

家庭医・総合医をめぐる議論の整理¹

一橋大学大学院 経済学研究科
公共政策プログラム 修士1年

増渕 悠太

2013年2月

¹ 本稿は、一橋大学経済学研究科・公共政策プログラムにおけるコンサルティング・プロジェクトの最終報告書として、受入機関である国立社会保障・人口問題研究所に提出したものです。本稿の内容は、すべて筆者の個人的見解であり、受入機関の見解を示すものではありません。

要約

日本で家庭医(総合診療医)の導入の議論が再燃している。しかし議論が複雑化しており論点整理が必要であるという考えに至り、審議会や委員会議事録の整理、現場の医師の家庭医に関する意見や懸念を聞いた。結果として家庭医導入の目的が混在していること、家庭医の概念とイギリス医療の概念が混在していることが議論を難解にさせている原因であるという点に到達した。

謝辞

この研究を完成させるにあたり、多くの方々から有益なコメントを頂きました。学部・大学院ゼミの指導教官である佐藤主光教授(一橋大学)からは、構成から執筆の段階まで何度も助言をいただいた。国立社会保障・人口問題研究所の泉田信行室長には、多くの助言や指導をいただき、住友和弘特任講師(旭川医科大学)、阿波谷敏英教授(高知大学)、澤憲明先生(英国家庭医学会認定家庭医療後期研修医)を紹介していただくなど多方面にわたる協力をいただきました。住友和弘特任講師からは旭川医科大学地域医療学講座が主催する循環呼吸医療再生フロンティア講座夏季実習に同行させていただき、地域医療の現場を拝見させていただきました。公共政策プログラムの責任者である山重慎二准教授(一橋大学)には、執筆段階において有益なコメントをいただきました。大津唯氏(慶應義塾大学大学院経済学研究科博士後期課程)には地域医療の現場の見方から論文を作成するにあたって何度も協力を仰ぎ、その都度有益な助言をいただきました。また、井伊雅子教授(一橋大学)、酒井博司氏(名寄市立総合病院副院長)、佐藤峻氏(京都大学地球環境学舎地球益学廊修士課程)、公共政策プログラムの学生など、多くの方々から有益なコメントをいただきました。ここにあらためて感謝いたします。

1. 家庭医の目的に関する議論

家庭医の導入する目的は日本国内の審議会・委員会の間でもコンセンサスがとれていない。また近年導入した諸外国でも目的が異なっている。表 1 は国内の議論とドイツ・フランスの導入目的についてまとめたものである。

[挿表 1]

導入の目的は大きく 2 つに分かれる。①患者のかかりつけの医師として複数の専門科にまたがる包括的な医療のコーディネートをを行うことで医療の成果を向上させること、②患者を必要に応じて適切な診療科へ紹介することによる重複受診の回避や医療費抑制・病院勤務医師の労働環境改善によって医療のコストを減少させることである。

このうち②については家庭医の目的というより、**gate-keeping** の目的という方が正しい。**gate-keeping** の定義は後の章で詳細を述べるが、**gate-keeping** には 2 つの段階がある。ひとつは患者の受診行動の最初に専門病院は来てはならないという弱い **gate-keeping**、もうひとつは患者の受診行動のはじめは特定の医師（これは専門の病院であってはいけないとは限らない）でなくてはならないという強い **gate-keeping** である。強い・弱いといっても強い **gate-keeping** が弱い **gate-keeping** に包含されているとは限らない。フランスでは初診を行う医師を固定しなければならないが、それは専門病院の医師でも問題ないとされている。

一方①の機能についてはかかりつけの医師を持つことで達成することができると考えられる。さらにそのかかりつけの医師が家庭医のように幅広い診療科の知識を持っている場合、達成される可能性は高まる。家庭医が①の機能を果たすためには患者がその家庭医をかかりつけの医師として継続的に受診することが必要である。家庭医は患者の医療のコーディネーターがうまくいく必要条件であって十分条件ではない。十分条件にするには家庭医と専門医の間の連携の在り方や患者と家庭医の関係を考える必要がある。

2 種類の **gate-keeping** と家庭医が患者に対して行うコーディネーター機能の包含関係は表 2 のようになる。イギリスの GP は表 2 の 3 つの集合が重なっている部分に当たる一方、フランスの家庭医制度は特定の医療機関を受けるという集合部分を指している。

[表 2]

現在日本の高度機能病院でも他医療機関からの紹介状なしのアクセスに関して課徴金の設定や受信拒否の態度を示しているところがある。北海道北見市の北見赤十字病院では 2008 年の医師大量退職事件の後、医師の負担を軽減するため一部の診療科で完全紹介予約制(紹介状を持ってきた予約患者のみ診療する体制)を採用している。東京都の

順天堂大学医学部附属順天堂病院では紹介状のない患者に対して特定保険外療養費として初診・再来初診時に 3150 円を追加で患者に課している。これらも病院が自主的に行った広義の gate-keeping と考えられる。

専門医の在り方に関する検討会(以下「専門医検討会」と略す)と社会保障審議会医療部会(以下「社会保障審議会」と略す)は家庭医の目的のうち②に重点を置いている。その一方で中央社会保険医療協議会(以下「中医協」と略す)は②にも触れているものの①の機能を重要視している。専門医検討会や社会保障審議会に近い意見として、今回ヒアリング調査を行った高知県で家庭医療の普及に努めている B 氏がいる。その一方中医協サイドに近い意見としてヒアリングを行った病院勤務医の C 氏、D 氏がいる。経済学者 A 氏はその両者の目的両方が家庭医によって達成されるという。A 氏に近い意見として WHO(2008)や澤憲明氏の一連の論文(2012a, 2012b, 2012c, 2012d, 2012e)が挙げられる。ドイツでは①②両方を目的としている一方、フランスでは②に重点を置いている。

表 1(筆者作成)

<p>経済学者 A氏</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 不要な専門化受診が減少することによる財政効率化 ・ 患者の包括ケアを行うことによる医療の質向上 ・ 病院アクセスに関する公平性の確保
<p>専門医の在り方に関する検討会</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 患者の医療・介護福祉包括的拠点
<p>社会保障審議会医療部会</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 医療における情報の非対称性から患者を守る ・ 患者への医療を包括的にみる ・ 地域における予防医療の担い手
<p>中央社会保険医療協議会</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 病院医師の負担軽減 ・ 医療介護を通じた包括支援のマネジメント ・ 長期継続ケアの実現

表 1 続

家庭医 澤憲明氏	<ul style="list-style-type: none">・患者の包括ケアの達成・不要な専門化受診が減少することによる財政効率化
家庭医 B 氏	<ul style="list-style-type: none">・患者の医療・介護福祉包括的拠点
勤務医 C 氏	<ul style="list-style-type: none">・病院医師の負担軽減
勤務医 D 氏	<ul style="list-style-type: none">・病院の負担軽減

ドイツ	<p>患者を適切に振り分け、患者の専門的な医療の選択が適切に行われるよう管理する(田中 2007)</p> <p>慢性疾患を対象とした一貫した患者・疾病管理の総括(田中 2007)</p>
フランス	<p>専門医療に対する患者のコスト意識の定着(奥田 2008)</p> <p>受診行動の合理化(田中 2007)</p>

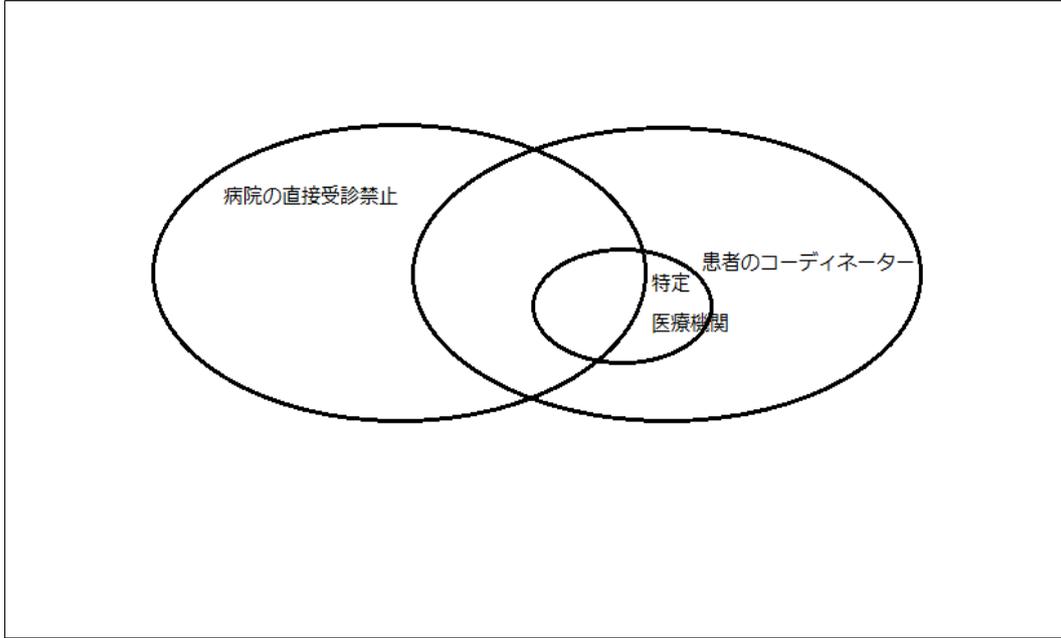


表 2(筆者作成)

2. 家庭医の定義・診療範囲に関する議論

家庭医の議論を行う際に家庭医とはどんな医師であるかということ定義しなくてはならない。しかし海外においても一貫した明確な家庭医の定義をとれているところはほとんどない。家庭医に求める機能（家庭医が満たすべき公理）の集合体を家庭医の定義としているところはいくつかある。そのため国によって家庭医の目的が変われば家庭医の定義が変わってきてしまうのである。

表 2.1 は日本の審議会・委員会における家庭医の定義に関する議論をまとめたものである。家庭医の目的のところでは中医協と社会保障審議会・専門医の在り方に関する検討会の間で意見の違いがみられたが、家庭医の定義については中医協・社会保障審議会ともに定義に関する議論を行わず、専門医検討会のみが議論を行っている。

[挿表 2.1]

専門医検討会では家庭医の定義を「頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉等、健康に関わる幅広い問題について我が国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供出来る医師」（第 13 回「総合医」「総合診療医」等に関する論点整理（案））としようとしているが正式にこれを定義としては採用していない。抽象度の高い表現であるが、「患者によく発生する健康問題について、治療のみならず予防や介護福祉に至るまでその時々に応じた治療や紹介を行うことで患者を継続的にみることが出来る医師」ということになるであろう。

しかしこれ以上具体的にどの診療科のどの治療行為までを家庭医がカバーするということは一概にいうことはできない。実際日本で家庭医育成を行っている医師 A 氏に家庭医と専門医の関係性を質問した際、ヒアリング調査を行った際、医療現場では家庭医のカバーする範囲が専門病院のキャパシティや医師の能力によって大きく変化するため一概に線引きすることは難しいという回答が得られた。また画一的に定義された場合医療資源が乏しい地域では医療の隙間が出てきてしまうこと、その地域の医療の質が低下してしまうという危惧があることが、北海道旭川市の医師 B 氏へのヒアリングの際に指摘された。

専門医検討会で定義される家庭医と今までの主治医と何が違うのか考察する。家庭医の特徴として医療だけでなく介護・福祉を含めた全人的な患者のアドバイスを行うという点がある。

上の家庭医の定義を前章の機能と照らし合わせると、家庭医が担う機能はコーディネート機能にあてはまる。これは専門医検討会が家庭医に担わせる機能として考えていたものである。しかし中医協や社会保障審議会ではコーディネート機能以外の機能も考えていたため、その機能がどのような形で検討されているのか明らかにしなければなら

い。

また、家庭医の定義あるいはプライマリケアの定義について国が一元的に決めるといふより地域自治体の裁量を認めることで家庭医の持つべきコーディネート機能に関する議論の充実が期待される。

一方、日本医師会はコーディネート機能を持つ医師の必要性は認めてきた。しかしこの医師が導入されることで初診料・再診料の診療報酬の低下や患者のアクセスを実質的に制限した場合の医療地域間格差が助長されるということを恐れている（札幌通信 2007）。そのため、日本医師会が考えている家庭医像は専門医検討会のそれに比べて患者の医師選択の自由を認めるような表現になっており、家庭医というよりもかかりつけ医といった方が適切な表現にも感じられる(表 2.1 参照)。

海外の事例においても家庭医の定義はまちまちである。家庭医の定義について国際比較を行ったのが表 2.2 である。フランスでの家庭医の定義は外来患者を担当するといった非常にぎっくりしたものになっている。一方イギリスでは入院や手術を要しない歯科医以外の患者を原則 GP が診察することになっている。イギリスの GP の定義が明確であるのは **gate-keeping** を行うことで行政が医療判断とは別基準で医療を管理しているからであると考えられる。

[挿表 2.2]

アメリカはプライマリケアをリジットでないながらも定義を行い、それを行う医師を家庭医と定義している。しかしアメリカのプライマリケアの定義は日本のそれと似ている。そのため、日本が考えている家庭医に近いものはイギリスやフランスの家庭医よりアメリカの家庭医であるかもしれない。自由診療や無保険者の存在が大きく取り上げられるアメリカ医療であるが、これらと家庭医の範囲は別問題である。家庭医・プライマリケアという観点でアメリカの医療に注目する価値があるのではないだろうか。ただしアメリカの場合民間保険会社が強い保険者機能を持っているため、保険でプライマリケアのカバーする範囲が決められている可能性があることにも注意が必要である。

また、このアメリカと逆のロジックで家庭医を定義しようとしているのが北海道家庭医療学センターである。ただし、家庭医療の定義はその地域や診療環境で家庭医に求められる医療であり、具体的な内容を取り扱う病気や手技・検査などで厳密に規定することは難しいとのことである。しかしこれは家庭医療を概論的に定義することは難しいことを意味しているが、このセンターでカバーできる範囲を定義できないということではない。この施設へのヒアリングに行くことはできなかったため、このセンターにおける家庭医療の定義（この地域でセンターに求められているニーズや設備の状況・診療環境から導き出されるもの）を追加的に調査する必要があると考える。アメリカと北海道家庭医医療学センターの定義については表 2.3 にまとめられている。

[挿表 2.3]

この章をまとめると次のような点が重要である。

- ・日本において家庭医の定義は複数診療科を受診する患者の医療の総合的な判断をする医師であるという方向性である
- ・より具体的にどの診療科を含むのかということについては地域の医療資源事情や専門医と家庭医の関係性によって内生的に決まるものであるというのが医療現場の意見である。一元的に決めるならばイギリスやフランスなどでとられている **gate-keeping** という概念を導入することがひとつの手段として考えられる。しかしこれに対しては日本医師会の強い反対がある
- ・地域ごとに家庭医療を行っている施設が実際にどこまでをカバーしているのかということを考えることが家庭医のカバレッジを検討するうえで有益である可能性がある。
- ・海外では家庭医の診療範囲から歯科が多くの場合取り除かれている。国によっては産婦人科や眼科・精神科・小児科も家庭医の対象外となっている。

組織	家庭医の定義	出典	診療科目の範囲
中医協	明確な定義なし（機能は検討している）	中医協審議会議事録 参考資料	専門医の在り方に関する検討会に従う
社会保障審議会	明確な定義なし	社会保障審議会議事録 参考資料	議論なし
専門医の在り方に関する検討会	頻度の高い疾病と傷害、それらの予防、保健と福祉等、健康に関わる幅広い問題について我が国の医療体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的視点から提供出来る医師	「総合医(仮称)に関する検討会」意見集約 (2013) 第4回議事録 第13回資料	今後検討していく必要がある
日本医師会	専門分野の有無に関係なく気軽に相談できる身近な医師のこと	医療のグランドデザイン 2017年度版(2003)	全診療科 専門医との区分不明

表 2.1

	定義	出典	診療範囲
フランス	医師免許上の線引き 基本的に外来患者を診る医師	田中(2007) 加藤(2012)	小児科・産婦人科・歯科・眼科以外 専門医と境界はない 在宅リハビリ・治療
イギリス	プライマリケアの専門医	澤(2012b)	入院や手術を要するような緊急時と歯科以外のすべてについて初期診療・予防医療(澤 2012)
ドイツ	患者の健康上の苦痛、問題または危険に係る生物学的、物理学および社会的側面を考慮しながら、患者の生活を踏まえた家庭的なケアを行い、あらゆる世代の様々な種類の健康の変調を治療するとともに、保健医療制度における他の医師や専門職による診療を求めるところを医学的に決定する役割を果たすもの	チューリンゲン州医師会卒後 研修規定 B 部 1 条 田中(2012)	歯科を除く 他は曖昧

表 2.2

表 2.3

組織	定義	出典	診療範囲
北海道家庭医療学センター	家庭医療を行う医師	北海道家庭医療学センター ホームページ	その地域や診療環境で家庭医に求められる医療である。家庭医療の具体的な内容を取り扱う病気や手技／検査などで厳密に規定することは難しい
アメリカ IOM	家庭医医療を行う医師	http://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/dl/s0213-5e_0003.pdf	家庭医療は個人と家族に対して継続する包括的なヘルスケアを提供する医療の専門分野である

3. 家庭医とその周辺用語に関する概念整理

ここまで、日本や海外の家庭医導入について家庭医の機能に関する部分、家庭医の定義に関する部分を紹介した。日本では各審議会や委員会によって家庭医に求める機能が異なっていること、機能の違いゆえに定義も異なっていることを指摘した。海外事例に関しても従来家庭医を制度化していたイギリスやデンマークと近年導入したフランス・ドイツでは家庭医の機能が異なる点を紹介した。

これまでの日本の議論や家庭医の紹介に関する文献ではこれらが明確に線引きされていなかったため家庭医に関する混乱や誤解があったものと思われる。本章では家庭医の議論で頻繁に出てくる用語と家庭医の概念の区分を行い、各委員会の家庭医見解と海外事例のグルーピングを行うことで今後の家庭医に関する議論の概念整理を行う。

この章でもどの立場の家庭医像が好ましくてどの家庭医像が好ましくないかというような価値判断は行わずそれぞれを区分することに専念する。今までは各立場の家庭医像が複雑に絡んでおり家庭医の共通概念が持てていなかったことに対して私の問題意識があること、それぞれの立場の問題意識はそれぞれ正しいところがある一方、明確なデータでその問題が本当にあるということを立証することができないためである。

概念整理のキーワードは3つある。「家庭医(=総合医・総合診療医)」、「主治医(=かかりつけ医)」、「gate-keeping」である。

3.1 家庭医と主治医の概念整理

家庭医と主治医の関係性を整理したものが表 3.1 である。

	診療分野	治療範囲	患者との関係性
家庭医	幅広い分野	介護福祉含む	事前に期待される機能
主治医	特定分野でも可	医療のみ	既に形成されたもの

表 3.1

家庭医が行う医療（プライマリケア）の範囲は国や地域事情によって異なることを2章で述べた。しかし海外の事例ではかなり幅広い分野を家庭医が担っている。Fry(1980)ではアメリカで2500人の登録患者を抱える家庭医診療所が1年間で診察する患者の人数が記されている。ここでは上気道性感染・生活習慣病から感情障害・中耳炎まで幅広く対応している。

一方、主治医は少なくとも1つ以上の特定の疾病について継続的に医療行為を行っている人である。例えば持病の糖尿病の治療・管理の主治医という場合、その主治医はそ

の患者の糖尿病については診療できるが、その患者の中耳炎には対応できないかもしれない。

澤(2012b)では「かかりつけ医」という表現が日本特有のものであり国際的な定義は存在していないという。しかし日本におけるかかりつけ医（主治医）と家庭医に差があることは表 3.1 から明らかである。

また、家庭医と主治医の間の包含関係は国によって異なる。イギリスでは家庭医が主治医の機能を担っている。一方フランスでは主治医が必ずしも家庭医である必要はないし、家庭医がセカンドオピニオンなど主治医以外の役割を果たしても問題はない(田中 2007)。日本の専門医検討会が考えている家庭医は主治医機能を持つとは限らない。その一方かつての家庭医構想における家庭医は主治医の機能を兼ね備えていたものである。

3.2 家庭医と gate-keeping の関係

まず、gate-keeping の定義をるところからはじめる。gate-keeping に対する一義的な定義は存在しない。Phelps(2003)によると gate-keeping の定義は専門の医療機関に行く前に所定の医療機関への受診が必要であるという制約のことである。また OECD(2010)では Dranove and Satterthwaite (2000)を引用してプライマリケア医に与えられた複雑な医療に対する患者のエージェントとして意思決定をすること、とある。Phelps(2003)は gate-keeping の行動制約そのものを定義している一方 Dranove and Satterthwaite(2000)は家庭医の機能について説明している。そのため本稿では前者のものを定義として考えたい。

家庭医と gate-keeping の関係についてまとめたものが表 3.2 である。家庭医とはプライマリケアを行う医師であったり、患者を必要に応じて専門病院に振り分ける医師であったりと、機能は様々あるものあくまでもその機能を行う医師のことである。その一方 gate-keeping とは病院の医師の労働環境改善などの目的で行われる行政行為や行動規制のことである。

	指しているもの
家庭医	医師
gate-keeping	行動制約・制度

表 3.2

イギリスでは患者の医療へのファーストアクセスを家庭医に限定するという強い gate-keeping が特徴であり、gate-keeping、家庭医どちらの場合においてもイギリスの事例が多く出される。しかしそれによって家庭医といった場合イギリス医療をイメージして無意識のうちに強い gate-keeping の概念を含めて家庭医の議論を行ってしまうと

ころがある。しかしこのふたつは全くの別物である。表 3.3 にあるように家庭医と gate-keeping のどちらかだけを採用している国や時代もある。家庭医と gate-keeping 両方を採用していても家庭医に最初必ず行かなければいけないとも限らない(このパターンを弱い gate-keeping と定義する)。現在のフランスが弱い gate-keeping の例である。

	強い gate-keeping あり	gate-keeping なし
初診家庭医	現在のイギリス	×
初診家庭医でなくてもよい	現在のフランス	日本

表 3.3

家庭医と gate-keeping の期待される効果をまとめたものが表 3.4 である。家庭医と gate-keeping の合わせ技を行うことで医療費の抑制が期待される(Phelps(2003))。ただしこれにはいくつかの仮定が必要であり、その仮定は十分立証されたものであるとはいえない¹。一方家庭医を作るだけでは患者の選択の自由を増しただけになってしまう gate-keeping だけ行くと患者が病院に来なくなるため病院勤務医の労働環境が向上することが予想される。

	gate-keeping あり	gate-keeping なし
家庭医あり	医療費の抑制	診療科の増加
家庭医なし	病院勤務医の労働環境向上	基準

表 3.4

家庭医療と gate-keeping の関係についても触れておきたい。家庭医が行う医療として定義される家庭医療・プライマリケアがどこまでをカバーするかという問題について第 2 章においてプライマリケアの個別性や地域性・医師の能力といったものから内生的に決まるものであることを述べた。しかし行政の観点からプライマリケアと専門医療の線引きを行った方が管理しやすいという点がある。gate-keeping はプライマリケアを管理のために行政が人為的に設定したものである。つまり家庭医にとってみると家庭医療は内生であるが、gate-keeping による医療の線引きは外生的なものである。

3.3 各論者の意見のグルーピング

家庭医と主治医、家庭医と gate-keeping の違いについて言及した。次に家庭医制度といった際の各審議会やヒアリングの解釈結果を分類する。大まかにまとめたものは表 3.5 である。

家庭医制度といったとき 3 つの段階が考えられる。まず家庭医療と呼ばれる診療分野

の医師を作ろうとする動き、次に主治医を持つことを奨励・義務化する動き、最後に家庭医医療を行う医師を作りつつ、その医師を主治医とさせる動きである。

家庭医療と呼ばれる分野の医師を作ろうとしているのが専門医検討会である。同検討会では海外で家庭医と呼ばれる分野の医師を作ること検討している一方、**gate-keeping** や主治医の話は出てきていない。このやり方は昔のフランスに近い。フランスは補論でも述べるとおりフリーアクセスに基づいたなかで家庭医と専門医を免許上区分しているだけである。また、高知大学で家庭医療学に携わっている B 氏についてもこのポジションにあると考えられる。彼らは家庭医を作る目的として患者の全人的ケアを行う医師の必要性を説いている。

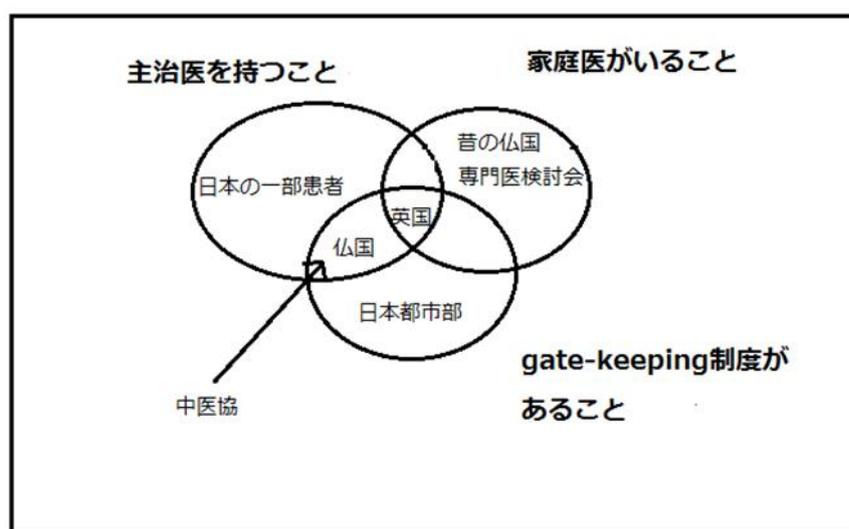


表 3.5

一方中医協や病院勤務医の意見として、家庭医制度で実現したいことは患者が主治医を持ち、そこからの紹介で病院を受診するというスタイルの確立である。彼らは病院医師の労働環境の改善を期待しており、主治医や **gate-keeping** によってそのことが達成したいと考えているようである。その中でも幅広い患者の主治医として家庭医という分野の医師について議論している。

学者や行政官などで財政に問題意識のある人は 3 つの要素がすべて入っているイギリス型を主張する人が多い。またこのタイプの意見は病院勤務医の労働環境改善と患者の包括的ケア両方を同時にメリットとして掲げていることが多い。勤務医の労働環境と患者の包括ケアについて優先順位を設けないと具体的な政策実現の際にどっちつかずの状況になり混乱を招いてしまうおそれがある。また、イギリス型を導入するには日本全体では導入されていない機能を 3 つ入れる必要があるため、膨大な時間と労力が必要にな

る。そのため移行コストが他 2 つの意見に比べて膨大なものになることを忘れてはならない。

中医協・専門医検討会・学者や行政官の議論の進め方についてまとめたものが表 3.6 である。議論の進め方がそれぞれ異なっており、この違いが家庭医論争の混乱の一要因ではないかと考える。特にイギリスの家庭医ありきで考えているような議論では日本と様々な制度の違いと家庭医そのものが持つ効果を混乱していることがあり議論をより複雑なものにしている。

	議論の流れ
中医協	機能→家庭医
専門医委員会	家庭医ありき→目的
学者・行政官	家庭医ありき→目的

3 章注釈

1. 仮定のひとつに専門の医師が情報の非対称性を利用して本来患者に不要な医療を行うよう行動をしているというのがある（医師誘発需要）。しかしこれについて実証分析の結果が割れていること、不要な医療が見つかってもしそれは本当に不必要だと思いつつ医師の利益目的で行ったのか、万が一のリスクを想定して念のために行った医療なのかが判別できないという点で議論の決着がついていない。包括的な文献は McGuire(2000)がある。

4. 家庭医導入に関する現場の不安点とそれへの対応

この章では医療現場のヒアリングを行った際に聞くことができた家庭医制度の不安点を紹介し、それに対する提言案を述べることを目的とする。

4.1 家庭医のキャリアの問題

ひとつめの不安として「家庭医になると専門医へのキャリアチェンジが難しくキャリア格差が起きるのではないか」というものがある。従来日本の医師は専門医思考・高度医療技術者思考が高く、大学病院や一部の特定機能病院のプレゼンスが高いという特徴がある。一方家庭医や診療所の医師は高度医療から離れた落ちこぼれというイメージが持たれやすい。

これに対して私は4つの提案をしたい。ひとつは定期的に家庭医が高度な専門病院で研修を受けること、ふたつめは医師の社会人大学院を設置すること、みつつめは家庭医療機関を集約すること、最後は集約された医療機関に患者の輸送車両を持たせるようにすることである。

家庭医の定期的な研修を行うことにはふたつの意義がある。①家庭医が定期的に広く高度医療に触れることによりキャリア格差の固定化の問題を和らげることができるということ、②高度医療の現状を知ることで患者の紹介の意思決定を適切行うことで患者満足度や家庭医のプレゼンスが上昇することである。

医師という高度な専門職業人にとって時代の最先端に触れられないことというのは職業人の魂に傷をつけることと同じである。また定期的な研修は医療水準の最低ラインを保証するという点で患者にとっても好ましい。後期臨床研修を終えて以降地方で家庭医を行っていて先端医療に触れていない場合、その家庭医の医療知識水準は後期臨床研修のときのままとということが考えられる。この家庭医が高齢であったとしたらその家庭医の医療知識はその時代に見合わないものになっている可能性がある。

現在専門医認定制度に関して専門医の在り方に関する検討会で議論が行われているが、家庭医の医師免許の更新にこのような家庭医の高度病院研修を定期的に行うことを課すことを提案する。

また、本格的に他の診療科の医師に転職しようとする場合、従来ならば何の抵抗もなく転職できたが、専門医認定制度が今後5年を目安に導入されることになっている。これによって医師の診療科移動が困難になりキャリア格差の固定化が懸念される。またプライマリケアは地域によってカバレッジが異なるおそれがあるので、家庭医が他の地域でプライマリケアをやりたいとなった時に問題が生ずることが考えられる。

現在、大学院の中に社会人向けコースを設置しているところがある。しかし社会人向け大学院の多くは社会科学や政策関係に偏っており、医学をはじめ理科系の研究科の社会人大学院のコースは多くない。現在の臨床研修医制度では多くの診療科を幅広く回る

ことになっているため、それを修了した医師は自分の診療科以外について無知ということではないだろう。そのため通常の医学部は卒業までに昼間の通学で6年かかるが、新たに学びたい診療科の実習を中心にしたカリキュラムを組めば夜間コースや6年未満の授業で修了できるということが可能なのではないか。

これらの研修は高度な医療技術を持つ大学病院のようなところで行うことが役割上妥当であると考えられる。しかし大学病院も臨床に授業になると医師の疲弊が問題となることが予想される。このような問題が起きるならば、大学病院の医師や教授の労働環境を整備する目的で大学病院への直接アクセスを禁止する **gate-keeping** を行えば大学病院側の問題は緩和されることが見込まれる。

具体的な制度設計については医学的な観点が重要になること、海外事例が十分に見つからないことから本稿で述べることはせず今後の課題としていきたい。

家庭医がキャリアチェンジを行う場合、残された患者の対応をどうするかという問題が発生する。患者から見れば今までかかりつけていた家庭医が突然いなくなるとなった時の混乱は大きなものでなると予想される。また、家庭医の研修で診療所を空けている間に患者に問題があった場合の対応をどのようにしたらよいかという問題が出てくる。

この問題は家庭医のいる医療機関を集約させて家庭医療センターを作ることで問題が緩和される。日本にある家庭医療センターの代表例は福島県喜多方市の福島地域・家庭医療センターや北海道にある北海道家庭医療学センターが挙げられる。イメージとして地域の診療所を集約した医療センターを作るといったものである。

ここには常時複数の医師がいるためにかかりつけの家庭医がいなくても他の家庭医が診察・治療をしてくれる。またカルテなどは同じ医療機関なので急きょ変更になった医師とそれまでのかかりつけの家庭医との間での情報共有が確実に行われると期待できる。ここまでの関係を家庭医の立場からまとめたのが表 4.1 である。

	集約なし	集約あり
研修なし	現在	隙間ない対応が可能
研修あり	質の担保・診療所に空白	隙間ない高品質医療提供

表 4.1

集約化の問題点として医療機関へのアクセスが不利になる地域が発生する可能性があることが挙げられる。今までなら小規模ながらも近くにあった診療所が統合してより都会の離れた地域に行ってしまうという場合である。

この問題に対して、家庭医療センターに往診や患者搬送用の車両を備え付けることを提案する。家庭医の行うプライマリケアには介護福祉との接点が大いという特徴がある。現在介護施設の中には施設利用者を自宅に送り迎えする車両が設置されていることがある。また病院の中にも在宅患者を往診するための車両が整備されているところがあ

る。家庭医療センターにも同様の設備を置くことで人里離れた地域の患者ケアに対応することが可能になる。

また車両などの設備を整えるとき医療機関を集約することで規模の経済性が働き、医療機関の車両維持管理負担が緩和されると見込まれる。ここまでの関係をまとめたのが表 4.2 である。

	車両配備なし	車両配備あり
集約なし	現在	遠距離の患者みられる 医療機関の負担大
集約あり	アクセスの不公平	アクセスの公平 医療機関の負担緩和

表 4.2

4.2 家庭医の抱えるリスクの問題

家庭医はその診療範囲の広さから様々な病気に対応しなくてはならず、治療方針の意思決定の責任の大きさが極めて大きい。日本の診療所は基本的に個人診療であり、意思決定の責任を丸抱えする構造になっている。この構造が家庭医の日本で広まらないひとつのボトルネックであると高知大学の A 氏は語っている。

提案として 2 つの方法がある。ひとつは先ほども上げた家庭医療機関の集約化である。もうひとつは個人経営のまま電子カルテやレセプトをシステムで共有化することである。

家庭医療機関を集約することでひとつの医療機関に複数の家庭医がいるため担当する家庭医は気軽に相談することができる。またプライマリケアの範囲内でありながらも何らかの事情で家庭医一人ではできないような診療行為もこのような集約設備なら可能になる。イギリスで GP の行う治療は複数の GP を巻き込んだチーム医療である。

ただしチーム医療や家庭医療機関の集約にもデメリットがある。医療機関の集約については先ほど言及したためここでの説明は省略する。チーム医療ではチームの誰が最終的な治療責任があるのか曖昧になるためモラル・ハザードの問題が発生する恐れがある。この問題は Bradford(1995)で指摘されている。解決方法の一つとして家庭医チームの中で患者ごとに責任者を決め、その人が中心となってチーム医療を行うという方法が考えられる。この関係については表 4.3 でまとめている。

	チームの責任分担なし	チームの責任分担あり
家庭医個人診療	現在	×
家庭医チーム医療	モラル・ハザード問題	効率的な治療

表 4.3

個人経営のままシステムの共有化を通じて診断方針の相談を行うことは診療所の経営体制からは難しい。北海道の某総合病院の C 氏はヒアリング時に病診連携についてシステムを通じて行うには 2 点課題がある。ひとつは診療所の予算の問題である。もうひとつはベンダーの規格の問題である。日本で電子カルテのベンダーは大手 2 社がかなりの割合を占めているが、規格が異なっているので相互乗り入れができない。とコメントしている。

5. まとめ ～家庭医論争の混乱の原因はどこにあるのか～

本章ではまとめとして、家庭医論争の混乱の原因と解決案の提言することを目的とする。

家庭医論争の原因として挙げられるのが、この議論の問題意識の第一にあるのは病院勤務医の労働環境改善問題なのか、患者の全人的な医療介護福祉のエージェントの作成なのかということである。中医協やヒアリングに伺った病院勤務医の人は病院勤務医の労働環境に関する問題意識の下で家庭医の必要性を説いていた。一方実際に家庭医を行っている人は患者の全人的ケアの必要性から家庭医の必要性を導出していた。さらに本文中では明記しなかったが日本の医療制度の保険者機能の問題と絡めて保険者機能を家庭医に求めるという議論もある。この家庭医に対する同床異夢が家庭医論争の混乱原因の一つだと考える。この両者は家庭医の詳細な制度設計に関して対立する可能性がある。例えば家庭医を作るとともに **gate-keeping** 制度について議論すると両者は対立する恐れがある。

さらにこの対立軸を審議会や医療現場の外部の学者や行政などがかき乱しているおそれがある。WHO(2008)や井伊(2012)・澤(2012a, 2012b)は日本の医療制度の問題点について多くの指摘をしているが、家庭医を導入することでどこまでが改善できてどこからが家庭医以外の制度を必要とするかということについて十分な区分けがなされていない。両方を混ぜて議論すると家庭医に求める特定機能とそれを満たす可能性のあるオルタナティブとの検討をする際、家庭医のメリットに他の機能の話が持ち出されてしまうため、話が混乱するおそれがある。

特に家庭医と **gate-keeping** の概念を分けて考える必要がある。イギリス医療の話になるとこのふたつはまとめて出てくることが多いが、まったく別個のものであり、特に **gate-keeping** は家庭医と専門医の境界を行政が管理上無理やり線引きしたものであることに注意が必要である。

物事を考える際の原則、求める機能→それを満たすものの洗い出し→要素の比較検討の順で議論を行う必要がある。ただし専門医検討会は中医協などの流れを受けているため求める機能や要素の洗い出しについてはある程度終わっているものとして議論を進めている可能性がある。しかし中医協で挙げられている機能が専門医検討会では抜け落ちていることがあるので、なぜ抜け落ちたのかという点が議事資料からは不明確である。

議論が抽象的になってしまう場合、海外の様々な国の例(イギリスだけとは限らない)を比較してどの国の形を目指すのかという議論がひとつ共通意識を作るのに有効なものかもしれない。表 3.5 のどの位置を目指したいのかを明らかにすることで目標とする国が決まってくるという場合もあるだろう。

また、家庭医が行うプライマリケアは地域の独自性が強くなっており、国が一元的に管理することは厳しい。一都道府県に一つは医学部があり、そちらの方が地域の現状に

については把握していると思われる。また地域の財政事情がそのため国である程度の原則ラインを作った後は各都道府県や各地方に詳細を決めさせるということも考える必要がある。

参考文献

議事録

- ・中央社会保険医療協議会総会
 - 第199回中央社会保険医療協議会総会議事録
 -
- ・社会保障審議会医療部会

- ・専門医の在り方に関する検討
 - 第4回議事録
 - 第13回議事録
 - 第14回議事録
 - 「総合医(仮称)に関する検討会」意見集約

和文

- ・井伊雅子(2012) : 『医療制度改革に新視点 上『家庭医』、質と財政 両立の鍵』,日本経済新聞経済教室 2012年8月1日
- ・加藤智章(2012) : 『フランスにおけるかかりつけ医制度と医療提供体制』,健保連海外医療保障 No.93
- ・澤憲明(2012a) : ”これからの日本の医療制度と家庭医療-第1章 日本の医療が抱える課題-“,社会保険旬報 No. 2489
- ・澤憲明(2012b) : ”これからの日本の医療制度と家庭医療-第2章 医療制度における家庭医療の役割-“,社会保険旬報 No. 2491
- ・澤憲明(2012c) : ”これからの日本の医療制度と家庭医療-第3章 英国の医療制度と家庭医療-“,社会保険旬報 No. 2494
- ・澤憲明(2012d) : ”これからの日本の医療制度と家庭医療-第4章 英国の医学教育と家庭医の育て方-“,社会保険旬報 No. 2497
- ・澤憲明(2012e) : ”これからの日本の医療制度と家庭医療-第5章 日本の家庭医療-“,社会保険旬報 No. 2500
- ・田中伸至(2012) : 『ドイツの家庭医と医療制度』,健保連海外医療保障 No.93
- ・田中伸至(2007) : 『かかりつけ医機能の制度設計における検討課題-フランス及びドイツの制度とわが国への示唆』-,法政理論第40巻第2号
- ・奥田七峰子 : 『かかりつけ医制度導入4年後の考察』
<http://naoko.okuda.free.fr/2008-12-08-02.html>
- ・日本医師会(2003) 『医療のグランドデザイン 2017年度版』日本医師会
- ・北海道家庭医療学センター

英文

- Bradford, W. D. (1995): "Solo versus group practice in the medical profession. The influence of malpractice risk", Health Economics vol.4 pp. 95-112
- Dranove. D, and Satterthwaite. M. A. (2000): "THE INDUSTRIAL ORGANIZATION OF HEALTH CARE MARKETS", A. J. Culyer and J. P. Newhouse eds. Handbook of Health Economics vol. 1B chap. 20
- McGuire. T. G. (2000): "Physician Agency" A. J. Culyer and J. P. Newhouse eds. Handbook of Health Economics vol. 1A chap. 9
- OECD(2010) : " Health Systems Institutional Characteristics -A SURVEY OF 29 OECD COUNTRIES-", OECD Health Working Papers No. 50
- Phelps. C. E. (2003) : "HEALTH ECONOMICS", Pearson Education
- WHO(2008) : " Primary health care – now more than ever", The world health report 2008