

を辿っている。

前述した政治的理由は別にして、反対の根拠は、①家庭医等の普及を図るためにはある程度高い人頭払い単価を設定せざるを得ないが、その結果、医療費支出の増大を招き、県財政の悪化要因となること、②医師の役割を強調するあまり看護婦等とのチーム医療にひびを入れかねないこと（実際、1994年に施行した県の一部は医師を増やす代わりに看護婦の削減を行った）、③地域的偏在をも考慮すれば十分な質と量の家庭医等の確保を図ることができるか疑問であること等が挙げられる。

（3）ストックホルム・モデル改革

この改革は、ストックホルム県において、1992年から実験的モデルとして導入（完全実施は95年）されたものであり、その眼目は医療供給に市場原理（マーケットメカニズム）を導入することにある。同じような発想の取組みは、ストックホルム県の他にダラーナ県、ボーフュス県などでも行われている。ただし、たとえばダラーナ県のモデルは、家庭医（GP）の役割を重視した上で、英国のNHS改革におけるGPファンドホルダー制度に似た仕組みを採り入れており、市場原理の導入のアプローチの手法は同一ではない。

ストックホルム・モデルの概要は次のとおりである。

これまで、県立の病院やプライマリー・ケア・センター（以下単に「病院」という）の運営費用は、前年度実績等を基に総額幾らという形で県から予算配付（総額予算方式）されていた。この予算配付方式は、病院の運営にコスト意識が働かず、また、実際の医療成果（output）に応じて医療資源や資金の配分が行われ難いという欠陥をもっている。このため、サービスの購入者（発注者）と供給者を分離するとともに、サービスの価格づけを厳密に行うことによって費用と成果の間に対応関係をもたせようとするのが、この改革のねらいである。

具体的なやり方としては、県内の9つの各保健地区（の地区委員会）は、当該地区の住民がたとえばある病院に入院した場合、その病院が行った診療成果に応じて費用の支払いを行う。この場合の診療成果（逆に見れば診療に対する支払い価格）の評価（尺度）は、入院一日当たり幾らというような粗い形ではなく、疾病の態様等に応じて設定されたDRG（後述）によって行われる。また、入院であれ外来であれ、患者は居住している保健地区のエリア以外の医療供給者（民間医師でもよい）を自由に選択できる。この結果、病院等の医療機関は相互に競争関係に立たされることになるが、裏返して言えば、各地区は住民・患者が選択した医療機関が「供給」する医療サービスを適切な価格でいわば「購入」することになる。また、毎年、各保健地区は、住民の立場を代弁して、サービスの範囲、価格、質及び他の医療機関との連携方法等について各病院との間で交渉を行い、契約を締結する。

以上述べたように、ストックホルム・モデルは、独占的な医療供給に消費者の選択や競争の要素を持ち込み、また、医療のコストと配分の管理を明確化し、資源の効率的な使用を図る試みであると言える。

なお、DRGについて付言すると、類型化された医療行為類型（例：ある年齢層の併発病のない初期の肝臓癌で入院）ごとに定額払いとするものである。米国のメディケアの入院医療の診療報酬として用いられたのが最初であるが、世界中の多くの国で導入ないしは導入のための研究が進められている状況にある。スウェーデンでも、1985年に医療計画合理化研究所（Spri）が検討を開始し、複数の県の病院における試験的に導入された後に実用化されている。ただし、留意すべきことは、スウェーデンのDRGは、診療報酬の償還基準ではなく県が病院の予算配賦する際の「査定基準」として用いられていることである。

ストックホルム・モデルの効果については、医療ケアの生産性が導入年で10%、2年目で3%向上したという分析もある（Jönsson 1994,p.16）が、同時期は財政状況が厳しい中で他の県でも生産性向上の圧力が働いており、「購入者と供給者の分離」（purchaser / provider split）のコスト縮減効果はそれほど大きくないという指摘もある。いずれにせよ、ストックホルム・モデルは、一種の「医療配給制度」の構造の中に市場原理を持ち込むという興味深い試みではあるが、少なくともストックホルム県においては、当初の過大な期待を経て制度として定着をみている。

5. 考察

スウェーデンでは1990年代前半に様々な医療制度改革が試みられた。その背景には、社会民主党から保守・中道四党への政権交代という事情も無視できないが、本質的には、①1991年から93年にかけて3年連続で経済がマイナス成長であったこと、②1990年時点で見ると先進諸国の中で高齢化率が際立って高いこと²、の2つが大きな理由である。特に①の経済状況の悪化は、県の財政状況は税率引き上げの抑制や補助金や交付金の削減等に繋がり、生産性向上を含む医療の効率化に対する強いプレッシャーとして作用したといえることができる。

今日、スウェーデンでは、1990年代前半にみられた改革の“熱気”は一見冷めたように見える。しかし、次の3点に留意する必要がある。

第1に、1994年に経済成長率はプラスに転じ、以降、年平均3%弱の経済成長を維持している。しかし、経済のグローバル化の進展や国際競争が激化する中で、大企業の海外移転や海外企業による買収（例：サーブ、ボルボが、それぞれGM、フォードの傘下に入った）も進んでおり、決して楽観できる状況に

² ちなみに、1990年時点の主要国の高齢化率は、スウェーデン(17.78%)、日本(12.05%)、アメリカ(12.39%)、ドイツ(14.96%)、フランス(13.99%)、イギリス(15.72%)である。

はない。また、人口動態からみても、医療や介護ニーズに高い 80 歳以上の者の増加率が高い。したがって、医療の質やアクセスの低下を招かないようにしながら医療の効率化を図るという圧力は続くと考えべきである。

第 2 に、医療や介護・福祉の費用抑制は、生産性の向上によってすべてカバーできているわけではなく、医療や介護を必要とする者のアクセスに影響が生じている。例えば、1 人当たり高齢者のホームヘルプサービスの提供回数は減少している。また、「介護つき住居」の施設が不足し入所できない者が生じている。さらに、医療と介護の連携が悪く、特に訪問医療・訪問看護が不十分である。こうした問題が深刻化するにつれ国民の不満は鬱積しており、国としても対応が迫られる状況に至っている。現に、去る 3 月 22 日に公表された「高齢者医療・高齢者ケア十か年国家戦略」では、政府は、病弱な高齢者に対する医療とケアを拡充させるため訪問医療の主たる責任を県から市に移管する方針であること等を明らかにしている。

第 3 に、医療資源の配分が効率的であるかどうかという観点から、専門の委員会（Ansvarskommittén：[英] Committee on Public Sector Responsibilities）が設置され、国、県、市の権限配分（例：県の統合）の見直しやプライマリ・ケアの強化等の検討が行われている。もっとも、県の反対論は根強いこと等から、具体的にどのような報告が行われるのか、また、実現可能性があるのか等は不透明ではあるが、こうした基本に立ち返った論議が行われていることは注目されてよい。

既述したように、スウェーデンと日本では医療制度や行政制度の仕組みは大きく異なっており、スウェーデンの取組みから何らかの示唆を得ようとする場合には、この点につき十分な考慮を要する。例えば、スウェーデンは基本的に医療財政だけでなく医療供給も公的に統御されているため、患者自己負担の拡大により医療供給をコントロールするという政策選択の優先度は低い。医療供給を直接コントロールすれば足りるからである。また、（自由開業医を別にすれば）医師も県の公務員であり報酬は一定であるから、医療の供給量を増大させ収入を増やすというインセンティブが内在しない。公的部門の管理手法として「購入者と供給者の分離」が議論される所以である。

しかし、そうした両国の制度の相違を考慮しても、スウェーデンの医療政策のわが国への示唆は決して少なくないと思われる。まず、医療制度改革の背景や基本的方向性はわが国と基本的に同じである。つまり、経済の低成長基調および人口の高齢化が医療制度改革を促す最大の理由であり、医療の質やアクセスを低下させないようにしつつ、医療費のコントロールをいかにするかという共通の課題を抱えている。また、スウェーデンでは、既述したように、①エーデル改革により長期療養病床の性格を変えること等を通じベッドブロッカーの減少を図るとともに、②ストックホルムモデルにみられるように、擬似的市場を持ち込み公的セクターの生産性を向上させようとした。ただし、繰り返し述べるように、エーデル改革は、医療は県、介護・福祉は市という「仕切り」を

変えたものではない。この結果、医療・看護と介護の連携の欠如を引き起こし対応が迫られていることは非常に興味深い点である。また、スウェーデンにおいても、プライマリ・ケアについてそれを強化すべきであるという議論があることも注目されるべき点である。いずれにせよ、スウェーデンは「実験国家」と言われることがあるが、データを積み上げ議論し、思い切った改革を行うことに躊躇しない国である。これは医療政策についても同様である。今後どのような政策展開が行われるのか「観察」することは、わが国の医療政策を相対化するだけでなく、特定の医療政策の有用性を検討する上で一定の意義を有すると考えられる。

(参考文献)

奥村芳孝(2000)『スウェーデンの高齢者福祉最前線』筒井書房

島崎謙治(1996)「スウェーデンの社会経済と医療保障制度改革」『社会保険旬報』1912号、1913号、1914号

Hanning M. 2005. *Maximum Waiting-Time Guarantee – A Remedy to Long Waiting Lists?* Uppsala Universitet

Harrison M.I and Calltorp J. 2000. “The Reorientation of Market-oriented Reform in Swedish Health-care” *Health Policy* 50:219-240

Jönsson B. 1994. *Making Sense of Health Care Reform*

Swedish Association of Local Authorities and Regions. 2005. *Swedish Health Care in Transition*

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」

研究報告書

⑭フランスにおける主治医制度の導入について

研究協力者 本田達郎 国立社会保障・人口問題研究所 企画部長

本研究においては、フランスにおいて 2005 年から主治医制度が導入されたが、「患者の医師選択の自由」の観念が強く、社会保険方式を採用するフランスにおいて、何故導入され、どのように具体的に実行されたかについて分析するとともに、このフランスの改革が、現在医療サービスへのフリーアクセスを認めているわが国にどのような政策的示唆を与えるかについて分析する。

A. 研究目的

主治医制度が馴染みにくいと考えられていたフランスにおける主治医制度の導入の状況を分析し、わが国への政策的示唆を探る。

B. 研究方法

フランス保健連帯省の公開資料による情報収集・分析

既存のフランス医療制度に関する先行研究の分析

（倫理面への配慮）

倫理面への配慮は必要ない。

C. 研究結果

フランス主治医制度の導入理由、施行状況、財政効果、今後の予定等が明らかになった。

D. 考察

(1)主治医制度の創設を主要な柱とするフランスの 2004 年の医療保険制度改革は、財政的には 2005 年において大きな効果をあげたと言える。それは、2003 年までは開業医に関する医療費の歳出は毎年 6-7%上昇していたが、2005 年は 1-8 月期で同年の同時期と比較し 1.9%の上昇に留まっていることに現れている。また、2005 年における社会保障制度としての削減効果が、全てが主治医制度の導入による効果ではないが、1 兆 780 億円（1 ユーロ=140 円とした場合）であり、わが国において 2006 年の通常国会で議論される医療制度改革の縮減効果額が総医療費ベースで約 1 兆円（28.5 兆円から 27.5 兆円）と見込まれていることから見ても、かなり大きな効果があがったと言える。

(2)主治医制度の導入については、医療費の適正化とならんで医療の質の改善や予防の徹底も目的とされているが、これらに加えて、他の医療専門職種を含めた紹介機能や患者への指導や医療情報の体系化等による不必要な医療の排除といった幅広い目的を含んでいる。このような意味では医療保険制度改革というより医療制度改革の一つとして位置づけることが適当と考えられる部分もある。

(3)わが国との対比で言えば、主治医制度の一環として盛り込まれている、患者への指導や医療情報の体系化等による不必要な医療の合理化は、わが国で現在取組が本格化しているクリティカルパスと通じる部分がある。また、個人医療データベース（DMP）の実施は、わが国でも重要な課題となっている医療情報の電子化への取組みであるが、フランスでは、病歴と医療保険の償還データの両方についての電子化であり、また、予定ではあるが2007年には全国民を対象とすることとされている。わが国では、現時点でレセプトとカルテの電子化が別個に行われ、しかも現時点での実施率は高くない（400床以上の病院におけるカルテの電子化の比率は2004年度11%、2005年度26%となっている。また、レセプトの電算化は2割程度である。）。

(4)フランスにおける補足保険は、自己負担の仕組みとしてわが国と大きく異なっている。

しかし、主治医制度の導入に当たっては主治医の紹介が無い場合には、このような補足保険は償還されない部分（自己負担分）については適用されないこととされており、主治医制度の実効性を阻害しないよう措置されている。

(5)主治医制度の導入については、(1)で述べたような医療費抑制の効果があっただと言われる一方で、患者がアクセスできる一般医（即ち主治医）への受診回数を増加させるだけとの見方もあり、今後も主治医導入についての反響を注視する必要がある。

E. 結論

主治医制度が導入されたことは、フランスのように伝統的に「医療の自由（*medecine liberale*）」の観念が強い国において注目に値すると言えよう。また、フランスのような社会保険方式を原則とする国においても、主治医制度が導入されたことも示唆的である。これまで、税方式と主治医等によるゲートキーピング（*Gatekeeping*）機能とが連動し、社会保険方式とフリーアクセスが連動する傾向があったが、フランスにおける主治医制度の導入の成果やそもそも社会保険方式という財源調達の方法と供給体制とは別個に考えることができることを考えれば、社会保険方式の国においても主治医制度の導入を検討することは、考慮に値する、あるいは必要性の高い

ことであると考えられる。ただし、わが国においてゲートキーピング機能を考える場合には、医療機関へのフリーアクセスはこれまでわが国の医療制度の重要な長所の1つとして考えられてきたを考慮する一方で、大病院への患者の集中やはしご受診といった事態が生じていることなどを勘案して、わが国の事情にあった具体的な検討を行う必要がある

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

第 14 章 フランスにおける主治医制度の 導入について

本田達郎（国立社会保障・人口問題研究所）

はじめに

フランスの社会保障制度においても、医療保険制度改革は大きな課題となっている。2004年に成立し、2005年7月に施行された医療保険制度改革は、①医薬品に関する措置（ジェネリック医薬品の一層の活用等）、②開業医（*médecins libéraux*）に関する医療費削減（主治医（*médecin traitant*）制度を通じた不必要な診療・医薬品投与の抑制等）、③医療機関に関する措置（病院における報酬制度の改革等）が主要な内容となっている。これらの中で、主治医制度の導入は今回の改革の目玉であり、また、社会保険方式の中で主治医制度を導入する場合の実施状況については、わが国としても注目に値する。本稿では、この主治医制度の内容を紹介及び分析する（制度の内容については、フランス保健連帯省のホームページ等より入手したものである。）。

1. 医療保険制度改革の社会保障財政上の効果（表1参照）

フランスの2004年の社会保障会計収支としては、社会保障制度全体で115億ユーロの赤字、うち被用者を対象とした一般制度で119億ユーロの赤字となった。一般制度における赤字のうち、医療保険部門における赤字が116億ユーロと赤字のほぼ全体を占めている。

2005年には社会保障制度全体で129億ユーロ、うち被用者を対象とした一般制度で119億ユーロの赤字となる見込である。一般制度においては依然医療保険部門の赤字が大きいが、83億ユーロと2004年の4分の3程度まで減少した。しかし、他方高齢部門で赤字に転じるなど、全体としては赤字が増大することとなった。

2005年に施行された医療保険制度改革がなければ、一般制度の医療保険制度の赤字は2005年には160億ユーロ程度になったと見込まれる。したがって、制度改正による財政効果は77億ユーロ（1ユーロ140円として1兆780億円）ということになる。

表 1

一般制度会計の推移(2004-2006)

(単位: 10 億 EUR)

	2004	2005	2006
医療部門	-11.6	-8.3	-6.1
労災部門	-0.2	-0.5	-0.2
老齢部門	0.3	-2	-1.4
家族部門	-0.4	-1.1	-1.2
一般制度全体	-11.9	-11.9	-8.6

2. 主治医制度導入の目的

主治医制度導入の目的は次の5点である。

- ・ 患者と医師の関係を正しい在り方に戻すと同時に、医療サービスの質を改善すること。
- ・ 医療サービスの継続性と質を確保し、予防効果を強化するために、患者と医師の関係の継続性のあるものとする。
- ・ 主治医を医療サービスの中核とすること。即ち、主治医制度は個人医療データベースの制度(Dossier médical personnel)と不可分一体のものとする。こと、ならびに、患者の病歴がより良く認識されるようにするとともに、主治医が、患者の健康上の関心事項に関して他の医療関係専門職種を紹介するなどの医療上の相談相手となること。
- ・ 患者に対するより良い指導ならびに医療情報の体系化及びアクセスの容易化による過剰診療の適正化により、不必要で長過ぎる診療行為を適正化すること。
- ・ 本来の総括医(médecin globale)としての一般医(médecin générale)の役割を再評価すること。

3. 主治医制度の2005年における実施状況

主治医制度は、2004年医療保険制度改革の中で最も重要な施策となっている。同制度は16歳以上で社会保障制度へ加入する者に適用される。同制度の導入を受け、開業医(病院などの勤務医と区別される)の診療を受けようとする際には、当該被保険者は自らあらかじめ選択した主治医の紹介を通じて行わなければならないこととなる。患者が開業医の診療を受け、診療報酬を支払う際には、社会保障制度から償還が行われる。この償還率は現在外来について70%

となっている。主治医制度の導入により、専門医による診療は原則主治医を通じた紹介によるものとされ、主治医を通さない専門医による診療については償還率が下げられることとなる。

2003年までは開業医に関する医療費の歳出は毎年6-7%上昇していたが、2005年は1-8月期で同年の同時期と比較し1.9%の上昇に留まっている。

4. 主治医制度の2006年以降の実施予定

(1) 主治医制度における償還率の減少

2006年においても、主治医を通さない開業医の診療報酬につき、原則として償還率を引き下げることとし、7.5-12.5%程度償還率を引き下げる予定¹であるが、この自己負担分増加率については医療保険金庫全国連合(UNCAM-Union nationale des caisses d'assurance maladie、2004年医療保険制度改革にて設立、償還率の決定などにつき協力を強化する。)が決定する。

(2) 補足保険と患者の間の「責任契約」の実施

主治医による診療行為及び主治医を通じた他の開業医による診療行為につき、公的医療保険による70%の償還の他、補足保険(assurance complémentaire、共済など)による償還によって合わせて100%の償還を実現させる。また公的医療保険による65%償還の医薬品(100%、65%、35%と3段階の償還率が存在する)につき、補足保険による償還によって、合わせて少なくとも95%の償還率を実現させる。

他方、主治医の紹介を経していない開業医が協定診療報酬を上回る診療報酬を要求する場合、その差額につき、1回の診療につき7EURを超えない範囲で、補足保険は患者に代わって負担しない(償還を行わない)こととする。

また主治医を通さない開業医による診療行為に対する負担の自己負担上昇分について、補足保険は患者に代わって負担しない(償還を行わない)こととする。

(3) 診療に関する新たな協定(protocoles)の実施

主治医によって起案され患者によって署名されるこの新たな協定は長期症状を抱える患者を対象としているが、患者の症状に応じて必要な診療・治療を定め、特に公的医療保険による100%償還の対象となる診療・治療について定める。これによって100%償還の対象となる治療とそうでない治療の区別を徹底することとする。

(4) 個人医療データベースの実施

個人医療データベース(DMP、患者個人の病歴・治療歴・医療保険による償還のデータ)の実施は、開業医及び病院間の情報共有による診療の調整をはかり、

支出抑制を目指すこととしている。

2005年4月に初めて実験的に導入されたが、2005年秋には30000件のデータベースの実施を予定している。2006年半ばにはこの実験段階を経て一般化を視野にいった300万件のデータベースの実施を予定しているが、全国民を対象としたデータベースの実施は2007年となる予定である。

5. 政策的含意

- (1) 主治医制度の創設を主要な柱とするフランスの2004年の医療保険制度改革は、財政的には2005年において大きな効果をあげたと言える。それは、2003年までは開業医に関する医療費の歳出は毎年6-7%上昇していたが、2005年は1-8月期で同年の同時期と比較し1.9%の上昇に留まっていることに現れている。また、2005年における社会保障制度としての削減効果が、全てが主治医制度の導入による効果ではないが、1兆780億円（1ユーロ＝140円とした場合）であり、わが国において2006年の通常国会で議論される医療制度改革の縮減効果額が総医療費ベースで約1兆円（28.5兆円から27.5兆円）と見込まれていることから見ても、かなり大きな効果があがったと言える。
- (2) 主治医制度の導入については、医療費の適正化とならんで医療の質の改善や予防の徹底も目的とされているが、これらに加えて、他の医療専門職種を含めた紹介機能や患者への指導や医療情報の体系化等による不必要な医療の排除といった幅広い目的を含んでいる。このような意味では医療保険制度改革というより医療制度改革の一つとして位置づけることが適当と考えられる部分もある。
- (3) わが国との対比で言えば、主治医制度の一環として盛り込まれている、患者への指導や医療情報の体系化等による不必要な医療の合理化は、わが国で現在取組が本格化しているクリティカルパスと通じる部分がある。また、個人医療データベース（DMP）の実施は、わが国でも重要な課題となっている医療情報の電子化への取組みであるが、フランスでは、病歴と医療保険の償還データの両方についての電子化であり、また、予定ではあるが2007年には全国民を対象とすることとされている。わが国では、現時点でレセプトとカルテの電子化が別個に行われ、しかも現時点での実施率は高くない（400床以上の病院におけるカルテの電子化の比率は2004年度11%、2005年度26%となっている。また、レセプトの電算化は2割程度である²⁾）。

- (4) フランスにおける補足保険は、自己負担の仕組みとしてわが国と大きく異なっている。しかし、主治医制度の導入に当たっては主治医の紹介が無い場合には、このような補足保険は償還されない部分（自己負担分）については適用されないこととされており、主治医制度の実効性を阻害しないよう措置されている。
- (5) 主治医制度の導入については、(1)で述べたような医療費抑制の効果があつたと言われる一方で、患者がアクセスできる一般医（即ち主治医）への受診回数を増加させるだけとの見方もあり³、今後も主治医導入についての反響を注視する必要がある。
- (6) 主治医制度が導入されたことは、(5)で述べたとおりフランス国内で批判的な見方もあるが、フランスのように伝統的に「医療の自由（*médecine libérale*）」の観念が強い国において注目に値すると言えよう⁴。また、フランスのような社会保険方式を原則とする国においても、主治医制度が導入されたことも示唆的である。これまでは、税方式と主治医等によるゲートキーピング（Gatekeeping）機能とが連動し、社会保険方式とフリーアクセスが連動する傾向があつたが、フランスにおける主治医制度の導入の成果やそもそも社会保険方式という財源調達の方法と供給体制とは別個に考えることができることを考えれば、社会保険方式の国においても主治医制度の導入を検討することは、考慮に値する、あるいは必要性の高いことであると考えられる。ただし、わが国においてゲートキーピング機能を考える場合には、医療機関へのフリーアクセスはこれまでわが国の医療制度の重要な長所の1つとして考えられてきたを考慮する一方で、大病院への患者の集中やはしご受診といった事態が生じていることなどを勘案して、わが国の事情にあつた具体的な検討を行う必要がある⁵。

謝辞：本報告書の作成に当たっては、在フランス日本国大使館の神・専門調査員に大変なご尽力をいただいた。心より感謝申し上げます。

参考文献

1. 江口隆裕 1999「医療保険制度と医療供給体制」藤井良治・塩野谷裕一編『先進諸国の社会保障⑥フランス』東京大学出版会
2. 伊奈川秀和 2000『フランスに学ぶ社会保障改革』中央法規出版
3. 尾形裕也 2003「社会保険医療制度の国際比較（収斂と発散）：ISSA Initiative における研究動向を踏まえて」『海外社会保障研究』No145
4. 稲森公嘉 2003「フランスの医療保険制度改革」『海外社会保障研究』No145

1 2006年1月から償還率の引き下げは10%となっている。

2 わが国においても、政府・与党医療改革協議会が発表した「医療制度改革大綱」においては「医療機関等が審査支払機関に提出するレセプト及び審査支払機関が保険者に提出するレセプトについて、平成18(2006)年度からオンライン化を進め、平成23(2011)年度当初から、原則としてすべてのレセプトがオンラインで提出されるものとする。」とされているように電子化の取組を加速させようとする動きはある。

3 フランス保健連帯省のDREESの研究による。

4 参考文献1のp213においては、医療の自由について「患者は一般医、専門医を問わず自由に医師を選択でき、医師の処方も何ら制限されることはないというのが医療の自由の帰結であるが、今後医療内容に踏み込んだ医療費抑制策を講じるためには、これらの自由がどこまで制限できるかが課題となろう。」と指摘されている。

5 府川哲夫 2005「医療システム改革『社会保障制度改革－日本と諸外国の選択－』東京大学出版会 p59においては「(フリーアクセスの弊害を)是正する方法について更に具体的な検討(例えば医療機関情報の開示の拡充・促進、ゲートキーピング・システムの導入など)が必要である。」と指摘されている。

III.研究成果の刊行に関する 一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
郡司 篤晃	イギリスのプライマリーケアに導かれた第3の道制度改革	聖学院大学総合研究所紀要	(報告書刊行時、印刷中のため不明。)	(報告書刊行時、印刷中のため不明。)	2005
松本 勝明	ドイツ社会保障の動向－連邦議会選挙後の展望<上><下>	健康保険	<上> 59(12)	52-57 頁	2005
			<下> 60(1)	44-51 頁	2006