

## 第8回 勘違いされているフリーアクセスとかかりつけ医

連載コーナー「[そろそろ社会保障のこと、まじめに考えたらどうだ。。。](#)」

Web『[医療と介護 2040](#)』

日本医療の特徴として、しばしば、自由開業医制、自由標榜制、そしてフリーアクセスが挙げられる。このうちフリーアクセスについて、もし、その意味を、保険証一枚で、「いつでも、好きなのところで」と解釈するのであれば、それは間違いである。なぜならば、2013年の社会保障制度国民会議以来、日本のフリーアクセスは、次のように解釈されながら、政策は進められてきたからである。

これまで、ともすれば「いつでも、好きなのところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要がある。そして、この意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須であり、そのためには、まず医療を利用するすべての国民の協力と、「望ましい医療」に対する国民の意識の変化が必要となる。

『社会保障制度改革国民会議報告書』（2013）

この文章には3つほどのキーワードがある。「必要な時に必要な医療にアクセスできる」、「緩やかなゲートキーパー機能」、「かかりつけ医」である。

これらのキーワードは、社会保障制度改革国民会議に、医療関係者が参加した時に、フリーアクセスが議題になった際の、次の、今村聡日本医師会副会長の言葉にある。

私は強制的にゲートキーパーでここを通らなければ次にいけないというようながっかりしたものではないと思います。・・・まず国民に日本の医療の状況をよく理解していただくという啓発は我々もしていくし、国にもしていただきたいと思っています。そういう中で、**緩やかなゲートキーパーの機能**というものを**かかりつけ医**が持って、**必要なのはきちんと最終的に必要な医療につながる**という意味でのフリーアクセスというものがきちんと維持できていければ良いのではないかと考えています。

出所：第7回社会保障制度改革国民会議（2013年3月27日）

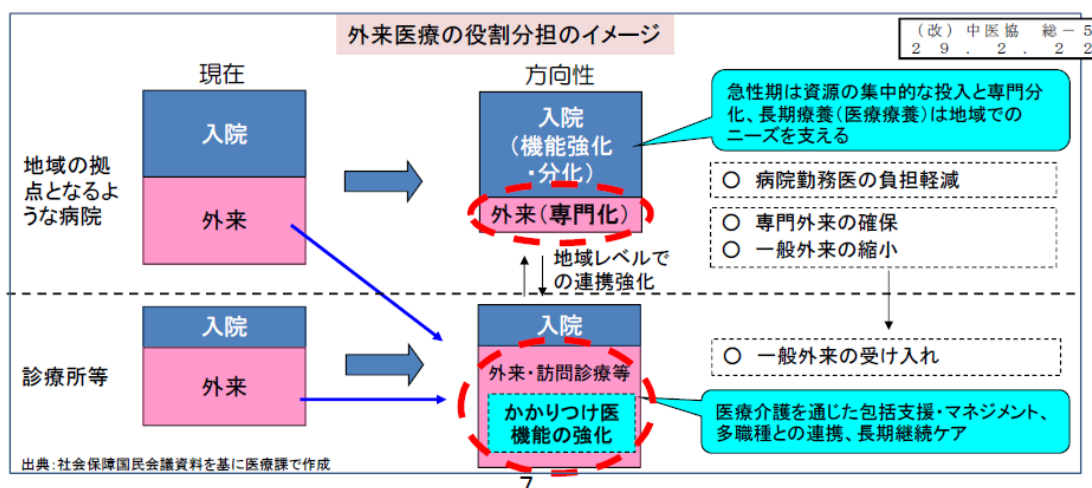
この国では、2013年に、フリーアクセスは、「いつでも、好きなところで」から「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に転換が図られている。それは、「今や疲弊おびただしい医療現場を守るため」でもあった。

そうした、政策展開は、中医協の次の資料にも現れている。

### 外来医療の今後の方向性(イメージ)

社会保障制度改革国民会議報告書(H25年8月6日)抜粋

- 新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない
- フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要
- 大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須
- 医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましい



出所：厚生労働省・中医協（中央社会保険医療協議会） 2018年1月10日資料

この資料には、次の、社会保障制度改革国民会議報告書からの抜粋も付いている。

## 社会保障制度改革国民会議 報告書（平成25年8月6日）（抜粋）

### II 医療・介護分野の改革

#### 1 改革が求められる背景と社会保障制度改革国民会議の使命

##### (3) 改革の方向性

###### ① 基本的な考え方

(中略)また、医療改革は、提供側と利用者側が一体となって実現されるものである。患者のニーズに見合った医療を提供するためには、医療機関に対する資源配分に濃淡をつけざるを得ず、しかし、そこで構築される新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない。さらにこれまで、とすれば「いつでも、好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびただしい医療現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要がある。そして、この意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須であり、そのためには、まず医療を利用するすべての国民の協力と、「望ましい医療」に対する国民の意識の変化が必要となる。

(中略)

#### 3 医療保険制度改革

##### (2) 医療給付の重点化・効率化(療養の範囲の適正化等)

併せて、改革推進法(第6条第2号)では、医療保険制度について、「保険給付の対象となる療養の範囲の適正化等」を図ることも求められている。まず、フリーアクセスの基本は守りつつ、限りある医療資源を効率的に活用するという医療提供体制改革に即した観点からは、医療機関間の適切な役割分担を図るため、「緩やかなゲートキーパー機能」の導入は必要となる。こうした改革は病院側、開業医側双方からも求められていることであり、大病院の外来は紹介患者を中心とし、一般的な外来受診は「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須であろう。そのため、紹介状のない患者の一定病床数以上の病院の外来受診について、初再診料が選定療養費の対象となっているが、一定の定額自己負担を求めるような仕組みを検討すべきである。このことは、大病院の勤務医の負担軽減にもつながる。もちろん、上記のような受診行動が普及するには、医師が今よりも相当に身近な存在となる地域包括ケアシステムへの取組も必要であり、医療の提供を受ける患者の側に、大病院にすぐに行かなくとも、気軽に相談できるという安心感を与える医療体制の方が望ましいことを理解してもらわなければならない、患者の意識改革も重要となる。

8

出所：厚生労働省・中医協（中央社会保険医療協議会） 2018年1月10日資料

これら中医協の資料は、2018年のものである。国民会議報告書を紹介しながら、入院と外来医療の役割分担のイメージが描かれている。すなわち、日本の医療が目指すべき方向性としては、訪問・外来診療等を行う診療所等では緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」機能の強化を図り、そうした診療所が、地域包括ケアのハブ機能を果たし、地域の拠点となる病院と地域レベルでの連携の強化を図って、紹介、逆紹介の関係を構築する。

そして、急性期の病院は、資源の集中的な投入と専門分化を図り、長期療養に対応する病院は、地域でのニーズを支える。そうした改革の方向性の先では、病院勤務医の負担軽減を図ることができるし、病院における一般外来の縮小を図ることもでき、専門外来の確保を図ることもできる。

こうした道筋が示されたのが、2013年社会保障制度改革国民会議の報告書だったわけである。

最近も、国民会議の報告書が紹介されながら、かかりつけ医について論じているものがあった。それは、財務省の財政制度等審議会（財務相の諮問機関：以下、財政審）の資料である。そこでは、次のように、社会保障制度改革国民会議報告書が紹介され、

社会保障制度改革国民会議報告書 2013年8月6日

患者のニーズに見合った医療を提供するためには、医療機関に対する資源配分に濃淡をつけざるを得ず、しかし、そこで構築される新しい提供体制は、利用者である患者が大病院、重  
装備病院への選好を今の形で続けたままでは機能しない。さらにこれまで、ともすれば「いつでも、  
好きなところで」と極めて広く解釈されることもあったフリーアクセスを、今や疲弊おびたしい医療  
現場を守るためにも「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味に理解していく必要が  
ある。そして、この意味でのフリーアクセスを守るためには、緩やかなゲートキーパー機能を備えた  
「かかりつけ医」の普及は必須であり、そのためには、まず医療を利用するすべての国民の協力と  
「望ましい医療」に対する国民の意識の変化が必要となる。

出所：財務省・財政制度等審議会（2021年4月15日）資料「社会保障等」

これを根拠に、財政審は次を論じる。

○今般、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への転換の嚆矢となる取り組みとして、**大病院と中小病院等の外来における確認を明確化し、機能分化を進めるための定額負担を拡大することとされたが、更に取組を進めるべき。**

○具体的には、複数の慢性疾患を抱える患者が増加する超高齢化社会において、患者がその状態に見合った医療を受けるためにも、有事を含め国民が必要な時に必要な医療にアクセスできるようにするためにも、**緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の機能は不可欠である。**

○このため、既に日本医師会等において「かかりつけ医」の定義が明らかにされていること、薬剤師・薬局については、かかりつけ薬剤師・薬局の推進に向けて、法制上の対応が進んでいることを踏まえ、**診療所における「かかりつけ医」機能を法制上明確化（制度化）するとともに、機能分化を進めるためのメリハリをつけた方策を推進すべきである。**

出所：財務省・財政制度等審議会（2021年4月15日）資料「社会保障等」

ここに書いてある、「既に日本医師会等において「かかりつけ医」の定義が明らかにされている」というのは、次の定義である。財政審では、次のように紹介している。

◆かかりつけ医機能（日本医師会・四病院団体協議会 合同提言 2013年8月8日）

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

出所：財務省・財政制度等審議会（2021年4月15日）資料「社会保障等」

この、「日本医師会・四病院団体協議会合同提言」は、2013年8月8日——つまりは、社会保障制度改革国民会議の報告書が総理に手交された2013年8月6日の2日後に——に提言されている。かかりつけ医とは、「地域の医師、医療機関等と協力」し、「休日や夜間も患者に対応できる体制を構築」しており、「在宅医療を推進」している医師のことである。医師の働き方改革と言われる今の時代、「休日や夜間も患者に対応できる体制を構築」するには、チーム医療での対応は不可欠である。その意味も、「地域の医師、医療機関等と協力」に込められていると解釈するのが自然であろう。

もちろん、これらの条件を満たす診療所の医師は多くはない。そして抵抗もあり、公の立場からの政策展開なしでは進まない。だから、制度的な普及策が必要と言われているのであろう。

ちなみに、日本医師会がながらく使っていた「かかりつけ医」という言葉が、公式文書に書き込まれたのは、社会保障制度改革国民会議の報告書が初めてであった。次の文脈においてである。

救急医、専門医、かかりつけ医（診療所の医師）等々それぞれの努力にもかかわらず、結果として提供されている医療の総体が不十分・非効率なものになっているという典型的な合成の誤謬ともいべき問題が指摘されていたのであり、問題の根は個々のサービス提供者にあるのではない以上、ミクロの議論を積み上げるのでは対応できず、システムの変革そのもの、具体的には「選択と集中」による提供体制の「構造的な改革」が必要となる。

『社会保障制度改革国民会議報告書』（2013）

かかりつけ医という言葉が、2013年に及ぶまで公式文書で使われていなかったのは、それがあまりにも曖昧だったからである。

この言葉は、村瀬敏郎日医会長（1992—1996年）が、副会長の頃に、厚生省の家庭医構想に反対する中で、「家庭医」に対する言葉として「かかりつけ医」を使い始めたと言われている。そして村瀬氏は、厚生省に「家庭という言葉を使うな」と指示を出していたようでもある。この言葉は曖昧で実態がよくわからないという批判に対して、村瀬氏は「それでいいんだ。かかりつけ医というのは特別の技能を持った医師のことではなく、国民に選ばれた医師ということでもいいんだ」と語っていたと医事評論家の水野肇氏は論じている。その後も、厚生省が持ち出しては仕掛けてくる「総合診療科」「総合科」「総合医」「プライマリ・ケア医」に対して、日医は「かかりつけ医」という、患者の意思により自発的に選択された医師こそがベストという考えで対抗し、診療科や専門性・総合性の程度、医療機関の規模を問わないことを強調してきた。しかしながら、世の中というのは、移ろい変わっていくものである。次なども、一つの変化であらう。

かつて医師会といえば、100万票を集める強力な集票組織だった。25年間、日医会長の座を守り続けた武見太郎の時代、77年の参院選で日本医師連盟の組織内候補が約128万票を集めて当選している。その前後の選挙でも80万票以上を集めている。選挙制度が変わっているので一概には比較できないが、最近では20万票を獲得するのが精一杯だ。

辰濃哲郎（2010）『歪んだ権威』

この本が出て10年以上経つ。今は20万票も難しいとも言われている。

ちなみに、社会保障制度改革国民会議で初めて公式文書に記された「かかりつけ医（診療所の医師）」という言葉は、村瀬氏から始まる「かかりつけ医」の用法とは異なっている。この点については、次のような、2017年に開かれた第30回日本老年学会総会合同シンポジウムでのパネル・ディスカッションを紹介しておこう。

権丈 国民会議の報告書の中では「かかりつけ医（診療所の医師）」と書いてあります。診療所の医師という形で考えるかかりつけ医と、従来から大病院の医師を含め、様々なところで用いられてきたかかりつけ医とは若干の齟齬がありますが、中小病院を含めた日本型の方が望ましいと思われる根拠があれば教えてください。

鈴木邦彦日医常任理事 かかりつけ医機能とは診療所だけではありません。中小病院でも長年のかかりつけの患者さんがたくさんいます。日本では病床を持って開業し、病床数を増やしながら、有床診療所を経て少しずつ病院を大きくしてきたという歴史的経緯がありますので、診療所と中小病院を分けることは考えにくいですね。現実的には200床未満ということになるのではないのでしょうか。<sup>1</sup>

日医常任理事が認識する「かかりつけ医」の意味も、村瀬氏が考えていたものとは変わっている。

日本医師会・四病院団体協議会がかかりつけ医機能を合同提言した時の日本医師会会長は、横倉義武会長であった。横倉前日医会長は、この10月に『新型コロナと向き合う』を上梓されている。そこに次の文章がある。

私が日本医師会会長になってからは、2013年8月6日、2025年までの社会保障・税一体改革の道筋を示した「社会保障制度改革国民会議報告書」が公表され、その中でかかりつけ医の役割の重要性について言及されました。「フリーアクセスを守るために緩やかなゲートキーパー機能を備えた「かかりつけ医」の普及は必須であること、「大病院

---

<sup>1</sup> 第30回日本老年学会総会『『治し支える医療』へ向けて、医学と社会の大転換を』（2018年3月30日）pp.144-145



の外来は紹介患者を中心として、一般的な外来受診は、「かかりつけ医」に相談することを基本とするシステムの普及、定着は必須」であること、さらに地域包括ケアシステムは、「自宅だけでなく、高齢者住宅に居ても、グループホームや介護施設その他どこに暮らしていても必要な医療が確実に提要されるようにしなければならず、「かかりつけ医」の役割が改めて重要」であること、そして「かかりつけ医機能を担う地域医師会等の協力を得つつ、在宅医療と介護の連携を推進することも重要」であることが明記されました。

#### 『新型コロナと向き合う』

社会保障制度改革国民会議、日本医師会・四病院団体、厚生労働省、そして財務省は、一貫して同じ意味での「かかりつけ医」の話をしている。それは、日本医師会・四病院団体が提言した、「地域の医師、医療機関等と協力」し、「休日や夜間も患者に対応できる体制を構築」しており、「在宅医療を推進」している医師のことである。

そして、社会保障制度改革国民会議、日本医師会・四病院団体、厚生労働省、そして財務省は、一貫して、フリーアクセスを、「必要な時に必要な医療にアクセスできる」という意味で用い、かかりつけ医は、緩やかなゲートキーパー機能を果たすものという意味で用いている。

『新型コロナと向き合う』の中で、横倉先生は、「かかりつけ医が一層、普及・定着していれば、新型コロナ感染症についても相談、検査、診断と治療、療養といった一連の医療を切れ目なく、適切かつより円滑に行えたのではないかと思います」と語っている。

医療関係者を含めて、世の中のひとの多くは、未だに、フリーアクセスを「いつでもどこでも」と考えているようでもある。しかし、それは間違いである。さらに、多くの人は、かかりつけ医というものは、「地域の医師、医療機関等と協力」し、「休日や夜間も患者に対応できる体制を構築」しており、「在宅医療を推進」している医師のことであると、日本医師会と四病院団体が定義していることも知らない。だから、議論が混乱することになる。

財務省は、10月11日の財政審で、日本プライマリ・ケア連合学会の草場鉄周理事長から「コロナ禍を乗り越えて——あるべきプライマリ・ケア」というテーマで意見を聞いていた。草場氏は、「有事の際に動けるように、平素から保健所、自治体、急性期病院、地域の介護施設としっかり連携をとりながら、対応する事ができるプライマリ・ケアのシステムを整備」することを説き、「コロナ禍を契機にプライマリ・ケアのシステム作りをスタート」することを論じていた。

そうした動きにある世の中の様子を眺めていた私は、11月9日に第1回が開かれた「全

世代型社会保障構築会議」で次のように論じてきた。

日医前会長の横倉先生が出された本に、「かかりつけ医が一層、普及していれば、コロナ禍でも、・・・医療をより円滑に行えたのではないか」と書かれています。有事のための改革は、2013年の国民会議来、平時に進められていた改革のスピードアップであるという理解に落ち着いてきている今、従来の手法とは異なる手法、かかりつけ医の制度的普及策を考えたり、国保の都道府県化の徹底、地域医療構想における都道府県の責務と権限の明確化、強化をはじめ、実効性ある手法への転換が求められている時代に入ったのではないかと実感しています。

国民会議の報告書が2013年に出て8年が経つ。医療政策は、そろそろ次のモードに入っているように見える。そしてその時代での議論では、フリーアクセスとかかりつけ医の意味が、かつてとは変わっているという知識の共有が必要であるように思える。