

2022年6月16日

日医総研リサーチ・レポート No.128

## かかりつけ医の制度整備について思うこと

日本医師会総合政策研究機構 前田由美子

1. 財政当局から、かかりつけ医の制度化の要請がある。しかし、かかりつけ医を登録制にして受診を制限することで医療費を削減できるわけではなく、そうすべきでもない。
2. 先進各国は、かかりつけ医制度の有無にかかわらず、自国の医療を守るため経済力に見合った一定の財源を投じている。受診回数が少ない国も、むしろ1回当たりの医療が高く評価されている。
3. 英国ではGP（General Practitioner）への登録制であるが、GPにかかってから専門医につながるまでに、日本に比べるとかなり時間がかかる。
4. 新型コロナウイルス感染症への対応をめぐることは、かかりつけ医に対して批判もあったが、診療所は医師1人で業務の代替がきかず、小さな施設で動線分離もできないため、感染症を診療するハードルはきわめて高かった。かかりつけ医がチームで対応できる仕組みを整える必要があるだろう。
5. 診療所経営の視点からは、かかりつけ医の登録制に包括払いが抱き合わされることで、医療費が抑制されるのではないかという不安がある。それだけでなく、かかりつけ医機能を担う診療所への医師の参入は頭打ちになっている。他方、英国ではGPに対して大胆な投資を決断するときもある。日本でも、かかりつけ医への投資も含めて、かかりつけ医を育てるという気持ちで支えることが、かかりつけ医機能向上への第一歩になるのではないかと考える。

## 目 次

はじめに .....	1
1. 経済と医療 .....	2
2. 外来受診回数と医療費 .....	5
3. 登録制と医療へのアクセス .....	6
4. 日本の診療所医師 .....	8
おわりに（所感） .....	12

## はじめに

財政当局がかかりつけ医を「制度化」すべきと主張している。具体的には「かかりつけ医機能の要件を法制上明確化」し、「これらの機能を備えた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こと、こうしたかかりつけ医に対して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」<sup>1</sup>である。また、「経済財政運営と改革の基本方針 2022」にも、「かかりつけ医機能が発揮される制度整備を行う」<sup>2</sup>と明記されている。

このことが、かかりつけ医たる医師たちを不安に陥れている。財務省は否定しているが、制度化の目的が診療報酬の包括払いに絡めた医療費抑制にあると受け止められているためである。過去には、2006年に、国民健康保険連合会がいわゆる人頭割(登録人数に応じた定額払い)を提言したこともある<sup>3</sup>。今回も、「制度設計によっては、かかりつけ医の認定からこぼれ落ちる医師が出かねない。医療機関の収入に当たる診療報酬体系が今の出来高払いから患者数に応じた包括払いに変わり、収入が減る医療機関が出る可能性もある」(2022年5月7日付 日本経済新聞)と報道されている。

しかし、かかりつけ医の登録制によってアクセスを制限すれば、すぐさま医療費を削減できるわけではなく、そうすべきでもない。以下、先進各国の医療費も示しつつ、かかりつけ医のあり方を考えてみたい。

---

<sup>1</sup> 財政制度等審議会「歴史の転換点における財政運営」p.38 2022年5月25日  
[https://www.mof.go.jp/about\\_mof/councils/fiscal\\_system\\_council/sub-of\\_fiscal\\_system/report/zaisei\\_a20220525/01.pdf](https://www.mof.go.jp/about_mof/councils/fiscal_system_council/sub-of_fiscal_system/report/zaisei_a20220525/01.pdf)

<sup>2</sup> 「経済財政運営と改革の基本方針 2022 新しい資本主義へ～課題解決を成長のエンジンに変え、持続可能な経済を実現～」2022年6月7日 閣議決定  
[https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2022/2022\\_basicpolicies\\_ja.pdf](https://www5.cao.go.jp/keizai-shimon/kaigi/cabinet/2022/2022_basicpolicies_ja.pdf)

<sup>3</sup> 国民健康保険中央会「高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会報告書(概要)」2006年12月 [https://www.kokuho.or.jp/report/lib/kenkyuu\\_houkoku1\\_20061226\\_2.pdf](https://www.kokuho.or.jp/report/lib/kenkyuu_houkoku1_20061226_2.pdf)

## 1. 経済と医療

かかりつけ医制度の有無や程度にかかわらず、米国を除く G7 の経済力に対する医療費の大きさは、ときの政権によって上下するものの、一定の幅に収まっている（図 1.1）。経済力がある国において、自国の医療を守るために経済力に見合った財源を投じる責務はどの国も同じぐらい大きい。

財務省はこれを逆手にとって「我が国でも保健医療支出の伸びが経済成長率と乖離しないことを一つのメルクマールとしていくこと」<sup>4</sup>を求めているが、宇沢弘文東京大学名誉教授は、「医療を経済に合わせるのではなく、経済を医療に合わせる」と述べている<sup>5</sup>。

また、G7 のうちすでに 2020 年の医療費が発表されている国では、新型コロナウイルス感染症対策も含め、それまでと比べて対 GDP 保健医療支出の伸び率が上昇していることも示されている（図 1.2）。

注) 財政審の建議にも記載されているように、日本では「子ども・子育て支援と考えられるものについても、OECD が定める基準において保険関係社会支出等の家族関係社会支出以外の社会支出に分類されている可能性がある。具体的には、乳幼児医療費助成などは、子ども・子育て支援と考えられるものの、保健関係社会支出に分類されている」<sup>6</sup>。このような定義のずれは各国にあり得る。

---

<sup>4</sup> 既出 財政制度等審議会「歴史の転換点における財政運営」p.30

<sup>5</sup> 宇沢弘文「社会的共通資本」p.170 2000年11月, 岩波新書

<sup>6</sup> 既出 財政制度等審議会「歴史の転換点における財政運営」p.70

図 1.1 対 GDP 保健医療支出の推移

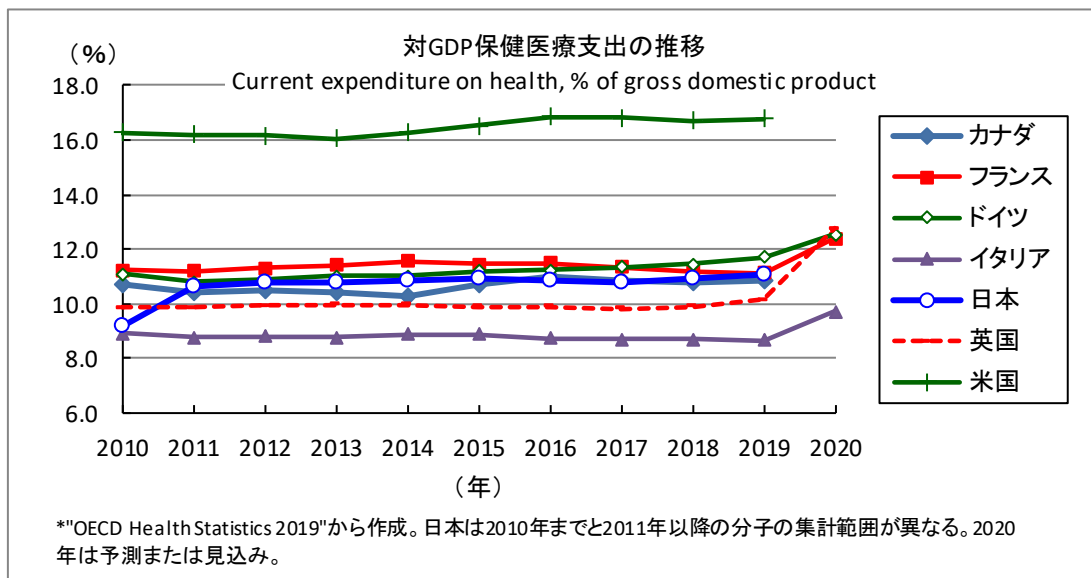
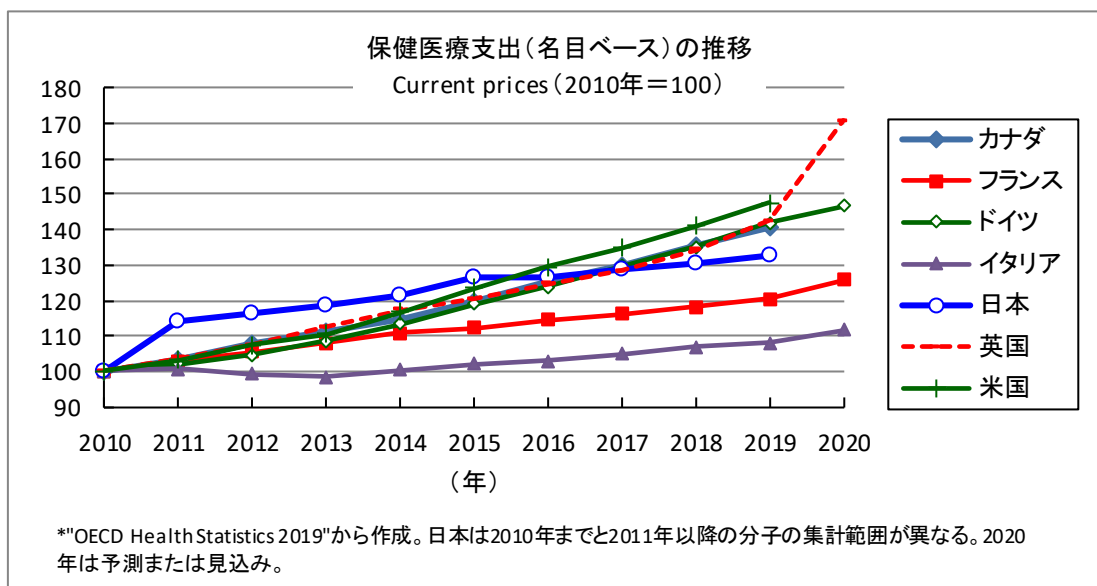
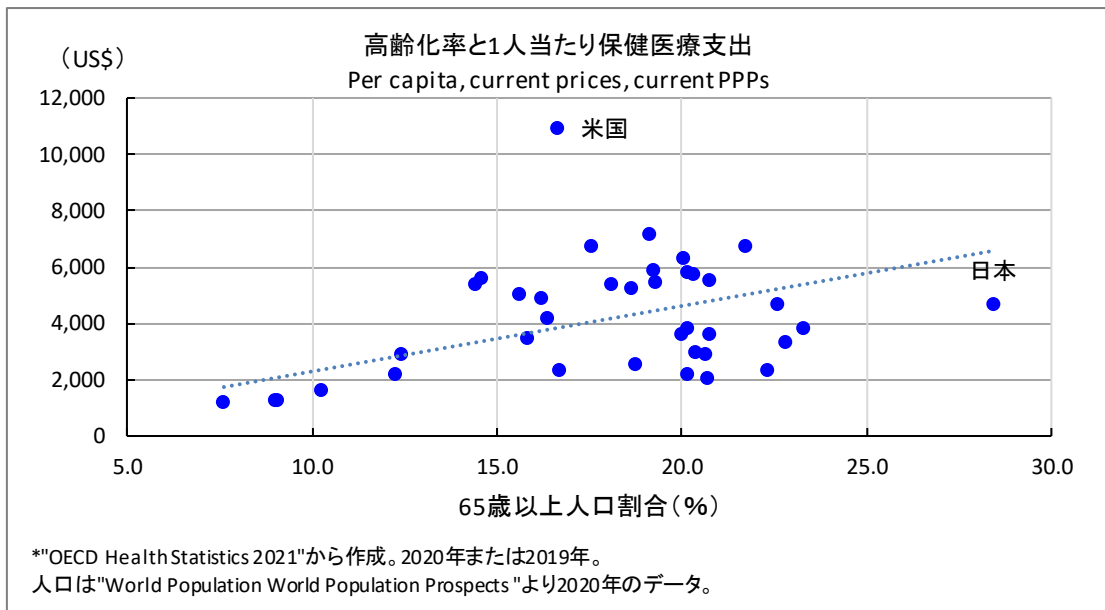


図 1.2 保健医療支出（名目ベース）の推移



日本は、高齢化率の高さに比べて1人当たり保健医療支出が少ない（図1.3）。つまり、日本では1人1人が浪費しているわけではなく、1人当たり医療費の高い高齢者が多い人口構造が問題なのであり、人口政策も重要である。

図 1.3 高齢化率と1人当たり保健医療支出



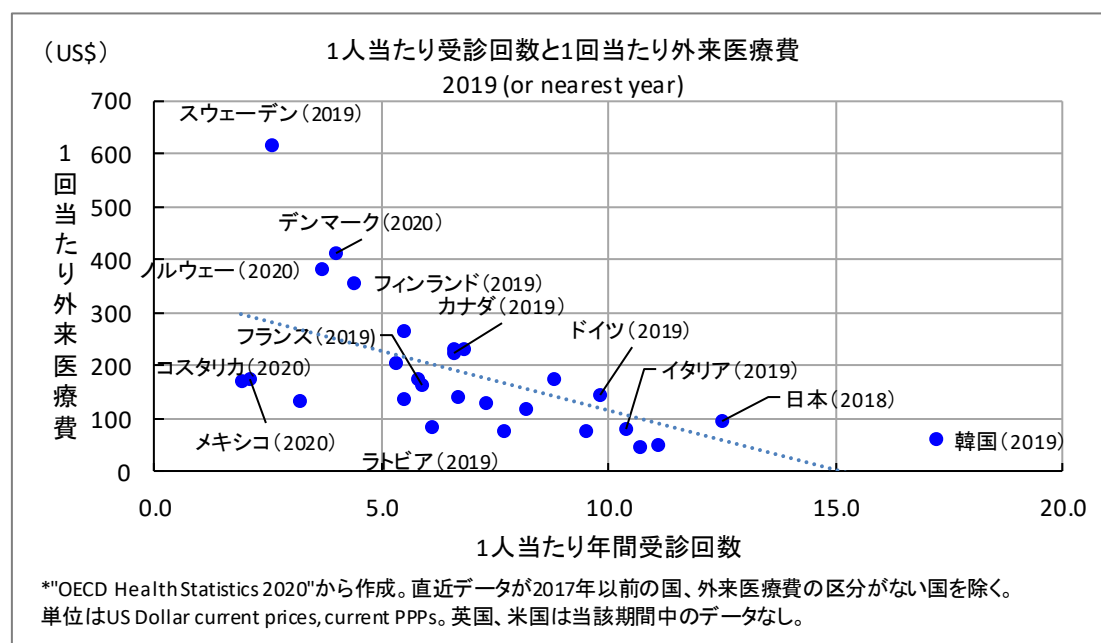
## 2. 外来受診回数と医療費

OECD 各国の外来受診回数<sup>\*</sup>と 1 回当たり医療費（単価）には負の相関がある（図 2.1）。受診回数が少ない国では 1 回当たりの医療が高密度になっているということも推察されるが、1 回当たりの医療が高く評価されている。日本は受診回数が多い分、早期発見・早期治療で単価が低い。

※医師の **consultation** を受けた回数。基本的に在宅医療を含む。日本の場合、高齢化による在宅医療の増加分が反映されるが、外来受診抑制は在宅医療の推進に逆行する。またオンライン診療も集計対象であるが含んでいない国もある（日本は含む）。

補足）英国は最新データが 2009 年と古いので下図に示していないが、2009 年は Great-Britain のみかつ GP の診察のみで 1 人当たりの受診回数は 5.0 回と報告されている<sup>7</sup>。ドイツは 1 治療につき四半期ごとの最初の月の 1 回をカウントしている。このような定義の違いは各国に見られる。

図 2.1 1 人当たり受診回数と 1 回当たり外来医療費



<sup>7</sup> "OECD Health Statistics 2021 Definitions, Sources and Methods Doctors consultations"

### 3. 登録制と医療へのアクセス

英国では受診の際には登録した GP (General Practitioner) にかかる必要がある<sup>※</sup>。しかし、英国首相の 2019 年 7 月のスピーチで<sup>8</sup>、GP に予約を入れてから診察まで 3 週間待たせないと述べられていたほど<sup>9</sup>、診療までの期間が長い。

※英国では、現在は自分で GP を選択できるようになっており、NHS のホームページに自分の住所かポストコードを入力して GP 診療所を検索すると、近くの GP 診療所のリストが表示され、それぞれの診療所のホームページへのリンクやクチコミが表示される<sup>10</sup>。そこから自分で予約した診療所の GP の問診を経て登録する。クチコミは、掲載されているものには好意的なものが多いが、“rude staff”と言った書き込みもある。

また、英国での調査では、約半数 (51%) が一般開業医 (GP) の予約をとることが難しいと回答している (5 歳未満の子供を持つ親では 65% が難しいと回答) <sup>11</sup>。

GP に紹介されてから専門医の治療を受けるまでの期間は、イングランドでは 1 か月以上かかる (図 3.1)。患者の都合やいわゆる「待てる」医療<sup>12</sup>もあるとはいえ、こうした事態になりかねない不安は日本にもある。

---

<sup>8</sup> “Boris Johnson's first speech as Prime Minister: 24 July 2019”  
<https://www.gov.uk/government/speeches/boris-johnsons-first-speech-as-prime-minister-24-july-2019>

<sup>9</sup> “Fixing long waiting times to see a GP was one of the first promises made by Boris Johnson when he became Prime Minister, stating, ‘My job is to make sure you don’t have to wait 3 weeks to see your GP.’” NHS performance and waiting times 22 November 2019  
<https://www.health.org.uk/publications/long-reads/nhs-performance-and-waiting-times>

<sup>10</sup> NHS “Find a GP”  
<https://www.nhs.uk/service-search/find-a-gp>

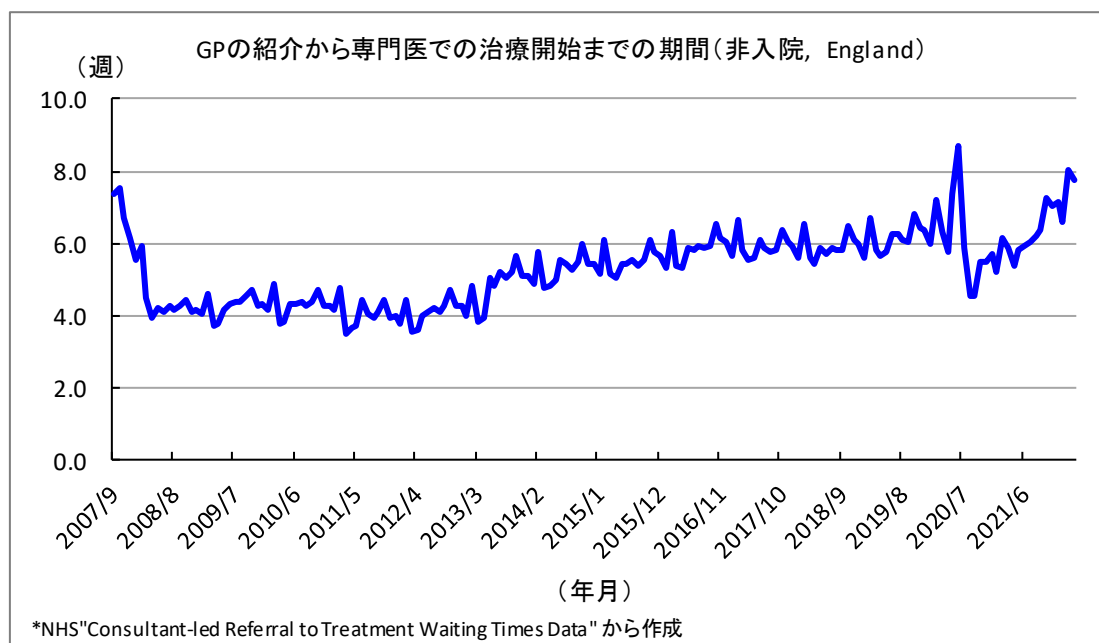
<sup>11</sup> NatCen Social Research “British Social Attitudes 36 2019 Edition” Emergency care  
[https://www.bsa.natcen.ac.uk/media/39356/8\\_bsa36\\_emergency\\_care.pdf](https://www.bsa.natcen.ac.uk/media/39356/8_bsa36_emergency_care.pdf)

<sup>12</sup> 明確に定義されているわけではないが、「脳疾患とか、心臓の心筋梗塞のときの PCI とか、そういった緊急性の高いものと、それから手術のようにある程度時間を待てるもの」(2019 年 1 月 30 日 第 18 回 地域医療構想に関するワーキンググループ議事録)、「待てない急性期は、心停止や脳梗塞といった救急搬送で運ばれてきて、救急的な処置が必要なもの。もう一方の待てる急性期は、例えばがんの化学療法や放射線療法といったように、1 か月や 2 か月先に予約をとって入院等をして対処するもの」(2019 年 5 月 23 日 第 32 回 社会保障ワーキング・グループ 議事要旨) というように使われている。



健保連が2017年に日本で行なったアンケート調査<sup>13</sup>では、「診療所の医師を事前を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」ことについて、「非常に不安を感じる」が21.3%、「やや不安を感じる」が45.9%であり、アンケートに回答した日本人の7割近くが登録制に不安を抱いている。

図 3.1 GP の紹介から専門医での治療開始までの期間



<sup>13</sup> 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報告書」p.28, 2017年10月  
[https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa29\\_02.pdf](https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa29_02.pdf)

## 4. 日本の診療所医師

「かかりつけ医」の新型コロナウイルス感染症対応について、財務省は「発熱や上気道炎などの症状を持ち新型コロナ感染の可能性のある患者に対して診察を断る医療機関も当初は少なくなかった」と述べている<sup>14</sup>。

しかし、新型コロナウイルス感染症流行当初の医療機関に対する風評被害にはすさまじいものがあった（初期の段階では個人防護具などの供給が滞る問題もあった）。

### 新型コロナウイルス感染症の風評被害についての医療機関調査（抜粋）

日本医師会「新型コロナウイルス感染症に関する風評被害の緊急調査」

2021年2月3日

- ・「診療・検査医療機関」であることが県ホームページに掲載されると、受診患者数が大きく減少した。
- ・「お前らのせいで学校が再開できなくなった。どうしてくれるんだ」「新型コロナウイルス感染症拡大の責任をとれ」「職員を外出させるな」「職員の住んでいる場所を教えろ」等、恫喝めいた問い合わせがあった。
- ・配偶者である看護師が、新型コロナウイルス感染症を診療している医療機関に勤務しているため、高齢の親のデイサービス利用が断られたり、取引先から「取引を止める」と言われたり、会社内で「お前の奥さんはコロナ感染症じゃないのか」「お前も感染してるんじゃないのか」と言われた。

日本医師会「新型コロナウイルス対応下での医業経営状況等アンケート調査」

2020年4月30日

- ・看護職員の夫が、勤め先で他の職員との距離を離して仕事をさせられた。
- ・医師の家族が生活用品など、地元での買い物ができない。診療を休止していないのにコロナにより休止していると噂を立てられている。
- ・コロナ感染症の濃厚接触者が来院しているとのデマが流され、来院患者の減少や検査を予定している患者のキャンセルが増加。一時、その件での問い合わせが続いて対応に難渋。
- ・濃厚接触はしていないが、陽性患者がでたことで風評被害があり、休診に追い込まれている。

<sup>14</sup> 既出 財政制度等審議会「歴史の転換点における財政運営」 p.37

財務省は、発熱外来の公表が少なかったこと、また公表しても「かかりつけ患者のみを対象」として、「患者の選別」を行っているとも指摘している<sup>15</sup>。

しかし、医療現場では風評被害のほか、発熱外来を公表することによって患者が集中する不安もあった。診療所の医師の多くは1人で、かつ小規模な施設で（表 4.1）、時間的・空間的に動線を区分すること、他の医師と分担してコロナ医療と通常医療、外来とコロナ往診を分担することが難しい状況がある。そのような中で、それぞれの診療所はできうる範囲の対応を行なった。

表 4.1 （参考）1施設当たり医師数－粗い比較－

		(人)	
		2017	2020
日本	1施設当たり診療所医師数(常勤換算)	1.34	1.38
England	1施設当たりGP数(常勤換算)	4.71	5.32

\*出所： 日本（10月1日現在）  
厚生労働省「医療施設静態調査」  
England(9月末現在)  
NHS“General Practice Workforce, England Bulletin Tables, September 2015 – March 2022”  
All GPsの常勤換算数(Full-time equivalent)をNumber of GP Practicesで除して計算。  
GP Retainers(キャリアを保持するための時間勤務医師)、GP Regular Locums(代理医師)も常勤換算されているが、両国で制度や定義が異なるので厳密な比較は困難。

<sup>15</sup> 既出 財政制度等審議会「歴史の転換点における財政運営」 p.37～38

診療所の一部で期待されている機能を十分発揮できていないところがあるとすれば、その背景には医師の高齢化もある。日本の診療所医師では新型コロナワクチンでいえば優先接種（1・2回目）の対象になる65歳以上の高齢医師が3分の1以上を占める（図4.1）。

診療所数は全国的には若干増加しているものの、これからかかりつけ医機能を向上させていこうというときに、すでに地方では診療所数が減少局面にある（図4.2）。

以上を踏まえると、日本医師会が2022年5月まとめた「国民の信頼に応えるかかりつけ医として」で述べているように地域の医師がチーム一丸となることは、あるべき方向性のひとつだろう。

日本医師会「国民の信頼に応えるかかりつけ医として」2022年5月（抜粋）<sup>16</sup>

- 患者さんに、いつでも、なんでも相談していただけるよう、しっかりとコミュニケーションをとって診察します。診察の結果をわかりやすい言葉で伝え、患者さんのライフスタイルを理解したうえで患者さんと治療目標を共有します。必要なときには、適切なタイミングで適切な専門の医師や医療機関につながります。そのために日頃から、地域の医師たちとの対話を深め、患者さんをチームとして支えます。
- いつでも安心していただけるよう、かかりつけ医を中心に地域の医師がチーム一丸となって患者さんを支えます。

へき地などでは、診療所医師が1人というところもある。かかりつけ医の登録制を導入し、かかりつけ医機能をすべて押し付けてしまえば、その医師は潰れかねない。地域一体のチームを形成し、医師たちが分担してへき地などの医療を担えるよう強力な（財政面もキャリアパスも）支援を望みたい。

<sup>16</sup> <https://www.med.or.jp/people/kakari/>

図 4.1 日本の診療所医師およびイングランド GP の年齢構成

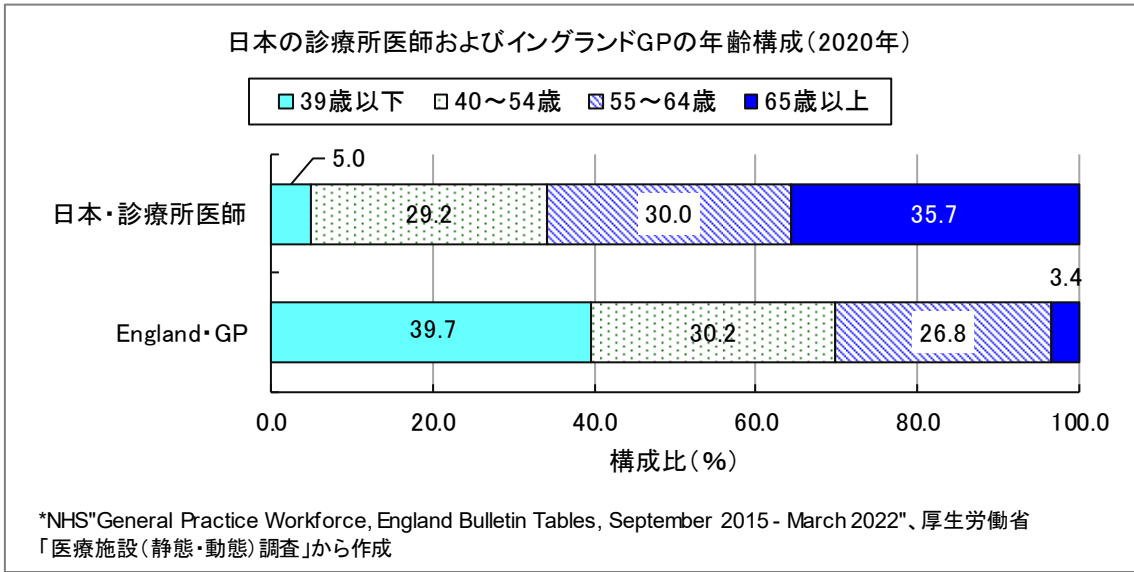
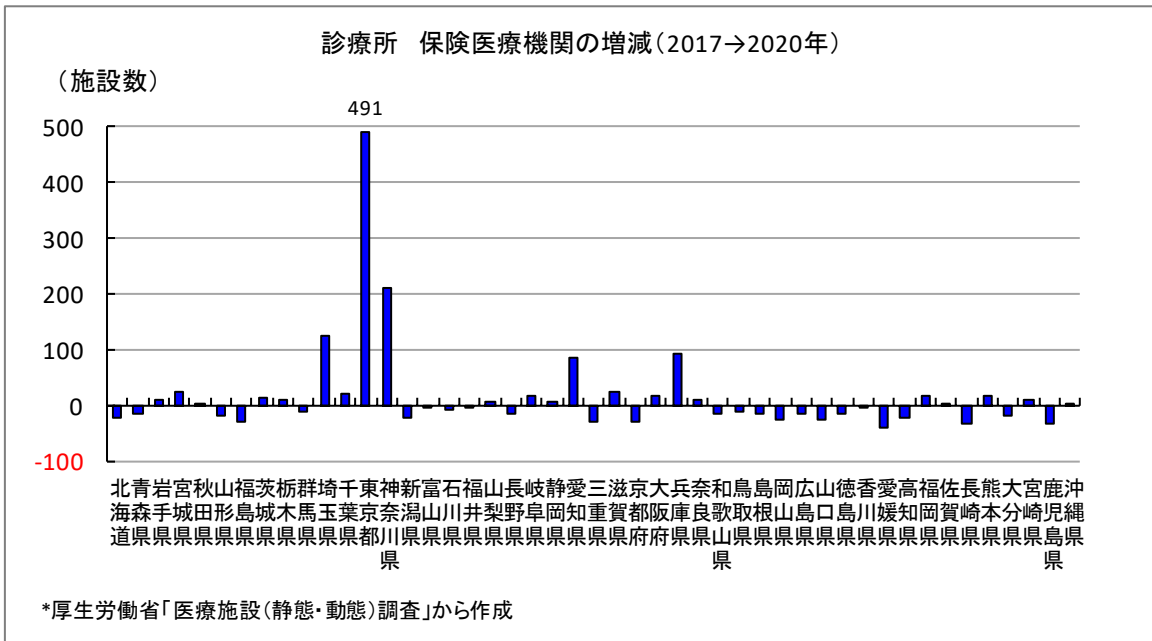


図 4.2 保険診療を行う診療所の増減



## おわりに（所感）

新型コロナウイルス感染症流行下で得られた教訓のひとつは、かかりつけ医をもつことであり、そのために、かかりつけ医機能のさらなる向上が必要であることは言うまでもない。しかし、それは、かかりつけ医を締め上げることではない。英国では、プライマリケアを強化するため、GP への予算を大幅に（6年間で10%以上）引き上げたこともある<sup>17</sup>。日本でも必要なときにはかかりつけ医に大胆な投資を行なうことも含めて、かかりつけ医を育てるという気持ちをもってもらえればと思う。

ところで、日本では、病気でもないときに、かかりつけ医にする医師をさがすために医療機関に行くという選択肢がほぼない。できることとすれば、予防接種や健康診断で利用してみるということぐらいである。診療でなくても、かかりつけ医とかかりつけ医を持ちたい住民が面談できる仕組みを提案したい。

最後に、かかりつけ医（というのは日本固有の表現ではあるが）への登録制を敷く国において、富裕層は、自己負担は高くなるものの待ち時間の長さ等を回避するために登録医以外を選択し、そのために民間医療保険に加入している。日本においても、かかりつけ医の制度化は財政当局が目指す公費削減と民間保険市場拡大の二兎を追おうとしているのかもしれない。

---

<sup>17</sup> NHS（イングランド）は2014/15から2020/21にかけてGPへの投資を14%増加させるとした。NHS England “GENERAL PRACTICE FORWARD VIEW APRIL 2016” p.10~11  
<https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2016/04/gpfv.pdf>