

(2024.02.08)

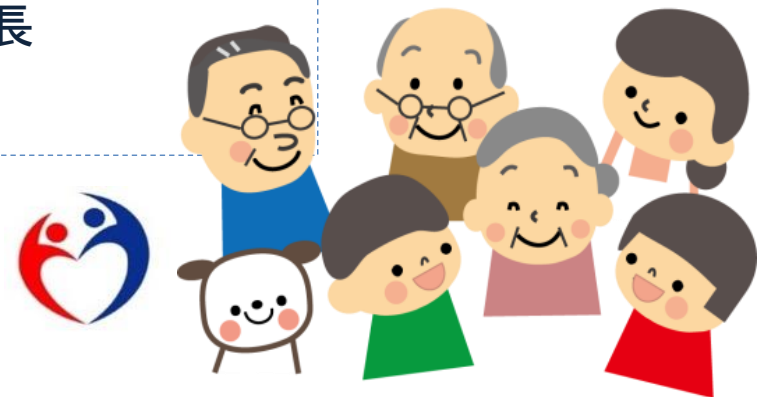
我が国に今後求められるかかりつけ医機能 ～欧州医療調査も踏まえて

内閣官房 健康・医療戦略室 政策参与

Boston Consulting Group Senior Advisor

元 厚生労働省 医政局長

武田俊彦



我が国に今後求められるかかりつけ医機能
～欧州医療調査も踏まえて

はじめに

日本の医療

- 国民皆保険制度（保険証1枚で誰でもどこでも）
- 民間医療機関中心の医療制度（自由開業医制度）
- 自由標榜制度
- フリーアクセス

日本の医療のマネジメント

- フリーアクセス下での患者自己負担強化
- 診療報酬制度による機能評価（インセンティブ）
- 地方自治と計画行政（第1次～第8次医療計画）
- 患者選択のための情報提供（広告規制緩和、公的情報）

日本の医療政策の基本

- 医療へのアクセスの確保（ex. 医薬品の確保）
- 医療の質の向上と効率化（＝最適な医療の追求）
- 予防の重視（生活習慣病予防＋フレイル予防）
- 治す医療から、治し・支える医療へ（地域包括ケア）

（個人的には、さらに、「薬から食へ」、
「三つのライフ＝生命・生活・人生＝いきがいの重視」）

我が国に今後求められるかかりつけ医機能
～欧州医療調査も踏まえて

コロナ前とコロナ後と

コロナで問われる医療提供体制（入院から在宅へ）

- 陽性者全員を入院・隔離できる医療体制
↓
- 自宅療養、宿泊療養と入院医療の組み合わせ（振り分けとフォローアップ）
↓
- 重症者を受け入れられる病床の増強（病院に求められる機能の純化・強化）
↓
- 後方病棟への転院の促進（機能分化・連携、患者の流れ）
↓
- 在宅医療による患者支援・多職種協働（ネットワーク・医療介護連携拠点）

→ 「高度医療提供」と「地域包括ケア」の充実が切り札

※ 在宅医療も、看取りの医療から急性期にも対応する医療へ

予防も含めて、真の「かかりつけ医」とそのための政策が問われる。

※※ オミクロン株が救急をマヒさせる → 高齢者施設で(外から)医療を

今後の医療提供体制(想定される論点)

→ 「高度医療提供」と「地域包括ケア」の充実が切り札

※ 在宅医療も、看取りの医療から急性期にも対応へ

予防も含めて、真の「かかりつけ医」とそのための政策が問われる。

※※ オミクロン株が救急をマヒさせる → 高齢者施設で(外から)医療を

- 高度急性期の必要性

＝ ICUの必須化 ＝ 地域中核、スタッフ集積、常時稼働病床減

注: キヤノングローバル戦略研 CIGS「ポストコロナの医療提供体制シンポジウム」(HPで動画公開中)

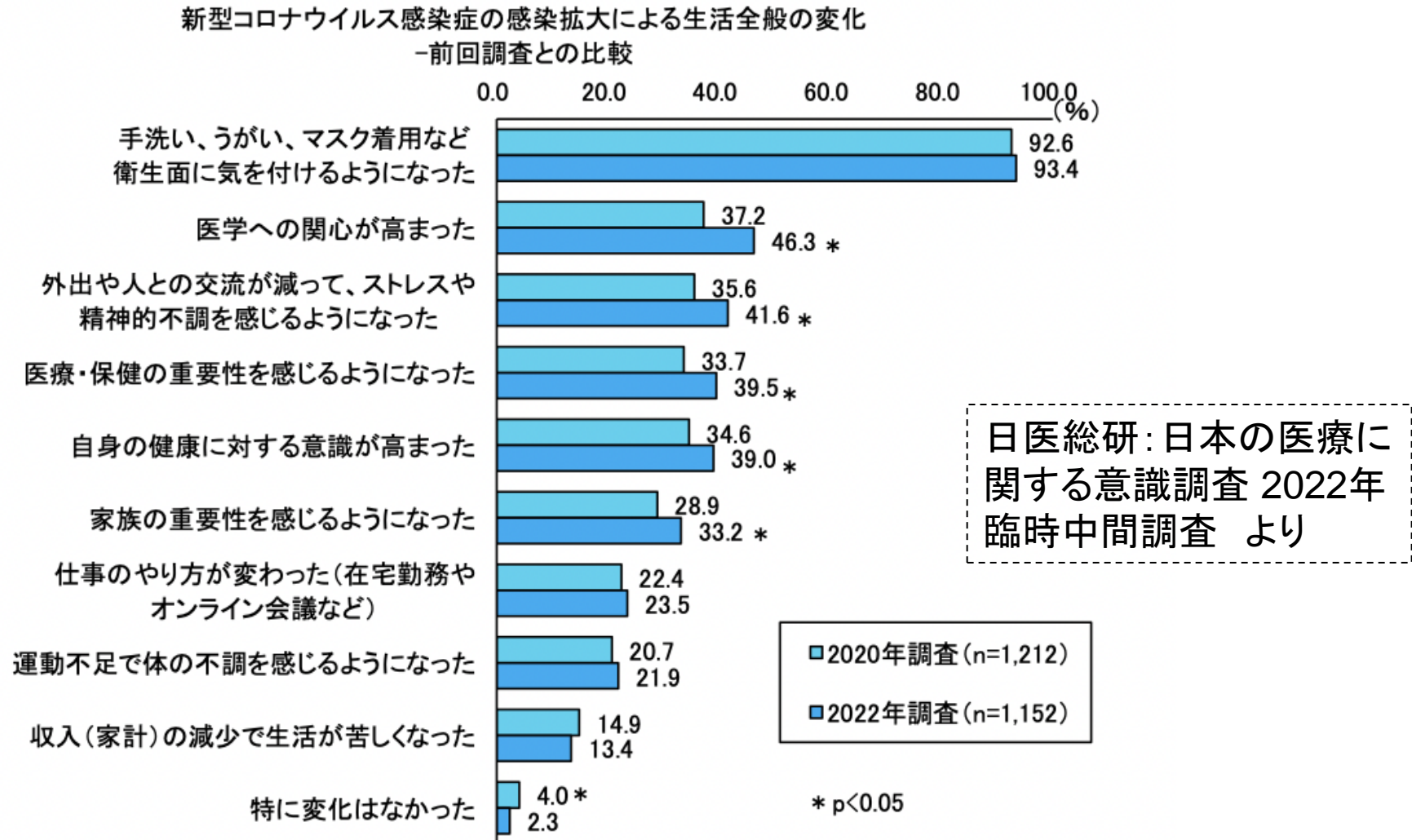
- 地域包括ケアの機能強化(2040年も見据えて)

＝ 看取りから軽度救急、急性増悪、介護重度化も視野に

→ 病院なのか、診療所ネットワークなのか、介護なのか

国民の意識の変化

図1 新型コロナウイルス感染症の感染拡大による生活全般の変化-前回調査との比較



我が国に今後求められるかかりつけ医機能
～欧州医療調査も踏まえて

厚生労働省の医療政策の変遷

医療政策の動向(過去半世紀)

- 老人医療費無料化時代(1973~1983)
- 財政再建(臨調行革時代)(1980年代)
- 介護対策の10年 (1990年代)
平成元年 ゴールドプラン 高齢者対策の充実
平成9年介護保険法成立 → 12年施行
- 医療提供体制の改革 (2000年代)
厚生労働省初の医療ビジョン、21世紀医療提供の姿
病床の機能分化・機能連携
- 社会保障・税一体改革 (2010年代)
公費の投入で医療機能を強化 (消費税)
治す医療から、治し・支える医療へ

医療提供体制の各国比較(2000年)

(参考1) 医療提供体制の各国比較(1998)

国名	人口千人当たり 病床数	病床百床当たり の医師数	病床百床当たり の看護職員 数	平均在院日数
日本	13.1	12.5	43.5	31.8
ドイツ	9.3	37.6	99.8	12.0
フランス	8.5	35.2	69.7(1997)	10.8(1997)
イギリス	4.2	40.7	120	9.8(1996)
アメリカ	3.7	71.6	221	7.5(1996)

(日本は厚生省調べ、諸外国はOECD Health Data 2000)

(参考2) 我が国の急性期病床の将来数試算

	試算A	試算B	試算C	試算D	試算E
試算の 考え方	現状の入院 受療率を基 礎とした受療 率見込み及 び将来人口 により試算	先進諸国に おける全病 床数に占め る急性期病 床数の割合 により試算	先進諸国に おける人口 当たりの病床 数により試算	現状の入院 回数を基礎と し、平均在院 日数を15日 として試算	現状の入院 回数を基礎と し、平均在院 日数を10日 として試算
病床数 (年度)	100万床 (2015年度)	60万床 (1997年度)	50-60万床 (2015年度)	63万床 (2010年度)	42万床 (2010年度)

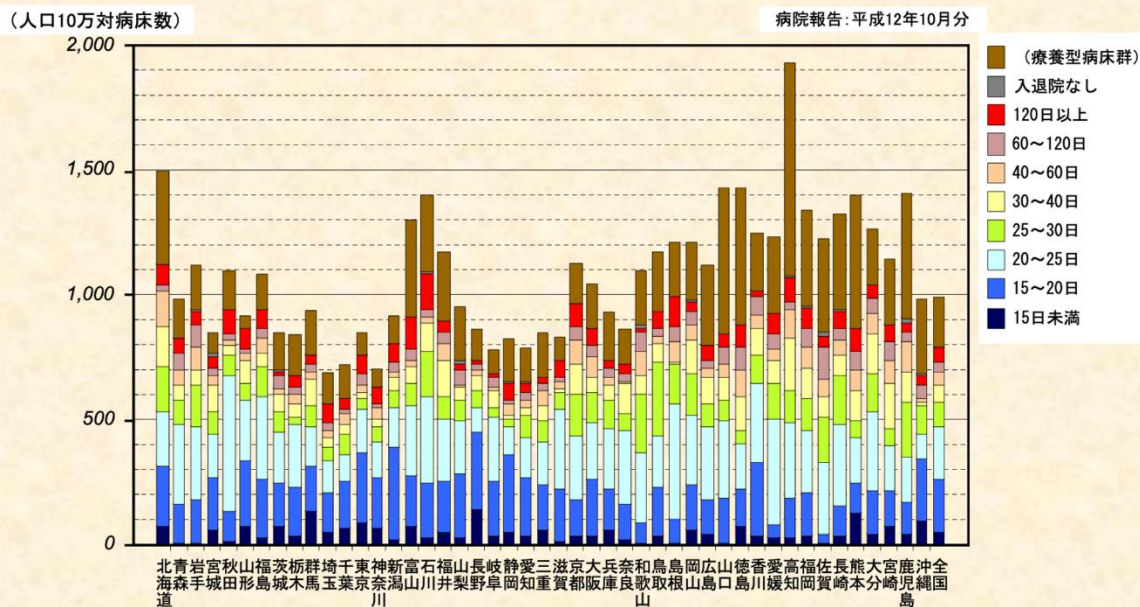
医療提供体制の 将来像について

平成14年5月25日

生労働省 医政局 企画官

武田 俊彦

療養型を除く一般病床の平均在院日数別人口10万対病床数



注:ハンセン療養所を除く

医療に関する広告規制の緩和

今回改正の考え方

- 客観的で検証可能な事実については、原則として広告規制を緩和すること。
- 具体的に提供される情報の内容に応じて、情報提供のための手段として広告規制の緩和によるべきか、公的機関による情報提供やインターネット等の広報によるべきかを、それぞれの手段の特性等を勘案した上で決めることとすること。
- 患者保護の観点からネガティブリスト化は行わず、可能な限りのポジティブリストの拡大で対応したこと。

今回の緩和事項案

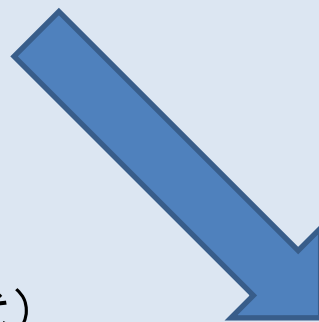
- 医療の内容に関する情報
 - 専門医、治療方法、手術件数、分娩件数、平均在院日数、疾患別患者数
- 医療機関の構造設備・人員配置に関する情報
 - 医師、看護師等の配置割合、売店、食堂、一時保育サービス等
- 医療機関の体制整備に関する情報
 - セカンドオピニオン、電子カルテ、患者相談窓口、症例検討会、入院診療計画、医療安全等
- 医療機関に対する評価
 - 日本医療機能評価機構の個別評価結果
- 医療機関の運営に関する情報
 - 病床利用率、理事長の略歴、外部監査、ISO9000等
- その他
 - 医療機関のホームページアドレス等

医療政策の流れ・一体改革における方向性

- 医療提供体制の改革（2000年代）
厚生労働省初の医療ビジョン、21世紀医療提供の姿
病床の機能分化・機能連携



- 社会保障・税一体改革（2010年代）
公費の投入で医療機能を強化（消費税）
治す医療から、治し・支える医療へ



世界標準の医療体制
高度医療へのアクセス確保
（継続・さらに深化）

世界が注目する最先端の医療介護の仕組み
＝ 地域包括ケア

New!

医療の在り方そのものの改革 → 国民皆の課題
まちづくり、地域づくり → 自治体・地域を巻き込んだ課題

New!

大きな方向性を決めたもの：日医四病協合同提言

医療提供体制のあり方

日本医師会・四病院団体協議会合同提言

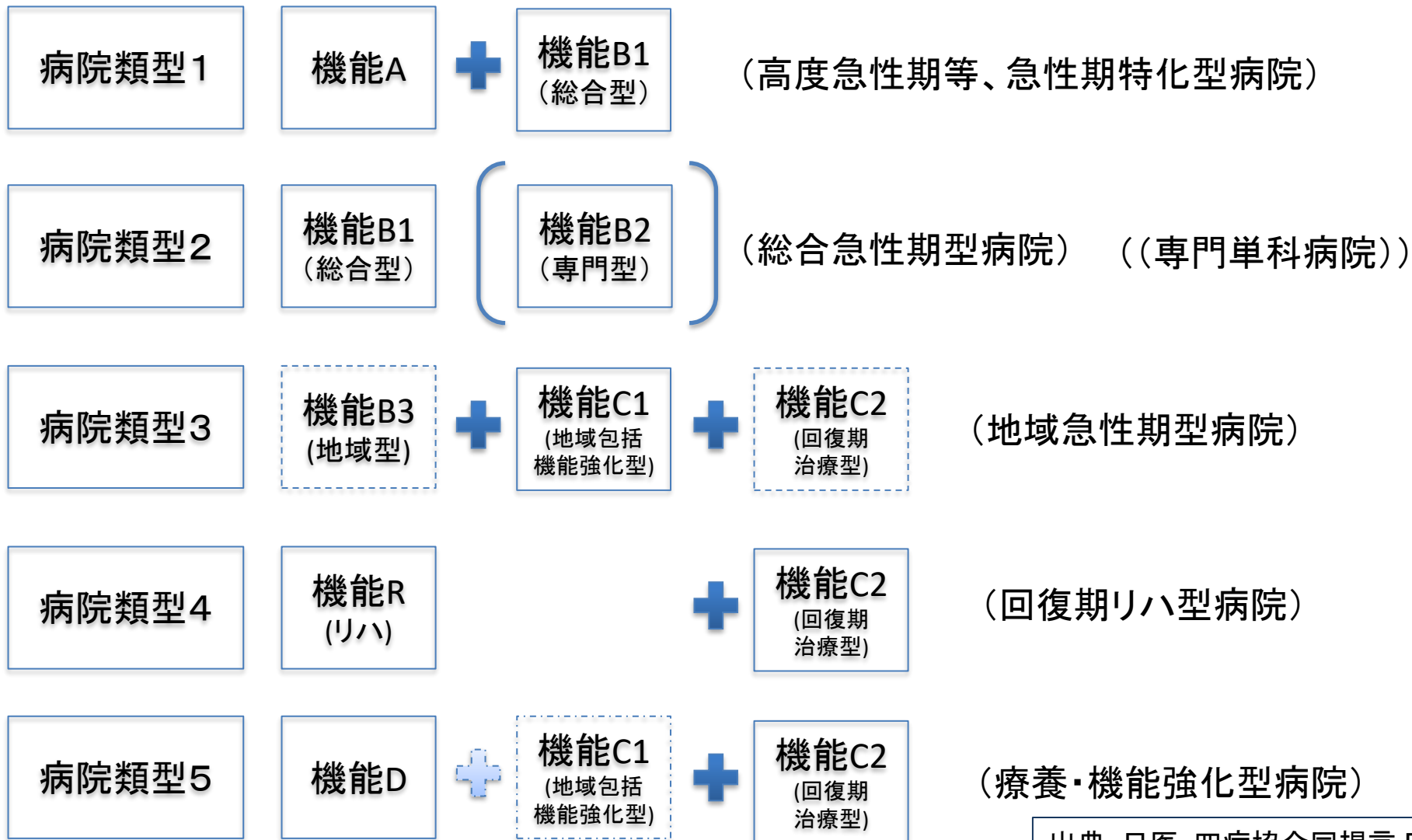
(2013年8月8日)

目次

1. 基本方針	1
2. かかりつけ医	3
2.1. かかりつけ医の定義	3
2.2. かかりつけ医と在宅医療	5
3. 医療・介護の再編	6
3.1. 大きな方向性	6
3.2. 病床の区分	8
3.3. 病院と病床機能との関係	10
3.4. 有床診療所の意義	12

機能分化と病院類型(例)

高度急性期機能(ICU等)=A、急性期医療機能(病棟)=B、地域医療機能(地域急性期医療機能、回復期医療機能)(病棟)=C、リハビリテーション機能(病棟)=R、慢性期入院医療機能(病棟)=D としている。



必要な機能分化のイメージ

高度急性期機能(ICU等) A

(患者の視点: きわめて重い病状で救急搬送された場合など)

急性期医療機能(病棟) B

(患者の視点: 専門医療が受けられる病院)

地域医療機能(地域急性期医療機能、回復期医療機能) (病棟、病院) C

(患者の視点: 身近な医療拠点かつ大学病院等からの転院先)

リハビリテーション機能(病棟) R

(患者の視点: 急性期治療後、集中的にリハビリを受ける病院)

慢性期入院医療機能(病棟) D

(患者の視点: 医療が継続的に必要で退院が困難な場合)

このような大くりの機能分類にした上で、個々の機能についてはさらに細分化し、必要な機能を定めるとともにそれを反映した診療報酬体系とすべき。

政策の在り方：日医四病協合同提言における記述より

ここでは、主な例を示すが、これに限定されるわけではなく、地域ごとの将来ニーズを踏まえ、それぞれの病院が効率よく機能を発揮し、地域の連携体制が働き、かつ病院の経営が安定するような体制構築が求められる。

こうした体制構築に向け、各病院が機能構築を適切に判断できるための制度・財源両面にわたる支援が必要であり、医療法をはじめとする制度的枠組みの整備、医療機関に対する公的支援に加え、どのような機能を選択しても地域や患者ニーズにに応じている限り経営が安定して成り立つよう、体制構築に取り組む全ての医療機関を公平に支える、それぞれの機能のコストを適切に反映した診療報酬体系の実現がきわめて重要である。

その後の四病協提言における機能の整理

病床機能と病院が果たす機能の整理

(病床の機能) ※報告制度で議論 されてきたもの	(病院の種類)	(医療機能に付加して 病院が持つべき機能)	(診療報酬のイメージ)	
高度急性期	(三次救急病院等)	(例:臨床研修機能)	診断群に応じた支払い (DPC、機能評価)	
急性期	(急性期病院等)	(例:二次救急)	診断群に応じた支払い等 (DPC等)	
		地域医療・介護 支援病院	高齢者の救急受入れ、在宅 医療支援、医療・介護連携、 ケアマネジメント支援	診断群に応じた支払い 等(DPC等)
回復期	(回復期リハ病院等)		包括支払い	
慢性期	(療養病床の病院等)		包括支払い(+リハ評価等)	

小さなまとめ

- 日本の医療提供体制は民間が主体。過度なインセンティブや抑制をかけずに、必要な機能を果たす医療機関には、どの機能であっても安定的運営が確保される診療報酬であるべき
- 医療提供体制の将来像は、主体となっている民間医療機関がそこに向かわない限り実現できない
- 日医・四病協合同提言が大きな意味を持ったのは、医療提供体制を担う当事者の提言であったことが大きかったのではないか

我が国に今後求められるかかりつけ医機能

～欧州医療調査も踏まえて

診療報酬について(DPCを題材に)

DPC導入時に考えたこと(個人として)

- どの診断群であっても、コストに基づく報酬が支払われるものにする事 (米国DRGよりも分類を細かくすること)
- 電子点数表を実現すること。(算定ロジックを変えず表形式に)
- 点数ではなく係数とすること。(点数設定の重み付けが明確化)
- 前年度所得保障の観点を入れること。ただし、重症度評価で重み付けができるようにすること。(調整係数+DPC重み付け)
- 診断名の標準化を進めること(医療の情報化に必須)
- 1入院ごとのサマリーを作ること。(医療データとして必須)
- 情報公開機能を持つこと(医療費の予測可能性、平均との比較)
- 病院の単価を二倍にすること。真の病院経営(コスト管理等)を可能にすること。

DPCの効果

山形県酒田市における病院統合・再編とその後の運営状況
(2019.2.22地域医療構想ワーキング)



山形県立日本海病院



酒田市立酒田病院

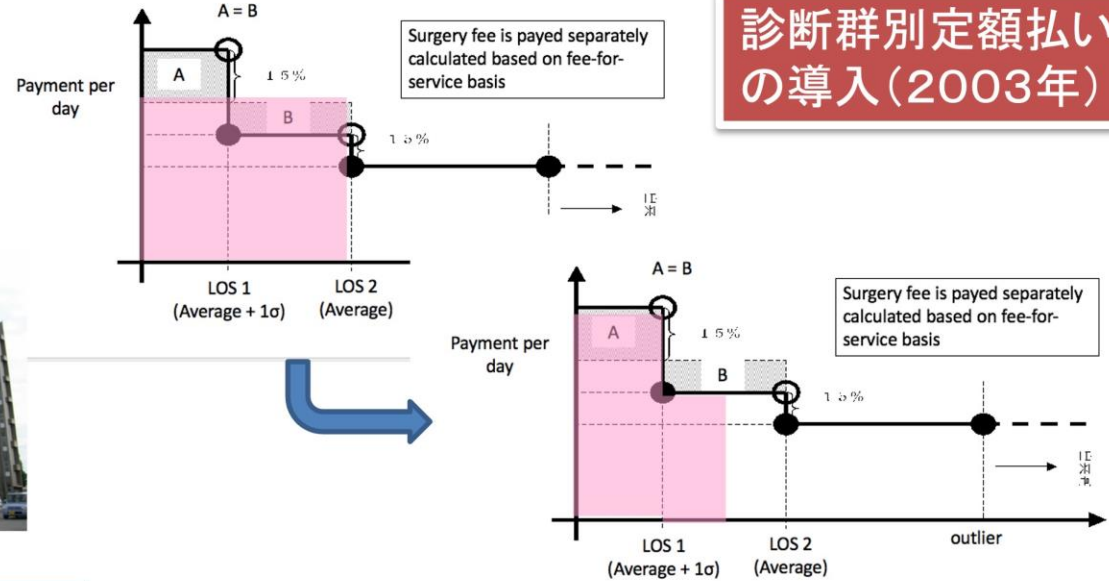
第19回地域医療構想に関するWG 資料

再編前の県立日本海病院と市立酒田病院の状況

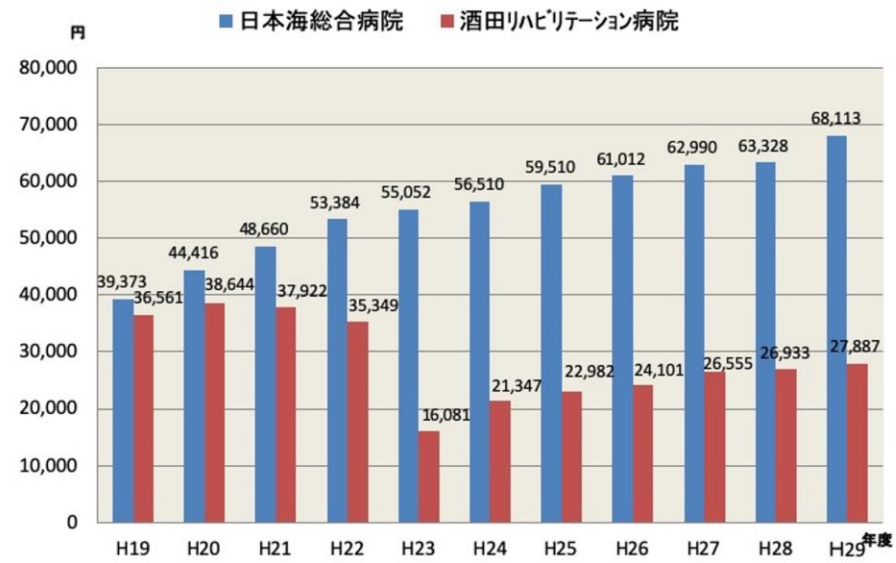
H17再編計画時点

項目	県立日本海病院	市立酒田病院
現病棟の利用開始	平成 5年 6月	昭和 44年 9月
病床数	528床	400床
診療科	25科	15科
1日平均の外来患者数	954人	868人
1日平均の入院者数	439人	333人
病床利用率	83.9	83.3
患者一人あたり診療収入 (外来)	8,328円	7,393円
患者一人あたり診療収入 (入院)	36,255円	36,047円
純損益	△170,306千円	211,855千円
欠損金	△10,678,053千円	0千円

市立酒田病院の累積欠損金(1,367,366千円)は、公営企業法施行令第15条により処理したもの



診断群別定額払いの導入(2003年)



我が国に今後求められるかかりつけ医機能
～欧州医療調査も踏まえて

かかりつけ医の議論

加えて、今回のコロナ禍により、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した。かかりつけ医機能が発揮される制度整備を含め、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めるべきである。

骨太方針2022(抄)

体的な検討・改革等地域共生社会づくりに取り組む。また、医療・介護提供体制などの社会保障制度基盤の強化については、今後の医療ニーズや人口動態の変化、コロナ禍で顕在化した課題を踏まえ、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するため、機能分化と連携を一層重視した医療・介護提供体制等の国民目線での改革を進めることとし、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行うとともに、地域医療連携推進法人の有効活用や都道府県の責務の明確化等に関し必要な法制上の措置を含め地域医療構想を推進する。あわせて、医師の働き方改革の円滑な施行に向けた取組を進める。その他基盤強化に向けて、医療費適正化計画の在り方の見直しや都道府県のガバナンスの強化など関連する医療保険制度等の改革¹³⁹とあわせて、これまでの骨太方針2021等に沿って着実に進める。

(参考) 財政制度審議会建議「歴史の転換点における財政運営」(令和4年5月25日)
参考資料 資料Ⅱ-1-38 より

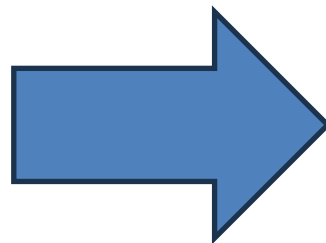
- 第6波における電話・オンライン診療や訪問診療の実績を見ても地域差が大きく、十分な診療が行われていたか検証の余地があり、世界有数の外来受診回数の多さをもって我が国医療保険制度の金看板とされてきたフリーアクセスは、肝心な時に十分に機能しなかった可能性が高い。
- 新型コロナ禍の教訓を踏まえると、「いつでも、好きなところで」という意味で捉えられがちで、受診回数や医療行為の数で評価されがちであった「量重視」のフリーアクセスを、「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という「質重視」のものに切り替えていく必要がある。このような転換が、国民の上手な医療のかかり方に関する広報、好事例の横展開などといった通り一遍の方策では到底果たしえないことは、もはや自明である。
- 制度的対応が不可欠であり、具体的には、1地域の医師、医療機関等と協力している、2休日や夜間も患者に対応できる体制を構築している、3在宅医療を推進しているといったかかりつけ医機能の要件を法制上明確化したうえで、これらの機能を備えた医療機関をかかりつけ医として認定するなどの制度を設けること、こうした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仕組みを導入していくことを、段階を踏んで検討していくべきである。

なぜいまかかりつけ医なのか

- コロナ前の問題状況
 - かかりつけ医の評価について機運醸成
これは、日医・四病協合同提言で定義が明らかにされ、
国としても政策課題に載せたことが大きい
 - しかしかかりつけ医が実際には持っていないことが課題に
特に救急のひっ迫、ポリファーマシー、予防の重視等において顕著
- コロナで明らかになった課題
 - 大多数の国民にとってかかりつけ医が不在
 - 発熱外来、ワクチン、緊急時往診、いずれもかかりつけ医の機能が問われる事態に
 - オンライン診療においてもかかりつけ医の定義が課題となった
 - 妥当適切な患者の流れ、医療のアクセス、医療におけるデータの扱い、医療における信頼性の確保、等々の観点から、かかりつけ医機能(何と呼ぶかどうかは別にして)の議論はある意味必須だった。

イギリスのGP／プライマリケア（私見）

- コロナへの対応： 感染症・急性期対応は病院側
- GPに勤務する医師の動向： グループ化・パート化
- コロナ前後での変化： リモート対応（主に電話）へ
- 高齢化への対応： 多職種対応
- 社会的処方： Social Prescriber = Link Worker
- その他： プライマリケアと日本の「かかりつけ医」



医療制度は各国様々
抱えている課題は共通
自分たちの立つ地面の上に政策論を

救急医療が医療アクセス確保の大きな役割を果たしている



救急病院実態は「発熱外来」
増える搬送困難「適正利用を」

つまり、
実態としては、
かかりつけ医機能が多くの
人にとって利用できないもの
になっているため、必要があ
れば救急に駆け込むことにな
っている
ということではないか
(私見ですが)

外来診療の変化と急病の際のアクセスの変化

【医療の変化】

- 検査の高度化 → 病院で検査
- 救命医療の進化 → 病院医療へのシフト

【制度の変化】

- 国民皆保険(昭和36年)
 - アクセスの改善、国保病院、最新の医薬品の保険適用
- 救急搬送業務の法定化(昭和38年)
 - 本来は交通事故対応、後に一般化

救急医療の歴史(主要事項)

- 昭和6年 日赤大阪支部で救急業務
- 昭和8年 大都市部の警察で救急車運用
- **昭和38年** **消防法に救急搬送業務を位置づけ**
- 昭和39年 救急医療機関告示制度
- 昭和52年 初期・2次・3次救急医療機関、救命医療情報センターの整備
- 昭和57年 救急の日の制定
- 平成3年 救急救命士法の制定
- 平成9年 救急医療体制基本問題検討員会
- 平成11年 小児救急医療支援事業開始(2次病院当番制)
- 平成12年 病院前救護体制の在り方に関する検討会
- 平成13年 ドクターヘリ導入促進事業開始、MC体制の構築

法的には
ここから

#7119の取り組み

- 事業実施規模により、勤務人員、相談件数、運営費に差がある。

(4) 受付時間 原則、24時間365日(12地域で実施)※例外：【平日夜間及び土日祝】3地域(宮城県、鳥取県、徳島県)【毎日夜間】1地域(新潟県)

(5) 運営形態 各自治体でコールセンターを設置(一部を事業委託している地域あり)
 =9地域 (札幌市等、埼玉県、東京都、横浜市、大阪府、神戸市等、奈良県、広島市等、福岡県)
 各自治体が民間コールセンターへ事業委託=7地域 (宮城県、茨城県、新潟県、田辺市等、鳥取県、山口県、徳島県)

(6) 勤務人員 通常、①常駐医師、又は電話等で常時相談対応が可能な医師、②相談看護師、③受付員/オペレーター
 ④監督員で構成
 実施団体の時間帯別勤務人員(例)：4人～6人(広島市)、22～26人(東京消防庁)

(7) 相談件数 全国 約162.5万件 最小 約0.3万件(田辺市等)～最大 約39.9万件(東京都)

[実施例]	相談件数	うち救急相談	うち医療機関案内
東京都	約 39.9万件	約 20.2万件	約 19.6万件
大阪府内全市区町村	約 27.1万件	約 11.8万件	約 12.6万件
神戸市等	約 9.8万件	約 2.4万件	約 5.6万件
奈良県	約 6.9万件	約 2.9万件	約 3.0万件
札幌市等	約 6.6万件	約 3.5万件	約 1.2万件

※H30年度件数

※H30年度以降に事業開始した5地域(茨城県、鳥取県、広島市等、山口県、徳島県)を除いて集計

(8) 運営費 全国 約16.8億円：最小 約320万円(田辺市等)～最大 約5.6億円(東京都)

[実施例]	運営費	[参考] 17人口	[参考] 受付時間
東京都	約 5.6億円	約 1,351万人	24時間365日
大阪府内全市区町村	約 2.4億円	約 884万人	24時間365日
神戸市等	約 1億円	約 162万人	24時間365日
奈良県	約 1億円	約 137万人	24時間365日
宮城県	約1,580万円	約 233万人	平日夜間及び土日

※H30年度決算額

※H30年度以降に事業開始した5地域(茨城県、鳥取県、広島市等、山口県、徳島県)を除いて集計

#7119の取り組み

図表3-12 救急搬送傷病者と#7119の相談対象者における年齢区分別の比較



(iv) 効果の考察

医療機関への自力受診が可能な成人層において、#7119の医療機関案内で適切な診療科を紹介することで、適切な受療機会の提供に寄与していると考えられる。

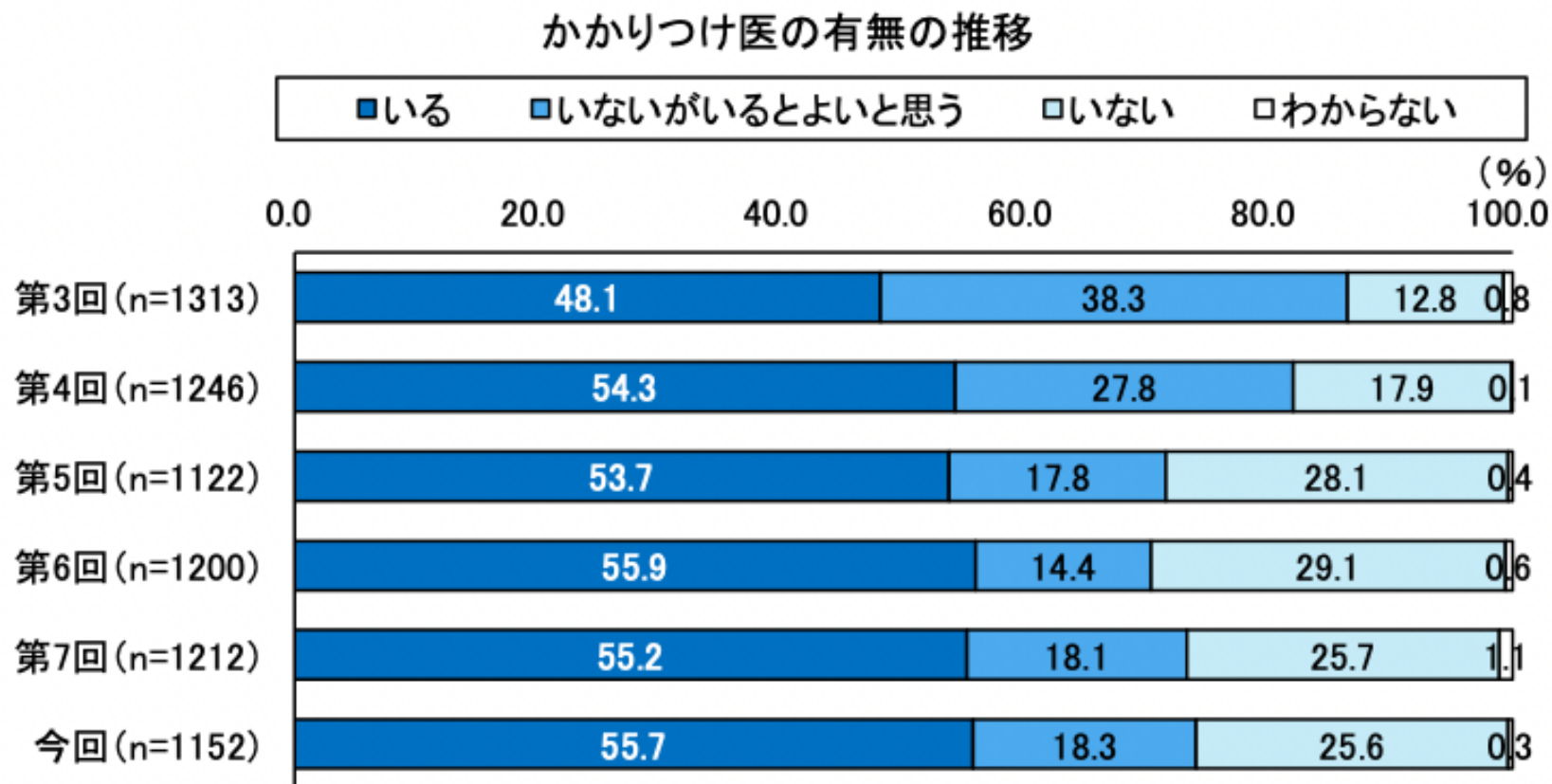
また、ある調査では、20歳以上におけるかかりつけ医を持つ率は、若年層ほど低く、20～30歳代では60歳代・70歳代の半分以下であるとの報告があり、気軽に相談できる先（かかりつけ医）を持たない成人層の医療相談に対するニーズに応えるとともに、必要に応じて受診を促すことで、かかりつけ医を持つことへの橋渡しの役割も考えられる。

#7119の取り組み

種別	効果	効果を示す事項
救急車の適正利用	潜在的な重症者を発見・救護	<ul style="list-style-type: none"> ● 救急相談件数のうち、緊急（救急車）で即受診と判断された件数は30,003件（14.9%）（H30 東京消防庁） ● #7119 から救急車搬送と判断され、重症化が防がれた奏功事例
	軽症者の割合の減少効果	● 初診時程度が「軽症」であった割合が減少 東京消防庁 【H18】60.3% ⇒ 【H30】54.5%（▲5.8%）
	不急の救急出動の抑制効果	● 救急出動件数の増加率が抑制 【H18⇒H30】全国：26.1%増 東京：19.1%（▲7.0%）
		● 管轄面積が広い地域では、1件の出動～帰所に時間を要する。遠方からの出動による到着遅延を防ぎ、より緊急性の高い事案に出動するため、#7119により救急車の不急の出動を抑制することを推進
救急医療機関の受診の適正化	医療機関における時間外受付け数の減少効果	● #7119 導入後、時間外受付け者が8.1%減少（札幌市 A 病院）
	医療機関における救急医療相談数の抑制効果	● #7119 導入後、病院への相談件数が約24%減少（神戸市）
	医療費の適正化効果	<ul style="list-style-type: none"> ● 相談の結果、時間外受診をせずにすんだ →診療報酬の時間外割増分の適正化 ● 相談の結果、受診しなかった →受診した場合に生じていた医療費の削減 ● 相談の結果、救急車を利用しなかった →夜間休日救急搬送医学管理料の適正化
住民への安心・安全の提供	利用者の満足度	● 実施団体が実施した利用者アンケート（H30年度「救急安心センターおおさか」に関するアンケート） →約9割の利用者が「役に立った」と回答
	医療機関休診時のニーズの受皿の役割	● 医療機関が休診のとき#7119入電が多い。 →曜日：日曜日、次いで土曜日に多い 月：1月、7月、8月、12月に加え、5月（GW）に多い
	成人への適切な受療機会の提供	● #7119は成人層の利用が多く、そのうち医療機関案内が多い →かかりつけ医をもつきっかけを作る側面も考えられる。

かかりつけ医を持つ国民は55.7%

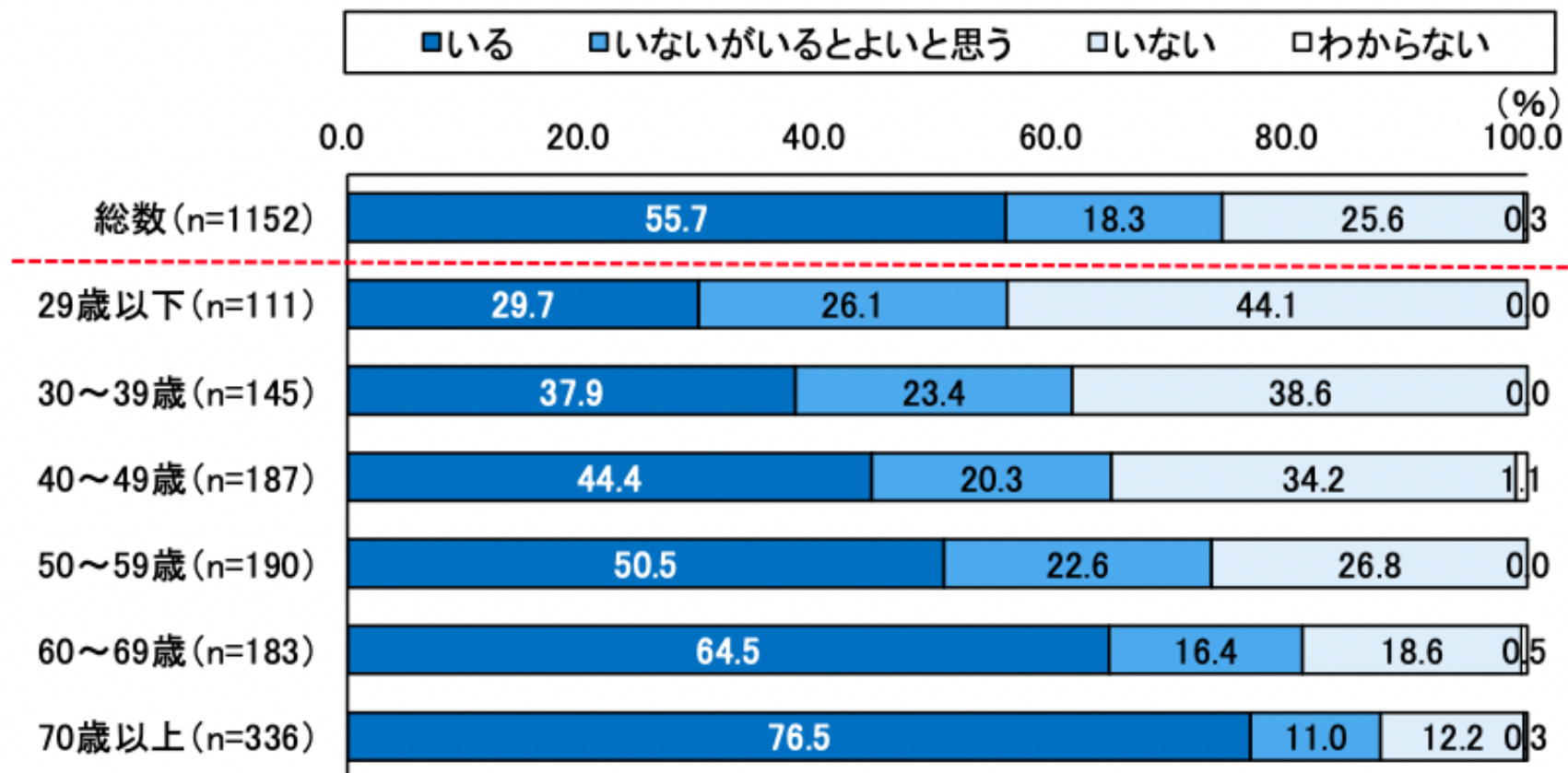
図 16 かかりつけ医の有無⁸の推移 -第3回～



かかりつけ医を持つ国民は55.7%

図 15 かかりつけ医の有無-年齢別

かかりつけ医の有無-年齢別 (n=1,152)



(参考) かかりつけ医とかかりつけ医機能

その時思ったのは、私たちはかかりつけ医として医療を行っていますが、本当にかかりつけ医として機能しているのか考えると、実際なかなかかかりつけ医としての機能を本当には発揮できていないと思うんですね。かかりつけ医として機能するためには臨床的な能力、いろいろなことができなければならない、加えて心意気というか使命感というか、そういうものがないとできないんだと思うんです。(中略)

施設あるいは在宅の患者が繰り返して入院というのはどこでもあると思うんですが、同じ患者は同じ病院に入ってくるような仕組みを地域でつくらなければならないと思います。そうしないと、普段はいろいろな先生方に見ていただいてよくても、本当にピンチになったときに病院に入院してきて、場合によってはそこでなくなる前までのケアがきちんと出来るということ、病院側としても担保しなければならないんじゃないかなと思います。

井上病院理事長井上健一郎、「本人の意思確認不能」「キーパーソン不明」が困難ケースでなくなる日 高齢おひとりさま社会の生前契約、へるす出版新書

横倉元日医会長の言葉より(世界医師会挨拶)

さて、私が昨年10月に開催された世界医師会台北総会におきまして、世界医師会長に立候補いたしましたのは、一つの強い思いによるものです。それは「日本の国民健康寿命を世界トップレベルにまで押し上げた、わが国の医療システムやノウハウを広く世界に発信していきたい」というものでした。

本日は、この思いについてお話いたします。一つは私の原点からくる思いです。

私は、福岡県高田村という村で生まれ育ちました。元は無医村だったこの土地に軍医だった父が小さな診療所を建てたのです。目を閉じると、父と母の姿が浮かびます。**父は、病に苦しむ人がいれば、誰でも快く受け入れました。感染症の啓発にも力を入れ、常に地域住民の健康状態の把握に努める医師でした。**母は、治療費の払えない患者のために自らの着物を売って薬代に変えるような人でした。こうした両親の背中を見て育った私は、「目の前に病んだ人がいれば、わが身を顧みずに尽くす」という医療の精神を日々の生活の中で学んでいきました。

医師は「人を診る」ことが仕事です。そして、誕生から死を迎えるまで寄り添い、より健やかな人生を患者と共につくり上げていくことを使命としています。地域社会にあって医師として働く父を思い出す時、「医療の原点」がここにあるという気持ちを新たにします。

現在に目を転じると、医療を取り巻く状況は、ICT(情報通信技術)、AI(人工知能)等の急速な発達とその利活用により、大きく変化しています。

このような時だからこそ、「ジュネーブ宣言」にある「人類への奉仕に自分の人生を捧げることを厳粛に誓う」という**「医療の原点」に立ち戻り、こうした進歩するテクノロジーを安全かつ有効に医療に応用していかなければなりません。**また、世界はスピードの違いこそあれ、高齢社会という大変革期に突入しています。日本は世界に先駆けて、2025年に団塊の世代が75歳となり爆発的な超高齢社会に突入します。それに伴い医療分野における課題も増加していきます。**高齢になっても人生に積極的関与を続けていく健康長寿社会、人命を尊重する社会をつくり出さなくてははいけません。**これは、各国が将来対処すべき大きな課題です。

かかりつけ医の定義（日医四病協提言より）

2.1. かかりつけ医の定義

「かかりつけ医」は、以下の定義を理解し、「かかりつけ医機能」の向上に努めている医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない。そして、かかりつけ医は、患者のもっとも身近で頼りになる医師として、自ら積極的にその機能を果たしていく。

かかりつけ医の定義（日医四病協提言より）

「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。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

趣旨

- かかりつけ医機能については、これまで医療機能情報提供制度における国民・患者への情報提供や診療報酬における評価を中心に組み込まれてきた。一方で、医療計画等の医療提供体制に関する取組はこれまで行われていない。
- 今後、複数の慢性疾患や医療と介護の複合ニーズを有することが多い高齢者の更なる増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応して、「治す医療」から「治し、支える医療」を実現していくためには、これまでの地域医療構想や地域包括ケアの取組に加え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進める必要がある。
- その際には、国民・患者から見て、一人ひとりが受ける医療サービスの質の向上につながるものとする必要があることから、
 - ・ 国民・患者が、そのニーズに応じてかかりつけ医機能を有する医療機関を適切に選択できるための情報提供を強化し、
 - ・ 地域の実情に応じて、各医療機関が機能や専門性に応じて連携しつつ、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化することで、地域において必要なかかりつけ医機能を確保するための制度整備を行う。

概要

(1) 医療機能情報提供制度の刷新（令和6年4月施行）

- ・ かかりつけ医機能（「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能」と定義）を十分に理解した上で、自ら適切に医療機関を選択できるよう、医療機能情報提供制度による国民・患者への情報提供の充実・強化を図る。

(2) かかりつけ医機能報告の創設（令和7年4月施行）

- ・ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的に医療を必要とする者を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能（①日常的な診療の総合的・継続的实施、②在宅医療の提供、③介護サービス等との連携など）について、各医療機関から都道府県知事に報告を求めることとする。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表する。
- ・ 都道府県知事は、外来医療に関する地域の関係者との協議の場で、必要な機能を確保する具体的方策を検討・公表する。

(3) 患者に対する説明（令和7年4月施行）

- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の骨格

- 国民・患者はそのニーズに応じて医療機能情報提供制度等を活用して、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択して利用。
- 医療機関は地域のニーズや他の医療機関との役割分担・連携を踏まえつつ、かかりつけ医機能の内容を強化。

国民・患者の医療ニーズ

- ◆ 日常的によくある疾患への幅広い対応
- ◆ 休日・夜間の対応
- ◆ 入院先の医療機関との連携、退院時の受入
- ◆ 在宅医療
- ◆ 介護サービス等との連携

医療機能情報提供制度 (H18)

イメージ図



制度整備の内容

医療機能情報提供制度の刷新

- ・ 医療機関は、国民・患者による医療機関の選択に役立つわかりやすい情報及び医療機関間の連携に係る情報を都道府県知事に報告
 - ① 情報提供項目の見直し
 - ② 全国統一のシステムの導入

かかりつけ医機能報告による機能の確保

- ・ 慢性疾患を有する高齢者等を地域で支えるために必要なかかりつけ医機能について、医療機関から都道府県知事に報告。
- ・ 都道府県知事は、報告をした医療機関が、かかりつけ医機能の確保に係る体制を有することを確認し、外来医療に関する地域の関係者との協議の場に報告するとともに、公表(※)。
- ・ あわせて、外来医療に関する地域の協議の場で「かかりつけ医機能」を確保する具体的方策を検討・公表。

※ 医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、医療機関が、提供するかかりつけ医機能の内容を説明するよう努めることとする。 20

かかりつけ医機能をあらためて考えてみる(現役世代)

- 健康情報の一元的把握 (登録時)
- 家族情報・健康履歴(病歴)の把握 (登録時)
- 健診・健康相談 (年1回)
- ワクチン (必要時)
- 発熱外来 (必要時)
- オンライン診療・オンライン健康相談
- 救急相談(救急車を呼ぶかどうか)

かかりつけ医機能をあらためて考えてみる(高齢世代)

- 健康情報の一元的把握 (登録時)
 - 家族情報・健康履歴(病歴)の把握 (登録時)
 - 健診・健康相談 (年1回)
 - ワクチン (必要時)
 - 発熱外来 (必要時)
 - オンライン診療・オンライン健康相談
 - 救急相談(救急車を呼ぶかどうか)
- +
- 24時間対応(ネットワーク、機能連携、グループプラクティス等による)
 - 服薬の一元管理及び処方整理(他の処方医への連絡・要請を含む)
 - 在宅医療(往診・定期的訪問診療)
 - 医療介護連携、チーム医療、ケアマネ等との連携
 - ACP(アドバンスト・ケア・プランニング)

かかりつけ医機能をあらためて考えてみる(高齢世代)

かかりつけ医機能 I

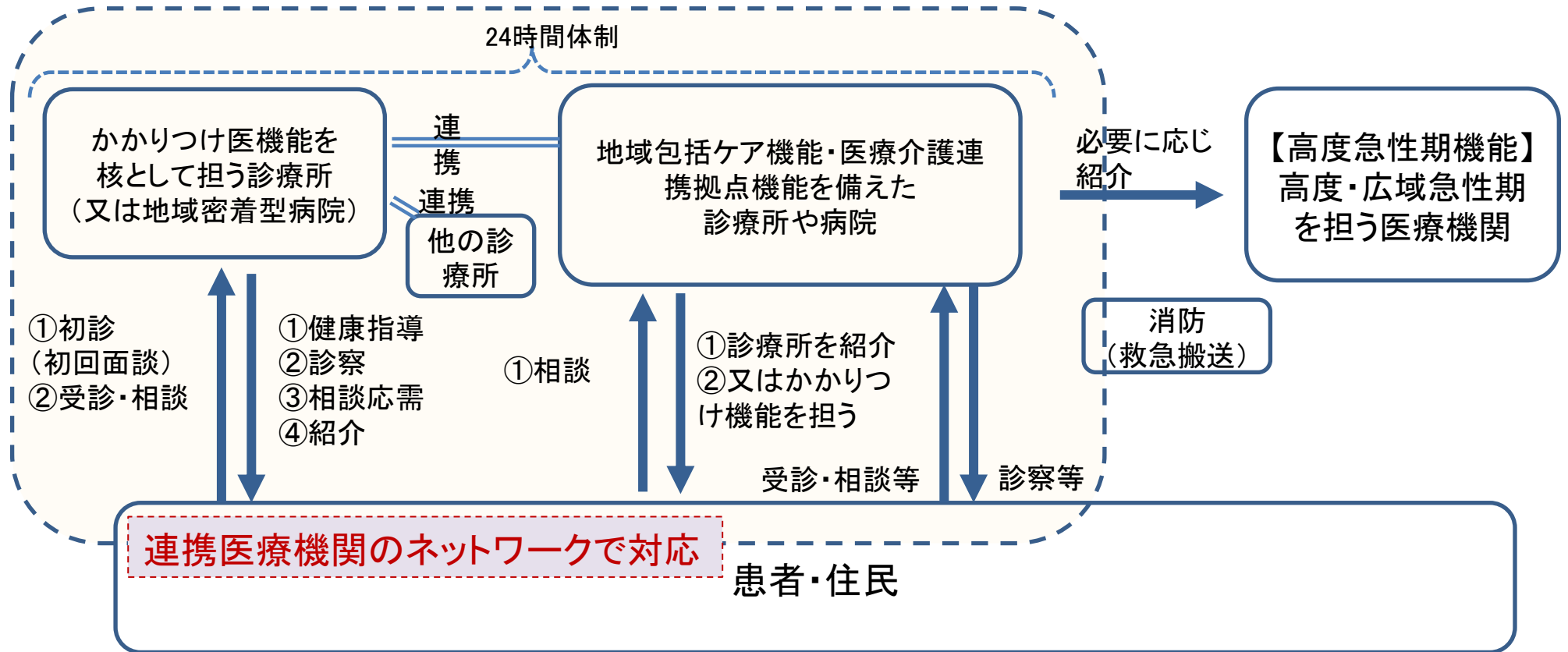
- 健康情報の一元的把握 (登録時)
- 家族情報・健康履歴(病歴)の把握 (登録時)
- 健診・健康相談 (年1回)
- ワクチン (必要時)
- 発熱外来 (必要時)
- オンライン診療・オンライン健康相談
- 救急相談(救急車を呼ぶかどうか)

かかりつけ医機能 II

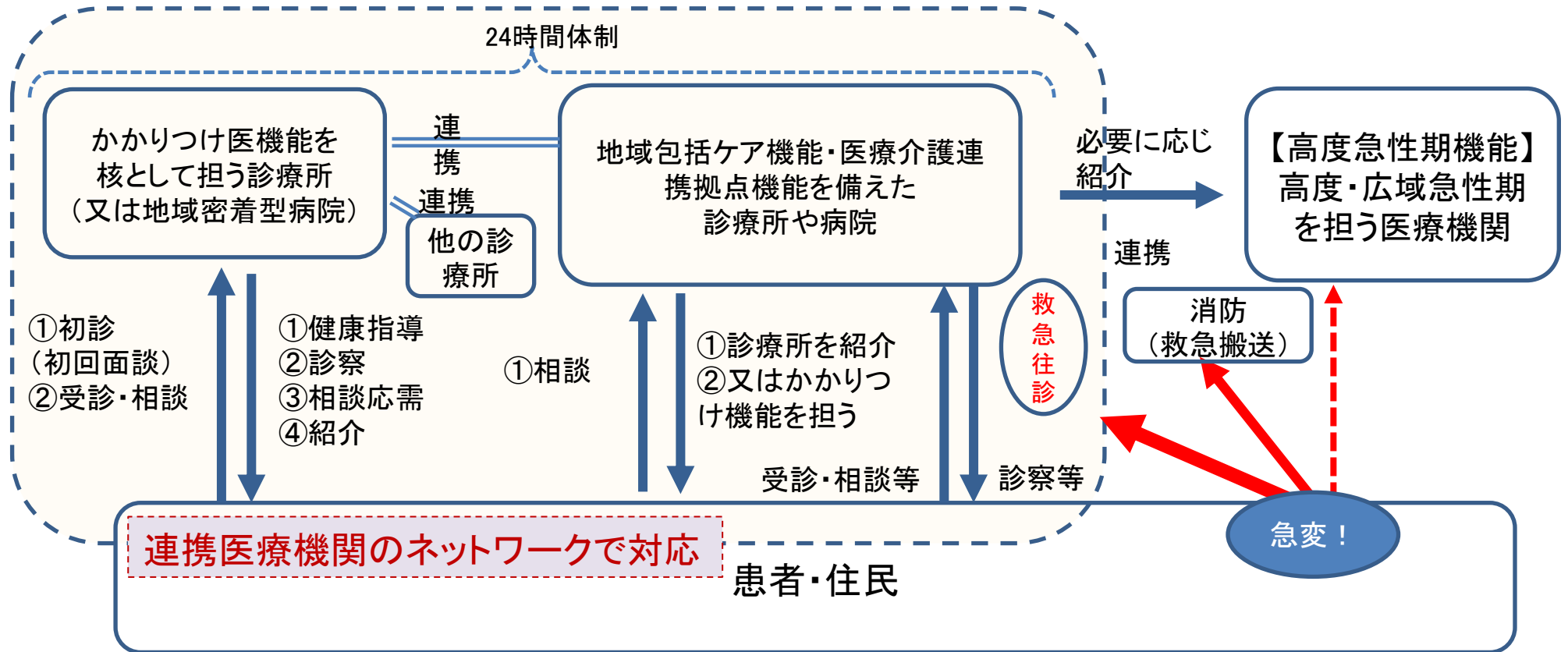
+

- 24時間対応(ネットワーク、機能連携、グループプラクティス等による)
- 服薬の一元管理及び処方整理(他の処方医への連絡・要請を含む)
- 在宅医療(往診・定期的訪問診療)
- 医療介護連携、チーム医療、ケアマネ等との連携
- ACP(アドバンスド・ケア・プランニング)

かかりつけ医機能をあらためて考えてみる(面に対応)



かかりつけ医機能をあらためて考えてみる(救急・急変時)



補論

(かかりつけ医機能に関する議論を離れて)
今求められる医療とは何か

I 医療の質を考える

CROSSING THE QUALITY CHASM: A New Health System for the 21st Century

医療の質～谷間を超えて21世紀システムへ～

(CROSSING THE QUALITY CHASM: A New Health System for the 21st Century)

Committee on the Quality of Health Care in America, Institute of Medicine

21世紀の新しい医療システム(A New Health System for the 21st Century)

問題 : Overuse, Underuse, Misuse

背景(Underlying Reasons for Inadequate Quality of Care)

1. Growing Complexity of Science and Technology
2. Increase in Chronic Conditions
3. Poorly Organized Delivery System
4. Constrains on Exploiting the Revolution in Information Technology

CROSSING THE QUALITY CHASM: A New Health System for the 21st Century

医療システムをどのように改善するか(Improving the 21st-century Health Care System)

Six Aims for Improvement

Ms. Martinez, January 2000

6つの目標

安全性、有効性、患者中心、タイムリー、効率性、公平性

Safe, Effective, Patient-Centered, Timely, Efficient, Equitable

A Vision of Future Care

Maureen Waters, January 2002

CROSSING THE QUALITY CHASM: A New Health System for the 21st Century

現状のアプローチ	新しいルール
Care is based primarily on visits	Care is based on continuous healing relationship
Professional autonomy drives variability	Care is customized according to patient needs and values
Professionals control care	The patient is the source of control
Information is a record	Knowledge is shared and information flows
Decision making is based on training and experience	Decision making is evidence-based
Do not harm is an individual responsibility	Safety is a system property
Secrecy is necessary	Transparency is necessary
The system reacts to needs	Needs are anticipated
Cost reduction is sought	Waste is continuously decreased
Preference is given to professional roles over the system	Cooperation among clinicians is a priority

CROSSING THE QUALITY CHASM: A New Health System for the 21st Century

←
提言4 すべての医療機関等は、以下の原則に合致する医療提供プロセスの再設計に共同して取り組むべきである。←

1. 継続的な癒しの関係を基本とする医療ケア←
2. 患者のニーズと価値観に応じた個別性のある医療ケア←
3. 患者がコントロールの主体者となる医療ケア←
4. 知識の共有と自由な情報の流通←
5. エビデンスに基づく意志決定←
6. システムの財産としての安全性←
7. 必要とされる透明性←
8. 患者ニーズの予知←
9. 常に無駄を削減するシステム←
10. 臨床スタッフ間の協力←

CROSSING THE QUALITY CHASM: A New Health System for the 21st Century

原則 1 対面診療から一日 24 時間、週 7 日、一年 365 日の医療 ←

←

銀行の顧客が、平日の午前 9 時～午後 3 時しか開いていない銀行窓口に並ぶことから解放されたように、情報技術は対面診療に縛られてきた患者のケアを開かれたものにする事ができる。(P 86) ←

←

この原則が、現在のような 3 交代勤務態勢のもとで適用できるとは考えていないし、外来診療の門戸をつねに開けておくことを主張しているのではないということである。今日の病院は、二交代制の看護師バックアップチーム、研修医の長時間勤務など、膨大な仕事量が人間の業務遂行能力に与える影響を無視した取り組みに頼っている。健全な設計概念を適用することで、随時アクセスのシステムはより安全で有効なものになりうる。(P 86) ←

Ⅱ 医療とは何か（医療の目的とは何か）

社会保障制度改革国民会議報告書(平成25年8月6日) (抄)

(8) 成熟社会の構築へのチャレンジ

また、従来の支えられる側、支える側という区分を取り払って、こうした高齢者が社会で活躍できるような、経済社会システムづくりを行っていくことが求められる。

例えば、医療の目的は、従来の「治す医療」からよりQOLを重視した「治し・支える医療」への転換が求められる。また、医療・介護の提供体制についても、まちづくりとして考えることが求められ、終末期ケアや看取りの在り方についても、最後まで自分らしく生きるためにどうあるべきかという観点から、国民的な議論を行っていくことが求められる。

(4) 医療と介護の連携と地域包括ケアシステムというネットワークの構築

「医療から介護へ」、「病院・施設から地域・在宅へ」という流れを本気で進めようとするれば、医療の見直しと介護の見直しは、文字どおり一体となって行わなければならない。高度急性期から在宅介護までの一連の流れにおいて、川上に位

(中略)

今後、認知症高齢者の数が増大するとともに、高齢の単身世帯や夫婦のみ世帯が増加していくことをも踏まえれば、地域で暮らしていくために必要な様々な生活支援サービスや住まいが、家族介護者を支援しつつ、本人の意向と生活実態に合わせて切れ目なく継続的に提供されることも必要であり、地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの継続的で包括的なネットワーク、すなわち地域包括ケアシステムづくりを推進していくことも求められている。

(6) 医療の在り方

医療の在り方そのものも変化を求められている。

(中略)

がどう考え、何を求めるかが大きな要素となっている。超高齢社会に見合った「地域全体で、治し・支える医療」の射程には、そのときが来たらより納得し満足のできる最期を迎えることのできるように支援すること―すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に入れた「QOD (クオリティ・オブ・デス) を高める医療」―も入ってこよう。「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療へと転換する中で、人生の最終段階における医療の在り方について、国民的な合意を形成していくことが重要であり、そのためにも、高齢者が病院外で診療や介護を受けることができる体制を整備していく必要がある。

医療の定義はどう変遷したか(1)

広辞苑第2版補訂版第3刷

1978年(昭和53年)9月25日

いりよう^{カシ}【医療】
医療。——くみあい^{ヒナ}【医療組合】
医療利用組合の略。治療。治
とくに農村地域において組合員の出資により診療所
を設け、低料金で診療をうけることを目的としたも
の。大正一一年長野県に始まり、昭和前期全国に広
まった。

医療の定義はどう変遷したか(3)

いりょう^{ケレ}【医療】①医術で病気をなおすこと。療治。治療。②医学的知識をもとに、福祉分野とも関係しつつ、病気の治療・予防あるいは健康増進をめざす社会的活動の総体。――かご^タ【医療過誤】診断・治療の不適正、施設の不備等によって医療上の事故を起こすこと。誤診・誤療などがその例。刑事上・民事上の責任を問われうる。――ぎじゅつ・たんきだい^{ガク}【医療技術短期大学】看護師・臨床検査技師・診療放射線技師・理学療法士・作業療法士などの育成を目的とした短期大学。所定の課程を修了すれば国家試験の受験資格を取得できる。近年四年制への再編が進む。――くみあい^{ビタ}【医療組合】医療利用組合の略。特に農村地域において組合員の出資により診療所を設け、低料金で診療をうけることを目的としたもの。一九一九年(大正八)島根県に始まり、全国に広まった。――じむ【医療事務】医療機関における受付や診療費の計算などの事務業務。――ソーンシャルワーク【医療―】(medical social work) 医療機関において行われる、疾病や心身障害などによって起こる患者と家族の精神的・社会的・経済的な問題、また入退院についての相談・援助。MSW!――ひょう・ほけん【医療費用保険】損害保険の一種。健康保険の自己負担分などのほか、同保険対象外の高度医療の費用の支払が目的。――医療保障保険。――ふくし【医療福祉】保健・医療・福祉の連携による総合的な社会福祉サービス。――ふじょ【医療扶助】生活困窮者の疾病・負傷に対して行われる医療のための給付。生活保護法による保護の一つ。――ほう^フ【医療法】医療施設のあり方を定める法律。診療所・助産所・病院・公的医療機関などの構造設備・人的構成・管理体制・適正配置、医療法人に関する規則を規定。一九四二年公布の国民医療法に代えて、四八年制定。――ほうじん^ク【医療法人】医療法に基づき、私的医療機関に与えられる法人格。利益追求を否定されている医療機関の継続性と資金の集積、また医療の普及向上をはかるため、一九五〇年導入された。――ほけん【医療保険】健康保険・国民健康保険など医療保障を扱う社会保険の総称。――疾病^{ビツ}保険。――ほしょう・ほけん^{ウツ}【医療保障保険】生命保険の一種。健康保険の自己負担分、差額ベッド代などの支払が目的。――医療費用保険

医療は目的なのか手段なのか、「治す」ことが絶対なのか

昭和二十三年法律第二百一号

医師法

目次

[第一章 総則 \(第一条・第一条の二\)](#)

[第二章 免許 \(第二条―第八条\)](#)

[第三章 試験 \(第九条―第十六条\)](#)

[第四章 研修](#)

[第一節 臨床研修 \(第十六条の二―第十六条の八\)](#)

[第二節 その他の研修 \(第十六条の九―第十六条の十一\)](#)

[第五章 業務 \(第十七条―第二十四条の二\)](#)

[第六章 医師試験委員 \(第二十五条―第三十条\)](#)

[第七章 雑則 \(第三十条の二・第三十条の三\)](#)

[第八章 罰則 \(第三十一条―第三十三条の三\)](#)

[附則](#)

第一章 総則

第一条 医師は、医療及び保健指導を掌ることによつて公衆衛生の向上及び増進に寄与し、もつて国民の健康な生活を確保するものとする。

第二十三条 医師は、診療をしたときは、本人又はその保護者に対し、療養の方法その他保健の向上に必要な事項の指導をしなければならない。

病気を治すという意味での医療は人生の終末期に向けて縮小
その代わりに大きくなるのは生活の充実、生きがいの支援、最後は人生の満足

図4: 治し支える医療を実現するための総合的視点

入院医療・外来医療

在宅医療

【ターニングポイントの要素と判断】

JHHCA

根拠に基づく情報により総合的に
評価・本人（家族）の選択を重視

①病気を治す医療

心身の状態を良くして治す
(栄養・運動)

(社会参加)

①

②

②生活の充実

③

③人生の満足

①生命（生理的健康）に対する支援

②生活の充実（生きがいを含む）を支援

- ・おいしい物を食べる
- ・趣味？旅行？
- ・一緒にいたい人と暮らす

③人生の満足（生きがいを含む）を支援

- ・人生に納得できたか？
- ・他者との関係性をしめくくり旅立てたか

医師＋多職種連携

日本在宅ケアアライアンス「基本文書2」
p.9, 図4 より

日本在宅ケアアライアンス
令和Ver2

CGA

CGA

CGA

Living

Dying

Die

(参考) 横倉元日本医師会会長・元世界医師会会長のスライドより

日本医師会総合政策研究機構(日医総研)
『日本の医療のグランドデザイン2030』
提示した“医療のミッション”

人はひとたび生を受ければ、
無条件で尊重され
守られるべき存在である

- ① 人類 (ヒト) の生命と尊厳を守る
- ② 人類 (ヒト) を苦痛から解放する
- ③ 人類 (ヒト) の暮らす基盤を支える
- ④ 人類 (ヒト) の明日に備える

Yoshitake YOKOKURA

51

武田注: 医療は「治す」こと以外にも多くの役割がある。
コロナ下において考えさせられたテーマ。

住み慣れた地域で「住まい」の確保



アンダンテ
Residence



HOCカンタキ



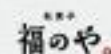
アンダンテレジデンス



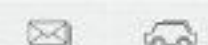
アンダンテレジデンス



アスバ



福のや



サービス付き高齢者向け住宅

アンダンテレジデンス

入居者募集中

つながり、育む
これからの暮らし

住まいの確保(例):コアになるのはサ高住と看多機



お山



カンタキ



サ高住



ヤギ小屋

盛岡にも新しい施設が誕生(有料住宅)

