

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—

調査部 副主任研究員 飛田 英子

目 次

1. はじめに
2. わが国の主治医制度
 - (1) 主治医の概要
 - (2) かかりつけ医、総合診療専門医および主治医
 - (3) 主治医制度導入の背景
 - (4) 主治医制度の普及状況
3. 海外の家庭医制度
 - (1) 一般的な定義
 - (2) ドイツにおける家庭医制度の効果
4. 家庭医の確保に向けたドイツの取り組み
 - (1) 家庭医の状況
 - (2) 家庭医診療報酬体系の見直しの背景と概要
5. 地域ドクター（仮称）育成および制度の普及・定着に向けて
 - (1) 地域ドクターに望まれる機能の明確化
 - (2) 地域ドクターの魅力を高める診療報酬体系の在り方の検討
 - (3) 自主参加型の地域ドクター制度

要 約

1. 医療費の抑制と患者満足度の向上が先進国共通の課題となるなか、海外では「家庭医」制度が普及している。これは、総合的な診療能力を有する「家庭医」が患者と契約し、初診や慢性疾患の管理を専任するというものである。一方、わが国では、2014年4月に複数の慢性疾患を有する患者を一元管理する「主治医」制度がスタートし、2017年度には幅広い領域をカバーする「総合診療専門医」が誕生する予定である。政府によって在宅医療の環境整備が進められるもと、わが国においても総合的・継続的に地域住民に対応できる医師（地域医療を担うと同時に海外の家庭医と区別する観点から、本稿では「地域ドクター」と呼ぶ）が求められているといえよう。
2. 一般に海外の家庭医の機能には大きく、①予算管理、②患者・疾病管理、③予防、の三つがあり、各国とも歴史的背景や国民ニーズ等を考慮して独自の制度を構築している。例えば、保険方式のわが国の医療制度の範となってきたドイツでは、①予算管理と②患者・疾病管理の機能が重視されている。家庭医中心型の医療モデル（家庭医モデル）に参加する被保険者は（任意参加）、初診や慢性疾患の管理が自分の登録した家庭医に限定される一方、自己負担の軽減や奨励金というメリットが与えられる。制度の効果についても、外来の医療費や患者数の減少、疾病管理を通じた医療の質の向上等が指摘されている。
3. こうしたなか、ドイツでは、家庭医に対する診療報酬の体系が2013年10月に大幅に変更された。この背景には、自身の健康に関する丁寧な説明や在宅生活の医療面でのサポート等、被保険者のニーズに積極的に応える家庭医に対して報酬を引き上げることにより、家庭医を中心とする医療提供体制を強化したいという疾病金庫（保険者）の狙いがある。変更のポイントは、被保険者一人当たり定額制と出来高払いの絶妙な組み合わせにあり、具体的には次の三つである。
 - A. 被保険者一人当たり定額の「被保険者包括報酬」の年齢区分が、これまでの三つから五つに細分化されるとともに、その水準が半分程度に切り下げられた。
 - B. 代わりに、これまで被保険者包括報酬に含まれていた患者との面会が出来高評価の「個別給付」とされ、面会の回数や所要時間、患者の状態等に応じて算定可能になった。
 - C. さらに、新しい包括給付が導入された。具体的には、70歳以上の高齢者に対するケア、一般的な緩和ケア、小児・児童に対するケアが提供される場合、被保険者包括報酬に加えて一人当たり定額の報酬が算定できるようになった。
4. ドイツの取り組みを参考に、わが国が「地域ドクター」の育成や制度の普及・定着を進めるうえで必要な視点を整理すると、以下の3点である。
 - A. 地域ドクターに望まれる機能の明確化

わが国で患者の大病院志向が根強い背景の一つに、地域の診療所や中小病院の医療技術に対する住民の不信が指摘される。地域ドクターが地域医療の主要な担い手になるためには、医師の有する総合的な診療能力が客観的基準で担保されると同時に、その重要な資質として患者の愁訴の重大な要因となり得る家庭環境や職場環境にまで目配せが行き届くこと等が必要となろう。患者一人ひと

りを個性ある人間と捉えることである。

B. 地域ドクターの魅力を高める診療報酬体系の在り方の検討

大きな責任と労力が伴う地域ドクターを志向する医師を確保するためには、報酬面で相対的に高く評価するのも一案である。その場合、患者の自己負担が重くなることのないような配慮が必要である。例えば、地域ドクターを受診した際の自己負担を3割でなく2割にする、保険者が自己負担の一部還元や何らかの報奨を与える、等が考えられよう。

C. 自主参加型の地域ドクター制度

ドイツでは被保険者の自主参加という形で家庭医制度の普及が進んできた。もっとも、他の医療機関の受診が禁止されているわけではなく、国民に対してフリー・アクセスは依然として保障されている。わが国でも、仮に初診を原則地域ドクターに制限する制度が導入されたとしても、強制力を伴わなければフリー・アクセスに抵触するとはいえない。自主参加型の地域ドクター制度の導入を議論する時期がきたのではなかろうか。

1. はじめに

2014年4月、わが国で「主治医」制度がスタートした。これは、複数の慢性疾患を有する患者を一元的に管理する医師を、診療報酬上、主治医として評価するものである。高齢化や疾病構造の変化に対応すべく、住み慣れた地域での生活を支えるために医療、介護、予防や生活支援を一体的に提供する地域包括ケア・システムの構築が進むなか、特定領域を深く、ではなく、幅広い領域を多様な観点から診ることのできる医師の重要性は一段と増すであろう。この意味において、一人の患者を診療だけでなく薬剤歴や生活指導を含めて継続的に管理する主治医は、今後の地域医療を担う有力候補の一つといえよう。

一方、海外では、「家庭医」が地域医療を担う制度が普及している。家庭医制度は、もともとイギリスやカナダ等、税を財源とするNHS（National Health Service）方式の国で始まり、近年ではわが国と同じく公的医療保険制度を営む国でも広がっている。家庭医は総合的な診療能力を有する医師に与えられる資格であり、主な役割は初診の担当や慢性疾患患者の管理である。コストを抑制しつつ患者満足度を高める中心的な役割を担っているものの、その確保が大きな政策課題となっている。このため、各国とも教育・研修システムや報酬体系の見直しを通じて家庭医の育成に取り組んでいる。

現在のわが国の主治医は、総合的な診療能力の有無は問われない。また、フリー・アクセスが保障されるなかで初診が主治医に限定されることもない。もっとも、医療コストの増大と医療の質に対する国民意識の高まり等、諸外国と同じ問題に直面していることを考えると、現在の主治医に限らなくとも、総合的な診療能力を有する医師（以下、本稿では、地域医療の担い手という意味で、便宜上「地域ドクター」と呼ぶ）の育成は重要な課題のひとつといえよう。

こうしたなか、教育・研修システムについては、専門医制度の見直しが政府により進められている。現在、わが国の専門医には内科や外科の他、臓器別に18の基本領域があるが、2017年度以降、特定の臓器や疾患に限定することなく幅広い観点で患者の初期症状を判断できる「総合診療専門医」が19番目の専門医になる予定である。専門医としての地位を保障することにより、総合診療専門医を志向する若い医師を確保しようという狙いである。

一方、報酬体系については今後の検討課題といえる。海外では、家庭医の報酬は1人当たり定額の包括報酬が一般的である。また、家庭医の不足が特に深刻なドイツやイギリスでは、他の専門医に比べて高い収入が保証されるよう配慮がなされている。もっとも、1人当たり定額の包括報酬には、コストを抑えるほど家庭医の手取りが増える側面があるため、粗診粗療のリスクもつきまとう。そこで、ドイツでは2013年10月に家庭医の報酬体系を成果が反映されるよう大幅に見直すことで、家庭医の機能強化とプロフェッショナルとしての魅力向上の両立が目指されている。こうした取り組みは、今後わが国が地域ドクターの機能強化や普及・定着を考えるうえで有益なインプリケーションを与えるものと考えられる。こうした問題意識のもと、本稿では、ドイツの家庭医報酬の見直しの内容を整理し、わが国が地域ドクターを育成するうえで必要な視点を考察する。

本稿の構成は次の通りである。第2章では、わが国の主治医制度の概要と導入された背景をみた後で、従来のかかりつけ医と将来予定されている総合診療専門医との違いを明らかにする。第3章では、海外で定着している家庭医の機能を整理するとともに、例として、保険方式のわが国の医療制度の範となってきたドイツの家庭医制度の仕組みをみる。続く第4章では、家庭医の育成に向けたドイツの取り組み

を、診療報酬面を中心に整理する。最後に第5章では、ドイツの取り組みから得られたインプリケーションを参考に、将来わが国の地域医療の担い手である地域ドクターの育成と、その制度の普及・定着を進めるために必要な視点を考察する。

2. わが国の主治医制度

そもそもわが国の「主治医」はどのような役割を担っているのか。しばしば耳にする「かかりつけ医」、今後創設される「総合診療専門医」等との違い、あるいは、主治医が地域ドクターとして十分な機能を備えているのか否かといった点を整理しておきたい。

(1) 主治医の概要

主治医は2014年度の診療報酬改定で誕生した制度である。具体的には、複数の慢性疾患を有する患者を再診する際に「地域包括診療料」か「地域包括診療加算」を算定した医師を、継続的かつ全人的な医療を行う主治医とみなすもので、医療法上の定義や特定の資格認定があるわけではなく、あくまで診療報酬上の評価である(図表1)。

まず、地域包括診療料は1カ月当たりの包括評価である。包括の範囲は、時間外、休日、深夜等の再診料の各加算、在宅医療の在宅療養指導管理料、薬剤料以外のほとんどが含まれる。算定可能な医療機

(図表1) 地域包括診療料と地域包括診療加算の概要

	地域包括診療料		地域包括診療加算
点数	1503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) ・在宅医療にかかわる点数(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、画像診断および処置にかかわる費用のうち、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うえ、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うえ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、下記のいずれかひとつを満たす 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	下記のいずれかひとつを満たす ・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

関は、診療所または許可病床200未満の中小病院であるが、診療所の場合、①24時間、常時患者からの問い合わせに対応、②常勤医師三人以上、③在宅療養支援診療所であることを申請、の三つを満たす等、厳しい条件をクリアする必要がある。

一方、地域包括診療加算は、1回当たりの出来高評価である。対象となる医療機関は診療所のみで、①24時間対応については常時ではなく準夜帯（夜間数時間）で済む他、②常勤医師三人以上、③2006年度に創設された在宅療養支援診療所の要件、のいずれかを満たせば良く、地域包括診療料に比べて要件が緩やかである。患者の対象は、地域包括診療料、地域包括診療加算とも、高血圧症、糖尿病、脂質異常症、認知症の四つの疾患のうち二つ以上を有する者である。患者の同意を得た場合に限り、医師はこれらを算定することができる。

(2) かかりつけ医、総合診療専門医および主治医

これまで、わが国には身近な地域で日常的な診療を行う他、救急時の往診や健康相談等にも対応する、いわゆる「かかりつけ医」が存在していた。また、専門医制度の見直しが進むなか、「総合診療専門医」が2017年度からスタートする予定である。主治医はこれらとどう違うのであろうか（図表2）。

（図表2）主治医とかかりつけ医、総合診療専門医、家庭医の比較

	日 本			ドイ ツ
	かかりつけ医	主治医	総合診療専門医	家庭医
制度開始年	—	2014年度	2017年度予定	1968年 なお、家庭医モデルは 2004年
患者との関係	信頼関係	患者の同意	診療科として標榜	疾病金庫と契約
制度（根拠）	なし	診療報酬上の評価 （次のいずれかを算定） ・地域包括診療料 ・地域包括診療加算	医療法	社会法典
資 格	なし	対象患者や24時間対応等の算定要件あり	新設される第三者機関による認定	政府による認定

（資料）日本総合研究所作成

まず、かかりつけ医とは、「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」（社会保障審議会医療部会、医療提供体制に関する意見（抄）、2005年12月18日）という定義とみることができる。かかりつけ医は、法的にも、あるいは制度的にも根拠はなく、資格要件や患者との合意等も必要ない。医師と患者の間の暗黙の了解のうえに成立する信頼関係ともいえよう。

一方、総合診療専門医とは、「日常的に頻度が高く、幅広い領域の疾病と傷害等について、わが国の医療提供体制のなかで、適切な初期対応と必要に応じた継続医療を全人的に提供することが求められる」（専門医の在り方に関する検討会報告書、2013年4月22日）医師である。

これまでわが国の専門医には外科や内科等、疾患や臓器別に18の基本領域があるが、その認定は統一された基準ではなく各学会独自の基準によっているため、適正性や透明性、公平性等の点で問題との指摘がある。また、医療機関の広告においてどの診療科を掲げるかは基本的に自由であるため（いわゆる「自由標榜」）、提供されるサービスの質や内容について患者の信頼が得られにくいとの意見もある。

そこで、政府は専門医制度の見直しを現在進めている。具体的には、中立的な第三者機関を設置し、そこが専門医の認定、各学会の養成プログラムの評価・認定等を統一的行う他、総合的な診療能力を

有する医師を総合診療専門医として19番目の基本領域として新規に加える予定である。また、診療科目名の標榜についても、専門医の資格を取得した場合に限り掲載できるよう、要件を厳格化する方針も示されている。つまり、総合診療専門医は法的裏付けも資格要件もある制度といえる。現行の主治医との関係は今後の課題となるであろうが、少なくとも地域医療の観点からは、中心的な役割を担っていくことが期待されるといえよう。

(3) 主治医制度導入の背景

では、主治医制度が導入された背景はどこにあるのだろうか。主要な点を整理すると、以下の3点である。

第1は、患者メリットの向上である。高齢化の進行に加えて食生活や生活習慣が変化するなか、疾病構造も従来の感染性疾患中心から慢性疾患中心にシフトしており、現在、医療費の約3分の1は癌や高血圧、糖尿病をはじめとする生活習慣病を対象とするものである。これらの疾患の多くは、生活習慣の見直しや早期発見により回避可能であると同時に、日常の健康管理や適切な健康指導により重篤化を予防することができ、医療費抑制の観点のみならず、個人にとっても生活の質が改善されるというメリットが期待される。主治医の患者の対象は複数の慢性疾患を有する者に限定されるが、一人の患者を継続的・総合的に管理する主治医は患者にとって心強い存在といえよう。

第2は、外来の機能分化の推進である。わが国の医療提供体制の特徴の一つに、外来サービスを提供する医療機関の機能の未分化がある。海外であれば、病院は入院、診療所は外来と担当が決まっているのと同時に、診療所のなかでも家庭医とその他の専門医のサービスが明確に分かれているのに比べ、わが国では病院も外来を受け付けているうえ、入院サービスを提供する診療所も存在する。病院や診療所の違いは患者から見ても分かりにくい。

このため、必要性が乏しい医療機関でも高額な医療機器を設置する等、医療資源の適切な配分が必ずしも行われていないうえ、患者の大病院一極集中、国際的に低水準の医師一人当たり手術件数や画像診断件数等、患者にとっても質の高い医療を受ける機会が損なわれているとの指摘もある。持病の慢性疾患について担当医師を特定化する主治医制度は、外来の機能分化を進める手段の一つと位置付けることができよう。

第3は、無駄な医療費の削減である。地域包括診療料であれば包括評価なので、不必要な検査や投薬が行われる可能性は小さくなる。また、再診や薬剤管理を一人の主治医が一元的に管理することにより、複数の医療機関や薬局での診療や投薬を回避することが可能になる。医療費全体の抑制に寄与するか否かは診療報酬の水準、すなわちサービスの価格にもよるが、少なくとも不必要な医療費をカットする効果は期待できよう。

(4) 主治医制度の普及状況

主治医の導入から1年も経過していないこともあり、地域包括診療料や地域包括診療加算がこれまでに何件請求されたかについてのデータは入手不可である。もっとも、各種アンケートやヒアリング等の調査結果を見る限り、地域包括診療加算については普及が進む一方で、内容が地域ドクターにより近い、

地域包括診療料を算定する主治医についてはあまり広まっていない模様である。

地域包括診療料の請求が進まない理由の一つは、算定基準の厳しさである。診療所の場合、24時間の常時対応に加えて三人以上の常勤医師を配置する必要がある等、全体の9割超を占める入院施設を持たないような小規模の無床診療所ではほぼ算定が不可能との指摘がある。許可病床200床未満の中小病院でも、24時間開局している薬局での処方が義務付けられる等、極めて厳しい要件をクリアする必要がある。

もうひとつは、患者負担への配慮である。地域包括診療料にはこれまでの出来高のケースに比べて相対的に高い点数が設定されている。これは、医療サービスの提供以外にも、カルテや薬剤歴の管理等で事務的な負担がかかるためである。高い報酬を保障することで、主治医として機能する医師を増やしたいという政策的な狙いもあったと思われる。もっとも、患者の側から見ると、高い診療報酬は高い患者自己負担を意味する。このため、自己負担が1割と低い75歳以上には地域包括診療料の算定を勧める一方で、自己負担が3割の患者に対しては従来の出来高での算定を勧める医師が多いという指摘もある。

3. 海外の家庭医制度

では、海外の家庭医はどのような機能を担っているのか。本章では、家庭医の一般的な定義を整理し、一例としてドイツの家庭医モデルを概観した後で、その効果を見ることにする。

(1) 一般的な定義

田中〔2007〕は、家庭医（注1）の機能を3点に整理している。第1は、「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ことを管理」するゲート・キーパーとしての機能である。過剰な受診や検査、投薬を防止することで無駄な医療費の発生を防ぐという意味で、予算管理と表現することもできよう。

第2は、「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」を担う患者・疾病管理である。第3は、「継続的な保健指導や疾病予防活動の実施」を行う予防管理である。海外の家庭医制度をみると、その内容は一様ではなく、その国の諸事情や歴史的背景、国民にとって必要な家庭医の機能等を考慮しつつ、独自の制度設計がなされている。

そもそも家庭医制度は、イギリスやカナダ等、税を財源とするNHS方式の国で始まった。NHSでは医療サービスは原則無料なので、患者のモラル・ハザードを防ぐために門番（ゲート・キーパー）を置く必要があったためである。すなわち、初診を地域の家庭医に制限し、より高度・専門的な医療が必要な場合に限り、専門医や病院の受診が可能になる。その際は紹介状の持参が必須で、紹介状のない場合には受診できないか、あるいは全額を自身で支払う必要がある

もっとも、2000年代以降、保険料を財源とする保険方式の医療制度の国でも家庭医が導入され、普及が進んでいる。例えば、ドイツでは2004年1月に「家庭医モデル」という名称の家庭医制度が導入され、疾病金庫（わが国の公的医療保険者に相当）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。

同モデルの概要は、次の通りである。まず、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。次に、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する。この場合、患者の自己負担はゼロだが、その他の家庭医や専門医を受診した場合には、同時期に導入された外来受診時の自己負担(四半期ごとに10ユーロ、注2)を支払う。さらに、より高度・専門的な医療が必要と判断された場合、登録した家庭医から紹介状を発行してもらう。これを持参すれば次回の受診の際も自己負担はないが、紹介状がない場合には再び10ユーロを支払う。仮に、登録した家庭医に不満がある場合、被保険者は1年後に別の家庭医を登録することができる。

なお、2009年以降、家庭医モデルは選択的料率の一つとして提供されている(注3)。選択的料率とは、保険料や自己負担等の被保険者の負担と給付内容の複数の組み合わせのメニューである。被保険者は、充実した給付を望む場合には保険料が高いメニュー、低い保険料を望む場合には給付内容が限定されるメニューを自ら選択するわけである。このうち「家庭医中心診療」を選んだ被保険者は、眼科と産婦人科を除いて初診が自分の登録した家庭医に制限される代わりに、自己負担の軽減や奨励金を受けることになる。

(2) ドイツにおける家庭医制度の効果

ドイツの家庭医制度の効果、家庭医の機能のうち予算管理と生活習慣病管理について整理すると、以下の通りである(予防を除いているのは、ドイツでは家庭医の職務に予防医療の提供はないためである)。

まず、予算管理についてみると、家庭医モデルが始まった2004年の家庭医への診療回数は前年対比5%減少し、外来医療費も2003年の228.6億ユーロから2004年には214.3ユーロに減少した(戸田[2008])。外来医療費については自己負担導入による反動減との見方も可能であるが、2005年が215.5億ユーロとわずかな増加にとどまったうえ、2003年の水準を依然下回ったことから、医療費抑制への一定の効果は認められるといえよう。

次に、生活習慣病管理については、ドイツでは2002年から「疾病管理プログラム」の提供が疾病金庫に義務付けられている。疾病管理プログラムとは、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、病院の連携の下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。患者とこれら医療機関の間のパイプ役を家庭医が担っており、田中[2007]によると、家庭医の存在が疾病管理プログラムの充実を通じて医療の質の向上に寄与している模様である。

このようにプラスの効果がある一方で、マイナスの効果も指摘されている。家庭医は一人の患者を継続的・総合的に担当することから、診療情報や疾病プログラムの管理に際してかなりの事務作業が必要になる。このことが、同国で家庭医の不足が深刻化する要因の一つになっているといわれている。

(注1) 田中[2007]では「かかりつけ医」と表記されているが意味しているのは本稿の「家庭医」に該当する。家庭医の定義としての確と考えられるので、ここで引用した。

(注2) それまでドイツでは外来受診時の自己負担は原則ゼロであったが、2004年1月に、18歳以上の患者が紹介状なしで受診する場合には四半期ごとに10ユーロを支払うことになった。

(注3) 選択的料率については、飛田[2012]を参照されたい。

4. 家庭医の確保に向けたドイツの取り組み

本章では、ドイツの家庭医の状況を整理した後で、家庭医確保に向けた取り組みを、診療報酬面を中心に見ていく。

(1) 家庭医の状況

ドイツでは病院が入院、診療所が外来と機能が明確に分かれており、診療所の保険医療サービスは「保険医」により提供される。保険医とは、医師のうち保険医の許可を受けた者である（注4）。

保険医は、家庭医診療と専門医診療に機能が2分される。家庭医診療を提供できるのは、専門医領域の一つである「一般的医療」と小児科医、家庭医診療の提供を選択した内科医等である。2011年末現在、保険医として疾病金庫と契約しているのは121.7千人（保険医トータルは139.5千人）であり、このうち家庭医は56.7千人、専門医は65.0千人である。

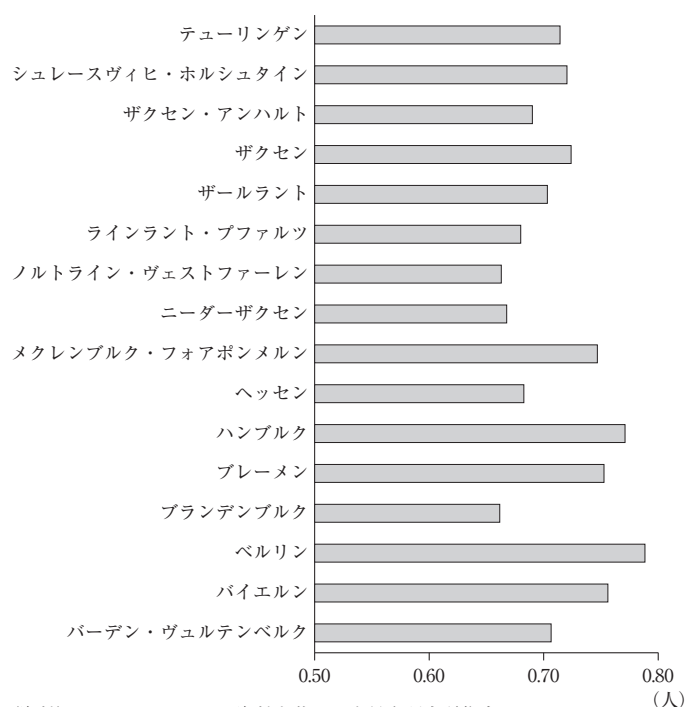
ドイツでも医師の不足や偏在が指摘されており、特に家庭医で深刻な問題になっている。田中 [2012②] によると、人口千人当たりの専門医が1993年から2010年の間に0.51人から0.79人に増えている一方、家庭医は1.31人から0.70人に大きく減っている。

また、地域別にみても、ベルリンの0.79人、ハンブルク州の0.77人に対して、ブランデンブルク州とノルトライン・ヴェストファーレン州が0.66人（いずれも人口千人当たり、2011年末）と約1.2倍の格差がある（図表3）。

さらに、家庭医の高齢化も深刻化している。家庭医と専門医の年齢構成を比べると、専門医では49歳が最多であるのに対し、家庭医では59歳がピークとなっている（図表4）。

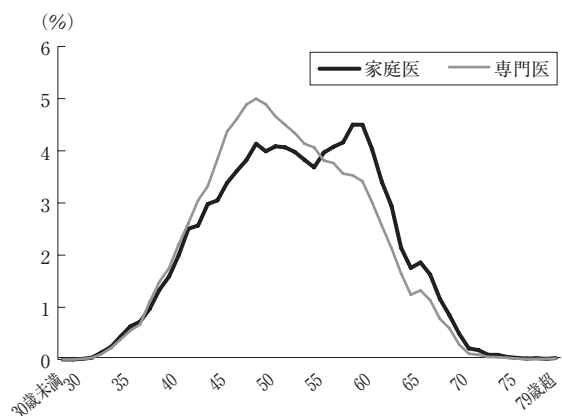
また、ドイツでは保険医に68歳とい

（図表3）ドイツの地域別家庭医数（住民千人当たり）



（資料）BMG、DESTATIS資料を基に日本総合研究所作成
（注）人口は2012年末のデータ。

（図表4）ドイツの家庭医と専門医の年齢構成（2010年末）



（資料）KBV資料を基に日本総合研究所作成

う定年があり、医師不足と認められた、あるいはリスクと判断された地域に限り定年制が適用されないという規定がある(注5)。そこで、68歳以上の医師のシェアをみると、専門医の2.1%に対して家庭医は3.2%となっている。

こうしたなか、ドイツでは家庭医の育成に向けて様々な取り組みが行われている。その一つが大学医学教育の見直しである。田中[2012①]によると、ドイツの大学医学教育はわが国と同じ6年間で、まず、最初に2年間の医学教育を受けた後に医師国家一次試験を受ける。次に、合格後さらに2年10カ月以上の教育を受けた後に、連続48週間の臨床実習が始まる。この臨床実習を含む6年間の教育の後、医師国家二次試験があり、これに合格し、試験が行われた州の所管庁に申請して、医師免許が交付される運びとなる。このシステムの核ともいえる臨床実習について、専門科目の一つである「一般的医療」の履修枠が拡大される。具体的には、2015年10月開始の臨床実習までに、これまでの履修枠の約3倍に相当する10%、2019年開始の臨床実習までに20%にまで拡大するよう義務付けられることになった。

(2) 家庭医診療報酬体系の見直しの背景と概要

もう一つが、家庭医に対する報酬体系の見直しである。見直しが行われた背景と、その概要を整理すると、以下の通りである。

A. 背景

2013年10月に家庭医の報酬体系が大幅に見直された。根底には、家庭医への報酬を増やしてでも家庭医を中心とする医療提供体制を強化したいという疾病金庫の狙いがある。被保険者の初期医療を適時適切に行う一方で、慢性期や重篤状態になった場合でも継続的・総合的に患者管理を担う、さらには、高齢者や小児、在宅、予防等、被保険者のニーズが高まっている医療サービスを確実に提供する家庭医の存在は、重複受診や過剰投薬等に起因する無駄な医療費の発生を防ぐだけでなく、患者満足度の観点からも重要と疾病金庫が判断しているわけである。

その際、被保険者一人当たり定額制と出来高払いの絶妙な組み合わせとしたところにドイツの工夫がある。家庭医への報酬支払は、被保険者一人当たりの定額制による包括報酬が一般的である。これは、各被保険者が極力治療を要しないような、すなわち、被保険者を極力健康状態に保つようなインセンティブを家庭医にもたらす。一方、包括報酬には、粗診粗療となりかねないリスクがつきまとい、さらに、それは他の専門医からみても不公平に映る(何もせずとも報酬が得られるように映る)というデメリットもある。

実際、ドイツでは、家庭医モデルに参加する医師に対して医療の品質管理を行うことが義務付けられていたものの、その内容は概括的であったこともあり(田中[2007])、家庭医の質に対する国民の不信が指摘されていた。また、ドイツでは、医療費の年間予算が事前に厳格に決められている以上、家庭医とその他の専門医との間で公平に予算が配分されることは極めてクリティカルな問題である。

そこで、家庭医の報酬を底上げしつつも、報酬体系としては、包括報酬のウエートを下げ、個別の努力を反映する方向での見直しとしたのである。ちなみに、疾病金庫は家庭医診療報酬の改定に際して250百万ユーロを追加的に準備したと報じられており、このうち124百万ユーロが高齢者・緩和ケア・小

児児童に係る新しい包括報酬の財源に回されたとされる。

B. 概要

具体的なポイントは大きく三つである。第1は、被保険者包括報酬のスリム化・細分化である(図表5)。被保険者包括報酬はこれまで5歳以下、6～59歳、60歳以上の3区分で設定されていたが、4歳以下、5～18歳、19～54歳、55～75歳、76歳以上の5区分に細分化された。また、その金額も従来の半分程度の水準に切り下げられた。

第2は、個別給付の重視である。被保険者包括報酬が大幅に切り下げられた代わりに、これまで被保険者包括報酬に含まれていた患者との直接対話による診療(面会)の料金規定が細分化され、実績に応じて算定することが可能になった。具体的には、①慢性疾患患者の管理に対する追加料金(€13.17/人)、②慢性疾患患者の集中治療および管理に対する追加料金(€15.20/人)、③生命にかかわる疾患を抱える患者に対する詳細な説明に対する追加料金、等が新たに創設され、最低10分の面会の度に算定される。10分延長するたびに€9.00の加算もなされる。

第3は、新しい包括給付として①高齢者に対する給付、②一般的な緩和ケアに対する給付、③小児・児童に対する給付、が導入された。まず、①高齢者に対する給付は、70歳超の患者を対象に、病名や重症度等に応じて基礎評価として€12.20、健康管理に€15.90が算定される。次に、②一般的な緩和医療に対する給付は、患者の年齢や治療の可能性に関係なく、重病・瀕死の患者の診断について€34.10が算定される。また、定期的に往診する場合、15分毎に最高€12.40が算定される。③小児・児童に対する給付については、慢性病や障害のある児童を対象に、€14.50が算定される。

(注4) 許可は、州の保険医協会、疾病金庫州連合会、代替金庫の代表者により構成される許可委員会が行う(田中[2012①])。なお、ドイツでは、州委員会(保険医協会と疾病金庫州連合会で構成)の需要計画により診療科毎に定員が決められている。このため、わが国のように保険医の資格があれば診療科や場所に関係なく開業できるわけではない。

(注5) 戸田[2008]によると、「1999年1月1日以降、保険医が68歳に達した四半期の末に保険医資格は終了する」(社会保障法典第5編第95条第7項)。その後、2006年に、州委員会が設定した基準を家庭医で25%、専門医で50%下回る場合、あるいは供給不足のリスクありと判断された場合には定年制が適用されないことになった。

5. 地域ドクター(仮称)育成および制度の普及・定着に向けて

ドイツの取り組みを踏まえ、わが国が今後地域ドクターを育成すると同時に、制度の普及・定着を図るために必要な視点を考察すると、以下の通りである。

(1) 地域ドクターに望まれる機能の明確化

第1は、地域ドクターに望まれる機能に関し、わが国で議論を深め明確化することである。

現在のわが国の主治医制度は、対象となる患者が複数の慢性疾患を有する患者に限定されており、外

(図表5) ドイツの被保険者包括報酬改定の概要

《改定前》		→	《改定後》	
5歳以下	€41.70		4歳以下	€23.60 (€23.90)
6～59歳	€30.84		5～18歳	€15.00 (€15.20)
60歳以上	€35.75		19～54歳	€12.20 (€12.36)
			55～75歳	€15.70 (€15.90)
			76歳以上	€21.00 (€21.27)

(資料) KBV資料等を基に日本総合研究所作成

(注1) 改定前は2012年の価格。

(注2) 改定後の()内は2014年6月の価格。

来医療の機能分化や患者満足度の向上という観点からすると不十分との感は否めない。では、将来地域医療を担っていく地域ドクターに必要な条件とは何か。

まず、外来の機能分化については、医療ニーズの必要度やその内容に応じて適時適切なサービスを受けられるよう患者が振り分けられる必要がある。わが国における患者の根強い大病院志向の要因のひとつには、予期しない重篤な疾患が見つかった場合や、診療所や中小病院の医療技術が十分でない恐れがある場合等、万一のリスクに備えてとりあえず大病院を受診しておくという面があると思われる。3時間待っても診療時間がわずか3分というマイナス要素を考慮しても、それを上回る安心感が得られるので、患者はわざわざ大病院を受診先に選んでいるというわけである。このようにみると、地域ドクターには、患者が安心・信頼して受診できるよう、総合的な診療能力を有することが客観的に評価されていることが求められよう。

次に、患者満足度の向上についてである。一般に患者が初診担当医に望む機能を整理すると、①医療の専門化・高度化が進むなかで、どの診療科あるいは医療機関を受診すべきかを示してくれる「水先案内人」としての機能、②入院日数の短縮が進むなかで、入院から在宅、さらには介護まで連続的に管理してくれるパイプ役としての機能、③家族歴や生活習慣等、個人の特性や諸事情を考慮した健康相談や健康管理等を気軽に引き受けてくれる、いわゆるホームドクターとしての機能、等があろう。こうみると、地域ドクターに対しては、幅広い領域をカバーするとともに多面的にアプローチすることのできる能力、病院や介護の担当者との間の日常的なコンタクト、患者からの相談に気軽に応じる人としての資質、等が必要といえよう。

今後、現在の主治医が地域ドクターとして機能するのか、総合内科や小児科を専門とする医師が何らかの追加的な研修を受けて地域ドクターとしての役割を担うのか、あるいは、将来導入が予定されている総合診療専門医のみが地域ドクターとして認められるのかは、地域ドクターに対するニーズや提供体制の整備の状況等を見極めつつ、今後検討が進められるべきであろう。

しかし、医療技術に関して医療機関の間に格差があり、このことが患者の大病院志向を促進している面があることを踏まえると、地域ドクターには何らかの専門的・客観的な資格が不可欠である。地域包括ケアの構築が円滑に進められるためにも、地域ドクターの機能を明確化すると同時に、地域ドクターの質が担保される環境を整備する必要があるだろう。

(2) 地域ドクターの魅力を高める診療報酬体系の在り方の検討

第2は、医学生が専門科を選択する際に、地域ドクターあるいは総合診療専門医を目指したくなるような報酬体系の在り方を検討することである。

わが国では、専門科の選択は基本的に自由であり、ドイツのように診療科目ごとに保険医の数が設定される定員制もない。このため、長時間の手術や訴訟リスク等、肉体的・精神的負担が相対的に重いとされる外科や麻酔科を専攻する医師の不足が指摘されている。地域ドクターや総合診療専門医も同様に、極めて大きな責任と労力が求められることになる。これは、資格の取得に際して幅広い領域をカバーする必要があるうえ、実際の診療の際にも、あらゆる可能性を考慮して疾患の内容や程度を見極めると同時に次の治療段階への橋渡しを行う、担当患者の診療記録を適切に管理等、不断の努力と注意が要

求されるためである。

このように考えると、地域医療を担うという医師の使命感のみに頼るのではなく、積極的に地域ドクターを志向するような環境を教育・研修面と報酬面の双方から整備する必要があるだろう。教育・研修面については、現在、専門医制度の見直しが進行中（注6）なので、以下では報酬面について考察することにする。

報酬面では、相対的に高い水準の診療報酬点数を設定することが考えられる。これについては、ドイツでは家庭医に対する報酬は専門医より高く設定されているにもかかわらず、家庭医の不足が深刻化しているとの反論もあろう。わが国でも、地域ドクターに高い報酬を保障したところで、地域ドクターの担い手が将来増えるとは限らない。もっとも、医療機関の機能分化を促進するために、2年ごとの診療報酬改定においてコストとは関係なく点数の大幅な引き上げや引き下げが繰り返されるわが国では、安定的な収入が保障されることは、それだけでも十分魅力的な条件ではなかろうか（注7）。

現在の主治医制度では、地域医療診療料は出来高払いで算定した場合に比べて高い点数がつけられているが、患者の自己負担増を懸念して、敢えて地域包括診療料を算定せず、これまで通り出来高で診療報酬を請求する医師が多い模様である。主治医制度の普及を目指して高い点数を設定しても、これでは逆効果である。

地域ドクターのサービスに高い点数をつけると同時に、患者の自己負担が増えないようにするためには、①地域ドクターの受診は2割、それ以外の受診は3割というように自己負担に格差を設ける、②地域ドクターの受診は過剰受診の防止という意味で保険者にとってもメリットなので、地域ドクターを受診した被保険者を対象に、保険者が自己負担の一部を還元したり、あるいは2018年度から導入が予定されているヘルスケアポイント（注8）を付与する、等が考えられよう。

なお、地域ドクターに対する報酬は、当面は包括払いとなるであろう。もっとも、将来的には、ドイツのように包括評価と業績評価を組み合わせた体系になることが望ましい。また、地域ドクターの報酬水準が妥当であるという客観的な根拠も求められる。そのためには、わが国の診療報酬がコストを反映した体系に見直される必要があり、医療資源だけでなく24時間対応やカルテ・薬剤管理等の事務作業を含めた、あらゆるコストを数値化できるようなデータ環境の整備に早急に取り組む必要があるだろう。

(3) 自主参加型の地域ドクター制度

第3は、自主参加型の地域ドクター制度である。

ドイツでは、自己負担の免除・軽減や奨励金の支払といった経済的インセンティブを付与することで家庭医制度の普及・定着が進められてきた。もっとも、現在でもドイツではわが国と同様にフリー・アクセスが保障されており、家庭医制度への参加はあくまで被保険者の自由意思である。すなわち、政府は自主参加の形で初診を家庭医に限定する家庭医制度を広めることで、重複受診等の防止を通じた無駄な医療費の抑制と、疾病管理プログラムや高齢者・緩和ケア・小児医療の充実等の患者満足度の向上の両立を志向しているといえよう。

翻ってわが国をみると、フリー・アクセスという言葉が、とりわけ受診側からみて拡大的に解釈されているとの感は否めない。そもそもフリー・アクセスとは、患者が受診する医療機関を自由に選択し、

訪問することができる制度であり、設備の整った大病院でも気軽に、診療所や中小病院と同じ負担で受診することを保障するものではない。2015年医療制度改革案によると、2016年度から、500床以上の病院や特定機能病院を紹介状なしで受診する際、患者は5,000円から1万円を自己負担の他に別途支払うことが義務付けられる。これは、これまで寛容だったわが国のフリー・アクセスにとって転機ともいえよう。大病院を受診する患者は、診療所や中小病院を受診する場合に比べてより大きな安心を享受しているわけであり、その分高い費用を負担しても当然、あるいは負担すべきであり、フリー・アクセスに抵触するものではないというわけである。

地域ドクター制度も同様にみなすことができよう。患者は基本的に地域ドクターで初診を受けるが、それは患者の意思によるものであり、患者はアクセスの面で一定の制約を受けるものの、他の医療機関を受診する場合に比べて自己負担が軽かったり、あるいはヘルスケアポイントが付与されるという、経済的なメリットを受けることができる。他の医療機関の受診を阻害しないという意味で、フリー・アクセスが阻害されることはない。

最後に、フリー・アクセスについては様々な意見があるであろう。もっとも、医療費の抑制と患者満足度の両立は先進諸国共通の政策課題であり、多くの国では家庭医制度を導入することで問題解決に取り組んでいる。わが国も、これまでの寛容なフリー・アクセスを見直し、地域ドクター制度の導入を真剣に議論する時期がきたのではなかろうか。政策当局に対しては、幅広く国民の声に耳を傾けるとともに、100年後のわが国の医療制度を見据えた対応を期待したい。

(注6) 専門医制度の見直しでは、総合診療専門医の認定・更新の基準や養成プログラムの在り方等が検討されている模様である。もっとも、総合診療専門医の職業としての魅力を高めるためには、キャリア・パスの明確化も併せて検討される必要があると考える。

(注7) 地域包括診療料の算定が進まないもう一つの要因として、報酬点数の不安定性を指摘する声もある。現在、包括評価である地域包括診療料は、出来高払いで算定される場合に比べて高い点数がつけられているが、仮に地域包括診療料の算定が普及した場合、医療費の抑制を名目に次回の診療報酬の改定で大幅に点数が引き下げられる懸念があるためである。

(注8) 2015年度医療改正案では、個人の予防・健康づくりへのインセンティブとして、2018年度から保険者が個人の取り組みに応じて、スポーツクラブ利用券や健康グッズ等と交換できるヘルスケアポイントを付与することが盛り込まれている。

(2015. 3. 27)

参考資料

- [1] 田中伸至 [2007]. 「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—」、法政理論第40巻第2号、pp.161-218
- [2] 田中伸至 [2012①]. 「ドイツの家庭医と医療制度」健保連海外医療保障No.93、pp.1-15
- [3] 田中伸至 [2012②]. 「ドイツの2011年医療改革—公的医療保険診療構造法—」健保連海外医療保障No.94、pp.32-44
- [4] 戸田典子 [2008]. 「ドイツの医療費抑制施策—保険医を中心に」、レファレンス、平成20年11月号、pp.25-46
- [5] 飛田英子 [2012]. 「医療効率化の新たなステージ—ドイツの三位一体での取り組みから学ぶ—」

Business & Economic Review、2012年4月号、pp.2-28

[6] Bundesministerium für Gesundheit (BMG) [2012]. “Daten des Gesundheitswesens 2012”.

[7] Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) [2011]. “Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland”.

[8] Statistisches Bundesamt (DESTATIS) [2014]. “Statistisches Jahrbuch 2014”.

