

基礎研 レポート

かかりつけ医を巡る議論とは何だったのか(下)

包括ケア強化と受療権確保で対立、「神学論争」を超えた視点を

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——「神学論争」と化した議論を振り返る

昨年未までの社会保障制度改革の論議では、身近な病気やケガに対応する「かかりつけ医」を巡る議論が活発に交わされた。

結局、昨年未に公表された社会保障審議会（厚生労働相の諮問機関）医療部会の意見書では、[\(上\)](#)で述べた通り、▽かかりつけ医機能の定義の法定化、▽かかりつけ医に期待される機能を公表する仕組みの創設、▽継続的な医学管理を要する患者が希望する場合、かかりつけの関係を示す書面を発行する仕組みの創設——などの内容で決着。関連法の改正案が23日召集の通常国会に提出された。

かかりつけ医を巡る議論を振り返る2回シリーズの(下)では、2021年10月から始まった関係者の議論を振り返る。具体的には、制度化論議に火を付けた財政制度等審議会（財務相の諮問機関、以下は財政審）による問題提起に始まり、日本医師会（以下は日医）や健康保険組合連合会（以下は健保連）などの提案を取り上げる。

その結果、「医療の入口」を1つに絞ることで得られる「ケアの包括性強化」と、患者が自由に医療機関を選べる「受療権の確保」という二律背反の下、「神学論争」と呼んでも過言ではないほど、対立が先鋭化した点を振り返る。その上で、神学論争を超える視座として、患者—医師の信頼関係から発想する重要性を強調し、一層の制度改革に向けた論点や選択肢を提示する。

2——かかりつけ医がなぜ注目されたのか

1 | コロナ対応で注目されたかかりつけ医の曖昧さ

まず、「かかりつけ医がなぜ注目されたのか」を考察する¹。[\(上\)](#)で述べた通り、かかりつけ医の制度的な位置付けは曖昧であり、これが新型コロナウイルスへの対応で浮き彫りとなった。

具体的には、政府は2020年9月以降、発熱相談の対応について、かかりつけ医を中心に据える方針を掲げたが、「発熱相談に対応してもらえない」という患者が続出し、発熱外来にたどり着けない「発

¹ なお、2021年8月16日拙稿「[医療制度論議における『かかりつけ医』の意味を問い直す](#)」では、かかりつけ医が争点化している理由について、(1) 新型コロナウイルス対応、(2) オンライン診療、(3) 外来機能分化、(4) 上手な医療のかかり方——という4つで、かかりつけ医が注目された理由を整理した。

熱難民」が多数発生した²。

それにもかかわらず、内閣府の世論調査³によると 52.7%の人が「かかりつけ医を持っている」と答えており、同じような傾向は日医など他の調査にも共通している。つまり、半数近くの人がかかりつけ医を持っていると認識しているのに、実際には「発熱難民」が生まれる矛盾が起きた。

さらに、新型コロナウイルスのワクチン接種でも、かかりつけ医の接種が推奨されたことで、かかりつけ医の曖昧さが浮き彫りになるとともに、かかりつけ医の重要性が関係者の間で共有されるに至った。例えば、2022年6月に示された政府の「新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議」の報告書では、発熱難民の問題などを指摘しつつ、「かかりつけ医の医療機関（特に外来、訪問診療等を行う医療機関）についても、各地域で平時より、感染症危機時の役割分担を明確化」することで、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」が必要と訴えた。

2 | オンライン診療

さらに新型コロナウイルス禍を機に、大幅に規制が緩和されたオンライン診療でも、かかりつけ医が話題となった。この問題では、オンライン診療の対象について、初診を対面で診察した患者に限定する「初診対面原則」の是非が焦点となり、2020年4月に特例的に原則が撤廃されたほか、菅義偉政権の方針を踏まえ、初診対面原則を撤廃する特例も2022年度から恒久化された⁴。

その際、初診からのオンライン診療を認める対象を「かかりつけ医の医師」に限ることが決まった。ここで言う「かかりつけの医師」も、かかりつけ医と同様に定義が曖昧であり、「かかりつけ医」との違いも明確になっていないが、オンライン診療を巡る議論も、患者を継続的に診る医師の重要性がクローズアップされる一つの要素になった。実際、先に触れた新型コロナウイルス感染症対応に関する有識者会議報告書も、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」が必要な理由の一つとして、特例の導入後もオンライン診療が普及しなかった点を挙げた。

次に、政府・与党の公式文書や関係団体の提言などを通じて、かかりつけ医を巡る議論の経緯を振り返る⁵。

3——かかりつけ医を巡る論議の経緯

1 | 財政審、諮問会議の動向

今回の議論に繋がる最初の問題提起は2021年10月に開催された財政審の会合だった。会合では、

² 医療機関が発熱外来に応じられない要因として、▽電話対応の人手が足りない、▽多数の発熱患者を受け入れると新型コロナ以外の患者との時間的・空間的分離が難しい——といった事情があるとされていた。2022年2月9日の記者会見における日医の中川俊男会長（肩書は当時、以下は全て同じ）による発言。同日『朝日新聞デジタル』『m3.com』配信記事。

³ 2019年11月公表の内閣府「医療のかかり方・女性の健康に関する世論調査」を参照。有効回答数は2,803人。

⁴ オンライン診療に関しては、2021年12月18日拙稿「[オンライン診療の特例恒久化に向けた動向と論点](#)」、2020年6月5日拙稿「[オンライン診療を巡る議論を問い直す](#)」を参照。初診対面原則を撤廃した後の診療報酬については、2022年5月16日拙稿「[2022年度診療報酬改定を読み解く（上）](#)」を参照。

⁵ なお、本稿の執筆に際しては、全世代型社会保障構築会議や厚生労働省、日医、健保連などのウェブサイトに加え、『朝日新聞』『日本経済新聞』『毎日新聞』『読売新聞』に加え、『共同通信』配信記事を参照した。さらに専門媒体として、『社会保障旬報』『週刊社会保障』『日経メディカル』『m3.com』『Gem Med』なども参考にした。このほか、制度化の賛否を整理した部分では、有識者やジャーナリスト、メディアなどによる論考や提言なども参照した。煩雑さを避けるため、引用は発言部分を中心に限定するなど最小限に止める。

身近な病気やケガに対応する「プライマリ・ケア⁶」の充実の重要性を以前から提唱している有識者、日本プライマリ・ケア連合学会の草場鉄周理事長らがプレゼンテーションを実施した。このうち、草場氏による説明の概要は下記の通りだった⁷。

- ▽ かかりつけ医への住民の緩やかな登録システムを通じて、行政、かかりつけ医が連携して住民の健康サポートを隙間なく担うシステム、つまり、新型コロナウイルスへの対応を契機に、「かかりつけ総合医制度」を構築していくことが必要。
- ▽ 現在のかかりつけ医については、国民自身が自由に選ぶ形だが、国民は自分自身の健康管理に対応するかかりつけ総合医を平時から選択し、そこで基本的に健康問題の問題を相談できる状況を作る。その中に予防医療、健康増進の支援も受けられる体制も作る。
- ▽ 医療機関は選択した患者を登録し、日々の診療だけでなく、感染症などの有事の場合には保健所、行政などと連携しつつ、登録した患者に関する健康管理を支援する。
- ▽ 平時でも訪問診療、オンライン診療が当然、必要な時に提供できるようにする。総合病院など各科の専門医療を受ける際には、原則的にかかりつけ総合医から紹介する。
- ▽ 診療報酬に関しても、治療・検査行為ごとに報酬が支払われる今の出来高払いの下では、健康問題が生じた場合に全て支払われるのに対し、健康の維持には報酬が支払われない。このため、総合的な健康管理に対する対価は出来高払いではなく、登録住民に比例する枠組みを組み込むことで、出来高払いと包括払いを併用する。
- ▽ こうした医療を担うプライマリ・ケア専門医である「総合診療医」を育成するとともに、プライマリ・ケアを担う開業医、病院勤務の医師を対象に公的な研修、認証制度を国として整備していく必要がある。

つまり、患者が必ずかかる医師を指名する登録制度を導入するとともに、その医師が日々の健康管理や感染症対応に責任を持つ体制が必要という訴えだった。さらに、診療所や中小病院に対する診療報酬は現在、出来高払いで支払われているが、これを登録した人口に応じて支払う包括払い（「人头払い」と言われる時もある）を組み合わせる必要性が指摘された。

こうした議論を踏まえ、財務省は2021年11月の会合⁸で、かかりつけ医に関する診療報酬の位置付けなどが不明確だった点とか、コロナ対応で発熱難民が生じた点などを指摘。その上で、「かかりつけ医機能の要件を法制上明確化したうえで、これらの機能を担う医療機関を『かかりつけ医』として認定するなどの制度を設ける」「かかりつけ医に対し利用希望の者による事前登録・医療情報登録を促す仕組みを導入していくことを段階を踏んで検討していくべき」などと訴えた。

その後、同年12月に取りまとめられた財政審の建議（意見書）では、「我が国医療保険制度の金看

⁶ 本稿では、プライマリ・ケアを「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」と定義する。日本プライマリ・ケア連合学会ウェブサイトを参照。

<https://www.primary-care.or.jp/paramedic/index.html>

⁷ 2021年10月11日、財政審財政制度分科会資料、議事録を参照。文章は文語体に変えるとともに、読みやすいように再構成した。

⁸ 2021年11月8日、財政審財政制度分科会提出資料を参照。

板とされてきたフリーアクセスは、肝心な時に十分に機能しなかった可能性が高い」と厳しいトーンで指摘し、かかりつけ医機能の定義の法定化や登録制度の段階的な導入などが提唱された。

2 | 2021 年末に決まった「新経済・財政再生計画改革工程表」の記述

その後、2021 年 12 月に決定された「新経済・財政再生計画改革工程表 2021」では、「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検討を進める」「かかりつけ医機能に係る診療報酬上の対応について、その影響の検証等を踏まえ、2022 年度診療報酬改定において必要な見直しを検討」という方向性が示された。

3 | 2022 年度診療報酬改定

2022 年 3 月までに決着した診療報酬改定でも、かかりつけ医機能の部分は一つの争点となった。この時の経緯は別稿⁹で記したため、ここでは省略するが、本体のマイナス改定を主張する財務省に対し、日医はプラス改定を主張。最終的に、本体改定率はプラス 0.43%で決着した。その際、日医の反対を押し切るような形で、リフィル処方箋（一定の期間・条件の下、繰り返し使える処方箋）の導入が決まり、2022 年 6 月の日医執行部交代の遠因となった。

さらに財務相と厚生労働相の合意文を通じて、医療提供体制改革に向けた方向性も示され、その一環として、かかりつけ医機能を評価する「機能強化加算」（初診時 80 点、1 点は 10 円）の要件が厳格化された。これは 2018 年度に創設されていた加算であり、従来の基準では、糖尿病や認知症、高血圧症など 2 つ以上の疾患、症状を有する人に対し、継続的な診療を提供する「地域包括診療加算」などの加算取得が求められる程度であり、細かい要件は決まっていなかった。

そこで、2022 年度改定では、▽他の受診医療機関の有無や処方されている医薬品を把握し、必要な服薬管理を実施するとともに、診療録に記載、▽専門医や専門医療機関への紹介、▽健康診断など健康管理に関する相談への対応、▽保健・福祉サービスへの相談対応——などが算定要件に加えられた。

施設基準に関しても、「介護保険制度の利用など相談への対応、主治医意見書の作成」「警察医としての協力」「乳幼児健診の実施」「定期予防接種の実施」「幼稚園の園医」「地域ケア会議¹⁰への出席」「一般介護予防事業¹¹への協力」のいずれかを担う常勤医を配置する要件が加えられた。

これらを踏まえると、「かかりつけ医が患者の健康状態や受診・服薬情報を一元的に把握できて欲しい」「かかりつけ医は介護や福祉、警察や幼稚園などとの連携に積極的になって欲しい」という厚生労働省のメッセージが込められていると理解できる。

4 | 骨太方針に向けた政府・与党の動向

その後も、骨太方針（経済財政運営と改革の基本方針）の策定に向けて、政府・与党内の議論が続

⁹ かかりつけ医機能の強化に関する 2022 年度診療報酬改定の内容に関しては、2022 年 5 月 27 日拙稿「[2022 年度診療報酬改定を読み解く（下）](#)」を参照。本体改定率を巡る財務省と日医の対立に関しては、2022 年 1 月 17 日拙稿「[2022 年度の社会保障予算を分析する](#)」を参照。

¹⁰ 地域ケア会議とは、医師や看護師、ケアマネジャー（介護支援専門員）など医療・福祉の専門職が事例検討などを通じて、多職種連携の関係性構築などを目指す会議体。設置主体は医療機関、市町村、地域包括支援センターなど多様である。

¹¹ 一般介護予防事業とは、介護保険財源の一部を用い、65 歳以上全ての高齢者を対象に予防事業を展開する事業。

いた。2022年5月の財政審建議では、前年の建議の内容を改めて示すともに、「認定を受けたかかりつけ医による診療について定額の報酬も活用」などと診療報酬の在り方にも踏み込んだ。

これは現行制度の不備を指摘したと考えられる。現在、かかりつけ医機能を果たす診療所や中小病院に対する診療報酬は現在、検査や治療ごとに報酬を受け取れる出来高払いが原則として採用されている。

こうした出来高払いについては、必要な検査や治療が確実に実施されるメリットがある半面、過剰な検査などを生み出す可能性があるほか、草場氏が指摘している通り、健康管理などは評価されにくいデメリットも有している。

財務省の主張では、出来高払いを登録された患者数などの定額払いに切り替えることで、外来医療費を抑制する意図が込められていると考えられる（ただ、後述する通り、登録人数をベースに支払われる人頭払いや、病名などに応じて支払われる包括払いにも過少診療のリスクがある）。

その直後の2022年5月に公表された自民党財政健全化推進本部の提言でも、▽かかりつけ医機能の明確化及び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として制度整備、▽かかりつけ医機能の法制度上明確化、▽かかりつけ医の認定や、利用希望の患者が選べる形で、かかりつけ医と継続的な関係を構築する仕組みの検討——などの必要性が強調された。

5 | 骨太方針は「玉虫色」に

一方、財政審建議、自民党提言が公表される直前の2022年5月にまとまった政府の全世代型社会保障構築会議（以下、全世代会議）の中間整理では、「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」として、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備」を含めて、国民目線に立った医療・介護提供体制改革が必要という文言が入った。2022年6月に閣議決定された骨太方針でも「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」という文言が盛り込まれた。

ここで注目すべきは「制度化」「制度整備」という文言である。財務省が用いていた「制度化」とは、かかりつけ医機能の定義の法定化とか、かかりつけ医の認定制度、患者が事前に受診する医師を指名する登録制度を専ら意味していたが、骨太方針で使われた「制度整備」には診療報酬による誘導を含めて、様々なオプションに含みを持たせており、どちらとも読める「玉虫色」の表現だった。

6 | 日医の主張

こうした動きに対し、日医は「かかりつけ医機能の強化」及び「かかりつけ医機能の強化に向けた制度整備」は支持した半面、「かかりつけ医の制度化」に一貫して反対した。財政審などの議論についても、「フリーアクセスが制限されるような制度化についてはこれを阻止し、必要な時に適切な医療にアクセスできる現在の仕組みを守る」¹²というスタンスを貫徹させた。

日医の政治団体である日本医師連盟の推薦を受けている国会議員も、かかりつけ医を巡る議論と新型コロナウイルスへの対応を結び付ける風潮に関して、「かかりつけ医へのフリーアクセスを制限した

¹² 2022年6月26日の臨時代議員会における日医の松本吉郎会長発言。同日『m3.com』配信記事を参照。

のは政府」「かかりつけ医を始めとする医療側の責任とするのは（略）大きな誤り」などとクギを刺した¹³。

さらに、日医は2022年11月、かかりつけ医機能の強化に向けた提案を公表した。ここでは、かかりつけ医を国民が選べるようにするため、都道府県が運営している「医療機能情報公表制度」を改善する必要性を強調。さらに医療機関同士の連携やネットワークを通じて、「地域における面としてのかかりつけ医機能」が発揮される必要性も示し、多くの医療機関がかかりつけ医機能を有するため、診療報酬の引き上げや補助金の活用が不可欠と訴えた。

つまり、財政審などが求める登録制度などの「制度化」論議を退ける代わりに、現行のフリーアクセスの下、かかりつけ医を選ぶ国民に対する情報開示の充実とか、かかりつけ医機能の充実に向けた医療機関同士のネットワークの強化を強調したと言える。

7 | 健保連の提案

健保連も2022年11月、かかりつけ医の制度化に向けた提案を公表した。提案では、「医療機能の分化・強化と連携に向けた改革」が必要と指摘し、「機能の明確化→届出・認定→可視化→選択」という流れで、かかりつけ医の制度化に向けた選択肢を挙げた。

まず、「機能の明確化」では、かかりつけ医に求められる機能として、「生活背景を含めて患者の情報を一元的に把握・管理」「幅広い症状について診察」「休日や夜間等の診療時間外における相談」などを列挙。

「届出・認定」では、かかりつけ医機能の研修や総合診療専門医の認定などを受けた医師を配置する医療機関が届け出る仕組みとともに、上記で挙げた機能の実績が一定基準を満たすことなどを条件に、公的に認定する仕組みを挙げた。認定の条件と関連付けた施設基準を設定することで、診療報酬に位置付けることも想定できるとした。

「可視化」では、医療機能情報提供制度の充実に加えて、医療界による自発的な情報発信、保険者（保険制度の運営者）による情報提供も有り得るとした。その際の表示内容として、▽かかりつけ医機能の認定実績、▽オンライン診療や発熱外来など対応可能な付加的な機能——などの体制面だけでなく、自院をかかりつけにする患者の数や紹介・逆紹介（かかりつけ医が専門医療機関から紹介を受けること）の数、リフィル処方箋などの実績も示すように求めた。

こうした条件を整備した上で、国民・患者がかかりつけ医を「登録」する仕組みが「有用」とするとともに、登録するかかりつけ医を「1人」とすることが考えられると指摘した。ただし、登録した医師を通さずに他を受診することは妨げないとした。

8 | 全世代会議、社会保障審議会などの議論

こうした攻防が交わされる中、メディアや有識者の間では様々な議論が展開された。さらに、全世代会議や社会保障審議会などでも様々な議論が交わされた。

今回の決着に至る一つの契機になったのは2022年11月の全世代会議だった。ここでは冒頭、座長

¹³ 2022年5月30日、第208回国会参議院予算委員会における自見はなこ参院議員の発言。

代理の増田寛也委員（日本郵政株式会社取締役兼代表執行役社長、元総務相、前岩手県知事）が限られた医療資源を有効活用する方策として、「かかりつけ医機能を強化するための制度整備は不可避」として、下記のようなプレゼンテーションを実施した¹⁴。

- ▽ かかりつけ医を利用するか否かを含め、医療の選択は国民の権利であって、義務ではないことが大前提。
- ▽ かかりつけ医機能は複数の医療機関が緊密に連携して実施することも考えられる。
- ▽ 医療機関、患者それぞれの手挙げ方式とするべきではないか。
- ▽ かかりつけ医機能を持つ医療機関を患者が的確に認識できるような仕組みが必要ではないか。
- ▽ 地域の関係者がその地域のかかりつけ医機能に対する改善点を協議する仕組みを導入してはどうか。

これを境に、登録制度など「制度化」の議論は後景に退く一方、かかりつけ医機能を緩やかな形で強化するための「制度整備」の議論に収斂した。最終的に、2022年12月に取りまとめられた全世代会議の最終報告では、「今後の高齢者人口の更なる増加と人口減少を見据え、かかりつけ医機能が発揮される制度整備は不可欠」「地域のそれぞれの医療機関が地域の実情に応じて、その機能や専門性に応じて連携しつつ、かかりつけ医機能を発揮するよう促すべき」という認識が披露された。

その上で、かかりつけ医機能の強化に向けた方策として、▽かかりつけ医機能の定義については、現行の医療法施行規則に規定されている「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う機能」をベースに検討、▽かかりつけ医機能の強化に向けた複数の医療機関による連携、▽かかりつけ医機能の活用之际には、医療機関、患者それぞれの手挙げ方式を採用——などを挙げた。

さらに、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示した上で、医療機能情報提供制度の拡充、医療機関がかかりつけ医機能を都道府県に報告する制度の創設、都道府県が機能の充足状況を把握できる仕組みの創設が盛り込まれた。

これに対し、日医の松本吉郎会長は「かかりつけ医を決めるのは患者の権利であって、義務ではない」「手上げ式ということは、義務ではない」「日医の考え方と一致することが多い」という姿勢を表明¹⁵。2022年11月に公表された財政審建議でも『「かかりつけ医機能」を強化するための制度整備は不可避」と定めた程度で、登録制度のような内容は盛り込まれなかった。

さらに [\(上\)](#) で述べた通り、2022年12月に決定された医療部会の意見書でも、全世代会議報告書と同様の記述に加えて、かかりつけ医機能の定義を法定化する考えが示され、議論は概ね決着した。

9 | 決着した内容の総括

以上の議論を踏まえると、2022年11月の全世代会議でのプレゼンテーションを境に、登録制度に繋がるような議論ではなく、現行のフリーアクセスを前提としつつ、緩やかにかかりつけ医機能を強

¹⁴ 2022年11月11日、全世代型社会保障構築会議資料、議事録を参照。

¹⁵ 2022年11月30日、記者会見における発言。同日『m3.com』配信記事を参照。

化する流れに収斂した様子を見て取れる。

実際、全世代会議の報告書では「必要なときに迅速に必要な医療を受けられるフリーアクセスの考え方の下…」といった表記が盛り込まれているし、医療部会意見書も「フリーアクセスの保障」などの点を挙げつつ、「性急な制度改革がなされないよう時間軸に十分に留意することが必要」という文言も示されている。

では、かかりつけ医の制度化に賛成する意見はどんな点を重視したのだろうか。逆に反対派は何を主張したのだろうか。以下、その論点を整理する。

4— 制度化賛成派の主張

1 | 外来医療費の抑制

想定されるメリットとして、財務省が外来医療費の抑制に期待していたのは間違いない。例えば、2022年5月に示された財政審の建議では、「受診回数や医療行為の数で評価されがちであった『量重視』のフリーアクセスを、『必要な時に必要な医療にアクセスできる』という『質重視』のものに切り替えていく必要がある」と指摘しており、量の抑制に期待していた様子を見て取れる。

実際、OECD（経済協力開発機構）の2021年調査によると、日本の1人当たり受診回数は12.5回であり、OECD加盟国34カ国平均6.8回を大きく上回っている。ここで、かかりつけ医の制度化を通じて、フリーアクセスを軌道修正すれば、医療機関をハシゴするような受療行動が適正化され、外来医療費を抑制できる可能性がある。その分、国民の税金（公費）や保険料の負担が軽減される可能性はメリットと言えた。

一方、プライマリ・ケアを通じたマクロの医療費抑制が可能かどうか疑問の余地もある。例えば、少し古い論文として、ヨーロッパ諸国の横断研究では、強力なプライマリ・ケアのシステムは国民の健康増進や不必要な入院の抑制、社会経済的な不公平の解消などに貢献するとしつつも、費用の増大を招いたと指摘されている¹⁶。

しかし、そもそもの問題として、医療サービスの需要は患者の受療行動だけでなく、医師の判断・行動でも生み出される側面がある（いわゆる医師需要誘発仮説）ため、医療費の予測は極めて難しい。かかりつけ医の制度化による影響についても、登録制度の厳格性や診療報酬など制度設計次第で、患者の受療行動、医師の判断・行動が影響を受けることが予想される。

このため、筆者は「コストの問題を踏まえる必要があるが、不確実性が大きいと、マクロの医療費抑制に繋がるかどうか読みにくい面がある。このため、コストの議論だけ取り出しても、それほど有益ではない」と考えていた。以下も、このスタンスで議論を進める。

2 | 医療機関の機能分化の下支えに

第2のメリットとして、医療機関の機能分化の下支えになる可能性も指摘されていた。そもそもの整理として、一般的に医療のニーズは身近なけがや病気に対応する1次医療（プライマリ・ケア）、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、1次医療の

¹⁶ Kringos Dionne et. al (2013) “Europe’s Strong Primary Care Systems Are Linked To Better Population Health But Also To Higher Health Spending” Health Affairs 32 (4)。

部分で、かなりの医療需要に対応できることが示されている。

例えば、1961年に公表されたイギリスの研究¹⁷では、1,000人のうち、750人が1カ月間で何らかの病気やケガを訴え、250人が医師のカウンセリングを受けたが、高度な医療機関に紹介された患者は5人に過ぎなかった。日本の2000年代にも類似の研究があり、人口1,000人に対して862人が心身に異常を感じたが、一般病院に入院した人は7人とどまった¹⁸。

このため、1次医療、2次医療、3次医療の役割分担を構造的に明確にできれば、費用が最適化するだけでなく、国民も症状に応じて適切な医療が受けられる可能性が高まる。具体的に言えば、日常的な病気やケガは診療所や中小病院で対応し、難しい手術や治療は大病院で担う役割分担が求められる。

ただ、日本の医療提供体制では、大病院でさえ通常の外来医療を提供しており、役割分担は明確とは言えない。そこで、こうした状況を見直すため、政府は1990年代以降、様々な施策を講じてきた。

具体的には、▽高度な医療機能などを担う「特定機能病院」の創設（1993年）、▽地域の診療所や中小病院の支援などを担当する「地域医療支援病院」の創設（1997年）、▽診療所や中小医療機関での紹介状を持たず、大病院を受診した際、患者から追加負担を徴収する仕組み¹⁹の創設（2016年度）と、追加負担額の段階的引き上げ（2018年度、2020年度、2022年度）、▽紹介患者を重点的に受け入れる「外来受診重点医療機関」を選定する仕組みの創設（2022年度）——といった制度改正である。

さらに、患者の適切な受療行動を促す「上手な医療のかかり方」の展開²⁰とか、都道府県主体で医療機関の役割分担を明確にする「地域医療構想」²¹という政策も進められている。それでも医療機関の役割分担は明らかになっておらず、コロナ対応では治癒した重症患者が軽症者、一般病床に転院できない「目詰まり」も指摘された²²。

このように機能分化や連携が進まない一つの要因として、フリーアクセスが影響している可能性が考えられる。つまり、日本の医療機関はフリーアクセスの下、患者獲得を巡って争っており、実際には冷戦期の米ソが核兵器の増産・開発を争った軍拡競争のように、医療機関が高度な装備や機器を競って整備する「医療軍備拡張競争」(Medical Arms Race)のような状況が生まれている²³。この状況で各医療機関は連携を図るよりも、自前で機能を充実する行動に出やすい。

このため、かかりつけ医を制度化すれば、患者獲得を巡る競争が今よりも制限されるため、連携が進みやすくなる可能性がある。さらに、1次医療（プライマリ・ケア）で身近な病気やケガに対応するとともに、必要に応じて専門医を紹介する流れが形成されれば、医療機関の機能分化も進みやすく

¹⁷ White K L et al (1961) “The Ecology of Medical Care” The New England Journal of Medicine, 265, pp885-892.

¹⁸ Tsuguya Fukui et al. (2005) “The Ecology of Medical Care in Japan” Japan Medical Association Journal Vol. 48 No. 4.

¹⁹ ここで言う「大病院」の定義は2016年度以降、段階的に拡充されており、現在は特定機能病院と200床以上の地域医療支援病院、さらに地域の判断で明らかになる「紹介受診重点医療機関」が対象となる。2022年10月以降、追加負担の金額も5,000円から7,000円に引き上げられた。2022年10月25日拙稿「[紹介状なし大病院受診追加負担の狙いと今後の論点を考える](#)」を参照。

²⁰ 上手な医療のかかり方については、2020年2月5日拙稿「[『上手な医療のかかり方』はどこまで可能か](#)」を参照。

²¹ 地域医療構想については、2017年11～12月の拙稿「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く](#)」（全4回、リンク先は第1回）、2019年5～6月の拙稿「[策定から2年が過ぎた地域医療構想の現状を考える](#)」（全2回、リンク先は第1回）、2019年10月31日拙稿「[公立病院の具体名公表で医療提供体制改革は進むのか](#)」、2020年5月15日拙稿「[新型コロナがもたらす2つの『帰郷』現象](#)」。併せて、三原岳(2020)『地域医療は再生するか』医薬経済社も参照。

²² コロナ対応と機能分化の関係については、2021年10月26日拙稿「[なぜ世界一の病床大国で医療が逼迫するのか](#)」を参照。

²³ 医療軍拡は日本で必ずしも実証されていないが、地域医療構想が「軍縮」の側面を持っている点は関係者の間で共有されていた。詳細に関しては、2017年12月6日拙稿「[地域医療構想を3つのキーワードで読み解く\(3\)](#)」を参照。

なることが期待される。これは一種の門番のような役割を果たすため、一般的には「ゲートキーパー（gatekeeper）機能」と呼ばれる。つまり、「〇〇の患者はプライマリ・ケアで対応可能」「××の患者は2次医療に紹介」といった患者の流れが変わるため、医療機関の役割分担が明らかになると期待された。

3 | 全人的かつ継続的なケアが可能に

第3に、全人的かつ継続的なケアが可能になる意義が非常に大きいと考えられていた。高齢者は複数の疾患を持っているケースが多く、臓器・疾患別に細分化された複数の専門医に診てもらいよりも、全人的に診察や検査を受けた方が効率的であり、効果的である。例えば、臓器・疾患別に細分化された医師から別々に診断、処方を受けることで、複数の薬の飲み合わせの悪さが健康に悪影響を及ぼす「多剤投与」という問題も起きている。厚生労働省が2019年6月に公表した「高齢者の医薬品適正使用の指針」では、65～74歳の3割と75歳以上の4割でそれぞれ5種類以上の薬剤が処方されているという調査が示されている。

さらに自宅療養を受けている高齢者の場合、継続的な医学管理に加えて、高齢者の性格や趣向などを踏まえる必要があり、全人的かつ継続的なケアを提供する医師の存在が重要になる。つまり、賛成派は登録制度を含めて、かかりつけ医の制度化を進めれば、患者にとっての責任主体が明らかになり、全人的かつ継続的な医学管理が可能になると期待していた。

4 | 新興感染症など有事対応も可能に

第4に、今回の新型コロナウイルス禍で脆弱性が浮き彫りになった新興感染症も含めて、有事対応を強化できる可能性も指摘された。

例えば、草場氏は「今回のパンデミックのような場合には、『医療機関が、責任を持って診るべき患者』が決まっておらず、医療からこぼれ落ちる人が出てきてしまう。(略)その典型かつ致命的と言えるのが、そもそも発熱等があっても、受診に至らずに、孤独死をしたりした例」「医療側も『この方は、当院に登録している』と把握できるようになれば、災害などの危機対応では必ず（筆者注：患者と医師の）両者につながる」「（筆者注：ワクチン接種についても）あらかじめ医療機関が登録されていれば、予約の問題をはじめ、スムーズに接種が進んだと思う」と述べている²⁴。

つまり、登録制度の採用など、かかりつけ医が制度化されれば、高齢者や基礎疾患を持っている患者、重症化リスクの高い人などを診療現場に近いところで把握しやすくなるため、日々の健康管理だけでなく、新興感染症の流行拡大など有事の際に役立つという指摘だった。

5——制度化反対派の主張

1 | 受療の選択肢が狭くなる危険性

一方、日医など制度化に反対する意見を総合すると、患者の受療権が限定される点を重視していたと考えられる。この点について、ゲートキーパー機能を通じて、別の角度で論じてみる。例えば、必

²⁴ 2021年12月28日『m3.com』配信記事における草場氏インタビュー。

ずかかると医師を事前に指名する登録制度が導入されれば、患者は救急などのケースを除けば、原則として登録医しか受診できなくなる。そうすると、治療や検査を受けられるまでの待機時間が長くなるかもしれないし、患者から見ると、「近所のA病院が混んでいたから、B診療所に行く」とか、「C診療所の医師とウマが合わないので、D病院に足を伸ばす」といった行動が簡単に取りにくくなり、受療の選択肢は狭くなる。

つまり、「医療機関・医師に関する患者の自由度確保」「ゲートキーパー機能の厳格化」の両立は難しい。実際、日医サイドからは登録制度に反対する説明として、「日本の場合、開業医でも病院の外来でもフリーアクセスでやってきたわけで、それを急に制限することになれば必ず混乱します」という声が以前から出ていた²⁵し、今回の議論でも「医療費抑制のために国民の受診の門戸を狭めるようなことであれば認められない」といった意見が示された²⁶。

受療の選択肢を奪われる懸念については、制度化に賛成していた健保連の調査結果でも示されていた。調査によると、「体調不良時に、最初の受診は事前に選んで登録した医師に限定され、当該医師からの紹介状または救急時以外の病院を自由に受診できない」とした場合の不安の程度を聞く質問に対し、「まったく不安を感じない」「それほど不安を感じない」という答えは計34.9%だったのに対し、「やや不安を感じる」「非常に不安を感じる」という答えの合計は計59.5%に及んでいた²⁷。

しかも、プライマリ・ケア専門医である総合診療医を含めて、かかりつけ医機能を満たせる医師が少ない現状を踏まえると、かかりつけ医の制度化を強行した場合、受療の選択肢が奪われる患者の不満や不安が先行してしまう危険性があった。

2 | 診療報酬の変更に対する抵抗感

このほか、かかりつけ医の制度化に絡む論点として、診療報酬制度も焦点となった。診療報酬制度は一般的に、▽それぞれの検査や治療を評価する出来高払い、▽登録人数や入院日数ごとに支払われる包括払い（定額制）、▽治療成績などに着目する成績払い——に大別可能であり、先に触れた通り、財務省は定額制の導入を訴えた。

確かに草場氏が財政審で指摘した通り、出来高払いでは健康維持が評価されにくいし、筆者自身の意見としても、プライマリ・ケアの部分には出来高払いがマッチしないと考えている。

だが、包括払いや人頭払いが中心となると、治療や検査を実施しなくても、医療機関の報酬は変わらなくなるため、必要な治療や検査が実施されない「過少診療」のリスクを伴う。さらに、診療所や中小病院の収入に直結するテーマであり、日医の強い反発も予想された。

3 | 医療の国家統制に対する嫌悪感

賛成派と反対派の意見対立が先鋭化した背景として、日医などの反対派が医療の国家統制に対し、強い嫌悪感を抱いている点も指摘できる。伝統的に日医の行動原理として、患者の健康に責任を持つ

²⁵ 2019年9月1日『社会保険旬報』No. 2758における日医の横倉義武会長の発言。

²⁶ 2022年4月27日記者会見における日医の中川会長の発言。同日『m3.com』配信記事を参照。

²⁷ 2021年3月29日、健康保険組合連合会「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」。この設問の回答者数は計2,636人。回答の内訳は「まったく不安を感じない」が5.5%、「それほど不安を感じない」が29.4%、「やや不安を感じる」が41.9%、「非常に不安を感じる」が17.6%。

専門家としての自由や自治 (professional freedom, professional autonomy) を重視する傾向が強い。このため、かかりつけ医を巡る議論に関しても、国家統制による「制度化」ではなく、フリーアクセスの下での患者の自由な選択と、医師の自主的な研鑽をベースに置く必要があるとの認識は以前から一貫している。

例えば、今回の議論では、「かかりつけ医は患者が選ぶもの」「医師と国民・患者の間で平時から身近で頼りになる関係をつくることが重要」²⁸という意見が一貫して示されていた。さらに、「かかりつけ医は患者さんの自由な意思によって選択されます。どの医師が『かかりつけ医』かは、患者さんによってさまざまです。患者さんにもっともふさわしい医師が誰かを、数値化して測定することはできません」「かかりつけ医機能をさらに進化させるとともに、より温かみのあるものにしていきます」という資料も公表されていた²⁹。

決着後のインタビューでも、日医の松本会長は「かかりつけ医は、あくまで患者さん自身を選ぶものであり、あらかじめ誰かによって決められるものではありません」「制度によって縛っても、決してうまく行きません」「自己研鑽に励む、自己のレベルを上げていく、自己の持つ機能を広げていく（筆者注：ことが求められる）」と述べる一幕もあった³⁰。これらは国家主導による「制度化」ではなく、専門職の自治と自由を貴ぶスタンスの現われと理解できる。

しかも、こうした意見は過去から共通している。例えば、[\(上\)](#)で述べた通り、かかりつけ医の位置付けが曖昧になったのは元々、1980年代中盤の「家庭医に関する懇談会」が失敗したことに起因しており、その時に日医代表は厚生省（当時）の意図について、「官僚統制を推進し、（筆者注：家庭医としての）認定権の掌握にあるコンサルタントとしての家庭医を設定したうえで、その全面的支配を考えている」と批判していた³¹。

その後、かかりつけ医という言葉が始まった1990年代半ばの日医会長による講演では「かかりつけ医を制度化して、国が縛ろうとする」「資格を持っている人に少し評価しようとする」（筆者注：かかりつけ医機能を）制度化してお金を付けよう等の考え方を、折角の患者さんの目から見た医療構造というのを違う視野から作りあげようとする」といった発言も示されていた³²。これらは全て国家統制を嫌う日医の行動原理の表れと理解できる。

さらに、賛成派がイギリスの医療制度を例示したり、「家庭医」という言葉を好んで用いたりする傾向が意見対立に拍車を掛けた面がある。イギリスの医療制度は国家統制の色彩が濃く、医療機関選択に関する患者の自由や、医師の開業の自由が広く認められている日本の医療制度と大きく異なる。このため、賛成派の論考や提言などで、イギリスの医療制度に範を取るよう求める意見が示されたり、登録制度などイギリスの医療制度を想起させる言葉が出たりしたことで、日医などの反対派を必要以上に刺激した面は否めない。

²⁸ 2022年11月2日、日医の松本会長記者会見。同月20日『日医ニュース』を参照。

²⁹ 2022年4月27日、日医の中川会長記者会見で配布された資料。2022年5月20日『日医ニュース』を参照。

³⁰ 2022年12月28日『m3.com』配信記事における日医の松本会長の発言。

³¹ 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 pp103-104における日医の松石久義常務理事の発言。

³² 坪井栄孝（2004）『変革の時代の医師会とともに』春秋社 p347。1997年3月1日に開催された八幡医師会創立八十周年特別講演会での発言。

ここで、簡単にイギリスの医療制度について解説³³すると、税財源をベースとしたイギリスの医療保障制度（NHS、National Health Service）では、全国民が診療所に登録することを義務付けられており、原則として患者は大病院をダイレクトに受診できない。その代わりに、診療所では家庭医（General Practitioner）と呼ばれるプライマリ・ケア専門医が身近な病気やケガの診察、治療に対応し、必要に応じて、2次医療機関や3次医療機関を紹介している。この結果、包括的なケア³⁴は提供しやすいが、患者は受療の自由を持っておらず、医師も開業の自由が認められていない。

このため、フリーアクセスによる患者の受療権と、開業の自由が認められている日本と比べると、遥かに国家統制の度合いが強く、専門職による自治や自由を重視する日医のスタンスと合わない面が多い。

さらに言うと、「家庭医」という言葉も反対意見を増幅させた面がある。これは登録制度と同様、イギリスの医療制度の特徴であり、感情的な反対を招きやすい。実際、家庭医構想が頓挫した頃を知るジャーナリストの書籍³⁵では、当時の日医会長が厚生省に対して「家庭医という言葉を使うな」と迫っていた点や、（筆者注：かかりつけ医は）特別の技能を持った医師のことではなく、国民に選ばれた医師ということといいんだ」と述べていたことなどが紹介されている。

さらに、1980年代後半に国費留学でプライマリ・ケアの研修を受けた医師も「（筆者注：海外留学の）経験を活かして家庭医になろうと帰国した」が、「帰国してからは家庭医を米国で学んだなどとは口にもできず、留学経験も活かせず、地下にもぐって『隠れ家庭医』として過ごしていた」などと、少し自重気味に記している³⁶。

以上のようなイギリスの医療制度に対するアレルギー、国家統制を嫌う日医の行動原理、家庭医を巡る過去の経緯が今回、議論を錯綜させた要因になったのは間違いない。

6——「神学論争」にも似た意見対立

以上の議論を踏まえて、賛成派と反対派の意見対立が浮き彫りになったのではないだろうか。つまり、賛成派は患者—医師の関係性を固定化する登録制度などを通じて、医師が住民の健康管理などに責任を持てる仕組みを導入することで、ケアの包括性が高まる点を重視していた。

一方、反対派は「登録制度の導入がフリーアクセスの軌道修正に当たる」として、患者の受療に関する選択肢が狭くなる危険性を重視していた。言い換えると、「ケアの包括性強化」「患者の受療権確保」という二律背反が主な対立点だったと言える。さらに、国家統制に対する医療関係者の心理的な嫌悪感が対立を深めた面もある。

こうした論点が輻輳した結果、「神学論争」とも言えるような意見対立が続き、議論は噛み合わなか

³³ イギリスの医療制度に関しては、Graham Easton (2016) “The Appointment” [葛西龍樹・栗木さつき訳 (2017) 『医者とは患者をこう診ている』河出書房新社、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、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。

³⁴ プライマリ・ケアでは「包括性」(Comprehensiveness) が重視されており、▽予防から治療、リハビリテーションまで考慮、▽よくある日常的な病気を中心とした全科的医療、▽小児から老人まで幅広い年齢層に対応——などが重視されており、プライマリ・ケアを担う医師が患者の「代理人」のような形で、幅広い健康問題に責任を持つことに力点が置かれる。以下は「包括ケア」「包括性」という言葉を上記の意味で用いる。

³⁵ 水野肇 (2008) 『誰も書かなかった日本医師会』ちくま文庫 pp206-207。当時の日医会長は村瀬敏郎氏。

³⁶ 武藤正樹 (2022) 『コロナで変わる「かかりつけ医」制度』ぱる出版 p4。

った。つまり、賛成派が「ケアの包括性を高める上では、プライマリ・ケアを制度として定着させる必要があり、そのためには登録制度が必要」と言うと、反対派が「登録制度は患者の受療権が奪われるので、フリーアクセスは必要」と反論し、以前と同じような堂々巡りの議論が続いた印象である（しかも、この意見対立は約40年間に渡って続いている）。

さらに、制度化賛成論者がイギリスの仕組みを参照すると、反対派は受療権の制限や待ち時間の長さなどを問題視し、「イギリスの仕組みは日本に合わない」などと議論を入口で全否定するような傾向も見受けられた。

その結果、今回の議論では「ケアの包括性強化」「患者の受療権確保」という二律背反の利害得失が十分に吟味されたとは言えなかった。これは最早、「神学論争」の域に達していたように感じられる。

なお、[\(上\)](#)で述べた通り、筆者は「プライマリ・ケアの強化は医療制度改革で最も重視される必要がある」「かかりつけ医を巡る議論を考える上では、『どうやってプライマリ・ケアを医療制度に組み込むか』という点を意識する必要がある」と認識しており、高齢化に対応した医療提供体制に切り替えていく上では、医療の「入口」を何らかの形で絞り込む視点は重要と考えている。実際、この点は事実上の国策として、近年の医療・介護政策で重視されている「地域包括ケア」³⁷のうち、包括ケア（Integrated care、Comprehensive Care）と符合する部分が多い。

しかし、フリーアクセスに慣れた日本では、イギリスのような厳格な登録制度は不向きとも考えており、「ケアの包括性強化」「患者の受療権確保」という二律背反の間でバランスを取りつつ、ケアの包括性を高めて行く必要があると考えている。そこで以下では「神学論争」を超える議論の枠組みを提示した上で、今後の一層の制度改革に向けた選択肢と利害得失を考察する。

7—「神学論争」を超えるための視座

1 | 患者—医師の信頼関係をベースに制度を作る必要性

まず、医療制度の基本には患者—医師の信頼（信認）関係を据える必要がある。医療サービスは元々、(1) 患者—医師の間で情報格差が大きく、患者は医療の質の良し悪しを理解しにくい、(2) 同じサービスを同時に受けられないため、医療・医師の質を比較しにくい、(3) ニーズの発生が不確実なケースが多い——などの特性を有しており、通常の財やサービスと違って市場機能が成り立ちにくい。

むしろ、医療は信頼財（credence goods）としての側面が強く、医療制度の在り方を考える出発点として、患者—医師の信認（信頼）関係をベースに据える必要がある。

2 | 自然に信頼関係は生まれるのか

しかし、自然に信頼関係は生まれるのだろうか。つまり、「患者の選択や医師の自主性に委ねているだけで、信頼関係が生まれるのか」という問いである。ここで経済学の「プリンシパル・エージェント理論」という考え方を援用する³⁸。

³⁷ 地域包括ケアは法制度上、「地域の実情に応じて、高齢者が可能な限り、住み慣れた地域でその有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、医療、介護、介護予防、住まい及び自立した日常生活の支援が包括的に確保される体制」と定義されている。ただ、近年は給付抑制の批判を回避するために用いられている面があり、多義的に用いられている。地域包括ケアの論点については、介護保険20年を期した連載コラムの[第9回](#)も参照。

³⁸ プリンシパル・エージェント議論を医療制度に当てはめる解説は多い。例えば、河口洋行（2020）『医療の経済学』日本評

この理論では「委託者」であるプリンシパル (principal) が一定の目的の下、「代理人」のエージェント (agent) に対して権限を委譲し、特定の事項を代行させる「プリンシパル=エージェント関係」に着目する。この関係性は株主と経営者、国民と政治家、政治家と官僚、顧客と弁護士、金融業界の信託 (fiduciary) など様々な場面で見られ、今回の議論に当てはめれば、患者・国民が委託者、かかりつけ医が代理人になる。

しかし、プリンシパル=エージェント関係には面倒な問題がある。両者の利害は常に一致するわけではないし、代理人が委託者の期待に沿えなかったり、代理人が委託者を裏切ったりするリスクを伴う。このような現象は一般的に「道德欠如 (moral hazard)」または「エージェンシー問題」と呼ばれる。

分かりやすい例で言うと、ある政策に「反対」を掲げていた政治家が選挙後に前言を覆すような事例である。医療の場合でも、例えば頭痛でクリニックに駆け込んだ患者に対し、医師は患者のために最善の医療を尽くそうとする半面、もし患者から「CTで検査して下さい」と要望された場合、医師は「検査は不要」と判断しても、臨床的に許される範囲であれば、クリニックの経営的な判断を加味するかもしれない。

その結果、不必要な医療を提供する「過剰診療」とか、逆に十分な報酬を受け取れない場合に必要な医療を提供しない「過少診療」などの問題が起こる可能性がある。

さらに、医療のように情報格差が大きい財やサービスでは、委託者が代理人の行動をチェックしにくいいため、エージェンシー問題が起きやすいとされる。このため、一般的にエージェンシー問題を解決する手段としては、▽経済的なインセンティブで誘導、▽何らかの基準で質の担保など透明性の向上——などの仕組みが必要になる。

3 | 選択肢が多いことが満足度に繋がるのか

さらに、医療のような信頼財の場合、選択肢が多いことが満足度に繋がるのか、一考の余地がある。一般的な市場原理の考え方に従えば、消費者にとっての選択肢は多い方がいいし、競争が商品やサービスの質を向上させる。

しかし、医療の場合には患者—医師の信頼関係が重要であり、包括性を高める必要がある。しかも、行動経済学や社会心理学の研究で、「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」と指摘³⁹されている点も踏まえると、フリーアクセスで選択肢が多いことが最善とは言い切れない面がある。

4 | 信頼に足る能力を持つ医師を探せるのか

このほか、「患者が信頼に足る医師を探せるのか」という議論も必要である。日医が強調している通り、在宅医療の提供などを通じて、全ての機能ではないにせよ、かかりつけ医に期待される機能を果たしている医師は多いことは筆者も認識している。こうした医療界自身の自己研鑽は専門職のプロフ

論社、津川友介 (2020) 『世界一わかりやすい「医療政策」の教科書』医学書院、真野俊樹 (2006) 『入門医療経済学』中公新書など。

³⁹ Sheena Iyengar (2010) “The Art of Choosing” [櫻井祐子訳 (2010) 『選択の科学』文藝春秋 p220]。

ェッションナリズムの現われであり、もっと評価されていいと考えている。

しかし、エージェンシー問題を解消する上では、制度的な担保も必要となる。その一つとして、「機能」と「能力」の違いに注目する。ここで言う「機能」と「能力」の違いは部外者にとって分かりにくいかもしれないが、今回の議論に限らず、日医が一貫して使っている言葉は「機能」あるいは「機能が発揮される制度整備」であり、基準や数字に裏付けられた「能力」ではない。

実際、2016年4月にスタートした日医の「かかりつけ医機能研修制度」についても、「患者さんにもっともふさわしい医師が誰かを、数値化して測定することはできません」と指摘している⁴⁰通り、修了後に試験が実施されるわけではないし、「能力」を評価するための基準も示されていない。「能力」になった瞬間、国が基準を作ったり、認定したりすることになるため、「機能」という言葉が選ばれているのは、国家統制を嫌う日医の意向が反映していると思われる。

だが、患者—医師の信頼関係をベースにした制度にする上では、「信頼できる医師がどこにいるのか」という患者の疑問には対応する必要があるし、信頼に足る医師を増やす議論も欠かせない。

では、これらの論点について、どんな制度改革の選択肢が挙げられるだろうか。以下、(1) 患者—医師の関係性に関する制度設計、(2) エージェンシー問題を解決するための工夫、(3) 信頼できる医師を増やす方策——という3つについて、論点や選択肢を挙げる。

8—今後の制度改革に向けた選択肢(1)～患者—医師の関係性に関する制度設計～

1 | 医療における「代理人」を明確にする必要性

まず、プライマリ・ケアの充実を含めて、高齢化に対応した医療に切り替えていく上では、患者—医師の信頼（信認）関係を維持、充実させる制度改革が必要である。そのためには患者にとっての「医療の入口」を何らかの形で絞る選択肢は欠かせない。患者にとっての責任主体が明確になれば、信頼（信認）関係は生まれにくいからだ。

さらに言えば、複数の疾患を持つ高齢者に対する在宅ケアでは、他の医療機関や介護事業所との連携も欠かせないため、代理人としての責任主体を明確にする必要がある。責任主体を明確にしなければ、患者や家族、他の専門職は誰に相談していいか分からなくなり、連携が機能しなくなる危険性がある。

実際、2014年11月にOECDが公表した報告書⁴¹では、「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」「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」とし、「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」と指摘していた。

そうすると、患者—医師の関係性を固定化する登録制度が選択肢の一つとして浮上するが、これでは今までと同様に不毛な神学論争に陥る。そこでイギリス、フランス両国と対比させつつ、患者—医師

⁴⁰ 2022年4月27日記者会見における日医の中川会長の発言。

⁴¹ 2014年11月に公表されたOECDの報告書“OECD Reviews of Health Care Quality : Japan RAISING STANDARDS Assessment and Recommendations”「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。報告書の日本語訳は「プライマリケア」としているが、表記を「プライマリ・ケア」で統一した。

の関係性に着目すれば、「医療の入口」を絞る選択肢は登録制度に限らないことに気付かされる。

2 | 英仏両国との対比

まず、イギリスの仕組みでは既述した通り、登録制度を通じて、ゲートキーパー機能が厳格に運用されており、医療機関を選べる自由は小さい。それでも近年は見直しが講じられており、住所で自動的に登録医が決まっていた以前と違い、現在は診療所も、GPも選べるようになった。つまり、患者の選択権は日本よりも小さいが、以前よりは選択の幅が広がっている。

これに比して、最も自由だったのは以前の日本である。フリーアクセスは「いつでもどこでも」と理解されており、風邪など身近な病気でも大学病院で診てもらえた。しかし、2016年度以降、診療所や中小病院で紹介状を持たないと、追加負担を取られる仕組みが導入されるなど、フリーアクセスの軌道修正は実質的に始まっている。

実際、2013年8月の社会保障制度改革国民会議報告書では、フリーアクセスという言葉の意味を「いつでも、好きなところで」という解釈ではなく、「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された。これは「必要なときに迅速に必要な医療」という言葉で、2022年12月の全世代会議の報告書でも踏襲されている。

つまり、日本も以前ほど「全て自由」とは言えなくなっており、患者—医師の関係性や患者の受療の自由に着目すれば、「以前よりも統制を緩めたイギリス」「経済的な誘導を通じて、以前よりも自由ではなくなった日本」という整理が可能である。

ここにフランスの仕組み⁴²を加味すると、日英両国の差が余り大きくないことに気付かされる。フランスは日本と同様、フリーアクセスだったが、かかりつけ医を2005年から制度化し、登録を国民に義務付けた。しかし、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だが、かかりつけ医を経由しなかった場合、高い患者負担を課している（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「患者負担」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おり、紹介状なし大病院受診の患者負担を引き上げている日本と相似している。その半面、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カ所に絞っており、日本よりも厳格なゲートキーパー機能が採用されている。

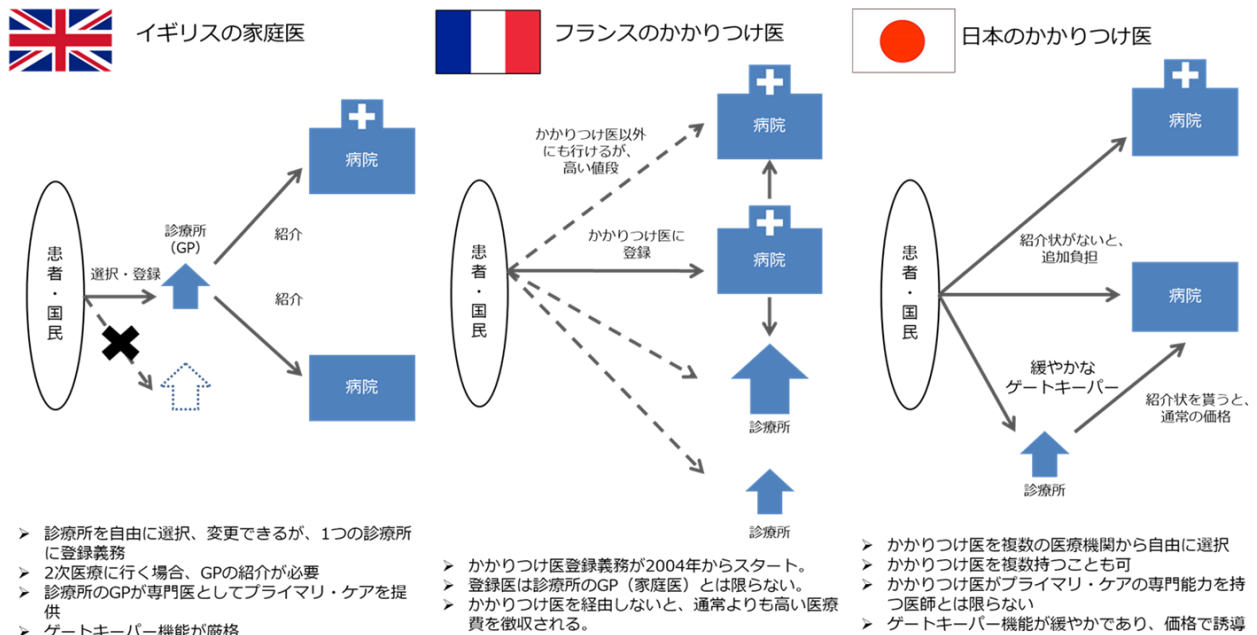
こうした対比を踏まえると、以下のことが言えるのではないか。まず、登録制度と厳格なゲートキーパー機能を通じて、「医療の入口」を1カ所に絞ることで、アクセスを制限しているイギリスは日本と明らかに異なり、フリーアクセスに慣れた日本人の受療行動とは、マッチしない可能性がある。

しかし、日本でも近年、紹介状なし大病院外来に追加負担を課すようになっており、ゲートキーパー機能を緩やかに強化しようとしている。さらに、ゲートキーパー機能を強化する際、患者負担の差

⁴² 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。

で受療行動を変えようとしている点で、日本とフランスは共通している。ゲートキーパー機能や「医療の入口」などプライマリ・ケアに関する三カ国の違いのイメージは図1の通りである。

図1：プライマリ・ケアに関する日英仏の制度の違いのイメージ



出典：各種資料を参考に作成
注：報酬制度の違いなどは省略している。

言い換えると、「医療の入口」を1カ所に絞ろうとしている問題意識は三カ国に共通しており、将来的な制度設計に向けて、学べる部分は多いと考えられる。例えば、イギリスのような厳格な登録制度ではなく、患者による任意とする選択肢、さらに任意のケースでも、事前に登録した医療機関にかかった場合、患者負担や保険料を減らすとか、逆に登録した医療機関ではない場所で受診した場合、患者負担を大幅に増やすような選択肢も考えられる。

3 | 中小病院も含む必要性

ゲートキーパー機能を担う対象を診療所だけでなく、200床未満の中小病院に担ってもらうことで、患者の受療権の選択肢に幅を持たせることも考えられる。例えば、フランスの場合、かかりつけ医の選択先を診療所に限っていないし、日本でも医療機関の役割分担明確化の議論⁴³では、「200床」を一つの目安として、紹介患者を中心的に受け入れる医療機関にするかどうか議論が進んでいる。このため、200床未満の中小病院が外来や在宅医療、入退院支援などを担うことを通じて、かかりつけ医としての機能を持つ可能性にも留意する必要がある。

実際、中小病院の役割について、急性期病床での手術後に患者を受け入れてリハビリテーションを提供する「ポストアキュート機能」だけでなく、在宅ケアを受けている高齢者が自宅で急変した場合に受け入れる「サブアキュート機能」を担うことが期待されているとして、このサブアキュート機能では「多疾患を診れるような総合（筆者注：診療）医が病棟に配置されていることが必要になる」と

⁴³ 2022年10月25日拙稿「[紹介状なし大病院受診追加負担の狙いと今後の論点を考える](#)」を参照。

いう意見も示されている⁴⁴。

以上のように考えると、「ゲートキーパー機能をどこまで厳格にするか」「患者の受療権をどこまで認めるか」という軸の中で、どうやって制度改正を考えるか、選択肢の問題と整理できる。

その際には [\(上\)](#) で論じた通り、「ケアの包括性強化」「患者の受療権確保」という二律背反をバランスさせつつ、漸進的に制度改正を積み上げることが求められる。少なくとも「イギリスの医療制度は日本に合わない」という論理で、思考停止を続けるスタンスは生産的とは言えない。

4 | DX 化、PHR の拡大

このほか、医療 DX (デジタルトランスフォーメーション) の推進も論点として考えられる。例えば、患者の医療情報を持ち運びできる PHR (Personal Health Record) が定着すれば、かかりつけの医師以外でも、患者の健康データや既往歴を把握しやすくなる。

政府としても、マイナンバーカードと健康保険証を一体化させることで、被保険者の資格確認 (オンライン資格確認) や健康データを持ち運びできる仕組みを整備しようとしており、これらの仕組みが拡大すれば、登録制度のような仕組みを厳格に導入しなくても、ケアの包括性を高めることは可能である。

実際、医療部会の意見書でも、「かかりつけ医機能を発揮させるためには PHR 基盤の整備やオンライン資格確認の活用による患者の情報の一元的な管理が肝要」との文言が盛り込まれている。

9——今後の制度改正に向けた選択肢(2)～エージェンシー問題を解消するための工夫～

第2に、エージェンシー問題を解消するための工夫も欠かせない。エージェンシー問題を解消するための第1の方策として、情報開示・共有が考えられる。今回の制度整備では、医療機能情報提供制度の「刷新」などの方向性が示されており、かかりつけ医の透明性を確保できる点はプラスだが、[\(上\)](#) で指摘した通り、第三者性を確保するなどの手立てが欠かせない。

第2に、診療報酬による誘導である。イギリスの医療制度では、診療所に登録された人口に応じて多くの報酬が支払われる (いわゆる人頭払い) ため、GP が患者の信頼に背いた場合、登録してもらえなくなるインセンティブ構造となっている。

しかし、人頭払いでは医療を提供しても、提供しなくても、受け取れる報酬は変わらないため、必要な治療を実施しないなど「過少診療」という別のエージェンシー問題が起きるリスクを伴う。さらに、イギリスを含めて海外では健康・医療データに基づき、実績に応じて支払われる成績払いも導入されているが、成果報酬を目当てにした検査・治療が実施されるリスクも否定できず、この方法でもエージェンシー問題は起こり得る。

言い換えると、過剰診療を引き起こすリスクを伴う出来高払いも含めて、いずれの支払い方法にも一長一短があり、適度に組み合わせる必要がある。ここでもイギリスの医療制度や人頭払いという手法を絶対視する必要はないし、逆に完全に否定することは議論の幅を失わせることになる。

⁴⁴ 2022年3月29日『日経メディカル』配信記事における全日本病院協会長の猪口雄二氏の発言。

10—今後の制度改正に向けた選択肢(3)～信頼できる医師を増やすための工夫～

第3に、患者にとって信頼できる医師を増やすための工夫である。かかりつけ医機能を果たせる能力を持った医師の候補として、プライマリ・ケア専門医の資格である総合診療医という専門医の仕組みが整備されているが、現時点で専門医資格を持つ医師は1,100人程度に過ぎない。さらに2018年度から総合診療医の専門教育が本格スタートしたものの、大学病院や大規模病院では総合診療の存在感が依然として薄く、専門教育の指導体制も不十分なため、キャリアアップのコースが見えにくいとされる。このため、総合診療医を希望する若手医師や医学生は現時点で決して多くない⁴⁵。今後、ロールモデルを示すなど、状況を少しずつ改善していく必要がある。

一方、「能力」ではなく「機能」を高めるための研修として、日医の「かかりつけ医機能研修制度」が2016年4月から実施されており、2022年8月時点で、3年間の認定期間による有効実人数は5,272人に上る⁴⁶。

筆者自身、医療界自身による研修機会の確保は重要と考えており、日医の松本会長が「私たちも『今のままでいい』わけでは決してありません。かかりつけ医として国民に選ばれるための努力が、今まで以上に求められます」⁴⁷と説明している点に期待したい。

その半面、「能力を測定しない研修制度で、かかりつけ医機能やプライマリ・ケアの能力を担保できるのか」という疑問も持っている。実際、「かかりつけ医」という言葉が始まった1990年代の日医幹部によるインタビューや講演では、今と大して変わらない発言が示されており、プロフェッショナル・オートノミーだけの解決については疑問が残る。

例えば、かかりつけ医機能のモデル事業に向けた検討が進んでいた1992～1993年頃のインタビューを見ると、「国民にかかりつけ医を持ってもらい、医療提供側もかかりつけ医としてふさわしい機能を備えることを第一の条件としたい」⁴⁸、「かかりつけ医の機能が強化されていけば、”病診連携”だっとうまくいくようになる」⁴⁹といった意見が出ていた。

その後も、「基本的には診療所や小病院のかかりつけ医の意識を活性化して行くことを基本にして、地域の医療を支援していく機能を病院に持ってもらおう」「診療所や小病院を活性化することでかかりつけ医機能を向上させていくということで、(筆者注：医療機関の機能分化に向けて)自然に体系化ができていくと私は楽観的に考えている」といった講演録での発言が残されている⁵⁰。

それにもかかわらず、現時点でも同じような「医療機関の機能分化」「かかりつけ医の機能強化」が議論されている点を踏まえると、「専門職による自治や研鑽だけで十分なのか」という疑問を持たざるを得ない。

むしろ、筆者は「高齢化に対応するため、プライマリ・ケアを強化する」という方向性を国が明示

⁴⁵ 若手医師が総合診療医を選ばない理由については、2021年3月30日『m3.com』配信記事における日本専門医機構の寺本民生理事長インタビュー、2019年5月5日『m3.com』配信記事における草場氏インタビュー、土田知也ほか(2019)「なぜ総合診療医を選ばなかったのか？総合診療に興味を持ちつつ、臓器別専門医を選んだ研修医の進路決定要因に関する質的研究」『日本プライマリ・ケア連合学会誌』Vol. 42 No. 3などを参照。

⁴⁶ 2022年11月2日、日医記者会見資料を参照。

⁴⁷ 2022年12月28日『m3.com』配信記事における日医の松本会長の発言。

⁴⁸ 1992年5月18日『週刊社会保障』No. 1689における日医の村瀬会長インタビュー。

⁴⁹ 『医療』1993年7月号における日医の村瀬会長の発言。

⁵⁰ 坪井栄孝(2004)『変革の時代の医師会とともに』春秋社p318。1996年7月28日に開催された石川県医師会創立記念祭特別講演での発言。

し、総合診療医を含めて、国・都道府県が担い手となり得る医師の育成に本腰を入れる必要があると考えている。その際には、先に触れた通り、プライマリ・ケアを200床未満の中小病院に担ってもらう選択肢も考慮する必要があるため、専ら診療所で働く医師を指すことが多い「家庭医」という言葉にこだわる必要性も感じない。

さらに、国・都道府県、医療界として、入退院支援や在宅復帰支援などを担う中小病院の医師も含めて、できるだけ多くの医師が高齢化に対応した医療、つまりプライマリ・ケアに関わるような方向性を示して欲しいと考えている。

11—おわりに

国民一人ひとりのニーズを満たすかかりつけ医機能が実現するまでには、各医療機関、各地域の取組が必要であり、今回の制度整備はそれに向けた第一歩——。全世代会議の報告書では、かかりつけ医に関する記述の最後に、こうした文言が盛り込まれている。この「第一歩」という言葉は一種のキーワードとなっており、後藤茂之経済財政担当相も「国民一人ひとりのニーズを満たすかかりつけ医機能の実現に向けた第一歩と捉えるべき」と述べている⁵¹。

確かに、この問題が1980年代から議論されているテーマだった点や、今まで「かかりつけ医」という言葉さえ診療報酬制度に使われていなかった点を踏まえると、今回の決着は画期的な側面を持つ。公共政策の世界では今まで政策の課題として取り上げられなかったテーマが論点になることを指し、「『政策の窓』が開く」と評する時がある⁵²が、新型コロナウイルスの問題を契機に、今まで閉ざされていた「かかりつけ医やプライマリ・ケアの『政策の窓』」が少し開いたと言えるかもしれない。

しかし、「第一歩」のゴールがどこにあるのか明確に示されないまま、日医との合意形成や政治的な実現可能性、つまり「決着点」だけが追及され、議論が収束した感も否めない。しかも、フリーアクセスや登録制度の是非だけに関心が向かい、「神学論争」のような対立が続く中、制度化の利害得失が冷静に検証されていたとは言い難かった。現場レベルで今回の決着の実効性を高める努力とともに、プライマリ・ケアの充実を含めて、「政策の窓」を閉じないようにする不断の見直し論議も求められる。

⁵¹ 2022年12月16日の記者会見における発言。同日の『m3.com』配信記事を参照。

⁵² 公共政策における「政策の窓」モデルでは、特定の問題が政策立案者に認識される「問題の流れ」、政策立案者が政策変更のアイデアを受け入れる「政策の流れ」、政策形成過程に影響を及ぼす世論の変化や政変等を意味する「政治の流れ」が合流すると、「政策の窓」が開くとされる。John W. Kingdon (1984) “Agendas, Alternatives, and Public Policies” [笹京子訳 (2017) 『アジェンダ・選択肢・公共政策』勁草書房] を参照。