

政策提言

1 基本認識

かかりつけ医・かかりつけ医機能の問題は、以下に示すような、今後の医療・介護提供体制改革全体に関わる広範な論点と密接に繋がっている。

(1) 医療/介護サービスの提供に関わる論点

今後、人口減少と高齢化が同時進行していく中で、人的にも物的にも有限の人的・物的資源で必要な医療・介護サービスをカバーしていかなければならない。

今ある人的・物的医療資源を効率的・効果的に組み立てていかに必要なニーズに応じていくかという視点に立ち、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ことが求められている。

また、多くの患者は医療以外の多様なニーズ(介護・生活支援・フレイル・栄養管理等)を持ち、医療だけではその人の生活を支え切ることがこれまで以上に困難になっていく。

患者・利用者は、状態像の変化に対応した医療や介護のサービスが切れ目なく提供されることを必要としている。そのためには、提供者側の連携(病診・病病・診診連携、医療介護連携)が不可欠であり、各機関が役割分担し、相互に連携して継続的支援を行うことのできる、患者の立場に立ったシステムが地域に構築されていなければならない。

かかりつけ医療機関(かかりつけ医機能を担う医療機関)は、様々な機能連携の結節点—患者と地域医療システムの接点—としての役割を果たすものであり、さらには地域医療システムと地域包括ケアネットワークを結ぶ役割を果たすものである。

- ① 地域医療構想の再構築(在宅医療・地域医療をも視野に入れた医療提供体制改革—「新たな地域医療構想」—)
- ② 医療の機能分化・連携の一層の推進(地域完結型医療—地域における「切れ目のない医療サービス」の実現—)
- ③ 地域包括ケアネットワークの構築(医療を超えた包括的支援を実現する多連携・多機関連携)
- ④ 医療情報連携基盤の構築・医療 DX・ICT、PHR(医療・介護提供体制改革を支える医療介護情報の一元管理、情報連携・共有)

(2) 医療へのアクセス保障・費用「最適化」に関わる論点

現在でも、65歳以上の高齢患者の多くは複数の基礎疾患を有しており、同一月内に複数の医療機関に受診している高齢患者は多い。

重複検査・重複受診・多剤投与の問題は、医療費適正化の観点から問題にされることが多いが、同時に、当該患者にとって最適の医療を提供するという観点からも様々な問題を惹起している。

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仕組みであるとも言える。

これから2040年に向けて複数の慢性疾患を持つ高齢者はさらに増加する。今後高齢期を迎える中高年を含め、患者の状態にあった医療を受けるために、身近な地域において、一般的な健康問題への対応をはじめ、日常的に相談に応じ、継続的、診療科横断的に患者を診るとともに、適切な他の医療機関を紹介する機能には国民の強いニーズ・関心がある。

患者・利用者の立場に立って最適な医療サービス利用を継続的に支援する専門職、すなわちかかりつけ医の存在は、医療資源の効率的利用を通じた費用の適正化という観点のみならず、患者自身にとって最適の医療サービス利用を保障するという意味で、フリーアクセスのもとでの我が国医療制度にあってはむしろ必要不可欠なものである。

(1)でも指摘したように、医療・介護資源は有限である。有限の資源で国民にとって必要かつ最適なサービスを確保していくという視点から、今後、医療へのアクセスのあり方についても議論していく必要がある。

患者・家族の立場に立って最適の医療（＋介護）が提供されるよう必要な調整を行う「ハブ機能」を担うことは、かかりつけ医・かかりつけ医機能の重要な役割となる。

- ①「サービスの選択・利用保障」と「適時適切な受診」の両立
- ② 医療介護資源の最適分配—効率的利用の実現

(3) 医療制度・政策からの論点

いうまでもなくより広い意味での健康保障—健康管理・予防・治療/療養を通じた総合的・包括的健康保障の実現—は大きな政策課題である。

かかりつけ医療機関には、狭い意味での医療—療養の給付—を超えた総合的・包括的視点から機能役割が求められる。

故に、かかりつけ医・かかりつけ医機能の実装は、医療・介護提供体制全体の改革の重要な課題の一つとして位置づけられるべきものであり、かかりつけ医機能を担う医師の診療能力（総合診療能力等）や夜間休日の診療体制確保といった問題ではなく、地域完結型医療の

実現、医療を超えた多職種・多機能連携(地域包括ケアネットワーク)の実現など、医療・介護システム全体の改革—に関わる問題として理解すべきである。

かかりつけ医・かかりつけ医機能の実装は、上記に示すようなわが国医療提供体制の課題解決に資するものとして実現されなければならないし、また、地域医療構想など医療提供体制にかかる様々な改革と一体で進めなければ、かかりつけ医・かかりつけ医機能それ自体もまた実効あるものとして社会に位置づかない。

まず、これらのことを銘記すべきである。

2 かかりつけ医・かかりつけ医機能の定義

かかりつけ医・かかりつけ医機能の定義については、2013年に「日本医師会・四病院団体協議会合同提言」(以下「合同提言」という。)が公表されている。

この提言は、かつての家庭医問題に始まり、かかりつけ医について過去様々な議論の経緯、紆余曲折があった中で取りまとめられたものであり、この問題についての医療界の統一見解というべきものである。

かつ、この提言の内容については、患者団体、健保連をはじめとする保険者団体や労使団体、地方自治体等ほとんどの関係者(ステークホルダー)から異議は唱えられておらず、事実上関係者のコンセンサスとなっている。

かかりつけ医・かかりつけ医機能については、政府においても、この提言の内容を基本に議論を進めていくべきである。

3 合同提言を踏まえた政策アプローチ

改めて合同提言の内容を整理してみると、かかりつけ医・かかりつけ医機能に求められるものについては、

①-1 かかりつけ医となる個々の医師の能力に関わるもの

(ex) 総合診療能力・common disease への対応、コミュニケーション能力等)

①-2 かかりつけ医機能を担う医療機関(診療所・地域密着病院)が具備すべき機能に関

するもの

(ex) 在宅医療、夜間休日対応、健康相談/指導(コンシェルジュ機能)、入退院支援、保健行政への協力、病診/病病/診診連携、看護/介護サービスとの連携等)

② ①を支える地域で構築されるべき連携・協働のシステムに関わるもの

(ex) 地域包括ネットワークの構築、情報連携ネットワークの整備・実装等)

の3分野に分類して考えることができる。

この3分野は、それぞれ実現のための課題、当事者(名宛人)、そして政策手法も異なっていることから、今後、かかりつけ医機能の実装に向けた政策を進めていく際には、それぞれの分野ごとの政策を構築し、その上で全体として体系的に推進していくようなアプローチが必要である。

3-1 かかりつけ医となる医師の資質・能力

この問題は、インタビュー調査の中でも多くの対象者が言及していた問題である。

この問題を考える際には、2つの異なった要請を念頭に議論する必要がある。一つは、「かかりつけ医の質の担保—求められる資質・能力の確保」であり、今一つは「かかりつけ医の数の確保—かかりつけ医を求める患者国民に応えられるだけのかかりつけ医師数の確保」である。

もちろん、医学教育の過程でより多くの総合診療専門医の養成を進めていくことはまずもって重要であり基本であろうが、求められるかかりつけ医を数的に確保する、という意味では現状それでは間に合わないことは明らかである。

とすれば、日本の開業医のキャリアパスを前提に考えれば、医局や病院に勤務している勤務医・専門医、専門外来を行う診療所医師など、現任の医師に対するリカレント教育・研修を通じた養成確保がより現実的であり、実効性も高いことになる。

また、これもインタビュー調査の中で提起されているテーマであるが、広範な機能役割が求められるかかりつけ医機能について、どこまで個々の医師に求めるか、という問題がある。

この点については、

① そもそも、かかりつけ医機能として求められる機能役割の多くは「医療機関」としての機能

であり、医師個人に求められるものは診療能力やコミュニケーション能力など文字通り「医師個人の資質能力」であること

- ② 専門職種としての医師個人の資質能力、ということになれば、評価という意味でも 涵養という意味でも、基本的には専門職集団のオートノミーに任されるべき課題であること

等から考えて、かかりつけ医として求められる資質能力をどのように考え、どのような研修を行なってそれを担保するかは、社会の要請を踏まえて基本的には当事者である医師会、病院団体等が責任を持って取り組むべきものであり、具体的には各団体が実施する現任者の研修(かかりつけ医研修等)によって担保されるものと考えべきである。

かかりつけ医を持つことは患者の権利であり、患者は自身のかかりつけ医を選ぶ権利を持っている。医療界は「患者に選ばれる(にふさわしい)意志と能力を持つかかりつけ医」を自身の責任において養成することが求められる。

3-2 かかりつけ医機能を担う医療機関(診療所・地域病院)が具備すべき機能

かかりつけ医機能を担う医療機関に求められる機能役割は多岐にわたる。

「日常的に高い頻度で発生する疾患・症状について幅広く対応し、オンライン資格確認も活用して患者の情報を一元的に把握し、日常的な医学管理や健康管理の相談を総合的・継続的に行う----- (中略) ----- 休日・夜間の対応、他の医療機関への紹介・逆紹介、在宅医療、介護施設との連携----- (中略) ----- 特に高齢者については、幅広い診療・相談に加え、在宅医療、介護との連携----- が考えられる」

(2012年12月 全世代型社会保障構築会議報告(以下「全社会議報告」という。))

これを一人の医師、一つの医療機関で網羅的に担うことはほぼ不可能であり、それを前提とした制度設計は非現実的である。

かかりつけ医機能の実装は、医療機関相互の役割分担と協働・ネットワーク、外来や往診機能を担う医療機関とそれをバックアップする病床機能を有する地域病院、診診・病診連携システムの構築など、それぞれの地域の医療資源のバリエーションに応じた「各機関の機能連携と協働」によって実現されるものである。

もちろん、機能連携と協働の形は当該地域の医療(+介護)資源のありように規定される。今回のインタビューの中でも明らかになったように、すでに過疎化・人口減少が一定進行している地域では、自然独占のような形で医療サービス(+介護サービス)の提供主体が集約化

されている場合があり、このような地域での機能連携の形は自ずから異なる。

今回のインタビュー調査で得られた知見を踏まえて機能連携の形を考察すると、①診療所一病院連携 ②診療所一診療所連携 ③グループ診療所(複数のかかりつけ医のいる診療所) ④医療機関の統合(=地域医療連携推進法人)といった形態があり得る。

さらに言えば、かかりつけ医機能を支援する入院機能の確保、という視点から、かかりつけ医機能を支援するバックアップ病床機能を持つ病院(=地域密着・多機能の中小病院、地ケア病棟、地ケア病院など)との連携が求められることになる。

いずれにせよ、かかりつけ医機能は、地域全体で必要な時に必要な医療(+介護、生活支援)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」を構築していく中で実現されるものであり、「システムとしてのかかりつけ医機能の構築」こそが重要となることに変わりはない。

「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めるにあたっては、(中略)、必要なときに迅速に必要な医療を受けられるフリーアクセスの考え方のもとで、地域包括ケアの中で、地域のそれぞれの医療機関が地域の实情に応じて、その機能や専門性に応じて連携しつつ、かかりつけ医機能を発揮するよう促すべきである。」

((2012年12月 全社会議報告)と)

このような絵柄を描くことは、地域における医療のあり方そのものを描くことであり、これから議論される地域医療構想見直しの大きな論点の一つでもある。

本稿冒頭で「地域医療構想の再構築(在宅医療・地域医療をも視野に入れた医療提供体制改革―「新たな地域医療構想」―)としたのは、まさにこのような意味である。

さらに言えば、先に示した全世代型社会保障構築会議報告は「地域包括ケアの中で――(かかりつけ医機能を)発揮すべき」とし、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めるに際しての「上位概念」は「地域包括ケアの中での実装」であることが明確に示されている。

以上を踏まえ、今般の制度改革で創設された「かかりつけ医機能報告制度」についてコメントする。

① 個々の医療機関の機能は「点」に過ぎない。

重要なことは、「点」を機関連携によって「線」にし、さらに地域という「面」でいかに機能させるかである。

現行の機能報告は、かかりつけ医機能の社会実装のための「素材の収集」にとどまっておき、機能報告とその内容の公表のみをもってかかりつけ医機能の実装や患者国民によるかかりつけ医選択を実効ならしめることは困難である。

② 改正医療法に規定するかかりつけ医機能に関する1号機能、2号機能は、全社会議報告の前段部分と後段部分に対応していると思われるが、かかりつけ医の資質能力に関わる事項とかかりつけ医機能を担う医療機関の機能に関わる事項が混在している。

報告制度の対象は「医療機関」であるので、1号機能、2号機能を再整理した上で、必要な機関の機能に関わる事項について報告させるようにすべきである。

③ 現行報告制度は個別の医療機関ごとに機能を報告させることを前提としている。

前述のように、単独の医療機関が当該地域において求められるかかりつけ医機能を網羅的に担うことは困難であり、そのような想定(前提)で報告制度を運用することは不合理かつ不適切である。

かかりつけ医機能の実装は機関連携と協働によって実現するものであり、①でも述べたように、実装に向けて必要なことは、「点」として得られた情報を「線」として繋げ、「面」に展開するための取り組みである。

その意味では、「協議の場」での議論の枠組みが極めて重要であり、単に個々の医療機関からの報告を積み上げて機能の過不足を論じるのではなく、機能連携の形を構築していくために地域における戦略的な取り組みを主導していくことが求められる。

協議の場のあり方(構成員・マニフェスト)については、そのような視点から抜本的に見直す必要がある。

④ 国民患者への情報提供のツールとしてこの制度を活用することそれ自体については首肯できるが、その前に、前提となるかかりつけ医機能の中身(「医」の資質、「機関」の機能、「機関を支えるネットワーク」の整備)についての議論を整理することが必要である。

提供すべき情報の中身がわからないまま、情報提供制度についてだけ制度化しても患者利用者のかかりつけ医療機関選択に資するものにはならない。

そもそも、かかりつけ医・かかりつけ医機能は、医療機関の医療(診療)機能とは次元の異なる幅広い機能役割を多く内包している。

アプローチの仕方として、「あるべき姿」をまず想定して、そこに近づけていくためにどう現状を変えていくのか、という視点から現状把握をする、という発想が必要である。そうでないと、何ができていて何ができていないのかを判断する立ち位置も決まらない。

3-3 地域で構築されるべき連携・協働のシステムの整備

かかりつけ医機能の充実強化のために仕事すべき者は当該医療機関だけではない。自治体や国にもそれ相応の責任となすべき仕事がある。

患者情報(患者・利用者に関する健康情報・医療/診療情報)を一元的に集約・管理する(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機能を担う医療機関が閲覧利用できることは、かかりつけ医・かかりつけ医機能が発揮されるための重要な前提条件の一つである。

医療(/介護)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り、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—医療 DX の普及はその前提条件となる。

オンライン診療などの遠隔診療はかかりつけ医機能の重要なツールであり、医療情報の一元化や医療 DX、医工連携技術の進展普及は、かかりつけ医機能の発揮、医療・介護の専門職間の多職種連携実現の技術的前提条件でもある。

基幹連携・協働の基盤となるシステムの構築主体は様々であり、現状では先進地域を中心に地域の機関病院が連携・ネットワーク構築のツールとして主導的に整備している例が多い。

しかしながら医療情報・健康情報は当該患者のものであり、開かれたネットワークの構築を目指すのであれば、情報基盤の整備は基本的には公的部門において行うべきものである。

4 働き方改革とかかりつけ医・かかりつけ医機能の実装

皆保険達成以来の日本の医療の歴史は、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でもある。医師・医療スタッフの慢性的過重労働はその裏側にある大きな問題である。

単純計算ではあるが、医師1人当たりの入院担当患者数は、アメリカの1.1人に対して日本は5.5人、年間の医師1人当たりの外来延べ患者数は、アメリカの約1500人に対して日本は約5300人であり、日本の医師、特に勤務医の長時間労働は常態化しており、医師の働き方改革は避けて通れない大きな問題である。

医療提供体制改革は、別の見方をすれば医療の人的・物的資源の再配置・再分配であり、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。

今後は、医療 DX の積極的活用も含め、医療従事者の働き方改革という視点からの専門職種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り組みも必要になる。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実装にも貢献するはずである。

逆の言い方をすれば、現在でも過重労働を強いられている現場の医師・医療機関に過大な負荷をかける様な形がかかりつけ医機能への参画を求めても成果は得られない。

ICT の積極的導入やタスクシフトなど、医師・医療機関の業務負荷の軽減を同時並行で進めることもまた、「かかりつけ機能が発揮される制度整備」の重要な項目である。

5 まとめ

かかりつけ医機能を実装する、とは

① 患者利用者 (= 国民) の医療へのアクセスの保障

(→「必要な医療」が「必要な時」に受けられることが確実に保障されること)

を前提に、

② 有限の医療/介護資源(人的・物的資源)で、必要な医療介護需要を最も効果的・効率的にカバーする提供体制を作るための重要なサブシステム(道具立て)の1つ

であり、このことは同時に、

③ 医療介護コストの「最適化」の実現

(→最適のコストで最も効果的・効率的に患者利用者(国民)の健康を守ること)

でもある。

従って、この問題についての利用者国民・医療者(提供者)・保険者・政府の利益は一致しているはずであり、徒に対立構造に陥ることなく、丁寧な議論を重ねていくことが重要である。