

の時間で計測されている。表3によれば、すべての住民が医師と看護師へ15分以内にアクセスできる状況である。

実際には、患者がアクセスする専門職は距離のみによって決められるわけではなく、様々な要因に影響を受ける。このため今日では、医療の需要と供給の潜在的な不均衡を考慮に入れたアクセス可能性が分析されている<sup>34</sup>。

#### (4) 医療過疎化への現政権の取組み

今日、開業医の偏在、連携不足あるいは医療人口の減少等によって、医療へのアクセスが十分に確保されない地域が存在することが強く認識されるようになった。このような問題は「医療砂漠(déserts médicaux)」と呼ばれる。本稿では「医療過疎化」と表記を用いることとする。

とりわけ2012年5月に誕生した社会党政権にとって、すべてのフランス人に質の確保された医療へのアクセスを確保することは絶対的な優先課題である。過去10年間の自由放任政策のもとで医療へのアクセスが悪化し、危機的な状況にあるという認識のもと、「平等」の旗印のもと、医療過疎化を食い止めるための政策が推進されている。2012年12月には、Touraine 社会問題・保健医療大臣によって「医療過疎化と闘うために」と題された地域・医療協定書(Pact territoire-santé)が公表された。医療過疎化の現状については、「この5年間で追加的に200万人のフランス人が医療過疎化に直面し、地域間での不平等は拡大し続

表3 自由業の医療専門職までの距離

単位: %

	一般医	看護師	マッサージ・ 運動療法士	眼科医	婦人科医
居住しているコ ミューン内	84	84	81	50	48
5分以内	90	90	86	52	50
10分以内	99	99	98	63	60
15分以内	100	100	100	77	73
30分以内	100	100	100	98	95
1時間位以内	100	100	100	100	100

資料: Barlet et al. 2012: 3.

注: CNAM-TSの2010年のデータ、INSEEの2008年の人口関連データ等による分析。

<sup>34</sup> 年齢による医療の必要の違いを加味した医療需要に対して、アクセス可能な常勤換算の専門職(アクセス可能とされるのは、一般医、看護師、マッサージ・運動療法士の場合にはアクセスまでの時間が15分、婦人科医、眼科医の場合は45分)の数が分析されている(Barlet et al. 2012: 4)。

けている。専門医の診察を受けるまでの期間はますます長くなっている」という見解が示されている。

この協定書では3つの目標のもとに12の約束(engagements)が示された。この協定書には、医療への平等なアクセスを確保するために、現政権が重点的に取り組むことが必要であると考えている方策が網羅されている。これまでに論じた施策と重複する部分もあるが、その全体像を確認しておくこととしたい。

#### 目標 1：養成課程を見直し、若い医師の開業を容易にする。

##### ① 医学生への100%に総合医療の研修

多くの医学生が開業する一般医になる意思をもって入学するが、修学後に開業するのは10%にすぎない。第二サイクルの総合医療の研修は、50%の学生によって実施されているにすぎない。このような状況に対して、研修に関する規則を保健センターに適用するなどの策を講じ、全学生が総合医療の第二サイクル研修を受けることを推進する。

##### ② 2017年までに1,500の公的サービス義務奨学金

公的サービス義務契約 (contrat d'engagement de service public)は、医療が不足している地域で開業する契約をした場合、医学生に支給される奨学金であるが、800と設定された目標値のうち351契約しか締結されていない。これに対して、該当する地域の設定においてはARSの長官により大きな裁量を付与することによって仕組みを単純化すること、歯科医師のための仕組みを創設すること等の措置が講じられる。

##### ③ 2013年から200人の総合医療の地域開業医

新たに開業する医師は、さまざまな不確かさ(新たな土地への転居、生活の変化、顧客の獲得、財政的困難等)に直面する。困難地域において開業した際に経済面での安心感を確保することは、効果的なインセンティブを付与する。このため、医療不足が進行している地域で開業する若い医師に対して、2年間の収入の経済保障を提供する。法令の整備が行われた後、2013年には最初の200契約の締結が目指される。

##### ④ 各地域圏に単一の《開業相談窓口(référent-installation)》

いくつかの調査によって、開業を支援する施策が医学生とインターンに十分に理解されていないことが明らかとなっている。このため、2013年第1四半期からからすべての地域圏は、医学生とインターンに対してウェブサイトで単一のサービス窓口を整備することとされている。そのため研修に関する情報、開業場所の選択のためのサポート、開業時の必要な手続きと既存の支援策を分かりやすく提示した情報、特定できる担当者が確保され、整備される。

#### 目標 2：医療従事者が業務を行う環境を変える。

##### ⑤ チームで働くことを推進すること

地域での医療の提供においては、個人で孤立して業務を行う形式から、多職種のチーム

で働く形式へ移行することがますます望まれている。これは、専門職間でのよりよい業務の分担と事務的な業務の共同化によって、医療提供に当てることのできる時間を増やし、予防や検診、疾病教育の実施を確保すること等を可能にする。これらの多職種チームは、多職種の診療施設や保健医療ポータルでは実現可能である。多職種チームでの医療提供は、就労条件や私生活と職業とのバランスという点において若い医師の希望に応えるものであり、医療過疎の問題にも対応するものである。しかしながら、これらの組織に従事するのは医療従事者の2%のみである。このような状況のなか、チームでの医療提供を推進するために、包括で支払われる新たな報酬に関する専門職間での協約交渉が開始されることとなっている。この報酬は、情報設備や事務室、調整のための時間等、チームでの医療提供を行うために必要な諸手段の費用も賄うことが想定されている。

#### ⑥ 多職種の診療施設と大学との距離を縮めること

多職種の診療施設を大学との関係を密にすることによって、学生やインターンのための極めて教育的な研修場所を拡大することが可能になる。総合医療のための研究・教育の場を創設することによって大学の課程の大きな発展がもたらされ、同時に外来部門の医療提供の魅力を増大させる。この目標を達成するためにより望ましい方法を見出すために、この約束は協議に委ねられることとなる。

#### ⑦ 遠隔医療(télémedecine)を発展させること

遠隔医療は、遠隔での協力を容易にすることによって、専門医の時間を削減することを可能にする道具となる。現在までは、主として病院間の遠隔医療が優先的な取組みの対象となっている。今後、皮膚科の領域における試行を通じて遠隔医療の実施を具体化する。2013年の第1四半期には、皮膚科の領域でのプロトコル(protocoles)、経済モデルを作成し、協議を行う。第2四半期には、ARSによる試行の拡大を実施する。

#### ⑧ 権限の移譲を促進すること

いくつかの専門科へのアクセスの期間がますます長期化しており、いくつかの都市においては専門医の診察をうけるまで数カ月を要する状態にある。業務の移譲によって診察に当てる時間をより多く確保するために、医療活動をよりよく分担することが可能である。数年前からこのように認識されてはいるものの、経済的、法的あるいは組織的拘束によりそれらの解決方法は凍結されている。この状況下、眼科において、専門職間の協力議定書を取りまとめることによって進展させることが目指されている。2013年の第1四半期にはプロトコルと経済モデルを作成し、協議を行う。第2四半期には、ARSによる展開プランを待機期間の問題が大きな地域で実施する。

### 目標 3：孤立した地域に投資する。

#### ⑨ 2015年までに30分以内の救急医療へのアクセスを確保すること

生命に関わる救急時の医療へのアクセスが30分以上かかる状況にある居住者が200万人も存在する。多数の地域が救急医療へのアクセスが容易ではない地区を抱えている。この

ような状況に対して、2012年には取組みのための三つの軸が示された。a. 新たな救急蘇生移動サービス(SMUR)あるいはSMURの支所を整備、b. 一般医の参画を促すための「救急医療援助サービス(SAMU)対応医師」の地位の拡大、c. 地域の組織網と受け入れの質を維持するための救急サービス間での協力が推進される。これらの解決方策はARSによって展開される。

⑩ 病院勤務医・雇用される医師が外来診療組織を支えることを可能にすること

保健センター、病院あるいは共済センターに雇用される一定数の医師は、医療が不足している地区において一定時間業務を行うために、活動を多様化させる準備がある。しかし、今日、それを雇用主に促す方策は存在しない。このため、ARSに、最も危ぶまれている地域において雇用される医師が外来部門で医療活動を行えるよう、病院、保健センターあるいは共済組織と協定を締結することを可能にすることが予定されている。

⑪ 近接病院(hôpitaux de proximité)を適応させ、地域圏の病院センターの責任を強化すること

近接病院の多くは、医療不足が心配される地域に立地しており、医療へのアクセスに関して重要な役割を担っている。それらの病院は財源確保の問題に直面しており、法的あるいは財政的な制約によって外来部門との協力が抑制されている場合がある。このような状況を改善するため、次のような方策が実施される。病院報酬制度の改善作業において、近接病院の存続を保証するために財源供給方式の見直しが行われる。近接病院の位置づけを強化するために用いることのできる手段を特定する。とりわけ、専門医の報酬の拡大、研修の拡大、プライマリ・ケアの引受けの継続性、あるいは医療の経路の連携・改善といった問題についての手段を検討する。地域圏における病院センターの責任において近接病院の活動を支援する。

⑫ 保健センターを強化すること

一定の地域において、とりわけ都市部において、自由業の医療供給のみでは医療の必要のすべてに応えることはできない。市民を身近で医療が受けられない状態のままにしておくことはできない。このため、このような地域においては、保健センターの安定的な運営を確保することにより、医療の確保が検討されなければならない。このような問題認識のもと、すでに保健センターの経済モデルを新しくするために、社会問題観察総局(IGAS)のミッションが開始された。このミッション終了後、協定交渉が行われることとなる。2013年の第1四半期には保健センターと医療保険との間で全国協定の交渉が行われ、保健センターの設置が必要な地域が特定されることとなっている。

これらの約束において重点が置かれている「多職種の診療施設」と「保健医療ポール」、  
「権限の移譲」については、「3. 供給者間の連携確保」で具体的に検討する。ここでは、医療過疎化の問題に対して有効であると考えられている「遠隔医療」と「保健センター」について見ておきたい。

## (5) 遠隔医療

遠隔医療は、今日、フランスにおいて大きな期待を担っている新たな医療の分野である。遠隔医療は HPST 法によって法的な枠組みが与えられ、2010 年 10 月 19 日のデクレによって規定が整備された後、全国的な展開が進められている。技術の発展と法的な整備により、現在では、遠隔での医療の実施形式である遠隔医療を行うことが可能となっている。遠隔医療は、人口の高齢化、慢性疾患の増加、医療従事者の不均等な地域的配置および予算的な制約という、現在の医療システムが直面している困難に立ち向かうための新たな供給組織を実現するための重要な手段である。

遠隔医療は次のような目的を達成するための手段である。

- すべての地域におけるすべての人の、質の確保された医療へのアクセス可能性の改善
- 希少な医療資源(専門科・専門医)の時間の使用の最適化
- 医療行為を実施するための、医療従事者間の協力の改善
- 患者の医療の経路をより適切にすること

遠隔医療行為とされるのは、遠隔診察(téléconsultation)、遠隔鑑定(téléexpertise)、遠隔医療観察(télésurveillance médicale)、遠隔医療支援(téléassistance médicale)、医学的回答(réponse médicale)である。遠隔医療を全国的に推進するために、ARS によって策定される地域圏保健計画のなかに 5 年間にわたる「地域圏遠隔医療プログラム」が盛り込まれている。また、2011 年には遠隔医療の全国的な展開を主導する全国委員会(comité de pilotage national)が創設され、優先的な 5 つのテーマ(「画像診断における医療の継続性」、「脳血管発作の対応」、「拘留された人(détenus)の医療」、「慢性疾患の対応」、「社会医療組織あるいは在宅入院における医療」)が定められた。

現在、数多くの遠隔医療がさまざまな領域において実施されている。これら実施されている遠隔医療の組織を強固にし、あるいは新たな計画の実施を推進するために、2012 年 5 月に ANAP<sup>35</sup>により「実施中の遠隔医療：虫めがねで見た 25 のプロジェクト」と題された報告書が公表された。これは、数あるプロジェクトのなかから、その成熟度や医療目標への対応の程度を考慮して選ばれた 25 のプロジェクトを、技術、経済性、統治、法、評価、人的資源の観点から包括的に検討したものである。詳細な分析を通じて、課題や成功のための条件等を分析している。選択されたプロジェクトの約半分は慢性疾患における遠隔医療のプロジェクトであり、この分野における遠隔医療への期待が表れている。

## (6) 保健センター

保健センターは、最も古くから存在する多職種による医療提供の形式である。17 世紀の

---

<sup>35</sup> ANAP(agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux)は、HPST 法により、病院や社会医療施設がパフォーマンスを改善することを支援するために創設された機構である。

慈善的な診察にその起源をもち、宗教団体、コミュニオンおよび共済組合等によって運営される無料診療所が19世紀に発展した(Gallet 2011: 93)。無料診療所に起源をもつ保健センターは、時代の流れとともにその役割を多様化させながら、フランスの医療制度を支えてきた。今日、多様なものを含めると1,400以上保健センターが存在する。

保健センターは、1991年から公衆衛生法典に位置づけられているが、HPST法によってその役割が見直された。現在、プライマリ・ケアを確保するための砦としてその役割が注目されている。公衆衛生法典によれば、保健センターは次のような役割を担う。宿泊を伴わない医療活動を提供し、公衆衛生活動、健康のための予防・教育活動、患者の疾病教育、社会活動を実施するとともに、第三者払いを実現する。また、一定の条件のもとで、薬による自発的な妊娠中絶を実施することができる。さらに保健センターは、さまざまな保健医療の専門職の養成のための研修の場となる。

保健センターを創設し、運営できるのは、非営利組織、地方自治体、公立あるいは公益の病院である。実際には、保健センターは、財団、社会保障制度、宗教団体、アソシエーション、共済組合、コミュニオン等によって設置され、運営されている。後述の「多職種の診療施設」の場合と異なり、保健センターの医師は被用者である。

保健センターでは、医療費の第三者払いが確保されることとなっており、医療へのアクセスを確保において重要な役割を担っている。具体例を挙げると、保健センターの充実しているローヌアルプ(Rhône-Alpes)地域圏では、181の保健センターが存在し、54万人に対する医療提供を行っている。そのうち9万3千人は、普遍的医療給付(couverture maladie universelle: CMU)の受給者であり、今日、保健センターはすべての人の医療アクセスを確保する上で不可欠な存在となっている。現在、医療過疎化との闘いにおいて保健センターの役割が見直されており、今後、新たな制度的位置づけが与えられ、その政策的重要性が高まっていくと考えられる。

### 3. 供給者間の連携確保

今日、地域における保健医療の供給者間の「協力(coopération)」の重要性はますます高まっている。政策的な取組みも加速化している。2009年HPST法では病院等の施設間の協力・連携の仕組みが強化されるとともに、施設のみではなく個々の医療専門職をも巻き込んだ地域での多様な提供主体間の連携のあり方が新たに提示され、推進されることとなった。その背景として、医療人口の見通しに基づく医療資源の希薄化(raréfaction)、患者に提供されるサービスの質の改善の必要性、強まる予算的制約を考慮した効率の改善および外来診療と医療部門、社会医療部門の間の障壁の撤廃(décloisonnement)と階層的な医療提供の実現といった問題状況と課題が指摘されている(Gallet 2011: 9)。

以下では、まず病院を中心とした協力・連携の強化に関する改革方策について検討する。

続いて、外来診療の領域における保健医療の専門職の協力・連携に関する新たな医療提供の形式とそれに対応する新たな報酬支払い方式について見ていくこととする。

## (1) 病院を中心とした協力体制の構築

### ① 地域病院共同体(CHT)

2009年 HPST 法によって病院間の協力が強化されたが、それは主に二つの方法によって行われた。一つ目は「地域病院共同体(communautés hospitalières de territoire : CHT)」の仕組みの導入であり、HPST 法によって新たに創設された公立病院の協力形態である。CHT の結成を通じて、公立病院の組織と管理運営の柔軟性を高め、地域住民の医療の必要によりよく応えることが期待されている。二つ目は、次に見ていく医療協力連合(GCS)である。

公立病院間の協力に関しては、これまでもその推進のための施策が実施されてきた。最初の施策は、1970年12月31日の病院改革法によって導入された「病院間組合(syndicats inter-hospitaliers)」であった<sup>36</sup>。さらに1990年代の病院制度改革においても病院間の連携を強化するための施策が実施された<sup>37</sup>。しかしながら、これらの仕組みでは十分な協力が実現されておらず、制度上の課題が残されていた。

#### (a) CHT の概要

HPST 法は、公的病院は、病院間での権限の委任(délégations)<sup>38</sup>あるいは移譲(transferts)<sup>39</sup>を通じて、および遠隔医療を活用することによって、共通戦略を実施し、特定の任務と活動を共同で管理するために、CHT の協定を締結することができる<sup>40</sup>と定めている。

CHT は公立病院によって自発的に構成される協力形式であり、新たな法人格を取得する

---

<sup>36</sup> 2009年の Rolland 報告により、病院間組合は効果を上げていないと評価された。病院間組合は、2003年9月4日のオールドナンスによって2005年1月1日以降の新設は行われないうこととされ、さらに2009年病院改革法によって、同法の発効から3年以内にCHTあるいはGCS等へ移行することが定められた(Dupuy 2009: 126, Bergoignan-Esper 2009: 806)。

<sup>37</sup> 1991年7月31日法により、公的な施設が公益連合(groupements d'intérêt public)あるいは経済利益連合(groupements d'intérêt économique)に参加する仕組みが導入され、さらに1996年4月24日のオールドナンスにより医療協力連合(GCS)が創設され、多様な供給者間の協力が促進された。

<sup>38</sup> 「委任」は、当該病院が他の加盟病院に権限の管理を任せることである。この委任を取り消すことも可能であり、委任元の病院は委任された活動を取り戻す権利を有している。

<sup>39</sup> 「移譲」は、ある病院が他の加盟病院のために活動を放棄することであり、移譲された病院は、当該活動に関する全資格を保有することとなる。

<sup>40</sup> CHT は公立病院の間の協力の形式であるが、あわせて、公立の社会医療施設はCHTの協定の枠組みにおいて実施される活動に参加することができる。なお、参加する社会医療施設はCHTの協定の締結者ではないため、協定の内容について交渉する立場にはなく、参加施設として位置づけられる。

ものではない。病院間の合併や吸収を意味するものでもない。国や ARS によって CHT の締結が強制されることはなく、公立病院の協定締結の自由が保障されている。一つの公立病院は複数の CHT 協定の締結者となることはできない。

CHT 協定を締結するために、加盟病院の院長(directeur)と入院診療委員会(commission médicale d'établissement : CME)の委員長(président)によって準備が行われる。準備された CHT 協定に対して加盟病院の院長が承認を行い、署名する。すべての署名が揃ったところで ARS の長官(directeur général)に提出され、承認(approbation)されると CHT が創設されることとなる。この承認においては、当該協定が SROS に適合しているかどうかが評価され、必要に応じて修正が求められる。

CHT は公立病院が任意で参加する協力の枠組みであるが、ARS の長官の要請(demande)に従って創設される場合がある。このような要求が行われるのは、病院システムを住民の医療の必要に適合させて超過のない料金での医療へアクセスが可能となることを保証し、医療の質と安全を確保し、提供組織と医療供給体制の効率を改善して費用をコントロールすることが必要となる場合、あるいは研究の領域において複数地域圏でのよりよい共同実施を実現するために必要である場合である。この要求が実施されない場合は、病院への支払い金(dotations de financement)が削減される可能性がある。

また、医療の質と安全の面において問題がある場合、あるいは病院の著しい財政不均衡が確認された場合には、ARS の長官は CHT の締結を要請することができる。

CHT 協定には、以下の点が定められることとなっている。

- － CHT の共通医療計画、加盟病院間で委任あるいは移転される権限と活動、および委任あるいは移転に関わる動産・不動産の譲渡あるいは交換
- － 加盟病院の目的と手段に関する複数年契約(CPOM)、施設計画、複数年の包括的財政計画および施設投資プログラムを調整する方式
- － 管理運営面での病院間の協力方式および人的資源と病院情報システムの共同化の方式
- － 特定の病院によって引き受けられた任務の代償として支払われる、実施されたサービスの費用の決定方式
- － 協定締結の公的病院と当該 CHT の枠組みにおいて実施される活動に参加する公的社会医療施設との間の連携(articulation)の方式
- － 監視会議(conseli de surveillance)、理事会(directoire)および協定を締結した病院の代表者を含む CHT 拠点病院の職員代表組織の構成

なお、CHT 協定によって連結会計が実施されることが想定されている。また、一定の条件を満たせば CHT 協定を解約することができる<sup>41</sup>。

## (b) CHT の運営

CHT には、共同体委員会(commission de communauté)が設置されることが法定されて

---

<sup>41</sup> CHT 協定の解約の方式は、公衆衛生法典の L. 6132-7 条に規定されている。



いる。委員会は、加盟病院の監視会議の長、CMEの長および院長によって構成される。共同体委員会の役割は、協定の適用状況を確認し、共通戦略の実施を促進するために必要な方策を提案することである。強制的な権限は持たない。

CHTに加盟する病院の一つが拠点(siege)となる。この拠点病院の決定には、CHT加盟病院のうち内科・外科・産科の医療活動として医療保険から支払いが行われた収入の4分の3以上を代表する監視会議のメンバーの3分の2以上による承認が必要となる。このような手続きによって合意が形成されない場合には、ARSの長官が拠点病院を指名する。拠点病院はCHTにおいて特別の権限は持たないが<sup>42</sup>、加盟病院の意思により、拠点病院の院長に強化された権限を付与することができる。拠点病院の役割は法律には明記されていない。

また、CHTは職員に関わる共同の決定機関を設けることができる。それらは、共同医療委員会、共同技術委員会および共同看護・リハビリテーション・医療技術委員会であり、法令によってその構成や方式が定められている<sup>43</sup>。

地域の医療の必要に応じた医療活動を共同で実現していくためには、CHTの加盟病院間での活動や権限の移譲が必要となる。活動の移譲が行われた場合の費用の埋め合わせ等については、必要に応じて協定に盛り込まれることとなっている。また、活動の移譲が動産・不動産の譲渡や交換を伴う場合、いかなる補償金、税、賃金あるいは報酬の徴収も生じないことが規定されている。医療活動や高額医療機器の移転や譲渡が行われた場合には、ARSの長官によって、実施や活動の場所に応じて許可が修正されることとなる。

また、CHTの枠組みにおける医療活動の共同運営を実現する上では、遠隔医療が重要な手段となる。遠隔医療は医療行為であり、新たな改革方策を実現し、効率的な医療供給体制を実現するための医療提供手段として政策的な重要性が高まっている。

さらにHPST法にはCHTの創設を財政的に支援するための方策が示された。CHTを創設して医療活動を共同で行う場合、病院間での活動の移転等に伴う投資や人員の移動の費用が必要になるが、同法により、2012年12月31日まで、CHTの実現に向けた計画に参加する施設は15%増額された財源をARSから受け取ることが定められた。この財源は、一般利益と契約化支援の任務(missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation : MIGAC)に当てられる交付金として供給された(Dupuy 2009: 125)。

## ② 医療協力連合(GCS)

CHTが原則として公立病院を対象とした協力の形式であるのに対して、医療協力連合(GCS)は、公私の多様な提供主体が参加する協力の形式であり、医療の領域のみならず社会的部門も含めた広い範囲の供給システムを再編するための仕組みである。GCSの創設を通じて、人材や場所、設備などを共有することが可能となる。

---

<sup>42</sup> 法案では、拠点病院の院長に強い権限を付与することが想定されていたが、病院の自律性が損なわれることを懸念した意見が多く出されたため、この提案は修正された。

<sup>43</sup> Gallet 2011: 43-47 参照。

GCSは、病院改革に関する1996年4月24日のオルドナンスによって創設された。当初のGCSは営利・非営利の私立病院を対象としたものであり、既存の病院の協力の仕組みを補足する手段にすぎなかったが、2000年代に入ってから頻りに法令の修正が行われ、その対象が大きく拡大された。2002年3月4日の法律により、GCSの対象はすべての公的・私的施設へと拡大された。さらに2003年9月4日のオルドナンスにより、社会医療施設と自由業の医療職がGCSに参加することが可能となった。HPST法によってGCSの創設や目的、法的位置づけ、構成メンバー等が定められ、GCSの仕組みがより明確化された。

#### (a) GCSの概要

HPST法は、GCSを二つに区別している。一つ目は、「手段のGCS(GCS de moyens)」であり、数多く実施されている形式である。二つ目は、「医療施設であるGCS(GCS érigé en établissement de santé)」である。まず、GCS制度の基礎となる手段のGCSについて検討し、その後、もう一つのGCS(医療施設であるGCS)について見ていくこととする。

手段のGCSを構成するのは、医療施設(公立病院、営利・非営利の私立病院)、公私の社会医療施設、保健センター、保健医療ポール、自由業の医療職(医師・助産師・歯科医師)である。その他の保健医療の専門職等(薬剤師、看護師等)もGCSに参加することができるが、その場合にはARSの長官の許可が必要となる。原則として、GCSの構成員の少なくとも一つは医療施設でなければならない。

手段のGCSの目的は、構成員の活動を容易にし、発展させ、改善することである。この目的のために、GCSは、構成メンバーである医療施設等の管理部門、ロジスティック、医療技術、教育・研究等に関わる活動を組織し、運営する。またGCSの構成メンバーの共有設備(*équipement d'intérêt commun*)を持ち、管理する。

手段のGCSは法人格を付与された組織であり、法人としての特性(固有の資産、予算、雇用主としての資格、高額医療機器の許可等)を有する。GCSの法人格には公法に属するものと私法に属するものがある。公法のGCSとなるのは、GCSがすべて公法人から構成されている場合、公法人と自由業の医療職から構成されている場合、資産の半分以上が公法人によるものである場合等である。私法のGCSとなるのは、GCSがすべて私法人から構成されている場合、資産の半分以上が私法人によるものである場合等である。

手段のGCSは、ARSの長官による協定の承認と公示を経て創設される。GCSの協定には盛り込まなければならない事項は公衆衛生法典において定められている<sup>44</sup>。

---

<sup>44</sup> 盛り込むべき事項は、当該GCSの拠点と名称、当該GCSの目的と構成メンバーとの間での活動の配分、構成メンバーの身分(*identité*)と資格(*qualité*)、当該GCSの法的性質、無期限として創設する場合以外には、当該GCSの期限、GCS運営のための負担(*charges*)への構成メンバーの関与の決定に関する規定とその毎年の見直しの方式、構成メンバーの権利とその決定に関する規定、総会において各構成メンバーが代表する方式、構成メンバーが負債を引き受ける方式、資本金、当該GCSに適用される財政・会計制度、動産・不動産の扱い、GCSの解散が行われる場合とその規定および財の帰属の方式、GCS内での医療・

## (b) GCS の運営

手段の GCS における決定は、総会と、総会によって任命された管理者によって行われる。総会はすべての GCS のすべてのメンバーによって構成され、GCS の利益のために必要がある場合に、管理者の召集に基づいて少なくとも年 1 回開催される。総会はまた、メンバーの 3 分の 1 以上の求めにより、定められた議事日程に基づき開催される。総会は、予算見通し<sup>45</sup>について議決し、協定の修正や新規のメンバーの受け入れなど、GCS に関わる諸問題を審議し、決定する権限を有している。管理者は、総会における決定を実施し、予算の執行を確保する役割を担う。

手段の GCS は、資本を伴って、あるいは無資本で創設される。資本は、メンバーによってもたらされる資金のほか、動産・不動産という形をとる場合もある。GCS の運営のための負担に対してメンバーは、財政的な寄与のほか、場所や設備、人員の提供というような現物の形で参加することができる。

GCS は、毎年、その活動を記載した報告書を ARS の長官に提出することとなっている。

## (c) 医療施設である GCS

手段の GCS の一部は、より大きな役割を担う「医療施設である GCS(以下、医療施設 GCS)」の資格を持つことができる。GCS が医療施設としての資格を与えられるのは、手段の GCS が ARS の医療活動(activités de soins)の許可を得た場合である。

医療施設 GCS は、医療施設一般に付与された権利と義務を尊重することが求められる。具体的には、すべての患者に対して質の確保された医療への平等なアクセスを保証すること、医療の継続性と安全を確保すること、常時の患者の受け入れと引受け、あるいは他施設への案内を確保することが挙げられる。

また、患者と病院等の法的な関係についても整理された。従来、患者は GCS の個々のメンバーと法的な関係を有しているにすぎなかったが<sup>46</sup>、GCS が医療施設としての資格を有することによって、患者は GCS に対する直接的な法的関係を有することとなった。

医療施設 GCS の法的な位置づけは、その前提となる「手段の GCS」の法的な性質によって定められる。つまり、私法の適用になる手段の GCS が医療施設の資格を有した場合には、それは私立医療施設(établissement de santé privé)となる。公法が適用される手段の GCS についても同様である。

---

コメディカルの活動を組織する方式、構成メンバーの加盟・脱退・除名規定、GCS の管理運営に関する規定(管理者の任命、その権限、限定委員会(comité restreint)の創設、総会、管理者、必要に応じて限定委員会間の権限の分担、GCS の清算の条件と清算人の指名である(公衆衛生法典 R.6133-1 条)。

<sup>45</sup> 「予算見通し」は私法の GCS の場合であり、公法の GCS の場合には「収入と支出の見通し」である。

<sup>46</sup> 患者との法的な関係における制約が GCS の発展を妨げていた(Dupuy 2009: 128)。

ある医療施設 GCS の内部に料金体系の異なる施設が含まれている場合には、医療施設 GCS は公私の料金体系のいずれかを選択することができる。最終的には、GCS の構成メンバーの法的性質と料金体系の状況を踏まえて、ARS の長官によって適用する料金体系が決定される。

#### (d) 実施状況と課題

1996 年に GCS 制度が導入されてからその創設数は増加しており、2010 年 6 月 30 日現在の GCS の数は 347 である。フランスでは様々な方法によって病院間の協力体制が構築されており、実施されている他の手段との比較においては GCS の創設数は必ずしも多くはない<sup>47</sup>。GCS の多くは、設備やロジスティック部門の共同管理を目的として創設されたものである。

また、GCS は多様な提供者が協力するための枠組みではあるものの、現状ではそのメンバーの多様性は限られている。自由業の医師がメンバーとなっているのは GCS の 20%に過ぎない。公的な主体と私的な主体が混合されている GCS は 40%にとどまり、半数以上の GCS は公的施設のみ、あるいは私的施設のみから構成されている。社会医療部門を含んだ GCS は 7.5%とごく少数である(Gallet 2011: 140-141)。

医療活動の許可を有する医療施設 GCS の数は 29 である。このうち 9 つは公法が適用される GCS であり、残りの 20 は私法が適用される GCS である。また、公立病院と営利の私立病院を含む GCS は 2 つ、自由業の医療職を含む GCS は 4 つのみである(Gallet 2011: 141)。

GCS は多様な供給主体が協力することを推進する枠組みであるが、現在のところはその協力のあり方は限定的な範囲にとどまっている。これは、現在の GCS 制度の抱えるいくつかの問題を反映した結果であると考えられる。GCS の運営をより困難なものとしている実施上の問題として、公立病院と私立病院で報酬支払い方式が異なること、GCS は医療保険から直接財源を受らないため予算管理や透明性を確保することが困難であること、公私の情報システムが併存し、患者の状態に応じた医療提供のための情報管理が複雑であることが指摘されている(Gallet 2011: 142-145)。

#### (2) 地域における多職種の協力・連携の推進

HPST 法の制定と前後して、地域において保健医療の多様な専門職が協力し、連携するための制度的な枠組みの整備が試みられている。ここでは、医療政策上の課題に応えるために多くの期待が寄せられている多職種の診療施設と保健医療ポールについて見ていく。さらに、1990 年代から取組みが推進されている保健医療ネットワークについて検討する。

##### 1) 多職種の診療施設

---

<sup>47</sup> フランスには 5 万を数える施設間の協定が存在するなど、多様な協力体制が構築されている(Gallet 2011: 137)。

多職種の診療施設(maison de santé)は、2008年社会保障財政法律によって創設された新たな医療提供の形である。その後、2011年8月10日の法律によってその任務が拡大された。先の医療過疎化の問題への対応策としても期待されている。

公衆衛生法典には、多職種の診療施設は、「医療職、コメディカルあるいは薬剤師によって構成される法人である。診療施設は、宿泊を伴わないプライマリ・ケア、場合によっては二次医療の活動を行う。公衆衛生、予防、健康教育の活動と社会活動に参加することができる」と定められている。複数の職種から構成される点が特徴であり、専門職種での協議や意見交換が容易に行えるようになり、連携して治療に当たることによって患者の医療の必要によりよく対応することが可能となる。少なくとも二人の一般医の他に、二人の異なる専門職(看護師、運動療法士、歯科医師等)によって構成されるが、多くの場合、一般医、看護師、運動療法士によって構成される。多職種の診療施設において各専門職は自由業として働く。グループでの医療提供は若い医師らによっても好まれ、勤務時間がより柔軟に調整できることや、事務を共同化することによって負担を軽減できるなどのメリットがある。このため、後述のように多職種の診療施設に適した新たな報酬支払いの試行が行われている。

多職種の診療施設は、民事手段会社(SCM)、医療協力連合(GCS)、アソシエーション等の法的地位に基づき創設されていたが、当該診療施設の業務を行うには適していなかった。また、新たな報酬支払い方式が検討されるなかで、2011年8月11日の法律によって、多職種の診療施設を設置するのに適した新たな法人格として、外来診療多職種法人(société interprofessionnelle de soins ambulatoires : SISA)が創設された。SISAは業務、情報、収入・請求等の共同化を可能とするものである。109の多職種の診療施設と保健医療ポールがSISAへの移行の対象とされていたが、2013年2月15日時点では、57施設がSISAへ移行、39施設が従来の組織に加えてSISAを創設することを予定していた(ENMR 2013)。新たな法人格のもとで、多職種の診療施設は今後ますます発展することが見込まれる。

## 2) 保健医療ポール

保健医療ポールは、HPST法によって新たに定義が与えられた医療の供給者の集合である。保健医療ポールは、プライマリ・ケアあるいは二次医療を提供し、予防活動、健康促進、医療安全に参加することができる。保健医療ポールの構成メンバーとなることができるのは、保健医療の専門職、多職種の診療施設、保健センター、保健医療ネットワーク、病院、社会医療施設、医療協力連合(GCS)等である。

多職種の診療施設が、多様な専門職が連携する実体を伴う診療施設であるのに対して、保健医療ポールは、協力・連携を推進するための機能的な組織(必ずしも実体を伴わない)である。

## 3) 保健医療ネットワーク

#### (a) 概要

保健医療ネットワークは、医療へのアクセスと保健医療の供給者の連携を促進するために、20年前から国によって推進されてきた(Gallet 2011: 66)。1996年4月24日のオールドナンスによって5年間の試行事業が実施され、その後2002年3月4日の法律によって、現在の保健医療ネットワーク制度が整備された。保健医療ネットワークは、地域における病院・社会医療施設、外来部門および医療従事者間の連携・調整を担う医療供給者である。

保健医療ネットワークは、多くの場合、特定の人口(高齢者、障害者等)、あるいは特定の疾病(糖尿病、心不全、ガン等)を対象とした活動を行っている。病院、開業医、さまざまな保健医療の専門職が関わることにより、それらの供給者間の垣根を取り払った包括的なケアや支援を可能とする。保健医療ネットワークは自発性に基づいて創設される組織であるが、ARSの厳格なコントロールのもとで地域の医療の必要に応えるための活動を展開している。2011年現在、716のネットワークが医療の質・連携基金(fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins : FIQCS、後述)の財源(2011年で総額1億6700万ユーロ)によって活動を行い、約35万人の患者が保健医療ネットワークを利用している。大部分の保健医療ネットワークは、1901年法に基づく非営利のアソシアシオンによって創設されたものである。患者のネットワークへの参加は任意である。

2013年3月に訪問調査を行ったリヨンの糖尿病患者を対象とした保健医療ネットワークにおいては、糖尿病に関する専門的な知識を有する看護師が調整役となり、患者に関わる保健医療の専門職(一般医、専門医、歯科医師、看護師、薬剤師、足治療師、栄養士、運動指導士、臨床検査士)が協力し、患者の治療や支援にあたっていた。具体的には、患者や家族等への情報提供のための定期的な会合の開催、専門的な診察や栄養指導、足のケア、歯科・口腔の診察、運動や禁煙のサポート等が行われる。サービスを利用するために患者は参加の契約を締結するが、退出は自由である。サービスの利用に関して、患者の自己負担は求められない<sup>48</sup>。

保健医療ネットワークによって提供される保健医療サービスの財源は、度々見直しが行われてきた<sup>49</sup>。2006年12月21日に制定された2007年社会保障財政法によって、従来の二つの財源を統合した保健医療ネットワークの新たな財源を支給するFIQCSが創設され、2007年7月に業務が開始された。FIQCSは保健医療ネットワークに加えて、医療へのアクセスや継続性を確保するためのさまざまな活動・組織(保健センター、多職種の診療施設、

---

<sup>48</sup> リヨンの保健医療ネットワーク dialogs では、スポーツ施設等の利用料は除き、ネットワークへの参加は無料である。

<sup>49</sup> 保健医療ネットワークは、1999年に設置された「外来診療の質支援基金(fonds d'aide à la qualité des soins de ville : FAQSV)」による資金の提供が行われていたが、2001年12月21日の法律によって、全国医療保険支出目標(ONDAM)のなかに「全国ネットワーク発展交付金(dotation nationale de développement des réseaux)」が設けられ、FAQSVの資金に加えられた。その後、全国ネットワーク発展交付金は地域圏で運営されることとなった。

保健医療ポール等)に対して財源の供給を行うこととされた<sup>50</sup>。FIQCSは、公的な医療保険制度の資金によって形成されるが、この金額は毎年の社会保障財政法律によって定められた。さらにFIQCSは国の総枠と地域圏の総額に分割され、後者は人口と医療従事者の密度に従って各ARSに配分された。ある地域圏で活動する保健医療ネットワークの財源は、当該地域圏のARSの長官によって決定されるが、この財源供給の決定は5年を超えない期間を設けて行われることとされた。2013年1月からは、FICQSに代わって、2012年社会保障財政法律によって創設された地域圏介入基金(fonds d'intervention régional : FIR)が保健医療ネットワークへの資金の提供を行っている。

各保健医療ネットワークは、毎年、支払組織に対して活動報告書(評価内容、財政収支、会計資料を含む)を提出しなければならない。この報告書では、当該保健医療ネットワークとARSとの間で締結されたCPOMに関して得られた結果が明らかにされる。さらに3年ごとに(あるいは財源提供の決定時に)、評価報告書が作成される。それには、a. 目標達成の水準、b. 利用者への対応の質、プロセスおよび結果、c. 利用者とネットワークに関わる専門職の参加と満足、d. ネットワークの組織と機能状況、e. ネットワークに帰属する費用、f. 取り巻く環境へのネットワークのインパクト、g. 専門職の業務へのネットワークのインパクト、h. ネットワークが受け取る多様な収入の使用と割り当てについての評価が示される。

#### (b) 課題と方向性

過去10年間で保健医療ネットワークは大きく発展し、現在、多岐にわたる活動を展開している<sup>51</sup>。このようななか、保健医療ネットワークが本当に追加的な価値を生み出しているのかという点について疑義が呈されるようになった(Gallet 2011: 78-79)。医療政策全体において財政的な制約が強まるなかで、2007年には、評価によって明らかにされた真の付加価値を患者と専門職に対して生み出している保健医療ネットワークにしか資金を提供しない、あるいは資金を提供し続けられないという政府の方針が示された<sup>52</sup>。保健医療ネットワークに投入することのできる予算が限られているなかで、いかにして保健医療ネットワークの

---

<sup>50</sup> FIQCSの主要な任務は、①外来部門の医療従事者、病院および社会医療施設を結びつける新たな医療提供の方式と保健医療ネットワークの発展、②医療の継続性を改善する活動あるいは組織(とりわけ急患医療施設(maison médicale de garde)(開業医の診察時間外のみ、生命に関わらない一般医療を提供する常設の場所))、③地域において平等な医療アクセスを支援するための活動の維持と開業に寄与する活動あるいは組織、④複数の診療科の医療提供、および医療従事者をグループ化する医療提供を支援する活動等に財源を提供することである。

<sup>51</sup> 2011年現在、活動している保健医療ネットワークは716であり、領域別に見ると、数の多いものとしては老年学が124、緩和ケアが98、糖尿病が70、がんが64となっている(Ministère chargé de la santé 2012: 65)。

<sup>52</sup> 2007年3月2日の通達による。聞き取り調査によれば、実際に、評価に基づいて少なくとも数の保健医療ネットワークが閉鎖された。

生み出す付加価値を高めるかという点が課題となっている<sup>53</sup>。

保健医療ネットワークは、患者に対してポジティブな効果(例えば、糖尿病の場合、疾病の悪化や合併症、さらには入院を予防し、生活の質を向上させる等)を与えるのみならず、関わる専門職にもメリット(例えば、かかりつけ医の過重な負担を減らし、専門職種間で情報を共有することによってよりよい患者への対応・支援が可能になる等)をもたらす。政策的には、保健医療ネットワークを発展させることに重点があった段階を経て、現在、転換期にある。今日、保健医療ネットワークが、多様な医療・福祉的な必要をもつ患者の困難な状況に対応するために、一般医やプライマリ・ケアを担うチームを支援し、患者をよりよく導く役割をうまく担えるようにすることが政策課題となっている。

### (3) 医師とコメディカルの新たな協力形式

人口の高齢化、慢性疾患の増加、医師不足、医師の求める新たな労働条件、コメディカルの医療専門職の強い承認欲求、医療費の抑制といった議論を背景として、プライマリ・ケアの新たな提供方法が模索されている(Bourguueil et al. 2008 : 1)。また、慢性疾患の患者が増大するなかで、患者の疾病教育や予防の重要性が高まっており、専門職種の役割の見直しが求められている。このようななか 2009 年 HPST 法によって、異なる専門職種間において協力を容易にするための地域を基盤とした制度的枠組みが整えられた。この専門職種間の協力は強制されるものではなく、地域における専門職種間での合意に基づく自発的な取り組みである。

専門職種間の協力を実現する方法の一つは、専門職種の間で医療行為や活動を移譲(transfer)あるいは委任(délégation)することである。これは、将来的に医療人口の不足が懸念されるなかで、保健医療に関わる各専門職種の任務を見直し、ある専門職の活動や行為を他の専門職に移譲し、あるいは患者への医療的な介入の方法を再編成することによって、医療の安全と質を確保しながら医療の必要に対応していこうとする試みである。

多様な医療政策上の課題に対応するために、政府は 2002 年 6 月に保健医療の専門職に関する調査研究を Berland 教授に委託し、同年 11 月に報告書「保健医療の専門職の人口」が提出された。これによって専門職種間の新たな協力方法を模索することの必要性が認識されるようになり、本格的な政策的対応が開始された。

#### 1) 試行事業の実施と制度的枠組み

まず 2004 年 8 月 9 日の法律によって、医師とコメディカルとの間での医療活動の移譲を試行的に実施することが定められた。最初に、2004 年 12 月 13 日のアレテによって 5 つの試行についての具体的な方法(試行が行われる場所、試行期間、対象となる医療専門職、対

<sup>53</sup> 2012 年 10 月には政府によって「医療の連携を改善する：保健医療ネットワークをいかに変化させるか?」と題された指針が公表され、保健医療ネットワークの目指すべき方向性が明らかにされた。



象患者、権限移譲の対象となる医療行為、実施条件)が定められた。試行の対象となったのは、①2型糖尿病患者、②血液透析を受ける患者、③C型肝炎に罹患した患者、④眼科を受診する患者、⑤放射線療法が必要な患者であり、2005年から実施に移された。このうち①は医師と栄養士、②と③は医師と看護師、④は眼科医と視能訓練士、⑤は医師と放射線技師との間での医療活動の移譲に関する試行である。

さらに2006年3月30日のアレテによって、新たに7領域での試行と3領域(C型肝炎、慢性腎不全、2型糖尿病等)での試行の続行・拡大が定められた。新たな試行の対象となった患者は、①在宅での化学療法の医師の処方をする腫瘍学における患者、②神経系の腫瘍等の患者、③検査のために心臓病専門内科医を受診する患者、④エコー断層撮影のために放射線専門医を受診する患者、⑤消化機能検査を受ける患者、⑥良性腫瘍あるいは前立腺がんの患者、⑦献血者である。このうち、①、②、③、⑤、⑥は医師から看護師への医療行為の移譲である。保健医療の専門職種間の新たな協力関係の構築は、すべての医療専門職が対象となるが、なかでも看護師の役割の強化が注目される。

これらの試行事業は、国立医療人口観察局(ONDPS)の協力のもとで高等保健機構(HAS)によって評価・分析され、その内容は2008年4月にHAS推奨(Recommandation HAS)として公表された。そのなかで、医療の必要に応えるために専門職種間の新たな協力形式を導入する必要があることが示された。これを受けて、新たな協力形式は2009年HPST法によって恒常的な仕組みとして制度化された。同法によって保健医療の専門職について定める公衆衛生法典の第4部に、新たに「保健医療の専門職間の協力」について規定する章が設けられ、「保健医療の専門職は、それらの者の発意により、それらの者間での活動や医療行為の移譲を実施し、あるいは患者への介入方法を再編することができる。保健医療の専門職は、それらの者の知識と経験の範囲内で、プロトコル(protocole 議定事項)の枠組みにおいて介入を行う。患者は、プロトコルに定められた内容(engagement)について医療専門職から説明を受ける。」という内容が盛り込まれた<sup>54</sup>。

ところで、保健医療の専門職それぞれの権限領域は公衆衛生法典に定められており、新たな協力形式を実行することはこの規定に背くことになる。また、患者の安全の確保については最善の努力がなされなければならない。新たな協力形式の実施は当事者の自発性に基づくものとされ、実施に至る手続きにおいては、次のようなARSとHASによる厳格なコントロールが行われる。

まず、新たな協力形式を実施する保健医療の専門職の間で協力プロトコルを作成し、ARSに提出する。プロトコルには、協力の目的と性質、とりわけ診療科あるいは疾病、関連する専門職が処置を行う場所と領域が明記される。ARSは、プロトコルが地域圏の医療の必要に応えるものであることを検証し、さらにHASに付託する。ARSの長官は、HASの同意を得た後、アレテによってプロトコルの実施を許可する。なおHASは、協力プロトコルを全国すべての地域に拡大することができ、この場合ARSの長官はアレテによってこれら

<sup>54</sup> 同法典 L.4011-1 条による。

のプロトコルを許可する。この拡大された協力プロトコルは、法令によって定められた方法により、医療専門職の最初の養成課程 (formation initiale) と継続的な職業発展 (développement professionnel continu : DPC)<sup>55</sup>に取り入れられる。

プロトコルの適用について相互に義務を負う専門職は、ARS に対して参加申請の登録(無償)を行わなければならない。ARS は、保健医療担当大臣のアレテによって定められた条件に従い、申請者が定められた領域を対象とした保険の保証が得られる状態であること、および申請者の経験と養成教育について十分な保証があることを確認する。申請が登録されることにより、当該専門職はプロトコル実施への参加の許可を得たこととなる。

当該専門職は、12 カ月間、保健医療担当大臣のアレテによって定められる方法に従って協定事項の実施状況を調査し、得られた情報を ARS と HAS に提出しなければならない<sup>56</sup>。ARS は、アレテによって定められた方法で、理由を明確にして、プロトコルの適用を終了する決定を行うことができる。

以上のような制度的枠組みを活用して、保健医療に関わる専門職が密接に連携し、協働することが期待されているのは、保健センター、多職種の診療施設、保健医療ポータル、保健医療ネットワークにおいてである。

#### (4) 新たな報酬支払い方式

プライマリ・ケアを担う開業医の大部分は出来高払い(payment à l'acte)によって報酬が支払われているが、この方式は医療の質や効率の向上を直接的に促すものではない。とくに新たな協力形式の展開が期待される多職種の診療施設のように、複数の専門職によって自由業として医療が提供される場においては、連携を促進し、質や効率性を改善することに寄与する新たな報酬支払い方式が求められるようになった。さらに予防や疾病教育といった新たな保健サービスに対応する報酬支払い方法を検討する必要性が生じた。このような背景のもとで、保健医療のよりよい連携を実現し、入院を回避させることに加えて、医療過疎化に歯止めをかけるという多様な政策課題に応える新たな報酬支払い方式を検討することが不可避となった。

2008 年社会保障財政法律によって新たな報酬支払方式を実施するための制度的枠組みが整備され、現在に至るまで試行事業が継続されている。試行の目的は、出来高払いを補完する報酬支払い方式が、新たな形での医療従事者の組織化と革新的な実践(とりわけ予防の領域において)を推進することを通じて、プライマリ・ケアの質と効率をどの程度改善する

<sup>55</sup> 本稿「4. 質の確保 (3)医療従事者を対象とした質の確保策」を参照。

<sup>56</sup> 協定プロトコルの実施に関する調査について定める 2010 年 7 月 21 日のアレテによれば、実施されたプロトコルの評価は、ARS の長官によって認められた指標に基づいて行われる。この指標に基づく結果は、プロトコルへの参加を行った最初の一年間、保健医療専門職によって定期的に ARS に提出される。これらの専門職は、プロトコルの適用において直面した問題を、とりわけ望ましくない出来事が生じた場合、あるいは指標に基づく結果により警戒閾に達していることが明らかの場合に、報告する義務を負う(Gallet 2011: 30)。

ことができるかを調べることである。

最初に 2010 年 1 月からは 6 つの地域圏の 39 組織において、さらに 2011 年から 19 の地域圏の 151 組織において試行が開始された。当初、5 年間(2008-2012 年)とされていた実施期間は延長され、現在のところ 2014 年 12 月 31 日までと予定されている。各地域圏の ARS が地方の疾病保険金庫と連携しながら試行事業を実施している。対象となる組織(多職種の医療施設、保健医療ポール、保健センター)への参加の呼びかけが行われた後、ARS は候補となる組織のなかから試行対象を選抜することとなる<sup>57</sup>。参加する組織は ARS と協定を締結して試行を実施し、以下で述べる新たな報酬支払い方式のもとで報酬を得ることができる。新たな報酬は包括的な定額払い金(montant forfaitaire)で支払われるが、それを組織内でどのように配分するかは自由である。

現在のところ三類型の包括・定額払いが実施されており、各類型はモジュール(module)1・2・3 と呼ばれている。2013 年末現在、111 の多職種の診療施設と 36 の保健センターがモジュール 1 と 2 の試行に参加している。さらに、2013 年から開始されたモジュール 3 の試行には 113 人の看護師と 300 人以上の医師が参加している。

各類型の内容は以下で検討していくが、それぞれの適用については次のように整理されている。新たな報酬支払い方式の対象となるすべての組織はモジュール 1 の対象となっており、原則、モジュール 2 あるいはモジュール 3 との併給が可能である。モジュール 2 とモジュール 3 は、一定の条件のもとで併給することが可能である。

#### 1) モジュール 1：連携任務(missions coordonnées)に対する定額払い

モジュール 1「連携任務」は、組織の管理運営や多職種間での協議の時間等、協力体制の構築に関わる包括払いである。かかりつけ医として登録された患者数とグループの構成に従って、表 4 のような定額払いが行われる。また、補足的な普遍的医療給付(CMUC)の受給者や国家医療扶助(AME)の受給者を全国平均よりも多く受け入れている組織に対しては、報酬の割増しが行われる。

#### 2) モジュール 2：患者への新たなサービスに対する定額払い

モジュール 2「患者への新たなサービス」は、外来診療における新たな医療提供に対して組織への包括的な支払いを行う。モジュール 2 は二部門からなるが、その中心は一つ目の「患者の疾病教育」への三つの報酬支払いである。これらは、①疾病教育セッションのプログラムを実施する現場に対して支払われる初期の検討・組織づくりのための定額払い

<sup>57</sup> ARS による対象組織の選抜や試行事業の評価を実施するため、三つの目標に従って指標(indicateur)が定められている。それらは、①質と実践の目標(50 歳から 74 歳の患者のがんの検診率、65 歳以上の患者のインフルエンザ予防接種率等の 10 の指標)、②医療の連携・継続の目標(共通の患者記録、時間外の医療の継続性等の 7 指標)、③効率性目標(ジェネリック薬品の使用、要入院患者の削減等に関する 5 指標)が示されている。ARS ホームページ(<http://www.ars.sante.fr/portail.0.html>)の「モジュール 1 の計算の目標と指標」を参照。

表4 モジュール1 (組織の規模ごとの定額払い金)

		クラス1	クラス2	クラス3	クラス4
パートA	組織の構成	患者が2,700人未満の組織	患者が2,700人から6,300人の組織	患者が6,300人から12,400人の組織	患者が12,400人以上の組織
		6,900ユーロ	13,800ユーロ	22,500ユーロ	45,000ユーロ
パートB	一人目の一般医のための付加金	8,900ユーロ			
	その他の一般医のための付加金	3,000ユーロ			
	追加的な保健医療の各専門職のための付加金	1,400ユーロ			

資料: 社会保障局資料 Expérimenter une alternative au paiement à l'acte les ENMR, 29 novembre 2011 ([http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/08\\_Wanecq.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/08_Wanecq.pdf)).

(1,000ユーロ)、②必要な職業的研修のための定額払い(専門職一人につき1,000ユーロ)<sup>58</sup>、③プログラムの実施のための定額払い(3~4セッションのプログラムであれば、患者一人当たり250ユーロ)<sup>59</sup>である。

二つ目は「モジュール 2-2」として2013年に開始された慢性疾患の合併症を持つ患者(2型糖尿病患者、心血管疾患患者、虚弱高齢者)への三職種(医師、看護師、薬剤師)の包括的なケアへの報酬支払いである。患者のプログラムへの参加へと導くのは医師(患者のかかりつけ医)であり、対象となる患者にプログラムへの参加を提案する。患者が受け入れた場合には当該プログラムに基づくサービス提供が開始されることとなる。三職種で患者について意見交換を行って療養の目標を定めるとともに、担当専門職(professionnel de santé référent)が決定される。担当専門職は定期的に患者とコンタクトを持ち、必要であれば栄養者や運動療法士などの他の専門職を介入させることができる。職業的な研修のための定額払い(年間三つの研修までで上限1,000ユーロ)と、患者一人当たりの定額払い(年間250ユーロ)がある。

### 3) モジュール3: 保健医療の専門職間の協力に対する定額払い

<sup>58</sup> 患者の治療教育を提供に必要な能力を習得するためには最低40時間の研修を受ける必要があるとされており、包括払金はこの費用を部分的にカバーするものである。患者への治療教育プログラムを実施するためには、研修によって能力を習得した者あるいは2年以上の経験を有する者が必要とされる。

<sup>59</sup> 同様に5~6セッションの場合には300ユーロとなっている。包括払金は組織が受け取るが、プログラムに関わる専門職間での配分方法は自由に定められる。