

今月の視点

かかりつけ医の周辺

理事 清水 暢

世界経済が低迷を続ける中、先進各国は少子高齢化とリンクした医療費増加にどう対処するかの問題に直面しており、皆保険制度の国々では、新自由主義経済政策に起因する非正規雇用の増加により、皆保険体制をどう維持するかが大きな課題となっている。特に日本では財政赤字と 2025 年問題を抱えて、社会保障制度改革が声高に叫ばれ、医療は大きなパラダイムシフトの真只中にある。

日本の医療界の数年来のキーワードの一つが、「かかりつけ医」であることは間違いない。平成 25 年に「日本医師会・四病院団体協議会合同提言」として、かかりつけ医の定義が示されてはいる。かかりつけ医とは、「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」とされてはいるが、理念的なものであり医療提供体制の中での位置付けはされていない。

また、近い将来に出現する総合診療専門医や、以前からある家庭医や総合医という言葉との違いも不明確である。はたして、かかりつけ医が理念のままであり続けるのか、欧米諸国のように医療費抑制のツールに変貌していくのかを見通すことはできない。

1. 家庭医の議論

昭和 50 年代に入ってからプライマリ・ケアの重要性が認識され始め、昭和 60 年に当時の厚生省健康保険政策局に「家庭医に関する懇談会」が立ち上げられ、日本での家庭医システムについての議論が開始された。その背景には、若手医師

の勤務医志望と開業医の減少・高齢化があり、プライマリ・ケアに携わる医師が減少するのでは？との危機感があり、当然、懇談会には日医からも専門委員を送り込み、議論を重ねていた。

しかし、厚生省の意図する家庭医構想は、英国の GP 制度にみられる登録制の包括点数であったことから、日医が「医療が国の管理下に置かれる」として反対し、「家庭医に関する懇談会」は、昭和 62 年 4 月に「家庭医に関する懇談会報告書」を発表して中断された。

報告書には家庭医の機能として 10 項目が掲げられたが、日医は報告書発表当日に「日本医師会は従来から地域医療の担い手としての開業医像を主張し、病診連携による地域医療のシステム化を図り、家庭医サービスの充実に努めてきた。現在ある家庭医機能をより進展させることこそ肝要である」のステートメントを発表し、同時に「家庭医の制度化に歯止めがかかった」とした。

この懇談会以後、日医は「家庭医」という言葉にやや allergic となり、平成 4 年の村瀬日医会長時代に「かかりつけ医」という言葉を提唱して、「開業している医師は誰もが国民に選ばれてかかりつけ医になる」との認識を示している。かかりつけ医とは、患者と医師の良好な信頼関係の上に成り立つ言葉であり、患者のフリーアクセスと、医師の自主性が基本となっている。

2. 総合医養成の試み

平成 18 年、日医内の学術推進会議は「かかりつけ医機能の向上を生涯教育制度の強化によって図る」ことを提案し、それを受けて日医も、「地

域医療・保健・福祉を担う幅広い能力を有する医師（＝総合医）認定制度に向けての検討を開始した。しかし、家庭医の時と同様な慎重論も地域医師会から強く出され、平成 20 年以降は、日本プライマリ・ケア学会、日本総合診療学会、日本家庭医療学会との連携による、独自の養成プログラムを作成し総合医を認定する方向となった。この時の認識は、かかりつけ医＝総合医である。

平成 19 年に経済財政諮問会議の答申を受け、厚労省から「医療・介護サービスの質向上・効率化プログラム」が発出された。これは、質の向上・効率化を謳ってはいるが、要は医療・介護のコスト抑制のための方策をまとめたもので、その一つに「医療サービスの質向上・効率化の観点から、総合的な診療能力をもつ医師の養成の仕組みについて検討する」ことが掲げられ、医療費削減を目的として総合医・総合科を作るとの構想が立ちあがった。

これに対して、日医は「日本の医療の最大の特徴であるフリーアクセスを制限する政策に繋がるものであり、認めることはできない」と断固反対の姿勢を取り、①初期診療を「総合医」が行うことは、患者のアクセスポイントを減少させ、地域格差を助長する、②国が「総合医」の認定をすることは、官僚の利権を拡大させ、地域医療を国が管理統制することになり、最終的な人頭払い制に繋がるおそれがある、等の問題点を指摘している。ただ、総合的な能力を持った医師養成の必要性に関しては、厚労省も日医もその方向性は同じようなものではあった。

日医のいわば「官製総合医」に反対する主な理由の一つは、総合医認定制度を学会主導ではなく行政主導で行う方向で検討されていたことで、日医の考える総合医は、国民皆保険制度堅持の立場から、フリーアクセスの大原則は曲げず「何でも相談でき、最新の医療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」医師像であった。

一方で、厚労省の構想する官製の総合医は、かかりつけ医にゲートキーパーの機能を持たせ、医療費抑制を企図したもので、当然ながらフリーアクセスは制限され、将来の登録人頭割包括制に繋

がりかねないものであった。日医としては、これまでの生涯教育制度をさらに底上げた形で、日医や学会主導の総合医認定制度を国に先駆けて作り上げ、その initiative を取ることが先決問題ではあった。

流れとしては、いろいろな思惑を含みながら総合医に関する議論は進んでいったが、平成 21 年の民主党政権誕生により日医の執行部の交替で議論は下火となり、平成 23 年からは専門医制度の在り方の議論が始まっており、総合医の認定制度は日の目を見ないままに終わっている。

3. 専門医制度と日医の対応

平成 25 年に「専門医の在り方に関する検討会」の議論が取りまとめられ、基本領域の 19 番目の専門医として「総合診療専門医」が正式に認知された。専門医機構の考える総合診療専門医の医師像は、「地域を支える診療所や中小病院で活躍する医師で、日常診療で頻度の高い疾病の初期対応を担当する。必要があれば機能別の専門医を紹介。自ら対応できる患者には継続して医療を担う。高齢者対応として多職種と連携して介護サービス・医療サービスを看取りをも含めて包括的かつ柔軟に提供する」医師とある。実質的には日医の意図するかかりつけ医と大差はない。「日本のプライマリ・ケアの強化というコンテキストの入り口」との捉え方が、当時の専門医機構の池田理事長から出されているが、日医は家庭医や官製の総合医の議論の時のような反対はせず、むしろ協力的に議論に参加している。

総合診療専門医とは、あくまで医師の総合的な診療能力の質を担保することであり、かかりつけ医こそが総合医であり、総合医と総合診療専門医は別であるとの考えを示している。つまりは、総合診療専門医はあくまで学問体系の裏付けとしての専門医であり、医療提供体制とは全く別の位置付けであるとしている。

日医の姿勢に対して、平成 25 年 6 月の日医代議員会では、フリーアクセスの障害や人頭割登録制への移行、専門医と総合医の階層化、専門医養成数の国家管理へ繋がりがかねないとの懸念の声が上がリ、開業医は総合診療専門医を取得しなけれ

ばならないのかとの不安、あるいは、総合診療専門医との診療報酬上の評価に差が出るのではないかとの疑問の声が各代議員から出されたが、今までの経過から見れば当然の事ではあった。

これらの懸念の声を想定していたのか、日医は専門医制度が動き出すとされた昨年、「日医かかりつけ医機能研修制度」を発足させた。これは総合診療専門医の誕生までに既成事実を作ろうとしているように見え、実質的なかかりつけ医の認定に踏み出したとも受け取れる。日医かかりつけ医機能研修制度 Q&A の中で、「将来、総合診療専門医の資格を持った医師も、地域医療を実践する際には本研修制度を受講して頂きたい。本研修制度の受講対象となる医師は、地域住民のかかりつけ医となるすべての医師であり、診療科や主たる診療の場は問わない」としている。

4. 地域包括診療料はかかりつけ医の評価なのか？

2025 年問題を控え、平成 26 年の診療報酬改定では外来の機能分化推進の観点から、複数の慢性疾患を有する患者（特に高齢者）を一元的に管理し、継続的かつ全人的医療を行うことをコンセプトに主治医機能（＝かかりつけ医）の評価として、包括点数の地域包括診療料が新設された。これは平成 20 年の改定で創設され、さまざまな批判にさらされ、僅か 2 年で消え去った後期高齢者診療料を反省材料として制度設計がなされ、1 人の患者に対して条件がそろえば他の医療機関でも算定が可能であったり、7 剤投与の減額規定の対象外であったり、包括外を増やしたり、何より、点数的には後期高齢者診療料に比してそれなりの設定になってはいた。ただ、対象疾患は高血圧、糖尿病、高脂血症、認知症の 4 疾病のうち 2 つ以上で、施設基準も大変厳しいものであった。特にネックとなるのは診療所においては「常勤医師が 3 人以上在籍している」ことであり、昨年の改定で施設基準は若干緩和されたとはいえ、もともとの算定施設数が少ない上に、基準緩和後の現在も算定施設数は減少している。

一応、後期高齢者のかかりつけ医機能の評価として設定された後期高齢者診療料は、対象疾患は比較的が多岐にわたってはいたが、地域包括診療

料については中医協のアンケート調査では、「外来患者に算定対象となる患者がいらないから、少ないから」が算定しない（出来ない）理由の上位に挙がっている。かかりつけ医の評価を謳いながら、これでは算定できる診療科も限定されるし、施設基準の緩和程度では算定医療機関が増えるはずもない。果たしてこれが、かかりつけ医の評価と言えるものなのか？また、高齢者も自己負担額が引き上げられる中では、地域包括診療料算定により窓口での自己負担が高額となる可能性もある。それなのに、財界シンクタンクの研究者や政府部内に数ある審議会の委員は、単純に地域包括診療料＝かかりつけ医の評価であるとの大きな勘違いがあり、的外れな論評をしていることが大変多い。医療を経済的側面と効率からでしか見られないせいで、「日本にも画期的な主治医制度が導入された」との噴飯物の評価すらある。

この現状にも拘らず、平成 28 年初頭に出された「経済・財政再生計画工程表」には、「かかりつけ医（地域包括診療料）の普及の観点から、かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入することについて、関係審議会において検討し、2016 年末までに結論」とされた。保険外定額負担の免除という政策誘導を以って、地域包括診療料算定医療機関を増やそうとしている。

昨年秋、財政制度等審議会は強硬に保険外定額負担導入を主張したが、社会保障審議会医療保険部会ではほぼ全委員の反対でこれを見送った。その理由としては、「かかりつけ医の普及は必要であるものの、そもそもかかりつけ医の定義が現時点では決まっておらず、制度設計自体に無理がある」というもので、誠に妥当なものであった。当然、日医も保険外定額負担導入に反対したが、財政制度等審議会の 2017 年度の予算編成に関する建議には、しつこくも、かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入が掲げられ、その結論は今年末まで先送りされている。

一方で財務省は、地域包括診療料の算定医療機関が拡がりを見せないことに対して、特定疾病の有無・年齢要件や 24 時間対応等も求めない等、要件を緩和した地域包括診療料とは異なる、新たなかかりつけ医の評価法をも提案している。

5. 医療費抑制のツールか？プライマリ・ケアの強化か？

過去、家庭医、総合医、総合診療専門医等の制度化の議論が起こる都度、イギリス医療における人頭割登録制やゲートキーパー機能が引き合いに出されてきた。行政側は 1 次医療機関は総合医として、2 次機関は専門医、3 次機関はコアな専門医として機能分化を図り、1 次医療機関にゲートキーパーの機能を付与し、しかも登録制とすることを企図している。それにより common disease の大病院へのアクセス防止と、doctor shopping の抑制ができれば、医療費の抑制が可能となると考えている。振り返れば、日本の医療の原則であるフリーアクセスを制限したいがために、従来から、家庭医や総合医の議論が起こる度に、同じことが幾度も繰り返されてきた。

無論、日医でさえ総合医の認定を始めようとした過去もあり、また、総合診療専門医についても肯定的に協力をしているように、多種疾患を有する高齢者診療については良質の総合医が必要となるのは自明である。特に専門医志向が強い若い医師達に、新たな専門医資格としての総合診療専門医の途を作ることは、プライマリ・ケアの強化に繋がるとも言える。

ただ、医療制度や特に postgraduate の医師の教育制度の異なる日本に、いきなりイギリス流の登録医やゲートキーパーの制度を持ち込もうとしても、その発想自体に無理があり、国民的なコンセンサスは得られないものと思われる。日本で歴史的にかかりつけ医の機能を果たし、プライマリ・ケアを担ってきたのは、やはり開業医であった。そのほとんどが各分野の専門性を身に着けた上で地域で開業し、日常診療の中で on the job training を通して、さらに幅広い診療能力を身に着けてきた。GP 制度の国では病院で受けなければならないセカンダリ・ケアを、プライマリ・ケアレベルで提供することにより、医療費の抑制にも貢献してきたわけである。高齢化社会の進展に応じてプライマリ・ケアの強化を図るのなら、日医かかりつけ医機能研修制度のように研修の強化で対応するのが自然な流れであり、プライマリ・ケアの強化を謳いながら、一方で、かかりつけ医

(= 総合医) を実質的な登録制として、医療費抑制のツールとすることは受け入れられない。

平成 28 年度改定では、認知症と小児に対してそれぞれ、「認知症地域包括診療料」「小児かかりつけ診療料」が新設された。次期改定では地域包括診療料をはじめとした、これらの「かかりつけ医の評価」と称する項目の算定要件の更なる緩和や、算定医療機関を増やすためのさまざまな誘導が行われるものと思われる。今年末までに結論を出すと考えられた、かかりつけ医以外を受診した場合の保険外定額負担の導入については、かかりつけ医の定義が昨年秋の議論から一歩も進んでいないことや、地域包括診療料の実態からしても、導入は難しいものと考えられる。

疾病ごとに各科でかかりつけ医を複数持っている患者さんも数多く、前述の如く地域包括診療料をもってかかりつけ医の評価と考えるのは実態と合わない。患者さんにとっては疾病に軽重は無く、その地域で人間関係を通じて最も信頼できるのがかかりつけ医である。地域包括診療料に挙げられる 4 疾患を扱わない診療科の医師が、かかりつけ医の役割を果たしている事例はいくらでもある。また、受診頻度が低く医療へのアクセスの少ない若年者にはかかりつけ医を選ぶことすら難しい。

冒頭で示した、日本医師会・四病院団体協議会のかかりつけ医の定義が、現時点では唯一の定義である。医療提供体制の中での位置付けの無い、理念的なものであるが、実際問題はかかりつけ医を細かく定義することは困難であろうし、況してや、国民一人ひとりにかかりつけ医を登録させる等は不可能であろう。かかりつけ医の具体的な定義が出来ない現状では、それを医療提供体制の中に位置付けることも困難であり、やはり理念的なものに留めざるを得ない。また、理念的である以上は、強硬な制度改革よりも自然に収斂していくことを待つしかないであろう。断じて地域包括診療料はかかりつけ医の評価ではない。われわれ医師は、激変する社会環境の中で研鑽を積みながら政策誘導には乗らず、患者さんとの信頼関係の中でかかりつけ医として選ばれ、機能していくことが何より重要であると考えます。