

## 社会保障言論

かかりつけ医の普及は  
急がば回れ

**来** 年度の予算編成は大詰めを迎えた。焦点はやはり社会保障分野で、給付減・負担増のメニューがずらりと並び、その中で気がかりなひとつは「かかりつけ医」の扱いだ。

## 財務省の異例の提案

政府の「経済・財政再生計画」には、かかりつけ医普及のため「かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担導入」が盛り込まれ、「関係審議会」で結論を得て17年通常国会へ法案提出の段取りである。財務省は、いち早く財政制度等審議会にその素案（制度のイメージ）を提案した。

患者が「かかりつけ医」として一定の要件を満たす「診療所等」を選び、加入する保険者に登録する仕組みである。その「診療所等」には在宅療養支援診療所のような24時間対応は求めず、算定要件の厳しい「地域包括診療料」の対象外にもするという。

この緩やかな条件で設ける「かかりつけ医」を経由しないで他の診療所や病院を受診した際は定額負担を徴収する。具体額は示されていないが、「診療所は低

額、病院は大規模ほど高額」にする。また、「かかりつけ医」と相談のうえ耳鼻科や眼科などの専門科を受診する場合は定額負担が免除される。

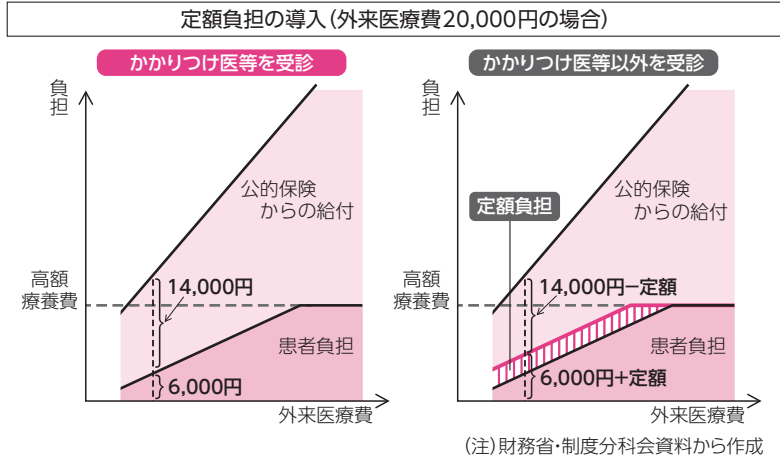
## 普及策か財政対策か

広く患者に「かかりつけ医」の選択・登録を求める点では踏み込んだ提案である。「外来の機能分化を進める」方策でもある。

しかし、訪問診療の実施や介護サービスとの連携等がかかりつけ医として欠かせないが、細かな要件は不明だ。「かかりつけ医」として選ぶ「診療所等」に病院の勤務医を入れるのかどうか、この素案では定めていない。勤務医をかかりつけ医とする患者は多く、あいまいなままでは外来の機能分化は進まない。

大病院への直接受診時は、現在の紹介状なしの初診5000円以上の徴収に定額負担が上乘せされる。しかも、この定額負担はもちろん現行の大病院での特別徴収も病院収入ではなく保険財政の収入に切り替える、という。

新たな定額負担は「高額療養費」の対



象に含め、その限度額内での徴収にとどめる。限度額は患者の収入や年齢に応じて10通り近くに分かれ、複雑な徴収体系になるだろう(図参照)。

もともと提案自体が「かかりつけ医以外を受診した場合の定額負担導入」と銘

打ち、かかりつけ医の普及策より財政対策の印象が強い。

## 英仏の先行例を教訓に

日本と同様に「皆保険」のうえ「フリーアクセス」だったフランスは、05年から、16歳以上には任意ながら「かかりつけ医」への登録を求め始めた。

その紹介状なしでも専門医や病院を受診はできる緩やかな制度だが、当初はかかりつけ医経由は3割負担、直接受診は4割負担とした(救急、小児科、産婦人科、精神科、眼科、耳鼻科などは対象外)。しかし、登録者は増えず、09年からかかりつけ医経由でないと7割負担(保険給付3割)に切り替えられた。通常は3割負担(保険7割給付)だから、あつという間に対象者の98%が登録した。同国では外来は費用の全額を払い、後日払い戻しの償還制を採るため、この負担増は特に効いた。

報酬面でも出来高払いから原則包括払いに切り替えられた(検診・カルテ管理・高齢者や小児ら向け、緊急往診など多数の加算あり)。これに併行して医学部教育に総合診療医・養成課程の導入、

その学位の授与による地位向上などが進められた。

他国の制度を直輸入することはできないが、財務省案のわずかな負担増での誘導策は通用しないのではないか。

公費医療の英国では国民に診療所(通常は医師6~7人常駐)への登録を義務づける。診療所群のプライマリケアで90%の健康問題に対応し、その経費はNHS(国民保健サービス)の総予算の8%に収まる。同国の研究例では、患者のうち一次医療(診療所)で96%は対処可能、病院での治療が必要なのは4%という(中小病院の二次医療3%、大病院の三次医療1%)。

かかりつけ医を軸にするプライマリケアの普及・拡充は、何より地域住民に安心を与え、優れた費用対効果をもたらす。その確信のもとに文字通り「関係審議会」の衆知を結集してほしい。短期的な財政対策へ流れると、安物買いの銭失いに陥ってしまう。

■宮武 剛(みやたけ こと)

毎日新聞社・論説副委員長、埼玉県立大学・目白大学 大学院の教授を経て、財団法人・日本リハビリテーション振興会理事長、財務省「財政制度等審議会」委員やNPO「福祉フォーラムジャパン」会長も務める。