

日本総合研究所主催シンポジウム 2022年12月8日 経団連会館、YouTube同時開催

## 第一部 問題提起 (1)

# わが国の医療制度が直面する課題

株式会社日本総合研究所 調査部 主席研究員 西沢 和彦



## 問題提起① わが国の医療制度が直面する課題

2022年12月8日  
株式会社日本総合研究所  
西沢 和彦

次世代の国づくり

Copyright (C) 2022 The Japan Research Institute, Limited. All Rights Reserved.

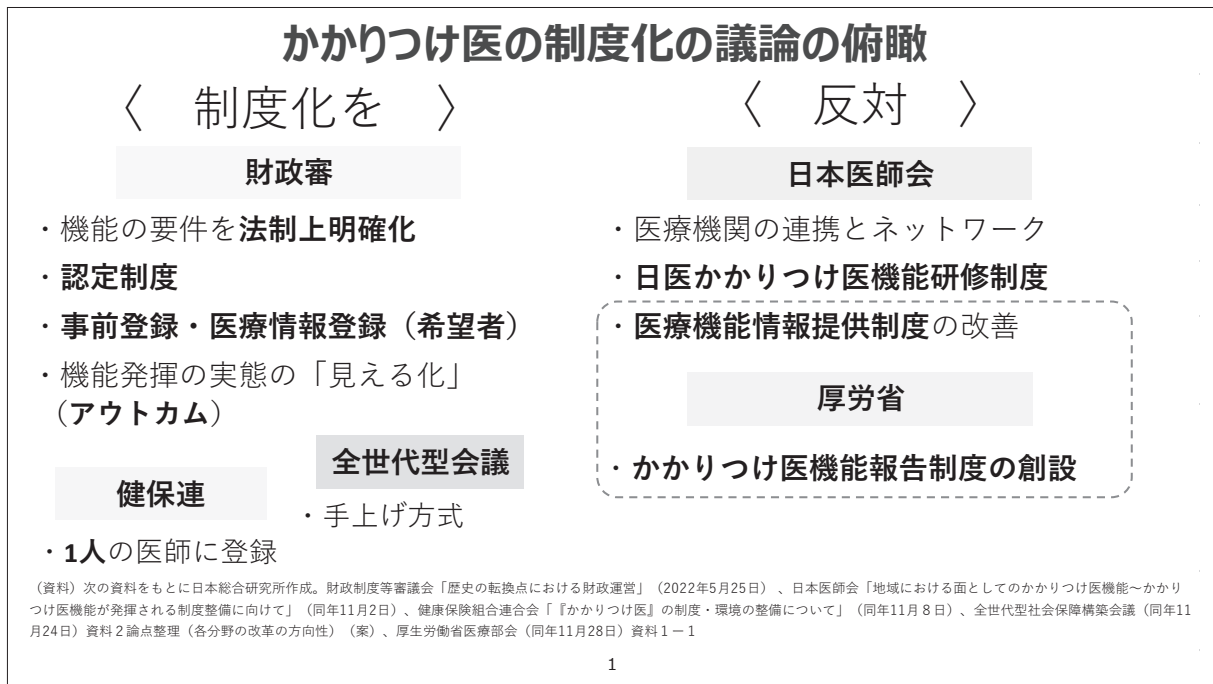
ご紹介いただきました日本総合研究所の西沢でございます。私からは、本日のシンポジウムの見通しをよくするために、10分ほど、お話をさせていただきます。

本シンポジウムは、1年前に企画しましたが、「かかりつけ医」というタイトルにするかどうか私たちも迷いました。ただ、私たちは「プライマリ・ケア」という言葉を使うことにいたしました。そのココロをお話したいのですが、現状の議論をまず整理しておかないといけませんので、二つだけ、前置きをさせていただきたいと思います。

まず、一つ目です。現在、かかりつけ医の制度化の議論が行われています。当事者の方には、ちょっと違うよという方がいるかもしれませんが、ごくデフォルメしてお話します。



西沢主席研究員



まず、制度化を、もともと今年の初めのほうに財政制度等審議会が提案していました。ポイントは主に三つあり、機能の要件を法制上明確化する、認定制度を設ける、そして事前登録であり、希望者について医療情報の登録を行う、この三つです。加えて、機能発揮の実態すなわちアウトカムの「見える化」を行う、という提言をしていました。

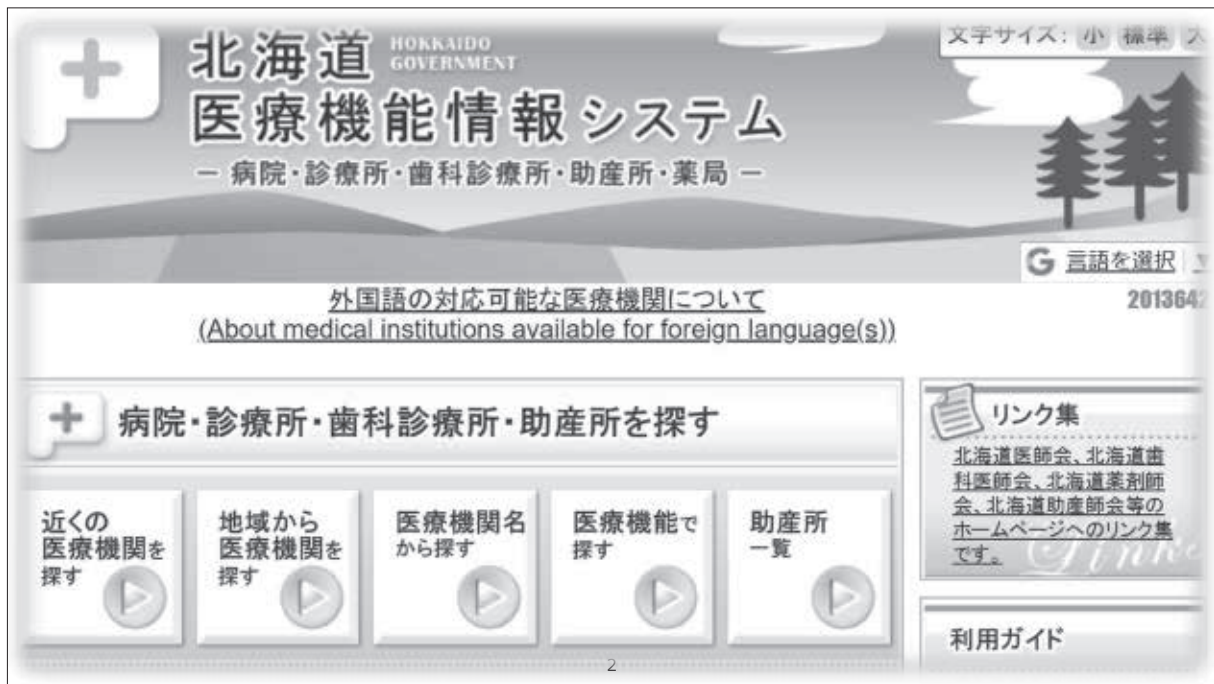
これまで「医療」というと、とくに病床に焦点が当たっていたなかで、こういったかかりつけ医について焦点が当てられたのはとてもよかったと思っております。これと軌を一にするのが健保連です。健保連の提案は、登録するのは「一人の医師」という点に特徴があります。そして、全世代型社会保障構築会議は、手上げ方式にしたらどうだろうという提言をされていたわけです。ただ、足元の状況は非常に流動的だと思います。

日本医師会は、2022年11月に提言を発表されています。財政審のような制度化ではなくて、日本医師会の提言は、一つは、医療機関同士の連携とネットワークを頑張ろうということです。もう一つは、すでにある「かかりつけ医研修制度」をもっと検討しますということです。三つ目が、政府がすでに実施している医療機能情報提供制度をもっとよくするということです。厚生労働省の考え方もおおむねこれに平仄を合わせています。こういう現状があると思います。

医療機能情報提供制度というのは、ちょっと聞き慣れないのですが、各都道府県にスライドにあるようなサイトが設けられています。

例えば、サイトの「医療機能で探す」といったボタンをクリックしますと、診療科とか費用負担方法などのサイトが出てきます。

こうしたサイトを検索していくと、例えばこのスライドにあるように特定のクリニック名とそこの持っている機能が出てきます。こういうサイトがあります。



**医療機能を選択**

- ④ 時間外の対応
- ④ 医療機関内サービス・アメニティ
- ④ 外国語
- ④ 費用負担
- ④ 医師、歯科医師の専門性に関する資格の種類
- ④ 薬剤師・看護師の専門性に関する資格の種類
- ④ 短期滞在手術
- ④ 専門外来
- ④ 健康診断、人間ドック、健康相談
- ④ 人間ドック
- ④ 予防接種
- ④ 在宅医療
- ④ 介護保険サービス
- ④ 介護関係施設
- ④ セカンドオピニオン
- ④ 地域医療連携体制
- ④ 医療の実績等

**保有する施設設備から選択**

- ④ 施設設備、病棟等
- ④ 放射線関連機器
- ④ 診断及び治療機器

**対応することができる疾患・治療内容から選択**

- ④ 皮膚・形成外科
- ④ 神経・脳血管
- ④ 精神科・神経科
- ④ 眼
- ④ 耳鼻咽喉
- ④ 呼吸器
- ④ 消化器系
- ④ 肝・胆道・膵臓
- ④ 循環器系
- ④ 腎・泌尿器系
- ④ 産科
- ④ 婦人科
- ④ 乳腺
- ④ 内分泌・代謝・栄養
- ④ 血液・免疫系
- ④ 筋・骨格系及び外傷
- ④ リハビリ
- ④ 小児
- ④ 麻酔
- ④ 緩和ケア
- ④ 放射線治療
- ④ 画像診断
- ④ 病理診断
- ④ 歯科
- ④ 口腔外科
- ④ 難病
- ④ その他

3

これをもっとユーザー・フレンドリーなものにしようというのが、厚生労働省や日本医師会の考え方かなと思います。これが今の議論の現状ですね。こうした議論のなかで私たちのシンポジウムが行われております。

もう一つ、議論の現状としまして、わが国はとかく治療に視線が向かいがちです。「国民医療費」とい

医療法人社団 ○○○ クリニック		区
住所	○○○	地図を表示
アクセス	ルート1 ○○○	
電話番号	電話: (昼・夜) ○○○	
診療科目	小児科 主たる科目 ⓘ	
外来特記事項	○○○	
施設情報 ⓘ	駐車場有                  車椅子配慮                  喫煙対策有                  カード利用	
検索該当項目	地域包括診療加算の届出 (かかりつけ医に関するもの) 地域包括診療料の届出 (かかりつけ医に関するもの) 小児かかりつけ診療料の届出 (かかりつけ医に関するもの) 機能強化加算の届出 (かかりつけ医に関するもの) 日常的な医学管理及び重症化予防 (かかりつけ医に関するもの) 地域の医療機関等との連携 (かかりつけ医に関するもの) 適切かつ分かりやすい情報の提供 (かかりつけ医に関するもの)	

4

う統計があります。直近で43兆円ですが、他方、OECDはHealth expenditure、日本語では保健医療支出とか健康支出と訳されますが、こういったカテゴリーで健康、あるいは、広義に医療を捉えています。

「国民医療費」というのは、Health expenditureでいいますと、治療とりハビリ、画像診断や検査、処方薬など、ごく一部でしかないんですね。

他方、Health expenditureはそうではありません。スライドにありますように、2番目の介護とか予防(公

## Health expenditure (保健医療支出) を視野に

(兆円)

機能	2019	2020
治療とリハビリテーション	32.9	..
介護	11.3	..
画像診断や検査など	0.4	..
処方薬、OTC、補聴器など	13.7	..
予防	2.3	1.8
情報、教育、相談	0.1	0.0
予防接種	0.3	0.0
疾病の早期発見 (検診)	0.1	0.0
健診	1.4	..
疫学的サーベイランス、リスクと疾病のコントロール	0.1	..
災害への備えと緊急対応	0.0	0.3
保健所、市町村保健センターなど	0.3	..
行政費用	1.1	..
合計	61.2	(P) 59.9

(資料) OECD.Stat (2022年11月13日データ取得) より日本総合研究所作成。日本の数値

5

衆衛生)、予防は細かく内訳をとっていますけれども、治療だけでなく、介護や予防までも含めてトータルで健康を捉えようとしています。

予防の内訳を見ますと、情報・教育・相談、予防接種、疾病の早期発見、健診、疫学的サーベイランス、リスクと疾病のコントロール、災害への備えと緊急対応というふうになっており、一見しましても、今回の新型コロナ禍で多大な費用を要した項目ばかりです。

ただ、この2019年の数字がOECDのホームページに公表されていますが、残念ながら、過少推計になっているんですね。私が計算し直しますと、例えばトータルでは公表されている1.8兆円ではなくて、2.3兆円になります。こうした統計にも表れていますように、私たちの視線はとかく治療に向かいがちなんです。そうではなくて、介護や予防も含めて、トータルで健康あるいは広義の医療を考えたい。それが本日のパースペクティブの一つではあります。

## (参考) 韓国のHealth expenditure

(兆ウォン)

機能	2019	2020	(P) 2021
治療とリハビリテーション	88.6	88.7	97.7
介護	21.0	23.2	23.5
画像診断や検査など	2.5	2.5	2.7
処方薬、OTC、補聴器など	33.6	34.4	36.1
予防	5.5	7.1	14.8
情報、教育、相談	0.3	0.3	0.3
予防接種	0.7	0.8	7.0
疾病の早期発見（検診）	1.1	1.3	2.6
健診	2.0	2.3	2.4
疫学的サーベイランス、リスクと疾病のコントロール	1.4	2.4	2.5
災害への備えと緊急対応	0.0	0.0	0.0
行政費用	5.5	5.8	5.8
合計	156.7	161.7	180.6

(資料) OECD.Stat (2022年11月13日データ取得) より日本総合研究所作成。2021年は速報値

6

ちなみに、これは韓国の例です。非常によくできていると思ひまして、2019年から直近は2021年まで数字が入っています。コロナの前と後ですね。予防のところをご覧くださいますと、予防接種が2020年、0.8兆ウォンから2021年に7兆ウォンに急激に増えている。疫学的サーベイランスとリスクと疾病のコントロールは、保健所の感染症経路の特定とか等々が2019年と2020年ではほぼ倍増近くになっているわけで、コロナへの対応の状況がマクロでとても把握しやすくなっています。私たちは、ここを見なければいけない。そして、これを見ることによって、プライマリ・ケアとして議論する重要性がよりクリアになると思っています。

日本は治療に焦点が当たっているけれども、もっとプライマリ・ケアにシフトしていかなければいけない、ということは、スライドに引用していますように、OECDもかねてより指摘している点です。

## 治療に偏重した制度 OECD (2014)

「The health care system is strongly oriented toward curative care. Although there is a desire to pivot the system toward primary care but the quality architecture is not in place to support expansion of this sector」

(資料) OECD (2014) 'Reviews of Health Care Quality JAPAN RAISING STANDARDS ASSESSMENT AND RECOMMENDATIONS (医療の質レビュー 日本 スタンダードの引き上げ)'

## あるべき課題設定は

かかりつけ医の制度化



標準化された

プライマリ・ケアと家庭医の普及

そして、私たちがプライマリ・ケアをテーマにした背景を残りの時間でお話ししたいと思います。現在の議論は「かかりつけ医の制度化」ですけれども、私たちは「標準化されたプライマリ・ケアと家庭医の普及」というテーマ設定にしました。なぜか。

「家庭医」というのは、1976年の著書のなかで有名な日本医師会会長である武見太郎さんもおっしゃっていた言葉です。著書のなかで、まさに家庭医の重要性を強調されています。「地域の特性を知悉し、地



## 家庭医養成は消失 武見太郎氏（1976）

「家庭医制度、主治医制度は、疾病と健康の地域性を  
知悉し、広域的な地域文化についても理解を持ち、広  
範で多様な立場から、健康の維持、増進を考える人た  
ちであるが、いまではそのような医師の養成は、どの大  
学でも行われなくなった」

「医学が進歩し細分化したことが、逆に地域医療荒廃の  
原因となるという逆転現象をもたらした」

（資料）武見太郎（1976）『医心伝真』実業之日本社

域の文化も理解し、広範で多様な立場から、健康の維持、増進を考える人たちである」すなわち、お医者さんというのは、待っているというよりも、地域のことを知って、地域に能動的に働きかける、そういうのが家庭医だということを40年以上前からおっしゃっています。私は、この家庭医の姿を追求すべきであると考えています。

そして、「制度化」でなくて、「普及」としたのにもわけがあります。ビジョンが共有されないままの

## 「制度」は所期の目的を達成してきたか

- 医薬分業（1974年～）
- 病床の総量規制（1985年）
- 7対1入院基本料（2006年）
- 紹介状なき大病院受診時の定額負担  
（2016年～）

制度化というのは、往々にして所期の目的を達成していないことが散見されるためです。

例えば医薬分業がそうです。薬剤師さんとお医者さんが別々の場所で働いていて、それが本当に分業なのか、むしろ分断になってしまっているのではないかという疑問があります。医薬分業の所期の目的であった薬価差益解消も実現しておらず、今なお8,000億円程度残っています。病床の総量規制も、むしろ駆け込み増床を招いてしまった。7対1入院基本料も、かえって高度急性期への資源シフトができてしまった。紹介状なき大病院受診時の定額負担というの、お金さえ払えば大病院にかかれるのかという誤ったメッセージすら与えています。このようなわけで、私たちが重視したいのは、ビジョンを共有してから制度化を進めようということです。

## 高齢化と感染症危機だけではない、医療制度が直面する諸課題

- 財政健全化の強い要請
- 一方、製薬産業への期待
- 子どもを取り巻く環境の深刻化
- 就業構造と働き方の変化
- 医師の働き方改革
- デジタル活用と多職種協働の後れ など

そして、なぜ、「かかりつけ医」ではなく、「プライマリ・ケア」としたのか。一般的には、高齢化、あるいは、コロナ対応で医療提供体制の見直しが必要だと言われていますけれども、確かにそれもあります。それだけではないと思います。財政健全化を進めていくうえでも重要です。製薬産業への期待が高まるなか、経済安全保障と言われていますけれども、プライマリ・ケア領域でデータを蓄積し、それを二次利用していくというのは、とても重要だと思います。

また、子どもを取り巻く環境のなかでも、医療的ケア児の方、あるいは、発達障害のある方々については、かかりつけ医というよりも、やはり家庭医の概念が重要だと思います。お子さんに何らかの症状が表れた際、その原因は、お子さん自身ではなく、周りの大人や社会にあるかもしれない。お子さんを治療するというよりも、周りの大人や社会を治療しなければいけないわけです。

また、働き方の変化、例えば、在宅ワーク、複数事業所勤務が増えていくなかで、産業医といった会社のなかだけの健康管理ではなく、どうケアしていくかといったことも重要です。お医者さんの働き



---

方改革のなかでは、もっと薬剤師さんとか保健師さんに仕事を任せてもいいのではないかといたこともあると思います。

最後に、デジタル活用と多職種協働の後れも指摘できると思います。この点は成瀬からお話しさせていただきます。

私からは以上です。ご清聴、ありがとうございました。