

インタビュー◎「かかりつけ医」の将来像は？

かかりつけ医機能報告制度は端者にすぎない

上智大学教授・元厚生労働省局長の香取照幸氏に聞く

2023/03/06

まとめ：江本 哲朗＝日経メディカル

- [かかりつけ医](#)
- [機能報告制度](#)
- [医療法](#)

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の一環として、**かかりつけ医機能報告制度**の創設を盛り込んだ医療法などの改正法案が2月10日、閣議決定された(関連記事)。2023年度通常国会で法案が成立すれば、その後は具体的な報告項目を詰める作業に入る。かかりつけ医機能が法的に位置付けられることで今後、制度はどう整備されるのか。過去に厚生労働省で社会保障政策を担当し、2022年には内閣官房・全世代型社会保障構築会議の構成員を務めた上智大学総合人間科学部教授・未来研究所臥龍代表理事の香取照幸氏に展望を聞いた。(インタビューは敬称略)

香取照幸(かとりてるゆき)氏。

1980年東京大学法学部卒業、厚生省(現厚生労働省)入省。老健局振興課長、政策統括官(社会保障担当)、内閣官房内閣審議官(社会保障・税一体改革担当)、年金局長などを経て、上智大学総合人間科学部教授、一般社団法人未来研究所臥龍代表理事。

——2月10日に閣議決定された法案では「かかりつけ医機能」を医療法に位置付けた(記事末尾表1に条文案)。具体的には、(1)慢性疾患や日常的な疾患に対する診療機能、(2)休日・時間外の対応機能、(3)入退院時の連携・支援機能、(4)在宅医療の提供機能、(5)介護サービスなどとの連携機能——などが明記されている。こ

の定義については、どのように捉えているか。

香取 長年のテーマだった「かかりつけ医」が医療法上に位置付けられるという点では大きな一歩だろう。これまでも、日本医師会などの医療提供者をはじめ、保険者、財界、厚生労働省、財務省、国民を代表する国会議員など様々な立場から「かかりつけ医」についての議論が交わされてきた。かかりつけ医を機能させるための制度整備に関しては様々な論点はまだ残されているが、とにかく制度上かかりつけ医を位置付ける、という意味で規定が置かれたことは一歩前進だ。

かかりつけ医の議論が一気に前進したのは新型コロナウイルス感染症(COVID-19)の影響もある。多くの開業医はこれまでも長年、「私はこの患者のかかりつけ医だ」という自負を持ちながら診療に取り組んできたはずだ。実際に、このたび法的に位置付けられるような「かかりつけ医の機能」を果たしている医療機関は多数存在している。

ただ、COVID-19の流行下で「発熱患者はお断り」「継続受診している患者以外はお断り」といった医療機関があったのは事実で、患者側からすれば、「あのクリニックの診察券を持っているし、かかりつけ医だと思っていたのに、診療を一方向的に断られた」という事態が起きた。医療側と患者側との間で「かかりつけ医」に対する認識の違いが浮き彫りになったわけだが、この問題は「フリーアクセスをどう考えるか」という議論とも絡むので非常に難しい。パンデミックで医療需要が一気に爆発して入院機能がパンクしているときにどうやって患者の医療ニーズをカバーするのか。一方、日本の医療制度はこれまでフリーアクセス、自由開業・自由標榜制でやってきた。

在宅にあふれかえった在宅療養者への医療に関しても、保健所からCOVID-19患者への往診を依頼されたときに、「やります、頑張りましょう」という先生もいた一方で、地域の医師会でネットワークを作ろうとなると「無理だ、協力できない」という医師が少なからずいた。都市部で、「メガ在宅」と呼ばれる広域に在宅医療を提供する医療法人が一気に伸びたのも、こうしたニーズがあったからだ。医師の間にも温度差がかなりあったが、在宅医療を地域で熱心にやっている先生の中には「今のままじゃ医療はもたない」と感じた人も多かったと思う。

今回起こった医療逼迫という事態は、現在の医療提供システムが持っている弱点を露呈させたという意味で、問題の根は深い。医療を必要とする人が医者にかかれな
い、という事態は医療提供側にとっても医療の信用問題に関わる重大問題。こうした
背景があって、2022年6月に閣議決定された骨太方針では「かかりつけ医機能が発
揮される制度整備」という文言が盛り込まれた。

今回の医療法改正で規定されていることは、かかりつけ医機能実装のための制度
整備の第一歩にすぎない。法制面でも政策面でもやらなければいけないこと、議論し
て関係者の考え方を整理し共通認識にしていかなければならないことはまだまだたく
さんある。

例えば閣議決定された条文には、かかりつけ医が果たすべき役割が幾つか例示さ
れている。これはかかりつけ医が担う機能役割の一部にすぎないし、そもそもこれら
の複数の機能を1つの医療機関が全て有する必要はない。地域完結型医療とか面
で支える医療という言い方が端的に表しているように、かかりつけ医機能というのは
点ではなくて面で担う機能だ。

様々な形の役割分担でかかりつけ医機能を地域で実現

——今後のスケジュールとしては、2023年度中に報告すべきかかりつけ医機能の項
目を具体的に詰めた上で、2024～2025年度ごろに個々の医療機関がそれらを報告
することになっている。その上で、かかりつけ医機能を面で担うために、地域の協議
の場で、不足する機能を補ったり強化したりするための話し合いが行われることにな
った。

香取 これまで、かかりつけ医というと、「かかりつけ医は24時間365日、患者に対
応しなくてはならない」「在宅医療だけでなく、健康管理や健康診断などの保健事業、
多職種との連携などもしなくてはならない」などとされ、特に一人開業医からすれば
「そんなもの一人で全部できるわけない」というところで議論が止まっていた。

しかし、現実に機能しているかかりつけ医・かかりつけ医療機関の実践例を見てい
けば、様々な形の役割分担・連携でかかりつけ医機能を地域で実現していることが分

かる。参考になるのが、2021年度の厚労省調査事業によって公開された「かかりつけ医機能に関する事例集」だ。この事例に挙げられている医療機関を見ると、かかりつけ医機能を全て兼ね備えたところは1つもなく、どの医療機関も周囲とチームを組んでいることが分かる。

複数の医療機関でチームを組んで“ゾーンディフェンス”を築くことで地域をカバーし、地域でその患者に最適な医療サービスが受けられる支援をする役割を持つてばよいという整理になるはずだ。

——**かかりつけ医機能報告制度が新設され、個々の医療機関がしかるべき報告をすれば、「かかりつけ医制度」が実装されることになるのか。**

香取 機能報告制度だけでは何も進まない。報告制度は地域の医療資源を確認するためのものでしかなく、これがあったからといってかかりつけ医が機能するわけではないし、国民がかかりつけ医を選べるわけでもない。かかりつけ医機能を実装するには、様々なステージにおいて、問題解決のために講じるべき施策がある。

1つ目は、医師個人の能力・資質の問題だ。専門外の診療科の疾患だったりして自らが対応できない場合に、しかるべき医療機関を紹介する「**コンシェルジュ機能**」を発揮するには、総合診療医のような多岐にわたる疾患を診る能力が必要だ。しかし、専門医としての総合診療医の育成にとらわれると、今のペースでは全く追いつかない。つまり、現有戦力でやるしかない。日本の開業医のキャリアパスを見ると、医局などで一定の専門医療の知識を身に付けた医師、つまり診療経験のある医師が開業する、というのが一般的だ。開業すれば自分の専門科以外の患者も診る必要があるわけで、結局は、OJTを通じて総合診療的な能力をある程度、身に付けている。これに医師会や病院団体などによる研修を組み合わせれば、日本の開業医にも十分かかりつけ医機能を果たす力があると考えられる。

2つ目は組織体としての医療機関の機能の問題だ。健康相談に応じる、何かあったときにソーシャルワーカーやケアマネジャーと連携できる、夜間対応ができる、夜間対応可能な医療機関と連携できるなどといったことは、医師個人というよりは、医療機関

の機能の問題として考えなくてはならない。今後、かかりつけ医機能報告によってそれぞれの医療機関の果たせる役割が明確化されると考えられる。それを踏まえて、どうやって個々の医療機関が機能分担を行い、地域を面でカバーするかという仕組みづくりが重要な課題になるだろう。

3つ目はかかりつけ医機能を担う医師・医療機関を支えるインフラの問題。かかりつけ医がコンシェルジュ機能を果たすためには、その患者の医療情報や健康情報を一元的に把握していないといけなく、入退院支援や他院受診の際にこれらの情報を適切に、他院や多職種に提供しないといけなく。そう考えると、情報連携の仕組みや患者のPHR(Personal Health Record)がいかに整備されているか、という話になる。これは別に医師の問題でも医療機関の問題でもなく、ネットワークやシステムといったインフラの問題になる。この部分をどう整備するかというのは、行政の仕事になる。

かかりつけ医を機能させるには解決すべき問題のステージが3つあるということだ。これら重層的な問題をクリアしてはじめて、切れ目のない医療が提供できるようになる。

普段かかりつけ医を持たない世代はどうする？

——かかりつけ医の制度を見ると、慢性疾患を有する患者や高齢者を中心に想定しているようにも見える。

香取 閣議決定された条文を見ると、かかりつけ医の定義そのものは高齢者に限らないような書き振りになっているが、その後続く報告制度などは明確に「慢性疾患を有する高齢者等」を対象にしており、今回の制度化は高齢者、それも慢性疾患を有する高齢患者を念頭に置いている。しかし、そもそも今回の議論の発端は、普段、かかりつけ医を持っていない、もしくは持つ必要がないと思っていた若者など健康人が、COVID-19の流行下でかかりつけ医がいなくて行き場を失って医療難民になった、ということから始まっていたのではないのか。

健康保険組合連合会など保険者団体からも、現役世代の健康管理や疾病予防の観点から、かかりつけ医の機能役割に期待する考えが出されている。確かに全く病

気のない人も含めて、全国民を対象にかかりつけ医を制度化するとすると、1億2000万人超の国民にそれぞれ医師をひも付けていくということになって、日本の現在の医療提供体制を踏まえると現実的ではない。

とすれば、まずは高齢者からというのは一つの考え方ではあろうが、あるべき姿ということであれば「かかりつけ医を持つことは患者国民の権利であり、患者国民は必要だと思った時に自分のかかりつけ医を持つことができる」という形にするのが基本だろう。

——現時点で医療機関の受診を必要としない人に対する健康管理や疾病予防などは、どのように提供されるべきだと考えるか。

香取 健康相談応需や疾病予防の支援などは本来、保険者が提供してきた機能だ。前述のように保険者団体もこの点でかかりつけ医機能の充実に期待している。保険者とかかりつけ医のコラボ、つまり企業の健康保険組合などが保険料を財源として、個々の医療機関や産業医などと団体契約を結び、組合員にこれらの機能を提供する、という形はあるのではないか。

診療報酬での誘導は限界、費用保障のあり方は？

——「かかりつけ医機能」に対する費用保障の話でいえば、これまでは例えば地域包括診療料などの診療報酬項目の算定要件として、予防機能や入退院支援、介護との連携などの機能を盛り込んでいた。国は、診療報酬改定によって医療機関にこれらの機能を持たせようと誘導してきたように見えるが、これについてはどう考えるか。

香取 かかりつけ医機能に関して言えば、診療報酬改定による誘導では限界があるのは明白だ。かかりつけ医に求められている役割は、初期診療や専門医療機関への橋渡しだけでなく、日常的な保健指導、健康診断・母子保健・学校保健への参加、在宅サービスとの連携など、極めて広範。これらの多くは明らか

に療養の給付（＝保険診療）の範ちゅうを超えているからだ。診療報酬で手当てするというのであれば、診療報酬体系そのものを見直し、守備範囲を拡大することが必要だ。裏を返せば、診療報酬ではカバーできない部分の費用保障を適切に行わないと、かかりつけ医機能の実装は進まない。

前述したように保険者が担うべき機能ならば保険料財源から支払ってもよいだろう。また、インフラ整備については、補助金など、国費で必要な費用を支払うのが適当なものもあるはずだ。まずはかかりつけ医の機能を定義し、機能が発揮される制度や基盤の整備について検討した上で、費用保障の仕組みを考えていくという流れになる。

——**かかりつけ医制度を巡っては「包括払い」の議論もあった。**

香取 例えば、「登録患者の受診を月当たりの包括払いにすれば、予防によって患者の受診回数を減らすことへのインセンティブが医療機関にもたらされる」といった文脈で、よく包括払いの話が登場する。ただ、こうした仕組みは厳格な患者登録制とセットでないと実現しないし、そもそもそれをやったからといって医療費が減る保証はない。患者の「受診の自由」を奪うような制度を作っても国民はついてこないだろうし、費用削減効果もない。総合的な健康管理・健康指導を通じて医療費を最適化する、という「王道」を考えた方が賢い手だと思う。

やや近未来の話をするなら、例えば保険者が組合員の同意を取って地域の医師会や医療機関と包括契約を結び、初期診療の部分を別の診療報酬体系として包括払いにしつつ、その後の専門医療や処置・手術は、通常の診療報酬を適用する。一種、こうした米国の HMO（Health Maintenance Organization）のような仕組み、診療報酬特区のようなものを導入することは考えられるだろう。

——**今後も制度や基盤整備の部分でまだ幾つかのハードルはありそうだが、現在進められているような形でかかりつけ医制度が実装されれば、医療の効率化**

が進むと考えられるか。

香取 財務省が言うような「医療費の削減」という意味での効率化につながるかと聞かれば、私はそうは思えない。だが、現有の医療資源で提供できる医療の質を高め、国民の健康水準を確保して社会的付加価値を増やす、という意味の「医療資源の効率的使用を通じたコストの最適化」「医療の費用対効果の向上」には寄与するだろう。

例えば、かかりつけ医機能が実装されれば、いわゆる“無駄な”救急受診が必ず減る。患者や家族が安心して病状を相談できる先さえ確保できれば、119番の前に専門家によるトリアージが行われる。救急車を呼ばずとも往診や訪問看護による対応で済むケースも多いだろう。また、医療情報を共有できれば、重複投薬・受診も減る。

先ほど「かかりつけ医を機能させるインフラの整備は行政の仕事だ」と言ったが、効率化のためには、オンライン診療や電子処方箋、電子カルテを共有できる地域医療ネットワーク、PHRなどの医療DXを普及させることが欠かせない。オンライン診療が普及すれば、初診の患者への対応を効率化したり、かかりつけ医が専門家を交えてオンラインで診療を行う「D to P with D」のような形を取ったりすることもできる。

かかりつけ医機能の実装というのは、効率化を目指した医療資源の再配置・再分配という側面もある。医療資源利用の最適化という意味で様々なステークホルダーの利益は一致しているはずだ。さらに言えば、医療資源の効率的な利用は医療従事者の働き方改革にもつながる。かかりつけ医機能の実装は、これからも医療提供体制改革の重要な課題として位置付けられるだろう。（談）