

全世代型社会保障構築会議

2040年に向けた医療提供体制のあり方について ～かかりつけ医・かかりつけ医機能に関する論点～

2022年11月11日

全世代型社会保障構築会議構成員

(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)

香取 照幸

“かかりつけ医機能が発揮される制度整備”

今回は、議論の素材としての論点メモを提示します。

制度設計に関する論点は機会を改めて。

全世代型社会保障構築会議 中間整理(2022年5月17日)抄

加えて、今回のコロナ禍により、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべきである。

2025年までの取組となっている地域医療構想については、第8次医療計画(2024年～)の策定とあわせて、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、しっかり議論を進めた上で、さらに生産年齢人口の減少が加速していく2040年に向けたバージョンアップを行う必要がある。

経済財政運営と改革の基本的方針2022(2022年6月4日)抄

また、医療・介護提供体制などの社会保障制度基盤の強化については、今後の医療ニーズや人口動態の変化、コロナ禍で顕在化した課題を踏まえ、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するため、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めることとし、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行うとともに、地域医療連携推進法人の有効活用や都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進する。

かかりつけ医・かかりつけ医機能の問題は 我が国の医療システム全体に関わる広範な論点を含んでいる

提供者側からの視点—医療/介護サービスの提供に関わる論点

- ・ 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)
- ・ 医療の機能分化・連携(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)
- ・ 地域包括ケアネットワーク(医療を超えた包括的支援を実現する多職種連携・多機関連携)
- ・ 医療情報連携・医療DX・PHR(上記を実現するための医療/介護情報の一元管理・連携・共有)

利用者側からの視点—医療へのアクセス保障・費用「最適化」に関わる論点

- ・ 医療資源の効率的利用(無駄な受診の回避・サービス利用(提供)の「最適化」・医療費適正化)
- ・ フリーアクセスの再定義(「サービスの選択・利用保障」と「無駄なき適時適切な受診」の両立)

制度・政策の視点—健康管理・予防・治療/療養を通じた総合的・包括的健康保障

→この3つは相互に関連している

ゆえに、実際に機能するかかりつけ医制度を構築し、現場で実装していくには、関連する多くの課題を同時に解決することが必要になる。

→かかりつけ医機能の実装は「持続可能な医療介護の未来図」の中に（重要な役割を持つものとして）位置付くもの

→システムとしてのかかりつけ医機能の実装をいかに実現するかという視点から、利用者国民・医療者・保険者それぞれが共有できる方向性を考えることが重要。

かかりつけ医機能を考える際に視野に入れておくべき論点

:コロナ禍で露呈した日本の医療提供体制の脆弱さ

→地域医療・在宅医療を強化しておかなければ、医療は再び機能不全をきたすことになる

:超高齢社会における医療の役割の変化 → 「治す医療」から「治し、支える医療」へ

→地域(在宅)医療を含めた提供体制全体の機能分化と連携(地域医療構想の再構成)

病院機能の2つのベクトル(治すを担う高次機能病院と治し支えるを担う在宅支援・地域密着病院)

地域包括ケアネットワーク(治し、支えるは医療だけでは実現できない→医療を超えた地域資源の連携・多職種協働・多機関連携、その結節点となるかかりつけ医機能)

:医療介護需要の増大 vs 有限の医療資源 → 社会的コストの「最適化」

→提供サイドの改革:提供体制(システム)の効率化を通じた医療介護コストの「最適化」

:機能分化・連携を実体化するためのツール・仕組み(地域医療連携法人等)

:人的資源の効率運用 医師の働き方改革 医療専門職間のタスクシフト

→需要サイドの改革:「適時適切」な医療資源の利用→フリーアクセスの再定義(地域完結型医療)

:地域連携・かかりつけ医機能の基盤となる患者情報の一元化(PHR・データヘルス)・共有

→これらの論点を踏まえた、かかりつけ医・かかりつけ医機能に求められる役割(=定義)の明確化

かかりつけ医・かかりつけ医機能を考える

- (1) かかりつけ医・かかりつけ医機能の重要性
- (2) かかりつけ医・かかりつけ医機能の定義
- (3) 在宅医療とかかりつけ医
- (4) フリーアクセスをめぐる問題とかかりつけ医機能
- (5) かかりつけ医機能を発揮するための制度整備
 - ① 情報の一元化・PHR・医療Dx
 - ② かかりつけ医の選択の保障
 - ③ 費用保障のあり方

(1) かかりつけ医・かかりつけ医機能の重要性

- ・ 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重要課題の一つ。

- ・ 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。

全世代型社会保障構築会議の中間取りまとめでも指摘されているように、今回のCOVID-19禍では、在宅医療・地域医療の弱さが病院への大きな負荷になって医療崩壊の危機を招いた。

- ・ 医療・介護需要が伸びていく中で、医療資源は人的にも物的にも有限。

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
応え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
が必要。

- ・ 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。
このことを深く認識することが重要。

とすれば、**地域医療構想において考えるべきは、病床の機能分化と連携の視点のみならず、人的物的資源の再配置という意味での提供体制改革を実現する観点から、**

① 急性期病床の機能強化

急性期病院の集約化(病床削減＋資源の集中投入) 高度急性期・重症急性期の入院医療への特化

② 地域医療・在宅医療の強化

・かかりつけ医機能の実装、地域密着型中小病院の機能の明確化 地域包括ケアネットワークへの積極的関与・

についても取り組んでいくべき。そうしないと、医療費の「最適化」も実現できない。

(参考)日本の医療提供システムの特徴 ～所有原理型診療構造～

猪飼周平「病院の世紀の理論」による

医療の利用

- :アクセスの自由度の高さ(フリーアクセス)
- :診療時間の短さ(「3時間待って3分診療」) アクセス自由度の高さ→外来診療の肥大化

医療機関の姿 自由開業医制・自由標榜制の下での医師による病床所有

- :病院と診療所の未分化、競合関係の存在
- :大病院における外来部門の存在 → 病院も診療所もプライマリケア・セカンダリケアを担う
- :病院による医師の直接雇用・外部者への閉鎖性 → オープン病院の試みは成功しない
- :私立病院・病床ストックの比率の高さ 個人立診療所→個人立・医療法人立病院の流れ
- :施設間における分散的な病床分布・高額医療機器の分散的配置・配置比率の高さ

医療職の姿

- :開業医の高い専門性 医局→勤務医→開業というキャリアパス 開業医はプライマリケアとセカンダリケアを担う
- :かかりつけ医の未確立
- :看護職における正看/准看構造
- :医局制度 平等主義的人事 勤務医も開業医も同質の専門的医師 → 身分原理型の専門医制度は機能しない

☆極めて安定的・固定的システム → 「医療政策を規定する決定的前提条件」 → 政策は常に漸進的

- かかりつけ医・かかりつけ医機能の問題は、医療提供体制全体の改革にかかわる。

かかりつけ医機能を担う医師の診療能力(総合診療能力)や夜間休日の診療体制の問題ではなく、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)など、医療システム全体の改革一に関わる問題である。

- 同時に医療保険の課題とも深く関係。

限られた医療資源の効率的利用、医療費適正化、無駄な受診の排除一適時適切な受診(フリーアクセスのあり方)

- 医療提供体制の構造の違いを踏まえた設計を考える。

医療提供体制そのものの構造に大きな違いがある以上、諸外国のかかりつけ医制度や家庭医制度をそのまま日本に移植することは困難。仮に導入しても機能しない。

日本の医療提供体制の現実を踏まえたかかりつけ医・かかりつけ医機能の実装のあり方を考えることが必要。

・ 医療を超えた包括的で継続的な切れ目ないサービスの保障

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いる。

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のみならず、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重要な問題。

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困難。

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。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。

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。

- 介護保険では各機関の役割分担や連携を担う役割としてケアマネージャーが存在。ケアマネージャーと主治医の連携が全体の調整を担っている。
- 医療にあっても、患者家族に伴走し継続的に関わり、必要に応じて入院支援・退院支援を行う役割を持つ存在は極めて重要。

しかしながら現在は制度上そのような機能・役割を担う存在は明確にされていない。

- かかりつけ医・かかりつけ医機能とは、まさにそのような役割を地域において果たすもの。(→中学校における「担任の先生」(=担当教科以外に生徒指導や進路相談、家庭訪問など生徒の面倒を包括的にみている教員)のようなイメージ)
- 医療は地域包括ケアネットワークの重要な構成要素。
かかりつけ・かかりつけ医機能は、地域包括ケアネットワークの文脈の中で機能するものとして進められることが必要。

(2) かかりつけ医・かかりつけ医機能の定義

かかりつけ医・かかりつけ医機能についての医療界の統一見解 「日本医師会・四病院団体協議会合同提言」(2013年8月8日)

「かかりつけ医」とは(定義)

なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、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。

「かかりつけ医機能」

かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。

かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。

かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、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とともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。

患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

- **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、**
 - 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**
 - ①-2 **かかりつけ医機能を担う医療機関(診療所・中小病院)が具備すべき機能に関するもの****そして**
 - 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****が含まれていることがわかる。**

- **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。**

日常的な健康管理、相談指導、予防接種、健診、common diseaseへの対応(いわゆる「プライマリケア医」の役割)、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、

さらには、介護など医療以外のサービスとの連携のハブ機能、公衆衛生行政と通常医療の接点(災害やパンデ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。

- **かかりつけ医・かかりつけ医機能は、1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。**

地域全体で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中で実現されるもの。

- **かかりつけ医はその最前線にあって第一義的に国民と接点を持つ存在—これを「緩やかなゲートキーパー」あるいは「ゲートオープナー」と呼ぶのであれば、そのような存在—として理解すべき。**

- **システムとしてのかかりつけ医機能の構築こそが重要。**

かかりつけ医となる医師(医療機関)の資質能力、かかりつけ医機能を担う医療機関の能力はもちろん重要な論点。誰でもなれるというものではない。

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、システムとしてのかかりつけ医機能を地域の医療提供体制の中でどのように作り上げていくかという視点で考えることが必要。

(3) 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。
- 高齢者介護の世界では「在宅介護原則」「24時間・365日の安心」を前提とした制度設計が行われており、「在宅生活の継続」を基本に、夜間介護・巡回介護や小規模多機能サービスといった多様なサービスを用意することで、高齢者の状態像の変化に対応した切れ目のないサービスの実現が目指されている。
- 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「患者の生活の場でサービスを提供する」ことが求められている。これは在宅医療を担うかかりつけ医・かかりつけ医機能に求められる重要な役割の一つ。
- 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、在宅支援を担う診療所とそれを支える地域密着型病院(在宅療養支援病院)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組み上げていく取り組みが必要。

- **例えば、東京など大都市圏では、COVID-19への対応の過程で、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。**
- **高齢者介護の場合でも、時間外・夜間に対応する訪問介護事業は広域でのサービス提供を担い、昼間帯を担当する訪問介護事業者との連携・役割分担で在宅要介護者をカバーしているのが一般的。**
- **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を活用したオンコール型の訪問診療医療機関がCOVID-19への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に値する。

(4) フリーアクセスをめぐる問題とかかりつけ医機能

- 「国民(被保険者)は、自分が必要と思った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。
- 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自身。医療機関への受診(初診)に関する判断は全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・構造的に患者の適切な受診行動を促す仕組みは用意されていない。
- 結果、医療機関へのかかりやすさが早期受診・疾病の早期発見につながっている利点がある一方、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(＋それを支援する仕組みが整っていない)ことも相俟って、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できず、逆に必要な時に必要な医療が提供されない(患者自身が行動を起こさない限り医療は提供されない)ことも生じる。
- このようなシステムの下では、住民一人一人の健康管理について特定の医療機関が一元的・継続的に責任を持ち、適時適切な医療を提供するシステムの構築は事実上困難。

- 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(≒高齢者)はmultimorbidity(複数の主たる慢性疾患を持つ患者)。

それぞれの疾患について自身が選択した専門医療機関(主治医・主治医療機関)を持ち、現に継続的に複数医療機関に受診している。

- このような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。

個々の専門医療機関が自らの担当する疾患について適切な診療を行なっているにもかかわらず、全体としてみれば重複・過剰・不適切な医療が行われてしまう「診療における合成の誤謬」も発生する可能性。

- 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。

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、日常からのトータルな健康管理を行うことで受診を減らす、そのために診療情報の一元化・共有を進める、といった問題提起がなされる。

かかりつけ医・かかりつけ医機能の問題はこのコンテキストから語られることになる。

- 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。
- **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。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。

- さらに、「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、国民にとっても、医療者にとっても、保険者にとっても望ましいことのはず。

ここに利害の対立はない。

- であるとするのなら、必要な医療サービスが保障されることを大前提に、国民の側での医療サービス利用のあり方についても、専門職による支援を前提とした何らかのルール化を考えることが必要。

以上整理すると、、、

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。

→本件に関する利用者国民・医療者(提供者)・保険者の利益は一致している(はず)

(5) かかりつけ医機能を発揮するための制度整備

① 情報の一元化・PHR・医療Dx

- **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、そしてその情報がかかりつけ医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。**
- **患者・利用者に関する健康情報・医療/診療情報をリアルタイムで把握することができなければ、かかりつけ医は日常的な健康指導も適時適切な医療提供の調整も行うことができないし、継続的な支援を行うこともできない。**
- **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。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。**
- **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。医療情報の一元化や医療Dxの普及は、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。**

- 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招来。
- 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。
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。
- 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。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。
- 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。

- **ここで重要なことは、患者・利用者にかかる健康情報・医療/診療情報は本人自身のものである、ということ。**
- **制度設計、管理運用、共有ルールの構築にあたっては、そのことを大前提に制度設計を行わなければならない。**

② かかりつけ医の選択の保障

- かかりつけ医を持つことは、国民の権利であって義務ではない。

皆保険体制をとる我が国にあっては、すべて国民は必要かつ適切な医療を受ける権利がある。

- 「かかりつけ医・かかりつけ医機能の制度化」とは、国民にとってより適切な医療へのアクセスが保障されるシステムを構築すること。医療機関へのアクセスや選択の権利を強引に奪うものではない。

- かかりつけ医は患者・利用者自身が選択するものである。

かかりつけ医は患者・利用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。

その観点からも、患者にとって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・利用者自身が選択するものでなければならず、その機能は患者・利用者との信頼関係があって初めて十全に発揮されるものであることを銘記すべき。

- **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として、情報の非対称性や医療の不確実性があり、端的にいうと患者の不安が背景にある。**
- **信頼できる医療機関との安定的な関係を作ることなくして、患者の行動を変えることはできない。
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危険もある。**
- **かかりつけ医・かかりつけ医機能を発揮するための制度整備にあたっては、登録の義務づけや強制的な割り当てといった統制的なやり方で臨んでも制度は機能しない。**

③ 費用保障のあり方

- かかりつけ医・かかりつけ医機能に求められている役割は極めて広範かつ重層的。
- 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、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「保険診療一療養の給付」の範疇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(「診療なくして報酬なし」)。

- かかりつけ医・かかりつけ医機能の制度化は医療提供体制のあり方の問題であり、医療法体系の中で行われるべきもの。

人頭払・包括払(定額払)といった「医療保険での報酬の支払い方」に議論が集中するきらいがあるが、診療報酬での支払い方式や点数化の議論をする前に、求められる機能役割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、その上でその機能役割に相応しい費用保障の仕組みを検討するべき。

-



Future Institute Wolong
一般社団法人 未来研究所臥龍