

# TMA近未来医療会議が かかりつけ医機能のあり方を提言

東京都医師会（尾崎治夫会長）は9月16日、TMA近未来医療会議の第2回シンポジウム「2040年に向けた地域医療提供体制―地域医療構想・地域包括ケア・かかりつけ医機能のあり方―」を開催した。同会議委員長の香取幸氏が、かかりつけ医機能のあり方などについて提言を発表した。

香取氏は、かかりつけ医機能は一人の医師や医療機関だけで担えるものではないと指摘。「医療機関相互の役割分担やネットワーク、地域病院によるバックアップなどにより、地域医療提供体制のなかでシステムとして作り上げていくという視点で考える必要がある」と述べた。



## かかりつけ医機能は 地域特性踏まえて議論を

「TMA近未来医療会議」とは、東京都医師会が昨年1月に設立した組織。ウイズ/ポストコロナ時代における医療提供体制の抜本的な改革と社会保障の理想像について、医師だけではなく学識経験者や有識者も交えて幅広く検討するために設立された。

同会議は「2040年に向けた医療供給体制と診療報酬体系の抜本的改革」を主要議題とし、次の4テーマに分けて検討を進めている。

- 【第1クール】国家財政と医療経済（超少子高齢社会の医療）
- 【第2クール】地域医療と医療介護連携（地域医療構想や地域包括ケアの再構築を視野に）
- 【第3クール】コロナ対策の評価

を踏まえた平時と有事の医療供給体制（第8次医療計画に向けて）

【第4クール】国民皆保険制度、医療保険制度の未来像（全世代型社会保障および後期高齢者医療制度の見直しも含む）

これらの検討を行い、社会保障の改革案を東京都や国へ提言することをめざしている。

今年4月15日に開催した第1回シンポジウムでは、第1クールの

座長を務める菅原琢磨・法政大学教授が、「近未来」の医療とそれを支える財政のあり方」に関する提言を発表した（本誌5月21日号参照）。

第2回シンポジウムでは、第2クールの論点を題材とした。尾崎治夫会長は、「地域医療と地域包括ケア、かかりつけ医のあり方」について、委員の先生方と議論を重ねてきた」と説明。



尾崎会長

「地域医療の推進」や「医師の働き方改革」、「かかりつけ医機能の評価」についてはさまざまな形で検討されているが、こうした課題は全国一律に論じられるものではなく、地域特性を踏まえて議論する必要がある。首都である東京特有の問題も踏まえて議論を深めるとともに、いま最も重要なテーマの一つであるかかりつけ医についても我々の考えをまとめた」と述べた。

シンポジウムでは、委員長の香取幸・上智大学教授が提言を発表した。その後、目々澤肇・東京都医師会理事をはじめとする4名のシンポジストによる発表が行われた。以下、提言と講演の要旨を掲載する。

## 香取氏の提言要旨

### 地域医療構想では診療所も含めた提供体制改革を

1 医療提供体制改革について  
コロナ禍は、民間資本中心で発展してきた日本の医療提供体制の構造的な弱点を露呈させた。自由開業医・自由診療制の下、独立採算の中小民間病院中心に発展してきたのが国では、設備投資や人的資源配置も個々の医療機関による判断で行われてきた。医療機関の機能が未分化で、相互に競争・競争関係にあることから、医療機関相互の連携・協働が行われにくい。他方で、フリーアクセスの医療保険制度の下で、患者の流れ（適時適切な医療需要の振り分け）を制度的にコントロールすることもできていない。

その結果、全体として見れば、地域医療圏全体での最適資源分配の視点がなく、機能が未分化のまま、非効率で「資源の薄まき」状態の余力のない医療提供体制が形成されている。供給（提供側）もコン



香取氏

トロールできず、需要（患者）も制御できない。今回のコロナ禍では、その脆弱さを露呈してしまった。

2040年の医療・介護を展望すれば、限られた人的・物的資源で必要な医療需要をカバーできるようにするために、提供体制の効率化・最適化は不可避である。疾病構造の変化（患者像・医療需要の変化）に合わせた病院の機能分化と連携、思い切った医療資源の再分配（選択と集中）、そしてかかりつけ医機能をはじめとする在宅医療・地域医療の強化・地域完結型医療への転換を進めておかなければ、再び医療崩壊の危機を招くことになる。

■在宅医療・地域医療の強化  
今回のコロナ禍では、在宅医療・

地域医療の弱さが病院への大きな負担になって、医療崩壊の危機を招いた。

在宅医療・地域医療が機能しなければ病院の負担は大きくなる。ゆえに地域医療構想においては、病院病床の機能分化・連携だけではなく、診療所も含めた地域医療全体の提供体制改革、すなわち地域完結型医療の構築を考えると必要である。

在宅医療・地域医療の強化が、全体の提供体制、資源利用の最適化につながる。

### ■超高齢社会における医療のあり方の変化

超高齢社会にあつては医療の目的が「治す医療」から「治し支える医療」へと変化し、生活を犠牲にしない医療が求められる。

病床に求められる機能も、「治す」に特化した高次機能を担う病床と、地域医療、在宅医療を診療所とともに担う「治し、支える」病床という、二つに分かれていく。高齢化や過疎化の進行などの社会経済環境の変化を考えれば、在宅医療の重要性はますます高まる。

オンライン診療などの非対面診療は、入院・外来・往診と並ぶ「第四の診療形態」として位置づけ、その普及定着を進めていく必要がある。

#### ■働き方改革

増大する医療ニーズを最小限の設備・マンパワーで、かつ民間医療機関中心に引き受けてきた歴史は、医師・医療スタッフの慢性的過重労働という問題も生じさせている。勤務医の長時間労働は常態化しており、医師の働き方改革が大きな問題になっている。

医療提供体制改革は、別の見方をすれば医療にかかると人的・物的資源の再配置・再分配ということでもある。限りある人的・物的資源の効率的な利用は、医師・看護師をはじめとする医療関係者の働き方改革にもつながる。

医療提供体制改革に当たっては、働き方改革の視点からの専門職間の役割分担の見直し、タスクシフト、チームプラクティスといった取組みも必要である。このことは、かかりつけ医の負荷軽減という形で、かかりつけ医の普及にも貢献するだろう。

#### ■在宅医療とかかりつけ医

在宅医療はかかりつけ医機能の重要な役割である。コロナ禍を乗り越える過程で、在宅医療はその力量と可能性を大きく広げた。東京でも、病床逼迫で自宅療養者が激増するなか、さまざまな形で行政（保健所）と地区医師会との連携・協働の形が模索され、試行錯誤を重ねながらコロナ感染者の在宅支援の形が作られていった。

在宅医療においても、時間外診療（夜間・休日の対応）や往診、さらにはオンライン診療といった「患者利用者の生活の場でサービスを提供する」ことが求められており、これはかかりつけ医機能の重要な役割の一つである。

こうした機能を果たしていくためには、患者に関わる複数の医療機関がチームを組んでかかりつけ医機能を担う仕組みや、時間外診療を専門に担う医療機関との連携、訪問看護など多職種との協働による対応など、それぞれの地域で在宅医療を支える医療資源をシステムとして作り上げていく取組みが必要になる。

#### ■医療費の最適化

医療提供体制の改革は、限られた医療資源によって必要な医療需をカバーできるようにするもので、サービス提供の効率化を通じてアウトカムの最大化を実現することにつながるものだ。

医療費の最適化、費用対効果の最大化は、提供体制改革によって実現される。提供体制改革こそが医療費適正化の一番の近道で、王道である。

#### ■システムとのかかりつけ医の構築について

2 かかりつけ医・かかりつけ医機能について

かかりつけ医・かかりつけ医機能の実装は、医療提供体制改革の最も重要な課題の一つである。

これは、単にかかりつけ医機能を提供する医師の診療能力や夜間休日の診療体制の問題ではなく、医療提供体制全体の改革に関わる問題である。同時に、限られた医療資源の効率的な利用、医療費適正化、無駄な受診の排除、すなわちフリーアクセスのあり方といった医療保険の課題とも深く関係する。

東京など大都市圏では、コロナ対応で、往診を専門に担う医療機関が日中の外来診療を担う開業医と連携して休日・夜間帯や緊急時の医療需要に対応するという24時間対応の仕組みが生まれた。

東京都の在宅介護の現場では、「大規模在宅」と呼ばれる広域対応の往診専門医療機関や、SNSを活用したオンライン型の訪問診療医療機関が、コロナ対応で大きな役割を果たした。これは、都市部における在宅医療の発展形態の一つとして、注目すべきことである。

#### ■医療費適正化に貢献 患者には最適な医療を保障

フリーアクセスをめぐる問題

日本の医療保険制度におけるフリーアクセスは世界でも極めて珍しい制度である。国民（被保険者）は、自分が必要だと思う時に自らが選択した医療機関に診療を求めることができ、医療機関は原則としてそれに応じる義務（応召義務）がある、という仕組みである。

この制度の下では、自分に医療が必要かどうかの一義的判断をしているのは患者であり、医療機関

かかりつけ医・かかりつけ医機能については、日本医師会・四病院団体協議会が2013年に公表した合同提言の中で定義を示しており、これが医療界の統一見解となっている。この定義を要約すれば、日常から住民一人ひとりの包括的・継続的健康管理を特定の医療機関が一元的に責任をもって担当し、必要に応じて適時適切な診療・相談指導等を行うこととなる。

ここで示されている、かかりつけ医・かかりつけ医機能を構成する諸要素を見ると、「かかりつけ医となる個々の医師（医療機関）の能力に関わるもの」と「地域で構築される医療システムに関わるもの」がある。

日常的な健康管理、相談指導に始まり、予防接種、健診、コモンディagnosisへの対応、慢性疾患の医学管理、夜間休日の対応、専門医療機関への紹介、入院支援、退院後のフォロー、複数医療機関を受診する患者の全身状態の把握、そして終末期（看取り）の対応など、かかりつけ医機能として求められる役割は極めて重層的で、多岐にわたる。

への受診（初診）に関する判断はすべて患者自身に委ねられている。つまり、一部負担等による経済的誘導以外に、制度的・構造的に患者の受診行動をコントロールする仕組みは用意されていない。

医療機関へのかかりやすさは疾病の早期発見につながっている。その一方で、医療に関する情報の非対称性、患者側に十分なヘルスリテラシーが形成されていない（さらに、それを支援する仕組みが整っていない）ことも相まって、ドクターショッピングのような、客観的に見て不必要・不適切な受診を制御することができない。また、患者自身がアクションを起こさない限り医療は提供されないために、必要な時に必要な医療が提供されないことも起こっている。

このようなシステムの下では、住民一人ひとりの健康管理について特定の医療機関が一元的・継続的に責任をもち、適時適切な医療を提供するシステムを作ることには事実上、困難である。

また、高齢化が進行している日本では、すでに多くの療養者は複数の慢性疾患をもっており、それ

さらには、公衆衛生行政と通常医療の接点であるような、バンドミックなどの非常時における公衆衛生医としての役割も求められる。すなわち、かかりつけ医・かかりつけ医機能は、一人の医師・医療機関だけで担えるものではなく、担わなければならないものでもない。

むしろ、地域全体に必要な時に必要な医療が適時適切に提供できる体制、すなわち地域完結型の医療提供体制を構築していくなかで実現されるものである。かかりつけ医はその最前線にあつて、第一義的に国民と接点をもつ存在、いわば「ゆるやかなゲートキーパー」「ゲートオブナー」としての存在として理解すべきである。

かかりつけ医となる医師（医療機関）の資質能力はもちろん重要な論点だが、同時に、医療機関相互の役割分担と協働・ネットワーク、かかりつけ医をバックアップする病棟機能を有する地域病院、診療・病診連携システムの構築など、システムとしてのかかりつけ医機能を地域における医療提供体制の中でどのように作り上げていく

それぞれの疾患について自身が選択した専門医療機関をもち、継続的に複数医療機関を受診している。この状況下では重複受診・重複検査・多剤投与の問題は常に発生する可能性がある。

この問題は、保険者の視点からすれば「医療費適正化」の問題に帰する。無駄な受診・無駄な診療・過剰な薬剤投与をなくして適時適切な受診を促すために、診療情報一元化・共有を進めるべき、といった問題提起がなされる。

これらの課題は提供サイドである医療者の協力が不可欠であり、同時に利用サイドの国民の行動変容なしには実現できない。

現在のフリーアクセスは、国民の選択の自由と医療へのかかりやすさを最優先に組み立てられた仕組みであるが、見方を変えれば専門職のサポート・情報提供なしに自身の健康管理や医療サービス利用の決定を個々の国民の責任に委ねている、ということでもある。

患者に最適な医療サービス利用を継続的に支援するかかりつけ医の存在は、医療資源の効率的利用を通じて費用の適正化という観点

のみならず、患者に最適な医療サービス利用を保障するという意味でも、フリーアクセスのわが国の医療制度に必要不可欠なものと言えよう。

「患者中心の医療・生活」を最適の資源分配・最適のコストで実現するシステムの実現は、国民、医療者、保険者にとって、望ましいことには違いない。

したがって、医療提供サイドの改革とあわせて、国民の医療サービス利用のあり方にも、専門職による支援を前提とした、何らかのルール化を考案することが必要であろう。

### 制度化は医療法体系の議論機能にふさわしい費用保障を

■医療情報の一元化とPHR、医療DX

かかりつけ医・かかりつけ医療機能が発揮されるための重要な前提条件の一つは、患者情報（患者に関する健康情報・医療／診療情報）を一元的に集約・管理できるシステムが構築され、可視化されていること。そして、その情報をかかりつけ医が閲覧できることである。

例えば、予防に貢献する部分は疾病予防の費用保障のなかで考え、公衆衛生に関する部分は公費のなかで考えることができるだろう。

### ハンボルト型の医療新加

●目々澤登 東京都医師会理事  
「都内全域をカバーする医療連携システム 東京総合医療ネットワーク」

東京都医師会は東京都の支援を受け、2015年に「東京総合医療ネットワーク」を立ち上げた。都内全体を一つの医療圏として結びたいということから始めた。



目々澤氏

患者の健康情報・医療／診療情報は、ある部分は保険者の下にある。ある部分は医療機関の下にある。医療情報の一元化・共有基盤の構築には各機関の協力が不可欠である。

かかりつけ医と患者との間で情報が共有されていることはもちろん、電子カルテの標準化や処方箋の電子化、リアルタイムでの患者の健康情報把握システムなどの基盤整備はその前提条件となる。

### ■かかりつけ医の選定の保障

これまでの日医・四病院団体協議会報告の「かかりつけ医」の定義や議論を踏まえると、「かかりつけ医」をもつことは、患者にとって、より適切なアクセスが保証されるシステムを構築することを意味している。したがって、医療機関へのアクセスや選択の権利を患者から強引に奪うようなものではない。さらに言えば、かかりつけ医は患者から自身の健康情報・医療／診療情報の管理・利用を託される者でもある。患者が最も機微で重要な健康情報を託する相手であるかかりつけ医は、患者自身が選択するものでなければならぬ。

本格運用開始当初は8病院で開始したが、現在は、都内20病院で稼働している。9000人を超える患者の情報がこの東京総合医療ネットワークに流れている。

東京総合医療ネットワークでは、1日Eという標準規格を用いて、既存のシステムを連携している。現在、△Human Bridge（富士通Japan）△iD-Line（NEC・SEC）△Care Mia（S&S）△Prime Arch（BS）の4社のベンダーをつないで情報連携を行っている。巨大なサーバーは一切使わずに、連携を切り上げている。

この東京総合医療ネットワークでは、閲覧のためのPCやタブレットを別に用意する必要がない。電子カルテ端末で連携データにアクセスができる。

これを活用していけば、日本全体をひとつにつなぐ、日本総合医療ネットワークを作ることができるといえる。

国はオンライン資格確認等システムを利用して医療情報プラットフォームを構築することをめざしている。3文書6情報の共有をめ

かかりつけ医機能を発揮させるには制度化が重要だ。しかし、環境整備がされない状態のまま、登録の義務づけや割り当てといった官僚統制的なやり方をすれば、本来の機能の発揮を期待することができない。

患者が軽症でも大病院に行ったり、重複受診する構造的な要因には、情報の非対称性や医療の不確実性があり、端的に言うとな患者の不安が背景にある。「かかりつけ医」機能が定着し、信頼できる医療機関と患者との安定的な関係が構築されれば、患者の行動変容が促される。

画一的・統制的な手法でこの問題に対処すれば、かかりつけ医を飛ばして大病院を受診するために救急車を呼ぶといったイレギュラーなバイパスが生まれ、提供体制全体に弊害が及ぶ恐れもある。

### ■費用保障のあり方

かかりつけ医・かかりつけ医療に求められる役割は極めて広範であり、重層的である。

患者の生活背景の把握、日常的な保健指導、医療情報の提供、初期診療、専門医療機関への橋渡し、

ざす電子カルテ標準化を進める方向だが、その情報だけの共有で終わってしまうことが心配される。

自由民主党が発表した「医療DX令和ビジョン2030」では、HL7FHIR準拠の標準クラウドベース電子カルテを、電子カルテを導入していない診療所などにも提供することが書かれている。これを、ぜひ進めてほしい。

東京総合医療ネットワークを今はこのまま続けるべきだ。これを国が作る標準型電子カルテと並行して進めていき、東京総合医療ネットワークを育てていこう。

●土谷明男 東京都医師会理事  
東京都病院協会常任理事  
「東京都の地域医療構想」



土谷氏

入退院支援・調整、健診・母子保健・学校保健への参加、在宅医療、看護や介護などの在宅サービスとの連携調整など、その担うべき業務の範囲は明らかに「保険診療」療養の給付」の範ちゅうを大きく超えている。求められる業務の多くには、診療報酬上の対価は支払われない。

かかりつけ医・かかりつけ医療への評価（費用保障）に関しては、人頭私・包括私（定額私）といった「医療保険での報酬の支払い方」に議論が集中するからいがあるが、そもそも、かかりつけ医療は医療保険では包摂できない広範な内容を含んでいる。さらに、これまではなかった新たな役割も医療提供者に求められている。

かかりつけ医・かかりつけ医療の制度化は、医療法体系のなかで行われるべきものだ。厚労省医政局の議論が中心となる。

診療報酬での支払い方式や点数化の議論をする前に、求められる機能を確実に実行できる条件整備（制度整備と基盤整備）をまず行い、その上で、その機能にふさわしい費用保障の仕組みを検討する

東京都では、すでに病床が過剰である。基準病床数は9万9446床だが、既存病床は10万8523床で、9077床が過剰となっている。コロナでベッドが足りないとわかれていたが、実は基準病床を大幅に超えている。

構想区域ごとに見ると、「区中」部では病床が非常に多くある。病床配分をするときに、多い区域で病床を削減せずに、不足しているところに足している。全体では病床は過剰だが、構想区域ごとに不足を解消する仕組みのため、病床は増えていく。令和4年度も国の計画に従い、1402床を追加で配分する予定だ。

都内の機能別の病床利用率を見ると、次のとおりである。

- ▽高度急性期70・1%
- ▽急性期65・0%
- ▽回復期80・3%
- ▽慢性期83・3%

急性期は下がらな。年々、病床の利用率は下がっているが、それでもなお病床を増やしている。病院を運営するに当たっては、配置基準で人員を確保しなければならぬが、病床利用率が低いと

それが容易ではない。

病床は構想区域ごとに配分することになっているが、患者の受療行動を見ていると、遠くの圏域まで移動して入院している方がいる。

構想区域ごとの配分のままでいいのか。機能別にもなっていない。高度先進医療との配分も考えなければいけないと思っている。東京都医師会・都とも協議しているがなければいけない。

●**辻司輝昭** 立川在宅クリニック院長・立川市医師会理事

「在宅医療とこれからの課題」

核家族や高齢者だけの老老世帯、高齢者の独居世帯の増加により、介護力が低下している。2030年までに死亡者数が約40万人増加すると見込まれ、看取り先の確保も課題である。

適切な在宅医療を患者に提供できればよいが、高齢化がさらに進み、在宅では看られない患者が増えていく。介護者が不足するという要因もあるが、在宅医療を提供する医師側が高齢化しているという事情もある。

今後の課題として、医師の高齢化による継承問題がある。また、開業医をどうサポートしていくかも課題である。24時間対応や夜間休日緊急時対応については、診療所間の連携やバックアップ病床が重要だ。往診医療専門クリニックへの外部委託もありうるが、それでは医療の質の担保がされない。

コロナ禍の在宅医療において、発熱外来で診断した医師が患者をしつかりフォローすれば、在宅療養者への往診の必要性は最低限で済んだ。医師があらかじめしっかりと説明をしておけば、患者も不安にならず、その後、救急車を呼んだり、電話で相談をしたりすることがない。

問題は、フォローをしない診断



辻司氏

医の存在だ。発生活動成金目当てだったのではないか。特に第6波と第7波では、医療者の診察を受けられない不安が救急要請や夜間往診につながったと思われる。

今後、第8波が来た場合に、地域で診察・検査・治療まで一貫した対応が行われれば、コロナも乗り越えていけるのではないかと。

●**真野俊樹** 中央大学大学院教授  
「マーケティング視点とかかりつけ医」

日本では、ほかの多くの国と同様に、すべての国民がコアな医療サービスを受けられる。しかし、質のよい医療が提供されていることに満足している人の割合が、OECD平均より少し高い程度で、あまり高くないことが気になっている。

その理由の一つは、医療機関側にマーケティング思考が少ないことにあるのではないかと。

ピーター・D・ドラッカーの言葉を一つ紹介すると「マーケティングは顧客からスタートする。顧客の現実、要求、価値からスタートする。我々の製品やサービスに



真野氏

できることはこれ、ではなく、顧客が価値ありとし、必要とし、求めている満足はこれであると言おう。この「顧客」を患者や利用者置き換えて考えてみたい。

医療提供者側が、できることを提供するのではなく、患者・利用者に価値があるとみなされ、必要とし、求めているものを提供するという視点が重要なのではないかと。

より具体的に言えば、患者はもともと医療を受けたのだが、他にも「支えてほしい」「不安を解消してほしい」など、少し幅広い要求をもっていて、それに医療者が対応することを価値と感じている可能性がある。

そういうものを受け止められるか、かかりつけ医制度になるとよい。