

## 政策立案コンテスト 政策提言書

CARP 名
東大 CARP 男性
政策タイトル
C-doctor による医療制度改革
理想の国家・社会像
<p>理想の国家とは、経済が平準化され、公正な自由競争が行われている社会であると考えられることができるであろう。そういった理想の社会の実現にはインフラの整備が最も重要であるといっても過言ではない。インフラが社会の力、発展のレベルを決めるのであり、国力の格差は主としてインフラの格差によって生じているからである。ここで、国家のインフラについて考えてみると、大きく分けて二種類がある。一つ目はハードウェアとしてのインフラであり、道路、鉄道、空港、港湾、電気、エネルギー供給施設、通信網、水道、各種公共施設等といったものが挙げられる。<sup>1</sup>これらは、物理的に地域間を繋げ、人や物そのものの流通や交流を促していきたり、地域の隅々までエネルギーの供給を行っていきたりするものである。二つ目はソフトウェアとしてのインフラであり、政治、教育、医療、法律、福祉的サービス等がある。これらは、いわばサービスの流通を担い、地域間の文化の統合や調和、生活レベルの発展を促すものとなっている。これらのインフラが整い、活発に人、物、サービスの流通、調和がなされている国家においては、まるで一人の人間において、血管網が全身に張り巡り、血液がよく循環しているかのように、国家が健康的な調和と統一をなした一つの有機体としての姿を現す。</p> <p>インフラが整備され、平準化されたならば、その次には経済の平準化がなされ、公正な自由競争が行われていくようになる。すなわち、公正な自由競争が行われる高い国力を持つ国となるためには、まずインフラの格差をなくし、続いて経済を平準化しなければならない。すなわち、医療において平準化がなされ、医療格差をなくしていくことは、経済の平準化につながる一つのきっかけとなるわけだ。</p> <p>理想の医療制度についてもう少し細かく見てみると、医療が流通や地域交流、文化交流を伴うものであるがゆえに、当然そこで交流されるものは単に「モノやサービス」だけではなく、「喜怒哀楽や感謝」といった人々の思いも同時にやり取りされると考えることは自然なことであろう。すなわち、医療制度においては「医療行為」を通じて、人々と「意思疎通」をなし、そこに「心情文化」が築き上げられていく姿が理想的な医療制度であると考えられる。それは、医療の本質が単に病気やけがを治すという医療行為だけにあるのではなく、同時に心理面も含めた心身両面のケア、すなわちその人の生活の質を高め、最大限幸せに生きることができるように導いていくということも含んでいるからだとはいえるだろう。だから理想的な医療は人と人との繋がり、悩みや相談までも語り合える地域に根差した医療といえるのではないだろうか。</p> <p>さらに経済の平準化を担う医療という側面から見れば、理想の経済の特徴が地域的特殊性に合うような地域的特殊産業と、汎域的・普遍的産業が調和と統一をなす姿であるといえるので、医療についても同様に、地域に根差した医療と一般的な治療や看護をしていく医療とが互いに補完し合った仕</p>

<sup>1</sup> 佐藤博文（2017）「平和の大道・国際ハイウェイ」、『世界日報』2017年2月1日

組みを作っていくことが理想であると考えられる。今の日本の医療制度においては一般的な治療、看護はあっても、地域特殊性に根差した医療制度はあまり進んでいない。そこで、具体的に未来の理想的な医療の姿を考えると、地域や家族での結びつきが深い医療、例えば特定の病気や健康の悪化があればそれを把握し、予防したり、複合的に対処したりすることができる医療と今まで通りの医療が連携を取り合うことが必要であると考えられる。この地域医療と一般の医療の連携により、地域の特色に根差した医療から一人ひとり治療を行うことができ、さらに日本全体における新しい医療制度が確立できるので、日本全体の医療の発展にもつながると考えられる。

#### 解決したい問題と、その根本的な原因

解決したい問題：(ア)都市と地方での医療の格差（医師の数、医療の質）、(イ)軽病患者の大病院の受診とそれに伴う医療費の増大

#### 根本的な原因

(ア)について：今の医療制度において、開業医の場合には比較的自由に場所や専門を選んで病院を経営することができるので、病院を経営しやすく運営しやすい都市に医師が集中しやすい傾向がある。また、このリスクを避ける傾向は医師の専門分野の選択にも表れており、労力と訴訟の多い小児科や産婦人科が避けられ、安全な専門に集中している。ゆえに、医師自体の数は年々増加しているのであるが、その分配は均等に行われず偏ったものとなっている。

また、2004年に導入された新臨床研修制度も格差を生じさせた原因の一つである。この制度により、今まで大学新卒の医師は大学病院の医局の指示で大学病院や系列の地方病院に派遣され研修を行っていたのが、新卒の医師が自由に研修先を選べるようになった。これにより、最新の設備や技術に触れたいという理由で、地方ではなく大都市の病院を選ぶ医師が多くなってしまった。そのため、都市と地方の医師の偏在を助長するものとなってしまった。

(イ)について：さらに今の医療制度では、患者は自由に病院を選んで通うことができる。人々が、日常的に健康に対して不安に思うことが多くても相談できる人がいないため、軽病でも簡単に大病院へ行ってしまふ。そのために重病の患者や急病の患者を優先的に診ることができないという問題も発生している。この問題の原因は根本的には日本の医療制度の仕組みによるものであると考えられる。

さらに、軽病患者を多く治療することにより、診療や医療が余分にかかってくるので、大病院へ患者が集中することは医療費の増大にもつながっている。

#### 政策案（比較案があれば併記）

今の日本の医療制度に対して、新しく Community Doctor (C-doctor) という制度を導入することを提言する。C-doctor の制度を導入することにより、地域に根差した医療制度を形作ることができ、医療全体の発展が見込まれるとともに、医療の地方と都市の格差（医師の人数、医療の質）を是正、大病院に軽病患者が来ることを防ぎ、救急患者や重病患者を優先的に大病院で診察できるようになる。さらには、医療費の財源軽減にもつながると考える。

#### ① C-doctor の導入とその利点の概要

今の日本における大学病院を含めた一般的な病院(以下、一般病院または専門医と呼ぶ)に対し

て、新しく、地域に根差した総合的な医療を行う病院または診療所(以下、C-doctor または総合医と呼ぶ)を全国の特定の地域ごとに配置する。C-doctor は公務員として全国に配置することにより、都市と地方の医療格差を軽減することができ、医療の平準化、循環が行われる。さらに特定の病院への過度の集中を避けることにより医療費の減少も見込まれる。また、地域に根差した医療や家庭ごとの予防医療を行うことにより、医師と患者が単に病気の症状を和らげるというだけでなく、心身両面のケアをすることができ、医師と患者との間に信頼関係が生まれる。高齢者向けの医療として、在宅医療も行うことができるので、実際に病院に行かなくても診断してもらうことができる。また、専門医と総合医での連携を取ることで、より高度な医療体系を作ることができ、患者の病気や健康に対して複合的なアプローチを取ることができる。

## ② C-doctor の基本業務

一言で表せば C-doctor は公務員として地域ごとに配置された総合診療所となる。したがって、指定された地域内の患者は、救急の場合を除き<sup>2</sup>、基本的に担当の C-doctor のもとでまずは見てもらう。その際に、その場で簡単に解決できる問題に関してはその場で解決し、大病院での検査や治療が必要と判断された場合には C-doctor が各専門医のいる大病院に対して紹介状を書き、患者を送るようにする。ここでいう診療は多くの場合、C-doctor が定期的に検診をして周るというわけではなく(人数の関係上)、患者から要請を受けたときにⅠ.電話での対応<sup>3</sup>、Ⅱ.診療所に来ることで対応、Ⅲ.在宅医療で対応<sup>4</sup>を判断し、診療する。

## ③ C-doctor の利点、医療の理想から見た必要性

C-doctor の利点としては地域に根差した医療を行うことができるために、その地域の特色に合わせた医療が展開できる。家庭単位でかかりつけの医師がつくことにより家族ごとでの医療を行えたり、患者と医師との結びつきが深まったりする。普段の生活において(健康面にとどまらず)漠然とした不安を抱えている人は多い。そういった人々に対して、C-doctor が相談役となることによって、人々の不安がとれるとともに心身共の健康が保たれる。副次的ではあるが、今現在においては本来不必要にもかかわらず119番通報する人が多い。そういった人の多くは、救急車を呼ぶべきかわからないが、不安であるといった人や、単に悩みを聞いてほしいといった人である。C-doctor がそのような役割を担うことで、不

<sup>2</sup> 救急の場合は今まで通り119番の仕組みを使う。医療において、普通の医療と救急医療は基本的に全く別の制度となっている。今の救急医療については克服されるべき課題も多く、将来的には、普通の医療と救急医療はより連携を取り合えるようにするべきである。ただし、③の項目で記している通り、C-doctor の導入により不用意な119番通報は減っていくと考えられる。

<sup>3</sup> 電話での対応というのは基本的に医療に関係のないことについての相談に対してである。自分の健康に対して等、医療従事者に相談することが難しい方も多く、そういった健康のことから、身近な相談事まで基本的には対応し、地域での一体感を持つことができる点がC-doctorの強みである。

<sup>4</sup> 在宅医療に関しては高齢者の方が、C-doctorのもとへ訪れることができない場合にC-doctorが直接家を訪問することによって、診察していくものである。

用意な通報もなくなり、救急車や大病院において、本当に必要な人が使いやすくなると考えられる。また、理想的な医療の観点から見れば、すべての共同体の基本単位は家庭であるから、家庭単位で医療を行うことは理に適っているうえ、地域で行う医療(C-doctor)と全国で共通に行う医療(専門医)が相補的に動き、よく調和したときに、医療が統一的に発展していくと考えられる。すなわち、今の医療を地域に根差した医療として、さらに発展させていくことが重要であると考えられる。また、C-doctor が単に患者の治療だけを担うのではなく、心理面についても同様に行うことにより、人間の本来の健康が内外両面から保たれることから、より効果的に健康を維持することができるのだと考えられる。まさしくこれは、理想の医療の形態を示していると考えられる。

#### ④ C-doctor による新しい医療体系の創造とその具体案

ただ単に地方に医師を配置していくというのであれば、地域包括医療という制度上の変革のみであり、そこまで大きな変革はないが、このC-doctor に関しては根本的に医療や医師に対する考え方を変革していく可能性がある。一つ目に患者一人ひとりに寄り添った医療を実現することにより、患者と医師との距離が近くなり、単に病気の症状を治すだけではなく、後のヘルスケアまで行うことが可能となる。二つ目にこのヘルスケアにおいては、処方箋を出したり、病気を治したりする対症療法(西洋医療)だけではなく、原因療法(東洋医療)すなわち予防医療を導入することで、根本的に病気になりにくい社会を生み出していくことができると考えられる。最後に C-doctor(総合医)と一般の病院(専門医)間での共有を果たすことにより、患者ごとに最も適した医療の実現、地域独特な病気に対する治療法の確立、地域医療のモデルについて、全国で共有したり、専門的な医師とのかかわりを持ったりすることができるので、今まで、専門分野ごとにあった隔たりをなくし、より統一的な医療、治療を成し遂げることができると考えられる。

##### a. 医療診断の仲介所～患者から頼りにされる医師～

C-doctor が地域に根差した医師であるために、患者一人ひとりに寄り添った医療を行うことができる。病気やけがといった医療に関するだけでなく、家庭での不安や悩みまでも相談することができるような関係を築くことで、患者は強い信頼をもって治療を受けることができ、医師は病気を治すことだけが医療なのではなく、患者と向き合い、人と人との具体的な意思疎通の中において医療があることを学ぶ。医療は命を扱う仕事であるから、医師と患者が心から相互に信頼し合う関係を築くことが何よりも大切である。さらに、メンタルケアも行うことにより、心身両面の健康向上が実現できる。

これらを実現するために各地域の回覧板を利用する。そこに地域の人たちの健康状態のアンケートを設け、家族の健康状態や、生活習慣、心配、相談事について記入してもらう。(もちろん任意である)そこで得られた内容をもとに、C-doctor が回る家庭を決め、健康状態を見たり、相談に乗ってあげたりする。回覧板を考えたのは現実として C-doctor は一人当たり、4～5千人の人を診ることになるから(「⑥実現可能性および実現プラン d. C-doctor の数」を参照)であり、一軒一軒確かめていくのはあまり現実的でないからである。家庭ごとに診ていく上では回

覧板が適当であると考えたが、若者向けにスマートフォンのアプリを利用しても良いだろう。

b. 地域・家庭ごとの予防医療～東洋医療と西洋医療の和合～

C-doctor の特性を活かして病気の診療、治療、相談を行うだけでなく、予防医療も取り組むことができる。医療は大きく分けて予防医療と対症療法の種類がある。予防医療とは東洋医学の考え方であり、病気のなる原因を根本から治していこうとするものである。したがって、病気になりにくい健康な体を作るという予防医療の観点も持つ。一方、対症療法は西洋医学の考え方であり、病気の特定の症状を緩和させることを目的とした治療法である。日本の医療は概して対症療法に偏っている。東洋医療的な予防医療の観点は、専門化された西洋医療にはないものである。C-doctor を導入することにより、予防医療も行うことができるので、医療における東洋と西洋の和合を為すことができる。

回覧板などから得た医療アンケートの結果より、C-doctor と東洋医療の専門医で協力して適切な食事や運動、生活習慣を考えていく。ここでの医療アンケートには東洋医療における診断ができるようにし、その診断結果をもとに漢方薬だったり、食べたらよいメニューを紹介したりする。その際、管理栄養士の人と協力することもよいだろう。予防医療に基づき病気になる前の状態で治していくことで医療費の削減にもつながると考えられる。何か病気になった際にも、ただ単に治療をし、薬を処方してもらっただけではなく、病気が治った後に継続して健康でいられるように東洋医学での処方箋を出したり、特に重病や急病でなければ免疫力を高めることによる治療を行ったりするなど多角的なアプローチを考える。こうした予防医療を含めた治療は患者の同意を得たうえで記録していき、健康状態がどう変わったかを調べたり、将来病気にかかった時に最適な治療法は何かを検討したりする判断材料とする。

c. 専門医と総合医の連携～新しい医療体系～

現状の日本の医療制度においては他分野の専門医同士のつながりはそこまで多くない。C-doctor を導入することにより、別の分野でかかわりのなかった専門医が、C-doctor を通してつながることになるので新しい医療を作ることができる。

例えば、C-doctor が判断し紹介した病院で万一治療がうまくいかなかったとき、C-doctor が把握していることで、患者がセカンドオピニオンにも行きやすくなる。患者がこれまでどのような病気にかかってきて、どのような治療を受けてきたのかを C-doctor が把握しているので、一般病院に紹介した後でも、専門医との連携が取れやすい。患者と主治医だけでなく C-doctor も一緒になって考えることで、患者のする判断に患者自身が自信を持てるようになる。

a～c の新しい医療を実現するにあたっては、一人ひとりの膨大な量の記録が必要になるので、電子カルテの導入は必須であると考ええる。

⑤ C-doctor 導入後の医療・社会の将来

C-doctorが実現することにより、理想の世界、社会の実現に近づくと考えられる。医療の分配が適切に進んでいけば、経済の平準化が期待できる。そのため、地方創生にもつながり、日本で現在生じている様々な問題、例えば、少子化や都市への人口集中、高齢者への医療や介護、孤独死といったことに対しても直接ではないにせよ改善させていくことができる可能性がある。

## ⑥ 実現可能性および実現プラン

### d. C-doctor なるまで

基本的に C-doctor は一般の専門医と同じく、医師国家試験に合格し、専門的な研修を経た人がなれるようにする。それに加えて、どんな医師も大学卒業後 1 年間は基本的に研修医として C-doctor の業務を担当することにする。つまり、C-doctor を専門とする医師と大学を卒業したばかりの医師が協力して C-doctor を行うということである。様々な病気や治療法を判断しなくてはならない C-doctor を大学卒業して間もない医師が適切に判断できるかはわからないが、C-doctor を専門とする医師がいるので、経験を積んだ C-doctor と大学卒業したばかりの医師がチームを組むことで、適切な判断を下すことができると思われる。また、大学時代には幅広く医療の教養を学び、まだ専門に配属されていないからこそ、大学時代に培った様々な知識を活かすことができるとともに、実地訓練にもなるだろう。C-doctor でない、一般の専門医に進んだ場合、患者とのコミュニケーションよりも、実際の治療技術に病院研修の重きが置かれるであろうから、医療が単なる治療にとどまらず、根本的には人と人とのコミュニケーションの上に成り立つものであるということを実際に学べる場として、これから、医師になっていく人の原点になっていくと考えられる。

### e. C-doctor の配置の仕方

今の日本の医師数は 30 万人ほど(2014、厚労省)である。また、一年間で医師国家試験に合格するのが 8 千人～9 千人ほど(2016、厚労省)である。どの地域単位で配置するか色々検討してみたが、ここでは地方公共団体ごとに配置することを考える。分ける区間数は、地方公共団体数 1,797 + 政令指定都市の行政区 170 = 1,967(2017 年)より、2 千ほどである。30 万人いる医師のうち 2 万人を C-doctor とする。また、医師国家試験に合格後 1 年間は C-doctor を行うとすると、さらに 1 万人が加わる。したがって、合計 3 万人の C-doctor を全国に配置すると考えると、一つの地方公共団体あたり、平均して 15 人の C-doctor を配置することができる。ところで、地方公共団体一つ当たりの平均人口は 6 万人だから、3 人(経験を積んだ医師 2 人、大学卒業後 1 人)×5 グループを組んで業務を行う。

この 1 グループが、平均 1 万 2 千人の人々を受け持つとし、年間で 240 日業務があるとすると一日当たり 50 人を担当することとなる。実際には家庭単位で回るなどすれば、減るだろうが、それでも多いため、基本的にはすべてを回るわけではなく、基本的に診察依頼が来たときに対応することとする。(ここでは平均的な人口の地方公共団体について考えたので、実際に割り振るにあたっては、人口に応じて C-doctor の数を変えていく必要がある。)

⑦ C-doctor 導入に処しての考慮事項

- ・C-doctor で本当に適切な判断をすることができるのか、判断が適切でないとむしろ時間がかかってしまう恐れがある。
- ・C-doctor 自体の数を増やすことはできないか。業務が多すぎないか。そもそも医者数が足りていないという現状もある。
- ・公務員である C-doctor と一般の病院が実際うまく連携を取り合うことができるのか。

⑧ この政策提言の要点（まとめ）

- ・都市部と地方部での医療格差の軽減
  - ・大病院への患者の集中の緩和、医療費の減少がなされる。さらには、
  - ・患者一人ひとりに寄り添った医療
  - ・東洋医学と西洋医学の融合した医療
  - ・C-doctor と専門医の連携した医療
- といった今までにない新しい医療の価値創造ができる

⑨ 補足内容、将来への展望

- ・欧米における地域包括医療の類似事例(特にイギリスの場合)

C-doctor と制度的に類似した医療については、家庭医、もしくは General Practitioner (GP) として、イギリスをはじめとした国々で実施されている。実際、このイギリスでの GP の仕組みは日本でも注目を集めている医療制度である。日本人の方で、実際にイギリスで GP として働いている方の話によると<sup>5</sup>、地域毎に 5 人程度の GP が集まる診療所があり、一つの診療所で、8500 人ほどの人が登録されている。一日に 20~70 人件ほどの電話に対応し、30~40 人ほどの外来患者と在宅診療を行う。イギリスにおいては、GP は専門医と同じようにして、GP になるための試験や研修を経る。地域に根差し、患者一人ひとりに対して医療を行うという点においては C-doctor とかわらず、イギリスで GP というかなり信頼されている職種のようなのである。以下に実際の GP の診察例を示す。(脚注 4 のウェブページからの引用)

---

<sup>5</sup> [対談]日英の比較からプライマリ・ケアを考える（上）：GP（家庭医）の日常  
<https://www.tkfd.or.jp/research/healthcare/a00848> [2017.07.05]

### 英国GPによる診察の一例

- 36歳女性 - 「数日前から喉が痛くて、咳が止まりません」
- 50歳男性 - 「職場の健康診断で引っかかりました。血圧が高く、血液検査の結果もおかしかったみたいです」
- 生後8カ月の乳児（母親と） - 「2日前から下痢で、発疹も出ています」
- 62歳男性 - 「ここ半年ほど、何故か胸が痛いんです」
- 32歳女性 - 「生理でもないのに血が出るって普通ですか？」
- 75歳男性（妻から） - 「最近、物忘れがひどくて。認知症ですか？」
- 40歳男性 - 「最近、夜の機能が衰えてきました」
- 14歳女性（母親と） - 「この子、学校の授業中に急に倒れちゃったみたいで」
- 28歳女性 - 「最近、ストレスを感じているのか、全然眠れません」
- 31歳女性 - 「夫が些細なことでカッとなり、関係がギクシャクしています」
- 7歳児母親 - 「子どもがジャンクフードばかり食べて、私の料理を食べない」
- 肥満気味の43歳男性 - 「最近、体重が若干増え気味で」
- 46歳女性 - 「認知症の父と脳梗塞で寝たきりの母の介護で困っています」
- 86歳女性 - 「足の関節が痛むので、最近歩行が困難。私に合った歩行器がありますか？」

出典：2013年11月18日東京財団研究会における澤憲明氏発表資料から抜粋  
<http://www.tkfd.or.jp/research/project/news.php?id=1221>

この例を見れば、イギリスにおいて GP が、単なる医師ではなく、身近なことも気軽に聞くことができる頼りになる相談相手といった親しみがあることが分かる。

しかし、すべてうまくいっているのではなく、イギリスにおいて医療にいくつかの課題もある。イギリスと日本では文化も制度も違うので、日本において地域包括医療を導入する際には日本にあった制度へとしていくとともに、地域包括医療ならではの新たな医療価値を生み出していく必要がある。そのため、今回は新しい医療体系を生み出す制度として C-doctor を提言した。ここで例として、イギリスで問題となっている問題とその解決案を簡単に示す。

#### f. 医療費の増大

そもそもイギリスにおいては GP の医療費はすべて無料である。このため、医療費の増大が深刻な問題となっている。日本において C-doctor を導入する際には現行通り、ある程度は自己負担とするべきであろう。

#### g. C-doctor を介すると、実際の治療までにむしろ長い時間を費やすことがある

C-doctor が適切な判断をすることができればそこまでの時間の浪費とはならないだろう。イギリスにおいて、私立病院は保険が適用されないが、患者自身が自由に病院を選び行くことができる。C-doctor を導入する際には、必ず C-doctor を通す必要があるのか、考えるべきである。なお現時点で政府が採用しようとしているものとして、紹介状のない大病院への診察には初回費用が多くかかるというものがある。

#### h. C-doctor による治療は簡単なもので終わることが多い

これは必ずしもデメリットではないが、日本の感覚では医師は軽病でも何らかの薬を出す傾向が強く、日本人からすると手厚く見られていない印象を受けることもあると思われる。



・救急医療、小児医療、高齢者医療について

i. 救急医療について

日本における 119 番通報の内訳をみると、通報件数の内、実に 5 割～6 割は軽傷患者(消防庁統計)と判断されるものである。けがの内の多くは、高齢者によるものであるので、実際に C-doctor を採用することにより、救急医療のかんりの業務を減らすことができると考えられる。

j. 小児医療(小児科、産婦人科)について

現在、医師の数自体は増えつつあるが、小児科および産婦人科の医師数は減少し続けている。これは小児科および産婦人科の業務が多いうえに訴訟問題が多いからであり、多くの医師はそういったリスクを避けるために小児科や産婦人科を敬遠しているのからである。ここで、小児医療について考えたときに、小児医療は他の医療の専門とは違い様々な病気に対応する必要があり、子供が大きくなってからも継続的なケアが必要であるという点で、非常に C-doctor の総合医療と似ているものである。そういった中で、小児科医と産婦人科医も公務員化することにより、業務も行いやすくなり、さらに訴訟も減ると考えられるので、医師数の減少も抑えられると考えられる。

k. 高齢者医療について

今の日本の医療費増大の背景には高齢者医療の増大があるため、これも解決していく必要がある。在宅医療に対して、介護と協力することもできると考えられる。