

# 新専門医制度を含めた一連の医療改革を、保団連(政策部)はどう見ているか

## 話の流れ

1. 新専門医制度の簡単な経緯と概要
  - ・何が問題となって混乱・延期となったか
2. 「社会保障・税一体改革」路線から見た問題点
  - － 医師需給問題にもふれて
3. 今後の日本の医療を考えるにあたって。
  - － 「開業医医療(地域医療)」の復権とは

2016.10.9  
保団連・副会長 三浦清春 1

## 新専門医制度の簡単な経緯と概要

基準が不統一・国民から見てわかりにくい。質の向上と標準化。

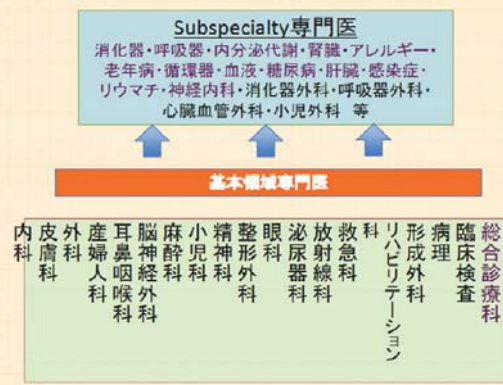
↓ 2011

「専門医の在り方に関する検討会」と「報告書」 2013・4

- ① 認定評価を統一的中立的な第三者機関を設ける
- ② 基本領域専門医とサブスペシャリティ専門医の二階立てとする。
- ③ 総合診療専門医を基本領域の19番目の専門医として創設。
- ④ プロフェッショナルオートノミーを基本とする。

⇒ 17年4月スタートを控え問題が噴出。  
延期・再検討となる。

### 新たな専門医制度の基本的な枠組み



一般社団法人 日本専門医機構 ('14.5設立)



# 何が問題で混乱・延期となったか

1. 医師の偏在が一層進み、  
地域医療が“崩壊”するのではないか
2. ガバナンスの欠如、キャリア形成の問題・・・その他

- その代表的な意見 (16.2.18 社会保障審議会医療部会より)
  - 大学病院などの大病院に専攻医や指導医が集中し、医師の偏在が助長される。
  - 研修や更新に必要な症例数が得られない地域の中小病院には、専攻医が来なくなるのではないか。来年開始は「拙速」、「延期すべき」との声
- 厚労大臣も、同機構に「研修医を含む医師の不安を取り払うよう」(6.7)
- 保団連も「合意形成なしに拙速に進めるべきでない」談話(4.18)
- 専門医機構も2018年度以降に延期することを決定(7月25日社員総会)。

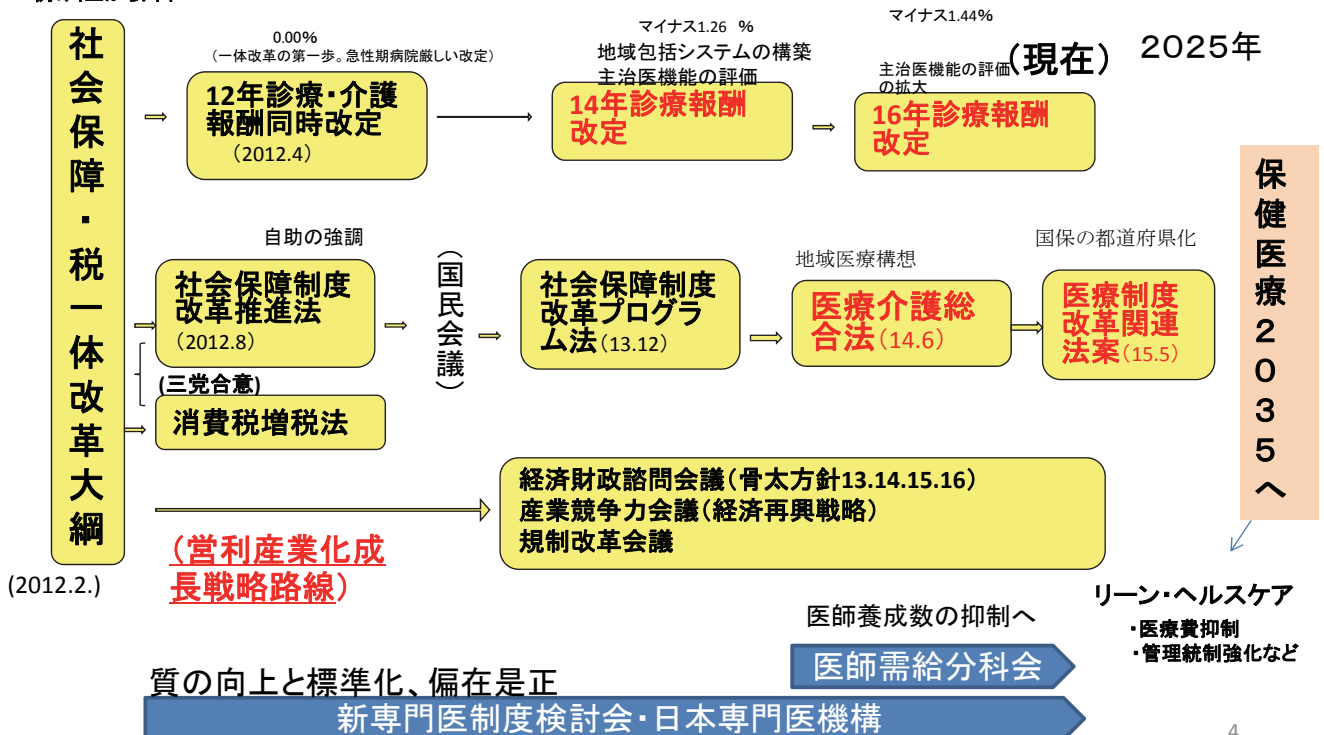


しかし、医師の偏在問題だけでなく、日本の医療の在り方に大きく影響を与える問題。従って、今行われている“**社会保障・税一体改革路線**”との関係で**新専門医制度の問題点を明らかにする必要がある**(保団連見解より)。

3

## 一体改革路線の流れと現在

(2025年へ向けての、できるだけ安上がりの構造と医療分野の産業化をはかる(財界の戦略))。例:川上から川下へ



4

## “一体改革”の中での新専門医制度—懸念されるところ。

### ①資格の平準化と全医師専門医の中で、医師の管理統制が強まる。

- ・科・地域偏在対策として規制的手法。専門医数、保険医数の定数。自由開業(標榜)医制の制限。
- ・先々、保険医定年制へつながる危険性。

### ②“川上から川下へ”の改革の中で、医師の過重労働やフリーアクセスの制限の懸念

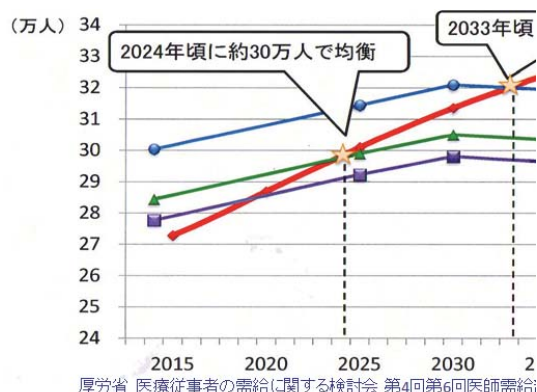
- ・入院ベッド等大幅削減の中で入院難民、介護難民、看取り難民が増える。その受皿が地域包括ケアシステムであり、その要として主治医機能の強化(かかりつけ医)や総合診療専門医の創設である。24時間対応の過重労働や医療費抑制のためのフリーアクセスの制限が懸念される。また人頭制につながる可能性もある。受診時定額負担などの差異が持ち込まれれば既存の開業医との関係もむずかしくなる。

5

### ③医療の営利産業化にどう向き合うか、試される。

- ・混合診療の拡大、患者申出療養創設、それらをカバーする民間保険の普及、専門医との関係。
- ・データヘルス事業、セルフメディケーション、スイッチOTC・・・
- ・国家戦略特区での医学部新設、医療ツーリズム、海外展開 etc.

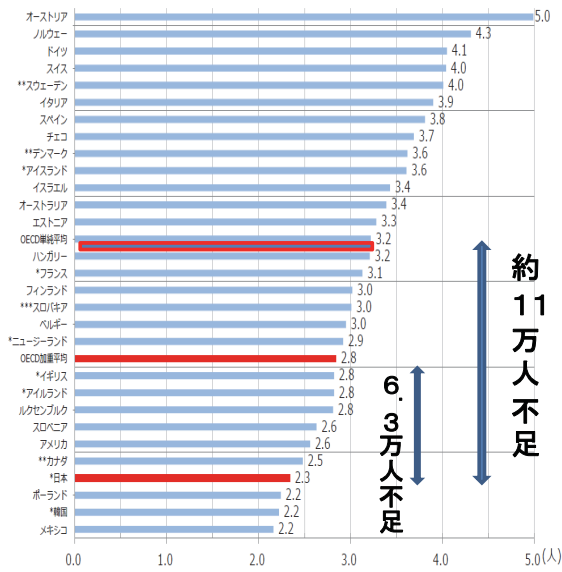
### ④新専門医制度でもって偏在対策すれば医師不足は解消するか。医師の養成確保政策はまだ必要。



- ・OECDでもいまだに下位にある。
- ・医師の過重労働はまだ深刻な状態。
- ・地域枠など医師養成策の効果を検証していく段階
- ・各県の地域医療支援センターの充実を期待。

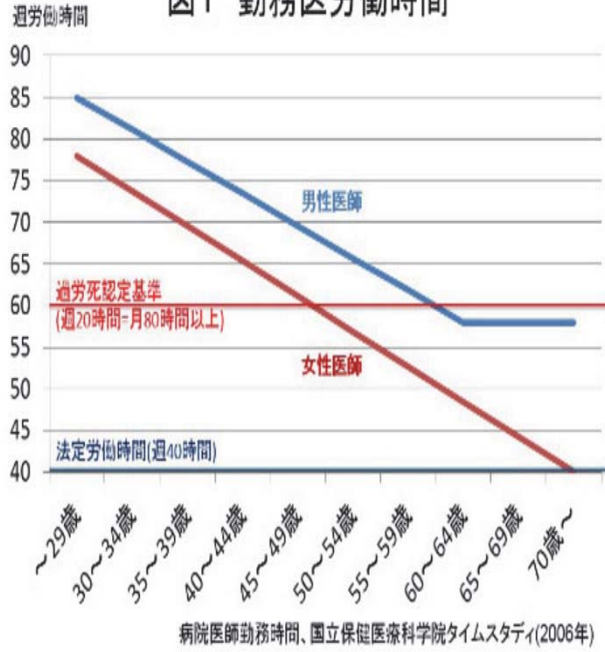
6

OECD加盟国の人口1,000人当たり臨床医数 OECD Health Statistics 2015



注1 「OECD加盟平均」とは、各国の人口1,000人当たり医師数の合計を国数で割った値。  
 注2 「OECD加盟平均」とは、加盟国の全医師数を加盟国の全人口（各歳における医師数と総人口）で割った値に1,000を乗じた値。  
 注3 \*の国は2014年のデータ、\*\*の国は2012年のデータ、\*\*\*の国は2007年のデータ、それ以外は2013年のデータ。  
 注4 オーストラリア、フィンランド、イギリス、アイスランド、カナダは推計値。  
 出典：OECD Health Statistics 2015、平成26年医師・歯科医師・薬剤師調査

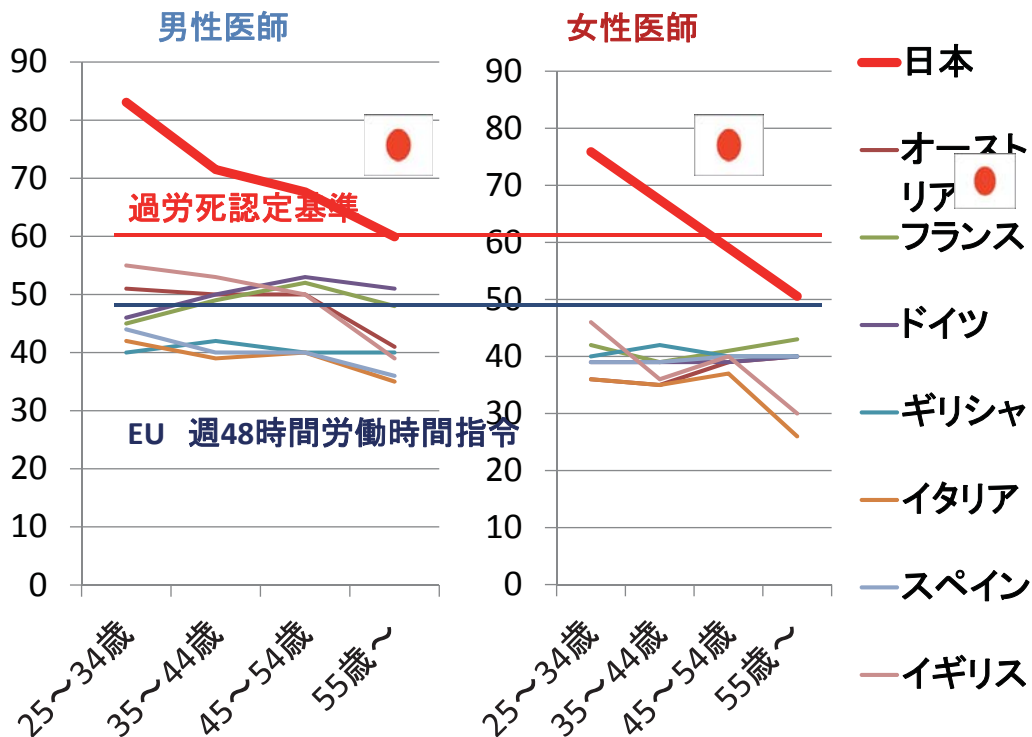
図1 勤務医労働時間



病院医師勤務時間、国立保健医療科学院タイムスタディ(2006年)

(図 東大医科学研 湯地氏作成)

図2 医師労働時間国際比較

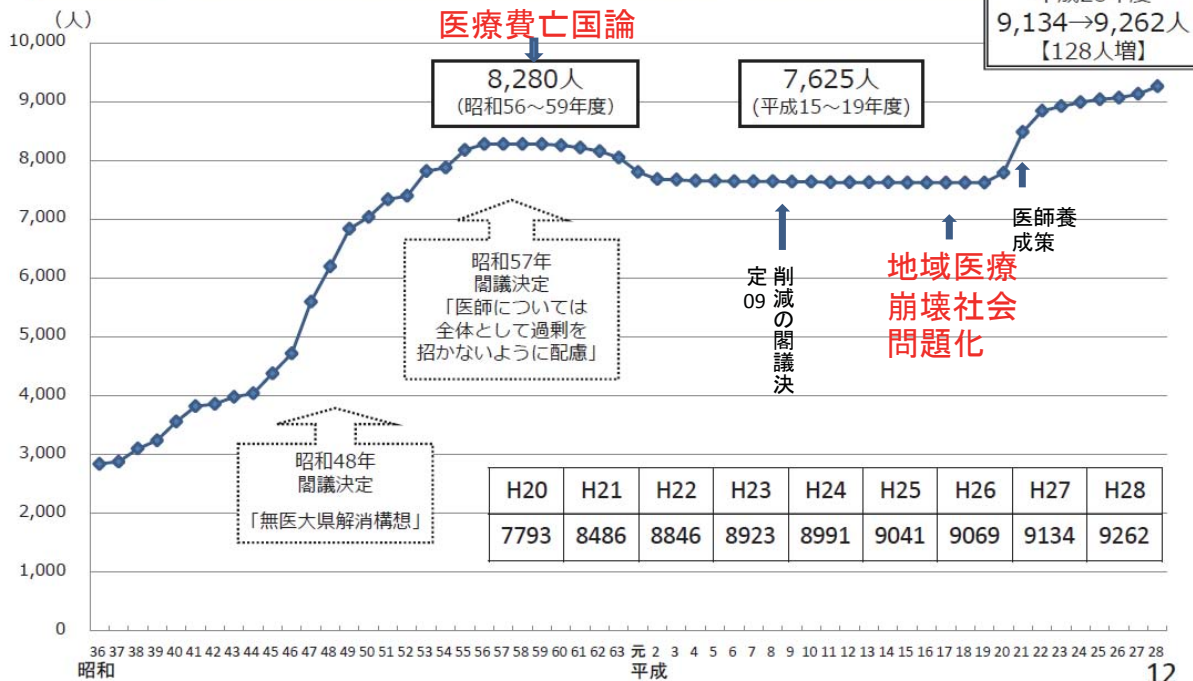


週労働時間の医師男女年代別国際比較、OECD data 2006 (図 東大医科学研 湯地氏作成)

# 医学部入学定員の年次推移

○医学部の入学定員を、過去最大規模まで増員。

(平成19年度7,625人→平成28年度9,262人(計1,637人増))



12

9

## 地域医療支援センター運営事業

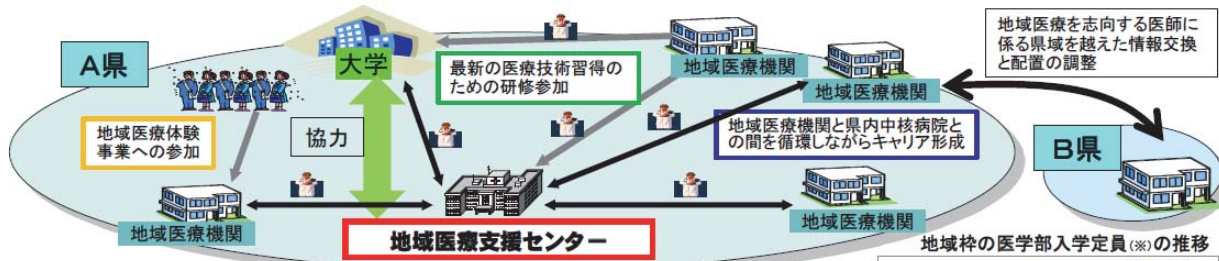
平成26年度以降、地域医療介護総合確保基金を活用して実施

医師の地域偏在(都市部への医師の集中)の背景

➢ 高度・専門医療への志向、都市部の病院に戻れなくなるのではないかと将来への不安等

### 地域医療支援センターの目的と体制

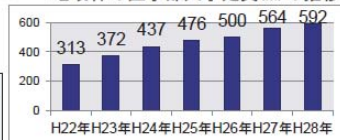
- 都道府県が責任を持って医師の地域偏在の解消に取り組むコントロールタワーの確立。
- 地域枠医師や地域医療支援センター自らが確保した医師などを活用しながら、キャリア形成支援と一体的に、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 専任の実働部隊として、喫緊の課題である医師の地域偏在解消に取り組む。
  - ・人員体制：専任医師2名、専従事務職員3名
  - ・設置場所：都道府県庁、〇〇大学病院、都道府県立病院等



### 地域医療支援センターの役割

- 都道府県内の医師不足の状況を個々の病院レベルで分析し、優先的に支援すべき医療機関を判断。医師のキャリア形成上の不安を解消しながら、大学などの関係者と地域医療対策協議会などにおいて調整の上、地域の医師不足病院の医師確保を支援。
- 医師を受入れる医療機関に対し、医師が意欲を持って着任可能な環境作りを指導・支援。また、公的補助金決定にも参画。

### 地域枠の医学部入学定員(※)の推移

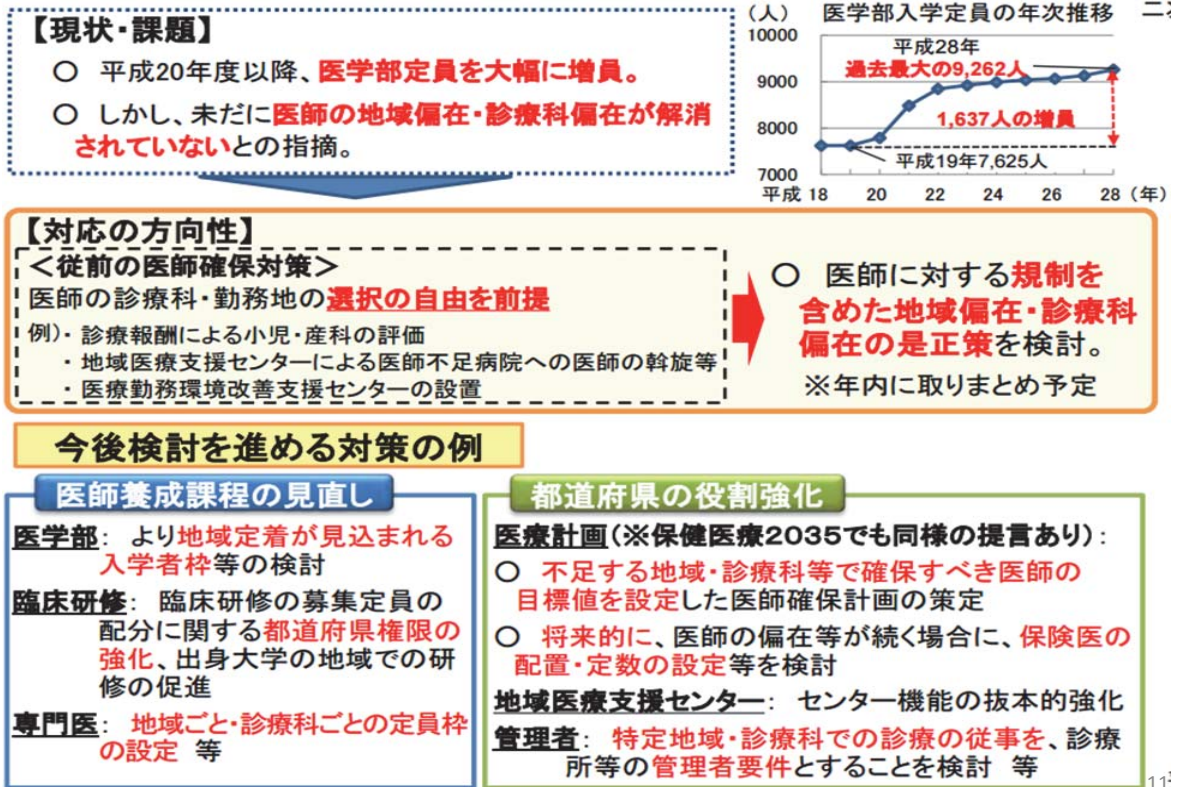


(※) 医学部の定員増として認められた分であり、このほか、既存の定員等を活用し都道府県と大学が独自に設定した地域枠もある。

- 平成27年7月現在、全国45都道府県で地域医療支援センターを設置している。
- 平成23年度以降、45都道府県で合計3,306名の医師を各都道府県内の医療機関へあっせん・派遣をするなどの実績を上げている。(平成27年7月時点)

36

医師の地域偏在・診療科偏在の解消に向けた強力な取り組みの推進(厚労大臣) 経済財政諮問会議での厚労大臣の説明用資料(2016年2月)より



## 財源はどう考えているかー保団連の主張

医療再建で国民は幸せに、経済も元気に  
 ー医療への公費支出を増やす3つの提案【改訂版】(2015. 11)

- 第一の提案  
 「事業主負担を増やして保険料収入を増やす」
- 第二の提案  
 「実際の法人税課税を先進国並みに高める」
- 第三の提案  
 「所得に応じた所得税課税にする」

医療・社会保障費は、経済波及効果や雇用誘発効果は他の産業より高い。日本経済の好循環に貢献する。

## 開業医医療・勤務医も含む地域医療の復権とは

- 新専門医制度にあっても、国民皆保険制度の諸原則を守り発展させること
  - ・皆保険であること
  - ・皆医療であること—現物給付で、出来高払いであること
  - ・自由開業医制、自由標榜制とフリーアクセスを保持すること。一定の競争原理が働き、新専門医制度と共に地域医療の質をあげることになる。
  - ・地域医療との両立を考えること。
  
- 主体的条件
  - ・日本の医師・歯科医師は、世界に冠たる国民皆保険制度を築いてきた。  
少ない医療費で健康寿命や乳幼児死亡率の改善などで成果をあげている。WHOも高い評価を与えている。これらの実績から開業医医療や地域医療の復権は可能。  
日進月歩の医学医療にあつては、新専門医制度は基本的にはプロフェッショナルオートノミを基盤にして進めるべきである。
  - ・また、超高齢化社会に向けての医療需要や医療の安全性や医師の労働実態等を考えれば、マンパワーとしての医師養成数を削減する段階ではない。
  
- 財源
  - ・医療や社会保障費は、応能負担原則など日本の歳入・歳出の在り方を変えることによって、その財源を生み出すことができる。

以上 13

以上