

# 基礎研 レポート

## かかりつけ医を巡る議論とは何だったのか(上)

年末に示された部会意見を読み解き、論点や方向性を考える

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 主任研究員 三原 岳  
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

### 1—はじめに～かかりつけ医を巡る議論とは何だったのか～

2022 年末に決着した社会保障制度改革では、身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医」に関する議論が活発に交わされた。かかりつけ医は新型コロナウイルスの発熱外来などで注目を集めたが、かかりつけ医になるための要件とか、能力の基準などは特に定められておらず、制度的な位置付けは曖昧だった。

そこで、医療の質の向上や外来医療費の効率化などを図る観点に立ち、財務省や健康保険組合連合会（以下、健保連）が「かかりつけ医の制度化」を提唱した。これは患者がかかる医師を事前に指名する「登録制度」などを指しており、患者が自由に医療機関を選べる「フリーアクセス」の実質的な軌道修正を意味していた。

これに対し、日本医師会（以下、日医）は「かかりつけ医機能の強化」は重要としつつも、「患者の受療権を確保する必要がある」として、「制度化」に反対し続けた。さらに、関係団体や有識者、メディアなども絡み、かかりつけ医の制度化の賛否を巡り、活発な議論が展開された。

結局、昨年末に決着した議論では、(1) かかりつけ医機能の定義の法定化、(2) 医療機関が果たしている役割を都道府県が公表している「医療機能情報提供制度」の見直し、(3) 在宅医療など医療機関が担っている機能を都道府県に報告させる「かかりつけ医機能報告制度」の創設、(4) 継続的な医学管理を要する患者が希望する場合、かかりつけの関係を示す書面を発行する仕組みの創設——などの内容で決着した。

本稿では2回シリーズで、かかりつけ医の制度化、あるいは機能強化を巡る経緯を振り返りつつ、今後の論点を考察する。(上)では、今回の決着の内容を細かく見るとともに、医療機能情報提供制度の有効性や書面交付制度の論点など、今回の決着がどこまで有効性を持つか検討する。

(下)では、「ケアの包括性強化」「患者の受療権確保」という二律背反の下、神学論争に陥りがちな状況を打破するための視座を提供するとともに、今後の論点や方向性を論じる。

### 2—4つに整理できる今回の制度改正の概要

地域完結型の医療・介護サービス提供体制の構築に向けて、かかりつけ医機能が発揮される制度整

備を行い、機能分化と連携を一層重視した国民目線での医療・介護提供体制改革を進めます——。2022年5月に開催された政府の全世代型社会保障構築会議（以下、全世代会議）の席上、このように岸田文雄首相は述べた<sup>1</sup>。

さらに、2022年5月の全世代会議の中間整理、経済財政政策の方向性を示す同年6月の骨太方針（経済財政運営と改革の基本方針）でも同様の記述が盛り込まれたことで、全世代会議や社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）、財政制度等審議会（財務相の諮問機関）で活発な議論が交わされた。

役所以外でも、日医、健保連などの関係団体や有識者、メディア関係者などが様々な提案、論考を公表し、審議会の委員が「百家争鳴」<sup>2</sup>と形容するほど、かかりつけ医を巡る議論は医療制度改革の焦点となった。

今回の制度改正案については、2022年12月に示された社会保障審議会医療部会の意見書に示されている。ここでは、かかりつけ医機能の制度整備に加えて、▽2025年をターゲットに病床削減や在宅医療の充実などを目指す「地域医療構想」<sup>3</sup>の充実、▽2024年度に本格施行が迫っている「医師の働き方改革」<sup>4</sup>——に言及するなど、様々な論点が網羅されている。

このうち、かかりつけ医機能の強化には多くの紙幅が割かれており、「慢性疾患を有する高齢者の増加や生産年齢人口の減少が加速していく2040年頃までを視野に入れて（筆者注：地域医療構想の）バージョンアップ」が必要と指

表1：かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて、部会意見で示された内容

(1) かかりつけ医機能の定義の法定化	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 現在、医療機能情報公表制度の定義が「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能」とされており、これを踏まえた内容にする。</li> </ul>
(2) 医療機能情報提供制度の刷新	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ かかりつけ医を持っていない人に対し、かかりつけ医機能について、分かりやすく情報を提供するため、現行の医療情報提供制度を見直す。</li> <li>▶ その際には、医療機関の選択に役立つ情報や医療機関間の連携に関する情報について、医療機関が都道府県に報告するとともに、報告された「かかりつけ医機能」に関する情報を国民・患者に分かりやすく提供する仕組みを整備する。</li> <li>▶ さらに、情報提供項目を見直すとともに、都道府県ごとに公表されている医療機関に関する情報について全国統一のシステムを導入する。</li> </ul>
(3) 「かかりつけ医機能報告制度」の創設	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 在宅を中心に入退院を繰り返した後、看取りに至る高齢者の継続的な医学管理、日常的な疾患への対応、入退院支援、在宅医療などに対応する機能を確保するため、「かかりつけ医機能報告制度」を新たに創設する。</li> <li>▶ その際には、医療機関が上記で挙げたニーズに対応する機能や今後担う意向などを都道府県に報告。報告を受けた都道府県は地域の協議の場で、不足する医療機能への対応策を関係者と議論。</li> </ul>
(4) 書面交付の仕組みの創設	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 慢性疾患を有する高齢者が在宅で医療を受ける場合など、継続的な管理が必要で、患者が希望する場合、医療機関がかかりつけ医機能として提供する医療の内容について、書面交付などを通じて説明する。</li> </ul>

出典：厚生労働省資料を基に作成

<sup>1</sup> 2022年5月17日、全世代型社会保障構築本部・全世代型社会保障構築会議議事録における岸田首相の発言。

<sup>2</sup> 2022年9月29日、社会保障審議会医療部会議事録における島崎謙治委員（国際医療福祉大教授）のコメント。

<sup>3</sup> 地域医療構想は2017年3月までに各都道府県が策定した。人口的にボリュームが大きい「団塊世代」が75歳以上になる2025年の医療需要を病床数で推計。その際には医療機関の機能について、救急患者を受け入れる「高度急性期」「急性期」、リハビリテーションなどを提供する「回復期」、長期療養の場である「慢性期」に区分し、それぞれの病床区分について、人口20～30万人単位で設定される2次医療圏（構想区域）ごとに病床数を将来推計した。さらに、自らが担っている病床機能を報告させる「病床機能報告」で明らかになった現状と対比させることで、需給ギャップを明らかにし、医療機関の経営者などを交えた「地域医療構想調整会議」での議論を通じた合意形成と自主的な対応が想定されている。地域医療構想の概要や論点、経緯については2017年11～12月の「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く \(1\)](#)」（全4回、リンク先は第1回）、2019年5～6月の拙稿「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」（全2回、リンク先は第1回）、2019年10月31日「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」を参照。併せて、三原岳（2020）『地域医療は再生するか』医薬経済社も参照。

<sup>4</sup> 医師の働き方改革については、2021年6月22日拙稿「[医師の働き方改革は医療制度にどんな影響を与えるか](#)」を参照。

摘。さらに、バージョンアップを図る上での一つの方策として、「かかりつけ機能が発揮される制度整備」が言及された。

その上で、部会意見では表1のような形で、(1) かかりつけ医機能の定義の法定化、(2) 医療機能情報提供制度の「刷新」、(3) 「かかりつけ医機能報告制度」の創設、(4) 書面交付の仕組みの創設——という4つの施策を通じて、機能整備を図る方針が言及された。

以下、(1)～(4)の順で内容を考察し、その後に私見を述べる<sup>5</sup>。なお、かかりつけ医に期待される医療とは本来、一般的に「プライマリ・ケア」<sup>6</sup>と呼ばれ、筆者自身は「プライマリ・ケアの強化は医療制度改革で最も重視される必要がある」と考えている。さらに、かかりつけ医を巡る議論を考える上では、「どうやってプライマリ・ケアを医療制度に組み込むか」という点を意識する必要があると認識している。このため、必要に応じてプライマリ・ケアにも言及する点をご留意頂きたい。

### 3——今回の決着の内容(1)～かかりつけ医機能の定義の法定化～

#### 1 | かかりつけ医とは何か

第1に、かかりつけ医機能の定義の法定化である。そもそもの問題として、かかりつけ医の定義や制度的な位置付けは不明確であり、日医など診療団体が定めた定義と、次のページで詳しく述べる「医療機能情報提供制度」で「かかりつけ医機能」が示されているに過ぎなかった。

このうち、日医など診療団体の定義は2013年8月の報告書で示されていた。日医などの定義では表2の通り、「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」とされていた。

さらに、定義に対応する機能としても、「日常的に行う診療で、患者の生活背景を把握し、適切な診療と保健

表2：かかりつけ医の定義、かかりつけ医機能の定義

かかりつけ医の定義
➤ 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、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。

出典：2013年8月、「医療提供体制のあり方 日医・四病院団体協議会合同提言」を基に作成

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、地域の医師、医療機関などと協力して解決策を提供」「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、

<sup>5</sup> なお、本稿の執筆に際しては、首相官邸や厚生労働省、日医、健保連などのウェブサイトに加え、『朝日新聞』『日本経済新聞』『毎日新聞』『読売新聞』『共同通信』配信記事を参照した。さらに専門媒体として、『社会保険旬報』『週刊社会保障』『日経メディカル』『m3.com』『Gem Med』なども参考にした。煩雑さを避けるため、公知の事実や報告書、提言などに関する引用は最小限に止める。

<sup>6</sup> 本稿では、プライマリ・ケアを「国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能」と定義する。日本プライマリ・ケア連合学会ウェブサイト参照。

<https://www.primary-care.or.jp/paramedic/index.html>

産業保健、地域保健などの社会的活動、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」「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」「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」など多様な活動が列挙されていた。

## 2 | 部会意見で示された方向性

そこで部会意見では、かかりつけ医機能の定義を医療法に位置付ける必要性が示された。具体的には、医療法第6条の2第3項において、国民が適切な医療機関を選ぶように努力義務を課している点を踏まえ、「その選択に資するべく『かかりつけ医機能』の定義を法定化する」との方針を明記した。

その際には、後述する医療機能情報提供制度の根拠となっている医療法施行規則で、「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能」と定められていることを踏まえるとの方針が示された。

これを受けて、2023年2月10日に国会に提出された「全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案」では、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などを意味する「かかりつけ医機能」が医療法などに明記されるとともに、かかりつけ医機能を都道府県レベルの医療行政にも反映させる方針が示された。2025年4月1日に施行される予定。

## 4——今回の決着の内容(2)～医療機能情報提供制度の刷新～

### 1 | 医療機能情報提供制度とは何か

次に、医療機能情報提供制度を「刷新」という方向性である。そもそも医療機能情報提供制度とは、患者の適切な医療機関の選択などをサポートするため、2006年の医療法改正で創設された仕組みであり、医療法施行規則（厚生労働省令）に基づき、それぞれの医療機関の機能を都道府県に公表させている。

これに基づき、現在は都道府県のウェブサイト上で、医療機関や薬局などの役割について多くの情報が開示されており、

かかりつけ医機能に関しても、医療機能情報提供制度では表3のような機能が記述されている。

しかし、部会意見では、「情報提供項目について、内容の具体性に乏しい、あるいは診療報酬点数そのままでは理解しづらいため、実際に医療機関を選択するツールとしては不十分といった指摘があつ

表3：医療機能情報提供制度における「かかりつけ医」の記述

<ul style="list-style-type: none"><li>● 日常的な医学管理と重症化予防<ul style="list-style-type: none"><li>・ 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しているかどうか。</li><li>・ 提供している場合には、その裏付けとなる具体的な内容と実施状況が医療機関などのウェブサイトで情報提供されていること。</li></ul></li><li>● 地域の医療機関等との連携<ul style="list-style-type: none"><li>・ 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、医療機関など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しているかどうか。</li><li>・ 構築している場合には、その裏付けとなる具体的な内容と実施状況が医療機関などのウェブサイトで情報提供されていること。</li></ul></li><li>● 在宅療養支援、介護等との連携<ul style="list-style-type: none"><li>・ 日常行う診療のほか、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、地域保健など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っているかどうか。</li><li>・ 行っている場合には、その裏付けとなる具体的な内容と実施状況が医療機関などのウェブサイトで情報提供されていること。</li></ul></li><li>● 適切かつわかりやすい情報の提供<ul style="list-style-type: none"><li>・ 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っているかどうか。</li><li>・ 行っている場合には、その裏付けとなる具体的な内容と実施状況が医療機関などのウェブサイトで情報提供されていること。</li></ul></li><li>● 地域包括診療料の届出<ul style="list-style-type: none"><li>・ 主治医機能を持った中小病院及び診療所の医師が、複数の慢性疾患（高血圧症、糖尿病、脂質異常症及び認知症の4疾病のうち、2つ以上）を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことを評価した当該診療報酬点数が算定されている。</li></ul></li><li>● 小児かかりつけ診療料の届出<ul style="list-style-type: none"><li>・ 小児のかかりつけ医として、継続的かつ全人的な医療を行うことを評価した当該診療報酬点数が算定されている。</li></ul></li><li>● 機能強化加算の届出<ul style="list-style-type: none"><li>・ 小児のかかりつけ医として、継続的かつ全人的な医療を行うことを評価した当該診療報酬点数が算定されている。</li></ul></li></ul>
--

出典：厚生労働省資料を基に作成

た」として、見直しが必要との見解が示された。

## 2 | 部会意見で示されている「刷新」の方向性

さらに部会意見では、具体的な情報提供の項目として、▽かかりつけ医から医療を受ける対象者の別（高齢者、障害者、子どもなど）、▽日常的によく見られる疾患（いわゆるコモン・ディゼーズ）への幅広い対応、▽かかりつけ医機能に関して、医師が受講した研修、▽入退院時の支援など他の医療機関との連携の内容、▽休日・夜間の対応を含めた在宅医療や介護との連携内容——などを列挙。その上で、刷新の方策として、医療機関は上記の機能などを都道府県に報告する一方、都道府県が報告された機能に関する情報を国民・患者に分かりやすく提供することが望ましいとの見解が示された。

今後の進め方については、部会意見では「有識者や専門家などの参画を得つつ詳細を検討することとしてはどうか」と指摘しつつ、2024年度以降、公表する医療機能情報の全国統一化を図る方向性が示された。

さらに、今後の議論に際しては、住民・患者目線での分かりやすい情報にする点とか、かかりつけ医を必要としない健康な人に対する配慮、職域の目線や保険者（保険制度の運営者）の視点、医療機能情報提供制度の認知度アップなどを求める意見が部会で出たことに留意する必要性も示された。

## 5——今回の決着の内容(3)～「かかりつけ医機能報告制度」の創設～

### 1 | かかりつけ医機能報告制度のイメージ

第3に、部会意見では「かかりつけ医機能報告制度」を創設する考えも示された。部会意見では、少子高齢化が一層、進展する点に加えて、地域ごとに人口動向の変化が大きい点に言及しつつ、「地域ごとに必要なかかりつけ医機能を適切に確保していく必要がある」との問題意識が披露された。

さらに、「在宅を中心に入退院を繰り返し、最後は看取りを要する高齢者が今後更に増加する」としつつ、▽持病（慢性疾患）の継続的な医学管理、▽日常的によくある疾患への幅広い対応、入退院時の支援、▽休日・夜間の対応、▽在宅医療の提供、▽介護サービスなどとの連携——を挙げつつ、必要なかかりつけ医機能の充実・強化を図る仕組みとして、「かかりつけ医機能報告制度」を創設する考えが提示された。

具体的には、医療機関が上記のニーズに対応する機能や、今後担う意向などを都道府県に報告。この報告に基づき、都道府県は地域の充足状況や医療機関の意向などを公表するとともに、医療機関の経営者など地域の関係者が集まる「協議の場」で不足する機能を強化するための方策を具体的に検討し、その結果を公表する。具体的なイメージとしては、議論の過程で図1が示されている。

さらに、多様な機能を1人の医師、1つの医療機関だけでは担い切れないため、医療機関の連携を強化する必要性も強調されている。強化された機能についても、上記の医療機能情報提供制度に基づき、住民や患者に分かりやすく提供する必要性も言及されている。

今後の進め方に関しては、有識者や専門家などの参画を得つつ、さらに詳細を検討する方針が定められており、その際には部会の議論で出た意見を踏まえつつ、▽全国統一の報告基準の策定、▽研修受講の必修化、▽公的な認定を通じた一定の質の担保——などの留意点が示された。

スケジュールに関しては、▽2025年度をメドに個々の医療機関から機能報告を受けて、地域の協議

の場における「かかりつけ医機能」に関する議論を開始、▽具体的方針などが決定した段階で必要に応じて、都道府県が6年周期で策定する「医療計画」に反映、2024年度から始まる第8次医療計画の中間見直しを想定——という流れも盛り込まれた。つまり、かかりつけ医機能が地域レベルで実際に可視化され、協議が具体的に進むのは2026～2027年度頃になりそうだ。

図1：かかりつけ医機能報告制度のイメージ

<慢性疾患を有する高齢者の場合のイメージ>

※報告を求める具体的な機能については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討（診療所に加え、医療機関が病院の場合も検討）。

かかりつけ医機能 ※①～⑤は機能の例示	①外来医療の提供 (幅広いプライマリケア等)	②休日・夜間の対応	③入退院時の支援	④在宅医療の提供	⑤介護サービス等と連携
A診療所	◎	○	◎	◎	◎
B診療所	◎	○	○	○	◎
C診療所	◎	◎	◎	◎	◎
D診療所	◎	×	×	◎	◎
E診療所	◎	○	×	○	◎
F診療所	◎	—	×	—	◎
G診療所	—	—	—	—	—

地域の医療機関は、①～⑤の機能の有無や、これらをあわせて担う意向等を報告。

都道府県は、①～⑤の機能をあわせて担う医療機関を確認。

協議の場において、各医療機関の①～⑤を担う意向を踏まえつつ、地域で不足している機能を充足できるよう、支援や連携の具体的な方法を検討。

- ◎：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を単独で提供できる
- ：自院のかかりつけ患者に対し、当該機能を他の医療機関と連携して提供できる（連携する医療機関も報告。③の○は他院と連携して病床を確保している場合が考えられる。）
- ×：当該機能を担う意向はあるが、現時点では提供できない
- ：当該機能を担う意向がない

※他院を支援する意向も報告し、不足する機能の充足の協議に活かす。

出典：厚生労働省資料から抜粋

## 2 | 都道府県と厚生労働省の役割

部会意見では、協議を進める際の都道府県、厚生労働省の役割も提示された。まず、都道府県を中心とする協議のテーマとして、病院勤務医が地域医療を担うための研修、医療機関同士の連携強化、在宅医療を積極的に担う医療機関や在宅医療の拠点整備、多職種連携の推進、地域医療連携推進法人の活用などが挙げられている。

ここで言う地域医療連携推進法人とは、2015年改正医療法で設立された仕組み。医療機関が持ち株会社のような形態で「連携以上、統合未満」で緩やかに連携しつつ、病床数の融通や研修・資材購入の共同化などに取り組む法人形態であり、2023年1月現在で全国33カ所の法人が認可されている。

一方、厚生労働省の役割としては、▽標準的な基準の設定などを通じた研修の量的・質的充実、受講の促進、▽医療DX（デジタルトランスフォーメーション）の推進を含めた国民の健康・医療情報の共有基盤の整備、▽かかりつけ医機能の診療報酬による適切な評価——などが言及された。

その上で、詳細については有識者や専門家などの参画を得つつ、議論を進めるとしている。さらに、かかりつけ医機能を有する医療機関に中小病院を含める点とか、医療機関同士で連携する重要性、医療DXを含めた患者と医療機関側のデータ基盤の整備の必要性など、部会で出た意見に留意する必要性

も示された。

## 6——今回の決着の内容(4)～書面交付の仕組みの創設～

第4の点として、継続的な医学管理を必要とするケースについて、かかりつけ医と患者が交わす書面交付の仕組みの創設にも言及があった。具体的には、慢性疾患を有する高齢者が在宅で医療を受けるケースなど、「患者が継続的な管理を必要とし、患者が希望する場合に、医療機関がかかりつけ医機能として提供する医療の内容」について、書面交付などを通じて説明できる仕組みの創設が盛り込まれた。こちらも詳細に関しては、有識者や専門家の意見を聞きつつ議論するとしている。

では、こうした今回の決着に関して、どのように評価したらいいだろうか。プラスの側面として、(1) 外来医療に制度的な担保が入った意味合い、(2) 地域の医療情報が可視化される意味合い——を指摘できる。

## 7——今回の決着の評価(1)外来医療に制度的な担保が入った意味合い～

### 1 | 曖昧だったかかりつけ医の位置付け

まず、かかりつけ医機能の定義が法定化されることで、医療制度に位置付けられる意義は大きいと考えられる。そもそも、かかりつけ医の制度上の位置付けは曖昧だった。その一例として、「かかりつけ医」の名前を冠した医科の診療報酬制度は存在しておらず、管見の限り、「かかりつけ医」という言葉が使われている仕組みは「かかりつけ薬剤師・薬局」「小児かかりつけ医」「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」などに留まる<sup>7</sup>。

元々、日医が『「かかりつけ医』とは、患者が医師を表現する言葉』と指摘していた<sup>8</sup>通り、かかりつけ医を決めるのは患者自身であり、医師サイドの判断や意識は考慮されていない。極論を言うと、患者—医師の関係性ができていなくても、患者が「何かあったら見てね」と旧知の医師に依頼するだけで、医師の判断に関わらず、患者が勝手に「A先生はかかりつけ医」と認識する可能性さえ想定される。言い換えると、患者の受療行動や意識に依拠する曖昧な概念だった。

しかし、今回の議論を経て、慢性疾患を持つ患者に対するケアや継続的な医学管理、在宅医療、入退院支援などの機能が例示され、しかも定義が法定化される意味合いは小さくない。

特に、高齢者は複数の疾患を持っているケースが多く、その人の生活や性格、人となりなどを踏まえた継続的な医学管理や、介護・福祉との連携などが重要になる。近年、支援策の強化が講じられている「医療的ケア児」についても、同様に継続的な医学管理や生活支援が求められる<sup>9</sup>。こうした患者に対して、かかりつけ医機能が果たせる役割は大きい。

さらに、全人的かつ継続的に対応できる医師のサポートがあれば、新型コロナウイルスのような有

<sup>7</sup> このほかにも予算・研修制度としても、「かかりつけ医等発達障害対応力向上研修事業」「保険者とかかりつけ医等の協働による加入者の予防健康づくり事業」などがある。

<sup>8</sup> 2022年4月27日記者会見における日医の中川俊男会長（当時、本稿の肩書は全て発言当時で統一）の発言。同日『m3.com』配信記事を参照。

<sup>9</sup> 医療的ケア児とは、NICU（新生児特定集中治療室）などに長期入院した後、自宅などで引き続き人工呼吸器などを使用しつつ、経管栄養などの医療的ケアを必要とする子どもを指す。2021年通常国会で支援法が成立し、国や自治体で支援策が本格化している。2022年度診療報酬改定では、医師が関係機関に情報を提供した場合の加算措置などが創設された。2022年5月16日拙稿「[2022年度診療報酬改定を読み解く（上）](#)」を参照。

事に際しても、健康な人の安心感を高められる。実際、かかりつけ医の定義を決めた当時の日医会長の書籍<sup>10</sup>では、患者と日頃から信頼関係を築いているかかりつけ医だからこそ、家族の存在や会社、学校などコミュニティにおける社会的な立場、経済的な生活環境などの事情も勘案したり、患者本人の意思も尊重したりしつつ、その時々で最善の方法を提供できると記されている。

さらに言うと、今の制度改革の流れを作った2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書でも「治す医療」から「治し、支える医療」への転換を訴えており、「支える医療」が上記の医療に符合するし、かなりの部分でプライマリ・ケアとも重複する。こうした医療について、制度的な担保が入った意味合いは大きいと言える。

## 2 | 遅きに失した？制度的な関与

むしろ、筆者自身は遅きに失したと考えている。かかりつけ医が曖昧になっていたのは、「家庭医」に関する1980年代の攻防が影響していた<sup>11</sup>。当時、厚生省（現厚生労働省）は開業医の高齢化や医療の専門分化などに対応するため、全人的かつ継続的なケアを提供できる「家庭医」の育成を目指し、1985年6月には日医代表や有識者などで構成する「家庭医に関する懇談会」をスタートさせ、教育課程などの詳細を詰めようとした。

この時の議論では、▽初診患者への対応、▽健康相談・指導、▽医療の継続性重視、▽総合的・包括的医療の重視、▽医療福祉関係者チームの総合調整——などの機能を満たす家庭医が必要という議論が展開されており、

かなりの部分で今回の議論と重複していた。実際、家庭医に関する懇談会報告書が示した「家庭医」に求められる機能は表4の通りであり、表2～3で示したかかりつけ医機能と相似している。

しかし、日医は「イギリスのような国家統制の強い仕組みに変え

表4：厚生省報告書が示した家庭医に期待される機能

- |  |
|--|
| (1) 初診患者に十分対応できること                           |
| ① 疾病の初期段階に的確に対応できること                         |
| ② 日常的にみられる疾患や外傷の治療を行う能力を身につけていること            |
| ③ 必要に応じ適切な医療機関へ紹介すること                        |
| (2) 健康相談および指導を十分に行うこと                        |
| (3) 医療の継続性を重視すること                            |
| (4) 総合的、包括的医療を重視するとともに、医療福祉関係者チームの総合調整にあたること |
| (5) これらの機能を果たす上での適切な技術の水準を維持していること           |
| (6) 患者をふくめた地域住民との信頼関係を重視すること                 |
| (7) 家庭など生活背景を把握し、患者に全人的に対応すること               |
| (8) 診察について説明を十分にすること                         |
| (9) 必要な時いつでも連絡が取れること                         |
| (10) 医療の地域性を重視すること                           |

出典：厚生省「家庭医に関する懇談会報告書」を基に作成

るのではないか」「診療報酬制度の変更を通じて、医療費適正化の手段に使われるのではないか」などと反発。厚生省が実施しようとしていたモデル事業にも非協力の構えを見せた。

結局、両者が歩み寄った結果、現行制度の枠内で緩やかに体制整備を進める「かかりつけ医」とい

<sup>10</sup> 横倉義武（2021）『新型コロナと向き合う』岩波新書 p223。

<sup>11</sup> 1980年代から1990年代前半に至る攻防については、厚生省健康政策局総務課編（1987）『家庭医に関する懇談会報告書』第一法規出版、『週刊社会保障』『社会保険旬報』『国保実務』などを参照。2021年8月16日拙稿「[医療制度論議における『かかりつけ』の意味を問い直す](#)」も参照。



う言葉が考案され、1993年度からモデル事業がスタートした。つまり、かかりつけ医は敢えて曖昧に設定されており、制度的な位置付けも不明確なままだった。

この点については、1980年代に創設された医療計画制度の歪みにも表れていた。制度が始まる前後の論文などでは「医療提供の方法論上の1つの大きな問題は住民と医療提供側の『最初の接触』<sup>12</sup>、「病床総数を規制する部分的な手直しによって全体としてシステムがどうなっていくかを考察しなければならない。プライマリ・ケアに関する明確なビジョンと推進の環境を整備することこそ医療計画の課題」<sup>13</sup>といった期待感が示されていたにもかかわらず、議論は病床コントロールに終始し、プライマリ・ケアを含む外来の視点が完全に抜けていた。

近年の動きとして、外来医師の偏在是正を目指すために2020年度から始まった「外来医療計画」制度<sup>14</sup>とか、2022年度に制度化された「外来機能報告制度」<sup>15</sup>など、外来医療にも少しずつ国や都道府県の関与が始まっていたが、今回の決着を通じて、プライマリ・ケアに関して、一定程度の制度的な担保が入った意味合いは大きいと言える。

付言すると、今回の制度改正を通じて、従来の外来医療計画の不備を解消できた面もある。外来医療計画では、新規開業希望者だけに対応を促す点で、非対称的な内容を含んでいたが、今回のかかりつけ医機能公表制度では、既存の医療機関にも対応を促す点で、イコール・フットィングが確保された面がある。

具体的には、外来医療計画では外来医師の偏在を是正するため、「外来医師が多い区域（外来医師多数区域）の公表による可視化→外来医師多数区域に新規開業を希望する医師に対し、協議の場に説明を要請→協議の場では、在宅医療など地域で足りない機能を実施するように要請」という流れが意識されている。

しかし、これでは新規開業者だけに対応を促している点で、筆者は「競争政策的に問題が多い」と考えていた。その点で言うと、今回のかかりつけ医機能公表制度に基づく対応は既存の医療機関にも対応を促す点で、条件の均一化は図られていると言える（ただし、外来医療計画は継続しているので、同じ問題は引き続き残されている）。

## 8——今回の決着の評価(2)医療機能が可視化される意味合い

さらに、かかりつけ医機能公表制度を通じて、医療機能の可視化が進む意味合いも大きいと考えられる。既に病床に関しては、病床機能報告制度が2014年改正医療法で創設されており、これを基に、都道府県を中心に、地域の病院の役割を再検討する地域医療構想の議論が2017年度から本格始動している。

<sup>12</sup> 倉田正一・林喜男（1977）『地域医療計画』篠原出版社 p203。

<sup>13</sup> 郡司篤晃（1991）「地域福祉と医療計画」『季刊社会保障研究』Vol. 26 No. 4。

<sup>14</sup> 医師偏在を是正するため、外来の医師が多い地域では、新規開業する医療機関に対し、在宅医療など地域で不足する機能の実施を促す仕組みである。都道府県が2020年3月までに策定し、2024年度から始まる次期医療計画に包摂される。2020年3月2日拙稿「[医師偏在是正に向けた2つの計画はどこまで有効か（下）](#)」を参照。

<sup>15</sup> 医療機関に対して、自らが担っている外来機能を報告させる仕組み。さらに、報告されるデータを基に、都道府県を中心とする協議の場で、外来機能に関する役割分担を議論し、紹介患者の受け入れを重点的に担う「紹介受診重点医療機関」を選定する流れが想定されている。外来機能報告制度が創設された際の医療法改正については、2021年7月6日拙稿「[コロナ禍で成立した改正医療法で何がかわるか](#)」を参照。外来医療機能の役割分担については、2022年10月25日拙稿「[紹介状なし大病院受診追加負担の狙いと今後の論点を考える](#)」を参照。

さらに既述した通り、外来機能報告制度も2022年度から開始しており、かかりつけ医機能報告制度も加わったことで、地域における医療機能の全体像が見えやすくなった面がある。

しかも、これらの仕組みでは単なる機能の可視化にとどまらず、情報をベースに地域の関係者が合意形成しつつ、地域の実情に応じた医療提供体制改革を進めることが意識されている。こうした見直しを進める上で、「司令塔」「行司」のような役割を果たす都道府県の存在感が一層、大きくなったと言える。

一方、今回の決着内容について、積み残された課題もある。例えば、かかりつけ医機能の定義の法制化では曖昧さが残るし、医療機能情報提供制度の「刷新」、地域医療連携推進法人の活用、創設される書面交付制度についても、実効性に疑問も残る。以下、「狙い通りに機能するかどうか」という批判的な視点で、今回の決着内容の将来を展望する。

## 9——今回の決着の課題(1)～それでも残るかかりつけ医の曖昧さ～

第1に、国民から見た「かかりつけ医とは、どんな医師なのか」という点が引き続き曖昧なまま残される。あくまでも今回の法定化は「かかりつけ医機能」であり、「かかりつけ医」ではない。このため、かかりつけ医になれるかどうかの基準が定められるわけではなく、患者の行動や意識に依拠する曖昧さは残された。

つまり、患者が「A医師はかかりつけ医」と思っていたとしても、その医師は「かかりつけの関係が成立していない」と思ってしまうかもしれない。確かに継続的な医学管理を必要とする患者については、書面交付という形で、「かかりつけの医師—患者」の関係が明らかになるが、それ以外の患者に関しては、かかりつけ医の曖昧さは残された形となった。

その背景には、医療の国家統制などを嫌う日医の意向が反映しており、この辺は歴史的な経緯を含めて、(下)で詳述する。

## 10——今回の決着の課題(2)～医療機能情報提供制度は機能するのか？～

第2に、「医療機能情報提供制度がどこまで機能するのか」という点も疑問が残る。患者から見ると、医療機能情報提供制度の「刷新」を通じて、医療機関が果たしている役割などが明らかになる意味は大きいと考えられる。

だが、医療サービスの特性として、患者—医師の情報格差が大きい点、患者が医療の質を評価しにくい点、ニーズの発生が不確実な点などがあり、他の財やサービスと異なり、市場の考え方が機能しにくい。このため、情報を開示されたとしても、患者は医療の質まで評価できない。

一例として、これまでも「上手な医療のかかり方」のキャンペーンの下、政府は国民に対し、「かかりつけ医を持って下さい」と働き掛けたり、夜間・休日の外来の安易な使用などを戒めたりしていた<sup>16</sup>が、そもそも上記のような構造を持つ医療サービスで、患者の決定だけに委ねることには限界がある。実際、政府から「かかりつけ医を持とう」「かかりつけ医で発熱外来は受けて下さい」などと呼び掛けられても、「かかりつけ医をどうやって選んでいいかわからない」と感じる国民は多かったのではない

<sup>16</sup> 上手な医療のかかり方を巡る経緯や論点、限界については、2020年2月5日拙稿「『上手な医療のかかり方』はどこまで可能か」を参照。

だろうか。新型コロナウイルスの発熱外来やワクチン接種に関して、国民がかかりつけ医を探して彷徨った様子は平時で起きていることが短期間、かつ顕著に表れたに過ぎない。

さらに現行制度では公表されている情報が正しいのかどうか、第3者的に評価する仕組みが存在しない。このため、実効性を高める上では、国民にとって分かりやすい情報提供が欠かせない上、行政による評価・認証なども必要となる。

その点で参考になるのはイギリスの仕組みであろう。イギリスの公的医療保障制度である NHS (National Health Service) のウェブサイトでは、居住地域の住所や郵便番号を入力すると、住民は最寄りの診療所の住所や連絡先、待ち時間、定期的に行われている患者向けアンケート調査の結果などを把握できる。さらに、近隣の診療所との比較、当該地域や全国平均とも比較できるようになっている。

別にイギリスの仕組みをダイレクトに採用する必要はないが、今回の制度改正の実効性を高める上では、患者の意思決定を後押しできるような分かりやすい情報提供と、正確性を担保する第3者による評価の仕掛けが欠かせない。

## 11——今回の決着の課題(3)～かかりつけ医機能報告制度は機能するのか～

### 1 | 都道府県はどこまで運用できるか？

第3に、かかりつけ医機能報告制度の実効性についても課題は残されている。先に触れた通り、今回の制度改正を通じて、医療行政に関する都道府県の役割は一層、大きくなったが、地域医療構想に関する病床再編の議論がコロナ以前でも停滞気味だった点を踏まえると、どこまで都道府県が役割を果たせるのか疑問も残る。

さらに、かかりつけ医機能の一つには在宅医療が含まれており、都道府県は市町村との連携も意識する必要がある。具体的には、在宅医療を充実させる上で、介護・福祉との連携を強化する必要がある。専門職の情報共有などを促す医療・介護連携は最近の診療報酬改定や制度改正で論点の一つに位置付けられている<sup>17</sup>。

このため、かかりつけ医機能を強化する上では、医療・介護連携が不可欠であり、かかりつけ医機能を含めた医療行政を地域で調整する都道府県と、介護・福祉行政を司る市町村の連携が従来以上に大きな課題となる。

### 2 | 地域医療連携推進法人は都市部で通用するのか？

かかりつけ医機能報告制度で明らかになった過不足を穴埋めする方策として期待されている地域医療連携推進法人制度についても、その有効性には一定の留保が必要であろう。

そもそも、かかりつけ医の定義を日医など診療団体が定めた際、当時の日医会長は「高い目標を掲

<sup>17</sup> 例えば、2015年度制度改正を通じて、介護保険財源を転用する形で実施されている「在宅医療・介護連携推進事業」では、在宅ケアの資源マップの作成などが市町村に義務付けられている。2022年度診療報酬改定では、在宅医療を手掛ける医療機関の加算要件の一つに、同事業との連携が加えられた。2021年度介護報酬改定では、医学的管理や薬剤調整などについて、医療機関と介護事業所の連携強化を促す加算が創設された。詳細については、2022年5月27日拙稿「[2022年度診療報酬改定を読み解く\(下\)](#)」、2021年5月14日拙稿「[2021年度介護報酬改定を読み解く](#)」、介護保険発足20年を期したコラムの[第12回](#)を参照。

げています。(筆者注：診療団体内部では)『こんなに高い目標はできません』と言われましたが、理想は高く掲げて、少しでもそこに近づこうという考え方です」と説明していた<sup>18</sup>。

このため、多岐に渡るかかりつけ医の機能を1人の医師、1つの医療機関で担保することは現時点では非現実的であり、筆者も連携の必要性を感じているし、「地域医療連携推進法人を活用する方向性は重要」という部会意見の方向性も支持する。

特に新型コロナウイルスへの対応では、回復した重症患者を一般病床に転院させられずに「目詰まり」が起きるなど、医療機関の連携が課題とされた。これは平時モードの医療でも、急性期病床で改善した患者の円滑な在宅復帰を促す上では、リハビリテーションなどを提供する回復期病床に転院させる連携も論点となっている<sup>19</sup>。さらに既述した通り、在宅ケアの部分でも医療機関と介護事業所の連携が重視されている。こうした連携を後押しするための報酬改定や制度改正も実施されている。

しかし、これらの対応だけで連携が図れるのか、再考の余地がある。そもそも日本の医療制度では、患者が医療機関を自由に選べるフリーアクセスの下、それぞれの医療機関が患者獲得を巡って争っており、連携しにくい環境である。つまり、競争は連携を妨げる方向で働く。特に人口も、医療機関も多い都市部では、医療機関同士の連携が進みにくい。

さらに、患者は「A病院で心臓」「B病院で膝」といった形で、複数の医療機関を同時に選択できるため、医療機関とのファーストタッチである「医療の入口」を複数持つことになる。この状況では「医療の入口」に関する責任主体が明確になりにくく、「全ての訴えや問題に対応する」という「包括ケア」が担保されにくい。

例えば、プライマリ・ケアでは、▽予防、治療、リハビリテーションなどの機能、▽よくある日常的な病気を中心とした全科的医療、▽小児から老人まで幅広い年齢層に対応——などを意味する「包括性」(Comprehensiveness)が重視されており、プライマリ・ケアを担う医師が患者の「代理人」のような形で、幅広い健康問題に責任を持つことに力点が置かれる。

一方、プライマリ・ケアでは協調性(Coordination)も強く意識されており、▽専門医との密接な関係、▽チーム・メンバーとの協調、▽住民との協調——などが掲げられている<sup>20</sup>。

しかし、「医療の入口」に関する選択肢が多いと、ケアの包括性が高まりにくく、その結果として、他の専門職はどこに相談したらいいか分からなくなり、連携も阻害する方向に働く。つまり、「医療の入口」が複数にまたがることを認めるフリーアクセスはケアの包括性を低くする方向に働く。

こうした状況を踏まえると、地域医療連携推進法人も「万能」とは言えない。もちろん、在宅医療での連携など都市部に応じた使い方も想定されるが、連携の強化を確実にする上では、フリーアクセスの軌道修正を通じて「医療の入口」を絞ることで、ケアの包括性を高める方向性も意識する必要がある。

しかし、「フリーアクセスが制限されるような制度化についてはこれを阻止し、必要な時に適切な医

<sup>18</sup> 2019年9月1日『社会保険旬報』No. 2758における日医の横倉義武会長の発言。

<sup>19</sup> コロナ対応と地域医療構想との共通点に関しては、2021年10月26日拙稿「[なぜ世界一の病床大国で医療が逼迫するのか](#)」を参照

<sup>20</sup> プライマリ・ケアの「包括性」「協調性」の説明に関しては、日本プライマリ・ケア連合学会ウェブサイトを参照。プライマリ・ケアでは、患者にとっての身近さを示す近接性(Accessibility)、一貫したケアを提供する継続性(Continuity)、患者への説明など責任性(Accountability)も重視されている。本稿では、上記の包括性の定義に沿って、「包括ケア」「ケアの包括性」という言葉を使う。<http://www.primary-care.or.jp/paramedic/>

療にアクセスできる現在の仕組みを守る」<sup>21</sup>とする日医の意見に配慮する形で、こうした考え方自体が部会意見からは抜け落ちた。

むしろ、部会意見では「制度整備の検討及び実施に際しては、我が国の医療制度が、フリーアクセスの保障、国民皆保険、医師養成のあり方と自由開業制、人口当たりの病床数、といった様々な要素が微妙なバランスの上に成立していることに鑑み、エビデンスに基づく議論を行い、現在ある医療資源を踏まえ、性急な制度改革がなされないよう時間軸に十分に留意することが必要」という文言が盛り込まれている。これは日医の意見に配慮する形で、フリーアクセスの軌道修正に繋がるような議論を牽制している文言と読める。

その意味では、医療機関同士の連携を強化する方向性は示されたものの、日医の主張に配慮する形で、フリーアクセスを軌道修正する視点は反映されなかった点には留意する必要がある。

ただし、筆者は「ケアの包括性を高めつつ、連携を強化する上では、フリーアクセスの軌道修正が必要」と考えている半面、受療の選択肢が奪われる点にも留意する必要があると認識している。つまり、登録制、あるいは登録制に類した制度を導入すれば、「医療の入口」が明らかになることで、ケアの包括性は高まるが、医療機関の選択に関する患者の自由度は失われる。

言い換えると、「ケアの包括性強化」「患者の受療権確保」は相反する面があり、両者のバランスを取りつつ、制度改革の方向性を模索する必要があるという意見である。この辺りについては、今後の制度改革の選択肢も含めて、(下)で述べることにしたい。

## 12——今回の決着の課題(4)～書面交付制度は機能するのか～

### 1 | かかりつけ薬剤師・薬局制度は先例になる？

書面交付制度を考える上で、一つの先例となるのは、かかりつけ薬剤師・薬局制度かもしれない。現在、薬剤師・薬局の分野では、調剤を中心とした対物業務から、在宅ケアなど対人業務にシフトチェンジする重要性が意識されており、様々な制度的な手当てが講じられている<sup>22</sup>。

こうした制度改革の始まりとして、2016年度診療報酬改定で創設されたのが「かかりつけ薬剤師指導料」である。この仕組みでは、▽患者による同意の取得、▽患者1人に対して、1人の保険薬剤師のみがかかりつけ薬剤師指導料を算定、▽薬剤服用歴管理指導料に関する業務を実施、▽患者が受診している全ての保険医療機関、服用薬などの情報を把握——などの要件を満たせば、「かかりつけ薬剤師・薬局」として加算を受け取れる仕組みになっている。

このうち、「患者による同意の取得」が今回の書面交付に近い要素を持っている。さらに、かかりつけ薬剤師指導料では、患者1人に対して1人の保険薬剤師だけが算定できる仕組みになっており、患者にとっての「調剤・服薬指導の入口」が制度上、絞られている。

### 2 | 書面の関係は1:1なのか、それとも複数なのか？

しかし、かかりつけ医に関する今回の制度改革案では、1人の患者に対して書面を交付できる医師

<sup>21</sup> 2022年6月26日の臨時代議員会における日医の松本吉郎会長発言。同日『m3.com』配信記事を参照。

<sup>22</sup> 薬剤師と薬局の対人業務シフトに関しては、2021年10月15日拙稿「[かかりつけ薬剤師・薬局はどこまで医療現場を変えるか](#)」を参照。

が1人なのか、複数なのか定まっていない。具体的には、部会意見では、審議の過程で示された意見として、「情報の一元化やその調整窓口を想定し、患者と医師との関係は1対1にすべき」「複数の医療機関から書面の交付を可能とすべき」という間逆の内容を同時に言及しつつ、詳細は有識者などによる今後の検討に委ねるとされており、詳細が決まっていない。

この点は先に触れた「ケアの包括性強化」「患者の受療権確保」の二律背反で論点になり得る。例えば、1人の患者に対して書面を交付できる1人の医療機関に限定した場合、患者—医師の関係性が固定的になり、ケアの包括性を高める方向に働く半面、フリーアクセスの軌道修正に繋がる要素を持つことになる。

一方、複数の医療機関が1人の患者に対して書面を交付できるようにすれば、患者の受療の選択肢は確保されるが、ケアの包括性は高まりにくくなる。筆者自身は「かかりつけ薬剤師指導料の考え方を参考に、ケアの包括性を高めるため、1人の患者に対して1人しか書面を交付できない仕組みにする必要がある」と考えているが、この点は2024年度に実施される予定の診療報酬改定を含めて、今後の論点になる可能性が高い。

具体的には、かかりつけ医機能を評価しているとされる「地域包括診療加算」「機能強化加算」などの診療報酬が見直される際、取得要件の一つに書面交付が組み込まれるかどうか、その際には1対1の関係性になるかどうか、といった点がポイントとなりそうだ。

なお、筆者は医学的な管理を必要とする患者に対し、ケアの包括性を高める上で、1対1の関係性を担保することは欠かせないと考えている。一方、他の医療機関で受診することは引き続き認められている以上、書面交付を1対1の関係性に限定したとしても、フリーアクセスの大幅な軌道修正には当たらないと認識している。

さらに、かかりつけ医機能に関係する加算の要件の一つとして、1対1の書面交付を位置付ける程度であれば、患者の受療権を損なわないし、医師や医療機関の自由度も極端に制限されるわけではない。このため、2024年度診療報酬改定を含めた今後の制度化論議では、書面交付の関係を1対1に絞ることは不可欠と考えている。

### 13—おわりに

本稿は2022年末に示された部会意見を基に、かかりつけ医機能強化の議論を考察した。部会意見では、かかりつけ医機能の定義の法定化、医療機能情報提供制度の刷新、かかりつけ医機能報告制度、それに基づく都道府県を中心とした合意形成の枠組み、さらに患者—医師が交わす書面交付の仕組みが盛り込まれた。

これらの仕組みの意味合いを評価すると、プライマリ・ケアが医療制度でほとんど位置付けられて来なかった歴史を踏まえれば、今回の制度整備は一定程度の意義があると考えられる（むしろ、筆者は遅きに失したと考えている）。

今後は「制度整備後も関係者による不断の改善をしていく必要がある」<sup>23</sup>、「かかりつけ医として国

<sup>23</sup> 2022年12月16日、全世代型社会保障構築会議終了後の記者会見における後藤茂之経済財政担当相の発言。内閣府ウェブサイト「後藤内閣府特命担当大臣記者会見要旨」を参照。

民に選ばれるための努力が、今まで以上に求められます」<sup>24</sup>というコメントが出ている通り、制度の実効性を高めるため、医療界や自治体による現場レベルでの積み上げが重要になる。

しかし、医療機能情報提供制度は改善の余地があるし、ケアの包括性や連携の強化に関しても、実効面で疑問が残る。書面交付についても、どこまでケアの包括性を高めるのかが課題として残されており、詳細がどうなるか、診療報酬改定でのテコ入れや有識者による議論を含めて、今後を注視する必要がある。

さらに、一層の制度改正に向けて不断の見直しも求められる。(下)では、2021年秋の財政審による問題提起から筆を起す形で、関係者の調整や攻防、日医や健保連の提案などを振り返るとともに、主な対立点などを抽出する。その上で、一層の制度改正に向けた選択肢を提示する。

---

<sup>24</sup> 2022年12月28日『m3.com』配信記事における日医の松本会長インタビューにおける発言。