

第三次 医師会将来ビジョン委員会答申

「医療の今日的課題に対して医師会員は何をすべきか」

平成 30 年 4 月

日本医師会

第三次 医師会将来ビジョン委員会



平成 30 年 4 月

日本医師会

会長 横倉 義武 殿

第三次 医師会将来ビジョン委員会

委員長 佐原 博之

### 医師会将来ビジョン委員会 答申

第三次医師会将来ビジョン委員会は、平成 28 年 12 月 15 日の第 1 回委員会において、貴殿より、「医療の今日的課題に対して医師会員は何をすべきか」について、諮問を受けました。

これを受けて、委員会では 2 年にわたり、計 7 回（8 日）の委員会を開催し、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、ご報告いたします。

### 第三次 医師会将来ビジョン委員会 委員名簿

委員長	佐原 博之	石川県医師会 理事 / さはらファミリークリニック 理事長・院長
副委員長	五十嵐 知規	秋田県医師会 常任理事 / 中通総合病院 診療部長
委員	秋山 欣丈	静岡県医師会 理事 / 富士岡秋山医院 理事長
	石田 祐司	弘前大学大学院医学研究科循環器腎臓内科学講座 助教
	上埜 博史	上埜耳鼻咽喉科 院長
	占部 まり	亀田病院（平成 28 年 12 月 27 日から）
	太田 秀造	札幌市医師会 理事 / 札幌太田病院 会長
	太田 匡彦	鳥取県医師会 理事 / さとに田園クリニック 理事長・院長
	尾崎 舞	鳥取県東部医師会 理事 / 尾崎病院 理事長
	菊地 勤	石川県医師会 理事 / 金沢西病院 理事長・院長
	清山 知憲	宮崎県議会議員（平成 29 年 10 月 7 日まで）
	杉村 久理	足立区医師会 理事 / 江北ファミリークリニック 院長
	鶴谷 英樹	伊勢崎佐波医師会 理事 / 鶴谷病院 理事長
	中村 秀敏	福岡県医師会 理事 / 小倉第一病院 理事長・院長
	野村 恭子	秋田大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座 教授 帝京大学医学部 客員教授
	堀井 孝容	茨木市医師会 理事 / 堀井医院 理事長
	横田 哲朗	東近江市あいとう診療所

## 委員会開催記録

- 第1回 平成28年12月15日(木) 16:00~18:00 日本医師会館  
・会長諮問、自己紹介、フリーディスカッション
- 第2回 1日目:平成29年2月25日(土) 17:00~19:00 グランドアーク半蔵門  
・「医師会ってなんだ!？」 プレゼン:佐原博之委員長  
・第一次医師会将来ビジョン委員会答申の概要:五十嵐知規副委員長  
・第二次医師会将来ビジョン委員会答申の概要:佐原博之委員長  
2日目:平成29年2月26日(日) 9:00~12:00 グランドアーク半蔵門  
・医療の今日的課題について  
プレゼン:秋山欣丈委員、石田祐司委員、上埜博史委員、占部まり委員、  
太田秀造委員、太田匡彦委員、清山知憲委員、杉村久理委員、  
鶴谷英樹委員、中村秀敏委員
- 第3回 平成29年4月22日(土) 16:00~19:00 日本医師会館  
・医療の今日的課題について  
プレゼン:尾崎 舞委員、菊地 勤委員、野村恭子委員、堀井孝容委員、  
横田哲朗委員  
・グループワーク及び総合討論  
:この委員会で取り組むべき、医療の今日的課題
- 第4回 平成29年6月10日(土) 16:00~19:00 日本医師会館  
・医療の今日的課題のまとめ プレゼン:佐原博之委員長  
・秋田県の性教育講座 プレゼン:五十嵐知規副委員長  
・社会的共通資本と医療 プレゼン:占部まり委員  
・グループワーク:医療の今日的課題のまとめ、医師会員は何をすべきか  
※7月31日までに「〇〇に対して、医師会員は何をすべきか」のレポート提出
- 第5回 平成29年10月7日(土) 16:00~19:00 日本医師会館  
・「理念の共有」について プレゼン:佐原博之委員長  
・レポートのまとめについて  
・医師の働き方、医師の偏在対策についてディスカッション
- 第6回 平成29年12月23日(土) 14:00~19:00 ホテルニューオータニ博多  
・答申 総論(草案)について検討  
グループディスカッション、全体討論  
※平成30年1月31日までに各論提出
- 第7回 平成30年2月24日(土) 16:00~19:00 日本医師会館  
・答申案の最終検討

# 目次

はじめに .....	1
<b>I 総論</b>	
<b>第1章 医療の今日的課題と社会的共通資本</b>	
1. 医療の今日的課題 .....	2
2. 医師会の大義 .....	2
3. 「社会的共通資本」とは .....	3
<b>第2章 社会的共通資本としての国民皆保険</b>	
1. 国民皆保険の評価 .....	5
2. 社会的共通資本としての国民皆保険の課題 .....	5
3. 国民皆保険を脅かす市場原理主義 .....	7
4. 在留および訪日外国人に対する医療問題 .....	7
5. 国民皆保険を守るための将来ビジョン .....	8
<b>第3章 社会的共通資本としての医療からみた医師の在り方</b>	
1. 医師の偏在対策と働き方改革 .....	13
2. 地域医療を支える「かかりつけ医」の在り方 .....	15
3. 女性医師の支援 .....	18
4. 医師の適正配置と働き方改革に対する将来ビジョン .....	19
<b>第4章 日本の医療を守るために、我々は理念をどう共有するか</b>	
1. 郡市区医師会の役員会で理念を共有 .....	23
2. 非医師会員を含めたすべての医師で理念を共有 .....	24
3. 地域住民・国民と理念を共有 .....	26
<b>第5章 総論のまとめ .....</b>	<b>28</b>

## II 各論

### 第1章 医療の今日的課題と社会的共通資本

1. 社会的共通資本と医療：占部まり …………… 29
2. 経済学の歴史と社会的共通資本：佐原博之 …………… 31

### 第2章 社会的共通資本としての国民皆保険

1. イギリスのNHSと日本の国民皆保険：佐原博之 …………… 33
2. 在留および訪日外国人に対する医療問題：堀井孝容 …………… 35
3. 健康寿命の延伸：尾崎舞 …………… 37
4. フレイル対策：秋山欣丈 …………… 39
5. 予防医療：太田秀造 …………… 41
6. 喫煙対策：杉村久理 …………… 43
7. 予防接種：杉村久理 …………… 45
8. 産業医学：杉村久理 …………… 47
9. 社会的共通資本としての地域包括ケアシステム：鶴谷英樹 …………… 49
10. 医療とICT：上埜博史 …………… 51

### 第3章 社会的共通資本としての医療からみた医師の在り方

1. 人材確保難に対して何をすべきか：中村秀敏 …………… 53
2. 医師の働き方改革：五十嵐知規 …………… 55
3. 医師の偏在対策と地域枠の在り方：石田祐司 …………… 57
4. 総合診療専門医とかかりつけ医の連携の可能性：野村恭子 …………… 59
5. かかりつけ医を中心としたまちづくり：太田匡彦 …………… 61
6. 人生の最終段階における医療に対する「かかりつけ医」の役割：菊地勤 …………… 63
7. 女性医師支援：野村恭子 …………… 65
8. 特定専門医制度：佐原博之 …………… 67

### 第4章 日本の医療を守るために、我々は理念をどう共有するか

1. 全国郡市区医師会長協議会の創設：佐原博之 …………… 69
2. 医師会ビジョン委員会の設置：佐原博之 …………… 71
3. 秋田県医師会の性教育講座：五十嵐知規 …………… 73

参考文献 …………… 75

あとがき …………… 78





## はじめに

私たち第三次医師会将来ビジョン委員会は、横倉義武会長から「医療の今日的課題に対して医師会員は何をすべきか」という諮問をいただいた。

それに対して、私たちは日本の医療を守るために「理念を共有すること」であるとお答えしたい。

- ・ 医師会の大義は、「国民の生命と健康を守る」こと
- ・ 医療は、国民の生命と健康を守るための「社会的共通資本」である

日本の医療制度は自然に発生したものではない。多くの先人たちがそれぞれ時代の「医療の今日的課題」に立ち向かい、懸命に努力を重ねた成果である。現在の「医療の今日的課題」は多岐に渡り、しかも複雑に絡み合っている。簡単に答えが出るものではなく、ビッグバン的な制度改革がかえって現場を混乱させた過去の例は枚挙にいとまがない。特に財政問題は深刻であり、医療費を誰がどのように負担するかは国民的な議論が必要である。北欧のように消費税を上げて高負担高福祉の国家を目指すのか、アメリカのように市場原理を導入して自己責任に委ねるのかという極論で論じるのではなく、世界から高い評価を受けている日本の国民皆保険を丁寧に再検証して、持続性がある強い制度にしていくにはどうすればよいかという視点が重要だと思う。日本医師会を中心として国レベルでの改革を進めていくとともに、地域医師会と医師会員がすべきことをできることから実践していくことが必要である。その取り組みを尽くした上で、さらに必要な費用の負担があるのならば、国民が納得できる形で示して、理解を求めていかななくてはならないだろう。

医療は「社会的共通資本<sup>(1)</sup>」である。社会的共通資本は、利潤を目的とした市場原理の対象としたり、国家の統治機構の一部として官僚的に管理されてはならない。職業的専門家集団によって、専門的知見に基づき、職業的規律に従って管理・維持されなければならないものである。ただし、その前提として職業的専門家集団には高い学問的知見と倫理性が求められる。

日本には地域医師会という素晴らしいインフラがある。すべての地域に郡市区医師会と都道府県医師会があり、地域医師会がこれまでの地域医療を支えてきた。そして、現在もそれぞれの地域で国民の生命と健康を守るために、医療の今日的課題に向き合っている。医師会は、医師の権利や利益を守るためだけの団体と誤解されることがあるが、決してそうではない。職業的専門家集団としての立場から、社会的共通資本である医療を守るために様々な活動を展開している。

医療の今日的課題に立ち向かうための議論を進める前提として、「医師会の大義は、国民の生命と健康を守ること」にあり、「医療は、国民の生命と健康を守るための社会的共通資本である」という理念を、医師のみならず、すべての国民と共有することが必要だと私たちは考える。

この答申では、医療の今日的課題とその対策を考察し、そのために「医師会員は何をすべきか」という視点から将来ビジョンを示していきたい。

本答申は、総論（27 ページ）と各論（46 ページ）の二部構成となっており、総論の中で各論に対応する部分は各論からの引用あるいは要約から構成されている。各論ではさらに詳細な分析と提言を行っているので、まずは総論をご一読いただき、さらに項目に応じて各論へと読み進めていただきたい。

# I 総論

## 第1章 医療の今日的課題と社会的共通資本

### 1. 医療の今日的課題

「今日」は、医師にとってすごくやりがいがある時代なのではないだろうか。数年前までは手を出すこともできなかった病気を克服できる技術がどんどん開発され、今まで分からなかった病態が次々と解明されている。iPS細胞（人工多能性幹細胞）や遺伝子医療、ロボット手術、ICT（情報通信技術）、AI（人工知能）、IoT（モノのインターネット）の進歩など、今後医学はさらに革命的に発展する可能性があり、しかもどの分野も発展途上で未開拓の荒野が広がっている。生命科学の研究者として、最新医療を実践する臨床医として、本当にワクワクする時代だと思う。

その一方で、超高齢社会は急速に進行しつつあり、人生の最終段階における医療（終末期医療）の需要が激増している。単に機械の故障を治すような技術ではなく、その人の人生の物語に寄り添った医療が求められている。言い換えると、医学的知識や技術だけではなく、生命に対する哲学や倫理の専門家としての医師が求められているのだ。確かに簡単なことではないが、その人の人生の物語のクライマックスにメインキャストの一人として関わることは、医師冥利に尽きるのではないか。

しかし、現在の医療の現場にはどことなく閉塞感が漂っている。この閉塞感の原因はいったい何なのだろうか？ それがすなわち、「医療の今日的課題」であろう。今、私たちがこれに立ち向かわなければ、後に続く若い医師たちの未来はない。

「医療の今日的課題」は多岐に渡り、しかも複雑に絡み合っている。我が国は膨大な財政赤字を抱える中、社会の高齢化に伴って社会保障費は上昇の一途であり、それを支える労働人口の世代が増える見込みはない。近年の革命的な医学の進歩が医療費を圧迫し、さらに人生の最終段階における医療において望まぬ延命治療が行われているケースもある。医師の働き方改革、医師の偏在対策、女性医師の支援、新しく始まる専門医制度、総合診療専門医と「かかりつけ医」の在り方、地域包括ケアシステム、地域医療構想など現在議論が進行中の課題は、すべてが密接に関連している。

また、医師には様々な立場がある。診療科特有の課題や、勤務医と開業医、都市部と過疎地域、女性と男性、ベテランと若手、女性あるいは若手でも育児の時期かどうかによって、それぞれに医療の今日的課題があり、それに対する考え方も様々であろう。2004年度に導入された新医師臨床研修制度と、2018年度からスタートする新しい専門医制度によって様々な選択肢が生まれた。昔に比べて若手の医師の価値観やキャリアには多様性があることを前提に議論をする必要がある。しかし、私たちは医師として、今自分の目の前にいる患者を救いたいという思いは一つなのではないだろうか。私たち医師は様々な立場を超えて、国民の生命と健康を守るために理念を共有して一致団結することができると思いたい。多様な価値観を持つ医師が理念を共有するための「対話の場」こそが、医師会の役割である。

### 2. 医師会の大義

「医師会の大義は、『国民の生命と健康を守る』こと」であると私たちは考えている。

医師は、医学的知識と技術を駆使して患者の治療をすることが使命である。医学は科学であり、知識と技術の習得・向上・維持のために一人ひとりの医師は日々努力している。しかし、医療は制度で動いており、通常現場の医師個人のレベルでは医療制度の策定に関わることはできない。医師会は、郡市区、

都道府県、国と様々なレベルで、医療に関わる制度を「創ること」、「守ること」、「変えること」を通じて国民の生命と健康を守っている。

医師会は医師の利益団体であるかのように言われることがある。診療報酬改定の際には、医師会が医師の儲けのみを主張しているかのように「診療報酬アップ＝医師の給与の引き上げ」と報道するメディアまである。言うまでもなく、診療報酬には医師以外の医療スタッフの人件費や、施設の維持管理費、医薬品・医療材料の購入費等も含まれている。地域医療は地域の医療機関の経営が成り立たなければ守ることができず、それを守るために誰かが医療界を代表して意見を言わなくてはいけないのならば、それは医師会の責務だろう。国民の生命と健康を守るために、すべての医療従事者が安定して働くことができる環境を守ることも、医師会の重要な使命である。

また、医師会は開業医の団体であるかのように言われることもあるが、決してそうではないし、そうであってはならない。医師会は、勤務医、開業医を含めたすべての医師を代表する団体である。現在、医師の働き方について、特に勤務医の働き方について活発な議論が行われている。患者の生命と健康を守るためとはいえ、これまでの医師はその使命感から自分の生活を犠牲にしてきたことは否定できない。日本医師会勤務医委員会は1983年に設置され、これまでも勤務医の健康や過重労働について様々な提言を行ってきた。医師が疲弊した状態で業務を行ってはいないパフォーマンスにはつながらず、精神論だけでは医療はいずれ崩壊してしまう。医師が体も心も健康を保ちつつ、高いモチベーションを維持できなければ、国民の生命と健康を守ることはできない。

2015年10月からスタートした医療事故調査制度は、多くの都道府県医師会が支援団体の中心となって運営している。この制度はそもそも名称が不適切なのではないかなど様々な課題も指摘されているが、かつての福島県立大野病院事件のように医療に真摯に向き合っている医師が突然逮捕されるようなことがないように、充実した制度にしなければならない。医療が国民から信頼され続けられるようにこの制度を支えることが、医師が安心して医療を提供できる環境を守ることにつながるだろう。

2011年3月11日東日本大震災が発生した。このような大規模災害時には、各都道府県医師会が総力を挙げて支援をしなくてはならないが、あまりにも範囲が広すぎてどこへ行けばよいのかを都道府県医師会レベルで判断することは不可能である。日本医師会は各都道府県医師会に対して支援地区を指定して、JMAT（日本医師会災害医療チーム）の派遣を依頼した。JMAT活動はまさに「国民の生命と健康を守る」という大義の下で、日本医師会を中心に各都道府県医師会・郡市区医師会が尽力した証である。

このように現在、医師会が行っている様々な活動のすべては突き詰めていくと、「国民の生命と健康を守る」という大義の下に集約されるだろう。すべての医師が、その大義の下に結集するための場が、医師会であることを、まずは確認しておきたい。

その上で、「医療は、国民の生命と健康を守るための『社会的共通資本』である」という理念を、医師のみならず、すべての国民と共有することが、医療の今日的課題に立ち向かうための重要な手段だと私たちは考える。

### 3. 「社会的共通資本」とは（各論 1-1 p.29, 1-2 p.31）

2017年10月13日にシカゴで開催された世界医師会総会において、日本医師会横倉義武会長が第68代世界医師会長に就任された。その就任式のご挨拶で「私は、医療が、世界全体の社会的共通資本となることを理想に掲げ、世界医師会を前進させてまいります」と述べられた。

「社会的共通資本<sup>(1)</sup>」は、世界的な経済学者であった宇沢弘文先生が提唱されたもので、医療の本質

を考える上で非常に重要な理論である。それは決して社会主義が前提ではなく、たとえ私有が認められるものであっても、人々がゆたかに暮らすために必要不可欠な大切なものは、社会的に共通な資本として市場原理や国家の統治とは別にその領域の現場の事情をよく知っている職業的専門家集団が管理すべきというのが基本である。

**社会的共通資本は、一つの国ないし特定の地域に住むすべての人々が、ゆたかな経済生活を営み、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にするような社会的装置を意味すると定義される。**

社会的共通資本は、大気、森林、河川、水、土壌などの「自然環境」、道路、交通機関、上下水道、電力、ガスなどの「社会的インフラストラクチャー」、そして教育、医療、司法、金融制度などの「制度資本」の三つが重要な構成要素である。

「社会的共通資本」は、

- ・たとえ私有が認められるものであっても、社会全体にとっての共通の財産として社会的な基準に従って管理、運営すべきである。
- ・利潤を目的とした市場原理の対象とせず、市場原理から切り離して管理すべきである。
- ・国家の統治機構の一部として官僚的に管理されてはならない。
- ・職業的専門家集団によって、専門的知見に基づき、職業的規律に従って管理・維持されなければならない。**ただし、その前提として専門家集団には高い学問的知見と倫理性が求められる。**

「医療の今日的課題」に立ち向かうために、医療は社会的共通資本であり、市場原理を導入せず、官僚的な統制でもない手段を、医療の専門家集団が考えていかななくてはいけないという理念に私たちは心から賛同する。

また、宇沢先生は、「**医療の本質は、サービスではなく信頼である**」と述べている。経済用語の「サービス」とは、「売買した後にモノが残らず、効用や満足などを提供する、形のない財」と定義される。その同時性、つまり売り買いした後にモノが残らず生産と同時に消費されていくという特性に鑑みた時、医療がその用語にそぐわないことは容易に想像できる。それに対して、「信頼」という言葉から派生する関係性には、患者という病に苦しむ人が我々医療者にその状況を託し、それに応えて医療者が最善を尽くすという、金銭授受だけでは計り知れない信頼がそこにあると言えよう。

宇沢先生は『人間の経済<sup>(2)</sup>』の中で、「**社会的共通資本という考え方はもともと市場原理主義への批判、あるいはオルタナティブ（代案）というのが出発点だった**」と述べている。経済学の理論は、それぞれの時代の「今日的課題」に対する処方箋である。グローバル化が進み、格差社会が明確になった現代こそ、社会保障の充実が求められる。現代の「医療の今日的課題」に立ち向かい、国民皆保険を未来につなげるためには、「医療は、国民の生命と健康を守るための社会的共通資本である」という理念を、医師のみならず、すべての国民と共有することが必要だと私たちは考える。

私たちは医療の現場の責任を持つ専門職である医師として、そしてその職能団体である医師会として、医療の今日的課題の解決策を主導的に提案していくことが求められている。**ただし、その前提として、私たちは医師としての学問的知見と倫理性を高める努力を怠ってはならない。**

## 第2章 社会的共通資本としての国民皆保険

### 1. 国民皆保険の評価

2017年世界医師会総会において、横倉義武会長は「日本の健康寿命を世界トップレベルにまで押し上げた我が国の医療システムの背景には、国民皆保険の存在が欠かせません。今後もこの優れた医療システムを世界に発信することにより、世界中の人々の幸福の実現に貢献していきます」と述べられた。

医学は世界的なレベルで研究が進められ、その成果は全人類が等しく享受できるものでなくてはならない。しかし、そのための医療制度の整備が不十分な国も多く、日本の国民皆保険のモデルを世界に発信していくことも日本医師会の使命であろう。

WHO（世界保健機関）発表の「The World Health Report 2000」によると、①健康の到達度、②健康の公平性、③医療受診の公平性、④人権の尊重と配慮、⑤医療費負担の公平性の5項目が判断基準となった医療保健システムの総合評価は、我が国が当時の加盟191カ国中1位となっている。日本の医療制度が世界トップの評価を受けている背景には、国民皆保険があることに疑問の余地はないだろう。日本の国民皆保険は、2011年9月1日刊行の『THE LANCET』で「日本特集号：国民皆保険達成から50年<sup>③</sup>」として取り上げられ、世界的に高く評価されている。

我が国の医療制度は、診療報酬を国で決められているために、価格の自由競争は起こらず、市場原理主義が入りにくい。それでも、フリーアクセスがあるので患者は医療機関を選択することができて、医療機関間にもある程度の競争原理は働く。患者の窓口での自己負担もあるので、患者側に受診の是非についてある程度の自己判断が求められる。官僚による完全な統治体制ではなく、市場原理主義でもない。職業的専門家集団である医師会がすべてを管理しているわけではないが、中央社会保険医療協議会や社会保障審議会では日本医師会の意見も反映されている。このように国民皆保険は、社会的共通資本の概念がほぼ具現化されたシステムとして運営されてきたと言えるのではないだろうか。

### 2. 社会的共通資本としての国民皆保険の課題

我が国の医療制度は非常によくできているが、課題も多い。最近の医療費の伸びをGDPの伸びが支えられず、財政赤字が膨らんでいる。医療費の伸びの要因には、高齢者の増加による要因と、医療の進歩（高額薬品の開発など）による要因がある。2017年第5回経済財政諮問会議の塩崎臨時議員提出資料「予防・健康・医療・介護のガバナンス改革<sup>④</sup>」によると、2005年と比較すると2015年の医療費は28%伸びており、その要因は高齢者の増加等の影響が+13%、それ以外の影響が+15%とされ、高齢者の増加よりも医療の進歩による影響の方が大きいことが指摘されている。オプジーボやハーボニーに代表されるような画期的な効果が期待できるものの、極めて高額である薬品が、今後はさらに登場するだろう。

医療費の増加により、国民皆保険はこのままでは破綻するのではないかという議論は常に付きまとっている。診療報酬改定のたびに、二言目には医療費削減という話が出てくるが、それではそもそもこれまでの診療報酬の在り方は適切だったのだろうか。医師の働き方改革の議論でも明らかにされてきたが、これまでの日本の医療制度は医師をはじめ医療従事者の「献身的な働き方」を前提に成り立ってきた。「わが国の医療についての基本資料（2011年5月18日、中央社会保険医療協議会）<sup>⑤</sup>」によると、日本の平均70.6時間勤務が欧州並みの勤務時間48時間になった場合、一日あたり3.8万人の救急搬送患者に対応できなくなると報告されている。現状の医療レベルを確保しつつ、時間外労働の上限が設けら

れば当然人員を増やす必要がある。人員増となれば、経営にも大きな影響が及び、そもそも勤務医の確保自体も容易ではない。地方から都市部へ医師が集められると、地方の医療は完全に崩壊する。人員を増やさずに時間外労働の制限を守ろうとすれば、結果的に診療の質や安全性の確保も困難になり、患者・国民の方が被害を受けることになる。さらに研修時間の考え方や、医師の応召義務の問題など課題は非常に多い。日本医師会では「医師の働き方検討委員会」でまとめられた答申をたたき台に医療界の意見を集約して、厚生労働省の「医師の働き方改革に関する検討会」に示すことになっているが、地域医師会でも幅広く議論をして現場の意見を収集する必要があるだろう。

しかし、まだ医師の働き方に対する規制が本格的に導入されていないにも関わらず、すでに多くの病院が赤字で苦しんでいる現状は、一体何故なのだろうか。宇沢先生は、「国民皆保険制度は、社会的共通資本としての医療を具現化するために基本的、中核的な役割を果たす。しかし、理想と現実との間の乖離は大きかった。その乖離を埋めるために、医師、看護師を中心とする医療に関わる職業的専門家の献身的な営為と医療行政に携わる人々の真摯な努力が続けられてきた」と述べられ<sup>6)</sup>、現行の医療制度の問題点を次のように指摘している<sup>1)</sup>。

- ・ 医師などの技術料が極端に低く評価されている。
- ・ 医師の経験、技術水準などが全く無視されている。
- ・ 人件費や設備の維持費の赤字部分を、検査料や薬剤料などの黒字で補填されている。
- ・ その結果、医学的最適性と経営的最適性が乖離してしまう。
- ・ 医学的最適性と経営的最適性が一致するためにはその差を社会的に補填しなければならない。つまり、医療を経済に合わせるのではなく、経済を医療に合わせる必要がある。

2017年実施の医療経済実態調査<sup>7)</sup>によると病院の損益差額率は、一般病院で2015年度の▲3.7%から2016年度は▲4.2%と赤字がさらに拡大した。このうち医療法人は▲1.8%、国立は▲1.9%、公立は▲13.7%となっている。人件費や設備の維持費の赤字部分を、検査料や薬剤料などの黒字で補填できなくなったからであろう。医師の技術料の低評価のツケが、溜まってきた結果であるとも言える。医師の技術料がきちんと評価されなければ、医療機関は経営が成り立たなくなり、その結果として医師は医学的最適性よりも経営的最適性と優先せざるを得ない状況に追い込まれ、信じたくはないが確信犯的に不必要な医療が行われるおそれもある。もしもそうならば、不幸になるのは患者である。

国民に必要な医療費は国民総生産や税収の額で決まるわけではない。患者にとって必要な医療にかかった費用の総額が医療費である。予防医療の推進や健康寿命の延伸などを通じて、医療の必要性を減らす取り組みは必須である。医療を実践する医師が、本当に必要な医療を効率よく行うための知識と技術と倫理感を備えることも重要である。国民にも、医療は社会的共通資本として皆で大切にするものだという理解が必要である。その上で、患者にとって本当に必要な医療、つまり、**医師が純粋に医学的最適性に準じた医療を提供した場合に、医療機関が経営的に成り立つような医師の技術料を担保する必要がある。つまり、医療を経済に合わせるのではなく、経済を医療に合わせる必要がある**<sup>1)</sup>。ただし、その前提として、医師の職業的倫理、科学的知見、技術的習熟、優れた人間的資質が不可欠であるというのが、社会的共通資本としての医療の原点である。

### 3. 国民皆保険を脅かす市場原理主義 (各論 2-1 p.33)

ミルトン・フリードマン (1912~2006) は、公共事業や社会保障制度に否定的で、政府は国民の自由を尊重し、経済を自由にすればいいと主張した。市場原理主義 (新自由主義、マネタリズム) は、あらゆるものの価値をお金に換えて、企業が市場で最大限の利益を上げることを目的としている<sup>(2)</sup>。企業は株主のものであり、株主の利益のためにある。利益を上げるために法も制度もどんどん変える規制緩和と、あらゆる面での民営化を進めていく。大きな政府から小さな政府に変えていき、政府による社会保障制度も不要と主張している。実際アメリカの医療制度は民間保険が中心であり、「生命と健康」も投資の対象となっている。加入している医療保険のレベルによって、受けることができる医療の格差が大きな社会問題となっていることは、米国の映画『ジョン Q (2002)』や『シッコ (2007)』でも詳細に描かれており、『市場原理が医療を減ぼす (李 啓充 2004)<sup>(8)</sup>』、『沈みゆく大国アメリカ (堤 美香 2014)<sup>(9)</sup>』、『医療再生 日本とアメリカの現場から (大木隆生 2016)<sup>(10)</sup>』など多数の書籍がある。

イギリスは 1948 年医療機関を国営化し NHS (国民保健サービス) という素晴らしい理念を持った制度がスタートした。これが日本の国民皆保険のモデルにもなっている。しかし、スタート当初から医師の裁量権が大きく制限されたり、診療報酬が抑えられるなど現場からは不満が多い制度だった。それに追い打ちをかけて、サッチャーの市場原理主義を導入した医療費抑制政策は、イギリスの医療制度を完全に破壊してしまった<sup>(6)</sup>。日本は、この轍を踏んではならない。

日本においても、市場原理主義を背景とした小泉純一郎政権の聖域なき構造改革で医療崩壊が現実のものになったのは記憶に新しい。医療費の伸びを抑えるためには規制改革が必要であると唱える者の中には、日本の医療を自分のビジネスチャンスにしたいと考えている勢力が見え隠れする。**社会的共通資本である医療は、決して市場原理に委ねてはならない。**社会的共通資本としての国民皆保険を未来の世代につなげていくことが、今日を生きる私たちの責務である。そのためにも、市場原理主義的な考えに基づく混合診療の全面解禁や、営利目的の株式会社病院の参入は絶対に認めてはいけないという日本医師会の主張には心から賛同する。

### 4. 在留および訪日外国人に対する医療問題 (各論 2-2 p.35)

在留外国人の人口は年々増え続け、1985 年の 85 万人程度から 2016 年には 238 万人と約 3 倍に膨れ上がっている。どこの国の人であろうと病気や怪我で苦しむ患者がいれば、医師として全力で対応することも社会的共通資本としての医療の基本であろう。日本に滞在する外国人が急増している中で地域医療を考えた時、言葉と文化が異なる外国人に対する医療も、医療の今日的課題の一つである。

言葉の問題を考える時、単なる翻訳では微妙な症状の訴えを聞くことはできないし、病状や治療方針なども十分説明することが難しい。医療通訳を介して診療するという選択が最良であるが、問題点は 2 つある。1 つは医療通訳という資格が公式に設定されていないこと。もう 1 つは医療通訳に要した費用を患者側と医療側のどちらが負担するかの明確なルールが存在しないことである。資格が存在しない上に、その業務に対し報酬が支払われるかどうかは定かではない。このような状態で苦勞して特殊な医療用語を含む外国語を習得しようとする人材が育たないのは当然のことである。

また、訪日外国人は日本の医療制度の仕組みをよく理解できない人も多く、日本の医療機関の窓口では十分に説明できていないケースもある。現在のところ、未集金問題はそれほど顕著ではないが、今後増加するおそれがある。

さらに、2015 年の代々木公園でのデング熱発生など、一昔前にはみられなかった輸入感染症が身近

なものになりつつある。結核高蔓延国からの入国を防ぐことはできず、在日外国人の結核患者も増えている。発症後の治療が不十分なまま通院しなくなる例もあるという。また、1957年以降国産犬の狂犬病の報告は皆無だが、世界では年間5万人が発症しそのすべてが死亡している。検疫で食い止めるのが理想的だが、今後医療界は今まで経験したことのない疾病に出会う機会が増えることになるだろう。

その一方で、入国当初から治療を目的として滞在する外国人は、国民健康保険の適用対象外であるが、昨今留学目的と偽った不適正な高額請求事例が僅かながらみられたことが厚生労働省の調査で明らかとなった。そのため厚生労働省は地方入国管理局と連携し、在留資格の本来活動を行っていない可能性がある場合、偽装滞在の可能性のある旨を通知し、在留資格を取り消した上で被保険者資格を職権で削除し、給付費の返還請求を行う通知制度を2018年1月より試行的に運用する方針を全国に通知した。社会的共通資本である日本の国民皆保険を悪用されないことがないよう、厳重な対策が必要である。

## 5. 国民皆保険を守るための将来ビジョン

では、限られた財源の中で、伸びゆく医療需要にどのように対処すべきだろうか。

小泉政権時代のように医療費をいくりに抑えるという金銭的な議論を入り口とすると、ともすれば真に必要な医療を抑制する部分も出てきてしまい、ひいては国民の生命や健康よりもお金を優先するののかという感情的でミスリーディングな議論を喚起してしまう可能性がある。大事なことは、**健康アウトカムを下げることなく、不必要な医療サービスを抑制して効率性の高い医療体制を目指す**という科学的な議論である。社会的共通資本である医療を守るために、私たち医師と医師会は、医療の専門職・専門職集団として高い倫理性と科学的知見の下に、開かれた議論を真摯に進めていかなくてはいけない。今必要なことは、ビッグバン的な大改革ではなく、現在すでに実行されている取り組みを、丁寧に再検証して、持続性がある強い制度にしていくにはどうすればよいかという視点だと考える。理念を語るだけではなく、PDCAサイクルを回して、着実に実績を確認しながら進めることだろう。その取り組みを尽くした上で、さらに必要な費用の負担は国民に納得できる形で示して、理解を求めることが必要である。それとともに、たとえ費用がかかったとしても、人としてゆたかに生きるために必要な医療を行うことは医師の使命であり、社会的共通資本としての医療の本質である。

地域医療の現場で国民皆保険を守るために「医師会員として何をすべきか」のビジョンを提案したい。

### 1) 健康寿命の延伸 (各論 2-3 p.37)

終戦直後には約50歳だった平均寿命が、2015年に厚生労働省が発表した調査では女性が86.99歳、男性が80.75歳と30歳以上も伸びている。国民の長寿がゴールだとしたら、日本の医療は成功したと言える。しかし、1995年と比較するとこの20年で平均寿命は約5年伸びたが、健康寿命(健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間)はほとんど伸びていない。

政府は、健康寿命の延伸を実現するために必要となる主要項目として、データ利活用基盤の構築や、保険者・経営者による「個人の行動変容の本格化」、新手法の導入促進による「質の飛躍的向上、医師・患者の負担軽減」、科学的介護の導入による「自立支援の促進」を挙げているが、ここで注目したいのが「個人の行動変容の本格化」である。地域医師会を中心に多職種と連携して国民の健康への意識を変える、地域全体を巻き込んで健康増進に取り組むことが非常に重要である。「かかりつけ医」は、病院、診療所を出て、地域住民に直接訴えかけていき、多職種協働で健康への意識変容、行動変容を促していく必要があると考える。



## 2) フレイル対策 (各論 2-4 p.39)

フレイルには、サルコペニアやロコモティブシンドロームに代表される身体的フレイル、精神うつや物忘れや軽度認知障害に代表される精神心理的フレイル、外出頻度の減少や閉じこもりに代表される社会的フレイルがある。この3つのフレイルが相互に関連して、徐々に患者の全身状態が悪化し要介護状態に陥る。

フレイル対策には、①フレイル予防、②要介護状態以前のフレイル患者の早期介入による健常化、③軽度要介護状態のフレイル患者の状態悪化の防止があり、この3つの対策を多職種間で協議し課題を共有することが重要で、その実現には地域包括支援センターの機能強化が重要である。「社会的共通資本」としての地域包括ケアシステムの中心的な役割を担う地域包括支援センターを、よりいっそうの在宅医療介護の中心に置くための機能強化案として、管理栄養士・理学療法士・作業療法士・鍼灸マッサージ師の地域包括支援センターへの配置を提案したい。これにより医療・介護・リハビリテーションの多職種連携がよりいっそう強化される。今後将来の日本の超高齢社会を支えるのは、機能強化された地域包括支援センターと地域医師会、「かかりつけ医」の連携であると考えられる。

## 3) 予防医療 (各論 2-5 p.41)

予防医療の目標は、健康に悪影響を及ぼす環境や行動、社会的要因を軽減除去し疾病や健康障害を予防し、さらには人々の健康状態と QOL を向上させることである。予防は疾病の進行段階に応じて三段階に区分され、それぞれ、①一次予防：疾病・事故の発現防止（すなわち罹患率低下）と健康増進が目的、②二次予防：早期発見・早期治療による健康障害の進展防止（すなわち死亡率低下、生存期間延長）が目的、③三次予防：機能障害や能力低下を防止し ADL や QOL の向上や社会復帰が目的である。ここで最も重要なのは一次予防であり、人生の早期からの食生活や運動、休養、飲酒、喫煙といった生活習慣、生活環境などに対する適切な対応である。

家庭や地域や学校において、幼児期から食事、運動、休養などについて、学童期思春期には喫煙、飲酒、薬物等についての情報を提供し啓発・教育を行うことが重要である。その際、ごく基礎的な医学知識や BLS (Basic Life Support : 一次救命処置) 等の重要な実技、さらには国民皆保険を含む日本の医療制度についての教育も行うことで、国民が適切に医療を利用できるようになることが期待される。この啓発・教育を実際に担当するのは、地域の「かかりつけ医」である医師会員の重要な役割である。

## 4) 喫煙対策 (各論 2-6 p.43)

「喫煙は健康を害する」これは周知の事実である。2017年5月に発表された WHO ファクトシート「たばこ<sup>(11)</sup>」によると、たばこが原因で毎年700万人以上の人々が死亡している。その内600万人以上は直接の喫煙によるものであり、約89万人は受動喫煙によるものと報告されている。

2020年の東京オリンピックに向けて、罰則規定付きの受動喫煙防止法案の議論が進んでいる。IOC (国際オリンピック委員会) は1988年カルガリー大会以降、オリンピックの禁煙方針を採択し、会場の禁煙化とともにたばこ産業のスポンサーシップを拒否している。カルガリー大会以降の大会で、罰則規定付きの受動喫煙防止法が制定されていない都市はない。現在日本の受動喫煙対策は先進国では最低レベルであり、様々な利害関係があると思うが、世界に恥ずかしくない法律の制定を願う。

また、これを機会に一人でも喫煙者が減り、日本がスモークフリーの国となり、それによって国民の健康が維持および向上されることを期待する。

## 5) 予防接種 (各論 2-7 p.45)

WHOによれば現在の世界では、予防接種により200~300万人の死を回避しているという。しかしさらに接種率が向上すれば、加えて150万人の死を回避できるという。現在日本では、生後2カ月から16歳までを対象に10種類の定期接種と、4種類の任意接種が行われている<sup>(12)</sup>。定期接種のワクチンは、国の責任で接種されるもので費用は原則公費で負担される。一方、任意接種のワクチンは、個人の責任で接種されるもので費用も原則個人負担であり、保護者にも接種者にも十分な情報提供がされないこと、救済制度が異なることなどからワクチンの接種率は低く、これらの疾患が依然社会に蔓延している現状がある。また、同時接種、混合ワクチンの普及、異なるワクチンの接種間隔、ワクチンの接種方法と接種部位など、我が国は国際標準から遅れている。具体的な対策として、①安全性の周知をすること、②より多くの項目を公費で行えるようにすること、③予防接種を受けられる施設を増やすことの3点が肝要である。予防接種に関する問題点を解消し、日本の予防接種事情が1日も早く世界各国に迫いつき、それによって国民のVPD (Vaccine Preventable Diseases : ワクチンで予防できる病気)を防ぐことができるよう、日本医師会としてさらなる取り組みが期待される。

## 6) 産業医学 (各論 2-8 p.47)

ILO (国際労働機関) と WHO の合同委員会が1995年に採択した定義によると、「産業保健はすべての職業におけるすべての労働者の身体的、精神的および社会的健康を最高度に維持、増進させること、労働者のうちで労働条件に起因する健康からの逸脱を予防すること、雇用中の労働者を健康に不利な条件に起因する危険から保護すること、労働者の生理学的、心理学的能力に適合する職業環境に労働者を配置し、維持すること<sup>(13)</sup>」とされている。今後減少する見込みである働く世代の健康を守ること、国民がゆたかに生活できるための社会的装置という意味では、産業医が行う予防医療もまた「社会的共通資本」だと言えるだろう。

産業医制度の問題点は下記の如くである。

- ① 産業医の地域偏在と高齢化による、相対的・絶対的不足：契約できない産業医がいる一方で、契約できない企業がある。
- ② 50人未満の従業員の企業への対応が不十分：地域産業保健センターの制度が不十分。
- ③ 産業構造の変化や雇用環境の悪化等により労働者の健康管理の範囲の拡大：過重労働やメンタルヘルスなど、産業医業務の多様化と拡大。

これらの問題の解決のために、医師会が中心となってマッチングシステムや研修システムなどの構築を行っていくことが望まれる。

## 7) 地域医療構想による連携の推進

地域の基幹病院 (特に公立病院) は、その地域に住む住民がゆたかな生活を送るために必要不可欠な社会的共通資本であるという認識が重要である。現在各地域で地域医療構想調整会議による協議が進められているが、日本医師会から再三説明されているように、地域医療構想は病床削減ありきではなく、不足している病床機能を補うために検討するものである。医療費の削減だけを目的とするのではなく、それぞれの病院が提供できる機能と、地域から求められている機能を明らかにして、病院間の連携を進めることで効率性の高い医療体制を構築することが目的である。

地方自治体病院が効率性を追求して大きな利益を上げるということは、今度はその自治体の国保が赤

字に陥りかねない。また、収益を上げるために民間病院と同じ土俵で争っては、共倒れになりかねない。公立病院は、たとえ不採算部門でも、社会的共通資本として地域において必要な医療は守らなくてはならないという視点も必要であろう。

その一方で、地方自治体病院の非効率的な経営や、建築段階から過大な投資をされる例があり、首長選挙の際の無謀な公約に基づいた箱もの行政の弊害も指摘されている。赤字の補填は地方自治体の持ち出しになるので結局そのツケは地域住民に回ってくる。

そういった意味でも、社会的共通資本である地域の基幹病院の在り方は、それぞれの地域の実情に合わせた議論が必要であり、地域医療構想は絶好のチャンスである。その地域の医療の事情を知る医療の専門家集団である地域医師会が深く関与すべきであろう。

## 8) 社会的共通資本としての地域包括ケアシステム (各論 2-9 p.49)

超高齢社会を迎え、全国各地で地域包括ケアシステムの整備が推進されている。重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムもまた、社会的共通資本であるという視点が必要である。行政に任せるだけではなく、医療・介護・福祉の専門家集団の知見を結集するとともに、町内会や公民館、老人会など様々な既存の組織を最大限活用することが求められる。

現在日本においては、あらゆる分野において地域格差があり、医療や介護についても例外ではない。地域の自治体担当者の能力にも差があるが、そのためにその地域の住民が不利益を受けることがあってはならないだろう。そういった意味でも、郡市区医師会の積極的な関与が重要である。

その一方で、多職種連携の集まりの中でよく聞くのは「コミュニケーションのハードルが最も高いのは医師である」という声である。こういった意見に真摯に耳を傾け、「かかりつけ医」と郡市区医師会が自らコンダクター役を買って出て、率先して関わらないと実効的なシステムとして機能しないだろう。地域包括ケアシステムを構築することは地域医療にとって重要であり、「国民の生命と健康を守る」ために、地域の医療・介護関係者全体で「地域包括ケアシステムは、社会的共通資本である」という理念を共有することが、今後医師会がすべきことと考える。

## 9) 医療と ICT (各論 2-10 p.51)

ICT の導入によって総医療費は削減できるのかどうかは現時点ではエビデンスはないが、処方内容や検査結果等の診療情報の共有によって明らかに不必要な医療サービスを抑制して効率性の高い医療体制を構築することができる。さらに IoT、AI の医療への活用は、間違いなく普及するだろう。

2018 年度の診療報酬改定では DtoP (Doctor to Patient) の遠隔診療が「オンライン診療」として評価されることとなり、今後さらに拡大する動きが強く出てくるだろう。確かに、ICT を活用した遠隔医療は、かかりつけ医と専門医の連携により、へき地医療レベル向上に貢献し、医師の偏在の原因の一つとされる過重労働を強いられる地域での医師の負担軽減に寄与するであろう。また、例えば育児中で自宅を離れられない医師が ICT を活用して時短で効率よく働くなど、医師の働き方自体を変える可能性を期待する声もある。しかし、診療報酬が抑制されつつ、ICT の費用も診療報酬で負担されることになれば、本来の医療に必要な診療報酬が圧迫され、医療の質がおろそかになるような事態も危惧される。

また、医療費抑制政策を進める国や、ICT の高度な専門性を有する民間企業と対話・対峙していくわけであるが、決して医師個人・医療機関・地域医師会すべてが ICT 技術に精通しているわけではない。

この状況に各医師・医療機関・地域が個別に対応することは危険ではないだろうか。また、地域医療連携におけるセキュリティ対策や、医療従事者のセキュリティ教育の在り方も、足並みをそろえる必要がある。そこで必要なのは、地域や医療機関の垣根を越えて横断的に連携する組織であり、47都道府県医師会の会員をもって組織する日本医師会が、その役割を担うことができると考える。すでに、2016年6月に日本医師会は「日医 IT 化宣言 2016<sup>(14)</sup>」を公表しており、医療・介護情報 ICT 化の共通基盤の構築が喫緊の課題となっている。

日本医師会のリーダーシップに期待すると同時に、新しい技術であり未知な部分も多い ICT においては、これまで挙げてきた問題も含めて、より多くの医師会員が議論を深めて、ICT の進むべき方向性を考えていくことが必要である。そのような場を地域において設置することが求められ、それもまた、今日の医療的課題に対して医師会員がすべきことであろう。

## 10) 国民皆保険を守るために、国民への理解を求める

国民皆保険を将来においても継続可能なものにするために、提供される側すなわち一般市民にも、医療は社会的共通資本として適正な配分が必要であるという理念を共有する必要があるのではないだろうか。例えば、夜間の救急外来へのコンビニ受診を繰り返していると、社会的共通資本である地域の救急医療体制を守ることができなくなることを一般市民にも理解していただかなくてはならないだろう。医療は一般の商取引に基づくサービスではなく、社会保障である。救急医療体制は希少資源であり、大切に使わなくてはならない社会的共通資本であるという理念を地域住民と共有することが必要だと考える。地域住民との対話には、地域住民に一番近いところにいる郡市区医師会と「かかりつけ医」の役割が重要である。

また、どのような医療をどの程度まで行うべきかは、国民的な議論が必要である。明確なエビデンスがないまま、国民皆保険により自己負担が少ないが故に、医師も本人も家族も比較的安易に行っていることはないだろうか。その結果、不必要な医療が行われているケースもある。その一方で、高齢者は健康状態や身体能力の個人差が著しく、85歳を過ぎても現役で社会貢献されている方も多い。単に年齢だけで切ってよいものかという意見もある。高齢者に対する先進的な医療の適用については、医師の裁量は十分尊重すべきであるが、主治医（かかりつけ医）一人の判断だけではなく、複数で客観的に判断する仕組みが必要であろう。

自分の健康を守るための基礎知識や、違法薬物の害、認知症の人への対応、人生の最終段階における医療などの基本的な医学知識や、医療保険や介護保険の仕組みなどの社会保障制度は、学校教育として取り組むべきであろう。さらに社会人になった後も、国民の生涯教育として継続して情報を提供することが必要である。最近、テレビで病気や健康について取り上げるバラエティ番組が増えているのは、国民の関心が高まるという意味で悪い傾向ではないと思うが、時には首を傾げたくなるような内容もある。また、週刊誌などで過激な見出しを付けて、一部の有害事象を強調した記事をよく目にするようになった。インターネットの情報はまさに玉石混淆の状態である。病気や健康に関する情報は、医師会や学会などの医学の専門職集団が、正しい知識と倫理観を持って情報提供を行うことが必要だと思われる。

国民皆保険を未来につなげていくためには、国民一人ひとりの医療制度への理解の向上や医学知識の浸透が必要不可欠である。地域住民への啓発活動もまた、地域医師会と「かかりつけ医」の重要な役割と考える。

## 第3章 社会的共通資本としての医療からみた医師の在り方

### 1. 医師の偏在対策と働き方改革

#### 1) 社会的共通資本としての医療の構成要素という視点

医師一人ひとりも社会的共通資本としての医療の構成要素と捉えることができる。医師は労働者であるが、社会的共通資本としての医療の視点から考えると、地域医療を支えるために適切に配置される仕組みが必要であろう。現在の医師の地域偏在、診療科偏在は非常に深刻な問題であり、早急に実効的な対策を講じる必要があるが、官僚的な法規制による医師の強制配置は決して導入すべきではないと考える。また、人材派遣会社に高額な手数料を支払わないと医師が確保できないという市場原理主義的な手法が横行する世の中はいかかなものだろうか。

日本の医療制度は医師の「献身的な働き方」を前提に成り立ってきた。過重な働き方を強いられることが医師の地域偏在、診療科偏在を生んだ要因でもある。医師はやりがいがある職業であるが、特に高度な手術や生死に直面する診療科の勤務医の現場は過酷で責任が重い。それでも皆真摯に取り組んでいるのは、人のために役立ちたいという思いと、患者がよくなり感謝された時の充実感があるからだろう。しかし、その基盤はガラスのようにもろい。『医療崩壊―「立ち去り型サボタージュ」とは何か<sup>(15)</sup>』が上梓されてから12年経過したが、ようやく勤務医の働き方にスポットが当たるようになった。社会的共通資本である地域医療を守るためには、医師一人ひとりのモチベーションを尊重しつつ、地域偏在が解消するようなシステムを構築する必要がある。それは官僚的支配ではなく、また市場原理主義でもなく、医療の現場を知る職業的専門家集団によって専門的知見と職業的規律に従って管理・維持していくことが、社会的共通資本としての医療のあるべき姿である。すべての医師が自分の使命を生き生きと全うできるように、社会的共通資本である医療とその構成要素である医師を、医療現場と地域社会がともに支えるという意識が、医師自身にも一般市民にも必要なのではないだろうか。

日本医師会を中心に病院団体等と歩調を合わせた国レベルの議論とともに、それぞれの地域の状況を踏まえつつ地域医師会を中心とした地域住民を巻き込んだ対話が求められる。

#### 2) 人材確保難に対して何をすべきか（各論 3-1 p.53）

2004年4月に導入された「新医師臨床研修制度」は、医師としての人格を涵養し、プライマリ・ケアの基本的な診療能力を修得するとともに、アルバイトせずに研修に専念できる環境を整備することを基本的な考え方としてスタートした。この理念は素晴らしいが、新制度の導入により研修医は大学の医局に入局せず、研修プログラムが充実した都市部の大病院を選択するようになった。その結果、大学医局の人材は減少し、地方の病院から医局へ医師の引き上げが相次ぎ、地方の病院では医師の確保が非常に厳しくなった。2017年度から導入される予定だった新専門医制度の導入が一年先送りにされた背景には、拙速なスタートでは地域医療がまた大きなダメージを受けるのではないかという危惧があり、地域医療に配慮することが前提のシステムとなった。新しい制度の導入は予期せぬ形で地域医療を一気に崩壊に導く可能性がある。地域医療の現場に即した慎重な議論と検証が必要である。

7対1看護配置基準が創設された2006年以降、大病院が収益拡大のため躍起になって看護師確保に奔走した。看護師確保は競争時代へと突入し、算定基準の人員を確保するため、安全な医療を提供するため、すべての医療機関が競合相手となった。最低限の看護師確保がかなわないと、配置基準を満たせなくなり、稼働率の低下を招き、病棟再編・病床転換を余儀なくされる。

さらに、介護職、薬剤師の確保も非常に難しい状況である。他の職種を含め自分たちが売り手市場の環境にいることを意識し、また昨今のワークライフバランスや働き方改革の流れも加わって、より条件の良い職場を求める風潮が強まった。医療業界だけでなく社会全体として労働人口の流動化が始まっている。結果として高額な紹介料にも関わらず、人材紹介会社に依頼する医療機関が後を絶たない。安易に人材紹介会社に頼るのは、結果として医療機関の財務を圧迫する反面、紹介会社の業績を良くし、紹介会社との競合激化という悪循環を招いてしまう。

人材確保難という非常に大きな構造上の問題に対して、医師会員の個の力も必要不可欠であるが、それだけでは到底太刀打ちできない。医師会全体、いやそれだけでなく医療・介護業界全体が協力し合っ

### 3) 医師の働き方改革 (各論 3-2 p.55)

2017年3月、政府は働き方改革実現会議を開き、「働き方改革実行計画」を決定した。「罰則付き時間外労働の上限規制の導入など長時間労働の是正」などについてまとめられ、医師も時間外労働規制の対象であると明記された。しかし、「応召義務等の特殊性を踏まえた対応」が必要との理由で、医師についての適用は改正法施行日の5年後に先送りされ、その上で、実施に向けて医療界も参加して「規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し結論を得る」とされた。

医療安全の面からも医師の過重労働の問題点が指摘されている。長時間労働により重大な医療過誤の発生率が高くなることが示され、欧米では法規制が行われているが、前述の通り日本は全く遅れている。「平成24年度日本外科学会会員の労働環境に関するアンケート調査<sup>(16)</sup>」では、医療事故・インシデントの原因として「過労・多忙」という答えが8割を超え、約6割の外科医が当直明けにも通常の手術を行っていると回答している。医師の業務は患者の生命に直結するのであって、医師の労働時間規制は何よりも患者のためであるという視点が必要である。

過労死ラインをはるかに超えている現状の過重労働の解消は待ったなしの課題である。しかし、医師不足や偏在の解消は一朝一夕には進めない。これは勤務医だけで解決できる問題ではない。勤務医、開業医、行政、住民など、地域全体での解決を図る必要がある。そこで議論を主導すべきなのは医師であり、その専門職集団である日本医師会、地域医師会でなければならない。医師が安心して働ける環境を作り、守り、他の業界の手本となるように行動することが医師会と医師会員には求められている。

### 4) 医師の偏在対策と地域枠の在り方 (各論 3-3 p.57)

地域医療の崩壊が叫ばれて久しく、その対策はなされているものの、十分な成果が上げられていないのが現状である。医学部の定員増加に伴い全国的な医師数の増加が図られているが、地理的偏在と診療科の偏在による相対的医師不足が問題となっている。2016年の医師・歯科医師・薬剤師調査では都道府県ごとの人口10万人対医師数が最大と最小の県が2倍程度の開きがあるのみならず、34の都道府県において二次医療圏ごとの人口10万人対医師数は最大と最小の医師数が2倍以上開いているという。

近年大多数の大学医学部では、医師の地理的偏在を是正するため地域枠が設けられ、地域の医師数の増加に期待が寄せられている。地域枠には大学の設置された都道府県出身者およびその近隣の特定地域からの出身者から選抜されるものや、出身都道府県に関わらず全国から選抜されるものがある。一定期間、出身大学附属病院または関連施設での従事が義務付けられており、奨学金が受給されるケースもみられる。地元出身の入学者は、その都道府県への定着割合が高く(約80%)、臨床研修も地元で行うこ

とが定着に効果的（約 90%定着）であることが示されている。

地域枠制度が導入されおよそ 10 年が経過した。地域枠入学者が実際の臨床現場でようやく活躍し始めたばかりである。地域枠制度の有用性がこれから検証されることとなるが、この制度をより有用に運用するためにも、国・地域とその医師会が連携を取り合って、制度を確立していくことが期待される。

## 2. 地域医療を支える「かかりつけ医」の在り方

### 1) かかりつけ医と総合診療専門医（各論 3-4 p.59）

2018 年度からいよいよスタートすることになった専門医制度では、19 番目の基本領域の「総合診療専門医」が設定されることになった。総合診療は、以前から総合診療医やプライマリ・ケア医、家庭医として実践していた医師もいたが、専門医として新しく制度化され、将来の地域医療の充実のためには今後大切に育むことが重要である。まさに地方での総合的な医療を実践するために必要なスキルを身に付けられるカリキュラムになると期待される。そういった医師が、各地に配置され、「かかりつけ医」として地域医療を支えるような時代になるのであれば非常に心強いと思う。しかし、この制度が完全に定着するのは、新しく総合診療専門医となった医師が指導医になるという教育の連鎖が確立してからだろう。2018 年 4 月からの専門医研修プログラムにおける専攻医の一次登録では、応募者 7,989 人中、総合診療科は 158 人であり（内科 2,554 人）、応募者が 1 人もいなかった県が 11 県あった。国内すべての地域に行き渡るには、10 年から 15 年くらいかかるかもしれない。その前に、団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年を迎えるので、とても間に合わない。

現在、日本医師会は地域医療を支えるために、「かかりつけ医」の普及を進めている。2013 年 8 月 8 日に日本医師会と四病院団体協議会から合同で出された「医療提供体制のあり方<sup>(17)</sup>」では、「かかりつけ医」を以下のように定義し、「かかりつけ医機能」を示している。

#### 「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

#### 「かかりつけ医機能」

- ・かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- ・かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- ・かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- ・患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

現在の日本の地域医療を支えている「かかりつけ医」の多くは、若い時代に勤務医として専門領域の医療に従事した後に開業し、開業後も特定の分野では専門性を活かしつつ、さらに総合的なプライマリ・ケアも行っている。「かかりつけ医」と「総合診療専門医」の関係性が分かりにくいという声もあるが、そもそも「かかりつけ医」と「総合診療専門医」は全く別の概念であり、延長線上にあるものでも、上位下位の関係でもない。総合診療専門医は、総合内科専門医や外科専門医等と同じく各科専門医の一類型であり、地域医療を実践するために「かかりつけ医機能」を身に着けた医師は等しく「かかりつけ医」と考えるのが分かりやすいと思う。

総合診療専門医を育てるのと並行して、すでに「かかりつけ医」として地域医療を実践している医師の総合的診療能力を向上させることが、地域医療の充実のためには現実的な対策である。そのために2016年度から日本医師会では「かかりつけ医機能研修制度」がスタートした。この制度を活用し、「かかりつけ医」の倫理感と総合的診療能力を高めていくことが、社会的共通資本としての地域医療の根幹となる。総合的診療能力は「かかりつけ医」に限らず、「各科専門医」を含めたすべての医師に必要不可欠なものである。医療が高度に細分化した現代こそ、総合的診療能力の充実が求められる。新医師臨床研修制度は前述の如く医師の偏在を生んだ「暗」の部分が強調されることが多いが、この制度の導入によって大学および各研修病院、医師会、地域医療に関わる機関の研修教育のみならず、その前段階の医学部学生教育を飛躍的に向上させた「明」の部分を持つことも忘れてはならない。学生、研修医への取り組みは近年充実しているが、ベテランの専門医も（専門科開業医も勤務医も）総合的診療能力の向上のために日本医師会の生涯教育講座を積極的に活用していただきたい。

「総合力のある各科専門医」と「総合診療専門医」育成の2本立てで、すべての医師が「かかりつけ医」としての素養を身に着けるという視点が必要である。かかりつけ医がその機能を果たすためには、日本医師会の学習システムも定期的に見直しとアップデートが必要になるだろう。

## 2) フリーアクセスの考え方と「かかりつけ医」

2018年度の診療報酬改定で、紹介状なしの大病院受診時の定額負担金を徴収する責務がある医療機関の対象範囲が、特定機能病院および許可病床400床以上の地域医療支援病院へ拡大された。「かかりつけ医」と大病院の外来機能の分化は社会的共通資本としての医療を有効に使うためには必要なことと考える。

経済財政諮問会議では、「かかりつけ医」の普及のため制度化してそれ以外の医療機関（大病院に限らず）を受診した場合の定額負担を導入するよう議論された。この背景には、イギリスのGP（General Practitioner）のような人頭割の制度の導入が見え隠れする。イギリスでは医師はすべて一種の公務員であり、GPと専門医に明確に分類されている。国民は皆、個別に決まったGPに登録をして、GPの紹介を経なければ専門医を受診することができない。GPの診療報酬は出来高制ではなく人頭割りの定額制であるため、イギリスのGPのモチベーションが低く、かつてはがんの手術を受けるために半年から1年待ちという事態や、イギリス人医師の海外流出も問題となった。

日本の医療制度が世界最高水準の評価を受けているのは、保険証一枚あれば日本中どの地域でも安心して医療を受けることができる国民皆保険によるところが大きい。この素晴らしい制度を多くの国民は今では空気のように感じているようだが、この制度は自然にできたものではない。

医療の3要素と言われる、①質、②コスト、③アクセスの3つは同時には成り立たないと言われているが、これまでの日本では他国よりも高いレベルでこれらのバランスが維持できていたことも世界最高



水準の評価につながっているものと思われる。すべての地域に新幹線が止まらないように、すべての地域に最先端の治療ができる総合病院を建設することが不可能なことは明らかである。これは、地方は必要な医療を我慢しろと言っているわけではなく、それぞれの地域に合わせた適切な医療を提供するために医療機関同士で連携するシステムの構築をしていかななくてはならないということである。その議論の場が地域医療構想調整会議である。2018年度の診療報酬改定でも、「地域包括ケアシステムの構築と医療機能の分化・強化、連携の推進」が重要課題として挙げられ、かかりつけ医機能が評価された。

**医療機関の機能分化を明確にし、現在もすでに定着している「かかりつけ医」による緩やかなゲートキーパー機能を制度的にも評価する方向性は、今後も進めていかななくてはならない。**

ただし、将来的な制度改正の際には以下の2点に留意する必要がある。

- ① プライマリ・ケアを行う医療機関へのフリーアクセスは今後も継続する。登録制度は導入しない。
- ② プライマリ・ケアを行う医療機関の一般診療における出来高算定は今後も継続する。外来患者を対象とした完全包括制や、機械的な人頭払い制度は導入しない。

### 3) かかりつけ医の偏在

都市部には医師の数が多く、まだ独り立ちできていない若い医師も多く、専門に特化している医師も多い。逆に地方には医師の数は少ないが、総合的な診療をしているベテランの医師が多い。医療過疎の地域で現実的に問題になっているのは、現在の医師の数よりも医師の高齢化である。現在「かかりつけ医」として訪問診療など地域医療を支えている医師の中には60歳後半から70歳代の一人開業医も多い。その医師が働けなくなれば、突然その地域の医療がなくなってしまうことになる。継承者がいないところも多く、過疎地域では新規開業を望むことは難しい。現実的に10年後には開業医がいなくなってしまう地域も少なくない。医師の偏在問題を考える時、地理的偏在、診療科の偏在とともに、年齢的偏在を考えなくては将来の地域医療のビジョンは描けないだろう。

また、都道府県間の偏在、都道府県内の偏在だけではなく、同じ市区町村内でも（たとえ都市部でも）医療機関へのアクセスの差は大きい。認知症高齢者の自動車の運転は社会問題となり、75歳以上の免許更新の際に認知機能検査が義務付けられた。今後徐々に免許返納者が増えてくるだろう。さらに、フレイルが進むと公共交通機関の利用さえも困難となる。今後全国的に高齢者人口が増える時代になることを考えると、住まいのからアクセスの良いところに総合的な診療を行う「かかりつけ医」がバランスよく配置されることが求められる。

### 4) 「かかりつけ医」を中心としたまちづくり（各論 3-5 p.61）

2016年4月に発表された日医総研「地方創生にむけて医療・福祉による経済・雇用面での効果<sup>(18)</sup>」によると、医療・福祉分野での雇用および経済力は大きく、特に地方経済にとって大きなウェイトを占め、地方創生につながると報告された。ライフスタイルの多様化の中で、病気を治す医療だけではなく、地域住民の人生を支える医療の必要が高まる中で、「かかりつけ医」の役割はさらに広がり、地域のまちづくりに大きなインパクトを持ち得ることになる。

東京女子医科大学医学部高血圧・内分泌内科の谷田部淳一先生が発案し、立ち上げた「あいづじげん健康ポイント倶楽部<sup>(19)</sup>」という事業（2017年7月をもって終了）がある。福島県会津美里町での家庭血圧に対するパーソナルケアレコードの作成を地域活性化につなげる取り組みである。通信機能を内蔵した家庭血圧計を用いることで、そのデータを集約し、医療者側、患者側の双方がそのデータを利用して

きるようにした。なるべく多くの住民に参加、継続してもらうために会津美里町商工会で使える商品券と交換できるポイント制度を創設した。

愛媛県西予市に「お伊ネ賞事業表彰<sup>(20)</sup>」というのがある。楠本伊ネはシーボルトの娘であり、我が国初の女性産科医である。この楠本伊ネを顕彰し、女性医師や女子医学生を奨励しながら、お伊ネさんにちなんだまちづくりや関連した取り組みを市のまちづくり推進課と医師会が協力し、地域住民も巻き込み展開しているのである。

「かかりつけ医」が地域の行政やコミュニティー、経済界に働きかけや協働をすることで、地域のまちづくりのすそ野は広がり、確固たる地域医療体制を存続させることにもつながるのではないだろうか。さらに、「かかりつけ医」が持てる力を発揮し、地域の活性化に貢献することは、社会的共通資本としての日本の医療を守ることにもなる。時代に対応した日本オリジナルの「かかりつけ医を中心としたまちづくり」が、これからも高水準の地域医療を支える土台となっていくものと信じる。

### 5) 人生の最終段階における医療に対する「かかりつけ医」の役割 (各論 3-6 p.63)

人生の最終段階における医療(終末期医療)の在り方は、国民的なコンセンサスが必要である。本人が望まない延命措置は、医師もやりたくはない。しかし、医師が不要と思った医療でも、家族が望むことがある。家族がそれを望むのは、何がその人にとって良いのかを判断するための知識と経験がないことが背景にある。経営的最適性を優先して延命措置を行っている医師はいないと思うが、訴訟を懸念して手控えることを躊躇することはあるかもしれない。一例一例はケースバイケースで慎重に考えなくてはいけないが、人生の最終段階における医療についてその場面できちんと選択できるように、元気なうちから備える必要がある。その重要性を一般市民に啓発することも、地域医師会と「かかりつけ医」の役割だろう。看取り教育(Death Education)の在り方については第一次医師会将来ビジョン委員会の答申でも取り上げられた<sup>(21)</sup>。

どのような形であれ、自分たちの最期の事をどうしたいかをそれぞれが考え、それを伝えておく必要がある。また、それはいつでも変更や追加できることを保証することが重要である。間違っはいけないのは、医療をほどこさなければ、死を迎えられないわけではないということである。機械的に書類上の手続きを進めていくと、ただでさえ弱い立場の人々に「周りに迷惑をかけずに自分で進んで早く死んでいくように」と強要されることになりかねない。また、終末期が必ず悲惨な状態になるというような考えを刷り込んではいけない。死は敗北ではない。人生の最終段階における医療には、その人のこれまでの人生の物語を重視したナラティブ・ベイスド・メディシンが重要であり、一人ひとりが穏やかな最期を迎えられるよう、多職種と連携しながら「かかりつけ医」が寄り添っていくことが求められている。

### 3. 女性医師の支援 (各論 3-7 p.65)

私立医科大学2大学調査<sup>(22)</sup>では、女性医師は一度でもフルタイムを退くことで定義される離職率が、卒後10年以内で約85%にも昇ることも分かった。これは、医学部・医学校の卒業後、丁度、医師としての修練と自分のライフイベントである出産・育児が時期的に重なることが理由である。つまり結婚出産というライフイベントに遭遇した時に高い確率で離職し、また一度でも離職すると再び常勤に戻るの3割程度しかないことがこの調査で明らかとなった<sup>(22)</sup>。

大学を含む大規模病院において院内保育施設などの子育て支援環境は大分改善してきているが、女性が働かない理由には、保育支援以外の労働環境にも問題がある。私立医科大学合同調査から性別のため

の有期ポスト獲得、昇進人事、終身雇用機会を得られなかった経験が女性が男性に比べて非常に多いことが分かった<sup>(23)</sup>。「見えないガラスの天井に頭をぶつけると就労意欲が下がる」が示唆され、労働環境整備や意識改革とともに、女性医師本人のモチベーションを上げるような工夫や取り組みが必要である。

結婚出産で一度でも離職するとその後専門医の取得や医学博士の取得率が低下するということが明らかにになった<sup>(24)</sup>。フルタイムをやめることで、それまで職場で提供されていた研究や勉強会への参加の機会がなくなる。当然、情報収集もしにくいし知識のアップデートもない環境に簡単に陥る。結果、専門医の取得や医学博士の取得も難しくなる。女性医師は医療界でもともと少数派のため、ロールモデルも少なく、簡単に孤独に陥りやすい存在である。まずはライフイベントに遭遇したら退職ではなく労働基準法にある産前産後休暇、育児・介護休業法に明記されている育児休暇を積極的に取得させ、退職をせずにソーシャルキャピタルを維持できる環境を提供する。医療界では大病院を除いてこうした職場における取り組みは遅れており、医師会が相談窓口やメンターの提供を行うことは非常に有用である。

日本医師会は厚生労働省からの委託を受け、日本医師会女性医師支援センターを通じ、各種の事業により女性医師の活躍を支援している。2007年1月30日に「日本医師会女性医師バンク」を開設し、女性医師の就業継続、復帰支援（再研修を含む）を行っている。また、都道府県医師会等との共催により、「医学生、研修医等をサポートするための会」等の講習会を開催し、啓発活動に努めている。女性医師の相談窓口の設置促進や育児中の医師の学習機会の確保を目的として、各医師会が主催する講習会等への託児サービス併設の促進・補助を行っている。こういった仕組みを多くの女子医学生と若い女性医師に知っていただき、活用していただきたい。

出産・育児世代の女性医師も、社会的共通資本としての医療の貴重な構成要素であり、社会においてどのように活かしていくかは、女性医師個人の問題ではなく、社会として支える仕組みの問題である。それは女性医師に限ったことではなく、ワークライフバランスはすべての医師に共通する課題である。医師の価値観には多様性があることを理解する必要がある。医師はいつでも患者のそばに駆けつけなくてはいけないという価値観も立派だが、それができなければ医師ではないと決めつけるのもいかなものだろうか。現在の50～60歳代の医師が研修医の時代と現在では明らかに社会の考え方が違っている。時間内は精一杯仕事をして、時間が来たらオフにして家族のために時間を確保したいという価値観も認められるべきであろう。価値観は、置かれた状況や年齢によっても変化して当然であり、常に多様性がある。しかし、多様性を認めることは、我がままで協調性がなかったり、手抜きをすることを容認することとは違う。医師は社会的共通資本としての医療の構成要素であるという理念の下、医師一人ひとりがプロとしての自覚、倫理性を発揮してこそ、価値観の多様性は理解し合えるものだと思う。

## 4. 医師の適正配置と働き方改革に対する将来ビジョン

### 1) 都市部から医師を派遣するシステムの確立

「一生、その地方に住んでこの病院に勤めなさい」と言われると抵抗がある医師も多いだろう。しかし、例えば2年という期間限定で、その後は確実に自分の希望したところで働くことができるのならば、行ってもよいと思う医師は少なくないと思われる。地方にとっては、長期間その地域の生活に溶け込んで医療を提供する医師がいることがベストだろう。もちろんそれを否定するわけではないが、すべての地域でそういった医師が今後も確保できるものだろうか。期間限定でも確実に継続して医師が確保できるセカンドベストのシステムを構築することも必要だと思う。かつて、大学の医局が医師の派遣機能を十分に果たしていた時代には教授からの指示に従って交替で出向していたが、現在は良い意味での医局

機能が失われてしまった。

医師の偏在対策は様々な場で議論され、医師偏在の解消のための「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」が検討される段階まで来た<sup>(25)</sup>。医療法改正や関係省令等の改正により、医師少数区域で一定期間診療した医師を厚生労働大臣が認定し、当該医師は、①広告可能事項、②経済的インセンティブの対象、③地域医療支援病院等の管理者の対象とするという。はたして本当にこの制度に実効性があるのかという意見もあるようだが、議論が一步進んだことは評価すべきだと思う。

インセンティブの設定の仕方には様々なアイデアがあってもよいと考える。地方で働くことがインセンティブとなる選択肢は多様性があった方が望ましいし、柔軟な発想が必要だと思う。そういったアイデアは、現場の最前線にいる中堅クラスの医師が一番持っていると思う。そういった医師の意見を引き出すことも医師会の重要な役割なのではないだろうか。

その一方で、地方の病院は医師が進んで働きたくなるような環境を整える努力が必要である。医師が派遣されるのを待っているだけではいけない。医師の働き方改革の議論でさらに問題は複雑になってきたが、地方の病院では少ない人数で当直業務を回してきた。これからの時代は過酷な労働環境の下では勤務を希望する医師は少ないだろう。逆に地方だからできる、ゆとりを持った環境の整備が求められる。

## 2) 特定専門医制度（各論 3-8 p.67）

第二次医師会将来ビジョン委員会の答申<sup>(26)</sup>では、医師の偏在対策として「特定専門医制度（仮称）」の導入を提案した。現在検討中の医師偏在の解消のための「医療法及び医師法の一部を改正する法律案<sup>(25)</sup>」を踏まえて、改めて本答申でも提案したい。

特定専門医制度の概要は下記の如くである。

- ① 特定専門医はその領域の専門医資格を持っていることが前提。
- ② 都道府県の地域医療計画として、地域の医療機関に必要な領域、必要な数の特定専門医を配置する。
- ③ 特定専門医は 個人に付与された資格ではなく、それぞれの病院に設定される「枠」とする。したがって、定年や開業などでその病院を退職した場合は、特定専門医ではなくなる。
- ④ 特定専門医の診療行為には、それ以外の医師が行った場合と診療報酬上の差をつける。もちろん、医師個人にもそれに見合った報酬が支払われることとする。
- ⑤ 医師少数区域で特定専門医として勤務した経験（例えば 2 年以上）を、将来的に医師多数区域で特定専門医に着任する際の要件とする。
- ⑥ 特定専門医は定年制とし、全国の特定専門医の配置状況、今後の年度ごとの見通しについての情報は公開し、学生や研修医の進路の検討材料にできるようにする。

専門的な知識と技術を持った専門医が適切に配置されることは、社会的共通資本としての地域医療には必要不可欠である。しかし、専門医の確保は営利目的の民間の人材派遣会社のような市場原理に委ねてはならないし、官僚的な強制配置であってもならない。それぞれの地域の医療の専門領域の職能集団（医師会、大学、病院協会、学会等）が専門的知見に基づき、職業的規律に従って管理・維持することが、社会的共通資本としての医療の在り方である。

## 3) 子育て世代の医師の支援

子育て世代の支援として、小さい子供を育てるための環境が完璧に整っていれば、地方は都市部より

も働きやすいかもしれない。都市部では待機児童が問題となっているが、地方では子供が少なく保育園の統廃合が進められている地域もある。例えば、病院に隣接して宿舎や買い物ができるお店があり、病児保育にも対応した保育施設も完備し、家庭教師付きの学童保育もあれば、子供が小学校までは勤務してもよいと思う医師もいるのではないか。中学あるいは高校進学時点で都市部の病院で勤務ができるという確約があれば安心して勤務できるだろう。もちろん専門医取得のためのキャリア形成ができるということが前提である。

こういった環境の整備を、それぞれの病院の経営努力だけではなく、自治体の補助や地域医療介護総合確保基金を用いた取り組みとして提案することも地域医師会の役割だと考える。

#### 4) ベテラン医師の支援

子育てが終わった 60 歳前後で、そろそろ総合病院の救急当直が辛くなった世代も、ゆとりを持って働くことができる環境があれば、地方の病院での勤務も十分選択肢になると思う。例えば、週 4 日勤務で週末は交替で都市部の自宅に帰宅することができて、夏休みは 2 週間連続で取得できるという環境なら喜んで働きたいと思う医師は少なくないのではないだろうか。

病院勤務だけではなく、地域において存続が必要だけれども継承者がいないクリニックを、3 人くらいのグループで運営するという形態があってもよいかもしれない。地域においてそのクリニックの存続が必要かどうかの判断には郡市区医師会が関与し、都道府県の中央部からの医師の派遣に関しては基幹病院との連携の下で都道府県医師会が関わるのが、社会的共通資本としての地域医療を守るための一つの手段になる可能性がある。

#### 5) 地域枠の医師の支援

地方出身の地域枠の学生は将来的にその地方で勤務することが期待されているが、単なる義務だからということではなく、それが有意義なものであるように環境を整えることも大切であろう。Homecoming salmon 仮説（サケは生まれた川、母川に回帰するという仮説）は大いに推奨すべきだが、そのためにも母川の環境をよくする努力が必要である。地方で働くという選択肢が自分の資質を高めるために合理的であるということを学生の間から経験できるように、地域医療の early exposure も重要である。学生のうちから、地方で輝いて働いている医師のロールモデルに触れることは大きな意義がある。

#### 6) オンとオフを明確にする「働き方」の普及

医師が日常業務で疲弊せずにパフォーマンスを十分に発揮するためには、まさに「働き方改革」が必要となる。主治医の責任を放棄するわけではないが、いったんサインオフしたら、病棟患者の担当は、その日の当直に引き継がれることを徹底する必要があるだろう。複数主治医制もまだまだ一般的ではないが、刑事ドラマのバディのような二人組と言えば、国民にも受け入れやすいのではないだろうか。

医師の応召義務に関しても、働き方改革に関連して議論が進められている。医師の応召義務は、社会的共通資本としての医療を具現化している大切な考え方である。しかし、それは医師個人に課せられた義務ではなく、所属する医療機関ないしは地域でカバーすべきものとするのが今の時代では妥当ではないだろうか。病院の主治医が対応できない時は当直医が対応する、あるいは「かかりつけ医」である開業医が対応できない時は後方支援病院が対応する。それは、情報の共有がきちんとできていれば、決して難しいことではない。そのための環境整備（ICT による連携など）を進める議論も必要である。

ただし、これらの取り組みは医療提供側だけの問題ではなく、医療を受ける側の患者や家族が十分納得していないと、大きなトラブルになりかねない。医師が疲弊せずに働ける環境は、医療安全および医療の質の向上にもつながるといふ当然のことを、国民の常識として浸透させていく必要があるだろう。

## 7) チーム医療の推進

現在の医療現場には、医師がやらなくてはいけないことがあまりにも多すぎることは、臨床医であれば誰もが感じているだろう。医師が医師にしかできないことに集中できるように、多職種で連携して取り組むチーム医療の推進が必要である。医師免許がなくてもできることは、どんどんタスク・シフティングすべきである。

その一方で、医師がしなくてはならないことは、医療人材不足の解決策あるいは費用削減の方法として安易にタスク・シフティングすべきではないということが、世界医師会（WMA）やアジア大洋州医師会連合（CMAAO）からの声明でも警告されている<sup>27)</sup>。

2015年10月から始まった「特定行為に係る看護師の研修制度」では、意欲を持った優秀な看護師が熱心に研鑽を積み、臨床の現場で少しずつ活躍を始めている。この制度は、「医師が患者を指定し予め手順書による指示を行い、医師のいない場面で看護師の判断により診療の補助を行う」というものであり、万一事故が起こった場合には医師の責任も大きい。時代の流れと国民の合意を確認しつつ、「国民の生命と健康を守る」という視点から、その運用を総合的に考えていくことも医師会の役割であろう。

## 8) 体制の整備のために

これらの環境を整備するための人材と財源をどうするか議論がないと机上の空論となる。

人材については、都道府県ごとに地域医療支援センターがすでに設置されているが、その実効性を強化していくことが求められる。現実的には、地域卒の卒業生の配置が中心になると思うが、新しい専門医制度でのローテーションを含めて、将来的なキャリア計画を十分に支援できるよう、医師が比較的多い都道府県の中央地区の大学病院や基幹病院と、地方の病院の連携をこれまで以上に進めていくことが求められる。また、医師偏在の解消のための「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」で議論されているように、地域へ医師を派遣している病院にインセンティブを与えるというのは良いアイデアだと思う。都市部の病院にとってインセンティブが実感できるような議論を具体的に進めていくことも重要である。地域卒で入学した学生がいよいよ前期研修を終え、地域の現場で活躍しつつある。2018年度から新しい専門医制度が始まる。今が人材を確保して、都道府県内でローテーションを行うシステムを立ち上げる絶好の機会と言えるだろう。

地域医療の環境を整えるための財源は、地域医療介護総合確保基金等を中心に都道府県単位で議論を進めるべきであり、これこそが地域医療構想の本質なのではないだろうか。地域医療構想調整会議では、元来目的とされていない病床削減の話に終始するのではなく、病床機能の明確化と病院間の連携の在り方を議論することを通じて、在宅医療等を含めて各地域で必要な医療の形のイメージを共有することが重要である。そのための財源として地域医療介護総合確保基金をどのように活用するか議論が求められる。

また、都道府県や市町村にも負担がかかることから、地域住民のためにどのような機能の病院が必要なのかということ、最終的には首長を交えての議論が必要であろう。地域の医療状況を熟知している地域医師会がこれらの議論の中心になって進めていくことが求められる。その際に、医師会には高い学問的知見と倫理性が求められることが、社会的共通資本としての医療の原点である。

## 第4章 日本の医療を守るために、我々は理念をどう共有するか

新しく郡市区医師会や都道府県医師会の役員になった先生から、「医師会は、こんなことをしているところだとは知らなかった」という声をよく聞く。医師会は様々な媒体を通じて情報を発信しているが、実際には役員になり、役員会に参加して初めて知ることも多い。医師会が実際に何をしているのかをよく知らない会員がいるのは本人の意識の問題だけではなく、責任は医師会にもあるのではないだろうか。ましてや、非会員の医師会への理解度は残念ながら決して高いものではない。

医師会の組織力の強化は、医師会が任意加入団体である限り永遠の課題である。第一次医師会将来ビジョン委員会<sup>(21)</sup>では医師会が保険医の登録をする案、第二次医師会将来ビジョン委員会<sup>(26)</sup>では①ドイツ型の全医師強制加入制度、②日本医師会D会員の創設（郡市区医師会・都道府県医師会に加入せず日本医師会のみ加入する会員）などの案も検討された。2017年3月に報告された「医師の団体の在り方検討委員会」<sup>(28)</sup>でも、行政から独立した医師全員が加入する団体の必要性が提言された。

医師会が医師を代表する組織として発言力を発揮するためにも、組織力の向上が必要であることは論をまたないが、それだけを目的にしては本末転倒になりかねない。あくまで、医師会という組織が自分の医師としての資質向上のためになるということ、そして「医師会の大義は、国民の生命と健康を守ること」にあり、社会的共通資本である医療を守るために必要不可欠な組織であるという理念を共有することが前提であることを、この答申では強調したい。

日本の医療を守るために、医師のみならず、すべての国民と理念を共有するためには3つのステップが必要だと考える。

1. 郡市区医師会の役員会で理念を共有
2. 非医師会員を含めたすべての医師で理念を共有
3. 地域住民・国民と理念を共有

### 1. 郡市区医師会の役員会で理念を共有

医師会で行っている取り組みや考え方を伝えることは、非会員の医師はもちろんであるが、会員にも難しい。しかし、郡市区医師会の役員会を通じて、役員に伝えることは確実にできるのではないだろうか。郡市区医師会会長が中心となって、郡市区医師会の役員のレベルで理念を共有することが、最初の一步になる。そして、それを将来につなげるために、若手の役員を育てることが重要である。

#### 1) 全国郡市区医師会会長協議会の創設（各論4-1 p.69）

全国の郡市区医師会会長が一年に一度東京に集まる会を創設してはどうだろうか。全国約900の郡市区医師会と大学医師会の会長と都道府県医師会会長、日本医師会役員が一堂に会しても約1,000名の規模の会であり、それを年に一度東京で開催することは、日本医師会の組織力としては十分実現可能なのではないだろうか。郡市区医師会会長は直接日本医師会会長の話を聞く機会はあまりないので、モチベーションはすぐ上がるだろう。医療の今日的課題に対する日本医師会の対応を、担当理事から直接聞くことができれば理解が深まる。分科会では、同じような環境や条件の郡市区医師会会長の情報交換や、初めて医師会会長になった方のセミナーなど、様々な企画が考えられる。参加費、交通費、宿泊費の負担を郡市区医師会にお願いしたとしても、この会に参加できることが郡市区医師会会長のステータスと感じるような、格調高い会の創設を提案したい。

## 2) 郡市区医師会役員会での伝達講習

全国郡市区医師会長協議会の後、郡市区医師会役員会で、郡市区医師会長の口から日本医師会長の講演の要旨の伝達講習をしていただきたいと思います。グループディスカッションや、テーマ別分科会の感想を交えて、全国郡市区医師会長協議会の様子を伝えていただく。現在の制度では医師会員は直接選挙で日本医師会長を選ぶことはできないが、郡市区医師会の役員にも日本医師会長が身近な存在に感じることができるのではないだろうか。伝達講習を聞いて、同じテーマで意見交換をすることで、全国の郡市区医師会の役員の一体感につながるだろう。

さらに、一般会員や非医師会員も参加できる伝達講習会等もできれば企画していただきたい。

## 3) 医師会ビジョン委員会の設置 (各論 4-2 p.71)

各郡市区医師会の次世代を担う若手の役員を育てることが、中長期的に都道府県医師会、日本医師会の活動を支え、日本の医療を将来につなげていくことになる。

郡市区医師会から若手の委員を推薦していただいて、各都道府県医師会に医師会ビジョン委員会の設置を提案したい。そして、都道府県医師会の医師会ビジョン委員会の委員長と副委員長を委員として、全国 8 ブロックで医師会ビジョン委員会を設置してはどうだろうか。ブロックの委員は 50 歳未満として、医師会員であることは条件だが、必ずしも郡市区あるいは都道府県医師会役員でなくてもよい。ブロックの委員会は、年に 2 回程度開催する。

さらに、各ブロックの委員長と副委員長を委員として、日本医師会の医師会ビジョン委員会を設置して、現在の私たちの医師会将来ビジョン委員会のように、その時に応じた医療問題や医師会の在り方についてディスカッションする。委員の任期は 2 年として、各年度末に日本医師会館で「全国医師会ビジョン委員会総会」を開催し、全都道府県の医師会ビジョン委員会の委員長と副委員長が一堂に会する機会を設ける。この会の企画・運営は、日本医師会ビジョン委員会が担当する。「全国医師会ビジョン委員会総会」では、日本医師会長をはじめ役員の先生方の話を直接聞く機会や、全国の委員同士のディスカッションを行う。この取り組みが 10 年続けば、そこから郡市区医師会長や都道府県医師会長、さらには日本医師会の役員も出てくるだろう。その時にはすでに全国的な人脈が形成されており、医師会の在り方にパラダイムシフトが起こるのではないだろうか。

## 2. 非医師会員を含めたすべての医師で理念を共有

医師会に所属していない医師も未だ多く、医師会に所属していても医師会活動に積極的に参加していない会員もいるのが現実である。残念ながら「会費を払い自分の時間を削って、何かメリットがあるのか」と言われることもある。「医師会の大義は、国民の生命と健康を守ること」であり、自分たちが医療を提供できる環境を守るためにも、医師会が果たしている役割が大きいことを、地道に少しずつ理解してもらうことが結果的に早道だろう。また、地域における医師会活動のメリットに注目してもらうという点で、日医かかりつけ医機能研修制度の認定に実地研修の項目が入ったのは極めて大きい。

### 1) 学生へのアプローチ

各都道府県医師会から地元の大学にお願いして、講義として医学部在学中の学生に医療の今日的課題や医師会の役割について、都道府県医師会長や担当役員から話をする機会を設けていただきたい(すでに実施している都道府県医師会も多い)。近年増加している女子学生に、医師会の女性医師支援の取り



組みについて知っていただくことも重要である。医師の働き方改革の議論が行われている今日、先輩医師としてのロールモデルを示すことも大切だろう。また、大学の学園祭などに都道府県医師会として積極的に関わったり、東日本・西日本医科学生総合体育大会の支援をすることも効果的だと思われる。

日本医師会では、学生向けの情報誌『ドクターゼ<sup>(29)</sup>』を発行している。私たちが見ても勉強になる素晴らしい内容である。是非これを多くの学生に見ていただきたいし、その浸透の状況も大学ごとに確認する必要もあるだろう。

## 2) 研修医へのアプローチ

都道府県医師会主催で、研修医を一堂に集めた研修医オリエンテーションを行っているところも多い。医師会が何をしているのか、医療の今日的課題は何なのかをプレゼンするには絶好の機会である。

都道府県医師会内に「研修医の会」を作るのも一案である。石川県医師会では2016年度より「いしかわ研修医の会」を作り研修医が中心となって運営している。主な臨床研修病院から研修医の代表を委員として推薦していただき、定期的に委員会を開催している。県医師会の担当役員はオブザーバーとして参加しているが、意見は言わずあくまでも研修医の自主性に任せている。懇親ボウリング大会を開催したり、金沢マラソンの救護班のボランティアとしても参加した。年度末に、研修医が企画運営する研修医学会を開催し、研修医が経験した症例報告を行った。フロアから厳しい質問もあったが、非常に充実した会であったと感じた。優秀演者には、県医師会長賞を授与して、懇親会でも盛り上がった。また、メーリングリストを作成し、研修医向けの研修会の案内や研修医同士の連携に活用している。

## 3) 若手医師へのアプローチ

前期研修が終わってからも、2)の研修医の会でできたつながりを継続できるような仕組みがあればよいと思う。主に卒後10年以内の若手医師を対象とするが、この世代は非常に多忙な時期であり、現実的に集まって何かをするのは難しいと思うが、メーリングリストやSNSを利用した情報交換は簡単にできるだろう。若いうちから、医学の専門領域だけではなく、広い意味での地域医療や医療制度の仕組みについて学ぶ機会を提供することも、地域医師会の重要な役割だと思う。大切なことは、人と人とのつながりである。研修医の会で医師会とできた絆を手放してはいけない。

## 4) JMA-JDN (日本医師会ジュニアドクターズ ネットワーク)<sup>(30)</sup>

2012年10月に日本医師会にJMA-JDN (Japan Medical Association - Junior Doctors Network) が設置された。JMA-JDNは主に卒後10年目までの医師を対象とした会で、国際的なつながりの中で若手医師によるプラットフォームを形成し、公衆衛生や保健医療政策分野について自由に自分たちのアイデアを議論し、行動できる場にしたいと考えているという。世界医師会のJDNと連携して、世界の同世代の仲間と医療問題を議論し、解決策を模索して研究すること、各国の社会的・文化的背景を知ること、若手医師の意見を纏めてPolicy Statementを提案すること、海外留学のための情報や機会を得ることなどが具体的な活動内容である。WMA (世界医師会) 総会、CMAAO (アジア大洋州医師会連合) 総会にも出席して、世界の若手医師と交流しているという。

こういった活動があることを、学生や若い医師たちに伝えることも、地域医師会の役割だろう。

### 5) 現在の勤務医の先生へのアプローチ (各論 4-2 p.71)

医師会に入っていない医師は圧倒的に勤務医が多いので、まずは勤務医の先生方に医師会について知ってもらうことから始める必要がある。日本医師会の勤務医委員会では様々な提言、具体的な取り組みがされている。

また、医師会には日本医師会医師賠償責任保険制度や医師年金、医師協同組合など勤務医にとってもメリットが大きい取り組みが多数用意されているが、そういったこともあまり知られていない。

確かに、郡市区医師会で医療問題や医師会の在り方に関する研修会を企画してもなかなか勤務医の先生方が集まってくれない。視点を変えて、各病院や大学の医局の医局会にこちらから出向いて、少しの時間でも医師会の活動や医療事故調査制度などについてのプレゼンをしてはどうだろうか。石川県医師会の医師会ビジョン委員会では4年前から、委員が手分けをして地域の基幹病院や大学の医局へ訪問をしている。アウトカムの評価には至っていないが、まずは行動することが重要だろう。

## 3. 地域住民・国民と理念を共有

医師会は、医師の権利や利益を守るためだけの団体と誤解されることがあるのが現実だろう。医師会は、「国民の生命と健康を守る」ために様々な活動を展開していることを、地域住民・国民にしっかりと伝えていかななくてはならない。そして、「医療は、国民の生命と健康を守るための社会的共通資本である」という理念をすべての国民と共有して、ともに支えていかななくては、この日本の素晴らしい医療制度を未来につなげていくことはできない。

### 1) 地域住民へのアプローチ

2018年4月までにすべての地域で在宅医療介護連携推進協議会を設置して、8つの事業項目を市町村が主体となり郡市区医師会等関係団体と連携しつつ取り組むとされている。これは郡市区医師会にとっても大きなチャンスである。地域包括ケアシステムを推進していくために、「まちづくり」に郡市区医師会が積極的に関わっていることを地域住民に対してアピールしてはどうだろうか。医師会主催で様々な市民公開講座、県民公開講座が行われているが、そういった場で医師会は国民の生命と健康を守るために活動をしていることを、積極的に伝えてもよいように思う。それを地域の「かかりつけ医」が語ることに大きな意義がある。全国の先進事例を参考にして、それぞれの地域医師会にできることから一つずつ取り組むことが重要であろう。

### 2) 学校へのアプローチ (各論 4-3 p.73)

国内のすべての小学校と中学校、高等学校に学校医がいるということは、国民の生命と健康を守るために大きな役割を果たしている。学校医の配置に関しては、郡市区医師会が関与しているケースが多い。日本医師会でも、学校保健活動を地域医療の重要な柱の一つとして取り組んでおり、学校医の全国規模の研究協議の場として、1970年の第1回秋田大会以来、全国各地において各都道府県医師会の協力の下で、全国学校保健・学校医大会を開催している。こういった地道な取り組みをしていることを、学校医をしていない医師や、全国の国民にも是非知っていただきたい。

また、学校医はそれぞれの担当校で、健康に関する授業を担当することもある。自己紹介をする時に、自分の所属医療機関名だけではなく、地元の郡市区医師会から来ていることをアピールしてみてもどうだろうか。子供のうちから医師会は身近な存在であるということを理解していただくのもよいと思う。

学校教育への医師会の関わりが奏功した例として、秋田県医師会の性教育講座の事例を各論で報告した。秋田県では1990年代後半から2000年にかけて10代の人工妊娠中絶率が全国平均よりはるかに高く推移していた（秋田県、全国とも2001年がピークで、それぞれ18.2%、13.0%）。秋田県医師会の性教育講座開始後は順調に低下して、2007年以降（2009年を除く）は全国平均を下回り、約10年で当初の1/3となり、以後も低下し続けている（2016年で秋田県が3.4%、全国が5.0%）。

### 3) 行政組織へのアプローチ

医師会の三層構造は、郡市区医師会、都道府県医師会、日本医師会が独立した組織として、それぞれに対応する行政組織をカウンターパートとして事業を展開するにはやりやすい体制になっている。近年は、地域包括ケアシステムや地域医療構想の推進など、これまで以上に地域医師会と地域行政組織は綿密な連携を求められる場面が多くなってきた。行政の現場の担当者と普段から顔が見える関係をしっかりと築き、「国民の生命と健康を守る」という大義の下で医師会のよき理解者になっていただくことが何よりも重要であろう。

### 4) 政治家へのアプローチ

「医政なくして、医療なし」と言われている。様々な主義主張はあると思うが、これからの時代、医師会員はこれまで以上に政治に積極的に参加しなくてはならないと思う。市町議会議員、市町村長、都道府県議会議員、都道府県知事、地方選出の国会議員など様々なレベルの政治家はいるが、一人ひとりはおもともと地域住民である。一番近い地元の地域医師会が日ごろから政治家に対して、アプローチする必要があるだろう。政治家といえども、医系議員以外は医療については素人である。地域医師会は、医療の職業的専門家集団として地域医療の今日的課題について説明する機会を設けて、理解を求めることが必要だろう。医師会は医師の利益だけを追求している団体ではなく、国民の生命と健康を守るために活動しているということを是非分かってもらいたい。

また、国政において医師会推薦の候補を応援することも医師会員としてすべきことである。決して医師の利益を守るためではなく、社会的共通資本としての医療を守るという視点で、医療の現場の責任者である医師の職能団体としての医師会の意見を代弁する議員は必要である。そういった議員の国政での経験を地域にフィードバックし、さらに地域での課題を伝えることが、議員にとって大きな力になるのではないだろうか。

### 5) マスコミへのアプローチ

診療報酬改定の際に、「診療報酬アップ＝医師の給与の引き上げ」と報道するマスコミには、医師に対する悪意さえ感じることもある。しかし、私たちは国民の生命と健康を守るために、医師会は単なる利権団体ではないということを地道に訴えるしかない。SNSでの情報発信が社会に影響を及ぼすような時代になったとはいえ、やはり国民はテレビなどを通じて顔を知っている人の意見に耳を傾けるものだと思う。そういう意味で、マスコミに広く顔を出して情報を発信する人材が日本医師会にも必要なのではないだろうか。また、地域医師会が地元の新聞社やラジオ局、テレビ局の記者に日ごろから地域医師会の活動を伝えて良好な関係を築くことも重要である。こういった地域密着型のメディアを通じて、地域へ情報を発信していくことも地域医師会の役割であろう。

## 第5章 総論のまとめ

総論では「医療の今日的課題」の現状とその対策について概説した。各論では医師会将来ビジョン委員会の委員一人ひとりの視点で、テーマ別にさらに踏み込んだ分析と提言をしている。総論で気になった項目あるいは関心を持っていただいた項目は、是非各論の方にも目を通していただきたい。

医師会は、医師、特に開業医の権利や利益を守るためだけの団体だと誤解されることがあるが、決してそうではないということを述べてきた。医師には様々な立場や、置かれた環境の違いはあるが、「医療の今日的課題」は一人ひとりの医師に対しても現実的で喫緊の課題である。この厳しい状況を打破して、日本の素晴らしい医療制度を未来につなげていくために、医師会は様々なレベルで「医師会の大義は、国民の生命と健康を守ること」にあるという理念の下で活動していることを、医師のみならず、すべての国民に理解していただきたいと私たちは考える。

我が国の医療制度は、世界に誇る国民の財産である。しかし、多くの課題を抱えており、特に財源の問題は深刻で、医療費の増加により国民皆保険はこのままでは破綻するのではないかという議論は常に付きまとっている。しかし、国民に必要な医療費は国民総生産や税収の額で決まるわけではない。患者にとって必要な医療にかかった費用の総額が医療費である。予防医療の推進や健康寿命の延伸などを通じて、医療の必要性を減らす取り組みは必須である。医療を実践する医師が、本当に必要な医療を効率よく行うための知識と技術と倫理感を備えることも重要である。国民にも、医療は社会的共通資本として皆で大切にするものだという理解が必要である。その上で、患者にとって本当に必要な医療、つまり、医師が純粋に医学的最適性に準じた医療を提供した場合に、医療機関が経営的に成り立つような医師の技術料を担保する必要がある。つまり、医療を経済に合わせるのではなく、経済を医療に合わせる必要があるというのが社会的共通資本としての医療の考え方である<sup>(1)</sup>。

日本の医療の現場は、これまで医師の「献身的な働き方」を前提に成り立ってきた。地域医療の崩壊が叫ばれて久しく、その対策はなされているものの、十分な成果が上げられていないのが現状である。医学部の定員を増やし全国的な医師数の増加が図られているが、地理的偏在と診療科の偏在による相対的医師不足は解消されていない。現在、医師の働き方と医師の偏在対策について、ようやく本格的な議論が始まった。また、全国それぞれの地域で、地域医療構想調整会議において、医療連携の在り方等を協議するとともに、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を推進するための議論が進められている。今が日本の医療の歴史的な転換点であり、日本の素晴らしい医療制度をより強固なものとして、未来へつなげていくための議論を国民全体で進める時である。そして、これらの「医療の今日的課題」を考える前提として、「医療は、国民の生命と健康を守るための社会的共通資本である」という理念を、医師のみならず、すべての国民と共有することが必要であると述べてきた。

日本には地域医師会という素晴らしいインフラがある。まずは郡市区医師会長が中心となって郡市区医師会役員のレベルでの取り組みを始めることが第一歩である。そして、医師会員と非会員を含めたすべての医師へとその輪を広げていき、最終的に国民全体への理解を求めていく。そのためには、地域の住民に一番近いところにいる郡市区医師会が中心となり、医師会員一人ひとりが地道に地域住民に語りかけていくこと、そして「かかりつけ医」一人ひとりが自分の患者に語りかけていくことが必要であり、それこそが「医療の今日的課題に対して医師会員がすべきこと」であると私たちは考える。

ただし、その前提として、医師と医師会には高い学問的知見と倫理性が求められることが、社会的共通資本としての医療の原点であることを忘れてはならない。



## II 各論

### 第1章 医療の今日的課題と社会的共通資本

#### 1. 社会的共通資本と医療

##### 1) 社会的共通資本の定義とゆたかな社会の基本的条件

社会的共通資本は、経済学者宇沢弘文先生の提唱した理論である。社会的共通資本とは、一つの国ないしは特定の地域に住むすべての人々が、ゆたかな経済生活を営み、優れた文化を展開し、人間的に魅力ある社会を持続的に維持することを可能とするような自然環境や社会的装置と定義されている<sup>①</sup>。ゆたかな社会とは、すべての人々が、その先天的、後天的資質と能力を十分に生かし、それぞれの持っている夢とアスピレーションが最大限に実現できるような仕事に携わり、その私的、社会的貢献に相応しい所得を得て、幸福で、安定的な家庭を営み、できるだけ多様な社会的接触を持ち、文化的水準の高い一生を送ることのできるような社会であるという。さらに、ゆたかな社会は、次の基本的諸条件を満たしていなければならないとされている。

- ① 美しくゆたかな自然環境が安定的、持続的に維持されている。
- ② 快適で、清潔な生活を営むことができるような住居と生活的、文化的環境が用意されている。
- ③ すべての子供たちが、それぞれの持っている多様な資質と能力をできるだけ伸ばし、発展させ調和のとれた社会的人間として成長し得る学校教育制度が用意されている。
- ④ 疾病障害に際して、その時々における最高水準の医療サービスを受けることができる。
- ⑤ 様々な希少資源が、以上の目的を達成するために最も効率的、かつ衡平に配分されるような経済的、社会的制度が整備されている。

医療は、ゆたかな社会の基盤である社会的共通資本の重要な構成要素の一つである。科学技術の発達や人口構成の変化など、日本の医療が大きな転換期を迎えているのは明らかだろう。我々医療者が社会的共通資本を基盤に医療の本質的な意義を共有し、目指す方向性を再確認することが、日本の医療、ひいては社会を安定させる大きな力になると私たちは考えている。

##### 2) 医療の本質とは

宇沢先生は、「医療の本質は、サービスではなく信任である」と述べている。経済用語の「サービス」とは、「売買した後にモノが残らず、効用や満足などを提供する、形のない財」と定義される。その同時性、つまり売り買いした後にモノが残らず生産と同時に消費されていくという特性に鑑みた時、医療がその用語にそぐわないことは容易に想像できる。それに対して、「信任」という言葉から派生する関係性には、患者という病に苦しむ人が我々医療者にその状況を託し、それに応えて医療者が最善を尽くすという、金銭授受だけでは計り知れない信頼がそこにあると言えよう。

また、医療が高い倫理観と知見を持つ専門家集団によって管理運営されているならば、医療が経済に合わせるのではなく、経済が医療に合わせることでできる経済政策を構築することが、経済学者の役割であるとしている。人々に必要な医療が、国民総生産といった数値で決まるわけではないことを踏まえ、医師が必要とした医療行為はすべて、社会がサポートすべきという考え方である。細かい規制にとらわれることなく、医師がその時々専門家として振る舞うことが最重要課題となってくる。同一の疾患名

がついていても、その患者の状況により必要とされる医療が異なることは臨床経験のある医師でなくても容易に理解できる。同じ高血圧であっても、治療開始時期や年齢、治療開始からの血圧の変化、自己管理ができる患者とできないものなど様々な要因で外来通院頻度が変わってくる。このように現在の医療制度は、その経験と知識を駆使して加療にあたり、さらには診断するという根幹的なものに相対している医師の初診料や再診料といったものより、検査や薬剤などが、点数が高いといった矛盾をはらんでいる。それにも関わらず、我が国が世界有数の長寿国であるのは、現場の医師の努力と倫理観によってもたらされたものであろう。

### 3) 社会的共通資本としての医療

医療はゆたかな社会を構築するために必要な要素であるが、希少資源であり、適正な配分がなされる必要がある。この適正な配分を、政治的や官僚的、市場原理的な理由からではなく、専門家集団が行っていくことが理想とされている。例えば、3次救急センターはなくてはならないが、多くの専門職が必要となる。短期的に採算をとるという観点からのみでは、運営を継続させるのは厳しいと言わざるを得ない。しかし、突然の外傷や脳血管障害、心血管疾患に際し救命救急を受けられることに対するセーフティネットとしての役割は、ゆたかな社会を構築する上で重要な案件となる。周辺地域の人口や年齢構成、地政学的な案件から救急病院の在り方を提示するのが、専門家集団の役割である。そして、その維持に、周辺住民の理解を得ることも医療集団の役割だろう。例えば、救急医の疲弊を招いているコンビニ受診を減らすためには、様々な要因の根源に解決策を提示していかなければならないが、現在の医療システムではそのようなところにアクセスするには形作られてはいない。そのような地道な活動が、周辺住民の健康意識を高めることにつながり、地域のゆたかさに大きく寄与する。それが医療の一翼である。地域のつながりを再構築することがその基盤となり、その際にかかりつけ医の果たす役割は大きい。病院と地域の橋渡しとともに、多職種との連携を図る上で中心的に活動することが望まれている。

さらに、持続可能性という点に視点を移せば、卒前卒後を含めた医学教育も欠かせない要素である。研修医と熟練した医師が同じ保険点数であるといったことは大きな問題であるが、医師を教育していくことも医療の持続性に内包されているのにも関わらずそういった視点が全くないという現状もある。

また、医療機関は、病に立ち向かう場であることは間違いないが、地域社会の経済にとっての安定装置であるという側面も忘れてはならない。雇用という側面からみれば、多様な専門職から資格がなくても従事できる作業など多岐に渡る。病院の規模にもよるが、周囲に飲食業や小売業の需要も発生する。公立病院の赤字経営が取り沙汰される中、地方において病床を減らすことが医療費の削減にはつながるかもしれないが、病院の存続はますます厳しくなる。雇用機会が喪失し、自治体の存続が危ぶまれる結果となる可能性も十分ある。

逆の側面から考察するならば、急激に変化している社会情勢においては、このような多様に相互に影響し合う問題を包括している医療が進む方向性次第で、未来の社会が大きく変わるということでもある。つまりは、この混迷した社会において、医療が進むべき方向性を明らかにし、理念を共有することが、真の意味でのゆたかな社会への大きな一歩となると言える。社会を多様な形で支えている医療であるからこそ、その本質が「信任」であるということが重要である。その理念を共有し、目指す方向性が一つになることが、医療技術、科学技術の急速な変化においても根幹を揺るがすことなく対応することを可能にする。社会的共通資本という理論を基盤にもう一度医療の在り方を提示し再確認し、多くの人々に周知していくことが、医師会に課せられた使命とも言えよう。

## 2. 経済学の歴史と社会的共通資本

宇沢弘文先生は、「社会的共通資本という考え方はもともと市場原理主義への批判、あるいはオルタナティブ（代案）というものが出発点だった」と述べている<sup>(2)</sup>。「社会的共通資本」の考え方は、経済学の歴史をたどると理解しやすい。この項では、歴史に大きな影響を与えた経済学の考え方と社会的共通資本について概説する。

### 1) アダム・スミス以前：重商主義

重商主義とは、16世紀から18世紀にかけてヨーロッパの絶対王政国家が採っていた政策で、この時代は国王が「資本」を独占していた。絶対王政を維持するために、特定の商人団だけに貿易の特別許可を与え、その利益を吸い上げるシステムを作った（イギリスの東インド会社が典型例）。「富とは金などの貴金属であり、国力の増大とはそれらの蓄積である」という認識で、植民地からの搾取、他国との植民地争い、保護貿易（自国の産業を保護するために、輸入品に高率の関税を賦課、数量制限を設ける政策）が盛んであった。その後、イギリスでは17世紀にあった二度の市民革命（清教徒革命と名誉革命）で絶対王政が打倒され、さらに18世紀に始まった産業革命で飛躍的な経済発展を遂げることになる。

### 2) アダム・スミス（1723～1790）：自由放任主義、古典派経済学

1776年に『国富論』を発表したアダム・スミスは、重商主義的な保護貿易は自由な競争による経済の発展を阻害するとして批判した。ものの値段は自由な取引と、需要と供給によって決まる。政府は余計なことをしないで、市場に任せておけば「見えざる手」によって適正な値段になり、経済は発展するという考え方であった。また、分業によって生産能率を上げ、市場の自由競争によって生産性が上がるという考え方は、イギリスの産業革命を契機に普及した。これが現在につながる資本主義のベースとなり、社会は爆発的に発展した。しかし、資本主義が進んだ結果、資本家はどんどんゆたかになる一方で、労働者はいつまでもこき使われるという社会ができ、貧富の格差が拡大した。また、経営体力のある企業のみが生き残り、独占が起こることにより資本の集中が起こった。不況になるたびに大量の失業者が出て、その結果、社会に大きな不満が生まれることになった。

### 3) カール・マルクス（1818～1883）：社会主義

資本主義には欠陥があると異を唱えたのがカール・マルクスで、1867年に『資本論』が発表された。資本主義によって貧富の差が拡大し、失業者を生み出す。私有財産制は独占が生じてしまうので、資本は国や地方公共団体などで公有化すべきという考え方である。この考え方は、多くの政治家に影響を与え、ソ連、東ヨーロッパ、中国、北朝鮮、キューバなど多数の社会主義国家が誕生した。確かに失業者が減り、理想的な仕組みのように思われたが、自由競争がなくなった社会は活力が低下し、国際的な競争力がなくなり、結果的に社会主義国家の多くが経済的に発展できなかった。1991年のソ連崩壊が象徴するように社会主義国では、市場経済への移行が進められている。

### 4) ジョン・メイナード・ケインズ（1883～1946）：修正資本主義

不況になるたびに大量の失業者が出るという資本主義の欠陥に対して、もう一つの解決策として提唱されたのが、ジョン・メイナード・ケインズの「修正資本主義」である。不景気時は赤字国債を発行し



て公共事業や社会保障を行うことによって、民間の事業者を活性化させ、雇用を確保して失業者を減らすというものである。それによって消費が増えて、景気が回復するし、結果的に税収も増えて、赤字国債も解消する（ケインズの前には、赤字国債発行という概念はなかった）。有効需要を増加させた時に、増加させた額よりも大きく国民所得が拡大する現象を乗数効果という。世界恐慌後のアメリカのニューディール政策はこの考え方を基にされ、その後多くの国で取り入れられた。

しかし、公共事業で景気が回復しても増えた税収がさらに公共事業に投資され、赤字国債は解消しなかった。また、昔は公共事業でお金を出すとすぐに景気が良くなったが、最近ではあまり効果がない。例えば道路事情が悪かった時代には整備による乗数効果が高かったが、全国くまなく道路が整備されると新たに作っても交通量はさほど増えないので経済効果が小さくなった。我が国ではバブル崩壊後も、ケインズの理論に基づき大型の公共投資が行われてきたが、現在は効果が乏しく財政赤字が膨らんでいるのが現状である。

### 5) ミルトン・フリードマン (1912~2006) : 市場原理主義、新自由主義、マネタリズム

ミルトン・フリードマンは、ケインズの主張する公共事業や社会保障制度に否定的で、政府は国民の自由を尊重し、経済を自由にすればいいと主張した。世の中を流れるお金の量さえコントロールすればうまくいくという考え方である（マネタリズム）。その考え方は過激に発展し、市場原理主義は、あらゆるものの価値をお金に換えて、企業が市場で最大限の利益を上げることを目的としている<sup>②</sup>。企業は株主のものであり、株主の利益のためにある。そのために法も制度もどんどん変える規制緩和と、あらゆる面での民営化を進めていく。大きな政府から小さな政府に変えていき、政府による社会保障制度も不要と主張している。実際アメリカの医療制度は民間保険が中心となり、「生命と健康」も投資の対象となっている。ベトナム戦争後のアメリカの不況を背景に全世界に広がっていった。アメリカでは、ロナルド・レーガンがグローバル化を推進し、今日の格差社会のきっかけになった。リーマンショックは、市場原理主義の暴走の結果起こったと言われている<sup>②</sup>。

アメリカの市場原理主義勢力は、以前から日本にも大きな圧力をかけてきた。小泉内閣の「聖域なき構造改革」での、郵政民営化や様々な規制緩和はまさにミルトン・フリードマンの主張そのものである。小泉内閣時代は、医療費の機械的な削減によって医療崩壊が現実になったのは記憶に新しい。

### 6) 宇沢弘文 (1928~2014) : 社会的共通資本

社会的共通資本は、たとえ私有が認められるものであっても、人々がゆたかに暮らすために必要不可欠な大切なものは、社会全体にとっての共通の財産として管理すべきであり、利潤を目的とした市場原理の対象としてはいけないとされている。まさに、市場原理主義とは対極の考え方である。宇沢先生はかつてシカゴ大学でミルトン・フリードマンの同僚であり、その過激な思想に間近で接していたという。また、社会的共通資本は国家の統治機構の一部として官僚的に管理されるのではなく、それぞれの分野に精通した、専門家の知見や職業的規律に基づいて管理すべきであるとされている。ただし、その前提として、職業的専門家集団には高い学問的知見と倫理性が求められている。

経済学の理論は、それぞれの時代の「今日的課題」に対する処方箋である。グローバル化が進み、格差社会が明確になった現代こそ、社会保障の充実が求められる。現代の「医療の今日的課題」に立ち向かい、国民皆保険を未来につなげるためには、「医療は、国民の生命と健康を守るための社会的共通資本である」という理念の共有が必要だと私たちは考える。

## 第2章 社会的共通資本としての国民皆保険

### 1. イギリスのNHSと日本の国民皆保険

#### 1) イギリスのNHSの誕生

戦後、世界の国々の医療保障制度の手本となったのは、1948年に創設されたイギリスのナショナル・ヘルス・サービス（NHS）である。財源を税方式とするNHSとは異なり、日本の公的医療制度は社会保険方式を採用しているが、国民に対して平等な医療を提供するという皆保険制度は、NHSの理念をそのまま受け継いでいると言える<sup>6)</sup>。NHSは、1942年にウィリアム・ベヴァリッジ（1879～1963）がイギリス政府に提出した「ベヴァリッジ報告」によってその大枠が設計された。ベヴァリッジは報告書の作成にあたり、ジョン・メイナード・ケインズに協力を求めた。ベヴァリッジは、一人ひとりの人間的尊厳と魂の自立が保たれ、すべての市民の基本的権利が満たされるような社会を実現するための基本的条件としての社会保障制度を求めようとした。社会保障制度を社会的共通資本の要として位置付けたわけである。

NHSの概要は下記の如くである。

- ① すべての国民（居留外国人も含めて）を対象として、すべての傷病に対して、無償の医療サービスを提供し、その費用はすべて国が負担する。
- ② 医療サービスの提供は、NHSと契約を結んでプライマリ・ケアを担当する General Practitioner（GP）とNHSと契約を結んだ病院によって行われる（NHS発足時に主要な病院は国有化された）。
- ③ すべての開業医は、NHSと契約を結んでGPとしてプライマリ・ケアを担当するか、自由診療にあたるかの選択の自由を持つ。GPの報酬は、予め登録した家庭の数によって決められる（人頭割）。
- ④ すべての国民は、居住地のGPを一人選び Family Doctor として登録して、すべての傷病についてそのGPの診療を受ける。GPは専門的な治療や入院が必要と判断した時、適当な病院を紹介する。GPの紹介がなければ患者は原則として病院治療を受けることができない。

NHSは理想的な医療を提供できる体制に見えたが、医師に対する官僚的管理が厳しく、経済的報酬も非常識なまでに低く抑えられた。

#### 2) 日本の国民皆保険の誕生

1950年代、厚生省はイギリスのNHSを参考にして、医療を国営化して国民皆保険を導入しようと検討を進めていた。当時にも一部保険診療があったが、保険診療は報酬が低く、厳しい制限診療があった。制限診療は戦後統制の中で決められたもので、薬一つでも使い方が厳密に決められており、医師の判断で自由に使えなかった。虫垂炎の手術をするのに地域の社会保険事務所に電話で許可を得る必要があり、許可された入院日数の範囲で治らない時には再度許可を申請する必要があった。

当時の武見太郎日本医師会長は「今の医療制度のまま国民皆保険をやろうとするのは、軽便鉄道のレールを全国に広げて特急を走らせようというものだ。そんなことはできるわけがない。制限医療のような戦時中の官製体制がそのまま生きているのはおかしい」と主張した<sup>31)</sup>。

1961年4月に国民皆保険が導入されることになったが、日本医師会は3月1日以降の保険医総辞退を示唆して2月19日全国一斉休診を実行した。各地で開かれた医師会の集会には、開業医の4割、約2万人の医師が参加した<sup>32)</sup>。ちなみに、2月19日は日曜日で、当時医師は日曜日でも当然働くものだと

思われていた。事態收拾のために自民党三役は、2月27日、28日と連日武見会長、河村歯科医師会長と会談し、その結果制限医療の緩和について具体的な申し合わせが交わされた。

- ① 学会が緊急必要と認める医薬品については、指針関係といえども簡素な手続きで保険に採用する。
- ② 指針は根本方針であるから患者の個性を尊重するようにする。
- ③ 手術に使用する機器、器具、検査の種類、回数は実情に即して認める。

かくして、1961年4月1日国民皆保険がスタートした。現在、私たちが診療を行う上で現場での医師の裁量がある程度認められているのは（レセプト審査の縛りはあるが）、この時の日本医師会の行動の賜物であるということを知っておかなくてはならないだろう。

### 3) サッチャー「改革」とNHSの崩壊

1979年、イギリスでは「鉄の女」マーガレット・サッチャーの保守党政権が誕生した。当時のイギリスは深刻な財政赤字に陥っていた。サッチャーは新自由主義・市場原理主義的な改革を次々と実行していった。電話・ガス・空港・航空・水道などの国有企業の民営化や規制緩和、金融システム改革を断行した。さらに改革の障害になっていた労働組合の影響力を削ぎ、所得税・法人税の大幅な税率の引き下げを実施。一方、付加価値税（消費税）は1979年に従来の8%から15%に引き上げられた。

1983年の2期目になると、医療費抑制政策を旗印に掲げ、医師、看護師など医療従事者に対する管理を強め、病院経営の徹底的な効率化を求めた。1990年には「国民保健サービスおよびコミュニティ・ケア法」が成立してNHSにいわゆる「内部市場制度」が導入されることになった。サッチャー改革の結果、医師の待遇はさらに悪化し、志の高い医師の多くが海外に流出した。

1997年、労働党政権になってブレア首相がNHSの立て直しを図った時には、医師不足で入院待機患者が130万人に達するという異常な状況だった<sup>6)</sup>。ブレア政権は5年間で医療費を50%増、医学部定員増政策を進めたが、いったん崩壊した医療の回復は困難を極めた。

### 4) 医療費亡国論と小泉改革

1983年、当時の厚生省保険局長の吉村 仁は、医療費増大は国を亡ぼすという趣旨の「医療費亡国論」を発表した。以降、それが政府の基本方針となり、1986年から医学部入学定員が削減され、現在の医師不足につながっている。そして、2001年、小泉政権が誕生し、「聖域なき構造改革」のスローガンの下、様々な規制改革と民営化が進められた。大きな政府から小さな政府への方向性はサッチャーの新自由主義・市場原理主義と酷似している。郵政民営化は、アメリカから「対日年次改革要望書」で橋本内閣の時代から要求されてきたが、小泉内閣で実現された。医療の分野でも、①混合診療の全面解禁、②医療株式会社の参入、③診療報酬削減、④患者負担増、⑤後期高齢者医療制度、⑥療養病床削減などが掲げられた。③～⑥は実施されてしまったが、抵抗勢力と言われながらも日本医師会等の努力で①混合診療の全面解禁と②医療株式会社の参入は今のところ阻止されている。

### 5) 社会的共通資本としての国民皆保険を守るために

市場原理主義的な政策で破壊されてしまったイギリスのNHSと同じ轍を踏んではならない。確かに日本の医療制度にも多くの課題があり改革は必要であるが、それは市場原理主義的なビッグバンではなく、医療の専門職集団である私たちが「社会的共通資本としての医療」の理念の下で高い倫理性をもって進めていかななくてはならない。

## 2. 在留および訪日外国人に対する医療問題

在留外国人の人口は年々増え続け、1985年には85万人程度だったのが2016年には238万人と約3倍に膨れ上がっている。加えて観光振興という国策の下、訪日外国人の数が近年急増している。一方、在日および訪日外国人が医療を必要とする場合、我が国での医療受け入れ態勢は未熟であると言わざるを得ない状況である。第9次雇用対策基本計画において、専門的・技術的分野の外国人は積極的に受け入れる一方、その他の分野の外国人については我が国の経済社会と国民生活に多大な影響を及ぼすこと等から、国民のコンセンサスを踏まえつつ、十分慎重に対応することが決定された。また観光目的に訪日する外国人の数は、政府が査証取得の難易度を再び上げない限り増え続けるだろう。

今後外国人診療において医療界が直面する問題を以下に挙げる。

### 1) 医療通訳を含めた言葉の問題

英語が話せる在日外国人の割合は2割強しかいないとのデータがある。特別永住資格を持った在日外国人が2割くらいなので、約6割の在日外国人は少なくとも英語話者ではない。つまり医療側が英語だけ話せても診療に役立たないのである。加えて医療英語を理解できる患者は、患者側が医療関係者でない限り、非常に少ないものと推察される。患者側が英語や日本語を理解できるかできないかに関わらず、医療側としては医療用語を平易な言葉に置き換えて分かりやすく説明する必要がある。このことは英語だけならまだ可能かもしれないが、その他の各言語については限られた医療スタッフだけで行うことは不可能と言える。

医療通訳を介して診療するという選択が最良と一般に考えられるが、問題点は2つある。1つは医療通訳という資格が公式に設定されていないこと。もう1つは医療通訳に要した費用を患者側が負担するのか、医療側が持ち出しにするのかのルールが存在しないことである。資格が存在しない上に、その業務に対し報酬が支払われるかどうかも定かではない。このような状態で苦勞して特殊な医療用語を含む外国語を習得しようとする人材が育たないのは当然のことである。したがって実際に医療通訳を必要としている医療機関では、独自に無償または有償ボランティアをつのって診療にあたっているのが現状である。ただし有償ボランティアの賃金を支払うのは医療側である。その他、対応言語数や人数が限定され過重労働が懸念される、採用の際の能力判定が困難、雇用後も通訳スキル向上の機会が作れないといった問題点がある。

電話通訳という手段もあるが、電話では通訳を行っている側に臨床現場のニュアンスを伝えることは難しい。そして概して高額である。そのため多くの医療機関では患者の友人や家族、または患者が話している言語を理解できるボランティア等をつてを用いて探し、通訳を依頼することがほとんどと思われる。だがそういった人たちもプロの医療通訳ではないので、医療用語となると理解できないことが多い。大抵の場合理解できない箇所を通訳せずに患者に伝えるため、最終的に患者側と医療側の双方に不利益が生じる。

在留外国人の場合、企業に雇用されていることが多いため、会社から専属通訳者が同伴してくるケースも多々見受けられる。だが患者の病状・予後などが会社に伝わり、雇用に関する不利益が生じるおそれがある。

通訳への報酬を支払う原資としては、患者側が負担するか医療側が負担するかによって分けて考える必要がある。患者側の負担であれば、在留外国人の場合は現在ある健康保険とは別枠の互助機関を創設

した上で、の支払いを、訪日外国人の場合は海外旅行保険から費用を捻出できるような仕組みを考えるべきである。医療側の負担であれば、外国人診療の手間と時間を考慮して、応分の負担を診療報酬に上乗せできる仕組みが求められる。

## 2) 訪日外国人旅行者からの未集金問題

訪日外国人は日本の医療制度の仕組みをよく理解できない人も多く、日本の医療機関の窓口では十分に説明できていないケースもある。現在のところ、未集金問題はそれほど顕著ではないが、今後増加するおそれがある。少なくとも入国に査証が必要な国からの旅行者には、査証取得の条件として医療負担を担保する旅行保険への加入を義務付けるなどの対策が望まれる。また旅行者が持参するクレジットカードの付帯保険も利用を推進することが望ましい。不幸にも未収金が発生した場合には、当該の医療機関のみに負担を強いるのではなく、一定の割合での自治体との折半が必要になると考える。

## 3) 輸入感染症問題

2015年の代々木公園でのデング熱発生でも示された通り、一昔前にはみられなかった輸入感染症が身近なものになりつつある。結核高蔓延国からの入国もあり、在日外国人の結核患者も増えている。発症後の治療が不十分なまま通院しなくなる例もあるという。また、1957年以降国産犬の狂犬病の報告は皆無だが、世界では年間5万人が発症しそのすべてが死亡している。検疫で食い止めるのが理想的だが、今後医療界は今まで経験したことのない疾病に出会う機会が増えることになるだろう。公衆衛生については保健所の役割がいっそう期待されるが、臨床においても今後状況に応じて輸入感染症に対する知識と経験が求められる。新興感染症対策として2016年11月「第2回世界獣医師会—世界医師会“One Health”に関する国際会議」が福岡県で開催された。

## 4) 在留外国人の健康保険問題

ある時期から居住する在留外国人が健康保険に加入するのは「みなし加入」である。健康保険の基本は若い世代が高齢の世代を支える互助の精神である。入国当初から治療を目的として滞在する外国人は、納付する保険料に比べて多額の保険給付を受けることが明らかであるため、国保の適用対象外とされている。昨今留学目的と偽った不適正な高額請求事例が僅かながらみられたことが厚生労働省の調査で明らかとなった。そのため厚生労働省は地方入国管理局と連携し、在留資格の本来活動を行っていない可能性がある場合、偽装滞在の可能性のある旨を通知し、在留資格を取り消した上で被保険者資格を職権で消除し、給付費の返還請求を行う通知制度を2018年1月より試行的に運用する方針を全国に通知した。こういった取り組みが今後広まり、医療保険の財源に負の影響を与えない傾向になることを期待したい。

患者が邦人であろうと外国人であろうと、医療の基本は信頼関係を構築しようという意欲と温かい対応や目線が必要なことは同じである。したがって基本的な対応は日本人の患者と同様に考える。言葉の違いを克服するためのコミュニケーション手段の確保は、診断・インフォームドコンセント・効率的な診療・リスクの低減・治療費未払い防止に不可欠であり、医療ソーシャルワーカーや医事担当者の協力が今後ますます不可欠になると考える。

### 3. 健康寿命の延伸

#### 1) 超高齢社会と健康寿命の現状

急速な高齢化・少子化に伴い、2025年には1人の高齢者を1.8人の現役世代が支え、さらに2060年には1人の高齢者を支える現役世代はたったの1.2人になるとされている。さらに2060年には高齢者人口は3,500万人前後でほとんど減少しないが、現役世代の人口は7,000万人から4,000万人に激減し税収も半減することが予測される。

これまで医療は社会に対しどのように関わってきただろうか。終戦直後には約50歳だった平均寿命が、2015年に厚生労働省が発表した調査では女性が86.99歳、男性が80.75歳と30歳以上も伸びている。国民の長寿がゴールだとしたら、日本の医療は成功したと言える。しかし、1995年と比較するとこの20年で平均寿命は約5年伸びたが、健康寿命（健康上の問題で日常生活が制限されることなく生活できる期間）はほとんど伸びていない。2013年の健康寿命は男性が71.19歳、女性は74.21歳そして、この20年間に医療費は27兆円から40兆円に大幅に増加している。これからさらに寿命が延伸することが予測され、リンダ・グラットン著の『ライフシフト<sup>(33)</sup>』で述べられていように人生100年時代がやってくる。寿命延伸をポジティブに捉え、できるだけ長く、健やかで生産的に生きていくことが大切であり、100年以上生きる時代到来で必要性が増すものは教育、多様な働き方、無形資産と記されている。これらはすべて100歳まで心身ともに健康であることが前提である。しかし、現時点で各保険者の医療・介護財政は危機的状況にあり、患者の自己負担引き上げや、企業の負担増だけでは乗り越えて行けない。健康寿命は変わらず平均寿命が延びるだけでは国の財政は崩壊してしまう。

#### 2) 超高齢社会に対し我々医療者はどのように考え、行動していくべきか

政府は、健康寿命の延伸を実現するために必要となる主要項目として、データ利活用基盤の構築や、保険者・経営者による「個人の行動変容の本格化」、新手法の導入促進による「質の飛躍的向上、医師・患者の負担軽減」、科学的介護の導入による「自立支援の促進」を挙げているが、ここで注目したいのが「個人の行動変容の本格化」である。今までの現役世代が終われば、次世代が支え、介護してくれる時代は終わり、最期まで自立した生活をしなければならないことを国民が十分理解する必要がある。つまり100歳まで健康で自立した生活をするためには、日々の生活で自助努力が必要であるということである。病気になったら受けて当たり前医療から、いかにして医療を受けないか、もしくは最小限の医療で済ませることができるかを考える方向に向かわなければならない。

内閣府が発表した2014年度の「高齢者の日常生活に関する意識調査」から分かることは、60歳以上の国民にとって、支えられるべき高齢者は80歳以上が25.2%と最も多く、次いで75歳以上となっている。また、欲しい日常生活情報は「健康づくり」が41.1%と最も高く、2009年度より24.1ポイント上昇している。そして、健康状態が良い人ほど生活に対する満足度・幸福度が高いという結果が出ている。このことより60歳以上の多くの国民が、健康で平均寿命まで自立して生活したいと考えていることが分かる。生活の中で健康であることがいかに大切であるかは十分理解し、健康であろうとする意識は高いということである。しかし、医療機関受診者は60歳から急激に増加し、その通院理由は高血圧、糖尿病、高脂血症といった生活習慣病が多くを占める。健康寿命が延伸する社会の現実に向けて、対策の柱となるのが、この生活習慣病の予防である。生活習慣病は「食習慣や運動習慣、休養、喫煙、飲酒等の生活習慣が、その発症や進行に関与する症候群」であるが、若年期および中年期からの発症者が多

く、健康状態に大きなインパクトを与え、高齢になってから要介護状態になるかならないかの大きな要因となっている。生活習慣病関連疾患（悪性新生物、高血圧性疾患、脳血管疾患、心疾患、糖尿病）は医科診療医療費の約3割を占め、これに老化に伴う疾患（骨格筋関連、骨折、眼科）や精神・神経疾患（認知症等）を加えるとおよそ6割になる。生活習慣病の克服には生活習慣の改善、特に運動と食事のコントロールが不可欠である。これらのことが日常的にできれば医療費削減で一定の成果が得られるというデータもある。生活習慣病にならないのはもちろんであるが、発症したら薬を内服すればいいのではなく、内服により病気が治っているわけではない。ここでも自助努力が必要であることを理解しなければならない。

### 3) 医師は病院・診療所を出て地域へ

現役世代からの健康づくりにポイントとなるのが、特定健康診査・特定保健指導を通じた生活習慣病予防である。しかし、特定健康診査の実施率は約50%であり、男女間、保険者間で実施率に大きな差がみられる。特定健診の未受診者を対象に一次予防に取り組んでいくことも必要である。健康無関心層を巻き込んだ健康な町づくりやデータの見える化、健康リスク階層ごとのアプローチ、個別化健康サービスの展開などが徐々に盛んになってきている。このような取り組みに地域医師会としても積極的に参加し、主導していくことで国民の健康への自助努力の後押しになることは間違いない。これから起こり得る社会の変化とともに、その変化に対応すべき生活習慣の見直しを医師自ら地域へ出て啓発し、いかに今からの取り組みが大切かを切々と伝えていく必要がある。健康であることの大切さ、病気になることの辛さ、病気になった後の経過を誰より熟知している医療者であるからこそ、その言葉の重みは国民に伝わっていくと考える。そして、実際に健康相談や健康講演会といった医療者主導の催しには多くの住民が関心を持ち、参加している。参加ができない、しない人たちも健康でありたいと思っているはずである。2010年に男女とも全国都道府県で平均寿命が一位となった長野県の取り組みをみると、健康を守るための県の課題を医療機関、行政、保健師と共有し、健診の普及、啓発、食事指導、運動指導などを行い、達成している。また、「長寿の島」と知られた沖縄県が平均寿命調査で1位から転落し、長寿県を復活させようと県と大学が健康増進事業に取り組んでいる。大豆、芋類、緑黄色野菜の摂取量が多かった沖縄の伝統的な食生活が、高脂肪食、高カロリー食へと変化したこと、地域とのつながりが少なくなったことが長寿の崩壊であった。現在では沖縄の伝統的な食事を復活させ、地域全体で健康づくりに取り組んでいる。これらの事例からも医療者、特に地域医師会を中心に多職種と連携して国民の健康への意識を変える、地域全体を巻き込んで健康増進に取り組むことが非常に重要である。

これからの100年人生を見据えて健康寿命を延伸していくことが重要であり、それがこれからの医療、財政を維持していく要になることをかかりつけ医は、病院、診療所を出て、地域住民に直接訴えかけていき、多職種協働で健康への意識変容、行動変容を促していく必要があると考える。

## 4. フレイル対策

### 1) フレイルの分類とフレイル対策

超高齢社会を迎えた今、フレイル対策は極めて重要な視点である。平均寿命が世界トップレベルとなった日本で、最大の課題は健康寿命の延伸であり、健康寿命の延伸のためのフレイル対策は、医療の今日的課題の重要なテーマの1つである。

フレイルには、サルコペニアやロコモティブシンドロームに代表される「身体的フレイル」、精神うつや物忘れや軽度認知障害に代表される「精神心理的フレイル」、外出頻度の減少や閉じこもりに代表される「社会的フレイル」がある。この3つのフレイルが相互に関連して、徐々に患者の全身状態が悪化し要介護状態に陥る。

フレイル対策には、①フレイル予防、②要介護状態以前のフレイル患者の早期介入による健常化、③軽度要介護状態のフレイル患者の状態悪化の防止があり、この3つの対策を多職種間で協議し課題を共有することが重要である。そして、その実現には地域包括支援センターの機能強化が重要である。「社会的共通資本」としての地域包括ケアシステムの中心的な役割を担う地域包括支援センターを、よりいっそうの在宅医療介護の中心に置くための機能強化案として、管理栄養士・理学療法士・作業療法士・鍼灸マッサージ師の地域包括支援センターへの配置を提案したい。これにより医療・介護・リハビリテーションの多職種連携がよりいっそう強化される。今後将来の日本の超高齢社会を支えるのは、機能強化された地域包括支援センターと地域医師会、「かかりつけ医」の連携であると考えられる。

### 2) フレイル予防

フレイル予防には前述のごとく多職種連携が不可欠である。多職種連携を進めるには、今各地で行っているような多職種連携会議、リーダー研修会議も必要だが、民生委員や地区町内会のような医療介護等専門職以外の地域の組織との連携も必要と思われる。町内会は老人クラブとも近い関係にあり、そこに所属することは精神心理的・社会的フレイルに対して予防効果がある。また、地方によってはゲートボールやグランドゴルフやカラオケ大会が盛んな地区がある。これらの組織に所属することはフレイル全般に予防効果があると思われる。かかりつけ医として独居で孤立している状態の患者を把握し、いずれかの組織への参加指導をしてフレイル予防に努めたい。また、訪問や通所を含めたリハビリテーションを充実させることが、身体的フレイル予防に必要と思われる。65歳以降の前期高齢者なら介護保険を申請してリハビリテーションを勧めるが、フレイル状態に移行しそうな前期高齢者以前の特定疾病の外来患者で、リハビリテーションが必要と思われる患者に提供できる手段が少ない。地域により通所リハビリ施設が不足している現状があり、また患者本人が通所拒否をすることも多い。今後は地域包括支援センターを活動拠点として、かかりつけ医である医師会員が、患者同意の下で地域包括支援センターまたは担当ケアマネジャーに、身体的フレイル予防目的のリハビリテーションが必要と思われる患者情報を伝え、多職種で事例検討をして訪問リハビリテーション等を検討していくことがフレイル予防、ひいては介護予防につながるとと思われる。

### 3) 要介護状態以前のフレイル患者の早期介入による健常化

要介護状態以前のフレイル患者の早期介入による健常化推進対策として、まず地域住民の介護保険に対する周知の徹底が必要である。地方では老老介護だと他人に面倒をかけたくないため介護保険を申請



しない、というフレイル患者と家族に会うケースがある。このようなケースは時間の経過とともにフレイル状態から要介護状態に陥る可能性が高いので、かかりつけ医として地域包括支援センターと連携を図り、機会訪問をして介護保険制度に対する理解を深めていただくように指導する。フレイル状態患者は、食事摂取量の減少と日常生活動作の低下が認められ徐々に要介護状態に陥るので、健常化を目標に食事指導と運動指導（リハビリテーション）を検討する。食事摂取量が減少して筋肉量が低下すると転倒しやすくなるのは自明である。しかしフレイル状態患者に食事摂取の勧めは効果がないので、連携を取っている地域包括支援センターから管理栄養士を派遣し、管理栄養士から本人と家族に対する指導を行う。

また、管理栄養士が介護者の会合にて講演指導を企画する。食事指導には食事の質だけでなく誤嚥予防策も重要である。フレイル患者は誤嚥にて肺炎になり入院する可能性が高い状態である。誤嚥予防の食事摂取方法は、訪問看護師や介護士等から実技も含めて指導する会合を企画する。

また、フレイル状態患者は日常生活動作の低下があり、それは運動量の低下でもある。無理な体動にて骨折等の危険性を考慮し、日中座位で過ごす患者が多く見られる。その状態に介入しなければ、当然時間の経過とともに寝たきりになり要介護状態になる。介入の方法としては、デイサービスの前段階の各施設で提供されているプログラムを活用したい。軽体操を含むプレ・デイサービスが多いので、フレイル状態健常化効果があると考ええる。

#### 4) 軽度要介護状態のフレイル患者の状態悪化の防止

軽度要介護状態のフレイル患者の状態悪化の防止対策も重要である。この状態の在宅患者では鍼灸マッサージ師に訪問施術を依頼できるが、これだけでは不完全である。理学療法士や作業療法士や鍼灸マッサージ師から本人と家族を集めて日常在宅で可能な程度の関節運動やマッサージの指導講習を企画する。このことで施設に通うことが困難な患者でも、在宅でのリハビリテーションで全身状態の悪化の防止になり得ると考える。またデイサービスは運動療法をサービスに導入している施設が多いが、ショートステイでは利用者に運動療法のサービスがない施設が多い。ショートステイから帰宅したら ADL が落ちていたという患者もいるので、ショートステイ中の運動療法を検討したい。老人保健施設は主にリハビリをする施設であるが、期間が限定され入所可能な患者数も限定されている。今後リハビリの機会を増やすには、最近増床されつつある地域包括ケア病床の利用が効果的と考える。地域包括ケア病床は、急性期治療終了後、在宅復帰支援のためのリハビリ等も目的の一つである。これを活用してかかりつけ医とケアマネジャーと地域包括支援センターが連携を取り、在宅状態だがリハビリにて ADL 改善を期待できる患者と家族に説明して、リハビリ目的で期間を決め入院リハビリをすることはできないだろうか。

フレイル対策を考える上でもう一つ重要なテーマにオーラルフレイル対策がある。身体面のフレイル期の前段階に栄養面のフレイル期があるとされており、歯と口腔機能の低下によるオーラルフレイル状態への対策は重要である。オーラルフレイル対策は歯科医師会との連携が欠かせない。歯科医師会でのプロモーションで有名なのは 8020 運動である。80 歳で 20 本以上自歯を保とうという運動は各地域の歯科医師会で推進されており、認知度も高くオーラルフレイル予防策として成功していると考ええる。かかりつけ医として外来患者に対してオーラルフレイルの概念を啓発し、状態悪化時は速やかに歯科医師に相談できるように歯科医師会と連携を図ることが重要である。

## 5. 予防医療

### 1) はじめに

本稿では、まず健康の定義と予防医療の概念を再確認し、予防医療を包含する概念として健康増進について言及する。次いで、これまでの「個人の自覚を促し行動変容を支援する」といった方策に加え、「生活習慣を大きく左右する社会環境の整備を重視する」ことの重要性について述べる。

結論として、予防医療・健康増進の推進には国民に対する早期からの啓発・教育などの地域活動が極めて重要であり「かかりつけ医」である地域の医師会員がその主な担い手として期待されることと、健康増進に向けてすべての公共政策を再編成するため、専門的見地からの医師会の影響力とその役割はますます大きいことを述べる。

### 2) 健康の定義と予防医療、健康増進の概念

健康の定義は 1948 年の WHO 憲章前文に掲げられたものを示すのが通例である。すなわち、「健康とは単に疾病がないとか、虚弱でないだけでなく、身体的・精神的・社会的に完全に良好な状態である」との定義である。近年では、少子超高齢社会といった人口構造の変化や、生活習慣病に代表される慢性疾患の増加といった疾病構造の変化などに伴い、健康と病気との境界が不明瞭となってきたことから、疾病や障害を持ちながらいかに QOL を高めていくかが課題となっている。

予防医療の目標は、健康に悪影響を及ぼす環境や行動、社会的要因を軽減除去し疾病や健康障害を予防し、さらには人々の健康状態と QOL を向上させることである。予防は疾病の進行段階に応じて三段階に区分され、それぞれ、①一次予防：疾病・事故の発現防止（すなわち罹患率低下）と健康増進が目的、②二次予防：早期発見・早期治療による健康障害の進展防止（すなわち死亡率低下、生存期間延長）が目的、③三次予防：機能障害や能力低下を防止し ADL や QOL の向上や社会復帰が目的である。ここで最も重要なのは一次予防であり、人生の早期からの食生活や運動、休養、飲酒、喫煙といった生活習慣、生活環境などに対する適切な対応である。

健康増進は、疾病の予防のみならず、健康状態を向上するための行動を含んだ積極的な概念である。2002 年には健康増進法が制定され、国民の責務として「国民は、健康な生活習慣の重要性に対する関心と理解を深め、生涯にわたって、自らの健康状態を自覚するとともに、健康の増進に努めなければならない」（第 2 条）とされた。健康増進法に基づき、健康寿命の延伸と QOL 向上を目指して施策が行われており、なかでも 2012 年に策定された「21 世紀における第 2 次国民健康づくり運動」（健康日本 21（第二次））（2013～2022 年度）では、国民の健康増進の推進に関する基本的な方向として、①「健康寿命の延伸と健康格差の縮小」の実現を目標として、②「生活習慣病の発症予防と重症化予防の徹底」、③「社会生活を営むために必要な機能の維持及び向上」、④「健康を支え、守るための社会環境の整備」の項目を実現するため、⑤「栄養・食生活、身体活動・運動、休養、飲酒、喫煙及び歯・口腔の健康に関する生活習慣及び社会環境の改善」が重要である、ということが示された。

### 3) 健康増進における社会環境整備の重要性

「経済格差が健康格差にまで波及してきた」（辻 一郎 日本経済新聞 2018 年 1 月 30 日「経済教室」）との資料がある。「厚生労働省『平成 26 年国民健康・栄養調査』によると世帯所得の低い者ほど、喫煙率や肥満者の割合が多い。さらに世帯所得の低い者ほど、野菜・肉類の摂取量が少なく、穀類の摂取量

が多く、歩数が少ない。同様に健康診断の受診率が低く、歯が 20 本以上ある者の割合も低いという」(同上)。このように、「低所得者ほど生活習慣リスクを抱えている」(同上)とすれば、これまでの個人の努力による健康増進には限界があり、社会環境を変えることが必要であるという。「この考えは、1980 年代に提唱されたヘルス・プロモーション理論に由来する。その要点は『個人に対する健康行動の啓発も重要であるが、それ以上に社会環境をどのように整えるかを重視すべきである』という世界保健機関 (WHO) のオタワ憲章に示されている」(同上)という。辻は社会環境が個々人の行動や健康に影響を及ぼしていることについて、都道府県別の成人男性の歩数が公共交通の発達度と関連していること、日本の喫煙率減少の要因として公共交通機関での禁煙化、公共空間での禁煙化・分煙化が貢献していることを例示し、「個々人の生活習慣は自分で決めるよりも社会環境で決まる部分の方が大きい」(同上)と述べた上で、「そこに暮らすだけで誰もが知らず知らずに健康になれる社会を創るには、保健医療部門に加えて様々な行政部門の関与が必要となる」「WHO は『すべての政策に健康の視点を』という提唱を行っている」「人々の健康の増進に向けてすべての公共政策を再編成しようという提案」(同上)であり、「人口減少と高齢化が進行する日本では、人々の健康と生産性を確保することが国それ自体のサステナビリティ（持続可能性）の前提となる。健康という観点から公共政策を再編成することが求められるゆえんである」と結論している。

#### 4) 予防医療・健康増進と医師会の役割

国民一人ひとりが自分の健康状態を自覚し、良好な健康状態を維持するよう努力することを支援するため、家庭や地域や学校において、幼児期から食事、運動、休養などについて、学童期思春期には喫煙、飲酒、薬物等についての情報を提供し啓発・教育を行うことが重要である。その際、ごく基礎的な医学知識や BLS 等の重要な実技、さらには国民皆保険を含む日本の医療制度についての教育も行うことで、国民が適切に医療を利用できるようになることが期待される。この啓発・教育を実際に担当するのは、地域の「かかりつけ医」である医師会員の重要な役割である。

疾病予防・健康増進は個々人に対するアプローチだけでは限界がある。生活習慣はその人の属する社会環境に影響される部分が多く、社会環境の整備がより重要となってくると考えられる。直近のたばこに関する議論に端的に示されているように、「喫煙」という健康に明らかに有害な因子を社会から除去することですら実に容易ではない。医師会は国民の健康と生命を守るための専門家集団として、健康増進を阻害せず、健康増進を促進するような社会環境に向けた公共政策の立案能力と、その政策の実現のための政治力が必要である。国民の健康増進のため、公共政策に対する医師会の影響力・発言力はますます重要である。そのためにも医師会が理念を共有した強い組織である必要がある。

#### 5) 結語

「予防医療」というテーマを包含する健康増進について、これまでの本委員会での議論を整理し、最近の日本経済新聞から話題を採取して、「社会環境整備の重要性」を述べ、医師会員の役割として地域での啓発・教育活動と健康増進に資する公共政策への貢献をあげた。

## 6. 喫煙対策

### 1) 喫煙の害

「喫煙は健康を害する」これは周知の事実である。2017年5月に発表されたWHOファクトシート「たばこ<sup>(41)</sup>」によると、たばこが原因で毎年700万人以上の人々が死亡している。その内600万人以上は直接の喫煙によるものであり、約89万人は受動喫煙によるものと報告されている。世界の喫煙者は10億人以上おり、そのおよそ80%が低・中所得の国に住んでいる。報告ではまた、たばこが原因による医療費の負担や生産性の低下で、経済的損失は年1兆4,000億ドル（155兆円余り相当）以上に上ると試算している。

2016年の厚生労働省「国民健康・栄養調査」によると、我が国における喫煙率は18.3%であり、男性に限れば30.2%と未だに約3人に1人が喫煙者である（女性：8.2%）。一方、喫煙者のうち、たばこを止めたいと思うものの割合は、男性25%、女性35%とも報告されている。

たばこ煙に含まれるニコチンは副腎皮質を刺激してカテコラミンを遊離し、交感神経系を刺激して末梢血管の収縮と血圧上昇、心拍数の増加をきたす<sup>(34,35)</sup>。また強力な血管収縮および気管支収縮作用を有するトロンボキサンA2の遊離作用も有する<sup>(36)</sup>。たばこ主流煙には一酸化炭素が4%（重量%）程度含まれており血液中のヘモグロビンと強固に結合して（酸素の約250倍）慢性の酸素欠乏状態を引き起こす<sup>(37)</sup>。たばこ煙はコレステロールの変性を促進し、血管内皮を障害するとともにHDLコレステロールを減少させ、動脈硬化を促進する<sup>(37,38,39,40)</sup>。これが一酸化炭素による酸素欠乏や血管異常収縮とも相まって循環器疾患のリスクを増大させる。

また、肺がん喫煙の関連についても古くから多くの研究があり、1964年にはこれらの研究の結論として米国公衆衛生総督報告が出された<sup>(41)</sup>。肺がん、食道がん、膵臓がん、口腔がん、中咽頭がん、下咽頭がん、喉頭がん、腎盂尿管がん、膀胱がんは相対危険度が2以上で喫煙との関連が明確に認められる。腎細胞がん、胃がん、肝臓がん、骨髄性白血病の相対危険度は2以下であるが弱い関連が認められる。口唇がん、副鼻腔がん、上咽頭がんは、喫煙との関連が強く示唆されるが発生数がまれであるために結論することができない。

喫煙は喫煙している本人だけでなく、受動喫煙として喫煙をしていない周囲の人間にも害を及ぼす。肺がん、副鼻腔がん、子宮頸がんでは、周囲の喫煙者の喫煙本数が増加するほど、受動喫煙による発症リスクが増大する。受動喫煙の虚血性心疾患への影響は、肺がんよりもさらに明確で、環境たばこ煙（ETS）曝露によって非喫煙者の労作時心筋虚血状態は悪化する。受動喫煙による健康影響をまとめた報告では、非喫煙者の心筋梗塞の死亡率が1.3倍に高まり、受動喫煙を受ける人のうちの1~3%が、受動喫煙が原因となった心筋梗塞で死亡することが示された<sup>(42)</sup>。これを非喫煙者10万人あたりの受動喫煙による死亡確率として調べると10万人あたりの受動喫煙による死亡確率は1,000人から3,000人に上ることとなり、自動車の排ガスなどの死亡確率とは比べ物にならない大きな健康被害を及ぼしていることが示された。たばこを吸わない人の心筋梗塞の死亡のうち、20%は周囲の人のたばこの煙が原因と言われる<sup>(43,44)</sup>。このように喫煙による健康障害は喫煙者とその周囲にいる人にまで、多くの人に影響を及ぼす。

### 2) 喫煙者の2つのパターン

それでは、医師会として「医療は社会的共通資本である」という理念を通してすべきことは何である

うか？

それにはまず「たばこが健康にとって害である」という事実を国民に再認識してもらうことであるが、たばこの健康上の害についての認識は、まだ十分とは言えない。その背景には喫煙者の2つのパターンが関与していると言われている。一つ目は、喫煙者がたばこの害を十分に知らないでたばこを吸っているパターンである。「なんとなく体に良くない」というのは分かっているが、ほとんどの場合、吸ったらずぐに痛くなったり、苦しくなったりするものではないため、たばこの害が漠然としていてイメージしにくい。もう1つのパターンは、たばこの害は認識しているが、「自分はどうなってもいい」というパターンである。誰もが合理的な判断をしなければいけないわけではないため、喫煙者本人がリスクを理解した上で、喫煙を希望するなら、それは自由である。

一つ目のパターンの喫煙者には、合理的な判断をするための情報をしっかり提供する必要がある。例えば、海外で書かれているたばこのパッケージのメッセージである。海外ではたばこのパッケージに衝撃的な写真や言葉が印刷されていることは有名である。

二つ目のパターンの喫煙者に関しては、受動喫煙の害を考えてもらう必要がある。自身の喫煙によって他人の健康を害しているという事実を理解してもらうことにある。しかし、誰もが「死亡者数が〇万人」「がんのリスクが〇倍」といったマクロのリスクを自分のこととして解釈できるわけではなく、現実味を失った形での理解となりやすい。そのため、たばこの健康上の害を、どう自分のこととしてもらうかが重要である。この自分ごと化できるかどうかは、その人の性格やバックグラウンドによるため、個別性がカギになると思われる。例えば、ある人にとってはがんのリスクよりも「シワが増える」「歯にヤニが着く」といった美容のリスクを指摘する方が受け止めやすいかもしれない。別の人にとっては、恋人から「たばこ臭くてキスしたくない」と言われる方が効果的かもしれない<sup>(45)</sup>。そのため、医師会として、そういった様々なパターンの喫煙対策をマニュアル化するのも手かもしれない。

### 3) 医師会は何をすべきか

厚生労働省の資料によると、禁煙者を増やすためには「禁煙試行率」と「禁煙成功率」がカギとなる。禁煙試行率には、たばこ税の値上げや公共場所等の禁煙化、広告禁止、警告表示強化など包括的なたばこ規制の推進が有用であり、これらにはマスメディア・キャンペーンや医療従事者からの働きかけが効果的であるといわれている。また禁煙成功率は有効な治療法の利用の促進が有用であり、そのためには具体的に、医療従事者からの働きかけ、マスメディア・キャンペーン（治療の必要性の啓発）、治療へのアクセスの向上（保険適用やOTC化）、効果的な治療方法の開発、指導者トレーニングなどが効果的といわれている<sup>(46)</sup>。日本医師会としては行政や政府に対し、これらの政策を推進することを依頼すること、マスメディアを利用することなどが施策となる。そしてそれ以上に日本の医師の最大組織である日本医師会として、地道に会員から喫煙者に禁煙を働きかけていただくキャンペーンを行うことが有用である。

2020年の東京オリンピックに向けて、罰則規定付きの受動喫煙防止法案の議論が進んでいる。IOCは1988年カルガリー大会以降、オリンピックの禁煙方針を採択し、会場の禁煙化とともにたばこ産業のスポンサーシップを拒否している。カルガリー大会以降の大会で、罰則規定付きの受動喫煙防止法が制定されていない都市はない。現在日本の受動喫煙対策は先進国では最低レベルであり、様々な利害関係があると思うが、世界に恥ずかしくない法律の制定を願う。また、これを機会に一人でも喫煙者が減り、日本がスモークフリーの国となり、それによって国民の健康が維持および向上されることを期待する。

## 7. 予防接種

「国民の生命と健康を守る」ための一つの手段として予防接種がある。予防接種とは、病気に対する免疫をつけるために抗原物質（ワクチン）を投与（接種）することである。接種により原体の感染による発病、障害、死亡を防いだり和らげたりすることができ、また伝染病の抑止に最も効果的で、コストパフォーマンスの高い方法だと考えられている。WHOによれば現在の世界では、予防接種により200～300万人の死を回避しており、さらに接種率が向上すれば、加えて150万人の死を回避できるという。現在日本では、生後2カ月から16歳までを対象に10種類の定期接種と、4種類の任意接種が行われている<sup>(12)</sup>。また、乳幼児や小児期以外の成人でも毎年10月から行われているインフルエンザの予防接種や、ここ数年で開始された高齢者の带状疱疹ワクチンや肺炎球菌ワクチンなどの予防接種もある。しかしながら、我が国の予防接種においては、未だ以下のような様々な問題が残っている<sup>(47)</sup>。

### 1) 定期接種と任意接種のワクチン

定期接種のワクチンは、国の責任で接種されるもので、費用は原則公費で負担されるが、任意接種のワクチンは、個人の責任で接種されるものであり、費用も原則個人負担である。任意接種のワクチンは、予防接種法に規定されていないワクチンであり、費用負担が大きいこと、保護者にも接種者にも十分な情報提供がされないこと、救済制度が異なることなどがその問題点として挙げられる。そのような理由から、任意接種のワクチンの接種率は低く、これらの疾患が依然社会に蔓延している現状がある。

### 2) 同時接種

乳幼児期には複数のワクチンを限られた期間に接種する必要がある。そのために複数の異なるワクチンを同時に接種する同時接種が重要となる。同時接種は諸外国において、標準的に行われている医療行為であり、同時接種の利点としては子供たちがワクチンで防げる疾病（VPD：Vaccine Preventable Diseases）から早期に守られることが挙げられる。ワクチンは、接種できる時に接種し、免疫をつけることがその目的である。その目的達成において、接種のスケジュール管理も保護者の大きな負担となる。同時接種は、その負担を軽減することに大きく寄与する。同時接種の安全性について心配される声も度々聞かすが、同時接種によって、それぞれのワクチンがお互いの有効性の干渉がないこと、有害事象や副反応の頻度が上がることはないこと、同時接種できるワクチンの本数に原則制限はないことが知られている。海外のデータを見ても、どのようなワクチンの組み合わせであっても、同時接種の安全性を問題視するデータは存在せず、この諸外国の過去の膨大なデータがその安全性を示している。

### 3) 混合ワクチンの普及

現在、国内には、異なる病原体のワクチンが一緒になった混合ワクチンは、4種混合ワクチン（DPT-IPV）、2種混合ワクチン（DT）、麻疹風疹ワクチン（MR）の3つだけである。国外には、ヒブ、B型肝炎、三種混合、不活化ポリオを組み合わせた5種混合、6種混合と呼ばれる多くの複合ワクチンが存在する。また、ムンプスワクチンはMRワクチンとの混合ワクチンであるMMRワクチンとして接種されている国がほとんどである。混合ワクチンの数の少ない国内では、3カ月の児は、計5種類のワクチンを同時に接種し、また、12～15カ月の児は、計6種類のワクチンを同時に接種することになる。この接種回数多さは、他の先進国では見られない現状であり、今後国内において混合ワクチンがより認

められるべきである。

#### 4) 異なるワクチンの接種間隔

国内では、不活化ワクチン接種後に異なる不活化、あるいは生ワクチンを接種する場合は、中 6 日以上、生ワクチン接種後に異なる生あるいは不活化ワクチンを接種する場合は、中 27 日以上空けてから接種することとなっている。これは、国内独特の規則であり、海外では、異なる生ワクチン同士の場合、中 27 日以上空ける以外は、接種間隔の規定は存在しない。おそらくこの規制は、万が一ワクチンの副反応が出た場合に、その責任となるワクチンを明確にする目的で作られたものと考えられる。しかしながら、現在、同時接種が進んでいる中で、この規則の意味は、少なくなってきたと言わざるを得ない。この規定は、接種時期を逃してしまう大きな一因となっていると言える。

#### 5) ワクチンの接種方法と接種部位

日本では、ヒトパピローマウイルス (HPV) ワクチン、10 歳以上の B 型肝炎ワクチンなどの一部のワクチンを除いて、原則すべてのワクチンが皮下注射である。しかしながら、海外では、生ワクチンを除くすべてのワクチンは、原則筋肉内注射である。皮下注射による局所反応は、筋肉内注射に比べ高く、また免疫原性はむしろ筋肉内注射の方が高いという報告も散見される。複数のワクチンを同時に接種する際、または多くの新しいワクチンが開発され、特に混合ワクチン、アジュバント入りのワクチンなどは、その局所反応を減らすために筋肉内注射がその標準的投与方法である。今後、特に乳幼児早期に多くのワクチンを同時接種し、さらには新しいワクチンが順次導入されていく過程において、筋肉内注射を予防接種の標準的接種法として認める必要があると考える。また、近年、筋肉内接種が標準的接種法である髄膜炎菌結合型ワクチン、10 価肺炎球菌ワクチンなども国内で販売、承認されており、今後、筋肉内接種の正しい方法の啓発も必要である。一方で、ワクチンの接種部位は、上腕に接種することが多かったが、海外では、乳児、幼児では、大腿前外側部が標準的な接種部位である。接種本数が多くなった現在、大腿への接種の啓発活動も、引き続き必要である。

#### 6) 医師会がすべきこと

それでは「医療は社会的共通資本である」という理念を通して医師会としてすべきことは何か？根底となることは「予防接種の必要性を国民に説くこと」と考える。最終的な目的は、より多くの国民（小児）に予防接種を受けていただき、それによって疾病 (VPD) に罹患することを防ぐことにある。接種人口を増やすために、前記した問題点の解決を医師会が主体的になって行う必要がある。

具体的な対策として、①安全性の周知をすること、②より多くの項目を公費で行えるようにすること、③予防接種を受けられる施設を増やすことの 3 点が肝要である。

そのためにまず厚生労働省や自治体行政などと協力をして予防接種に関するデータを収集し、安全性に関する情報を開示し、それを基により多くの項目を公費で行えるようにする必要がある。またマスメディアの協力も要請することが望ましい。さらに、より多くの予防接種の公費化や実施施設の増加についても、医師会として日本小児科学会などと共同で厚生労働省や自治体への働きかけが必要であろう。

このように、予防接種に関する問題点を解消し、日本の予防接種事情が 1 日も早く世界各国に追いつき、それによって国民の VPD を防ぐことができるよう、日本医師会としてさらなる取り組みが期待される。

## 8. 産業医学

### 1) 産業医学とは

予防医療の領域の一つに「産業医学」がある。産業医学とは、労働環境や作業条件と、働く人々の健康との関わりを追求する医学である。働く人々が、その生活の中で長い時間を過ごすことになる職場において、その環境と人々の健康は、切り離せない関係にある。古くから職場の環境や作業の形態によって、職業病や作業関連疾患など様々な健康問題が発生していた。高度成長期以降も、オフィスの情報化、高齢化、新たな化学物質など、職場には働く人々の健康に関わる環境の変化が生まれている。産業医学は、こうした産業活動に関連する健康問題を取り扱う医学の一分野である。疾病の原因探求などの基礎的研究から、働く人々の疾病予防や健康の保持増進などの実践活動まで、幅広い範囲が含まれている。

産業保健の目指す目的、考え方、方向性等に関する記述としては、ILO/WHO（国際労働機関／世界保健機関）の合同委員会が1995年に採択した以下の定義がある。

「産業保健は以下のことを目指すべきである。すべての職業におけるすべての労働者の身体的、精神的および社会的健康を最高度に維持、増進させること、労働者のうちで労働条件に起因する健康からの逸脱を予防すること、雇用中の労働者を健康に不利な条件に起因する危険から保護すること、労働者の生理学的、心理学的能力に適合する職業環境に労働者を配置し、維持すること、以上を要約すれば作業を人に、また、人をその仕事に適合させることである。産業保健における主要な焦点は3つの異なった目的に絞られる。①労働者の健康と作業能力の維持と増進、②安全と健康をもたらすように作業環境と作業の改善、そして③作業における健康と安全を支援し、そのことによって、良い社会的雰囲気づくりと円滑な作業行動を促進し、そして事業の生産性を高める方向に、作業組織と作業文化を発展させること、このような関係において、作業文化という概念が意図するところは、当該企業が採択した不可欠の価値体系を反映することを意味する。実際面では、このような文化は、企業の経営システム、人事方針、品質管理に反映される。」<sup>(13)</sup>

つまり産業医の業務の目的としては、その事業場で働く人々の健康や安全を確保することだけでなく、その事業場で働く人々の健康や安全が保たれることで、その事業場の生産性が向上し、それが企業であれば収益の上昇につながり、さらに国がゆたかにもなる。今後減少する見込みである働く世代の健康を守ることで、国民がゆたかに生活できるための社会的装置という意味では、産業医が行う予防医療もまた「社会的共通資本」だと言えるだろう。

### 2) 産業医制度の問題点

産業医制度の問題点を以下にあげる。

まず一つ目として、現在我が国の地域医療において問題となっている医師の地域偏在や診療科偏在が、産業医制度においても認められている。日本医師会の認定産業医制度は1990年に現行の制度が確立され、2018年3月までの日本医師会認定産業医の取得者は延べ9万8,000人を超えている。単純計算すれば、医師の約3.3人に1人が取得していることになる。日本医師会の試算では、全国における労働者数が50人以上の事業場のみならず、以前から日本医師会の産業保健委員会が提言している30人以上の事業場においても産業医の選任を義務付けることが可能な人数となっている。

しかしながら、2010年3月に公表された日本医師会の産業保健委員会の答申によれば、日本医師会の認定産業医を取得した医師が事業場と契約できない状態が多く都道府県で認められている。その一



方で、一部の地域では、今後医師の絶対数の不足や高齢化に伴って、認定産業医の数の不足が懸念されている。さらに、認定産業医の数は全国的には足りているはずだが、産業医を選任すべき事業場において産業医の選任がなされていないところがある。これらの問題について、認定産業医資格のある医師の活躍の場を確保し、多くの事業場で労働者の健康管理体制を充実させるためには、認定産業医と産業医を未選任の事業場とのマッチングを行うことができるシステムの整備が望まれる。

二つ目として日本の企業の9割を占めると言われている、労働者50人未満の企業の産業保健の問題である。これらの企業は一般的に産業医の選任の必要性がなく、地域産業保健センターが窓口となり、長時間労働者への医師による面談指導の相談や健康相談窓口の開設、個別訪問による産業保健指導の実施、産業保健情報の提供などが行われている。しかしこの制度は十分に利用されているとは言えず、2015年に福岡県で行われた調査では事業場、労働者の利用率はそれぞれ0.8%、1.1%であった。この利用率の低さも問題となっている。今後この利用率を上昇させるための施策が望まれる。

三つ目として産業医の対応範囲にある。近年、産業構造の変化や雇用環境の悪化等により、事業場における労働者の健康管理の範囲は拡大してきている。産業医は、従来からの職業性疾病に加えて、過重労働による脳・心臓疾患やストレス関連疾患、あるいは労働環境中の新規化学物質による健康リスクの対策など多様な問題に対応できることが求められる。その中には過重労働やメンタルヘルスの問題など事業場に共通の問題もあるが、業種によって異なる健康問題も存在する。すなわち、産業医を選任する時には、単に数合わせではなく個々の事業場の特性にあった健康管理ができる産業医を紹介することが必要になると考えられる。そのためには、認定産業医の専門性や産業保健における得意分野が分かるように、これまでに産業医を経験した業種やどのような領域の研修実績があるのかなどの情報を把握できるシステムにすることが必要になる。認定産業医研修会の体系についても産業医実務に必要な技能の修得状況が分かりやすい制度が望ましいと考えられる。

### 3) 産業医制度における医師会の役割

認定産業医研修会で修得した内容を産業保健現場で実践するためには実務上知らなければならないことがあるが、研修会での集団教育には限界がある。認定産業医を取得後初めて産業医契約をする場合には、経験の豊富な産業医に相談できるメンター制度があれば、事業場も安心して産業医契約ができるようになると思われる。

これらのことから、医師会として現在ある地域産業保健センターの役割の強化をしていくことが必要と考えられる。事業場からのニーズと産業医希望者からのニーズをマッチングさせる、いわゆる紹介場としての機能の充実が必要である。これにはまた地域産業保健センターという組織の認識不足もあるとも考えられる。この問題点を解消するためには様々な場面や機会での宣伝、広告が必要である。また同時に認定産業医の専門性や産業保健における得意分野が分かるように、データベースなども必要である。医師会は今後そういうシステムの構築を行っていくことが望まれる。

## 9. 社会的共通資本としての地域包括ケアシステム

### 1) 社会的共通資本としての地域包括ケアシステムという視点

超高齢社会を迎え、全国各地で地域包括ケアシステムの整備が推進されている。重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムもまた、社会的共通資本であるという視点が必要である。行政に任せるだけではなく、医療・介護・福祉の専門家集団の知見を結集するとともに、町内会や公民館、老人会など様々な既存の組織を最大限活用することが求められる。

現在日本においては、あらゆる分野において地域格差があり、医療や介護についても例外ではない。各地域においては人口だけではなく、産業やインフラ等においてかなりの格差があるために国民が受けられる医療・介護のサービスは地域によって多少の差があることは否めない。しかしその隔たりを最小限にしていくことが、地域医療にとって不可欠である。しかし、すべての地域で地域包括ケアシステムを完成されたものにするにはある意味容易ではない。このシステムの構築ではまずは地域の医療・介護サービス資源の把握から始まると考えるが、各地域にどの程度のニーズとそれに見合うサービスがあるかを把握することさえ、しっかりとできていない地域・圏域もあるのではないだろうか？ 地域の自治体担当者の能力には差があるが、そのためにその地域の住民が不利益を受けることがあってはならない。そのためにも、現在様々な区分けをされた医療圏域に対し、（現在色々なグラフを用いて我が町、我が圏域の分析をしているところは多いが）個々の分析だけではなく、全国的に統一した客観的な指標を用いてはどうだろうか？ ここには医師数だけではなく、医療・看護・介護者の質的・量的な格差も含まれるべきであり、例えば医療・介護の分野においても、救急搬送にかかる時間などは各地域で出されているが、疾患別（虚血性心疾患や交通外傷、周産期などそれぞれに対する不足分の点数化など）や人口別（医療・介護系の就労可能人口や、独居老人の割合や高齢者住宅の受け入れ人数など）に各圏域の不足度を全国的に統一し数値・点数化を行い、各圏域の不足度を明確化することなどである。

### 2) 各圏域での課題や対応策をどうしていくか

具体的に、医療や介護などの社会保障が絶対的に不足している場合と、ある程度医療や介護が充足していても個々のサービス間の連携の問題で機能しない場合などに分けて考えてみる。

まず前者の場合は、各圏域の行政や郡市区医師会や都道府県医師会だけの力ではどうにもならないケースが多いと考える。この場合地域医療介護総合確保基金など、金銭的な補助だけでは到底解決できず、国や全国的な組織（日本医師会はもちろん、各病院協会や臨床系の学会など）の介入が不可欠と考える。例えば、各学会の専門医制度などで地域枠研修の単位等を作ることや、有効的な対策をしている組織団体に対して国が一定の評価をすることや、医療・介護に関わらず社会保障の資源が不足している地域への診療報酬上のプラス制度など、対策は幾つかあるのではないだろうか。いずれにせよ、強制的な就労・勤務ではないもののある程度の措置的なシステムを誰かが作る必要がある。もちろんトータルとして国民一人ひとりをケアする立場である医師会員の介入が不可欠だが、医師会・行政機関だけではなく看護協会や介護系の団体とも地域レベルで協力し、システムづくりをすることが重要ではないだろうか。

また後者の場合では、医療と介護の密接な連携を図ることが必要で、関係者への情報共有の支援や様々な研修、その地域住民への啓発活動なども必須と言える。いろいろなサービスがあるがために都道府県や各市町村の介入が必要とされるが、専門性や財政面の問題もありなかなかスムーズにいくとは限

らない。例えば各地域圏域に地域包括支援センターを設け地域の窓口とされているが、そこでの難題例（例えば対象者が病院等の医療機関から在宅へ移行した際に再発や転倒等の二次的な問題が生じるおそれがある場合など）に対し、統括する基幹型センターや行政が本当に適切に介入できているかどうかは不明である。

### 3) 地域包括ケアシステムをコーディネートするのは

いずれにせよ、最終的には誰もが適切な医療・福祉を享受できるためには、各地域に総合的に的確に指示しコーディネートする存在が必要である。問題は誰がそれを行うかである。市町村圏域にある程度のニーズやサービスが充実していてその連携の問題が主たるものであるなら、つまりはその地域を見渡し他圏域とも連携を取れるものとするならば、それこそ医師会が適任と考える。また、都道府県レベルのもう少し広い範囲でのコーディネートならば（もちろん現在でも都道府県医師会レベルで行っているかもしれないが）、行政と都道府県医師会並びに郡市区医師会、場合によっては地域の看護協会や介護団体等とも連携しながら協働的な専門の組織を形成し、全国的な組織との折衝を行う仕組みを作ることはいかほどだろうか？ 過疎化や交通機能の問題など、医療界だけではどうにもならないことなども、ある程度組織が理念を共有することで解決の糸口を開けるかもしれない。

多忙のため余裕のない医師も多いと思われるが、長年地域医療に貢献しつつも世代交代などで診療から少し離れた医師会員などを発掘しながら、コーディネートする医師を配置することで地域医療をバランスよく保つのはどうだろうか？ 現在、一般の派遣会社などで新規開業のサポート・コーディネートを行っているケースもあると聞く。もちろん現時点でどこにどのような分野で開業するのは自由ではあるが、その地域のバランスを包括的に継続することはどの医療機関も負わねばならない使命ではないだろうか。逆に医師会などの組織が、医療・介護サービスのバランスを保つ意味で、不足している地域への新たな新規開業の斡旋やそこで新たなコーディネーターとしての立場をサポートするなど、何らかの介入が必要かもしれない。逆に十分充足している地域へのさらなるサービスの向上がある一方で、過疎化が進み満足なサービスが受けられない地域が増大するのであるならば、社会保障の観点からも何らかの措置的なシステムを作る必要があるかもしれない。

多職種連携の集まりの中でよく聞くのは「コミュニケーションのハードルが最も高いのは医師である」という声である。こういった意見に真摯に耳を傾け、「かかりつけ医」と郡市区医師会が自らコンダクター役を買って出て、率先して関わらないと実効的なシステムとして機能しないだろう。地域包括ケアシステムを構築することは地域医療にとって重要であり、国民の生命と健康を守るために地域の医療・介護関係者全体で「社会的共通資本としての地域包括ケアシステム」という理念を共有することが、今後医師会がすべきことと考える。

## 10. 医療と ICT

### 1) 変化する医療の現場

ICT（情報通信技術）は、過去半世紀で飛躍的に進歩し、社会基盤の根幹である各種の社会システムを大きく変化させてきた。そしてこの流れは、さらに加速している。例えば、日本政府は 2020 年東京オリンピック・パラリンピックに向け、第五世代移動通信システム（5G）の導入を目指している。このような ICT 基盤の強化により、IoT 社会、AI の社会への普及は急速に進むであろう。そして医療の世界も例外ではない。クラウドサービスの発展・活用なども相まって ICT の活用が、遠隔医療、地域医療連携システム、在宅療養支援サービス、医療・介護における多職種連携といった多くの分野で進んでいる。遠隔医療は大別すると専門医師が他の医師の診療を支援する Doctor to Doctor（DtoD）と医師が遠隔地の患者を診療する Doctor to Patient（DtoP）に分けられる。DtoD の代表的な例は遠隔放射線画像診断や遠隔術中迅速病理診断であり、すでにこれまでの診療報酬で評価されている。DtoP は、主に離島やへき地において訪問診療を補うものとして実用化が進められてきたが、2018 年度の診療報酬改定では「オンライン診療」として評価されることとなり、今後さらに拡大する動きが強くなるだろう。確かに、ICT を活用した遠隔医療は、かかりつけ医と専門医の連携により、へき地医療レベル向上に貢献し、医師の偏在の原因の一つとされる過重労働を強いられる地域での医師の負担軽減に寄与するであろう。また、例えば育児中で自宅を離れられない医師が ICT を活用して時短で効率よく働くなど、医師の働き方自体を変える可能性を期待する声もある。しかし、遠隔医療はまだ未熟な医療形態であり、有用性や安全性については現段階では、エビデンス構築に動き出したばかりである。そしてビジネスチャンスとばかりに民間企業の参入は相次いでいるが、あくまで市場原理に基づく営利目的であり、社会的共通資本としての医療の理念からは程遠い。診療報酬が抑制されつつ、ICT の費用も診療報酬で負担されることになれば、本来の医療に必要な診療報酬が圧迫され、医療の質がおろそかになるような事態も危惧される。

### 2) 地域包括ケアシステムにおける ICT ネットワークの光と影

国は 2025 年を目途に、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築実現を目指している。合理的でかつ地域の実情にあった医療介護サービスの提供が必要であり、地域の特性や人口動態、医療情勢等が地域ごとに様々である点からも、地域包括ケアシステムは、市区町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが肝要である。その手段の一つとして ICT 活用による地域医療連携システム、在宅療養支援サービス、医療・介護における多職種連携などのネットワークシステム構築は、医療機関、地域、行政、民間サービスのあらゆる分野・レベルで進んでいくことは必然と思われる。すでに意欲のある地域・医療機関では積極的に医療の ICT 化とネットワークシステムの構築を進めており、大きな成果を上げているところもある。

地域包括ケアシステムにおける ICT を活用した各種サービスの民間企業からの売り込み、ソフト・ハードの両面でのシェア獲得競争が全国的に見られている。しかし、その費用は莫大で、その割には利用率が低迷した結果、なかには頓挫してしまった事例もある。今後、全国津々浦々で展開されていく中では、残念な結果になる事例は確実に増えていくと予想される。この費用と時間の損失は、地域住民、ひいては国民への不利益であり、結果的に医療費がむしろ増大する危険性すらある。市場原理であれば敗

北した企業は退場するだけであるが、地域医療は退場するわけにはいかない。そこに必要なのは連携・協力・援助であり、決して市場原理的な競争ではない。既存の成功している地域・医療機関より、むしろ新規参入や苦勞をしている医療機関・地域をどう助けていくかが肝要である。

一方、国もどうだろうか。地域包括ケアシステムの構築には 2025 年という目標設定をしているが、個別の事案は地域の自治体や民間企業にいわば丸投げであり、不利益が発生した場合は地域自治体や医療機関がそれを負うことになるのだろう。財源として「地域医療介護総合確保基金」を用意しているが、これもいつまで存在するか不明確である。特に ICT を活用したシステムは、作ったが最後、変更は困難で長期間システム維持費が必要となるが、その財源保障はないに等しい。医療・介護の他業種間の情報共有などに、SNS (Social Network Service) が積極的に利用されてきている。無料の SNS は一般に普及しており利用価値が高いことは明らかであるが、医療専用のもの（例：栃木県の完全非公開型医療介護専用 SNS「どこでも連絡帳」など）以外はセキュリティの脆弱性などの問題点があり、安易な活用は危険である。日本医師会も「平成 26・27 年度医療 IT 委員会答申<sup>(48)</sup>」の中で、①安全管理に関するガイドラインなどの適切な改定（特に SNS の場合）、②取り扱う情報の切り分け指針の策定（特に医療連携システムとの混在システムの場合）、③医療・介護情報専用のネットワーク基盤の構築、を提言している。今後さらに情報や情報活用のリテラシーの重要性は高まると思われるが、参加者の教育や管理などでも地域医師会を中心として医師に求められる役割は多くなるであろう。

### 3) 社会的共通資本としての医療における ICT ネットワーク

遠隔医療、地域包括ケアシステム、医療・介護の他業種間の情報共有など、様々な医療で ICT の活用が進んでいる。その中で、医療の ICT 基盤全体が重要な社会的共通資本であるという認識を共有することが重要であると考え。ICT は今後さらに発展し、社会システムを大きく変化させ、医療システムも変わらざるを得ないことは間違いない。今後も医療費抑制政策を進める国や、ICT の高度な専門性を有する民間企業と対話・対峙していくわけであるが、決して医師個人・医療機関・地域医師会すべてが ICT 技術に精通しているわけではない。この状況に各医師・医療機関・地域が個別に対応することは危険ではないだろうか。また、地域医療連携におけるセキュリティ対策や、医療従事者のセキュリティ教育の在り方も、足並みをそろえる必要がある。そこで必要なのは、地域や医療機関の垣根を越えて横断的に連携する組織であり、47 都道府県医師会の会員をもって組織する日本医師会が、その役割を担うことができる。すでに、2016 年 6 月に日本医師会は「日医 IT 化宣言 2016<sup>(14)</sup>」を公表しており、医療・介護情報 ICT 化の共通基盤の構築が喫緊の課題となっている。

日本医師会のリーダーシップに期待すると同時に、新しい技術であり未知な部分も多い ICT においては、これまで挙げてきた問題も含めて、より多くの医師会員が議論を深めて、ICT の進むべき方向性を考えていくことが必要である。そのような場を地域において設置することが求められ、それもまた、今日の医療的課題に対して医師会員がすべきことであろう。

## 第3章 社会的共通資本としての医療からみた医師の在り方

### 1. 人材確保難に対して何をすべきか

#### 1) 人材確保難まっただ中

7対1看護配置基準が創設された2006年以降、大病院が収益拡大のため躍起になって看護師確保に奔走した。看護師確保は競争時代へと突入し、算定基準の人員を確保するため、安全な医療を提供するため、すべての医療機関が競合相手となった。最低限の看護師確保がかなわないと、配置基準を満たせなくなり、稼働率の低下を招き、病棟再編・病床転換を余儀なくされる。病院経営の根幹を揺るがす事態となりかねない。最近では、確保がより難しいのが介護職である、筆者の地域でも今年（2018年）に二つの介護福祉士の養成校が閉鎖に追い込まれた。介護職のイメージ悪化に加え、少子化や景気の好転も拍車をかけている。介護業界においても人材不足が深刻化しており、まさに業界内での取り合いとなっている。

さらに輪をかけて厄介なのが、薬剤師である。「薬剤師」・「紹介」で検索すると「時給5,000円以上」という謳い文句もヒットしてきて驚いてしまう。薬学部の4年制から6年制への移行や、調剤薬局やドラッグストアとの競合による影響がもろに逆風となっている。他の職種を含め自分たちが売り手市場の環境にいることを意識し、また昨今のワークライフバランスや働き方改革の流れも加わって、より条件の良い職場を求める風潮が強まった。医療業界だけでなく社会全体として労働人口の流動化が始まっている。結果として高額な紹介料にも関わらず、人材紹介会社に依頼する医療機関が後を絶たない。

全国どこでも等しく質の高い医療を受けることができる国民皆保険の充実を目指した医療環境の整備を追求してきた結果、病院数はピーク時の1990年に約1万100施設に達した。人口減少、高齢化、経済成長の鈍化、地域格差の変化などの社会環境の変化に伴い、病院数が漸減してきた結果、現在8,500施設を下回り、30年足らずで15%以上も減少したことになる。

経済学者の宇沢弘文氏は、「医療は『社会的共通資本』の一つである」と提唱した。人材確保難は、人件費の高騰を招くこととなり、病院経営にとって死活問題となりかねない。もちろん病院だけでなく診療所も人材難に陥りやすくなる。地域包括ケアシステムの時代にあって、一つの医療機関の経営が行き詰ると地域全体にまで悪影響が及ぶことになりかねない。まさに宇沢氏が強烈に批判する市場原理主義の魔の手が医療人材確保の分野にまでしのび寄ってきていると言える。今後の医療機関の生き残り戦略の中で、社会環境の変化にどう立ち向かっていくかが大きな課題となってくる。

#### 2) 育成力・定着力の強化

人材確保でまず強調しておきたいのが、育成と定着に力を入れることの重要性である。後述する採用力がどれだけ高くても、育成力や定着力に乏しければ非常に効率が悪い。育成力強化として、新人教育体制の充実、指導者の質の向上、サポート体制が求められる。定着の向上には、働きやすい環境づくりが重要であり、福利厚生が求められる。労働者の価値観やニーズの多様化にも対応するため、多様な勤務形態を設けることも効果的である。

医療は典型的な労働集約型産業であり、ICT化が遅れ、一般企業に比べて非効率的であると指摘される。業務改善が求められており、「医療マネジメント学会」や「医療のTQM推進協議会」などで事例発表がなされている。また、多職種連携や多職種協働を推進し、業務の効率化を図り、現場の疲弊を解消

する努力も必要である。このような活動での成功事例を医師会で集積し、会員で共有できるようにしてはどうかと考える。医療機関は、一般の会社と異なり人事部を持っていないことが多い。人材管理部門を設置し、育成力や定着力の計画的な向上を図ることも有効と考えられる。

### 3) 採用力・広報力の強化

就職活動をする身になって考えてみると、まだ医療のことをよく知らない学生時代に、何を基準で選ぶかという、やはり病院の大きさ（病床数や職員数）や建物の新しさが大きなポイントであろう。中小規模病院や診療所は、大病院に比べて苦戦するのは必至である。しかし、そこを打ち勝って採用するには、先述した育成力（教育システム）や定着力（福利厚生）を上手に広報できることが望ましい。

広報の分野は医療機関にとって未発達領域であり、広報戦略の立案や実行は手さぐり状態のところが多い。広報誌や SNS の活用の取り組みは不十分という実態がある。広報に関しては、医療機関の広報向けの、「全国病院広報実務者会議」や「NPO 法人日本 HIS 研究センター」といった組織があり、病院広報のノウハウの向上に寄与しているが、未だメジャーな存在とは言えない。

また、採用は同業者との競合だけでなく他業種、人材紹介会社との競合ともなる。好景気なこの時期、不景気だった時期に比べて他業種へ人材が流れていると言われる。医師会としても、医療業界全体への興味を持ってもらえるような取り組みを行っていくことが望ましいと考える。日本医師会は医学生向けに広報誌『ドクターゼ』を発行しているが、まだ医療のことをよく分かっていない医学生にとっても役に立つ充実した内容である。このような広報誌を手本に、医療業界全体に興味を持ってもらえるような広報誌を、看護協会や薬剤師会、介護福祉士会などと協力して作成できれば理想的だと考える。また、安易に人材紹介会社に頼るのは、結果として医療機関の財務を圧迫する反面、紹介会社の業績を良くし、紹介会社との競合激化という悪循環を招いてしまう。できるだけ人材紹介会社に頼らないでいる姿勢が重要であると考え。患者に選ばれるだけでなく、医療職に選ばれる医療機関を目指していきたい。

### 4) 人口構造の変化への対応

日本では少子高齢化が進んでいる。景気の回復に伴い、医療業界のみならず社会的に働き手不足に陥っている。このような環境の変化に対応するためには、①子育て支援による子育て中の医療職の活動支援、②定年の延長や撤廃による高齢労働力の活用、③外国人労働者の登用などが挙げられる。①に関しては院内保育所の設置や短時間正職員制度の活用が有効だと言われている。③に関しては、福岡県医師会の取り組みとして EPA 看護師の再チャレンジ制度がある。EPA で看護師国家試験に合格せずに本国に帰った看護師に対して再教育し、再び試験を受けさせる制度で、すでに福岡県内で看護師・准看護師として働くインドネシア人看護師が 2 桁に上っている。このように人口構造の変化に柔軟に対応し、限られた医療資源の効率的な活用を図るための策をとっていく必要がある。

### 5) 人材確保難に医師会として何ができるか

人材確保難という非常に大きな構造上の問題に対して、医師会員の個の力も必要不可欠であるが、それだけでは到底太刀打ちできない。医師会全体、いやそれだけでなく医療・介護業界全体が協力し合っ

## 2. 医師の働き方改革

### 1) 医師の働き方改革の背景

2016年1月、新潟市民病院に後期研修医として勤務していた女性医師が自殺した。勤務開始から自殺するまでの9カ月間の月平均時間外労働時間は190時間以上で、厚生労働省が「極度の長時間労働」と定める「月160時間以上の時間外労働」は7回あり、4カ月連続で200時間を超えた時もあったという。同病院の院長と新潟市、新潟市長は女性医師の夫により労働基準法第32条（労働時間）違反で新潟労働基準監督署に刑事告発され、受理されるに至った。その後も「医師に36協定を超えた残業をさせていた」「36協定を結ばずに医師の緊急呼び出しを行っていた」「医師の勤務時間を就業規則で定めずに残業をさせていた」「残業に対する割増賃金を払っていなかった」等、医師の労働をめぐって法律違反を含む多くの問題事例が明らかとなり、労働基準監督署からは是正勧告や改善指導を受ける病院が続出した。医師の過重労働は今に始まったことではないが、過労死に至った事例が少なくないことが広く知られているとは言い難い。しかし、問題が病院の管理者等にだけあるわけではない。そういう働き方ならざるを得ない医療界の現状を共通認識とし、管理者、勤務医の双方がその是正のために協同する必要がある。

### 2) 医師の応召義務

2017年3月、政府は働き方改革実現会議を開き、「働き方改革実行計画」を決定した。「罰則付き時間外労働の上限規制の導入など長時間労働の是正」などについてまとめられ、医師も時間外労働規制の対象であると明記された。しかし、「応召義務等の特殊性を踏まえた対応」が必要との理由で、医師についての適用は改正法施行日の5年後に先送りされ、その上で、実施に向けて医療界も参加して「規制の具体的な在り方、労働時間の短縮策等について検討し結論を得る」とされた。応召義務とは医師法第19条の「診療に従事する医師は、診療治療の求めがあった場合には、正当な事由がなければ、これを拒んではならない」という規定だが、労働時間に上限規制が設けられれば、その義務を果たせなくなるおそれがあるという理屈である。長時間労働は正当な事由にあたるという解釈によるが、医師の職業倫理として長時間労働を理由として診療を拒否するのは問題ではないかといった意見も出されている。しかし、過労死ラインの医師に応召義務を課すことが許されるのかということから議論すべきである。なお、応召義務は個人ではなく組織の義務と考えるべきだという意見もあり、法律の解釈には問題がありそうだが、考え方としては参考になる。

### 3) 医師の労働時間とは

医療安全の面からも医師の過重労働の問題点が指摘されている。長時間労働により重大な医療過誤の発生率が高くなることが示され、欧米では法規制が行われているが、前述の通り日本は全く遅れている。「平成24年度日本外科学会会員の労働環境に関するアンケート調査<sup>(16)</sup>」では、医療事故・インシデントの原因として「過労・多忙」という答えが8割を超え、約6割の外科医が当直明けにも通常の手術を行っていると回答している。医師の業務は患者の生命に直結するのであって、医師の労働時間規制は何よりも患者のためであるという視点が必要である。

医師は自己研鑽・学習が不可欠だが、労働時間規制が行われれば十分な学習時間を確保できなくなるという意見もある。しかし、使用者の指揮命令による研究・学習は労働時間に含まれ、強制性がない自



己学習は労働時間には含まれないという考え方もあり、それに従えば自己研鑽の妨げになるという理由での労働時間規制への反対には道理がないとも言える。ただし、診療に一定の時間を費やしている医師に対してさらに研究等で拘束することには問題があるということになるため、特に大学病院等の研究機関に属する医師に対する規制については慎重な検討が必要である。時間外労働規制には勤務医の多くが賛成しているが、病院経営側は、医師の増員は必須で、人件費の増大は避けられないとして一律の規制に反対している。医師不足が問題となっている地域では、現状でも深刻な地域医療にさらに重大な影響が及ぶのは必至だと懸念の声が上がっている。そのため、救急医療や周産期医療といった時間外労働が多い分野や医師数が少ない過疎地の医師は規制対象から外すべきだという意見もある。過重労働の是正に全く逆らうもので、容認はできないが、それほど現場は深刻であると理解すべきである。

#### 4) 医師の需給状況

医師数は医療費亡国論に基づく医師数抑制政策により 1980 年代から削減され続けてきたが、医療崩壊の要因の一つが医師不足であることが明らかとなり、2008 年以降は医師養成数が増加に転じている。そして、現在の供給が続けば 2030 年代前半に需給が均衡し、その後は供給過剰になるとの予測も出されている。しかし、この将来予測は、現状の労働時間、すなわち過重労働のままであることを前提としたものである。医師数の問題についてのこれまで議論では労働時間については十分に考慮されていなかった。日本の医師の労働時間は、国際的に見ても突出している。日本の医療は医師の過重労働により成り立っているという事実を認識する必要がある。その上で、医師が健康的に、安心して働くためにはどれくらいの労働時間が適切なかを明らかにし、その労働時間で現状の、あるいは現状以上の優れた医療提供を行うにはどれくらいの医師数が必要なのかを議論すべきである。そもそも医師は労働者なのかという議論もあるが、労働基準法上は医師は疑う余地なく労働者であり、労働基準法に従った労務管理と、医師固有の働き方に応じた法整備が必要である。応召義務が課されていることから理解される通り、国民のために働いているのであり、それを柱としての働き方を議論すべきである。医療崩壊原因の一つとして医師の過重労働も挙げられてはいたが、労働者としての望ましい働き方はどのようなものなのかという本質的な議論が必要である。労働時間規制があるからと目の前で苦しんでいる患者を見過ごす医師などいるはずがない。しかし、規制がなければ、過重労働を強いられた挙げ句に不幸な結果に至る事例がなくなることはないだろう。医師は、自身が健康であってこそ、国民医療を守る担い手となれるはずだ。自己犠牲の精神は尊重するとしても、過労死に至る事例がある現状は是正しなければならない。当然ながら、財政面への影響も考えなければならないが、医療費削減ありきでは議論になるはずもない。そもそも医療費亡国論は科学的根拠に乏しく、それによる医療費抑制策が医療崩壊の最大の原因の一つである。医療は社会的共通資本として欠くべからざるものである。医師会は国民医療の担い手として、適正な医師数に見合った適正な医療費を確保すべく、議論を主導していかなければならない。

#### 5) 医師の働き方改革問題に対する医師会の役割

過労死ラインをはるかに超えている現状の過重労働の解消は待ったなしの課題である。しかし、医師不足や偏在の解消は一朝一夕には進めない。これは勤務医だけで解決できる問題ではない。勤務医、開業医、行政、住民など、地域全体での解決を図る必要がある。そこで議論を主導すべきなのは医師であり、その専門職集団である日本医師会、地域医師会でなければならない。医師が安心して働ける環境を作り、守り、他の業界の手本となるよう行動することが医師会と医師会員には求められている。

### 3. 医師の偏在対策と地域枠の在り方

#### 1) 医師の偏在の状況

地域医療の崩壊が叫ばれて久しく、その対策はなされているものの、十分な成果が上げられていないのが現状である。医学部の定員増加に伴い全国的な医師数の増加が図られているが、地理的偏在・診療科の偏在による相対的医師不足が問題となっている。2016年の医師・歯科医師・薬剤師調査では都道府県ごとの人口10万人対医師数が最大と最小の県が2倍程度の開きがあるのみならず、34の都道府県において二次医療圏ごとの人口10万人対医師数は最大と最小の医師数が2倍以上開いている現状にある。

#### 2) 医師養成過程における医師確保対策

医療に恵まれないへき地等における医療の確保および向上と地域住民の福祉の増進を図るため、自治医科大学は1972年に設立された。全都道府県より2~3名ずつ入学者が選抜され、卒業後は一定期間出身都道府県のへき地の公立病院等への勤務が義務付けられている。医学部入学時より地域医療の担い手を確保するために確立された対策ではあるが、毎年の医師の増加率は少ないことが難点である。

近年大多数の大学医学部では、医師の地理的偏在を是正するため地域枠が設けられ、地域の医師数の増加に期待が寄せられている。地域枠には大学の設置された都道府県出身者およびその近隣の特定地域からの出身者から選抜されるものや、出身都道府県に関わらず全国から選抜されるものがある。一定期間、出身大学附属病院または関連施設での従事が義務付けられており、奨学金が受給されるケースもみられる。地元出身の入学者は、その都道府県への定着割合が高く（約80%）、臨床研修も地元で行うことが定着に効果的（約90%定着）であることが示されている。青森県では弘前大学地域枠卒業の臨床研修医が県内の病院に定着するようになり、臨床研修医の採用数全体の増加に寄与していることが示されている。

「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」では医師養成過程を通じた医師確保対策の充実として、「都道府県知事から大学に対して地域枠又は地域枠の創設又は増加を要請できること」が挙げられ、地域枠は今後も普及・増加していくことが予想される。

地域枠入学というシステムを上手に活用し、卒後も医師を地域に定着させること、地域にいることがキャリアにとって不利にならないような継続した教育体制を構築することが地域医療を守るための手段として有用であると言える。

地域枠の定着にはこれから医学部を受験する高校生、地域枠で入学した医学生、卒後の臨床研修医へそれぞれに対するアプローチが可能であると思われる。そしてそのアプローチは地域枠入学生以外にも適用可能なものであってよいものとする。

高校生へのアプローチとしては医師を志す段階で地域医療の重要性を認識できるような入学前教育を（例えばOBやOGによる講演など）、入学後にはこれからの地域医療の担い手としての自覚を持ち、在学中および卒後もそのモチベーションが維持されるよう定期的に継続可能な勉強会、地域枠入学者同士のネットワークの構築（大学内・大学間も含めて）を地域の郡市区医師会や大学医師会が主体となって担うのはどうであろうか？

卒前・卒後の教育に医師会が関わりを持っている地域はあるが、医師会と全く関わりのないまま診療を行っている医師も数多く存在している。また医師会が関わりのある地域であっても地域間の取り組みや教育体制にはばらつきが生じているものと予想される。地域ごとの特性を考慮した裁量を残しながら

も、日本医師会主導での地域の医師会・大学医師会と連携した標準化がなされた学生・研修医との関わり合いの体制や教育体制を構築することが望まれる。

### 3) 医師派遣についての連携

2008年以降の医学部の定員増などによる地域枠での入学者は、2016年以降地域医療に従事し始めてきた。ここで医師の派遣調整というものもまた新たな課題と言える。

医師の強制配置を行えば、地域に一定数の医師を安定して配置することは可能であろう。しかし、強制配置された医師がモチベーションを維持し続けることは疑問である。強制配置には反対の立場から、医師の派遣調整を議論する必要がある。

現在も医療計画における医師確保関連の記載はあるものの、都道府県ごとにその記載はばらばらで、「地域医療対策」は17県で未策定である。また地域の主要な医療機関で構成される「地域医療対策協議会」は過去5年間において7県で未開催であるのが現状である。

地域医療の担い手である地域枠入学者は、大学の各講座に所属する 경우가大多数であると思われる。そのため地域枠を含めた医師派遣は大学と都道府県の連携が必要であり、その体制を構築することが求められる。また各々の地域にはそれぞれ異なる地域特有の問題を抱えており、その地域のニーズにあった派遣方針を決定するには医師会が担える役割も大きいだろう。国・都道府県・大学、これらが相互にリンクするために、都道府県医師会、郡市区医師会、大学医師会がその橋渡しをするのが有用と思われる。

### 4) 地域枠の問題点

厚生労働省「医療従事者の需給に関する検討会 医師需給分科会」でも明記されているように地域枠は今後も増加していくことが予想される。しかしながら、地域枠の制度には問題点も複数存在している。地域枠導入当初は卒後の従事の詳細（関連施設の定義、従事期間など）、卒業大学とは異なる都道府県での臨床研修・医療従事を希望した際の罰則（奨学金の返還義務など）、法的拘束力などは明文化されておらず、臨床研修開始後にトラブルとなるケースが存在していた。また初期研修では卒業大学、卒業した都道府県に残ったものの、後期研修以降は別の都道府県の施設へ移動するケースも少なからず存在し、実際の地域医療の担い手となるべき人材が不足しているという実態も聞かれる。このような問題点を共有し、制度を確立する必要がある。

### 5) 医師会の役割

地域枠制度が導入されおよそ10年が経過した。地域枠入学者が実際の臨床現場でようやく活躍し始めたばかりである。地域枠制度の有用性がこれから検証されることとなるが、この制度をより有用に運用するためにも、国・地域とその医師会が連携を取り合って、制度を確立していくことが期待される。医師一人ひとりも、「社会的共通資本」としての医療の構成要素として捉えることができる。医師会は、「国民の生命と健康を守る」ために、地域枠入学者が安心して働ける環境をサポートするために積極的に関わっていかなくてはならない。

## 4. 総合診療専門医とかかりつけ医の連携の可能性

### 1) 19番目の基本領域としての「総合診療専門医」

2014年、厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会の報告書<sup>(49)</sup>」に基づき「質の高い専門医育成」を最重要課題に掲げ、国民および社会に信頼される専門医制度を確立し、専門医の育成・認定およびその生涯教育を通じて、良質かつ適切な医療を提供するために一般社団法人日本専門医機構<sup>(50)</sup>が設立された。2014年時点で日本の高齢化率（総人口に占める65歳以上人口の割合）は25.8%<sup>(51)</sup>と日本は世界一の超高齢社会となった。高齢者医療の問題点として、複数の慢性疾患の医学的管理<sup>(52)</sup>が必要とされており、従来の「特定の臓器や疾患のスペシャリストとしての専門医」のみではこの状況に対応するのが難しく、患者を総合的に診られる医師が必要とされている。このような社会情勢に鑑み、疾病別・臓器別専門医に並んで、臨床の総合力を有し介護制度や社会サービスに精通し、家庭に寄り添うことのできる医師の養成が喫緊の課題であるとし、19番目の専門医として総合診療専門医が認定されることが決定した<sup>(49)</sup>。

この新しい専門医制度の基本領域に制定された「総合診療専門医」が十分に機能するためには、質を保ち、かつマンパワー確保として十分な総数が必要である。しかしながら、新たな専門医資格のため、これから資格を取得する医師のみでは数が確保できない。さらに、日本専門医機構より2017年7月に初めて公開された総合診療専門研修プログラム整備基準<sup>(53)</sup>によれば、診療所・中小病院における総合診療専門研修Ⅰと病院総合診療部門（総合診療科・総合内科等）における総合診療専門研修Ⅱを、それぞれ6カ月以上、合計で18カ月以上の研修と、必須領域別研修として、内科12カ月以上、小児科3カ月以上、救急科3カ月以上を合計3年以上の研修期間において行うとある。よって内科領域の他の専門医が、今の職場を辞めて研修をやり直すことは考えにくく、専門医をまだ取得しない若手医師のリクルートから始めなければならない。

### 2) 我が国における医師不足の現状と「医療提供体制の在り方」

一方、現在、日本列島で医師不足はどのくらい深刻であるのか、厚生労働省は5年に一度、全国の無医地区等の実態および医療確保状況の実態を調査している。無医地区・無歯科医地区とは、医療機関（歯科医療機関も含む。以下同じ。）のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、おおむね半径4kmの区域内に50人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区を指す。直近の2014年度の結果によれば、無医地区数は637地区、無医地区人口は124,122人である<sup>(54)</sup>。こうした背景の中、日本には、昔から地域の医療を守ってきた医師がいる。大都市では開業医が主に地域の医療を担い、人口の少ない県や地域では、所属機関を問わない医師たちの連携プレーが地域医療を支えている。日本医師会は2013年8月8日に四病院団体協議会と合同で「医療提供体制のあり方<sup>(17)</sup>」を発表しており、その中で「かかりつけ医」は、以下の定義を理解し、「かかりつけ医機能」の向上に努める医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科の医師かを問うものではないとしている。

「かかりつけ医」とは（定義）

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。

#### 「かかりつけ医機能」

- ・かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
- ・かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- ・かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
- ・患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

### 3) かかりつけ医と総合診療専門医

かつて厚生省（当時）は「家庭医構想」という登録制・人頭割の制度を導入しようとし、医師会が強く反対したという歴史的経緯がある。「家庭医」というと、イギリスの GP（General Practitioner）を思い起こす方も多いだろう。イギリスでは医師はすべて一種の公務員であり、GP と専門医に明確に分類されている。国民は皆、個別に決まった GP に登録をして、GP の紹介を経なければ専門医を受診することができない。GP の診療報酬は出来高制ではなく、人頭割りの定額制であるため、イギリスの GP のモチベーションが低く、医療レベルも低いことが問題となったことがあった。がんの手術を受けるために半年から 1 年待ちという事態や、イギリス人医師の海外流出も問題となった。こういった経緯もあり、日本医師会では「かかりつけ医」という名称の定着を目指している。

専門医の在り方に関する検討会では、当初「家庭医」、「総合医」という文言も使用されたが、このような背景もあり、19 番目の基本診療領域として「総合診療」、その専門医を取得したものを「総合診療専門医」という名称に統一するに至った。このように、総合診療医をめぐる大きなステークホルダーとして、厚生労働省、医師会、学会、日本専門医機構があり、それぞれの歴史的背景を知り、互いを尊重しながら協力して日本の地域医療を守っていく必要がある。

日本医師会の強みは何よりも会員数 17 万人超え（2017.12 月現在）という他の追随を許さない大きな組織率にある。日本全国に分布しているその会員のネットワークを駆使すれば、地域医療を担えるマンパワーを提供可能だ。かかりつけ医が機能を果たすためには、日本医師会の学習システムも定期的に見直しとアップデートが必要になろう。日本医師会は生涯学習の機会を提供しており、e ラーニング<sup>(55)</sup>などのコンテンツは遠隔で勤務している医師には大変有用である。より活用してもらうために、魅力的なコンテンツづくりや、医師会員同士が相互に切磋琢磨できるようなネット上の情報共有の場の提供（特に地域における診療情報共有システムの構築）など、ICT を駆使した働きやすい通信環境の提供などは新規会員をリクルートすることにもつながる。

## 5. かかりつけ医を中心としたまちづくり

### 1) かかりつけ医とは

2013年8月に日本医師会と四病院団体協議会の合同で出された「医療提供体制のあり方<sup>(17)</sup>」で、かかりつけ医とは、「なんでも相談できる上、最新の情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を要する医師」と定義された。

医療が社会的共通資本であるためには、専門的な知見と職業的倫理感を持った専門集団でなければならないとされるが、まさしく、かかりつけ医を自覚し、研鑽、実践することは、それにあたる。今まで実際に地域医療を守ってきたのは、他ならぬ地域の診療所や病院であり、上記の定義の以前から、かかりつけ医的な役割を果たしてきた。国民皆保険をベースにフリーアクセス、自由標榜制、ワンストップサービスが認められた我が国の医療制度の中で、医師が専門性を発揮しつつも、地域の実情と医療ニーズに柔軟に対応し、総合的診療能力を身に付けてきたことで地域医療は守られ、高水準の医療を提供することができた。これまでの仕組みを非合理的、非効率的なものとして捉える意見もあるが、医師が、地域の実情に柔軟に対応し、時代とともに練り上げられてきたとも言える。超高齢社会を迎え、様々な社会的課題に直面している中で、病を治す医療だけではなく、人らしく生きるための支える医療が不可欠となる中、総合的診療能力を要する医師は今後ますます社会から必要とされるであろう。地域医療に使命を果たそうと思いついた医師が、総合診療能力を研鑽できる機会が必要であり、このような観点から、医師なら誰でも身近で研修できる「日医かかりつけ医機能研修制度」は、非常に重要な役割を持つ。この制度をさらに充実させていく必要がある。

### 2) 地域包括ケアシステムのコンダクターとしての「かかりつけ医」の役割

各地で地域医療構想がまとまり、地域の実情にあった地域包括ケアシステムの構築が進行している。仕組みづくりは自治体の役目だが、実態は地域医師会が中心となり行政へ協力していることが多い。しかし、地域医師会によって地域包括ケアシステムへの取り組みに温度差がある。それぞれ地域の実情に合った取り組み方でよいが、地域包括ケアシステムには、医師以外の他の職種の人材や事業所も関わることから、医師の関与を手薄にしてしまうと実効性の乏しい内容になりかねない。今まで、国の医療政策により、医療と介護の独立が進められてきたが、メリットだけではなく、医療から独立してしまったがために生じた弊害もあった。多職種連携が重要であることは間違いないが、有機的かつ実効的な仕組みとするためには連携の中のコンダクターが必要であり、その能力と役割から、かかりつけ医であるべきだ。2017年4月に厚生労働省から発表された「新たな医療の在り方を踏まえた医師・看護師等の働き方ビジョン検討会」の報告で、多職種連携・協働が強調されているが、有効な連携とするためのコンダクターの視点は欠如しているように思う。その意味で、地域包括ケアシステム構築へ医師会の能動的関与が必要である。

### 3) 「かかりつけ医」を中心としたまちづくり

かかりつけ医がその総合能力を発揮するにあたり、現在の診療報酬内容だけでは不十分である。かえって医療側の時間や人材など犠牲を払わなければならないことが多い。かかりつけ医のモチベーションは、有効な地域包括ケアシステムの運用に影響する可能性もある。災害医療など、自己犠牲、奉仕も医師に必要な時はあるが、地域包括ケアシステムは、地域の誰もが安心して受けられる永続的な社会的装

置であり、まさしく社会的共通資本の一部である。充実した地域包括ケアシステムの実現のために、診療報酬以外にも、医療側にもっとインセンティブをつける必要があり、医療の持つ多職種の人材など医療資源を、地域に活用できるように環境を整えていくべきだ。かかりつけ医は、総合的能力を持つ医師とされるが、敷衍すれば、住民の健康、教育、経済、雇用など地域の活力を守ることにつながる。2016年4月に発表された日医総研「地方創生にむけて医療・福祉による経済・雇用面での効果<sup>(18)</sup>」によると、医療・福祉分野での雇用および経済力は大きく、特に地方経済にとって大きなウェートを占め、地方創生につながると報告された。このことから、かかりつけ医の実践は地域経済に生産的なものであり、医療・介護の人材の安定雇用にもつながる。これは地域の健康を安定して守ることにつながり、地域包括ケアシステムの実効性にも関わる。ライフスタイルの多様化の中で、病気を治す医療だけではなく、地域住民の人生を支える医療の必要が高まる中で、かかりつけ医の役割はさらに広がり、地域のまちづくりに大きなインパクトを持ち得ることになる。

医療に関わる積極的なまちづくりの例をあげたい。東京女子医科大学医学部高血圧・内分泌内科の谷田部淳一先生が発案し、立ち上げた「あいづじげん健康ポイント倶楽部<sup>(19)</sup>」という事業（2017年7月をもって終了）がある。福島県会津美里町での家庭血圧に対するパーソナルケアレコードの作成を地域活性化につなげる取り組みである。家庭血圧の有用性は明らかであるが、従来の手帳への書き込み記録では、継続性や正確性の問題があり、臨床での応用に問題点が多かった。そこで、通信機能を内蔵した家庭血圧計を用いることで、そのデータを集約し、医療者側、患者側の双方がそのデータを利用できるようにした。なるべく多くの住民に参加、継続してもらうために会津美里町商工会で使える商品券と交換できるポイント制度を創設した。朝・晩の家庭血圧測定のほか、検査結果や処方内容の提示、町内開催行事参加、特定健診事後指導でもポイントがもらえ、地域住民の健康へのモチベーションにつながったという。この事業の実行委員会に、福島県立医科大学や会津美里町の健康ほけん課、商工会も参加協力をした。家庭血圧測定の継続の動機付けと地域商店街やコミュニティーの活性化を結びつけた画期的な取り組みであり、多くの患者を診療している身近な地域のかかりつけ医が積極的に参加することで、さらに発展したのではなかろうか。

愛媛県西予市に「おイネ賞事業表彰<sup>(20)</sup>」というのがある。楠本イネはシーボルトの娘であり、我が国初の女性産科医である。西予市宇和町卯之町で医学を学んだ人物であり、地元ではおイネさんとして親しまれている。この楠本イネを顕彰し、女性医師や女子医学生を奨励しながら、おイネさんにちなんだまちづくりや関連した取り組みを市のまちづくり推進課と医師会が協力し、地域住民も巻き込み展開しているのである。第6回大会は愛媛県医師会と日本医師会も共催し、女性医師支援を盛り上げた。かかりつけ医も積極的に広報や活動協力をしてまちづくりに参加してみてもどうだろうか。西予市の素晴らしい取り組みは、この地域特有の歴史と医療が繋がった **only one** のまちづくりと言える。

かかりつけ医が地域の行政やコミュニティー、経済界に働きかけや協働をすることで、地域のまちづくりのすそ野は広がり、確固たる地域医療体制を存続させることにもつながるのではないか。さらに、かかりつけ医が持てる力を発揮し、地域の活性化に貢献することは、社会的共通資本としての日本の医療を守ることにもなる。時代に対応した日本オリジナルの「かかりつけ医を中心としたまちづくり」が、これからも高水準の地域医療を支える土台となっていくものと信じる。

## 6. 人生の最終段階における医療に対する「かかりつけ医」の役割

～人生（物語）のクライマックス。患者はデザインし、医師はコーディネートせよ！～

### 1) はじめに

戦後貧しい日本は、ゆたかな国を目指し高度成長期によって、ゆたかさを手に入れた。その一方で、バブルの崩壊やリーマンショック、超少子高齢化のあおりを受け、現在日本の財政事情は非常に厳しい状態となり、自殺者やうつ病患者などが増え、体は健康でも心の健康が失われつつあり、決してゆたかとは言えない状態となった。WHO 憲章（1948年）で健康とは、「単に疾病がないとか虚弱でない状態ではなく、身体的に、心理的に、社会的に完全に良い状態」となっているが、Machteld Huber（オランダ）らの研究グループ（2011年）は、WHO の定義に代えて、「健康とは社会的、身体的、感情的な問題に直面した際に、適応し、何とかやりくりする能力」と新たに定式化した。いろいろな問題に直面しても、何とか乗り越えることのできる心の柔軟性が必要で、ゆたかな国から幸せな国への変換が必要ではないだろうか。

人間は生まれた瞬間に、死に向かって生きている。死亡数を統計でみると、1966年に最小の死亡数67万人、1979年に最低の死亡率6.0（人口千人対）だったが、超少子高齢化によって死亡数は、2015年に129万人で死亡率10.3（人口千人対）、2040年には、死亡数は、167万人まで増加すると予測されている。我々は、死をタブー視してきた事実があるが、実際に1951年に在宅死亡率が82.5%であったことを考えると、日本人の多くが、近親者を自宅で看取ってきた歴史がある。しかし、その在宅死亡率も2009年には、12.4%まで下がっている。今や病院で亡くなるのが当たり前の時代になってしまった。2040年に向け、死亡数はまだ増え続ける中、自分たちがいかに生きていくか、最期の時をどう過ごすかを考えなければならない。

### 2) 地域住民への啓発 ～最期の時をどうデザインするか～

臨終の時、最期の時のことを皆さんはどのようにお考えだろうか。厚生労働省の意識調査によると、「人生の最終段階における医療について家族と話し合ったことがあるか」の問いに55.1%が全く話し合いをしたことがないと回答している。

人生の最終段階における医療（終末期医療）の在り方は、国民的なコンセンサスが必要である。本人が望まない延命治療は、医師もやりたくはない。しかし、医師が不要と思った医療でも、家族が望むことがある。家族がそれを望むのは、何がその人にとって良いのかを判断するための知識と経験がないことが背景にある。経営的最適性を優先して延命治療を行っている医師はいないと思うが、訴訟を懸念して手控えることを躊躇することはあるかもしれない。一例一例はケースバイケースで慎重に考えなくてはいけないが、人生の最終段階における医療についてその場面できちんと選択できるように、元気うちから備える必要がある。その重要性を一般市民に啓発することも、地域医師会とかかりつけ医の役割だろう。

「5つの願い（FIVE WISHES）」は、「重い病気にかかった時にどのようにしてほしいか」というとても大切な事柄をコントロールするために使えるようになっている。リビングウィルは、平穏死、自然死を望む方などが、自分の意思を元気うちに示しておくものである。ACP（Advance Care Planning）は、意思決定能力低下に備えての対応プロセス全体を示している。エンディングノートは、終末期や死



後に家族などに必要な情報を残すためのものである。どのような形であれ、自分たちの最期の事をどうしたいかをそれぞれが考え、それを伝えておく必要がある。また、それはいつでも変更や追加できることを保証することが重要である。間違っはいけないのは、医療をほどこさなければ、死を迎えられないわけではないということである。機械的に書類上の手続きを進めていくと、ただでさえ弱い立場の人々に「周りに迷惑をかけずに自分で進んで早く死んでいくように」と強要されることになりかねない。また、終末期が必ず悲惨な状態になるというような考えを刷り込んでもいけない。人生の最終段階における医療には、その人のこれまでの人生の物語を重視したナラティブ・ベイスド・メディスンが重要であり、一人ひとりが穏やかな最期を迎えられるよう、多職種と連携しながら「かかりつけ医」が寄り添っていくことが求められている。

自分の最期の風景をふと考えることがある。「我が家の茶の間で（茶の間の横の部屋で）家族だんらんを見ながら、寝たきりになっている自分はすやすや安眠しているかのように、笑顔で逝きたい」と考えている。もちろん大病を患い病院のベッドで点滴、モニター、ドレーンなどが入り、闘病生活中に逝くことも想定されるが、自分がどのような最期を迎えるか、シミュレーションが必要だと思う。成人を迎えたら、結婚したら、孫ができたなら、親が逝ったらなど人生の節目に自分の最期の時をデザインしよう。

### 3) 医療者への啓発 ～最期の時をどうコーディネートするか～

少子高齢化が進み我々は 2025 年に向け、治す医療から治し支える医療へと、考え方をシフトしていなくてはならない。医療の発展により、点滴や経管栄養などの人工的水分・栄養補給法（Artificial Hydration and Nutrition : AHN）によって寿命を延ばす技術はできたが、遷延性意識障害や認知症で経口摂取できない方々への AHN は、その方々のためになっているかを確認、相談する必要がある。また、繰り返す疾患、特に誤嚥性肺炎の方には、延々とその治療を続けるのか？ 頻繁に繰り返すなら点滴の継続や抗生剤の継続が必要となり、そしてこれらの継続が、胃瘻造設や中心静脈の挿入につながり、そして胃瘻や中心静脈の合併症のためにまた医療が必要になるという悪循環を繰り返す。そういった方が多くなる中で、それでも治療を継続するのか、ある程度のところに行ったら患者に対し、「医療行為を控える（cure から care への変更）という選択肢があることを常に提示する」という医師の姿勢が重要になってくる。

以前、在宅で長男夫婦や孫など総勢 10 名ほどが見守る中、点滴も酸素もしない苦痛のないきれいな看取りができたことがある。死亡診断書を茶の間で書いていると孫たちが自分の周りに集まってきた。死後処置を看護師と長男夫婦が行うため、部屋を出てきたのだろうが、何気なくすっきりした表情をしていた。「びっくりしたね、このようなの初めてでしょ？」と聞くと、孫たちは「おばあちゃんもそうだったよ！」と。人の死は悲しいものはずなのに、何気なく映画のクライマックスを見終えて満足感のあるような、言葉には表せない表情に見て取れた。これこそが、看取り教育と感じた。病気によっては、がん性疼痛など苦痛をとるための点滴などをした方がよい場合もあるが、そういった痛みがなければ点滴を刺されるとかモニターをつけて身動きできないなどの苦痛のない制限のない最期をコーディネートできたらと思う。

人生の「クライマックス」だから。

## 7. 女性医師支援

### 1) 女性医師の働き方

2017年4月6日に厚生労働省から発表された「医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査」<sup>(56)</sup>では、女性の20代～40代までの働き盛りの常勤の労働時間が男性の非常勤の労働時間よりも低いということが明らかにされた。この衝撃的な数字は、筆者が2009～2011年にかけて全国私立医科大学医学部合同調査で明らかにした「男性の大半がフルタイムで働いているところ、女性医師はその割合はたった7割程度にとどまること」と同様であり、結局この10年間女性医師の社会進出は全く変わっていない<sup>(57)</sup>。私大医科大学2大学調査<sup>(22)</sup>では、女性医師は一度でもフルタイムを退くことで定義される離職率が、卒後10年以内で約85%にも昇ることも分かった。これは、医学部・医学校の卒業後、丁度、医師としての修練と自分のライフイベントである出産・育児が時期的に重なることが理由である。つまり結婚出産というライフイベントに遭遇した時に高い確率で離職し、また一度でも離職すると再び常勤に戻るの3割程度しかないことがこの調査で明らかとなった<sup>(22)</sup>。

### 2) 女性医師が就労しにくい理由

2008年度の約7,500人規模の女性勤務医を対象とした日本医師会の調査で、24時間保育などの育児環境が十分に整っていないことが明らかとなった<sup>(58)</sup>。こうした調査結果を受け、その後大学を含む大規模病院において院内保育施設などの子育て支援環境は大分改善してきているが、女性が働かない理由には、保育支援以外の労働環境にも問題がある。私立医科大学合同調査から性別のための有期ポスト獲得、昇進人事、終身雇用機会を得られなかった経験が女性が男性に比べて非常に多いことが分かった<sup>(23)</sup>。こうした「女性が有期ポストを獲得しにくい」とか「有名病院の管理職になれない」等の医療界の男女就労格差の尺度を因子分析にて作成し<sup>(59,60)</sup>、この格差認知が高いほどフルタイムで働くよりもパートタイムを選択する確率が40%増えることを疫学調査で明らかにした<sup>(60)</sup>。ここから「見えないガラスの天井に頭をぶつくと就労意欲が下がる」が示唆され、労働環境整備や意識改革とともに、女性医師本人のモチベーションを上げるような工夫や取り組みが必要であることが分かった。

### 3) 女性医師本人における強い性別役割分業意識

日本外科学会8,316名のアンケート調査<sup>(61)</sup>から、アウトカムである年収に影響のある因子を、性別や年齢、勤務場所、診療科、職位など調整した上で、女性では、子供の数が増えるごとに、収入が大きく減っていた。この結果より、医師という資格職に就いていても、男女で社会の役割分担というものが根深く浸透していることが示唆された。その後筆者が359名の女性医師の意見から論文化した質的調査<sup>(62)</sup>では、女性医師という資格職でも自分の子供は自分の手で育てたいとする気持ちが強いということを報告した。性別役割分業というのは元来、日本文化が長い間培ってきた良妻賢母になるための、あるいは子供を上手に育てるための先人の知恵である。このような知恵は伝承し、本人が望むのであれば意思を尊重して就労支援することが重要である。

### 4) どのように支援を展開していくべきか

前述した私立医科大学合同調査にて、結婚出産で一度でも離職するとその後専門医の取得や医学博士の取得率が低下するということが明らかになった<sup>(24)</sup>。フルタイムをやめることで、それまで職場で提供

されていた研究や勉強会への参加の機会がなくなる。当然、情報収集もしにくいし知識のアップデートもない環境に簡単に陥る。結果、専門医の取得や医学博士の取得も難しくなる。女性医師は医療界でもともと少数派のため、ロールモデルも少なく、簡単に孤独に陥りやすい存在である。よって、職場での仲間のネットワークや社会関係資本（ソーシャルキャピタル：コミュニティーにおける人々の信頼関係や結びつきを表す概念）の恩恵が得られにくい<sup>(63)</sup>。まずはライフイベントに遭遇したら退職ではなく労働基準法にある産前産後休暇、育児・介護休業法に明記されている育児休暇を積極的に取得させ、退職をせずにソーシャルキャピタルを維持できる環境を提供する。個人レベルのみでなく、組織レベルとして職場の男女共同参画の推進風土を作ることが必要である。女性の登用を組織のトップが宣言する、研究、キャリア、各種ハラスメント、メンタルヘルス相談窓口を提供する、このような組織の男女共同参画風土があるとバーンアウトを緩和するということを疫学研究で実証した<sup>(64)</sup>。医療界では大病院を除いてこうした職場における取り組みは遅れており、医師会が相談窓口やメンターの提供を行うことは非常に有用である。

## 5) 医師会として何が求められているのか？

医師不足を背景に女性医師の活躍向上は医療界の共通認識であり、様々な調査から保育支援の不足、医師を取り巻く過酷な就労状況、組織における男女共同参画社会の意識の低さ、など女性医師の就労を妨げる原因が明らかとなってきた。女性研究者支援事業、ダイバーシティ環境整備イニシアチブ等、国主導の大型助成金による環境整備は大学や大型研究機関が対象であり、一般の病院、診療所は対象外である。多くの医療機関はトップに理解があるか否かで労働環境が大きく異なり、全く取り組みが進んでいない機関も多い。女性医師の数が低い診療科などはその傾向が顕著であるし、医療界における意識改革が進んでいない。次世代育成支援対策推進法の一般事業主行動計画は、組織全体における女性が職比率、採用比率を記載するので、看護師が多い大病院では、女性医師は見過ごされやすい。ロールモデルがない女性医師は自信度が低く、パートタイマーに変わること、ソーシャルネットワークから簡単にこぼれ、孤独に陥りやすい。日本医師会では女性医師バンク<sup>(65)</sup>を2007年に事業として創設し、個人に対し再就職の紹介を行っている。また、年に一回、男女共同参画フォーラムの開催<sup>(66)</sup>、大学や学会で女性医師支援を担当している人材交流会を開催し、毎年、盛会となっている。このような機会は、関係者のネットワークを活性化させ、孤独に陥りがちの男女共同参画コーディネーターのソーシャルキャピタルを提供する場にもなっている。以前から関係者の間では要望が高いことに、個人に向けたSNSの活用として、医師会による女性医師のメーリングリスト化はさらに組織化を図る上で有用であろう。上述した病院以外の中小の医療機関、また女性医師の少ない診療科の女性医師は何度も言うように孤立しやすい。個人と個人をつなぐネットワーク、そしてそこからソーシャルキャピタルの醸成につなげる取り組みを各種展開していく、このような活動は非常にニーズが高く有用である。また日本医師会が愛媛県西予市と共催しているお伊ネ賞事業では個人を表彰している<sup>(20)</sup>。今後はさらに、組織を表彰する取り組みが個人のみならず組織の意識改革にもつながり有用と思われる。例としてイギリスを中心にAthena SWAN (Scientific Women's Academic Network) という顕彰制度<sup>(67)</sup>があり、男女共同参画社会構築のための取り組みを行う大学に対し、金銀銅の賞がAthena SWAN Awardとして与えられ全世界が注目している。

## 8. 特定専門医制度

### 1) 我が国の医療制度の欠陥と医師の偏在対策

我が国の医療制度の欠陥としてよく指摘されるのは、医師の経験や技術水準が全く診療報酬上の点数に反映されず、若手の未熟な医師が手術をしても、高度な技術を持ったベテランの外科医が手術をしても同じ点数なのはおかしいのではないかという点である。かといって、医師の経験や技術水準をどこで線引きすべきかは、非常に難しい問題である。分かりやすいのは専門医資格の有無だが、これまでの専門医制度はこういったことを想定して設計されていなかった。専門医の数も地域的なバランスも全く考慮されていないし、技術的な質の担保もされていない。

また、医師の地域偏在、診療科偏在は非常に深刻な状況にあり、早急に実効的な対策を講じる必要がある。この問題は様々な場で議論され、医師偏在の解消のための「医療法及び医師法の一部を改正する法律案」が検討される段階まで来た<sup>(25)</sup>。その概要は下記の如くである。

- ① 医師少数区域等で勤務した医師を評価する制度の創設
- ② 都道府県における医師確保対策の実施体制の強化
- ③ 医師養成過程を通じた医師確保対策の充実
- ④ 地域の外来医療機能の偏在・不足等への対応

都道府県は、「医師偏在指標」に基づいて、「医師少数区域」と「医師多数区域」を定めることができるとされている。医療法改正や関係省令等の改正により、医師少数区域で一定期間診療した医師を、厚生労働大臣が認定し、当該医師は、①広告可能事項、②経済的インセンティブの対象、③地域医療支援病院等の管理者の対象とするという。はたして本当にこの制度に実効性があるのかという意見もあるようだが、議論が一步進んだことは評価すべきだと思う。

インセンティブの設定の仕方には様々なアイデアを出して議論することが必要だと考える。専門的な知識と技術を持った専門医が報酬上も正当な評価をされ、病院の立場からは専門医が継続的に確保でき、その結果として、地域偏在、診療科偏在が解消できるようなシステムの構築を目指すべきであろう。第二次医師会将来ビジョン委員会の答申<sup>(26)</sup>では、医師の偏在対策として「特定専門医制度（仮称）」の導入を提案した。現在検討中の改正法案を踏まえて、改めて本答申でも提案したい。

### 2) 特定専門医制度の概要

- ① 特定専門医はその領域の専門医資格を持っていることが前提。
- ② 都道府県の地域医療計画として、地域の医療機関に必要な領域、必要な数の特定専門医を配置する。
- ③ 特定専門医は個人に付与された資格ではなく、それぞれの病院に設定される「枠」とする。したがって、定年や開業などでその病院を退職した場合は、特定専門医ではなくなる。
- ④ 特定専門医の診療行為には、それ以外の医師が行った場合と診療報酬上の差をつける。もちろん、医師個人にもそれに見合った報酬が支払われることとする。
- ⑤ 医師少数区域で特定専門医として勤務した経験（例えば2年以上）を、将来的に医師多数区域で特定専門医に着任する際の要件とする。
- ⑥ 特定専門医は定年制とし、全国の特定専門医の配置状況、今後の年度ごとの見通しについての情報は公開し、学生や研修医の進路の検討材料にできるようにする。

### 3) 特定専門医制度の運用のイメージ

医師多数区域では大学病院の教授・准教授・講師、特定機能病院や二次医療圏の中核病院の部長・副部长などの指導医クラスが特定専門医のイメージである。医師多数区域では、専門医資格を取得しても上が詰まっていてなかなか特定専門医にはなれない。一方、医師少数区域の病院では一人医長でも特定専門医になれるケースもある。将来的に医師多数区域の特定専門医になるために、医師少数区域での特定専門医の経験が有利だとすれば、進んで行こうというモチベーションになるだろう。また、同じ専門医資格を持っていても、医師多数区域で特定専門医になれないよりも、医師少数区域の特定専門医の方が報酬がよければ地方の病院に骨をうずめようという医師もいるだろう。さらに、高度な知識や技術を持っていても、開業してしまうと特定専門医ではなくなるので、専門医として身に着けた技術を生かすためには開業するよりも勤務医の方が有利であるという考え方もある。

また、産科、小児科、外科など、現在特に人材不足に陥っている診療科においては、特定専門医の報酬を高く設定することも検討してもよいのではないだろうか。リスクが高い領域のプロフェッショナルを目指している志が高い若手の医師が、将来に希望が持てるような制度が必要であるが、市場原理に委ねるのではなく、社会的共通資本として医療の職能団体が管理運営すべきである。

### 4) 実効的な制度にするためには

改正法案では、都道府県に置かれた地域医療対策協議会において「医師確保計画」の実施について必要な協議をすることとされている。地域医療対策協議会には、医師会が、大学や公的医療機関、関係団体とともに構成員となっている。改正法案が真に実効的なシステムになるためには、医師多数区域にある大学病院と高度急性期機能を持った基幹病院同士が競争から協調へと方針を変え、医師少数区域にある地域の病院と実効的な連携をすることが必要であり、それが地域医療構想の本質だと考える。まずは、都道府県内にある病院の専門医の充足状況を把握し、現在どの病院にどのような専門医が何人いて、本来何人必要なのかという議論から始める必要がある。そのためには、疾患別に二次医療圏の治療完結状況とさらに中央地区の高度な医療機関との連携状況を把握して、理想的な姿を描く必要があるが、それはまさに現在地域医療構想調整会議で議論されていることである。社会的共通資本としての地域医療を考える時、これからの地域医療構想の議論は、不十分な理解による病床削減に終始すべきではない（もとより地域医療構想は病床削減を目的としたものではないが）。それよりも、専門医をどのように配置してそれぞれの地域の病院にどのような機能を求めるかが鍵になるのではないだろうか。

また、特定専門医の配置は都道府県ごとに設定するが、専門医の数が足りない地域は他の地域から募集することもできる。大都市部の大病院と連携して定期的に人材を派遣するシステムを構築できる可能性もある。

専門的な知識と技術を持った専門医が適切に配置されることは、社会的共通資本としての地域医療には必要不可欠である。しかし、専門医の確保は営利目的の民間の人材派遣会社のような市場原理に委ねてはならないし、官僚的な強制配置であってもならない。それぞれの地域の医療の専門領域の職能集団（医師会、大学、病院協会、学会等）が専門的知見に基づき、職業的規律に従って管理・維持することが、社会的共通資本としての医療の在り方である。ただし、その前提として職業的専門家集団には高い学問的知見と倫理性が求められる。

## 第4章 日本の医療を守るために、我々は理念をどう共有するか

### 1. 全国郡市区医師会長協議会の創設

#### 1) 提案の背景

日本には素晴らしいインフラがある。すべての郡市区に郡市区医師会があり※、すべての都道府県に都道府県医師会がある（※一部行政区域をまたいでいる地域もある）。郡市区医師会と都道府県医師会の連携が地域医療体制を支え、地域住民が安心してゆたかな生活を送るための社会的装置になっている。そうした意味では、地域医師会も「社会的共通資本」として機能していると考えられることができるだろう。

市区町村が行っている各種の健診事業（特定健診、後期高齢者健診、がん検診）や予防注射など、行政が個々の医療機関と直接条件交渉しては埒が明かない。医師を代表して行政と交渉する組織が不可欠であり、それを郡市区医師会が担っている。また、休日当番医、介護認定審査会、学校医、警察医など、各種の役割を郡市区医師会員にお願いして派遣しているのも郡市区医師会の仕事である。それ以外にも、医師会立の病院や看護学校、訪問看護ステーション、地域包括支援センターなど様々な事業展開をしている医師会もある。さらに、近年は地域医療構想や地域包括ケアシステムの推進など、「医療の今日的課題」に対して郡市区医師会に求められる役割はますます大きくなっている。

しかし、地方では医師会員の高齢化と減少が進み、医師会活動に支障が出ている地域もある。また、都市部の若手開業医には地域医師会に加入しないものも少なくない。郡市区医師会長の責任は重く、それぞれに悩みを抱えているのではないだろうか。各都道府県医師会では郡市区医師会長が集う会が開催されているが、同じ都道府県内でも規模や中核都市との位置関係によって抱える問題は大きく異なる。しかし、全国に目を向ければ、同じような規模で、似たような問題を抱え、それを解決している郡市区医師会もあるだろう。また、都道府県医師会と日本医師会の距離は比較的近いが、地方の郡市区医師会長から見ると日本医師会はかなり遠い存在のように思う。医療の今日的課題に対する日本医師会の考えを、日本医師会長や担当役員から直接伺うことができれば理解が深まり、地域での医師会活動のモチベーションは必ず上がる。これまで長年地域医療を支えてきた郡市区医師会が今後も活力ある活動を継続するために、全国の郡市区医師会長が一年に一度一堂に会する「全国郡市区医師会長協議会」の創設を提案したい。全国約900の郡市区医師会と大学医師会の会長と都道府県医師会長、日本医師会役員が一堂に会しても約1,000名の規模の会であり、それを年に一度東京で開催することは、日本医師会の組織力としては十分実現可能なのではないだろうか。参加費、交通費、宿泊費の負担を郡市区医師会にお願いしたとしても、この会に参加できることが郡市区医師会長のステータスと感じるような、格調高い会の創設を提案したい。

#### 2) スケジュール案

会期は週末を想定し、スケジュール案は下記の如くである。

1日目（土曜日の午後）

- ①日本医師会長基調講演
- ②担当役員からテーマ別講演
- ③地区の規模別グループディスカッション
- ④全体懇親会

2日目（日曜日の午前）

⑤テーマ別分科会（新規医師会長オリエンテーションなど）

### ①日本医師会長基調講演

日本の医療の今日的課題と、それに対する日本医師会の対応について、日本医師会長のお考えを直接聞く機会を是非設けていただきたい。『日医ニュース』や『日本医師会雑誌』、ホームページなどを通じて日本医師会から様々な情報発信はあるが、やはり直接会長から話を聞く機会があれば、郡市区医師会長の理解は深まり、医師会活動に対するモチベーションは必ずや上がるだろう。

### ②担当役員テーマ別講演

郡市区医師会長にとっては、日本医師会の役員の先生方はなじみが薄いと思われる。日本医師会でのそれぞれの取り組みと、郡市区医師会の活動で取り入れていただきたいことなどを短い時間でもテーマ別にお話いただくと、「ああ、この方がこの問題を担当しているのか」と、理解しやすいと思う。

### ③地区の規模別グループディスカッション

医師会の規模と、特に関心があるテーマにより事前にマッチングを行ってグループ分けをして、少人数でグループディスカッションをする。別に結論を出す必要はないので、気軽なフリートークの感覚でもよいと思う。地域医師会長でなければ分からない苦悩を共有する者同士、ディスカッションを通じて必ずや新たなヒントと大きな勇気を得ることができるだろう。

### ④全体懇親会

全体懇談会では、「③地区の規模別グループディスカッション」のメンバーごとにテーブル分けをして、さらに顔が見える関係を築いていただく。ここで得た人脈はその後も活かすことができるだろう。地方の郡市区医師会長が、日本医師会長や役員を囲んで懇談する機会は有意義な経験となると思う。

### ⑤テーマ別分科会

テーマ別分科会は、様々な取り組みができると思う。例えば下記の如くである。

- ・地域包括ケアシステム、救急医療体制、災害対策、診療情報共有システム等、テーマ別先進事例。
- ・日本医師会の担当役員を囲んで、テーマ別の討論会。
- ・新しく郡市区医師会長になった先生方に、ベテランの先生から医師会長としての心得をお聞きしたり、郡市区医師会の運営の仕方を学ぶようなオリエンテーション。

## 3) 医療の今日的課題に立ち向かっていくための第一歩

医療の今日的課題に立ち向かい、地域医療を守っていくためには、「医師会の大義は、国民の生命と健康を守ること」にあり、「医療は、国民の生命と健康を守るための社会的共通資本である」という理念を共有することが必要だと私たちは考えている。そのためには、郡市区医師会長が中心となり、まずは郡市区医師会の役員のレベルで理念を共有することが、最初の一步になる。

そこから次の一步を踏み出すために、それぞれの地域で何をすればよいかという議論を郡市区医師会では進めていくことが、「医療の今日的課題に対して医師会員がすべきこと」だと私たちは考える。

## 2. 医師会ビジョン委員会の設置

### 1) 提案の背景

第三次医師会将来ビジョン委員会は、全国8ブロック推薦の委員15名と会長推薦2名の計17名で構成された。私たちは今回この委員会に参加させていただいて、非常に貴重な経験をさせていただき、交流の輪も全国に広がった。私たちは委員会を通じて、それぞれの地域の課題を知ることができたが、参加していない都道府県医師会も多い。すべての都道府県医師会の若手医師会員にこの委員会に参加するチャンスを作り、輪を広げていくことをお願いしたいが、日本医師会の委員会を各都道府県医師会代表の計47人で構成するのは現実的ではない。

そこで、各都道府県医師会に「医師会ビジョン委員会」を設置し、さらにブロック別の「医師会ビジョン委員会」、そして日本医師会の「医師会ビジョン委員会」の設置を提案したい。

### 2) 都道府県医師会「医師会ビジョン委員会」 —石川県医師会の取り組みから—

2006年、小森 貴先生が石川県医師会会長に就任され、新しい取り組みとして「医師会の在り方に関する検討委員会」が設置された。県内の各都市医師会から各1名（金沢市は3名）の若手医師が推薦され、計11名の委員で構成された。小森会長から、「2015年に医師、医師会はいかにあるべきか」という諮問をいただき、2年間の任期で検討することになった。この答申を受けて、私たちは医師会についてそれぞれの思いを語りあったが、議論を始めてすぐに私たちは大きな疑問を感じた。

#### 「私たちは何故、医師会のことを知らないのか？」

委員メンバーは皆、医師になってから10年以上経過し、開業してから数年経っている委員もいた。しかし、私たちは医師会についてあまりにも知らなかった。私たちは、とりわけ医師会に無関心な医師が選ばれたわけではない。ただ、私たちはこれまで医師会のことや医療問題について教えてもらったり、真剣に討論したことはなかった。答申では、「若手の医師が、医療や医師会について語り合う場が必要である」とまとめた。その後さらに2期4年間、委員会は続き、活発な議論を通じて私たちは様々なことを学ぶことができたが、委員メンバーがほぼ固定化されてしまったという課題があった。継続した委員同士なら深い議論ができる一方で、広がりや乏しくなる。しかし、新しい委員に入れ替わると議論の継続性がなくなってしまうというジレンマがあった。

2012年、近藤邦夫先生が石川県医師会会長に就任され、「医師会ビジョン委員会」と名前を変えて委員会は継続されることとなった。メンバーを増員し、各都市医師会から推薦の2名（金沢市は6名）の計22名と県医師会の若手理事で構成した。各都市医師会からの推薦委員の1名（金沢市は3名）は過去の委員会経験者か都市医師会の役員をお願いした。年齢制限はないが、「若手」の医師を推薦していただいている（本来は年齢制限をしたかったが、推薦できる委員がないという都市医師会もあったので）。委員会は、約2カ月に一度開催し、医療の今日的課題や医師会の在り方などをフランクにディスカッションしている（時にはアルコールの力も借りながら）。

また、委員以外の医師も参加して一緒に語り合う場として「医師会ビジョン討論会」を開催している。講師をビジョン委員会委員、あるいは外部講師を招いて現在の医療の課題について約30分の基調講演を行い、その後小グループに分けてグループディスカッションを行う。県内3地区で年に一度を目安に開催し活発で有意義な議論ができていると感じているが、いつも来ていただける医師はやや固定化している印象で、勤務医の参加が少ないのが課題であった。



待っていても何も変わらないと考え、委員が手分けをして、それぞれの地元の基幹病院や大学の医局訪問を行い、医師会の活動や医療の今日的課題についてプレゼンを行うこととした。過去4年間で県内23カ所の基幹病院の医局会と、6カ所の大学の医局（金沢大学2カ所、金沢医科大学4カ所）を訪問した。大学医局の訪問では医療事故調査制度の概要と医師会の関わりも説明している。プレゼンの後は、懇親会を企画させていただくこともあり、大学医局の若手の先生方とも盃を交わしながら交流している。

このように、郡市区医師会から若手の委員を推薦していただいて、各都道府県医師会に医師会ビジョン委員会の設置を提案したい。郡市区医師会の若手役員（あるいは将来の役員候補）のトレーニングの場として、また都道府県内の他地域の若手との交流の場として、委員会を設置することの意義は大きいと考えている。

### 3) 全国組織としての医師会ビジョン委員会の設置の提案

さらに都道府県医師会の医師会ビジョン委員会の委員長と副委員長を委員として、全国8ブロックで医師会ビジョン委員会を設置してはどうだろうか。ブロックの委員は50歳未満として、医師会員であることは条件だが、必ずしも郡市区あるいは都道府県医師会役員でなくてもよい。ブロックの委員会は、年に2回程度開催する。

各ブロックの委員長と副委員長を委員として、日本医師会の医師会ビジョン委員会を設置して、現在の私たちの医師会将来ビジョン委員会のように、その時に応じた医療問題や医師会の在り方についてディスカッションする。そこでの議論は、各ブロックの委員会にフィードバックされ、さらに各都道府県医師会の委員会でも取り上げる。したがって、全国すべての郡市区医師会にいる医師会ビジョン委員が課題を共有することになる。

委員の任期は2年として、各年度末に日本医師会館で「全国医師会ビジョン委員会総会」を開催し、全都道府県医師会の医師会ビジョン委員会の委員長と副委員長が一堂に会する機会を設ける。この会の企画・運営は、日本医師会ビジョン委員会が担当する。「全国医師会ビジョン委員会総会」では、日本医師会長をはじめ役員の方の話を直接聞く機会や、全国の委員同士のディスカッションを行う。この取り組みが10年続けば、そこから郡市区医師会長や都道府県医師会長、さらには日本医師会の役員も出てくるだろう。その時にはすでに全国的な人脈が形成されており、医師会の在り方にパラダイムシフトが起こるのではないだろうか。

### 4) 若手の医師が主体的に活動する「場」の創設

新しく郡市区医師会の役員になった先生に感想を聞くと、「医師会は、こんなことをしているところだとは知らなかった」という声をよく聞く。医師会は様々な媒体を通じて情報を発信しているが、実際には役員になり、役員会に参加して初めて知ることも多い。医師会が実際に何をしているのかをよく知らない会員が多いのは本人の意識の問題だけではなく、責任は医師会にもあるのではないだろうか。郡市区医師会の役員になる前の若手の医師も医師会に主体的に関わることができる「場」を作ることも、医師会のすべきことだと考える。

### 3. 秋田県医師会の性教育講座

この第三次医師会将来ビジョン委員会に与えられた諮問は「医療の今日的課題に対して医師会員は何をすべきか」だが、それを体現した実例がある。医師会活動が大きな社会的成果を収めた事業として、秋田県の性教育講座について紹介する。

#### 1) 日本の性教育

日本の性教育は欧米諸国、近隣のアジア諸国に比べて遅れており、内容も不十分であると言われている。日本は先進国の中で唯一エイズ患者が増加しており、他の性行為感染症も減っておらず（梅毒は急激に増加している）、性教育の貧弱さが要因になっているとも指摘されている。

日本の学校教育においては、熱心に性教育が行われた時期があった。1980年代のエイズ・パニックを契機として、「エイズ感染予防のために性教育が必要」とされ、「性教育元年」と言われた1992年からの約10年間である。学習指導要領も改訂され、「理科」や新たに導入された「保健」で小学校段階から性について教えるようになった。1999年には当時の文部省が「学校における性教育の考え方、進め方」という手引きまで出している。

しかし、2002年、厚生労働省所管の財団法人が中学3年生向けに作成して配付した冊子が国会議員らに「中学生の性行動を煽っている」などと批判され、国会や地方議会、マスコミを舞台とする性教育バッシングが起こり、この冊子は回収され、絶版となった。

翌2003年には人形や歌を用いて性教育を行っていた養護学校の教師が処分される事件も起こった。知的障害を持つ児童の理解力に応じた工夫が「人形を使ってセックスのHow Toを教えている」等と糾弾されたのである（この処分に対しては元校長らが不当だとして裁判を起こし、処分取り消しの判決が確定している）。

このような性教育バッシングにより、全国の教育現場は萎縮し、活性化していた性教育は一気に停滞し、今も回復はしていない。その頃から日本の性教育は時間が止まっているとも評されている。

欧米諸国では性器の構造、妊娠、出産といった基本的な事項から避妊方法の実際、不妊治療についてなど、生物学的な知見から生命倫理に至るまで広く教育している。2009年12月にはユネスコ（国連教育科学文化機関）が「国際セクシュアリティ教育ガイダンス」を発表したが、中国や韓国、台湾といったアジアの国々もこのガイダンスに即した性教育を導入している。

#### 2) 秋田県医師会の性教育講座

秋田県では1990年代後半から2000年にかけて10代の人工妊娠中絶率が全国平均よりはるかに高く推移していた（秋田県、全国とも2001年がピークで、それぞれ18.2%、13.0%）。その頃、高校生が性風俗産業に関与する事件も発生し、それを契機として、生徒たちが性を正しく理解し、性に対して真摯に向き合ってもらふことの重要性が意識されるようになった。そこで、従来の学校教育での性教育に加え、実情に即した内容を加味することを目的に、医師による性教育講座の事業が始まることとなった。

1999年に県教育委員会が高校生を対象とした性教育講座を3校で試行し、翌2000年から県内の全高等学校の3年生を対象に性教育講座を開始した。中学生に対しては2002年に10校で性教育講座を試行し、2004年から中学3年生を対象とする中学校性教育講座を開始した。小学生に対しては2003年に4校で試行したものの、性知識の理解度の個人差が大きい等の理由により、正式実施には至らなかった。

2003年、県医師会が産婦人科医、小児科医、内科医、皮膚科医、精神科医からなる「性教育プロジェクト委員会」を立ち上げたが、若年出産や中絶、日本におけるHIV/AIDS増加の現状にも対応したものであった。以後、県の事業であった性教育講座に性教育プロジェクト委員会が主体的に関わることとなり、性教育プロジェクト委員会が性教育講座講師派遣の窓口となった。

2004年、日本産科婦人科学会秋田地方支部と日本産婦人科医会秋田県支部が性教育指導マニュアル「すこやかな心と体の性の成長をめざして」を発行し、県内の産婦人科医、性教育に関わる医師、各学校に無料配布した(資料集としてのCDを付属。2006年の改訂でCDのみに。2014年に2回目の改訂)。これは現在でも性教育講座の教材として用いられている。

2005年、県教育委員会が中学・高校の保健室の養護教諭を中心とする性教育担当者への保健指導モデル案、ステップアップ「性に関する指導」を作成、開始し、性教育事業における養護教諭の役割がより重視されるようになった。

2006年には特別支援学校での性教育講座を開始した。

著しく高かった10代の人工妊娠中絶率は性教育講座開始後は順調に低下して、2007年以降(2009年を除く)は全国平均を下回り、約10年で当初の1/3となり、以後も低下し続けている(2016年で秋田県が3.4%、全国が5.0%)。

秋田県の性教育講座に対しても「寝た子を起こすな」といった批判的意見は当初からあった。性の知識が広まることで、かえって興味がわき、性交渉などが氾濫するのではないかと危惧されたのである。しかし現実には、結果が示す通りで、正しい知識の普及が何よりも重要であると認識されるようになり、医師会と行政が連携して行う事業として定着している。

### 3) 医療的課題に対する医師会・医師会員の役割

性は生命に関わる根源的なテーマであり、性教育は科学的な知見に基づいて行われるべき問題である。日本における性教育は、学校の教育現場の教員らとその責務を負わされていたが、専門的知識を持つ教員が少ない等の現状より、不十分なものになっていると言わざるを得ない。秋田県の成功事例でも分かる通り、医療的課題に対しては医師会、医師会員の果たすべき役割が非常に大きい。

性教育に限らず、医療の専門職集団として関わることのできる社会的な課題は数多くある。医療の今日的課題を自ら洗い出し、解決のために活動することが医師会員には求められているのではないだろうか。

## 参考文献

1. 宇沢弘文『社会的共通資本』岩波新書, 2000年
2. 宇沢弘文『人間の経済』新潮新書, 2017年
3. 「日本特集号：国民皆保険達成から50年」THE LANCET, 2011年9月1日
4. 経済財政諮問会議（平成29年第5回）資料4「予防・健康・医療・介護のガバナンス改革」（塩崎臨時議員提出資料）, 2017年4月12日
5. 中央社会保険医療協議会 総会（第190回）「わが国の医療についての基本資料」, 2011年5月18日
6. 宇沢弘文・鴨下重彦 [編]『社会的共通資本としての医療』東京大学出版会, 2010年
7. 第21回医療経済実態調査医療機関等調査, 2017年11月8日
8. 李 啓充『市場原理が医療を減ぼす』医学書院, 2004年
9. 堤 美香『沈みゆく大国アメリカ』集英社, 2014年
10. 大木隆生『医療再生 日本とアメリカの現場から』集英社新書, 2016年
11. WHO ファクトシート「たばこ」, 2017年5月
12. 予防接種における間違いを防ぐために（2016年改訂版）：日本医師会リーフレット；  
[http://www.med.or.jp/jma/kansen/kansen\\_vaccination/leaf01-07.pdf](http://www.med.or.jp/jma/kansen/kansen_vaccination/leaf01-07.pdf)
13. 産業医学とは：公益財団法人産業医学振興財団サイト；<http://www.zsisz.or.jp/insurance/2010-03-27-06-05-14.html>
14. 日医 IT 化宣言 2016, 2016年6月
15. 小松秀樹『医療崩壊—「立ち去り型サボタージュ」とは何か』朝日新聞社, 2006年
16. 平成24年度日本外科学会会員の労働環境に関するアンケート調査 報告書, 2013年4月
17. 日本医師会・四病院団体協議会合同提言。「医療提供体制のあり方」2013年8月8日
18. 前田由美子, 佐藤敏信, 日医総研ワーキングペーパーNo.362「地域創生にむけて医療・福祉による経済・雇用面での効果」, 2016年4月26日
19. あいづじげん健康ポイント倶楽部；<http://aizujigen-point.jp/>
20. 西予市ホームページ：楠本イネコーナー. <https://www.city.seiyo.ehime.jp/zokusei/kusumotoine/>
21. 医師会将来ビジョン委員会答申「将来の医師会活動及び医療制度のあり方」, 2012年3月
22. Izumi, M., K. Nomura, Y. Higaki, Y. Akaishi, M. Seki, S. Kobayashi, T. Komoda, and J. Otaki, Gender role stereotype and poor working condition pose obstacles for female doctors to stay in full-time employment: alumnae survey from two private medical schools in Japan. *Tohoku J Exp Med.*, 2013. 229(3): p. 233-7.
23. Yasukawa, K. and K. Nomura, The perception and experience of gender-based discrimination related to professional advancement among Japanese physicians. *Tohoku J Exp Med.*, 2014. 232(1): p. 35-42.
24. Chatani, Y., K. Nomura, A. Ishiguro, and R. Jagsi, Factors Associated With Attainment of Specialty Board Qualifications and Doctor of Medical Science Degrees Among Japanese Female Doctors. *Acad Med.*, 2016. 91(8): p. 1173-80. doi: 10.1097/ACM.0000000000001260.
25. 第59回社会保障審議会医療部会 資料2「医療法及び医師法の改正法案について」, 2018年1月24日
26. 第二次医師会将来ビジョン委員会答申「地域医療の再興に向けた医師及び医師会の役割」, 2014年3月
27. 藤川謙二, 医の倫理の基礎知識 各論的事項 No.13「非医師の医療行為とタスク・シフティング」, 2012年6月
28. 医師の団体の在り方検討委員会報告, 2017年3月
29. ドクターアゼ <http://www.med.or.jp/doctor-ase/index.html>

30. JMA-JDN 日本医師会ジュニアドクターズネットワーク  
[http://med.or.jp/jma/jma\\_infoactivity/jma\\_activity/003322.html](http://med.or.jp/jma/jma_infoactivity/jma_activity/003322.html)
31. 水野 肇『誰も書かなかった日本医師会』草思社, 2003 年
32. 日本医師会 戦後五十年のあゆみ「昭和 36 年」<http://www.med.or.jp/jma/about/50th/pdf/50th136.pdf>
33. リンダ グラットン『LIFE SHIFT』東洋経済新報社, 2016 年
34. Perkins KA, Epstein LH, Jennings. JR, et al: The cardiovascular effects of nicotine during stress. Psychopharmacol, 90:373-378, 1986
35. Allison RD, Roth GM: Central and peripheral vascular effects during cigarette smoking. Arch. Environ.Health, 19:189-198, 1969
36. Iida M, Iida H, Dohi S, et al: Mechanisms underlying cerebrovascular effects of cigarette smoking in rat in vivo. Stroke 29: 1656-1665, 1998
37. Ohkubo C: Some acute cardio-pulmonary effects of mainstream and sidestream cigarette smoke in man. Prev.Med., 11:173-186, 1982
38. 飯田稔他：わが国の循環器疾患の発生におよぼす HDL コレステロールの影響. 厚生の指標, 28 (10) : 3, 1981
39. 柴田博, 須山靖夫, 松崎俊久：High Density Lipoprotein コレステロールに関する因子の解析. 日本老年医誌, 18 : 456-462, 1981
40. Reed DM, Maclean CJ, Hayashi T: Predictors of atherosclerosis in the Honolulu Heart Program. I. Biologic dietary, and lifestyle characteristics. Am J Epidemiol,136: 214-225,1987
41. Smoking and Health US Public Health Service, Report of the Advisory Committee to the Surgeon General of the Public Health Service, DEHW Public Health Service Publ.No.1103,1964
42. California Environmental Protection Agency Health effects of exposure to environmental tobacco smoke: Final draft for scientific, public, and SRP review. Office of Environmental Health Hazard Assessment. California Environmental Protection Agency,1997
43. Steenland K: Passive smoking and the risk of heart disease. JAMA 267 94-99, 1992
44. 日本循環器病学会 禁煙推進委員会サイト：<http://www.j-circ.or.jp/kinen/iryokankei/index.htm>
45. なぜ、受動喫煙対策は進まないのか 日本医師会副会長に聞く：Buzzfeednews サイト  
[https://www.buzzfeed.com/jp/seiichirokuchiki/ishikai-imamura?utm\\_term=.if6bMX6Q9#.epkpVOy0Q](https://www.buzzfeed.com/jp/seiichirokuchiki/ishikai-imamura?utm_term=.if6bMX6Q9#.epkpVOy0Q)
46. 効果的なたばこ対策の進め方と体制整備：厚生労働省資料  
[http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/houkoku/dl/100222b\\_0016.pdf](http://www.mhlw.go.jp/topics/tobacco/houkoku/dl/100222b_0016.pdf)
47. 齋藤 昭彦；米国の予防接種制度から学ぶこと -日本の予防接種制度の現状と課題-：海外社会保障研究. 192,6-19,2015.
48. 平成 26・27 年度医療 IT 委員会答申「新たな日医 IT 化宣言」, 2016 年 5 月
49. 厚生労働省. 専門医の在り方に関する検討会報告書；22 Apr 2013.  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000350oy-att/2r985200000353ig.pdf>
50. 日本専門医機構. <http://www.japan-senmon-i.jp/>
51. 厚生労働省. 平成 29 年我が国の人口動態統計  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/81-1a2.pdf>
52. 厚生労働科学研究費補助金（長寿科学総合研究事業）高齢者に対する適切な医療提供に関する研究（H22-長寿-指定-009）研究班. 高齢者に対する適切な医療提供の指針.

53. 日本専門医機構. 総合診療専門研修プログラム整備基準.  
2017年7月7日 <http://www.japan-senmon-i.jp/program/doc/comprehensive170707rev2.pdf>
54. 厚生労働省. 平成26年度無医地区等調査及び無歯科医地区等調査の結果.  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000115612.html>
55. 日本医師会生涯教育 on line <https://www.med.or.jp/cme/journal.html>
56. 厚生労働省, 医師の勤務実態及び働き方の意向等に関する調査. 2017年.
57. Nomura, K., M. Sato, S. Tsurugano, and E. Yano, [Factors associated with working among female physicians in Japan]. *Nihon Koshu Eisei Zasshi.*, 2011. 58(6): p. 433-45.
58. 日本医師会, 女性医師の勤務環境の現況に関する調査. 2009年.
59. Horie, S., M. Takeuchi, K. Yamaoka, M. Nohara, N. Hasunuma, H. Okinaga, and K. Nomura, [Checklist Development for Women-Doctor-Friendly Working Conditions in a Hospital Setting]. *Nihon Eiseigaku Zasshi*, 2015. 70(3): p. 264-70. doi: 10.1265/jjh.70.264.
60. Nomura, K. and K. Gohchi, Impact of gender-based career obstacles on the working status of women physicians in Japan. *Soc Sci Med.*, 2012. 75(9): p. 1612-6. doi: 10.1016/j.socscimed.2012.07.014. Epub 2012 Jul 31.
61. Okoshi, K., K. Nomura, F. Taka, K. Fukami, Y. Tomizawa, K. Kinoshita, and R. Tominaga, Suturing the gender gap: Income, marriage, and parenthood among Japanese Surgeons. *Surgery.*, 2016. 159(5): p. 1249-59. doi: 10.1016/j.surg.2015.12.020. Epub 2016 Jan 28.
62. Nomura, K., Y. Yamazaki, L.D. Gruppen, S. Horie, M. Takeuchi, and J. Illing, The difficulty of professional continuation among female doctors in Japan: a qualitative study of alumnae of 13 medical schools in Japan. *BMJ Open.*, 2015. 5(3): p. e005845. doi: 10.1136/bmjopen-2014-005845.
63. Subramanian, S.V., P. Belli, and I. Kawachi, The macroeconomic determinants of health. *Annu Rev Public Health*, 2002. 23: p. 287-302. Epub 2001 Oct 25.
64. Taka, F., K. Nomura, S. Horie, K. Takemoto, M. Takeuchi, S. Takenoshita, A. Murakami, H. Hiraike, H. Okinaga, and D.R. Smith, Organizational climate with gender equity and burnout among university academics in Japan. *Ind Health.*, 2016. 54(6): p. 480-487. Epub 2016 Oct 1.
65. 日本医師会女性医師支援センター. 女性医師バンク. <https://www.med.or.jp/joseiishi/dbank.html>
66. 日本医師会. 男女共同参画フォーラム. <http://www.med.or.jp/doctor/female/forum/>
67. Equality Challenge Unit. Athena SWN Chapter. <https://www.ecu.ac.uk/equality-charters/athena-swan/>

## あとがき

第三次医師会将来ビジョン委員会 委員長 佐原 博之

第三次医師会将来ビジョン委員会は、全国 8 ブロックから推薦された 30～40 歳代（若干名 50 歳代前半）の若手委員 15 名と会長推薦 1 名の 16 名でスタートしました。今回は、第一次と第二次の委員会経験者がそれぞれ 3 名と（意図的ではなく偶然）、初めてのメンバーが 10 名という構成となりました。

2016 年 12 月 15 日の第 1 回委員会で、横倉義武会長から「医療の今日的課題に対して医師会員は何をすべきか」という諮問をいただきました。最初の委員会では、フリートーク形式で委員の皆さんから意見を伺ってみたところ、中堅の医師としてまさに医療の現場の最前線からの視点で様々な意見が飛び交い、このメンバーでこれからディスカッションをできることにワクワクしながらスタートしました。

その一方で、「医療の今日的課題」はあまりにも多岐に渡り、今後どのようにまとめていけばよいかと、正直言って途方に暮れていました。年の瀬が迫った 12 月 27 日、日本医師会総務課から医師会将来ビジョン委員会に占部まり先生が会長推薦委員として追加になったという連絡がありました。占部先生は世界的な経済学者であった故宇沢弘文東大名誉教授の長女で内科医をされているとのことでした。宇沢弘文先生の著書『社会的共通資本』は 5～6 年くらい前に一度読んだことがあり、医療も社会的共通資本の一つとして考えるということは、まさに私たち医師が目指すところであると感銘した覚えがありました（その後、長い間忘れていましたが…）。年末年始にかけて、改めて本棚から取り出して読み直してみても、「これだ！」と感じました。

第 2 回、第 3 回委員会では全委員からそれぞれが考える「医療の今日的課題」についてプレゼンをしてもらいました。事前に申し合わせたわけではありませんが、見事に視点が異なる発表で様々な課題を共有することができました。その後、プレゼンをまとめてレポートとして提出していただき、そこから課題の項目を抽出し、「社会的共通資本」という切り口から考えるという方針で委員会を進めました。

第 6 回委員会は横倉会長にも御参加いただき、福岡合宿を行いました。会議では総論の素案についてディスカッションしてイメージを共有し、その素案をベースにそれぞれの視点で各論を書いていただきました。そしてその各論をさらに総論に反映させて答申案を作成し、第 7 回委員会で総論と各論の最終確認を行いました。このように、この答申は参加したすべての委員の現場からの声を凝縮したものとなったと思います。

改めて、このような機会を与えていただきました横倉義武会長をはじめ、主担当としてご指導いただいた今村定臣常任理事、お忙しい中委員会に出席していただいた中川俊男副会長、今村 聡副会長、松原謙二副会長、道永麻里常任理事に深く感謝いたします。また、自見はな子参議院議員には、委員会と懇親会にもたびたび顔を出していただき、一緒にディスカッションできたことも貴重な経験となりました。また、会議の準備や事務連絡等で大変お世話になりました総務課の皆様、本当にありがとうございました。さらに、私たちを推薦していただいた各都道府県医師会会長をはじめとした役員の皆様、忙しい医療の現場から快く送り出してくださいました所属の医療機関の皆様にも心から御礼を申し上げます。

この答申が「医療の今日的課題」に対する議論のきっかけになることを祈りつつ、ここまで読んでいただいたすべての皆様に心から感謝を申し上げて、筆をおくことにしたいと思います。

