

# 全世代型社会保障とかかりつけ医の今後の動向 ～かかりつけ医・かかりつけ医機能の実装～

2024年3月23日

兵庫県立大学  
第36回医療・介護マネジメントセミナー

本学大学院社会科学研究所 特任教授 /  
(一般社団法人未来研究所臥龍 代表理事)

香取 照幸

<http://www.garyu.or.jp/index.html>



Future Institute Wolong

# COI 開示

発表者名：香取照幸

**演題発表内容に関連し、発表者に開示すべき  
COI関係にある企業などはありません。**

# **“かかりつけ医機能が発揮される制度整備”**

**かかりつけ医の実装は、医療費抑制のためでも  
地域医療の統制のためでもない。**

**人口減少・超高齢社会を乗り切るための  
医療提供体制の改革である。**

## 全世代型社会保障構築会議 中間整理(2022年5月17日)抄

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。

2025年までの取組となっている地域医療構想については、第8次医療計画(2024年～)の策定とあわせて、病院のみならずかかりつけ医機能や在宅医療等を対象に取り込み、しっかり議論を進めた上で、さらに生産年齢人口の減少が加速していく2040年に向けたバージョンアップを行う必要がある。

## 経済財政運営と改革の基本的方針2022(2022年6月4日)抄

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。

# 全世代型社会保障構築会議 報告書(2022年12月16日)抄

今後の高齢者人口の更なる増加と人口減少を見据え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備は不可欠であり、その早急な実現に向けて、以下に整理した基本的な考え方のもとで、必要な措置を講ずるべきである。

その際には、国民・患者から見て、①一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。

また、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めるにあたっては、医療従事者、特に医師の育成やキャリアパスの在り方について、大規模病院の果たす役割も含めて検討すべきである。さらに、必要なときに迅速に必要な医療を受けられるフリーアクセスの考え方のもとで、②地域包括ケアの中で、地域のそれぞれの医療機関が地域の実情に応じて、③その機能や専門性に応じて連携しつつ、かかりつけ医機能を発揮するよう促すべきである。

- ・ かかりつけ医機能の定義については、現行の医療法施行規則13に規定されている「④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機能」をベースに検討すべきである。
- ・ こうした機能の一つとして、日常的に高い頻度で発生する疾患・症状について幅広く対応し、オンライン資格確認も活用して⑤患者の情報を一元的に把握し、⑥日常的な医学管理や健康管理の相談を総合的・継続的に行うことが考えられる。そのほか、例えば、⑦休日・夜間の対応、他の医療機関への紹介・逆紹介、在宅医療、介護施設との連携などが考えられる。

このため、医療機関が担うかかりつけ医機能の内容の強化・向上を図ることが重要と考えられる。また、これらの機能について、⑧複数の医療機関が緊密に連携して実施することや、その際、地域医療連携推進法人の活用も考えられる。

**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(医療法改正部分)**

## 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）**

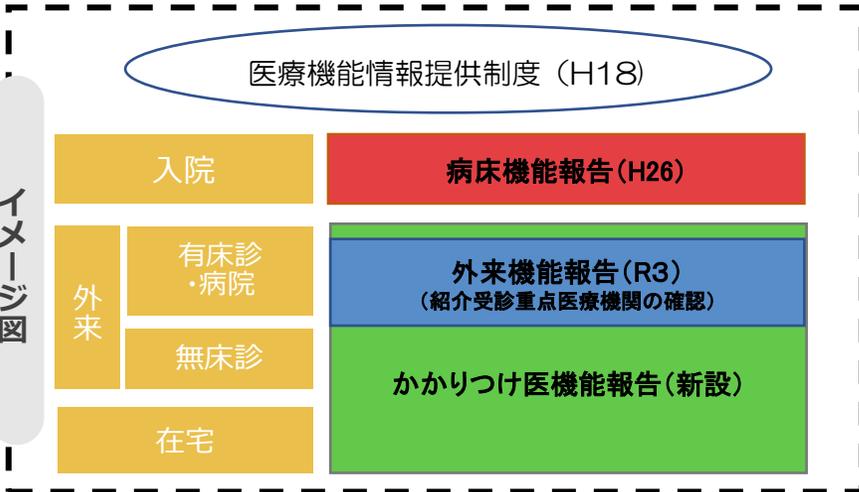
- ・ 都道府県知事による（2）の確認を受けた医療機関は、慢性疾患を有する高齢者に在宅医療を提供する場合など外来医療で説明が特に必要な場合であって、患者が希望する場合に、かかりつけ医機能として提供する医療の内容について電磁的方法又は書面交付により説明するよう努める。

# 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 **等**



## 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。

**今回の医療法改正に盛り込まれている内容は、報告書が提起している事項の一部にとどまっている。**



**今回の制度改正はあくまで「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」の第一歩。**

**引き続き必要な制度整備・政策遂行を進めることが必要。**

国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等  
に関する検討会 開催要綱

1. 目的

- 良質かつ適切な医療の効率的な提供に向けて、医療関係者、地方自治体、国等が連携して地域の医療提供体制の確保に取り組んでいるが、国民・患者においては、医療提供施設の機能に応じ、医療に関する選択を適切に行い、医療を適切に受けるよう努めることが重要である。
- このような中、令和5年5月に医療法改正が行われ、今後の高齢者の更なる増加等を見据えて、医療機能情報提供制度の刷新や、かかりつけ医機能報告制度の創設等、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進め、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げることであった。
- 本検討会は、国民・患者が医療に関する選択を適切に行えるよう、医療機能情報提供制度とかかりつけ医機能報告制度の整合性の確保を図りつつ、国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等のあり方について検討することを目的に開催するものである。

2. 検討事項

- 医療機能情報提供制度、かかりつけ医機能報告制度、医療に関する広告等の国民・患者に対する医療情報の提供等のあり方について

3. 構成等

- 構成員は、別紙のとおりとする。
- 座長は、構成員の互選により選出する。座長は座長代理を指名することができる。
- 座長は、必要に応じ、構成員以外の関係者の出席を求めることができる。

4. 運営

- 医政局長が検討会を開催する。
- 検討会の議事は、特に非公開とする旨の申し合わせを行った場合を除き、原則公開とする。
- 会議資料及び議事録については、非公開とする場合を除き、原則として後日ホームページにおいて公開する。なお、非公開とする場合には、座長が認める範囲において議事要旨を公開する。
- 検討会の下に分科会を置くことができる。
- 検討会の庶務は、医政局総務課において処理する。
- この要綱に定めるもののほか、会議の運営に関し、必要な事項は、座長が定めることとする。

国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等  
に関する検討会 構成員名簿

(敬称略。五十音順)

氏名	所属・役職
あべ かずひこ 阿部 一彦	日本障害フォーラム（JDF） 代表
いそやす ひでたか 冢保 英隆	全国衛生部長会会長／高知県健康政策部長
いそべ てつ 磯部 哲	慶應義塾大学大学院法務研究科教授
いのくま りつこ 猪熊 律子	読売新聞東京本社編集委員
おおはし ひろき 大橋 博樹	日本プライマリ・ケア連合学会副理事長／医療法人社団家族の森多摩ファミリークリニック院長
おおみち みちひろ 大道 道大	一般社団法人日本病院会副会長
おがた ひろや 尾形 裕也	九州大学名誉教授
おだ まさみち 織田 正道	公益社団法人全日本病院協会副会長
かとり てるゆき 香取 照幸	一般社団法人未来研究所臥龍代表理事／兵庫県立大学大学院特任教授
かわもと しげふみ 河本 滋史	健康保険組合連合会専務理事
きもり こくと 城守 国斗	公益社団法人日本医師会常任理事
こばやし つかき 小林 司	日本労働組合総連合会生活福祉局長
こもり なおゆき 小森 直之	一般社団法人日本医療法人協会副会長
てらしま たみこ 寺島 多実子	公益社団法人日本歯科医師会常務理事
どい たけろう 土居 文朗	慶應義塾大学経済学部教授
ながい りょうぞう 永井 良三	自治医科大学学長
ふくなが けいこ 福長 恵子	特定非営利活動法人消費者機構日本理事
もり たかお 森 隆夫	公益社団法人日本精神科病院協会副会長
やまぐち いくこ 山口 育子	認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML 理事長
よしかわ くみこ 吉川 久美子	公益社団法人日本看護協会常任理事

# かかりつけ医・かかりつけ医機能の問題は 我が国の医療システム全体に関わる広範な論点を含んでいる

## 提供者側からの視点—医療/介護サービスの提供に関わる論点

- 地域医療構想の再構築(在宅医療・地域医療をも視野に入れた医療提供体制改革)
- 医療の機能分化・連携(地域完結型医療—地域における「切れ目のない医療サービス」の実現)
- 地域包括ケアネットワーク(医療を超えた包括的支援を実現する多職種連携・多機関連携)
- 医療情報連携・医療DX・PHR(上記を実現するための医療/介護情報の一元管理・連携・共有)

## 利用者側からの視点—医療へのアクセス保障・費用「最適化」に関わる論点

- 医療資源の効率的利用(無駄な受診の回避・サービス利用(提供)の「最適化」・医療費適正化)
- フリーアクセスの再定義(「サービスの選択・利用保障」と「無駄なき適時適切な受診」の両立)

## 制度・政策の視点—健康管理・予防・治療/療養を通じた総合的・包括的健康保障

→この3つは相互に関連している

**ゆえに、実際に機能するかかりつけ医制度を構築し、現場で実装していくには、関連する多くの課題を同時に解決することが必要になる。**

**→かかりつけ医機能の実装は「持続可能な医療介護の未来図」の中に（重要な役割を持つものとして）位置付くもの**

**→システムとしてのかかりつけ医機能の実装をいかに実現するかという視点から、利用者国民・医療者・保険者それぞれが共有できる方向性を考えることが重要。**

## かかりつけ医機能を考える際に視野に入れておくべき論点

### :コロナ禍で露呈した日本の医療提供体制の脆弱さ

→地域医療・在宅医療を強化しておかなければ、医療は再び機能不全をきたすことになる

### :超高齢社会における医療の役割の変化 → 「治す医療」から「治し、支える医療」へ

→地域(在宅)医療を含めた提供体制全体の機能分化と連携(地域医療構想の再構成)

病院機能の2つのベクトル(治すを担う高次機能病院と治し支えるを担う在宅支援・地域密着病院)

地域包括ケアネットワーク(治し、支えるは医療だけでは実現できない→医療を超えた地域資源の連携・多職種協働・多機関連携、その結節点となるかかりつけ医機能)

### :医療介護需要の変化 vs 有限の医療資源 → 社会的コストの「最適化」

→提供サイドの改革:提供体制(システム)の効率化を通じた医療介護コストの「最適化」

:機能分化・連携を実体化するためのツール・仕組み(地域医療連携法人等)

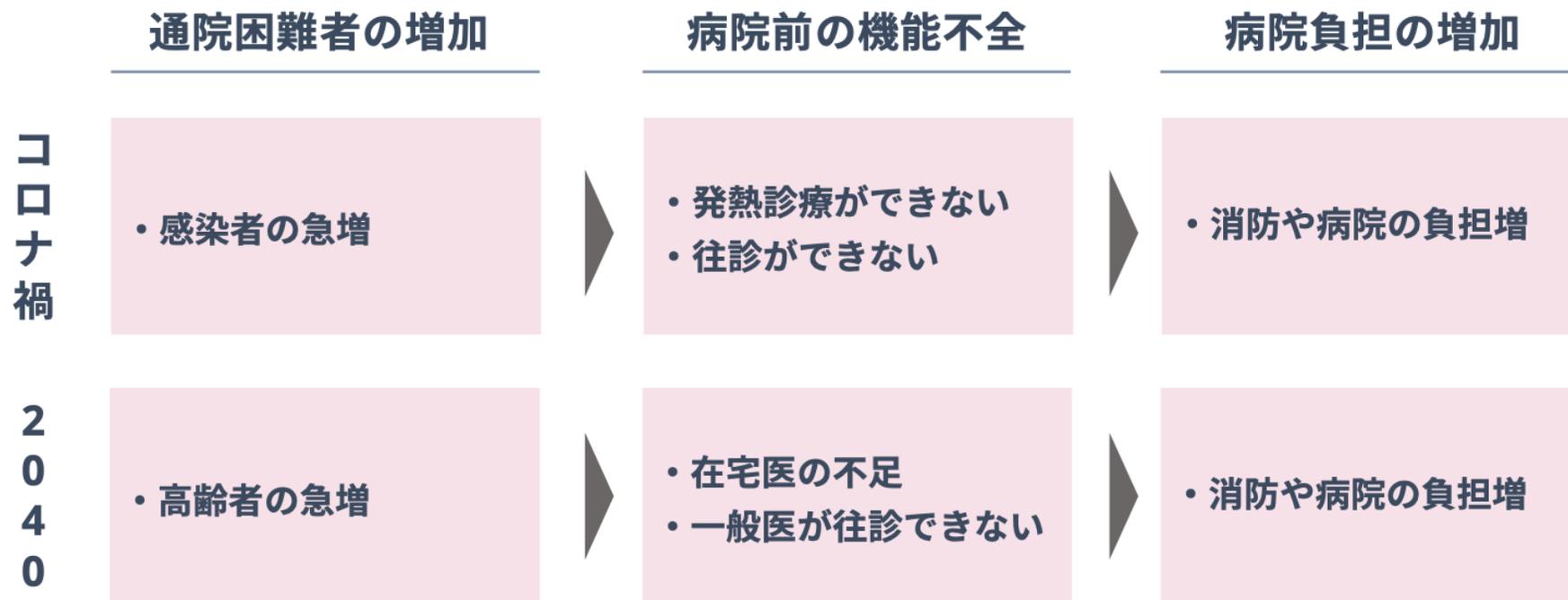
:人的資源の効率運用 医師の働き方改革 医療専門職間のタスクシフト

→需要サイドの改革:「適時適切」な医療資源の利用→フリーアクセスの再定義(地域完結型医療)

### :地域連携・かかりつけ医機能の基盤となる患者情報の一元化(PHR・データヘルス)・共有

→これらの論点を踏まえた、かかりつけ医・かかりつけ医機能に求められる役割(=定義)の明確化

# コロナ禍は2040年の世界だった



(株)ファストドクター 菊池医師の講演資料より

☆ 在宅医療の機能強化をしなければ、病院(入院医療)への負荷がどんどん大きくなって機能不全を起こす。

# 人口動態の変化によるマクロの医療・介護需要の変化

- 65歳以上人口は2040年代半ばに、75歳以上人口は2060年代後半に上限に到達し、以降は減少に転じる。
  - 総体としての医療需要/介護需要はそれぞれその時期に少し遅れてピークアウトする  
すなわち、当面、医療需要/介護需要は増大していくが、早晚減少局面に転換していく
  - 長期で考えれば、個々の医療機関の経営(存続)の視点からも、地域全体の医療/介護提供体制の視点からも、需要減少・患者数減少に対応したダウンサイジング・再編合理化は必至  
(この問題は地域差が非常に大きい。引き続き医療介護需要が増大し続ける都市部がある一方で、すでに中山間地域では患者数減少→病床再編・合理化が現実の問題になっている)
- 他方で同時に総人口の急速な減少が進む
  - 高齢者数・後期高齢者人口の増加・総医療/介護費の伸びが鈍化しても、総人口の減少により高齢者比率/後期高齢者比率は上昇し、医療費/介護費の対GDP比も上昇し続ける。
  - 財政当局の立場からすれば、医療/介護費の最適化(「抑制・適正化」)は大きな政策課題であり続ける。

# 今回のCOVID-19パンデミックから見たこと 「すでに起こっている未来」

今回我々が直面しているのは、20年後の日本の医療介護の姿。

：すでに入院患者の7割は65歳以上、半数は75歳以上。高齢者の6割は独居か高齢夫婦世帯。

：85歳以上高齢者の約半数は要介護者。認知症発症率も4割を超える。

→要介護高齢者・基礎疾患持ち慢性疾患患者の急性期対応・感染症対応が常態化。家族介護はほぼあてにならなくなり、訪問診療が標準形に。



2040年を見据えれば、医療/介護機能の見直し・提供体制改革は避けて通れない。

ex) 急性期病床における介護機能/療養病床における急性期対応・二次救急機能

介護施設における医療機能/

地域包括ケア(=生活の継続性)を支える地域医療の充実 サービスの中心はアウトリーチ型へ

## ～コロナ禍は日本の医療提供体制の構造問題を露呈させた～

### ・ 機能未分化・非効率で「薄まき」、余力のない医療提供体制

☆背景：自由開業医・自由標榜制、独立採算の中小民間病院中心の提供体制で発展してきた歴史

医療機関相互の連携・協働の契機が内在していない

（病病連携・病診連携・医療介護連携・救急体制、、ずっと言われきているがうまくいかない。

現場の個々の医師・医療機関の「機転と応用動作」依存）

### ・ 患者の「選択の自由」が極めて大きいフリーアクセスの医療保険制度

患者の流れ(適時適切な医療需要の振り分け)を制度的にコントロールできない

予防・健康管理→初期診断・治療(プライマリケア)→専門治療→自宅復帰の流れが作れない

→ **供給(提供側)もコントロールできず需要(患者)も制御できない。**

日本の医師一人当たり入院担当患者数はアメリカの5倍、年間外来延べ患者数はアメリカの3.5倍。

医療従事者の労働環境は過酷。局所的に負荷がかかればいとも簡単に崩れる脆さ

←救急患者のたらい回し、医療(介護)難民、連携・ネットワークの不在はコロナ前からあった現象

→かくして議論は原点に戻る。

疾病構造の変化に合わせた病院の機能分化と連携、選択と集中、在宅医療をも視野に入れた地域完結型医療への転換

地域医療構想は「病床削減」(だけ)が目的ではない！！

生活の継続性を支える医療(「治し、支える医療」)

かかりつけ医(在宅支援・総合診療医)とそれを支える地域支援病院

医療と介護の一体的提供、多職種協働、地域包括ケア

地域包括ケアを支える在宅医療の充実、ターミナルケア医療・介護  
医療・介護を支える多様な職種・人材の養成確保

# 高齢社会における医療に求められるもの

- 医療の目的の変化:「治す医療」から「治し支える医療」へ
  - 生活の質(Quality Of Life)を重視した医療へ  
「生活の中の医療(生活を犠牲にしない医療)」
- 病院に求められる機能役割の変化 ～病院機能の2つのベクトル～
  - 一方では、「治す」に特化した高次機能・専門治療機能
  - 他方では、「治し、支える」を担う在宅医療・地域医療を支える機能
- 「治し、支える」は医療だけでは実現できない。
  - 地域医療の形も変わる「地域完結・在宅支援型」
    - 外来中心から往診・オンライン中心へ 地域支援病院との協働が不可欠
  - 医療・看護・介護・生活支援、包括的ケアが必要
    - 医師・看護師・OT・PT・薬剤師・介護職など多様な専門職種の連携・協働が重要
    - だから地域包括ケアネットワーク
  - 多職種連携を支える情報基盤は不可欠
    - 医療IT・IoT・Dxは、在宅医療・地域包括ケアを支える不可欠のtool

# かかりつけ医・かかりつけ医機能

## かかりつけ医・かかりつけ医機能についての医療界の統一見解 「日本医師会・四病院団体協議会合同提言」(2013年8月8日)

### 「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」

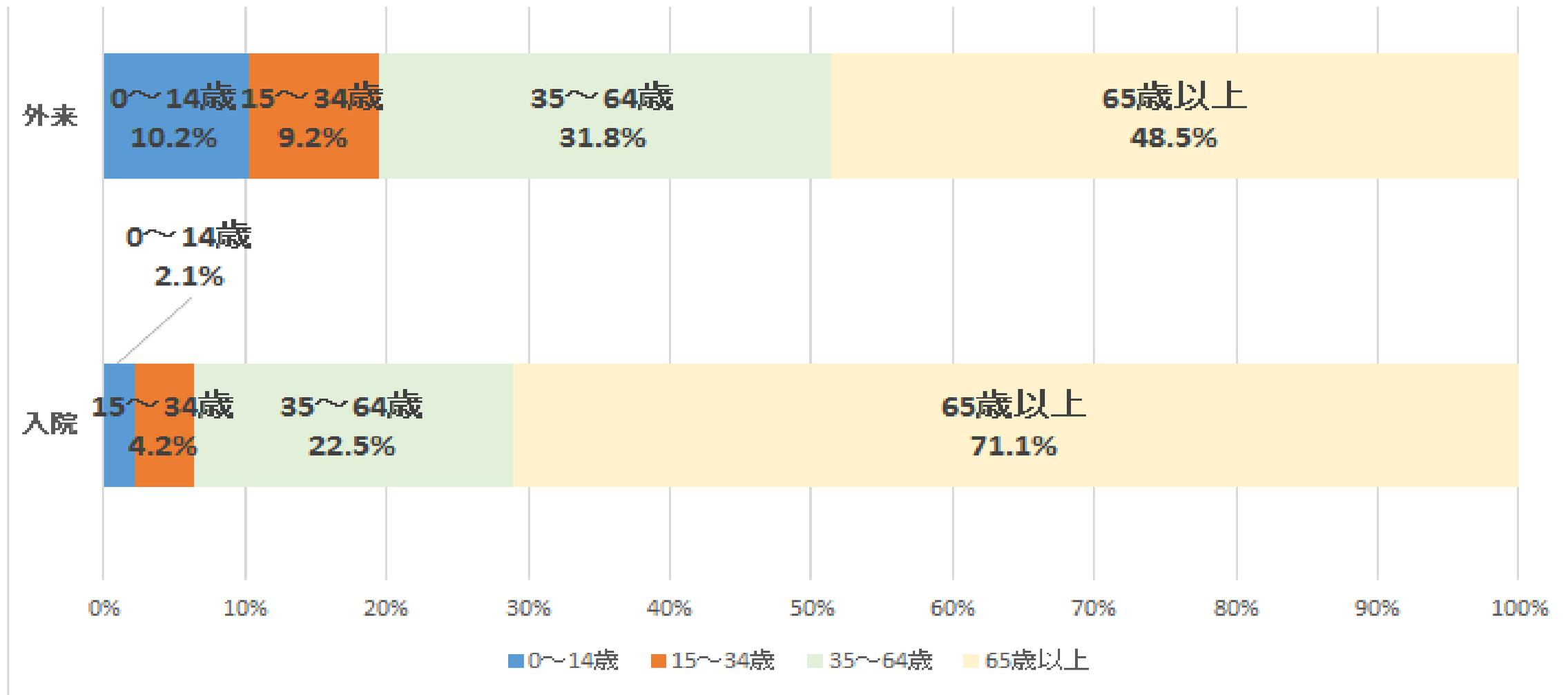
かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。

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。

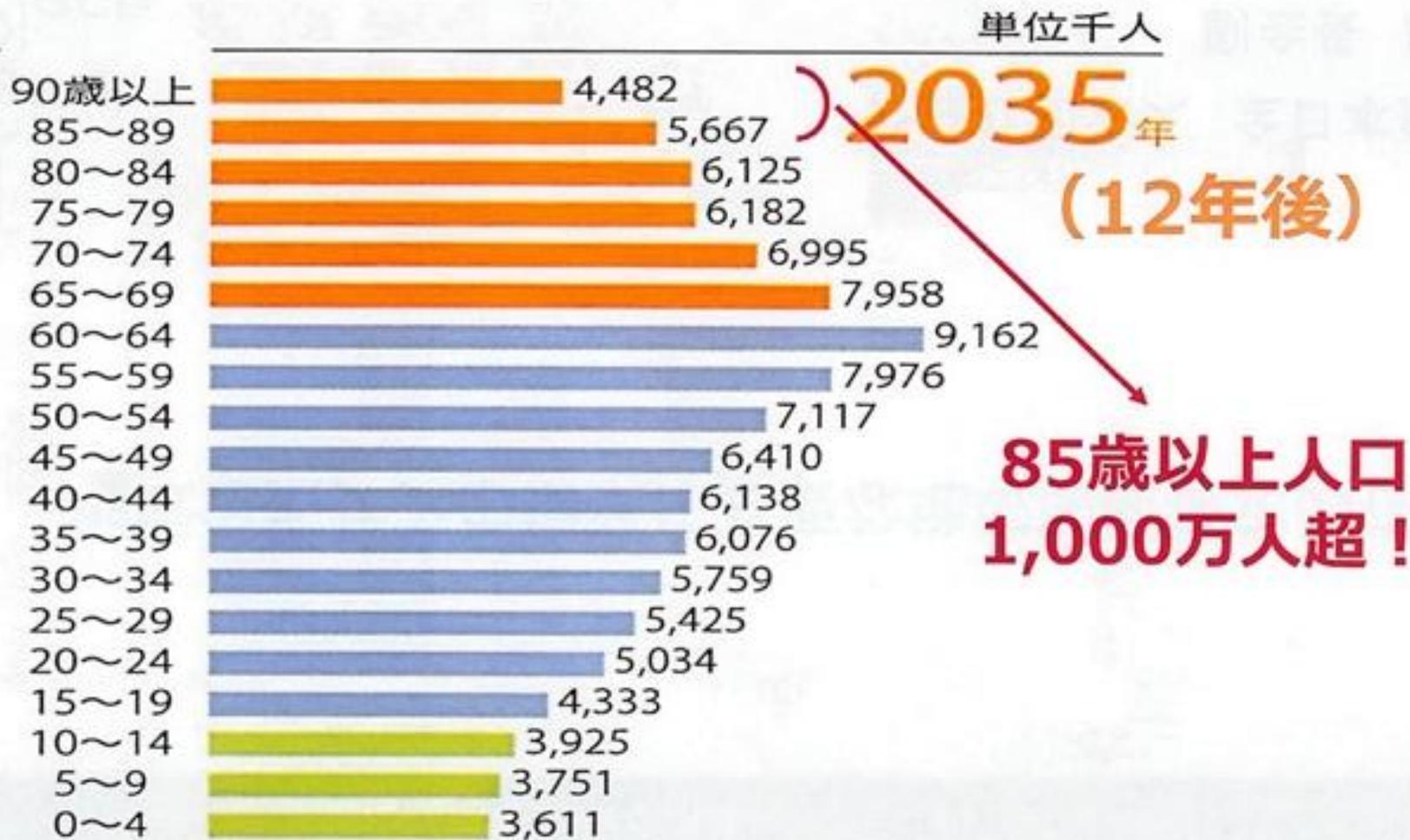
かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。

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。

# 外来患者・入院患者の年齢構成比



# 2035年：85歳以上の高齢者が1000万人を超える



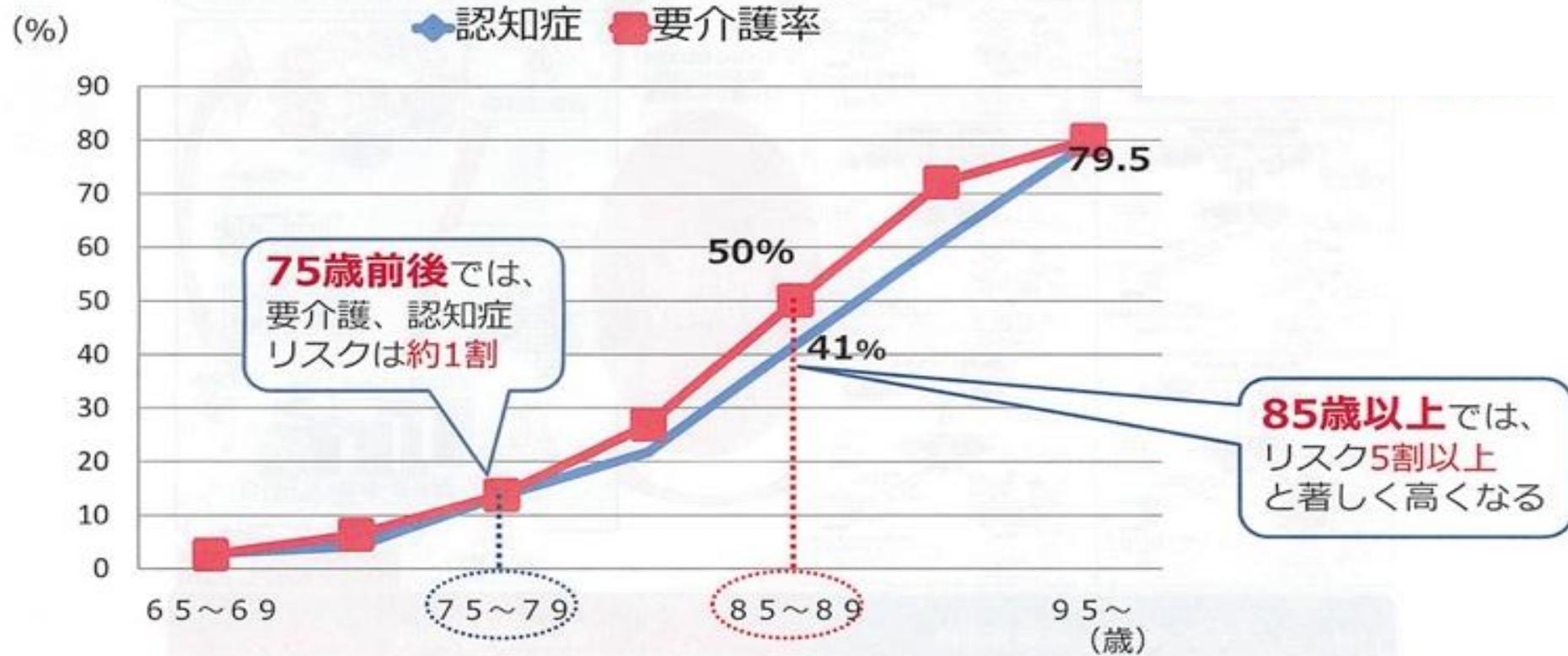
【出典】1990年：総務省「国勢調査」および「人口推計」

2035年：国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（2013年1月推計）：出生中位・死亡中位推計」

# 85歳を超えると5割は要介護・4割は認知症



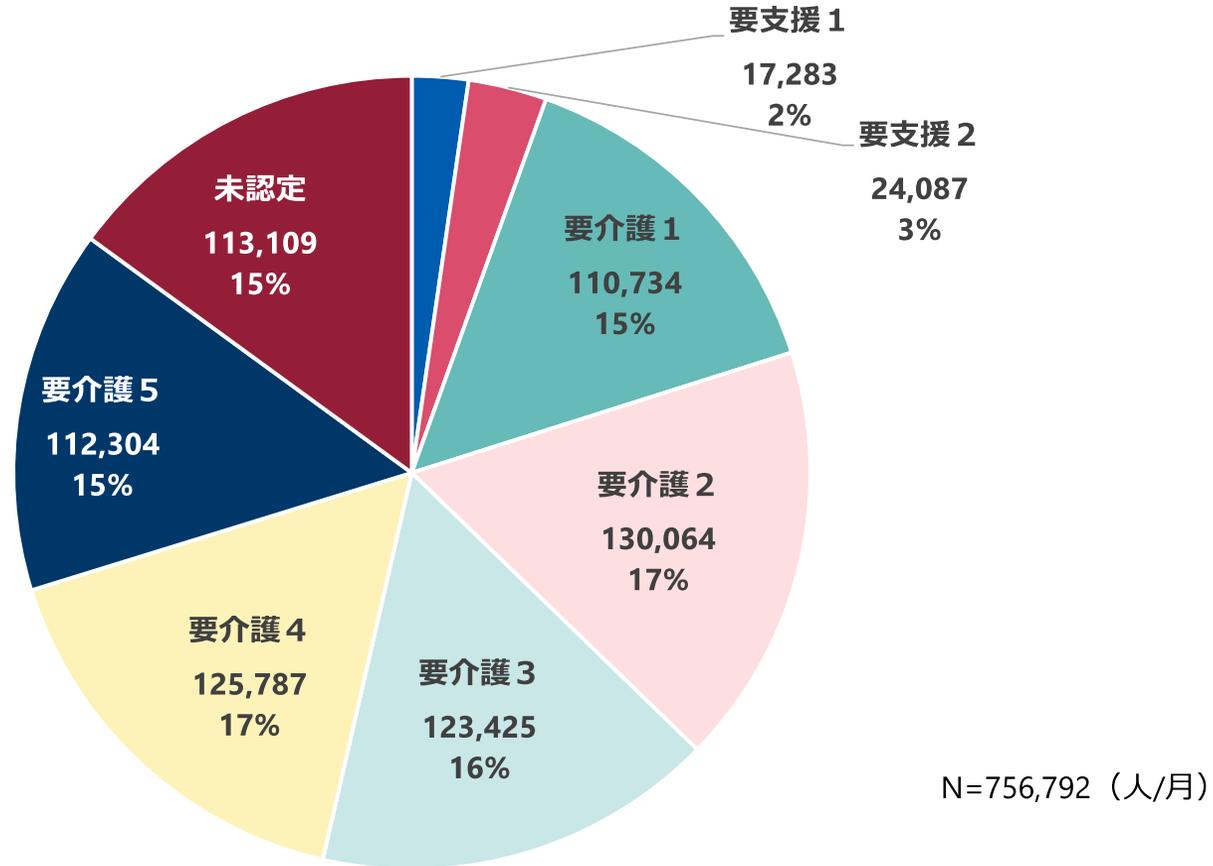
## 年齢階級別の要介護率と認知症



厚生労働省「国民生活調査」、厚生労働省「介護給付費実態調査」より

# 訪問診療を受けている患者の85%は要介護・要支援者

○ 在宅患者訪問診療料を算定している患者のうち、要介護1・2の患者が約30%、要介護3以上の患者は約50%であった。



【出典】KDBデータベース (KDB) (2019年度診療分)  
※算定項目：在宅患者訪問診療料 (I) 又は (II)  
※月当たりの平均患者数、京都府除く

# 外来は減少し、訪問診療が増える → サービスの中心はアウトリーチ型へ

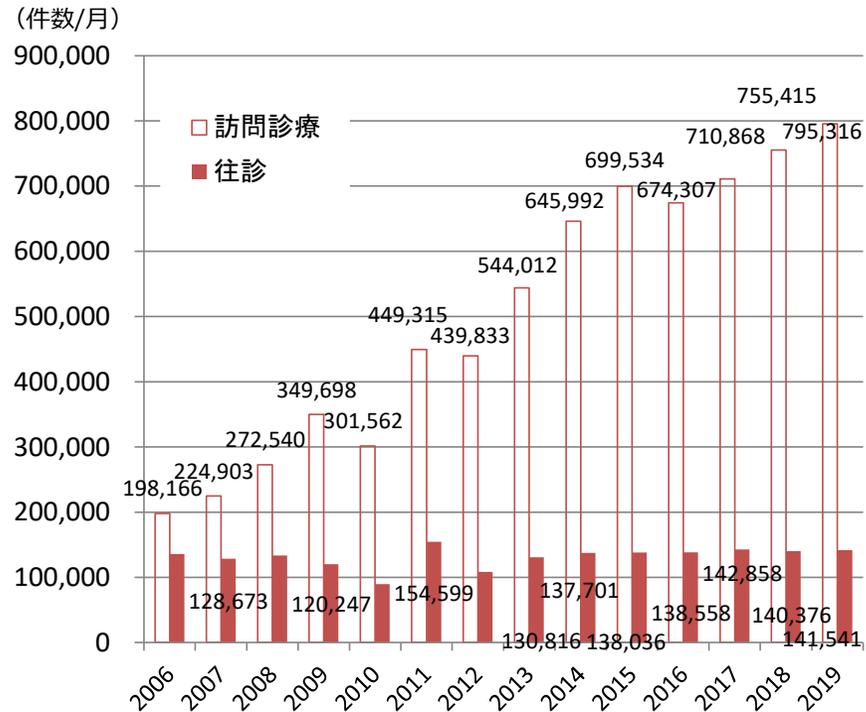
## 在宅患者訪問診療料等の件数の推移

第1回在宅医療及び医療・介護連携に関するWG	参考資料
令和3年10月13日	改

- 訪問診療料の件数は、大幅に増加。往診料の件数は横ばい。
- 訪問診療を受ける患者の約9割は75歳以上の高齢者。

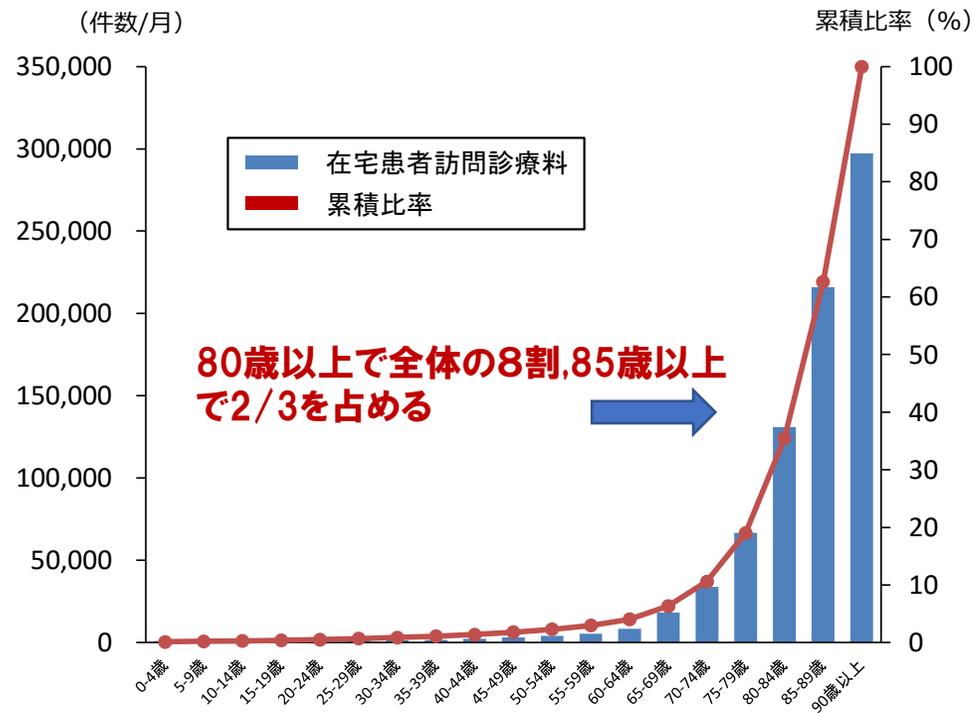
訪問診療：患者宅に計画的、定期的に訪問し、診療を行うもの  
 往診：患者の要請に応じ、都度、患者宅を訪問し、診療を行うもの

### 在宅患者訪問診療料、往診料の件数の推移



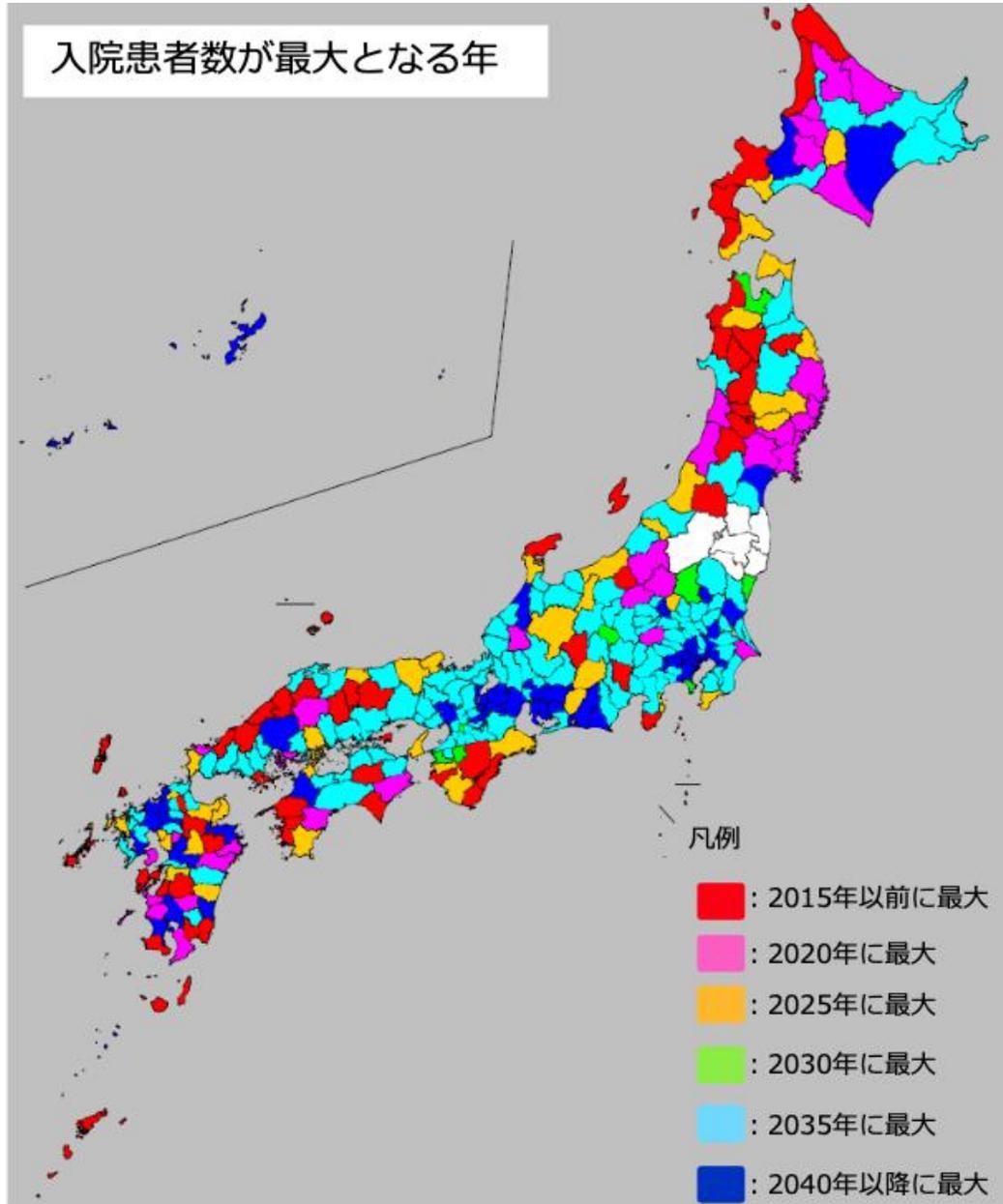
出典：社会医療診療行為別統計（厚生労働省）

### 在宅患者訪問診療料における年齢階級別分布

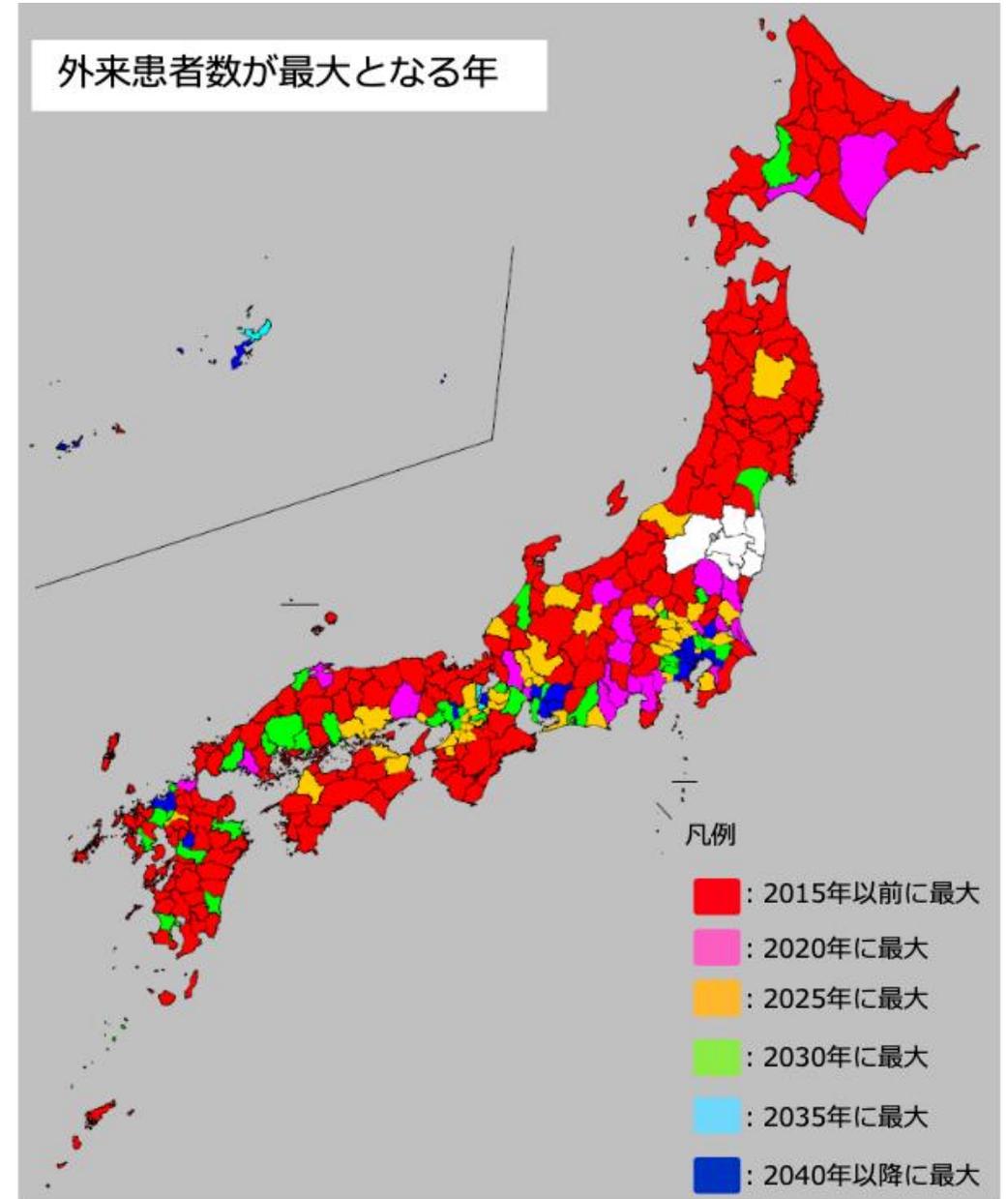


出典：2019年社会医療診療行為別統計（6月審査分）第3表をもとに作成

## 入院患者数が最大となる年



## 外来患者数が最大となる年

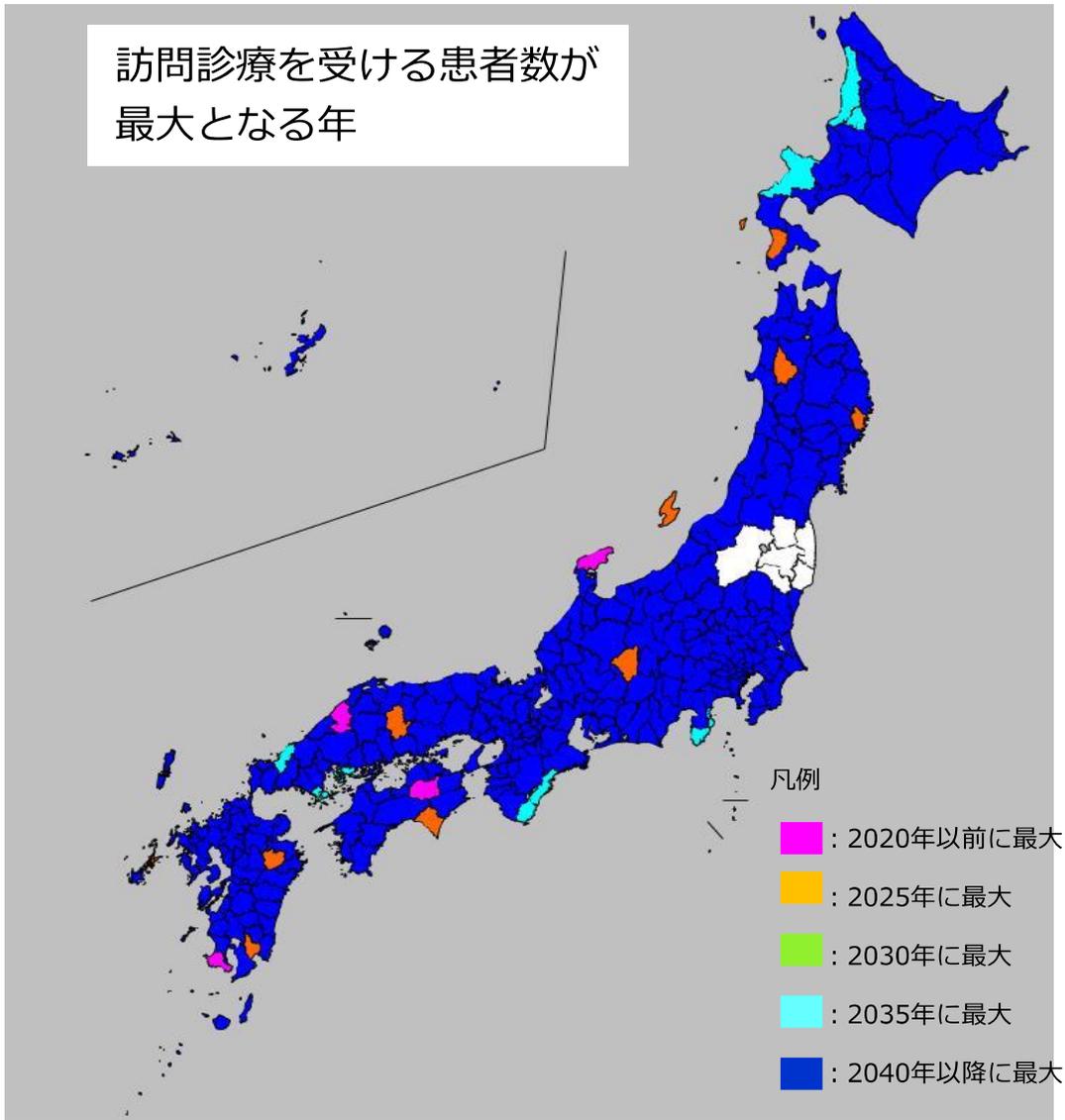


出典：患者調査（平成29年）「受療率（人口10万対）、入院—外来×性・年齢階級×都道府県別」

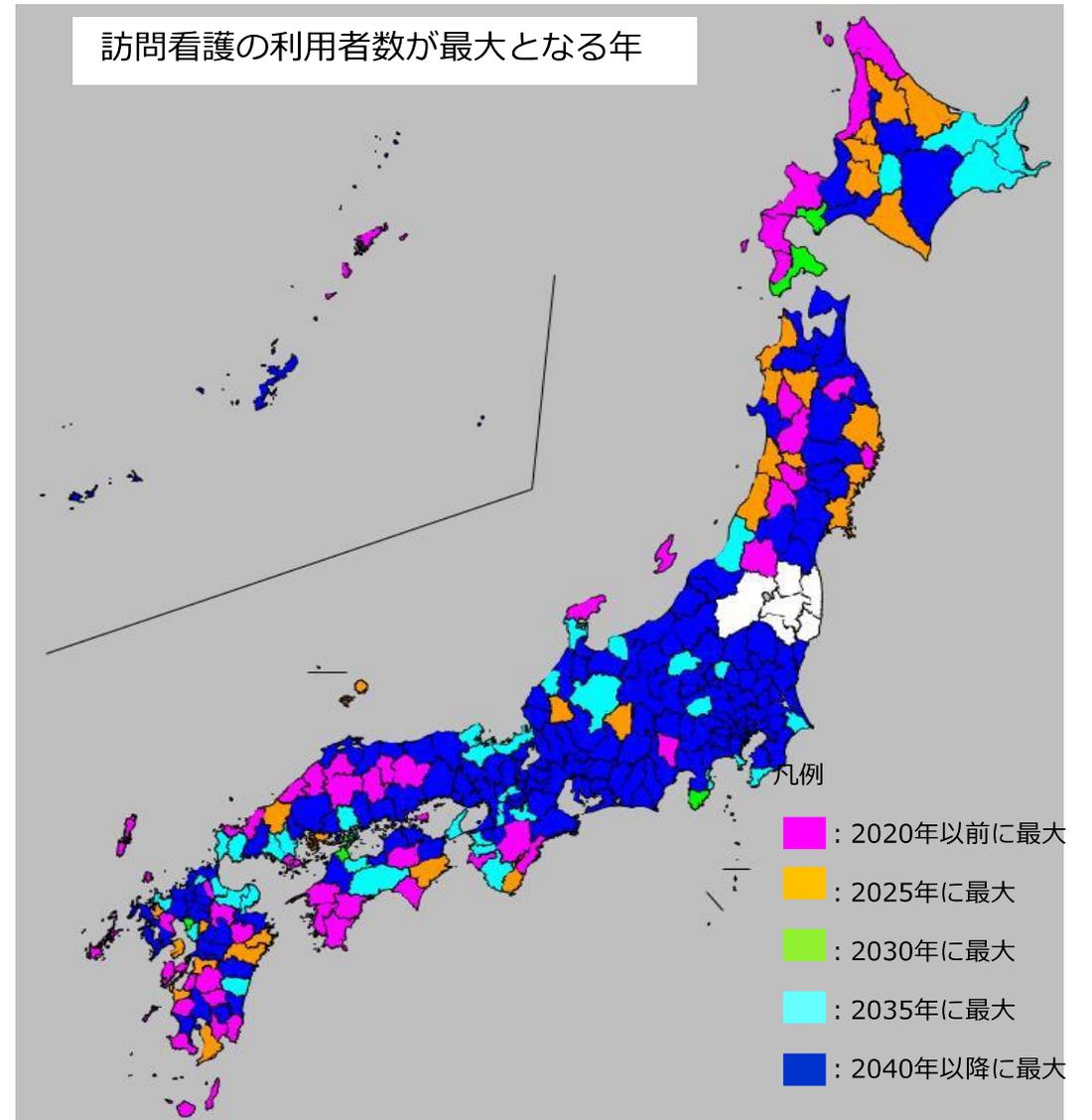
国立社会保障・人口問題研究所「日本の地域別将来推計人口（平成30（2018）年推計）」

※「外来」には「通院」「往診」「訪問診療」「医師以外の訪問」が含まれる。

訪問診療を受ける患者数が  
最大となる年



訪問看護の利用者数が最大となる年



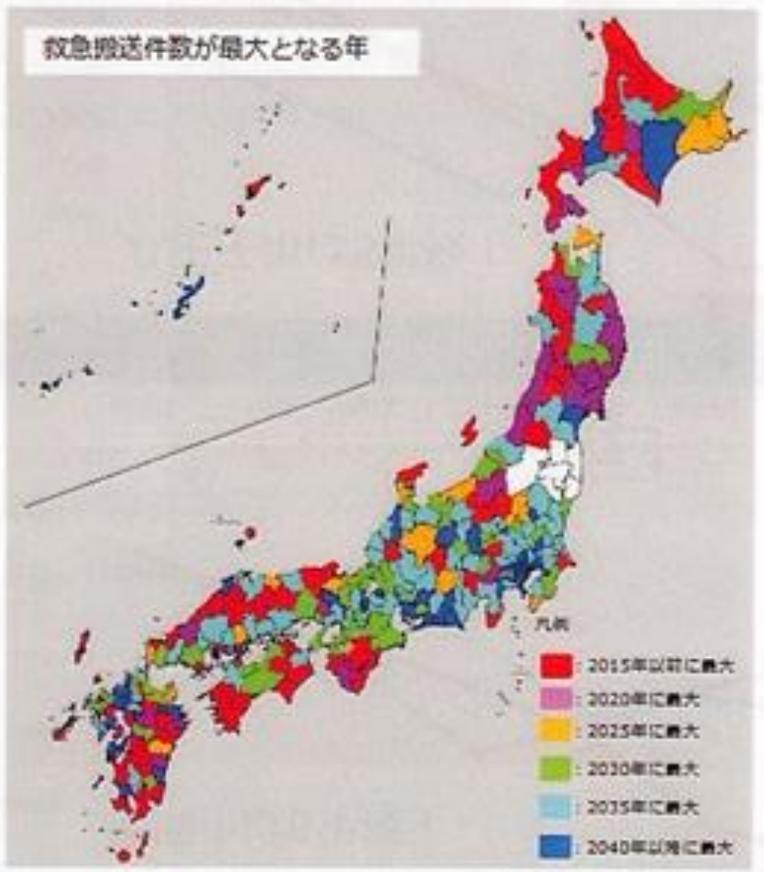
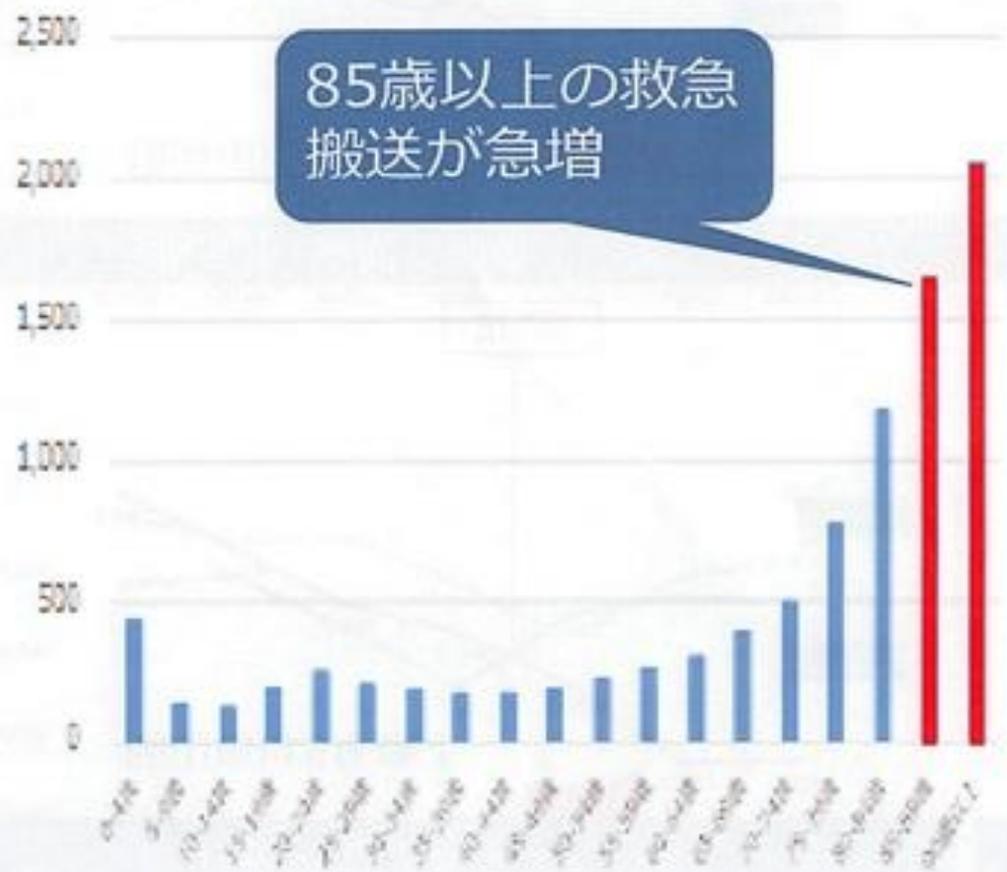
【出典】  
受療率：NDBデータ（2019年度診療分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）を基に受療率を算出。

【出典】  
利用率：NDB、介護DB及び審査支払機関（国保中央会・支払基金）提供訪問看護レセプトデータ（2019年度訪問看護分）、住民基本台帳に基づく人口（2020年1月1日時点）に基づき、算出。

# 救急搬送も増大する → その主力は後期高齢者、特に85歳以上高齢者

- 全国での救急搬送件数は2035年にピークを迎えることが見込まれる。65歳以上が占める割合は継続的に上昇し、2040年には約7割となるが見込まれる。
- 2030年以降に202の二次医療圏において救急搬送件数のピークを迎えることが見込まれる。

年齢階級別救急搬送件数（人口10万対）



資料出所：「消防庁救急搬送人員データ」（2019年）を基に、救急搬送（2019年分）の件数を算出したものを、2020年1月現在の推定地域人口で処理した都道府県別人口で算出して年齢階級別の割合率を作成し、地域別2次医療圏人口に適用して作成。  
 ※ 性別が年齢別のセグメントについては集計対象外としている。また、年齢階級別人口については、年齢別人口を除いて利用。  
 ※ 標準誤差は市町村ごとの人口集計が得られていないため、標準誤差の二次医療圏を除く329の二次医療圏について集計。

# かかりつけ医・かかりつけ医機能を考える

- (1) かかりつけ医・かかりつけ医機能の重要性
- (2) かかりつけ医・かかりつけ医機能の定義
- (3) 在宅医療とかかりつけ医
- (4) フリーアクセスをめぐる問題とかかりつけ医機能
- (5) かかりつけ医機能を発揮するための制度整備
  - ① 情報の一元化・PHR・医療Dx
  - ② かかりつけ医の選択の保障
  - ③ 費用保障のあり方

# かかりつけ医・かかりつけ医機能を考える

- (1) **かかりつけ医・かかりつけ医機能の重要性**
- (2) かかりつけ医・かかりつけ医機能の定義
- (3) 在宅医療とかかりつけ医
- (4) フリーアクセスをめぐる問題とかかりつけ医機能
- (5) かかりつけ医機能を発揮するための制度整備
  - ① 情報の一元化・PHR・医療Dx
  - ② かかりつけ医の選択の保障
  - ③ 費用保障のあり方

## (1) かかりつけ医・かかりつけ医機能の重要性

- ・ かかりつけ医・かかりつけ医機能の実装は医療提供体制改革の最重要課題の一つ。

- ・ 在宅医療・地域医療が機能しなければ病院の負担は大きくなる。

全世代型社会保障構築会議の中間取りまとめでも指摘されているように、今回のCOVID-19禍では、在宅医療・地域医療の弱さが病院への大きな負荷になって医療崩壊の危機を招いた。

- ・ 医療・介護需要が伸びていく中で、医療資源は人的にも物的にも有限。

今ある人的・物的医療資源を効率的・効果的に組み立てていかに必要なニーズに  
応えていくかという視点に立ち、病院病床の機能分化・連携だけではなく、診療所も  
含めた地域医療全体の提供体制改革、すなわち地域完結型医療の構築を考えること  
が必要。

- ・ 在宅医療・地域医療の強化が、全体の提供体制、資源利用の最適化につながる。  
このことを深く認識することが重要。

- かかりつけ医・かかりつけ医機能の問題は、医療提供体制全体の改革にかかわる。

かかりつけ医機能を担う医師の診療能力(総合診療能力)や夜間休日の診療体制の問題ではなく、地域完結型医療の実現、医療を超えた多職種・多機能連携(地域包括ケアネットワーク)など、医療システム全体の改革一に関わる問題である。

- 同時に医療保険の課題とも深く関係。

限られた医療資源の効率的利用、医療費適正化、無駄な受診の排除一適時適切な受診(フリーアクセスのあり方)

- 医療提供体制の構造の違いを踏まえた設計を考える。

医療提供体制そのものの構造に大きな違いがある以上、諸外国のかかりつけ医制度や家庭医制度をそのまま日本に移植することは困難。仮に導入しても機能しない。

日本の医療提供体制の現実を踏まえたかかりつけ医・かかりつけ医機能の実装のあり方を考えることが必要。

## ・ 医療を超えた包括的で継続的な切れ目ないサービス保障の必要性

現在でも、65歳以上の高齢患者の多くは複数の基礎疾患を有している。

重複検査・重複受診・多剤投与の問題は、医療費適正化の観点のみならず、当該患者にとって最適の医療を提供するという観点からも重要な問題。

また、多くの患者は医療以外の多様なニーズ(介護・生活支援・フレイル・栄養管理等)を持ち、医療だけではその人の生活を支え切ることが困難。

患者・利用者は、状態像の変化に対応した医療や介護のサービスが切れ目なく提供されることを必要としている。

・ そのためには、提供者側の連携(病診・病病・診診連携、医療介護連携)が不可欠。各機関が役割分担し、相互に連携して継続的支援を行うことのできる、患者の立場に立ったシステムが地域に構築されていなければならない。

患者・家族の立場に立って最適の医療(+介護)が提供されるよう必要な調整を行う「ハブ機能」を担うことは、かかりつけ医・かかりつけ医機能の重要な役割。

- 介護保険では各機関の役割分担や連携を担う役割としてケアマネージャーが存在。ケアマネージャーと主治医の連携が全体の調整を担っている。
- 医療にあっても、患者家族に伴走し継続的に関わり、必要に応じて入院支援・退院支援を行う役割を持つ存在は極めて重要。

しかしながら現在は制度上そのような機能・役割を担う存在は明確にされていない。

- かかりつけ医・かかりつけ医機能とは、まさにそのような役割を地域において果たすもの。  
(→中学校における「担任の先生」(=担当教科以外に生徒指導や進路相談、家庭訪問など生徒の面倒を包括的にみている教員)のようなイメージ)
- 医療は地域包括ケアネットワークの重要な構成要素。  
かかりつけ・かかりつけ医機能は、地域包括ケアネットワークの文脈の中で機能するものとして進められることが必要。

とすれば、**地域医療構想**で考えるべきは、**病床機能分化・連携のみならず、**

**① 急性期(高度急性期)の機能強化**

**急性期病院の集約化(病床削減+資源の集中投入)  
→高度急性期・重症急性期の入院医療への特化**

**② 地域医療・在宅医療の強化**

**かかりつけ医機能の実装、地域密着型病院の機能の明確化  
→ ex) コミュニティホスピタル 在支診/在支病 総合診療医 面で支える地域医療**

**③ 地域包括ケアネットワークとの協働・連携**

**在宅医療(地域医療構想)・地域包括ケアネットワーク・かかりつけ医機能は「三位一体」**

**☆ 人的・物的資源の再配置という意味での提供体制改革を実現していかないと、  
医療費の「最適化」も実現できない。**

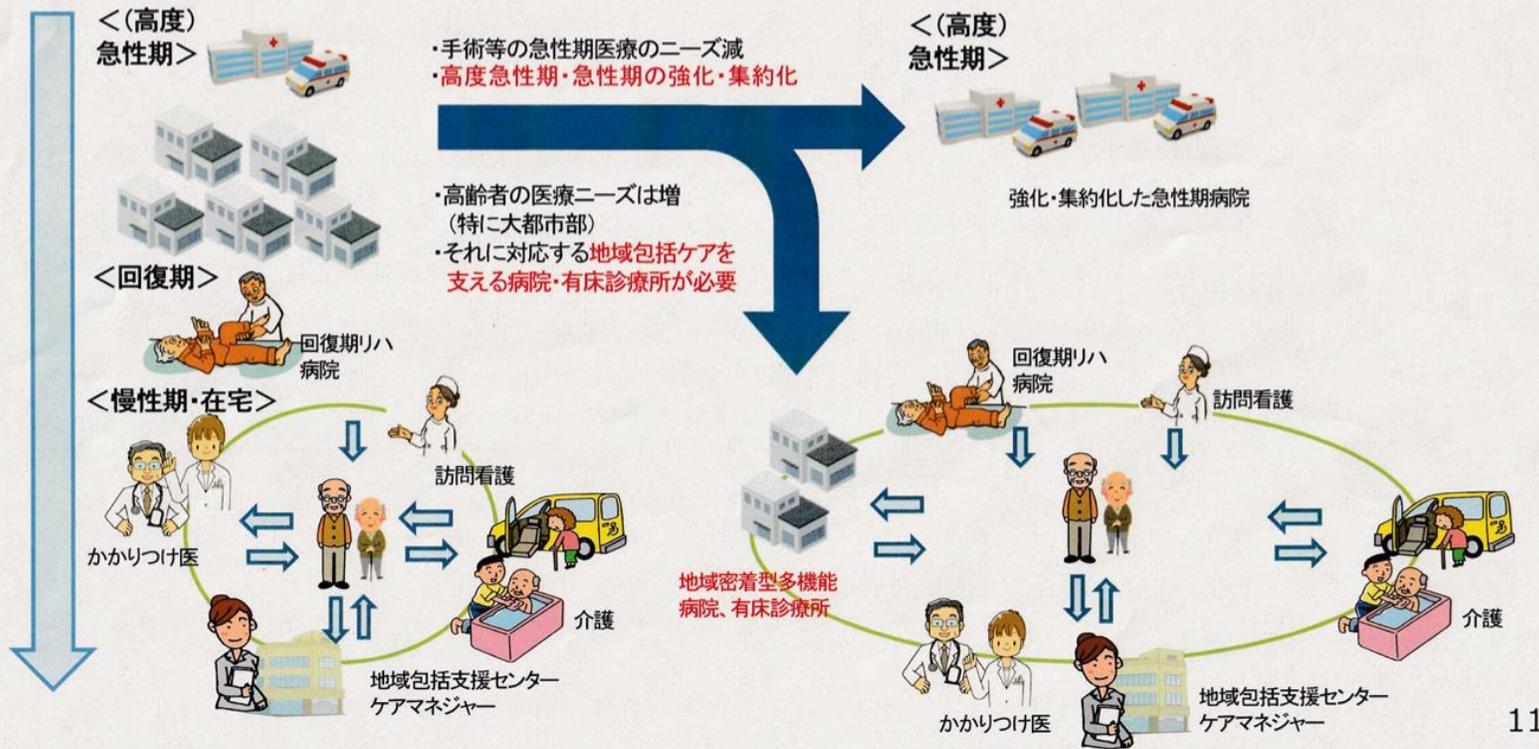
## 水平的連携で地域包括ケアを支える

### 【これまで】

「施設」から「地域」へ、「医療」から「介護」へ、急性期病院→回復期→慢性期・在宅(地域包括ケア)の垂直連携(タテ連携)を推進

### 【これから】

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を支えるため、かかりつけ医、地域密着型多機能病院・有床診療所、介護などとの水平的連携(ヨコ連携)を推進



これまでの地域医療構想の視点:

高度急性期～急性期の医療を担う大病院から地域のかかりつけ医までの「医療のみの垂直連携」

これからの視点:

日常生活圏域ごとにかかりつけ医、地域密着型多機能病院、訪問看護、ケアマネジャー、介護、地域包括支援センターなどが水平に連携する「多職種協働・地域包括ケアネットワーク」

→医療のみの垂直連携中心から、介護との連携を基本とする水平連携中心へ

「地域包括ケアは制度を超えるネットワーク」  
Community-based integrated care network



# かかりつけ医・かかりつけ医機能を考える

- (1) かかりつけ医・かかりつけ医機能の重要性
- (2) かかりつけ医・かかりつけ医機能の定義**
- (3) 在宅医療とかかりつけ医
- (4) フリーアクセスをめぐる問題とかかりつけ医機能
- (5) かかりつけ医機能を発揮するための制度整備
  - ① 情報の一元化・PHR・医療Dx
  - ② かかりつけ医の選択の保障
  - ③ 費用保障のあり方

## (2) かかりつけ医・かかりつけ医機能の定義

### かかりつけ医・かかりつけ医機能についての医療界の統一見解 「日本医師会・四病院団体協議会合同提言」(2013年8月8日)

#### 「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。

## 日医・四病協提言を要素分解してみると、、、

- 患者の生活背景を把握した適切な診療及び保健指導の実施。 **プライマリケア（総合診療能力）**  
地域医療・保健・福祉を通じた総合能力 **common disease への対応**  
自己の専門性を超える場合、専門医療機関の紹介、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供 **病診・診診連携・伴走支援**
- 休日・夜間対応体制の構築 **24時間対応 ネットワーク**  
地域の医師、医療機関等との情報共有・協力関係の確保
- 地域住民との信頼関係の構築 **地域参加**  
健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健への参加 **地域参加**  
保健・介護・福祉関係者との連携 **地域包括ケアネットワークへの参画・医療介護連携**
- 在宅医療の推進 **アウトリーチ・退院時支援 「切れ目のない医療」の提供**
- 患者や家族への適時適切な医療情報の提供 **家族支援・コンシェルジュ機能（「総合相談支援」機能）**  
**コミュニケーション力**

これを整理してみると、

①-1 かかりつけ医となる個々の医師の能力に関わるもの

(ex) 総合診療能力・common diseaseへの対応、コミュニケーション能力等)

①-2 かかりつけ医機能を担う医療機関(診療所・地域密着病院)が具備すべき機能に関するもの

(ex) 在宅医療、夜間休日対応、健康相談/指導(コンシェルジュ機能)、入退院支援、保健行政への協力、病診/病病/診診連携、看護/介護サービスとの連携等)

そして

② ①を支える地域で構築されるべき連携・協働のシステムに関わるもの

(ex) 地域包括ネットワークの構築、情報連携ネットワークの整備・実装等)

が含まれていることがわかる。



・ かかりつけ医機能とは、、、「包括的・継続的健康管理」

日常的な健康管理、相談指導、予防接種、健診、common diseaseへの対応(いわゆる「プライマリケア医」の役割)、慢性疾患の医学管理、夜間休日の対応、専門医療機関への紹介、入院支援、退院後のフォロー、複数医療機関を受診する患者の全身状態の把握、そして終末期(看取り)の対応など、

さらには、介護など医療以外のサービスとの連携のハブ機能、公衆衛生行政と通常医療の接点(災害やパンデミックなどの非常時における公衆衛生医としての役割)も求められる。

**かかりつけ医機能は、1人の医師・医療機関だけで担えるものではなく、かつ、担わなければならないものでもない。**

**：地域全体で必要な時に必要な医療が適時適切に提供できる体制、すなわち「地域完結型の医療提供体制」を構築していく中で実現されるもの。**

**：「システムとしてのかかりつけ医機能の構築」こそが重要。**

**かかりつけ医となる医師の資質能力、かかりつけ医機能を担う医療機関の能力はもちろん重要な論点。誰でもなれるというものではない。**

**同時に、医療機関相互の役割分担と協働・ネットワーク、かかりつけ医をバックアップする病床機能を有する地域病院、診診・病診連携システムの構築など、システムとしてのかかりつけ医機能を地域の医療提供体制の中でどのように作り上げていくかという視点で考えることが必要。**

# かかりつけ医・かかりつけ医機能を考える

- (1) かかりつけ医・かかりつけ医機能の重要性
- (2) かかりつけ医・かかりつけ医機能の定義
- (3) 在宅医療とかかりつけ医**
- (4) フリーアクセスをめぐる問題とかかりつけ医機能
- (5) かかりつけ医機能を発揮するための制度整備
  - ① 情報の一元化・PHR・医療Dx
  - ② かかりつけ医の選択の保障
  - ③ 費用保障のあり方

### (3) 在宅医療とかかりつけ医

- **在宅医療はかかりつけ医機能の重要な役割。**
- **高齢者介護の世界では「在宅介護原則」「24時間・365日の安心」を前提とした制度設計が行われており、「在宅生活の継続」を基本に、夜間介護・巡回介護や小規模多機能サービスといった多様なサービスを用意することで、高齢者の状態像の変化に対応した切れ目のないサービスの実現が目指されている。**
- **在宅医療においても、時間外診療(夜間・休日の対応)や往診、さらにはオンライン診療といった「患者の生活の場でサービスを提供する」ことが求められている。**
- **これは在宅医療を担うかかりつけ医・かかりつけ医機能に求められる重要な役割の一つ。**

こうした機能を果たしていくためには、

- 患者に関わる複数の医療機関がチームを組んでかかりつけ医機能を担う仕組み
- 時間外診療を専門に担う医療機関との連携、
- 在宅支援を担う診療所とそれを支える地域密着型病院(在宅療養支援病院)の連携、
- 訪問看護など多職種との協働による対応

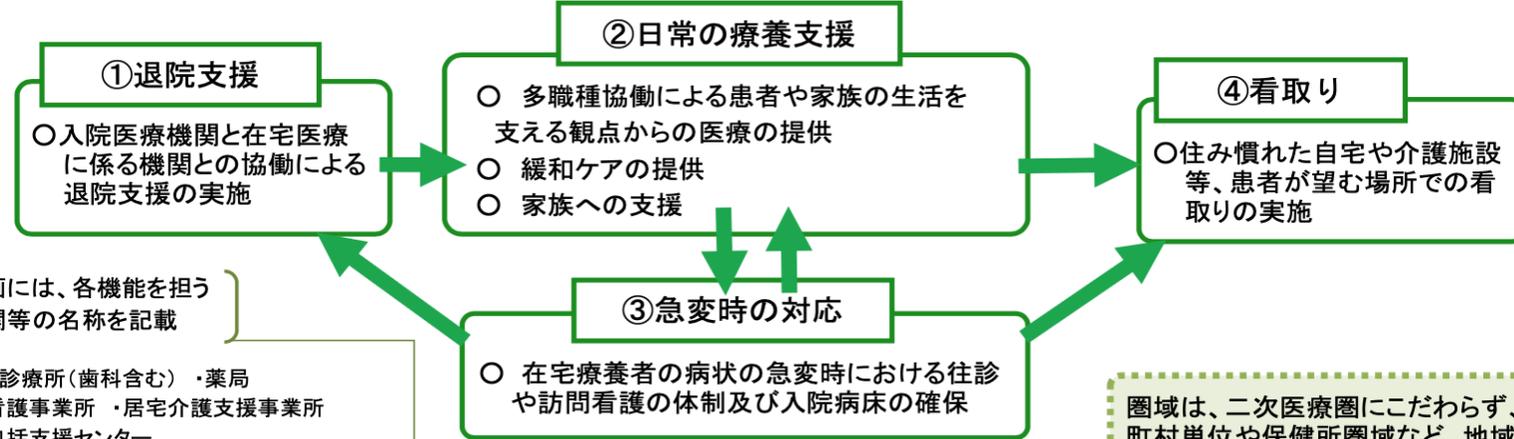
など、それぞれの地域で在宅医療を支える医療資源をシステムとして組み上げていく取り組みが必要。

# 在宅医療の体制について

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

## 在宅医療の提供体制に求められる医療機能



医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所(歯科含む)・薬局
- ・訪問看護事業所・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設
- ・相談支援事業所 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

## 在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
  - ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
  - ・他医療機関の支援
  - ・医療、介護、障害福祉の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等

## 在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
  - ・地域の関係者による協議の場の開催
  - ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
  - ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所・市町村 等

在宅医療の体制構築に係る指針(疾病・事業及び在宅医療に係る医療体制について)(平成29年3月31日付け医政地発0331第3号厚生労働省医政局地域医療計画課長通知)より 17

厚労省資料によれば、在宅医療に求められる機能は

- ①退院支援
- ②日常の療養支援
- ③急変時の対応
- ④看取り

担うのは在宅療養支援診療所  
在宅療養支援病院 など

調整・連携機能を担うのは医師会等関係団体  
保健所・市町村 など

→内容はいいが、順番が違う。  
②→③→①→④ではないの？

- **例えば、東京など大都市圏では、COVID-19への対応の過程で、往診を専門に担う医療機関が日中の外来診療を担う開業医と連携して休日・夜間帯や緊急時の医療需要に対応する、という24時間対応の仕組みが生まれた。**
- **高齢者介護の場合でも、時間外・夜間に対応する訪問介護事業は広域でのサービス提供を担い、昼間帯を担当する訪問介護事業者との連携・役割分担で在宅要介護者をカバーしているのが一般的。**
- **東京都の在宅介護の現場では、「大規模在宅」と呼ばれる広域対応の往診専門医療機関やSNSを活用したオンコール型の訪問診療医療機関がCOVID-19への対応で大きな役割を果たした。**

**これは、都市部における在宅医療の発展形態の一つとして注目に値する。**

# かかりつけ医・かかりつけ医機能を考える

- (1) かかりつけ医・かかりつけ医機能の重要性
- (2) かかりつけ医・かかりつけ医機能の定義
- (3) 在宅医療とかかりつけ医
- (4) フリーアクセスをめぐる問題とかかりつけ医機能**
- (5) かかりつけ医機能を発揮するための制度整備
  - ① 情報の一元化・PHR・医療Dx
  - ② かかりつけ医の選択の保障
  - ③ 費用保障のあり方

## (4) フリーアクセスをめぐる問題とかかりつけ医機能

- 「国民(被保険者)は、自分が必要と思った時に自らが選択した医療機関に診療を求めることができ、医療機関は原則としてそれに応じる義務(応召義務)がある」という仕組み。
- 自分に医療が必要かどうかの一義的判断をしているのは患者自身。医療機関への受診(初診)に関する判断は全て患者自身に委ねられている。  
つまり、(一部負担等による経済的誘導以外に)制度的・構造的に患者の適切な受診行動を促す仕組みは用意されていない。
- 結果、医療機関へのかかりやすさが早期受診・疾病の早期発見につながっている利点がある一方、医療に関する情報の非対称性、患者側に十分なヘルスリテラシーが形成されていない(＋それを支援する仕組みが整っていない)ことも相俟って、ドクターショッピングのような客観的に見て不必要・不適切な受診を制御できず、逆に必要な時に必要な医療が提供されない(患者自身が行動を起こさない限り医療は提供されない)ことも生じる。
- このようなシステムの下では、住民一人一人の健康管理について特定の医療機関が一元的・継続的に責任を持ち、適時適切な医療を提供するシステムの構築は事実上困難。

- また、高齢化が進行している日本では、すでに多くの療養者(≒高齢者)はmultimorbidity(複数の主たる慢性疾患を持つ患者)。

それぞれの疾患について自身が選択した専門医療機関(主治医・主治医療機関)を持ち、現に継続的に複数医療機関に受診している。

- このような状況下では重複受診・重複検査・多剤投与の問題は常に発生。

個々の専門医療機関が自らの担当する疾患について適切な診療を行なっているにもかかわらず、全体としてみれば重複・過剰・不適切な医療が行われてしまう「診療における合成の誤謬」も発生する可能性。

- この問題は、保険者の視点からすれば「医療費適正化」の問題。

無駄な受診・無駄な診療・過剰な薬剤投与をなくして適時適切な受診を促す、日常からのトータルな健康管理を行うことで受診を減らす、そのために診療情報の一元化・共有を進める、といった問題提起がなされる。

かかりつけ医・かかりつけ医機能の問題はこのコンテキストから語られることになる。

- 現在のフリーアクセスは、国民の選択の自由と医療へのかかりやすさを最優先に組み立てられた仕組みであるが、見方を変えれば専門職のサポート・情報提供なしに自身の健康管理や医療サービス利用の決定を個々の国民の責任に委ねている仕組み。
- **これから2040年に向けて複数の慢性疾患を持つ高齢者はさらに増加。今後高齢期を迎える中高年を含め、患者の状態にあった医療を受けるために、身近な地域において、一般的な健康問題への対応をはじめ、日常的に相談に応じ、継続的、診療科横断的に患者を診るとともに、適切な他の医療機関を紹介する機能には国民の強いニーズ・関心がある。**
- 患者・利用者の立場に立って最適な医療サービス利用を継続的に支援する専門職、すなわちかかりつけ医の存在は、医療資源の効率的利用を通じた費用の適正化という観点のみならず、患者自身にとって最適の医療サービス利用を保障するという意味で、フリーアクセスのもとでの我が国医療制度にあってはむしろ必要不可欠なもの。

- さらに、「患者中心の医療・生活」を最適の資源分配・最適のコストで実現するシステムの実現は、国民にとっても、医療者にとっても、保険者にとっても望ましいことのはず。

ここに利害の対立はない。

- であるとするのなら、必要な医療サービスが保障されることを大前提に、国民の側での医療サービス利用のあり方についても、専門職による支援を前提とした何らかのルール化を考えることが必要。

以上整理すると、、、

かかりつけ医機能を実装する、とは

- ① 患者利用者(=国民)の医療へのアクセスの保障  
(→「必要な医療」が「必要な時」に受けられることが確実に保障されること)  
を前提に、
  - ② 有限の医療/介護資源(人的・物的資源)で、必要な医療介護需要を最も効果的・効率的にカバーする提供体制を作るための重要なサブシステム(道具立て)の1つ  
であり、このことは同時に、
  - ③ 医療介護コストの「最適化」の実現  
(→最適のコストで最も効果的・効率的に患者利用者(=国民)の健康を守ること)  
でもある。
- 本件に関する利用者国民・医療者(提供者)・保険者の利益は一致している(はず)

# かかりつけ医・かかりつけ医機能を考える

- (1) かかりつけ医・かかりつけ医機能の重要性
- (2) かかりつけ医・かかりつけ医機能の定義
- (3) 在宅医療とかかりつけ医
- (4) フリーアクセスをめぐる問題とかかりつけ医機能
- (5) かかりつけ医機能を発揮するための制度整備**
  - ① 情報の一元化・PHR・医療Dx**
  - ② かかりつけ医の選択の保障**
  - ③ 費用保障のあり方**

## **(5) かかりつけ医機能を発揮するための制度整備**

### **① 情報の一元化・PHR・医療Dx**

- **患者情報(患者・利用者に関する健康情報・医療/診療情報)を一元的に集約・管理する(できる)システムが構築され可視化されていること、そしてその情報がかかりつけ医が閲覧利用できることは、かかりつけ医・かかりつけ医機能が発揮されるための重要な前提条件の一つ。**
- **患者・利用者に関する健康情報・医療/診療情報をリアルタイムで把握することができなければ、かかりつけ医は日常的な健康指導も適時適切な医療提供の調整も行うことができないし、継続的な支援を行うこともできない。**
- **医療(/介護)情報の一元化・共有基盤の構築には各機関の協力が不可欠。電子カルテの標準化や処方箋の電子化、リアルタイムでの患者の健康情報把握システムなどの基盤整備—医療Dxの普及はその前提条件。**
- **オンライン診療などの遠隔診療はかかりつけ医機能の重要なツール。医療情報の一元化や医療Dx、医工連携技術の進展普及は、かかりつけ医機能の発揮、医療・介護の専門職間の多職種連携実現の技術的前提条件でもある。**

- 増大する医療ニーズを最小限の設備・マンパワーで(かつ民間医療機関中心に)引き受けてきた歴史は、医師・医療スタッフの慢性的過重労働という問題も招来。
- 医師1人当たりの入院担当患者数は、アメリカの1.1人に対して日本は5.5人。年間の医師1人当たりの外来延べ患者数は、アメリカの約1500人に対して日本は約5300人。  
勤務医の長時間労働は常態化しており、医師の働き方改革が大きな問題。
- 医療提供体制改革は、別の見方をすれば医療の人的・物的資源の再配置・再分配。限りある人的・物的資源の効率的な利用は、医師・看護師をはじめとする医療関係者の働き方改革にもつながる。
- 医療Dxの積極的活用も含め、医療従事者の働き方改革という視点からの専門職種間の役割分担の見直し、タスクシフト、チームプラクティスといった取り組みも必要。
- このことはかかりつけ医の負荷軽減という形で、かかりつけ医の普及実装にも貢献。

- **ここで重要なことは、患者・利用者にかかる健康情報・医療/診療情報は本人自身のものである、ということ。**
- **制度設計、管理運用、共有ルールの構築にあたっては、そのことを大前提に制度設計を行わなければならない。**

## ② かかりつけ医の選択の保障

- かかりつけ医を持つことは、国民の権利であって義務ではない。

皆保険体制をとる我が国にあっては、すべて国民は必要かつ適切な医療を受ける権利がある。

- 「かかりつけ医・かかりつけ医機能の制度化」とは、国民にとってより適切な医療へのアクセスが保障されるシステムを構築すること。医療機関へのアクセスや選択の権利を強引に奪うものではない。

- かかりつけ医は患者・利用者自身が選択するものである。

かかりつけ医は患者・利用者から自身の健康情報・医療/診療情報の管理・利用を託される者でもある。

その観点からも、患者にとって最も機微で重要な健康情報を託する相手であるかかりつけ医は患者・利用者自身が選択するものでなければならず、その機能は患者・利用者との信頼関係があって初めて十全に発揮されるものであることを銘記すべき。

- **患者が軽症でも大病院に行ったり、重複受診する構造的な要因として、情報の非対称性や医療の不確実性があり、端的にいうと患者の不安が背景にある。**
- **信頼できる医療機関との安定的な関係を作ることなくして、患者の行動を変えることはできない。  
画一的・統制的な手法でこの問題に対処すれば、かかりつけ医を飛ばして大病院を受診するために救急車を呼ぶ、といったイレギュラーなバイパスが生まれ、提供体制全体に弊害が及ぶ危険もある。**
- **かかりつけ医・かかりつけ医機能を発揮するための制度整備にあたっては、登録の義務づけや強制的な割り当てといった統制的なやり方で臨んでも制度は機能しない。**

### ③ 費用保障のあり方

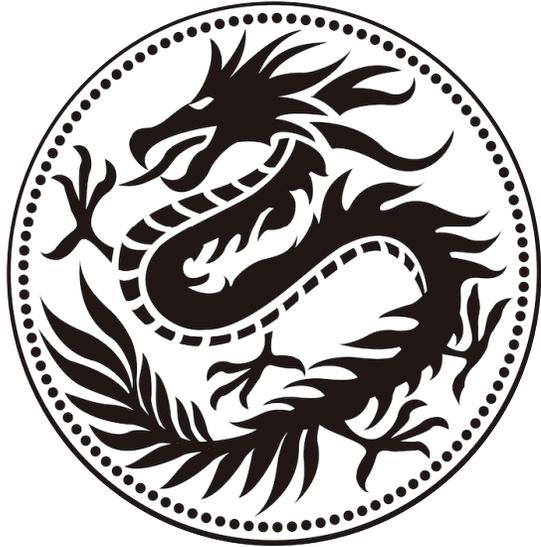
- **かかりつけ医・かかりつけ医機能に求められている役割は極めて広範かつ重層的。**
- **患者の生活背景の把握、日常的な保健指導、医療情報の提供、初期診療、専門医療機関への橋渡し、入退院支援・調整、健診・母子保健・学校保健への参加、在宅医療、看護や介護などの在宅サービスとの連携調整など、その担うべき業務の範囲は明らかに「保険診療一療養の給付」の範疇を大きく超えている。**

**求められる業務の多くには診療報酬上の対価は支払われない(「診療なくして報酬なし」)。**

- **かかりつけ医・かかりつけ医機能の制度化は医療提供体制のあり方の問題であり、医療法体系の中で行われるべきもの。**

**人頭払・包括払(定額払)といった「医療保険での報酬の支払い方」に議論が集中するきらいがあるが、診療報酬での支払い方式や点数化の議論をする前に、求められる機能役割を確実に実行できる条件整備(制度整備と基盤整備)をまず行い、その上でその機能役割に相応しい費用保障の仕組みを検討すべき。**

-



Future Institute Wolong

一般社団法人 未来研究所臥龍

<http://www.garyu.or.jp/organization.html>