

「女性医療職エンパワメント推進議員連盟」発足のわけ - 自見はなこ・参院議員に聞く ◆ Vol.1

医療・社会が抱える課題解決の一環

インタビュー 2017年2月9日(木)配信 聞き手・まとめ：橋本佳子（m3.com編集長）

1月末、「女性医療職エンパワメント推進議員連盟」が発足、その設立総会を開催した。超党派の議連で、衆参両院から212人と、多数の議員が入会している（1月30日現在）。かねてから医療職の過重労働が問題になり、「働き方改革」が政府課題となる中、本議連はどんな活動をしていくのか――。

同議連の会長には野田聖子議員が就任、事務局長は、2016年7月の参院選で、日本医師連盟の推薦を受け、初当選を果たした自民党の自見はなこ議員が務める。小児科医でもある自見議員に、本議連の狙いをお聞きした。話は、自見議員が掲げる2017年の7つの課題に始まり、新専門医制度に対する自身の考えまで及んだ（インタビューは、2017年2月2日に実施。計4回の連載）

――なぜ「女性医療職エンパワメント推進議員連盟」を立ち上げたのか、その理由からお教えいただけますか。

その前にまず私が今年、取り組むべき7つの課題について説明させてください。その中にこの問題が含まれているからです。地区医師会で講演する際にも、このお話をさせていただいています。



自見はなこ議員は、2016年7月の参院選で、日本医師連盟の推薦を受け、初当選。

第一は「医師のキャリアデザイン」、専門医の仕組みとも関連する問題です。新専門医制度については、皆が心配しており、地域の医師偏在を助長させるだけでなく、「専門医」ばかりが強調されています。専門医の取得を意識しすぎた初期の臨床研修を行うケースも予想されるなど、ジェネラルな医療を初期研修で学ぶ意味を見失っている懸念もあります。国民も専門医を求めすぎており、ジェネラルな医療がないがしろにされ始めているのかもしれないと危惧しています。

若いうちにジェネラルをしっかり鍛え、その先に専門性がある、そして医師としてアカデミックとファンクションの二つの機能を担い、大学や研究機関、あるいは民間病院や診療所など、それぞれの場面で医師としての役割を开花させていく。その中で良質なかかりつけ医も養成できます。2004年度に初期研修が必修化された意味は、そこにあったはず。それをもう一度、見直す取り組みをまずやるべきです。

私は、2016年11月8日の参議院厚生労働委員会で初めての国会質問をした際に、医学部は文科科学省、初期研修が厚生労働省、専門医の仕組みは日本専門医機構と担当が分断されており、横断的な仕組みがない現状を問題視しました。これを受けて、医学教育と初期研修については、文科省と厚生労働省の横断的な合同委員会が2月から始まると聞いています。

今の医学生は、5年生になる前後でCBTとOCSEを受け、その後、約2年間、臨床実習を行います。医師国家試験を受けるためにいったん中断し、その後2年間の初期研修を行っています。この4年間を分断することなく、シームレスにジェネラルな医療をまず学ぶ横断的な取り組みが必要です。

第二は、地域医療と救急医療の在り方です。救急医療については、特に地方で、85歳以上の高齢者の搬送が、格段に増えています。急性心筋梗塞や大動脈解離など、救急車で一刻を争い搬送すべき症例ならいいのですが、施設から

の「緩やかな救急」、地域医療連携における搬送に近い救急などが現在混在しています。救急車の台数も不足し、救急医療に要する費用も問題になります。さらに、救急救命士の資格を有していても、勤務していない人の掘り起こしなどもやっていくことが大切です。救急は突き詰めると介護を含めた地域包括ケアとの関わりの部分や、終活についての幅広い議論に及びます。地域医療についても、病床機能分化や地域包括ケアシステムの確立など、取り組むべき課題は数多くあります。

第三は、医療とICT。この話は政府の方が相当に進んでいますが、厚労分野の取り組みが遅れています。例えば、遠隔診療の検討に関わる領域でも、鮮明な画像をスマートフォンで送信できるようになっているなど、現実の方が進んでいるのに、規制は変わっていません。EHR (Electric Health Record) と、PHR(Personal Health Record)を連携させて、本当に国民に資するシステムを構築する、100年の一度のチャンスです。ただその際に公衆衛生学的に資する、同時に個人情報も厳重に保護する形で、患者さん、国民はもちろん、国としてメリットのあるシステムを作っていかなければなりません。その実現に向け、自民党の「IT戦略特命委員会」の幹事に入らせていただきました。

システムの話は「なりすまし医師」あるいは「なりすまし患者」など、悪意のある利用も視野に入れた上での個人の特定や個人情報保護などへの配慮は必要ですが、本当にベストマッチは何か、この時代に合った医療の在り方を見つけていかなければいけません。

第四は、子どもの環境の整備で、自民党が掲げる「1億総活躍社会」の実現の中で、病児保育を担当させていただくことになりました。母子愛着形成を考えた場合、病気の際は両親のそばにすることができるのがベストで、その前提の上で病児保育を考えなければいけません。しかし、中小企業で働いている人などは、なかなか仕事を休むことができません。例えば、子どもの病気で親が休みを取った場合、企業の事業主にインセンティブが付くように社会を変えていきたい。こうした環境を整えるためにも、成育基本法の早期成立が必要です。

第五が、今回の女性医療職の議連と関係する、男女共同参画と医療の勤務環境整備です。医療職の働き方改革を進めるため、ワークシェアリング、保育の問題、女性医療職の健康問題に取り組んでいきたい。

残る二つですが、**第六は、研究開発の促進。**これは絶対に大事だと確信しています。昨年末の自民党税制の議論の際、私は厚生労働部会と経済産業部会の両方で、研究開発税制の担当になり、両者の取り組みの違いにも気づくことができました。研究開発の税制は、自動車などの製造業寄りです。それを製薬企業など、研究開発費のウエイトが高い業種に当てはめた時にどうなるかをもっと考えた方がいい。オブジーボの話もそうですが、薬価の「出口」の部分で、ある程度シバリがあるので、「入口」を広げ、グローバルに戦っていける体制にしないと、製薬企業の経営にとっては、「バランスが悪い」というのが私の感覚です。税制の面だけではなく、大学の中で眠っている研究のシーズを、どのように開発につなげていくのか、その仕組みも考えていきたい。

第七は、医療財源の問題です。“増大する医療費”という表現がよく使われていますが、その財源をどのように使うか、という議論しかなく、本当に足りるのか、もっと必要ではないか、所得の再分配機能は低下しているのではないかと、といった議論は残念ながら活発には行われていません。

確かに使い方についても、変更しなければいけない点があります。かかりつけ医が本来行える“予防”に対して今は給付がありません。「お金は上から降ってくる」という厚労行政に携わる我々には独特の感覚があるように思いますが、これも変えなければいけません。けれども、そもそも日本の医療、そして国の在り方として、どのような医療体制がいいのかを考えずに、医療財源の話をしています。我々、一人一人の医師がステークホルダーとして国民医療を守るためにどうすべきか、この辺りはもっと議論を深めることが必要です。

――7つの課題は、相互に関係する問題でもあります。例えば、地域医療や医療財源の在り方を考える際には、医療提供体制やその担い手である医療職や専門医の在り方の検討にもつながる。

その通りです。例えば救急医療の問題は、「終活」、Quality of Deathとも結びつく話です。どのように死を迎えるかは、制度で縛られるものでもありません。医療費抑制の観点からの話でもなく、倫理観、人生観、価値観の問題であり、一人一人が直面する問題です。孤独死の問題も、今はスマートフォンのアプリを使い、バイタルサインなどをチェックし、転送することもできます。医療におけるICT活用につながっていく話です。

したがって、7つの課題を有機的にリンクさせ、一気に進めていく必要があります。それぞれのテーマについて勉強会を立ち上げるなどしており、その中の一つが、「女性医療職エンパワーメント推進議員連盟」なのです。

ただし、これらの課題に取り組むに当たって、**大切なのは、私たちはプロフェッショナルとして、「医療の質の向上と担保」を絶対的に掲げなければいけないこと。それは医療職の中でも、医師の責任です。**チームでの取り組みが求められる時代にあって、チーム全体を牽引し総合力を高めていく最終責任者が医師であり、この前提がないと、全ての話が崩れてしまいます。働き方改革は、繊細な医師需給や医療偏在の問題ともどこかでリンクしますが、個別職種の権利を主張するあまりに医療界全体が疲労することは避けなければいけません。

【掲載スケジュール】

- Vol.1 「女性医療職エンパワメント推進議員連盟」発足のわけ
- Vol.2 全がん連の会費や寄付、COIに注意
- Vol.3 「人を大切に」で好循環、経営にも寄与
- Vol.4 医師の「時間」と「場所」を拘束