

受診する場合は、自己負担額は 14.2 ユーロ（償還外額 13.2 ユーロ＋定額負担 1 ユーロ）となり、また、補足保険制度の対象とならないことから²⁶、当該額がそのまま患者の家計負担になる。この患者の家計負担の格差（仮に、1 ユーロ＝150 円とすると、約 2,000 円）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²⁷。

なお、小児科、精神科、産婦人科、眼科、歯科については、かかりつけ医を通さずに受診した場合においても、一部負担金は増額されないこととされている。

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である²⁸。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、保険者・診療者間の全国協約により決められている。その内容は、かかりつけ医は他の医療機関やパラメディカルとの間の連携の主役（ピボット）となること、患者を適切に誘導（オリエンテーション）すること、治療方針やケアプランの策定と適正医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²⁹。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サンクションを伴うものではない³⁰。

また、かかりつけ医が、がん、糖尿病等の 31 の特定疾患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³¹。

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。一方、かかりつけ医を通じないでかかりつけ医以外に直接受診する場合には、自己負担額が引上げられてい

連合会、2006 年）55 頁参照。

²⁶ 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。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、かかりつけ医を通じないで直接受診する場合、補足保険は被保険者に対し、最大 5 ユーロまで償還することができるという。

²⁷ 日本円で 2,000 円程度の格差であるが、従前自己負担部分がなかったフランス国民にとっては、革命的に大きく感じられているという（フランス医師組合同盟（CSMF）へのインタビュー）。

²⁸ フランス保健省へのインタビューによる。

²⁹ フランス保健省へのインタビュー、全国被傭者疾病保険金庫（CNAMTS）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。なお、予防活動については、その経済的な裏づけとなる予防給付に関する診療報酬上の手当てではなく、当該活動を行うインセンティブが生まれないとの指摘があった（フランス一般医組合（MG - FRANCE）へのインタビュー）。

³⁰ フランス保健省へのインタビューによる。なお、一般に、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という。

³¹ 全国被傭者疾病保険金庫（CNAMTS）へのインタビューによる。

ることから、医療保険給付レベルではフリーアクセスに対して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、かかりつけ医の医療関係者間連携、患者の誘導、治療方針等の策定に係る努力義務の賦課とそのための個人情報カルテ管理権限の付与に限られており、例えば、かかりつけ医を通さ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。つまり、診療側に対しては、かかりつけ医に対して個人情報カルテ管理権限を活用しての一定の患者・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は、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、フランスの医師法制・医師養成制度において、かかりつけ医的なゲートキーパーの役割を担うことができる一般医の区分が設けられていたこと、及び、フランス人の 8 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、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³²。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、まずかかりつけ医に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柔らかな介入による誘導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」³³を内実とする。同原則は公衆衛生法典の冒頭である L1111 - 1 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、保健立法の基本原則である」と規定されており³⁴、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。したがって、かかりつけ医への初回受診を義務づけるような法律による下命・禁止レベルでのフリーアクセスに対する制約という政策案は、同原則に真っ向から抵触するものとして、政策立案過程において否定されたかそもそも発案されなかったものと

³² フランス医師組合同盟 (CSMF) へのインタビューによる。

³³ 稲森・前掲論文 (注 19) 39 頁。

³⁴ 稲森・同論文 44 頁注 50 参照。

思われる³⁵。一方、かかりつけ医を通じ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、償還の範囲の格差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指定を義務づけるような政策は採用されず、例えば、かかりつけ医的な機能を持つ家庭医モデル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が採られている（3-2）。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より強度の介入を行っている。このような違いが生じた背景事情としては、後述のとおり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、家庭医モデル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）³⁶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。

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³⁷。また、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）までも含むものと考えられる（かかりつけ医の役割に係る保険者・診療者間の全国協約による取決め。3-2の③参

³⁵ 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・同論文 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）。

しかし、参照医制度に参加した医師は 10% 未満に止まり、医療提供側からも患者側からも受け入れられなかったという。その理由としては、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。

³⁶ 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、小川・前掲論文（注 24）20 頁参照。

³⁷ 加藤・前掲論文（注 17）24 頁及び松田・前掲論文（注 26）104 頁参照。

照) 38。

かかりつけ医制度は、施行されてから未だ 1 年ほどを経過したに過ぎないが、その患者の受療行動に対する効果は既に表れているようである³⁹。

まず、かかりつけ医として登録された医師のほとんどが一般医であったため、一般医に受診する患者が増加し、一般医に対する支出が増大したとされる。専門医については、患者の受診が減少した医師もいればあまり減少しなかった医師もいるとされる。診療科目別で特徴的だったのは、皮膚科であり、患者が激減したという。ただし、皮膚科に係る診療報酬は引き上げられており、皮膚科に対する支出はあまり変化がないとのことである。

また、かかりつけ医に一旦受診し、かかりつけ医の紹介を受けて他の医療機関に受診する場合と、かかりつけ医を通さずに直接当該医療機関に受診する場合とでは、一旦かかりつけ医に受診する分、前者の方が医療支出が大きくなるようにも考えられるが、この点については、報告がまだないとのことであった。

いずれにしても、かかりつけ医制度の導入は、患者がまずかかりつけ医を受診する受療行動をより拡大した点では、効果があったといえることができる。一方で、医療費の削減や伸びの抑制の観点からは、必ずしも効果があったとはいえないようである。

ただし、かかりつけ医制度導入後、医療費全体の伸び率は減少していないものの、薬剤費については驚くほど減少しているという。1990 年代の薬剤費の伸び率が年 8% から 12% であったのに対し、かかりつけ医制度導入後の伸び率は 6% となったとのことである。保険償還薬について見ても、2002 年の伸び率が 7% であったのに対し、2005 年の伸び率は 4.5% であったという。このようにかかりつけ医制度導入後、薬剤費の伸びは鈍化しているが、その原因はかかりつけ医のゲートキーピング機能そのものに由来するというよりは、全国協約の内容に関係していると思われる。すなわち、保険者側と診療側の交渉の結果、例えば、当該年の薬剤については 100 万ユーロの削減を行うことや休労証明書の発行に関して 300 万ユーロ削減すること等の取決めを行い、取決めが遵守されれば来期の診療報酬の引上げが約束される。その結果、診療側が仕事量は減少するものの診療報酬が引き上げられるから収入は変化しないことを認識し、診療行動を変化させているものと考えられる。

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・

38 この点につき、保健省担当者は、かかりつけ医制度に医療のノマディズム (nomadisme médical。医療の放浪。ドクターショッピング) の防止を期待したわけではなく、その制度趣旨は一人の医師が最後まで責任を持ってケアするところにあるとする (フランス保健省へのインタビュー)。

また、全国被傭者疾病保険金庫 (CNAMTS) の担当者は、かかりつけ医制度は、イギリス式のゲートキーパーではなく、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とする (全国被傭者疾病保険金庫 (CNAMTS) へのインタビュー)。

一方、フランス医師組合同盟 (CSMF) の担当者は、かかりつけ医制度導入前に問題視されていたのは、「専門医の渡り歩き」であったと指摘する (フランス医師組合同盟 (CSMF) へのインタビュー)。

39 以下、医療費の動向に係る記述は、フランス保健省へのインタビューによる。

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⁴⁰。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法律上の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⁴¹。

3-5 小括

以上を要約すると、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のみならず、一貫した患者・疾病管理までも実施することを通じ、患者の受療行動を適切なものとするところにある。

その手法は、患者への働きかけが中心であり、それは、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ることによる心理的働きかけと、② 医療保険給付面での経済的誘導の二本立てで行われる。ここでの法律による患者の受療行動への介入レベルは、かかりつけ医の登録の強制に止まり、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 8 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、患者がまずかかりつけ医を受診する受療行動をより拡大した点では効果があったが、医療費の削減や伸びの抑制については効果が確認されていない。また、かかりつけ医による一貫した患者・疾病管理についても、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指摘されている。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法律上の規律を診療側に課すなど、より強度な介入が必要となると考えられる。

⁴⁰ フランス一般医組合 (MG - FRANCE) へのインタビューによる。

⁴¹ フランス一般医組合 (MG - FRANCE) の担当者は、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指摘する。

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

公的医療保険近代化法（2003 年 10 月成立）は、ドイツの医療において一般的な慢性疾患に対する医療サービスにおいて過度の利用、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モデル事業も導入された⁴²。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モデル事業の実施により、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る（2-2 の機能 i）。

また、リスク構造調整改革法（2001 年 11 月成立）は、1993 年の疾病保険構造法（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（DMP）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⁴³。この疾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（Allgemeinearzt）、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。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の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⁴⁴。したがって、被保険者が必ずしも家庭医を受診すると

⁴² 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 頁参照。

⁴³ 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・同書 126 頁参照。

⁴⁴ 松本・同書 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

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限界があるが、この点を補強し、被保険者がまず家庭医を受診する流れ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 家庭医モデル事業、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・移送費以外の患者負担はなかったが、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⁴⁵。ただし、患者が紹介状を携えて受診する場合、患者が 18 歳以下の場合、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⁴⁶。したがって、患者には、独断で重複受診をせず、転医の必要性の有無等について当該疾病について初めて受診した開業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開業医は、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。

家庭医、専門医いずれも患者に紹介状を発給することができる。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開業医を家庭医に限定する方向での誘導は行われてはおらず、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⁴⁷。しかし、ドイツ国民の約 9 割がかかりつけの家庭医を持っていることから⁴⁸、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作り出され、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⁴⁹。

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⁵⁰。

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 42）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うことができる。

⁴⁵ この診察料の性格は「入場料に近いもの」であるという（連邦保険医協会（KBV）へのインタビューによる）。

⁴⁶ ドイツ医療保障制度に関する研究会・前掲書（注 42）128 頁参照。

⁴⁷ 連邦保険医協会（KBV）へのインタビューによる。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。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。

⁴⁸ 連邦保険医協会（KBV）へのインタビューによる。

⁴⁹ 連邦保険医協会（KBV）へのインタビューによる。

⁵⁰ 松本・前掲書（注 43）56 頁、79 頁参照。

② 家庭医モデル事業は、かかりつけ医制度を疾病金庫等のイニシアティブにより実施するものである。本事業は、疾病金庫と家庭医の団体とが交渉を行い、同事業を実施するかどうか決定する契約事業であり、全国一律に実施されているわけではない。また、ある被保険者が属する疾病金庫が家庭医モデルを実施したとしても、被保険者は参加を強制されることはなく、参加は任意である⁵¹。なお、家庭医モデル事業を実施していない疾病金庫の被保険者は家庭医モデル事業に参加することはできない⁵²。

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医や病院の診療を受ける仕組みとなっている。また、参加者は、年額 20 ユーロの参加料を支払わなければならないが、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される⁵³。このように家庭医モデルに参加する被保険者は、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、家庭医モデル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、開業医側の家庭医モデルを実施するインセンティブとしては、被保険者に対し、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、家庭医モデルには、専門医も例外的には参加することができるとされる⁵⁴。また、家庭医モデルに参加する医師には、医療の品質管理を行うことなどが義務付けられているが、その内容は一般的なものに止まる⁵⁵。

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、関係する医療供給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。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、連邦保険庁の認可を受けなければならない。疾病金庫は、家庭医、専門医、病院等の医療供給者と交渉し、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、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。疾病管理プログ

⁵¹ 参加の手続は、参加しようとする被保険者が当該開業医を家庭医とする旨の文書に署名し、当該文書を家庭医に提出し、その家庭医が当該文書を疾病金庫に提出するという形で行われる（連邦保険医協会（KBV）へのインタビューによる）。

⁵² 連邦保健省は、将来的には、疾病金庫に対し家庭医モデルへの参加を義務づけるが、被保険者については参加を義務づけることはしない方向で検討しているとする。

⁵³ 連邦保険医協会（KBV）へのインタビュー及びドイツ医療保障制度に関する研究会・前掲書（注 42）130 頁、松本・前掲論文（注 43）7 頁による。

本事業に参加した被保険者は家庭医の紹介なくして専門医等を受診することはできないが、被保険者の参加は任意である。つまり、本事業は、被保険者が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、本事業は、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。

⁵⁴ 連邦保険医協会（KBV）へのインタビューによる。

⁵⁵ 連邦保険医協会（KBV）へのインタビューによる。

ラムにおいては、家庭医、専門医、病院等の医療供給者間の連携の下、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とが期待されている⁵⁶。

なお、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、病院における外来診療が拡大してきている。1993年の疾病保険構造法（GSG）では、病院における入院前後の通院治療と通院手術の範囲が拡大された⁵⁷。また、この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⁵⁸。

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強制する登録制は採用されていないが、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。したがって、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。このような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た背景には、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、国民の間に医師を選択する自由への強い要求があったことが指摘される⁵⁹。

また、ドイツでは、家庭医モデル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、その採用については個々の疾病金庫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、疾病金庫が法的に連邦政府や州政府、自治体から独立した「自立運営（Selbstverwaltung）を行う公法上の権利能力のある社団（rechtsfähige Körperschaften des öffentlichen Rechts）」として社会法典第 5 編第 4 条第 1 項に規定されるとともに、同条第 3 項において「法律上の医療保険

⁵⁶ 疾病管理プログラムの紹介は、松本・前掲書（注 43）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 42）126 頁による。

⁵⁷ 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、① 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ったこと、② 手術の種類によっては入院において行う必要がなく、その分の入院コストを削減することができると考えられたこと、③ エイズ治療やがん治療など病院に属する医師のみが行うことができた医療を、通院でしか医療を受けられないような種類の病気を持った患者に開放することが指摘されている（①については、同書 97 頁参照。②、③については、連邦地区疾病金庫（AOK）連合会へのインタビューによる）。

⁵⁸ 松本・前掲論文（注 43）7 頁参照。

⁵⁹ 連邦保健省へのインタビューによる。同省が行ったアンケートでは、被保険者は医師を自由に選択することができることを非常に重要視しているとの結果が得られたという。

の給付能力及び経済効率性を確保するために」他の疾病金庫や医療施設と協働することが求められるなど⁶⁰、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⁶¹。家庭医モデル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と理解することができ、それ故、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たとも考えることができる⁶²。

4-4 目的・機能・効果

ドイツにおいてかかりつけ医的な機能を確保する仕組みが導入された目的は、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 家庭医モデル事業は、主に前者の目的を持ち、③ 疾病管理プログラムは後者の目的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⁶³。

①及び②については、連邦保健省は、2004年に比べ2005年には、開業医への通院患者数が約8%減少したが、通院件数(通院回数)は約3%減少しただけであり、また、専門医への通院患者数が劇的に減少したというところまではいかず、必ずしもゲートキーピング機能は発揮されなかったが、一方で、健康な人々の不必要な受診はある程度防ぐことができると評価している⁶⁴。なお、家庭医モデル等により医療費の節減が可能となるかどうか

⁶⁰ 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【資料編】』(健康保険組合連合会、2006年)94頁、同・前掲書(注25)8頁参照。

⁶¹ 健康保険組合連合会・前掲書(注25)13頁参照。

⁶² 松本・前掲論文(注43)8頁参照。

⁶³ 連邦地区疾病金庫(AOK)連合会へのインタビューによる。3-1参照。

⁶⁴ 連邦保健省へのインタビューによる。同省は、専門医への通院件数は劇的に減少するものと予想していたようである。

なお、連邦保険医協会(KBV)から提供された外来診療における診察料(Praxisgebühr)の導入に伴う受療行動等の変化に関する資料(G. Brenner, "Steuert die Praxisgebühr in die richtige Richtung?," Berlin: Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung In der Bundesrepublik Deutschland, 2005

<http://www.zi-berlin.de/praxisgebuehr/downloads/presentation_praxisgebuehr050413_v3.pdf>)によれば、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%)

については、患者がまず家庭医等に相談するために受診しなければならない費用が生じることとを理由とする否定的な意見があった⁶⁵。

③による一貫した患者・疾病管理については、医療の質の向上の面や医療費抑制の面で一定の効果があるとの報告がある。例えば、糖尿病については、医療の質も向上し、かつ、医療費抑制の面でも効果があったとされる。一方、喘息については、医療の質の向上は図られたが、医療費は増大したとされる⁶⁶。

4－5 小括

以上を要約すると、次のとおりである。

ドイツにおけるかかりつけ医的な機能を確保する仕組みが導入された目的は、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2つである。

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。ここでの法律による患者の受療行動への介入レベルは、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強制のような介入は行われていない。また、ドイツにおいて特徴的な手法は、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ること、国民の間に医師を選択する自由への強い要求があったこと、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があると考えられる。

政策効果としては、一般医や家庭医によるゲートキーピング機能は必ずしも発揮されなかったが、健常者の不必要な受診は減少したとの評価がある。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るとの報告がある。

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

以上、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（附表参照）。

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

では微減に止まり、一般医（+1.3%）、家庭医である内科医（+1.3%）、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。

⁶⁵ 連邦保険医協会（KBV）へのインタビューによる。

⁶⁶ 連邦地区疾病金庫（AOK）連合会へのインタビューによる。

者等に義務づけ、かかりつけ医以外の医師の診療を受けた場合に一部負担金が増額されることとしている。また、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こととされ、被保険者が任意で参加する家庭医モデル事業や疾病管理プログラムが導入されている。わが国においては、両国のような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が、病院と診療所の機能分化を促進するため、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、初診料に上乗せした費用徴収が可能となっている。

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%は一般医であり、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。なお、わが国の非紹介患者初診に係る選定療養の仕組みでは紹介があれば上乗せ費用徴収を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。

第二に、政策手法については、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。ドイツにおいても、経済的誘導の手法が中心的に採用されているが、これに加えて、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。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、政策目的については、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。わが国の非紹介患者初診に係る選定療養の仕組みでは、大病院志向を是正し病院と診療所の機能分化の促進を目的とするものであるから、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。なお、わが国の診療報酬上設定されている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⁶⁷、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内容となっている。

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と専門医診療の区分が設けられている。また、フランスでは、国民の8割以上、ドイツでは9割以上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

⁶⁷ 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。

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⁶⁸。

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、ドイツでも国民がこれを重要視しているという事情がある。

これらの事情や関連制度の存在は、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導入するに当たっては、主に次の諸点に着目して制度設計の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。

⁶⁸ 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いて、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（回答回収率 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。

また、かかりつけ医の内実の多様性又は不明確性に関する指摘として、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）島崎謙治委員、和田ちひろ委員、内田健夫委員発言、第 2 回同検討会（平成 18 年〔2006 年〕9 月 20 日）和田ちひろ委員、内田健夫委員発言参照。

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⁶⁹、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⁷⁰。

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⁷¹。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らず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⁷²が提示されている。

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、現在のように、多様な診療所、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

⁶⁹ 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。

⁷⁰ 遠藤・前掲論文（注68）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。

⁷¹ 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。

⁷² 菊池馨実『社会保障の法理念』（有斐閣、2000年）144頁。

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照会先以外の専門医等を受診するかどうかを選択する自由に見出される価値との間の優劣について、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。その際には、かかりつけ医が患者が満足するに足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問われることになる⁷³。

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、小児科、精神科、産婦人科、眼科、歯科がフリーアクセスに対する制約の例外とされているが、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ソフト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検討・調整が必要となる⁷⁴。

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資格制度を有している。また、フランスでは、かかりつけ医を持つ国民が約 8 割、ドイツでは約 9 割と高率である。他方、わが国には、わが国は、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⁷⁵。こうした医師資格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

⁷³ 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律的价值こそ認められるが、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 19）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。

⁷⁴ 稲森・同論文 40 頁は、日本におけるフリーアクセスについては、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。

⁷⁵ 注 68 参照。

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に一般医を予め登録することを義務付け、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）⁷⁶。

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、従前自己負担額の設定がな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、患者は一定程度の自己負担額の格差に直面している。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、実質的に法律による下命・禁止レベルでの制約と同様の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 医師資格制度及び養成過程

前述のとおり、フランス、ドイツ両国では、一般医や家庭医の資格制度の存在が、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えることができるが、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。ただ、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、ドイツの家庭医モデル事業においても、専門医が家庭医になることは完全には排除されていない。とすれば、資格制度に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

⁷⁶ 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いる理由（注57参照）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。

いる医師である⁷⁷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⁷⁸、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」な目的によるものであること⁷⁹や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こと、ドイツの家庭医モデルに専門医が参加することができるにしてもそれは例外的であること等の事情に鑑みれば、やはりかかりつけ医制度は両国のような一般医・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、かかりつけ医制度の目的に一貫した患者・疾病管理を含めるとすれば、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」を上のように広く解釈した上で制度の検討を行うのは適切ではなく、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⁸⁰。

5-5 制度の目的・機能・効果の設定

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。しかし、後者の一貫した患者・疾病管理については、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、一定の介入・働きかけが必要となると思われる。例えば、フランスにおいて指摘されていたように、かかりつけ医 - 専門医・病院等の間の情報共有のための仕組みが必要となり、そのためには、関係者それぞれに対し情報共有のための行動を取る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。

また、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、家庭医モデルにおいて開業医側は、被保険者に対し、自らを家庭医とすれば年 20 ユーロ

⁷⁷ 注 47 参照。

⁷⁸ 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ト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。

⁷⁹ 松田・前掲論文（注 26）106 頁参照。

⁸⁰ 代替案を提示するものとして、島崎・前掲論文（注 16）社会保険旬報 17 頁参照。

一口節約することができるのと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り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⁸¹。

5-6 診療報酬支払い方式

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⁸²。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⁸³。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関しては、特別の報酬が定められている」⁸⁴。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⁸⁵。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ことが挙げられているとおり⁸⁶、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も、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」⁸⁷との関係で、図式的には、75歳未満の年齢

⁸¹ 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。

⁸² 注 21 参照。

⁸³ 注 44 参照。

⁸⁴ 松本・前掲論文（注 56）597 頁参照。

⁸⁵ イギリス医療保障制度に関する研究会・前掲書（注 3）120 頁参照。

⁸⁶ 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。

⁸⁷ 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

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⁸⁸。仮にこの図式を前提とすれば、そこでかかりつけ医制度が採用される場合、その機能も、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と整理できる。こうした図式の下で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、思いつくままに列挙すれば、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 結び

以上、フランス及びドイツにおけるかかりつけ医制度について、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しているか、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どのようにインセンティブを付与しているか、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どうかについて明らかにし（3 及び 4）、それらを踏まえ、わが国での制度設計における論点と検討課題を整理した（5）。

①及び②については、フランスとドイツとでは、政府による医療保険運営への介入と保

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。

⁸⁸ 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。

険者の自立的運営への期待の違いを背景に、採用される手法に違いがあるように推察される。また、患者をまずはかかりつけ医に導く段階においては、経済的誘導の手法が機能している一方で、かかりつけ医を中心に一貫した患者・疾病管理を行う段階では、患者情報の取扱いやかかりつけ医の患者エージェント機能の確保については課題が残されているように思われる。

③については、フランス、ドイツ両国と日本とは、フリーアクセスが重視されている点では共通するが、被保険者が従前窓口での自己負担に直面してきたかどうか、医師資格制度や養成過程に一般医又は家庭医の区分があるかどうか、日本が両国のように国民がかかりつけ医と呼ぶことができる医師を有しているかどうかの点で大きな違いがある。

フランス、ドイツ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。わが国でもこうした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。わが国にかかりつけ医制度を導入する際には、まずその制度目的やかかりつけ医に求める機能・位置づけを他の医療提供機関との関係の中で明確にし、その上で、制度目的に応じた機能を関係者が発揮し、適切に行動することができるようなシステムを設計する必要がある。