

特集

タスクシフトに関する医療法の一部改正に伴う現状と展望 — 医師の働き方改革法案の検証 —

村中 光

純真学園大学 副学長

Current status and issues of a physician's work style reforms

Toru MURANAKA

Vice-President JUNSHIN GKUEN University

【要旨】 これまでの我が国の医療は医師の長時間労働により支えられてきたといっても過言ではなく、今後医療ニーズの変化や医療の高度化、少子化にともなう担い手の減少が進む中さらに医師への負担が増加することは容易に想像できる。そういった現状もあって、近年働き方改革の流れの中、医師の働き方改革とも関連して医師業務のタスクシフトの動きが加速している。しかし、この現象の理解には、医療ことに職業としての医師、並びにその免許制度の歴史と背景を知る必要がある。そこで本稿ではこの動きの原点と、最近の状況、またそれにまつわる課題を概説した。

キーワード： 医療の歴史、各国の医療制度、医師の働き方改革、タスクシフト。

1；医療の歴史 医師の誕生

医師は人類史上で最も古い職業の一つと言われており、その源流は古代ギリシャのヒポクラテス（BC460～377）までさかのぼる。彼は医業を初めて定義し、その誓詞「医を商売道具としないこと、患者のためだけ奉仕の精神、万人平等に尽くすこと、守秘義務」は、医師の根幹をなす精神として今日まで引き継がれている。古代社会では、シャーマンや薬草や施術を用いる「呪術医」が今日の医療にあたる行為を行っていたが、組織的宗教が発達すると、宗教者が医師の役割を果たすこととなった。それらは、今に至るまでオルタナティブメディシン（代替医療）の一部として継承されている。その後、ギリシャ、イスラム、インド、中国、でそれぞれの文明に基づいた伝統医療が発展し、特定の教育大系により訓練を受けた専門家が医師として認定されるようになった。各文明の医療にはそれぞれ特色があるが、疾病理論は共通しており、病気の原因は、生命を構成する要素のアンバランスによるとし、体液説（ヒュメラル・セオリー）と呼ばれている。ギリシャ医学では人間は血液、粘液、黄胆汁、黒胆汁の4種の体液からなるとされ、西洋ではこの体液説を用いたガレノス（約1800年前のローマ皇帝の侍医、解剖、生理学に関する業績が多く、アリストテレスの哲学を踏まえ学問としての医学を確立した）による医学が1800年代の前半に至るまで主流をなしていた。

タスクシフトの始まりといってもいい医薬分業は約800年の歴史があり、神聖ローマ帝国のフリードリッヒ II 世（1194年－1250年）が毒殺をおそれ主治医の処方をも別ものにチェックさせ、1240年の5ヶ条の法律（薬剤師大憲章）により医師が薬局を持つことを禁じた。ちなみに日本における医薬分業の成立は明治になってからである。

西洋における近代医学の始まりは15世紀ルネサンスにまで遡るとされているが、産業革命による科学技術の急速な発達に伴い、1800年代後半、それまでの思弁的医療観（哲学的）に基づく医療から科学的医療観、すなわち生命の働きを機械的論理でとらえ検証可能な理論で説明する科学的医学が確立した。その中核的存在であったドイツのウィルヒョウは、それまでの体液病理説から全ての病は細胞から始ま

とする組織病理説を確立したが、彼は自然治癒力を否定したため異論を唱える者も少なくなかった。1910年には米国の医学教育に物理と科学が必須とするブレクスナー報告が出され、この科学的医療観が世界の潮流となり現在医学の根幹となっている。

2；日本の医師免許制度と諸外国の制度との違い

A) 日本の医師免許制度の変遷

何らかの医師免許制度は古代から存在したものの、近代医学に基づく医学教育と公的な免許制度は科学的医学の確立とほぼ同時期、すなわち1800年代始まったに過ぎず、近代的な医師像の歴史は極めて新しいといえる。日本では明治維新後の1874年、医師の開業免許制度が導入され、1876年に内務省より免許取得には洋方六科試験合格が必要となることが通達された。漢方医を志す医師であっても西洋医学を学ぶことが必須とされるようになった。しかし明治初頭は従来開業の者にも申請のみで医師免許が認められ、また医科大学ないし専門学校を卒業して医師免許を得る途と開業試験に合格する途が大正期まで併存し、基準の統一性を欠き医学教育の水準は多様であった。その後、第二次世界大戦中は軍医・医師不足から医学専門学校が急増設、医学教育期間短縮、学生は勤労働員に駆り出されるなど、医学教育の内容は、きわめて劣悪なものとなっていた。

世界の医学水準は英米を中心に、飛躍的に発展していたが、日本にはその情報も伝わらず、日本の医学水準自体が、すでに世界を大きく下回っていた。我が国において医師、歯科医師、薬剤師、看護師などは戦前から資格として存在していたが、医療専門職の専門分化をはじめ、現在の法制度、教育システムとなったのは第2次世界大戦後のことである。1945年、連合軍総司令部による衛生行政・医師教育の改善指令をうけ、1946年、国民医療法施行令が改正され、医師養成機関の卒業生は、実地修練制度（インターン教育）と医師国家試験が義務づけられることになった。すなわち、大学医学部・医科大学・医学専門学校を卒業した者は、医師免許の前提たる医師国家試験の受験要件とされた。そして1947年3月に卒業した、大学医学部・医科大学・医専の学生に一年間のインターン教育が行われ、1948年3月、医学部・医科大学・医専の卒業生を対象に第二回医師国家試験が行われた。しかしこのインターン教育は、医師の資格を有しない者が、医療行為を行っており、とりわけ、インターン生の過失に因り医療事故が起こった場合、無資格診療となってしまうと同時に責任の所在も明確でないといった問題があった。さらに、インターン生は医学部を卒業しているにもかかわらず、全くの無給であった。そのため、1967年（昭和42年）に東大医学部のインターン生が中心となり、「医師国家試験ボイコット運動」が起こり、1968年にこの「インターン制度」は廃止され、変わって医師免許取得後2年以上の臨床修練に努めるようにするという新たな臨床研修制度が始まった。この制度はあくまで努力目標とされていたが現実にはほとんど全ての医師が研修医として例えば大学では日給制の低賃金であったためアルバイトで生計を立てなければならぬ状況であり極めて過酷で不安定であった。2014年になり新臨床研修制度に変更され、2年間の臨床研修が義務化されると同時に研修医としての給与体系、指導医体制、研修プログラムが整備され現在に至っている。

B) 日本の医師免許制度

現在、医療の進歩とともに、高技術・専門化、また分野の細分化傾向が強まり、医師免許の他に各診療分野の学会などが「学会認定医」や「学会専門医」などの学会認定専門医制度が導入されるようになった。これらの認定資格は各学会が独自に審査基準を定め、取得の難易度には大きな差があったが、患者にとって「専門医＝専門性が非常に高い医師」との認識がされがちだったのも事実であり、多くの医師が取得してきた。しかしこの資格は法的には何の効力もなく、単なる肩書に過ぎない状況が長年続いてきた。厚生労働省がこのような現状をふまえ一定の審査基準を設け良質な医療の提供を実現すべく新専門医制度を開始したのは2018年4月のことである。医師法・歯科医師法の改正によって、共用試験

合格を医師国家試験の受験資格要件とし、これに合格した医学生が臨床実習として医業を行うことができることが明確化された。

新専門医制度では、初期臨床研修が終了した医師は原則的に内科や外科など19領域の「基本領域」の専攻医となり、3年間所定の研修を受けて専門医資格を取得、さらにその分野に関連したより専門性の高い23領域の「サブスペシャリティ領域」の専門医資格を目指すこととなる。これにより専門医が様々な施設基準獲得の条件にもなっている。しかしわが国では医師法上、医師であればどの分野の診療も行えることになっており、例えば内科医が外科手術を行うことなども法制度上は可能である。ただし、麻酔科だけは特別で、麻酔業務にあたるには、厚生労働省の許可を得なければならない。

C) 諸外国の医師免許制度

米国；医師免許には M.D. (Medicinae Doctor) と D.O. (Doctor of Osteopathic Medicine) の2種類がある。それぞれ法律上は医師として全ての医療行為を行えるが、D.O. は特定の疾患の治療よりも、患者の体の全体を診るという性格がある。日本では大学病院が研修・研究の中心となっているが、米国ではティーチングホスピタル (Teaching Hospital) という大きな総合病院で行う。通常は大学病院や州立や郡立の病院が指定されている。

医師養成教育機関としては medical school (医科大学院)、college of medicine (医学校) と college of osteopathic medicine (医学校) の2種類がある。メディカルスクールは主に4年制の M.D. 課程で臨床医養成教育を行う専門職大学院である。教育は病院の医師などではなく、医学教育の専門家が行う。前述のようにメディカルスクールは大学院の位置づけにあり、その入学審査を受けるには大学学部課程を卒業し学士号を有することが必要である。すなわち文系・理系問わず一般の4年制大学で、主専攻の他に物理学・一般化学・有機化学・生物学の基礎科学を履修するか、Pre-Med Course (医学進学課程) に進んで物理学・化学・生物学を強化したプログラムの履修が必要とされる。また多くの大学で、受験者にボランティア活動を要求している。ボランティアは必要項目でないが、ほぼすべての受験者が平均2年から多くの年数のボランティア経験があり、経験がない受験者はまず受からないという現状がある。総合病院、あるいはあらゆる分野の研究所等にてボランティア活動をする人が多い。

入学審査においては医科大学入学試験 (Medical College Admission Test) とよばれる共通試験のスコア、学校独自の物理学、生物学、口頭試問、小論文の試験、学部成績などを総合考慮して合否が決定される。またほとんどのメディカルスクールが医学研究者を養成するための Ph.D 課程を併置している。修了者は学部 - 大学院合わせて8年修学する事になり、日本の卒後研修後と同じ年数になる。修了者は医務博士 (Medicinae Doctor (M.D. または Doctor of Medicine (D.M.)) となる。医師免許は各州の医事委員会 (State Medical Board) が所管し、その交付を受けるには学生時、卒業後にわたり以下の STEP1, STEP2 (CK・CS), STEP3 と呼ばれる3段階の合衆国医師免許試験に合格しなければならない。Step1 (一般的に2年次の終わりに受験する人が多い) 基本的に解剖学、生理学、生化学、薬理学、病理学、微生物学等の基礎医学分野から出題される。Step2 (一般的に4年次に受験する人が多い。ここでの成績でマッチング評価となる。) Step2CK (Clinical Knowledge: 臨床知識)・Step2CS (Clinical Skills: 臨床技能) に分けられ、基本的に内科学、外科学、小児科学、産婦人科学、公衆衛生、精神医学等の臨床医学分野から出題される。Step3 が最終試験であり一般的にレンジデンシー1年目に受験する人が多い。Step 3 まで合格すると州に申請して「医師」免許が与えられ、基本的な処置や診療のみが許可される。メディカルスクールを卒業した者は、研修病院で臨床研修を行わなければならない。研修先の病院は「マッチング」という制度によって選定が行われ、その後の進路に大きく左右するためかなりの競争となっている。研修病院での臨床研修最初の1年を「Internship (インターンシップ)」と呼び、主要診療科を一通り回るのが一般的となっている。その後各科ごとに研修期間の異なる「Residency (レジデンシー)」と呼ばれる段階に進み、各科それぞれ3～6年の研修が行われる。この後に「Board Certification Examination

（認定試験）」という試験を受験。これに合格して初めて「一般内科医」「一般外科専門医（Board Certified General Surgeon）」等の称号（Board）となり医師としての一般的な活動が可能となる。たとえば内科であれば米国内科試験委員会（英語版）（ABIM）が専門医認定を行う。さらにこの後 Fellowship（フェローシップ）と呼ばれる専門医研修があり、各科3～10年の研修ののち、専門科認定試験（Subspecialty Board Certification Examination）に合格して循環器内科専門医等という称号（Board）が与えられ高度な医療行為を行うことができる。各専門学会に入会できるのは、これら Board を取得した者のみである。

全ての医療関連免許はそれぞれの州が交付するが、日本のように医師免許があれば事実上すべての診療科を行うことができるというものではなく、各診療科ごとの専門医資格が必である。また手術手技や診療に関しても段階が存在し、高度な医療を行うには別にその専門医資格が必要になる。現在各州において医師免許に定年制度は設けられていないが、専門医資格は3～4年に1回、指定された講義単位数や実績を前提に更新が行われている。

英国；英国も、診療科ごとに専門医資格が必要とされている。また総合診療医（家庭医療 / 一般医療：general practice）と病院医（専門医療が厳格に区別され、それぞれ専門領域として独立している。英国の大学医学部はすべて公立（バッキンガム大学のみ私立と位置付け）で、伝統的に大学の権威が高く認められているため、医師資格の国家試験は存在せず、各大学の卒業試験に合格し卒業することで医師免許が与えられる。留年は認められていないため、中退者も少なくない。高校卒業後に大学医学部に入学となるが、英国の大学入学には A-Level という統一試験があり、その成績と面接・書類審査等で医学部入学となる。医学部は約5年制で、卒業後は日本同様2年間の臨床研修が義務付けられ、その後に専門とする診療科を選択する。ここで大きく総合診療医と病院医（専門医療）とに進路は選択され、研修終了後にそれぞれ総合診療認定医、病院医資格取得となる。

ドイツ；米国同様、診療科ごとに専門医資格が必要とされている。医師国家試験は4段階の試験が存在する。中等教育修了後に大学医学部に進学でき、そこで約6年間の医学教育を受けるが、医学部での勉強と医師国家試験は平行して行われ、医師免許取得後にも医学部で医学教育を受ける必要がある。まず医学部在学2年目で教養試験と呼ばれる自然科学系国家資格の統一試験がある。それに合格すると1年後に第一次国家試験（基礎医学）、約2年後に第二次国家試験（臨床医学）があり、最終学年時に、1年間の病院での臨床研修が義務付けられている。最後に第三次国家試験があり、これに合格して初めて医師免許が発行される。またドイツの医学生は医学教育科目とは別に大学での単位の取得が必要とされており、大学によってはと卒業論文の製作を求めているところもある。そしてこの「医師免許」と「卒論」の二つが揃って初めて大学の卒業が認められ、学位が授与される。卒業論文の代わりに博士論文を書く学生もあり博士論文が認定されると博士の学位を授与される。また医師免許があったとしても医師としての活動が許されているわけではなく、歴史ある医学大国として各「医師会」の権威が大きく、また何年かの臨床研修を受け各医師会の専門医試験に合格しないと診療科を標榜することができず、開業しても公的健康保険に対して診療報酬は請求できない。

専門医資格の中に一般医学（家庭医）という専門資格も存在し、一般開業医はこの専門医資格が必要とされている。ドイツ国内においては1999年から医師の定年制が施行され、68歳になると保険医療を行うことはできなくなった。また、それによって定年後の医師の生活を支える目的で医師老齢年金制度という社会保障制度が存在する。

D) 応召義務；

我が国の医療制度の特徴の一つに応召義務制度がある。これは1949年厚生省通達；医師法19条に定め

られた規定された「患者の診療，治療の求めがあった場合正当な理由なくこれを拒否してはならない」という医師や医療機関に課せられた患者の診療義務である。この規定には罰則規定はないが，実質的には日常業務後に引き続きの夜間当直，呼び出し待機当番制などで対応してきた経緯があり，また特殊技術を持っているものは365日24時間の対応が必要なであった。これは医師の職業的使命感に支えられてきたと言っても過言ではなく，対応ができなかった場合，診療拒否などとマスコミに取り上げられると言った状況が続いた。

最近の働き方改革の動きの中で，2019年12月厚生省通達により「診療時間外，勤務時間外であることを理由に拒否しても応召義務違反にはならない。応召義務は医師の国に対して負担する公法上の義務であり，医師の患者に対する私法上の義務ではない」といった見直しがされたが，長年後述する欧米にはない制度が続いてきた。

アメリカ医師会倫理綱領は（患者の遺棄）において「医師は患者を選ぶ権利を有する」とし，綱領の（選択の自由）では「個人が一般的に医師を選択することを保障する」とする一方，「医師が個人を患者として受け入れることを断わることもできる」と明記している。また，ドイツでは，医師は医療業務に就いている場所において，その場所を管轄する地域の救急医療システムを整備し，その業務に参加し，奉仕する義務（地域の救急医療システムに対する責任）を負うとしており，日本の応召義務とは性格が異なる。

E) 善きサマリヤ人法

善きサマリヤ人法（good Samaritan law）とは「災難に遭ったり急病になったりした人など（窮地の人）を救うために無償で善意の行動をとった場合，良識的かつ誠実にその人ができることをしたのなら，たとえ失敗してもその結果につき責任を問われない」という趣旨のものである。戸外での善きサマリヤ人法が適応されるような環境下では，医師の患者の関係は，一般に言われている民法での規定，すなわち医療行為と その対価（医療費）の契約が成立しないものと考えるが，我が国ではその根拠が法律制度には記載されていない。医療機関という空間に居ない医師は，応召義務はないし，医師が医療費を請求しなければ商法上の取引も発生しない。しかし，応急処置の結果に対して，悪意や極端なあやまちがなければ，免責が必要であり，ここに善きサマリヤ人法の意義がある。戸外ではさまざまな状況があり，現行法のパッチワーク作業ですべてをカバーするには無理があり，一元的な裁判結果を決して期待できず，戸外での善意は，医師の行為とその免責は不利な法的環境にあると言える。

アメリカ，カナダなど海外では施行されており，近年，日本でも立法化すべきか否かという議論がなされている。

3；医師の働き方改革とタスクシフト

A) 働き方改革の経緯

働き方改革が提唱されるはるか以前より，日本社会には労働に関する多くの懸念や課題があったが，特に戦後の高度成長期，バブル期においては労働の長時間化が是認され，長く働くことが美德であるかのように受け止められてきた。バブル崩壊による長年の不景気と廉価販売の中，人件費削減により低賃金長時間労働が常態化するようになった。中でもコスト削減を至上命題とし，末端従業員に劣悪な労働環境での勤務を強いるいわゆるブラック企業の存在や過労死問題が社会問題化してきた。このような社会情勢をふまえ1992年「時短促進法（労働時間の短縮の促進に関する臨時措置法）」制定。2006年「時短促進法」が「労働時間等設定改善法（労働時間等の設定の改善に関する特別措置法）」に改正，施行，2013年 世界的な長時間労働や過労死の問題に対しての国連が是正求めを受け2014年「過労死等防止対策推進法」施行，2016年「女性活躍推進法（女性の職業生活における活躍の推進に関する法律）」完全施行，2017年には「人生100年構想会議」「働き方改革実行計画」が設置・策定され，2019年5月に改正

法が成立し、同年の6月に公布され、施行は2020年6月。対象企業拡大については2022年4月に施行されることとなった。

B) 医師の働き方改革並びにタスクシフト関連法案の概要と成立までの経緯

このような働き方改革の流れの中、実は最も過酷な労働環境にある勤務医に目が当てられ、また今後の安定した医療体制の維持を図る目的で多くの議論が重ねられ、2021年5月21日、「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案」が可決された。改正の概要は次の4つの柱から構成されている。1：医師の働き方改革 2：各医療関係職種の専門性の活用 3：地域の実情に応じた医療提供体制の確保 4：その他（持ち分の定めのない医療法人への移行計画認定制度の延長）

医師の働き方改革については、医療法の改正により、医師の時間外労働に上限を設け、2024年4月からこれを運用できるようにするための措置を講ずとされ、具体的には勤務する医師が長時間労働となる医療機関における医師労働時間短縮計画の作成、地域医療の確保や集中的な研修実施の観点から、やむを得ず高い上限時間を適用する医療機関を都道府県知事が指定する制度の創設、当該医療機関における健康確保措置（面接指導、連続勤務時間制限、勤務間インターバル規制等）の実施といった点が盛り込まれている。なお、時間外労働の上限としては、一般の勤務医で年間960時間、救急医療などを担う医師で年間1860時間との方針が示されている。

タスクシフト／シェアについては、2018年から検討が重ねられ診療放射線技師法や救急救命士法等の改正により、医療関係職種の業務範囲の見直しをはかることで、医師の負担軽減・医療関係職種の専門性の活用のためのタスクシフト／シェアの推進が盛り込まれた。

4；医師の働き方改革とタスクシフトの課題

医療行為は長らく医師の独占的仕事であったが、古くは医薬分業に始まり、また産業革命以降公衆衛生概念の高まりとともにナイチンゲールが看護職を体系化したのに続き、技術革新と医療の多様化に伴い種々の医療専門職が誕生してきた。我が国では、医師、歯科医師、薬剤師、看護師などは戦前から資格として存在していたが、戦後 GHQ の主導のもと現在の法制度、教育システムとなった。その後、歯科衛生士（1948年）、臨床検査技師（1958年）、理学療法士（1965年）、作業療法士（1971年）、視能訓練士（1971年）、診療放射線技師（1983年）、臨床工学技士（1987年）、社会福祉士（1987年）、介護福祉士（1987年）、精神保健福祉士（1997年）など、多くの職種が生まれた。さらには医師の業務負担軽減目的で2008年には医師事務作業補助者、日本版ナースプラクティショナーショナー制度が導入された。このように近代医学すなわち西洋医学が世の中の潮流になり業務の多角化、複雑化とともに一分業といった手法があたりまえになってきた。同時にチーム医療が必須のものとなりそのための情報共有、コミュニケーション、全体評価、統括管理が医療の質や安全を担保するための必須条件となってきた。

今回の医師の働き方改革並びにタスクシフトは主として医師の業務軽減を目的とするものであり、実現すればかなりの改善効果が期待できるが、現実には多くの課題がある。医師の長時間労働を生み出す要因に我が国の欧米にはない特殊な状況がある。まず第1には医療制度におけるフリーアクセスがある。つまり国民はいつでもまたどの医療施設でも自由に選ぶことができると保証されている点である。近年、紹介型の病院では他に比べ高い初診料をとられるようになったが、これも患者の意志に任されており受診してはいけないことにはなっていない。また前述したように我が国特有の応召義務が最近改正されたが、全体的風潮として医療側の権利として市民権が得られるといった状況には程遠い。今回の働き方改革法案は医師の時間外労働に上限を設け、2024年4月からこれを運用できるようにするための措置を講ずることとされたが、これは勤務時間の罰則付き上限規制であり、またこれには本務の勤務先での勤務時間、外務先、当直などの時間も含まれ、また連続勤務28時間、インターバル9時間の制限があるため、

当直した翌日の午後は勤務や、夜間急患手術を行った場合、朝からの勤務ができないといった事態が発生する。したがって大学病院や総合医療センターなどの高度医療を担う大病院では余裕のある医師の配置が不可欠であり、また中小病院への大学からの医師派遣が困難になる可能性もある。

また我が国にあっては医師以外の医療専門職には法的に定められた業務範囲があるが、医療行為の全てが医師の判断にゆだねられ、そこに明確な定めがないといった背景がある。医学史家の中川米造は、医師は時に応じて、知識人、研究者、技術者、援助者の5つの役割を使い分けており、近代的科学者であると同時に古代から続く役割をも担っていると指摘している。それは、科学技術、社会情勢が大きく変化し、多様化、複雑化してきた現代においても医師の仕事が、歴史的に引き継いで来た患者との関係においては変わっていない事を示唆している。すなわち医師は患者との関係置いて総合責任者であり、最終的な責任をもつということである。とりわけ我が国においては、西欧のように医療従事者の生活や権利を尊重するといった意識は根付いていない。疾病の発生は時間を選ばず、また応召義務違反といった縛りもあり365日24時間対応しなければならない。また我が国の休日は世界で最も多く、一日をとっても8時間労働だとすると残りの16時間は時間外となる。したがって1年の大半が時間外であるにもかかわらず、現実には看護師のようにシフト制はひけないため必然的に時間外労働をやらなければ成り立たないといった状況がうまれる。これには医療の質を担保する必要があることから人材が限られること、また診療報酬が規定されているため、仮にその人員が確保されたとしてもその経済的負担には到底耐えられない。医療は生命に携わる職業であるため、もともと市場原理や合理主義、契約主義にはそぐわない側面を持つ。すなわち命の値段の相場はこれくらいであるとか、この程度のかかわりでよいといったことが許されるものではなく、また命の価値は人それぞれにより画一的に判断されるものではないからである。したがってそのかかわりに対する対価は一定に定めがたい性質をもち、過去の医療ではお礼の意味があり、大根1本、無償提供もあった。我が国の制度は平時においては多少の問題あるものの、世界から称賛される国民にとってはこのうえない体制である。しかし社会福祉的原則から診療報酬は市場原理から見て極めて安価に設定され、営利産業がになう機器、薬剤などは市場価格が基本であるため、診療報酬のなかでこれらの割合が極めて高く、医療サービスや人件費に避ける割合には限界がある。したがって経済的基盤がないままに働き方改革のみをとりあげ人の配置や業務の分散をはかっても片手落ちのそしりは免れず、質を担保しながら働き方が合理的であるようにするには相当の経済的負担が必要であり、そうであるなら我が国の社会保険制度による医療の仕組みとは相いれないと考えるのが必然である。

我々古い世代の医師の多くは社会貢献を喜びとし、自らの生活を犠牲にしてもやりがいや糧に働いてきた。また今でいうところの超過勤務などの考え方もなかった。それにより現在までの医療が成り立ってきたといっても過言ではない。したがって今回の医師の働き方改革にうたう医療と医療人の負担の軽減、契約主義を現実化するには、英国のようにホームドクターのトリアージの義務化により患者の自由意思による病院受診の制限や、米国のように市場原理にのっとり医療報酬を経営可能なレベルまで引き上げるしか解決法はない。

一方タスクシフトに関しては医師の負担軽減という意味で期待できる。しかし今回移行される業務は、侵襲的でありかなりのリスクをとまうものが含まれ、医療安全の観点からも充実した教育研修が不可欠であり、また施行者には責任を伴うことを考えなければならぬ。

おわりに

今日の医療を取り巻く環境の下では、医師の役割や患者、その他の職種との関係も大きく変わりつつある。分業化は特に医師の医療に対する意識にも影響をおよぼし総合的な判断力の低下、空白領域の出現、責任感の欠如などの問題が発生している。また新臨床研修医制度は専門医の選択は個人の意思にまかされているため負担の少ない診療領域を多くが選択する傾向にあり、例えば外科医不足なども顕性化

してきている。未曾有の高齢化を迎える日本ではこのまま付け焼刃的な対策あるいは諸外国のいいところどりといった手法ではいずれ今の医療制度は立ち行かなくなる。継続可能な医療制度の構築について、国民の意識改革を含めた早急なる抜本的改革が必要と思う。

参考資料

- 1) 布施昌一. 医師の歴史. 中央公論社, 1979
- 2) 酒井シヅ. 日本の医療史. 東京書籍, 1982
- 3) 宮永孝. ポンペー日本近代医学の父. 筑摩書房, 1985
- 4) 吉良枝郎. 幕末から廃藩置県までの西洋医学. 築地書館, 2005
- 5) 坂井建雄. 澤井直 他, 我が国の医学教育・医師資格付与制度の歴史の変遷と医学校の発展過程 医学教育 2010
- 6) 文部省. 学制八十年史. 大蔵省印刷局, 1954
- 7) 文部省. 学制百年史. 帝国地方行政学会, 1972
- 8) 海原亮. 近世医療の社会史—知識・技術・情報. 吉川弘文館, 2007
- 9) 厚生省医務局(編). 医制百年史. ぎょうせい, 1976
- 10) 竹前栄治(編訳). GHQ サムス准将の改革—戦後日本の医療福祉政策の原点. 桐書房, 2007
- 11) 泉孝英: 外地の医学校. メディカルレビュー社, 2009
- 12) 橋本鉦市. 専門職養成の政策過程 —戦後日本の医師数をめぐって. 学術出版会, 2008
- 13) 勝山貴美子. 看護職のチーム医療における協働と自律性 —歴史的背景と調査結果からの考察— 医学哲学医学倫理 32, 2014
- 14) 長谷川俊彦. 医師と労働 —その歴史と展望 特集; 先生の働き方, 医師の世界 日本労働研究雑誌, 2014
- 15) 金 塚 完. 現代の医学教育における問題と展望 —教授就任記念講演—. 東北医誌, 2007
- 16) 中川米蔵. 医の倫理 玉川出版部 1977
- 17) 前田由美子. 医療関連データの国際比較. 日医総研ワーキングペーパー 2016
- 18) 植山直人. 勤務医の労働と働き方改革 医療福祉政策研究 3巻1号. 2019
- 19) 厚生労働省医師の働き方改革に関する検討会報告書. 2019
- 20) 良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律案の概要 厚生労働省公開資料. 2021
- 21) 我が国の医療制度と諸外国の医療制度. フリー百科事典 ウィキペディア (Wikipedia) UTC 版. 2022