

No. 1209 (2022.12. 8)

「かかりつけ医」をめぐる議論

はじめに

I 機能・役割

- 1 プライマリ・ケア機能
- 2 ゲートキーパー機能

II 現行の措置

- 1 診療報酬
- 2 定額負担

III 制度化の論点

- 1 専門性
- 2 登録制

おわりに

キーワード：かかりつけ医、プライマリ・ケア、医療制度、医療提供体制

- 近年、かかりつけ医をめぐる議論が進められている。かかりつけ医に期待される役割は、プライマリ・ケア機能とゲートキーパー機能に大別でき、外来機能の明確化・連携や地域医療等、医療制度が抱える課題への対応として位置づけられる。
- かかりつけ医機能の強化のために実施されている現行の措置としては、医療機関への診療報酬と患者の定額負担が挙げられる。2022年度診療報酬改定において、両者はともに対象が拡大されることとなった。
- かかりつけ医の制度化に向けては、かかりつけ医機能の要件を法制上明確化し、それらの機能を担う医師・医療機関を認定すること等の検討が必要とされる。ここでは、かかりつけ医の専門性と登録制が主な論点となり得る。

国立国会図書館 調査及び立法考査局

社会労働課 かめさわ あきひこ
亀澤 明彦

第1209号

はじめに

日本の医療提供体制の課題に対する対応として、「かかりつけ医」をめぐる議論が進められている。その背景には、超高齢社会における医療の役割の変化や新型コロナウイルス感染症により露呈した医療提供体制の脆弱（ぜいじゃく）さがある。特に、同感染症の拡大では、地域医療の機能が十分に発揮されず、病院が大きな負荷を被り、医療崩壊の危機が生じたことが課題として認識された¹。

2021年5月に成立した改正医療法²では、医療提供体制における外来機能の明確化・連携のために外来機能報告制度が創設された。2022年度から実施されている同制度においては、対象医療機関による「医療資源を重点的に活用する外来」³の実施状況や紹介・逆紹介⁴の状況等の報告（外来機能報告）に基づき、紹介患者の受診を基本とする「紹介受診重点医療機関」が明確化されることとなる。その結果として、患者が最初に受診する「かかりつけ医機能を担う医療機関」との機能や役割を区別し、患者の受診の流れを円滑化することが目指されている。

他方、かかりつけ医自体は、医療制度上まだ明確に位置づけられていない。このため、2022年6月7日に閣議決定された「経済財政運営と改革の基本方針2022」（骨太方針2022）では、「質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するため」、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」ことが明記された⁵。

本稿は、そうした流れを踏まえ、かかりつけ医をめぐる議論を整理するものである。まず、第Ⅰ章では、かかりつけ医に期待される機能や役割を説明する。次に、第Ⅱ章では、かかりつけ医機能の強化を促す現行の措置を確認し、第Ⅲ章では、かかりつけ医の制度化に関する論点を整理する。

I 機能・役割

日本医師会・四病院団体協議会合同提言によれば、かかりつけ医は「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」⁶と定義されている。このように、

* 本稿におけるインターネット情報の最終アクセス日は、2022（令和4）年11月11日である。

¹ 増田寛也「医療提供体制に関する議論の状況について」（全世代型社会保障構築会議（第8回）資料1）2022.11.11. 内閣官房ウェブサイト <https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/zensedai_hosyo/dai8/siryou1.pdf>

² 「良質かつ適切な医療を効率的に提供する体制の確保を推進するための医療法等の一部を改正する法律」（令和3年法律第49号）

³ 「医療資源を重点的に活用する外来」とは、医療資源を重点的に活用する入院の前後の外来（例えば、がんの手術の前後のフォローアップ）、高額等の医療機器・設備を必要とする外来（例えば、外来化学療法や外来放射線治療）、特定の領域に特化した機能を有する外来（例えば、紹介患者に対する外来）の機能が想定される。外来機能報告等に関するワーキンググループ「外来機能報告等に関する報告書」2021.12.17. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000870460.pdf>>

⁴ ここでの「紹介」とは、患者が最初に受診した「かかりつけ医機能を担う医療機関」から「紹介受診重点医療機関」への患者の紹介を指し、「逆紹介」とは、治療等を受けた「紹介受診重点医療機関」から「かかりつけ医機能を担う医療機関」への（状態が落ち着いた）患者の紹介を指す。同上

⁵ 「経済財政運営と改革の基本方針2022」（令和4年6月7日閣議決定）p.31. 内閣府ウェブサイト <https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2022/2022_basicpolicies_ja.pdf>

⁶ 日本医師会・四病院団体協議会「医療提供体制のあり方—日本医師会・四病院団体協議会合同提言—」2013.8.8, p.4.

「かかりつけ医」という用語には、単に患者が日常的にかかっている医師という意味だけではなく、特定の機能や役割を担う医師という意味も含まれている⁷。

以下では、そうしたかかりつけ医が担うべき機能や役割として、プライマリ・ケア機能とゲートキーパー機能を取り上げ、両者について説明する。

1 プライマリ・ケア機能

医療の現場において、かかりつけ医が担うべき主な役割は、プライマリ・ケア機能である。プライマリ・ケアとは、端的に言えば、「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」⁸のことである。その具体的な役割の範囲は多岐にわたり、それぞれ密接に連関するが、ここでは次の三点に着目して整理する。

(1) 地域医療／地域包括ケア

第一に、地域医療や地域包括ケア⁹の連携体制に基づく患者中心の医療の提供である。かかりつけ医は、地域の医療機関、介護施設、薬局等の多職種と連携することにより、限られた地域資源の中で、地域住民の相談や受診に対応する役割を中心的に担うことが期待されている。

昨今、複数の慢性疾患を抱える高齢者が増加する中で、生活全般に対する視点も含め、継続的・診療科横断的に患者を診る役割が求められている¹⁰。高齢者のケアにおいては、患者の訴えに応じて対症的に対応するのではなく、その認知機能や生活機能等を考慮し、今後の患者の生活を見通して多職種との連携を進めることが肝要となる。さらに、そこでは、患者を取り巻く地域社会に対する理解に加え、患者・家族と医師との人間関係の構築も欠かせない¹¹。高齢化が進展する中で、このように地域で高齢者を支える役割の意義が高まっている。

(2) 予防医療／疾病管理

第二に、予防医療と疾病管理の実践である。まず、かかりつけ医は、地域住民の信頼に基づき、予防を目的とした疾病管理を行うことが期待されている¹²。その背景には、現行の健康診断の根拠や効果に対する懐疑的な意見がある。労働安全衛生法（昭和47年法律第57号）に定められた健康診断については、診断項目にエビデンスが不十分なものがあり、その結果が招く不必要な受診や過剰な治療等が問題視されている¹³。また、生活習慣病の予防を目的とした特定

全日本病院協会ウェブサイト <https://www.ajha.or.jp/topics/4byou/pdf/131007_1.pdf>

⁷ この点、「かかりつけ医」という用語の意味が曖昧であり、他の「家庭医」「総合診療医」「プライマリ・ケア医」等の用語と関連して、それらの採否をめぐる議論もある。紙幅の関係上、ここではそうした議論の説明は割愛する。

⁸ 「プライマリ・ケアとは？（医療者向け）」日本プライマリ・ケア連合学会ウェブサイト <<http://www.primary-care.or.jp/paramedic/index.html>>

⁹ 地域包括ケアとは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的の下、住み慣れた地域における高齢者の自分らしい暮らしを最後まで支える地域の包括的な支援・サービスのことである。「地域包括ケアシステム」厚生労働省ウェブサイト <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/>

¹⁰ 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」2020.12.11, pp.1-2. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10801000/000704605.pdf>>

¹¹ 葛西龍樹「地域包括ケアシステムにおけるプライマリ・ケアの役割と課題」『医療経済研究』26(1), 2014, pp.3-26. <https://www.ihp.jp/wp-content/uploads/current/research/2/109/Vol26No1_2014_02.pdf>

¹² 松田晋哉『医療のなにかが問題なのか—超高齢社会日本の医療モデル—』勁草書房, 2013, pp.257-273.

¹³ 北村和也「わが国における健診（検診）の現状と今後の課題」日本プライマリ・ケア連合学会監修『プライマリ・ケアの理論と実践』日本医事新報社, 2021, pp.96-97.

健診・特定保健指導事業¹⁴についても、健康増進や医療費適正化の観点から、その事業効果が明確でないといわれている¹⁵。このため、かかりつけ医は、患者の健康診断の結果を精査やフォローすることにより、本人や社会の負担を減らし、その効果を向上させることが求められている¹⁶。

また、かかりつけ医は、予防接種においても重要な役割を担い得る。新型コロナウイルス感染症のワクチン接種においては、当初の予診票にかかりつけ医の事前確認の項目があり、その確認が必須であるとの誤解から混乱を招いたことがあった¹⁷。そうした経緯からも注目を集めたように、様々なリスクを考慮して人々が予防接種を受けるかを判断するに当たり、かかりつけ医は本人の意思を尊重しつつ医学的アドバイスを行うことが期待されている¹⁸。

(3) 在宅医療／遠隔医療

第三に、在宅医療と遠隔医療の推進である。どちらの診療形態も、新型コロナウイルス感染症の流行下において、自宅療養者の増加や感染拡大の防止等の理由から活用が進められた背景もある。在宅医療と遠隔医療においても、かかりつけ医が主たる担い手として想定され得る。

在宅医療については、生活習慣病や身体機能の低下等を抱えつつ、加齢とともに通院が困難となった患者が基本的な対象とされる。在宅医療では、生活の場で医療を提供するという性質から、介護や生活支援等との多職種連携、患者・家族と医師の信頼関係の下で、患者が安心して生活できる環境を実現することが目標とされている¹⁹。

遠隔医療については、現在、特に情報通信機器を介して診療や処方を行うリアルタイムで行うオンライン診療が推進されている。オンライン診療は、医療へのアクセスを向上させることが目的とされる一方で、対面診療と比べて得られる患者の医学的情報が限られており、適切な診療や処方に慎重な判断が求められる。このため、とりわけ初診のオンライン診療は、かかりつけ医が行うことが原則とされている²⁰。

2 ゲートキーパー機能

医療提供体制の機能分化の観点から捉えた場合、かかりつけ医が担うべき主な役割は、患者を最初に診察し、必要に応じて適切な専門医や病院へ紹介するゲートキーパー機能である。本稿冒頭で触れた外来機能報告制度も、医療提供体制における外来機能の明確化を図ることにより、かかりつけ医のゲートキーパー機能を強化することを目的の一つとしたものと言える。

こうしたゲートキーパー機能が着目される前提には、とりわけ病院における医療資源の非効率な運用に対する懸念がある²¹。諸外国の医療提供体制と比較しても(表1)、日本は平均在院

¹⁴ 2008年から40歳から74歳までの公的医療保険の加入者を対象として実施されている制度である。

¹⁵ 行政改革推進会議「行政改革推進会議による指摘(通告)(案)」2020.12.9, p.2. 首相官邸ウェブサイト <<https://www.kantei.go.jp/jp/singi/gskaigi/dai41/siryu2.pdf>>

¹⁶ 北村 前掲注(13)

¹⁷ なお、2021年5月28日付で予診票における当該項目は削除される通達がなされた。厚生労働省健康局健康課予防接種室「新型コロナワクチンに係る予診票の様式変更について」(各都道府県・市町村・特別区衛生主管部(局)宛事務連絡)2021.5.28. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/000786212.pdf>>

¹⁸ 横倉義武『新型コロナと向き合う―「かかりつけ医」からの提言―』岩波書店, 2021, pp.227-229.

¹⁹ 迫井正深「かかりつけ医機能としての在宅医療と病院での展開」『病院』80(7), 2021.7, pp.580-585.

²⁰ オンライン診療の指針の改訂案として、以下が厚生労働省において提示されている。「「オンライン診療の適切な実施に関する指針」改訂案」(第19回オンライン診療の適切な実施に関する指針の見直しに関する検討会 資料1-2)2021.11.29. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000859372.pdf>>

²¹ 島崎謙治『日本の医療―制度と政策― 増補改訂版』東京大学出版会, 2020, pp.372-378.

日数が長く、1 病床当たりの医師数と看護師数が少ないという特徴を相対的に有していることが分かる²²。これらの特徴によって、病院勤務医・看護師の長時間労働、医療資源の散在、さらに入院の長期化による患者の QOL の低下がもたらされてきた可能性が指摘されている²³。

このような課題を踏まえつつ、かかりつけ医はゲートキーパー機能を発揮し、上述したような病院の過剰な負担を減らすことが期待されている。もとより日本の医療制度では、患者が受診する医療機関を自由に選択できるというフリーアクセスが尊重されているため、患者は大病院の外来にも直接受診することが原則的に可能である。実際の受診行動においては、患者には大病院を受診する志向があることが指摘されており、特定の病院において外来患者が多くなり、患者の長い待ち時間や病院勤務医の外来負担等の課題が生じている。このため、患者の受診の流れを円滑に誘導する役割が必要とされている²⁴。

表 1 医療提供体制の各国比較

	平均在院日数	人口千人当たり 病床数	人口千人当たり 臨床医師数	人口千人当たり 臨床看護師数	1 病床当たり 臨床医師数	1 病床当たり 臨床看護師数
日本	28.3 (16.4)	12.6	2.6	12.1	0.2	1.0
英国	6.9 (6.2)	2.5	3.0	8.2	1.2	3.3
ドイツ	8.7 (7.4)	7.8	4.5	12.1	0.6	1.5
フランス	9.1 (5.5)	5.7	3.2	11.3	0.6	2.0
米国	6.2 (5.4)	2.8	2.6	12.0	0.9	4.3

(注 1) 表の値は小数第 2 位を四捨五入している。

(注 2) 日本、ドイツ及びフランスは 2020 年、英国及び米国は 2019 年の値である。

(注 3) 平均在院日数におけるカッコ内の値は、急性期病床に限った値を指す。

(注 4) フランス及び米国の臨床看護師数は、臨床に携わる看護師のほか、研究機関等に勤務する看護師も含む。

(出典) “OECD Health Statistics 2022.” OECD.Stat website <<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>> を基に筆者作成。

II 現行の措置

かかりつけ医機能の強化を目的とした措置としては、医療機関への診療報酬と患者の定額負担が主に挙げられる。両者は、医療機関と患者それぞれに対して経済的なインセンティブを与えることにより、かかりつけ医機能が促進されるように実施されている。特に、2022 年度診療報酬改定では、「新型コロナウイルス感染症等にも対応できる効率的・効果的で質の高い医療提供体制の構築」という課題のために、外来医療の強化・機能分化という観点から両者は拡充されることとなった²⁵。以下、本章では、そうした動向を踏まえた両者の概要を紹介する。

1 診療報酬

かかりつけ医機能を評価する診療報酬の項目は、現在、特定の疾患や患者に限定されており、

²² そのほかにも、人口当たりの病院数が多いという特徴も指摘されている。同上

²³ 財務省「社会保障」（財政制度等審議会財政制度分科会（令和 4 年 4 月 13 日開催）資料 1）2022.4.13, p.37. 財務省ウェブサイト <https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/proceedings/material/zaiseia20220413/01.pdf>

²⁴ 医療計画の見直し等に関する検討会 前掲注(10)

²⁵ 社会保障審議会医療保険部会・社会保障審議会医療部会「令和 4 年度診療報酬改定の基本方針」2021.12.10, pp.3-6. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000864860.pdf>>

地域包括診療料・地域包括診療加算と小児かかりつけ診療料（表2）が主に挙げられる²⁶。2022年度診療報酬改定では、近年の診療報酬の算定回数において、前者は横ばい、後者は減少の傾向にあること等が考慮され²⁷、対象範囲の拡充や算定要件の緩和が実施された。

表2 かかりつけ医機能を評価する主な診療報酬（2022年改定時）

	地域包括診療料／地域包括診療加算	小児かかりつけ診療料
概要	外来の機能分化の観点から、主治医機能を持った診療所等の医師が、複数の慢性疾患を有する患者に対し、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価する。	かかりつけ医として、患者の同意を得た上で、継続的かつ全人的な医療を行うことについて評価する。
対象患者	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、慢性心不全、慢性腎臓病及び認知症の6疾病のうち、二つ以上を有する者	当該医療機関を4回以上受診した未就学児の患者
主な指導・服薬管理等	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導及び診療を行う。 ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関や処方薬を全て把握する。 ・診療時間外の電話等による問合せに対応可能な体制を有する。 ・健康診断や検診の受診勧奨を行い、その評価結果を基に患者の健康状態を管理。 ・予防接種の実施状況を把握し、予防接種に係る相談に対応する。 ・往診又は訪問診療を提供可能とする。 	<ul style="list-style-type: none"> ・乳幼児期に頻繁にみられる慢性疾患の管理等について、療養上必要な指導及び診療を行う。 ・他の医療機関と連携の上、通院医療機関を全て把握し、必要に応じて紹介等を行う。 ・健康診査の受診状況及び受診結果を把握し、発達段階に応じた助言・指導を行い、保護者からの健康相談に応じる。 ・予防接種の実施状況を把握し、有効性・安全性やスケジュール管理等に関する指導を行う。

（注）算定要件は、主なものを抜粋し、その概略を示している。

（出典）「診療報酬の算定方法の一部を改正する件」（令和4年厚生労働省告示第54号）；厚生労働省「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知）別添1 医科診療報酬点数表に関する事項」2022.3.4. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000984041.pdf>> を基に筆者作成。

まず、地域包括診療料・地域包括診療加算については、慢性疾患を有する患者に対するかかりつけ医機能の評価を推進する観点から、対象疾患に慢性心不全と慢性腎臓病が追加され、また、成人に対する予防接種が増加している背景から、予防接種に関する相談への対応も算定要件に追加された。さらに、患者に対する生活面の指導においては、必要に応じ、医師の指示を受けた看護師や管理栄養士、薬剤師が行っても差し支えないこととされた²⁸。

続いて、小児かかりつけ診療料については、小児に対する継続的な診療を一層推進する観点から、時間外対応に係る体制を考慮した評価体系が見直された。すなわち、時間外対応に関する算定要件の緩和のために、時間外対応の体制整備の状況に応じた二つの施設基準が設けられ、それぞれに対応した診療報酬点数が割り当てられることとなった²⁹。

²⁶ このほかには、機能強化加算が挙げられる。機能強化加算とは、地域包括診療料・加算や小児かかりつけ診療料等の届出を行っている医療機関に対し、かかりつけ医機能を評価する観点から初診料に加算できるものである。

²⁷ 「外来（その4）」（中央社会保険医療協議会総会（第506回）資料総-1）2021.12.17. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000868193.pdf>>

²⁸ 「個別改定項目について」（中央社会保険医療協議会総会（第516回）資料総-1）2022.2.9. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000905284.pdf>>

²⁹ 施設基準として、診療時間以外の時間において、患者又はその家族等から電話等により療養に関する意見を求め

2 定額負担

定額負担は、紹介状のない患者が一定規模以上の病院を外来受診した場合、一部負担金（自己負担）に加えて、その患者に課せられるものである。その目的は、大病院への患者集中を防ぎ、かかりつけ医機能を強化することであり、2016年度から実施されている³⁰。従来では、対象医療機関については、特定機能病院³¹及び一般病床200床以上の地域医療支援病院³²は定額負担の徴収が義務、一般病床200床以上の病院³³は任意とされ、徴収する金額（医科）については、初診5,000円、再診2,500円が最低金額として設定されていた。

2022年度診療報酬改定に際しては、「全世代型社会保障改革の方針」（令和2年12月15日閣議決定）³⁴等に従って、従来の運用の見直しが行われ、対象医療機関の拡大と定額負担の増額が2022年10月1日から施行・適用された（図）。対象医療機関については、外来機能報告制度によって明確化される「紹介受診重点医療機関」のうち、一般病床200床以上の病院は新たに徴収義務の対象とされた。また、定額負担の増額については、従来分に加え、2,000円（医科）を保険給付範囲から控除し、それと同額の定額負担を追加的に求めることとされた³⁵。

図 定額負担の見直しにおける外来医療費（初診）の区分（2022年10月1日施行）

紹介状がある患者の場合		紹介状がない患者の場合	
		定額負担 5,000円～（従来分）	
		定額負担 2,000円（今回増額分）	
医療保険から支給	自己負担	医療保険から支給	自己負担

（注）患者が負担する部分を色付けた。

（出典）「議論の整理（案）に関する参考資料」（第138回社会保障審議会医療保険部会 参考資料1）2020.12.23, pp.99-105. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000729741.pdf>>; 印南一路「紹介状なしの大病院外来受診時定額負担」『週刊社会保障』3113号, 2021.3.22, pp.26-27を基に筆者作成。

られた場合の、十分な対応ができる体制と必要な対応ができる体制との区別等が設けられた。同上

³⁰ 「議論の整理（案）に関する参考資料」（第138回社会保障審議会医療保険部会 参考資料1）2020.12.23, pp.99-105. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000729741.pdf>>

³¹ 特定機能病院とは、高度の医療の提供、高度の医療技術の開発及び高度の医療に関する研修を実施する能力等を備えた病院のことであり、2022年4月1日時点で87医療機関が承認されている。「特定機能病院について」厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/stf/scisakunitsuite/bunya/0000137801.html>>

³² 地域医療支援病院とは、紹介患者に対する医療の提供、医療機器の共同利用の実施、救急医療の提供及び地域の医療従事者に対する研修の実施を行う機能を備えた病院のことであり、2022年7月末日時点で671医療機関（概数）が承認されている。厚生労働省「医療施設動態調査（令和4年7月末概数）」2022.9.30. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/iryosd/m22/dl/is2207_01.pdf>

³³ 一般病床200床以上の病院の数は、2020年12月時点で688である。「議論の整理（案）に関する参考資料」前掲注(30)

³⁴ 「全世代型社会保障改革の方針（案）」（全世代型社会保障検討会議（第12回）資料1）2020.12.14. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/content/12600000/000839704.pdf>>

³⁵ 「個別改定項目について」前掲注(28)

Ⅲ 制度化の論点

かかりつけ医の制度化とは、かかりつけ医機能の要件を法制上明確化し、それらの機能を担う医師・医療機関をかかりつけ医として認定する等の制度を設けることを意味する³⁶。このような制度化に向けては、それ自体の是非はもとより、かかりつけ医の認定の仕方や認定に伴う措置についての検討が求められる。本章では、その検討の主たる対象としてかかりつけ医の専門性と登録制を取り上げ、その論点を整理する。

1 専門性

かかりつけ医を医療制度に位置づける際には、かかりつけ医が担う役割のうち、とりわけプライマリ・ケアに関する専門教育が欠かせない³⁷。第Ⅰ章でも確認したように、プライマリ・ケアはそれ自体として固有の専門性を持つものであり、その教育においては、基本的な診療領域の知識・技術の習得を越えた総合的なカリキュラムに加え、独自の専門教育と継続した生涯教育が必要とされる³⁸。

この点において、重要な契機となったのは、専門医制度における「総合診療専門医」の創設である。2013年に厚生労働省の「専門医の在り方に関する検討会」がまとめた報告書³⁹を受け、2018年度から開始された専門医制度では、19番目の基本診療領域の専門医として総合診療専門医が新たに位置づけられることとなった。総合診療専門医とは、「日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制の中で、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる」⁴⁰背景を受けて創設されたものであり、プライマリ・ケアを専門的に担うことが主眼とされている。

こうした総合診療専門医の認定を、かかりつけ医の新たな育成として捉えようとする意見は多い⁴¹。ただし、両者の関係性は今のところ明確ではなく、プライマリ・ケアの全国的な整備に向けた今後の議論が求められる⁴²。また、その場合には、総合診療専門医の数が伸び悩んでいるという課題も踏まえる必要もある(表3)⁴³。総合診療領域の養成プログラムにおける専攻医採用数は、初年度の2018年度から2022年度まで、全採用数のうちわずか2%程度にとどまっている⁴⁴。その理由としては、総合診療専門医のキャリアパスが明確でないことが主に挙げられ

³⁶ 財務省 前掲注(23), pp.40-42.

³⁷ 井伊雅子「地域医療の支払い制度—医療は誰のためにあるのか—」財務省財務総合政策研究所『「医療・介護に関する研究会」報告書』2016.

³⁸ 葛西 前掲注(11)

³⁹ 「専門医の在り方に関する検討会報告書」2013.4.22. 厚生労働省ウェブサイト <<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r985200000300ju-att/2r985200000300lb.pdf>>

⁴⁰ 同上, pp.7-8.

⁴¹ 一例として、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』2020(9), 2020.8, pp.68-83. <<https://www.jri.co.jp/MediaLibrary/file/report/jrireview/pdf/12002.pdf>>

⁴² かかりつけ医という用語は、特定の専門性を指しているわけではなく、単に患者がかかる医師という意味にすぎない場合も想定され得るため、プライマリ・ケアを担う医師の専門教育についての議論においては、その用語を使用することは適切ではないとも指摘されている。島崎 前掲注(21), pp.365-372.

⁴³ 羽鳥裕「総合診療専門医の現状や求められる役割、今後の課題」『月刊基金』60(11), 2019.11, pp.2-4.

⁴⁴ 「年度採用数」日本専門医機構ウェブサイト <<https://jmsb.or.jp/senkoi/>>

ており、大学医学部のプライマリ・ケアに対する関心や評価が低いことも指摘されている⁴⁵。

そのほか、既存の医師をかかりつけ医として活用するという観点からは、各団体・学会によって、プライマリ・ケアを担う医師の育成が研修制度や認定制度を通して進められている。例えば、日本医師会による「日医かかりつけ医機能研修制度」⁴⁶や日本プライマリ・ケア連合学会による「新・家庭医療専門制度」⁴⁷等の取組が挙げられる。ただし、今後、かかりつけ医を制度上明確に位置づける場合には、第三者機関による資格の保証が必要だとする指摘もなされている⁴⁸。

表3 専門医制度の各基本領域の養成プログラムにおける専攻医採用数（2022年度）

内科：2,915人（30.9%）	小児科：551人（5.8%）	皮膚科：326人（3.5%）
精神科：571人（6.0%）	外科：846人（9.0%）	整形外科：644人（6.8%）
産婦人科：517人（5.5%）	眼科：343人（3.6%）	耳鼻咽喉科：256人（2.7%）
泌尿器科：310人（3.3%）	脳神経外科：237人（2.5%）	放射線科：299人（3.2%）
麻酔科：494人（5.2%）	病理：99人（1.0%）	臨床検査：22人（0.2%）
救急科：370人（3.9%）	形成外科：253人（2.7%）	リハビリテーション科：145人（1.5%）
総合診療：250人（2.6%）		

（注1）全採用者数は、9,448人である。

（注2）カッコ内は全体に占める各採用数の割合を示す。なお、四捨五入のため、合計は必ずしも100にならない。

（出典）「2022年度採用状況」2022.3. 日本専門医機構ウェブサイト <https://jmsb.or.jp/wp-content/uploads/2022/04/recruit_2022_03.pdf> を基に筆者作成。

2 登録制

登録制とは、患者が自身のかかりつけ医を事前に登録する制度のことである。登録制においては、患者はまず各自が登録したかかりつけ医を受診し、その後必要に応じて、かかりつけ医の紹介により専門医や病院の診療を受けることとなる。かかりつけ医の制度化をめぐることは、このように患者の受診の流れを円滑にするための措置として、登録制を段階的に導入していくことが議論されている⁴⁹。

さらに、登録制の導入に伴っては、診療報酬の支払い方式の変更も焦点となる。登録制は、かかりつけ医に登録された住民の人数に基づいて診療報酬を支払う人頭払いを可能とする。現行の支払い方式の中心となる出来高払い、個別の診療行為ごとに報酬が支払われるため、医学的処置が不要な場合⁵⁰があるプライマリ・ケアには馴染まないこと、過剰診療を招く経済的インセンティブを有することから、医療の質の向上や医療費適正化への期待として人頭払いの導入が提案されている⁵¹。

他方、こうした登録制に対しては否定的な意見も見られる。その理由としては、まず、医療へのアクセスの制限に対する懸念が挙げられる。登録制によりかかりつけ医のゲートキーパー

⁴⁵ 島崎 前掲注(21), pp.365-372.

⁴⁶ 「日医かかりつけ医機能研修制度」日本医師会ウェブサイト <<https://www.med.or.jp/doctor/kakari/>>

⁴⁷ 「新・家庭医療専門医制度」日本プライマリ・ケア連合学会ウェブサイト <<https://www.shin-kateiryu.primary-care.or.jp/>>

⁴⁸ 飛田 前掲注(41)

⁴⁹ 財務省 前掲注(23), pp.40-42.

⁵⁰ 例えば、健康相談や予防医療等が考えられる。

⁵¹ 印南一路「かかりつけ医の制度化（下）」『週刊社会保障』3187号, 2022.9.26, pp.26-27; 草場鉄周「コロナ後の日本のプライマリ・ケアの再構築のために」『健康保険』76(10), 2022.10, pp.12-19; 三原岳『地域医療は再生するか—コロナ禍における提供体制改革—』医薬経済社, 2020, pp.178-186.

機能が強化されることによって、日本の医療制度が保障してきたフリーアクセスが阻害されてしまうという批判は少なくない⁵²。また、人頭払いの導入に伴って医療費の過剰な削減が進むことに対する懸念も挙げられる。かつて 1980 年代に家庭医を導入する議論が進められた際には、同様の理由から医療関係者の反対があり、十分な成果を実現し得なかった経緯がある⁵³。

なお、こうした背景を踏まえつつ、かかりつけ医の段階的な定着のために、その登録を患者の義務ではなく任意とする選択的登録制も現実的な案として検討されている。つまり、フリーアクセスを部分的に保障しつつ、かかりつけ医の自由な選択・変更を可能とする制度であり、登録する場合には（自己負担軽減等の）経済的インセンティブや人頭払い等を適用し、登録しない場合には現行同様の仕組みとするものである⁵⁴。ただし、選択的登録制とした場合であっても、医療費に与える影響や財源負担の設計が更なる実務的な課題として挙げられる⁵⁵。

以上のような登録制は、既に諸外国のかかりつけ医制度において採用されているものでもある。英国では総合診療医（General Practitioner: GP）、フランスではかかりつけ医（Médecin Traitant）に関する制度において登録制が採用されており、それに基づいて医療へのアクセスや支払い方式等が定められている。英国とフランスのかかりつけ医制度の概要は、以下のとおりである（表 4）。

表 4 英国とフランスのかかりつけ医制度の概要

	英国	フランス
開始	1948 年開始	2005 年開始
資格	総合診療医（GP）のみ	一般医と専門医（勤務医も選択可）
アクセス	専門医の受診は GP の紹介が必要（救急入院の場合を除く）	制限なし（経済的インセンティブ等による誘導）
患者負担	原則無料	通常 3 割。かかりつけ医の紹介なしに他の医師を受診した場合は 7 割（産科、婦人科、眼科、精神科等の特定の専門医を除く）。
支払い方式	人頭払い：69.8% 出来高払い：14.4% 実績に基づく支払い：8.0% その他：7.8%	出来高払い：73.8% かかりつけ医関連の定額報酬（人頭払い）：7.3% 実績に基づく支払い：4.1% その他：14.7%

（注 1）支払い方式の内訳は、英国は 2015 年、フランスは 2014 年のデータである。

（注 2）実績に基づく支払いとは、医療の実績を評価し、その結果に基づいた報酬を支払う仕組みである。

（出典）“Referrals for specialist care,” 2019.4.1. NHS website <<https://www.nhs.uk/nhs-services/hospitals/referrals-for-specialist-care/>>; “Médecin traitant et parcours de soins coordonnés,” 2021.4.12. Service-Public.fr website <<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F163>>; 富岡慎一「英国のかかりつけ医（GP）とその関連情報」松田晋哉編『先進諸国におけるかかりつけ医制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度のあり方に関する研究—総括報告書—』（平成 27 年度厚生労働省科学研究費補助金（政策科学総合研究事業）研究報告書）2016.3, pp.22-36; 松本由美「フランスにおけるかかりつけ医制度の導入—高齢化する社会における開業医の役割—」『福祉社会科学』8 号, 2017.3, pp.49-65 を基に筆者作成。

⁵² 一例として、中川俊男「「国民の信頼に応えるかかりつけ医として」を公表」2022.5.20. 日医 on-line ウェブサイト <<https://www.med.or.jp/nichiionline/article/010640.html>>

⁵³ 島崎 前掲注(21), pp.365-372. 家庭医とは、患者の病態に応じた適切な病院や専門医の紹介のほか、頻度の高い一般的な疾病の診療、疾病予防や疾病管理、看護・介護・福祉のコーディネート等を行う医師のことである（同）。

⁵⁴ 飛田 前掲注(41)

⁵⁵ この観点から、かかりつけ医に対する診療報酬の仕組みの検討を行ったものとして、土居丈朗「かかりつけ医制度定着に向けた入院外医療費の定額払い化に関する試論」『病院』80(3), 2021.3, pp.200-205 が挙げられる。

おわりに

これまで確認したように、「かかりつけ医」は医療制度の様々な側面と関係しながら、将来の医師像の一つとして、その本格的な導入が議論されている。もちろん、そうした議論はまだ途上にあり、ここで本稿が行った整理も現段階のものにすぎないことは注意されたい。今後の医療提供体制の在り方、医療保険制度に対する見通し、さらには新型コロナウイルス感染症が浮き彫りにした課題を踏まえた対応としての意義も持ちつつ、かかりつけ医をめぐる議論は進められているところである。

2022年度からは、本稿で紹介した外来機能報告や診療報酬改定が実施され、日本の医療も新たな展開を迎えている。かかりつけ医をめぐる議論はどのような方向に進むのか、引き続き動向が注目される。