

医政メモ



「総合医構想」について

「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」認定制度に関する協議会が、平成20年10月3日、日医会館にて開催された。唐澤日医会長は、「尊い人命を預かる医師にとって質の良い医療を国民に提供していくためには、絶えず最新の医学的知識と医療技術を身に付けておく責務がある。こうした自律的な行動を国民に理解してもらうために、生涯教育に取り組む姿を示し、医師が不断に学習しそれを客観的に評価・認定する制度を構築する必要がある」と述べ、社会的要請に自ら進んで応えていくためにも、「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」認定制度を創設する必要があると挨拶した。

次いで、日医生涯教育制度、認定制度をめぐるこれまでの議論の経過と、生涯教育推進委員会で検討したカリキュラムや、学術推進会議で開始された学会認定医・専門医との整合性などの協議の内容が報告された。

Q：なぜ今、「総合医」認定制度の創設なのですか？

A：旧厚生省は昭和62年、「家庭医制度」を打ち出したことがあります。しかし旧厚生省の言う家庭医構想は、英国の「一般医（GP）」のように国の管理下に置かれる可能性がある事から日医はこれに反対し、この構想は中断した。英国ではサッチャー改革によって、GP（general practitioner：一般医）がゲートキーパーの役割を担っており、旧厚生省の「家庭医」も官僚統制による患者登録・人頭払いにつながる可能性があるかと危惧されたからです。これに替わり、平成4年、日医は「かかりつけ医」制度を提唱し、開業している医師は誰もが国民に選ばれてかかりつ

け医になるという認識を示した。かかりつけ医とは、患者と医師の良好な信頼関係に成り立つ言葉であり、患者のフリーアクセスおよび医師の自主性が基本になっている。かかりつけ医機能は本来、医師の自己研鑽によって維持されるべきものであるが、家庭や地域での日常生活に密着した医療が行き渡るためには、家庭医機能を持つ「かかりつけ医」のプライマリ・ケア機能を高める必要があるとして、平成18年、日医の学術推進会議は「かかりつけ医機能の向上を生涯教育制度の強化によって図る」ことを提案し、「総合診療医」認定制度の創設に向けた検討が開始されたのです。

Q：旧厚生省の「家庭医構想」はその後どうなったのですか？

A：一度は断念した「家庭医構想」ですが、厚労省は平成16年4月より導入した「新医師臨床研修制度」の中で「医師国家試験に合格した医師は2年間、家庭医としての仕事を十分に果たすため…、専門医を目指す場合でもこの家庭医としてのコースを修めた後に…」として執念の如く「家庭医構想」を埋め込んでいます。更に、今年8月、厚労省の「安心と希望の医療確保ビジョン」具体化検討会は「専門医トレーニング（医師後期研修制度）のあり方を見直し、専門医としての総合医・家庭医の養成が必要」と提言しています。

Q：厚労省の標榜診療科「総合科構想」の背景について説明して下さい。

A：平成19年1月、経済財政諮問会議は「日本経済の進路と戦略」の中で、「医療サービスの質向上・効率化の観点から、総合的な診療能力をもつ医師の養成の仕組みについて検

討する」と答申し、閣議決定されています。厚労省はこの方針に基づき、新たな診療科として総合科を創設し、初期の診療は厚労省認定の「総合科医」が行うという「総合科構想」を打ち出しています。基本にある思想は、いかに医療コストを下げるかであり、医療費抑制の視点から標榜診療科の見直しと総合科の新設がリンクして考え出されたと言えます。平成19年5月、厚労省の医道審議会が開催され、診療科目標榜部会において「標榜診療科の表記方法の見直し」と「標榜医資格を付与する総合科」の新設が提案されたのです。更に、厚労省は後期高齢者医療制度を新設するのに合わせ、「複数の疾患を持つ高齢者を一人で診ることができる開業医を総合的な診断能力のあるかかりつけ医と認定し、公的な資格を与える」ことを目論んでおり、今後、後期高齢者医療制度で新設された後期高齢者診療料の算定に当たっては施設基準の届け出に加え、厚労省認定の「総合科医」であることが求められる可能性があります。

Q：日医の「総合診療医」と厚労省の「総合科医」の違いは何なのか？

A：病診連携と機能分化を推進し大病院指向を是正する観点から、医療機関を受診する時はいきなり大病院や大学病院へ行くのではなく、まず「かかりつけ医（総合医）」にかかるようにしたい。そのためには、日医の「総合診療医」も、厚労省の「総合科医」も、「かかりつけ医（総合医）」としての機能と質の担保を図る必要があるという点では共通しています。日医の「総合診療医」は、国民皆保険制度を堅持する立場から、「いつでも・どこでも・誰でも」のフリーアクセスの大原則を堅守する「かかりつけ医（総合医）」を目指しています。そのためには、「なんでも相談でき、最新の医療を熟知して必要な時には専門医・専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる総合診療医が必要である」と提言しています。

Q：日医はなぜ、「認定制度の創設」を急いでいるのですか？

A：厚労省の「総合科医」は、「かかりつけ医（総合医）」にゲートキーパー機能を持たせて、医療費抑制につなげようという意図があります。フリーアクセスは制限され、人頭割り登録医制の導入は包括化医療につながり、医療の質は大きく低下する恐れがあります。そのため日医は、国に先駆けて主導的に、「これまでの生涯教育制度を底上げした認定制度を創設」することが、「フリーアクセスの制限・人頭割り・定額払い・総枠規制」に結び付かない唯一の方策であると考えているのです。

Q：札医の「かかりつけ医（総合医）」に対する見解は？

A：日医は、総合的な診療能力をもつ医師の養成については厚労省に協力していく姿勢であり、また、標榜診療科としての「総合科」についても患者の求める方向であるとして共通認識を示しています。しかし、日医の「総合診療医」認定制度の創設は、厚労省の「総合科構想」制度化への切り口になる恐れがあり、札医はこれに強く反対します。そもそも国民は「総合科医」というよりも、身近なところで「健康相談・予防から治療・往診応需体制・適切な紹介機能・在宅医療まで」何でも相談できる「かかりつけ医（総合医）」を求めており、その機能と質を備えた医師の養成は、制度化につながらない日医主導の生涯教育研修制度を充実拡張することによって達成されるべきであります。札医は、9月14日に開催された道医臨時代議員会の一般質問で「総合医問題」を取り上げ、道医の見解をいただきました。札医の意向を受けて道医は、10月26日に開催された日医臨時代議員会で、「かかりつけの医師のボトムアップは必要なことだが、不要論もある中で都道府県医師会や会員に十分討議の機会を与えることなく、結論ありきで事を進めるのは大変危険」と指

摘し、「総合診療医に対する日医の議論の進め方」に疑問を呈するブロック代表質問を行いました。

Q：日医の「認定制度の創設」に対する今後の対応は？

A：道医のブロック代表質問に対し、唐澤日医会長は「地域医療、保健、福祉を担う幅広い能力を有する医師」の認定制度案について、「日医会内で2年以上にわたり議論してきたこの制度は、極めて重要な案件。だから

こそ慎重に対応したい」と述べ、制度創設の際には代議員会に諮ることも含めて理事会で慎重に検討する考えを示した。認定制度について日医執行部は、平成22年4月までの創設を目指しているが、厚労省の考える総合科医構想の受け皿になってしまう危険性もあることから、「一方的に機関決定するつもりはない」として「地域医師会や会員の理解を得ながら慎重に検討を進める」と答弁しています。

(政策部担当理事 高橋 文雄)