

5ページ目までは必ず読んでください

地域医師会の結束力が試される

かかりつけ医機能報告

神奈川県医師会・秦野伊勢原医師会は
すべての会員に報告を
行っていただきたいと考えます

作成日：2025年12月9日

【重要】 かかりつけ医機能報告制度の**本来の**目的は

- ① 国民・患者に情報提供することにより、
国民・患者がより適切な医療機関を選択することができること
- ② 地域の協議の場に状況を報告し、
地域で不足する機能を確保する方策を検討して、
地域医療の質の向上を図ること。

<地域で不足する機能の例>

- ・在宅医療（特に休日夜間対応）
- ・時間外診療
- ・入退院支援
- ・後方支援病床の確保
- ・感染症まん延時の外来対応

一つの医療機関で全てを対応するのは困難
「地域を面で支える」視点が重要

しかしながら…

【重要】

財務省の言いがかり ↔ 日本医師会の反論

財務省の言いがかり

- ・ かかりつけ医は、1つの医療機関で多くの疾患に対応すべき
- ・ その機能を果たせる医療機関を認定し差別化すべき

日本医師会の反論

- ・ 財務省の方針が進むと、自由開業性やフリーアクセスも制限される懸念
→ 親子であっても継承できない可能性も！？
- ・ 複数の医療機関で連携して多くの疾患に対応している
- ・ つまり地域全体でかかりつけ医機能を果たしている
- ・ 個々の医療機関を差別化するのは反対

【重要】日本医師会の反論を裏付けるために

- ・地域内のすべての医療機関が報告する必要がある

それにより地域を面で支えている

→地域としてかかりつけ医機能を果たしていると証明する

- ・報告している医療機関が少ないと

→財務省はかかりつけ医を制度化、認定制にすることが危惧される

認定制になれば、認定されない診療所の評価を下げると言っている

→保険診療の単価減額もありえる

報告を他人事として考えないで下さい

認定されたところは現状のまま
認定されないと1点8円などに減額…

【重要】 報告の数が少ないと財務省は…

報告をしていない医療機関は

- 行政や医師会からの周知に関心がない
- 自分の医療機関のことしか考えていない
- 地域を面で支えるつもりがない
- 協調性がない
- 「イザという時、患者を診ない」と財務省は判断する

**かかりつけ医を制度化、認定制にして
認定されない診療所の評価を下げる可能性がある！**

更に深く知りたい方は
続きのスライドをご覧ください

全人的なケアの実現に向けた「かかりつけ医機能の評価」の再構築（総論①）

- 「かかりつけ医」は、平時から緊急時まで、地域住民に最も身近な立場で「全人的なケア」を提供する存在であり、地域の医療提供体制の基盤を担うべきである。その確立に向けて、まずは、制度面・規制面の改革を着実に実行していく必要。
- 2025年4月より「かかりつけ医機能報告制度」が導入されたものの、医療機関側の自主的な運用に委ねられている部分が多く、実質的な機能強化には未だ課題が残る。今後、かかりつけ医機能の一層の強化・定着を図るためには、「かかりつけ医」の制度化に向けた検討を継続的に進めるとともに、診療報酬上の評価は、かかりつけ医機能を発揮する医療機関を適切に評価できるものとする必要。
- 現在は過渡期にあるものの、2026年度診療報酬改定では、患者本位のかかりつけ医機能の実現のために必要な制度の姿を見据えながら、報酬体系を再構築していくべき。まずは、①出来高払いを原則とする現行制度の中で、これまで増改築を繰り返して複雑化した評価項目をできる限り簡素化するとともに、②かかりつけ医機能の発揮を直接的かつシンプルに評価する報酬体系とすることが重要。

11月5日
財政審資料

<従来>

制度

なし

診療報酬

- ✓ 出来高払い、薄利多売
- ✓ 医療界等からの個々の要望の結果、評価項目が複雑に新設・変更

<過渡期（現在）>

制度

- ◆ かかりつけ医機能報告
 - ✓ 機能を保有するか否かは **任意**
 - ✓ 機能の有無を **自発的に開示**
 - ✓ 診療報酬との **連動なし**

診療報酬

- ✓ あるべき姿を見据えながら、かかりつけ医機能の評価に係る報酬体系を再構築
- ✓ まずは現在の複雑な評価項目を平易に
- ✓ 発揮された機能をできるだけ直接的かつシンプルに評価

<あるべき姿>

制度

<国民側>

- ✓ 多くの国民が自分の「かかりつけ医」を持つ ⇒ **登録制**
 - ・ 日常の健康管理を適切に行う
 - ・ 地域における医療機関（病院、薬局等）を適切に把握する
 - ・ 状態が変化したときに適切な機関に連絡・受診する

<医療側>

- ✓ 質の高い「かかりつけ医」が各地域に存在する
⇒ 十分な数の **総合診療医** が確保され、偏在も生じないよう、公的な第三者機関が **認定** する

偏在対策も強化

診療報酬

- ✓ 制度で裏打ちされた「かかりつけ医」の診療行為を包括的に評価（地域包括診療料で適切に点数付け）。

制度との連動

財務省の目標

より強制力をもつ
社会主義制度へ

財務省は
ハシゴを外すのが得意

全人的なケアの実現に向けた「かかりつけ医機能の評価」の再構築（総論③）

- 「かかりつけ医機能の報酬上の評価」の再構築に向けて、まずは、**かかりつけ医機能報告上、基本的な機能を有していない診療所への減算措置を導入すべき**。また、「体制整備への評価」と「診療行為への評価」を明確に区分し、初診に係る機能強化加算については廃止を軸に検討すべき。これらは「かかりつけ医機能」が法制上明確化された中で、患者・国民の分かりやすさの観点からの要請でもあると考えるべき。
- その上で、診療行為への評価については、全人的な医療を包括的に評価するものとして創設された地域包括診療料をベースに報酬体系を見直すことが適当であり、既存の報酬項目（外来管理加算、特定疾患管理料、生活習慣病管理料）はゼロベースで見直しを図るべき。

1号機能すら報告していない医療機関には減算を公言している

機能強化加算

- ✓ 機能強化加算（80点）は、**初診への加算**。初診患者の中でも特に継続的な管理が必要な疾患を有する患者に対し、専門医療機関への受診の要否の判断を含めた確で質の高い診療機能を発揮することを評価するために2018年に設けられたもの。
- ✓ 「体制への評価」であるため、施設基準さえ満たせば、**患者実態によらず**、また、**当該医療機関をかかりつけ医としない患者に対しても**、一律に算定される。

かかりつけ医機能を持つ医療機関の体制整備を評価するための仕組みが別途存在する中で、全ての患者に対して初診時の追加負担を求めることになる機能強化加算は、有効性・効率性の観点から疑問と言わざるを得ない。**廃止を軸に検討すべき**。

外来管理加算

- ✓ 外来管理加算（52点）は、「**計画的な医学管理**」を評価し、**再診料に加算**。検査・処置・リハビリ・精神科精神療法・手術等の実施を行わないことや、**丁寧な問診や詳細な身体診察**などが要件。
- ✓ 特定疾患療養管理料、特定疾患処方管理加算、地域包括診療加算・認知症地域包括診療加算と**併算定可**。

事実上「無駄な検査等を行わないこと」を評価するもの。より重点的にかかりつけ医機能を評価する報酬項目が存在する中、幅広い併算定を認めつつ残存させてきたことの正当性が問われる。**即刻廃止とするか、地域包括診療料等に包括化すべき**。

地域包括診療料・加算／認知症地域包括診療料・加算

- ✓ **複数の慢性疾患**（高血圧、糖尿病、脂質異常症、認知症、慢性心不全又は慢性腎臓病の6つのうち2つ以上）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**。（「診療料」は月1回の包括点数。「加算」は診療所のみ算定でき、出来高。）
- ✓ かかりつけ医機能を評価するため創設された基幹的・代表的な報酬項目であるにもかかわらず、**必要な体制整備が困難との理由で、算定実績は低調**。

地域での医療・介護の複合ニーズを総合的に受け止め、認知症を含めた複数の慢性疾患を有する患者に全人的なケアを実施する医療機関を的確に評価するにふさわしい報酬として**発展的改組を試みるべき**。
例えば、認知症地域包括診療料・加算と統合した上で、個々の医療機関の担うかかりつけ医機能をよりきめ細かに評価できる報酬体系に再構築すべき。

自分には関係ないめんどくさい

↓
全国の医療機関が認定制度化される

↓
自由開業制×
自由標ぼう×

11月5日
財政審資料

- 併せて、生活習慣病の患者に全人的なケアを実施する際、地域の医療機関において、かかりつけ医機能が最大限に発揮され、より適正な疾病管理が可能となるよう、2024年度改定に続き、**特定疾患療養管理料・生活習慣病管理料の更なる見直しを断行すべき**。

【改革の方向性】（案）

- 外来診療の機能分化・連携や、全人的ケアを提供する医療機関に対する適切な評価が促進される方向で、各種加算等を改めて精査・整理してはどうか。診療側の提供体制や経営上の事情への配慮より、真に患者本位の治療を目的とした報酬体系へ再構築すべき。

2026年度 診療報酬改定の全体像 ③

11月5日
財政審資料

ベースアップ評価についても、
診療所への攻撃材料に使われる

「せっかく評価料を新設したのに
4割しか算定していないね」

「やっぱり診療所は利益があって
潤ってるようですね」

次はさらに締め付けよう！

財務省は常に同じ論法・論調で
医療界を攻撃する
財務官僚は
医療費削減を目論んでいることを
忘れてはいけない

- 個々の医療機関においては、賃金や物価の上昇により、必要な医療提供に伴う不可避免なコスト増に直面している場合もあると考えられる。こうした場合には、診療報酬において適正な対応が図られることが求められる。ただし、その際には希少な医療資源の有効活用観点から、従業員の適正配置を含む医療機関の経営改善と地域医療提供体制の効率化が必須となる。また、現役世代の保険料負担の軽減を図る観点から、医療分野における診療報酬財源の最適配分を実現すべく、各セクターの経営状況に基づいた大胆かつメリハリのある対応が不可欠である。
- 具体的には、例えば高度急性期を担う病院群と、高齢者の長期入院を受け入れる病院群では、それぞれに応じた対応策が必要である。さらに、診療所や調剤薬局は費用構造が病院と大きく異なる上、過去から継続的に高い利益率を維持してきた。物価・賃金上昇への対応を病院に重点的に措置するためにも、診療所や調剤薬局に対しては相応の適正化が求められている。

◆ 2026年度改定で必要となるメリハリ付け（イメージ）

【病院】

技術料：20.5兆円

- 高度急性期（大学病院や総合病院）／高齢者救急を主に担う一般病院／慢性期・回復期の病院／療養病床／精神病床といった病床・病院機能ごとに異なる経営実態に応じきめ細かく対応する必要

- ✓ 物価上昇の影響の度合いが区々に要精査
- ✓ 持続的な賃上げ実現の前提として医療現場における業務改善の余地を残さないよう要注意

- 個々の施設で閉じず、地域全体で効率的な医療を提供するための取組を促す必要

※ 技術料の金額は、2025年度予算ベースの国民医療費を2023年度国民医療費における各科の医療費の割合で按分した上で、各医療費を社会医療診療行為別統計（2024年8月）における技術料と薬剤費等の点数の割合で按分して算出。なお、薬剤費等は約12.7兆円（病院：4.9兆円、診療所：1.2兆円、歯科：0.3兆円、調剤：6.3兆円）

【診療所】

技術料：9.1兆円

- ✓ 過去一貫して病院に比して高い利益率
- ✓ 諸外国比でも、病院勤務医との比較でも、院長の所得水準は高水準
- ✓ 小規模で分散された非効率な提供体制が残存
- ✓ 2024年度改定で創設された賃上げ措置（ベースアップ評価料）の算定率は4割止まり

※地域医療で代替不可能な役割を果たす99床診療所には配慮が必要

【歯科】

技術料：3.1兆円

- ✓ 過去一貫して病院に比して高い利益率
- ✓ 個人立が多く、小規模・分散で非効率な提供体制が残存

【調剤薬局】

技術料：2.4兆円

- ✓ 改定率を大幅に超える伸びが適正化されないまま継続
- ✓ 門前に群集する全体「非」最適な提供体制

【改革の方向性】（案）

- 2026年度診療報酬改定は、医療機関の経営状況のデータを精緻に分析する中で、特に物価・賃金対応については、医療機関ごとの費用構造に着目したきめ細やかな対応を図る必要。現役世代を含む保険料負担の軽減と必要な医療の保障のバランスを図るべく、本来は過去の改定の際に切り込むべきだった適正化・効率化を遂行することも含め、メリハリある対応を期するべき。

【重要】 かかりつけ医機能報告 報告しなかった場合は？

会員からの報告が少ないと、
かかりつけ医を「**認定制**」として、国に統制される改定が行われ
る可能性があります
その際にはおそらく診療報酬で医療界に対立を煽ります

神奈川県医師会では、2026年1月から2月に、
すべての会員に報告を行っていただきたいと考えます
(医師会から届出方法はお示します)

それが地域医療を守るために日ごろから活躍している医療機関の
立場を守ることになると信じています

かかりつけ医機能報告について

- 特定機能病院、歯科医業のみを行う医療機関等以外の（すべての）医療機関は「かかりつけ医機能」を担いうる。
- 「かかりつけ医機能」を担う医療機関の知事への報告は義務である。

【医療法】

第三十条の十八の四 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（以下この条において「かかりつけ医機能報告対象病院等」という。）の管理者は、慢性の疾患を有する高齢者その他の継続的な医療を要する者として厚生労働省令で定める者（第一号及び第二号において「継続的な医療を要する者」という。）に対するかかりつけ医機能の確保のため、厚生労働省令で定めるところにより、次に掲げる事項を当該かかりつけ医機能報告対象病院等の所在地の都道府県知事に報告しなければならない。（以下略）

4 第二項の規定による確認を受けたかかりつけ医機能報告対象病院等の管理者は、当該確認を受けた体制について変更が生じたときは、厚生労働省令で定めるところにより、その旨を都道府県知事に報告しなければならない。（以下略）

6 都道府県知事は、かかりつけ医機能報告対象病院等の管理者が第一項若しくは第四項の規定による報告をせず、又は虚偽の報告をしたときは、期間を定めて、当該かかりつけ医機能報告対象病院等の開設者に対し、当該管理者をしてその報告を行わせ、又はその報告の内容を是正させることを命ずることができる。

【医療法施行規則】

第三十条の三十三の十五

法第三十条の十八の四第一項に規定する厚生労働省令で定める病院又は診療所は、次に掲げるもの以外の病院又は診療所（以下「かかりつけ医機能報告対象病院等」という。）とする。

一 特定機能病院

二 歯科医業のみを行う病院又は診療所

三 刑事施設、少年院若しくは少年鑑別所又は入国者収容所若しくは地方出入国在留管理局の中に設けられた病院又は診療所

四 皇室用財産である病院又は診療所

2 法第三十条の十八の四第一項に規定する厚生労働省令で定める者は、次に掲げる者とする。

一 慢性の疾患を有する高齢者

二 障害者

三 障害児

四 医療的ケア児

五 難病患者

六 前各号に掲げる者のほか継続的な医療を要する者

3 法第三十条の十八の四第一項の規定による都道府県知事への報告（以下「かかりつけ医機能報告」という。）は、当該都道府県知事が定める方法により、別表第八第二の項、第四の項及び第六の項に掲げる事項について、一年に一回、一月一日から三月三十一日までの間に行うものとする。