

「税・社会保障改革シリーズ No.60」

2024年6月12日
No.2024-014

かかりつけ医機能が発揮される制度整備の進め方

— わが国と医療提供体制が類似した台湾を参考に —

調査部 主任研究員 成瀬道紀

《要 点》

- ◆ 新型コロナ禍を経験し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備について議論が行われている。わが国の診療所は、臓器別専門医が中心に診療し、常勤医師1名の施設が多いため、よくある疾患に幅広く対応したり、夜間・休日の対応をしたりするなどのかかりつけ医機能を単独で発揮することが難しい。そこで日本医師会は、医療機関同士で連携し、地域で面としてかかりつけ医機能を発揮するとしているが、それを担保する施策の検討が進んでいるようにもみえない。世界の多くの国で、外来や在宅医療などの身近な医療であるプライマリ・ケアを担う医療機関の医師は、幅広い疾患に対応できるようトレーニングを積んだ家庭医（総合診療専門医）であり、診療所の規模はわが国より大きい。かかりつけ医機能が発揮される制度整備を検討するうえで、上述のようなわが国の特殊性を踏まえる必要がある。
- ◆ 本稿は、診療所がわが国と同じ特殊性を持ち、フリーアクセス、出来高払いであるなど制度面でもわが国と類似点が多い台湾を参照する。台湾は、1980年代から家庭医の育成を着実に進め、家庭医の専門医資格を取得した医師は家庭医療科を開業できる。2003年に、複数の診療所が地域医療連携グループを形成し、会員として登録された住民に対してかかりつけ医機能を発揮することで会員数や成果に応じた報酬を得られる家庭医療包括ケアシステムを導入した。会員は、政府が一定の基準で健康リスクが高いとみられる者を抽出し決定される。本制度により、地域を面で支えることにまさに成功しており、会員の救急利用や入院を減らし、医療費を抑制するなどの成果が確認されている。
- ◆ 以上を踏まえ、以下の五つの施策が求められる。第1に、総合診療専門医の育成強化である。第2に、総合診療科を標榜可能とすることである。第3に、医療機関にグループ化を促し、かかりつけ医機能の発揮を求める制度の導入である。第4に、そうした医療機関に対する登録制、および、人頭払いや医療の質を評価した報酬の導入である。これは、フリーアクセス、出来高払いと両立可能である。第5に、第4の施策を実現するためにも必要なデータ活用の体制整備である。

本件に関するご照会は、調査部・主任研究員・成瀬道紀宛にお願いいたします。

Tel : 080-4172-8102

Mail : naruse.michinori@jri.co.jp

[「経済・政策情報メールマガジン」](#)、[「X \(旧 Twitter\)」](#)、[「YouTube」](#)でも情報を発信しています。

本資料は、情報提供を目的に作成されたものであり、何らかの取引を誘引することを目的としたものではありません。本資料は、作成日時点で弊社が一般に信頼出来ると思われる資料に基づいて作成されたものですが、情報の正確性・完全性を保証するものではありません。また、情報の内容は、経済情勢等の変化により変更されることがあります。本資料の情報に基づき起因してご閲覧者様及び第三者に損害が発生したとしても執筆者、執筆にあたっての取材先及び弊社は一切責任を負わないものとします。

1. はじめに

新型コロナ禍を経験し、かかりつけ医機能が発揮される制度整備の必要性が強く認識され、議論が行われている。かかりつけ医機能とは、医療法施行規則によれば、「身近な地域における日常的な医療の提供や健康管理に関する相談等を行う医療機関の機能」とされている。身近な地域における日常的な医療とはまさにプライマリ・ケアであり、かかりつけ医機能は、プライマリ・ケアを担う医療機関に必要な機能を、わが国が独自の呼称で表現したものと理解できる。個々の具体的な機能は現在議論されている最中であるが、本稿は、①よくある疾患（コモンディジーズ）への幅広い対応、②専門医との適切な連携、③患者の継続的ケア、④予防への取り組み、⑤生活背景や家族の状況を踏まえた全人的ケアの提供、⑥夜間・休日の対応などの機能を想定し議論を進める¹。

わが国の診療所は、耳鼻咽喉科、整形外科、皮膚科など臓器別専門医による診療が中心で、かつ、常勤医師が1名の小規模な診療所（ソロ・プラクティス）が多く、かかりつけ医機能を単独で担うことが難しい状況にある。こうしたなか、日本医師会などは医療機関同士で連携し、地域で面としてかかりつけ医機能を発揮すると主張しているが、現状、それを担保する施策の検討が十分に進んでいるようにはみえない。

そこで本稿では、わが国のプライマリ・ケアの現状と課題を整理したうえで、台湾を参考にしつつ、かかりつけ医機能が発揮される制度整備をいかに進めるべきかを考察する。台湾は、臓器別専門医による小規模な診療所が多いなど、わが国とプライマリ・ケアの提供体制が類似している。他方、コモンディジーズに幅広く対応し全人的なケアができる家庭医（総合診療専門医）の育成に早くから取り組み、複数の診療所が連携してかかりつけ医機能を発揮するよう促す制度を導入し成果を挙げるなど、わが国への示唆に富む。

2. わが国のプライマリ・ケア提供体制の課題と足元の議論の整理

（1）わが国のプライマリ・ケアの提供体制の現状と課題

わが国のプライマリ・ケアの提供体制や制度は国際的にみて特異である。欧州諸国、カナダ、オーストラリアなどの多くの先進国で、プライマリ・ケアを提供する医療機関（主に診療所）の医師は、総合診療専門医である。臓器別専門医は病院で入院患者の治療などの高度専門医療を担い、プライマリ・ケアを担う総合診療専門医との役割分担が明確な国が多い。概して診療所の規模はわが国より大きく、複数の総合診療専門医や看護師・薬剤師などのコメディカルが所属しているため（グループ・プラクティス）、一人の医師に依存せず、時間外対応も含め継続的なケアの提供が可能である。住民は、事前に診療所を登録し、受診が必要な健康問題が生じた際には原則その診療所を受診する。診療所への報酬は住民の登録数に応じた人頭払いの要素が大きい。人頭払いのもとでは、登録された住民が健康でいた方が診療にかかるコストを抑えられるため、診療所は予防に積極的に取り組むインセンティブを有する。

翻ってわが国は、これと大きく異なる。まず提供体制の面では、プライマリ・ケアの担い手として期待される診療所は、多くの場合臓器別専門医が診療しており、かつ、常勤医師が1名と小規模

¹ かかりつけ医機能にどのような機能が含まれるかは、論者により幅がある状況である。例えば、現状わが国の公的医療保険制度は治療に対して給付を行い、原則予防を対象としていないこともあり、厚生労働省や日本医師会がかかりつけ医機能について言及した資料には、④予防への取り組みが入っていないことが多い。



である。実際、わが国では2022年時点で10.5万施設²（歯科を除く）もの診療所が存在するが、診療所に勤務する医師数は10.7万人³と診療所の数とほぼ同数である。このため、一つの診療所が単独で幅広いコモンディジェーズや夜間・休日の対応などのかかりつけ医機能を発揮することは難しい。

このようにわが国が特異な状況にある背景として、大きく二つ指摘できる。一つは、総合診療専門医の育成の遅れである。わが国では長らく総合診療が専門分野として認められない状況が続き、2013年ようやく医師の専門性を公的に認定する専門医制度にお

いて総合診療専門医を基本領域の専門医の一つとして加えることが決定された⁴。2018年に専門医制度に基づく総合診療領域専門研修プログラム（3年間）がスタートし、2021年に総合診療専門医の第1期生が誕生した。このように、総合診療専門医の本格的な育成は始まったばかりであるうえ、毎年

の育成数は300名弱にとどまる（図表1）。国際的には地域住民2,000人に一人程度の総合診療専門医が必要とされており（葛西[2013]）、それに基づけばわが国では約6万人必要ということになるが、現状、全国民をケアするには、総合診療専門医の数が圧倒的に足りない。

もう一つは、総合診療科（家庭医療科）の標榜が認められていないことである。患者は、総合診療科を標榜する医療機関がなければ、幅広い健康問題を相談できる医療機関を探すことが困難であるばかりか、そもそもそのような選択肢の存在を認識する機会すらなく、症状に応じて各臓器別専門科を受診することになる。医学部生や研修医は、総合診療専門医に認定されても総合診療科を標榜できないのであれば、キャリアの将来性に不安を感じ、総合診療領域の専攻を躊躇する要因となり得る（日本総研研究所[2023]）。なお、標榜が認められている他の診療科についても、専門医資格等がなくても医師免許さえあれば自由に標榜できる⁵わが国の制度（自由標榜制）は国際標準からかけ離れている点は特記しておく必要がある。

次いで制度面では、わが国は諸外国のような登録制の仕組みがなく、そのことはフリーアクセス、出来高払いといったわが国の医療制度における他の主要な特徴と密接に関連している。わが国では、フリーアクセスの名のもとに患者が受診する医療機関を自由に選択できるが、それ故に様々な医療

（図表1）診療科別専攻医採用数

診療科	2018	2019	2020	2021	2022	2023
内科	2,670	2,794	2,923	2,977	2,915	2,855
小児科	573	548	565	546	551	526
皮膚科	271	321	304	303	326	348
精神科	441	465	517	551	571	562
外科	805	826	829	904	846	835
整形外科	552	514	671	623	644	651
産婦人科	441	437	476	475	517	481
眼科	328	334	344	329	343	310
耳鼻咽喉科	267	282	266	217	256	203
泌尿器科	274	255	323	312	310	338
脳神経外科	224	252	247	255	237	217
放射線科	260	234	247	268	299	341
麻酔科	495	489	455	463	494	466
病理	114	118	102	95	99	93
臨床検査	6	19	14	21	22	36
救急科	267	286	279	325	370	408
形成外科	163	193	215	209	253	234
リハビリテーション科	75	69	83	104	145	136
総合診療	184	179	222	206	250	285
合計	8,410	8,615	9,082	9,183	9,448	9,325

（資料）厚生労働省「令和5年度の専攻医採用と令和6年度の専攻医募集について」

² 厚生労働省「医療施設調査」。

³ 厚生労働省「医師・歯科医師・薬剤師統計」。

⁴ 2013年4月22日厚生労働省「専門医の在り方に関する検討会 報告書」。

⁵ ただし、麻酔科を標榜するためには、医道審議会による書面審査のうえ、厚生労働大臣の許可を得る必要がある。

機関を受診しケアの継続性が確保できないケースも散見されるうえ、患者の健康に責任を持つ医療機関が不明確となりやすい。登録制がないもとでは、人頭払いは採用の余地がなく、診療報酬は一つ一つの診療行為に対して定められた金額を積み上げて算出した額を支払う出来高払いが中心である。このため、医療機関は住民が体調を崩して受診しないと収入が得られにくい構造となっており、予防に取り組む金銭的インセンティブに乏しい。

（２）新型コロナ禍を受けたかかりつけ医機能を巡る議論

新型コロナ禍を経験し、わが国のプライマリ・ケアの課題が浮き彫りとなった。例えば、発熱などの症状で新型コロナへの感染が疑われる場合、かかりつけ医に相談することが推奨されたが、患者とかかりつけ医の関係は明示的ではなく、患者がかかりつけ医だと思っても、医師の側にその認識がなく診察を断られる事例が相次いだ。あるいは、新型コロナの発生・感染拡大から1年以上経過した時点でもなお多くの診療所が軽症患者に対応できない状況が続き、本来重症患者への対応が求められる病院に軽症患者が向かい、病院の病床逼迫に繋がった。

こうした事態を受け、かかりつけ医機能が発揮される制度整備を進めるべきという声が強まった。2022年5月の財政制度等審議会⁶でかかりつけ医機能を有する医療機関の認定や希望者によるそうした医療機関への事前登録制が提案されたのを嚆矢として、健康保険組合連合会⁷など様々な機関から類似の提言がなされた。

もともと、わが国では従来「かかりつけ医」という言葉であえて曖昧に表現されていたものを⁸、「登録制」というかたちで明確化すれば、臓器別専門医による診療所の経営に影響を与える可能性があり、政治的な抵抗は大きい。登録制は、運用方法にもよるが、認定制、フリーアクセスの修正、人頭払いの導入などと密接に関連しており、その導入は医療界の既存の秩序を大きく変える端緒となり得る。まず、登録制の導入に当たり、患者が登録できる医療機関を定める必要がある。制度の趣旨を踏まえれば、大学病院のような高度専門医療機関が適切とは考えにくく、かかりつけ医機能を有する医療機関を対象とするのが妥当であろう。つまり、医療機関をかかりつけ医機能を有する施設と有さない施設に線引きする認定制の導入が必要となってくる。なお、既述の通り、わが国の診療所の多くは臓器別専門医によるソロ・プラクティスの運営であり、単独ではかかりつけ医機能を十分に有していない。

次に、イギリスなどが典型的であるが、事前に登録した医療機関にまず受診する制度とすれば、フリーアクセスの修正となる。それにより、患者の登録対象にならない医療機関にとっては、専門医による診察が必要と判断された重症患者のみ紹介を受けることになる。仮に従来軽症患者を中心に診察していたのであれば、患者数の減少に直結しよう。もともと、登録制にしながらフリーアクセスを維持することも可能である。例えば、ドイツやフランスは事前に登録した医療機関を受診しなくても直接他の医療機関を受診できるものの、その場合に保険給付割合が小さくなる（飛田[2020]）。もちろん理論上は、登録制を採用しつつ、直接他の医療機関を受診した場合も、保険給付割合を縮小しないことも考えられる。

さらに、登録制において、医療機関が登録された住民の健康情報を管理し健康に責任を持つため

⁶ 2022年5月25日「歴史の転換点における財政運営」。いわゆる春の建議。

⁷ 2022年11月8日「『かかりつけ医』の制度・環境の整備について<議論の整理>」。

⁸ わが国でも、1985年に「家庭医に関する懇談会」が設置されるなど、家庭医（総合診療専門医）を育成し、認定制・登録制を導入する議論はあったが、日本医師会が強く反対し実現しなかった。その後、医師の専門性よりも患者と医師との信頼関係に着目した「かかりつけ医」という言葉が用いられるようになった。三原[2021]などに詳しい。

には、それに対する人頭払いの報酬などが必要になる。あるいは、登録制により医療機関と患者の関係が明確になることで、患者の健康状態の改善やそれに伴う医療費の抑制などの成果を評価した医療の質に基づく支払い方法であるいわゆる P4P (Pay for Performance) が導入しやすくなる。医療に使える資金の総額が変わらない前提では、人頭払いや P4P に充てる財源を捻出するために、現行の出来高払いの報酬の削減が検討の俎上に載るのは容易に想定される。

このように、かかりつけ医機能を十分に有さない診療所をはじめ、登録制の導入やそれに伴う諸制度の改革により不利益を被ることが懸念される関係者も存在するため、日本医師会は登録制に反対した⁹。それもあり、2022年12月の社会保障審議会医療部会¹⁰で、登録制や認定制を伴わないかたちでかかりつけ医機能が発揮される制度整備を目指す方向性で事実上決着した。そこで示されている現行制度からの改革点は大きく二つある。

一つ目は、書面交付などによる医師と患者によるかかりつけ関係の確認である。具体的には、「医師により継続的な管理が必要と判断される患者に対して、患者が希望する場合に、医療機関が書面交付などにより、かかりつけ医機能として提供する医療の内容を説明する」としている。かかりつけ医と患者の関係が不明確という指摘に対し、登録制を導入せずに何とか対応を試みた案と評価できるが、はたしてわざわざ書面を交付するケースがどれだけあるのか実効性に疑問が残る。仮に書面を交付する場合でも、かかりつけ医機能のうち医師が提供したい機能のみを提供すれば良いように解釈でき、患者のニーズにあったかかりつけ医機能が提供されるかは覚束ない。

二つ目は、医療機関のかかりつけ医機能に関する情報提供の強化である。具体策として、都道府県が医療機関から報告を受けた一定の情報をホームページ上で公表する既存の制度である医療機能情報提供制度¹¹の充実・強化と、かかりつけ医機能報告制度¹²の創設が挙げられている。認定制の導入にまでは踏み込まず、こうした情報提供の強化のみが打ち出されたのは、基本的に一つの医療機関が単独でかかりつけ医機能のすべてを有しているわけではないなかで、地域で面としてかかりつけ医機能を発揮できればよいという発想に基づいているとみられる。患者は自身の状況に応じて情報を検索し、かかりつけ医機能 A が必要な時は甲診療所、かかりつけ医機能 B が必要な時は乙診療所を選択すれば良いということであろう。これでは、何でも相談でき、全人的・継続的なケアを提供するというプライマリ・ケアの本質は満たされないように思われる。

上述の社会保障審議会医療部会での提案を反映した内容で、2023年2月に法律案が提出され、2023年5月に成立した¹³。当該法律は大枠を定めた位置づけであり、公表すべきかかりつけ医機能とは何かを含め、その詳細は有識者会議¹⁴などの議論を経て、2024年夏を目途に議論の整理・とりまとめが行われ、省令に反映するとされており、現在進行形で議論が行われている。

⁹ 例えば、2022年11月2日、日本医師会定例会記者会見「地域における面としてのかかりつけ医機能～かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて～（第1報告）」。

¹⁰ 2022年12月5日第94回社会保障審議会医療部会「かかりつけ医機能が発揮される制度整備について」。

¹¹ 2024年3月まで都道府県のホームページで公表されていたが、公表方法や情報の粒度が都道府県ごとに異なるとの指摘があり、2024年4月から全国統一的なシステムである「医療情報ネット」で各医療機関の情報が公表されている。

¹² 医療機関は、国民・患者のニーズに対応する機能を都道府県に報告し、都道府県は、地域における機能の充足状況や、これらの機能をあわせもつ医療機関を確認・公表した上で、地域の協議の場で不足する機能を強化する具体的方策を検討・公表するとされている。

¹³ 全世代対応型の持続可能な社会保障制度を構築するための健康保険法等の一部を改正する法律（令和5年5月19日法律第31号）。なお、法律名のなかで健康保険法が例示されているが、かかりつけ医機能の制度整備に関する部分は医療法の改正が中心である。

¹⁴ 国民・患者に対するかかりつけ医機能をはじめとする医療情報の提供等に関する検討会、かかりつけ医機能が発揮される制度の施行に関する分科会、医療情報の提供内容等のあり方に関する検討会、社会保障審議会医療部会など。

3. 台湾のプライマリ・ケア強化に向けた取り組み

台湾は、1895年から1945年の半世紀にわたりわが国による植民地支配を受け、第二次世界大戦後もわが国を参考に医療制度の整備を進めたことなどから、フリーアクセス、出来高払いなどわが国と医療制度の類似点が多い。1995年には、従来職域別に分立していた医療保険を統合・拡充し、全国民を対象とした**全民健康保険**が導入され、国民皆保険が実現している（小島[2017]）。

（1）家庭医の養成と診療所の概要

台湾における家庭医養成は、全民健康保険の導入より早い1980年代にスタートしている（葛西[2013]）。1986年11月24日公布の医療法で規定された専門医制度では、専門科の病院・診療所の管理医師は専門医資格が必須と定められた¹⁵。同じく1986年に**台湾家庭医学会**¹⁶が設立され、総合診療専門医養成プログラムの提供を開始している。1988年に専門医制度における18の専門分野（現在は23分野）¹⁷が公告された際には、**家庭医療科**が筆頭に記載された。家庭医療科を含め、各専門科は自らの診療科を目立つところに掲示（標榜）することが求められる¹⁸。専門医制度は、専門医資格を持たない医師を保険医療から排除するものではない。専門医資格を持たない医師も西医（西洋医学）一般科として診療所を開業でき、施設数としては中医（中国伝統医学）を除く西洋医学の診療科のなかで最も多い（図表2）。

診療所の専門科のなかで家庭医療科は内科に次いで多く約2,000施設にのぼるが、全体としてはなお臓器別専門科が中心であり、診療所の常勤医師数は1～2名程度と小規模である¹⁹。従って、台湾でも、単独でかかりつけ医機能を発揮することが難しい診療所が多い点はわが国と同様とみられる。

（図表2）診療科別の西洋医学の診療所数（2022年）

診療科	施設数
西医（西洋医学）一般科	3,201
内科	2,158
家庭医療科	1,993
小児科	1,666
耳鼻咽喉科	1,281
外科	976
産婦人科	973
眼科	920
リハビリテーション科	768
整形外科	729
皮膚科	647
精神科	574
形成外科	373
神経科	359
泌尿器科	303
麻酔科	243
放射線診断科	241
救急科	194
神経外科	168
解剖・臨床（病理）科	166
放射線治療科	101
職業医学科	94
核医学科	83
合計（注）	11,998

（資料）衛生福利部「警事機構服務量統計年報」より
日本総合研究所作成

（注）複数の診療科を標榜する診療所があるため、各診療科の合計とは一致しない。

（2）家庭医療包括ケアシステムと地域医療連携グループ

2003年のSARS（重症急性呼吸器症候群）の流行をきっかけに²⁰、プライマリ・ケアのさらなる

¹⁵ 衛生福利部「専科醫師制度概況」。

¹⁶ 設立時は中華国家庭醫學學會という名称であった。

¹⁷ 専科醫師分科及甄審辦法第3條で定めている。

¹⁸ 上述のように専門科として認可されるための要件（専門医資格など）が定められていることから、日本語では、自らの主義主張や立場を示すというニュアンスのある標榜よりも、（客観的事実を）掲示していると表現した方がより適切と考えられる。

¹⁹ 図表2の通り、西洋医学の診療所11,998施設に対し、診療所の西洋医学の医師数は18,867人であり、単純平均すると1診療所当たり医師1.6人である。

²⁰ SARS流行より前の、1999年に発生した台湾中部大地震（921大地震）も台湾でプライマリ・ケアの重要性が認識されるきっかけとなった（葛西[2013]）。SARSの流行を受けて、2003年に家庭医療包括ケアシステムによって制度化される前から、地域医

機能強化の重要性が認識され、**家庭医療包括ケアシステム**が導入された（井伊[2024]）²¹。同計画の最大のポイントは、診療所がグループを形成し協力してプライマリ・ケアを提供するよう制度設計されている点である。

家庭医療包括ケアシステムでは、西洋医学の診療所が五つ以上集まり**地域医療連携グループ**を形成し、**会員**向けに健康管理の助言や、輪番による 24 時間対応の電話相談窓口の設置などのサービスを提供する。家庭医療包括ケアシステムの会員は、全民健康保険の被保険者のうち、①**よりケアが必要な集団**に抽出され、かつ、②前年最も多く受診した診療所が家庭医療包括ケアシステムに参加している者が対象となる（図表 3）。まず、①のステップで、保険者である政府（衛生福利部中央健康保険署）が前年のレセプト（診療報酬明細書）データを用いて、各被保険者の年齢、慢性疾患、投薬の状況、受診回数、医療費などの基準に基づき、よりケアが必要な集団を機械的に抽出する。これは、適切なケアを受けなければ健康状態が悪化する可能性が高く、地域医療連携グループがケアすることによる効果が高い集団と考えられる。会員をよりケアが必要な集団に絞ることで、限られた予算や人的資源などのリソースの効率的な活用が可能となる。とりわけ、会員となっても出来高払い維持されるため、会員への健康管理等のサービスに新たにかける財源が限られているなかで、このように会員を限定する必要が生じている。

（図表 3）全民健康保険の被保険者が家庭医療包括ケアシステムの会員に指定される条件

		「よりケアが必要な集団」に抽出	
		該当	非該当
前年最も受診した診療所が家庭医療包括ケアシステムに参加	該当	会員	非会員
	非該当	非会員	非会員

（資料）衛生福利部「全民健康保険家庭医師整合性照護計畫」より日本総合研究所作成

次に、②のステップである。

①で抽出された各被保険者が

前年最も多く受診した診療所を特定し、それが家庭医療包括ケアシステムに参加していれば、当該診療所を担当として、その被保険者は会員となる。診療所は、よりケアが必要な集団のリストを政府から受け取ると、被保険者を取捨選択することはできず、その全員に対して会員となった旨や受けられるサービス内容を通知する。被保険者は、会員になることに伴う自己負担はなく、フリーアクセスも維持されるなど特段デメリットはないため、同意書などは必要とされず診療所からの通知をもって自動的に会員となる。一方、前年最も多く受診した診療所が家庭医療包括ケアシステムに参加していない場合は、非会員となる。このような会員の選定方法は、家庭医療包括ケアシステムに参加しない診療所から直接患者をシフトするかたちにはならず、参加する意思のない診療所からも反発を受けにくい仕組みといえる。

報酬面では、通常の出る高払いに加えて、会員数に基づく人頭払いの**個別管理費**と P4P の**業績奨励金**がある。まず、個別管理費は、診療所に対して会員一人当たり年間 250 台湾元（1 台湾元＝4.5 円、2023 年平均）が給付される。次に、業績奨励金は、評価に応じて診療所に対して会員一人当たり最大年間 550 点分（1 点は最大 1 台湾元）²²が支給される。業績奨励金は、**健康管理効果促進と**

療連携グループのモデルは存在していた。

²¹ 312 頁から 314 頁の BOX6-1 で、家庭医療包括ケアシステムが紹介されている。

²² 台湾では医療費総額の予算が決まっており、1 点当たりの金額は変動しうる。上限が 1 点＝1 台湾元で、1 台湾元をやや下回る場合が多い。

品質上昇費用から成り、それぞれ最大 275 点である。健康管理効果促進は、会員に対する医療費抑制の成果²³を最大 275 点分まで支給される。品質上昇費用は、医療の質の評価に応じて 5 段階評価で 0～275 点支給される²⁴。主な品質評価項目としては、会員の救急利用や回避可能な入院の少なさ、各種検査率、24 時間電話相談窓口の応答状況²⁵、会員満足度などが挙げられる。なお、業績奨励金の評価（会員一人当たりの単価）は、診療所ごとではなく、地域医療連携グループに対して行われる。

家庭医療包括ケアシステムでは、家庭医の役割が重視されている。原則、地域医療連携グループを構成する診療所の常勤医師の 5 分の 1 以上は家庭医療科の専門医資格を有する必要がある²⁶。患者を全人的にみたり、未分化の健康問題に対応したりするには家庭医は必須であり、様々な分野の臓器別専門医がいれば家庭医の代わりになるということではないという考えがみてとれる。初めて地域医療連携グループに参加する医師は、保有する専門医資格に応じて、台湾家庭医学会が提供する研修の受講が課され、家庭医療科の専門医資格を持つ医師以外は、家庭医専門教育訓練の受講が求められる（図表 4）。

(図表 4) 地域医療連携グループ参加時に受講が必要な研修（専門医資格別）
 (時間)

専門医資格	行政管理 教育訓練	家庭医専門 教育訓練	その他専門医 専門教育訓練	合計
家庭医療科	4			4
内科・外科・産婦人科・小児科	4	8		12
その他	4	8	8	20

(資料) 衛生福利部「全民健康保険家庭醫師整合性照護計畫」より日本総合研究所作成

地域医療連携グループは、連携する協力病院を予め定めることが要件とされ、患者の症状によって必要に応じ、地域医療連携グループの診療所間または協力病院との間で相互に患者を紹介する。四半期に一度協力病院との間で紹介患者の症例検討会を行うほか、協力病院は地域医療連携グループの診療所に技術的支援を行う。病院は、症状の落ち着いた患者を多く診察すると品質評価で減点され診療報酬が減額される仕組みがあるため、自院で行うべき専門的処置を終えたら連携する地域医療連携グループの診療所に患者を紹介できるのは、経営上もメリットが大きい。

地域医療連携グループの数は 2003 年の制度開始以降順調に拡大し、この数年は 600 個強で頭打ちとなっている（図表 5）。地域医療連携グループに参加する診療所や対象となる被保険者数（会員数）は増加傾向にあり、2022 年時点で参加診療所数は 5,664 施設と西洋医学の診療所の 53%²⁷を占め、会員数は 600 万人で全民健康保険の被保険者全体の 25%にあたる。

²³ VC（会員の健康状態に応じてリスク調整した上で標準的に必要な西洋医学外来医療費）－AE（西洋医学外来医療費の実績値）を計算することによって、会員一人当たりの医療費抑制の成果を求める。

²⁴ 特優級 275 点、良好級 210 点、普通級 175 点、要指導級 145 点、不支給 0 点。

²⁵ 少なくとも年 5 回、電話が繋がって適切な対応がなされるかテストが行われる。

²⁶ あるいは、診療所の常勤医師の 2 分の 1 以上が内科、外科、産婦人科、小児科、家庭医療科であれば良い。

²⁷ 全民健康保険の契約上西醫基層診療所となっている診療所のみを分母として計算しているとみられ、図表 2 の西洋医学の診療所数 11,998 を分母とすると 47%となり数字が一致しない。

(図表5) 地域医療連携グループ、参加診療所、会員数の推移

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
地域医療連携グループ(個)	24	269	268	303	305	324	318	356	373	367
参加診療所(施設)	144	1,576	1,533	1,801	1,736	1,871	1,789	2,183	2,257	2,361
会員数(万人)	6.0	62.0	118.7	153.6	137.1	156.9	161.0	131.1	144.5	211.1

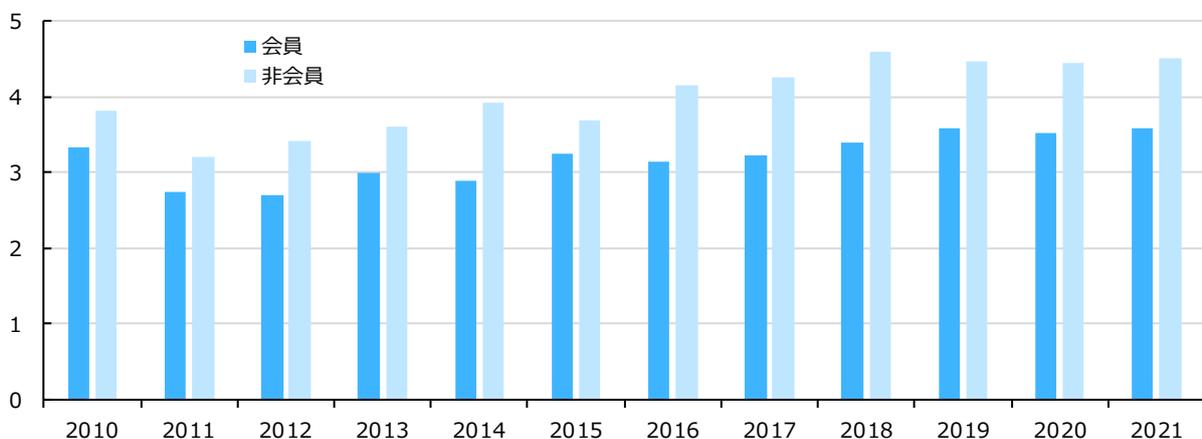
	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
地域医療連携グループ(個)	374	389	426	414	526	567	605	622	623	609
参加診療所(施設)	2,785	2,890	3,035	3,057	4,063	4,558	5,052	5,407	5,587	5,664
会員数(万人)	205.3	223.5	248.5	260.4	413.4	473.1	545.8	574.9	600.8	600.2

(資料) 衛生福利部全民健康保険會「第5屆111年第12次委員會議資料」(2022年12月23日)より日本総合研究所作成

家庭医療包括ケアシステムの会員は、より効率的で質の高い医療の提供を受けているとみられる。政府が抽出したよりケアが必要な集団²⁸のうち、会員と非会員で比べると、毎年会員の方が非会員より平均医療費が低く抑えられている(図表6)。2011~2015年の会員・非会員を含むよりケアが必要な集団のレセプトの個票を用いた大規模調査では、個人の健康状態などの要因を調整後で、会員は非会員に比べて COPD(慢性閉塞性肺疾患)、糖尿病による入院の割合が有意に低いことが示された(Jan C-FJら[2021])。新型コロナ禍への対応では、2022年現在609ある地域医療連携グループのすべてがオンライン診療を提供しており、608の地域医療連携グループが新型コロナの確定症例への対応を行うなど、グループで協力して対応することにより、患者に必要なケアを提供できていることがうかがえる。

(図表6) よりケアが必要な集団における会員・非会員別平均医療費(外来・入院・救急)

(万台湾元)



(資料) 衛生福利部全民健康保険會「第5屆111年第12次委員會議資料」(2022年12月23日)より日本総合研究所作成 (年)

本稿で紹介した取り組みの寄与度は明らかではないものの、台湾は医療制度全体としても、効率的で質の高いパフォーマンスを発揮していると考えられる。台湾の2022年の保健医療支出の対GDP比は7.5%²⁹と、OECD平均(9.2%)³⁰やわが国(11.5%)を大きく下回り、医療費の抑制に

²⁸ よりケアが必要な集団は既述の通り一律の基準で政府が抽出しており、抽出された被保険者が会員になるか否かは、前年に最も多く受診した診療所が家庭医療包括ケアシステムに参加しているか否かによる。

²⁹ 衛生福利部「中華民國111年國民醫療保健支出」。なお、当該統計はわが国の国民医療費と異なり、健康に関するマクロ費用統計の国際標準であるSHA(A System of Health Accounts)に準拠して作成されている。

³⁰ OECD平均とわが国のデータは、OECD“Health at a Glance 2023 OECD INDICATORS”による。

一定程度成功していると判断できる。医療の質の評価は容易ではないが、新型コロナウイルスによる2020～2021年の累計の死者数をみると、台湾は850人（わが国は18,392人）³¹に抑えられている。人口がわが国の約6分の1であることを割り引いても、死者数を抑制できており、その一因として医療の質の高さが貢献している可能性がある。

4. わが国に求められる政策

以上の議論を踏まえ、かかりつけ医機能が発揮される制度整備に向けて、以下の5点が求められる。

第1に、総合診療専門医の育成の強化である。既述の通り、現行の毎年300人弱の育成ペースでは、今後も国民全体のニーズを満たすのは困難であり、育成数の増加が求められる。2021年から総合診療領域専門研修プログラムの修了生が誕生しており、彼らが順次指導の立場に回ることで、研修プログラムの受入体制は徐々に拡充が可能と考えられる。問題は、総合診療専門医の志望者を増やすことができるかである。医学部生や研修医が将来のキャリアに不安を抱くことなく総合診療専門医を目指せるようにするには、次に述べる総合診療科の標榜の問題を含め、わが国のプライマリ・ケアの提供体制のなかに総合診療専門医を明確に位置付けることが重要である。

第2に、総合診療科の標榜を認めることである³²。これは、上述の通り総合診療専門医の志望者を増やすことに繋がると期待されるのはもちろん、住民への情報提供として有用である。総合診療科を標榜可能とし、看板を一目みれば何でも相談できる医療機関であることを分かるようにした方が、インターネットで各医療機関が有するかかりつけ医機能を検索するよりも理解しやすいと感じる住民が多いのではないだろうか³³。その際の留意点として、総合診療科を標榜できる医師を、専門医資格または学会認定資格を持つ者に限定すべきである³⁴。総合診療科を標榜しながらコモンディーズに対応できないような事態が相次げば、総合診療に対する信頼を失ってしまうためである。なお、当然その他の専門科についても、期限を区切って自由標榜制を廃し、当該領域の専門医資格等を持つ医師に限定することが望ましい。

第3に、台湾の地域医療連携グループのような意欲ある診療所にグループ化を促し、かかりつけ医機能の発揮を求める制度の導入である。わが国に多くみられる臓器別専門医によるソロ・プラクティスの診療所では、単独でかかりつけ医機能を十分に発揮することが困難であり、東京財団[2012]でも診療所のグループ化を提案している。地域で面としてかかりつけ医機能を発揮するというかけ声だけでは、適切な連携が行われる好事例はあるとしても、全国への均霑を期待するのは楽観的に過ぎよう。24時間の電話相談体制の構築など果たすべき役割の明確化や、報酬面などのインセンティブを適切に設計することが重要である。なお、グループ化は目的ではなく手段であるため、単独でかかりつけ医機能を十分に発揮できる医療機関は、グループ化しなくても次に述べる登録制や報酬制度の対象として差し支えないと考えられる。

³¹ 台湾、わが国ともに Johns Hopkins University の CSSEGISandData/COVID-19 のホームページよりデータを取得。

³² 2024年5月31日規制改革推進会議「規制改革推進に関する答申（案）～利用者起点の社会変革～」に「標榜可能な診療科名に総合診療科を追加することについて、検討し、結論を得る」と記載され、厚生労働省は2025年中に結論を得ることが求められている。

³³ 前述の医療機能情報提供制度に基づき厚生労働省が提供している検索サイトである医療情報ネットでも、診療科目ごとに医療機関を検索できるため、総合診療科が標榜可能な診療科目として認められれば、容易に検索できるようになると考えられる。

³⁴ 専門医制度に基づく日本専門医機構認定の総合診療専門医はまだ認定が始まったばかりで若手の医師しかいないため、これに加えて日本プライマリ・ケア連合学会の認定医などを対象とするのが妥当と考えられる。



第4に、グループ化などによりかかりつけ医機能を発揮する医療機関を対象とした登録制、および、人头払いとP4Pの報酬の導入である。24時間対応などには費用がかかるうえ、出来高払いだけでは、予防に取り組む金銭的インセンティブに乏しい。患者の健康に責任を持つことに対する人头払いと、患者の健康を改善したことに対するP4Pの報酬の導入が不可欠であり、登録制はこうした報酬の計算の基礎となる。厳しい予算制約のなかで、現行制度の出来高払い・フリーアクセスの骨格を維持しつつ、新たな報酬を導入するには、台湾のように対象をよりケアが必要な被保険者に絞り込むことが有効である。こうした被保険者は予防などの適切なケアの提供による医療費抑制効果が大きいと期待され、図表6で示したように実際に台湾でも効果を挙げている。さらに、医師の働き方改革などもあり病院勤務医の不足が顕著になっているわが国ではとくに、診療所における予防・健康管理や24時間対応等により、入院や救急利用を抑制することは、病院勤務医の負担軽減の観点からも極めて意義が大きい。

第5に、データ活用の体制整備である。よりケアが必要な被保険者の抽出や、医療の質の評価を行うには、レセプトなどのデータ活用が不可欠である。台湾と違いわが国政府（厚生労働省）は保険者ではないこともあり、これまでレセプトデータの活用に取り組んでこなかったうえ、そもそも厚生労働省が保有するレセプト等のデータベースであるNDB³⁵は匿名化処理が行われている。個人を特定できるデータベースを保有する審査支払機関に対象患者の抽出や医療の質の評価を委託する方法が考えられるが、必要なデータを迅速に抽出・処理できるよう、システム整備および人員の手当てが求められる。

5. おわりに

医療制度には各国の文化や歴史が反映されており、外国の制度をわが国に導入してもうまくいかないと主張されることが多い。確かにそのまま導入するのが適切ではないケースも多いであろうが、それは決して現状維持の正当化を意味するものではない。本稿でみたように、わが国と類似した医療制度を持つ台湾は、SARSをきっかけに自国の状況にあわせた方法でプライマリ・ケアの機能強化を進めてきた。

新型コロナ禍を受けてかかりつけ医機能の重要性が再認識されたわが国は、実効性に乏しい対応策で取り繕い、新型コロナ禍の経験を風化させてしまうのか、真にかかりつけ医機能が発揮される制度整備を着実に進めるのか、その岐路に立たされている。

以上

補論 台湾医療制度の用語の日本語・台湾華語対応表

医療法（醫療法）

専門医制度（專科醫師制度）

病院（醫院）

診療所（診所）

管理医師（負責醫師）

³⁵ ナショナルデータベース。厚生労働省が保有するレセプト情報及び特定検診等情報のデータベース。高齢者の医療の確保に関する法律（第16条の2）に基づき、厚生労働省が保険者から匿名化されたデータの提供を受け、運用している。主に医療費適正化計画の作成・評価等における活用を目的としている。



台湾家庭医学会（台湾家庭醫學醫學會）
総合診療科・家庭医療科（家庭醫學科）
家庭医療包括ケアシステム（家庭醫師整合性照護計畫）
地域医療連携グループ（社區醫療群）
常勤医師（専任醫師）
よりケアが必要な集団（較需照護族群）
個別管理費（個案管理費）
業績奨励金（績效奨励費用）
健康管理効果促進（健康管理成效鼓勵）
品質上昇費用（品質提升費用）

〔参考文献〕

- [1] 井伊雅子[2024]. 『地域医療の経済学 医療の質・費用・ヘルスリテラシーの効果』慶應義塾大学出版会
- [2] 葛西龍樹[2013]. 『医療大転換ー日本のプライマリ・ケア革命』筑摩書房
- [3] 小島克久[2017]. 「台湾の社会保障（第2回）台湾『全民健康保険』について」社会保障研究 Vol. 2 No. 2・3
- [4] 東京財団[2012]. 「医療・介護制度改革の基本的な考え方～真の国民的議論を実現するために～」
- [5] 飛田英子[2020]. 「『かかりつけ医』の制度化と定着・普及に向けて」JRI レビュー 2020 Vol. 9, No. 81
- [6] 日本総合研究所[2023]. 「特集 日本総合研究所主催シンポジウム プライマリ・ケアを核とした地域医療の再構築」JRI レビュー2023 Vol. 3, No. 106
- [7] 三原岳[2021]. 「医療制度論議における『かかりつけ医』の意味を問い直す コロナ対応、オンライン診療などで問われる機能」基礎研レポート
- [8] Jan C-FJ, Chang C-JJ, Hwang S-J, et al[2021]. “Impact of team-based community healthcare on preventable hospitalization: a population-based cohort study in Taiwan” BMJ Open

※本稿の執筆にあたっては、上記参考文献等による机上調査に加え、2024年3月18日から3月20日にかけて日本総合研究所リサーチ・コンサルティング部門副部长川崎真規、同アソシエイト・コンサルタント上田健史とともに、台湾（台北、花蓮）の現地調査を実施し、医療機関等の視察や専門家との意見交換を行った。また、国内では、WONCA（世界家庭医機構）マスター・ファカルティー葛西龍樹氏、一橋大学大学院経済学研究科教授井伊雅子氏から多くの示唆・助言をいただいた。台湾および日本の関係者に深く謝意を表明する。もちろん、本稿になお残された誤りがあるとすれば、その責は筆者によるものである。