



## 大賞 [大学生の部]

# 人に寄り添う医療を目指して ——2030年へ向けた医療改革の提言

宮崎大学 医学部1年

**岡口 和也** おかぐち かずや (写真左)

東京大学 法学部3年

**岡口 正也** おかぐち まさや (写真右) (共著)

これまでも取り上げられてきたテーマである「かかりつけ医制度」をグループで担うという着想の独自性に加え、その報酬体系や人材確保などの課題に対する考察の納得感、それによって目指す社会が明確に描き出されている点が、審査委員の評価を集めました。

## はじめに

私が子供の頃、“かかりつけのお医者さん”がいた。母は私の具合が悪くなるたびにそのお医者さんのもとに連れていき、そのお医者さんは幼い私にも優しく接してくれた。いつものお医者さんであるから、安心して診察を受けられたのだ。それが、私が医師を目指す原体験だった。

現在、日本ではこうした地域に根差した医療を提供する診療所は衰退し、かわりに大病院への患者の集中が進んでいる。高度な治療ができる病院のほうが安心できるという大病院志向のために、本来医療法では外来患者40名に対して医師1名と規定されているが、1名の医師が1日100名の外来患者を診ているのが現状である。その結果、大病院は高度治療に集中するのが難しくなり、医療費の増大や勤務医の負担増加につながっているのである<sup>1)</sup>。

しかし、この問題はそれだけにとどまらないと私は考える。医師と患者の関係が一回限りの大病院では、患者の付き合いはどうしても無機質なものにならざるをえない。患者は病気の際にだけ病院を訪れ、医師は丁寧な診察を行いはするが、そのつながりは一回限りのものである。昔ながらのかかりつけのお医者さんにみられた「寄り添う医療」はそこにはない。高齢化が進み、医療の重要性が増していく中で、医師と患者の距離が遠ざかっていく日本の医療のあり方に私は大きな問題意識を持った。

医師と住民が信頼関係を築き、住民の生活に寄り添う医療を目指すべきである。そこで、2030年に向けて、イギリスやオランダなどで実施されている家庭医の制度を参考にした“かかりつけ医制度”を提言すべく、本論文を投稿するに至った。

## 寄り添う医療の構築——かかりつけ医制度

通常みられる病気や外傷などの治療とあわせて、疾病予防や

健康管理など、地域に密着した医療はプライマリーケアと呼ばれる。米国国立科学アカデミーの定義によれば、「プライマリーケアとは、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、家族及び地域という枠組みの中で責任を持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<sup>2)</sup>とされる。

私の提案するかかりつけ医は、このプライマリーケアを担う医師である。かかりつけ医制度では、診察や軽い病気の診療、医療予防のアドバイスを行うかかりつけ医を地域に置き、地域に寄り添う医療を実現する。住民は地域のかかりつけ医に登録し、かかりつけ医は登録されている患者の人数に応じて報酬が与えられる仕組みをとる(人頭払い方式)。1人当たりが担当する住民の数はだいたい一定であるから、かかりつけ医は同じぐらいの額を受け取れる。かかりつけ医制度の参考としたイギリスの家庭医制度では、それに加えて、住民の健康水準の維持・向上に対して家庭医に追加報酬が与えられる仕組みができていく(成果払い方式)<sup>3)</sup>。日本のような点数方式の報酬体系では、無料の診察や医療予防のアドバイスなどは医師にとってお金にならない。結果として、医師はやたらに風邪薬を処方する、あるいは対話・アドバイスなどのサービスを軽視するようになってしまいがちなのである。かかりつけ医・家庭医の報酬体系であれば、薬の処方だけでなく、単なる診察や予防のためのアドバイスを行うこともサービスの一環となり、住民の健康管理に対して報酬が支払われるため、私が提言する「寄り添う医療」により近づくことができる。イギリスでは、もっとも高く評価されている職業が家庭医であるとされる。地域に密着したプライマリーケアを行うことで、医師と住民の信頼関係が築けているのである。

イギリスやオランダでは、医療の機能分化を徹底させるために大病院へのフリーアクセスの制限を行っている。患者はまず家庭医にかかることを義務とし、家庭医の紹介なく大病院に行

くと保険の適用外となる制度をとっている。結果として、紹介された医師以外の医師の意見（セカンド・オピニオン）を求めづらいというデメリットも生じている<sup>4)</sup>。日本にこの制度を導入する際には、複数紹介状を認めることでセカンド・オピニオンの問題に対応していくことができるのではないかと考える。かかりつけ医制度は、イギリスやオランダの家庭医制度より柔軟な運用を可能にすることを目指したい。

## 人材の確保——グループ・プラクティスの実践

かかりつけ医を日本で制度化するにあたっては、人材の確保が問題となる。かかりつけ医は総合的な医療の知識が求められることになる。現状、日本の医学部の教育課程では、分野を固定せずに横断的な教育が行われ、開業の際には自由に診療科を標榜するわけであるが、専門の開業医として時間が経ってしまうため、自分の専門以外の診療科には対応できないケースが多い。研修などを実施することで、かかりつけ医となることのできる医師も一定程度存在するだろうが、それができない医師も多いであろう。

日本では2013年には、総合診療専門医という資格が創設された。これは、地域においてよくある病気の基礎的な診療から患者の生活状況まで総合的に診察する医師のことであり、かかりつけ医の理念に沿う医師資格である<sup>5)</sup>。この総合診療専門医を拡充していくことで、日本にかかりつけ医制度を導入する際の人材問題に貢献することができる。しかし、総合診療医が全国に広まるのを待つのは現実的ではない。とても長い時間がかかってしまうだろうし、あわせて既存の開業医との摩擦も避けられないだろう。

そこで、私はかかりつけ医のグループ・プラクティスを提案したい。これは、グループで事業を行えば、個人の場合と同じようにかかりつけ医の資格を認める、というものである。具体的に説明していこう。まず、現状の開業医でも、認定によってかかりつけ医の資格を取ることを可能とする。研修などをあわせて実施することで、先に述べたようにかかりつけ医となる医師を確保できる。しかし、現状の開業医では、かかりつけ医の認定に際して、対応できない診療科ができてしまうことが問題であった。そこで、グループで事業を行い、グループ全体でかかりつけ医の資格を満たしていれば、かかりつけ医の資格をグループで取ることを可能とするのである。例えば、小児科に対応できない内科医の場合には、小児科医とグループ経営を行うことでかかりつけ医となれる。異なる医師の連携が行われることで、実質的にかかりつけ医と同じ効果を期待できるのである。実際、現状の開業医がかかりつけ医になる際にネックとなるのは、小児科や耳鼻科、産婦人科など、グループ・プラクティスによってカバーできる分野である。これによって、2030年に向けて安定的にか

かりつけ医の人材を確保していくことができる。

## 効果的な予防医療へ向けて——データヘルスの活用

かかりつけ医制度が機能し、診察とあわせて健康に関するアドバイスを適切に行えるようにするためには、住民の健康データをかかりつけ医が把握できることが重要である。検診などを行い、そのデータに応じてアドバイスができる体制の構築が望ましいといえる。

広島県呉市では、住民に検診を受けてもらい、検診データをもとに住民に健康状況の報告とアドバイスを行っている。特に、健康水準が低い住民や、そもそも検診に来ていない住民に積極的にアプローチを行うことで、より効果的な予防への取り組みを行っている<sup>6)</sup>。データヘルスを活用した予防医療の例である。

この呉市の事例を参考に、かかりつけ医制度においても、データヘルスをうまく活用していくことを提案する。まず、住民に対して定期的に健診の機会を設ける。これはかかりつけ医において実施することにする。ただし、人間ドックなどは大病院で受ける場合もあるので、その場合にはデータをかかりつけ医が共有できるようにする。かかりつけ医は、データ分析を行う事業者などとも連携しながら、検診などから得られたデータをもとにして、住民に健康状態と健康に関するアドバイスを行う。この際、検診のデータをもとに、体脂肪率など健康水準が悪い人や検診の受診率が低い人の健康水準の向上が見られた場合の、かかりつけ医の報酬額をより高めに設定することで、より効果的に住民の予防医療を行うことができる。

さらに、個々のデータを匿名化してデータベースにすることで、健康観察をより正確なものにすることができる。オランダでは、1970年代以降、家庭医の診察内容がデータベースに蓄積されてきた。その情報によって、住民の健康の変化や特色をプライマリーケアの段階で観察できるのである。情報の集約化によって、住民の健康観察をより効果的なものにすることができる<sup>7)</sup>。

かかりつけ医が健康に関するデータ管理を行うことのメリットは大きい。かかりつけ医が検診を継続的に行うことで、長期的な健康状態の変化を把握できるようになる。さらに患者や家族とコミュニケーションをとりながら健康状態を把握できるため、正確な情報を得ることができる。かかりつけ医は、データ情報に基づく医療と親和性の高い、現代的な医療でもあるのだ。

## かかりつけ医の可能性——社会の視点から

ここまで、かかりつけ医制度導入の提案と、かかりつけ医制度の導入にともなう人材確保の問題の解決のための総合診療専門医の拡充とグループ・プラクティスの実践、そして広島県呉

市を参考にしたデータヘルスと連携した予防医療を提案してきた。最後に、かかりつけ医が社会をどう変えていくかを示していきたい。

かかりつけ医は、住民と密接な関係を築くことができる。怪我や病気のとき、安心して診療を受けることができるようになる。このことは、特に終末期医療において、大きな意味をもつようになるだろう。現在、終末期におけるQOLの向上を目指した在宅医療への移行が叫ばれている。終末期を安心して自宅で過ごすには、信頼できる医師の存在が欠かせない。かかりつけ医は、そうした終末期の在宅医療の受け皿になる可能性を秘めている。

それだけではない。かかりつけ医は、住民の健康管理に責任を負う。住民の検診の結果が望ましくなければ、適切なアドバイスをを行うことができる。かかりつけ医の導入によって、医療の予防効果が期待されるのである。これは、今後、高齢化によって医療費がかさんでいく日本の財政問題に対しても、かかりつけ医が貢献できることを示している。予防医療を担うかかりつけ医を機能させ、医療費の増大に歯止めをかけることができれば、将来に向けた高い医療水準の維持が期待できるだろう。そうした予防の観点からも、かかりつけ医を置くメリットは非常に高いのである。

## 終わりに

私が地域医療にこだわるのには、私の将来の医師像に関係している。私は将来、生まれ育った茨城県で地域医療に携わりたいと考えている。茨城県は、全国的にも医師不足が深刻な地域として知られている。茨城県の地で開業し、地域に密着した医師になりたい。私が小さいころにお世話になった“かかりつけのお医者さん”のような、地域住民の生活に寄り添い、信頼される医師になりたいと思っている。

今後の日本の医療は、高度な技術をもって患者を治すだけでなく、住民に寄り添い、信頼される医療が目指されなければならないと私は思う。医療は人の一生を支える。医師は人の誕生にかかわり、人の生活を支え、人の死に立ち会う。だからこそ、医師は住民に最も近いパートナーとして人生を支えていくべきではないだろうか。そのために、かかりつけ医のような、“寄り添う医療”の構築が必要不可欠であると私は考えている。

## 参考文献

- 1) 日本医師会 病院委員会「平成25年度 病院委員会審議報告 病院の機能分化と役割分担—とくに病院外来のあり方について」2014年3月  
[http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20140409\\_8.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20140409_8.pdf)
- 2) 一般社団法人日本プライマリ・ケア連合学会ホームページ「プライマリ・ケアとは？」  
<http://www.primary-care.or.jp/paramedic/>
- 3) 一圓光彌・田畑雄紀「イギリスの家庭医制度」『健保連海外医療保障』No.93、2012年3月、健康保険組合連合会 社会保障研究グループ  
<http://www2.ipcku.kansai-u.ac.jp/~ichien/w/a/2012.3-2.pdf>
- 4) 在英国日本大使館ホームページ「医療」  
<http://www.uk.emb-japan.go.jp/jp/ryoji/iryo02.html>
- 5) 厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会 報告書」平成25年4月22日  
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju-att/2r985200000300lb.pdf>
- 6) 地方創生に資する「地域情報化大賞」受賞優良事例 ICTを用いた広島県呉市における「データヘルス」の取り組み支援、『Future』Vol.18、2015年3月、一般財団法人 全国地域情報化推進協会  
[http://www.applic.or.jp/pdf/futuer\\_18/04/04.pdf](http://www.applic.or.jp/pdf/futuer_18/04/04.pdf)
- 7) 武内和久・澤憲明ブログ「プライマリ・ケアで変わる日本の医療——オランダの医療システム」  
<http://healthcare-agera.com/2013/06/23/6/>

※ウェブサイトは2015年9月2日最終閲覧

## 【受賞者インタビュー】

### 兄弟で政策論文に挑戦 具体的な制度設計に 苦労した

#### ——コンテストに応募した理由、きっかけは？

もともと政策に関心があり、大学でコンテストのポスターを見かけて興味を持ち、弟を誘って医療分野で小論文を書くことにしました。(正也)

#### ——この論文を書き上げるまでに、どのくらいの時間がかかりましたか？

1週間から2週間ぐらいで書き上げました。(和也)

#### ——この論文を書く上で苦労したことはありますか？

今まで政策論文を書いた経験がなかったので書き方が分からず、兄にかなり頼ることになりました。(和也)  
かかりつけ医という大きな方向性を具体的な制度設計に落とし込む際に、考えられる障壁を乗り越えるアイデアを出すのに苦労しました。(正也)

#### ——この論文を書いたことで良かったことはありますか？

政策や、国の政策を動かしていく政治に興味を持つようになり、非常に良い経験になりました。(和也)  
かかりつけ医のアイデアを多くの人に発信できることが嬉しいです。(正也)

#### ——今、どんなことに興味を持っていますか？

趣味で作曲をしていて音楽に興味があります。学問では興味の分野はもっぱら医療ですが、より質の高い医療体制に変えていくには政治に対するアプローチも必要なので、医療体制にも興味を持つようになりました。(和也)  
これからの地域社会のあり方に興味があります。少子高齢化で財政が逼迫し効率化が必要とされる中で、人の温かみのようなものを守っていく方向に向かうにはどうしたらいいかという問題意識を持っています。(正也)

