# 令和４年度診療所研修会

福　岡　県　医　師　会

令和５年３月 24 日（金）

# 医療ＤＸは診療所の活性化をはかれるか？

福　岡　県　医　師　会

常任理事　　辻　　裕　二

令和４年度福岡県医師会診療所研修会

# 医療DXは診療所の活性化をはかれるか？

令和５年３月２４日

福岡県医師会　常任理事
辻　裕二

# 医療DXとは

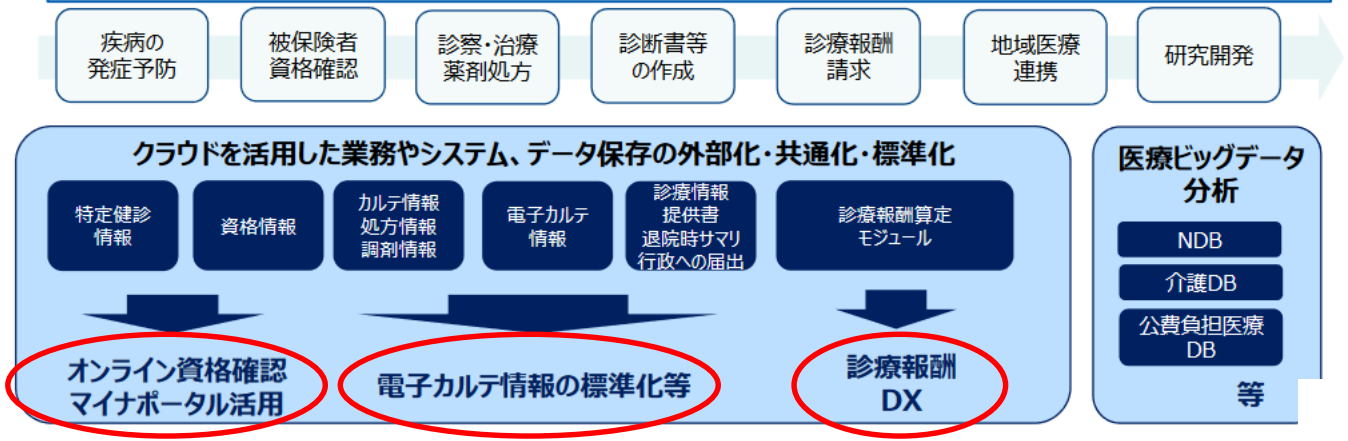
## 医療DXとは

**DXとは**

DXとは、「Digital Transformation（デジタルトランスフォーメーション）」の略称で、デジタル技術によって、ビジネスや社会、生活の形・スタイルを変える（Transformする）ことである。
（情報処理推進機構DXスクエアより）

**医療DXとは**

医療DXとは、保健・医療・介護の各段階（疾病の発症予防、受診、診察・治療・薬剤処方、診断書等の作成、診療報酬の請求、医療介護の連携によるケア、地域医療連携、研究開発など）において発生する情報やデータを、全体最適された基盤を通して、保健・医療や介護関係者の業務やシステム、データ保存の外部化・共通化・標準化を図り、国民自身の予防を促進し、より良質な医療やケアを受けられるように、社会や生活の形を変えることと定義できる。



# 医療DXとは

## 経済財政運営と改革の基本方針2022（2022.6.7閣議決定）

（社会保障分野における経済・財政一体改革の強化・推進）

医療・介護費の適正化を進めるとともに、医療・介護分野でのDXを含む技術革新を通じたサービスの効率化・質の向上を図るため、デジタルヘルスの活性化に向けた関連サービスの認証制度や評価指針による質の見える化やイノベーション等を進め、同時にデータヘルス改革に関する工程表にのっとりPHRの推進等改革を着実に実行する。

オンライン資格確認について、保険医療機関・薬局に、2023年4月から導入を原則として義務付けるとともに、導入が進み、患者によるマイナンバーカードの保険証利用が進むよう、関連する支援等の措置を見直す。2024年度中を目途に保険者による保険証発行の選択制の導入を目指し、さらにオンライン資格確認の導入状況等を踏まえ、保険証の原則廃止を目指す。

「全国医療情報プラットフォームの創設」、「電子カルテ情報の標準化等」及び「診療報酬改定DX」の取組を行政と関係業界が一丸となって進めるとともに、医療情報の利活用について法制上の措置等を講ずる。そのため、政府に総理を本部長とし関係閣僚により構成される「医療DX推進本部（仮称）」を設置する。

2023年2月25日
日本医師会医療情報システム協議会

# 医療DXに対する日本医師会の考え

公益社団法人　日本医師会
常任理事　長島 公之

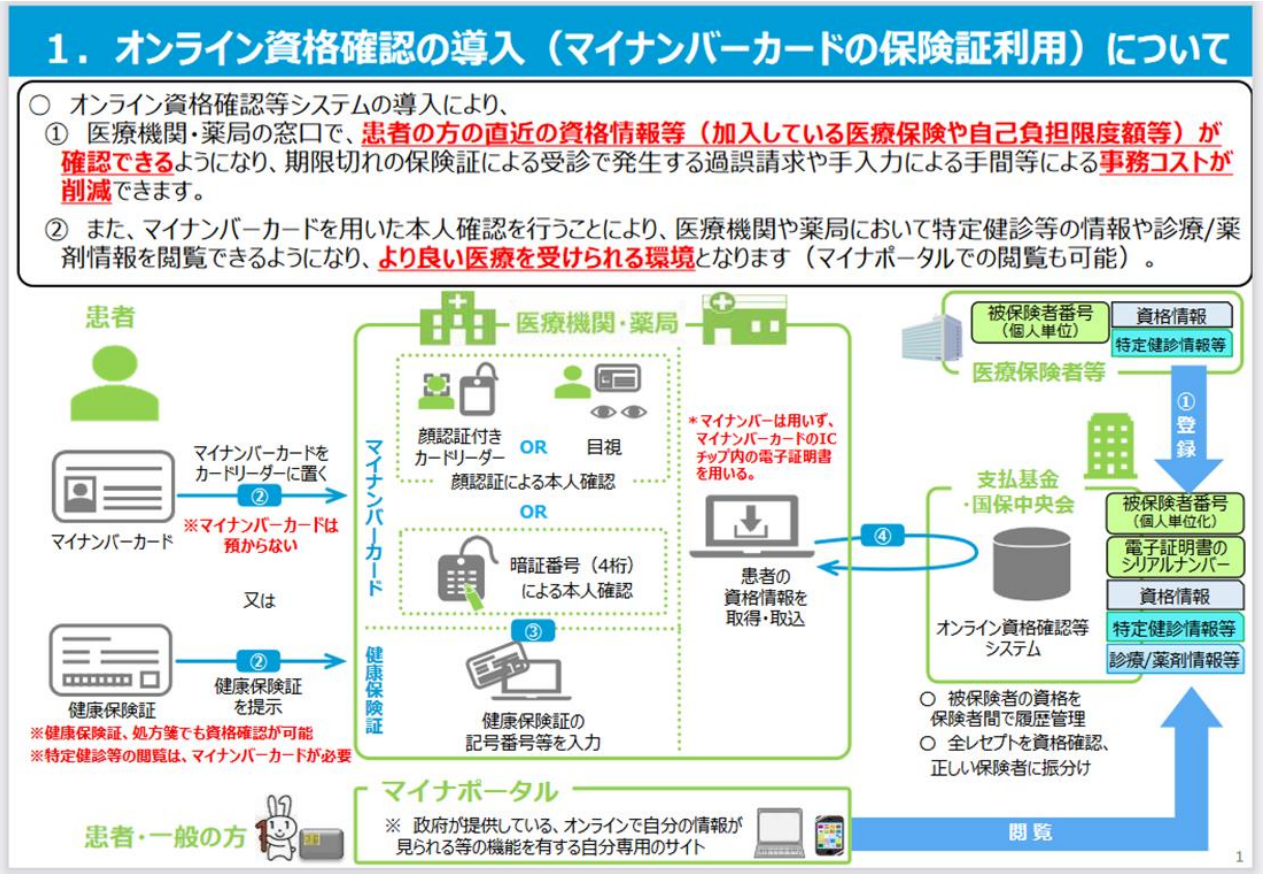
# 医療DX　3本の柱

1）全国医療情報プラットホームの創設

2）電子カルテ情報の標準化等

3）診療報酬改定DX

# オンライン資格確認システム

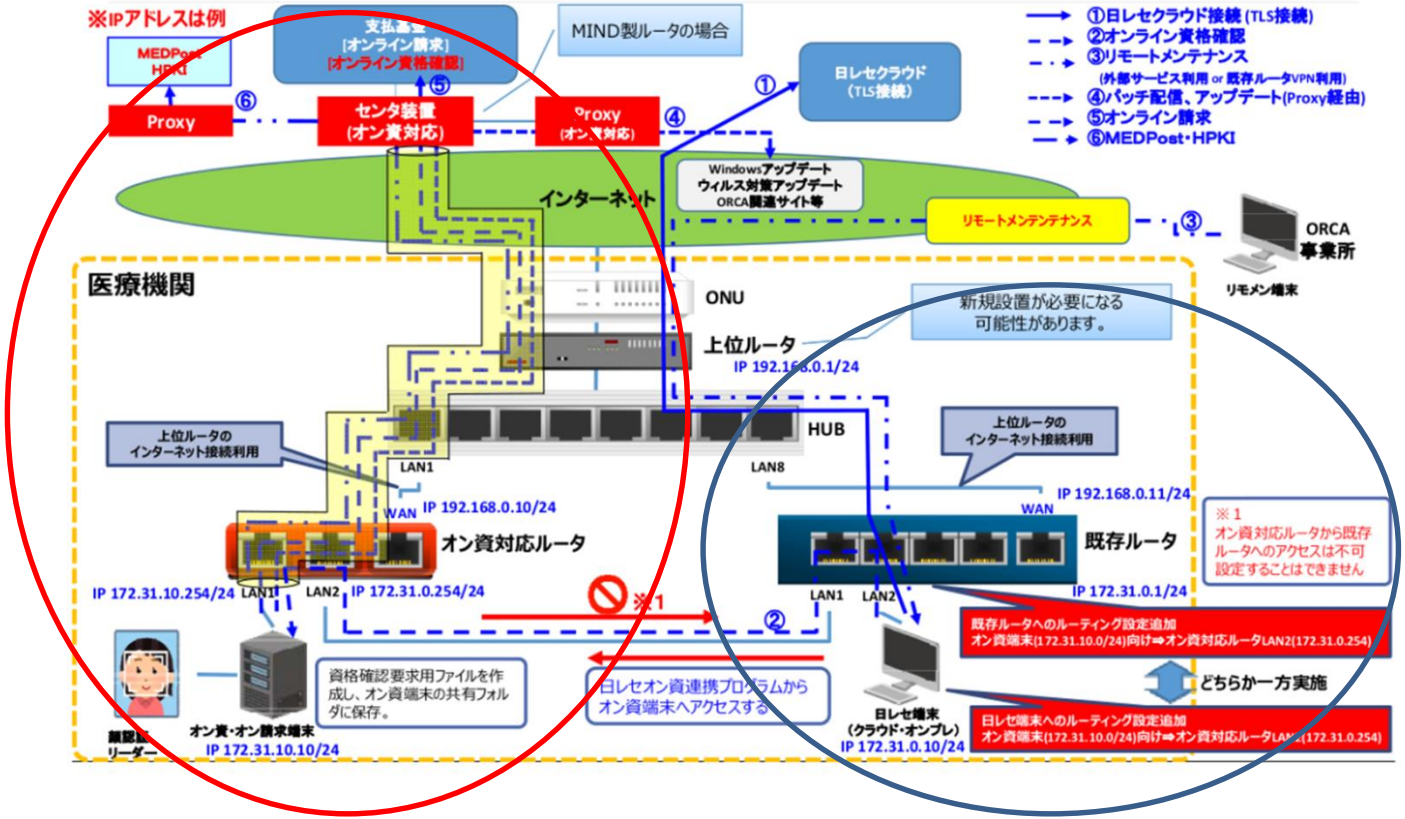



オンライン資格確認医療機関等向けポータルサイトより引用

# オンライン資格確認システム

【ネットワーク構成例】

日本医師会ORCA管理機構HPより




義務化範囲

＋

補助範囲

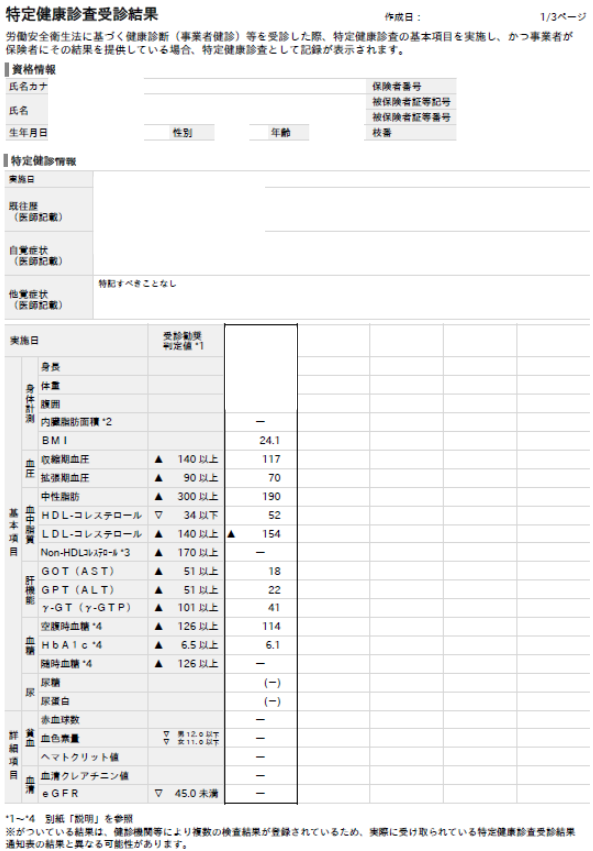
＝

補助範囲

# オンライン資格確認システム

# オンライン資格確認システムとレセコン、電カルとの連携

# オンライン資格確認システム



特定健康診査受診結果

作成日：　1/3ページ

労働安全衛生法に基づく健康診断（事業者健診）等を受診した際、特定健康診査の基本項目を実施し、かつ事業者が保険者にその結果を提供している場合、特定健康診査として記録が表示されます。

資格情報

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 氏名カナ | | | | 保険者番号 |
| 氏名 | | | | 被保険者証等記号<br>被保険者証等番号 |
| 生年月日 | | 性別 | 年齢 | 枝番 |

特定健診情報

| | |
|---|---|
| 実施日 | |
| 既往歴（医師記載） | |
| 自覚症状（医師記載） | |
| 他覚症状（医師記載） | 特記すべきことなし |

| | | | 受診勧奨判定値 *1 | |
|---|---|---|---|---|
| 実施日 | | | | |
| 基本項目 | 身体計測 | 身長 | | |
| | | 体重 | | |
| | | 腹囲 | | |
| | | 内臓脂肪面積 *2 | | − |
| | | BMI | | 24.1 |
| | 血圧 | 収縮期血圧 | ▲ 140 以上 | 117 |
| | | 拡張期血圧 | ▲ 90 以上 | 70 |
| | 脂質 | 中性脂肪 | ▲ 300 以上 | 190 |
| | | HDL-コレステロール | ▽ 34 以下 | 52 |
| | | LDL-コレステロール | ▲ 140 以上 | ▲ 154 |
| | | Non-HDLｺﾚｽﾃﾛｰﾙ *3 | ▲ 170 以上 | − |
| | 肝機能 | GOT（AST） | ▲ 51 以上 | 18 |
| | | GPT（ALT） | ▲ 51 以上 | 22 |
| | | γ-GT（γ-GTP） | ▲ 101 以上 | 41 |
| | 血糖 | 空腹時血糖 *4 | ▲ 126 以上 | 114 |
| | | HbA1c *4 | ▲ 6.5 以上 | 6.1 |
| | | 随時血糖 *4 | ▲ 126 以上 | − |
| | 尿 | 尿糖 | | (−) |
| | | 尿蛋白 | | (−) |
| 詳細項目 | 貧血 | 赤血球数 | | − |
| | | 血色素量 | ▽ 男12.9 以下<br>▽ 女11.9 以下 | − |
| | | ヘマトクリット値 | | − |
| | 血清 | 血清クレアチニン値 | | − |
| | | eGFR | ▽ 45.0 未満 | − |

*1～*4　別紙「説明」を参照
※がついている結果は、健診機関等により複数の検査結果が登録されているため、実際に受け取られている特定健康診査受診結果通知表の結果と異なる可能性があります。

薬剤情報一覧

作成日　1 / 3ページ

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 氏名カナ | | | | 保険者番号 |
| 氏名 | | | | 被保険者証等記号<br>被保険者証等番号 |
| 生年月日 | | 性別 | 年齢 | 枝番 |

この薬剤情報一覧は、2022年9月までに調剤された医薬品情報を表示しています。但し、一部は表示されない場合があります。
(紙レセプトや医薬品が包括される場合など、医薬品が表示されない場合があります)

処方実績

| 調剤 年月 | 日 | 処方区分 *1 | 使用区分 | 医薬品名（成分名）［用法］*2 ／＜１回用量＞*2 ／［用法等の特別指示］*2 | 調剤数量*3 |
|---|---|---|---|---|---|
| | 10日 | 医療法人　社内科クリニック | | | |
| | | 院内 | 内服 | 1.　アムロジピン錠２．５ｍｇ「オーハラ」（アムロジピンベシル酸塩） | 1錠　30日分 |
| | | | | 2.　テルミサルタン錠２０ｍｇ「ＴＣＫ」（テルミサルタン） | 1錠　30日分 |
| | 20日 | 医療法人　社内科クリニック | | | |
| | | 院内 | 内服 | 1.　アムロジピン錠２．５ｍｇ「オーハラ」（アムロジピンベシル酸塩） | 1錠　30日分 |
| | | | | 2.　テルミサルタン錠２０ｍｇ「ＴＣＫ」（テルミサルタン） | 1錠　30日分 |
| | 2日 | 医療法人　社内科クリニック | | | |
| | | 院内 | 内服 | 1.　アムロジピン錠２．５ｍｇ「オーハラ」（アムロジピンベシル酸塩） | 1錠　30日分 |
| | | | | 2.　テルミサルタン錠２０ｍｇ「ＴＣＫ」（テルミサルタン） | 1錠　30日分 |
| | 4日 | 医療法人　社内科クリニック | | | |
| | | 院内 | 内服 | 1.　アムロジピン錠２．５ｍｇ「オーハラ」（アムロジピンベシル酸塩） | 1錠　30日分 |
| | | | | 2.　テルミサルタン錠２０ｍｇ「ＴＣＫ」（テルミサルタン） | 1錠　30日分 |
| | 23日 | | | | |
| | | 院内 | 外用 | 1.　オキナゾールクリーム１％（オキシコナゾール硝酸塩） | ８ｇ　1処方分 |
| | | | | 2.　リンデロンＶＧ軟膏０．１２％（ベタメタゾン吉草酸エステル・ゲンタマイシン硫酸塩） | ４ｇ　1処方分 |
| | 14日 | | | | |
| | | 院内 | 外用 | 1.　オキナゾールクリーム１％（オキシコナゾール硝酸塩） | ８ｇ　1処方分 |
| | | | | 2.　リンデロンＶＧ軟膏０．１２％（ベタメタゾン吉草酸エステル・ゲンタマイシン硫酸塩） | ４ｇ　1処方分 |
| | 30日 | 医療法人　社内科クリニック | | | |
| | | 院内 | 内服 | 1.　アムロジピン錠２．５ｍｇ「オーハラ」（アムロジピンベシル酸塩） | 1錠　30日分 |
| | | | | 2.　テルミサルタン錠２０ｍｇ「ＴＣＫ」（テルミサルタン） | 1錠　30日分 |

－－－ 次頁へ続く －－－

# オンライン資格確認システム （災害時）

## 【お知らせ】令和4年山形県鶴岡市の土砂崩れに伴う対応について

◆◇――――――――――――――――――――

12月31日の山形県鶴岡市の土砂崩れに伴う対応について

――――――――――――――――――――◇◆

12月31日土曜日に発生した土砂崩れに伴い、以下対象地域に所在する医療機関・薬局の災害時医療情報閲覧機能※を開放いたしました。

・対象地域：【山形県】鶴岡市

・開放期間（予定）：12月31日～1月6日

※　災害時医療情報閲覧機能とは
災害等の緊急時において医師、歯科医師、薬剤師並びに医療機関等により閲覧権限を付与された者（被選定者）が、「緊急時医療情報・資格確認機能」（災害時医療情報閲覧）メニューを使用し、患者の同意の上、患者情報を特定することで薬剤情報・特定健診情報を PDF により閲覧することができます。
患者が意識不明等により本人の意思が確認できず生命・身体の保護のために必要がある場合も、薬剤情報・特定健診情報を閲覧できます。

■マイナンバーカードがなくても医療情報等が閲覧可能です
患者がマイナンバーカードを持参していない場合でも、氏名、生年月日、性別、住所等で、薬剤情報、特定健診情報の閲覧が可能となります。
なお、患者の持参した健康保険証の被保険者番号、（記号）番号、生年月日での検索でも同様の情報が閲覧できます。

■ご利用イメージ
・本機能は、「資格確認端末」からのみご利用いただけます。普段お使いの、レセプトコンピュータ等からはご利用いただけないのでご留意ください。

・オンライン資格確認等システムに医療情報閲覧アカウントまたは管理アカウントのIDとパスワードでログイン

# オンライン資格確認システム（災害時）

・オンライン資格確認等システムに医療情報閲覧アカウントまたは管理アカウントのIDとパスワードでログイン

・「災害時医療情報閲覧」を押下

2023年2月26日

# 全国医療情報プラットフォーム
# と
# 地域医療連携ネットワークの連携

公益社団法人　日本医師会
常任理事　長島 公之

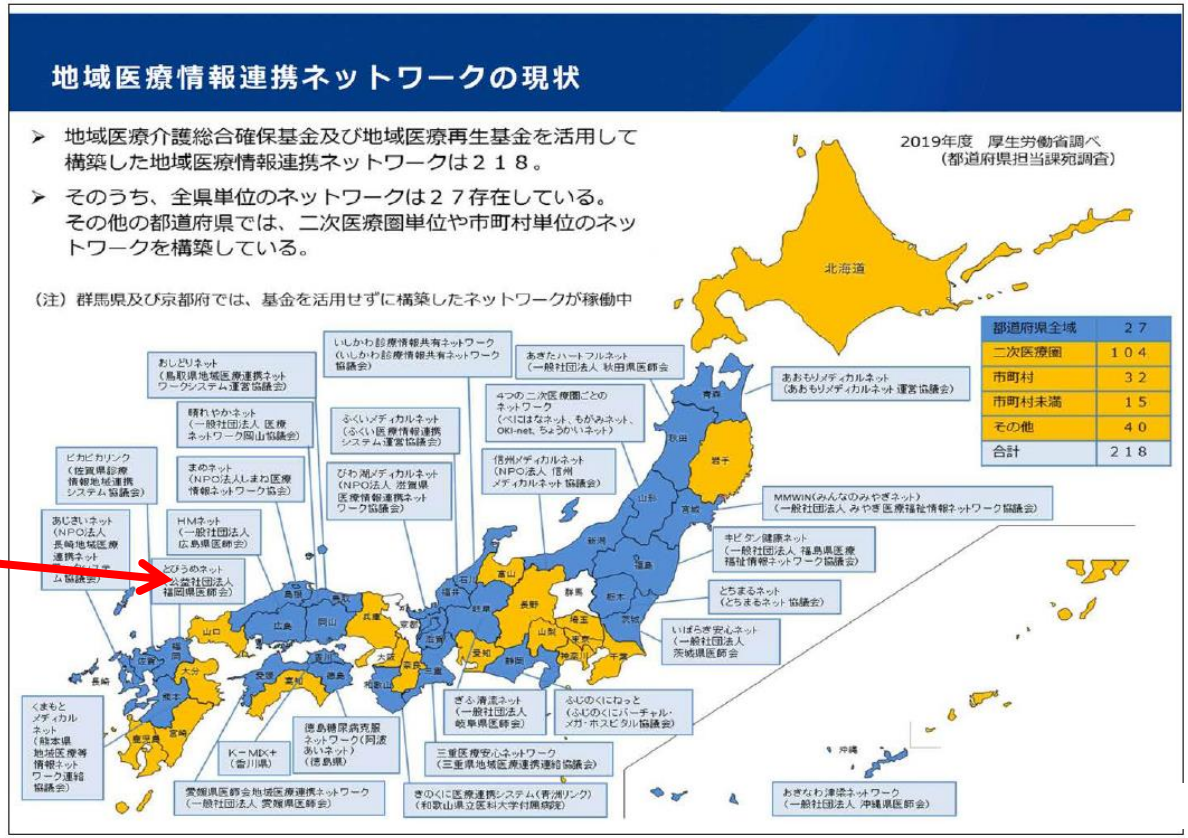
KIMIYUKI NAGASHIMA, MD EXECUTIVE BOARD
MEMBER JMA

# 全国医療情報プラットホームと地連NW

## 全国医療情報プラットフォーム*

*オンライン資格確認等システムのネットワークを拡充し、レセプト・特定健診等情報に加え、予防接種、電子処方箋情報、自治体検診情報、電子カルテ等の医療（介護を含む）全般にわたる情報について共有・交換できる全国的なプラットフォームをいう。

# 全国医療情報プラットホームと地連NW




https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/000853240.pdf より

# とびうめネット

医師が作成した医療情報を医師が閲覧・参考にすることにより
適切な医療の提供を行える体制の構築を目指す

# 福岡県民100年健康ライフ構想

| 人生 | 必要な医療情報 | 本会の対応 |
|---|---|---|
| 老年期（医療・介護） | 在宅医療・介護情報（在宅時の情報） | とびうめネット多職種連携システム（入院時には下記各取組みで対応） |
| 緊急時→日常 | 救急医療機関の情報（退院時サマリー等）をかかりつけ医が参照 | とびうめネット退院時サマリー。災害時バックアップシステムの情報参照 |
| 日常→緊急時 | かかりつけ医の情報（レセプト情報）を救急医療機関が参照 | とびうめネットの患者基本情報（レセプト情報） |
| 青年期～ | 健診・特定健診・検診情報 | レセプトの特定健診結果及び医師国保等の特定健診結果のとびうめネットへの取込み |
| 幼少期～学童期 | 予防接種歴・母子手帳 | 関係機関への協力依頼済 |

# とびうめネットの3本柱

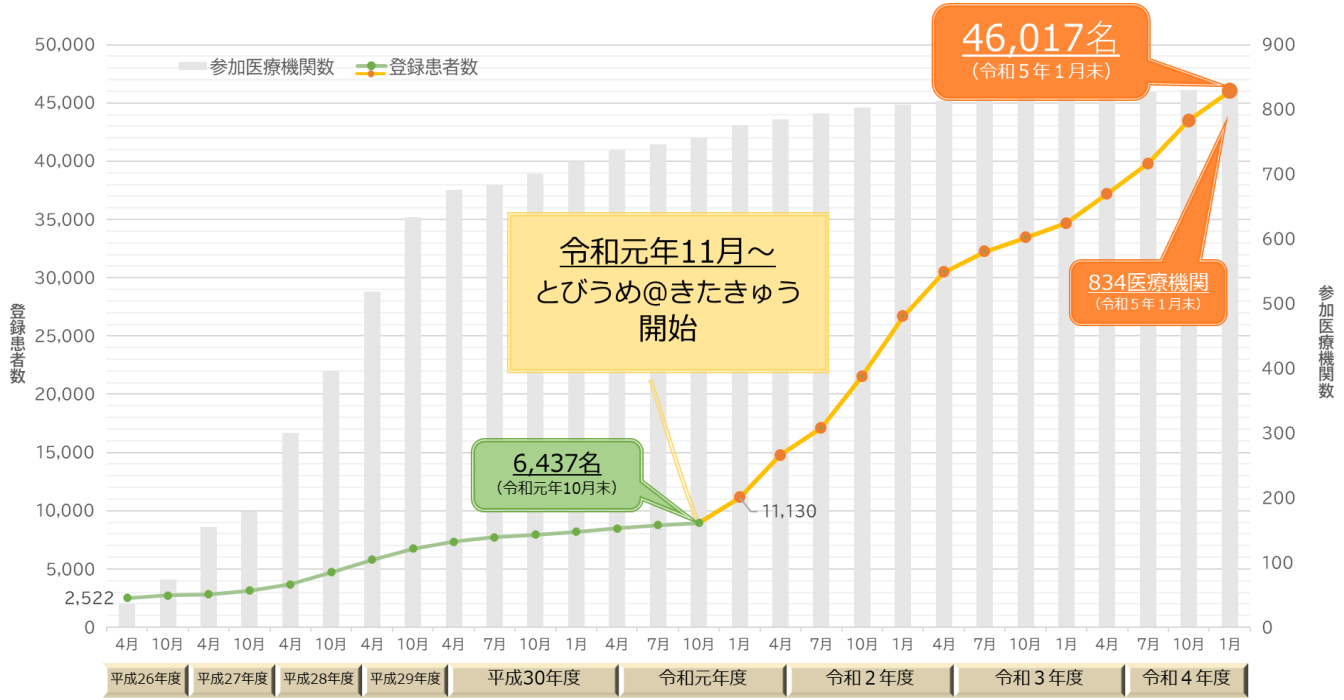
1.救急医療支援システム＝かかりつけ医の医療情報の共有

2.多職種連携システム＝在宅医療･介護情報の共有

3.災害時バックアップシステム＝将来に向けて標準化された
医療情報の蓄積

# とびうめネットの現状　参加医療機関数と登録患者数　（令和５年1月末時点）

| 参加医療機関 | 登録患者 |
|---|---|
| 834 | 46,017 |



福岡県、福岡県医師会、大牟田市及び大牟田医師会との「福岡県医師会診療情報ネットワーク『とびうめネット』の利用拡大のための連携及び協力に関する協定」の締結式（令和５年１月19日）

# 全国医療情報プラットホームと地連NW

## （日本医師会の考え） 併用が必要

●オンライン資格確認システムを利用した電子カルテ情報の一部等の共有だけでは、
現在、地域医療連携NWで実現している地域医療連携に必要な多種多様な機能
　電子カルテの全データ、各種画像の共有
　クリティカルパスなどの連携機能
　医介連携機能（コミュニケーションなど）
の実現が困難
　→しばらくの間は、地連NWとの併用が必須
　→オンライン資格確認システム基盤と地連NWとの連携について検討すべき

医療情報ネットワークの基盤に関するWGなど、国の会議等で、一貫して主張

# 全国医療情報プラットホームと地連NW

## 自由民主党政務調査会「医療DX令和ビジョン2030」

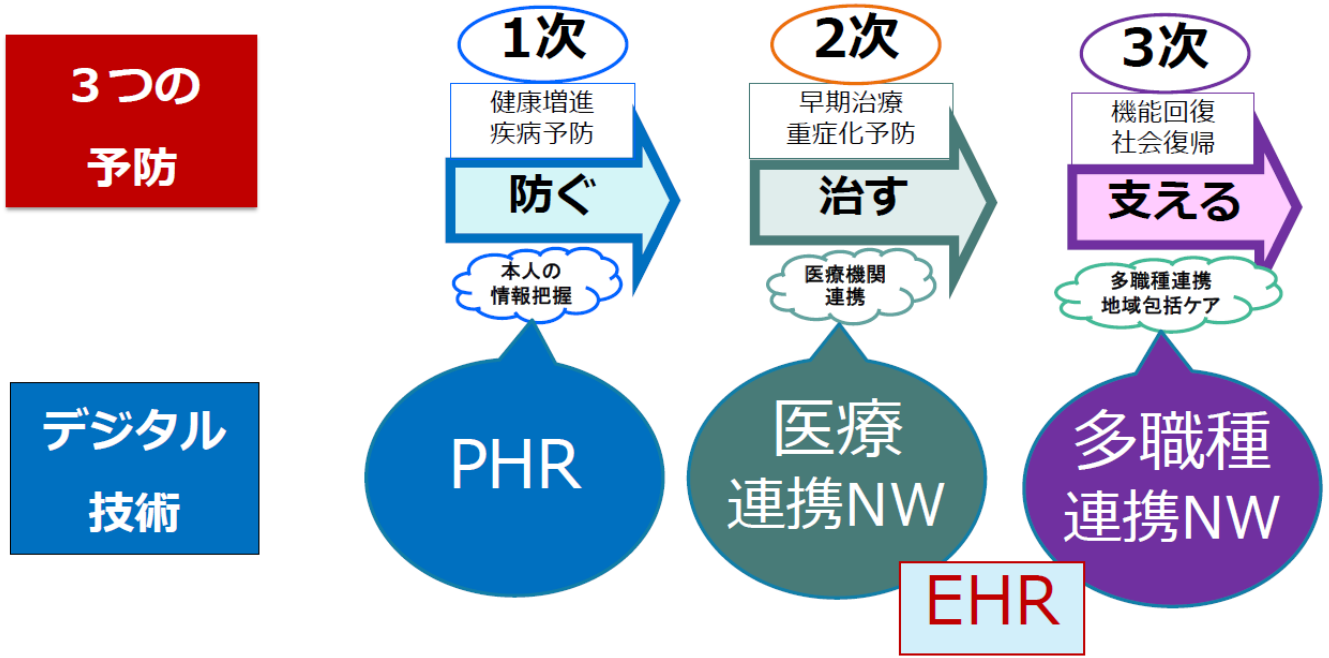
留意事項

- 『全国医療情報プラットフォーム』を通じて電子カルテ情報の共有・交換が広く行われるようになるまでの間は、地域医療介護総合確保基金等を活用して構築された地域医療情報連携ネットワークも引き続き機能し、併存する。

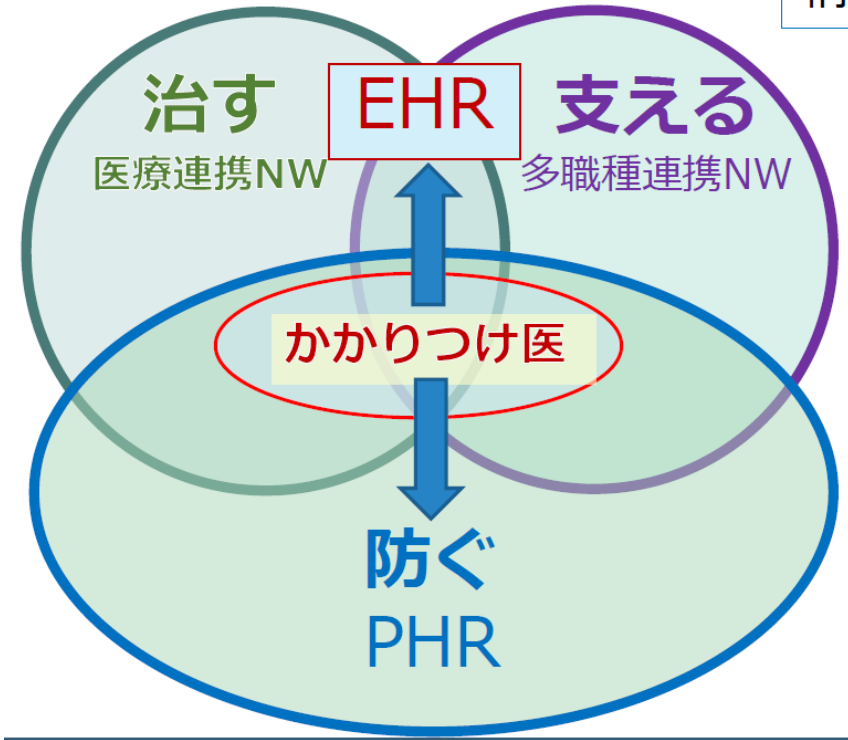
https://storage.jimin.jp/pdf/news/policy/203565_1.pdf より

# 全国医療情報プラットホームと地連NW

## 超高齢社会における「新しい」地域医療介護連携



# 全国医療情報プラットホームと地連NW




情報理解 ⟷ 行動変容

「防ぐ・治す・支える」
PHRを
かかりつけ医とともに
活用する

国民・患者が主役となる
「新たな健康づくり」

# 全国医療情報プラットフォーム：新幹線

# 地連NW：ローカル線

得意と不得意がある

○地域住民のためには、新幹線とローカル線の連絡（連携）が必要。

○地域の特性に応じる

# 医療DX　3本の柱

1）全国医療情報プラットホームの創設

2）電子カルテ情報の標準化等

3）診療報酬改定DX

# 電子カルテ情報の標準化等

## 電子カルテ情報の標準化等*

*その他、標準型電子カルテの検討や、電子カルテデータを、治療の最適化やAI等の新しい医療技術の開発、創薬のために有効活用することが含まれる

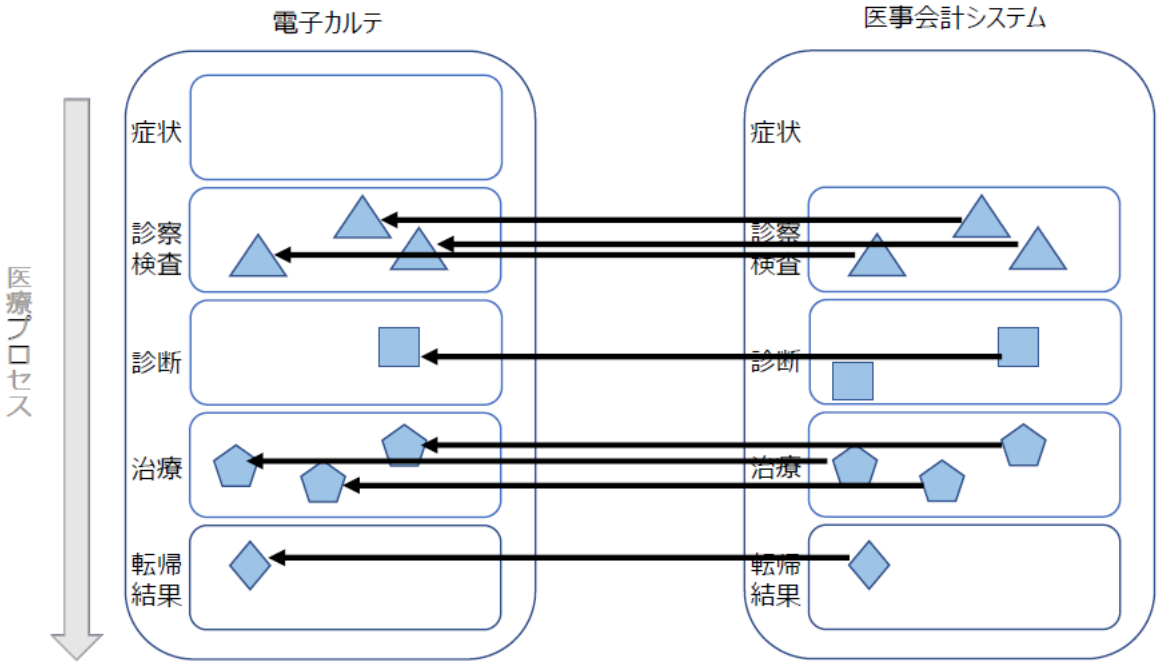
2023年2月25日（土）16:40-18:40
令和４年度日本医師会医療情報システム協議会

# 電子カルテのあるべき姿

中島直樹
九州大学病院・副病院長
ﾒﾃﾞｨｶﾙ・ｲﾝﾌｫﾒｰｼｮﾝｾﾝﾀｰ長

# 電子カルテ情報の標準化等

## 現在の電子カルテの課題１：診療プロセスが追えない




電子カルテのあるべき姿（中島直樹・九州大学）

# 電子カルテ情報の標準化等

現在の電子カルテの課題３：医師の最重要業務である診断情報が入力されていない

## 「診断・病名付け」の電子カルテにおける扱い

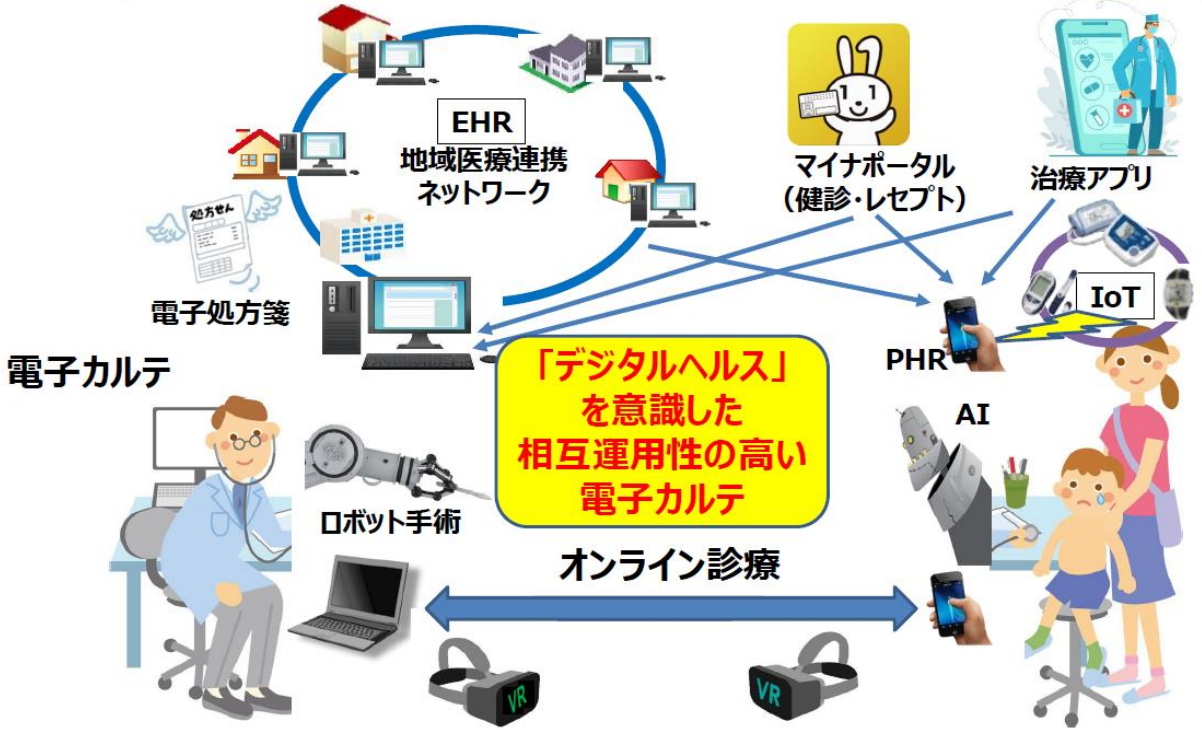
- 保険傷病名 ➡ 精度が低い
- DPC病名 ➡ 精度は高いが入院のみ（DPC病院）

- そもそも医師の最重要業務である正しい病名付けを支援しないのは欠陥では？
- データ2次利用では、疾患別に対象患者の抽出をする場合が多い
- 現状：仕方がないので、保険病名から情報を組み合わせて精度を上げる（ePhenotyping手法）が、
  - 保険傷病名の精度は、時に話にならないほど低い（正解率60%を切ることも経験）
  - ePhenotypingの精度の科学的な検証には労力がかかる
  - 匿名加工化してしまうと精度検証さえできない
- 適正なAIシステムへの発展を阻害

電子カルテのあるべき姿（中島直樹・九州大学）

# 電子カルテ情報の標準化等

電子カルテもオンライン診療もPHRも、「デジタルヘルス」の一部

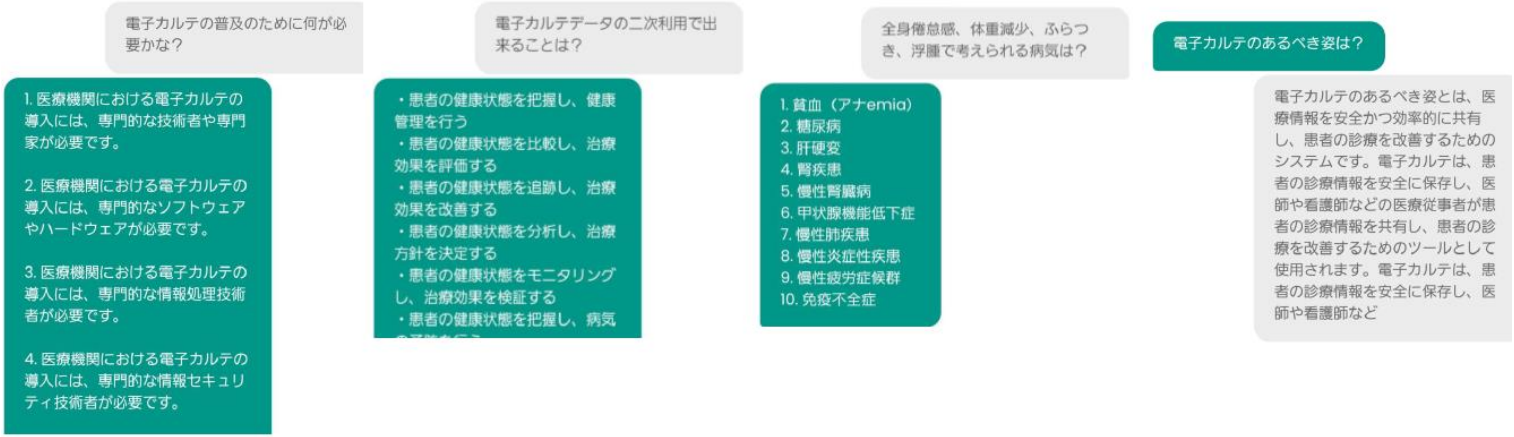



電子カルテのあるべき姿（中島直樹・九州大学）

# 電子カルテ情報の標準化等

## Chat GPT

人工知能による、まるで人が書いたような」文章を生成することができる自然言語処理ツール。
OpenAIという企業が2022年11月に発表。
「ラージ・ランゲージ・モデル」と呼ばれるアルゴリズムに大量のテキストデータを覚えさせることによる。




様々なAI技術が次々と生まれてくる。何を用いて、何を用いないか？
規制するべきか、しないべきか、などを皆で検討する必要がある

電子カルテのあるべき姿（中島直樹・九州大学）

# 電子カルテ情報の標準化等

令和3年11月10日　第1回WG

（令和2年12月25日）資料より抜粋（一部改変）

## 電子カルテ情報及び交換方式の標準化

**【目指すべき姿】**
患者や医療機関同士などで入退院時や専門医・かかりつけ医との情報共有・連携がより効率・効果的に行われることにより、患者自らの健康管理等に資するとともに、より質の高い切れ目のない診療やケアを受けることが可能になる。

### 1. 電子カルテ情報及び交換方式等の標準化の進め方

① 医療機関同士などでデータ交換を行うための規格を定める。
② 交換する標準的なデータの項目、具体的な電子的仕様を定める。
③ 当該仕様について、標準規格として採用可能かどうか審議の上、標準規格化を行う。
④ 標準化されたカルテ情報及び交換方式を備えた製品の開発をベンダーにおいて行う。
⑤ 医療情報化支援基金等により標準化された電子カルテ情報及び交換方式等の普及を目指す。

HELICS協議会
審議中

### 2. 標準化された電子カルテ情報の交換を行うための規格や項目（イメージ）

・データ交換は、アプリケーション連携が非常に容易なHL7 FHIRの規格を用いてAPIで接続する仕組みをあらかじめ実装・稼働できることを検討する。
※HL7 FHIRとは、HL7 Internationalによって作成された医療情報交換の次世代標準フレームワーク。
※API（Application Programming Interface）とは、システム間を相互に接続し、情報のやり取りを仲介する機能。

・具体的には、医療現場での有用性を考慮し、以下の電子カルテ情報から標準化を進め、段階的に拡張する。

医療情報：①傷病名、②アレルギー情報、③感染症情報、④薬剤禁忌情報、
⑤救急時に有用な検査情報、⑥生活習慣病関連の検査情報
上記を踏まえた文書情報：①診療情報提供書、②キー画像等を含む退院時サマリー、
③電子処方箋、④健診結果報告書

※ 画像情報については、すでに標準規格（DICOM）が規定されており、今後、キー画像以外の画像についても、医療現場で限られた時間の中で必要な情報を把握し診療を開始する際の有用性等を考慮して検討を進める。

注：その他の医療情報については、学会や関係団体等において標準的な項目をとりまとめ、HL7FHIR規格を遵守した規格仕様書案が取りまとめられた場合には、厚生労働省標準規格として採用可能なものか検討し、災害時の利用実態も踏まえ、カルテへの実装を進める。

# 電子カルテ情報の標準化等

## 医療DXに関する施策の現状と課題②（電子カルテ情報の標準化等）

**現状**

- 電子カルテについては、**ベンダーごとに異なる情報の出入力方式が採用**されており、**異なるベンダーの電子カルテを導入している医療機関の間では、情報の共有が困難**。
- これまで、データヘルス改革において、電子カルテ情報の標準化を進めるべく取り組んできており、令和４年３月に、医療現場における有用性等の観点を踏まえ、まずは３文書６情報（※）について、情報の共有にあたっての標準規格を決定（厚生労働省標準規格）。

（※） ３文書：①診療情報提供書、②退院時サマリー、③健診結果報告書
６情報：①傷病名、②アレルギー情報、③感染症情報、④薬剤禁忌情報、⑤検査情報（救急、生活習慣病）、⑥処方情報

**課題**

- 標準化されている情報の種類が限定的
- 電子カルテシステムを導入している医療機関が限定的

**今般の医療DXの推進により実現すること**

- 共有できる情報の範囲を広げるため、**標準規格を定める情報の範囲を拡大**
  （令和４年度は、透析情報及び一部の感染症発生届について標準規格を定める予定）
- **医療機関にて作成される文書のうち行政手続に使用されるもの**を標準化・デジタル化し、**行政手続のワンストップ化**の促進を検討
- 小規模な医療機関向けに、**標準規格に準拠したクラウドベースの電子カルテ（標準型電子カルテ）の開発**を検討

○ **全国医療情報プラットフォームの拡大に寄与**

# 標準化された電子カルテ情報の交換を行うための規格や項目

◆ 3文書（文書情報）

1）診療情報提供書
2）キー画像等を含む退院時サマリー
3）健康診断結果報告書

◆ 6情報（電子カルテ情報）

1）傷病名
2）アレルギー情報
3）感染症情報
4）薬剤禁忌情報
5）検査情報（救急時に有用な検査、生活習慣病関連の検査）
6）処方情報

□ 規格はHL7 FHIR

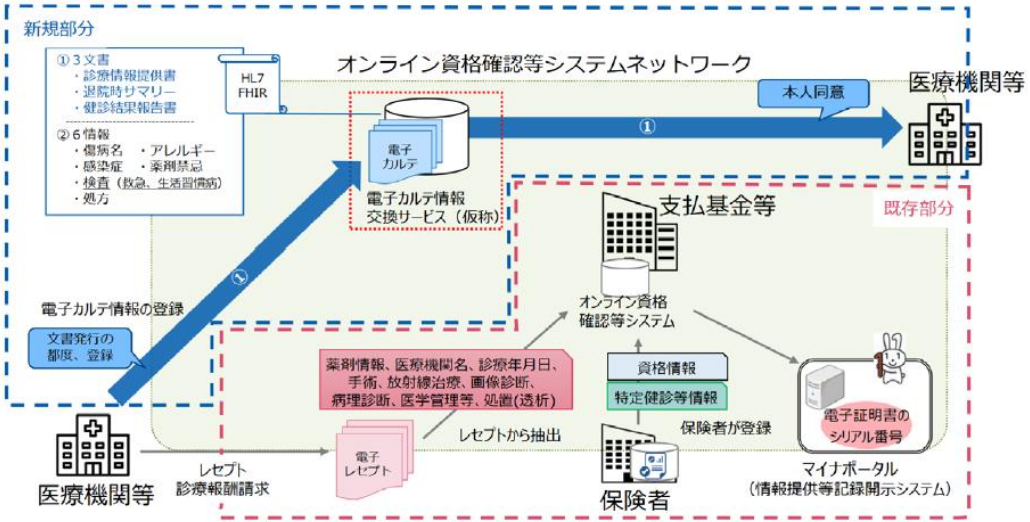
# 電子カルテ情報の標準化等

令和4年5月16日　第４回WG

## 全国的に電子カルテ情報を閲覧可能とするための基盤について

### 考えられる実装方法（イメージ）

全国的に電子カルテ情報を医療機関等で閲覧可能とするため、以下の実装方法についてどのように考えるか。




送受信方式

① 医療機関等の間でやり取りする３文書情報について、既存のオンライン資格確認等システムのネットワーク上で相手先の医療機関等に送信し、相手先の医療機関等において本人同意の下で同システムに照会・受信できるようにしてはどうか。

https://www.mhlw.go.jp/content/10808000/000938861.pdf より

# 医療DX　3本の柱

1）全国医療情報プラットホームの創設

2）電子カルテ情報の標準化等

3）診療報酬改定DX

# 診療報酬改定DX

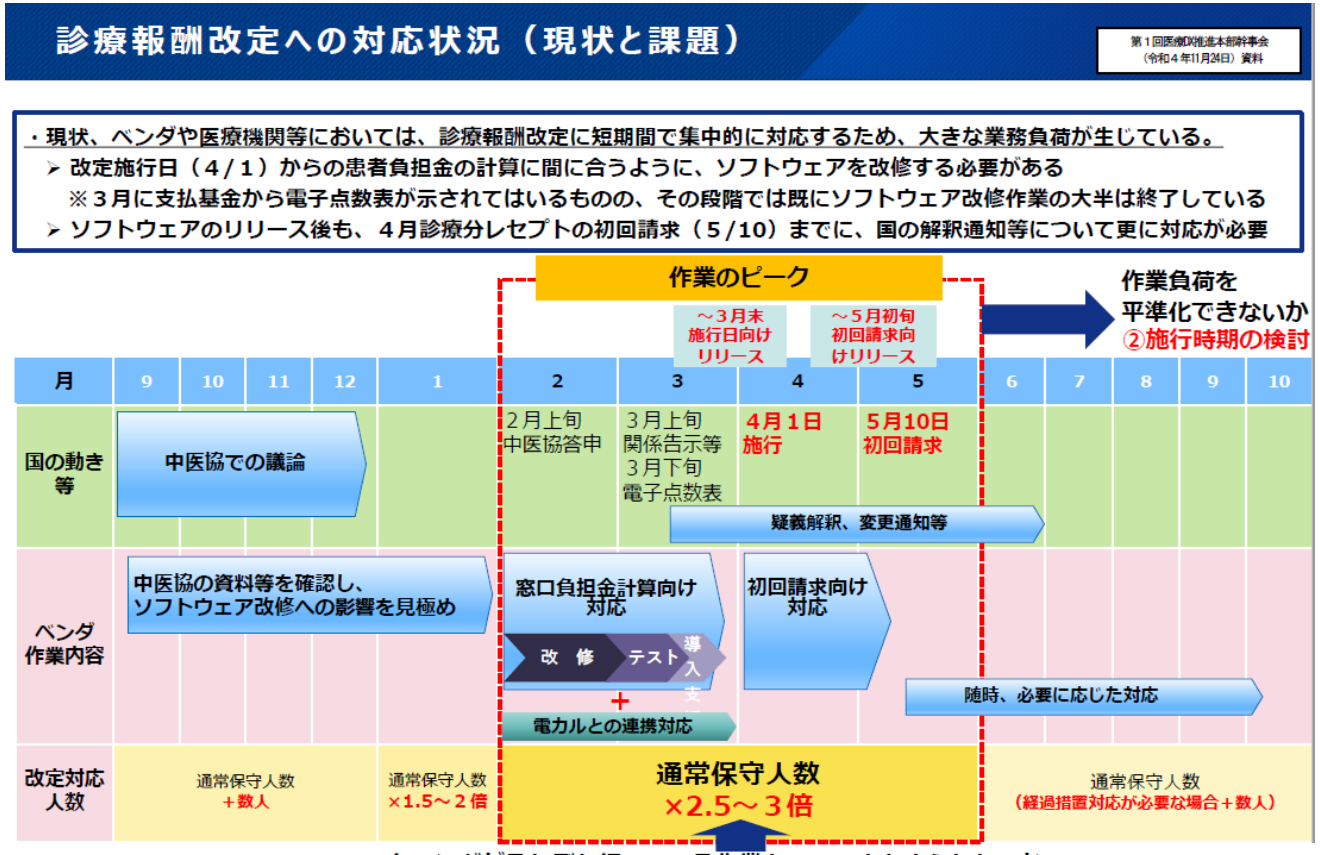
ORCA: Online Receipt Computer Advantage



## 診療報酬改定DXについて

2023年2月25日
日本医師会ORCA管理機構（株）
取締役副社長　上野智明

# 診療報酬改定DX


診療報酬改定への対応状況（現状と課題）
第１回医療DX推進本部幹事会（令和４年11月24日）資料
・現状、ベンダや医療機関等においては、診療報酬改定に短期間で集中的に対応するため、大きな業務負荷が生じている。
➢ 改定施行日（４/１）からの患者負担金の計算に間に合うように、ソフトウェアを改修する必要がある
※３月に支払基金から電子点数表が示されてはいるものの、その段階では既にソフトウェア改修作業の大半は終了している
➢ ソフトウェアのリリース後も、４月診療分レセプトの初回請求（５/10）までに、国の解釈通知等について更に対応が必要
作業のピーク
～３月末施行日向けリリース
～５月初旬初回請求向けリリース
作業負荷を平準化できないか
②施行時期の検討
月
9
10
11
12
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
国の動き等
中医協での議論
２月上旬 中医協答申
３月上旬 関係告示等
３月下旬 電子点数表
４月１日 施行
５月10日 初回請求
疑義解釈、変更通知等
ベンダ作業内容
中医協の資料等を確認し、ソフトウェア改修への影響を見極め
窓口負担金計算向け対応
改修
テスト
導入
＋
電カルとの連携対応
初回請求向け対応
随時、必要に応じた対応
改定対応人数
通常保守人数 ＋数人
通常保守人数 ×1.5～２倍
通常保守人数 ×2.5～３倍
通常保守人数 （経過措置対応が必要な場合＋数人）
各ベンダがそれぞれ行っている作業を１つにまとめられないか
①診療報酬算定・患者の窓口負担金計算を行うための全国統一の共通的な電子計算プログラム＝共通算定モジュールの開発

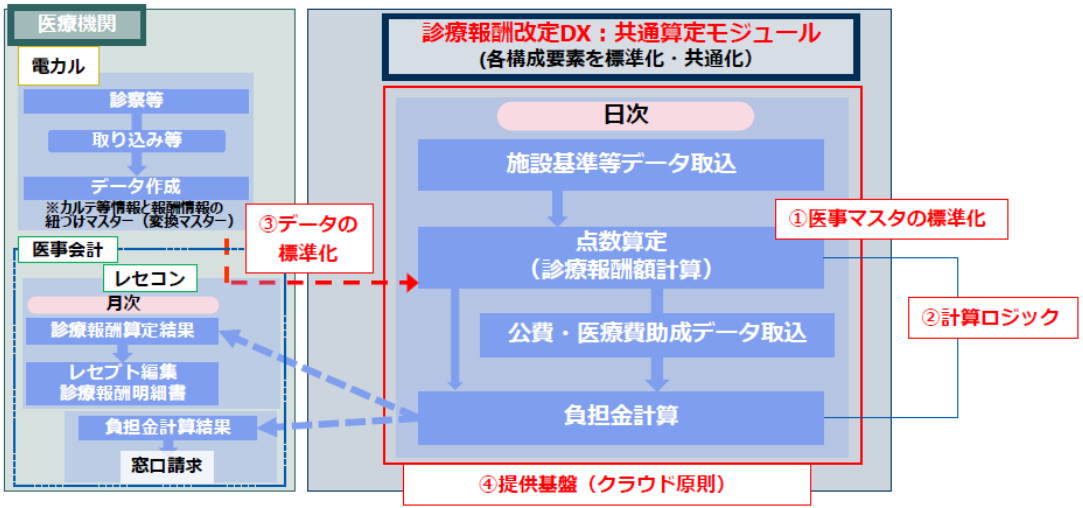
# 診療報酬改定DX

## 診療報酬改定DX（今後の対応案）

第１回医療DX推進本部幹事会
（令和４年11月24日）資料

・共通算定モジュールの開発・提供により、以下の効果が見込まれる。
- 診療報酬改定に際し個々のベンダや大病院等が行っているソフトウェア改修等の負担が軽減される
- 診療報酬改定の施行日当日から、医療機関等の窓口における「患者負担金計算」の正確性が確保される
- レセプト請求に係る「事前審査機能」を持たせることにより「診療報酬算定」の正確性が確保される
- 有事において有用なレセプトデータの活用も可能に

※具体的な開発範囲については、調査研究事業を踏まえつつ、関係者と協議のうえ検討




※マスター･･･プログラムがデータ処理をする際に参照する基本ファイル。医事マスターについてはベンダー各社の創意工夫による競争の要素があることに留意。
ロジック･･･プログラムがデータ処理をする際の手順・内容

# 医療DXの今後

- オンライン資格確認システムが4月より義務化されます
- マイナンバーカードの申請も国民の8割近くになりました
- 医療DXは始まりました
- 3つの柱がバラバラに進行することは非常に非効率で現場は混乱
- まずオンライン資格確認システムを安定運用させること
- 次に電子処方箋の技術を早急に作りこみ安定導入すること
- 医療DXのキーワードは標準化と共有化（ムリ、ムダを避ける）
- 個々の使い勝手のみ優先しカスタマイズをしすぎると標準化・共有化から遠のく
- できればオンライン資格確認システムと標準化された電子カルテ（含むレセコン）、電子処方箋が一体化（パッケージ化）されること
- このパッケージシステムがオンライン資格確認システムを基盤として、全国NW、地連NWと繋がること

# まとめ

## 医療DXは診療所の活性化をはかれるか？

- 今後診療所が地域の保健・医療・介護を面で支えていく
  かかりつけ医機能を発揮するためには医療DXは必須

- 医療DXに後ろ向きでは診療所の活性化ははかれない

# ご清聴ありがとうございました

令和５年３月２４日

辻　裕二

# 「診療所がかかりつけ医機能を発揮するために」

日　本　医　師　会

常任理事　釜　萢　　敏　先生

令和4年度福岡県医師会診療所研修会

# 診療所がかかりつけ医機能を発揮するために

令和5年3月24日

公益社団法人 日本医師会
常任理事　釜萢　敏

日医君
（福岡県バージョン）

## かかりつけ医機能に関する議論の流れ

**財務省**
財政制度等審議会
（春の建議）

**全世代型社会保障構築会議**

**新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議**

**骨太の方針2022（6月7日）**
（「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と閣議決定）

**臨時国会**
**感染症法等改正案　審議入り（10月25日）**

2022年11月2日

**日本医師会提言**

「地域における面としてのかかりつけ医機能～かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて～（第1報告）」

**全世代型社会保障構築会議（11月11日）**
**医療提供体制に関する議論の状況について**

**財務省**
財政制度等審議会
（秋の建議）

**厚労省社会保障審議会 医療部会(11月28日・12月5日)**
**厚労省案**

**臨時国会**
**感染症法等改正案　可決・成立（12月2日）**

**自民党 全世代型社会保障に関する特命委員会**
**取りまとめ**

**全世代型社会保障構築会議**

**2023年　通常国会**

# 経済財政運営と改革の基本方針2022（骨太の方針）
# （令和4年6月7日）（抜粋）

閣議決定

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。

*内閣府「経済財政運営と改革の基本方針2022」（2022年6月7日）31頁　https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/zensedai_hosyo/pdf/20220517chukanseiri.pdf

閣議決定は骨太の方針の「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」であり、財務省財政審が主張する①法制上明確化、②認定するなどの制度、③事前登録・医療情報登録ではない。



## かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて
## ～これまでのかかりつけ医機能との違い～

### 国民

現在は「医療機能情報提供制度」という制度があることも国民には知られていない。
「医療機能情報提供制度」を国民に分かりやすい内容に改め、フリーアクセスにおいて国民が「医療機能情報提供制度」を活用し、適切な医療機関を自ら選択できるよう支援を行う。

### 医療機関

各医療機関は自らが持つ機能を磨くことにより縦糸を伸ばすとともに、さらに地域における他の医療機関との連携を通じて横糸を紡ぎ、それによって「地域における面としてのかかりつけ医機能」が織りなされ、さらに機能を発揮していく。
日常診療時より、他の医療機関と連携し、急変時においても、可能な限り地域におけるネットワークで対応を行う。

### 感染症発生・まん延時（有事）

感染症発生・まん延時（有事）における対応については、日頃から患者のことをよく知るかかりつけ医機能を担う医療機関が診療を行うことは望ましいが、未知の感染症への対応に際しては、動線分離を含めた感染拡大防止対策が重要であり、地域医療全体として通常医療を継続しつつ、感染症医療のニーズに対応していくことが必要である。
地域医療体制全体の中で感染症危機時に外来診療や在宅療養等を担う医療機関を平時から明確化しておくことで、平時に受診している医療機関がない方を含め、国民が必要とするときに確実に必要な医療を受けられるようにしていく。
2022年秋の臨時国会では、感染症発生・まん延時における「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」についてこうした方向で審議が進められ、2022年12月2日に改正感染症法等が成立した。

# かかりつけ医の定義（日医・四病協合同提言より）

かかりつけ医の定義

「かかりつけ医」は、以下の定義を理解し、「かかりつけ医機能」の向上に努めている医師であり、病院の医師か、診療所の医師か、あるいはどの診療科かを問うものではない。そして、かかりつけ医は、患者のもっとも身近で頼りになる医師として、自ら積極的にその機能を果たしていく。

**「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。

＊日本医師会・四病院団体協議会「医療提供体制のあり方　日本医師会・四病院団体協議会合同提言」（2013年8月8日）3・4頁
https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20130808.pdf



# かかりつけ医機能の定義（日医・四病協合同提言より）

**「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。

＊日本医師会・四病院団体協議会「医療提供体制のあり方　日本医師会・四病院団体協議会合同提言」（2013年8月8日）4頁
https://www.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20130808.pdf

# 日医かかりつけ医機能研修制度

【目的】
今後のさらなる少子高齢社会を見据え、地域住民から信頼される「かかりつけ医機能」のあるべき姿を評価し、その能力を維持・向上するための研修を実施する。

【実施主体】
本研修制度の実施を希望する都道府県医師会

**平成28年4月1日より実施**

【かかりつけ医機能】
1．患者中心の医療の実践
2．継続性を重視した医療の実践
3．チーム医療、多職種連携の実践
4．社会的な保健・医療・介護・福祉活動の実践
5．地域の特性に応じた医療の実践
6．在宅医療の実践

【研修内容】

| 基本研修 | 応用研修 | 実地研修 |
|---|---|---|
| 日医生涯教育認定証の取得。 | 日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および都道府県・郡市区医師会が主催する研修等の受講。<br>*規定の座学研修を１０単位以上取得* | 社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践。<br>*規定の活動を２つ以上実施（10単位以上取得）* |

３年間で上記要件を満たした場合、都道府県医師会より修了証書または認定証の発行（**有効期間3年**）。



# 日医かかりつけ医機能研修制度
# 現在の進捗状況（令和4年11月現在）

*応用研修受講者数（延べ人数）合計：57，372名*

**第1期**
- H28年度受講者：9,391名
  （研修開催回数：日医中央研修1回、22都道府県42回）
- H29年度受講者：9,712名
  （研修開催回数：日医中央研修1回、27都道府県47回）
- H30年度受講者：10,609名
  （研修開催回数：日医中央研修1回、31都道府県46回）

第1期　合計：29,712名

**第2期**
- R元年度受講者：9,361名
  （研修開催回数：日医中央研修1回、30都道府県53回）
- R2年度受講者：6,571名
  （研修開催回数：43都道府県138回　※日医中央研修未開催）
- R3年度受講者：6,296名
  （研修開催回数：日医中央研修3回、26都道府県68回）

第2期　合計：22,228名

**第3期**
- R4年度受講者：5,432名※
  （研修開催回数：日医中央研修3回、11都道府県15回
  ※2022.11現在

第3期　合計：5,432名

*修了者数*　認定期間有効実人数（R1年～R3年）：*5,273名*　*累計：11,192名*

H28年度修了者：1,196名　H29年度修了者：2,672名　H30年度修了者：2,051名
R1年度修了者：2,501名　R2年度修了者：1,547名　R3年度修了者：1,225名

# 地域に根差した医師の活動

地域に根差して診療している医師は、自院での診療以外に、以下のような活動を連携して行い、地域住民の健康を守るため、それぞれの地域を面として支えています。

そうした活動はかかりつけ医が中心となって担っており、地域医師会はそれに深く関与して運営しています。

日本医師会は、「地域にどっぷりつかり」、日々地域医療を支えている医師に深く感謝するとともに、こうした活動を国民の皆さんに広く知っていただきたいと思っています。

| | |
|---|---|
| １．地域の時間外・救急対応 | 平日夜間・休日輪番業務、地域行事の救護班、在宅当番医、休日夜間急患センター、電話相談業務など（災害時には救護所・避難所への巡回診療、感染症拡大時には検査センターへの出務など自らの地域を守る活動） |
| ２．行政・医師会等の公益活動 | 医師会・専門医会・自治会・保健所関連の委員、警察業務への協力、防災会議、地域医療に関する会議、地域ケア会議の出席、障害者認定審査会、介護保険認定審査会など |
| ３．地域保健・公衆衛生活動 | 母子保健、乳幼児保健（1歳6か月児健診・3歳児健診）、学校保健（学校健診、学校医活動）、学校健康教育（性教育、がん教育、禁煙・薬物教育等）、産業保健（地域産業保健センター活動、職場の健康相談、産業医活動）、事業主健診（特定健診・特定保健指導）、高齢者保健（高齢者健診・認知症検診）、予防接種（定期・その他）、がん・成人病検診、市民公開講座（健康講座・介護教室）、精神保健、健康スポーツ医活動など |
| ４．多職種連携 | 訪問診療等の在宅医療ネットワークへの参画、介護保険関連文書の作成（主治医意見書等）、多職種との会合（ケアカンファレンス等）、ACPなど |
| ５．その他 | 看護師・准看護師養成所、医師会共同利用施設への参画、高齢者の運転免許に関する診断書の作成、成年後見人制度における診断書の作成、死体検案、医療DX、医療GX、学術活動、高齢者・障害者施設への対応など |

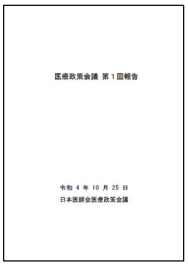


# 日本医師会医療政策会議等での議論の積み重ね

## 日本医師会医療政策会議

| | | |
|---|---|---|
| 議長 | 栃木　充明 | 愛知県医師会会長 |
| | 稲野　秀孝 | 栃木県医師会会長 |
| | 尾﨑　治夫 | 東京都医師会会長 |
| | 香取　照幸 | 上智大学総合人間科学部教授 |
| | 金井　忠男 | 埼玉県医師会会長 |
| | 佐藤　和宏 | 宮城県医師会会長 |
| | 鈴木　邦彦 | 茨城県医師会会長 |
| | 高井　康之 | 大阪府医師会会長 |
| | 高久　玲音 | 一橋大学経済学研究科准教授 |
| | 武田　俊彦 | 岩手医大医学部客員教授 |
| | 蓮澤　浩明 | 福岡県医師会会長 |
| | 松井　道宣 | 京都府医師会会長 |
| | 松家　治道 | 北海道医師会会長 |
| | 松村　誠 | 広島県医師会会長 |
| | 村上　博 | 愛媛県医師会会長 |
| | 村上　正泰 | 山形大学大学院教授 |

（委員計：16名、五十音順）


医療政策会議 第１回報告

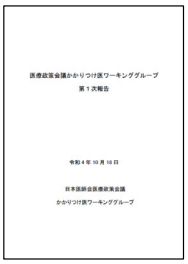
令和４年10月25日
日本医師会医療政策会議

担当役員　茂松副会長、角田副会長、猪口副会長
黒瀬常任理事(主)、江澤常任理事(副)、今村常任理事(副)

## 日本医師会医療政策会議かかりつけ医WG

| | | |
|---|---|---|
| 座長 | 鈴木　邦彦 | 茨城県医師会会長 |
| 副座長 | 松井　道宣 | 京都府医師会会長 |
| | 加藤　雅通 | 愛知県医師会副会長 |
| | 小松　幹一郎 | 神奈川県医師会理事 |
| | 小柳　亮 | 新潟県医師会理事 |
| | 佐原　博之 | 石川県医師会理事 |
| | 瀬戸　裕司 | 福岡県医師会専務理事 |
| | 新田　國夫 | 日本在宅ケアアライアンス理事長 |

（8名、五十音順）


医療政策会議かかりつけ医ワーキンググループ
第１次報告

令和４年10月18日

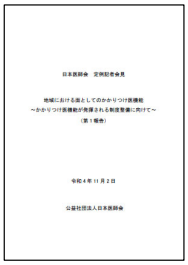
日本医師会医療政策会議
かかりつけ医ワーキンググループ

担当役員　釜萢常任理事(主)、黒瀬常任理事(副／医療政策会議担当)

＜スケジュール(2022年)＞

7月22日　第1回日本医師会医療政策会議　かかりつけ医WG準備会
8月26日　第2回日本医師会医療政策会議　かかりつけ医WG準備会
9月15日　第3回日本医師会医療政策会議　かかりつけ医WG
10月18日　第1回日本医師会医療政策会議で報告

10月25日　日本医師会第21回常任理事会で報告
↳ 同日に都道府県医師会宛てに周知
11月2日　日本医師会第22回常任理事会で機関決定
↳ 同日に都道府県医師会宛てに周知
同日　日本医師会定例記者会見で公表


日本医師会　定例記者会見

地域における面としてのかかりつけ医機能
～かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて～
（第１報告）

令和４年11月２日

公益社団法人日本医師会

「地域における面としてのかかりつけ医機能～かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて～（第１報告）」
日医on-line　https://www.med.or.jp/nichiionline/article/010907.html

## 新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議（2022年6月15日）〈抜粋〉

**イ 自宅・宿泊療養者、陽性の施設入所者への医療提供体制の確保等**

外来医療や訪問診療の領域でも、各地域で個々の医療機関が果たすべき役割が具体化されておらず、かかりつけの医療機関が組織的に関わる仕組みもなく、現場は感染症危機発生後に要請に基づいて対応せざるを得なかった。また、平時における電話やオンラインによる診療や処方が十分に推進されて来なかったため、以下のようなことが起き、自宅等の療養者への医療や発熱外来等の体制の構築に時間を要した。

- 発熱や呼吸器症状のある疑い患者について、普段からかかっている医療機関で診療を受けられず、直接地域の総合病院を受診するケースや保健所・地方公共団体に相談するケースが発生した。
- 新型コロナウイルス感染症疑いの発熱患者を診療する診療・検査医療機関について、国民が受診等しやすいよう医療機関に公表を働きかけたが、公表は一部の医療機関にとどまったため、公表済みの医療機関に患者が集中し、外来がひっ迫する事態が生じた（最終的に地域により一律公表のルールにした。）。
- デルタ株のまん延で病床がひっ迫したことやオミクロン株による感染拡大により、自宅や宿泊療養施設での療養が必要なケースが急激に増大する中、自宅等で症状が悪化して亡くなる方がいたなど、自宅等での健康観察や訪問診療等の必要性が増加した。
- 初診から電話や情報通信機器を用いた診療により診断や処方を行って差し支えないこと等の時限的・特例的な取扱いを認めたが、実施医療機関数は、この取扱いが始まった 2020 年春以降、大きくは増加しなかった。
- 高齢者施設でクラスターが発生した場合や、病床がひっ迫した時期には、高齢者施設等の施設内で療養せざるを得ないケースが発生したが、高齢者施設等における医療支援がスムーズに行えないケースがあった。

こうしたことから、かかりつけの医療機関（特に外来、訪問診療等を行う医療機関）についても、各地域で平時より、感染症危機時の役割分担を明確化し、それに沿って研修の実施やオンライン診療・服薬指導の普及に取り組むなど、役割・責任を果たすこととした上で、感染症危機時には、国民が必要とする場面で確実に外来医療や訪問診療等を受診できるよう、法的対応を含めた仕組みづくりが必要である。今後、さらに進んでかかりつけ医機能が発揮される制度整備を行うことが重要である。

*新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議「新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取組を踏まえた次の感染症危機に向けた中長期的な課題について」（2022年6月15日）7頁
https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/coronavirus_yushiki/pdf/corona_kadai.pdf



## 新型コロナウイルス感染症への医療機関の対応

公表されている診療・検査医療機関をはじめ、各医療機関はその役割に応じて可能な範囲で全力で対応してきた。

従来株、アルファ株、その後のデルタ株、オミクロン株では、疾患としての特徴も異なる。発生当初のN95マスク等のPPE不足から始まり、容易に検査が出来ない状況が時間とともに少しずつ改善し、検査手段、ワクチン、治療薬が医療機関でも利用可能になった。そして、従来の感染症対策では不十分な点も露呈したため、それに対する体制整備に時間を要したこともある。また、地域におけるそれぞれの医療機関の役割について、地域行政と医療機関との間でのすり合わせに時間を要した面もあった。

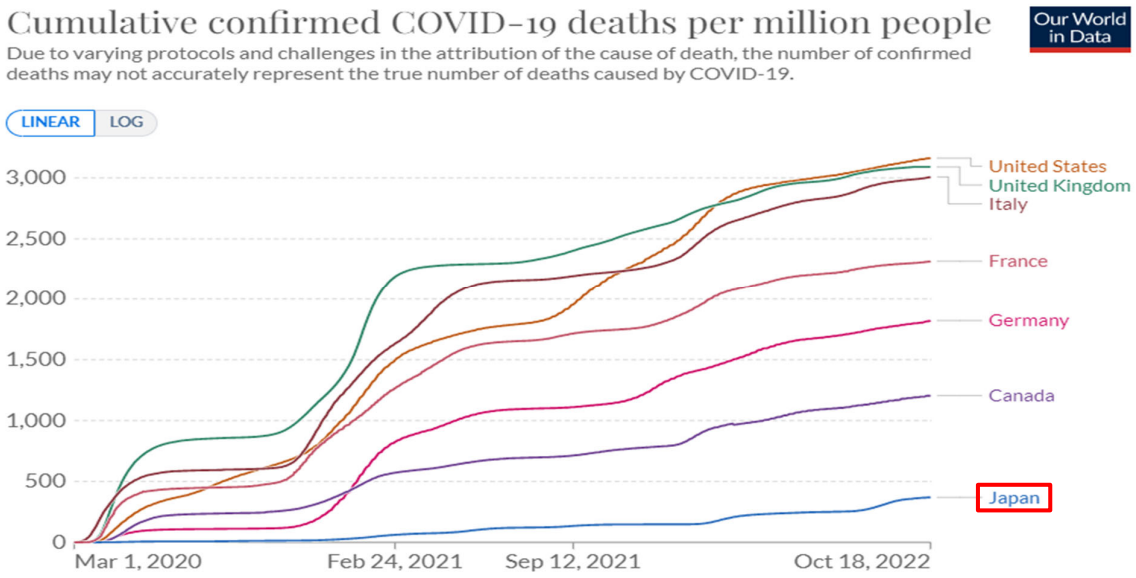
新型コロナウイルス感染症は、発生当初は未知の感染症であったことから、国は感染が疑われる患者さんを受け入れる窓口を限定し、そこに至る電話等相談窓口でキャパシティを超える事態も生じた。

しかし、医療現場はまさにぎりぎりの状態で逼迫しつつも、しっかりと患者さんを守ってきた。

日本医師会としても病床確保のため四病院団体協議会、全国医学部長病院長会議、全国自治体病院協議会と医療界一丸となって対応し、さらには全国知事会、日本経済団体連合会等とも連携を行っている。

# 新型コロナウイルス感染症による各国の累計死亡者数

新型コロナウイルスによる人口100万人あたりの累計死亡者数についてG7各国と比較すると、日本の死亡者数は最も少なく、日本の対応は世界的に見ても高水準と言える。




**2022年10月18日時点**

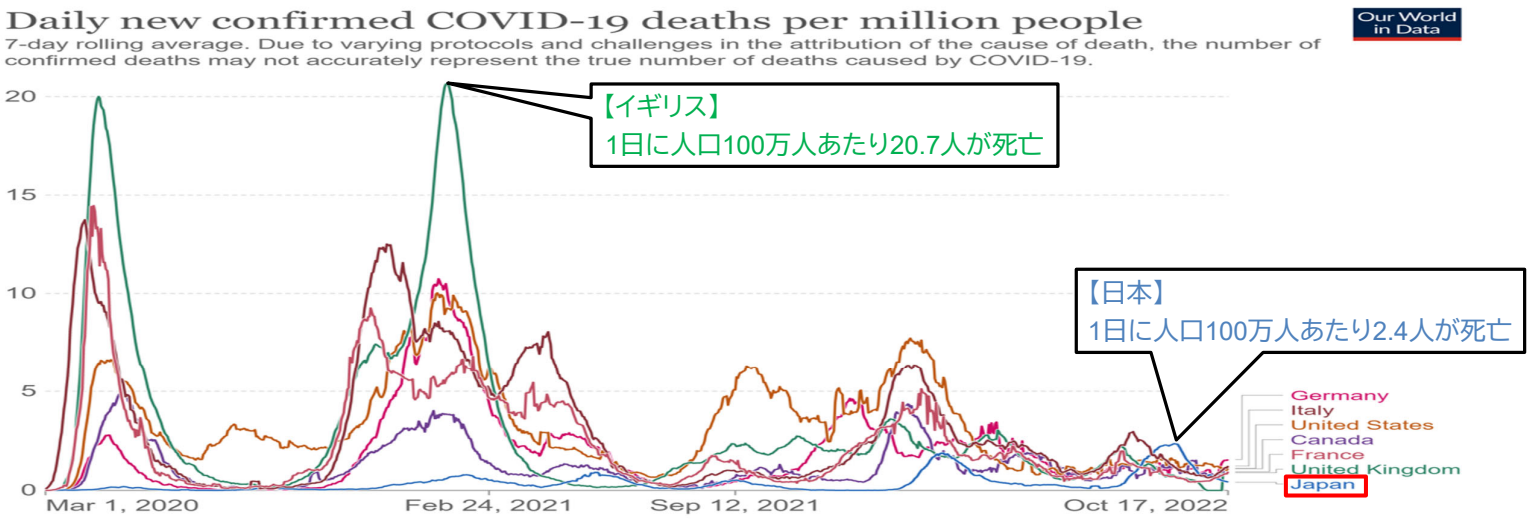
アメリカ：3,162.76
イギリス：3,090.74
イタリア：3,007.99
フランス：2,316.01
ドイツ　：1,820.88
カナダ　：1,205.03
日本　：　369.56



*Our World in Dataを基に作成（https://ourworldindata.org/covid-deaths）

# 各国の新型コロナウイルス感染症による1日あたりの死亡者数

日本における新型コロナウイルスによる1日の最大の死亡者数は人口100万人あたり2.4人（2022年9月2日）である。イギリスでは人口100万人あたり20.7人（2021年1月21日）が死亡しており、人口100万人あたりの1日の死亡者数をG7各国と比較すると、日本は少なく抑えることができている。



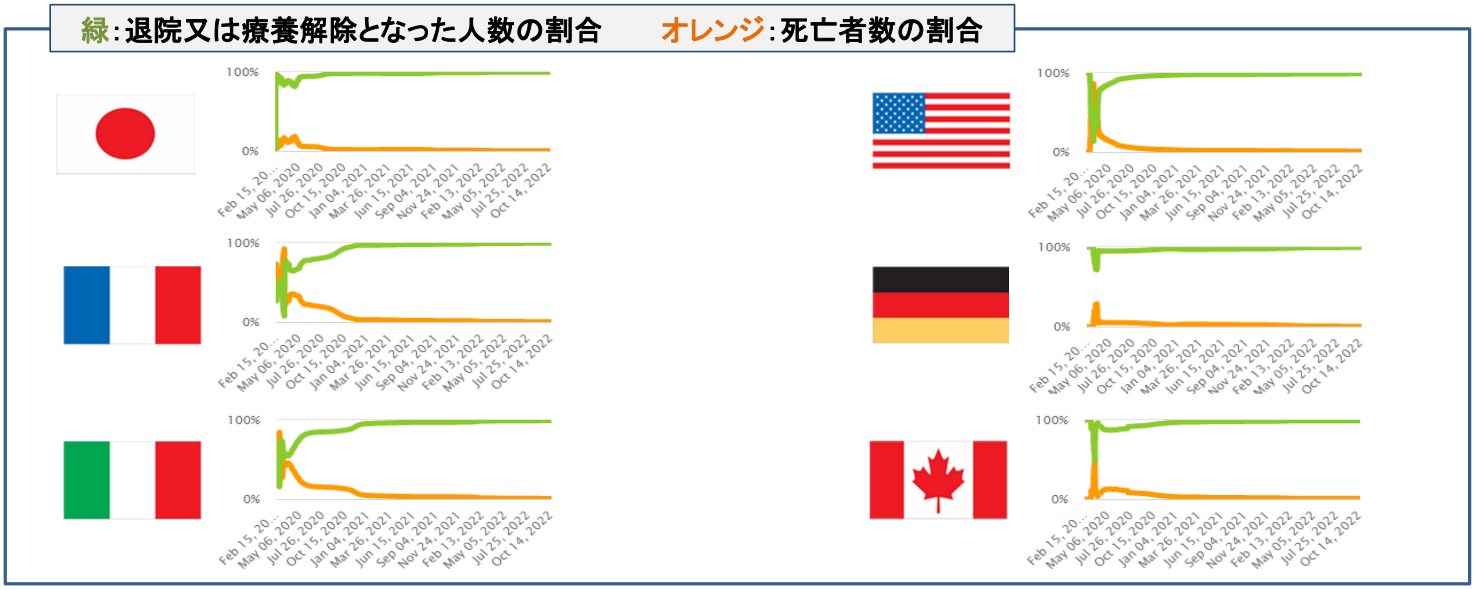



*Our World in Dataを基に作成（https://ourworldindata.org/covid-deaths）

# 新型コロナウイルス感染症による各国の流行初期の死亡者数

新型コロナウイルス流行初期は、G7の多くの国で多数の死亡者が発生していたなか、日本とドイツでは死亡者数が少なかった。

緑：退院又は療養解除となった人数の割合　　オレンジ：死亡者数の割合

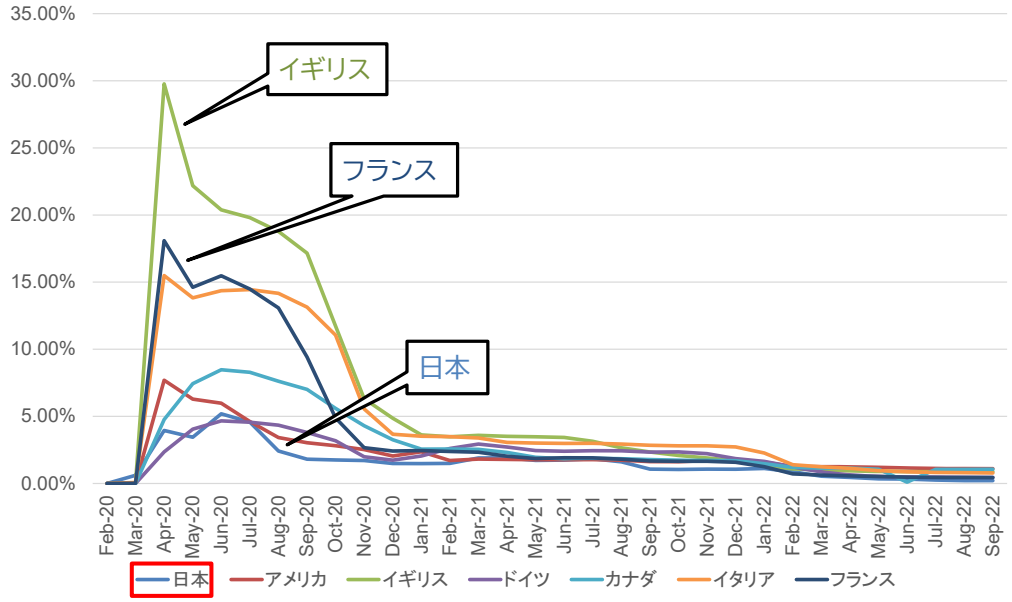



*イギリスについてはデータがないため除いている。
*出典：worldometer（https://www.worldometers.info/coronavirus）



# 各国の新型コロナウイルス陽性者の致死率

各国における新型コロナウイルス陽性者の致死率*1をG7各国と比較すると、日本は致死率を低く抑えることができている。




*1 新型コロナ累計死亡者数（人口100万人あたり）÷累計陽性者数（人口100万人あたり）×100＝致死率
*Our World in Dataを基に作成（https://ourworldindata.org/covid-deaths）

## 新型コロナウイルス感染症への対応

今回の新型コロナウイルス感染症への対応に関して、会内の検討の場においても以下のような声が挙がった。

- 当初の感染症対策というのは、院内で感染拡大するのを何とか防がないといけないということと、通常の医療を守るというところで行ったので、われわれがかかりつけ医機能が果たせなかったとは決して考えていない。

- 桁外れの感染爆発においては、かかりつけ医機能を充実させ制度整備し感染症対応をしても対応できなかった。

- 空間的に限りのある中で未知の感染症患者を受け入れることが適切だったのか。今回のコロナでは、通院されている方に感染させないよう配慮することも医療機関には求められてきた。

など

一方で、感染症まん延時に「どこを受診したらよいのか？」という国民の声もあったが、感染症危機時には国民が必要とする場面で確実に外来医療や訪問診療等を受診できるよう、医師会としても国民にわかりやすい情報発信をするなど改善をしていかなければならない。



## 感染症発生・まん延時における対応

コロナ等感染症をはじめとする有事における対応については、日頃から患者のことをよく知るかかりつけ医機能を担う医療機関が診療を行うことは望ましいが、未知の感染症への対応に際しては、動線分離を含めた感染拡大防止対策が重要であり、地域医療全体として通常医療を継続しつつ、急速に増加する感染症医療のニーズに対応していくことが必要である。

このため、感染症をはじめとする有事における医療については、地域の医療体制全体の中で感染症危機時に外来診療や在宅療養等を担う医療機関をあらかじめ適切に確保し明確化しておくことで、平時に受診している医療機関がない方を含め、国民が必要とするときに確実に必要な医療を受けられるようにしていくべきである。

感染症発生・まん延時における「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」については、第210回国会（臨時会）で審議され、2022年12月2日に改正感染症法等が成立した。

岸田総理も、10月25日の衆議院本会議で「未知の感染症への対応について、全ての医療機関に感染症医療を行うことを求めることは困難と考えており、感染症医療を担う医療機関の役割分担を明確にすることを通じて、必要な医療を受診できる体制を構築していきます。」と述べている。

# 国民にわかりやすくかかりつけ医機能を示すために

各医療機関が有する機能（8項目）を都道府県知事に報告することが医療法で定められており、国民は「医療機能情報提供制度」により情報を閲覧できる仕組みとなっている。

（一） 日常的な医学管理及び重症化予防
（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
（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

しかしながら、これらの項目については、（一）～（四）では具体的に確保されている機能の内容が曖昧であり、（五）～（八）では診療報酬上の項目がそのまま使用されている。これらの項目については、例えば診療報酬上の届出基準など医療機関が報告しやすい形としつつ、国民に情報提供を行う際には、国民が医療機関を選択するにあたって分かりやすい形としていくための検討が必要である。

あわせて、国民に分かりやすい内容かつ国民の期待に応えることができる内容に改めた上で、「医療機能情報提供制度」で公表していくことが望ましい。



# 医療機能情報提供制度における「かかりつけ医機能」に関する現在の記載

**【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)(iii)及び口(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
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
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

# 医療機関がかかりつけ医機能を発揮するために

各医療機関は地域におけるそれぞれの役割をしっかりと果たしていく。
ただし、必ずしも一つの医療機関においてかかりつけ医機能のすべてを持たなければならないわけではない。診療科に関わらず、それぞれの医療機関が有している機能を発揮しつつ、連携とネットワークによりその他の機能を補完することにより、「地域における面としてのかかりつけ医機能」が発揮される。

そのためにも、各医療機関は自らが持つ機能を磨くことにより縦糸を伸ばすとともに、さらに地域における他の医療機関との連携を行うことを通じて横糸を紡いでいくことが大変重要である。このようにして織りなす医療機関間の連携とネットワークにより、「地域における面としてのかかりつけ医機能」がさらに発揮されていく。



# 連携とネットワークによるかかりつけ医機能の発揮

例

医療機関相互の連携とネットワークでかかりつけ医機能を果たすパターン

| 【診療所（または地域型病院）の持つ機能】 | 【連携医療機関の機能】 |
|---|---|
| 総合かかりつけ医機能の場合<br>基本機能（情報把握＋健診＋相談）＋救急相談＋ワクチン(＋発熱外来) | ＋ 専門診療機能<br>＋ 24時間救急対応<br>＋ 地域包括ケア連携　等 |
| ＊ 専門診療は他機関　＊ 情報把握とは、健診情報、病歴情報及び介護福祉情報等の把握 | |
| 専門診療機能＋かかりつけ医機能の場合<br>基本機能（情報把握＋健診＋相談）＋専門主治医機能 | ＋ 発熱外来機能<br>＋ 24時間救急対応<br>＋ 地域包括ケア連携　等 |
| ＊ 健診実施は他機関、感染症対応は他機関 | |
| 総合かかりつけ医機能＋在宅医機能＋専門主治医機能<br>基本機能（情報把握＋健診＋相談）＋往診・訪問診療＋救急相談＋医療介護連携 | ＋ 発熱外来機能<br>＋ 24時間救急対応　等 |
| ＊ 感染症対応、24時間対応は他機関 | |
| 総合かかりつけ医機能＋在宅医機能＋24時間対応（連携含む）<br>基本機能（情報把握＋健診＋相談）＋往診・訪問診療＋24時間対応＋救急往診対応 | ＋ 専門診療機能<br>＋ 発熱外来機能　等 |
| ＊ 専門診療機能、感染症対応は他機関 | |

# かかりつけ医機能への評価の充実・強化

**診療所等**

【地域包括診療料・加算】
【機能強化加算】
【小児かかりつけ診療料】

【在宅療養支援診療所・病院】

**急性期等**

【初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定】
【連携強化診療情報提供料】

地域に根差した活動への評価・支援

連携やネットワークの構築等の環境整備等

診療報酬の評価の充実・強化

補助金等の活用

かかりつけ医機能に関する診療報酬の評価を、多くの医療機関が算定できるようにするとともに、今後評価をさらに充実・強化させるべきである。
あわせて、地域に根差した活動への評価・支援、連携やネットワークの構築等の環境整備等を図るため、診療報酬上の評価のみならず補助金等の活用が不可欠である。



# かかりつけ医機能への診療報酬の評価

## 診療所等

【地域包括診療料・加算】
複数の慢性疾患を有する患者に対し、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価
【機能強化加算】
専門医療機関への受診の要否の判断等を含めた、初診時における診療機能を評価する加算
【小児かかりつけ診療料】
小児に対する、継続的かつ全人的な医療を行うことについての評価

【在宅療養支援診療所・病院】
地域において在宅医療を支える24時間の窓口として、他の病院、診療所等と連携を図りつつ、24時間往診、訪問看護等を提供する診療所・病院を評価。

## 急性期等

【初診料及び外来診療料における紹介・逆紹介割合に基づく減算規定】
外来機能の明確化及び医療機関間の連携を推進する観点から、紹介患者・逆紹介患者の受診割合が低い特定機能病院等※を紹介状なしで受診した患者等に係る初診料・外来診療料について、「紹介割合」・「逆紹介割合」が一定の基準に該当する場合においては、減算する規定。
【連携強化診療情報提供料】
外来医療の機能分化及び医療機関間の連携を推進する観点から、令和4年度より診療情報提供料（Ⅲ）の名称及び算定上限回数を変更し、「紹介受診重点医療機関」において、地域の診療所等から紹介された患者について診療情報を提供した場合についても、新たに評価。

＊特定機能病院、地域医療支援病院、紹介受診重点医療機関、許可病床400床以上

## 地域における面としてのかかりつけ医機能

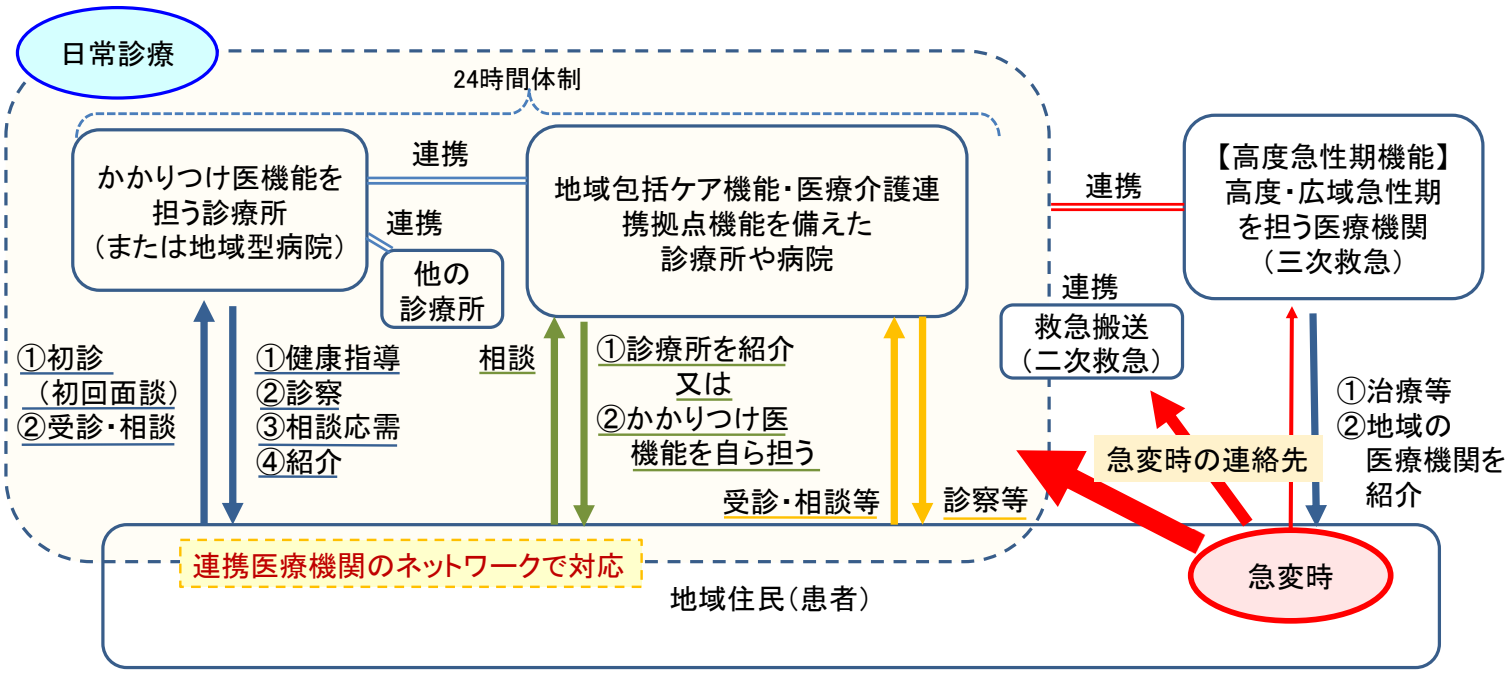
日常診療時より、他の医療機関と連携し、地域住民（患者）の医療ニーズに対し、地域におけるネットワークで対応していくことが望ましい。

急変時においても、可能な限り地域におけるネットワークで対応を行い、必要に応じて救急搬送の依頼や、高度急性期を担う医療機関での対応を行うべきである。

地域の住民が誰一人困ることがないよう、地域医師会がリーダーシップを取り、診診連携・病診連携のネットワーク等により、「地域における面としてのかかりつけ医機能」を発揮する必要がある。



## かかりつけ医機能に係る診療所・病院の機能分化・機能連携



## 自民党 全世代型社会保障に関する特命委員会 取りまとめ<抜粋>

今後、更なる高齢者の増加と生産年齢人口の急減が見込まれる中で、地域によって大きく異なる人口構造の変化に対応し、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、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ことで、国民が必要とする医療を受けることができるよう、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う必要がある。その際、かかりつけ医機能を有する医療機関を選択することはあくまでも患者の選択であり、義務ではないこと、さらに、わが国医療のフリーアクセスを守り、必要なときに迅速に必要な医療を受けられる原則は変わらないことを前提とすべきである。地域ごとの診療科の充足に関するエビデンスを踏まえて対応すること、かかりつけ医機能の向上に向けて医師の能力をより高めていくことも必要である。

なお、新型コロナ感染症が拡大した当初における医療機関の発熱患者への対応をもって、かかりつけ医機能の制度整備が必要とする趣旨の指摘が政府作成資料で見受けられるが、感染症有事においては今般成立した改正感染症法に基づき予め都道府県との間で協定を締結した医療機関がその内容に沿って対応することとなっており、平時におけるかかりつけ医の問題は全く別の問題であることを政府においては認識すべきである。

*自由民主党　全世代型社会保障に関する特命委員会（2022年12月15日）資料



## 全世代型社会保障構築会議　報告書<かかりつけ医部分抜粋>

◆ かかりつけ医機能が発揮される制度整備

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、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、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、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に規定されている「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患者の情報を一元的に把握し、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、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、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。

✓かかりつけ医機能の活用については、医療機関、患者それぞれの手挙げ方式、すなわち、患者がかかりつけ医機能を担う医療機関を選択できる方式とすることが考えられる。そのため、医療機能情報提供制度を拡充することで、医療機関は自らのかかりつけ医機能に関する情報について住民に分かりやすく提供するとともに、医療機関が自ら有するかかりつけ医機能を都道府県に報告する制度を創設することで、都道府県が上記の機能の充足状況を把握できるようにすることが考えられる。また、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、医療機関がかかりつけ医機能として提供する医療の内容を書面交付などにより説明することが重要である。

✓特に高齢者については、幅広い診療・相談に加え、在宅医療、介護との連携に対するニーズが高いことを踏まえ、これらのかかりつけ医機能をあわせもつ医療機関を都道府県が確認・公表できるようにすることが重要である。同時に、かかりつけ医機能を持つ医療機関を患者が的確に認識できるような仕組みを整備すべきである。

✓地域全体で必要な医療が必要なときに提供できる体制が構築できるよう、都道府県が把握した情報に基づいて、地域の関係者が、その地域のかかりつけ医機能に対する改善点を協議する仕組みを導入すべきである。

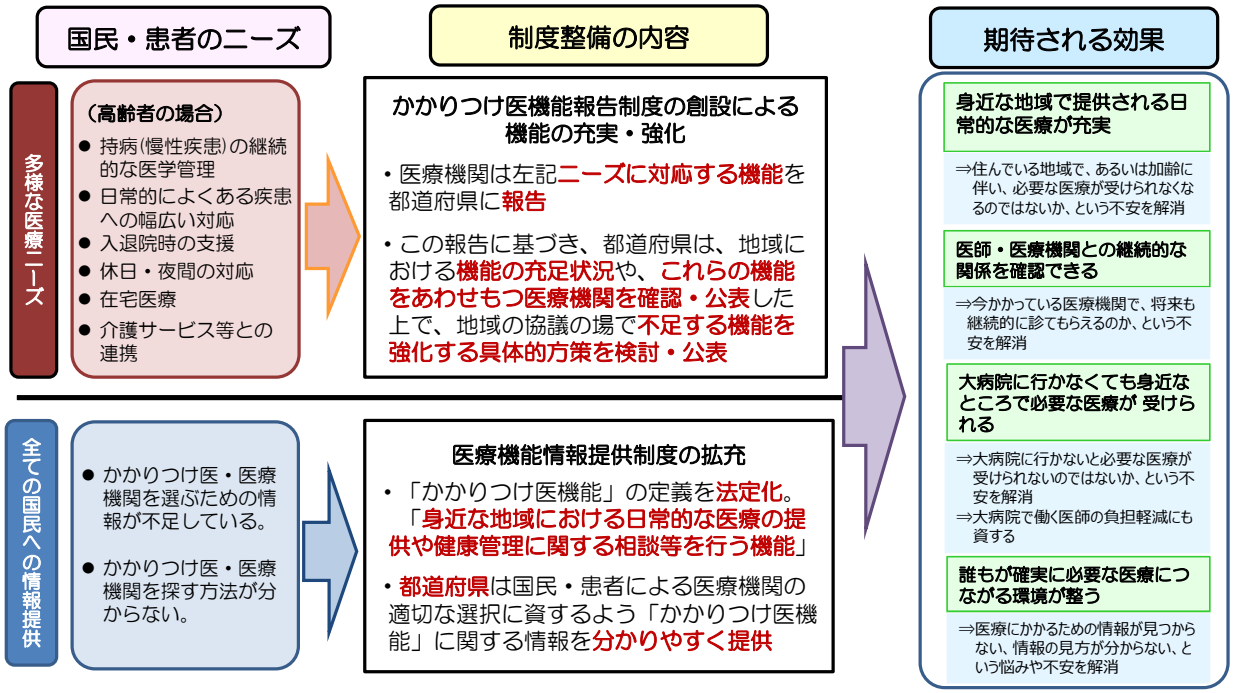
これらの枠組みが導入された後、国民一人ひとりのニーズを満たすかかりつけ医機能が実現するまでには、各医療機関、各地域の取組が必要であり、今回の制度整備はそれに向けた第一歩と捉えるべきである。

*全世代型社会保障構築会議（2022年12月16日）資料

# かかりつけ医機能が発揮される制度整備（骨格案）

厚生労働省 第95回社会保障審議会医療部会(令和4年12月23日)参考資料1-1「かかりつけ医機能が発揮される制度整備について」3頁

・国民・患者は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、自らが担うかかりつけ医機能の内容を強化。




※　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、かかりつけ医機能として提供する医療の内容を説明することとする（書面交付など）。



# 現行の医療機能情報提供制度について

厚生労働省 第95回社会保障審議会医療部会(令和4年12月23日)参考資料1-1「かかりつけ医機能が発揮される制度整備について」4頁

**【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)(iii)及び口(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
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
四　適切かつ分かりやすい情報の提供

→ **具体性に乏しいとの指摘**

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

→ **診療報酬点数であり、理解しづらいとの指摘**

## 医療機能情報提供制度の充実・強化について（案）

厚生労働省 第95回社会保障審議会医療部会(令和4年12月23日)参考資料1-1「かかりつけ医機能が発揮される制度整備について」5頁

・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。

**現在の情報提供項目**

一　日常的な医学管理及び重症化予防
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
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

**今後の情報提供項目のイメージ**

例えば、
◆対象者の別（高齢者、子どもなど）
◆日常的によくある疾患への幅広い対応
◆医療機関の医師がかかりつけ医機能に関して受講した研修など
◆入退院時の支援など医療機関との連携の具体的内容
◆休日・夜間の対応を含めた在宅医療や介護との連携の具体的内容
など、国民・患者目線で分かりやすいものに見直す。

※具体的な項目の内容については、今後、有識者や専門家等の参画を得て、さらに詳細を検討。

**国民・患者へのわかりやすい情報提供の実現**



## 地域におけるかかりつけ医機能の強化のための方策について

厚生労働省 第95回社会保障審議会医療部会(令和4年12月23日)参考資料1-1「かかりつけ医機能が発揮される制度整備について」7頁

【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

## かかりつけ医機能が発揮される制度整備の進め方のイメージ

厚生労働省 第95回社会保障審議会医療部会(令和4年12月23日)参考資料1-1「かかりつけ医機能が発揮される制度整備について」9頁

◆ 年内に医療部会で制度整備の基本的考え方のとりまとめを行い、例えば、以下のようなイメージで具体的な検討・実施を進めることが考えられる。

| 医療機能情報提供制度の拡充 | かかりつけ医機能報告制度の創設による機能の充実・強化 |
|---|---|
| ◆～令和５年夏目途<br>・今後の具体的な情報提供項目のあり方や情報提供の方法を検討。<br><br>◆ 令和６年度以降<br>・医療機能情報の公表の全国統一化<br>(都道府県ごとに公表されている医療機関に関する情報について全国統一のシステムを導入する)<br><br>・あわせて、上記の検討結果を踏まえた報告項目の見直しを反映 | ◆令和５年度頃<br>・医療法に基づく「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を図るための基本的な方針（告示）」の検討<br><br>◆ 令和６年度～令和７年度頃<br>・個々の医療機関からの機能の報告<br>・地域の協議の場における「かかりつけ医機能」に関する議論<br><br>◆ 令和８年度以降<br>・医療計画に適宜反映<br><br>※かかりつけ医機能に関する協議について、市町村介護保険事業計画や医療介護総合確保法に基づく計画との関係性についても検討が必要 |



## 国会議員の先生方へのお願い

令和5年1月17日に日本医師連盟が開催した執行委員会において、全世代社会保障法案が1月下旬には固まることから、全国47の都道府県医師連盟に対して、以下の内容をご理解賜った上で、地元の国会議員への働きかけをお願いした。

- 医師会は「日医かかりつけ医機能研修制度」を実施するなど、かかりつけ医機能の充実に向けて取り組んでいるところです。
- かかりつけ医機能は、現在省令で定義されている「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機能」が法文に明記される予定です。
- ご高承のとおり、複数のかかりつけ医を持つ国民や県民も多く、かかりつけ医機能は単純に定められるものではありません。かかりつけ医を固定するような法改正は、国民や県民も決して望んでいません。
- かかりつけ医機能は地域や診療科によって異なることから、上記の定義以外のかかりつけ医機能の要件まで法文で一律に定めるべきではありません。各地域の状況に応じて、必要な機能を地域ごとに考えていくことが必要です。

# 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の概要

厚生労働省　第211回国会（令和5年常会）提出法案
「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案」（令和5年2月10日提出）概要」

## 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．こども・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。
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．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。
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。

### 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。
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。
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。

### 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。
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。
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。
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。
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。
等

## 施行期日

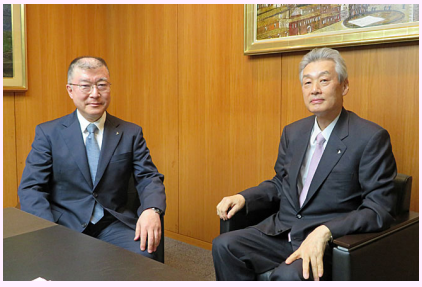
令和６年４月１日（ただし、３①の一部及び４⑤は公布日、４③の一部は令和５年８月１日、１②は令和６年１月１日、３①の一部及び４①は令和７年４月１日、４③の一部は公布後３年以内に政令で定める日、４②は公布後４年以内に政令で定める日）



松本会長は「かかりつけ医機能報告」について、報告に基づいてかかりつけ医機能を認定するようなものではないとの見解を示した。

「機能を持っていないからその人はかかりつけ医ではない、といった話ではない」と強調した。

松本会長はかかりつけ医機能について、病院・診療所、診療科を問わずに担えるものだとの考え方を示した。かかりつけ医はあくまで患者が選ぶものだとし、日医として、かかりつけ医機能の充実・強化に引き続き力を注ぐ姿勢を見せた。



*メディファクス（2023年2月1日）

2023年　2月　1日水曜日　メディファクス　8908号
MEDIFAX　株式会社じほう　https://mf.jiho.jp/
弊社の許諾なしに、転送・転載、複写そのほかの複製、翻訳、およびデータの使用は固くお断りいたします ©2023じほう

## ■ かかりつけ医機能報告、「認定制度ではない」　日医・松本会長

日本医師会の松本吉郎会長は1月31日、本紙の取材で、2025年度に始まる見込みの「かかりつけ医機能報告」について、報告に基づいてかかりつけ医機能を認定するようなものではないとの見解を示した。「機能を持っていないからその人はかかりつけ医ではない、といった話ではない」と強調した。

松本会長はかかりつけ医機能について、病院・診療所、診療科を問わずに担えるものだとの考え方を示した。かかりつけ医はあくまで患者が選ぶものだとし、日医として、かかりつけ医機能の充実・強化に引き続き力を注ぐ姿勢を見せた。

政府は昨夏の「骨太の方針2022」で、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と明記。財務省が主張するかかりつけ医の制度化は盛り込まれなかった。全世代型社会保障構築会議が昨年12月にまとめた報告書では、かかりつけ医機能の活用は、医療機関・患者それぞれの手挙げ方式とする方向性を示した。

松本会長は、報告制度はこうした議論を積み重ねて創設されるものだとし、「認定という話が出たことは全くない」と話した。

厚生労働省は医療部会で、報告に基づく協議の在り方として、慢性疾患がある高齢者を想定したイメージを提示。かかりつけ医機能の例として、休日・夜間の対応や、在宅医療の提供などを挙げた。地域の医療機関は、これらの機能の有無や担う意向などを報告することになる。地域の関係者による協議の場では、報告に基づき、不足している機能の充足に向けた支援や連携の在り方を議論する。

松本会長は、地域では医師会が中心となって連携し、夜間・休日の対応などを担っているケースも多いと指摘。不足している機能の充足に向けて「医師会を中心として地域で考えていくことになると思う」と述べた。

**●「面で支える体制」に向けて報告　釜萢常任理事**

医療部会の委員を務める日医の釜萢敏常任理事も取材に応じ、かかりつけ医機能報告について、地域を面で支える医療の確保に向け、医療機関が自主的に機能を報告し、地域で協議するための制度として議論したと振り返った。

報告に基づいて登録、認定するような仕組みとは「全然違う話だ」と説明。報告を求める具体的な機能などは、これからの議論だとした。厚労省が例示した機能は幅広いかかりつけ医機能の一部であり、「あくまで例にすぎない」と語った。


《無断複写（転載・転送）禁止》

# かかりつけ医機能における確認について

令和5年2月3日の自民党厚生労働部会においてかかりつけ医機能の制度整備を含む、健康保険法等の一部を改正する法律案の法案審査が行われましたが、かかりつけ医についての記述のなかで、都道府県がかかりつけ医の機能について報告を受けたものを“確認”して公表するという条文が大きな議題となり、参加した国会議員の了解を得ることができず、法案審査の了承が見送りとなりました。懸念が示された点は、在宅医療や夜間診療などの要件について、都道府県が“確認”すると記載されており、その確認が行政処分を伴う行政行為としての記載なのか、そうではなく事実行為としての記載なのかという点でした。結果として、2月6日の自民党厚生労働部会で以下が新たに役所から示され、再審査のうえ了承となりました。

〇今回の「確認」は行政行為（行政庁の処分）ではない。
〇体制について、現時点で診療実績が発生していないものの仮にそうした患者があった場合に受け入れる体制を含めて「確認」するもの。
〇要件を客観的なものにしたうえで、報告様式に反映させるなど、できるだけ医療機関や自治体の業務への影響に配慮することとする。

今後は、自民党内における手続きを終え内閣提出法案となったのち、国会で審議されます。

自見先生からご寄稿いただきました
参議院議員 自見はなこ 活動報告
「国民医療の発展に向けて」

*日本医師連盟ニュース3面「参議院議員 自見はなこ 活動報告「国民医療の発展に向けて」」（令和5年2月25日）



# 日本医師会の方針（令和5年2月14日）
# 全世代社会保障法案における「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」について

令和5年2月14日に都道府県医師会役職員、日本医師会代議員に対して、[日本医師会の方針：全世代社会保障法案における「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」について]をメールで情報発信した。

日本医師会では、本執行部発足後、医療政策会議等での議論を積み重ね、昨年11月に「地域における面としてのかかりつけ医機能」を公表し、コロナ禍等感染症有事での対応と、平時での地域における面としてのかかりつけ医機能を提言しました。
これは、財務省が「法制上明確化」「認定するなどの制度」「事前登録・医療情報登録」を主張するなか、昨年6月に骨太の方針2022で「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と閣議決定されたことを踏まえたものです。
コロナ禍等感染症有事での対応については、昨年秋の臨時国会において、日本医師会の提言に沿った方向で審議が進められ、改正感染症法等が成立しました。
その後、全世代型社会保障構築会議報告書、日本医師会の役員も参画する厚生労働省医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」を踏まえ、全世代社会保障法案が今国会に提出されました。

「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」は、国民医療を守るため、地域医療を面として支える医療が確保されるよう、医療機関が自主的に医療機能を報告し、国民が適切な医療機関を自ら選択できるよう分かりやすく示すとともに、それを基に必要に応じて地域で協議するものであります。
「かかりつけ医」と「かかりつけ医以外の医師」を区別するものではなく、国民が望んでいない「人頭払い」、「登録制」、「認定」への懸念は払拭できたと認識しております。
日本医師会は、国民のために、かかりつけ医機能がさらに発揮されるよう推進して参ります。

かかりつけ医は、フリーアクセスにおいて、あくまで国民が選ぶものです。患者さんは診療科別や専門性の観点から複数のかかりつけ医を持つことも多く、国民・患者さん側からすれば、かかりつけ医を固定するような提案は、決して望んでおられないのではないでしょうか。
医療機関側からすれば、かかりつけ医機能を発揮する医療機関は、診療科や病院・診療所の別を問うものではありません。また、必ずしも一つの医療機関においてかかりつけ医機能のすべてを持たなければならないわけでもありません。

地域に根差して診療している医師は、地域住民の健康を守るため、それぞれの地域を面として支えており、地域医師会はそれに深く関与して運営しています。
不足している機能の充足に向けては、医師会を中心として、それぞれの地域で検討することが求められるであろうと考えております。
私たち医師も、「日医かかりつけ医機能研修制度」を受講するなど自己研鑽に励んでいかなければなりません。

日本医師会は、地域にどっぷりつかり、日々地域医療を支えている医師に深く感謝するとともに、今後の国会審議を注視し、しっかりと対応してまいる所存です。

## かかりつけ医機能の制度整備にあたっての日本医師会の主な考え方

令和5年2月15日に日本医師会は定例記者会見を開催し、「かかりつけ医機能の制度整備」について以下8項目を中心に改めて考えを示した。

かかりつけ医はあくまで国民が選ぶものである。国民にかかりつけ医を持つことを義務付けたり、割り当てたりすることには反対である。

診療科別や専門性の観点から複数のかかりつけ医を持つことも多く、かかりつけ医は複数あることが自然である。

1人の医師だけを登録するという、いわゆる「登録制」は、患者さんの医療へのアクセス権、医師を選ぶ権利を阻害する提案である。国民・患者さん側からすれば、かかりつけ医を固定するような提案は、決して望んでおられない。

「人頭払」という主張があることも承知しているが、高度な医療がなかった時代はともかく、現代の複雑かつ高度な医療においては現実的な提案ではない。

かかりつけ医機能を発揮する医療機関は、診療科や病院・診療所の別を問うものではない。

必ずしも一つの医療機関においてかかりつけ医機能のすべてを持たなければならないわけではない。地域で面としてのかかりつけ医機能をしっかりと果たしていくべきである。

「かかりつけ医」と「かかりつけ医以外の医師」を区別するものではない。

医師も自ら「かかりつけ医」として選ばれるよう積極的に研鑽を積むことが重要である。



*日本医師会 定例記者会見「全世代社会保障法案の閣議決定を受けて」（令和5年2月15日）https://www.med.or.jp/nichiionline/article/011041.html

## ご清聴ありがとうございました。

# MEMO