

「かかりつけ医」制度を医療費抑制の手段に

「かかりつけ医」は患者自らが選ぶことが基本

「かかりつけ医」は、患者自らが選ぶものということが基本。フリーアクセスを制限しないということが患者視点からも大事である。厚生労働省は「かかりつけ医機能の強化」について「日本医師会・四病院団体協議会合同提言、地域における実践事例等を踏まえ」、「好事例の横展開」を図り、「国民の理解を深める」（2020年12月11日、医療計画の見直し等に関する検討会）などの取り組みを進めている。

「かかりつけ医」の制度化と「定額負担」の導入

一方で、財務省は4月13日開催された財政制度等審議会・財政制度分科会にて、「制度的対応が不可欠」だとして、医療費抑制を目的に、「かかりつけ医」の制度化と「かかりつけ医」以外を受診した場合の定額負担の導入を一体で提案。財政制度等審議会の「建議」（5月25日）に盛り込まれた。具体的な内容は、以下の4点である。

かかりつけ医機能の要件を法制化し、かかりつけ医制度を新設

第1は、「かかりつけ医機能の要件を法制上明確化」することである。▽地域の医師、医療機関等との協力、▽休日や夜間も患者に対応できる体制、▽在宅医療の推進——の3つの機能を示し、これらの機能を備えた医療機関を「かかりつけ医」として認定する制度を設けている。医療法等に規定し、法的根拠を与えて、外来医療提供体制の責任を明確化する狙いである。

認定かかりつけ医の診療は定額報酬とする方向

第2に、認定を受けた「かかりつけ医による診療」は、「定額の報酬も活用して評価」することとし、診療報酬を原則包括払いとする方向である。これに類似しているのが、2008年に新設された「後期高齢者診療料」（2010年度診療報酬改定で廃止された）で、慢性疾患の継続的管理、月600点の包括払い、主病に対する特定の医師を患者が指定するものであった。

利用希望の被保険者は、認定かかりつけ医に医療情報等を登録

第3は、認定を受けた「かかりつけ医」に対して、利用希望の被保険者による「事前登録・医療情報登録」を促す仕組みを導入することである。健康保険証機能付きのマイナンバーカードの利用が想定されている。

診療科や疾病ごとに複数の「かかりつけ医」がいる患者も多くいるが、特定の「かかりつけ医」を選んで登録する方向である。被保険者の参加は任意とされているが、長期かつ頻繁に受診が必要になる高齢者を中心に参加することが考えられる。

登録せず受診する患者には定額負担を徴収

第4は、登録した特定の「かかりつけ医」以外に受診する患者には、「登録をしておらず医療機関側に必要な情報がない」といった理由で、定額負担を求めることである。

同様に、特定の「かかりつけ医」に登録をしないで受診した場合にも、定額負担を徴収する方向である。

注) 財政制度等審議会「建議」

- ◇「一定の機能を備えたかかりつけ医以外への一般的な受診に際して生ずる本人情報の取得・確認に係る事務負担を含め、一定の事務負担の費用等について『療養の給付と直接関係のないサービス等の費用』の位置付けに見直したうえで徴収していくことも可能と考えられ、幅広く検討すべき」
- ◇「登録をしておらず医療機関側に必要な情報がないにもかかわらず、あえてこうしたかかりつけ医に受診する患者にはその全部又は一部について定額負担を求める」

保険給付範囲を縮小させる仕組みの適用拡大

今年10月から「大病院における紹介状なし患者の受診」の定額負担の金額が引き上げられる予定である。

(例) 医科初診・選定療養費7,000円・患者負担3,000円の場合の医療費

定額負担 5,000円	
医療保険から支給 (選定療養費) 7,000円	患者負担 3,000円

⇒

定額負担 7,000円	
医療保険から支給 (選定療養費) 5,600円 (=7,000円-2,000円×0.7)	患者負担 2,400円 (=3,000円-2,000円×0.3)

(出所) 財政制度等審議会「建議」(5月25日)

対象を一般的な外来受診にも広げ、診療報酬から一部控除した分を患者負担に転嫁するという保険給付の範囲を縮小させる仕組みの適用拡大を目指す。患者の受診抑制、重症化につながり、国民の健康水準が低下することになりかねない。

「医療の提供量の適正化」を図る方針

財務省は、「かかりつけ医」の制度化を通じて、「レセプトデータ等を基にかかりつけ医機能の発揮の実態を『見える化』」し、地域ごとの「医療の提供量の適正化」を図る方針を示している。

患者を総合的・継続的に診る「かかりつけ医機能」を備えた「かかりつけ医」の役割はますます重要になるが、患者の医療へのアクセスを十分に確保し、医療費抑制ではなく、医療の質向上の観点から検討することが求められる。

国民皆保険を維持しつつ、制度の持続可能性を確保していくための制度改革の視点

医療給付費は、医療の提供量と価格の積で決まる。医療給付費の適正化には、以下の点が重要である。

- 医療の提供量の適正化
(効率的で質の高い医療提供体制の整備、患者負担を含めた医療技術や医薬品等に係る保険給付範囲の見直し)
- 公定価格の適正化 (診療報酬改定、薬価改定)
- 自律的なガバナンスの発揮・強化 (保険者機能の発揮・強化など)

35

(出所) 財政制度等審議会「建議」(5月25日)

日本医師会—医療費抑制のために受診の門戸を狭めることであれば認められない

日本医師会は4月27日の定例記者会見で、『国民の信頼に応えるかかりつけ医として』を公表。「日本では、患者さんご自身が『かかりつけ医』を決めることができ、必要なときに適切な医療にアクセスできます。日本医師会はこの仕組みを守ります」と提言した。

財務省の「かかりつけ医の制度化」に対する中川俊男会長の発言は次の通り。

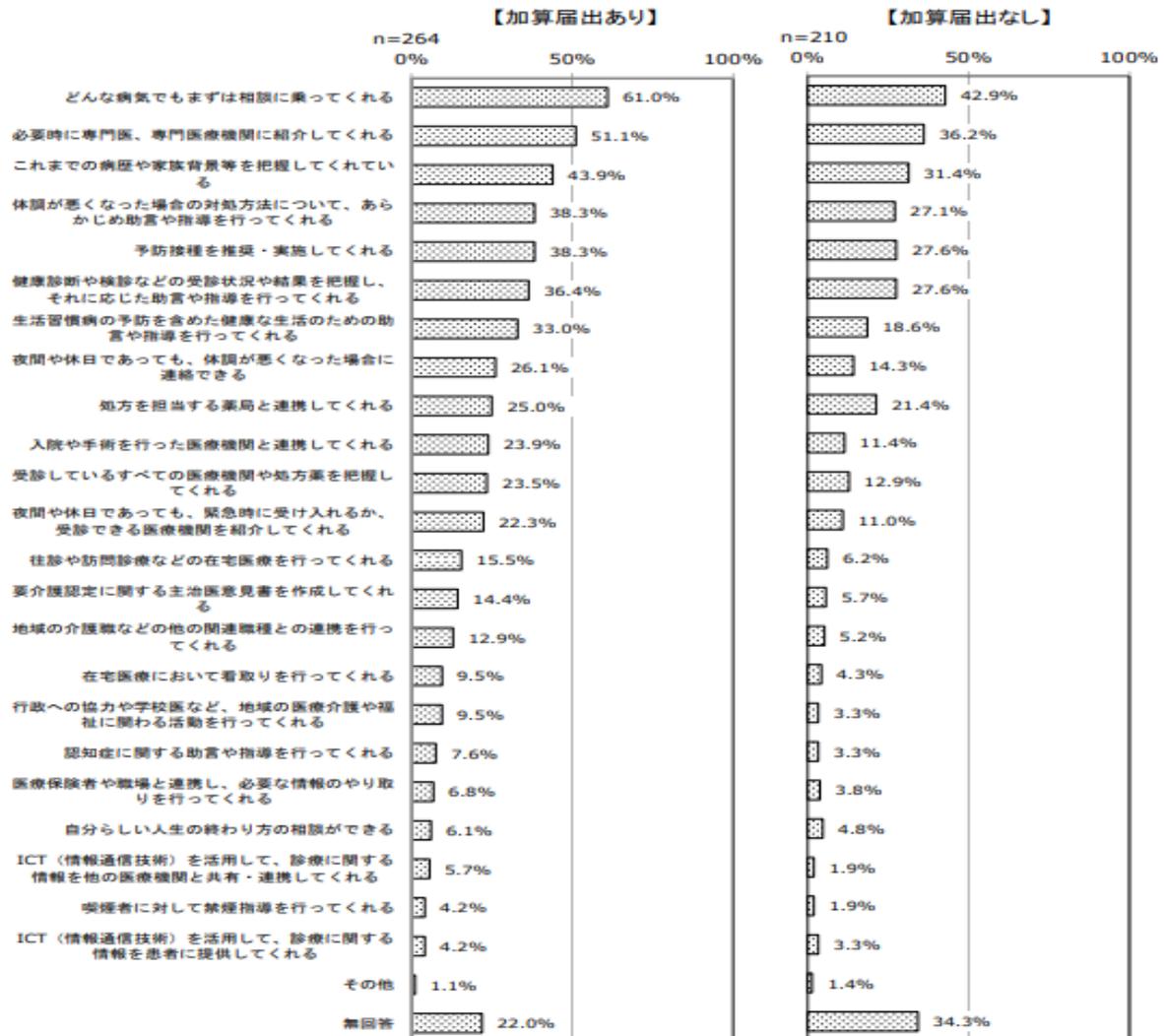
- ・「患者ごとにかかりつけ医が異なり、患者にふさわしい医師が誰かを、数値化して測定することはできない」
- ・「医療費抑制のために国民の受診の門戸を狭めるようなことであれば認められない」
- ・「かかりつけ医機能は地域でさまざまな形で発揮され、患者とかかりつけ医の信頼関係を絶対的な基礎として日本の医療を守ってきた。そのような日本の財産を制度化ということで、一刀両断に切り捨てられるといったことになってはならない」

かかりつけ医がいる理由は「相談に乗ってくれる」が最多、「休日・夜間対応」は低い

中央社会保険医療協議会・診療報酬改定結果検証部会（2019年11月15日）資料より「かかりつけ医を決めている患者」に対して、その理由を尋ねたところ、「機能強化加算（かかりつけ医機能を持つ診療所を評価するための診療報酬の加算）」を届け出ているかの有無にかかわらず、「どんな病気でもまずは相談に乗ってくれる（加算あり61%、加算なし43%）」が最も多く、次いで「必要時に専門医、専門医療機関に紹介してくれる（加算あり51%、加算なし36%）」が多かった。

一方で、「夜間や休日であっても、体調が悪くなった場合に連絡できる（加算あり26%、加算なし14%）」「夜間や休日であっても、緊急時に受け入れるか、受診できる医療機関を紹介してくれる（加算あり22%、加算なし11%）」と低くなっている。

図表4-13 かかりつけ医を決めた理由(複数回答)
【かかりつけ医を決めている患者】



(文責:医療動向モニタリング小委員会委員 寺尾正之)