

「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」

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、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 未来研究所副理事長
代表理事

香取 照幸 氏
Katori Teruyuki

医療だけでなく、生活をコーディネート
■ご経歴と未来研究所副理事長の概要を
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、老健局長

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、その人の生活全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く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が、在宅医療の先生方と話すとか、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

■かかりつけ医に関する議論の歴史の経過を振り返ると、1980年代

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には、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賛成している

■コロナ禍では、かかりつけ医が求めている医療機関に「あなたば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。国民目録で、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

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、議論が峻絶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。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が、日本はフリーアクセスなので医者を減べます。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。医者と患者の間にきちんとした信頼関係が構築されれば、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、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、

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、いわば病気が共存して生きる人々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、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りません。それを全体で取り仕切ったり、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

■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、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つ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す。

「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」

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、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「ソロブラクティス（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、現在だとまづは「あなたはどなたですか？」と身分の確認から始まるでしょう。

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

「お腹が痛い」と訴えられれば「あなたはどうな病気を持っているのか？ 疑問はどんな先生にかかっているのか？ どんな薬を飲んでいるのか？」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、誰がキーパーパックを務めているのか、サッカード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教えます。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が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、「あそここの先生のところにいきなさい」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がんばりました。

■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

が教えます。担任の先生も専門科目を持っていますが、生活指導もしませんし、進路相談も受けません。保護者の相談にも応じますし、生徒が指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っています。

基礎疾患を持っている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きますか。

香取 経済界は「医者が自分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

取が、かかりつけ医はという役割を果たすべきかが決まらないうちに、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が、健保組合は「現役世代である加入者の日頃の健康管理を担ってくれたい」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、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。

香取 インパクトはあると思います

部会長は記者会見で「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、患者が選ぶことです。

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

です。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「最近で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く、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けていないればなりません。

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になると思います。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。