

日医総研ワーキングペーパー

診療所医師の現状と課題
—かかりつけ医の確保にむけて—

No. 351

2015年11月17日

日本医師会総合政策研究機構

前田由美子

診療所医師の現状と課題－かかりつけ医の確保にむけて－

日本医師会総合政策研究機構（日医総研） 前田由美子

公益社団法人 日本医師会 医療保険課・総合医療政策課

キーワード

- ◆ 診療所医師数
- ◆ かかりつけ医
- ◆ 地域医療活動
- ◆ 初診料・再診料
- ◆ かかりつけ医機能

ポイント

- ◆ 地域包括ケアシステムにおいて、さまざまなサービス、多職種が関係する中で、かかりつけ医のリーダーシップはきわめて重要であるが、主にかかりつけ医の役割を担っている診療所医師数が増加しておらず、今後、かかりつけ医が不足するおそれがある。
- ◆ 診療所医師が専門分化しており、日本医師会・四病院団体協議会が定義している「なんでも相談できる」かかりつけ医の必要性がより高まっている。診療所医師の高齢化、診療科偏在、地域偏在といった問題もある。
- ◆ 診療所の主たる経営原資である再診料は、過去に財源的制約から引き下げられたままであるが、初診料や再診料は医師の「診たて」を評価するものであり、もし、初診、再診というプロセスがなければ、患者の身体的負担および経済的負担が不必要に増加する。
- ◆ そうした中、開業医は、地域医療活動を行い、自院の経営のみならず、地域住民の健康に対しても大きな責務を負っている。
- ◆ かかりつけ医の不足は、在宅医療の推進や地域包括ケアシステムの構築に支障をきたす。地域医療活動や診療所の主たる経営原資である初診料や再診料はなかなか見えにくい。しかし、診療所医師のさまざまな活動に対して正当な評価を行ってこそ、医師が診療所を開設し、さらには、かかりつけ医を目指そうという希望を持てるようになるのではないかと。

目 次

1. はじめにー「かかりつけ医」の必要性ー	1
2. 診療所医師数の現状と課題	2
2.1. 診療所医師数の伸び悩み	2
2.2. 診療所医師の高齢化	4
2.3. 診療所医師の専門分化	6
2.4. 医師の地域および診療科偏在	8
2.5. 在宅看取りとの関係	12
3. 診療所医師の地域医療活動と労働環境	14
3.1. 地域医療活動	14
3.2. 開業医のストレス	16
3.3. 開業医の所得	18
3.4. 診療所の経営原資（初・再診料）	20
4. かかりつけ医機能とかかりつけ医の養成	24
4.1. かかりつけ医機能に関連して	24
4.2. かかりつけ医の養成	28
5. おわりに（まとめ）	31

1. はじめに－「かかりつけ医」の必要性－

地域包括ケアシステムにおいて、さまざまなサービス、多職種が関係する中で、日本医師会・四病院団体協議会が定義しているような身近で頼りになるかかりつけ医のリーダーシップはきわめて重要である。

日本医師会・四病院団体協議会合同提言「医療提供体制のあり方」 (2013年8月8日)

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。

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に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。

かかりつけ医の確保が急務であるが、主にかかりつけ医の役割を担っている診療所医師数が増加しておらず、今後、かかりつけ医が不足するおそれがある。そこで、診療所医師数の推移、診療所医師をとりまく経営と労働環境等を示し、かかりつけ医確保にむけた課題を検討する。

以下、用語は以下のように定義している。

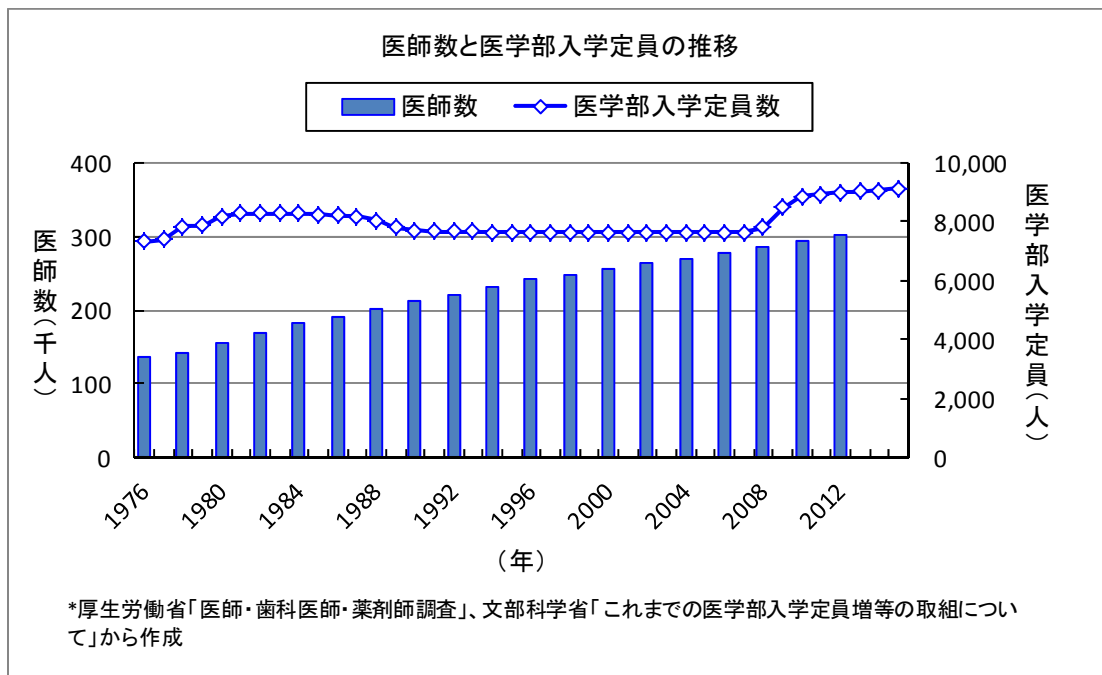
- 診療所医師：診療所の開設者または法人の代表者、勤務医師
- 開業医：診療所の開設者または法人の代表者
- かかりつけ医：日医・四病院団体協議会の定義による。診療所医師に限定したものではないが、診療所医師が担うことが多いので、本稿では診療所医師に着目している。

2. 診療所医師数の現状と課題

2.1. 診療所医師数の伸び悩み

医学部入学定員は 1984 年以降抑制されてきたが¹、医師数は増加してきた（図 2.1.1）。医学部入学定員は 2008 年度から暫定的な増員が行われ、2010 年度以降は地域枠を中心に本格的な引上げが図られていることから、今後さらに医師数は増加する。しかし、これまでの医師増加分の多くは病院に勤務しており、診療所医師、とくに診療所開設者（以下、開業医）はあまり増加していない（図 2.1.2）。人口 10 万対医師数は 1980 年に病院医師が診療所医師を上回り、その後、ますます差が開いている（図 2.1.3）。

図 2.1.1 医師数と医学部入学定員の推移



¹ 1982（昭和 57）年に、「今後における行政改革の具体化方策について」で、医師について全体として過剰を招かないように配置し、適正な水準となるよう合理的な養成計画の確立について検討を進めることを閣議決定した。

図 2.1.2 病院・診療所医師数の推移

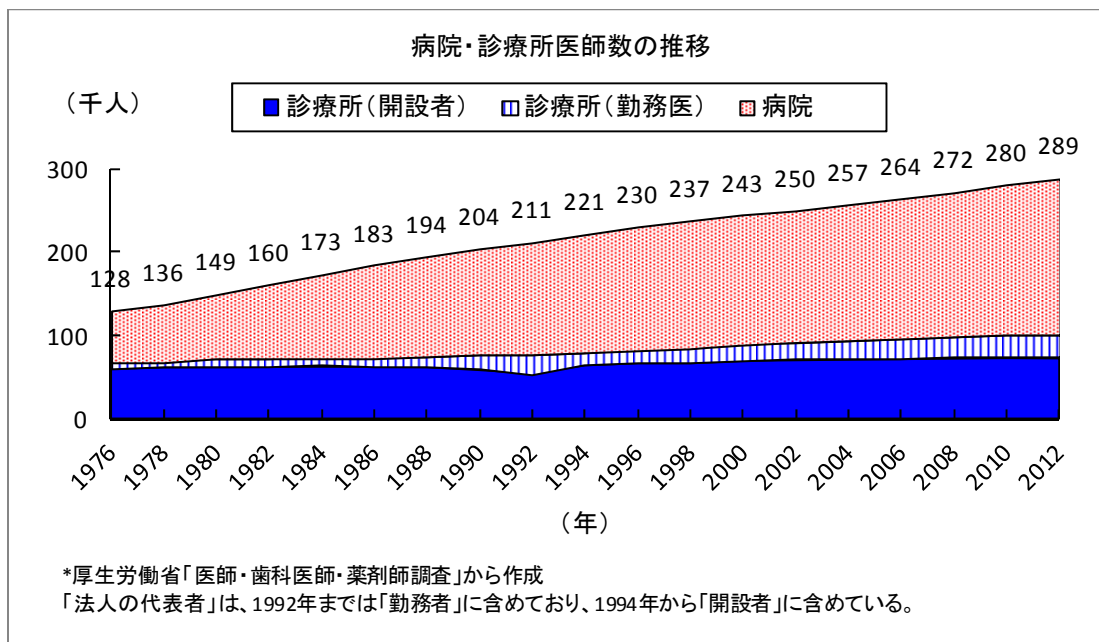
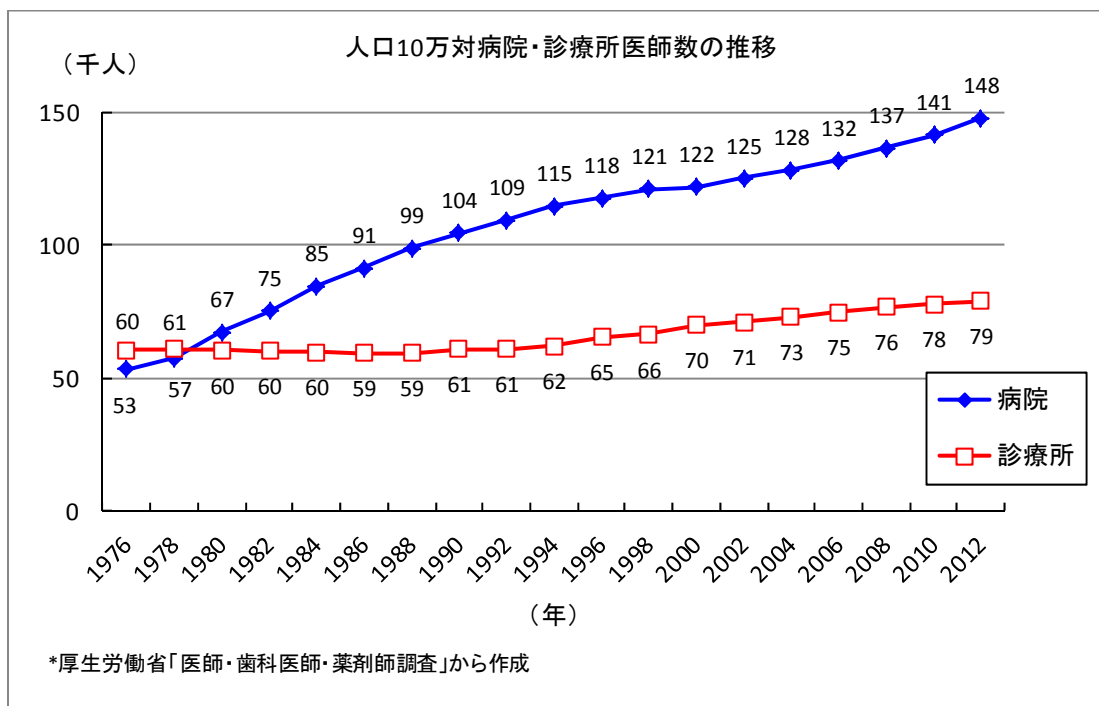


図 2.1.3 人口10万対病院・診療所医師数の推移

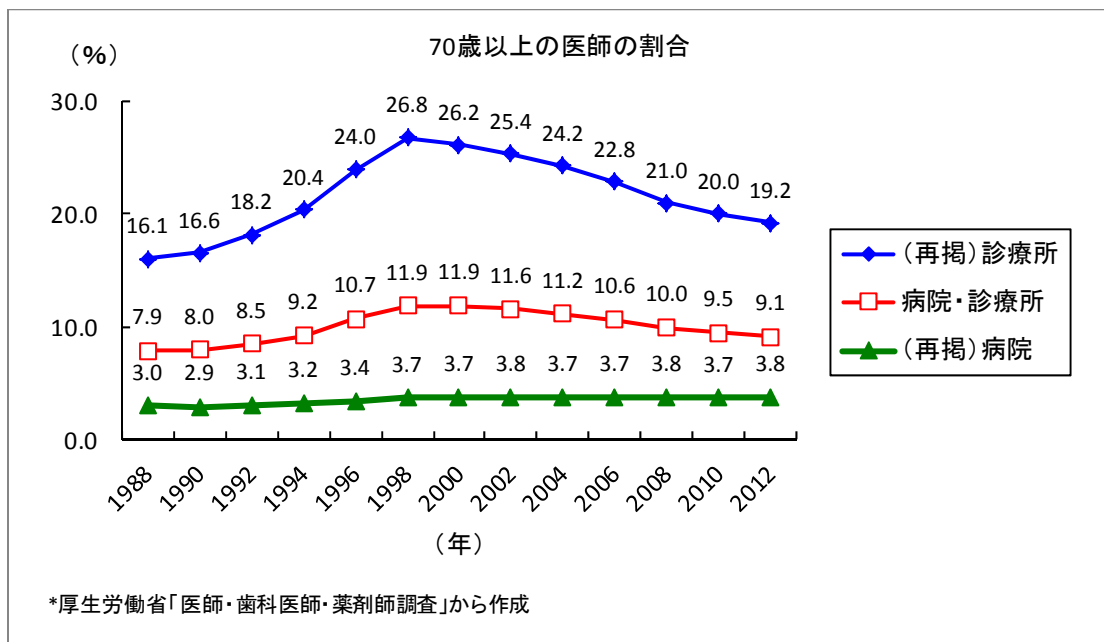


2.2. 診療所医師の高齢化

今後は、医師も高齢化し稼働率が下がるので、医師不足になるという声も聞く。医師全体としては70歳以上の割合は低下しているが、診療所医師の70歳以上の割合は高い。

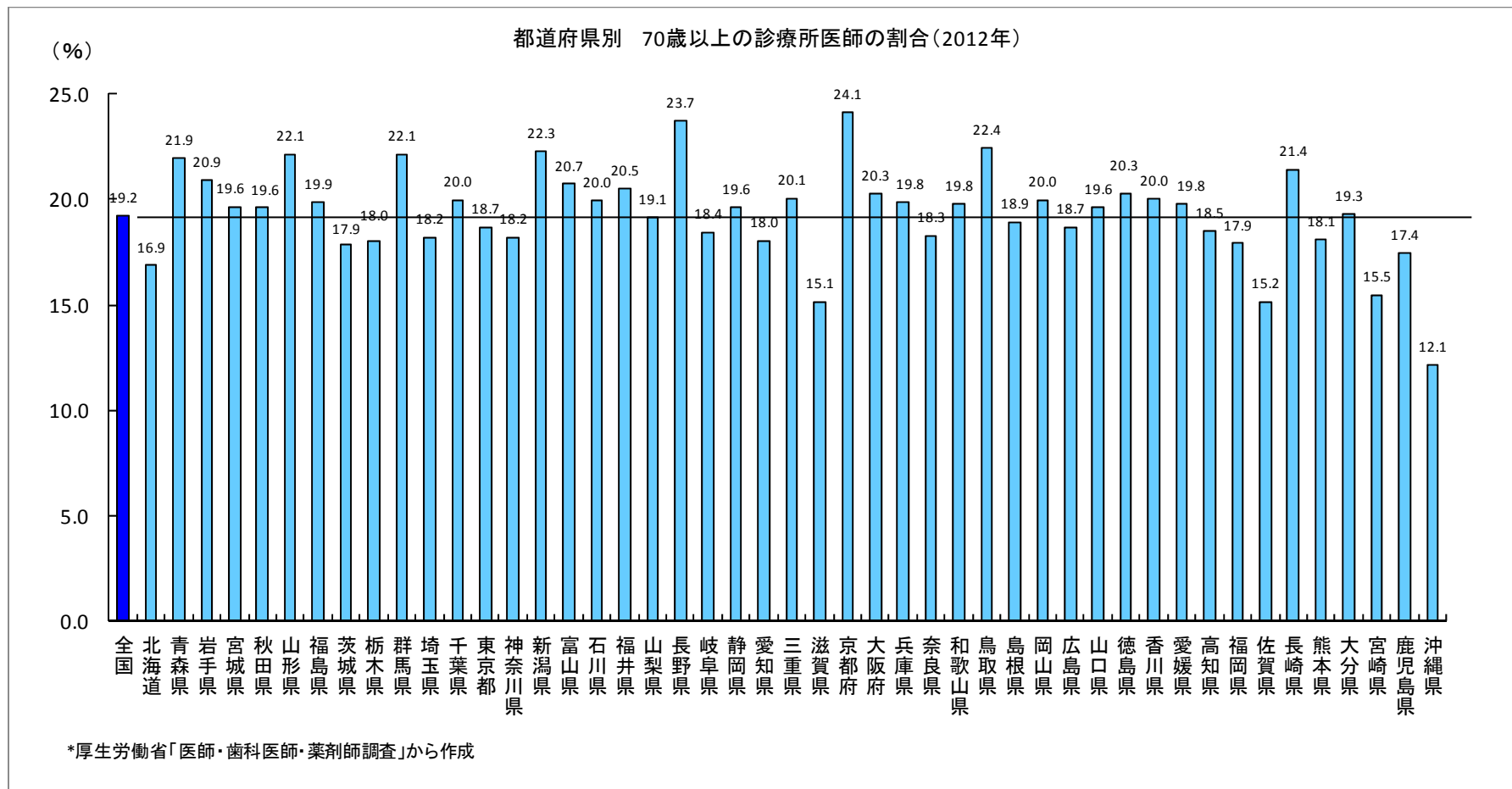
診療所医師は傾向としては、1998年をピークに高齢化率が低下しているが、2012年においても70歳以上は約5人に1人である(図2.2.1)。地域によっては診療所医師の4人に1人が70歳以上というところもある(図2.2.2)²。二次医療圏単位、市区町村単位ではさらに診療所医師の高齢化が深刻なところがあることが推察される。

図 2.2.1 70歳以上の医師の割合



² 京都府は診療所医師のうち70歳以上が24.1%ともっとも高く、さらに80歳以上も1割近く(9.1%)である。80歳以上の全国平均は7.6%である。

図 2.2.2 都道府県別 70歳以上の診療所医師の割合



2.3. 診療所医師の専門分化

厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師調査」では、主たる診療科が「内科」である医師が頭打ちとなっており、消化器内科、循環器内科などその他内科系の医師が増加している（図 2.3.1）。外科においても「外科」の医師が減少し、泌尿器科、脳神経外科など、その他外科系の医師が増加しており（図 2.3.2）、診療所医師の専門分化が進んでいる。

耳鼻いんこう科、眼科、整形外科、皮膚科では診療所医師数は増加しているが、次に述べるように診療所医師が増加している診療科でも、地域偏在の問題がある。

【医師・歯科医師・薬剤師調査】

従事する診療科を複数選択することができ、複数選択した場合には、その中から主たる診療科を 1 つ記入することになっている。研修医については 2006 年に「研修医」、2008 年以降は「臨床研修医」の選択肢があるが、それ以前は、各診療科または「全科」の選択肢のみであった。

図 2.3.1 診療所 内科系医師数の推移

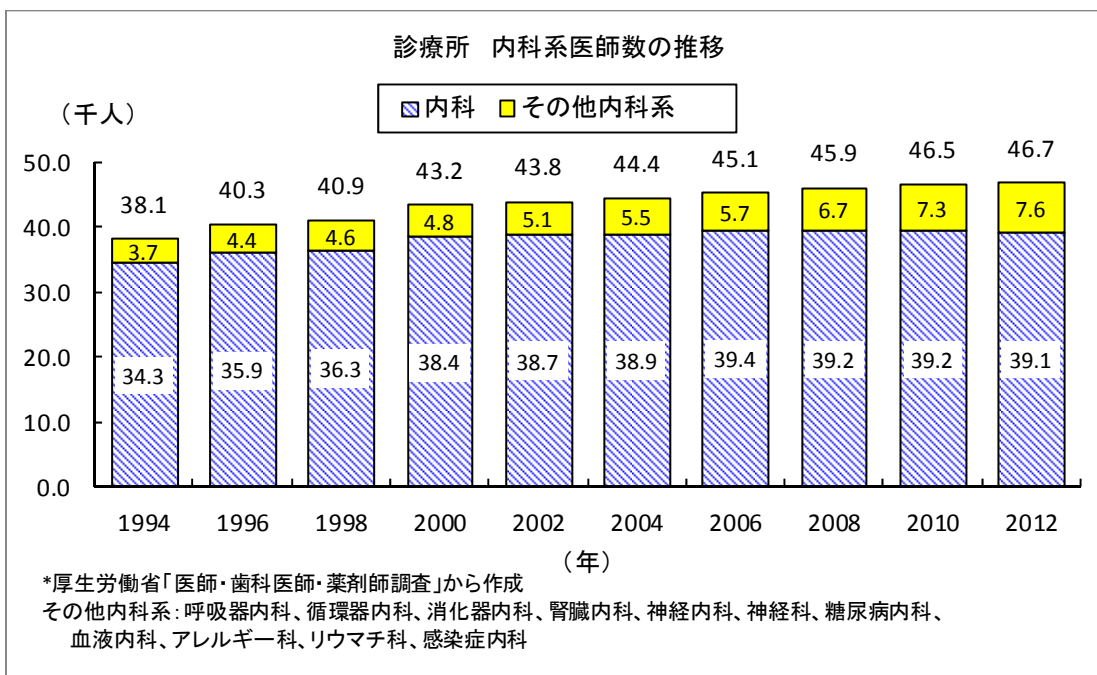
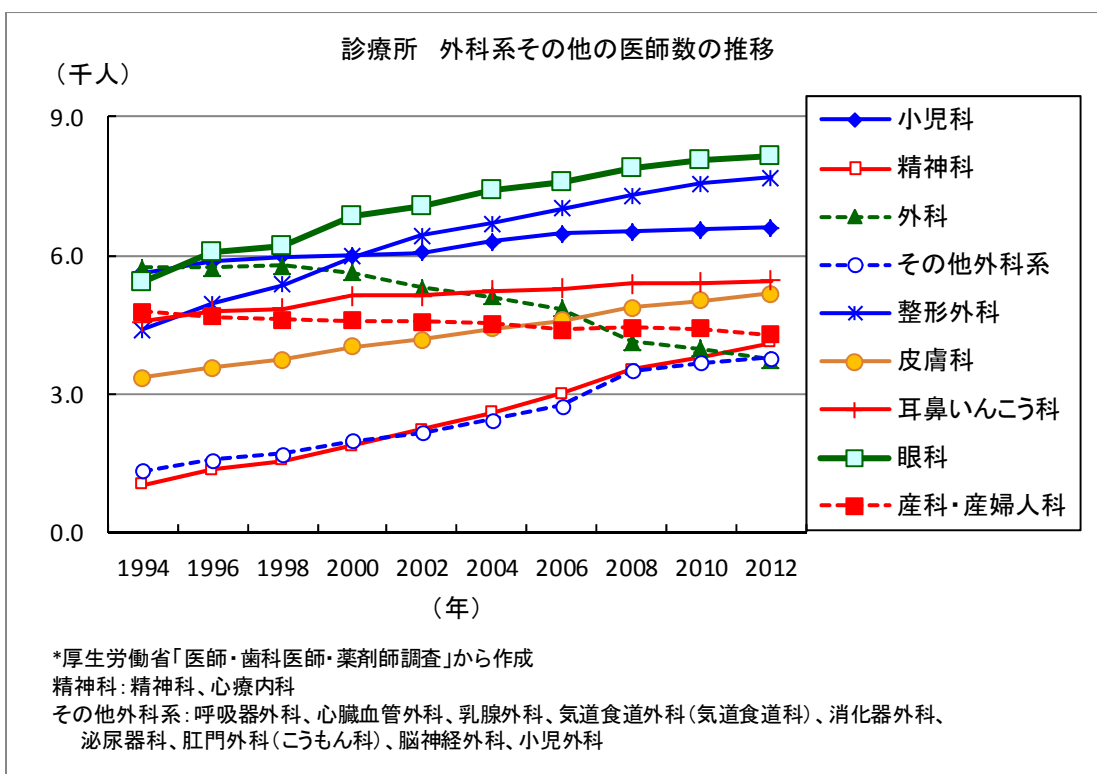


図 2.3.2 診療所 外科系その他の医師数の推移



2.4. 医師の地域および診療科偏在

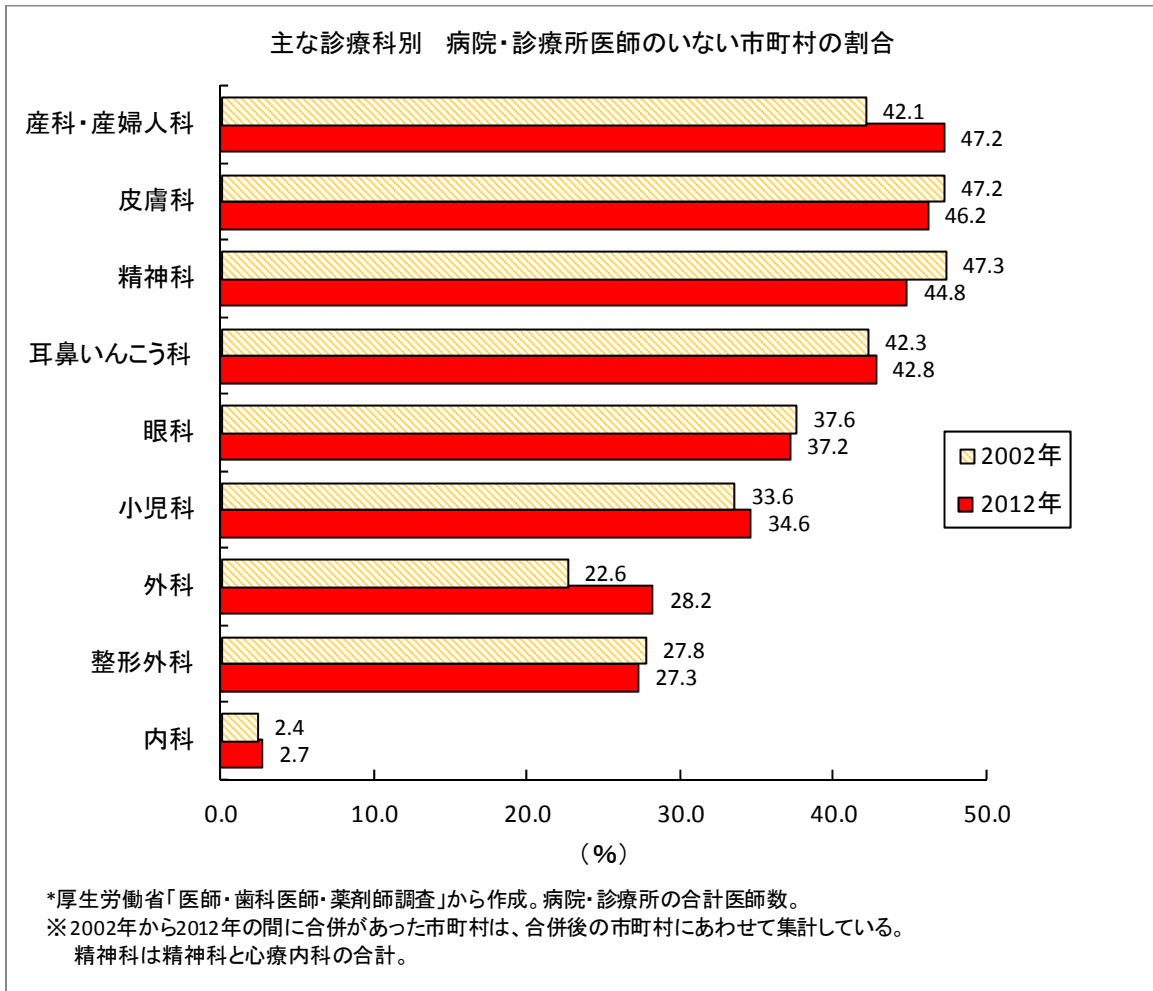
耳鼻いんこう科、眼科、整形外科、皮膚科の医師は増加しているが（前述）、医師（ここではデータの制約から病院・診療所の合計）がいない市町村はほとんど減少していない（図 2.4.1）。医師数が増加しても地域偏在は解消しておらず³、とくに耳鼻いんこう科や眼科の医師の地域偏在は、学校医不足を生じているのではないかと懸念される。

※2002年と2012年を比較するにあたって、市町村合併等を踏まえて名寄せを行った。

- ① 市町村合併：2002年時点の市町村を2012年の市町村にあわせて集計。
- ② 新たな政令指定都市の指定：「医師・歯科医師・薬剤師調査」は政令指定都市については区ごとの集計であるが、新たに指定された分については、過去データを区ごとに分割できないので、市全体で集計（例：岡山市北区・中区・東区・南区は、2002年も2012年も岡山市として集計）。

³ 外科で医師のいない市町村が増加しているのは、専門分化も一因であると推察される。

図 2.4.1 主な診療科別 病院・診療所医師のいない市町村の割合



「学校医」としての眼科および耳鼻いんこう科に着目すると、複数の医師がいる市町村は、眼科では約半分(図 2.4.2)、耳鼻いんこう科では4割強に止まっている(図 2.4.3)。

図 2.4.2 病院・診療所 眼科医師の市町村分布

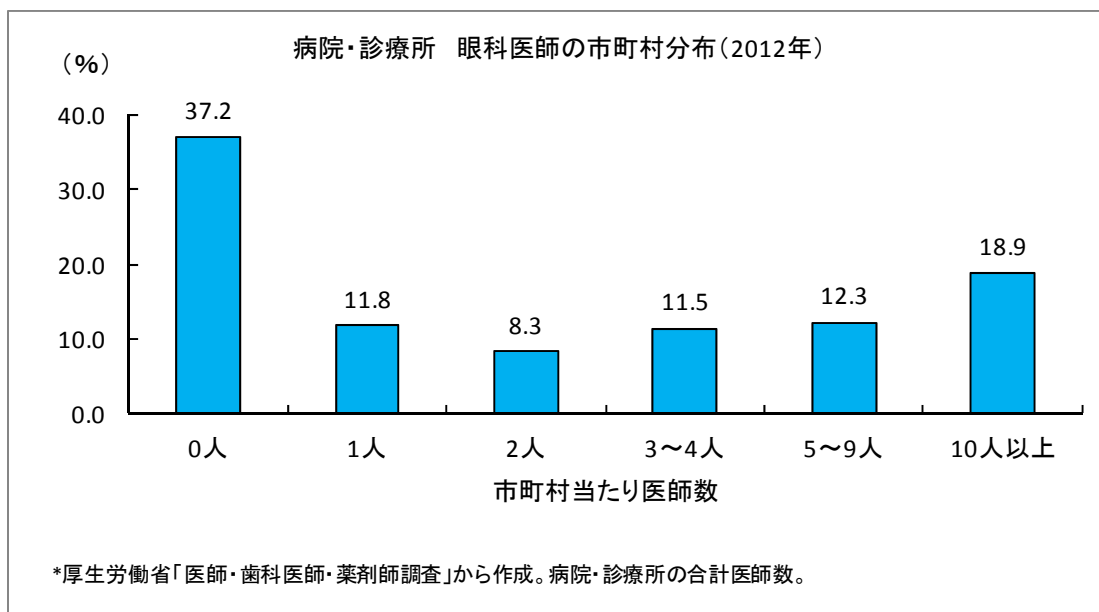
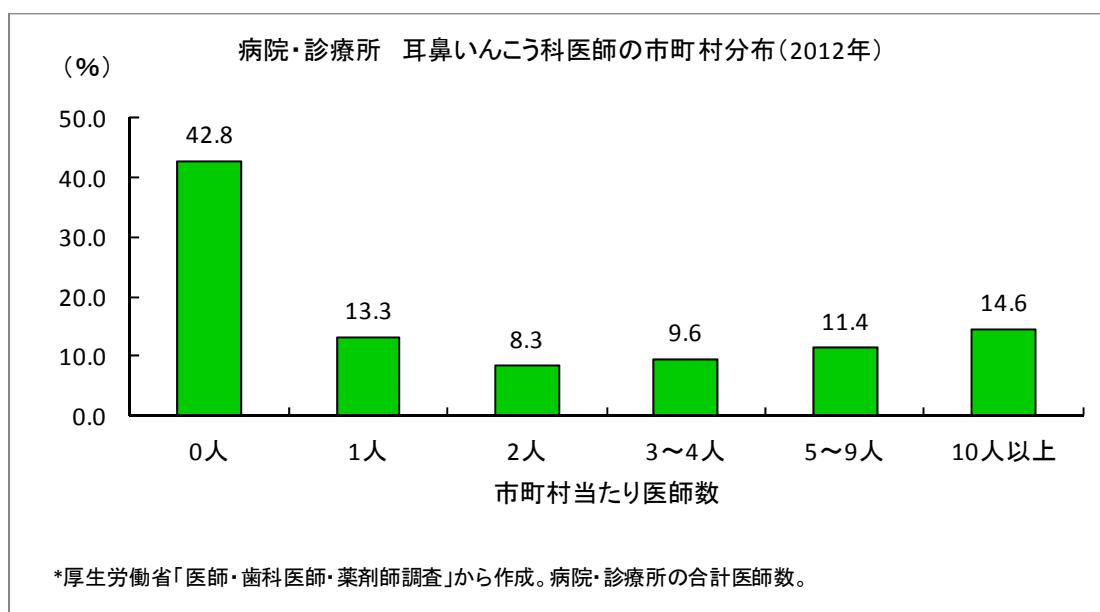
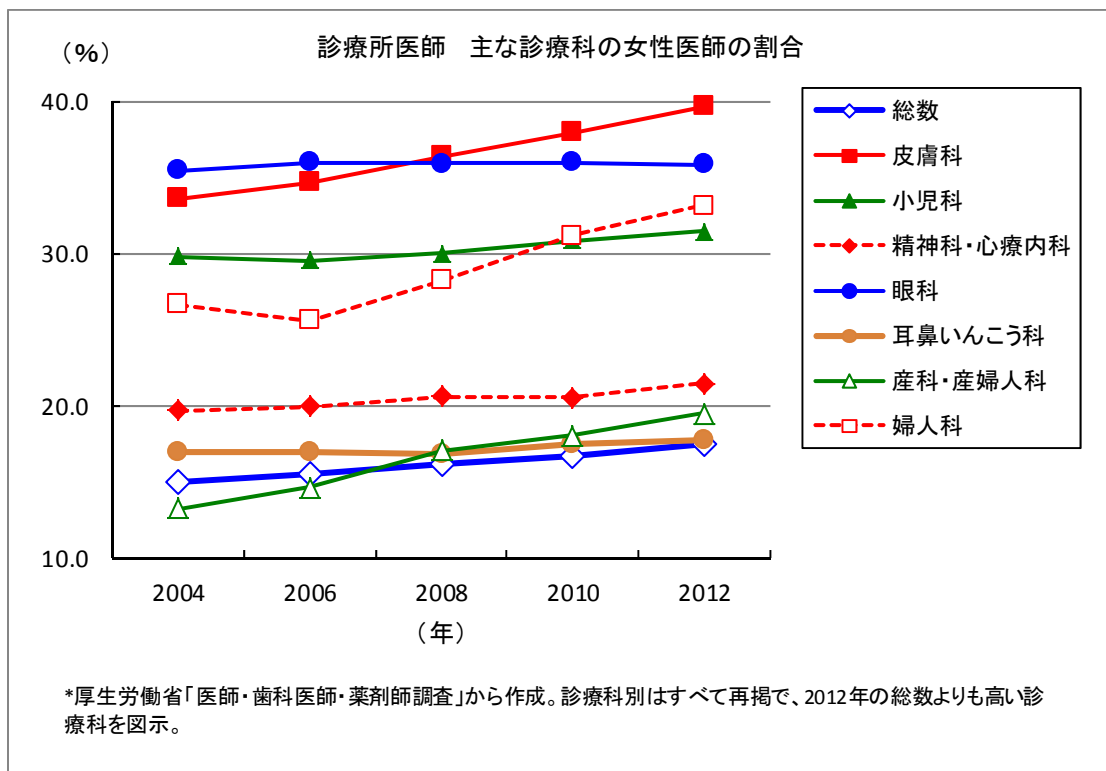


図 2.4.3 病院・診療所 耳鼻いんこう科医師の市町村分布



診療所において皮膚科および眼科は、女性医師の割合が高い（図 2.4.4）。女性医師の増加に伴い皮膚科や眼科の医師が増加することが予測され、さらに地域偏在や診療科偏在が進む懸念もある。

図 2.4.4 診療所医師 主な診療科の女性医師の割合



2.5. 在宅看取りとの関係

在宅医療が推進されており、在宅看取り件数を高めることが期待されている中、死亡数の増加に診療所医師数の増加が追いついていない。現在は病院での死亡が多く（図 2.5.1）⁴、診療所医師がすべての在宅死を看取るわけではないが、死亡推計数から診療所の必要医師数を見通してみる。

死亡千人当たりの診療所医師数のピークは 1980 年前後であり、死亡千人当たりの診療所医師数は約 100 人であった（図 2.5.2）。今後も死亡千人当たり 100 人の診療所医師数が必要だという仮定を置くと、2025 年の診療所医師数は現状の 1.9 倍必要になる。

⁴ 死亡の場所別では、2014 年は病院 75.2%、自宅 12.8%、老人ホーム 5.8%、診療所 2.2%、介護老人保健施設 2.0%など。厚生労働省「平成 26 年度 人口動態調査」

図 2.5.1 死亡の場所別死亡数

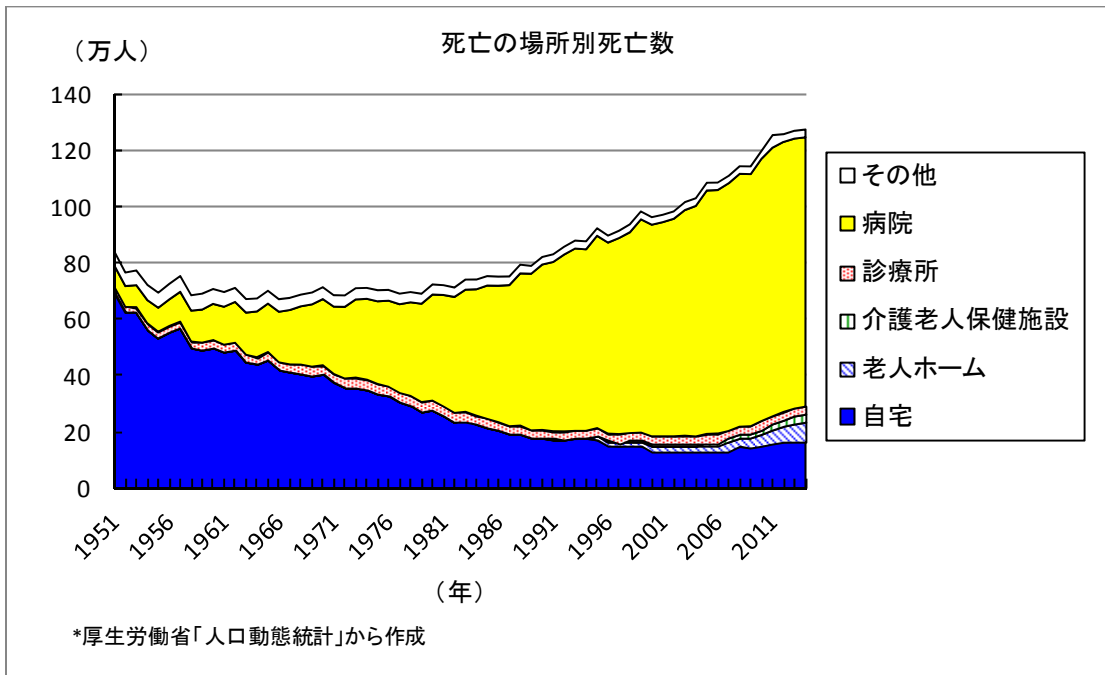
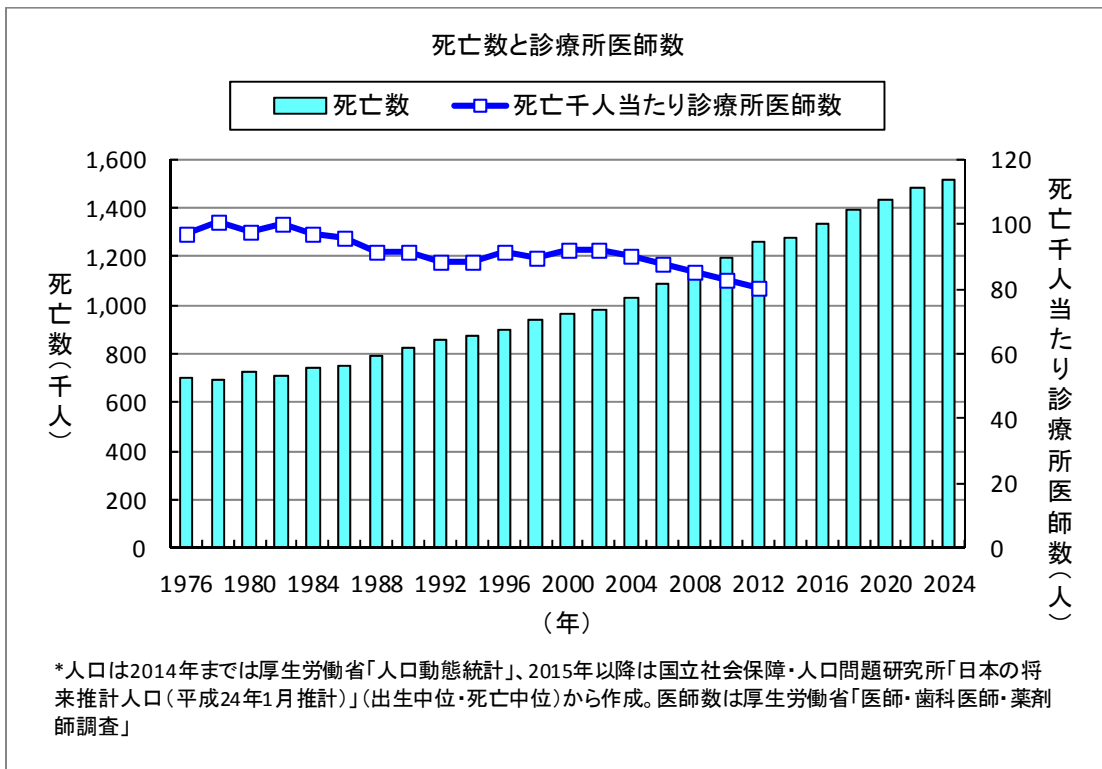


図 2.5.2 死亡数と診療所医師数

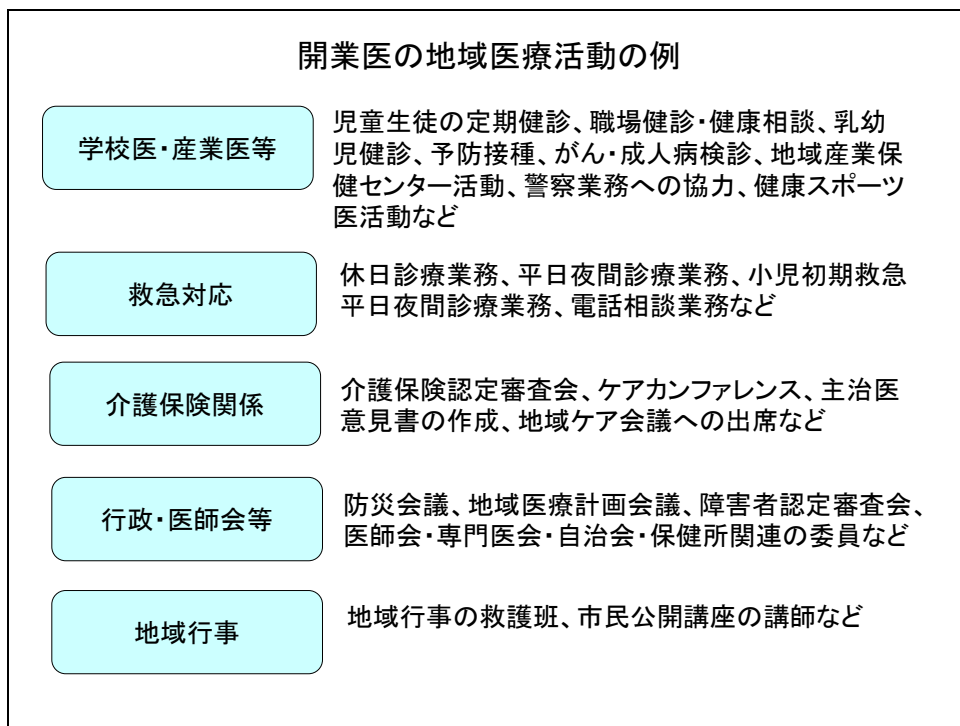


3. 診療所医師の地域医療活動と労働環境

3.1. 地域医療活動

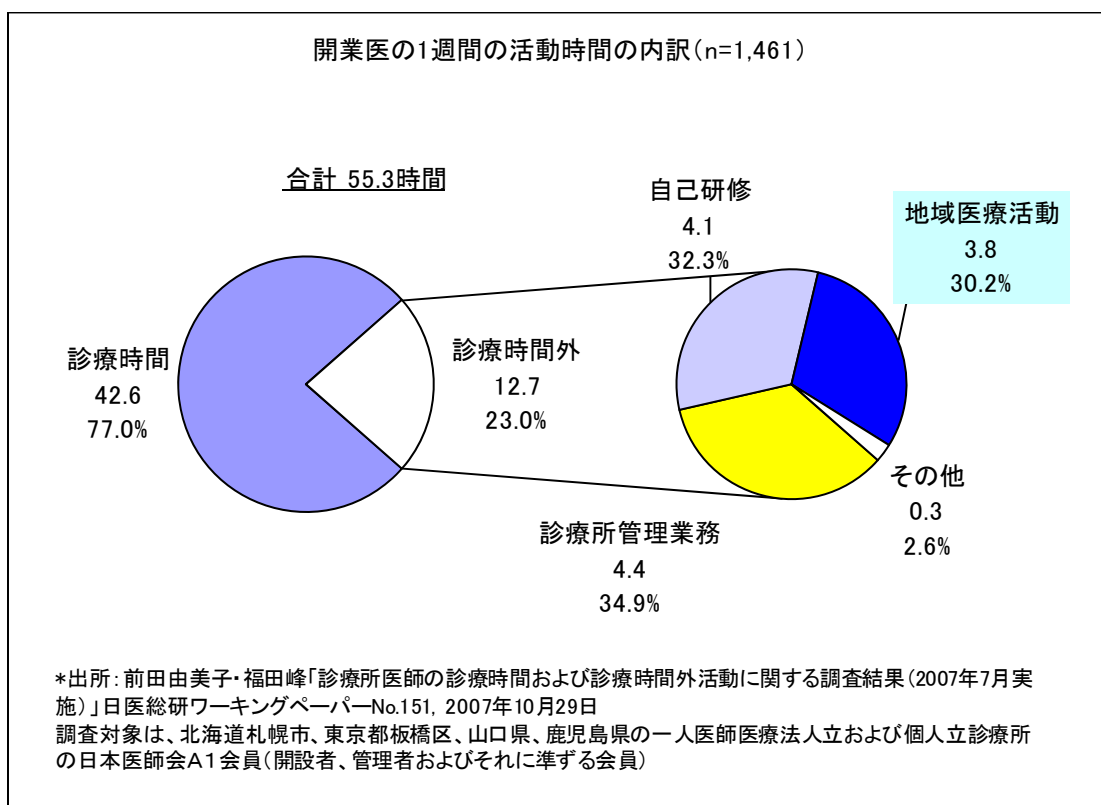
診療所医師のうち、とくに開業医は、学校医・産業医をはじめ、地域に密着した幅広い地域医療活動を行っている（図 3.1.1）。

図 3.1.1 開業医の地域医療活動



日本医師会の調査（2007年）によれば、開業医の診療時間外活動のうち地域医療活動が約3割を占める（図3.1.2）⁵。すなわち、開業医は診療のほかに地域医療活動に従事し、自院の経営責任だけでなく、地域住民の健康を守る責任も負っている。

図 3.1.2 開業医の1週間の活動時間の内訳

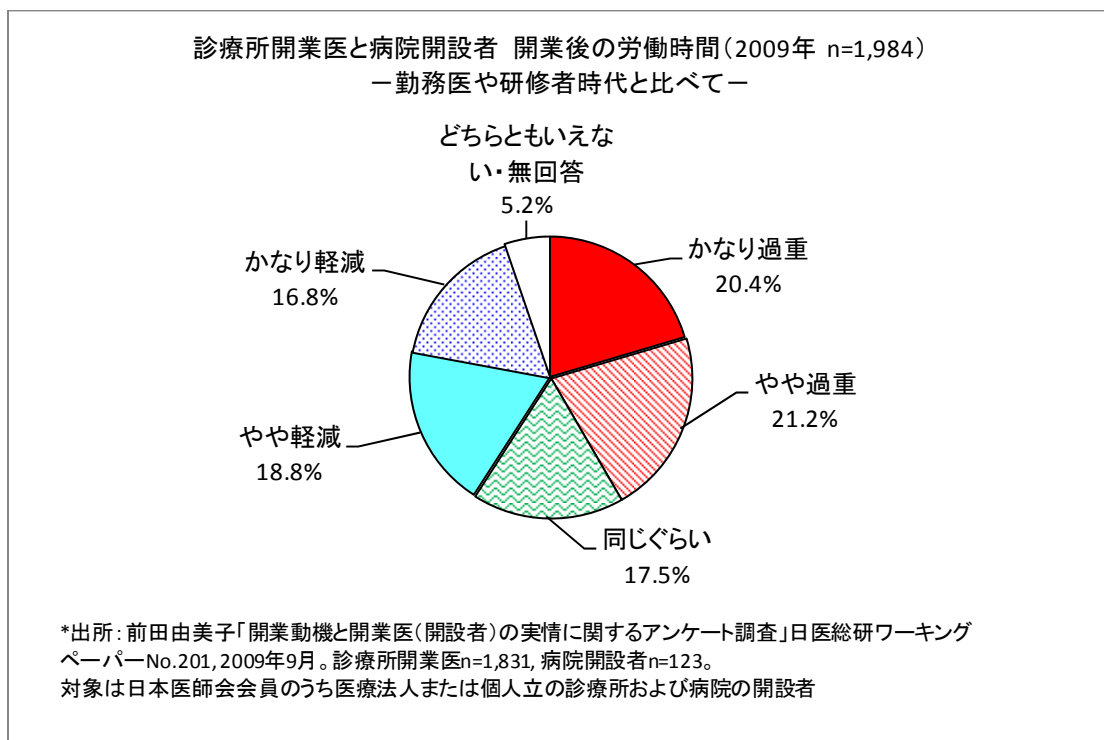


⁵ 前田由美子・福田峰「診療所医師の診療時間および診療時間外活動に関する調査結果(2007年7月実施)」日医総研ワーキングペーパーNo.151, 2007年10月29日
<http://www.jmari.med.or.jp/download/WP151.pdf>

3.2. 開業医のストレス

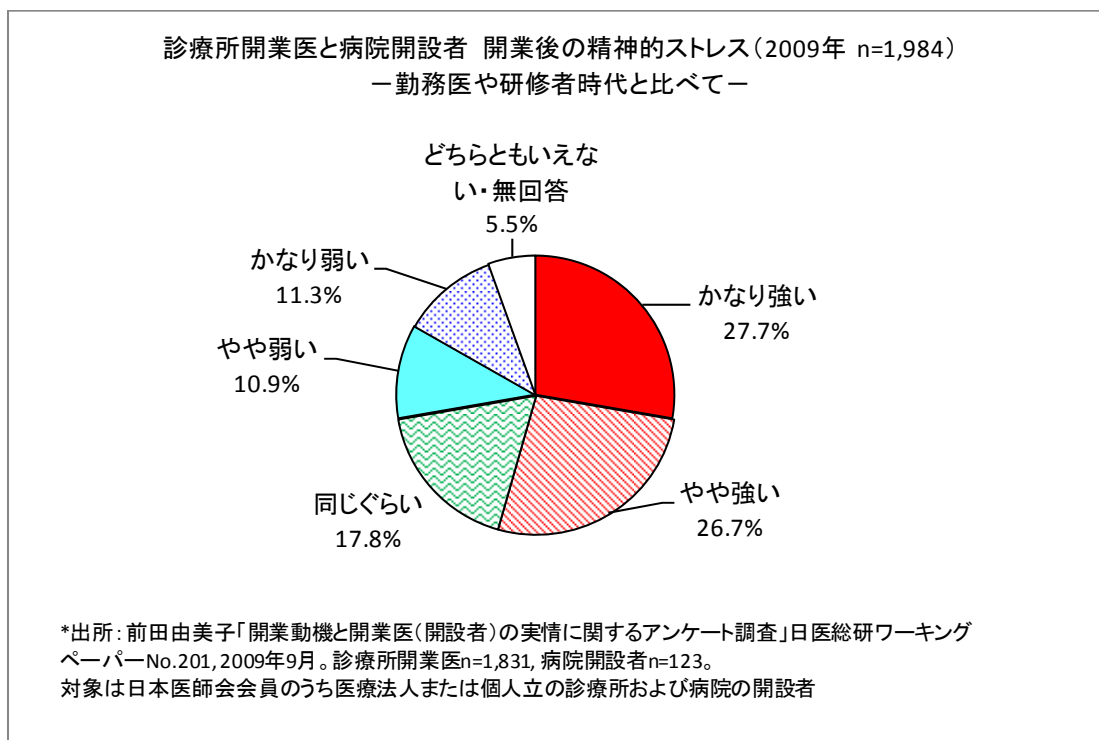
病院勤務医の過重労働が積年の課題となっている中で、開業医の労働問題はあまり考慮されていない。しかし、日本医師会の調査（2009年）によれば、開業医のうち勤務医や研究者時代と比べて開業してからの労働時間が増加したという回答が41.6%（図3.2.1）、精神的ストレスが強くなったという回答が54.4%である（図3.2.2）⁶。

図 3.2.1 診療所開業医と病院開設者 開業後の労働時間



⁶ 前田由美子「開業動機と開業医(開設者)の実情に関するアンケート調査」日医総研ワーキングペーパーNo.201, 2009年9月 <http://www.jmari.med.or.jp/download/WP201.pdf>

図 3.2.2 診療所開業医と病院開設者 開業後の精神的ストレス



3.3. 開業医の所得

開業医の所得については、2007年に角田・野村が2006年分の所得調査を行い⁷、ここから「手取り年収」を計算している。そして「個人開業医の手取り年収を勤務医師と比較すると、開業医の手取り年収は勤務医師に比べて45～49歳で1.05倍、50～54歳で1.2倍、55～59歳で1.2倍であった。この差が多いか少ないかについては様々な意見があるだろう。しかし、角田・野村は「開業医は、借金を背負い、赤字のリスクも抱え、就業補償もないことなどを忘れずに考慮する必要がある」と述べている⁸。

【手取り年収】

個人開業医（事業所得者）

手取り年収＝事業所得（減価償却前・青色申告控除前）＋雑所得^{*}＋給与収入^{*}－院長退職引当金－社会保険料－税金－借入金返済・設備投資
※医業介護関連活動に限る

勤務医（給与所得者）

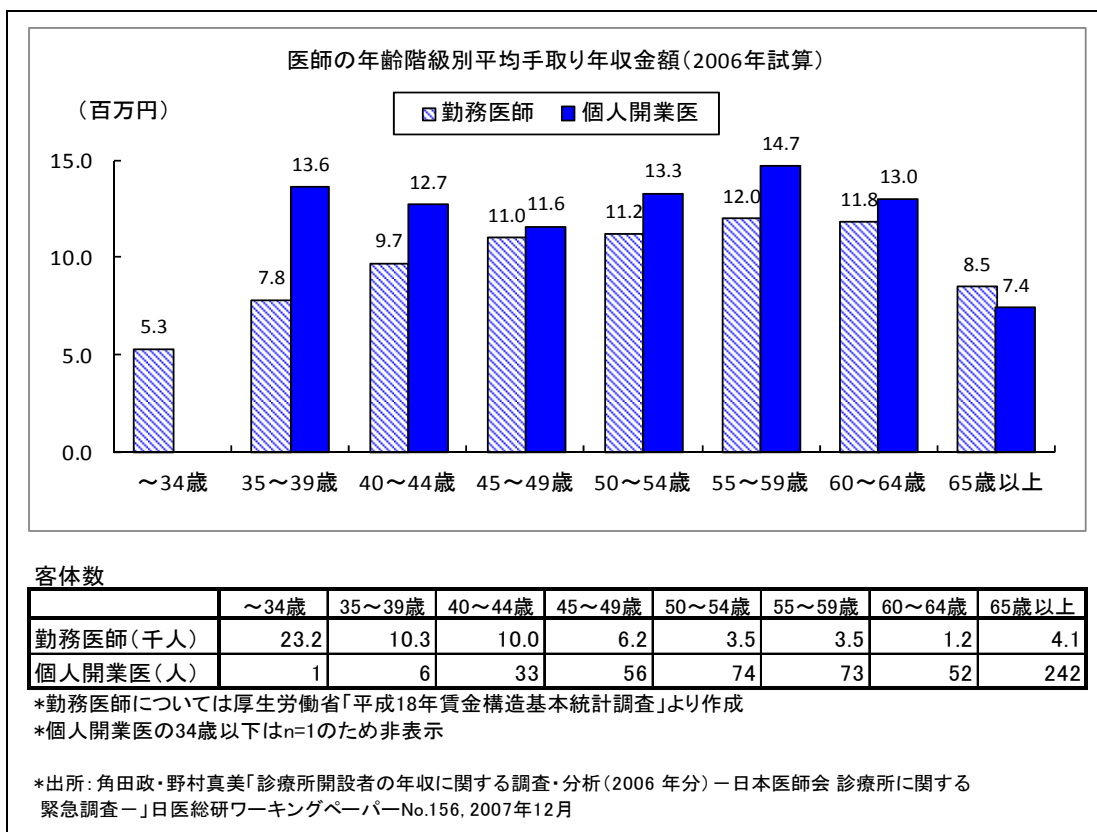
手取り年収＝給与収入（給与・賞与）－社会保険料－税金

⁷ 角田政・野村真美「診療所開設者の年収に関する調査・分析（2006年分）－日本医師会 診療所に関する緊急調査－」日医総研ワーキングペーパーNo.156, 2007年12月

<http://www.jmari.med.or.jp/download/wp156.pdf>

⁸ 既出「診療所開設者の年収に関する調査・分析（2006年分）－日本医師会 診療所に関する緊急調査－」

図 3.3.1 医師の年齢階級別平均手取り年収金額（2006年試算）

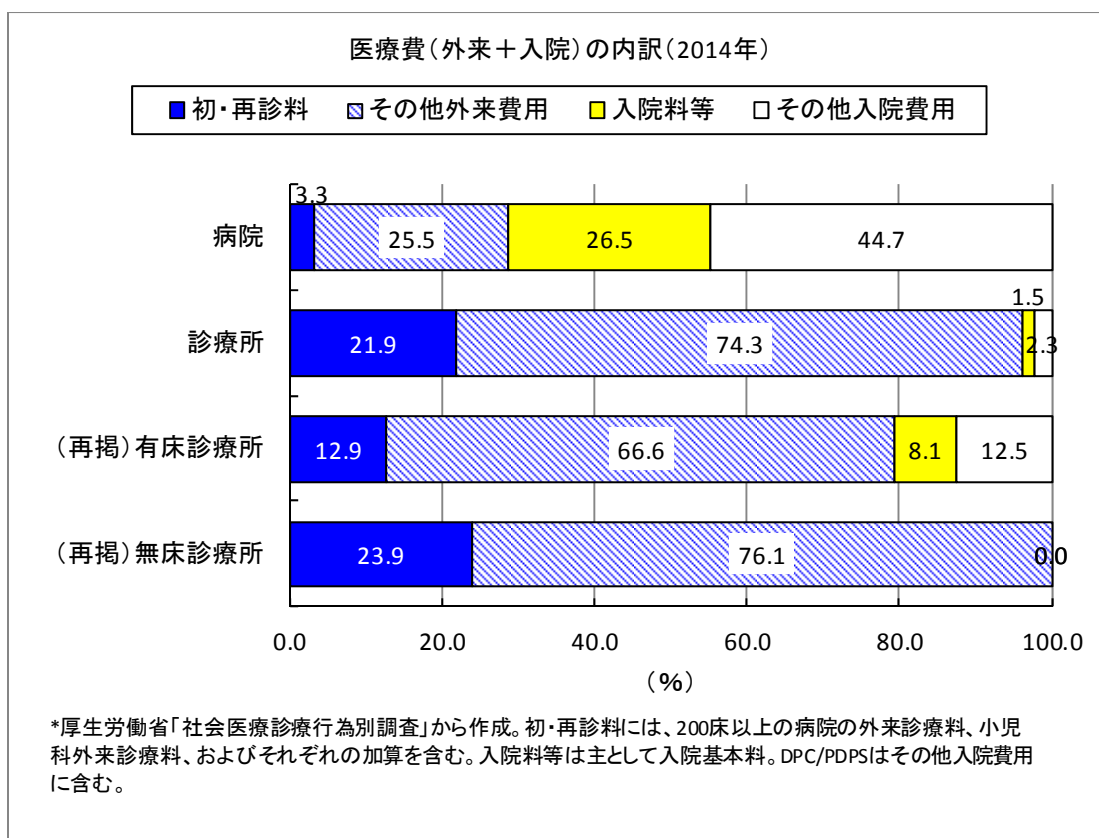


3.4. 診療所の経営原資（初・再診料）

診療所では、病院に比べて初・再診料が経営原資として大きな意味を持っている。初・再診料が医療費（医業収益）全体に占める割合は、病院で 3.3%、診療所で 21.9%である（図 3.4.1）。

初・再診料については、それが外来医療費（外来収益）に占める割合で病院と診療所が比較されることがあるが、外来医療費だけを分母にすることは問題があると考えられる。病院は入院機能と外来機能が分離しているわけではなく、患者は外来を経て入院し、退院後、当該病院の外来に通院するケースもある（紹介、逆紹介もある）。つまり、初・再診料は入院の「入口」でもあるので、外来と入院を一連のものとして、初・再診料の重みを比較すべきである。

図 3.4.1 医療費（外来＋入院）の内訳



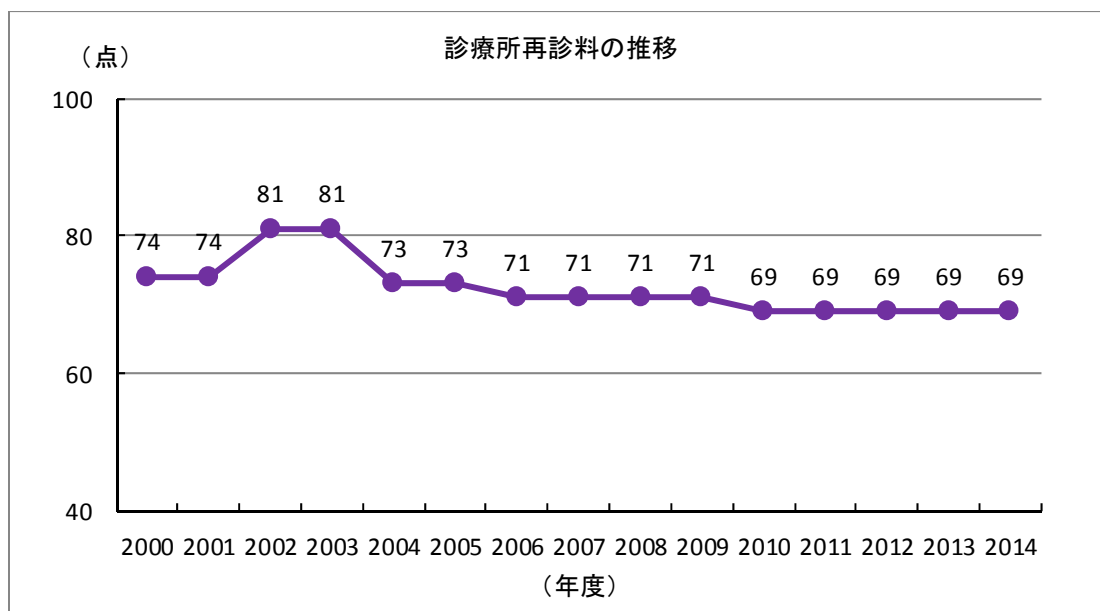
初・再診料のうち、診療所の再診料は 2010 年度の診療報酬改定で 71 点から 69 点に引き下げられた（図 3.4.2）⁹。これには明確な根拠があったわけではなく、当時の財源的制約によるものである。

再診料の引き下げについて

厚生労働省「平成 22 年度診療報酬改定における主要改定項目について」から抜粋

今回改定では再診料についても病診の統一を行う。具体的水準については、財源制約の下で診療所の再診料を一定程度下げることにより対応せざるを得ないが、一方で再診料は診療所にとっては収入の 1 割を占める基本料的な性格を持つものであること等も考慮し、69 点で統一する。

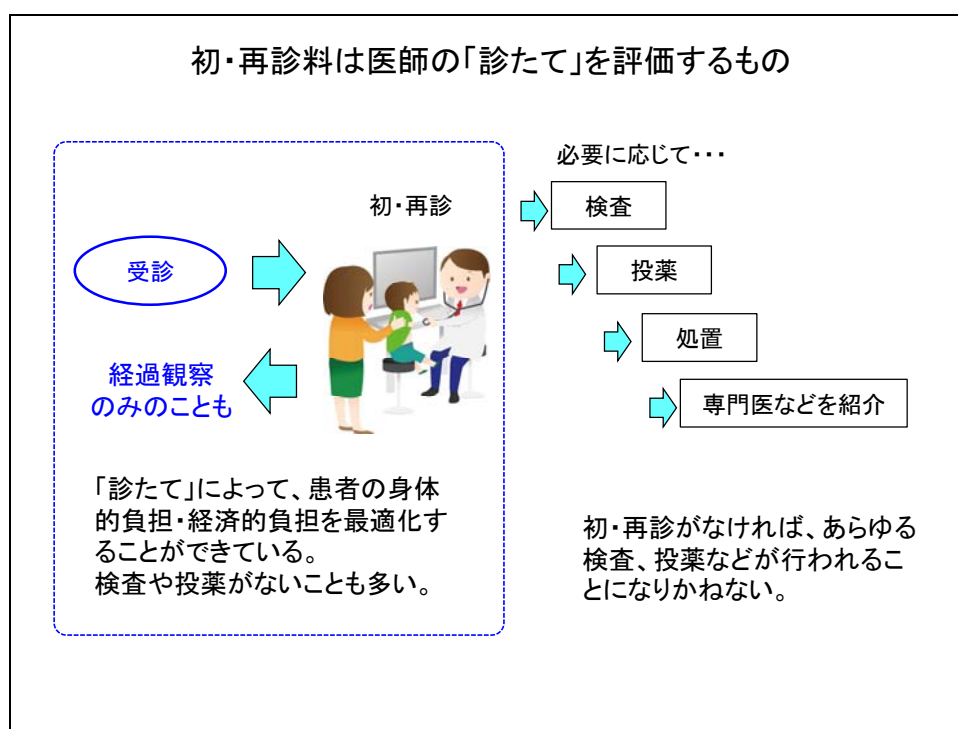
図 3.4.2 診療所再診料の推移



⁹ 2014 年度診療報酬改定では、消費税率引き上げに伴うプラス改定が行われ、再診料は病院・診療所とも 72 点になっている。

初診料、再診料は無形であり、なかなか評価されにくい。しかし、初診、再診が適切に行われなければ、患者の身体的負担および経済的負担が不必要に増加する（図 3.4.3）。極端な話をすれば、もし初診、再診というプロセスがなければ、すべての検査が行われることになる。

図 3.4.3 初・再診料は医師の「診たて」を評価するもの



4. かかりつけ医機能とかかりつけ医の養成

4.1. かかりつけ医機能に関連して

日本医師会は2014年に実施した調査で、開業医に対して、かかりつけ医にとって、あるいはかかりつけ医機能として、特に重要と思われる項目および実施することが負担あるいは困難な項目を質問した¹⁰。

2014年度に創設された地域包括診療料・地域包括診療加算の要件のひとつであるが¹¹、開業医は「常勤医師3人以上」は、かかりつけ医として重要な要件ではないと考えている(図4.1.1)。こういう外形的な要件は、地域密着型というよりも組織的な大規模診療所の経営を支援することになる懸念がある。地域包括ケアシステムの構築が最優先される中であっては、一診療所の規模よりも、地域における連携を重視すべきではないかと考える。

「在宅患者への24時間対応」は、「常勤医師3人以上」について負担の大きい項目であった¹²。患者に対する24時間対応は理想ではあるが、医師と患者との信頼関係、きずなを尊重し、医師と患者とがコミットしていれば、さまざまな対応の形もあり得るのではないかと考える。

また、開業医がかかりつけ医機能として重要であると考えている割合が比較的高かった項目の中には、「主治医意見書の作成」や「介護保険に係る相談」があり、地域包括ケアシステムの下で医療と介護との連携の重要性が認識されて

¹⁰ 前田由美子「2014年度診療報酬改定に係る診療所調査結果ーかかりつけ医機能と在宅医療を中心にー」日医総研ワーキングペーパーNo.330, 2014年12月16日
<http://www.jmari.med.or.jp/download/WP330.pdf>

¹¹ 地域包括診療料(診療所の場合)では、ア)時間外対応加算1を算定していること、イ)常勤医師が3人以上在籍していること、ウ)在宅療養支援診療所であることのすべてを満たす必要がある。地域包括診療加算では、ア)時間外対応加算1または2を算定していること、イ)常勤医師が3人以上在籍していること、ウ)在宅療養支援診療所であることのいずれかを満たす必要がある。

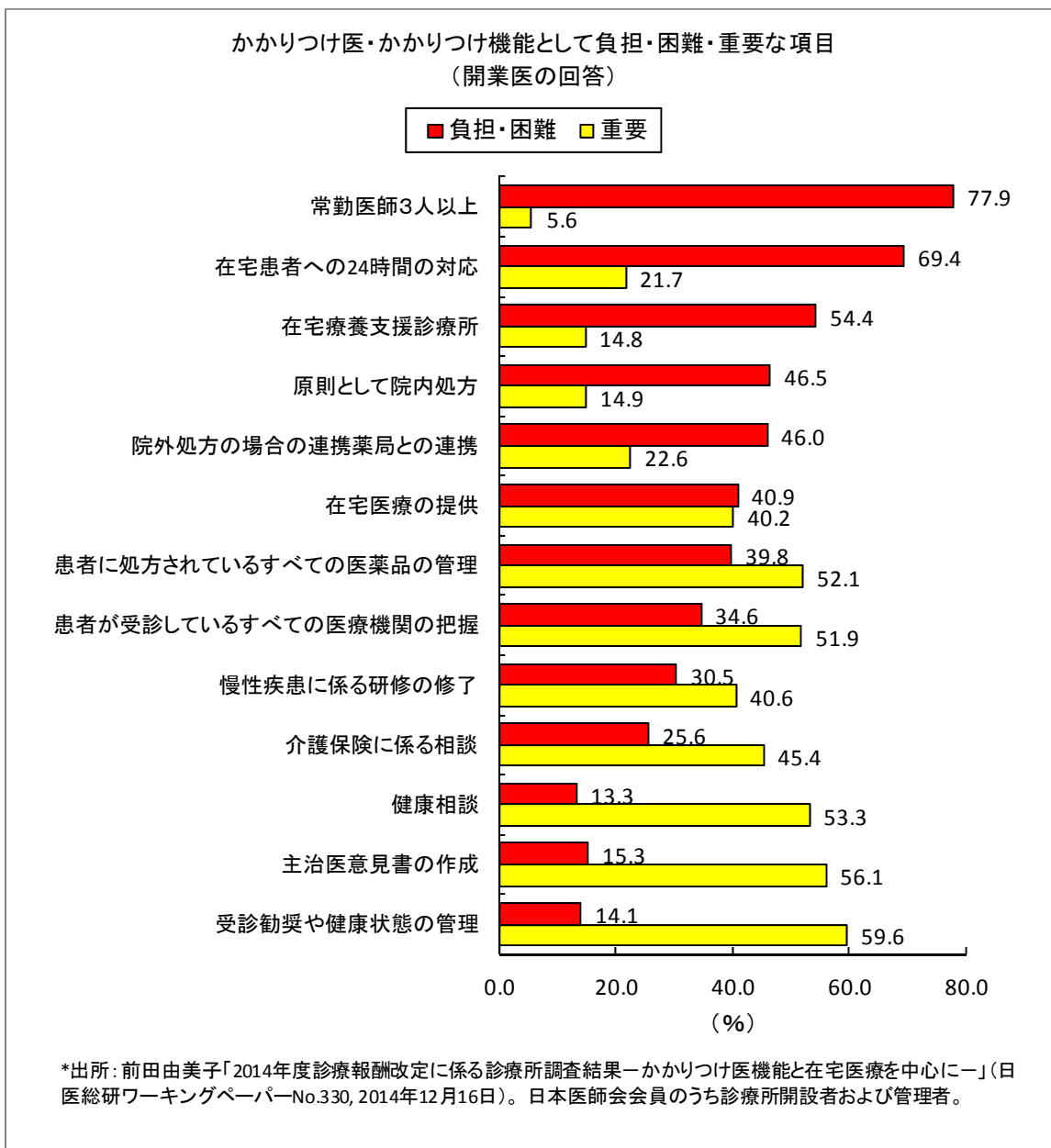
¹² 24時間対応は、時間外対応加算1の要件。

時間外対応加算1: 標榜時間外において常時、患者からの電話等による問い合わせに応じる。

時間外対応加算2: 標榜時間外の準夜帯において、患者からの電話等による問い合わせに応じる。休日、深夜又は早朝は留守番電話等で対応しても差し支えない。

いることがうかがえた。

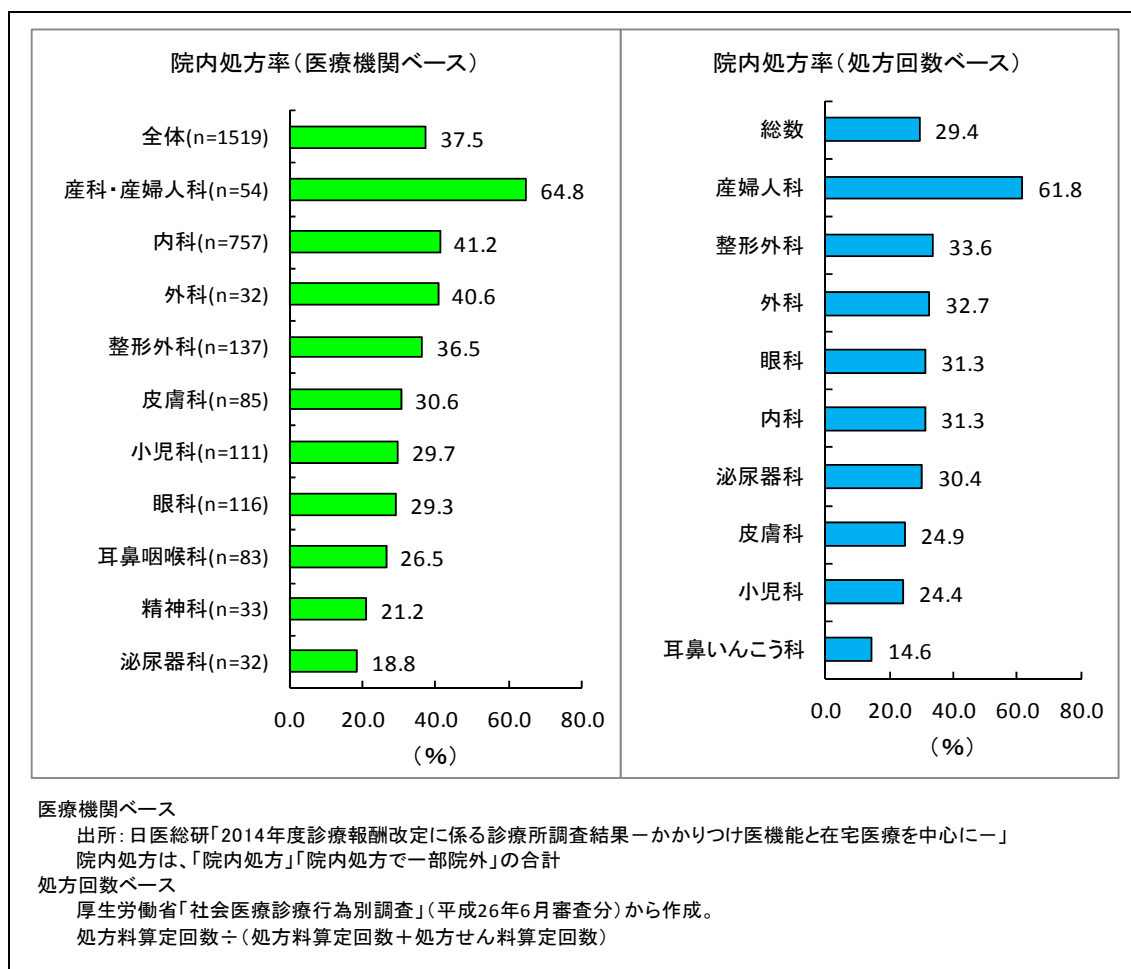
図 4.1.1 かかりつけ医・かかりつけ機能として負担・困難・重要な項目



2014 年度に創設された地域包括診療加算（料）では、服薬管理が主治医機能のひとつであることがあらためて確認され、院内処方が原則になった（院外処方を行う場合は 24 時間対応薬局等と連携する）。

現在、診療所の医療機関ベースでは、院内処方の診療所が 4 割近くある（図 4.1.2）。処方回数ベースでも院内処方率は約 3 割である（診療所としては院内処方であるが、処方によって、在庫にない医薬品は院外に出すというケースもあるので、医療機関ベースの院内処方率のほうが高い）。

図 4.1.2 診療所の院内処方の状況



医師の服薬管理が再評価され、これをきっかけに院内処方への回帰もあるのではないかと考えられるが、院内処方への評価は十分ではない（図 4.1.3）。院内処方と院外処方の公平性を高めるべく、調剤報酬と医科診療報酬との整合性を確保すべきではないかと考える。

図 4.1.3 院内処方・院外処方の主な診療（調剤）報酬

医 科		薬局調剤
院 内	院 外	
処方料 42点	処方せん料 68点	—
特定疾患処方管理加算 (28日未満)18点 (28日以上)65点		—
調剤技術基本料 8点 (薬剤師常勤の場合のみ。月1回)	—	調剤基本料 41点
—	—	基準調剤加算1 12点 基準調剤加算2 36点
—	一般名処方加算 2点	後発医薬品調剤体制加算1 18点 後発医薬品調剤体制加算2 22点
調剤料(内服薬6日の場合) 調剤1回 9点 ※剤数・日数又は調剤した量にかかわらず、1回の処方につき所定点数を算定	—	調剤料(内服薬6日の場合) 30点(1日分5点×6日) ※最大 89点(31日以上一律) ※1剤につき算定可能(服用時点が同一のものは、投与日数にかかわらず1剤とし、3剤を上限に算定)
—	—	一包化加算 32点(投与日数7日ごと/56日分以下)
薬剤情報提供料 10点 手帳記載加算 3点	—	薬剤服用歴管理指導料 41点 手帳記載なし 34点

4.2. かかりつけ医の養成

日本医師会が2014年に開業医を対象に行った調査では、今後、在宅医療への取り組みを拡大するかどうかと、在宅医療を行う上で（あるいは今後行うとして）、特に大変と感じていることを質問した。

その結果を分析すると、在宅医療の第一歩として、入門編的な研修、先輩医師の助言等が求められていることがあらためて明らかになった¹³。

日本医師会ではこれまで「かかりつけ医研修会」を実施してきたが¹⁴、さらに「かかりつけ医機能研修制度」を創設する。研修には、実地研修として社会的な保健・医療・介護・福祉活動、在宅医療、地域連携活動等の実践が含まれており、これまで以上にかかりつけ医機能の強化を支援するものになっている。このように、かかりつけ医を養成する仕組みは整いつつあるが、かかりつけ医の確保は待ったなしであり、国としての強力な後押しも必要である。

¹³ 前田由美子「2014年度診療報酬改定に係る診療所調査結果－かかりつけ医機能と在宅医療を中心に－」日医総研ワーキングペーパーNo.330, 2014年12月16日

¹⁴ 地域包括診療料・地域包括診療加算では、当該医療機関が担当医を決め、当該医師は、関係団体主催の研修を修了していることが要件となっており、その研修として日本医師会が「地域包括診療加算・地域包括診療料に係るかかりつけ医研修会」を実施している。

日本医師会「2014年度診療報酬改定に係る診療所調査結果－かかりつけ医機能と在宅医療を中心に－」から抜粋

【今後、在宅医療を拡充・継続する予定のグループ（拡充・継続）】

このグループは、在宅医療に必要なコストの捻出が大変という回答が比較的上位に挙がっている。在宅医療に前向きなグループであり、重症患者に高度な在宅医療を提供するなどして、在宅医療のコスト負担が重荷になっているのではないかと推察される。さらに、在宅医療を進めるためには、患者だけでなく患者家族との関係が重要であることがうかがえる。

なお、すでに在宅医療を経験しているグループは、新規にはじめようとするグループに比べて、全体的に「大変」という回答の割合が低い。

【在宅医療から縮小・撤退しようとしているグループ（縮小・撤退）】

自身の体力や他院との連携が大変で、縮小、撤退に向かおうとしている。医師自身も高齢化していること、また地方では連携先もなく、高齢の医師が孤立無援になっているおそれがある。

【これから在宅医療に新規参入しようとしているグループ（新規参入）】

他のグループに比べると、認知症、がんについての知識や医療技術の習得を大変だと感じている。在宅医療について相談できる医師も求められており、先輩医師の積極的な支援が望まれる。さらに、多職種との連携も大変と感じており、地域の関係者の支援も必要である。

【在宅医療の予定がないグループ（予定なし）】

在宅医療についての知識や医療技術の習得が負担になっている。第一歩を踏み出せそうな入門編的な講習会も有効ではないかと考えられる。

また、他のグループに比べて、自院の看護職員の確保、訪問看護ステーションとの連携を大変と感じている。医師と看護職員が協働できる体制が整えば、在宅医療に踏み出せる可能性もある。

日本医師会かかりつけ医機能研修制度（概要）¹⁵

1) 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。

2) 「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

3) 研修内容

「基本研修」・・・日医生涯教育認定証の取得

「応用研修」・・・日医が行う中央研修、関連する他の研修会、および一定の要件を満たした都道府県医師会並びに郡市区医師会が主催する研修の受講【座学】

「実地研修」・・・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

¹⁵ 詳しくは、2015年10月23日 日本医師会定例記者会見「日医かかりつけ医機能研修制度について（鈴木邦彦常任理事） <http://www.med.or.jp/nichiionline/article/003948.html> 参照

5. おわりに（まとめ）

地域包括ケアシステムにおけるかかりつけ医の役割はきわめて重要であるが、主にかかりつけ医を担っている診療所医師、とくに開業医の確保が困難になっている。

- 医師数全体では増加しているが、開業医は若干増えているに過ぎない。診療所医師が専門分化しており、日本医師会・四病院団体協議会が定義している「なんでも相談できる」かかりつけ医の必要性がより高まっている。
- 診療所医師が増えている診療科でも、医師不足地域で新規開業するといったことは、ほとんどない。眼科、耳鼻いんこう科などの学校医の確保もさらに困難になると推察される。診療所では医師の高齢化も顕著である。
- 病院勤務医の過重労働が積年の課題となっている中で、開業医の労働問題はあまり考慮されていない。勤務医時代よりも、労働時間が長くなった、精神的ストレスが強くなったという医師が少なくない。
- 診療所の主たる経営原資である再診料は、過去に財源的制約から引き下げられたままである。

身近なかかりつけ医の不足は、在宅医療の推進や地域包括ケアシステムの構築に支障をきたす。開業医は、地域医療活動を行い、自院の経営のみならず、地域住民の健康に対しても大きな責務を負っている。地域医療活動や診療所の主たる経営原資である初診料や再診料はなかなか見えにくい。しかし、診療所医師のさまざまな活動に対して正当な評価を行ってこそ、医師が診療所を開設し、さらには、かかりつけ医を目指そうという希望を持てるようになるのではないかと考える。