

医療の質やアクセスを維持するために、必要以上に医療コストを膨張させるようなことがあってはならない。

2) 医師はなぜ大病院から逃げるのか

全国あちこちの病院で医師不足が起きている。特に産婦人科や外科などが深刻であるという。この問題の背景に全般的に医師の数が不足しているということがあるだろう。たしかに、海外の主要先進国に比べて、日本では国民の数に対する医師の数が少ない。しかし、医師の絶対数の問題だけでは、最近問題になっている外科医や産婦人科の不足の問題を説明することはできない。

多くの人が指摘するのは、病院の勤務医の仕事が収入に比べて過酷であるため、開業医などに転職する医師が少なくないからだということである。病院の医療チームの一部の人が開業医などに転職すれば、その分だけ少人数で多くの患者を診なくてはいけない。それだけ仕事が過酷になり、さらに多くの医師が脱落していく。このような悪循環が各地の病院で起きているという報告が行われている。

通常のサービスの世界ではこうした問題は起こりにくい。社会が必要としているサービスにはより高い料金がつき、より多くの担い手を集めることができるからだ。もちろん、医療では現場の医師の献身的な行為が重要な役割を果たしており、単純な価格原理だけで説明できるものでもない。それでも、病院の医師の条件が著しく低く抑えられていることが、病院の医師不足の問題をさらに悪化させていることは明らかである。

賃金や料金が公的に管理されている分野では、こうした人材配置の歪みがしばしば起こる。介護でもそうした現象が見られる。高齢化が進む中で介護の人材を増やさなくてはいけないと言われていてもかかわらず、現実にはなかなか十分な人材を集めることができない。その最も大きな要因は、介護の仕事に就く人の収入が著しく低く抑えられているからだという。賃金が低く抑えられていれば人材が集められないのは当然だ。介護保険制度で一定のサービスが保証され、他方で介護の人材の給与が低く抑えられれば、人材で超過需要（供給不足）が起きるのは当然である。このギャップを埋めるためには、介護の受給者負担を増やしてそれで介護の仕事の給与を上げて需給のバランスを実現するか、さもなければ税金を使って介護人材に補助金を投入するしかない。

医師不足が特に深刻な病院の勤務医の問題を解決するためには、同じように待遇改善をするしか方法はないだろう。病院で勤務を続けるのか、開業医に転職するのかの判断を一人ひとりの勤務医が考えているとすれば、勤務医の相対的な待遇を改善するような選択肢しかない。これが、政治的に非常に難しいことは分かるが、それができないのは、まさに政府の失敗の典型的なケースとな

る。

長期的には医療の数を増やすという対応策は有るにしても、勤務医と開業医の社会的な役割の違いを認識して、報酬体系を修正することを検討すべきだろう。

3) 地域医療の崩壊

地方の医療崩壊の現状は目を覆いたくなるばかりである。多くの地域の病院が経営困難に追い込まれている。地域の病院を閉鎖したり、公的医療機関を民間に委譲するような決断をした市長は、市民にリコールされることがある。しかし、市長の首を替えてみても、経営困難な病院が何とかなるという問題もない。

地域の医療の問題を医療の問題としてだけ取り扱うのは適当ではないかもしれない。「医療の地域崩壊が論じられているが、地域そのものが崩壊しようとしているときに医療だけを特別視して論じても意味がない」と、ある専門家に指摘されたことがあるが、この指摘は本質を突いている。地方の過疎化が進み、人口が減少し、財政基盤が脆弱になっていく中で、旧来の医療体制を維持しようとしても無理というものだ。

国立社会保障・人口問題研究所が2007年に行った都道府県別の生産年齢人口（15～64歳）の推移の予測をまとめたものによると、高齢者や子どもは含まれていないが、その地域の経済力を測るという意味では有益な数字である。この数字をあらためて見ると、地域の労働人口が急速に減少していくことが分かる。2005年から2035年の間に、秋田県で43.3%、和歌山県で40.3%、全国平均でも25.5%の減少となる。大変な減少幅である。

こうした人口の減少に対応するためには、医療ネットワークのあり方も相当に変わっていかねばいけないことは明らかだ。既存の医療施設がそのままの形で生き残るとは考えにくい。既存の病院や診療所をネットワーク化し、より少ないリソースで広域の医療を担うことができるようになることが求められる。

もちろん、医療側の対応だけでは限界がある。地域の都市の構造を変え、より狭い地域に多くの人々が集中して居住するコンパクトシティーの考え方にそった都市政策が必要になってくるだろう。政策的にそうした地域の都市構造の変化を促すことは重要であるが、そうした政府が行われるか否かにかかわらず、経済原理によって地域の人口構造はそうした方向に向かっていくことになる。医療のネットワークもそうした広域化した地域社会とコンパクト化する都市部という働きに対応したものとなる必要がある。

こうした変化を着実に進めていくためには、地域医療のネットワークの質を高めていくためのリーダーシップが必要であり、場合によっては地方政府によ

る強力な介入が必要となる場合もあるだろう。それぞれの市町村がすべて個別の病院を抱え、重複した機能を持った病院が乱立するのではなく、限られた資源を最大限に利用するためにそれぞれの病院が専門性を高めるとともに、地域の医療機関の連携の道を探っていく必要がある。

3) 開かれた基幹病院を核とする地域医療

中長期的に見て、地域の医療はどうあるべきだろうか。平成18年度から各都道府県で医療計画を作るようになってきている。過疎地も多いが、今は車があるので少なくとも距離はあまり問題でなくなっている。市町村合併も進み、状況も変わっている。これまでは経済成長もあり市町村立病院をたくさん作り、すべての病院が全部の診療科を持つという状況だったが、これは公費の無駄遣いではないだろうか。

CTスキャンが国民健康保険の対象になったとたんに、どこの病院でもいっせいに購入した。1年間でヨーロッパ全部にあるCTより日本の方が多くなった。どの病院にでも行ける制度だから、患者さんはCTがある病院の方がいいと考えるわけである。しかし、ハイテク医療へのアクセスは必要だが、全部の病院にある必要はないのではないだろうか。たとえば公的な病院では、公的な資金でハイテクのCTを入れる。そのかわり24時間動かす。技師も看護婦もそこに集中する。こうした施設はたとえば10万人に1カ所あればよい。10万人に1カ所にし、開業している医師もこれを使う、というようにすればよいのではないか。

また、人口20万人程度の県庁所在地には、国立病院や国立大学附属病院がある。県立病院や市民病院まである場合もあるが、この規模であっても、24時間の救急とか、集中治療とか、脳外科とか、高度医療などを1~2カ所にし、医師も含めてみんなでそこを使えば効率的である。基幹病院とはそうした医療を提供するところであり、そこに公的医療資源を集中させるべきなのである。そこで働く医師はその病院の常勤に限る必要もない。地域の開業医も患者さんと一緒にその基幹病院に行けばいいし、いろいろな形で地域医療に参加できる。

小児科の問題も同じだ。小児科医はどこにでもある程度いるし、開業している人も多い。都市化社会では開業している人の自宅と診療所は、昔と違って多くは別のところである。夜には医師がいないと言うが、地域の基幹病院に夕方からみんなが交替で勤務し、「あそこに行けば夜でも診てもらえる」とすべきなのである。これが「オープンシステム」の病院であり、発想を変えなくては行けない。

実際、いろいろなモデルケースができていく。たとえば人口10万人の地域

には中心的な公的病院がある。耳鼻科の開業医が手術の必要がある場合、患者さんを連れて行ってその公的病院で手術をする。病院ではスタッフもいるし、医師もスキルを維持できる、医師の人事交流も増えて、病院でも開かれたカンファレンスをやるようになる。地域全体で「医師がみんな一緒に医療を提供している」と認識するようになるという具合である。

5) 高齢社会に精神的な看取りの場を

健康対策の最後は、死ぬ時はどうするかである。

1964年ごろは、医療機関で亡くなる人は全体の30%しかいなかった。多くの方は自宅で亡くなった。開業医が看護師さんを連れて往診して、注射をし、点滴をして、そのうちみんなで見取りながら亡くなったわけである。しかし、現在は、85%の人が医療機関で亡くなっている。高齢社会になり慢性疾患が多いにもかかわらず、こうした状況なのである。「どこで死ぬのか」という問題はあっても、日本のような高齢社会で85%もの方が病院で亡くなっているというのは少しおかしいのではないか。しかし、自宅であっても住宅状況はよくない。経済成長の間にソーシャルキャピタルをつくらなかったためである。老人ホームのいいだろうが、どこでどう死んでいくかはとても大事な問題である。

また、今日の子供たちは、核家族化しているので、おじいさんやおばあさん、家族が死んでいくプロセスを身近に見ていない。病院に毎日お見舞いに行くわけにも行かないから、そのうち電話がかかってきて、みんなで行くのは最後の状況ということも多い。だから死というものに対する実感がない。身近な人が死んでいくというリアリティもない。そのため、最近では、「よく知っている子だけどつい殺してしまった」とか、「なぜ殺したのか全然覚えていない」などといった、おかしな事件も起きている。子供のときから死ぬことに対するリアリティがないことも関係しているのではないか。

3. 医療資源（施設、人材）の偏在の課題

病院の数がまだ少ない頃には、有床診療所はその中間的な機能から量的にも質的にも有効に機能し、地域住民にとってかかりつけ医、外来、入院とすべてを安心して頼める存在だった。しかし、施設完結型の病院が増えるにつれて交通通信網の充実、都市化と過疎化の進行、そして何よりも規制によりその役割を十分に評価されることがなかった診療報酬点数の低さから有床診療所の数は減少傾向をたどっている。

そこで、診療所を中心とした医療機関の立地について吉田あつし氏の「日本の医療の何が問題か」からその立地に関する論点を見てみる。

1) 医院はなぜ偏って立地するのか? : 診療所の参入と退出

自由に開業することができる診療所で、なぜ偏在が起こるのかを茨城県を例に取り上げて考えていく。特に着目するのは、医療サービス需要以外の要因、特に外部性の影響である。需要に応じて地域の診療所の数が決まってくる分には何の問題もない。というのもこの場合には需要と供給が一致するからだ。しかし診療所の立地選択においてある正の外部性が存在する場合には、それが存在する地域へ診療所が集中立地しがちであり、その結果、一方で医療サービスの過小供給、地方で過大供給となり、社会厚生上の損失が生じる可能性があるからである。

診療所は、脳外科や産婦人科などの特殊な技術を必要とする医療サービスを提供する場合を除いて、一般的には初期の医療サービス（プライマリー・ケア）を提供する。すなわち、診療所は患者が体に不調を感じた時に最初に訪れるところであり、診療所の医師は必ずしも診療所ですべての治療をする必要はなく、診療所で処理できる疾病か、病院でなければ処理できないものかの診断を下し、後者であれば病院を紹介すればよい。また、診療所は必ずしも高額の医療設備を必要とせず、その結果、埋没費用（サンクコスト）が小さいので、比較的小さな初期投資で開業することが可能である。つまり、病院と比べると診療所を開設する際の参入障壁は低いといえる。

2) どこに診療所を開設するか

なぜ、競争が激しい地域で新規参入が行われるのであろうか、どのような要因が競争の激しさを緩和しているのであろうか?

医師がある場所に診療所を開業するかどうかを決断する際に、どのような要因が重要になるか考えてみよう。医師は、一般に、医師免許を取ってからどこかの病院で勤務医として働くが、勤務医としての一定レベルの経験を積んだ後は、勤務医として働き続けるのか、それとも独立して開業するかを考えることになる。医師が開業を考える際に考慮する要因は以下の3点である。

(1) 勤務医と比べて同程度以上で確実な所得を得られるだけの需要が予測できるところに開業する。少なくとも勤務医をしていたときと同じ消費水準を実現するためには、競合する診療所の数に比較して需要が多く、高い所得が見込めるところに立地することが必要になる。

(2) 診察に伴うリスクを軽減するためや、高血圧や糖尿病などの慢性的な疾病を持つ患者を病院から紹介してもらうために、比較的大きな病院の近くに立地する。慢性疾患の診療報酬は、診療所に高く病院に低くなっている。また、診療所には重篤な患者が来る可能性があるが、そのときに、治療が可能な設備

と病床を持ち、その患者を引き受けてくれる病院を即座に紹介することができれば、診察に伴い発生するさまざまなリスクを診療所は回避することができる。

さらに、もし開業する前に勤務していた病院の近くに開業することができれば、病院で勤務していたときに診察していた患者をそのまま引き継ぎ、開業した時点での需要の不確実性を避けることも可能である。あるいは、自分で勤務していた病院ではないが、比較的大きな病院の近くに立地することにより、需要の不確実性を回避することができる。というのも、現在の診療報酬制度のもとでは、比較的入院期間の短い患者を次々と入院させ、急性期が過ぎれば診療所に患者を引き取ってもらうことが病院の利益を上げることになるので、病院と診療所は補完的な関係にあるからだ。

(3) 家族の生活における満足度を考えて立地することも考えられる。多くの診療所は医師が1人で運営しており、診療所が住宅を兼ねているか、診療所のすぐ近くに住宅がある場合が多い。この場合、診療所の立地を選択することは、住宅の立地を選択することに等しい。開業を考える医師は、配偶者や子供のことを考えて、配偶者の暮らしやすいところ、子供の教育に適したところでの開業を考えるであろう。すなわち、茨城県であれば、水戸、土浦、つくばのような、ある程度人口規模があり、商業が発達し美術館や図書館などの公共施設が整っており、かつ子供にさまざまな教育サービスを与えることが可能なところに診療所を開設しようとするであろう。

これらの要因のうち、(1)の要因は需要要因である。(2)と(3)の要因は、診療上の立地にとっての正の外部性要因といえる。大病院や自分の出身病院の近くに立地すること、またはアメニティーの高い地域に立地することによって、これらの外部経済を享受することができる。

これからデータを使って検証していくのは診療所の新規参入立地と、既存の診療所の空間的な立地均衡に、これらの3つの要因、特に外部経済がどれだけ影響しているかである。同じ市場で競争する競合相手が多くても、潜在的な需要が多かったり、需要の不確実性が小さかったり、診療リスクを回避できたり、家族の生活満足度を高めることになる場合には、その市場に新規参入すると考えられる。特に、開業する前の出身病院がわかっている医師について、出身病院からの新規立地診療所までの距離を説明変数に加え、出身病院の近くに立地する場合には、そこが競合相手の多い市場であっても立地するかどうかを検証する。

どこに立地している診療所をとっても、上記の3つの要因で構成される医師の効用が等しくなっている状態を、診療所が「空間的に立地均衡」している状態という。この状態では、診療所医師は誰も現在の開業場所から動こうとはしない。たとえ競争が厳しく、収入はそれほど多くはなくても、近くに大きな病

院があり、かつアメニティーの高い都市部に診療所が集中的に立地していることになる。

特に、外部経済の1つとしての大病院の存在が、診療所の空間的立地均衡に及ぼす影響の大きさについて関心がある。市場の需要の大きさを調整したときの市場内の診療所の数がどの市場をとっても同じであるのであれば、需要のみで診療所数が決定されているのであるから、社会厚生上の問題はないであろう。しかしながら、外部性が存在することにより、診療所が特定地域に集中する傾向があるとすれば、社会厚生上の損失が生じている可能性がある。

これから行う検証の政策的含意は次のようになる。もし大病院の存在が診療所をひきつけ、それが、特定地域への診療所の過度の集中につながっているということであれば、消費者の厚生水準の向上のために診療所を分散させるには、大病院から遠く離れた地域に立地する診療所に対して、大病院が提供しているリスク回避機能や需要保証機能を金銭的に補償するだけの診療報酬の増加が必要になろう。診療報酬を増加させる費用と、社会厚生を増加するという便益を比較検討して、診療所分散政策の是非を検討する必要がある。

2) 大病院がまねく医療の過疎・過密

診療所が直面している市場における潜在的需要が大きいか、近くに大病院が存在すると、新規参入の場合であっても既存診療所の場合であっても、その市場内の競争相手の数が増えることが示された。さらに、医師が開業前に働いていた病院の近くに診療所を開設する場合には、たとえ競争相手が多い市場でも新規立地することが示された。これらの事実は、病院と診療所間の相互紹介によりお互いに需要が確保でき、また大病院は診療所の診療リスクを軽減するという点で、大病院と診療所は補完的な関係にあることから説明できる。その結果、大病院が立地する一部地域に診療所が集中して立地する傾向にあることが示された。大病院がある地域では医療サービスの過大供給、そうでない地域では過小供給となり、診療所の過疎と過密が生じる。

診療報酬制度により医療サービスの価格が固定されている現行制度のもとでは、診療所を開設するときの重要な要因は立地場所である。この結果は、大病院の存在がこの求心力の源になっていることを示している。消費者の厚生を考えると、消費者の需要の大きさに応じて診療所が立地していることが望ましいが、大病院がある市場では需要と比較して相対的に多い診療所が立地する傾向がある。需要に対して相対的にサービス供給が少ないところでは、受診のための機会費用や移動コストが大きくなる結果、社会厚生上の損失が生じている。他方で診療所が集中している地域では、患者の奪い合いが起こり、診療設備や院内環境の充実度を競う医療設備拡張競争 (medical arms race) が生じたり、

過大な医療サービスが提供されたり、医療供給が非効率になる可能性がある。もし社会厚生上の損失や非効率が生じているならば、診療所が少ない地域への診療報酬制度を見直すことによって、社会厚生を改善できる。この研究では、大病院から離れたところに立地を促すには、どの程度の報酬増が必要か、社会厚生上の損失はどの程度かの数量的な計測は行われていない。しかし、このような数量的評価は今後必要になってくるであろう。

二、かかりつけ医に求められるもの

有床診療所の医師は無床診療所の医師と補完し合あいながら、もっとも身近の、かかりつけ医である。平成20年の国保中央会の、地域住民が期待するかかりつけ医像に関する研究会報告書からかかりつけ医に求められている点を見してみる。

(1) 地域医療を担う「総合医」像

アンケートやヒアリングの回答結果から、今回調査の対象となった医師は以下のような6つの点で共通の傾向を持っていることが明らかとなった。(6つの点の具体的な状況は、「4. 調査研究の結果まとめ」を参照)

- 日常的な疾患（コモン・ディゼーズ）に対応し、プライマリ・ケアを実践している
- 他の専門的な医療機関等を適切に紹介することができる
- 地域において疾病予防や健康相談を含めた健康づくりを行っている
- 患者や地域住民の生活状況をよく把握している
- 時間外・夜間の対応を積極的にしている
- 往診や在宅医療に積極的に取り組んでいる

以上の6つの点は、地域特性を超えて共通しており、地域住民が期待する「かかりつけ医」像のポイントを示していると考えられる。そのような、「かかりつけ医」の活動の特徴は、専門分野に偏らずほとんど全ての日常的な疾患（コモン・ディゼーズ）に対応していること、患者の状況を総合的に判断して適切な医療（紹介も含めて）を行っていること、患者家族や地域住民の生活を支えていること、である。この条件を満たす医師を表現するには、「かかりつけ医」という言葉に代えて、「総合医」と呼ぶことがふさわしい。

(2) 「総合医」の確立

現在、諸外国に比べてわが国では、「総合医」の位置づけが弱い状況であり、早急に「総合医」が社会的に確立されたものとなり、全国に普及していくことが求められる。そのためには、「総合医」としての能力があると認められる医師を認定し、認定された総合医に報酬上の評価を与えることが考えられる。認定の条件等の詳細については、国、日本医師会、関係学会等が協議して決めていくことが妥当と思われる。

「総合医」になるための条件として、以下の2つのコースが考えられる。

- これから医師になる人で、一定の教育・研修を経て、「総合医」の認定を受けるコース
- すでに医師として活動しており、しかるべき臨床経験のある医師が認定を受け「総合医」に転換するコース

(4)「総合医」を支える環境整備

①人材

「総合医」の活動は、他の医療機関・関係機関との連携、在宅医療、時間外対応など多岐に渡っており、「総合医」と協力して活動する様々な職種との連携が必要となる。今後、「総合医」を支える様々な職種を育成・確保していくことが求められる。例えば、総合医とともに入院患者の退院支援を行ったり、在宅生活支援を行ったりする人材や、「総合医」の指示のもとで在宅医療や時間外対応を行う人材、「総合医」と協力して介護・福祉の活動を担う人材などの育成を進めていくことが求められる。

②関連する機関の連携

診療所はプライマリ・ケア、病院は専門医療という機能分担が徹底されることが、原則として求められる。その上で、診療所と病院間で連携クリニカルパスを構築したり、地域医師会が中心となって医療機関間の機能連携の体制を作るなどの取り組みを行って、「総合医」が患者に適切な専門医を円滑に紹介できるようになっていくことが望まれる。「総合医」同士の協力・連携を進めて、お互いに支え合う関係が構築され、「総合医」が不在となる時の代診や、時間外・休日夜間などの組織的な対応が円滑に進むようになることも重要である。

また、「総合医」が適切な関係先と協力しながら地域住民の生活を支援していけるよう、地域の医療・保健・介護の協力・連携を行政が後押ししていくことも求められる。

③情報インフラの整備

へき地や離島においては地域内で完結した医療を行うことが必要となり、「総合医」がある程度の専門医療の提供を求められることもある。そうしたケースを支援するために、情報システムやIT機器等のインフラ整備も望まれる。例えば、「総合医」が専門医と同じ画像を見て診断・処置を行ったり、専門医と電子カルテを共有してアドバイスを受けたりすること、等が考えられる。

④「総合医」の活動に合わせた報酬の検討

「総合医」の活動内容に合わせた報酬のあり方が検討されることが求められる。具体的には、(1)で述べたような、

- 日常的な疾患（コモン・ディゼーズ）への対応とプライマリ・ケアの実践
- 他の専門的な医療機関等への紹介
- 疾病予防や健康相談を含めた健康づくりの取り組み
- 患者や地域住民の生活状況の把握
- 時間外・夜間の対応
- 往診・在宅医療

について「総合医」の特性が十分評価され、その活動が助長されるような報酬のあり方を検討していくことが必要である。

4-1. かかりつけ医の活動状況

(1) 日常的な疾患（コモン・ディジーズ）に対応し、プライマリ・ケアを実践している

① 地域でよく見られる疾患に対応する能力を持っている

ヒアリングから

「プライマリ・ケア医として、患者さんの病気を診断できる知識と技術が必要。専門外は診られないという医師はダメ。オール・ラウンドにこなせないと難しい」

「基本的な診察ができればよいが、簡単な縫合、切開は行えるようにする」

「地域でよくみられる疾患コモンディジーズやコモンプロブレムに対応する能力が必要である。これは地域や外来診療でよくみられる疾患や問題について対処する能力。具体的にはよくみられる愁訴や疾患の学習経験、例えば咳、のどいた、発熱、膝の痛み、かぜ、高血圧、糖尿病、喘息、腰痛症、うつ病、心不全などである」

「自分は元は内科であったが、外科は●●の外科病院で勉強した。産科については友人に頼んで、帝王切開の経験を積むなどして技術を習得した（このようにすれば、総合診療能力は身につく）」

② 地域において、総合医としてプライマリ・ケアの活動を実践している

ヒアリングから

「プライマリ・ケアに尽きる」

「これくらいは現場で診てほしいと思われるものに対応すること。分野に偏りなく、赤ん坊から高齢者まで診られること」

③ 専門分野にこだわらず対応している

ヒアリングから

「大学や大病院で学んだ技術を振り回さず、全人的に診ることが必要」

「柔軟な思考力は絶対に必要であり、石頭（＝医師アタマ？）はかかりつけ医に向かない」

患者ヒアリングから

「先生は、『今日は誕生日ですね』とか『明日はお父さんの命日ですね』といった、心に響く会話が上手。自分（医師）にしか分からない患者のことを、会話に入れ込んでいくと、親しみがわくのではないか」

「医療以外のことを気軽に話すことのできる先生がよい。例えば、オランダで暮らしていた女の子が母親が死亡して、日本に帰ってきたケース。母親の死亡をきっかけに精神が不安定になってしまったが、近くの開業医をかりつけにするようになって、先生から『好きな子はできたか?』とか『学校は楽しい?』などと声をかけてもらっているうちに、状況が良くなった。この女の子は修学旅行のお土産を、かかりつけ医に買ってきた。これが、かかりつけ医と患者の理想的な関係ではないか」

「かかりつけ医と患者の人間的なつながりは重要」

④ 患者のこころの問題に対応している

ヒアリングから

「(患者さんの) 全身管理を行う中で、患者さんとメンタルな面で関わることも多くなった。当時は、メンタルな部分については精神科の医師を紹介して終わりという形が多かったが、それではいけないと思うようになった。そのきっかけは、自分が手術した患者が、ある晩うめきながら寝ている姿を見た時に、自分の居場所がない(何もしてあげられない)と感じたから。その時は本当に、患者さんや家族とどのように関わればよいか分からず、何もできなかった」

⑤ 初期救急に対応している

ヒアリングから

「自分は救急センターに2年いて、非常に勉強になった。救急対応も必要なのではないかと思う」

⑥ 終末期の看取りにも取り組んでいる医師が多い

ヒアリングから

「プライマリ・ケアとターミナルケアは必須と思う」

⑦ ①～⑥に加えて、医師の専門分野を生かしている

ヒアリングから

「総合医的な役割だけでなく、サブスペシャリティーとして、内視鏡・外科・整形外科・循環器内科・呼吸器内科などの技術を持っていることも、地域においては役立つことが多い。

自分の場合は、「総合医+内視鏡医・外科医」であり、内視鏡に関しては、年間で上部（胃カメラ）約400件、下部（全大腸内視鏡）60件程度の数をこなしている。無床診療所ではあるが、これまでに早期胃癌1例、大腸癌2例の内視鏡治療を外来で行った。また、医師2名体制であった時期（平成11～16年度）には、自分でみつけた癌患者の手術を、近くの病院で執刀していた」

「一般的な診療ができて、かつ、専門分野で強みを持っていれば、なおよい」

⑧ コミュニケーション能力が高い

ヒアリングから

「チームワーク、情報の共有、連携する態度やノウハウがかりつけ医には不可欠である。これは今後ますます大きくなる要素の一つであるといえる」

「コミュニケーション能力、技術については取得が必要。コミュニケーション能力は医療を円滑に進めていく上で必須」

「コミュニケーションを大切にする。聞き上手であること」

⑨ 多岐に渡る職種とのチームワークや連携能力が高い

ヒアリングから

「チーム医療での他職種との連携においても『医師は常にリーダーとして他の連携するスタッフを引っ張らなければならない』と考えていると、必ず失敗する」

- ⑩ 原則として、医療設備は最低限でよい。レントゲン、心電図、エコーくらい。血液検査はラボが利用できればよい。

ヒアリングから

「レントゲン、心電図、エコーくらいでよい。血液検査はラボが利用できればよい」
「レントゲン、心電図、血液検査は必要と思う。内視鏡もあっても良いかもしれない(当診療所には内視鏡はない。)」
「検査をする場合でも、患者の生活のために行うのであって、医師のために行うのではない、ということをおぼえてはいけない」
「高額な機器を入れても、読影できないのでは無意味。病院の機器が活用できればそれでよい」
「高度なものはほとんどいらぬ。最低限のもの、すなわち、レントゲンと心電図でよい」
「周囲の医療資源の有効利用がむしろ大切。過剰な設備はかえって無駄かと思う。ちなみに我々の施設ではレントゲン、エコー、消化管内視鏡検査などがある。血液検査は外部業者委託である」

- ⑪ へき地・離島で、その地域で完結した医療を提供することが求められる場合には、高次医療を行う機器・設備が必要となる。IT の活用や遠隔医療の対応などで、地域の医師をバックアップするシステムも必要となる。

ヒアリングから

「離島医療では、あらゆる患者が来て、それに対応していく必要がある。極力、離島内で完結した医療を行う必要がある。なお、へき地と離島は分けて考えるべき。離島(特に海外離島)は、本土と4~5日隔離されることもあり、状況が非常に厳しい」
「一般的に言って、離島診療所は2つのタイプに分けられる。一つは、入院がなく外来中心の軽装備の診療所で、そこには心電図、胸部斜視、超音波など必要最小限の医療機器があればよい。もう一つは、ある程度の専門的検査や、いざという時には入院までできる有床診療所で、当診療所はそれに該当する。特に救急医療対策は重要で、医師も複数医師制で、CTも必要不可欠になっている。救急までできれば、かなり強い医師となる」
「診療所でも最先端の医療ができる。手術は1部屋あればよい。いまの大病院はかえって非効率である。ここでは、人工透析も行っている」
「インターネットは必須。本土の病院とつないで、同じ画像を見ながら、病院の医師とディスカッションすることができる」
「ITカルテも●●大学とつながっており、電子カルテを共有することができる。医療でも、IT機器の導入は重要である」
「離島では、あらゆる疾患に診療所の医師が対応しないといけないため、より高い総合診療的能力が求められる」
「離島医療というのは本来厳しく、辛く、時には泣きたくともある。しかし、それを乗り越えたところに離島医療の面白さややり甲斐があると思っている」

⑫ 大学・大学院での専攻は多様である

アンケートから

- 大学・大学院での専攻を見ると、内科系 6 割、外科系 2 割、その他 1 割となっており、その内訳も多種多様である。

(2) 他の専門的な医療機関等を適切に紹介することができる

① ゲートキーパーとして機能している

ヒアリングから

- 「かかりつけ医は、ゲートキーパーとしての役割が大切。診すぎず、診なさすぎず」
- 「一般的な総合医は、周囲に専門医が存在するので、振り分ける機能がメインとなる」

② 何でも自分で抱え込むのではなく、積極的に病院など他の医療機関、コメディカル、保健・福祉サービスなどと連携している

ヒアリングから

「病院の情報を見きわめるのも、かかりつけ医の仕事。最初は全く情報がないので、紹介状の返事の内容を見ながら、情報を得ている」

「来てくれる患者はそれぞれが心配事を持っている。自分が直接関わることができる場合には対応するが、紹介する方が良い場合には紹介している。患者さんが行き場を失うようなことにはしない」

「患者は必ずしもネームバリューを求めているわけではない。医療費は同じなので、ある一定水準の医療機関が良いが、それよりも医師と患者の信頼関係の方が大事」

「大きな病院と画像のやりとりもできるので、設備の面で不便は感じない(いろいろな病院から、「うちのシステムを利用してほしい」と案内が来るので、便利になった)」

「何でもかんでも、当診療所で抱え込む必要はない。慢性疾患は当診療所で診るが、急性疾患は積極的に紹介している」

「(連携は) かかりつけ医の機能として最も重要な機能の一つである。自分の能力をきちんとわきまえること。謙虚になること。患者さんの意向をよく汲み取ること。紹介先に関する情報収集につとめること。病院や専門医との顔の見える関係、コミュニケーション作りにつとめることが重要」

「ただ紹介先の選択に困ることがある。例えば近隣の病院の不整脈 WPW 症候群(ウォルフ・パーキンソン・ホワイト症候群)のアブレーション治療の成績は公表されていない。結果的に、ある大きな病院に 2 例送って失敗、小さな病院に 1 例送って成功とある。また、腹部大動脈瘤(AAA)の最新治療についての相談をもちかけられて調べたが、やはり病院施設ごとの成績はどこにもない。紹介に苦慮することは多い」

患者ヒアリングから

「紹介してくれることは重要。紹介先の多くは、▲▲病院である。自分勝手に病院へ行く住民は少ないと思う。まずは先生にかかってから、病院を紹介してもらおうケースがほとんど」

「小さな診療所なので、設備面では足りないところはあるかもしれないが、対応が難しい場合には、きちんと紹介してくれるので有難い」

「かかりつけ医は病気の仕分けをしてくれることが必要。適切な病院を紹介してくれることは必須条件」

アンケートから

●現在の協力・連携先を見ると、以下のような機関・職種との協力・連携が多い。

- 地域の病院（指摘率 87.8%）
- 地域の在宅介護サービス（指摘率 72.4%）
- 地域の介護施設（指摘率 68.6%）
- 地域の診療所・開業医（指摘率 68.6%）
- 行政（保健師）（指摘率 59.0%）

③ 自分がどこまでできるか、どこまで対応するかをよく把握している

ヒアリングから

「自分の能力（診断および治療）の限界を常に考え、限界を超えているようだったら病院に紹介し、診断および治療をしてもらう。どこまでが自分の限界かを知っていることは大切」

「自分の能力を知っていて、自分にできることは自分でいい、できないことは専門の医師に紹介できること」

④ 地域的なネットワークを独自に構築して、患者に的確な情報提供を行っている

ヒアリングから

「ドクターとの個人的なつながりが有用なことも多い（同窓、医局のつながりなど）。自分自身も独自のルートを持っている」

⑤ 病院等の専門医ともネットワークを構築している

ヒアリングから

「医師同士の面識があるかどうかで、連携の深さはかなり変わってくると思う」
「疾患により『どの医師』に紹介すればいいか知っていること（どの科というより、どの医師というところが重要かと思いますが）」
「安心して任せることのできる医師をリストアップできるようになってくる」

⑥ へき地・離島（特に外海離島）では、協力・連携できる病院が近くにないことも多く、協力・連携に積極的に取り組むことが必須。

ヒアリングから

「島の中でできないことは本土の病院へ送らざるを得ない。その場合、疾患により送り先はほぼ決まっている。問題になるのは心筋梗塞などのヘリ搬送だが、何時でも受け入れてくれる病院が複数あり、困ることはない。」
「眼科や産婦人科の専門医も定期的に来てくれる」

(3) 地域において疾病予防や健康相談を含めた健康づくりを行っている

① 医療によって住民の生活を支えるという姿勢

ヒアリングから

「自分が手術を行う予定だった患者の自宅をたまたま通りかかった時に、入院中の患者（その家族にとっては一家の大黒柱）の退院を心待ちにしている家族の姿を見て、「漫然と医療をしていたらダメだ。患者さんと家族の生活を守らなければいけない」と痛感した。自分の都合で手術の予定日を延ばしたりしていたことを非常に反省した」
「病院から診療所へ来ると『生活の中で医療が占める部分は小さい』ことが実感できる。普段の生活の中の医療は一部にすぎない」
「この地域の主治医でありたい。この地域の専門医でありたいと思う」

② 常に住民の健康に気配りし、住民からの相談に応じている

ヒアリングから

「志は高くないと困る。患者と生活をともにしていこうという心意気が必要」
「▲▲町 6000 人のかかりつけ医をしていると思っている。自分の気持ちの中での専門は▲▲である」
「一家全員の相談相手となることが重要であり、自分の経験では3年で名前と顔が一致し、5年で地域医療の面白さがわかってきた。14年経つと家族関係までわかっている」

患者ヒアリングから

「信頼の中心は、相談に乗ってくれること。先生・スタッフの方々が相談にのってくれるので、安心であり、心の拠り所となっている。気軽に相談に応じてくれる。」

もちろん、患者は自分だけではないので、手短かに要件だけ聞くように心がけている」

「相談に乗ってくれる先生がよい」

「病院の勤務医は忙しくて、質問しても答えてくれない。待っている患者も多いので、時間を使うと気がつかう。はっきりと『質問するな』と言う勤務医もいる」

「やはり、かかりつけ医に相談したい」

③ 疾病予防を重視している

ヒアリングから

「患者の目線に立って『病気を診る』のではなく『病人を診る』ことを心がけている。保健、福祉との連携を密にし、疾病予防、介護予防を重視する」

「予防医学は大きな柱である」

④ 住民との間に信頼関係を築いている

ヒアリングから

「信頼関係の構築。そのために日々最善を尽くすことしかない。そして、島に学び、島を楽しむといった姿勢でありたいし、地域づくりにも貢献できたらと願っている」

患者ヒアリングから

「多数の住民は先生のことを慕っている。医師と患者が信頼関係を結べるようになることが重要。先生は診療所の医師というだけでなく、福祉のリーダーとしても住民の中に入ってきて頂いているので、住民からの信頼が厚い」

「診療所全体を信頼している。先生はもちろん、スタッフも信頼している」

「安心や信頼は、医療技術や医療設備を超えたところにある」

⑤ 医師と住民がお互いのことをよく知っている（隠し事をしない）

ヒアリングから

「住民が先生に合わせていくことも必要。お互いに信頼し合うことが重要。そのためには、お互いに腹を割って話し合うこと、隠し事をしないことが必要」

⑥ 病気を診る、患者を観る、地域を視る

ヒアリングから

「倍率の違う3つのレンズをたえず持ち歩いて診療をすることを心がけている。

400倍のレンズで、病気の原因等を見る

40倍のレンズで、高齢者の体全体のことをみる

4倍のレンズで、家族や地域全体をみる」

⑦ 医療によって地域に貢献しようとする姿勢

ヒアリングから

「多くの医師は、地域医療をやりたいと思っても、失敗するケースはある。地域よりも医療に比重が大きいと失敗するのではないかと思う。地域の方が比重が大きい。自分自身、専門はこの地域であると思っている」

⑧ 地域住民も医師に対して温かい

ヒアリングから

「地域が全体で、かかりつけ医を育てていくことが重要である」

「地域が医師に対して温かく接することも重要である」

「地域住民は人柄がよく協力的で、仕事をしていく上で非常にやりやすい」

(4) 患者や地域住民の生活状況をよく把握している

① 人の話し、患者の話しをよく聞く

ヒアリングから

「かかりつけ医は、患者さんとコミュニケーションを取れる人でないとダメと思われる」

「話すことよりも聴くことが必要。自分も8割は聴いている感じ」

「人の話を聞く修練を積むこと、人の話を聞き出すコツを得ることが大事。人間関係が良くなれば話を引き出せる。患者に興味を持つことが大事」

「謙虚であることも重要な要素である。自分の不得意な領域を明らかにして、生涯を通じて自己研鑽を続けていく自己学習能力が不可欠である」

「人柄と表現すると、もう変更できないようなイメージがあるが、これもしっかりと成長する努力が求められている領域である」

「人柄については、周囲から情報をフィードバックしてもらいながら、努力して変えていくことはできる」

患者ヒアリングから

「患者の話を聞くことから、かかりつけ医の仕事は始まるのではないか。患者の話を聞いてくれない医師は、それだけで敬遠してしまう。患者の苦しみを聞いてくれる先生がよい」

「先生も話しをしているようで、聞いている時間が長い。短時間で、かゆいところに手の届くように聞く必要がある」

「こちらの立場で話しを聞いてくれる先生がよい」

② 自分の意見を押し付けない

ヒアリングから

「患者さんの話をよく聞いて、こちらの考えを押し付けないこと。(医師は)教育者でなく、共同行動者」

患者ヒアリングから

「医師が『俺の言うことを聞け』と押し付けるのはよくない」

「パターンリズム(押し付け)を行う医師はいや。自分の意見を押し付けない先生ならよい。家庭のことに口出ししてくる先生もいや。頭ごなしに『質問するな』という先生もいや」

③ 地域に育ててもらっているという姿勢

ヒアリングから

「自分自身がこの地域で医師として1人前に育てていただいたという思いが強い。長く無医村で苦労した歴史があるからこそ、いい意味で医師を大切にしてくれる」

「若い頃は、この地域を自分一人で支えていると勘違いしていた。今になって、私自身がこの地域に支えられていることを知った」

「自分自身が必要なことを独自に学んできた。患者から教えられてきた」