

基礎研 レポート

4月から始まった「かかりつけ医」 の新制度は機能するのか

地域の自治と実践をベースに機能充実を目指す仕組み、最後は診療報酬で誘導？

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～4月から始まった「かかりつけ医」の新制度は機能するのか？～

身近な病気やケガの治療などに当たる「かかりつけ医」の機能を強化するための制度が2025年4月からスタートした。新しい制度では、身近な病気やケガへの対応や、在宅医療の提供などについて、都道府県が診療所や中小病院の報告を受け付けた上で、その現状を地域単位で可視化する「かかりつけ医機能報告制度」が創設される。さらに、こうした情報を都道府県が住民に公表するとともに、都道府県を中心に、市町村や地域の医師会、介護団体など関係者の協議と合意形成を通じて、足りない機能を充足させることも目指されている。現時点では、具体的な協議は2026年度から本格化することになりそうだ。

本稿では、かかりつけ医に関する今回の新たな制度の論点や展望を考察する。具体的には、制度の概要を検討することで、この仕組みが自治体や地域の医師会の実践と自治をベースにしている点を明らかにする。その上で、現場で制度の運営を司る都道府県による創意工夫、地域の医師会による主体的な参加が欠かせない点を強調する。

しかし、検討過程では厚生労働省が「かかりつけ医機能の報告が医療機関を縛るものではない」と説明する一幕があるなど、あらゆる場面で行政的な関与が限定されているのも事実である。しかも、関係団体の言説を振り返ると、「かかりつけ医」という言葉が初めて注目された約30年前から余り変わっておらず、自治と実践に頼る限界も見受けられる。本稿では、こうした点を指摘しつつ、今後の展望として、最終的には診療報酬で誘導される可能性を論じる。

2——かかりつけ医、かかりつけ医機能の定義

1 | かかりつけ医、かかりつけ医機能とは何か？

まず、「かかりつけ医」「かかりつけ医機能」という言葉を整理する。日本医師会（以下、日医）など診療団体が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いる。

具体的には、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。

これを1人の医師が担うのは事実上、困難であり、当時の日医会長も「高い目標を掲げています。(筆者注:意見調整では)『こんなに高い目標はできません』と言わ

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」

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」と述べている¹。

2 | 言葉遣いは分かりにくいが…

ここで、注目されるのは「機能」という言葉である。そもそも、日医が『「かかりつけ医」とは、患者が医師を表現する言葉』と繰り返し論じている²通り、かかりつけ医を決めるのは患者自身の判断や意識、行動である。このため、かかりつけ医を定める要件や基準などは定められておらず、「能力」という言葉が意図的に避けられている。

この点については、身近な病気やケガに対応する専門医である「総合診療医」との対比で明らかになる。現在の制度改正の流れを作った2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書（以下、国民会議報告書）では、下記のような一節がある（下線は筆者）。

- ▽ 高齢化等に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加する中、これらの患者にとっては、複数の従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師（総合診療医）による診療の方が適切な場合が多い。これらの医師が幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を提供することで、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応できると考えられ、さらに、他の領域別専門医や他職種と連携することで、全体として多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することができる。
- ▽ フリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須であり、そのためには、まず医療を利用するすべての国民の協力と、「望ましい医療」に対する国民の意識の変化が必要となる。

¹ 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（以下、肩書は全て当時）のコメント。

² 2022年4月27日会見における日医の中川俊男会長の発言。同『m3.com』記事を参照。

つまり、国民会議報告書は総合診療医について、幅広い疾患や障害に対応するための「能力」を有する医師と説明している。具体的に言うと、日本プライマリ・ケア連合学会の専門医資格を取得することで、能力を満たしている医師と認定されていることを意味する。

これに対し、かかりつけ医について、国民会議報告書では、患者が医療機関を自由に選べる「フリーアクセス」を維持しつつ、かかりつけ医が対応できない複雑な病気やケガの場合、専門医を紹介する「ゲートキーパー機能」を緩やかに強化するため、その「機能」を普及させる方向性が定められている。しかも、普及策は特段に定められておらず、「望ましい医療」に関する国民の意識、つまり医療のかかり方に解決策を求めている。

要するに、かかりつけ医とは、国や都道府県が何らかの基準で「認定」したり、「能力」を判定したりするような概念ではない。このため、今回の制度は「かかりつけ医の能力向上」ではなく、「かかりつけ医機能の強化」が目的とされている。

付言すると、今回の制度改正で強化を目指す対象は「かかりつけ医機能」であり、「かかりつけ医」という個人ではない。このため、かかりつけ医機能を強化するための研修・教育も、「かかりつけ医に対する教育・研修」ではなく、国や日医の資料では「かかりつけ医機能の確保に向けた医師の教育や研修」と説明されている。つまり、かかりつけ医が果たしている「機能」を強化するのが目的であり、かかりつけ医という個人の「能力」を向上させるわけではないという説明である。

この辺りの説明は本当に分かりにくく、筆者自身としても、かかりつけ医を利用する住民に対し、言葉遣いや言い回しを伝えられる自信がない。しかし、医師自らの自律性を重視するプロフェッショナル・オートノミー（専門職による自治）の下、国家の統制を嫌う日医との調整を経た現時点での到達点であり、今回の新たな制度を理解する上では、最初に踏まえなければならない点である³。

3 | 40年前の家庭医構想と今回の制度創設に至る経緯

そもそも、こうした分かりにくい状況になっている背景として、約40年前の「家庭医構想」の影響を無視できない⁴。厚生省は1985年6月、日医幹部や有識者らで構成する検討会（家庭医に関する懇談会）を組織し、開業医の高齢化や慢性疾患患者の増加などを見越しつつ、幅広い疾病に対応する「家庭医」という制度を作ろうとした。

しかし、日医は国家統制に繋がると反対した。特に、医療費抑制の論議が本格化したタイミングだったため、受診する医療機関を事前に指名する登録制度や、登録した人口に応じて診療報酬を支払う人頭払いが導入されることに対する日医の警戒感が強くなったためだ。

結局、厚生省はモデル事業の実施を断念。その代わりに、現行のフリーアクセスを維持しつつ、開業医の機能を活性化させるため、地域の医師会を中心に「かかりつけ医」の普及を目指すモデル事業が1993年度から始まった。

³ 日医のプロフェッショナル・オートノミーについては、日医ウェブサイトや2012年11月20日『日医ニュース』を参照。
<https://www.med.or.jp/doctor/international/wma/seoul.html>

⁴ 家庭医構想の経緯については、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、厚生省保険局企画部監修（1986）『医療保険制度50年代改正の軌跡と展望（改訂版）』年金研究所、『週刊社会保障』『社会保険旬報』『国保実務』などを参照。2023年7月24日拙稿「[「かかりつけ医を巡る議論とは何だったのか」](#)」、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。

要するに、かかりつけ医とは家庭医構想に際して、国家統制を嫌った日医の意向を踏まえ、意図的に曖昧に作られた概念であり、今回の制度創設に至る経緯では、こうした曖昧な位置付けを明確にするかどうか論点になった。

具体的には、各種調査⁵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、新型コロナウイルスの発熱外来やワクチン接種を巡って、患者が受診を断られる場面が散見された。つまり、かかりつけ医が患者の判断や意識、行動に頼っている曖昧さが浮き彫りになった⁶。

このため、財務省や健康保険組合連合会（以下、健保連）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。要は患者―医師の関係を固定化させることで、予防や感染症対策、関係機関との連携も含めて、医療・保健・福祉の責任体制を明確にするアイデアである。

しかし、日医は「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」「患者さんにもっともふさわしい医師が誰かを、数値化して測定することはできません」⁷、「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療にアクセスできる現在の仕組みを守る」⁸と主張した。つまり、フリーアクセスを前提にしつつ、かかりつけ医機能の充実を重視する考え方である。

その後、関係団体やメディア、学識者、シンクタンクが賛否両派に分かれて激しい議論を交わしたが、日医の主張に概ね沿うような形で、フリーアクセスなど現行制度をベースにしつつ、機能を強化することで決着し、2023年の通常国会で医療法などが改正された。

このため、日医の松本吉郎会長が「本制度を性急に医療制度の改革の材料として活用したり、何らかの規制をかけるといった話ではありません。この点が非常に大事。そのようなもの（筆者注：登録制度などを指す）に利用される制度では全くありません」¹⁰と念押ししている通り、今回の制度では登録制度や認定制度などは想定されていない。

以上、前置きが長くなったが、以下では新たな制度の概要を考察する。その際、筆者自身としては、かかりつけ医を制度的に明確にすることに賛成の立場だが、できるだけ私見を抑えつつ、新たな制度の説明と展望を試みることにする。さらに議論を進める際には、▽施行に向けた課題などを話し合う

⁵ 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。

⁶ 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た。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た。かかりつけ薬剤師に関しては、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。

⁷ 2022年4月27日会見における日医の中川会長の発言や会見資料から引用。日医ウェブサイトの資料に加えて、同日『m3.com』配信記事を参照。

⁸ 2022年6月26日の臨時代議員会における日医の松本会長の発言。『m3.com』配信記事を参照。

⁹ その当時の議論については、日本記者クラブが2002年9月から2024年3月までの間、計10回開催した「かかりつけ医を考える」講演の動画・資料に加えて、制度化賛成派の主張として、井伊雅子（2024）『地域医療の経済学』慶應義塾大学出版会、草場鉄周（2022）「コロナ後の日本のプライマリ・ケアの再構築のために」『健康保険』2022年10月号、2022年12月に開催された日本総合研究所のシンポジウム資料などを参照。筆者も制度化賛成派に近いであり、当時の主張は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。一方、制度化反対派の主張では、二木立（2024）『病院の将来とかかりつけ医機能』勁草書房、森井大一（2024）『かかりつけ医機能と感染症有事』勁草書房などを参照。

¹⁰ 2025年1月3日『m3.com』配信記事を参照。

ため、2023年11月から8回の会合を重ね、2024年7月にまとめた「かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会」（以下、分科会）の報告書や議論、▽都道府県の担当者などを対象に、厚生労働省が2回開催した「かかりつけ医機能報告制度に係る自治体向け説明会」（以下、自治体説明会）——などの資料を用いる。

3——かかりつけ医機能報告制度の概要

1 | 2023年通常国会における法改正の内容

まず、2023年通常国会で改正された医療法の内容は図表2の通り、(1) 医療機関や薬局の機能を明らかにするため、都道府県が運営している「医療機能情報提供制度」の刷新、(2) 「かかりつけ医機能報告制度」の創設、(3) 患者に対する説明——という3つに整理できる。

このうち、(1) では、医療機関や薬局の状況を住民に公表するため、都道府県が運営している「医療機能情報提供制度」を抜本的に見直すことで、患者に対する情報提供の充実が企図されている。さらに、(2) では、かかりつけ医機能の現状について、都道府県が診療所や中小病院から報告を受ける「かかりつけ医機能報告制度」を創設する部分である。(1) (2) は一体的に運営されることになっており、制度運営の流れを説明する中で、併せて説明する。

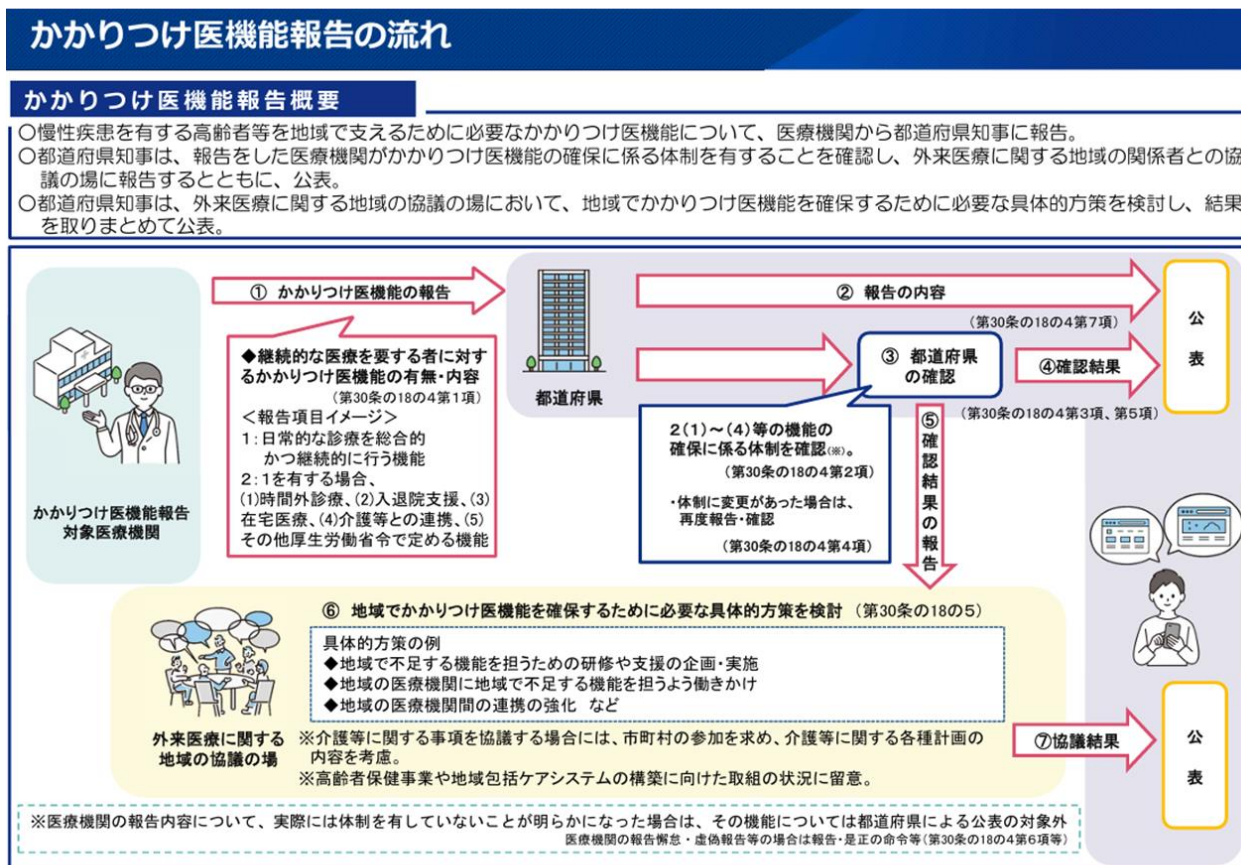
(3) の「患者に対する説明」では、慢性疾患の患者の求めに応じて、(2) の確認を受けた医療機関が提供する医療の内容を書面で交付する仕組み。こちらは(1) (2) を説明した後、簡単に述べる。

図表2：2023年通常国会で成立した仕組みの概要

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。

出典：厚生労働省資料から抜粋

図表3：かかりつけ医機能報告制度の主な流れ



出典：厚生労働省資料から抜粋

2 | 新制度の主な流れ(1)機能報告の「1号」

今回の新制度では図表3の通り、かかりつけ医機能を果たしている診療所や中小病院が自らの機能を都道府県に報告する部分から始まる。これは「1号機能」「2号機能」に分かれているので、別々に説明する。

このうち、1号機能では「かかりつけ医が身近な病気やケガに対応できているか」という点を可視化することに力点が置かれている。具体的には、図表4の通り、診療現場で一般的な17の診療領域、40種類の疾病について、医師が対応しているかどうか報告する。特に、40種類の疾病については、厚生労働省が実施している『患者調査』を基に、推計の外来患者数が多い傷病から設定された。

つまり、かかりつけ医機能報告制度に手を挙げる中小病院や診療所の医師が普段、診療や検査などに際して、どこまで身近な病気やケガに対応しているか、報告してもらうことに力点が置かれている。

さらに、▽日医が実施している「かかりつけ医機能研修制度」の修了者数、▽総合診療医の専門医資格を有している医師の数、▽マイナンバーカードを保険証代わりに使う「オンライン資格確認」を含めた「全国医療情報プラットフォーム」の参加・活用状況、▽服薬の一元管理に関する実施状況——なども報告してもらうことになっている。

このうち、かかりつけ医機能研修制度は2016年度から始まった取り組みであり、身近な病気やケガへの対応とか、在宅医療、学校医、オンライン診療、感染症対策などについて、日医幹部や現場の医師らが講義し、希望する医師が所定の講座を受講。有効期間(3年)の間に修了すると、都道府県医

師会から修了証書または認定証が発行される¹¹。

しかし、「機能」を強化するための研修であり、数字で試験結果を測定したり、合否が決まったりする「能力」試験ではない。これは「患者さんにもっともふさわしい医師が誰かを、数値化して測定することはできません」¹²という日医の考え方に基づいている。

図表4：かかりつけ医機能報告の「1号機能」で報告が求められる情報

17の診療領域	40種類の疾病
● 皮膚・形成外科領域 ● 神経・脳血管領域 ● 精神科・神経科領域 ● 眼領域 ● 耳鼻咽喉領域 ● 呼吸器領域 ● 消化器系領域 ● 肝・胆道・膵臓領域 ● 循環器系領域 ● 腎・泌尿器系領域 ● 産科領域 ● 婦人科領域 ● 乳腺領域 ● 内分泌・代謝・栄養領域 ● 血液・免疫系領域 ● 筋・骨格系及び外傷領域 ● 小児領域	● 高血圧 ● 腰痛症 ● 関節症（関節リウマチ、脱臼） ● かぜ・感冒 ● 皮膚の疾患 ● 糖尿病 ● 外傷 ● 脂質異常症 ● 下痢・胃腸炎 ● 慢性腎臓病 ● がん ● 喘息・慢性閉塞性肺疾患 ● アレルギー性鼻炎 ● うつ（気分障害、躁うつ病） ● 骨折 ● 結膜炎・角膜炎・涙腺炎 ● 白内障 ● 緑内障 ● 骨粗しょう症 ● 不安・ストレス（神経症） ● 認知症 ● 脳梗塞 ● 統合失調症 ● 中耳炎・外耳炎 ● 睡眠障害 ● 不整脈 ● 近視・遠視・老眼 ● 前立腺肥大症 ● 狭心症 ● 正常妊娠・産褥管理 ● 心不全 ● 便秘 ● 頭痛（片頭痛） ● 末梢神経障害 ● 難聴 ● 頸腕症候群 ● 更年期障害 ● 慢性肝炎（肝硬変、ウイルス性肝炎） ● 貧血 ● 乳房の疾患
その他	
● かかりつけ医機能に関する研修修了者数 ● 総合診療専門医数など	● 全国医療情報プラットフォームの参加・活用状況 ● 服薬の一元管理の実施状況

出典：厚生労働省資料を基に作成

3 | 新制度の主な流れ(2)機能報告の「2号」

さらに、新しい制度では、1号機能を報告した診療所や中小病院が「2号機能」を都道府県に報告することになっている。ここでは図表5の通り、(1) 通常の診療時間外の診療、(2) 入退院時の支援、(3) 在宅医療の提供、(4) 介護サービス等と連携した医療提供——という4つが示されており、それぞれ公表を求める活動状況が細かく書かれている。

例えば、1番目の時間外診療では、自院または連携している医療機関で実施されている時間外診療の状況や夜間・休日などの診療を評価する診療報酬上の加算（ボーナス）である「時間外対応加算」の取得状況¹³などが挙げられている。

2つ目の「入退院時の支援」では高齢者などが急変時に入院したり、回復時に退院したりする際、

¹¹ 具体的には、かかりつけ医が「患者中心の医療」「継続性を重視した医療」「チーム医療、多職種連携」「社会的な保健・医療・介護・福祉活動」「在宅医療」といった機能を果たせることを目指しており、カリキュラムについては、▽日医が発行する「生涯教育認定証」の取得などを要件とする「基本研修」、▽かかりつけ医としての倫理や質・医療安全や健康増進、在宅医療・緩和医療などの講座を日医幹部や現場の医師らから学ぶ「応用研修」、▽学校医や多職種連携会議への参加、訪問診療などを現場で学ぶ「実地研修」——の3つに分かれている。これまでに認定期間（2021～2023年度）で有効な実人数は4,195人、累計で1万4,162人が受講しているという。

¹² 2022年4月27日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。

¹³ 時間外対応加算は要件や加算額に応じて、「1～4」の4種類に分かれている。

手術などを実施する医療機関と、外来や在宅医療を提供する診療所や中小病院の円滑な連携が重視されている。具体的には、▽急変時に患者を受け入れる「後方支援病院」の確保状況、▽「入院時支援加算」など患者が入院した際の情報共有に関する加算の算定状況、▽地域で作られている「退院支援ルール」「地域連携クリティカルパス」の参加状況、▽診療所や中小病院から紹介患者を受け入れる「特定機能病院」「地域医療支援病院」「紹介受診重点医療機関」から紹介を受けた患者数¹⁴——などが列挙されている。

図表5：かかりつけ医機能報告の「2号機能」で報告が求められる4つの機能に関する情報

(1) 通常の診療時間外の診療

- ① 自院または連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況（在宅当番医制・休日夜間急患センターなどに参加、自院の連絡先を渡して随時対応、自院での一定の対応に加えて他医療機関と連携して随時対応など）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
- ② 自院における時間外対応加算1～4の届出状況、時間外加算、深夜加算、休日加算の算定状況

(2) 入退院時の支援

- ① 自院または連携による後方支援病床の確保状況、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
- ② 自院における入院時の情報共有の診療報酬項目の算定状況
- ③ 自院における地域の退院ルールや地域連携クリティカルパスへの参加状況
- ④ 自院における退院時の情報共有・共同指導の診療報酬項目の算定状況
- ⑤ 特定機能病院・地域医療支援病院・紹介受診重点医療機関から紹介状で紹介を受けた外来患者数

(3) 在宅医療の提供

- ① 自院または連携による在宅医療を提供する体制の確保状況（自院で日中のみ、自院で24時間対応、自院での一定の対応に加えて連携して24時間対応など）、連携して確保する場合は連携医療機関の名称
- ② 自院における訪問診療・往診・訪問看護の診療報酬項目の算定状況
- ③ 自院における訪問看護指示料の算定状況
- ④ 自院における在宅看取りの実施状況

(4) 介護サービス等と連携した医療提供

- ① 介護サービスなどの事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況（主治医意見書の作成、地域ケア会議・サービス担当者会議などへの参加、介護支援専門員や相談支援専門員と相談機会設定など）
- ② 介護支援専門員や相談支援専門員への情報共有・指導の診療報酬項目の算定状況
- ③ 介護保険施設等における医療の提供状況（協力医療機関となっている施設の名称）
- ④ 地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況
- ⑤ ACP（アドバンス・ケア・プランニング）の実施状況

出典：厚生労働省資料を基に作成

3 点目の「在宅医療の提供」では、▽自院または他の医療機関との連携の下で提供されている在宅医療の体制状況、▽訪問診療や往診、訪問看護の診療報酬項目の算定状況、▽在宅看取りの実施状況——などの報告を診療所や中小病院に求める。

最後の「介護サービス等と連携した医療提供」では、要介護認定に用いられる「主治医意見書」の作成とか、多職種連携の場である「地域ケア会議」などへの参加¹⁵、介護保険サービスの調整などを

¹⁴ ここで言う特定機能病院とは高度医療の提供を担う医療機関、地域医療支援病院とは紹介患者への医療提供や医療機器の共同利用などを担当する医療機関、紹介受診重点医療機関とは紹介患者を中心に受け入れる医療機関を指す。

¹⁵ ここで言う「地域ケア会議」とは多職種連携の下、「個別課題解決」「ネットワーク構築」「地域課題発見」「地域づくり・資源開発」「政策形成」という5つの機能が期待されている。現状と論点については、2024年12月24日拙稿『[『地域ケア会議』はどこまで機能しているのか](#)』を参照。

担う介護支援専門員（ケアマネジャー）や障害者福祉の支援計画を作る相談支援専門員からの相談機会の設定、この情報共有に関する診療報酬項目の算定状況、介護保険施設に対する医療の提供状況なども挙がっている。

さらに、介護との連携では報告事項として、「ACP」（アドバンス・ケア・プランニング）の実施状況も盛り込まれた。これは将来の医療や介護について、患者が家族や専門職と話し合うとともに、その内容を共有する取り組み。2018年3月に「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」が策定され、これに基づく対応が2020年度診療報酬改定の後、医療機関や介護事業所に対する要件の一つとして段階的に加えられている。

このほか、4つの機能以外でも、学校医など厚生労働省令で定める機能も報告対象となっており、概ね図表1の定義と一致した内容になっている。

4 | 新制度の主な流れ(3)医療機能情報提供制度での公表

その後、上記の情報の報告を受けた都道府県が「医療機能情報提供制度」を通じて、患者や住民に公表し、かかりつけ医の選定に役立ててもらうことも想定されている。

ここで言う医療機能情報提供制度とは、都道府県ごとに医療機関や薬局の情報を公開する仕組みであり、2006年医療法改正で創設された。それまでの制度では、提供されている情報が診療報酬の加算取得状況など、患者や住民には分かりにくい内容だったため、2024年4月施行の改正医療法を通じて「刷新」された。それに合わせて、「医療情報ネット（ナビイ）」という通称も付けられた。

既に情報は先行的に公表されており、▽何か言葉を入力する「キーワードで探す」、▽受付時間や場所などで検索する「急いで探す」、▽設備や利用者属性などを把握できる「じっくり探す」——に分かれて検索できるほか、「お気に入り登録」すると、医療機関や薬局を比較できる機能も付いている。

5 | 新制度の主な流れ(4)地域における協議

さらに、報告された情報を基に、都道府県が協議の場を地域単位で開催し、地域の医師会や市町村、介護事業者などの関係者と合意形成を図りつつ、自主的な対応を促すことになっている。ここで主に想定されている場とは「地域医療構想調整会議」（以下、調整会議）である。以下、「地域医療構想」「調整会議」を順に説明する。

まず、地域医療構想とは主に病床再編などを目的にした政策であり、これを基にした見直し論議が都道府県を中心に2017年度から本格的にスタートした。具体的には、都道府県が地域医療構想を策定する際、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年を意識しつつ、救急対応を司る「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」、長期入院の需要に対応する「慢性期」の各機能について、医療需要を病床数で推計。さらに、医療機関が担っている機能などの情報を都道府県に報告してもらう「病床機能報告」を通じて現状と比較し、将来の需要ギャップを明らかにすることに力点が置かれていた。

その後、目標期限だった2025年が到来したため、厚生労働省は基本的な構造を変えないまま、生産年齢人口が激減する2040年をターゲットにした「ポスト地域医療構想」の議論を始動させようとして

いる¹⁶。

しかし、日本の医療提供体制の大宗は民間によって占められており、国や都道府県は民間医療機関に対し、病床削減などを命令できない。

そこで、重視されているのが調整会議である。これは人口 20～30 万人程度で区分される「2 次医療圏」単位に設置されている会議であり、地域医療構想の実現に向けて、都道府県を中心に地域の医師会や医療機関経営者、市町村、介護事業所の経営者、住民などが地域医療構想を推進するための方策を検討することが重視されている。

さらに、地域医療構想とは別に、2021 年度の医療法改正を通じて、「中小病院、診療所が日常的な病気やケガに対応し、複雑なケースは大病院に紹介」「大病院は紹介患者を受け入れ」という外来の機能分化を目指すための協議の場も置かれるようになった¹⁷。多くの都道府県が地域医療構想の調整会議と一体的に運営している。

かかりつけ医機能に関する今回の制度でも、調整会議を含めた協議の場を通じて、地域の課題に関係者が認識し、自主的な対応を通じて、不足分を充足しようという考え方に立っており、入退院支援について、分科会報告や自治体説明会の資料では、図表 6 のような協議の流れが例示されている。

具体的には、関係者がデータや事例を基に、協議の場を通じて、「在宅療養中の高齢者が状態悪化で入院を要する場合、受け入れる後方支援病床を確保できていないため、入院まで時間が掛かり、その間に状態が悪化している」といった地域の課題を具体的に検討。その上で、こうした課題が起きている要因を抽出し、地域で目指すべき課題を協議。その上で、関係者が協議しつつ、対応策と役割分担を整理するとともに、対策で期待できる効果も予想することで、施策の PDCA が回るような仕掛けが期待されている。

ここで、注意を要するのは地域医療構想や外来機能分化との違いである。地域医療構想や外来機能分化では専ら病院における医療の役割分担などが重視されているのに対し、かかりつけ医機能では在宅医療や介護との連携など、住民に身近な部分をカバーする部分が想定されている。このため、かかりつけ医機能に関しては、2 次医療圏単位よりも小さな範囲で協議の場を開いた上で、保険者（保険制度の運営者）として介護保険財政を運営する市町村や市町村単位の医師会、介護サービス事業者などが参加することが重要になる。実際、2024 年 7 月に示された分科会報告では、下記のような内容が盛り込まれている。

▽ 実施主体である都道府県が市町村と調整して決定する。

▽ 協議するテーマに応じて、時間外診療、在宅医療、介護等との連携等は市町村単位等（小規模市町村の場合は複数市町村単位等）で協議を行い、入退院支援等は二次医療圏単位等で協議を行い、全体を都道府県単位で統合・調整するなど、「協議の場」を重層的に設定することを考慮する。

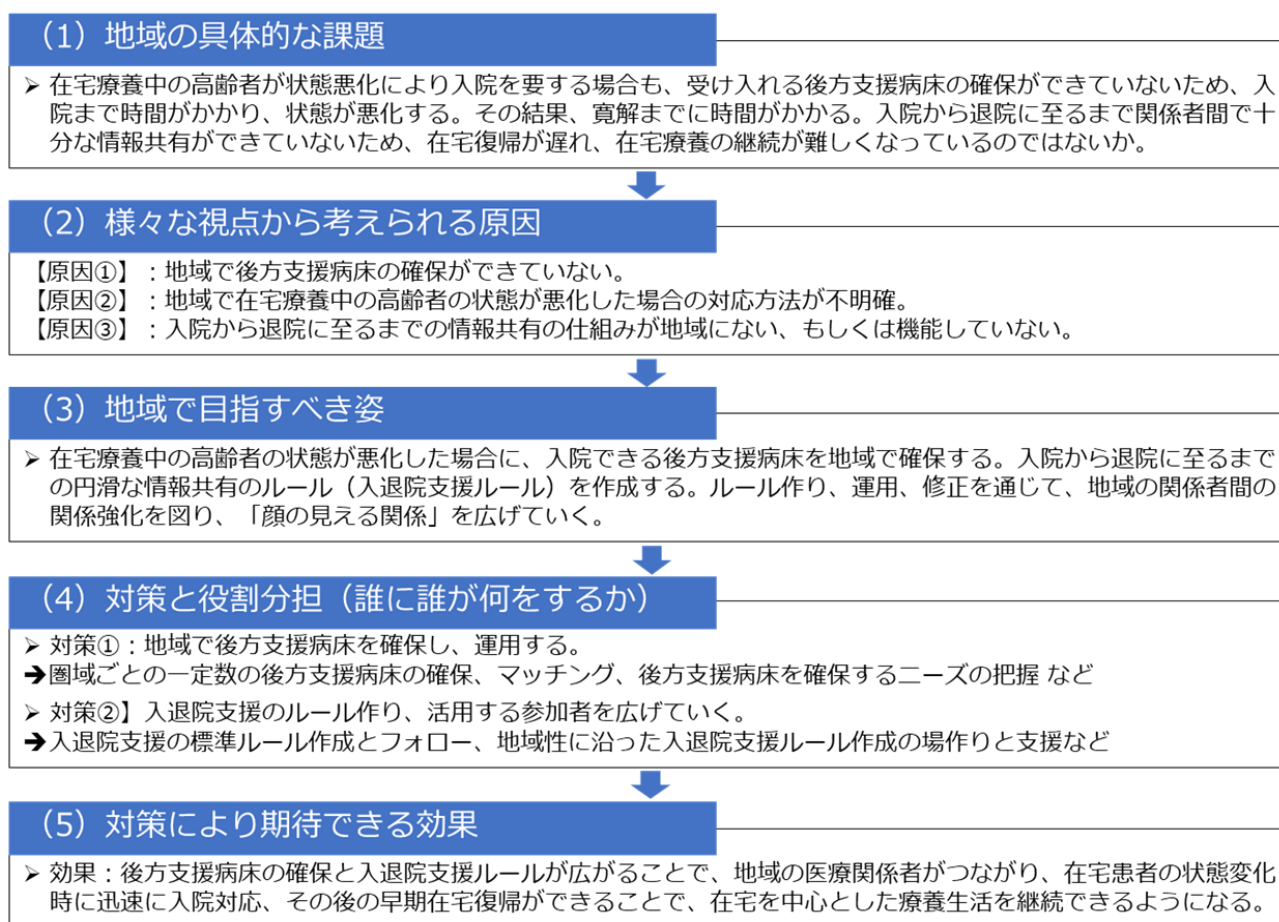
¹⁶ ここでは詳しく触れないが、「ポスト地域医療構想」に関しては、2024 年 12 月に審議会報告がまとまった。都道府県は 2026 年度中に新たな地域医療構想の策定が求められる。

¹⁷ 外来機能分化は幾つかの制度改正を経ている。具体的には、2016 年度診療報酬改定で、紹介状を持たずに大病院に受診すると、追加負担を取る見直しが始まった後、「大病院」の対象が少しずつ広げられたほか、追加負担の額も 7,000 円に増えた。さらに、2021 年改正医療法では、地域の協議を通じて、診療所や中小病院から紹介患者を受け入れる「紹介受診重点医療機関」を決定することも決まった。詳細については、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](#)」、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](#)」を参照。

- ▽ 協議の場の参加者については、協議するテーマに応じて、都道府県、保健所、市町村、医療関係者、介護関係者、保険者、住民・患者（障害者団体・関係団体を含む）等を参加者として、都道府県が市町村と調整して決定する。

つまり、制度の運営を現場で担う都道府県が医療機関の経営者や地域の医師会など医療関係者だけでなく、市町村や介護事業所の経営者などと柔軟に連携を図ることが重要という考え方である。さらに、検討を進める際の圏域についても、必ずしも2次医療圏単位にこだわらず、柔軟に設定する必要性も強調されている。

図表6：入退院支援に関して、協議の場における議論の進め方のイメージ



出典：厚生労働省資料を基に作成

6 | かかりつけの関係を証明する書面の交付

最後に書面交付の仕組みに触れる。この仕組みに関して、改正医療法や分科会報告、2025年4月に示された施行通知などに従うと、下記のようなケースが書面交付に該当する。

つまり、2号機能に関して、都道府県の確認を受けた医療機関が慢性疾患を有する高齢者など継続的な医療を要する患者に対し、在宅医療や外来医療を提供する際、説明が特に必要な場合で、患者や家族から求めがあった時である。ここで言う慢性疾患の患者とは、高齢者のほか、障害者・児、難病患者、人工呼吸器などを付けて在宅で暮らす子どもを指す医療的ケア児などであり、継続的とは「概

ね4カ月」とされている。

さらに、こうしたケースに関して、医師が患者に対し、▽症状、食事などの状況を評価する ADL（日常生活動作）の状況、体温や脈拍、排便、食事などの状況、疼痛の有無といった現在の症状、▽スケジュールや目標、検査や服薬、点滴、処置などの治療内容、治療の方針や計画内容、▽その他、生活上の配慮事項など——などを説明するとされている。このほか、新たな制度に沿って、1号機能や2号機能についても説明することが想定されている。

では、このような仕組みの特色は何だろうか。以下、(1) フリーアクセスを維持、(2) 国や都道府県の関与を限定、(3) 医療機関が参入できる「間口」を拡大——という3点を挙げ、緩やかな仕組みになった点を確認する。

4——新たな制度の特色

1 | フリーアクセスを維持

まず、今回の制度の特色として、現行のフリーアクセスが維持されている点を踏まえる必要がある。既に述べた通り、今回の機能報告制度では、地域の現状の可視化が図られるとともに、地域の協議に基づいて不足分を充実させることに主眼が置かれており、登録制度の考え方は全く意識されていない。

言い換えると、患者は自由に医療機関を選べるし、複数のかかりつけ医を持つことも可能である。書面交付制度についても、法律の条文は「努める」という規定であり、患者—医師あるいは医療機関の関係が固定されるわけではないし、1人の患者が複数の医療機関から書面をもらうことも否定されていない。

2 | 国や都道府県の関与を限定

次に、国や都道府県による関与を限定している点である。その典型的な事例として、報告内容に関する都道府県の「確認」の意味合いに関して、国会審議に先立つ自民党厚生労働部会の事前審査で話題となり、厚生労働省が追加的に説明を求められる一幕があった¹⁸。

具体的には、医療機関からの報告内容が現実と違う時などについて、都道府県が「確認」した場合、強制力を持つのかどうか焦点になった。結局、厚生労働省が「取り消しなどの行政処分を伴う行政行為ではない」「（筆者注：新制度で）医療機関を縛らない」「丁寧に関係者に説明する」などと明言し、自民党の部会は予定よりも1週間遅く法案を了承した。

さらに、先に触れた書面交付も努力義務であり、何ら強制力はない。何よりも、この制度に参加するか否か、医療機関の裁量に委ねられており、国や都道府県は参加を強制できない。

3 | 医療機関が参入できる「間口」を拡大

第3に、参入できる医療機関の対象、つまり「間口」を拡大させた点である。一般的に、かかりつけ医機能は診療所の開業医によって担われているが、新しい制度では400床以上の特定機能病院と、歯科診療所を除く診療所と病院が対象とされている。つまり、中小規模の病院も対象にすることで、

¹⁸ 自民党部会の議論については、2023年2月13日『週刊社会保障』No. 3206、同月10日『m3.com』配信記事、同月7日『ミクス Online』配信記事、同月6日『共同通信』配信記事を参照。

できるだけ多くの医療機関が参加できるように設計されている。

このように「間口」を広げた点は1号機能の部分にも表れている。例えば、新しい制度では、「能力」が問われる総合診療医の専門医のほか、かかりつけ医機能研修制度の受講者の数を報告することになっているものの、別に該当者がゼロでも新しい制度への参加は否定されていない。この点について、健保連は「質の担保を考えると研修終了は要件化が望ましい」としつつも、「基本要件が厳しいと全体像を把握できません」「研修を修了した医師の人数が限られている現状においては、要件化にそこまでこだわっていない」¹⁹と説明している。

さらに1号機能のうち、17診療領域、40種類の疾病を報告する部分も「間口」を広げた配慮の結果であり、実は分科会で意見が対立した点である。具体的には、保険者の代表などが「どのような症状に対応できるのか報告する仕組みが必要」と主張したのに対し、日医など診療団体が「対応できる診療領域を報告する方が良い」という立場を取り、調整が難航した。結局、分科会報告では施行後5年後をメドに再検討することを条件に、1次診療に対応できる17種類の診療領域と、40種類の疾患を報告することで落ち着いた²⁰。

例えば、かかりつけ医が対応できる「症状」に着目すると、A診療所では「全身倦怠や発熱などに対応できるが、認知症やメンタルの不調には対応できない」といった情報が明らかになる。その結果、患者にとって分かりやすくなるが、「精神面の支援に対応できないA診療所はかかりつけ医機能報告の対象にならない」といった形で、制度に参入できる対象が狭まってしまう危険性を伴う。

しかも今後、「かかりつけ医機能報告に参加していない医療機関の診療報酬を減額、または制度への参加を加算要件にする」などの展開になれば、新たな制度に手を挙げた医療機関と、参加していない医療機関の間で収入面に差が付くことになる。日医としては、こうした状況を恐れたと推察される。

実際、日医の松本会長は「財務省は恐らく登録制を診療報酬の包括払いとセットで考えており、かかりつけ医と非かかりつけ医の双方に診療報酬で大きく差をつけることが起きるでしょう。絶対にそれは防がなければなりません」「財務省には、かかりつけ医を総合診療医や内科に限定化しようという考えがあるようです」と懸念を示した上で、「さまざまな診療科の先生方に手をあげてもらい、地域にどういった機能があるか、足りない機能は何かを、診療所・かかりつけ医版の地域医療構想のように考えて捉えていく必要があります。そのためにも、医療機関にはかかりつけ医機能報告制度にしっかりと参加していただきたいと思います」と呼び掛けている²¹。

つまり、多くの医療機関が参加している病床機能報告や地域医療構想のように、かかりつけ医機能報告制度に関しても、診療科に限らず、多くの医療機関が参入することに期待感を示した形だ。

4 | 新制度が内在する強みと弱み

以上のように考えると、4月から始動した新制度の特徴として、国や都道府県に義務付けられる部分が小さくなったほか、参入できる「間口」も広がったことで、ザックリ言えば「緩い制度」になったと言える。その証左として、日医の城守国斗常任理事は2025年3月に開かれた日医の臨時代議員会

¹⁹ 『健康保険』2024年10月号における河本滋史専務理事に対するインタビュー。

²⁰ この対立については、2025年4月21日『週刊社会保障』No. 3314、2024年5月27日『Gem Med』配信記事を参照。

²¹ 2025年1月11日『社会保険旬報』No. 2951におけるインタビューを参照。

で、「2号機能報告は、有無を報告すればいいという形で制度が設計されている。現時点では数量的な評価につながる懸念はない」「今後とも本制度が医療費の削減や、医療提供体制の改悪を招く手段として利用されることがないように、鋭意主張していく」と説明している点からも分かる²²。

さらに議論を進めると、以上のような特徴を有する制度になった論理的な帰結として、強みと弱みを持つことになったと考えられる。

まず、強みという点では、都道府県や地域の医師会が「地域の実情」に応じた体制を整備しやすくなった点を指摘できる²³。実際、分科会報告では制度の趣旨について、「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」と説明されている。

さらに、日医の松本会長も「地域によって医療資源が異なるため、各地域の実情を踏まえた取り組み例を収集・分析し、好事例を各地域と情報共有するとともに、全国に横展開することがあげられます」と強調している²⁴。

筆者も、医療資源や人口動態が地域ごとに大きく異なる中、国一律の政策誘導には限界があると考えており、都道府県や地域の医師会が「地域の実情」に応じて創意工夫を講じることに期待している。さらに、国の強制力だけでは、高度な自由職業人である医師の判断や行動を誘導し切れないため、医師及び専門職集団としてのプロフェッショナル・オートノミーを発揮してもらいたいと考えている。

ただ、自治と実践に力点を置いた結果、弱さも内在することになった。例えば、制度の運営が都道府県の職員や医師・医療機関の判断や意欲、能力に大きく依存することになり、地域格差が生まれる可能性を孕んでいる。

さらに、多くの医師が制度に参入できるようになった結果、かかりつけ医に患者がアクセスしやすくなった半面、特に能力や要件が厳格に決まっていない以上、その機能を果たしていない医師や医療機関も対象になるマイナス面も予想される。より具体的に言うと、その医師や医療機関がかかりつけ医機能を十分に果たしていなくても、国や都道府県の関与は限定的である以上、どこまで質が担保されるのか、不透明な部分が残ると言わざるを得ない。これらは行政の関与が弱くなった結果として踏まえなければならない点であろう。

では、今回の新制度を通じて、どんな影響が考えられるだろうか、あるいは新たな制度で期待される関係者の役割とは何だろうか、以下では(1)患者、(2)医療機関や地域の医師会、(3)都道府県・市町村、(4)介護従事者、(5)健康保険組合などの保険者——に分けつつ、新制度が及ぼす影響や意味合い、それぞれの主体に期待される役割などを考察する。

5——新たな制度は機能するのか？(1)～患者の視点～

1 | 「刷新」された医療機能情報提供制度の意味合い

まず、患者の視点から見た意味合いや役割である。医療では、患者と医師の情報格差が大きく、通

²² 2025年3月31日『m3.com』配信記事を参照。

²³ ここで言う「地域の実情」という言葉は近年、医療・介護制度改正で多用されており、一種の流行語(?)になっている。この言葉に着目した拙稿[コラム](#)を参照（番外編を含めた計6回、リンク先は第1回）。

²⁴ 2025年1月11日『社会保険旬報』No. 2951におけるインタビューを参照。

常の財やサービスと違って、患者が自己決定できる余地は小さいが、患者が全てを医師に任せるのではなく、可能な限り主体的に考え、判断または行動することが求められる。

その点で言うと、医療機能情報提供制度が「刷新」されたことはプラスと言えるであろう。特に、情報を検索または閲覧しやすくなったことで、患者が自分に合ったかかりつけ医を選びやすくなった点はメリットと言えるし、こうした仕組みを上手く活用することが患者にも求められる。

2 | 正確かつタイムリーな情報が届くのか？

しかし、患者の視点で考えると、不安と疑問も残る。先に触れた通り、今回の仕組みは国や都道府県の強制力が弱く、自治と実践に力点が置かれている。このため、都道府県や地域の医師会の判断や意欲、能力に応じて、地域格差が生まれるのは避けられない。

さらに、患者がどこまで正確かつタイムリーな情報が得られるのか、かなり疑問である。2025年4月に示された施行通知では、かかりつけ医機能に手を挙げる医療機関は1年に1回、毎年1～3月の間、担っている機能を都道府県に報告するとされており、それほど頻繁に更新されるわけではない。実際、医療機能情報提供制度で検索すると、「必ずしも最新の報告内容が反映されていない」というポップアップ画面が自動的に表示される。

このため、例えば下記のようなケースが起こり得る。深夜に身体の不調を感じた患者が医療機能情報提供制度を基に、「自宅から少し離れたA診療所で時間外対応を実施している」という情報を入手し、連絡を取ろうとしたが、電話が繋がらない。その後、A診療所を時間内に訪ねると、診察室で医師から「時間外対応は半年前に止めたんですよ」と言われた——。こうした場面に直面すれば、多くの人は「医療機能情報提供制度は使えない」と判断するであろう。

しかも、先に触れた通り、公表されている情報が違ってても、都道府県の「確認」は是正などの強制力を伴わないなど、国や都道府県の関与は限られている。このため、患者は「正確かつタイムリーな情報ではないかもしれない」と半ば諦めつつ、医療機能情報提供制度を使う方がベターなのかもしれない。

6——新たな制度は機能するのか(2)？～医療機関や地域の医師会の視点～

1 | どこまで参入者が増えるか？

次に、医療機関や地域の医師会から見た意味合いや、その役割である。まず、役割から説明すると、患者にとって使いやすい仕組みにする上では、多くの医療機関が新制度に参入した上で、患者のニーズに対応することが欠かせない。このため、新たな制度への参入者の増加とか、かかりつけ医機能研修制度の受講者数の増加や内容の拡充など、日医や地域の医師会には主体的な対応が求められる。

実際、日医の松本会長は「『国民の生命と健康を守る』という医師の使命を果たすにあたり、全国の先生方に医学・医療に関する学びの機会を提供することは、日本医師会の責務です。引き続き、研修の充実等に向けて取り組んでいきたいと思います」²⁵と述べている。

²⁵ 2025年1月21日『社会保険旬報』を参照。

2 | 事務負担が増える？

しかし、診療所や中小医療機関が新たな制度からメリットを得られるとは考えにくい。現実的な利得という点で考えると、医療機能情報提供制度がレストランやホテルの検索サイトのような役割を果たし、多くの患者や市民が「医療機能情報提供制度を見なければ医療機関が選びにくい」と考えるようになれば、医師や医療機関にもメリットがあるかもしれない。

具体的には、「正確かつタイムリーな情報を医療機能情報提供制度に載せれば、外来患者が増えるかもしれない」という期待とか、「正確かつタイムリーな情報を医療機能情報提供制度にアップしないと、患者が自院から逃げる」という危機感を持つ状況になれば、医療提供者も医療機能情報提供制度の有効性を感じるであろう。

しかし、先に触れた通り、更新頻度は1年に1回に過ぎず、患者が「正確かつタイムリーな情報」と思うようになる可能性は低いと言わざるを得ない。そうすると、医療提供サイドも医療機能情報提供制度の有効性を感じなくなる可能性が考えられる²⁶。

むしろ、機能報告に関わる文書の作成など、医療機関の事務負担が増える可能性がある。このため、多くの医療機関が参入する働き掛けとともに、診療報酬に関わる情報については、厚生労働省の出先機関である厚生局に提出した内容が医療機能情報提供制度にも反映されるようにするなど、負担軽減の工夫が必要になりそうだ。

7——新たな制度は機能するのか？(3)～都道府県・市町村の視点～

1 | 身近な病気やケガに対応する部分もカバーされた意味合い

第3に、現場で制度運営を担う都道府県・市町村の視点である。まず、都道府県に関しては、医療行政における役割が大きくなる中、今まで手付かずだった診療所や中小病院が制度にカバーされるようになり、入院医療から入退院支援、在宅医療、外来医療、医療・介護連携までを一体的に議論できるようになった意味合いを指摘できる。

具体的には、先に触れた通り、地域医療構想や外来機能分化の議論は病院に限定されていたため、診療所や中小病院が担う身近な病気やケガへの対応は地域の協議の場から外れていた。しかし、そもそも論を言うと、過去の提供体制改革では本来、かかりつけ医機能を意識する必要があった。

例えば、地域医療構想の議論では、専ら急性期病床の削減に力点が置かれていたが、これらの病院から退院する患者にリハビリテーション機能を提供する回復期病床の役割が重要になるため、中小病院の役割が問われていた。さらに、回復期から退院した高齢者らを自宅で受け入れる上でも、外来での対応や在宅医療、医療・介護連携などが重要になるため、かかりつけ医機能を担う診療所や中小病院の役割も意識する必要があった。

このほか、外来機能分化を通じて、中小病院や診療所から紹介された患者を受け入れる「紹介受診重点医療機関」を決めることは、これらの医療機関に紹介されない患者への対応を検討する必要があり、この役割を担うのは当然、かかりつけ医機能を担う診療所や中小病院である。

²⁶ そもそもレストランの検索サイトでは、他の消費者の書き込みや評価を相当程度、参照できるが、医療サービスの場合、患者—医師の情報格差が大きく、消費者の選好に全てを頼ることは困難である。このため、医療機能情報提供制度がレストランの検索サイトのように使われることは考えにくい。

以上のように考えれば、都道府県を中心とした過去の医療提供体制改革は全て、かかりつけ医機能と深い関わりを持っていたことになる。このため、今回の新たな制度を通じて、都道府県が切れ目のない提供体制の構築に向けた議論を展開しやすくなったと言える。

むしろ、筆者自身としては、かかりつけ医機能に関わる見直しが遅きに失したと考えており、今回の新たな制度を機に、病床再編、外来機能分化、在宅医療、医療・介護連携、医師確保など幅広い視点で、医療提供体制の方向性を検討するスタンスが都道府県に望まれる。

さらに、介護保険や福祉制度を司る市町村も、同様の効果を期待できると考えられる。特に在宅医療や医療・介護連携では、介護保険財源を用いる「在宅医療・介護連携推進事業」という事業を中心に、実践が積み上げられてきた。

図表7：在宅医療・介護連携推進事業で求められている8つの取り組み

事業の内訳	事業の内容
地域の医療・介護資源の把握	➤ 地域の医療機関、介護事業所の機能等を情報収集。 ➤ これらの情報を整理し、リストやマップなど必要な媒体を選択して共有・活用。
在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討	➤ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握・共有し、課題の抽出、対応策を検討。
切れ目のない在宅医療と介護の提供体制の構築推進	➤ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進。
医療・介護関係者の情報共有の支援	➤ 情報共有シート、地域連携パスなどの活用により、医療・介護関係者の情報共有支援。 ➤ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用。
在宅医療・介護連携に関する相談支援	➤ 医療・介護関係者の連携を支援するコーディネーターの配置などによる在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。
医療・介護関係者の研修	➤ 地域の医療・介護関係者がグループワークなどを通じ、多職種連携の実際を習得。 ➤ 介護職を対象とした医療関連の研修会を開催。
地域住民への普及啓発	➤ 地域住民を対象にしたシンポジウムなどの開催。 ➤ パンフレット、チラシ、HPなどを活用した在宅医療・介護サービスに関する普及啓発。 ➤ 在宅での看取りについての講演会の開催。
在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携	➤ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村などが連携し、広域連携が必要な事項について検討。

出典：厚生労働省資料を基に作成

具体的には、2015年度介護保険改正で創設された在宅医療・介護連携推進事業では、図表7の通り、(1) 地域の医療・介護の資源の把握、(2) 在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討、(3) 切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進、(4) 医療・介護関係者の情報共有の支援、(5) 在宅医療・介護連携に関する相談支援、(6) 医療・介護関係者の研修、(7) 地域住民への普及啓発、(8) 在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携——という8つの取り組みが市町村に課されて

いる²⁷。

ここでの注目は8つの取り組みと、かかりつけ医機能の共通点である。既に触れた通り、かかりつけ医機能の2号機能報告では、在宅医療や介護との連携が想定されており、かなりの部分が在宅医療・介護連携推進事業と共通しているし、いずれも現場で担う主体は地域の医師会である。

このため、市町村としては、これまでの在宅医療・介護連携推進事業の蓄積を踏まえつつ、かかりつけ医機能の新しい制度をテコ入れ材料にすることで、地域の医師会との関係を構築、強化できる可能性が想定される。

実際、国の委託調査で2025年3月に改定された『在宅医療・介護連携推進事業の手引き』²⁸では、「かかりつけ医機能報告制度に係る協議の場等においても、必要に応じて連携し、実施することも重要である」という記述が入るなど、かかりつけ医の新制度と在宅医療・介護連携推進事業のリンクを意識する必要性が言及されている。

2 | 期待される都道府県と市町村の工夫

都道府県や市町村が上記のような役割を果たす上では、「地域の実情」に応じた創意工夫が欠かせない。例えば、2次医療圏単位で見ると、地域医療構想に基づく病床再編の議論が進んでいるものの、一部の地域では、かかりつけ医機能や在宅医療の手当が不十分になっているのであれば、今回の新制度を使って議論を喚起することなどが考えられる。

市町村に関しても、「A地域は市町村と地域の医師会の関係が良好なので、かかりつけ医機能報告の協議の場を新たに発足させず、既存の検討組織を活用する」「B地域では在宅医療・介護連携推進事業が機能しているので、かかりつけ医の新制度のための協議の場は置かない」といった形で、既存の取り組みを上手く活かす方向で、都道府県や地域の医師会と連携することが求められる。

さらに、自治体を支援する国や地方団体の役割も重要である。このうち、厚生労働省は自治体支援の場を作っている²⁹が、単なる制度の説明に終わらせるのではなく、参加者が「地域の実情」に応じた課題を自ら発見し、仮説を立てて行動できる人材の育成や組織開発を支援することが欠かせない。

さらに、総務省や全国知事会、全国市長会、全国町村会の積極的な対応も欠かせない。管見の限り、今回の新たな制度だけでなく、総務省や地方団体が自治体に対し、医療・介護・福祉分野で主体的な役割を担うように促したケースは少ない³⁰。このため、総務省や地方団体による働き掛けや自治体支援なども求められる。

²⁷ 在宅医療・介護連携推進事業の内容や現状については、2024年10月22日拙稿 [『『在宅医療・介護連携推進事業』はどこまで定着したか？』](#)を参照。

²⁸ 野村総合研究所（2025）『在宅医療・手引き連携事業の手引き Ver. 4』（老人保健健康増進等事業）を参照。

²⁹ 都道府県の医療政策の担当者を対象とした「医療政策研修会」に加えて、市町村職員向けの「市町村職員を対象とするセミナー」でも医療・介護政策が取り上げられている。さらに、厚生労働省所管の保健医療科学院でも、自治体職員を対象とした研修が実施されている。このほか、介護予防の取り組みなどを後押しする「地域づくり加速化事業」による伴走支援に加えて、藤田医科大学を中心に市町村を支援するプログラムなどが老健事業の枠組みで継続されている。

³⁰ 公立病院の関係では、総務省によるガイドライン策定や地方交付税の財政支援などが講じられているが、医療・介護提供体制の見直しに関わる動きは積極的とは言えない。例外的な機会として、総務省が音頭を取る形で、「地域医療に関する国と地方の協議の場」が2019年10月から2021年12月まで計7回開かれたほか、全国知事会と日医の意見交換会も不定期で開催されている。

3 | 好事例は拡大かつ永続するのか？

しかし、こうした創意工夫が全ての都道府県と市町村、地域の医師会で講じられるのか、疑問と言わざるを得ない。実際問題として、2017 年度から本格始動した地域医療構想に基づく取り組みには地域差が見られるし、繰り返し述べている通り、今回の新制度が自治と実践をベースに据えた以上、地域格差が生まれることは避けられない。具体的には、都道府県と医師会の関係とか、都道府県の担当職員の能力や意欲、地域の医師会の対応力などで格差が生じる可能性である。

しかも、地域の好事例を「横展開」することは相当、困難と言わざるを得ない。地域の好事例は関係者の工夫と実践、文脈の上に成り立っており、そうした好事例を単に模倣しても、上手く行く可能性は低くならざるを得ない。そもそも「地域の実情」に応じた体制整備と言っているのに、好事例を「横」に「展開」しようとすることは本質的に矛盾している。

さらに、「好事例が永続するかどうか」という点も疑問である。これまでの介護を含めた地域の好事例を見ると、専門職や自治体職員など個人のキャラクターや能力に頼っている部分が多い。以上の点を踏まえると、筆者は自治体や地域の医師会による自治と実践に強く期待しつつも、「かかりつけ医機能が全国津々浦々に広がり、かつ取り組みが永続する可能性は低い」と考えている。

8——新たな制度は機能するのか？(4)～介護従事者の視点～

第4に、事業所の経営者や現場スタッフなど介護従事者から見た視点である。介護従事者は近年、医療との連携を取ることが実践、制度の両面で期待されており、その範囲も広がっている。

まず、実践面で言うと、在宅介護の提供では医療との連携が不可欠であり、中でも介護保険の調整などを担うケアマネジャーは切れ目のない提供体制を構築する上で、在宅医療を展開する医師や看護師、リハビリテーション職などとの情報交換が求められている。さらに制度面でも、既述した在宅医療・介護連携推進事業に加えて、情報共有に取り組んだ事業所に対する加算などの報酬改定も相次いでいる。2024 年度報酬改定では医療・介護連携の対象が在宅ケアに限らず、介護施設と医療機関の連携などにも広げられた³¹。

こうした中、医療との連携を強化したい介護従事者にとっては、かかりつけ医機能に関する新制度の下、地域の現状が可視化されることで、「X 診療所は Y 病院よりも、介護との連携に熱心」といった情報を入手しやすくなることが期待される（もちろん、元々の情報の正確性に疑問は残るが）。

さらに、新制度で開催される協議の場でも、介護サイドが医療側に対し、「A 地域で医療側が介護との連携を強化してもらえれば、切れ目のない提供体制を構築できる」といった形で、意見を言える可能性が広がる。以上のように考えると、介護従事者にとって、新制度のメリットは大きく、積極的に活用することが期待される。

しかし、かかりつけ医の新制度に関して、介護の業界団体が何か言及しているのを寡聞にして聞いたことがない。このため、介護の業界団体としても、かかりつけ医に関する今回の新制度について関

³¹ 2024 年度は 2 年に 1 回の診療報酬改定と、3 年に一度の介護報酬見直しと同時に到来したため、医療と介護の連携を促す細かい改定が積み重ねられた。今回のテーマに関わる案件としては、かかりつけ医機能を評価する「地域包括診療科」の要件が修正され、ケアマネジャーや相談支援専門員に対する情報提供が加えられた。さらに、施設に入所する高齢者の救急医療を逼迫しないようにするため、高齢者の急変時に対応してもらう診療所や中小病院を「協力医療機関」として指定することが介護施設に義務付けられた。詳細については、2024 年 7 月 9 日拙稿「[2024 年度トリプル改定を読み解く（中）](#)」を参照。

心を持って欲しいし、現場の経営者や専門職に対する周知の機会を作るなど工夫が求められる。特に医療・介護連携に際して、介護側の窓口を担っているケアマネジャーの業界団体には一層の対応を期待したい。

9——新たな制度は機能するのか？(5)～保険者の視点～

第5に、保険者の視点である。教科書的に言うと、保険者は「被保険者の代理人」として、医療制度の効率的かつ効果的な運営で役割（いわゆる保険者機能）を果たす必要³²があり、健保連幹部は今回の新制度に関して、多様化・複合化するニーズへの対応や重複投薬の改善など医療提供体制の最適化の必要性を挙げつつ、「国民・患者が適切な医療機関を選ぶための環境整備として一定の前進」³³と評価している。

このため、保険者及び保険者の団体に対しては、▽かかりつけ医を選択する患者に対する情報提供、▽協議の場への参画、▽都道府県や市町村に対するレセプト（支払明細書）のデータ提供、▽都道府県単位で設置されている「保険者協議会」による情報共有——などの対応が求められる³⁴。

しかし、現実的に保険者の権限は極めて小さく、「保険者機能」も専ら「保健」、すなわち健康づくりに特化して理解されている。このため、かかりつけ医に関する新たな制度に関して、どこまで保険者が主要な役割を発揮できるか微妙と言わざるを得ない。

以上、主体別に整理しつつ、新制度の意味合いや役割を挙げた。筆者自身は自治と実践に力点を置く仕組みに期待しつつも、その取り組みが拡大かつ永続するのは難しいと考えている。このため、国として都道府県や地域の医師会の実践を支援する機会を作るとともに、何らかの形で強制力を伴う政策誘導も必要になると考えている。

以下、今後のテコ入れ策として、(1) 現場の自治と実践を支える国や関係団体の支援、(2) 政策誘導の選択肢——という2つを考える。

10——今後のテコ入れ策(1)～現場の自治と実践を支える国や関係団体の支援～

まず、現場の自治と実践を支える国や関係団体の支援である。ここで言う「国」とは厚生労働省だけでなく、総務省も含まれるし、「関係団体」には日医、病院関係団体、地方団体、介護業界の団体が該当する。

特に、今回の新制度はプロフェッショナル・オートノミーを重視する日医の意向を踏まえて作られている以上、日医の役割は非常に重要であり、かかりつけ医機能研修制度の充実や新制度への積極的な参加の働き掛けなどに期待したい。

³² 保険者機能に関しては、みずほ情報総研（2013）「保険者機能のあり方と評価に関する調査研究報告書」、田近栄治・尾形裕也編著（2009）『次世代医療制度改革』ミネルヴァ書房、山崎泰彦・尾形裕也（2003）編著『医療制度改革と保険者機能』東洋経済新報社などを参照。2020年1月30日拙稿「[「保険者機能とは『保健』機能だけなのか」](#)」を参照。

³³ 『健康保険』2024年10月号における河本専務理事に対するインタビュー。

³⁴ 保険者協議会とは、協会けんぽや都道府県などの保険者や各種職能団体、学識者などが参加する形で、都道府県単位に設置されている組織。元々は健診の円滑な実施などを議論する場として、2004年に設置されたが、最近では役割を大きくする制度改正が相次いでいる。2023年通常国会では、保険者協議会が法定化された。過去の経緯などについては、2024年8月5日拙稿「[「全世代社会保障法の成立で何が変わるのか（下）」](#)」を参照。

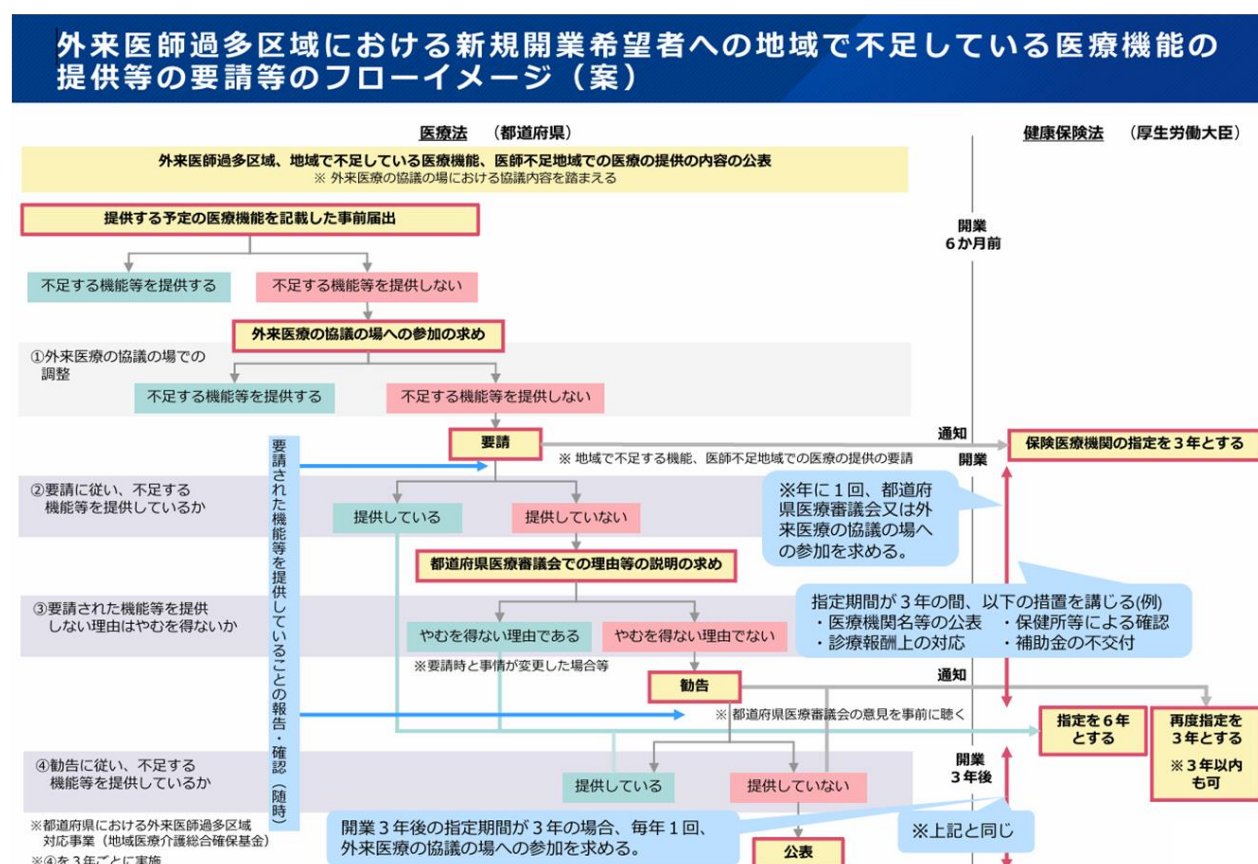
11—今後のテコ入れ策(2)～政策誘導の選択肢～

1 | 医師偏在是正との対比

次に、政策誘導の選択肢では、最初に今回の新たな制度と医師偏在是正の対比で議論を深めることにしたい。

医師偏在是正を巡っては、武見敬三厚生労働相が2024年4月、「思い切った対策」に言及したことで、様々な議論が交わされた³⁵。その後、厚生労働省は2024年12月、「医師偏在の是正に向けた総合的な対策パッケージ」（以下、パッケージ）を策定し、(1) 重点的に偏在対策を進める地域へのテコ入れ、(2) 診療所の外来医師が過剰な大都市部で開業を希望する医師に対し、新たな手続きや条件を設定——など様々な対策が盛り込まれた。

図表8：医師偏在是正で想定されている新規開業希望者への要請のフローのイメージ



出典：厚生労働省資料から抜粋

ここで、筆者が注目したいのは2番目の施策である。パッケージによると、診療所で外来に携わる医師が過剰な地域（外来医師過多区域）を対象に、新規開業を希望する医師に対する手続きが加えられた。具体的には、図表8の通り、「在宅医療など不足する機能の提供を要請」「対応しない場合、再要請するとともに、健康保険法に基づく保険医療機関の指定期間を6年から3年に短縮。その間、名称の公表や診療報酬の減額、補助金の不交付などの対応」「それでも不足する機能を提供しない場合、都道府県の医療審議会で理由を説明するように要請」「やむを得ない理由ではない場合、都道府県が勧

³⁵ 医師偏在是正を巡る議論については、2024年11月21日拙稿「[医師の偏在是正はどこまで可能か](#)」を参照。

告」「勧告に沿って提供しない場合、名称を公表」などの手続きが付加される。

これを見ると、多くの手続きが求められる様子を見て取れるし、強制力という点で比較すると、かかりつけ医機能報告制度と明らかに違う様子が分かる。分かりやすく言うと、医師偏在是正では執拗に手続きが付加されるのに対し、かかりつけ医機能報告制度は緩くアッサリした仕組みと言える。

では、両者の違いはどこから生まれるのだろうか。医師偏在に関する図表 8 の資料を細かく見ると、対応策のチャート図が「医療法（都道府県）」「健康保険法（国）」に分かれており、実効性は全て右側の健康保険法で対応していることが分かる。

要するに、医療法では勧告や名称の公表にとどまるのに対し、健康保険法では診療報酬の減額など、医療機関の経営に直結するような手立てが言及されている。これは「開業の自由」を考慮したギリギリの対応である。

つまり、医療機関や医師は開業する自由を持っており、医療法では新規開業を制限し得ないのに対し、契約をベースにした健康保険法で政策誘導を試みる二重構造になっている。具体的には、健康保険法では厚生労働大臣が療養を担当する医療機関を指定し、指定を受けた医療機関が保険者との契約関係に基づいて療養を給付する建付けになっている。すなわち、指定に基づく契約関係は本来、保険者と保険医療機関との間で成立するものの、医療機関と保険者の個別契約が事実上不可能であるため、厚生労働大臣が保険医療機関に指定すると、医療機関と保険者の間で一斉に契約関係が生じる建付けになっている³⁶。こうした構造の下、医療法では開業の自由を制限できないが、契約に基づく健康保険法で診療報酬の減額などを講じることで、実効性を担保しようとしているわけだ³⁷。

2 | 結局は診療報酬による誘導？

以上のような二重構造を踏まえると、かかりつけ医機能報告制度の実効性を高める上では、医療法だけでは限界があり、診療報酬による誘導など健康保険法での対応が考えられるという結論になる。例えば、診療報酬改定では、かかりつけ医機能を評価している「地域包括診療科」「機能強化加算」などの見直しが想定される³⁸。

さらに、かかりつけ医機能報告制度で公表されている情報と実態が余りに違う場合、医療法で都道府県が是正を促しつつ、もし従わない場合には保険医療機関の指定期間を短縮するなど、健康保険法での対応を取ることも考えられるのではないか。医師偏在是正で執拗に手続きを課すのであれば、かかりつけ医機能報告制度でも同様の対応を取っても不自然ではないはずである。

3 | 2026 年度診療報酬改定を巡る対立

しかし、診療報酬による誘導という国家統制に頼ることは本来、自治と実践に力点を置く今回の制

³⁶ 公的医療保険と契約の関係については、石田道彦（2009）「医療保険制度と契約」『季刊・社会保障研究』Vol. 45 No. 1。

³⁷ こうした二重構造は医療計画に基づく病床規制から始まっており、法制化の国会審議では、行政法学者が「江戸（筆者注：医療法）の敵を長崎（筆者注：健康保険法）で討つ」と形容している。1998 年 4 月 14 日、第 142 回国会衆議院厚生委員会における阿部泰隆神戸大学教授の発言を参照。

³⁸ 地域包括診療科は 2014 年度改定で創設された。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。2022 年度診療報酬改定に関しては、2022 年 5 月 7 日拙稿「[2022 年度診療報酬改定を読み解く（下）](#)」を参照。

度と根本的に合わない面を持つ。

実際、今年秋頃から本格化する 2026 年度診療報酬改定に向けて、日医の松本会長は「2025 年度から報告制度がスタートし、地域で不足している機能を見ていくのであり、2026 年度改定で何らかの対応を行うことは想定していません」と述べている³⁹。これはプロフェッショナル・オートノミーの観点に立ち、国家による統制を避けたいという意向の現われであろう。

一方、新たな制度の実効性を高める観点に立ち、健保連は診療報酬によるテコ入れを望んでいる。例えば、健保連幹部は専門誌のインタビュー⁴⁰に対し、「報酬の名称がかかりつけ医機能にはつながりにくいものが多く、患者が全然知らない間に算定されている面があります」と問題を提起した上で、「かかりつけ医機能の制度整備の考え方を本格的に報酬に反映するのは 2026 年度改定から」と期待感を示している。さらに、生活習慣病関係の加算を大幅に見直した 2024 年度改定⁴¹を「その前段階」と形容している。

筆者は診療報酬による誘導について、「金銭的に評価しにくい医師のボランティアやプロフェッショナリズムを金銭で評価する」という根本的な矛盾を有していると考えているし、「自治や実践を積み上げることで、診療報酬による誘導に頼らなくても済むような対応を期待したい」と考えている⁴²。しかし、約 30 年前の経緯と対比させると、自治と実践だけに頼る限界を意識せざるを得ない。

4 | 約 30 年前と同じ？

「基本的には診療所や小病院のかかりつけ医の意識を活性化して行くことを基本にして、地域の医療を支援していく機能を病院に持ってもら」「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師としてふさわしい機能を備えることが第一の条件としたい」。これらは今の日医幹部による発言ではない。今を遡ること約 30 年前に「かかりつけ医」という言葉が作り出された頃、当時の日医会長から示された言葉である⁴³。

ここで、注目すべきは現在の発言と瓜二つという点である。つまり、家庭医創設の動きが頓挫した後、かかりつけ医の重要性が 1993 年頃から盛んに言われ始めた当時と比べても、かかりつけ医普及に向けた物言いは変わっていないと言える。

ここで誤解を招かないように念押しすると、筆者には「日医や医療界が何も変わっていない」と批判する意図は全くない。例えば、在宅医療や医療・介護連携の必要性が指摘されるようになった 2012 年度以降、こうした活動に対する医療機関や地域の医師会の活動は活発になっているし、日医幹部か

³⁹ 2025 年 1 月 3 日『m3.com』配信記事における発言を参照。

⁴⁰ 2024 年 4 月 24 日『m3.com』配信記事における健保連の松本真人理事に対するインタビューを参照。

⁴¹ 2024 年度診療報酬改定では改定財源を上乗せするため、診療所の生活習慣病対策に関わる「特定疾患療養管理科」「生活習慣病管理科」などの要件が厳格になった。詳細については、2024 年 6 月 12 日拙稿「[2024 年度トリプル改定を読み解く\(上\)](#)」を参照。

⁴² 筆者は「本来、高度なモラルや専門性を有している医師の行動を経済的インセンティブだけで誘導することには限界がある」という考え方を持っている。むしろ、過度な経済的なインセンティブが金銭で評価しにくい道徳心などを押し出す危険性を意識する必要がある。つまり、金銭によるインセンティブは強烈であり、これが前面に出ると、医師本来の職分を忘れ、カネの魅力に負ける危険性を伴う。インセンティブの限界については、Michael J. Sandel (2012) “What Money Can't Buy the Moral Limits of Markets” [鬼澤忍訳 (2012) 『それをお金で買いますか』早川書房]などを参照。

⁴³ 前者は 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示された坪井栄孝会長の発言。坪井栄孝 (2004) 『変革の時代の医師会とともに』春秋社を参照。後者は 1992 年 5 月 18 日『週刊社会保障』No. 1689 に掲載された村瀬敏郎会長のコメント。

ら「医療提供側としても介護保険制度の理解を深め、高齢者を見守ることが重要になっている」といった発言⁴⁴が公式の場で示されるようになったのは隔世の感がある。

しかし、発言者や日時を明かさないまま、かかりつけ医に関する発言を見た時、誰が発したか分からないほど酷似しているのも事実である。これは実践と自治だけに委ねると、取り組みが持続しないことを意味しているのではないか。

以上のように考えると、筆者は「具体的な方法や時期は別にしても、結局は診療報酬による誘導を含めて、保険給付における制度改革を通じて、かかりつけ医機能の実効性を担保する流れになるのではないか」と見ている。

12——おわりに

この制度（筆者注：かかりつけ医機能報告制度）により何か変わるとも思えません。「今何をやっているか」という現状の把握にとどまり、何かを「変えていこう」という制度ではないからです——。日本病院会の相澤孝夫会長は今年 1 月、専門媒体に掲載されたインタビューで、こう述べた⁴⁵。このコメントの前後では、医療界が変わらない様子に対するいら立ちが披露されており、その一つとして、かかりつけ医機能報告制度がやり玉に挙げられた形だ。

確かに本稿で触れた通り、今回の仕組みは現状の可視化に力点が置かれた。その結果、国や都道府県の関与は最小限にとどめられており、その分だけ都道府県や地域の医師会など関係者の実践と自治に多くを委ねる構造となった。

このため、それぞれの現場での積み上げが欠かせず、制度を司る都道府県だけでなく、地域の医師会や介護保険の保険者である市町村など、広範な関係者との連携が不可欠である。さらに、国としても、自治体や地域の医師会の担当者に対する情報提供や研修などを強化する必要があるし、かかりつけ医機能研修制度の充実とか、制度の参加者を増やす努力も含めて、プロフェッショナル・オートノミーを重視する日医が専門職集団としての役割を果たすことも求められる。

だが、自治と実践だけで機能が津々浦々まで広がり、かつ取り組みが持続するとは考えにくい。この点のかかりつけ医機能の充実に関する日医の言説が約 30 年前と変わっていない点からも読み取れる。

このため、筆者自身は「どこかの段階で診療報酬によるテコ入れを含めて、国がコントロールしやすい保険給付の世界で何らかの対応策が取られる」と予想している。さらに、最初の攻防が 2026 年度診療報酬改定になる可能性が高く、かかりつけ医に関わる加算の見直し論議を注目する必要がある。

⁴⁴ 2024 年 3 月 7 日に開催された都道府県医師会介護保険担当理事連絡協議会における茂松茂人副会長の発言。同年 4 月 5 日『日医ニュース』を参照。

⁴⁵ 2025 年 1 月 5 日『m3.com』配信記事を参照。