

# 基礎研 レポート

## 2018 年度診療報酬改定を読み解く(下)

外来機能の分化、かかりつけ医機能の充実を巡る論点と課題

保険研究部 ヘルスケアリサーチセンター 准主任研究員 三原 岳  
(03)3512-1798 mihara@nli-research.co.jp

### 1—はじめに～かかりつけ機能の強化～

医療サービスの公定価格である診療報酬が4月から変わった。[\(上\)](#)では診療報酬改定の概要や重点項目を概観した上で、重点項目に位置付けられた提供体制改革の一環として、急性期病床の見直しに関する報酬改定の内容を取り上げるとともに、同じ目的を持った「地域医療構想」との整合性や役割分担を論じた。

(下)では、同じく提供体制改革の一環として進められている「外来の機能分化」「かかりつけ医機能の充実」を取り上げる。具体的には、中小病院や診療所が外来を担う一方、地域の拠点となる大病院に関する入院の機能を強化する観点に立ち、①紹介状なしにダイレクトに大病院を受診した場合、5,000円を追加で徴収する対象病院の拡大、②患者の日常をカバーする「かかりつけ医」機能の充実——といった制度改正が盛り込まれており、これらの内容や背景を取り上げる。さらに、日本のかかりつけ医の定義を巡る曖昧さを論じるため、海外の事例などとの対比を試みるほか、2020年度報酬改定を見据えた今後の論点を探ることにしたい。

### 2—外来機能の分化、かかりつけ機能強化の内容

#### 1 | 提供体制の問題点

日本の医療提供体制の一つの特色として、医療機関同士の機能分化が進んでいない点が以前から論じられている。通常、患者の医療ニーズは日常的な疾病やケガに対応する「プライマリ・ケア」<sup>1</sup>と呼ばれる1次医療に始まり、一般的な入院である2次医療、専門性の高い救急医療などを提供する3次医療に分類され、2次医療や3次医療に対応すべき大病院は通常、専門性の高い医療を提供するため、多くのスタッフと設備を有している。こうした大病院が風邪など軽微な病気やケガに対応するのは医療資源の無駄遣いであり、患者の状態に応じて医療サービスが適切に提供されれば、コストを抑制できる。

<sup>1</sup> 日本プライマリ・ケア連合学会の定義によると、「国民のあらゆる健康上の問題、疾病に対し、総合的・継続的、そして全人的に対応する地域の保健医療福祉機能」とされている。

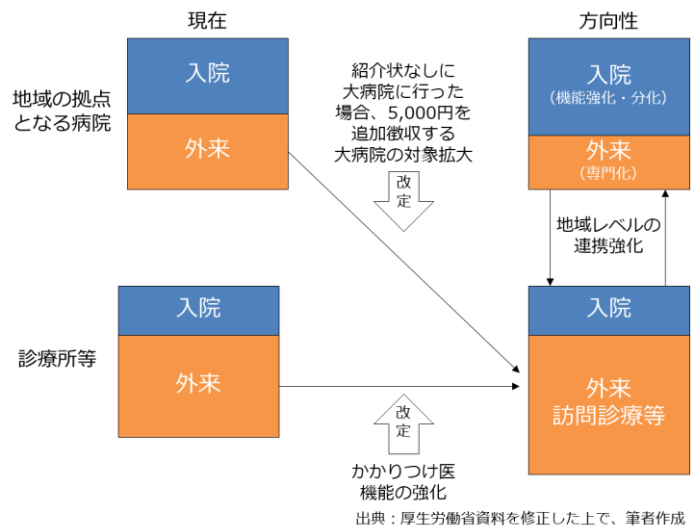
しかし、日本は自由に医療機関を選べる体制（いわゆるフリーアクセス）を採用しており、患者は風邪でも大学病院に行くことができるため、資源分配の効率性が損なわれている可能性がある。さらに、医療の場合、患者—医師の間で情報格差が大きく、患者は医療の質を評価しにくいいため、個々人の選好に合わせて効率的に分配できる通常の財やサービスに比べると、市場の機能を期待しにくい。実際、患者はフリーアクセスの下、医療機関を選択する際にサービスの質ではなく、施設の大きさなど外形的な情報に頼っている<sup>2</sup>とされており、各医療機関が外来から高度医療まで様々な機能を自前で持ちたがる行動に繋がりがやすい。こうした状況が不明確な役割分担を生む一因となっている。

そこで、政府は1990年代の医療法改正を通じて、高度医療を担う特定機能病院<sup>3</sup>や地域医療支援病院<sup>4</sup>を創設したほか、診療報酬による政策誘導も積み重ねることで、中小病院や診療所が外来機能に特化する一方、大病院が専門的な医療を重点的に提供する病床機能分化を目指してきた。

やや分かりやすい言葉で説明すると、大学病院で風邪を診るような非効率な資源分配を是正したいという意図であり、2018年度診療報酬改定では①紹介状なしで大病院を受診した場合、5,000円を追加徴収する制度の対象拡大、②かかりつけ医機能の充実——が盛り込まれた。

その意図については、図1に示した厚生労働省の説明資料が分かりやすい。具体的には、地域の拠点となる病院は外来機能を小さくして専門化する一方、機能強化・分化を通じて専門医療による入院のウエイトを大きくし、診療所や中小病院については外来機能を拡充させることで、両者が地域レベルで連携を図ることを通じて、機能分化・役割分担を明確にしようとしているわけである。以下、①、②について詳しく取り上げる。

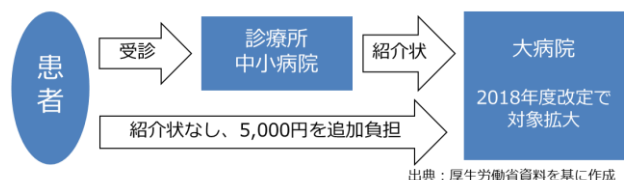
図1：外来医療の役割分担のイメージ



## 2 | 紹介状なしで受診した場合、5,000円追加徴収する大病院の対象拡大

これは患者が中小病院や診療所の紹介状をもらわず、大病院で外来を受診した場合、5,000円を窓口で負担するルールであり、2016年度報酬改定で導入された。当初の対象は「特定機能病院及び許可病床500床以上の地域医療支援病院」であり、

図2：紹介状なしで大病院に行く場合の追加徴収のイメージ



<sup>2</sup> いくつかの研究がこの可能性を示唆している。松嶋大ほか(2009)「紹介状を持参しない大規模病院初診患者の特性とその受診理由」『医療の質・安全学会誌』Vol. 4 No. 4では、紹介状を持参しない患者が受診した理由として、「すぐに検査ができる」「設備が良い」という答えが有意だった。

<sup>3</sup> 高度医療の提供、技術開発、研修を実施する能力などを備えた病院。1993年の医療法改正で創設された。

<sup>4</sup> 中小病院や診療所からの紹介患者に対する医療提供、医療機器の共同利用などを通じて、地域医療の確保を図る病院。1997年の医療法改正で創設された。

これらを「大病院」と見なすことで、救急のケースを除くと、図2の通りに紹介状なしでダイレクトに受診した場合、5,000円を追加で徴収することにしたわけである。

さらに2018年度改定では、「大病院」の対象拡大が争点となり、健康保険組合連合会（以下は健保連）が「特定機能病院及び許可病床200床以上の地域医療支援病院」とするよう主張したが、最終的に「特定機能病院及び許可病床400床以上の地域医療支援病院」で決着した。この結果、対象は約260カ所から約410病院に増えると思われる<sup>5</sup>。

### 3 | かかりつけ医機能の強化

次に、かかりつけ医機能に関する加算措置である。具体的には、(a) かかりつけ医機能を持つ医療機関を対象に、専門医療機関に受診する判断を含め、初診の診療機能を評価する「機能強化加算」（80点、1点は10円）の創設、(b) 慢性疾患の患者に対応する「地域包括診療科」「認知症地域包括診療科」の拡充と加算の増額・要件緩和、(c) 在宅医療を中心に提供する「在宅療養支援診療所」以外の診療所が訪問診療を実施した場合の加算創設、(d) かかりつけ医と認知症ケアをサポートする医師の連携を支援するための指導料の創設——などが盛り込まれており、こうした制度改正について、厚生労働省幹部は「地域にコミットして診療を行っているかかりつけ医の活動が、（注：報酬で）十分に評価しきれていないのではないか、という思いがあります」と説明している<sup>6</sup>。

いずれも患者の生活を支える身近な医療であり、患者にとっての「医療の入口」となる医師の行為を高く評価することで、こうした活動に多くの医師が関わることを期待している。

### 4 | 2018年度改定で期待される効果

では、こうした制度改正はトータルとして何を狙っているのだろうか。まず、患者の受療行動を変えることである。具体的には、いきなり大病院に行くのではなく、身近な中小病院や診療所の医師にかかった後、もし高度な検査や手術が必要な時には大病院を紹介してもらう方法に変えようとしている。これは門番にちなんで一般的に「ゲートキーパー機能」と呼ばれている。

さらに、ダイレクトに大病院に行かせないように患者の受療行動を変えるととともに、「医療の入口」を担うかかりつけ医の機能を強化することで、医療機関の機能分化、役割分担を促すことも期待している。

こうした制度改正は2013年8月の社会保障制度改革国民会議（以下は国民会議）報告書に方向性が示されていた。具体的には、「ともすれば『いつでも、好きなところで』と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを（略）『必要な時に必要な医療にアクセスできる』という意味に理解していく必要がある」とし、「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」と指摘しており、この延長線で今回の報酬改定が決まったと言える。

### 5 | 次期改定を見据えた議論

さらに、上記の制度改正は一層、強化される可能性がある。その一例として、2016年12月に決定

<sup>5</sup> 2018年4月12日『朝日新聞』。

<sup>6</sup> 2018年3月18日『m3.com』における厚生労働省保険局の迫井正深医療課長に対するインタビュー記事。

された政府の「経済・財政再生計画改革工程表（改定版）」（以下は工程表）では「かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担の導入を含め、かかりつけ医の普及を進める方策や外来時の定額負担の在り方について検討」としている。2018年度改定では中央社会保険医療協議会（厚生労働相の諮問機関、以下は中医協）で否定的な意見が多かった<sup>7</sup>こともあり、「大病院」の対象拡大にとどまったが、次期改定となる2020年度以降を見据えると、「緩やかなゲートキーパー機能」の在り方については、もう少し深堀する必要がある。

特に、ゲートキーパー機能を説明する際、わざわざ「緩やかな」という形容詞を用いている点が注目される。それは登録制度を採用せずにゲートキーパーの機能を緩やかに導入しようとしていることに起因しており、国際機関の指摘や他国の制度と比べると、「緩やかな」の意味と曖昧さ、論点が一層、浮き彫りになる。

### 3—OECDの報告書

まず、日本の制度を客観視する上で、OECD（経済協力開発機構）の指摘を見てみよう。OECDは2014年11月、日本の医療制度について報告書<sup>8</sup>を公表しており、ここでは高齢化に対応する医療提供体制改革に向けて具体的な提案を示している。

まず、フリーアクセスなどを前提とした日本の医療制度を「利便性と反応性という利点がある」としつつも、「緩やかな管理と高い柔軟性は、超高齢化社会の医療ニーズにも適うものではない可能性がある。代わりに複雑で慢性の疾患を1つ以上抱える高齢者には、健康を維持し、社会への参加能力を最大限に発揮するために、継続的で、予防的で、個々に合わせたサービスが必要である」「日本の急速に高齢化する人口を考慮すると、予防的及び包括的な高齢者ケアに向けた明確な方向性が必要である。さらに費用対効果が高い予防医療に向けた日本の方向転換には、生涯を通じて一貫した予防的ケアを提供する、首尾一貫したプライマリ・ケア部門が必要不可欠」と指摘している。

ここで言うプライマリ・ケアとは前半で触れた通り、国民の日常的な医療ニーズに幅広く対応する概念であり、世界各国の医療制度改革はプライマリ・ケアを志向しており、OECD報告書も日本ではプライマリ・ケアの強化が必要と訴えたのである。

さらに、OECD報告書はプライマリ・ケアの強化策として、「個人にかかりつけのプライマリ・ケア医を登録するよう求める改革が、より効果的なプライマリ・ケアの発展には必要条件であると考えられる」「登録制度は選択肢を狭めるのが目的ではなく、治療の継続性、連携及び登録された患者全体のニーズの把握が目的であることを強調することが重要である」と指摘した<sup>9</sup>。

つまり、日本で当然視されているフリーアクセスの下では、患者が複数の医師にかかった場合、「医療の入口」が分散することになるため、複数の慢性疾患を持っている高齢の患者を包括的かつ継続的に診ることが難しくなる結果、「高齢化社会には適さない」と指摘し、患者にとっての「医療の入口」に当たるかかりつけの医師を患者が指名・登録する「登録制度」の導入を提案しているのである。

<sup>7</sup> 2017年2月22日『CB News』。

<sup>8</sup> OECD (2014) “OECD Reviews of Health Care Quality JAPAN RAISING STANDARDS ASSESSMENT AND RECOMMENDATIONS” 『OECD医療の質レビュー 日本 スタンドアードの引き上げ 評価と提言』を参照。

<sup>9</sup> そのほか、プライマリ・ケアの質を評価する制度や、登録した人数に応じて報酬を支払う人頭払いの導入などを提唱しているが、ここでは触れない。



これは日本の医療制度改革にとって有益な提案であり、高齢化に対応する提供体制を構築する上で、患者にとっての「医療の入口」を1カ所に絞る登録制度の提案は極めて有益と思われる。

では、ここで言う登録制度と「緩やかなゲートキーパー」は何が違うのだろうか。次に登録制度を採用しているイギリス、フランスとの比較を通じて、考察を加えていく。

## 4—英仏との比較

### 1 | イギリスの制度との対比

イギリスは公的医療費の大半を税金で賄う国民保健サービス（National Health Service=NHS）を整備しており、2次医療や3次医療を受ける場合、原則として家庭医（General Practitioner=GP）と呼ばれるプライマリ・ケア専門医の紹介を必要とする<sup>10</sup>。

その際、国民は平均3~5人程度のGPが勤務する診療所に登録することが義務付けられており、GPは幅広い年齢層や病気・ケガに対応するだけでなく、病気やケガの種類や状態、緊急性などに応じて専門的な医療機関や社会資源を紹介する<sup>11</sup>。

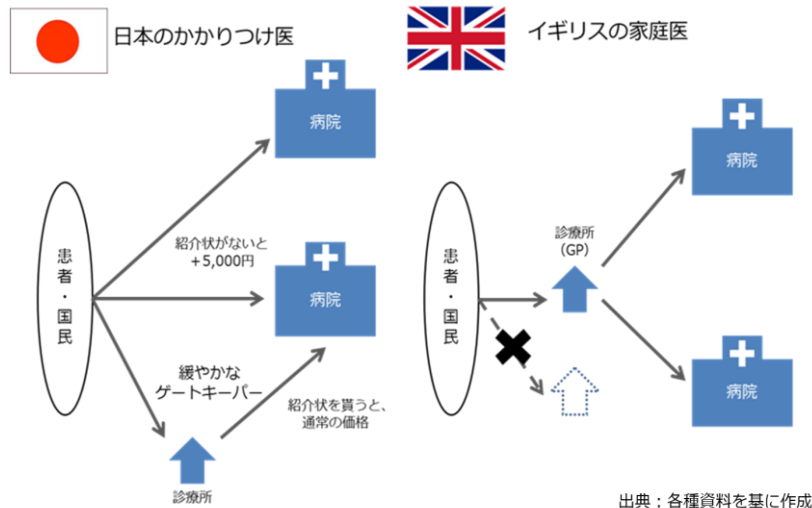
言い換えると、患者にとっては、かかりつけとなる「医療の入口」が1カ所に絞られており、そこでプライマリ・ケアの専門能力を持ったGPの診察や治療を受けられることになる。その意味では、イギリスのゲートキーパー機能は厳格である。

特に、日本との対比を考える際にポイントとなるのは登録制度である。先に触れた通り、イギリス国民は必ずかかる診療所を登録する

「登録制度」を採用しているが、日本は自由に医療機関を選べる。さらに、イギリスの場合は登録制度を通じて「医療の入口」を1カ所に絞っているのに対し、日本は臓器・疾病別に行く医療機関や医師を変えるなど、かかりつけ医を複数持つことができる。そのイメージは図3の通りであり、日本の「緩やかなゲートキーパー機能」の意味が鮮明となるであろう。

さらに、日本は医療機関の窓口で自己負担を取る一方、イギリスの医療制度は無料であり、その差異は大きい、イギリスのGPがプライマリ・ケアの専門能力を持っているのに対し、後述する通りに日本のかかりつけ医は「機能」とされている点も大きな違いである。

図3：日本のかかりつけ医とイギリスの家庭医の違い



出典：各種資料を基に作成

<sup>10</sup> イギリスの医療制度に関しては、NHS England (2016) “General Practice Forward View”、堀真奈美 (2016) 『政府はどこまで医療に介入すべきか』ミネルヴァ書房、健保連 (2012) 「NHS 改革と医療供給体制に関する調査研究報告書」、澤憲明 (2012) 「これからの日本の医療制度と家庭医療」『社会保険旬報』No. 2489・2491・2494・2497・2500・2513を参照。

<sup>11</sup> イギリスのプライマリ・ケアについては、Graham Easton (2016) “The Appointment” [葛西龍樹・栗木さつき訳 (2017) 『医者患者をこう診ている』河出書房新社]を参照。日本の提供体制改革との関連では、拙稿「地域医療構想を3つのキーワードで読み解く (4) -日常的な医療ニーズをカバーするプライマリ・ケアの重要性」を参照。

[www.nli-research.co.jp/report/detail/id=57355](http://www.nli-research.co.jp/report/detail/id=57355)

だが、共通点も見られる。実は、イギリスは登録制度を維持しつつ、自由に選べる度合いを増やしている。具体的には、以前のイギリスのシステムでは、国民は診療所を選ぶ権利を付与されておらず、かかりつけとなる診療所が居住地に応じて自動的に決まる仕組みだったが、これでは良いGPに当たるかどうか選ぶ住所次第で決まることになり、「郵便番号による宝くじ (postcode lottery) 」と揶揄されていたという。そこで現在は複数の診療所から1つを選択できるようになった。つまり、診療所に対する登録義務を通じてゲートキーパー機能を維持しつつ、患者に選択権を付与した。

一方、日本は患者に選択の自由を認めつつ、「緩やかなゲートキーパー機能」を通じて、大病院にいきなり受診する行動を変えようとしている。以上のように考えると、登録制度の有無は大きな違いと言えるが、医療機関や医師を選ぶ患者の自由と、「医療の入口」を絞り込む制限（あるいは強制）の間でバランスを取ろうとしている点は両国に共通していると言える。

## 2 | フランスの制度との対比

ここにフランスの仕組みを対比させると、論点が浮き彫りになる<sup>12</sup>。フランスは元々、日本と同じフリーアクセスだったが、2005年から「かかりつけ医」(Médecin Traitant) 制度を導入し、かかりつけ医への登録を国民に義務付けた。GPが働く診療所に登録と受診を義務付けるイギリスと異なり、フランスの場合、大学病院の勤務医なども指名できるほか、かかりつけ医を経由せずに大病院に行くことも可能である。しかし、かかりつけ医を経由した場合の自己負担は30%だが、経由しない場合は70%とし、自己負担に差を付けることで、かかりつけ医での受療を誘導しようとしている。

これを日本と比較すると、共通点と違いを指摘できる。共通点としては両国ともダイレクトに大病院に行った場合、自己負担を高く設定することで、フリーアクセスを修正しようとしている点である。さらにフランスの制度では、かかりつけ医を診療所の医師に限っておらず、誰でもかかりつけ医に指名できる日本に近い。

一方、違いもある。第1に、日本では先に触れた通り、「緩やかなゲートキーパー機能」にとどまっている分、「医療の入口」を複数持てるが、フランスは登録義務を課すことで、「医療の入口」を1カ所に絞っている点である。

第2に、ダイレクトに大病院に行った場合、日本のシステムでは患者の負担が医療機関の収入になるのに対し、フランスのシステムでは単に患者の負担増となる点である。

ここで3カ国の状況を比較すると、以下のようなことが言えるだろう。まず、イギリスとフランスは登録義務を課しているのに対し、日本はフリーアクセスをベースとしているため、登録制度の有無という大きな違いがある。次に、日仏両国のゲートキーパー機能はイギリスに比べて緩やかであり、かかりつけ医をプライマリ・ケア専門医（イギリスの場合はGP）に限っていない点、かかりつけ医に受診しない場合の自己負担を高く設定している点が共通しているが、自己負担を高くする方法で違いが見られる。

<sup>12</sup> フランスの事例については、松本由美 (2018) 「フランスとドイツにおける疾病管理・予防の取組み」『健保連海外医療保障』No. 117、松田晋哉 (2016) 「フランスの専門医」『健保連海外医療保障』No. 112、加藤智章 (2012) 「フランスにおけるかかりつけ医制度と医療提供体制」『健保連海外医療保障』No. 93 を参照。

### 3 | かかりつけ薬剤師・薬局を巡る議論

では、日本では登録制度に近い仕組みが存在しないのだろうか。実は、2016年度の診療報酬で創設された「かかりつけ薬剤師（薬局）」は事実上、登録制度に近い側面を持っている。

これは▽保険薬剤師として3年以上の薬局勤務経験を持つ、▽研修認定を取得している、▽地域活動に参画している——といった要件を満たした保険薬剤師が患者の同意を得ると、薬歴管理や服薬指導、24時間で相談を受け付けられる体制整備などに取り組んだ場合、報酬上の加算を受けられる仕組みであり、2018年度報酬改定では加算の充実が図られた。

この目的として、厚生労働省は服薬状況を継続的かつ一元的に把握できるようになるとともに、患者の生活実態に合わせた薬歴管理や服薬指導、多剤投与の防止などの効果を挙げており、ポイントは要件として「患者1人に対して1人の保険薬剤師のみ」「患者が受診している全ての保険医療機関、服用薬などの情報を把握」としている点である。このことを通じて、患者にとっての「薬剤師の入口」を1カ所に絞っている点で、登録制度に近い側面を持つ。

もちろん、イギリスやフランスの仕組みと比較すると、相違点もある。第1に、イギリスやフランスのように登録義務が課されておらず、かかりつけ薬剤師を指名するかどうか患者の選択に委ねられている点である。第2に、フランスとは自己負担を増やす際の方策が異なる点に留意する必要がある。フランスの場合、かかりつけ医以外で受診すると、患者の自己負担が増えるだけであり、医療機関の収入には影響しないが、かかりつけ薬剤師・薬局を指名した場合、薬剤師や薬局に加算が入るとともに、患者の自己負担も増えることになる。既に述べた通り、かかりつけ医機能の強化の一環として、2018年度改定では「機能強化加算」が創設されたが、これも同じ仕組みである。

### 4 | いくつかのバリエーション

こうした議論を踏まえると、患者にとっての「医療の入口」を1カ所に絞る登録制度については、いくつかのパターンが存在することに気付く。ここでは、①登録制度の有無（及び登録制度に絡む患者の自己負担の在り方）、②かかりつけ医となる医師の在り方——の2つを論じる。

まず、登録制度の有無である。登録制度を通じて患者—医師の固定的な関係を維持しつつ患者の自由度を高めているイギリスに対し、登録制度を導入しつつも自己負担に差を付けることで医療機関の選択の自由を緩やかに認めているフランス、登録制度を採用しないまま自己負担に差を付けることで医療機関の自由を緩やかに制限しようとしている日本という整理が可能である。分かりやすく整理すると、フリーアクセスを修正したフランスは日本とイギリスの中間に位置し、かかりつけ医を経済的な誘導だけで普及させている日本はフランスに近付いていると整理できる。これを具体的な制度として整理すると、以下のようなパターンが考えられる。

- ① 選択権を付与せず、厳格な登録を義務付ける（以前のイギリス）。
- ② 登録制度を維持しつつ、患者に登録先の選択権を付与する（現在のイギリス）。
- ③ 患者に登録を義務付けるが、登録した医師や医療機関ではないところで受診した場合、自己負担を多く徴収する（フランス）。
- ④ 登録制度を採用せず、登録した医師や医療機関ではないところで受診した場合、自己負担を多

く徴収する（現在の日本）。

このほか、⑤として登録を任意とする代わりに、登録した医師や医療機関ではないところで受診した場合、自己負担を多く徴収するパターンも想定できる。

登録制度に関連する論点として、自己負担に差を付ける方法についても、いくつかのパターンが有り得る。例えば、(1) 患者がダイレクトに大病院に行くと、患者の自己負担は増えるが、医療機関の収入にならない（現在のフランス）、(2) 大病院に行くと、患者の自己負担は増え、その負担は医療機関の収入になる（紹介状なしで大病院に行った場合、5,000 円を追加徴収する日本の措置）、

(3) 患者が指名（登録）すると、医療機関の収入が増えるが、患者の自己負担も増える（日本のかかりつけ薬剤師・薬局）——といったパターンに整理できる。2018 年度改定は (2) の対象拡大とともに、(3) の手法を用いてかかりつけ医機能を強化しようとしていると整理できる。

もう1つの論点として、患者がゲートキーパーを果たす医師を指名する際、プライマリ・ケア専門能力を持った医師に限定するか否かという点もある。イギリスはプライマリ・ケア能力を持った GP に限定しているが、日本とフランスは専門医も指名できる。「緩やかなゲートキーパー機能」の強化に際しては、こうした点を踏まえつつ、患者—医師関係をどう構築するか論じる必要がある。

では、こうした差異やバリエーションを念頭に入れつつ、「緩やかなゲートキーパー機能」の見直しに向けて、どんな制度改革が想定されるだろうか。以下、①登録制度、②かかりつけとなる医師の在り方——の2つを論じる<sup>13</sup>。

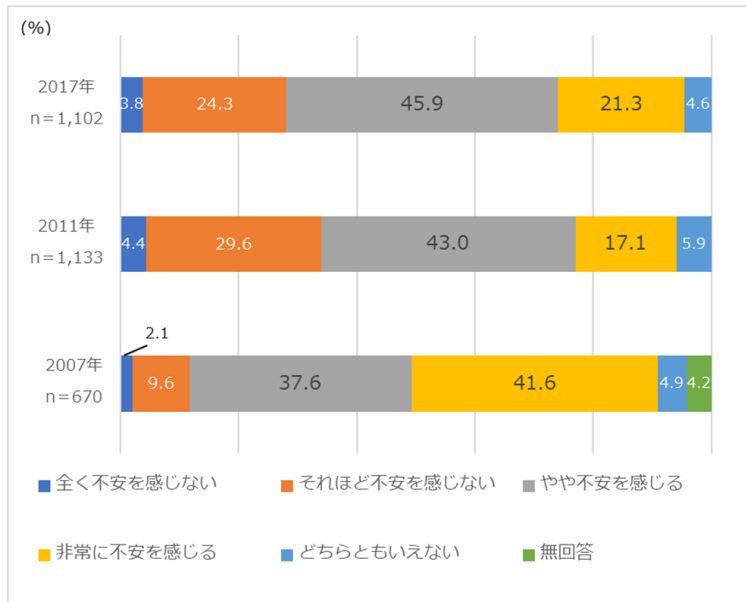
## 5—今後の論点①～登録制度の是非～

### 1 | 登録制度への不安を示す調査

まず、登録制度の是非である。登録制度を導入することは患者にとって、「医療の入口」を1カ所に絞ることで、継続的なケアが受けられるようになるメリットがある反面、医療機関の選択の自由を制限することになるため、患者の消極論あるいは反対意見が予想される。この点に関連し、健保連が実施した意識調査がある。

具体的には、「診療所の医師を事前に選んで登録しておき、体に何か不調を感じたときには、最初にその医師を必

図4：登録制とゲートキーパー機能に関する意識調査



出典：健康保険組合連合会「医療・医療保険制度に関する国民意識調査」を基に作成  
注：設問は「『診療所の医師を事前に選んで登録しておき、体に何か不調を感じたときには、最初にその医師を必ず受診するというきまりが導入され、その医師からの紹介状があるか、救急時以外には病院を自由に受診できない』ことを想定した際の不安感」。

<sup>13</sup> このほか、登録先の医師に対する報酬制度について、「登録した人口に応じて支払う人頭払いにするのか、治療・検査行為ごとに評価する出来高払いを維持するのか」という論点があるが、ここでは論じない。

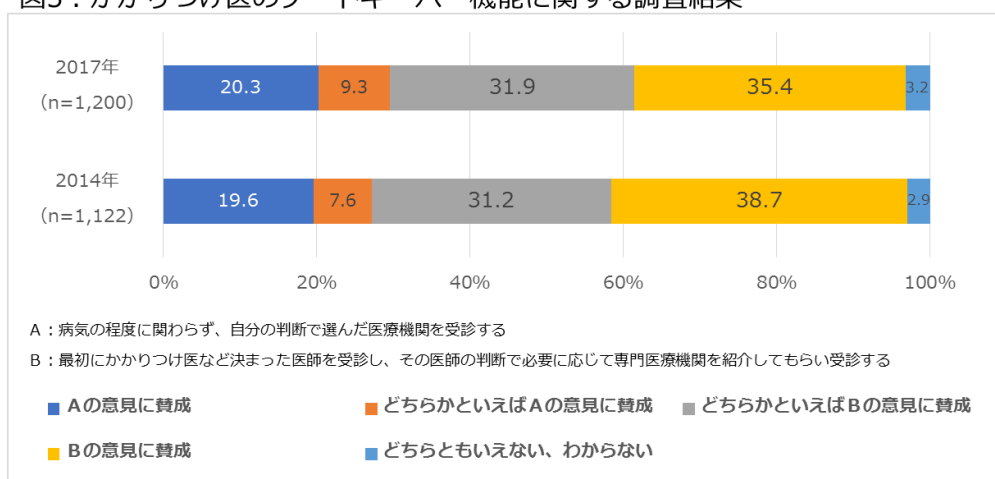


ず受診するというきまりが導入され、その医師からの紹介状があるか、救急時以外には病院を自由に受診できないことを想定した際、不安を感じるか否かを尋ねており、その結果、図4の通りに2007年、2011年、2017年の全てで「不安を感じる」「非常に不安を感じる」という回答が70%程度に及んでいる。この質問には「事前に選んで登録」という登録制度と、「病院を自由に受診できない」というゲートキーパー機能の是非が同時に含まれており、患者が登録制度とゲートキーパー機能の組み合わせに不安を感じる可能性が想定される。

## 2 | ゲートキーパー機能への支持を示す調査

一方、日本医師会のシンクタンク、日本医師会総合政策研究機構の「日本の医療に関する意識調査」も注目される。

図5：かかりつけ医のゲートキーパー機能に関する調査結果



出典：日本医師会総合政策研究機構「第6回日本の医療に関する意識調査」を基に作成

ここでは2014年と2017年の調査で「医療機関の受診のあり方」という質問を設定し、かかりつけ医のゲートキーパー機能に関する是非を事実上、尋ねている。具体的に

は、「A：病気の程度に関わらず、自分の判断で選んだ医療機関を受診する」「B：最初にかかりつけ医など決まった医師を受診し、その医師の判断で必要に応じて専門医療機関を紹介してもらい受診する」という2つの意見のうち、どちらに賛成するかを聞いている。その結果は図5の通りであり、ゲートキーパー機能を支持するBの意見に賛意を示す意見が70%近くを占めた。

## 3 | 2つの調査の差異

この差異は質問の方法、回答者の構成などに起因していると思われるが、患者の自由を制限する登録制度については、反対意見が強まる可能性を示していると言えそうだ。特に、健保連の調査は「病院を自由に受診できない」という設問が否定的な反応を招いている可能性があり、医療機関を選ぶ自由を制限する登録制度を議論する場合、患者の不安に配慮する必要があると言える。

さらに、日本医師会が登録制度に反対している<sup>14</sup>ことも考慮しつつ、現在の曖昧な「緩やかなゲートキーパー機能」から一歩踏み出して、登録制度あるいは登録制度に近い仕組みを採用する方法を現実的に考えると、先に触れた選択肢のうち、④で挙げた「登録制度を採用せず、登録した医師や医療機関ではないところで受診した場合、窓口負担を多く徴収する」という現行路線を継承しつつ対象医

<sup>14</sup> 例えば、2017年2月22日第346回中医協総会で、日医代表委員は「病気の数だけかかりつけ医のいる患者がいるかもしれない」と述べた。

療機関を拡大するか、⑤として示した「登録を任意とする代わりに、登録した医師や医療機関ではないところで受診した場合、窓口負担を多く徴収する」というパターンが想定される。

さらに、登録制度を検討するオプションとして、年齢で区切る方法も有り得る<sup>15</sup>。年齢を重ねると、複数の疾患を同時に持つことになり、複数の医師や医療機関にかかるよりも、プライマリ・ケアのように継続的に診てくれる医師が有効な面があるため、65歳以上の前期高齢者あるいは75歳以上の後期高齢者を対象に、登録制度を導入する方法も考えられる。

## 6——今後の論点②～かかりつけとなる医師の在り方～

### 1 | かかりつけ医と総合診療医

第2に、かかりつけとなる医師の在り方である。日本のかかりつけ医を語る上で、イギリスのGPと同様にプライマリ・ケアの専門能力を持った総合診療医との違いも欠かせない。

まず、かかりつけ医については、日医など診療団体が定義している<sup>16</sup>。それによると、「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」としており、表1右のような4つの「機能」を示している。

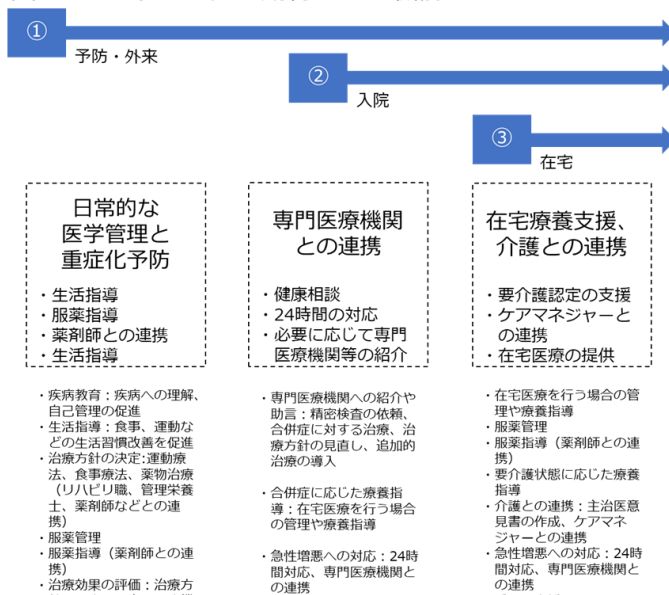
これに対し、総合診療医とはプライマリ・ケアの専門能力を持った医師とされており、表1左の通り、総合診療医に求められる中核的な能力として「人間中心の医療・ケア」「包括的統合アプローチ」「連携重視のマネジメント」などの6点が挙がっており、両者に共通

表1：かかりつけ医と総合診療医の違い

総合診療医の中核的能力 (2015年4月)	かかりつけ医の機能 (2013年8月)
(1) 人間中心の医療・ケア ①患者中心の医療、②家族志向型医療・ケア、③患者・家族との協働を促すコミュニケーション (全人的なケア、患者協働)	▽ 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、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。(全人的なケア、連携)
(2) 包括的統合アプローチ ①未分化で多様かつ複雑な健康問題への対応、②効率よく的確な臨床推論、健康増進と疾病予防、③継続的な医療・ケア (幅広い対応、予防重視、継続的なケア)	▽ 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。(継続的なケア、連携)
(3) 連携重視のマネジメント ①多職種協働のチーム医療、②医療機関連携、医療・介護連携、③組織運営マネジメント (連携)	▽ 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。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。(予防重視、地域重視、連携、在宅医療)
(4) 地域志向アプローチ ①保健、医療、介護、福祉事業への参画、②地域ニーズの把握とアプローチ (連携、地域重視)	▽ 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。(患者協働、説明責任)
(5) 公益に資する職業規範 ①倫理観と説明責任、②自己研鑽とワークライフバランス、③研究と教育 (説明責任)	
(6) 診療の場の多様性 ①外来医療、②救急医療、③病棟医療、④在宅医療 (在宅医療)	

出典：日本医師会、日本専門医機構委員会資料を基に作成。  
注：それぞれのキーワードをカッコ内に抽出

図6：かかりつけ医に期待される機能



出典：厚生労働省資料を基に作成  
注：主に糖尿病患者に対するケースで示された資料。

<sup>15</sup> 同様の仕組みとして「高齢者担当医制度」が2008年度診療報酬改定で創設された。この制度では、糖尿病などの慢性疾患を持つ患者が全人的・継続的に診察してくれる医師を高齢者担当医に選び、その医師が治療計画を立ててケアすると、月6,000円の報酬を付ける仕組みだったが、年齢による差別という後期高齢者医療制度への批判を踏まえて2010年度改定で廃止された。このため、導入に際しては、年齢による差別と受け止められないような配慮と説明が求められる。

<sup>16</sup> 日本医師会・四団体協議会 (2013)「医療提供体制のあり方」。

点は多い。

さらに、2017年2月22日の中央社会保険医療協議会（厚生労働相の諮問機関）に提出された資料では、主に糖尿病患者を想定したかかりつけ医機能として、図6のような資料が厚生労働省から示されており、日常的な医療ニーズへの対応、専門医療機関との連携、福祉サービスとの連携などが重視されており、両者の違いは一層、不鮮明になった。

唯一の違いとしては、かかりつけ医を「機能」、総合診療医を「能力」としている点である。実際、国民会議報告書は「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」とする一方、総合診療医については「(注：複数の慢性疾患を持つ高齢者には) 従来の領域別専門医による診療よりも総合的な診療能力を有する医師（総合診療医）による診療の方が適切な場合が多い」としている。そして、こうした近似した概念が並立しているのは1980年代の経緯が影響しており、これを抜きに語れない。

## 2 | 歴史的な経緯<sup>17</sup>

日常の健康管理・相談、一般的に見られる疾病や外傷に対する適切な診断・治療を行うとともに、必要に応じ専門医療機関へ患者を紹介する家庭医の育成・普及が求められている——。実は、これは1986年版『厚生白書』の一節である。当時、厚生省は高齢化時代の到来や医療費の増加、開業医の高齢化を見据えて、イギリスのGPに近い「家庭医」の創設を目指し、1985年6月に「家庭医に関する懇談会」を設置していた。上記の引用文は、その必要性を説いていた部分である。その後、1987年4月に取りまとめられた懇談会報告書では家庭医に求められる機能として、表2の10項目を指摘した。今の議論と相当、似通っていることに気付く。

表2：厚生省が創設を目指した「家庭医」に期待された能力

- (1) 初期段階に的確な対応ができる
  - ① 疾病の初期段階に的確に対応できる
  - ② 日常的にみられる疾患や外傷の治療を行う能力を身に付けている
  - ③ 必要に応じて適切な医療機関を紹介する
- (2) 健康相談、健康指導を十分に行う
- (3) 医療の継続性を重視する
- (4) 総合的・包括的医療を重視するとともに、医療福祉関係者チームの総合調整に当たる
- (5) これらの機能を果たす上での適切な技術水準を維持している
- (6) 患者を含めた地域住民との信頼関係を重視する
- (7) 家庭など生活背景を把握し、患者に全人的に対応する
- (8) 診察について説明を十分にする
- (9) 必要な時、いつでも連絡が取れる
- (10) 医療の地域性を重視する

出典：厚生省「家庭医に関する懇談会報告書」を基に作成

しかし、これは頓挫した。当時の日医が「医者の中に差別、選別をもたらす」「家庭医的な機能は必要だが、その役割は開業医が果たしており、改めて制度を作る必要はない」「診療報酬の合理化という医療費抑制策の一環であり、官僚統制を考えている」などと反対したことで、制度導入は見送られた。

その後、現行制度を前提にしたかかりつけ医を普及させるためのモデル事業が1993年度からスタートし、「家庭医」という言葉の代わりに「かかりつけ医」という言葉が医療政策では好んで使われるようになった。2つの言葉が並立しているのは、こうした歴史的な経緯に起因しており、今でも制度設

<sup>17</sup> 歴史的な経緯については、厚生省健康政策局総務課（1987）『家庭医に関する懇談会報告書』第一法規、水野肇（2008）『誰も書かなかった日本医師会』ちくま学芸文庫 pp203-208、『朝日新聞』1987年11月24日、『日本経済新聞』1987年4月25日、1985年5月9日、『読売新聞』1985年1月5日などを参照。

計に影響を及ぼしているが、こうした経緯や違いは国民に余り知られているとは思えない。緩やかなゲートキーパー機能を一層、強化するのであれば、医療機関を選ぶ自由を制限される国民に分かりやすく伝える努力が求められるし、両者の概念あるいは言葉の整理が求められるのではないだろうか。

## 7—おわりに

「幅広い選択肢には、たしかに良い面がある。だがそれでもわたしたちは混乱し、圧倒されて、お手上げ状態になる」——。アメリカの社会心理学者の書籍に、こんな一節がある<sup>18</sup>。この指摘に見られる通り、選択肢の多さが合理的な選好に繋がるとは限らず、中でも市場の機能に期待しにくい医療の世界で、医療機関を自由に選べるフリーアクセスは患者の適切な決定を導くとは限らない。そして国民会議報告書が論じている通り、「いつでも、好きなところで」という意味でのフリーアクセスを何らかの形で修正する必要性は関係者の間でも共有されつつある。

しかし、現在の「緩やかなゲートキーパー機能」は余りに曖昧である。曖昧な性格があるからこそ、登録制度に反対する日本医師会も含めて、関係者が折り合える「適温」な環境を作り出していると言えるが、かかりつけ医と総合診療医の違いを含めて、国民にとって分かりにくいのは事実である。

この「適温」な曖昧さを継続するのか、それとも政府の工程表が指摘する通りに一歩進め、フリーアクセスを修正したフランスのような登録制度を目指すのか。医療機関を選択する自由と、登録制度を通じた制限（あるいは強制）のバランスをどう取るのか悩ましい問題だが、医療サービスを利用する患者、税金や保険料を負担する納税者・被保険者にとって、分かりやすい選択肢を提示し、国民の視点に立った利害得失を議論することが求められる。

---

<sup>18</sup> Sheena Iyengar (2010) “The Art of Choosing” [櫻井祐子訳 (2010) 『選択の科学』 文藝春秋 p220]。