

第8次医療計画等に関する検討会における 主な意見

第10回第8次医療計画等に関する検討会における「かかりつけ医機能」に関する主な意見（R4.7.20）

【有事と平時】

- かかりつけ医機能とは平時における患者への対応を前提としたものであり、平時と有事を混同して議論を進めるべきではない。
- コロナ禍におけるかかりつけ医機能に関する指摘を受けて平時のかかりつけ医の制度整備の議論をするのは不適切である。
- かかりつけ医機能については、平時と有事併せて議論すべき。
- コロナ禍ではかかりつけ医のいない若年層の感染が拡大し、休日夜間の初期対応を行う医療機関の確保や自宅療養支援という課題がある。

【医師の教育】

- 現状の医療教育やキャリアパスを考えれば、総合的な診療を診療所の医師に対応してもらうのは困難。そのような制度整備をするのであればリカレント教育プログラムの強力な推進が必要である。
- かかりつけ医機能の強化という観点では、連携強化による24時間対応やリカレント教育を通じた在宅医療への対応などが考えられる。
- かかりつけ医機能の議論においては、かかりつけ医機能を有する医師をどのように育成するかという論点が重要であり、すでにリカレント教育に取り組んでいる団体などとも協力して検討を進める必要がある。

【患者の受療行動】

- 患者目線でもかかりつけ医について考え方が様々な上、医療提供体制の観点でも地域差があることを考えれば患者の受療行動の適正化を図ることを優先すべきである。医療提供体制の変革となれば、根本的な変革が必要であり現実的ではない。一方で、医療にかかる必要がない人にも、平時からかかりつけ医を持つことを促すことは重要。
- 初診で大病院を受診してしまう課題についてはかかりつけ医療機能を制度上明確化して、見える化するとともに、患者向けの医療機関検索ツールのようなインフラの整備も必要である。

【地域差】

- かかりつけ医機能の強化については、地域毎の課題を整理の上、必要な強化に論点を絞って議論することが必要である。
- 地域の医療提供体制におけるかかりつけ医機能強化ということであれば、地域の連携強化が必要である。さらに、この連携強化には情報共有が重要であるためデジタル化の推進も重要である。
- かかりつけ医機能について、医療計画に反映するのであれば、医療計画における位置付けや盛り込む内容について明確にして欲しい。
- かかりつけ医機能については、2021年度12月の改革工程表において、2022から2023年度まで2年間かけて議論するとあるが、第8次医療計画等に関する検討会では、12月のとりまとめに向けて、その論点や検討スケジュールを整理して議論を進めることが重要。

【その他】

- 日本医師会・四病院協団体の定義では、明示的な病院に関する言及はないが、かかりつけ医機能を発揮する医療機関には病院も含まれると考えられる。この際、かかりつけ医機能を担う病院の規模は、一般病床でなくDPC病床200床未満の病院が想定される。

第14回第8次医療計画等に関する検討会における「かかりつけ医機能」に関する主な意見 (R4.9.9)

【かかりつけ医機能が発揮される制度整備に関する議論を進める際の視点】

(患者側と医師側の意識の乖離)

- ・ 医療提供側から重要と思われる「家族の構成・住所」「職業・経済状況」、「嗜好・趣味」、「家族の病歴」を知っているかという項目について、患者向けの調査では非常にニーズが低いという結果になっている。これは、患者がプライベートを知られたくないということを意味しているのかもしれないが、医療提供側と患者側でこのような認識の乖離が生じていることについて、かかりつけ医機能の議論の中で考えていく必要がある。
- ・ 医療に対する患者側の意識と、医療提供側の意識の乖離の実態にフォーカスして、何が一致するのか、何が一致しないのかについてデータに基づいて検討が必要。
- ・ これまでは、医療提供者側の視点で、患者の大病院志向への対応として、紹介受診重点医療機関の明確化や上手な医療のかかり方プロジェクトが検討されてきたが、一方で患者の視点に立つと、使っている薬をきちんと把握してその効果をきちんとフォローする、検査結果をきちんと管理して次につなげていく、必要があれば適切な専門医を紹介するというような、いわゆる顔の見える関係を患者側は意識しており、両者の視点に乖離が起こっていると思われるため、かかりつけ医機能を考える上で、これを解決していく観点が必要ではないか。

(フリーアクセス)

- ・ 日本の医療はフリーアクセスと言われているが、1996年度から200床以上の病院に紹介状を持たずに初診でかかると特別料金が請求されるようになったことから始まり、2016年度からは特定機能病院と地域医療支援病院では最低5,000円、2022年度の10月からはそこに紹介受診重点医療機関200床以上も加わって最低7,000円が請求されることとなっている。大きな病院は紹介状がなければ受けられない、あるいは紹介状を持っていかないと高額な費用を請求されるということが、既に国民の中には浸透しており、もはやフリーアクセスになっておらず、制限されたフリーアクセスというのが実情と思われる。

(かかりつけ医機能の多様性)

- ・ かかりつけ医の議論をするに当たっては、抽象的な制度論だけではなく、具体的な現場をしっかりとイメージしながら、患者目線と幅広い視点に立つて議論を深めていく必要がある。
- ・ 日本医師会と四病協のかかりつけ医の定義は、生活習慣病をもった高齢者に特に当てはまるが、患者の中には眼科や耳鼻科、婦人科、整形外科など、内科以外の科のみしか受診していないという人もいれば、身体疾患と精神疾患のそれぞれのかかりつけ医が必要な人、受診の必要がない疾患をもった人もいるなど、人によって医療の必要性は非常に多様であるということを念頭に置くべき。
- ・ 希少難病の方の場合は、診療所ではなく、大学病院の医師がかかりつけ医であるという場合もある。
- ・ 医療資源の偏在という観点で地域毎にかかりつけ医を選ぶ選択肢の状況が異なるため、かかりつけ医機能は単純に決められる機能ではない。
- ・ かかりつけ医機能は非常に多彩であることを踏まえ、医師個人で対応すべきものと複数で対応すべきものを分類すること、また地域で最低限無いと困る機能とあれば助かる機能で分類することを提案したい。

第14回第8次医療計画等に関する検討会における「かかりつけ医機能」に関する主な意見（R4.9.9）

- かかりつけ医機能の議論にあたっては、具体的な現場をイメージしつつ、まず地域における医療介護ネットワークの中でのかかりつけ医の位置づけ、2つ目にその具体的な役割、3つ目に患者との関係性、4つ目にそうしたことを踏まえた適正な報酬の在り方、これらをしっかり議論を深めていく必要がある。その際には、患者目線と幅広い視点、大所高所に立った議論をしていくということが大切。
- 保健医療に対する患者、国民のニーズは、ライフステージや医療の利用状況で様々であり、多様なそれぞれのニーズにあったかかりつけ医機能を担う医療機関を希望に応じて選択できるように、身近な医療機関がどのような機能を担っていくべきかの観点から議論すべき。具体的には、幅広い診断・治療を行う、必要に応じて専門医療を紹介する、高次のサポートをする、患者の医療情報を一元的に把握・管理するといった基本的な機能に加えて、患者と結ばれた関係をベースに、保健医療全般のコーディネーター、あるいは日本型のゲートキーパー的な役割を担っていくべき。

（医師、医療機関、地域）

- 予防接種、慢性期の健康管理や服薬の一元管理などは、患者をよく知る医師が個人単位でやるべき項目である一方、在宅時の急変や看取りなど24時間365日の対応が求められる項目は、医療機関が連携して地域でやるべき。項目ごとに、個人単位で考えるものと、医療機関・地域単位で考えるものを分けて議論を進めるべき。
- かかりつけ医機能は、個々の診療所、かかりつけ医そのものの機能として捉えるのではなく、地域医療を面で捉えた医療機関の機能という視点で捉えるべき。
- かかりつけ医機能は、医療機関の機能として捉えるべきであり、医療機関の機能として位置づける場合は名称も「かかりつけ機能」とすべき。

（有事と平時）

- コロナ禍で露呈した医療提供体制の脆弱さを問題視する声については、どんなウイルスなのか、どんな感染予防対策をすればよいのか分かっておらず、マスクも感染防護具も不足していた、初期の一時期の状況のことを指しているものに過ぎず、この時期のみに着目して日本の医療提供体制を議論しては、問題の核心を突くことはできない。
- コロナ禍は、ワクチン接種や自宅療養者の増加を背景として、国民の中でかかりつけ医が着目されるきっかけになったのは確かと思われる。
- ウイルスの性質が未知で感染防護具もなく、PCR検査もできないような第1～3波の頃の話と、オミクロン株になった今では状況は異なっており、今では地域の中小病院を含めたクリニックは、ワクチン接種や発熱外来などで十分にかかりつけ医機能を発揮している。
- 平時と有事を同時に議論してはまとまりにくいので、平時におけるかかりつけ医機能のあり方を整理した上で、有事のあり方を議論すべき。基本的には、平時に地域連携がうまくいっていれば、有事においてもうまくいくことが多い。

【かかりつけ医機能を発揮させる意義】

- かかりつけ医機能を明確化し発揮させる意義については、外来医療の最適化や効率化という医療経済的なマクロ的な視点と、国民患者目線で、医療の質の向上を通じて現役世代を含む全世代の安心・安全を確保するミクロの視点の両方を念頭に置く必要がある。
- 必要なときに必要な医療にアクセスできるようなかかりつけ医機能を考えることが必要。既にかかりつけ医がいる人や、健康で受診の必要がない人はあまり問題はないが、問題なのは、かかりつけ医が必要だが、見つけられない人、どのような医師をかかりつけに考えればよいのか判然としない人、こういった方にどのような情報提供をする仕組みを作っていくべきかという視点が大切。
- かかりつけ医機能を発揮させるためには、まずかかりつけ医機能の明確化し、その機能を担っていることの届出あるいは認定、さらに機能を担っている医師や医療機関の可視化、見える化する仕組みが必要。こうした仕組みをしっかりと整えて、多様な患者、国民が自らのニーズや状態に合ったかかりつけ医あるいはかかりつけ医機能を担う医療機関を希望に応じて選んで、かかりつけ医関係を構築できるようにすることを通じて、必要なときに必要な医療にアクセスできる安心、安全な体制を確保していくことが可能になる。
- 母子保健、小児医療の観点から、「かかりつけ医」が果たす役割は大きい。

【かかりつけ医機能の定義】

- 平成25年の日本医師会・四病協のかかりつけ医やかかりつけ医機能の定義は、医療DXの状況、医療情報の共通化等の観点が抜けているように感じられるが、骨格としてはこうあるべき。
- 「かかりつけ医」は基本的に医師個人を指しているものであり、「かかりつけ医機能」は地域をどうやってみんなで支えていくかを指すものであると考えるとわかりやすい。
- かかりつけ医機能定義は、医療機能情報提供制度におけるかかりつけ医機能の定義は参考になる。各項目を国の制度上のフラグと位置づけて整理すれば、各地域のかかりつけ医機能の整備状況が確認できるだけでなく、各医療機関がどのような形でかかりつけ医機能を担っているのかを国民、患者に分かりやすく可視化するための基盤になることが期待される。
- かかりつけ医とは、何でも相談できて、最新の医療情報を熟知し、必要時に専門医や専門医療機関に紹介でき、在宅医療や介護保険とも緊密に連携し、身近で頼りになる地域医療、保健福祉を担う総合的な能力を有する医師であり、こういったことはこれまでの議論の中でコンセンサスを得ているものとする。
- かかりつけ医とは、診療所の医師であるか、病院の医師であるか、あるいはどの診療科であるかを問うものではなく、かかりつけ医機能の向上に努めている医師は全てかかりつけ医と定義されるものとする。
- かかりつけ医機能とは、そこで暮らす住民なり患者が受けることができる最低限の医療機能というような定義であるとする、これを確実に地域で確保していく観点で医師や医療機関の制度を考えていくことが必要。

【議論すべき具体的なかかりつけ医機能】

（予防に関するもの）

- ・ 受診の場面に応じた保健医療ニーズのうち、予防については、かかりつけの医療機関がない者が対象となると想定されるため、予防に関するかかりつけ医機能を検討する場合は、健診制度との関係も整理する必要がある。

（初診対応に関するもの）

- ・ 初診対応は、重要なかかりつけ医機能であり、かかりつけ医機能とはまさにファーストアクセスポイントとしての役割を担うこと。その先の専門サービス利用についてアドバイスを行うことを指しており、これは、門の通過を許可する門番的な役割とは全く違うと考える。

（複数併存疾病に対する診療について）

- ・ 現在の専門医は主な分野で19以上あり、複数併存疾患のある患者に対応するためにたくさんの医師が必要になる状況にある中、このような患者にどのように対応していくべきかが、かかりつけ医機能の議論において最も重要な論点になる。一方、患者の立場からすると、それぞれ専門医に診てほしいという面と一遍に診てほしいという面があり、医師の立場からすると、自分の専門性の問題があり、さらに、地域ごとにアクセスの善し悪しがある。複数併存疾患への対応については、これら3つの観点から、実態のデータに基づいて検討すべき。

（在宅医療・高齢者医療に特有なもの）

- ・ 急変時の対応や看取りについて、かかりつけ医機能として今後整理していく場合は、地域の訪問看護ステーションが果たしている役割も大きいいため、訪問看護ステーションなどとの連携も含めて検討すべき。
- ・ 少子高齢化が進展する中で、高齢者、とりわけ在宅の高齢者に着目すると、地域包括ケアシステムをしっかりと構築する上でかかりつけ医機能が重要。
- ・ 特に、在宅医療において、かかりつけ医機能を持つ医療機関がどのように関わるべきかを検討すべき。また、その延長として、二次救急病院や民間の地域密着型病院などの、救急医療体制における役割もしっかりと考慮すべき。
- ・ かかりつけ医機能には、地域密着型病院の入院機能も含まれる。
- ・ 喫緊の課題として、やはり高齢者への対策、在宅での地域包括ケアでの対策などが求められているので、かかりつけ医の議論としても重点を置いて議論すべき。
- ・ 英国の家庭医制度でも、訪問看護や社会福祉も含むクリニックの機能を併せて果たす形になっている。日本でも、かかりつけ医機能を地域で発揮するためには、その機能が地域の医療連携のみならず、医療介護連携、ひいては地域包括ケアシステムの中でしっかりと位置づけられる必要があり、外から連携をとる形ではなく、地域包括ケアシステムの中核あるいはハブとして位置づけられるべき。

第14回第8次医療計画等に関する検討会における「かかりつけ医機能」に関する主な意見（R4.9.9）

（地域の公衆衛生の向上について）

- かかりつけ医機能のあり方を議論する上で、学校医など、地域全体を面で捉え、地域の公衆衛生に協力することをかかりつけ医機能の項目として位置づけることは非常に重要であり、継続して議論すべき。
- かかりつけ医の機能には、医療的機能に加え、社会的機能があり、平成25年の日本医師会・四病協の定義では、社会的機能は、健康相談、健診、がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加することが位置づけられている。最近では、健康づくり講座、介護予防講座、町内会や民生委員への会合への出前講座、認知症カフェ等の通いの場の開催や参加、住民向け医療介護相談窓口の設置を行うことに期待が高まっており、かかりつけ医も地域の一員として地域づくりに参画していくことも在り方の一つとして考えられる。

【かかりつけ医機能の発揮に関連すると考えられる施策】

（外来機能報告制度）

- 地域において多職種連携体制の構築が非常に重要になると思われるので、地域医療構想や外来医療機能の検討などを行う協議の場に看護職やその他の医療関係職種がしっかりと参加して、各専門職の役割や機能を含めて検討できる体制整備の強化が必要。

（医療機能情報提供制度）

- 医療機能情報提供制度において報告事項となっている「かかりつけ医機能」について、現行の8項目に加えて、①診療時間内外を問わず、緊急時の対応を自院でまたは他院と連携して対応する機能、②特定の分野に偏らずに広範囲にわたる全人的医療を提供する機能、③地域包括ケアを推進する機能、これら3項目を追加すべき。
- 医療機能情報提供制度で提供されている「かかりつけ医機能」の情報のうち、診療報酬点数の届出の有無については、一般の住民の方々には理解ができないので、きちんと読み替えて翻訳する、ということも必要になる。
- 医療機能情報提供制度の「かかりつけ医機能」の現行の8項目のうち、1～4号が、医療機関の機能として特に重要。
- 医療機能情報提供制度の「かかりつけ医機能」の現行の8項目のうち、1～4号は、もう少し内容を改善すべき。一方、5～8号は、診療報酬の話であるので、かかりつけ医機能の議論がある程度整理された後に考えるべき。
- 医療機能情報提供制度は、患者が得たい情報が得られているかという視点で、提供する情報のさらなる充実が必要。
- 医療機能情報提供制度の「かかりつけ医機能」の現行の8項目の医療機関からの報告実績が少ない状況であることを踏まえると、実態把握と報告の活性化に向けた取り組みが重要ではないか。
- かかりつけ医機能を担っている医療機関を地図上で示して、その医療機関がどのような機能サービスを提供しているのかというのを国民、国民が探することができるような使いやすいツールにバージョンアップを図っていくべき。そのためには、令和4年度に改定された機能強化加算の要件も参考になる。

第14回第8次医療計画等に関する検討会における「かかりつけ医機能」に関する主な意見（R4.9.9）

（上手な医療のかかり方について）

- ・ 国民1人1人が、自分がどんな医師をかかりつけ医にしたいのかという基準をしっかりとつくり、それを選ぶ時にしっかりと探せるような情報提供のシステムをつくっていくことが大切。
- ・ 患者の受診行動に関しては、経済的な誘導だけでなく、地域の住民の方々が地域の医療を守り、育てるという観点から地域医療を積極的に支えていく、という視点が非常に重要であり、地域住民に対して分かりやすい情報の開示、情報提供を積極的に行っていく必要がある。

（診療報酬）

- ・ 診療報酬で評価は、医療機関へのインセンティブにはなるが、定率負担制度の下では、患者にとっては負担増で受診行動に対する逆のインセンティブ効果をもたらす懸念があり、限界があるのではないかと。診療報酬で評価する場合は、紹介受診重点医療機関のように紹介を受ける側を評価して病院を受診する患者の負担を増やす方が合理的で効果があるのではないかと。

（医学教育・研修・専門医制度）

- ・ 地域医療支援病院・特定機能病院等には、かかりつけ医に対して自院の情報を幅広く提供するとともに、かかりつけ医のスキルの維持・向上に貢献する責務があるので、地域医療支援病院等について検討する場合はこの点を考慮すべき。
- ・ 日本医師会のかかりつけ医の研修について、研修を修了した人としていない人で何が違うのか、どのような役割を具体的に担ってもらえるのかを、一般の国民にもわかるように情報発信し、国民がかかりつけ医を選ぶための情報にできるようにすべき。
- ・ 開始から4年目となる日本医師会のかかりつけ医機能研修は、今後さらに質の向上に取り組む予定。また、全国各地において主治医意見書研修会、かかりつけ医対応力向上認知症研修会等、様々な研修が開催されている。
- ・ 現在の医学教育は、単純な医学的知識の習得だけに留まらず、患者への医療の提供の考え方を中心になされているため、どのようなかかりつけ医機能が重要視されるのかを整理した上で、今後の医学教育にも反映していくべき。
- ・ 高齢者の在宅医療であれば、眼科の先生が必要だから眼科が往診する、皮膚科の先生が必要だから皮膚科が往診する、外科の先生が必要だから外科が往診するといった、それぞれの患者のニーズに合わせて往診する医師がいるわけではないので、総合診療的な役割の医師が必要になるのは明かと思われるが、医学教育側としては、今後そのような医師が今後のどれくらい育成されるべきなのかがないと、育成に取り組みにくいので、シミュレーションを示してほしい。
- ・ 総合診療専門医の育成を待つ時間はないので、リカレント教育として、日本医師会のかかりつけ医研修会や全日本病院協会が行っている総合診療医の育成等を国として広報し、地域の一般の方にも届くようにすべき。

第14回第8次医療計画等に関する検討会における「かかりつけ医機能」に関する主な意見（R4.9.9）

（地域の医療機関の連携推進の取組）

- ・ 地域の住民が困らないよう、地域医療の提供における役割分担と連携を推進することは、有事においても平時においても重要。医師には各自の診療科や専門分野があり、地域のニーズを一人で担う医師もいれば、部分的に担う医師もいる中で、各地域で必要な医療が欠けることがないよう、役割分担と連携を推進し、かかりつけ医が機能を発揮する体制を構築すべき。
- ・ 精神科医療の領域では、精神障害にも対応した地域保活ケアシステムの議論の中で、かかりつけ精神科医機能という言葉が出てきている。精神科領域では、1人の患者にケースマネジメントをきちんとやり、多職種連携する機能がある。精神科以外の領域でも、参考になるのではないか。
- ・ 地域ごとに人口密度や医療提供体制が異なるため、地域にあった役割分担の検討が大切であり、特に地域密着型病院の役割も含めて検討することが重要。
- ・ かかりつけ医機能を担う医療機関は、診療所だけでなく病院も含むと考えられるが、かかりつけ医機能を担う病院の病床数についてもしっかりと考慮すべき。

（ICT利活用に関する取組）

- ・ オンライン診療をかかりつけ医機能に位置づけることは重要であり、平時の必要な医療を確保するだけでなく、感染症対策の向上にもつながる。

（認定・登録制度に対する考え方）

- ・ かかりつけ医への登録制や、人頭払いを導入すべきという考え方が出ているが、既存の医師養成制度はかかりつけ医の登録制を前提とした教育になっていないため、あまり賛成できない。仮に登録制が持病のない健康な人も対象になるとすれば、予防も対象になることになり、国民がかかりつけ医としてイメージしていることの根底を大きく覆すことになる。
- ・ 登録制については、欧米を中心とした研究では、医療費が抑制されたという発表は全くなく、むしろ健康水準が高まったとしても、その仕組みの維持に多額の費用がかかるという事実が見落とされていると思われる。登録制の導入は医療の大変革につながり、結果として医療費の高騰につながるということになれば、導入の意義は乏しい。医療機関を選ぶ選択権が患者側にあるという現時点での国民にとっての当たり前の意識に照らしても、抵抗感が強いと思われる。
- ・ 健保組合は加入者がかかりつけ医あるいは医療機関を適切に選択、活用できるようにサポートしていく役割を担うべき。健保組合がかかりつけ医と連携して加入者の健康をサポートしていくためには、加入者がどこの医師あるいは医療機関をかかりつけ医としているのかということが確認できる仕組みも必要。

【その他】

（全体の整理）

- ・ かかりつけ医機能の発揮に関連すると考えられる仕組みを、一つの制度として捉えて、それぞれの役割と相互関係を整理すべき。

（検討の進め方）

- ・ かかりつけ医機能の明確化や強化について、令和4年12月までに結論を得るのはなかなか難しいのではないかと。
- ・ 2023年度は、都道府県において、第8次医療計画のみならず、第4期医療費適正化計画、第9期介護保険事業（支援）計画、健康増進計画などを策定し、いずれも2024年度から開始することとなる。また、2024年度には診療報酬と介護報酬の同時改定が行われる。「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」の検討にあたっては、これらの計画への位置づけや同時改定も念頭に入れて議論を進める必要があるのではないかと。