指標

「グランドデザイン2007」総論について

副会長
三　宅　直　樹

去る4月1日開催された第116回日本医師会定例代議員会当日の朝に待望の「グランドデザイン2007－国民が安心できる最善の医療を目指して－総論」が公表された。後日各都道府県医師会に送付するとのことである。

振り返ってみると、グランドデザインは坪井執行部時にも作成され、執行部の目指す方向性の表明であり、執行部が変わる都度作成されるべき性格のものだと考えられる。しかるに前執行部は2年間の短期間であったとはいえグランドデザインらしきものは作成されなかったと記憶している。従って、何を目指すのか曖昧であった。

現執行部が、前執行部の積み残しともいえる課題の対応に奔走する中、1年目にして作成し得た努力には称賛を惜しまない。代議員会冒頭の唐澤会長の所信表明にあるように、社会保障制度の先行きが不透明である現状の中で、医療提供体制と国民皆保険制度の堅持を表明し、国民の安心を守り、最善の医療の提供を目指してグランドデザイン2007をとりまとめたとのことである。スタートとして国民のニーズを再認識することに重点を置いているため種々のデータを駆使して書かれている。医療ももちろんだが医療政策もエビデンス無き主張は無意味と考えられる。そのためには日医総研のますますの充実と活動が期待される所以であろう。

今回のグランドデザインは、『総論』と表題に明記されており、今夏までに各論を策定するとのことである。内容は確かに大きな方向性を示すことに留まっているが、代議員会の質問に対する回答にも『グランドデザインが示すように』との説明があり、執行部の意気込みが感じられた。

一読した感想を私見として述べてみたいと思う。内容は4章で構成されている。本題に入る前に用語の説明がある。読者を無知扱いするのではなく、親切心から解説されていることは、日頃から混乱しやすい用語に限られていることからもわかり良いアイデアだ。

第1章　あるべき医療の実現に向けて

日医総研の「日本の医療に関する意識調査」は、社会情勢がめまぐるしく変化している現状では、4年ではなく2年毎に実施してみてはいかがだろうか。

医療全般に対する満足度は、医師と国民では大差がないが、患者の満足度が高いことは治療を受けた時点で予想より質の良い医療が行われていることの表れであろう。治療費に対する満足度が低いのは、窓口での自己負担の引き上げによる影響もあると考えるが、高額療養費制度の理解が国民に普及すると高くなるのではないだろうか。待ち時間に対する満足度は、医療の技術評価が低いため多くの患者を診なければならず、予約制を導入して一人にかける診療時間に余裕をとる現況ではないからで、制度的抜本改革のなされない限り解決不能と考える。

昨年11月から今年3月までの日本医学会の実施したアンケート結果が公表されたが、日本の医療に対する満足度は「満足、ほぼ満足」とした医師は35.6%、市民は34.5%と大差ないが「治療の選択に意見や希望が生かされているか」の設問では「十分、まずまず生かされている」とした医師は75.7%、市民は37%、「生かされていない」とした医師は22%、市民は55.5%にも達していた。時間的制約のため市民からもっと話を聞いて欲しいという不満があるのではと分析している。コストと満足度の評価を含め医療全体の方向性を議論する必要性を認めている。終末期医療については、短期間で終了するものと終了期間が長期にわたったり不明であったりするものとでは対応が違うことや現実に体験していないと分からない点もあり、一筋縄ではいかないと思うので、多様な看取りの形を提供するとしたことが本音と考えた。

地域医療提供体制への要望では、予測なしの性急な新臨床医研修制度の導入により医師の地域への配備機能を果たしていた大学医局が機能不全に陥り、国民の最大の要望である救急医療体制は崩壊しつつあるし、長期療養体制も介護難民・医療難民の出現を心配しなければならなくなった。これは国民のニーズとは明らかに逆行している医療行政の失政と考える。重大な影響が及ぶのは国民であり、国民の啓発には誘導でも何でも良いから日本医師会が主体となってマスメディアを動かしていく必要は当然と考えるし、現に頻回の記者会見を実行していることによる効果もみられてきていると感じている。医療機関の医療安全への取り組みについては、国民に分かり易いよう、例えばホテルやレストランの五つ星表示などのように病院評価機構を受診するなど各自の努力が必要と考える。

国民が求める医療保険制度では、高所得者の32%が平等な医療に不賛成であることは、高所得者が自己負担しても混合診療に抵触するため受けられない医療があることへの不満も含まれていると考えられるが、保険医療を受療するならば従うのは当然であろう。経済格差が拡大した現状では自由診療を利用する道もあるし、実際に利用している階層もあるので、社会保障の理念から混合診療導入はすべきではない。ただ低所得者の23%が不賛成な理由は理解に苦しむ。患者の責務については、医師・患者双方の責務の正しい認識は当然必要であり、そのためのインフォームドコンセントも学習しなければならないが、責務を果たさない、または、認識に欠ける患者が増えた背景には、責任なしでの権利追求のみの社会風潮があり、その是正が必要であろう。

経済力と医療資源のバランスに関しては、医療提供体制の国際比較から分析を行い、先進諸国並みの総医療費支出には現在の10～15%程度の引き上げが必要との結論に至った経緯は容易に理解できる。

第2章　国民のニーズにこたえる医療提供体制

一般病床に関しては、今回の診療報酬改定により、看護師構成率で在院日数の上限が決められたため、高い比率の医療機関は在院日数も短期間にしなければならず、俗にいう「患者追い出し」が行われている。また再入院・再々入院の増加もみられている。平均在院日数の短縮化が全体としてこれ以上進むと、医療に歪みが生じてくる恐れがあると考える。

慢性期の病床に関しては、根拠の薄弱な医療区分の導入は、医療機関の経営圧迫を来す。これもまた根拠の薄弱な病床削減への目標到達手段の一つとしてとらえていいのではないだろうか。区分1の診療報酬での評価は低すぎるのではないかとの質問に対し、経営が成り立たないようにしたので低いのが当然であると答えた行政官がいたことでも裏付けされるであろう。今後、介護難民・医療難民が出現するのは火を見るよりも明らかである。

第3章　医療保険制度のあり方

後期高齢者医療制度の日医案には賛成であるが、他の関連団体の案も考慮に入れ、2008年度施行改正法との歩み寄りを今後の課題として活動していただきたい。一般医療保険制度の保険料の国庫負担0の提案も良いアイデアであると考える。

第4章　社会保障財源の可能性について

特に反論はなく、分かり易い解説だと考えるが、紙数の関係上筆を擱く。各論の作成を期待している。

（※この原稿を書き上げた時点では、会員の皆様にはグランドデザイン2007は届いていないので、解りにくい文章があると考えられますがご容赦願います。）

お知らせ

北海道医師会母体保護法医師指定の取扱規程ならびに取扱規程細則の改正について

◇総務部◇

すでに、北海道医報 第1057号（平成18年10月1日付）附録でお知らせしておりますとおり、平成18年9月17日開催の第126回北海道医師会臨時代議員会におきまして、当会母体保護法医師指定取扱規程ならびに取扱規程細則を改正し、平成19年4月1日より施行いたしました。

つきましては、主な改正点を再度お知らせしますので、ご承知おき願います。

特に、指定書を「紛失」または「毀損」した場合には、再交付申請の際に審査料（5,000円）が必要となりますので、お手元の指定書の保管には十分ご留意願います。

また、申請書類(様式)を全面的に改めましたので、申請手続きの際は、郡市・医育機関医師会にご連絡の上、お間違えのないよう改正後の様式にて申請願います。

主な改正点

1. 指定医師の要件に、「医師免許取得後5年以上経過」として年数を明記したこと。また、研修期間中の実地指導を「受けなければならない」と限定したこと。
2. 医療施設の入院設備は原則とし、後方支援体制の用意を明文化したこと。
（ただし、中期中絶を行う場合は、入院設備は必ず有すること）
3. 研修機関の条件として、開腹手術には「腹腔鏡手術を含む」こととし、分娩数を「120件以上」としたこと。
4. 人工妊娠中絶手術後の届出義務に、「ゼロ件数の報告義務」を追加したこと。
5. 指定の更新にかかる研修の受講は、生涯教育講座等であっても「産科・婦人科医療に関するもの」に限定したこと。
6. 指定書を「紛失」または「毀損」した場合には、再交付申請（審査料5,000円）を必要としたこと。