

第186回国会 衆議院 厚生労働委員会 第16号 2014年05月07日

○小松委員 おはようございます。自由民主党の小松裕でございます。

本日は、今回の地域医療の医療改革、新制度改革に関しまして、専門医制度のを中心を中心にちょっと質問をさせていただきたいと思っております。

今回のこの法案で、大きな柱として、地域医療構想、地域医療ビジョンの作成があるわけでありまして、そこには、二〇二五年の医療需要でありますとか目指すべき医療提供体制、そしてそれを実現するための施策、こういったことをビジョンに盛り込んで作戦を立てるということであると思っております。そこには、病床であるとか医師の数とか、そういったことはもちろん入っているわけでありまして、私が思いますに、一番大事なものは、医師の質であるとか専門家の偏在を解消すること、これが地域の医療をしっかりとするために大変大事であるというふうに考えております。

そういった意味で、昨年までに、専門医制度のあり方の検討が進められて、その報告書が出されて、そして今月、日本専門医機構という第三者機関、そこを中心にこれから専門医制度の仕組みができていく、このように認識しておりますけれども、このことと、これから進めていく医療改革をしっかりとリンクしていかなければ、しっかりとした地域医療、そして日本の医療が成り立たない、こういうことを考えております。

そこで、すぐ思い浮かぶのが、平成十六年から始まった新研修医制度であります。

自分自身もちょうどそのころ大学病院におりましたけれども、いきなりそういう制度が始まって、何だこれはという感じだったんです。つまり、研修医の質を高める、研修医が総合的にいろいろな患者さんを診れるようになる、質を高めるために始まった制度であるにもかかわらず、例えば、違う科に行きたい研修医が自分の科に回ってきたとき、私は違う科に行きますからもうここで勉強する必要はないんですなんということを平気で言ったりとか、それから、午後五時になると、もう時間ですからと言って研修医が帰っていく。

我々のころは、研修医はもう修業ですから、いい医者になるために病院に寝泊まりして、そして研修を積んでいた。しかも、こう考えますと、医師免許があるということで責任を持たされるわけですね。それで、目の前の患者さんが、自分がしっかりとやるかどうかで命がかかっている、そういった責任を感じると、いやが応でも、研修医であっても一生懸命やる。ところが、新しい研修医制度ができて、責任の所在があやふやになって、何か学生のような医者がふえて、二年間、学生医者続ける、そういった雰囲気も感じるようになりました。

こういったことが自分が政治を志す原点にもなったわけでありまして、この研修医制度に關しましては、五年ごとに改正、来年度からまた改正するというふうに聞いておりますけれども、先々週、連休前に、日本消化器病学会の第百回総会というのがありまして、そこで医療シンポジウムというのに出てまいりました。そこで、消化器病専門医の地域の医師偏在をどう解消するか、こういった議論がされたわけですが、そこでもやはり研修医制度の話が出まして、現場の医師たちの多くは、新研修医制度というか、研修医制度そのものを廃止すべきだというような、十年たつても、廃止すべきだというような意見もたくさんありました。

こういった制度というのは、一度始めてしまうとなかなかやめられないということもあるでしょうし、同時に、この研修医制度を振り返ってみると、医療体制そのものを変えてしまう、そういった危険もはらんでいるんだと思います。

ということで、そういったことを我々は新研修医制度から学んだわけでありまして、この専門医制度に關しましても、二度と同じ轍を踏んではならないという観点から、まず、新研修医制度、もう十年たつわけですが、設立時、最初つくったときの体制であるとか、検討部会やワーキンググループなど、その制度の決め方、本当に現場の意見をしっかり取り入れたものであったのか、そして、それに関してどのように総括されているのか、そういうことについて、まず最初にお聞きしたいと思います。

○原(徳)政府参考人 お答え申し上げます。

医師の養成につきましては、各国で、さまざまな形でなされてきております。

我が国におきましては、明治維新後、漢方医学から西洋医学へと切りかえた、それが一大画期であったと思います。その後、戦後、いわゆるインターン制度というものができて、それがいわゆる今現在の医師制度の基本になっております。

ただ、インターン制度につきましては、その身分の問題とか、さまざまな問題がありましたので、臨床研修制度、インターンの場合は、インターン後に国家試験を受けて医師になる、それではなかなか身分が不安定だということもありまして、国家試験で医師免許を与えた後に臨床研修を始めようという改正が昭和四十三年に行われました。このときはいわゆる努力義務として臨床研修制度が取り入れられたところでございます。

ただ、その後も、いわゆる努力義務の臨床研修制度でありまして、やはり専門志向のストレート研修が中心であったということから、いわゆるプライマリーケアの基本的な診療能力の習得が不十分ではないかとか、そのほかいろいろと、指導体制の問題もございました。

先生も私もそういう時代の研修を受けたわけでありましてけれども、その中で、新たな、今回、義務化をしようと、昭和十六年に義務化になるわけでありましてけれども、その受け皿として、やはりプライマリケアをしっかりと、まずは基本的な診療能力をつけるということを基本にやりましょうということで、十六年度に改正された。

ただ、御指摘のように、改正後もさまざまな御不満や不適當な部分がございます。例えば、先ほどもありましたように、将来のキャリアパス、専門への移行が十分でないとか、あるいは、受け入れ病院はたくさんふえましたけれども、その指導体制に非常に格差があるとか、それから、今、大学病院での研修医が非常に減りましたので、逆に、それが地域医療への影響がある。そこから医師のいわゆる引き揚げを行って地域の医師不足が出ただとか、さらに、募集定員に対して研修希望者が少ないですので、募集定員が非常に幅広いですので、あちこちに行きやすくなっているということで、さまざまな御指摘があったところであります。

それを踏まえて前回の見直しあるいは今回の見直しというのを行いまして、できるだけしっかりとした基幹病院のところをまず中心に据えて、いろいろな科を回るようにできるようにするでありますとか、それから、定員枠を余りたくさん置いておきますと地域偏在が加速されるということで、募集枠をある程度研修医の数に近づけていくことによって地域配分を考えるでありますとか、そういう形でいろいろ工夫をしながら、今回も次のステップへ踏み出そうということで改正をしたところでございます。

○小松委員 ありがとうございます。

悪いところをしっかりと把握して改正する、それは全然問題ないと思うんです。しかし、一番最初が肝心だと思うんですね。十年前始めて、始まったら大変なことが起きたわけです。ですから、問題点を最初から考えられなかった、もっといいものを、いい研修医制度を最初からつくれなかったのかということ私には問題にしているわけです。

その点に関して、一番最初の時点、研修医制度をつくる時点でどれだけの議論が行われて現場の声が入ってきたのか、それに関しては私は問題があったんだろうと思います。そのことをぜひ今度のこの専門医制度に生かさなければいけないんじゃないかなというふうに考えているわけでありまして。

資料を配付させていただきましたけれども、新たな専門医の仕組み、これに関しましては、一ページ目、理論としては非常によくわかるんですが、一番最後に、一番下に「期待される効果」「専門医の質の一層の向上」そして「医療提供体制の改善」と、概念は本当にこのとおりだと思います。つまり、今ばらばらである専門医を統一して、きちんとした専門性のある専門医としてつくっていくこと。

これはそのとおりだと思います。それによって、医療提供体制の改善、これが失われるようなことがあってはいけないというのが私のきょうの質問の趣旨であります。

つまり、第三者機関で進められている議論、中身をどういうふうにするか、どのような専門医制度にするか、これによって医療提供体制に大きな影響が出てくる、そのような観点が少し見えてこないなというふうに感じるわけであります。

例えば、この中に、左の下の方に、総合診療専門医、こういう新たな専門医制度をつくるというのが今回の目玉であるんですが、報道では、総合診療専門医に関する委員会の委員長の吉村委員長が、いろいろ述べている後に、まずは制度を開始することが重要である、運用しながら問題点を改善できればよいのではないかと、こういうふうに述べています。これがやはり、とても不安を感じるわけですね。研修医制度のことを考えると、まず始めて、問題点を途中で改善する、それで医療がたがたになる可能性がある、このことをしっかり認識しなければいけない。

それで、大変恐縮なんですけれども、原医政局長も、去年の六月の日本医事新報のインタビューで、この専門医制度に関しまして、「我が国が近代医学を導入して以来の大きな改革になる」と。このとおりだと思います。これはやり方によると思うんです。ここで、厚労省はどのように対応するのかという質問に、局長が、「専門医制度について、行政が前面に出るわけではない。中立的な第三者機関をつくっていただき、私たちとしてサポートできるところはサポートしていきたい。」「焦らずに、制度が定着するよう見守っていく必要があると考えている。」こういうふうにお答えになっています。本当にこれで大丈夫だろうかという気がするわけです。

最近よくある、第三者機関で決めて、物事がどんどんどんどん進んでいく。これが本当に正しい道なのか、将来起きることを見越して責任逃れをしているだけなんじゃないかな、こんな感じもするわけですし、私たちは、新しい医療制度に関しては、政治家としてしっかりと責任を持って臨んでいかなければいけないと思うんです。

そういった意味で、第三者機関任せということ、それから地域医療体制への影響を考えれば、専門医制度に関しても、検討の段階、検討というか、これからもう、第三者機関が出たわけでありませけれども、行政がしっかりと地域医療構想とリンクするような形でグリップしていかなければいけないというふうに考えるんですけれども、その点はいかがお考えでしょうか。

○原(徳)政府参考人 お答え申し上げます。

御指摘のとおり、新たな専門医をつかっていこうという、これは昔からいろいろな動きがございます。それはさまざまな、学会だけではなくして、例えば研究会でも、専門医あるいは認定医というような

形で、仕組みがさまざま出てまいります。これは、ある意味では、患者側から見れば、専門家あるいは認定されたしっかりした医者というふうに見えて、ところが、実は、必ずしもそうでもないような専門医制度も中にはございました。そういう意味で、専門医というものをどうやって、一定のレベルの者を専門医にしていこうというものをどうしていくかということが大きな課題になったわけでありまして。

その中で、今回、まずは、学会でつくっていただいた専門医制評価・認定機構というものが、今現在多くの学会が合わさってつくっておられます。そこを母体としながら、やはりどのような者を専門医とするかというのは、やはり医師のアカデミズムの中で決めていただくということが非常に重要なことだというふうに思っております、その意味では、この第三者機関、まさしく、きょうこれから、まだ設立はされていないと思えますけれども、一般社団法人日本専門医機構というものが立ち上げられます。

この中には、メンバーとして、社団としては日本医学会連合でありますとか日本医師会、それから全国医学部長病院長会議などが発足時のメンバーとなって、さらに、病院団体やあるいは研修に関する財団などが将来の社団のメンバーになっていくというふうに聞いております。そういう中で、総意をもって決めていっていただくということが大事だと思っております。

私どもとしては、行政としてはどうしていくのかということですが、今回、とりあえず、新しい専門医制度が発足する準備の立ち上げに当たって、いろいろと議論をする場を提供したということも一つございますし、それから、先ほどのいわゆる総合診療専門医、総合診療について、やはりこれからの必要な医師像としてしっかりつくっていただくということで、この新たな機構の中でもそれぞれの専門医と同列に総合診療専門医というものをつくっていただく、そのためのボードには、いろいろな学会の方々も入りながらプログラムを決めていっていただくようなことをお願いしている。

そういう意味では、行政がどこまで出ていくのがいいのか、なかなか難しいところがあるかと思えます。ただ、今までも、例えば、今の総合診療専門医でいきますと、地域に必要な小児科や救急などの養成プログラムも含めてください、そういうようなものについて行政としては支援するようなお金を出すとか、あるいは、こういうデータベース、専門医がどこにどれだけいるのか、どこにどういふ専門医がいるのかというのがはっきりしておりませんので、そういうものをしっかりつくっていただくためのデータベース化の費用のサポートとか、そういう形でいろいろと支援はしていきたいと思えます。

制度全体につきましても、専門医機構がしっかり取り組んでいただけるように、いろいろ議論があるでしょうけれども、必要に応じて相談をしていきたいというふうに考えております。

○小松委員 ありがとうございます。

確かに、学会という言葉が今局長の口からいっぱい出てきましたが、私自身、学会に所属していて、学会の先生方が本当に地域医療に関してしっかり考えているかといったら、そうとは言えないところもあると思うんですね。ですから、このプロフェッショナルオートノミー、これは大事でありますけれども、ぜひ、かかわるのは難しいとはいうものの、第三者機関の先生方に地域医療を崩壊させないという観点を強く頭の中に入れていただく、このことが必要なんだろうと思います。

専門医の研修体制に関しましても、例えば、資料の二ページ目にありますが、現時点では、新たな専門医に関して、丸の二つ目、専門医の認定は経験症例数などの活動実績を要件とすると。

どういった形で専門医を認定するか、これは地域医療に大きくかかわると思うんです。例えば、現時点での専門医に関しても、田舎の先生は、専門医を取るために学会に出なければいけない、学会に東京や大阪まで行っている時間はないよといった先生がたくさんいます。つまり、本当に地域で実力のある先生が専門医を取れる仕組みになるかどうか、これが大きな問題であると思いますし、研修をするために、専門医を取るために医者が都会に移動してしまうといったことも、状況によっては考えられると思うんです。

ですから、そのようなことがないように、一言で言うと、二次医療圏の中で専門医制度が研修も含めて完結できる、こういった視点をぜひ入れていただきたい。関係ないというんじゃなくて、可能な限り厚労省もかかわっていただきたいなというふうに思うわけであります。

この専門医制度に関して、もう一つ言えば、例えば、一言で専門医といっても、本当に緊急性を要する専門医とそうじゃない専門医があると思うんですね。緊急性を要する専門医であれば、それが各二次医療圏にいないといけないということになりますし、そうでない専門医であれば、東京とか大都会だけにいてもいいんだろうと思います。そういった区分けも必要であろうと思います。

この二ページ目には、例えば、基本専門領域、下の段、内科、小児科、その他ありまして、上にサブスペシャリティー専門医、若い人はサブスペシャリティー専門医を取りたがるだろうなというふうに予測するんですが、先日、地元で小児科の先生と話をしたら、小児科の先生なんかは、小児科にサブスペシャリティーは要らない、何でも診ることができる小児科医が地域にたくさんいる、これが大事なんだということをおっしゃっていました。

ですから、これがもし小児科の中でサブスペシャリティーを有するような仕組みになれば、また地域から小児科医がいなくなる、いても役に立たないということが起きるわけですから、そういったことをしっかり考慮していただきたいと思います。

もう一つ、専門医に関しましては、制度がしっかりしてくれば、専門医制度を活用して各二次医療

圏の専門医を把握できると思います。

ですけれども、制度も、実は専門医制度開始が二十九年、三年間の研修、これを考えると、平成三十二年にならないと専門医制度ができてこないということになりますね。そうすると、現時点でこの新しい新医療政策が始まって、六年間は専門医制度ができないといったことになります。そうすると地域偏在をなくすために、この二次医療圏にはどれだけの、どの専門家が足りないのかといったことに関してしっかりと把握するということが、これは専門医制度を抜きにして、必要であるというふうに考えております。

例えば、私、一九九九年に、大学病院にいて、教授室に呼ばれたんです、小松君、来月からある病院に行ってほしいと。教授は絶対ですから、私はその場ではいと答えて、その次の年からその病院に行ったわけでありましてけれども、要するに、ある病院で、私は消化器の中の膵臓とか胆管の内視鏡を専門にしていました、そういった専門家がない、ERCPの件数が二十件しかない、ここを何とか立ち上げたいから専門家を送ってくれと言われて、そこの院長が教授のところに来てきたんですね。それで、院長が、わかった、じゃ、小松君を出すと行って、決めた後、私が呼ばれて、行きなさいと命令されて行った。

いわゆる医局制度なんですけど、こういったことが、専門性に関しても医局制度が陰で機能していたわけですね。つまり、どこの病院にどういった専門家がない、そのときに、では、この人を送ろうというのが医局で完結していた。医局がだんだん存在感が薄くなっていくという状況で、こういったことを、つまり、この病院にどの専門家がないということをしっかりと把握して、配置するのはなかなか難しいところもあるとは思いますが、まず把握することが大事なんだろうと思います。

そこで、現時点で、各二次医療圏についても、専門性の把握ができていなければいい医療体制が提供できないわけですが、この資料の三枚目、日本一長寿の長野県の取り組みをちょっと御紹介させていただきますけれども、長野県は、十の二次医療圏、この二次医療圏の中で医療が完結するように目指して、いろいろな取り組みをしているわけがあります。

このときに、この絵にありますように、長野県は広いですから、十の医療圏があるわけでありましてけれども、次の、一番最後のページ、医療に関して、DPCによって専門性を分析しているわけでありまして。DPCというのは、御存じのとおり、DPC病院に関して包括的に診療報酬を決めるといった制度でありまして、医療の質も同時に調べることができるわけです。

例えば、一番最後の資料の左側、あえてカラーにしましたが、上から二番目に長野市民病院と長野中央病院とありますが、これを見ると、赤いところ、これは循環器ですけれども、循環器に関しては長野中央病院がたくさん診ている。この専門家が多分いるということでありまして。隣の、右側の緑

に関しては、これは消化器なんですが、消化器は長野市民病院がしっかり診ている。一番左、青いのは脳、神経なんですが、これは長野中央病院は少ないけれども、長野市民病院は多い。

DPCを分析することによって、各病院の専門性、そして各二次医療圏で患者さんがどのように移動しているか、こういったことも調べることができるわけで、これを長野県では行っているわけです。

この専門家の配置ということに関しまして、今回の地域医療構想においても、二次医療圏ごとに専門医の偏在に関して分析をする、それを役立てる、DPCをそういったことに使おうという考え方が僕はあるんじゃないかなと思ってこれを見させていただいたんですが、場合によってはDPCをさらに専門家の偏在のために進化させる、そういった考えもあると思います。

そういった将来構想、専門医の把握をどうするか、分析をどうするか、このことに関して、DPCも含めて御意見をいただけたらと思います。

○原(徳)政府参考人 お答え申し上げます。

その前に、先ほどちょっと、臨床研修制度の義務化の開始、昭和十六年と言ったみたいですが、もちろん平成十六年の間違いですので、訂正をさせていただきます。

その上で、専門医制度をつくっていく上で、地域医療との関係、これも検討会でいろいろ議論がございました。

結論は何かといいますと、専門医を育てていく中で、一つの病院だけではなくして、三年間、大体、ほぼ三年程度と考えておりますけれども、三年間のその修練の期間のうちにいろいろな病院を回ってもらおうということでプログラムをつくっていただきます。そのプログラムの中に、例えば大きい病院から地域の中小病院も含めて、中には科によっては診療所という場合もあると思いますけれども、そういうような形でのプログラムをつくった上で、それをこの専門医機構が認定していくという仕組みを考えております。

そういう意味では、患者さんは地域に当然おられるわけですから、もちろん疾患の程度によって、難しいのはやはり大きい病院しか無理かもわかりませんが、ある程度の病院なら、ある程度対応ができるなら、そういうところでも研修はできますので、そういうプログラムをしっかりとつくっていただく。こういうことを中心に、地域医療へできるだけ影響の出ないような配慮をしていきたいと思っております。

それから、医療計画あるいは地域医療構想の中で、専門医などの専門的な方々の配置をどうし

ていくか。

今までお答えしていたのは、病院、病床機能、機能の分化を言っておりましたけれども、当然ながら、疾患別に見たときに、必要な専門医の数というのは考えなければいけない課題だと思います。現在でも医療計画の中で、例えば糖尿病の専門医、専門の医者、医療従事者の確保であるとか、そういうことも書くようにはなっております、一定程度の考え方は普及していると思います。

その上で、さらにこの専門医制度そのもので認められた専門医をどう配置していくかというのは、これは先ほど御指摘のあったように、出てくるのはもう少し先になりますので、それを踏まえながら、定着度合いを見ながら考えていく必要があると思いますけれども、疾患の種類ごとにある程度の患者数がわかりますので、それに応じて必要な医師の確保、これは、例えば専門医という形なのか、専門とする診療科というのか難しいんですけども、そういう形での配慮というものは当然必要になると思いますので、そのあたりの検討は含めていただきたい。

それから、DPCデータにつきましてですけれども、DPCデータも含めましていろいろな情報をいただくことになっておりますので、それらを踏まえながら、しっかりとした形で、二次医療圏で必要な医療というものの把握に努めていきたいというふうに考えております。

○小松委員 ありがとうございます。

紙に書いたプログラムでうまくいっても、本当に実際現場でうまくいかないと、特に指導に関してうまくいかないということをいっぱい目の当たりにしていますので、ぜひしっかりと現場の意見を取り入れるような形の専門医制度の研修制度をつくっていかなければいけないというふうに思っています。

そして、もう時間ですので、最後に言いたいことだけちょっと言って終わりにさせていただきますけれども、今回の医療構想に関しまして、当然のことながら、専門医制度や研修医制度、今回はお話はしませんでしたけれども、かかわってくると思うんです。

これに関しても、先ほど総合診療専門医の話をしたしましたが、もし専門医制度にこれを取り入れるのであれば、研修医制度自体も考えなきゃいけない。つまり、専門医と研修医をリンクさせるということも僕は大事だと思っています。

例えば、総合診療専門医、これは定義がこうなっているんですね。日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害などについて、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる。これが総合診療専門医です。

医師法に書かれた研修医の概念。医師が、医師としての人格を涵養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき役割を認識しつつ、一般的診療において頻繁にかかわる負傷または疾病に適切に対応できるよう基本的な診療能力を身につけること。

これはどこが違うんだろうという感じがしますし、本来、こういったものは医師免許を持った医師自体が身につけていなければいけないものじゃないのかなというふうに考えるわけであります。

そうしますと、医療制度というのは、大学での医学教育、そして研修医制度、専門医制度、これらが深くかかわっているわけですし、それらがばらばらであってはいけないというふうに思います。医師の教育ということと連携して医療構想をつくっていく、このことが極めて大事だと思いますし、第三者任せというのではなくて、しっかりそこに我々がかかわる。かかわり方はいろいろ難しいとは思いますが、うまくいかないと大変なことになる、では、責任は誰がとるんだということに必ずなりますので、しっかり目をみはるといことが大事だと思います。

また、先ほどの新谷先生の質問でも、地域枠に関して、文部科学省と連携をとってといった御答弁がありましたけれども、医学教育というのは、六年間の医学教育は文部科学省、そして卒業してからの卒後教育は厚生労働省、この壁が、いろいろな弊害があるなというのを実際に感じています。

そこら辺もしっかりこれから、地域、日本でいい医療をするためには、いい医者を育てるんだと、いったことがうんと大事なんだという意識でやっていかなければいけない。つまり、大学教育、研修医制度、専門医制度、それと地域医療、これをしっかりと連携していかなければいけないということを強調させていただいて、私の質問を終わりにさせていただきます。

ありがとうございました。