

「地域住民の医療を どのように守るか」(下)

5名の有識者による座談会「地域住民の医療をどのように守るか」の後半部分を掲載する。前号では、①地域の医療をどのように守るか②健康づくりや疾病予防、地域包括ケアをどのように展開するか—の2つの論点について、各氏から意見が示された。今号は現在、厚労省の検討会でも協議が進んでいる3つめの論点である「医師の偏在対策にどのように対応するか」について、医療提供者・医療保険者のそれぞれの視点から、具体的な提案を含めて話し合っていた。

鈴木邦彦

日本医師会常任理事

青沼孝徳

涌谷町町民医療福祉センター長
(全国国民健康保険診療施設協議会・前会長)

河内山哲朗

松下政経塾塾長
(社会保険診療報酬支払基金・前理事長)

田中一哉

総合医を育て地域住民の安心を守る会代表世話人
(国民健康保険中央会・前常務理事)

(司会)

渡辺俊介

国際医療福祉大学大学院特任教授



医師の配置は自主的に収斂を インセンティブの仕組み必要

渡辺

3番めのテーマは医師の偏在対策です。地域包括ケアシステムの構築にしても都道府県が地域医療構想をつくるにしても、医師が不足してはとうしようもありません。ようやく厚労省や日本医師会をはじめ医療団体も、医師の地域偏在を喫緊の課題だとして真剣に検討を開始しました。

厚労省の「医療従事者の需給に関する検討会・医師需給分科会」は、年内にまとめる方針です。偏在対策は国が策定するか医師が自主的につくるかなど重要かつデリケートな問題ですが、鈴木先生はどのよう



鈴木邦彦氏

にお考えでしょうか。

鈴木 いくら医師の数を増やしてもそのまま何もしないと大都市部や環境のいい地域に集中するだけで、地域偏在や診療科の偏在は解消できないというのが日医の考えです。これについては全国医学部長病院長会議もまったく同じ意見であり、昨年12月に合同で「医師の地域・診療科偏在解消の緊急提言」を発表しています。

1つは病院・診療所の管理者要件に医師不足地域での勤務経験を導入するという踏み込んだ提言をしています。もう1つは地域ごと診療科ごとの医師需給の把握です。各都道府県に地域医療支援センターができていますが、これを機能強化して医師の診療情報データベースを置き、地域医療構想の医師配置版をつくりたいというものです。医師の配置は地域ごと診療科ごとで自主的に収斂していくかたちができないかと考えています。

渡辺 青沼先生のいる国保直診は、民間が開設しない地域に病院や診療所があつてご苦労されていると思いますが、医師の偏在についてはどうお考えですか。

青沼 私が卒業した自治医科大学は、医療の偏在を解消するために政策的につくられた大学です。しかし当然、自治医大だけで

解決できるはずはなく、今まで多くの人たちが議論して智慧を出してきた、古くて新しい解決困難な問題だと思います。本来であればプロフェッショナル・オートノミーとして、医師が自主的に使命感を持つて医師が不足している地域や診療科にいくかたちが一番望ましいのですが、残念ながらそれも難しい。いろいろな要因があると思いますが、医師たちが地域に積極的に出ていくようなインセンティブのあるシステムをつくる必要があるのではないのでしょうか。

1つの方法としては、総合診療専門医があります。地域包括ケアシステムを概ね中学校区単位でつくるとなれば地域包括ケアシステム構築には絶対に医師が必要ですから、政策的に医師を配置しなければならなくなると思います。そうなれば当然行政もシステム構築に資するような医師を招聘するよう努力すると思います。

また、今申し上げたことに関連しますが、河内山さんがいわれるように保険者側が「こうした医療を提供してほしい」ということをもつと積極的に主張すべきです。医師と患者は対等な立場で話し合うことが必要であり、その意味で「うちの地域ではこういう医師がほしい」となると、保険医に登録する際にそのような医師にお金を払



青沼孝徳氏

いましょうというように、国民的なコンセンサスを得て、保険者が決めていくべきではないでしょうか。

診療報酬もどちらかというところは急性期の医療のほうが重視されていますが、ますます高齢者が増えていくのであれば慢性期の医療を行っている人たちを評価する体系も今後考えていかないとけません。こうしたものがうまく機能すれば、もともと地域に医師が増えるのではないかと思います。

資格要件の見直しなどで規制 国保の県単位化がチャンスに

河内山 一般的に基礎自治体で危機に陥つ

て地域住民と軋轢をうむケースがいくつもあります。その1つは医師がいなくなることです。これがきっかけで選挙に負けた市町村長はたくさんいます。

それだけ地域住民からすると、医師がいて当然という事象だと思えます。私も市長を経験していますが、普通の公共施設が減ることに住民はあまり怒りませんが、小学校を統合すると反発が出ます。昔から中国の言葉で「足らざるを憂えず等しからざるを憂う」とありますが、あつて当然のものが自分のところにだけないということは地域にとつてみると危機です。

日本の基礎自治体は世界の基礎自治体と比較すると、たくさんの仕事を請け負っています。オーストラリアの基礎自治体などほとんど権限はありません。医療保険を運営している基礎自治体は全世界では日本ぐらいでしょう。ただ、残念ながら医療提供体制だけは市町村長には何の権限もないため、地域偏在や医師不足の問題をどのように解決するかは基礎自治体にはできません。これは医師による自立的な仕組みが基本になると思いますが、青沼先生がいわれた地域として保険者として考える枠組みや、鈴木先生がいわれた地域医療構想の緩やかな医師の配置版みたいなものもその解

決策の1つでしょう。

まずは実態を明らかにして医師の世界で責任を持つべきところをつくって、それでも足りないのであれば資格要件の見直しなど緩やかな規制を加えていくことが必要です。医師の大半が保険医になり、それは公費と加入者の保険料で成り立っていることからすると、保険医は公的な存在であることに間違いありません。そろそろ真剣に議論をして、医師も納得の上で方向性を見出すべきでしょう。

田中 医師の地域偏在は、以前は医師不足という問題でしたが、最近では小児科や産科の医者がいないといった専門医不足・偏在もあります。医師不足の解決については、これからの国保の都道府県単位化がいいチャンスだと思います。

河内山さんが述べられたように、医師を動かすなど市町村長の権限には限界があります。しかし、都道府県は地域医療に責任と権限があるし、国保の保険者になれば、都道府県知事は保険者として医療の給付を保障しなければならぬため、その点でいい方向にいくことが考えられます。国保の都道府県単位化で最大のメリットは医師不足の解決につながる点だと思います。そうした意味で、これまで以上に医師会に対し

ても大いに期待しています。

医師会が大学や病院、診療所など医療関係者のリーダーシップをとって、医師の偏在問題については「我々が何とかしよう」と主張し、知事と連携することで医師偏在問題に対応しやすくなると思います。知事がこの問題に本気になって、最大のリーダーシップを発揮できる医師会が対応できればそれほど心配しなくてもいいのではないのでしょうか。

鈴木 医師会に期待していただきありがとうございます。いままでは日医と厚労省が決めたものを都道府県医師会に話し、それを郡市区医師会に伝えればよかったのですが、都道府県単位で地域医療構想や医療介



河内山哲朗氏

護総合確保基金が始まって、従来とは状況が変わってきています。また、市町村単位などで地域包括ケアシステムの構築や在宅医療の推進が行われることになったため、我々としても都道府県医師会や郡市区医師会を全力で支えていかなければなりません。

へき地など医師不足地域の対策も、日医として具体化していく必要があります。全国平均の医師数は人口10万人当たり259人ですが、私の病院のある二次医療圏は129人と圧倒的に少ないため、医師不足は特に実感しています。私の地域では開業医の息子さんが医師になっても勤務医になつたり、都市部で開業したりするケースもみられます。

海外を視察しても、過疎地域の医療を確保することは難しいことがわかります。ドイツでは法律をつくって過疎地域での開業を優遇したり、医師の定年を廃止して長く勤められるようにしています。

日本の医師は長く働くため、専門医として大病院に勤務した後、かかりつけ医として地域でもう一度社会に貢献しています。それが日本の特徴ですが、我が国でも、へき地などの医師不足地域で開業している医師を支援する仕組みが必要です。厚労省は

概算要求で、へき地などでの承継を優遇する制度の要望を出しています。フランスも自由開業医制を最優先にしているため過疎地域での開業医の確保に苦労していますが、日本でもそうしたことに配慮しなければならぬ段階にきていると思います。

中長期的にはその上で、医師会や行政の取り組みが重要になります。それがうまくいっている都道府県は医師会と行政・大学の連携がスムーズなところなので、その連携を強化しながら改善していくことが必要です。

登録住民数に応じた報酬体系を 総合医のトレーニングが必要

渡辺 6月に岩手県盛岡市で開かれた日本病院学会のシンポジウムに参加しましたが、そのときのテーマは「医師不足はなぜ国民的議論にならないのか」でした。

確かに関係者は医師不足を問題にしていますが、現実的にどこにどんな医師が足りないのかわかっていません。ましてや、一般住民は誰も医師不足だとは思っていません。いざとなれば新幹線や飛行機で東京に来れば対応できるからです。現実にはどの地域でどの医師が不足しているかという問題



田中一哉氏

があります。

日病の発表ではいわゆる総合的な医師、例えば内科と麻酔科、整形外科、産婦人科が地域では一番足りないといっています。逆にこの4つの科の医師がいれば、かかりつけ医と地域の病院の経営を成り立たせていくには何とかなるともいえます。それが正しいかは別として、最低限地域医療を守るためにはどんな医師が必要なのかという議論も必要だと思えます。

鈴木 先ほど私が述べた地域ごとの診療科や医師の需給把握は、医師会が各団体と協力して各地域の現状と将来の医師需給、そのなかには診療科別医師数や年齢別人口構成、並びに診療科別受療率を踏まえた各診

療科医師1人当たりの患者数などに関するデータが含まれますが、それらを把握して精査するものです。これを基礎にして見える化をしなければならぬと考えます。

田中 私は「総合医を育て地域住民の安心を守る会」を立ち上げて代表世話人を務めています。鈴木先生の指摘された「医師人生2回説」は「我が意を得たり」です。

その際、専門医・病院医師からかかりつけ医・総合医の立場になったときに、財政的な支援が絶対になります。特に医師が不足しがちな離島やへき地で開業するとき、医師が経済的に不安にならないように保障する仕組みもつくらなければいけません。

これは言葉を選ぶ必要がありますが、登録医的な仕組みをつくって、それに対して報酬面での支援をすることです。わかりやすくいえば、住民の健康管理面にも一定の役割を担ってもらい、登録住民1人当たりいくらかという財政支援をする。どんな田舎でもある程度の住民の数があれば定額的な報酬が裏付けられ、いいシステムになるのではないのでしょうか。

私が国保中央会で登録医の提言をしたとき、一部のお医者さんからはイギリスのGPの人頭払い制度だと受け止められまし

た。しかし、人頭払いではなく、出来高払いの診療報酬とともに、登録住民数に応じた健康づくり報酬を受けとる体系をつくればいいのではないのでしょうか。医師が全国どこにいても安心して開業できる体制をつくるのが大事だと思います。

青沼 財政的な支援は大事ですが、もう1つは質的な問題も重要です。専門医には現在19の基本領域があります。そのなかで特に総合診療専門医は最初から情熱をもって取り組む人もいますし、鈴木先生のように、ある程度年齢を経たら幅広く医療を行いたいという人もいます。

しかし、突然総合医になれるかというところ、きちんとしたトレーニングの機会が必要になると思います。日本の専門医制度をそうしたかたちにした上で、住民も納得できる評価システムが必要だと思います。地域包括ケアシステムを動かす総合医を国家的にもつくっていく仕組みが必要なのではないのでしょうか。

質的な部分と財政的な裏付けの両方があれば、もう少し地域に出て行ってがんばってもいいという医師が増えてきます。年齢は問いませんが、地域ではある程度年齢を重ねた医師のほうがいいこともあるかもしれませんね。



渡辺俊介氏

鈴木 日本のかかりつけ医は一定の年齢になるまで専門医として働き、その後かかりつけ医になる人が多いですが、かかりつけ医それ自体は制度化されていないし、診療科も問わない柔軟な存在でした。

それをプロフェッショナル・オートノミーでもう少し明確化させようというのが今回の日医かかりつけ医機能研修制度です。専門医からかかりつけ医になる人だけでなく、総合診療専門医も地域で活動する際には必要な研修にしたいと考えています。

河内山 冒頭にも述べましたが、患者に対する啓蒙活動も積極的に進める必要があると考えます。まだまだ患者は普段から付き合いのあるかかりつけ医よりも大病院の専

門医のほうが偉いとか、本当は大病院に行きたいがとりあえずこの診療所に来ているという意識がぬぐえないものがあると思います。

誰が音頭をとるのは別として、一番身近にいる医師で単に専門性のみならず患者の人生に最も役に立つのはどんな医師か、医師のなかで最も尊ぶべきはこういう先生だという意識を国民世論のなかに植え付ける必要がありますね。

もちろん報酬も大事ですが、医師は特別な使命感を持った職業です。私も支払基金で半分ボランティアみたいな審査委員をお願いすると、大半の人は最初あまり乗り気ではないですが、やり始めると審査委員がひいては日本の医療のため、医師の世界のためになるという使命感が生まれてきて「無償でもいいよ」といつてくれる医師も出てきます。

地域での医師の活躍や重要性は宣伝しすぎてもしすぎることはないので、メディアの方々にも理解してもらい、かかりつけ医が活躍する世界が地域住民の安心を担保するためには大事であるということを広く行き渡らせる努力が必要なのではないでしょうか。

地域医療を守る「医師会に期待」 医師会館で多職種の研修を実施

渡辺 日医はかかりつけ医研修の一環として、糖尿病に関する非専門医の研修のデータベースをつくっています。つまり糖尿病専門の開業医でなくても糖尿病の患者者に対して、ある程度対応できるようにするためのデータベースです。こうしたものをつくることも、かかりつけ医の信用度を増すためには重要だと思います。

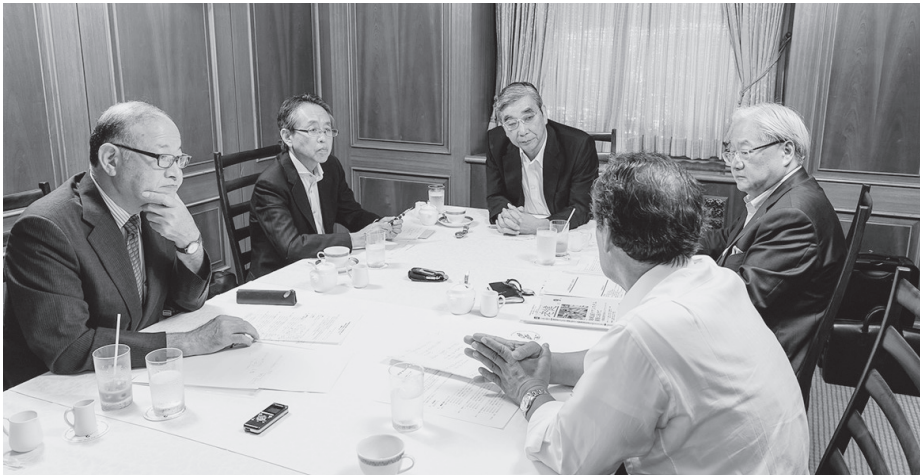
鈴木 日本の医師は長期の休暇をとる外国の医師に比べて使命感が強く、仕事を調整しながら少しずつ休みをとったり、平日の夜や休日に研修を受けたりしています。

そうした使命感はお金には代えられないもので、財政の論理だけで判断することはできません。一度使命感が失われてしまうと、イギリスの医療崩壊のように後でお金を増やしても元には戻りません。イギリスでは最近も医師のストライキが起きているようですが、そのようにしてはいけません。

渡辺 一度崩壊したものは戻しにくいですね。先ほど述べた日本病院学会のシンポの「医師不足はなぜ国民的議論にならないか」の理由として私は、「日本の医師はがんば

りすぎだから、医師不足が顕在化しないのだ」と述べました。

田中 地域医療を守るためには、いろいろな人の役割があると思いますが、一番期待



しているのは地区医師会です。これからの地域包括ケアの推進やかかりつけ医の地域定着といった課題については、組織的には地区医師会にがんばってもらい、その拠点としては、地区医師会の医師会館が極めて大切な存在です。医師会館をベースにしてかかりつけ医の役割をアピールすべきではないでしょうか。

鈴木 私どももその点は重要だと考えています。まず都道府県医師会では、最近改築した医師会館の多くが研修センターをつくって多職種の人が集まれるようにしています。

次に、郡市区医師会でも地域包括ケアシステムの構築に向けて多職種の人が研修できる場所が必要になっていきますので、今後基金などを活用してそうした取り組みが進んでいくと思います。

田中 都道府県知事や市町村長がしっかりと連携がとれ、財政的にも支援しようということになれば、医師会も動きやすいのではないのでしょうか。

渡辺 先ほど述べたように、横倉会長の「郡市区医師会と市町村行政がその気になれば何でもできる」という言葉はまさにそのとおりだと思います。

今回は「地域住民の医療をどのように守

るか」という大変難しいテーマでしたが、ようやく国も医療提供体制の見直しに手をつけ、日本医師会もかかりつけ医を中心に対応しており、日本病院会や全日本病院協会などの病院団体もこの問題に一生懸命に取り組もうとしています。2025年を乗り切ればいいというものではありませんが、それに向けて大きく動き出したと感じております。

4人の専門家のみなさんによって、どうしたら地域住民の医療を守れるのかという具体的な提案や予防の重要性、医師の偏在問題など踏み込んだ議論ができたと思います。もちろん、これだけですべて解決できるとは思いませんが、私自身も大変勉強になりました。

今後も、こうした議論がいろいろな方面で進んでいくことを期待したいと思います。本日はどうもありがとうございました。

