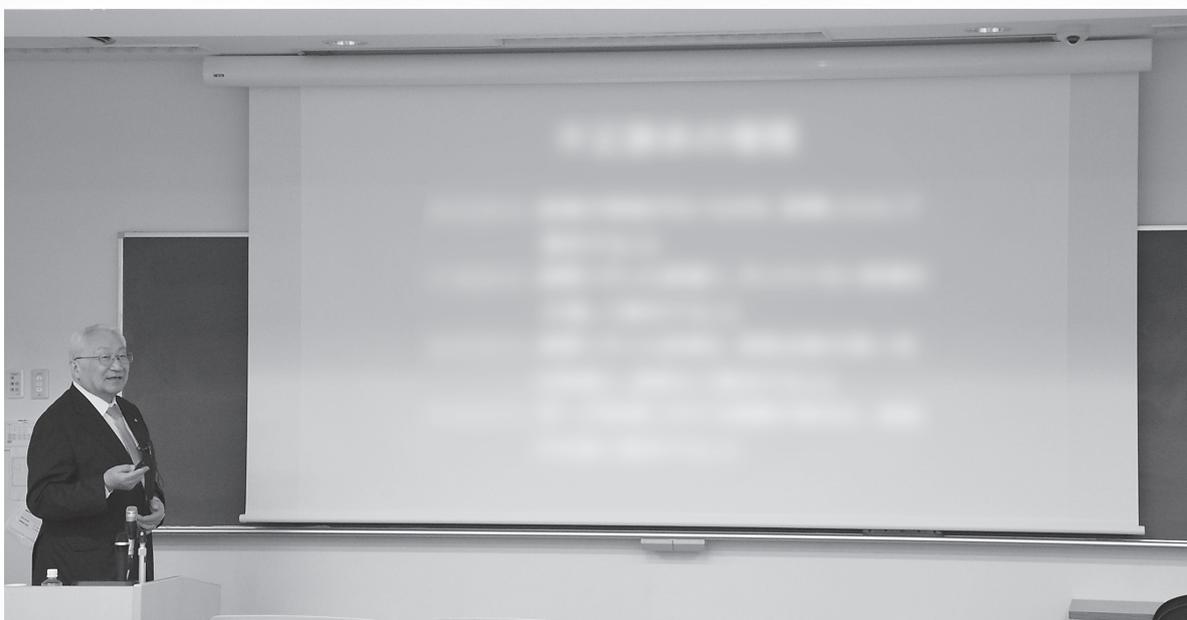


特集

大阪医科大学第3学年PBL診断学入門コース特別講義

# 日本の医療制度と 医師の業務



この記事は、令和2年5月15日に開催された「大阪医科大学第3学年PBL（Problem Based Learning）診断学入門コース」での茂松茂人・大阪府医師会長による特別講義の様様をまとめたものです。

なお、当日は新型コロナウイルス感染症の拡大を受け、学生の大学構内への立ち入りが禁止されていたため、講義の様様を録画し、オンラインシステムを用いて配信されました。



茂松茂人・大阪府医師会長

## 西洋医学の源流

本日は、新型コロナウイルスの感染拡大を防止するため、学生の方の大学構内への立ち入りが禁止されていることから、オンラインシステムを用いての講義となっております。目の前に誰もおられない中で講義をすることの難しさを感じながら講演をさせていただきます。

私に与えられた「日本の医療制度と医師の業務」というテーマは大学の授業ではあまり扱われることはないということです。

最初に、医師会の成り立ちについてお話させていただきます。医師会とはどういう団体であるのか分かっておられない方が多いかと思えます。端的に言いますと、患者さんがいかに医療にかかれるか、そして、皆様がいかに学問ができて、医療を行えるかということを国に提言するために存在している組織です。

まず、医師会の歩みですが、ペリー来航から数年経った1857年、長崎においてポンペ・ファン・メールデルフォールトが日本初の系統的な近代西洋医学の講義を開始しております。そして、松本良順の呼びかけによって諸藩から医師

達が集められて西洋医学を学びました。1861年にポンペは日本初の西洋式近代病院「小島養成所」をつくっております。

ポンペは、海軍伝習教官として1857年に日本初の系統的な近代西洋医学教育を開始しています。四民平等、患者中心の医療を教えて、近代西洋医学教育の父と呼ばれています。また、松本良順は、将軍御目見医師として、諸藩の医師にポンペの講義を受けさせる一方、医療を受けられない庶民のために衛生と養生法を説き、自ら処方して安価な売薬としたということで、医療に対して非常に貢献されたお二人であります。

1858年、江戸の蘭方医83名の出資によって神田お玉ヶ池種痘所——当時は痘瘡が流行っておりましたので、種痘所が基本になって始まっています、これが東京大学医学部の前身と言われています。そして、1860年にこの種痘所が官立となり、初代頭取に大槻俊斎が就き、2代目に緒方洪庵が、3代目に松本良順が就かれたということです。当初は種痘が中心になって西洋医学が始まったということで、このときには組織を種痘・医学教育・解剖の3科にして学問を始めていまして、ポンペの下で学んだ松本良順が1865年に組織の整備を拡充し、いわゆる7科——物理・化学・解剖・生理・病理・薬剤学・内科・外科を置き、これが今の大学の教育につながってきています。

明治初年の西洋医学の本格的な導入以来、都市部を中心に開業医が少しずつ増えてきて、地域の開業医が互いの技術の向上などを目的として研究親睦団体を結成しました。1872年の長野県の小諸医師協議会、これが最初だそうです。東京医学会社は1875年、大阪医事会社は1877年、そして、横浜、浜松と始まっていきます。

## 郡市区医師会と 道府県医師会の誕生

1906年5月に「医師法」が成立しています。このときに医師会を設立できることとし、医師会の機能が規定されまして、同年11月に「医師会規則」が制定されました。このときは、医師会を郡市区医師会と道府県医師会——東京都がなかったために「道府県」です——に分けました。それから、各地域における医師会の設立は任意ですが、設立されると、官公立病院以外の医師は全員が医師会に強制加入ということで始まっています。医師法と医師会規則が制定されたことによって、郡市区医師会や道府県医師会が続々と誕生し、その医師会が集まって地域ごとに連携を組み、この近畿では近畿ブロックと中部ブロックが一緒になって、1910年に関西医

師大会というものが始まりました。九州では1913年に始まっています。これが医師会の各ブロック、また、大きなブロックの集まりになって、全国組織の医師会をつくろうという動きが大きくなってきました。

そして、1914年に日本連合医師会というものが設立されています。明治維新までの江戸時代は、日本の医療は薬師（薬剤師）が中心になって行われており、その中で西洋医学を学んだ医師が出てきたために、日本薬剤師会が医薬分業の活動を活発にしてきました。そして、日本連合医師会を発展的に解消し、1916年に大日本医師会が設立されました。初代会長は北里柴三郎先生です（図1）。

その後、戦争が起こり、戦後にはGHQがコントロールするわけですが、医療界に対しても国家統制の医療体制を改廃するよう命じて、日本医師会にも任意加入、任意設立を求め、1947

図1



年10月末をもって旧日本医師会は解散、そして11月1日に新生医師会が認可され、今の日医の歩みが始まったということです。

### 「医師会の役割」と「医の倫理」

医師会には2つの柱があります。1つ目の柱は「医療の根本は信頼」ということです。医師が専門職として患者の利益を自らの利益の上に置き、専門職としての能力と倫理の水準を維持して高め、専門職自律の原則に立って自己規律を行うことが必要です。2つ目の柱は「医療は医学の社会的適用」であるということです。いかに患者さんが医療を受けられるか、これが社会的責任であり、これを果たしていくのが医師会です。医師自らが国民に対して、医師と医療の質の保証に責任を負う体制を構築する必要があるということで、専門職団体としての医師会の在り方がここで言われています。

今、日医には約20万人が入っておられ、ips細胞の山中伸弥先生、オプジーボで有名な本庶佑先生なども会員のひとりであります。世界医師会に認められた日本で唯一の、医師個人の資格で加入する団体です。

そういう専門職能団体に対する社会の主な期待としては、①倫理の確立、規律の保持、品性・誠実性の確保、②研修等を通じた専門知識・技術の向上による品質の改善進歩、③医業および専門性へのニーズの多様化、高度化に向けた迅速な対応、④監督・指導等の徹底による市民からの信頼確保、⑤専門領域内での自主的な課題解決に向けた積極的関与——が挙げられます。これらが保たれるようにしなければなりません。

それから、「日本医師会綱領」というものが2013年に採択されています(図2)。

この綱領に基づいて医師会員は努力をしているというのが現状です。日医代議員会のはじめ

図2

### 日本医師会綱領

(2013年6月23日 第129回定例代議員会にて採択)

日本医師会は、医師としての高い倫理観と使命感を礎に、人間の尊厳が大切にされる社会の実現を目指します。

1. 日本医師会は、国民の生涯にわたる健康で文化的な明るい生活を支えます。
2. 日本医師会は、国民とともに、安全・安心な医療提供体制を築きます。
3. 日本医師会は、医学・医療の発展と質の向上に寄与します。
4. 日本医師会は、国民の連帯と支え合いに基づく国民皆保険制度を守ります。

以上、誠実に実行することを約束します。



2019年3月31日



2018年6月24日  
代議員会での唱和



にはこの綱領を全員で唱和しています。

### 医療制度の歴史と医療問題の変遷

医療を取り巻く状況についてお話しします。

戦後1948年に医療法、医師法、保健師助産師看護師法などが施行されました。これはGHQによる戦後医療改革がスタートしたということです。1958年に国民健康保険法が施行され、1961年に国民皆保険制度が実現しました。当時、日本は先進国として工業も発達して裕福な時代を歩み、1973年には老人福祉法による老人医療費支給制度が発足しました。いわゆる福祉元年で、70歳以上の老人医療費が無料化となり、1973年に一県一医大構想が閣議決定され、1979年の沖縄を最後にして、無医大県が解消されたということで順調に進んでおりました。

ところが、1974年に第4次中東戦争によりオイルショックが起り、経済が冷めてくる、また、高齢者も増えてくるということから、吉村仁という当時の厚生省保険局長が、1983年に「医療費亡国論」を出しました。医療費が増加していくと国民の健康増進との整合性を欠いて国が潰れるというようなことを言い出して、そこから医療費の抑制が始まります。これが新型コロナウイルス感染症でのPCR検査実施件数の少なさにつながってきているわけで、こういうことはしっかりとっていかねばならないと思います。

1982年にこれから医師が増えてくるので医学部定員に抑制をかけるとか、経済が冷めてくるので無料だった老人医療費を有料化していこうとか、1985年にはベッドの総量規制を行ってベッドを少なくしていこうと。それから、ベッドの機能、つまり急性期や療養の機能を制度化していくということと、インフォームド・コンセントの義務化、また、地域医療支援病院を創設

することにより病院を効率よく動かしていくという一方で、介護保険法が施行されます。

高齢者が増えてくると、医療保険ばかりで見るのではなく、介護保険でも見ていこうということが出てきます。高齢者の社会的入院が多いということで、それを削減して、医療から介護に移して、高齢の方は介護で見ようと。介護の方が費用が安いということで始まったのが介護保険です。本来は生活がしにくい人に生活の援助を与えるというのが介護保険ですが、こういうことから始まったということも頭に置いていただきたいと思います。

2000年に小泉政権が始まりますと、人々の生命や健康に直結する医療、介護、福祉も例外なく改革の嵐にさらされ、聖域なき構造改革が始まります。医療であろうが介護であろうが教育であろうが市場経済原理を持ち込もうとしたわけですから。その中で株式会社による医療機関の経営が打ち出されました。株式会社が入るということは営利につながることをやっていこうということです。混合診療の解禁も大きな論点になりました(図3)。

また、保険給付の抑制と患者負担の大幅な増大がなされ、医療が一層抑制されました。そし

図3

#### 小泉政権の医療政策

##### 「市場競争原理」と徹底した「規制緩和」

人々の生命や健康に直結する「医療」「介護」「福祉」も例外なく、改革の嵐にさらされる。(聖域なき構造改革)

- 株式会社による医療機関経営の解禁(民間企業への利益誘導)
- 混合診療の解禁
- 保険給付の抑制と患者負担の大幅な増大
- 小額医療を保険給付しない保険免責制の導入
- 官による医療費の総枠管理手法の導入などを強く要求した。

て、小額の医療には保険給付をしない保険免責制ということも出てきましたし、医療費の総枠管理手法の導入、これはイギリスなどもそうですが、経済に合わせて医療費の枠を決めるということも要求してきました。いわゆる市場経済原理主義が持ち込まれて、医療政策が進んだというのが始まりです。

その後、診療報酬が抑えられ、5年にわたって社会保障費が削られていきます。毎年2,000億円削られて、1兆1,000億、これは医療費ベースにすると8,800億とされていますが、そういう額が減少したということです。その中で、第5次改正医療法が施行され、医師不足対策とか4疾病5事業（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病、救急医療、災害時医療、へき地医療、周産期医療、小児医療）を重点化しているということ、がん対策基本法もこの流れで出てきました。

### 世界一の日本の医療

日本の医療の特徴は国民皆保険制度です。すべての国民が公的な医療保険に加入していて、比較的安い費用で希望する医療を受けることができます。保険証を持っていると、大学病院でもどこでもすべて受診できるというフリーアクセスも特徴です。

日本の医療はコストが低いですし、平等な医療を受けられます。WHO（世界保健機関）も日本の医療は一番であると言っています。長寿国で、乳児死亡率も低いと評価されています。

OECDには三十数カ国ありますが、その中で、死亡率の低さでは日本がトップを占めています。ただ、呼吸器に関しては、日本には昔から結核があり、この結核に対しての対応が遅れているということ、呼吸器は他国に負けています（図4）。

図4

**OECD国際医療統計最新データ（死亡率）**

**多くの疾患で日本が最も死亡率が低い** (人)

	カナダ	フランス	ドイツ	イタリア	日本	英国	米国
<b>妊娠、出産</b> (/女性100000人)	0.1	0.2	0.1	<u>0.0</u>	0.1	0.2	0.5
<b>乳児</b> (/出生1000人)	5.1	3.8	3.5	3.7	<u>2.6</u>	4.7	6.7
<b>がん</b> (/人口100000人)	169.0	158.2	156.6	156.6	<u>137.2</u>	170.7	157.9
<b>内分泌代謝疾患</b> (/人口100000人)	24.0	16.2	17.6	20.1	<u>7.8</u>	8.8	27.4
<b>精神障害</b> (/人口100000人)	13.7	14.0	9.7	6.5	<u>2.0</u>	16.2	14.8
<b>神経系疾患</b> (/人口100000人)	22.5	23.7	13.7	16.9	<u>6.6</u>	18.5	27.2
<b>循環器系疾患</b> (/人口100000人)	160.6	118.3	224.2	166.4	<u>112.6</u>	178.7	205.4
<b>呼吸器系疾患</b> (/人口100000人)	43.3	<u>25.9</u>	35.4	28.0	53.6	69.7	59.8
<b>消化器系疾患</b> (/人口100000人)	20.4	22.6	30.6	20.3	<u>16.6</u>	30.8	23.1
<b>筋骨格系疾患</b> (/人口100000人)	3.2	2.8	<u>1.6</u>	2.6	2.0	4.3	3.7
<b>泌尿生殖器系疾患</b> (/人口100000人)	10.4	<u>6.7</u>	9.3	7.3	9.4	10.7	15.0

※最も低い国の値を下線で示す。

(出所) OECD, Health Data 2010, Ver. Oct 2010

WHOのデータによると、満足度については日本はD評価です。それはそうですね。3時間待って3分診療、これは日本の医療の悪いところで、そこに対しての評価は低い。他はほぼAの成績です。それをもってWHOヘルスリポートでは日本は総合1位であるということで、ずっと1位を獲得しています。

医療分野についての国際比較で、人口1,000人当たりのベッド数を見ると、アメリカ、イギリス、ドイツ、フランス、スウェーデンなどと比べて、日本だけが非常に多い。多いためにベッドを減らそうというのが、今の地域医療構想という言葉で片づけられています。効率よく急性期のベッドを減らして慢性期に移すとか、全体を縮小しようということを言ってきています。

それから、人口1,000人当たりの臨床医師数を見ますと、日本は少ない。そういうことから見ますと、ベッドを減らすと医師が余ってくる

というのが日本の特徴でもあるので、ベッドを減らしていこうというのが厚生労働省の狙いです。しかし、今回の新型コロナによる入院の状況を見たときに、ベッドがあることの重要性を感じられたと思います。災害や感染症の蔓延が起こると必ずベッドが必要になるということを強く言っていかなければならないと思います。

平均在院日数を見ると、アメリカ、イギリス、ドイツなどは短いですが、これは急性期だけを見ているからです。日本は急性期も慢性期も入れて28日です。今、急性期で12日、13日というのも出てきています。患者さんが外来で抗がん剤を打ちながら通院されていて、青白い顔をして待合室で待たれている、こうした医療が本当にいいのかということも考えないといけません。苦しんでいる患者さんには入院をしていただいて療養するということが大切ではないかと思います(図5)。

また、日本の特徴として、費用が安いという

図5

医療分野についての国際比較 (2017年)

	アメリカ	イギリス	ドイツ	フランス	スウェーデン	日本
人口千人当たり 総病床数	2.8 <sup>※3</sup>	2.5	8.0	6.0	2.2	13.1
人口千人当たり 急性期医療病床数	2.4 <sup>※3</sup>	2.1	6.0	3.1	2.0	7.8
人口千人当たり臨床医師数	2.6	2.8	4.3	3.2	4.1 <sup>※3</sup>	2.4 <sup>※3</sup>
病床百床当たり臨床医師数	93.5 <sup>※3</sup>	110.8	53.1	52.8	176.0 <sup>※3</sup>	18.5 <sup>※3</sup>
人口千人当たり 臨床看護職員数	11.7 <sup>#</sup>	7.8	12.9	10.5 <sup>#</sup>	10.9 <sup>※3</sup>	11.3 <sup>※3</sup>
病床百床当たり 臨床看護職員数	419.9 <sup>※3#</sup>	308.5	161.6	175.3 <sup>#</sup>	466.1 <sup>※3</sup>	86.5 <sup>※3</sup>
平均在院日数	6.1 <sup>※3</sup>	6.9	8.9	9.9 <sup>※3</sup>	5.7	28.2
平均在院日数(急性期)	5.5 <sup>※3</sup>	5.9	7.5	5.6 <sup>※3</sup>	5.5	16.2
人口一人当たり 外来診察回数	4.0 <sup>※2</sup>	5.0 <sup>※1</sup>	9.9	6.1 <sup>※3</sup>	2.8	12.6 <sup>※3</sup>
女性医師割合(%)	36.1	47.6	46.6	44.5	48.0 <sup>※3</sup>	21.0 <sup>※3</sup>
一人当たり医療費(米ドル)	10,207	3,943	5,848	4,931	5,264	4,630
総医療費の対GDP比(%)	17.1	9.6	11.2	11.3	11.0	10.9
OECD加盟諸国間での順位	1	13	4	3	5	6

平均寿命(男)(歳)	76.1	79.5	78.7	79.6	80.8	81.1
平均寿命(女)(歳)	81.1	83.1	83.4	85.6	84.1	87.3

(出所)「OECD Health Statistics 2019」,「OECD.Stat」より作成。  
 注1:「※1」は2009年,「※2」は2011年,「※3」は2016年。  
 注2:「#」は実際に臨床にある職員に加え、研究機関等で勤務する職員を含む。  
 注3:一人当たり医療費(米ドル)については、購買力平価である。  
 注4:「病床百床当たり臨床医師数」は、臨床医師数を病床数で単純に割って100をかけた数値である。  
 注5:「病床百床当たり臨床看護職員数」は、臨床看護職員数(アメリカ、フランスは研究機関等で勤務する職員を含む)を病床数で単純に割って100をかけた数値である。

ことで、外来の診察回数が全く違います。他国は年間に4～6回のところ、日本は14回ぐらいになっています。

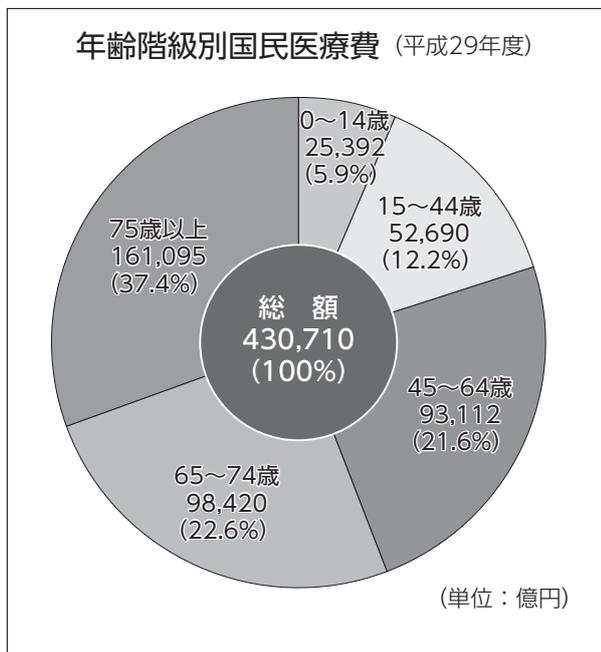
引き上げられる窓口負担

患者の窓口負担については、全体的には3割、子どもさんは2割、高齢者になると、70歳から75歳未満は2割ですけれども現役並みの所得があれば3割になるとか、75歳以上の後期高齢者は1割ですが、この1割を2割にしようかという話も出てきています。

1997年にはサラリーマン本人が1割だったのが2割になりました。これが小泉厚生大臣のときです。その6年後の2003年にはサラリーマン本人が3割になりましたので、この6年で外来の負担が倍になっているということです。それから、高齢者は定額負担であったのが定率制になって1割あるいは3割払う。このように、徐々に引き上げられています。

年齢階級別国民医療費を見ますと、0～14歳が5.9%、15～44歳が12.2%、そして、65歳以

図6



上、75歳以上には医療費をかなり使っています(図6)。

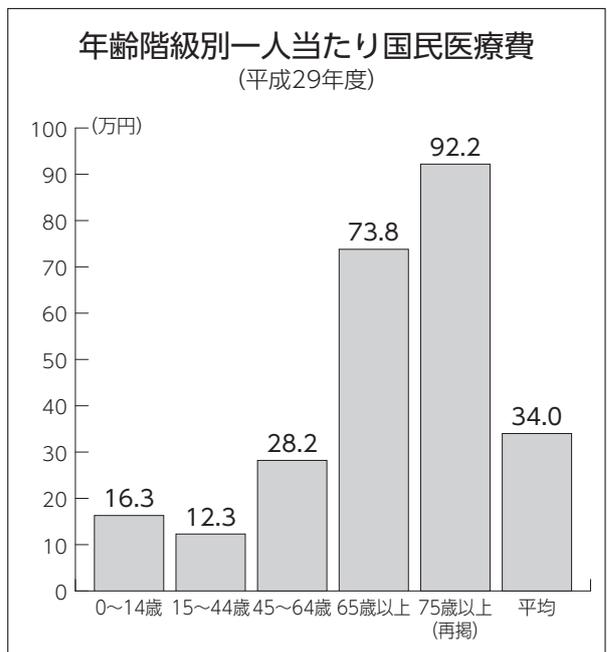
これを棒グラフにしますと、1人当たりの国民医療費はこれぐらいになります(図7)。

0～14歳は低いです。なぜかという、この計算式がこの年代の医療費に対してその年代の人口で割っているからです。若い方々はあまり病気にかかされていないですから、割りますと1人当たりの医療費は安くなります。高齢者はほとんどの方が医療機関にかかっていますから、1人当たりの医療費が高くなるということで、これはうまく見せるように財務省がつくった表です。

1人1日当たりの医療費を見ますと、先天的な病気のある乳児に対しての入院医療費が一番高いです。あとはそれほど問題にならない。むしろ高齢者は安いです。

それから、入院外医療費、つまり通院ですが、これは生活習慣病などが少し多いですが、1人当たりの医療費はそれほど大きく変わるものではありません。高齢になると当然多くの人に病気があり、そのために病院に行くので医療

図7



費が高くなるのだと言えます（図8）。

### 保険診療の基本

保険というのは、保険者と保険医療機関との間で契約が成り立っています。保険料から保険者が医療機関に払うわけですが、個別に払うと大変なので、いわゆる審査・支払機関があります。これには支払基金と国保連合会があります。

例えば、患者さんは医療にかかって一部負担金を払います。保険医療機関は診療報酬請求ということで審査・支払機関にレセプト請求します。それで支払いがされる。そのときに保険者もレセプトを見て、これが正しくされているかというチェックをしています（図9）。

保険診療は健康保険法等に基づく保険者と保険医療機関との間の公法上の契約です。契約ですからルールがあるということです。それと、保険医療機関の指定と保険医の登録を受けて、ダブル指定の中で行うのが保険診療だと理解し

てください。

医療保険に関する法令ですが、健康保険法の中に国民健康保険法・船員保険法・高齢者医療確保法等があり、それから、厚生労働省令として療養担当規則があり、これが我々のルールになります。そのルールが点数表になり、これは告示です。いわゆる診療報酬改定といって2年に1回変わります。

健康保険法の保険医は、医師の申請に基づいて厚生労働大臣が保険医の登録をします。保険医の責務としては、保険医療機関において診療

図9

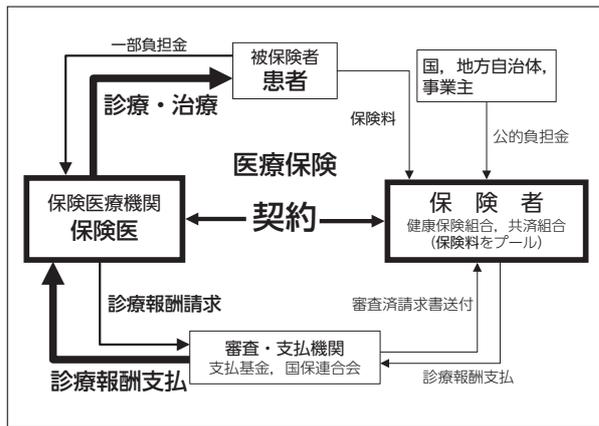
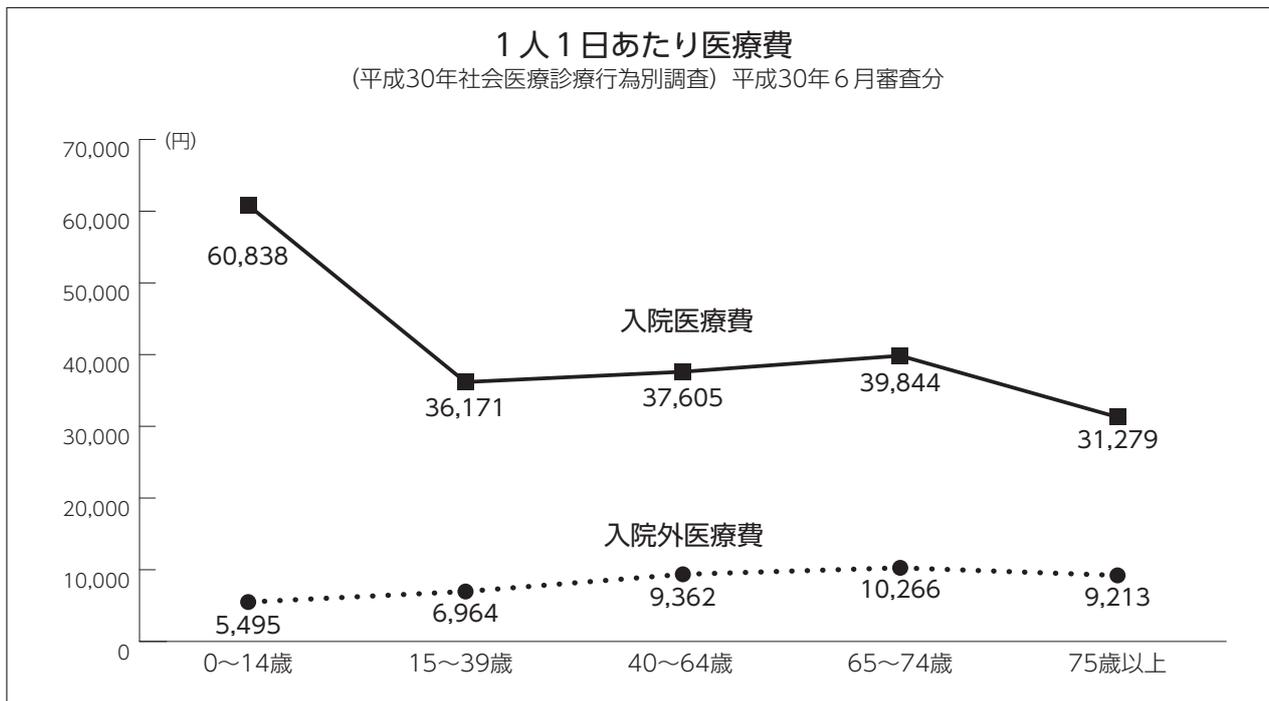


図8



に従事する、必ず保険医療機関で診療することが基本になっています。

医師というものは医師法でコントロールされていて、保険医というのは健康保険法の中で小さく括られているということになります。

保険医療機関に関しては、健康保険法の保険医療機関の指定ということで、厚生労働大臣が指定をします。医療機関については、医療法があり、保健所へ開設届を出しますが、医療法によって縛られていて、保険医療機関も健康保険法もこの中に入っています。

それから、医療法には医療機関などの開設および管理についての基準が書かれています。構造設備の基準、医療機関の種別および施設基準、看護師数・医師数等人員配置などです。また、医療計画、医療法人、医療供給の促進などが載っています。

医師法では、1) 業務独占・名称独占、2) 応召義務および診断書等交付義務、3) 無診察治療の禁止、4) 療養方法指導の義務、5) 診療録の記載・保存の義務などが言われていて、我々はこういうことを守らなければならない、更に1)、3)、4)には罰則が設けられています。

薬事関係では、厚生労働大臣の定める医薬品以外を用いてはなりませんし、効能・効果、用法・用量を守って診療しなければならない。それを審査・支払機関でチェックをしています。

麻薬に関しましても取締法があって、書類を出さなければなりません。麻薬を使うときには都道府県知事の許可を得ることになっています。

それから、健康保険法に基づく「保険医療機関及び保険医療養担当規則」、いわゆる「療担規則」と言われるものです。これは大学では習いません。診療を行う中で初めて本を見て確認することになります。

保険診療の禁止事項としては、無診察治療、特殊療法、健康診断、濃厚（過剰）診療、特定の保険薬局への誘導が挙げられています。

## 指導と監査

2年に1回診療報酬改定があり、医療についての費用が変わります。そうしたことを周知するために指導が行われます。「保険医療機関及び保険医は、厚生労働大臣または都道府県知事の指導を受けなければならない」と法律で定められています。

指導の目的は、保険診療の質的向上と適正化であり、これはすべての保険医療機関・保険医が受けることになっています。保険指導の種類としては、集団指導、集団的個別指導、個別指導があります(図10)。

指導の次には監査があります。診療内容や診療報酬請求に不当または不正の疑いがある保険医療機関・保険医が呼ばれます。そして、行政措置としては、取消、戒告、注意があります。取消は、5年間の保険医療機関・保険医の取り消しがありますし、戒告、注意は、1年後を見て悪ければもう1回ということになります。

不当な診療というのは、妥当性を欠いているとか濃厚診療、過剰診療、過少診療とか、適切

図10

### 保険指導の種類

#### ■集団指導

- ① 指定前講習会
- ② 診療報酬改定時の指導

#### ■集団的個別指導

- ③ 指導医療官（技官）による指導（集団講義）

#### ■個別指導

- ④ 新規指定保険医療機関
- ⑤ 指導医療官（技官）による個別指導
- ⑥ 共同指導（厚労省、近畿厚生局、大阪府）
- ⑦ 特定共同指導（厚労省、近畿厚生局、大阪府）
- ⑧ 自主指導懇談（医師会）

な指導を行っていないとか、施術に関する同意が適切でないとか、診療録の記載が乱雑であったり不明確であるとか、一部負担金または療養に要する費用の自己負担分を徴収していないなどがあります。

不正な診療とは、不実の診療行為、違法の診療行為、特殊療法、研究目的などです。例えば、カルテに書いてある診療と実際に行った診療が違うというようなことはしてはなりません。悪意を持っては駄目だということです。

### 新型コロナウイルスへの対応

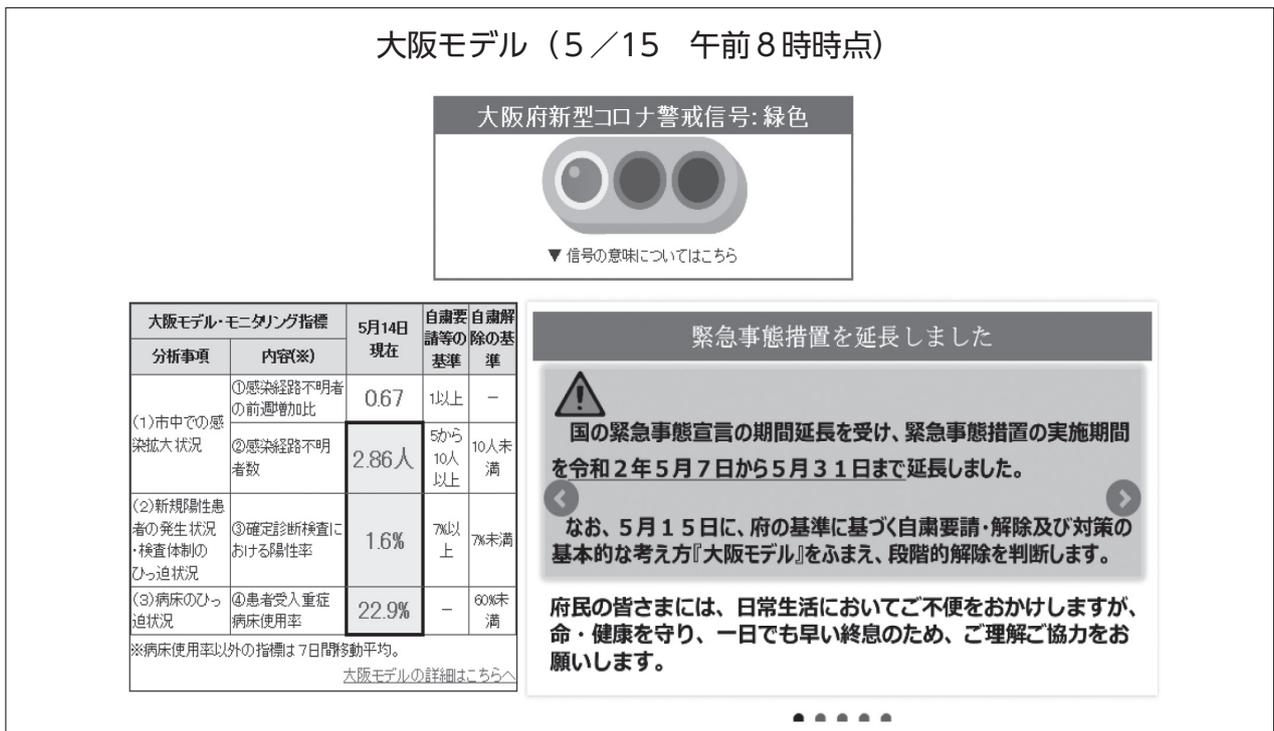
新型コロナウイルス感染症に関して、大阪府のホームページでは、陽性者数累計、現在陽性者数などの情報が毎日載せられています。大阪では、最初はライブハウスから感染者が出ましたけれども、最近は院内感染が出ています。そして、感染経路不明例も出てきていますが、そういうことも載せられています。

日本はPCR検査が少ないと言われています。当初は1日100件もしていませんでしたが、今、大阪では600件、700件ぐらいいはできている状態です。

緊急事態宣言を解除するという方針が打ち出され、大阪では「大阪モデル」が設けられました。感染経路不明な市中感染が10人未満、確定診断検査における陽性率が7%未満、患者受入重症病床使用率が60%未満ということですが、この60%未満というのは非常に大きい値です。今、重症のベッドが180ぐらいいありますが、そのうちの60%がもし出たとしたら、かなりの数を見ないといけない。第一線で働いている医療スタッフは本当に疲れ果てて現場で医療を行っていますから、それを続けるというのは非常に難しいので、この値は大きいのではないかと思います（図11）。

厚生労働省では、都道府県別の感染状況の評価とか、感染拡大を予防する「新しい生活様式」と業種ごとの感染拡大予防ガイドラインを

図11



作っています。PCR等の検査・評価をどうするかということを見据えて解除の基準にしていますが、大切なことは、医師が必要と認めるPCR等の検査ができているか、院内感染の制御ができているか、救急医療はひっ迫していないか、医療提供が問題なくできているか、重症・重篤例の診療体制が賄えているか、ということです。医療が崩壊しないように考えていかねばなりません。

PCR検査について、ニューヨーク、イタリア、ドイツでは人口10万人当たりの検査数が3,000~4,400人とされていますが、日本は187人、それぐらいしかしていません。なぜできていないのかということが非常に問題です。PCR検査は、国立感染症研究所や地方衛生研究所、大学も行っていますけれども、できるだけいろいろなところを使い、最近は民間でもかなりできています。大阪では民間が200、大阪健康安全基盤研究所で400、大学その他を足して890までできるというのが現状です。

市中感染になると誰がウイルスを持っているか分からないので、PCR検査をもっとたくさんできるようにしていかねばなりません。大学などはPCR検査の機械がたくさんあり、文部科学省がそれを使えるかどうかの調査に入っていると聞いていますが、大阪でも5大学とPCR検査の機械が使えないかという議論をしていこうと検討しているところです。

現在、PCR検査の陽性率がかなり少なくなってきたことから、緊急事態宣言解除に向けて動いているということですが、すべてを一度に解除すると感染者の急増が危惧されます。ワクチンができるまではこの新しい感染症とうまく付き合わないといけないのだらうと思います。

PCR検査がなぜできなかったかということについては、保健所機能、公衆衛生の検査をする

能力が大きく落とされてきたことが原因と考えます。1937年に保健所法ができて、1947年にそれが改正されていますが、1994年からいわゆる市場経済原理主義で予算が全然取れなくなりました。定率補助金で保健所を運営していたのだけれども、それが交付金に変わってしまった。そこから費用が取れないために検査をする人が非常に減って、検査ができなくなったというのが現状です。そこに、今回の新型コロナウイルス感染症が起こってそのツケが回ってきたのではないかと考えていますし、医療費の抑制がこういう現状につながったということも、我々医療従事者ももっと言っていかなければならないと思っています。また、フランスなどに非常にいいPCR検査の機械があり、それらは全部日本製ですが、日本には入っていない。この現状がどういふことなのかも考えねばならないと思います。グローバル化に伴い、感染症がどのように起こってくるかということも考慮して体制を整える必要があると思います。

### 臨床医としての心がけ

医師の業務について申し上げます。

まず、日医の「医の倫理綱領」です。「日本医師会綱領」より前に出たものがこの「医の倫理綱領」です。「医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持もしくは増進を図るもので、医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである」。こういうことを医師として心の中に持っておかないといけないということです。

臨床医としての心がけですが、▽患者の立場に立った医療▽常に社会の動きを把握▽医師会活動への積極的参画▽セカンドオピニオンに躊躇しない▽国民に信頼される医師▽医師1人の養成にどれだけの国費が投入されているかを意

識——などが挙げられています。とにかくみんな患者さんを見ていきましょうという気持ちを持つということであろうかと思えます。

医師法第1条には、「医師は、医療及び保健指導を掌ることによって公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もって国民の健康な生活を確保するものとする」とあり、これに基づいて我々は医療をしているということです。また、医師法第7条には、品位を損するような行為のあったときには医道審議会にかけられて処分があるということも書かれています。

### 終末期医療の原則と現状

現在、高齢者人口の増加が問題になっていますが、日本では積極的に安楽死を考える、延命治療を差し控える・中止を強要するというような法律はありません。そうした中で出てきているのが「人生会議（ACP：アドバンス・ケア・プランニング）」です。自分の人生をどのように生きていくかということを考えていきましょうということです。外国では非常に進んでいる一方、日本では宗教の問題などがあってなかなか難しいようですが、どのような最期を迎え

ていくかという議論をしてもいいのではないかと思います。家族や周りを取り巻く人、あるいはかかりつけ医も入って、考えてもいいのではないかと、多死社会を迎える中でどう考えるかということです。

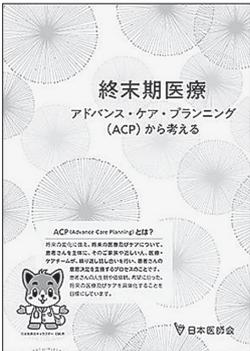
ガイドラインもありますし、日医でも「終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える」というパンフレットを作っています。ACPとは、将来の医療およびケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが繰り返し話し合い、患者さんの意思決定を支援するプロセスです。かかりつけ医の役割としてこういうことも考えていってはどうかということです（図12）。

### 地域包括ケアシステム 実現へ向けて

高齢者が増えてくるので、住み慣れた地域でみんな暮らしていきましょう、住まい・医療・介護・予防・生活支援を一体的に考えていこうと打ち出されてはいますが、実際にできるのかどうか。地域包括ケアシステムの実現に向けて、みんなが協力しないとできないと思いま

図12

平成30年4月5日 日本医師会  
パンフレット「終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える」が完成



第XV次生命倫理懇談会の答申『超高齢社会と終末期医療』で、ACP等の患者の意思決定支援における『かかりつけ医』の役割の重要性を強く指摘。日本医師会として、まず『かかりつけ医』の先生方に、終末期医療に対する意識をより一層高めて欲しいと考え、その一環として医療関係者の意識啓発を目的としてパンフレットを作成

(1) ACP (Advance Care Planning) とは？  
～将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近しい人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセス

(2) はじめに  
(3) なぜACPのような工夫が必要なのですか？  
(4) ACPの留意点はありますか？  
(5) ACPでは何を話し合えばよいのですか？  
(6) ACPのまとめ

す(図13)。

地域医療構想で何を言っているかという、急性期のベッドの多いところを押しなべて少なくして、療養や回復期のところへ広げようということです。地域によって国民医療費や病床数に差があり過ぎるので、国はこれを押しなべていこうということをしています。医療機能ごとの病床数については、診療報酬点数が高額な「7対1入院基本料」を算定するベッドが過剰になっており、医療機能の早期・円滑な分化・転換が課題だとして、高度急性期のベッドを減らそうとしています。しかしながら、新型コロナの感染拡大で大きな混乱を起こしたイタリアと日本を人口当たりで比べると、日本の方がICUのベッドが少ないのです。そういうことを考えると、日本は非常に頑張っているということであり、これは医療従事者側の努力の賜物であると言えます。

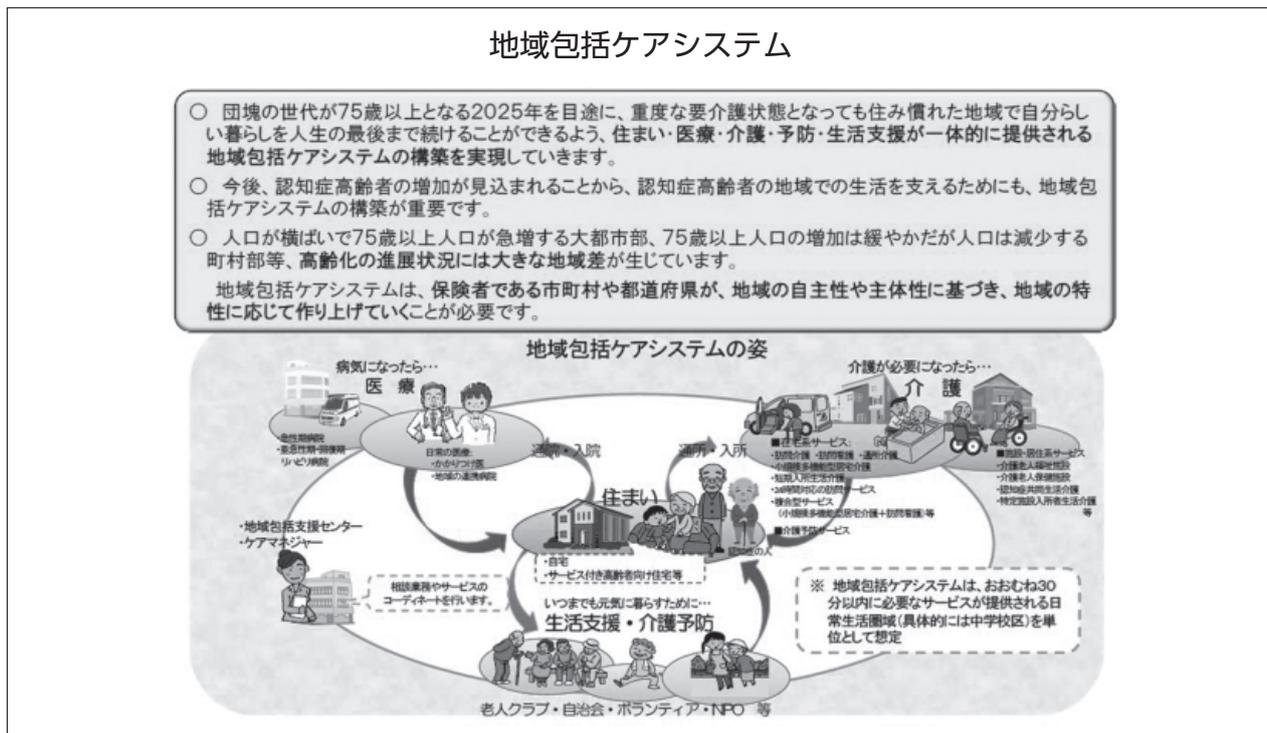
新型コロナの感染拡大が起きてベッドが足りなくなったということをどう考えるか。感染症

や災害が起きればベッドが必要だということが、今回改めて分かったわけですから、そのことについてしっかりと行っていく必要があります。

新型コロナの感染拡大が始まる前に、公立・公的病院の数が多過ぎるので424病院については再編統合を考えましょうという話が出ましたが、感染症の問題は国の施策ですから、公立病院がしっかりと対応しなければならない。統廃合している場合ではないのです。

現在、専門医制度などの議論が進んでいて、医師の数が地域によって足りないとか様々な意見が出ていますけれども、これもおかしな話です。根拠不明な指標を用いて、どこが足りない、どこは足りているなどとされていますが、そうしたことなく、日本ではどこでも足りないのです。その中でどう考えていくかということも、我々医療従事者からしっかりと述べていかないとけません。

図13



医師会の活動で国民不安を解消

我々医師会は、かかりつけ医、学校医、産業医などとして活動を行っています。また、今は病気にならないように「防ぐ」、病気になれば「治す」、そしてそれを多職種連携で「支える」地域包括ケアというものが出てきております。医師会ができることは、かかりつけ医、学校医、産業医として活動する中で、まちづくりというものを考えて、国民の不安を解消するということです（図14）。

医師会として、研修医の先生方を集めてウェルカムパーティーを開催したり、2年を過ぎて専攻医になれる先生方にも集まっていたいで、パートⅡとして今後の話をさせてもらう会も催しております。医師会として、そういうこ

とを努めて実施していきたいと考えています。

先輩方が守ってきたことをしっかり受け継いで組織強化を図り、我々が国民の医療を守っていかねばなりません。今、我々が望まない方向へ議論が進んでいるということもあり、医師の裁量が狭められたり、適切に医療を提供できなくなる可能性もありますので、これらに対してしっかりと頑張っていかなければなりません。

医師会として、医療が適切にできるということと、患者さんが適切に医療を受けられるために働いていきます。皆様が医師になったらそういうことも考えながら頑張してほしいと思います。こういう講演は大学ではなかなか聞けないと思いますので、一度は聞いておいていただければ少しは参考になるかと思えます。ご清聴ありがとうございました。

（文責：広報委員会）

図14

