

かかりつけ医「制度」化に反対提言

No.27

医療政策関連情報

メディアペーパー
京都

新型コロナウイルス感染症拡大によって、高齢者をはじめ重症化リスクの高い人たちが中等症以上であっても入院できず、亡くなる事態が多数発生した。批判の矛先は開業医に向かい、メディア等でも「コロナ患者とかかりつけ医」に関し多くの報道がなされた。国はこうした動きを活用し、かかりつけ医「制度」創設の機運を盛り上げようとしている。これを受け、協会は 6 月 14 日、かかりつけ医の「制度」ではなく、「機能」を発揮できる医療制度の在り方を求める提言をとりまとめ、関係各所に送付した。

「かかりつけ医制度」ではなく医療者が「かかりつけ医機能」を発揮できる医療制度の在り方について

京都府保険医協会 2022 年 6 月 14 日

1. 私たちの基本的な立場—感染症対策・公衆衛生行政と「かかりつけ医機能」

(1) コロナ禍に活発化する「かかりつけ医制度」化の動き

「かかりつけ医制度」への動きが活発化している。

2020 年 1 月以来の新型コロナウイルス感染症拡大によって、高齢者をはじめ重症化リスクの高い人たちが中等症以上であっても入院できず、亡くなる事態が多数発生した。こうした事態を受け、メディアにおいても「開業医は何をやっているのか」との論調が起こりⁱ、国はそれを「活用」し、「かかりつけ医制度」創設の機運を盛り上げようとしている。

(2) 自らの判断で行動した地域の医療者の存在

京都府では、2021 年 8 月頃から自宅療養中のコロナ陽性者に対する訪問診療を行う医療機関等への協力金交付制度が開始されたⁱⁱ。

しかしそれ以前より自らの判断で自宅療養中の患者へ往診等を行う医師もいた。そこで京

都府保険医協会は 2021 年 2 月の段階で、府当局の監修も受け、「宿泊療養・自宅療養の公費適用と請求の方法」を情報誌（『グリーンペーパー』）で全会員に周知した。だがその時点では、自宅療養者の「健康観察」は保健所が行い、入院・外来の医療が必要なときの受診調整も保健所が担うことが原則とされていた。多数の開業医が一步を踏み出せなかったことは事実だが、ひっ迫する保健所の現状を見るに見かねて自主的に行動を起こした医師も存在したことは紹介しておきたい。

(3) 京都府保険医協会の「提言」(2021 年 11 月)

2021 年 5 月には京都府でも宿泊療養や自宅療養中の患者が医療につなげられないまま亡くなる事例が相次いでいた。事態を受け、京都府保険医協会は新型コロナウイルス感染症も含め、今後も予想される新興感染症パンデミックの襲来に備え、入院医療機関の医師だけでなく地域におけるすべての医療者が、自治体の公衆衛生政策へ参加し、主体的にかかわっていくことを提言したⁱⁱⁱ。

京都府保険医協会は地域の医療者が積極的に公衆衛生政策に参加すべきと考えており、その意味から「かかりつけ医機能」が重要であるとの認識は共有できる。ただし「制度」化の必要性は認めない。

2. 「かかりつけ医」制度化をめぐる 3 つの提案について

(1) 立憲民主党の提案

立憲民主党は「かかりつけ医制度」をコロナ禍以前から提案している。2019 年の「予防中心の医療の実現のための医療制度改革 政策大綱（たたき台）」^{iv}がそれであり、2021 年には「日本版家庭医制度法案」、2022 年には「新型コロナウイルス感染症に係る健康管理等の実施体制の確保に関する法律案」を提案している^v。

2019 年、20 年の提案から読みとれる同党の構想は次のようなものである。

○「かかりつけ医」像

- ・一定の研修を修了した医師がプライマリ・ケアを担い、患者の医療情報を一元管理する。二次医療機関受診の必要性を判断し、ターミナルケアも担う。
- ・地域住民に対する予防管理、疾病、その他の問題に対応し、公衆衛生上の危害が発生した時も十分な医療を提供する。
- ・専門的な医療の提供を行う医療機関や介護、福祉その他の地域包括ケアシステムに係る機関との連携協力を確保するための連絡調整を担う。

○「制度」像

- ・フリーアクセスを維持しつつ、かかりつけ医以外を受診すれば一定額の負担を求める。診療報酬は「包括払」とし、予防管理も診療報酬で評価する。
- ・住民 1 人につき 1 人のかかりつけ医を持つことを基本に、地域住民による家庭医の登

録制とする。

- ・「家庭医」により地域住民一人ひとりの心身の状況に応じた疾病の予防のための措置を中心とする医療が提供される体制を整備する。
- ・診療録等のデータベースの整備及び活用を促進し、家庭医のオンライン診療の実施の在り方も検討する。

なお、2022 年 3 月 29 日に同党が国会提出した「新型コロナウイルス感染症に係る健康管理等の実施体制の確保に関する法律案」は、新型コロナ対応に特化する形で、「高齢者等のハイリスク者が『コロナかかりつけ医』を登録」し、「コロナかかりつけ医」は平時から「コロナ対策等の健康相談、症状がある場合の検査を実施」し、患者、濃厚接触者になった場合には「健康観察、医療提供、入院調整（症状悪化の場合）」を行う仕組みであった。

(2) 日本プライマリ・ケア連合学会理事長の問題提起

日本プライマリ・ケア連合学会理事長の草場鉄周氏が、財務省・財政制度等審議会・財政制度分科会で「コロナ禍を乗り越えてあるべきプライマリ・ケア」（2021. 10. 11）と題して報告し、問題提起した^{vi}。なお同氏はその後もメディアを通じて積極的に提言している^{vii}。

○問題意識

- ・コロナ禍は医師・医療機関のエゴの問題ではなく構造的問題として日本のプライマリ・ケアの限界を示した。
- ・日本の医療制度では受診の際、フリーアクセスが保障されるが、住民一人一人の健康管理をプライマリ・ケア医療機関が責任を持って担うシステムがない。
- ・地域の医療者が有事の際に動けるよう、平素から保健所、自治体、急性期病院、地域

の介護施設と連携をとり、対応することができるシステムを整備すべき。

○「かかりつけ医」像

- ・ほとんどの健康問題を相談でき、予防医療や健康増進の支援も行うことができる。
- ・自らを選択してくれた患者を登録し、日々の診療だけでなく有事（パンデミックや災害）の際、保健所・行政等と連携して健康管理を支援する。
- ・訪問診療、オンライン診療の必要時の提供を行い、プライマリ・ケア看護師など他専門職と連携する。
- ・総合病院などで各科の専門医療を受ける際には、原則的にかかりつけ総合医から紹介することとする。

○「制度」像（「かかりつけ総合医制度」）

- ・予防医療や公衆衛生活動への積極的な関わりとネットワーク構築。
- ・かかりつけ医への住民のゆるやかな登録システム。
- ・行政・かかりつけ医が連携して住民の健康サポートを隙間なく担うシステム構築としての「かかりつけ総合医制度」創設が必要である。
- ・「かかりつけ総合医制度」は、国民が平時より自身の健康管理に対応するかかりつけ総合医を選択しておく。
- ・報酬について総合的な健康管理に対する対価は出来高払いに馴染まず、登録住民数に比例する包括払いなどを組み込む。

（3）「令和 4 年度予算の編成等に関する建議」（2021. 12. 3）財政制度等審議会

○問題意識

- ・効率的で質の高い医療提供体制の構築に向けた制度の見直しとしての「かかりつけ医制度」。

- ・入院医療のみならず外来医療においても機能分化が必要。
- ・高齢化の進展により、複数の慢性疾患を有する高齢者が増加する中、予防や生活全般に対する視点も含め、継続的・診療科横断的に患者を診ることが重要。
- ・発熱、上気道炎等の症状ある患者の診察を断る医療機関も当初は少なくなかった。
- ・かかりつけ医等がない。
- ・受診・相談センターに連絡がつながりにくい。
- ・発熱外来を実施する医療機関名の公表を促すことにしていたにもかかわらず、実際には地域の医師会の合意等を得られない等で公表が進まなかった。
- ・「世界有数の外来受診回数の多さをもって我が国医療保険制度の金看板とされてきたフリーアクセスは、肝心な時に十分に機能しなかった」とフリーアクセスの限界を指摘した。

○「かかりつけ医」像

- ・高齢化時代における地域包括ケア・在宅医療の担い手。
- ・「緩やかなゲートキーパー」機能。
- ・「かかりつけ総合医」については次の 3 つのパターンを提示。
 - ①日本プライマリ・ケア連合学会で 2010 年より養成と認定を行ってきた家庭医療専門医
 - ②日本専門医機構が養成する総合診療専門医
 - ③専門家が増えるまでの間は、現にプライマリ・ケアを担う開業医・病院勤務医を対象に、公的な研修と認証制度で「かかりつけ総合医」を位置付ける

○「制度」像（「かかりつけ医制度」）

- ・かかりつけ医機能の要件を法制上明確化。

- ・要件を備えた医療機関をかかりつけ医として認定。
- ・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。

(4) 提案に対し共感できること、できないこと

今次の新型コロナ感染症拡大は医学教育・医師養成課程、そして地域医療実践に対し、いくつかの改善点を示唆した。

全ての医師が感染症対応にあたることのできる基本的診療能力形成の必要性和、そのための初期研修制度からの研修内容の改善や充実の重要性。

日本プライマリ・ケア連合学会の指摘しており、地域の医療者が行政や多職種と連携し「グループ診療」の実践へ大きく踏み出すことの必要性。

感染症、集中治療などの専門医の確保と質向上、社会学系専門医（公衆衛生）の育成と配置の必要性等である。これらは国際標準でもある。

地域の医師が「かかりつけ医機能」を強化すべきであるとの提起がそうした観点からのものであるとすれば、私たちはそれに賛同する。

ただし、「制度化」については賛成できない。

財政制度等審議会は「フリーアクセスの限界」を指摘する。しかし、冒頭に指摘したとおり、当初国は、感染症法の仕組みに基づくものとして、患者はフリーアクセスを制限され、地域の医療者から切り離され、医療機関に対しても積極的に感染症患者に対応することを求めず、それを後押しする診療報酬上の措置すら行わなかった。この事実をごまかし、何もかも地域の医療者とフリーアクセスの責任であるかのように書いていることは言語道断である。

第一に、患者が「自分のかかりつけ医」を自分の意思で決め、医師も「自分の患者さん」と考える関係性は大切である。だが医療保障上、制度として「医師 1 人に対して 1 人の患者」を

契約や登録によって固定する必要性はない。

第二に、「かかりつけ医」の受診なしに専門科や病院にかかれぬ仕組みは、むしろ発見の遅れにつながったり、駆け込み救急の増加につながったりする可能性もある。

第三に、「予防」は「治療」ではなく、療養の給付にあたらないことは言うまでもない。診療報酬財源で住民の健康管理の費用を賄うのは公衆衛生、地域保健にかかる財源の付け替えに他ならず、結果として公衆衛生、地域保健の縮小につながる。

第四に、それ以前の問題として、国が「かかりつけ医制度」を提案する意図は人々の生命や健康を守る仕組みづくりではない。財政審議に「フリーアクセスと出来高払いに過度に依存した診療報酬体系を温存すれば、患者のみならず医療機関にも不利益となる」との言葉があるように、患者が自由に医療機関を選択し、医師が専門性に基づいて必要と判断した医療をすべて保険給付する仕組みを解体することに国の本来の目的はある。この点を考慮せず、「かかりつけ医制度」を医療団体や政党が持ち出すのは危険である。

日本医師会も「かかりつけ医制度化」には明確に反対している^{viii}。

日本医師会は 2022 年 4 月、「国民の信頼に応えるかかりつけとして」^{ix}を発表した。そこでは、「かかりつけ医」とはあくまで患者さんが医師を表現する言葉であり、患者の自由な意思で選択されるものであること。「もっともふさわしい医師が誰か」は「数値化して測定することは」できないと指摘した。私たちはこの指摘に賛同する。

3. 「かかりつけ医制度」をめざしてきた国の歴史的な経緯—私たちが「かかりつけ医制度」を危険視する理由—

制度・政策問題として捉えるなら、いちばん

大事なのは、「かかりつけ医」を「制度化」したい動機がどこから生じているかに尽きる。

医師団体や政党が人々のため、よりよい医療のため、新制度を提案することは当然である。だがその提案が歪んだ動機に基づく国の政策と一致してしまう場合、細心の注意が必要なのである。

財政審建議からは、国が「かかりつけ医制度」を皆保険体制の下での医療費増加抑制の仕組みとすることを目論んであることが明白である。

人々は誰も生まれながらにして健康に生きる権利を持っている。その権利を国として保障するため、いつでも・どこでも・誰でも必要な医療が必要なだけ保障する国民皆保険制度がある。

皆保険制度が皆医療保障型たりうるための原則として、3つの原則がある。

- ①保険証の全国民対象の無条件交付
- ②全国统一給付保障
- ③必要充足型給付保障

である。

このうち③の必要充足給付保障は

i. 療養の給付

（医師の専門性に基づき、必要性が満たされるまでの現物給付、出来高払制）

ii. フリーアクセス

iii. 自由開業制

という3つの原則で成り立っている。

国が医療費増加の原因として変えたがっているのが、この3つの原則なのである。

国はそれらの原則を切り崩すための仕組みとして「家庭医」制度の導入に繰り返し、チャレンジし、その度に日本医師会の抵抗で取り下げてきた。

その主な動きは次のとおりである。

1949 年 厚生省が「登録人頭払い式診療報酬支払方法調査費」を予算計上した記録

1987 年「家庭医に関する懇談会」提案

1996 年 厚生省(当時)・医療保険審議会が「今後の国民医療と医療保険制度のあり方について」を提案

「国民医療費の伸びを国民所得の伸びの範囲内に止めることを目標」に医療提供体制のあり方見直しを次のように提案

「病床数見直し」「平均在院日数の短縮」「保険医定年制」

「保険医定数制」「診療報酬の包括化・定額化推進」「総額請負制」

また 2008 年に施行された後期高齢者医療制度では 75 歳以上の人に「高齢者担当医」を登録させ、診療報酬を包括化して医学管理させる「後期高齢者診療料」が導入されたこともある（後に廃止）。

こうした歴史的経緯から「かかりつけ医制度」が国の悲願であることは明らかである。つまり国はコロナ禍の経験を踏まえて提案しているわけではなく、コロナ禍を利用しているに過ぎないのである。

4. 制度化の現段階—外来機能報告制度の施行とフリーアクセス制限

国、厚生労働省は既に「かかりつけ医制度」を視野に入れた政策を敢行しているものと考ええる。ただし最終的な完成形を確定しているわけではなく、財務省や日本医師会をはじめステークホルダーとの交渉・調整を行い、風を見定めつつ「ほど良い落としどころ」を探っているのではないだろうか。

「かかりつけ医制度」につながり得る具体的な動きとして、ここでは 2022 年 4 月に施行された「外来機能報告制度」に注目したい。

(1) 外来機能報告制度がめざしていること

現時点では、本年 4 月 1 日施行となった「外来機能報告制度」への注目が必要である。同制

度の地域の入院医療機関から、自らの「外来機能」を報告させ、報告内容を元に地域に設置する「協議の場」で「外来医療機能の分化・連携」を話し合わせる。

入院医療機関は外来医療のうち、「医療資源を重点的に活用する外来」が占める割合を報告させられる。具体的には入院の前後の外来等、診療報酬上、手術や処置、麻酔等を行う医療の実施状況である。その割合が、初診で 40%、再診で 25%以上あれば、その医療機関は「紹介受診重点医療機関」になれる基準を満たす。「協議の場」では「紹介受診重点医療機関」を決め、「かかりつけ医機能を担う医療機関」との役割分担について協議することになる。

なお、無床診療所は外来機能報告が義務化されていない。しかしながら無床診療所であっても「医療資源を重点的に活用する外来」が占める割合が高ければ、「紹介受診重点医療機関」になる可能性はある。逆にいえば、そうでない他医療機関はみんな「かかりつけ医機能を担う外来」と位置付けられることになる。

地域における外来機能の二分化は、今後の「かかりつけ医制度」創設の足がかりになると考える。

(2) 紹介状なし定額負担の拡大

さらに制度実現に向けた動きとして極めて重要な位置づけとなるのが、本年 10 月 1 日から施行される「紹介状なし定額負担の拡大」である。

従来、特定機能病院並びに一般病床 200 床以上の地域医療支援病院に義務付けられている「紹介状なしに大病院を受診した患者」から 5,000 円（初診の場合。再診は 2,500 円）の定額負担を徴収する仕組みについて、病床数 200 床以上の「紹介受診重点医療機関」への受診に対しても徴収範囲を拡大する。さらに金額も現行の 5,000 円から 7,000 円に引き上げる（再診

の場合は 2,500 円から 3,000 円）。さらに増額分については医療機関に支払われる診療報酬から「控除」というものである[※]。すなわち、患者が「かかりつけ医機能を担う医療機関」からの紹介がないのに、「紹介受診重点医療機関」へ受診した場合、初再診料が保険給付されないことになる。

つまり、専門科受診にあたっては必ず「かかりつけ医機能を担う医療機関」を受診して、紹介が必要だという「制度」が作られようとしているのである。

さらに、次に国がねらうのは「かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担」制度である。財政制度等審議会はそれを先の「建議」で「かかりつけ医制度」と一体的なものとして提案している。「紹介受診重点医療機関」に限らず、かかりつけ医以外への受診にペナルティを設けることで、フリーアクセス制限を貫徹するのである。

5. 医師養成・医学教育と「かかりつけ医」、プライマリ・ケア

(1) 「かかりつけ医」の定義と養成

「かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担」は 2016 年にも導入がねらわれ、その後、取り下げられた経緯がある曰くつきの制度である。

取り下げの主な理由は、「かかりつけ医」の定義が定かでないことであつた。要するに「かかりつけ医以外を受診した」ことを理由に患者へペナルティを課そうにも、肝心の「かかりつけ医」の定義が不明だったのである。

どのような医師を「かかりつけ医」と呼ぶべきか。

現時点で 2 つの選択肢が考えられる。

日本プライマリ・ケア連合学会の主張する専門的な訓練を受けた「スペシャリスト」としての「かかりつけ医」と、日本医師会の「かかり

つけ医機能研修制度」を受講した「かかりつけ医」である。

1) 医師養成を複線化し、「かかりつけ医」をスペシャリストとして認定する方法

既にみてきたように、日本プライマリ・ケア連合学会は「かかりつけ医」＝「家庭医」をスペシャリストとして育成する構想を持っている^{xi}。

（下図）は、2015 年に草場氏による「地域医療研究全国大会」での報告からのスライドである。

初期研修を終えた後の医師のキャリアパスが「総合診療」と「専門領域」に大きく二分されることを想定している。

先に紹介したとおり、同学会のスタンスからすれば当然の構想といえる。だがこれは医師養成の「複線化」を意味しており、日本の医師養成・育成システムをドラスティックに改革するものといえる。

ただし 2019 年度から「一般社団法人日本専門医機構」が実施している「新専門医制度」では、「総合診療専門科」が 19 の基本領域の一つに位置づけられている。これは同学会の考える構想にかなり近い仕組みだといえる。

他の領域と違い、総合診療専門科はいずれの学会も基本領域学会に位置付けられていない。その代わりに、機構には「総合診療専門医検討委員会」（委員長・羽鳥裕日本医師会常任理事）

が設置されている。

なお、「かかりつけ総合医制度」創設を提言する日本プライマリ・ケア連合学会そして病院総合診療医学会は、「総合診療専門医取得後のキャリアを担う学会」として、サブスペシャリティ領域にそれぞれ「病院総合診療専門医」と「新・家庭医療専門医」のプログラムを立ち上げている。

2) 「日医かかりつけ医機能研修制度」を用いて認定する方法

日本医師会（日医）の研修制度は 2016 年 4 月より、都道府県医師会を主体に実施されている。日本医師会は研修制度開始にあたり、その目的を次のように説明している。

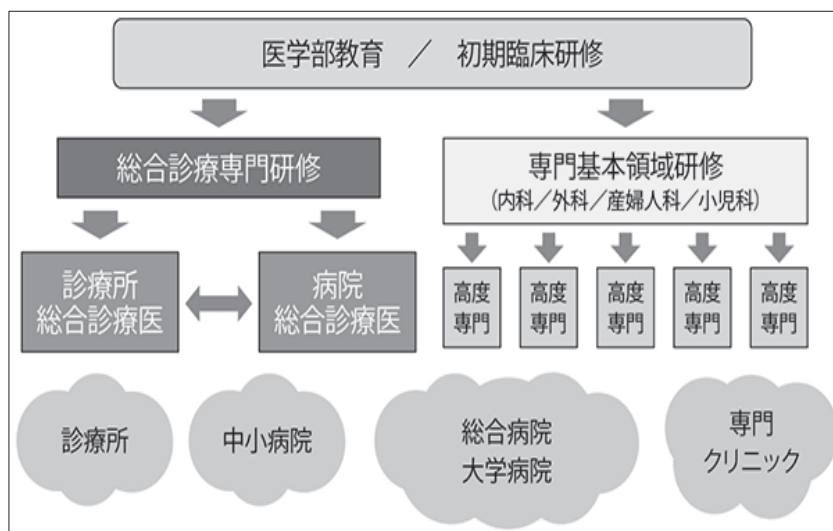
「今後の更なる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される『かかりつけ医機能』のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上する」。

日本医師会のかかりつけ医の定義について、「何でも相談できる上、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」としている。

その上で次のように説明している。「わが国の医師は、昔からこのような機能を果たしてきましたが、地域包括ケアシステムの構築が進められ、かかりつけ医機能の重要性が更に高まる

今こそ、改めてかかりつけ医機能の充実・強化を図る必要があると考えられる」。

研修は 6 つのかかりつけ医機能を習得することを目的に、「基本研修」、「応用研修」、「実地研修」の 3 つで構成され、3 年間でこれらを満たした場合、都道府県医師会から有効期間 3 年の修了証書または認定証が交付される。



6つの機能とは、①患者中心の医療の実践、②継続性を重視した医療の実践、③チーム医療・多職種連携の実践、④社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践、⑤地域の特性に応じた医療の実践、⑥在宅医療の実践、である。

この研修システムを使って認定された医師を制度上の「かかりつけ医」とすると決めれば、いずれの診療科・専門領域にある医師であれ、かかりつけ医になることが可能である。

すなわち両者のスタンスは大きく違っている^{xii}。スペシャリストとして養成された医師を「かかりつけ医」とするのか、従来通り臓器別の専門領域を持ちながらもすべての医師が「かかりつけ医機能」を持つことを目指すのか。

「かかりつけ医」の制度化云々以前の問題であり、この点についての議論こそ必要である。

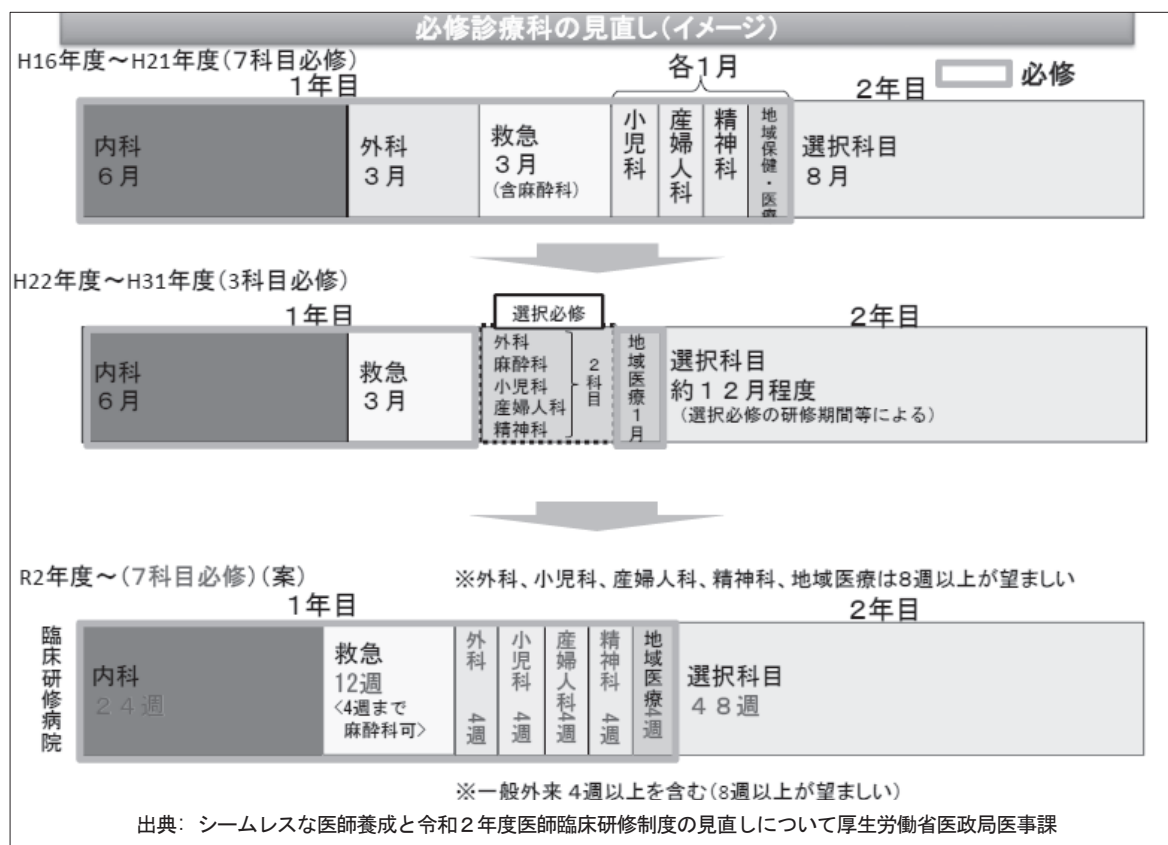
(2) 初期臨床研修制度とプライマリ・ケア

一方、医療者であれば「プライマリ・ケア」の重要性については誰も疑う者はいないはず

である。言うまでもなく、プライマリ・ケアの涵養は医学教育でも前提条件と考えられてきた。

今日の「臨床研修制度」は、1946 年の GHQ によるインターン制度創設、1960 年代の医学部闘争を経て産み落とされた「努力義務臨床研修制度」と変遷を重ねつつ、2000 年の医師法・医療法改正で義務化に至った。それに際し、プライマリ・ケアは中心的課題だった。その基本理念には「医師としての人格を涵養し、将来専門とする分野にかかわらず、医学及び医療の果たすべき社会的役割を認識しつつ、一般的な診療において頻繁に関わる負傷又は疾病に適切に対応できるよう、基本的な診療能力を身につけることのできるものでなければならない」^{xiii}とされた。そして省令発出の通知には「プライマリ・ケア」への理解を深めるよう明記された。

その目的に沿う研修内容として、幾度かの変遷を経ながら今日では2年間のうち7科目(内



科・救急・外科・小児科・産婦人科・精神科・地域医療）必修、選択科目 48 週がルール化されている（前頁図）。

前頁の図のように、ローテート研修の期間は初期研修必須化の当初からみると短縮されており、浅く広く知識と技術を学ぶというプライマリ・ケア研修としては後退している。初期研修の目的がプライマリ・ケアの習得だとすれば、ローテート研修を重視する方向に見直すべきではないか。また「地域医療」において「公衆衛生」を重視することも重要であろう。

6. 「かかりつけ医機能」が発揮される医療制度の在り方を考えるために

最後に、「かかりつけ医機能」が発揮される医療制度の在り方を考えたい。

今日、診療所であれ病院であれ、医師には総合的な力が求められている。その力を「かかりつけ医機能」に求めるのであれば、それが発揮されるための制度が必要である。

(1) 医師養成の仕組みを複線化して良いか

日本では西欧諸国にみられるような「専門医」と「一般医」の身分的分離は存在しない。医師免許はワンライセンスであり、病院の勤務医であれ開業医であれ、主たる医療活動がプライマリ・ケアであれ、セカンダリ・ケアであれ、医師間の制度上の差別的取扱いはない。これは世界的にも珍しい仕組みだといわれている。

一橋大学の猪飼周平氏は「開業医の存在形態の基礎に身分分離的専門医制度を取り込み難いものとする独自の根拠が存在している」と指摘している^{xiv}。つまり明治期の西洋医術の採用以降、勤務医と開業医の間に技能的な差異がなく、差別化する根拠がないのである。そのため国による専門医制度導入は実現してこなかった^{xv}。

国が進める医療費抑制のための病床・外来の体制にとって、医師が「専門医」と「一般医」に二分化されることは「合理的」であろう。と彼らが考えるからに他ならない。しかし、人々の生命を守るための医療保障のために、果たしてそれが「合目的」なのか、慎重な議論が必要であろう。そしてその際、ワンライセンスの医師養成課程が医療保障にもたらしている利点を踏まえねばならないと考える。そして今日までの新型コロナウイルス感染症対策を振り返り、初期研修制度、新専門医制度、社会医学系専門医制度の在り方を見直し、ワンライセンスの医師養成の質向上を図るべきではないかと考える。

(2) 私たちの考える「かかりつけ医像」（案）

- 1) 患者さんのフリーアクセスを前提に、いかなる国策からも自由であること
- 2) 地域住民や患者さんの生活と健康の実態から総合的な能力に基づいて自主的・自律的に判断し、個々に必要な医療を提供すること
- 3) 「登録」「契約」で結ばれた医師—患者の関係でなく、総合的な能力と人柄への信頼をベースに両者のコミュニケーションによって自然と関係が構築されること
- 4) 様々な患者さんの求めに臨機応変に対応し、医療を必要とする状況の背景にある生活における困難実態を把握し、他職種や公的機関と連携して地域の環境改善等にも住民とともに取組、人々の生命・健康を守る仕事ができること
- 5) 社会階層の二極化や低賃金、不安定雇用、家族と地域の崩壊等、様々な社会的要因によって生きづらさを抱えた人々の生命・健康を守ろうとすること

(3) 「かかりつけ医機能」をより発揮するため に求められる前提条件

「かかりつけ医機能」が十全に発揮されるためには、公衆衛生政策と医療提供体制政策全体を見直し、その中に地域の医療者を位置付けて役割を果たしてもらうために何が必要かという大きな視点での改革が必要である。

〈提言 1〉

充実した医療保障政策が基本に必要である

言うまでもなく医療政策とは、人々の生命・健康を守るためにのみ設計され、推進されるべきものである。そのような当然の前提を見失った今日の医療政策を継続する限り、地域の医療者が十全に「かかりつけ医機能」を発揮することはできない。

法律や制度で医師を束縛・従属させても人々の生命を守ることはできない。

充実した医療保障政策の延長線上にしか危機対応は存在しない。

かかりつけ医機能や専門職能を自律的・自発的に発揮できる制度設計が重要である。政府による不適切な制限を減らし、医師会と医学会が医師の自律を支援する必要がある。また、医療や公衆衛生の質を高めるために IT 技術などのインフラ整備は不可欠であり、そのための支援を強力に進める必要がある。

〈提言 2〉

自治体構造改革によって後退した保健所を含む自治体機能の回復、医療者と自治体が連携した地域保健の再構築が「かかりつけ医機能」発揮には必要である

診療報酬や補助金などの財政保障さえあれば、「かかりつけ医機能」が発揮できるわけではない。必要な病床と社会福祉サービス、そして

人々の生活と健康、衛生を守る公的責任が存在しなければ「かかりつけ医」は活動できない。

〈提言 3〉

医学教育における社会保障、公衆衛生についての学びの保障が必要である

これから医師免許を取得し、地域で役割を担っていく若い人たちが、医学教育において、社会保障制度や公衆衛生の歴史と制度を学び、その中での自らの生き方、働き方を考え、深める「学びの保障」が必要である。

〈提言 4〉

「かかりつけ医」としての活動を十分に支える診療報酬が必要である

既に、かかりつけ医機能に関連する診療報酬は様々あり^{xvi}、算定する医療機関も届出や NDB を通じ、厚生労働省は把握している。こうした診療報酬の是非を再評価して、わかりやすく、算定しやすい診療報酬に再編・整理すれば、新しい「かかりつけ医制度」を作る必要性はない。

国の考える「かかりつけ医像」を押し付けるような「管理料」や「加算」、その算定要件や届出義務を根本的に見直し、医師が専門性に基づく裁量を発揮し、医療を保障することを経済面から支える報酬へ改善させなければならない。

この点については引き続き、具体的提案の議論が急がれる。その際、以下の点を踏まえることが必要である。

- ① 出来高払いによる療養の給付（現物給付）の堅持
- ② 医師以外のスタッフによる看護・見守り等について診療報酬上評価し、グループ診療を可能とする視点の導入

以 上

- i 例えば「新型コロナ医療崩壊の原因は開業医の不作為だ 国民に活動制限を強いるのはムダ弾で筋違い」（「東洋経済 ONLINE」2021 年 8 月 27 日、大崎明子：東洋経済解説部コラムニスト）では「新型コロナ医療崩壊の原因は開業医の不作為だ」と指摘している。
- ii 「新型コロナウイルス感染症自宅療養者の訪問診療事業」。しかし人口の半数以上が居住する京都市で同事業が公式に医師会員に周知されたのは年が明けた 2022 年 1 月であり、大幅に遅れた。京都市以外の地域では早い段階から地区医師会が保健所と連携し、自宅療養者へのフォローを開業医が行っていたが、京都市域での組織だった動きはなかなか起こらなかった。その大きな要因は京都市が大都市でありながら保健所を 1 か所しか持っていないお粗末な体制であること。そして市保健所との窓口となる「京都市医師会」が存在しないこと。そして市内複数の地区医師会と京都市は日常的連携を築いていなかったこと等、様々に考えられる。
- iii 「第 2 次提言 感染症体制の見直しと保健所再生を」（2021 年 11 月 30 日）
- iv 同党の他、国民民主党等とともに構成する『医療の民主化改革』で、次世代に責任ある政治を実現する議員連盟」の名前でまとめられた。
- v 「日本版家庭医制度法案」は立憲民主党の HP より閲覧可能 https://cdp-japan.jp/news/20210610_1514
- vi 「コロナ禍を乗り越えて あるべきプライマリ・ケア」財政制度等審議会財政制度分科会(2021 年 10 月 11 日) https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20211011/03.pdf（2022 年 2 月 19 日閲覧）
- vii 「かかりつけ医 地域密着で研修必要」（毎日新聞 2022 年 6 月 1 日）では、「保健所がかかわった入院判断にも開業医が関わられたはず」「そもそも開業医にはパンデミック下で感染症診療の最前線に立つという発想自体が乏しかったのでしょう」と述べ、「総合診療医」「家庭医」の陽性を提言している。
- viii たとえば城守国斗・日本医師会常任理事は『「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。（『「かかりつけ医機能」の評価なら賛成、制度化は反対 - 城守国斗・日医常任理事に聞く）
- ix 日本医師会 HP <https://www.med.or.jp/people/kakari/>
- x 「大病院への患者集中を防ぎかかりつけ医機能の強化を 図るための定額負担の拡大について」（第 134 回社会保障審議会医療保険部会 2020 年 11 月 19 日）
<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000696537.pdf>
- xi 『医療大転換—日本のプライマリ・ケア革命』（葛西龍樹著、ちくま新書 1025）において、プライマリ・ケア連合学会の理事でもある著者は次のように書いている。「はっきりさせておきたいのは、日本医師会の言う「かかりつけ医（総合医）」と、プライマリ・ケアを専門に担う「総合診療専門医（家庭医）」は、その質を異にするということである。諸外国の家庭医は、厳しい研修プログラムと認定試験を経てこそ資格を取得でききる専門医である。…内科開業医がそのまま横滑りしてなれるものではない」。
- xii 日本医師会にとって同研修制度の法制化は決してマイナス面だけではないはずである。日本医師会は「医師の団体の在り方検討委員会」（委員長：本庶佑京都大学特別教授）第Ⅱ次報告書で「国民の医療に対する期待に応えていくためにも、行政から独立した医師全員が加盟する団体が必要」と述べており、日本医師会会員であれば研修を受け、かかりつけ医になれる仕組みの法制化はその方向性と一致するからである。
- xiii 「医師法第 16 条の 2 第 1 項に規定する医師臨床研修に関する省令」
- xiv 論文「明治期日本における開業医集団の成立—専門医と一般医の身分分離構造を欠く日本的医師集団の源流」猪飼周平著
- xv 1930 年から 60 年をかけ、国は熱心に日本においても身分分離的な専門医制度を導入しようと試みたが、それは現場医師の抵抗にあい、実現しなかった。
- xvi 厚生労働省は外来機能報告等に関するガイドライン（2022 年 3 月 16 日）でかかりつけ医に関する診療報酬についてリスト化している（巻末資料参照）。
<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000930171.pdf>

<資料> 外来機能報告等に関するガイドライン（2022 年 3 月 16 日、厚生労働省）より

地域の外来機能の明確化・連携の推進のために必要な外来・在宅医療・地域連携の実施状況

報告項目	算定要件	参考とする考え方
生活習慣病管理料	脂質異常症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者に対して、当該患者の同意を得て治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に算定。	生活習慣病の患者に対する総合的な医療
特定疾患療養管理料	生活習慣病等を主病とする患者についてプライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が治療計画に基づき療養上必要な管理を行った場合に算定。	かかりつけ医師による医療
糖尿病合併症管理料	糖尿病足病変ハイリスク要因を有し、医師が糖尿病足病変に関する指導の必要性があると認めた患者に対して、医師又は医師の指示に基づき看護師が当該指導を行った場合に算定。	糖尿病の患者の合併症に対する継続的な医療
糖尿病透析予防指導管理料	糖尿病の患者であって、医師が透析予防に関する指導の必要性があると認めた患者に対して、医師、看護師又は保健師及び管理栄養士等が共同して必要な指導を行った場合に算定。	糖尿病の患者に対する多職種共同による医療
機能強化加算	外来医療における適切な役割分担を図り、よりの確で質の高い診療機能を評価する観点から、かかりつけ医機能を有する医療機関において初診料を算定する場合に加算。	かかりつけ医機能を有する医療機関における医療
小児かかりつけ診療料	かかりつけ医として患者の同意を得た上で、未就学の患者の診療について緊急時や明らかに専門外の場合等を除き継続的かつ全人的な医療を行った場合に算定。	かかりつけ医による継続的、全人的な医療
地域包括診療料	脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち 2 以上の疾患を有する患者に対して、療養上必要な指導及び診療を行った場合に算定。	複数の慢性疾患を有する患者に対する継続的、全人的な医療
地域包括診療加算	脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち 2 以上の疾患を有する患者に対して療養上必要な指導及び診療を行った場合に再診料に加算。	複数の慢性疾患を有する患者に対する継続的、全人的な医療
オンライン診療料	継続的に対面診療を行っている患者に対して、情報通信機器を用いた診療を行った場合に算定。	継続的に対面診療を行っている患者に対する医療
往診料	患者又は家族等患者の看護等に当たる者が、保険医療機関に対し電話等で直接往診を求め、当該保険医療機関の医師が往診の必要性を認めた場合に、可及的速やかに患者に赴き診療を行った場合に算定。	（定期的、計画的ではない）患者等の求めに応じ、可及的速やかに実施される医療
在宅患者訪問診療料（Ⅰ）	在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、計画的な医学管理の下に定期的に訪問して診療を行った場合に算定。	在宅医療
在宅時医学総合管理料	在宅で療養を行っている患者であって通院が困難なものに対して、個別の患者ごとに総合的な在宅療養計画を策定し、定期的に訪問診療を行い、総合的な医学管理を行った場合に算定。	在宅医療
診療情報提供料（Ⅰ）	保健医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、患者の同意を得て診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合や、保健・福祉関係機関に対して必要な情報提供を行った場合に算定。	医療機関間や保健医療機関と保健・福祉関係機関の連携
診療情報提供料（Ⅲ）	かかりつけ医機能を有する医療機関等からの求めに応じ、患者の同意を得て、当該患者に関する診療状況を示す文書を提供した場合に算定。	かかりつけ医機能を有する医療機関と他の医療機関の連携
地域連携診療計画加算	患者の退院日の属する月又はその翌月に、連携する保険医療機関を退院した患者の同意を得て、当該連携保健医療機関に対して、診療状況を添えて当該患者の地域連携診療計画に基づく療養に係る必要な情報を提供した場合に、診療情報提供料（Ⅰ）に加算。	医療機関間の連携
がん治療連携計画策定料	入院中のがん患者の退院後の治療を総合的に管理するため、計画策定病院があらかじめがんの種類やステージを考慮した地域連携診療計画を作成し、がん治療を担う別の保険医療機関と共有し、かつ、入院中又は退院後 30 日以内に当該別の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に算定。	がん治療に関わる医療機関間の連携
がん治療連携指導料	がん治療連携計画策定料 1 又は 2 を算定した患者に対して、地域連携診療計画に基づいた治療を行うとともに、計画策定病院に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に算定。	がん治療に関わる医療機関間の連携
がん患者指導管理料	医師が看護師等と共同して診療方針等について話し合い、その内容を文書等により提供した場合等に算定。	がん患者に対する多職種共同による医療
外来緩和ケア管理料	緩和ケアを要する患者に対して、医師、看護師、薬剤師等が共同して療養上必要な指導を行った場合に算定。	緩和ケアを要する患者に対する多職種共同による医療