

日医総研ワーキングペーパー

【欧州医療調査報告書 概要版】

英・独・仏の“かかりつけ医”制度

—平時の医療提供体制、新興感染症へのレスポンス—

No. 478

2023 年 11 月 6 日

日本医師会総合政策研究機構
森井大一

【欧州医療調査報告書 概要版】英・独・仏の“かかりつけ医”制度

—平時の医療提供体制、新興感染症へのレスポンス—

日本医師会総合政策研究機構 森井大一

キーワード

- ◆ かかりつけ医機能 ◆ コロナ ◆ 登録制 ◆ 人頭払い ◆ 認定制 ◆ G P
- ◆ M T ◆ hausarzt ◆ virtual ward ◆ backlog ◆ フリーアクセス
- ◆ I P A ◆ 多職種連携 ◆ 20 分の 19 ◆ 医療アクセス ◆ martial law
- ◆ 仙台方式 ◆ 感染症法 ◆ 新型インフルエンザ等対策特別措置法

- ◆ 日本医師会は、2023 年 5 月から 6 月にかけて、イギリス、ドイツ、フランスに、これらの国でのかかりつけ医制度とその実態、及びかかりつけ医を中心とするコロナ対応の実情を把握する目的で、訪問調査を行った。
- ◆ イギリスは、GP への登録制及び人頭払制のあるかかりつけ医制度を持つ国であるが、GP は患者の住居・生活環境、雇用、孤独・人間関係等の非医療的需要に忙殺されており、医療的な機能に集中できない状況となっている。
- ◆ イギリスの医療提供体制には、かかりつけ医である GP と高度急性期入院医療を担う acute trust の間に community service があるが、この機能が不十分であり、GP と acute trust という二つの機能が分断されている。
- ◆ イギリスのコロナ対応においては、GP によるかかりつけ医機能は発揮されず、患者は acute trust の救急外来に殺到した。最も医療機関への影響が大きかった第 2 波（2020/2021 年冬）には、全病床の半分がコロナ診療に転用された。
- ◆ イギリスでは、コロナが通常診療に大きな影響を与え、2023 年春には England（人口 5650 万人）で 750 万人の入院待機患者を生む事態となっている。この“医療崩壊の常態化”とも言い得る状態を backlog 問題という。

- ◆ フランスは、国民に登録義務を課すかかりつけ医制度のある国であるが、医師の労働時間の短縮と医師数そのものの減少により、かかりつけ医（MT、médecin traitant）を見つけられない“かかりつけ医難民”が問題となっている。
- ◆ フランス版ナース・プラクティショナーである IPA が法制化されたが、IPA によって提供される医療の質の担保に疑義が呈されており、普及は進んでいない。
- ◆ フランスでは、コロナの最初期において、かかりつけ医（MT）を受診せず病院を受診するよう政府が国民に指示した。そのため、病院の医療資源が一気に枯渇し、病床の 8 割がコロナに転用された。
- ◆ フランスでは、第 1 波の途中から総合医を中心とした外来診療の必要性・重要性が主張され、政府も方針転換して総合医らによるコロナ診療を認めた。その際、かかりつけ医制度は凍結され、フリーアクセスで対応した。
- ◆ ドイツには、かかりつけ医への登録義務がなく、その意味でかかりつけ医制度がない。ただし、文化・習慣としてかかりつけ医を持つことが根付いている。
- ◆ ドイツのコロナ診療の「20 分の 19」を開業医が担った。そのため、病院機能、特に集中治療機能が温存され、通常診療への影響が最小限にとどめられた。これによって周辺国から重症者を受け入れた。このような開業医の役割は schutzwall（防御壁）といわれる。
- ◆ 日本のコロナ状況は、欧州と比べると比較的感染者数・死亡数共に少なかったが、その割に医療アクセスの問題が顕在化した。
- ◆ 日本のコロナ対応は、典型的にイギリスの対応に類似していた。
- ◆ 日本では、コロナを感染症法・新型インフルエンザ等対策特別措置法という martial law によって取り扱い、行政通知によって一般医療者の応召義務を免除するという行政対応が長期間維持された。そのため、医療者・国民共に「特別な病気」という位置づけの見直しが遅れ、一般医療の活用が進まず比較的小さな流行で、有限な医療提供資源を使い果たすことが繰り返された。

目次

はじめに.....	5
第1章 イギリス、ドイツ、フランスにおける“かかりつけ医”と“コロナ”	7
基本的な“医療提供能力”	7
欧州3か国のコロナ状況	8
イギリス、フランスにおけるコロナの始まり	8
イギリス、フランスのかかりつけ医によるコロナ対応.....	12
軌道修正したフランスとしなかったイギリス	14
ドイツの「開業医」のコロナ対応	19
イギリス、フランス、ドイツのコロナ対応の総括	26
第2章 3か国の“かかりつけ医制度”	28
イギリスの GP	28
ICS/ICB と PCN 及び GP への支払い	28
イギリスの GP の実態.....	35
ドイツの hausarzt.....	42
医療文化としてのかかりつけ医	42
需要計画	43
ドイツの診療所の実態	47
フランスの médecin traitant (MT)	48
MT 不足と多職種連携・他職種タスクシフト.....	48
フランスの診療所の実態.....	55
第3章 日本のコロナ対応と3か国との比較.....	56
日本の課題	56
医療アクセスが悪かった原因.....	57

日本のコロナ対応を難しくした根本原因.....	64
「仙台方式」の再評価	68
おわりに.....	70

はじめに

かかりつけ医機能が発揮される制度整備に関して、2023 年 5 月に医療法改正が行われ、2025 年 4 月 1 日から本格的に施行されることとなった¹。日本医師会は、かかりつけ医制度に関する様々な議論があることを踏まえて、今般の法改正による制度整備に対する不満論（すなわちかかりつけ医制度推進論）が言及することの多い欧州各国のかかりつけ医制度の実態と、その各国におけるコロナ対応の実態を調査するため、2023 年 5 月から 6 月にかけてイギリス²、ドイツ、フランスに調査団（団長：鈴木邦彦 茨城県医師会長）を派遣した。この調査では、2 週間の滞在中、約 2 時間のヒアリング（医療機関の場合は医療現場の視察も含むためさらに長時間となった。）を合計 23 セッション実施した。うち 1 つは、相手方担当者の急病のため、帰国後にオンラインで実施した。1 セッションのみ録音・録画の許可が得られなかったが、他のセッションは内部使用目的として許可を得て録音・録画を行った。ヒアリング対象は、病院及び診療所の実地医家、民間病院、高齢者施設、医療系シンクタンク、職能団体、総合医の学会・協会、政策関係者、診療報酬支払基金等であった。筆者は、この調査団の計画から実施に至る全過程の実務を担当した。本稿は、この調査団の報告書の概要版であり、全体版は後日公表予定である。

本稿は、日医側担当者として調査団に加わった筆者の個人的見解に基づくものであり、日本医師会及び調査団に参加された有識者の先生方の見解とは必ずしも一致するものではない。しかし、本訪問調査に当たっては、調査団に参加された先生方から筆

¹ <https://www.sangiin.go.jp/japanese/joho1/kousei/gian/211/pdf/s0802110162110.pdf>

² 今回の訪問調査ではロンドンのみを訪問しており、現地の関係者は原則として England の状況や制度に基づいてインタビューに応じたものと考えられる。そのため、本稿において引用部分以外で「イギリス」として記載しているのは、特別の注釈がない限り England を意味する。

者に対して細かな指導をいただき、また多角的な視点を提供していただいた。これらの支援がなければ、本稿をまとめることは不可能であった。また、ドイツの現地コーディネーター兼通訳である吉田恵子氏、及びフランスの現地コーディネーター兼通訳である奥田七峰子氏には、調査の計画段階から関わっていただき、調査団帰国後にも様々な調査をお願いした。とりわけ現地の制度をなるべく現地語で表記するという執筆方針（筆者のわがまま）の貫徹は、両氏への膨大な問い合わせなくして不可能であった。これらの支援及び協力をいただいたことに対し、調査団に参加された先生方と現地の両氏に深く感謝する。

第1章 イギリス、ドイツ、フランスにおける“かかりつけ医”と“コロナ”

基本的な“医療提供能力”

かかりつけ医制度及びコロナ対応の具体的な検討に入る前に、イギリス、ドイツ、フランス、そして日本の基礎的な医療提供能力を簡単に比較しておきたい。図1はOECD dataをもとに作成した人口当たりの病床数、ICU 病床数、医師数、看護師数である。これを見ると、日本は欧州3か国に比べて病床数が多いことが分かる。ただし、ICUはドイツの半分以下で、フランスをも下回る。医師数は、日本に比べて3か国はいずれも多い。特にドイツは日本の1.7倍もある。看護師についてもドイツが最も多く、フランスと日本はほぼ同水準であり、イギリスが目立って少ない。総合すると、イギリスの医療提供能力はICUを含む病床で見ても医師・看護師で見ても他国と比べて脆弱であるといえる。対してドイツは、全体的に充実しているといえる。もちろん、本当の意味での医療提供能力を評価するためには、病床数はその機能をより詳細に見る必要があるし、医療職についても労働時間や労働密度まで評価すべきだ。実際に、今回の訪問調査では後述するように日本よりも医師数の多い3か国で、自国における医師不足を指摘する証言が相次いだ。その背景を聞くと、医師の非常勤勤務の広がりを含めた労働時間の短さがある。このように一つひとつを詳細に検討する必要は確かにあるが、本稿では基礎的な“能力”として、図1のデータを想定することとする。

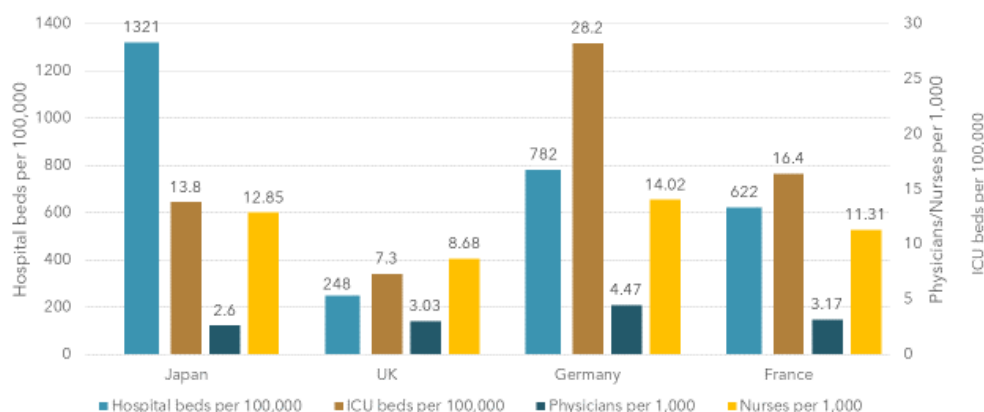


図1 人口当たりの病床数、ICU 病床数、医師数、看護師数³

³ <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

欧州3か国のコロナ状況

コロナについて、一般的に欧州各国は、日本よりもはるかに多くの感染者と死亡者を出した（表1）。イギリス、ドイツ、フランスの人口当たりの累計死亡者数は、それぞれ日本の5.6倍、3.5倍、4.3倍である。

	100万人あたりの死亡者数	100万人あたりの陽性者数
日本	596	269,794
イギリス	3,323	363,283
ドイツ	2,075	459,809
フランス	2,566	597,098
韓国	661	594,801
イタリア	3,202	435,237
アメリカ	3,302	303,578

表1 2023年3月31日時点でのコロナ概況⁴

コロナの死亡率（人口あたり）については、流行株、人種、基礎疾患の有病率、年齢構成、生活習慣、医療制度、社会制度等の様々な説明要因が考えられることから、どれか1つを取り出して原因帰属を議論することは容易ではない。しかし、総じて欧州各国の医療がコロナによって大きな影響を受けたことは間違いない。今回の訪問調査では、コロナを感染者数や死亡者数というアウトカムから論じるのではなく、逆にコロナそれ自体を否定なく与えられた状況とみなして、これに各国の医療がどのようにレスポンスしたかという観点からヒアリングした。

イギリス、フランスにおけるコロナの始まり

イギリス及びフランスの病院関係者にコロナの状況を聞くと、共通して、2020年3月のある特定の数日の間にコロナが始まったと答える。イギリスでの流行の発火点と

<https://www.oecd-ilibrary.org/sites/e5a80353-en/index.html?itemId=/content/component/e5a80353-en>

⁴ <https://ourworldindata.org/coronavirus>

なった北西ロンドン^{5,6}の基幹病院である St. Mary 's Hospital の ICU の責任者であるアシュワース医師によれば、3月8日に最初の入院患者を受け入れてから、患者が押し寄せる事態となるのに2日とかからなかったという。そして、「患者がひっきりなしに救急外来に押し寄せ、また救急車でも運ばれてくる中で、我々としては呼吸困難に陥っていたりその他種々の症状を呈している患者を入院させて治療せざるを得なかった。」という。これは極めて困難な状況であったと考えられる。さらに、南西ロンドンにある Epsom and St. Helier University Hospitals のデジタル部門の責任者である米澤ルミ子氏も、3月16日に氏の所属する病院にインシデント対策本部が設置され、その翌日には NHS の全プログラムが停止されたことを証言している。また、パリの民間急性期病院でも、plan blanc（ホワイトプラン）⁷が全国に発令された3月13日には公立病院だけがコロナを引き受けることになっていたが、その48時間後には民間病院まで含めてコロナ対応が求められることになり、それから1週間のうちに緊急性のない患者は全て退院させられたと証言している。フランスがロックダウンに入ったのが3月17日であるから、いかに急激に事態が進行したかがわかる。

もちろん、世界中で中国の状況はすでに伝えられていたし、欧州では2月にイタリアで流行が始まっていたため、3月に入って流行が本格化したイギリスやフランスでも一定程度の準備はなされていた。実際、フランスの *médecin généraliste* の第一人者であるジルベール教授（パリ・シテ大学）は「1月の中国の状況等から、流行がフランスにも来ると考え、その段階で、マスク等の防護具のストックを始めていた。」とのことであったし、イギリスの Nuffield Trust のヒアリングでも「病院によっては中国での流行が始まった時点で準備計画を用意したところもあった」と証言された。それでも「いずれの病院においても不十分であった」という。北西ロンドンの ICB

⁵ 2020年3月20日に北西ロンドンの基幹病院の1つである Northwick Park Hospital が critical incident を宣言したことが、イギリスでのコロナ流行の始まりの号砲となった。この Northwick Park Hospital は St. Mary 's Hospital の設置主体である Imperial College とパートナーシップを結んでいる。<https://www.standard.co.uk/news/london/london-hospital-northwick-park-critical-incident-coronavirus-patients-a4393471.html>

⁶ 第1波における死亡率が高かった区（borough）には北西及び北東ロンドンの区が並ぶ。
<https://www.bbc.com/news/52282844>

⁷ 医療的緊急事態に対する行動計画

(integrated care board) ⁸のヒアリングでも「我々はそれが来ることを分かっていた。しかし、それが実際に来るまでは、こんなことになるとは予想していなかった。」と、ほぼ同様の証言がされた。

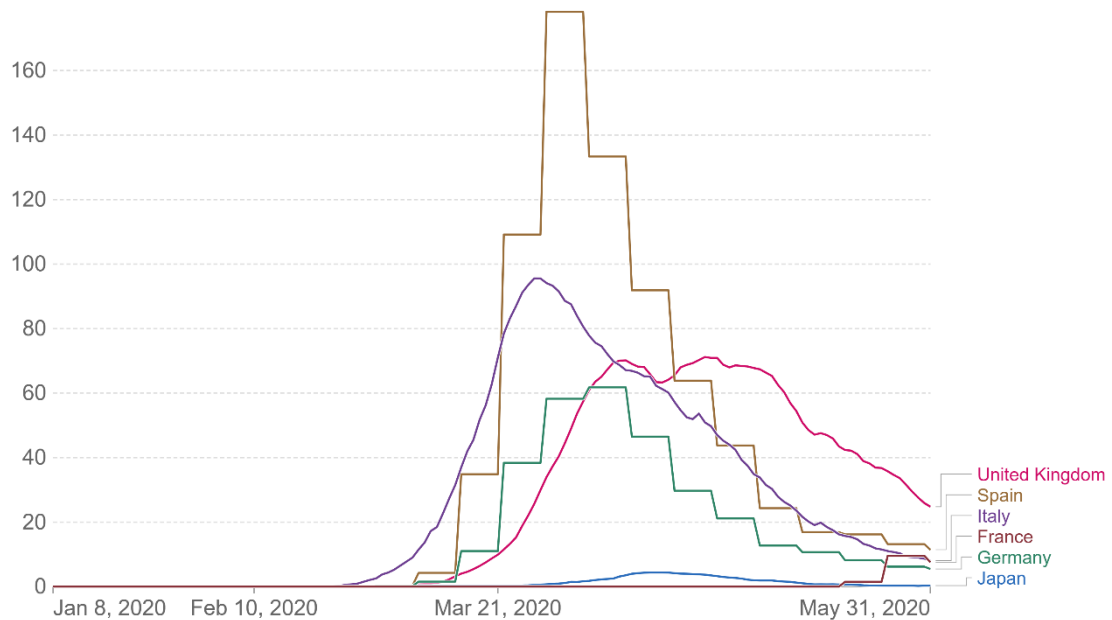
これらの国に比べると（図2）、日本は準備時間のアドバンテージがより大きかったといえる。図3は、NHK の一日あたりのコロナ報道の時間の推移を示しているが、2020 年2月には2時間を超えている。この報道量（社会的注目度）は日本で医療ひっ迫が最も顕著であった2021年夏とほぼ同水準である。その一方で、2020年3月末までの累積陽性者は全国で2000人に満たず、同年4月末でみても1万4000人をわずかに超える程度である。この間、1回目の緊急事態宣言が発令されていたが、全国に8000の病院と10万2000の診療所があることを考えれば、患者があちこちの医療機関であふれかえっていたという事態は考えられない。この時期の日本での「医療ひっ迫」は、ごく一部の受け入れ医療機関だけに局地的に起こった現象だったといえる。その意味で、ほとんどの日本の医療機関は、イギリス、フランスの医療機関に比べて、比較的にゆとりのある準備期間があったといえることができる。

⁸ ICB という制度については後述する。

Daily new confirmed COVID-19 cases per million people

7-day rolling average. Due to limited testing, the number of confirmed cases is lower than the true number of infections.

Our World
in Data



Source: WHO COVID-19 Dashboard

CC BY

図2 2020年5月末までの人口100万人当たりの新規陽性者数（7日平均）⁹

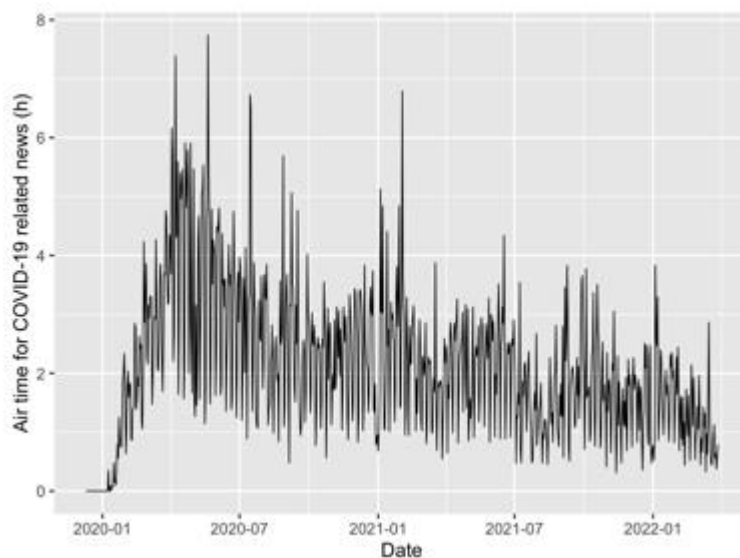


図3 NHKのコロナ関連報道の推移¹⁰

⁹ 第1波の陽性者数について、フランスはデータを公表していない。

<https://ourworldindata.org/coronavirus>

¹⁰ The impact of television on-air time on hand hygiene compliance behaviors during COVID-19

イギリス、フランスのかかりつけ医によるコロナ対応

このように急激に始まったコロナ状況に対して、かかりつけ医の登録義務を置いているイギリス及びフランスで何が起こったであろうか。ロンドンで23年にわたりGP診療所を開業してきたモール医師は、「コロナの最初の間、状況はとても静かだった。患者が怖がってGP診療所を受診しようとしなくなったため、電話もして来なくなったからだ。」という。同様に、Nuffield Trustの研究者で自身がGPでもあるローゼン医師は「第1波の時に、患者がGP診療所に全く来られないという状況となった。」と証言している。このような状態が何日続いたかは不明だが、The Health Foundationの研究によれば、England全域で、2020年4月及び5月のprimary careのアポイントメントの数は前月に比べて概ね30%減少していることがわかる（図4）。

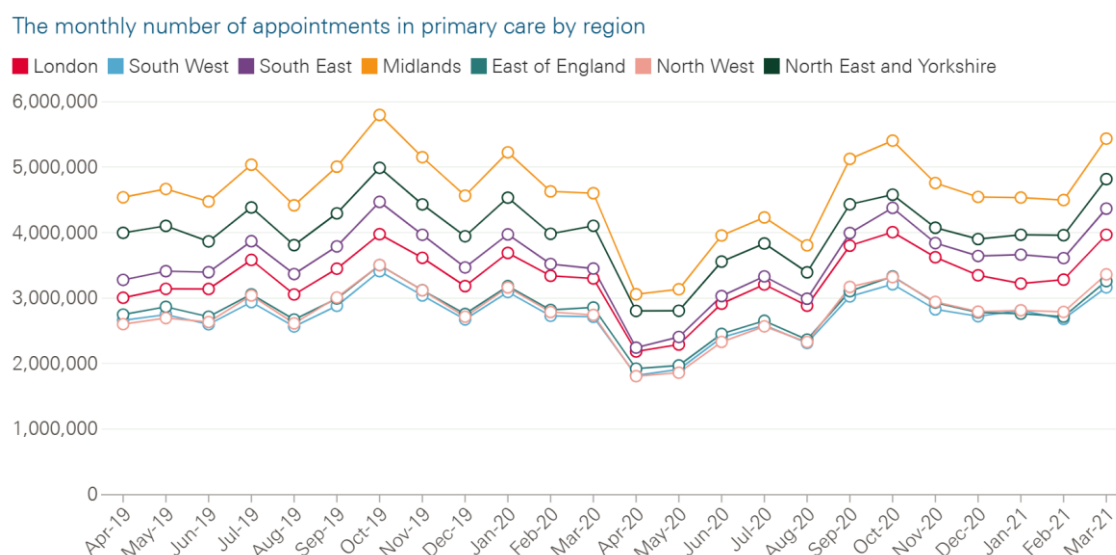


図4 Englandにおけるprimary careのアポイントメント数¹¹

電話診療等のリモート診療が促進されたが、それも十分ではなかったようだ。上記の研究によれば、2020年3月には対面診療の減少が見られるものの、この減少は電話診療の増加で相殺されていた。ところが、2020年4月及び5月は対面診療の減少幅が大きく、電話診療もほとんど増えていない（図5）。このことは、受診数そのものの

outbreak. D. Morii, A. Miura, M. Komori. AJIC, 51:9:975-979, 2023

¹¹ <https://www.health.org.uk/news-and-comment/charts-and-infographics/how-has-the-covid-19-pandemic-impacted-primary-care>

減少だけではなく、実際に診療所を訪れる患者がかなり少なくなったことを示している。このようなコロナ最初期における GP 診療所の静けさは、上述した急性期病院における喧騒・混乱とは対照的だ。このことから、GP 診療所が機能しなかったために、病院に患者が殺到する事態となったという因果関係が見て取れる。

Monthly number of face-to-face and telephone appointments

■ Face to face appointments ■ Telephone appointments

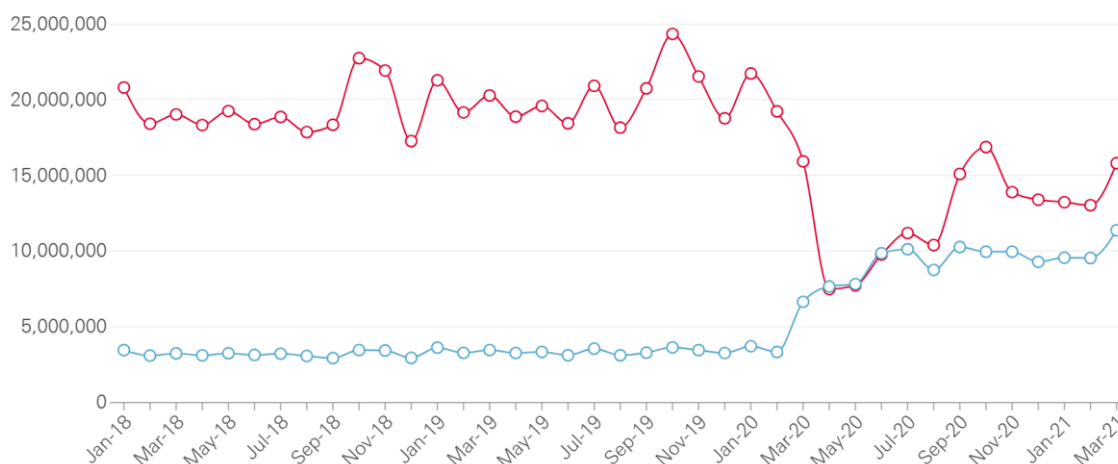


図5 Englandにおける対面診療と電話診療の推移¹¹

コロナ初期において、かかりつけ医診療所を受診する患者が極端に少なくなったことはフランスでも同様であった。フランスの *médecin généraliste*（総合医）であるシャスタン医師は「我々の診療所に患者が誰も来なくなってしまった。」と証言している。同様に、グループ診療所である *maison de santé*（メゾン・ド・サンテ）¹²のかかりつけ医（MT）らも「患者も感染を怖がって来なかったので、待合室はガランとしていた。」と証言している。支払基金である CNAM の統計でも「（外来医療機関としての）専門医の 60%、総合医の 30%は診療活動を減少した」¹³ことが明らかになっている。その結果として、「病院が飽和し機能が麻痺してしまった。みんな 15 番に電話して、病院に殺到した。」¹⁴という事態を招くことになった。

¹² *maison de santé* はグループ診療所の一種である。所属する医療者同士の間で、定期的な情報共有や休診時の補完関係等緩やかなつながりがあり、それに対する診療報酬上の評価もあるが、個々の医師（基本的に MT）や理学療法士、あるいは訪問看護師は独立開業している別個の事業主体である。

¹³ CNAM のヒアリングでは、理学療法士、歯科医については、理学療法士会及び歯科医師会から営業停止命令あり、強制的に閉鎖させられたという。医師会や看護師会はこのような営業停止命令は出していない。

¹⁴ CMG France のヒアリングでの証言に基づく。

このような病院に局限した医療ひっ迫という構図は、イギリスと同様である。つまり、イギリスにおいてもフランスにおいても、コロナに対してかかりつけ医制度は期待された役割を果たさなかったのである。

軌道修正したフランスとしなかったイギリス

フランスにおけるかかりつけ医診療所の受診控えは、政府がそれを国民に求めたために起こった。フランス政府は第 1 波の段階において “N’ allez pas chez votre médecin traitant : appelez le 15.”（あなたのかかりつけ医には行かないでください。15 番（救急）に電話してください。）と繰り返していたという¹⁵。このような政府の指示の理由としては、PPE 不足を背景に診療所で十分な感染対策が取れないことを危惧したことなどが挙げられている¹⁶。また、新興感染症の場合、初期段階で病原性や伝播様式が未知であることは当然に想定される。そのため、最初期において、患者の受診場所をある程度設備が整っていると考えられる施設に限定することには一定の合理性があったようにも思える。問題は、そのような特別対応をいつまで続けるかだ。

この点について、フランスは比較的早期に軌道修正する。まず、第 1 波の中で、暇をもてあますことになった MT（かかりつけ医）らは、手探りの中で患者の診療を始めた¹⁷。その一方で、政府が国民に指示した救急要請の電話番号である 15 番はすぐに飽和してつながらなくなった¹⁸。そして、「かかりつけ医には行くな」という政府の指導は誤りであり医療全体の混乱を招くことになっていることを、総合医ら自身が指摘するようになった。総合医の学会である CMG France の医師らは、この政府から国民へのメッセージ¹⁹の元となったのがフランス感染症学会からの提言にあったことを指摘して

¹⁵ CMG France、民間救急病院、CNAM、メゾン・ド・サンテ、及びジルベール教授と立場の違う関係者が一様にこのことを指摘している。

¹⁶ CMG France のヒアリングでの証言に基づく。

¹⁷ ジルベール教授のヒアリングでの証言に基づく。また、CMG France のヒアリングでは、市役所内に設置された仮設診療所での重症度判定や検査対象者の絞り込みを主とする診療についても言及されている。

¹⁸ https://www.liberation.fr/france/2020/03/16/coronavirus-appeler-le-samu-pour-un-nez-qui-coule-ce-n-est-pas-possible_1781875/

¹⁹ <https://www.gouvernement.fr/coronavirus-covid-19-puis-je-me-rendre-chez-un-professionnel-de->

いる²⁰。この2つの医学学術団体の立場の違いは、感染症学会が「未だ全体像が分かっていない」という点に軸足を置いたのに対し、CMGに代表されるかかりつけ医・総合医は実際のコロナ患者の診察を通して「これは対応しうる感染症だ」という臨床的実感を既に得ていたという違いによるものと思われる。総合医の権威であるジルベール教授は、「臨床医であれば初期の段階でわかった」と証言している。さらに CMG は総合医の学会として政府に方針の変更を求めたという²¹。その結果、「2020 年 4 月 14 日に政府が『必要な時は、受診してください』と国民に呼びか」²²けるに至っており、政府は1か月余りで元の方針を撤回したことになる。

また、フランスの支払基金である CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie) によると、「コロナの間²³は、かかりつけ医制度を停止した。かかりつけ医制度を完全に除外して対策を進めた。かかりつけ医でなくても・・・保険で 100%償還した。」とのことである。重要なのは、これがコロナ診療に限らず全ての外来診療について行われたという点だ。軌道修正後のコロナ期間においては、かかりつけ医制度下の受診制約がなくなり、誰でもどこでも受診できる日本型のフリーアクセスと同様の受診制度が採用されたことになる。

sante-pendant-le-confinement

²⁰ この初期の政府の指示が間違いであったとする主張はジルベール教授の講演でも聞かれた。また、後述するように、フランスにおける高名な感染症の専門家であるカリーヌ・ラコム医師も総合医らに同調する発言をしている。

²¹ 2020 年 3 月 8 日の Le Figaro 紙の記事ですでに「政府の指示に関わらず、医師らが前線に立つべき」とする記事が出ている。<https://www.lefigaro.fr/sciences/coronavirus-des-medecins-confrontes-a-une-pandemie-qui-ne-dit-pas-son-nom-20200308>

²² CNAM のヒアリングでの証言に基づく。

²³ ここでは 2021 年末までを指すと思われる。CNAM のヒアリングでの証言に基づく。

Daily new confirmed COVID-19 cases & deaths per million people, France

7-day rolling average. Limited testing and challenges in the attribution of cause of death means the cases and deaths counts may not be accurate.

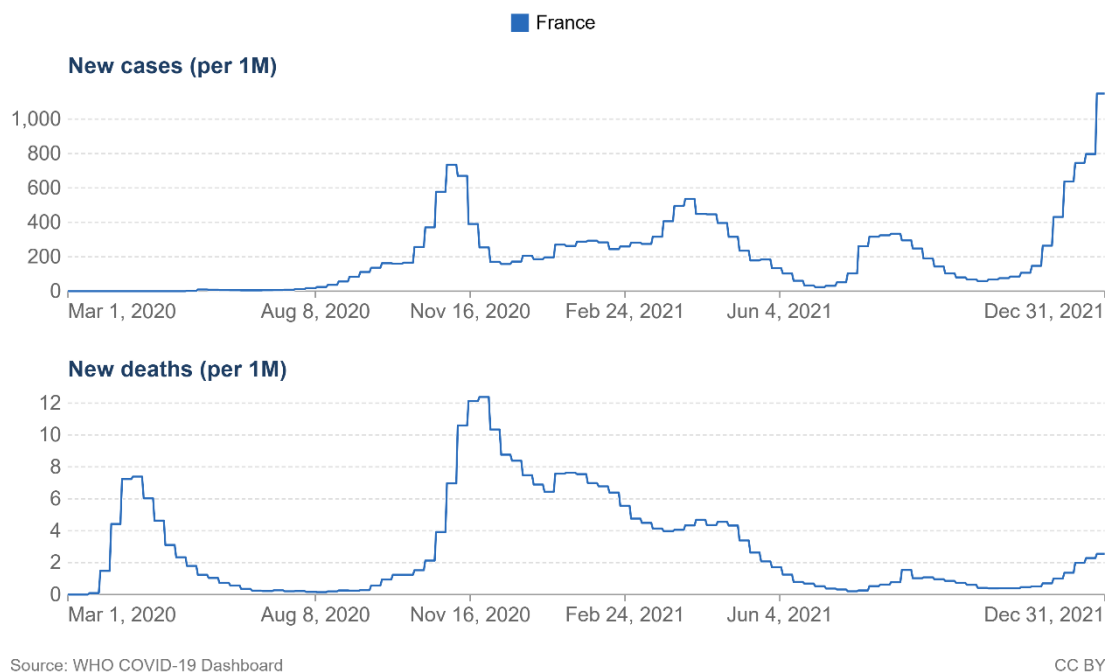


図6 2021 年末までのフランスにおける陽性者数と死亡者数の推移^{9,24}

フランスでの訪問調査全体を通して関係者が異口同音に証言したのは、フランスにおいて最も困難を極めたのが第 1 波であるという点だ。実際には、死亡者数で見ても第 2 波（2020 年秋から 2021 年初春）の方が大きい（図 6）。それにも関わらず、関係者の肌感覚でそのような認識となったのは、第 2 波以降は、重症度区分に応じた役割分担が整理され、通常医療との両立もある程度回復し²⁵、医療の現場も日常に戻る兆しを感じられたからではないだろうか。フランスでは、第 1 波において、ARS（Agence Régionale de la Santé、地方医療庁）から病院に対して 20%は通常医療の機能を残すようにと指示された。これを受けて、民間病院であっても実際に上限いっぱいの 80%の病床をコロナに転用したという。それだけこの第 1 波の時期のコロナの医療需要が大きかったということだろう。このような経験をしたこの病院の担当者は「全部で第 5 波まであったが、その中であまりに大変だったのは第 1 波で、それ以外は大したこ

²⁴ フランスは 2020 年 3 月後半まで陽性者数のデータを公開していないため、第 1 波の流行の規模は不明である。

²⁵ 民間急性期病院のヒアリングでの証言に基づく。

となかった。」と証言した。

これに対してイギリスは、第2波においてもなお第1波以上の困難に直面していた。Epsom and St. Helier University Hospitals のデジタル部門の責任者である米澤ルミ子氏は「第2波がきつかった。」と証言している。北西ロンドンの基幹病院である St. Mary 's Hospital では、第2波において 1000 床の入院病床のうち 500 床をコロナに転用することを余儀なくされたという。このような大規模な病床転用は、当然ながらコロナ以外の一般診療に重大な影響を与える。多くの入院が先延ばしされることになり、コロナ前に England（人口 5650 万人）全体で 440 万人程度であった入院待機患者は、コロナ後の 2022 年 8 月には 700 万人を超えた（図 7）。イギリスでは、このようなコロナの制度的後遺症ともいべき問題²⁶を backlog と呼んでいる。2022 年 3 月にイギリス議会（UK Parliament）が政府に宛てた報告書によれば、このような待機患者の主な内容として、人工股関節置換術、人工膝関節置換術、白内障手術の 3 つが例示されており、うち 5 % は 1 年以上の待機を余儀なくされていることが示されていた²⁷。イギリスの医療系コンサルティング会社大手の CHKS が 2022 年 2 月に発表した報告書によると、手術数で下位 4 分の 3 の NHS trust が上位 4 分の 1 の処理能力を有すると仮定したとしても、この待機患者がすべて治療されるようになるまでに 9 年にかかるとしている²⁸。

²⁶ St. Mary 's Hospital の担当者は、backlog を「コロナの遺産」と呼んだ。

²⁷ <https://publications.parliament.uk/pa/cm5802/cmselect/cmpubacc/747/report.html>

²⁸ [https://www.chks.co.uk/userfiles/files/Elective%20Surgery%20Backlog%20Report\(1\).pdf](https://www.chks.co.uk/userfiles/files/Elective%20Surgery%20Backlog%20Report(1).pdf)

Number of patients waiting for consultant-led elective care

August 2007 to July 2023

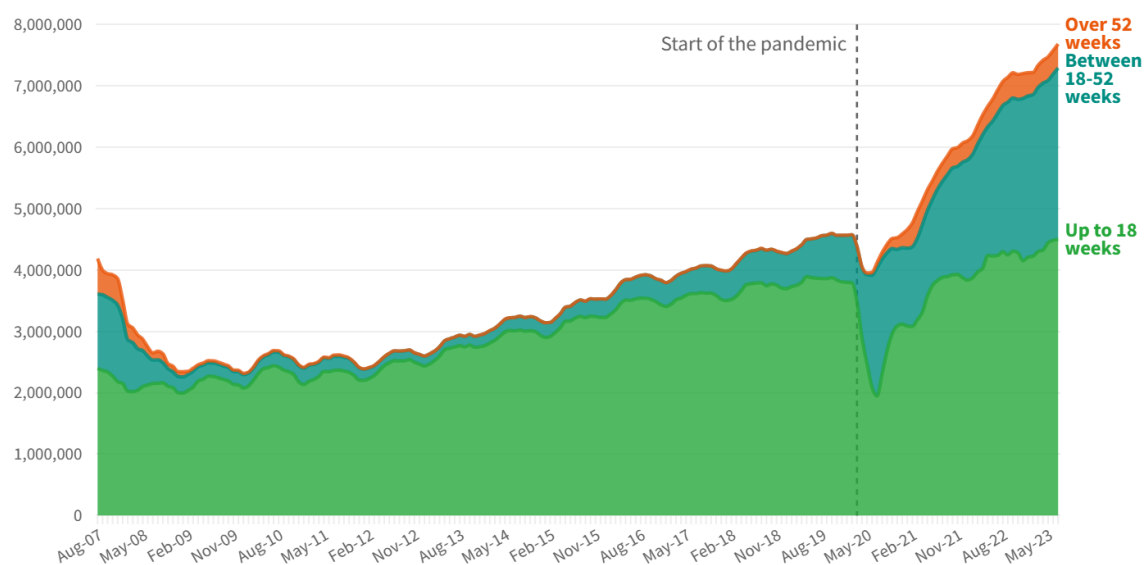


図7 Englandにおける入院待機患者数²⁹

もちろんイギリスの GP らがこの間何もしていなかったわけではない。地域的な取組として、ホットハブと呼ばれる臨時施設を設けて GP らが当番制でコロナ疑い患者の診察をしたという。ここでの診察は、それぞれの GP の登録とは全く無関係に行われたものあり、その意味でかかりつけ医制度とは別の枠組みだといえる。むしろ、GP は電話等で受診依頼があった際には、ホットハブを受診するようにという案内をしていたとのことであり³⁰、コロナ診療が GP から切り離されていたというべきだろう。

このホットハブは、区 (borough) によっても違いがあるが³¹、ロンドンにおいては早いところで 2020 年 6 月頃から稼働し始めたようだ³²。ただしホットハブの設立はあくまでそれぞれの地域が自発的に始めたもので、このような取組が横展開されたのも地域ごとの判断であったに過ぎない。Nuffield Trust のヒアリングでは、このことを

²⁹ <https://www.bma.org.uk/advice-and-support/nhs-delivery-and-workforce/pressures/nhs-backlog-data-analysis>

³⁰ Nuffield Trust のセッションでの証言に基づく。また、NW London ICB のセッションでは、案内だけでなくホットハブの予約が GP 経由で行われていたと証言されている。GP との関りがどのようになされていたかは、ホットハブごとにも運用が異なっていた可能性がある。

³¹ 北西ロンドン ICB のセッションでは、ホットハブの設立・運営はそれぞれの区ごとに行われたことが証言された。

³² Nuffield Trust のヒアリングでは 2020 年 6 月または 7 月頃から稼働したと証言された。

パッチワークと表現していた。この点について、イギリスにおける GP のオフィシャルな立場を代表する RCGP も「個別の方針はコミッショニング団体が決定している。・・・具体的には Integrated Care System がこれを決定する。」と証言している。このことから、England 内における統一的な対応策はなかったものと思われる。このように、イギリスの対応は現場に近い地域ごとの自律性を尊重するスタイルであったといえる。そのような地域自律主義の下で、実際の医療供給はどうなったであろうか。primary care のアポイントメントの推移を調査した The Health Foundation の研究（図 4）を見ると、第 1 波の終息後、アポイントメントの数はコロナ前の水準に服している。しかし、第 2 波が始まった 2020 年秋以降で再び減少し、しかも図 5 を見れば、その減少が対面診療の減少をダイレクトに反映したものであることがわかる。イギリスにおける第 2 波が、病床機能の半分を奪うような多大な負荷を病院にかけるに至ったことは、GP をはじめとする primary care の機能が肝心な時ほど発揮されなかったことと関連付けて理解すべきだろう。

ドイツの「開業医」のコロナ対応

ドイツでは、いかなるコロナ対応が行われたであろうか。この点に関し、今回のドイツの訪問調査の中で何度も聞くことになった数字がある。「20 分の 19」である。これはコロナによって受診した患者の 20 人中 19 人が開業医で診察されたことを意味する。この数字は連邦保険医協会の報告書³³に “Insgesamt wurden 19 von 20 COVID-19-Fällen in Praxen behandelt (Februar 2020 bis März 2022)”³⁴と記述されたことが元になっていると考えられる。ベルリン・ブランデンブルク州家庭医協会のクライシャー会長の講演では、ロベルトコッホ研究所（RKI）のデータとして、2020 年 2 月から 2022 年 3 月までの約 2 年間の間に、ドイツ全体で延べ 3842 万人のコロナ症例が発生し、そのうち 97.5%にあたる 3746 万人が開業医で診察されたという数字が紹介されており、「20 分の 19」にほぼ符合する。この割合は、第 1 波に限れば「7 分の 6」³³と多少低くなるが、それでもコロナ初期の段階から開業医の役割が大きかったことが分かる。感染症法の法的拘束力を以って陽性者を入院隔離していた日本の対処方針とは

³³ https://www.kbv.de/media/sp/Ambulante_Versorgung_Corona_Pandemie_Zahlen_Fakten.pdf

³⁴ 日本語訳は「コロナ症例の 20 件中 19 件が診療所で診療された（2020 年 2 月から 2022 年 3 月）。」となる。

ほぼ真逆の対応が取られていたといえる。このような開業医の果たした役割について、連邦保険医協会の報告書は、“LEHREN FÜR DIE ZUKUNFT”（将来への教訓）として、

“Durch die Tatsache, dass seit Beginn der Pandemie der weitaus größte Teil der COVID-19-Patienten ambulant behandelt wurde, konnte die gefürchtete Überlastung der stationären Strukturen verhindert werden.”（パンデミックの始まり以来、コロナ患者の大多数は外来患者として診療されていた。これにより、懸念されていた入院医療構造への過剰な負担を回避できた。）と総括している。このことは病院の側からみれば“Die Praxen fungieren als erster Schutzwall, wodurch die Krankenhäuser sich auf die Versorgung schwerer Fälle konzentrieren können.”

（診療所が第一の防御壁となったことで、病院は重症者の治療に集中することができた。）ということになる。つまり、重傷者に対する治療という病院の果たすべき機能を開業医が守ったということである。そして、その結果、ドイツはイタリア³⁵やフランスやオランダ³⁶の周辺国から重症患者の受け入れまで行っている。このことは、今回のヒアリング調査で、患者を送った側のフランスの病院関係者も認めている³⁷。

ドイツが他の欧州諸国と同様に大規模な流行を経験しながらも比較的少ない死亡者数³⁸で済んだのは、このような病院機能の温存が重要なポイントであったと考えられる。実際、関係者の証言を総合すると、通常医療への影響は比較的小さかったようだ。病院へ患者を送る側の hausarzt の代表者である家庭医協会会長のヒアリングでは、一時期予定手術を延期することがあったものの、酸素が必要となるレベルの中等症以上の患者の病院での受け入れができなくなり在宅で診ざるを得ないという状況は「なかった」³⁹とのことである。ベルリンの病院関係者のヒアリングでも、「病院に軽症患者が押し寄せ重症の患者のリソースを奪うことはなかった」との認識が示された⁴⁰。そして、通常医療への影響については、予定手術の延期を強いられた場面もあったとしつつ、

³⁵ ベルリン・ブランデンブルク州家庭医協会クライシャー会長のヒアリングでの証言に基づく。

³⁶ 連邦保険医協会のセッションでの証言に基づく。

³⁷ フランスの民間急性期病院のセッションでの証言に基づく。

³⁸ 上述した表1を参照のこと。

³⁹ ベルリン・ブランデンブルク州家庭医協会クライシャー会長のヒアリングでの証言に基づく。

⁴⁰ ベルリン市が出資する大規模病院である Vivantes の救急部長であるホッテンバッハー医師のヒアリングでの証言に基づく。

「最も状況が困難だった時は集中治療患者用の病床の1/3がコロナ患者で埋まった。」と証言された。これは、ロンドンで50%⁴¹、パリで80%⁴²の一般病床までもがコロナに振り向けられ、ICUから患者があふれ手術室にまで収容し、予定手術が数か月に渡って延期されたのとは状況が全く違う。

このようなドイツの経験は、今後の感染症危機対応を考える上で極めて重要だ。コロナをはじめとする新興感染症への備えを議論する場合、とにかく如何にして受入れ病床を（強制的に）確保するのかという議論に傾きがちな⁴³。しかし、必要な機能を効率的に活用するために、重症者のための医療資源を軽症者によって消費させない方策が何より必要である。それがなければ、多くの予算を投じて機能しうる病床を多少確保したとしても、ひとたび流行が起これば、あっという間にそのリソースは消費されてしまう。日本でも重症化率が高かった第1波においてさえICU入室が必要だったのは高々5%程度、入院を要するものも20%程度とされていた⁴⁴。すなわちほとんどの患者は急性期病院で受け止める必要はなかったのだ。このことは、感染症危機対応のポイントが問題全体を有事として扱うのではなく、通常の診療体制の中でそれをどこまで受け止めることができるかにかかっていることを示している。

ドイツのコロナ対応について重要な点が2つある。1つは、上述したような外来機能を果たしたとされているのが開業医（praxen）であり、かかりつけ医（hausarzt）のみを指すものではないという点だ。すでに述べたようにドイツでは需要計画によって各診療科レベル⁴⁵で外来医療が均てん化が図られているが、コロナに限っては、診療

⁴¹ St. Mary's Hospital のセッションでの証言に基づく。

⁴² フランス民間急性期病院のヒアリングでの証言に基づく。

⁴³ 尾身茂氏は『編集長インタビュー サージキャパシティーをどう高めるか、の議論』（日経メディカルオンライン 2023年9月29日）の中で、「日本はいつ来るかも分からない感染症に割り当てる余分な病床がない。お医者さんも足りない、看護師さんも足りない、急性期病床が足りない。サージキャパシティー（緊急時対応可能能力）をどう高めるかを議論していかなければいけない。」と発言している。これはフランスが医療的危機対応の行動計画として定めていた plan blanc に病院の機能で対応することを想定していたのと基本的に同じ発想である。

⁴⁴ 『新型コロナウイルス COVID-19 診療の手引き第2版』（2020年5月18日）

<https://www.mhlw.go.jp/content/000631552.pdf>

⁴⁵ 原語は Arztgruppen であり、直訳すると「医師グループ」となる。

科を問わず軽症患者の診察にあたったという⁴⁶。もちろん、その中核はかかりつけ医（hausarzt）であったようで、連邦保険医協会のセッションでは「主に hausarzt だった」と証言されている。逆に、コロナ診療を拒否した総合医はいなかったのかという質問に対して、ベルリン・ブランデンブルク州家庭医協会のクライシャー会長は「そういうケースもあったとは思う。ただ、一般にはそうではなかった。その逆で、パンデミックであることを信じようとせず、マスクもせずに診療する医師も何人かいた。」と回答し肩をすばめた。

2つ目の重要な点は、このようなコロナ状況におけるかかりつけ医機能の発揮が、かかりつけ医制度を持たないドイツ⁴⁷において顕著に見られたという事実である。かかりつけ医という存在が、イギリスやフランスのようなかかりつけ医登録制の中からではなく、自由に医師を選択できるドイツにおいてこそ機能したという事実は重い。義務や制度ではない中で、最も困難と思われるときに力を発揮するかかりつけ医機能とはどのようなものか。30年に渡ってベルリンの診療所で地域住民の診療に携わってきたというビュルガー医師夫妻が語った hausarzt としてのコロナ体験は、ドイツの関係者が異口同音に唱えた「20分の19」の意味をナラティブに教えてくれる。診療所の庭にテントを張り、またマスクがない時でさえドアの小窓を通して患者の喉を見たというエピソードは、ビュルガー夫妻が困難の中にあってもどうにかして患者を引き受けようとした覚悟を示している。コロナという有事において、患者の不安を受け止め、重症度判定を行い、必要に応じて対症療法をするという軽症者対応を行ったのは、まさにビュルガー医師夫妻のようなかかりつけ医（hausarzt）であったのだろう。「20分の19」は、そのような小さな物語の総体である。そうであるならば、我々はその一つひとつの物語にこそ着目しなければならない。クリスティーナ・ビュルガー医師（妻）は、この物語を「絆」と呼んだ。しかし、そもそも絆を制度が強制することはできない。医師患者関係も、法によって義務化され、行政によって強制されるのは一種の墮落だ。そのような形式的な「つながり」が、平時の時はよいとしても、いざというときには役に立たないものであることを、我々はドイツとイギリス・フランスの

⁴⁶ 連邦保険医協会のセッションでは、コロナの診療にあたったのが hausarzt（かかりつけ医）ではなく、praxen（開業医）であることが強調されていた。

⁴⁷ ドイツに制度としてのかかりつけ医が存在しないことは後述する。

ようなかかりつけ医制度を有する他国との比較から学ぶことができる。そして、「20分の19」は、ビュルガー夫妻が、決して特別に英雄的な存在であったわけではないことを示している。「絆」はドイツの隅々において医師患者関係の中に強固に張り巡らされているもので、それに基づいた受診文化・医療提供文化が形作られていたものといえる。これは、我々が目指すかかりつけ医機能がかかりつけ医制度によって形作られる得るのか、それとも文化として自生するのかという問題である。

もちろん、ドイツにおいても、このような「文化」を側面から支える行政の役割⁴⁸があったことは言い添える必要がある。経済的には、所得補償とコロナ診療へのインセンティブがあった。まず、感染症予防法 56 条⁴⁹に基づき感染やその疑いによって休業・休職を余儀なくされた自営業者・被用者への所得補償制度があった。同法 31 条⁵⁰は行政が感染者および感染が疑われる者、あるいは感染させる疑いのある者に対して、医師であっても就業制限できることを保証している。これらにより、自営業者である開業医には、申請により前年の所得に基づいた額が、職員には手取り給与額が補償された。さらに「COVID-19 病院負担軽減法」により、病院への空床補償だけでなく、診療所の閉鎖回避のために患者の受診控えによる減収も補償された。

これらに加えて、より直接的にコロナ診療へのインセンティブになったと考えられるのが、コロナ診療に特化した診療報酬である。これには PCR 検査等が含まれる。平時におけるドイツの hausarzt の基本的な報酬体系は、四半期に一度（受診した）患者 1 人当たり定額を支払う包括払いである。その上、過剰診療を防ぐ目的で、各開業医への公的医療保険からの支払いには上限もある（予算制）。しかし、コロナ診療に対しては、連邦保険医協会が保険者と交渉した結果、2020 年 2 月 1 日から額包括支払い及び各医師への予算の枠外での報酬が支払われることになった。

経済的な支援と合わせて、応召義務も明確であった。ドイツの開業医は、公的医療

⁴⁸ ドイツのコロナ状況における行政からの支援策の記述にあたっては『ドイツの対 COVID-19 戦略 外来対応を振り返る：ドイツの家庭医は勇敢だったのか』（吉田恵子 文化連情報 2023 年 8 月 No. 545:42-45）も参考にした。

⁴⁹ https://www.buzer.de/56_IfSG.htm

⁵⁰ https://www.buzer.de/31_IfSG.htm

保険と契約する限り、被保険者の診療に応じることが義務づけられていた（いる）⁵¹。

日本同様に応召義務の例外規定もあるが、コロナは拒否の理由には当たらないとされた⁵²。

つまり、ドイツではコロナ診療の大半を一般開業医が引き受けこれにより病院の入院診療機能が温存されたが、一般開業医がかくも機能した理由としては、医療文化（絆）、経済的補償とコロナ診療へのインセンティブ、応召義務の3つがあったとまとめることができる。

また、上記2つに比べれば重要度はやや落ちるものの書き留めたい指摘がある。ドイツのコロナ対応において、中央政府レベルではかかりつけ医機能を中心とした外来機能が軽視されていたというものだ。これは、連邦家庭医協会のバイアー会長及びヴァイゲルト名誉会長が特に強調した点である。連邦政府の専門家委員会には、家庭医協会や保険医協会といった hausarzt の代表者、ドイツ医師会の代表者、及び公衆衛生学者が入っていなかったという。中央政府の意思決定過程における hausarzt のプレゼンスの欠如は、診療所への PPE の配分、開業医のワクチン業務の分担、国民に向けたパブリック・コミュニケーション、総合医による介護施設での感染対策、診療所における換気装置等の支援等が不十分となる結果を招いたとの主張である。かかりつけ医が他国に比べて大きな役割を果たしたドイツにおいてさえ、より適切な支援があればもっとできた、という不満論があることは興味深い。

⁵¹ ドイツには公法上の義務として医師に応召義務を課す法律はない。私法上の義務として、契約に基づいた診療義務が生じるが、診療契約自由の原則があるため契約自体は義務ではない。また、緊急時の不作為について、刑法上の責任が問われることがあるが、これは日本でも法的作為義務があり、作為が可能かつ容易であれば不作為も犯罪の実行行為となることと異ならない。ドイツの応召義務を考える上で最も重要なのは、Vertragsarzt と呼ばれる公的保険との契約医師だ。国民の9割が公的保険の下で医療を受けることを考えれば、公的保険の保険医となることはほとんどの医師にとって必須である。この保険医である限り、保険加入者に対する応召義務が生じる。つまり、ドイツにおける応召義務は、保険医としての私法的義務であるといえる（<https://www.aerzteblatt.de/archiv/203493/Dienstvertrag-Behandlungspflicht-des-Arztes>）。これに対して、日本の医師法19条が定める応召義務は公法上の義務であることが行政通知でも確認されている

（<https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000581246.pdf>）。

⁵² https://www.kv-thueringen.de/fileadmin/media2/Kommunikation/kvticker/210528_kvticker-woechentlicher-Newsticker-der-KV-Thueringen_KW21.pdf

実は、これと似た不満論はフランスでも聞かれた。フランスには、医療的緊急事態に対する行動計画である plan blanc（ホワイトプラン）があるが、この行動計画では病院の機能しか想定されていない。そのことが、コロナ最初期におけるかかりつけ医機能の無視につながった。CMG France の総合医らはそのことに対する強い不満を訴えていた。その上で、政府からの指示（consigne）を無視する形でかかりつけ医による診療が始められ、実質的に plan blanc が上書きされることになった。このようなフランスの不満論は、政府の行動計画の中でかかりつけ医機能が軽視されているということに対する不満であると同時に、それを変えるべく提言を出しても反応が得られないという点についての不満でもある。もっとも、ジルベール教授（パリ・シテ大学）⁵³は「フランス語圏の各国の中でも、比較的政府の政策決定機関等に食い込んでいたのはフランスの総合医だった。」とやや異なる評価を示した。

これに対して、イギリスはドイツ、フランスとはほぼ逆だ。RCGP のヒアリングでは、むしろ GP が政府の決定に深く関与した点が強調された。イングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドの各政府が出したガイダンスの発出に RCGP が関わり、コロナについての臨床的なガイドラインの作成に関しても各分野の Royal College（学会）をまとめる議長として RCGP が役割を果たした。また、イギリスの保健行政全般の責任者である Chief Medical Officer がそもそも GP である点も強調された。そして、GP 診療所の実地医家であるモール医師のヒアリングでも、Chief Medical Officer と毎週ミーティングが行われていたとの証言があった。このように、対コロナの政策上かかりつけ医あるいは総合医の存在が軽視あるいは重視されたのかということについては、各国に多様な意見があることが分かる。

さらに、そこから派生する問題として、いわゆる“専門家”がどのような立場で国の政策決定に関与するのが最適かというテーマも浮かび上がる。それは、その国の政策決定プロセス全般や、それ以前からある制度によっても影響を受ける複雑な問題である。日本でも、コロナを機に“専門家”が政策決定に欠かせない存在であることが

⁵³ フランスのかかりつけ医制度の制度設計に関わった総合医医療の重鎮として知られる。

広く認識されるようになった。その一方で、本来限られた専門領域についての深い知見を持つにすぎない専門家が、社会全体についての重要な決定に関わることに關して、民主主義社会としての正当性の根拠や手続きの正当性が必要である。今回の訪問調査で、各国における専門家のあり様やそれへの不満論を聞くと、各国がそれぞれにその距離感をいまだつかみあぐねているとも見えた。この問題は、社会あるいは政治の成熟とも切り離せないテーマであり、今後もしばらくそれぞれの国において課題であり続けるものと思われる。

イギリス、フランス、ドイツのコロナ対応の総括

ここで、イギリス、ドイツ、フランスのコロナ対応に、かかりつけ医がどれほど貢献したのかを総括したい。まず、イギリスのかかりつけ医制度を担う GP はコロナの対応にはそれほど貢献しなかった。そのため急性期病院に負荷がかかり、欧州で最悪レベルの死者を出したばかりでなく、通常診療に大きな影響を及ぼした。このことは人口 5650 万人の England でコロナ前にすでに 440 万人あった入院待機患者を 700 万人を超えるまでに悪化させ、“医療崩壊の常態化”ともいえる事態を生じさせるに至った。一部の GP は自分の診療所だけではなく、ホットハブと呼ばれる臨時診療所を立ち上げ、かかりつけ診療とは無関係に外来診療業務を行うこともあった。しかし、その機能も、病院の負担を十分に減らすほどの効果をあげたとは言い難い。フランスは、第 1 波こそイギリスと同様であったが、医療者自身の声でコロナ診療を通常医療の中に取り込むよう軌道修正した。結果として、コロナによる人口当たりの死者はイギリスよりも 25% 程度少く済んでいる。ドイツは、初めから地域の開業医が「防御壁」となり、病院機能を守った。その結果、欧州では最も少ない死亡率であったばかりでなく、周辺国の重症患者も引き受けた。

国民に対しかかりつけ医の登録を求め、受診医療機関を限定している国で、コロナ対応が決してうまくいかなかったことは、大きな教訓にしなければならない。確かに、未知の感染症に対して初期段階で封じ込めを目指すことには一定の合理性がある。しかし、実際の診療経験やその後の知見の蓄積から封じ込めが困難と判断された場合には、速やかにより多くの医療機関が対応や治療に参画することが必要である。そのような事態に備えて、なるべく多くの医療機関が自施設で対応可能な医療提供範囲の拡

大に平時から取り組むことが求められる。

第2章 3か国の“かかりつけ医制度”

ここからは、各国のかかりつけ医制度を「平時の機能」の観点から考察する。言うまでもなくイギリスには GP 診療所単位⁵⁴での登録を基本とする人頭払いに支えられたかかりつけ医制度がある。フランスにも診療所あるいは病院への登録義務のあるかかりつけ医制度があるが⁵⁵、人頭払いではなく包括払いである⁵⁶。ドイツには登録義務そのものがなく、家庭医中心医療制度（hausarztzentrierte versorgung）と呼ばれる任意の制度はあるものの全体に占める割合は低く付加的意義にとどまる。

イギリスの GP

ICS/ICB と PCN 及び GP への支払い

イギリスの医療提供体制は、GP と trust の2本立てである。trust はさらに、hospital service、ambulance service、mental health、community service の4つに分かれる（図8）。このうち、hospital service が急性期医療を担うことから acute trust⁵⁷や acute care trust⁵⁸ともいう。hospital というと通常はこの acute care の trust を指す。従来、GP と trust は予算上も運営上も原則的に別々に扱われてきたが、2022 年から Integrated Care System (ICS) の設置が法制化され、より統合的に機能配分されることとなった⁵⁹。ロンドンには4つの ICS が置かれ、我々が訪問した北西ロンドンの ICS⁶⁰は 220 万人の人口を抱えており、日本の都道府県規模の人口単位といえる。この ICS の単位を system と呼ぶが、その system の下に place という構成要素が観念されている。place は、区（borough）という行政単位に相当するもので、25 万人から 50 万人程度の人口が想定されている。概ね日本の中核市規模の人口単位といえる。

⁵⁴ 登録先は GP ではなく GP surgery とされている。<https://www.nhs.uk/nhs-services/gps/how-to-register-with-a-gp-surgery/>

⁵⁵ <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033285608>

⁵⁶ フランスの支払制度を包括払いと評価することについては後述する。

⁵⁷ <https://www.imperial.nhs.uk/about-us/news/acute-nhs-trusts-strengthen-partnership-working-to-improve-patient-care>

⁵⁸ <https://www.bmj.com/content/356/bmj.j102>

⁵⁹ ICS の傘下に入ることにについて、GP 側からの説明はコン医師のセッションに、病院側からの説明は St. Mary 's Hospital のセッションに収載した。

⁶⁰ 北西ロンドン ICS のセッションでの証言に基づく。

さらにその下には、neighbourhood という構成要素が観念されている（図 9）。neighbourhood は 3 万人から 5 万人の人口が想定されている。

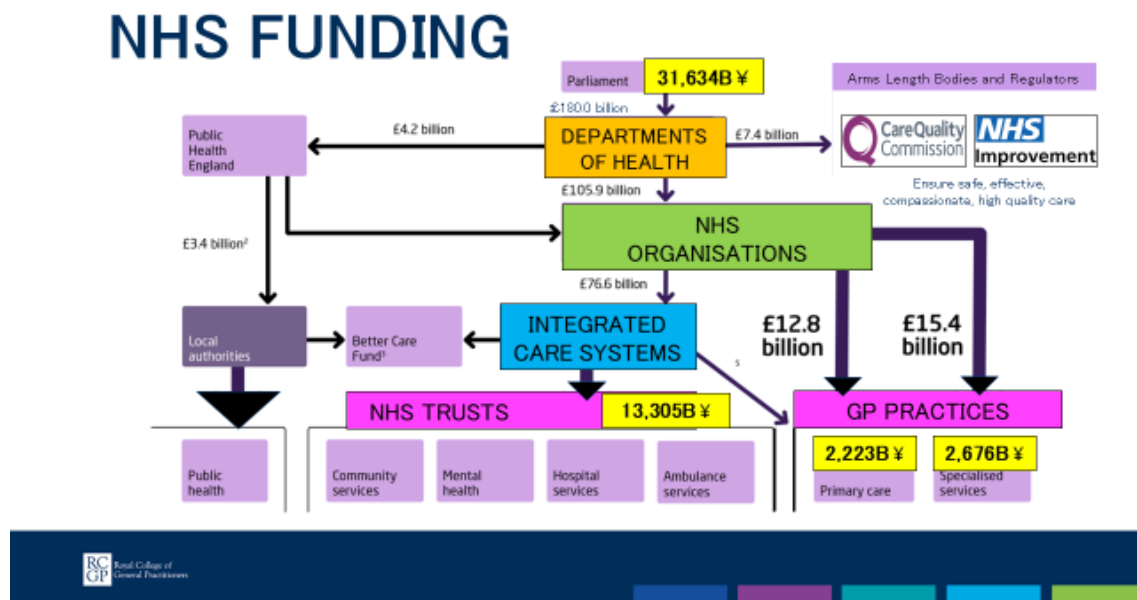


図 8 NHS の予算の流れ⁶¹

⁶¹ RCGP のセッションで提示されたスライド。

Integrated care systems (ICSs)

Key planning and partnership bodies from July 2022

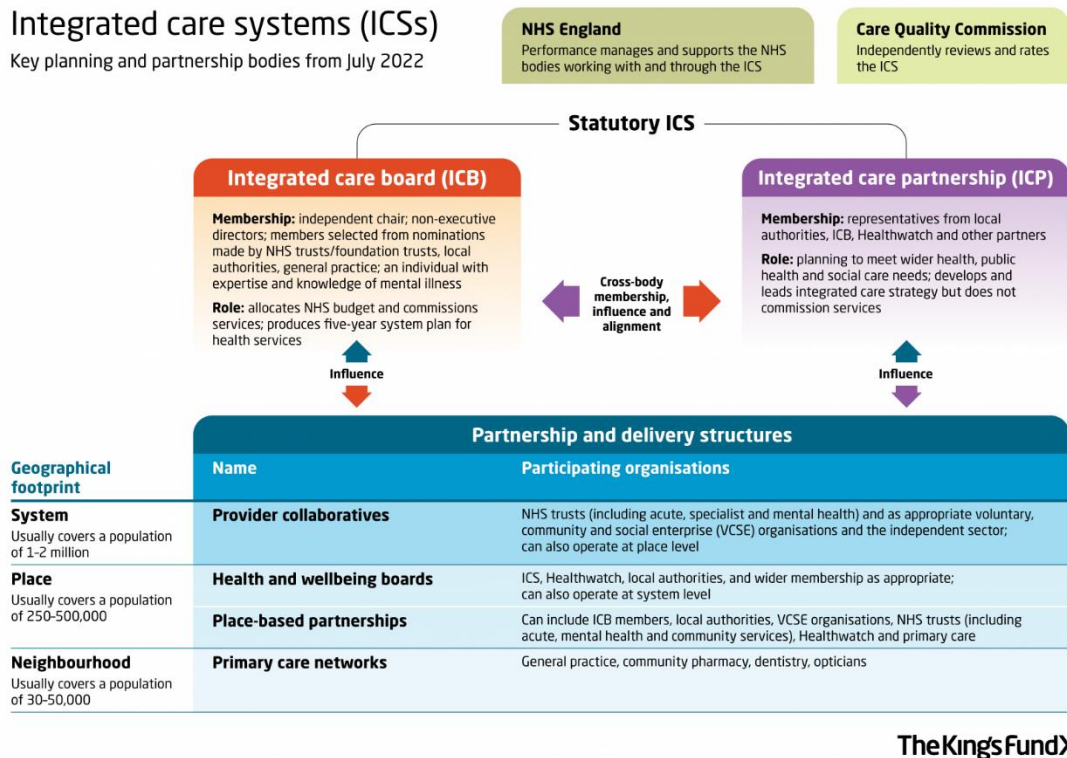


図9 ICS の概念図⁶²

新しい制度では、GP もこの ICS の傘下で活動することとなった。イギリスの GP は、労働党ブレア政権以降、Primary Care Groups (PCG) によって統括されてきた⁶³。その後 2000 年代に入って Primary Care Trust (PCT) が導入され、さらに Clinical Commissioning Group (CCG) に移行していた。ICS はこの CCG に取って代わる制度である。ICB (Integrated Care Board) は ICS の意思決定機関であり、新しい制度が ICB と呼ばれることもある。2022 年に法改正される前から ICB が置かれて ICS への移行が準備されてきた⁶⁴。CCG と ICS/ICB の違いは、新制度では population health (国民保健 ≡ 公衆衛生) の向上に力点があることである。population という大きな対象へアプローチするため、個別の GP に責任を負わせるのではなく統合的な単位で対策を講じることを目指している⁶⁵。そして、それを達成するため、医療情報の統合が進められている。

⁶² <https://www.kingsfund.org.uk/audio-video/integrated-care-systems-health-and-care-act>

⁶³ <https://navigator.health.org.uk/theme/primary-care-groups>

⁶⁴ 2019 年 1 月 7 日に NHS が発表した Long Term Plan (<https://www.longtermplan.nhs.uk/online-version/>) にすでに Integrated Care System の言及がある。

⁶⁵ コン医師のセッションでは、ICS/ICB について「国民保健 (population health) ないし公衆衛生

このような情報分野での動きは population health management (PHM) と呼ばれている

66
。

CCG から ICS/ICB への移行は 2020 年以降開始されていたが、当初は時間をかけて進められる予定であったという。それがコロナを受けて移行が早められた。Epsom and St. Helier University Hospitals のデジタル部門の責任者である米澤ルミ子氏によると、医療情報はクラウドで管理され、GP だけでなく acute trust やそれ以外の provider（医療提供者）、さらには地元行政機関が、情報を紙ではなくアプリで送付するシステムができているという。そして、その情報は NHS が一括して管理する。このような包括的な情報システムはコロナの発生を受けて 2020 年前半ごろに整備されたのだが、その導入は ICB の権限の下で進められたとのことである。

次に、イギリスのかかりつけ医制度を支払いの観点から見ることにする。GP への支払いは大きく 5 つに分かれる。1 つ目は NHS と GP の基本契約によるものである。具体的な契約形態としては、期限の定めのない契約である general medical service (GMS) と personal medical services (PMS) に加えて、有期契約である alternative provider medical services (APMS) がある。GMS が従来の基本的な契約形態である。PMS はこれをベースとしつつ地域の特殊事情に配慮して GP と NHS が個別に契約内容を定めるものであり、1998 年にブレア政権の下で導入された⁶⁷。PMS は住民の社会経済的背景に特徴がある場合などに用いられてきたが、GMS よりも高額となることが財務当局から敬遠され近々廃止される見込みとなっている。GMS と PMS は期限の定めのない契約なので、よほどのひどい診療をしない限り⁶⁸NHS はその GP との契約を解除できない。APMS は最も新しい契約形態で、その特徴は、有期契約（5 年、10 年、又は 15 年）、固定予算、GP 独占の廃止である。GP 独占の廃止とは、GP 以外の主体が契約当事者とな

(public health) のことを考えれば、一人の GP 診療所という単位は予算措置をするには狭すぎるということになった。」と説明した。

⁶⁶ PHM については米澤ルミ子氏のセッションに概要が説明されると共に、コン医師のセッションでも具体例の紹介があった。

⁶⁷ 2006 年までには 40%の開業医が PMS となっていた (<https://www.gponline.com/nhs-70-general-practice-2000-2018/article/1485693>)。

⁶⁸ CQC (Care Quality Commission) によって排除される。

ることができることを指す。例えば NHS 又は ICB があるエリアにもう 1 つ追加で GP 診療所が必要だという判断をした場合、入札でそれを調達する手続きをすることになる。そして、その入札にはいかなる組織も参加できる。これによって、Virgin、Operose Health、United Health 等のアメリカ資本が APMS 契約をしているという。GMS は新規の契約が停止され、PMS は今後廃止される見込みであるため、イギリスの GP 契約は近い将来には APMS に一本化されていくことになる⁶⁹。

これらの基本契約は、essential service と呼ばれる GP 業務の基礎部分に対するものである。essential service とは疾病の発見とその管理のことであり、二次医療への紹介が必要となれば病院やその他の機関に患者を紹介することも含まれる。この基本契約は、登録された住民の数（リストサイズ）によって決まるが、Carr-Hill 関数という関数によって年齢や疾病等の変数に応じて調整される。現在の調整前単価（global sum per patient）は 99.7 ポンドである⁷⁰。夜間や週末の診療については、代理を立てずに自ら診療するならそのままだが、代理を立てた場合にはこの調整前単価から約 5 ポンドが差し引かれることになる。この essential service は、イギリスの GP の医療的なサービスであり、日本でのかかりつけ医機能のイメージに近い。

GP への支払いの 2 つ目は、Quality&Outcome Framework (QOF) である。これは成果に応じて支払われるもので、10%の追加報酬を受けることになるため 95%の GP がこれを算定している。慢性疾患のアウトカムを指標として、その質が評価される。糖尿病を例にとると、GP の業務として定められているのは、住民に糖尿病について情報提供すること、糖尿病となる前の段階で発見すること、糖尿病となつてからはその管理を行い合併症を最小限にすること、合併症が出てしまったらそれを安定化させ QOL（生活の質）を問題ないものとするものである。これらの項目が指標化されており、一例をあげると “The percentage of patients with diabetes, on the register, with a diagnosis of nephropathy (clinical proteinuria) or micro-albuminuria who are currently treated with an ACE-I (or ARBs). 57%-97%”（登録患者の中で糖尿病患

⁶⁹ コン医師のセッションでの証言に基づく。

⁷⁰ <https://www.bma.org.uk/pay-and-contracts/contracts/gp-contract/gp-contract-changes-england-202223>

者であって、腎障害（臨床的タンパク尿）又は微量アルブミン尿を呈している者のうち、ACE 阻害薬又は ARB で治療されている者の割合：57%-97%）など、かなり細かく設定されている⁷¹。

GP への支払いの 3 つ目は、enhanced service と呼ばれるもので、essential service に入らない追加的な service に対応するものだ。この算定も任意である。local enhanced service (LES) と呼ばれる地元地域のニーズに応じたものと、国レベルで決められた項目の directed enhanced service (DES) がある。DES については GP が単独で契約することもできるが、後述する primary care network (PCN) 単位で契約することもできる。DES の主なものとしては、各種のワクチンプログラムや介護施設（care home）でのサービスが含まれる⁷²。DES を PCN として契約した場合、PCN 内で業務と予算を分割する。コン医師のセッションでは、6 万人規模の PCN に支払われる DES の予算として 200 万ポンド以上になることが示された（図 10：後述する IIF も含めて記載されている。）。

Contracts – PCN DES

Maximum Network Contract Funding for 2023/24 based on 60000 patients		
Annual funding stream	Funding available per	
Core PCN funding	£ 1.50	£ 90,000.00
Clinical Director contribution, based on 0.25 WTE	£ 0.729	£ 43,740.00
Additional Roles Reimbursement sum (on a weighted patient basis)	£ 22.67	£ 1,360,200.00
PCN Care Home Premium: £120 per bed (£10 per bed per month)	£ 120.00	£ 30,000.00
Enhanced Access DES	£ 7.58	£ 454,680.00
Impact & Investment Fund 5 Indicators	£ 0.99	£ 59,400.00
IIF Capacity and Access Support Payment	£ 2.765	£ 165,900.00
PCN leadership and management support	£ 0.684	£ 41,040.00
Total indicative net effect		£ 2,244,960.00

£

28

図 10 6 万人規模の PCN に対する DES の支払い（IIF 込み）⁷³

⁷¹ <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/03/PRN00289-quality-and-outcomes-framework-guidance-for-2023-24.pdf>

⁷² <https://www.england.nhs.uk/gp/investment/gp-contract/network-contract-directed-enhanced-service-des/>

⁷³ コン医師のセッションで使われたスライド

GP への 4 つ目の支払いは IIF (investment and impact fund) と呼ばれるもので、population health (国民保健) に当たる予算である。これは PCN 単位で支払われる。この IIF がカバーする具体的なものとしては、2022/2023 年度まで⁷⁴はインフルエンザワクチンの接種率、NSAIDs と抗凝固剤の併用を行っている患者の NSAIDs の処方を中止するかまたは胃粘膜保護薬を追加処方した割合、などの 36 の indicator が点数化されており、PCN は最大 989 IIF ポイントを取得することができた。そして、この 1 ポイントあたりの単価が 200 ポンドと定められていたことから PCN は最大 20 万ポンド程度を受け取ることができた。しかし、2023/2024 年度から⁷⁵は、indicator が 36 から 5 (成人及び小児のインフルエンザワクチン、14 歳以上の学習障害への介入、便潜血検査から 2 週間以内の消化器科への紹介、予約から 2 週間以内の診察) に減らされ、それに伴って最大で取得できる IIF ポイントが 262 となった。単価もやや減って 198 ポンドとなったため PCN が受け取るのは最大で 5 万ポンドあまりとなった。これによってどの項目を population health として評価するのかという IIF 予算の趣旨がよりはっきりとしたものとなったといえる。

GP への 5 つ目の支払いは additional role reimbursement sum (ARRS) というものだ。これも PCN を単位として支払われる。コン医師の説明では、伝統的な診療所には、医師、看護師、受付がいたがそれ以外の職種はいたりいなかったりしていたという。現在は、薬剤師、social prescriber (後述する social prescribing⁷⁶を行う職)、ケア・コーディネーター、健康・福祉指導員等の様々な職種を PCN が雇い入れ、この人材を複数の診療所が共有するという形が取られている。このことによって GP の仕事は軽減することができる。ARRS はこれらの人件費を賄うための予算である。そのため、ARRS は多職種連携と他職種への権限移譲を診療所単位ではなく PCN 単位で進める政策であるといえる。

⁷⁴ <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2022/03/B1963-iii-Network-contract-IIF-Implementation-Guidance-September-2022.pdf>

⁷⁵ <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2023/03/PRN00157-ncdes-investment-and-impact-fund-2023-24-guidance.pdf>

⁷⁶ social prescribing については、ボグダン医師のセッションでの証言に基づく。

Overview of Primary Care

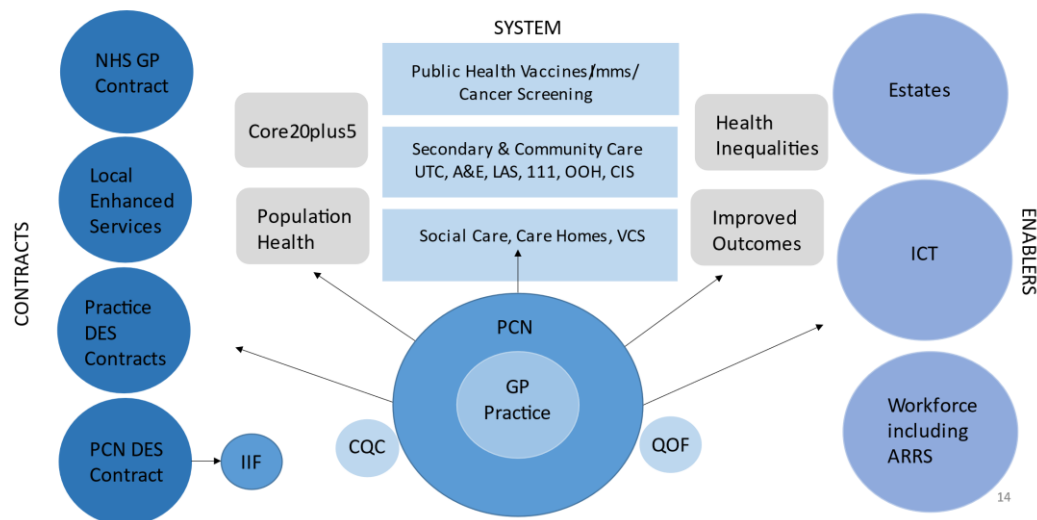


図 11 primary care network (PCN) の概念図⁷⁷

このような GP への予算措置からも分かるように、イギリスの新しい ICS/ICB 制度の中で重要なのが primary care network (PCN) である。これは、上述した人口 3 万人から 5 万人を単位とする neighbourhood に対応する医療提供の仕組みである。同一 neighbourhood で診療活動を行う複数の GP が PCN を形成する。イギリスにおける primary care の中核を GP が担うのは変わらないとしても、予防・保健分野については PCN という実質的なグループ形態が 2022 年以降の ICS/ICB 制度の基本単位となっているといえる（図 11）。

イギリスの GP の実態

イギリスの GP については、制度面の理解に加えて、「実際にどのような仕事をしているのか」という実態論が極めて重要である。ボグダン医師の講演では、Englandにおいて、20%の受診 (doctor appointment) が pure social reasons (完全に社会的理由) によるものであると説明された⁷⁸。pure social reasons とは、具体的には、雇用、

⁷⁷ コン医師のセッションで示されたスライド。

⁷⁸ ボグダン医師のセッションでは、「pure」とは精神的問題を含まないという意味であることが説明された。一方で、20%という割合の出典は不明である。ただし、NHS England の National Clinical Champion for Social Prescribing である Dr. Michael Dixon が、同職に就任した際のインタビューで「20%」という数字を示している。 <https://www.pulsetoday.co.uk/news/nhs-structures/gp-leader-appointed->

住居、借金、孤独についての相談である。これらの社会的理由に加えて精神的な問題（mental well-being）で GP を受診する患者も多いという。先行研究においても loneliness（孤独）や low mood（気分の落ち込み）が例示されていることから⁷⁹、ここでいう精神的な問題とはいわゆる精神病圏の疾患というよりもむしろ社会的問題との辺縁にある不特定の訴えを指していると思われる。Nuffield Trust のヒアリングでは、「彼氏と別れてつらい」といった“精神的”な受診理由がコロナ以前には多かったと証言された。このような精神的な問題が GP 診療全体に占める割合は3分の1⁸⁰とも5分の2⁸¹ともされる。要するに、イギリスにおける GP の実態は essential service や enhanced service が想定している医療的業務に加えて、よろず相談所とも言い得る非医療的要素がかなり強い。ボグダン医師のセッションでは、GP が行政の相談窓口のようなサービスを求められる背景として、GP 診療の窓口払いがないことを指摘している。

social prescribing（社会的処方）は、この非医療的業務から GP を解放することを目的とした施策である。非医療的業務を social prescriber に任せることで、医師たる GP が essential service を中心とする本来の医療的業務に集中することが意図されている。言い換えれば、イギリスにおける social prescribing は、GP が気安く便利使いされすぎているという問題に対して提案された解決策である。GP を便利使いしすぎるという問題は医療提供に余裕があれば表面化することもないのであろうが、医療アクセスが大きな社会問題となっているイギリス⁸²ではかなり優先順位の高い課題だ。近時においては日本でも社会的処方の議論がなされることがあるが、日本での議論は医療側に患者の社会的背景への関心を持つことを求める趣旨となっていることが多い。

clinical-champion-for-social-prescribing

⁷⁹ J Elston et al. Does a social prescribing ‘holistic’ link-worker for older people with complex, multimorbidity improve well-being and frailty and reduce health and social care use and costs? A 12-month before-and-after evaluation Primary Health Care Research & Development 20(e135): 1-10. 2019

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6764188/pdf/S1463423619000598a.pdf>

⁸⁰ <https://www.mentalhealth.org.uk/explore-mental-health/a-z-topics/talking-your-gp-about-your-mental-health>

⁸¹ <https://www.mind.org.uk/news-campaigns/news/40-per-cent-of-all-gp-appointments-about-mental-health/>

⁸² The sick factor: How to fix the NHS-Money will help. But a radical shift in focus is more important. - The Economist May 27th 2023

令和5年版厚生労働白書⁸³でも社会的処方⁸³が紹介されたが、その中で「医療従事者が要介護者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援に結びつけることで、可能な限り居宅で日常生活を営むことへつながる」としている。医療者が、「患者のもつ多様な問題」⁸⁴に目を向けることは確かに重要であるが、そのような「社会的機能」によって「医療的機能」が圧排されることがあっては本末転倒というべきである。そのため、厚生労働白書が日本での社会的処方をイギリスでの social prescribing と横並びで記述することはミスリードであろう。少なくともイギリスの social prescribing と日本の社会的処方は、それが語られる文脈がかなり異なる点に注意が必要である。

むしろ、イギリスの GP の実態、そしてその対応策としての social prescribing が提示している問題を日本の文脈に置き換える場合、その本質を日本の救急搬送業務との相似で捉えることができる。1963 年の消防法改正で救急搬送業務が法的に位置づけられて以降、搬送件数は当時の 23 倍まで増加した⁸⁵。それによって、国民は「何かあったら 119 番に電話すればいい」という大きな安心感を得ることになった。しかし、それと同時に、地域の開業医も「何かあったら 119 番に電話してください」と簡単に言いすぎるようになったとの指摘がある⁸⁶。そして今、救急車の適正利用が大きな課題となっている⁸⁵。イギリスの GP の非医療的業務にせよ日本の救急搬送業務にせよ、問題となっているのは過剰消費による提供体制の疲弊と国民の安心という 2 者のトレードオフである。かかりつけ医機能（あるいは GP）に何を求めるのか、これをどう定義するのかという議論は、この緊張関係の均衡点を探る（あるいは両立を図る）試みである。イギリスの social prescribing がこれを非医療的ニーズから問うのに対し、日本の救急利用はこれを救急医療的ニーズから問うているのである。

⁸³ 令和5年厚生労働白書 第1部第3章第3節（4）医療機関

<https://www.mhlw.go.jp/wp/hakusyo/kousei/22/dl/1-03.pdf>

⁸⁴ 高齢者の社会的リスクに関する基礎的調査研究事業 令和元年度老人保健事業推進費等補助金（老人保健健康増進等事業分）<https://hitomachi-lab.com/official/wp-content/themes/hitomachi-lab/pdf/pdf03.pdf>

⁸⁵ 平成21年版消防白書：<https://www.fdma.go.jp/publication/hakusho/h21/cat1/cat1040/2295.html>、令和4年版消防白書：https://www.fdma.go.jp/publication/hakusho/r4/items/r4_gaiyou.pdf

⁸⁶ かかりつけ医制度、薬価制度 その論点 レコーダ 医療経済フォーラム・ジャパン主催第110回定例研修会から 武田俊彦 社会保険旬報 No. 2887 2023年4月1日

では、GP 業務の一方の辺縁が social prescribing にあるとすれば、もう一方の辺縁、つまり医療的限界はどこにあるのか。それが、すでに primary care という用語の整理の中で述べた community service である。community service の形態は、入院病床のある病院、診療所、在宅、通所等があり多様である⁸⁷。そしてそのサービスの内容は、primary care の医療的機能（つまり社会的機能や population health 以外）から dental service/opticare と pharmacy と GP が担う領域を除いたものである。日本語のコミュニティ・サービスという語感からはやや想像しにくい、community service は医療的なサービスを指している。米澤ルミ子氏の講演では、脳梗塞後のリハビリ、神経難病、糖尿病が例示された。community service を大まかに言えば、acute trust（病院）と GP の中間的な機能となる。NHS はこのことを intermediate care と表現している⁸⁷。しかし、糖尿病の管理は GP の仕事でもある。上述したように、GP の 95% が算定するという QOF の評価項目として糖尿病診療のかなり細かい指標が設定されていることからそれは明らかである。また、コン医師の講演では、比較的単純な糖尿病症例は看護師等の他職種が対応し、医師である GP はコントロール不良の症例のみを診察すると説明された。そうすると、community service の対象となる糖尿病症例は、GP で診きれないようなさらに複雑な症例となるようにも思われる。確かに community service が病院で提供されている場合には、検査や治療の幅は GP 診療よりも広がると考えられるため、そう考えることも可能だろう。しかし、そうとも言い切れない場合もあり得る。NHS が例示する community service の内容として、specialist nurse（専門看護師）による糖尿病管理がある。つまり、community service としての糖尿病管理も看護師の手に委ねられる場合があるのだ。このような事情を総合すると、GP と community service の間にはある程度の機能重複があると考えべきだろう。実際のすみ分けは地域によっても変わるとされ⁸⁸、地域の実情に合わせて機能分化が図られるものと考えられる⁸⁹。community service の運営主体としては、trust 以外にも会社や自

⁸⁷ <https://www.england.nhs.uk/community-health-services/what-are-community-health-services/>

⁸⁸ The King's Fund の報告書でも” The precise range and configuration of services vary between local areas.”（サービスの正確な幅や内容は地域によって異なる。）としている。

<https://www.kingsfund.org.uk/publications/community-health-services-explained>

⁸⁹ 米澤ルミ子氏のセッションでも、GP と community trust の守備範囲は「地域によって違う」と説明された。

治体が想定されており⁸⁷、今回の訪問調査で訪問した St. Mary' s Hospital や米澤氏の所属する Epsom and St. Helier University Hospitals といった acute trust が直接 community service を提供したり、同じ経営母体が community trust を運営するという例も珍しくないようだ。

community service の内容をより正確に理解する為に、community service と acute care の切り分けについても検討したい。acute care は直訳すれば急性期医療であり、acute trust が担う。入院医療が原則であり、イギリスで hospital (病院) と言うと通常は acute trust を指す。2023 年第 1 四半期の統計⁹⁰を見ると、NHS England の傘下には 188 の trust がある (しかない) が、この中には acute & general の病床を 1 つも持たない trust が 32 ある⁹¹。acute & general の病床のある trust の中には、眼科、整形外科等の単科の trust が 11 ある。したがって、人口 5650 万人の England において、いわゆる総合病院のイメージに合う病院は 145 しかない。この 145 の trust の病床数の中央値は 715 床であり、下位 25 パーセンタイルでも 479 床である (図 12)。Nuffield Trust のヒアリングで、400 床から 700 床の病院は England では small hospital とされるという証言があったが、この統計は Nuffield Trust での証言を大まかに裏付けるものである。要するにイギリスの病院あるいは病院群⁹²は日本に比べてかなり規模が大きい。

⁹⁰ Beds Open overnight: NHS organisations in England, Quarter 1. 2023-2024
(<https://www.england.nhs.uk/statistics/statistical-work-areas/bed-availability-and-occupancy/bed-data-overnight/>)

⁹¹ mental health 又は community service の trust である。

⁹² 1 つの trust の中に、acute hospital だけでなく、単科病院や community service などの複数の施設がある場合もある。

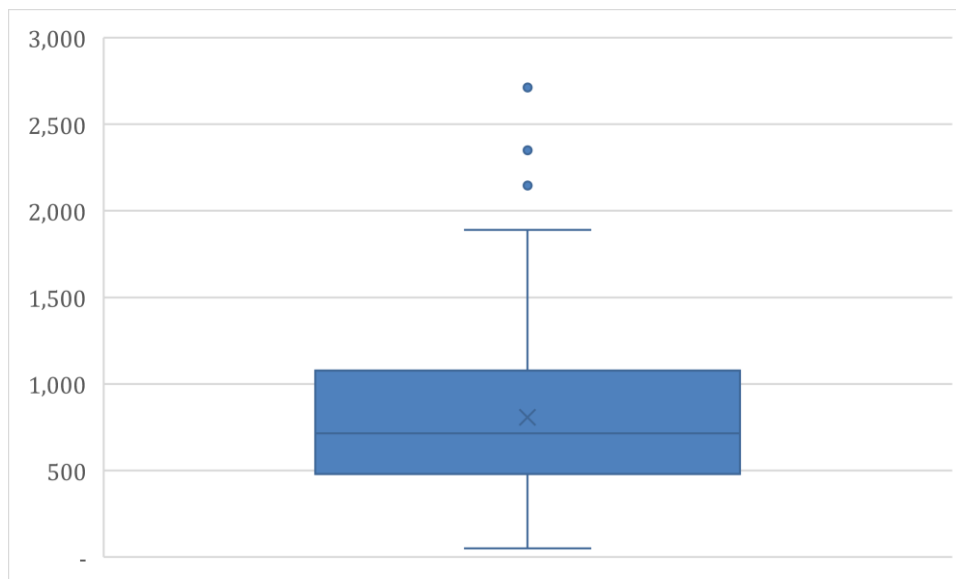


図 12 England の acute trust (単科を除く) 病床数分布⁹⁰

イギリスにおいて、コロナによって待機患者がのびきならない問題となっていることを backlog として先に紹介したが、その解決策の 1 つとして virtual ward というものがある。今回の訪問調査では、St. Mary's Hospital でその実践について詳しく聞いた。virtual ward とは、文字通り virtual (仮想の) な ward (病棟) という意味であるが、実際には患者の自宅のことを指す。入院患者の早期退院を促す取組の中で発案されたもので、従来であればまだ入院させていたはずの患者を早期に自宅に移動させ、その患者を遠隔で病院の職員（看護師が中心）がモニターする。待機患者が多いイギリスにおいては、単なる早期退院の手段としてだけでなく、本来入院させるべき患者の管理としての機能もあるという。しかし、このような本来入院適応がある患者は、たとえ acute hospital に入院できなかったとしても、community service の入院機能で引き受けるべきであると思われる。それを、いきなり自宅に帰して（あるいは自宅に留めて）、virtual hospital (図 13) として遠隔でサービスを提供しなければならないのは、本来の入院機能がそれだけ破綻していることを示している。また、米澤ルミ子氏のセッションでは、脳卒中等の急性期を過ぎたあとのリハビリについて、acute hospital としては退院させて community service に移したくてもその受け手が見つからないために、virtual ward として自宅でそれを行う、という具体例が示された。これは、かつて日本で盛んに言われた社会的入院に近い状態だといえる。病院の

機能が患者のニーズに対してオーバースペックになっていても、その患者の引き受け手がなければオーバースペックのままと留め置くしかない。日本は介護保険を創設することでこの問題に対処したが、イギリスには介護保険もない。どうにかして、引き受け手を探さなければ溜まりに溜まった待機患者はいつまでたっても減らない。地域に帰すしかないが、GP は非医療的な業務に忙殺されている。community service も手薄だ。virtual ward の必要性は、このような状況の中で生まれたものである。

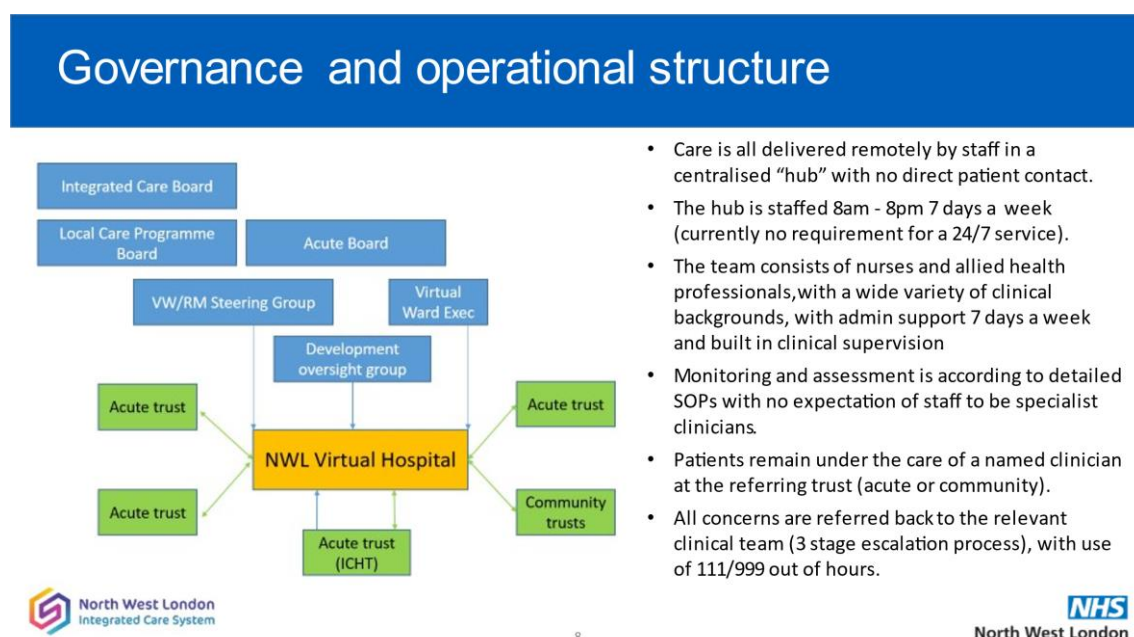


図 13 virtual hospital の組織図⁹³

イギリスの医療提供のあり様をまとめると、一方で非医療的受診理由や精神的問題に労力を割かざるを得ない GP の実態があり、他方で高度な急性期医療に特化した大規模な acute trust (hospital) がある。そして、本来この 2 者をつなぐはずの community service が不十分であり、virtual ward という裏技を要するまでになっている。イギリスの医療提供体制は、かかりつけ医機能と急性期医療の明確な分離と、その機能分断・隔絶の中でかなり困難な状況に陥っている。新しい制度である ICS/ICB は、GP のみならず acute を含めた多様な provider が参画するものであり、この仕組み

⁹³ St. Mary ‘s Hospital のセッションでのスライド。ICTH は St. Mary ‘s Hospital の trust である Imperial College Healthcare NHS Trust を指す。

の中で、現在の機能分断が解消されることが期待されている。

ドイツの hausarzt

医療文化としてのかかりつけ医

ドイツの“かかりつけ医”について検討する。ドイツにはそもそも、かかりつけ医制度、すなわち全住民に対する登録義務の対象としてのかかりつけ医という存在がない。家庭医中心医療制度（hausarztzentrierte versorgung）というイギリスの GP のようなゲートキーパー機能を持ったかかりつけ医の制度はあるが、この制度に参加するか否かはあくまで患者・医師共に自由である。そのため、ドイツの医療制度全体から見れば、家庭医中心医療制度（hausarztzentrierte versorgung）はあくまで補完的制度にとどまる。また、ドイツにも hausarzt（ハウスアルツト）というかかりつけ医の対応概念はある。しかし、これは需要計画という名の計画配置制度上の資格である。需要計画は、一定の規模の地域ごとに⁹⁴、その地域内の住民の数に応じた適正配置数を定めたものだ。適正人数は制度の変更で時々変わるが⁹⁵、hausarzt の場合、現在は住民 1607 人に 1 人が配置されるように計画されている。このような計画配置制度の下で、hausarzt に限らず、全ての診療科について基礎単位となる地域の大きさと住民の数が決められる。もっとも、住民はそのような配置や地域区画には全く縛られず、地域外の各科外来開業医を自由に受診できる。したがって、需要計画は受診する側への規制ではなく医療を提供する側への規制といえる。

ドイツの住民の多くは特定のかかりつけ医を持っているとされるが⁹⁶、かかりつけ医を選ぶかどうかは任意であり、選ぶ場合でも原則的に特別の契約や登録はない⁹⁷。かかりつけ医を持たずに、必要な時に受診する hausarzt を受診ごとに変えることも制度上は可能だ。さらに言えば、“行きつけの”という意味でのかかりつけ医は hausarzt

⁹⁴ 面積だけでなく、「中心地とその周辺地域」を単位として区切られている。

⁹⁵ 連邦保険医協会のヒアリングでは、計画配置ガイドラインが 2012 年及び 2019 年に変更されたと説明された。

⁹⁶ 厚生労働省の資料（https://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/dl/s0621-6c_0006.pdf）では、国民の 9 割がかかりつけ医を持っているとされている。

⁹⁷ 厳密に言えば、家庭医中心医療制度（hausarztzentrierte versorgung）があり、この場合は保険上の契約となる。しかし、家庭医中心医療制度に参加するかどうかは患者・医師共に任意である。

（という専門医）である必要すらない。制度上は、泌尿器科を“行きつけ”にすることもできる（それを制限する制度がない）。患者側が、hausarzt の役割・職責・専門性を理解して、慣習上そんなことはしないというだけだ。このように hausarzt は「かかりつけ医」の対応概念ではあるが、それは登録義務に基礎づけられた制度的役割ではなく、いわばドイツの医療文化に根差した実態である。

需要計画

需要計画という制度には、開業権のコントロールという側面があることにも注意が必要だ。例えば、ベルリンのある地区で開業できる小児科の数は最大で〇〇人まで、といった具合に決められる。都市部での開業を希望する医師が多いため、都市部では常に飽和しているという。新規に人気エリアで開業しようとしても、その診療科のスポットが空かない限りその地域でその診療科を開業することはできない。hausarzt は様々な診療科のひとつであり、これ自体が一個の専門領域として位置づけられている。そして、そこで求められている機能は概ね日本のかかりつけ医機能と同じである。幅広い年代の、幅広い疾患に対応し、必要に応じて専門医や病院へ患者を紹介する。hausarzt を含む各専門医資格は、その資格ごとに有資格者でなければ公的医療保険に対して診療報酬請求ができないものがある。また、このような診療報酬請求の制限は、単に各専門医の資格の有無によって規制されるのみならず、保険医協会等が主催する研修への参加等によっても細かく規制されている⁹⁸。

また、需要計画の下での開業権は、一身専属的権利である。言い換えれば相続や譲渡の対象ではない。そのため、ある開業医が自身の診療所の不動産や、スタッフとの雇用契約上の地位や、備え付けてある医療機器や、場合によっては患者情報を誰かに譲渡したとしても、それはそのモノ・ヒト・情報の譲渡でしかない。それらのモノやヒトを使って、その診療科を開業できるかは別の問題だ。このような中では親子承継が原則として想定できない。もっとも、開業権のスポットに常に空きがあるようなあまり人気のない地域では上記のモノ・ヒト・情報の譲渡は実質的な事業譲渡（あるいは

⁹⁸ ドイツのかかりつけ医診療所にヒアリングでは、緩和ケアの診療報酬請求の要件として一定の研修を受けることが求められる旨、証言されていた。

は相続)になりえる。

この需要計画という制度の（少なくとも）第 1 義的趣旨は、地域における医師の過剰供給を防ぐ点にある。しかし、ある地域で開業できなければ、開業を望む医師は他の地域で開業するしかなくなる。そのため、需要計画の反射的効果として開業医の均等な配置（悉皆性確保）が期待されているともいえる。過剰供給防止と悉皆性確保は同じコインの表裏の関係にあるからだ。

親子承継が一般的ではないドイツの開業医は、引退する時に保険医協会を通じて後継者を公募するのが通例である。そして、新たに開業権を取得した後継の医師は、患者情報、建物、設備を買う（又は借りる）。ここでいう患者情報は一種の暖簾代に相当する。これには多額の費用がかかるため、若い医師たちはこれを敬遠し、開業を躊躇しがちになる。また、人気エリアではほぼ常に開業医が飽和しているため、多くの場合、都市部での開業は実質的に困難となる⁹⁹。そのため、都市部での生活を優先すれば、周辺地域で開業するか、開業ではなく勤務医を選択するということになる¹⁰⁰。これらの理由から、田舎を中心にかりつけ医の新規参入は進まず、かかりつけ医の高齢化が進んでいる。そして、その帰結として、かかりつけ医の全体数も減少しており、今後も減少し続ける見込みとなっている^{101, 102}。

もっとも、少なくとも現時点では、ドイツのかかりつけ医配置はかなりうまくいっている。連邦保険医協会の資料によれば、90%の国民にとって車で 9.2 分以内の距離にかかりつけ医の診療所がある¹⁰³。これは、今回の訪問調査で訪れたイギリス、フランスといういずれもかかりつけ医への登録を義務化している国において、かかりつけ医・総合医へのアクセスの悪さが重大な社会問題として認識されていることとは対照的である。かかりつけ医（hausarzt）の全体数が減少しているにも関わらず、ドイツ

⁹⁹ どうしても人気エリアで開業したい場合は、待機することになる。

¹⁰⁰ ただし、hausarzt は診療所での勤務が想定された専門性であり、専門性に応じて養成課程が厳格に分けられているドイツでは、勤務医と開業医の流動性は日本ほど高くないと考えられる。

¹⁰¹ <https://www.mdpi.com/2673-5172/4/3/56>

¹⁰² https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf/2021-05/Studie_Primaerversorgung_Gesundheitszentren-fuer-Deutschland.pdf

¹⁰³ 連邦保険医協会のセッションでの資料による。

で良好にかかりつけ医へのアクセスが確保されているのは、需要計画によって、過度な偏在が防止されたためとみることができる。

このように、需要計画には、かかりつけ医のユニバーサルな確保に関して、全体の新規参入者を減少させる作用（総数減少作用）と、現存の人的資源を効率的に配置するという作用（配分作用）の2つの側面がある。外来医療の悉皆制確保はこの2つの対立する作用のバランスによってその成否が決する。

そして、両者のバランスには種々の要因が複雑に影響する。例えば、他の診療分野・診療形態との比較の中で、かかりつけ医の仕事が相対的にどれくらい魅力的かは、明らかにこの新規参入者の総数に影響を与える。かかりつけ医の仕事が魅力的なものと見なされれば見なされるほど希望者は増え、そこに需要計画の配分作用が加わることで悉皆性確保は進む。また、一般に都市部に比べて過疎地での開業は人気がない。当然ながら、ドイツにもそれを補うための補助金政策がある。このような仕事そのものの魅力やそれを調整する補助金政策等は需要計画の配分作用・総数減少作用を検討する以前の所与の条件である。

かかりつけ医という仕事の魅力や田舎の不人気及びその改善策は、需要計画の開業制限とは直接の関係がない。言い換えれば、これらの要素は需要計画以前の前提であり、かかりつけ医の遍し確保に重要であることは需要計画制度のない日本でも同じだ。

では、需要計画のトータルの効果を決定づける制度特異的な要因とは何であろうか。それを抽象的・理論的に考えるうえで、上記に挙げた需要計画の2つの作用ごとに検討することが有用だ。確かに需要計画という制度の特徴は配分作用にあるといえる。しかし、配分作用は制度そのものの帰結であって、作用の出方が社会状況に依存するということはあまりない。配分作用がどの地域にどのくらい及ぶかは、純粹に人口基準とエリアの区割りに依存する問題だ。つまり、需要計画の「計画」たるゆえんは、配分作用にある。

むしろ、需要計画という制度のトータルの効果を実質的に左右するのは、総数減少

作用如何である。その前提として、需要計画という制度によって、開業そのものの初期投資について、相続による回避が多くの場合不可となるという点が重要だ。初期投資は、不動産価格や賃料、人材確保、医療機器の導入等多岐にわたり、その時々、社会的事情にかなり影響を受ける。そして、初期投資のリスク的意義をどのように評価するのかは、開業後の経営的見通しによっても変わる。経済的リスク分散作用のあるグループ・プラクティス（共同診療所）の一般化や立地条件はこのような見通しに当然影響する。また、開業可能な地域が遠隔地になりがちであるという要素の総数減少作用への影響も、時代ごとの社会情勢、生活観、仕事観、生き方観を強く反映する。ふるさとへの執着は、時代や世代によって変わりうる。需要計画の総数減少作用の出方は、このような種々の要因に応じてある程度振れ幅がある。そのため、配分作用と総数減少作用のバランスは、実質的には総数減少作用の出方で決まる。以上を図式化すると図 14 のようになる。

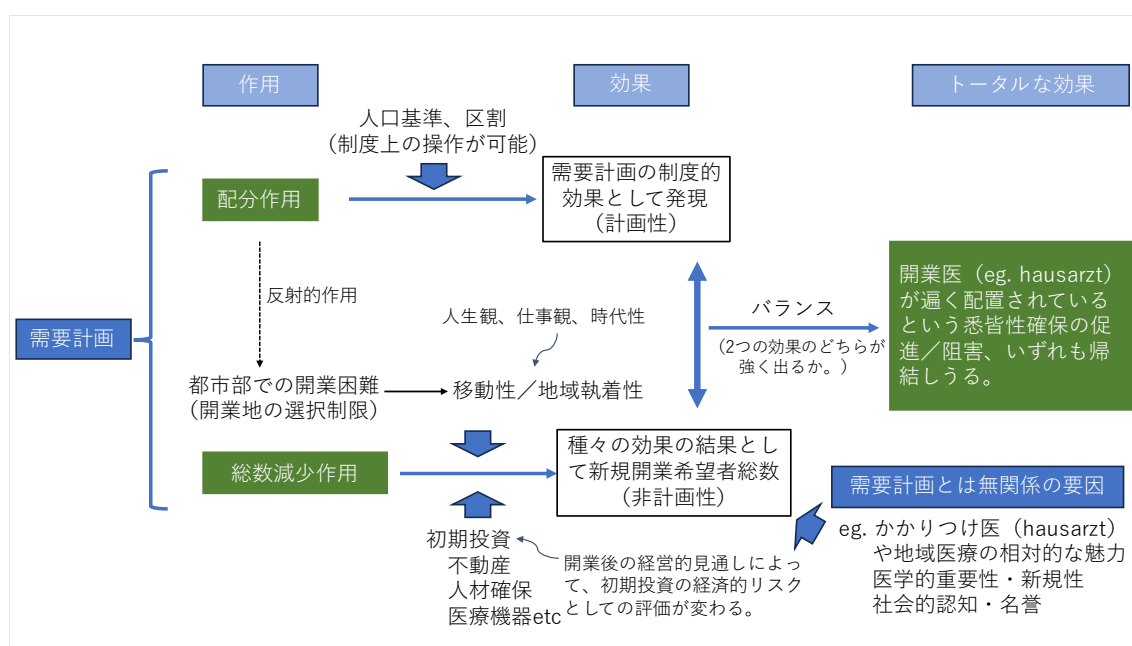


図 14 需要計画の作用、効果、トータルな効果とそれに影響する要因

それがゆえに、需要計画という同じ制度の下であっても、現在の充足が、将来の充足を約束しない。需要計画の区割りや人口基準が適宜変更されるのは、総数減少作用の出方が「計画」できないものであることを示している。仮に、日本における需要計

画の導入を検討するとしても、この点は非常に重要である。なぜなら、需要計画の本質が配分作用にのみあるのではなく総数への影響と密接に関連していることを示しているからだ。OECD データによれば人口 1000 人当たりの医師数は、日本の 2.6 人に対して、ドイツは 4.5 人である¹⁰⁴。このような人的インフラの違いを無視して、需要計画の「計画」の部分だけを見て、「計画できない」要素を無視することになれば、医療提供体制に重大な混乱をもたらすことになるだろう。

ドイツの診療所の実態

今回の訪問調査では、実際の hausarzt の診療所も訪問した。ドイツの診療所を実際に訪問すると、日本との大きな違いが 2 つあることに気づく。1 つは、診療所に看護師がいないことだ。我々が訪問した診療所の場合、医師 2 人（夫婦）の他には、医療専門職（medizinische fachangestellte）と呼ばれる職種が 2 人いるのみであった。この医療専門職は、職業訓練校で 3 年間の専門教育を受けて得られる資格で、診療所での事務作業に加えて医師の責任の下、注射や各種の検査を単独で行うことができる。この点でドイツの（または日本の）看護師と大きく変わらない。教育期間が 3 年というのもドイツでの看護師と同じである。3 年間の教育のうち、事務作業に関連した経営や法律等を学ぶ分、医学的理論を学ぶ時間は短くなり、また病院で研修をしないため、患者と直接接する実務の経験が欠けることになる。追加教育を受ければ、医師から権限の移譲を受けて単独で往診に行くことや^{105, 106}、褥瘡の処置等を行うこともできる¹⁰⁷。ただし、医療専門職は病院では、看護師と同様の職務内容を担うことは通常はない。この点では、日本の准看護師とも違うといえる。ドイツの医療専門職が病院で働く場合は、各種検査、記録、又はコーディネーション的職務を担うことが多いとされる。

ドイツの診療所ですぐに気づくもう 1 つの違いは、レントゲン撮影機がないことだ。

¹⁰⁴ <https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>

¹⁰⁵ <https://www.verah.de/>

¹⁰⁶ <https://www.medi-karriere.de/medizinische-berufe/medizinische-fachangestellte/>

¹⁰⁷ https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/_old-files/downloads/pdf-Ordner/MFA/Muster-FB-Curr_MedFachangest_AssistenzWundmanagement_Stand_2020-1._Auflage.pdf

単純写真（あるいはその他の画像検査）が必要な場合は、放射線科の開業医へ患者を紹介することになる。血液検査も採血までは診療所で（通常は医療専門職によって）行われるが、検査自体は外注になる。hausarzt が画像検査が必要と判断した場合、それを引き受ける機関に紹介して、その結果を後で hausarzt が収集して診断を下す。このような診療スタイルは、ある程度の診療が 1 つの診療所で完結する日本の診療と大きく異なる。なにより、患者にとっては、複数の場所に出向く必要があるため不便である。しかし、ドイツのかかりつけ医である hausarzt がそのような外注依存的診療することは、医療提供体制全体の前提となっており、各科の配置基準もこれを想定して定められている。そのため、この変更は容易ではないようだ。

フランスの médecin traitant (MT)

MT 不足と多職種連携・他職種タスクシフト

フランスには、登録義務のあるかかりつけ医制度がある¹⁰⁸。この制度のかかりつけ医を médecin traitant (MT) といい、イギリスの GP に対応する役割である。住人は登録している MT での受診あるいはその MT からの紹介による受診については自己負担が 3 割で済むが、それ以外の医師を受診すれば自己負担は 7 割となる。MT は制度上は総合医 (médecin généraliste) に限られない。なお、婦人科医、眼科医、歯科医あるいは小児科医については、MT による紹介なしに受診しても自己負担増額の対象にはならない。これは、イギリスの GP が担う primary care 及び general practice の範囲よりもフランスの MT が担う範囲が少し狭いことを反映していると思われる。

また、フランスの外来診療は、患者が一旦窓口で全額を支払い、後日自己負担分外（つまり保険給付対象分）の払い戻しを受けるという償還制である。この制度について、「第三者払いにしないのはなぜか。その方が患者には便利だ。」という我々の問いかけに対して、maison de santé の MT は「第三者支払いは受け入れられない。患者からの直接払いがいい。カード決済もできる。医師側に煩雑な保険請求業務が発生

¹⁰⁸ Code de la sécurité sociale Article L.162-5-3

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIART

I000043499910#:~:text=Version%20en%20vigueur%20depuis%201e%2014%20mai%202021,Modifi%C3%A9%20par%20ordonnance&text=Afin%20de%20favoriser%20la%20coordination,'accord%20de%20celui%20Dci.

するし、保険資格の確認等も必要になる。更に、保険が支払いに介在すると診療内容をコントロールされたり、何かを理由に支払われなくなる可能性もある。その日診た患者はその日に直接全額支払いで医療機関に支払い、保険のカバー分は患者が保険より償還を受ける形がいい。患者が自分の財布から一時的にでも出費する事によって、医療費への責任感も生まれ、教育効果もある。」と答えた。

maison de santé という緩やかな枠組みに所属しているとはいえ、MT が独立開業でありながら事務員を 1 人も雇わずにやっていけるのは、償還制であるからこそだろう。償還の手間を患者側が負担する代わりに、医療のアドミニストレーションコストを軽減できるという利点はあるようだ。しかし、手持ちの支払い能力がなければ受診しづらくなるという患者側の不利益は日本的な価値判断に立てば看過しがたいようにも思われる。費用を意識する契機が担保される分、患者が医療サービスの必要性を熟考するであろうという「教育効果」も確かに否定できないが、それが行き過ぎれば受診抑制に繋がりがねず教育効果を強調し過ぎるべきではない。また、疾病金庫が支払いを拒否した場合の交渉を患者が行わなければならないとすると、医療について知識のない患者が情報の非対称性から不利に扱われることになり得るし、そもそも医療給付の内容は患者が決定するわけでもないので公平の観点からも問題が多いように思える。逆に支払い側が給付の可否を一切交渉できないとすると、医療給付の質を担保するという保険診療としての機能が失われることになり、これもまた妥当ではない。このように、現行のフランスの外来診療で採用されている償還払いには問題が多いように思える。実際、2016 年には第三者払い方式への変更のための法改正が試みられた。しかし、これも医師側の反対で、出産、*affection longue durée* (ALD)¹⁰⁹等に限定されたという¹¹⁰。

このフランスの医師らの償還制への強いこだわりは、フランスのかかりつけ医制度が実質的には人頭払いになっていないことの反映でもある。そもそも、フランスのか

¹⁰⁹ 重度又は慢性的な疾患で、特に高額な治療が必要となるもの。クローン病、I 型糖尿病、HIV 感染など 30 の疾患が定められている。<https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/maladie-accident-hospitalisation/affection-longue-duree-ald/affection-longue-duree-maladie-chronique>

¹¹⁰ https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000031912641?init=true&page=1&query=LOI+n%C2%B0+2016-41+du+26+janvier+2016+de+modernisation&searchField=ALL&tab_selection=all

かかりつけ医（MT）が1人の登録者当たりとして受け取る予算は年間5ユーロである。これはその患者の健康管理をこの予算の中で行うための予算と言うにはあまりに少ない。支払い側である CNAM のヒアリングでは、「登録管理料」と表現された。外来診療の診療報酬自体は検査や技術料込みで25ユーロと決まっている¹¹¹のでこの点では包括的だが、受診の度にこの報酬が発生するので、日本の地域包括診療料・加算の適用範囲を拡大したような体系といえる。

このフランスの事情は、かかりつけ医登録義務があるという点で共通するイギリスの GP への報酬支払いシステムと対照的である。そもそもイギリスでは、患者は窓口払いがないので、支払いの問題に巻き込まれる余地がない。NHS から GP への支払いも原則として受診やサービスごとに発生するわけではなく、人頭払いで登録者1人当たり年間約100ポンドの予算が自動的に支払われている。この構造のみに着目していえば、サービスの給付に積極的になりにくい支払いシステムといえる。もちろん quasi-market の中で GP も選ばれる存在になっているし、上記にみたように QOF や enhanced service の評価システムが組み込まれており、単に GP が法定代理人のような立場で父権的にサービス内容を差配している訳ではない。よく知られているとおり、サッチャー政権以降、provider/commissioner の分離という方向性の制度改革が進められてきたのは確かだ。しかし、それでもイギリスの GP を中心としたかかりつけ医制度は、日本のような出来高払い制度は言うに及ばずフランスのようなかかりつけ医制度の国と比べても fund-holding の要素が強い。

また、フランスのかかりつけ医制度に関連して、近時の目立った動きとしては、いわゆる多職種連携/他職種へのタスクシフトがある。今回の訪問調査では、多職種連携の象徴ともいえるべき CPTS (communautés professionnelles territoriales de santé) へのヒアリングも行った。CPTS とは、一定の地域内の médecin généraliste (総合医) 等の多様な医療職の集まりである。具体的には、医師だけでなく（医師よりもむしろ）、看護師、助産師、薬剤師等が参加することが想定されている。地域の区分はARS (Agence Regional de Sante、地方保健庁) という行政機関が決定しており、例えば

¹¹¹ CPTS のセッションでの証言に基づく。

216 万人の人口を抱えているパリ市は、20 の区に分けられているところ、概ねひとつの区が CPTS の単位地域として想定されている。CPTS の役割は、孤立しがちな開業医や他の開業専門職¹¹²に情報交換の場を提供し、コミュニティを作ることとされている。しかし、それよりも重要なことは何と言ってもそれ自体が医療提供機能¹¹³を持っていることである。CPTS での診療提供の流れの例を挙げると以下のようなになる¹¹⁴。

- 1 咽頭痛を訴える患者が CPTS を受診する。
- 2 CPTS の薬剤師ないしは IPA (Infirmier/Infirmière de Pratique Avancée) ¹¹⁵が診察する。
- 3 溶連菌の迅速検査を行う。
- 4 陰性であればアセトアミノフェンをして終了。
- 5 溶連菌検査陽性なら連携を組んでいる総合医に患者を送る。

この CPTS での（あるいはそれを介した）他職種による診療提供は「良性」の疾患に限られ、プロトコールによって手順が決められているが、プロトコールをどのように修正して運用するかは連携を組む医師との事前の取り決めによる。上記の咽頭痛の例であれば、「白苔が認められれば、検査せずに医師の診察に回す」などがあり得る。他にも女性の膀胱炎症状等に対するプロトコールも整備されており、その場合は抗生剤まで医師の診察を経ることなく処方され得る¹¹⁶。従来は、どの検査を、どの患者に行い、その結果をどう解釈して、どの薬を処方するという「診断」及び「治療決定」は医師にしか許されてこなかった。CPTS は、これを多職種連携という枠組みの中で、プロトコールに基づくという条件の下、医師以外の他職種に認めるタスクシフトにその本質がある。

¹¹² フランスでは看護師、助産師、理学療法士らも独立開業する。

¹¹³ les protocoles de coopération (協力プロトコール) という。

<https://sante.gouv.fr/professionnels/gerer-un-etablissement-de-sante-medico-social/cooperations/cooperation-entre-professionnels-de-sante/article/les-protocoles-de-cooperation>

¹¹⁴ <https://tvvendee.fr/plus-info/le-de-linfo-protocole-de-prise-en-charge-des-angines/>

¹¹⁵ ナース・プラクティショナー

¹¹⁶ CPTS でのヒアリングでは「疑問がある時以外は、医師には特に電話しないで薬を出す。」と証言した。また、膀胱炎については年に3回以上繰り返しているような症例の場合、簡易検査による処方許されないという歯止めがある。

しかし、今回取材した限りこの取組は十分に軌道に乗っているとは言えそうにない。訪問先の CPTS の責任者 (directeur¹¹⁷) は、9 か月間の診療実績として「300 人を超え」と説明しており、患者は 1 日に多くて数人というレベルだと思われる。さらに、医療者の反応も芳しくないようだ。地域内に 35 ある薬局のうち 17 の薬局は CPTS そのものへの参加についての契約はしているというが、肝心の「協力プロトコール」に参加している薬剤師は 3 人しかいないという。処方まで含めた裁量が与えられることについて、積極的な者とそうではない者、あるいは現時点では様子見をしている者がいるのかもしれない。訪問先の CPTS の directeur は、このような状況を嘆きつつも、「ワクチン接種を薬局で始めた時も、薬剤師の多くは怖くてすぐには手を挙げなかった。・・・今はほぼ半分以上の薬剤師がワクチン接種を行っている。」と今後の広がり期待を寄せていた。

現時点で、「協力プロトコール」に参画する医師以外の他職種が少ない原因としては、裁量拡大に対する他職種自身の躊躇の他に、経済的メリットが大きくないことも考えられる。上述したように、フランスの一般診療の診療報酬は 25 ユーロと決まっている。これは CPTS でも同様で、例えば薬剤師が治療プロトコールに参加する場合、この 25 ユーロを監督役として連携を組む医師と分け合う。その配分は、当事者の取り決めに委ねられており、ただでさえ少額の診療報酬を半分ないし 3 分の 2 取ったところで、この協力プロトコールで診療する患者の数が相当多くなければ収入源としては見込めない。薬剤費は別取りではあるものの、検査等のマテリアルは持ち出しとなる¹¹⁸ことを考えれば、報酬上のメリットはほとんどないだろう。CPTS はフランス政府の肝いり政策ではあるが、今の診療報酬規模であれば、これ以上の広がりには困難であろうと予測される¹¹⁹。

¹¹⁷ 地域内に薬局を開業している薬剤師とのこと。

¹¹⁸ 日本の 200 床以上の病院での再診料である外来診療料に尿検査、血液検査、創傷処置等が包括されるのと同様である。ただし、日本の場合は、200 床以上での再診のみこの包括がなされるため

(<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907834.pdf>)、むしろ、診療所や中小病院の外来診療に誘導するための報酬制度といえる。

¹¹⁹ フランス医師会のセッションでも経済的の魅力が少ないので進んでいない旨の証言があった。

多職種連携/他職種タスクシフトに関連して、CPTS と並んで大きなテーマとなっているのがいわゆるナース・プラクティショナーである。フランス語では infirmier/infirmière de pratique avancée (IPA) という。医師の指示を受けずに一定の検査や処方を含めた診療権限を看護師を基本資格とする者に付与するというのが IPA の制度趣旨であり、この IPA の資格自体は 2016 年に CPTS と同時に創設されていた¹²⁰。しかし、その権限や実際のその権限を行使できる場が強く限定されていたため 2022 年夏の時点で 1700 名しか活動していなかった¹²¹。このような IPA の広がりを不十分として、2022 年 10 月 18 日に Stéphanie Rist 議員他によって新たな法案が提出された。この法案は、修正を加えて 2023 年 1 月 19 日に国民議会で初読され、その後 2023 年 2 月 14 日に上院で採択された。そして最終版の法案が同年 4 月 6 日に合同委員会で合意に達し、5 月 9 日に上院 (le Sénat) で、翌 10 日に国民議会 (下院、l'Assemblée nationale) で採択された¹²²。法案提出者の Stéphanie Rist 議員¹²³にちなんで Loi Rist (リスト法) と呼ばれている。

このような動きに対して、フランス医師会は当然に猛反発した。2022 年冬には医師会として初めて街頭活動まで行ったという。フランスの医師会は強制加入団体ということもあり、このような政治行動を取ることは極めて異例のことだ。今回の訪問調査のフランス医師会のセッションで特に強調されたのは、診療における「診断」という要素が医師に与えられた重要な権限であるという点だ。maison de santé の MT も、「診断」は医師という職務を基礎づける権限であり医師を医師たる者として他職種との違いを画するものであるという日本側の主張に強く同意していた。

その一方で、maison de santé の一部の医師や民間救急病院の幹部からは、IPA を容認する発言があったことも事実だ。しかしその発言を丁寧にみると、「IPA の仕事は何かを決めることが重要だ。許可される仕事内容は、情報提示・予防・検査だ。それならばいい。我々にはそれら全てをする時間はない。」としており、独立的に診断する

¹²⁰ https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf

¹²¹ <https://www.vie-publique.fr/loi/288203-acces-aux-soins-loi-rist-du-19-mai-2023>

¹²² <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT0000047561956>

¹²³ リウマチ専門医でもある。

ことや、まして独立開業することを許容する趣旨ではないことが分かる。民間救急病院の幹部が「我々は、田舎でも centre de sante（診療所）を保有しており、そこに IPA を配置しようとしたがそれはやめた。あまりに信用保証が低いことが原因だ。病院で IPA が働くのはいい。それは賛成の人も多い。一方で、独立開業するには質の担保が不十分だ。」と発言しており、これも同趣旨といえる。これは IPA の最も核となる性質である独立診断・独立開業という特徴を無効化することを条件とした容認であり、IPA を実質的には否定する発言といえる。これに加えて、maison de santé の同じ医師は「何があっても、自由開業権だけは絶対に手放せない。ここに規制が入るのは断固として反対する。IPA なら我慢するしかない」とも発言しており、開業制限と IPA を一種の政治的バーターとして位置づけた上での発言であることが分かる。

これに対し、支払い側の CNAM の担当者は、新しい IPA 制度そのものを「肝心なところが骨抜きにされている」として強い不満を述べた。その理由として、「ダイレクトに IPA を受診できる制度になると思われたが、実際にはそうはならなかった。『ダイレクト・アクセスはできる。centre médical（メディカル・センター）や CPTS の中であれば。』という風に、できる場合を特定の医療設備内に制限した。つまり、独立して開業している看護師には、IPA として開業する権利は与えられなかった。」と、権限の範囲が限定されたことを上げている。

しかし、そもそも、なぜフランスで IPA や CPTS を創設する必要があったのであろうか。それは、医師による医療、とりわけ本来 MT (médecin traitant) が担うはずのかかりつけ医機能の提供が滞っているからである。そもそも IPA を導入したリスト法には “Amélioration de l’ accès aux soins par la confiance aux professionnels de santé”（多様な医療職種への信頼を介した医療アクセスの改善）¹²⁴ という法名がつけられている。ここで想定される「改善が必要な医療アクセス」とは、「かかりつけ医に受診したいときに受診できない」、あるいは「長期間待たされる」ということよりも、むしろその手前の段階の問題を指している。つまり、住民がかかりつけ医たる MT を見つけられないのだ。CNAM のセッションでは、慢性疾患を持っている患者でさえそ

¹²⁴ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/16/dossiers/amelioration_confiance_professionnels

の 7%が MT に登録できていないというデータが紹介された。これを医師の側から見たものとして、maison de santé の MT らは、現在の登録者数が 2000 人程度であるとした上で、これ以上の患者は取れないと明言した。CNAM の担当者も「この制度は、実は、現在、限界に来ている。医師数の圧倒的不足により、国民全てに必要な数のかかりつけ医がいないのだ。」と医師不足という原因を上げながら、かかりつけ医難民とも言い得る問題を認めている。しかし、上述したようにフランスの人口当たりの医師数は日本よりも 2 割ほど多い（図 1）。それにも拘わらず医師数不足が問題となるのは、医師の労働時間が短いことや、労働そのものに対する文化的差異が大きいと思われる。

フランスの診療所の実態

また、フランスのかかりつけ医の実態についても少し触れておきたい。我々が訪問した maison de santé には 8 人の独立した MT が開業していたが、それぞれの診察室には受付・秘書がいない。8 人全体の秘書が 1 人いるだけだ。インターネットを介した完全予約制で、予約時間になれば患者が各診察室のドアを直接ノックして入ってくるといふ。この他に、外注のオペレーターによる遠隔受付・秘書システムを利用するところもあるという。そして、血液検査や画像検査の機器もない。検査が必要な場合は、100 メートルの距離にある赤十字病院の施設を利用するという。ドイツと同様に、診療所自体は非常に軽装備であると言える。

第3章 日本のコロナ対応と3か国との比較

日本の課題

次に、イギリス、ドイツ、フランスの3か国と日本のコロナ対応を比較してみたい。まず、日本のコロナ対応の課題を整理したい。日本は、欧州に比べて人口当たりのコロナの死者数が確かに少なかった¹²⁵。このような結果は、コロナの外来診療を請け負った診療所や中小病院と救急外来や集中治療を主に担った急性期病院の奮闘がなければあり得なかった。しかし、だからと言って何も問題がなかったわけではない。患者が診療を求めても断られたり、保健所を介して受診しようとしても電話がつかない、ということが起こった。また、入院すべき中等症あるいは重症患者の受け入れ先が見つからないということも起こった。少なくない国民が患者として診てほしい時に診てもらえないという事態に直面したし、少しでもコロナ診療に関わったほとんどすべての医療者も搬送先が見つからない、あるいは受け入れたくても病床や人繰りができず受け入れられない、という経験をした¹²⁶。

¹²⁵ 2022年6月15日に公表さ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の『新型コロナウイルス感染症へのこれまでの取組を踏まえた次の感染症機器に向けた中長期的な課題について』では2022年5月に公表されたWHOのデータを引いて、「我が国の超過死亡数は2020年が▲24、2021年が8で、平均した値で▲8と推計されている。これは、他の主要先進国である米国（140）、イタリア（133）、ドイツ（116）、英国（109）、フランス（63）と比較しても、かなり低い数字となっている。この推計結果からは、我が国は諸外国と比較して高齢化率及び都市人口割合が高い中で、コロナ禍にあって死亡者全体を増やさなかったとすることができる。」と評価している。

https://www.cas.go.jp/jp/seisaku/coronavirus_yushiki/pdf/corona_kadai.pdf

¹²⁶ 2020年10月20日に開催された第27回地域医療構想に関するワーキンググループの資料

(<https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000684860.pdf>)によれば、全医療機関のうちコロナ受入れを可能とした医療機関は23%に過ぎない。急性期病棟を有する医療機関に限ってみても38%であり、二次救急医療施設（三次救急除く）でも41%である。しかも、この時点で実際にコロナを受け入れたことがあるか否かの「受入実績」で見ると、全医療機関中受入れ実績があったのは28%、急性期病棟を有する医療機関に限ってみても30%であり、二次救急医療施設（三次救急除く）でも31%となる。これと反対に、日本でのアクセスはあくまで良好であったことを示唆するデータとしては、2023年3月に健保連が発表した『医療・介護に関する国民意識調査』

(https://www.kenporen.com/include/outline/pdf/chosa_r04_03-2.pdf)がある。これは2022年7月に行われたwebアンケート調査だ。これによると、「令和2年の新型コロナウイルス感染症の拡大期（第1波）以降、体の具合が悪い時に、診療を拒否された経験の有無を問うたところ、「拒否されたことがある」との回答割合は3.3%」であったという。この質問は、第1波以降の受診拒否について問うたものであり、ただでさえ思い出しバイアスの危険がある調査手法において、第1波を除外して複雑な質問紙とした意図は不明である。また、回答者の6割はそもそも「受診を検討するような体調不良を経験していない」としているため、この点にも注意が必要である。

日本プライマリ・ケア連合学会の草場鉄舟理事長は、「プライマリ・ケアが貢献できるチャンスはあったが、そのほとんどでわが国のプライマリ・ケアは十分に機能を発揮したとはいえなかった。その後・・・行政の指導、メディアの告発、医師会からの呼び掛けなども圧力となり・・・対応する医療機関は徐々に増えていったが、その伸びは鈍かった。」と医療側の消極的な姿勢を厳しく指摘している¹²⁷。コロナの診療に対して消極的だったのはプライマリ・ケアやその主たる担い手である民間医療機関ばかりではない。範となるべき国立の医療機関¹²⁸でも、コロナ初期において、たったひとり非常勤看護師の感染が見つかったというだけで1週間外来診療を休診するという措置を取ったところもあった（その後「消毒が早く完了した」として4日目に診療を再開している。）¹²⁹。さらには、コロナが治癒した後に別の疾患で救急要請した患者の受け入れ先が見つからないという事態も起こった¹³⁰。このような状況は、いかに日本の全体としての死亡が少なかったとしても看過できるものではない。その原因を正確に突き止め、二度と同じことを繰り返さないための対策が必要である。社会が医療を最も必要としている時に、医療機関自身がその扉を閉めるのは「火事場から消防隊が逃げ出す」のと同じだ¹³¹。

医療アクセスが悪かった原因

医療機関の一部が、かかりつけ医機能のレベルから高度先進医療のレベルまで、あるいは民間から国立まで、コロナ診療に対して消極的と言われても仕方のない対応となったことについては、2つの理由付けがなされる。1つは、収益に対する不安である¹³²。コロナを受け入れることで、病床や人員の配置転換を余儀なくされ、手術等の

¹²⁷ 大局大説 コロナ後の日本のプライマリ・ケアの再構築のために 草場鉄舟 健康保険 76 (10) :12-19 2022 年 10 月

¹²⁸ 国立病院の設置法である高度専門医療に関する研究等を行う国立研究開発方針に関する法律 3 条 2 項に「公衆衛生の向上及び増進に寄与することを目的とする。」とある。一般医療機関に対する規制法である医療法にはこのような目的は規定されていないことから、国立病院は加重された目的を備えた範たる医療機関であると言える。

¹²⁹ 看護師感染で外来休診、大阪-国立循環器病研究センター 共同通信ニュース 2020 年 3 月 7 日

¹³⁰ コロナ禍での医療崩壊を止めるために、東京都がいますぐやるべきこと—行政が「病院間の連携」に役割果たせ 笹井恵理子 PRESIDENT Online 2021 年 1 月 9 日 <https://president.jp/articles/-/42263>

¹³¹ <https://www.yomiuri.co.jp/column/naruhodo/20210604-OYT8T50038/>

¹³² 民間病院にもっと支援を…コロナ患者受け入れで収入源 減収補填など使途拡大訴え東京新聞 2021 年 5 月 23 日 <https://www.tokyo-np.co.jp/article/105954>

通常医療が落ち込み、収益が落ちるのではないかと考え、コロナの受け入れに踏み切れない医療機関が少なくなかった。あるいは、コロナを受け入れていることを知った周辺住民が、その医療機関への受診を控えるという一種の風評被害を懸念することもあると考えられる。このような経済的理由は、特に民間医療機関で強くなると思われる¹³³。実際に、医療経済実態調査の分析¹³⁴を見ると、2020 年度において、発熱外来やコロナ患者を受け入れた診療所では損益差額率¹³⁵の低下が大きくコロナ補助金でも挽回できていない。もっとも病院では、一般病院全体で医業収益が減少しているものの、コロナの入院を受け入れた病院はコロナ補助金で黒字化されている。収益の問題は、とりわけ民間医療機関にとっては切実な問題であることは間違いないが、本来それを考えるのは政治の役割である。実際に補助金をはじめとする諸政策で、このような経済的懸念は相当程度が解決された。そのため、収益への不安だけを理由として、医療機関がコロナに消極的となったことは説明できない。医療機関としても、国難ともいふべき緊急事態にあつて「まずは収益が確保されなければ一步も動かない」などと考えていたのはごく少数の例外にとどまるだろう。圧倒的多数の医療者は、政府に対し補助が不足していることを訴えても、その不足自体を理由にサボタージュあるいはストライキするようなことはしていない。

それよりも大きかったと思われるのは、少なくない医療機関がコロナを自分たちの手には負えないと考えたことだ。日本における最も影響力のあるコロナのオピニオンリーダーの一人であった忽那賢志医師は、「民間の医療機関は、感染症専門医もいなければ感染対策の専門家もいない、という施設が多く、こうした民間の医療機関に何のバックアップもないままに『コロナの患者を診ろ』と強要しベッドだけ確保したとしても、適切な治療は行われず、病院内クラスターが発生して患者を増やしてしまう事になりかねません。」とした上で、このような民間医療機関にバックアップをしても感染症対策は一朝一夕にできるものではなく、感染症の専門家も指導に回る余裕が

¹³³ 国公立病院はコロナ以前から損益差額率で見ても赤字なので、コロナによる赤字を議論してもあまり意味がない。

¹³⁴ 「第 23 回医療経済実態調査報告」—令和 3 年実施—について 前田由美子 日医総研リサーチレポート No. 122 2021 年 12 月 24 日 <https://www.jmari.med.or.jp/result/report/post-3355/>

¹³⁵ 収益から費用を差し引いたもの。

なかった、と述べている¹³⁶。病院での受け入れに感染症専門医が必要となれば、診療所や中小病院の外来での診療も同様に敬遠されることにならざるを得ない。しかし、ドイツで、コロナ診療の「20 分の 19」を引き受け、病院機能の防御壁 (schutzwall) となったかかりつけ医 (hausarzt) は皆が感染症あるいは感染対策の専門家だったのだろうか。もちろんそんなはずはない。ベルリン・ブランデンブルク州家庭医協会のクライシャー会長は、コロナ診療を拒否した総合医はいなかったのかという質問に対して、「そういったケースもあったとは思う。ただ、一般にはそうではなかった。その逆で、パンデミックであることを信じようとせず、マスクもせずに診療する医師も何人かいた。」と証言している。感染症の専門家であればそのようなずさんな感染対策は取らない。また、我々が訪問したフランスの民間病院は、第 1 波において病床の 80% をコロナに転換して対応したというが、感染症の専門施設ではなく感染症病床はなかった。この病院に限らず、パリ中の病院が同様の病床転換を迫られたことを考えれば、感染症の専門医がいるか否かが受け入れの可否を決定づけたことはやはり考えにくい。さらに、フランスの総合医 (médecin généraliste) らは政府が国民に「かかりつけ医には行くな」と指示する中にあっても、それではフランスの医療提供が破綻するとして総合医/かかりつけ医の役割を社会に主張し、それによって医療現場の混乱を収束させた。フランスの感染症専門医としてのオピニオンリーダーの一人であるラコム医師¹³⁷は 2020 年 6 月 25 日に開かれたフランス国民議会での公聴会で “S’ il y a une grande leçon à tirer de cette crise, c’ est que la médecine générale n’ a pas été assez mise au cœur du dispositif. Une erreur, probablement liée à l’ angoisse, a été commise. Nous avons dit aux personnes malades de ne pas se rendre chez leur généraliste et d’ appeler le 15.” (この危機から学ぶべき大きな教訓があるとすれば、それは総合医がシステムの中心に十分に据えられていなかったことだ。おそらく不安によって間違いが引き起こされてしまった。私たちは、患者に対して、総合医のところに行くな、15 番 (救急) に電話せよ、と言ってしまったの

¹³⁶ <https://news.yahoo.co.jp/expert/articles/4509998e0746226fb48600c1ffee24e8ce129ac7>

¹³⁷ コロナによって最も有名となった感染症医の一人であり l’ hospital Saint-Antoine の感染症責任者である。2020 年 3 月 28 日には、オリビエ・ヴェラン保健大臣と国民向けのビデオメッセージにも登場した。https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/videos-masques-tests-confinement-ce-qu-il-faut-retenir-du-point-presse-du-gouvernement-sur-l-epidemie-de-coronavirus_3889313.html

だ。) ¹³⁸と述べている。つまり、感染症の専門家の側からも、コロナを「感染症の専門家がいないれば対処できない病気」と位置づけることに対する批判（あるいは反省）がかなり早い段階でなされていたことになる。このように、日本よりもはるかに大きな流行に見舞われた欧州において比較的うまく対応したドイツと第 1 波以降のフランスでは、感染症の専門か否かは関係なく通常医療の中にコロナ診療を取り込むという基本姿勢が医療側にあったことが分かる。

このことは、コロナという疾患の特性とそれに応じた医療の内容を考えれば実は当然だ。コロナの重症化率は、最も高かった第 1 波においてさえ 5 %程度である¹³⁹。すべての感染者に集中治療や入院が必要だった訳ではない。このコロナの特性を踏まえると、コロナについての医療需要とは、以下のような階層に分けて捉えることができる（ロングコビッドは除く。）。

ステップ① 発熱その他の症状に対する診療（解熱薬、去痰薬処方等）

ステップ② 検査

ステップ③ 重症度判定

ステップ④ 重症だった場合の高次搬送

ステップ⑤ 重症化モニタリング

ステップ⑥ 中等症患者の入院（酸素投与等）

ステップ⑦ 重症患者の集中治療（人工呼吸器・ECMO 等）

これに加えて、日本の場合、ステップ①以前のいわばステップ①（ゼロ）として、接触者や無症状陽性者の施設収容・隔離を公衆衛生対策目的で実施したが、欧州各国は全て自己（在宅）隔離である。これ以外に、症状や接触歴がなくても感染したのではないかという不安で患者が受診しようとしたり、スポーツの試合に出場するために

¹³⁸ https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/comptes-rendus/covid19/115covid191920029_compte-rendu（動画：<https://www.youtube.com/watch?v=20-NVKviKXM>）

¹³⁹ 『新型コロナウイルス COVID-19 診療の手引き第 2 版』（2020 年 5 月 18 日）には、20%が入院を要し、5%が人工呼吸器管理等のため集中治療室への入室が必要となることが記載されている。同様に、フランスにおいても、2020 年 3 月 28 日のフランス政府のビデオメッセージ

（https://www.francetvinfo.fr/sante/maladie/coronavirus/videos-masques-tests-confinement-ce-qu-il-faut-retenir-du-point-presse-du-gouvernement-sur-l-epidemie-de-coronavirus_3889313.html）で、オリビエ・ヴェラン保健大臣と共に出演したカリーヌ・ラコム医師がコロナの感染患者の 85%は軽症で、集中治療が必要なのは 5%とほぼ同等の説明をしている。

検査をするなど医学的理由以外の社会的理由やそもそも社会資源を投じるだけの合理的根拠を欠く需要¹⁴⁰も発生した。このうち、入院機能を備えた病院が対応する必要があったのは、ステップ⑥とステップ⑦のみである。命を守るという医療の最も本質的な機能から逆算すれば、このステップ⑥とステップ⑦の医療需要、すなわち、中等症以上の入院と集中治療への需要に如何に過不足なく対応できるかが最重要である。その次に、そこに達するまでのプロセスを如何にスムーズにできるかが課題となる。つまりステップ④の高次搬送と、ステップ⑤の一旦軽症であった場合でも重症化することを見逃さないためのフォローアップである。

表2は、今回の訪問調査の結果を総合して、イギリス、ドイツ、フランス、日本が、このステップごとの医療需要をどのように受け止めたのかを概略的にまとめたものである。これを見ると、欧州3か国と日本の違いとしては、検査がある。日本は2021年秋に抗原キットによる検査が解禁されるまで、原則として検査は医療機関での検査が主体であった。これに対して欧州では原則として街角検査が主体である。イギリスのGPであるモール医師は「モニタリングは区レベルで family doctor よって行われた。診療所単位ではない。ワクチンも family doctor で、治療は病院だった。そしてこれは重要な点だが、検査は政府、という役割分担がされた。検査に関連するあらゆること、lateral flow test も、診断検査も、全て政府が取り仕切って行った。そのため、我々は検査については何もしなかった。そして、入院の判断だが、これは病院が行った。患者が治療を必要とする基準に適合するかどうかは病院が判断した。」（下線は筆者）と証言した。イギリス政府が整備した検査体制とその結果管理システムは NHS Test and Trace (NHS T&T) と呼ばれ日本の識者の中にも評価する意見がある¹⁴¹。大使館関係者への取材を基にその流れを整理すると、そのシステムは概ね以下のようになっていたようだ。

- ① 有症状であれば、オンラインで近くの検査場（街中にある）を予約。（home test kit の郵送も可。）
- ② 検査場で検査。（home test kit の場合、ポストの脇にある検体回収ボックスに投函。）

¹⁴⁰ これを「医療需要」とすべきかは意見が分かれ得る。

¹⁴¹ <https://www.hokeni.org/docs/2021061100100/>

③ 翌日には、メールで検査結果が来る。陽性の場合は、NHS からのメールで自宅待機が指示されるとともに、接触者調査もメール登録。

※ ①～③の間、全てオンラインで作業が完結し、データが自動的に NHS に集積。正確な感染者データが、ワクチン効果等の分析に利用された。

④ この他、無症状であれば、簡易検査キットが使用可能。検査キットは、無料で薬局で入手可能（オンラインで郵送も可能）。検査回数は無制限。

もっとも、これだけのシステムを構築し運用するためには莫大な予算がかかる。議会への報告書¹⁴²によると、最初の2年間で実に 370 億ポンド（6 兆 6600 億円¹⁴³）の国家予算が投じられている。England の人口が 5650 万人であることを考慮して日本に置き換えると 15 兆円規模の予算に相当する。極めて大規模で複雑なオペレーションを回し切った行政能力自体は大いに学ぶべきだが、検査に関してイギリス方式をそのまま日本に導入するのはあまりに無駄が大きくなるべきではない。しかも、イギリスの人口当たりの死亡率を見る限り、このような検査体制が社会防衛としてどれがけ実効的に機能したかはなはだ疑問である。また、このような有事対応には持続可能性がなく、どこかで全てを終了して通常の生活に戻すしかない。それは有事対応が極端であればあるほど、大きな落差を伴って戸惑いと共に受け止められることになる¹⁴⁴。そもそも、病原体検査の解釈はそんなに簡単なものではない。専門知識を持った医療者（通常は医師）が見通しを持って検査をするからこそ、結果が見通し通りだった際に初めて陽性・陰性という判断ができる。見通しと異なる結果だった際には、再検査等を考える必要がある。何の見通しも持たずに、とりあえずシロかクロかやってみようという検査に意味はない^{145, 146}。その意味で、医療機関あるいは医療者に検査の大部分を委ねた 2021 年秋までの日本の検査体制は合理的でかつ経済的であったといえる。

¹⁴² <https://committees.parliament.uk/committee/127/public-accounts-committee/news/150988/unimaginable-cost-of-test-trace-failed-to-deliver-central-promise-of-averting-another-lockdown/>

¹⁴³ 1 ポンド=180 円

¹⁴⁴ 厳しすぎるコロナ対策から一転、全てがなかったことに…イギリス、極端すぎない？ コリン・ジョイス 2023 年 7 月 14 日ニューズウェーク日本版 <https://www.newsweekjapan.jp/joyce/2023/07/post-280.php>

¹⁴⁵ 「感染対策やった感」で拡大は防げない-日総研・森井大一主任研究員に聞く <https://www.m3.com/news/open/iryoishin/981787>

¹⁴⁶ 新型コロナウイルス感染症の病原体検査について 森井大一 2021 年 11 月 10 日 日医総研リサーチレポート No. 118 <https://www.jmari.med.or.jp/result/report/post-3306/>

ステップ	イギリス	ドイツ	フランス	日本
ゼロ：公衆衛生目的の隔離	自己（自宅）隔離			初期のみ感染症指定医療機関を中心とする病院への隔離。初期以降はホテル隔離。さらにそれ以降は自宅隔離。
①：発熱その他の症状に対する診療（解熱薬、去痰薬の処方等）	病院の救急外来、ホットハブ（第2波以降）	hausarzt 等の開業医	最初期は救急外来。第1波の途中から médecin généraliste。	引き受けた医療機関
②：検査	街角検査、自家検査、郵送検査	hausarzt 等の開業医、街角検査、職域・学校検査	街角検査	原則、医療機関。2021年9月以降は、抗原検査が実質的に OTC 化 ¹⁴⁷ 。
③：重症度判定	病院	hausarzt 等の開業医	最初期は救急外来。第1波の途中から médecin généraliste。	引き受けた医療機関
④：重症者の高次搬送	病院、ホットハブ	hausarzt 等の開業医	最初期は救急外来。第1波の途中から médecin généraliste。	保健所、行政
⑤：重症化モニタリング	行政 ¹⁴⁸ 、ホットハブ ¹⁴⁹	hausarzt	MT（médecin traitant）	保健所、行政が中心
⑥：中等症の入院（酸素投与を含む）	病院			病院が中心だが、そこに入れなかった患者は在宅診療。
⑦：集中治療（人工呼吸管理、ECMOを含む）	病院			引き受けた病院

表2 コロナの各種医療需要に対する各国の対応の概略¹⁵⁰

このように、検査に関してイギリスと日本では大きな違いがあるものの、その他の点については類似点が多い。一見すると、ステップ①とステップ③の有症状者の診療

¹⁴⁷ 厚生労働省新型コロナウイルス感染症対策推進本部・厚生労働省医薬・生活衛生局総務課事務 連絡令和3年9月27日「新型コロナウイルス感染症流行下における薬局での医療用抗原検査キットの取扱いについて」

¹⁴⁸ Hetherington Group Practice のセッションでは、モール医師が「モニタリングはランバス区レベルで family doctor よって行われた。診療所単位ではない。」と証言している。

¹⁴⁹ 北西ロンドン ICB のセッションでの証言に基づく。

¹⁵⁰ あくまで概略であり例外は常に存在した。また、時期によっても表に書ききれない変化があったことは言うまでもない。

と重症度判定は、日本ではそれを自ら手を挙げた医療機関が担い、イギリスは（ほぼ全ての）病院がこれを引き受けたという違いがあるように見える。しかし、これは発生した患者の数がイギリスではあまりに多かったために、実質的に引き受けない選択肢がなかったというだけだ。また、イギリスでは初診のほとんどが病院で行われたため、高次搬送や入院調整のスキームを特別に用意する必要が（特にホットハブが設置される前の第 1 波においては）ほとんどなかったと考えられる。そして、重症化モニタリングを医療から切り離し、行政に委ねた点も両国は同じだ。このようなイギリスとの類似性を踏まえると、日本にもし欧州並みの流行が生じていれば、日本の医療現場は、ドイツではなくイギリスのようになった可能性が高いと思われる。

日本のコロナ対応を難しくした根本原因

では、なぜ日本ではドイツや第 1 波終盤以降のフランスのような対応が取れなかったのか。つまり、なぜ感染症の専門家も非専門家も、延々とコロナを「特別な病気」と位置付け続けたのか。その根本的な原因は感染症法にあると思われる。まず、2020 年 1 月 28 日に感染症法に基づいてコロナが指定感染症に指定された¹⁵¹。指定感染症とは、まだ実態のよくわからない新興感染症について、ひとまず感染症法上の一類～五類感染症や新型インフルエンザ等感染症に指定することを控え、その代わりに法令上いかなる措置を可能とするのかを措置ごとに政令で指定することを可能とするものである。これは私権制限を伴う措置の対象や内容を国会を通さずに決定できるという法が予定した例外である。そのため、1 年を期限とする暫定的な指定であって、さらにプラス 1 年の更新ができるのみとなっている。要するに、国は最長 2 年間、指定感染症として適宜オーダーメイドの措置を組み合わせることができるが、その 2 年の間に、当該感染症の実態をつかんで相当の法的位置づけを決めなければならないという制度だ。

コロナの場合、指定当初に可能とされた措置の中に、「無症状病原体保有者への適用」や「建物の立入制限、封鎖、交通の制限・遮断」といった一類感染症にしか認められていない措置が入らなかった。そのため、コロナの感染症法上の位置付けを「二

¹⁵¹ <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000589748.pdf>

類相当」と呼ぶマスコミ用語が誕生した。しかし、実際には、同年2月14日から「無症状病原体保有者への適用」が認められ、さらに同年3月27日からは「建物の立入制限、封鎖、交通の制限・遮断」も可能となっているので、かなり早い段階で「一類相当」になっていた。それどころか、2020年3月13日に新型インフルエンザ等対策特別措置法に附則が書き加えられ、2年間の限定でコロナを「新型インフルエンザ等」¹⁵²とみなすことが決められていた¹⁵³。時系列上は上記3月27日の政令改正は、むしろ3月13日の法改正を受けたものであり、「外出自粛の要請」や「都道府県による経過報告」といった一類感染症にさえ認められていない新型インフルエンザ等感染症に対してのみ許される項目までできるように政令改正された¹⁵⁴。したがって、2020年3月27日以降は、「新型インフルエンザ等感染症相当」と言う方が実態上は正確であった（図15）。しかも、この指定感染症の指定が期限切れ目前の2021年1月7日に延長された¹⁵⁵のも束の間、同年2月3日には感染症法上も「新型インフルエンザ等感染症」となり「相当」が取れた。これにより、もはや暫定措置ではなく、正式に一類感染症よりも上位の法令上の最重要感染症に位置付けられたことになった。要するに、日本はコロナを2020年1月から2023年5月までの3年以上に渡って、その法的位置づけを微妙に修正しながらも、一貫して「非常に特別な病気」と扱ってきたのだ。これと対照的に、今回の訪問調査で訪れた3か国の中で最もうまく対処したと考えられるドイツには、コロナを「特別の疾患」とする位置づけはなかった¹⁵⁶。

¹⁵² この附則が定められた2020年3月13日当時は、新型インフルエンザ等対策特別措置法2条1項により、「新型インフルエンザ等」とは新型インフルエンザ等感染症と新感染症を合わせた概念であることが定義されていた。その後2021年2月3日の同法改正（同月13日施行）でこれに指定感染症が加えられた（https://corona.go.jp/news/pdf/tokuso_shinkyu_r3.pdf）。

¹⁵³ <https://www.sangiin.go.jp/japanese/joho1/kousei/gian/201/pdf/s0802010462010.pdf>

¹⁵⁴ <https://www.mhlw.go.jp/content/10900000/000675228.pdf>

¹⁵⁵ <https://kanpou.npb.go.jp/old/20210107/20210107t00002/pdf/20210107t000020002.pdf>

¹⁵⁶ ベルリンの急性期病院の救急部長であるホッテンバッハー医師は、コロナの法的な特別扱いがなかったことを証言している。これは、法条文上の問題というよりも、通常の医療の運用の中でコロナ診療が行われたという実態があったことを示唆すると考えられる。

感染症法に基づく主な措置の概要（政令による準用の有無）

	指定感染症	一類感染症	二類感染症	三類感染症	四類感染症	五類感染症	新型インフルエンザ等感染症
規定されている疾病名	新型コロナウイルス感染症	エボラ出血熱・ペスト・ラッサ熱 等	結核・SARS 鳥インフルエンザ (H5N1) 等	コレラ・細菌性赤痢・腸チフス 等	黄熱・鳥インフルエンザ (H5N1 以外) 等	インフルエンザ・性器クラミジア感染症・梅毒等	新型インフルエンザ・再興型インフルエンザ
疾病名の規定方法	政令 具体的に適用する規則は、 感染症法に政令で規定	法律	法律	法律	法律・政令	法律・省令	法律
疑似症患者への適用	○	○	○ (政令で定める 感染症のみ)	—	—	—	○
無症状病原体保有者への適用	○	○	—	—	—	—	○
診断・死亡したときの医師による届出	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (直ちに)	○ (7日以内)	○ (直ちに)
獣医師の届出、動物の輸入に関する措置	—	○	○	○	○	—	○
患者情報等の定点把握	—	—	△ (一部の疑似症のみ)	△ (一部の疑似症のみ)	△ (一部の疑似症のみ)	○	—
積極的疫学調査の実施	○	○	○	○	○	○	○
健康診断受診の勧告・実施	○	○	○	○	—	—	○
就業制限	○	○	○	○	—	—	○
入院の勧告・措置	○	○	○	—	—	—	○
検体の収去・採取等	○	○	○	—	—	—	○
汚染された場所の消毒、物件の廃棄等	○	○	○	○	○	—	○
ねずみ、昆虫等の駆除	○	○	○	○	○	—	○ (※)
生活用水の使用制限	○	○	○	○	—	—	○ (※)
建物の立入制限・封鎖、交通の制限	○	○	—	—	—	—	○ (※)
発生・実施する措置等の公表	○	—	—	—	—	—	○
健康状態の報告、外出自粛等の要請	○	—	—	—	—	—	○
都道府県による経過報告	○	—	—	—	—	—	○

黄：指定時に適用（2/1施行）

橙：改正①時に適用（2/14施行）

桃：改正②時に適用（3/27施行）

※ 感染症法44条の4に基づき政令が定められ、適用することとされた場合に適用

15

図 15 指定感染症としてのコロナに対する措置¹⁵⁴

このような感染症法上の位置づけが国民及び医療者にとってどのような意味を持ったであろうか。それを考える上で極めて重要な行政文書がある。それが 2019 年 12 月 25 日付の医政局長通知『応召義務をはじめとした診察治療の求めに対する適切な対応の在り方等について』¹⁵⁷である。この文書は、いわゆる医師の働き方改革の議論の成果物として出されたものであり¹⁵⁸、「診療の求めに応じないことが正当化される」事例を整理したものである。

この通知の中に、「特定の感染症へのり患等合理性の認められない理由のみに基づき診療しないことは正当化されない。ただし、1 類・2 類感染症等、制度上、特定の医療機関で対応すべきとされている感染症にり患している又はその疑いのある患者等についてはこの限りではない。」という一文がある。図 15 に見る通り、コロナが 2021

¹⁵⁷ <https://www.mhlw.go.jp/content/10800000/000581246.pdf>

¹⁵⁸ https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_05488.html

年2月3日までの指定感染症であった期間、措置のレベルは少なくとも「1類・2類感染症等」であったことは明らかである。それ以降は五類感染症となった2023年5月8日までは、「新型インフルエンザ等感染症」として法に規定されていた。応召義務の妥当しない正当事由を整理した通知の趣旨に鑑みれば、「新型インフルエンザ等感染症」について法が1類・2類感染症よりも厳重な対策を予定した条文を置いている以上、これが「1類・2類感染症等」に含まれることは明らかである。つまり、日本の医療者にとって、コロナは2023年5月8日まで、実は（少なくとも行政上は）応召義務がなかったのである¹⁵⁹。厚生労働省からコロナの第1報が出たのは2020年1月6日であり¹⁶⁰、この通知はその12日前に発出されていた。この文書が発出された段階で、「1類・2類感染症等」に対峙せざるを得ない状況が本当に（しかも2週間後に）来るとは誰にも予想できなかったであろう。しかし、結果として、この文書が日本のコロナ対応を大きく方向付けてしまった。これは、ドイツにおいてコロナに対しても公的保険上の応召義務が明示されていたこととは大きく異なる点である。

もちろん、そのような法的・行政的位置づけとは無関係にコロナ診療の前線に立った医療者は少なくなかったし、そのおかげで日本のコロナ死亡が低く抑えられた側面は確実にあった。しかし、それが不十分だったとする批判は根強く、このような批判にも耳を傾ける必要がある。そしてその原因を考える時、「コロナは特別な病気で自分たちの手に負えない」、「そもそも国も応召しなくていいと言っている」という考えが法的・行政的位置づけの中で形成されたことは極めて重要である。そしてさらに重要なのは、この文書の効果が今もなお継続しているという点である。コロナへの応召義務が復活したのは、5類感染症に規定されたことで「1類・2類感染症等」でな

¹⁵⁹ 『新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけの変更に伴う医療提供体制の移行及び公費支援の具体的内容について』（令和5年3月17日事務連絡）によると「特定の感染症へのり患等のみを理由とした診療の拒否は、応召義務を定めた医師法（昭和23年法律第201号）第19条第1項及び歯科医師法（昭和23年法律第202号）第19条第1項における診療を拒否する「正当な事由」に該当しないが、現在、新型コロナウイルス感染症は、2類感染症と同様、制度上特定の医療機関で対応すべきとされていることから、その例外とされている。位置づけ変更後は、制度上幅広い医療機関において対応できる体制に移行することから、「正当な事由」に該当しない取扱いに変わることとなる。」とされており、5類への移行以前は、コロナについて一般医療機関の応召義務が行政上は免除されていたことが明らかである。<https://www.mhlw.go.jp/content/001097047.pdf>

¹⁶⁰ https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_08767.html

くなったからに過ぎない。次に「1類・2類感染症等」がやってくれば、行政上は応召義務が免除されるという事態は依然として継続しているのである。このような状態を放置して、かかりつけ医制度を整備すれば感染症有事にも対応できるというのは、その主張自体が失当というべきであり空想的に過ぎる。

「仙台方式」の再評価

その一方で、法は法として、あるいは制度は制度として、義務があろうとなかろうと、医療者自身の能力と地元行政・医師会・アカデミアを含めたコミュニティ全体の準備によってパンデミックを一般医療の枠の中で対処し、成功した経験を持つ地域が日本にもある。それが2009年のH1N1新型インフルエンザ流行時の仙台である。そもそも2009年の新型インフルエンザの流行は、4月にメキシコで始まり、5月には日本に上陸し、8月頃から本格的な国内流行に突入した¹⁶¹。実は厚生労働省は2009年2月に新型インフルエンザ対策ガイドラインを発表しており¹⁶²、その中で新型インフルエンザ患者を集中的に診療する特定少数の発熱外来を各自治体内で設置することを求めている。これはコロナに対してイギリスで展開されたホットハブに似た医療提供の形だ。ところが、2009年3月に、仙台市と仙台医師会は、ガイドラインが指示する特定少数の発熱外来体制は非効率的であると同時に、急速なまん延が起こればその能力を超える患者が受診して機能が破綻する可能性が高いことを指摘して、全ての医療機関が診療にあたるとする体制の構築を目指すと発表した¹⁶³。これが「仙台方式」と呼ばれる医療体制である。実際にこのガイドライン発表の直後に新型インフルエンザを迎えることになったが、仙台の関係者が予測した通りガイドラインの発熱外来体制は、流行の初期段階において、数日で機能不全に陥ったという。これは限られた医療機関にコロナ患者が殺到したイギリスや初期のフランスの姿に酷似している。そして、2009年5月21日には日本感染症学会が発熱外来体制は非現実的であることを意見表明し¹⁶⁴、5月27日には日本小児科学会が発熱外来体制の廃止と共に「新型」と「季節性」

¹⁶¹ https://www.cas.go.jp/jp/influenza/backnumber/kako_03.html

¹⁶² <https://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/kekkaku-kansenshou04/09.html>

¹⁶³ 変貌するインフルエンザにどう向き合うか 4. タミフル®・リレンザ®に続く新規インフルエンザ治療薬の開発～仙台方式の紹介を含めて～ 渡辺彰 2009年 日本内科学会雑誌 98:10:166-170

https://www.jstage.jst.go.jp/article/naika/98/10/98_2576/_pdf

¹⁶⁴ 日本感染症学会緊急提言「一般医療機関における新型インフルエンザへの対応について」 日本感染症

の区別もやめるよう訴えた¹⁶⁵。これを受けて厚生労働省は6月19日に「原則として全ての一般医療機関においても患者の診察を行う」として発熱外来体制を撤回した¹⁶⁶。これはフランスの総合医の学会であるCMG Franceが、コロナを一般診療の中で診療させるように政府に働きかけ、これを実現した過程と同じである。2009年の新型インフルエンザは、日本では2100万人の感染者を出したが、そのうち死亡したのは200人である¹⁶⁷。これは他国と比較しても圧倒的に少ない死亡数・死亡率であり、仙台方式を全国に横展開した成果と見ることができる。この新型インフルエンザのパンデミックから3年後の2012年に新型インフルエンザ等対策特別措置法が制定され、これによって感染症危機対応のための法的整備がなされたとされる。しかし、危機対応の準備をすることには、ややもするとその感染症を通常診療から切り離してしまいかねないという負の側面がある。これは、今回のコロナを通して我々が新たに学んだ最大の教訓である。感染症の特性と医療資源の有限性を忘れて、特別な対応¹⁶⁸を取り続ければ、たとえそれ法律に基づいた措置であれ、いや法律に基づいているからこそ、最適な医療提供を困難にする。そればかりか、それを現場の医療者や専門学会の力で軌道修正する力をも失ってしまうことになる。仙台方式はまさに、今回のコロナにおいてドイツや第1波以降のフランスが取った対応を先取りしたものであった。感染症法及び新型インフルエンザ等対策特別措置法に基づく危機対応が日本を仙台方式から遠ざけたという点は、martial lawたるこれらの法、そしてそれに基づく「危機対応」を我々の社会が本当の意味で使いこなすために決して忘れてはならない。

学会 2009年5月21日 https://www.kansensho.or.jp/modules/guidelines/index.php?content_id=29

¹⁶⁵ 新型インフルエンザにおける小児科診療に関する提言 日本小児科学会 2009年5月27日
http://www.jpeds.or.jp/modules/activity/index.php?content_id=176

¹⁶⁶ 事務連絡『新型インフルエンザの発生に対する社会福祉施設等の対応について【更新】』
<https://www.mhlw.go.jp/kinkyu/kenkou/influenza/hourei/2009/06/dl/info0619-01.pdf>

¹⁶⁷ <http://idsc.nih.gov/iasr/31/367/dj3671.html>

¹⁶⁸ 法的・行政的な「特別対応」は、臨床現場のレベルにも影響を与えたと考えられる。職員の一人に感染者が出たとして500床を超える病院が外来を全て閉鎖するとか、感染症の専門家がいなければ患者を受け入れられないといった全体合理性を無視した医療機関・医療者の言動も、その言動自体の責任を問うことはたやすい。しかし、危機において合理的判断が難しくなることは十分想定される。むしろ、そのような非合理的判断や言動が、いかなる構造の下に生まれたのかを精察する方がはるかに有益だろう。

おわりに

登録制を見送った先のかかりつけ医機能制度整備に対する不満論の 1 つは、従来からのフリーアクセスのままではコロナのような感染症有事に対応できない、というものである。フリーアクセスの代替制度としてかかりつけ医制度を論じるこの議論は、経済学者や民間シンクタンク及び一部大手メディアを中心に根強い。この類型の不満論は、「かかりつけ医の登録制を導入して医療の重複を減らす」ことで、「社会保障のスリム化」を実現すべき¹⁶⁹という財政再建目的も見え隠れする。財政再建の必要性やその手段としてかかりつけ医の制度化が有益か否かについて¹⁷⁰は本稿の射程を外れるものであるが、かかりつけ医制度があればコロナの医療アクセスがもっと良かったはずだというのは、根拠がない。むしろ登録制と人頭払いに支えられたかかりつけ医制度を持つイギリスでの極めて困難なコロナ状況は、その逆であることを示唆している。また、GP と acute trust の間の機能分断がコロナ後のイギリスの医療提供をも困難なものとし、backlog として 5650 万人の England で 750 万人の入院待機患者を出していることは、医療提供体制には一定程度の機能重複がむしろ必要であり、単純にスリム化すればいいというものでないことも示唆している。またフランスでは、受診医療機関をかかりつけ医に限定した平時の医療提供体制をコロナの間は停止し、フリーアクセスにすることで状況を改善した。

確かに、コロナ状況における医療アクセス、特に発熱患者をはじめとするコロナに感染している可能性のあった患者の医療アクセスが悪かったことは、日本のコロナ対応の中で最も反省すべき課題である。しかし、この課題をフリーアクセスに原因帰属させるのは、欧州 3 か国での経験を詳細に見れば間違いであることが分かる。問題の本質は、一般医療として扱うべき状況に対してまで「特別扱い」し続けたことであり、それを基礎づけてしまった「危機対応」の在り方にある。

また、かかりつけ医の登録制を主張するもう 1 つの類型は、総合医（あるいはプラ

¹⁶⁹ なすべきは異次元の歳出改革 柳瀬和央 中外時評 日本経済新聞 2023 年 6 月 28 日朝刊 6 面

¹⁷⁰ 「プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加する」との見解もある。二木立「プライマリケアの拡充で医療費は抑制できない、むしろ増加するー過去 20 年間の実証研究の結論」 文化連情報 2022 年 10 月号 (535 号) : 24-31 頁

イマリ・ケア)の社会的機能、つまり患者を疾患の観点のみから診察するのではなく、その患者を取り巻く住居、雇用、人間関係を含めたより広範な視点を持って問題解決を図る機能、を制度的に保障すべきとするものだ。これは、プライマリ・ケアや総合診療医を自認する医師らから主張されることが多い。確かに、地域の総合医は、患者の疾患だけでなくその患者を包摂する家族、近所づきあい、コミュニティを踏まえて患者に対応することが理想的である。実際、かつての実地医家は、患者の社会的背景を熟知した上で患者と向き合ってきた。このような医師像は、“medicine beyond pills and procedures”（薬と手技を超えた医療）というイギリスの social prescribing（社会的処方）のスローガン¹⁷¹とも親和性があるように見える。しかし、分厚い地域コミュニティ自体が相当程度失われた今日の日本では診療自体が一期一会となることも珍しくなく、その前提条件が崩れている。地域コミュニティの弱体化はイギリスでも大差がないと考えられるが¹⁷²、そのような中で GP が公共サービスの無料相談窓口となり、本来果たすべき医療機能を圧排してしまっていることが深刻な問題となっている。social prescribing は、このような社会的役割を GP 以外の職種に効率的に担当させるための手段であり、“medicine beyond pills and procedures”の重要性が強調されているからと言ってそれを医師の役割としている訳ではない。

むしろ、イギリスの social prescribing という取組の存在が示しているのは、登録制という形で医師患者関係を制度的に規定してしまったことの失敗であるというべきだ。医師患者関係もそれを強制や義務によって実現しようとするれば、無機質な契約関係に陥ってしまう。そうすると、どうしても互いが自己利益の最大化のためにその関係を利用しようとすることになる。市場でトマトやキュウリを売り買いするのであれば、このような自己利益の最大化という行動原理が、そこで取引される財やサービスの質を向上させ、社会全体により大きな効用をもたらすことにもなるのかもしれない。しかし、トマトやキュウリとは違い、医療を継続的な信頼関係に基づくものでなければならぬと考えるのであれば、このような無機質な（相手方の個性に着目しない、

¹⁷¹ <https://committees.parliament.uk/writtenevidence/118045/pdf/>

¹⁷² UK communities on the brink of decline as two fifths feel disconnected, London Post, September 11 2022, <https://london-post.co.uk/uk-communities-on-the-brink-of-decline-as-two-fifths-feel-disconnected>

あるいは選択肢が極端に少ない) 契約関係は医療にはむしろ不向きなものと言わざるを得ない。その点で、医師、とりわけ総合医の社会的機能を如何に担保するのかは重要な課題である。

社会的機能の重要性は、医師が患者を思いやるという側面だけでなく、実は患者が医療提供者を大事にするという点にこそある。継続的な信頼関係がなければ、NHSや保険によって医療アクセスが制度的に確保されている医療というサービスは、どうしても過剰に、無駄に、不必要に消費されることになる。イギリスの場合、無機質な医師患者関係を帰結するおそれのある登録制に、窓口払いがないというもう 1 つの制度的特徴が加わって、非医療的理由による GP サービスの過剰消費がもたらされている。

“medicine beyond pills and procedures” という social prescribing のスローガンは美しいが、これが提唱されているイギリスの文脈を丁寧に見れば、GP というイギリス型かかりつけ医制度がモラル・ハザードによって苦しんでいることの現れであることが分かる。

医師患者関係も人間と人間の結びつきの 1 つである以上、その関係自体は自生的であるべきだ。それを支える制度はあるべきだが、ドイツでのコロナ状況における開業医への経済的保障がそうであったように、あくまで環境を整備するものでなければならない。制度そのもので、医師患者関係まで直接規定してしまおうとするのは、医師患者関係とは何かを見失った政策論である。

地域コミュニティが失われた中で、患者の社会的背景にまで目を配れる医師をどのように作っていくのか。そのような医師の素養を基礎づける医師患者関係をどうすれば効率的に形成することができるか。それを支える環境としての制度はどうあるべきか。例えば地域包括ケアは、疑似的なコミュニティとして、かつての地域コミュニティに代替しうるか。これらは、今回の訪問調査を終えた段階においても、十分に答えの出せない問いである。しかし、ひとまずは、かかりつけ医の制度化がその答えではないことを確認しつつ、心構えの問題として医師自身が社会的機能を自覚して研鑽を続けるしかない。これは地道な努力ではあるが、価値のある努力である。医師の職能団体である日本医師会にはその先頭に立つ責務がある。