

都道府県医師会 かかりつけ医機能担当理事連絡協議会



理事 出口 宝

都道府県医師会かかりつけ医機能担当理事連絡協議会

日時：令和7年3月26日（水）
午後1時00分～3時00分
場所：日本医師会館
小講堂・ホール（WEB 併用）

次 第

1. 開 会
2. 会長挨拶 日本医師会会長 松本 吉郎
3. 議 事
 - (1) かかりつけ医機能報告について
日本医師会常任理事 城守 国斗
 - (2) かかりつけ医機能報告制度にかかる研修について
日本医師会常任理事 今村 英仁
 - (3) かかりつけ医機能報告制度について
厚生労働省大臣官房参事官(医療提供体制改革担当)
高宮 裕介
4. 質疑応答等
5. 閉 会 日本医師会副会長 角田 徹

1. 開会

日本医師会の城守常任理事より開会が宣言された。

2. 会長挨拶（日本医師会会長 松本吉郎）

来年4月から、かかりつけ医機能の報告制度が実際に施行される。これに先立ち、2月に募集が締め切られたパブリックコメントでは特に大きな意見は寄せられず、日本医師会の考えに沿ってこの報告制度は進んでいる。私が会長に就任して以降、日本医師会のかかりつけ医機能に関する議論を深めてきた。

まず令和4年11月に、地域における面としてのかかりつけ医機能の問題について、かかり

つけ医機能が発揮される制度整備に向けて提言をした。令和5年2月には、かかりつけ医機能の制度整備に当たっての日本医師会の主な考え方を示し、その方向で法案が国会に上程された。そして令和5年5月に全世代社会保障法が成立している。

その後に発足した厚生労働省の分科会には日本医師会の役員も参画し、日本医師会の主張が反映されるよう検討を重ねてきた。日本医師会は地域における面としてのかかりつけ医機能を発揮するために、かかりつけ医機能報告制度に多くの医療機関に手を挙げて参加していただくことは極めて重要だと考えている。

あわせて日本医師会は来年4月より、かかりつけ医機能報告制度に係る研修を開始する。詳細については本日の連絡協議会で説明するが、当該研修についても積極的に参加いただきたい。

また、呼びいただければ日本医師会のかかりつけ医機能担当理事である城守常任理事あるいは今村常任理事から説明にいつでも伺わせていただく。あくまでもかかりつけ医が制度化されないための、この機能の充実報告ということなので、ここのところはしっかりと分けて考えていただきたい。

制度化に結びつかないためのこの報告制度なので、どうぞその点を改めてお願い申し上げる。

釜范副会長挨拶

先ほど松本会長から挨拶があった通りである。このかかりつけ医機能の報告への取り組みは、決して新たな制度や資格を付与するものではない。これまで地域において大きな役割を担ってきた方々に、さらに手を挙げていただき、

地域全体の医療提供をさらに良くするためのものである。そのあたりをぜひ理解いただきたい。かかりつけ医機能が面として十分に発揮されることは、医療の提供に不可欠なものである。地域の医療を面として支える、このかかりつけ医機能の重要性を、私からもあらためて強調させていただく。

日頃より先生方には大変お世話になっており、心より感謝申し上げる。

3. 議事

(1) かかりつけ医機能報告について

(日本医師会常任理事 城守国斗)

かかりつけ医機能報告制度の議論は、1980年代以降の厚生労働省の家庭医構想に遡る。日本医師会は、これに対抗する形でかかりつけ医およびかかりつけ医機能の概念を提唱してきた。

2015年の骨太の方針において、かかりつけ医の普及と診療報酬上の対応が検討課題となった。特に2020年から2021年にかけて、患者から「かかりつけ医に診てもらえない」「どこを受診すべきかわからない」といった声が上がリ、国はかかりつけ医の制度化を検討し始めた。

当初は、かかりつけ医を登録・認定する方向で議論が進んでいたが、日本医師会の対応により、骨太の方針2022では「かかりつけ医の制度化」ではなく「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」という表現に落ち着いた。

日本医師会は、平時と有事における医療提供体制について明確な考え方を示した。有事（感染症流行時等）においては、外来医療や在宅医療を担う医療機関を平時から明確化し、必要な医療を確実に受けられる体制を構築する方針を示した。

平時においては、既存の医療情報提供制度と医療機能情報提供制度の改善を通じて、国民が適切な医療機関を自ら選択できるよう支援することを目指している。医療機関は自らの機能を伸ばしつつ、カバーしきれない機能については地域の他の医療機関と連携する「面」としての地域医療提供体制の構築を提唱した。

かかりつけ医の定義は、2013年に日本医師会と4病院団体協議会が共同で提言したものを基本としている。患者の生活背景を把握し、適切な治療を行い、必要に応じて専門医療機関と連携するという考え方である。

日本医師会は、かかりつけ医機能制度整備にあたり、以下の8つの基本的な考え方を示した。

1. かかりつけ医は患者が自由に選ぶものであり、割り当てや義務付けるものではない
2. 診療科や専門性により、複数のかかりつけ医を持つことは自然である
3. 登録制は、フリーアクセスや医師選択の権利を阻害する
4. 現代の高度医療の状況下で、登録制は現実的ではない
5. かかりつけ医機能は、診療科や医療機関の種別を問わない
6. 一つの医療機関で全ての機能を持つ必要はない
7. かかりつけ医とそれ以外を分けるものではない
8. 医師は常に自己研鑽に努める

この制度は、既存の医療機能情報提供制度に追加される形で、2025年4月から特定機能病院と歯科医療機関を除く病院・診療所に適用される。医療法上、1号機能と2号機能に区別され、1号機能を持つ医療機関は2号機能を報告する必要がある。

制度の目的は、地域の外来機能の可視化と、不足する医療機能の把握、そして地域における医療機関の連携強化にある。5年後に制度の見直しが予定されており、多くの医療機関の参加を期待している。

(2) かかりつけ医機能報告制度にかかる研修について (日本医師会常任理事 今村英仁)

研修制度の根本的な特徴は、従来の硬直的な研修モデルから脱却し、医師の自主性と地域医療への貢献を重視している点にある。対象は、地域の診療所や中小病院で勤務するほぼすべて

の医師であり、約 11 万 3,200 の医療機関が想定されている。

研修は大きく二つの柱で構成されており、座学研修（知識）と実地研修（経験）となる。

座学研修では、単なる医学的知識の習得にとどまらず、地域連携や多職種協働に関する幅広い内容が含まれる。具体的な研修テーマは三つに分かれており、第一に幅広い症状への対応（40 疾患を中心）、第二に高齢者診療、第三に在宅医療・多職種連携となっている。これらは厚生労働科学研究班で詳細に検討され、柔軟な内容となっている。

実地研修は、医師の日常的な地域貢献活動を積極的に評価する革新的なアプローチを採用している。具体的には以下のような活動が対象となる。

- 地域医師会活動への参加
- 学校医・産業医活動
- 介護・福祉関連活動
- 災害医療への関与
- 学術活動（論文執筆など）

単位取得システムも、医師の負担を最小限に抑える工夫がなされている。座学研修は 1 単位（60 分）、実地研修は 1 項目で 5 単位と設定され、合計 10 単位が必要となる。多くの医師は既に実地研修の項目を日常的に実践しているため、比較的容易に単位を取得できる設計となっている。

重要な点は、この研修の修了が必須条件ではないことである。かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無を報告するものであり、修了していないことをもって不利益は生じない。これは、医師の自主性を尊重し、地域医療への自発的な貢献を促す画期的なアプローチと言える。

申請・承認プロセスは、日本医師会と都道府県医師会が協力して構築する。オンラインでの申請・承認システムを導入し、医師の事務的負担を軽減することを目指している。また、非会員も登録可能とするなど、開かれた制度設計となっている。

将来的には、既存の生涯教育制度、かかりつけ医研修制度と今回の研修制度を統合し、より柔軟で包括的な研修システムの構築を目指している。これにより、医師の継続的な学びと地域医療への貢献を総合的に評価できるようになる。

日本医師会の最終的な目的は、この研修制度を通じて地域医療に貢献する医師の活動を可視化し、地域医療の質的向上と医師の自己研鑽を支援することにある。新たな資格制度や厳格な評価システムではなく、医師の自主性と地域への貢献を尊重する、柔軟かつ前向きな取り組みとして設計されている。

5 年後の制度見直しを見据え、多くの医師の参加と建設的な意見が期待されている。この取り組みは、日本の地域医療の新たな可能性を切り開く、革新的なアプローチとして高く評価されるべきものである。医師個人の成長と地域医療の発展を同時に促進する、極めて先進的な研修制度と言える。

(3) かかりつけ医機能報告制度について

（厚生労働省大臣官房参事官

（医療提供体制改革担当） 高宮裕介）

令和 5 年に成立した法律に基づき、本年 4 月から施行されるこの制度は、単なる報告義務の創設ではなく、地域医療の質的向上を目指す戦略的な取り組みである。制度の根本的な目的は、地域における医療提供体制の可視化と、不足する医療機能の把握にある。

具体的には、各医療機関が都道府県に対して自らの医療機能を報告することで、地域の医療資源の現状を明確にする。この報告は、従来の医療機能情報提供制度を拡充する形で実施され、より詳細で実践的な情報収集を可能にする。

特に注目すべき点は、報告後に設定される「地域での協議の場」である。これまでの 2 次医療圏単位の協議から一歩進め、市町村単位や日常生活圏域での細密な協議を可能にする。これにより、地域の実情に即したきめ細かな医療提供体制の検討が可能となる。

厚生労働省は、この制度を通じて、今後増加

が予想される医療・介護の複合的ニーズや、複数の慢性疾患を抱える高齢者への対応力を強化することを目指している。「治し支える医療」の実現に向けて、各医療機関の機能を可視化し、地域全体で補完し合う医療提供体制の構築を企図している。

報告対象は、特定機能病院や歯科医療機関を除く病院・診療所であり、約 11 万 3,200 の医療機関が想定されている。報告内容は、外来機能、時間外対応、入退院支援、在宅医療の提供体制、介護サービスとの連携など、多岐にわたる。

重要な点は、この制度が医療機関を序列化したり、特定の機能のみを評価したりするものではないことである。あくまでも地域医療の現状を把握し、不足する機能を地域全体で補完していくためのツールと位置づけられている。

法律上、この制度は 5 年後に見直しが予定されており、現場の声を反映させる柔軟な設計となっている。厚生労働省は、制度の円滑な運用に向けて、ガイドラインや事例集の作成、システム改修などを進めている。

最終的に目指すのは、地域における医療機能の「見える化」と、それに基づく地域医療の質的向上である。各医療機関が自らの機能を主体的に報告し、地域全体で共有することで、よりきめ細かで効率的な医療提供体制の実現を目指している。

4. 質疑応答

〔福岡県医師会〕特養の医務室の医師や、月に 1 回など頻繁に変わる医師、診療科が変わる医療機関等に関してはどのような報告となるか。また特養の場合、理事長が上司であることが多く、医師が入力しない場合も考えられるが報告は誰が行うのか。

〔城守常任理事〕医師や診療科が変わっても、その機能を持っている医療機関であれば、その旨報告して良い。特養の医務室は報告の対象となるが、報告することをあまり想定していない。月 1 回の当番医等の場合は医療機関全体での判

断になり、GMIS 改修で自由記載を予定している。その中で「月 1 回対応可」など、記載いただく形になる。

また、報告者は法律では主体者となるが、代行入力も可能である。それぞれで適切に判断して良いと思う。

〔長崎県医師会〕①たくさんの報告制度があり、地域医療構想を策定するうえでも重要であると認識している。しかし、開業医等の医師は多忙な為、報告すること自体が厳しいのではないかと考える。チェック項目等で済むように簡素化していただきたい。②先日、県からの説明で患者から求められた説明書の話があったが様式等はあるのか。

〔城守常任理事〕① GMIS で簡素化できるように調整していきたい。② 1 月都道府県行政説明会での話しになるが、例えば、入院診療計画書で医療機関名や医師名、疾患名等のある程度の項目が示されているが、各医療機関の書式があればそれでよいと思う。厚労省から示される様式を各医療機関でモディファイしていくのも良い。

〔栃木県医師会〕令和 4 年 5 月に取り纏められた財務省の会合報告では、コロナ発熱患者が受診できずに、かかりつけ医機能が発揮しなかったため、このような制度化が進められたとあるが、そこに厚労省は出てこない。これは財務省の意見のみなのか確認したい。

〔城守常任理事〕あくまで財務省の会議となっており、厚労省は別会議できちんと主張している。

〔栃木県医師会〕城守常任理事のスライド P7 では、令和 4 年 11 月に日医の WG で制度整備の考えを決めてきたとの説明があった。非常に素晴らしく、「かかりつけ医」と「かかりつけ医以外の医師」を区別することが無いことも非常に良い。しかし、それなのに、かかりつけ医の研修会や報告をしなければならないのは何故か。

〔城守常任理事〕この制度は資格を与えたりするものではない。地域でどのかかりつけ機能があるのかを可視化していく。住民の平時や有事の際に対する情報提供である。その中で、機能として欠ける部分も出てくるので、そこをどう補っていくか等を診療所同士でカバーするのか、中小病院へ相談するのかといった制度設計である。欠けている部分に研修を活用していただき、あくまで強制ではないし、登録を促すものでもない。

〔栃木県医師会〕3年や6年単位で日医が認める「かかりつけ医」という称号はいかがか。

〔城守常任理事〕内々ではありだが、認定すると財務省に逆手に取られてしまい、それこそ登録制や人头制への道筋を作ってしまう事を危惧している。

〔松本会長〕登録制にならないように、あくまで修了証を発行し、研修に取り組んでいる姿を見せていくことが重要である。

〔北海道医師会〕夜間体制をどうするかが問題になると考える。開業医は対応してくれず、全ての夜間患者は救急病院に行くはずである。全国の救急医療体制が危うくなっている、その体制確保も必要である。

〔城守常任理事〕特に人口減少地域で夜間の救急医療は喫緊の課題となっている。救急医療体制そのものにも関わってくる。時間外対応との関係性や連携をどうしていくのか考えなければならない。医療資源が限られる地域では資源の有効活用をどうするか、患者や医療機能等の集約化、在宅医の当番制等も検討していく必要がある。

〔茨城県医師会〕制度の根本について、かかりつけ医とは患者から見て上にいるのか下にいるのか。本来、患者と医師はリスペクトし合っ

て対等であるとする。昨今のカスハラ観点から患者に対し、様をつけることで患者が上になり、カスハラを受ける傾向が多くみられる。この制度を進めていくうえで、カスハラ対策としても様を付けないように日医に呼び掛けていただきたい。

〔城守常任理事〕医師と患者は信頼関係に尽きると思う。様を推進していることは無い。信頼関係に邪魔になるファクターは取り除かなければならないし、必要に応じ日医も対応する。

〔高宮参事官〕信頼関係のもとに診療を受けていると思う。厚労省も助長することはない。医療業界以外の他業界においても同様なことはあるので、政府としてカスハラ対策はしていきたい。

〔兵庫県医師会〕報告が済むと様々なデータが集まり、外来医療計画や医師確保計画等において不足する地域等への厚労省からの支援等はあるのか。

〔高宮参事官〕様々な報告からデータが集まり地域でデータを共有して活用していただきたい。不足する地域には医師偏在対策等においても経済的インセンティブを講じていこうと進めている。地域で協議する際に対象区域の設定等のデータとして是非活用して調整していただきたい。

〔滋賀県医師会〕研修や報告に関してはベテラン医師には問題ないと思うが、若い医師への対応がなかなか難しい。これから開業する若い勤務医にこのような研修を受けていただき、田舎で開業するような流れを作っていただきたい。

〔城守常任理事〕新規開業を考えている勤務医には、このような研修は重要である。この制度に係る研修を受けていただくことの広報や周知をしっかりと検討していきたい。医師会入会や知っていただく機会を作りたい。

〔東京都医師会〕 ベースアップ加算の時も苦労したが、何らかの診療報酬算定も考慮しておいた方が良く考える。長いスパンで考えた時は報酬含めて考えて欲しい。

〔城守常任理事〕 安易に診療報酬をつくると、逆に登録制や人頭払い導入への道筋となりかねない。診療報酬ではなく、計画書作成交付した場合の評価について検討してもいいのかなと考えている。来年1～3月が最初の報告なので、その結果として患者の診療に繋げることができれば診療報酬改定の際に議論するか考えなければならない。

〔群馬県医師会〕 入力するのが煩わしく報告する医療機関は少ないと思う。特に診療所は厳しい。

〔城守常任理事〕 書式の簡素化を図って対応していきたい。手上げが少なく可視化が進まず面として機能しなければ5年後の見直しの際に、登録制や人頭払いに繋がる恐れがある。しっかりと会員に対し伝えていただきたい。現在と変わらない制度設計になっているので実は複雑でも何でもない。

〔群馬県医師会〕 GMIS も広大な範囲の一部に入力することになると思う。無駄な部分が多いの

で入力しやすいように、厚労省からも内容に関して地区医師会へ直ぐに伝えていただきたい。

〔松本会長〕 この制度の大事な点は、かかりつけ医の制度化に結び付かないようにすることである。かかりつけ医機能を強化し、研修に取り組む努力していること、国民に寄与していることが重要である。定義にはいけない。認定するわけではなく取り組んだ証で修了証を発行することになる。

〔福岡県医師会〕 ①座学の研修内容について、②非会員の対応について、③座学の時間について、それぞれ伺いたい。

〔今村常任理事〕 ①スライド P7 に示すように、日医生涯教育制度の単位、かかりつけ医機能研修と、既に実施しているものを継続して、単位として認められるように調整している。②MAMIS にて対応可能。③座学は60分で1単位となり、実地は1つで5単位となる。座学と実地合わせて10単位で修了証発行の要件となる。しかし片方が0単位はだめ。

5. 閉会

日本医師会の角田副会長より閉会が宣言された。

印象記

理事 出口 宝

標記協議会にwebにて参加しました。このかかりつけ医機能とは、2015年に閣議決定された骨太の方針2015に「かかりつけ医の普及の観点からの診療報酬上の対応や外来時の定額負担について検討する。」と記載されてから議論が重ねられて今日に至っています。医療費の抑制を目的として、2022年6月に閣議決定した経済財政運営の指針「骨太の方針」に「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と明記し、かかりつけ医の要件を法律で明確にしようとする動きがありました。これには、健康保険組合連合会も制度化に賛成するなどその流れが出来そうな様子でした。しかし、日本医師会は制度化が自由な意思で医療機関を受診することに制限をかけることになるとして反対を示しました。しかし、その後も財政制度等審議会では制度化と登録制を目指

す意見が強かったようですが、まずは国もかかりつけ医の利用を義務化せず、利用の有無を患者と医療機関それぞれが選択する手上げ方式を導入した制度とする方向となり、「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の一部を改正する法律」が本年4月より施行されることとなりました。そして、「かかりつけ医機能報告制度と本制度にかかる研修」が始まりました。

さて、協議会での質疑から「かかりつけ医機能報告制度と本制度にかかる研修」の意味と内容が多くの方に十分に伝わっていないとの印象を受けました。そこで本協議会に参加して見えてきたポイントをまとめてみたいと思います。

- ・かかりつけ医機能報告制度と本制度にかかる研修は、診療報酬とは関係のないものであること。
- ・かかりつけ医機能報告制度は、かかりつけ医の制度化でも登録制に繋がるものではなく、「地域におけるかかりつけ医機能を可視化」することが目的であること。
- ・かかりつけ医機能報告制度は、各々の医療機関がかかりつけ医機能について有無を報告するものであること。
- ・「かかりつけ医」と「かかりつけ医以外」を区別するものではないこと。
- ・かかりつけ医機能が発揮されている（かかりつけ医機能有りの報告が多い）ことが認められないと、財務省は再びかかりつけ医を法律で制度化し登録制を行いフリーアクセスに制限をかける姿勢であること。
- ・「かかりつけ医機能に関する研修」を修了することで「かかりつけ医機能有り」となること。（総合診療専門医はすでに有り）。
- ・「かかりつけ医機能に関する研修」の修了要件は「座学」と「実地（経験）」の合計単位が10単位あれば良く、実地は（経験）とあるように普段の地域医療活動で行っているものが多く含まれており、一つで5単位あるため多くの方にとっては既に実施されている活動で10単位は取れそうであり、1単位60分のeラーニングを受ければ11単位となり研修修了となること。
- ・かかりつけ医機能報告制度にかかる研修の修了申請・承認作業はMAMISで行うこと（作業は都道府県医師会・郡市区医師会が協力）。

冒頭に記した経緯から、この件も財務省の「社会保障関係費の伸びを高齢化の伸びの範囲内に抑制する」というシーリングの考え方に根深く関係しており、このシーリングを撤廃すべきと日医は主張していますが、受け入れられない限り今後も財務省はあの手この手で来るものと思われる。かかりつけ医の本来の意味での目的とは違う気がしますが、まずはこの「かかりつけ医機能有り」を進めなければフリーアクセスに規制をかけられることが危惧されます。今後は、本会としても皆様に「かかりつけ医機能報告制度」をご理解頂き「本制度にかかる研修」を受けて頂けるよう会員向け説明会を開催して行きたいと思います。

