

健保連海外医療保障

No.120 2018年12月

■特集：諸外国の「主治医機能」について

- ドイツ
ドイツの外来医療における
主治医機能と遠隔診療 田中 伸至
- フランス
フランスの「主治医機能」について 伊奈川 秀和
- オランダ
オランダにおける一般医制度の概要 松田 晋哉

■参 考 掲 載 国 関 連 データ

- ドイツ／フランス／オランダ

健保連海外医療保障

No.120 2018年12月

ドイツの外来医療における 主治医機能と遠隔診療

新潟大学教授

田中 伸至

Tanaka Shinji

ドイツの医師資格制度や公的疾病保険では、専門医などと連携して継続的かつ全人的な医療を担う家庭医のシステムが構築されている。総合診療（家庭医）の卒後研修や診療科名の標榜規制、家庭医診療の枠組みとその機能を反映した診療報酬、新たな診療形態である家庭医中心診療などである。家庭医には、わが国でいう主治医機能に相当する役割が与えられている。また、主治医による対面診療を補完するものとして、遠隔診療が導入されてきている。

1. 主治医機能の意義と 本稿の目的・構成

わが国において「主治医」の語は省令レベルに登場する法令用語であり¹⁾、法律に見られる「主治の医師」²⁾を呼ぶものである³⁾。いずれの語についても、その定義などを定める法令上の規定は管見の限りでは見当たらない。ただし、一般的には、「主治医」とは、患者の診療に主たる責任を有する医師をいい、複数の医師がチームを組み診療を担当する場合でも当該患者の診療に責任を持つ医師を主治医と呼ぶ⁴⁾。診療報酬に関する行政文書では、「主治医機能」につき、「複数の慢性疾患を有する患者に対し、適切な専門医療機関等と連携することにより、継続的かつ全人的な医療を行う」とともに「一元的な管理を行うこと」のほか、「服薬管理、検診等の受診勧奨、気軽に健康相談できること、介護保険制度等の理解、在宅医療の提供及び24時間の対応等」が挙げられており、「外来の機能分化の観点から、主治医機能については、地域の拠点となる病院ではなく、主としてアクセスしやすい診療所や中小病院が担う」ものと説明さ

れている⁵⁾。

ところで、わが国ではこの間、医療の専門分化が進む一方、高齢者を中心に複数の慢性疾患を有する患者が増えており、社会的、環境的な側面も含めて、総合的継続的な診療を求めるニーズが大きくなっている。このため、上掲の「主治医機能」を担う医師や医療機関に対する期待も高まってきており、日本専門医機構の専門医養成における基本領域として総合診療が位置づけられたほか⁶⁾、地域包括診療料⁷⁾など診療報酬における制度化にも相応の進展が見られる。2018年診療報酬改定では、主治医機能を補完する意義を持つオンライン診療料⁸⁾なども創設されている。

そこで本稿では、今後の制度整備の参考資料を得るため、わが国における「主治医機能」に相当するドイツにおける医師の役割に関する制度を整理することとしたい。整理は、医師資格制度と公的疾病保険による契約医診療の概観、医師資格制度と主治医機能、公的疾病保険における主治医機能、遠隔診療（情報通信機器を用いた診療。Telemedizin）の順で行う⁹⁾。

2. 医師資格制度と契約医診療¹⁰⁾

まず、主治医機能に関する仕組みを理解するための前提となる医療制度の要点を概観しておく。

(1) 医師の資格制度

医師の資格と医業については、連邦医師法が規律する。医業を行うには原則として医師免許 (Approbation) が必要である (2条1項)。医師免許は州が行い (12条1項)、州法が医師会の組織、医療職の義務や職務規則、卒後研修、診療科等の標榜等の規律を行う。

開業医は、医師の診療科名 (Gebietsbezeichnung) や重点診療域名 (Schwerpunktbezeichnung) など¹¹⁾の標榜に係る規制によって機能分化されている。標榜には、当該診療科等に係る卒後研修の修了と州医師会の承認が必要である¹²⁾。卒後研修の詳細は、州医師会が制定する卒後研修規則が規定し¹³⁾、連邦医師会がモデル卒後研修規則を作成している。具体的な診療科名等は、この卒後研修規則に掲げられている。また、開業医は州医師会が決定する医業規則に従わなければならない、連邦医師会がモデル医業規則を作成している。

(2) 契約医診療

① 契約医診療への参加と区分

公的医療保険では、診療所の開業医による契約医診療 (vertragsärztliche Versorgung) と病院診療が截然と区分され、規律されている。開業医が契約医診療に参加するには、原則として、金庫医協会、疾病金庫州連合会および代替金庫の代表者により構成される許可委員会 (社会法典第5編96条) による許可が必要である (95条1項)。許可は、診療科名標榜規制と連動して設定されている医師グループ (Arztgruppen) ごとに設定される契約医の需要計画により制限される (103条)。許可申請には、医籍への登録が前提とされ (95条2項)、登録要件は、医師免許と卒後研修の修了、診療科名標榜資格の保

持である。

契約医診療は、家庭医診療 (hausärztliche Versorgung) と専門医診療 (fachärztliche Versorgung) とに区分される (73条1項)。家庭医には、総合診療医 (Allgemeinärzte. 一般医)、小児科医、重点診療域名を標榜しない内科医等が属する (同条1a項)。専門医には、標榜科目に相応する形で設定された内科、外科、眼科、婦人科、皮膚科、小児科などの医師グループが属する。

② 診療報酬制度

契約医診療では、州の金庫医協会が管轄地域での契約医による診療を確保する責任を負う (75条)。このため、診療報酬の支払いは、2段階構成となる。第1段階で、各疾病金庫が各州金庫医協会に対し当該協会に所属する契約医により行われた診療全体につき全体報酬を支払う (85条1項)。第2段階で、金庫医協会が全体報酬を契約医に分配する (87b条1項)。

全体報酬額は、州レベルにおいて金庫医協会と疾病金庫の州連合会および代替金庫が締結する集合契約において定められる (85条2項)。全体報酬額の設定は、点数・単価制による。被保険者の人数と疾病構造に応じた治療ニーズを統一評価基準 (Einheitlicher Bewertungsmaßstab. 以下、「EBM」という。) に基づいた点数量が協定され、それに点数単価を乗じ、ユーロ価格で示す形で決定される (87a条3項)。

EBMは、診療報酬支払対象となる給付のリストであり、契約医に対する報酬分配の基準でもある。EBMの内容は、連邦レベルにおいて、金庫医連邦協会と疾病金庫中央連合会が共同で設置する評価委員会 (Bewertungsausschuss) が決定し、両者が協定する (87条1項)。点数設定に当たっては、診療に要する時間や診療領域ごとの経営状況が考慮される (87条2項)。

家庭医診療では、被保険者包括報酬 (Versichertenpauschalen) が原則的な診療報酬形態である。その対象は、一定の請求期間内における患者ケアや診療の調整、診療文書管理な

ど、通常の家医診療で行われる給付全体である。特に促進する必要がある給付等については個別給付（Einzelleistungen）または給付複合（Leistungskomplexe）を設定することもできる（87条2b項）。専門医診療では、医師グループごとに、基本包括点数および追加包括点数（Grund- und Zusatzpauschalen）を設定する。基本包括点数は症例ごとに行われる給付につき通常発生する費用等を対象とし、追加包括点数は一定の症例において発生する理由のある特別の給付費用を対象とする。医学的に必要があれば個別給付を設けることもできる（87条2c条）。

実例として、EBM2018年版を見ると、「Ⅰ総則」、「Ⅱ 共通一般診療報酬算定区分」、「Ⅲ 医師グループ別算定区分」、「Ⅳ 共通特別診療報酬算定区分」などの部が置かれている。Ⅲには、家庭医、内科医、耳鼻咽喉科医といった医師グループごとの章が設けられ、当該医師グループに属する契約医が診療報酬請求できる算定区分が収載されている。各算定区分では、義務的給付内容や任意的給付内容などが定められ、医師グループ別の章の前文等には、当該章外の算定区分であって当該医師グループが診療報酬請求できるものやその算定要件が規定されている。

点数単価は、州レベルで金庫医協会と疾病金庫州連合会等により協定される。協定に当たっては、EBMに規定される連邦統一単価が指針値となる（87a条2項）。連邦統一単価においては、診療所の投資的経費・経常的経費の動向等が考慮される（87条2g項）。

3. 医師資格制度と主治医機能

ここから主治医機能に関係する制度を描写する。はじめに、医師資格制度における主治医機能に係る規定を見ていく。

（1）医業規則

医業規則では、医師の患者に対する義務の章に置かれている診療原則および行動規律が関係する。（a）患者が自由に医師を選択し代える権

利の尊重¹⁴⁾のほか、（b）転医や連携についての義務もある。患者の利益のために他の医師や医療職と連携しなければならないこと¹⁵⁾、診断治療に必要な場合、適時に他の医師に助言を求め、または、患者を専門医に引き継がなければならないこと¹⁶⁾、患者を同僚医師や他の医療機関に引き継ぐ場合は、患者の同意を得て適時に引継先に対し治療経過等について情報提供しなければならないこと¹⁷⁾などである。さらに、（c）対面診療に関する義務もある。診療をもっぱら紙媒体およびコミュニケーションツールを利用することにより行ってはならないこと¹⁸⁾、情報通信技術を用いた診療（telemedizinischen Verfahren. 遠隔診療）を行う場合にあっても患者を直接診療する機会を確保しなければならないこと¹⁹⁾である。これらの義務は、診療科の如何にかかわらず、すべての医師を対象とする。

（2）卒後研修規則²⁰⁾

卒後研修規則では、各診療科について、診療科の定義が置かれた上で、研修の目的、期間、研修内容が定められている。なかでも、総合診療（家庭医）（Facharzt / Fachärztin für Allgemeinmedizin (Hausarzt)）や内科では、主治医機能に相当する事柄が記載されている。

総合診療ついて見ると²¹⁾、まず、「総合医療は、各年齢層の患者がそれぞれ健康障害を負ったときに患者の生活に寄り添う形で行う家庭医としての診療であり、疾患、健康上の問題またはリスクの生物学的、精神的および社会的な側面を考慮するとともに、医療制度において他の医師や専門職の助言を求めることを決定する医学的な専門知識の下で行われるものである」といった定義が置かれている。次に、60か月間の卒後研修期間とその内訳が示され、さらに、研修内容として「健康相談、暴力と中毒の予防を含む健康問題の早期発見、予防、リハビリテーションの導入と実施、アフターケア」、「非感染性、感染性、中毒性および腫瘍性疾患並びにアレルギー性、免疫性、代謝性、栄養関連および変性疾患の鑑別診断と治療、これらの疾患の高齢者

における特性への配慮」、「高齢者薬物療法を含む高齢期における老年症候群および疾患の観察」、「糖尿病治療の実施および記録」といった十数項目が列挙されている。また、心電図、血圧測定、腹腔超音波、穿刺・カテーテル、輸液・輸注・補血等の内科分野での診察・治療も含まれる。

総合診療（家庭医）や内科では、わが国でいう主治医機能に相当する役割が想定されていると考えてよいであろう。

4. 公的疾病保険における主治医機能

次に、公的疾病保険における主治医機能に関する部分を整理する。第1に主治医機能に相当する役割を担う家庭医に関する制度を、第2に家庭医中心診療を描写する。

（1）家庭医診療²²⁾

①家庭医診療の機能

上述のとおり、ドイツの契約医診療は家庭医診療と専門医診療に区分されるが、家庭医診療については、特に法律上その機能が明示されている。患者の家庭環境を踏まえた総合的継続的な医学的ケア、診断・治療・看護の調整、治療データ、診断所見等の収集、評価および保存などである（社会法典第5編73条1項2文）。特に、患者のための文書管理と治療データ等の収集については、被保険者の書面による同意を条件とした家庭医の収集権限、家庭医以外の給付提供者との間のデータ等の受渡し・利用などに係る権限や義務が規定されている（73条1b項）。家庭医には、複数の医療機関に跨る診療過程の管理機能や継続的な保健予防機能が期待されているのである。

一方、被保険者には、家庭医の下で初診を受ける一般的な義務はない（76条1項参照）。しかし、ドイツ国民の90%以上が家庭医を持っており²³⁾、まず家庭医を受診しその紹介に従い所要の専門医を受診する流れが存在しているといえよう²⁴⁾。

②診療報酬

家庭医が行う診療活動は、診療報酬の算定区分に反映される。EBMにおける家庭医診療の章²⁵⁾では、被保険者1人ごと、症例(Behandlungsfall. 一連の診療) 1回につき診察などを評価する包括報酬が中心である。慢性疾患患者の診療や緩和ケアに対する包括報酬への加算や老人患者の基本的な診断治療に係る算定区分もある。検査では、心電計、認知症テスト、血圧測定、肺活量検査、直腸検査、聴力測定などが収載されている。

また、「II 共通一般診療報酬算定区分」の部に収載されている救急業務、がん等の早期発見検査、経口的ブドウ糖負荷試験、創傷ケア、縫合、褥瘡ケアなども家庭医に認められている²⁶⁾。さらに、「IV 共通特別診療報酬算定区分」の部にある診断治療方法の一部は、当該家庭医が相応の資格要件を具備すれば実施することができる。理学療法、超音波検査・診断、睡眠障害診断、心肺ポリグラフなどである²⁷⁾。

（2）家庭医中心診療²⁸⁾

①制度概要

こうした通常の診療に加えて、保険者と医療機関やその団体が契約により医療連携体制を構築する新たな診療形態の一つとして、家庭医中心診療(Hausarztzentrierte Versorgung. 以下、「HZV」という。73b条)²⁹⁾も重要である。HZVでは、被保険者は初めに自らが選択した家庭医を受診し、眼科、産婦人科以外の専門医を受診する場合はその家庭医の紹介を受けることが義務づけられる（73b条3項2文前段）。小児科医への直接受診も可能である（73b条3項2文後段）。被保険者のHZVへの加入は任意であるが、加入者は原則として1年間、上掲の義務に拘束される（同条3項）。HZVへの被保険者の勧誘は、報奨金の支払いや自己負担軽減を伴う選択料金表(53条3項)の提示により行われる。

一方、HZVに加入する家庭医には、エビデンス等に基づく診療指針に従った診療の実施、薬物療法のクオリティーサークルへの参加、問

診指導、心療内科の基本的診療、緩和医療、老人医学等の継続研修（Fortbildung）への参加等が求められる（同条2項）。家庭医のHZVへの組織化は、疾病金庫が単独でまたは他の疾病金庫と協力して州の金庫医協会の区域での家庭医診療に参加する総合診療医（一般医）の過半数を代表する団体と契約を締結する形で行うものとされる（73b条4項）。

②バーデン＝ヴュルテンベルク州における

家庭医中心診療

HZVの実例として、ドイツ家庭医協会バーデン＝ヴュルテンベルク州協会とAOKバーデン＝ヴュルテンベルクを主な契約当事者とする契約を参照する。

（i）家庭医の義務

家庭医および家庭医診療に参加する外来診療センター（medizinisches Versorgungszentrum）³⁰⁾（以下、単に「家庭医」という。）が同契約に加入すると、次の義務が課される。薬物療法のクオリティーサークルへの参加、エビデンスに基づくガイドラインの尊重、社会法典第5編95d条に基づく継続研修義務の履行（緩和ケア、疼痛治療、老人医学、整形外科等）、構造化治療プログラム（DMP）への参加、血糖値測定器、心電計、肺活量計、最新版の契約ソフトウェア³¹⁾の具備、月曜日から金曜日までの各日における診療時間、1週間に1回20時までの夜間診療時間の設定などである³²⁾。

さらに、同契約に基づく診療を行う際には、家庭医が行うことができるすべての必要な診療を行った上で専門医への受診を指示すること、専門医受診や入院の指示の際には重要な所見を文書化して転医・転院先に送付することなどの義務を負う³³⁾。

（ii）被保険者の加入手続きと義務

AOK被保険者の同契約への加入は、その自由意思に委ねられている。手続きは家庭医

を通じて行うことができ、AOKに登録される³⁴⁾。加入者は、自身が行った家庭医の選択に少なくとも1年間拘束され、他の医師を受診できるのは、当該家庭医による紹介がある場合にのみとなる。ただし、救急医療、産科および小児科を受診する場合はこの限りではない³⁵⁾。

（iii）診療報酬

診療報酬は、EBMよりも簡素化・包括化されており、主に、包括報酬、個別給付に係る診療報酬、包括報酬への加算の3つのタイプの算定区分がある³⁶⁾。

包括報酬が基幹的な報酬であり、主なものは次のとおりである。「P1 基本包括報酬」は、受診の有無に関わらず、被保険者1人当たり加入年77.00ユーロ、その後は年72.00ユーロ算定する。上掲（i）の義務に係る血糖値測定器などの医療機器やソフトウェアの具備、診療時間の設定などを評価する算定区分である。「P2 診療包括報酬」は、四半期に1回以上の受診があった場合に、四半期ごとに被保険者1人当たり40.00ユーロ算定する。個別給付に該当しない家庭医診療などを総合的に評価する算定区分である。「P3 慢性疾患患者診療加算」は、慢性疾患患者を四半期に1回以上診療した場合に、四半期ごとに被保険者1人当たり25.00ユーロ算定する。慢性疾患に応じた診療を評価する算定区分であり、P2を補完する診療報酬である。「P4 複数疾患患者診療加算」は、複数疾患を持つ患者に応じた診療を評価する算定区分であり、P2やP3を補完するものである。四半期ごとに被保険者1人当たり15.00ユーロ算定する。

在宅医療に関する包括報酬もある。「P5 介護ホーム加算」は、介護ホームなどで暮らす患者への診療を評価する算定区分であり、四半期ごとに被保険者1人当たり25.00ユーロ算定する。「P6 VERAH モービル加算」は、「家庭医診療助手」

(VERAH[®], Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis)と呼ばれる所要の教育と実習を修了し審査に合格した医療専門職員 (Medizinische Fachangestellte)³⁷⁾ や他の医療職による在宅サービスに関する診療報酬である。VERAH[®] は、家庭医に代わり患者の居宅を訪問し、予防活動、老人医学的基本アセスメントなどを担うとともに、ケースマネジメントや療養計画の作成を行うほか³⁸⁾、注射や採血も許されている³⁹⁾。P 6 は、VERAH[®] が患者居宅訪問に使用する専用車両のリース費用について、四半期ごとに300.00ユーロ算定される。また、VERAH[®] による慢性疾患患者への在宅サービス自体に対して、VERAH[®] の資格を持つ医療専門職員等1名以上の配置などの要件を満たす場合にVERAH加算、四半期ごとに5.00ユーロがP 3に上乗せされる。VERAH[®] は、慢性疾患患者や複数疾患患者に対する診療において家庭医の負担を軽減することを目的とする。

個別給付に係る診療報酬には、がん検診、小児予防健診などの算定区分が見られる。包括報酬への加算では、超音波検査、小手術、インフルエンザ予防接種などが評価されている。

5. 遠隔診療

最後に、主治医機能を補完する意義を持つ遠隔診療について整理する。

(1) 遠隔診療の給付

ドイツでは、E-Health-Gesetz⁴⁰⁾により、2017年からEBMに遠隔診療給付が記載されることとされた。現在、EBMにより評価されている遠隔診療は、概ね3つのカテゴリーに分けられる。

第1は、医師対患者のビデオ通話診療である。ビデオ通話診療時間 (Videosprechstunde) における経過観察について、88点、9.38ユーロを算定する。対象は、術後手術創画像経過観察、

急性・慢性・開放性創傷画像経過観察、運動障害等の画像所見、発声発語所見などである。ビデオ通話診療前半年間内の対面診療の実施、データ利用等への患者同意などの算定要件や1症例1回までの算定上限が付されている⁴¹⁾。

第2は、医師対患者の遠隔モニタリングである。小児心臓科を重点診療域とする小児・若年者専門医による埋込型ペースメーカー・除細動器遠隔モニタリング641点、68.29ユーロ⁴²⁾、心臓再同期療法埋込システム (CRT-P、CRT-D) 遠隔モニタリング789点、84.06ユーロ⁴³⁾、内科医による埋込型ペースメーカー・除細動器遠隔モニタリング350点、37.29ユーロ⁴⁴⁾、心臓再同期療法埋込システム (CRT-P、CRT-D) 遠隔モニタリング431点、45.92ユーロ⁴⁵⁾ が収載されている。年1回以上のモニタリングの実施などの算定要件や1症例5回までの算定上限がある。これらの遠隔モニタリングに関する患者との電話連絡については別途算定区分が置かれ、1症例3回まで、88点、9.38ユーロを算定することができる⁴⁶⁾。

第3は、医師対医師の遠隔レントゲン画像・CT画像診断 (Telekonsil) である。鑑定所見依頼の場合、91点、9.70ユーロ⁴⁷⁾ が算定できる。同一外来診療センター内では算定できず、鑑定対象も依頼する医師の標榜診療科に属しない事項に限られるが、特に複雑な医学的問題がある場合は同じ標榜診療科名の医師や放射線科医に依頼することができる⁴⁸⁾。原則1症例1回まで、当該診療所における画像診断症例の3.75%まで、との算定上限がある。鑑定所見の提出に対しては、レントゲンやCTの別に応じて、110点、11.72ユーロ、276点、29.41ユーロ、389点、41.45ユーロが算定される。いずれの算定区分についても、通信技術上の要件を充足し金庫医協会に対し証明することが必要である⁴⁹⁾。

現時点では、EBMにおける遠隔診療の対象は特定の疾患や診療行為に限られており⁵⁰⁾、算定上限も設けられている。遠隔診療の濫用を防ぐ趣旨に出るものと考えられる。

(2) 遠隔診療と対面診療原則との関係

遠隔診療については医師職務規則上の取扱いが問題となるところ、同規則7条4項は「医師は、個人的な治療、特に助言も含め、もっぱら紙媒体およびコミュニケーションツールを利用して行ってはならない。通信ネットワークによる診療を行う場合にあっては、医師は患者を直接診療しなければならない」と規定する。連邦医師会の解釈によれば⁵¹⁾、同項の趣旨は、医師は自ら直接、患者の病像を感知・覚知すべきであり、患者による叙述または第三者からの情報にのみ基づき診療してはならないとするところにある。したがって、同項の文言からも理解できるように、対面診療をまったく行わず、もっぱら遠隔診療による場合は、同項違反になる。換言すれば、患者と医師との間での対面診療が必要な範囲で確保される場合は、診療プロセスにおける特定の部分について紙媒体およびコミュニケーションツールを利用して指導や治療を行うことができる。基本的な前提になるのは、診療開始時に患者が医師と対面して医療面接に応じることであり、治療関係が成立した後は必ずしも常に対面診療は必要ではない。こうした同規則7条4項の定めは、EBMにも反映させることとされている⁵²⁾。

遠隔診療について基本的な考え方の部分では、わが国の医師法20条に関する解釈⁵³⁾と共通しているということができよう。

〔付記〕

本稿は、科学研究費補助金（基盤研究（A））「持続可能な社会保障制度構築のための病院等施設サービス機能に関する総体的比較研究」（JSPS 科研費 JP15H01920、研究代表者加藤智章）、科学研究費補助金（基盤研究（C））「医療の質の向上に役だつ医療保険制度のあり方に関する基礎的研究—日本とドイツを例に」（JSPS 科研費 JP16K03338、研究代表者田中伸至）、平成27年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））「先進

諸国におけるかかりつけ医制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度のあり方に関する研究」（研究代表者松田晋哉）、平成28年度厚生労働科学研究費補助金（政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業））「我が国の制度的特徴を踏まえたかかりつけ医制度のあり方に関する研究」（研究代表者松田晋哉）による研究成果の一部である。

注

- 1) 例えば、医療法施行規則9条の11第5号ハ。
- 2) 例えば、介護保険法27条3項。
- 3) 要介護認定等に係る介護認定審査会による審査及び判定の基準等に関する省令1条2項。
- 4) 例えば、東京慈恵会医科大学附属柏病院「初期臨床研修プログラム」3頁参照。
- 5) 中医協総会資料「外来医療（その3）〈主治医機能について〉」（平成25年10月9日中医協 総-3）54頁ないし56頁参照。
- 6) 日本専門医機構「平成30年専攻医採用数」参照。
- 7) 診療報酬の算定方法（平成20年3月5日厚生労働省告示59号）別表第一B001-2-9。このほか、認知症地域包括診療料（同B001-2-10）などがある。
- 8) 診療報酬の算定方法別表第一A003。
- 9) ドイツでは通常的外来診療は伝統的に開業医が担当してきていることから、病院診療は取り扱わない。
- 10) 医師の資格制度と契約医診療についての近時の邦語文献として、田中伸至「ドイツにおける医療の質の確保に関する制度の構造と法体系モデル—医療提供体制と公的医療保険を中心に—」法政理論50巻3・4号（2018年）128頁ないし130頁、同「ドイツの公的医療保険と家庭医」研究代表者松田晋哉『先進諸国におけるかかりつけ医制度の比較及び我が国におけるかかりつけ医制度のあり方に関する研究総括報告書・総合報告書』（2016年）45頁ないし48頁参照。
- 11) モデル卒後研修規則（(Muster-) Weiterbildungsordnung）2条1項参照。
- 12) 例えば、ザクセン-アンハルト州医療職団体法（Gesetz über die Kammern für Heilberufe Sachsen-Anhalt（KGHB-LSA））24条1項。

- 13) 例えば、ザクセン-アンハルト州医療職団体法 29条、ザクセン-アンハルト州医師会卒後研修規則 (Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt)。
- 14) モデル医業規則 ((Muster-) Berufsordnung) 7条2項1文。
- 15) モデル医業規則7条3項1文。
- 16) モデル医業規則7条3項2文。
- 17) モデル医業規則7条7項。
- 18) モデル医業規則7条4項1文。
- 19) モデル医業規則7条4項2文。
- 20) 卒後研修に関する近時の邦語文献として、田中・前掲 (注10)「ドイツにおける医療の質の確保」150頁ないし156頁参照。
- 21) 一例として、ザクセン-アンハルト州医師会卒後研修規則B部1号参照。
- 22) 家庭医診療に関する近時の邦語文献として、田中・前掲 (注10)「ドイツの公的疾病保険と家庭医」49頁、50頁参照。
- 23) Thode, N. /Bergmann, E./ Kamtsiuris, P. / Kurth, B. M., Einflussfaktoren auf die ambulante Inanspruchnahme in Deutschland. Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 48, 2005, S. 296-306; Zok, K., Akzeptanz der Pflegeversicherung. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung unter 3000GKV-Versicherten. WIdO-monitor 2005, 2(3), S. 1-7. いずれも Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, BT-Drucksache 16/13770, S. 318の引用による。
- 24) Zok, K., Akzeptanz der Pflegeversicherung. Ergebnisse einer Repräsentativbefragung unter 3000GKV-Versicherten. WIdO-monitor 2005, 2(3), S. 1-7. Gutachten 2009 des Sachverständigenrates zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, BT – Drucksache 16/13770, S. 318の引用による。
- 25) EBM 2018 III.a 3 Hausärztlicher Versorgungsbereich.
- 26) EBM 2018 III.a 3 3.1.前文 (Präambel) 3項、4項。
- 27) EBM 2018 III.a 3 3.1.前文4項。
- 28) 家庭医中心診療に関する近時の邦語文献として、田中・前掲 (注10)「ドイツの公的疾病保険と家庭医」50頁ないし56頁参照。
- 29) 2004年施行の公的疾病保険現代化法 (Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung, GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) により導入された。
- 30) 外来診療センターの概要については、田中伸至「ドイツのプライマリケアにおける外来診療センター—Medizinische Versorgungszentren (MVZ)—」研究代表者松田晋哉『平成28年度厚生労働行政推進調査事業費 (政策科学総合研究事業) 我が国の制度的特徴を踏まえたかかりつけ医制度のあり方に関する研究(H28-政策-指定008) 総括・分担研究報告書』(2017年) 38頁ないし55頁参照。
- 31) 契約ソフトウェアは、同契約に係る診療報酬請求や処方、転医・転院の指示について利用されるものであり、加入家庭医に対し医薬品処方や給付管理に関する情報も提供する。家庭医は、提供される情報に留意し利用する義務を負う。社会法典5編73b条に基づくバーデン-ヴュルテンベルクにおける家庭医中心診療に関する協定5条6項 (Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung in Baden-Württemberg gemäß §73 b SGB V idF. des GKV-WSG, Vertrag vom 8. Mai 2008 idF. vom 01.01.2018. 以下、「HZV協定」という)。
- 32) HZV協定5条2項、3項。
- 33) HZV協定5条4項、5項。
- 34) HZV協定4条1項、2項。
- 35) HZV協定9条2項。
- 36) HZV協定別添12。
- 37) 医療専門職員 (Medizinische Fachangestellte) は、職業教育法 (Berufsbildungsgesetz – BbIG) に基づく医療専門職員に関する職業訓練令 (Verordnung über die Berufsausbildung zum Medizinischen Fachangestellten/zur Medizinischen Fachangestellten) により、職業教育訓練が必要な職業として公認されており (1条)、3年の教育期間の間に (2条)、患者の世話・患者への助言、診療所運営管理、会計事務、文書管理、医師の指導監督の下での診断治療方法の実施、予防・リハビリテーションの基礎等を修めることとされ (4条)、中間試験と卒業試験が課せられている (8条、9条)。
- 38) VERAH® の資格や任務、教育・実習内容等について、Deutscher Hausärzterverband, VERAH®. 2. Aufl. 2015, S. 9-16参照。

- 39) AOK Baden-Württemberg/ Deutscher Hausärzterverband Landesverband Baden-Württemberg e. V. / MEDI Baden-Württemberg, Gemeinsame Pressemitteilung, 16. 06 2014.
- 40) Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen sowie zur Änderung weiterer Gesetze vom 21. Dezember 2015 (BGBl. I S. 2408).
- 41) EBM 2018 II 1.4, 01439.
- 42) EBM 2018, III a 4.4.1, 04414.
- 43) EBM 2018, III a 4.4.1, 04416.
- 44) EBM 2018, III a 4.4.1, 13574.
- 45) EBM 2018, III a 4.4.1, 13576.
- 46) EBM 2018, II 1.4, 01438.
- 47) EBM 2018, IV 34.8, 34800.
- 48) EBM 2018, IV 34.8, 3, 4.
- 49) EBM 2018, IV 34.8, 1.
- 50) 連邦医師会は、遠隔診療の対象として高い利用可能性が認められる診療領域や診療行為として、情報通信機器を用いた放射線医学 (Teleradiologie)、病理診断 (Telepathologie)、がんカンファレンス (Teletumorkonferenzen)、脳卒中などの救急医療におけるカンファレンス (Telekonsilsysteme)、緩和ケア、退院調整マネジメントなどを挙げている。
Bundesärztekammer, Ärztliche Priorisierung von Einsatzgebieten telemedizinischer Patientenversorgung erarbeitet von der AG-Telemedizin und beschlossen vom Vorstand der Bundesärztekammer am 20.03.2015 und vom 118. Deutschen Ärztetag am 15.05.2015.
- 51) Bundesärztekammer, Hinweise und Erläuterungen zu §7 Absatz 4 MBO-Ä (Fernbehandlung) , Berlin, 11.12.2015
- 52) Rahmenvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband als Trägerorganisationen des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V zur Überprüfung des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes gemäß § 87 Abs. 2a Satz 8 SGB V zum Umfang der Erbringung ambulanter Leistungen durch Telemedizin.
- 53) 「情報通信機器を用いた診療 (いわゆる「遠隔診療」) について」 (平成9年12月24日健政発

1075号厚生省健康政策局長通知) は、「診療は、医師又は歯科医師と患者が直接対面して行われることが基本であり、遠隔診療は、あくまで直接の対面診療を補完するものとして行うべきものである」。「医師法第20条等における「診察」とは、問診、視診、触診、聴診その他手段の如何を問わないが、現代医学から見て、疾病に対して一応の診断を下し得る程度のものをいう。したがって、直接の対面診療による場合と同等ではないにしてもこれに代替し得る程度の患者の心身の状況に関する有用な情報が得られる場合には、遠隔診療を行うことは直ちに医師法第20条等に抵触するものではない」とする。

なお、「オンライン診療の適切な実施に関する指針」(『「オンライン診療の適切な実施に関する指針」の策定について」(平成30年3月30日医政発0330第46号厚生労働省医政局長通知) 別紙) では、上掲平成9年通知における解釈を前提として、「遠隔医療」の語を「情報通信機器を活用した健康増進、医療に関する行為」と、「オンライン診療」の語を「遠隔医療のうち、医師-患者間において、情報通信機器を通して、患者の診察及び診断を行い診断結果の伝達や処方等の診療行為を、リアルタイムにより行う行為」と定義した上で、オンライン診療に関して、最低限遵守する事項および推奨される事項などを提示している。

特集：諸外国の「主治医機能」について

フランスの「主治医機能」について

東洋大学教授
伊奈川 秀和
Inagawa Hidekazu

フランスでは、高齢化、医療過疎等の問題に直面するなかで、病床規制等による医療提供体制の量的抑制から質を重視した計画等の策定に政策の重点が移行してきている。そのなかであって、一般医等の開業医は、地域医療の結節点である主治医として、関係者との連携を通じて患者の適切な医療経路を確保する役割が期待されている。また、医療経路に関連して、ITを活用した医療情報共有文書や遠隔医療が推進されている。

1. はじめに¹⁾

フランスでは、開業医と病院は、歴史的にも制度的にも異なる発展を遂げてきた。すなわち、中世の救済施設等に遡る病院が、現在でも病院公役務（SPH）の担い手として公立病院等の非営利病院を中核とする体系であるのに対して、開業医は、医療の自由の原則に基づき、わが国の自由開業医制に近い体系である点で、両者には病床の有無を超えた質的な違いが存在する。

そうしたなかで、医療費の高騰もさることながら、医療資源の偏在に起因する医療過疎の問題が発生している。フランスでは、1970年の病院法以来の医療計画の伝統があるが、近年（特に2004年、2009年、2016年）の改革の結果、各種医療計画も病床や大型医療機器を抑制するだけのものから、医療資源の適正配分を進める手段に変質し、それ以外にもPDCAを重視した計画など多様な方策が導入されている。つまり、そこに見られるのは量から質への転換であり、病院について言えば、入院等の病院機能の地域への移行（在宅入院等）である。

このような潮流は、地方医療庁（ARS）への保健医療行政の権能の集約化とも無関係では

ない。医師組合との医療協約の関係では、疾病保険金庫等の保険者の協約当事者としての役割は維持されているが、理事会が意思決定機関から諮問機関に変質したことに象徴されるように、自律的な金庫運営の伝統は揺らいでいる。さらに病院医療の関係では、提供体制と財政の両面において、様々な権能が地方医療庁に収斂してきている。端的に言って、公営医療ではないとしても、社会保険への行政の関与が格段に強まっている。

かかる状況のなかで、遠隔医療、医療のIT化等の時代を先取りする改革も進められている。従って、以下の主治医機能の強化や医療連携等の動きも、これら動向と無関係ではなく、複眼的思考がフランスの理解には必要である。

2. 外来医療の機能分化

（1）医療体系における医療経路

機能分化という点では、保健医療全体を通じて体系化が重要となる。その際に、患者が身近な地域で良質で効率的な医療を予防、治療、回復期等を通じて適時・適切に受けられるようにすることが求められる。とりわけ、生活習慣病

等への対応では、このような視点が重要なのは、フランスも同じである。また、障害や介護等の福祉分野との連携も必要となる。このような保健医療全体の体系化、機能分化や連携を示唆する概念が保健医療経路（parcours de santé）であり、地方医療庁がその担い手となる（CSP.L.6327-1）。

この概念の包括性から、保健医療経路には、次の3つの位相が存在することが指摘されている²⁾。

- ①医療と接合する社会的な予防から川下の福祉的な伴走や在宅での生活までの経路
- ②プライマリー・ケアから入院、在宅入院、リハビリテーション、長期入院病床、要介護高齢者入所施設等のその他の医療までの医療経路（parcours de soins）
- ③家族、近親者、職業訓練等の生活経路（parcours de vie）

このような政策的志向は、2004年法に萌芽を見ることができるが、その後の改革、とりわけ2016年法によって強固なものとなっていく。その帰結が、一次医療の担い手としての主治医を中心とした外来医療の重視であった。それだけにIT化も、医療の機能分化等の視点から見る必要がある。

(2) IT化

医療の機能分化、そのなかでの主治医機能の強化は、医療連携等を不可欠の要素とする。その鍵となるのは、e-health（e-santé）とも呼ばれるIT化である。フランスでは、医療情報共有文書（後述）等での電子媒体の活用や遠隔医療の導入、さらに医療IT化国土形成事業（Territoire de soins numérique）等を通じてIT化が推進されている。ただし、IT化等には、情報漏洩などリスクが伴うことからしても、患者の権利や個人情報（機微情報）の保護が前提となる。そのなかでも重要なのが、患者が自らの健康状態を知ることができるという情報に対する権利（droit à l'information）である（CSP.L.1111-2, Code Civil Art.16-3）。その点で、

以下のように制度的・技術的側面の取組みが両々相まってIT化は進むことになる。

1) IT化の制度的位置づけ

①遠隔医療（télémédecine）

2004年法で曖昧さがあるものの概念として登場した遠隔医療は、2009年法により公衆衛生法典（L.6316-1）に明確に規定されることになった³⁾。つまり、遠隔医療に定義と法的根拠が付与され、これにより当該行為が罰則を伴う違法行為となる懸念が払拭された⁴⁾。遠隔医療の分類としては、遠隔診療（téléconsultation）、遠隔鑑定（téléexpertise）、遠隔経過観察（télésurveillance）、遠隔支援（téléassistance）、医学的回答（réponse médicale）が規定されている（CSP.R.6316-1）⁵⁾。

現在の政府は、遠隔医療に積極的であり、2018年9月から診療報酬上の評価も本格実施されているものの、遠隔医療全体に展開するには至っていない。公衆衛生法典上も、全国プログラム、複数年目標・管理契約等の地方医療庁との個別契約の枠組み中で実施されることになっている（CSR.R.6316-6-6）。その点では、遠隔医療に関する法的位置づけの付与は、無条件の開放や各種リスクから当事者を免責するものではなく、その他の規制も含めた制約の下で、違反に対する制裁や医療過誤に対する損害賠償の可能性を内包した形での許容である。これまで2014年社会保障財政法（36条）に基づき、7地方で実証実験が実施されている。その結果明らかになった問題は、情報のやりとりに伴う責任と情報の保護であった⁶⁾。

②個人情報の保護

個人情報の保護との関係で医療情報は、医療に関する秘密（secret médical）として、患者の権利に位置づけられており、厳格な管理の下で保護され、違反は罰則の対象である（CSP.L.1110-4）。このため、医療関係者間の情報の共有、交換等も規制の対象となる⁷⁾。

このほか、医療におけるメールまたはFAXによる個人情報のやりとりについては、全国医師会（ONM）の勧告、情報処理および自由に関する全国委員会（CNIL）のガイドライン等が出されている⁸⁾。また、公衆衛生法典上は、医療関係者や医療機関による個人情報の交換を含めた取扱いに関しては、医療交換情報制度庁（ASIP）がガイドラインを策定することになっている（CSPL.1110-4-1）。なお、ガイドライン策定に当たっては、情報処理および自由に関する全国委員会の意見を聴いた上で保健担当大臣の決定が必要とされている。

また、医療情報の保有については、電子媒体のみならず紙媒体も含め、本人への明確な説明と正当な理由による拒否の不存在を条件に認められている（CSPL.1111-8）。さらに、情報の保有期間、保有方法等についても、条件が課せられている。

2) IT化に必要となる技術

IT化の前提となっている存在が、診療側の医療職カード（CSSL.161-33）と患者側の個人カード（carte Vitale）（CSSL.161-31）である。このICカードにより、医療情報の電子的やりとりが可能となる。例えば、医師は、患者が同意した場合には、個人カードを介して医療保険者が医療費の償還の関係で保有する患者の医療情報へのアクセスが認められている（CSSL.162-4-3）。

3) IT化の到達点と課題

IT化は医療が抱える医療過疎等の課題解決の糸口にはなるが、全てが解決されるわけではない。むしろ、僻地での遠隔医療の場合、患者が医師支配に対抗して、多くの選択のなかから医療を選択することにはつながらず、かえって特定の遠隔医療に縛られるという矛盾律や医師支配が強まる危険がある。その点でも、医療プロセスにおける患者への情報提供の重要性が指摘されている⁹⁾。

3. 主治医の制度化

(1) 制度の概要¹⁰⁾

フランスでは、患者による医師の選択の自由は、憲法上の価値を有しており（CC décision n° 77-92 DC du 18 janvier 1978）、実定法上も基本原則に位置づけられている（CSPL.1110-8）。しかし、実際には、救急を別とすれば、一般の患者がいきなり大病院に行くことは一般的ではなかった。その限りでは、これまでも主治医（médecin traitant）が実際上存在していた。その上で2004年8月13日法（疾病保険法）は、後述の「調整された医療経路（parcours de soins coordonné）」（以下単に「医療経路」という。）とも密接な関係を持たせながら、主治医を制度化した（CSSL.162-5-3）。ただし、主治医制度は強制ではなく、患者が主治医を選択しないことも可能である。

この主治医制度の特徴を挙げれば、

- ・患者は、一般医のみならず専門医も含め、自由に自らの主治医を選択できること
 - ・子どもの場合には、親等を通じて、小児科医または一般医を選択すること
 - ・主治医は、開業医に限定されておらず、病院の勤務医も可能であること
- となる。

これらの動きには、イギリスのNHSによるゲートキーパーやクリニカル・パスウェイ（clinical pathways）、アメリカのHMOといった諸外国の取組みの影響があることが指摘されている¹¹⁾。フランスの場合には、医療の自由を前提としながら、主治医が関係者と連携を図ることにより、地域での医療提供に合理性と一貫性を確保することが重視されている。この点で重要な制度の細部は、2016年8月25日の医療協約等で規定されており、主治医と連携を図る連携医（médecin correspondant）との関係で、以下のような流れが発生する（同協約18条等）。

- ①主治医による連携医からの専門的意見の提供
- ②（継続的な治療が必要な長期疾病のような

場合) 予め決められた治療計画に基づき、主治医を経由せず行われる連携医での受診

③ (多くの関係者の関与が必要な場合) 主治医の調整の下での連携医への誘導による受診

④ (定期的・継続的な受診が必要な場合) 主治医から一般医への受診の誘導による受診
さらに、主治医制度は、予防といった公衆衛生面の機能も期待されている。既に2005年の医療協約で、主治医が高齢者への薬剤使用に伴う医原病、乳がん、妊産婦のリスク、糖尿病等の心血管系のリスク、若年性の肥満といった公衆衛生対策への関与を徐々に強めることが規定されており、2016年の医療協約にも継承されている。

(2) 医療情報共有文書との関係

主治医制度は、強制でないだけに実効性が問題となるが、そのことに寄与するのが、患者の予防も含めた医療情報を盛り込んだ医療情報共有文書 (DMP = Dossier Médical Partagé) である。実際、医療情報共有文書の前身に当たる個人別医療文書 (DMP = Dossier Médical Personnel) が規定されたのは、主治医制度と同じ2004年法であった。

現在のDMPは、患者が選択し、加入する疾病保険に登録した医師の下で電子媒体により作成され、医療情報等 (診療内容、検査結果、既往歴、連絡先等) のシステムを全国疾病保険金庫 (CNAM) が管理することにより、医療連携が図られることになる¹²⁾。この「共有」という言葉に象徴されるように、DMPのターゲットは医療関係者にあり、関係者間の医療連携の媒介手段となる。つまり、患者にアクセス権があるのみならず、医療関係者も情報保護等の要件を満たすことによりアクセスが認められる。特に主治医は、定期的 (最低年1回) に医療情報を入力する必要がある。このため、主治医は、患者の反対がない限り、DMPの情報へのアクセス権があるが、複雑な症例の場合には、複雑な医療経路の調整に関して地方医療庁が設けた

地域支援プラットフォーム (PTA) の枠組みを活用することができる¹³⁾。

主治医制度の関係では、以下の点に留意する必要がある。

①患者による主治医の選択は任意であり、一定の診療科 (婦人科、眼科、口腔外科、精神科、神経精神科) の専門医への受診については、そもそも主治医を経由することが義務づけられていない。

②主治医を選択しない場合または正当な理由 (緊急時、遠出等) なく主治医以外を直接受診する場合には、医療経路を外れることを理由に疾病保険の一部負担が引き上げられる。法律上は、37.5%から42.5%の換算率の範囲で全国疾病保険金庫連合会 (UNCAM) が決めることになっており、2009年の決定により40% (例: 3割負担が7割負担となる) となっている。

③疾病保険の患者にとってDMPの作成は、強制ではなく任意である。また、医療情報に直接アクセスし、その内容や医療関係者の閲覧状況を確認するほか、医療関係者への非開示情報にマスキングをする権利が認められている¹⁴⁾。

このほか、薬剤の管理との関係で、電子媒体による薬剤文書 (Dossier Pharmaceutique) が存在している (CSP.L.1111-23)。これは、薬剤師の業務独占に係る薬剤等の調剤のトレーサビリティを確保し、薬剤の組合せ等に起因するリスクを回避するためのものである。

以上の他にも主治医を核とするプライマリー・ケアの動きは、累次の改革を経て強まっていることがうかがわれる。例えば、2009年7月21日法 (HPST法) では、実体的に多くの患者が一般医を主治医に選択するなかで、一般医を患者が受診する際の水先案内ともいべき一次的な医療経路に位置づけることになった (CSP.L.4130-1)。これにより、一般医は、診察、治療等を行うだけでなく、患者の病状をフォローし、他の医療関係者との調整を担う結節点であることが明確化されることになった。

(3) 病院の役割の変化

主治医のみならず、病院医療の方も変化しつつある。伝統的には、病院とは病床を有して入院を中心とする医療を提供する場であった。しかし、救急医療への対応の増大、入院を必要としない化学療法、放射線療法、人工透析、さらには日帰り入院、在宅入院等が発展することにより、入院医療の比重が低下し、入院期間が短縮することになった。このことは、病院と開業医の役割の近接化や連携を必然化する。

このような動向を患者から見ると、傷病の重篤度で開業医と病院の役割が厳然と分かれるのではなく、相互補完的な役割を果たす関係への変化をもたらす。この結果、開業医による一次医療、病院を中心とする専門的な医療を担う二次医療、さらに大学病院相当の高度医療を担う三次医療という類型を流動化させることになる。それだけに、主治医をも含めた関係者間の連携や協力の重要性が増大していることになる。ましてや医療資源が不足している地域であれば、なおさらである。

わが国の病診連携に近い発想としては、開業医と病院（開業医同士ではない）をつなぐ文書として、入退院等に関する連絡文書（lettre de liaison）が規定されている（CSP.L.1112-1）。入院の際に必ずしも主治医が入院を指示するわけではないが、その場合にも、主治医は、連絡文書にアクセスすることができるほか、退院の際の連絡文書の名宛人になる。その点では、主治医が病診連携でも重要な役割を果たす。なお、連絡文書は、DMPとの一体的な作成や電子媒体でのやりとりも可能である。

4. 医療経路

(1) 調整された医療経路の導入

フランスでは、一般医が、外来医療、他の医療機関への紹介といった形で最初に受診すべき医療機関と位置づけられている（CSP.L.4130-1）。しかし、病院と開業医、一般医と専門医の分断に象徴されるような蛸壺化・分立した医療体制

により、医療過疎等の問題が生じてきたのも事実である¹⁵⁾。これに対して、患者目線に立って、医療の継続性、地域での連携や協働を強化しようとするのが、医療経路である。これを導入した2009年法に続き、2016年1月26日法（医療現代化法）によって、医療経路も含めた医療の体系化の動きが強まっている。

(2) 医療経路のための仕組み¹⁶⁾

医療経路の実現に向けては、地理的・時間的に身近な地域で医療を提供するという一次医療、そのための関係者間のインターフェイスがまず重要となる。特に高齢者や生活習慣病の治療においては、この視点が求められる。このため、公衆衛生法典は、主治医も含めた関係者を重要な一次医療の担い手として位置づけ、主治医を中心に形成される一次医療チーム（*equipe de soins primaire*）として、公衆衛生的課題も含めた一次医療上の要請に対応すべく協力していくことを規定している（CSP.L.1411-11等）。

この結果、医療の自由の原則の下で伝統的に開設の自由を保障されてきた開業医である主治医が、地方医療庁の下で策定される地方保健医療計画（PRS）という計画制度に位置づけられることになった¹⁷⁾。このことに加え、以下のような枠組みを通じて、主治医と地方医療庁との関係は強まることになる。

第一に、公衆衛生法典は、関係者間の連携を確保するため、医療関係者（場合によれば、介護・障害関係者も含む。）が地域医療専門職共同体（*communautés professionnelles territoires de santé*）（社団形態あり）を設置し、地域医療に関する計画を策定することが規定されている（CSP.L.1434-12等）。これは、改正前の医療関係者による協議体である医療圏域体（*pôle de santé*）を削除し、地方医療庁に関する部分に改めて規定されたことが示唆するように、同庁の関与も設けられるなど、一次医療を中心とした地域医療への貢献が期待されている。

第二は、医療経路の実現には必要となるステークホルダーの理解と協力を確保する枠組み

である。この点に関しては、2003年9月4日法により医療地域圏 (territoire de santé) として導入され、2016年の医療現代化法により名称が変更された民主的医療地域圏 (territoire de démocratie sanitaire) が鍵となる。これは、地方内の医療提供体制の計画化のための協議のための枠組みであり、地方医療庁、医療関係者、地方公共団体、患者代表が入ることにより民主的な手続きが期待されることになる。

このほかにも、情報提供、福祉的な支援等の各種対策が医療経路に関わるが、主治医機能との関係では、以下のものがある。

① 患者に対する治療啓発プログラム (programmes d'éducation thérapeutique) の実施

患者が治療に関する理解を深めることは、医療経路を実現する上でも重要であることから、患者教育をプログラム実施計画書に基づき実施することが規定されている (CSP.L.1161-1 等)。ただし、治療啓発プログラムの遵守は、疾病保険の償還の条件とすることはできない。また、製薬や医療機器メーカー等がプログラムを実施することは禁じられている。

② 専門医の位置づけの明確化

専門医は、一次医療のみならず二次医療の担い手ともなり得る。それに関連して、公衆衛生法典上も、医療経路において、一般医と連携すべき連携医としての位置づけが明確化されている (CSP.L.4130-2)。

③ 患者の医療経路の支援

患者にとって適切な医療経路が確保されることが重要である。このため、医療的・社会的理由 (例えば障害者) から複雑な医療経路を要する患者について、地方医療庁が地域の調整の場を創設するなど、主治医のイニシアティブで支援が開始できるような福祉関係も含めた関係者による支援体制を構築することが規定されている (CSP.L.6327-1 等)。

以上のように医療経路を概観すると、主治医を結節点とする地域での医療体制の確保と

は、不要不急の入院の回避でもあることが分かる。この点でも、医療経路は、それ単体ではなく、地方医療庁を中核として展開する医療の計画化全体 (場合によれば、介護・障害等も含む) のなかで理解すべきことになる。

5. 報酬の支払い方法

(1) 主治医制度

主治医、連携医の協約料金は、以下のようになっている^{※1)}。なお、精神科等の専門医は、料金が異なる。

1) 医療経路に沿っている場合

いずれの場合も償還率は、70%となる。なお、これとは別に診療1回当たり1€ (1日の上限が4€、年間の上限が50€)、入院抑制の狙いもある入院時1日当たり18€ (精神病院は15€) の定額負担などの別途負担が存在している (以下の2) も同様。)

	セクター1 ^{※1} の協約料金	セクター2 ^{※2} の償還基準料金
通常の一般医である主治医による診療	25 €	23 €
48時間以内 (迅速な受診) の一般医である主治医による診療	30 €	28 €
救急通報を受けての一般医である主治医による診療	40 €	38 €
専門医である主治医による診療	25 €	23 €
一般医である連携医		
不定期の専門的意見	45 €	38 €
定期的な専門的意見	30 €	23 €
専門医である連携医		
不定期の専門的意見	50 €	50 €
定期的な専門的意見	30 €	23 €

※1 超過料金等がない (選択的制限料金適用を含む。)

※2 超過料金がある

2) 医療経路によらない場合

いずれの場合も、償還率が30%となる。

- ①一般医：セクター1の協約料金が25€、セクター2の償還基準料金が23€
- ②専門医：セクター1の協約料金が最大35€（償還基準料金は25€）、セクター2の償還基準料金が23€

3) 主治医定額報酬 (FPMT)

以上の他にセクター1等の主治医には、登録人数に応じて年4回に分けて定額報酬が年単位で支払われる。金額は年齢等に応じて異なる。長期疾病以外の場合には、子供（0～6歳）6€、後期高齢者（80歳～）42€、その他（7～79歳）5€である。また、長期疾病の場合には、後期高齢者70€、それ以外42€となる。

(2) 遠隔医療

遠隔医療に関しては、2018年9月5日から特別な報酬が設けられることになった¹⁹⁾。報酬は一般医、専門医等の類型に応じて異なる。例えば、一般医の協約料金(セクター1)が25€(TCG)となっており、連携医の場合には、これに連携加算5€(MCG)が加算され、30€となる。これに対して、連携医である専門医が主治医と連携しながら行う遠隔医療の場合には、協約料金の23€(TC)に経過的加算2€(MPC)と連携加算5€(MCS)が加算され、全部で30€となる。

6. まとめと今後の展望

わが国の場合には、診療報酬による政策誘導が重要な役割を果たすが、フランスの場合には、社会保障法典の下での報酬制度もさることながら、医療経路、医療連携、遠隔医療等のように公衆衛生法典が規定する部分が多い。ただし、これらの施策は、津々浦々で一斉に実施されるというよりも、段階的・漸進的に進むことが多い印象である。その限りでは、フランス的なハードローによる法的規整と日本的な診療報酬、補助金等といったソフトローによる政策誘導とは、

異なるようで類似してくる。

2018年9月に、大統領と連帯・保健大臣から医療改革案（2022年の私の保健医療）が発表された。改革の5本柱は、①医療の質と診療の継続性、②地域医療の組織化、③財政方式とその規整、④人材と養成、⑤IT化となっている。これに照らせば、前政権の2016年法による医療改革のうち主治医制度については、重複受診の防止、生活習慣病対策等にも有効であり、医療連携、遠隔医療なども含め、その機能強化の流れは変わっていない。また、医療へのアクセスの改善、医療経路の円滑化が改革の柱になっており、比喩的に言えば、孤立した開業医や病院ではなく、身近な地域のなかで地域医療専門職共同体等を活用しながら連携を図る存在に開業医や病院のモデルが転換していくであろう。さらに、IT化のメリットの医療での活用が進むとしても、最後は人である。この点、1970年に以来続いてきた医学部進学定員の枠（*numerus clausus*）の廃止（2002年）、新たな医療補助職の創設、薬剤師による予防接種の実施なども計画されている。このほか、改革では、他国と比べ進んでいない医療経路に即したアウトカムの測定も課題として挙げられている。今後検討が進められ、法案として議会に提出されることが見込まれており、動向を注視する必要がある²⁰⁾。

注

- 1) 本稿では、社会保障法典をCSS、公衆衛生法典をCSPと略して引用する。
- 2) M.-F. Callu, *Dictionnaire de droit de la santé*, Lexis Nexis, 2017, pp287-288
- 3) 同条の規定によれば、遠隔医療とは、情報通信技術を活用した遠隔での医療であり、医療関係職同士のみならず、患者との間でも対面によらない医療が認められるが、そこには必ず医師等が入ることが条件となっている。また、対象となる医療には、診察、予防・治療後の経過観察、専門的意見の聴取、治療上の判断の準備、医薬品等の処方が規定されている。なお、患者

の権利という点では、遠隔医療の実施にはインフォームド・コンセントによる患者の自由な意思決定が求められる (R.6316-2)。

- 4) (dir.) E. Couty et al., *La loi HPST, Regards sur la réforme du système de santé*, Presses de l'EHESP, 2009, p.226
- 5) 法律に明示されているが政令には登場しない医療品等の処方、診察の一環として当然可能であるが、遠隔外科手術は規定がなく実施できないとの解釈がある (L. Grynbaum, «La responsabilité des acteurs de la télémedecine», *RDSS*, nov.-déc. 2011, p.998)。なお、遠隔医療のうち遠隔診療は、IT 技術を利用した遠隔での診察等である。これに対して遠隔鑑定は、医師等が別の医師等に IT 技術を利用して専門的意見を求めるものである。遠隔経過観察は、IT 技術を利用することにより離れた場所から患者の症状を観察するものである。遠隔支援は、IT 技術を利用することにより、医療行為を行う医師等を別の医師等が離れた場所から支援するものである。医学的回答は、救急対応のための専用電話番号を利用した電話照会である。
- 6) L. Grynbaum, *op. cit.*, p.996 et s. (遠隔医療の場合にも、医療行為に起因する通常の責任、医療機器等に起因する責任、コンピュータ等の医療データや情報通信に起因する責任が発生することを論じている。)
- 7) 医療機関以外に各種医療サービスが対象となっており、遠隔医療、紙媒体以外の情報伝達手段等が含まれる ((dir.) A. Laude et D. Tabuteau, *La loi santé: Regards sur la modernisation de notre système de santé*, Presse de l'EHESP, 2016, pp.87-89)。
- 8) 医師会は、強制設立の職能団体であり、医療倫理の遵守等を担う。CNIL は、1978年1月6日より導入された個人情報保護の独立機関であり、規制・監督権限を有する。
- 9) 以上の指摘については、C. Bourdair-Mignot, «Téléconsultation: quelles exigences? Quelles pratiques?», *RDSS*, nov.-déc. 2011, p.1007
- 10) 主治医制度に関しては、全体として *Le lamy protection sociale: édition 2018*, Wolters Kluwer, 2018, pp.597-599を参照した。
- 11) C. Bergoignant Esper, *Droit hospitalier*, Dalloz, 2017, p.94
- 12) もともと紙媒体による医療手帳 (carnet de

santé) であったが、2004年法により、電子媒体による個人別医療文書 (DMP) となった。しかし、実証実験を重ねたものの、技術的問題もあり浸透しないまま、2016年法により、略称は同じだが名称が異なる医療情報共有文書に変更された。なお、患者への診療を記録した患者文書 (dossier patient) は、医療機関が紙または電子媒体により作成し、原則20年間の保存義務があるが、共有医療文書とは別物である。

- 13) 地域支援プラットフォームは、地方医療庁が中心となって構築する地域医療連携のためのプラットフォームである。これにより、主治医等の開業医から他の医療機関への流れ、病院からの退院後の医療の流れなどを円滑化することが期待されている。
- 14) マスキングにより医療のリスクが高まるが、それに関して医療関係者は免責される (CSP. L.1111-15)。
- 15) 患者の受診までの平均日数は、一般医が6日、専門医は20日以上であり、なかでも眼科医は80日を要する (*Études et Résultats*, n° 1085, Drees, octobre 2018)。
- 16) 医療経路に関しても、2016年法が重要であり、(dir.) A. Laude et D. Tabuteau, *La loi santé: Regards sur la modernisation de notre système de santé*, Presses de l'EHESP, 2016, pp.47-98を参照した。
- 17) 地方保健医療計画は、全国保険戦略等を踏まえ、地方医療庁が複数年の目標と達成手段も含め策定する地方の医療の基本となる計画で、①戦略的方針枠組、②地方保健医療組織基本計画、③最困窮者向け地方予防・医療アクセスプログラムにより構成される。
- 18) *Le barème liaisons sociales n°122*, 31 juillet 2018, Wolters Kluwer, pp. 127-129
- 19) <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1069>
- 20) 本稿は、科研費研究補助金 (基盤研究 (C)) : 課題番号18K01303による研究成果の一部である。

特集：諸外国の「主治医機能」について

オランダにおける一般医制度の概要

産業医科大学教授

松田 晋哉

Matsuda Shinya

オランダでは医療サービス利用に際して患者はまず自分が登録している一般医を受診することが原則となっており、患者は救急医療などを除いて一般医の紹介状なしに病院およびそこで働く専門医を受診することはできない（Gate keeping）。一般医への登録は家族単位で行われるが、ほとんどの国民が15分以内にかかることができる一般医に登録している。医療の継続性を担保するために、このような病診連携をベースにICTの活用も進んでいる。

1. はじめに

オランダはわが国と同様、社会保険制度によって全国民の医療を保障している。しかし、国レベルで医療保険基金（CVZ）による財政調整が行われながらも、保険者は営利・非営利の民間保険組織であり、被保険者が給付内容に従って1年単位で加入する保険者を変更できる仕組みとなっている。このような競争の基本原則となっているのが、Enthovenの提唱した「管理競争（Managed competition）」（Enthoven MC, 1986）であり、オランダはそれを国の施策として世界で最初に導入した国である。はたしてこの仕組みが医療費の適正化と質の向上の両立という点において本当に機能するのかは今のところ不明である。こうした管理競争も含めてオランダは「常に1,000の社会実験が行われている」国といわれる。そのために、各国の医療政策担当者はオランダの医療分野における社会実験の動向に常に関心を払っている。しかしながら、その基盤にあるのは社会連帯の理念であり、また一般医（General Practitioner：GP）を基盤とした充実したプライマリ・ケア体制にある。本稿では、オランダの医療制度の概要について、

GPを中心に説明してみたい。なお、オランダの医療制度については、イギリス、フランス、ドイツと合わせて分析した研究成果を書籍にまとめているので（松田, 2017）、関心のある方はそちらも参照していただければ幸いである。

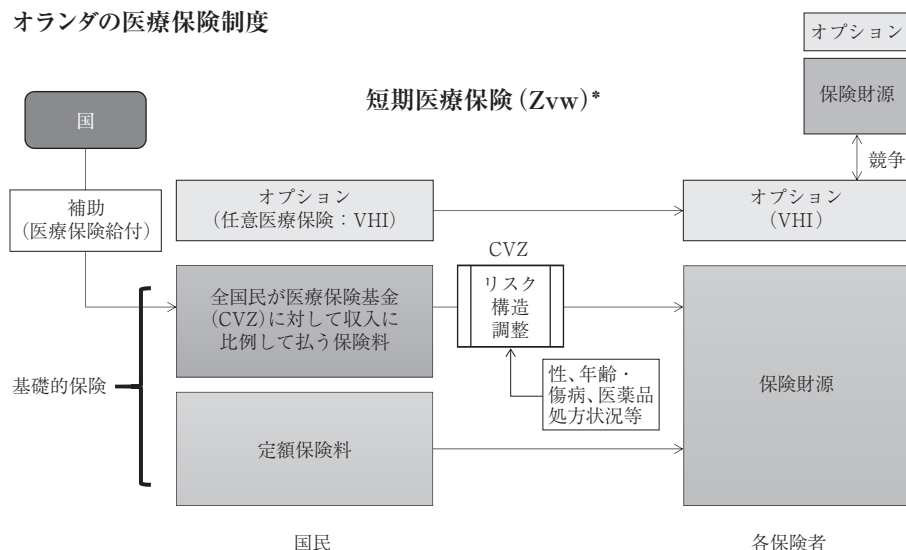
2. 医療保険制度

本節では、まずオランダの医療保険制度について説明する。オランダの医療保険制度はカバーするサービスの種類によって、以下のように短期医療保険と長期医療保険の2種類に分類される。

(1) 短期医療保険

GPによるサービス、専門医によるサービス（精神科医によるものを除く）、歯科サービス（22歳まで）、看護などのパラメディカルサービス、365日を超えない入院サービス、救急サービス、妊産婦サービス、薬剤などの短期医療サービスは短期医療保険という枠組みのなかで給付される。従来、この制度は一定の所得以下の被用者とその家族をカバーする疾病基金保険（ZFW）、一定の所得以上の被用者と自営業者をカバーす

図1 オランダの医療保険制度



*：一般医によるサービス、専門医によるサービス（精神科医によるものを除く）、歯科サービス、看護などのパラメディカルサービス、365日を超えない入院サービス、救急サービス、妊産婦サービス、薬剤などの短期医療サービスをカバーする

る民間保険、そして公務員が加入する公務員保険にわかれていたが、2006年からは全国単一の短期医療保険制度となっている。ただし、保険者はイギリスのNHSのような国全体でひとつのものではなく、非営利・営利の多数の保険者が存在している（ただし、4つの大きな保険者が国民の80%がカバーされている）。

短期医療保険は基礎的保険と任意保険の2つから構成される（図1）。基礎的保険はすべての国民が加入することが義務づけられているものであり、保険者は加入申し込みを拒否することはできない。この基礎的保険の保険料は、各保険者が設定する定額保険料と被保険者が収入に比例して医療保険基金（CVZ）を通じて保険者に支払う保険料の2つから構成されている。また、18歳以下の子供の保険料に相当する部分は、国の税金をもとにCVZを通じて各保険者に支払われる。CVZは加入する被保険者の持つリスクによって、保険者間の財政的不公平が生じないようにするために、性、年齢、社会経済状況、居住地域、前年度の医薬品支出（慢性疾患を持つ患者の場合）などを変数としてリス

ク構造調整を行い、補正した保険料を各保険者に支払う。また、所得比例部分については、すべての国民がこれを支払うことができるよう国から収入比例補助給付（医療保険給付）が行われており、3分の2の家計は額の多寡はあるもののこれを受け取っている。2010年でリスク構造調整の総額は短期医療保険総額の25%となっている。

短期医療保険については免責制が導入されており、年間350ユーロまでは自己負担となる。ただし、一般医（GP）サービス、産科ケア、22歳までの歯科医療は免責制の対象外で、すべてがカバーされる。免責制については、免責額を100ユーロから500ユーロまで追加することが可能であり、それにより保険料を安くすることができる。

任意保険部分は基礎的保険でカバーされないサービスを給付するもので、各保険者が種々の商品を提供している。この任意保険部分については、保険者が被保険者のリスクによっては加入を拒否することが認められている。

(2) 長期医療保険

長期医療保険は例外的医療費支出保障(AWBZ)と呼ばれるもので全国民の強制加入となっている。病院での365日を超える入院、ナースিংホームでの診療などの費用がカバーされる。保険料は所得比例である。保険の運営責任者は国であるが、実際の運用は短期医療保険の各保険者が行う仕組みとなっている。また、AWBZによるサービスを受けるためには、事前にケアニーズの状況について全国に32あるニーズアセスメントセンター(CIZ)での審査を受けることが義務づけられている。利用者はその判定結果に従って、対応するケアパッケージを提供される。ここで重要な点は利用者は現物給付と現金給付(個人予算と呼ばれる)が選択でき、現金給付を選択した場合は、その予算内でサービスを民間事業者から購入することができることである。また、家族や友人をケアワーカーとしてサービスを提供してもらうことも可能である。なお、AWBZによって給付されている長期医療には、わが国の介護保険で給付されているサービス(訪問介護、デイサービスなど)も含まれている。

3. 医療提供体制

(1) 開業医医療

オランダの医療サービス提供システムであるが、それはGPシステムによって特徴づけられる。すなわち、一般的なルールとして患者はまず自分が登録しているGPを受診する。患者は救急医療などを除いてGPの紹介状なしに病院およびそこで働く専門医を受診することはできない(これをGate keepingと呼ぶ)。GPによるGate keepingは非常によく機能しており、GPを受診した場合、96%の患者はGPによる医療サービスのみで完結し、4%の患者のみが二次医療(病院や専門医)に紹介される状況となっている。夜間や週末、祝祭日のGPサービスはGPの共同診療所(GP post; わが国の医師会による休日夜間診療所のようなもの)によって提供される。

このようにGP postは救急医療に関する病院の救急部門の負荷を軽減する役割も担っている。

GPへの登録は家族単位で行われる。1人のGPは平均2,300人の登録患者を持っている。ほぼ100%の国民が15分以内にかかることができるGPに登録しており、予約後おおむね2日以内に受診できている。患者によるGPの選択は自由であるが、患者を多く持っている場合、あるいは患者が診療所から非常に離れた場所に住んでいる場合、GPは患者登録を拒否することができる。オランダ国民は年間平均で5.4回GPを受診しており、特に高齢者でその受診回数が多くなっている。なお、GPの提供する医療の質を保障するためにオランダ一般医協会は85の主訴に関する診療ガイドラインを作成している。

GPに対する報酬の支払方式是3つの方式が組み合わされている(表1)。具体的には登録した医師に人頭制で支払われる定額部分、時間内の診察ごとに支払われる出来高部分、そして時間外の診療に時間単位で支払われる出来高部分である。以上の報酬に関しては国レベルで医

表1 GPの報酬体系

人頭制部分	
一般的地域に居住する住民一人あたりの報酬	
・65歳未満住民	13.00 €
・65歳以上75歳未満住民	14.70 €
・75歳以上住民	15.40 €
過疎地域に居住する住民一人あたりの報酬	
・65歳未満住民	14.70 €
・65歳以上75歳未満住民	16.50 €
・75歳以上住民	17.20 €
出来高部分	
・20分を超えない診察	9.00 €
・20分以上の診察	18.00 €
・20分を超えない往診	13.50 €
・20分以上の往診	22.50 €
・電話による診察	4.50 €
・2回目以降の処方箋発行	4.50 €
・予防接種	4.50 €
・e-mailによる診察	4.50 €
GP post での時間外勤務(1時間当たり)	50.20 €

療ケア機構（NZa）が単一の価格を設定している。この診療報酬は上限額とされており、保険者とGPとの間の契約によって自由に価格が設定できることになっている。なお、GP制度がオランダの医療ネットワークの中核であるという認識から、病院医療で設定されている免責制度はGP受診に対しては適用されない。

医療システムへの市場主義的枠組みの導入実験としては2007年からプライマリ・ケアにおける疾病管理（Disease management）の取り組みも行われている。具体的には糖尿病、慢性閉塞性呼吸器疾患（COPD）、心血管リスクなどに対して1患者年間250～475ユーロの包括管理料が出来高払い対象の診療と別に設定され、それが人頭制で支払われる仕組みとなっている。

オランダでは病診連携におけるITの活用も進んでおり、例えばライデン大学病院と周辺のGPの診療所は電子カルテを共有化し、GPが紹介した患者の診療内容を遠隔で閲覧したり、また大学病院における診察や画像検査などをこのシス

テムを用いて予約できる仕組みが実装されている。こうした仕組みを構築することで、診療の総合性を高め、適切な医療サービス利用を促進する仕組みとなっている。もちろん、こうしたシステム化が可能な前提条件として、被保険者の資格管理が標準化・電子化されていることがある。

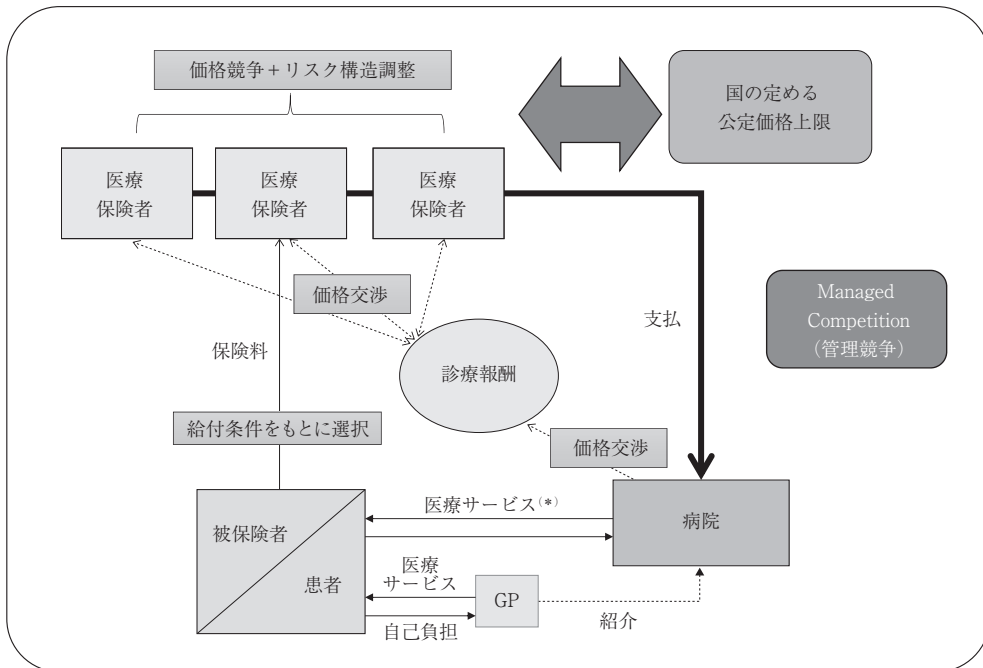
（2）病院医療

病院医療は専門医によって担われている。専門医は雇用関係あるいはパートナーシップと呼ばれる契約により病院施設のみを利用する形態のいずれかの立場を取っている。なお、病院医療サービス（外来も含む）の支払いは、オランダ版DRGであるDBCを基にPPS方式（Prospective Payment System：1件あたり包括支払い）で行われている。

（3）管理競争

オランダはヨーロッパのなかでも市場原理主義的改革に特に熱心な国、なかでも「管理競争

図2 オランダにおける管理競争の仕組み



(Managed competition)」を国際的にはじめて制度化した国として、各国の医療政策関係者の関心を集めている。管理競争とは国による上限価格の設定や保険選択の保証といった制度的制約を設けた上で、競争的な手法により効率的な医療サービスを行う仕組みと定義される。図2はその基本的な仕組みを示したものである。

オランダの短期医療保険制度の場合、基金に支払う所得比例保険料については国が決定するが、定額保険料および任意保険（公的保険では給付対象とならない個室の利用や治療にあたる医師の指名などのアメニティ的なサービスについてカバー）については、各保険者に価格設定の自由が与えられている。そして、国民は保険料と各保険者が契約する医療機関をもとに1年単位で保険者を自由に選択することができる仕組みとなっている。保険者は被保険者を選択することを禁止されており、クリームスキミングが生じないように配慮されている。

GPシステムへの市場原理主義的枠組みの導入実験としては2007年からプライマリ・ケアにおける疾病管理（Disease management）の取り組みが行われており、成果による支払い（Payment for Performance）が、部分的に導入されている。2015年の段階では社会実験として「行われているもの」であるが、慢性疾患を持った患者の診療費を保険者とGPが交渉し、その価格未満で管理すれば、その差額がGPの収入になるというものである。

また、病院医療サービス（外来も含む）のDBCによる支払いについてはDBCごとに国レベルの参照価格が設定され、保険者と各施設はそれを参考に価格交渉を行う仕組みが導入されている。

（4）代替政策と統合医療

オランダの医療制度改革を特徴づけるものが代替政策である（Dekker W, 1987）。かつては医師が行っていた行為を看護師に、そして看護師が行っていたケアを介護士に、質の維持に配慮しながら委譲していくというのが代替政策の

中核的概念である。傷病構造が急性疾患から慢性疾患中心に変化し、キュアよりはケアが重要になっている状況を考えると、こうした代替政策の有効性は高いと考えられる。そして、この代替政策の展開過程で、オランダにおいては医療職がチームでケアサービスを提供する統合医療（Integrated care）が発展している。特に、在宅における統合医療提供体制の充実近年のオランダの医療制度改革において最も注目されているものである。その具体例の一つがBuurtzorgである（堀田, 2012）。この組織は看護師・介護士・リハ職（以下、ナース）が4～12名のチームで、40～60名の在宅患者を担当し、地域の家庭医と協力しながら包括的なケアを提供している。2006年に開業し、2013年には全国約620のチームで約6,500人のナースが約20,000人の利用者（年間約50,000人）にサービスを提供している。この組織は地域の一般医と協力してターミナルケア、がん、慢性疾患、認知症、複数の慢性疾患患者など、ほとんどの在宅ケアニーズに対応してサービス提供を行っている。人件費がかかるこのようなサービス領域で利益率約8%というパフォーマンスを実現しているが、その理由はそのマネジメント体制にある。Buurtzorgの各チームは共通のアセスメントおよび記録方式とチームカンファレンスに基づいて各クライアントの持つ課題に共通認識を持ったうえで、サービス提供にあたるという体制を構築している。35人の管理部門のスタッフが請求事務等の管理業務をICTによって集中的に処理している。そのため間接費は約8%と非常に低く、その分だけナースなどのスタッフの給与を高くすることが可能になっている。より多くのリソースを利用者サービスに割けるため、利用者満足度は高く、また職務満足度も高い。

オランダの医療介護制度については、GPサービスが注目されがちだが、代替政策の推進の過程でジェネラルなコメディカルの活躍の場が広がっていることに注目する必要があると考える。

4.まとめ

以上の、オランダの一般医の制度について説明した。オランダでは、全国民が家族単位で家庭医に登録し、一般的な医療と予防接種などは家庭医によって提供され、必要に応じて専門医療が家庭医からの紹介によって提供される仕組みが構築されている。家族の生活環境や患者の生育環境を理解した上でGPサービスを提供するオランダのプライマリ・ケアモデルはわが国におけるかかりつけ医制度の検討に際して参考になるものと考ええる。

ただし、こうしたオランダのモデルがわが国の医療制度にそのまま適用できるものではないだろう。わが国の開業医は例え内科や外科であっても何らかの専門分野を持ち、それに加えて一般の疾患も診るというタイプが多い。このようなわが国の現状に対し、総合診療医の専門性・必要性を認識し、オランダのような家庭医を育てるべきという意見もある。どちらが望ましいかについて、筆者は明確な回答を持っていないが、日本の患者の専門医志向を踏まえると、何らかの専門を持った家庭医が相互にネットワークを組むことで総合性を高める、あるいは専門診療科を持ちながらも同時に高い総合性を持つというモデルがあってもよいのではないかと思う。これは、わが国の尾道市などですでに実践されている仕組みである。

ネットワークと独立型のどちらが望ましいかは地域条件にもよると考えられるが、いずれにしても国民がかかりつけ医を持つということの重要性は変わらない。そのかかりつけ医がオランダのような一般医であるべきなのか、あるいはフランスのように一般医、専門医を問わず患者が選択した医師とするのか、さらには専門性を持ちながらも総合性を持つ医師とするのかについては、それぞれの国の医療文化の在り方を踏まえたうえで概念化することでよいのではないかと筆者は考えている。

これからのさらなる高齢化を考えれば、慢性疾患を持った患者を総合的に診療し、そして必

要に応じて介護や福祉関係者と連携できる総合的な対応力を持った医師の必要性は今後さらに高まることは間違いない。こうした総合的な対応能力を持った医師の数を増やすことは喫緊の課題であり、それに迅速に対応するためには、専門医としての総合医の研修体制のみではなく、現在日本医師会が取り組んでいるかかりつけ医研修や日本病院会などが取り組んでいる病院総合医の育成プログラムなど、生涯教育体制を充実していくことがわが国においては実際的なのではないだろうか。おそらく最も重要なのはその研修体制である。前述のようにオランダではオランダ一般医協会が一般診療で対応すべき主要な主訴に関する診療ガイドラインを作成するというように、その生涯学習に力を入れている。このような仕組みを参考にわが国の総合診療の在り方を柔軟に考えることが必要であろう。また、高齢者のケアに際しては、総合的なケアを提供できるジェネラルな看護師・介護士の育成も必要であろう。こうした総合性の高いコメディカルが存在なしに、総合医が機能することは難しい。この点もオランダの経験から学ぶべきポイントであると考ええる。

引用文献

- ・Dekker W : Willingness to change, The Hague, SDU, 1987.
- ・Enthoven MC (1986) : Managed competition in health care and the unfinished agenda, Health Care Financ Rev, Spec No : 105-109.
- ・堀田聡子 : オランダのケア提供体制とケア従事者をめぐる方策-我が国における地域包括ケア提供体制の充実に向けて-, JILPT Discussion Paper Series 12-07, 2012.
<http://www.jil.go.jp/institute/discussion/2012/documents/DP12-07.pdf>
- ・松田晋哉 : 欧州医療制度改革から何を学ぶか 超高齢社会日本への示唆 (2017), 勁草書房。

参考文献

- ・Schäfer W, Kroneman M, Boerma W et al (2010) : The Netherlands Health system

review, Health Systems in Transition, Vol.12 (1), 2010.

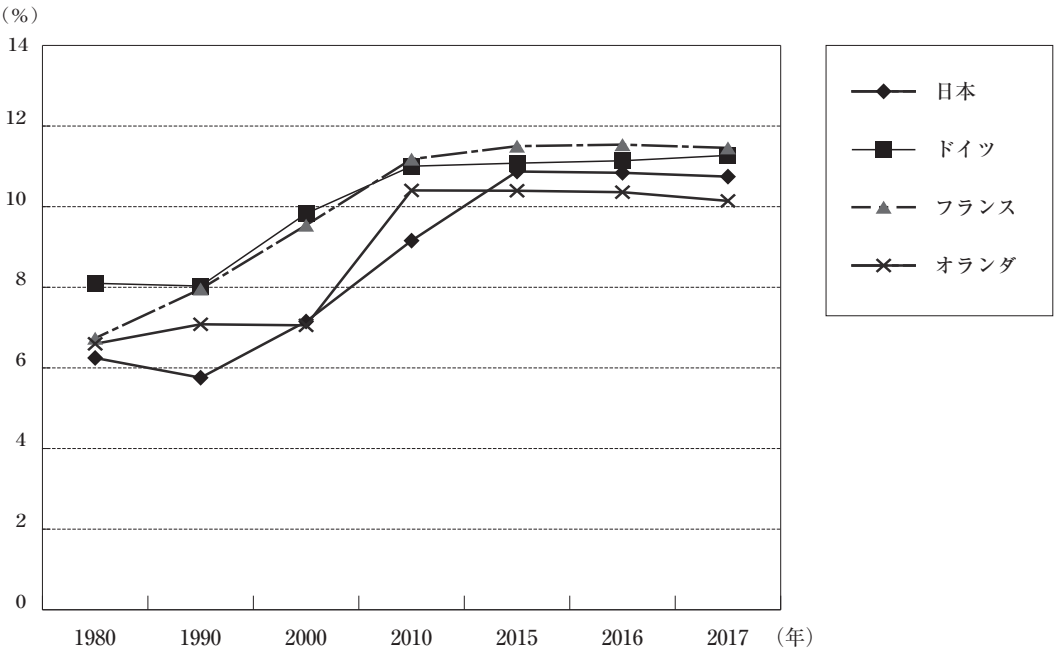
- ・オランダ医療保障制度に関する研究会編：オランダ医療関連データ集【2011年版】、東京：医療経済研究機構、2012.
- ・日本医師会・民間病院オランダ医療・福祉調査団報告書：改革に揺れるオランダ医療－知られざる高コスト構造と我が国への応用－、日本医師会、2013.

1. 基本情報

	(17年)	日本	ドイツ	フランス	オランダ
総人口（千人）		126,706	82,522	66,989	17,082
高齢化率（％）		27.7	21.2	19.2	18.5
合計特殊出生率※		1.44	1.60	1.89	1.66
平均寿命（年）※		男 81/ 女 87.1	男 78.6/ 女 83.5	男 79.2/ 女 85.5 （15年）	男 80/ 女 83.2
失業率（％）		2.9	3.8	9.4	4.9
医療費対GDP（％）		10.7	11.3	11.5	10.1
国民負担率 （国民所得比） （％）※	（A）＋（B）	42.6	53.2	67.1	52.0
	租税負担率（A）	25.4	31.1	40.5	31.9
	社会保障負担率（B）	17.2	22.1	26.6	20.0

（注）合計特殊出生率、平均寿命は各国16年の数値。国民負担率については、各国15年の数値。
出所：総人口・高齢化率はOECD Health Stat 2018 (Demographic References)
合計特殊出生率はOECD Family Database、平均寿命・医療費対GDP比はOECD Health Stat 2018
失業率はLabour Stat 2018、国民負担率は財務省HP「平成30年度の国民負担率を公表します」

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD Health Stat 2018

3. 医療提供体制

(16年)			日本	ドイツ	フランス	オランダ
平均在院日数			16.3	7.5	5.7 (15年)	5.0
病床数	医療施設	急性期	992,131 (7.82)	498,718 (6.06)	210,003 (3.14)	54,424 (3.2)
		長期	338,067 (2.66)	—	31,396 (0.47)	5,403 (0.32)
		精神	334,258 (2.63)	105,026 (1.28)	57,335 (0.86)	16,499 (0.97)
医療 関係者数	医師		308,105 (2.43)	344,755 (4.19)	209,367 (3.13)	59,569 (3.5)
	歯科医師		101,584 (0.8)	70,305 (0.85)	43,026 (0.64)	—
	薬剤師		230,186 (1.81)	52,430 (0.64)	70,025 (1.05)	3,659 (0.21)
	看護師		1,439,721 (11.34)	1,058,000 (12.85)	—	180,262 (10.58)

(注) 1. 下段のカッコ内は人口千人当たり。

2. 平均在院日数は急性期の数値。

出所：OECD Health Stat2018 (Health Care Utilisation Hospital AggregatesとHealth Care Resources)

4. 掲載国通貨円換算表 (2018年11月末現在)

(単位 円)

ドイツ・フランス・オランダ (1ユーロ)
130.69

健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4
TEL:03-3403-0928 FAX:03-5410-2091
E-mail:shahoken@kenporen.or.jp