

〔論文〕

フランスにおけるかかりつけ医制度の導入

— 高齢化する社会における開業医の役割 —

松 本 由 美

はじめに

高齢化の進展に伴い、フランスでは慢性疾患や複数の疾病を抱えながら地域で暮らす人々が増えている。これらの人々にとっては、身近な開業医のもとで継続的に適切な治療を受けて疾病をよりよく管理し、悪化を予防することが重要である。また、高齢化や医療技術の進歩によって医療費は増加し続けているが、これを可能な限り抑制することはフランスの医療政策の最重要課題の一つとなっている。このため、医療資源を効率的に活用し、不必要な医療をなくし、さらには疾病を予防することが政策的に重視されている。

これらの課題に対応するため、1990年代後半から開業医の役割に関心が寄せられるようになった。開業医には、患者に必要な医療をつなぐ連携の核となることに加えて、地域住民の疾病予防の推進役となることが期待された。そのようななかで、2000年代半ばにかかりつけ医（médecin traitant）制度が導入され、フランスの外来診療のあり方は大きく変化した。

かかりつけ医は患者が医療サービスを受けるうえでのゲートキーパーとしての役割を担うが、自由医療の伝統が色濃く残るフランスの外来診療の領域において、患者のフリーアクセスを制限し、開業医の活動に制約を課すかかりつけ医制度は、いかにして導入されたのであろうか。また、かかりつけ医は医療政策上の課題の解決にどのように寄与しているのだろうか。

フランスのかかりつけ医制度については、加藤(2012)、松本編(2015)等により、制度の目的や概要が紹介されている。また、田中(2007)では、かかりつけ医機能をめぐるフランスとドイツの比較検討が行われ、日本におけるかかりつけ医制度の設計における検討課題が明らかにされている。しかしながら、これまでの研究では、制度導入後のかかりつけ医の機能の拡充、とりわけ疾病予防や慢性疾患の管理等の役割の強化とそれに伴う新たな診療報酬制度については十分な検討が行われていない。これらの政策的な取り組みについて検討することは、今日のフランスのかかりつけ医の役割を理解するために不可欠であると考えられる。

日本ではフランスよりも早いスピードで高齢化が進展しており、外来診療の領域におけるよりよい医療提供のあり方が模索されている。フランスにおけるかかりつけ医制度の導入とかかりつけ医を軸とした医療連携の構築について検討することは、日本の医療政策を考える上でも重要である。このような問題意識のもとで、本稿は、フランスにおけるかかりつけ医制度とかかりつけ

医の役割を強化するための諸施策について検討し、日本の医療政策への示唆を得ることを目的とする。

1. かかりつけ医制度の導入

(1) フランスの外来診療の概要

かかりつけ医制度について検討する前に、まず、フランスの外来診療を理解する上での重要点を確認しておきたい。フランスに住むすべての人は医療保険によってカバーされており、医療サービスを受けた場合の費用の一部は医療保険によって負担される。原則として、外来診療は開業医によって、入院診療は病院によって担われている。開業医から診療を受けた場合の医療保険の給付率（償還率）は医師の報酬の70%であり、残りは患者の自己負担となる。この患者自己負担が低所得者の受療抑制を招く可能性があることから、2000年に補足的な普遍的医療給付（CMU complémentaire 以下、補足的CMUとする）が創設され、一定所得以下の者は患者自己負担なしで医療が受けられる仕組みとなっている。なお、かかりつけ医制度が導入されるまでは、日本と同様に、患者が開業医を自由に選んで受診する「フリーアクセス」の仕組みであった。

外来診療を受けた場合には、原則として患者が医師に対して医療費の全額を支払い、事後的に医療保険から費用の一部が払い戻される償還払い制がとられている¹⁾。外来診療に対する報酬支払いは歴史的に「出来高払い」により行われてきたが、近年、報酬の多様化が進んでおり、開業医の収入に占める出来高払い以外の報酬が比重を増しつつある。

外来診療を担う開業医は、一般医と専門医に区分される。さらに診療報酬に関しては、医療保険と医師組合との間で締結される医療協約に基づく協約料金で医療を提供する「セクター1」の医師と、協約料金を上回る金額を請求することができる「セクター2」の医師が存在する。本稿の検討対象であるかかりつけ医の多くは、セクター1の一般医である。

外来診療に関する政策の実施においては、国が政策の方向性や制度の枠組みを定め、実施のための具体的な方法等については医療保険と医師組合によって締結される医療協約に委ねられる部分が多い。

日本とフランスの医療保障システムを比較した場合、すべての人を医療保険がカバーする国民皆保険が実現していること、フリーアクセスであること（フランスではかかりつけ医制度導入前まで）、外来診療の報酬は出来高払いが中心であること、自由開業医制がとられていること等、多くの共通点が確認できる。

1) 償還払い制のもとでの医療費の全額前払いは、一時的なものであるにせよ、患者にとっては大きな経済的負担となることから、実際には政策的な配慮のもとで前払いの免除（この場合は、日本と同様に医療保険から医師へ直接支払いを行う「第三者払い」）が実施されている。免除の対象となるのは、低所得者、長期疾病患者、高額な医療を受けた患者等である。医療費の前払いをめぐる状況は、2016年1月26日の医療システム現代化法により大きく変わりつつある。同法では、第三者払いを一般化させることが企図されている。

(2) 指定医制度の導入

患者にとって身近な存在である開業医を核としてよりよい医療提供のあり方を目指す試みは、かかりつけ医制度が導入される前から行われていた。1990年代後半、診療を受ける医師をあらかじめ選定する指定医 (médecin référent) 制度が創設された。これは医療協約において実施方法が定められ、希望する患者と開業医が利用できるようになった仕組みである。指定医制度のアイディアが最初に示されたのは、1997年に締結された医療協約の補則 (avenant) においてであったが、本格的な導入は、1998年に一般医と医療保険との間で締結され医療協約によってである²⁾。この医療協約では、「医療(ケア)の連携 (coordination des soins)」が医療提供システムを改善するための本質的要素であるという協約当事者の認識に基づき、これを実現するための新たな仕組みとして指定医制度が創設された。指定医制度は、医療の質、予防と公衆衛生の活動、医学的な管理と医療の継続性、医療へのアクセス条件の改善および医療費の適正化にポジティブな影響を及ぼすことが期待された。

まず、指定医制度の概要を見ておきたい。指定医制度への参加を希望する16歳以上の被保険者と被扶養者(以下、被保険者とする)は、一般医のなかから希望する医師を指定医として選択し、加入している医療保険の金庫に届け出る。指定医を登録した場合、被保険者が医療を受ける際には、まず指定医の診察を受けなければならないという制約はあるが³⁾、医療費の償還払い制のもとで求められる費用の前払いが免除されることに加えて、協約料金が適用されるため超過料金の負担が生じないといったメリットを享受できる。一方、指定医制度を利用する医師は、医療の継続性や連携、医療の質およびアクセスの改善を促進するために定められた医療活動に関する条件を満たさなければならない。それらの条件とは、医療の質を確保するために定められた医療活動量の上限を超えないこと、対象となる患者への医療費請求は協約料金に基づくものとする、患者の医療情報をまとめた総括文書 (document médical synthèse) を整えること、治療上同等の薬が複数存在する場合には高額でない薬剤を処方すること、検診後の継続管理や予防の利益を患者に説明すること等である⁴⁾。これらの義務を果たすことと引き換えに、指定医には一人当たり年間150フランの定額報酬 (rémunération forfaitaire) が支払われる。この仕組みのもとで一般医は、患者の診療を通じて受け取る通常の出来高払いの報酬に加えて、この定額報酬を受け取ることができた。

2005年の時点で、8000人の指定医が150万人の患者に対して指定医制度に基づく医療提供を行っ

2) 当該医療協約は、「一般医の全国協約の承認に関する1998年12月4日のアレテ (省令)」により承認され、発効した。

3) 指定医制度を利用する被保険者は、緊急時や一時的に住居を変更した場合等の例外的なケースを除き、他の一般医のもとで診療を受けることはできないこととされた。また専門医を受診する必要がある場合には、指定医との協議に基づき選択された医師を受診することとなっていた。

4) 指定医が満たすべき医療活動の条件は、「一般医の全国協約の承認に関する1998年12月4日のアレテ」のAnnexe IIに定められた。実際には、指定医に求められた義務の大半は、すでに法律や協約によってすべての医師に課されていたものであったとの指摘がなされている (Dupeyroux et al., 2008 : 512)。

ていた (Dupeyroux et al., 2008 : 512)。指定医制度を利用した医師及び患者は限定的であり、大きな成功を収めたとはいえないが、自由医療の伝統を重視する外来部門において、開業医の活動に一定の制限を加える仕組みが導入されたことの意味は大きい。指定医制度は、次に検討するかかりつけ医制度の導入により姿を消すこととなる。

(3) かかりつけ医制度

2005年から指定医制度に替わる新たな制度として、かかりつけ医制度が実施されることとなった。指定医制度が医療協約に基づく仕組みであったのに対して、かかりつけ医制度は法律に基づく恒常的な制度である。かかりつけ医制度は、医療保険に関する2004年8月13日の法律（以下、2004年法とする）と2005年1月12日に締結された医療協約⁵⁾に基づいて実施されることとなった。表1に示されるように、かかりつけ医制度は、2004年法制定から短期間のうちに実施のためのさまざまな準備が行われ、順調なスタートを切った。

2005年の医療協約には、「かかりつけ医の任務」が次のように列挙されている⁶⁾。①一次医療 (le premier niveau de recours aux soins) を保障する。②「連携された医療の経路 (parcours de soins coordonnés)」(後述)において患者を必要な医療につなげ、患者の健康状態が許容し

表1 かかりつけ医制度の導入をめぐる政策の動き

2004年8月13日	医療保険改革法の公布。
2005年1月1日	被保険者のかかりつけ医の選択が始まる。
2005年2月12日	医療保険と医師代表との間で締結された医療協約が官報で広報される。
2005年3月30日	各被保険者に通知文とかかりつけ医の申告様式が郵送される。
2005年6月17日	補足的CMUの限度額を少し上回る収入のある人々に対する医療費前払いの免除を2006年1月1日から義務化するため、医療保険と自由医の組合との合意が締結される。
2005年7月1日	かかりつけ医によって「連携された医療の経路」が予定通り実施される。
2005年12月	医療保険によって100%負担される長期疾病患者のための医療プロトコルの様式をかかりつけ医が使用することが可能になる。
2005年12月17日	疾病保険金庫全国連合が、医療の経路外で実施された医療の償還率を10%引き下げることとを決定。
2006年1月1日	医療の連携を促進するための経済的な刺激策が実施される。
2006年1月	補足的CMUの対象ではない低所得者（補足的CMUの限度額の15%超過までの者）の医療へのアクセスを容易にするための費用の前払い免除を開始する。
2006年3月3日	特定の予防活動へのかかりつけ医の参加のための合意を締結。三つの優先テーマ：65歳以上の患者の薬の相互作用の予防、50歳以上の女性に対する乳がん検診、糖尿病患者に対する心臓・循環器リスクの予防。
2006年7月	医療保険が薬の相互作用のリスクに対する注意を喚起するためのプログラムを開始。

出所：L'Assurance Maladie, 2007 : 7 を一部修正。

5) 当該医療協約は、「一般医と専門医の全国協約を承認する2005年2月3日のアレテ」によって承認され、発効した。

6) 「一般医と専門医の全国協約を承認する2005年2月3日のアレテ」のAnnexeの1.1.1.による。

うる診察期限を連携医 (médecin correspondant) に伝達する。③予防医療 (検診、健康教育等) を提供し、健康増進に寄与する。④(患者に関わる) 他の介入者との協議を通じて、長期疾病治療のプロトコル化に努める。プロトコルの作成は、患者の治療に関わる医師と連携し、あるいは連携医の提案に従って、かかりつけ医 (一般医・専門医) によって行われる。⑤多様な介入者によって提供された情報を総合し、個人医療情報 (dossier médical personnel) に統合することにより、連携を促進する。⑥診察室が閉まっている時間帯の医療アクセスを確保することのできるすべての情報を患者に提供する。このように、かかりつけ医には多様な役割が期待されているが、後に検討するように、新たな報酬支払い制度を通じてこれらの任務の遂行が強く促されていくこととなる。

ここで、かかりつけ医制度の概要を被保険者の視点から確認しておきたい (表2参照)。かかりつけ医制度の対象は16歳以上の被保険者と被扶養者 (以下、被保険者とする) である。対象となる者はかかりつけ医を選択し、加入する医療保険にかかりつけ医を届け出る⁷⁾。被保険者はかかりつけ医を自由に選択することができ、一般医・専門医のいずれから選択することも可能である⁸⁾。また、かかりつけ医はいつでも変更することができる⁹⁾。

外来診療を受ける場合には、まずかかりつけ医の診察を受け、必要がある場合は、かかりつけ医の紹介によって他の医師の診察を受ける。なお、産科、婦人科、眼科、精神科等の特定の専門医には直接アクセスすることが可能である。かかりつけ医の紹介を通じて受診する医師は連携医と呼ばれ、かかりつけ医と連携医との間では、患者に関する情報交換等に基づく連携が行われる。患者とかかりつけ医、さらにはかかりつけ医と連携医との関係に基づく医療提供のあり方は、「連携された医療の経路」と呼ばれる。

表2 かかりつけ医制度の概要

対象者	16歳以上の医療保険の被保険者と被扶養者
選択できる医師	一般医・専門医 (勤務医も選択可能)
受診方法	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医の診察を受ける。 ・他の医師の診察を受ける場合には、かかりつけ医の紹介による (眼科等の特定の専門医へは直接受診可能)。
主なメリット	<ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医を選択した者が上記の方法により受診した場合には、従来の高い償還率 (70%) が適用される。 (その他の場合は、低い償還率 (2009年より30%) が適用される。) ・「連携」に基づく医療を受けることができる。

出所：筆者作成。

7) 被保険者はかかりつけ医を選択し、「かかりつけ医選択届出書」を加入する医療保険の金庫に提出する。この届出書には、かかりつけ医の同意のサインが必要である。

8) 開業医のみではなく、病院勤務医、保健センター (centre de santé) や医療社会施設 (établissement medico-social) の勤務医をかかりつけ医として指名することも可能である。

9) 変更を行っても被保険者には何ら不利益もないことから、実際に一定数の被保険者がかかりつけ医の変更を行っている。例えば2011年には、かかりつけ医制度の利用者の8.5%が年に一回以上かかりつけ医を変更している (Cour des comptes, 2013 : 191)。

表3 患者自己負担の加算割合の推移

法令(デクレ)で定められた引き上げ幅	定められた割合	効力発生日
7.5%～12.5%	10%	2006年1月1日
12.5%～22.5%	20%	2007年9月2日
37.5%～42.5%	40%	2009年1月31日

出所：Cour des comptes, 2013：195.

被保険者がかかりつけ医を選択していない場合、あるいはかかりつけ医を経ずに直接他の医師の診療を受けた場合（「連携された医療の経路」外の受診）には、自己負担の割合が引き上げられる（つまり、償還率が引き下げられる）¹⁰⁾。外来で医師の診察を受けた場合の自己負担の割合は30%であるが、「連携された医療の経路」外で受診した場合には、2006年1月1日から自己負担の割合に10%が加算されることとなった。自己負担の加算割合はその後段階的に引き上げられ、2009年1月31日以降は40%となっている（表3）¹¹⁾。かかりつけ医制度を利用することは、被保険者にとって強制的なものではない。しかしながら、かかりつけ医を選択しない場合や、「連携された医療の経路」外で診察を受けた場合の経済的なペナルティが大きいことから、被保険者はかかりつけ医を選択し、「連携された医療の経路」を遵守するよう誘導される。

かかりつけ医制度と先の指定医制度との主な相違点として、次の二つの点を挙げることができる。一つは、指定医制度では対象となる医師が一般医に限定されていたのに対して、かかりつけ医制度では一般医に加えて専門医も対象とされたことである。二つ目は、制度利用の誘因に関する点である。指定医制度では、患者に対しては医療費の前払いの免除および協約料金の適用というメリットによって、指定医には包括報酬の支払いという経済的メリットによって制度の活用が促されていた。これに対してかかりつけ医制度では、患者に対して、制度を利用しない場合には自己負担割合を引上げるという経済的ペナルティを科すことによって、かかりつけ医の選択と「連携された医療の経路」内の受診が促される。かかりつけ医に対しては、後述の新たな報酬制度に基づく経済的なメリットを付与することにより、制度の活用が促されていくこととなる。

(4) 実施状況

かかりつけ医制度の導入とそれに基づく「連携された医療の経路」は、医療保険の被保険者や医師にどのように受け止められたのであろうか。まず、制度導入から間もない時期の被保険者の状況について確認しておく。かかりつけ医を選択した被保険者の割合は、2005年末には70%、

10) なお、緊急時に他の医師により診療が行われた場合や、被保険者が安定的・継続的に居住している場所以外で診療が行われた場合には、自己負担の増額は適用されない。

11) 自己負担の加算割合が40%の場合、本来の開業医の診療の自己負担率30%に40%が加えられ、診療料金の70%が自己負担となる。

2006年末には80%となり (L'Assurance Maladie, 2007 : 7), かかりつけ医制度は短期間で広く浸透した。また, 2006年に実施された調査によれば¹²⁾, 調査対象者がかかりつけ医を選択した理由は, 「義務 (obligatoire) であるから (回答率82%)」, 「医療費の償還においてペナルティが科されないように (同44%)」, 「社会保障の費用削減を支援するため (同31%)」, 「よりよく医療が受けられるようになるから (同22%)」, 「医師が勧めたから (同13%)」であった (IRDES, 2007 : 1)。かかりつけ医の選択を「義務である」と不正確に理解していた被保険者が多かったが, これに関しては, 制度改革をめぐっての政府, 医療保険およびメディアの情報伝達に原因があったのではないかとの指摘がある (IRDES, 2007 : 2)。また, 同調査において, この時点でもかかりつけ医を選択していた者の93%はすでに馴染みの医師 (médecin habituel) あるいは家庭医を持っていると回答していたが, これらの者は, ほぼ無条件にそれらの医師をかかりつけ医として選択していた。また, 対象者の約20%はかかりつけ医を選択していないが, その理由の多くは「機会がない」あるいは「時間がない」といった理由であり, 「医師を自由に変更したいから」という理由を挙げた者は5%のみであった。

かかりつけ医を選択する者の割合は, その後も漸増傾向にある。表4により, フランスの人口のおよそ90%が加入している総合的な社会保険制度である一般制度 (régime général) における状況を見てみると, 2007年以降も, かかりつけ医を選択した者の割合が増加し, 2011年末にはほぼ90%に達している。かかりつけ医を持つ被保険者は3,571万人であり, 指定医制度の20倍以上の規模である。

次に, かかりつけ医の状況について見ておきたい。2007年1月にとりまとめられた調査データによると¹³⁾, この時点で99.5%の被保険者がかかりつけ医として一般医を選択しており, 専門医を選択した患者は0.5%に過ぎなかった。これにより, 一般医の98%はかかりつけ医としての役割を担う状況になった。残りの2%の一般医は, 民間病院で勤務している医師等であった。一般医の受け持つ平均の患者数は574名であった。また, 表4により一般制度におけるかかりつけ医

表4 一般制度におけるかかりつけ医制度の実施状況 (2007~2011年)

	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年
かかりつけ医の数	92,514	94,954	95,896	95,677	94,909
かかりつけ医を選択した被保険者の数	31,133,743	32,917,703	34,340,367	35,090,268	35,710,457
かかりつけ医を選択した被保険者の割合	81.5%	85.5%	88.3%	89.0%	89.7%

出所 : Cour des comptes, 2013 : 192.

12) IRDES によって2006年に実施された本調査は, 約8000世帯の2万2000人を対象としたものである。これらの対象者は, フランスの医療保険制度を構成する三つの主要な制度の被保険者である (IRDES, 2007 : 3)。

13) L'Assurance Maladie (2007 : 3) を参照。

数の動向を確認すると、年によって微増、微減はあるものの、2008年以降は約9万5000名の医師がかかりつけ医として活動している。

かかりつけ医制度は医療費の抑制にも貢献している。先に見たように、患者が「連携された医療の経路」外で医療を受けた場合には、医療費の自己負担が増額される。このことは、必要性の低い受診を思いとどまらせ、さらには経路外で受診した場合の医療保険からの償還額を削減する効果をもつと考えられる。会計検査院の2013年の報告書によると、患者の自己負担の増額により、2011年には医療保険制度全体で2億600万ユーロの費用の削減が実現した（Cour des comptes, 2013：195）。さらに、より本質的な変化としては、医療の連携による医療費の抑制効果や医療の質の改善が重要である。制度の導入により、異なる医師間でよりよく情報のやり取りがなされ、連携が強化されるようになるため、患者は採血やレントゲン写真の撮影等の不要な検査の繰り返しを避けることができる。また、処方重複や健康に悪影響を及ぼす薬の相互作用のリスクを防ぐこともできる（GIP SPSI, 2013：24）。

かかりつけ医制度が短期間のうちに医師や被保険者に浸透したのはなぜだろうか。かかりつけ医制度導入以前に指定医制度が存在していたこと、多くの人がすでに馴染みの医師や家庭医を持っていたこと、かかりつけ医を変更することが容易であること（それゆえ、制度利用への抵抗感が和らげられたこと）等は、かかりつけ医制度の受入れと定着を促した要因であると考えられる。なお、制度導入直後において、多くの人が、かかりつけ医を選択することは「義務である」と不正確に理解していたことも、かかりつけ医の選択を促す要因の一つになったと考えられる。いずれにせよ、開業医へのフリーアクセスを制限するかかりつけ医制度は、フランスに住む人々に受け入れられたといえる。

2. かかりつけ医を対象とした新たな報酬

開業医による外来診療に対しては、歴史的に「出来高払い」によって報酬が支払われてきたが、かかりつけ医制度の導入とあわせて、かかりつけ医の役割を強化するための定額報酬が導入され、拡充されていく。以下で検討していく定額報酬等は、従来の出来高払いの報酬に加えて支払われる補足的な報酬である。

(1) 長期疾病定額報酬

医療保険と医師組合との間で締結された2005年の医療協約において、長期疾病（*affection de longue durée*）の患者に対する特別報酬（以下、長期疾病定額報酬とする）が創設された。当該医療協約では、かかりつけ医の任務として医療の連携を促進することが掲げられたが、まず、医療の連携と継続性を最も必要とする長期疾病患者への対応を強化する必要があると考えられた。なお、この場合の長期疾病とは、その疾患の重症度と慢性的な性質により長期間にわたって費用

のかかる治療が必要な疾病であり、対象となる疾病は法令によって定められている¹⁴⁾。具体的には、重症の心不全や高血圧、糖尿病、認知症、慢性呼吸不全等が長期疾病に該当する。患者の疾病がこれらの定められた長期疾病に該当する場合は、医療を受けた場合の費用の100%が医療保険の負担となり、自己負担が発生しない（協約料金の場合に限る）。

長期疾病を有する患者のかかりつけ医は、患者一人当たり40ユーロ（年額）の定額報酬を得ることができる。これは、長期疾病の治療や管理に必要な医療的な連携、さらには医療プロトコル（protocole de soins）の作成や見直しに対応する報酬である。医療プロトコルは、患者および連携医との協議を踏まえてかかりつけ医によって作成されるが、これには、長期疾病を継続的に治療し、管理していく上で必要な医療¹⁵⁾、疾病の治療に関わる他の医師¹⁶⁾等が明記される。医療プロトコルの作成は、患者の医療費負担の免除の決定にかかわるため重要な意味をもつ。つまり、作成された医療プロトコルは医療保険の顧問医師（médecin conseil）によって検討され、定められた長期疾病に該当することが認められた場合には、当該長期疾病の治療に要する費用は医療保険によって100%負担されることとなる。なお、医療プロトコルには医療保険の顧問医師によって期限が付されることとなっており、かかりつけ医には、患者の疾病の状態や治療上の進歩を考慮して、必要に応じて医療プロトコルを見直すことが求められる。

（2）かかりつけ医定額報酬

2011年7月26日に医療保険と医師組合との間で新たな医療協約が締結されたが、重要テーマの一つは、かかりつけ医と連携医の役割を重視し、保健医療の専門職によって連携される医療の経路を強化することであった¹⁷⁾。この医療協約の補則により¹⁸⁾、かかりつけ医を対象とした新たな定額報酬である「かかりつけ医定額報酬（forfait médecin traitant）」が導入された。先にみた長期疾病定額報酬は、自己負担が免除される長期疾病の患者のみを対象としていたが、新たな定額報酬はそれ以外の患者に対する予防や継続的な管理を改善する目的で導入されたものである。対象となるのは、協約料金で医療を提供するセクター1の医師および医療アクセス契約

14) 対象となる長期疾病は、社会保障法典のD.164-4条に定められている。長期疾病の最新の基準はCritères médicaux（2016年7月）において具体的に示されている。（http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/ParcoursALD_30_FichesCriteresMedicaux_Juillet_2016.pdf 最終アクセス2017年12月10日）。

15) 医療保険によって100%負担される医療に加えて、必要な場合には通常の償還率の適用となる医療についても記載される。

16) 他の医師が医療プロトコルに記載された場合、かかりつけ医を経ずに直接診察を受けることが可能となる。

17) その他の重要テーマは、成果払い報酬の導入、医療不足地域での医師の開業の支援施策の継続、医療費の医学的抑制と継続研修に関する政策の継続等である。IRDES（2016：10）参照。当該医療協約は、「一般医と専門医の全国協約の承認に関する2011年9月22日のアレテ」によって承認され、発効した。

18) かかりつけ医定額報酬に関して定めているのは補則No.8であり、2012年11月29日のアレテによって承認されたものである。

(contrat d'accès aux soins)¹⁹⁾を締結したセクター2の医師である。これにより、2013年7月1日から、自己負担の免除を受けていない患者（定められた長期疾病に該当する患者以外の患者）を受け持つかかりつけ医は、患者一人当たり5ユーロ（年額）で算定された定額報酬を受け取ることができることとなった。

（3）高齢者加算

かかりつけ医定額報酬に加えて、2011年の医療協約によって、高齢の患者の治療を担う医師の役割を強化するため、「高齢者加算（majoration personne âgée）」が導入された。これは、高齢者の抱える複数疾患や薬の相互作用等に留意した継続的治療の複雑さを考慮するための新たな加算である。これにより、セクター1の医師と医療アクセス契約を締結したセクター2の医師が80歳以上の高齢者に対する診察あるいは往診を行った場合、それぞれ一回当たり5ユーロで計算された加算金が3か月ごとに支払われることとなった。

高齢者加算はかかりつけ医のみを対象としたものではないが、高齢化の進展とともに高齢患者が増加していくなかで、かかりつけ医の医療活動の負担の増加を経済的に評価するものであるといえる。

（4）かかりつけ医の患者定額報酬

以上の三種類の定額報酬及び加算の仕組みは、2016年8月25日に締結された医療協約によって、大きく変更される見通しとなっている。当該医療協約によれば、2018年1月1日から、新たに「かかりつけ医の患者定額報酬（forfait patientèle médecin traitant）」が導入される予定であり、実施されれば先の定額報酬等はすべてこれに置き換えられることとなる。新たな定額報酬は、医療の連携の要としてのかかりつけ医の役割により高い評価を与えらるとともに、複雑化した報酬制度を単純化し、透明性を高めることをねらいとしている。なお、2016年1月26日に制定された医療システム現代化法により、16歳未満の年少者に対してもかかりつけ医の仕組みを導入することが予定されている。

かかりつけ医の患者定額報酬は、患者の年齢と疾病に応じて次のように定められている。

- ・ 0歳から6歳までの子ども：6ユーロ
- ・ 80歳以上の高齢者：42ユーロ
- ・ 80未満の長期疾病患者：42ユーロ
- ・ 80歳以上の長期疾病患者：70ユーロ
- ・ その他の患者：5ユーロ

19) 医療アクセス契約は、協約料金で提供される医療への患者のアクセスを拡大する目的で、2011年の医療協約によって導入された仕組みである。契約を締結したセクター2の医師は、患者に対する超過料金の請求が制限されるが、その見返りとして、社会保険の保険料負担の軽減やかかりつけ医定額報酬の受け取り等のメリットを享受できる。

この新たな患者定額報酬は、毎年、12月31日時点でかかりつけ医が担当している患者をベースに算定され、支払いが行われることとされている。

また、患者の所得状況も報酬算定において考慮されることが予定されており、受け持つ患者に占める補足的CMUの患者の割合に応じた加算が設けられている。新たな患者定額報酬が導入されると、かかりつけ医には受け持つ患者の特性に応じた報酬が支払われることとなり、医療の連携がさらに促進され、患者に対する継続的な治療や疾病管理がより安定的に行われるようになることが期待される。

3. 開業医に対する成果払い報酬の導入

2000年代末には、かかりつけ医による疾病予防や慢性疾患の管理を強化する方向へと強く誘導する新たな報酬支払い方式が登場した。これは、設定された目標の達成度合いに応じて報酬額が決定されるため、「成果に応じた報酬支払い (rémunération à la performance)」と呼ばれる。従来の出来高払いや定額払いとは異なる新たな報酬支払い方式である。

(1) 医療提供改善契約に基づく成果払い報酬

最初に導入されたのは、医療保険が個々の開業医と「医療提供改善契約 (contrat d'amélioration des pratiques individuelles 以下、CAPIとする)」を締結して、定められた目標に基づいて報酬を支払う仕組みである。

2008年社会保障財政法律の43条に基づいて設けられた社会保障法典の規定²⁰⁾によって、医療保険が個々のかかりつけ医とCAPIを締結し、目標の達成度合いに応じて追加的な報酬を支払うことが可能となった。CAPIの対象はかかりつけ医に限定されており、契約を締結するかしないかは個々のかかりつけ医の判断に委ねられた。CAPIに基づく新たな成果払いの報酬は2009年から実施されることとなったが、具体的な仕組みは以下の通りである。

各県に設置されている初級疾病保険金庫は、管轄する地域のかかりつけ医²¹⁾に対してCAPIの締結を提案することができ、かかりつけ医は任意でこの締結を行う。CAPIによって医療保険が推進しようとするかかりつけ医の活動は、がん検診やインフルエンザワクチンの接種等の予防活動、糖尿病や高血圧症等の慢性疾患の管理、および処方薬の適正化（とくにジェネリック医薬品の処方）である。CAPIに基づく報酬を得るためには、16の指標に基づいて定められた目標を一定程度達成することが必要となり、報酬額はこれらの目標の達成度合いに応じて決定される。

CAPIに基づく報酬は、フランスで最初の成果払いの報酬であったが、少なくない医師がCAPIを締結し、追加的な報酬を受け取ることができる状況となった。2011年の社会保障会計委

20) 社会保障法典のL162-12-21条である。

21) CAPIを締結することができるのは、医療協約の適用となる自由医（勤務医ではなく、自由業として医療活動を行う医師）であり、かかりつけ医として一定数以上の患者を持つ場合とされた。

員会の報告書によれば²²⁾、導入から二年が経過した2011年には、CAPIを締結した医師の数はおよそ1万6000名となった。契約の締結が可能な医師の3分の1以上の規模である。また、2010年6月末の時点で、契約を締結した医師の70%以上が一定程度目標を達成して報酬を受け取ることができた。医療提供の改善については、同報告書によりCAPIの締結の有無による各指標における目標の達成度合いの比較が行われており、わずかながらCAPIを締結した医師の医療提供状況が改善されたことが示された。

(2) 公衆衛生の目標に応じた報酬の導入

CAPIに基づく成果払いの仕組みは、次に、医師全体を対象とした医療協約上の制度へと拡大されることになった。2011年7月に医療保険と自由医を代表する主要な組合との間で締結された医療協約において、「公衆衛生の目標に応じた報酬支払い (rémunération sur objectifs de santé publique 以下、ROSP とする)」と呼ばれる新たな報酬支払い制度が導入された。ROSPは、CAPIに基づく成果払いの仕組みを発展的に引き継ぐものであり、開業医による医療提供の改善を目的とするものである。CAPIが医療保険と個々のかかりつけ医との間での個別契約であったのに対して、ROSPは医師組合と医療保険との団体間の医療協約に基づき実施される報酬支払い制度である。

ROSPは医療協約が適用されるすべての医師を対象としたものであり、かかりつけ医に限定されたものではないが、かかりつけ医の医療提供の改善はROSPの実施において最初に取り組みされた課題である。ROSPによる報酬を得ることを望まない医師は、協約が適用される際に初級疾病保険金庫に通知することとなっている。ROSPによる報酬を得ることを希望する医師は、毎年、必要な指標のデータを申告し、証明書類を医療保険金庫に提出する必要がある。それを踏まえて、年に一回、医療保険からROSPに基づく報酬が支払われる。

ROSPにおいて定められる指標は大きく二つに分かれる。一つは「診療室の組織」に関するものであり、情報化の推進等を目的としている。CAPIに基づく成果払い制度においては設定されていなかった新たな指標群である²³⁾。二つ目は「医療実践の質」に関する指標群でありCAPIにおいて設定されていた指標を引き継ぐ部分である。この医療実践の質に関する指標群は、「慢性疾患の管理」、「予防」および「効率性 (医薬品の処方改善)」という三つの領域から構成されている。

2011年の医療協約では、第一段階としてかかりつけ医を対象とする指標群が示された。以後、ROSPは順次、専門医を対象としたものへと拡大されることが予定され、それぞれの専門領域

22) Commission des comptes de la Sécurité sociale (2011 : 128-131) 参照。

23) なお、2016年8月25日に医療保険と自由医との間で締結された医療協約 (2016年10月20日のアレテにより承認) によって、従来のROSPの「診療室の組織」に関する指標はROSPの対象から外され、新たに設けられた「構造に関する定額報酬 (forfait structure)」として再編されることとなった。

の特性に応じた指標が協約の補則として追加されることとされた。

かかりつけ医を対象とした ROSP の報酬は29の指標²⁴⁾に基づいて計算されるが、このうち5指標は、診療室の組織に関するものである。残りの24指標は医療実践の質に関するものであり、慢性疾患の管理（糖尿病と高血圧²⁵⁾、予防（インフルエンザのワクチン接種、乳がん検診等）および効率性（抗生物質、スタチン、抗うつ薬等）に関連した指標とそれぞれの達成目標が示されている。例えば、予防に関連する指標の一つである「65歳以上の患者全体におけるインフルエンザワクチン接種をした患者の数（割合）」では、「75%以上」という達成目標が設定されており、目標が達成されると20ポイントが付与される。

報酬の計算はやや複雑であるが、基本的には指標ごとに定められたポイント数に、目標の達成度合いに応じた割合と登録患者数に応じた値（登録患者数を800で割った数値）を乗じることによってポイント数が算出される²⁶⁾。1ポイントは7ユーロとして報酬額が算定される。先の65歳以上の患者のインフルエンザワクチンの接種率に関しては、目標値は75%以上、ポイント数は20と定められているので、実際の報酬の計算式は、20ポイント×1（75%の目標を達成している場合）×1（登録患者数が800人の場合）×7ユーロとなり、140ユーロの報酬となる。指標ごとにポイントが設定されているが、800名の患者を有するかかりつけ医が、すべての指標において100%目標を達成できた場合の合計は1300ポイント（9100ユーロ）となる。

ROSP は医療協約をベースとして、その適用となる医師全体を対象とした仕組みであるため、多くの医師が新たな成果報酬を得ることができる状況となった。2013年の社会保障会計委員会の報告書によれば²⁷⁾、7万5000名以上の医師が ROSP の対象となっており、このうち5万1000人は一般医であった。2012年の一般医の目標達成割合は50%であり、これに基づいて2013年春には医療保険から一人当たり平均4982ユーロが支払われたが、これは一般医の報酬の3%に相当する額であった。

（3）成果払い報酬等の導入の影響

ROSP に基づく成果払いは、一般医の報酬として定着しつつある。図1は一般医の診療費用（2004年と2014年）がどのような収入によって賄われているかを示している。2014年の費用の内訳に注目すると、ROSP に基づく成果払いの報酬が全体の4.1%を占めている。

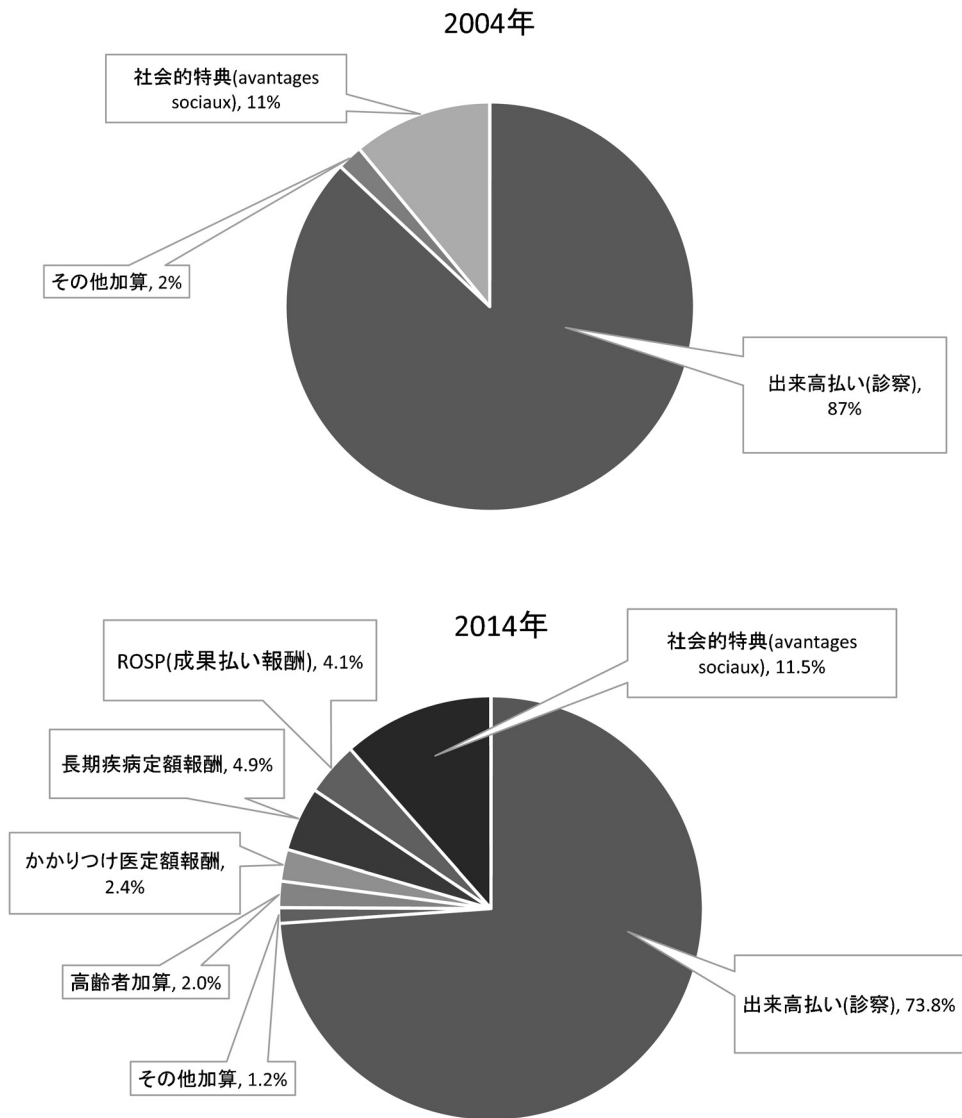
24) これらの指標は、高等保健機構（Haute Autorité de Santé）の示す参照基準や国際的な推奨を考慮して定められている。

25) 慢性疾患の管理に関しては、糖尿病に関する8つの指標と高血圧に関する1つの指標が設定されている。

26) 従来の ROSP に基づく報酬支払い額の計算方法の詳細については、一般医と専門医の全国協約を承認する2011年9月22日のアレテの Annexe XVII を参照されたい。なお、2016年8月25日の協約に基づく新たな ROSP が2017年1月から実施されており、これに基づく報酬は2018年4月以降に支払われる予定となっている。新たな ROSP の算定方法については、自由医と医療保険の全国協約を承認する2016年10月20日のアレテの27.3条を参照されたい。

27) Commission des comptes de la Sécurité sociale (2013: 46) 参照。

図1 一般医の診療費用の内訳



出所：Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2015 : 133 の graphique1 を一部修正。

また、同図により2004年と2014年の一般医の診療費用の変化を見てみると、かかりつけ医の役割を強化する新たな報酬支払い方式の導入によって、一般医の報酬の構造は大きく変化していることが分かる。2014年には長期疾病定額報酬が4.9%、かかりつけ医定額報酬が2.4%、さらに高齢者加算も2.0%を占めるに至っている。依然として出来高払いによる報酬が一般医の収入の中心であることに変わりはないが、報酬の多様化が進んでいる。新たに加わった報酬は、慢性疾患

患者等に対する医療の連携強化や予防の促進等のかかりつけ医の任務に対応したものであり、報酬面からもかかりつけ医の役割の変化を確認することができる。

おわりに —フランスの経験からの示唆—

本稿では、フランスにおけるかかりつけ医制度の導入と、かかりつけ医の役割を強化する諸施策について検討してきた。かかりつけ医制度の導入は、医師の診療活動と患者の受療行動に大きな変化をもたらすものであったが、2005年の制度創設から短期間のうちにフランスの社会に浸透していった。被保険者に対しては「連携された医療の経路」外での受診に経済的なペナルティを科すことによって、医師に対しては経済的なインセンティブを付与することによって、そのような変化が促された。今日では、多くの医師や被保険者によって受け入れられ、外来診療のあり方を規定する基本的な仕組みとして定着している。さらに2000年代末には、慢性疾患の治療や予防におけるかかりつけ医の役割を強化するための成果払い報酬が導入された。目標の達成度合いに応じて支払われる成果払い報酬は、かかりつけ医の医療活動を医療政策上望ましい方向へと誘導していく役割を担っている。かかりつけ医制度の導入とかかりつけ医の役割を強化・拡充する報酬支払い方式の導入によって、フランスの外来診療の領域においては、高齢化が進展していく社会に対応するための準備が整いつつある。

フランスと同様の政策課題に直面している日本においても、かかりつけ医の普及が目指されている²⁸⁾。フランスと異なり、日本では病院でも外来診療を受けることが可能であるため、まずは外来機能を分化させることが課題となっている。一般的な外来診療については、病院ではなく身近なかかりつけ医が担当するのが望ましいが、本格的な「かかりつけ医制度」の導入には至っておらず、現在のところは病院と診療所の機能分化や主治医機能の強化等を目的とした診療報酬上の限定的な取組みにとどまっている²⁹⁾。

一方、被保険者の受療行動に着目すると、日本においてもかかりつけ医制度の導入の土壌は整っているように思われる。2011年に健康保険組合連合会によって実施された調査によると、「日ごろから決まった医師ないし医療機関を受診している人」は69.4%に達しており、この割合は年齢階層が上がるとともに増加する³⁰⁾。フランスにおいても、かかりつけ医制度が導入された際にすでに多くの人々が決まった医師を受診していたことが、スムーズな制度の導入の背景として重要であったと考えられる。とくに高齢者の場合には特定の医師や医療機関を受診している割合が高

28) 2000年代半ばの日本におけるかかりつけ医制度に関する議論が、田中(2007)において詳しく紹介されている。かかりつけ医(あるいは主治医)の機能強化の必要性は社会保障審議会や医療保険の保険者において認識され、議論が展開された。

29) 現在、紹介状なしで大病院を受診する場合に定額負担を徴収すること(それによって診療所等での受診を促すこと)や、認知症に対する主治医機能および小児科のかかりつけ医機能に対する診療報酬上の評価等が実施されている。

30) 厚生労働省保険局(2016)による。

く、かかりつけ医を持つことのメリットも大きいため、まずは高齢者を対象としたかかりつけ医を制度化することも政策的な選択肢となりうる。

また、日本においてかかりつけ医制度を導入する場合には、フランスのように「かかりつけ医の任務」を明確化することが必要であると考え。これを基盤として、かかりつけ医が任務を適切に遂行することができるような制度的枠組を整備していく必要がある。さらに、出来高払いを補足するような報酬のあり方についても柔軟に検討していくことが求められる。フランスと多くの共通点を有する日本の医療保障システムにおいても、かかりつけ医制度を導入し、かかりつけ医を軸とした医療の連携体制を構築することにより、医療保障システムの効率化や医療の質の向上が期待できる。フランスの経験をふまえて、高齢化が進む日本における開業医の役割を再考することが必要である。

*本研究は JSPS 科研費 15K03918, 15H01920 の助成を受けたものである。

参考文献

- Afrite, Anissa et Mousquès, Julien, 2014, Les formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours, *Questions d'économie de la santé*, n° 201, IRDES.
- L'Assurance Maladie, 2007, *En deux ans, le parcours de soins coordonnés par le médecin traitant s'est installé dans les mœurs*.
- Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2011, *Rapport de la Commission de la Sécurité sociale*.
- Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2013, *Fiches éclairages du rapport de la Commission des comptes de la Sécurité sociale*.
- Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2015, *Les comptes de la sécurité sociale: Résultats 2014 et prévisions 2015*.
- Cour des comptes, 2013, *Rapport public annuel 2013 Tome I, Les observations Volume I-1*.
- Da Silva, Nicolas et Maryse Gadreau, 2015, La médecine libérale en France, *Revue de la régulation*, 17/1^{er} semestre.
- Dourgnon, Paul, Stéphanie Guillaume, Michel Naiditch, Catherine Ordonneau, 2007, Les assurés et le médecin traitant : premier bilan après la réforme, *Questions d'économie de la santé*, n° 124, IRDES.
- Druais, Pierre-Louis, 2015, *La place et rôle de la médecine générale dans le système de santé, Rapport remis à Madame Marisol Touraine*.
- Dupeyroux, Jean-Jaques, Michel Borgetto, Robert Lofore, 2008, *Droit de la sécurité socialé 16^e édition*, Dalloz.
- GIP SPSI, 2013, *Le système de santé en France*.
- 原田啓一郎, 2016, 「フランスの診療報酬制度」『健保連海外医療保障』No.111。
- IRDES, 2016, *Historique des conventions médicales*.
- (<http://www.irdes.fr/documentation/syntheses/historique-des-conventions-medicales.pdf> 最終ア

クセス 2016年12月15日)

加藤智章, 2012, 「フランスにおけるかかりつけ医制度と医療提供体制」『健保連海外医療保障』No.93.

厚生労働省保険局, 2016, 「かかりつけ医の普及の観点からの外来時の定額負担について」第99回社会保障審議会医療保険部会(平成28年10月26日)資料 1-1.

Legmann, Michel, 2010, *Définition d'un nouveau modèle de la médecine libérale.*

Marie, Etienne et Roger, Juliette, 2013, *Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville.*

松本勝明(編著), 加藤智章, 片桐由喜, 白瀬由美香, 松本由美, 2015, 『医療制度改革 ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』, 旬報社。

日本医師会・民間病院フランス医療・福祉調査団(報告書Ⅲ), 2015, 「イギリス型に近づくフランス医療—日本は既存資源の活用が重要—」。

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。