

令和4年12月5日	第94回社会保障審議会医療部会	資料1-3
令和4年11月28日	第93回社会保障審議会医療部会	資料1-3

# かかりつけ医機能に関する主な意見

「社会保障審議会医療部会」（令和4年9月29日）及び  
「第8次医療計画等に関する検討会」（令和4年7月20日、令和4年9月9日）

## 【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。
- ・ 患者側はどんな病気でもまずは診療できるということを望んでいるというデータが示されている。もちろんどんな病気でも診るとするのは無理であるので、いわゆるコモディジーズを診てほしいと思っているのだとすると、これにきちんと応えていくことは必要。しかしながら、医療提供側の方はこのことが必ずしもクリティカルな要素だとは思っていないというデータもあり、患者側と医師側で乖離があることが見受けられるので、こういった実態を踏まえて議論を進めるべき。

### （信頼関係の構築・安心の確保）

- ・ 今後の少子高齢化とか、あるいは地域によって医療の提供体制にかなり差が出てくるという中で、制度としては、国民・患者に対して安心を与えるものであるということが重要。
- ・ かかりつけ医については、患者国民との信頼関係が非常に重要になる。身近な地域、なじみのある場所で自己の健康管理について常に相談できるという信頼関係というのは非常に重要になる。
- ・ 受診する側の医療機関に対して、患者側はかかりつけと思っていたのに、医療機関の方はかかりつけ医とっていなかったということが起きていると指摘されることがあるが、これはゆゆしきこと。例えば、コロナの診療検査医療機関の一覧をみると、かかりつけの患者に対しては対応するけれども、そうでない人には対応しないというような選択をしている医療機関がいまだにある。医療機関はできるだけ幅広く受け入れるという努力の下で体制を取るべきであり、改善をどんどん図っていかねば国民の信頼は得られない。
- ・ かかりつけ医機能の議論を一つの契機として、構想区域ごとに人口減少下や感染症下でも安心して医療を受けられるよう、地域医療構想を再検討し、切れ目のない効率的な医療提供体制を構築していくことが求められる。
- ・ 必要なときに医療が受けられないということができるだけ起こらないように、何かあれば親身になって対応してくれるかかりつけの先生がいてくれれば、患者にとって大変心強い。
- ・ 国民・患者の安全・安心を担保するには、国民・患者が、自らの希望や状態に応じてかかりつけ医機能を担う医療機関、医師を柔軟に選択できるということが必要。

# 「社会保障審議会医療部会」及び「第8次医療計画等に関する検討会」における主な意見

## (フリーアクセス・大病院志向)

- 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。
- フリーアクセスを理由に、救急、時間外で中核病院等の大病院に受診することは医療提供体制の観点から望ましいことではない。
- 日本の医療はフリーアクセスと言われているが、今回のかかりつけ医機能の議論は、患者にとっての医療の入り口をどうするかという議論と不可分であり、地域の医療ニーズも踏まえつつ、外来医療機関の数にも踏み込むなど、トータルでの議論が必要。

## (かかりつけ医機能の多様性を踏まえること)

- 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て、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っ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。
- 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。
- 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。
- 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、これらをしっかりと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。
- 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。

# 「社会保障審議会医療部会」及び「第8次医療計画等に関する検討会」における主な意見

## (小児期)

- ・ 小児について、生まれてすぐ2か月ぐらいから始まる予防接種で、母親がかかりつけ医をどこにしようか探して、ふだんの感染症や風邪のときは地域のクリニックにかかって、必要があれば大学病院等を紹介してもらう形になるのが、広く共通の理解となっているのではないか。
- ・ 小児については、母子健康手帳の仕組みに基づいて、近くの小児科医のところまで入学するまでは健康管理を受ける仕組みが構築されており、かかりつけ医機能が発揮される制度ができていると評価できる。これを、他の領域にも広げていくという方向性で議論が必要。
- ・ 医療的ケア児などは、三次医療機関の大病院の小児科医がかかりつけ医であるという方もいる。

## (若年層)

- ・ 若年層について、SNS上では、かかりつけ医がどういった存在か分からないという声も上がっており、かかりつけ医との距離は遠いのが現状。若年層のように、希望はしていても、日頃は医療とは遠く、なかなかかかりつけ医につながらない、かかりつけ医がどのような存在か分からない層に、かかりつけ医が担う機能、役割を分かりやすく示し、医療が必要になったときに、いきなり大病院に行くのではなく、かかりつけ医へどのようにつなげていくかという取組を進めることが重要。
- ・ 令和3年の民間会社によるネット調査結果では、かかりつけ医は必要もしくはまあ必要だと思うと答えた人の割合は8割を超えており、コロナ禍の健康不安が広がった中で若年層のかかりつけ医の需要は高まっている。

## (高齢層)

- ・ 患者のことをよく理解している医師を持つことは高齢化が進む時代に必要であるが、その機能の類型化は多様性の観点から難しいため制度面の議論でなく現場で実際に起こっている課題に立脚した形で議論を進めることが必要。

## (性差の観点)

- ・ 女性については、特有の疾患や、デリケートな問題があって受診の敷居が高い場合があるなど、特有の保健医療のニーズがあるので、性別の観点も含めて議論すべき。

## (地域別の観点)

- ・ へき地のような場合はかかる医師を選べないので、精神的な問題も含め、また、まず話し相手になってもらうということも含めて、全てを診てもらっており、結果として、ある意味理想的なかかりつけ医の仕組みができている。
- ・ 人口が多い地域では、診療科が分化していて、たくさんの選択肢があることから、複数のかかりつけ医をもっているケースもあるし、公立病院が地域の医療を担っている地域であると、公立病院の医師がかかりつけ医になっているケースもある。
- ・ かかりつけ医の議論に際しては、地域ごとに年代構成や医療アクセス、医療資源が異なっていることを十分に踏まえ、医療提供側と患者側、双方の意見をよく聞くことが必要。

# 「社会保障審議会医療部会」及び「第8次医療計画等に関する検討会」における主な意見

## （疾病別の観点）

- ・ 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。
- ・ 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、どちらかという総合診療とか内科的なイメージがあり、当てはまるのは小児、生活習慣病を持っている高齢者、あるいは将来的に在宅を考えている方たちだが、患者の中には、眼科にしかかかっていないとか、耳鼻科あるいは婦人科、整形外科、複数の科にまたがっている等、患者は非常に多様であることを念頭において、定義を検討する必要がある。

## （医師の業務負担）

- ・ 医師に一般診療に加えてかかりつけ医機能の発揮、さらに新興感染症対応を求めるとするのは業務負担的に現実的ではないと考える。

## （医師単位、医療機関単位、地域単位で発揮される機能）

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 住民の視点から見れば、「かかりつけ医療機関」ではなく、「かかりつけ医師」を見つける、というのが重要になると思われる。

## （持続可能性）

- ・ かかりつけ医機能の議論は、国民が医療を持続可能性を持って享受しやすくなるようにし、国民が大きな不利益をこうむらないようにする方向で検討すべき。

## （国民へのわかりやすさ）

- ・ 国民に「かかりつけ医」とはこういうものだ、というものを、細かい具体的なものではなく、全体像としてしっかりとわかりやすく示し、かかりつけ医をもつ重要性を啓発することが重要。

# 「社会保障審議会医療部会」及び「第8次医療計画等に関する検討会」における主な意見

## （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。
- 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。
- コロナ禍においては、在宅の方々のコロナ感染に対して、地域密着型の中小病院が地域の診療所の医師と連携すれば、もっと中小病院が対応できたのではないかと思われるので、その点も念頭において議論し、有事に備えるべき。
- コロナ禍では、想像を絶する規模の感染が起こったため、医療提供のキャパシティをオーバーしたが、このような中で、調査結果によれば、かかりつけ医を持っている方は、持っていてよかったという意見が9割近くあり、また、持っていない方でも、ぜひ持ちたいという意見が6割となっており、かかりつけ医の有効性が認められていると評価できる。
- 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。

## （諸外国との比較）

- 日本は、英国のように、診療所は一般医療を行い、病院は専門医療を行うという分け方をしない。日本の大切な医療文化として、従来の医療提供制度を堅持するという中でこのかかりつけ制度を育てていくのだということが前提としてまずないと、議論が進まないのではないか。

## 【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、今後の少子高齢化のさらなる進展を見据えて、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。
- かかりつけ機能を整備することは、特定機能病院等への負担軽減の効果も期待されるなど、病院勤務医の働き方改革にも資するものである。
- 国民が健康でできるだけ自立して過ごして、この国に生まれてよかったなと思える暮らしができるようにする目線で、できるだけ効率よく必要な医療が届く仕組みを次に考えていくべき。コスト削減が優先課題にならないように施策が進められるべき。
- かかりつけ医あるいはかかりつけ医機能は、まさに医療制度あるいは診療体系に密接に結びついているものであり、それぞれの国の文化と切り離せないものなので、ある程度日本独自のものとして考えていくべき。
- かかりつけ医機能は地域において地域包括ケアシステムの中で地域との関わりを持っている病院が地域の診療所とともに発揮していくことが最終条件と考える。
- 女性は寿命も長く、特有の疾患も多いが、無職や非正規などの割合も高く、予防を含めた健康管理がおろそかになっている。こうした課題はかかりつけ医がいるとより対応しやすいと考える。
- 高齢社会など様々な課題に対応するのであれば、外来機能だけでなく、入院機能と地域包括機能を全部含めた地域包括的なものをかかりつけ医機能として捉えて取り組むべき。
- 過去の病歴など情報の一元化が必要であり、電子カルテからの標準化として考えられている6情報3文書のようなもの一元化により、予防を含め日常診療におけるかかりつけ医機能の強化につながる。人に頼る方法ではなく、IoTやITなどの技術に頼ることでフリーアクセスも維持される。
- かかりつけ医機能を初診時の対応と継続的な診療として捉え、その機能について各医療機関が機能を明示し、さらに地域でその機能が十分あるのかを協議しつつその強化に努めることで地域包括ケアシステムを推進することが出来る。

## 【かかりつけ医機能の定義】

### （かかりつけ医とかかりつけ医機能の関係性）

- ・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」とは患者が選ぶものであり、「かかりつけ医機能」とは医療提供側が選ぶものであるとすると、病院等が提供するかかりつけ医機能を明示し、それを活用して患者が選ぶのが1つの形ではないか。

### （かかりつけ医の定義）

- ・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、自分のことをよく理解してくれ、何でも相談ができて、必要に応じて大病院とか専門医につないでくれ、信頼できる医師であり、あいることで安心できる、というのが一般の方の捉え方だろうと思う。
- ・地域におけるかかりつけ医とは、住民に対し、最新の医療情報を提供し、必要な際は、専門医や専門医療機関を紹介してくれる、身近で頼りになる存在であり、果たすべき役割は非常に大きい。
- ・「かかりつけ医」における、「かかりつけ」、という単語は古くて今のライフスタイルに合わない面があるので、「かかりつけ医」ではなく、「マイドクター」や「私の担当医」など、別の呼称の方が現場に即した議論がしやすいのではないか。

## （かかりつけ医機能の定義）

- かかりつけ医機能が医療機関の機能を指すのであれば、「医療機関のかかりつけ機能」と呼ぶべきではないか。
- 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。
- かかりつけ医機能の定義は、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が参考になる。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。
- かかりつけ医機能には、地域密着型病院の入院機能も含まれる。
- かかりつけ医機能は、地域で持つものであり、病院の医師と地域の診療所の医師が協力し、地域包括ケアシステムの中で地域として発揮されるべき。
- 平成25年の日本医師会・四病協の定義では、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。
- 今の高齢社会とかいろいろなことを考えるならば、かかりつけ医機能は、外来だけを指すものではなく、入院機能や地域包括機能を全部含めた地域包括的なものを指すのではないか。
- 日本病院会として、かかりつけ医機能とは、日常的な医学管理と重症化予防している、医学的管理を行っている、地域の医療機関との十分な連携で地域を守っている、在宅療養支援・介護の支援を行う、急病や病状・体調の急変時には自院で対応できる又は他の医療機関と連携して対応する機能を持っている、特定の領域に偏らない広範囲にわたる全人的が診療を行う機能を有している、地域包括ケアシステムを推進する機能を持っている、という機能が挙げられると考える。

# 「社会保障審議会医療部会」及び「第8次医療計画等に関する検討会」における主な意見

## 【議論すべき具体的なかかりつけ医機能】

### （予防・相談に関するもの）

- ・ 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。
- ・ 健康診断などの機会に身近な医療機関に行くことは、かかりつけ医とつながる機会のひとつである。
- ・ 健康に関する情報、医療に関する情報は、国民・患者にとって非常に難しいので、解釈を手伝ってくれる人、アドバイスをしてくれる人が必要。嘱託産業医として多くの日本の開業医が安全衛生法に基づき実施している健診結果の解釈を、安全衛生法でカバーされていない自営業や無職の人の健康管理をどうするかという課題がある。
- ・ 無職や非正規などの予防を含めた健康管理は今のところおろそかになっているのが課題となっている。
- ・ 個々のPHRをしっかりと安全な形で保持して、健康情報を総合判断をするという機能、あるいはその判断に基づいて、必要な場合には他と連携するようなハブ機能を持つことが必要になる。

### （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。
- ・ 最初に受診をするときにしっかりと門戸を開き、幅広くどんな患者さんでも受け入れる。受け入れた後に、自分で診るのか、あるいは専門医を紹介するのかを問わず、まずは一旦受け入れるという機能は、極めて大事な機能である。

### （頻度の高い疾患をしっかり診療できる機能）

- ・ H25の日本医師会・四病協のかかりつけ医の定義に、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介できるという機能が上げられているが、その前に一般的な疾病について診療できるということが必ずしも明確になっていない。かかりつけ医機能の定義には多少そのようなニュアンスが感じられるが、かかりつけ医機能は、かかりつけ医の個々の機能の集積だと考えれば、まずはコモンディーズをしっかり診療できることを必要な機能として明示すべき。それをリカレント教育の充実、改善等を通じて、質の担保をしっかりしていくということが、国民のかかりつけ医機能に対する信頼を勝ち得る大きな道ではないか。

### （紹介・逆紹介について）

- ・ 現在の急を要する課題として、急性期病院に入院した後で、次に移動するときの転院先がない、もしくは自宅に帰りたくても自宅で十分面倒をみるできないという課題がある。
- ・ 大病院との連携という観点では、科によっては依然として9割以上が再来患者である状況であり、まだ専門医の診断・治療が終了した後に、地域で診るという仕組みが十分でない。
- ・ かかりつけ医機能として、継続して通院が必要な患者を管理できる機能は極めて重要であり、それが地域にあることで、専門医療を行う大病院から患者を逆紹介することができる。

# 「社会保障審議会医療部会」及び「第8次医療計画等に関する検討会」における主な意見

## （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。
- ・ 患者がかかる医師を選ぶときに、「かかりつけ医」として選ぶのか、あるいは特定の領域・疾患についてずっと診続けるいわゆる主治医として選ぶのかという判断は、極めて曖昧になっている。このため、ある特定の領域だけ診てもらっていて急病になり、その先生に相談したが断られるということが起こりうる。主治医としてずっと継続して通院患者さんを診るのか、それともかかりつけ医機能を発揮して診ていくのかということはしっかりと分けて考えなければいけないのではないか。

## （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ため、訪問看護ステーションなど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の確実な構築の観点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。
- ・ 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。
- ・ 高齢者医療におけるかかりつけ医機能は、「主治医意見書」を書く医師の役割が重要であり、主治医意見書をどのように位置付けるかがかかりつけ医機能の発揮の観点で重要。

## (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分類の視点)

- 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。
- かかりつけ医機能の明確化にあたっては、健康の維持をサポートしてくれる、患者の情報を一元的に把握・管理してくれるといった「基本的な機能」と、オンライン診療とか在宅医療などを国民・患者の希望や、状態に合った対応をしてくれる「付加的な機能」に分けて、整理すべき。
- かかりつけ医機能の議論にあたっては、夜間帯に急変したときにかかりつけ医が対応すべきかという問題や、小児期、青年期、老年期と分けたときに、どのようにかかりつけの分類をしていくのかといった、時間軸の観点も必要である。

## 【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。
- ・ 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。
- ・ かかりつけ医機能については住民や患者側の主観的な考えによる部分もあるため漠然と存在するものであるから、項目についてその意味合いが十分に理解されるように、住民、患者目線で、提供されるデータを構築する必要がある。特に、かかりつけ医がいない方々の目線から、提供されるデータを構築することが必要。

## （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作り、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。
- ・ 子育て期は子どもも保護者も医療に触れ、悩む時期でもあるため、医療のかかり方やかかりつけ医の在り方をこの時期に啓発することで中長期的な効果が得られると考える。
- ・ 住民や患者への基本的な医療アクセスの考え方やイメージを丁寧に周知啓発することは重要である。
- ・ 大病院の紹介状無し受診の定額負担について、7000円に値上げしたが、多くの保護者の方も大病院にかかりたくてかかっているわけではなく、どこにかかってもよいか分からないからかかるという現状もあるので、単に値上げするだけでは受診の抑制につながらないと思われる。医療のかかり方について、かかりつけ医がサポートするなど、国民目線で医療のかかり方を議論すべき。
- ・ かかりつけ関係をしっかりと結んで、安全・安心を確保したいが、かかりつけ医療機関あるいは医師をどう探したらいいか分からないといった国民に対しても、適切に選択できるような情報提供、サポートを行いながら、多様な国民・患者の希望を尊重した上で、柔軟に選択、登録ができる制度整備の在り方を検討すべき。こうした医療のかかり方に関する情報提供とかサポートについては、健保組合も貢献できると考える。

## （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。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。
- ・ 診療報酬制度は、療養に対する給付であるので、相談対応に関する報酬をどうするのかということをきちんと整理すべき。
- ・ 専門医とかかりつけ医が、ドクター同士で相談する、いわゆるD to P with Dにおいて、医療費、相談料の報酬がどうあるべきかをはっきりさせるべき。
- ・ かかりつけ医に関する診療料と小児かかりつけ診療料があるが、小児かかりつけ医診療料については登録制度について国民の理解が進んでおらず、登録が進まないため、国民目線でかかりつけ医機能を議論する観点から国民への浸透も意識して議論を進めて欲しい。
- ・ 1996年に包括点数である老人慢性疾患総合診療料という診療報酬が導入されたが2002年に廃止されている経緯がある。こうした過去の経緯も踏まえて議論を進めるべきである。

# 「社会保障審議会医療部会」及び「第8次医療計画等に関する検討会」における主な意見

## (医学教育)

- ・ 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。

## (リカレント教育・職能団体等における研修)

- ・ 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、リカレント教育を通じた在宅医療への対応が考えられる。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ コモンディージーズについてしっかり対応出来ることを確実にするべくリカレント教育の充実は重要である。
- ・ 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。
- ・ 日医・四病協のかかりつけ医の定義を公表した後に、日本病院会と全日病でも病院総合医という研修制度も設けている。

# 「社会保障審議会医療部会」及び「第8次医療計画等に関する検討会」における主な意見

## （地域の医療機関の連携推進の取組）

- 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時間対応が考えられる。
- 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。
- 一人の医師のみですべてを対応するのは難しいため、地域として支える必要があり、バックアップ体制の確保や、ICTを活用した情報のリアルタイムの共有など、グループ診療の好事例も参考に進めて行くべき。
- 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。
- かかりつけ医機能を有する医療機関の数と、在宅医療、休日・祝日・夜間などの診療、救急医療など、それぞれの地域の医療ニーズを分析した上で連携の必要性を検討し、チームにおける役割分担などについても明確するように議論を進めるべき。

## （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、平時に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。
- 医療はアナログの世界で患者さんに接することが重要であり、デジタルに変更していくことが必ずしも国民にとって良いことなのかは疑問が残る。
- 日本の状況を考えると、地域の診療所が減っていき、地域の病院がかかりつけ医機能を担っていくとすると、いつも同じ医師が診ることになるとは限らないので、違う医師が診察してもかかりつけ医機能を発揮できるようにする必要がある。その場合、健診情報、レセプトなどの請求情報などの診療情報、電子カルテからの標準化として考えられている6情報3文書のようなもの情報をどこかに一元化し、それをいつでも誰でも医師が見られるようにすることで、どの医師もある意味かかりつけ医機能を発揮することが可能になってくると考えられる。実現には時間がかかるが、ICT技術による情報共有をベースにしたかかりつけ医機能を構築することを考えていくべきではないか。
- ICTを使って情報をどこでも見られるようにして、初期対応すべき医療機関と専門的ないしは中核的な医療をるところを機能分担すべき。
- 大病院ではなく、患者さんが安全と安心の気持ちでかけられる場所を確保するには、かかりつけ医機能を発揮するかかりつけ医が必要。このかかりつけ医で、専門性が高い医療の内容が要求されるのであれば、ICTを使って基幹病院と必要な情報を共有した上でやっていく体制を構築すべき。
- PHRが、小児における母子健康手帳のように、かかりつけ医機能を発揮する基盤となるのではないか。既存の制度をどういうふうにくみ合わせて、日本的なかかりつけ医制度みたいなものをつくっていくかということが大きな課題、これからの方向性ではないか。
- 地域の自治体病院などがかかりつけ医機能を発揮することにより、専門性の高い基幹病院にICTによって情報共有しつなぐ必要がある。

## 「社会保障審議会医療部会」及び「第8次医療計画等に関する検討会」における主な意見

### (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となるため、現実的ではない。
- 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。
- 必ずしも国民全体がかかりつけ医をもつことを検討するのではなく、ニーズに合わせてどのようなケースの場合にかかりつけ医を持つことが適するのかを良く検討し、そこに施策を重点的に進めていくべき。

# 「社会保障審議会医療部会」及び「第8次医療計画等に関する検討会」における主な意見

## 【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。そうすれば、足りない機能とか、強化が必要な機能などの検討課題が見えてくるのではないか。

### （検討の進め方）

- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ 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。
- ・ かかりつけ医機能については論点が多岐にわたるため、フリーディスカッションになってしまいがちであるため、かかりつけ医機能に必須な要素に絞って議論すべきであり、それは初期診療、全人的ケア、24時間対応の3点であると考えている。
- ・ 自治体においては第8次医療計画策定に向けた時間的な余地が少ないことから、その点に配慮した取組内容の検討をお願いしたい。
- ・ 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。
- ・ かかりつけ医機能とかかかりつけ医については、今後の医療提供の在り方に大きく関わるので、医療部会を中心に議論されるべき。
- ・ 患者が医療の提供システムに最初にコンタクトする部分と、一次からの二次のつながりの部分が医療制度の骨格であり、かかりつけ医機能の議論はまさにこの部分に関する議論であり、非常に重要な論点であるので、丁寧な議論の積み重ねが必要。さらに、かかりつけ医機能の関係は、厚生省の時代から数々の政策的チャレンジがありながら失敗した経緯もあることから、過去の分析や教訓をきちんと踏まえることも必要。