

社会保険研究委員会 答申

諮 問：日本の医療の未来ビジョン

（1）混合診療と（2）総合（診療）医について

未曾有の国難から日本が復興するために、何よりも国民の健康を保障する社会保障の充実、取り分け、国民皆保険制度の維持充実が不可欠です

おりしも国民皆保険制度 50 周年を迎える記念の年に、わが国の史上稀にみる甚大な災害が発生した。被災地の復興活動において、日を追う毎に地域医療の新生に対する期待が高まっている。多くの住民が家や財産を失う中、生命と健康を守るために公的医療保険の存在がこれほどまでにありがたいと感じたことがあったであろうか？われわれは良質な医療を平等に保障する皆保険制度を堅持するために、以下の 2 点を提言する。1. 営利目的や医療格差につながる混合診療全面解禁を決して認めない。2. 専門医を含めたすべての医師の生涯教育を見直し、地域に根差した総合診療マインドの醸成を目指す。

2012 年 3 月

京都府医師会
社会保険研究委員会

京都府医師会長

森 洋 一 様

答 申

本委員会は、2010年6月28日に開催の第1回委員会において貴職より
諮問のありました「日本の医療の未来ビジョン」について2年間、
計16回の委員会を開催し、鋭意検討を重ね、その結果を取りまとめ
ましたので、ここに答申いたします。

京都府医師会社会保険研究委員会

委員長 古家敬三

社会保険研究委員会

敬称略・順不同

委員長 古家敬三
(古家医院 院長)

副委員長 藤村聰
(藤村医院 院長)

委員 伊谷賢次
(西陣病院 院長)

新屋久幸
(しんや医院 院長)

松井亮好
(西京病院 副院長)

中路裕
(中路眼科医院 院長)

北村哲夫
(京都新聞社)

荒牧敦子
(認知症の人と家族の会 京都府支部)

担当副会長 安達秀樹

担当理事 西村秀夫

坂東一彦

濱島高志

目 次

1. はじめに.....	1
2. 混合診療.....	1
1) 平等に良質の医療を提供する日本の国民皆保険.....	1
2) 混合診療の利点と欠点.....	3
3) 医療ツーリズムと TPP(環太平洋パートナーシップ)その背後にあるもの.....	4
4) 混合診療の原則禁止の正当性と国民皆保険制度の効率的な部分改革の必要性について.....	5
5) まとめ.....	7
3. 総合（診療）医.....	8
1) 大学病院や総合病院における総合診療科の役割.....	8
2) 診療所や中小病院における総合（診療）医機能.....	10
①開業医の立場から.....	10
②勤務医の立場から.....	12
3) 現代社会におけるプライマリ・ケアのあり方.....	14
①医療を提供する側の視点から.....	14
②医療を受ける側の視点から.....	16
4) 患者からみた地域医療のあり方.....	17
5) 認知症本人と介護者が望む地域医療.....	18
6) 専門医と生涯教育～すべての医師に総合診療マインドを～.....	20

1. はじめに

古家 敬三

今期から複数期にわたり総論“日本の医療の未来ビジョン”とする、各論：(1)～(4)を段階的に検証、というのが本委員会発足当初の諮問事項であった。最初にお断りしておかなくてはならないことは、各論(1)「混合診療」について1年間議論して中間答申として原稿の編纂作業を行っていた最中に、東日本大震災が発生したこと、したがって今回の答申の前半部分の多くが、あの想定外の大災害より以前のわが国の医療体制を前提としていたということである。ところが今読み返してみても全く色あせていないので、ほとんど修正を加えずに提出することにした。その後昨年10月に最高裁判所が、混合診療原則禁止は憲法に違反しないという歴史的に意義深い判断を下した。大筋でわれわれの結論を支持する司法判断が下されたことは、今後再燃するであろう米国や財界からの混合診療全面解禁の圧力に対抗する理論的かつ強力な後ろ盾となるであろう。

次に各論(2)「総合医」については、これまでに幾度も家庭医、かかりつけ医、総合(診療)医、プライマリ・ケア医等多くの名称が溢り立し、それぞれに微妙な立場の相違から一応定義づけがなされてきた。しかしそれらは医療を受ける側の国民にとっては大同小異なのではなかろうか。そこで今回は名称にはこだわらず、医師、マスコミ、患者の家族の立場から、今の医療制度の問題点を探り、本来のあり方を見つめなおし、今後の超高齢化社会に対応するために最も必要なことを率直に出し合った。結論として、「すべての医師に総合診療のスキルとマインドを生涯教育で培っていただくことが何より重要である」ということに落ち着いたので、多少の主張の差異は残しつつも、そこに至った議論をできるだけ網羅した答申にしたつもりである。

2. 混合診療

1) 平等に良質の医療を提供する日本の国民皆保険

松井 亮好

他の先進諸国に比べ日本の医療費は低い水準にあり、医師数も少ないと専門家の間では周知の事実であったにもかかわらず、小泉政権下では度重なる医療費抑制政策が繰り返され、日本の医療供給体制を疲弊させ続けた。多くの地域で医療が崩壊していく様が国民の目からも明らかとなり、医療を含む社会保障制度全般を後退させてきた自公政権に国民がNOを突き付けた結果、歴史的な政権交代が起り、民主党政権が華々しく誕生し、今や全ての政党が医療費を増やすことを政策にかけている中で、医療関係者もようやく、この危機的な状況から脱出できるのではとの期待を抱いた。しかしながら、政治主導をかけたはずの新政権の総理大臣や厚生労働大臣からは医療費抑制政策を転換するという明確な姿勢は示されていない。財務省や経済界の意向が尊重されているのであろうか、診療

報酬の引き上げは小児科や産科といった問題点が目立った部分のみへの重点的な配分にとどまっている。さらには報酬の財源を開業医から病院勤務医へシフトするシナリオが作られたため、診療所の再診料が明確な理由を欠いたまま引き下げられるという事態が起こった。多くの医療機関の経営が不安定化し、医師、看護師は過重労働で疲弊している上に医療機関で働く介護職、一般職などの給与は大変低いレベルに置かれている。医療に携わる全ての者が希望と誇りを持って働くことができ、安全で良質な医療を必要とする人に速やかに提供する体制を維持するためには医療費全体の抜本的な底上げを今すぐ実現させなければならない。

医療体制を破壊するのは、何も医療費の抑制だけではない。2004年から導入された新医師臨床研修制度により大学病院の医局に入局する医師が激減し、地方の病院へ医師を派遣することができなくなり、多くの診療科や病棟が閉鎖に追い込まれたことは記憶に新しい。7対1看護体制もその影響に対する予測が充分になされないまま導入され、大病院を中心に多数の病院が看護師を確保しようとした結果、全国で深刻な看護師不足を引き起こし、その混乱は現在も続いている。制度の変更の際には現場の声に耳を傾け、その影響を充分に吟味し、医療提供体制に混乱を与えないような設計を望む。

さて、私自身が医師として思い浮かべる「ハイレベルの医療」のイメージとは一般に「標準的治療」と呼ばれているものである。ここでいう標準的という意味は平均的とか中程度といった意味ではない。軽症から重症までそれぞれの病状に合った最良な医療を供給することである。生活習慣病の予防治療から、進行がんの集学的治療、難病の治療まで全てを含む体系であり、学会などが出すガイドラインに準拠した治療が行われているということともほぼ等しい。標準的な治療を提供できる病院が良い病院、医療の進歩に伴い常に変化や進歩をしている標準的治療を実施するため研鑽を続けているのが良い医師と考える。多くの診療科から構成され、さらに専門分化していく現代医療において、一人ですべての標準的治療をマスターし、行える神のような医師は存在し得ない。「標準的治療」とは医療に携わる者が切磋琢磨し、チーム医療や病診連携、病院の機能ごとの役割分担などが実現され、はじめて行える治療という考え方である。現在、我が国では標準的治療のほとんどが保険診療の対象となっている。混合診療を解禁しようとする勢力は高度先進医療の分野にはお金さえ出せば治らない病気も治せるような医療が存在するという幻想を国民に持たせようとしているように感じる。現在行われている医療においては保険診療と標準的治療が給付対象としてはほぼ近似した形で存在しているので国民はもう少し安心して良いのではないか。

小泉政権下では市場原理主義を信望する人々が勢いを得て、混合診療を全面的に解禁し自由診療の部分を拡大させようと執拗に主張したが、厚生労働省は保険外併用療養（費）という形式で先進医療を認める領域を広げることで混合診療全面解禁を食い止めた。自由診療が拡大すると、財政的な見地から新しい医療が保険医療に組み入れられることがどうしても抑制される傾向が生じ、結果として保険診療の給付範囲が縮小していくことが強く

懸念される。その結果、高い費用を負担して自由診療を受けられる富裕層と一般国民との間で受けられる医療に格差が生じることは、第一線で国民の健康と命を守る為頑張っている医療提供者の感覚からは容認できないものである。混合診療の原則禁止は、国民の安心安全を支える国民皆保険制度の大きな柱となっていることを我々は今一度よく理解する必要があるのではないか。

2)混合診療の利点と欠点

中路 裕

現在の保険医療では、医療に関わる部分は保険によってすべてカバーすることが基本になっている。保険診療を行いながら、診療報酬点数に定められていない手術や検査に係る料金、また薬価基準に掲載されていない薬剤に係る薬剤料を患者から徴収してはいけないことになっている（保険医療機関及び療養担当規則）。従って現状では、保険診療と保険外診療を併用（混合診療）した場合は、保険診療に該当する部分も含めて全てが自由診療になり、患者の全額負担になる。ただし2006年10月の健康保険法改正の下、再編成された「評価療養」と「選定療養」という保険外併用療養費制度は、一定のルールに従って保険診療と保険外診療との併用を容認したものである。すなわち、これらにおいてのみ混合診療が許されていることになる。この状況の下、混合診療が解禁された時の利点を考えてみる。

自己負担面では、保険診療でカバーされていない「新しい医療技術」を受けたり、薬価収載されていない「新しい薬剤」を処方された部分は自費診療となるが、保険診療に該当する部分は一部負担で済む。したがって自己負担は現行の混合診療を禁止している現行の制度下においての全額自己負担よりも軽減される。

治療面では、全額負担の籠が外され、保険適応外の新薬や最新医療機器などによる先進医療が受けやすくなるため、医療が充実し、患者の早期の軽快が望めるようになる（ただし安全性は担保されていない）。

保険給付面においては、評価療養が影を潜め、新しい医薬品や治療など先進医療を保険医療へ組み入れようとする動きが失われることで医療の進歩に伴う医療費の増大が抑えられる（皆保険の危機、患者負担の増大、受診格差拡大）。また、国民は高度医療が受けやすくなり（全額負担が解消されるため）、治療期間が短縮され、保険料（税）や国庫からの負担金の節約となり、国家の財政逼迫の改善の一助となる可能性がある。

以上のように、国民にとって、また国家財政にとってもメリットがあるのだが、混合診療解禁により最も恩恵を受けるのが製薬会社など医療周辺産業ではないだろうか。

製薬会社を例に挙げてみると、新薬など厚労省が認可していない薬剤の価格を自由に設定出来るために、製薬会社の利益に繋がることが容易に予想される。最新医療技術に関しても、診療報酬という統制価格から外れ、検査料を自由に設定することが出来るので、医療機器

などが高値で販売できることになり、企業の利益に繋がることになるだろう。また民間保険会社もそうである。公的医療保険がカバーできない自費診療分の範囲が拡大し、この部分を民間保険に加入することでカバーすることになってしまう。したがって民間保険会社は新たな市場を獲得することになる。

規制緩和という聞こえの良い言葉が、医療保障の概念を覆し、医療の中で営利を目的とする市場経済主義を持ちこみ、製薬会社や民間保険会社などの営利企業に利益をもたらす結果となるであろう。

3) 医療ツーリズムとTPP(環太平洋パートナーシップ) その背後にあるもの

藤村 聰

「医療ツーリズム」という言葉が流行語のようにマスコミに登場し、国民の目や耳に入らない日はないといつても過言ではない。そして、「医療ツーリズムは医療先進国日本の特需になるだろう」という思いが、長い不況の停滞感の中にある日本人には暗闇に見える一寸の光のごとく大きな期待感を持って報道されているのは事実である。多くの報道はこの医療ツーリズムは日本の新たな産業になり、大きな経済効果をもたらすという認識の下に成り立っている。

かつて日本は加工貿易国として戦後僅かな期間で高度成長を成し遂げGDP世界第2位の地位を築いたが、すでに多くの企業はその製造拠点を人件費・法人税の安い他国に移動されることを余儀なくされ、非正規労働者という新たな職種を生み、いまや正社員という自分が羨望の目で見られる社会状況にある。さらに最後の砦である技術力も諸外国の台頭に伴い過去の栄光となりつつある。

医療ツーリズムを新たな産業と捉える人々は異口同音に、「限られた富の公平な分配」「ワークシエア」という言葉に代表される停滞した日本経済に「富の新たな創造」をもたらすと主張している。これはある意味で事実である。例えばタイでは128万人、シンガポールでは68万人の医療ツーリズム利用者を受け入れ外貨獲得に貢献している一方、日本の医療ツーリズム利用者はまだ数百人程度と見られており、(OECD 09年調査) いくつかの試算では日本の医療技術に対する信頼度は国際的に高いため、諸外国の富裕層をターゲットにこのマーケットを広げると5千億円以上、さらに利用者の日本滞在に伴う経済効果を合わせると1兆円に到達するものもあるという。

こうした意見を踏まえ日本においても、すでに医療ツーリズムは動き出している。政府は2010年6月「新成長戦略」で医療ツーリズムを国家戦略として打ち出し2011年1月から医療ビザの発注を開始、全国で受け入れの準備を公表した。さらに地方でもこの流れに同調する動きがあり、大阪府吹田市では市長公約に予防検診ツアーや盛り込まれるなど今後こうした動きは加速することが予想される。

その一方で混合診療と医療ツーリズムの関連を指摘する報道は極端に少なく、多くの日

本国民はこの危険な関連についての議論から遠ざけられているように感じられる。例えば開発中の新薬や、高度な放射線診断装置、がんの重粒子線治療など高度先進医療は「限られた医療財源」という口実により保険適応の認可が進まず、保険外併用療養費制度によって実質的には混合診療として臨床で実施されているが、それが医療ツーリズム解禁と密接に関係している。医療ビザで来日する外国人に自費診療を行いつつ、日本人に対しても先端医療の自費診療あるいは混合診療が当たり前という意識を持たせ、高額な検査、治療は自費で行う、「貧富の差により必要な医療が受けられない日本の医療環境」を生み出すのは明白である。医療費を抑制したい政府と何が何でも新たな外貨の獲得を目指す営利企業、その二つの利害が一致したのが医療ツーリズムではなかろうか。

ところで、現在、TPP（環太平洋パートナーシップ）が米国の主導で押し進められている。関税の撤廃によりいわゆる自由貿易を促進させる方針で、これぞ「平成の開国」と声高らかに叫ばれ「開国フォーラム」なるものが開かれ今後も各地で予定されている。そして自給率確保のため維持されてきた農業分野を含む日本社会全般の保護政策の規制緩和、外国人労働者の受け入れなどが検討課題に入っている。

最もその影響が懸念される農業分野では、関税の撤廃による日本農業への打撃とそれに伴う農業自給率の更なる低下を懸念する意見は多く、各種農業団体はTPPへの参加反対を強く表明している。では医療分野での「開国」は日本国民にとって何らかのメリットがあるのであろうか？その前提として日本が世界一の長寿国であり、乳幼児の死亡率も極めて低く、それにも関わらず先進国の中では一人当たりの医療費が極めて低いという現実をしっかりと見定めるべきである。健康に対する医療費の費用対効果は世界一と自負できるが、これは国民皆保険という世界に類を見ない日本の医療制度によるものであるのは明白である。TPP推進論者は外国の医療資源の導入、医療の規制改革、自由化の促進などにより、市場原理主義に基づいた医療を広く容認することを提言する。これらの医療政策が、日本人の命を守り続けた国民皆保険制度を形骸化させ、その結果、医療はビジネス化して自由診療が可能な富裕層のみをターゲットとした「お金持ちしか十分な医療を受けられない社会」がやってくることを是認しているのだろうか。現在の日本の製薬業界を見ても外資系の会社の多さに驚く。公的な社会保険制度により、高価な薬が医療界に出回ることは抑えられているが、TPPによる医療の規制改革、自由化により日本国民の医療費が外国の営利企業に無尽蔵に吸い取られていくことがないと言い切れるだろうか。「悪人は善人のお面をかぶってやってくる」という言葉があるが、「医療ツーリズム」や「TPP」推進論者は、日本の富の創造というお面をかぶった国民皆保険制度の破壊者そのものではないのだろうか。我々国民は医療ツーリズムやTPPというお面をかぶった人の正体をよく確認しなければならない。

4)混合診療の原則禁止の正当性と国民皆保険制度の効率的な部分改革の必要性について

伊谷 賢次

日本の国民は、国民皆保険制度により、誰もが必要なときに安全性と有効性が確認された医療を受けられる安心感と平等感を享受し、世界に誇れる医療制度の下にあると理解している。しかし、日本の経済成長が見込めないなかで、高齢者医療費の増大や低所得者・無保険者の増加、医療の進歩等で増大する医療費の財源を今後どのように捻り出していくのか、解決すべき難題は山積している。そのなかで、医療費の公費負担の増大を抑制するための一つの方策として混合診療の解禁が以前から議論されている。また、混合診療解禁を推進する背景に、小泉政権下に論議された規制改革派の市場経済原理主義的な解禁論やドラングラン解消などを主眼に置いた医療現場の医師や患者からの解禁論がある。

しかし、混合診療が全面解禁されれば、医療の質の担保が困難となると同時に、患者の経済力により医療の格差が広がる。また、医療機関が利益確保のために保険外診療に力を入れることで、公的保険の給付範囲の縮小に拍車がかかり、果ては国民皆保険の崩壊につながる可能性がある。したがって、現場の医師たちは、混合診療の原則禁止が国民全体に平等で良質な医療を提供してきたという歴史的経緯を認識し、その正当性を理解している。また、勤務医の立場でも、病院の規模や扱う疾患により混合診療に対する思いが違うが、国民皆保険で標準的な医療レベルの提供が確保されていることを前提にしながら診療を行なっている。

中規模病院の医師などは保険適応外であるが症例の選別により有効な治療法（椎間板ヘルニアのレーザー治療など）の存在を認識しつつも、実際には混合診療が原則禁止されているため、保険で認められた治療法で大きな不便を感じずに日常診療を行っている。その一方で大学や大病院の医師は、先進的な医療をスムーズに行うために、現行の混合診療の原則禁止では不便さを感じている。

しかしながら、現在でも一定のルールの下で、混合診療は一部解禁されており、新薬や新しい医療技術が更に利用しやすくなるように、保険外併用療養制度の運用面の改善で対応すべきである。すなわち、混合診療全面解禁論以前に先進医療導入やドラングラン解消に向けての迅速な審議機関の設置や最終的に安全性や有効性を評価して公的医療保険に組み込むシステムが必要である。

最後に、日本の医療は従来通り「平等で、良質で、しかも効率的な医療を目指すべき」と考えている。平等で良質な医療は、国民皆保険制度が大原則である。効率的な医療は医療費抑制を目指したものではなく、現在の治療や診断技術の有効性の検証、新しい治療法の迅速な保険収載、ターミナルでの過剰な医療のは是正、重複診療（投薬なども）などがなくなる一元管理システムの構築などにより医療資源を有効活用することである。また、このような国民皆保険制度の効率的な部分改革を行う必要性について、医療界は国民全体にも理解を得るために努力が必要である。

5)まとめ

古家 敬三

2010年に成立した民主党菅内閣は、早々に「新成長戦略～『元気な日本』復活のシナリオ」の中で、ライフイノベーション分野の規制改革事項のトップに、いわゆる混合診療の全面解禁に通じる保険外併用療養の範囲拡大を掲げた。しかし医療や介護に経済成長の牽引役を期待することはまったく的外れであることが、その後の雇用悪化や景気後退による国内消費の低迷により明白となっていた。そのため経済産業省が中心となり、医療ツーリズムやTPP参加による海外市場の開拓や外国資本に依存した新たな医療の営利産業化戦略が始められようとしていた矢先、全く想像を絶する東日本大震災が発生した。

今後の日本の経済復興の鍵を握るのは、まず国民生活と健康を守る社会保障の充実である。そこには被災者への公的医療保険の優先的な適用のみならず、壊滅状態の地域医療自体の再生も含まれよう。また今回の震災で最も大きな打撃を受けた産業は、主として農林水産業や小規模製造業であり、これらの比較的経済基盤の弱い事業所の復興支援も急がれる。しかし、震災後の景気後退が長期に及べば、財界からも様々な分野で新たな規制緩和が要求されることが予想され、混合診療全面解禁への圧力もさらに強まるであろう。

現在日本の保険診療は、すでに保険外併用療養という形で一部混合診療が認められている。その多くは治験や臨床試験中の新薬と医療技術、そして保険未収載の先進医療である。これらは科学的根拠により有効性と安全性が担保されれば、将来保険適応となり、すべての国民がその恩恵に預かることができるはずである。そのため迅速かつ厳格な審査承認機関の存在が不可欠である。一方、患者に保険外併用療養として医療を提供した結果、安全性、有効性が十分に担保されなかつた場合や保険収載されている代替医療との比較で優越性が証明されなければ、早急に混合診療(=保険外併用療養)の対象から外すべきである。さらにすでに新しい治療法に取って代わられた過去の医療は、承認を取り消す努力も必要である。財源が限定的である以上、不適切な医療を保険対象外に分別することは大変意義のあることである。

今後も高齢者医療と先進医療の需要は増大し、それに伴い医療費の増加は免れえない。すべての医療が国民に平等に提供され、国民衛生の向上に寄与することこそが、わが国の皆保険制度の最大の長所であるが、その一方で相応の負担増も覚悟しなければならない。そして医療保険のみならず、介護保険による地域包括ケアの役割も大きくなるであろう。その負担増加分を受益者個人に求める意見があるが、そのような論理でもって、もし混合診療が全面的に解禁されるとどうであろうか。個人の経済力による医療格差が生まれ、医療費の自由診療分は市場原理によって営利企業の利益に還元される。しかも自由診療の質が十分に確保される保証はなく、平行して行われる保険診療分は依然として国民負担となる。このように混合診療の全面解禁は、一部の富裕層と営利医療関連産業にのみ有益で、他の多くの国民にとっては不利益をこうむるものとなる。

残念なことに現行の保険診療がすべての疾患の予防や診断、治療をカバーしているわけではない。わが国の医療の未来ビジョンとして混合診療のあり方を考えるなら、あくまで国民皆保険制度で標準的な医療全般を賄いつつ、その範囲を常に適正に管理するとともに、そこから外れるが一部の患者には効果のある先進医療や代替医療、予防医療等については、保険外併用療養という規制の中で、限定期に混合診療が可能とするのが適当であると考える。これからは限りある財源を国民の保健衛生の向上のために、公平かつ有効に使わなければならぬのであって、決して営利目的の混合診療に費やされるべきではないと考える。

3. 総合(診療)医

1) 大学病院や総合病院における総合診療科の役割

藤村 聰、新屋 久幸

大学病院や総合病院には、多くの専門医が存在し様々な専門診療科がある。さらに専門外来も細分化し、例えば循環器内科であっても、時代の要請に応える形で心不全外来、ペースメーカー外来、不整脈外来など細かくその機能を分担している。このように医療が専門特化している大学病院や総合病院における総合診療科の役割を医療提供側と患者側、大学病院や総合病院の使命である医師養成・医学教育、医療提供体制のあり方の4点から考えてみたい。

まず、医療提供側にとって、総合診療科の存在は専門医が自らの専門分野に専念できるというメリットがある。大学病院や総合病院には様々な訴えをもつ患者が来院する。循環器内科医が外来で、狭心症を治療中の患者に対して上気道感染の診察をすることもあるし、消化器内科医が、数年以上経過した消化性潰瘍の患者の診察や処方に忙殺されることも珍しくない。前者は本来の専門である急性期の心臓カテーテル検査や血管内治療に、後者は消化管の内視鏡検査やそれに基づく手術、肝胆膵などの診療に専念することが困難な状況になっている。これは、患者側の大病院志向と医療のフリーアクセスが悪い意味で相乗作用している例と言わざるを得ない。極論すれば大学や総合病院の専門外来であるにもかかわらず、実際は上気道炎や胃腸炎などのコモンディジーズの診療や、特別な検査や処置が必要ない臓器別患者の診療に忙殺されているのが現状ではなかろうか。こうした中で総合診療科の存在がクロースアップされている。多岐にわたる疾患の中でも専門医が常に診察する疾患は決して多くないと考えられる。P C I 後のワーファリンの管理、胃潰瘍再発予防のためのH 2 ブロッカーの定期投与、脳梗塞後の抗血小板薬の定期投与、安定した気管支喘息に対する吸入ステロイドの投与などは、各疾患の急性期の判断が出来る総合診療科が行うことにより、専門医は専門分野に特化することができる。ただその意味で総合診療科医は少なくとも内科系のあらゆる領域の知識と診断技術が要求され、それに必要な研修・研鑽が不可欠である。

2番目に、医療を受ける患者側から総合診療科のメリットを考えてみたい。少子高齢化が進みさらに平均寿命の長くなったわが国では、複数の疾患を抱えた高齢者が増加している。さらに前述の大病院志向の結果、多くの患者がやむなく「3時間待ちの3分診療」を受け入れている状況にある。慢性疾患が多臓器にわたる一人の高齢患者が複数の専門診療科を受診していることが多い。このことから、現在の日本の年齢構成を考えると、大学病院や総合病院においても内科系の各臓器の疾患に十分トレーニングを積んだ医師が、総合的に一人の患者を診察していくことが好ましいと考えられる。患者側の視点からすれば一人の総合診療医がその人のすべての慢性疾患を管理する一方で、専門性の高い検査や治療が必要なときには速やかに専門医にコンサルトできる体制がとられていることは患者の信頼につながると考えられる。

患者側の更なる利点は初診外来にあると言える。大学病院や総合病院は、おおむね特定機能病院であり、一般医療機関では診断や治療の困難な患者の紹介を受け入れる役割を担っている。しかし依然として紹介状を持たずに来院する患者の多さが問題になっている。例えば胸痛で受診した場合、その原因疾患は循環器、呼吸器、消化器、整形外科など多岐にわたるため、このような患者の対応には総合診療科の存在が必要である。多くの大学病院、総合病院ではかつて、受付の看護師が、その患者の振り分けを行ってしばしば混乱をきたした。もし十分なトレーニングを受けた総合診療科の医師が診察すれば、胸痛、頭痛、発熱といったさまざまな症状に対して専門医の受診の必要性の判断が可能であり、総合診療科での外来経過観察で済むこと多く、かつてのように複数の主訴をもつ患者が時間をかけ複数科を受診するということからの解放にもつながる。

3番目は医学教育という点からの総合診療科の必要性である。多くの医師が専門医を目指すのは今日の常識であり、医療が細分化し、専門化していく中では当然の選択といつてもよいと思われる。しかし、専門医は必ずしも自分の専門疾患だけを診るとは限らない。こうした専門外のトレーニングは初診外来を担当する総合診療科で学ぶことが好ましい。心臓のカテーテル検査を見学しその術を覚えること、消化管の内視鏡の技術を学ぶことも大切であるが、その患者がなぜその疾患を疑われ検査にいたったかのプロセスを学ぶことはすべての医師に必要である。医師向きの格言に「患者さんの声に耳を傾けてごらん、患者さんが病名を教えてくれる」という言葉があるが、複数の訴えをもって、独歩で外来を受診する患者の中から真の疾患を探し出す技術こそ、すべての専門医を目指す医師が最初に習得すべきものだと考える。

最後に医療提供体制については、現行の診療報酬体系に基づき、大学病院や総合病院が、求められる医学・医療の質を担保しながら運営していくためには、専門的な診療だけでなく総合診療的な診療スタイルを適切に配置・運用していくことが望ましいと考えられる。高度な先進医療を実践しながらも、事故や過誤のない安全・安心な医療を提供するために、医師をはじめ医療者の待遇や過重労働問題に改善が必須であるが、医師不足を含め短期的な解決策は見あたらない。2012年からの診療報酬改定では、外来複数科受診の際の再診料

加算が認められるようになったとはいえ、経費配分を考慮したものでもなく、病院外来部門の運用・運営問題に解決をみることはないと考えられる。しかし、総合診療科を導入し、専門医・総合診療医・研修医のチーム医療が整うことにより、病院の運営・経営面に貢献しているという報告もあり、また、受療者側からみると、外来診療待ち時間の短縮・適正化により 6.000 億円を超える経済効果も試算されている。このような情勢の中で、専門医が医療に専念しやすい環境を整え、質の高い専門医療を提供し続けるためにはどうしたらよいかを模索する必要がある。

以上総合診療科の存在意義を医療側、患者側、医師養成・医学教育、医療提供体制の観点から論じてきたが、このことが医療費抑制という国策の元に論じられると、すべての国に良質な医療をという日本国民皆保険の精神から外れた総合診療科となる危惧を感じるのは私達だけではないと思う。

2) 診療所や中小病院における総合（診療）医機能

①開業医の立場から

中路 裕

医師になるには、医学部入学後、6年間で一般教養、基礎医学、臨床医学、臨床実習など履修し、国家試験を受け、国家試験合格後、2年間の初期臨床研修で医師の基本的な課程を学んだ後、専門科を選択することになる。具体的には初期研修2年間のうち1年は内科（6カ月以上）、救急（3カ月以上）、選択必修として外科、麻酔科、小児科、産婦人科、精神科のうち2診療科を研修し、2年目の地域医療研修（1カ月以上）を終えて、その後、自分が希望する専門科の医局へ進むことになる。

この臨床研修制度は、「医師が医師としての人格を涵養し、将来専門とする分野に拘わらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身に付けることの出来るものでなければならない」とされている。即ち、総合医の要素を2年間で身につけるための制度と考えられる。

果たして2年間の臨床研修で将来の全人的医療、いわゆる総合医としての知識を得ることが出来るのであろうか。「生涯教育」という字の通り、全人的医療、総合医の要素を習得するには研修期間だけではなく、各専門科進んだ後もいろいろな診療科の知識を身につけることが必要である。生涯勉強なのである。

京都府立医科大学某名譽教授の言葉を思い出す。若い医師に対して書かれた「患者対応心得」だ。①職業意識あふれる診療を「患者は最高の師」②患者に無駄口をたたかぬこと。特に年長の人に。若い人が生意気だと、腹を立てる。③他科に直る訴えは受け持ち医として出来る範囲で診て処置すること。他科のことは私の知るところではないという態度はいけない。④出来るだけ、朝、患者を見舞うこと。顔を見せるだけでも。などの8項目。

このように、卒後数年間の大学病院や研修病院は、各専門科の勤務中、総合医としての

知識が獲得できる最も良い場所である。各専門の知識・技術の習得が大切であることは間違いないが、他科の外来患者や入院患者の話に耳を傾けることが必要である。その習慣を身につけることが開業後にも非常に有用だと考える。外来・入院患者には様々な病気を抱えた人がいる。他科の知識を得るための宝庫を無駄にすることはないだろう。

医師によっては、自分の専門以外の講演会や研究会などには「私には関係ない」と全く目を向けず、参加しない傾向がある。そうではなく、どの診療科の開業医も、高齢化社会には切っても切り離せない介護・在宅医療問題も含め、他科の知識を得ることが出来るいい機会なのであるから、生涯教育制度の絡みもあるが、自ら進んで参加することが重要である。自らの知識を高めるための意識が必要であろう（知識の獲得、生涯教育）。

開業医もかつては勤務医であったわけだから、開業医は勤務医がおかれている立場を理解しているはずである。開業医の理想は各診療科の基本的な知識を持ち、細分化、専門化の著しい医療の中で、「何が重篤な疾患か」「何が検査と治療を急がなければならない疾患か」「何が二次医療機関へ送るべき疾患か」を適切に判断し必要に応じて中核病院の専門医へ紹介することが求められているものと考える（かかりつけ医、ゲートキーパーとしての役割）。総合医と専門医のより良い連携が望まれる。

加えて、開業医は地域における信頼を得ることが必須である。医療は患者との信頼関係があつてこそうまくいくものである。その信頼関係の構築には知識・技術の習得はもちろんのこと、地域社会の一員として、地域の行事に参加するなど、地域住民との普段からの関わりを大切にしなければならないと思っている。技術・知識・信頼関係で地域医療は成り立つものである（地域密着型）。

日本における総合医（総合診療医）という肩書は果たして必要なのであろうか。制度にこだわらなくても、また肩書などなくても、今の開業医は総合医的役割を果たしているのではないだろうか。「総合医」は悪く言えば広く浅く、何でも屋ということになる。開業医はある程度人気商売（言葉は悪いが）である。「〇〇専門医」というステータスは医業経営に好影響を与える要素である。必ずしも患者さんの流れが総合医（確立された場合）から紹介されて専門医へと行くとは限らない。現在は情報時代であるから患者は医者を選び、はじめから自分の病状を自分で診断し、専門医へ行くだろう。「〇〇専門医」というステータスがない総合医は医業経営が成り立たなくなる可能性もある。総合医制度は開業医の専門性という知識・能力の低下を来たすことになりかねない。英国のように最初は「総合医・かかりつけ医」を受診しなければならないという制度を作るのであろうか。もし、そうなれば、「いつでも、だれでも、どこでも」医療を受けられるという「国民皆保険制度」の崩壊に繋がりかねない。日本には「総合医制度」はそぐわないのかもしれない。

しかし、これらを考える上で日本の医療費の高騰を抜きにして考えることはできず、年々加速する医療費の増大に少しでも歯止めをかけることも考えなければならない。ある程度の患者のアクセスの制限も必要なのかもしれない。ドクターショッピングを避けるために、まず総合医（ゲートキーパー）を受診することを制度化し、必要なら大学病院もしくは地

域中核病院（専門を持つ開業医も含む）へ紹介する事も選択肢に加えることも考えなければならないとも思っている。

結論としては、開業医としての総合医機能は制度にこだわらず、地域に密着し開業している医者は、長年の間に総合（診療）医としての能力を身につけるように努力しているものと考えるし、努力すべきである。どの科の開業医でも総合医マインドを持って地域医療に貢献すべきものだと考える。

②勤務医の立場から

松井 亮好

中小病院に不可欠なチーム医療

私の勤める病院（一般病棟 50 床、医療療養型 50 床、介護療養型 50 床の合計 150 床）はいわゆる中小病院と呼ばれる規模であるが、内科、外科系からなる数名の常勤医と各科の非常勤医による専門外来の組み合わせで、地域医療に対応している。各医師はこれまでのキャリアの中でなんらかの専門医の資格を取得し、大規模病院でも勤務したあと、現在では地域医療、高齢者医療というニーズを踏まえ守備範囲をできるだけ広げて、日々の診療に従事している。このことから各医師間の密接で深い信頼関係に基づく連携協力が極めて重要になってくる。感染症治療の戦略には、薬剤師も加わりチームとして検討する。患者にもっとも身近に接する看護師は全ての治療チームに積極的に参加しており、医師以外の専門職の機能も最大限に生かすことが重要となる。より高度の医療を要するケースや、チーム医療を持ってしても対応できない専門分野の疾患については大学病院や、近隣の基幹病院への紹介を行う。速やかな対応が必要なため、日頃からの連携は欠かせないものとなっている。

一口に中小病院といってもその規模や機能は多様である。より大規模な施設では専門的治療の比重が高くなるであろう。一方で高齢者においては複数の領域の疾患を抱えることが多く、各専門医が総合診療的な視点や技術を持つことが必要である。総合診療医としての修練を受けたものが配置されることにより、専門分化への偏重による弊害が解消され、幅広い病態への対応が可能となると同時に専門医の負担も軽減され、病院全体が活性化したケースもある。専門医と総合診療医のバランスよい供給、配置が近年各地で報告される地方の医療崩壊をくい止める重要な条件の一つとなるであろう。

肥大する患者ニーズ

患者側のニーズが高くなっている一つの例として、自分が病気やけがをしたときはたとえ夜中であっても、その疾患の専門医に診てもらいたいと要望される例も多く見られる。また、そのような要望が原因でトラブルにつながることもある。当直医も、自分の専門分

野以外の疾患に対する受け入れに慎重にならざるを得ず、救急搬入要請に対する応受率も年々低下している。医療を受ける側と提供する側の認識の乖離は適正な医療体制を構築する上で障害となる。少しでもその距離を縮める努力が必要である。患者ニーズの肥大は慢性期、終末期医療においてもみられることがある。意思疎通が困難な寝たきりの患者にも胃瘻が造設され、延命治療が続けられる現状の中、終末期医療のあり方について考え、人間の尊厳についての共通の理解を形作ることも避けることのできない課題となっている。

専門医と総合診療医

医療の進歩や患者ニーズの拡大により、専門分野がさらに細分化されていく現状において、個々の医師が患者の背景も踏まえた全体像をみる意識を持つことが求められている。医学部の中に総合診療科という講座を作り、学会が組織され総合診療のあり方を指導できる医師を養成する環境が整えられるのは歓迎してよいことであろう。その一方で、現在の臨床医は、せまい範囲の専門分野しか診ない専門医の集団であると断言してもよいのだろうか。外科系医師の全身管理能力や多様な病態への対応力が外科手術だけでなく地域の救急医療を支えている現状からもわかるように、専門医となるための研修や臨床経験からも総合診療に必要なことを身につけて行くことができる。ベテランの医師から研修医に対するアドバイスとして、幅広い対応力を持つと同時に、一つの領域では専門性を持つほうが良いと勧めることは多い。一つの領域を深く学ぶことで医学の奥深さ、難しさ、不確実さを実感し、他の領域ひとつひとつにも同様の深さがあることを知り、自分の能力で対応できる範囲を謙虚に自覚することで、他科の医師にコンサルトするタイミングを理解することができるのではないか。

総合診療の考え方や機能を発展させることができることは間違いないが、専門医に偏重したかに見える現状を否定的にとらえるすぎるあまり、拙速な制度の変更がなされ、医療現場の混乱がまた繰り返されることがないよう希望する。医師は、優秀な指導医の下、主治医としての責任を背負いながら、多くの症例に向き合うことで臨床力を身につけていく。総合診療医の養成を机上の制度として作り上げ、各科を短期間ローテーションすれば均一な総合診療医がたくさん育つというような幻想を持つことは避けたい。

地域に必要な総合医、地区医師会に求められる役割

地域の開業医や中小規模の病院の勤務医は地区医師会に所属し、生涯教育を目的とした講演会に日常的に参加し、様々な分野の研鑽を積み続ける。地区医師会での様々な役目を引き受け、地域の検診への出務、学校保健、産業保健などで地域社会とかかわっている。実際の患者を通しては、家族やケアマネジャー、介護の提供者と協力し、病態に応じた専門施設への紹介、入院に向けての調整などの活動を日頃から行っている。いわゆる「かかりつけ医」と呼ばれる存在はこのような診療と関連する様々な業務に携わっている。どの医師も総合医としての役割が期待されているであろうし、このような現状をもって総合医

は既に身近にいると言っても大きな異論はないかも知れない。しかしながら高齢者社会のピークを間もなく迎えるにあたり、様々な地域の職種の人たちの役割を深く知り、医師がなすべきことを正確に理解し、地域内の連携を強化、発展させることが必要である。今後も増加する認知症患者を地域で支えるためにも地区医師会は自発的な取り組みで地域内の連携を組立て盛り上げながら、他の地域も含めた全体の動きと同調させていく努力が必要である。この点においても個々の医師の総合医マインドをもう少し大きく育てることが望まれる。

3) 現代社会におけるプライマリ・ケアのあり方

①医療を提供する側の視点から

伊谷 賢次

プライマリ・ケアに最も適合する定義は、1996 年に米国国立科学アカデミーによる「プライマリ・ケアとは、患者の抱える問題の大部分に対処でき、かつ継続的なパートナーシップを築き、家庭および地域という枠組みの中で責任をもって診療する臨床医によって提供される、総合性と受診のしやすさを特徴とするヘルスケアサービスである」定義であろう。地域医療の総合的かつ継続的に担うプライマリ・ケアの重要性は、日本の現代社会において高まりつつあり、そのプライマリ・ケアを担う医師の育成についても本格的な議論が行なわれている。

まず、日本には、なぜ、今までプライマリ・ケアを担う医師の養成するプログラムなかつたのか、また、なぜ必要としなかったとのかを検証する。次に、なぜ、現代社会においてプライマリ・ケアの重要性が高まったのか、また、これからプライマリ・ケアを担う医師の養成への取り組みについて考える。

昨年「ランセット」による「日本の国民皆保険達成から 50 年」に関する特集にて、日本の保健医療分野における過去 50 年間の最大の成果は、国民間での公平性を高めながら低コストで健康長寿社会を実現したことである述べている。今まで日本の地域医療を支えてきた開業医、一般病院の勤務医は医学部を卒業後、ほとんどが医局に属し、いくつかの病院に派遣され、また研究に従事し、何らかのサブスペシャリティを持っている。大学病院や基幹病院での勤務医とある時期、同等のサブスペシャリティを持って、様々な理由で開業医、一般病院の勤務医になった後も、国民性による職業倫理が高く、自らで専門外の診療レベルのスキルアップを行なってきた。そのため、世界に誇れる標準的な総合診療医養成プログラムがなくても、世界からみて医療のアウトカムは良好であった。しかし、医学部を中心として、医療の専門化はより一層、細分化・臓器別へと向かい、地域医療での総合医療を担う医師は少なくなつていった。さらに、平成 16 年度より新卒後臨床研修制度が導入され、医学部における医局員が減少し、地域医療機関への医師派遣ができなくなり、地域医療の崩壊が顕著になった。また、マスコミにより卓越した専門技術を持ったスーパー

ドクターがもてはやされ、また、症例数のみで評価する病院ランキングなる著書が出回り、都市部でも患者や家族は専門医への診療を強く希望するようになった。そこで、リスクの低い手術でさえ、大学病院や基幹病院を受診するようになった。また、モンスター・アーミーの出現により、救急医療を支えてきた一般病院の勤務医はサブスペシャリティ以外の患者の診療に後ずさりし、結果として基幹病院に1次救急患者が集中する。医療の専門分化は進んだが、逆に病院の機能分担化は遅れている。日本は急速な高齢化社会を迎えており、在宅医や介護施設医を担う総合診療医は不足している。特に介護施設の入所者の病状変化について、家族の病院受診希望が強く、介護職員は入所者の病院への搬送に追われ、勤務医はその診療に振り回されることが多い。

プライマリ・ケアを担う医師を総合医、総合診療医、家庭医、プライマリ・ケア医、かかりつけ医など多くの用語で表現されている。日本医師会では、総合医は診療科とは別物として日常診療のほかに、産業保健や学校保健、在宅医療、地域の医療行政と連携した活動など様々な保健医療活動に従事する医師を指すものとし、総合診療医は大学病院や中核病院に開設されている総合診療部の医師のように、主として一般内科を中核として、他の診療科についても基礎的診療レベルという形で広い領域にわたって診療する医師であり、主に診療領域について表す言葉であるとして区別している。しかし、先程述べたように、地域医療・一般病院でも、大学病院・基幹病院でも総合的に診る医療を行なう医師は今後ますます必要とされることに違いはないと考える。今年1月10日に日経新聞で掲載された厚労省の「総合診療医」に迎合するわけでもないが、総合的に診る医師として「総合診療医」をとらえ、総合診療医の養成プログラムに地域医療では在宅医療や介護施設での医療を中心とした様々な保健医療活動を学ぶプログラムを追加すればよいと考える。しかし、厚労省による今回の総合診療医養成構想に英国のようなフリーアクセスの制限を附帯しないことが大前提である。また、大学病院・中核病院の総合診療医養成プログラムも、病院の高度な検査機器を使った診断学に偏ることなく、地域医療の総合診療医も共有した医学知識として学ぶべきものである。2010年に日本プライマリ・ケア学会、日本家庭医学会、日本総合医療学会が団結・合併して日本プライマリ・ケア連合会として新たな一歩を踏み出した。日本の医療の質を高めていくには「開業医：勤務医」という形より、機能を重視した「総合診療医：専門医」という区別がもっと国民に理解され、利用されるようにならなければならないと考える。すなわち、総合診療医には総合的に診る医師として地域総合診療医と病院総合診療医が存在することになる。日本病院総合診療医学会が発足して病院総合診療医養成のために特殊な医療機器を用いた診断学や多職種連携のためのプログラムが作られているが、地域総合診療医には特別な医学知識や診断技術は必要ない。また、総合診療医養成プログラムにおける日本内科学会の総合内科専門医との関連付けをどうするのか、まだまだ、問題点は少なくない。現時点では地域主導で現場の医療ニーズを考えて、地域総合診療医養成プログラムが作成されている。小児科や産婦人科の基本診療も含めた静岡家庭医養成プログラムや総合内科専門医取得を含めた京都府地域医療支援センター構想など、

独立した診療圏でカリキュラムが作成されている。いずれにしても、現時点では、地域総合診療医養成プログラムには二種類の育成プロセスが必要である。一つは後期研修から養成する専門医としての総合診療医養成プログラム、もう一つは各診療科の専門医に対して、開業時に必要な研修を行い地域総合診療医として養成するプログラムである。

今まで、日本の医療提供体制は国レベルで考えられてきたが、もはや医療サービスのニーズは地域により明らかに違う。地域ごとに医療従事者、地方自治体、市民で構成され、総合診療医や専門医の適正配分やその他必要な医療資源を効果的に配分する地域医療計画策定委員会のような機関が必要であろう。さらに、今後は、日本の保健医療システムが他のモデルになるために、プライマリ・ケアを専門分野として認定することと、この分野を国家の保健医療政策の優先事項として重視することが最も重要である。この施策を支えるためには、すべての医学部・医科大学に総合診療科を創設すべきである。大学の医学教育を所管する文部科学省は、研究実績を柱とする現在の大学医学部の評価制度に、地域社会への貢献度も重要な項目として加えるべきである。

②医療を受ける側の視点から

北村 哲夫

プライマリ・ケアはまだ社会的に広く了解された言葉とはいえない。日本プライマリ・ケア連合学会によれば「国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、全人的に対応する地域の保健医療福祉機能」とされるが、新聞表記では「初期診療」「初期医療」と訳されるが、その概念を十分伝えているとは言い難い。

一方で、プライマリ・ケアの重要性は年々高まっているといえる。

高齢化の進展で、患者の疾病が多岐にわたり、診療だけでなく予防や介護にも視点を広げる必要が高まっている。全国的な医師不足により、過疎地などでは医療そのものが崩壊の危機にある。医療費を含む社会保障費の増加は、医療を受ける側に不安をもたらしている。こうした幅広い医療の危機の中、医療を受ける側の視点から求められるプライマリ・ケアのあり方を考えてみたい。

連合学会はプライマリ・ケアの特徴として5つの理念を挙げている。「近接性」「包括性」「協調性」「継続性」「責任性」である。この理念を手掛かりにしたい。

「近接性」に関しては、まず医療機関の場所が最も重要である。特に、高齢者や子どもが医療を受けやすい環境を考えれば、一定のコミュニティーを単位にした医療機関があることが望まれる。病院や開業医が集中する都市部では可能と思われるが、特に過疎地など地方の医療を担う医療機関が重要だ。医療機関の形態を問わず、総合医的に対応できる医師の確保は不可欠だ。行政による誘導策は必要だが、医師会などが地域医療の確保に乗り出すことも求められる。日本弁護士連合会は「弁護士ゼロ地域」解消のため、収入面を保障して弁護士を派遣する制度を設けており、参考になるのではなかろうか。

診療時間の近接性もある。新聞の地方版に掲載される「土日診療所」の情報は小さなコーナーにも関わらず、特に小さな子供をもつ母親に注目度が高い。一定の地域内で確実に時間外診療が受けられる制度があれば、安心感につながり、コンビニ受診や救急医療への集中を低減させる効果も期待される。

「包括性」に関しては、総合医、総合診療医、かかりつけ医の能力の充実が期待される。日本は専門医中心と言われ、患者が自由に選択できる面では評価されるものの、軽度の疾患でも高度な医療機関で受診することも可能であることから、医療現場に非効率や多忙ももたらしている。幅広く診療できる医師が増えれば、フリーアクセスを維持しながら、総合医療と高度医療の役割分担を進めることも可能と思われる。特に、複数の疾病を持っているのがむしろ当然な高齢者にとっては、包括的に診療してくれる医師の存在は重要になる。その際、適切な受診方法についての市民教育も必要にならう。

「協調性」「継続性」については、高度医療が必要な場合の開業医と病院の連絡や引き継ぎ、情報共有はもちろん、介護や福祉分野との連携が望まれる。京都府、京都市と京都府医師会が取り組みを始めた「ドクターズネット」の取り組みは重要なモデルになりうるだろう。かかりつけ医を中心に、入院先の病院や介護、リハビリまでをチームで取り組む試みだ。高齢化社会、核家族の増加など、現代社会の背景を考えればこうした取り組みを拡大させなければならない。

「責任性」については、インフォームドコンセントの徹底はもちろん、地域の医療に対しての責任を持ち、住民の健康を守る柱としての役割が期待されることを明記したい。

厚生労働省の社会保障審議会医療部会は昨年、「総合的な診療を行う医師を養成し、専門医との役割分担を行う必要がある」との意見書をまとめ、厚労省は総合診療医制度の検討を本格的に始めた。医療費削減を目的とした制度と批判される面もあり、制度化には十分な議論が必要だ。

国立社会保障・人口問題研究所によると、2060 年の日本の総人口は現在の 3 分の 2 の 8,000 万人台に減少し、65 歳以上の高齢者が 4 割を占めるという。医療費を含む社会保障費の増大は免れない。医療費の削減を目的とするのではなく、プライマリ・ケアの充実をはかり、国民の安心・安全を守ることに、いかに有効に社会保障費を活用できるかを考えなければならない。

4) 患者からみた地域医療のあり方

北村 哲夫

今の地域医療の最大の問題点を端的に言ってしまえば、医師不足にある。

特に、人口の少ない地域や過疎地での医師不足は深刻だ。地方の公立病院では診療科の閉鎖や救急受け入れの停止なども相次ぐ。少子化などの影響もあり、地方では産科医が減少し、安心して子供を産めない環境にある。医師の減少で残った医師の負担は大きくなり、

さらに現象に拍車をかける悪循環が止まらない面もある。

大学医学部の定員増加などで、医師不足解消に向けた取り組みが始まっているが、即効性はない。医師の数が増えても、都市部に勤務医や開業医が集中すれば、過疎地の医師不足解消にはつながらない。

民主党政権が取り組み始めた税と社会保障の一体改革では、医療費や年金など予算が、高齢化の進展とともに増大し、毎年1兆円ずつ増加するとの予測もある。世界的に見れば国家予算に占める割合が小さいとされる日本の医療費ではあるが、急激な増加は望めそうにないのが現状である。

こうした状況下で、安心できる地域医療を確立しなければならない。

まず必要なのは、都市部への医師の偏在を解消し、地域医療を再生させることだ。その際に求められるのは、幅広く診療できる総合医、総合診療医の配置になろう。総合医制度は、患者の専門医への門戸を閉ざすことになりかねないとの懸念も指摘されるが、地域性を考えるべきであろう。受診する医院を選択できる都市部と、選択の余地がない地方を同一の基準で考えるべきではない。人口や地域性を考慮して、一定の医療圏ごとに医療機関を確保し、ネットワークを結ぶ取り組みが求められる。都市部では開業医、地方では公立病院など形態は異なっても、患者を中心とした医療圏が構築されなければならない。

専門医と総合医のゆるやかな役割分担を進めつつ、セーフティーネットとしての地域医療の確保は優先されるべきだ。日本では長く、内科の開業医が総合医的な役割を果たしてきたことを考慮すれば、専門医、総合医という制度の問題ではなく、総合医的な能力とマインドを持つ医師が地域にいることが重要である。

5) 認知症本人と介護者が望む地域医療

荒牧 敦子

①はじめに

私が所属する「認知症の人と家族の会」の立場から考えると認知症患者の立場から見た医療のあり方、ということになる。また、歯科以外の開業医がないという中丹地域でも医療の空白域といわれる京丹波町にあって、自治体が運営する京丹波町病院と他の一病院のみという環境にある地域住民でもある。これらの標榜科は内科・外科等であるが、その役割は当然「総合診療科」と言えるかもしれない。専門的な医療を必要とする場合には、他の自治体や京都市内の病院に通院又は入院をせざるを得ないという地域もある。一方、京丹波町病院の常駐医師は、いわゆるプライマリ・ケアを実践していると言えるかもしれない。

当事者の立場から必要とする地域医療を考える。

②初期対応

認知症に関して、「家族の会」に寄せられる相談の中で、医療に関しては「家族におかしい様子が見られるが、認知症ではないか、どこに相談すればいいのか。」といった初期対応

に関するものが多い。介護保険制度が始まって、認知症に関しての診断が確定すると介護サービスに繋がっていくことになり、医療と介護の連携ということになる。私たち「家族の会相談員」は多くの場合、「かかりつけ医にご相談ください、必要であれば専門医に紹介してもらってください」と答えている。

③かかりつけ医

認知症の人にとって、たとえ医師であってもはじめての関係よりも、なじみの関係が築かれていることが大切である。その時の「かかりつけ医」には、「総合診療」を期待しているといえる。これまで医者にかかったことがないという人の相談も結構多いが、そんな時には答えに窮することがある。

最近の傾向として、最初から専門医に直接受診するケースもあるが、認知症本人の意向というよりは、息子・娘がインターネットで検索して、ということが多い。しかし、こと認知症に関して言えば地域のなじみの関係が保てる医療機関との繋がりが大切だと考える。そのためには、認知症診断に関して地域の「かかりつけ医」には一定の水準を身につけてほしい。中には、疾患によって周辺症状（BPSD）があらわれている患者に、とにかく「アリセプト」を処方、結果としてBPSDがより深刻になっているケースが見られるが、私たち資格を持たないものは「お医者様に状態を伝えて、お薬の処方を考えてもらってください」というアドバイスが精一杯である。最近は数種類の認知症薬が出てきているが、医師も症例を重ね、検討されている段階のように思える。

④ 疾患別の対応

最近では前頭側頭型・レビー小体病等のアルツハイマーや脳血管性の認知症とは異なるタイプの疾患に関する相談が「家族の会」に増える傾向が見られる。いわゆる物忘れから始まるのではない認知症である。地域の「かかりつけ医」で確定診断がつけられないケースについては、速やかに専門医に紹介状を書いてほしい。中には治らないからと、単なる「認知症」という疾患名で対応されることがあるが、その後の介護において、異なるタイプの認知症の人への不適切な対応によって、より困難な状態に陥り困惑しているケースがある。認知症は、個別性の高い病気であり、プライマリ・ケアが要求される。

⑤ 認知症の人の身体的な疾患と終末期

認知症の人も様々な身体の疾患を合併する。自身の不具合が訴えられない認知症の人にとっては本人のこれまでの生活歴やその心理状態、家族の状況等を勘案してもらえる診療が望まれる。在宅で介護を続けるためには、訪問診療も重要になる。日頃の状態を把握している「かかりつけ医」による総合診療は、発病初期から終末に至るまでの安心を継続して保証され、必要に応じて専門医に繋いでもらうことで在宅での看取りも可能になると考える。事実、義母は、医療との適切なかかわりが持てず、結果として老人病院で孤独な最期を迎えた。一方、実父は地域の訪問診療によって必要な時期には入院治療を受け、最期の時は自宅で迎えることが出来た。その折の訪問診療の医師はリタイヤされた産婦人科の医師であった。介護家族にとっては、治る見込みのない認知症の終末期には専門科は何で

あれ、本人と家族の心に寄り添う診療をしてもらえることで安心が得られ、死亡診断書が問題なく書いてもらえることも大切なことであり、地域医療に期待するところである。

⑥おわりに

認知症はもちろんのこと、身体的な病気や老衰であっても在宅で最期の時を迎えるたいといふのは大方の希望であるが、本人の希望通りになることは難しい。社会全体のコンセンサスと地域医療による総合診療体制が整うことによって、選べる地域医療が保障されることを、また本人と介護家族の希望する終末期を迎えられることを期待したい。

介護を経験しただけの一市民としては、専門的な用語ひとつを取り上げても、理解することが困難な中、患者側の意見を懇切に聞きとつていただけたことは思いがけないことであり、医師が身近に感じられ想像以上に勤勉に患者のために研鑽されていることを知って、この国の安心の大きな部分を医療制度が担っていると感じました。

物事を正しく知ることの大切さを教えていただいたことを感謝します。

6) 専門医と生涯教育～すべての医師に総合診療マインドを～

藤村 聰、新屋 久幸

専門医のあり方は厚労省専門医のあり方に関する検討会（2011年10月13日）でも多くの議論が交されている。例を挙げると、広告可能な外形基準をつくったため雨後の竹の子のように多くの専門医が出来てしまった。専門医の資格は神の手を持つスーパードクターを育てるわけではなく各分野で標準的な医療を、責任を持って担当できる医師を育てる事である。学会がつくるスペシャリストと医療基盤となるプロフェショナルの意味の混同がみられるなど既存の専門医制度に対する疑問点が提示される一方で、この検討会では、総合診療科の位置づけについても踏み込んだ議論がされている。近年の一連の総合診療科についての議論の発端となったのは、2007年に厚労省が認可する「総合科」「総合科医」の構想を打ち出したことである。これに対して、日本医師会は翌年日本医師会主導の認定制度を発表、2011年には保険者である国保中央会を中心とする「総合医を育て地域住民の安心を守る会」が開かれるなど、政府、医師会、学会、保険者の様々な思惑の中でこの問題は迷走し続けている。この専門医のあり方に関する検討会でも総合診療科（総合医）について様々な議論が噴出した。例えば「標榜医」「認定医」「総合医・総合診療科医」「かかりつけ医」という文言に明確な定義をつけて議論すべき、総合的に診られる医師がどういう過程を経て養成されるべきかという議論をしなければならない、住民2,000人に1人程度の総合医を養成し、それに対して各領域の専門医がどのくらい必要かを検討すべき、といった具合で、集約はなかなか困難であるようである。

そこで、呼称の議論にはまだ踏み込まず総合診療科と仮称して、その位置づけについて考えてみたい。今までの本委員会の議論から、総合診療科は少なくとも内科に関して全般的な知識を有し、専門医へコンサルトするタイミングを逃さない、ある意味では複数科の専

門医に近い知識と能力が必要とされるハードルの高い診療科と言えることから、総合診療科は専門医として認めるべきではないかということで各委員の意見は概ね一致している。では、この名称を専門医として学会が認めるのか、とすればどの学会か、それとも、その医師の経歴、生涯教育受講歴などを勘案して日本医師会が認定するのか、または厚労省が認定するのか、もしくは保険者が選定するのか、という大きな問題がある。しかし現在の日本の医療体制を勘案すると、特に日本の医療の底辺を支える開業医は内科、外科、小児科、婦人科など多種の専門医（もしくはその科の長い臨床経験を）を経て、一般内科を診療するスタイルも多く、その臨床経験は、多くの専門医が基準とする5年よりはるかに長く、経験症例数も多い。このように何らかの専門医を持った医師が新たな学会に入会し専門医資格を取得し直すというのも矛盾があると考えられる。杞憂であればいいが、国策として、国民医療費削減のために総合診療医制度を利用されかねない状況でもある。日本医師会は認定機関として好ましいが、この間総合医認定に慎重な態度をとりつけた経緯もある。この際、思い切って総合診療科を認定することに特化した第三者機関を創設するはどうであろうか。国の意図、保険者の思惑、医師の事情など様々なしがらみを切り、しかるべき第三者が医師の資質と経験を考慮しつつ、単位修得に必要な講習会を企画するというものである。

そしてこの講習は、内科のみならず、整形外科、眼科などの専門医更新の単位と重複しても良いと考える。眼科医が、糖尿病の講習を受けるのは好ましいし、胸背部痛の外来患者を診ることもある整形外科医が虚血性心疾患や逆良性食道炎の講義を受けるのは生涯教育として好ましいことである。幸い新臨床研修医制度が始まってから研修を受けた医師は他科のローテーションを経験しているし、外科の専門医であっても開業している医師たちは他科の知識を勉強する場を熱望している。「すべての医師に総合診療のスキルとマインドを」これが我々の結論でもある。

最後に、免許・資格の更新制度についても触れておきたい。2009年から教員免許更新制が導入され、現職の教員を対象に教員免許更新講習が実施されている。必修・選択併せ30時間以上の受講と修了認定試験を受験、認定された場合に更新が認可される。「なぜ、教員免許だけが…」という声に対し、医師、看護師、弁護士などにも免許更新制度が必要であり、導入を考えるべきだとする声が大きくなっている。従来は、自主的な生涯学習・研修によって、その質や安全性、人間性、自律性にも信頼が寄せられていたわけであるが、徐々に信頼が低下、もう自主的な取り組みだけには任せておけないと判断、方向性であろうか。どの職種でも、簡単に結論は出ず、行政や専門委員会などで検討が続いている。

「免許更新制は世界的に見てもきわめて稀」といわれているが、このような中で、教員免許が更新制度に踏み切ったことは、一面では進取性のある取り組みではないかと思われる。医師免許、専門医制度にも、「命を預かる」という質を保証するという面からも、医療への信頼をさらにしっかりとしたものにするためにも、わかりやすく進取的な取り組みが必要と考える。