

# 「かかりつけ医」の制度化と定着・普及に向けて

調査部 主任研究員 飛田 英子

## 目 次

1. はじめに
2. わが国の「かかりつけ医」の現状
  - (1) 「かかりつけ医」とは
  - (2) 「かかりつけ医」のイメージ
  - (3) かかりつけ医の育成に向けた取り組み
3. ドイツとフランスの「かかりつけ医制度」
  - (1) ドイツとフランスの「かかりつけ医」
  - (2) ドイツとフランスの「かかりつけ医制度」
  - (3) 制度導入の効果
  - (4) 小 括
4. 「かかりつけ医」の制度化と定着・普及に向けて
  - (1) 「かかりつけ医」の立場・機能の明確化
  - (2) 「かかりつけ医制度」の創設
  - (3) 制度導入の第一目的は医療の質向上

## 要 約

1. 新しい生活様式が求められるなか、体調不良時にはまず近所のかかりつけ医に相談するよう求められるなど、受診行動において「かかりつけ医」の役割が拡大。

2. 「かかりつけ医」とは、①身近で何でも相談でき、②必要に応じて他の医療機関を紹介し、③介護や福祉と連携して患者の在宅生活をサポートする医師。このような医師の取り組みを普及するため、慢性疾患患者を継続的に治療する医師を報酬面で評価する仕組みの導入、既存医師に対する研修体制の整備、総合的な診療能力を有する新しい専門医制度の創設など、かかりつけ医機能の強化や人材の育成に向けた取り組みがこれまでに展開。

もっとも、わが国で患者にとってかかりつけ医は、現在、あるいは以前に診てもらった医師という要素が強く、生活面を含めてサポートするというかかりつけ医の本来の機能がきちんと理解されているとはいえない状況。アンケート調査によると、3割以上が二人以上のかかりつけ医を抱えていると回答。

3. 海外では、特定の医師をかかりつけ医とする制度が定着。例えば、ドイツでは2004年に「家庭医制度」、フランスでは2007年に「主治医制度」が導入。患者は、まず自分が選択した医師を受診し、必要に応じて他の専門医などの紹介を受ける。慢性疾患を抱えている場合には、生活指導を含めて総合的・継続的な治療が施される。制度への参加は任意であり、制度に従う場合には自己負担が軽減。なお、これら制度を担う医師の役割は法律や協約で規定されており、責任が明確な一方、登録患者数に応じて人頭的な報酬を受け取る。

現在、国民の9割以上が制度に参加。受診行動の適正化を通じた医療費抑制は確認されないものの、慢性疾患のコントロールや薬剤服用の適正化など、医療の質向上という効果の発現が指摘。

4. 今後、高齢化や医療技術の高度化・複雑化、健康志向の高まりが進むなか、総合的・継続的に患者を管理するだけでなく、必要な医療サービスや在宅支援サービスを調整・誘導してくれる医師の存在は重要に。また、医療従事者の不足が懸念されるなか、一次医療をかかりつけ医、二次以降の医療を専門医や病院が担うという役割分担の明確化は、医療資源の有効活用という観点からも重要。このようにみると、わが国においても、ドイツやフランスのように特定の医師をかかりつけ医とする制度の導入を早急に検討すべき。

かかりつけ医制度が定着・普及するには、①現在曖昧なかかりつけ医の役割と責任を明確化する一方で、かかりつけ機能を報酬面で評価する仕組みの導入、②制度への参加は任意とし、あくまでフリーアクセスは堅持、③制度の導入はコスト抑制より医療の質向上を主眼とすべき、という視点が重要。かかりつけ医制度の普及は、今後需要拡大が見込まれるオンライン診療の環境整備という観点からも不可欠。

## 1. はじめに

新型コロナウイルス禍中、新しい生活様式が求められている。医療機関への受診も例外ではない。例えば、感染症の疑いがある場合、いきなり医療機関に行くのではなく、まず帰国者・接触者相談センターやかかりつけ医、地域の相談窓口で電話で相談する。また、最近利用が拡大しているオンライン診療についても、希望する場合には、まずは普段からかかっているかかりつけ医等に相談するよう求められる（ともに厚生労働省ホームページ「新型コロナウイルスに関するQ&A」）。

ところで、「かかりつけ医」とはどのような医師であろうか。かかりつけの医者という言葉から、患者にとっては、定期的を受診し、必要に応じて他の専門医療機関を紹介してくれるだけでなく、病気に関するだけでなく生活面を含めたアドバイスも気軽に受けることのできる医師が連想される。医師にとっては、治療だけでなく患者の状態を家族歴や生活背景を含めて把握し、患者の生活を健康面でサポートする医師が連想される。しかし、実際には、患者と医師の間で「かかりつけ医」像について認識ギャップが存在し、「かかりつけ医」の役割や機能について全国民共通のイメージや一般的な合意があるとはいえない状況にある。

今後、高齢化と健康意識の高まり、医療技術の高度化・複雑化が進むなかで、総合的・継続的に患者の健康状態を把握、適切な受診を促し、必要に応じて他医療機関を紹介し、介護や福祉との橋渡しを担う医師の存在は重要である。それは、まさに言葉からイメージされる「かかりつけ医」の姿そのものといえよう。

一方、海外では、特定の医師をかかりつけ医として指定する制度が定着している。初診の担当や他医療機関の紹介だけでなく、慢性疾患患者の健康管理や生活指導を通じた患者のQOL（Quality of Life：生活の質）の改善をはじめ、医療の質向上に向けた取り組みが展開されている。

そこで、本稿では、わが国の「かかりつけ医」について改めて整理し、海外の制度をサーベイすることで、かかりつけ医の制度化の必要性を確認する。同時に、同制度の創設および定着・普及に必要な視点について考察する。

本稿の構成は次の通りである。まず、第2章では、「かかりつけ医」の定義や現状を整理する。続く第3章では、ドイツとフランスの「かかりつけ医」と「かかりつけ医制度」をサーベイする。最後に第4章では、かかりつけ医制度の創設と定着・普及に向けて必要な視点を考察する。

## 2. わが国の「かかりつけ医」の現状

### (1) 「かかりつけ医」とは

「かかりつけ医」の定義について、厚生労働省の各種資料（注1）では日本医師会・四病院団体協議会合同提言「医療提供体制のあり方～（2013年8月）」が引用されている。すなわち、かかりつけ医とは、「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要なときには専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」である。

ちなみに、前述の合同提言では、「かかりつけ医機能」についても定義している。具体的には、以下の4点である。

- かかりつけ医は、日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療および保健指導

を行い、自己の専門性を超えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供する。

- かかりつけ医は、自己の診療時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築する。
- かかりつけ医は、日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、検診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行う。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるように在宅医療を推進する。
- 患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行う。

要するに、①身近で何でも相談でき、②必要に応じて他の専門医療機関を紹介してくれ、③介護、福祉と連携して在宅での療養を支援する医師が「かかりつけ医」であり、このような医師が、④患者の健康状態だけでなく生活背景も把握し、⑤他の医療機関と連携して24時間体制で患者に対応し、⑥在宅医療を推進することが「かかりつけ医機能」と定義されるといえよう。

## (2) 「かかりつけ医」のイメージ

このように、「かかりつけ医」と「かかりつけ医機能」には一応の定義がある。もっとも、内容が曖昧かつ客観性に欠けるので、具体的なイメージが湧きづらい印象は否めない。では、実際に患者や医療機関はどのような医師を「かかりつけ医」と認識しているのだろうか。

まず、医療機関サイドでは、かかりつけ医機能を評価する診療報酬を算定する医師がかかりつけ医とみなされる。2014年度に創設された「地域包括診療料」と「地域包括診療加算」である。これは、高血圧症や糖尿病、脂質異常症、認知症等の疾患を複数持つ患者を継続的に治療し、在宅生活を支援することを評価したもので、対象となる医療機関は診療所と病床数200未満の中小病院、患者の同意を得たうえで算定が可能になる（図表1）。ちなみに、地域包括診療料は時間外や休日加算、訪問診療を除く在宅医療に係る報酬以外は包括で算定される一方、地域包括診療加算は診療1回ごとに再診料への加算として算定される。

これらの報酬の創設当初の普及状況（2014→2015年）をみると、届出件数では、地域包括診療料が病院で13から12、診療所が100から81、地域包括診療加算が6,538から4,701へと、進むどころか後退したことが分かる（図表2、3）。算定件数についても同様である。この要因として、病院では2次救急指定病院または救急告知病院であること、診療所では患者への24時間対応や三人以上の常勤医師の配置等、要件の厳しさが指摘された。

そこで、診療報酬改定のたびに要件が緩和されると同時に、対象患者が認知症患者や小児にも拡大された（図表4）。この結果、かかりつけ医を評価する報酬は、総じていえば算定が普及している。

地域包括診療報酬の届出件数は2018年には病院で46、診療所で218に増え、件数も病院で2014年の3から2018年には385、診療所で3,496から6,669に増加している。ただし、地域包括診療加算は届出件数、算定件数ともに伸び悩んでいる。これは、加算に替えて地域包括診療料を算定するようになったためと考えられる。

(図表1) 地域包括診療料と地域包括診療加算 (2014年度)

	地域包括診療料		地域包括診療加算
点数	1,503点 (月1回)		20点 (1回につき)
対象医療機関	許可病床200未満の病院	診療所	診療所
対象患者	高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症のうち二つ以上を有する患者		
担当医	関係団体主催の研修の修了者		
包括範囲	下記以外は包括 ・(再診料の) 時間外加算、休日加算、深夜加算および小児科特例加算 ・地域連携小児夜間・休日診療料 ・診療情報提供料(Ⅱ) ・在宅医療に係る点数(訪問診療料等を除く) ・患者の病状の急性増悪時に実施した検査、画像診断及び処置に係る費用のうち、所定点数が550点以上のもの		再診料への加算(出来高算定)
服薬管理等	・患者の同意を得て、計画的な医学管理の下に療養上必要な指導および診療を行う ・他の医療機関と連携の上、患者がかかっている医療機関をすべて把握するとともに、処方されている医薬品をすべて管理し、カルテに記載 ・当該点数を算定する場合、7剤投与の減算規定の対象外		
	患者の同意が得られた場合、下記すべてを満たす薬局で院外処方を行うことが可能 ・24時間開局。なお、24時間開局している薬局のリストを患者に説明した上で患者が選定した薬局であること	原則として院内処方。下記の場合に限り院外処方が可能 ・24時間対応の薬局と連携 ・患者の同意がある場合に限り、当該薬局以外での処方も可能。この場合、夜間・休日等の時間外に対応できる薬局のリストを患者に説明し、文書で渡す ・当該薬局に患者がかかっている医療機関のリストを渡す ・患者は受診時にお薬手帳を持参。その際、医師はそのコピーをカルテに貼付	
健康管理等	検診の受診勧奨、健康相談を行う旨を院内掲示、敷地内禁煙		
介護保険への対応	介護保険にかかわる相談を行う旨を院内掲示し、主治医意見書を作成するとともに、下記のいずれか一つを満たす ①居宅療養管理指導または短期入所療養介護等を提供、②地域ケア会議に年1回以上出席、③居宅介護支援事業所の指定、④生活期リハの提供、⑤介護サービス事業所の併設、⑥介護認定審査会に参加、⑦所定の研修を受講、⑧医師がケアマネの資格を取得、⑨病院の場合、総合評価加算の届け出あるいは介護支援連携指導料を算定		
在宅医療の提供および24時間対応	在宅医療の提供を行う旨を院内掲示し、夜間の連絡先を含めて患者への説明と同意を得る		
	下記のすべてを満たす ・2次救急指定病院または救急告示病院 ・地域包括ケア入院料または地域包括ケア入院医療管理料を算定 ・在宅療養支援診療所	下記のすべてを満たす ・時間外対応加算1を算定 ・常勤医師が3人以上 ・在宅療養支援診療所	下記のいずれか一つを満たす ・時間外対応加算1または2を算定 ・常勤医師が3人以上 ・在宅療養支援診療所

(資料) 中央社会保険医療協議会第272回総会資料を基に日本総合研究所作成

(注1) 診療報酬点数と各種要件は2014年度。

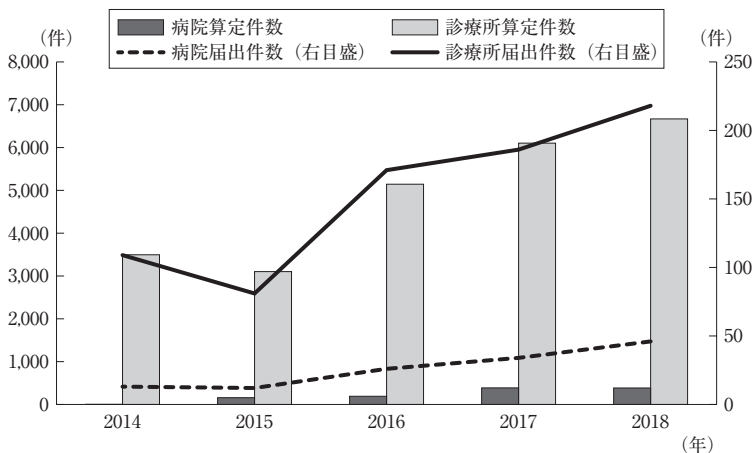
(注2) 時間外対応加算の算定要件は、以下の通り。

加算1) 標榜時間外において常時対応可能。原則として自院で対応。

加算2) 標榜時間外の準夜帯において対応可能。休日、深夜、早朝は留守番電話等での対応も可。原則として自院で対応。

加算3) 地域の医療機関と輪番による連携を行い、当番日の標榜時間外の準夜帯は対応可能。休日、深夜、早朝は留守番電話等での対応も可。原則として自院で対応。当番日は原則として自院で対応。

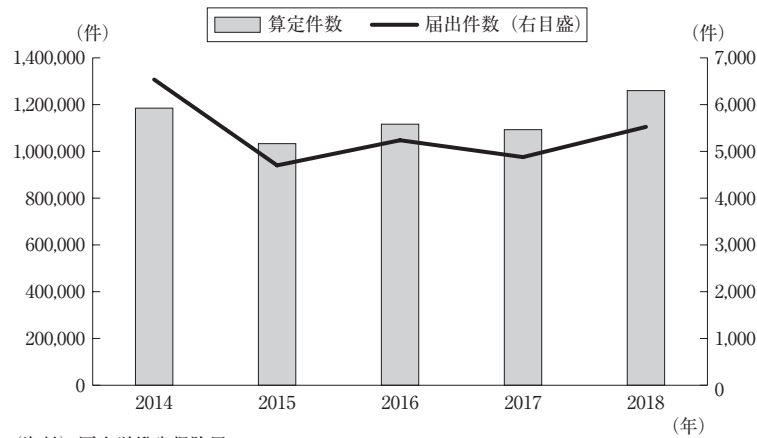
(図表2) 地域包括診療料の届出件数と算定件数



(資料) 厚生労働省保険局



(図表 3) 地域包括診療加算の届出件数と算定件数



(資料) 厚生労働省保険局

(図表 4) 「かかりつけ医機能」強化に向けた診療報酬改定の推移

2014年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>「地域包括診療料」、「地域包括診療加算」の創設</li> </ul>
2016年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>「地域包括診療料」等の要件緩和 病院：2次救急指定病院または救急告示病院 → 削除 診療所：常勤医師3人以上在籍 → 常勤2人以上</li> <li>「認知症地域包括診療料」の創設</li> <li>「小児かかりつけ診療料」の創設</li> </ul>
2018年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>「地域包括診療料」等の要件緩和 常勤2人以上 → 常勤1人と非常勤医師の組み合わせでも可能 外来中心の医療機関において、患者の在宅医療への移行を評価</li> <li>「機能強化加算」の創設</li> </ul>
2020年度	<ul style="list-style-type: none"> <li>「地域包括診療料加算」の要件緩和 時間外対応加算1または2の届出 → 加算1、2または3</li> <li>「小児かかりつけ医診療料」の対象年齢の拡大 (3歳未満 → 6歳未満)</li> <li>「機能強化加算」の揭示等の情報提供に係る要件の見直し</li> </ul>

(資料) 厚生労働省資料をもとに日本総合研究所作成

一方、患者サイドでは、かかりつけ医機能を評価する報酬の算定に同意しているか否かに関係なく、かかりつけ医か否かを認識している模様である。

「日本の医療に関する意識調査」(日本医師会総合政策研究機構、2017年7月11日)によると、回答者の55.9%が「かかりつけ医」がいると回答した。ちなみに、同調査におけるかかりつけ医の定義は、「健康のことを何でも相談でき、必要なときは専門の医療機関へ紹介してくれる、身近にいて頼りになる医師」である。

かかりつけ医とする理由(複数回答)をみると、「病気の主治医である(あった)」が58.9%とほぼ6割を占め、「総合的に診てくれる」24.0%、「健康について幅広く相談できる」23.8%が4分の1程度であった。患者がどのように「かかりつけ医」と認識するかについては、以前診てくれたという要素が大きく、総合的な診療や健康相談等、政府や医療機関サイドが定義する内容はさほど影響していない模様である。

ちなみに、回答者にかかりつけ医の人数を問うと、一人が67.2%である一方、二人が24.7%、三人以上が7.9%と、回答者の3割以上が二人以上のかかりつけ医を抱えている。内科と整形外科と皮膚科等、

---

診療科ごとにかかりつけ医を持っているとも推察できる。なんでも相談できる身近な存在かもしれないが、必要に応じて他の医療機関を紹介したり、介護や福祉と連携して在宅での療養を支えたり、ましてや生活背景を含めて患者の状態を総合的に把握するといった、定義上の「かかりつけ医」としての役割や「かかりつけ医機能」をこれらの医師が果たしているか、疑問が残る。

### (3) かかりつけ医の育成に向けた取り組み

このように、患者と医療機関の間に認識ギャップはあるものの、診療報酬の算定状況を見る限り、かかりつけ医機能は浸透しつつある。こうしたなか、かかりつけ医機能を担う人材の育成についても対策が展開されている。一つは、すでに医師として活躍する人材の活用、もう一つは新しい医師の育成である。

まず、既存医師の活用については、日本医師会による「かかりつけ医機能研修制度」が挙げられる。かかりつけ医としての能力を維持・向上させるための研修制度として、2016年4月にスタートした。実施主体は都道府県医師会であり、基本研修、応用研修および実地研修で必要単位を取得し、要件を満たした場合、終了証書または認定書が発行される。有効期間は3年である。

同制度のメリットは、修了証書または認定書を院内掲示することで、地域のかかりつけ医として活動し、研鑽を続けていることを患者に示すことのできる点である。ちなみに、初年度（2016年度）の受講者数は延べ9,391人、うち認定者数は1,195人であった。

一方、新しい人材の育成については、「総合診療専門医」の創設が挙げられる。これまでの専門医制度の18の基本領域に加えて、19番目の領域として2018年度にスタートした。臨床研修後、3年かけて内科、救急、外科、小児科および地域医療等をマスターすることになる。

18領域が臓器別に高度の専門性を追求するのに対し、総合診療専門医では、日常的に頻度が高く幅広い領域の疾病や傷害、適切な初期対応および全人的な継続医療の提供が求められる。このため、総合診療専門医は、将来の地域医療の担い手として期待されている（注2）。

このように、わが国では、かかりつけ医の役割が患者にきちんと理解されているとはいえない状況のまま、かかりつけ医機能の強化やかかりつけ医の育成が進められている。

一方、海外では、医療供給におけるかかりつけ医の役割や責任を強化する取り組みが展開されている。そこで、次章では、わが国と同じ保険方式の公的医療制度を持つドイツとフランスのケースをサーベイする。

（注1）例えば、「かかりつけ医機能の強化について」第18回医療計画の見直し等に関する検討会（2020年2月28日）。

（注2）もっとも、新しい専門領域であるがゆえの課題も指摘されている。一つは、指導医の不足や研修内容の未整備である。もう一つは、将来のキャリアプランを描きにくいことである。このため、総合診療専門医の志望者数は、年7,000～8,000人のうち200人前後にとどまっている。こうした状況に対し、第三者機関として専門医を認定する日本専門医機構では、総合診療専門医と内科専門医とのダブルボードを取得しやすくするための方策について合意する等、今後は研修体制の柔軟化を進める方針である。

### 3. ドイツとフランスの「かかりつけ医制度」

#### (1) ドイツとフランスの「かかりつけ医」

海外にも、患者の健康状態を継続的・総合的に管理し、必要に応じて専門医を紹介する、わが国の「かかりつけ医」と同じ役割を担う医師が存在する。ドイツでは「家庭医」、フランスでは「主治医」と呼ばれる。

わが国のかかりつけ医と比較すると、違いは以下の通りである（図表5）。

（図表5）日本のかかりつけ医、ドイツの家庭医およびフランスの主治医

	日 本		ドイツ 家庭医	フランス 主治医
	かかりつけ医	かかりつけ医機能の担い手		
制度開始年	—	2014年度	1968年 なお、家庭医モデルは 2004年。	2005年
制度（根拠）	なし	診療報酬上の評価 （以下を算定） ・地域包括診療料 ・地域包括診療加算、等。	社会法典	疾病保険法
患者との関係	信頼関係	患者の同意	保険者への登録 （契約）	保険者への登録 （契約）
担い手	医師全般	・診療所と病床数200未満の病院 ・施設要件あり。	・家庭医	・一般医、小児科医等。

（資料）日本総合研究所作成

まず、法的根拠について、わが国のかかりつけ医には何もない。患者がかかりつけ医と思えばかかりつけ医である。また、診療報酬においてかかりつけ機能の評価を受ける医師（地域包括診療料等を算定する医師）についても法的な根拠はない。一方、ドイツの家庭医は社会法典（注3）、フランスの主治医は疾病保険法（注4）で明文化されている。

次に、患者との関係については、わが国では特に制度的なものはない。あえて言えば患者と医師の間の信頼関係といえよう。かかりつけ医機能の評価されている医師については、地域包括診療料などを算定することへの患者の同意を書面で得る必要があることから、両者の関係は「同意」となる。一方、ドイツとフランスでは、患者が保険者に特定の医師を家庭医や主治医として登録する。患者と家庭医や主治医の関係は、保険者を介した「契約」といえる。

最後に、どのような医師がかかりつけ医等になるのか、すなわち担い手についてみると、わが国のかかりつけ医では特に要件はない。患者がある医師をかかりつけ医だと思えばかかりつけ医なので、医師全員にその可能性はあるわけである。かかりつけ医機能が評価される医師については、施設要件を満たした診療所と病床数200未満の病院であり、専門医としての資格や診療科について制限はない。

一方、ドイツとフランスでは、専門医の資格を取得した者が家庭医なり主治医になる。ちなみに、両国ではわが国と違い、専門医の資格を取得しなければ医師として開業できない。このため、専門医資格の取得はある意味当然といえる。

まず、ドイツでは、家庭医は家庭医診療を担う医師から選ばれる。ドイツでは、わが国と違って病院



---

は入院、外来は診療所と役割分担が明確であり、診療所についても専門医による診療と家庭医による診療に大別される。家庭医診療は、総合医、小児科医、内科医の専門医資格取得者が担うことになっている。

次に、フランスでは、主治医について専門科の制限はない。フランスもドイツと同様に病院と診療所の機能分化が明確であり、診療所についても専門医による診療と、一般医（いわゆる総合医）による診療に分かれる。主治医は、一般医だけでなく、専門医でも病院の勤務医でも可能である。ちなみに、制度参加者の9割以上が一般医を選択しているとのことである。

以上を要すると、ドイツの家庭医とフランスの主治医は、法的根拠や患者との関係、資格等において、わが国のかかりつけ医とは大きな違いがあるといえよう。

## (2) ドイツとフランスの「かかりつけ医制度」

ドイツ、フランスともに公的な医療制度は保険料を財源とする保険方式で運営されている。税金を財源とするNHS方式のイギリスと違い、被保険者は保険料を納める対価として医療サービスを受ける権利が保障されている。このため、医療機関も自由に選択することができる。

もともと、2000年代半ば以降、特定の医師を家庭医、あるいは主治医として選択する制度が導入された。制度の概要と家庭医あるいは主治医の役割、報酬体系についてみると、以下の通りである。

### A. ドイツの家庭医制度

#### a. 概要

ドイツでは2004年1月に「家庭医モデル」が導入された。これにより、保険者である疾病金庫は、被保険者に対して家庭医モデルの提示が義務付けられることになった。ちなみに、家庭医を中心に専門医や病院、保険者との連携体制を構築する新たな診療形態は、「家庭医中心医療」と呼ばれる。

まず、18歳以上の被保険者は家庭医モデルへの参加を表明し、特定の家庭医を登録する（注5）。家庭医モデルへの参加は任意であるが、参加しない場合には金銭的ペナルティを受けることになる。すなわち、被保険者が医療サービスを受ける場合、登録した家庭医を受診した場合には自己負担ゼロだが、その他の家庭医や専門医を受診した場合は四半期ごとに10ユーロを負担する。さらに、より高度・専門的な治療が必要な場合、登録医から発行された紹介状を持参すれば自己負担ゼロだが、ない場合には再び10ユーロ負担する。家庭医の登録は1年経てば変更可能である。

2009年以降、家庭医は選択的タリフのひとつとして提供されることになった。選択的タリフとは、疾病金庫が法定給付以外に被保険者に提供する給付プログラムである。このタリフを選択した被保険者は、眼科と産婦人科を除いて自身が登録した家庭医に初診が制限される代わりに、自己負担の免除や奨励金を受けられることになる。

なお、四半期ごとの10ユーロの負担は2013年1月に廃止された。受診抑制が目的だったが、目立った効果はなく、低所得者の受診控えなどの問題が生じたためといわれている。

### b. 家庭医の役割

家庭医の任務は法律に規定されており、具体的には、登録患者について家庭環境を踏まえた総合的・継続的な医学的ケア、診療および他医療機関への紹介、治療データや診療所見の整理・保存、等である。

### c. 報酬

家庭医への報酬は、①診療の有無に関係なく支払われる患者一人当たりの包括報酬と、②実際に診療した場合に算定される個別報酬、の二階建てで構成される。

まず、包括報酬は登録した患者数に応じて四半期ごとに支払われ、年齢によって5段階ある。4歳以下が24.00ユーロ、5～19歳が15.50ユーロ、20～55歳が15.80ユーロ、56～75歳が24.10ユーロ、75歳以上が30.70ユーロである（2020年、以下同じ）。

一方、個別報酬は、一人当たり包括と出来高で構成され、一人当たり包括では、例えば、慢性疾患患者の管理で14.28ユーロ、痴呆患者のケアで16.94ユーロが四半期ごとに支払われる。また、出来高では、往診で23.29ユーロ、70歳以上への痴呆テストで13.40ユーロ、肺機能検査で29.34ユーロ、縫合などの簡易手術で14.17ユーロなどが実施回数に応じて加算される。

## B. フランスの主治医制度

### a. 概要

フランスでは、「主治医制度」が2005年7月に導入された。具体的には、16歳以上の被保険者は一人の主治医を選択し、保険者である疾病金庫に登録する（注6）。医師は、総合的診療をマスターした一般医である必要はなく、病院勤務医や専門医の選択も可能である。なお、一定の診療科（婦人科、眼科、口腔外科、精神科、神経精神科）の専門医の受診については主治医の経由が義務付けられない。

フランスでもドイツの家庭医制度と同様、主治医を経由しない場合には経済的ペナルティを受ける。すなわち、主治医を経由する場合の患者自己負担3割に対して、経由しない場合は7割となる。

例えば、一般医の診察を受ける場合でみると、まず、フランスでは、一般医、専門医とも公定価格である協約料金が適用されるセクター1と、自由料金の設定が可能なセクター2の2種類の医師が存在する。また、定率の自己負担の他に、診療1回当たり1ユーロの免責制度がある（1日の上限4ユーロ、年間上限50ユーロ。免責制度とは、保険者が給付の責任を免れる制度であり、免責された部分は患者の自己負担となる）。一般医の協約料金が25ユーロであることから、主治医を経由した場合の自己負担は8.5ユーロ（25ユーロ×30%+1ユーロ）、経由しない場合は18.5ユーロ（25ユーロ×70%+1ユーロ）となる。つまり、主治医を経由しない場合、患者は受診1回当たり10ユーロのペナルティを支払うことになるわけである。

### b. 主治医の役割

主治医の役割は、保険者団体と医師組合の間で締結される「医療協約」で規定されている。具体的には、診療や専門医への紹介、疾病の継続的管理、患者の病状のフォローや健康指導の実施など、診療にかかわる業務に加えて、近年では、糖尿病のリスクや若年性の肥満、不適切な薬剤使用など、予防とい

った公衆衛生面での機能も期待されている。

### c. 報酬

主治医への報酬は、ドイツと同様、登録人数に応じて支払われる包括と、実績に応じて算定される出来高の二階建てで構成される。

まず、包括報酬については、主治医定額報酬と割増分のふたつがあり、毎年、年単位で計算された額が四半期ごとに支給される。主治医定額報酬は、年齢によって3段階あり、6歳以下が6ユーロ、7～79歳が5ユーロ、80歳以上が42ユーロである。被保険者が長期疾病を抱えている場合は増額され、79歳以下で42ユーロ、80歳以上で70ユーロとなる。

割増分は、補足普遍医療制度（補足CMU）受給者の加入割合に応じて算定される。補足CMUとは、患者自己負担をカバーする補足制度に加入できない者に対して、自己負担をカバーする制度である（注7）。具体的には、登録者のうち補足CMUに加入している者の比率から7%（全国平均値）を控除して2で割る。25%を上限として、この割合で割増額が計算される。

例えば、登録者100人、疾病金庫の被保険者が70人で、慢性疾患有無別の年齢階級別人数が（図表6）の通り、補足CMU加入者が30人の主治医報酬を計算する。まず、主治医定額報酬は年1,995ユーロとなる。一方、割増分は、補足CMU加入率30%から全国平均の7%を引いて2で割ると11.5%になる。25%より低いことからこの比率が適用され、1,995ユーロの11.5%で229.43ユーロとなる。この合計が主治医に対する年間の包括報酬となり、2,224.43ユーロが四半期に分けて支払われることになる。

一方、出来高の報酬については、診療ごとにプラスされる。例えば、セクター1の一般医の協約料金は1回当たり25ユーロである。

（図表6）主治医報酬の計算例

	登録者数	慢性疾患 有無	一人当たり 報酬	報酬計
<b>主治医年間報酬</b>	<b>100</b>	—	—	2,224.43€
主治医定額報酬	70	—	—	1,995€
～6歳	15	無	6€	90€
7～79歳	17	無	5€	85€
80歳～	10	有	42€	420€
80歳～	20	無	42€	840€
80歳～	8	有	70€	560€
割増分	30	—	—	229.43€

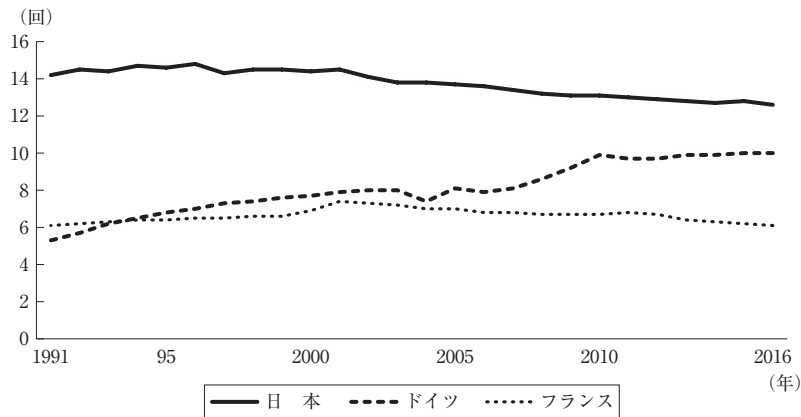
（資料）日本総合研究所作成

### （3）制度導入の効果

そもそも、家庭医制度、あるいは主治医制度は、受診行動の適正化を通じた医療費の抑制を目的に導入された。もっとも、一人当たり年間の外来受診件数の推移をみると、フランスでは1991年から2016年まで6回前後で推移する一方、ドイツでは5.3回から10回へ倍近く増えている（図表7）。年間受診回数をみる限り、中長期的にみれば受診行動の適正化への効果は確認されないといえよう。

効果がなかった要因として、一つに、そもそも両国では不必要な受診が多くなかったことが考えられ

(図表7) 一人当たり年間受診回数の推移



(資料) OECD Health Statistics 2019

る。適正な受診回数を具体的に挙げることは難しいが、制度が導入される2000年代半ば以前の両国の受診回数は、ドイツで5～8回、フランスで6回程度と、わが国の3分の1から半分の水準であった。初診が特定の医師に限定されていなかっただけで、初診のために複数の医師を訪問する「ドクター・ショッピング」はほとんどなかったものと判断される。

もう一つは、フランスについてであるが、患者自己負担割合の引き上げが受診行動に与える影響はほとんどないと考えられることである。フランスには、自己負担をカバーする補足制度と呼ばれる仕組みがあり、ほとんどの国民は実質的に自己負担ゼロで医療サービスを受けている。主治医を経由しない場合の自己負担7割についても補足制度でカバーされるため、実際に患者が受ける金銭的ペナルティはほとんどなかったといえよう（注8）。

このように、家庭医制度や主治医制度の導入によるコスト面での明らかな効果は確認されていない。しかし、その一方で、医療の質の面については、慢性疾患のコントロールやオンライン診療の普及などを通じて、患者のQOLの改善や利便性の向上に働いている模様である。

ドイツを例にみると、まず、慢性疾患のコントロールについては、2002年に疾病金庫による疾病管理プログラムの提供が義務化された（現在は選択的タリフの一つとして提供されている）。糖尿病、乳がん、冠状血管性心疾患、気管支喘息、慢性閉塞性肺疾患を有する患者のうち参加を希望した者を対象に、家庭医、専門医、病院の連携のもとで各患者に必要な医療を適時適切に提供するというものである。家庭医の存在が、疾病管理プログラムの充実、ひいては家庭医中心医療の強化を通じて、患者の状態安定に寄与しているといえよう。

一方、オンライン診療については、2017年からオンライン診療に公的保険が適用されることになった。オンライン診療は、移動時間や待ち時間の節約、時間効率的な診療行為の実現など、患者、医師双方にとってメリットが期待される一方で、触診ができない、顔色や歩き方など患者の微妙な異変に気付きにくいなど、オンラインであるがゆえの限界も指摘されている。このため、ドイツでもわが国と同様に対面での診療が原則で、オンライン診療は補助的な位置付けにある。オンライン診療の普及は、患者の情報を医師がどれだけ把握し、オンラインで懸念される問題をクリアできるかがカギになるといえる。こ



---

のようにみると、病状だけでなく生活背景を含めて患者の状態を総合的・継続的に把握している家庭医の存在は、対面診療からオンライン診療への移行を容易にすることにより、オンライン診療の利用拡大につながるものといえよう（ただし、対面診療が原則であることに変わりはない）。

#### (4) 小 括

以上を整理すると、以下の3点である。

第1は、ドイツとフランスでは家庭医なり主治医の位置付けが明確なことである。機能についても、一次医療の担い手として、医療連携体制において中核的な役割を果たすよう規定されている。わが国ではかかりつけ医に求める機能が、専ら相談に乗ってくれる身近な存在にとどまっていることを考えると、わが国のかかりつけ医とドイツの家庭医、フランスの主治医の間には機能においても責任においても大きな開きがあるといえよう。

第2は、家庭医制度や主治医制度への参加は任意であることである。参加しない場合には金銭的ペナルティを被るが、自由に医師を選択できる「フリーアクセス」は堅持されているわけである。

第3は、制度導入による効果は、コスト削減よりむしろ質の向上で期待されることである。今後、慢性疾患患者の増加やオンライン診療への需要拡大が見込まれることを考えると、患者を総合的・継続的にみる医師の存在は医療の質向上に寄与するといえよう。

(注3) 第5編第73b条。公的医療保険者である疾病金庫は被保険者に対し、特別な家庭医中心医療を提供することが規定されている。

(注4) 2004年8月13日法。主治医指定制度の導入の他、新たな医療カードの配布、診療ごとに1ユーロの免責制の導入、保険者の全国組織である全国疾病保険連合の創設、等が盛り込まれている。

(注5) 18歳未満は扶養者が代わりに登録する。もっとも、ドイツでは18歳未満の医療費自己負担はゼロなので、家庭医モデルに参加しなくても金銭的ペナルティを被ることはない。

(注6) 16歳未満については、親などを通じて一般医か小児科医を選択する。

(注7) フランスでは職域によって加入する疾病金庫が決まるが、職域に該当しない者については普遍的医療制度（CMU）によってカバーすることで国民皆保険が達成されている。また、同国では、共済組合や保険会社など、民間の組織によって自己負担がカバーされる補足制度があり、補足制度についても民間の組織に加入できない低所得者に対して、補足普遍的医療制度（補足CMU）が整備されている。

(注8) ただし、免責制度のもとで診療のたびに負担する1ユーロは補足制度のカバー対象外である。

#### 4. 「かかりつけ医」制度の創設と定着・普及に向けて

今後、高齢化や医療技術の高度化・複雑化、健康意識の高まりを背景に、ドイツの家庭医やフランスの主治医のような存在は、わが国においても必要性を増すと考えられる。

加えて、医療従事者の不足が深刻化するなかで、医療資源の有効活用の観点からも一次医療の担い手の確保は重要である。一次と二次以降で医療サービスの役割分担を提供者間で明確にすることで、人材の効率的な配置や設備投資の重複抑制が期待されるためである。

以上を踏まえて、かかりつけ医の在り方や活用方法を考慮すると、以下の通りである。



## (1) 「かかりつけ医」の立場・機能の明確化

第1は、医療提供体制におけるかかりつけ医の立場・役割の明確化である。

具体的には、一次医療の担い手であることを医療法に明記し、法的根拠を与える。同時に、機能を強化して責任を明確化する一方で、報酬面での評価を創設する（注9）。

まず、かかりつけ医の機能については、①健康相談に乗ってくれるなど身近な存在としての医師という、これまでわが国で期待されてきた機能に加えて、ドイツの家庭医やフランスの主治医が果たしている役割を加える。具体的には、②一次医療の担い手として連携された医療・介護・福祉体制において中核的な役割を果たす、③患者の健康状態を総合的・継続的に把握する一方で、必要に応じて生活指導を行うなど予防医療にも取り組む、などである。

このように責任を強化する一方、働きに対して報酬面で評価する。具体的には、かかりつけ医として管理する患者の人数に応じて包括的な報酬を支払うことで、かかりつけ患者を抱えることが経営上有利になるような配慮が求められる。包括の対象については、ドイツのように初診や再診、薬剤処方など治療に係る基本的な行為を含めるか、あるいはフランスのように患者情報の管理にとどめ、初診や薬剤処方についてはその都度出来高で算定するかといった、二つの案が考えられよう。

併せて、かかりつけ医として活躍する人材の育成も重要な課題である。具体的には、既存医師の活用と患者情報の基盤整備である。

まず、既存医師の活用についてである。かかりつけ医には総合的な診療能力を有することが求められるが、そのような専門医を育成する仕組み（総合診療専門医）は2018年度にスタートしたばかりであり、当面は既存の医師を活用する必要がある。日本医師会による研修制度や各学会による独自の認定制度（注10）など、各方面で担い手の育成が進められているが、機能を強化した新しい「かかりつけ医」としての標榜を掲げるには、研修なり試験など、第三者機関による資格の保証が求められよう。

一方、患者情報の基盤整備については、現在構築中のEHR（Electronic Health Record）の整備が急がれる。例えば、地域包括診療料で算定要件とされていた24時間対応については、個人経営の診療所では対応に限界がある。また、医療連携体制の中核的な役割を担うとなると、患者情報の管理も大きな負担になる。患者情報の共有を可能とするEHRは、グループ診療の普及に寄与すると同時に、情報管理にかかわる様々なコストを節約することが期待される。

## (2) 「かかりつけ医制度」の創設

第2は、被保険者ごとに一人のかかりつけ医を選択する「かかりつけ医制度」の創設である。制度への参加は必須ではなく、被保険者の任意とする。

かかりつけ医制度については、2008年度の後期高齢者医療制度創設時にも似たような仕組みが導入された。「後期高齢者診療料」である。これは、高齢者が選択した特定の医師（高齢者担当医）が、他の医療機関での診療スケジュールも含めた治療計画を作成し、外来から入院先の紹介、在宅医療まで帰属してかかわる仕組みを評価するものである。複数の慢性疾患を抱える傾向の強い高齢者を継続的に診ることで高齢者の健康維持や在宅療養を支援することが期待されたが、対象が75歳以上という年齢に着目したことに批判が集中、後期高齢者は自由に医療機関を選ぶことができないのかと猛反発が生じた結果、

---

1年で廃止されるに至った。

前回の反省を踏まえ、今回は年齢制限を設けず全ての被保険者本人と家族を対象にするとともに、制度の趣旨を十二分に説明する必要がある。

また、制度への参加は任意を原則とする。わが国ではフリーアクセスが定着していることを考えると、制度のスムーズな導入のためにも医療機関を自由に選択する権利は保障される必要がある。

参加して趣旨に従う場合には自己負担を軽減する。従わない場合に金銭的ペナルティを与える方法もあるが、自己負担増による受診控えを回避する観点からも、負担軽減の方が望ましいと考える。

具体的には、かかりつけ医の診察を受ける、あるいはかかりつけ医の紹介状を持って他の医療機関を受診する場合は患者自己負担を2割に軽減する（それ以外は3割）。あるいは、現在受診1回当たり定額の免責制度の導入が政府内で検討されているが、これを導入する場合には、かかりつけ医の受診に際して免責制度による自己負担を免除する、などが考えられる。

被保険者自身が金銭的インセンティブと医師の自由選択の権利を天秤にかけることで、結果的にかかりつけ医制度が定着・普及することが期待される。

### (3) 制度導入の第一目的は医療の質向上

第3は、コスト抑制ではなく医療の質向上の観点からかかりつけ医制度を導入することである。

国の財政事情が一段と深刻化するなか、医療費の抑制は重要な政策課題の一つである。一人当たり受診回数が国際的に突出しているわが国では、初診をかかりつけ医に限定することで、ある程度の効果が期待されるかもしれない。

もっとも、仮に受診行動の適正化や医療費の抑制を目的として導入した場合、効果が上がらなかった際の反動が懸念される。目的のための手段として、厳しい保険財政のもと、賛同者に対する金銭的インセンティブの付与よりも、不参加者や不賛同者への金銭的ペナルティが優先される可能性が高く、その場合には受診抑制を通じて国民の厚生水準が低下することになりかねない。

このようにみると、かかりつけ医制度の導入は、慢性疾患のコントロールや適切な医療機関への紹介・誘導、医療資源の有効活用、さらに将来的にはオンライン診療の環境整備など、医療の質向上の観点から取り組むべきである。

最後に、「かかりつけ医制度」は、患者・医療提供サイド双方にとってメリットが期待される制度である。

慢性疾患の有無に関係なく、患者にとって、医師による総合的・継続的なサポートは生活の安心につながる。また、医療技術の高度化・複雑化が進むなか、総合診療科を掲げる病院が増えていることは、どの診療科を受診すべきかわからない患者が増えていることの証左である。水先案内人としてのかかりつけ医の存在は心強い。

一方、医療機関にとっては、かかりつけ医の間で患者の争奪戦が繰り広げられる懸念がある。しかし、かかりつけ医として地域住民から信頼を集める場合には、逆に大きなチャンスとなる。かかりつけ医としての実力が試されるといえよう。また、かかりつけ医が一次医療を担うという外来医療の機能分化は、

医師の有効配置という観点から医師不足の解消にも寄与するであろう。

これまで、わが国では、初診を特定の医師に制限する制度の導入が何度も検討されてきた。しかし、フリーアクセスを崩壊に導くものとして実現には至っていない。国民、医療機関および政府に対して、冷静な議論と賢明な判断を期待したい。

(注9) 「かかりつけ医」という名称については、「家庭医」や「主治医」に変更すべきとの意見もある。もっとも、わが国では「かかりつけ医」という言葉がすでに定着していることに加えて、「家庭医」では、被保険者ごとではなく家族単位で一人の医師との誤解が生じる懸念がある。また、「主治医」では、治療において主たる責任を有する医師という意味で現在わが国で幅広く理解されていることを考えると、専門的な治療や入院が必要になった場合、一次医療の担当が主治医なのか、二次医療以降の担当が主治医なのか、紛らわしい。このように考えると、機能や責任を強化する一方で「かかりつけ医」という言葉をそのまま使用の方が、混乱回避に資すると判断される。

(注10) 例えば、日本内科学会では、専門医の名称を「内科専門医」から「総合内科専門医」に変更し、総合的な診療能力を有する医師の育成を進めている。

(2020. 7. 15)

#### 参考文献

- [1] 伊奈川秀和 [2006]. 「フランスの社会保障財政改革」 フィナンシャル・レビュー、85号
- [2] 伊奈川秀和 [2018]. 「フランスの『主治医機能』について」 健保連海外医療保障No.120.
- [3] 斉康康洋 [2019]. 「イギリスのプライマリケアから日本の在宅医療を考える」 JRIレビュー、Vol.7、No.68.
- [4] 柴田洋二郎 [2018]. 「フランスにおける患者負担の特徴と動向」 健保連海外医療保障、No.119.
- [5] 田中伸至 [2012]. 「ドイツの家庭医と医療制度」 海外医療保障、No.93.
- [6] 田中伸至 [2018]. 「ドイツの外来医療における主治医機能と遠隔診療」 健保連海外医療保障、No.120.
- [7] 飛田英子 [2015]. 「日本版家庭医『地域ドクター』（仮称）の育成および制度の普及・定着に向けて—報酬面の取り組みを中心に—」 JRIレビュー、Vol.9、No.28.
- [8] 藤本健太郎 [2014]. 「ドイツにおける地域医療の動向について」 健保連海外医療保障、No.104.
- [9] 松本由美 [2018]. 「フランスとドイツにおける疾病管理・予防の取り組み」 健保連海外医療保障、No.117.
- [10] 真野俊樹 [2011]. 「フランス医療制度から日本への示唆：日本に近い制度を持つ国からの学び」 共済総合研究、第63号.