

基礎研 レター

総合診療医の養成

かかりつけ医の配置は、順調に進むか？

保険研究部 主任研究員 篠原 拓也

(03)3512-1823 tshino@nli-research.co.jp

1—はじめに

日本では、少子高齢化が進行する中で、高齢者への医療・介護の提供の新たな枠組みが整備されつつある。従来の病院中心の医療から、高齢者が自宅や介護施設で生活する中で、医療・介護ケアを充実させていくことを目指す、地域包括ケアシステムの構築という動きである。その際、極めて重要な点は、地域医療を担う、総合診療医の養成であろう。総合診療医は、患者が、まず最初に受診する先であり、その診断に基づいて、以後の治療や養生の方針が定まる。高齢者の医療・介護の質を担保しつつ、治療費の抑制にも努め、医療の効果を高める、いわば、高齢者ケアの司令塔の役割を果たす。

総合診療医は、2017年より研修が始まり、養成が進められる予定である。日本でも、以前から、内科医や小児科医の開業医が、かかりつけ医として、地域密着の医療を行ってきた。しかし、これまでは総合診療医のような体系化されたトレーニングはなく、主に、各医師の素養や、経験に委ねられてきた。また、現状では、かかりつけ医を持たない人もおり、社会の認識に陰りも見えている¹。

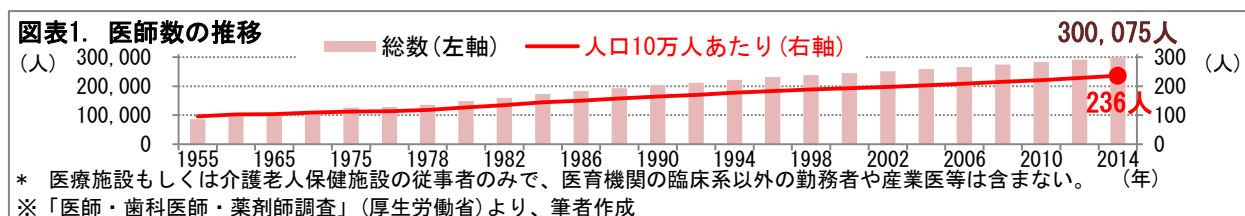
本稿では、日本の医師の現状を俯瞰し、その上で、総合診療医の養成について見ていくこととする。

2—日本の医師の現状

日本の医療については、医師不足が問題とされることが多い。この問題は、医師の絶対数の不足と、診療科や地域ごとの医師の偏在という、2つの側面に分けて見ていくことが必要となる。

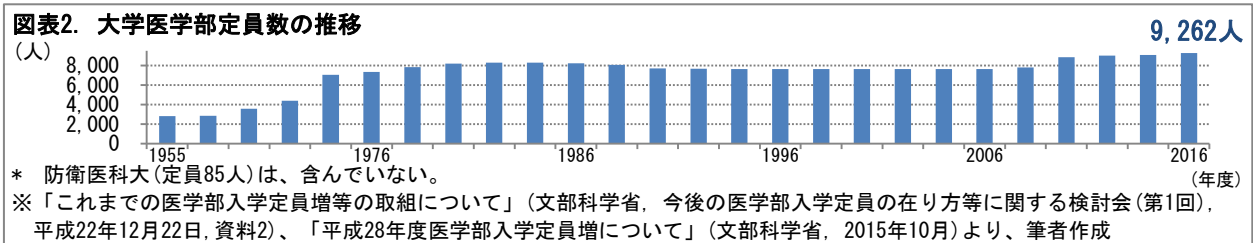
1 | 医師数は、徐々に増加している

まず、医師数の推移を見る。臨床の医師は、戦後一貫して増加し、2014年には、30万人に達した。



¹ 「かかりつけ医機能の強化に向けた調査研究」江口成美(日本医師会総合政策研究機構, 日医総研ワーキングペーパーNo. 294, 2013年7月30日)によると、40歳以上の国民に対するアンケート調査(回答回収数2,080票)の結果、かかりつけ医がいないと回答した人は、34.9%であった。

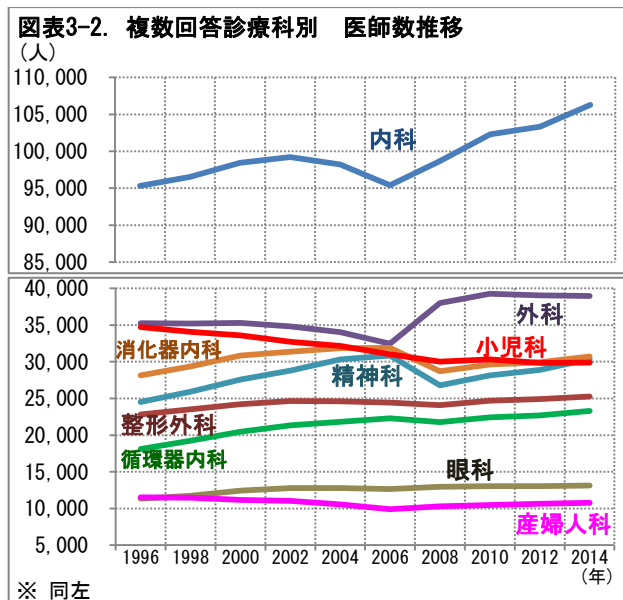
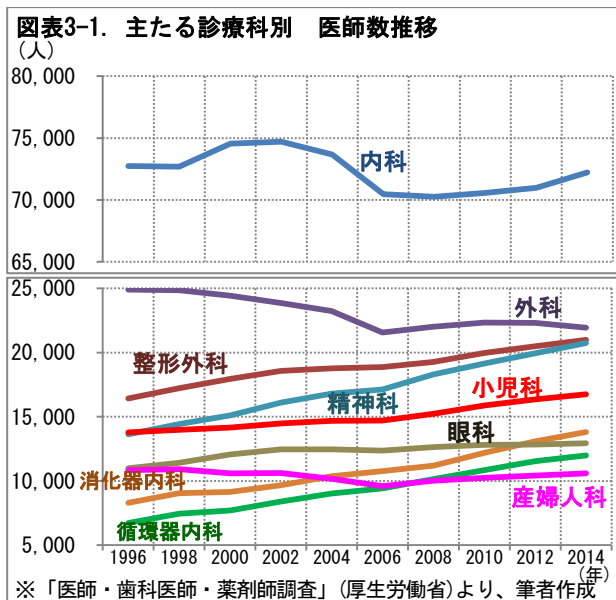
2000年代には、医療の崩壊が喧伝され、その中で、医師不足の問題が取りあげられることもあった。この時期に、医師数が減少したような印象を持つかもしれないが、実際には、医師は増加している。増加の背景には、1980年代以降、新卒医師を養成する大学医学部の定員が、8,000人前後で推移し、医師が、安定的に供給されてきたことが挙げられる。その後、医学部の定員は、2010年度に大きく引き上げられた。2016年度には、過去最多の9,262人となっている²。



2 | 複数の診療科を標榜する、小児科医や産婦人科医は減少している

診療科別の医師数の推移を見てみよう。勤務医で、1つの診療科だけを名乗る医師もいれば、診療所の開業医などで、複数の診療科を標榜する医師もいる。1996年から2014年の18年間で、主たる診療科について見ると、多くの診療科で、医師は増加している。その中で、内科、外科、産婦人科では、減少している。一方、複数回答で見ると、これも多くの診療科で増加している。しかし、小児科、産婦人科では、減少している。その背景として、例えば、乳児や幼児の患者に対する、診療の安全性に、医師が懸念を持った結果、従来、内科兼小児科などとしていた診療所が、内科のみを標榜するようになるといった、専門分化が進んでいることが考えられる。

今後、地域医療を推進するにあたり、内科や小児科の診療所の医師に、かかりつけ医としての機能を果たすことが期待されている。これらの科の医師を安定的に確保していくことが必要となろう。

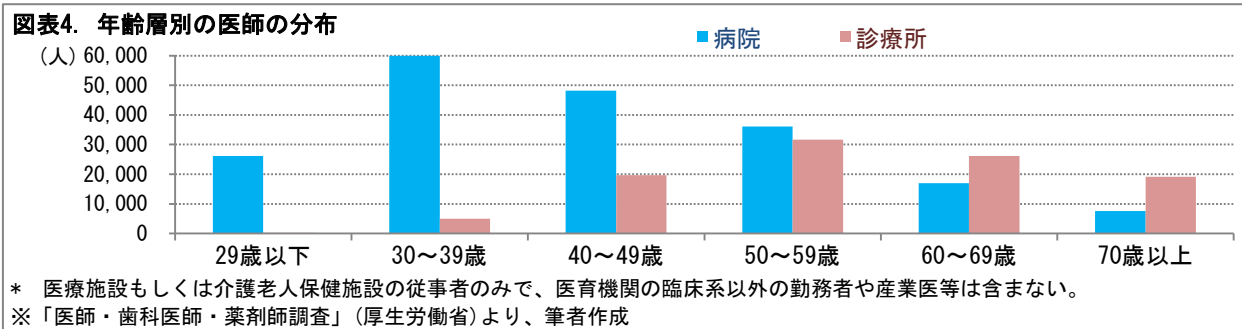


3 | 診療所では、50歳代をピークに、多くの高齢の医師が活躍している

次に、年齢層ごとに、病院と診療所の医師の分布を見る。病院は30歳代を中心に、幅広い年齢層の

² なお、2016年には、37年ぶりに、東北医科薬科大学(宮城県仙台市)に、医学部が新設された。また、2017年には、国際医療福祉大学でも、千葉県成田市に医学部を開学すべく、準備が進められている。

医師が勤務している。一方、診療所は50歳代をピークに、70歳以上にも多くの医師が活躍している。



4 | 大都市と過疎地域の間では、医師の偏在が見られる

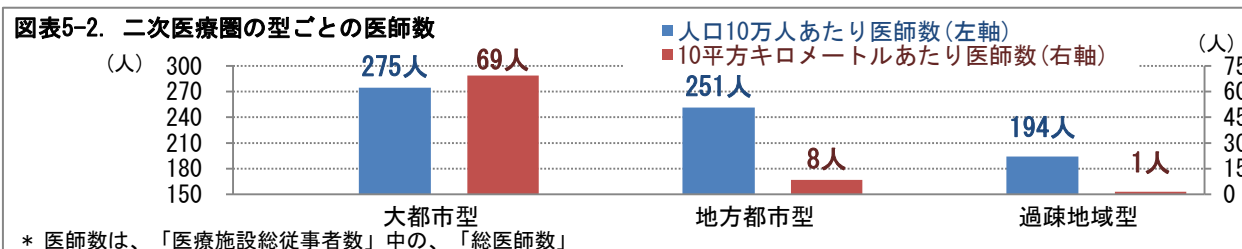
続いて、地域ごとの医師数の推移を見る。現在、全国で、344の二次医療圏³がある。まず、これらを、人口と人口密度により、大都市型、地方都市型、過疎地域型の、3つに分類する⁴。

図表 5-1. 二次医療圏の分類

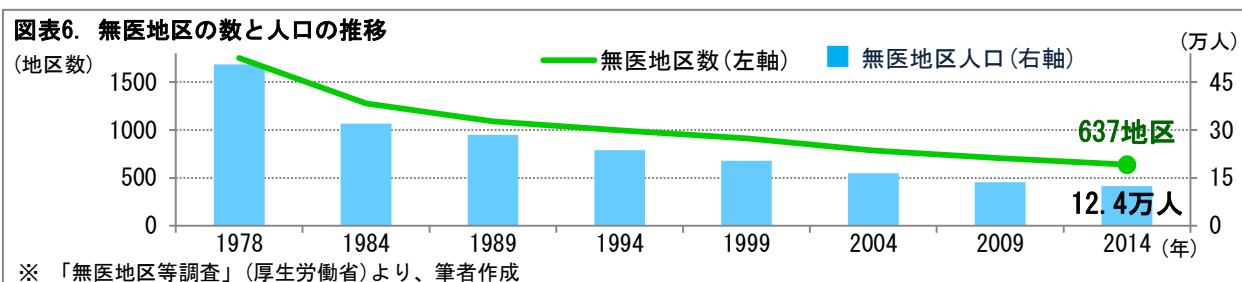
	大都市型	地方都市型	過疎地域型
二次医療圏の数	74	131	139
人口	6,751 万人	4,444 万人	1,611 万人
面積	2.67 万 km ²	13.40 万 km ²	21.21 万 km ²
人口密度	2,525 人/ km ²	332 人/ km ²	76 人/ km ²

※「2次医療圏基礎データ(巧見さん)Ver6.1.0」(株式会社ウェルネス, 2015/12/04 版)をもとに、筆者作成 (図表 5-2 も同様)

その上で、型ごとに、医師数を見る。大都市型は、単位人口、単位面積あたりとも、充実している。地方都市型は、単位人口あたりでは大都市型と遜色ないが、単位面積あたりの医師数は少ない。過疎地域型は、いずれも大都市型より少ない。即ち、大都市と過疎地域の間では、医師の偏在が見られる。



また、僻地(へきち)での医療アクセス改善への取組みは、徐々に進んでいる。しかし、依然として、問題は残っている。2014年には、全国に637の無医地区⁵があり、そこで12万4千人が暮らしている。



³ 一次医療圏は市町村、三次医療圏は主に都道府県。二次医療圏はその中間に属し、複数の市町村が1つの単位。2015年より、都道府県は、地域医療構想を策定することとなっている。地域医療構想は、原則として二次医療圏ごとに策定される。

⁴ 図表 5-1、5-2 の出典データでは、大都市型は、人口 100 万人以上または人口密度 2,000 人/km²以上。地方都市型は、大都市型以外で、人口が 20 万人以上であるか、または人口が 10 万人以上かつ人口密度が 200 人/km²以上。過疎地域型は、大都市型、地方都市型以外、とされている。

⁵ 医療機関のない地域で、当該地区の中心的な場所を起点として、概ね半径 4 km の区域内に 50 人以上が居住している地区であって、かつ容易に医療機関を利用することができない地区、を指す。

3—今後不可欠となる総合診療医

今後、少子高齢化が進むなかで、医療は、病院で病気の完治を目指す「病院完結型」から、自宅や介護施設等で療養しつつ寛解⁶を目指す「地域完結型」へと、変化していくものと考えられる。その際、地域医療の中核として、かかりつけ医の役割を担う、総合診療医の存在が不可欠となる。2013年に、厚生労働省の検討会⁷は、報告書を公表した。その中で、既存の18種の領域別専門医に加えて、新たに、「総合診療専門医」を設けることとした。

1 | 総合診療医は、全人的な医療を行うことが求められる

報告書は、総合診療医の必要性について、4つの視点を挙げている。

図表 7. 総合診療医の必要性についての視点

- ① 特定の臓器や、疾患に限定することなく、幅広い視野で患者を診る医師が必要であること
 - ② 複数の疾患等の問題を抱える患者にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも、総合的な診療能力を有する医師による診療の方が、適切な場合もあること
 - ③ 地域では、慢性疾患や、心理社会的な問題に、継続的なケアを必要としている患者が多いこと
 - ④ 高齢化に伴い、特定の臓器や、疾患を超えた多様な問題を抱える患者が、今後も増えること
- ※「専門医の在り方に関する検討会 報告書」(同検討会)より、筆者作成 (下線は、筆者が付した)

その上で、「総合診療医には、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる。」としている。

つまり、従来の領域別専門医の特徴が、医療技術の深さ、であるのに対し、新設の総合診療医は、医療に関して扱う問題の広さと多様性、に力点が置かれている。そのために、総合診療医は、専門的な医療技術のみならず、幅広い病気に対する診断力や、患者や他の医療スタッフ等とのコミュニケーション力等、患者の医療を、総合的にマネジメントする力が求められるものと考えられる。

2 | 総合診療医の研修には、ありとあらゆる医療技術や、地域医療の経験が組み込まれている

2015年、日本専門医機構は、専門研修プログラム整備基準を了承した。この基準では、人間中心の医療、地域志向など、6つの到達目標⁸が設けられた。2017年度より、研修が始まる予定である。

総合診療専門医の研修期間は、3年以上。そのうち、総合診療専門研修で18ヵ月以上、内科で6ヵ月以上、小児科と救急科でそれぞれ3ヵ月以上の研修が必須、とされている⁹。

研修中に経験すべき症例は、心肺停止や呼吸困難といった重篤な病態から、胸やけ、腹痛といった日常的に見られる症状まで幅広い。また、経験すべき診察や処置として、例えば、新生児・幼児・小児の心肺蘇生法。生体標本(喀痰(かくたん)等)に対する顕微鏡的診断。高齢患者の機能評価を目的とした身体診察(歩行機能など)や、認知機能検査。経鼻胃管や胃瘻(いろう)カテーテルの挿入・管理。など、全領域の患者に対して、ありとあらゆる医療技術の習得が求められる。加えて、地域医療の経験として、介護認定審査に必要な主治医意見書の作成。特別養護老人ホームなどの施設入居者の日常的な健康管理。地域の医師会や行政と協力して、特定健康診査の事後指導や、特定保健指導を行うこ

⁶ 病気そのものは完全に治癒していないが、症状が一時的あるいは永続的に軽減または消失すること。特に白血病などの場合に用いる。(広辞苑 第六版(岩波書店)より)

⁷ 「専門医の在り方に関する検討会」(2011年10月～2013年3月の間、17回開催。2013年4月に報告書を公表)

⁸ 同基準は、「コアコンピテンシー」(中核的能力)と呼んでいる。内容は、次の6つ。(1)人間中心の医療・ケア、(2)包括的統合アプローチ、(3)連携重視のマネジメント、(4)地域志向アプローチ、(5)公益に資する職業規範、(6)診療の場の多様性

⁹ その他に、外科・整形外科・産婦人科・精神科・皮膚科・眼科・耳鼻咽喉科などについても、必要な範囲で研修を実施。

とまで要請される。正に、全人的な医療を提供するための、素養の習得や、技術の鍛錬が求められる。

4—総合診療医を養成する上での留意点

総合診療医の養成に向けた準備が進められているが、そこには、いくつか、留意すべき点もある。

1 | 総合診療医の需給バランスを、どのようにとるか

日本は、急速に少子高齢化が進みつつある。これに対して、早急に地域医療の充実を図ることが必要であろう。ただし、次の試算¹⁰のとおり、一定規模の総合診療医の体制を築くことは容易ではない。総合診療医の需給バランスを、どのようにとるかは、今後の大きな検討点と言えよう。

図表 8. 総合診療医の配置数に関する試算

仮に、人口1万人につき1人の総合診療医を配置することを目指す。

日本の人口を1億2,000万人として、12,000人の養成が必要となる。医学部卒業生(年間9,000人)の1割が、総合診療医を目指すかと仮定する。すると、年間900人が養成されるから、12,000人に達するまでに、13年以上かかる。

即ち、第1期生の輩出となる2020年から、13年以上をかけて、ようやくこの規模の配置が実現することとなる。

※ 筆者試算

2 | 既存の医師が、総合診療医に転換する仕組みをどう構えるか

新卒医師だけで、必要な総合診療医体制を実現することは、かなり困難ではないかと考えられる。そこで、既存の医師の転換を考慮することとなる。そもそも、総合診療医には、全人的な医療が求められており、そこでは、医師としての経験や、日々の医業から築いた医療関係者のネットワークが、大きな武器となる。新卒医師を一から養成するだけではなく、既に診療所等で、かかりつけ医として、地域医療を担っている内科医や小児科医等に、総合診療医に、転換してもらうことが有効となる。即ち、新卒医師と既存医師の両面から、総合診療医の養成を進めることが必要と考えられる。

既存の医師が、総合診療医に転換するための研修の体制等を、整備していくことが求められよう。

3 | 医師の地域偏在の問題を、どう解消すべきか

医師が不足する過疎地域では、地域医療に支障が生じることが懸念される。これまでは、僻地(へきち)医療の拠点病院から医師の巡回派遣を行うことで、対応してきた。しかし、総合診療医として、従来以上に、地域に根ざした医師の養成を進めるためには、巡回派遣を、一層充実させていく必要がある。また、その際には、派遣される医師やその家族にとって、転居等に伴う様々な負担の軽減を図るなど、医師の勤務上の待遇や、条件の面において、柔軟で、きめ細かい対応が、必要となる。

5—おわりに(私見)

現在、総合診療医の養成に向けた準備が進められている。しかし、医師の配置には、難題も多い。特に、過疎地域や僻地での医師の充足には、懸念点も多いものと考えられる。

既存の医師が、総合診療医に転換するにあたっての方策も欠かせない。例えば、医師の各業務の要否を再検討し、医師以外のスタッフでも対応できる業務は、それらのスタッフに移管する。地域医療の促進のために、域内の医療・介護業種とのコミュニケーションを進める。など、医師の働き方まで、見直していくことで、効率的な医療の提供を進めるための、足がかりができるものと考えられる。

地域包括ケアシステムの構築に向けて、今後、総合診療医の養成、配置にも注目する必要がある。

¹⁰ 人口1万人につき1人というのは、あくまで、当試算上の設定。総合診療医の必要数についても、議論が必要となる。