

全世代型社会保障構築会議 2024.5.27 開催

国土典宏 意見

2024.5.27 開催の会議に出席できませんので書面にて意見を述べさせていただきます。大変申し訳ありません。

まず「資料2」の今後の進め方については賛同いたします。その上で私の専門領域である医療制度の課題について以下の通り意見を申し述べます。

かかりつけ医機能について：

昨年秋より厚労省の「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」において議論が進んでいます。国民からみた医療へのフリーアクセスという日本の医療制度の良さを残しつつ、これからの人口減少高齢化社会に備えた制度設計が進んでいると理解していますが、複数診療科にわたる疾患を持つ高齢者を想定すると、全体をマネジメントする総合診療ができる医師だけでなく、それぞれの診療科の専門医師と「かかりつけ医」としてつながっていることが必要となります。これを地域毎に面で行うのかももう少し広い医療圏で考えるのかは検討が必要ですが、そのためには PHR のような医療 DX 改革による情報の共有がセットでなければならないと考えます。

「かかりつけ医機能に関する研修」制度も検討されているようですが、この研修の内容や所用時間など詳細はこれからの課題であり、研修受講を各医師にどの程度求めるかも含めて慎重に検討するべきであると思います。専門医制度に関して言えば「総合診療専門医」には新しい「かかりつけ医機能制度」を熟知しリードする役割が求められますが、現状では専攻医約 9000 人のうち総合診療専門医を目指す専攻医は 2.6%-3.1%に過ぎません。（言葉は悪いですが）人気の無い理由の一つとして所謂一階部分で総合診療専門医を取得した後に感染症専門医や消化器病、循環器専門医などの二階部分のサブスペシャリティ専門医を取得できない制度になっていることがあっていわれています。「かかりつけ医機能」制度の創設はわが国の医療制度全体に関わる大きな問題ですので専門医機構との対話も必要であると思います。

医師偏在について：

医学部定員内の「地域枠」が地域偏在の解消に一定の役割を果たしていることは認知されていますが、今後の長期にわたる医療需要の見通しを考えると、これ以上の特に臨時定員としての増枠は難しいと考えます。また、これから医学部に入学する世代が地域医療の中心として働くのは 15~20 年後以降ですので、今の現役医師世代の医師不足地域への移動をどのようにして促すかを考える方が即効的であると思います。

そのための方策として内閣府の経済財政諮問会議では、地域ごとの医師の派遣・配置計画の

明確化、リカレント教育、経済的インセンティブと規制的手法の組み合わせ、国・都道府県・大学などの連携、など総合的対策が提唱されています。このうち経済的インセンティブは単にサラリーの問題だけではなく、4割を占める新人女性医師、そして女性医師や勤労女性を配偶者とする男性医師の出産・育児などライフイベントと医師としてのキャリア形成の両立のための費用、待遇改善策として非常に重要であると強調したいと思います。診療科の偏在についてもこれは重要で、例えば外科医とそれほど繁忙度の高くない科の医師の給料が日本では基本的に同等であると米国人外科医に説明すると驚かれます。一方、規制的手法は憲法が保障する職業選択の自由にも反しますので最大限抑制的に制度設計するべきであると考えます。

以上