茨城県保険医協会 第100回コモンディジーズ研究会ダイジェスト

地域における「かかりつけ医」を考える

茨城県保険医協会は10月27日、つくば国際会議場で第100回コモンディジーズ研究会を開催した。今回、第100回記念として「地域における『かかりつけ医』を考える」をテーマとし、現在、国で議論されている、かかりつけ医機能の制度整備や診療報酬、フリーアクセスに関する議論などを考える機会とした。

本号では3人のパネリストの発言をダイジェスト版で紹介する。

（文責：保険医協会事務局）

読売新聞東京本社　調査研究本部　林 真奈美氏

◆「かかりつけ医」議論の背景◆

かかりつけ医の議論は、昨年、急に盛り上がりを見せました。その背景の一つは、コロナ禍で露呈した医療提供体制の脆弱性にあります。政府は「熱が出たらかかりつけ医に行ってください」と言うが、それは誰でしょう、どこに行けばよいのでしょうと、それが分からないという人がたくさんいました。また、重症化から回復しても、転院先や在宅の受け皿がなく、目詰まり状態を起こしてしまったことも大きかったかと思います。

かかりつけ医の議論は今回のコロナ禍で急に出てきた話ではありません。2008年の社会保障国民会議、ここで地域における医療機関のネットワーク化、医療・介護・福祉の一体的提供、地域包括ケア、そういった考え方が示されました。そこには「かかりつけ医」という言葉は出てこないのですが、ネットワークの中に診療所も含めたり、地域包括ケアでは診療所が中核になったりといった、今のかかりつけ医機能の概念が出てきています。

今回のかかりつけ医に関する議論の発端は、2022年5月に行われた財務省・財政制度等審議会の建議で、「かかりつけ医の制度化」が示され騒ぎとなったことでした。ここでは、かかりつけ医機能の要件を法制上明確にすること、かかりつけ医の認定制度を作ること、患者の事前登録制度導入を提言しています。建議では、今までの「上手な医療のかかり方」や「大病院直接受診の定額負担」といった患者の行動変容を促すようなやり方ではかかりつけ医の普及が進まないとし、このような提言となりました。

これが、昨年の骨太の方針では「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」というような言葉で入ってきています。マスコミでは盛んに「かかりつけ医の制度化」ということを言っていましたが、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」は、「かかりつけ医の制度化」と全く違うものだと思います。かかりつけ医機能という、「人」ではなく「機能」になっていることから、かかりつけ医機能が発揮される環境整備という考えができると思います。制度化が叫ばれましたが、すぐにできる状況だとは誰も思っていないので、制度整備という文言に変わりました。

昨年12月の社会保障審議会医療部会・意見書では、かかりつけ医機能の定義を法律で定めること、医療機能情報提供制度を刷新し一般の人にもわかりやすいような項目立てにすること、そして、かかりつけ医機能報告制度というものを創設しました。かかりつけ医機能報告制度とは、地域医療構想・外来版のようなもので、都道府県が各医療機関のかかりつけ医機能保有状況を見て、協議の場において不足機能があれば充実強化の具体的検討を行う仕組みです。その後、患者説明のため、書面交付などによりかかりつけ医機能として提供する内容を知らせます。これはコロナ禍において、例えば身近にいる先生が、かかりつけ医だったかどうかわからないというようなことが言われ、かかりつけ関係を証明するものとして導入されるということになりました。今年5月に医療法等が改正され、実際に動き出そうとしているところです。

◆40年来の懸案だった「かかりつけ医」◆

かかりつけ医構想というのは40年来の懸案でした。1985年当時、厚生省は「家庭医に関する懇談会」を設け、家庭医の制度化を目指して議論していました。ここで言われる「家庭医」は、イギリスのGPのような制度で、登録性、人頭払いのようなイメージでした。この時に意識されていたのは、今後、医療費が高齢化により膨張していくのではないかということです。

しかしながら、例えば全人的に診る、継続的に管理するというような家庭医機能が必要だということは、共通した認識であったと思います。診療報酬上でかかりつけ医機能を評価するような形が導入されては廃止になり、あるいは臨床研修で総合診療方式が導入されたりといったようなことが繰り返し行われてきました。

かかりつけ医の今回の問題を見ていても、これまで試行錯誤されながらも定着普及しなかったのは、かかりつけ医というものがどういうものか非常に曖昧であるということが大きいと思います。また、かかりつけ医を巡っては、国民と医療関係者の間で認識のずれが非常に大きく、ずっと議論がかみ合わないという状況が続いてきたと思っています。政府の議論は、患者を総合的、継続的に診て健康問題全般に対応するものであり、医療・保健・介護・福祉の調整ハブ、コーディネーターといった役割をイメージしています。これは必然的に一人の医師、一つの医療機関ということになるかと思います。しかし、一般的な国民のイメージは、体調が悪くなったらこのクリニックに行くという、必要があったら行くところで、いつも必ずそのクリニックに行くわけではなく、閉まっていたら他に行くし、診療科ごとに複数のかかりつけ医がいるという患者さんもたくさんおられます。少し診てもらっている、例えば2回ぐらい診てもらうと、「かかりつけかな？」といった感じで、総合的や継続的、調整やコーディネートといったことは、ほぼ認識していないと思われます。国民が「かかりつけ医を持ちなさい」と言われても、メリットがわからないということになります。

厚生労働省の説明も非常にちぐはぐで、「かかりつけ医の定義」ではコーディネーター機能のことを言っていますが、かかりつけ医に関するQ＆Aでは、『かかりつけ医は一人に決める必要はない、診療科ごとにかかりつけ医がいても構わない』と書かれています。一人に絞るということに関しては反発もあるので、このような説明になっているのかと思いますが、言っていることがちぐはぐです。国民の間でもかかりつけ医やかかりつけ医機能に関する認識を共有することが、制度整備を進める第一歩だと考えます。

◆「かかりつけ医」の機能は地域包括ケアネットワークで発揮される◆

国で議論されている、かかりつけ医とかかりつけ医機能を私なりの解釈で整理すると、かかりつけ医というのは調整ハブ、コーディネーターという役割で、かかりつけ医機能というのは、医療・保健・介護・福祉を適時適切に提供するシステム、要するに地域包括ケアシステムであり、かかりつけ医機能が発揮される制度整備というのは、地域包括ケアネットワークの構築・強

（4面へつづく）

（3 面からのつづき）
化と考えています。

包括ケアネットワークの中で患者情報の共有、一元管理体制ができているということがかかりつけ医であり、かかりつけ医機能の要件になります。かかりつけ医機能というのはネットワークで果たすものであり、かかりつけ医となる医師が一人で全部行うことはあり得ません。

これまで誰も全体管理できないという状態から、緩やかなゲートキーパー機能を持って、患者の健康問題全般に責任を持つかかりつけ医と、かかりつけ医ネットワークがあるというような状況に変わっていくことが目指されていると思います。

日医総研の調査では、ゲートキーパー機能に関する国民の意識は、「自分の判断で選んだ医療機関を受診する」と「最初にかかりつけ医などを受診して、その医師の判断で必要に応じて専門医を紹介してもらい受診する」では、後者の意見に賛成する方が 6 割となっています。また、国民が望む「かかりつけ医」像については、「どんな病気でもまずは診療できる」「健康管理のための助言の実施」「ワクチン接種」などが望まれています。

現実的なかかりつけ医システムを考えると、かかりつけ医は患者が自由に選択できる（かかりつけ医を持つかどうかは患者に委ねられる）。かかりつけ医の後ろにはネットワークがあり、医療情報の一元管理体制がある。かかりつけ医の担い手は診療所や中小病院の医師であり、かかりつけ医を持つ場合は、窓口を一箇所にするが、かかりつけ医以外の受診も可能となる。フリーアクセスを維持しながら、医療の入り口を絞るという、バランスを取りつつ方策を探ることになるのではないかなと考えられます。

茨城県医師会　常任理事　佐々木栄一氏

◆茨城県医師会アンケート調査「地域医療におけるかかりつけ医のあり方」結果について◆

厚生労働省が現在検討している「かかりつけ医機能」について、当医師会の地域医療委員会が行った「地域医療におけるかかりつけ医のあり方」のアンケート調査結果を中心に情報共有させて頂きます。

調査回答にあたって、「かかりつけ医」「かかりつけ」というのは、必ずしも国が法律で規定した定義ではなく、よく通院している医療機関、あるいはその患者とし、アンケート調査を行いました。また調査回答では、内科系診療所の先生からの回答が多数を占めました。

「かかりつけ医」や「かかりつけ医機能」の考えを聞いた設問では、患者にとって「かかりつけ医」とは、通常の診療のほか、可能な限り対応や相談に乗れる存在であり、健康や疾病・介護等に全て対応する必要はないと思うという回答が 36.5%。「かかりつけ」という概念は、患者･医療機関（医師）双方で認識されて成り立つもので、国がかかりつけ医を決めたり、国民一人一人がかかりつけ医を持つ必要はないという回答が 35% であり、かかりつけ医の制度整備についてはどちらかというと否定的な回答が多い結果となりました。

かかりつけ医機能の例として重要と思われるものを聞いた設問では、専門医への紹介などのゲートキーパー機能、幅広いプライマリケアを行うことが重要だと、そういうご意見が多くみられました。その他の自由回答では、かかりつけ医の定義が曖昧であり定義の見直しが必要だ、もっとシンプルにしてほしいという意見や、希少疾患･難病など病院で専門診療を提供されている場合、担当されている医師をかかりつけ医と呼ぶのか、主治医と呼ぶのか曖昧だという意見が出されました。また、専門科（産婦人科、耳鼻科、眼科、皮膚科など）は、かかりつけ医としてどう評価されるのか検討してほしいというもの、無床診療所の医師からは、国は働き方改革と声高に発信しているが、我々が休む時間は働き方改革とは真逆ではないかという意見が出されており、ごもっともな意見だと思います。

病院勤務医の先生に対し、日常診療でかかりつけ医機能を意識している場面を聞いた設問では、外来患者を診察している時という回答が多くみられました。同様に病院勤務医の先生に対し、かかりつけ医機能に望まれることは何かを聞いた設問では、「かかりつけ医」や「かかりつけ医機能」がよくわかるような情報が欲しいという回答が圧倒的に多く、要するに、かかりつけ医やかかりつけ医機能がよくわからない、とにかく説明不分だという内容の結果です。この結果は、私個人的には今回のアンケート調査の中で、これが結論ではないかというくらい大きなインパクトがありました。

地域における「かかりつけ医機能」はどのようなものかを問う設問については、かかりつけ医機能がある診療所が担うべきという設問選択肢もありましたが、そういった回答はほぼありませんでした。自由回答の中では、よりジェネラルに診療する医師なのか、より専門医として診療する医師なのか明確にし、かかりつけ医は前者が担うことが妥当だと思うといった意見、医療･介護全体で市民のニーズに応える地域医療ネットワークやナビゲーションシステムの充実を形成していく必要があるといった意見、休日夜間の対応はかかりつけ医機能とは考えにくく、地域で対応すべきと考えるといった意見が出されました。

今後の在宅医療の在り方についての設問では、医療では緊急時の在宅療養後方支援病院、介護では家族のレスパイトを支援できる体制構築、そして中小病院の在宅医療への積極的参加を希望する意見が多くありました。自由回答では、医師が足りないので、IT 化や看護師などコメディカルの力を使った方が良いという意見、在宅医療の必要性が増してくるが、それを開業医に任せるのではなく、病院が積極的に部門を設けチームで活動するのが良いという意見、在宅医療は国の見込みと異なりやや減少しており、すでに当地域では施設中心となっているといった意見が出されました。

かかりつけ医の「登録医制度」について考えを聞いた設問では、大半において登録医制度は必要がないという意見でした。自由回答では、新型コロナウイルスで事実上のフリーアクセスの制限が起こったと言える。この状況から､かかりつけ医制度の重要性、必要性が浮かんできたので、ぜひかかりつけ医制度を発展させてほしいという意見、かかりつけ医の質が一定の水準に保たれなければ、「フリーアクセスの制限」は患者への不利益を招く可能性があるといった意見、専門分化した診療所が多いため、登録医制度が実施できるほど全ての診療所がプライマリケアを発揮できるとは思えないといった意見が出されました。

◆現場はかかりつけ医機能の詳細な情報を求めている◆

今回のアンケート調査で、かかりつけ医やかかりつけ医機能がよくわかるような情報が欲しいという回答が圧倒的に多かったことから、今後、かかりつけ医機能を制度整備する上で、事前に丁寧な説明が必要になってくるのではないかと思います。いきなり実施されても、皆さん納得しないのではないかなという印象を持ちました。

土浦市・宮﨑クリニック　宮﨑三弘氏

◆地域で私のできること ～かかりつけ医機能を考える～◆

私の日常活動を通して、かかりつけ医機能、あるいは、かかりつけ医制度を考えていきたいと思います。私は土浦市の新治地区で診療をしています。人口が減少しており、現在は約 7,700 人、高齢化率は土浦市の中で一番高く約 37% となっております。

当院は内科・無床診療所で、常勤医は私一人です。専門は腎臓内科ですが透析は行っていません。腎不全の保存期まで診ていますが、腎臓の患者が多いわけではありません。在宅支援診療所や近隣の老人ホームの嘱託医、土浦警察署の死体検案協力医として、新治地区を中心に検案業務も手伝っています。

診療は午前・午後と行い、昼休みは往診・在宅・施設の訪問を行っています。木曜午後と土曜午後は休診ですが、乳幼児健診や市の会議などの地域活動が入っています。

昨年度の患者年齢分布をみますと、予防注射の関係では子どもが多く、また、地域的に高齢者の受診が非常に多くなっています。予防接種回数は､新型コロナが約 2800 回、インフルエンザが約 1400 回、その他の予防接種もあります。また、市で設けた新型コロナの集団接種なども担当しました。

在宅医療では、在宅訪問診療 12 人、緊急往診 18 回、深夜の往診が 14 回でした。医師会等の地域活動、在宅当番医、休日・夜間診療もあり、土浦市の休日夜間診療所の管理者も担っています。個別指導の立ち合いなども行っており、あげてみるとたくさんの業務があります。多職種連携を取り入れていかないと、なかなか一人では地域医療を進めていくのも厳しい状況です。

かかりつけ医機能は､プライマリケアそのものではないかと思います。全人的な治療、休日夜間を含めた介護、入退院の支援、継続的な治療、そして、チーム医療、多職種連携、それから諸々の社会活動。一番大切なのは、地域の特性に応じた医療ということで、いろいろやり方は変わってくると思います。

「かかりつけ医」､「かかりつけ患者」の考え方が非常に混沌としていて、それぞれの考え方が違うというのが一つの問題だと思います。慢性疾患等で定期的に継続受診中の場合はかかりつけでよいと思います。

普段は病院にかかっているけれども、風邪で当院を受診する方、若い方は数年に一回、風邪の時に受診するといったケースもあります。また、病院を受診する際に自己負担が増えるから、紹介状を書いてもらってきてくださいというようなこ

（5 面へつづく）

（4 面からのつづき）

ともあります。介護保険の主治医意見書の依頼もあります。ここで困るのは、かかったことのない人の主治医意見書を求められることです。あくまでも主治医意見書なので主治医が書くものですが、なかなかそこがうまくいきません。人によってかかりつけ医、あるいは、かかりつけ患者の捉え方が違っているというところがあると思います。

プライマリケアという言葉に関してもそれぞれの考え方があり、そういったところが問題です。新型コロナの予防注射の予約や発熱外来において、「かかりつけ以外診ません」というところではトラブルになっています。医師がかかりつけだと思っていなくても、患者さんはかかりつけだと思っているというところのずれが結構あります。かかりつけという今までありふれた言葉ですが、もっときっちりとした言葉にする必要があると思います。

「かかりつけ医は不足しているか?」という点について、私の先輩たちも含めてそうでしたが、かつて多くの医師、特に診療所の医師は地域の役割を担っており、今日、いろいろ述べてきたようなことは、多くの先生方は積極的に協力していました。医師数は増え、診療所の数も増加しています。じゃあなぜということですが、一つは医師の高齢化が問題だと思います。もう一つは専門医志向。これはある意味、医育教育の問題として私は挙げます。「それは私の専門外」として最初から診ない。広く全体・全身を診て、次のステップとして、専門医に紹介するというところが欠けていると思います。地域医療を担う私たちとしては、「なんでも内科」と言っていますが、まずは診ましょうと。ゲートキーパー的な部分になるかと思うのですが、そこで自分のできることは何か、自分がやってはいけないことは何か、次のステップはどうするか、専門医に送るという感覚が一番大切だと思います。今はどうしても専門医志向がある。専門から外れたものを誰が診るかということをもう少し考えてもらうといいかと思います。そして、医師の働き方改革。私たち個人事業主の働き方改革はどうなのか。24 時間、休日も全部スタンバイした私たちの働き方改革を考えていただかないといけないと思っています。

「かかりつけ医を持とう」ということですが、病院の役割と主治医の役割というのは全く違います。まず複数の主治医といいますか、病院と、日頃の管理マネジメントと両方でやっていかなければいけないのではないかと思っています。この地域の病院は、逆紹介というのも非常に進んでいますから、これをうまく活用できればいいと思います。

◆かかりつけ医の問題点◆

「かかりつけ医の問題点」ということで、これまでもいろいろ指摘されておりますが、医療経済の効率化というのがあまりにも重視されすぎていると思います。特に医療分野では不必要なことが必要なこと、ということがたくさんあると思います。

一番大切なことは患者と医師の相互理解です。良好な人間関係のもとで成り立ってきていた医療というものがあると思いますが、今そこに契約という概念が入ってくるというのは、地方の高齢者にはなかなか馴染めないと思います。

私は常々思うのですが、私の仕事の一つは家にいることだと思っています。いつでも電話がつながるような状態にして、いつでも何かがあれば行けるようにしておく。だから家にいること、近くにいることが仕事だと思っているのですが、それに対する正当な報酬というのはどういうふうにこれから考えてくれるのかというところもあります。24 時間やりなさいと言われても、それに見合うものがなかなかないというところがあると思います。

「医療の継続性（通院から在宅へ）」ですが、特にこの少子高齢化で、高齢化率の高い私の地域では、通院から在宅というのは一つの大きな流れであり、プライマリケアが重要だと思います。一番大切なことは、地域の中にあるということ、近接性というのがとても重要なことだと思います。地域の医療を守るためには、多くの先生がお互いに協力し合って、一人でも、少しずつでいいのですが、往診・在宅を引き受ければ、この良質な在宅医療というのが続けられると思います。さらに、ここで専門的なところが必要であるといえば、在宅専門の診療所との協力もあると思います。

◆地域医療のポイント◆

「地域医療のポイント」ですが、フットワーク、とにかく見に行くということが重要かと思います。それからコミュニケーションです。そして、ご家族を含めたわかりやすい情報提供。医療連携・多職種連携です。これがうまくできると私が楽できるということです。それから、治すというよりも命を守るということが必要になってくるのかなと思います。そして病状と今後の経過の説明。これを十分にしておきますと、患者さんのご家族もそれほど不安にならず、人間関係ができて、情報がうまく伝わると、夜中に亡くなった場合でも明け方になって連絡してくれるようになります。私は患者さん、あるいはご家族に言っているのですが、「いつでも電話してくださって結構です。行くか行かないかは別にして、電話は別に構わないよ」と。電話はつながるようにしていますから、ということです。もう一つは、家族や介護者の方へのねぎらいということを心がけていきたいと思っています。もし自分はこういう状態になったらこういうふうにしてもらうと嬉しいなというようなことを、自分のできる範囲で、できることだけをやっていきたいなと思っています。

以上