

基礎研 レポート

かかりつけ医強化に向けた新たな制度は有効に機能するのか

約 30 年前のモデル事業から見える論点と展望

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

1—はじめに～かかりつけ医の新制度は有効に機能するのか～

今年の通常国会で成立した「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」（以下、全世代社会保障法）では、身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医」機能を強化するための制度整備が盛り込まれた。

今後、厚生労働省が有識者や関係団体などの意見を聞きつつ、制度設計の詳細が決まっていく見通しだが、今回の決着に至るまでの経緯を見ると、大きな方向性は予想できる。具体的には、新型コロナウイルスの発熱外来やワクチン接種を受けられない患者が続出したことを受け、患者が受診する医療機関を事前に指名する「登録制度」の導入など、「かかりつけ医の制度化」を求める声が出たが、患者が自由に医療機関を選べるフリーアクセスの軌道修正に繋がるとして、日本医師会（日医）が猛反対した。結局、国主導のトップダウンによる大幅な制度改正に至らず、都道府県と地域の医師会の自治と実践に基づき、かかりつけ医機能をボトムアップで充実させて行く流れになった。

しかし、歴史をたどると、約 30～40 年前にも同じような議論が展開され、ボトムアップによるモデル事業が展開されたことがあった。今回は 1980 年代に時計の針を戻しつつ、「かかりつけ医」という言葉が医療制度改革で使われるようになった経緯を探るとともに、かかりつけ医機能の強化に向けて、約 30 年前に実施されたモデル事業の内容などを取り上げることで、ボトムアップによる積み上げの意義と限界を指摘する。

2—今回の制度整備の概要

1 | 曖昧だった「かかりつけ医」「かかりつけ医機能」の定義

まず、今回の制度整備に関わる議論を始める前に、かかりつけ医、かかりつけ医機能の定義を確認する。日医などが 2013 年 8 月に公表した定義では、それぞれ図表 1 のように定められており、かかりつけ医は「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」と定義されている。さらに、かかりつけ医機能としても、身近な病気やケガに対応する機能とか、健康相談、在宅医療、健診、適切な受診行動に向けた助言など広範な内容が挙げられている。

しかし、かかりつけ医を定める能力や要件などは定められていない。むしろ、日医が『かかりつけ医』とは、患者が医師を表現する言葉」と指摘している¹通り、かかりつけ医を決めるのは患者自身の判断や行動である。

極論を言うと、患者が「何かあったらお願いします」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状況だった。

実際、こうした曖昧な位置付けが新型コロナウイルスへの

対応で浮き彫りとなった。具体的には、各種調査²では約半数の国民が「かかりつけ医を持っている」と答えているのに、コロナの発熱外来やワクチン接種を巡って患者がさまよう状態に陥った。

政府にとって、最も重要な政策誘導の手段となっている診療報酬制度を見ても、「かかりつけ医」の言葉を冠した医科の制度は存在せず、2014年度診療報酬改定で創設された「地域包括診療科」も当時、「主治医」機能を評価すると説明されていた³。つまり、かかりつけ医、かかりつけ医機能は今まで制度として明確に位置付けられているとは言えなかった⁴。

こうした中、財務省などが2021年秋以降、受診する医療機関を事前に指名する登録制度の導入とか、かかりつけ医の医師を国が認定する仕組みなど、「かかりつけ医の制度化」が必要と主張したが、これに日医が激しく反対。調整が難航したが、今年の通常国会で法改正が講じられた。議論の経過については、別稿で詳しく取り上げた⁵ので、参照して頂きたい。

2 | 4つに分けられる決着

新たな制度整備の大枠については、社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）医療部会が2022年

図表1：かかりつけ医の定義、かかりつけ医機能

| 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。 |

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」

¹ 2022年4月27日会見における日医の中川俊男会長（以下、肩書は全て当時）の発言。同『m3.com』記事を参照。

² 例えば、2019年11月公表の内閣府「医療のかかり方・女性の健康に関する世論調査」では、52.4%の人が「かかりつけ医を持っている」と答えている。有効回答数は2,803人。

³ 創設時には糖尿病、脂質異常症、認知症など2つ以上を有する患者に対し、療養指導や在宅医療の提供を実施することなどが算定要件とされた。2018年度に創設された機能強化加算も、かかりつけ医機能を評価しており、2022年度に要件の厳格化が図られた。

⁴ 医科以外では「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」などの仕組みが整備されている。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」などが実施されている。

⁵ かかりつけ医に関しては、2023年2月13日拙稿「[かかりつけ医を巡る議論とは何だったのか](#)」（上下2回、リンク先は第1回）を参照。

12月に示した意見書に示されている。ここでは図表2の通り、(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——などが盛り込まれた。このうち、一部の内容については2023年通常国会で成立した全世代社会保険法のうち、医療法などの改正に反映された⁶。

具体的には、(1) では改正医療法に「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」と規定された。

次に、(2) の医療機能情報提供制度とは現在、医療機関や薬局が果たしている機能を都道府県のウェブサイトなどで開示している制度。かかりつけ医機能に関しては、図表3のような情報しか示されていないため、医療部会意見書では患者の医療機関選択を後押しする観点に立ち、提供される内容を「刷新」という方向性が示された。

さらに、3つ目の「かかりつけ医機能報告制度」では、機能を提供しているかどうかの過不足や、今後担う意向などについて、医療機関が

図表2：かかりつけ医機能の強化に向けた制度整備の決着

| | |
|---------------------------|---|
| ①かかりつけ医機能の定義の法定化 | <ul style="list-style-type: none"> ➢ 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で、かかりつけ医機能を法律で明記。 |
| ②医療機能情報提供制度の刷新 | <ul style="list-style-type: none"> ➢ 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、現行の医療機能情報提供制度を見直す。 ➢ 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。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。 |
| ③「かかりつけ医機能報告制度」の創設 | <ul style="list-style-type: none"> ➢ 在宅を中心に入退院を繰り返して看取りに至る高齢者など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」を創設。 ➢ 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。 |
| ④書面交付の仕組みの創設 | <ul style="list-style-type: none"> ➢ 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。 |

出典：厚生労働省資料を基に作成

この報告に基づき、医療機関の経営者など地域の関係者が集まる「協議の場」を中心に、不足する機能を強化するための方策を検討している。厚生労働省が審議の過程で示したイメージは図表4の通りであり、これを見ると、身近な病気

やケガに対応する「幅広いプライマリ・ケア⁷」が外来医療で提供されているか」といった点に加えて、▽休日・夜間の対応、▽入退院時の支援、▽在宅医療の提供、▽介護サービスの提供——などについての機能を可視化しようという意図を見て取れる。さらに、機能の不足分に関しては、都道府県

⁶ このほか、全世代社会保険法では、75歳以上高齢者が加入する後期高齢者医療制度の保険料上限引き上げ、出産した女性に支給される「出産育児一時金」の引き上げ、3年に一度の介護保険法見直しなどが盛り込まれた。それぞれの内容に関しては、2023年8月9日拙稿「[全世代社会保険関係法の成立で何が変わるのか](#)」（全2回、リンク先は第1回）、2023年6月27日拙稿「[出産育児一時金の制度改正で何が変わるのか？](#)」、2013年1月12日拙稿「[次期介護保険制度改正に向けた審議会意見を読み解く](#)」を参照。

⁷ 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を参照。
<https://www.primary-care.or.jp/paramedic/index.html>

と地域の医師会が協力しつつ、医療機関の自主的な対応で充足しようとしていることも分かる。

図表3：医療機能情報提供制度における「かかりつけ医」の記述

- **日常的な医学管理と重症化予防**
 - ・ 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。
 - ・ 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。
- **地域の医療機関等との連携**
 - ・ 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。
 - ・ 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。
- **在宅療養支援、介護等との連携**
 - ・ 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。
 - ・ 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。
- **適切かつわかりやすい情報の提供**
 - ・ 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。
 - ・ 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。
- **地域包括診療加算の届出**
 - ・ 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。
- **地域包括診療料の届出**
 - ・ 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。
- **小児かかりつけ診療料の届出**
 - ・ 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。
- **機能強化加算の届出**
 - ・ 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。

出典：厚生労働省資料を基に作成

図表4：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 (幅広いプライマリアーク等) | 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。

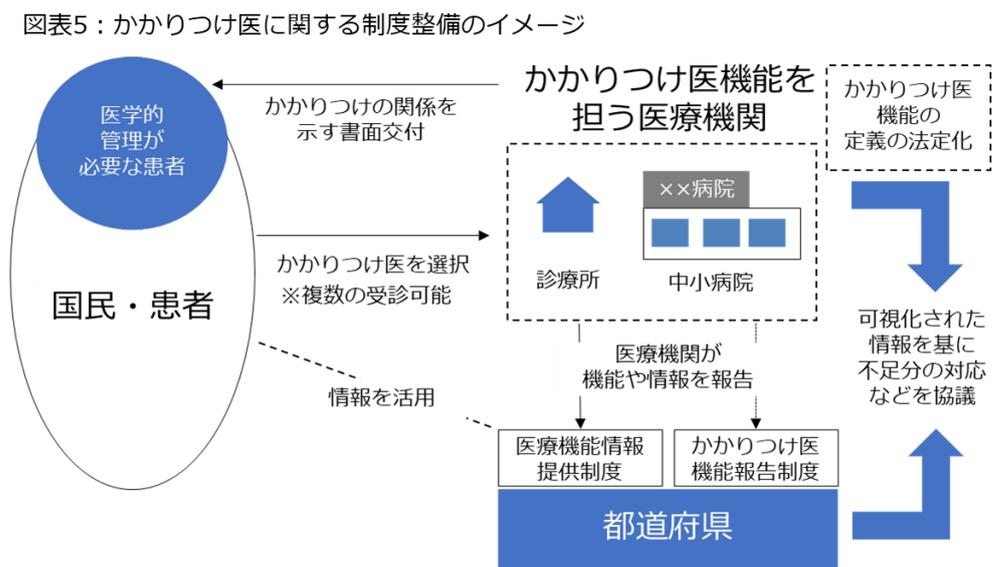
出典：厚生労働省資料から抜粋

4 番目の書面交付制度とは、継続的な医学管理を必要とする患者に対し、かかりつけの関係を証明するための書面を交付する仕組みを指しており、かかりつけの患者—医師の関係性を確定するのが狙いである。

3 | 制度整備のイメージ

これらの制度整備の方向性について、国民・患者、医療機関、都道府県の関係性を一つの図に整理したのが図表5である。左側に位置する国民・患者が医療機関を受診する際、刷新された医療機能情報提供制度を活用し、かかりつけ医を選ぶ。その際、「登録制度」は導入されなかったため、国民・患者は複数のかかりつけ医を同時に持つことが引き続き可能である。

次に、右下の部分では、国民・患者、かかりつけ医機能を持つ医療機関（主に200床未満の病院と診療所）、都道府県との関係を説明している。具体的には、地域で担っている関連する機能を都道府県に報告。都道府県は医療機能情報提供制度を通じて、これを国



出典：厚生労働省資料を基に作成

民・患者に開示するとともに、かかりつけ医機能報告制度では、医療機関から寄せられる情報を基に、地域で不足している機能を充足するため、地域の医療機関と協議する。

例えば、かかりつけ医機能報告制度を通じて、「A市B地区で在宅医療が不足している」という情報が分かると、都道府県とA市医師会（あるいはA市が立地する都道府県の医師会）と協議しつつ、地域の実情に応じた対応策を検討する流れになる。さらに左上の矢印では、高齢者や慢性疾患の患者、障害者、医療的ケア児など継続的な医学管理が必要な患者が望めば、かかりつけの関係を証明する書面が医療機関から交付される。

では、上記のような制度整備は有効に機能するのだろうか。筆者自身、高齢化に対応した医療制度に切り替える上で、全人的かつ継続的に患者を診るプライマリ・ケアは非常に重要と考えており、これに近い考え方として、かかりつけ医機能の定義が医療法などで法定化された点をプラスと受け止めている。さらに、かかりつけ医機能報告制度などを通じて、住民にとって身近なプライマリ・ケアの情報が一定程度、可視化される点も重要である。

しかし、不透明な部分が幾つか残された。例えば、法定化の対象は「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、かかりつけ医の曖昧さは解消されたとは言い難い。さらに、今回の制度整備のターゲットも慢性疾患を有する高齢者などに置かれており、新型コロナウイルスへ

の対応で焦点になった健康な人とか、かかりつけ医を持っていない人は対象外になっている。

2～3点目で挙げた可視化の仕組みに関しても、都道府県と地域の医師会のボトムアップによる取り組みが想定されており、その充実に強く期待しているものの、「全ての都道府県で継続的に取り組みが進む」とは思えない⁸。以下、医療機能情報提供制度とかかりつけ医機能報告制度に絞りつつ、期待と不安の順で私見を述べる。

3—都道府県と地域の医師会の取り組みに対する期待と不安

1 | 実践と自治によるボトムアップへの期待

今回の制度整備について、日医の幹部は「私たちも『今のままでいい』わけでは決してありません。かかりつけ医として国民に選ばれるための努力が、今まで以上に求められます」⁹と述べており、筆者は大いに期待しているところである。

そもそも医療サービスに関しては、患者—医師の情報格差が大きい点など、通常の財やサービスと違う点が多い。このため、患者—医師の信頼関係をベースにする必要があるし、患者の信頼を得る上では、医師が専門職として自己研鑽に励んだり、自立的に判断したりすることが求められる。いわゆる専門職としての自治 (professional autonomy) である。特に、今回の制度整備では、ボトムアップによる対応が重視されているため、日医幹部の発言通りに医療界の積極的な参加と、自治体との連携に期待している。

この重要性を少し国民目線で考える。以下、こんな状況を想像して欲しい。医療機能情報提供制度を使い、近隣のA診療所がオンライン診療を実施していることを知ったとする。そこで、「仕事の合間に相談できるので、かかりつけ医をA診療所に決めよう」と考え、A診療所を訪問。そこで医師に対し、「ここでオンライン診療は受けられますか？医療機能情報提供制度では、A診療所が対応していると出たので」と聞いたところ、医師から「オンライン診療は3カ月前に止めたんですよ」という答えが返って来た場合、どう思うだろうか。筆者が患者であれば、恐らく「医療機能情報提供制度なんて信用できないな」と感じるに違いない。

つまり、単にシステムを整備したり、データを集めたりするだけでは不十分であり、国民・患者の利便性とか、制度に対する信頼性を高める上では、運用まで意識する必要がある。例えば3カ月周期で情報を定期的に更新するなど、都道府県による創意工夫と地域の医師会の協力が欠かせない。

特に、高齢化に対応した医療提供体制を目指す「地域医療構想」の推進など、かかりつけ医機能の強化にとどまらず、医療行政に関する都道府県の役割が大きくなっていることを踏まえると、都道府県の主体的な対応は重要なカギを握ると考えられる¹⁰。その際には、かかりつけ医機能やプライマリ・

⁸ ここでは詳しく述べないが、4点目の書面交付制度についても、書面を交付できる医師が1人なのか、複数なのか、医療部会意見書では明確に示されていない。

⁹ 2022年12月28日『m3.com』配信記事における日医の松本吉郎会長インタビューの発言。

¹⁰ 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

ケアの部分だけでなく、入院・外来の役割分担明確化、在宅医療の充実、医師確保、勤務環境の改善、新興感染症に備える有事対応など、医療提供体制を俯瞰する視点が欠かせない。

2 | 実践と自治によるボトムアップへの不安

一方、今回の制度整備の先行きについては、不安な側面も指摘せざるを得ない。上記で挙げたように、国民や患者がガッカリする事態を防ぐ上では、本来であれば都道府県が医療機関に対し、「かかりつけ医機能を充足して下さい」と改善を促したり、公表データの修正を要請したりするぐらいの対応が必要となる。

しかし、こうした関与は現時点で想定されていないように見える。むしろ、自民党における法律の事前審査では、新たな制度整備における都道府県の関与を巡って議論が紛糾。厚生労働省が「取消などの行政処分を伴う行政行為ではない」「かかりつけ医機能の報告が医療機関を縛るわけではない」などと確認する一幕があった¹¹。

さらに、管見の限り、かかりつけ医機能の強化論議に関して、これまでに全国知事会が国に提言、要請した形跡も見受けられない¹²（ただ、これから制度設計の議論が深まる過程で、関心が高まることに期待したい）。

このほか、実践と自治による取り組みには欠点がある。それは往々にして、俗人的な要素に頼らざるを得ない点である。例えば、医療・介護連携など好事例の現場を訪ねると、「医師の××先生が熱心なんで、周りの専門職が付いて行った」とか、「積極的な自治体職員が主導しており、上手く地区医師会などと連携している」といった話を頻繁に耳にする。

もちろん、人口や面積、高齢化率、専門職の数、財政状況など、それぞれの地域で実情が異なるため、自治体や地域の医師会が実践と自治による取り組みを積み上げることは不可欠であり、国の制度改正だけで医療や介護の提供体制改革は実現できない¹³。

しかし、こうした取り組みは往々にして俗人的になるため、地域差が生まれるのは止むを得ない面がある。さらに、「都道府県医師会の責任者が代わった」とか、「自治体の担当者が異動した」などの理由で、長続きしない危険性を伴う。今回の制度整備についても、一部の医師会による取り組みが「好事例」として強調されるかもしれないが、「どこまで全国に広がるか」「どこまで長続きするか」といった疑問は払拭できない。

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。このほか、医師偏在是正や外来機能分化、医師の働き方改革、新興感染症対策の強化などでも、都道府県の役割が期待されている。それぞれの制度改正については、2020年2月17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](#)」(全2回、リンク先は第1回)、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変わるか](#)」、2022年12月27日拙稿「[コロナ禍を受けた改正感染症法はどこまで機能するか](#)」、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。

¹¹ 2023年2月7日『ミクスオンライン』などを参照。

¹² 例えば、2023年8月に提出された政府への提言書・要望書(「ポストコロナ時代の持続可能な医療提供体制構築と健康づくり推進に向けた提言」「令和6年度国の施策並びに予算に関する提案・要望【社会保障関係】」)では、地域医療構想の継続・見直しや医師確保などの言及が見られるものの、かかりつけ医の件は全く触れられていない。

¹³ 2022年12月に示された医療・介護制度に関する審議会報告書でも、「地域の実情」に沿った見直しの必要性が盛んに強調されている。詳細については、2023年3月31日拙稿「[『地域の実情』に応じた医療・介護体制はどこまで可能か\(1\)](#)」を参照。

しかも、歴史を振り返ると、約30年前にも同じように地域の医師会主導で、かかりつけ医機能を強化しようとする取り組みが実施されており、今回の制度整備との共通点を見出せる。以下、かかりつけ医という言葉が使われるようになった経緯とともに、今の医療制度改革論議では耳にしない約30年前のモデル事業の概要を振り返ることで、今回の制度整備の今後を占う¹⁴。

4—30年前に始まったモデル事業の概要

1 | かかりつけ医という言葉が浮上するまでの経過(1)～家庭医構想に対する日医の反対意見～

元々、「かかりつけ医」という言葉が医療制度で明確に意識されるようになったのは1990年代前半である。その証拠として、国会で「かかりつけ医」という言葉が初めて登場するのは1991年9月であり、改正医療法に関する参考人質疑¹⁵で、訪問看護における医師の役割を語る文脈として、「現実にかかりつけ医という言葉が今度初めて出ていますけれども、これはどういう根拠があるかわかりませんが…」という発言が出たと記録されている。

注目されるのは「今度初めて出ていますけど」という部分である。これは1990年代前半から「かかりつけ」という言葉が医療制度改革の議論で使われ始めたことを表しており、厚生省（現厚生労働省）は1993年度からモデル事業を開始した。

その当時の判断について、厚生省の幹部は1993年3月の国会¹⁶で、慢性疾患の増大など疾病構造の変化や住民のニーズの多様化などに対応するため、地域の開業医がそれぞれの専門性に応じて、かかりつけ医になることを目指したと述べている。その上で、国会答弁では下記のような発言が示されている。

- ・ **家庭医に関する懇談会というものの報告が昭和六十二年にできまして、それを受けてモデル事業をやろうとした経緯がございます。そのときに日本医師会側からの御意見が出ましたのは、医師の裁量や患者の主治医の選定に関しまして一定の制約を課し、診療報酬の支払い方式を変更していこうとしておるものではないかというような御意見が出たりしまして、そういう反発があったというふうに私どもは聞いております。**
- ・ **今回のかかりつけ医推進モデル事業につきましては、先ほども先生が御指摘になりましたように、日本医師会を初めとする医療関係団体の方からも、これを何とか推進していこう、そして患者と医師との間の信頼関係というのを確立しよう、こういうようなお話もございます。**

つまり、上記の国会答弁を通じて、厚生省が創設した「家庭医に関する懇談会」の報告とモデル事業に対して日医から意見や反発が示されたこと、さらに日医との調整を経て、かかりつけ医推進モデル事業が創設された経緯を読み取れる。

ここで登場する「家庭医に関する懇談会」とは1985年6月に議論をスタートさせた検討組織。1987年4月に示された報告書では、図表6のような機能が今後の医療制度に求められると指摘していた。

¹⁴ 約40年前の家庭医構想に関しては、2021年8月16日拙稿「[医療制度改革論議における『かかりつけ医』の意味を問い直す](#)」でも取り上げた。一部の内容は本稿と重複しているため、参照されたい。

¹⁵ 1991年9月18日、第121回国会会議録参議院厚生委員会における全日本民主医療機関連合会長の蒞昭三氏の発言。

¹⁶ 1993年3月26日、第126回国会会議録参議院厚生委員会における厚生省健康政策局長の寺松尚氏による答弁。一部の文章は読みやすいように省略した。明らかな誤植は筆者の判断で訂正した。

これを今回の制度整備とか、かかりつけ医などの定義を示した図表1と比較すると、相当な部分が重複しており、かなり先進的な内容を含んでいたと理解できる。

では、どんな反発が日医から示されたのか。国会答弁では医師の裁量や患者の主治医の選定、診療報酬の変更などに関し

て、「日本医師会からの御意見」が出たと述べられており、厚生省が発刊した『家庭医に関する懇談会報告書』を読むと、かなり詳細な内容が示されている。

具体的には、「ゲストスピーカー」として、聖路加看護大（現聖路加国際大学）の学長だった日野原重明氏など

図表6：約40年前に厚生省懇談会が示した「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

多くの人の講演録や発言が本の末尾に記載されており、その一つとして、懇談会に加わっていた日医常務理事の発言も記録されている。概要は下記の通りである¹⁷。

- ・ 厚生省は 1985 年度予算案概算要求で、「家庭医制度創設準備費」を盛り込んだが、日医は非常に敏感に反応した。「家庭医」という言葉が色々な面で、刺激的だったためだ。
- ・ 1983 年 4～5 月に雑誌『健康保険』に掲載された「医療保険政策の構想」という論文では、診療所の報酬を出来高払いではなく、定額払いにする考えが提唱されていた。これは当時、保険局長だった吉村仁事務次官の発言と重複していた。
- ・ そこで、日医としては、定額払いを厚生省が家庭医に絡めて来ると警戒しており、発表を「来るものが来た」と捉えた。つまり、医師を家庭医として認定することで、認定権の掌握を通じた支配と、定額払いによる医療費削減を狙っているのでは。この認識の下、反対運動を展開した。

つまり、日医としては、家庭医の制度化が医療費適正化の手段として位置付けられるのではないかと懸念したわけである。さらに診療報酬に関しても、個別の検査・治療行為を評価する出来高払いではなく、登録人数などに応じた支払う定額払い（包括払い、人頭払いなどと呼ばれる時もある）に変えるつもりではないかと疑った。さらに、その認識の下、厚生省が企図した家庭医に関するモデル事業に対して、反対運動を展開した——と記されている。

¹⁷ 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 pp97-108 における日医常任理事だった松石久義氏の発言。

2 | かかりつけ医という言葉が浮上するまでの経過～当時の時代背景～

では、こうした日医の発言や懸念はどこまで実態に沿っていたのだろうか。別の資料で見ると、日医が疑心を持った事情を推測できる。まず、発言に出ている『健康保険』に掲載された匿名の雑誌論文は後年、厚生省監修の書籍¹⁸に資料として掲載されている。このため、厚生省官僚が省内の検討経過を論文として公表したのは間違いでない。実際、厚生省官僚 OB に対するオーラルヒストリー（口述歴史）でも、複数の官僚 OB が執筆者を実名で挙げている¹⁹。

そこで、厚生省監修の書籍に掲載されている論文を読んでみると、確かに「大胆な一試案」として、登録した患者に対し、ホームドクター（家庭医）が相談指導・生活管理を担う必要性とか、ホームドクターに関する診療報酬制度を定額払いにする考えが披歴されている。さらに、効果や問題点を把握するため、地域や特定の保険者（保険制度の運営者）に限ってホームドクター制を試行実施することも検討に値すると記されている。こうした記述を勘案すると、日医が「家庭医」「モデル事業」という言葉に敏感になった背景を想像できる。

さらに、日医常務理事の発言に登場する「吉村仁氏」とは、後に事務次官になった厚生省の官僚であり、当時は「鬼にも蛇にもなって医療費適正化をやる」²⁰と述べたり、増加する医療費が国を亡ぼす「医療費亡国論」という考え方を提起²¹したりするなど、医療費抑制に向けて過激な発言を繰り返していた。

こうした事情と背景の下、日医は「家庭医構想＝医療費削減の手段」と理解するに至り、反対運動を展開したことで、厚生省の構想は頓挫。その代わりに、かかりつけ医という概念が考案され、モデル事業が始まるに至った。つまり、約 40 年前の家庭医構想の失敗を踏まえ、曖昧なかかりつけ医を普及させることで、日医と厚生省が合意した経過を確認できる。

誤解を恐れずに言えば、かかりつけ医は敢えて曖昧に設定されており、今回の制度整備でも約 40 年前と同じように登録制度の導入や診療報酬の見直しの是非が焦点になった末、曖昧さは解消しなかった。それだけ約 40 年前の経緯は議論に影響を強く及ぼしているし、医療制度における「かかりつけ医」という存在を分かりにくくしていると言える。

3 | かかりつけ医モデル事業の概要

次に、上記のような経緯を踏まえて、1993 年からスタートしたモデル事業の内容を考察する。モデル事業は地域の医師会主導だったため、地域ごとに体制や内容は違ったが、当時の雑誌²²では「モデル事業の一例」として、図表 7 のようなイメージが示されている。

つまり、かかりつけ医を中心に、小児や成人、中高年、在宅寝たきり老人、難病患者などを対象に、

¹⁸ 厚生省監修（1985）『医療保険制度 59 年大改正の軌跡と展望』年金研究所 pp226-260。

¹⁹ 2018 年 3 月発刊の報告書「厚生行政のオーラルヒストリー」における和田勝氏の発言 pp126-127、2017 年 3 月発刊の「国民皆保険・国民皆年金の『形成・展開・変容』のオーラルヒストリー」p57 における多田宏氏の発言を参照。なお、匿名論文の著者名を見ると、1983 年 4 月号は「医療保険政策研究会」、同年 5 月号は「医療保障政策研究会」となっている。和田氏によると、これは 4 月の論文が公表された後、「医療保険政策研究会」という組織が別に実在していることが分かったため、同じ名前を書くのはマズいと判断した結果という。

²⁰ 1983 年 1 月 31 日に開催された会合での発言。同年 2 月 21 日『社会保険旬報』を参照。

²¹ 吉村仁（1983）「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」『健康保険』1983 年 3 月号などを参照。

²² 1994 年 6 月号『ばんぼう』を参照。

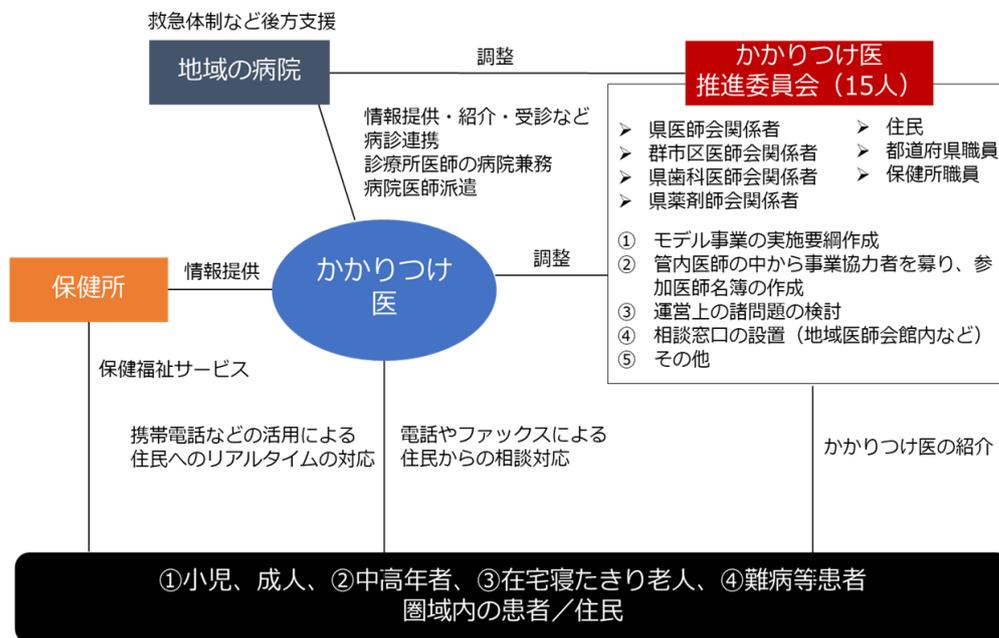
電話やファックス、携帯電話などによるリアルタイムの相談対応を受け付けることが重視されている。

さらに、地域の病院が情報提供や紹介・受診、救急患者の受け入れ、医師の派遣などを通じて、かかりつけ医を支援することも想定されていた。驚くことに図表7では、新型コロナウイルスへの対応で課題となった保健所との連携まで考慮されている。

以上のように考えると、モデル事業では現在の医療提供体制改革でも論じられているプライマリ・ケアへの対応とか、病院—診療所の連携を含めた医療機関の機能分化などが相当程度、意識されており、その先進性が浮き彫りになる。

さらに、当時の記録や雑誌を読むと、一部の地域の医師会がモデル事業に積極

図表7：かかりつけ医推進モデル事業の一例



的に取り組んだ様子を見て取れる。例えば、地域の医師会が診療所間の連携や病院・診療所連携、広報誌による啓発、相談窓口の設置などに取り組んでいた記録が残されている²³。さらに、大阪府医師会では高槻市医師会で1991年から実施されていた「在宅医療支援システム」を国に推薦し、モデル事業の指定を受けたほか、自らも府民向けポスターの作成などを通じて周知を図ったという²⁴。

それにもかかわらず、現時点も同じような「医療機関の機能分化」「かかりつけ医の機能強化」が議論されている点を踏まえると、モデル事業の効果には疑問を持たざるを得ないし、「自治や実践だけで十分なのか」という印象を抱く。

さらに、当時の資料を紐解くと、今と余り変わらない議論が展開されていることに気付かされる。例えば、当時の日医会長は「国民にかかりつけ医を持ってもらい、医療提供側もかかりつけ医としてふさわしい機能を備えることを第一の条件としたい」²⁵、「診療所や小病院を活性化することでかかりつけ医機能を向上させていくということで、(筆者注：医療機関の機能分化に向けて)自然に体系化ができていくと私は楽観的に考えている」²⁶などと述べており、今と酷似した発言と言わざるを得ない。

なお、誤解を受けるかもしれないので念押ししておく、「医療界が全く進化していない」と批判す

²³ 1996年『月刊ミクス』増刊号を参照。

²⁴ 大阪府医師会編(2000)『大阪府医師会50年史』大阪府医師会発行p230を参照。

²⁵ 1992年5月18日『週刊社会保障』No.1689における日医の村瀬敏郎会長に対するインタビューを参照。

²⁶ 坪井栄孝(2004)『変革の時代の医師会とともに』春秋社p318を参照。1996年7月28日に開催された石川県医師会創立記念祭特別講演での発言。

ることは筆者の本意ではない。モデル事業の頃に比べると、国民にとって在宅医療の選択肢は格段に広がったし、医療と介護・福祉の連携も一般的になった（約30年前のモデル事業では福祉・介護との連携はほとんど意識されていない）。それでも現在、同じような論点が話題になっているのを見ると、「なぜ同じ議論が続くのか」といった疑問を持つのは筆者だけではないだろう。

さらに言うと、モデル事業は今回の制度整備を考える上での「補助線」になり得ると考えている。つまり、両者とも現場の自治と実践に力点が置かれており、モデル事業の顛末は今回の制度整備の行く末を暗示しているようにも見える。

具体的には、約30年前のモデル事業では自治と実践に力点が置かれた分、一部では積極的な現場が見られた半面、全国一律の動きにならなかった点は指摘せざるを得ない。さらに、自治と実践に基づく対応は俗人的にならざるを得ず、長続きしない危険性を伴うマイナス面も見逃せない。今回の制度整備については、詳細が決まっておらず、結論を導き出すのは時期尚早かもしれないが、同じ運命を辿らないか危惧している。

つまり、一部の医師会による取り組みが「好事例」としてPRされるかもしれないが、これが永続的に継続しない、あるいは全国に広がらない可能性である。

5——求められる対応、考えられる選択肢

1 | ボトムアップによる創意工夫

では、かかりつけ医機能を医療現場に定着させる上で、どんな方法が考えられるだろうか。今後、厚生労働省が細部を検討することになっているため、現状で想定し得る論点を考察する。

まず、繰り返し強調している通り、現場の自治と実践に力点が置かれている以上、都道府県と地域の医師会の創意工夫が欠かせない。是非とも「地域の実情」に応じた形で、図表2で掲げた今回の制度整備を通じて、図表1で掲げたような機能が地域で充足するような努力に期待したい。

特に、これまでも在宅医療・介護連携推進事業の枠組み²⁷などを通じて、医療・介護連携が進んでいる地域は少なくないし、今回の新型コロナウイルスへの対応では、重症化しやすい高齢者のケアに関して、医療機関と介護事業所の連携強化が意識された²⁸。このため、今回の制度整備を契機に、コロナ前、あるいはコロナ対応から積み上げた取り組みを一層、強化するような展開が期待される。

さらに、こうした現場の取り組みを後押しするため、医療機関の負担を軽減する配慮も求められる。例えば、本稿の前半では医療機能情報提供制度の情報が定期的に更新されていなければ、国民や患者に活用してもらえない危険性を指摘したが、医療機関の立場で言うと、「日々の診療や経営が忙しい中で、医療機能情報提供制度なんて更新できない」と考えるのは止むを得ない面がある。

そこで、デジタル技術を活用し、医療機関が厚生局（厚生労働省の出先機関）に診療報酬の加算を届け出たり、都道府県の定期的な立入検査を受けたりした場合など、これまでの事務手続きを通じて、

²⁷ 市町村が地域の医師会と協力しつつ、医療・介護事業者に対する研修や住民向け啓発などを実施する事業。2015年度制度改正で創設された。介護保険20年を期した拙稿コラムの[第12回](#)を参照。

²⁸ 例えば、東京都内における対応については、自宅療養者への往診や高齢者施設に対する支援が実施された。王子野麻代・清水麻生（2023）「コロナ自宅療養者に対する健康観察及び医療体制に関する調査」『日医総研 ワーキングペーパー』No. 468などを参照。神奈川県では医師による往診を通じて、高齢者施設における患者の重症化を防止する取り組みが実施された。神奈川県が2023年7月31日に公表した報告書「新型コロナウイルス感染症 神奈川県対応記録（保健医療編）」を参照。

かかりつけ医機能を果たしていることが国や都道府県が把握できれば、かかりつけ医機能報告制度や医療機能情報提供制度が自動的に更新されるような対応も検討する必要がある。

2 | 診療報酬の加算など制度面での対応

しかし、それだけでは不十分であり、一定程度の制度的な担保が必要と考える。例えば、かかりつけ医機能に手を挙げた医療機関に対する経済的なインセンティブとして、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科や機能強化加算²⁹などの加算額の引き上げや要件の見直しが想定される。今回の制度整備で盛り込まれた書面交付制度を加算の要件に絡めることで、継続的な医学管理を必要とする患者に対する支援を強化する選択肢も考えられる。

さらに、かかりつけ医機能の普及を図る上では、かかりつけ医が患者の状態を把握したり、患者が医師と継続的な信頼関係を構築したりすることが重要になるため、患者の医療・健康情報を一元化するPHR (Personal Health Record) を活用することも考えられる。事実上のPHRとしての機能が期待されるマイナンバーカードと保険証の一体化（いわゆるオンライン資格確認）を活用するのも一案と思われる。

なお、本稿は今回の制度整備に力点を置く説明になったため、詳しく触れなかったが、筆者は「かかりつけ医機能を強化する上では、患者—医師の継続的な関係を確保するため、何らかの形で『医療の入口』を絞り込む選択肢が必要」と考えている。このため、今回の書面交付制度についても、書面を発行できる医師を1人に絞らなければ、制度整備の意味が減退すると危惧している。

しかし、「医療の入口」を絞る究極的な選択肢の一つである登録制度については、今回の見直し論議で賛成派、反対派の意見が最も対立した部分である。ここで論争を簡単に整理すると、賛成派は「医療の入口」が絞り込まれることを通じて、継続的なケアが可能になるなど、患者に対する医療の「責任体制」が強化される点を総じて重視していた。つまり、新型コロナウイルスのような危機の下では、発熱対応やワクチン接種、健康観察などの責任体制が明確になるし、平時でも健康管理などが可能になるという主張である。

その反面、登録制度の下では、医療機関の選択に関する患者の権利が奪われるため、患者の不安が予想された³⁰し、「医療費抑制のために国民の受診の門戸を狭めるようなことであれば認められない」という日医の反対³¹にも遭った。筆者もイギリスのように全国民を対象とした厳格な登録制度はフリーアクセスに慣れた日本に合わないと考えている³²。

²⁹ 機能強化加算は2018年度診療報酬改定で創設された。当初は「地域包括診療加算」「地域包括診療科」などの加算を取得することが前提だったが、細かい要件は決まっていなかった。しかし、2022年度改定では、▽他の受診医療機関の有無や処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を実施するとともに、診療録に記載、▽専門医や専門医療機関への紹介、▽健康診断の結果など健康管理に関する相談への対応、▽保健・福祉サービスへの相談対応——などが要件に加えられるなど、要件や基準が厳密になった。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）](#)」を参照。

³⁰ 健康保険組合連合会が2021年3月に公表した「新型コロナウイルス感染症拡大期における受診意識調査報告書」では、「体調不良時に、最初の受診は事前に選んで登録した医師に限定され、当該医師からの紹介状または救急時以外の病院を自由に受診できない」という状況になった場合、「まったく不安を感じない」が5.5%、「それほど不安を感じない」が29.4%、「やや不安を感じる」が41.9%、「非常に不安を感じる」が17.6%という結果であり、不安を感じるという結果が計5割を超えていた。回答者数は計2,636人。

³¹ 2022年4月27日の記者会見における日医の中川会長の発言。同日『m3.com』配信記事を参照。

³² ここでは詳しく触れないが、イギリスの医療制度では、患者は診療所に登録する義務を課せられており、診療所で紹介状を受け取らないと、高度な医療機関を受診できない。一方、診療所では家庭医 (GP, General Practitioner) と呼ばれるプ

しかし、フリーアクセスの下では、責任体制が明確にならない問題点が露呈したのも事実である。つまり、「責任体制の強化」「受療権の確保」はトレードオフの関係性であり、賛成派と反対派の意見は折り合わない構造を有していた。

それでもトレードオフを乗り越える選択肢は十分可能であり、例えば高齢者など医学的なケアが必要な患者に限る選択肢³³とか、介護保険の要介護認定に使われる「主治医意見書」と絡める選択肢、さらに希望する患者には健康な人にも「医療の入口」の絞り込みを認める選択肢、患者負担や保険料の変更などを通じて受療行動を誘導する方法などが考えられる³⁴。

特に患者負担に関しては、2016年度以降、紹介状を持たない大病院を受診した場合、追加で料金を徴収するの仕組みが採用されている³⁵。このため、「いつでもどこでも」という純粋な意味でのフリーアクセスは実質的に修正³⁶されており、「責任体制の強化」「受療権の確保」の間でバランスを取りつつ、将来的な制度改正を議論する必要があると考えている。

当面は今回の新制度を有効に機能させるための努力が優先されるが、かかりつけ医機能の一層の強化を図る上では、「登録制度」「フリーアクセス」という言葉に振り回されず、実質的な着地点を模索する柔軟性が求められる。

6—おわりに

本稿では、全世代社会保障法に盛り込まれた制度改正のうち、かかりつけ医機能の制度整備の行く末を占うことに力点を置いた。今後、厚生労働省が詳細を詰める見通しだが、今回の制度整備は現場の実践と自治に力点が置かれており、都道府県や地域の医師会のボトムアップによる取り組みが問われることは間違いない。実際、これまでも新型コロナウイルスへの対応や在宅医療・介護連携推進事業などの枠組みを通じて、様々な取り組みが実施されており、今回の制度整備に関しても、都道府県と医療界の創意工夫に期待したい。

しかし、現場の実践と自治だけで、かかりつけ医機能が全国に津々浦々まで充足するかどうか、疑問の余地がある。実際、かかりつけ医に関する約30年前のモデル事業の取り組みは一部の地域で一時の盛り上がりを見せものの、それが永続的かつ全国的に展開されたとは思えない。しかも、積極的な態度を見せている日医にしても、約30年前と発言の内容は変わっていないし、制度運営の中核を担う都道府県サイドの対応を見ても、現時点で積極的な動きは見られない。

ライマリ・ケアの専門医が全人的かつ継続的なケアを提供している。

³³ しかし、この議論には「年齢に着目する制度は高齢者差別」という反対意見も想定される、75歳以上を対象とした後期高齢者医療制度が2008年度に導入された際、慢性疾患を持つ高齢者に対応する「高齢者担当医」という仕組みが創設されたことがあったが、高齢者差別との批判を浴び、すぐに廃止に追い込まれた。

³⁴ ここでは詳しく触れないが、日本と同じようにフリーアクセスだったフランスは2005年以降、「かかりつけ医」への受診を義務付ける仕組みを導入した。しかし、他の医療機関への受診は認められており、その場合は高額な患者負担を支払うことが求められる。フランスの事例については、松本由美（2018）「フランスとドイツにおける疾病管理・予防の取組み」『健保連海外医療保障』No. 117、松田晋哉（2017）『欧州医療制度改革から何を学ぶか』勁草書房、加藤智章（2012）「フランスにおけるかかりつけ医制度と医療提供体制」『健保連海外医療保障』No. 93などを参照。

³⁵ 累次の制度改正を経て、追加負担を徴収する医療機関の対象は徐々に拡大されており、負担額も上乘せされている。紹介状なし大病院受診の追加負担の経緯に関しては、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。

³⁶ 実際、2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書では、フリーアクセスという言葉の意味を「いつでも、好きなところで」という解釈ではなく、「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要があるとされた。これは「必要なときに迅速に必要な医療」という言葉で、2022年12月の全世代型社会保障構築会議の報告書でも踏襲された。

このため、診療報酬上の手当など何らかの形で国による制度的なテコ入れ論議は欠かせなくなると
思われる。今後は現場レベルのボトムアップの積み上げとともに、国の制度面での対応を通じて、か
かりつけ医機能が充実することに期待したい。さらに、今回の制度整備の結果次第では、一層の制度
改正に向けた検討も意識する必要がある。