

TMA 近未来医療会議 第2クールの論点に関する提言の取りまとめ
(報告)

2022年9月15日

上智大学/未来研究所臥龍 香取照幸

(第2クール WG 座長)

主要議題:「2040年に向けた地域医療提供体制」

Key words: 地域医療構想・地域包括ケア・かかりつけ医機能のあるべき姿

第1クールからの引き継ぎ論点

- 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」への転換)
その要としての「かかりつけ医機能」
医療と介護の一体的提供 → 地域包括ケアネットワークにおける医療の役割
医療DX・PHR・医療情報共有基盤の確立を、かかりつけ医機能の文脈で考える
- 地域医療構想の再構築
限りある医療資源でニーズを支える、という視点からの提供体制の再構築
地域完結型医療 → 提供側の機能分担・連携(外来・入院・在宅)と
患者側の行動変容 フリーアクセスの再定義
地域医療・在宅医療の強化による医療提供体制の最適化(資源利用の最適化)

I 第2クール WG 等でのこれまでの議論の経過

【第1回 WG】2022年5月11日(水)19時～ 東京都医師会館(ハイブリッド形式)

1 講演(基調講演)

「地域医療と医療介護連携(地域医療構想や地域包括ケアの再構築を視野に)」香取座長

2 ミニレクチャー

「後期高齢者健診をもとにしたフレイル診療の手引き等について」野村委員

3 討論・意見交換

【第2回 WG】2022年6月1日(水)19時～ 東京都医師会館(ハイブリッド形式)

1 講演

「都内全域をカバーする医療連携システム 東京都総合医療ネットワーク」都医 目々澤理事

「東京都の地域医療構想」土谷委員

「在宅医療とこれからの課題」荘司委員

2 ミニレクチャー

「地域医療と医療介護連携」 東京都歯科医師会 末田理事

3 討論・意見交換

【第3回 WG】 2022 年 7 月 6 日(水)19 時～ 東京都医師会館(ハイブリッド形式)

1 講演

「ヘルスリテラシー・マーケティング視点とかかりつけ医」 真野委員

2 討論・意見交換

【検討委員会】 2022 年 8 月 3 日(水)19 時～ 東京都医師会館(ハイブリッド形式)

全体討論

II 提言

1 医療提供体制改革について

(1) 我が国の医療提供体制についての現状認識

・今回の COVID-19 禍は、この国の社会・経済が抱えている課題を一気に顕在化させた。言ってみれば時代の針をいっぺんに 20 年位回してしまったようなものである。我々が想定し、備えようとしてきた様々な「未来」が、今突然、我々の目の前に現出したのである。

医療・介護の世界においても同様である。COVID-19 禍で我々が直面しているのは、20 年後に直面するであろう、超高齢社会日本の医療・介護の姿である。

高齢者人口は 2040 年代半ば、後期高齢者人口は 2060 年代後半までは増加を続けると想定される。他方で、今日すでに入院患者の7割は 65 歳以上、半数は 75 歳以上であり、高齢者の6割は独居か高齢夫婦世帯になっている。

近い将来、医療現場では要介護高齢者・基礎疾患(多くは複数)を持つ患者(multimorbidity)の急性期対応・感染症対応が常態化し、家族介護はほぼあてにならなくなる。

・今回の COVID-19 禍は、民間資本中心で発展してきた日本の医療提供体制の構造問題(弱点)を露呈させた。自由開業医・自由標榜制のもと、独立採算の中小民間病院中心で発展してきた我が国では、設備投資や人的資源配置も個々の医療機関の判断で行われており、医療機関は機能が未分化で相互に競合・競争関係にあることから医療機関相互の連携・協働の契機が内在していない。

他方で患者の「選択の自由」が大きいフリーアクセスの医療保険制度の下で、患者の流れ(適時適切な医療需要の振り分け)を制度的にコントロールすることもできていない。

結果、全体としてみれば、地域(医療圏)全体での最適資源分配の視点がなく、機能未分化・非効率で「資源の薄まき」状態の余力のない医療提供体制が形成され、供給(提供側)もコントロールできず需要(患者)も制御できないまま、今回の COVID-19 禍のように局所的に負荷がかかればいとも簡

単に崩れる、という脆弱さを露呈してしまった。

このような日本の医療提供体制は、フリーアクセスの下で増大する国民の医療ニーズをカバーする仕組みとして歴史的に形成されてきたものであり、ある意味国民が選択した結果である。

しかし 2040 年の医療・介護を展望すれば、限られた人的・物的資源で必要な医療需要をカバーしていくための提供体制の効率化・最適化は不可避であり、疾病構造の変化(患者像・医療需要の変化)に合わせた病院の機能分化と連携、思い切った医療資源の再分配(選択と集中)、そしてかかりつけ医機能をはじめとする在宅医療・地域医療の強化・地域完結型医療への転換を進めておかなければ、再び医療崩壊の危機を招くことになる。

(2) 医療提供体制改革の視点① 在宅医療・地域医療の強化

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担になって医療崩壊の危機を招いた。

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。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である。現在策定が進められている地域医療構想においては、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である。

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である。

(3) 医療提供体制改革の視点② 超高齢社会における医療のあり方の変化

超高齢社会にあっては医療の目的(医療に求められるもの)が「治す医療」から「治し支える医療」へと変化していく。すなわち、生活の質(Quality Of Life)を重視した医療、言い換えれば「生活の中の医療(生活を犠牲にしない医療)」の形が求められる。

人々は可能であれば最後まで住み慣れた地域・自宅で過ごすことを望んでいる。将来の医療の姿を考えれば、可能な限り住み慣れた地域で完結できる医療提供体制の構築が重要になる。

その意味で、病床に求められる機能も、「治す」に特化した高次機能を担う病床と、地域医療、在宅医療を診療所とともに担う「治し、支える」病床という、二つに分かれていくと考えられる。

さらなる高齢化の進行、人口減少による過疎化の進行などの社会経済環境の変化を考えれば、在宅医療の重要性はますます高まり、より患者・利用者の日常生活に近い場所で必要な医療が受けられることが求められる。

診断治療技術の進歩、医療 DX の進展は、さまざまな治療を在宅で行うことを可能にし、時間と場所を超えて医療を提供することを可能にした。オンライン診療などの非対面診療は、入院・外来・往診と並ぶ「第四の診療形態」として位置付け、その普及定着を進めていく必要がある。

(4) 医療提供体制改革の視点③ 必要な医療サービスの保障 切れ目のない医療サービス

～提供機関相互の役割分担と連携、地域包括ケアネットワークとそれを担うマネジメント機能～

医療や介護のサービスは、患者・利用者の状態像の変化に対応して必要なサービスが切れ目なく提供されなければならない。そのためには、提供者側の連携(病診連携、病病・診診連携、医療介護連携)が不可欠であり、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。

介護保険にあつては各機関の役割分担や連携を行う上で求められる役割はケアマネジャーが担っており、ケアマネジャーと主治医の連携が全体の調整を担っている。医療にあつても、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であるが、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。

現在でも、65歳以上の高齢患者の1/3は同一月内に複数の医療機関を受診している。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もさることながら、当該患者にとって最適の医療を提供するという観点で考えても重要な問題であり、患者・家族の立場に立って最適の医療が提供されるよう必要な調整を行うことは地域医療を担う医療機関の重要な機能役割の一つである。

さらに言えば、患者は医療以外の多様なニーズ(介護・生活支援・フレイル・栄養管理等々)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である。包括的で継続的な切れ目のないサービスは医療を超えて保障されなければならない。

地域包括ケアネットワークはまさにそのことのために構築されているものであり、個々の制度を越えて、財源も専門性も規制も異なる様々なサービスや専門職の働きを横串で繋いでいく「メタ制度—Integrated care network」として機能するものである。

医療は地域包括ケアネットワークの重要な構成要素であり、医療提供体制改革もまた、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必要がある。

(5) 医療提供体制改革の視点④ 資源の効率利用 働き方改革

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している。

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1,500人に対して日本は約5,300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になっている。

医療提供体制改革は、別の見方をすれば医療にかかる人的・物的資源の再配置・再分配ということでもある。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。今回のCOVID-19禍への対応の中でも、休日夜間の在宅患者への対応で訪問看護が果たした役割は非常に大きかったことが報告されている。後述する医療DXの積極的活用も含め、提供体制改革にあつては、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である。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することになる。

(6) 医療提供体制改革の視点⑤ 医療費適正化(最適化) 無駄な医療の排除

医療提供体制の改革は、限られた医療資源によって必要な医療需要をカバーするという意味において、サービス提供の効率化を通じてアウトカムの最大化を実現することに繋がる。

とするならば、医療費の最適化、費用対効果の最大化は提供体制改革によって実現される。

提供体制改革こそが医療費適正化の最も正しい道筋である。

2 かかりつけ医・かかりつけ医機能について

(1) かかりつけ医・かかりつけ医機能の重要性

今般の COVID-19 によるパンデミックで、日本の医療提供体制が大きな挑戦を受け、医療崩壊の危機が叫ばれる中、改めてかかりつけ医・かかりつけ医機能に関する国民の関心が大きく高まり、マスコミ等でも繰り返し取り上げられるようになった。

先に取りまとめられた全世代型社会保障構築会議の中間取りまとめの中にも、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」という記述がなされ、これを承けた形で、2022 骨太方針でも同様の記述が明記されている。

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も重要な課題の一つである。

この問題は、単に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、医療提供体制全体の改革—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—に関わる問題であり、同時に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—適時適切な受診(フリーアクセスのあり方)—といった医療保険の課題とも深く関係している。

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であり、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必要がある。

(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は、日本医師会・四病院団体協議会が 2013 年に公表した合同提言の中で定義を示しており、これが医療界の統一見解となっている。

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に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。

この定義を要すれば、日常から住民一人一人の包括的・継続的健康管理を特定の医療機関が一元的に責任を持って担当し、必要に応じて適時適切な診療・相談指導等を行うこと、と理解できるが、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 かかりつけ医となる個々の医師(医療機関)の能力に関わるもの と、
- ② 地域で構築される医療システムに関わるもの がある。

日常的な健康管理、相談指導に始まり、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)の対応などなど、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にわたっている。さらには、公衆衛生行政と通常医療の接点(災害時や今回のような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。

すなわち、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。むしろ、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であり、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—として理解すべきである。

かかりつけ医となる医師(医療機関)の資質能力はもちろん重要な論点であるが、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における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必要がある。

(3) 在宅医療とかかりつけ医

日本医師会・四病院団体協議会の合同提言にもあるとおり、在宅医療はかかりつけ医機能の重要な役割である。

COVID-19 禍を乗り越えていく過程で、在宅医療はその力量と可能性を大きく広げた。東京でも、

病床逼迫で自宅療養者(「在宅入院」という言葉が生まれた)が激増する中、さまざまな形で行政(保健所)と地区医師会との連携・協働の形が模索され、試行錯誤を重ねながら COVID-19 罹患者の在宅支援の形が作られていった。その全体像は、東京都医師会が昨年 12 月に行った実践報告会の中で詳細に紹介されている。

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」ことが求められており、これは在宅医療を担うかかりつけ医機能の重要な役割の一つである。

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、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作り上げていく取り組みが必要になる。

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である。東京都の在宅介護の現場でも、「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とは、都市部における在宅医療の発展形態の一つとして注目すべきことである。

(4) フリーアクセスをめぐる問題とかかりつけ医機能

日本の医療保険制度におけるフリーアクセスは世界でも極めて珍しい制度である。国民(被保険者)は、自分が必要だ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、という仕組みである。

この制度の下では、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であり、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・構造的に患者の受診行動をコントロールする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(ハードルの低さ)が早期受診・疾病の早期発見につながっているという利点がある一方で、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することができず、逆に必要な時に必要な医療が提

供されない(患者自身がアクションを起こさない限り医療は提供されない)ことも起こっている。

このようなシステムのもとでは、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を作ることは事実上困難である。

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)であり、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する可能性があり、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医療を行っていたとしても、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といった「治療における合成の誤謬」も発生する可能性がある。

この問題は、保険者の視点からすれば「医療費適正化」の問題になる。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。

しかしながら、適時適切・効率的な医療サービス提供の実現にせよ、日常的な健康管理にせよ、これらの課題は提供サイドである医療者(医療専門職)の関与・協力が不可欠であり、同時に利用サイドの国民(患者)の行動変容なしには実現することはできない。

国民が医療に求めるものは、24時間365日の安心であり、まずは日常的な common disease への対応、そして確実な診断と治療(適切な初期医療+必要な時の入退院支援(専門医療への確実な紹介と退院後のフォロー)+継続的な支援)である。

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、ということでもある。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な医療サービス利用を保障するという意味でも、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とさえ言える。

「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である。

であるとするのなら、医療提供サイドの改革と合わせて、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であろう。

(5) 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① 医療情報の一元化・PHR・医療DX

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は、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、そしてその情報をかかりつけ医が閲覧利用できることである。

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。

患者・利用者の健康情報・医療/診療情報は、ある部分は保険者の下にあり、ある部分は医療機関の下にある。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であり、かかりつけ医と患者との間で情報が共有されていることはもちろん、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となる。後述するように、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であり、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、本人に関わる医療・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。

ここで重要なことは、そもそも、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、ということである。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。

(参考) 東京都医師会の取り組み—東京総合医療ネットワーク

東京都医師会は東京都の支援を受け「東京総合医療ネットワーク」を立ち上げた。これは東京都全域をひとつの電子的医療圏と考え、従来よく言われていた「顔の見える範囲内」いわゆる二次医療圏をカバーするだけの医療ネットワークとは異なる電子カルテ共有をはかる仕組みである。二次医療圏だけであれば中核病院が導入した電子カルテに同じベンダーが用意した連携システムへ接続すれば限られた医療機関に対し電子カルテ共有を提供することが可能である。しかし、全都をカバーするためには1社だけのシステムで対応することは困難であり、そのために複数ベンダーが相互に情報交換可能な連携システム接続を行わねばならなかった。

電子カルテはこれまで SS-MIX2 という規格で医療情報連携データを書き出していたが、そのままでは連携システム同士の連結ができず、東京総合医療ネットワークではさらにIHEを用いたPIX-XCA 連携という仕組みを被せることによってベンダー越しの情報連携を達成している。現在、東京総合医療ネットワークは Human Bridge(富士通 Japan)、ID-Link(NEC・SEC)、Care Mill(SSJ)、Prime Arch(SBS)という連携システム4社が相互乗り入れを行い、20病院を結んだネットワークが稼働しており、5月31日現在9,718人の患者さんが病院間の転院などに際し情報連携が行われている。本システムは、大がかりなサーバ設置は必要なく、これは将来への持続可能性を有していることになる。

また、こうした地域医療連携で重要なファクターとなる診療所や中小病院などからの情報閲覧に關しても、4ベンダー共通の暗号鍵を用いたクライアント認証方式を採用し、導入の容易化を達成した。むろん、セットアップに関して医療機関側に不安があれば運営事務局が出向くことになっている。接続したあとはそれぞれのベンダーごとの電子カルテを閲覧することになる。

本年5月に自由民主党は「医療DX令和ビジョン2030」を発表し、電子カルテの標準化についての将来構想を発表した。これはHL7 FHIRと呼ばれる規格で国中の医療情報を相互閲覧可能とするこ

とを目標にしたものだが、その情報は①診療情報提供書、②退院時サマリー、③健診結果報告書などの「3文書」、①傷病名、②アレルギー、③感染症、④薬剤禁忌、⑤検査(救急・生活習慣病)、⑥処方などの「6情報」に限ったものである。ベンダー側もこれに対応する500床程度の病院までに対応するクラウド型電子カルテを発表し始めたが、これまでの医療情報連携を越えるものではない。逆に東京総合医療ネットワークそのものからFHIRに対応して参加病院ごとのFHIR対応を省略する方向への発展性も考えられる。また、こうしたFHIR対応は患者個人への検査結果などの医療情報還元をPersonal Health Record(PHR)として実行するためのステップにも応用可能であり、今後も積極的な開発を続けていく(図1・図2)。

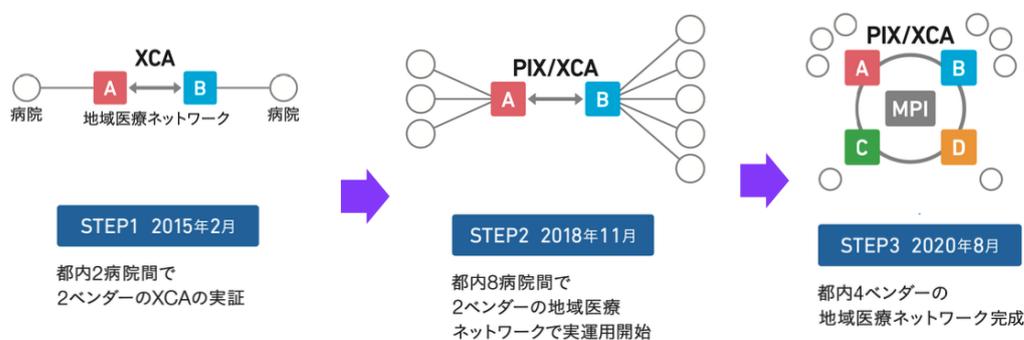


図1 東京総合医療ネットワークの連携ステップ

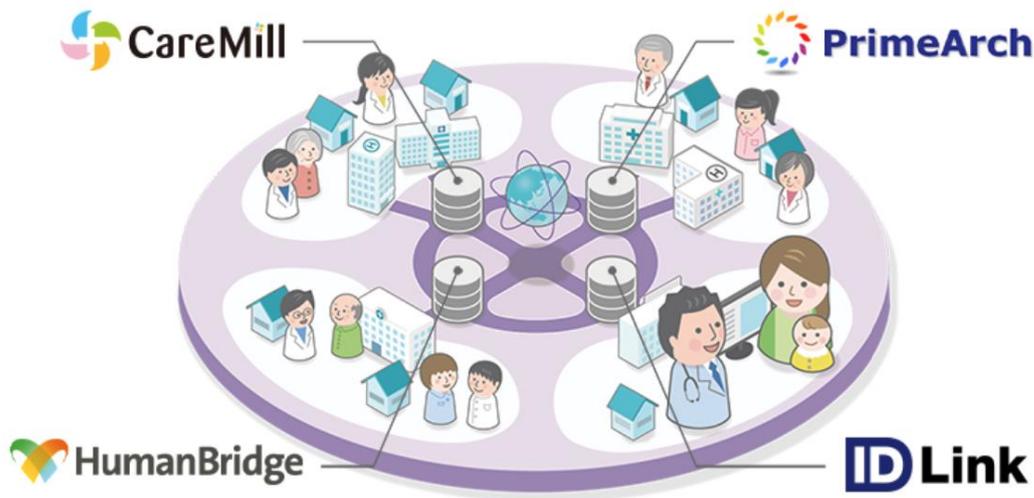


図2 東京総合医療ネットワークの概念図

(6) 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② かかりつけ医の選択の保障

「かかりつけ医の制度化」の議論のなかでは、諸外国の家庭医制度などを例に挙げられることもあるが、それぞれの国の制度がそうであるように、日本の医療提供体制に即した制度設計が求められる。皆保険体制をとる我が国にあっては、すべての国民は必要かつ適切な医療を受ける権利がある。その意味において、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。日医・四病院団体協議会報告の「かかりつけ医」の定義やこの間の議論でも、「かかりつけ医」を持つことは、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を意味しており、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。さらに言えば、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。その意味でも、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である。

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、登録の義務づけや強制的な割り当てといった官僚統制的なやり方で臨んでも制度は機能しない。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。

(7) 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であり、重層的である。

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—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・かかりつけ医機能への評価（費用保障）に関しては、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」に議論が集中するくらいがあるが、そもそもかかりつけ医機能は医療保険では包摂できない広範な内容を含んでおり、さらにはこれまでにはなかった新たな役割を医療提供者に求めるものでもある。

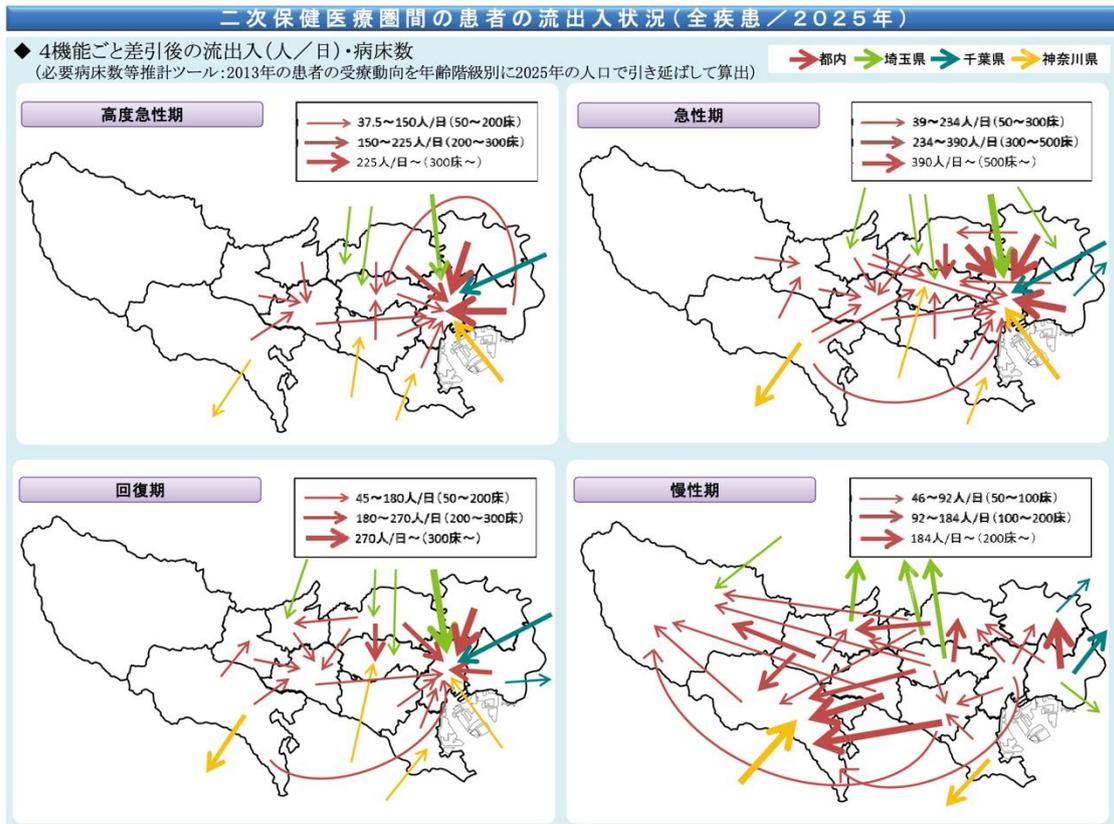
そもそも論から言ってかかりつけ医・かかりつけ医機能の制度化は医療法体系の中で行われるべきものであろう。診療報酬での支払い方式や点数化の議論をする前に、求められる機能役割を確実に実行できる条件整備（制度整備と基盤整備）をまず行い、その上で、その機能役割に相応しい費用保障の仕組みを検討するべきである。

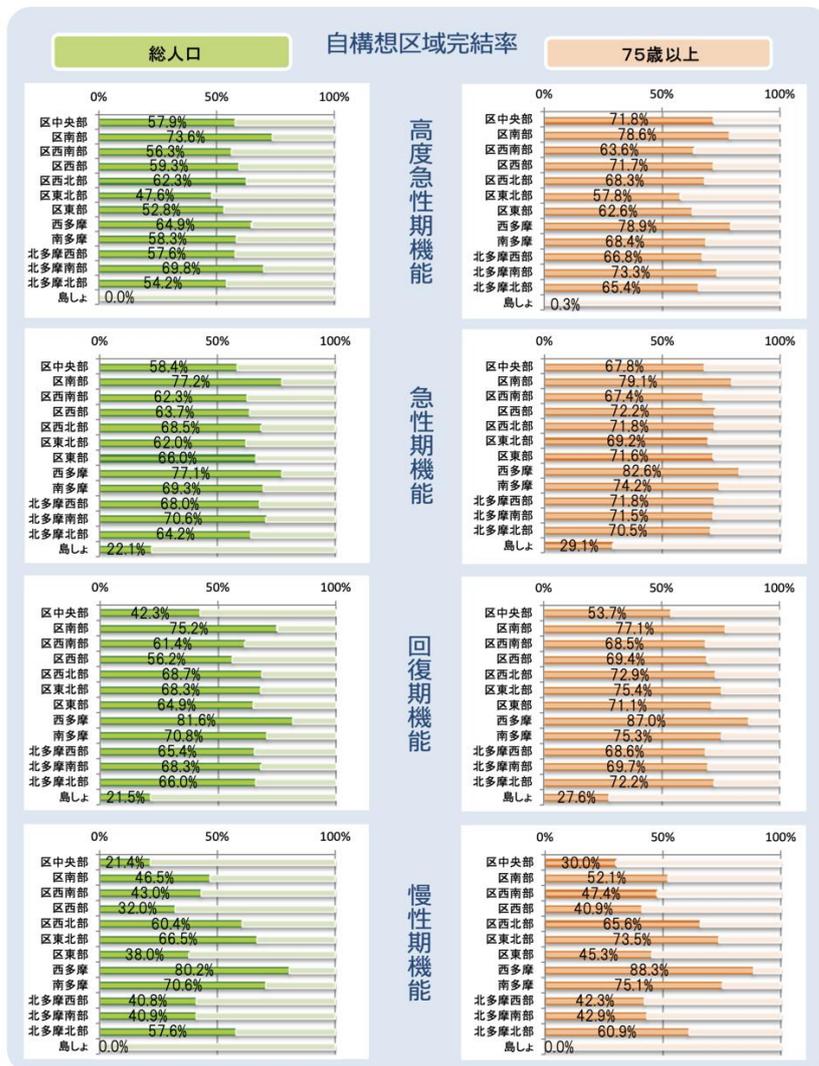
3 医療提供体制改革—地域医療構想における「特殊東京的事情」

東京都においても地域医療構想の策定が進んでいるが、人口 1,000 万人を超える超大都会である東京には他道府県にはない「特殊東京的課題」が多く存在する。

一般的に、都会では複数の行政区域にまたがって複数の大学病院・大規模病院が存在しているが、都民の受療行動の特徴として、急性期の受診は都心の大病院に集中し、慢性期には多摩地区や他県の医療機関に分散して受診している。以下に示す表は、2025 年における東京都の二次保健医療圏間の患者の流出入状況(全疾患)を予想したものであるが、高度急性期・急性期患者の都心部への集中、回復期・慢性期患者の都西部・多摩地区への分散の傾向は顕著である。個別疾病で見ても、がん患者の半数以上は二次保健医療圏を超えて入院しており、医療圏単位である程度受療行動が完結している地方とは際立った違いがある。

極言すれば東京都の保健医療圏は保健医療圏域としての意味を失っていると言ってもよい状態にある。大都市東京における保健医療圏域のあり方については、地域医療構想の推進のためにも再度検討する必要があるのではないかと考える。

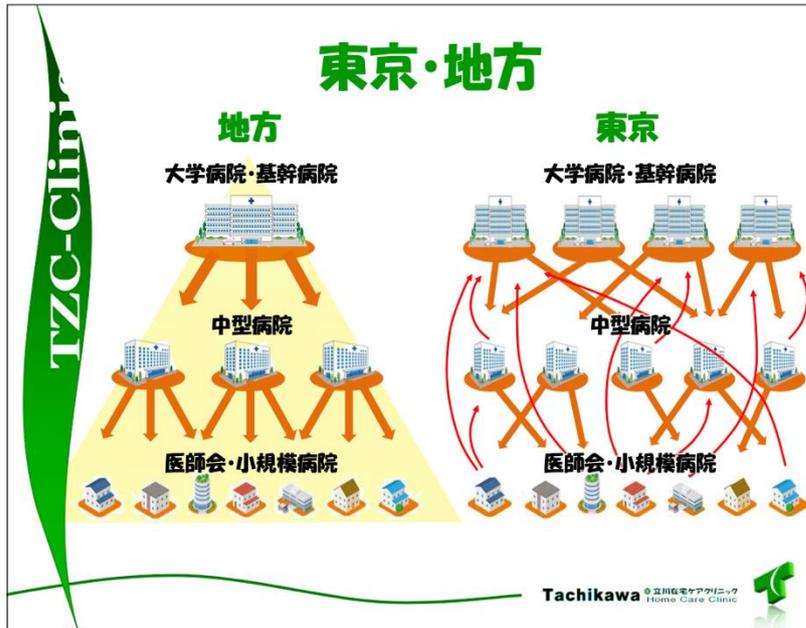




首都東京は、全国平均を上回る医療機関数・病床数を持ちながら、都心部を中心に地域医療との関わりがほとんどない「全国区の特定機能病院」が多く存在し、地域医療の資源としてカウントできない病床を多く抱える地域がある。同時に、病床機能の地域偏在が大きく、急性期・高度急性期病院は都市部に集中し、都西部・多摩地区には回復期・慢性期病院が多く展開している。医療資源が過剰に存在する地域がある一方で偏在による不足地域もあるが、前述のように過剰地域といっても地域医療を支える地域に密着した医療機関が存在しているわけではない地域も多い。

さらに加えて、患者の圏域間移動が極めて大きく各保健医療圏域で医療が完結しておらず、数多くの機能未分化の民間中小病院と診療所が地域で競合関係にある。

このような中で、かかりつけ医を中心とした日常的な健康管理・予防から終末期までの「切れ目のない医療」を提供するネットワークを地域完結型で構築することは容易ではない。



(第2クール WG における 荘司委員提出資料)

東京都における地域医療構想の推進にあたっては、これらの特殊東京的事情を踏まえた検討が必要であり、圏域設定の考え方や医療機関相互の役割分担・連携のあり方、在宅医療の推進方策など、東京都の現実を踏まえた独自の地域医療構想の取り組みを進めていかなければならない。

取り組みはまだ緒についたばかりと言ってもよい。医師会をはじめとする医療関係団体は、行政・都民とのコミュニケーションを密に図りながら、医療者自身の自己改革を含めて、最適の医療提供体制の実現に向けて、協力して課題に取り組んでいくことが求められる。

東京都医師会 TMA近未来医療会議

第2回公開シンポジウム

—第2クールの論点に関する提言—

2022年9月16日

TMA近未来医療会議 第2クールWG 座長

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

<http://www.garyu.or.jp/index.html>

Future Institute Wolong

TMA近未来医療会議 委員の構成

	氏名	役職		WG
TMA近未来医療会議全体協議会 検討委員会委員	委員長	香取 照幸	上智大学総合人間科学部教授 未来研究所臥龍代表理事	② 座長
	副委員長	園土 典宏	国立国際医療研究センター理事長	①
	副委員長	林 泉彦	はやしクリニック院長 町田市医師会会長	
	委員	和田 耕治	国際医療福祉大学医学部教授	③ 座長
	委員	菅原 琢磨	法政大学経済学部教授	① 座長
	委員	堀 真奈美	東海大学健康学部教授	
	委員	真野 俊樹	中央大学大学院戦略経営研究科教授 多摩大学大学院特任教授	
	委員	北川 雄光	慶應義塾常任理事 慶應義塾大学医学部外科学教授	
	委員	藍 真澄	東京医科歯科大学大学院教授	
	委員	海老原 全	東京都済生会中央病院院長	③
	委員	土谷 明男	葛西中央病院院長	東京都病院協会常任理事 ②
	委員	大坪 由里子	三軒茶屋病院院長	東京都病院協会常任理事
	委員	平澤 精一	マイシティクリニック院長	新宿区医師会会長
	委員	辻司 輝昭	立川在宅ケアクリニック院長	立川市医師会理事 ②
	委員	野村 和彦	野村医院理事長	板橋区医師会理事 ③
	委員	増田 幹生	共和堂医院院長	北区医師会会長 ①

アドバイザーボード	委員	長谷川ひとみ	はせがわ内科院長	武蔵野市医師会副会長
	委員	尾崎 治夫	東京都医師会会長	
	委員	平川 博之	東京都医師会副会長	
	委員	黒瀬 巖	東京都医師会理事	
		猪口 雄二	日本医師会副会長	
		安藤 高夫	東京都医師会参与	
		清水恵一郎	東京都各科学会協議会会長	
		東京都医師会役員		

※WG(作業部会)委員…①第1クール担当、②第2クール担当、③第3クール担当、④第4クール担当(調整中)

諮問事項(基本的共通テーマ):

「2040年に向けた医療供給体制と診療報酬体系の抜本的改革」

第1クール(菅原)

国家財政、医療経済、国民医療費と税制、財政審の建議・骨太の方針

第2クール(香取)

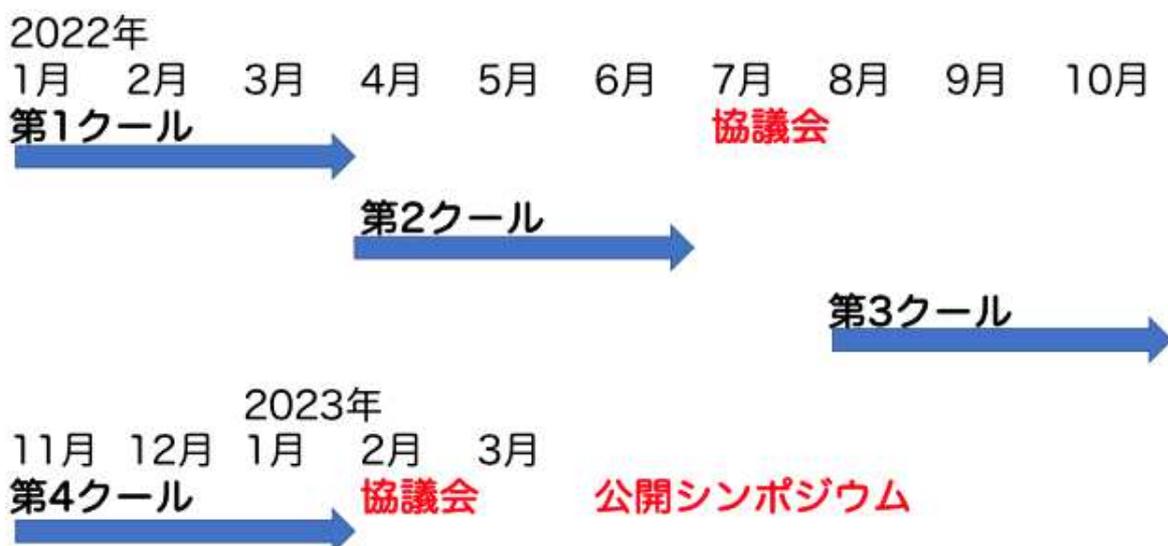
地域医療体制、地域医療構想・地域包括ケア、介護保険と医療介護連携

第3クール:(和田)

コロナ対策の評価、有事と平時の医療供給体制、第8次医療計画

第4クール(堀)

医療保険制度の未来像、全世代型社会保障と後期高齢者医療制度



第2クールの論点

地域医療体制、地域医療構想・地域包括ケア、介護保険と医介連携

第1クールからの引き継ぎ論点

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」への転換)

その要としての「かかりつけ医機能」

医療と介護の一体的提供 → 地域包括ケアネットワークにおける医療の役割

医療DX・PHR・医療情報共有基盤の確立を、かかりつけ医機能の文脈で考える

地域医療構想の再構築

限りある医療資源でニーズを支える、という視点からの提供体制の再構築

地域完結型医療 → 提供側の機能分担・連携(外来・入院・在宅)と

患者側の行動変容 フリーアクセスの再定義

地域医療・在宅医療の強化による医療提供体制の最適化(資源利用の最適化)

「第2クールの論点に関する提言」

概要

1 医療提供体制改革について

(1) 我が国の医療提供体制についての現状認識

(2) 医療提供体制改革の視点

- ① 在宅医療・地域医療の強化
- ② 超高齢社会における医療のあり方の変化
- ③ 必要な医療サービスの保障・切れ目のない医療サービス
～提供機関相互の役割分担と連携、地域包括ケアネットワークとそれを担うマネジメント機能～
- ④ 資源の効率利用 働き方改革
- ⑤ 医療費適正化(最適化) 無駄な医療の排除

(1) 我が国の医療提供体制についての現状認識

- 今回のCOVID-19禍は「すでに起こっている未来」
2040年に直面するであろう医療の現場を、我々は現在進行形で経験した。
- 高齢者人口は2040年代半ば、後期高齢者人口は2060年代後半までは増加
- 他方で、今日すでに入院患者の7割は65歳以上、半数は75歳以上、高齢者の6割は独居か高齢夫婦世帯
- 近い将来、医療現場では要介護高齢者・基礎疾患(多くは複数)を持つ患者(multimorbidity)の急性期対応・感染症対応が常態化。
家族介護はほぼあてにならなくなる。

コロナ禍は2040年の世界だった



(株)ファストドクター 菊池医師の講演資料より

☆ 在宅医療の機能強化をしなければ、病院(入院医療)への負荷がどんどん大きくなって機能不全を起こす。

- 今回のCOVID-19禍で、平時の医療提供体制が持っていた構造的弱点が顕在化。
課題は有事対応(のみ)にあるのではなく、平時の体制にある。
- 自由開業医・自由標榜制のもと、独立採算の中小民間病院中心で発展してきた我が国では、設備投資や人的資源配置は個々の医療機関が判断。
医療機関は機能未分化・相互に競合・競争関係。医療機関相互の連携・協働の契機が内在していない。
- 他方で患者の「選択の自由」が大きいフリーアクセスの医療保険制度の下で、患者の流れ(適時適切な医療需要の振り分け)は制度的にコントロールできていない。
- 結果、全体としてみれば、地域(医療圏)全体での最適資源分配の視点がなく、機能未分化・非効率で「資源の薄まき」状態の余力のない医療提供体制が形成。
供給(提供側)もコントロールできず需要(患者)も制御できないまま、今回のCOVID-19禍のように局所的に負荷がかかればいとも簡単に崩れる、という脆弱さを露呈。

- このような日本の医療提供体制は、フリーアクセスの下で増大する国民の医療ニーズをカバーする仕組みとして歴史的に形成されてきたもの。
ある意味国民が選択した結果。
- しかし2040年の医療・介護を展望すれば、限られた人的・物的資源で必要な医療需要をカバーしていくための提供体制の効率化・最適化は不可避。
- 疾病構造の変化(患者像・医療需要の変化)に合わせた病院の機能分化と連携、思い切った医療資源の再分配(選択と集中)、そしてかかりつけ医機能をはじめとする在宅医療・地域医療の強化・地域完結型医療への転換を進めておかなければ、再び医療崩壊の危機を招く。

(2) 医療提供体制改革の視点

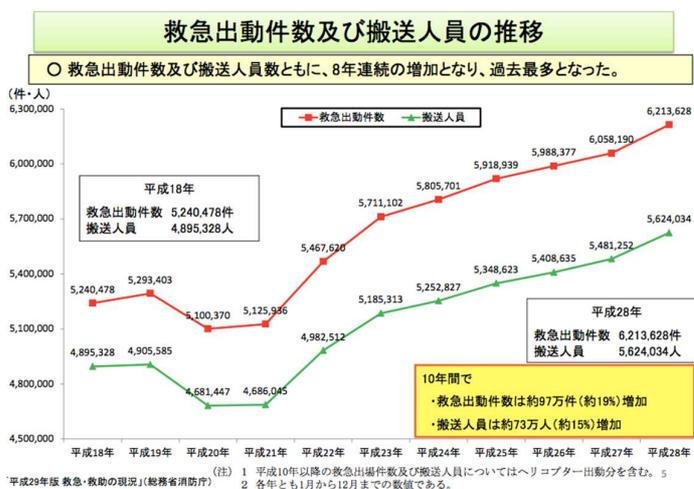
① 在宅医療・地域医療の強化

- 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。

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。

- 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。
- 地域医療構想においては、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。

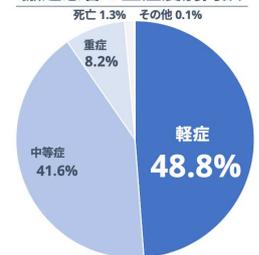
在宅医療の強化は様々な医療の課題を解決する（救急医療の例）



搬送患者の年齢別内訳



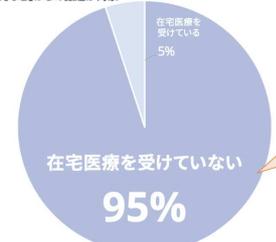
搬送患者の重症度別内訳



資料:総務省消防庁 救急・救助の現状

高齢者による搬送内訳

※「自宅・外出先など」からの搬送が対象



**初期救急の往診体制が整えられれば
救急出動件数は相当数抑制できる**

資料:東京都福祉保健局 地域包括ケアシステムにおける迅速・適切な救急医療に関する検討委員会(H29)

② 超高齢社会における医療のあり方の変化

- 「治す医療」から「治し支える医療」へ

生活の質(Quality Of Life)を重視した医療、「生活の中の医療(生活を犠牲にしない医療)」

- 人々は可能であれば最後まで住み慣れた地域・自宅で過ごすことを望む。
可能な限り住み慣れた地域で完結できる医療提供体制の構築が重要。

- とすれば、超高齢社会の病院病床に求められる機能は

- ①「治す」に特化した高次機能を担う病床

- ②地域医療、在宅医療を診療所とともに担う「治し、支える」病床

という、二つ方向に分かれていくと考えられる。

- さらなる高齢化の進行、人口減少による過疎化の進行などの社会経済環境の変化を考えれば、在宅医療の重要性はますます高まる。

より患者・利用者の日常生活に近い場所で必要な医療が受けられることが求められる。

- 診断治療技術の進歩、医療DXの進展は、さまざまな治療を在宅で行うことを可能にし、時間と場所を超えて医療を提供することを可能にした。

- オンライン診療などの非対面診療は入院・外来・往診と並ぶ「第四の診療形態」として位置付け、その普及定着を進めていくべき。

③ 必要な医療サービスの保障・切れ目のない医療サービス

～提供機関相互の役割分担と連携、地域包括ケアネットワークとそれを担うマネジメント機能～

- 医療や介護のサービスは、患者・利用者の状態像の変化に対応して必要なサービスが切れ目なく提供されなければならない。
 - 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。
 - 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ジャーが存在。ケアマネ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だが、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。
-
- 現在でも、65歳以上の高齢患者の1/3は同一月内に複数の医療機関を受診。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。
患者・家族の立場に立って最適の医療が提供されるよう必要な調整を行うことは地域医療を担う医療機関の重要な機能役割の一つ。
 - さらに言えば、患者は医療以外の多様なニーズ(介護・生活支援・フレイル・栄養管理等々)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。
包括的で継続的な切れ目ないサービスは医療を超えて保障されなければならない。
 - 地域包括ケアネットワークはまさにそのことのために構想されているもの。個々の制度を越え、財源も専門性も規制も異なる様々なサービスや専門職の働きを横串で繋いでいく「メタ制度 —Integrated care network」として機能するもの。
 - 医療は地域包括ケアネットワークの重要な構成要素。
医療提供体制改革は、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。

④ 資源の効率利用 働き方改革

- 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。

⑤ 医療費適正化(最適化) 無駄な医療の排除

- 医療提供体制改革は、限られた医療資源によって必要な医療需要をカバーするという意味において、サービス提供の効率化を通じてアウトカムの最大化を実現することに繋がる。
- とするならば、医療費の最適化、費用対効果の最大化は提供体制改革によって実現される。
- すなわち、提供体制改革こそが医療費適正化の最も正しい道筋である。

2 かかりつけ医・かかりつけ医機能について

- (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。**
- **この問題は、単に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、医療提供体制全体の改革—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—に関わる問題。**
同時に、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—適時適切な受診(フリーアクセスのあり方)—といった医療保険の課題とも深く関係。
- **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。

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 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

提供者側の論点—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・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)

利用者側の論点—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

25

(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、
 :かかりつけ医となる個々の医師(医療機関)の能力に関わるもの と、
 :地域で構築される医療システムに関わるもの
 が含まれていることはわかる。
- 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)の対応などなど、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にわたっている。

さらには、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。**
- **かかりつけ医となる医師(医療機関)の資質能力はもちろん重要な論点であるが、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における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機能の重要な役割の一つ。
 - 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、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作り上げていく取り組みが必要。
-
- 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・構造的に患者の受診行動をコントロールする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
- 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医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「治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。
- 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も、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。
- 「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。

(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であり、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。

- **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

- **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。**
かかりつけ医を持つことは、国民の権利であって義務ではない。
- **「かかりつけ医」を持つことは、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である。

- 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、登録の義務づけや強制的な割り当てといった官僚統制的なやり方で臨んでも制度は機能しない。
- 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。

(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」に議論が集中するくらいがあるが、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である。

3 医療提供体制改革 —地域医療構想における「特殊東京的事情」

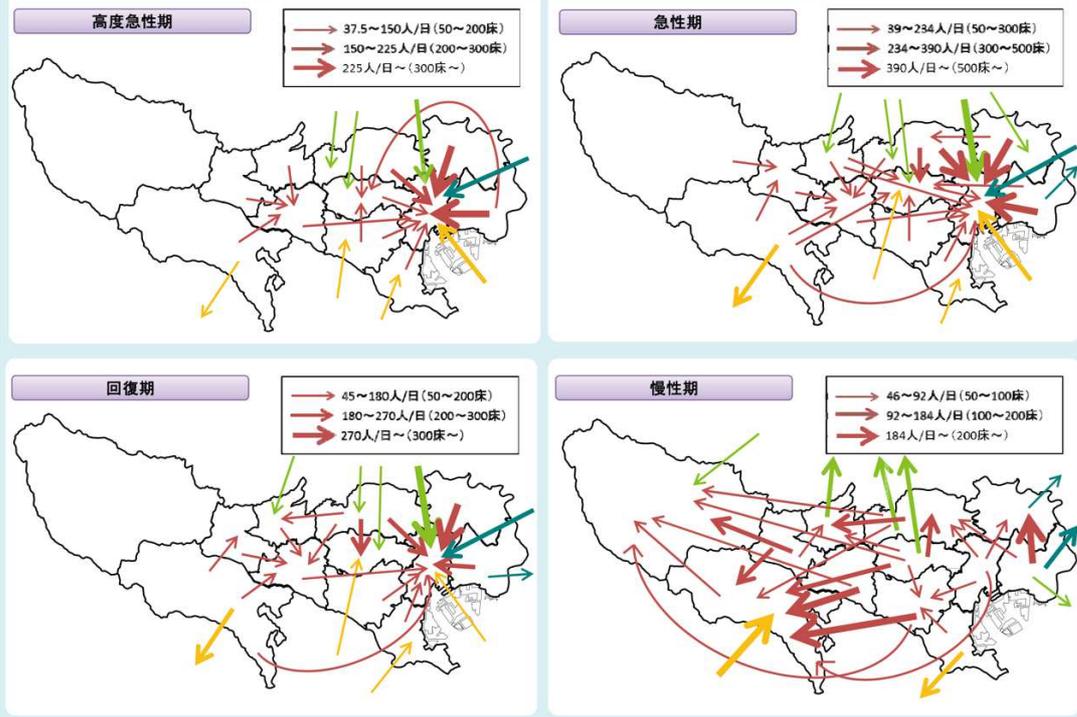
- 人口1000万人超の大都会である東京には他道府県にはない「特殊東京的課題」が多く存在。
- 都民の受療行動の特徴として、急性期の受診は都心の大病院に集中し、慢性期には多摩地区や他県の医療機関に分散して受診。
- 高度急性期・急性期患者の都心部への集中、回復期・慢性期患者の都西部・多摩地区への分散の傾向は顕著。
個別疾病で見ても、がん患者の半数以上は2次保健医療圏を超えて入院。医療圏単位である程度受療行動が完結している地方とは際立った違い。
- 極言すれば東京都の保健医療圏は保健医療圏域としての意味を失っている状態。
大都市東京における保健医療圏域のあり方については、地域医療構想の推進のためにも再度検討する必要があるのではないか。

二次保健医療圏間の患者の流出入状況（全疾患／2025年）

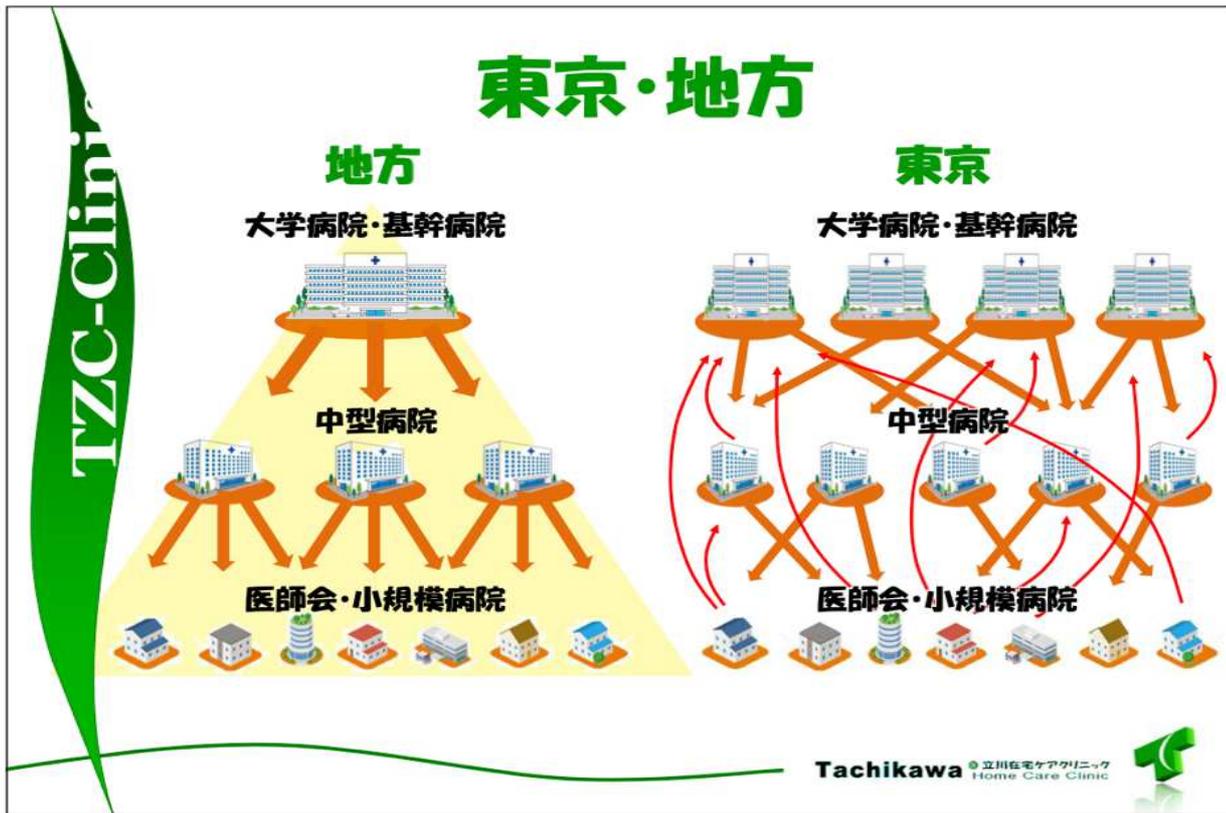
◆ 4機能ごとの差引後の流出入（人／日）・病床数

（必要病床数等推計ツール：2013年の患者の受療動向を年齢階級別に2025年の人口で引き延ばして算出）

→ 都内 → 埼玉県 → 千葉県 → 神奈川県



- 首都東京は、全国平均を上回る医療機関数・病床数をもちながら、都心部を中心に地域医療との関わりがほとんどない「全国区の特定機能病院」が多く存在し、地域医療の資源としてカウントできない病床を多く抱える地域がある。
- 同時に、病床機能の地域偏在が大きく、急性期・高度急性期病院は都市部に集中し、都西部・多摩地区には回復期・慢性期病院が多く展開している。
- 医療資源が過剰に存在する地域がある一方で偏在による不足地域もあるが、過剰地域といっても地域医療を支える地域に密着した医療機関が存在しているわけではない地域も多い。
- さらに加えて、患者の圏域間移動が極めて大きく各保健医療圏域で医療が完結しておらず、数多くの機能未分化の民間中小病院と診療医が地域で競合関係にある。
- このような中で、かかりつけ医を中心とした日常的な健康管理・予防から終末期までの「切れ目のない医療」を提供するネットワークを地域完結型で構築することは容易ではない。



- 東京都における地域医療構想の推進にあたっては、これらの特殊東京的事情を踏まえた検討が必要であり、圏域設定の考え方や医療機関相互の役割分担・連携のあり方、在宅医療の推進方策など、東京都の現実を踏まえた独自の地域医療構想の取り組みを進めていかなければならない。



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