

2021年10月19日

日医総研リサーチ・レポート No.115

## 生活習慣病等の診療報酬上の評価について

日本医師会総合政策研究機構 前田由美子

1. 生活習慣病を中心に、かかりつけ医機能等を評価する診療報酬が導入されてきたが、診療報酬に包括払いを導入するための方便とされているかのようであり、評価すべき機能についての本質的な議論は必ずしも十分ではなかったと思われる。本稿では、あるべき評価に向かうための足掛かりとなることを期待して、関連する診療報酬のこれまでを振り返る。
2. 「外総診」、「生活習慣病管理料」等は、財源に翻弄されてきた。診療報酬改定率が右肩下がりの時に包括払いで導入され、たちまち梯子を外されたものもあった。
3. 財務省は出来高の「地域包括診療加算」ではなく、包括の「地域包括診療料」の拡大に執着しており、今後も包括払いを拡大しようとすることは必至である。しかし、かかりつけ医機能については、その評価を医療費抑制の手段とするのではなく、腰を据えて機能に見合った評価に進化させていくべきと考える。



## 目 次

はじめに .....	1
1. 経緯 .....	3
2. 外総診 .....	5
3. 後期高齢者診療料 .....	7
4. 生活習慣病管理料 .....	9
5. 特定疾患療養管理料 .....	13
6. 地域包括診療料および加算 .....	16
7. 小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料 .....	20
8. 機能強化加算 .....	23
おわりに .....	26

## はじめに

これまで、生活習慣病に係る管理など、かかりつけ医機能等を評価する診療報酬がいくつか導入されたが、その後の経過は時の財政事情に翻弄されてきた。そしてその過程で、評価すべき機能についての本質的な議論は必ずしも十分ではなかったと思われる。本稿では、あるべき評価に向かうための足掛かりとなることを期待して、主に生活習慣病等の慢性疾患を中心に関連する診療報酬を振り返る。

これまでの診療報酬改定の過程では、主治医、主治医機能、かかりつけ医師、かかりつけ医、かかりつけ医機能と用語が変遷しているが、本稿では当時の用語をそのまま用いる。

「かかりつけ医」については、2013年8月に日本医師会・四病院団体協議会（以下、日医・四病協）が一定の定義をしているが、当時の「総合診療医」\*との関係で整理されたものである。そこまでは「かかりつけ医」とは「患者が医師を表現する言葉」であり、「医師みずからが『かかりつけ医』と名乗るのはおこがましい」という受け止めもあった<sup>1</sup>。

なお、日医・四病協の「かかりつけ医」は、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。

※2013年4月に厚生労働省の専門医の在り方に関する検討会が「総合診療医」は「総合的な診療能力を有する医師」であり、「総合診療医には、日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる」とした<sup>2</sup>。その後2018年に「総合専門診療医」の研修がスタートした<sup>3</sup>。

---

<sup>1</sup> 唐澤祥人「医療崩壊 医師の主張」p.86 2008年 毎日新聞社（「祥」は示編に羊）

<sup>2</sup> 「専門医の在り方に関する検討会報告書」2013年4月22日

<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju-att/2r985200000300lb.pdf>

<sup>3</sup> 一般社団法人日本専門医機構 総合診療専門医のホームページ

<https://jmsb.or.jp/sogo/>

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」（抜粋）<sup>4</sup>

2013年8月

「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。

---

<sup>4</sup> [https://www.ajha.or.jp/topics/4byou/pdf/131007\\_1.pdf](https://www.ajha.or.jp/topics/4byou/pdf/131007_1.pdf)

## 1. 経緯

これまでの生活習慣病への取り組み等を評価した主な診療報酬を次頁に示した(表 1.1)。これらの評価は、包括診療報酬との抱き合わせで導入されたことが多い。1996 年は、診療報酬における「包括元年」ともいえる年で、この年に、国立病院等の急性期病院における入院医療の包括化の試行が決まったほか<sup>5</sup>、外来では包括の「老人慢性疾患外来総合診療料」(「外総診」)等が新設された(そのかわり 1996 年度改定の医科本体改定率は 3.6%のプラス改定であった)。

2008 年度には包括の「後期高齢者診療料」が新設されたが、後期高齢者医療制度そのものへの批判の巻き添えとなって早々に廃止にいたった。

2014 年度の「地域包括診療加算」、2016 年度の「認知症地域包括診療加算」、2018 年度の「機能強化加算」はそれぞれ「加算」であり包括払いではないが、財政主導で要件の見直しを強いられている。

---

<sup>5</sup> 1998 年 11 月から 2004 年 3 月まで国立病院等 10 病院を対象における 1 入院当たりの急性期入院医療包括払い制度を施行。2003 年 3 月 28 日に閣議決定された健康保険法等の一部を改正する法律附則第 2 条第 2 項の規定に基づく基本方針で、急性期入院医療について 2003 年度に特定機能病院を対象に包括評価(現行の DPC/PDPS)を実施することとされた。

表 1.1 かかりつけ医機能等を評価した主な診療報酬

改定年	診療報酬（新設）	包括※	改 廃
1958（S33）	慢性疾患指導料	包括	1981年に慢性疾患指導管理料に名称変更、1988（S63）に慢性疾患外来医学管理料、慢性疾患指導料に分離後、1992（H4）年度改定で廃止
1992（H4）	特定疾患療養指導料		2006（平成18）年に、特定疾患療養管理料に名称変更
	小児科療養指導料		存続
1996（H8）	老人慢性疾患外来総合診療料（外総診）	包括	2004（平成16）年9月末廃止
	運動療法指導管理料	包括	2002年に生活習慣病指導管理料に名称変更
	小児科外来診療料	包括	存続
2002（H14）	生活習慣病指導管理料	包括	運動療法指導管理料から名称変更
2006（H18）	生活習慣病管理料	包括	生活習慣病指導管理料から名称変更、存続
	特定疾患療養管理料		特定疾患療養指導料から名称変更、存続
2008（H20）	後期高齢者診療料	包括	2008年7月1日凍結、2010年度改定で廃止
2014（H26）	地域包括診療料、地域包括診療加算	地域包括診療料は包括	存続
2016（H28）	認知症地域包括診療料、認知症地域包括診療加算	認知症地域包括診療料は包括	存続
	小児かかりつけ診療料	包括	存続
2018（H30）	機能強化加算		存続

※包括は一部包括を含む。

## 2. 外総診

1996（平成 8）年度の診療報酬改定で、「薬漬け」の解消を期待して<sup>6</sup>、「老人慢性疾患外来総合診療料」（以下、「外総診」）が創設された（表 2.1）<sup>7</sup>。

表 2.1 外総診の趣旨と主な算定要件等

<p>「外総診」<sup>8</sup></p> <p>医療機関の選択により、老人慢性疾患を主病とする患者に対して、計画に基づき 1 月に 2 回以上の指導及び診療を行った場合に、1 月に 1 回に限り算定。主病に関する生活指導、検査、投薬及び注射の費用を包括して評価。</p> <ul style="list-style-type: none"><li>・他の保健・医療・福祉サービスとの連携調整を担当する常勤の者を配置。</li><li>・地域医師会等の協力・調整等の下、緊急時等の協力体制を整えることが望ましい。</li></ul>
---

「外総診」は当初から、当該患者が他の医療機関を受診した場合の取り扱い（「主治医」かどうかにかかわらず老人手帳に先に記載した医師が算定できること等）が懸念されており、算定要件や取り扱いの明確化により改良が図られてきた<sup>9</sup>。しかし、6 年も経った 2002（平成 14）年 9 月末に「外総診については、当該患者が他の医療機関を受診した場合の取扱い等に関する混乱が続いた」<sup>10</sup>として突然廃止にいたった。

「外総診」は順調に算定回数を伸ばし（図 2.1）、2001 年度には医療費 30.4 兆円に対し、「外総診」は推計 3,800 億円算定されていた<sup>11</sup>。2001 年は、医

<sup>6</sup> 1996 年 5 月 23 日 東京読売新聞 朝刊

<sup>7</sup> 支払側の強硬な要請もあったが、バブル崩壊後、医療保険財政の持続可能性に不安が高まりつつある時期であり、日本医師会の会内委員会からも選択包括制の提案があった。

「日本医師会創立記念誌－日本医師会戦後五十年のあゆみ」 p.220

<https://www.med.or.jp/jma/about/50th/pdf/50th1H7.pdf>

<sup>8</sup> 「老人医療に関する療養の基準及び診療報酬について」 2007 年 6 月 18 日 社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会資料

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0618-7c.pdf>

<sup>9</sup> たとえば、「老人慢性疾患外来総合診療料の取扱いについて」 1998 年 3 月 31 日厚生省老人保健福祉局老人保健課長通知

[https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00ta4169&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00ta4169&dataType=1&pageNo=1)

<sup>10</sup> 参議院議員小池晃君提出 2002 年度診療報酬改定に関する質問に対する答弁書 2002 年 3 月 29 日

<https://www.sangiin.go.jp/japanese/joho1/kousei/syuisyo/154/touh/t154013.htm>

<sup>11</sup> 厚生労働省「社会医療診療行為別調査」の算定点数（6 月審査分）を単純に 12 倍して年換算として計算。医療費 30.4 兆円は医療保険医療費。



療費の「伸び率管理」が俎上に上がった年であり<sup>12</sup>、2002年度の医療制度改革では被用者本人の3割負担への引き上げが決定され、診療報酬のマイナス改定も行われた<sup>13</sup>。そして「外総診」も医療費抑制の中で打ち切られた。「外総診」の廃止により、「外総診」を算定していた診療所では、老人（当時）1件当たり点数が▲23%となり（算定なしの診療所は▲12%）<sup>14</sup>、医業経営へ大きな打撃をもたらした。

図 2.1 老人慢性疾患外来総合診療料（外総診）の算定回数

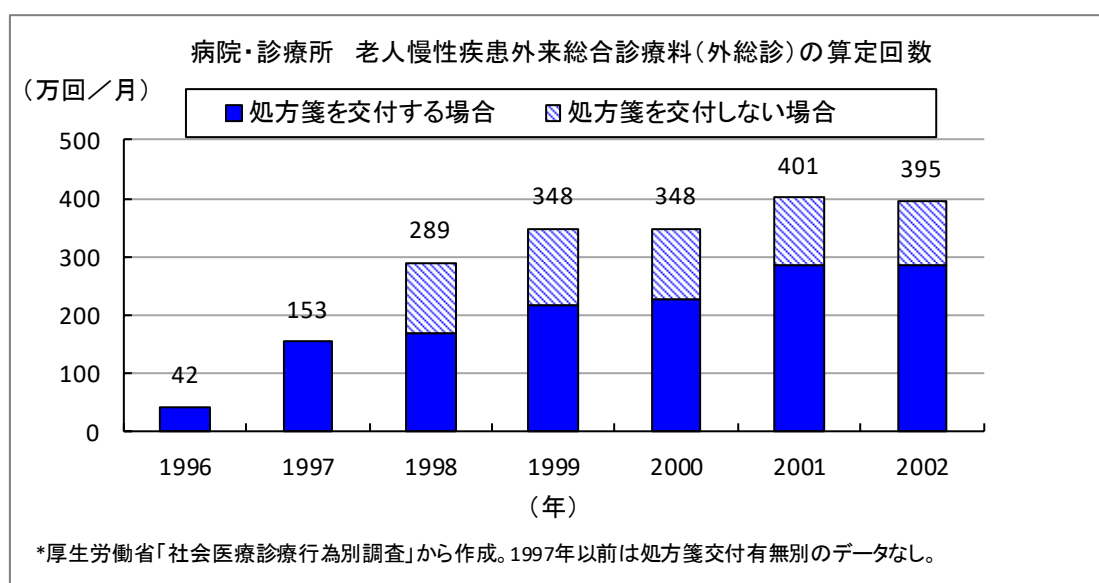


表 2.2 老人慢性疾患外来総合診療料（外総診）の診療報酬

	1996年度	1997年度	1998～2002年9月末
処方箋交付あり	月1回1,470点	月2回まで735点/回	
処方箋交付なし	月1回1,770点	月2回まで885点/回	1回目1,035点 2回目735点

<sup>12</sup> 厚生労働省「医療制度改革試案－少子高齢社会に対応した医療制度の構築－」（2001年9月25日）において、2002年度に「高齢者医療制度の持続可能性を確保するため、老人医療費の伸びが経済の動向と大きく乖離しないよう、その伸び率を抑制する仕組みを新たに導入する」こととされた。

<https://www.mhlw.go.jp/houdou/0109/h0925-2b.html#3-3-1>

<sup>13</sup> 厚生労働省「医療制度改革について」<https://www.mhlw.go.jp/houdou/2002/02/h0223-1.html>

<sup>14</sup> 日本医師会「第二次レセプト調査 集計結果」（2003年2月）p.14

有効回答数 外総診あり2,690施設、なし6,0845施設。

<https://www.med.or.jp/nichikara/rece2.pdf>

2002（平成14）年度の診療報酬改定は医科本体▲1.3%のマイナス改定であり、また再診料に同一月内通減制が導入された。再診料（診療所）74点→1回目81点、2～3回目74点、4回目以降37点。

### 3. 後期高齢者診療料

2007年10月に社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会がとりまとめた「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」<sup>15</sup>では、主治医が後期高齢者の外来医療において患者の病歴、受診歴や服薬状況、他の医療機関の受診状況等を集約して把握することが提言された。

2007年11月、中央社会保険医療協議会（以下、中医協）では、

- 主治医は患者の同意を得た上で年間の診療計画を作成し、総合的な評価や検査等を通じて全人的に患者の病状等を把握し、継続的に診療を行うことを評価すること<sup>16</sup>
- 総合的に診る医師は1人であること<sup>17</sup>
- 医学管理等、検査、処置、画像診断を包括すること<sup>18</sup>

という事務局提案が俎上に上がった。これに対し日本医師会は、包括払いに誘導された上、患者が受診できる医師が制限されるなどと反対した<sup>19</sup>。

2007年中の議論を経て、2008年度の診療報酬改定で、包括の「後期高齢者診療料」（月1回600点）が創設された。当初は「総合的に診る取組を行う医師は1人」<sup>20</sup>と提案され、登録医制や人頭払いを想起させるものであった。結局、医師1人ではなく、1医療機関ということで決着したが、複数の主病を有している患者であっても1医療機関しか算定できないことへの批判や、将来たやすく包括払いの点数が削られるのではないかとの懸念の声が相次いだ（「外総診」に比べると点数も低かった）。

---

<sup>15</sup> <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/10/dl/s1010-7a.pdf>

<sup>16</sup> 「後期高齢者医療について（外来医療①）」2007年11月2日 中医協基本問題小委員会資料

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1102-3j.pdf>

<sup>17</sup> 「後期高齢者の外来医療について（参考資料）」2007年11月28日 中医協基本問題小委員会資料

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1128-14f.pdf>

<sup>18</sup> 「後期高齢者医療について（薬歴管理、外来医療②）」2007年11月28日 中医協基本問題小委員会資料 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/11/dl/s1128-14e.pdf>

<sup>19</sup> 「2008年度診療報酬改定にかかわる日本医師会の主張」2007年12月18日 日本医師会緊急記者会見資料 [http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20071218\\_2.pdf](http://dl.med.or.jp/dl-med/teireikaiken/20071218_2.pdf)

<sup>20</sup> 既出「後期高齢者医療について（薬歴管理、外来医療②）」

表 3.1 後期高齢者診療料の主な算定要件等

- ・月 1 回 600 点。
- ・保険医療機関である診療所または当該病院を中心とした半径 4 キロメートル以内に診療所が存在しない病院。
- ・入院中の患者以外の患者であって別に厚生労働大臣が定める慢性疾患を主病とするものに対して、後期高齢者の心身の特性を踏まえ、患者の同意を得て診療計画を定期的に策定し、計画的な医学管理の下に、栄養、運動又は日常生活その他療養上必要な指導及び診療を行った場合に算定できる。
- ・診療計画には、療養上必要な指導及び診療内容、他の保健・医療・福祉サービスとの連携等を記載すること。
- ・毎回の診療の際に服薬状況等について確認するとともに、院内処方を行う場合には、経時的に薬剤服用歴が管理できるような手帳等に薬剤名を記載する。
- ・患者の主病と認められる慢性疾患の診療を行う 1 保険医療機関のみにおいて算定。
- ・当該患者に対して行われた医学管理等、検査、画像診断、処置は後期高齢者診療料に含まれる。ただし、病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置のうち、550 点以上の項目については別途算定できる。

2008 年度から施行された後期高齢者医療制度そのものについても、保険料の年金天引きが高齢者差別につながるなどの批判があり、「後期高齢者診療料」は「後期高齢者終末期相談支援料」等とともに 2008 年 7 月 1 日に凍結された（名称も批判され、「長寿医療」と呼んでみたものの効果はなかった）。その後、2009 年 9 月に政権が交代し、後期高齢者の診療報酬については国民的合意が得られていないとして 2010 年度の診療報酬改定では正式に廃止になった。

「後期高齢者診療料」の廃止後、日本医師会が行ったアンケート調査では、後期高齢者診療料の届出をしたが算定をしなかった診療所があり、その理由として、算定要件がわかりにくい（当該患者に主病である慢性疾患の診療を行なった保険医療機関しか算定できないなど）、必要性を感じない、患者に説明しづらい等が挙げられていた<sup>21</sup>。

<sup>21</sup> 前田由美子「日本医師会「平成 22 年度レセプト調査」(3)－平成 22 年度改定で廃止された後期高齢者診療料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.220, 2010 年 8 月 有効回答数（診療所）2,217 施設。2008～2009 年度に後期高齢者診療料の届出をし算定した 5.0%、届出をしたが算定していない 4.7%、届出をしていない 89.7%、無回答 0.9%。  
<https://www.jmari.med.or.jp/download/WP220.pdf>

## 4. 生活習慣病管理料

1996（平成 8）年度に、高血圧患者に対し、運動処方による総合的な治療管理を評価する「運動療法指導管理料」が創設された<sup>22</sup>。これは、1996 年度の診療報酬改定で導入された「外総診」などとともに、外来包括点数のひとつであったが、ほとんど算定されなかった<sup>23</sup>。

2002（平成 14）年度の診療報酬改定で「運動療法指導管理料」は、「高血圧等の生活習慣病を主病とする患者に対して治療計画に基づき生活習慣に関する総合的な指導及び治療管理を行った場合」<sup>24</sup>を評価する「生活習慣病指導管理料」に改編された（2006（平成 18）年に「生活習慣病管理料」に名称変更。また 2009 年度までは一般のみ対象）。

表 4.1 生活習慣病管理料の主な算定要件等

- ・ 月 1 回。
- ・ 許可病床 200 床以上の病院は算定不可。
- ・ 医学管理、検査、投薬、注射、病理診断を包括。
- ・ 治療計画を策定し、当該治療計画に基づき、服薬、運動、休養、栄養、喫煙、家庭での体重や血圧の計測、飲酒及びその他療養を行うに当たっての問題点等の生活習慣に関する総合的な治療管理を行う。
- ・ 生活習慣に関する総合的な治療管理を行う旨、患者に対して療養計画書により丁寧に説明を行い、患者の同意を得るとともに、当該計画書に患者の署名を受ける。生活習慣病管理料を算定している患者に対しては、少なくとも 1 月に 1 回以上の総合的な治療管理が行われなければならない。

<sup>22</sup> 「診療報酬点数表等の改正等について」1996 年 3 月 8 日 都道府県知事あて厚生省保険局長通知 [https://www.mhlw.go.jp/web/t\\_doc?dataId=00tb0364&dataType=1&pageNo=1](https://www.mhlw.go.jp/web/t_doc?dataId=00tb0364&dataType=1&pageNo=1)

<sup>23</sup> 厚生労働省「社会医療診療行為別調査 平成 13 年 6 月審査分」によると、再診料（外来診療料を除く）算定回数 92.4 百万回／月に対して、運動療法指導管理料算定回数は 0.1 百万回／月。

<sup>24</sup> 厚生労働省「平成 14 年度社会保険診療報酬等の改定概要」

<https://www.mhlw.go.jp/topics/2002/02/tp0222-1a.html>

「生活習慣病指導管理料」が新設された2002（平成14）年度は、診療報酬本体が初めてマイナス改定（▲1.3%）になった年であったが、「生活習慣病指導管理料」の点数は、「運動療法指導管理料」よりも大幅に高かった。また「生活習慣病管理料」は、「特定疾患療養管理料」を算定して検査料や処方箋料等を出来高で算定する場合に比べて、高めに設定されていた（条件によるが）<sup>25</sup>。「外総診」を月2回算定した時よりは低いが、生活習慣病患者の通院は月1回程度であるので、月1回の算定では「外総診」よりも高かった。

表 4.2 生活習慣病管理料等の点数（月1回）

		運動療法指導管理料	生活習慣病指導管理料	生活習慣病管理料	
		2001年	2002年	2006年	2008年～
処方箋 交付あり	高脂血症	850点	1,050点	900点	650点
	高血圧症	900点	1,100点	950点	700点
	糖尿病	1,000点	1,200点	1,050点	800点
処方箋 交付なし	高脂血症	1,350点	1,550点	1,460点	1,175点
	高血圧症	1,250点	1,400点	1,310点	1,035点
	糖尿病	1,450点	1,650点	1,560点	1,280点

（参考）老人慢性疾患外来総合診療料（外総診）

	1998年～2002年9月末	2002年9月末廃止
処方箋交付あり	月2回まで 735点	
処方箋交付なし	1回目 1,035点、2回目 735点	

<sup>25</sup> 「生活習慣病管理料」が2002年度に創設された時点では、定率の患者一部負担とは別に定額の薬剤一部負担金が存続しており（若人のみ。老人（当時）は2000年末に廃止済。若人は2003年度末で廃止。）、院内処方では「生活習慣病管理料」を算定した場合には、これが免除されていた。

「生活習慣病指導管理料」は点数が低いわけではなかったが、算定回数は低調であった。その理由として、厚生労働省が 2007 年に行った調査では、「点数の設定が高く、患者の負担増につながるから」が 53.4%でもっとも多く挙げられていた<sup>26</sup>。

その後、「生活習慣病指導管理料」は、「より多くの医療機関で活用されるべく」<sup>27</sup>、一転して点数が引き下げられる。2006（平成 18）年度改定では、「生活習慣病管理料」に改編され、療養計画書の様式が記述式からチェック方式に変更されたかわりに、点数が引き下げられた。2008（平成 20）年度改定では、療養計画書がさらに簡便化されたかわりに、「患者の自己負担が高く、普及が進まない」<sup>28</sup>として、さらに点数が引き下げられた。

2018（平成 30）年度改定では、療養計画書に、血圧の降圧目標の記載が必須になった<sup>29</sup>。2020（令和 2）年度改定では、糖尿病患者に対して眼科に受診勧奨を行なう要件が追加されるとともに、療養計画書に歯科受診の状況の記載欄が追加された<sup>30</sup>。

「生活習慣病管理料」は、包括払いの先駆けとして現在も存続しているが、いったんインセンティブが与えられた直後から点数が引き下げられ、また最近の要件強化を経て、算定回数は減少の一途を辿っている。

---

<sup>26</sup> 厚生労働省「平成 18 年度診療報酬改定結果検証に係る調査 生活習慣病管理料算定保険医療機関における患者状況調査 報告書」

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/dl/s0709-7b.pdf>

「平成 18 年度診療報酬改定の概要について」（2006 年 2 月 15 日）では、点数引き下げについて「服薬よりもむしろ運動習慣の徹底と食生活の改善を基本とする観点から、院内処方の場合の評価を引き下げる以上に院外処方の場合の評価を引き下げる」ともされている。

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2006/02/dl/s0215-3u.pdf> p.9

<sup>27</sup> 「平成 18 年度診療報酬改定結果検証に係る調査 生活習慣病管理料算定保険医療機関における患者状況調査 報告書」2008 年 7 月 9 日 中医協総会資料

[https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/dl/s0709-8e\\_0001.pdf](https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/07/dl/s0709-8e_0001.pdf)

<sup>28</sup> 「平成 20 年度診療報酬改定における主要改定項目について（案）」2008 年 2 月 13 日 中医協総会資料 p.30

<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/02/dl/s0213-4a.pdf>

<sup>29</sup> 厚生労働省保険局医療課「平成 30 年度診療報酬改定の概要 医科 I」p.60

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000198532.pdf>

<sup>30</sup> 厚生労働省保険局医療課「令和 2 年度診療報酬改定の概要」p.53

<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691038.pdf>

図 4.1 生活習慣病管理料の算定回数

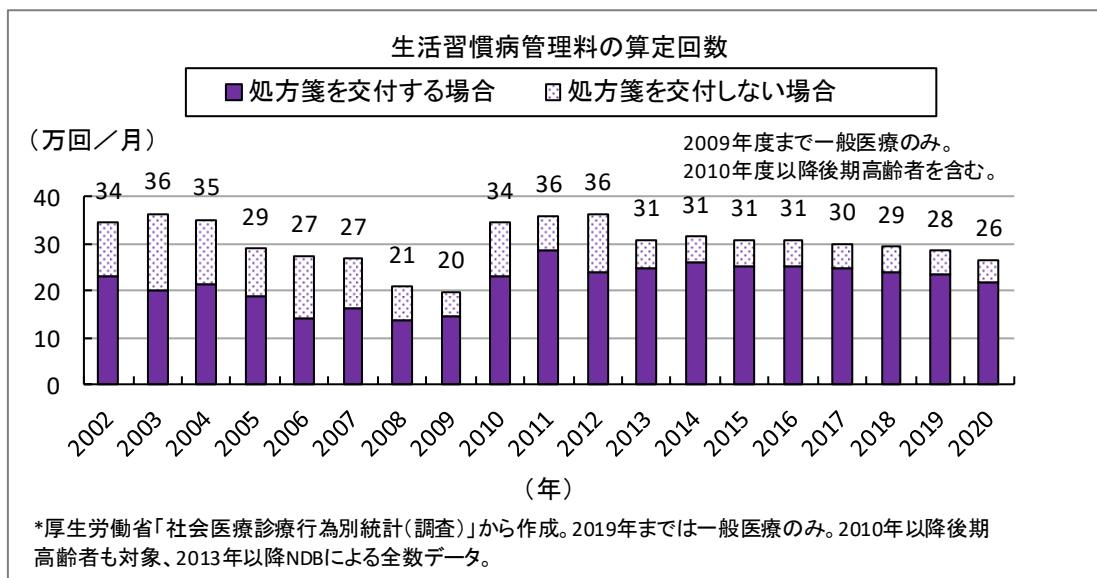
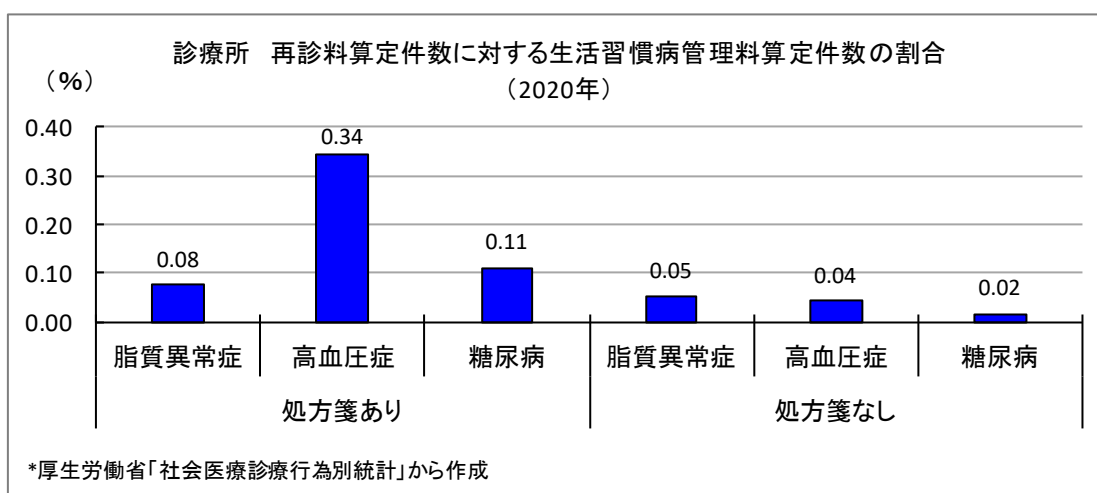


図 4.2 再診料算定件数に占める生活習慣病管理料算定件数の割合



## 5. 特定疾患療養管理料

1958（昭和33年）に1点単価を10円とする診療報酬の新点数表が採用された。このとき「再診料」5点（甲表）で、「慢性疾患指導料」は13点（甲表）であった。「慢性疾患指導料」は、「慢性疾患患者に対する栄養、運動等の療養上必要な指導及び計画的な医学管理を評価するものであったが、この趣旨に合わない疾患が含まれていた」<sup>31</sup>として1992（平成4）年度の診療報酬改定で廃止され、「特定疾患療養指導料」（現在の「特定疾患療養管理料」）が新設された。この趣旨は、療養上の指導は、「基本診療料等の中に含まれ」<sup>32</sup>ているが、「患者の病歴や生活背景等を熟知した地域のかかりつけ医師が継続的に療養上の指導を行うことが、成人病等の疾患の治療の上で、効果的であると考えられる」<sup>33</sup>とされているように、「かかりつけ医師」（当時）の指導管理への評価としてスタートしたものであり、幅広い疾患が対象である。

表 5.1 特定疾患療養管理料の主な算定要件等

- ・月2回に限る。
- ・許可病床200床以上の病院は算定不可。
- ・特定疾患療養管理料は、生活習慣病等の厚生労働大臣が別に定める疾患を主病とする患者について、プライマリケア機能を担う地域のかかりつけ医師が計画的に療養上の管理を行うことを評価したもの。
- ・厚生労働大臣が定める疾患を主病とする患者に対して、治療計画に基づき、服薬、運動、栄養等の療養上の管理を行った場合に、月2回に限り算定。
- ・対象疾患：結核、悪性新生物、甲状腺障害、処置後甲状腺機能低下症、糖尿病、スフィンゴリピド代謝障害及びその他の脂質蓄積障害、ムコ脂質症、リポ蛋白代謝障害及びその他の脂（質）血症、リポジストロフィー、ローノア・ベンソード腺脂肪腫症、高血圧性疾患、虚血性心疾患、不整脈、心不全、脳血管疾患、一過性脳虚血発作及び関連症候群、単純性慢性気管支炎及び粘液膿性慢性気管支炎、詳細不明の慢性気管支炎、その他の慢性閉塞性肺疾患、肺気腫、喘息、喘息発作重積状態、気管支拡張症、胃潰瘍、十二指腸潰瘍、胃炎及び十二指腸炎、肝疾患（経過が慢性なものに限る。）、慢性ウイルス肝炎、アルコール性慢性膵炎、その他の慢性膵炎、思春期早発症、性染色体異常。

<sup>31</sup> 第124回国会（臨時会）答弁書第一号 内閣参質一二四第一号 2002年9月8日

<http://www.sangiin.go.jp/japanese/joho1/kousei/syuisyo/124/touh/t124001.htm>

<sup>32</sup> 参議院議員紀平梯子君提出平成四年四月の診療報酬改定に関する再質問に対する答弁書（抜粋）

2002年12月22日 <https://www.sangiin.go.jp/japanese/joho1/kousei/syuisyo/125/touh/t125003.htm>

<sup>33</sup> 同上



2006（平成 18）年度の診療報酬改定で「特定疾患療養管理料」に名称が変更され、この 10 年以上は算定回数に大きな変動はない（図 5.1）。長期処方化で月 1 回の算定に止まるケースが増えているためである（かつては月 2 回算定されるケースが少なくなかった）。

図 5.1 特定疾患療養管理料の算定回数

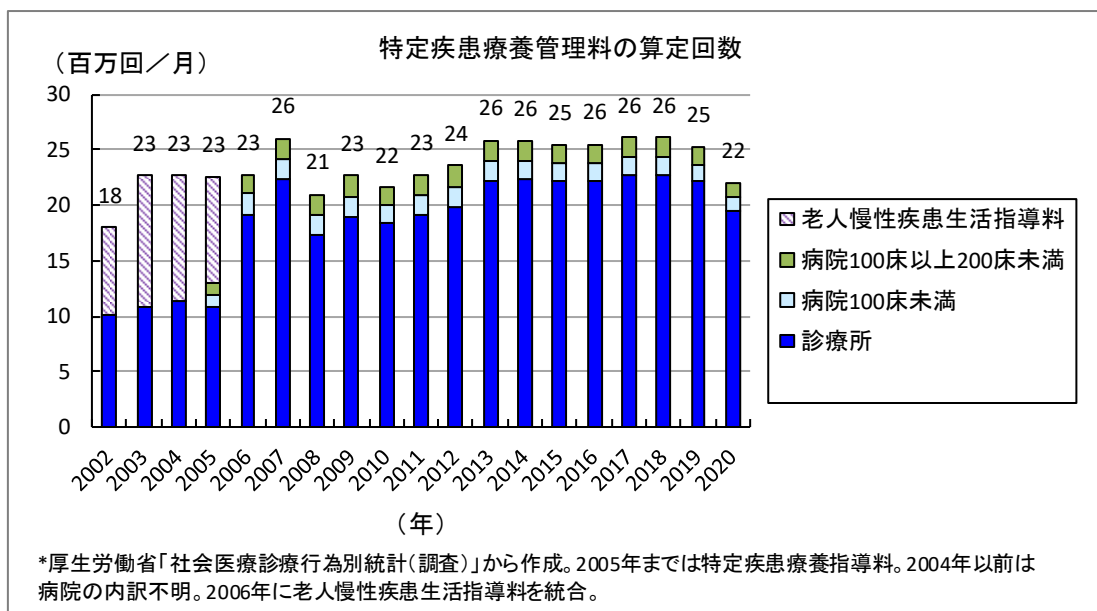


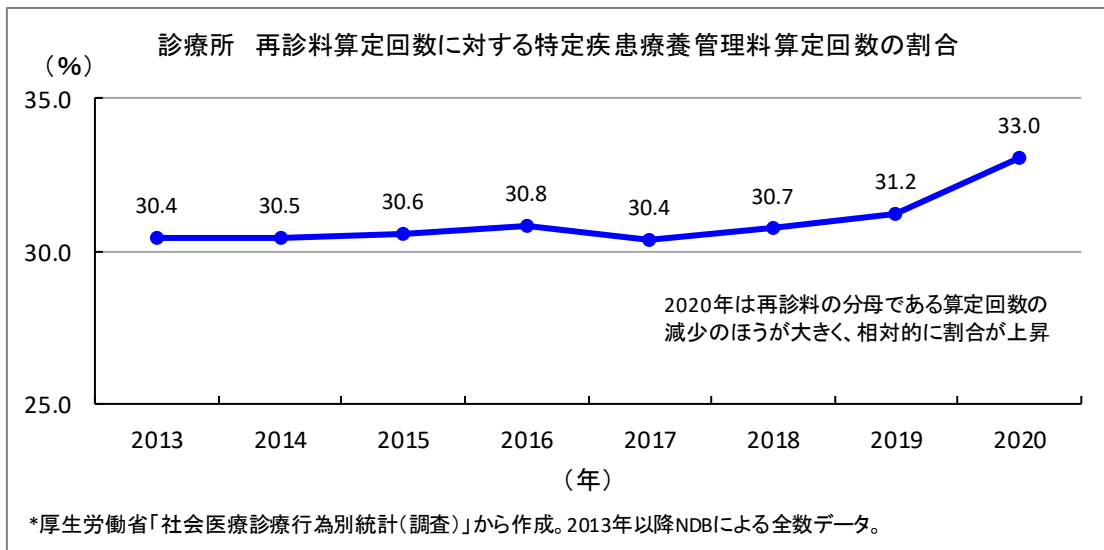
表 5.2 特定疾患療養管理料の点数

	1992 年度	1994 年度	1996 年度	1997 年度	2000 年度～
診療所	170 点	190 点	200 点	202 点	225 点
病院 100 床未満	100 点	130 点	135 点	137 点	147 点
病院 200 床未満	50 点	75 点	80 点	80 点	87 点

1997 年度は消費税対応分。1992～2005 年度は「特定疾患療養指導料」。

「特定疾患療養管理料」は、2019年まで再診料算定回数の約3割で算定されていた（図5.2）。2020年は新型コロナウイルス感染症の流行による受診控え等の影響で算定回数が減少したが、再診料の減少ほどには減っておらず、一定程度定期的な通院が継続されていることがうかがえる。

図 5.2 診療所 再診料算定回数に対する特定疾患療養管理料算定回数の割合



## 6. 地域包括診療料および加算

2014（平成 26）年度の診療報酬改定にむけ、医師の健康相談が診療報酬で評価されていないという問題意識のもと<sup>34</sup>、厚生労働省から「中小病院及び診療所の主治医機能を持った医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行うことを、総合的に評価する」<sup>35</sup>方向性が示された（このときは「主治医機能」と言っていた）。

これは、そもそも包括払いでの評価を目指したものであったが、過去の経緯もあり（長い間、医療現場から包括払いは患者に説明しにくいとの声があった（前述）、医療者側から「加算のほうが、患者さんの自己負担も少なく、説明しやすい」<sup>36</sup>という意見もあり、包括の「地域包括診療料」と出来高の「地域包括診療加算」との両方を新設することで決着した（なお、この議論の過程で中医協から、厚生労働省の資料では「かかりつけ医」となっていたり「主治医」となっていたりして、言葉が混在しているという指摘もあった<sup>37</sup>）。

地域包括診療料および加算は、2014 年度に新設されたときには主治医機能の評価するものとされていたが（上述）、最近では、かかりつけ医機能の評価するものとされている<sup>38</sup>。

---

<sup>34</sup> 2013 年 6 月 12 日 第 243 回中央社会保険医療協議会総会議事録  
医療課長「診療報酬の今の考え方からすると、検診とか、健康相談というのは、評価の対象にならない。ならないけれども、こういった重要な機能について、どういうふうに評価するのかということを考える必要がある。」<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000016850.html>

<sup>35</sup> 「外来医療（その 2）」2013 年 6 月 12 日 中医協総会資料 p.34  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000033s56-att/2r98520000033s9z\\_1.pdf](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000033s56-att/2r98520000033s9z_1.pdf)

<sup>36</sup> 2014 年 1 月 29 日 中医協総会議事録 <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000049357.html>

<sup>37</sup> 2013 年 10 月 23 日 中医協総会議事録 <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/0000029035.html>

<sup>38</sup> 厚生労働省保険局「令和 2 年度診療報酬改定の概要（外来医療・かかりつけ機能）」2020 年 3 月 p.3  
<https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000605491.pdf>

表 6.1 地域包括診療料および地域包括診療加算の主な算定要件等

	地域包括診療料	地域包括診療加算
対象疾患	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち2つ以上（疑いは除く）	
診療内容	通院医療機関や処方薬をすべて管理、健診の受診勧奨、健康相談、介護保険に係る相談等	
施設基準	診療所または許可病床 200 床未満の病院	診療所
在宅医療、24時間対応	在宅医療の提供及び当該患者に対し 24 時間の往診等の体制を確保していること（在宅療養支援診療所以外の診療所については連携医療機関の協力を得て行うものを含む）	
	以下のすべて（診療所の場合） ・時間外対応加算 1 ・常勤換算 2 人以上の医師、うち 1 人以上は常勤 ・在宅療養支援診療所	下記のうちいずれか 1 つ ・時間外対応加算 1、2 または 3 ・常勤換算 2 人以上の医師、うち 1 人以上は常勤 ・在宅療養支援診療所
支払方式	包括※	再診料の加算

※包括範囲外：（再診料の）時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、地域連携小児夜間・休日診療料、診療情報提供料（Ⅱ）および（Ⅲ）、在宅医療に係る点数（訪問診療料、在宅時医学総合管理料、特定施設入居時等医学総合管理料を除く）、・薬剤料（処方料、処方せん料を除く）、患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が 550 点以上のもの

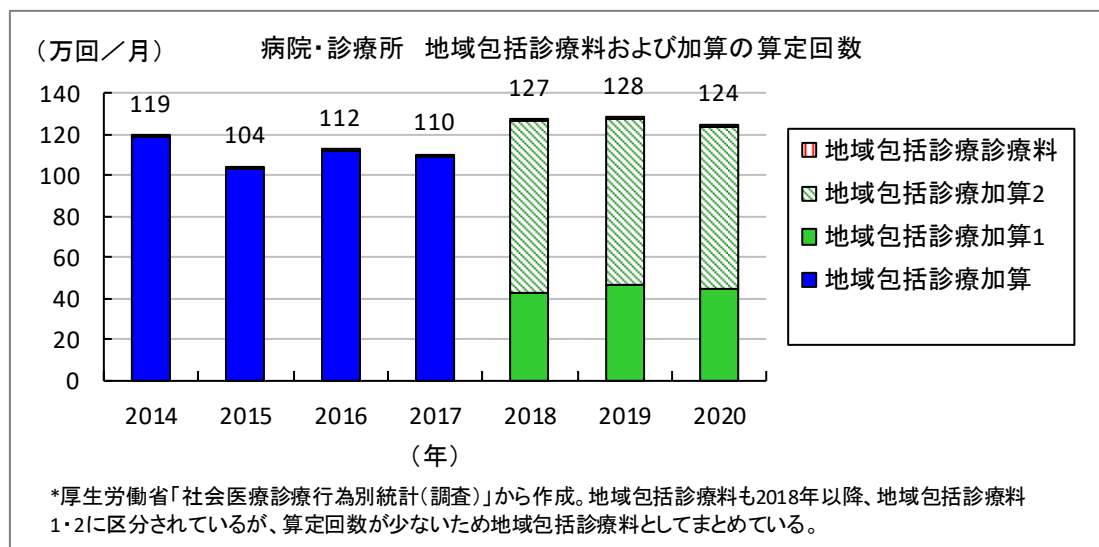
表 6.2 時間外対応加算の主な算定要件

時間外対応加算 1	診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、原則として当該診療所において、常時対応できる体制がとられていること。
時間外対応加算 2	診療所を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。
時間外対応加算 3	診療所（連携している診療所を含む。）を継続的に受診している患者からの電話等による問い合わせに対し、複数の診療所による連携により対応する体制がとられていること。 当番日については、標榜時間外の夜間の数時間は、原則として当該診療所において対応できる体制がとられていること。

2014（平成 26）年に「地域包括診療料」および「地域包括診療加算」が新設された当時、医師数については、常勤医師 3 名以上の配置が要件であった。2016（平成 28）年度の診療報酬改定で常勤医師 2 人以上とする見直しが行われたが、財務省は包括の「地域包括診療料」について、「算定は広がらず、『かかりつけ医』の普及や外来の機能分化は十分に進展していない」<sup>39</sup>と問題視した。その後、2018（平成 30）年度に常勤換算 2 名以上、うち常勤 1 人以上とする見直しが行われた。

財務省は 2018 年に再び、「地域包括診療料」が進展していないことを指摘し（図 6.1）<sup>40</sup>、包括払いの拡大を要請した。

図 6.1 病院・診療所 地域包括診療料および加算の算定回数



<sup>39</sup> 「社会保障①（総論、医療・介護制度改革）」2016年10月4日 財政制度等審議会財政制度分科会資料 p.31

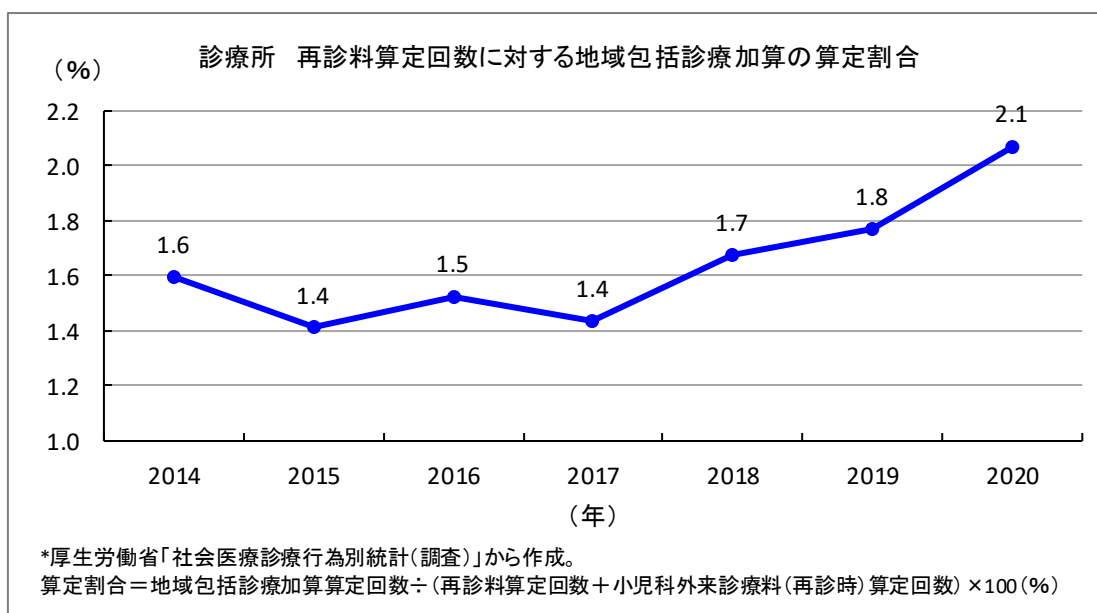
[https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/proceedings/material/zaiseia281004/01.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia281004/01.pdf)

<sup>40</sup> 財務省主計官「かかりつけ機能を標榜するわけですから、本来は概算払であるべきで、左下のように地域包括診療（原文ママ。筆者注：「地域包括診療料」のことと推察される）の届け出医療機関数につきまして月1回限り算定いたしまして、基本的に何回お医者様に来られても、かかりつけ医でございますので、個々の再診料や処方料は算定できないという制度でございます。これに手を挙げておられる医療機関数が全国ではまだ200程度ということでございますので、こちらはまだ進行していない。」2018年10月9日 財政制度等審議会財政制度分科会議事録

[https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/proceedings/proceedings/zaiseia301009.htm](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/proceedings/zaiseia301009.htm)

「地域包括診療加算」については、2020 年は、新型コロナウイルス感染症の流行により受診控え等が生じたが、再診料の算定回数の減少ほどには「地域包括診療加算」の算定回数は減っていない（図 6.2）。時間外要件の見直し<sup>41</sup>によって「地域包括診療加算」の算定が広がった可能性もある。

図 6.2 診療所 再診料算定回数に対する地域包括診療加算の算定割合



<sup>41</sup> 2020（令和 2）年度改定では、「地域医療体制加算」の時間外対応要件が時間外対応加算 1、2 から時間外対応加算 3 にまで拡大された。

## 7. 小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料

本稿では、主に生活習慣病等について言及しており、小児はその対象ではないが、成人の診療報酬と比較するため小児科外来診療料、小児かかりつけ診療料についても触れておく。

1996（平成 8）年の包括元年ともいえる年には、「小児科外来診療料」も新設された。また、2016（平成 18）年度の診療報酬改定では、「小児科外来診療料」の強化型ともいえる「小児かかりつけ診療料」が新設された。いずれも 6 歳未満（現在。当初は 3 歳未満）を対象として、ほぼすべての診療行為が包括されている<sup>42</sup>。小児の場合、自治体が医療費の助成を行っており患者一部負担がない（年限、金額は自治体による）。そのため、小児では、包括払いは患者に説明しづらいという問題（患者からすれば検査をしてもしなくてもなぜ医療費が同じなのかといった疑問）は発生しない。また、小児は高齢者と比べて投薬が少ないので<sup>43</sup>、医業機関経営面への影響も小さい。

「小児かかりつけ診療料」は、1 人の患者につき 1 か所の保険医療機関が算定するが、小児は成人に比べて複数の医療機関に定期的に受診することが少ない。

---

<sup>42</sup> 時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、地域連携小児夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、診療情報提供料（Ⅱ）、往診料を除く。

<sup>43</sup> 「小児科外来診療料」で包括されているので投薬の比較は難しいが、「小児科外来診療料」以外で、出来高で院外処方された場合、1 処方当たりの薬剤種類は 0～4 歳 2.04、5～9 歳 1.80 に対して 75～79 歳では 3.05 回（いずれも 2020 年度）。厚生労働省「最近の調剤医療費（電算処理分）の動向 令和 2 年度 3 月号」より。<https://www.mhlw.go.jp/topics/medias/c-med/2021/03/>

表 7.1 小児科外来診療料および小児かかりつけ診療料の主な算定要件

	小児科外来診療料	小児かかりつけ診療料
対象患者	入院中の患者以外の患者 (6歳未満の乳幼児のみ)	当該保険医療機関を4回以上受診した未就学児(6歳以上の患者にあつては、6歳未満から小児かかりつけ診療料を算定している患者のみ)の患者で入院中の患者以外。
算定要件	施設基準を満たす保険医療機関における入院中の患者以外の患者で6歳未満の全てが対象	<ul style="list-style-type: none"> <li>・原則として1人の患者につき1か所の保険医療機関が算定。</li> <li>・必要に応じた医療機関への紹介、乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の指導、保護者からの健康相談への対応、予防接種の管理、指導等を行う。</li> <li>・電話等による緊急の相談等に対しては、原則として当該保険医療機関において、常時対応(在宅当番医制等へ出務している場合等を除く)</li> </ul>
施設基準	届出が必要	<ul style="list-style-type: none"> <li>・小児科外来診療料を算定している保険医療機関であること。</li> <li>・時間外対応加算1または2の届出。</li> <li>・小児科または小児外科を専任する常勤の医師を1名以上配置。</li> </ul>

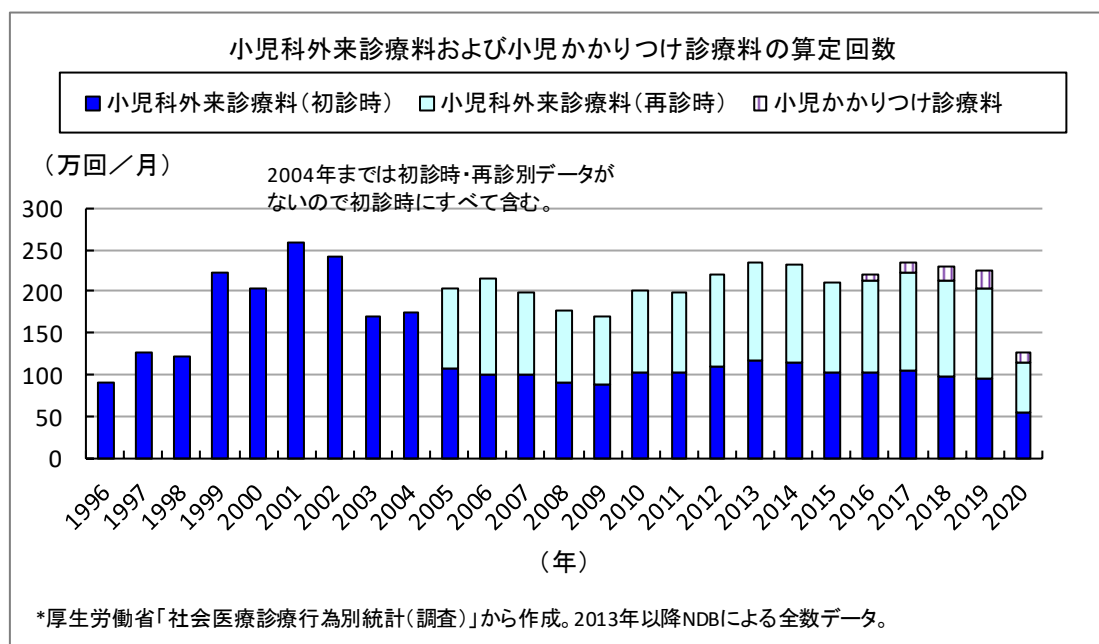
		小児科外来診療料	小児かかりつけ診療料
処方箋を交付する場合	初診時	599点	631点
	再診時	406点	438点
処方箋を交付しない場合	初診時	716点	748点
	再診時	524点	556点
包括対象外	時間外加算、休日加算、深夜加算及び小児科特例加算、機能強化加算、地域連携小児夜間・休日診療料、院内トリアージ実施料、夜間休日救急搬送医学管理料、診療情報提供料(Ⅰ)(小児かかりつけ診療料のみ)、電子的診療情報評価料(小児かかりつけ診療料のみ)、診療情報提供料(Ⅱ)、診療情報提供料(Ⅲ)、往診料		



2018（平成 30）年度の診療報酬改定では、「小児かかりつけ診療料」の時間外の相談対応について、地域の在宅当番医等を案内することでも良くなった。それまでは、時間外対応加算 1 または 2 の届出が必要であり、2018 年度改定以降「小児かかりつけ診療料」を届け出た理由として、「常時対応に係る算定要件が緩和されたから」が約 7 割あった<sup>44</sup>。

2020（令和 2）年度の診療報酬改定では、「小児科外来診療料」と「小児かかりつけ診療料」の対象年齢が 3 歳未満から 6 歳未満に拡大されたが、2020 年は新型コロナウイルス感染症の流行による受診控え等の影響で、「小児科外来診療料」と「小児かかりつけ診療料」の算定回数も大幅に落ち込んだ。

図 7.1 小児科外来診療料・小児かかりつけ診療料の算定回数



<sup>44</sup> 「外来（その1）（かかりつけ医機能、大病院受診時定額負担等）」2019年10月19日 中医協総会資料 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000561817.pdf>

## 8. 機能強化加算

2018（平成 30）年度の診療報酬改定で、かかりつけ医機能に係る診療報酬を届け出ている医療機関において、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観点から<sup>45</sup>、初診料、小児外来診療料（初診時）および小児かかりつけ診療料（初診時）に「機能強化加算」（80 点）が新設された。地域包括診療料、地域包括診療加算、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料<sup>46</sup>の届出を行っている医療機関が算定できる。

厚生労働省が 2019 年に行った調査によると、機能強化加算届出医療機関において、かかりつけ医<sup>47</sup>の役割に関する説明を受けていると回答した患者は 34.9%、他の医療機関での受診状況を伝えていると回答した患者は 71.5%であった<sup>48</sup>。これを受けて、中医協で、機能強化加算届出医療機関が他院の受診状況を把握しているとはいえず（7 割の患者が伝えているのだが）、かかりつけ医機能が発揮されていないとの指摘があった。そして、2020（令和 2 年度）の診療報酬改定では、院内掲示の項目が詳細化された。

2019 年 4 月の財政制度等審議会（財政審）では「機能強化加算」について、患者の自己負担が大きくなり、ディスインセンティブになることを問題にした<sup>49</sup>。また同年 6 月の日本経済新聞では、厚生労働省が「患者が登録したかかりつけ医を受診すると、診察料を月ごとに定額にする」ことを検討し

<sup>45</sup> 厚生労働省保険局「平成 30 年度診療報酬改定の概要」2018 年 3 月 p.56

<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000198532.pdf>

<sup>46</sup> 在宅時医学総合管理料、施設入居時等医学総合管理料の届出を行っている医療機関については、在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院のみが対象。

<sup>47</sup> この調査においては、厚生労働省は、日医・四病協の定義を引いて、患者調査票で「かかりつけ医とは、何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、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をいいます」と断っている。

<sup>48</sup> 「外来（その 1）（かかりつけ医機能、大病院受診時定額負担等）」2019 年 10 月 30 日 中医協総会資料 p.14 <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000561817.pdf>

<sup>49</sup> 「社会保障について」2019 年 4 月 23 日 財政制度等審議会財政制度分科会資料 p.52

[https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/proceedings/material/zaiseia310423/01.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia310423/01.pdf)

ていると報道された<sup>50</sup>（厚生労働省保険局医療課はそのような事実はないと否定<sup>51</sup>）。

「社会保障について」<sup>52</sup>

2019年4月23日 財政制度等審議会財政制度分科会資料 p.52

かかりつけ機能の評価に係る診療報酬上のインセンティブの付与（加算）は、その財源を保険給付と患者の自己負担で賄うことを意味する。その結果、医療費の増加に繋がるとともに、患者の自己負担の増加により患者にとってディスインセンティブとなる可能性。

---

<sup>50</sup> 2019年6月25日 日本経済新聞朝刊

<sup>51</sup> 2019年6月26日 中央社会保険医療協議会 総会 第417回議事録  
[https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000205879\\_00064.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000205879_00064.html)

<sup>52</sup>

[https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/proceedings/material/zaiseia310423/01.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia310423/01.pdf)

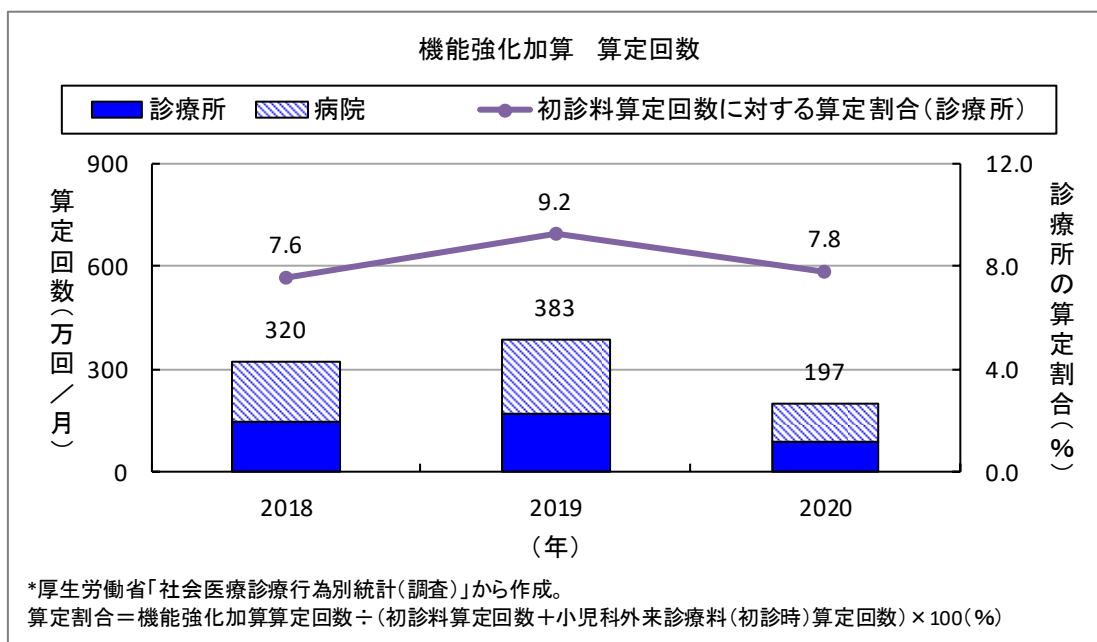
表 8.1 機能強化加算の主な算定要件等

- ・初診料、小児外来診療料（初診時）および小児かかりつけ診療料（初診時）に 80 点を加算。
- ・地域包括診療加算、地域包括診療料、小児かかりつけ診療料、在宅時医学総合管理料（在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院に限る。）、施設入居時等医学総合管理料（在宅療養支援診療所または在宅療養支援病院に限る。）を届出ている保険医療機関（診療所または 200 床未満の保険医療機関に限る。）において、初診を行った場合。

下線部は 2020（令和 2）年度改定で追加

- ・地域におけるかかりつけ医機能として、健康診断の結果等の健康管理に係る相談、保健、福祉サービスに関する相談、夜間、休日の問い合わせへの対応及び必要に応じた専門医又は専門医療機関への紹介を行っている医療機関であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。また、医療機能情報提供制度を利用してかかりつけ医機能を有する医療機関が検索可能であることを、当該医療機関の見やすい場所に掲示していること。（以下、略）

図 8.1 機能強化加算 算定回数

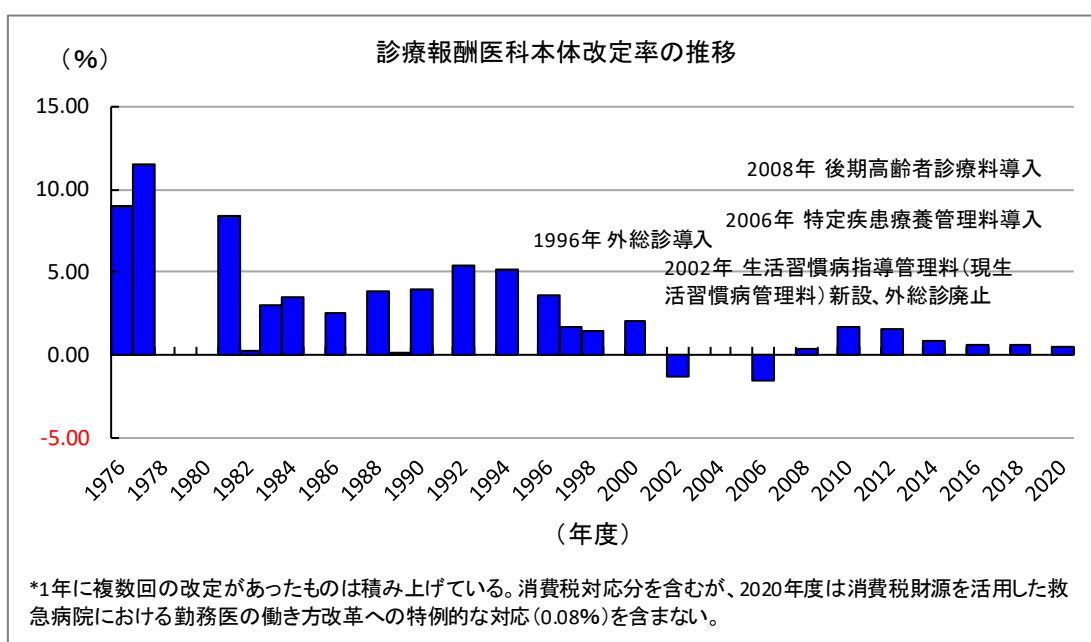


## おわりに

これまでの生活習慣病等やかかりつけ医機能に関わる診療報酬上の評価は、財源に翻弄されてきたように思われる。1996年度の「外総診」は包括を受け入れる代わりに、診療報酬医科本体がプラス改定になったが、「外総診」の算定が広がり始めると唐突に廃止された印象がある。

2002年度改定で、医科本体がはじめてマイナス改定になったときに新設された包括の「生活習慣病指導管理料」（現「生活習慣病管理料」）は、当初はやや魅力的な診療報酬点数であったが、生活習慣病管理の普及を名目に次第に点数が引き下げられ、診療報酬改定率が右肩下がりの時に包括払いが導入されると、たちまち梯子を外される過程を見せつけられることとなった。

(参考) 診療報酬医科本体改定率の推移



その後、かかりつけ医機能（当時は主治医機能）を評価した包括の「地域包括診療料」と出来高の「地域包括診療加算」が同時に新設され、さらに出来高の「機能強化加算」も新設された。

財務省は「機能強化加算」について、患者の自己負担が大きくなり、ディスインセンティブになることを問題にしている。しかし、「機能強化加算」は「地域包括診療料および加算」等を届出ていることが要件であり、「地域包括診療料および加算」はかかりつけ医が研修を受け、健康管理に係る相談、在宅医療、介護保険への対応等を行うことを求めている。つまり、かかりつけ医は一定以上の技術（付加価値）を提供しており、「機能強化加算」はその付加価値に対する対価である。すなわちディスインセンティブではなく、このような無形の付加価値に対する国民の理解を得る努力が足りないことが課題であろう。

一般に、包括払いは「粗診粗療」をまねくと言われている。入院における包括払いのDPC/PDPS（旧DPC制度）は、導入後しばらく退院率が低下傾向かつ再入院率が上昇傾向にあり、再入院の定義が見直された事実がある<sup>53</sup>。

また、「人頭払い」についてはではあるが、人頭払い制度が主体になると、「医師は多くの患者を短時間で診ないと採算が合わないために、1人当たりの受診時間が短くなったり、また受診が必要であっても待ち時間が長いなどの理由で医療機関にかかれぬなど「過少医療」になる傾向がある」という指摘がある<sup>54</sup>。

「出来高払い」では「乱診乱療」（乱診濫療とも）になると考えられており、医療費の増高を懸念する意見がある。出来高払いでも医療費を削減することはわけなくできるが、そのためには個々の診療行為ごとに診療報酬の見直しが必要になり、診療行為を一括してダウンサイジングできる包括払いに

---

<sup>53</sup> 「平成19年度『DPC導入の影響評価に関する調査結果および評価』最終報告概要」2008年5月21日 中医協基本問題小委員会資料 <https://www.mhlw.go.jp/shingi/2008/05/dl/s0521-6a.pdf>

<sup>54</sup> 井伊雅子「地域医療の支払い制度：医療は誰のためにあるのか」2016年5月 『医療・介護に関する研究会』報告書 財政総合政策研究所 [https://www.mof.go.jp/pri/research/conference/fy2015/zk104\\_mokuji.htm](https://www.mof.go.jp/pri/research/conference/fy2015/zk104_mokuji.htm)

比べて手間がかかるので、管理医療を志向する財政当局には歓迎されない。

「出来高払いの欠点は、効果が低くても保険でカバーされている診療行為を漏れなく提供して収入を最大化する「医療資源の浪費」を招きやすいことである。(中略) 出来高払いは、医療者から思考や創意工夫を奪い、医療の質と効率性の低下を招く恐れがある」という見方もある<sup>55</sup>。しかし、医療者が効果のない医療を提供することはないし、患者の経済的負担を無視することもない。むしろ、出来高には最小の負担で最適な医療を提供できる。

かかりつけ医機能の強化の必要性は、これまでさまざまところで何度も認識されており<sup>56</sup>、診療報酬改定の都度その時に必要と思われる評価がなされているが、本来は腰を据えて機能に見合った評価に進化させていくべきものとする。

---

<sup>55</sup> 関本美穂「わが国の外来診療の質とコストプライマリ・ケアにおけるかかりつけ医登録制度と包括評価導入の検討―」 既出『『医療・介護に関する研究会』報告書』

<sup>56</sup> 全世代型社会保障検討会議中間報告（2019年）でも、「かかりつけ医機能」の強化および「かかりつけ医」の普及の必要性を述べている（前述）。