

日本医療の歴史と現実を踏まえたかかりつけ医 機能の強化—半年間の論争を踏まえて

二木 立（日本福祉大学名誉教授）

講演にあたって

昨年6月の閣議決定「骨太方針2022」に「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」との一文が盛り込まれて以降、「日本経済新聞」や一部の研究者・ジャーナリスト・指導的プライマリケア医はそれを「かかりつけ医の制度化」と読み替え・誤読し、なんらかの制度化が行われると主張しました。彼らの一部はイギリス流の登録制・人頭払い制の導入が必要・必至と述べ、多くの診療所医師の不安をかき立てました。彼らの多くは、それにより医療費が抑制できるとも期待していました。

それに対して私は、プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加すると過去の20年間の国際的実証研究の成果を紹介すると共に、「かかりつけ医の制度化」は閣議決定されていないこと、イギリス型のかかりつけ医の登録制・人頭払い制導入がありえない理由を述べ、地域包括診療料等の拡充が「かかりつけ医機能」強化の出発点となると主張しました。

昨年、12月16日に公表された「全世代型社会保障構築会議報告書」は、「かかりつけ医の活用については、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」こと等を提案しました。本年2月10日に閣議決定された医療法一部改正案の「かかりつけ医機能の確保に関する事項」は、構築会議報告書と社会保障審議会医療部会の「意見」を踏まえており、大枠では妥当・現実的と思いますが、将来への「火種」が残っていることも見落とせません。

本講演では、昨年10月以降、『日本医事新報』や『文化連情報』等に発表した拙論を用い、それらに書かなかった情報・文献も【補足】しつつ、この間の「かかりつけ医の制度化」をめぐる「空騒ぎ」について検証し、それを踏まえた「日本医療の歴史と現実を踏まえたかかりつけ医機能の強化」についての私の考えと提案を述べます。

講演は以下の2部構成で行います。

- I 「かかりつけ医の制度化」の空騒ぎの検証……………2頁
 - 1. プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加する……………2頁
 - 2. 「かかりつけ医の制度化」が閣議決定されたとの言説は二重に間違っている……………7頁
 - 3. 「平時」と「非常時（感染症有事）」の対策は区別する必要……………11頁
 - 4. イギリス型のかかりつけ医の登録制・人頭払い制導入はなぜありえないのか？……………12頁
 - 5. 全世代型社会保障制度構築会議報告書の「かかりつけ医」関連の提言の評価……………15頁
- II 日本医療の歴史と現実を踏まえたかかりつけ医機能の充実強化—私の考えと提案……………17頁

I 「かかりつけ医の制度化」の空騒ぎの検証

1. プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加す

るー過去 20 年間の実証研究の結論

（『文化連情報』2022年10月号（535号）：24-31頁＝「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」（以下、「ニューズレター」）219号（2022年10月。ウェブ上に公開）より。文献欄は略したので、原著論文参照）

はじめに

入院の定額報酬（包括払い）により医療費が増加することは、日本での老人病院包括払い導入や急性期病院のDPC方式導入等で、広く知られています。それに対して、一部のプライマリケア医や研究者は、以前から、評論や講演・インタビュー等で、プライマリケアの拡充により、医療の質を引き上げつつ、医療費を抑制・節減できると主張していますが、その検証を行った実証研究は日本ではまだありません。

私も、以前から、プライマリケアと医療の質と医療費との関係について興味を持っています。私は、長年、20誌以上の医療経済学や医療政策研究の英語雑誌を毎号チェックしており、その関係を検討した実証研究はその都度、「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」（2005年1月から毎月配信。最新号は2022年9月配信の218号）の英語文献抄訳欄で紹介してきました。

その結果、プライマリケアの拡充が医療の質を引き上げることを示した実証研究があることは確認できています。しかし、プライマリケアの拡充が医療費を抑制することを示した実証研究は読んだことがありません。逆に、プライマリケアの拡充により医療費が増えるか、医療費は変化しないとの良質な研究はたくさんあります。本稿執筆前に、改めてPubMed（アメリカ国立医学図書館が運用するデータベース）で文献検索をしましたが、結果は同じでした。そこで、本稿では、私が上記「ニューズレター」で今までに紹介した、プライマリケアと医療費と医療の質の三者（または二者）の関係について検証した35論文から9論文を精選して、その概要を紹介し、私のコメントを付けます。

強力なプライマリケアは高医療費と関連

プライマリケア（の拡充・水準）と医療費との関連を検証する方法には、国際比較（横断面調査）と特定の国でのプライマリケア拡充が医療費に与えた影響の縦断的調査の2つがあります。

国際比較研究で決定的な研究は、クリンゴス等が2013年に発表した「**ヨーロッパの強力なプライマリケア・システムは国民の健康水準の高さだけでなく、高医療費とも関連している**」です。論文概要は以下の通りです。

<強力なプライマリケア・システムはしばしば、良質の医療を提供する医療制度の基盤と見なされるが、この見解を支持するエビデンスは限られている。そこで、2009-2010年のEUプロジェクト「ヨーロッパのプライマリケア活動モニター」で収集された31か国（EU加盟の27か国＋スイス、トルコ、ノルウェー、アイスランド）のプライマリケアのデータの相関分析と回帰分析を行った。各国のプライマリケアは、構造、アクセスの良さ、継続性、協働、包括性の5側面を、3段階

で点数化した（1点：弱い～3点：強力）。

その結果、強力なプライマリケアは、国民の健康水準（主要疾患による余命の短縮の歯止め、健康の自己評価等）の高さ、不必要な入院率の低さ、社会経済的不平等（教育レベル等）の低さと関連していた。総医療費（2009年の1人当たり医療費。米ドル表示の購買力平価）はより強力なプライマリケア構造を有する国で高かった。この理由は、強力なプライマリケア構造の維持には多額の費用がかかること、しかもそれがサービス提供の分権化等を促進するためだと思われた。2000～2009年には、包括的なプライマリケアを持つ国の医療費増加率はそうでない国より低かった。>

本論文は、プライマリケアを5側面に分けて、それぞれの側面と医療費等との関連を分析的に検討した高水準の実証研究です。「強力なプライマリケア構造の維持には多額の費用がかかる」ことは、日本では見落とされている重要な論点と思います。

プライマリケア投資と医療制度のパフォーマンスは関連しない

最近では、ヴァン・グール等が、2021年にOECD加盟34か国の2005-2015年のデータを用いて、「**プライマリケアへのより多くの投資は医療制度のパフォーマンスを改善するか？**」について検証しています。以下、原著論文と論文概要の記載は略します。

本論文の結論を単刀直入に言えば、「プライマリケア投資と医療制度パフォーマンスとの間に単純な関連はない」ということです。緻密な研究ですが、変数の選択はやや粗雑・表面的です。

プライマリケアのフリーアクセス指数とGPへの満足度は相関

少し古いですが、2006年のクローネマン等の「**プライマリケアにおけるフリーアクセスと患者の満足度－ヨーロッパ調査**」は、ヨーロッパ18か国を対象にした国際比較研究で、プライマリケアにおけるフリーアクセス指数が高い国ほど患者のGPサービスに対する満足度は高かった（門番機能が高いほど満足度は低い）ことを示しました。本論文は、患者満足度を3つの側面に区別して、フリーアクセスとの相関を分析的に検討したことに新しさがあります。この視点は、今後日本で「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」上で重要と思います。

アメリカのプライマリケア・モデル事業の結果

次に、アメリカ、オランダ、カナダのプライマリ拡充政策が医療費に与えた影響の縦断的研究を紹介します。

まず、アメリカでは2010年代にオバマケアの一環として、様々な包括的プライマリケア・モデル事業が行われ、その検証論文が数多く発表されていますが、医療費を抑制したとの報告はありません。私は、パイケス等が2018年に発表した「**包括的プライマリケア事業：費用、質、患者及び医師への効果**」がもっとも優れていると思います。本論文では、介入費用（ケアマネジメント費用）を明示し、それを含むと包括的プライマリケア事業の費用抑制効果がなくなることが示されています。

慢性疾患の包括払いは医療費を増加させた

オランダでも、2021年に、カリミ等がプライマリケアにおける「**慢性疾患の包括払いは医療費を**

増加させた、特に多疾患罹患患者で」と報告しています。オランダのプライマリケアが充実していることは日本でもよく紹介されますが、本論文は高水準の「プライマリケアへの包括払い導入が1人当たり総医療費を減少させるとのエビデンスがまったくなかった」ことを疑問の余地なく示した社会実験的研究です。ただし、包括払いによる医療の質の変化の有無は調査していません。

カナダでのチームによるプライマリケアが医療費に与えた影響

プライマリケアの拡充の有力な方法がチーム医療の導入で、カナダのシュトラムプ等は2017年にケベック州で家庭医グループに導入された「**チームによるプライマリケアが医療サービスの利用と費用に与える影響**」を検討しています。本論文は、チームによるプライマリケアは、プライマリケアの「効率化」をもたらすが、総医療費の削減にはつながらないことを示しています。

GPへの質に応じた支払いによる医療の質向上は一時的

イギリスではGP（一般医）に対して「質に応じた支払い」（P4P）が導入され、当初は、それによって医療の質が向上したとの報告が散見されましたが、その後、質に応じた支払い停止後はその効果は続かなかったとの決定的報告がなされました。それはミンチン等が2018年に発表した「**イギリスにおける経済的インセンティブ停止後の医療の質**」です。本論文は、患者2000万人もの「ビッグデータ」を用いた研究で、プライマリケア医に対する経済的インセンティブによる医療の質指標の改善は一時的にすぎないことを疑問の余地なく明らかにしています。

プライマリケアの費用を増やすだけで医療費は節減されない

最後に、実証研究ではありませんが、アメリカのソング等が2019年に発表した含蓄ある評論「**プライマリケアの費用を増やすだけで医療費は節減されるか？**」を紹介します。本論文は、プライマリケアを強化するだけで総医療費の伸び率を抑制できるとのナイーブな期待・幻想を論理的かつ実証的に否定した好評論です。2頁弱なので、サラリと読むことをお勧めします。論文概要は以下の通りです。

<プライマリケアは医療の本質的要素で、良質の医療、患者の満足、死亡率の低下を含むアウトカムと関連している。プライマリケアは低い医療費とリンクしているとの観察研究もある。そのため近年は、州や連邦の政策担当者はプライマリケア費用を増やし、国民の健康増進と医療費の伸びの抑制の両方を達成しようと考え始めており、それには超党派の議員の支持もある。

しかし、現時点では、プライマリケアの費用増により総医療費を節減できるとの因果関係を示すエビデンスはほとんどない。総医療費がサービスの価格と量の積であることを踏まえると、それを減らすためには価格と量のいずれか、または両方を減らす必要があるが、プライマリケアだけでそれを実現するのは困難である。逆に一部の研究は、プライマリケア強化はサービス利用を増やす可能性も示している。ケア・コーディネーション、予防サービス、遠隔医療にはすべて金がかかり、その費用増を相殺するほど、急性期の入院医療等の利用が減ることはまだ示されていない。2017年に発表された退役軍人庁病院で実施されたプライマリケア強化のランダム化比較試験でも費用の節減は生じなかった。

医療費抑制の圧力を考えると、プライマリケア強化によりそれを達成しようとする意図はわかるが、そのエビデンスは欠如している。医療費抑制のためには、プライマリケアへの投資は他の医療提供制度改革と一体で行う必要がある。それらは、医師と病院への支払い方法の改革、価格抑制のための競争または規制、価値に基づく保険のデザイン（予防医療の自己負担の引き下げ）等である。>

おわりに

以上の「文献学的検討」から、プライマリケアの拡充により医療費を抑制することはできず、逆に医療費は増加するか、低下しないことは明らかです。「はじめに」でも述べましたが、プライマリケアにより医療の質が向上することは少なくない研究で紹介されています。つまり、**一般の医療と同じく、プライマリケアでも、医療の質を改善しつつ医療費を抑制することは困難で、「良からう高からう」であるという極めて当たり前のことが確認できた**と言えます。今後、日本で、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」について検討する際は、この基本的事実を踏まえることが必要と思います。

補足 1：プライマリケアの拡充で医療費が増加することを示した米・英の 2022 年の 2 論文

（論文の抄訳は「ニューズレター」220 号（2022 年 11 月）：14-15 頁）

○ [アメリカ・ミシガン州の] 民間保険の「包括的プライマリケア・プラス [モデル] は [医療の] 質改善も、費用削減ももたらさなかった

Markovitz AA, et al: Comprehensive Primary Care Plus did not improve quality or lower spending for the privately insured. *Health Affairs* 41(9):1255-1262, 2022.

二木コメント—他国での検証と同じように、アメリカでもメディケアについては、プライマリケアの拡充（オリジナルの CPC）が医療費抑制も、医療の質向上ももたらさないことは確認されていましたが、それが民間医療保険でも確認された意味は重いと思います。

○プライマリケアのスキル・ミックスとアウトカム：イングランドの一般診療所の 2015-2019 年の縦断的分析

Francetic I, et al: Skill-mix change and outcomes in primary care: Longitudinal analysis of general practices in England 2015-2019. *Social Science & Medicine* 308(2022)115224, 9 pages.

二木コメント—大規模かつ縦断的なリアル・ワールド・データの精緻な研究です。プライマリケアにおける医師と看護職以外の職種の雇用増加は患者満足度を下げる一方、費用増加をもたらすことが示されたことは重いと思います。

補足 2：草場鉄周氏が「プライマリ・ケアの国際比較研究で… [国単位の] プライマリ・ケアスコアと…医療費は負の相関があった」と紹介した原著論文の再検討（草場鉄周「“かかりつけ医機能”のエビデンスは？」『日本医事新報』2023 年 2 月 4 日号：73 頁）

○「政策に関連する健康の要因：国際比較の視点」（Starfield B, et al: Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy* 60(3):201-218, 2002）。

著者のスターフィールド教授（故人）はアメリカ・ジョンズホプキンス大学教授で、プライマリケア研究の国際的権威。本論文では、日本を含む高所得の13か国を対象にして、独自に計算した「プライマリケア指数」（計算方法の詳細は書いていない）と「1人当たり医療費」（1997年）との相関図を描き、相関係数が-0.6だったことを示し、「プライマリケアが強固なほど、医療費は安い」と主張している。

しかし、ごく小数例のしかも1時点の横断調査に基づいてたった1つの相関係数を計算して、このようにくおおらかに（粗雑に）主張することは、現在はもちろん、2002年時点でもまともな実証研究とは見なされない。しかも、国別の「プライマリケア指数」は、（草場氏等が遅れていると主張している）日本が中位で、フランス、ドイツはアメリカと並んで「下位」とされている（「上位」は北欧諸国やイギリス等）。ドイツ、フランスの1人当たり医療費はアメリカに次いで高く、そのために上記の負の相関が出たと思われる。

しかし、その後、ドイツは2004年に「家庭医制度」を、フランスは2005年に「主治医制度」を確立している（飛田英子「『かかりつけ医』の制度化と定着・普及に向けて」『JRIレビュー』No.81, 2020）。そのため、現在の両国の「プライマリケア指数」が上位にランクされるのは確実。しかし、両国の1人当たり医療費が高いのは現在も同じであるため、最新のデータで相関図を描くと、負の相関が消失しているのは間違いない。

上記飛田論文も、ドイツ・フランスの「家庭医制度や主治医制度の導入によるコスト面での明らかな効果は確認されていない」と認め、論文の最後で「[かかりつけ]制度導入の第一目的は医療の質の向上」と強調している。私もそれが「正論」と思う。

追記：Starfield論文の以上の検討を『日本医事新報』2023年2月18日号の「『識者の眼』に対する読者の声」欄に投稿（「紹介論文をエビデンスとするには無理がある」65頁）。

それに対して、草場氏は同誌3月11日号（59頁）の「続：“かかりつけ医機能”のエビデンスは？」で、上記の私の指摘を受け、「『プライマリ・ケアを強化すれば医療費が減る』という主張ができないの二木教授のおっしゃる通りだと考える」、「二木教授が紹介された実証研究は筆者も拝読したが、説得力のあるものとする」と率直に認めました。併せて、草場氏は、「二木教授よりプライマリ・ケアの拡充が医療の質を引き上げるというエビデンスが少なからず報告されていることも紹介されている点は心強い」と述べたうえで、「改めて医療費に関するエビデンスを探索することの難しさを今回の議論で実感している」とも書きました。

これにより、今後は、かかりつけ医の制度化で医療費が削減できるとの主張がなくなることを期待しています。私は、草場氏が迅速かつ率直な回答をされたことに清々しさを感じました。この点は、文科系（経済学、社会学等）の研究者の多くが、明らかな誤りを指摘されても、無益な反論をするか、黙殺するのと大違いです。

補足3：青木拓也氏（慈恵医大）の「かかりつけ医機能が高いほどコロナ禍での入院リスクが低下し、高いかかりつけ医機能を発揮するかかりつけ医を持った場合には入院リスクが63%減少する」との「世界初の研究」の検討

（m3.com 医療維新 2023年2月24日。原著：Aoki T, et al: Impact of primary care attributes on hospitalization during the COVID-19 pandemic: A nationwide prospective

cohort study in Japan. Annals of Family Medicine 21(1),2023 (web上に公開)

著者がコロナ・パンデミック中の2021～2022年に日本人の全国代表標本1161人を12月か間追跡調査したことは画期的。研究論文の骨格はシッカリしており、英語も分かりやすい。

ただし、原著論文を読むと、かかりつけ医のいない国民に比べてかかりつけ医のいる国民の入院率が有意に高いことは示されているが、かかりつけ医機能の4段階別の入院率に有意差はない。それにもかかわらず、m3.comのインタビューで、「かかりつけ医機能が高いほどコロナ禍での入院リスクが低下」と述べるのは不適切。この不正確な説明に基づいて、「かかりつけ医の認証・認定制度が必要」と主張するのは論理の飛躍。

これはあくまで一般論だが、画期的と言われる治療（新薬等）の対照群に比べた効果の差はせいぜい1～2割であることを考えると、かかりつけ医を持つか否かで、入院率が最大6割も違うとする結果に、私は違和感がある。本論文では調整されていない別の交絡因子があるか、両群間にそれ以外の何らかの「偏り」があった可能性が否定できない。参考までに、前代未聞のディオパン臨床研究不正事件でも、「ディオパン治療群の方が対照群よりも45%も合併症発生が少なかった」との国際学会での報告が、「常識では到底考えられない結果」と見なされ、それがきっかけでデータの捏造が明らかにされた（桑島巖『赤い罠 デイオパン臨床研究不正事件』日本医事新報社,2016,22頁）。

なお、著者が本調査で用いた「JPCAT(日本版プライマリケア質評価尺度)」は、プライマリケア医と専門医が分離している欧米で開発された尺度で、それを用いて、プライマリケア医機能と専門医機能の両方を有している日本の多くの診療所・中小病院医師のプライマリケア医機能のみを評価することに私は疑問がある。少なくとも、この指標を用いて、日本のプライマリケアの質が欧米諸国に比べて低いと主張するのは不適切（金子惇氏。BMC Prim Care (2022;23:112) (Medical Tribune 2022/05/19)）。

2. 「かかりつけ医の制度化」が閣議決定されたとの言説は二重に

間違っている

（『文化連情報』2022年12月号（537号）：16-24頁＝「ニューズレター」221号（2022年12月）より。文献欄は略）

はじめに

2022年6月の閣議決定「経済財政運営と改革の基本方針2022」（以下、「骨太方針2022」）には、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」と書かれました。これを受け、第8次医療計画

等に関する検討会や社会保障審議会医療部会で、「かかりつけ医機能」の明確化等の議論が活発に行われています。私も、かかりつけ医機能の強化には大賛成です。

しかし、「日本経済新聞」や一部のジャーナリスト、研究者は、上記決定を「かかりつけ医の制度化」と読み替え、かかりつけ医の登録制と人頭払い制が既定の事実、不可避であるかのように論じています

本稿では、そのような言説が二重に誤りである理由を説明します。併せて、2014年度に新設された「地域包括診療料」の意義を、宇都宮啓氏（当時・保険局医療課長）のインタビューを紹介しながら指摘します。最後に、2024年度診療報酬改定で、地域包括診療料等を大幅に拡充すれば、平時に「かかりつけ医機能が発揮される」第一歩になると主張します。

「かかりつけ医の制度化」は未決定

第1の誤りは、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」と「かかりつけ医の制度化」とは異なることです。後者は前者の一部・選択肢とも言えますが、政府の公式文書で「かかりつけ医の制度化」を決定したり、それを目指すとしたものではありません。

私は今回、2014年以降の毎年の「骨太方針」とそれを踏まえて策定される「（新）経済・財政再生計画改革工程表」（2018年から「新」付与。以下、「改革工程表」）の「かかりつけ医」関連の記述をチェックし、次の2点を確認しました。

①「かかりつけ医機能の強化」または「かかりつけ医の普及」的な表現は「骨太方針」・「改革工程表」とも2015年から毎年用いられていますが、「かかりつけ医の制度化」は一度も使われていません。

②「かかりつけ医」は、2015年の両文書から2018年「骨太方針」または2019年「改革工程表」まで、「外来時の定額負担」と結びつけられていました。2015年の「改革工程表」では、以下のようにストレートに書かれていました。「かかりつけ医の普及の観点から、**かかりつけ医以外を受診した場合における定額負担を導入**することについて、関係審議会等において検討し、2016年末までに結論」。

私は、今後、もし何らかの形で「かかりつけ医の制度化」が実施された場合は、一度取り下げられた外来時の定額負担もセットで導入される可能性があると思います。

なお、2021年の「改革工程表」（同年12月決定）では、上述した「骨太方針2022」の「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」との記述に先だって、「かかりつけ医機能の明確化と、患者・医療者双方にとってかかりつけ医機能が有効に発揮されるための具体的方策について、2022年度及び2023年度において検討する」とされました。

岸田首相も「制度化」とは言っていない

以上の事実は、「骨太方針」や「改革工程表」を読めば明白です。そのためか、「日本経済新聞」は、繰り返し、「岸田首相は『かかりつけ医』に関する制度づくりに取り組むと表明した」と書いています（6月20日朝刊「日経・日経センター改革提言 最終報告」、5月6日朝刊「『かかりつけ医』巡り日医抵抗 制度化をけん制」など）。

しかし、何事にも慎重で調整型の岸田文雄首相（ただし、故安倍晋三元首相の国葬決定と長男・翔太郎氏の唐突な政務担当秘書官起用人事を除く）はそんな踏み込んだ発言は一度もしておらず、例えば5月30日の参議院予算委員会では次のように、極めて回りくどい答弁をしています。「かか

りつけ医については、今後その機能を明確化しつつ、患者と医療者双方にとってその機能が有効に発揮されるための具体的な方策を検討していることとしており、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築する観点から、国民・患者等の理解が得られるよう、速やかにかつ丁寧に制度整備を行っていききたい」。

これは明らかに上記「改革工程表 2021」の表現をベースにしており、それを「かかりつけ医の制度づくり」とするのは無理筋です。

「かかりつけ医機能」は病院も含む

「かかりつけ医の制度化」論者の主張の**第2の誤り**は、「かかりつけ医」が診療所医師のみを指すと思ひ込み、それに病院（特に中小病院）が含まれることを見落としていることです。例えば、日経・日経センターシンポジウム（9月16日）で、翁百合氏（日本総合研究所理事長）は、「医師がかかりつけの診療所を持つこと」、「患者がまずかかりつけの診療所に行き」とナイーブに述べています。印南一路氏（慶應義塾大学教授）も、「登録制・人頭払いによるかかりつけ医制度は、診療所のみが対象になる」と断言しています（2）。

しかし、「かかりつけ医の定義」を示した日本医師会・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）は、定義の冒頭、「『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**」と明記しています。

この「提言」は「かかりつけ医機能」を4つあげたのですが、次の「社会的機能」が盛り込まれたことは画期的です。「かかりつけ医は、日常行う診療のほか、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」。

横倉義武日本医師会長（当時）によると、この規定は、横倉氏が地元の福岡で取り組んできたことを踏まえて、「理想は高く掲げて、少しでもそこに近づこうという考え方」から提案し、「病院団体のトップも理解してくれ」たそうです（3）。

2014年度の診療報酬改定で新設され、かかりつけ医機能（当時は「主治医機能」）の最初の制度化と言える「地域包括診療料」の対象には、「許可病床数が200床未満の病院または診療所」が含まれます。

私は、在宅医療（かかりつけ医機能の重要な構成要素）の旗手である長尾和宏医師が名著『痛い在宅医』の「あとがき 在宅医療の理想と現実」で、以下のように率直に書いていることに注目しています。「町の平均的な開業医が提供する在宅医療には、ある一定の限界があると考えます。（中略）長期的には地域密着型の中小病院が提供する在宅医療（在宅療養支援病院）であろう。私はこれに大いに期待しています。マンパワーが圧倒的に違う。若いスタッフが多い、当直制があるので夜間対応に慣れている、などがその理由だ」（4）。

宇都宮啓氏の地域包括診療料についての証言

上述した地域包括診療料については、その「生みの親」とも言える宇都宮啓元保険局医療課長の最近のインタビューが注目されます（5）。

宇都宮氏は、厚生労働省が今まで「かかりつけ医」や「かかりつけ医機能」を定義してこなかったとの批判に強く反発し、2014年度診療報酬改定で「主治医機能」への評価として地域包括診療料と地域包括診療加算を新たに作り、それまでの診療報酬が「医療機関による治療のみを評価していた」が、「日ごろの健康管理や重症化予防、服薬管理なども含めて対応できる医療機関を評価することにした」と強調しています。「主治医機能」という用語を用いたのは、上述した日本医師会・四病院団体協議会「提言」の「かかりつけ医」の定義が「我々が考えた内容と全く同じというわけではなかったため」だそうです。ただし、2016年度改定では、「かかりつけ医」という言葉も初めて使ったそうです。

地域包括診療料の算定に、「常勤医師が3人以上在籍」という厳しい要件を加えたのは、「今後の地域医療の確保や働き方改革を考えると」、身を粉にして働く医師や「スーパードクター」などの「医師個人ではなく、組織的に『主治医機能』を果たす医療機関を診療報酬で評価したかったから」だそうです。

この算定要件に対しては、「1人で頑張っている開業医も算定できるようにすべきだ」とも要望されたが、それでは「『国は1人で24時間365日間働く医師を奨励する』という誤ったメッセージとなる可能性があるし、そのような働き方があるべき姿ではない」と考え、応じなかったそうです。現在、焦眉の課題となっている「医師の働き方改革」を考えると、8年前のこの判断は先駆的だったと思います。

2014年度診療報酬改定時、宇都宮氏はさまざまな媒体でインタビューに応じていましたが、地域包括診療料については、『日本医事新報』と『週刊社会保障』で詳しく説明していました(6,7)。

『日本医事新報』インタビューで氏は「主治医機能」と「かかりつけ医のあるべき姿」を同じ意味で使っていました。氏は、「1人開業の時代から変わる必要がある」と率直に問題提起もしました。氏は、『週刊社会保障』インタビューでは、この点についてさらに踏み込んで、次のように述べました。「個人的には、これからは医師が一人で苦勞して全てを背負って診療する時代ではないと思います。もちろん、一人で頑張っていらっしゃる先生方の努力には頭が下がりますが、これからは有床診療所、在宅を担う診療所、かかりつけ医機能を担う診療所は医師一人ではだんだん難しくなってくるでしょう」。

私は、地域包括診療料が単純な包括払いではなく、「患者の病状の急性増悪時」には出来高払いも併用できることに先駆的意味があると思います。この点について、宇都宮氏も、「今回は包括点数と出来高の加算の両方を新設して、とにかく芽出しをしたかった。走りながら考えるという感じにはなっているが、包括化を前提としたものではない」と明言しています(6)。

地域包括診療料のその後

地域包括診療料の診療所医師の配置要件は2018年度改定から、「常勤換算2名以上の医師が配置されており、うち1名以上が常勤の医師」に緩和されています。対象患者は当初「脂質異常症、高血圧症、糖尿病又は認知症のうち2つ以上の疾患を有する入院中の患者以外の患者」でしたが、2022年度改定で、慢性心不全と慢性腎臓病（慢性維持透析を行っていないものに限る）に拡大されました。

ただし、その施設基準を届けている医療施設は、2021年7月でも、診療所48、病院230にすぎません（中央社会保険医療協議会2022年9月14日資料「主な施設基準の届出状況等」）。それよりも基準が緩い「地域包括診療加算」（診療所のみ。出来高払い）の届

け出診療所も 5873 にとどまり、これは同年 10 月の一般診療所数 104,292 の 5.6% に過ぎません。このことは地域包括診療料の施設基準・要件がまだ極めて厳しいことを示唆しています。

直近では、眞鍋馨保険局医療課長が 2022 年度診療報酬改定についてのインタビューで、地域包括診療料等について、以下のように述べました。「かかりつけ医機能に対しては、すでに、機能強化加算、地域包括診療料・加算という診療報酬上の評価があり、現時点で一定の見解は示されているようにも思います。現行の評価で足りない点があれば、その部分についてご議論をいただくことになるのかもしれませんが」(8)。

この発言は、厚生労働省が「かかりつけ医機能の強化」について、「かかりつけ医の制度化」論者が主張するような大幅な制度改革（登録制・人頭払い制等）ではなく、既存の診療報酬改定で対応しようとしていることを示しています。私は、眞鍋氏の発言を読んで、宇都宮氏の「DNA」が現在も厚生労働省内で引き継がれていることを知り、意を強くしました。

おわりにー2024 年度改定で地域包括診療料等の大幅拡充を

以上から、「かかりつけ医の制度化」が閣議決定されたとの言説が二重に誤っていること、及び 2014 年に新設された地域包括診療料（正確に言えば、眞鍋氏が言及した機能強化加算、地域包括診療料加算、及び小児診療かかりつけ診療料等を含む）が「かかりつけ医機能」強化の出発点になりうることを示せたと思います。

私は、「平時」には、かかりつけ医を必要とするか希望する患者の大半は高齢患者・慢性疾患患者と小児患者に限られることを考えると、「かかりつけ医機能」の定義等についてゼロスタートで議論するよりも、2024 年度の診療報酬改定で、地域包括診療料等の対象患者の大幅拡大と施設基準の大幅緩和を行うことが、合理的かつ現実的であり、「かかりつけ医機能が発揮される」第一歩になると思います。

施設基準の大幅緩和について、1 人診療所が他の診療所や病院と公式の連携協定を結んで「ネットワーク」を形成しているか、地域連携推進法人に参加している場合も認めること（ただし、現行の病院の施設基準と同じく、個々の患者について「担当医」を明示しておく）が考えられます。また、「慢性疾患の指導に係る研修を修了した医師」に、日本医師会が横倉会長時代に創設した「日医かかりつけ医機能研修制度」修了者を含めるべきと思います。そのためにも、現在非公開とされている修了者の名簿を公開すべきと考えます。

今後、社会保障審議会医療部会や中央社会保険医療協議会等で、地域包括診療料等の拡充のための制度設計が行われ、それが 2024 年度診療報酬改定から実施されることを期待します。

3. 「平時」と「非常時(感染症有事)」の対策は区別する必要

(『文化連情報』2022 年 12 月号 (537 号) の上掲論文の【注 2】: 16-24 頁 = 「ニューズレター」221 号 (2022 年 12 月) より。文献欄は略)

私は、「平時」の医療政策・医療改革は「非常時(感染症有事)」(以下、非常時)のそれとは区別する必要があると判断しています。

「かかりつけ医の制度化」論者は、例外なく、コロナ危機時に日本医療の脆弱性が明らかになったと主張し、平時に「かかりつけ医の制度化」をしておけば、非常時にも速やかに対応できるとしています。しかし、今回のコロナ危機の初期には、効果的な治療法はほとんどなく、死亡率も相当高いと想定されたため、患者に対応できたのは、主に重装備の急性期病院であり、プライマリケアの出番はごく限られていました。このことは、日本に限らず、世界共通です。今臨時国会に提出されている感染症法等改正案でも、「感染初期は特別な協定を締結した医療機関〔公立・公的医療機関等、特定機能病院、地域医療支援病院、民間医療機関など、約 1500 の医療機関（病院）を想定〕が中心に対応」するとされています。

日本の場合は、コロナ危機直後は、感染症法の規定により、一般の医療機関でのコロナ患者の受け入れが制限されたという特殊事情もあります。この点について、自見はなこ参議院議員は、5月30日の参議院予算委員会で、以下のように切々と述べ、岸田首相に質しました。少し長いですが、極めて重要な発言なのでほぼ全文を紹介します。

「それ〔法律上の位置づけ〕に基づきまして、政府が保健所に入院調整をさせたり、感染対策の観点から発熱外来の限定を行ったりしたものであります。ですから、そもそもかかりつけ医のフリーアクセスを制限したのは政府でございます。これは感染症の対策、拡大の対策としてとられた措置でありまして、結果として、二十年にわたり予算が削られて人員不足や機能が弱体化していた保健所がパンクをしてしまいました。そして、コロナ禍において入院困難事例や受診困難事例が生じたことは本当に残念なことではあります、これがかかりつけ医をはじめとする医療側の責任とするのは、私は大きな誤りであると考えております。（中略）政府には感染症の医療と一般の医療を混同することなく正しい議論を行っていただきたいと思っております」。

「平時」と「非常時」の区別に関連して、都市部の在宅医療のパイオニアである新田國夫医師（日本在宅ケアアライアンス理事長）も、コロナ対応と「かかりつけ医機能」の議論が混同され、コロナ対応がうまくいかない責任を「かかりつけ医機能」、医療の現場に押しつけていると批判しています(16)。氏は、長年の臨床経験に基づいて、「かかりつけ医」を必要とする人は、「高齢者、特に85歳以上の超高齢者だと考え」、「若く健康な人が果たして、平時から『かかりつけ医機能』を必要としているのでしょうか」と疑問も呈しています

自民党の橋本岳衆議院議員（同党社会保障制度調査会事務局長）も、「かかりつけ医機能」制度のあり方について、「新型コロナウイルス対応のようにフリーアクセスとはなっていない感染症医療の在り方とは『区別して議論を進めるべき』だ」と主張しています(17)。

最後に、山口育子氏（COML理事長）も、初期のコロナ禍の「状況を指して日本の医療提供体制を論じるのは、問題の核心を突くことにはならない」と指摘し、「患者の立場から」、（平時において）「必要なときに必要な医療が受けられる」ようなかかりつけ医のあり方を多面的かつ具体的に検討しています(18)。

「平時」・「非常時」の区別とは離れますが、山口氏は、かかりつけ医の議論でも、「日本の医療の特徴の一つとして『フリーアクセス』があげられるが、実際には1996年以降、大病院に紹介状を持参せずに受診した場合に「特別料金」を請求されるようになって

いるため、「今や国民の意識は“制限された”フリーアクセス」になっているとのきわめて重要な指摘もしています。「社会保障制度改革国民会議報告書」（2013年）は、「フリーアクセスの基本は守りつつ、（中略）医療機関間の適切な役割分担を図るため、『緩やかなゲートキーパー機能』の導入は必要」（35頁）と提起しましたが、この「”制限された”フリーアクセス”」は結果的にその機能（の一部）を果たしていると考えられます。

4. イギリス型のかかりつけ医の登録制・人頭払い制導入はなぜありえないのか？

（『日本医事新報』2022年12月3日号（5145号）：56-57頁＝「ニューズレター」222号（2023年1月）より）

「制度化」は当面なくなった（略）

財務省も「制度化」提案を棚上げ（略）

長期的にはかかりつけ医は制度化？

イギリスのGP（一般医・家庭医）制度に範をとった、かかりつけ医の制度化、特に登録制・人頭払い制の導入論がこの「建議」以降一気に盛り上がったことを考えると、財務省の転進の意味は大きいと思います。

それでも、将来的にはイギリス型のかかりつけ医が制度化される可能性はあると期待または心配している医師やジャーナリスト・研究者もまだいるようです。

私も、今後、もし「総合診療専門医」の養成が急速に進み、かつて高久史磨先生が願望を込めて述べた「日本でも地域包括ケアに本格的に取り組んでいくのであれば、専門医の半分くらいは総合診療専門医にしていく必要がある」ことが実現した場合には、**緩やかな「かかりつけ医の制度化」**がなされる可能性はあると思います。（「専門医取得の義務化、『崩れてしまった』」m3.com 2017年11月4日）。

イギリス型が導入されない3つの理由

しかし、その場合にも、**イギリス型の全国民を対象にした厳格な登録制・人頭払いの制度**が導入される可能性はまったくないと判断しています。その理由は3つあります。

第1のそして根本的理由は、横倉義武日本医師会会長（当時）が鋭く指摘されたように、「医療というのは、それぞれの国の歴史があるわけ」で、「イギリスの場合はNHS主導で、全部税金でやっていて、社会保険方式をとっている日本とは財政方式が違う」からです（『社会保険旬報』2019年9月1日号（2758号）：6-16頁）。

第2の理由は医療経済学的な理由で、プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加することが、過去20年間の、イギリスを含めた国際的な実証研究で明らかにされているからです（本連載（124）、本年9月3日号）。医療費抑制が国是となっている日本で、医療費増大を招く制度化が導入されるわけがありません。

ちなみに私は31年前の1991年に、旧「厚生省の政策選択基準はあくまで医療費抑制（正確には公的医療費抑制）であり」、「厚生省は医療費増加を招くことが明らかな政策は、特別の事情がない限り選択しない」という視点から、厚生省の医療政策を評価すること」を提唱し、以来、この視点から医療政策の将来予測を行ってきました（『複眼でみる90年代の医療』勁草書房,1991,13-14頁）。

第3の理由は、国民が現在のフリーアクセスに慣れ親しんでおり、それを大幅に制限するかかりつけ医の登録制＝厳格な「ゲートキーパー」制には大反対するからです。

皮肉なことに、かかりつけ医の制度化を提唱している健康保険組合連合会の2020年の国民意識調査でも、フリーアクセス制限に不安を持つ人が多かったとの結果が出ています（「新型コロナウイルス感染症拡大期における受診意識調査報告書」2021年2月,第5章「医療機関等のかかりかたに関する意識」（55-62頁）ウェブ上に公開）。

この調査は、「持病あり」群（3500人）と「持病なし・体調不良あり」群（1123人）を対象にしたインターネット調査です。その中の「医療機関の受診のあり方」についての調査で、「最初に決まった医師を受診し、その医師の判断で、必要に応じて病院等の専門医療機関を受診する」に対する賛成は57.0%で、「病気の症状の程度に関わらず、医療機関の規模とは関係なしに自分の選んだ医療機関を受診する」に賛成の31.3%をほぼダブルスコアで上回っていました。

しかし、前者に賛成のうち、「体調不良時に、最初の受診は事前に選んで登録した診療所の医師に限定され、当該医師からの紹介状または救急時以外に病院を自由に受診できない」とした場合に「不安を感じる」が全体でも59.5%、「持病なし・体調不良あり」群では実に68.7%に達していました。このことは回答者全体の約65%がフリーアクセスの厳しい制限に反対していることを意味します（31.3%+57.0%×59.5%）。

「健康人」では反対の割合がさらに高くのは確実です。

イギリスのGP受診にも待ち時間

なお、イギリスでは病院入院だけでなく、GP・診療所受診にも相当待ち時間（日数）があります。このデータにはバラツキがありますが、非緊急受診の場合平均10日という報告や、先進的な改革事例で平均19日から10日に49%低下したとの報告もあります（Siddique H: NHS patients waiting over two weeks to see a GP, shows survey, August 12,2019. /Anonym: Routine GP appointment waiting times reduced by 47% - Piking Medical Practice,North.共にウェブ上に公開。いずれもコロナ感染爆発前）。

「かかりつけ医の制度化」論者の大半は、イギリスのGPを理想化して紹介していますが、この点に沈黙しているのは不公正です。

補足：イギリス国民のGPに対する信頼はコロナ禍後半減

○「GPはもうあなたを診ない NHS問題の修復はGP問題の修復を意味する」

General practitioners. The doctor won't see you now. Fixing the problems of the NHS means fixing the problems of GPs. The Economist January 14th, 2023, pp.12, 50-52（「ニューズレター」225号（2023年4月）で紹介）

GP制度は崩壊しつつある。GP需要は増加しつつあり、それはパンデミックによる患者増のため、およびそれ以前から複雑な慢性疾患を抱える患者が増加していたためである。しかし、GP数は漸減しつつある。2019年に比べ、病院の junior doctors は15%増えたが、常勤換算のGP数は2%減少した。その結果、何百万人もの患者が必要な医療を受けられず、多くの患者は病院の救急外来（Accident-and-Emergence）を直接受診してい

る。ある世論調査によると、G Pに診てもらえない患者の5人に1人は救急外来を受診している。この問題解決の1つの選択肢は全G Pを勤務医にすることであり、労働党はそれを検討しているが、本誌はそれを推奨しない。それよりもN H Sの内部改革の方が良い。N H Sは「質とアウトカム・フレームワーク的の外れな pay-for-performance 方式」を廃棄すべきである。これのために、G Pは患者を診察する時間を書類書きに費やしている。慢性疾患に特化したG Pや、貧困地域のG Pへの支払いを増やすべきであり、それにより健康の不平等も減らせる。N H Sの最も緊急の課題は入院医療であるが、G P制度の修復がなされない限り、N H Sサービスは修復されない。

2022年10月には、530万人以上がG P受診まで2週間以上待たねばならなかった。それよりも多くの人々が診察の予約すらできなかった。病院の入院待ちはパンデミック後、420万人から720万人に激増した。入院手術を受けられない患者の多くが元のG Pに戻り、それがG Pの負担を増やした。患者の激増(the jams)により、G Pへの不満が高まっている。G Pに対する国民の満足度は、以前はN H S全体に対する満足度よりかなり高かったが、2019~2021年に、68%から38%へと激減し、N H S全体に対する満足度と同レベルになった。多くの患者はG Pがコロナ・パンデミック直後に、診療所を閉めたことを許さないでいる。ただし、パンデミック後ほとんどの医療サービスが減ったのと異なり、G Pのサービス提供はパンデミック後、増えている。(最初の段落は leaders 欄の要約、次の段落は Britain 欄の記事のうちG Pについての記載を選択)

5. 全世代型社会保障制度構築会議報告書の「かかりつけ医」関連の

提言の評価

(「『全世代型社会保障構築会議報告書』を複眼的に読む」『文化連情報』2023年2月号(539号):28-34頁=「ニューズレター」223号(2023年2月)より。文献欄は略)

「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」は妥当

②医療提供体制は全体の4分の3(72行中39行)を「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」が占めます(18-19頁)。これはこの種の報告書としては異例です。

実は、2013年報告書も「かかりつけ医(診療所の医師)」については5回も言及していました。特に有名なのは、「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という「意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた『かかりつけ医』の普及は必須」、「医療機関間の適切な役割分担を図るため、『緩やかなゲートキーパー機能』の導入は必要」という問題提起です(24,35頁)。しかし、この問題提起に沿った制度改正はその後9年間行われませんでした。他面、実態的には、この間、地域医療構想と診療報酬改定による誘導、及び医療機関の「自助・互助」により、多くの地域で「医療機関間の役割分担」、機能分化と連携が相当進んだと思います。

「かかりつけ医」がクローズアップされた直接のきっかけは、昨年6月の「骨太方針2022」に「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」との一文が盛り込まれたことです。それ以

降、「日本経済新聞」や一部の研究者・ジャーナリスト、指導的プライマリケア医はそれを「かかりつけ医の制度化」と読み替え・誤読し、さらに彼らの一部はイギリス流の登録制・人頭払い制の導入が必要・必至と主張しました(5)。

しかし、大山鳴動鼠一匹。「報告書」の提案はごく穏当なものに落ち着きました。「報告書」は6つの「制度整備」を提案していますが、私は以下の4つめの制度整備が一番重要と考えます。

「かかりつけ医の活用については、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…。(中略) 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」(19頁)。

「報告書」の提案は、日本医師会が昨年11月に発表した「地域における面としてかかりつけ医機能を発揮する制度整備に向けた」提言とも大枠で共通しており、今後、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」が進むと思います。社会保障審議会医療部会は「報告書」がまとめられた直後の12月23日に「医療提供体制の改革に関する意見」をまとめ、その中で「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」について、「かかりつけ医機能報告制度の創設」等、「報告書」よりもさらに踏み込んだ「意見」を述べています。

ここで一言。私は「報告書」を読んで、昨年5月に発表された「議論の中間整理」(5頁)に書かれていた、「今回のコロナ禍により、かかりつけ医機能などの地域医療の機能が十分作動せず総合病院に大きな負荷がかかるなどの課題に直面した」という(私から見て)不正確で、しかも診療所医師に侮蔑的とも言える表現が削除されたことに注目しました。なお、「総合病院」という名称は1997年施行(26年前)の第三次医療法改正時に廃止されており、法的には「死語」であり、公式文書に用いるのは不適切です。

「報告書」ではこれに相当する部分は、以下の中立的表現に変わりました。「コロナ禍での経験は、今後の高齢者人口の増加と生産年齢人口の急減を前にして、限りある資源を有効に活用しながら、地域における医療・介護ニーズの増大に的確に対応することの必要性を強く意識させるものとなった」(17頁)。「議論の中間整理」の表現の削除理由は不明ですが、これにより今後、制度整備について医療者側と行政側、利用者側との冷静な対話が進むと期待できます。

補足：「構築会議報告書」と「社会保障審議会医療部会骨格案」の正反対の否定論

○浅川澄一「遠のいた『かかりつけ医』制度化までも医師会の壁崩せず」『Wedge』2022年12月30日(ウェブ上に公開)。

浅川氏(福祉ジャーナリスト。元「日本経済新聞」編集委員)は、イギリス流の登録制・人頭払い制のかかりつけ医制度化の急先鋒。医療部会が昨年12月23日に了承した「かかりつけ医機能」の骨格案では、認定・登録制が「消えてしまった」、「家庭医の確立は『またも』失敗」と慨嘆。私が知る限り、「かかりつけ医制度化」論者のもっとも正直な敗北宣言&「引かれ者の小唄」。

○鈴木卓「(談話)国が目標に向け、着実に段階を踏んでいることを注視」『京都保険医新聞』2023年1月25日号(ウェブ上に公開)。

鈴木氏（京都府保険医協会理事長）は、同じ医療部会の「骨格案」について、「財務省の意図はある程度達成されたと考えるべき」、「国は目標に向け、着実に『段階を踏んでいる』」と、浅川氏とは真逆に評価。その上で、「近い将来、地域の『需要推計』に応じた開業医定数の設定や『開業規制』等の規制的手法導入への足場となる可能性は高い」、「開業規制・フリーアクセス制限が強められ、『登録型』のかかりつけ医制度創設につながっていく危険も十分に予想できる」等、「地獄のシナリオ」論を開陳（「地獄のシナリオ」とは、政府の最大限願望が実現した場合に、将来起こりうる最悪の事態を示して、警鐘乱打すること。『複眼でみる 90 年代の医療』勁草書房, 1991, 4 頁）。

Ⅱ 日本医療の歴史と現実を踏まえたかかりつけ医機能の強化

一 私の考えと提案

（『文化連情報』2023 年 4 月号（541 号）：32-44 頁＝「ニューズレター」225 号（2023 年 4 月）より）

はじめに

岸田文雄内閣は 2 月 10 日、「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」を閣議決定しました。これは、昨年 12 月の全世代型社会保障構築会議報告書や社会保障審議会関係部会の取りまとめを踏まえたもので、健康保険法の一部改正、医療法の一部改正（以下、医療法改正案）等、11 本の関係法律案を含む「東ね法案」です。

医療法改正案は「かかりつけ医機能の確保に関する事項」を含みます。昨年 6 月の閣議決定「骨太方針 2022」に「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」との一文が盛り込まれて以降、「かかりつけ医機能の強化」・「かかりつけ医の制度化」をめぐる激しい論争が繰り広げられてきましたが、これは現時点の法的決着と言えます。松本吉郎日本医師会会長は、「各ステークホルダーのベクトルの均衡点での一定の決着を見た」と秀逸に評しています（M3.com レポート 2 月 15 日。以下年号のない場合はすべて本年）。

本稿では、「かかりつけ医機能の確保に関する事項」自体の評価に加えて、今後日本でかかりつけ医機能を強化するための視点や診療報酬改革等について包括的に検討します。まず、私の医療制度改革についての基本的スタンスを述べます。次に、プライマリケアをめぐる日本医療の歴史と現実（フランス・ドイツとの違い）を指摘します。さらに、かかりつけ医機能を含め、平時（平常時）と非常時（感染症有事）の医療機能は区別すべきことを強調します。その上で第 4 に、医療法改正案の「かかりつけ医機能の確保に関する事項」の複眼的評価を行います。私は今回の改正案は大枠では妥当・現実的と評価していますが、「火種」が残っていることも指摘します。これが本稿の中心です。さらに、医療法改正案には含まれていないかかりつけ医機能に関わる診療報酬について検討し、現行の地域包括診療料の拡充が合理的・現実的と主張します。最後に、患者の大病院志向の是正は「かかりつけ医機能の強化」とそれ以外の改革により相当進むと予測します。

1 私の医療制度改革についての基本的スタンス

「かかりつけ医機能の強化」について検討する前に、医療制度改革全般についての私の基本的スタンスを述べます。それは、日本を含めたすべての高所得国では医療制度改革の「抜本改革」は不可能で、**日本医療の歴史と現実を踏まえて、既存制度の部分改革を積み重ねる必要がある**ことです。私は、このことを2001年に出版した『21世紀初頭の医療と介護』で初めて主張し、同書の副題を「幻想の『抜本改革』を超えて」としました(1)【注1】。このことを大前提として、以下、4点述べます。

第1は、医療の質の改善にはある程度の医療費増加が必要で、そのための財源確保策を検討・提示することが不可欠なことです。私は長年医療経済・政策学の研究を続けてきましたが、そこから得た経験則の1つは、「医療の質を引き上げつつ、医療費を抑制する改革」は、ごく例外的にしかないことです。この点はプライマリアケアの拡充、「かかりつけ医機能の強化」でも同じであり、本連載(205)で「プライマリアケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加する」ことを詳述しました(2)。私には、「かかりつけ医の制度化」で医療費を抑制できるとの主張は、安倍内閣時に経済産業省等が主張した、予防医療の推進で医療費が抑制できるとの主張と同根の、「エビデンスに基づく」ことのないファンタジーに見えます(3)。

第2は、各国の医療制度は各国の文化的・社会的・政治経済的条件に規定されているので、他国の制度を「つまみ食い」的に日本に移植することは不可能なことです。そのために、私はどこの国であれ、他国の制度を理想化しその日本への移入を主張する「出羽守」は有害無益と思います。20年前の小泉純一郎政権時代に医療分野への市場原理導入が叫ばれた時は「アメリカ出羽守」が一時優勢に見えましたが、彼らの主張は「マネジドケアの導入」を含め、何一つ実現しませんでした。「かかりつけ医の制度化」論者には「イギリス出羽守」が少なくありませんが、後述するように、彼らの主張も現実の改革にはまったくつながりませんでした。

第3に、私は医療は医師と患者との「信頼関係」・「協働作業」を基礎にしていると考えており、それを崩す「上から目線」の改革、ましてや財政優先の改革には強く反対します。

第4に、私は決して「守旧派」ではなく、医療者・医療団体の自己改革は不可欠と考えており、長年それについて提案してきました(4)。私は、コロナ報道と「かかりつけ医の制度化」の空騒ぎを通して、医療団体、特に日本医師会が積極的に情報発信・広報を行わないと、医療情報でも「悪貨が良貨を駆逐する」と感じています。

なお、私が「空騒ぎ」と判断しているのは、「かかりつけ医の制度化」を絶対化する論者の主張で、それを前提としない「かかりつけ医機能の強化」の議論は十分意味があり、後述するように、それを踏まえてまとめられた医療法改正案も大枠では妥当・現実的と判断しています。

2 プライマリアケアをめぐる日本医療の歴史と現実—フランス・ドイツとの違い

私は、「かかりつけ医の制度化」論者の多くが、日本と本質的に異なるイギリスNHS(国営医療)の登録制・人頭払い制のGPを理想化・参照枠としたことが、この間の議論に無用の混乱を招いたと判断しています(5)。私は、「かかりつけ医機能の強化」を考える上では、日本と同じ社会保険方式のフランスとドイツが2000年代初頭に導入した制度(それぞれ「主治医」制度、「家庭医」制度)が参考になると思っています(6,7)。しかし、イギリスはもちろん、ドイツとフランスの医療制度も、日本とは相当異なることも見落とすべきではありません。以下、3側面から簡単に述べます。

第1は医療提供体制の違いです。フランスとドイツは、イギリスと同じく、診療所開業一般医による外来医療と病院勤務専門医による入院医療の機能分化が厳格に行われています。それに対して、日本では、医療過疎地を除き、多数の医療機関が共存する多くの地域（特に都市部）では、診療所開業医の大半は相当水準の専門医機能を持ちつつかかりつけ医機能を果たしているし、中小病院の勤務医の大半も外来で専門医機能とかかりつけ医機能の両方を果たしています。

患者の多くも、疾患・症状に応じて適切と判断した医療機関を受診し、事実上複数の「かかりつけ医」を持って（ると認識してい）ます。例えば、同一月に、内科（診療所・病院）と眼科や耳鼻科、整形外科等（の診療所・病院）を受診することです。これは「ドクターショッピング」とは異なります。指導的なプライマリケア医には「患者は適切な判断をできないので、総合診療医がゲートキーパーになる必要がある」と主張する方が少なくありませんが、これは「上から目線」で、最近の患者は、多くの場合、ネット情報や口コミ等により、どの医療機関・診療科を受診すればよいか判断・選択できていると思います。

第2は患者の窓口負担の違いです。ドイツとフランスは診療所受診時の窓口負担が（実質的に）ありません。ドイツのかかりつけ医（家庭医）制度導入時には、かかりつけ医以外の医師を受診した場合には自己負担が課されていましたが、2013年1月に廃止されました。フランスでは制度上は、かかりつけ医（主治医）受診時に3割、主治医以外の医師を受診した場合に7割の自己負担が課されていますが、その大半は「共済保険」で償還され、実質的な患者負担はほとんどありません。

それに対して、日本ではすべての外来患者に3～1割の定率負担が課せられています。私自身は、「医療保険の一部負担は究極的に全年齢で廃止すべき」と考えていますが、それが短期的に実現する可能性はありません(8)。そして、窓口負担がある限り、「かかりつけ医」を制度化し、その支払いを包括・定額払い、ましてや人头払いにすることは不可能です（この点は後述します）。

第3は医療の平等性の違いです。ドイツ・フランスは何らかの2段階医療で、高所得患者は追加負担により別建ての医療を受けられます。ドイツはそもそも国民皆保険制度ではなく、高所得層は民間保険に加入し、開業医は民間保険の患者を優先して診療すると批判されています。フランスの開業医には日本と類似した全国一律の公定診察料がありますが、一部の医師は追加料金を徴収できます。これは一種の「混合診療」です。それに対して、日本の皆保険制度は、貧富の差によらず全国民に平等な医療を提供し、国民・患者もそれを支持しています。

私は、以上の日本医療の現実を踏まえて、「平時（平常時）」のかかりつけ医機能の強化を図るべきと考えます。

3 平時（平常時）と非常時（感染症有事）の医療機能は区別すべき

私は、かかりつけ医機能を含めて、医療機能は「平時（平常時）」と「非常時（感染症有事）」とで区別すべきと考えます。この点は、本連載(207)の「【注2】『平時』と『非常時（感染症有事）』の対策は区別する必要」で詳述しました(9)。

「コロナ禍により、本来なら高齢化が進んだ20年後に起きるはずだった事態が一気に現れた」との主張も散見されますが、突発的に生じいずれば収束するコロナ感染爆発と、今後、20年かけて徐々に生じ、しかもその影響が長期間続く高齢化の影響を同一視することには無理があります。

昨年12月に成立した改正感染症法で、非常時（感染症有事）には、「特別な協定を締結した医療機関が中心に対応する」ことが規定されました。岸田首相も、改正感染症法の国会審議時に、感染症におけるかかりつけ医など一般医療機関の応召義務について、次のように述べました。「**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求めることは困難だ。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、受診できる体制を構築する」（2022年10月25日衆議院本会議）。

日本で、コロナ感染爆発時に、特に大都市部で医療機能（入院・外来）が逼迫したこと、また多くの診療所で発熱外来がパンク（オーバーフロー）したことは事実ですが、これは世界共通の現象で、仮に全国民対象の「かかりつけ医制度」があったとしても防げなかったと思います。また、神奈川県保険医協会の調査によると、現在（本年2月）では、かかりつけ医制度がない中でも、発熱外来の全国平均実施率は内科系診療所で61.4%、一般病院で75.2%に達しているそうです【注2】。新聞報道と異なり、コロナ感染爆発後の2020～2022年に出版された文献（研究書・研究論文かそれに準じるもの）で、コロナ対応「失敗」の原因・「犯人」として、診療所（医師）をあげたものはほとんどありません【注3】。

厳しい言い方をすれば、コロナ感染爆発という「惨事」を理由（口実）にして、全国民対象の「かかりつけ医の制度化」を求めるのは、私には一種の「ショック・ドクトリン」（ナオミ・クライン）に見えます(10)。

かかりつけ医が機能しなかったと言説への疑問 ←小見出し

さらに、私は、ジャーナリズムや一部のプライマリケア医は、コロナ患者激増時に大都市部（特に東京と大阪）で局所的に生じた混乱現象を、あたかも全国で生じたかのように報じ、それが国民・患者の医療不信・不安を増幅した面が強いのではないかと疑っています。この点についての大規模調査は行われていませんが、私が疑う理由は以下の3つです。

第1に、私の地元の愛知県・名古屋市ではそのような報道（新聞・テレビ）は、現在に至るまでほとんどありません。これが私の「肌感覚」での疑問です。

第2に、私の調べた範囲では、全国紙でも、診療所がコロナ疑い患者を拒否したとの報道はほとんどエピソード・レベルにとどまり、大量の「エビデンスに基づく」調査報道はありません。この点は、2021年1月に突発した、（民間）病院はコロナ患者を受け入れていないとの「病院パッシング」報道が、曲がりなりにも統計数値を示していたのとまったく異なります（ただし、その大半は「統計でウソをつく法」でしたが…）(11)。

しかもエピソード・レベルですら、患者の訴え・不満のみを報じ、診察を拒否した（大半はできなかつた）診療所側の事情－医師が高齢、空間的・時間的にコロナ診療と一般診療の動線を分けられない等－についての報道はほとんどなく、バランスを欠きます。

第3に、日本で一番患者・家族からの電話相談を受けている認定NPO法人ささえあい医療人権センターCOML（累計66,000件、毎月100件以上）の山口育子理事長に、「電話相談で、2020年のコロナ禍後、診療所またはかかりつけ医（と思っていた医師）に診療を断られたとの苦情は増えましたか？」とお尋ねしたところ、「ほぼ届いていません」、「私も非常に個別的な事例をさもどこでも起きているかのように利用されているように思っています」とのお返事をいただきました（1月20日私信メール。公開許可済み）。

コロナ禍を通して国民の医療に対する信頼は高まった ←小見出し

私は国際的にみれば、日本の医療機関（病院・診療所）は奮闘したと思っています。これはまだほとんど知られていないことですが、上述したジャーナリズムの否定的報道とは逆に、コロナ感染拡大期の医療機関の対応は、国民の医療への信頼を高めたことが2021年11～12月に行われた「ISSP国際比較調査『健康・医療』」の日本分の結果から示されています(12)。本調査は、コロナ感染の蔓延時期に行われたにもかかわらず、日本の医師や医療制度に対する信頼は非常に高く、「信頼できる」は医師で70%、医療制度では87%に達し、前回2011年のそれぞれ60%、65%より相当高まっていました。その上、**コロナの感染拡大への対応は医療制度に対する信頼を「高めた」が41%で、「低下させた」の21%を大きく上回っていました。**それに対して、政府への信頼を高めたは18%にすぎず、低下させたが44%でした。この結果について、執筆者（村田ひろ子氏）は「ワクチンの十分な確保や、医療従事者の献身的な治療によって、感染拡大を抑えていたことが、医療や医療制度に対する人々の信頼を高める要因の1つになった」と解釈しています。

厚生労働省の2020年「受療行動調査」（2020年10月実施。調査対象は病院の患者）でも、病院に対する全体的な満足度は外来では64.5%で、コロナ禍前の2017年の59.3%から5.2%ポイントも上昇しています。日医総研「第7回日本の医療に関する意識調査」（2020年7月実施。調査対象は国民）でも、「受けた医療の総合満足度」は92.4%、「日本の医療全般の満足度」は76.1%と非常に高く、しかもコロナ禍前の2017年調査よりも微増していました（18頁）。

これらの結果は、ジャーナリズム等の日本医療・医師会に対する否定的報道に対する有力な反証になっています。

それに対して、「かかりつけ医の制度化」論者が美化することが多いイギリスのGPに対する満足度は、コロナ禍前の2019年度の68%から、2021年には38%へと激減しました(13)。

4 医療法改正案の「かかりつけ医機能の確保に関する事項」の複眼的評価

次に、医療法改正案中の「かかりつけ医機能の確保に関する事項」の評価を行います。

「かかりつけ医機能の確保に関する事項」のポイント ←小見出し

「かかりつけ医機能の確保に関する事項」は多岐にわたりますが、私は以下の3つが重要と思います。

第1は、「病院、診療所又は助産所」（以下、病院等）は、「**医療を受ける者が身近な地域における日常的な診療、疾病の予防のための措置その他の医療の提供を行う機能**（以下、**かかりつけ医機能**）その他の病院等の機能」についての情報を、「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」ことです。この「**かかりつけ医機能報告の創設**」は2025年4月に施行予定で、これを踏まえた既存の「**医療機能情報提供体制の刷新**」は2024年4月施行予定です。これらに加え、各病院等のかかりつけ医機能の報告に基づいて、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とされています。

第2は、上記「かかりつけ医機能」を、以下の5つと明示（法定）したことです。①外来医療の機能、②休日・夜間の対応、③入退院時の支援、④在宅医療の提供、⑤介護サービス等と連携。条文はもっと長い表現ですが、ここでは、簡略化のため、昨年11月28日の社会保障審議会医療部会に

提出された「資料 1-1」の表現を用いました。

第3は、「かかりつけ医機能」の確認を受けた病院等の管理者は、「**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**」に対して居宅等において必要な医療の提供をする場合その他外来医療を提供するに当たって説明が特に必要な場合として厚生労働省令で定める場合であって、当該**継続的な医療を要する者又はその家族からの求めがあったときは**、正当な理由がある場合を除き、電磁的方法その他〔書面等―二木〕の厚生労働省令で定める方法により、その診療を担当する医師又は歯科医師により、当該**継続的な医療を要する者又はその家族**に対し、次に掲げる事項〔疾患名、治療に関する計画等〕の適切な説明が行われるよう努めなければならない」ことです。条文は難解ですが、要は、医師は「継続的な医療を要する」と判断した患者又はその家族から「求めがあったときは」、「疾患名、治療に関する計画等」について、書面等で「適切な説明」を行うように「努めなければならない」ということです。

改革の総括的な評価―大枠では妥当・現実的 ←小見出し

以上の「かかりつけ医機能の確保」策は、「全世代型社会保障構築会議報告書」の「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」と社会保障審議会医療部会「医療提供体制の改革に関する意見」の「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」を踏まえています。

「骨太方針 2022」中の「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」を「かかりつけ医の制度化」と読み替えるか、誤読した人々・組織は、「かかりつけ医」は診療所医師に限られるとの初歩的誤認に基づいて、登録制・包括払い（または人頭払い）で、国または知事認定の「かかりつけ医の制度化」を求めてきましたが、今回の法案ではそれらはすべて否定されました。

私は、先述したように、医療制度の「抜本改革」は不可能であり、日本医療の歴史と現実を踏まえた「部分改革」を積み重ねる必要があると考えているので、今回の改革案は大枠では妥当・現実的だと思います。この改革が実施されれば、平常時の「かかりつけ医機能」が強まり、かかりつけ医を持つことを希望する国民・患者への情報提供と彼らの「選択の自由」が大幅に拡大・強化すると思います。この改革が「かかりつけ医機能の強化」の「第一歩」となり、「小さく産んで大きく育つ」ことを期待しています。

今後、医師・医療機関は自己の「かかりつけ医機能」について都道府県に積極的に「報告」し、医師会は会員にそれを督励することが求められます。私は、地域の医師会が自治体と協力して、かかりつけ医を持つことを希望しながら、自分で探すことが困難な住民・患者（特に高齢者）に、かかりつけ医（の候補）を紹介する仕組みを整備すれば、かかりつけ医を持つ患者は大幅に増えると思います。

ただし、「火種」は残る ←小見出し

ただし、「かかりつけ医機能」の定義だけでなく、5つの細かい機能までも医療法の条文に書き込んだことには疑問を持っています。このような具体的事項は医療法の本体ではなく施行細則等に書くという慣例に反し、将来的に、医師に対する規制強化のテコになる危険があるからです。

私は、昨年、医療部会の11月28日会議に提出された「資料 1-1」の「地域におけるかかりつけ医機能の充実強化に向けた協議のイメージ」で5つの機能が◎・○・×と星取り表的に「例示」された時、以下のように感じました：この5つの機能そのものに異論はないが、今後も5つの機能は「例示」とどめ、「かかりつけ医機能」を有する医療機関を、5つの機能すべてを実施できる（フルスペ

ックの) 医療機関に限定すべきではない。特に「②休日・夜間の対応」を「単独で提供できる」一人医師診療所はごく限られるので、この「機能を他の医療機関と連携して提供できる」方式を幅広く認めるべき。この点は、現在の「医師の働き方改革」の対象外となっている開業医師の長時間労働・疲弊を予防するためにも重要。

私は、休日・夜間の対応は、個々の医療機関のかかりつけ医機能の枠を超えて地域全体で対処すべきであり、地域医療構想調整会議や市区町村レベルの会議で、行政・医師会・医療団体代表が責任を持って調整するのが合理的と思います。この視点から、私は松本吉郎日本医師会会長の「**医師会がリーダーシップをとって、地域における面としてのかかりつけ医機能を発揮していく**」とのスタンスに大いに大賛成です(2月3日医療関連サービス振興会シンポジウム。『週刊社会保障』2月20日号:17頁)。

条文では、上記5つの機能のうち、日常的な診療以外の②~⑤を「相互に連携して…確保する」ことを認めているので、法改正ですぐにかかりつけ医機能を担う医療機関の選別が起こることはありません。しかし、将来的な「火種」は残るとも言えます。例えば、法改正ではなく、診療報酬で5つの「かかりつけ医機能」の実施数に基づいて機械的加算を行い、事実上かかりつけ医のランクづけをすることです。日本医師会の監視が求められます。

今回の制度改革について、国は医療費抑制のために「かかりつけ医の制度化」を通じた医師の統制を志向していると心配する声も聞きますが、以下の理由から、杞憂に終わると思います。厚生労働省は、医師に関わる政策については、伝統的に医師会との協調路線で、少なくとも医師会が了解しない政策を実施することはありません。厚生労働省は、民間医療機関主体の日本の医療提供体制の改革は、医師会・病院団体との合意、最低限了解を得ないと進められないことをよく理解しているからです【注4】。

財務省は、公的(正確には国費)医療費の抑制にしか関心がなく、今回の「かかりつけ医の制度化」提案も、それにより医療費を抑制できるとの誤解に基づいており、国家による統制までは志向していないと思います。しかも、私が本連載(205)で詳しく示したように、国際的にはプライマリケアの拡充で医療の質は向上するが、医療費は多くの場合増加することが確認されています(2)。賢明な財務省も最近はこのことに気付いているようなので、今後、従来の強硬な「かかりつけ医の制度化」提案の軌道修正を図る可能性もあります。

5 かかりつけ医機能に関わる診療報酬—地域包括診療料の拡充を

医療法改正案は、当然のことながら、かかりつけ医機能を担う医療機関の診療報酬については触れていません。私は医療機関が「かかりつけ医機能」を担うことは当然のことなので、それに加算等がつくことはないと思います。しかし、医療機関が、「継続的な医療を要する患者」に対して書面等で疾患名と治療に関する計画を示し、継続的に診療を行う場合には、なんらかの診療報酬の手当が必要になると考えます。

その際は、2014年に導入された地域包括診療料を拡充するのが合理的・現実的だと思います(9)。地域包括診療料は、かかりつけ医機能(当時は「主治医機能」)を最初に制度化したものでしたが、施設基準が厳しく、対象疾患も限定されているため、あまり普及していません。私は、包括払いと出来高払いの併用を維持した上で、施設基準と対象疾患を大幅に緩和すべきと思います。地域包括診療料の質の担保としては、地域包括診療料の施設基準に含まれる「慢性疾患の指導に係る研修を修了した医師」に、日本医師会が実施している「日医かかりつけ医機能研修制度」修了者を含めるべき

と思います。そのためにも、修了者名簿の公開は不可欠です。将来的には、研修制度の内容も強化すべきです。

また、医療法改正で「かかりつけ医機能」の定義に「疾病の予防のための措置」が含まれたことにより、今後はかかりつけ医が予防・健康増進に積極的に取り組むようになると思いますが、その費用は診療報酬だけでなく、公費でも補填すべきと考えます。その線引きは重要な論点です。

私は、上述したように、地域包括診療料の対象患者を拡大していくことに賛成です。しかし、それを大幅に拡大すること、ましてや国民全体（または大半）に広げて、包括報酬制（または人頭払いの）「かかりつけ医の制度化」をはかることは、外来診療時の自己負担がある限り、不可能だと判断しています。なぜなら、医師から「継続的な医療を要する」と判断されず、不定期にしか医療機関を受診しない青壮年者の大半は、医療機関を受診しない月にも、いわば「健康管理料」として相当額（3割）の自己負担を支払うことに同意するはずがないからです。

私は、**かかりつけ医を（必要に応じて複数）持つこと・選ぶことは国民・患者の「権利」ではあるが、「義務」ではないし、義務にすべきでもない**と思っています。現実にも、固定したかかりつけ医を持つことを希望する国民・患者は、少なくとも現時点では、地域包括診療料の対象になりうる高齢患者・慢性疾患患者や（一部の）小児疾患患者（の保護者）等、かなり限られていると判断しています。医療法改正後そのような患者が増えるのは確実ですが、国民の大多数にはならないと思います。

この点に関連して、山口育子COML理事長も、日本医師会・四病協の「合同提言」（2013年）のかかりつけ医の定義に「最も当てはまるのは小児と生活習慣病を有する高齢者でしょう」、「若い年齢層を中心に、とくに受診が必要な疾患を有していない人もいます」とした上で、「私たち患者・市民にできることは、**自分たちにとって『かかりつけ医』が必要かどうかを考え、必要であればどのような医療機関の何科の医師にその役割を担ってもらうのかを決めること**です」と述べています（14）。

6 患者の大病院志向の是正－「かかりつけ医機能の強化」以外の改革も有効

最後に、「かかりつけ医機能の強化」による患者の大病院志向の是正について触れます。本稿では、コロナ禍を契機（口実）にして、「かかりつけ医の制度化」の議論が突発したと述べました。しかし、「かかりつけ医機能の強化」のための改革は、コロナ禍前から、患者の大病院志向を是正し、大病院勤務医の負担を軽減するためにも提案されていました。

もっとも有名なのは、2013年の「社会保障制度改革国民会議報告書」が、今後「構築される新しい医療提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない」として、「**フリーアクセスの基本は守りつつ、（中略）医療機関間の適切な役割分担を図るため、『緩やかなゲートキーパー機能』の導入は必要となる**」と提案したことです。具体的には、報告書は、「**大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来診療は『かかりつけ医』に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須**」として、「紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、（中略）一定の定額自己負担を求めるような仕組みを検討すべきである」と提案しました（24, 35頁）。

私は、これは重要な問題提起だと思います。その後、1996年に導入された紹介状なしで大病院を受診した場合の「特別料金」賦課の対象病院は、2016、2018、2020、2022年度の診療報酬改

定時に徐々に拡大され、2022年10月からは一般病床が200床以上の病院にまで拡大されています。山口育子COML理事長はこれを「制限されたフリーアクセス」と呼び、今や患者に「大きな病院は紹介状がないと受診できないという認識は広まって」いる・「定着しつつある」と判断しています(14)。

私は、「制限されたフリーアクセス」が現実には「緩やかなゲートキーパー機能」を果たし、患者の大病院志向は徐々に抑制され、大病院勤務医の外来医療負担も軽減されつつあったが、コロナ禍でそれが一時頓挫していると判断しています。厚生労働省「受療行動調査」(各年版)によると、特定機能病院(ほぼ大学病院)の外来患者のうち、「予約をした」患者の割合は2011年の88.1%から2020年の93.8%へと漸増し、「大病院」(500床以上の一般病院)でもこの割合は同じ期間に80.4%から91.2%へと増加しています。

しかも、2010年代以降、地域医療構想と診療報酬改定による経済的誘導、及び各地域の医療機関の「自助・互助」により、多くの地域で「医療機関間の役割分担」、特に大病院と地域密着型の中小病院・診療所との機能分化と連携が相当進み、この面からも患者の大病院志向は是正されていると思います。さらに今後は、外来機能報告制度による「紹介受診重点医療機関」(他医療機関からの紹介患者への外来を基本とする一般病床200床以上の病院。都道府県が決定し、2022年度内に公表予定)の明確化、及び勤務医の働き方改革(2024年4月実施。実質的には大病院勤務医の勤務時間制限)によっても、患者の大病院志向がさらに是正されるのは確実です。

以上の動き、及び医療法改正による「かかりつけ医機能の強化」策により、長年、日本医療の課題だった患者の大病院志向の是正は今後着実に進むと予想できます。

おわりに

本稿では、医療法改正案の「かかりつけ医機能の確保に関する事項」の複眼的評価を含め、日本医療の歴史と現実を踏まえたかかりつけ医機能の強化について包括的に検討しました。私は、法改正による「かかりつけ医機能の強化」と6で述べたそれ以外の改革により**今後は医療機関の役割分担が進んで、患者の大病院志向も是正されると期待されるので、中小病院外来と診療所のフリーアクセスは今まで通り維持し、「かかりつけ医」を必要と感じる患者は自由にそれを選択すればよい**と思います。フリーアクセスを制限すると国民・患者の医療満足度が確実に低下する反面、財務省等が期待している医療費節減は生じない可能性が大きいからです。私は総合診療医を増やすことには賛成ですが、患者と特定の医師を結びつける「かかりつけ医の制度化」は、総合診療医の増加とは別次元であり、今後もないし、実現しないと判断しています。以上が本稿の結論です。

【注1】医療制度の「地道な改善の積み重ね」を最初に提起した研究者は池上直己氏

池上直己氏(慶應義塾大学医学部教授・当時)は、名著『日本の医療』の「あとがき」で以下のように書きました(15)。「[医療分野に]市場原理を単純に適用することはきわめて困難であり、したがって、医療分野においては理論よりも実践的な経験則が、また上からの抜本改革よりも当事者による地道な改善の積み重ねのほうがそれぞれ効果的であるように思われる」。池上氏は、「医療において競争原理を導入する可能性を分析し、『医療の政策選択』[1992]という本にかつてまとめたが、本書を執筆した結果、その難しさを改めて認識し」、上記の見解に達したそうです。

なお、高木安雄氏（慶應義塾大学大学院健康マネジメント研究科教授・当時）は、2016年に、「1981年当時、厚生省保険局の取材の中で、若手官僚から[以下の]貴重な見方を教えてもらった」と証言しています(16)。「抜本改革がよく強調されるが、厚生行政全般は深く国民と結びついており、抜本改革はかえって混乱を招き、実現できるものではない。むしろ、角度にして3度のわずかな改革を毎年続けて、30年で90度、60年で180度の変化を旨とするしかない。毎年3度の変化は誰も意識しないが、60年後には反対側が変わっているという改革こそ求められるだろう」。これは、上記池上氏の発言より15年も早い発言です。しかも、厚生労働省が公式には（建前としては）、2001年1月まで「抜本改革」の必要性を訴えていたことを考えると(17)、超先駆的と言えます。残念ながら、高木氏は2022年に死去されたため、この「若手官僚」が誰かは永遠に分からなくなりました。

【注2】神奈川県保険医協会の都道府県別発熱外来の実施状況調査

神奈川県保険医協会・医療政策研究室は、本年2月に、全国の都道府県のホームページから発熱外来の公表医療機関の実施状況を集計した結果、全国平均の実施率は診療所（分母は内科系・小児科・耳鼻科診療所の合計数）では61.4%、一般病院では75.2%だったと報告しています。ただし、各都道府県のホームページで一目で「発熱外来」と分かるのは岡山県、福岡県、神奈川県くらいで、過去の発熱外来実施医療機関に対する住民側の差別事情もあるせいか、多くは「診療・検査医療機関」と表示されており、すぐには「発熱外来」と理解できなかったそうです。また、都道府県が公表している発熱外来実施医療機関には、診療所か病院かが不明なものが相当数含まれていたそうです。そのために、上記数値は「参考資料」ととどまりますが、それでも現在では、病院だけでなく、内科系診療所の過半数が発熱外来を実施していることが分かります。

【注3】コロナ対応「失敗」の「犯人」として、診療所（医師）をあげた文献はほとんどない

2020～2022年に発表された文献（研究書・研究論文がそれに準じるもの）で、日本のコロナ対応を「失敗」と断じ、その原因・「犯人」を探したものは少なくありませんが、それらの大半は政府の医療政策や日本の病院（制度）を批判しており、診療所・かかりつけ医を正面から批判したものはほとんどありません。主な文献は以下の通りです。

最も早い批判は、2020年11月出版の上昌広『日本のコロナ対策はなぜ迷走するのか』で、日本のコロナ対策を全面批判しましたが、診療所・かかりつけ医にはまったく触れませんでした(18)。2021年1月に出版された大きな話題を呼んだ渡辺さちこ・アキよしかわ『医療崩壊の真実』は、病院医療の批判に終始し、やはり診療所医療やかかりつけ医については全く触れませんでした(19)。2021年11月出版の鈴木亘『医療崩壊 真犯人は誰だ』は、医療崩壊の容疑者を7つあげましたが、それには診療所・プライマリケア医は含まれていませんでした(20)。正確に言えば「容疑者1：少ない医療スタッフ」の項で、開業医にも触れていますが、「開業医たちがコロナ入院患者に対する即戦力となるかと言えば、それはかなり難しい」、「年配の開業医たちがコロナ患者に対応することは、相当にハードルが高かったと言える」と開業医を容疑者から外していました(40-42頁)。直近の英語論文として、2022年11月発表の井伊雅子・渡辺さちこ「コロナパンデミックの逆説：日本の病院での患者需要への影響」は、コロナ医療逼迫の原因として日本の病院医療と医療政策を厳しく批判していますが、プライマリケアについては

言及していません(21)。

これら4文献と異なり、2021年11月出版の山岡淳一郎『コロナ戦記』は医療者に寄り添って病院医療・保健所への密着取材をしています。診療所・プライマリケアについては触れていません(22)。

私が調べた範囲で唯一の例外は土居丈朗氏(慶應義塾大学経済学部教授)で、2020年7月出版の『コロナ危機の経済学』の中で、今回のコロナ危機で日本医療では「かかりつけ医制度と病床機能の連携が未整備であった」ことが露呈したと主張しました(23)。しかし、その根拠は示さず、しかも「かかりつけ医制度が整備されている国が多い」と土居氏自身が認める西欧諸国で、コロナの患者数・死亡者数が日本より2桁多く「医療崩壊」が生じていることには触れませんでした。

【注4】フックス教授が紹介したメイヨークリニック出身医師との対話

私が尊敬しているアメリカの医療経済学者・フックス教授も、医療改革には医師を中心とする医療専門職の協力と自己改革が不可欠で、逆に、医師のやる気をそぐ改革は成功しないことを随所で強調しています。この点について、フックス教授が紹介した、次のエピソード(メイヨークリニック出身医師との対話)は示唆的です。

<私は講義で、メイヨー[クリニック]では、医師と経営者間で[さまざまな適切な]妥協が成立していることを話していた。その時、私の講義を聞いていた医師で、メイヨーで専門研修をしたこともある医師が、私の話をさえぎってこう発言した。「フックス教授、先生は間違っておられます。メイヨーの医師たちは自分たちが今でも権力を保持していると思っています」。それに対して私は笑いながら、こう答えた。「どうもありがとう。その点こそ私が強調していた点なのです。/(中略)医師が、このような年間収益が2億5000万ドルに達する経営体を円滑に、効率的に、利潤を生み出しながら経営することは不可能だろう。しかし、もし医師が今でも自分たちが実権を保持していると感じているとしたら、それはそれで良いことである。なぜ良いかといえば、このことはメイヨーの医師たちが、自分たちにとって重要なことを支配していると今でも信じていることを示しているからである。彼らは誰か、他の人間が彼らの診療スタイルに指示を与えようとしているとは感じていない。私は、他の組織もメイヨーのように妥協点を見つけ、戦いを避けることを望んでいる。>(24)

文献

- (1) 二木立『21世紀初頭の医療と介護 幻想の「抜本改革」を超えて』勁草書房, 2001。
- (2) 二木立「プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加する—過去20年間の実証研究の結論」(「二木教授の医療時評(205)」)『文化連情報』2022年10月号(535号):24-31頁。
- (3) 二木立「経済産業省主導の予防医療推進政策の複眼的検討」『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房, 2020, 27-72頁。
- (4) 二木立「私の『医療者の自己改革論』の軌跡」『コロナ危機後の医療・社会保障改革』勁草書房, 2020, 199-210頁。
- (5) 二木立「イギリス型のかかりつけ医の登録制・人頭払い制導入はなぜありえないのか?」『日本医事新報』2022年12月3日号(5145号):56-57頁。
- (6) 松田晋哉『欧州医療制度改革から何を学ぶか 超高齢社会日本への示唆』勁草書房, 2017。

- (7) 飛田英子「『かかりつけ医』の制度化と定着・普及に向けて」『JRIレビュー』No. 81, 2020 (ウェブ上に公開)。
- (8) 二木立「医療保険の一部負担は究極的には全年齢で廃止すべきと私が考える理由」『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房, 2022, 104-116 頁。
- (9) 二木立「『かかりつけ医の制度化』が閣議決定されたとの言説は二重に誤っている」(「二木教授の医療時評(207)」)『文化連情報』2022年12月号(537号):16-24 頁。
- (10) ナオミ・クライン著、幾島幸子・村上由見子訳『ショック・ドクトリン 惨事便乗型資本主義の正体を暴く』岩波書店, 2011 (原著 2007)。
- (11) 二木立「2021年前半に突発した(民間)病院バッシング報道をどう読み、どう対応するか?」『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房, 2022, 26-38 頁。
- (12) 村田ひろ子「世論調査からみえる健康意識と医療の課題～ISSP国際比較調査『健康・医療』・日本の結果から～」『放送研究と調査』(NHK放送文化研究所) 2022年9月号:20-40 頁 (ウェブ上に公開)。
- (13) General practitioners. The doctor won't see you now. Fixing the problems of the NHS means fixing the problems of GPs. The Economist January 14th, 2023, pp. 12, 50-52. (「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」225号(2023年4月)に抄訳)
- (14) 山口育子「患者の立場から考えるかかりつけ医機能—必要なときに必要な医療が受けられる機能に」『社会保険旬報』2022年9月21日号(2868号):20-25 頁。
- (15) 池上直己、J. C. キャンベル『日本の医療 統制とバランス感覚』中公新書, 1996, 234, 233 頁。
- (16) 高木安雄「医療経済学の『夜明け前』—診療報酬改定の歴史的変節点を考える」『医療経済学会10周年記念誌』2006, 46 頁。
- (17) 二木立『医療改革と病院』勁草書房, 2004, 72-74 頁。
- (18) 上昌広『日本のコロナ対策はなぜ迷走するのか』毎日新聞出版, 2020。
- (19) 渡辺さちこ・アキよしかわ『医療崩壊の真実』エムディエヌコーポレーション, 2021。
- (20) 鈴木亘『医療崩壊 真犯人は誰だ』講談社現代新書, 2021。
- (21) Ii M, Watanabe S: The paradox of the COVID-19 pandemic: The impact on patient demand in Japanese hospitals. Health Policy 126(11):1081-1089, 2022.
- (22) 山岡淳一郎『コロナ戦記 医療現場と政治の700日』岩波書店, 2021。
- (23) 土居丈朗「コロナ危機で露呈した医療の弱点とその克服」、小林慶一郎・他編『コロナ危機の経済学 提言と分析』日経BP社, 2020, 155-165 頁。
- (24) フュックス、VR 著、江見康一・二木立・田中滋訳『保健医療の経済学』勁草書房, 1990 (原著 1986), 119 頁 (「医療支配権の戦い」)。

[本論文は、日本医師会「役員勉強会」講演での同名の副報告(2月21日)及び『日本医事新報』2023年3月4日号掲載の「医療法改正案の『かかりつけ医機能の確保』策をどう読むか?」(「深層を読む・真相を解く」(130))に大幅加筆したものです。]