

特集

令和6年度第1回

大阪府医師会医療問題研究委員会
医療制度史から見た
我が国の医療の現状

前大阪府医師会会長 中尾正俊



この記事は、令和6年9月11日(水)に開催された「令和6年度第1回大阪府医師会医療問題研究委員会」の様様をまとめたものです。



中尾正俊会長（当時）

皆様、こんにちは。

先生方におかれましては、ご多忙のところ、医療問題研究委員会にご参加賜りまして、誠にありがとうございます。

はじめに、私ごとでございますが、6月20日の代議員会終了後から大阪府医師会長に就任いたしております。これまで、副会長として長きにわたり先生方と一緒に大阪府民の命と健康を守るために頑張ってきましたけれども、今後は会長として、重責ではございますが、先生方と一緒に、すべての会員の先生方が安心安全に医療を提供できるような体制づくりをしていきたいと思っておりますので、よろしくお願いしたいと思います。

そのために今回、私は、重点項目として4つ掲げました。「地域医療体制の整備」「医療DX」「広報部門の強化」「事務局機構の改革」——でございます。この重点項目に関してこれから取り組んでまいりたいと思っておりますので、ご理解とご協力をよろしくお願いしたいと思います。

さて。この委員会は、平成10年に本会の元会長、日医の会長もお務めになられました植松治雄先生の唱道により発足したものでござ

います。植松先生の意図とはどういうものかといいますと、地域の医師会から若手の先生方にお集まりいただきまして、ますます厳しさが増す医療情勢や医療政策、医政の問題などについて研鑽を積んでいただき、次世代の医師会を担っていく人材を育てていこうという目的でございました。委員会の発足以来、本委員会の出身者の先生方の中には、本会の役員をはじめ、郡市区等医師会の会長、役員等も務めておられる先生方が多数おられます。先生方もこれから2年間研鑽されたことを今後の医師会活動にお役立ていただければというふうに考えておりますので、よろしくお願いしたいと思います。

それから、新型コロナウイルス感染症に関して、府医では会員の先生方のご協力を得て独自のサーベイランスを実施しております。日々の陽性者数を把握するということになりましたが、ご協力いただいている先生方には、この場をお借りしてお礼を申し上げたいと思います。今回、感染拡大いたしました変異株のKP.3による感染第11波という状態になりましたけれども、この部分に関しましても本サーベイランスでいち早く把握することができ、記者会見などを開くこともできました。

本委員会は、今後の医療制度、医療政策をより良い方向に導くために必ず必要な活動だと考えておりますので、皆様と議論をさらに深めて、そして、我が国の医療を考えていかなければならないと思っております。これから2年間、先生方の活発なご活動、ご議論を期待いたしまして、ごあいさつとさせていただきます。

2年間、どうぞよろしくお願いいたします。

西洋医学の伝来から医師会設立

西洋医学の源流として、適塾は天保9（1838）年、蘭学者の緒方洪庵先生が、幕府の奥医師として江戸に迎えられまでの24年間にわたって開かれた学塾です。

安政4（1857）年に、長崎において、ポンペ医師が日本初の系統的な近大西洋医学の講義を開始され、松本良順先生の呼びかけにより、諸藩から医師たちが集まり学びました。

文久元（1861）年、ポンペ医師は、日本初の西洋式近代病院「小島養成所」を設立し、松本良順先生もその設立に尽力したということで、これが西洋医学の幕開け、夜明けだろうと思います。

大阪に限ってみますと、蘭医学研究の第一人者、緒方洪庵先生が1838年に開いた適塾、ここで西洋医学の教育・研究をはじめ、種痘事業やコレラ治療など、大きな医学史上の業績が生まれました。門下生には、福沢諭吉、橋本左内など、多くの先生方が輩出されたということです。

明治2年には、上本町大福寺に政府直轄の仮病院を設置され、緒方洪庵先生の息子の惟準氏が院長として就任されました。オランダ人医師のボードウィン、エルメレンスが西洋医学の教鞭を執り、同年、大阪府病院、大阪医学校が設置され、幾多の変遷を経て、大阪帝国大学医学部、大阪大学医学部となり、現在に至っているというような大阪の西洋医学の流れでございます。

そして、大きく西洋医学の源流としては、安政5（1858）年、江戸の蘭方医83人の出資により、神田お玉ヶ池種痘所が開設されたと

いうことで、これが東京大学医学部の前身であると言われてしています。

そして、1860年、官立の種痘所となり、1861年に種痘奨励のための種痘論文が発行され、種痘所が西洋医学所に改称。1862年、2代頭取に緒方洪庵先生がご就任になり、1863年に松本良順先生が3代目になられたということです。慶應元（1865）年には、ポンペ医師の下で学んだ松本良順先生がいわゆる七科——物理、化学、解剖、生理、病理、薬剤学、内科、外科を置いたということです。

次に、郡市区等医師会と都道府県医師会の誕生についてお話しいたします。

明治39年5月に医師法が成立しております。医師は、医師会を設立できることとし、医師会の機能を規定するとなっています。半年後の明治39年11月に、医師会規則が制定されています。医師会を郡市区医師会と道府県医師会に分けました。各地域における医師会の設立は任意でしたが、医師会が設立された場合は、その所在地の官公立病院以外の医師は医師会に強制加入になっておりました。

医師法と医師会規則が制定されたことによって、郡市区医師会と道府県医師会が続々と誕生し、そして、地域的連合組織としてのブロック医師会が結成されることとなります。そうすることにより、最終的に全国組織の医師会をつくろうという動きにつながっていきます。

明治維新から医師法設立までに、日本には松坂医学所、大阪医事会同社、和歌山医会、来目医学協会、小諸医師協議会、東京医学会社、横浜医学講習所、浜松病院医会というようにある程度の医師団体が出来上がってきていましたが、全国組織の医師会の誕生が必要

であるということで、大正3年に日本連合医師会が設立されました。そして、日本連合医師会を発展的に解消して、大正5年には、会長に北里柴三郎先生をお迎えして、大日本医師会が設立されたという医師会の流れになっています。

ただ、不幸なことも少しございまして、日中戦争から太平洋戦争へと続く戦時体制の中で、戦争遂行のための国家総動員体制に医師会が組み込まれていきました。敗戦後の日本を間接統治した連合国総司令部は、戦時中の国家体制を壊すために、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ました。そして、日医は根本的改組を指示され、任意加入・任意設立ということになりました。

昭和22年10月31日、医師会、歯科医師会及び日本医療団の解散等に関する法律が公布され、旧日本医師会は解散して、11月1日に新

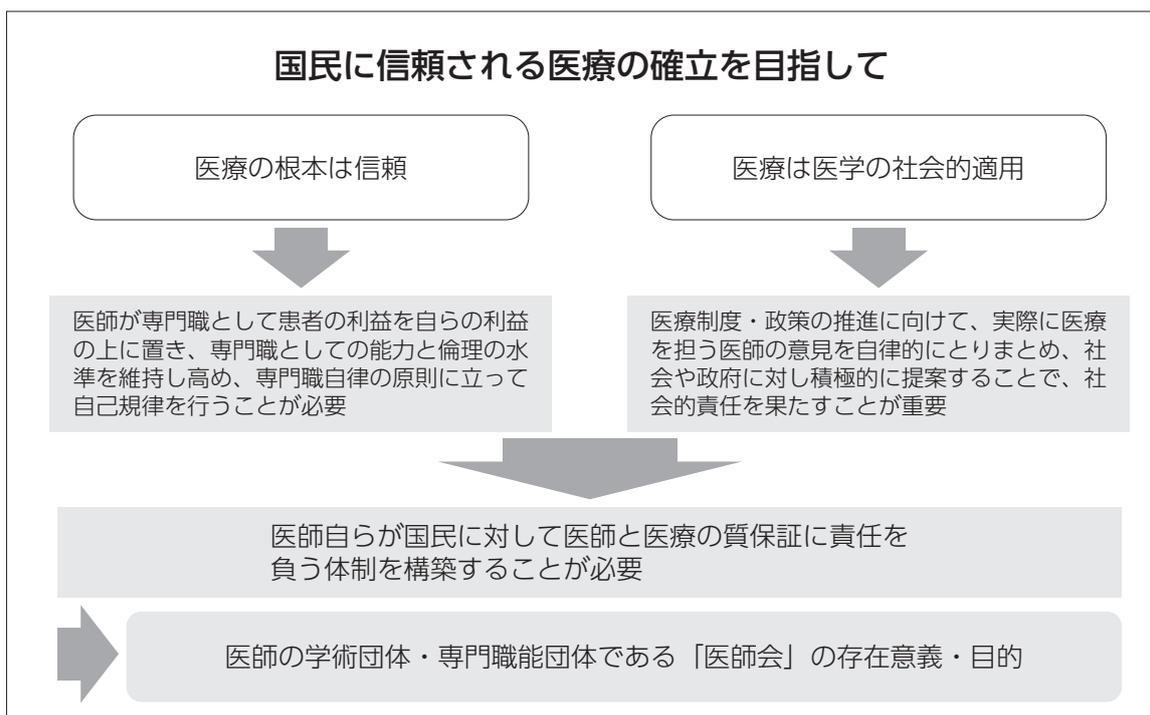
生医師会が認可され、誕生しております。今までの強制加入の官製医師会から、自由加入の民間の新生医師会に変わっていったということになります。それまで、大学教授、学者、政治家などが占めていた多くの医師会のトップが、開業医や勤務医に変わり、医師会員の地位向上を目指して医師会活動を始めるというような流れが日医の創立記念誌に書かれています。

そして、医師会の役割や我々医者の医の倫理についてお話しします。

医療の根本は、信頼であります。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ということです。

そして、医療というのは、医学の社会的適用であるとよく言われておりますが、医療制度・政策の推進に向けて、実際に医療を担う医師の意見を自律的に取りまとめて、社会や政府に対

(図1)



して積極的に提案することで、社会的責任を果たすことが重要です。

そして、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ことが必要で、そうすることで医師の学術団体、専門職能団体である医師会の存在意義、目的が明らかにされるということです。(図1)

平成29年11月1日現在、郡市区等医師会は891、都道府県医師会は47、そして公益社団法人日本医師会がございます。

府医の取り組み

次に、府医での新型コロナウイルス感染症における検討・対応についてお話しします。

現在、新型コロナウイルス感染症に関して、会員の先生方から毎日ご報告いただいているものを集計しております。7月の第1週目を過ぎたあたりから、どんどん感染拡大していく状況がございました。

府民・会員医療機関への情報発信として、

7月25日に緊急開催した「新型コロナウイルス感染症に関するシンポジウム」において、恐らく大阪も7月中旬ぐらいから感染拡大が始まり、感染の第11波が始まってきているということで、できれば夏季休暇、帰省時期の感染拡大防止に努めていただきたいということを府民へのメッセージとして送らせていただきました。(図2)

最近は徐々に感染状況も落ち着いてきています。ただ、例年、秋から冬にかけてまた感染拡大する可能性があると思います。10月から始まる新型コロナウイルスの予防接種に関しても、どのような方向性に行くのか、なかなか不透明なところがございます。できれば打っていただければありがたいと思いますが、その部分も踏まえて、先生方も現場で苦心・苦労されているところだと思います。

令和6年8月21日から9月1日に医師会の会員の先生方に新型コロナウイルス対応に関するアンケート調査を行いました。728医療機関から回答があり、回答者の内訳は、診療所の管理者590人などです。

(図2)

府民・会員医療機関への情報発信

- 会員医療機関からの新型コロナの陽性者報告が急増（7月中旬～）
- 夏季休暇や帰省時期の感染拡大防止等につなげるため、専門家2人を交えたシンポジウムを開催
- シンポジウム終了後、記者会見を実施（マスコミ計15社が取材）



新型コロナウイルス感染症に関するシンポジウム
(2024年7月25日開催)

調査した時期がもうある程度落ち着きかけている状態だったということもありますが、検査キット類の不足状況としては、足りていないが21%、感染防護服のガウンやマスクなどが足りていないが11%という状況でした。

ワクチンの実施状況に関しては、この時点はまだ任意接種ですので、79%の医療機関が行っていないということでした。10月から定期の予防接種が開始されますが、72%の先生方が取り扱い実施予定という回答をしていただいております。

対応困難例としてどのようなものがあるのかについては、一番多かったのが、「患者さんが突然受診されて、空間分離が非常にやりにくくて苦労した」というのが45.1%です。それから、「院内スタッフの感染や体調不良」あるいは、「患者が新型コロナの検査を希望しない」「抗ウイルス薬の処方希望しない」といったことも対応困難として挙げられます。

早期の治療につなげるために必要なことは何ですかということに関しては、検査キットをきっちり配布して、足りない状態にならないようにしてほしい。それから、新型コロナの抗ウイルス薬に係る費用への公費負担をもう一度復活させてほしい。検査にかかる費用への公費負担も同じです。それから、感染防護具の配布、医療機関の施設（空間）整備にかかる財政支援というようなことも言われております。

先生方がコロナにかかれた患者さんに対して治療薬の処方を提案したが、やはり自己負担額が高額であるということで、なかなか処方につながらなかったというようなこともありますので、この点に関して、政府および

大阪府、大阪市など市町村にも何とか補助がつかないかと要望しております。

日本の医療の現状

先生方もご存じのように、日本の医療は、「国民皆保険体制」「医療の現物給付」「フリーアクセス」の3つが日本の医療の大きな特徴です。それらにより、医療のコストは低く、平等な医療サービスが提供されています。その結果、世界一の長寿国、低い乳児死亡率の実現に貢献しています。

そして、保険診療においては、健康保険法など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あるということと、保険診療のルールを知っていなければならないということになります。

指導と監査があり、本日は指導についてだけ述べますが、保険診療の質的向上と適正化を目的に指導が行われます。対象は、すべての保険医療機関と保険医です。分類としては、集団指導、集団的個別指導、個別指導があります。

指導の法的根拠として、健康保険法に関しては第73条、国民健康保険法に関しては第41条、高齢者の医療の確保に関する法律では第66条が根拠となっております。

平成12年に指導大綱ができて、これに関しても我々は見直しなどを厚労省に要請しております。なかなかできておりませんが、第1の「目的」から第9の「その他」まで大綱にきちんと載っております。

保険指導の種類として、集団指導に関しては、指定前講習会、診療報酬改定時の指導などは厚労省からも通知が来ると思います。そ

のほか、集団的個別指導、個別指導として様々な保険指導の種類がございます。

医師の働き方改革

診療に従事する医師は、時間外・休日労働時間の上限時間について、960時間までがA水準、1,860時間までがB水準、連携B水準、C-1水準、C-2水準となっています。

地域医療の確保ということでのB水準に関しては、令和6年4月1日現在、大阪府では29機関が認められています。連携B水準に関しては4機関、研修医・研究医のC-1水準が14機関、そして、医学研究の研究者のC-2水準が4機関となっております。

A水準は、すべての勤務医に対して原則的に適用されるもので、時間外・休日労働時間

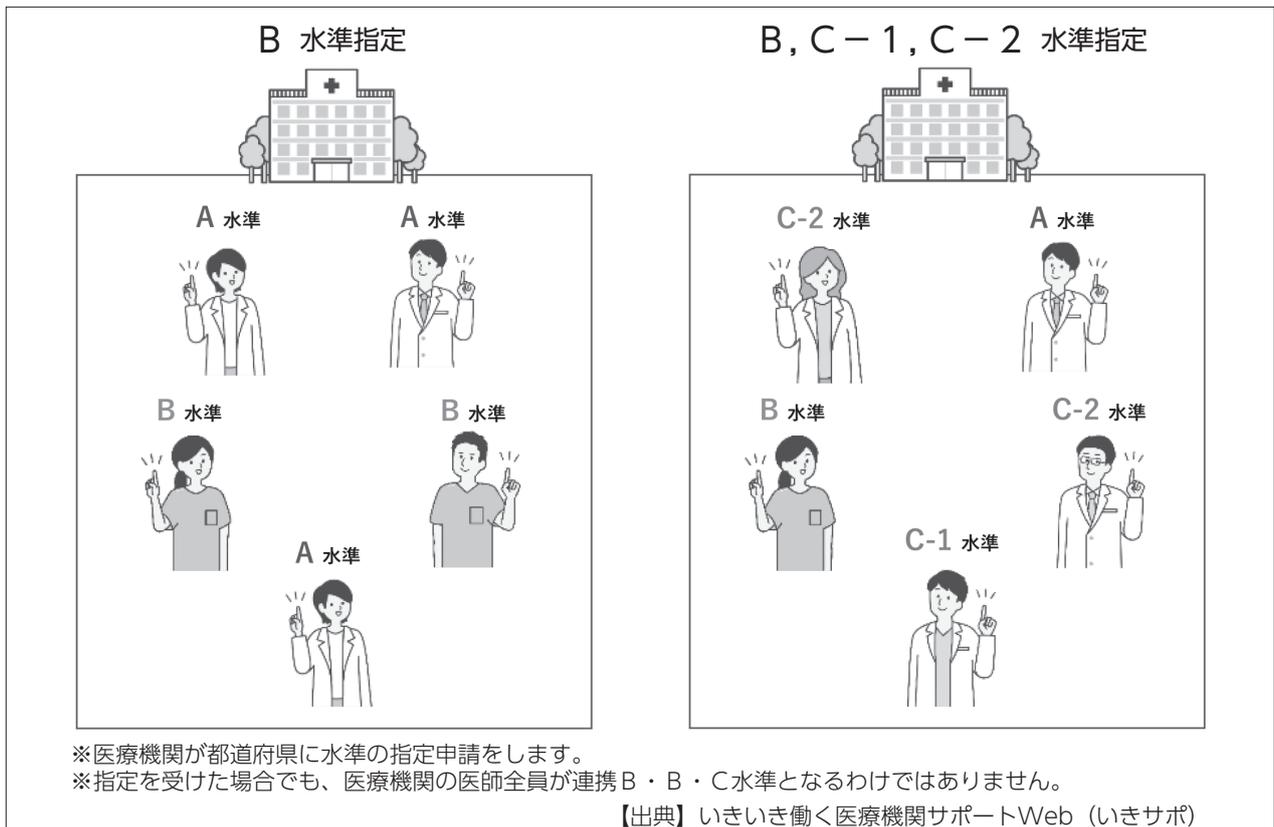
の上限が年間960時間です。

B水準、連携B水準ですが、B水準は、自院内で長時間労働が必要な場合に適用されません。連携B水準の場合は、地域医療の確保のために、本務以外の副業・兼業として派遣される際に合算されて適用されるものです。

C-1水準は、臨床研修医と専攻医の研修のため、C-2水準は、専攻医を卒業した医師の技能研修のためのものです。

医療機関によっては、B水準を指定されていても、A水準の先生もおられれば、B水準の先生もおられる。また、大学のように、B、C-1、C-2水準に指定されているところでは、いろいろな水準の先生方がご勤務されているということになります。(図3)

(図3)



かかりつけ医

今のところ、平時と有事に分けて整理されております。

まず平時です。医療機能情報提供制度という制度がありますが、国民には全くというほど知られていません。医療機能情報制度を国民にとって分かりやすい内容に改めて、患者さんが適切な医療機関を自ら選択できるような支援を行っていくということが、令和5年5月成立の改正医療法で出てきたものになります。

医療機関は、それを受けて、自らが持つ機能を磨くことにより縦糸を伸ばし、地域におけるほかの医療機関との連携を通じて横糸を紡ぎ、地域における面としてのかかりつけ医機能が織りなされ、さらに機能を発揮していく。日常診療時より、ほかの医療機関と連携し、急変時においても、可能な限り地域におけるネットワークで対応を行うこととされています。

次に、有事の感染症発生・蔓延時に関しては、改正感染症法により、医療措置協定の締結が進められております。地域医療体制全体の中で感染症危機時に外来、在宅を担う医療機関を平時から明確化するために、医療措置協定などを結んでおくということになります。

それから、医療機能情報提供制度と、4月から始まるかかりつけ医機能報告の内容ですが、あくまでも医療機能情報提供制度は、医療法第6条の3に、「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能（かかりつけ医機

能）」として明示されています。

かかりつけ医機能報告については、現在、国で議論されて、中間まとめが出ましたが、医療法第30条の18の4において、日常の診療を担う1号機能と、夜間・休日、入退院支援、在宅、介護連携を担う2号機能、大きくこの2つの機能に分けて報告していくということになっています。

1号機能の報告事項ですが、「かかりつけ医機能に関する研修の修了者、総合診療専門医の有無」、これは改正医療法施行後5年をめどとして改めて検討することになっていますが、その時点ではある程度の総合診療専門医の先生方が専門医資格を取られているだろうということも含有されていると言われています。それから、「17の診療領域と一次診療を行うことができる疾患」「医療に関する患者からの相談に応じる」、大きくこの3つの部分に関して1号機能の報告事項といわれています。

2号機能に関しては、「通常の診療時間外の診療」「入退院時の支援」「在宅医療の提供」「介護サービス等と連携した医療提供」「その他の報告事項」とされていて、4項目に関してできるだけきっちりと報告してほしいということになっていますが、これはかかりつけ医機能報告におけるの必須事項ではございません。できれば努めていってほしいということになります。

令和7年4月の施行に向けて、▽制度の施行に必要なかかりつけ医機能の確保に向けた医師の研修の詳細についての整理▽かかりつけ医機能の確保に関するガイドラインの作成、地域の協議に資するデータブックの作成▽地域の好事例集の作成▽都道府県・市町村

等に対する研修・説明会の実施▽制度の普及・推進のための動画▽ポスター等の作成——これらが中間まとめの段階で、4月の実施に向けて行っていかなければならないこととして提案されていることとございます。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の方向性として、1人の医師や1つの医療機関ではなく、複数の医師や複数の医療機関が地域を面として支えること。それから、人口や医療従事者が減少していく中で、地域の医療資源をうまく活用・開発して地域に必要な機能を実現するため、多くの医療機関が積極的に参加できるようなかかりつけ医機能の制度整備でないと思われません。さらに、医師をはじめとする医療従事者や医療機関が、それぞれの役目に応じてできることを広げていくという努力もしていかなければならないということになっています。

これからの地域医療構想

現在議論されている地域医療構想は、令和7（2025）年に向けた地域医療構想の策定になります。団塊の世代が75歳以上となる「2025年」に向けて、病床の機能分化・連携、質の高い効率的な医療提供体制を確保すること。二次医療圏を基本とする構想区域の単位で、4つの病床機能——高度急性期、急性期、回復期、慢性期において、病床数の必要量を推計するということになっています。そして、病院からの病床機能報告制度によって地域医療構想調整会議での協議を行い、地域の実情に応じて病床機能の転換や再編等を進めるというのが「2025年」に向けた地域医療構想で、地域医療構想に対して調整会議で

議論されるという状況になっています。（図4）

病床機能報告制度は、医療資源投入量で決定されます。高度急性期機能の医療機能、急性期機能、回復期機能、慢性期機能に分けられます。

そして、地域医療構想を推進させるために、地域医療介護総合確保基金がございします。対象となる事業は、「地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業」「地域医療構想の達成に向けた病床の機能又は病床数の変更に関する事業」などで、基金を有効活用して、できるだけ地域医療構想を進めてほしいというのが国の考えです。

大阪は、独自に「大阪アプローチ」というもので地域医療構想の推進にあたっています。

（図4）

「2025年」に向けた地域医療構想

- いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、高齢化により増大する医療需要に対応するため、病床の機能分化・連携を通じて、質の高い効率的な医療提供体制の確保を目指し、都道府県医療計画の記載事項の一つとして取り組みを進める。
- 4つの病床機能（高度急性期、急性期、回復期、慢性期）に着目し、各都道府県において、二次医療圏を基本とする構想区域の単位で、2025年の病床数の必要量を推計。
- 病床機能報告制度により、毎年度、医療機関から病棟単位で病床機能等の報告を受け、当該報告等をもとに地域医療構想調整会議（大阪府では保健医療協議会が担う）での協議を行うとともに、地域の実情に応じて、病床機能の転換や再編等を進める。

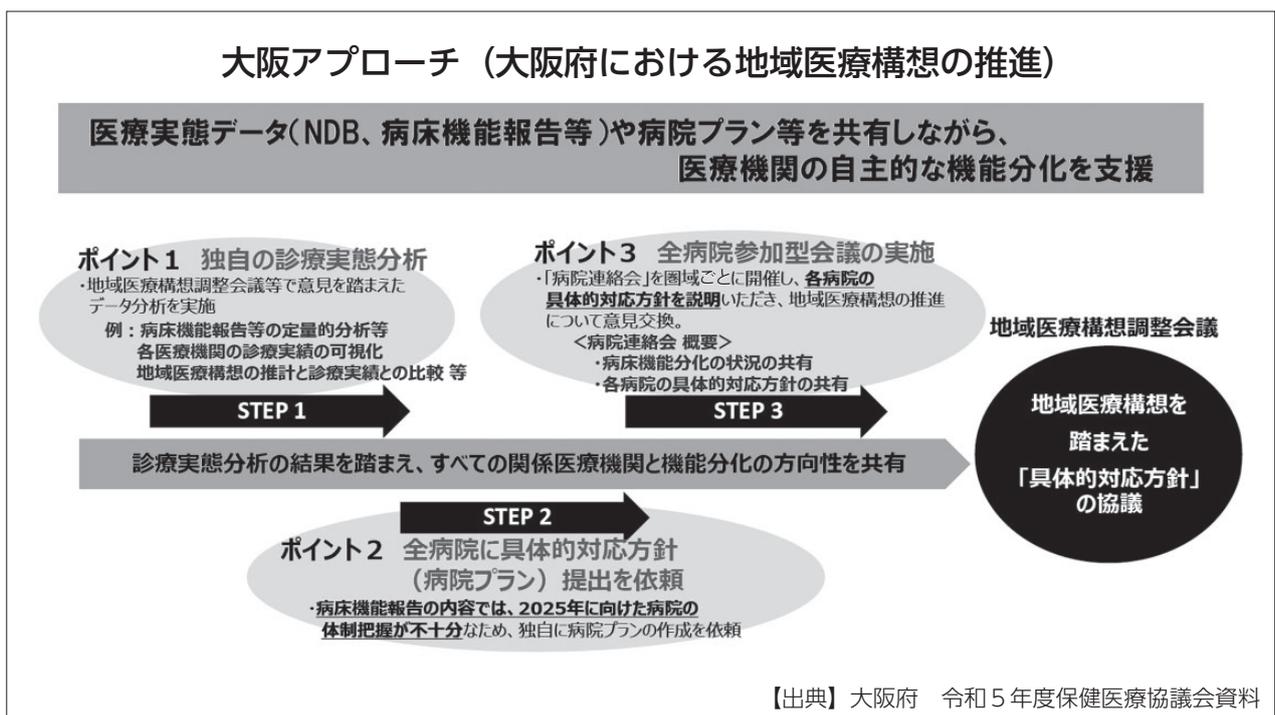
す。これは先生方もよくご存じのことだと思います。医療実態データや病院プランなどを共有しながら、医療機関の自主的な機能分化を支援します。まず、ポイント1として、独自の診療実態分析、ポイント2として、全病院に具体的対応方針（病院プラン）を提出していただくということ、そしてポイント3として、全病院参加型会議の実施ということで、病院連絡会などが開始され、地域医療構想調整会議において具体的対応方針の協議がされているというのが「2025年」に向けた議論の進め方です。（図5）

令和5年度の会議資料によると、現在、急性期の病床数が多く、回復期が少ないということで、回復期への病床転換をしていただきたいという流れになっています。その部分に関しての病床機能報告について、大阪では急性期を、「重症急性期」「どちらか分からない」という不明「地域急性期」に分けておりま

す。地域急性期というのは、回復期をもっばらにしているものを急性期とみなして、地域急性期と回復期を合算したような状態にしたものです。病床機能報告に関して、令和4年度は地域急性期と回復期をあわせて18.1%、国が考えている病床数の必要量は回復期が30.9%なので、現在12.8%、約1万1,300床を転換しなければならないというデータを出して議論しているとお考えいただければいいと思います。

もう一度整理しますが、現行の地域医療構想における課題は、病床機能報告制度において、高度急性期と急性期、急性期と回復期の違いが非常に分かりづらい。また、将来の病床数の必要量と基準病床数との関係も非常に分かりづらい。それから、調整会議においては、病床数の必要量の議論が中心となって、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた議論が十分になされていない。大阪府では、

（図5）



高齢化の進展に伴い、回復期病床の不足が見込まれているものの、地域医療構想調整会議においては、推計値ほどに本当に必要なのかという疑問も生じています。これが地域医療構想2025年に向けての課題として現在言われているところでは、(図6)

それから、2040年頃を見据えた医療を取り巻く状況ですが、これは今、国でも議論されていますが、2040年に向けた新たな地域医療構想の策定の部分になります。生産年齢人口はほぼすべての地域で減少し、高齢者人口は大都市部を中心に増加します。85歳以上の人口は、2040年に向けて引き続き増加が見込まれており、医療と介護の複合ニーズを持つ者が一層多くなることが見込まれます。それから、働き方改革も進めていく必要があります。そして、地域ごとに人口変動の状況が異なり、求められる医療提供体制のあり方も様々であり、都市部においては、増加する高齢者救急や在宅医療の受け皿の整備が課題に

(図6)

現行の地域医療構想における課題

- ▶ 病床機能報告制度において、高度急性期と急性期、急性期と回復期の違いが分かりづらい。また、将来の病床数の必要量と基準病床数との関係も分かりづらい。
- ▶ 地域医療構想調整会議においては病床数の必要量の議論が中心となり、将来のあるべき医療提供体制の実現に向けた議論が十分になされたとは言いがたい。
- ▶ 大阪府では高齢化の進展等に伴い、回復期病床の不足が見込まれているものの、地域医療構想調整会議において、推計値(2025年の病床数の必要量)ほどに必要なのかとの疑問が生じている。

なっているということで、2040年に向けた新たな地域医療構想が議論されるようになりました。

病床の機能分化・連携を中心とした地域医療構想をバージョンアップして、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年頃、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携などを含む医療提供体制全体の新たな地域医療構想を策定していこうということで議論されているところがございます。

令和6年の秋にまとめが出され、その後、着々とガイドラインなどが出てきて、それに基づいて都道府県の下、地域医療構想調整会議で議論されていきます。これから先、数年かけて、先生方もその議論の場に参加していくことになると思います。地域医療構想、特に新たな地域医療構想については、先生方もできるだけ関心を持っていただければと思います。

新たな地域医療構想の基本的な方向性は、「地域の患者・要介護者を支えられる地域全体を俯瞰した構想」「今後の連携・再編・集約化をイメージできる医療機関機能に着目し

(図7)

新たな地域医療構想

- 病床の機能分化・連携を中心とした地域医療構想をバージョンアップし、85歳以上の高齢者の増加や人口減少がさらに進む2040年頃、さらにその先も見据え、すべての地域・すべての世代の患者が適切な医療を受けられる体制を構築できるよう、入院医療だけでなく、外来医療・在宅医療、介護との連携等を含む、医療提供体制全体の新たな地域医療構想を策定する。

た医療提供体制の構築」「限られたマンパワーにおけるより効率的な医療提供体制の実現」としてはありますが、易しいものではございません。先生方には、どのように地域で議論を展開していくのかについてもお考えいただければと思います。(図7)

医療DX

医療DXにおいては、①全国医療情報プラットフォームの創設②標準型電子カルテの開発と電子カルテ情報の標準化③診療報酬改定DX——を3本柱として考えていかなければならないと思います。

まず、全国医療情報プラットフォームとして、医療情報基盤、二次利用基盤、介護情報基盤、行政・自治体情報基盤、こういうものが構築されるということになります。

それから、電子カルテの標準化でございますが、標準規格に準拠したクラウドベースのシステムを構成すると言われていています。国が共通した必要最低限度の基本機能を開発、提供する。民間事業者が各施設のニーズに応じたオプション機能を提供する、そういった大きな3つの原則に基づいて標準化していくという方向性にきているようですが、これもなかなか困難があって難しい問題だろうと思っています。

医療DXの目標として書いてあることはすばらしいことです。①救急・医療・介護現場の切れ目ない情報共有②医療機関・自治体サービスの効率化・負担軽減③健康管理、疾病予防、適切な受診等のサポート④公衆衛生、医学・産業の振興に関する二次利用——この実現のために個人情報がどのように取り扱わ

れるのかということも、先生方と一緒に考えていかなければならないと思います。

次世代にどのような医療を引き継いでいくのか、先生方と一緒に考え、やっていきたいと思っています。

ご清聴、どうもありがとうございました。

(文責：広報委員会)