

私の医学教育・医療改革論

長 畑 正 道*

My Opinion on the Reformation of Medical Education and Medical Care System in Japan

Masamichi NAGAHATA

<要約>

わが国の医療をめぐって多くの問題が噴出している。これを改善して行くには医学教育と医療水準の問題をそれぞれ分けて検討する必要がある。

わが国の医学教育は世界的にみて著しくおくられている。とくに専門医の教育は現在の大学医学部の体制では不可能である。これを改善するには5～6の大学医学部を統合して、それぞれの専門分野を充実させるようにするしか方法はない。すべての医学部で実行するのは現実的ではないが、可能ないくつかの大学は思い切ってこのような改革を実行すべきと思う。

またわが国の医療水準は先進国に比べて劣っており、とくに病院医療の分野においてその差が著しい。わが国の国民総医療費の対 GDP 比は7.32%と低いが、これをドイツやフランスなみの10%まで増やす必要がある。この際、現在の国民皆保険制度は堅持するようにする。一部の差額徴収を認める現行の特定療養費制度は維持するが、混合診療の解禁は国民皆保険制度の崩壊を招くので、とるべき方策ではない。

しかし、いずれの改革も費用のかかることであるので、広く国民の理解を得ながら思い切って実行に移すべきである。

〔キーワード〕 臨床医学教育、専門医養成、国民総医療費、同僚評価、病院機能評価機構

*Masamichi NAGAHATA 福祉心理学科 (Department of Social Work and Psychology)

はじめに

現在、医療改革をめぐるさまざまな観点から論じられている。この問題を考えるに当っては、医療がどのような機構によって支えられているのか、それぞれに分けて論じる必要がある。そこでまず医療を支える中核をなす医師養成、すなわち医学教育をめぐる問題と、医療体制、すなわち医療供給体制とそれを経済的に支えている医療保険をめぐる問題について、それぞれ今後いかに改革すべきか、その歴史的由来と現在の問題点を明らかにしながら述べることにする。

I. 医学教育・医師養成の改革

現時点において、わが国の医学教育・医師養成には多くの問題がある。学部段階の医学教育については、さまざまな改革案が出され、また実行にも移されている。しかし、卒後教育までを視野に入れると、抜本的な改革には程遠い現状である。この問題を考えるに当っては、まずわが国の医学教育・医師養成の歴史をふり返ることから始める必要がある。

1. 戦前の医学教育

明治になってわが国は漢方医学を廃し、西洋医学を採用することになった。その中でドイツ医学を中心に医学教育が行われることになった。1877年に東京大学医学部が開設されたが、教員はすべて外国人でドイツ人ばかりであった。この少し前、1874年に医制が公布され、1875年より開業医になるための検定試験である医術開業試験が開始され、開業医の書生をしながら医師の資格が獲得できる道が開かれた。また1882年には医学校通則が制定され、地方医学校が設置されるようになった。入学資格は初等中学校卒

業以上で修業年限は4年以上とされた。このうちのいくつかは、1903年の専門学校令の公布により医学専門学校へと発展して行った。1897年には京都帝国大学が設置され、旧制の高等学校卒業を入学資格とする医学部が次第に東京以外の帝国大学に設けられるようになった。また専門学校令の公布に伴い私立の医学専門学校も設けられて行った(川上、1965)。1908年に大学令が公布され、医学専門学校のいくつかは医科大学に昇格した(大久保、1997)。私立においても慶應義塾が大学令による医学部を開設することになり、1917年より医学科予科の授業を開始し、1920年に大学医学部を開校した(慶應義塾七十五年史、1932)。

2. 戦後の教育改革と医学教育

戦後はアメリカ式の教育制度となり、六三三四制が施行された。新制大学は1949年4月よりスタートした。新制大学は2年間の一般教育、2年間の専門教育、合計4年で卒業という制度であった。しかし、医学教育だけは例外で、2年間の一般教育のあと、4年間の専門教育、さらに1年間のインターン制度ということになった。旧制高等学校は1950年3月に閉鎖になった(秦、2003)。しかし、旧制の医学部の入学試験は1951年も行われ、1952年より新制大学の3年生の医学部入学と続き、医学部については旧制から新制へ切れ目なく移行して行った。このようなことから、医学部においては、他の学部のように専門教育の期間が短縮されず、戦前の水準を維持することができ、安堵の気持ちで受けとめられた。

しかし、他の学部、とくに工学部においては2年間の専門教育では技術教育は不可能ということで、修士課程2年が殆んど必須のものとなった。

また学科の改編も強く迫られることになった。

戦前よりあった造兵学科、航空学科、火薬学科は廃止されることになった。それに代って、それぞれ精密工学科、応用数学・内燃機関学科、科学工学科といった新しい学科へ転換せざるを得なくなった。しかし、戦後の高度経済成長期には産業界からの強いバックアップもあり、産業機械工学科、船用機械工学科、電子工学科、物理工学科、原子力工学科、都市工学科など次々と新しい学科が増設されて行った。また1954年には航空学科も復活再開された（東京大学百年史・工学部、1987）。

医学部においては、戦時中は軍医養成のため臨時医学専門学校などが設けられ、多くの医師が養成された。戦後はこれらの軍医の復員で医師過剰となり、臨時医専は閉鎖され、医学部の定員も縮小された。また先に述べたように戦前と全く同じ体制で4年間の専門教育が戦後も続けられた。しかも、この医学教育の流れは、明治以来のドイツ医学を導入したシステムのままであった。

また戦争協力の問題も工学部ほど直接的ではなかった。本土で撃墜したB29爆撃機の乗員を対象とした「九大生体解剖事件」（仙波、1963；上坂、1982）といった不祥事があったが、九大医学部全体が関係したものではなかった。また七三一部隊という生物兵器犯罪（常石、1995）も関東軍防疫給水部で行われたことであった。いずれも大学医学部が組織的に関与したものはなかった。

一方、ドイツにおいてはナチスの安楽死作戦にからんで、障害児者もその対象となり、その判定や医学研究という臓器集めに大学医学部全体が大きく関与していた（小俣、1995）。しかし、このことは戦後長くわが国に知られることはなかった。わが国の医学は戦後アメリカと並んでドイツの影響を受け続けたが、ドイツ医学についての反省はなされることはなかった。

3. 現在の医学教育・医師養成の問題点

戦後は軍医の復員により医師過剰の状態を迎えた。しかし、1960年代の後半から、全国各地とくに過疎地帯の無医村の存在が大きな社会的問題となった。このようなことから一県一医大の政策がとられ、また大都市において私立医大の新設が認められるようになった。ただこの医学教育の改革は、医学教育の質の向上ということは全く考慮されず、ただ量的な拡大のみであった。

近年になり、国際的な医学会での研究発表で、東アジアの各地の大学のレベルが日本より優れているのではないかと感じられることが少なくない。とくに臨床的研究でそれが感じられる。ソウル、台北、北京などの大学医学部のスタッフのアメリカ留学が盛んで、アメリカで専門医、さらにはsubspecialistの資格を得て帰国し、それが生かされるような大学組織となり、質の高い診療、教育、研究が行われている。また東アジアの地で日本企業の従業員やその家族が診療をうけてみて、どうも日本より診療レベルが高いようだという声をよく聞くようになった。

戦後の教育改革は敗戦後の経済的困窮時に六三三四制が実施された。この四年制の大学は本来は教養大学であるはずであった。しかし2年の一般教育と2年の専門教育に矮小化された。ただ医学部のみは4年間の専門教育が確保された。このような戦後の改革のボタンのかけ違いが今も改革を困難にしている。

しかし、より多くの問題は卒後研修にある。2004年より医学部卒業後各科をめぐる2年間の研修が義務づけられた。これは一般医レベルの研修で、臨床各科の専門医の研修は2年間の研修が終って以後になる。この専門研修にはこれまでと同じく何の系統的な体制もなく、経済的な補償もない。この背景にわが国の大学医学部、とくに臨床各科が小規模に過ぎるという問題が

ある。

内科や外科のような大診療科は複数の講座から構成されていた。最近、それをもとにして、臓器別の診療科に再編し、現代化をはかっている。たとえば循環器内科(外科)、消化器内科(外科)などである。しかし、それ以外の小診療科は一診療科一講座が原則で、明治以来変化していない。小診療科も専門分化が進み、多くのsubspecialityが確立されて来ている。例えば、小児科でも新生児・未熟児科、小児循環器科、小児血液科、小児神経科などである。このような世界的な流れの中であって、日本の大学医学部のように小診療科が一講座制であるということは、大学医学部は医師国家試験を受けるまでの教育はできても、卒後の専門医になるための教育は不可能であることを示している。また内科、外科のように臓器別に分かれることはできたが、国際的にみてそれが小規模すぎるということが問題として残されている。

4. これからの改革の方向

現在進められている高等教育の改革の方向として、高校2年終了で大学へ、また学部3年終了で大学院へ進学できるようにするといったことが大きく報じられている。教育期間を短縮して早く専門教育を始めるということばかりが強調されている。こういったことは自然科学系の一部の学問領域では必要かも知れないが、高等教育全体にあてはまることではない。とくに人間を対象とする領域、臨床医学はその1つであるが、かかる分野では学部段階で教養教育を十分に学び、人格的な成熟をとげた上で専門教育に進むべきである。最近新しい法科大学院が発足するようになったが、上述の流れに沿ったものである。この大学院は幅広い知識と確かな判断力をもった法律家を養成するために設けられた。これまでの司法試験一本槍でなく、4年間

の他学部の上に3年間の大学院での法学教育を受け、司法試験合格後さらに2年間の司法修習生としての習練を積むというものである。医師養成の今後のあり方として十分参考にすべきであると思われる。

(1) 教養大学の教育で目ざすもの

これからの教養大学の目ざす方向は前著(長畑、2004)でくわしく述べた。この中で特に重視すべき点は自学自習の学習態度を確立することである。小・中・高までの教育では一斉授業の形がとられ、教科書にそって教師から一方的に教って行く方式が一般的であり、これでは児童・生徒は全くの受身となり、自学自習の態度を身につけるには程遠い。最近になり小学校の段階から総合的学習の時間が設けられ、自学自習の指導がなされはじめているが、他の時間は一斉授業の方式であるので余り効果が上っているようには思えない。教養大学においては幅広く教養を身につけるために自学自習を基本とし、授業においては討論を重視する必要がある。

現在の学部段階の臨床医学教育では、かなりの時間を講義形式の授業にさいている。本来はベッド・サイドの実習を中心にすべきであるが、自学自習の態度が身につけていない学生が多い現状では、やはり講義に重点をおいて教育して行く他はない。もし教養大学で自学自習の態度がしっかり形成されていれば、入門期の臨床教育においても、アメリカのようにベッド・サイドの教育に重点をおくことが可能になると思われる。

(2) これからの臨床医学教育のあるべき姿

現在の大学医学部の教育体制では、専門教育4年間で一通りの医学知識を与えるのでせい一杯である。もっと端的に言えば医師国家試験に合格させるための教育にとどまっている。2004年より義務化された2年間の卒後研修も大学付属病院だけでは研修を実施できず、多数の研修

指定病院に依頼せざるを得なくなっている。これを見ても、現在の大学医学部はいかに教育能力が低いかが判る。

したがって、現在のような内科・外科の臓器別診療科一講座、その他の小診療科一講座の体制では卒後の専門医教育は不可能である。この体制を改善するには、大学医学部の規模を大きくし、一診療科に数講座をおくことができる体制にして行く必要がある。しかし、ある大学の規模を大きくしてこのようにすることは全く可能性がない。そこで提案したいのは5～6の大学医学部を1つに統合して質の向上をはかるという方法である。

それでは現在ある大学付属病院はどうすべきであろうか。ある大学の付属病院は例えば産婦人科と小児科の講座を集中し、母子センター機能と小児病院機能を併せ持つようにする。しかし現在の大学付属病院はそれぞれの地域で三次医療を担う中核病院である。ある病院に産婦人科や小児科の講座を集中しても、もとの病院には助教授クラスを診療科長とする産婦人科や小児科を残しておき、少なくとも研修指定病院の水準は維持するようにする。他の診療科についても同様で、ある大学付属病院には循環器に重点をおく、別の病院には精神科を含む神経系に重点をおくといったようにする。

現在進められつつある大学改革は、それぞれの大学が何とか今の形を保つため生き残ろうとしている現状なので、このような案はなかなか賛成は得られにくいであろう。しかし本当の意味での医学教育の抜本的な改革は、このようにする他ないと思われる。そして学部段階の学生定員は現在の1/2くらいに減らし、その代りに専門医研修、さらに subspecialist の養成も定員化して予算の裏づけをはかって行くようにする。一部の国立大学でこのような改革が始められれば、一部の私立大学も必ずそれに続くと思

われる。

II. 医療改革の目指すべき方向

医療改革を論じるに当っては、病院等のあり方をめぐる医療供給体制と、必要な医療費をいかに確保するのか、の両面から考えて行く必要がある。

1. 歴史的にみたわが国の病院の特徴

明治になって、西洋医学をもってわが国の医療体制を築いて行くことが正式に決定されたが、その後の医療体制、とくに病院の歩みは、現在まで持ちこされた大きな歪みを伴っていた。

欧米、とくにイギリスにおいて、産業革命に伴って大きな医療問題が出現して来た。工業化に伴い都市に多くの貧しい労働者が集中して来たが、このような人々の医療をいかに確保するかという問題が生じた。貧しい人々のために救貧院が設置され、その一部に病室が設けられ、次第に拡充されて病院となって行った。しかし、そこでの処遇は「劣等処遇の原則」が貫かれ、なるべく早く病院から患者が出て行くように仕向けられた。それは病気がよくなっても救貧院の病室にいつまでもいて、働かずに生活を維持しようとする人々を早く退院させるためであった。そして「よりよい医療や看護は税金の無駄づかいでしかない」というのが当局者の考え方であった。

しかしその一方で、よりよい医療、即ち次第に進歩してきた近代医学の恩恵を得るには、自宅へ医師の往診を求めるというのでは不十分で、設備が整い充実した医療や看護が受けられる病院で診てもらいたいというニーズが高まって来た。そこで篤志家の寄付をもとに篤志病院がつくられ、質の高い医療と看護が提供されるようになった。病院の一部に貧しい人々も受け入れ

たが、相当程度の医療費を負担できる人々のための病院というのが篤志病院の特徴であった。このようにして質の高い病院が作られて行った。またこのような病院で行われている優れた医療を学ぶことができるように医学校が付設され、後には看護婦養成のため看護学校も付設されるようになった (Abel-Smith, 1964)。

わが国では、後発国であるという事情から国情の似たドイツ医学をとり入れることになった。主として病院で診療に当る医師の養成機関として大学医学部と付属病院が設立された。付属病院においては、教育と研究が重視され、患者は学用患者として扱われ、よりよい医療を患者に提供するという考えが乏しかった (菅谷, 1981)。また開業医になるのは、開業医の医院で見習いをしながら医術開業試験に合格するか、大正になってからは医学専門学校を卒業することでその資格を得た。

一方、戦争に伴う兵士達の戦傷や疾病に対して日本赤十字社が設立され、病院も設けられたが、その主な目的は従軍看護婦の養成であった。ただ平時においては貧しい人々のための医療も日赤病院が提供するという役割りを持っていた。しかし、貧しい人々のための本格的な医療は、1911年に恩賜財団済生会がつくられ、済生会病院がその役割りを担うことになった。

国公立の病院も次第に設けられはじめたが、初めは主として伝染病院や癩・結核療養所であった。一部の大都市には市立の一般病院が設置されたが、主として貧しい人々のための必要最低限の医療を提供する役割りにとどまった。そして一般の人々の医療は、開業医か私立の単科病院で行われ、こういった医療機関には公的資金や寄付金の導入のないまま、高額の自己負担金での受療の道しか開かれていなかった。その他、職域病院として鉄道病院や逓信病院などが設けられたが、従業員のためのもので一般の

人々の受診は制限されていた。

このような中で、イギリスの篤志病院に相当するものとして、1902年に設立され、1933年に大きく改築された聖路加国際病院 (東京) があげられる。この病院ではアメリカの教会関係者の援助もあり、よい医療とすぐれた看護が目指された。水準の高い看護婦の養成も行われ、わが国初めての旧制高等女学校卒業を入学資格とする専門学校である聖路加女子専門学校が1929年に設立された (亀井, 1988)。このような篤志病院の例として、1923年に大原孫三郎によって設立された倉敷中央病院 (倉敷市)、1934年に平生鈆三郎によって設立された甲南病院 (神戸市) などがあるが、極めて例外的なものであった。

一方、1926年に健康保険法が公布されたが、あくまでも実費診療の費用をまかなうに過ぎなかった。戦後になって1961年より国民皆保険が実施されたが、戦前の健康保険法がその基礎となっており、必要最低限度の低医療費に抑えられ、それがそのまま今日に至っている (二木, 1994)。このため前述の倉敷中央病院や甲南病院は戦後には篤志病院の水準を維持することができなくなってしまった。しかし、戦後もアメリカの援助を受けることができた聖路加国際病院は現在に至るまで篤志病院のレベルを保つことができ、殆んどわが国唯一といってよい病院らしい病院として機能している。

このようなことから判るように、戦後のわが国の病院医療のレベルは、イギリスの救貧院の流れを汲む「劣等処遇の原則」がそのまま受け継がれているといっても過言ではないであろう。

しかし、イギリスにおいては1929年に救貧局が廃止されるに伴い救貧院はなくなり、自治体立の市民病院が設立されるようになった。しかも医療のレベルは篤志病院の水準まで引き上げ

られ、戦後になって医療国営のナショナル・ヘルス・サービスに移行してからも、その水準を維持し今日に至っている（Abel-Smith, 1964）。

2. わが国の医療の現時点における問題点

わが国の医療体制は先に述べたようにドイツを模範とした。これに引きかえイギリスやアメリカの医療体制は大きく異っている。とくに一番はじめに産業革命をなしたイギリスでは、まずよい医療を提供できる病院をつくり、その医術や看護を学ぶために医学校や看護学校がつくられた。その基本の精神は患者第一というものであった。また診療各科の横の連絡も患者中心に組織されて行った。これにひきかえ、後進国のドイツでは、まず大学医学部がつくられ、教育・研究のために付属病院が設置された。しかも、各科それぞれに独立の建物がつくられ、その建物に病床と研究室、そして講堂が設けられた。このシステムは東京大学はじめ旧帝国大学の医学部にそのまま移し植えられた。「タテ社会」の日本では、各科の横の連絡の悪さはいっそう著しいものとなり、同じビルの中にある総合病院でも横の連絡はなかなかうまく行っていない（菅谷、1981）。このことは現在のドイツでも横の連絡の悪さが残っていて、なかなか改善がむつかしいようである。

(1) 医療費の国際比較からみた問題点

国民の総医療費の対GDP比は、1997年の時点で、日本7.32%、アメリカ14.0%、ドイツ10.45%、フランス9.88%である。アメリカは日本の倍近くで突出しているが、日本はドイツやフランスの7割程度である。また主要国における入院患者1人当りの職員数はアメリカ5.5人、ドイツ1.7人、フランス1.5人であるのに対して、日本は1.15人に過ぎない。しかし平均在院日数はアメリカ6.5日、ドイツ11.5日、フランス5.8日であるが、日本は29.2日と極めて長い。日本の

医療を農業にたとえると、先進国型の集約農業とは反対の低開発国型の粗放農業に類似している。先進国では「粗放農業」から「集約農業」へと過去25年間に大きく転換したが、日本はこの潮流に決定的に乗りおけてしまった（濃沼、2000）。日本の医療、とくに入院医療の水準を上げるには、患者1人当りの職員数をせめて30%程度増員するといった努力が求められる。こういった基本的な条件の改善が行われないと、昨今大きな問題になっている医療ミスに対する対策も、単なる精神論に終わってしまう。

またわが国の医療は薬漬けであるとよくいわれる。医療費の中の薬剤比率は、1996年の時点で、アメリカ9.4%、ドイツ12.3%、フランス16.8%である。わが国は21.2%と高率である。しかし医療費の他の部分、例えば診察料や手術料などは低い水準である。したがって薬剤比率は相対的に高くなってしまふ。薬剤費の対GDP比は、アメリカ1.3%、ドイツ1.3%、フランス1.6%であるのに対して、わが国は1.5%で欧米諸国と大差はない。薬のみ辛うじて欧米諸国なみに使われているということになる。1998年には薬剤費の対GDP比は1.2%となり、なお一層アメリカ、ドイツの水準に近づいて来ている（目で見える医療保険白書、2004）。

(2) 開設者別にみた国内の病院の格差

わが国の病院は開設者によって大きな格差がある。1991年の時点で100床当りの従事者数をみると、表1のように大学病院（国立・その他、学校法人）が130.7人および124.2人と著しく他より多い。それについているのが、都道府県、市町村、日赤、済生会、厚生連、国民健康保険連合会、社会保険関係団体、会社、などで大凡100人前後である。思いの外に少ないのが国（厚生省）であるが、これは国立療養所が多いためである。最も少ないのが、医療法人と個人でそれぞれ65.9人と67.4人に過ぎない。これら

表1 開設者別病院の100床当り従事者数
(二木、1994、p149)

	1980年	1991年	'91/'80
総数	74.7	80.2	1.071
国	54.2	68.0	1.255
国(その他)	123.7	130.7	1.057
都道府県	84.6	96.4	1.128
市町村	81.4	93.8	1.152
日赤	91.7	106.5	1.161
済生会並びに北海道社会事業協会	82.9	96.4	1.163
厚生連	80.4	93.2	1.159
国民健康保険連合会	95.2	111.4	1.170
社会保険関係団体	94.7	108.2	1.143
公益法人	72.6	79.8	1.099
医療法人	61.2	65.9	1.077
学校法人並びにその他の法人	128.2	124.2	1.051
会社	90.1	102.7	1.140
個人	66.6	67.4	1.012
都道府県・市町村	82.6	94.4	1.143
医療法人・個人	63.2	66.3	1.049
「公私格差」	30.7%	42.4%	

資料 厚生省「医療施設調査・病院調査」より作成。

注 「公私格差」= (都道府県・市町村の平均値÷医療法人・個人の平均値) - 1

は純粹の民間病院で、公的な資金援助はどこからも得ていない。ちなみにその当時、自治体病院協議会で調査したところ、都道府県立病院で年間1床あたり200万円、市立病院で100万円が、それぞれの自治体の一般会計から補助をうけていた。また私立の医療法人・個人の従事者数と公立の都道府県・市町村の従事者数の比較を行った公私格差は42.4%で両者に大きな差があることが判る(二木、1994)。大学病院では病院収入以外に教育費や研究費が組入れられているので、多くの人員を確保できる。

なお、特殊な病院として小児専門の小児病院がある。国立の1ヵ所を除くといずれも公立で、1ヵ所の市立を除くと他はいずれも都道府県立である。小児病院では親の付添いを必要としない看護体制が組まれている。そのため看護婦の数は1患者あたり平均1.0人である(小池・中野・長畑、1991)。わが国の一般病院の1患者あたりの看護婦数は1997年で0.53人で、小児病院には丁度2倍の看護婦が配置されている訳である。このことから当然小児病院は赤字となり、

1床当り年間1,000万円が一般会計より補助されている(長畑、1992)。前述の都道府県立病院の5倍の補助となっている。少からぬ総合病院で赤字のため小児科が閉鎖の止むなきに至っている。このため、とくに夜間の小児科救急が確保できない状態に追い込まれている。小児病院の例をみて判るように小児診療の赤字の額は予想をはるかに越えた大きな額なのである。

3. 医療改革の今後の方向

これまで述べて来たように、入院患者1人当りの職員数が欧米先進国に比べて著しく少ない。また日本の1ベッド当りの床面積はアメリカの四分の一である。日本の病院をよくするためには、もっとお金をかける必要があることは明らかである。GDP当りの総医療費はドイツやフランスの7割程度であるので、まだまだ増やせる余地がある。わが国の国民総医療費に占める入院医療費は29.40%、外来医療費は41.25%である。それに対して主要国の平均は入院医療費42.41%、外来医療費は29.22%で、丁度日本と逆になっている(濃沼、2000)。したがって今後医療費を増額して行くに当っては入院医療費に重点をおく必要がある。

(1) 医療の質の向上

医療とくに病院医療の質の向上をはかるには、前述のように人員の増加や施設設備の充実をはかる必要がある。しかし、それだけでは不十分で医療の質そのものを直接評価する体制を確立する必要がある。それには同僚の専門家からみて妥当な方法で医療が提供されているかという「プロセス」面の評価が大切である。これを同僚評価 peer review といっているが、同僚であってもなれ合いに陥ることのないようにすることが極めて大切である。このようなプロセス面の評価を行う基本がカルテにある。カルテ内容を定期的に点検し、質を確保するためにあらか

じめ決められた手順でチェックする品質保証の体制を確立してはならない。このためには診療情報をカルテにきちんと整理して記録するための専門の病歴士が必要である。病歴士は医師がテープに録音した内容をカルテの文章にして記録し、かつ閲覧しやすいように整理するのがその仕事である（池上・キャンベル、1996）。残念ながら日本の病院にはこのような病歴士は殆んどいない。医療の質の向上をはかるには、まずカルテの整備といった基本的なことから始める必要がある。

医療機能の評価には同僚評価のような内部評価だけでなく、第三者評価も行われている。財団法人・医療機能評価機構が1995年に発足した。審査は書面審査と訪問審査により行われる。病院の組織的基盤、診療の質の確保、看護の適切な提供、患者の満足度と安心、病院の運営管理の合理性など項目に分けて評価される。評点がおおむね標準的な水準以上であれば認定証が交付される（医療白書2002年度版、2002）。現時点では標準的な水準はそう高く設定されている訳ではない。将来は国際的な水準を念頭におきながら評価が行われ、医療機能のレベル・アップをはかって行くようにすることが望まれる。

(2) 医療保険制度の今後のあり方

医療保険のあり方をめぐっては多くの問題がある。しかし、最大の問題は増えつづける老人医療費であろう。その中でいわゆる社会的入院の問題がある。このことについては介護保険の導入で次第に減少して来ている。他方、これまで述べて来たように一般医療の向上をはかるためにその資金源を考える必要がある。現在、老人保険は、被庸者保険と国民健康保険からの拠出金が7割、公費が3割、一部本人負担となっている。もし公費負担を増額し、健康保険からの拠出金を減らすことができれば、かなりの財源となる。この分は消費税の増税でまかなう必

要があるであろう。いずれにせよ、医療保険のシステムを維持しながら医療の質の向上をはかって行くのが本筋である。

現在、健康保険と差額負担を併用する混合診療を認めるべきであるという意見が声高く唱えられている。もしこれが実施されると、医療サービスの現物給付原則が廃止され、あらかじめ定められた額以上のサービス利用は全額自費負担となってしまう。こうなると現在の健康保険制度は崩壊してしまう。今でも高度先進医療の最先端部分は健康保険と併用しながらの自費負担となっている。しかしこのような特別な医療は大学病院等の特定機能病院に限られている。しかも、そのような高度医療も一般化すれば保険適用に組み入れられることになっている。このように特定療養費制度といわれる上記の制度は混合診療とは性格を異にし、あくまでも健康保険制度を守って行こうとするものである（二木、2004）。

近頃、いわゆる規制緩和の名のもと、「混合診療解禁」、「医療機関への株式会社導入容認」など、医療における「ビジネス・チャンスの創出」が声高に主張されている。しかし、ビジネスの論理が医療を著しくゆがめるのがその現実であることはすでにアメリカで明らかにされている（李、2004）。

イギリスにおいてサッチャー首相の時代、国有鉄道、電気、ガス、電話、英国航空などを次々と民営化し、さらに医療のナショナル・ヘルス・サービスについても一部民営化をはかろうとした。しかし、これを強行すれば選挙に負けると危惧して断念した。労働党のブレア首相に代ってからは、色々問題の多いナショナル・ヘルス・サービスの改善に向けて新しい政策が打ち出された。1997年の時点で国民医療費の対GDP比は日本は7.32%で独・仏の10.45%、9.88%より低かったが、イギリスは6.69%とさ

らに低かった。これは保守党政権による医療費の抑制の結果であった。しかし、2000年になり、労働党のブレア首相は医療費を5年間に1.5倍にするという政策を発表した。このように50%の増額により、5年間でドイツ・フランス並みの対GDP比10%前後に引き上げようとしている(近藤、2004)。これからは、わが国はアメリカの例にならうよりは、イギリスを目標とすべきである。

国民皆保険を基本にしたこれまでの日本の医療政策を維持することが現在強く求められている。新しい理念を取り入れるべきところはとり入れ、「バランス」のとれた医療を実現するという日本がこれまで堅持して来た基本理念はこれからも守られるべきである(池上・キャンベル、1996)。

<文献>

- Abel-Smith, B. (1964): *The hospitals 1800-1948, - A study in social administration in England and Wales.* 多田羅浩三, 大和田健太郎, 訳 (1981): *英国の病院と医療-二百年のあゆみ.* 保健同人社.
- 秦 郁彦 (2003): *旧制高校物語 (文春新書365).* 文藝春秋.
- 池上直己, J.C.キャンベル (1996): *日本の医療-統制とバランス感覚 (中公新書1314).* 中央公論.
- 医療保険制度研究会編 (2004): *目で見る医療保険白書 (平成16年版) - 医療保険の現状と課題.* ぎょうせい.
- 医療経済研究機構監修 (2002): *医療白書2002年度*

- 版. 日本医療企画.
- 小池淳子, 中野博行, 長畑正道 (1991): *小児病院における看護職員数と患者の看護度調査-小児総合医療施設協議会の調査結果から.* 病院, 50: 792-797.
- 濃沼信夫 (2000): *医療のグローバルスタンダード.* ミクス.
- 近藤克則 (2004): 「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.
- 亀井美知子 (1988): *近代日本看護史, (Ⅲ) 宗教と看護.* ドメス出版.
- 上坂冬子 (1982): *生体解剖-九州大学医学部事件 (中公文庫340).* 中央公論社.
- 川上 武 (1965): *現代日本医療史.* 勁草書房.
- 慶應義塾七十五年史 (1932). 慶應義塾.
- 長畑正道 (1992): *小児総合医療施設からみた小児医療の現状と今後の課題.* 病院, 51: 29-33.
- 長畑正道 (2004): *私の教育改革論-「独立自尊」と「自由」の精神を基礎にして.* 東京成徳大学研究紀要, 11: 75-89.
- 二木 立 (1994): 「世界一」の医療費抑制政策を見直す時期. 勁草書房.
- 二木 立 (2004): *医療改革と病院-幻想の「抜本改革」から着実な部分改革へ.* 勁草書房.
- 大久保利謙 (1997): *日本の大学.* 玉川大学出版部.
- 小俣和一郎 (1995): *ナチスもう一つの大罪-「安楽死」とドイツ精神医学.* 人文書院.
- 李 啓充 (2004): *市場原理が医療を亡ぼす-アメリカの失敗.* 医学書院.
- 仙波嘉清 (1963): *生体解剖事件.* 金剛出版.
- 菅谷 章 (1981): *日本の病院-その歩みと問題点 (中公新書600).* 中央公論社.
- 東京大学百年史 部局史 三・工学部 (1987). 東京大学.
- 常石敬一 (1995): *七三一部隊-生物兵器犯罪の真実 (講談社現代新書1265).* 講談社.