

## 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

### ーこの間の論争と西欧医療の現地調査を踏まえて

「パワーポイントなどは使わない。証拠隠滅型電気紙芝居は嫌いだ。大量のプリントを配布する」（村上宣寛『「心理テスト」はウソでした。』日経BP社、2005、158頁）

二木 立（日本福祉大学名誉教授）

### 講演にあたって

私は、本年3月15日に、ちょうど2年ぶりに新著『病院の将来とかかりつけ医機能』（勁草書房）を出版します。新著は、以下の7章構成です。第1章 病院の将来／第2章 かかりつけ医機能の強化／第3章 私がイギリス・ドイツ・フランス医療の現地調査で学んだことー診療所医師のコロナ対応を中心に／第4章 岸田政権の医療・社会保障改革／第5章 医療政策分析の視角／第6章 石川誠医師とリハビリテーション医療政策／補章。講演資料の後に新著の「はしがき」と目次を付けます（11-13頁）。

前著『2020年代初頭の医療・社会保障』を2022年3月に出版後、コロナ・パンデミックはほぼ収束しましたが、医療・社会保障改革をめぐるさまざまな議論・論争が行われました。特に「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」と書き込まれて以降は、「かかりつけ医の制度化（登録制等）」対「（制度化を伴わない）かかりつけ医機能の強化」の激しい論争が行われ、私は後者の立場から積極的に参加しました。幸い、2023年の医療法改正により、「かかりつけ医の制度化」は否定され、「かかりつけ医機能の強化」施策が決定されました。2024年以降は、順次それが具体化されます。

本日の講演では、新著の第2章と第3章をベースにお話します。具体的には、昨年11月18日のCOML医療フォーラム「徹底討論!! かかりつけ医機能」での講演原稿（『月刊／保険診療』2024年1月号掲載）を用い、それを本年2月8日の日医総研「西欧医療調査報告会」での「特別発言」等で補足します。2014年度診療報酬改定の「かかりつけ医機能の強化」についても触れます。

**謝辞：**新著第2章（6論文所収）で「かかりつけ医の制度化」・「かかりつけ医機能の強化」について論じる際、神奈川県保険医協会・医療政策研究室（高橋太室長）には大変お世話になりました。私は、病院勤務医出身の医療経済・政策学研究者であるため、今までは、かかりつけ医機能や診療所医療について論文を書いたことはありませんでした。しかし、2022年後半～2023年の1年半、同研究室から継続的にたくさんの資料・情報を提供していただき、論文を書き続けることができました。新著でも同研究室から教えていただいた資料はすべて引用させていただきました（「事項索引」では「神奈川県保険医協会」が最多で5回）。

**結論：私は多くの国民・患者がかかりつけ医を持つことに大賛成です。しかし、それは「権利」であり「義務」ではありません。今必要なのは、医療法改正で規定された「かかりつけ医機能の強化」を具体化・定着させ、できるだけ多くの国民・患者がかかりつけ医を持つことであり、法改正の枠を超えた個人の夢や思いを語ることはありません。**

【補】かかりつけ医を持つことは国民・患者の権利であり、義務ではないことについては、昨年11月18日に開かれた「COML医療フォーラム徹底討論!!かかりつけ医機能」でも、4人の報告者（山口育子氏、横倉義武氏、草場鉄周氏氏と私）の意見が一致しました。それに対して、健保連は医療法改正の枠を超えた「かかりつけ医の認定制」導入を現在でも主張していません（撤回していません）。

## はじめに

日本では、コロナ禍2年目の2021年以降、「かかりつけ医の制度化」をめぐって医療界内外で激しい論争が繰り広げられました。それは2022年6月の閣議決定「骨太方針2022」以降加熱しました。しかし、2023年5月に成立した医療法改正によって、「かかりつけ医の制度化（登録制等）」は否定され、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」ことになりました。本稿では、この期間に私が発表した7つの論文をベースにして、4つの柱立てて、「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」についての私の事実認識と価値判断を述べます(1-7)。

### 1 医療制度改革についての私の基本的スタンス(1)

まず、医療制度改革についての私の基本的スタンスを述べます。私のスタンスの大前提は、日本を含めたすべての高所得国では医療制度の「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。その上で、4点述べます。

①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です。私の長年の医療経済・政策学の研究から得た経験則の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。

②各国の医療制度はその国の文化的・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です。そのため、どこの国であれ、他国の制度を理想化しそれの日本への移入を主張する「出羽守（ではのかみ）」ーアメリカではとか、イギリスではとか、スウェーデンではという言説ーは有害無益です。

③私は医療は医師・医療従事者と患者との「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。

④しかし、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。

### 2 「かかりつけ医機能の強化」対「かかりつけ医の制度化（登録制等）」ー私の主張

次に、この間の「かかりつけ医機能の強化」対「かかりつけ医の制度化（登録制等）」についての論争での私の5つの主張を簡単に紹介します。「主張」と書きましたが、ほとんどは私の事実認識です。(1)～(5)は元論文の見出しです。

その前に、「かかりつけ医」は日本独特の用語であり、諸外国は、「プライマリケア（医）」、「一般医（GP）」、「家庭医」、「主治医」等を用いていることに注意を喚起します。以下、これらの用語は敢えてルーズに使います。

## **(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(2)**

第1の主張は、プライマリケアの拡充で医療の質は向上する可能性があるが医療費は抑制できない、むしろ増加することが、過去20年間の医療経済学の実証研究の結論であるです。

このことは2022年10月に発表した論文で指摘しました。当時、「かかりつけ医の制度化（登録制等）」を主張する一部の経済学者等は、かかりつけ医・プライマリケアの拡充で医療の質が向上すると共に、医療費を節減できると主張していました。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。また私は、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月チェックし、それら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」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が示した実証研究はあるが、それが医療費を抑制することを示した実証研究論文はほとんどなく、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がたくさんあることを確認していました。この論文では、私が20年間に「ニューズレター」で紹介した35論文から8論文を精選して紹介しました。

以下、主な研究を例示します。ヨーロッパ31か国の国際比較研究によれば、強力なプライマリケアは高医療費と相関します。同じくヨーロッパ18か国の国際比較研究では、プライマリケアのフリーアクセスが良いほどGPへの満足度は高いことが確認されています。アメリカ、オランダ、カナダの介入研究によれば、プライマリケアの拡充政策で医療費は増加します。イギリスの研究では、GPへの質に応じた支払いによる医療の質向上は一時的ですが、医療費は確実に増加します。

以上をまとめると、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」であるという当たり前のことが確認されたと言えます。

**【補】**プライマリケアの拡充を含め、私は、1980年代以降、厚生（労働）省や一部の研究者が発表した「医療の質を向上させつつ（維持しつつ）医療費を抑制する」とのさまざまな提案・主張を検討してきましたが、そのほとんどは論理的または実証的に成り立たないとの結論を得ています（「医療の質を向上させつつ医療費を抑制するとの諸提案の検証」『文化連情報』2024年2月号：32-38頁（「二木立の医療経済・政策学関連ニューズレター」235号に転載））。2019年度に導入された医薬品等の費用対効果評価でも、効果のある新薬等は薬価も高くなることを前提にして、QALY1年当たりの費用増加は500万円までは事実上許容されている。医療の質を向上させつつ医療費を抑制できた近年でのほとんど唯一の例外はハーボニー（C型肝炎治療薬）です。

## **(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誤っている(3)。**

第2の主張は、「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です。このことは、2022年11月、「かかりつけ医の制度化（登録制等）」の主張が最盛期だった時に発表した論文で指摘しました。第1の誤りは、岸田内閣が2022年6月に閣議決定した「骨太方針

2022」でかかりつけ医の制度化が決定されたとの言説です。しかし、政府の公文書（財務省の文書は除きます）や岸田首相の発言等で「かかりつけ医の制度化」が示されたことは一度もありません。「骨太方針2022」の表現は、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」です。

もう1つの誤りは、かかりつけ医は診療所医師のみを指すとの思い込みです。しかし、横倉義武日本医師会長（当時）が主導して2013年にとりまとめた日本医師会・4病院団体合同提言の「かかりつけ医の定義」には、「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」と明記されています。2023年の医療法改正でも、「かかりつけ医の機能を果たす」のは「病院または診療所」と法定されました。

### (3)「平時」の医療政策と「非常時（感染症有事）」のそれは区別する必要(1, 3)。

第3の主張は、「平時」の医療政策と「非常時（感染症有事）」のそれは区別する必要があることです。「かかりつけ医の制度化（登録制等）」を主張する人々や組織は、「コロナ禍で日本医療の脆弱性やプライマリケアの限界が露呈した」と声高に主張しました。しかし、コロナ感染爆発という非常時・「惨事」を理由にして、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「ショック・ドクトリン」に思えます(8)。

平時と非常時を同一視する主張の変形として、「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」との主張も見られます。しかし、突発的に生じいずれは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。

平時と非常時を区別することは、2022年末に成立した感染症法等改正にも明記されました。これに先立って2021年に成立した医療法改正により、2024年度から始まる「第8次医療計画」から、「新興感染症等の感染拡大時—つまり感染症有事—における医療」が加えられました。なお、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ことも見落とすべきではありません。

ここで誤解のないように。私もコロナ禍で日本の医療制度・政策の様々な弱点が明らかになったと思っています。例えば、2021年12月に以下のように書きました。<私は、コロナ危機で、①日本の医療提供体制改革が「平時医療」のみを念頭に置き、感染症爆発等の「災害医療」の準備をまったくしていなかったこと、および②コロナ対応が感染症法でのみなされ、ごく一部の地域を除けば、「地域医療構想」による病院間の機能分担と連携がほとんどなされなかったことは大きな反省点だと思っています。>(11)

しかし、弱点や反省点があるのはほとんどの国について言えることであり、「かかりつけ医制度」の欠如に焦点を当てて、日本医療の脆弱性が露呈したと主張するのは論理の飛躍です。私は、国際的にみれば、日本医療は健闘したと判断しています。松田晋哉産業医科大学教授も、「今回の[COVID-19]流行はわが国の医療提供体制の問題点を明らかにした」と指摘し、「救急医療提供体制と高齢者医療の在り方、医療機関の連携、介護施設における医療対応、施設間の医療情報共有の仕組み、リスクコミュニケーションの在り方など」を例示していますが、かかりつけ医制度については触れていません(9)。

### (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？(4)

第4の主張は、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です。こ

の論文は2022年12月に発表しました。私はその理由として、以下の3つを挙げました。①横倉義武日本医師会長（当時）が明快に指摘されたように、「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。②先述したように、プラ  
イマリアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加するからです。私は、1991年から、「厚生  
省（当時。広くは政府）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」と指摘しています（10）。

③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。

この点については、「かかりつけ医の制度化」を主張している健保連の2020年の国民意識調査が  
参考になります。それによれば、かかりつけ医を持つことには回答者の57%が賛成しました。しか  
しそのうち、「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59.5%、「持病なし・体調不良あり」群に限ると68.7%に達していました。

さらに、日医総研（日本医師会総合政策研究機構）「日本の医療に関する意識調査」によると、  
「かかりつけ医のいる割合」は、2017年の55.9%、2020年の55.2%、2022年の55.7%で、コロナ禍  
が始まってほとんど増えていません。2020年調査ではかかりつけ医はいないと答えた人に、その  
理由を尋ねていますが、最も高い割合は「あまり病気にかからないので必要ないから」（72.3%）、  
次いで「その都度、受診する医療機関を選んでいくから」（24.5%）でした。この結果は、コロナ  
禍を経ても、国民の相当部分がかかりつけ医を必要と感じていないことを示しており、「かかりつ  
け医を持つことは国民の権利ではあるが義務ではない」との私の主張の妥当性を裏付けています。

#### **(5) コロナ禍で国民の医療満足度は低下したか？（5）**

第5、論争における私の最後の主張は、コロナ禍で国民の医療満足度は低下していません。過  
去3年間コロナ対策で指導的役割を果たされた尾身茂氏は2023年9月に出版した新著でこう述懐  
しています。「パンデミック初期には、医療関係者の貢献に対し多くの人たちが感謝の気持ちを表明し  
た。しかし、パンデミック後期になると、医療が逼迫するのは医療界・医療関係者の努力が足りないのでは  
ないかと非難の声が聞こえるようになった」。

尾身氏は控えめに書いていますが、財務省や一部のジャーナリズムは、日本の医療機関（病院・診療  
所）の多くはコロナ患者を受け入れなかったと主張・報道しました。それが本当なら、コロナ禍で、国  
民の医療満足度は大幅に低下したはずですが、現実にコロナ禍で「医療崩壊」が生じたイギリスでは、G  
Pに対する満足度は、コロナ禍前の2019年の68%から2021年には38%へと急落しました。

しかし、日医総研、厚生労働省、国際比較調査グループ I S S P、中央調査社、健保連、日本医  
療政策機構の6つの調査では、コロナ禍中（2020～2022年の3年間）の国民の医療満足度はコロナ禍  
前と同水準か、多少増加していました。

しかも、健保連の2022年調査によれば、「新型コロナウイルス拡大期以降（第1波以降）体の具合が悪  
い時に、診療を拒否されたことがある」との回答は3.3%で、「拒否されたことはない」の36.0%の十分の一  
にすぎませんでした。

#### **【補】首都圏等の調査でもコロナ禍で医療満足度は低下しなかった**

神奈川県保険医協会医療政策研究室は2023年11月、「首都圏の医療満足度 コロナ禍でも

不変、若干増」との「論稿」を公表しました(7)。同研究室は、首都圏（神奈川、東京、千葉、埼玉）4都県と大阪圏（兵庫、奈良、滋賀）の3県、政令市のある7道県の医療満足度調査または類似調査の結果を網羅的に調べ、私が調べた6つの全国調査と同様に、大半の道県では、医療満足度等はコロナ禍でも不変、または少し上昇していることを明らかにしました。

例えば神奈川県が毎年行っている「県民ニーズ調査結果（基本調査）」によると、医療満足度の割合（「病気やけがの時に、いつでも適切な診断や治療が受けられること」について「十分満たされている」＋「かなり満たされている」）は、2019～2022年に、それぞれ43.5%、44.5%、43.9%、47.0%、「満たされていない」の割合（あまり満たされていない＋ほとんど満たされていない）は、それぞれ18.3%、16.1%、16.4%、16.5%でした。

### 3 日本医師会のイギリス・ドイツ・フランス医療の現地調査から学んだこと（6）

第3に、日本医師会のイギリス・ドイツ・フランス医療の現地調査から学んだことを、かかりつけ医問題に限定して簡単に紹介します。この調査は2023年5月下旬～6月上旬に行い、調査報告書の「概要版」（執筆者は調査団の実務責任者の森井大一氏）は日医総研のホームページに公開されています(12)。

日本では、一部の「かかりつけ医制度化」論者は、日本でも登録制が実施されていたなら、迅速なコロナ対応が可能になったはずだと主張していましたが、現実には真逆でした。

イギリスにはもっとも厳格なG P（一般医）の登録制がありますが、政府の方針もあり、一般医（診療所）はコロナ患者にほとんど対応しませんでした。フランスでは、国民が「主治医」（日本流に言えば「かかりつけ医」）を持つことが義務化され、患者が主治医以外の医師を受診した場合、患者負担額が高くなっていますが、コロナ禍ではそれは機能しませんでした。フランスの全国疾病保険金庫の担当者は、「コロナ禍は主治医制度を壊した」とまで述べました。と言うのは、コロナ禍中は、コロナ以外の一般疾病を含めて、患者が主治医を受診した場合も、主治医以外の医師を受診した場合にも、患者負担はすべて免除されたからです。

それに対して、ドイツでは、イギリス流の家庭医登録制度はほとんど普及していませんが、診療所（大半が開業家庭医）はコロナ初期からコロナ患者の95%を診療し、イギリスやフランスのように病院機能がコロナ患者で逼迫するのを防いでいました。なお、ドイツ国民の90%は実態的には「家庭医」を持っていますが、それは書面による正式な契約ではなく、医師と患者の信頼関係に基づいており、この点では日本と同じです。

私は、ドイツがコロナ対応で成功した理由は以下の3つだと思っています。第1は、コロナ禍前から、ドイツの人口当たり急性期病院病床数、I C U数や医師数はヨーロッパで最も多く、医療施設と人員面で「余裕」があったことです。

第2は、これもコロナ禍前から、ドイツでは感染症予防法56条により、保健所から就業禁止や隔離が命じられた自営業者・被用者は、休業・休職期間に対して所得補償が得られ、自営業者である医師には前年の所得に基づいた額が、職員には手取り給与額（6週間後からは減額）が補償されることになっていたからです。この所得補償方式は、日本でコロナ禍中に神奈川県保険医協会が精力的に提唱した「診療報酬の単価補正支払い」と類似しています(13, 14)。

第3は、ドイツでは、日本と異なり、コロナ診療に不可欠なP C R検査体制が迅速に整備されたからです。

これら3つに加えて、日本の「自由開業制」と異なり、ドイツの開業医・家庭医には半官半民的性格があることも挙げられると、ドイツ在住の医療ジャーナリスト吉田恵子さんからお聞きしました（『半官半民のドイツ開業家庭医ーコロナに積極対応』『社会保険旬報』2024年1月21日号：18-23頁）。

**【補】各国のコロナ対応以外に、私が調査で学んだ事実のうち、日本ではほとんど知られていないと思うものは以下の通りです（日医総研「西欧医療調査報告会」での特別発言より）**

○イギリスの診療所G Pのうち常勤は4分の1にすぎず、1人のG Pが登録患者を継続的に診療・健康管理しているわけではない。

○イギリスで「社会的処方」をするのは医師ではなく「リンクワーカー」で、彼らの多くは看護師、ソーシャルワーカー等の資格を持っている。

○イギリスの診療所はほとんどグループ診療だが、ドイツとフランスの診療所は多くが単独開業で日本と似ている。

○ドイツでは診療所開業には厳しい制限があり、特に親子間での承継は困難。

○フランスでは2004年に国民の「主治医」登録が義務化されたが、登録していない国民が全国平均で12%存在し、貧困者の多い地域では17%にも達している。

○3か国ともプライマリケアを担う診療所は設備と人員の両面で軽装備であり、日本的基準からは見劣りがする。これは、グループ診療所でも同じ。

○3か国とも大規模病院（大半が国公立・公的）と無床診療所の2本立ての医療提供体制であり、日本の病院の多数を占める地域密着型の民間中小病院はほとんどない（存在感が薄い）。

私は、以前から、「**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**」と主張してきました。今回の調査でそのことを再確認しました。

**【補の補】**最後の点について、香取照幸氏も、イギリス医療の現地調査後、日本の民間中小病院の役割を認め（気づき）、それを日本医療の「アセット」と高く評価するようになっていきます（日本医師会「西欧医療調査報告会」等）。

#### 4 医療法改正による「かかりつけ医機能の強化」の評価と私の意見（1）

最後に、医療法改正による「かかりつけ医機能の強化」の評価と私の意見（価値判断）を述べます。今回の法改正について、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」と評価しており、これは至言と言えます。この意味では、今回の法改正は「改革の第一歩」です。

私は、改革の2つの柱（かかりつけ医機能報告の創設と医療機能情報提供体制の刷新）は、大枠では妥当・現実的だと思っています。ただし、気になる「火種」はあります。この法改正により、かかりつけ医の制度化（登録制、ゲートキーパー制、包括払い、人頭払い等）は、少なくとも現時点では否定されました。「かかりつけ医の制度化」を強く主張していた財務省も、現時点ではその主張を取り下げています(7)。そのため私は、「**かかりつけ医問題は政治的・政策的に終わった**」と判断しています。

私は現在求められていること・必要なことは、医療法改正の枠内で「かかりつけ医機能の強

化」を具体化・定着し、それによりできるだけ多くの国民・患者がかかりつけ医を持つことであり、法改正の枠を超えて、個人の夢や思いを語ることはないと思っています。思い先行の発言の典型は、かかりつけ医は「全世代、また幅広い疾患を対象とすべき」との、健保連河本滋史委員の、厚生労働省「国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会」初会合での発言です（2023年9月13日。「議事録」11頁）。

**かかりつけ医を持つ国民・患者を増やす方法**として、私は以下のように考えています(1)。<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促することが求められる。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う。>

医療法改正には規定されていませんが、**かかりつけ医機能に関わる診療報酬**については、以下のように考えています(1)。<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う。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る。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・現実的と思う。**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**と思う。そのためにも、修了者名簿の公開は不可欠。>

**神奈川県保険医協会・医療政策研究室の調査**によると、2023年11月現在、医師会の都道府県民向けホームページで修了者名簿を公開しているのは、栃木、群馬、千葉、東京、神奈川、山梨、静岡、福岡の8都県で、医療機関・医師向けのホームページで公開しているのは富山、石川、愛知、三重、岡山、鹿児島島の6県だそうです。私は将来的には、研修制度の内容も強化すべとと考えています。

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・健康増進にも積極的に取り組むようになると思いますので、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ています。

#### 【補】2024年度診療報酬改定における「かかりつけ医機能の強化」

○私は、2022-2023年に「かかりつけ医機能強化」の論議が盛り上がったので、「地域包括診療料」の見直し（対象疾患の拡大と施設要件の緩和）が行われるのでは？と期待していたが、点数は据え置きな上に、施設要件は逆に厳しくなったので、これの普及は当面期待できないと思う。

○特定疾患療養管理料から糖尿病など3疾患の除外と生活習慣病管理料への誘導が、短期的には診療所医療費の抑制を目的としていることは間違いない。しかし、生活習慣病管理料では療養計画書の作成が義務化されているため、その拡大は、長期的には、医療法改正で規定された「かかりつけ医機能の強化」につながる可能性もあると思う。

#### 4の補 患者の大病院志向の是正のための「かかりつけ医機能の強化」以外の改革(1)

4番目の柱の補足として、患者の大病院志向の是正のための「かかりつけ医機能の強化」以外の改革について述べます。

実は、かかりつけ医機能の強化は、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提案されていました。そのためにすでに実施されたか、今後実施が決まっている改革は以下の5つです。

第1は、紹介状なしで大病院（一般病床200床以上）を受診した場合の「特別料金」賦課です。山口育子氏が指摘されるように、これは「制限されたフリーアクセス」と言えます(15)。第2は、地域医療構想による病院の機能分化と連携の強化です。第3は、診療報酬による経済的誘導で、この間、医療・介護の連携に関する診療報酬が大幅に拡大しています。第4は、外来機能報告制度による「紹介受診重点医療機関」の明確化です。第5は、勤務医の働き方改革で、これは実質的には大学病院や大病院の勤務医の勤務時間制限を目指しています。

### おわりにー私の総括的意見(1)

最後に、私の総括的意見を述べます。私は、医療法改正による「かかりつけ医機能の強化」と4番目の柱の補足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と連携が進んで、患者の大病院志向も是正されると期待されるので、概ね200床未満の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た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（登録制等）」は、総合診療医の増加とは別次元であり、今後もしなくてもいいし、実現しないと判断しています。

### 文献

- (1) 二木立「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」『文化連情報』2023年4月号（541号）：32-44頁。
- (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、むしろ増加する一過去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。
- (3) 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」『文化連情報』2022年12月号（537号）：16-24頁。
- (4) 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。
- (5) 二木立「コロナ禍で国民の医療満足度は低下したか？」『日本医事新報』2023年11月4日号（5193号）：56-57頁。
- (6) 二木立「私がイギリス・ドイツ・フランス医療の現地調査で学んだことー診療所医師のコロナ対応を中心に」『文化連情報』2023年11月号（548号）：28-37頁。
- (7) 二木立「財務省は今後『かかりつけ医の制度化』を求めないと私が判断するのはなぜか？」『日本医事新報』2023年8月5日号（5180号）：54-55頁。
- (8) ナオミ・クライン著、幾島幸子・他訳『ショック・ドクトリン』岩波書店、2011。
- (9) 松田晋哉「フランスの民間病院におけるCOVID-19対応事例」『病院』2023年10月号：919-924頁。
- (10) 二木立『複眼でみる90年代の医療』勁草書房、1991、14頁。
- (11) 二木立『2020年代初頭の医療・社会保障』勁草書房、2022、13頁。
- (12) 森井大一「【欧州医療調査報告 概要版】英・独・仏の“かかりつけ医”制度ー平時の医

療提供体制、新興感染症へのレスポンス」 「日医総研ワーキングペーパー」 No. 478, 2023年11月 (<https://www.jmari.med.or.jp/result/working/post-3943/>)。

(13) 桑島政臣 「(政策部長談話) 日本の医療体制を守るため 診療報酬の「単価補正」支払いを求める」 神奈川県保険医協会, 2020年6月3日 ([https://www.hoken-i.co.jp/outline/h/post\\_1551.html](https://www.hoken-i.co.jp/outline/h/post_1551.html))

(14) 二木立 『2020年代初頭の医療・社会保障』 勁草書房, 2022, 16頁。

(15) 山口育子 「患者の立場から考えるかかりつけ医機能ー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。

# 【参考】新著『病院の将来とかかりつけ医機能』

勁草書房,2024年3月,A5・288頁、2970円（税込）

## はしがき

本書の目的は、病院のあり方とかかりつけ医機能の強化を中心として、2022-2023年の医療・社会保障（改革）を事実に基づき、しかも歴史的視点をもって分析し、医療・社会保障の短期及び中長期的見通しを示すことです。各章のポイントと各章で特に強調したいことは以下の通りです。

**第1章「病院の将来」**では、2040年を視野に入れて、日本の医療・社会保障と病院（経営）の未来を展望します。第1節では、今後も「医療は安定的な成長産業」であることを示し、病院が今後も医療の中心であり続け、その中心が地域密着型の中小病院であると指摘します。併せて、今後求められるのは「ハイテック&ハイタッチ」の医療であることを強めます。第2節は第1節の続編で、今後の（民間）中小病院のあり方を考えます。今後は多くの病院は孤立して存続するのが困難になり、他の医療施設や介護・福祉施設、行政機関等との地域連携を強化することが不可欠だと強調します。第3節では、2015年に始まった地域医療構想を7つの柱立てで振り返り、2040年に向けた新たな地域医療構想の3つの課題をあげます。

**第2章「かかりつけ医機能の強化」**は本書の中核で、2022～2023年に激しく行われた「かかりつけ医の制度化」（登録制等）対「（制度化を伴わない）かかりつけ医機能の強化」論争に参加して発表した6論文を収録します。**第1節「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」**がこの論争の総括（総論）で、第2～6節が各論です。2023年5月に成立した医療法改正により、「かかりつけ医の制度化」（登録制等）は否定されました。各論で特に強調したいのは、プライマリケアの拡充で医療の質が向上する可能性はあるが医療費は抑制できない、むしろ増加すること（第2節）、及びコロナ禍中（2020～2022年の3年間）の国民の医療満足度はコロナ禍前と同水準か、多少増加していること（第6節）です。

**第3章「私がイギリス・ドイツ・フランス医療の現地調査で学んだこと」**は、2023年5月下旬～6月上旬に行った日本医師会の3か国医療の現地調査の私的報告です。日本では、「かかりつけ医の制度化」で迅速なコロナ対応が可能との主張がありましたが、それとは真逆の知見が得られました。

**第4章「岸田政権の医療・社会保障改革」**では、岸田政権の下で2022年と2023年に実施されるか取りまとめられた4つの医療・社会保障改革（文書）－2022年度診療報酬改定、「骨太方針2022」、「全世代型社会保障構築会議報告書」、「骨太方針2023」－を、時系列順に検討し、どの改革でも財源政策が先送りされていることを指摘します。

**第5章「医療政策分析の視角」**では、私の医療政策分析の視点の「トレードマーク」となっている「複眼的分析（視点）」について解説します。第1節は総論、第2節は新自由主義（的医療政策）についての応用編です。

**第6章「石川誠医師とリハビリテーション医療政策」**は、石川医師が「生みの親」とも言える

回復期リハビリテーション病棟の創設経緯とその後の発展を探究した「探索的研究」です。

補章には、以上の6章のテーマからは外れるが、読者にぜひ読んでほしいと思う4論文を収録しました。特に読んでいただきたいのは、「**地域共生社会の理念と現実、及び地域包括ケアとの異同**」（第1節）です。

本書が、国民・患者本位で、しかも財源に裏打ちされた医療・社会保障改革を考えるの一助になることを願っています。

## 目次

### 第1章 病院の将来

- 第1節 複眼で読む病院・社会保障の未来と病院経営－悲観論を超えて
- 第2節 今後の中小病院のあり方を改めて考える
- 第3節 現行地域医療構想を振り返り、2040年に向けた新たな地域医療構想の課題を考える

### 第2章 かかりつけ医機能の強化

- 第1節 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
- 第2節 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
- 第3節 「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
- 第4節 イギリス型のかかりつけ医の登録制・人頭払い制導入はありえない
- 第5節 財務省は今後「かかりつけ医の制度化」を求めないと私が判断するのはなぜか？
- 第6節 コロナ禍による国民の医療満足度の変化の検証
  - －コロナ禍で日本の医療制度の根幹は揺らいだか？

### 第3章 私がイギリス・ドイツ・フランス医療の現地調査で学んだこと

#### －診療所医師のコロナ対応を中心に

### 第4章 岸田政権の医療・社会保障改革

- 第1節 医療経済・政策学の視点から2022年度診療報酬改定の問題点を考える
- 第2節 岸田内閣の「骨太方針2022」の社会保障・医療改革方針を複眼的に読む
- 第3節 「全世代型社会保障構築会議報告書」を複眼的に読む
- 第4節 「骨太方針2023」等の少子化対策・こども政策と社会保障・医療制度改革方針を複眼的に読む

### 第5章 医療政策分析の視角

- 第1節 私が医療政策の分析と将来予測を「複眼」で行うようになった経緯を振り返る
- 第2節 新自由主義と新自由主義的医療改革についての私の理解

### 第6章 石川誠医師とリハビリテーション医療政策

- 第1節 石川誠さんの業績－回復期リハビリテーション病棟を中心に
  - 【コラム4】 石川誠さんの3つの思い出
  - 【コラム5】 Made in Japanのリハビリテーションを貫いた石川誠さん
- 第2節 「維持期リハビリ」から「生活期リハビリ」への用語変更の経緯を探る

## 補章

第 1 節 地域共生社会の理念と現実、および地域包括ケアとの異同

第 2 節 『厚生労働白書』を複眼的に読む

1 『令和 4 年版厚生労働白書－社会保障を支える人材の確保－』

2 『令和5 年版厚生労働白書－つながり・支え合いのある地域共生社会－』

第 3 節 日経・日経センターの医療制度「改革提言」で特に問題なこと

第 4 節 『安倍晋三回想録』を複眼的に読む