

# 基礎研 レポート

## 医療制度論議における「かかりつけ医」の意味を問い直す コロナ対応、オンライン診療などで問われる機能

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

### 1—はじめに～医療制度論議における「かかりつけ医」の意味を問い直す～

近年、医療制度改革を巡る議論で、「かかりつけ医」という言葉を頻繁に見掛けるようになった。例えば、新型コロナウイルスへの対応では、かかりつけ医への発熱相談などで、かかりつけ医の重要性が意識されたほか、オンライン診療を初診から認める特例の継続、外来医療の明確化などの文脈でも、かかりつけ医がクローズアップされている。

しかし、かかりつけ医は必ずしも制度的に位置づけられた単語ではなく、その意味は曖昧である。本稿は新型コロナウイルスへの対応やオンライン診療、外来機能の明確化など4つの論議で、「かかりつけ医」という言葉がクローズアップされている点を踏まえた上で、その機能や役割が曖昧な点を考察する。

さらに、かかりつけ医の制度的な位置付けが曖昧になっている背景として、30年ほど前の議論を振り返る。その上で、かかりつけ医を制度化しているイギリスやフランスの事例などを参考にしつつ、患者にとっての「医療の入口」を1カ所に絞る登録制度の是非も含めて、今後の方向性を問い直す。

### 2—かかりつけ医がクローズアップされている現状

「発熱などの症状があると、かかりつけ医に相談を」「初診からのオンライン診療は原則かかりつけ医による実施で」「外来医療の機能分化では、かかりつけ医の明確化が不可欠」……。近年、政治家や官僚、関係団体の幹部から「かかりつけ医」という言葉を良く耳にするようになった。

いずれも医療提供体制に関して話題になっており、かかりつけ医が注目されている文脈を大別すると、表1の通りに、①新型コロナウイルスへの対応、②オンライン診療の特例継続、③外来医療の明確化、④上手な医療のかかり方——という4つに整理できる。以下、4点に関して、その経緯や文脈を整理する。

まず、第1の新型コロナウイルスへの対応では2020年9月、身近な医療機関に電話で相談した上で、地域の「診療・検査医療機関」を受診する仕組みに変更された。それまでは「帰国者・接触者相談センター」などで対応していたが、新型コロナウイルスに伴う症状と鑑別しにくいインフルエンザの流行に備えるため、身近なかかりつけ医を中心とする相談体制に切り替えられた。その際には政府から

「かかりつけ医があればかかりつけ医、なければお近くの内科や子どもさんであれば小児科にまず電話で問い合わせをしていただきたい、逆に電話をせずに直接医療機関に行くことはぜひ避けていただきたい」という説明がなされた<sup>1</sup>。

さらに2021年度に入って本格化したワクチン接種に関しても、日本医師会（日医）の中川俊男会長から「（筆者注：かかりつけ医による）個別接種の方が、ワクチン接種には強力な武器になる」との期待感が示された<sup>2</sup>。

表1：かかりつけ医が注目されている議論

### ①新型コロナウイルスへの対応

➤ 発熱などの相談対応で、「かかりつけ医」が注目

例：かかりつけ医があればかかりつけ医にまず電話で問い合わせをしていただきたい。

（2020年9月4日、加藤勝信厚生労働相記者会見）

➤ ワクチン個別接種で、「かかりつけ医」が注目

例：（筆者注：かかりつけ医による）個別接種の方がワクチン接種には強力な武器になる。

（2021年4月30日、日本医師会の中川俊男会長発言）

### ②オンライン診療の特例継続

➤ 初診対面原則を撤廃した新型コロナウイルス特例の継続で、「かかりつけ医」が注目

例：オンライン診療については、初診からの実施は原則、かかりつけ医による実施（かかりつけ医以外の医師が、あらかじめ診療録、診療情報提供書、地域医療ネットワーク、健康診断結果等の情報により患者の状態が把握できる場合を含む）とする。

（2021年6月18日、規制改革実施計画）

### ③外来医療機能の明確化

➤ 患者の大病院集中を防ぐため、外来医療機能の明確化に向けた方策として、「かかりつけ医」が注目

例：地域における外来機能の明確化・連携を図るとともに、かかりつけ医機能の強化を併せて議論することは、今後、外来医療全体の在り方について議論を進めていくために必要な第一歩である。

（2020年12月11日、医療計画の見直し等に関する検討会「外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書」）

### ④上手な医療のかかり方

➤ 患者の大病院集中を防ぐため、患者の受療行動を変える方策として、「かかりつけ医」が注目

例：かかりつけ医として必要な能力を維持・向上し、かかりつけ医の所在・役割を市民に分かりやすく伝えるように努める。

（2018年12月17日、上手な医療のかかり方を広めるための懇談会報告書）

出典：各種資料、各種報道を基に作成

第2に、オンライン診療の特例継続に関しても、かかりつけ医が注目されている<sup>3</sup>。オンライン診療は2018年度に初めて制度化されたが、「オンラインは対面の補完」という日医の主張に配慮する形で、要件・基準、対象疾病が厳格に設定されたほか、初診を対面で診察した患者に限定する「初診対面原則」が導入されたことで、実施医療機関は増えなかった。その後、新型コロナウイルスへの対応策として、「院内感染などを防ぐためにオンライン診療が重要」という意見が強くなり、初診対面原則が事実上、撤廃される特例が2020年4月から導入された。

さらに、デジタル化を重視する菅義偉政権が2020年9月に発足すると、初診対面原則の撤廃で関係大臣が合意。2021年6月に閣議決定された「規制改革実施計画」では初診からの実施について、原則として、かかりつけ医による対応が基本とされ、かかりつけ医以外の場合、事前に診療録、診療情報

<sup>1</sup> 2020年9月4日記者会見における加藤勝信厚生労働相（当時）の発言。

<sup>2</sup> 武田良太総務相との面談における日医の中川俊男会長による発言。2021年4月30日『m3.com』配信記事を参照。

<sup>3</sup> オンライン診療を巡る経緯については、拙稿2020年6月5日「[「オンライン診療を巡る議論を問い直す」](#)」を参照。

提供書、地域医療ネットワーク、健康診断結果などの情報をベースに患者の状態が把握できるケースとされた。

こういった判断が下された背景として、オンライン診療の特徴と限界を挙げることができる。オンライン診療の場合、患者にとってのアクセスが改善する半面、医師にとっては触診などが難しくなるため、得られる患者の情報が少なくなる面がある。その結果、普段から接点を持っている医師（つまり、かかりつけ医）か、かかりつけ医並みに情報を得られているケースがあれば、初診からのオンライン診療を可能とする考えが示されたわけだ。

3点目に関しては、各医療機関の外来機能を明確にする議論が絡んでいる<sup>4</sup>。日本の医療制度では患者が自由に医療機関を選べる「フリーアクセス」が採用されており、各医療機関の外来機能が不明確である。分かりやすい事例で言うと、難しい手術に対応するため、高額な機器や専門人材を配置している大学病院でさえ外来機能を有し、日常的な風邪やケガに対応している。しかし、こうした状態は効率的とは言えず、しかも患者にとって最適な医療を受けられるかどうか分からない面もある。

そこで、2016年度診療報酬改定では紹介状なしで大病院に行った場合、5,000円の追加負担を徴収する仕組みが導入された。その後、追加負担を徴収される医療機関の対象は少しずつ拡大されたほか、今年の通常国会で成立した改正医療法では、紹介を中心に外来医療を提供する「医療資源を重点的に活用する外来」（仮称）を各地域で明確にすることが決まった。

一方、この問題は単なる紹介状なし追加負担の対象拡大などにとどまらない。具体的には、医療制度の効率化を図る上では、大病院への患者集中を防ぐため、身近なケガや病気に対応するプライマリ・ケアに関しては、診療所や中小病院で対応する一方、重度な病気やケガの場合、かかりつけ医が2次医療機関や3次医療機関に患者を紹介する流れを作る必要がある。

このため、外来医療機能の明確化議論は「医療資源を重点的に活用する外来」の医療機関の対象範囲や機能に限らず、かかりつけ医機能の議論に発展する。実際、厚生労働省の「医療計画の見直し等に関する検討会」が2020年12月に取りまとめた「外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書」では、「地域における外来機能の明確化・連携を図るとともに、かかりつけ医機能の強化を併せて議論することは、今後、外来医療全体の在り方について議論を進めていくために必要な第一歩」と指摘されており、2022年度診療報酬改定でも一つの論点となる可能性が高い。

4番目は上手な医療のかかり方である<sup>5</sup>。厚生労働省は医師の過重勤務解消とか、医療現場の疲弊を緩和するため、いきなり大病院に行ったり、夜間休日に医療機関に行ったりしないような受療行動として、「上手な医療」のかかり方を国民に対して提唱している。この文脈でも、かかりつけ医の重要性が論じられており、白衣を着たアーティストのデーモン小暮閣下が「かかりつけ医を持とう！」と訴えているCMを見られた方もいるかもしれない。

こうしてみると、新型コロナウイルスへの対応のほか、医療提供体制改革に関わる様々な文脈で、かかりつけ医の重要性がクローズアップされている様子を理解できる。

だが、3番目の外来医療の明確化を話し合う厚生労働省の審議会では、「何をもってかかりつけ医と

<sup>4</sup> 外来医療の明確化に関しては、拙稿 2021年7月6日拙稿「[コロナ禍で成立した改正医療法で何が変わるか](#)」を参照。

<sup>5</sup> 上手な医療のかかり方に関しては、拙稿 2020年2月5日「[『上手な医療のかかり方』はどこまで可能か](#)」を参照。

するか定義がない」「かかりつけ医機能は医療機関の機能か、医師の機能か」という議論が出ている<sup>6</sup>など、かかりつけ医を全般的に位置付ける制度は整備されておらず、その機能や役割は曖昧である。そこで、かかりつけ医の定義や役割を考察することにする。

### 3—「かかりつけ」という言葉の意味

#### 1 | かかりつけ医の定義

まず、かかりつけ医の定義を確認する。日医などは2013年8月の報告書<sup>7</sup>で、かかりつけ医の定義として、表2の通りに「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」と定めた。

表2：かかりつけ医の定義、かかりつけ医機能

かかりつけ医の定義	
➢	なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。
かかりつけ医機能	
➢	かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。
➢	かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
➢	かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進する。
➢	患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

出典：2013年8月、「医療提供体制のあり方 日医・四病院団体協議会合同提言」

さらに、その定義に対応する機能とし

ても、「日常的に行う診療で、患者の生活背景を把握し、適切な診療と保健指導を行い、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、医療機関などと協力して解決策を提供」「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、地域保健などの社会的活動、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」「地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進」「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」など多様な活動を列挙した。

#### 2 | 不思議な言葉？

しかし、良く考えると、かかりつけとは不思議な言葉である。私達は日常会話で、「行き付けの散髪屋」「行き付けの居酒屋」と話すことがあっても、「かかりつけの散髪屋」「かかりつけの居酒屋」などと言うことはない。つまり、「かかりつけ」は医療に限って使われる言葉である。実際、かかりつけという言葉を手元の辞書で調べると、「特定の医者に、いつもきまって診察や治療を受けていること」と書かれている。

では、どうして医療だけで使われる言葉が使われ始めたのか。その淵源は1990年代にあり、時計の

<sup>6</sup> 2020年12月25日 第77回社会保障審議会医療部会議事録における山崎学・日本精神科病院協会会長、相澤孝夫・日本病院会会長の発言を要約。

<sup>7</sup> 2013年8月8日「医療提供体制のあり方 日医・四病院団体協議会合同提言」。

針を 30～40 年ほど前に戻して当時の経緯を振り返ってみよう。

## 4—「かかりつけ」という言葉の歴史的な経緯

### 1 | かかりつけ医という言葉の淵源

現実にかかりつけ医という言葉が今度初めて出ていますけれども、これはどういう根拠があるかわかりませんが、そんなようなかかりつけ医がいる場合といない場合とあるんですね——。国会で「かかりつけ医」という言葉が初めて登場するのは1991年9月であり、改正医療法に関する参考人質疑で、訪問看護における医師の役割を語る文脈として、こうした発言が出たのが始まりである<sup>8</sup>。

注目されるのは「今度初めて出ていますけど」という部分である、この頃から「かかりつけ」という言葉が始まったことを表しており、実際に厚生省は1993年度からモデル事業を開始した。その時の経緯については、1993年3月の国会会議録における厚生省幹部の発言で把握できる<sup>9</sup>。

**かかりつけ医の推進モデル事業でございますが、今、国会で御審議をお願いしておる予算案の中に入っておるわけでございます。かかりつけ医推進モデル事業というのは、慢性疾患の増大等疾病構造が非常に変化しておる、あるいは住民の医療に対しますニーズがいろいろと多様化、高度化しておるというようなことに適切に対応するために、住民の身近にいらっしゃる地域の開業医の先生方がそれぞれの専門性に応じたかかりつけ医となることを地域で推進したらどうだろうかというようなことで出したわけでございます。**

これを読むと、慢性疾患の患者増加など高齢化に対応できる医師（＝かかりつけ医）の重要性とともに、かかりつけ医に関するモデル事業が1993年度から実施されたことを確認できる。その上で、当時の厚生省幹部は下記のように述べている。

**家庭医に関する懇談会というものの報告が昭和六十二年にできまして、それを受けてモデル事業をやろうとした経緯がございます。そのときに日本医師会側からの御意見が出ましたのは、医師の裁量や患者の主治医の選定に関しまして一定の制約を課し、診療報酬の支払い方式を変更していこうとしておるものではないかというような御意見が出たりまして、そういう反発があったというふうに私どもは聞いております。今回のかかりつけ医推進モデル事業につきましては、日本医師会を初めとする医療関係団体の方からも、これを何とか推進していこう、そして患者と医師との間の信頼関係というのを確立しよう、こういうようなお話もでございます。**

つまり、上記の国会答弁を通じて、厚生省が創設した「家庭医に関する懇談会」の報告とモデル事業に対して日医から意見や反発が示されたこと、さらに日医との調整を経て、かかりつけ医推進モデル事業が創設された経緯を読み取れる。

ここでポイントとなるのが「家庭医に関する懇談会」「日本医師会側からの御意見」という部分である。このうち、前者については、厚生省は1985年6月、有識者や日医幹部などで構成する同懇談会を

<sup>8</sup> 1991年9月18日、第121回国会会議録参議院厚生委員会における蒞昭三・全日本民主医療機関連合会長の発言。

<sup>9</sup> 1993年3月26日、第126回国会会議録参議院厚生委員会における寺松尚・厚生省健康政策局長による答弁。一部の文章は読みやすいように省略した。明らかな誤植は筆者の判断で訂正した。

設置し、継続的に健康状態などを把握する家庭医の育成を目指した、当時の判断としては、▽高齢社会の到来と疾病構造の変化、▽医学・医師の専門分化、▽開業医の高齢化、▽患者の大病院志向——といった状況に対応するため、患者個人の生活全般を考慮するイギリスの家庭医（GP、General Practitioner）のような医師を制度的に育成することが想定されていた<sup>10</sup>。

その後、懇談会は1987年4月に報告書を公表し、①初診患者への対応、②健康相談・指導、③医療の継続性重視、④総合的・包括的医療の重視、医療福祉関係者チームの総合調整——などの機能を満たす家庭医が必要とする考えが盛り込まれた。さらに厚生省はモデル事業も実施することで、制度化に向けて本格的に議論を進めようとした。

ただ、日医は「イギリスのような国家統制の強い仕組みに変えるのではないか」「診療報酬制度の変更を通じて、医療費適正化の手段に使われるのではないか」などと反発した。こうした反発については、先の国会答弁のうち、「主治医の選定に関しまして一定の制約」「診療報酬の支払い方式を変更」といった意見や反発が日医から示されたという部分と符合しており、日医はモデル事業への非協力を決めるに至った。厚生省としては、日医の意見を踏まえつつ、家庭医に関する懇談会報告書を取りまとめた経緯があったため、調整が難航した点について、当時の雑誌では「ハシゴを外された」「真意がわからない」といった厚生省幹部のコメントが紹介されている。

このように日医内部の反対意見が強くなった一因として、この少し前に医療費適正化路線をスタートさせた厚生省官僚の吉村仁（保険局長、事務次官などを歴任）が「ホームドクター構想」を掲げていた<sup>11</sup>ことが考えられる。つまり、厚生省が家庭医の制度化を持ち出したことで、「医療費を抑制しようとしているのではないか」とする警戒心が強まったとみられる。その後、両者が歩み寄った結果、開業医が果たしている家庭医的な機能を調査する実態調査が全国4地域で実施されたが、家庭医の制度化は断念された。

結局、現行制度をベースにしつつ、患者と医師の長期的な関係を構築するという目的の下、1993年度から「かかりつけ医推進モデル事業」が全国14カ所でスタートした<sup>12</sup>。当時の雑誌などを見ると、同事業では地域医師会や保健所の職員などで構成する委員会を設置することとか、委員会を通じた医師の紹介、広報・相談窓口の設置などが進められたと紹介されている。

言い換えると、国家統制を嫌う日医の主張に配慮する形で、かかりつけ医は患者—医師の関係性に依拠した緩やかな概念となった。これが現在に至るまで「かかりつけ医機能の明確化」が論じられている遠因と言える。

## 2 | 総合診療医との違い

かかりつけ医の曖昧さについては、総合診療医との対比で一層、明らかになる。専門医制度の見直しを通じて、全人的かつ継続的なケアを提供するプライマリ・ケアの能力を有する総合診療医の制度

<sup>10</sup> 当時の議論については、厚生省健康政策局総務課編（1987）『家庭医に関する懇談会報告書』第一法規出版、『週刊社会保険』No. 1452、『社会保険旬報』No. 1591・1576・1561、『国保実務』第1600号を参照。

<sup>11</sup> 例えば、吉村が保険局長時代に専門誌に寄稿した論文では、医療費がGDPを超えて伸びる状態を「医療費亡国」と呼び、大病院外来からプライマリ・ケアの開業医に予算を重点化する方針を示した。吉村仁（1983）「医療費をめぐる情勢と対応に関する私の考え方」『健康保険』1983年3月号など。事務次官就任後の1984年9月の会見でも家庭医の重要性に言及した。『社会保険旬報』No. 1481を参照。

<sup>12</sup> かかりつけ医のモデル事業に関しては、『社会保険旬報』No. 1804、『ばんぼう』1993年8月号を参照。

的な育成が始まり、その中核的な能力（コアコンピテンシー）として、表3の通りに「人間中心のケア」「連携重視のマネジメント」「地域志向アプローチ」「診療の場の多様性」などが列挙されている。これを表2で示した「かかりつけ医機能」と比べると、言葉の違いがあるにしても、表2の機能と重複している様子を確認できる。

例えば、かかりつけ医機能で言及されている「患者の生活背景を把握」という部分については、総合診療医の「人間中心のケア」と相似しているし、かかりつけ医の「社会的活動、行政活動に積極的に参加」「介護・福祉関係者との連携」という機能は総合診療医に求められる「地域志向アプローチ」「連携重視のマネジメント」と重複しているように映る。

表3：総合診療医に求められるコアコンピテンシー（中核的な能力）

<p>①人間中心のケア</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 患者中心の医療</li> <li>➢ 家族志向の医療・ケア</li> <li>➢ コミュニケーション</li> </ul>	<p>④地域志向アプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 地域の健康福祉行政などへの参画</li> <li>➢ 地域の健康問題への対応</li> </ul>
<p>②包括的統合アプローチ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 未分化な問題、不確実性・複数の健康問題</li> <li>➢ 地域を意識したマネジメント</li> <li>➢ 健康増進・予防・リハビリテーション</li> <li>➢ 継続性</li> </ul>	<p>⑤公益に資する職業規範</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 倫理性・説明責任</li> <li>➢ ワークライフバランス</li> <li>➢ 教育研究</li> </ul>
<p>③連携重視のマネジメント</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 多職種連携</li> <li>➢ 病診連携</li> <li>➢ 組織全体のマネジメント（質改善含む）</li> </ul>	<p>⑥診療の場の多様性</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 外来医療</li> <li>➢ 救急医療</li> <li>➢ 病棟医療</li> <li>➢ 在宅医療</li> </ul>

出典：日本プライマリ・ケア連合学会ウェブサイトを基に作成

しかし、医療制度改革の議論を見ると、両者に関して使われている言葉は明らかに異なる。例えば、現在の制度改革の流れを作った政府の社会保障制度改革国民会議は2013年8月の報告書で、総合診療医に関して、下記の表現を盛り込んだ。

**医療の在り方そのものも変化を求められている。高齢化等に伴い、特定の臓器や疾患を超えた多様な問題を抱える患者が増加する中、これらの患者にとっては、複数の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。**

**これらの医師が幅広い領域の疾病と傷害等について、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を提供することで、地域によって異なる医療ニーズに的確に対応できると考えられ、さらに、他の領域別専門医や他職種と連携することで、全体として多様な医療サービスを包括的かつ柔軟に提供することができる。**

つまり、特定の臓器や疾患を超えて患者の生活全般を診察できる能力を持つ医師として、総合診療医の存在に言及している。さらに報告書では「地域医療の核となり得る存在」という期待感とともに、その養成を図る必要性が指摘されている。これに対し、かかりつけ医に関しては、国民会議報告書では下記のように書かれている。

**緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須であり、そのためには、まず医療を利用するすべての国民の協力と、「望ましい医療」に対する国民の意識の変化が必要となる。**

この中の「ゲートキーパー機能」とは、患者が大病院に行かせないようにする「門番 (gatekeeper)」のような役割を果たすことを表している。具体的には日常的な病気やケガは診療所や中小医療機関で対応し、難しい手術は2次医療、3次医療に紹介することを意味しており、かかりつけ医が緩やかに機能を担う旨が強調されている。

ここで注目すべきは「緩やか」という言葉遣いである。この点については、後述するイギリスとの対比で明らかにする。さらに、「総合診療医＝能力」「かかりつけ医＝機能」という言葉遣いの違いにも注目である。つまり、総合診療医に求められているのは「能力」であり、専門医としての研修などを通じて、「総合診療医としての能力を果たしているか否か」が客観的に定められる。

これに対し、かかりつけ医は「機能」であり、総合診療医よりも緩やかに定められている。実際、日医が実施している研修は「かかりつけ医機能研修制度」という名称が用いられている。筆者のような医学の素人から見ると、「機能を研修する」とは分かりにくい言葉遣いだが、先に引用した2020年12月の「外来機能の明確化・連携、かかりつけ医機能の強化等に関する報告書」でも、「かかりつけ医機能の強化」という表現が貫徹されている。

つまり、かかりつけ医には「機能」が重視されており、能力に関する客観的な評価基準とか、要件が明確に決められているわけではない。その結果、かかりつけ医を全般的に評価する制度は整備されておらず、役割や機能が曖昧になっていると言える。

このため、かかりつけ医を制度的に位置付けるのであれば、総合診療医との違いも踏まえつつ、「かかりつけ医とは何か」「どんな役割を期待するのか」「その役割をどういう形で担保するのか」といった議論が欠かせなくなる。

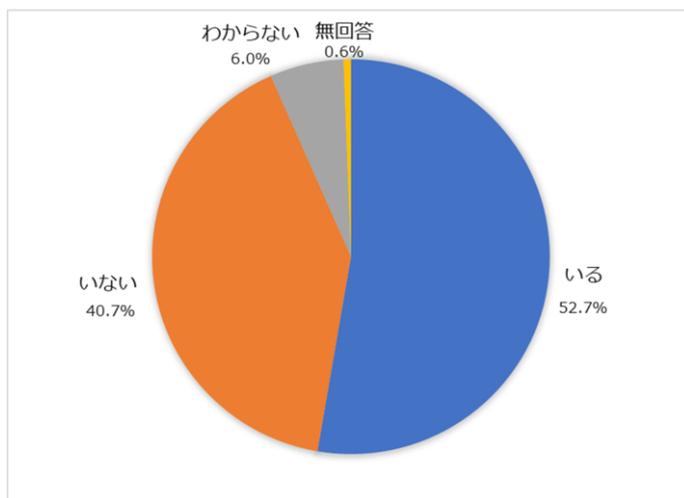
さらに、かかりつけ医を巡る議論を考察する上では、別の問いを加える必要がある。それは「かかりつけ医を決めるのは誰か？」という点である。以下、この点を考える。

## 5—「かかりつけ医」を決めるのは誰か？

2019年9月に公表された内閣府の「医療のかかり方・女性の健康に関する世論調査」によると、「かかりつけ医の有無」を尋ねる質問に対し、図1の通りに52.7%の国民が「いる」と答えている。

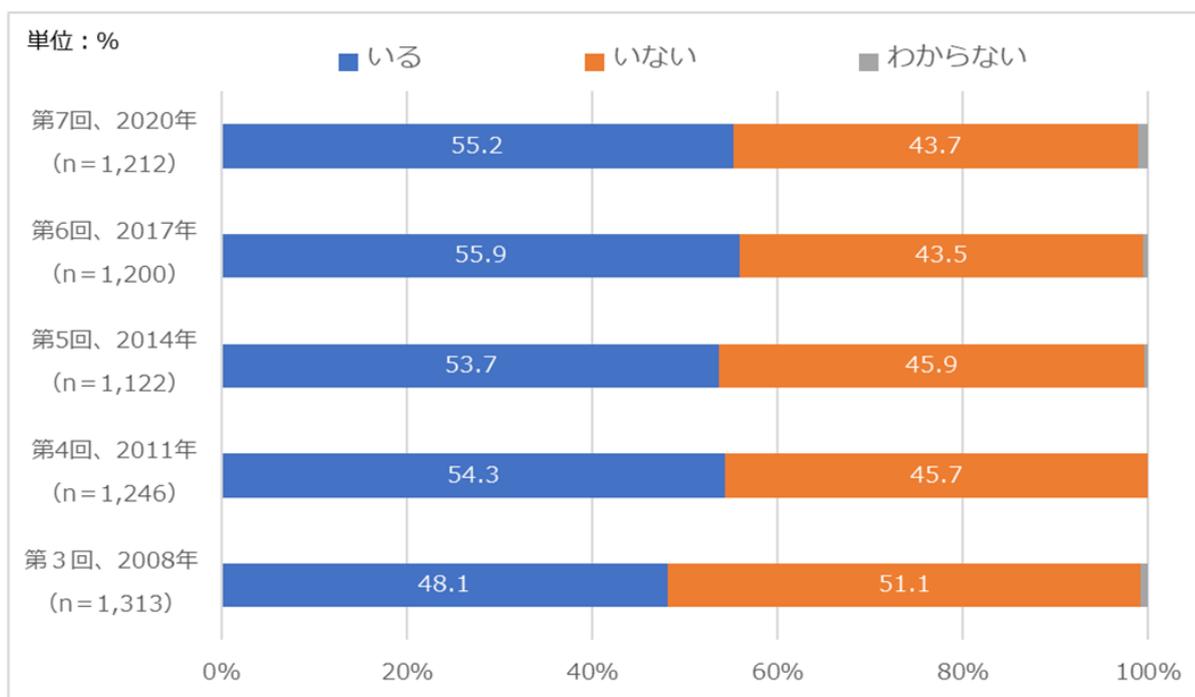
同じような結果は日医のシンクタンク、日本医師会総合政策研究機構が3年に一度の頻度で実施している調査にも共通しており、図2の通り、「かかりつけ医の有無」を尋ねる回答に対し、「いる」と答える回答は常に50%前後で推移している。つまり、半数の国民が「かかりつけ医を持っている」と認識していると言える。

図1：かかりつけ医の有無を尋ねる世論調査結果



出典：2019年9月、内閣府「医療のかかり方・女性の健康に関する世論調査」を基に作成  
注：回答者数は2,803人。

図2：かかりつけ医の有無を尋ねる日本医師会総合政策研究機構の調査結果



出典：2020年9月、日本医師会総合政策研究機構「日医総研ワーキングペーパー」No.448を基に作成

それにもかかわらず、かかりつけ医の曖昧さがなぜ論じられているのだろうか。この点については、そもそもの問題として、「かかりつけ医を決めるのは誰か？」という問いと絡む。先に引用した辞書では、かかりつけの意味について、「特定の医者に、いつもきまって診察や治療を受けていること」と定義しており、これに従うのであれば、かかりつけ医とは「いつもきまって診察や治療を受ける医者」と定義されることになる。

つまり、かかりつけ医は患者の主観的な判断に依る部分があり、極論を言ってしまうと、例えば筆者が久しぶりに会った旧友の医師に対し、「何かあったら宜しくね」とお願いするだけで、筆者のかかりつけ医が生まれることになりかねない。しかも、その医師が「筆者のかかりつけ医」と認識してなくても、筆者が「いつもきまって診療や治療を受ける医者」と考えてしまえば、先の調査では「かかりつけ医を持っている」と判断されることになる。つまり、かかりつけ医を決めるのは日医でも政府でもなく、患者である。

しかも、日本の医療制度はフリーアクセスであり、患者の判断や都合でかかりつけ医をいつでも変えることができるし、「極端な話ですが、病気の数だけかかりつけ医のいる患者さんがいるかもしれない」という発言<sup>13</sup>に代表される通り、かかりつけ医を複数持つことも可能である。以上のように、かかりつけ医とは患者—医師の関係性に着目しており、患者の意識や行動に多くを委ねられている分、制度的な位置付けも曖昧となっている。

では、かかりつけ医機能の明確化に向けて、こういった方向性が考えられるだろうか。その際の参考材料として、イギリス、フランスの事例を取り上げる。さらに、「かかりつけ」の名称を冠した制度

<sup>13</sup> 2017年2月22日、第346回中央社会医療保険協議会総会議事録における日医代表の松本純一委員による発言。

として、かかりつけ薬剤師・薬局、小児かかりつけ医の要件なども考察し、今後の論点や方向性、選択肢を考える素材とする<sup>14</sup>。

## 6—「かかりつけ医」の制度化を考えるヒント

### 1 | イギリスの事例との対比

まず、イギリスの事例から考える<sup>15</sup>。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 (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。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、患者の状態やニーズ、緊急性などに応じて専門的な医療機関や社会資源などを紹介する。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。

一方、日本の医療制度はフリーアクセスであり、患者は自由に医療機関を選べるが、近年は紹介状なしで大病院に行くと、追加負担を徴収されるようになった。このため、イギリスに比べると、ゲートキーパー機能が緩やかであり、先に触れた通り、社会保障制度改革国民会議報告書が「緩やかな」という表現を用いたのは、イギリスのような厳格な制度を意識していないことを強調する意味合いを持たせていると思われる。

だが、両者に共通点も見られる。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。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の義務を課すことで、厳格な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わけだ。

これに対し、日本の医療制度は「緩やかなゲートキーパー機能」を通じて、医療機関を選ぶ患者の自由を一部で制限しようとしている。このため、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>16</sup>。フランスは元々、日本と同じ

<sup>14</sup> イギリスやフランス、かかりつけ薬剤師・薬局との対比は一度、拙稿 2018年5月2日 [「2018年度診療報酬改定を読み解く\(下\)」](#)と論じた。

<sup>15</sup> イギリスの医療制度に関しては、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、健康保険組合連合会 (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などを参照。

<sup>16</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 (2017) 『欧州医療制度改革から何を学ぶか』 勁草書房、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などを参照。

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。フランスの場合、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、大学病院の勤務医や専門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なかった場合、高い自己負担を課している（フランスの場合は事後的に精算される償還払いであり、日本と制度が異なるが、議論を分かりやすくするために「自己負担」と表記する）。つまり、かかりつけ医を経由するよりも自己負担に差を付けることで、かかりつけ医での受診を誘導しようとしている。

フランスの仕組み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いない点で見ると、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。例えば、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、医療の入口を原則として1カ所に絞っている。

### 3 | 国内の既存制度との対比

次に、国内の既存制度との対比も試みる。繰り返し触れている通り、かかりつけ医を全般的に位置付ける仕組みは整備されていないが、「かかりつけ」の名前を冠した仕組みが存在する。それは2016年度診療報酬改定で創設された「かかりつけ薬剤師・薬局」「小児かかりつけ医」「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」であり、かかりつけ医の制度化を考える上でも参考になると思われる。以下、それぞれの加算要件などを考察する。

まず、かかりつけ薬剤師・薬局は2016年度診療報酬改定で創設された。この時には、医師と薬剤師の仕事を分離する「医薬分業」に関して、政府の規制改革会議が2015年6月の答申で、「患者本位の医薬分業になっていない」と批判。これを受けて、厚生労働省は2015年10月、「患者のための薬局ビジョン」を公表し、「対物業務から対人業務へ」などの方針を掲げた。さらに、ビジョンでは調剤に偏っている薬剤師の業務を見直すことで、患者・住民とのコミュニケーションにシフトさせることが企図され、その一環として、かかりつけ薬剤師・薬局が制度化された。

その要件としては、「患者1人に対して、1人の薬剤師だけが算定可」「使用している薬の情報に関する一元的・継続的な把握」「24時間相談対応」などが課せられており、いくつかの細かい要件・基準を満たせば、「かかりつけ薬剤師指導料」や「かかりつけ薬剤師包括管理料」といった診療報酬上の加算を取得できる。これらの加算は2年に一度の診療報酬改定でも重視されており、2018年度、2020年度報酬改定で加算の充実や要件の見直しなどが図られている。

ここでのポイントとしては、患者1人に対して1人の薬剤師だけが算定可能としている点と、服薬情報の一元的かつ継続的な管理が期待されている点である。つまり、この制度を通じて、患者にとって服薬管理の窓口を一元化することで、患者の利便性向上とか、多剤投与や副作用のリスク軽減などが目指されており、「お薬の入口」を1カ所に絞っている点で、登録制度に近い側面を持っているとい

う見方が可能である。

小児かかりつけ医についても、かかりつけ薬剤師・薬局と同様の特徴を持っている。こちらも2016年度改定で創設された仕組みであり、継続的に受診している3歳未満の患者について、原則として最初に受診することについて同意を得ていること、1か所の医療機関だけが算定できることなどが定められている。ここでも小児に対する継続的かつ一元的な医療を提供することが企図されており、小児にとっての「医療の入口」が1カ所に絞られていることになる。

ただ、歯周病の継続的なケアなどを通じて、かかりつけ歯科医の機能を評価する「かかりつけ歯科医機能強化型歯科診療所」に関しては、かかりつけ薬剤師・薬局や小児かかりつけ医のような形で、入口を1カ所に絞るような算定要件は見受けられない。

#### 4 | 対比から見える論点

以上のような議論を踏まえると、こうした整理が可能ではないだろうか。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、かかりつけ医を受診しない場合の選択肢を認めている点、その場合の自己負担を重くしている点については、日本とフランスで共通している。

この結果、患者の医療機関や医師を選ぶ自由と、医療の入口を絞り込む制限（あるいは強制）という点で考えると、▽医療の入口を1カ所に絞る登録制度は維持しつつ、患者の選択権を広げているイギリス、▽医療の入口を1カ所に絞る登録制度を導入したが、通常よりも高い自己負担を支払えば、それ以外の選択肢も認めているフランス、▽医療の入口を1カ所に絞る登録制度は採用していないが、いきなり大病院に行った場合、通常よりも高い自己負担を課すことで、選択権を部分的に制限している日本——という整理が可能であろう。

さらに、かかりつけ薬剤師・薬局や小児かかりつけ医に関しても、登録する義務が課されているわけではないが、患者にとっての入口を1カ所に絞ることで、患者との関係を一元的かつ継続的にしようとする狙いが見て取れる。

つまり、かかりつけ医機能の明確化論議に際しては、「患者—医師の関係をどう構築するか」「患者にとっての『医療の入口』をどうするか」という議論と不可分であり、言い換えると「フリーアクセスをどこまで修正するか」という議論に発展する。

この点に関しては、OECD（経済協力開発機構）による日本の医療制度に関する報告書<sup>17</sup>と符合する点が多い。2014年11月に公表された報告書では、患者はいずれの医師も紹介なしで受診できるシステムについて、「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最も適うものではない可能性がある」と指摘。その上で、「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」を提供するため、「個人にかかりつけのプライマリー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ーケアの発展には必要条件」と訴えた。

<sup>17</sup> OECD（2014）「OECD 医療の質レビュー日本 スタンダードの引き上げ評価と提言」を参照。

では、かかりつけ医の制度化に向けて、どんな論点や選択肢が考えられるだろうか。以下、①ゲートキーパー機能の是非、②登録制度の是非——という点で議論を深め、選択肢を模索する。

## 7—かかりつけ医の制度化に向けた論点や方向性

### 1 | ゲートキーパー機能の賛否

まず、ゲートキーパー機能について、賛成の意見が多いと思われる。例えば、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」は2020年、2017年、2014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。

つまり、Aはフリーアクセスを支持するか否か、Bはゲートキーパー機能に賛成するかどうかを聞いていることになる。その結果は図3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60~70%近くを占めている。

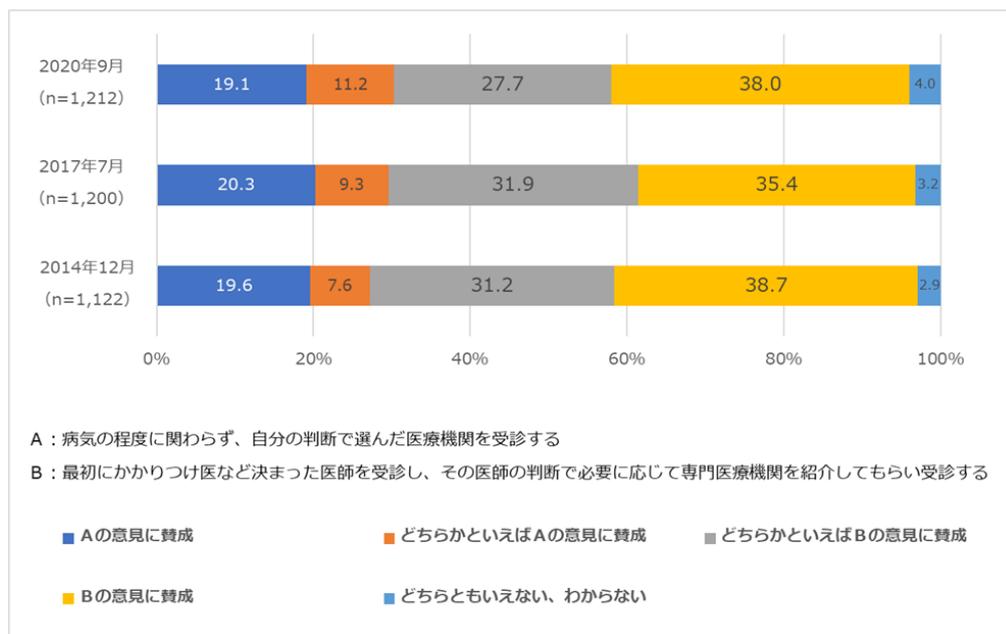
このため、「最初にかかりつけ医で受診」「必要に応じて専門医療機関を紹介」というゲートキーパー機能を強化する方向性に関して、国民の理解は得やすいと言えそうだ。

### 2 | 登録制度への不安を示す調査

しかし、患者の選択権を絞る登録制度に関しては、賛否が分かれるかもしれない。その様子に関しては、健康保険組合連合会（以下は健保連）が実施した意識調査で見て取れる。

この調査では、「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、不安を感じるか否か」を尋ねており、その結果、図6の通りで「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。

図3：ゲートキーパー機能の賛否を尋ねる日医総研の調査結果

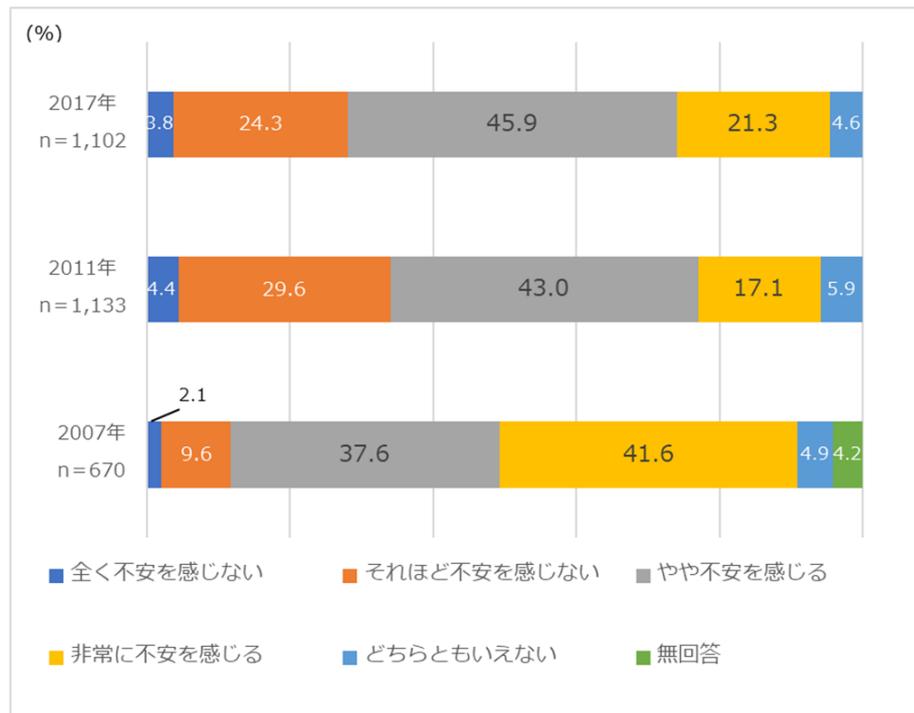


出典：日本医師会総合政策研究機構「日医総研ワーキングペーパー」No.448、No.384を基に作成

この質問については、「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を同じ質問に含んでいるため、質問の意図が伝わりにくい上、「～できないことについての不安」を聞いている点でネガティブな答えが出やすくなっている可能性に留意する必要がある。

しかし、登録を義務付ける制度は患者の選択権を絞る側面があり、患者が登録制度とゲートキーパー機能の組み合わせについて、不安を感じる可能性には留意する必要がある。

図4：登録制度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」。

### 3 | かかりつけ医機能強化の選択肢

こうした調査や国内外の制度との対比を通じて、かかりつけ医機能強化に向けて、患者—医師の関係に着目すると、いくつかの選択肢が考えられると思われる。まず、イギリスやフランスのように医療機関への登録を義務付ける選択肢が想定されるが、先に触れた健保連の調査結果を見ると、選択権がなくなる点については、国民の理解を得るのは難しい可能性がある。さらに政治的に見ても、日医は「フリーアクセスで十分な医療が受けられるということを守っていただきたい」<sup>18</sup>という姿勢を貫いており、いきなり厳格な登録制度を導入することは困難であろう。

そこで、登録を任意とする代わりに、登録した医療機関に訪ねた場合の自己負担を減らすとか、現在のように紹介状なしで大病院に行った場合の追加負担を大幅に引き上げるような制度改正の選択肢も考えられる。つまり、イギリスのような登録制度を通じた厳格なゲートキーパー機能ではなく、経済的な誘導を用いつつ、緩やかなゲートキーパー機能を少しでも厳格に、逆に言えば事実上の登録制度を緩やかに導入する方法が考えられる。

さらに登録を求める患者を年齢、例えば65歳以上や75歳以上で区切る選択肢も想定される。高齢になれば誰しも心身の不具合を持つことが多くなる分、介護や福祉との連携を含めた継続的なケアの提供が必要になるため、高齢者にとっての「医療の窓口」を一元化するイメージである。

<sup>18</sup> 2021年6月25日、第143回社会保障審議会医療保険部会議事録における日医の松原謙二副会長による発言。

しかし、この議論には「年齢に着目する制度は高齢者差別」という反対意見も想定される、実は、75歳以上を対象とした後期高齢者医療制度が2008年度に導入された際、慢性疾患を持つ高齢者に対応する「高齢者担当医制度」という仕組みが創設されたことがあった<sup>19</sup>が、高齢者だけに絞った制度が批判を浴び、民主党への政権交代を挟み、2010年度診療報酬改定で廃止された経緯がある。このため、年齢に着目した選択肢を導入する場合でも、年齢差別と受け止められない説明、エビデンス（証拠）などが必要になる。

#### 4 | かかりつけ医に何を期待するのか

ここまでの議論は患者—医師の関係に着目した制度論に偏った感があるが、ゲートキーパー機能や登録制度を論じる上での大前提として、「その医師が信頼できるのか」という患者の視点は欠かせない。

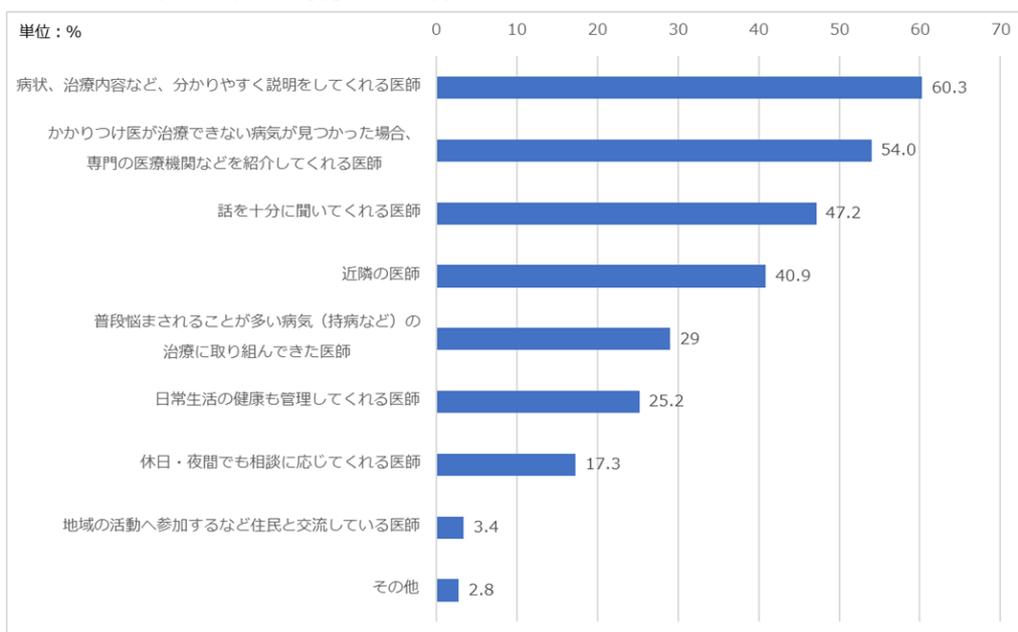
かかりつけ医となる医師が信頼できないと感じれば、患者は大規模な検査機器や多くの人員を配置している大病院を選びかねないためだ。

このため、「かかりつけ医に何を期待しているのか」「医師は期待に答えられるのか」という点を踏まえる必要

があり、「かかりつけ医に期待する要件」を尋ねた内閣府の世論調査を見ると、図5の通りに「病状、治療内容など、分かりやすく説明してくれる医師」「かかりつけ医が治療できない病気が見つかった場合、専門の医療機関などを紹介してくれる医師」「話を十分に聞いてくれる医師」「近隣の医師」が複数回答で上位に来ている。

さらに、日医総研の調査は図6の通りに「かかりつけ医に望む医療や体制」を少し細かく尋ねており、「必要時に専門医や専門施設に紹介」(92, 2%)、「患者情報を紹介先に適時適切に提供」(87.7%)、「どんな病気でも診療可能」(85.2%)、「健康な生活のための助言や指導」(80.1%)などの回答が高い比率を占めている。

図5：かかりつけ医に期待する要件



出典：2019年9月、内閣府「医療のかかり方・女性の健康に関する世論調査」を基に作成  
注：回答者数は2,803人。

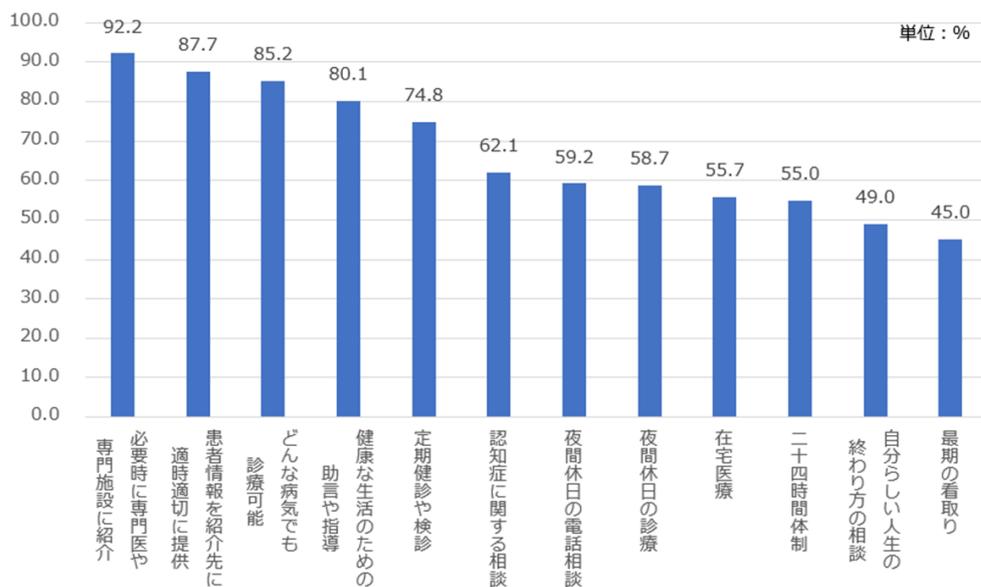
<sup>19</sup> 具体的には、糖尿病などの慢性疾患を持つ患者が全人的・継続的に診察してくれる医師を高齢者担当医に選び、その医師が治療計画を立ててケアすると、月6,000円の報酬を支払う仕組みだった。

つまり、かかりつけ医「機能」だろうが、総合診療医の「能力」だろうが、患者にとって病状や治療内容などを分かりやすく説明する対話能力とか、必要に応じて専門の医療機関を紹介するネットワーク機能などが重要

であり、こうした役割を果たせる医師をどれだけ増やし、医師の能力や診療の質をどう担保するか、といった点を優先的に考える必要がある。

こうした観点に立てば、プライマリ・ケアの「能力」を有する総合診療医の制度的な育成を図りつつ、既存の開業医を含めて、それ以外の医師のレベルアップも図っていくことが現実的な選択肢と言えそうだ。

図6：かかりつけ医に望む医療や体制



出典：2020年9月、日本医師会総合政策研究機構「日医総研ワーキングペーパー」No.448を基に作成  
注1：複数回答可。  
注2：有効回答数は1,212人。

## 8—おわりに

本レポートでは、医療提供体制を巡る議論で「かかりつけ医」という言葉がクローズアップされている現状や文脈を考察した。さらに「かかりつけ医機能の明確化」が焦点となっている背景として、かかりつけ医の制度的な位置付けが不明確な点、その背景としての歴史的な経緯も探るとともに、イギリスなど国内外の事例を基に、かかりつけ医機能の強化に向けた論点や選択肢を考察した。

結局のところ、この議論は「フリーアクセスをどこまで制限するか」という点が絡む分、政治的に問題になりがちであり、だからこそ「かかりつけ医とは何か」という点が曖昧にされてきた面がある。

しかし、国民にとっては、かかりつけ医が「機能」なのか、「能力」なのか、余り大した問題ではなく、身近な医療機関で良質な医療を気軽に受けられれば良いはずである。医療制度の議論は利益集団の利害調整に終始する面があるが、患者の視点に立って「かかりつけ医とは何か」「かかりつけ医に何を期待するのか」「そのために必要な手立ては何か」といった点を議論して欲しい。