を取り扱う産科の勤務医が激減し続けている。

加えて、女性医師の処遇の改善が遅れていることも、問題を深刻にしている。近年医師を目指す女性が増加し、医学部学生の 1/3 以上を女性が占めるようになってきている<sup>6</sup>。特に産婦人科では 30 代半ば以前の医師の半数以上を女性が占めるまでになっている。しかし、経験年数が 10 年頃になると、女性産婦人科医の約半数は分娩取り扱い現場から離脱している<sup>7</sup>。一部の先進的な取り組みを実行している病院を除き、長時間労働を強いられ、自分自身の産前・産後休暇、育児休暇や長期休暇の確保が困難であり、当直や夜間の緊急呼び出しが多いことが、その原因とされている。

さらにこの他にも、日本の医療、特に病院医療の現場における医師のマンパワー不足を悪化させる事態が急速に進行している。病院医療を急性期医療へ対応させるべく平均在院日数の短縮を推進したことの当然の帰結として、現場の診療業務の量(密度)は急速に増大したが、これに見合う人員体制の強化は十分行われないうまとなつてゐる。また、医療安全対策の強化や個人情報保護への配慮、診療ドキュメントの管理の改善、各種法令に基づき作成する文書の増加など、診療そのものではない周辺業務が爆発的に増加していることも、

- 
- 3 小児科では以前より、小児科医の確保が必要であるとして、提言や要望を公表している。日本小児科学会(平成 12 年 11 月 12 日、日本小児科学会理事会)小児科医確保に関する提言—より良き小児医療実現のために— 日本小児科学会雑誌 105(1):67-68,2001。あるいは、小児科学会会長、小児保健協会会長、小児科医会会長連名による小児救急医療体制整備に関する要望(平成 13 年 7 月 27 日) 日本小児科学会雑誌 105(8):906-907,2001 がある。
  - 4 日本小児科学会 病院小児科医の将来需要について(厚生労働省:第3回医師の需給に関する検討会資料) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/s0406-6a.html>
  - 5 藤井信吾 日本における産婦人科医療の危機(厚生労働省:第3回医師の需給に関する検討会資料) <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/04/s0406-6b.html>
  - 6 医師の中の男女比は医師国家試験合格者の男女比のデータから明らかである。  
[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb10examinfo.nsf/0/e049ac1105b8c5e849257140001f46de/\\$FILE/100-isi.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb10examinfo.nsf/0/e049ac1105b8c5e849257140001f46de/$FILE/100-isi.pdf)
  - 7 日本産科婦人科学会・女性医師の継続的就労支援のための委員会 2006 年度「女性医師の継続的就労支援のための調査」中間報告(平成 19 年 3 月)  
[http://www.jsog.or.jp/news/pdf/jyoseiishi\\_shuuroushien19MAR2007.pdf](http://www.jsog.or.jp/news/pdf/jyoseiishi_shuuroushien19MAR2007.pdf)

軽視できない問題である。すでにわが国の病院医師のマンパワー不足は危機的であり、医療を維持していくことも危ぶまれるような限界に達していると言わなければならない。

### (3) わが国の医療の成果とその限界

わが国の医療には世界に誇れる点があった。OECD ヘルスデータ<sup>8</sup>を見ると、日本の医療は驚異的とも言える成果を上げている。例えば、わが国は世界一の長寿国であり、また周産期死亡率の低さも世界のトップレベルにある<sup>9</sup>。これらの成果は、国民の生活水準が向上したことを反映している面もあるが、医療の貢献も大きかったと考えられる。平成 12 年(2000 年)に公表された WHO ヘルスレポート<sup>10</sup>でも、世界各国の保健システムの総合評価を行い、日本の健康の状態に関し、総合評価で世界第 1 位としている<sup>11</sup>。

このように、わが国の医療は、一方で世界に誇るべき実績を示しているが、他方で、それが極めて脆弱な基盤の上に築かれているという実態を、いまやわれわれは、はっきりと認識すべきである。現在、医療が直面している危機は、この脆弱な基盤が現実に崩壊を始めつつあるということに他ならない。国民の健康を今後も守ってゆくためには、医療の基盤の強化が急務である。

---

8 医療費の国際比較では、OECD より刊行されている OECD Health Data が客観的な指標を与えてくれるものと考えられる。OECD Health Data 2007 が最新である。

[http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en\\_2649\\_37407\\_12968734\\_1\\_1\\_1\\_37407,00.html](http://www.oecd.org/document/30/0,3343,en_2649_37407_12968734_1_1_1_37407,00.html)

9 厚生労働省統計表データベースシステム 第 1-24 表 諸外国の周産期死亡率(出生千対)、年次別。 <http://www.dbtk.mhlw.go.jp/toukei/youran/data17k/1-24.xls>

10 厚生労働省 平成 16 年度厚生労働白書

<http://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/04/dl/0a.pdf>

序章 現代生活と健康 において、WHO 「The World Health Report」 2000 年のランキングを示している。それによると、2000 年の報告において、わが国の保健医療システムの総合目標達成度は 191 か国中第 1 位とされている。

11 同時に、日本の医療満足度、主観的健康度は低く、必ずしも国民が満足している状態ではなかったことにも注意を払う必要がある。

## 4 医療はどうあるべきか ―正しい国民的選択を行うために

医療は社会的諸活動の中で基盤的な部分を占める重要な機能であり、それを支える医療制度は国民全体が共有する社会資本である。このような考えは、ほとんどの先進諸国に共通している。医療は国民にとって基本的な権利の一部をなすものであり、必要な医療が安定して提供されることは、社会の存立のために必須の条件であるとされてきた。

医療がどうあるべきかの選択は、最終的には国民的合意に基づくものでなければならぬ。本節では、正しい選択を行うために国民全体に知っていただきたいことを述べる。

### (1) わが国の医療制度の沿革

わが国では、昭和2年(1927年)に健康保険制度が開始されて以降<sup>12</sup>、医療に要する費用のうち公的な保険制度が負担する対象を広げていった。この仕組みは昭和36年(1961年)に国民皆保険として結実し、国民健康保険及び被用者健康保険の家族では5割給付にとどまっていたものの、全住民が一応公的保険によりカバーされる体制が実現した<sup>13</sup>。その後、昭和48年(1973年)には老人医療の自己負担がなくなり、被用者保険家族の給付率も7割に上昇した。わが国は福祉社会の実現に向けた努力を続けてきたのである。

しかし、負担すべき医療費の増大に伴い、昭和58年(1983年)には老人医療、翌59年(1984年)には被用者保険本人に一部負担が導入され、後者は平成9年(1997年)に2割、平成15年(2003年)に3割と増大した。その結果、現在、総医療費に占める患者自己負担の割合は先進諸国の中でも最も高い部類に属するに至った<sup>14</sup>。法律によって<sup>15</sup>これ以上の負担増を行わないことが定められているが、現実的に患者の自己負担は既に限界に達しているとの意見も多い。

### (2) 医療提供体制の問題点 ―医療のアクセスと医療の質

わが国の医療は、これまで、何時でも何処でも誰でも診療を受けられる体制、別の言葉で言うと「量とアクセス」を重視してきた。これは戦後の荒廃から立ち

12 法律の制定は大正11年(1922年)

13 法律の制定は昭和36年であるが、実際に全国に制度がいきわたるまでには2年以上の期間を要した。また国民皆保険とはいわばキャッチフレーズであり、生活保護適用者など例外も存在する。

14 医療費に対する患者負担の割合はG7諸国のうち、フランス11.6%、英国12.6%、ドイツ13.7%、米国15.5%、カナダ16.3%であるのに対し、日本は21.1%とイタリアの22.5%とならんで、先進国の中で最も高い部類に属する(WHO/The World Health Statistics 2006による)。

15 健康保険法等の一部を改正する法律(平成14年法律第102号)附則第2条第1項に、「医療保険各法に規定する被保険者及び被扶養者の医療に係る給付の割合については、将来にわたり100分の70を維持するものとする。」と定められている。

[http://www.shugiin.go.jp/itdb\\_housei.nsf/html/housei/15420020802102.htm](http://www.shugiin.go.jp/itdb_housei.nsf/html/housei/15420020802102.htm)

直る過程の医療提供体制としては、適切な考え方であった。1960年代当時、日本を含めて多くの先進諸国の病院数、ベッド数、平均在院日数などの指標には、現在ほど大きな差はなかった。

しかしその後、日本を除く大部分の先進諸国では、病院機能の急性期医療への集中と平均在院日数の短縮を行い、量的拡大よりも医療の質に重点を置く医療制度改革を推進してきた<sup>16</sup>。一方、わが国では経済の状況が良かったこともあって、病院数の拡大や入院ベッドの増大がそのまま進行し、他の先進諸国とは異なる医療提供体制が形成されることとなった。この制度には医療の量とアクセスの面で評価できる点があったことは否定できないが、やがて顕在化する、大きな問題を抱えていたことも見逃せない。

先進国型あるいは成熟経済型の医療の特徴を挙げるとすると、それは医療の質、医療レベルの評価、患者の権利、情報の開示などというキーワードで語られ、以下のような特徴を持った医療体制である。

- ① 充実した教育体制と厳格な専門医認定制度
- ② 病院機能の集中化・集約化
- ③ 病院と診療所の密接な連携体制
- ④ チーム医療の推進と業務範囲の職種による制限の見直し
- ⑤ 医療安全と患者権利尊重のためのシステム

わが国においても、現在、社会はこのような、より質の高い医療を求めている。先進国となった日本の社会が、先進国としての医療を求めようになるのは当然であると言えよう。国民のニーズが大きく変化してきたにもかかわらず、量とアクセスの充実だけで応えようとしても、社会の満足は得られない。

前述したように、日本の医療の最大の長所は、フリーアクセスにあると言われている<sup>17</sup>。しかし、改めて考えてみれば、フリーアクセスの本義は、「経済的なバリアがなく(患者・家族の経済力の乏しさがバリアとならず)、必要な医療にアクセスできること」であるはずである。アクセスは医療の重要な要素の一つであり、アクセスが良いことは、良い医療の条件の一つである。しかし、アクセスに関する要望が行き過ぎて、何時でも、何処でも、誰でも、「状態を問わず、任意の時に行けば、すぐに診療を受けられる」のが良い医療体制であるとされてしまうと問題である。救命救急センターは、本来重症患者の治療に専念することがその役割であるが、そこに次々に軽症の患者が押しかけると、本当に治療を必要としている患者を引き受けることができなくなる。わが国においても、「本当に必要

---

16 OECD (訳)伊藤友里 OECD Health Data 2003 3rd Edition 図表でみる世界の医療—OECD インディケーター (2003年版) 明石書店 (平成16年) OECD (訳)伊藤友里

17 日本医師会 グランドデザイン 2007—国民が安心できる最善の医療を目指して— 総論 2007年3月 [http://www.med.or.jp/nichikara/gd2007/gd2007\\_all.pdf](http://www.med.or.jp/nichikara/gd2007/gd2007_all.pdf)

な時に、本当に必要な医療を」これからも持続的にすべての国民が受けられるようにするという観点から、医療の利便性と医療の必要度とのバランスを考えていくことが必要不可欠である。

### (3) 医療費負担と経済の活力

医療技術が進歩し、国民がその利用を望み、さらに人口の高齢化が進展すれば、必然的に総医療費が増加することとなる<sup>18</sup>。医療の向上を願う気持ちは現代に生きる人間の基本的な要求であり、単に総医療費の増加を抑制すれば足りるとするような政策は、国民の支持を得ることができないであろう。事実、第二次世界大戦後の先進諸国は、程度の差はあれ、医療と福祉の充実に政策の重点を置いてきた。

しかし他方で、医療の質を確保するために総医療費を増加させ、それを賄う社会保険給付及び公費投入を増大させれば、必然的に国民負担率<sup>19</sup>も増加することとなる。近年、日本政府は、財政赤字の深刻化もあり、極めて厳しい総医療費の増加抑制政策を採用してきた。このような政策の根底には、単に財政赤字への対応ということだけではなく、「国民負担率増大は経済の活力を失わせ、国力を弱体化する」という考え方が存在しているものと考えられる。しかし、このような考え方が本当に正しいと言えるのか、客観的に検証してみなければならない。

もちろん、誰もが正解と認める結論があるわけではない。しかし、一つの単純な事実を示すことは可能である。日本は、先進7か国(G7)の中で、医療に投じる金額の対GDP比が最も小さい国家であり、OECDの全加盟諸国の中でもその水準は低い方に属する<sup>20</sup>。日本よりも医療費の対GDP比が大きいにもかかわらず、日本よりも高い経済成長を達成している国家は枚挙に暇がない<sup>21</sup>。

現段階においては、医療に関する国民負担率と経済活力との関係は不明であるというのが最も客観的な見解であろう。負担と経済活力を結びつけて、日本の社会保障給付を抑制すべきだとの主張は理論的にも実証的にも根拠が不十分である。逆に負担と給付が高ければ経済活力が増すと唱える主張も同様

18 兪炳匡「改革」のための医療経済学 メディカ出版 2006年

19 税・社会保険料負担額の国民所得(ないしGDP)に対する比率。わが国政府はこの他に潜在的国民負担率(税・社会保険料負担額+新規公債発行額の国民所得ないしGDPに対する比率)と名づけた数値も使っている。なお、OECD National Accountsなどの統計においては、「租税負担と社会保障負担合計額のGDP(国内総生産)に対する割合」の方が一般的。

20 わが国の医療費対GDP比は他のG7諸国よりかなり低い。OECD Health Data 2007によると、米国15.3%、フランス11.1%、ドイツ10.7%、カナダ9.8%、イタリア8.9%、英国8.3%に対して、日本は8.0%となっている。OECD平均は9.0%であり、日本はOECD30か国中22番目である。

21 OECD諸国の中で、日本より医療費対GDP比が高い国の中で、日本より経済成長率の低い国は6か国、日本より経済成長率の高い国は13か国で、英国とスイスは経済成長率が1.9%でデータ上日本と同じ。

である<sup>22</sup>。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、以下のようになろう。

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ととらえ、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<sup>23</sup>・メディケイド<sup>24</sup>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<sup>25</sup>。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<sup>26</sup>。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<sup>27</sup>。このようなブレア政権下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実例である。

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 IDS<sup>28</sup>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

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。

比は世界で突出して大きくなり<sup>29</sup>、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<sup>30</sup>。

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<sup>31</sup>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<sup>32</sup>、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<sup>33</sup>、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<sup>34</sup>。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-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到さうものか、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える。

#### (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、治療に伴う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と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<sup>35</sup>。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<sup>36</sup>。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「パターンリズム」<sup>37</sup>に基づく関係は、かつては、その「信頼を伴った不透明さ」が、患者側にあ

35 橋木俊詔「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 パターン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

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<sup>38</sup>。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<sup>39</sup>。

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こ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<sup>40</sup>については、看護師などの職種に委譲されている<sup>41</sup>。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ろう。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っくだろう。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っ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<sup>42</sup>。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。