

# 精神科の経営サポート



精神科 医療関係者向け



田辺三菱製薬

## インタビュー)

### 「全世代型社会保障案」の成立と今後の「かかりつけ医」機能のあり方と展望 精神科系医療機関と「かかりつけ医」との有機的連携

(株)メディサイト代表取締役 MBA  
公立大学法人 横浜市立大学 特任教授  
松村 眞吾先生

(聞き手：医療ジャーナリスト：富井 淑夫)

インタビュー日：2023年11月27日

## 2025年4月「かかりつけ医」機能報告を創設 連携法人の新類型で同機能を発揮

医療法改正を含む「全世代型社会保障法案（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）」が2023年2月10日に閣議決定、昨年5月12日に成立、19日に公布された。

### 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年法律第31号）の概要

図1

#### 改正の趣旨

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、出産育児一時金に係る後期高齢者医療制度からの支援金の導入、後期高齢者医療制度における後期高齢者負担率の見直し、前期財政調整制度における報酬調整の導入、医療費適正化計画の実効性の確保のための見直し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備、介護保険者による介護情報の収集・提供等に係る事業の創設等の措置を講ずる。

#### 改正の概要

#### 1. 子ども・子育て支援の拡充

【健康保険法、船員保険法、国民健康保険法、高齢者の医療の確保に関する法律等】

- ① 出産育児一時金の支給額を引き上げる（※）とともに、支給費用の一部を現役世代だけでなく後期高齢者医療制度も支援する仕組みとする。  
（※）42万円→50万円に令和5年4月から引き上げ（政令）。出産費用の見える化を行う。【①高確法第124条の2～9、附則第15条（新P80～82,98）、健保法第152条の2～6、附則第4条の3（P1～3,7,8）等関係】
- ② 産前産後期間における国民健康保険料（税）を免除し、その免除相当額を国・都道府県・市町村で負担することとする。  
【②国保法第72条の3の3（P18）、地方税法第703条の5（P50,51）等関係】

#### 2. 高齢者医療を全世代で公平に支え合うための高齢者医療制度の見直し

【健保法、高確法】

- ① 後期高齢者の医療給付費を後期高齢者と現役世代で公平に支え合うため、後期高齢者負担率の設定方法について、「後期高齢者一人当たりの保険料」と「現役世代一人当たりの後期高齢者支援金」の伸び率が同じとなるよう見直す。  
【①高確法第100条（P75,76）関係】
- ② 前期高齢者の医療給付費を保険者間で調整する仕組みにおいて、被用者保険者においては報酬水準に応じて調整する仕組みの導入等を行う。  
健保連が行う財政が厳しい健保組合への交付金事業に対する財政支援の導入、被用者保険者の後期高齢者支援金等の負担が大きくなる場合の財政支援の拡充を行う。  
【②高確法第34条、第35条、第38条、第39条、第93条（P64～74）、健保法第153条、附則第2条の2（P3,4,6）等関係】

#### 3. 医療保険制度の基盤強化等

【健保法、船保法、国保法、高確法等】

- ① 都道府県医療費適正化計画について、計画に記載すべき事項を充実させるとともに、都道府県ごとに保険者協議会を必置として計画の策定・評価に関与する仕組みを導入する。また、医療費適正化に向けた都道府県の役割及び責務の明確化等を行う。計画の目標設定に際しては、医療・介護サービスを効果的・効率的に組み合わせた提供や、かかりつけ医機能の確保の重要性に留意することとする。  
【①高確法第4条、第8条、第9条、第11条、第12条、第157条の2（P59～63,85）等関係】
- ② 都道府県が策定する国民健康保険運営方針の運営期間を法定化（6年）し、医療費適正化や国保事務の標準化・広域化の推進に関する事項等を必須記載とする。  
【②国保法第82条の2（P25,26）／③国保法附則第6条～旧第21条の5（P28～46）、健保法附則第4条の3（P6,7）等関係】
- ③ 経過措置として存続する退職被保険者の医療給付費等を被用者保険者間で調整する仕組みについて、対象者の減少や保険者等の負担を踏まえて廃止する。  
【③国保法附則第6条～旧第21条の5（P28～46）、健保法附則第4条の3（P6,7）等関係】

#### 4. 医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化

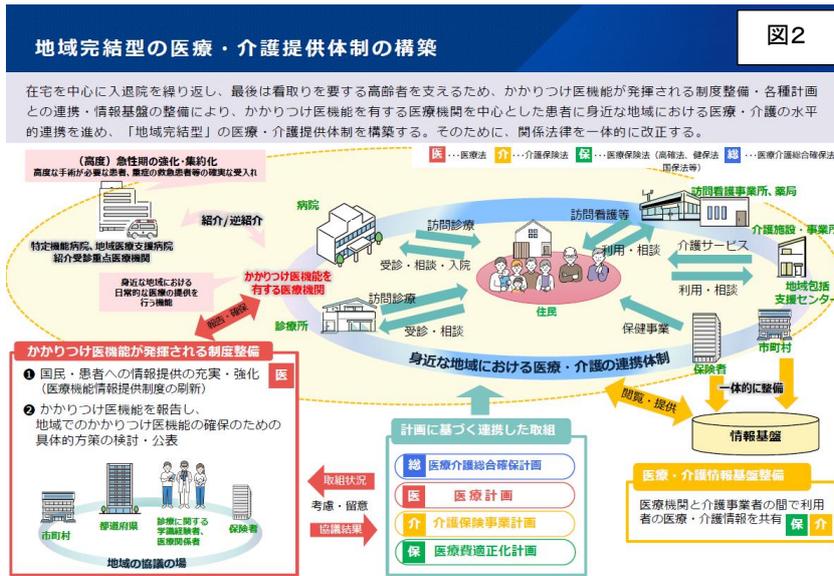
【地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律、医療法、介護保険法、高確法等】

- ① かかりつけ医機能について、国民への情報提供の強化や、かかりつけ医機能の報告に基づく地域での協議の仕組みを構築し、協議を踏まえて医療・介護の各種計画に反映する。  
【①医療法第6条の3、第6条の4の2、第30条の4、第30条の18の4、第30条の18の5（P102,103,105,107～110）、高確法第8条、第9条（P59～62）、総務法第5条（P123）、介護法第117条（P133,134）等関係】
- ② 医療・介護サービスの質の向上を図るため、医療保険者と介護保険者が被保険者等に係る医療・介護情報の収集・提供等を行う事業を一体的に実施することとし、介護保険者が行う当該事業を地域支援事業として位置付ける。  
【②介護法第115条の45、第115条の47（P137,138）、健保法第205条の4（P5）、高確法第165条の2（P86）、国保法第113条の3（P26,27）等関係】
- ③ 医療法人や介護サービス事業者に経営情報の報告義務を課した上で当該情報に係るデータベースを整備する。  
【③医療法第69条の2（P110,111）、介護法第115条の44の2（P129～131）等関係】
- ④ 地域医療連携推進法人制度について一定の要件のもと個人立の病院等や介護事業所等が参加できる仕組みを導入する。  
【④医療法第70条、第70条の3（P111～114）等関係】
- ⑤ 出資持分の定めのある医療法人が出資持分の定めのない医療法人に移行する際の計画の認定制度について、期限の延長（令和5年9月末→令和8年12月末）等を行う。  
【⑤ 担当官医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律（P125）関係】

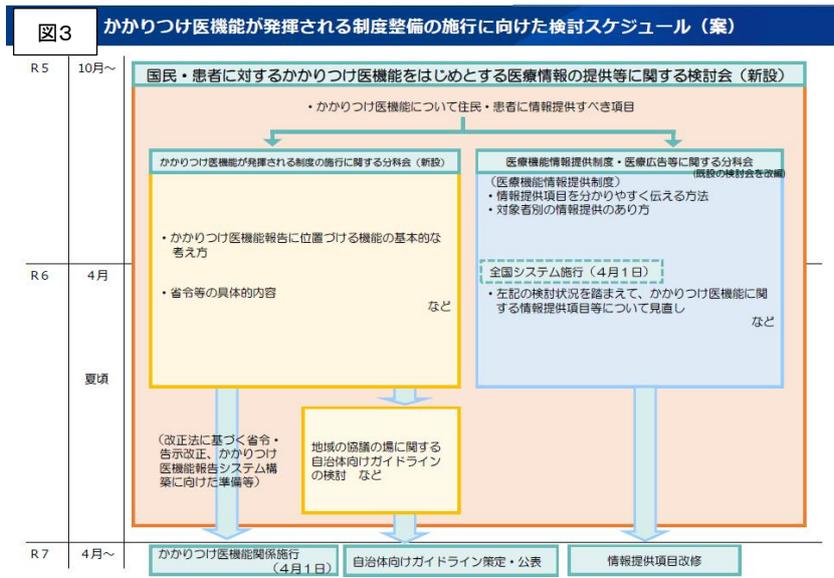
#### 施行期日

令和6年4月1日（ただし、3①の一部及び4⑤は公布日、4③の一部は令和5年8月1日、1②は令和6年1月1日、3①の一部及び4①は令和7年4月1日、4④の一部は公布後3年以内に政令で定める日、4②は公布後4年以内に政令で定める日）

出典：「第211回国会（令和5年常会）提出法律案」全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律案（令和5年2月10日提出）（厚生労働省）（<https://www.mhlw.go.jp/stf/topics/bukyoku/soumu/houritu/211.html>）を加工して作成



出典：「第19回医療介護総合確保促進会議」資料4-2頁（厚生労働省）  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/index\\_00035.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/index_00035.html)を加工して作成



出典：「第102回社会保障審議会医療部会」資料1-16頁（厚生労働省）  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000210433\\_00049.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000210433_00049.html)を加工して作成

大きな柱として、①子ども・子育て支援の拡充②高齢者医療制度の見直し③医療保険制度の基盤強化④医療・介護の連携機能及び提供体制等の基盤強化——の4つが挙げられているが、③④には「かかりつけ医」機能確保の重要性に加えて、同機能が発揮される制度整備・各種計画との連携・情報基盤の整備により、「かかりつけ医」機能を有する医療機関を中心とし医療・介護の水平的連携を進め、「地域完結型」の医療・介護提供体制を構築することが示された（図1・2）。

前述の連携する各種計画とは「医療介護確保計画」、「医療計画」、「介護保険事業計画」、「医療費適正化計画」の4つ。遡る22年11月に開催された社会保障審議会医療

部会では「かかりつけ医」機能を医療法に明記、現行の各都道府県で運用されている「医療機能情報提供制度」（以下、提供制度に略）を刷新して国民・患者への情報提供の強化・充実を図ると共に、「かかりつけ医機能報告制度」（報告制度に略）の創設が決定され、同法案の成立により、スケジュールに沿って進められることとなった（図3）。現行の提供制度では、国が示した情報提供項目が専門的な内容で、「地域包括診療料・加算」や「小児かかりつけ診療料」、「機能強化加算」等の“かかりつけ医”に係る診療報酬項目の届出等、患者側には理解しづらい項目が入っており、同部会では

かかりつけ医機能が発揮される制度整備

図 4

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取組まれてきた。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。

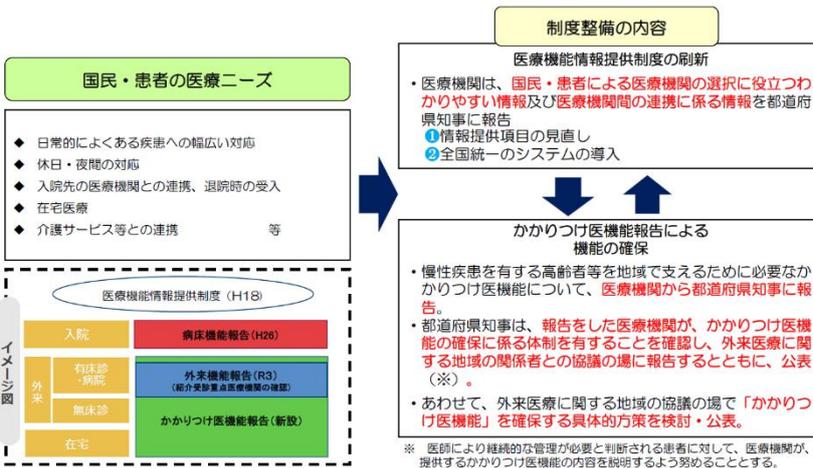
概要

- (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・継続的実施、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おいて報告するとともに、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な方策を検討・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

図 5

- 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。



出典:「第 102 回社会保障審議会医療部会」資料 1-7、8 頁 (厚生労働省)  
 (https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000210433\_00049.html) を加工して作成

刷新の必要性が議論されてきた。実際に厚生労働省が当初、想定していた程、各都道府県では提供制度を利用する人が増えていないように感じる。提供制度の刷新は令和 6 年 4 月からの施行で、報告制度は 7 年 4 月から開始される。患者が希望した場合は「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や電磁的方法で説明するよう努める」のも 7 年 4 月から。前出の部会では「かかりつけ医」機能は「身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置、その他の医療の提供を行う機能」と定義された (図 4 ~ 7)。英国等、欧州の一部で導入されている登録制や義務化は見送られた。国は医療機関側の自己申告により、刷新された提供制度から「かかりつけ医」機能を希望する地域住民が各地域の「かかりつけ医」を適切に選択可能にする仕組みを構築する。2025 年施行の報告制度は自己申告の手段であり、「病院・診療所に対し、慢性疾患を有する高齢者等の“かかりつけ医”機能の都道府県知事への報告」を求める。「かかりつけ医」機能を有する医療機関への“お墨付き”を与える場所となるのだが、医療機関から報告を受けた各知事が「医療関係者や医療保険者等が参加する外来医療に関する協議の場において、必要な機能を確保する具体的な方策を検討し、結果を公表する」としている。報告事項は①: 日常的な診療を総合的かつ継続的に行う (日常的によくある疾患の診療等) ②: ①を有する場合は、(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

図6 現行の医療機能情報提供制度について

【医療法】

第六条の三 病院、診療所又は助産所の管理者は、厚生労働省令で定めるところにより、**医療を受ける者が病院等の選択を適切に行うために必要な情報として厚生労働省令で定める事項を当該病院等の所在地の都道府県知事に報告するとともに、当該事項を記載した書面を当該病院等において閲覧に供しなければならない。**

5 都道府県知事は、厚生労働省令で定めるところにより、第一項及び第二項の規定により報告された事項を公表しなければならない。

【医療法施行規則（省令）】

別表第一第二の項第一号イ(13)（地域医療連携体制）  
 (iii) 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して厚生労働大臣が定めるもの（以下「かかりつけ医機能」という。）

【医療法施行規則別表第一の規定に基づく病院、診療所又は助産所の管理者が都道府県知事に報告しなければならない事項として医療法施行規則別表第一に掲げる事項の内、厚生労働大臣の定めるもの（告示）】

第十七条 規則別表第一第二の項第一号イ(13)(ii)及びロ(13)(ii)に規定する厚生労働大臣が定める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は、次のとおりとする。ただし、病院については、第五号に掲げるものを除く。

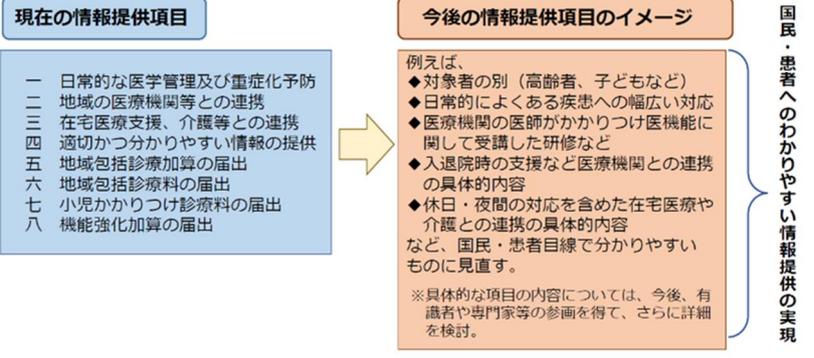
一 日常的な医学管理及び重症化予防	} 具体性に乏しいとの指摘
二 地域の医療機関等との連携	
三 在宅医療支援、介護等との連携	} 診療報酬点数であり、理解しづらいとの指摘
四 適切かつ分かりやすい情報の提供	
五 地域包括診療加算の届出	
六 地域包括診療料の届出	
七 小児かかりつけ診療料の届出	
八 機能強化加算の届出	

と連携した医療提供等（図8～9）。また、（複数の診療所等で）連携して「かかりつけ医」機能を確保している場合は、その連携の内容の報告も求める。

都道府県は地域における「機能の充足状況を確認した上で、前出・地域の協議の場で不足する機能を強化する具体的方策を検討・公表する」としたが（図10）、具体的方策の5番目に「地域医療連携推進法人の設立活用」（より簡易な要件で設立出来る新類型を設ける）との言及に着目したい。前出・医療法改正では令和6年4月1日の施行で、地域医療構想の推進に向け事務手続きの簡素化等の要件緩和の下で、正式に

図7 医療機能情報提供制度の充実・強化について（案）

- ・国民は、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うよう努めることとされている（現行医療法第6条の2第3項）ことも踏まえ、「かかりつけ医機能」の**定義を法定化**しつつ、「かかりつけ医機能」に関する国民・患者への**情報提供の充実・強化**を図ることとしてはどうか。
- ・かかりつけ医機能の定義：**「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」**
- ・医療機関は、その有する「かかりつけ医機能」を都道府県知事に報告するとともに、都道府県知事は、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**。



出典：「第95回社会保障審議会医療部会」参考資料 1-1-4、5頁（厚生労働省）  
 (https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000210433.00035.html)を加工して作成

「個人立医療機関の連携推進法人への参加」を認める新類型創設が実現した。連携推進法人を核にして、医療資源の乏しい過疎地域等において、個人開業医、有床診療所、民間病院等が一つの集合体として有機的な連携体制を築き、24時間365日体制の「かかりつけ医」機能を発揮させる方向性が示唆されている。

**紹介受診の導入により“かかりつけ”と外来の明確な機能分化を推進**

さて、ここからは過去に在宅療養支援診療所の事務長を務め、地域包括ケア・システムの仕組みづくりや、医療機関の経営支援等に関わる松村真吾氏に話を聞いた。——提供制度刷新と報告制度を2本の柱に「かかりつけ医」機能を地域完結型医療・介護提供体制の中で明確化しようとする国の施策に関し、どのような印象をお持ちですか？

かかりつけ医機能報告の創設

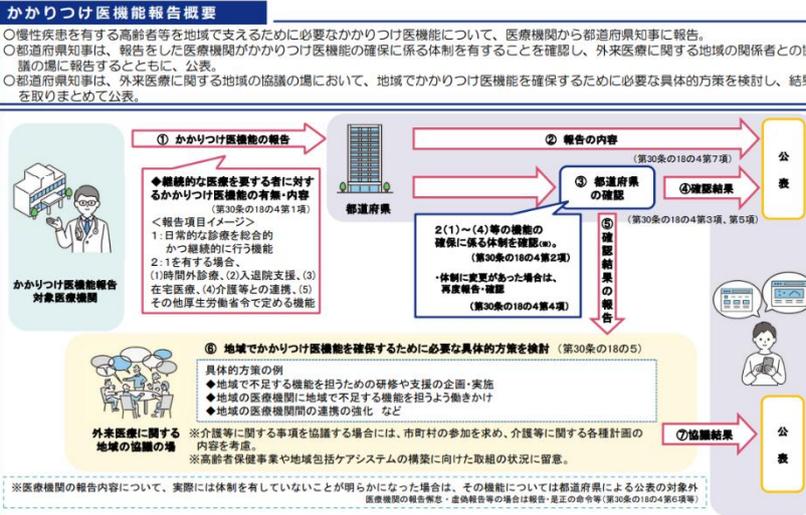
図8

- ▶ 慢性疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者に対するかかりつけ医機能を地域で確保・強化するための仕組みを整備する。
  - ▶ 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を行う。(詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。)
- 【報告対象となる医療機関】**
- 地域におけるかかりつけ医機能を確保するために必要な病院又は診療所として厚生労働省令で定めるもの  
※ 無床診療所を含む。(詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討。)
- 【報告事項】**
- かかりつけ医機能のうち、以下の機能の有無及びその内容(詳細は、今後、有識者等の参画を得て検討)
    - ①: 継続的な医療を要する者に対する発生頻度が高い疾患に係る診療その他の日常的な診療を総合的かつ継続的に行う機能(厚生労働省令で定めるものに限る)
    - ②: ①を有する場合は、(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、(5)その他厚生労働省令で定める機能(①~④は厚生労働省令で定めるものに限る)
      - ・連携して②の機能を確保している場合は連携医療機関の名称及びその連携の内容
  - ▶ 都道府県知事は、②の機能を有する報告をした医療機関がその機能の確保に係る体制として厚生労働省令で定める要件に該当するもの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、厚生労働省令で定めるところにより公表する。
  - ▶ 都道府県知事は、医療関係者や医療保険者などが参加する外来医療に関する地域の協議の場において、地域でかかりつけ医機能を確保するために必要な具体的方策を検討し、結果を取りまとめて公表する。

松村：提供制度が導入されたのが第5次医療法改正の公布された平成18年からで、既に20年近く経ちますが、十分に浸透しないまま推移しました。その後、平成26年から病院と有床診療所が対象の「病床機能報告」が導入され、令和3年には紹介受診重点医療機関(紹介受診に略)の意向の有無と、紹介受診重点外来の実施状況、その他の事項を報告する「外来機能報告」が義務化(無床診療所は任意)。そして令和5年より「かかりつけ医機能報告」が制度化された訳です。紹介受診はようやく、手上げる医療機関も徐々に増えつつありますが、今後は「200床以上400床未満」病院は、紹介受診か地域医療支援病院の何れかを選択。紹介受診は選定療養費に加えて、入院前後の「医療資源を重点的に活用する外来」機能を明確化して、診療報酬でも高評価する流れに着地するのでしょうか。外来機能を二極分化させる動きの中、「かかりつけ医」機能を医療計画等の中で位置づけ連携を図るにしても、医師(院長)一人体制では限界が見えてきました。慢性期の高齢患者等のリハビリや在宅復帰支援を担う在宅療養支援病院等の「200床未満」病院が中心となり、地域の「かかりつけ医」機能を担っていくように感じます。

かかりつけ医機能報告の流れ

図9



出典：「第102回社会保障審議会医療部会」資料1-10.11頁(厚生労働省)  
 ([https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000210433\\_00049.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000210433_00049.html))を加工して作成

紹介受診は選定療養費に加えて、入院前後の「医療資源を重点的に活用する外来」機能を明確化して、診療報酬でも高評価する流れに着地するのでしょうか。外来機能を二極分化させる動きの中、「かかりつけ医」機能を医療計画等の中で位置づけ連携を図るにしても、医師(院長)一人体制では限界が見えてきました。慢性期の高齢患者等のリハビリや在宅復帰支援を担う在宅療養支援病院等の「200床未満」病院が中心となり、地域の「かかりつけ医」機能を担っていくように感じます。

——一般内科だけでなく病院勤務時代に整形外科や循環器内科等の専門医として活躍された先生方が、相当な経験を積んでから開業し、専門診療科を標榜しながらも地

【都道府県は、地域における機能の充足状況を確認した上で、地域の協議の場で不足する機能を強化する具体的方策を検討・公表】

<具体的な方策の例>

- ◆病院勤務医が地域で開業し地域医療を担うための研修や支援の企画実施  
(例えば在宅酸素療法、在宅緩和ケア、主治医意見書の書き方等。研修先の斡旋や研修中の受け持ち患者の診療支援も考えられる。)
- ◆地域で不足する機能を担うことを既存又は新設の医療機関に要請
- ◆医療機関同士の連携の強化 (グループ診療、遠隔医療やオンライン資格確認の活用等)
- ◆在宅医療を積極的に担う医療機関や在宅医療の拠点の整備
- ◆地域医療連携推進法人の設立活用 (より簡易な要件で設立できる新類型を設ける)

【国による基盤整備・支援】

- ◆研修の標準的な基準の設定等を通じた研修等の量的・質的充実と受講の促進
- ◆国民・患者の健康・医療情報の共有基盤等の整備 (医療DXの推進)
- ◆かかりつけ医機能の診療報酬による適切な評価 など

出典:「第94回社会保障審議会医療部会」資料1-1-7頁(厚生労働省)  
([https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000210433\\_00033.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000210433_00033.html))を加工して作成

域で「かかりつけ医」の役割を果たす事例も珍しくありません。

**松村**：今後、更に高齢化が進むと慢性期で、2つ以上の疾患が併存して中心となる疾患が特定できないマルチモビディティと呼ばれる患者が急増します。開業医の先生方は、自宅で体調を崩した高齢者で、病気か老衰かが

はっきりしない場面にも数多く遭遇するでしょう。こうした患者には、「かかりつけ医」による対応が不可欠とされていますが、老年医学や総合診療科等を専門にされる先生方は別として、「かかりつけ医」に要求される医療技術を、医学教育で学ぶ環境は未だ十分に整っているとは言えません。他の先進国では医学部教育課程の入り口でゼネラリストとスペシャリストに分かれますが、日本の医学教育ではスペシャリストの教育を修了した後、ゼネラリストを目指すような形で、これまで運用されてきました。——一方、新型コロナ災禍では改めて「かかりつけ医」の存在が注目されました。

**松村**：新型コロナウイルスのワクチン接種の現場で、高齢者の反応として「いつもの先生に注射してもらわないと嫌だ！」との声が多数聞かれました。長年に亘り患者の健康管理を支えてきた「かかりつけ医」への信頼の厚いことが、コロナ感染拡大により可視化されたことに着目しています。高齢者を中心に「かかりつけ医」への潜在的ニーズが高いものの、前述のように、現在の医学教育のあり方が問われる状況が続いています。

## フランスの「在宅入院」システムが「かかりつけ病院」再編のヒントに

——長い歴史のある英国の国営医療(NHS)では、地域住民が身近なGP(一般医)に登録しプライマリケアを受ける「かかりつけ医」のモデルのようにも見えますが、GPの紹介がなければ病院や専門医の医療が受けられない等の不便さも指摘されています。

**松村**：医療費が原則、無料であるものの入院・手術までの待機期間が長かったり、患者が救急外来等に集中する等の弊害が明らかとなり、英国でも近年、登録制に対する批判が出ており、改革を望む声も多いと聞きます。NHSによる利便性の欠如や登録

制の問題（患者の分断を招く等）も指摘されています。私が注目したいのは、フランスの制度で登録制も義務ではなく任意でフリーアクセスを維持しており、また、患者が選択する「かかりつけ医」もGPに限定することなく、整形外科医や耳鼻科医等でも良く、医師の専門性は問われないことです。基本は、公的皆保険制度で、紹介状なしに他の医師の診療を受けることも可能ですが、紹介状“あり”の場合と比べて、医療費負担が重くなります。通常は、日本と同じ3割の自己負担ですが、GPを通さずに専門医の診療を受けると負担割合が逆転し7割になってしまいます。それでも、約7割の国民が「かかりつけ医」登録をする状況があるようです。国によっては、家庭医と呼ばれることもあります。ドイツは義務化ではないものの約90%の国民が家庭医を登録するのが現状です。各国の国民性から来る民意も反映しています。

——外来の自己負担割合や、フリーアクセスで、制度が比較的緩やかに運用されている点では、日本とフランスの「かかりつけ医」制度は共通点があるようにも感じます。

**松村**：フランス在住の日本人研究者から聞いた話ですが、フランスでは「在宅入院」のようなシステムが根付いています。同国にはHAD (Hospitalization A Domicile) というコーディネーター機関が存在し、病棟と同様に高度医療機器等を患者の自宅に持ち込み終末期医療を始め、がんの化学療法等、重症患者への在宅医療を実施します。医療スタッフについては、HADが登録する多数の訪問看護師や各分野の専門医、薬剤師等多職種を派遣し、訪問診療を担う「かかりつけ医」を支援する体制がとられています。医療・ICT技術の進化とセルフケアの普及により、必要に応じて外部関係者との連携を行って、高度急性期病院と同等の医療提供を可能にする。正に病床を持たない病院のイメージです。

日本の病院の抱える最大の経営課題は建て替えです。建築費が年々、高騰し資金の乏しい中小病院では老朽化した施設のリニューアルが容易ではありません。近い将来、対策として病床を削減し在宅医療に医療資源を集中的に投下する等の決断を迫られる可能性もあります。地域包括ケア・システムの構築も含めて、フランスの「在宅入院」の仕組みは、「かかりつけ病院」の目指す方向性に、一つのヒントを与えてくれるのかもしれない。

## **「かかりつけ医」制度は医療費負担に係る「世代的分断」抑止のカギを握る**

——精神科や心療内科等の開業医の先生の場合、精神科「かかりつけ医」という視点で語られる機会は比較的、少ないように感じます。2021年に国が示した「精神障害にも対応する地域包括ケア・システムの構築に係る検討会」報告書でも、同システムを構成する要素の中に、「平時対応を行うための“かかりつけ精神科医”機能の充実」との文言があります。国は、「かかりつけ精神科医」機能の基盤整備に向けては、精神科

医・心療内科医とゲートキーパーとなる非精神科医との円滑な連携なしには成立し難いと捉えているようです。一方、精神科等の場合は、一人の医師が長期に亘り患者の治療だけでなく自立・生活支援等のきめ細かいアドバイス等も担い、日常生活でも“なくてはならない”存在として、正に「かかりつけ医」の役割を果たしている現実がある訳です。

**松村**：確かに精神科系医療機関を受診する患者のハードルは、昔に比べると随分と低くなったと感じます。最近では都市部の駅前等の目立つ場所に「〇〇メンタルクリニック」の看板を見るようにもなりました。実際に精神科医と非精神科医との連携の進み具合は地域によって格差があるにしても、自身の状態に合わせて両者を切り分けて利用する患者も増える傾向にあります。精神科・心療内科等も、一般内科系の「かかりつけ医」等を受診するのと同様の感覚で通院する。近年、患者の受診行動の変容が顕在化してきたように思います。私見ですが、精神疾患を有する方々にとって、メンタルクリニックの「かかりつけ医」としての認知度は、相当に浸透してきたと思います。——「かかりつけ医」機能と言っても一人ひとりの患者の疾患や状態、求めるニーズ等によっても違うので、医療費の適正化が要求されるにせよ、国が一定のルールを設けて画一化するのには無理がありますね。患者が自分に合った「かかりつけ医」がいて感じていれば、それで良いのかもしれない。

**松村**：「睡眠障害が万病の元」との考え方もあり、将来に向けて精神科「かかりつけ医」を持つことの必要性が、改めて注目される可能性はあります。例えば、糖尿病患者はうつ病になり易いとも言われ、うつ病と糖尿病の関連を研究されている専門家もおられます。糖尿病が進行すると、透析医療へと移行するリスクを抱えており、医療費は更に膨張します。要するに、高齢になると複数の疾患を抱えるようになりますが、イギリスの医療制度では、「かかりつけ医」の関与で血糖値が改善されれば報酬が上乘せされるという「pay for performance」の方向性に変わりつつあります。治療成績の向上が経済的な評価を受ける仕組みであれば、医療機関には必ず予防へのインセンティブが働きます。糖尿病を例にとると、透析医療に至らないようにする重症化予防のために、何をすべきかを「かかりつけ医」全体の仕組みの中で考えていく必要があります。わが国も老人医療・介護費用の膨張で国家財政が極めて厳しくなる中、政府から現役世代の負担を増加させる方針が示されると、世代間の分断が生まれ易い構造があります。そうした分断を抑止するカギを握るのが「かかりつけ医」制度のあり方ではないかと考えます。

## 【松村 眞吾（まつむら しんご）】

〔プロフィール〕

(株)メディサイト代表取締役。慶応義塾大学商学部卒、神戸大学大学院経営学研究科修了（MBA）。近畿日本鉄道の不動産部門で経営企画、まちづくり等に従事。2002年に(株)メディサイトを設立、医療介護福祉分野における経営コンサルティングを手掛ける。横浜市立大学大学院 国際マネジメント研究科特任教授（病院経営プログラム担当）、東京保健医療専門職大学 特任教授を兼任。

2024年9月作成（審）24IX126