

1 中小病院や診療所が 提供体制で役割を果たせる 条件整備が肝心

上智大学 総合人間科学部 教授
一般社団法人 未来研究所 代表理事

香取 照幸 氏

2 失われた 40 年を取り戻す時期 患者との対等性、報告の質保証 幅広い対象者が課題に

一般社団法人 日本プライマリ・ケア連合学会 理事長

草場 鉄周 氏

3 自由開業かフリーアクセスか 今後迫られる選択の道 研修制度の認定・公表も

日本医師会医療政策会議 かかりつけ医ワーキンググループ 座長
茨城県医師会 会長

鈴木 邦彦 氏

4 医療は介護があって成り立つ 病院とかかりつけの外來分担 看護師含めた「生活」の視点

日本在宅ケアアライアンス 理事長
一般社団法人 全国在宅療養支援医協会 会長

新田 國夫 氏

5 将来の建設的議論への第一歩 幅広い対応「グループ診療」も 包括・出来高・NW 含む報酬

産業医科大学 医学部 公衆衛生学 教授

松田 晋哉 氏

6 全医療機関の経営に影響 かかりつけとの連携が鍵 地域でのハブ機能も期待

株式会社 ASK 梓診療報酬研究所 所長

中林 梓 氏

医療機関、地域での「面」対応 対象者や書面交付など制度設計

厚生労働省の社会保障審議会医療部会は、2022年12月28日に「医療提供体制の改革に関する意見」を取りまとめた。その中には「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」が盛り込まれている。今回の意見書では「かかりつけ医」ではなく、「かかりつけ医機能」と明記されているのが大きなポイントだ。厚生省の部会などで委員から出された、「医師個人ではなく医療機関としてかかりつけの機能を担うべき」との意見などを反映し、個人ではなく、その機能に着目した格好だ。また意見書には、地域の医療機関・介護サービス事業者や多職種と連携して、かかりつけ医機能の充実・強化を図ることが書き込まれており、一人の医師、一つの医療機関だけで機能を担うのではなく、看護職を含む医療関係職種や医療機関同士と連携する「面」での対応を強く打ち出しているのも特徴だ。

「かかりつけ医機能」の定義については、現行の医療法施行規則（省令）に規定されている「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能」を踏まえた内容とし、医療法に格上げす

る。かかりつけ医機能の活用に当たっては、患者、医療機関双方の手挙げ方式となった。その活用のイメージは、医師により継続的な医学管理が必要と判断される患者に対して、患者が希望する場合には、医療機関が書面交付などを通じて、かかりつけ医機能として提供する医療の内容を説明するという流れだ。健康保険組合連合会などが主張している、国民や患者が自分のかかりつけ医1人を任意で登録する仕組みは見送られた。今後、有識者や専門家から意見を聞き、対象者や書面の内容・交付手続きなどを具体的に詰める方針である。

2制度で「かかりつけ医機能」整備 報告の実質確保と研修の基準設定

一方、こうした手挙げ方式によるかかりつけ医機能の活用の仕組みを整備するため、現行の「医療機能情報提供制度」の刷新と、新たな「かかりつけ医機能報告制度」の創設という2つの柱を掲げる。このうち「医療機能情報提供制度」は、国民や患者自らがかかりつけ医機能を有する医療機関の情報を得て、希望する医療機関を選択できるように掲載情報を分かりやすく変更する。今後は、情報提供項目を見直し、現行の都

「かかりつけ医機能報告制度の創設による 機能の充実・強化がもたらす我が国の医療提供体制の将来」

～患者、医療機関双方の手挙げ方式による「かかりつけ医機能の充実・強化」で何が変わる～

「かかりつけ医」を巡る議論は古く、1983年に旧厚生省が打ち出した「家庭医構想」にさかのぼる。当時、イギリスのGP（General Practitioner）を参考にしたゲートキーパーの役割を担う患者登録制度の議論に医療団体が反発。その後、2013年に社会保障制度改革国民会議報告書、日本医師会・四病院団体協議会合同提言、15年には保健医療2035が公表され、各医療関係団体などが提言や意見を発表している。約40年に及び「かかりつけ医」の議論は、コロナ禍で地域における医療提供体制の課題が浮き彫りとなり、大きく動いた。

そこで、「Visionと戦略」2月号の特集では、「かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化がもたらす我が国の医療提供体制の将来」をテーマに、医療関係団体、臨床家、研究者、コンサルタントなどに取材を行い、取りまとめたので報告する。

道府県ごとに形態の異なる情報の公表から全国統一のシステムへと刷新する。厚労省は24年度以降に全国統一化を目指す。同制度に対する国民や患者の認知度は低く、コロナ禍でもほとんど活用されていなかったという実態がある。利用者目線での掲載情報の改善とともに、すでに開設されている多くの病院検索サイトがある中で、システムの使い勝手や付加価値を含めて同制度へのアプローチをいかに増やし、国民や患者によるかかりつけ医機能の活用につなげていくかが課題だ。

もう一つの「かかりつけ医機能報告制度」は、医療機関が自ら担うかかりつけ医機能や、今後担う意向がある項目などを都道府県に報告し、その情報を基に都道府県が地域における機能の充足状況を把握し、不足する機能を強化することで、地域ごとに必要な医療提供体制の構築に必要な組織や体制の構築に不足を補う。不足機能の具体的な強化策は、医療関係者や医療保険者らで構成される「地域の協議の場」で検討することになる。今後、医療機関の報告項目や「地域の協議の場」での検討事項の議論を進める方針。各医療機関による報告に当たっては、一方的な機能の有無の提出だけでなく、第三者による実質的な機能の

確認・評価の実施も課題となる。厚労省は25年度をめどに各医療機関からの機能の報告を受け、「地域の協議の場」でのかかりつけ医機能に関する議論をスタートさせる計画で、具体的方針の決定後、第8次医療計画の中間見直しへの反映を想定している。意見書には、研修の標準的な基準の設定と研修等の量的・質的充実、かかりつけ医機能の診療報酬による適切な評価も盛り込まれている。今後、研修受講者の認定や認定医の公表、24年度診療報酬改定での今回のかかりつけ医機能の評価などが議論される見込みだ。

政府の全世代型社会保障構築会議が22年12月16日に取りまとめた報告書では、「国民一人ひとりのニーズを満たすかかりつけ医機能が実現するまでには、各医療機関、各地域の取り組みが必要」とし、今回の制度整備は「それに向けた第一歩」と捉えている。新たに動き出す枠組みの中に、人口構造や医療資源など地域の実情に応じた体制づくりを関係者が一体となって進め、現行の医療へのフリアクセスを維持したまま、国民や患者にかかりつけ医機能の活用メリットをいかに周知することができるかが問われている。

中小病院や診療所が 提供体制で役割を果たせる 条件整備が肝心

「医師の資質、医療機関の機能、システム全体の整備という3つのステージをきちんと機能させること」。かかりつけ医機能の要点をそう語るのは、かかりつけ医に関する議論を方向づけた全世代型社会保障構築会議の構成員を務める香取照幸氏。あるべき機能について聞いた。



上智大学 総合人間科学部 教授
一般社団法人 未来研究所 代表理事

香取 照幸 氏
Katori Teruyuki

の家庭医構想に端を発して、その後
プライマリケアが浮上し、かかりつ
け医機能を整備する議論に移行して
きたと思います。議論の経過をどの
ように受け止めていますか。

香取 今から30年以上前に当時の厚
生省医務局が家庭医構想を打ち出し
て、「家庭医ではなく、かかりつけ医」
と主張していた日本医師会と意見が

対立しました。私の理解では、家庭
医と言おうが、かかりつけ医と言お
うが、あまり違う内容ではなかった
と思います。要は、医者と患者の関
わり方について行政主導で制度を設
計するという行為自体が反対され、

医療の専門性やプロフェッショナ
ル・フリーダムなどを尊重しないで、
行政が統制しようとしていると見な
されて、議論が破綻したのだと記憶
しています。当時の資料を見ると、
お互いにそれほど違う意見を主張し
ていません。

こうした経緯を振り返って「昔こ
んな議論がありました」と言及する
ことは、あまり生産的ではありません。
ん。しかも当時と今では全く状況が
違います。コロナは偶発的な事象で
すが、それ以前に高齢化で疾病構造
が変化して、医療の社会的役割が大
きく変わりました。今は入院患者の

7割は65歳以上、5割は75歳以上で
す。死因はガンと循環器系の疾患が
圧倒的に多く、原疾患は糖尿病や高
血圧などの慢性疾患なので、昔のよ
うに投薬だけで治すとか、手術だけ
で治すのではなく、いわば病氣と共
存して生きる人たちを支えるのが医
療の役割です。社会保障改革国民会
議も「治す医療」から「治し、支え
る医療」への転換を提言しました。

介護保険制度では地域包括ケア
という概念が継承されています。要
は医療だけでは患者を支えられな
いので、医療と介護と生活支援に
様々なサービスを組み合わせなが
ら、できるだけ最期までその人らし
く生きられるように伴走する。昔か
ら介護の世界では、そう言われてき
ましたが、今では医療も同じように
役割が変わってきています。介護保
険制度を創設した頃は、医療と介護
はどちらがどちらの包含関係にあ
るのかとか、どちらが上位概念なの
かという議論もありました。しか
し今や現場レベルでは、医療と介
護は一体的に提供されなければなら
りません。それを全体で取り仕切つ
たり、コーディネートすることが求
められているわけです。介護の側
には様々なサービスを束ねてコン

医療だけではなく

生活をコーディネート

■ご経歴と未来研究所臥龍の概要を
教えてくださいませんか。

香取 1980年に厚生省（現・厚
生労働省）に入省しました。高齢者
介護対策本部事務局次長、老健局振

て、月1回のペースでゲストをお招
きして、若い参加者も交えて、医療・
介護に限らず、国際経済、企業経営、
環境問題など幅広いテーマで議論を
重ねています。

■かかりつけ医に関する議論の歴史
的経過を振り返ると、1980年代

「かかりつけ医機能報告制度の創設による
機能の充実・強化がもたらす我が国の医療提供体制の将来」

シエルジュの役割を担うケアマネジャーという職種を創設しました。

■ケアマネジャーに相当する役割の担い手として期待されているのが、医療の側ではかかりつけ医でしょうか。

香取 医療や看護、生活支援など、その人の生活万般について責任をもってコーディネートする職種が必要で、かかりつけ医機能はそういう役割を担っていると思います。プライマリケアを行って、専門医との調整ができて、24時間対応できるのがかかりつけ医機能であると医療の世界で議論されていますが、今やかかりつけ医が担うのは医療だけではありません。

医療と介護を含めてトータルで、高齢者や病气とともに生きている人たちが最期までその人らしく生きられるように万般の調整をすること。そうした役割が求められています。

在宅医療を行っている先生方は当たり前前に思っていることです。在宅医療の先生方と話すとき、どうやって訪問看護を上手く使うとか、介護の人たちと連携して支えるとか、そういう話ばかりしていることが分かります。実態的にトータルなサービス

が求められる時代になって、現場の先生たちもそのベクトルで動いています。従って、かかりつけ医の議論をすることは、官僚統制とか、多受診をコントロールして医療費適正化を図るとか、そういう次元の話ではありません。現場のお医者さんたちも、医師会の人たちも皆さん分かっています。

**かかりつけ医機能の確立に
誰もが賛成している**

■コロナ禍では、かかりつけだと思っていた医療機関に「あなたはかかりつけの患者ではない」と言われ、受診を断られる例が多発しました。国民目線で、改めてかかりつけ医の役割や患者との信頼関係が問われたのではないのでしょうか。

香取 コロナに感染すれば原則として入院ですが、これだけ医療需要が爆発的に増えればオーバーフローするので、入院できない患者を在宅で支えていくときに、医療は何をやるべきかという問題に直面します。在宅患者の情報を一元的に把握して支えていくことが求められてきますが、これはコロナで顕在化した医療の弱点のひとつです。

思い返してみれば2013年に

日医と四病協は、かかりつけ医とかかりつけ医機能のあり方について提言を発表しました。これは医療界の統一見解で、かかりつけ医とはどういう存在で、かかりつけ医機能とは何を果たすべきなのか、そのために医療者が自己研鑽を積むことなどが書かれています。この内容に尽きていると思います。提言を踏まえて日医と各病院団体はかかりつけ医機能研修を実施していますが、提言や研修には誰も反対していません。

一方で、多受診や多剤投与の問題があります。日本はフリーアクセスなので医者を選べます。健保組合は「はしご受診はいけない」と主張しますが、はしご受診をしているのは患者であって、医者がはしご受診をさせているわけではありません。医者との間にきちんとした信頼関係がつけられれば、この問題は収まるどころに収まるはずですが、はしご受診をするのは不安だからで、いきなり救急車を呼ぶ心理と同じです。昼間に往診していれば、何かあったときに救急車をいきなり呼ばずに、主治医に連絡して対処するでしょう。かかりつけ医機能についてはこういう議論をしているので、

患者にとっても、健保組合にとっても、医者にとっても、誰にとってもプラスのはずです。利害対立があるとは思っていません。議論はまとまるでしょう。難しい課題ではないと思っています。

■開業医の中には「診察時間が終了したらオフタイムに入るので医師ではなくなる」という人も少なくありません。かかりつけ医のあり方を検討する上で、この実態をどう捉えればよいのでしょうか。

香取 かかりつけ医の議論は、お医者さんの能力や心構えはもちろん大事ですが、そこに本質があるのでありません。医療提供体制の中で、そのシステム全体が無駄なく機能するようにするために、どのように設計しなければならぬのかという問題です。病院の機能分化をさせる、連携させる、高次機能病院と地域密着型病院の役割分担を明確にして、地域密着型病院は開業医を支えて急性増悪に対応する。提言にはそう書かれています。地域医療構想では病院の機能分化の議論ばかりしていますが、コロナで在宅医療がしっかりしていないと病院がオーバーフローすることが分かり

ました。

地域医療構想を考えるのなら、在宅も含めて全体の絵柄を書く必要がありますが、一番のフロントラインに立っているのはかかりつけ医なので、ここをきちんと押さえないと全体の絵柄を書けません。

そう考えると、かかりつけ医機能を担う中小病院や診療所が医療提供体制全体の中で役割を果たせる条件を整備しなければなりません。医師の資質、医療機関の機能、システム全体の整備という3つのステージをきちんと機能させないと、いくら赤ひげ先生ががんばってもシステムとして機能しません。

もうひとつ、24時間対応や夜間対応について「ソロプラクティス（一人体制）の開業医は24時間寝るなど言うことか？」という意見も聞きますが、誰もそんなことは求めていません。患者に何かあったときに対応できるシステムを作れているかどうか。チームを組むのもよし、夜間専門の医療機関と連携するのもよし。ただ夜間専門と言っても救急隊と同じで、初対面の患者に「調子が悪い」と言われても、現在だとまず「あなたはどうなっていますか？」と身分の確認から始まるのでしょうか。

「お腹が痛い」と訴えられれば「あなたはどんな病気を持っているのか？昼間はどんな先生にかかっているのか？どんな薬を飲んでるのか？」と一から確認するわけじゃないですか。こんなやりとりは時間と金の無駄です。

かかりつけ医の役割は

中学校の担任に類似

■コロナ禍で夜間休日に救急往診をするクリニックが一気に台頭しました。単なる医療機関同士の連携ではなく、かかりつけ医が関与した上で、情報を共有できているかどうかが重要なポイントですね。

香取

かかりつけ医と情報連携していれば、かりに救急車で搬送されてもスムーズに診療に入れます。そういうゾーンディフェンスのある医療体制をつくるのが一番大事で、誰がクォーターバックを務めているのか、サッカーで言えば誰がボランチになっているか。それがかかりつけ医です。

例え話でご説明します。かかりつけ医は中学校の担任の先生だと思ってください。小学校は担任の先生が音楽と図工以外の全教科を教えますが、中学校では各教科を専門の先生

が教えます。担任の先生も専門科目を持っていきますが、生活指導もしますし、進路相談も受けます。保護者の相談にも応じますし、生徒が補導されれば警察署に行きます。最後は内申書を書きます。担任は生徒の学校生活万般に責任を持つわけで、かかりつけ医とはそういう役割だと思います。

基礎疾患を持つ患者には疾患ごとに主治医がいて、主治医は疾患の数だけいます。これに対して、かかりつけ医は病気になる前から見ていて、その人の生活万般・健康万般を知っている人です。患者の側は「自分は元気だから、かかりつけ医は要らない」「元気だけどこかあったときに診てほしい」など様々ですが、かかりつけ医を持ちたい人が持てるように、どうマッチングするかというのが議論の本筋です。

■かかりつけ医の議論では登録制や報告制の提言も出ました。どうご覧になっていますか。

香取

経済界は「医者自身がかかりつけ医と名乗ればかかりつけ医なのか？そうではないだろう」と疑問を述べましたが、医療界はそんな主張をしていません。日医の松本吉

郎会長は記者会見で「かかりつけ医は患者が選ぶもので、それは患者の権利だ。我々は患者に選ばれる信頼のある医師になるために自己研鑽をする」と明言しました。まさにおっしゃる通りです。大事なことは医療界がかかりつけ医をきちんと養成することと、患者が選べることです。

これは、制度でつくる体制ではないと思います。例えば多くの保護者は子供を受診させる小児科医を決めています。治らなければ他の小児科医に切り替えるでしょう。他の保護者からも小児科医の情報を集めて、どこかに決めるわけです。これを登録制で割り振ることはあり得ない考え方で、私は反対です。患者も反対でしょう。当たり前です。

一方、日本のフリーアクセス制はある意味で無責任な制度で、患者が素人判断でファーストコンタクトの診療科を決めているのです。例えば背中が痛い場合、いろいろな診療科を廻って初めて心臓疾患という診断がつくこともあります。ところが、その人のバイタルデータや服薬状況などを日常的に把握している医者ならば、普段と違う

「かかりつけ医機能報告制度の創設による
機能の充実・強化がもたらす我が国の医療提供体制の将来」

症状が出たときに問診や触診でリスクや治療の可能性が分かります。かかりつけ医を機能させるに、情報の一元化や連携ができていなければなりません。

従って、この議論はかかりつけ医の制度化ではなく、かかりつけ医を機能させるための条件整備システムづくりです。かかりつけ医を制度化して法律に書いても、現場で機能するわけではありません。かかりつけ医に求められるのは診療能力だけではなく、療養の給付が始まる前のコミットメントです。

患者を守る魅力と報酬

絵を書いて地域医療を守る

■かかりつけ医機能は行政がつくる要素と医療界がつくる要素に分かれるのでしょうか。

香取 かかりつけ医機能を現場に実装するには合意形成が重要ですが、そんなに問題にならないかと思っています。実装化のステージは3つあります。一つ目は医師本人のかかりつけ医としての資質・能力問題、二つ目は病院や診療所が地域の中できちんと役割を果たすこと、急性増悪が起きたときに後方の病院にきちんと送り、後方の病院は診

療を終えたら地域に帰すとかいったことです。三つ目は医療提供体制全体の中にかかりつけ医機能をきちんと位置付ける条件整備です。24時間カバーできるかどうかとか、連携するためには患者の診療情報共有される体制をつくらなければなりません。この体制をつくることこそ仕組みの話、つまりは行政の仕事です。

今は患者が「あそこの病院に行きなさい」と言われ、診療情報提供書を受け取って持参していますが、「あそこの先生のところに行きなさい」と言われるのはまだ良いほうです。「診療情報提供書を渡すから自分で専門医を探しなさい」と言い放つ医者もいます。それでは病診連携や病病連携が機能しません。さらに在宅で診るためには訪問看護や介護とのネットワークが必要です。在宅でがんばっている先生は、良いケアマネを知っていて、良い訪問看護とのネットワークを持っていて、行政とも連携しています。地域でネットワークを築いている先生はコロナでもかなりふんばれました。

■審議会における課題の設定と議論の仕方に問題があるような印象を受

けます。

香取 かかりつけ医はどういう役割を果たすべきかが決まらないという、診療報酬を定額払いにするとか、登録制にするとか、どうしてそんなことが決められるのですか？ かかりつけ医の仕事は保険医の仕事よりもはるかに幅が広く、療養の給付にならない仕事もたくさんあります。健康相談は診療ではありませんが、健康相談もかかりつけ医の仕事とするならば、かかりつけ医の仕事は全て診療報酬でカバーできますか？

かかりつけ医について、今は高齢者を念頭に議論が進んでいます。健康組合は「現役世代である加入者の日頃の健康管理を担ってくれる医者が欲しい」と要望しています。産業医をかかりつけ医に活用できないかという意見もあります。健保組合の立場からすればその通りですし、本来のかかりつけ医機能のあり方からすれば正しい問題意識です。

■かかりつけ医の議論は医療機関経営にインパクトを及ぼしそうですか。ご見解はいかがでしょうか。

香取 インパクトはあると思います

す。昨日、ある医師会の会合があったのですが、開業医の高齢化が話題になって「最近は地域医療を担うために開業する人が少なく、美容整形など自由診療の人が多い。これでは地域の患者を診る医者がいなくなってしまう」という実態を聞きましました。地方では開業医の数も減少しています。地域での開業が専門職として魅力がある上に、経営的にも魅力があるという絵が書いていなければなりません。

フロントラインで患者に関わるという医療の原点に意味を持たせて、きちんとした評価を付ける。この組み立てをしてメッセージを出して地域の医療ニーズを受け止める体制をつくるのが、地域医療を守っていくことだと思います。それが今回の議論の意味合いで、もちろん最終的には報酬、というか費用保障の議論になると思いますが、これは診療報酬を包括払いにするかどうかではなく、地域を守るネットワークにどう報酬を付けるかという問題です。診療報酬でどこまでやる(できる)のか、診療報酬体系の見直しとともに、診療報酬以外の対応も含めて議論することが必要です。

失われた40年を取り戻す時期 患者との対等性、報告の質保証 幅広い対象者が課題に

国民が平時より自分自身の健康管理を一任できる「かかりつけ医」の制度化に関する議論が行われている。これからの「かかりつけ医」はどうあるべきか。室蘭市内で20年近くにわたり、家庭医として地域医療に携わり、「かかりつけ総合医制度」を提言している草場鉄周氏に聞いた。

■草場先生のご経歴を教えてください。

草場 福岡県福岡市に生まれ、1993年に京都大学医学部に入學し、99年に卒業しました。その後、医療法人社団日鋼記念病院で初期臨床研修、北海道家庭医療学センターで家庭医療専門研修を受け、2003年

一般社団法人
日本プライマリ・ケア連合学会
理事長



草場 鉄周 氏
Kusaba Teshu

た当時と、現在の「かかりつけ医」を巡る議論を振り返り、医療を取り巻く情勢はどのように変わったと認識されていますか。

草場 80年代前半に旧厚生省が「家庭医構想」を打ち出し、プライマリ・ケアを専門的に提供する医師の養成を検討する動きがありました。しかし、家庭医は人頭払いと結びつき、医師の自由裁量権を抑制し、国が統制するものであるとの強い反発があり、家庭医構想はたち消えなくなりました。

家庭医構想が浮上した当時は、高齢化率もそれほど高くなかったはずですが、間違いなく到来する高齢化に向けて、多くの病気を抱える方々の医療を包括的に診るという役割は非常に重要視され、当時議論にあがったと理解しています。その議論の的になっていたのは、かかりつけ医ではなく、家庭医でした。家庭医という一つの専門性を持つ医師の位置づけに関して議論していたのです。

その後、かかりつけ医という表現が使われ始めました。かかりつけ医という言葉自体は、学術的、法律的な定義がなく、誰でも名乗れます。患者さんから見れば、眼科のかかりつけ医も、皮膚科のかかりつけ医もいるわけです。家庭医という世界共通の定義がかかりつけ医という曖昧なものにすり替えら

れてしまったのが、非常に残念でした。今回のコロナ禍で、この曖昧さがあらわになったと認識しています。80年代の議論は、非常にすばらしい内容で、今にも通じます。これが当時実現していたら、今回のコロナ禍での医療の対応は変わっていたでしょう。今ようやく、この失われた40年を取り戻す時期が来たかと捉えています。

■今回の議論でのかかりつけ医機能の定義について、どのように受け止めていらっしゃいますか。

草場 正直、違和感があります。ほとんどの医師が、これだったらできるかなと思えるレベルの内容にとどまっている印象が強いです。風邪や頭痛、高血圧、糖尿病などよくある疾患や健康問題に関して、しっかりと診療を提供していくという大前提が抜けてしまっています。この定義では現在の医療のあり方をそのまま追認するだけに過ぎません。

■草場先生は「かかりつけ総合医制度」の創設を提唱されていますが、今回の意見のとりまとめをどのよう

に評価されていますか。

草場 大きく3つの問題点があると思います。一つは、かかりつけ医と患者の関係性が曖昧で対等ではないところ

「かかりつけ医機能報告制度の創設による
機能の充実・強化がもたらす我が国の医療提供体制の将来」

があります。医師が一方的に患者さんを認定するような形になっています。「医療機関が書面交付」という部分も、その書面が患者に何を担保しているのかが分かりません。私が考えていたのは、患者さんに医師を選択する権利があり、医師がその依頼を受けて責任を持つて応じるという対等な関係を共通認識とする枠組みです。書面は道具に過ぎません。

二つ目は、かかりつけ医機能報告制度の創設により、医療機関が都道府県に報告する機能に対する質の保証がないことです。報告した内容の裏付けがなければ、患者さんも安心して医療機関を選べないのではないでしょうか。報告内容の質を保証するための第三者機関による評価あるいは認定が必要だと思います。報告の内容は、政府の全世代型社会保障構築会議で慶応大学商学部の権丈善一教授が提示していた「かかりつけ医機能合意制度」の条件が、私が「かかりつけ総合医制度」で掲げている内容と近いと思います。

三つ目は、書面の交付を受ける対象の患者さんが、主に慢性疾患の方となっております。普段は健康で発熱や咳などで身体の具合が悪い時に受診したい方、あるいは、慢性疾患はないが健康相談や健康診断、更にワクチン接種などを望んでいるような方は対象になっていません。

まさにコロナ禍で一番問題になったことですが、患者さんがかかりつけ医だと思つて受診したにもかかわらず、受診を断られたという非常にショックな出来事に対して、今回の制度は応えられていません。このかかりつけ医機能の報告制度が動き出したとしても、患者さんがかかりつけ医を安心して見つけられ、満足できる医療を受けられるような環境へと変化していく展開は全く想像できません。現場の肌感覚としては、ほぼゼロ回答に近いと受け止めています。

■2023年以降、具体的な制度設計がスタートします。草場先生は、かかりつけ総合医の普及・定着に向けて、リトレーニングによるかかりつけ医機能の向上や、定額包括払いも組み入れた診療報酬の見直しなどを提言されています。

草場 かかりつけ医機能の報告制度では、リトレーニングに関する動機付けになりません。やはり、リトレーニングを受けた人がかかりつけ医として第三者が認定していくという枠組みを作っていくべきです。そうした枠組みと連動して、現在提供されているかかりつけ医向けの研修も、より実質的な内容にブラッシュアップされる必要があると思っています。

診療報酬に関しては、現行の地域包

括診療料、地域包括診療加算は患者さんの自己負担の費用が重く、それを理由に患者が断るケースも少なくないです。かかりつけ医に関しては、患者に大きな自己負担を強いるような診療報酬による優遇はうまく機能しないと考えています。かかりつけ医による総合的な健康管理に対しては出来高払いではなく、かかりつけ医を選び、その関係に合意した住民の数に応じて一定の診療報酬が支払われる、いわゆる人头払いを組み込み、従来の出来高払いとのハイブリッドで運用していくことを検討していただきたいです。それにより、普段から提供する健康サポートへの対価が組み込まれた報酬の枠組みが理想的です。

■かかりつけ医機能が発揮される制度整備により、我が国の医療提供体制はどのように変わると予測されますか。

草場 今回の内容では、現行の医療提供体制にまで影響を及ぼすような印象は持てないというのが正直なところです。現在の医療提供体制は、どうしても臓器・疾患別でフラグメンテーション(断片化)されている状態です。かかりつけ医が住民の抱える健康問題の7、8割をカバーしながら、その人の全体を診ていく仕組みができれば、国民

にとって快適な医療提供体制が生まれます。その意味でも、医療機関側がかかりつけ医機能を高めていこうという方向にドライブがかかる制度にしていかなければいけません。国民にもコロナ禍でどういった問題があったか、どういった医療を受けたか、かかりつけ医に望むことなど、声をもっと上げていただきたいと思います。今回は国民目線の議論は乏しかった印象です。

■今後、かかりつけ医が普及・定着していくためには、どのような課題がありますか。

草場 かかりつけ医は、コロナ禍だけではなく、平時からの課題です。今はようやく皆がこの問題の重要性に気づき、議論の出発点に立ったところでしょう。現状では、かかりつけ医機能とは何なのか、またその機能を果たす医師をどう養成するべきかなど、解決されていない課題が山積みです。国民が確かな能力を持つかかりつけ医を容易に選び、安心して受診できるようにするためには、関係している組織が汗をかきながら、かかりつけ医機能を持つ医療機関あるいは医師をサポートし、こうした課題をより深く検討すべきです。その意味でも、かかりつけ医に関する議論はこれで決着ではない、終わらせてはいけないことだと強く求めていきたいです。

自由開業かフリーアクセスか 今後迫られる選択の道 研修制度の認定・公表も

「地域包括ケアシステムの構築」「地域医療構想の実現」「かかりつけ医機能の充実・強化」は三位一体。こう唱える鈴木邦彦氏は、かかりつけ医機能を巡る議論について「一歩前進」と評価する。今後、自由開業医制かフリーアクセスかを選択する時期が来ることも投げかける。

■鈴木先生のご経歴を教えてください。

鈴木 1980年に秋田大学医学部を卒業し、仙台市立病院、東北大学医学部第三内科、国立水戸病院を経て、96年に志村大宮病院院長、98年に医療法人博仁会理事長に就任しました。2010年から18年まで日本

日本医師会医療政策会議
かかりつけ医ワーキンググループ 座長
「これからのかかりつけ医のあり方を考える会」
かかりつけ医療機能部会 副部会長
一般社団法人
日本在宅療養支援病院連絡協議会 会長
茨城県医師会 会長



鈴木 邦彦 氏

Suzuki Kunihiko

医師会常任理事を務め、現在、茨城県医師会会長、日本医療法人協会副会長、日本在宅療養支援病院連絡協議会会長のほか、日医医療政策会議かかりつけ医ワーキンググループ座長、「これからのかかりつけ医のあり方を考える会」のかかりつけ医機能部会の副部会長を担っています。政府関係では09年～15年まで3期6年にわたり中央社会保険医療協議会委員を務めたほか、社会保障審議会介護給付費分科会臨時委員を担いました。

■鈴木先生は、2008年より12年にわたり、諸外国における医療制度の実態調査のため、世界各国を訪

されていますが、各国の医療事情をどのように受け止めていますか。

鈴木 いずれ日本でも家庭医に関する議論が行われる時期が来ると予測し、日本と同じ社会保険方式のドイツ、フランスと、当時対GDP（国内総生産）比での保健医療支出が日本と同程度だったイギリスを見れば、日本の参考になるのではないかと思います。民間病院の経営者の有志や学者と訪問調査を開始しました。またコロナ禍での医療事情なども含めて、今も現地のコーディネーターの方から最新情報を入手しています。

各国のかかりつけ医（家庭医）の状況を比べると、日本は「フリーアクセス」「自由開業医制」「自由標榜制」が特徴とされていますが、例えばイギリスはこれら全ての仕組みがなく、今は待ち時間の長さが問題となっています。患者は救急外来で延々と待たされているということです。国民にとって自分が病気でない時に予約をとってGP（General Practitioner）に相談する仕組みはいいのですが、いざ体調が悪くなった時にGPが上手く機能していないということになります。

ドイツは、フリーアクセスですが、自由開業医制、自由標榜制ではありません。公的保険医は、保険医協会

に全員加入しています。保険医協会には、日本という医師会と診療報酬支払基金を一緒にしたようなところがあります。保険医協会が、家庭医を含めて医師の計画配置を行っています。例えば、消化器内科専門医がベルリン州で開業しようとしてもその枠がなく、家庭医で枠が空いていれば、総合診療に対する診療報酬を適用するというところで、広義の家庭医として開業できます。日本という総合診療専門医のような狭義の家庭医は少ないですが、広義の家庭医は人口1700人に1人程度の割合で、全国に満遍なく存在しています。コロナ対応でも、家庭医の90%が対応し、産婦人科医は15%、内科医と眼科医はそれぞれ10%が対応したということです。コロナ禍で、家庭医がしっかりと機能したのは、保険医協会が計画配置を行い、保険医協会に強い決定力と実行力があるからです。

フランスは、自由開業医制ですが、フリーアクセス、自由標榜制ではありません。05年から緩やかな家庭医制度を施行しています。16歳以上の国民に家庭医を登録することが義務付けられており、国民の8割が一般医を選択しています。ただ自由開業医制のため、首都のパリ周辺や、気

「かかりつけ医機能報告制度の創設による
機能の充実・強化がもたらす我が国の医療提供体制の将来」

候が温暖で富裕層の多いコート・ダジュール（地中海沿岸）に開業医が多く、中央の高原部や寒冷な北部に少ないという実態があり、家庭医難民が500万人程度います。フランスの人口約6800万人のうち、16歳以上に絞ると、10%近い国民が家庭医を選びたくても選べないということになっています。

これまでの海外訪問調査から言えることは、理想的な医療制度の国はないということ。そしてどこかの国がいいからといって、その国の制度をそのまま取り入れようとしても、上手くいくものではありません。一世紀以上にわたる日本型のスタイルがあり、それに沿った形でなければ上手く機能しません。

■今回の「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」に関する意見の取りまとめに関して、どのように評価されていますか。

鈴木 医療提供体制のあり方については、13年8月6日に公表された社会保障と税の一体改革の道筋を示した社会保障制度改革国民会議の報告書を受け、2日後の8月8日に「医療提供体制のあり方―日医・四病院団体協議会合同宣言―」を発表し

ました。その中で、かかりつけ医機能の充実・強化と地域包括ケアシステムを支える中小病院・有床診療所の必要性を訴えています。

超高齢社会を支える医療提供体制の構築に向けて、「地域包括ケアシステムの構築」と「地域医療構想の実現」及び「かかりつけ医機能の充実・強化」は三位一体と捉えています。この考え方は、ずっと一貫しています。ですからかかりつけ医機能だけを議論しても、超高齢社会に役立つ仕組みにはなりません。それでも今回のかかりつけ医機能を巡る議論は、一歩前進だと思えます。まず実施して、さらに議論を進めてより良いものにしていくことだと思えます。

■今後のかかりつけ医機能のあり方、その担い手をどのように考えていますか。

鈴木 個人的な考え方になります。地域包括ケアシステムを担う医療機関をかかりつけ医機能を有する有床診療所、診療所にはこれまで通り患者はフリーアクセスで受診できるのがいいのではないのでしょうか。一方、大病院、とりわけ特定機能病院はフリーアクセスではなく、かかりつけ医

機能を有する医療機関からの紹介を受けることで受診できるようにするのがいいと思います。

かかりつけ医機能の担い手としては、地域密着型中小病院（在宅療養支援病院）、在宅療養支援診療所（有床・無床）、グループプラクティス診療所、ソロプラクティス診療所グループがあると思います。ソロプラクティス診療所は、地域密着型中小病院とグループを組むこともあり得るでしょう。日医の示す「地域における面としてのかかりつけ医機能」とは、こうした担い手がグループで対応することも含まれていると思います。

■かかりつけ医機能の具体的な制度設計が始まります。日医医療政策会議がかかりつけ医WGでは、どのような議論を進めることになるのでしょうか。

鈴木 現行の「日医かかりつけ医機能研修制度」の見直しに向けた議論を進めます。制度発足当初は、全ての都道府県医師会による研修制度の実施を最優先に考えたため、ハードルを低く設定しましたが、さらに研修の中身を充実させて、より多くの医師に研修制度を受講していただきたいです。

研修制度の受講については、今後のかかりつけ医機能を担う医療機関として「手挙げ」する際の要件の一つとする必要があるのではないかと考えています。大病院の場合、全ての医師が受講するのはなかなか難しいと思うので、まずは一人でも受講して院内研修をすれば要件を満たすなど医療機関単位での柔軟な対応が考えられます。研修制度の見直しを議論する中で、日医の認定とし、認定医を公表する仕組みも提案していきたいです。

■2040年の地域共生社会の実現に向けて、将来の医療提供体制をどう描いていますか。

鈴木 医師会としては、自由開業医制とフリーアクセスのどちらを優先するかという選択を迫られる時期が来るのではないのでしょうか。私はかかりつけ医の制度化ではなく、ドイツの計画配置のようにきめ細かくしなくていいと思いますが、一定の地域割が必要になってくるのではないかと考えています。かかりつけ医機能を充実・強化し、どの地域にもかかりつけ医機能を有する医療機関が存在して、従来のフリーアクセスを維持したまま、選びたい人が選べるような仕組みにする必要があると考えています。

医療は介護があって成り立つ 病院とかかりつけの外来分担 看護師含めた「生活」の視点

超高齢社会に直面する今、要介護の認定年齢も上がり、要介護状態が長く続く「生老病介介死」の時代を迎えている。現在の医療は介護があって初めて成り立ち、患者の「病気を診る」世界から「生活を看る」世界へと変わったと語る新田國夫氏に、かかりつけ医機能はどうあるべきかを聞いた。

日本在宅ケアアライアンス 理事長
一般社団法人 全国在宅療養支援医協会
会長

新田 國夫 氏

Nitta Kunio



所リハビリテーション（ふれあい倶楽部）、2000年には居宅介護支援事業所を開所しました。現在、一般社団法人全国在宅療養支援医協会会長、臨床倫理学会理事長、日本在宅ケアアライアンス理事長を務めています。

■新田先生のご経歴を教えてください。
新田 1967年に早稲田大学第一商

学部、79年に帝京大学医学部を卒業し、同医学部付属病院第一外科に入局、83年に新行徳病院外科部長を経て、90年に医療法人社団つくし会新田クリニックを開院しました。その後、98年に通

■新田先生が東京都国立市に「新田クリニック」を開業された当時と、医療を取り巻く環境はどのように変化していますか。

新田 当院は、地域医療の担い手として開業しました。当時、地域で在宅医療を提供する医師はほとんどいませんでした。がんや脳卒中などの患者が行き場のない中に、地域に戻り、家族

が自宅で世話をしている時代でした。そういう状況下で、在宅訪問診療を始め、これまで30年以上にわたり地域医療に携わってきました。2000年4月には介護保険制度がスタートし、現在デイサービスセンター、グループホーム、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、看護小規模多機能型居宅介護などを運営しています。

介護保険制度の創設時は、要介護1の認定者で最も多いのは80歳ぐらいでしたが、現在は85歳になっています。この5歳の開きは非常に大きく、要介護になる人の年齢が上がっています。また、日本国内の総死亡者数に占める85歳以上の人の割合が半数以上になります。以前は「生老病死」と言われていましたが、今は「生老病介介死」と要介護状態が長く続いているわけです。まさに超高齢社会に突入しています。

こうした時代の中で、外来の患者も高齢化しています。高齢の患者は、認知症を患い、慢性疾患もあり、骨粗しょう症もあるというように、複数の疾患を抱えているケースが多いです。膝が痛いから整形外科で、高血圧だから循環器内科でというような疾患ごとに分けて診ることはもはや不可能であり、総合的に診ることが必要です。

もう一つは、65歳以上を高齢者として一括りで捉えるべきではありません。65～75歳の高齢者は元気で、疾患数も多くないでしょう。高齢になればなるほど、複数の疾患を患い、特別ながんや心筋梗塞の患者も増えます。特に85歳以上の超高齢者の場合、「病気を診る」世界から「生活を看る」世界へと変わります。生活とは、患者の暮らし、生きがいを支えることです。超高齢社会に直面する中で、医療も変わっていかねばなりません。

■新田先生は、超高齢社会に必要な「かかりつけ医機能」を議論すべきだと主張されていますが、これまでの「かかりつけ医機能」を巡る議論をどのように受け止めていますか。

新田 1990年から診療所ルネッサンスと考え、その基本は外来と在宅医療、地域づくりと考えてきました。厚生労働省の社会保障審議会医療部会が22年12月28日に取りまとめた「医療提供体制の改革に関する意見」を見ると、これまでの考えが国レベルに到達したと感じざるを得ません。しかしながら、これまで基本的な病院の位置付けを中心とした医療のあり方として、病院の入院機能、外来機能を地域医療構想に落とし込み、全国の都

「かかりつけ医機能報告制度の創設による
機能の充実・強化がもたらす我が国の医療提供体制の将来」

道府県で行われましたが、良い結果を出しているとは思えません。病態予測や生活の変化などからの「動機付け」を、病院医師や看護師が行うことは大変難しいものがあります。なぜならば、多様な疾患を併せ持ち、認知症を併発した高齢者を理解する必要がある、病気を診断したとしても次なる医療介護生活を含めての手段を選択することができません。現在の医療は、介護があつて初めて成り立つものです。一方いわゆるかかりつけ医の方も、どこまで理解できているか疑わしいものがあります。従来の既存の医療体制秩序と超高齢時代にふさわしい新医療体制への転換への対立が今回のかかりつけ医を巡る議論の本質です。

■かかりつけ医機能のあり方について、どうあるべきと考えていますか。

新田 今回、医療部会が取りまとめた報告書の中に「治す医療」を担う医療機関と「治し、支える医療」を担う医療機関の役割分担を明確化すると記載されていますが、これは重要な文脈で役割分担を明文化するのは入院医療、在宅医療の分担だけでなく、外来機能についても病院の専門臓器外来とかかりつけ医の総合医療外来の分担があるべきです。さらに、か

かりつけ医の外来に付加すべきものは社会的処方も含めた生活機能外来が必要で、なぜならば、かかりつけ医機能の制度化論は、患者中心のかかりつけ医機能になっていることから、高齢者の全人的医療としてのかかりつけ医が求められ、そのための研修が必要です。かかりつけ医が在宅医療を行うことにより、座学の研修よりも、さらにかかりつけ医機能の充実・強化となり、そのものが研修になるからです。

また、日本医師会・四病院団体協議会が13年8月に公表した合同提言に記載された「かかりつけ医の定義」は、支える医療の本質が見えていない気がします。やはり患者を中心とした発想で、生活者ではないのです。病院完結型から地域完結型、地域包括ケアシステムの確立のための医療提供体制には、かかりつけ医機能がさらなる進化を図り、そしてこの議論が病気を診るのではなく、支える医療の本質を考えていく議論になることを期待します。

■超高齢社会の中で、かかりつけ医機能を発揮するための体制はどうあるべきでしょうか。

新田 まず在宅医療の提供は必須だと思えます。かかりつけ医機能を有する医療機関として手挙げしたところに

は、一人でも二人でも在宅の患者を受け持っていたいただきたいです。24時間体制も一人、二人なら対応できると思えます。そうしないと、在宅医療の提供体制の基本が構築できません。

超高齢者の「生活」を支えるのは、かかりつけ医の能力ではなく、診療所中小病院の能力になります。介護との連携も、かかりつけ医が一人で担うわけではありません。かかりつけ医機能は、介護の役割が重要です。看護師が患者の「生活」をより把握しています。患者の入院退院の連絡や、ほかの診療所や医療機関との連携を図る上で、看護師は重要な役割を担っています。看護師が入ることによって、本当に必要な体制整備ができあがると思えます。超高齢者の生活を看るとともに、小児のかかりつけ医機能が必要だと考えています。

■かかりつけ医の研修については、どのようにお考えですか。

新田 日本医師会は16年度より「日医かかりつけ医機能研修制度」を実施していますが、今後、日医の認定になつていかなければならないと思えます。あるいは第三者の認定制度でもいいです。認定制になれば、どうい

す。そうすると、研修内容をさらに充実させていくことにもなると思えます。日本プライマリ・ケア連合学会の家庭医療専門研修制度や、日本専門医機構の総合診療専門医制度の研修も含めて、かかりつけ医機能研修の必須事項をどこかで一本化していくことになつていくのだろうと思えます。

■かかりつけ医機能の充実・強化にあたり、地域における在支診の位置付けは大きいと考えていますが、どのような役割を果たしてきますか。

新田 在支診では、在宅医療を担う医師の質の向上を求めています。それは、看取りまで対応することです。患者の暮らし、生きがいを大切に、生活を支えるということです。その結果として看取りがあるということです。

地域の中で在宅医療を提供していない、かかりつけ医も多いです。当院では「チーム国立（くにたち）」という名で月1回、地域の医師や訪問看護師と勉強会を開いています。そこに行政も参加していただいています。在支診の医師が中心となり、各地域で症例検討の勉強会を開き、地域のかかりつけ医が一人でも二人でも在宅の患者を受け持っていただけのような役割も果たしていきたいです。

将来の建設的議論への第一歩 幅広な対応「グループ診療」も 包括・出来高・NW含む報酬

「かかりつけ医を手挙げ方式ではあるけれども公的なものにしようという今回の改定は、将来の建設的な議論のための第一歩だ」。これまでDPCの開発や地域医療構想における機能別病床数の推計をはじめ、医療介護のビッグデータを用いた政策評価など国の政策立案に関わる研究を手掛ける松田氏は、今回のかかりつけ医機能を巡る議論について、こう評価する。今後始まる具体的な制度設計や診療報酬体系はどうあるべきかを聞いた。

産業医科大学 医学部
公衆衛生学 教授

松田 晋哉 氏

Matsuda Shinya



■かかりつけ医機能のあり方について、歴史的経過や諸外国の事情を含め、どのように捉えていますか。

松田 まず現状をきちんと客観的にみておくことが議論の出発点として重要です。私たちは今、医療のかかり方についてレセプトを用いた分析を

行っていますが、その結果をみると、かかりつけの医療機関が必要な患者のほとんどは、継続してその医療機関を受診しています。高齢者、小児、難病を持つ患者さんたちです。ただし、都市部のように専門診療科の診療所が多いところでは、傷病に応じて、高齢者はそれぞれのかかりつけの医療機関を受診しています。フリーアクセスに慣れている日本の患者はこうした診療科別のかかりつけ医を持つことを支持していると思います。日本医師会も同じようにこのあり方を支持していると思いますが、こうした多科受診の存在を支払う側は問題視しているのではないのでしょうか。支払い

側はイギリスやオランダのように、まずかかりつけ医が診察をし、必要に応じて他の専門医に紹介を行うというゲートキーピング機能を求めているのだと思います。そして、ゲートキーピング機能を持つために、かかりつけ医は総合診療機能を持つべきだというロジックになります。ここに診療側と支払い側の対立があります。そして、ここにかかりつけ医機能の診療報酬上の評価の問題が絡んで、さらに議論は複雑化します。

他方で医療資源の少ない地方では、実質的にかかりつけ医の仕組みができています。ただし、こうしたかかりつけ医に対しては多様な疾患に対応できる能力が求められます。ここで論点が都会とは変わってきます。すなわちこうした地域ではかかりつけ医としての総合医あるいはプライマリケア医が必要だという論調が強くなります。この点については診療側も支払い側も同じ意見で、両者の間で大きな対立はありません。ただし、地方では医師が足りない上に高齢化が進み、医師の偏在問題の解消が、総合医の育成強化と合わせて要求されています。都会と地方ではかかりつけ医を巡る問題の構造が異なります。この点を踏まえて制度設計を行っていく

必要があります。

かかりつけ医制度については、2008年度の後期高齢者医療制度創設時に類似の仕組み「後期高齢者診療料」が導入されました。高齢者が複数の慢性疾患を抱えていることを踏まえたそれなりに合理的な仕組みでしたが、後期高齢者は自由に医療機関を選べないと強い反発があり、1年で廃止されました。かかりつけ医に関する施策を検討する上では、高齢者がそれを支持しなかったという事実を忘れてはならないでしょう。かかりつけ医とはどのようなものなのか、という具体像を明らかにして、国民に丁寧の説明することが、施策を進める上で不可欠です。

今回のCOVID-19の流行で、イギリスやフランス、ドイツではプライマリケアを担う地域の開業医の方々が大部分の軽症患者の診療を行いました。詳細については拙著（ネットワーキ化が医療危機を救う…検証・新型コロナウイルス感染症対応の国際比較、勁草書房2022）を参照していただければと思います。これらの国を比較すると、わが国のかかりつけ医機能やプライマリケア体制が弱かったことは確かであり、国民はそのことを批判しています。こうした批判に耳

「かかりつけ医機能報告制度の創設による
機能の充実・強化がもたらす我が国の医療提供体制の将来」

を傾け、医療界として地域のプライマリケア機能・かかりつけ医機能を充実させるための日本モデルについて、具体的に示すことが必要だと思えます。

ところで、かかりつけ医の資質として一般的に前提とされている総合診療機能については、日本の医師の育成のされ方についても押さえておくことが必要です。日本の医師は2年間の初期研修の後、何らかの専門医として後期研修に入ります。各専門領域に何人の医師が必要なのかということに関して、フランスやドイツでは基準があるのですが、わが国にはそのような基準がありません。診療科別の医師数の設定に関して、例えばフランスやイギリスでは医学部卒業生の半数近くが一般医になります。これらの国では卒業時点で、一般的に診療ができるようにトレーニングされています。日本もスチューデント・ドクターの制度が始まりますが、総合診療的な対応ができる医師を増やすためには、医学教育の改革が必要です。

日本の医師は専門診療科の選択に関して大きな自由が認められています。また、その専門診療科も諸外国に比較すると細分化の程度が大きいように思います。こうした専門医志向をすぐに変えることは難しいでしょう。

う。しかし、循環器内科の医師でも消化器内科の医師でも診療所を開業すれば、専門以外のコンディジェンスを広く診るようになります。

かかりつけ医の議論に関しては、以上のような歴史面も含めた日本の条件を踏まえて行うことが必要でしょう。

個人的には、個々の医師が専門診療科を持ちながらも、幅広くに患者対応ができる体制を如何につくるかが、当面は必要であると考えています。そのための鍵となるのは、まず第一はリカレント研修、医師の生涯教育で、この研修は座学中心のものではなく、日本プライマリ・ケア連合学会が行っているような実践的なものであるべきでしょう。第二は看護職や栄養士なども巻き込んだグループ診療的な枠組みを作ることができると考えられます。品川区医師会が今回のCOVID-19への対応として行ったオンラインでのグループ診療が参考になると思います。救急医療を行う病院を巻き込んで、そのようなネットワークができれば、実質的にグループ診療による総合医療の提供体制ができます。もちろん、こうしたネットワークに診療報酬をつけることが前提になります。個々の医師が専門診療科を持ちながら総合診療的な対応を行うことのメリットも考慮されるべきでしょう。

きでしょう。他の先進国では病院の日帰り入院で行う内視鏡検査などの専門診療が地域の診療所でもできる体制は、医療費の抑制に一定の効果を上げてはいるはずですが、この点に関する実証研究も私たちが行わなければならない課題だと考えています。

■今回の「かかりつけ医機能」の議論について、どのように評価されていますか。

松田 今後本格化する高度高齢社会における医療提供体制を考えるための第一歩に過ぎないと思います。複数の傷病と医療介護生活の複合化したニーズを持つ高齢者は、総合的な対応を必要とします。そうした複雑なニーズに一人のかかりつけ医のみで対応することはできないでしょう。イギリスは複数の医療・看護・福祉職をネットワーク化して、プライマリケアのコミッションング機能を強化してきました。フランスやカナダも同様の流れの中で仕組みを変えてきています。こうしたネットワークキングスは、これらの国よりもさらに高齢化が進む日本でこそ必要でしょう。その意味でも、複雑なニーズを持った高齢患者に適切な対応をするための窓口としてのかかりつけ医を手挙げ方式ではあるけれど公的

なものにしようという今回の改定は、将来の建設的な議論のための第一歩だと考えています。

■かかりつけ医機能の制度設計に向けて、どのような課題がありますか。

また、診療報酬体系はどうあるべきとお考えでしょうか。

松田 医療者だけでなく、国民も含めて適切な合意形成を行っていくためには、情報の透明化が必要だろうと思います。まずは医療機能情報提供制度（医療情報ネット）を実効性のあるものにしていくこと。これが今回のCOVID-19の流行ではほとんど活用されませんでした。発熱外来の有無等の必要な情報がないことも原因かもしれません。かかりつけ医機能報告制度や医療機能情報提供制度で収集された情報をうまく活用することが必要でしょう。

診療報酬体系については、包括と出来高、そしてネットワークに対する支払いを組み合わせるものにすべきだろうと思います。ただ、診療報酬が医療提供体制の在り方を誘導する力があることを踏まえると、まずはどのようなかかりつけ医の体制が望ましいかを明確にし、それにふさわしい診療報酬制度にすべきでしょう。

全医療機関の経営に影響 かかりつけとの連携が鍵 地域でのハブ機能も期待

かかりつけ医機能の制度化は、全医療機関、介護事業所の経営にも大きく影響を及ぼすことになる。こう話す中林氏は、かかりつけ医機能を有する医療機関はさらに機能の質を高めるとともに、かかりつけ医機能を担わない医療機関も地域のかかりつけ医機能を有する医療機関と積極的に連携する必要性を強調する。

■これまでの「かかりつけ医」を巡る議論をどのように捉えていますか。

中林 財務省の財政制度等審議会が2022年5月25日に取りまとめた「歴史の転換点における財政運営」（春の建議）をみると、医療分野で求められる今後の取り組みとし

て「コロナ禍で露呈した問題に対応するためにも、地域医療構想の推進やかかりつけ医の制度化に取り組んでいかなければならない」などと明記され、ここでは「かかりつけ医の制度化」を求めています。また、かかりつけ医の認定、利用希望者によるかかりつけ医の事前登録の仕組みも盛り込まれ、文書の中に「かかりつけ医」の文言が随所に散りばめられていました。

しかし、財政審が同年11月29日に公表した23年度の「予算の編成等に関する建議」（秋の建議）には、「かかりつけ医機能を強化するための制度整備は不可避である」などと記載



株式会社 ASK 梓診療報酬研究所
所長

中林 梓 氏
Nakabayashi Azusa

され、「かかりつけ医の制度化」という文言は消え、「かかりつけ医機能」という表現に変わっているのがポイントです。

これまでの「かかりつけ医」を巡る議論を振り返ると、政府が同年6月7日に閣議決定した「経済財政運営と改革の基本方針2022」（骨太の方針2022）以後、政府の公的文书では「かかりつけ医機能」の表現に変わり、かかりつけ医の制度化ではなく、かかりつけ医機能の制度化へと風が変わったと読みとれます。また、かかりつけ医機能を有する対象も診療所だけでなく、病院にも広がっていると受け止めています。医療現場には未だに「かかりつけ医の制度化」の残像があるようですが、すでにイギリスのGP（General Practitioner）のようなかかりつけ医の登録制の議論は消えたことと認識しています。

■診療報酬上における「かかりつけ医機能」の評価の変遷についてはいかがでしょうか。

中林 診療報酬上で「かかりつけ医機能」が初めて評価されたのは、14年度改定になります。具体的には、地域包括診療料と地域包括診療加算

の創設です。これらの項目は、「主治医機能」の評価とされていますが、「かかりつけ医機能」と同義だと捉えています。地域包括診療料の対象施設は、診療所と許可病床200床未満の病院で、地域包括診療加算の対象は診療所です。14年度改定の創設時より、かかりつけ医機能を有する医療機関としては、診療所だけではなく、200床未満の病院も対象として位置付けています。

18年度改定においては、専門医療機関への受診の可否の判断等を含めた初診時における診療機能を評価する「機能強化加算」が新設されました。同加算は、かかりつけ医機能を担うための体制整備を評価しており、その施設基準として地域包括診療料、地域包括診療加算（以下、地域包括診療料・加算）などの届け出を行っていることが要件とされています。

このほか、小児かかりつけ診療料や、生活習慣病管理料、耳鼻咽喉科小児抗菌薬適正使用支援加算、アレルギー・性鼻炎免疫療法治療管理料、皮膚科特定疾患指導管理料、生活習慣病管理料、外来栄養食事指導料なども、かかりつけ医機能を評価する項目と言えるでしょう。診療科によらず患者さんを指導・管理するとい

「かかりつけ医機能報告制度の創設による
機能の充実・強化がもたらす我が国の医療提供体制の将来」

う項目が増えてきているという印象があります。

■今回の「かかりつけ医機能」を巡る議論は、24年度の診療報酬改定にどのように反映されると見通していますか。

中林 今回議論されている「かかりつけ医機能」の内容は、14年度改定で創設された地域包括診療料・加算につながっていると思います。先ほど触れましたが、地域包括診療料の算定は、診療所だけでなく、200床未満の病院も対象となります。今回の「かかりつけ医機能」の議論でも、診療所に限定せず、病院も対象になっています。また、かかりつけ医機能を有する医療機関には、休日・夜間の対応や在宅医療の提供などが求められる方向であり、現行の地域包括診療料・加算の要件がベースになっていると認識しています。

今後、かかりつけ医機能に関する詳細な設計の議論が始まりますが、24年度改定は財源的に非常に厳しいと思います。現行の診療報酬上でかかりつけ医機能を評価する項目として、地域包括診療料・加算、機能強化加算、小児かかりつけ診療料と大きく3つある中で、新たな項目を創設するというより、既存のものの条件

をもう少し緩和する、あるいはもっと厳しい条件で高い点数のものを作るかの二択ではないでしょうか。

例えば、第8次医療計画の中で「在宅医療の体制整備」に関して、機能強化型在宅療養支援診療所数、機能強化型在宅療養支援病院数が指標として取り上げられています。訪問看護では、機能強化型訪問看護ステーションが地域の中でのハブ機能を担っています。かかりつけ医機能でも、地域の中でハブ機能を担う医療機関を高く評価し、ほかのかかりつけ医機能を有する診療所や病院などとも連携を図り、地域のかかりつけ医機能をフォローしていくという「エリートかかりつけ医機能」を評価する仕組みも考えられるのではないのでしょうか。

■かかりつけ医機能の制度化により、医療機関の経営にはどのような影響を及ぼすと予測されますか。また、どのような準備を進めるべきでしょうか。

中林 かかりつけ医機能を有する医療機関としての自負があるのであれば、現行の地域包括診療料・加算、機能強化加算は算定していくべきでしょう。例えば、地域包括診療料・

加算におけるかかりつけ医機能に関する研修要件をクリアできず、届け出ができないのは非常にもったいないことです。今回の「かかりつけ医機能」の議論の中でも、医療機能情報提供

制度における情報提供の項目として「医療機関の医師がかかりつけ医機能に関して受講した研修」を記載する案が示されており、都道府県には研修の実施や研修先の斡旋を、国に対しては研修の標準的な基準の設定を求めています。地域包括診療料・加算の研修要件をクリアできない医療機関がある中で、今後、現場の医師がかかりつけ医機能に関する研修をどう捉えていくのが着目されます。

診療報酬上の評価がどのようになるのかは現時点で分かりませんが、かかりつけ医機能を有する医療機関の情報が公表されることのインパクトは非常に大きいと思います。かかりつけ医機能を担わない医療機関にとっても、今回の議論が全く無関係かという点、そうではありません。かかりつけ医機能を有する医療機関が、場合によっては専門の眼科や耳鼻科、大病院、介護事業所などを紹介するケースが想定されます。例えば、かかりつけ医機能を有する医療機関に頭痛がひどくて受診した患者

さんで、その医療機関で対応できないければ、脳外科の専門医療機関を紹介することになります。もし、かかりつけ医機能を担わない医療機関が、

かかりつけ医機能を有する医療機関と積極的なコンタクトをとり、連携関係を持つていけば、患者さんを紹介してもらうことで実患者数が増えることとなります。そのためにも、自施設が開業している地域でかかりつけ医機能を有する医療機関がどこかは絶対に抑えるべきです。かかりつけ医機能の制度化は、かかりつけ医機能を有する医療機関だけではなく、全ての医療機関と介護事業所の経営に影響が出てくると思います。

■かかりつけ医機能の普及に向けて、どのようなことを期待されますか。

中林 医療機関の経営者は、自施設がかかりつけ医機能の役割を担っていると自覚しているのであれば、かかりつけ医機能をもっと強化し、質をさらに高めていただきたいと思います。一方、かかりつけ医機能を担わない医療機関は、地域のかかりつけ医機能を有する医療機関と連携し、情報を共有していただきたいです。そして、国民のかかりつけ医機能に対する期待に応えることを願っています。