

内科系学会社会保険連合

「ワークショップ」

「プロフェッショナリズムと保険診療」

日 時：平成20年9月20日(土) 13:30～16:00

会 場：東海大学校友会館

- 1：プロフェッショナリズムと保険診療
北村 聖（東京大学医学教育国際協力センター）
- 2：健康保険制度における「プロフェッションの自律」
野村英樹（金沢大学附属病院 総合診療部・総合内科）
- 3：保険診療による医療制度と医師の労働倫理
錦織 宏（東京大学医学教育国際協力センター）
- 4：診療報酬・医学教育・プロフェッショナリズム
武田裕子（三重大学大学院医学系研究科地域医療学講座）
- 5：診療報酬支払いにおける内科系医師技術料評価の総括と今後の戦略
茅野真男（国立病院機構 東京病院）

はじめに

高橋 進

「国民の信望に応える医師と医療」委員会

内科系学会社会保険連合（内保連）は内科系学会から提示される学術的根拠に基づき、社会保険医療のあり方、特に診療報酬の適正化について提言することを目的に1968年に創立され、2008年9月現在、加盟学会は創立時には24学会であったが、現在増加し91学会になっている。内保連は「国民の視点に立って」を一つのキーワードとして、外科系学会社会保険委員会連合および看護系学会等社会保険連合との連携のもと、日本の医療が抱える課題について議論している。そしてその結果を広く国民に発信し、さらなる良質な医療の理想像を求めている。つまり、国内外における昨今の医療不信、医療改革のなか、内保連では国民が懸念を抱いた時に、プロフェッショナルな集団として、厳しい医療費抑制の中でも真の良質な医療を求めて頑張っていることを国民へ発信することが不可欠である。このような背景の下、内保連では医師の専門職規範を向上させるため「国民の信望に応える医師と医療」委員会を立ち上げ、保険診療の面からこの問題に取り組み、プロフェッショナルな職業集団としての医師への啓蒙にも努めている。

医師、弁護士、および牧師などの宗教家のような高度の専門技術者が真のプロフェッショナルな職業とされている。その共通点は思考過程や情報にブラックボックスがあることではと考える。よって我々医師のプロフェッショナリズムは、献身的な努力と高い倫理性が求められる。しかし、日本の医師の倫理観は低いものではないが、一部の言動・行動等によって、また「庇い合う」集団として誤解があることも否めない。近年、時代を反映し、「社会における医療プロフェッショナリズム」、「医療プロフェッショナリズムに関する憲章」や「米欧合同医師憲章と医のプロフェッショナリズム」等の論文が発表されている。我が国においてもさらなる国民の信頼を得るために医学教育においてプロフェッショナリズムの教育の必要性が強調されるようになってきている。

医師が朝から夜中まで働いて過重労働を訴えることのないうちに、自分の職場環境はもとより、自分達の専門領域の中に、国民皆保険の名を借りて医療に国が介入するようになってきている。国民皆保険制度はすばらしい制度であるが、近年、高齢化および経済不況下の現実遭遇し、医療費の伸びを前提に、財源論に終始して行われている医療制度改革が健康という極めて重い範疇に入り込んできている。今年度の診療報酬改定においても、例外ではなく、時間要件の「概ね5分」要件の評価法の不合理、理念はともかく国民の理解が得られていない後期高齢者医療制度、後発医薬品使用と療養担当規則における努力規定の問題など納得しかねる点も少なくない。

さらに一方では、我が国は世界最高の健康達成度を獲得しながら、患者さんの医療に対する満足度は先進国で最低である。

このことを考える時、我々に足りないのは知識や技術ではなく、患者満足度を向上

させる know-how と cure に加えての care の思想である。この点から不条理と矛盾に満ちた医療現場で我々を支えてくれるのは、患者さんからの暖かい一言であり、医師と患者さんとの良好な信頼関係は、治療成績や患者さんの満足度を向上させることは確かである。

医師憲章において、医師の基本的責務として社会全体を見渡して、限りある医療資源の公平な配分を促進せねばならないとされていることを忘却することなく、限られた医療資源を適正に使用していることについて社会に説明責任を果たす必要がある。そして、医療の専門家として求められる自己評価・規制を行い、自分達が社会に提供している成果や貢献を認知してもらう必要がある。そのためには、国民が懸念を抱いた時に説明する集団として、国民への発信と同時にマスコミなどにも、我々の姿勢と努力を発信しなければならない。

内保連としての医師のプロフェッショナルリズムの理解を広めるために、「三保連合同シンポジウム」の席で「医療改革：現場からの取り組み（北村 聖教授）」の発表および内保連例会においての「国民の信望に応える医師と医療」の報告書の作成など活動を行ってきている。今後、益々、これらに立脚した社会医療報酬制度を提案してゆくべきと考える。

外部への発信の足がかりとする機会として、この分野に卓越した業績のある専門研究者にお集まり頂き、去る9月20日にワークショップを開催した「プロフェッショナルリズムと保険診療」の要旨を紹介するが、この報告書が今後の足がかりとする機会としての役割が大きいと信じている。会員諸氏のご批判を仰ぎたい。

基調講演： 保険診療とプロフェッショナルリズム

東京大学医学教育国際協力研究センター 北村 聖

はじめに

内科系学会保険連合において新しい委員会が設置された。すなわち、(1) 国民の信望に応える医師と医療：委員長 高橋 進、(2) 内科系医療技術の評価：委員長 井上聖啓、(3) 生活習慣病の予防：健診と生活指導：委員長 渥美 義仁の3委員会である。各々時代の要請にこたえるため集中して意見をまとめることとされた。

その中で、「国民の信望に応える医師と医療」委員会は、国民の信頼と期待に充分に応える医療を展開するために、医師はどう変革されるべきなのかを主題として活動することとした。すなわち、2000年前後に多発した医療事故を契機に、わが国の国民とマスコミには医療への不信感が存在し、医療への信頼が揺らいでいる。また、医療経済の面では、国による厳しい医療費の抑制が進められる一方で、真に国民の期待に応える良質な医療に対してはより大きな経済的負担に耐えてもよいとの国民的意見も根強いのが現状と言える。この委員会では、内科系学会保険連合として医師の独断的要求を行うのではなく、国民に信頼される医療の提供と医療経済の調和を目指す提言を目標とした。

プロフェッショナルリズムとは

スペシャリストもプロフェッションも日本語では専門家であるが、スペシャリストとは異なる真のプロフェッション、プロフェッショナルリズムとはナンであろうか？ 一般的には、高度な知識と技術によってクライアントの依頼事項をかなえるインディペンデントな職業と定義され、その特徴として、1) きわめて高度な知識や技術に基づいた職能を有していなければならない、2) 特定のクライアントからの特定の依頼事項を解決するという仕事形式である、3) インディペンデント、すなわち職業人として独立した身分であるなどがあげられる。〈プロフェッショナル原論 (ちくま新書) 波頭 亮 (2006/11)〉

さらに、医療人に特化したプロフェッショナルリズムに関しては、古くは Flexner の定義 (1915) に始まり、ABIM: プロジェクト・プロフェッショナルリズム (1990-)、ACGME の中核となる能力 (1999)、Swick の定義(2000)、ACP-ASIM, ABIM, EFIM 合同の医師憲章 (2003)などが提示されている。

Flexner の定義 (1915) によれば、医療人のプロフェッショナルの活動は、1) 根本的に知的で、一人ひとりに大きな責任を伴い、2) 学習され、膨大な知識に基づいており、単なるルーチン業務ではない、3) 学問的ないし理論的というよりも実践的である、4) また、その技術は教授可能で、そのことがプロフェッショナル育成の基盤となっている、5) さらに、プロフェッショナル同士の強い組織を作っている、6) 利他主義により動機づけられ、プロフェッショナルは自分たちを何らかの社会の利益のために働いていると自覚しているなどの特徴がある。この時代の考えを象徴する言葉として、「利他主義」が重要と思われる。

近代的考えとしては、ACP-ASIM, ABIM, EFIM 合同で提案されている医師憲章 (2003)があり、その3つの基本的原則とは、1) 患者の福利優先の原則、2) 患者の自律性(autonomy)に関する原則、3) 社会正義 (social justice, 公正性) の原則である。この中では特に最後の社会正義の原則

に注目すると、「医師は医療資源の公平な分配を含めて医療システムの公平性を促進せねばならない」とある。

さらに 10 の責務があげられており、その中に、「医療の質を向上させる責務」や「有限の医療資源の適正配置に関する責務」あるいは「利害衝突に適切に対処して信頼を維持する責務」などがあげられている。

これらを総合すると、従来の利他主義による精神的プロフェッショナリズムに加え、医師集団として医療資源と公平な配分など社会的正義に関しても提言してゆくことが現代のプロフェッショナリズムであると考えられる。

国民の信望に応える医師と医療委員会の活動として

基本的には、日本の医師の多くはプロフェッショナリズムを持っているとの認識に立ち、むしろ、社会は医師のプロフェッショナリズムの利他主義に甘えすぎていないかと考える。より高い医療の質と安全な医療を目指すには、医療者の労働時間管理やシステムとして安全管理、さらには医療資源の公平配分が重要な課題であると認識し、とくに限られた医療資源を社会正義に基づいていかに公平に配分するかについて提言してゆくべきと考える。

健康保険制度における「プロフェッションの自律」

金沢大学附属病院 総合診療部・総合内科 野村英樹

1. プロフェッションの役割

「プロフェッション」とは、オックスフォード英語辞典を引用して加筆したCruesellら¹⁾によれば、

複雑な知識体系への精通、および熟練した技能の上に成り立つ労働を核とする職業。複数の科学領域の知識あるいはその修得、ないしその科学を基盤とする実務が、自分以外の他者への奉仕に用いられる天職。その構成員は、自らの力量、誠実さ、道徳、利他的奉仕、および自らの関与する分野における公益増進に対して全力で貢献する意志 (commitment) を公約 (profess) する。この意志とその実践は、プロフェッションと社会の間の社会契約 (social contract) の基礎となり、その見返りにプロフェッションに対して実務における自律性 (autonomy) と自己規制 (self-regulation) の特権が与えられる。

と定義されている。ここで重要なのは、「社会契約」という概念である。西洋文明の根底を流れる思想とも言えるキリスト教で、神と人との関係も「契約」であると考えることから言っても、社会と医師との間の「社会契約」は単なるビジネスとしての「契約」ではないことは明らかである。この「社会契約」については、

「プロフェッション」は一連の知識の適用に際し独占権 (monopoly)、および相当な自律権 (autonomy)、名声、そして経済的報酬を与えられる - これは、彼らが自らの力量 (competence) を保証し、利他的な奉仕 (altruistic service) を提供し、そして道徳心 (morality) と誠実さ (integrity) をもって業務を遂行するという理解の上に立っている。

と説明されている。

プロフェッションに対して与えられるもののうち、「名声」や「経済的報酬」は、プロフェッションでなくとも、自らの努力などによって獲得することは不可能ではない。しかし、「独占権」と「自律権」は、プロフェッションにのみ与えられる特別な権利、すなわち「特権」である。ここで言う「独占権」とは、「免許」を持たない者にはその専門職の仕事を法により禁ずることに他ならない。したがって「医師免許」を受け取るということは、同時に自らの力量の保証、利他的な奉仕、道徳心と誠実さという義務を、自ら引き受けたことを意味している。

では、プロフェッションにのみ与えられるもう一つの「特権」である「自律権」とは何か。これは、プロフェッションの構成員全員の力量の保証、利他的な奉仕、道徳

心と誠実さという義務を果たすため、プロフェッションの集合として構成員の評定や再教育、場合によってはプロフェッションからの排除(すなわち免許の停止や取消し)などの「処分」を行う権利である。したがってこれは単なる「権利」ではなく、「義務を果たすために特別に与えられた権利」であることから、「特権的義務」とでも呼ぶべきものである。プロフェッションがこの特権的義務を果たさなかった場合、「社会契約」に背くことになり、プロフェッション全体に対する社会の信頼が損なわれる結果を招くことになる。

さて、プロフェッションの自律には、そのためのシステム(制度)が必要である。プロフェッションの自律を行うシステムとして先進諸国の医療システムの中で用いられているのは、次の4種類である。

1. 勤務する医療機関における自律的処分
2. 保険医として登録に関わる自律的処分
3. 領域別診療医、ないし総合診療医としての認定に関わる自律的処分
4. 医師免許ないし医籍登録に関わる自律的処分

ここで、本稿の目的からは外れるが、4について触れておきたい。日本は、医療先進国の中では例外的に、医師免許ないし医籍登録に関する処分を行政が行っている国である。具体的には、厚生労働省医政局の審議会である医道審議会が年に2回開催され、刑事裁判で有罪となった専門職に対して処分を行っている。近年社会からの強い批判を受け、刑事判決の確定前に処分を行う事例も若干現れているが、行政による処分であるという点で、この処分がプロフェッションに対する社会の信頼を維持することに貢献することは考えにくい。

さて、2の「保険医として登録に関わる自律的処分」であるが、これは健康保険制度を悪用するような医師に対して適用することができることはもちろんであるが、それ以外の点で

「社会契約」に背く医師に対しても、適用することは理論的には可能である。実際、ドイツでは、生涯教育の必要単位を修めていない医師に対する処分として、診療報酬のカットや保険医取消しの処分が下されることになっている(岡嶋道夫氏のご講演スライドより)。ただし本邦においてこのような処分を行うには、健康保険法の改正などが必要となる。したがって現段階では、「健康保険制度の悪用」が、その対象と考えて良さそうである。では、「健康保険制度の悪用」とは、どのようなメカニズムで生じるのだろうか?

2. 健康保険制度に内在する2種類の「共有地の悲劇」とは

1968年のScience誌に、「共有地の悲劇」と題する風変わりな論文²⁾が掲載されている。

共有の牧草地に、牧者は誰でも家畜を飼うことができるとしよう。次第に家畜が増え、てくると、牧草が枯渇するようになる。この時、牧草地の広さに見合った頭数に家畜の放牧を規制すれば、全体の利益は最大化されるはずである。しかし、一人ひとりの牧者は自分の利益を最大化したいので、このような状態であってもできるだけ多く家畜を放牧しようとする。結果として共有地は荒れ果て、家畜は痩せて倒れ、牧者は全員が損をしてしまう。

特にその加入／非加入、あるいはその種類にほとんど選択肢がない日本の国民皆保険制度の場合、健康保険は患者にとって「共有地」である³⁾。

共有の健康保険基金を使って、国民は誰でも医療を受けることができるとする。一人ひとりの患者は、自分の利益を最大化したいので、できるだけ多く医療機関を受診する。保険基金が枯渇しても、自分だけは少しでも多く医療を受けたい。結果として健康保険は崩壊し、医療者は疲れて倒れ、患者は全員が損をする。

これは、患者一人ひとりが牧者として、健康保険制度という共有地を危機に陥れてしまう悲劇であるが、もう一つ、次のような悲劇も存在し得る。

共有の健康保険基金を使って、医師は誰でも医療を提供することができるとする。一人ひとりの医師は、自分の利益を最大化したいので、できるだけ多くの医療を提供する。保険基金が枯渇しても、自分だけは少しでも多く医療を提供したい。結果として健康保険は崩壊し、患者は無保険となり、医師は全員が損をする。

ここでは、医師一人ひとりが牧者として、健康保険制度を崩壊に導いている。これはあくまで可能性であるが、現実に日本の健康保険制度が危機に瀕していることは周知の事実である。

3. 「プロフェッションの自律」で「共有地」を悲劇から守る

自己の利益よりも患者や社会の利益を優先することが義務づけられているプロフェッションとして、医師たちは健康保険制度を共有地とする「悲劇」を防ぐために、「プロフェッションの自律」を作動させる必要がある。健康保険法では、厚生労働大臣には健康保険に対する診療請求が正しく行われていることを調査し、違反者に対して保険医登録に関する処分を行う権限があるが、実際にそれを行っているのは都道府県の社会保険事務局であり、ひいては、調査を担当している医師たちである。

この「自律的処分」は、公平かつ公正に行われているだろうか。冒頭で紹介した Cruess らによる「プロフェッションの定義」の最後には、実は次の一文がある。

プロフェッションとその構成員は、自らの奉仕の対象者および社会に対し説明責任を負う。

すなわち、「プロフェッションの自律」という特権的義務を医師が果たしているのか、社会に対して明確に説明されなければ、社会からプロフェッションへの信頼は得られない。果たした責任に対して正当な診療報酬を求めるためにも、我々医師は、この特権的義務と説明責任を果たして行くことが必要なのではないだろうか。

参考文献

1. Cruess SR, Johnston S, Cruess RL. Professionalism for Medicine: Opportunities and Obligations. MJA 2002; 177: 208-211
2. Hardin G. The tragedy of the commons. Science 1968;162:1243-8
3. Nomura H, Nakayama T. The Japanese healthcare system. The issue is to solve the tragedy of the commons without making another. BMJ 2005;331:648-9

保険診療による医療制度と医師の労働倫理

東京大学医学教育国際協力研究センター 錦織宏

1. 医学教育学における医師のプロフェッショナリズム

近年、医学教育学分野において、医師のプロフェッショナリズムが注目を集めている。専門職倫理とも訳されるこのプロフェッショナリズムに関しては、医学教育学において教育目標の分類としてよく用いられるブルームのタキソノミーに当てはめると、主に態度分野に該当する。例えば以下のような内容はいずれも医師にプロフェッショナリズムが求められるような場面といえる¹⁾。

- A) バカンス旅行の最中に病棟から呼び出された
- B) 患者に不適切な処方箋を出してしまった
- C) 患者にとって不利益になる注射を打ってほしいと懇願された
- D) 患者が理不尽な要求を突きつけてきた
- E) 患者・家族から転院のすすめを拒否された
- F) 医学的には不要な検査を患者から強く要求された
- G) 製薬企業MRが弁当・診療ガイドラインをくれた
- H) 後から訴えられないように過剰な処方をしておいた
- I) 帰国を急ぐ海外駐在員が高熱を出して来院した
- J) 職場で医療ミスが発覚した
- K) 患者・家族が謝礼金を持ってきた
- L) 問題の多い同僚医師を何とかしてくれと言われた

近年医師のプロフェッショナリズムが注目されている背景には、米国における市場原理による医療の荒廃や、英国のGP、Harold Shipmanの殺人事件などがある。日本医師会からも「医師の職業倫理指針」が2004年に刊行され、その中で「医学知識・技術の習得と生涯教育」「研究心・研究への関与」「品性の陶冶と保持」が謳われている。また2002年に米国・欧州内科学会が合同で発表した、「米国・欧州合同出版の新ミレニアムにおける医療プロフェッショナリズム・医師憲章」では、「患者の福利優先」「患者の自律性」「社会正義」をその三原則にあげている。

本稿ではこれらのうち、特に「患者の福利優先」の観点から、その中に記載されている利他主義と言われる医師の労働倫理と保険診療による医療制度との関わりについて考察する。

2. 医師の労働倫理から見た保険診療や医療制度のあり方

利他主義(Altruism)という言葉は、社会学の祖といわれるオーギュスト・コントによって19世紀に提唱された。利己主義と相反する概念であり、またキリスト教の「汝隣人を愛せよ」が背景にあるとされる。医師のプロフェッショナリズム(特に労働倫理)を考える上で現在、一つのキーワードとなっている。

それと医療制度とのかかわりについて考えると、米国に代表されるような新自由主

義的で小さな政府型の医療制度においては、医療の価格を市場原理にゆだねるレッセフェール(laissez-faire)型の医療が展開される。米国の経験から、こういった医療制度下においてはより高度先進医療が発達するが、主に金銭という物差しで評価されるため、診療が拝金主義的になる傾向がある²⁾。またその結果、米国においては失われたAltruismともいわれるような医師のプロフェッショナルリズムの問題を抱えることになったという仮説も成り立つであろう。

一方で英国に代表されるような社会民主主義的で大きな政府型の医療制度下においては、医療を国家の重要なインフラとして位置づけ、国民皆保険として保険点数等も国によって決定される。英国の経験から、全ての国民が経済的な心配をすることなく医療機関にかかることができる点はよいが、ソ連型社会主義の崩壊が示したように、労働に対する評価があまりないため、労働意欲が低下する傾向がある³⁾。またマートン「官僚制の逆機能」にあるようなセクショナリズムなどの官僚主義の弊害も抱えることになる。

これらの2国の経験に基づいた考察から言えることは、医師の労働倫理を健全に保つための診療に対する妥当性の高い評価の必要性である。日本では市場原理に任せずに、比較的社会民主主義型で、かつ診療現場の医師の労働を正しく評価できるような高い質の保険診療制度を今まで構築してきた。現在、日本の医療制度は変革期を迎えており、米国の新自由主義型の医療制度が導入されつつあるが、今後どの方向に向かうにせよ、医師の労働倫理を考えて医療制度の方向を考えていくことを期待する。また今までのように社会民主主義型の医療制度を持続させるのであれば、これまで以上に診療現場の医師の労働を正しく評価することが重要となると言える。その意味において、内科系学会社会保険連合の果たすべき役割は非常に重要であると言えるであろう。

3. 医師の労働倫理の変遷

日本で医療崩壊が叫ばれだして早久しい。その議論の中で「日本の医療は医師の自己犠牲のもとに成り立っていた」というものがある。現場の医師の感覚としては妥当な内容と考えるが、これは今後どのようになっていくのであろうか？

欧米にもかつて勤勉が美德とされていた時代があった。マックス・ウェーバーによる「プロテスタンティズムの倫理と資本主義の精神」がその歴史の一部を語っているが、その中でウェーバーは、フランクリンの「時は金なり」を引用したり、資本主義の精神は職業労働にいそしむ勤勉の態度に象徴されると述べたりしている。職業を天職として受け止め、救いの確証を得るために禁欲的に職業労働に専心するというプロテスタンティズムの宗教倫理が高い労働倫理を可能にしていたという説である。

ただ欧米においてもその後労働倫理は変化してきている。ベルは著書の中で「合理主義と自己節制を特徴とするプロテスタントの倫理は、反合理主義と自己実現を追求する快樂主義に変化した」と述べており⁴⁾これをマズローの欲求段階説に当てはめると、労働が自我欲求の段階から自己実現の段階に移ったと考えられる。

ここで日本について考察してみると、すでに1997年に杉村が「今日の日本では勤勉であることは価値ある生き方として受けとめられなくなりつつあり、勤勉が美德で

なくなったのは働きすぎが問題になってきた時期と同じである」と述べている。職人的な職業の色の強い医師職はまだこの時期には勤勉が美德とされていた可能性があるが、今後変化していく可能性は十分にある。すると「日本人はよく働く」は一時代のみの観察に過ぎない可能性もあり、そうであれば、自己実現による労働倫理の時代の医師の労働倫理について更なる考察や研究が必要であろう。

4. まとめ

保険診療による医療制度と医師の労働倫理について、文献を引用しつつ考察を行った。医療制度は労働倫理に影響するということが米国・英国の経験から判っているため、そのことを考察しつつ医療制度について方向を決めていくことが望ましい。また医師の労働倫理は今後自己実現の段階に入っていくと予想される。そのあり方についてのさらなる研究が必要であろう。

参考文献

- 1) 尾藤誠司. わが国における医師のプロフェッショナリズム探索と推進・教育に関する事業研究. 研究成果報告書.
- 2) 李啓充. アメリカ医療の光と影. 医学書院. 東京.
- 3) 近藤克則. 医療費抑制の時代を超えて. 医学書院. 東京.
- 4) ベル. 資本主義の文化的矛盾. 講談社. 東京.

診療報酬・医学教育・プロフェッショナリズム

三重大学大学院医学系研究科地域医療学講座 武田裕子

1. 診療報酬と医学教育

医学教育では、「評価が学習を規定する(Assessment drives learning.)」というフレーズがしばしば用いられる(図1)。いわく学生は試験に出ることは熱心に勉強する、学生ばかりでなく教員も「研究論文数のみが業績としてカウントされ、熱心に教えても評価されないと教育が後回しになる」など、何を評価するのか、どのように評価するのが重要とされる。きちんと報われ、利益を得ることが行動に影響するというわけである。

医療においては、「診療報酬が診療を規定する」(図2)。これには2つの意味がある。保険適応があることが標準的な診療かどうかの目安となり、診療の指針となるという面と、診療報酬が得られるかどうかで診療内容が変わってくるという二つである。海の向こうでは、保険の種類によって切断した手指が何本元通りになるか異なるという映画がつけられた。ある医学教育の国際学会では、臨床推論を教えるセッションで医師と患者の会話がビデオで再現されていたが、狭心症様の症状を訴える患者に医師が開口一番尋ねたのは、「どこの保険に入っていますか？」であった。医師の臨床決断にも対価が支払われるかどうか影響するのである。となると、保険診療のあり方が医学教育に影響するということも起きてきそうである(図3)。

より直接的な例として、「臨床研修病院入院診療加算」をあげることができる。研修医の診療録に指導医が指導内容を記載し署名することで、管理型研修病院では入院初日に40点加算できる。診療録の記載に関する指導は、研修教育の点からも医療安全の点からも非常に重要といわれている。こうした項目が設定されており監査の対象となっていることで、指導医が診療録を読みサインするという行動が強く促されている。あるべき姿、標準とすべき行動の指針を示すものといえる。一方、他にもさまざまな面で診療報酬は医学教育に影響を与えている。

2. 保険診療の何を教えるのか

新医師臨床研修制度導入前に、当時勤務していた筑波大学で卒後研修部門を担当していた。3年目の内科研修医は市中の教育協力病院で研修させて頂いていたが、そうした病院から常に出されていた要望は「大学では保険診療を教えてほしい」ということであった(図4)。大学病院でのみ遭遇するような特殊な疾患をまっさきに鑑別診断にあげ、ありとあらゆる検査をオーダーするという診療パターンを身につけてしまった研修医が、患者の主訴や背景から考えられる事前確率を無視して、いろいろな検査をオーダーし保険で切られるといったことが続発していたようだ。この場合、保険診療を教えるというのが、単に診療点数について知識を増やすことを指すのではないのは明らかだ。適応となる対象疾患や有効性(エビデンス・レベル)をはじめ、治療薬の適切な用法・用量、倫理性・社会的妥当性から予想される医療費への影響まで、「標準的診療」とその考え方に関する認識を深めるということに他ならない。

また、医学教育に携わっていると、矛盾した保険制度のなかで教育なんてできない

という激しい意見に遭遇することもある(図 5)。例えば、抗菌薬の適正使用を研修医に教えようとした時に、本来であれば4時間毎あるいは6時間毎に投与すべき半減期の短い抗菌薬が、保険診療では1日2回投与になっていたり、1回量にも満たない用量が1日量に設定されていたり、EBM といいいながらも説明がつかない投与方法が文書化されている。偽膜性腸炎に対する第一選択薬が、メトロニダゾール(1錠38.6円, 1日4錠)ではなく、その100倍も高価なバンコマイシン(0.5g/瓶, 3527円)であり、しかもその使用がVREなど危険な耐性菌出現のリスクにつながるためなるべく避けるべきと教科書に書かれているとしたら、「適正」使用を教えることはすなわち保険診療を否定することにつながってしまう(図 6)。これは指導医にとってジレンマにほかならない。

3. Informal curriculum (非公式カリキュラム) と Hidden curriculum (潜在的カリキュラム)

医学教育では、カリキュラムに3通りあるといわれる(図 7)。まず、意図が明示され明文化された Formal curriculum (正式カリキュラム)、2番目に、教員と学生、指導医と研修医の間で交わされる会話など、特に計画されていないその場限りの教育となる非公式なカリキュラムがあり、ロール・モデルから学ぶ学習はこれにあたる。3番目が Hidden curriculum といわれるもので、無自覚あるいは無意識になされる教育である。組織のなかの共通の理解や価値観、慣習、組織文化などによって生まれる。

保険診療の仕組みを教え、それらを遵守するように教える講義は Formal curriculum であるが、指導医が研修医に“保険診療通りにはやっつけられないよ”といえ、Informal curriculum として研修に伝わる。どちらがより大きなインパクトを与えるかは明白であろう。また、国際的に標準とされる診療に保険適応がなく、かえってお金のかかる、あるいは患者にとっては最善といえない治療法が保険診療として推奨されていけば、指導医のコメントの有無にかかわらず Hidden curriculum として作用する。Hidden curriculum は、学習者が暗黙のうちに感じ取り学ぶことで、価値観の形成に大きな影響を与えているといわれている。指導医がジレンマを感じ、また、教科書通りに教えられない現実に怒りを感じるのは、それによって医師としてのあり方、プロフェッショナリズムが問われるからであり、次世代の育成にまで大きな影響を与えると感じるからではないだろうか。

4. 保険診療とプロフェッショナリズム

「新ミレニアムにおける医のプロフェッショナリズム：医師憲章」では、プロフェッショナルとしての責務のなかに、“患者に対して正直である責務”、“科学的根拠に基づいた医療を行う責務”をあげている(図 8)。もし、診療を規定する保険診療が適切に設定されていなかったら、医師は、科学的根拠からすると患者にとって最善ではないと知りつつ、保険診療に準じた医療を行うことになる。それが患者に対して正直かといえ、否である。

それでは、保険診療を無視して、自らの信念に基づき「適切」な医療を行えばプロフェッショナリズムの観点からは正しいとみなされるであろうか。この答えも否であ

る。「医師憲章」であげられた、プロフェッショナルとしての責務には、前述の2つのほかに“医療の質を向上させる責務”，“医療のアクセスを向上させる責務”，“有限の医療資源の適正配置に関する責務”をあげている(図9)。これらは、いわば社会に対する責務と位置づけられる。自分の目の前の患者に適切と信じる医療を提供するのみならず、適切な医療提供システムの構築に寄与すべきであることが明示されている。

5. プロフェッショナルとして社会への責任をどう果たすか

現状では、指導医は悩みながらも保険診療の現実を学生・研修医、時に患者にも伝え、最善の医療を提供すべく保険診療の制約の中でバランスをとっている。保険の適応かどうかで、自らの臨床決断の是非を判断することもある。診療報酬体系整備のために、学会は診療報酬改定に関する提案を出せるようになっているが、会員である一指導医、一医師も、プロフェッショナルとしての務めを果たせるような仕組みが求められる(図10)。学会が保険診療に対してどのようなスタンスをとり、どのような議論の後に働きかけを行っているか、そうした過程を示すことも次世代の医師育成につながる重要な教育活動となるであろう。そうした情報は、また、国民に向かっても発信されるべきものである。

診察室のなかで、あるいはベッドサイドでは、的確なインフォームド・コンセントが求められる。診断の確からしさ、治療法の選択に伴う効果とリスクの説明、今後の見通しを十分に伝えることが当たり前となっている。もし、説明を受ける側が十分に理解していなかったとしたら、それは説明が不十分であったと説明者の責任になる。医療に関する大きな方針決定の際にはどうか。新たな施策の必要性が説かれ、それらを理解する努力が説明を受ける側に求められる。多様な選択肢とそれに伴う得失が十分に示され、「納得と同意」となっているかという点も甚だ心もとない。プロフェッショナルに求められる社会への責任をどう果たすか、これについてはもっと議論がなされるべきではないだろうか。

プロフェッショナルの責務が十分に果たされ、保険診療が適切な診療を支持するものであったとしても、実際に医療行為を行う医師がプロフェッショナルとして行動しなければ、患者に届く医療は最善のものとはならないし、保険制度自体が成り立たない事態に陥る。「医師憲章」のなかで「基本的原則」とされる“患者の福利優先の原則”，“社会正義の原則”，また、「プロフェッショナルとしての責務」のなかの，“有限の医療資源の適正配置に関する責務”はもとより，“プロフェッショナルとしての能力に関する責務”，“利害衝突に適切に対処して信頼を維持する責務”，“プロフェッショナル（専門職）の責任を果たす責務”が医師には求められる(図11)。

「診療報酬・医学教育・プロフェッショナルリズム」というタイトルでここまで述べてきた。保険診療について考えることが医学教育の上から非常に重要であり、その議論を深めることがプロフェッショナルリズムの涵養につながるということをまとめとしてお伝えしたい。

医学教育

Assessment drives learning...
評価が学習を規定する

1

医療

Medical fee drives practice...
診療報酬が診療を規定する

2

診療報酬と医学教育

Medical fee scheme drives medical education...?
診療報酬が医学教育に影響する?

3

大学では保険診療を教えてほしい...

- 適応となる対象疾患
- 医薬品: 投与量・投与方法・投与間隔...
- 有効性: エビデンス・レベルの明確化
- 安全性: 副作用・リスク
- 倫理性・社会的妥当性
- 予想される医療費への影響
費用, 費用-効果分析
- 診療報酬を得るための手続き (レセプトや症状詳記)

⇒ 標準的診療!

4

大学では保険診療を教えてほしい...

vs.

保険診療の矛盾をどう教えたらいのか!

5

例えば...

- PIPC (ピペラシリン)

$t^{1/2} = 0.7$ 時間

1日2~4g (難治性または重症感染症では1日8g)

分2~4投与間隔

cf) 3~4g 4~6時間毎投与 (1日12g)

- 偽膜性腸炎 (*C. difficile* 腸炎)

metronidazole 250mg (38.6円/錠) 1日4錠

vancomycin 0.125-0.5g (3527円/0.5g) 1日4回

- 脳梗塞再発予防 (慢性期・非心原性)

チクロピジン (67.1円/錠) 1日2錠

小児用アスピリン (6.1円/錠) 1日1-2錠

6

HIDDEN CURRICULUM (潜在的カリキュラム)

医学教育におけるカリキュラム

○ Formal Curriculum

意図が明示されたカリキュラム(私たちはこう教えている)
…時間割, 授業・研修プログラム説明, 配布資料, 広報物

○ Informal Curriculum

教員と学習者の中で生じるその場限りの教育的な機会
…授業後の教員と学生の会話, 廊下での指導医と研修医の会話

ロール・モデルから学ぶ学習方式

○ Hidden Curriculum

無自覚あるいは無意識になされている教育(実際に学ぶこと)…組織の中の共通の理解, 価値観, 慣習, 組織文化

7

保険診療とプロフェッショナリズム

Medical fee drives practice ... (診療報酬が診療を規定する)

…もし、保険診療が適切に設定されていなかったら

Commitment to honesty with patients

患者に対して正直である責務

Commitment to scientific knowledge

科学的根拠に基づいた医療を行う責務

<Hidden-curriculum>

8

保険診療とプロフェッショナリズム

…診療報酬を無視して「適切」な医療を行えばよいか?

Commitment to improving quality of care

医療の質を向上させる責務

Commitment to improving access to care

医療へのアクセスを向上させる責務

Commitment to a just distribution of finite resource

有限の医療資源の適正配置に関する責務

<Responsibility to society>

9

保険診療・医学教育・プロフェッショナリズム

○ 最善の医療を、安全に提供するために必要な医療が保険診療で行えるように、診療報酬体系を整備するのはプロフェッショナルとしての務め!



- 学会にその仕組みが設けられている
- すべての会員にその仕組みが明らかで、参加できる
- どのような議論がなされ、働きかけが行われているかが明らかである

<プロフェッショナリズムに関する効果的な教育>

…会員にも、国民にも!

“インフォームド・コンセント”

10

医のプロフェッショナリズム: 医師憲章

○ 基本的原則

- 患者の福利優先の原則
- 患者の自覚性に関する原則
- 社会正義の原則

保険診療を適切に行うには

○ プロフェッショナルとしての一連の責務

- プロフェッショナルとしての能力に関する責務
- 患者に対して正直である責務
- 患者情報を守秘する責務
- 患者との適切な関係を維持する責務
- 医療の質を向上させる責務*
- 医療へのアクセスを向上させる責務
- 有限の医療資源の適正配置に関する責務*
- 科学的な知識に関する責務
- 利害衝突に適切に対処して信頼を維持する責務
- プロフェッショナル(専門職)の責任を果たす責務

11

診療報酬支払いにおける内科系医師技術料評価の総括と今後の戦略

国立病院機構 東京病院 茅野真男

要旨；内科系医師技術料評価を内科系学会社会保険連合（内保連）として6年かけて行った。多くの会員の協力を得たのに結局はうまくいかなかった。反省として次の二点の欠如を挙げる。1) 患者意見（パブコメ）、2) 医療経済学的視点。今後どんなoutcome指標を出していけばよいかは、崩壊しかかった英国医療を立て直そうとしたブレア政権の施策が参考になる。

1. 内科系医師技術料評価の総括

診療報酬支払いにおいては、技術料評価をしないから検査漬け、薬漬け医療になるのだとの意見が多く、長年の課題であった。内科系学会社会保険連合（内保連）副代表として、内科系医師技術料評価を6年かけて行ったが結局はうまくいかなかった。

技術料評価において、“技術”なのだからかかった時間だけでは駄目だという意見が当初から根強かった。診断に時間がかかるということは下手なのだというのが内科系経験者の主張であった。そこで医師技術料評価においては同じく時間だけでは駄目だと言っていた米国Medicareのresource based relative value scale (RBRVS)を手本にした。これは患者対面時間の他に精神的ストレス（心理学的負荷）を加味していた。一方外科系学会社会保険連合（外保連）では手術の難易度を経験年数等をもとに精力的に作っていた。

まずは精神的ストレスを総合負荷 y （つまり要求すべき医師技術料）、必要時間 x 、難易度（行為に責任のとれる医師の経験年数） z を測定し、外来診療では $y = 0.2x + 0.8z - 2$ という式を得た。たくさんの研究費を投入し多数の現場医師の協力を得たが、厳密に行うほど学問的に難しくなり意見は分散した。診療所からは、個人責任で借金をしているので勤務医よりストレスが多いのに評価がされていない等の反論がでた。議論しているうちに、手本とした米国Medicareでも患者対面時間を併記してしまった。密室環境で行われる手術と異なり、患者と医師が対面するという環境のなかで、時間しか妥協点がないのかもしれない。

そこで急遽、心理学的負荷測定は中止して、中央社会保険医療協議会（中医協）分科会として外来診察時間調査を1.2万人の患者に行い、中医協に提出した「図」。提出において、二つの問題が生じた。

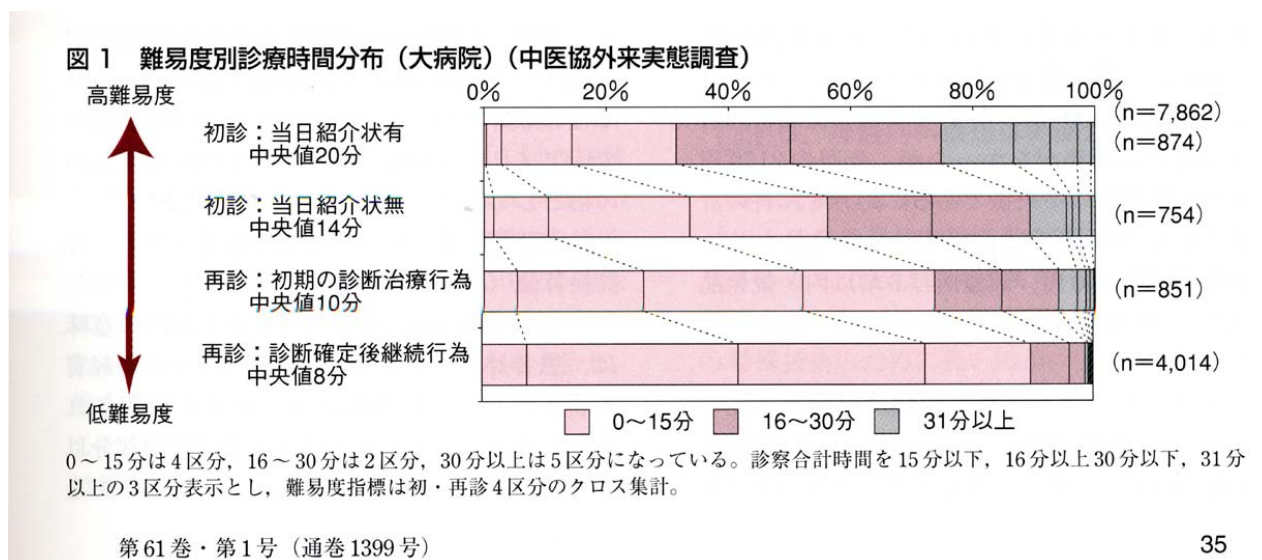
第一点は、健康保険組合連合会（健保連）から患者視点がないデータだとされた。確かにoutcome（患者満足度）が調査されていない。診療報酬改定では現在public comment（パブコメ・患者意見）を入れるのが常識である。患者意見としては、診断は短く、また下手でもいいから長い間患者さんの話を聞いてくれる医師に多く払いたいという希望があると思う。しかし方法論的に患者対面時間を病気診断と治療説明に明瞭には区別できない。

第二点は、診察時間が長いから報酬は高くと要求すれば、当然支払い側からは、では“短い場合は安くていいですね”とされるが、内保連としての合意は得られそうになかった。平成20年度診療報酬改定で診療所における“5分未満の問診は無料”でこ

の懸念は現実化した。結局、平成18年度診療報酬改定で外来初診料は病院255点が270点に増えることという中途半端な形に終わり、当初の検査漬け、薬漬け医療の改善にはほど遠かった。しかし診察時間が長い神経内科は収まらず、神経内科診察は生理検査の一環の特殊検査料として平成20年度に決着を見た。

多くの関係者の協力にもかかわらず、長年の問題を解決できなかった反省を挙げる。
 1) 戦略的視点がなかった。後になって出てきた上記第二点の問題を当初から睨んで、落としどころを議論しておくべきであった。

2) 戦術的には、議論に参加するのは医師ばかりで、患者意見をいれた形になっていない。しかし患者団体は玉石混交で、誰を入れたらよいか分からないのが現状である。



図；病院における難易度別外来所要時間。文献1参照

2. 内保連がとるべき今後の戦略

医療政策的には quality access cost を三つとも同時に追求することは無理である。日本でそれが可能だったのは病院医療従事者の犠牲の上に成り立っていたからである。しかし医療費 cost の増加を叫んでも、決定権を持っている財務省主計局や経済諮問会議には通らない。彼らには経済学的説明が必要である。

今回のテーマのプロフェッショナリズムの基となる2002年の米国内科学会・米国内科試験委員会・欧州内科学会による「新ミレニアムにおける医のプロフェッショナリズム」にも医療経済学的視点が謳われているのに、日本の医師は理解不足である「文献2」。

掛けた費用だけでなく、成果 outcome として何を発表していくかは英国ブレア政権の new public management (NPM) が参考になるが、システム作りを始めて4—8年の時間がかかるであろう「文献3」。

現場で早速できる無駄を省く方法としてまず過剰医療 overuse を減らす啓蒙を医師・患者に行うべきである。

参考文献

1. 「医療技術・診察時間をどう評価するか：外来診察料の大病院・診療所格差」月刊／保険診療・1月号:34-38. 2006
2. 茅野眞男、高木英爾、揚 志成。最新 PCI スタンダード 日本心血管インターベンション学会編 インターベンションの医療経済学 296-303 六花社 2006年
3. 近藤克則。医療費抑制の時代を超えて；イギリスの医療・福祉改革、医学書院。2004年。