

指標

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」

副会長

ふじわら
藤原

ひでとし
秀俊

普段何気なく『かかりつけ医』という言葉を使っている。コロナ禍において、「かかりつけ医」がその役割を果たしていないとの批判があった。そして国民や医療関係者においても、「かかりつけ医」という言葉に混乱が見られる。本稿では、「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」について、その始まりや最近の議論の内容を明らかにしたい。文中『内』は、文書あるいは発言者の言葉をそのまま引用している。

【「かかりつけ医」という言葉の始まり】

島崎¹⁾によると、「かかりつけ医」という言葉が使われはじめたのは、1993年4月の日本医師会第88回定例代議員会からということである。

就任2年目の1993年4月第88回定例代議員会の挨拶で村瀬敏郎²⁾会長は『医師会は、国民のよりよい生存を実現するために、全力で支援しなければならない。そのために、医師と患者の人間関係を基盤に据えて、すべての国民に「かかりつけ医」を持ってもらうよう説得すべきだ』と述べている。

*なお1993年7月18日の総選挙で自民党が惨敗し、8月9日に細川護熙首相率いる非自民8会派による細川内閣が誕生している。

その代議員会において、兵庫県医師会西村亮一代議員の質問に対し、糸氏英吉³⁾担当常任理事が答弁を行っている。糸氏常任理事は『患者の開業医離れや大病院志向が問題になっていた。開業医全盛時代を取り戻す。平成4年(1992年)4月村瀬執行部発足以来検討してきた。「かかりつけ医」という言葉はわが国では古くから存在していて、しかも住民が本当に信頼する医師に患者サイドからネーミングをした言葉。ネットワークを作ることによって、必ず大病院志向が是正され、開業医に患者の回帰が起ると信じている。かつての厚生省の家庭医構想は、総合診療方式がとられ、結局厚生省が認定する。官僚統制によって家庭医を支配し、さらに患者登録に

指標のポイント



「かかりつけ医」と「かかりつけ医の機能」について、言葉の始まりから、現在進行中の議論について述べた。一つ一つが大事な言葉であるため、敢えて原文をそのまま引用した。第8次医療計画については、2023年3月までに厚生労働省が基本方針を策定。それを踏まえて都道府県が2023年度中に計画を作成し、2024年度から開始する流れとなっている。このスケジュールに沿ってかかりつけ医機能の方針を固め次期計画に反映するのは、「第8次医療計画等に関する検討会」では難しくなり、今後かかりつけ医機能については、厚生労働省社会保障審議会医療部会で検討することとなった。我々は同部会での内容に注視する必要がある。

よって人頭払い制に向かう危険性をはらんでいた。「かかりつけ医」と言うのはあくまで患者さんと医師との間に自然発生的にできた関係で、これを制度として外から決めつけるということは、とてもできることではございません。』と述べている。日本医師会は当初より開業医のネットワークの必要性を説いている。

島崎¹⁾は書の中で『「かかりつけ医」と同じような言葉として家庭医があるが、この家庭医については、諸外国でGP (general practitioner) とほぼ同義である。しかし「かかりつけ医」は家庭医でもないし、総合医でもプライマリケア医でもない』としている。

さらに『我が国で家庭医を設けるという議論がなかったわけではない。1956年には専門医制の確立の一環として家庭医を設けるべきだという提言が行われている。また1985年には厚生省に「家庭医に関する懇談会」が設けられ、翌々年に報告書がまとめられた。しかし医師の分断化(専門医と家庭医の二層化)と官僚統制による医療費削減(特に人頭払い制)を警戒する医師会の強硬な反対に遭い、目ぼしい政策に結び付くことなく終わったのみならず、家庭医という言葉自体が忌避される状況さえ生まれることになった。そして2008年度に後期高齢者診療料(一人の高齢者を一人の主治医が総合的・継続的に診ることを前提にした診療報酬)が設定されたが、後期高齢者医療制度の廃止の「先行措置」として2010年の診療報酬改定の際に廃止された。』と述べている。

さらに述べると文中の後期高齢者医療制度の創設が一因となり、2009年政権交代が行われている。

【かかりつけ医・かかりつけ医機能の定義】

その後も「かかりつけ医」という言葉の定義がいまいちなまま、国民や医療関係者・行政で使われてきていたが、2013年8月8日日本医師会・四病院団体協議会は以下のように定義した⁴⁾。

「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言 日本医師会・四病院団体協議会

1) かかりつけ医の定義

「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。

2) かかりつけ医機能

①「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。

②「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。

③「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に在宅医療を推進する。

④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。

【かかりつけ医・かかりつけ医機能という言葉の混乱】

2019年1月17日開催の社会保障審議会・医療部会⁵⁾では、医療機能情報提供制度について、「がんゲノム医療中核拠点病院」や「小児がん拠点病院」など、新たな医療提供体制の分類を加えるとともに、「かかりつけ医機能」に関する情報を加え、医療機関から都道府県への報告を求めることとすることが了承され、2019年4月から施行となった。追加項目として、診療所が「かかりつけ医」の持つべき4機能、①日常的な医学管理と重症化予防、②地域の医療機関等との連携、③在宅療養支援、介護等との連携、④適切かつわかりやすい情報の提供を実施しているか、またその実施内容をホームページ等で情報提供しているかどうかをあげ、更に要件として、診療所等が、「かかりつけ医」機能を評価する診療報酬である「地域包括診療加算」、「地域包括診療料」、「小児かかりつけ診療料」、「機能強化加算」を算定しているかどうかを決定している。

*現在の「医療機能情報提供制度」のかかりつけ医機能に関して具体的な報告事項は、①日常的な医学管理および重症化予防、②地域の医療機関等との連携、③在宅医療支援、介護等との連携、④適切かつわかりやすい情報の提供、⑤地域包括診療加算の届出、⑥地域包括診療料の届出、⑦小児かかりつけ診療料の届出、⑧機能強化加算の届出、以上の8項目である。

新経済・財政再生計画改革工程表2021⁶⁾では、「かかりつけ医機能」について、「かかりつけ医、かか

りつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の普及」において、「かかりつけ医機能の明確化と患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策について検討を進める」とされた。

また2022年5月開催の全世代型社会保障構築会議の中間とりまとめ⁷⁾では、『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年までの取り組み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』と記載されている。

しかし、5月25日の財政制度等審議会⁸⁾では、「かかりつけ医機能の要件を法制上明確化すべきである。その上で、これらの機能を備えた医療機関をかかりつけ医として認定するなどの制度を設けること、こうしたかかりつけ医に対して利用希望の者による事前登録・医療情報登録を促す仕組みを導入していくことを、段階を踏んで検討していくべきである。」と「かかりつけ医」の制度化に踏み込んだとりまとめを行っている。

このような中、「経済財政運営と改革の基本方針2022（骨太の方針2022）」⁹⁾では、経済財政諮問会議での答申を経て、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と閣議決定された。

それにも関わらず、日本経済新聞¹⁰⁾は、「岸田首相は『かかりつけ医』に関する制度づくりに取り組むと表明した」と書き、さらに同提言には、「かかりつけ医」=家庭医として強調している。これは意図的な表現と思われる。

これに対して、二木立氏¹¹⁾は日本経済新聞や一部のジャーナリスト等が、骨太の方針2022での決定を「かかりつけ医の制度化」と読み替え、かかりつけ医の登録制と人頭払いが既定の事実、不可避であるかのように論じていることを厳しく指摘している。また政府の公式文書で「かかりつけ医の制度化」を決定したり、それを目指すとしたものはないとも指摘している。『今後、もし何かの形の「かかりつけ医の制度化」が実施された場合は、外来時の定額負担もセットで導入される危険がある』とも指摘している。

また『「かかりつけ医の制度化」論者の主張の第二の誤りは、「かかりつけ医」が診療所医師のみを示すと思ひ込み、それに病院（特に中小病院）が含まれていることを見逃していること。しかし日本医師会と四病院団体協議会の合同提言「医療提供体制

のあり方」(2013年8月)は、定義の冒頭、「かかりつけ医は、以下の定義を理解し、かかりつけ医機能の向上に努めている医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない」と明記している。2014年の診療報酬改定で新設され、かかりつけ医機能(当時は「主治医機能」)の最初の制度化と言える「地域包括診療料」の対象には、「許可病床数が200床未満の病院または診療所」が含まれている』と述べている。

更に二木氏は、『在宅医療(かかりつけ医機能の重要な構成要素)の旗手である長尾和宏医師の書にて「町の平均的な開業医が提供する在宅医療には、ある一定の限界がある」と考える。長期的には地域密着型の中小病院が提供する在宅医療(在宅療養支援病院)であろう。マンパワーが圧倒的に違う。若いスタッフが多い、当直制があるので夜間対応に慣れている、などがその理由だ』を引用している。

『地域包括診療料については、その「生みの親」とも言える宇都宮啓元厚生労働省保険局医療課長のインタビュー¹²⁾』に注目している。宇都宮氏は、厚生労働省(以下厚労省)が今まで「かかりつけ医」や「かかりつけ医機能」を定義してこなかったとの批判に強く反発し、2014年度診療報酬改定で「主治医機能」への評価として地域包括診療料と地域包括診療加算を新たに作り、それまでの診療報酬と異なり、「日ごろの健康管理や重症化予防、服薬管理なども含めて対応できる医療機関を評価することにした」と強調している。地域包括診療料の算定に、「常勤医師が3名以上在籍」という厳しい要件を加えたのは、「今後の地域医療の確保や働き方改革を考えると」、身を粉にして働く医師や「スーパードクター」などの「医師個人ではなく、組織的に『主治医機能』を果たす医療機関を診療報酬で評価したかったから」。この算定要件に対しては、「1人で頑張っている開業医も算定できるようにすべきだ」とも要望されたが、それでは『「国は1人で24時間365日間働く医師を奨励する」という誤ったメッセージとなる可能性があるし、そのような働き方があるべき姿ではない」と考え、応じなかったそうです。現在、焦眉の課題となっている「医師の働き方改革」を考えると、8年前のこの判断は先駆的だったと思います。私(二木氏)は、地域包括診療料が単純な包括払いではなく、「患者の病状の急性増悪時」には出来高払いも併用できることに先駆的意味があると思います。地域包括診療料の診療所医師の配置要件は2018年度改定から、「常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師」に緩和されています。対象患者も2022年度改定で拡大されました。私は、「平時」には、かかりつけ医を必要とするか希望する患者の大半は高齢患者・慢性疾患患者と小児患者に限られることを考えると、「かかりつけ医」等の定義についてゼロスタートで議論す

るよりも、2024年度の診療報酬改定で、地域包括診療料と小児かかりつけ診療料の対象患者の大幅拡大と施設基準の大幅緩和を行うことが、合理的と思います。』と二木氏は論点を明確に述べている。

【その後の動き】

9月29日の社会保障審議会医療部会¹³⁾では「かかりつけ医」や「かかりつけ医機能」について意見交換を行っている。これまで厚労省は「第8次医療計画等に関する検討会」を議論の場としてきたが、今後は舞台を医療部会に移して検討を進めていく見通しとなっている。厚労省医政局は、次期医療計画に向けた検討の場よりも、医療制度改革について広い議論ができる医療部会の方が、かかりつけ医機能を取り扱う合議体として適していると認識したためと思われる。

【各医療団体の考え】

9月28日開催の四病院団体協議会総合部会では、今後の「かかりつけ医機能」について、まずは各団体に検討が必須だとし、その結果を踏まえて今後の対応を考える方針で一致している。

この中で、日本病院会は10月15日理事会で、かかりつけ医機能の位置付けについて、「医療機関の機能」とする考えを確認した。医療法施行規則を巡っては、医療機能情報提供制度における「かかりつけ医機能」の報告事項が論点となり、現行では「厚生労働大臣が定める身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能」として、8項目が挙げられているが、これまでも見直しの必要性を指摘する声が出た。8項目のうち、診療報酬関連の4項目(地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、機能強化加算の届出)は除外すべきとの意見でまとまった。4項目は「かかりつけ医機能の役割とは異なる」として、「別枠として考える」べきとしている。残る項目のうち、①日常的な医学管理及び重症化予防、②地域の医療機関等との連携、③在宅療養支援、介護等との連携、の3項目については、①診療時間内外問わず自院で地域住民に対応する、もしくは他の医療機関と連携して対応する、②特定の領域に偏らない広範囲にわたる全人的医療を行う、③総合的な医学的管理を行う、に見直すべきとし、11月2日には、現在の8項目を見直し、3項目にするよう求める提言書¹⁴⁾を厚労省に提出した。

日本医師会の動きとして、2021年9月当時中医協委員であった、城守国斗常任理事¹⁵⁾はインタビューの中で『「かかりつけ医」の定義は2013年8月の日本医師会・四病院団体協議会が合同提言で定義した以上でも、以下でもない。そもそもかかりつけ医という言葉は、患者さんサイドから見て出てきたネーミングであり、患者さんが選ぶものです。いわゆる家庭医とか、プライマリケア医、主治医という概念とも違っています。かかりつけ医がどんな機能を

持つかはそれぞれ異なり、「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」は峻別して考える必要があります。その上で、「かかりつけ医機能」を診療報酬でどう評価するかです。今は「地域包括診療加算」「地域包括診療料」の点数がありますが、これらを算定するのは相当多くの機能を持った医師。24時間365日一人の医師が制約されるのは、なかなか厳しいということで、診療報酬改定の度に、要件が緩和されています。この形態は当面継続し、さらにいろいろな先生方が算定できるよう、すそ野を広げていきたい。私としてもこうした話であれば乗れますが、それ以外、例えば「かかりつけ医」を制度化するといった議論は、医師会としては絶対に反対します。それは間違いなく、昔の厚生省時代の「家庭医構想」になるからです」と述べている。

なお四病院団体協議会の他の団体の結論は現在のところ公表されていない。

2022年10月2日、日本医師会松本新会長は東北医師会連合会総会並びに学術大会での講演の中で、2022年度診療報酬改定をテーマにし、地域包括診療料・加算や機能強化加算の要件見直しを取り上げ、「かかりつけ医」として持つべき機能が少しずつ広がっている。今後も「かかりつけ医の機能」強化や制度整備の面でも大きな焦点になる」と述べている。『22年度改定では、地域包括診療料・加算の対象疾患に慢性心不全又は慢性腎臓病を追加したほか、患者からの予防接種関連の相談に対応することを要件に追加するなどの見直しを実施した。機能強化加算については、地域包括診療料・加算2の届け出の場合、同診療料・加算2の患者数や在宅対応などに関する実績要件を導入した。「診療報酬上でのかかりつけ医機能を評価している項目は、地域包括診療料・加算や機能強化加算などしかない』と説明している。更に「かかりつけ医」を巡っては、診療報酬の「包括化」の流れが今後強まる可能性に警戒感を表明し、「財務省は点数を包括化して登録するような仕組みにし、かかりつけ医以外を受診した場合には選定療養などで追加的な負担を患者に求めるようなことを考えているのではないかと述べている。今後理論武装して、引き続きフリーアクセスの確保や登録制反対を訴える姿勢を見せている。

また10月24日の日本記者クラブでの会見で、松本会長はかかりつけ医ワーキンググループによる第1次報告を11月初旬の会見で公表する方針を明らかにしている。また『2022年6月の「骨太の方針2022」で明記された「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」については、「完全な大きな法改正だと捉えていないが、ただ何らかの制度整備をしなければならぬ」とは言われていると述べ、医療機能情報提供制度で、かかりつけ医機能は「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能」（医療法施行規則）とされてい

ることにも言及している。さらに、具体的な報告事項（厚生労働大臣告示）として、①日常的な医学管理および重症化予防、②地域の医療機関等との連携、③在宅医療支援、介護等との連携、④適切かつ分かりやすい情報の提供、⑤地域包括診療加算の届出、⑥地域包括診療料の届出、⑦小児かかりつけ診療料の届出、⑧機能強化加算の届出、以上の8つが定まっていることにも触れ、「告示の部分を今後さらに利用して、あるいはブラッシュアップを図っていくことも必要なのかなと考えている」と発言している。

2022年6月26日の第152回日本医師会臨時代議員会において選出された、松本吉郎新会長は「かかりつけ医機能」に関する所信表明を行った。その後の質問に答えて、7月すぐに医療政策会議のもとにワーキンググループを設置して、その中で議論を重点的に取り上げていただきたいと述べた。7月5日には「医療政策会議かかりつけ医ワーキンググループ準備会」の開催が了承され、7月22日第1回ワーキンググループが開催され、3回にわたり検討が行われた。10月25日には、「医療政策会議かかりつけ医ワーキンググループ第1次報告」¹⁰⁾が医療政策会議に提出された。これにはここまでの動き、短期的な課題への対応、中期的な課題、長期的な課題を記している。

松本吉郎会長は11月2日の定例記者会見で、かかりつけ医機能に関する日本医師会の考えとして、このほど取りまとめた、「地域における面としてのかかりつけ医機能～かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて～（第1報告）」を公表した¹⁷⁾。これまでのかかりつけ医機能に関する考え方との違いに関しては、1.「医療機能情報提供制度」を国民に分かりやすい内容に改め、国民がその制度を活用し、フリーアクセスで適切な医療機関を自ら選択できるよう支援する、2.各医療機関は自らが持つ機能を磨くとともに、他の医療機関との連携を通じて「地域における面としてのかかりつけ医機能」を発揮し、地域におけるネットワークで対応を行う、3.感染症発生・まん延時（有事）における対応について、地域医療体制全体の中で感染症に対応する医療機関をあらかじめ明確化し、国民が必要とするときに確実に必要な医療を受けられるようにする、ことを示したことだと説明した。

このように日本医師会は、地域におけるネットワークでの対応の必要性を主張している。

これは、1993年の日本医師会代議員会における、糸氏常任理事の答弁と一貫している。

【おわりに】

「かかりつけ医」とかかりつけ医機能について述べた。しかし財務省や日本経済新聞などの論調では、かかりつけ医登録制に関し、繰り返し述べている。財務省主計局大沢元一主計官（厚生労働係、社会保

障総括担当)¹⁸⁾は、「かかりつけ医」の登録制に関し、「制度設計の選択肢の一つ」とした上で、かかりつけ医機能は財政論うんぬんの前に、あくまでも患者のニーズに応え、医療サービスの質を向上させることを基本に考えるべきだと強調。「機能を果たせる医療機関をしっかりと定義付けして、地域の中で位置づけていく。そういう制度改正ができればと思う」と述べている。

日本医師会会長が述べているように、我々は理論武装をし、意図的に「かかりつけ医の登録制」を発言する勢力に誘導されているのは、医師の将来はないと思われる。

参考文献

- 1) 島崎謙治、日本の医療 制度と政策 東京大学出版会 320-322 2011年
- 2) 日本医師会創立記念誌—戦後五十年のあゆみ 212 1997年
- 3) 日本医師会雑誌 109巻8号、1162-1165 1993年
- 4) 「医療提供体制のあり方」日本医師会・四病院団体協議会合同提言 日本医師会・四病院団体協議会、2013年8月8日
- 5) 厚生労働省社会保障審議会・医療部会 2019年1月17日
- 6) 新経済・財政再生計画 改革工程表2021 経済財政諮問会議 2021年12月23日
- 7) 全世代型社会保障構築会議「議論の中間整理」 2022年5月17日
- 8) 歴史の転換点における財政運営 財務省財政制度等審議会 2022年5月25日
- 9) 経済財政運営と改革の基本方針2022 2022年6月7日
- 10) 「日経・日経センター改革提言 最終報告」日本経済新聞朝刊 2022年6月20日
- 11) 二木立 日本医事新報 5141号 54-55 2022年11月5日
- 12) 日本医事新報 4696号 2014年4月26日
- 13) 厚生労働省社会保障審議会医療部会 2022年9月29日
- 14) 「かかりつけ医機能」に関する提言 日本病院会 2022年11月2日
- 15) m3.com 医療維新2021年9月6日
- 16) 「医療政策会議第1回報告」日医発第1469号 2022年10月25日
- 17) 「日医君」だより／プレスリリース 2022年11月4日
- 18) メディファクス 2022年10月24日

医の倫理綱領

日本医師会

医学および医療は、病める人の治療はもとより、人びとの健康の維持増進、さらには治療困難な人を支える医療、苦痛を和らげる緩和医療をも包含する。医師は責任の重大性を認識し、人類愛を基にすべての人に奉仕するものである。

1. 医師は生涯学習の精神を保ち、つねに医学の知識と技術の習得に努めるとともに、その進歩・発展に尽くす。
2. 医師は自らの職業の尊厳と責任を自覚し、教養を深め、人格を高めるように心掛ける。
3. 医師は医療を受ける人びとの人格を尊重し、やさしい心で接するとともに、医療内容についてよく説明し、信頼を得るように努める。
4. 医師は互いに尊敬し、医療関係者と協力して医療に尽くす。
5. 医師は医療の公共性を重んじ、医療を通じて社会の発展に尽くすとともに、法規範の遵守および法秩序の形成に努める。
6. 医師は医業にあたって営利を目的としない。