

# かかりつけ医機能の制度設計における検討課題

— フランス及びドイツの制度とわが国への示唆 —

田 中 伸 至

## 目次

- 1 はじめに
  - 1-1 かかりつけ医制度の位置づけ、本稿の目的及び考察の対象
  - 1-2 本稿の構成
- 2 わが国におけるかかりつけ医制度に関する議論の動向と「かかりつけ医」の意義
  - 2-1 かかりつけ医制度に関する議論の動向
  - 2-2 「かかりつけ医」の機能と用語
- 3 フランスにおけるかかりつけ医制度
  - 3-1 導入の経緯
  - 3-2 制度の概要
  - 3-3 政策手法と背景
  - 3-4 目的・機能・効果
  - 3-5 小括
- 4 ドイツにおけるかかりつけ医制度  
(家庭医によるゲートキーピングと慢性疾患患者の疾病管理)
  - 4-1 導入の経緯
  - 4-2 制度の概要
  - 4-3 政策手法と背景
  - 4-4 目的・機能・効果
  - 4-5 小括
- 5 制度設計における検討課題
  - 5-1 フランス及びドイツのかかりつけ医制度等とわが国の関連事情との比較
  - 5-2 フリーアクセス制約の可否とその理由

- 5-3 フリーアクセス制約の程度と政策手法
- 5-4 医師の区分及び養成過程
- 5-5 医療提供者についての規律
- 5-6 診療報酬支払い方式
- 6 おわりに

## 1 はじめに

### 1-1 かかりつけ医制度の位置づけ、本稿の目的及び考察の対象

本稿は、わが国におけるいわゆるかかりつけ医制度又はかかりつけ医的な機能を確保する医療制度（以下、単に「かかりつけ医制度」という）の制度設計のあり方に関して、フランス及びドイツの制度を概観・参照した上で、検討課題の洗い出しを行うものである。

わが国の医療提供体制についてはこれまで、医療アクセスの公平性は一定程度確保されているとの前提の下、医療の質及び医療の効率性の面での向上を図るため、病床の機能分化を始めとする医療機関等の機能分化が進められてきている。こうした方向での政策展開は今後も進展していくものと見込まれる。医療機関等の機能分化は、単一の機関において完結していた医療サービスの提供を解体するが、それは必然的に、機能の異なる複数の医療機関等の間における適時適確な連携を不可欠なものとして要求する。こうした連携を確保するための政策としては、医療計画における脳卒中対策、急性心筋梗塞対策、糖尿病対策といった事業別の地域医療連携体制の構築、地域連携クリティカルパスの普及、地域の医療機関を支援する医療施設の整備、医療機関間での患者の紹介や医療情報の共有の促進、退院・転医・転院時の相談援助・連絡調整など、さまざまなレベル、さまざまな場面のものがある。かかりつけ医制度も医療機関間連携に資する政策案の

一つであるが、特に、かかりつけ医が連携の円環の中心に位置付けられ得る点で、連携確保の枢軸を担うことが期待される仕組みである<sup>1</sup>。

もとより、機能の異なる複数の医療機関等により連携して行われる医療提供活動は、患者の心身の特性や病状、その置かれている環境等の要素も絡み、時間的にも空間的にも複雑なものとなる。その中で枢軸としての機能をかかりつけ医が発揮するようにするためには、単にかかりつけ医を名乗る医師が存在すれば足りるわけではなく、連携の全体像、かかる機能を担う医師の確保、患者－医療機関、医療機関間の関係の設定等の制度的対応を行う必要が生じる可能性がある。そして、その制度設計においては、① 関係者にどのような法的義務を課し、どのような法的権利を付与することが必要か、関係者の自主的な取組みやプロフェッションとしてのプロトコールに委ねるべき部分はどこか、② 医療提供者や患者に対し適切な受療・診療行動を採るようインセンティブを効果的に付与するためにはどのような方策があり得るか、が問われることになる。また、医療は、医療機関等の医療提供体制、医療職養成制度や医療保険等の財源確保制度が複合したシステムと医療提供者や患者の慣習的な受療・診療行動とが相互依存の関係にある大きな仕組みの中で実施されるから、一の分野において制度設計を行うに当たっては、他の分野の制度や医療の実情を踏まえる必要がある。したがって、①、②のみならず、③ かかりつけ医制度を円滑に導入することを可能にするような他の制度や医療活動の実態についても把握しておかなければならない。

---

1 社会保障審議会医療部会「医療提供体制に関する意見」(平成17年〔2005年〕12月8日)、第1回医療施設体系のあり方に関する検討会(平成18年〔2006年〕7月12日)資料「医療施設体系に関するこれまでの議論等」33頁(図「階層型構造の医療提供体制から住民・患者の視点に立った医療連携体制への転換」)及び34頁(図「地域の医療連携体制のイメージ」)、厚生労働省「参考資料(良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律について)」6頁(図「脳卒中の場合の医療連携体制のイメージ」)<<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/pdf/kanrenhouan02b01.pdf>>参照。

本稿では、このような認識の下、かかりつけ医制度の設計に当たって検討が必要となる課題の提示を試みる。作業に当たっては、近年、かかりつけ医制度を導入したフランス及び家庭医がゲートキーピング機能を果たし、また、慢性疾患について一貫した患者・疾病管理を行うための仕組み<sup>2</sup>を構築したドイツを取り上げ、両国の制度設計のあり方を概観し、わが国への示唆を抽出する方法を採用する。作業は、両国のかかりつけ医制度の概要と実態、関係する他の医療に関する制度の内容、それらの制度の政策効果や問題点等について、関係法令、文献情報及び前述の認識の下で行われたフランス、ドイツ両国の関係機関へのインタビュー<sup>3</sup>の結果を整理しつづける。

フランス及びドイツを取り上げる理由は次のとおりである。かかりつけ医制度を持つ国としては、まずイギリスが念頭に浮かぶ。イギリスは、税

---

2 冒頭で記したとおり、本稿では、かかる仕組みも含めて「かかりつけ医制度」と呼ぶ。すなわち、かかりつけ医に期待される機能を確保するための仕組みを幅広く「かかりつけ医制度」と認識して検討の対象とするものであり、かかりつけ医の登録やかかりつけ医への初回受診を義務づける法制度（このような法制度は政策立案過程において「登録制」と呼ばれることがある。）のみを念頭に置いているわけではない。こうした登録制のような強い介入を伴う仕組みも「かかりつけ医制度」の一形態であるし、一方で、「かかりつけ医」、「家庭医」、「総合診療医」といった医師の区分を設定する施策のみにより、患者がこうした医師に自然に初回受診することやこうした医師が一貫した患者・疾病管理を担うことを期待するような緩やかな仕組みも「かかりつけ医制度」であると認識している。

3 インタビューは、医療経済研究機構が2006年10月9日から同月13日までの間、フランスについては、フランス医師組合同盟（CSMF）、保健省、全国被備者疾病保険金庫（CNAMTS）、フランス一般医組合（MG-FRANCE）、ドイツについては、連邦地区疾病金庫連合会（AOK-bundesverband）、連邦保険医協会（KBV）、連邦保健省を対象に行った。筆者もこれに参加した。インタビューの結果は、医療経済研究機構編『後期高齢者に対する介護保険と医療保険の連携した給付の在り方に関する研究（平成18年度老人保健健康増進等事業報告書）』（医療経済研究機構、2007年）参照。

財源による公共サービスの形で全ての国民に医療を提供する制度 (National Health Service, NHS. 国民保健サービス) を持ち、予防やリハビリテーションを含む包括的な医療を供給している。ここでは、プライマリケアとセカンダリケアが区分され、前者を一般医 (general practitioner) が担い、後者を病院が担う。病院は専門医による医療サービスを提供する場として位置づけられている。全ての国民は一般医を予め登録することとされ、救急医療以外の場面においてはまず一般医の診察を受け、その診察の結果、専門医による医療が必要な患者については、当該一般医が適切であると判断した病院が紹介される<sup>4</sup>。このようにイギリスでは、専門的な医療への適切な受診を確保するためのゲートキーピングシステムが採用されているが、このイギリスのシステムは、全ての国民に一般医を割り当て、当該一般医が受け持ち患者の専門的な医療へのアクセスの可否及びアクセス先を決定し、患者の専門的な医療への受療行動を強く管理する点で極めて硬質のものである。つまり、患者が専門的な医療機関を選択する自由を原則として認めないシステムであるから、フリーアクセスに対する厳格な制約かけるものと評価することができる。

一方、フランス及びドイツは、社会保険方式の医療制度を持つ。また、後述のとおり、両国とも、一般医や家庭医が他の専門医と区別され、一種の専門医として養成される資格制度を有しており、その結果、プライマリケアとセカンダリケアが一応区分されることになるが、被保険者が専門医を直接受診することは禁じられてはいない。両国とも、主に一般医や家庭医が、患者の専門的な医療の選択が適切になされるように管理するゲートキーピングの仕組みを導入したが、それらは患者の専門的な医療への受療

---

4 イギリス医療保障制度に関する研究会「イギリス医療保障制度の概要【2005年版】」イギリス医療保障制度に関する研究会編『イギリス医療関連データ集【2005年版】』(医療経済研究機構、2006年) 84頁ないし86頁、竹川正吾・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障1 イギリス』231頁ないし235頁(一圓光彌執筆) 参照。

行動を強く管理する形にはなっていない。両国では、患者が医療機関を選択する自由が重視されており、フリーアクセスはなおも原則的な位置づけを維持している。つまり、導入されたゲートキーピングシステムは、フリーアクセスに対して柔らかな制約を加えるものと評価することができる。

わが国の医療制度は社会保険方式である。また、被保険者には、法律上保険医療機関等を選択する自由があり、フリーアクセス制が採用されている<sup>5</sup>。ただし、わが国のフリーアクセス制も全く制約のないものではなく、一定の場面において割り増しの自己負担を求められることがあり、既に柔らかな制約は存在している<sup>6</sup>。このように、わが国は、社会保険方式を採用している点、一定の制約を伴いながらもフリーアクセスを原則としている点で、フランス及びドイツ両国と共通項を持つ。イギリスのかかりつけ医制度は、導入後長い年月を経て定着し、また、診療とともに健康管理や予防も担当する包括的なシステムとして展開してきており、かかりつけ医制度を持たないわが国における制度設計のあり方を検討するに当たっては、背景事情の違いがやや大きいように思われる。この点、フランス、ドイツ両国は、制度を導入して日が浅く、システムの変化・展開も少ないため、制度導入時の背景事情や関連する諸制度との関係を観察しやすいと考えられる。したがって、本稿では、まずはフランス及びドイツにおけるかかりつけ医制度を取り上げることとしたい<sup>7,8</sup>。

---

5 健康保険法第63条第3項、国民健康保険法第36条第3項等。

6 200床以上の病院における非紹介患者に係る初診は、選定療養の対象とされ、当該病院は、初診料に上乘せして費用徴収することが可能となっている（健康保険法第63条第2項第4号、第86条、厚生労働大臣の定める選定療養（平成18年〔2006年〕厚生労働省告示第105号）等）。

7 かかりつけ医制度に期待する機能の内容やその広がり如何によっては、イギリス、オランダ、北欧等の制度における政策手法や背景事情についても整理・検討が必要になることは認識している。

8 フランス、ドイツ、イギリス、日本等各国の医療システムの概括的な比較について、府川哲夫「医療システム改革—西ヨーロッパ諸国の潮流—」国立社会保障・人口問題研究所編『社会保障制度改革 日本と諸外国の選択』（東京大学

## 1 - 2 本稿の構成

本稿の構成は次のとおりである。

まず、わが国におけるかかりつけ医制度に関する近時の議論の動向を概観するとともに、その機能や「かかりつけ医」、「家庭医」、「主治医」といった名称についての留意点を述べる（2）。

次に、フランスにおけるかかりつけ医制度について、導入の経緯、制度の概要、政策手法と背景、目的・機能・効果を整理し、小括を行う（3）。

続いて、ドイツにおけるかかりつけ医制度（家庭医によるゲートキーピングと慢性疾患患者の疾病管理）について、同様に、導入の経緯、制度の概要、政策手法と背景、目的・機能・効果を整理し、小括を行う（4）。

その後、両国の制度から示唆される制度設計における検討課題を、フリーアクセスの制約の可否とその理由、フリーアクセスの制約の程度と政策手法、医師資格制度及び養成過程、医療提供者についての規律等の諸項目に分けて考察する（5）。

## 2 わが国におけるかかりつけ医制度に関する議論の動向と「かかりつけ医」の意義

### 2 - 1 かかりつけ医制度に関する議論の動向

2006年6月14日、医療制度改革関連法案が成立した。同法は、医療提供体制分野においては、患者等への医療に関する情報提供の推進、地域や診療科による医師不足問題への対応、医療法人改革などのほか、医療機能の

---

出版会、2005年）39頁ないし63頁、ピーター・スミス「ヨーロッパの医療システム改革と日本への示唆」季刊・社会保障研究40巻4号324頁ないし336頁参照。

分化・連携の推進を掲げている。この医療機能の分化・連携を推進するための方策には、医療計画における脳卒中、がん、小児救急医療等の事業別連携体制の位置づけ、医療計画における指標と数値目標の明示及び事後評価、退院時調整に係る努力義務などが含まれている。かかりつけ医については、医療制度改革に至るまでの議論の中で、医療機能の分化・連携の推進に係る論点の一つとして取り上げられてきたが<sup>9</sup>、今回の改革ではその制度化は行われなかった。その後、かかりつけ医のあり方については、地域医療支援病院制度のあり方、特定機能病院制度のあり方等の課題とともに、厚生労働省医療施設体系のあり方に関する検討会（医政局長による検討会。2006年7月第1回開催）において、地域医療を担う医療施設の体系のあり方に関わる論点の一環として議論が行われている。

また、今般の医療制度改革においては、医療保険分野では、需要サイドの抑制策として、患者負担の見直しや予防による医療費適正化、保険者の再編統合などが盛り込まれたほか、新たな後期高齢者医療制度(75歳以上)

---

9 例えば、社会保障審議会医療部会「医療提供体制に関する意見中間まとめ」（平成17年〔2005年〕8月1日）は、「かかりつけ医等の役割」と題する項を設け、「かかりつけ医について、国民が身近な地域で日常的な医療を受けたり、あるいは健康の相談等ができる医師として、その普及・定着を図る」とともに、「かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師についても、それぞれの役割が果たせるように、その普及・定着を図る必要があり」、「主要な事業ごとの医療連携体制を構築し、地域において実際に連携がなされるためには、かかりつけ医が、患者の病状に応じて適切な医療機関を紹介することをはじめ、常に患者を支える立場に立って、重要な役割を担うことが求められ」、「患者の視点に立って、どのようなかかりつけ医の役割が期待されるか、また、その機能を発揮するために、サポート体制を含め何が必要か等、各地域での医療連携が適切に行われるよう、かかりつけ医のあり方について、引き続き検討していく必要がある」とする。

また、同「医療提供体制に関する意見」（平成17年〔2005年〕12月8日）は、かかりつけ医の役割として「診療時間外においても患者の病態に応じて患者又はその家族と連絡がとれるようにするなど適切に対応すること」を加えるほか、上記の「医療提供体制に関する意見中間まとめ」と同様の記述をしている。



が2008年から創設されることとされた。後期高齢者医療制度については、施行までにそのための診療報酬体系が創設されることとなる。この新たな後期高齢者向けの診療報酬体系の内容については、「その心身の特性等にふさわしい」ものとする方向性が示されている<sup>10</sup>。具体的な方向性としては、例えば、保健指導の重視、プライマリケアの推進があるが、かかりつけ医は、これら保健指導やプライマリケアの担い手として期待されている。この新たな後期高齢者向けの診療報酬体系については、社会保障審議会に設置された後期高齢者医療の在り方に関する特別部会（2006年10月第1回開催）において検討が行われている<sup>11</sup>。

このように、かかりつけ医制度については、政策立案過程において、厚生労働省医療施設体系のあり方に関する検討会及び社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会の2つのアリーナが設定されており、それぞれ現時点までに当面の議論のとりまとめを終えている。

まず、医療施設体系のあり方に関する検討会であるが、2007年7月18日、「これまでの議論を踏まえた整理」を公表した。そこでは、「医療連携体制・かかりつけ医、医師確保との関係について」と題する項が設けられ、「かかりつけ医」の機能として、①「複数の領域の基本的な疾病に対応しつつ、患者の病状に応じて、専門医、病院等へ適切につないでいくこと」、

---

10 参議院厚生労働委員会「健康保険法等の一部を改正する法律案及び良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律案に対する附帯決議」（平成18年〔2006年〕6月13日）第3項

11 第1回後期高齢者医療の在り方に関する特別部会（2006年10月5日）における資料「これまでの主な指摘」では、後期高齢者の診療報酬に係る論点として、先行政策文書から、「地域の主治医による在宅の患者に対する日常的な医学管理から看取りまでの常時一貫した対応を評価」すること（政府・与党医療改革協議会「医療制度改革大綱」（平成17年〔2005年〕12月1日）、「在宅における日常的な医学管理から看取りまで常時一貫した対応が可能な主治医の普及」（厚生労働省「医療制度構造改革試案」（平成17年〔2005年〕10月9日））が引用されている。

②「診療時間外においても患者の病態に応じて患者又はその家族と連絡がとれるようにする」こと、③「医療機関の機能分化、連携が進んでいけば、転院等に伴いその都度患者と医師の関係が切れることになるため、患者の立場に立ってつなぎ止める役割を果たす」こと、④「病院から逆紹介を受けた患者等の術後管理、日常的な保健予防活動、生活管理等を適切に行うことができる」こと、⑤「意識の面では、患者の生活を全人的に見ていく」ことが挙げられている。

続いて、社会保障審議会後期高齢者医療の在り方に関する特別部会も、10月10日、「後期高齢者医療の診療報酬体系の骨子」をとりまとめた。ここでは、基本的な後期高齢者医療に係る認識あるいは視点として、治療の長期化、複数疾患への罹患、生活を重視した医療の必要性、瀬回受診、重複検査・重複投薬の抑制、医療従事者間の情報共有の重要性等が示されるとともに、「後期高齢者を総合的に診る取組の推進」と題する項の下で、「主治医」の役割として、①「患者の病歴、受診歴や服薬状況、他の医療機関の受診状況等を集約して把握すること」、②「基本的な日常生活の能力や認知機能、意欲等について総合的な評価を行い、結果を療養や生活指導で活用すること」、③「専門的な治療が必要な場合には、適切な医療機関に紹介し、治療内容を共有すること」が示されている。また、この「主治医」に関し、主治医の登録制度を導入すべきとする指摘と、患者のフリーアクセスの制限は適当でないとの指摘の両論が併記されている。なお、この骨子を受け、中央社会保険医療協議会基本問題小委員会において具体的な診療報酬上の評価の検討が開始されている。

この間、医療制度に関係する諸団体も、相次いでかかりつけ医について意見表明を行ってきている。まず、国民健康保険中央会は、2006年12月末、「高齢社会における医療報酬体系のあり方に関する研究会報告書」を公表した。同報告書は、後期高齢者を対象とした在宅医療を中心とするかかりつけ医の体制の強化及びかかりつけ医に係る報酬体系の新設を提言している。ここでは、「かかりつけ医」の機能や役割として、地域住民からの健

康相談に応じること、病気や障害の緊急度や重症度に対応して、相応しい医療機関を紹介すること、医療機関等が連携し、健康増進・疾病予防、退院後リハビリテーション、介護サービスとの協力まで、継続したサービスを提供すること、ターミナルケアの対応と看取り等が示されている。さらに、制度的な枠組みとして、後期高齢者は、原則として診療所の中からかかりつけ医を選択・登録し、最初にかかりつけ医を受診することし、かかりつけ医は登録された後期高齢者数に応じた定額払い報酬と出来高払い報酬を受け取るシステムが提案されている。

また、健康保険組合連合会は、2007年6月、「これからの医療提供体制と健保組合の役割（提言）」を公表した。健保連は、「総合的な視点に立った診療を行う医療・医療機関」の機能として、「患者の日常の生活圏に近い場所において、他の医療機関と協力して夜間診療にも対応できる」こと、「患者の個性・尊厳に配慮しながら、家族全体に長期継続して医療を提供できること」、「『看取り』などの在宅医療を含めた幅広い医学的知識・臨床経験を有し、全人的・診療科目横断的な医療を提供できる」こと、「健診データ等に基づき、特に生活習慣病患者・予備群に対して、保険者と協力しながら適切な指導管理ができる」こと、「患者に適切な医療提供が行われるよう、他の医療機関や訪問看護ステーション等への紹介や調整を行うことができる」こと等を列挙している。ただし、制度的枠組みについては、国保中央会が提案したような登録制については慎重であり、まずは、「総合的な視点に立った診療」を担う医師としての「総合診療医」の養成が必要であるとしている。

一方、診療側の日本医師会も、医療制度改革関連法案の審議過程から、「かかりつけ医を地域医療連携の円滑な推進のかなめとして重要視し」、かかりつけ医機能の普及を主張している<sup>12</sup>。2007年1月には、「在宅におけ

---

12 第164国会参議院厚生労働委員会会議録第25号1頁、竹嶋康弘「医療制度改革関連法案について」（2006年）〈[www.med.or.jp/nichikara/iinkai/20060607/20060607.pdf](http://www.med.or.jp/nichikara/iinkai/20060607/20060607.pdf)〉参照。

る医療・介護の提供体制—「かかりつけ医機能」の充実—指針」を公表したが、同指針では、医師及び医師会が取り組むべき事項として、「病状に応じた適切な医療提供あるいは橋渡し」、「多職種連携によるケアマネジメント」への参加、「住まい・居宅（多様な施設）と」の連携、「壮年期・高齢期にわたっての健康管理・予防」などが掲げられている。これらは文面上明確ではないが、かかりつけ医に期待される機能として位置付けられているものと思われる。また、日本医師会では、その内部の学術推進会議において、かかりつけ医の認定について検討を行っている<sup>13</sup>。ただし、かかりつけ医に係る制度的枠組みの設定については否定的であり、かかりつけ医機能は医師が自主的に担うものであり<sup>14</sup>、かかりつけ医の選択も患者が自然発生的に行うものである旨<sup>15</sup>の見解が示されている。

## 2-2 「かかりつけ医」の機能と用語

このように、かかりつけ医制度をめぐる議論は、医療制度改革関連法案成立後、地域医療を担う医療施設体系のあり方と後期高齢者の心身の特性等にふさわしい診療報酬体系のあり方の両面から進められてきている。これまでの議論から、かかりつけ医が持つ機能や果たすべき役割について、一定の共通認識が生まれてきているように思われる。政策立案過程における中間とりまとめや関係団体の文書における表現ぶりは多様であるが、これらを総合すると、かかりつけ医の機能は、大まかに、基本的な疾病の診療を引き受けることを前提として必要に応じ患者による専門的な医療の選択が適切になされるように管理するゲートキーピング（機能 i）、一定の

---

13 日本医師会ホームページ<<http://www.med.or.jp/shirokuma/no507.html>>、<<http://www.med.or.jp/shirokuma/no595.html>>参照。

14 日本医師会「グランドデザイン2007—国民が安心できる最善の医療を目指して—各論」（2007年）6頁。

15 日本医師会「後期高齢者の診療報酬体系のあり方について」（2007年）38頁。

慢性疾患について専門医や病院と連携して行う一貫した患者・疾病管理の総括（機能ii）、継続的な保健指導や疾病予防活動の実施（機能iii）、の3つの分野に分類することができる。ただし、地域医療を担う医療施設体系のあり方からのアプローチと後期高齢者の心身の特性等にふさわしい診療報酬体系のあり方からのアプローチとでは、重点の置き方に違いが生じるように思われる。すなわち、前者のアプローチでは、主に機能i及びiiが念頭に置かれ、後者のアプローチでは、機能i及びiiとともに、機能iiiにも焦点が当てられるように思われる<sup>16</sup>。

次節（3）以下においては、この3つの大まかな機能分類を切り口として、フランス及びドイツの制度を対象に、政策手法や制度の目的・機能等に係る分析・考察を進めていく。なお、後述のとおり、フランス、ドイツ両国のかかりつけ医制度は、機能i及びiiを中心に担うものであるから、わが国における制度設計のあり方についての考察もこれらの機能に関係する部分を中心となることをお断りしておきたい。

さて、こうした機能を持つ医師に当てる用語については、従前から「かかりつけ医」のほか、「家庭医」や「プライマリケア医」といった様々な言葉が使われてきているが、この間の政策立案過程においては、これらに加え「主治医」、「総合診療医」、「かかりつけの医師」といった語が用いられている。このような多種多様な用語が使用されている事実は、これらの用語がかかりつけ医の機能とどのような関係にあるのか、あるいは、それらの機能との関係でいかなる用語が適切なのか、また、そもそもかかりつけ医機能を担う医師としていかなる医師像を想定するのか、についてはなお議論の余地があることを示している。

例えば、医師像との関係で考えると、「かかりつけ医」については、「か

---

16 この違いは、診療報酬の支払方式のあり方にも関係する。機能iiiに重点を置くかかりつけ医制度を採用する場合には、あるいは、かかりつけ医が行う機能iiiについて評価する場合には、人頭払い制も支払方式の選択肢に含まれることになる。5-6参照。

かりつけ」の語義は「病気などでいつも特定の医者や病院にかかっていること」とされており<sup>17</sup>、疾病の種類や医師の診療科の別、開業医か病院勤務医かの別を問わず、当該患者が当該疾病について診療を受けている医師というイメージもある一方<sup>18</sup>、「病気など」の「など」に機能iiiに相應する健康相談等を読み込めば、次の「家庭医」的なニュアンスも生まれる。「家庭医」については、1987年、厚生労働省家庭医に関する懇談会「家庭医に関する懇談会報告書」がこの語を用いて「家庭医機能」を提示している。同報告書における「住民の日常の健康管理、健康相談や一般的にみられる疾患や外傷等の日常的な諸疾患に対する適切な診断・治療を十分に行うとともに、必要に応じ専門医療機関等へ患者を紹介するなど、包括的かつ継続的な保健医療を行うに当たっての中核となる医師」との記述や「家庭医」には家庭医機能「を果たす上での適切な技術の水準を維持」することが求められる旨の記述、「系統的な『家庭医機能』の習得」のため教育・研修が必要である旨の記述、別添の「『家庭医機能』を担う医師の養成カリキュラム・一般研修目標と具体的目標」を踏まえると、そこには「家庭医」という一種の専門性を持つ医師像が想定されていると考えることができる<sup>19</sup>。

---

17 新村出編『広辞苑第五版』460頁。なお、同書1277頁は、「主治医」は「かかりつけ医」と同義であるとする。

18 例えば、日本医師会『医療のグランドデザイン「2017年版」』（2003年）〈<http://www.med.or.jp/nichikara/gd2017/>>22頁は、「かかりつけ医には明確な定義はないが、専門分野の有無に関係なく気軽に相談できる身近な医師のことである」とする。「専門分野の有無」を問わないとすれば、ここにいうかかりつけ医には、例えば、当該患者が現在罹患している慢性疾患について継続的に診療している医師から、当該住民が日常的にみられる疾患や外傷の治療のため随時利用する医師まで、多様な医師像が含まれるように読むことができる。

19 島崎謙治「医師と患者の関係 下」社会保険旬報2298号16頁は、「家庭医」とは、「コモン・ディゼーズの的確な診療や生活習慣病等の予防を行うとともに、必要に応じ患者の病状等に合った専門医を紹介し、介護・福祉サービスのコーディネートも行う医師」であり、それ自体独自の専門性を持つ概念であっ

このように、かかりつけ医等の用語については、明確な定義づけやコンセンサスがあるわけではないが、本稿では用語についてこれ以上整理・検討する余裕がないことから、問題意識を提示するにとどめることとする。用語については、とりあえず仮置きで、行政府における政策立案過程においてもっとも高い頻度で使用されてきた印象のある「かかりつけ医」の語を使用することとする。

### 3 フランスにおけるかかりつけ医制度

#### 3-1 導入の経緯

フランスにおけるかかりつけ医 (médecin traitant<sup>20</sup>) 制度は、2004年

---

て、「患者の病歴、価値観・性格、生活歴、家族との人間関係をはじめ家庭環境等を把握し全人的対応が求められ患者の代理人としての役割を担う」ため、固有の専門技術や問題解決技法の習得が必要であるとする一方、「かかりつけ医」とは、現実患者がかかっているという事実に着目した概念であると整理した上で、「かかりつけ医機能」という言葉を用いる際には、「①それはどのような機能であり、退院時等に具体的にどのように関わるのか、②その機能を適切に発揮するためには、どのような医学的な技能・技術と一定の修練が必要なのか、③大病院の医師(勤務医)にもそのような機能を認めることの意味が明らかにされる必要がある」とする。なお、同「医療等の供給体制の総合化・効率化等の課題」主任研究者同『医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究(平成17年度厚生科学研究費補助金政策科学推進研究事業報告書)』11頁ないし33頁も参照。

20 田村毅ほか編『ロワイヤル仏和中辞典[第2版]』(旺文社、2005年)2010頁では、形容詞“traitant”の第一語義分類は、「(継続的に)治療する」とされ、“médecin traitant”に「主治医」の訳が当てられている。新村編・前掲書(注17)1277頁によれば、「主治医」とは、「主となってその患者の治療に当る医師。かかりつけ医の医師」の意とされる。本稿では、これらの語義解説及び“médecin traitant”の制度概要について参照した加藤智章「フランスにお

8月13日の医療保険に関する法律（Loi No.2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JO.17 août 2004）<sup>21</sup>により創設され、2005年7月1日から施行された。同法は、供給側における医療費抑制策として、疾病保険制度の自律的運営の一方の当事者である保険者の機能強化（疾病保険金庫全国連合（union nationale des caisses d'assurance maladie, UNCAM）の創設）や社会保障目的税的な性格を持つ一般社会拠出金の算定基礎の拡大及び料率の引上げ等を盛り込んだが、需要側における医療費抑制策としても、定額負担金（participation forfaitaire）の導入<sup>22</sup>（負担金額は、1回の診察につき1ユーロであり<sup>23</sup>、50ユーロが上限とされる<sup>24</sup>）等に加え、かかりつけ医制度の創設も行った。

### 3-2 制度の概要

かかりつけ医制度は、① かかりつけ医の登録、② かかりつけ医を経由せずに他の医師の診療を受けた場合の患者負担の増大、③ かかりつけ医による個人情報カルテ管理、の3つの法律に規定された事項を柱に構成されている。

① かかりつけ医の登録は、患者側にかかりつけ医の選択を義務づけることによって行われる。すなわち、16歳以上の被保険者及び被扶養者は、かかりつけ医となるべき医師の同意を得た上で、かかりつけ医として選択

---

る医療費抑制策の変遷—2004年8月13日法の医療保険に関する法律をめぐって」社会保険旬報2272号（2006年）18頁以下における訳語を踏まえ、“médecin traitant”に「かかりつけ医」の訳を当てる。

21 同法についての邦語解説として、加藤・同論文18頁ないし27頁、本田達郎「フランスの社会保障改革が日本に示唆するもの上 フランス医療制度改革の現状と課題」社会保険旬報2330号（2007年）12頁ないし20頁参照。

22 社会保障法典（Code de la sécurité sociale）L.322-2 II条。

23 社会保障法典 R.322-9-2条。

24 社会保障法典 D.322-2条。



した医師を自らが所属する疾病保険金庫に通知しなければならないこととされている。18歳未満の被扶養者については、両親の一方又は親権者と医師の合意により、かかりつけ医を選択する。かかりつけ医として選択することが可能な医師の範囲には特段の制約はなく、一般医(médecin généraliste)、専門医(médecin spécialiste)の別<sup>25</sup>を問わず、病院勤務医であってもよい<sup>26</sup>。また、地理的な制約もない。ただし、複数の医師をかかりつけ医として登録することは認められていない。また、かかりつけ医の変更はいつでも可能である。被保険者等はいかりつけ医の選択を義務づけられているが、かかりつけ医以外の医師への受診は禁止されていない。

② かかりつけ医を経由せずにかかりつけ医以外の他の医師を受診した場合には、疾病保険からの償還率が引き下げられ、一部負担(participation)割合<sup>27</sup>が引き上げられる<sup>28</sup>。また、そのかかりつけ医以外の医師が専門医である場合、当該専門医は協約料金<sup>29</sup>に自ら設定する特別料金を加算し、診療報酬を引き上げることができる。その引上げ可能幅は、協約料金の17.5

---

25 フランスでは、主にかかりつけ医の役割を担う一般医と専門的な医療を担う専門医とが制度上区別されている。稲森公嘉「フランスにおける開業医の医業遂行への諸規律(一)—自由な医療と疾病保険制度の相剋と調整—」法学論叢151巻1号27頁参照。

26 社会保障法典 L.162-5-3 条第1項。

27 一部負担割合は、コンセイユ・デタを経たデクレが設定する範囲内で、疾病保険金庫全国連合の評議会が決定する(社会保障法典 L.322-2 条の I、R.322-1 条3号)。一部負担制度の概要につき、笠木映里「公的医療保険の給付範囲(4)—比較法を手がかりとした基礎的考察—」法学協会雑誌124巻4号221頁ないし227頁参照。

28 社会保障法典 L.162-5-3 条第5項。

29 開業医の診療報酬は、原則として、保険者側(疾病保険金庫全国連合)と診療側(医師組合)との全国協約(convention nationale)によって決定される(社会保障法典 L.162-5 条、L.162-14-1 条の I)。開業医に対する診療報酬支払い方式は、出来高払い制である。藤井良治・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障6 フランス』(東京大学出版会、1999年)213頁(江口隆裕執筆)参照。

%である<sup>30</sup>。この特別料金の部分は疾病保険からの償還金額の算定基礎から除外される<sup>31</sup>。さらに、補足疾病保険<sup>32</sup>の保障範囲についても、かかりつけ医の経由の有無により取扱いに差異が設けられている。すなわち、一部負担については、通常、かかりつけ医を経由した受診の場合には、補足疾病保険の保障対象となるが、かかりつけ医を経由しないかかりつけ医以外の医師を受診した場合には、一部負担割合の引上げ分については補足疾病保険の保障対象とはならないし、特別料金の部分も保障の対象にならない<sup>33</sup>。なお、定額負担金は、かかりつけ医の経由の有無を問わず、通常、補足疾病保険の対象にならない<sup>34</sup>。

したがって、例えば、かかりつけ医以外のセクトール1に属する専門

---

30 自由医である専門医については、自由医と医療保険との関係を組織する全国協約 (Convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie. 2005年1月12日締結。同年2月3日のアレテにより承認。以下、「2005年全国協約」という) 1.4.4.条。病院の専門医については、社会保障法典 L.162-26条第3項、2005年7月28日のアレテ (Arrêté du 28 juillet 2005 fixant le montant de la majoration prévue à l'article L.162-26 du Code de la sécurité sociale, JO 10 août 2005)。

31 社会保障法典 L.162-5条第3項第18号及び L.162-14-1条のI第1項1号。

32 補足疾病保険は、疾病保険制度によりカバーされない自己負担部分にかかる費用負担を保障対象として民間保険会社、労使共済制度、共済組合が保険者となり運営する補足的な保険である。補足疾病保険制度の概要につき、笠木映里「公的医療保険の給付範囲(5)―比較法を手がかりとした基礎的考察―」法学協会雑誌124巻5号120頁ないし127頁参照。

33 法制度上は、かかりつけ医を経由しない場合においても、補足疾病保険が一部負担割合の引上げ部分や特別料金をカバーすることは禁じられておらず、税法上の措置により、補足疾病保険が定額負担金を対象としないように誘導されているに止まる (社会保障法典 L.871-1条、R.871-2条のI第1号、租税一般法典第83条第1項第1号の4、第154条の2のI第2項、第995条第15号、16号)。

34 法制度上は、補足疾病保険が定額負担金をカバーすることは禁じられておらず、税法上の措置により、補足疾病保険が定額負担金を対象としないように誘導されているに止まる (租税一般法典第83条第1項第1号の4、第154条の2のI第2項、第995条第15号、16号)。なお、笠木・前掲論文 (注32) 135頁参照。

医を定期的医学管理のために受診する場合、かかりつけ医の紹介を通じた受診であれば、診療料は28ユーロであるが<sup>35</sup>、かかりつけ医を通じないで直接受診する場合は、診療料は当該専門医が設定する特別料金（28ユーロの17.5%に当たる5ユーロまで設定することが可能である）を加え、28ユーロから33ユーロまでの間の診療料となる。また、被保険者の一部負担割合についても、かかりつけ医を経由した受診であれば3割であるが、かかりつけ医を経由しないで直接受診する場合は4割とされ、差がつけられている。

このため、かかりつけ医を通じた受診であれば、自己負担の総額は、9.4ユーロ（一部負担額8.4ユーロ+定額負担額1ユーロ）、償還額は18.6ユーロとなる。そして、通常、当該一部負担額のうち定額負担金は補足疾病保険の対象にならないが、他の部分は補足疾病保険により償還されるから、結局患者の家計負担は1ユーロになる。一方、かかりつけ医の紹介を経ないで直接受診する場合は、仮に当該専門医が設定する診療料が33ユーロであるとすると、一部負担額の算定基礎は25ユーロとなるから<sup>36</sup>、一部負担額は、25ユーロの4割である10ユーロに、33ユーロと25ユーロの差額8ユーロを加えた18ユーロとなる。さらに、定額負担金1ユーロを加えた19ユーロが自己負担の総額となる。疾病保険からの償還額は14ユーロである。

---

35 28ユーロの内訳は、診察料23ユーロ、臨床暫定加算(*la majoration provisoire clinicien* (MPC))。専門医としての技術加算的な性格を持つ料金) 2ユーロ、専門医連携加算 (*la majoration coordination spécialiste* (MCS))。紹介患者に係る情報をかかりつけ医にフィードバックするための管理料の性格を持つ特別料金) 3ユーロである。2005年全国協約1.2.2.条、7.2.条及び8.1.3.条、同協約補則 (*avenant*) 12号 (2006年3月3日締結。同月23日のアレテにより承認) 4.1条参照。加算の性格については、フランス医師組合同盟 (CSMF) へのインタビュー及びフランス一般医組合 (MG-FRANCE) へのインタビューによる。

36 かかりつけ医を経由しない受診の場合には、特別料金である専門医連携加算は一部負担の算定基礎からは除外される。

また、この場合の自己負担の総額のうち、一部負担割合の引上げ分、特別料金の部分及び定額負担金は、通常、補足疾病保険の対象とならないことから、補足疾病保険からの支払いは7.5ユーロに止まり、11.5ユーロが患者の家計負担になる<sup>37</sup>。

この患者の家計負担の格差が、被保険者に対し、まずはかかりつけ医を受診しようとするインセンティブを与えることになる<sup>38</sup>。

なお、婦人科、産科、眼科、精神科、神経精神科については、かかりつけ医を経由しないで受診した場合においても、一部負担割合は引き上げられないこととされている<sup>39</sup>。また、小児科、歯科、助産婦は、かかりつけ医制度とは無関係である<sup>40</sup>。

③ かかりつけ医による個人情報カルテ管理は、かかりつけ医はその登録者の個人情報カルテを管理することができるものとするものである<sup>41</sup>。こうした個人情報管理権限を有するかかりつけ医に求められる役割については、全国協約により取り決められている。その内容は、初期段階の治療を行う

---

37 ここで算定例は、2007年7月1日から適用されている料金表による。本文及びそれ以外の受診パターンに関する料金と疾病保険制度による償還については、疾病保険金庫全国連合ウェブサイト“Consultations: tarifs et remboursements” <[http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations-tarifs-et-remboursements/dans-le-cadre-du-parcours-de-soins-coordonnes-aff\\_yvelines.php](http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations-tarifs-et-remboursements/dans-le-cadre-du-parcours-de-soins-coordonnes-aff_yvelines.php)>に整理表が掲載されている。

38 仮に1ユーロ150円で計算すると1,575円程度の格差であるが、従前補足疾病保険により自己負担部分をカバーされていたフランス国民にとっては、大きな負担感を与えるものと考えられる。フランス医師組合同盟（CSMF）へのインタビューにおいても、同様の指摘があった。

39 社会保障法典 L. 162-5-3 条第5項及び D. 162-1-7 条。

40 フランス保健省ウェブサイト“Médecin référent, médecin traitant: ce qui va changer QUESTIONS PRATIQUES SUR LE MEDECIN TRAITANT”, 25) <[http://www.sante.gouv.fr/assurance\\_maladie/actu/medecinref\\_0105/questions.htm](http://www.sante.gouv.fr/assurance_maladie/actu/medecinref_0105/questions.htm)>参照。

41 社会保障法典 L. 162-5-3 第3項。

こと、患者を「適切に連携のとれた治療行程」(parcours de soins coordonnés)に誘導すること、患者が誘導される先の医師である対応連携医(médecin correspondant)に患者受入れの適切な時期につき情報提供すること、慢性疾患についての治療のプロトコール管理を行うこと、予防活動を行うこと等である<sup>42</sup>。

一方の対応連携医の役割についても、全国協約において規定されている。その内容は、かかりつけ医の要請に応え、誘導された患者をその健康状態に応じて適切な期間内に診察し、他の患者と平等に取り扱うこと、慢性疾患についての治療のプロトコール管理について貢献すること、患者の同意の下でかかりつけ医に対し医学的に合理的な期間内に検査結果、診断結果等の情報を提供すること等である<sup>43</sup>。

これらの事項は、いずれもかかりつけ医に対する努力義務的な意味合いに止まり、なんらかの違反に対して実質的なサンクションを伴うものではない<sup>44</sup>。

このほか、かかりつけ医が、がん、糖尿病等の31の特定疾患(ALD)を持つ患者を診療する場合には、患者一人当たり年額40ユーロが、通常の診療報酬とは別に、いわばカルテ管理料として支払われる<sup>45</sup>。

### 3-3 政策手法と背景

フランスのかかりつけ医制度は、被保険者に対し、かかりつけ医を登録

---

42 2005年全国協約1.1.1.条。

43 2005年全国協約1.2.1.条。

44 なお、一般的には、協約を遵守しない医師に対しては、疾病金庫が拠出する社会保障費用の一部負担を減額するという形でのペナルティーを与えることが可能である(2005年全国協約5.4.1.2.条)。協約を遵守しない医師に対する協約上の措置について、笠木・前掲論文(注32)85頁ないし88頁参照。

45 2005年全国協約1.1.4.条。

することを法律で義務づけはするが、かかりつけ医への初回受診を義務づけることはなく、法律による下命・禁止レベルでフリーアクセスに対して制約を加えるものではない。ただし、かかりつけ医を経由しないでかかりつけ医以外に直接受診する場合には、自己負担が増大することから、フリーアクセスに対して医療保険上、一定の経済的な制約を加えていると評価することができる。つまり、かかりつけ医制度が採用する患者の受療行動への介入手法は、① かかりつけ医を登録するという行為を通じ、被保険者に対しかかりつけ医を持っていることを意識させ、かかりつけ医への初回受診を促す心理的働きかけと、② 医療保険給付面での経済的誘導の二本立てであるということができる。

一方、診療側の診療行動に対する介入は、かかりつけ医に対する個人情報カルテ管理権限の付与、かかりつけ医及び対応連携医に対する患者の誘導、連携、治療方針等の策定に係る努力義務の賦課に限られており、例えば、かかりつけ医を経由しないで受診する患者を回避しなければならないとするような義務づけやかかりつけ医からの紹介患者を優先して診療するような経済的インセンティブの付与といった、より強度の介入は行われていない<sup>46</sup>。つまり、診療側に対しては、これらの権限や努力義務の賦課を通じて、一定の患者・疾病管理を期待するに止まっているのである。

したがって、かかりつけ医制度は、主に患者の受療行動への介入手法によって成立しているものと評価することができる。そして、患者が一旦かかりつけ医への初回受診に誘導された後の受療・診療行動管理は、患者—医療機関間及び医療機関間の自律に委ねられているということができる。

このような手法が採用された背景には、フランスの医師資格・医師養成制度において、かかりつけ医的な役割を担うことができる一般医の区分が

---

46 前述のとおり、2005年全国協約1.2.1.条は、かかりつけ医を経由してきた患者を、かかりつけ医を経由せずに受診した患者に対して、診療時期の点で平等な取扱いをするよう求めている。

設けられていたこと、及び、フランス人の9割以上がかかりつけ医というべき医師を持っており、まずかかりつけ医を受診し<sup>47</sup>、その紹介を受けて専門医等を受診するという受療行動形態が一般的であったという状況がある<sup>48</sup>。このため、被保険者にかかりつけ医の登録を義務づけるという法律による強制が広く容認されることとなったと考えられる。そして、こうした受療行動形態が従前から定着していたからこそ、まずかかりつけ医を受診するという受療行動について、かかりつけ医以外への初診アクセスを制限するための下命・禁止のような強度の法律による介入を採用する必要もなく、一部負担金額の格差の設定という形式的には柔らかな介入により十分実現できるだろうと考えられたものと理解できる。

また、フランスにおいては、患者による医師の自由な選択の原則が「1927年の医療憲章で明示され、1928年－1930年の社会保険法の時から法律上明記されて」おり、同原則は「被保険者は保険給付を受け得る医療提供を受ける医師を自由に選択できること、すなわち、どの医師から医療提供を受けたかに拘らず、被保険者は当該医師に支払った報酬について疾病保険金庫から償還を受け得ること」<sup>49</sup>を内実とする。同原則は、現在、社会保障法典 L.162-2 条において、「被保険者及び公衆衛生の利益のため、医師の職業遂行の自由並びに職業上及び倫理上の独立は、1971年7月3日の法律第525号の公布の日において効力を有する他の規定がない限り、患者による医師の自由な選択、医師による処方自由、職業上の秘密保持、患者による報酬の直接支払い、医師の開業の自由といった基本的な職業倫理上の原則に従って保障される」と規定されるとともに、公衆衛生法典 L.1110-8 条1項においても「医師及び医療施設を自由に選択する患者の権利は、

---

47 フランス保健省・前掲ウェブサイト（注40）2）参照。

48 Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, "Les trajectoires de soins en 2003", *Études et Résultats*, no° 463, février 2006, p.2.

49 稲森・前掲論文（注25）39頁。

保健立法の基本原則である」と規定されており、フランスの医療提供体制において極めて重要な位置を占める<sup>50</sup>。

かかりつけ医制度は、こうした患者による医師の自由な選択への配慮の上に成り立っている。すなわち、いかなる医師をかかりつけ医として選定するかは自由であること、かかりつけ医の変更はいつでも可能であること、かかりつけ医以外の医師への受診は禁止されていないこと、かかりつけ医はいかなる分野の対応連携医に受診すべきか誘導するが、当該分野のどの医師を対応連携医として選定するかは被保険者等の自由であること<sup>51</sup>である。

かかりつけ医制度の制度設計のあり方としては、かかりつけ医を一般医に限定するとともに、かかりつけ医への初回受診を義務づけ、法律による下命・禁止レベルでのフリーアクセスに対する制約を行う代替案も考えられる。しかし、そのような代替案では、現行制度が示している患者による医師の自由な選択の原則への配慮のほとんどが失われることになり、同原則に真っ向から抵触するものと評価されることになろう<sup>52</sup>。これに対し、

---

50 稲森・同論文44頁注50参照。

51 フランス保健省・前掲ウェブサイト（注40）21）参照。同ウェブサイトは、医師の選択の自由の重要性を繰り返し強調している。

52 フランスでは、かかりつけ医（médecin traitant）制度が導入される以前に、参照医（médecin référent）制度が実験的に施行されていた。参照医制度は、被保険者が任意に一般医を指定し、指定した場合には特別の事情のない限りかかりつけ医への受診が義務づけられる制度である。被保険者にとっては、協約料金が適用されるとともに、保険給付の方式が償還払いから現物給付に変わる点でメリットがあった。また、指定に同意した一般医は、一定の義務の順守を条件に、被保険者一人につき年150フランを受領し得るとされていた（稲森公嘉「フランスにおける開業医の医業遂行への諸規律（二）—自由な医療と疾病保険制度の相剋と調整—」法学論叢151巻2号29、38、49頁参照）。参照医制度は、被保険者による指定が任意であることから、患者による医師の自由な選択の原則と両立しており、指定の有効期間が一年であることや、被保険者がかかりつけ医以外の医師に受診した場合のペナルティーも前述のメリットの撤回に限られる点で、自由な選択への配慮がなされていたと理解できる（同論文39頁参照）。



かかりつけ医を経由しないでかかりつけ医以外に直接受診する場合の自己負担額の引上げという手法は、償還範囲の縮小は生じるものの患者への償還自体は行われることから、同原則には抵触しないものと理解されたものと考えられる。

なお、後述のとおり、ドイツにおいては、被保険者に対しかかりつけ医の登録を義務づけるような政策は採用されず、かかりつけ医機能を確保する家庭医中心診療への参加について疾病金庫や被保険者の選択に委ねる仕組みなどが採られている(4-2)。この点、フランスでは、被保険者に対し、かかりつけ医を登録することを法律で義務づけており、政府が被保険者に対し、ドイツと比較してより強度な介入を行っている。このような違いが生じた背景事情としては、ドイツでは疾病金庫間競争の下での疾病金庫の自治が重視され、かつ、被保険者が疾病金庫の選択権を有することを前提として、家庭医中心診療などが疾病金庫間の競争の手段として位置付けられているのに対し、フランスでは、疾病保険財源の租税代替化の進行(職域連帯から国民連帯への移行)<sup>53</sup>に伴い、政府の疾病保険制度への介入が広く許容または要請されるようになってきていることを指摘することができる。

---

しかし、参照医制度に参加している一般医は約8,000人、これを利用している患者は約150万人に止まっているようである(Dupeyroux (J.-J.), *Droit de la sécurité sociale*, 15<sup>e</sup> édition, 2005, p.527参照)。このように参照医制度が広く利用されていない理由としては、被保険者による指定は任意であるものの、指定した場合には原則としてかかりつけ医への受診が義務づけられ、また、指定の対象が一般医に限られたため、イギリス式の厳しいゲートキーピングシステムと受け止められたことが指摘されている(フランス医師組合同盟(CSMF)へのインタビューによる)。

なお、本注では、“médecin référent”に、“médecin traitant”との区別を明確にするため「参照医」の訳語を当てた。

53 柴田洋二郎「フランス社会保障制度における財源政策—租税代替化(fiscalisation)とCSG—」法学(東北大学)66巻5号85、110頁参照。

### 3-4 目的・機能・効果

かかりつけ医制度導入の目的については、医療費増加の根本的な原因がフリーアクセスや医療機関間の連携不足等にあるとの認識の下、「ゲートキーパー」を医療提供体制の中に導入するところにあるとされる<sup>54</sup>。この「ゲートキーパー」の機能は、単に、かかりつけ医が患者を専門医等に適切に振り分け、患者による専門的な医療の選択が適切になされるように管理するゲートキーピング（2-2の機能 i）に止まらず、さらに、かかりつけ医による一貫した患者・疾病管理の総括（2-2の機能 ii）までも含むものであり（3-2の③参照）、むしろ、「適切に連携のとれた治療行程」(parcours de soins coordonnés)の語に象徴されるように、この後者の機能による治療の質や継続性の確保の重要性が強調されている<sup>55</sup>。

かかりつけ医制度の施行状況は次のとおりである。まず、かかりつけ医

---

54 加藤・前掲論文（注20）24頁及び松田晋哉「フランス医療保障制度概要【2005年度版】」フランス医療保障制度に関する研究会編『フランス医療関連データ集【2005年版】』（医療経済研究機構、2006年）104頁参照。

55 フランス保健省・前掲ウェブサイト（注40）第1項は、かかりつけ医制度の目的として、患者と医師の関係の再生と治療の質の改善、治療の継続性、質、予防活動の確保のため一定期間、患者と医師の関係を固定すること、かかりつけ医を治療行程におけるピボットとすること、かかりつけ医による患者の誘導を通じて医療の無駄と重複を回避すること、初期段階の総合医療の担い手としての一般医の役割の再評価を挙げる。また、疾病保険金庫全国連合ウェブサイト“Tout savoir sur le médecin traitant” <[http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/tout-savoir-sur-le-medecin-traitant/objectif-des-soins-coordonnes-aff\\_yvelines.php](http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/tout-savoir-sur-le-medecin-traitant/objectif-des-soins-coordonnes-aff_yvelines.php)>は、連携した医療の一貫した提供や治療の質、治療へのアクセスの平等を挙げる。全国被備者疾病保険金庫（CNAMTS）へのインタビューでは、かかりつけ医制度は、イギリス式のゲートキーピングではなく、患者を中心として関係する医師の間にネットワークを構築するところに意義があることが強調された。なお、本田・前掲論文（注21）14頁、18頁も、parcours de soins coordonnésに「医療サービス利用計画」の訳語を当て、médecin traitantをその「一環」として把握する。

の登録状況であるが、2006年末で、被保険者の80%がかかりつけ医を登録している。登録している被保険者の割合は、高齢になるほど高くなっており、16歳から20歳までの層が59%であるのに対し、71歳から80歳の層では95%である。また、かかりつけ医の99.5%は一般医であり、一般医の98%がかかりつけ医となっている<sup>56</sup>。

次に、患者の受療行動に対する影響であるが、疾病保険金庫全国連合は、施行後約1年を経過した段階で、患者の初診・再診における受療行動がより合理的になったと評価している<sup>57</sup>。具体的には、2005年9月－2006年2月期は、2004年9月期－2005年2月期に比べ、一般医の診察・往診数が1.2%減少するとともに、専門医のそれも同様に減少したとされる。ただし、専門医の活動量の減少は、診療科目によって異なっており、一部の診療科目では大きく減少したとされる<sup>58</sup>。

また、かかりつけ医制度の実施による医療費全体の抑制効果については、同連合が疾病保険の費用が抑制されてきているとしているほか<sup>59</sup>、2005年に見られた医療費増大傾向の鈍化の第一の要因として本制度の施行を挙げ

---

56 UNCAM, “En deux ans, le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant s’est installé dans les mœurs: Point mensuel de 23 janvier 2007”, 2007, p.1.3.

57 UNCAM, “Médecin traitant et parcours de soins coordonnés: premier bilan: Point d’information mensuel le 6 juin 2006”, 2007, p.2.

58 診療報酬ベースでみると、2006年1月－2月期は前年同期に比べ、リハビリテーション科－5.6%、皮膚科－4.8%、内分泌科－4.5%、リウマチ科－2.8%、内科－2.5%、耳鼻咽喉科－2.2%の減少が見られた (Ibid., p.4)。一般医は本文のとおり、活動量は減少しているが、ALDに対する診療管理の評価等により診療報酬は、3.6%増加している。なお、こうした特定の診療科目における活動量の減少を受け、2006年3月に締結・承認された2005年全国協約補則12号（第2条、付属書2）において、これらの診療科目について加算の創設等の料金表改定が行われた (Ibid., p.3.4)。

59 Ibid., p.2.

の研究結果もあり<sup>60</sup>、おおむね肯定的に評価されているようである。

次に、かかりつけ医による一貫した患者・疾病管理の機能についての効果であるが、この点については、十分な効果が上がっていないとの指摘がある。すなわち、かかりつけ医には、個人情報カルテ管理権限は付与されているが、紹介先からの情報のフィードバック・プロトコルが確立していないため、単なるゲートキーピングの機能を果たすに止まり、関係者間のコーディネートや一貫した患者・疾病管理は実現できていないという。仮に、かかりつけ医に一貫した患者・疾病管理の機能を果たさせようとするならば、関係者間の情報共有のための関係性構築に必要な規律をかかりつけ医や紹介先の専門医や病院等に課す必要があると考えられる<sup>61</sup>。

### 3-5 小括

本節を要約すると、次のとおりである。

フランスのかかりつけ医制度の目的は、かかりつけ医がゲートキーピングを行い患者の受療行動を適正化するのみならず、「適切に連携のとれた治療行程」において一貫した患者・疾病管理までも実施することを通じ、治療の質の向上を図るところにあり、後者の重要性が強調されている。

その手法は、患者への働きかけが中心であり、それは、かかりつけ医を登録するという行為を通じ被保険者に対しかかりつけ医を持っていること

---

60 Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, "Les dépenses de soins de ville remboursées par le régime général en 2005", *Études et Résultats*, no° 511, août 2006.

61 フランス一般医組合 (MG-FRANCE) へのインタビューでは、かかりつけ医の紹介を受けて受診する患者を優先的に診療するシステム、専門医や病院からかかりつけ医に情報をフィードバックする期間の限定等のプロトコルの確定、かかりつけ医、専門医、病院の役割・権利義務の定義、かかりつけ医が行うコーディネートや予防活動に着目した診療報酬の設定などが必要であるとの指摘があった。

を意識させることによる心理的働きかけと、医療保険給付面での経済的誘導の二本立てで行われる。ここでの法律による患者の受療行動への介入は、かかりつけ医の登録の義務づけに止まり、かかりつけ医への初回受診の強制などの強度の介入は行われていない。

こうした手法が採用された背景には、フランス人の9割以上がかかりつけ医というべき医師を持っているという状況があり、また、患者による医師の自由な選択の原則が法律上規定されており、しかもフランスの医療提供体制において極めて重要な位置づけを有しているといった事情が存在する。

かかりつけ医制度導入の効果としては、患者の受療行動がより合理的になり、医療費の増大傾向の抑制の要因となったことを挙げることができる。一方、かかりつけ医による一貫した患者・疾病管理については、成果は確認されていない。その理由としては、かかりつけ医には、個人情報カルテ管理権限は付与されているが、紹介先からの情報のフィードバック・プロトコルが確立していないこと等が挙げられている。この点について改善するとすれば、関係者間の情報共有のための関係性構築に必要な規律を設けるなど、より強度な介入が必要であろう。

## 4 ドイツにおけるかかりつけ医制度

（家庭医によるゲートキーピングと慢性疾患患者の疾病管理）

### 4-1 導入の経緯

公的医療保険近代化法（Gesetzliche Krankenversicherung-Modernisierungsgesetz, GMG. 2003年9月成立）は、一般的な慢性疾患に対する医療サービスの過度の利用や経済的非効率性が認められるなどの指摘を踏まえ、医療保険の効率化と医療の質の向上を図ることを目的とし、

2004年1月に施行された。同法では、需要側の医療費抑制策として、給付範囲の縮減、民間保険的性格の導入等のほか、入院時患者負担の引上げ、医薬品等における定率負担の導入等の広範な患者負担の引上げが盛り込まれた。この患者負担の見直しの一環として、外来診療における診察料（Praxisgebühr）が創設された。また、被保険者の任意の参加による家庭医中心診療（hausarztzentrierte Versorgung）<sup>62</sup>も導入された<sup>63</sup>。ドイツにおいては、フランスのようなかかりつけ医の登録制度は導入されていないが、これら、外来診療における診察料の設定と家庭医中心診療の実施により、主に家庭医によるゲートキーピングの仕組みが機能するようになっていく（2-2の機能i）。

また、リスク構造調整改革法（Gesetz zur Reform des Risikostrukturausgleichs in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2001年11月成立）は、1992年成立の疾病保険構造法（Gesundheitsstrukturgesetz, GSG）による疾病金庫選択権の拡大に伴う疾病金庫間の格差の拡大状況を踏まえ、リスクプール制とともに、疾病管理プログラム（strukturierte Behandlungsprogramme）<sup>64</sup>の導入を行った。これは、疾病金庫間の競争が激化する中で慢性疾患に対する医療が充実している疾病金庫が競争上不利になる状況に対応するため、特定の慢性疾患の適切な治療を行うプログラムによる治療を受ける旨登録した被保険者の医療給付費について、リスク構造調整の対象とするものである<sup>65</sup>。この疾

---

62 通称として、家庭医モデル（Hausarztmodell）の語が用いられている。

63 公的医療保険近代化法に関する邦語解説として、ドイツ医療保障制度に関する研究会『ドイツ医療関連データ集【2005年版】』（医療経済研究機構、2006年）127頁ないし131頁参照。

64 通称として、Disease Management Programme（DMP）の語が用いられている。

65 松本勝明「シュレーダー政権下での医療保険改革の評価と今後の展望」海外社会保障研究2006年155号6頁、同『ドイツ社会保障論—医療保険—』（信山社、2003年）207頁、ドイツ医療保障制度に関する研究会・前掲書（注63）126頁参照。

病管理プログラムは、特定の慢性疾患を持つ患者について特定の医師が継続的に健康管理を行うものであるから、一貫した慢性疾患患者の疾病管理の機能(2-2の機能ii)を持つ一種のかかりつけ医制度と位置づけることができる。

#### 4-2 制度の概要

ドイツの保険医による診療は、家庭医診療(hausärztliche Versorgung)と専門医診療(fachärztliche Versorgung)に区分され、一般医(Allgemeinarzt)、小児科医、家庭医診療を選択した内科医等が家庭医診療に従事している<sup>66</sup>。この家庭医、専門医の区分は、家庭医が患者に対して専門医、病院等から行われる給付を調整する機能を発揮できるようにすること、すなわちゲートキーピングの役割を果たすようにすることを目的としているが、被保険者はまず初めに家庭医に受診することは法律上義務づけられておらず、直接専門医に受診することが認められている<sup>67</sup>。したがって、被保険者が必ずしも家庭医を受診するとは限らないため家庭医によるゲートキーピング機能の発揮には制度上限界があるところ、この点を

---

66 社会法典第5編(Sozialgesetzbuch Fünftes Buch)第73条第1項、第1a項。

67 家庭医・専門医の区分は、被保険者による医師選択の自由(社会法典第5編第76条第1項)を制約するものではない。松本・前掲書(注65)71頁参照。また、ドイツの公的医療保険による外来診療の基本構造等については、同書67頁ないし86頁参照。

なお、保険医の診療報酬については、疾病金庫州連合会と保険医協会との間で年間の診療報酬総額が取り決められ、疾病金庫州連合会から保険医協会に当該総額が支払われる。各保険医に対しては、当該保険医が行った給付の種類及び量に応じて、保険医協会が診療報酬総額を分配することとされており(同書76頁、ドイツ医療保障制度に関する研究会・前掲書(注63)109頁参照)、保険医への診療報酬支払い方式としては、診療報酬総額制(総額請負制)の下での制限された出来高払い制であるといえる。

補強し、被保険者がまず家庭医を受診する形を作り出しているのが、① 外来患者に対する診察料の設定、② 家庭医中心診療、の2つの施策である。また、特定の慢性疾患患者については、③ 疾病管理プログラムにより、単なるゲートキーピングに止まらず、一貫した慢性疾患患者の疾病管理が志向される。

① 外来診療における診察料が設定されるまで、それまでドイツの医療保険においては、薬剤費・入院費・移送費以外の自己負担はなかったが、同法により、患者が紹介状（Überweisung）を持たないで受診する場合には原則として同一疾病について4半期ごとにその初診時に診察料として10ユーロを医療機関に支払うこととされた<sup>68</sup>。したがって、患者には、独断で重複受診をせず、転医の必要の有無等について当該疾病について初めて受診した保険医に相談をするインセンティブが発生することになる。このため、患者の初回受診を受けた保険医は、ゲートキーピング機能を果たすことができる地位に置かれることになる。

紹介状を発給することができる医師に制限はなく、家庭医、専門医いずれも可能である。したがって、この初診料の設定においては、患者が当該疾病について初回受診する保険医を家庭医に限定する方向での誘導は行われてはならず、紹介は、家庭医から専門医へ、だけではなく、専門医から専門医へ、専門医から家庭医へ、といった方向でも可能である<sup>70</sup>。しかし、

---

68 社会法典第5編第28条第4項、第61条第2文。

69 ただし、患者が紹介状を携えて受診する場合、患者が18歳未満の場合、早期発見のための各種検診、各種予防接種、妊娠中の検査等については、診察料の支払い義務は免除される。社会法典第5編第28条第4項。ドイツ医療保障制度に関する研究会・前掲書（注63）128頁参照。

70 連邦保険医協会（KBV）では、例えば、専門医から家庭医への流れとしては、もともと眼科医に受診している患者が風邪を引いたケースでは、まずその眼科医に受診し、家庭医への紹介状を発給してもらうことになる、と説明する。同協会は、もともと患者の状態をよく把握している医師が紹介状を発給するというシステムが上手く機能していると評価している（連邦保険医協会（KBV）



ドイツ国民の約9割がまず家庭医を受診する行動をとっていることから<sup>71</sup>、外来診療における診察料の設定により、まず家庭医に受診しその紹介に従い専門医に受診する流れが強化され、その結果、家庭医によるゲートキーピングシステム、すなわち一種のかかりつけ医制度が事実上形成されていると評価することができる。

なお、家庭医がその機能を発揮し所用の調整を行うことができるように、家庭医には、患者の同意の下で、当該患者を担当する他の専門医や病院から必要な記録や所見を徴するとともに、それらの専門医や病院に対し必要な記録や所見を提供することができることとされている<sup>72</sup>。

② 家庭医中心診療は、疾病金庫と家庭医の団体等とが交渉を行い、法定の要件に従った契約を締結し実施する事業である。本制度の導入当初から、疾病金庫には家庭医中心診療を保障すべくそのための契約を締結しなければならぬよう義務づけられていたが<sup>73</sup>、全国的一律的な実施は担保されておらず、事実上事業の実施如何は疾病金庫等のイニシアティブに委ねられてきた。その後、2007年2月に成立した公的医療保険競争強化法 (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung)<sup>74</sup>により、疾病金庫は、被保険者に対し家庭医中心診療を提供することが明確に義務づけられ<sup>75</sup>、また、被保険者に家庭医中

---

へのインタビューによる)。

71 連邦保健省ウェブサイトにおける家庭医についての概説<[http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitsystem/qualitaet\\_vergleichen/der\\_gute\\_arzt/hausarzt/index.html?param=gl](http://www.die-gesundheitsreform.de/gesundheitsystem/qualitaet_vergleichen/der_gute_arzt/hausarzt/index.html?param=gl)>によると、2003年の調査では、健康上の問題のある国民の87.4%が初回診療先として家庭医を選択した、という。

72 社会法典第5編第73条第1b項。松本・前掲書(注65)56頁、79頁参照。

73 公的医療保険競争強化法による改正前の社会法典第5編第73条b第2項。

74 同法についての邦語解説として、田中謙一「ドイツの2007年医療改革(1)～(4終)」週刊社会保障2436号56頁ないし59頁、2437号56頁ないし59頁、2438号52頁ないし55頁、2439号60頁ないし63頁参照。

75 社会法典第5編第73b条第1項。

心診療に参加する家庭医等に関する情報を提供しなければならないこととされるとともに<sup>76</sup>、複数の疾病金庫による共同での契約締結も認められた<sup>77</sup>。これらの措置により事業のより広範な実施が推進されることとなった。

被保険者は、家庭医中心診療への参加を強制されることはなく、参加は任意である。参加者は自らが選択した家庭医を受診し、眼科及び産婦人科以外の専門医を外来受診する場合はその家庭医の紹介を受けることが義務づけられる。参加者は原則として1年間、この義務に拘束される<sup>78</sup>。つまり、参加者は少なくとも1年間は必ず最初に家庭医の診察を受け、家庭医が必要と認めた場合に発給される紹介状を持って専門の診療を受ける仕組みとなっている。

家庭医中心診療を提供する疾病金庫は、参加者に外来患者に対する診察料（Praxisgebühr）を免除するなどの措置を行うことができる<sup>79</sup>。例えば、参加者に年額20ユーロの参加料を課す代わりに、4半期ごとに10ユーロ支払わなければならないこととされている診察料の支払いを免除し、その被保険者の参加を促すことができる<sup>80</sup>。この場合、参加者は、年20ユーロの負担（仮に、1ユーロ＝150円とすると、約3,000円）を節約することができるから、家庭医中心診療に参加するインセンティブが発生する可能性がある。また、開業医側の家庭医中心診療を実施するインセンティブとしては、被保険者に対し、例えば、自らを家庭医とすれば年20ユーロ節約することができるとのマーケティングを行うことができることが挙げられる。

なお、家庭医中心診療に参加する医師には、医療の品質管理を行うこと

---

76 社会法典第5編第73b条第6項。

77 社会法典第5編第73b条第4項。

78 社会法典第5編第73b条第3項。

79 社会法典第5編第53条第3項。

80 被保険者に対する家庭医中心診療への参加促進の一例として、ザクセン・アンハルト地区疾病金庫ウェブサイト<<http://www.mein-dok.de/hausarztprogramm.html>>参照。

などが義務付けられているが、その内容は概括的なものに止まる<sup>81</sup>。

③ 疾病管理プログラムは、疾病金庫が作成したプログラムに従って、関係する医療提供者が連携して患者に対し継続的な健康管理（保健指導及び治療）を行うシステムである<sup>82</sup>。疾病管理プログラムを実施しようとする疾病金庫は、連邦保健省が定める法規命令に示された基準に従って疾病管理プログラムを作成し、連邦保険庁の認可受けなければならない<sup>83</sup>。疾病金庫は、家庭医、専門医、病院等の医療提供者と交渉し、プログラムの実施に必要な契約を締結しなければならないが、これらの契約内容は、その連邦保健省の基準を満たしている必要がある。疾病管理プログラムの対象とすることができる疾患は、糖尿病（タイプ1及びタイプ2）、慢性閉鎖性気道疾患（喘息及びCOPD）、乳がん、冠状血管性心疾患である。被保険者が所属する疾病金庫が疾病管理プログラムを実施しており、被保険者が対象疾患を有しプログラムへの参加条件を満たす場合には、当該被保険者はプログラムに任意で参加することができる<sup>84</sup>。疾病管理プログラムにおいては、家庭医、専門医、病院等の医療提供者間の連携の下、伝統的な治療のほかに患者に対する情報提供、教育及び社会心理学的な関与が行われる。家庭医は、一人の患者に対して行われる医療全体を見渡すことができる立場にあることから、こうした連携の中で中心的な役割を果たすこ

---

81 社会法典第5編第73b条第2項。

82 社会法典第5編第137f条。疾病管理プログラムの概要については、松本・前掲書（注64）207頁、同「慢性病患者に対する医療の改善のための取組み—ドイツにおける疾病管理プログラム（DMP）—」主任研究者植村尚史『「個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究」平成15年度研究報告書（平成15年度厚生労働科学研究）』593頁ないし602頁、ドイツ医療保障制度に関する研究会・前掲書（注63）126頁、船橋光俊・矢野周作「ドイツの疾病管理プログラムの進め方～ドイツ的方法の考察(上)(下)」社会保険旬報2317号10頁ないし16頁、2318号20頁ないし27頁参照。

83 社会法典第5編第137g条第1項。

84 社会法典第5編第137f条第3項。

とが期待されている。

なお、ドイツでは病院は従前、基本的に入院医療を担当することとされてきたが、近年、病院における入院前後の通院治療や通院手術などの外来診療の範囲が拡大されてきている<sup>85</sup>。疾病管理プログラムに基づく場合などにおいても、外来での専門医療を行うことが認められている<sup>86</sup>。

### 4-3 政策手法と背景

ドイツでは、フランスのようなかかりつけ医の選択を義務づける登録制は採用されていない。外来患者に対する診察料の仕組みは、同一疾病について初診の開業医以外の医師に初診後一定期間内に受診する場合には、医療費負担が引き上げられるものであり、フリーアクセスに対して経済的な側面から一定の制約を加えていると評価することができる。また、家庭医中心診療は、その参加者は家庭医の紹介なくして専門医を受診することはできないが、被保険者の家庭医中心診療への参加自体は任意であり、被保険者が経済的得失を考慮しながらゲートキーパーを持つかどうかを選択し、自らの当初の受療行動を自ら制約するかどうかを決定することができる仕組みである。したがって、自らのコミットメントに従い自らのフリーアクセスを制約することとするかどうかの決定権が被保険者に留保されている

---

85 社会法典第115a条、第115b条。土田武史「ドイツにおける1993年医療保障改革」早稲田商学364号（1995年）83頁、97頁参照。このような病院外来の拡大の理由としては、入院治療が必要でない患者が病院に紹介されたり、退院後の対応について病院と保険医との間の連携が不十分であったりする問題に対処するため、入院の必要性の確認や事前検査のための病院における通院治療を明確化するとともに、退院後一定期間の病院への通院を認めることにより、安易な入院の回避や入院から在宅へのスムーズな移行を促進する必要があることが指摘されている（同書97頁参照）。

86 社会法典第5編第116b条。Bundesministerium für Arbeit und Soziales, *Übersicht über das Sozialrecht*, 2006, S195、松本・前掲論文（注65）7頁参照。

点で、制度としてはフリーアクセスに強度の制約を加えるものではないと評価することができる。

このような経済的誘導のみによる患者の受療行動への緩やかな介入が採用された背景としては、ドイツ国民の約9割が事実上かかりつけ医を有しているという事情があるほかに、社会法典が被保険者に対し明確に医師の自由な選択の保障を規定してきたことを指摘することができる<sup>87</sup>。

また、ドイツでは、家庭医中心診療や疾病管理プログラムに見られるように、受療・診療行動管理について国が施策メニューを用意した上で、その採用あるいは内容については疾病金庫等のイニシアティブに委ねる仕組みを採用している。この背景としては、社会法典第5編第4条第1項において、疾病金庫が法的に連邦政府や州政府、自治体から独立し、自立運営を行う権利能力のある公法上の社団 (rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts) である旨規定されるとともに、同条第3項において、医療保険制度の効率性や経済性を確保するため他の疾病金庫や医療施設と協働する旨規定されるなど、個々の疾病金庫の自治、すなわち自主的な取り組みを行うことが重視されていることを指摘することができる。

1993年の疾病保険構造法 (GSG) により、疾病金庫の選択権の拡大が行われた結果、個々の疾病金庫は、加入者の確保及び金庫規模の維持のために様々なレベルでの競争を行うこととなったとされる<sup>88</sup>。家庭医中心診療や疾病管理プログラムは、こうした疾病金庫間の競争の手段として利用することが可能であり、逆に言えば、疾病金庫にはこれらの手段を活用しようとするインセンティブがあるから、個々の疾病金庫のイニシアティブを重視又は信頼する政策手法が採用されてきたとも考えることができる<sup>89</sup>。

---

87 社会法典第5編第76条第1項。

88 健康保険組合連合会『欧州の医療保険制度に関する国際比較研究報告書』(健康保険組合連合会、2006年) 13頁参照。

89 松本・前掲論文(注65) 8頁参照。

#### 4-4 目的・機能・効果

ドイツにおけるかかりつけ医制度の役割は、患者を専門医等に適切に振り分け、患者の専門的な医療の選択が適切になされるように管理するゲートキーピング（2-2の機能 i）及び慢性疾患を対象とした一貫した患者・疾病管理の総括（2-2の機能 ii）の2つである。① 外来診療における診察料の設定及び② 家庭医中心診療は、主に前者の機能を持ち、③ 疾病管理プログラムは後者の機能を持つ施策であると整理することができる。いずれも究極的には、医療の質の向上とそれに伴う医療費の抑制を目的とするものである。

①及び②の効果については、2004年に比べ2005年には、開業医への通院患者数が約9%減少し、通院件数（通院回数）は約3%減少した。通院患者数は、全診療科目において減少したが、科目によってその程度に大きな差が見られる。また、通院件数ベースで見ると、専門医の診療科目においてはおおむね減少しているのに対し、家庭医については僅かではあるが増加しており、これらの施策が患者の受療行動に一定の影響を与えたことが窺える結果となっている<sup>90</sup>。

---

90 H.Koch, G.Brenner, "Dauerhafter Rückgang der Inanspruchnahme durch Praxisgebühr bestätigt", Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 2005. 2003年に比べ2004年では、開業医への通院患者数は8.7%減少し、通院件数は2.9%減少した。いずれについても年齢階級20歳から39歳における減少が顕著であった。診療科目別の変化を見ると、通院患者数については、全診療科目において減少しており、中でも、眼科（-10.9%）、外科（-11.6%）、婦人科（-15.1%）、耳鼻咽喉科（-11.1%）、皮膚科（-17.5%）、整形外科（-11.3%）、泌尿器科（-9.6%）における減少が顕著である。一方、通院件数については、眼科（-7.6%）、外科（-3.9%）、婦人科（-11.4%）、耳鼻咽喉科（-4.9%）、皮膚科（-10.7%）、整形外科（-3.4%）、泌尿器科（-5.0%）において程度の差こそあれそれなりの減少が見られたが、専門医である内科医（-1.0%）及び神経科医（-0.4%）では微減に止まり、一般医（+1.3%）、家庭医である内科医（+1.3

③による一貫した患者・疾病管理については、医療の質の向上について一定の効果があったとの評価があり、また、患者や医師が疾病管理プログラムを肯定的に受けてとめてきているとの指摘もみられる。その一方で、同プログラムの実施に係る事務的作業量が多く、事務費の削減が課題となっているとの問題点も指摘されている<sup>91</sup>。

#### 4-5 小括

本節を要約すると、次のとおりである。

ドイツにおけるかかりつけ医制度の機能は、患者の専門医等への適切な振り分けによるゲートキーピング及び慢性疾患を対象とした一貫した患者・疾病管理の双方にあると評価することができる。

その手法としては、患者への働きかけの側面では、経済的誘導のみによる患者の受療行動への介入が採用されている。患者の受療行動への介入は、経済的動機付けのための患者負担の設定に止まり、かかりつけ医の登録の義務づけのような介入は行われていない。また、ドイツの制度における特徴は、保険者への働きかけの側面にあり、受療・診療行動管理について国が施策メニューを用意した上で、その採用については個々の疾病金庫等のイニシアティブに委ねる仕組みが採用されている。

こうした手法が採用された背景には、ドイツ人の約9割がかかりつけ医というべき医師を持っているという状況があること、医師の選択の自由が法律上規定されていること、個々の疾病金庫の自治、すなわち自主的な取

---

%)、家庭医である小児科医(+0.6%)では微増している。また、紹介状を持ち受診した患者の割合は、全診療科目を通じて大幅に増加し、全体では、10.3%から52.5%への増加になっている。これらのデータの出典は、Stichprobenanalyse auf Basis des ZI-ADT-Panels Nordrhein mit ca. 1.8 Mio. Behandlungsfällen in 2004である。

91 船橋・矢野・前掲論文(注82)(下)25頁参照。

り組みを行うことが重視されていることがあると考えられる。

政策効果としては、外来診療における診察料の設定及び家庭医中心診療については、患者の受療行動に一定の影響が窺えることが、また、慢性疾患患者に対する一貫した患者・疾病管理については、医療の質の向上の面では一定の効果があつたと見られることが挙げられる。

## 5 制度設計における検討課題

### 5-1 フランス及びドイツのかかりつけ医制度等とわが国の関連事情との比較

3及び4において行ったフランス、ドイツ両国のかかりつけ医制度についての整理を踏まえ、フランス、ドイツ及び日本におけるかかりつけ医制度、関連事情等を比較すると次のとおりとなる。

第一に、かかりつけ医制度の概要については、フランスはかかりつけ医の登録を被保険者等に義務づけ、かかりつけ医の紹介を受けずに他の医師の診療を受けた場合に患者負担が増大するようにしている。また、かかりつけ医には、初期段階の治療を行うこと、患者を適切に連携のとれた治療行程に誘導すること、患者が誘導される先の医師である対応連携医に患者受入れの適切な時期につき情報提供すること、慢性疾患についての治療のプロトコール管理を行うこと、予防活動を行うこと等の役割が課せられている。ドイツはフランスのようなかかりつけ医の登録制は採用されていないが、同一疾病について初診の保険医の紹介を受けずにそれ以外の医師に初診後一定期間内に受診する場合には患者負担が多くなることとされているほか、被保険者が任意で参加する家庭医中心診療や疾病管理プログラムが導入されている。

一方、わが国には、両国のようにかかりつけ医制度と評価することがで



きる仕組みはない。ただし、非紹介患者初診に係る選定療養等は、後述(第三)のとおり、両国の制度と類似した働き方をするものと評価することができる。

また、かかりつけ医の範囲については、フランスでは制度上、一般医、専門医の別、開業医、勤務医の別は問わないこととされ、ドイツにおいても制度上、家庭医、専門医の別は問わないこととされている。しかし、フランスにおいてかかりつけ医として登録されている医師のうち99.5%は一般医である。ドイツにおいても国民の約9割がかかりつけの家庭医を持つという実態がある。

第二に、政策手法については、フランスでは、かかりつけ医の登録を法律により義務づけるが、かかりつけ医への受診の強制は行われておらず、医療保険給付面での経済的誘導による患者の受診行動への介入が行われている。ドイツにおいても、経済的誘導の手法が採用されるとともに、疾病金庫の自立性と疾病金庫間の競争を背景として、疾病金庫がイニシアティブを發揮し、受療行動管理メニューを活用することが期待されている。一方、わが国の非紹介患者初診に係る選定療養の仕組みも医療給付面での経済的誘導を行うものである。

第三に、政策の目的・機能については、フランス、ドイツ両国とも、適切な専門医療選択を行うゲートキーピング(2-2の機能i)及び一貫した患者・疾病管理(2-2の機能ii)の双方が志向されている。

一方、わが国の非紹介患者初診に係る選定療養においては、200床以上の病院における非紹介患者に係る初診が対象とされ、初診料に上乗せした費用徴収が可能となっている<sup>92</sup>。この仕組みは、大病院志向を是正し病院と診療所の機能分化を促進することを目的とするものであり、一種のゲートキーピング機能を持つものと評価することができる<sup>93</sup>。また、診療報酬

---

92 注6参照。

93 非紹介患者初診に係る選定療養においては、紹介があれば上乗せ費用徴収を

点数において、例えば、生活習慣病管理料は、200床未満の病院又は診療所において高脂血症、高血圧症又は糖尿病を主病とする患者に対して治療計画を策定し、当該治療計画に基づき生活習慣に関する総合的な治療管理を行った場合に算定することとされている<sup>94</sup>。これは、一貫した患者・疾病管理の実施を診療所及び中小病院に期待する趣旨の点数設定であるといえる。

第四に、かかりつけ医に関わる背景事情や関連制度については、フランスでは、医師資格に一般医の区分とそれに対応した養成過程があり、ドイツにも、医師資格に一般医の区分とその養成過程が存在し、さらに、保険医診療においても家庭医診療の区分が設けられていることに留意する必要がある。また、フランス、ドイツ両国とも、国民の9割前後がかかりつけ医を有しているという実態がある。これに対し、わが国には、医師資格に一般医等の区分はなく、かかりつけ医の内実も多様又は不明確である<sup>95</sup>。

---

課されることはないが、その場合の紹介元の医療機関については制限が設けられていないことに留意する必要がある。

94 診療報酬の算定方法（平成18年〔2006年〕厚生労働省告示第92号）別表第一 医科診療報酬点数表 B001—3。

95 わが国におけるかかりつけ医の実態については、次の文献を参照した。

遠藤久夫『『かかりつけ医』の実態と受療行動に及ぼす影響』学習院大学経済研究所年報18巻（2004年12月）27頁ないし37頁は、2003年に東京都及び茨城県の居住者（有効回答数720件）を対象に行った実態調査を基に、かかりつけ医の実態等を分析した研究である。そこでは、かかりつけ医は「あなたやあなたの家族の健康を把握して、継続して、いつでも診察が受けられ、病気の治療だけでなく生活習慣の改善などについても気軽に相談できる医師」と定義されており、このようなかかりつけ医がいると答えた回答者は約63.2%であったとされる。また、かかりつけ医の属する医療機関の内訳は、個人開業医57.2%、中・小規模の病院19.1%、大学病院・国立ガンセンター等11.3%、大学病院以外の大病院10.6%等であり、かかりつけ医の診療科目の内訳については、半数強が内科系であるが、その余は、外科系、小児科、産科・婦人科、耳鼻科、眼科、精神科等の広範な科目に分散しているといった結果が示されている。

杉澤秀博・杉原陽子・金恵京・柴田博「高齢者における医療機関選択に関連

また、フランスでは、フリーアクセスは法律上基本原則とされ、ドイツでも社会法典が被保険者に対し明確に医師の自由な選択の保障を規定してきたという事情がある。

これらの事情や関連制度の存在は、制度の導入の可否や政策手法の選択に影響を与えたと考えられる。

以上の整理を踏まえると、わが国においてかかりつけ医制度を設計するに当たっては、主に次の諸点に着目して検討を行う必要があると考えられる。

## 5-2 フリーアクセス制約の可否とその理由

かかりつけ医制度は、患者がまず当該かかりつけ医に受診することを前提とする仕組みであるから、患者の受療行動への介入・働きかけを必然的に組み込むシステムとなる。このような介入・働きかけは、医療へのフリ

---

する要因—なぜ大病院を選択するのか—日本公衆衛生雑誌47巻11号(2000年11月)915頁ないし924頁は、1996年に全国の60歳以上の高齢者から抽出した対象者(回答回収者2,447人)について、高齢者における大病院選択に関連する要因を分析するものである。調査の前提として、「健康や病気のことで気軽に相談できる」かかりつけ医が診療所にいるか否かの問いがあり、その結果は、診療所にかかりつけ医がいる者75.2%、いないもの24.8%であったとされる。

江口成美「日医総研ワーキングペーパー 第2回 日本の医療に関する意識調査」(日医総研、2006年)は、全国の20歳以上の者から抽出した対象者(国民。有効回収数1,364人)、全国の医療機関を訪れた20歳以上の者から抽出した対象者(患者。有効回収数979人)等を対象にかかりつけ医機能等の課題について国民、患者等の問題意識等を把握しようとするものである。調査においてはかかりつけ医の定義は特に示されていないが、国民の55.3%がかかりつけ医がいるとし、患者の84.0%がかかりつけ医がいるとする。また、国民についてみると、そのかかりつけ医の属する医療機関の内訳は、医院・診療所・クリニック63.8%、中小規模の病院18.7%、大学・国公立病院12.3%等であり、かかりつけ医の診療科目の内訳は、内科82.4%、整形外科4.6%、耳鼻咽喉・眼・皮膚科4.0%、外科2.5%等のであるとの結果が示されている。

ーアクセス確保の要請との関係で緊張関係を生むから、その制約の可否が問題となる。

そこで第一に検討を要するのは、患者による医療機関選択の機能についてである。

フリーアクセスとは、患者がその受診する医療機関を自由に選択できること、すなわち、患者の様々な受療行動のうち医療機関選択の場面においては介入を受けないことを意味する。医療という財については、情報の非対称性が存在するため、患者が財の質や当該財を利用している過程、利用した結果について適切に評価することは極めて困難である。そこで、患者の選択の作用に因らずとも、一定の質の医療が提供されるように、医療提供者の資格規制や医療機関の人員構造規制等が行われている。この前提の上で、患者は、受診する医療機関を選択する自由を行使する。つまり、患者は一定の質の医療を提供することが見込まれるとして限定された一定の医療機関を選択する限定された自由を持つ。こうした選択の自由の機能としては、医療機関がそれぞれ潜在的な競争圧力に曝されるため、医療機関に患者の利益を最優先に考えて医療を提供するインセンティブが生じることや<sup>96</sup>、患者がその病状に応じた医療機関を合理的に選択することを通じて、医療資源の配分がより効率的になることを挙げることができる。

したがって、何らかのかかりつけ医制度を導入しフリーアクセスに制約を加える場合には、この選択の自由の機能が現在どの程度効果を発揮しているのか、効果を発揮しているとしてかかりつけ医制度による制約によりそれがどの程度損なわれることになるのか、かかりつけ医が患者のエージェントとして専門医や病院を選択・紹介する場面においてかかる機能をよりよく発揮することができるかについて、検討をしておく必要がある<sup>97</sup>。

---

96 遠藤久夫「医療サービスの経済的特性」西村周三ほか編著『講座医療経済・政策学第1巻 医療経済学の基礎理論と論点』（勁草書房、2006年）40頁参照。

97 遠藤・前掲論文（注95）32頁では、大病院に直接受診した理由として、「施設が整った大病院の方が安心だから」、「持病には専門的な検査等が必要と認

第二に検討を要するのは、患者が選択の自由に見出す価値についてである。

患者は情報の非対称性の下で医療機関が提供する医療の質を適確に評価することは難しいものの、医療機関を選択する行為や選択するプロセス自体に価値を見出しているとの指摘がある<sup>98</sup>。社会保障法学においても、「社会保障法関係において想定されるべき基礎的法主体としての個人とは」、「能動的主体的な権利義務主体たる個人である」との認識の下、「受給主体自らの意思にかかわりなく一方的に給付の可否・内容を決定される仕組みは、基本的に消極的に評価されるべきであり、改善を必要とする」との「『選択』の原則」が提示されている<sup>99</sup>。

かかりつけ医制度によるフリーアクセスの制限はかかる選択の自由を制約するものであるから、その制約が、患者が選択の自由に見出す価値との関係において許容されるかどうか問題となり得る。具体的には、現在のよう、診療所、中小病院から大学病院に至るまで多様な医療機関を選択する自由に見出される価値と、何らかのかかりつけ医制度が導入された場合におけるかかりつけ医の選択の自由、かかりつけ医の紹介の下で紹介先の専門医や病院を受診するかどうかを選択する自由あるいは一定の増加費用を払いながらも紹介先以外の専門医等を受診するかどうかを選択する自由その他の一定の制約を受けた医療機関選択の自由に見出される価値との優劣について、国民がどのように受け止めるか検討しておく必要がある。

---

識したから」が主たる理由であったとの調査結果が示されている。こうした理由に即して言えば、患者が施設の整った大病院を受診する行動を採る動機となる、自分は何か重篤な疾患を抱えているのではないかとの判断、あるいは特定の専門医療が必要となる疾患を抱えているのではないかとの判断がどの程度適確なものであるかの検証が必要であると思われる。

98 池上直己「医療保険の給付範囲を巡る論点」池上直己・遠藤久夫編著『講座医療経済・政策学第2巻 医療保険・診療報酬制度』（勁草書房、2005年）242頁参照。

99 菊池馨実『社会保障の法理念』（有斐閣、2000年）144頁。

その際には、かかりつけ医が患者が満足するに足りる所期の機能を発揮できるか、その機能が選択の自由に対する制限に見合ったものであるか、あるいは、フリーアクセスの制約の見返りとしてどのような利益が国民・被保険者・患者に還元されるか、例えば、かかりつけ医が医療機関等の連携確保の枢軸を担うことにより医療や介護サービス等の総合的な水準が向上するかどうかが問われることになる<sup>100</sup>。

なお、これら患者による医療機関選択の機能や患者が選択の自由に見出す価値は、疾病や診療科目の特性によって異なってくると思われる。フランスの制度では、婦人科、産科、眼科、精神科、神経精神科、さらに小児科、産婦人科、歯科がフリーアクセスに対する制約から外れている。わが国においてもその事情に応じた考慮が必要であろう。

### 5-3 フリーアクセス制約の程度と政策手法

フランス、ドイツ両国ともに、フリーアクセスを重視していることから、かかりつけ医制度によるフリーアクセスへの制約が緩やかなものとなるような制度設計を行っている。すなわち、両国ともに、患者を自己負担額の格差に直面させることによる経済的誘導を基本としたシステムを仕組んで

---

100 江口隆裕「医療保険制度の課題と将来」週刊社会保障2444号44頁は、患者の医師選択の自由は生命に対する権利として幸福追求権（憲法13条）に含まれると考えることができるとした上で、かかる自由に対する制限を合理的に説明できる仕組みとして患者の主治医選択権・変更権を挙げるとともに、制限の正当化事由としての主治医の質の確保を指摘する。

なお、フランスでは、患者による医師の自由な選択を含む「自由医療の諸原則には法的価値こそ認められるが、憲法的価値までは認め難く、少なくとも、明白に憲法的価値を有する『健康の保護』には劣位する原則であり」（稲森・前掲論文（注52）52頁）、「立法者は、健康の保護に資する限りで、法律で自由医療の諸原則を制限することができるものと考えられ」という（同論文32頁）。健康の保護については、同論文27頁参照。

おり、かかりつけ医の登録を義務づけるフランスにおいても、登録したかかりつけ医以外の医療機関を受診する自由は維持されている。わが国においても、フリーアクセスは重要視されていることから、何らかのかかりつけ医制度を導入するとすれば、フリーアクセスの制約の可否とともに、その制約の程度やそのための政策手法としてどのようなものが適当かについて検討・調整が必要となる<sup>101</sup>。

両国とも、かかりつけ医の機能を担うことができる一般医や家庭医が他の専門医と区別され、一種の専門医として養成される制度を有している。また、かかりつけ医を持つ国民が9割前後であり高率である。他方、わが国には、一般医や家庭医と専門医の区分もなく、実態面においても、かかりつけ医を持つ国民は5割から7割程度と推察される<sup>102</sup>。こうした医師の区分に係る制度や実態面での差異が、わが国におけるかかりつけ医制度導入の障壁あるいは採用することができる政策手法の限定要因になる可能性がある。例えば、イギリスのように全ての国民が一般医を予め登録することとし、原則としてまず一般医の診察を受けるようにする強度の介入手法は、そもそも国民あるいは被保険者がかかりつけ医を選ぶことが困難であり政策実行の実態的な前提を欠くから、導入することは難しい。また、フランスのようにかかりつけ医の登録を義務づけるが受診の強制はしない仕組みについても、同様にその導入は必ずしも容易でないと考えられる。この点、わが国の実態を踏まえ、かかりつけ医の範囲を広く設定した上で仕組み代替案も考えられるが(5-4参照)、そうすると、多種多様で幅広

---

101 稲森・前掲論文(注25)40頁は、日本においては、保険医療を提供することができる医師及び医療機関は公的保険制度における登録・指定制により選別されており、純形式的にフリーアクセスは存在せず、ほとんどの医師及び医療機関が登録・指定されている結果、事実上フリーアクセスが実現しているのに対し、フランスにおいては、公的保険制度による医師及び医療機関の選別の仕組みがないことから形式的意味のフリーアクセスが保障されていることに注意しなければならないとする。

102 注95参照。

い医師がかかりつけ医として登録されることが予想される。この場合、登録された医師が一様に所期の機能を発揮できるかがフリーアクセスの制約の可否自体の問題としても問われることになる（5-2参照）<sup>103</sup>。

また、患者を自己負担額の格差に直面させることによる経済的誘導を基本としたシステムについては、わが国でも既に採用されているから、その拡張によって初回受診をかかりつけ医に誘導する手法は受け入れられやすいと考えられる。ただし、この場合、患者が直面する自己負担額の格差の程度について検討が必要となる。フランスやドイツでは、従前自己負担額の程度が低かったところにこうした政策が導入された。これに対し、わが国では、200床以上の病院における非紹介患者に係る初診が選定療養の対象とされ、初診料に上乗せして費用徴収することが可能となっており、既に、患者は一定の大きさの自己負担に直面している。このことが患者への経済的誘導の効果にどのような影響を及ぼすか、また、格差の幅をさらに大きくする政策案も考えられるが、それによる医療アクセスの公平性への影響はどうか<sup>104</sup>、実質的に法律による下命・禁止レベルでの制約と同様の

---

103 なお、医療の機能分化を突き詰めれば、診療所の機能と病院の機能を明確に分離し、例えば、病院は入院医療のみを提供することとし、病院への受診の要否は診療所のかかりつけ医が一義的に判断するシステム（当該かかりつけ医の紹介状かなければ病院等を受診できないような厳格な仕組みであるから、「かかりつけ医前置主義」と名づけることができる）も考えられる。しかし、ここで述べたフリーアクセスの制約の可否等の問題やドイツにおいて病院外来が拡大されてきている事情（注85参照）を踏まえると、かかりつけ医制度の下で、診療所は外来、病院は入院というように役割を純化していく方向には限界があるように思われる。

104 笠木映里「公的医療保険の給付範囲(6・完)―比較法を手がかりとした基礎的考察―」法学協会雑誌124巻6号122頁ないし124頁は、公的医療保険の給付範囲に係るドイツ及びフランスの法制度の幅広い比較検討を踏まえた上で、患者による費用の一部負担という手法が「給付への実効的なアクセスの問題」を内包していることを指摘するとともに、日本における一部負担金の引き上げの方向に疑問を呈している。



強度の介入になりはしないかについて検討が必要であると思われる。

#### 5 - 4 医師の区分及び養成過程

前述のとおり、フランス、ドイツ両国では、一般医や家庭医の区分の存在が、かかりつけ医を多くの国民が有しているという実態と相俟ってかかりつけ医制度の導入を容易にしたということができ、わが国には一般医や家庭医と専門医の区分がなく独自の養成過程もないことから事情が異なる。

確かに、フランスのかかりつけ医制度においても国民が登録することができる医師は一般医に限定されておらず、また、ドイツの外来診療における診察料が免除されるための紹介状の発給者についても、専門医は排除されていない。とすれば、一般医や家庭医の区分がなくとも、国民がかかりつけ医を有しているという実態があれば、形式的には両国のようなかかりつけ医制度の導入は不可能ではないといえそうである。かかりつけ医とは普段患者が受診している医師であり、そのため患者の状態をよく把握している医師である<sup>105</sup>というように柔軟に考えれば、多種多様な診療科名を標榜するわが国の開業医や中小病院<sup>106</sup>、さらには大学病院等の大病院に所属する医師についても広く「かかりつけ医」として評価する余地があるかもしれない。

しかし、フランスにおいて専門医もかかりつけ医になることができることとされたのは、専門医の反発を抑えるためという「政治的」な目的によ

---

105 注70参照。

106 郡司篤晃「ケアの質向上への取り組みとその課題」海外社会保障研究149号13頁は、患者側に立って相談に乗るエージェンツ機能はプライマリー・ケアの重要な機能の一つであるとし、現在、わが国でこうしたプライマリー・ケアを提供するためのもっとも適格性を持つ存在は24時間対応や病床機能を有する民間の中小病院である旨指摘する。

るものであり<sup>107</sup>、実際にかかりつけ医として登録されているのがほとんど一般医であるといった事情に鑑みれば、やはり両国の制度は一般医や家庭医の存在を前提としたものと理解するのが素直である。また、実質的にも、かかりつけ医が基本的な疾病の診療を引き受け、必要に応じ患者による専門的な医療の選択が適切になされるよう誘導し、また、一定の慢性疾患について専門医や病院と連携して行う一貫した患者・疾病管理の総括を行うというのであれば、やはりそれに相応した技能や能力を習得した医師がその任に当たる必要があると考えるのが自然である。とすれば、かかりつけ医を上のように漠然と広く理解した上で制度の検討を行うのは適切ではない。まずは、現在現実に患者が初回に訪れている多種多様な医師がそれぞれ、かかりつけ医としての機能をどの程度果たすことができているのかを踏まえた上で、フランスやドイツのような一般医と家庭医の区分、その養成過程の創設やその他これに代替する対応も含めた検討が必要になると考えられる<sup>108</sup>。

## 5 - 5 医療提供者についての規律

かかりつけ医制度を導入するとして、その目的をどこに設定するか、かかりつけ医にどのような機能を期待するか、どのような効果を期待するかによって、仕組み方も異なることになるものと考えられる。フランス、ドイツ両国とも、かかりつけ医制度の機能を、患者による専門的な医療の選択が適切になされるように管理するゲートキーピング（2-2の機能i）及び一貫した患者・疾病管理の総括（2-2の機能ii）に設定している。前者のゲートキーピングについては、かかりつけ医への初回受診が確保さ

---

107 松田・前掲論文（注54）106頁参照。

108 代替案を提示するものとして、島崎・前掲論文（注19）社会保険旬報2298号17頁参照。

れるように仕組むことによって、一定の効果が見込まれる。他方、後者の一貫した患者・疾病管理については、受診後のかかりつけ医－患者関係や医療機関間関係に委ねるだけでは足りず、ややきめ細かな介入・働きかけが必要となると思われる。例えば、かかりつけ医－専門医・病院等の間の情報共有を確保するため、関係者が情報共有のための行動を取るための義務づけやインセンティブの付与、プロトコルの確立等を行うことが必要となると考えられる。医療機関間の連携実態に応じて、関係者の自主的な取組みやプロフェッションとしてのプロトコルに委ねることができるかどうか、あるいは、ガイドラインの策定、関係者への法的義務の賦課や法的権利の付与を伴う法的枠組みの設定による画一的処理が必要かどうかについても検討する必要がある。

さらに、かかりつけ医に対しいずれの機能を期待するにしても、患者の立場に立った専門医等への誘導や疾病管理が行われるためには、かかりつけ医が患者のエージェントとして適切に行動することが必要である。フランスでは、かかりつけ医が一定の慢性疾患を持つ患者を診療する場合には、年額40ユーロのカルテ管理料が支払われることとされ、ドイツでは、家庭医中心診療において保険医は、被保険者に対し、例えば、自らを家庭医とすれば一定の患者負担を節約することができるといったマーケティングを行うことができるとされている。ただ、こうした措置のみにより、かかりつけ医が患者のエージェントとして適切に行動するに足る動機づけがなされるかどうかについては疑問の余地がある。むしろ、両国においてこうした弱いレベルの経済的動機づけが採用されている背景には、専門家であるかかりつけ医として適切な行動を採るという職業倫理規範や、養成過程と経験により培われた基本的フットワークが一般医ないし家庭医に根付いているという基盤があるのではないかと推察される。そうだとすれば、やはり資格制度や養成過程の設置等の対応が、かかりつけ医が患者のエージェントとして行動する動機づけの観点からも必要であると考えられる<sup>109</sup>。

## 5 - 6 診療報酬支払い方式

医療提供者についての規律を設ける方法の一つとして、診療報酬支払い方式がある。フランスのかかりつけ医に対する診療報酬の支払い方式は、開業医一般に対する方式と同様、出来高払い制となっている<sup>110</sup>。ドイツにおいてかかりつけ医的な機能を有する家庭医に対する支払い方式についても、保険医一般に対する方式と同様、出来高払い制となっている<sup>111</sup>。また、疾病管理プログラムにおいては、その枠内で行われる医療給付であっても当該疾病管理プログラムに参加する保険医が行う通常の診療については、出来高払い制とされ、コーディネート、書類作成及び患者の教育など疾病管理プログラムの枠内で独自に行われる給付に必要な費用について特別の報酬が定められている<sup>112</sup>。このように、両国でかかりつけ医制度を導入する際に、かかりつけ医による医療給付について一般・通常と異なる診療報酬支払い方式が採用されることはなかった。これは、両国のかかりつけ医制度がゲートキーピング（2-2の機能 i）及び一貫した患者・疾病管理の総括（2-2の機能 ii）を目的とするものとして設定されたことと関係していると思われる。

一方、イギリスの一般医に対する診療報酬の支払い方式は、登録患者数に基づく人頭払い制を基本に、基本診療手当、時間外診療、往診等に係る出来高払い部分が加わる構成となっている<sup>113</sup>。人頭払い制のメリットとして医療提供者が受診を抑制するため予防に配慮するように動機づけられる

---

109 なお、かかりつけ医がその機能を発揮するために必要な情報共有や連絡調整のコストの裏づけをどうするかは、別問である。

110 注29参照。

111 注67参照。

112 松本・前掲論文（注82）597頁参照。

113 イギリス医療保障制度に関する研究会・前掲書（注4）120頁参照。

ことが挙げられているとおり<sup>114</sup>、イギリスのかかりつけ医制度における人頭払い制は、その機能に継続的な保健指導や疾病予防活動の実施(2-2の機能iii)が組み込まれていることと関係している。このようにかかりつけ医制度に係る診療報酬支払い方式のあり方は、かかりつけ医制度の機能設定如何に関わってくる。

今般の医療制度改革は、疾病管理モデル<sup>115</sup>との関係で、図式的には、75歳未満の年齢層に対しては、一次予防・二次予防について「保険者モデル」、三次予防について「地域モデル」による疾病管理を行い、75歳以上の後期高齢者に対しては、一次予防から三次予防までのすべてを「地域モデル」による疾病管理を行う枠組みを志向しているようにも見える<sup>116</sup>。仮に、こ

---

114 池上直己『ベーシック医療問題(第2版)』(日本経済新聞社、2002年)33頁参照。

115 疾病管理モデルの概念整理については、坂巻弘之「疾病管理の概念とわが国への適用—生活習慣病の管理を中心に」池上直己・西村周三編著『講座医療経済・政策学第4巻 医療技術・医薬品』(勁草書房、2005年)163頁ないし184頁に従った。同論文は、「疾病管理とは、主に慢性疾患を対象とし、疾病の重症化を予防するために、住民や患者の自己管理をサポートすることで総合的な健康改善とそれに基づく費用コントロールを目標とするものである」と定義した上で(166頁)、わが国における疾病管理について「保険者モデル」と「地域モデル」に大別する。「保険者モデル」は保険者等が介入主体となり、一次予防・二次予防を中心とし、生活習慣への介入による疾病罹患予防、健康教育を実施するものであり、「地域モデル」はかかりつけ医を中心とする医療機関が介入主体となり、三次予防を目標にして、医療機関間の連携の下、治療や指導への遵守による疾病重症化の予防を図るものであると整理されている(同書178頁表7-3)。

本文で示した図式は、この「地域モデル」が75歳以上の後期高齢者については一次予防・二次予防まで拡張する、という形である。

116 ただし、この図式自体についても、その適否を検討しておく必要がある。高齢者の医療の確保に関する法律は、「後期高齢者医療広域連合は、健康教育、健康相談、健康診査その他の被保険者の健康の保持増進のために必要な事業を行うように努めなければならない」と規定しており(第125条第1項)、「保険者」にも一次予防・二次予防への取り組みが期待されている。また、高齢者に

の図式の下で、全年齢を対象とするかかりつけ医制度が採用されるとすると、その機能としては、75歳未満の年齢層に対しては、ゲートキーピング（2-2の機能i）及び一貫した患者・疾病管理の総括（2-2の機能ii）に主眼を置き、後期高齢者に対しては、これらに加え継続的な保健指導や疾病予防活動の実施（2-2の機能iii）をも含めたものとするのが期待されるものと整理できよう。

とすると、いかなる診療報酬支払い方式を基本とすべきかを検討するに当たっては、かかりつけ医制度の対象となる年齢層をどのように設定するのか、仮に、後期高齢者のみを対象とするかかりつけ医制度を採用し、そこに何らかの人頭払い制を取り入れる場合、その所期のメリットが確保されるのかどうか、また、全年齢層を対象とするかかりつけ医制度を採用する場合、後期高齢者に対する機能iiiをどのように担保するのか、そこで、人頭払い制を導入するとして、75歳未満の年齢層に対する機能iiiについて保険者の役割との競合をどのように調整するのかなどの論点について解きほぐしておく必要があるように思われる。

## 6 おわりに

以上、フランス、ドイツ両国のかかりつけ医制度について、導入の経緯、制度の概要、政策手法と背景、目的・機能・効果を整理し（3及び4）、これらを踏まえ、両国の制度から示唆される制度設計における検討課題を、フリーアクセスの制約の可否とその理由、フリーアクセスの制約の程度と

---

対する地域における包括的なケアシステムを運用しているこれまでの事例では、市町村が医療機関とともに一次予防・二次予防に取り組んでいる。とすると、後期高齢者について一次予防・二次予防も含め医療機関を主体とした「地域モデル」で行うという図式（この図式には、イギリスのシステムが親和的であろうが）は必ずしも所与のものではないように思われる。

政策手法、医師資格制度及び養成過程、医療提供者についての規律等の諸項目ごとに提示した（5）。両国のかかりつけ医制度・かかりつけ医的機能を有する制度は、現時点までに、少なくとも、患者の受療行動の適正化、医療の質の向上の面で一定の成果を示しているようである。わが国でもわが国の状況に応じたかかりつけ医制度を導入することにより、これらの面での改善が図られる可能性がある。

ところで一般に、政策立案行程の理想形としては、まず、政策目標を規定し、次に、政策案の作出、洗い出しを行い、続いて、政策案・政策手法を選択し、法的枠組みを要するかどうか、関係者の自主的取組の促進で足りるかどうかな等を整理する合理的なプロセスが想起される。医療提供体制に即して言えば、医療の機能分化に伴う連携の確保という政策課題があり、その課題の解決のために、患者を適切な医療機関に振り分けるための政策案や患者の治療行程の設定と管理を行うシステムが必要とされる。そのための政策手法として、地域連携クリティカルパスや情報共有、連絡調整、それらを担う人材の養成などが取り上げられる。そして、それらを実現するため、法的枠組みが必要か、必要としていかなる枠組みか、下命・禁止レベルの規制を行うか、経済的誘導やその他の動機付け、自主的取組の促進で足りるかなどの点について具体的な検討がなされる、という行程である。

本稿において取り扱ったかかりつけ医制度については、政策課題に応じて政策案を検討するというよりは、イギリスの一般医を始めとする様々な医師像を伴うかかりつけ医という存在を政策ツールとしてどのように活用するかという形で、政策案に相応する政策課題を探索する方向での政策立案行程になっているかのような印象がある<sup>117</sup>。そのためか、議論の焦点が、

---

117 政策過程の流れにおける政策課題と政策案との結びつきの在り方につき、伊藤光利・田中愛治・真淵勝『政治過程論』（有斐閣、2000年）65頁ないし70頁参照。

かかりつけ医の機能や役割を洗い出す部分と、一方で、やや先取りのな論点であるイギリス型の登録制の是非に当たってきたように思われる。

しかし、前述のとおり、かかりつけ医の機能は、おおむね、ゲートキーピング（機能 i）、一貫した患者・疾病管理の総括（機能 ii）、継続的な保健指導や疾病予防活動の実施（機能 iii）に整理できる（2）。とすれば、議論の次の段階は、それぞれの機能を現実化するため必要な分節的政策案の時間的前後関係・並行関係を整理することだろう。その上で、それぞれの分節的政策案の制度設計において、関係者にどのような法的義務を課し、どのような法的権利を付与することが必要か、関係者の自主的な取組みやプロフェッションとしてのプロトコールに委ねるべき部分はどこか、医療供給者や患者に対し適切な受療・診療行動を採るようインセンティブを効果的に付与するためには、どのような方策があり得るか、を検討していくのが便宜である。

一貫した患者・疾病管理（2-2の機能 ii）については、いったん「かかりつけ医」という存在から離れて、「適切に連携のとれた治療行程」を確保するためには、どのような政策案を採用すればよいか、いずれの機関、いずれの医療専門職が総括的立場に就くのが適切かという方向で検討するのも有益だろう。例えば、当初の分節的政策案としては、患者が日常的に受診している地域の診療所の医師や中小病院の主治医と専門的な医療機関との間の連携を確保する実践例の共有やガイドラインの策定により、疾患ごとの治療行程を徐々に形成していくことが挙げられる。また、その中でいずれの機関、いずれの医療専門職が機能 ii の役割を中心的に担うのが適切か整理した上で、情報提供、情報共有、療養上の指導などの要素について診療報酬上で評価し、そうした実践を支援する方策も考えられる。具体的には、現在の診療報酬においてもすでに、地域連携退院時共同指導料や地域連携診療計画管理料などが設定されているが<sup>118</sup>、さらに、病院や専門

---

118 診療報酬の算定方法（平成18年〔2006年〕厚生労働省告示第92号）別表第



医に紹介した地域の診療所の医師等が病院や専門医の治療終了後当該患者を再び引き継ぎ、療養上の指導や医学的な管理を実施した場合の評価、そうした入院前後を通じた治療行程を総括するための情報集約業務の評価、病院や専門医が引き継ぎ先の地域の診療所の医師等に行う情報のフィードバックの評価とフィードバックプロトコルの算定条件化といった方法もあり得る。診療報酬点数化に当たっては、現在わが国で行われている地域連携の実践例が幅広く取り込まれるように、オプションを設定するといった配慮も検討に値すると思われる<sup>119</sup>。

一方、ゲートキーピング（2-2の機能i）については、前節（5）で検討したように、フリーアクセスとの関係もあり、一貫した患者・疾病管理に比べ困難な課題であるように思われる。ただ、フリーアクセスにどのような制約を加えるかはやや先の問題であり、まずは、この機能を担うことができる医師の養成や資格制度の創設に取り組むのが適切であろう。

なお、継続的な保健指導や疾病予防活動の実施（2-2の機能iii）については、本稿の性格上ほとんど扱うことはできなかったが、それらの活動の位置づけやあり方の明確化の作業が先行する必要があるように思われる。

わが国におけるかかりつけ医機能の導入は、まずは平成20年診療報酬改定において試みられることになるが、おそらくそれはかかりつけ医機能の制度設計の模索の始まりに過ぎない。本稿において提示した検討課題は、今後の制度設計の手掛かりになるものと考えているが、具体的な内容の検討にはほとんど着手できなかった。このことを今後の研究課題と認識して、本稿を終える。

---

一 医科診療報酬点数表 B004、B005、B005—2。

119 島崎・前掲論文（注19）17頁は、地理的条件、人口集積、住民の意識、医療資源の分布等が地域によって大きく異なることを踏まえ、プライマリ・ケアのあり方・展開の仕方の多様性を指摘する。

（付記）

本稿は、平成18年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）『医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究』（主任研究者島崎謙治）における研究成果に基づき取りまとめたものである。