

医療改革の医学教育への影響*1

福 間 誠 之*2

はじめに

日本の医療は1961年に社会保障制度として国民皆保険制度が実施され、日本国憲法第25条の「全ての国民が健康で文化的な最低限度の生活を営むこと」が保障されている。医療提供者はいつでも、どこでもよい医療が受けられるように努力し、経済的な発展とともに日本は世界の最長寿国となった。

しかし、これまで例をみない急激な人口の高齢化、医療の高度化などによって、医療費は増大の一途をたどっており、このまま放置すれば21世紀初頭には医療保険制度が破綻してしまうことが明らかとなったため、政府は医療保険制度の抜本的改革を検討し、その内容がかなり明らかにされている。

医療制度が変わればその医療を担当する医師を養成する医学教育も当然変わらなければならないので、関連する項目を取り上げ、これからの医学教育をどのように改革させる必要があるか考えてみたい。

1. 医療改革の方向性

平成9年9月の時点で厚生省あるいは政府与党で検討されている内容が公表され、医師会をはじめ各方面からの意見も出されているが、医学教育に関連ありそうな主な点は以下のようなことである。

1) 国民に開かれた医療

医療における情報公開を推進し、国民の選択によって適切な医療が提供できる体制を目指す。

①患者の立場にたった医療：医療における情報としてインフォームド・コンセントの徹底を図る。このことはすでに保険法改正により診療報酬の中に入院診療計画料、情報提供料、薬剤情報提供料、服薬指導料などが導入され、情報提供を有料化してさらに推進しようとし、また、治療内容に関してカルテやレセプトの開示も推進されようとしている。

②医療における情報公開：公告規制の緩和により、医療機関の専門分野を明示できるようにして患者がより適切な医療が受けられるようにする。また、第三者機関による病院機能評価事業の充実、普及を図り、評価内容の公開を目指す。

③医療従事者の資質の向上：幅広い知識および技術を有した医師の育成を図るため、医師の卒後研修を必修化し、臨床研修中の医師についてはその手当が支払われ、指導体制の充実を図る。

2) 新しい医療報酬体系

基本的な考えとしては「もの」より「技術」を重視し、ホスピタルフィーとドクターフィーを明確化し、医療機関の機能に応じた評価、急性期と慢性期に応じた評価をする。

①技術の評価：診療科の性格と技術の難易度をふまえた評価をし、看護についても看護必要度を加味した評価とする。

②医療機関の機能に応じた評価：大病院は入院機能を重視し、外来は原則として紹介とする。中小病院や診療所の外来はプライマリ・ケア機能を重視した評価をし、入院は病院の特性や診療科の特性に配慮した評価をする。

③急性期、慢性期医療に応じた評価：急性期医

*1 Influence of the Health Care Evolution on the Medical Education

キーワード：医療改革、医学教育、医療経済、保険診療、医療の質

*2 Seishi FUKUMA 明石市立市民病院

療は出来高払い、慢性期医療は定額払いを原則とし、急性期医療の入院患者は当初は出来高払いで、一定期間は1日定額払いとする。入院患者の疾患別定額払いについても基礎調査を進め、その導入を検討する。慢性期医療の入院医療については、1日定額払いを原則とし、外来医療は原則として出来高払いとするが、一定の慢性疾患は定額払いのあり方について検討する。

2. 医学教育への影響

以上に紹介したように、日本の医療制度が大きく変えられようとしていて、21世紀の医療を担う医師の養成は、新しい医療制度に適した医療を実践できる能力を修得させるような医学教育が必要である。

1) 医療保険教育

日本で医療を受けるほとんど全ての患者は保険診療で行われているが、従来の医学教育では保険医療に関しての教育はあまり行われていなかったため、第一線の医療機関で若い医師の行う診療担当者規則を無視した医療行為が保険審査の査定の対象となり、問題とされてきた。保険診療では認められない処方、長期投薬、過剰な検査などが指摘される。医療保険制度の改正により審査はさらに厳しくなり、患者側も薬代をはじめ医療費の一部負担が多くなり、今後さらに増える可能性があるために、処方された薬の効果、必要性などにさらに詳しく説明をもとめ、必要最小限の薬の処方を要求するようになると思われる。

2) 医療のコスト意識

保険制度に導入されようとしている定額制では、患者ごとに一定額の費用しか支払われないことになるので、患者を診療する際に限られた費用を有効に利用し、必要最小限度の検査でもっとも効果のあがる医療が提供できるようにしなければならない。費用が限られていても患者に提供する医療の質を落とすことがあってはならないので、より効率的、効果的な医療を提供するような教育がなされなければならない。

従来は費用のことは一切考慮しない医療が大学病院では実施されてきたが、これからは現在行っている医療行為の費用はどれくらいかかるのかを念頭において学生に教育する必要がある。

3) 臨床能力の向上

医学の進歩によりさらに医療が高度化されて、検査や治療法も多様化してくることが予測されるが、臨床の現場では全ての患者にできる全ての検査を指示するのではなく、医療の基本的技術である病歴聴取、的確な身体所見の把握ができる能力を十分に付け、個々の患者に適した検査を選び、より効率的で、経済的な医療が提供できる能力が求められる。それには事実に基づいた科学的医療(evidence-based medicine)や臨床治療学、臨床疫学、臨床判断学などの教育が必要となる。

4) 問題解決能力

これからの医療はますます複雑になってくることが予測され、患者の抱えている問題も多岐にわたり、その問題を的確にとらえて解決策を立て、それを実施することが必要である。医学教育が現在行われている疾病中心であれば、病気をもった病人への関心がおろそかになる危険性がある。世界各国で実施され効果をあげているPBL(problem-based learning)、あるいはTBL(task-based learning)を導入する必要がある。

5) 新しい治療法の開発

大学病院は医学の進歩に基づいた新しい治療法を開発し、普及させる役割があり、保険診療では特定機能病院として指定を受ければ、保険では認められていない新しい治療も実施できることになっているが、大学病院で研修した医師がそのまま一般病院で同じことはできないことを教育する必要がある。若い医師は患者の検査データがすべて揃っていないと不安を感じるのか過剰検査の傾向がみられるが、大学附属病院と一般病院では医療が違うことを認識させなければならない。

6) 医療経済学

限られた医療財源をより有効に利用するために、医療のコストを下げる目的だけでなく、同じ費用でより効果的な医療を開発するために、医学教育の中にも医療経済学を導入する必要がある。医療行為や薬物による治療効果は医師でなければ判断できないので、医師により適切な医療評価の方法を開発し、日常診療の中でたえず評価をする習慣を身につけるようにする。医療の効果を単に生存率だけで検討するのではなく、最近では患者のQOLに配慮した評価を検討するようになり、さら

にはそのために使用される費用も考慮されなければならない。

新しい医療技術が開発されたとき、臨床的効果をはじめその経済的効果まで検討の対象として、有用なものであれば普及に努める。

7) 医療の質の保障

医療の質を確保し改善させるために診療指針(ガイドライン)が作成されるが、これは専門家の意見を評価し合意に導く系統だったコンセンサス形成の手法や、科学的知見に裏打ちされた(evidence-based)ルール作り、根拠や潜在的な利点、欠点、費用に代替案を明示的に記載、証明する手法などいくつかのアプローチがある。

医療資源の限界やその効率的、効果的使用が社会的な課題となり、医師は開発されている技術が診療と費用におよぼす影響を検証するべきである。このような分析を注意深く行うことによって、

医療の質を落とすことなく費用の改善をはかることが可能となるであろう。

文 献

- 1) 21世紀の医療保険制度(厚生省案概要). 病院新聞 1997年8月14日号
- 2) 21世紀の国民医療(与党医療保険制度改革協議会). 病院新聞 1997年9月4日号
- 3) 日医医療構造改革構想(1997年5月20日). 日医ニュース 1997年6月20日号
- 4) Harden RM, Laidlaw JM, Ker JS, et al: Task-based learning: an educational strategy for undergraduate, post graduate and continuing medical education. Part 1 & 2. *Medical Teacher* 1996, **18**: 7-13, **18**: 91-98
- 5) 今中雄一: 医療の質の保証とその改善. 医療改革(岩崎榮, 広井良典共編), 日本評論社, 東京, 1997, p 116-123

* * *