



かかりつけ医機能を高める 5つの条件はこれだ！

かかりつけ医としての機能を発揮するためには、自院の人員体制を手厚くしたり、地域連携を構築するための取り組みが欠かせない。医療提供体制の変化や一歩先を行く現場の実践からは、機能強化のための5つのポイントが見えてくる。

32ページで述べたように、国の審議会などでかかりつけ医機能に関する議論が活発化しているが、制度上の位置付けを巡る検討自体は古くから行われてきた。

かつて大きな議論を巻き起こしたのが、1987年に厚生省（当時）の「家庭医に関する懇談会」が提唱した、いわゆる家庭医構想だ（表2）。海外の制度も参考に、家庭医としてのプライマリ・ケア医に求められる機能を明確化したが、これに日本医師会が強く反発した。英国の一般医（GP）の患者登録制度のように、「ゲートキーパー」である家庭医を経由せずに病院を受診することが制限されたり、登録患者数に応じた報酬支払い方式（人頭払い）につながるという懸念からだった。

その後、同省は家庭医という言葉は引っ込めたものの、様々な疾患を有する高齢者を主治医がトータルに診ることを評価する包括払いの外来診療報酬点数を新設した。1996年に登場した「老人慢性疾患外来総合診療料」や、2008年の「後期高齢者診療料」がそれだ。しかし、主病を診る1医療機関しか算定できないなどの使い勝手の悪さから批判的な声が多く、いずれも廃止を余儀なくされた。

その後、かかりつけ医機能を包括

表2 かかりつけ医の制度上の位置付けに関する検討と診療報酬設定の経緯

1987年	家庭医に求められる機能と支援体制を盛り込んだ厚生省の「家庭医に関する懇談会」の報告書が公表
1996年	生活指導、検査、注射などの投薬の費用を包括した老人慢性疾患外来総合診療料が新設（2002年に廃止）
2008年	検査、画像診断、処置などの費用を包括した後期高齢者診療料が新設（2010年に廃止）
2013年	「緩やかなゲートキーパー機能を備えたかかりつけ医の普及が必須」と明記した社会保障制度改革国民会議の報告書が公表
2014年	検査、画像診断、処置などの費用を包括した地域包括診療料・加算が新設
2015年	かかりつけ医の「ゲートオープナー機能」を確立し、10年程度で全地域に総合的な診療を行う医師を配することを提言した厚労省「保健医療2035」提言書が公表
2016年	検査、画像診断、処置などの費用を包括した認知症地域包括診療料・加算、小児かかりつけ診療料が新設 かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担導入を盛り込んだ経済財政諮問会議「経済・財政再生計画」改革工程表が公表

的に評価するための新しいタイプの診療報酬点数が2014年に登場した。「地域包括診療料」と「地域包括診療加算」だ。

地域包括ケアシステムの構築には、在宅での看取りを含め住民、患者の多様なニーズに対応できるかかりつけ医が不可欠であり、そうした機能を報酬面で評価するのが狙いだった。2016年度改定では、これに加える形

で認知症と小児患者を対象にした同様の包括点数も設けられた。

複数医師体制がトレンドに

地域包括診療料・加算は、診療所と200床未満の病院を対象とした点数で、疾病予防や服薬管理、在宅医療への取り組みなど、かかりつけ医の幅広い機能を総合的に評価したものだ。患者の処方薬を全て把握して管

図3 かかりつけ医機能を強化するための5つの条件



理したり、在宅患者からの連絡に24時間対応することなどが算定要件となっている。

同診療料・加算の算定要件に盛り込まれたかかりつけ医の役割は、33ページの図1で紹介した3つの機能と重なる。地域の医療機関や介護事業者と連携し、予防から介護まで一貫して対応する機能が診療報酬上で評価されるという方向性は、今後も変わらないだろう。

34ページから紹介した3ケースのような先行事例の取り組みも踏まえると、これからの時代にかかりつけ医機能を発揮するためには、図3に示す5つの条件を満たせるかどうかを鍵を握ることになりそうだ。

1つ目は、診療所であっても複数医師体制を取ること。予防から在宅医療まで幅広い領域をカバーし、また在宅医療の24時間対応に無理なく取り組むには、複数の医師が協力し合うことが必要になる。

最近では34ページで取り上げた多摩ファミリークリニックのように、開業時から複数医師体制とする診療所も

増えている。自院で複数医師体制にするのが難しい場合は、近隣の医療機関の医師と協力し合うことが現実的な選択肢となるだろう。

多摩ファミリークリニックは、地域の他の診療所からの患者紹介にも対応している。在宅療養中の認知症患者を診られる医療機関が近隣に少ないため、3人の家庭医療専門医が紹介元と共同で療養支援に当たっているという。今後は、新専門医制度により「総合診療専門医」の育成が進み、患者を総合的に診るトレーニングを積んだ医師が開業するケースが増えとみられる。そうした診療所も、新たな連携先になり得るだろう。

2つ目のポイントは、院内スタッフの協力体制だ。外来で疾病予防や糖尿病など生活習慣病の重症化予防に取り組む際、看護師や保健師、リハビリ職などが患者指導に関われば、医師の業務負担軽減にもつながる。

最近では、服薬指導を強化するため、院外処方であるにもかかわらず薬剤師を雇用したり、在宅療養に必要な社会資源の把握、調整などを目的に

医療ソーシャルワーカー(MSW)を雇う診療所も出てきている。患者のニーズに応えられる専門職を配し育成できれば、地域住民からの信頼も高まるはずだ。

連携ネットワークづくりを主導

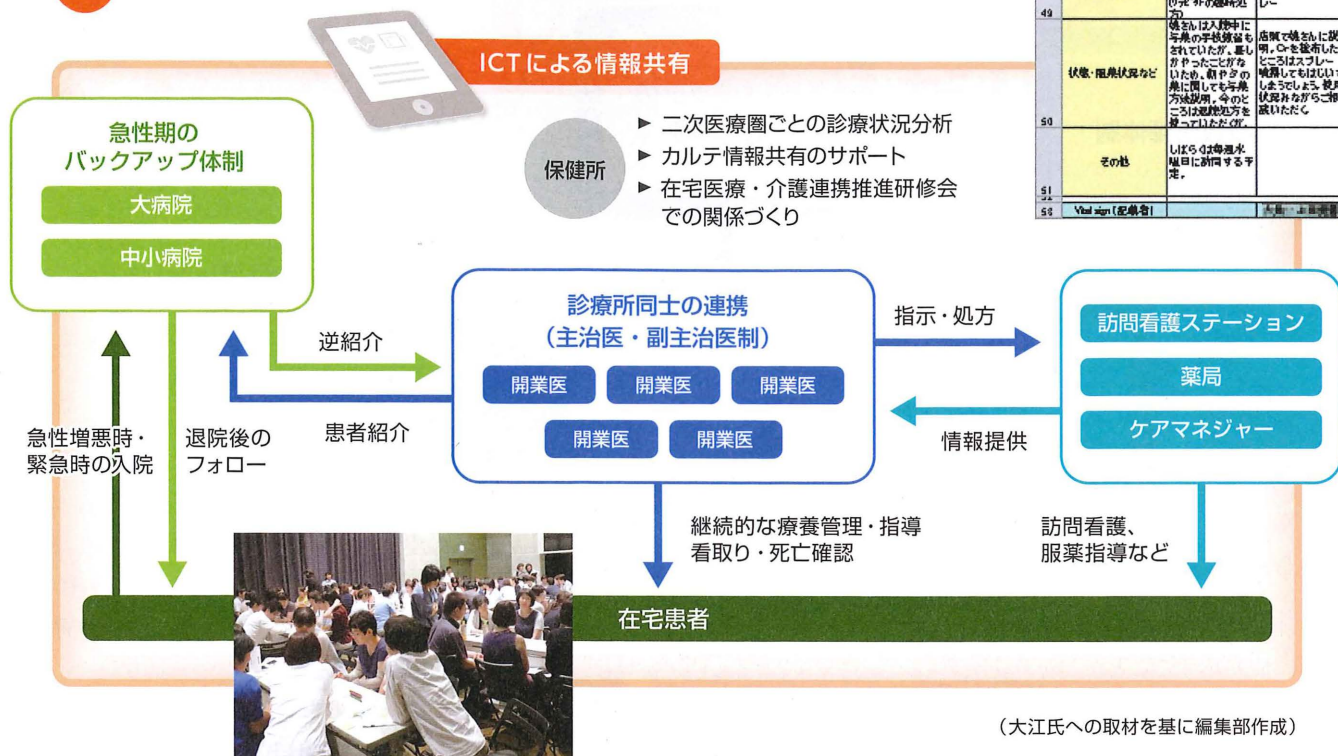
院外との関係に目を向けると診療所では、在宅患者の療養支援を目的とした病院との連携体制づくりの重要性が増している。

厚労省は近年、診療報酬改定を通じて急性期病床の絞り込みを誘導。これにより、急性期後の状態の不安定な患者が在宅復帰する例が増えている。そのため在宅医療を担う診療所では、スタッフが病院の退院調整カンファレンスに参加して患者の状態を把握するなど、退院前から病院スタッフと協働することが求められている。

また、在宅患者が急性増悪した場合、入院が長期化する懸念から受け入れに消極的な病院もあるため、スムーズに入院できる連携先を事前に確保することも不可欠だ。

在宅患者に対し、心身の状態や家

図4 富山県新川医療圏における在宅診療の連携体制



庭の状況などに応じた適切な医療・介護を提供するためには、訪問看護ステーションや介護事業所、ケアマネジャーなど地域の多職種による医療・介護連携ネットワークの構築もポイントになる。訪問看護ステーションとうまく連携できれば、患者、家族が電話連絡をしてきた際の一次対応を依頼するなど、医師の負担軽減を図ることできる。

地域の看護・介護職らと連携を深めるには「顔が見える」関係を作るための仕掛けも必要になる。自院の在宅患者に関わる院外の訪問看護師らに参加してもらい症例カンファレンスを開くのは、有効な手法だ。診療所の中には、認知症などに関する勉強会を開催して地域から幅広く医療・介護職の参加者を募り、連携ネットワークづくりにつなげているケースもある。

一方、患者の状態変化を迅速かつ

的確に把握するには、ICT（情報通信技術）を活用した情報共有も有効だ。

例えば、医療機関同士でカルテの情報を共有すれば、かかりつけ医が患者を紹介入院させた場合に、それまで入院していた病院での診療内容を把握したり、外来患者に対する他院での処方内容を確認して重複処方や相互作用を防ぐといった使い方ができる。

現時点では、ICTを活用した情報共有は、同じ法人グループ内の医療機関や介護事業者の間で行うにとどまっているケースが多い。地域の様々な医療・介護事業者間で情報を共有するには、より広範なシステムの構築が必要になる。

36ページで紹介した島根県の「まめネット」のように、都道府県や市町村、二次医療圏などの地域単位でICT連携ネットワークを構築するケー

スも現れてきた。日医総研ワーキングペーパー「ICTを利用した全国地域医療連携の概況（2016年度版）」によると、ICTを活用した地域医療連携ネットワークは約310あり、155万人近い患者の診療情報が共有されている。都道府県単位で連携ネットワークを構築している事例としては、島根県の他にも、長崎県の「あじさいネット」や沖縄県の「おきなわ津梁ネットワーク」などがある。

注目集める富山県の連携支援

これまで述べてきた5つの条件の達成に取り組む医療機関は徐々に増えてきている。ただ、多職種連携ネットワークの構築などは、医療機関単体で取り組むには少々ハードルが高い。そのため、自治体や医師会が、かかりつけ医機能の向上に向けた事業を手掛けるケースも出てきた。

中でも注目を集めているのが、富山県の事例だ。県東部の新川医療圏(黒部市など)では、保健所のサポートにより5病院、22診療所に加え調剤薬局29件、訪問看護ステーション6件が連携し、在宅患者に24時間対応できる診療体制を構築。医師だけでなく多職種が連携し、患者の医療・療養に関する情報を共有している。在宅患者が急性増悪するなど入院が必要になった場合には、4つの公的病院のいずれかが必ず受け入れることも取り決めた(図4)。

また砺波医療圏(砺波市など)でも、保健所が主導して病院によるバックアップ体制を整備。市立砺波総合病院などの公立病院に地域包括ケア病棟や、手厚い人身体制の機能強化型訪問看護ステーションを開設し、診療所の医師が在宅療養に取り組みやすくしている。「多くの患者を地域でサポートし続ける診療体制を構築するには、自治体や地区医師会が中心となり、地域全体を見て課題を把握・分析し、それを共有しながら解決策を講じることが大切だ」と新川厚生セン

ター所長で前砺波厚生センター所長の大江浩氏は言う。

県庁所在地の富山市でも、ユニークな取り組みが行われている。市が富山大学の総合診療部の支援を得て、家庭医療専門医が24時間体制で訪問診療する市営の在宅療養支援診療所「まちなか診療所」を開設。地域の医療機関では対処が難しい困難事例や、患者宅が遠方にあるケースの訪問診療などを請け負い、かかりつけ医をサポートしている(下写真)。

次期改定は「負担軽減」が焦点

診療報酬によるバックアップも進むことになりそうだ。中医協で今、次期診療報酬改定の外来、在宅医療、かかりつけ医機能といった分野の検討課題として挙げられている主な項目をまとめたのが44ページの図5だ。

注目されるのは、かかりつけ医機能と在宅医療の評価に関し「負担軽減」の文言が盛り込まれている点。医師の業務負担を減らすことで、かかりつけ医機能を担う医療機関を増やしたい国の意図がうかがえる。

かかりつけ医にとって負担感が強いのが、24時間対応だ。本誌が日経メディカル Onlineの会員医師を対象に実施したアンケートでも、24時間対応がネックとなり在宅医療に取り組めないとした回答が目立った(7ページ「医師1000人に聞く」参照)。

今年2月22日の中医協総会では、かかりつけ医にとって「在宅医療の24時間対応」と「患者に処方されている全ての医薬品の管理」の負担が特に大きいという日本医師会の会員アンケートの結果が紹介され、負担軽減に向けた検討が行われた。

前述した地域包括診療料・加算は、この2つを算定要件に含んでいる。医療機関のコンサルティングを手掛けるASK梓診療報酬研究所所長の中林梓氏は「かかりつけ医機能を担う医師を増やすため、例えば在宅医療の24時間対応について、複数の医療機関が連携して担う形でも認めるようにするなど算定要件が緩和されることも考えられる」と指摘する。

また、中医協では遠隔診療や遠隔モニタリングに関する議論も行われて

まちなか診療所での訪問診療の様子



小回りの利く小型電気自動車を使い、診療所周辺の患者宅に向かう。



地域の診療所の医師が対応に難渋しがちな、複数疾患を抱える患者や状態が不安定な患者の在宅療養支援を担っている。

写真提供：まちなか診療所(31ページ下写真とも)

図5 かかりつけ医機能に関連した中医協の主な検討項目（10月31日時点）



かかりつけ医機能

より質の高い医学管理や重篤な合併症の予防推進、専門医療機関などとの機能分化・連携による早期対応、地域包括ケアシステムの構築などを可能とし、かかりつけ医の負担軽減にもつながる体制の構築——に対する評価

外来医療

- 外来患者の特性や病態に応じた評価
- 新たなサービス提供の在り方
- かかりつけ医機能と専門医療機関などとの連携推進、多職種連携による効果的な医学管理、医療機関と保険者・自治体などの予防事業の情報共有推進——に対する評価

在宅医療

- 在宅療養支援診療所以外を含むかかりつけ医による在宅医療提供体制
- かかりつけ医の夜間・時間外の負担軽減に資する、地域連携による救急応需体制
- 新たなサービス提供の在り方
- 複数の診療科の医師が協働して行う訪問診療

などに対する評価

おり、外来や在宅医療の検討課題に「新たなサービス提供の在り方」という項目が挙げられている。中林氏は、「在宅患者への療養支援や、通院困難な慢性疾患患者の重症化予防などを目的として遠隔診療を行った場合の新たな点数が設定される可能性がある」とみる。遠隔診療が診療報酬で評価され普及すれば、訪問診療を行う医師の負担軽減にもつながるだろう。

患者から選ばれるためには

在宅医療の需要の増加に診療報酬による政策誘導も相まって、かかりつけ医機能の強化を図る医療機関が今後、増えていくことになりそうだ。病院では、急性期病棟を地域包括ケア病棟に転換する動きが強まり、勤務医が在宅復帰支援に携わるケースが増えている。「病棟再編の動きは多くの病

院勤務医に影響を及ぼすことになる」と全日本病院協会の西澤氏は語る。

今後しばらくは、かかりつけ医機能を有する医療機関の「量的拡大」が続くだろう。ただし一般外来に関しては、診療所が多い地域では既に飽和状態に近いところもある。これから、かかりつけ医機能を強化する医療機関が増えれば、競争はさらに厳しくなるとみられる。

かかりつけ医の将来を考える上で注目されるのが、「ゲートキーパー」機能を巡る議論の行方だ。軽症患者が大病院の外来に集中する問題は依然として解消しておらず、「適正化」の役割をいかにかかりつけ医に担ってもらうかが、国の審議会などで議論されている。

大病院への患者集中の問題に対しては、紹介状を持たずに受診した場

合に選定療養費制度に基づく「特別の料金」を課したり、大病院の初診料や外来診療料を引き下げるといった経済誘導が行われてきた。

それに加え、2016年12月に内閣府の経済財政諮問会議が示した経済・財政再生計画の改革工程表では、「かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含む、かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方」について2018年度末までに必要な措置を講じる方針が示された。この定額負担は、現行の保険外診療の「特別の料金」とは別の考え方で、保険給付の枠内で患者に定額負担を求めるものだ。

この案を受けて検討に当たった社会保障審議会の医療保険部会では異論を唱える委員が多く、先行きは不透明だ。しかし、仮にこうした制度が導入されれば、かかりつけ医として患者から選ばれることの意味は今より大きなものとなる。

診療所や中小病院の医師がかかりつけ医として患者から認められ、地域で永く医療を提供していくためには、診療はもちろん介護も含めた地域連携を進め、「地域のコンダクター」としての機能を果たすことが欠かせない。それとともに、普段から健康相談に応じたり地域の保健活動に関わるなどして住民とコミュニケーションを深め、信頼関係を築いていく必要がある。

そのためにどのような職種を配して育成し、地域の医療・介護のプレーヤーたちと関わっていくべきか——。開業医、勤務医を問わず、地域医療に携わる医師は、かかりつけ医機能を巡る制度改革の行方も注視しつつ、自らの方向性を見極めることが不可欠といえそうだ。