

視点

医療過疎地域より見た「かかりつけ医機能報告制度」



福島県医師会理事

田畑 裕

1. はじめに

令和7年4月より「かかりつけ医機能報告制度」が施行されております。そして、令和8年1月から3月中に都道府県への報告が開始されております。これは特定機能病院、大学病院以外の全国の約11.3万の病院・診療所が対象です。日本医師会でも、多くの医療機関に協力を呼び掛けております。

令和5年度の国民医療費は約48兆円であり、国民総生産(GDP)の8.08%を占めており、国民一人当たりの年間医療費は38.67万円になります。年齢階級別には、65歳未満は19.2兆円(一人当たりの年間医療費は21.8万円)、65歳以上は28.8兆円(一人当たりの年間医療費は79.7万円)になります。再掲になりますが、高齢者の内訳でみると、70歳以上では24.9兆円(一人当たりの年間医療費は86.4万円)、75歳以上では19.1兆円(一人当たりの年間医療費は95.3万円)と高齢者になるほど年間の医療費は増大しています。少子高齢化が進むなか、支え手である生産年齢人

口の減少を踏まえると、社会保障費、特に高齢者医療費の増大は、誰しものが危惧を抱かざる得ない時期になっています。

日本の人口は16年連続で減少しており、昨年は90万人減少しています。出生数も約66.8万人と過去最低水準です。高齢化は進行し、全国平均で29.4%、福島県は34.2%、県中・会津地方では40%を超えている町村も多く存在しています。

今後の地域医療は、繰り返される医療制度の変更や改革で守られるのか、希望はあるのか、不確実性の時代ですが、医療者も皆で考え、医師としての在り方が問われています。

2. かかりつけ医機能報告制度

「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」は別次元の話です。

日本医師会では2022年に国民の信頼にこたえる「かかりつけ医」を提言しています。「かかりつけ医」とは、患者自身が自分の意思で選ぶ医師であり、それは数値化したり測定し

たりで決められるものではなく、患者さん一人ひとりに寄り添い信頼関係が構築された医師のことです。そのためには、昨日今日診察を受けた医師ではなく、ある程度の期間や年数が必要となります。さらに、「かかりつけ医」は何時でも相談、専門医へ適切な紹介、自己研鑽や、地域医療での役割を務め果たし、地域社会を守る為に保健、介護や福祉分野にも総合的な関わりを促しています。また、国民が「かかりつけ医」を持つための支援をしています。

「かかりつけ医機能」とは、地域の医療機関が、身近な地域において日常的な診療や疾病予防のための措置、その他の医療提供を行う機能を指します。

「かかりつけ医機能報告制度」とは2023年の医療法改正で創設された「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」の一環で、医療機関が自院で提供している「かかりつけ医としての機能」を都道府県に報告する制度です。その背景には高齢者の増加と生産年齢人口の減少があり、特に在宅医療や入退院支援、介護サービスとの連携など、多様なニーズに対応できる地域密着型医療機関の重要性が高まっています。地域ごとに必要な医療体制を整え、医療・介護サービスの連携を推進させる必要があります。今後公表されるかかりつけ医機能報告を土台にして、患者さん自らが必要とする医療ニーズを有した医療機関を選択し易くなります。また、行政や医療機関は地域の医療ニーズに応じた体制作りが行い易くなります。各地域の医療体制の質と量を見える化することで、不足する分野や必要とされる医療が一覧表となり把握できることが重要な目的です。しかし、過疎地域で医療や介護の資源が充足している地域など有りません。今後は「協議の場」で検討して課題解決を目指すと言われていますが、実効性には疑問符が付きます。

厚生労働省からの「医療機関の皆様へ」のパンフレットを別に掲示させていただきます。かかりつけ医報告制度の概要；制度の目的や、報告いただく内容（1号機能、2号機能、その他の報告事項）等分かり易く説明されています。厚生労働省ホームページへアクセスして頂けると詳細な説明や動画配信も視聴できますので、参考にして下さい。また、既に各医療機関には報告制度のマニュアルもお手元に届いております。

3. 2025年問題

昨年は団塊の世代（1947~49年生）の多くが75歳以上を迎え、後期高齢者になった象徴的な年でありました。私達は超高齢化社会の入り口に立った訳です。医療・介護需要の増大、社会保障費の増大、労働力不足による経済停滞など、社会のあらゆる分野で深刻な影響が及ぶとされています。そして15年後の2040年には団塊ジュニア世代が65歳以上の前期高齢者になり、社会保障費を負担する側から受給する側になります。医療・年金の社会保障制度の根幹を揺るがす恐れが2040年問題と言われ、今後も高齢者を取り巻く環境や制度設計に関し議論がされ続けていくと思います。

介護保険法は2000年に制定されました。それまでも高齢者に関する法律は1963年に制定された老人福祉法や1982年制定の老人保健法がありました。高齢者の医療費を社会で負担する制度で、老人の社会的入院や長期入院が問題になりましたが、高齢化率低く、今ほど国民医療費の問題は顕在化していませんでした。しかし、その後は高齢化が進み、家庭内での介護負担の増大、認知症高齢者の増加、国の医療費負担増大などで、従来の制度の限界を超えてきていました。介護離職などの言葉も出てくるようになり、特別養護老人ホームは介護老人福祉施設に位置付けられ、市区町村で開設が続きました。さらに介護需

要は増加し、2006年には地域包括支援センターが創設されました。入所待機者の増加に伴い、2015年より要介護3以上が入所の条件になっています。

4. 地域包括ケアシステムと医師への過重な負担

この頃より国民医療費、特に高齢者の医療費が年々増加の一途をたどっており、国の財政を圧迫する要因になることは明らかでした。高齢者の7割の方が最期は自宅での看取りを希望しているが、多くは病院で亡くなっていると、厚生省は盛んに在宅看取りや人生会議の話をするようになりました。そして2012年には地域包括ケアシステムの構築を提唱しました。これは、重度な要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることが出来るよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が一体的に提供される体制を目指すことを示しています。介護保険と医療保険制度の両面から高齢者を地域で支えて医師の役割を果たすことこそが、今回の「かかりつけ医機能」に求められているものだと思います。これまでも医療過疎地域では、地区医師会はじめ会員の先生方に多職種会議への参加、主治医意見書記入、要介護度判定会議をはじめ高齢者施設の囑託医も受けて頂いてます。

2014年には高齢化が進み将来の人口動態や医療ニーズの変化に対応するため地域医療構想が制度化されました。二次医療圏ごとに地域に必要な病床機能と病床数を調整し、医療の効率化が図られました。

2024年4月には医師にも働き方改革が法的に施行開始となりました。厚生省も日本の医療は医療機関に勤務する医師の長時間労働に支えられてきました、と述べています。一般労働者と同じく、時間外労働の上限規制（原則100時間未満）、タスクシフト／シェアで医

師の負担軽減、勤務環境の改善、などあります。医師自身が健康である状態を維持し、持続可能な医療提供体制を確立することを目指す（いつまでも医師として働き続けなさい）とあります。しかし、地域においては、病院の外来医師の引き上げや病院機能に更なるしわ寄せが出ているとも聞き及んでいます。今回の「かかりつけ医機能」では、2号機能報告では、通常の診療時間外の診療、入退院時の支援、在宅医療の提供、介護サービス等と連携した医療提供、その他、健診業務、予防接種、地域活動（学校医、産業医、警察業務など）学生・研修医・リカレント教育等の教育活動も報告項目になっています。実際新型コロナウイルス感染症の蔓延時に診察してくれる医師が見つからず、受診難民が出たことも、この制度策定の要因の一つと思います。「何時でも何処でも診療に対応して下さい」では医師の健康管理は保証されるのでしょうか？医業承継事業で希望される医師が、この現状を進んで受けてくれるのでしょうか？地域医療は一時の腰掛け仕事では出来ません。基本は医師と患者さんとの信頼関係の構築です。あまりにも地域の医師に対して要求が多過ぎます。多職種連携は重要であります。やはり医師は地域包括ケアシステムを支える要です。地域の行政や住民の側でも医師を支える仕組みを考えなければなりません。私共の医師会では小児の急病時や救急車を要請する前に、こども医療電話相談#8000、救急安心センター#7119などへ相談するように勧めています。

5. 終末期医療

この2、30年の間に医療制度・介護制度は様々な改革がなされてきました。それに合わせて診療報酬改定も繰り返され、様々な加算算定項目も増え医療事務はより煩雑になってきました。昨年はマイナンバー保険証に切り

替わりました。

いつも根底には「国民医療費増大の抑制」が大前提になっており、数値合わせが全てです。国民の幸福や国民が望む医療、人生の充実感などの視点が欠如しているように思えてなりません。高齢になればなるほど年間の医療費は増大していくと先に触れました。個々人には様々な価値観、死生観や宗教観もあり、高齢者の方にも其々の人生があり家族があります。どれも尊重しなければなりません。それ故に一人ひとりの尊厳を守りながら、人生の最後を迎えて戴くことが重要なことだと思います。厚労省も日本医師会も「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」の提言をしています。命を維持することを最優先にする延命治療を選択するのか、患者の生命を尊重しつつ、最後の時間をより穏やかに過ごすことを目的とするターミナルケアを選択するのか。この二者択一を迫るわけではありません。社会環境の変化や医療の進歩に伴い、考え方も変わるでしょう。しかし、医師として、一国民として、医療費抑制のために次から次と出てくる社会保障制度（税金、医療・介護・福祉制度）の変更には対応しきれません。2040年まで高齢者医療の問題は常に国民医療費抑制策と関連付けられます。高齢者の医療費増大に端を発している訳ですから、国と国民は終末期医療をどう考え合意するのか、国民的議題に挙げて議論して戴きたいと願っています。

6. 最後に（つぶやき）

特に地方における「かかりつけ医」は、祖父母から孫までの世代を超えた家族との関わりもあり、全人的で社会的な判断を下す必要性を要求される場面も多々あります。感謝されることも恨まれることもあります。果たして制度化すれば、医師と患者との良好な信頼関係は築かれるのでしょうか？

2025年問題を契機に医療面においても様々な制度改革や施策がなされてきました。地域医療の抱える課題は果たして解決されたのか、先送りになったのか、やはり解決されていないと思います。日本の医師数は2024年に347,000名であり40年間で2倍に増加しましたが、専門医志向が進む時代であり、地域での総合診療を担える医師は依然として増加していません。医師の働き方改革が施行された年度に、地域の医療・介護を24時間365日医師に押し付けるかのような制度が整備されたのは何とも皮肉なことです。医師の不足する地域ではグループ診療や近隣の病院と連携強化して下さいと言っても、隣には誰もいません。ましてや新規開業をしてくれる医師がこのような要請を受けてくれるのでしょうか、医師の地域や専門科目の偏在は進行していくことでしょう。

先日、かかりつけ医機能研修会を受講して来ました。朝から6時間の講義で、約150名の参加がありました。今後は何万人という医師が受講できるように空いた時間にWeb講義の再生視聴でも可とするシステムを望みます。

医療機関の皆様へ

かかりつけ医機能報告制度 が始まります！

令和8年1～3月に、都道府県に対して
かかりつけ医機能報告を行うようお願いします

報告を行う対象医療機関

- 特定機能病院及び歯科医療機関を除く、**全ての病院・診療所**が対象です。

医療機関の実施事項

報告

毎年1～3月に、かかりつけ医機能の内容について都道府県
にご報告をお願いします。

※原則、医療機関等情報支援システム（G-MIS）による報告となります。
※かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無も報告事項となります。

院内 掲示

かかりつけ医機能を有する医療機関の要件として、**報告した
かかりつけ医機能の一定の内容を院内掲示**する必要があります。

※G-MISにおいて、院内掲示用の様式例を出力できるようにシステム開発を行う予定です。

患者 説明

**おおむね4ヶ月以上継続して医療を提供することが見込まれる
場合で、患者・家族から求めがあったときは、治療計画等
についてご説明**をお願いします。

※かかりつけ医機能を有する医療機関は、原則、医療法に基づく患者への説明が努力義務となります。

詳しい情報は厚生労働省ホームページへ



厚生労働省「かかりつけ医機能報告制度」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000123022_00007.html



かかりつけ医機能報告制度の概要

制度の目的

- かかりつけ医機能報告制度は、地域で必要とされるかかりつけ医機能の充実強化を図り、国民の医療機関の選択に資する情報を提供することを通じて、国民・患者にとって医療サービスの向上につなげることを目指すものです。
- 多くの医療機関に参画いただき、地域で必要なかかりつけ医機能を確保することが重要であり、各医療機関からの報告を受けて、地域で協議を行い、不足する機能を確保する方策を検討・実施していくことが特に重要です。



ご報告いただく内容

- ご報告いただくかかりつけ医機能の内容は、下記のとおりです。
※報告事項の詳細等については、令和7年度中に、厚生労働省から報告マニュアルを发出する予定です。

1号機能	<p>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</p> <p>[報告事項]</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 「具体的な機能」を有すること及び「報告事項」について院内掲示していること（★） ● かかりつけ医機能に関する研修の修了者の有無、総合診療専門医の有無（有無を報告すれば可） ● 所定の診療領域ごとの一次診療の対応可能の有無、いずれかの診療領域について一次診療を行うことができること（★） ● 一次診療を行うことができる疾患 ● 医療に関する患者からの相談に応じることができること（★） 等 <p>※★：これらの項目を「可」と報告する医療機関は、「1号機能を有する医療機関」として2号機能の報告を行います。</p>
2号機能	<p>(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</p> <p>[報告事項]</p> <p>(1) 通常の診療時間外の診療</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 自院又は連携による通常の診療時間外の診療体制の確保状況 ● 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 等 <p>(2) 入退院時の支援</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 自院又は連携による後方支援病床の確保状況 ● 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 ● 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 ● 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 ● 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により紹介を受けた外来患者数 等 <p>(3) 在宅医療の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 自院又は連携による在宅医療を提供する体制の確保状況 ● 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 ● 自院における訪問看護指示料の算定状況 ● 自院における在宅看取りの診療報酬項目の算定状況 等 <p>(4) 介護サービス等と連携した医療提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 介護サービス等の事業者と連携して医療を提供する体制の確保状況 ● 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 ● 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） ● 地域の医療介護情報共有システムの参加・活用状況 ● ACP（人生会議）の実施状況 等
その他の報告事項	
<ul style="list-style-type: none"> ● 健診、予防接種、地域活動（学校医、産業医、警察業務等）、学生・研修医・リカレント教育等の教育活動 等 	