

ることは予想しにくい。T2A の導入は、総枠予算方式（DG）失敗の経験から苦渋の決断として導入されたのではないかと考えられるので、そもそも医療費適正化効果の見込みは弱かったのではないかと考えられる。

（５）保険者組織の再編成について

フランスにおいても保険者組織の再編成が行われているが、全国金庫における事務局長と理事会との権限配分の変更や全国組織の創設、UNCAM への協約締結権限の移管等に止まっている。日本の 2006 年の改革では、①全国の中小企業被用者すべてを被保険者としている政管健保を都道府県単位に分割する改革や②後期高齢者医療制度を新たに創設し、市町村が保険料徴収を行いつつ財政運営は都道府県単位で広域連合を行う制度とすることなど、医療保険者に関する大幅な改革を行う予定となっている。このような日本の保険者組織改革に比べれば、フランスの保険者組織再編は部分的といえる。この背景には、事業主と被用者が中心となって自立的に医療保険を運営するフランスにおいては、日本のように国レベルでの医療保険関連法の改正により抜本的に保険者組織を再編することは受け入れにくい沿革の違いがあると考えられる。

（６）財政対策

Ⅱ． 6． で見たとおり、稼働所得については 7.5% の料率となるなど、一般社会拠出金の引き上げは限界まで来ている¹⁵。このような意味で、2004 年改正で財政対策よりも医療の需要・供給対策に重点が置かれたのは合理性がある。このことは財政対策と需要供給対策のバランスのとれた改革が必要ということを示している。

（７）全体として、フランスの 2004 年改革等の医療制度の状況を踏まえて、日本の 2006 年改革や近年の医療政策の状況を検証すれば、次のような評価ができると考えられる。

- ・医療機関へのフリーアクセスを重視する歴史があるフランスにおいて、急進的でない緩やかな「かかりつけ医」制度の促進が図られている。このことを考えれば、やはりフリーアクセスを重視する歴史・現状がある我が国においても、かかりつけ医的機能を促進していく場合には、現実的な緩やかな促進方策が適当と考えられる。
- ・フランスにおいては、予算の制約という指標で医療費の総枠を抑制するという試みに成功しなかった経緯がある。このような経緯を考えれば、我が国の 2006 年改革に至る過程で議論された経済成長率等の指標による伸び率管理については慎重に検討すべきと考えられる。

¹⁵ 既に 1997 年及び 1998 年における一般社会拠出金の引き上げにより、料率の引き上げだけでなく、所得税の課税対象から一般社会拠出金を控除する措置が導入された（創設時には一般社会拠出金は控除対象ではなかった。）。料率がかなりのレベルに達したため、控除対象にする他なかったものと考えられるが、創設時に控除対象とならないことが逆進的でないことの根拠とされていたことを考えると、一般社会拠出金を「打ち出の小槌」のように引き上げることに限界が生じていると考えられる。

- ・フランスでは、新しい診療報酬制度である1件当たり包括評価方式（T2A）の導入には経過措置を導入してもかなりの混乱を伴っている。我が国においても、診療報酬制度の大幅な変更やその実施に当たっては医療現場での混乱を伴わないように留意する必要がある。
- ・保険者組織の再編について、フランスでは全国組織の設立や事務局長・理事会の権限配分の変更等に止まっている。フランスでは保険者の自律を重視する考え方が強く、国レベルでの制度改革で保険者組織を大幅に再編することが難しい事情が影響しているとも考えられるが、日本の2006年改革では都道府県単位の保険者の再編・統合等が行われており、相当抜本的な改革が行われている。
- ・フランスの2004年改正法では一般社会拠出金の大幅な引き上げは行われていない。日本の2006年改革でも医療費の財源として新たな税負担は求めている。フランスの一般社会拠出金については憲法院での訴訟を含め、その導入については相当な議論が行われており、日本でも仮に医療費の財源として新たな税負担を求めるようなことになれば、相当広範かつ抜本的な議論が必要であると考えられる。
- ・医療情報の電子化はフランスにおいても医療分野の重要課題とされており、この意味で我が国においても、2006年改革において医療情報の電子化について一定の道筋がつけられたことは、これまで電子化の取組が遅れていた我が国にとって重要な進展であると考えられる。

謝辞

本稿の作成に当たっては、産業医科大学の松田晋哉教授、新潟大学の加藤智章教授、内閣官房の伊奈川秀和参事官、駒澤大学の原田啓一郎助教授から貴重な助言をいただいた。また、在フランス日本大使館の神陽介専門調査員からは貴重な資料や情報の提供をいただいた。心より御礼申し上げます。なお、本稿においてあり得るべき誤りは全て筆者である本田の責任である。

参考文献

1. 加藤智章 2006「フランスにおける医療費抑制策の変遷－2004年8月13日の医療保険に関する法律をめぐって」『社会保険旬報』No2272,社会保険研究所
2. 加藤智章 1995「医療保険と年金保険－フランス社会保障制度における自律と平等」、北海道大学図書刊行会
3. 松田晋哉 2006「フランス医療保険制度概要【2005年度版】」『フランス医療関連データ集』【2005年版】フランス医療制度に関する研究会編（医療経済研究機構）
4. 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
5. 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
6. 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
7. 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
8. 郡司篤晃 1998「医療システム研究ノート」丸善プラネット
9. 伊奈川秀和 2006「フランスの社会保障財政改革」『ファイナンシャル・レビュー』September-2006
10. 田中伸至 2006「フランス及びドイツにおけるかかりつけ医制度・かかりつけ医的機能を有する制度について」
11. Commission des comptes de securite sociale ,2006,Les comptes de securite sociale

参考 「社会保障会計 2005・2006（フランス社会保障会計委員会）」の医療分野の抜粋
第9題：医療分野

9-1 医療サービス利用計画のポイント

2004年8月13日医療保険改正法は、医療サービスへのアクセスについて新たな仕組みを構築した。即ち、調整された医療サービスの利用計画であり、この利用計画においては16歳以上の患者は今後専門医に直接診療を受けることはできなくなり、自分が指定するかかりつけ医に最初に相談することになる。このかかりつけ医は患者を適宜適切な医師に紹介することになる。

通常の医療サービス計画以外で専門医の医療サービスを直接受けることができる場合がある（この場合、計画以外の部分は患者負担となることは重要である。）。今回の改革においては、その医療の必要性から産婦人科と眼科について、また、26歳以上の精神科については今後とも専門医の診療を直接受けられる。

医療サービス利用計画

医療サービス利用計画は、かかりつけ医及び患者に選ばれて契約している一般医又は専門医並びに専門的な医療サービスを提供する対応医によって構成されている。

（かかりつけ医）

かかりつけ医は、患者の医療サービスの適切な利用を保障するものでなければならない。この目的は、長期疾病に罹患した患者の医療にとって重要なものである。この医療は年間患者一人当たり40ユーロで請け負われる。一般医の診察の料金は、これまで20ユーロだったのが、2006年8月1日から21ユーロに引き上げられる。

（対応医）

医療サービス利用計画の範囲内で、第1セクターで対応する一般医又は専門医は、一般医としての調整（MCG）又は専門医としての調整（MCS）の値上げを実施している。この値上げは、2006年4月1日から1ユーロ行われた。

第2セクターで医療提供を行う契約医師は、引き続き自由な謝礼を受け取る（ただし、この自由には目的や範囲が限定されている。）。しかし、調整されることを選択することもできる。契約医師は、診療行為について対応医としての契約料金に基づき、また、技術料についての超過分（報酬請求できる医療行為の料金の15%以内）を抑制しながら、かかりつけ医により割り振られた患者に専念することになる。さらに、選択の範囲内で実施される契約料金に連動した診療行為は、専門医の総診療行為の少なくとも30%以上となる必要があるとされる。

一方、医療保険金庫は、医療・出産及び死亡に関する保険制度の下で保険料財源の徴収に従事する。このような保険者の保険料徴収は、報酬請求できる料金に関わる診療行為から生じる純収入の合計に基づいている。

調整された利用計画の範囲内では、全ての診療行為について70%まで義務的医療保険によって賄われる。

（調整されていない医療サービス利用）

患者にとって緊急又は非常事態でない場合で、しかも、調整された医療サービス計画によらない診療の場合であっても、第1セクターにおいて治療する専門医は、超過料金を適

用することを許可される。この場合、診療行為のうち技術行為の割合については、医師は 17.5%を超えないように技術行為を行うことになる。同様に、報酬請求できる技術行為が総医療行為の 70%以下となるようにしなければならない。

調整された利用計画によらない場合、社会保障法 R322-1 条に基づいて、2006 年 1 月 1 日以降は、義務的医療保険から賄われるのは 60%である。

医療協約への追加条項 12

医学的適正化を促進するために、いくつかの場合に料金の値上げや見直しが協約において事前に規定されている。これらの規定は一方的な医療拡充を抑制しながら医療サービスの適切な利用につながるようにするためのものである。これらの規定の目標は次のとおりである。

(規定の目標)

- 抗生物質、抗不安薬・催眠薬、慢性疾患への治療、病床利用について若干引き下げるとともに、移送費、降圧剤、については若干引き上げること(2006 年～2007 年)
- 凝固させないための処方箋の評価引き上げやポリープ切除前の結腸鏡の患者負担引き下げ (2006 年～2007 年)

追加条項 12 は一般医の価値を高め、また、医療サービス利用計画の施行による影響を受けている専門的医療行為をそれに伴わせることを規定している。2006 年 3 月 31 日以降、2 歳以下の乳児に関する一般医の 1 ユーロ引き上げ (MNP) とともに、一般医 (MCG)、専門医 (MCS) 及び 16 歳以上の患者に対する精神科・神経精神科・神経科(MCSpsy)の医師の調整料の 1 ユーロ引き上げが施行されている。臨床医の暫定的引き上げや 16 歳以下の患者に対する医療の引き上げも 1 ユーロである。心臓病については、範囲拡大と 16 歳以下の患者についての調整料金 (MCC) の 1 ユーロ引き上げが施行された。2 歳から 6 歳までの子どもについての 3 ユーロ引き上げも行われた。そして、一般医の診察料が、2006 年 8 月 1 日から 1 ユーロ引き上げられる。

更に、協約条項は、特に医療サービス利用計画の施行によって医療行為が変化することになる専門医が医療サービス利用計画に適応するための措置を規定している。これらの措置は、医療行為の共通分類 (CCAM) における参照料金により一層近づけるために、頻回医療行為の見直しをその内容としている。

当初の結果

2006 年 6 月には、16 歳以上の被保険者 (社会保険被保険者 3,830 万人) の 77%が、かかりつけ医を選択している。

2006 年 2 月末現在、かかりつけ医として被保険者から選択された医師の 99.6%は、一般医である。

2006 年 4 月末における調整された診察行為については次の通りである。

医療サービス計画の範囲内で実施された診察行為の中で、4 / 5 はかかりつけ医により行われており、対応医の下での指導を適宜受けている。産婦人科、眼科及び精神科による特別な診察は全体の 13%となっている。特別なケース (被保険者の異動や臨床医の配置換え) は、それぞれ全ケースの 1%と 2.7%となっている。

調整されていない医療サービス利用事例の中で、約 2 / 3 が、かかりつけ医を指定して

いない患者に係るケースであった。かかりつけ医を指定している事例では、患者は、(医療サービス計画利用についての) 主治医の指示に従うことを登録しているにも関わらず、実際には医療サービス計画に従っていない。

9-2 2005 年における医療費適正化における医薬品計画の貢献

2005 年は医療保険制度改革の一環として医薬品計画が本格的に開始された年である。2005 年に採られた措置により、61,500 万ユーロの財政上の適正化効果があった。この財政効果の内訳は、①ジェネリック医薬品の促進、②参照価格の引き下げ、③病院における医薬品価格の適正化、④医療機器料金の引下げである。

財政上の適正化効果の内訳

① ジェネリック医薬品促進政策による財政効果：23,400 万ユーロ

- ・ 薬価一覧表におけるジェネリック医薬品の搭載拡大 (2005 年) の効果：17,000 万ユーロ
- ・ 複数のジェネリック医薬品に影響を与える医薬品価格の引き下げ：3,600 万ユーロ
- ・ ジェネリック医薬品の責任請負価格の引下げ (6 月及び 11 月)：2,800 万ユーロ

② 参照価格の引下げによる財政効果：15,500 万ユーロ

- ・ 45 品目の医薬品価格の引き下げ (重要なことはこれらの医薬品は特許の下にあることであり、結果として主要ジェネリック医薬品 4 品目もこの引下げによって引き下げられた。)

③ 病院における医薬品価格の適正化による財政効果：21,000 万ユーロ

- ・ 返還医薬品及び医療行為の料金設定において策定された追加リストにおいて処方された特別医薬品の価格の医薬品経済委員会(CEPS)による固定(2005 年)：14,000 万ユーロ (うち返還医薬品に係るものが 9,500 万ユーロ、追加リストの医薬品に係るものが 4,500 万ユーロ)
- ・ 以上の財政効果の他、EPO の市場での価格変動の効果 (事実上、当初は自由価格の EPO の価格を固定すること) 3,500 万ユーロ
- ・ 病院で使用されている EPO の価格の市場価格への連動：3,500 万ユーロ

④ 医療機器料金の引き下げ：約 1,300 万ユーロ

- ・ 心臓病シミュレーター及び酸素吸入器の価格引き下げ：1,300 万ユーロ
- * 供給の際のマージンの改革は、2005 年には実施されなかった。また、SMR (後述) で不十分とされた医薬品の不償還は 2006 年から報告される。したがって、これらの影響については、まだデータがない。

以上の改革にもかかわらず 2005 年において量的拡大は続いている

2005 年には、医薬品計画の実施により価格低下のマイナスの影響は 2004 年までより大きくなっている。しかし、販売数の増加は感染症流行による影響等を差し引いても、2004 年までより大きくなっている。しかし、構造的な増加影響は 2004 年までより弱くなっている。

(償還医薬品の流通市場における治験費用を除いた医薬品の増加要因の分解)

	価格効果	販売量効果	構造的効果	効果（合計）
2005	-1.0%	3.4%	4.4%	6.8%
2004	-0.4%	-1.2%	7.9%	6.2%
2003	-0.4%	0.6%	5.5%	6.1%

9-3 SMR により不十分と判断された医薬品の不償還について

1999 年の社会保障財政法は、医療保険によって償還される特殊医薬品に関する SMR 基準の見直しを規定していた。2001 年 6 月には、4,490 の特殊医薬品が見直された。これらのうち、835 品目は SMR 基準が不十分(SMRi)であり、不償還すべきとする余地があると考えられたものであった。

SMRi の医薬品の経済的重みは後退している。

償還される医薬品の販売額総額に占める SMRi の医薬品の割合は減少傾向にある。SMRi の医薬品は医師の処方においては最新のものである。2001 年の FIRDES によれば、希薄な根拠により処方されたものは SMRi になっている。更に、FNMF によれば、フランスの患者は 2002 年においてカナダ人やイギリス人に比べて平均して 8 倍以上の SMRi の薬の箱を消費している。欧州諸国（イギリス、ドイツ、スペイン、イタリア、ルクセンブルク）において、SMRi の医薬品の大部分は償還されていない。

3 段階にわたる継続的な不償還計画の実施

第 1 段階(2003 年 10 月 25 日)：82 の特殊医薬品を不償還とした。この措置については、鎮咳薬、皮膚薬、殺菌剤など様々な種類の薬について実施されたことが重要である。医療保険の財政効果は約 5,000 万ユーロであった。

第 2 段階(2006 年 3 月 1 日)：282 の特殊医薬品（鎮痛のための植物療法等）が不償還とされた。血行改善薬は償還率及び価格が 15%とされた。前者の効果は 305 百万ユーロ、後者の効果は 140 百万ユーロであった。

第 3 段階：義務的処方の医薬品（血管薬、知的刺激剤等）に対して実施。この措置は 2006 年又は 2007 年に実施予定であり、万年度化すれば最大で 250 百万ユーロの効果が見込まれる。

財政効果は未だに不確定

不償還による財政縮減効果は、仮に処方箋が医薬品についても SMR で上位の評価をすれば小さくなる可能性がある。しかし、SMRi の医薬品の処方箋の 3 分の 1 は補足的行政命令によって特定可能であり、償還対象医薬品とならないようにすることは可能である。第 1 段階の不償還措置が殆ど処方されていない医薬品に関して行われるように、このような措置に限界があるため、不償還の効果と医薬品支出に関する他の決定要因の寄与率について信頼できるかできないかを判断することは微妙な問題である。第 2 段階の措置についても、年末まで行動の変化について認識できていない。

治験薬についての不償還措置の影響については、フランスにおいて顕著であるが、判断するのが非常に難しい。2005 年には、6 つのフランスの研究機関において SMRi の医薬品の合計件数の 50%以上について不償還が実施された。仮に処方に消極的となることが影響するとすれば、不償還の特殊医薬品の価格上昇によってその効果は相殺されることになる。

- * SMR：医薬品の分類判断基準。5段階（大、重要、中、僅か、不十分）によって医療保険からの償還割合は、この5段階を基に、5段階の更に上の「代替性のない高価な薬剤（抗がん剤、抗 HIV 薬等）が 100%、大、重要が 65%、中、僅かが 35%、不十分が 0 %となる。

9-4 T2A 実施の総括

従来は総枠予算方式（DG）の下にあった医療機関に対して 2004 年から T2A（筆者注－診断群別分類方式に基づきつつ滞在期間等を調整して行う GHS 方式を中心として構成されたもの）による報酬体系が採用された。そして、2005 年にはこの T2A は医療機関全体に適用拡大された。この T2A は、異なる理論に基づく 2 つの従前の財政方式に終止符を打つものであった。従前は、（公共）病院施設は旧 DG に基づいて医療保険によって支払われる総枠予算によって財源が賄われていた。一方、「全国数量目標」（旧 OQN）に基づく民間病院の財源は、医療機関からの診療報酬請求（日数による部分と診療技術評価の一括払いの部分）に基づいて医療保険から賄われていた。

医療機関の支出が一時的に継続するという困難に象徴された導入 1 年目 （民間病院）

相互に関連して実施された T2A と CCAM（医療行為共通分類）（2004 年 3 月及び 9 月の実施）は、民間病院の診療報酬請と医療保険者（金庫）の支払決定の仕組みを根本的に変更した。そして、この変更は医療保険者からの支払を下半期において混乱させることとなった。

この混乱は報酬請求への支払決定の影響を受ける医療機関の支出の継続に直接影響を与えた。改革実施による報酬請求の遅れや機能不全により報酬が減少した期間は、その後の強く反動がでた期間によって相殺されている。このため 2005 年には、支払決定が鋸の歯のようなジグザグの状態となり、全体としては近年報告されているような不安定な状況となった。結局、過去数年の支払決定の動向から算出された会計結果を合理的に期待する考え方に従って、支払決定の急増を緩和することを目的として、この部門の支出を当面継続させるために、引当金が計上された。2005 年の 12 月には引当金が 20,300 万ユーロ（11 月には 50,000 百万ユーロ）になった。この報酬請求の急増は、同様に市中における医療サービスの総枠にも影響を与え、診療所における臨床医への謝礼となっている。

最終的に、報酬請求に関して予見できた困難を計算に入れて、T2A の実施は、法律によって規定される会計上の事前措置を随伴していた。事前の措置は、2005 年末で報酬請求明細書に基づいて支払われるべき合計額に引き当てた後は、僅か 1 %が残されることとされた。

（旧総枠予算方式を採用していた医療機関）

水の流れに従うような支払の原因となった医療行為を行った民間病院と異なり、旧総枠予算方式を採用していて、T2A を採用した医療機関の支払は、4 半期ごとに評価され、3 ヶ月目に支払われる。4 半期毎に申告される医療行為と保険者（金庫）に通告される請求は、網羅的でないデータの中で会計処理を行うしかない中で、次の 3 ヶ月間で補完するしかない。また、遡及して補正することができる四半期ごとの請求は支出の困難さを顕在化

させることになる。

更に、医療機関の会計部門を妥協させないために、診療行為に基づく最初の数回の支払いについては 2005 年 6 月に先行して定められた。即ち、総枠予算方式の再採用に基づいた暫定的な仕組みが、2005 年の 1 月から 5 月まで実施された。これらの措置は、実際の診療行為と支払いとの時間差を減らすために医療機関が報酬請求の仕組みに対応する際に、必要とされる改革に応じて復活させる必要があった。

総額予算方式に替わって新しい財政方式が採用されたのは 2005 年 6 月からではない。診療行為の 25%以外は「補足的年間予算方式」(DAC)であり、「一般的利益及び嘱託職員支援を目的とした予算方式」(MIGAC)、「年間一括請負予算方式及び年間財政方式」(DAF)が採られている。

活発な診察行為の増大

2005 年には、外科と産科の医療行為の 25%が T2A により財源調達され、残りが DAC により財源調達される。2004 年には診療行為の全体量が 3.7%増大していることが確認できる。この増大は、年初に料金として予測された 1%という抑制された仮定より純粋に大きい。この増大もまた、滞在日数に加えて医薬品と医療機器によって強力に増大したものである。

改革による診療報酬請求の急速な増大の短期の危険性は、全ての種類の医療機関で生じている。他方、実際の診療行為の増大は、実際には評価が難しい滞在日数のコード化の改良を促進した。医療機関はコード化を基に、報酬を得ている。医療機関は実際の診療行為を網羅的な方法でコード化することを始めている。その後の取組みによって、このような増加がじきに解消されるか、または一時的なものではないか確認できるであろう。

このような増加傾向は、民間病院部門でも確認できる。

結局 2005 年においてはこのような変化が医療保険の財政超過 (67,000 万ユーロ) の原因となっている。

2006 年の展望

2006 年は、T2A 導入の本格化の年である (T2A の比率の 25%から 35%への拡大等)。そして、旧総枠予算方式を取っていた医療機関の財源調達の変革の移行期である。ARH による移行期間の診療行為についての報酬請求に対する支払は、医療機関の報酬請求とその請求への支払い決定について医療保険への直接請求が可能となる保険者の支払決定の仕組みに対応することを将来的に念頭に置きながら行われる。

2005 年に見られた外科・産科の医療行為の増大を計算に入れるために、2006 年における予算戦略は、2.6% (2005 年は 1%) の増大を見込んでいる。この見込は 2006 年 3 月 15 日以降の GHS の最初の 1%引き下げを含んでいる。

②⑨ 「かかりつけ医」機能の制度設計における論点と検討課題

－ フランス及びドイツにおける制度設計とわが国への示唆 －

研究協力者 田中伸至 新潟大学法学部助教授

（平成 18 年度実施）

研究要旨

「かかりつけ医」機能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適当か、また、② 診療報酬などによって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、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医療提供体制に係る法制度や医療提供の実態は何かが問題となる。これらについては、近年かかりつけ医制度を導入したフランス及びかかりつけ医制度そのものはないものの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を構築したドイツの制度設計のあり方が参考となる。

フランスでは、かかりつけ医登録を法律により強制するが、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。ドイツには登録制度がなく、経済的誘導の手法が中心的に採用されているが、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発揮し、患者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。機能としては、両国とも、適切な専門医療選択を行うゲートキーピング及び一貫した患者・疾病管理の双方が志向されている。背景事情や関連制度としては、両国とも、医師資格での一般医の区分等や所要の養成過程があり、ほとんどの国民がかかりつけ医を有しているという実態がある。そして、フランスではフリーアクセスは法律上基本原則とされ、ドイツでも国民がこれを重要視している。

これらを踏まえると、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、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、制度の目的・機能・効果の設定等の項目においていくつかの論点を検討しておく必要性が示唆される。

A. 研究目的

わが国における「かかりつけ医」機能の制度設計あり方に関して、フランス及びドイツの制度を概観・参照した上で、分析・考察を行うこと。

B. 研究方法

文献調査及び実地ヒアリング結果による。

（倫理面への配慮）

個人情報等に関係しないため不要。

C. 研究結果

フランス、ドイツ両国とも、かかりつけ医制度の政策手法として、経済的誘導を中心に採用している。機能としては、両国とも、適切な専門医療選択を行うゲートキーピング及

び一貫した患者・疾病管理の双方が志向されている。背景事情や関連制度としては、両国とも、医師資格での一般医の区分等や所要の養成過程があり、ほとんどの国民がかかりつけ医を有しているという実態がある。そして、フランスではフリーアクセスは法律上基本原則とされ、ドイツでも国民がこれを重要視している。

D. 考察およびE. 結論

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、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、制度の目的・機能・効果の設定等の項目においていくつかの論点を検討しておく必要がある。

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。

[この研究は、平成 18 年度に行った研究である。]

第 29 章 「かかりつけ医」機能の制度設計における 論点と検討課題

—フランス及びドイツにおける制度設計とわが国への示唆—

田中伸至（新潟大学）

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的機能を有する制度
(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 制度設計における論点と検討課題
 - 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 医師資格制度及び養成過程
 - 5-5 制度の目的・機能・効果の設定
 - 5-6 診療報酬支払い方式

6 結び

附表

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、分析・考察を行うものである。

わが国の医療供給体制についてはこれまで、医療アクセスの公平性（equity）は一定程度確保されているとの前提の下、医療の質（quality）及び医療の効率性（efficiency）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、分化した、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、かかりつけ医制度のみならず、医療計画における脳卒中对策、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が、中でも、かかりつけ医は、機能の異なる複数の医療機関等により構成される連携の円環の中心に位置付けられる点で、連携確保の枢軸を担うものである¹。

もとより、機能の異なる複数の医療機関等により行われる連携した医療提供活動は、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、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適当か、また、② 診療報酬などによって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。

本稿では、このような認識の下、社会保障制度論・社会保障法学の観点から、かかりつけ医制度の制度設計あり方について主にこれら①及び②に焦点を当て、分析・考察を試みる。また同時に、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医療提供体制に係る法制度や医療提供の実態についても触れることとする。検討に当たっては、近年、かかりつけ医制度を導入したフランス及びかかりつけ医制度そのものはないものの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

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。

理を行うための仕組み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、わが国に示唆されるポイントを抽出する方法を採用する。作業は、両国のかかりつけ医等に関する制度と実態、関係する診療報酬制度の内容、それらの制度の政策効果や問題点等について、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²の結果を整理しつつ行う。

また、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（NHS：National Health Service、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。そこでは、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³。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ほぼ完全に管理する点で極めて強度のものである。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下命・禁止レベルでの厳格な制約である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

² インタビューは、医療経済研究機構が2006年10月9日（月曜日）から同月13日（金曜日）までの間、フランスについては、フランス医師組合同盟（CSMF）（9日）、保健省（10日）、全国被傭者疾病保険金庫（CNAMTS）（10日）、フランス一般医組合（MG-FRANCE）（11日）、ドイツについては、連邦地区疾病金庫連合会（AOK-bundesverband）（12日）、連邦保険医協会（KBV）（13日）、連邦保健省（13日）を対象に行った。筆者もこれに参加した。

本稿は、これらのインタビュー結果及び文献情報を2006年12月時点でとりまとめた拙稿、「フランス及びドイツにおけるかかりつけ医制度・かかりつけ医的機能を有する制度について」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）』（2007年）における両国の制度の整理を基に、わが国における議論の動向や制度設計の論点等について加筆修正を行ったものである。

³ 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。

グシステムを導入したが、それは患者の専門的な医療への受療行動を完全に管理する仕組みにはなっていない。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⁴。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、既に柔軟な制約は存在している⁵。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変化・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^{6 7}。

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簡単に概観するとともに、その機能や「かかりつけ医」、「家庭医」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、正確には、かかりつけ医的機能を有する制度(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

⁴ 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。

⁵ 200 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、初診料に上乗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)。

⁶ 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。

⁷ 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。

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論点と検討課題を、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、制度の目的・機能・効果の設定等の諸項目について考察する（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

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。一方、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⁸、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）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。国会は、政府に対し、その基本的な考え方を 2007 年 3 月までに示すように求めている。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⁹。具体的な政策案としては、例えば、保健指導の重

⁸ 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。

⁹ 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

視、プライマリケアの推進があるが、かかりつけ医についても、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¹⁰。

こうした中、2006 年 12 月末に、国民健康保険中央会は「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、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とされ、かかりつけ医は、登録された後期高齢者の健康状態の把握、保健指導、予防、診察、治療、専門医・病院への紹介、リハビリテーションの指導、ターミナルケアの対応と看取りといった役割を担い、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こととされている。

一方、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¹¹。さらに、2007 年 1 月には、「在宅における医療・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¹²。

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加速しつつある。ただし、そもそもかかりつけ医とはいかなる機能を持つ医師をいうのか、あるいは導入されるべきかかりつけ医制度はいかなる政策目的と効果を持つべきなのか、かかりつけ医がその機能を発揮するにはどのような能力、経験、養成過程が必要となるのかについては、必ずしも十分な整理と検討が行われていない。かかり

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

¹⁰ 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。

¹¹ 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>参照。

¹² 日本医師会ホームページ<<http://www.med.or.jp/shirokuma/bn.html>>参照。

つけ医の機能としては、大まかに、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が、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¹³。

また、これらの機能を持つ医師に当てる用語については、「かかりつけ医」のほか、「家庭医」や「プライマリケア医」といった言葉が使われるなど様々であるが、これらの用語が期待される機能又は付与される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、能力、養成過程等との関係でいかなる用語が適切なのかについても議論の余地がある。例えば、想定される医師像との関係で考えると、「かかりつけ医」については、「かかりつけ」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¹⁴、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¹⁵、「病気など」の「など」に機能 iii に相応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¹⁶。

¹³ 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。

¹⁴ 新村出編『広辞苑第五版』460 頁。

¹⁵ 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めるが、そうした多様なかかりつけ医が一様に機能 i から機能 iii までを担うことができるかどうかには疑問がある。

¹⁶ 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・ディージ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

このように、かかりつけ医の機能や用語については、明確な定義づけやコンセンサスがあるわけではないが、本稿ではこれら機能や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、現在行政府における政策立案過程において使用されている「かかりつけ医」の語を使用することとする。また、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が中心となることをお断りしておきたい。

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)¹⁷制度は、2004 年 8 月 13 日法により創設され、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、医療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（全国医療保険金庫連合の創設）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、患者定額負担金の導入（負担額は、1 回の診察につき 1 ユーロであり、50 ユーロが上限とされる）及びかかりつけ医制度を導入した¹⁸。

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 かかりつけ医以外の医師の診療を受けた場合の一部負担金の増額、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。

り、それ自体独自の専門性を持つ概念であって、「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、現実には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。

¹⁷ 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 14）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「フランスにおけ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。

¹⁸ 本節におけるかかりつけ医制度の概要の整理は、主に加藤・同論文及びフランス保健省へのインタビューによる。

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した医師を自らが所属する医療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、専門医の別¹⁹、開業医、勤務医の別を問わず、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指定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。被保険者等がか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²⁰。

② かかりつけ医以外の医師の診療を受けた場合の一部負担金の増額は、かかりつけ医を通さずにかかりつけ医以外の開業医又は病院に受診した場合には、当該医療機関は、診療報酬を協約料金²¹よりも引き上げることができることとするものである。この診療報酬の引上げが可能な医療機関は、一般医、専門医の別、開業医、病院の別を問わない。協約料金の引上げ可能幅は、協約料金の 17.5% である（協約料金引上げ可能幅の設定は、デクレ事項である）。したがって、例えば、かかりつけ医以外の専門医を受診する場合、かかりつけ医を通じた受診であれば、診療料は 28 ユーロであるが²²、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 28 ユーロから 33 ユーロまでの間の診療料となる。また、被保険者への償還率についても、かかりつけ医を通じた受診であれば 7 割であるが、かかりつけ医を通じないで直接受診する場合は 6 割とされ、差がつけられている²³。このため、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、かかりつけ医を通じた受診であれば、自己負担額は、9.4 ユーロ（償還外額 8.4 ユーロ＋定額負担 1 ユーロ）である。そして、当該自己負担額のうち定額負担以外は²⁴補足保険制度の対象となるから²⁵、結局患者の家計負担は 1 ユーロになる。一方、かかりつけ医を通じないで直接

¹⁹ 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。

なお、フランス医師組合同盟（CSMF）へのインタビューによると、登録されたかかりつけ医の 99% は一般医であるという。

²⁰ 加藤・前掲論文（注 17）24 頁参照。

²¹ 開業医の診療報酬は、原則として、保険者側（全国医療保険金庫）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。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））。

²² 28 ユーロの内訳は、診察料 23 ユーロ、専門医としての技術加算 2 ユーロ、紹介患者に係る情報がかかりつけ医にフィードバックするための管理料 3 ユーロである（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）。

²³ フランス保健省へのインタビューによる。

²⁴ 小川美帆「フランスの医療保険改革と『ガバナンス』」けんぼれん海外事情 68 号 24 頁参照。

²⁵ 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