

- 6) Ham C ed. (1997) Health care reform: learning from international experience. Buckingham, Open University Press.
- 7) Lomas J., et al (1989) Do practice guidelines change practice? The effect of a consensus statement on the practice of physicians. New England Journal of Medicine, 321: 1306-1131.
- 8) MIRE ed. (1995). Les transformations des systemes de sante en Europe: Vers de nouveaux contrats entre prestataires, payeurs et pouvoirs publiques?, Rennes ,ENSP.
- 9) Puska, P., et al (1981) Community control of cardiovascular diseases: the North Karelia project. Copenhagen. WHO Regional Publications.
- 10) Saltman RV and Figueras J ed. (1997) European Health Care Reform: Analysis of current strategies, Copenhagen, WHO Regional Publications, European series, No. 72.
- 11) Saltman RV, Figueras J and Sakellarides C ed. (1998) Critical challenges for health care reform in Europe. Buckingham, Open University Press.
- 12) Schut F and van de Ven W (2011 a): Effects of purchaser competition in the Dutch health system: is the glass half full or half empty? Health Economics, Policy and Law Vol.6: 109-123.
- 13) Van de Ven W. (1997) The Netherlands, In: Health care reform: learning from international experience (Ham C. ed) Buckingham, Open University Press.

VI. 地域包括ケアをどのように具体化するのか

ーイギリスの Clinical commission group、フランスの保健ネットワーク Réseau de la santé、日本の尾道市医師会モデルとの比較から -

1. はじめに

経済成長が鈍化する中で高齢社会に対応した医療提供体制をいかに構築するかが、先進国共通の課題になっている。大きな流れとしては、高齢者の持つ複合的な医療介護生活ニーズに対して、総合的なサービスを高齢者の日常生活圏域を基盤として提供していく体制作りが模索されている。システムとしては医療介護生活の複合的ニーズは包括的評価 (Comprehensive Geriatric Assessment: CGA) を用いて把握し、その結果に基づく総合的なケア(Integrated care)はプライマリケア体制の中で提供することが志向されている。また、こうした総合的なケアが提供されるためにコミショニング機能が重視されていることも特徴である。ここでコミショニングの定義について説明する。NHS はコミショニングを、医療・福祉サービスが効果的に対象者のニーズを満たすよう確実に提供するプロセスと定義している¹⁾。そして、それは対象者のニーズの評価、そして評価結果に基づく優先順位を考慮した上でのサービスの調達とその提供状況の管理まで責任を持つプロセスであるとしている。

わが国において現在提唱されている地域包括ケアもこの流れの中で検討されていくべきものである。現在、医療側から地域包括支援システムに関わる仕組みとして図 1 のような在宅医療連携拠点構想が出されているが、現在のモデル事業の展開状況を考えると、その実現は難しいと思われる。その理由は、現在のモデル事業には医療機関に加え、調剤薬局や介護事業所など多様な主体が参加しているが、在宅医療連携のための鍵となるコミショニング機能をどのように制度化するかが不明確であり、こうした状況で多様なモデルを展開したとしても、その体系化は困難だと考えられるからである。

在宅医療をサポートする仕組みは地域包括ケアのシステム化にとって非常に重要なものであり、したがって、それを実現可能性のある形で制度化することが必要である。本稿ではこうした問題意識をもとに、地域包括ケアのモデルとなるイギリスの Clinical commission group とフランスの保健ネットワーク Réseau de la santé を紹介し、それを我が国の地域包括ケアの先進事例である尾道市医師会方式と比較検討することで、我が国の今後の地域包括ケアの在り方について論考してみたい。

2. イギリスの Clinical commission group

よく知られているように 1990 年の国民保健サービス・コミュニティケア改革 (いわゆるサッチャー改革) により、イギリスでは GP ファンドホルダー制度が導入された。これは GP (一般医) が自分に登録している患者の入院医療について予算を持ち、病院医療が必要な患者のサービスを患者に代わって購入するという仕組みである。その目的は入院医療の

質と価格を GP によってマネジメントしようというものであった。保守党のあとを受けた労働党はサッチャー改革を厳しく批判しながらも、GP ファンドホルダー制度の基本的枠組みを残しながら、それを Primary Care Trust (PCT) に再構成した（ブレア改革）。PCT は GP、Practice Nurse (PN)、ソーシャルワーカー、公衆衛生医師などから構成されるグループで、調整役である公衆衛生医師やソーシャルワーカーが、PCT に登録している患者の代理人として病院サービスだけでなく、GP サービス、福祉サービスもマネジメントするというものであった。

PCT は高齢者の複合的なニーズに総合的に応えようという画期的な試みであったが、実際にはサービスの財源が NHS（医療）と自治体（福祉）に分かれていることがネックとなり、調整役を担うスタッフのコミッショニング機能が十分には働かなかった。また、医療については病院からコミュニティケアにという流れを作るためには、コミッショニングに関してより臨床的な力を持った職種が担当した方が良いということになった。こうした検討結果を踏まえて現在のキャメロン政権は PCT を解体して Clinical Commissioning Group (CCG) という新しい組織体を制度化した。

図 2 に基づいてその仕組みを説明する。キャメロン政権による NHS の改組により、保健医療政策は保健省－4つの Regional office－27の Local office の階層構造の中で行われることとなった。そして、各 Local office の下に地域単位で CCG が組織されている（全国で 212 か所）。CCG は GP、NP、ソーシャルワーカーなどで構成されており、NHS と地方自治体の双方から予算を得ている。GP グループの医師のうち、通常の臨床サービス以外にコミッショニングの役割も担うことになった者は、多職種チームによるアセスメント結果に基づいて、顧客である患者のためにプライマリケアサービス、病院サービス、福祉（介護）サービス、メンタルヘルスサービスをサービス提供者から購入して、サービス提供を組織化する。ここで注目される点はサービス提供者として民間事業者の役割が重視されていること、そして個人予算制度 (Personal budget) という仕組みが可能となっていることである。個人予算制度とは利用者に例えば福祉サービスを購入する予算を与え、利用者自身が民間市場からサービスを購入することを可能にする仕組みである。このような改革の目的は価格競争を喚起することでサービス価格の抑制を図ること、そしてサービス量を増やすことであるとされている。

3. フランスの保健ネットワーク Réseau de la santé

フランスでは過去 20 年以上にわたり、高齢者や障害者のもつ複雑なニーズに総合的に応えるためのネットワークのシステム化が試みられてきた。しかしながら、財源の違い、ソロプラクティスが主体の医療提供体制、そしてコーディネーションを行う仕組みの欠如のために、その実現は長く困難であった。しかし、現在では種々の社会実験の後、こうした総合的サービス提供のためのシステムとして保健ネットワーク (Réseau de la santé; RS) が構築されている。

図3はRSの概要を示したものである。RSは地域の種々の医療関係者・福祉関係者から構成される。全体をコーディネートするのは保健ネットワーク事務局であり、ここには医師、看護師、OT/PT、臨床心理士、ソーシャルワーカーが勤務している。事務局スタッフの職務は対象者のヒアリングとサービスの調整であり、利用者に対する直接的な医療・福祉サービスは提供していない。この調整機能に対して、疾病金庫及び自治体から報酬が支払われる。

RSの目的は、対象者の持つ複雑なニーズに総合的なサービスを提供し、できうる限り患者を在宅でケアすることである。ただし、図3からも明らかなように病院や福祉施設などの施設サービス提供者もネットワークに所属しており、必要に応じてそうしたサービスが提供されるようになっている。

サービスの開始は、主治医や自治体のソーシャルワーカーあるいは患者及びその家族からの相談による。相談を受けたRS事務局担当者が内容を分析し、必要なサービスの調整を行う。ここで我が国のケアカンファレンスと異なる点は、いわゆるケアマネジャーは存在せず、対象者のニーズに応じて事務局の各職種の合議によって提供されるサービスが決まっていくことである。サービスはRSに登録している独立した事業者によって提供される。これらの提供者のサービスはそれぞれをカバーする財源（医療の場合は疾病金庫による出来高払い）によって賄われる。提供されているサービスの内容は対象者ごとに3ヶ月に1回程度開催される事務局内部の検討委員会で議論され、必要に応じてサービス内容の修正が行われる。

現在、保健ネットワークは、医療分については毎年国民議会で議決される医療保障支出目標（ONDAM）の対象となっており、通常の医療サービスとは別に予算化されている。保健ネットワークの対象疾患・状況は種々であり、老年医学的問題、糖尿病、がん患者、障害者など多様である。福祉領域に関わるサービスについては自治体の負担によって提供される。

4. 尾道市医師会モデル

高齢者の複雑な医療介護ニーズに総合的に応えるための仕組みとしては、我が国でもいくつかの先進的な取り組みが行われている。ここではコミショニングという視点から先進事例の一つである尾道市医師会方式について図4をもとに検証してみたい²⁴⁾⁵⁾。

尾道市医師会では多くの診療所の医師が市内の急性期病院（尾道市民病院、JA尾道総合病院）の登録医となっている。登録医である診療所医師は、病院に紹介した患者について、病院で診療をすることが可能であり、また院内で開催される当該患者の入院時、あるいは退院前カンファレンスにも積極的に参加している。

入院時からかかりつけ医（尾道市医師会では在宅主治医と呼んでいる）がかかわることで、退院調整がスムーズに行われる（写真1）。退院後、在宅に戻った患者で、引き続き医療や介護サービスが必要な患者については、在宅主治医の診療所でのケアカンファレンス

の検討に基づいて、必要な各種専門医療チーム・介護サービスが総合的に提供される（写真 2）。重症感染症や急性の循環器疾患など急性期医療が必要な場合には、在宅主治医がそうしたサービスとタイムリーに連携をとる。具体的には肺炎などの治療のための短期入院や、脳血管疾患や早期癌の診断のためなどに病院専門医による高度医療機器を用いた検査や診療などを依頼する。このように在宅主治医が、患者の「代理人」として必要なサービスをコミショニングすることで、患者ができる限り在宅で療養を受けることを可能にしている。介護サービスについても、ケアカンファレンスでの検討に基づいて、ケアマネジャーが必要なサービスを適切に割り付けることが可能になっている。

ケアカンファレンスの重要性は以前から指摘されているにも関わらず尾道市のようにシステムとして動いている地域は少ないのが現状である。かかりつけ医やその他のサービス事業者が多忙であること、報酬が不十分であることなどがその理由としてあげられている。また、筆者らが行った調査ではケアマネジャーはかかりつけ医との連携が最も重要であると考えながらも、それが最も難しいと答えており、心理的な要因も無視できない。尾道市医師会では 1999 年から独自の手法で、こうした問題の解消に積極的に取り組んできている。具体的には関係者の視点をそろえるための講習会の開催や共通の評価票の使用、主治医の診療所におけるケアカンファレンスの開催などである。こうした努力を重ねることで、尾道市医師会ではケアカンファレンスに関して 1 件 15 分以内というルールが設定されており、これが関係者の負担感を下げている。因みに NHS 改革での CCG で GP が行うテレカンファレンスも 15 分の設定となっている。

5. まとめ: 地域包括ケアのキーコンセプト-integration と commissioning -

以上 3 つの事例が示唆することは、地域包括ケアを実現しようとするのであれば、高齢者のニーズを総合的に評価し、個々のニーズにあったサービスを割り当て、そしてモニタリングする仕組みが必須だということである。そして、そのための具体的な場として、上記 3 つのいずれの仕組みにおいてもケアカンファレンスが内部化されており、そこに医師がきちんと関与していることが重要である。複合的な支援ニーズを持つ高齢者にとって、健康面での安心は最も重要な要素であり、したがってそれをかかりつけ医が保障することが不可欠である。そして、かかりつけ医がケアマネジャーとともに患者の代理人として、適切なサービスを割り付け、そしてフォローアップを行っているのである。こうしたかかりつけ医・ケアマネジャーのコミショニング機能をいかにシステム化するかが我が国において今後地域包括ケアを展開していく上でもっとも重要な鍵となると考える。

わが国の場合、介護保険制度がそれなりに順調に動いていること、そして医療介護とも民間事業者が主たるサービス提供者であることを考えると、イギリスやフランスのようなコミショニングを専門的に行う公的仕組みを別枠で作ることは難しい。したがって、現行の仕組みをいかに活用するかが鍵となる。具体的にはケアカンファレンスの位置づけの再評価が最も重要なものであると筆者らは考えている。ケアカンファレンスの実施に係る

労力を考えれば、それを活性化するための診療報酬上・介護報酬上の評価についてあらためて検討する余地があると考え。

また、高齢者の複合的ニーズにあったサービスが提供されているかを評価するためには、情報の標準化と透明化が必要である。そこで、例えば定期的に行われるケアカンファレンスでの検討結果に基づいて、ケアマネージャーが給付管理票とともに医療の状態（傷病名とその安定性：主治医による評価）及びADLの状況などを記載した記録票を保険者に提出することを提案したい。こうした情報はケアマネジメントの質評価のための有用であるし、地域包括ケアを実現するための課題の抽出、そしてその進行状況の評価にも資するものであると考える。

医療の場合、いわゆる「レセプト病名」の問題はあるが、当該サービスを行った理由となる診断がレセプトに記載されており、分析が可能な状況となっている。他方、公的介護保険の場合、その請求が電子化されているにもかかわらず、ケアマネジメントのためのアセスメント方式が標準化されておらず、どのような根拠に基づいて各サービスが提供されたのかわかりにくい状況になっている。すなわち、介護の質・包括ケアの質を評価するための情報化ができていないのである。他方、イギリスではこうした情報が標準化されているために、日常業務の中で評価のための情報が蓄積されるシステムとなっている。我が国においてもこうした総合的な情報化が地域包括ケアの推進のために不可欠である。個人情報保護に配慮しながら、こうした情報化をいかに進めるかについても、今後検討していくことが喫緊の課題であると考え。

2025年には我が国は年間160万人以上が死亡する社会となると予測されている。現在、死亡する患者の80%以上は病院で看取られているが、年間160万人が死亡する社会で、そのすべてを病院で引き受けることは難しい。しかも、日本人の2人に1人はがんに罹患する時代である。がんや認知症をもった高齢者がターミナルの一時期（あるいはほとんどの期間）を在宅で、安心して過ごすことができる体制を今から準備しなければならない。その意味で国が提示している在宅医療連携拠点を整備していくことは重要である。しかし、その拠点は現在のモデル事業で動いているものは異なるものであると筆者らは考えている。在宅医療というよりは「在宅ケア連携拠点」という表現がより適切であると考え、それは在宅主治医とケアマネージャーが共同で検討を行う「ケアカンファレンス」ではないだろうか。すなわち、在宅ケア連携拠点とは箱モノではなく機能であり、場としてはかかりつけ医の医療機関やケアマネージャーのオフィス、あるいは医師会の会議室など種々のものがあるのだろうと考える。そして、そうしたケアカンファレンスでの検討事項が機能するためのシステムとしては、地域のナースステーションとしての訪問看護と緊急時の対応を行うことができる後方病院が不可欠であり、また地域のニーズとサービス提供体制の整合性を評価する情報を持った組織（具体的には地域包括センターや地区医師会）が必要である。そうしたものが総体として動くシステムが地域包括ケアの仕組みであると筆者らは考える。

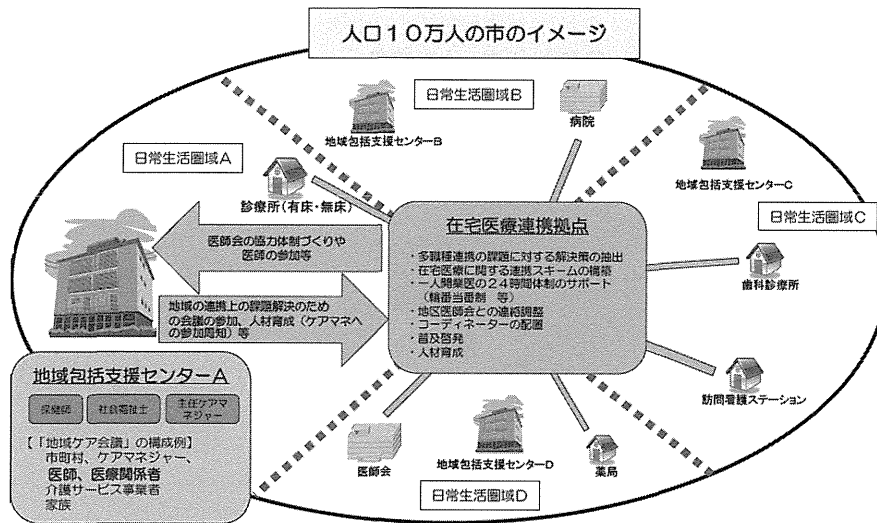
イギリスやフランス、あるいはカナダといった諸外国の政策の動向をみる限りにおいて、我が国が地域包括ケアの実現に進むことは正しい方向であると考え。ただし、新しいシステムは、それがいかに画期的で優れたものであっても、それぞれの国の歴史的経緯の上にはしか作れない。我が国においては、診療所を中核としたプライマリケアの歴史があり、また介護保険の12年の歴史がある。これらを基盤として地域包括ケアの仕組みを漸進的に整備していくことが現実的な選択であると考え。現在、各地で行われている在宅医療連携拠点モデル事業においても、多職種によるケースカンファレンスが多く実施されている。これを介護保険や医介連携におけるケアカンファレンスと連動させる形で、診療報酬・介護報酬上の裏付けを持ってコミッショニングの場として発展させていくことが良いのではないかというのが筆者らの見解である。現在行われているモデル事業もこうした方針を明確にした上で再構成することが必要であると考え。

謝辞 本論文の作成に当たって、多大なるご助力をいただいた富岡慎一氏 (London School of Economics 大学院生) 及び Dominique Claudet 氏 (Caen 大学教授) に深謝する。

引用文献

- 1) <http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+/www.dh.gov.uk/en/Managingyourorganisation/commissioning/index.htm> (平成24年12月27日アクセス)
- 2) Katayama H and Matsuda S: Local Medical Association as a Core Organization for Development of Primary Care Model in Japan —Lessons from the Onomichi Medical Association Method—, APJDM, 4(1): 1-6, 2010.
- 3) Katayama H and Matsuda S: Onomichi Medical Association (OMA) Method on Long-term Care Management Programs , APJDM, 4(1): 7-11, 2010.
- 4) Katayama H and Matsuda S: Onomichi Medical Association (OMA) Method on Dementia Care Management Programs , APJDM, 4(1): 13-17, 2010.
- 5) Katayama H and Matsuda S: Onomichi Medical Association (OMA) Method on End of Life Care Management Programs, APJDM, 4(1): 19-22, 2010.

図1 わが国の地域包括ケアの概念



※ 地域包括支援センター及び在宅医療連携拠点の連携は、地域の実情により柔軟に行う。

図2 イギリスのClinical Commissioning Group

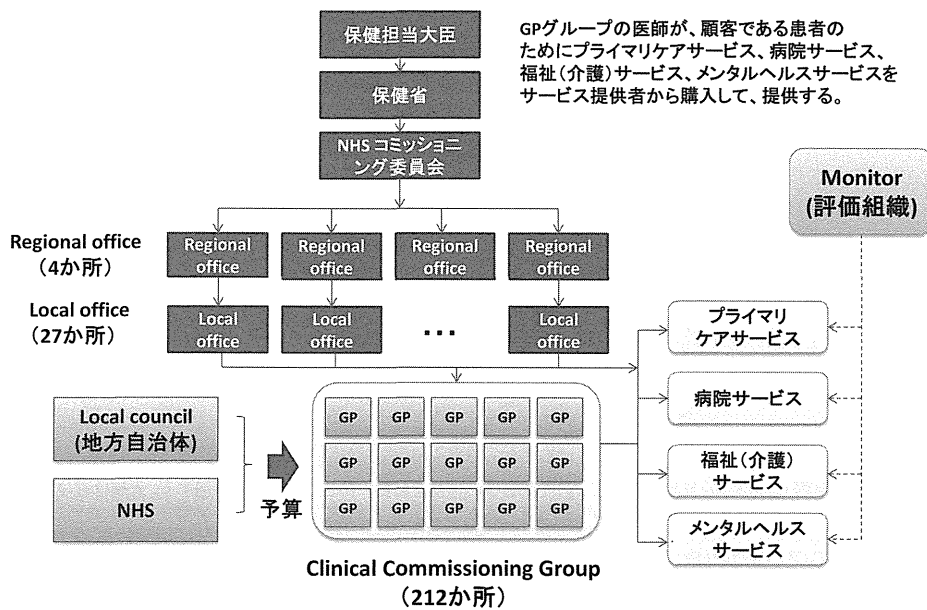


図3 フランスにおける保健ネットワーク

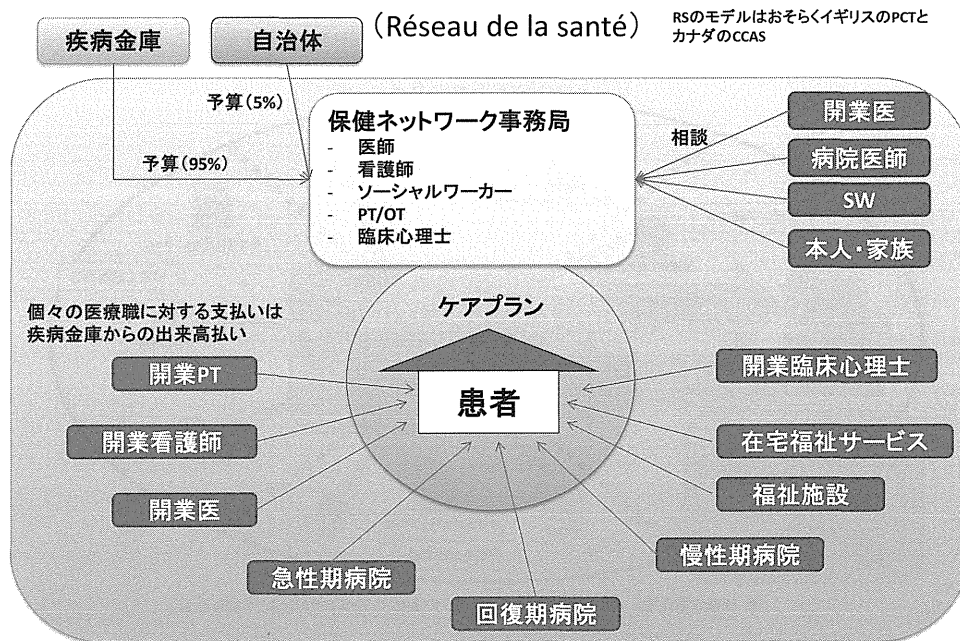
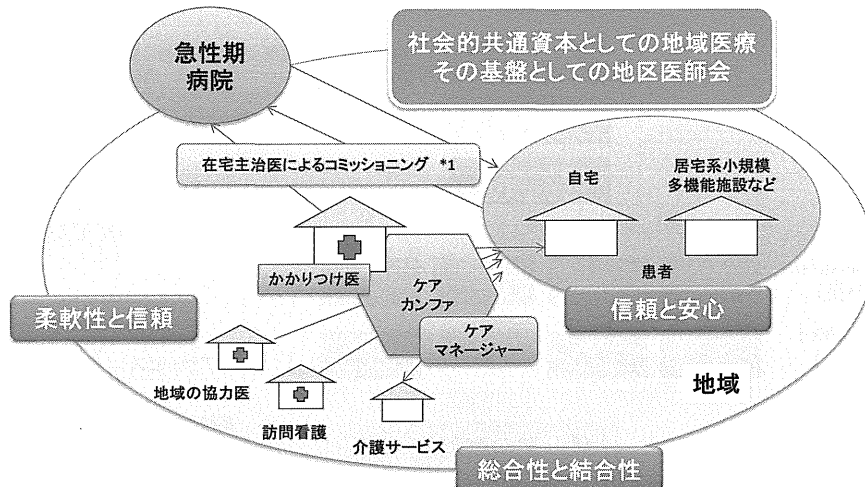


図4 地域包括ケアの尾道市医師会モデル



*1: 「在宅主治医」は患者の「代理人」として、急性期医療の機能を必要に応じて部分的に利用する。入院は在宅に帰ることが「前提」である。尾道ではこのために在宅主治医が連携登録医として急性期病院で病院主治医と共同診療をすると同時に、急性期病院側は必要に応じて在宅主治医がオーダーした短期入院に対応して退院前カンファ(=評価カンファ)を行い(例: 専門医・専門職による支援)積極的に関与している。こうした枠組みを持つことで、かかりつけ医が在宅主治医としてコミッションング機能を発揮して、超高齢地域で高レベルの長期継続ケアを可能にしている。結果として開業医のチーム医療が、在宅緩和ケアを含むend-of-life-careを可能にしている。

写真1 喉頭癌の患者の退院前カンファレンス



在宅チーム医・病院主治医ともに耳鼻科医
在宅緩和ケアについては在宅主治医がチームの運営を行う

写真2 退院後の在宅緩和ケアモニタリングカンファ



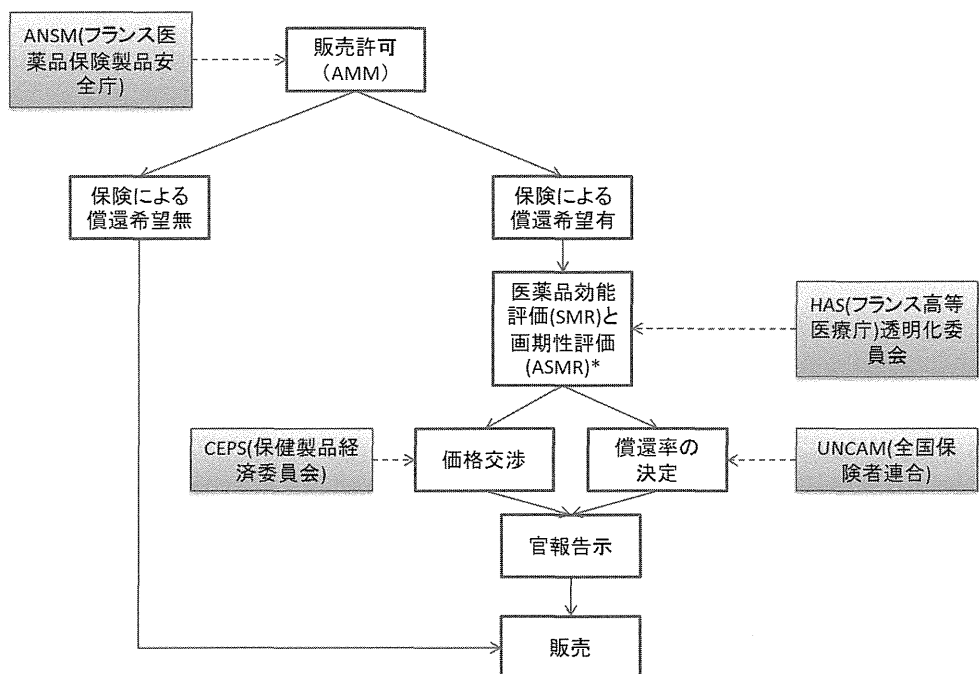
在宅復帰先の看護管理型小規模多機能型居宅介護で
外付け在宅医療チームと病院チームのカンファ

VII. フランスにおける薬剤政策について

わが国と同様、諸外国に比較して医療費に占める薬剤比率が高いフランスでは、その抑制策が医療政策の重要な課題となってきた。本節ではフランスの薬価制度について説明した後、近年の制度改革の動向について検討した結果を記述する。

(1) フランスの薬価制度

図表 1 フランスにおける医薬品の保険収載の手続き



*: 新しい指標であるITRIに変更予定(本文注1参照)

図表 1 はフランスにおける医薬品の保険収載の手続きを示したものである。フランス国内において医薬品の販売許可 (AMM) を希望する製薬メーカーは、必要な書類を ANSM(フランス医薬品・保健製品安全庁；かつての AFSSAPS)に提出し、そこで質、安全性、効果の 3 つの視点からの評価を受ける。なお、欧州医療庁 (EMA) で承認されたものについてはフランスで販売許可のための審査を受けることが可能である。ANSM での審査を受け販売許可が医薬品について、製薬会社側が公的保険による償還を希望しない場合、そのまま市場で販売されることとなる。公的保険による償還を希望する場合は、HAS(フランス高等医療庁)の透明化委員会で医薬品効能評価(SMR)と画期性評価(ASMR)を受ける。医薬品効能評価 (SMR) は医薬品の効果と副作用、他の治療法との有効性比較、対象傷病の重篤性、効果の種類 (予防、治療、診断等)、公衆衛生全般における利得の視点から総合的に行われ、その結果に基づいて償還率 (100%、65%、35%及び 0% = 償還不可) が決定される。また、画期性評価 (5 段階) が薬価設定にあたって勘案される^{注1}。

次いで、透明化委員会の答申を基に、全国保健者連合 (UNCAM) が償還率を、そして保

健製品経済院会（CEPS）が薬価を製薬会社との交渉によって決定する。保健製品経済院会 CEPS は複数の省庁（財務・経済、社会保障、経済産業、保健）の代表者によって構成されている。薬価決定に際しては、画期性評価、類似薬効の既存医薬品薬価、予想販売量あるいは販売実績（既存薬の場合）、医薬品の使用条件などが勘案される。

医薬品の価格は 1) 医薬品メーカーと CEPS との交渉で決められる税抜き製造者価格（PFHT）、2) 医薬品卸のマージン、3) 薬局のマージン、4) 付加価値税の 4 つから構成される。マージンは医薬品の原価によって異なる。

まず、医薬品卸のマージンは包装単位価格が PFHT で 450€までは 6.68%と 1 包装単位ごとに 0.30€、それ以上の価格の医薬品については価格比例のマージンはなしで 1 包装単位ごとに 30.06€となっている。薬局のマージンは、PFHT で 22.90€までは 26.1%、22.90€から 150€までは 10%、それ以上は 6%となっている。また、包装単位ごとに 0.53€のマージンも追加で設定されている。

付加価値税は償還可能医薬品の場合 2.1%で、一般諸費財の 19.6%より大幅に安くなっている。

ところで、我が国でも問題になっている、まだ承認されていない新しい抗がん剤などについては、他に有効な医薬品がないという条件のもと、品目別に一時的使用許可（ATU）が行われている。ATU に関しては ANSM に登録された施設でプロトコールに基づいて適切に治療を行うことが求められる。なお、ATU 対象薬による治療は期間が限定されている（ただし、ANSM の認可により更新可能）。

なお、官報告示の際には、SMR 及び ASMR の結果に基づいて、販売許可時に提示された対象疾患や使用法よりも制限された内容になることも少なくない。医薬品の価格及び効能については原則として 5 年ごとに再評価される（ただし、透明化委員会が必要に応じて随時再評価を行うことができる）。現在、フランスでは約 9500 の医薬品が販売許可されており、そのうち約 6600 が償還対象となっている。

医薬品については、自由開業セクターと病院とで薬価の扱いが異なる。自由開業セクター（市中の調剤薬局）で処方される薬剤は薬価表によって厳密に規制されているが、2003 年以降画期的新薬については製薬会社による価格設定が部分的に自由化されている。これは医薬品産業におけるイノベーション促進を目的としたものである。ただし、その価格設定に当たってはドイツ、スペイン、イタリア、イギリスの 4 か国における価格との整合性が求められる。さらに、販売許可後 4 年間で計画を大幅に上回る販売額となった場合、製薬企業は利益の一部を保険者に変換しなければならない。

病院で使用される医薬品については、2003 年までは病院と製薬会社との間の交渉に価格設定は任されていた。しかし、2003 年に DRG に基づく包括支払い方式が導入された後、高額薬剤については公的薬価設定が行われており、包括部分とは別に報酬上の評価がされている。

(2) フランスにおける薬剤費適正化策

フランスはヨーロッパ諸国の中でも薬剤費の占める割合が高く（約 20%；2010 年）、その適正化がこれまでも重要な政策課題となってきた。伝統的に、フランスは薬剤費の適正化対策として、償還率の低減と薬価の引き下げを行ってきた。それに加えて、近年は製薬会社との適正化に関する契約、薬剤師による代替処方への推進、ジェネリック使用に関する P4P の導入、セルフメディケーションの推進などが行われている。以下、それぞれについて簡単に説明する。

1) 償還対象の見直し及び償還率の低減

フランスにおいては医薬品の償還率はその有効性によって異なっている。具体的には 100%（白縞ラベル）、65%（白ラベル）、35%（青ラベル）、15%（オレンジラベル：将来的に償還対象から外すための一時的措置）となっている。償還率を体系的に見直すために、フランス政府は 1999 年 10 月 27 日付デクレによって、4490 の償還対象医薬品の再評価を行っている。この結果によると SMR による有効性評価が「高い・重要」が 2815、「中等度・弱い」が 840、「不十分」が 835 であった。この結果に基づいて薬価引き下げ、償還率の低減、償還対象リストからの除外が行われた。具体的には SMR で有効性が不十分とされた 835 品目のうち 2001 年の改定で 60 が償還対象から外された。これらの薬剤の多くは「古い」薬剤で、これを契機にその多くが市場そのものからなくなっている。

こうした透明化委員会の答申に基づく償還率の低減は根拠の一貫性に疑問がある場合も少なくなく、いくつかの薬剤については国務院（Conseil d'Etat）によって、その決定の無効判決が出されている（2003 年）。

しかし、この見直しは継続的に行われており、例えば 2006 年には 156 品目が償還対象外となり、105 品目が当面償還率を 15%にするという猶予期間を持ちながらも将来的に償還対象から除外されることとなった。直近では 2010 年の償還率の見直しにより 145 百万€の節約が達成されたことが報告されている。

2) 製薬会社との適正化契約

製薬メーカーには広告費に対する課税（原則は 10%だが、2010 年は 15%）、及び ONDAM の上昇率を超えて売上高が増加した場合に疾病金庫に払う拠出金（売上高の 1%；2007 年原則は 0.6%）などが課せられている。

3) ジェネリック薬使用の促進

医療費適正化のための最も重要な対策としてフランスではジェネリック使用の促進策が重点的に展開されてきている。具体的には 2003 年に償還価格制（TFR）が導入され、ANSM による継続的な評価によりその対象医薬品グループが増加している。ここで、フランスの参照価格制はドイツのような包括的なものではなく、現時点では、ジェネリックがあるにも関わらずそれが浸透していない薬剤をターゲットとして設定されていることに留意する

必要がある。

また、薬剤師によるジェネリック代替処方認可されており、その促進のために代替可能医薬品については目標値が設定され、それを達した場合はボーナスを、達成できなかった場合は第三者支払い方式の対象から外す（償還払いになり、患者も含めて利便性が低下し、また事務コストが増大する）というペナルティが科せられるという P4P 的なプログラムが導入されている。

さらに 2009 年にはフランス版疾病管理プログラムである CAPI(個別診療行為改善契約)が導入され①予防活動（ワクチン接種、健診の実施）、②糖尿病患者、高血圧患者のガイドラインに基づく継続的管理、③安価な薬剤（ジェネリック）の処方の 3 条件について、目標値を達成した医師に疾病金庫が追加の診療報酬を払う制度となっている。ジェネリックについては薬効ごとに目標値が提示され（例えば PPI は 80%、降圧剤は 65%）、その達成状況が電子レセプトから得られる情報でモニタリングされている。

加えて、細かい点であるが、新薬が特許切れしてジェネリックが保険収載されるまでのラグタイムによるロスを回避するために、それまで特許が切れてからしか認めていなかったジェネリック薬の販売許可を特許が切れる前に申請することを可能にする制度が 2000 年 3 月 31 日付政令に基づいて導入されている。

4) 免責制の導入

2007 年 12 月 26 日付デクレにより免責制が導入された。患者は薬剤について 1 処方あたり 0.5€を免責制に基づき自己負担し、残りの部分について保険診療に基づいて自己負担する仕組みとなった。ただし免責額の上限は診療等も含めて年間 50€となっている。償還価格制の導入やセルフメディケーションの推進、そして償還率の見直しにより、フランスの医薬品支出における患者負担が近年徐々に増加している。

5) 薬剤師の役割強化

医療の質を担保しながら、医薬品支出の適正化を行っていくために、近年フランス政府は薬剤師の役割を重視するようになってきている。例えば、2009 年の HPST 法（病院・患者・健康・地域に関する法律）では薬剤師の役割が再定義されている。主な項目は以下の通りである。

- ・ 一次救急
- ・ 他の医療職との協働
- ・ 医学的なモニタリングと予防活動
- ・ 患者に対する治療的教育
- ・ 高齢者施設に対するかかりつけ薬剤師（Pharmacien Référent）としての機能
- ・ 慢性疾患の治療に関してその処方内容を適正化する機能
- ・ 患者の健康状態を維持改善するための助言機能

例えば、前述のように現在フランス政府はセルフメディケーション（automédication）を推奨しており、ホメオパシーや OTC 薬でそれが可能なもののリストを ANSM が定期的に公表している（2008 年 6 月 30 日付デクレにより、定められたリストにある医薬品については患者が処方箋なしで薬局において直接処方してもらうことが可能になっている）。しかしながら、そのような医薬品であっても安全性確保のためにその適正使用が重要であり、そうした情報提供を薬剤師が行うことが期待されている。また、慢性疾患のために長期の服薬を行っている患者に対して、その処方内容の適切性に関する助言を行うことも求められている。これは、患者に対する治療的教育であり、薬剤師はそのためのスキルを身に付けることが必要になっている。そのため、薬剤師を対象とした治療的教育の研修のための財源の一部が製薬会社によって負担され、現在各地の薬学系大学などでセミナーが開催されている。

薬剤師による医薬品支出適正化のために、経営形態の規制緩和も行われている。具体的には、かつては認められていなかった複数の薬局間のグループ化による医薬品の共同購入や共通のマネジメントシステムの導入を 2009 年 6 月 21 日付デクレによって承認している。

6) 社会保障財政法に基づく医療支出目標（ONDAM）による規制

1996 年の Juppé 改革によりフランスでは議会で次年度の医療費支出目標額（ONDAM）が議決される体制となっている（根拠法は社会保障財政法 LFSS）。ONDAM は病院医療部門、開業医医療部門、社会医療部門、連携など部門ごとに設定されるが、1999 年 12 月 29 日法に基づいて 2000 年以降は薬剤費についても増加率ターゲット（taux k）が設定されている。k 指標は 2008 年から 2011 年は当初 1.4%と決定されていたが、2010 年は経済状況の悪化を踏まえて 0.5%に設定された。なお、2012 年はターゲットが 1.5%となっている。ONDAM については当初、単なる目標であり、その状況をモニタリングし、達成させる方策がなかった。しかし、現在のフランスでは医科・調剤ともほぼ 100%電子レセプト化されているため、それが医療費のモニタリングに使われている。そして、2004 年の Blazy 改革により CNAMTS の理事長権限が強化され、年度途中で ONDAM に示した部門別目標値を超えて医療費が増加することが予想される場合には、理事長がその対策を実行することが可能となった。これにより ONDAM の実効性が大きく高まっている。

(3) まとめ

以上、フランスにおける近年の薬剤費適正化策の概要を説明した。2000 年以前は、その対策の中心は償還率及び薬価の見直しであった。しかし、医薬品会社が新薬（その多くはマイナーな変更による me-too drug）を絶えず市場に投入する現状では、そのような対策では十分な効果をもたらすことは困難であった。そこでフランスは構造改革に取り組むことになる。具体的には情報体制を充実させた上で現状把握を行い、その検討結果に基づいて医療費支出目標を毎年策定する、そしてその状況をモニタリングし、適宜医療者にアラ-

トを出す仕組みを構築している。

そして、こうした基盤を基に参照価格制の導入、薬剤師による代替処方への促進、フランス版疾病管理プログラムにおけるジェネリック使用目標の設定とそれに対する P4P 的運用など、ジェネリック処方への拡大に向けた種々の努力を行っている。DREES の統計によると総医療消費と薬剤費は 2005 年が 151,030 百万€と 30,688 百万€ (20.3%)、2010 年が 178,451 百万€と 34,449 百万€ (19.3%) で若干ではあるが総医療費に占める薬剤費の割合は減少している 8)。しかしながら、最近の薬剤費の動向を検討した結果によると、近年の改革により確かに多くの汎用されている医薬品でジェネリックの活用が進みそうした薬剤グループの薬剤費は低下しているが、他方で抗がん剤や生理活性物質などの高額な新薬の使用量の増加が、そうした効果を上回って薬剤費増につながっていることが明らかになっている。したがって、現在、フランスが直面する課題の中心は、とどまることのない医療における技術革新の結果としての新薬による医療費増をどのようにコントロールするかとなっている。ジェネリック薬使用やセルフメディケーションの推進は、そうした高度医療を賄うための財源を確保するためにある程度の財政効果は期待できるとしても、根本的な解決策にはならない。

新しい抗がん剤などを対象に品目別に設定されている一時的使用許可 (ATU) 制度は、我が国の選定療養制度に類似するものであり、高額薬剤の使用を一定程度コントロールする効果が期待できる。しかしながら、がんが慢性疾患化し、その治療が長期化した今日の状況で、そのような対処療法的な取り組みには限界がある。この問題の解決のための議論が日仏両国とも喫緊の課題になっていると思われる。

フランスの近年の薬剤費対策の中で薬剤師の役割が重視されていることは興味深い。医療の質を担保しながら薬剤費をコントロールするためには、薬剤師による治療的教育と副作用などのモニタリングが重要であるという観点から、臨床家としての薬剤師の教育が重視されるようになってきている。フランスにおいてこれが可能である前提として、かかりつけ薬局が根付いていることがあげられる。我が国においてもかかりつけ薬剤師 (Pharmacien R f rant) のような仕組みが必要であると筆者は考えているが、門前薬局が中心の医薬分業という我が国の現状ではその導入は難しい。医薬分業の在り方について根本的な見直しが必要ではないだろうか。

国民皆保険制度と公私混合の医療提供体制、そしてフリーアクセスと薬好きの国民性など日仏両国は多くの類似点がある。両国の医療制度の比較研究が、政府機関、保険者、医療提供者団体、大学研究者、消費者団体、医療産業の関係者など多様な主体により重層的に展開されることで、両国にとって将来の医療制度の在り方を考えるための多くのヒントが得られるのではないかと考える。今後、そのような研究が進むことを期待したい。

注 1： フランスでは高脂血症治療薬 Mediator の副作用による薬害事件 (死者 500 人以上と推定) を契機として、フランスでは薬事行政の改革が行われている。Mediator について

は 1998 年に副作用の危険が報告されていたが、2009 年 11 月まで販売が継続されていた。薬事行政の信頼回復と患者の安全確保を目的として、医薬品及び医療用品の安全性強化に関する 2011 年 12 月 29 日の法により、①利益相反行為対策、②薬事行政機構の改革、③薬物監視の強化、④患者の保護の強化の 4 つが重点項目として掲げられている。なかでも、承認手続きの厳格化が必要との判断から、AFSSAPS は ANSM に改組され、さらに医薬品の有効性及び安全性の評価基準についても、SMR と ASMR に代わって諸外国で採用されている評価方法を参考に ITR (efficacy/tolerance あるいは benefit/risk ratio) による評価を採用することが決定されている。ITR 自体は新しいものではなく、すでにこれまでもその有効性を示唆する論文がフランス国内でも出されている a)。

a) Roche N, Advenier C, Huchon G: Comment définir un index thérapeutique dans le traitement de fond de l'asthme de l'adulte, Revue des Maladies Respiratoires Vol.21(3): 511-520, 2004.

Ⅷ. フランスにおけるグループ診療の動向

現在、フランスでは複数の医療職がグループで診療を行う多機能診療所が増加している。本節ではこのような形態の診療所が増えてきた社会経済的背景を踏まえて、その概要について説明する。

フランスは医学部卒業後の医師の進路について、地方ごとに専門領域別の専修医枠を設定することで、地方間および専門職間の医師配置のバランスを取る仕組みを持っている。このため我が国に比較すると医師配置の地域間および診療科間の偏在の問題は少ないが、それでも地方内において大学病院のある都市部とそれ以外の地域との間で医師数に大きな差が生じている。さらにパリやマルセイユなどに接する地方においては、専門修練過程を終えた医師がその地方内の都市部ではなく、パリやマルセイユなどのより人口の多い大都市で開業する傾向がある。その結果、Nord 地方や Haute-Normandie 地方などはパリから1時間程度の距離であるにもかかわらず、深刻な医師不足が生じている。若い医師が地方で開業しない理由についてフランス政府は意識調査を行っている。その結果によるとワークライフバランスや子供の教育に関する環境の悪さ、他の医療職からの支援が不足していることなどが主たる理由となっていた。しかしながら、ベビーブーマー世代の医師の引退により、特に地方において医師不足が深刻になると予想されることから、フランス政府はこの問題解決に本格的に取り組むことになる。

写真1 フランスの多機能診療所の例（リヨン郊外）



例えば、フランス政府は都市部で開業あるいは勤務している医師が過疎地域で第二診療

所を開設することを認可するなどの対策を行っている。しかしながら、高齢化が進む地方の医療ニーズは高まる一方であり、この問題に既存の開業医師のみで対応することが困難となっている。このような問題を解決するためには、開業医と開業コメディカルが共同でプライマリーケアを提供することが実際的であるという認識に基づいて、近年フランスにおいては多職種によるグループ診療（Maison multifonctionnelle；多機能診療所）を行うケースが増加している。写真1はリヨン郊外にある多機能診療所の外観を示したものである。この施設の1階には理学療法士、助産師、看護師、整体師、作業療法士、看護師、2階には一般医、小児科医、皮膚科医、耳鼻咽喉科医、3階には歯科医師、臨床心理士、心理療法士、言語療法士のオフィスがある。診察費に関する事務等は各階で共同で行っているが、それぞれ独立した経営体となっている。

ところで、現地の関係者によれば多機能診療所設立者は女性が多い傾向があるという。フランスにおいても近年急速に女性医療職が増加しており、かつてはそれをネガティブのとらえる風潮もあった。しかしながら、ヒアリングを行った Claudet 教授（Caen 大学、医療社会学）によればワークライフバランスを個人的な利得よりも重視する傾向のある女性医療職は、グループ診療に対する親和性が男性よりも高く、それゆえにフランスでかねてより問題となっていた多機能診療所構築のための貴重な戦力になっているという。また、複数の女性医師が交代で勤務する多機能診療所もあり、こうした就業形態は女性医師としての安定したワークライフバランスを確保する上で好都合であり、好意的に受け入れられているようであった。こうした点は我が国の今後のプライマリーケア体制の在り方を考える上で参考になるのではないかと思われる。ちなみに多機能診療所については自治体が建物を建設し、安価の家賃で自由開業医療職に場所を提供する例も地方で増加している。

ところで、グループ診療（pratique en groupe）自体は従来からフランスにおいても存在していた。ただし、それは多くの場合、診療所や医療機器の共有であり、患者を共同でみるという形態ではなかった。グループ診療には法的にはいくつかの枠組みがある。その主なものとしては例えば共同診療契約（contrats d'exercice en commun）、職業行為の実行に関する共同会社（sociétés de mise en commun des moyens d'exercice de la profession）、共同会社（sociétés d'exercice en commun）、職業的民事会社（société civile professionnelle；商事性を持たない会社組織）、自由営業会社（société d'exercice libéral；医師が共同出資して集合診療所を開設する形態。商事性を持つ）などがある。いずれの形態をとるにしても医師患者関係は個別性が要求されており、原則として一人の患者を共同で診察することはない。また、個々の医師の独立性が保証されている。前二者の場合、報酬を医師間で分配することは禁止されており、その他の形態の場合は、分配割合についてあらかじめルールを定款に明記しておくことが求められる。これは多機能診療所においても同様であり、我が国でイメージするグループ診療と内容が異なることに注意が必要である。

以上、フランスにおける近年のグループ診療の状況について説明した。ソロプラクティ

ス志向の強いフランスの自由開業制度において、グループ診療を促進することは難しいのが実情であった。しかしながら、医師不足が進む地方において、一人の開業医で増加する医療ニーズに応えていくことが困難になりつつある現状を踏まえて、開業医師と開業コメディカルとの間でグループ診療が形成され、それが広まりつつある。加えて、ワークライフバランスを重視する女性医師がパートタイムで勤務することが可能なグループ診療への親和性を示し、それを地方自治体などが支援するという動きも出ている。さらに開業費用を節約するために、グループ診療を選択する例も増えているようである。このようにフランスにおいてもようやくグループ診療の広がりが生じてきている。しかしながら、根底にある原則は自由開業医の独立性であり、個々の医師がそれぞれの患者を持ち、グループ診療は単に施設や機器などを共有するにすぎない点は、我が国で一般にイメージされているグループ診療と大きく内容が異なる。

ソロプラクティスの志向が強いフランスにおいて、医療職間のネットワーク化を進めるために、政府は DMP という IT システムを活用することで仮想的にグループ診療を行う仕組みを構築しようとしている。現在のところ、それが十分な広がりを持って活用されているとは言いきれない状況にある。しかし、一般医と専門医の連携を含めて総合的に対応することが求められる難病患者やがんの終末期患者の在宅医療、さらには地方で特に必要となっている多職種間の連携による在宅医療の需要の増大により、DMP を用いた連携は確実に進んでいくと予想される。ソロプラクティス志向の強いフランスの場合、このような情報共有の仕組みを活用した仮想的なグループ診療の展開が、グループ診療を行うことの本来の目的である総合的対応を実現するための最も有効な方法であるのかもしれない。今後の展開が注目されるところである。