

3. フランスかかりつけ医調査報告

研究代表者： 松田晋哉 産業医科大学 医学部 公衆衛生学 教授
研究協力者： 藤野善久 産業医科大学 産業生態科学研究所 環境疫学 教授
研究協力者： 得津 慶 産業医科大学 医学部 公衆衛生学 大学院生

1. 調査の目的

フランスは我が国と同様の社会保険による国民皆保険下に、比較的自由度の高い医療提供体制を構築してきた。自由開業制と医療へのフリーアクセスの保証など、我が国と類似の医療提供体制の中で、近年かかりつけ医制度を導入し、プライマリケア職を中心に地域における統合ケア体制を構築しようとしている。この中で例えば高齢者を対象としたケア連携は、我が国の地域包括ケアと類似の概念となっている。そこで本調査研究ではフランスの「かかりつけ医」制度の現状と課題について、現地の関係者に対するヒアリング結果をもとに整理することを試みた。

2. 調査の概要

調査は下記の日程で行った。

平成 30 年 2 月 12 日：パリ市内の保健センター（Centre de santé Jack Senet）の見学
平成 30 年 2 月 13 日： レンヌにある国立公衆衛生高等研究学院（Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique）における研究者のヒアリング調査（学院長 Laurent Chambaud 氏、国際関係部門長 Fanny Herriot 氏、研究部門長 Alessia Lefebure 氏、社会サービス研究部門長 Jean-Marie Andre 氏、病院マネジメント部門長 Michel Louazel 氏）
平成 30 年 2 月 14 日： パリ市内の開業プライマリケア職（理学療法士立花祥太郎氏及び一般医 Cécile Vieille 氏）のヒアリング、CCAM（パリ市）での資料収集
平成 30 年 2 月 15 日：パリ市内の保健センター（Centre de santé Jack Senet）の見学
平成 30 年 2 月 16 日： パリ市内の開業プライマリケア職の診療所の見学とヒアリング（開業理学療法士である立花祥太郎氏の診療所の見学とヒアリング）

3. 調査結果

（1）医療提供体制の概要

図 1 をもたずフランスの医療提供体制の概要を説明する¹⁾。

1) 病院

フランスの病院は、設置主体によって公立病院、民間非営利病院、営利病院に区分される。公立病院はそのほとんどが一般病院であり、その診療能力と規模により地方病院センター Centre Régional Hospitalier（大学病院センター Centre de l' Hôpital

Univerisitaire)、一般病院センター Centre Général Hospitalier、近接病院 Hopital de proximitéに区分される。また、我が国の回復期リハビリテーション病棟に相当する中期療養施設 Etablissement du moyen séjour、精神病院 Hôpital psychiatrique、長期療養施設 Etablissement du longue séjour も一部公立病院として運営されている。民間非営利病院は、がんセンター Centre du cancer、中期療養施設、長期療養施設が主なものであるが、共済組合が経営している病院には外科や産科に特化したものもある。また、営利民間病院はその多くがCliniqueと総称される短期入院施設で、待機手術を中心とした外科病院が多い。ただし、最近の動向として外科技術の向上により、高度な手術を行う外科センター的な営利民間病院が増加している。

病院への支払いは、急性期病院の場合はDRGを用いた1入院包括支払い方式（フランス語ではT2A）、その他の病院は1日当たり包括支払いとなっている。ここで我が国と異なる点として、長期療養施設のホテルコストは医療保険の対象となっておらず、原則患者の自己負担となっていることがある。ホテルコストは1日当たり費用額となっており、その額についてはARS（Agence Régionale de la Santé 地方医療庁）の認可を必要とするが、各施設が独自に決めることができる。また、長期療養施設における介護ケアについては公的介護給付によって給付される。

2) 自由セクター（開業医療職）

フランスには自由開業セクターという独自の文化がある。これはフランスの医療提供の歴史的展開過程の中でつくられてきたものであり、同国の医療制度を理解するために重要な概念である。歴史的にフランスにおいては、医師に4つの自由が認められていた。患者による医師選択の自由、医師の開業の自由、医師の処方自由、そして医師の診療報酬決定の自由である。このうち処方の自由と診療報酬決定の自由は診療報酬制度の導入により一定の制限がかけられるようになったが、最初の2つについては現在も医師がフランスの医療提供体制の根幹をなすものとして重視している。フランスの医療職の間では、こうした自由を持つことが専門職としてのレゾンデートルとして重要であるという意識が強く、このことが同国の自由開業セクターのこれまでの動向に大きな影響を持っている。

次に、フランスの自由開業医療職の現状について説明する。

(i) 自由開業医

フランスの医師は従来専門医と一般医とに区分されていたが、2005年の医師研修過程の改革により一般医は11の専門診療科の一つとなった。希望する診療科の専門医になるためには医学部卒業後全国クラス分け試験（ECN）と呼ばれるマッチングシステムで認可されることが必要で、その後受け入れ先の大学病院で4年から5年の専門教育を受けなければならない。各専門診療科の診察科目については医療行為規定（Code Déontologie）によって厳密に規定されている。

自由開業医が行う医療行為に対する診療報酬は疾病金庫と医師の代表的な労働組合（Fédération Française des Médecins des Généralistes、Fédération Nationale des Médecins de France、Confédération des Syndicat Médicaux de France 等）との間で締結される協約料金による。わが国と同様、各診療行為には点数が設定されており、その点数に1点当たり単価をかけたものが医師に対する支払いとなる。診療報酬の交渉にあたってはこの1点当たり単価をいくらにするかが争点となる。

また、フランスの開業医には Secteur 1 医師と Secteur 2 医師の区分がある。前者は患者に対する診療費の請求に関して協約料金を遵守することを強制される医師で、後者は協約料金以上の診療費を要求できる医師である。部分的ではあるがこのような形で医師による診療報酬決定の自由が維持されている。ただし、パリやマルセイユ、リヨンといった大都市で Secteur 2 の医師が多くなりすぎたために、住民が Secteur 1 の医師にかかることが困難になるという事態が生じたために、現在は新規の Secteur 2 医師の認定は行われていない。

一般にフランスの自由開業医の診療所はビルの1室を借りただけのシンプルなものが多く、例えば一般医の診療所では、そこで血液検査や超音波エコーや放射線機器による画像検査をすることはない。それらはそれぞれの専門医の独占業務であり（前者は臨床検査医 Biologist、後者は放射線科医 Radiologue）、一般医はそれらの検査が必要な場合はそうした専門医への紹介状を書き、患者は改めて予約をして紹介された専門医の検査や診察を受けなければならない。医療提供体制としてはフリーアクセスが保障されているが、我が国に比較すると利便性において問題がある。

（2）受診の仕組み

フランスにおいては患者による医師選択の自由が認められている。ただし、2005年のブラジ改革によりかかりつけ医制度が導入されたことに伴い、緩やかなゲートキーピングが導入されている。6歳以上の者は自分のかかりつけ医を選択することが義務づけられており（制度発足当初は16歳以上）、専門医や病院の外来を受診する際には、まず登録したかかりつけ医を受診し、その紹介状を持って受診することが必要となった（[図2](#)）。各患者はかかりつけ医を経ずに他の医療機関を受診する事が可能であるが、その場合は公定価格以上の支払いを要求されることになる（自己負担は70%）。また、原則として自己負担分を保証する補足医療保険制度による給付を受けることもできない。入院医療に関しても同様の流れになる。ただし、救急の場合は、かかりつけ医を経ずに医療機関の救急部門に直接受診することが可能である。

しかし、実際にはかかりつけ医登録をしていない自由開業医の診療所を受診する患者が少なくない。当該医師のかかりつけ医登録のリストにない患者が受診予約をした時点では、他の医師からの紹介状を持って受診するのかどうかを確認することは稀であるため、受診して初めてその患者がかかりつけ医制度の適用ルールから外れた患者であるこ

とが判明することも少なくないという。この場合、当該自由開業医は患者に70%の自己負担を求めらるか（疾病金庫がカバーしないため、この割合が患者の自己負担となり、その場で支払うことが求められる）、あるいはそこで改めて疾病金庫のウェブサイトにログインし（患者のVital cardと医師の医療職カードが必要）、当該医師をかかりつけ医として再登録するという対応を求められる。こうした複雑な事務負担が増加しており、そのために抑うつになる医師も少なくない。医師年金基金の調査によると医師のうつ罹患率は一般人口の2倍で、またベルの調査では医師のBurn outの原因として管理業務的プレッシャーと業務過多と回答する者が70%と成果報酬導入などによる財政的重圧感の82%に次いで多くなっていた。

（3）医薬分業

フランスにおいては完全医薬分業が行われている。すなわち、医師が医薬品を処方した場合、患者は市中の調剤薬局に処方箋を提出することで購入する。この場合、処方を行った医師は患者に渡す領収証に処方を行った旨を記載し処方箋とともに患者に渡す。患者は渡された処方箋と領収証を市内の調剤薬局（選択は自由）に提出し、調剤を受けると同時に薬剤費と合計診療費を記載し、薬局名を押印してもらった領収証を所属する疾病金庫に提出し償還を受ける仕組みとなっている。ただし、現在ではICカードを用いた電子的なやり取りが一般化しているため、患者ではなく調剤薬局が当該患者の所属する疾病金庫に電子的に領収書を送る仕組みとなっている。

なお、1999年以降、医師が代替不可を処方箋に明記していない場合、薬剤師が代替処方できる制度が導入されている。また、参照価格制（TFR）も2003年から導入されている。

（4）医療保険の仕組み（図3）

現在のフランスの疾病保険制度を4つに大別すると国民の80%がカバーされる被用者保険制度、自営業者保険制度、特別制度、農業一般制度となる。

被保険者の医療機関の受診にあたっては、医療機関選択の自由が認められている（ただし、前述のように2005年からはかかりつけ医制度が導入されている）。外来医療の場合、被保険者は受診した医療機関において診療費の全額を支払い、医師の領収証（処方薬がある場合は薬局での費用を含めた領収証）を所属する疾病金庫に送ることで償還を受ける。ただし、現在は医療機関から電子レセプトが当該患者の所属する疾病金庫に電子的に送付される仕組みに移行している。また、2016年1月26日法（医療制度現代化法 Loi n. 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernization de notre système de santé）により、患者は窓口負担のみを支払い、残りは医療機関から疾病金庫への請求に基づき、疾病金庫から医療機関へ直接支払われる方式（第三者支払い方式の一般化 Tiers Payant Généralisé: TPG）が導入された。TPGへの移行は2017年年末までに段階的に

行われる予定になっていたが、疾病金庫による診療内容への介入の可能性を問題視する医師組合の反対により、調査時点では一般化は完全には実現されていない。ヒアリングを行った Vieille 医師によると、TPG 制度下では患者の加入疾病金庫に対する資格や受給条件の確認（TPG の対象かどうかも含む）が診療した医療機関の責任になるため、その事務作業が煩雑になり、診療所のような小規模施設の大きな負担になっているという。患者が TPG の対象でない場合は、疾病金庫が支払いを拒否する場合もあり、TPG に対する自由開業医の評価は低いものとなっている。

外来医療の償還率は約 60%で諸外国より低くなっている。ただし、がんや糖尿病など重篤でかつ長期にわたる治療が必要な疾患(ALD)については 100%保険でカバーされるため（保険者による事前審査が必要）、平均的な自己負担率は 10%程度である。入院医療の場合は、患者は自己負担分のみを施設に支払い、残りは疾病金庫から給付される（第三者支払い方式）。ただし、民間病院の場合、医師費用は、入院治療であっても外来医療の枠組みで規定されており、償還払いが適用されてきた（現在は TPG の対象）。

ところで、フランスにおいては自己負担分についてもそれをカバーする非営利の共済組合形式の補足制度が発達しており、国民の 80%は何らかの相互扶助組合等に加盟している。被用者の場合、この補足制度は労働協約の一部として共済組合あるいは相互扶助組合形式で組織されるか、あるいは民間保険会社に委託される形式で運営されている。また、国民が自助努力として個人的に民間保険に加入する場合もある。

補足制度については、従来、加入できる者とできない者との間で、医療施設へのアクセスに関して不公平があるという点が問題となっていた。そこで、2000 年の改革で CMU 法が制定され、低所得者に対して通常の医療保険に加えて補足疾病保険を提供する仕組みとなっている。しかし、CMU についても TPG が原則となっているが、低所得者に関しては本体部分と別の事務的運用が求められるため、これも自由開業医が TPG を忌避する大きな原因の一つになっているという。なお、CMU には公的保険の償還部分をカバーする CMU と補足保険制度をカバーする CMUC がある。それぞれで事務手続きが異なるため、医療提供者側の大きな事務負担になっている。

（５）一般医及びプライマリケアに関連する最近の動向

１）一般医を取り課題

高齢社会においては複数の慢性疾患や介護や独居など医療介護生活の複合的なニーズを持った高齢患者が増加する。低経済成長下で社会保障財政とのバランスを考慮しながら、質の高い医療制度を構築していくためには、プライマリケア体制の充実が不可欠となる。そのためフランス政府は一般医を専門医の一つに位置付け、その社会的地位を高め、それを希望する医学生を増加させようとしている（各専門診療科の養成数は各年度で地域ごとに定められているため、トータルとして一般医の数は不足することはないが、勤務医や非常勤を選択する医師の増加による相対的な開業医の不足や地域間の偏在

が問題となっている)。この原因の一つとして下記に説明するように労働条件の問題がある。

フランスでは労働法典 Code du Travail・2010年12月12日法 (Loi du 12 décembre 2010) によって1週間の労働時間の上限が48時間に設定されており、雇用主と労働契約を結んで勤務する医師はこの法律の対象となる。ただし、厳密にこの規定を適用してしまうと医療現場が混乱するという判断から、評価期間である連続12週の平均労働時間が週48時間以内であること、いずれの週も60時間を超えてはならない、当直や治療上の必要性がある場合はさらに20時間の超過を認める、といったルールも同時に定められている。ここで問題となるのは、自由開業医はこの2010年12月12日法に基づく労働時間管理の対象とならないことである。必然的に一般医の労働時間は長くなる傾向があるが、このことも若い医師が研修終了後に開業を選択しなくなっている重要な理由の一つであるという。2005年4月に公表されたBerland報告でも、このことが指摘されている²⁾。今後、団塊世代の医師の退職により20年から30年間にわたり現役の医師数が減少するため、それを補完する開業医の確保が、都市・地方を問わず大きな課題となっている。その他Berland報告では若い医師のキャリア選択の傾向として、若い医師は技能形成に関する魅力及び生活環境を開業する地域を選定するに当たって重視していること、若い医師は、医療技術のレベルの維持向上及び家庭生活との両立を図るために、ソロプラクティスよりもグループプラクティスを好んでいること、多くの医師は開業医よりも病院医師として勤務し続けることを望んでいることが指摘されており、いずれもフランスがプライマリケア体制を充実させるための重要な解決課題となっている。こうした理由に加えてVieille医師は女性医師の増加も重要であると指摘していた(年度や大学によって異なるが、Vieille医師が学んだ学年のパリ第2大学の医学部は80%が女子学生であったという)。図4に示したように、我が国に比較してフランスの保育環境は非常に優れているが、それでも子育てや家事に関して女性の負担が重くなる傾向は否定できず、前述の長い労働時間の問題と関連して、開業医を選択する医師が減少しているということであった。

2) フランス政府の対応

このような状況に対応するためにフランス政府は種々の対策を行っている。以下、それらについて説明する。

i) グループ診療の促進

Berland報告をもとに、フランス政府は自由開業医、特に一般医の労働負荷軽減を目的の一つとしてグループ診療の一般化を目指している。実際、Vieille医師もグループ診療を行っているが、実際にはVieille医師の所有する診療所に5人の非常勤医が登録されており、毎日2人体制で診療をおこなっているという。ただし、診療所運営にかかる事務的な作業は管理者であるVieille医師が行うために、その負担は大きく、管理者

として開業医を選択する者は減少傾向にあるという。ちなみにグループ診療の場合でも、かかりつけ医への登録は医師単位で行われるため、非常勤の医師も自分の担当患者を持つことになる。この点が診療所単位で登録を行うイギリスの仕組みとは異なる。

こうした状況下でフランス政府は保健センター（Centre de Santé）や多機能診療所（Maison de Santé Pluridisciplinaire）といった新しい形態のグループ診療の推進を図っている。保健センターは自治体などの公的部門や共済組合によって設立された多機能施設で一般医を含む各専門科の医師や看護師、助産師、薬剤師、歯科医師、理学療法士、視能訓練士、ソーシャルワーカーなどが常勤あるいは非常勤の形で勤務している。一般の診療所と同様、予約制であるが第三者支払い方式が適用されている。貧困者や移民を対象とした無料診療も公的扶助の枠組みで行っている^{注1}。

多機能診療所は一般医、開業看護師、開業理学療法士、薬剤師（上記がコアサービスで、これに助産師や歯科医、皮膚科医、小児科医などが加わることもある）が協働で多機能診療所を運用するものである。勤務形態としては複数の医療職が非常勤で交代で働くことも可能である。2016年現在、全国で1,000以上の施設があり、特に医療過疎地域で大きな宅割を果たしている。

ii) 代替政策（substitution）

地方における医師不足に対応するために、開業一般医から開業看護師へのタスクシフトも行われている。これは国レベルで ASALEE という組織が推進しているもので、例えばヒアリングを行った Bretagne 地方では HAS の認可を受けて9か所で行われていた³⁾。具体的には認知症及び COPD の患者に対して、訓練を受けた看護師が医師の指示書と決められたプロトコールに基づいて医学的管理を行うというものである。類似のプログラムとして、これまで眼科医が行ってきた視能検査やと糖尿病患者の眼底検査を視能訓練士に移譲するという事業も試験的に行われている。

iii) 地域レベルでの一般医の組織化

医師不足は、現在活動している医師の労働負荷を高めると同時に、その孤立感を強めるため、医師不足地域でさらに医師不足が進むという悪循環に陥る。そこで、地域の職能集団レベルでも種々の対策が行われている。例えば、現地調査を行った Bretagne 地方では一般医の連絡協議会（groupes qualité en médecine générale; GQMG）が組織され、異なる地域で開業している一般医の情報交換や研修などが行われるようになってきている。2016年現在で Bretagne 地方では39のGQMGが組織され、350人の一般医がそこに加盟している。

また、一般医の時間外診療の負荷を下げるために一般医による時間外外来診療 permanence des soins ambulatoire en médecine générale という我が国の医師会に時間外休日診療サービスに類似したプログラムも行われている。これは自治体の設置す

る保健センターや近接病院 Hopitaux de proximité の外来で、一般医が交代で時間外勤務に当たるものである。2016 年現在、Bretagne 地方では約 60%の一般医が参加している。こうした試みは開業歯科医によっても行われるようになっている（permanence des soins dentaire）。こうした休日夜間の診療に関しては、患者搬送サービスがあることが広域対応を可能にするという認識から、付き添い救急搬送サービス Garde ambulanciere という民間の搬送サービスも行われている。2016 年現在で Bretagne 地方全体で 300 の会社が 1649 台の搬送車を運用している。Bretagne 地方の 15 の病院の統計によると救急搬送の 45%が救急車で、残り 55%は付き添い救急搬送サービスによるものであった³⁾。

iv) e-Health の導入

社会全体としてインターネットの活用が一般化したことを踏まえて、フランス政府はインターネットを活用した遠隔診療を行うことで医療資源の偏在問題の解決を図ろうとしている⁴⁾。実際、2018 年の ONDAM では e-Health 実現のための大規模な予算が組まれた。しかし、e-Health の実現のためには、医療情報の内容及びその送受信のプロトコルの一般化が必要である多恵、フランス政府は関連する事業主に働きかけ、情報環境の標準化と一般化を行うとしている。そして、この標準化された情報基盤を用いて、日常診療の中に遠隔診療（診察やモニタリング）を取り入れること、医療情報や処方情報を患者を含めた関係者で共有することなどが目指されている。

4. 考察

以下、上記の調査結果をもとにフランスにおけるかかりつけ医の現状と課題、そしてそれを相対化したときの我が国のかかりつけ医制度の課題について検討する。

（1）フランスの若い医師の意識の変化

フランスの医療政策において長年の解決課題は国民皆保険、出来高払い、フリーアクセスという組み合わせによる医療の過剰供給であった。特に自由開業セクターにおける医薬品処方の多さや傷病給付のための診断書交付の多さが問題視されてきた。これらの問題の解決策として、歴代の保健担当大臣が導入を試みてきたものが一般医によるゲートキーピングの仕組みであった。しかしながら、患者による医師選択の自由はフランスの医師団体にとって守らなければならない最重要項目であり、2004 年のブラジプランでかかりつけ医（Médecin traitant）制度が導入されるまで、一般化することはなかった。Médecin traitant 制度を一般化できた要因としては、保険で償還されない割合が高くなるとしても「患者による医師選択の自由」は保証されること、保険で償還されない部分の存在は Secteur 2 という仕組みですでに認められていたこと、一般医だけでな

く他の専門医もかかりつけ医になれること、かかりつけ医になることが診療報酬でも優遇されたことなどがあげられる。

また、医師としての働き方に対する若い医師の意識変化の影響もある。フランスの若い医師は高収入を目的として、自分で開業したくさんの患者を診るといようなライフスタイルを敬遠するようになっている。彼ら・彼女らは、生活の利便性や子供の教育などの環境が良く、しかも医師としての生涯教育の支援が受けやすい都市部で、仕事と私生活的な適度なバランスを保ちながらキャリア形成することを重視するようになっている。その結果、開業医よりは労働時間制限のある勤務医、また自由診療部門で働くとしても、相対的に負担が軽減できるグループ診療を志向するようになっているのだという印象をヒアリング結果から受けた。こうした意識の変化が、かつてのようなソロプラクティス中心の医療からグループ診療や連携を前提とした医療提供体制を受け入れる素地となっているのだろう。実際、ヒアリングをした開業理学療法士の立花氏も、かつてよりも一般医や病院医師との連携の事例が増えており、それが医師側からのアプローチによるものであることを指摘していた。こうした若い医師の意識の変化は我が国でも起こっていないだろうか。Berland 報告のような調査が我が国でも必要である。

（２）医療連携の要石としての一般医の重視

フランス政府がプライマリケアを重視する背景には、医療職の地理的偏在の問題がある。2013年の調査によると一般医のアクセスのよい地域に住んでいる上位10%の住民は、下位10%の住民に比べて3倍もアクセスが良いと報告されている²⁾。また、一般医よりも理学療法士や看護師、小児科医、眼科医、精神科医などへのアクセスに関してはより大きな地域差が生じている。さらに一般医に関しては今後定年を迎える者が多いため、その不足と偏在はより深刻になるという。これに対して国は勤務医と自由開業医の業務の柔軟化、非医療職の活用、開業医を増やすための病院以外での初期臨床研修の実践、医師の管理業務の軽減などを提案している。例えば、地方で一般入院を担ってきた近接病院 Hôpital de proximité は、近年その機能に急性期以後の医療・介護（リハビリテーションや長期療養）を付加するようになり、リハビリテーション職や看護職が多く勤務するようになっている。加えて、地域の医療職の不足に対応するために、自由開業セクターの医師やコメディカルが開放病院として近接病院の患者を病院で診療することも一般化している。ヒアリングをした立花氏もそのような形で週に1回郊外の病院で勤務しているとのことであった。我が国では総合医の問題のみが議論される傾向があるが、プライマリケアへのコメディカルの関わり方についても議論することが必要であろう。

こうした異なる医療機関間及び医療職間の連携を促進するためには情報の標準化と共有が不可欠である。実際、フランスでもそうした問題意識のもと連携 (la fluidité des parcours) の強化が大きな課題となっている。具体的には、患者情報を相互に参照す

るための DMP (Dossier Médical Personnel 個人医療カルテ) という情報共有システムも導入されている。これは地方レベルで国によって管理されたサーバーに、患者ごとに医療記録を行ったコンピュータ上のアドレスが記録されているもので、患者と医療職の IC カードをリーダーに挿入することで、患者が許可した医療職について、医療情報の相互参照が可能になるというものである。DMP はすでに一般化されているが、個人情報に敏感な国民性もあり、その利用状況は芳しくない。その利用拡大のための社会心理学的な問題の解決が課題となっている。特に、患者の代理人機能を果たすことが期待されている一般医は DMP を活用することが期待されているが、ヒアリングを行った Vieille 医師によると、患者もそれを希望しない場合が多いこともあり、実際の診療場面ではあまり使う機会がないということであった。ただし、臨床検査や画像診断については、一般医の紹介状に基づいて、それぞれの専門医で受けることが一般的であるフランスの開業医医療の場合、それらの検査結果をインターネットを介して閲覧することができるようになれば、非常に便利であり、コスト面や患者情報の管理責任の問題が解決されれば、こうした使い方は広がるのではないかとのことであった。

こうした一般医の代理人機能はフランス政府も重視しており、例えば、「2018-2022 年国家保健戦略 Stratégie nationale de santé」では「一般医は医療システムの入り口機能を果たすとともに、予防やフォローアップ、専門医との連携、病院医療の適切な利用、そして在宅生活維持の要石である」と明言している⁴⁾。

(3) 日本への示唆

以上、フランスの一般医を取り巻く状況について調査結果に基づき説明してきた。ここで、フランスの一般医に求められていることは診療内容の総合性よりはその調整力であることに留意する必要がある。我が国ではかかりつけ医と総合診療医の議論が混同されてしまい、「かかりつけ医＝総合診療医でなければならない」というような誤解があるように思う。イギリスやフランスの一般医は、確かに総合診療を行っているが、医療サービス全体の中での彼らの主たる機能は Common disease の診療と他の診療科への紹介などの調整機能である。調整機能を果たすためには、医療のみならず介護や福祉全般にかかる基本的な知識が必要となるが、そうした機能は我が国の現在の診療所の医師によっておおむね果たされているし、また日本医師会の「かかりつけ医研修」でも重視されているものである。我が国の医療提供体制において総合診療医は必要であると考えますが、現在地域の開業医が果たしている「かかりつけ医」機能もまた評価されるべきものであろう。実際、介護保険や学校保健、産業保健、母子保健などへの関与など、我が国の「かかりつけ医」が果たしている機能は、諸外国の一般医に比較して決して見劣りするものではなく、むしろ優れていると評価しても良いのではないだろうか。これが今回のフランス調査を通しての我々の印象である。

また、フランスの場合、一般医になるための臨床研修期間は3年で、我が国の初期臨床研修よりも1年間長いだけである。多くのフランスの一般医はその後開業あるいは種々の形態で勤務医になるが、その意味で我が国の医師は初期臨床研修において、フランスの一般医と同等の研修を受けていることになる^{注2}。我が国の場合、大学病院や一部の高機能病院を除けば、多くの医師は一般的な傷病の診療にもあたるのが一般的であろう。そうであるならば、専門診療科としての総合診療についてはそれを認めた上で、他の専門医の資格を持つ医師についても、地域の診療所や中小病院で common disease の診療や地域公衆衛生活動への参画、介護などの周辺サービスとの調整機能を果たしているのであれば、それを専門診療科とは別に「かかりつけ医」機能として認めていく方向が实际的であると考え。そして、それを前提として生涯学習のカリキュラム作りや、異なる診療科・異なる職種間の情報共有の仕組みをIT技術を用いて構築することで、総合性を高めることが工夫されるべきではないかと考える。

注1：フランスではフランス国籍を持つ者、在留資格をある者で、一定の収入未満の者であればCMU、CMUCにより無料で医療を受けることができる。この枠組みでカバーされない不法滞在外国人の無料診療は公的扶助で提供されている。

注2：ただし、フランスの医学教育では5年生、6年生で行われるベッドサイドでの臨床教育の内容が我が国の初期臨床研修に相当するような実践的な内容になっている。したがって、改革すべきは我が国の卒前医学教育の在り方であるのかもしれない。

参考文献

- 1) 松田晋哉： 欧州医療制度改革から何を学ぶか、東京：勁草書房 2017.
- 2) Rapport de la Commission Démographie médicale (Presenté par Professeur Yvon Berland) : http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_berland.pdf
- 3) ARS Bretagne: Bilan de l' Offre de santé en Bretagne, Rennes, 2017.
- 4) Ministère des solidarités et de la santé: Stratégie nationale de santé 2018-2022, Paris, 2018

図1 フランスの医療制度の概要

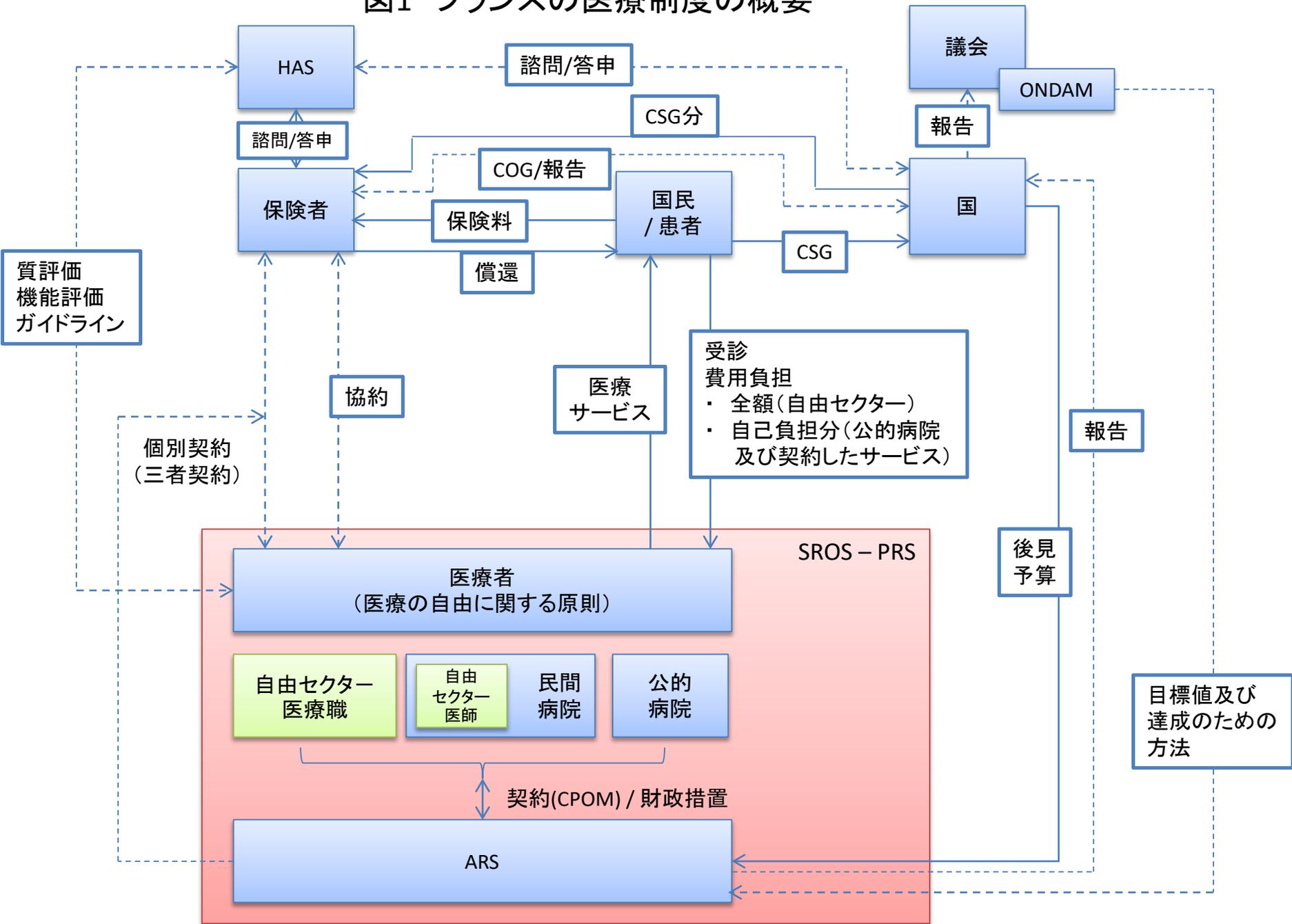
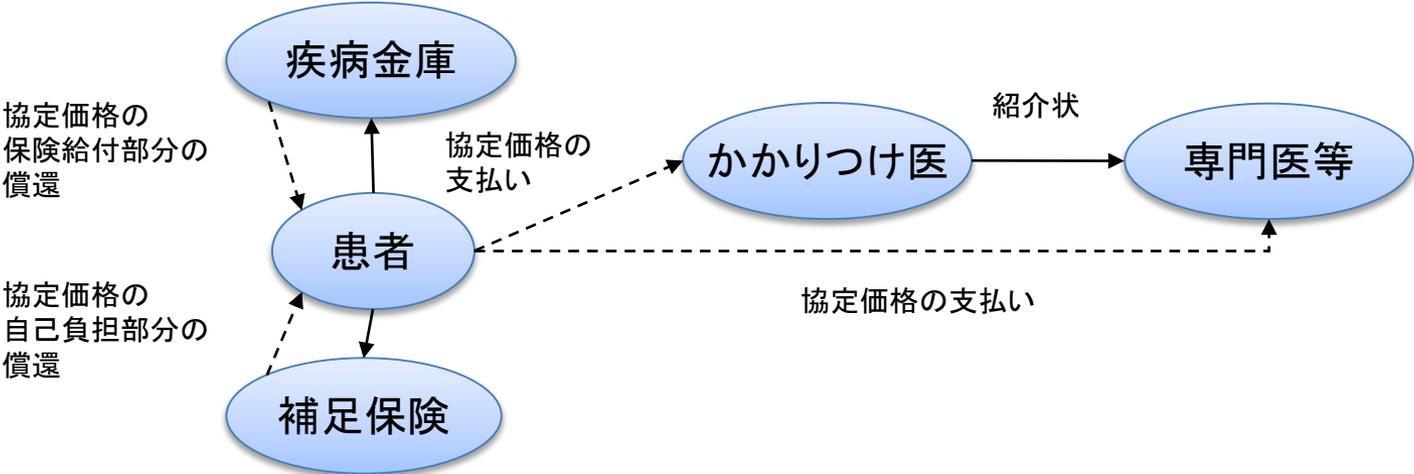


図2 フランスにおけるかかりつけ医制度の導入

かかりつけ医の紹介状ありで他の医師を受診



かかりつけ医の紹介状なしで他の医師を受診

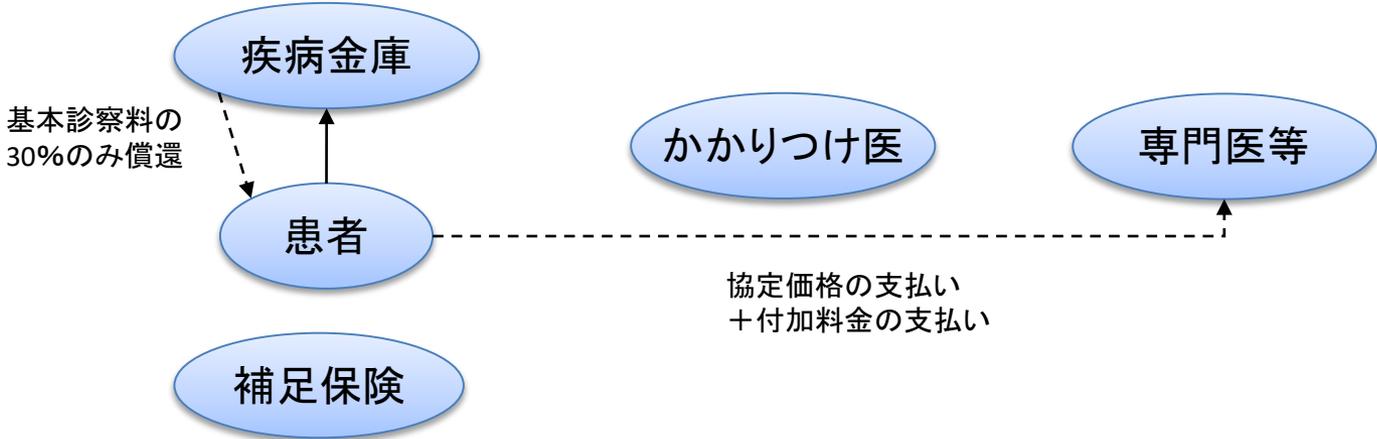


図3 フランスの医療保険制度(償還制)

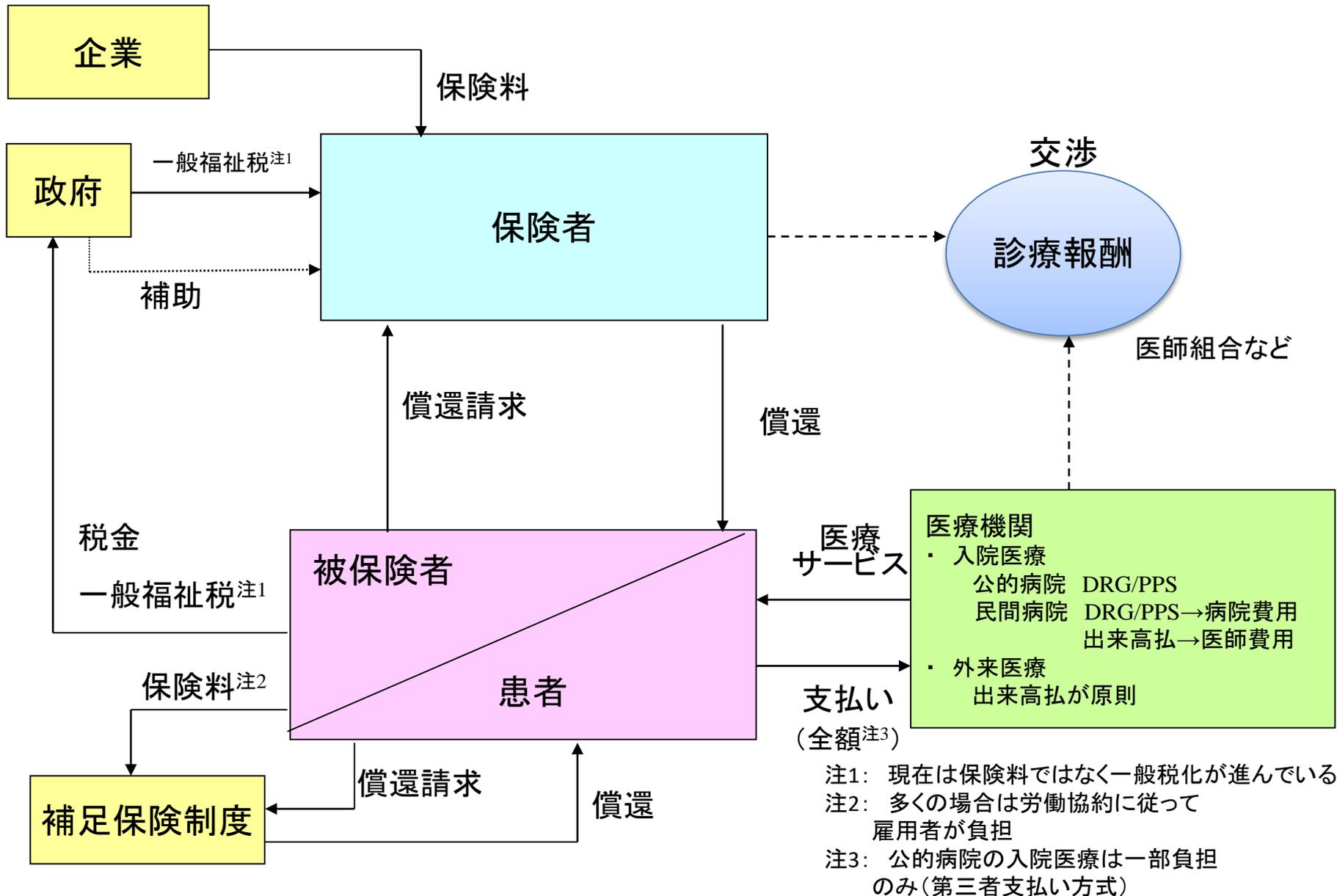


図4 フランスの保育体系

年齢別子供を預ける方法

		0歳	2歳	3歳	就学前
保育	施設	Les Hal te-Garderie (一時託児所)			
			Ecole maternelle (保育学校)		
		Crèche (保育所) 施設型、親管理型等		Jardin d'enfants (幼稚園)	
	在宅	Crèche familiale (家庭型保育所)			
		Assistante maternelle (認定保育ママ、県政府に登録)			
		Nourrice (無認定保育ママ)			

資料：フランス家族省、在米フランス大使館資料、藤井良治・塩野谷祐一編「先進国の社会保障 フランス」等より内閣府少子化対策推進室で作成。

<http://ameblo.jp/mamacampus/image-10151519405-10101148023.html>

http://pigeon.info/manga/izumi/izumi_19.htm

出典：www.nihon-u.ac.jp/research/careerway/SNS/kaigai/pdf