

フランス-2-1

応接録：民間急性期病院

2023 年 6 月 9 日

A 氏：Directeur Général

B 医師：麻酔科部長

C 氏：Directeur des partenariats

〈要約〉

- フランスには 1000 の公立病院、800 の民間営利病院、100 弱の民間非営利病院がある。
- 当初は公立病院のみがコロナ対応することになったが、その方針が打ち出されてから 48 時間後には民間病院でもコロナ対応することになった。
- 2020 年 2 月 25 日に plan blanc が東部フランスで発令され、3 月 13 日に全国に拡大され、3 月 17 日にロックダウンになった。
- 第 1 波では、Agence Régionale de la Santé (ARS、地方保健庁) が 2 割の通常診療を維持するように命じたため、8 割の病床がコロナに転用された。
- フランスでは第 1 波のみが大変だった。
- コロナによって手術等の通常診療がストップしたが、疾病金庫から前年度の収益が保証されたため赤字にならなかった。
- コロナ後は看護師の大量離職が問題となった。

(A 氏) フランスでの病院 (hôpital) のカテゴリーは 3 つある。まず公立病院で、これが 1000 病院ある。次に民間営利病院が 800 病院ある。そして民間非営利病院が 100 未満ある。当院は民間非営利に属する。479 床ある。職員数は 1377 人。そしてオーナーは 2 つのミュチュエル (民間保険) である。公的サービス参加病院と位置付けられているため、保険からの償還を受ける。売上高は €230,000,000。入院が、年間 5 万件ある。面積は 5 万 5000 m² で、25 の手術室がある。479 床のうち、ICU は 63 床で、71 床が 24 時間以内に退院する病床、13 床が透析、10 床が化学療法だ。259 人の医師が勤務している。そのうち 80 名が外科医だ。パリ大学の医学部と教育協定を結んでいる。医学生、インターン、研修医の教育に参加している。

(甲) 63 床が ICU ということは、フランスでは高機能の病院と言えるか。

(A 氏) そうだ。手術、インターベンションが有名な病院だが、腹腔鏡手術等の低侵襲手術にも注力している。売上高の内訳をみると、45% が心臓循環器系の疾患に対するものに

なる。25%が腫瘍科、15%が整形外科・眼科、周産期が9%、精神科が6%だ。ナリテインステイテュートという腫瘍科で有名な施設があるが、そことのパートナーシップ協定を結んで、がんにも力をいれている。そのパートナーシップの中でこの病院が主に果たす役割は外科的手術である。検査、診断、化学療法は他院で行うという役割分担になっている。

(甲) 外来はあるか。

(A氏) 外来もある。

(乙) 外来はこの医師が勤務医として行うのか。

(A氏) そうだ。この病院の中で行われる外来診療は、すべて勤務医によって行われる。一方で、市内にメディカルセンターをいくつか持っており、そこは診療所のような形になっている。その医師の勤務形態はいろいろある。

(乙) ミューチュエルが診療を持っている訳ということか。いくつ持っているか。

(A氏) 3つだ。

(甲) 急性期の病院の中にも機能分化はあるか。

(A氏) 大学病院があるが、それ以上の分類はない。2020年を振り返ると、最初の3症例が1月24日にパリで確認された。そのあと2月15日に初めてフランスで死亡者がでた。2月25日にplan blanc (ホワイトプラン)¹が東部フランスで発令された。3月13日にplan blanc (ホワイトプラン)が全国に発令された。3月17日にロックダウンになった。5月11日にロックダウンが解除された。plan blanc (ホワイトプラン)が発令されると、Agence Régionale de la Santé (ARS、地方保健庁)が毎日2回各病院長と会議をして日々の行動を決めていくという調整が行われた。パリ地方区には280の病院があるが、これをつないで会議が行われた。当院には救急外来がない。また、感染症病棟も持っていない。感染症の専門医はいる。そういう特徴がある割にはICUベッドを多く持っているという医療機関だ。

(甲) 280の病院というのは民間非営利、民間営利、公立の全部を含めてということか。

(己) そう言っている。

(丙) 今言われていたのは、280の病院が毎日ARS全体の会議を行い、さらに病院ごとにそれを受けて毎日会議を行っていたということ。

(C氏) はじめは公立病院が中心となってコロナ診療を行うことが決められていた。それに関してはコロナ専門病院となる公立病院と、コロナ以外の救急医療を担当する公立病院に分けられた。我々は民間病院なのでその中には入っていなかった。ところがその48時間後に政策変更があり、当院でもコロナ対応するよう要請があった。そのためすべて計画手術はキャンセルさせられた。そして、入院中の患者も可能な患者から退院させられた。結果的には、1週間以内にはすべて退院させられた。元々診療科ごとに区分されていた病棟の機能が、コロナの緊急時となって以降は1週間以内に患者を原則全員退院させた。その中でも、止め

¹ 重大な医療上の非常事態が発生した場合に、医療機関が如何に対応するべきかを政府が定めた計画。これはパンデミック用とは限らず、酷暑による熱中症で多数の死者が出るときなどを想定している。医療上の非常事態が発生した時に政府が発令する。

ることができない機能、例えば、胸部循環器系の 20 床はそのまま維持した。また通常の ICU23 床についてはすべてコロナ専用となり、CCU も同様となった。また、リカバリールームもコロナ ICU に変わった。手術室は完全に閉めた。

(甲) トータルでそれぐらいをコロナ病床に変えたのか。

(A 氏) 80%は通常の活動をキャンセルしてコロナに変換した。20%の活動は残すように ARS から指導があった。その 20%は主として心臓循環器系と腫瘍だった。整形外科の手術はゼロになった。周産期はそのまま維持された。泌尿器科は病棟を閉め、その余剰人員はコロナ病棟に回した。

(戊) 80%をコロナに振り替えたというのは 2020 年春の話と思うが、その対応はいつまで続いたのか。また、フランスは 2020 年秋以降も大きな流行があったが、その時はどういう対応をしたか。

(C 氏) 今話しているのは第 1 波の話だ。全部で第 5 波まであったが、その中であまりに大変だったのは第 1 波で、それ以外は大したことがなかった。

(B 医師) ICU 病棟で伏臥位を取らせるのに多くの人手が必要となった。麻酔科医は、普段は外科の患者の麻酔をしているが、コロナの時期はコロナ患者の集中治療を主に行うことになった。

(甲) ECMO は何台あるか。

(B 医師) 通常 2 台だが、予備を含めて最大 5 台まで運用した。みんなが自分の職業を一旦変えた。つまり、外科医だったとしても手術がなくなったので、内科の業務を補充したりした。それぞれができることをできる形で補い合うような状況となった。

(甲) 日本の場合是一般医療との両立を大病院でもかなり重視した。フランスでは、政府の指示でホワイトプラン (plan blanc) で大幅な転換が決められていたということか。

(C 氏) とにかく通常医療は、緊急以外は全部やらないという判断がなされた。今にして思えば、やや過剰な反応だったようにも思えるが、当時はフル PPE で患者に対応することとされた。初めの頃、まず 2 つの病棟が内科的にコロナを診る病棟に変わった。全部で 79 床だった。

(己) これは日本でいう中等症程度と思われる。

(C 氏) ECMO に乗せたり ICU に送るまでの重症ではない患者の管理がこれらの病棟で行われた。次に 23 床だった ICU のコロナ病床が 53 床に増床された。次に ECMO のキャパシティを 2 倍に増やした。第 5 波まであったが、第 1 波は 2020 年 3 月 19 日から 6 月 5 日までだ。患者がき始めてから、ピークとなるのが短期間だった。

(甲・戊) 2 週間ぐらいでピークに達している。

(A 氏) 第 5 波までのトータルで 1200 人のコロナ患者を入院させた。そのうち 260 名が ICU に入院した。第 1 波の時に問題だったのは、あまりにも急激に流行が起こったことに加えて、医療材料の不足だった。具体的にはマスクをはじめとする PPE や、薬剤特に鎮静薬が不足した。そのため不足期間中はゴミ袋をかぶって対処した。そして、その後にさらに困ったのは

看護師の大量離職だった。今でもその影響があり、元の病床数をすべて再開することができていない。40 床が看護師不足のために開けられないままとなっている。

（戊）その離職の原因はバーンアウトなのか、感染が怖くてやめたのかどっちか。

（A 氏）両方。精神科によるサポートも実施したが離職した。そもそもその背景にある問題として給料が安いことがある。そのため、どんなに精神的なサポートをされてもやめるといふ人が多かった。

（甲）何パーセントがやめたのか。

（A 氏）3 分の 1 がやめた。3 分の 1 がやめたときは病院としては 30%の活動を閉めるしか方法がなかった。今は少しずつ戻ってきている。

（甲）医師でやめた人はいるか。

（C 氏）いない。ところで、サントドサンテ（centre de sante）というものがある。これは診療所だ。病院内にあるものではなく、その外にある。医師はそこに 70 名が勤務している。1 日当たりの患者数が 400 人だ。その主たる活動内容は、内科と歯科、検査、つまりレントゲン、エコー、マンモグラフィ、呼吸機能、MRI、パノラマレントゲンで、外来のみの機能だ。そして、臨床検査センターがある。周産期や婦人科もある。この centre de sante と病院とのコーディネーションが図られていて、この centre de sante で問題がある患者は必ず当院に紹介されることとなっている。もう一度復習すると、第 1 波が最も激しく、当院も最もコロナ診療に協力した。コロナが始まって 48 時間後にありとあらゆる活動をストップさせられた。そして、止めることができないものだけが維持された。閉鎖した病棟の中に、呼吸器科と一般内科病棟があった。その分の人員は外来に回された。その外来でコロナの診察が行われた。そこで呼吸器の検査が行われた。初めのうちは検査資材も不足していたが、呼吸器科が強い病院であるので CT スキャンを使って診断した。次に行ったのはオンライン診療で在宅の患者の診察を行った。他の慢性疾患の患者もオンライン診療で診察した。また、centre de sante の活動時間の 3 分の 2 はコロナ対応として、残りの 3 分の 1 の時間を他の疾患の診療とした。これは行政からの指示ではない。ARS からの指示は、入院に関してのものだけであった。他の町の診療所は閉鎖したところが多かった。

（甲）コロナ病床に切り替えることでの利益の補填はあったか。

（A 氏）損失補填は疾病金庫からされたが、それだけでは足りなかった。損失の方が大きかった。

（C 氏）確かに疾病金庫からの補助金だけでは赤字だった。しかし、結果として赤字額が小さくなったのは、本来この病院は出来高払いであるところ、コロナの期間中だけは 2019 年の売り上げを 12 か月で割ったものを毎月支払われたので、前年度比で見てそれほど赤字とはならなかった。centre de sante での患者は 20%弱がコロナ患者だった。残りはコロナ以外の患者であった。

（甲）歯科医師等に聞くと、ホワイトプラン（plan blanc）の下、診療所に行かずに 15 番に電話して病院に行くように言われたということで、診療所を開けていても患者が全然来

ず、そのために閉鎖したということだが、病院からみてどうか。

(C 氏) 確かに政府はそのような指示をした。そう言われて閉めたところもある。多くの耳鼻科診療所も閉められた。それから、本来は開けておくべき診療所も閉鎖された。その間、それらの診療所の医師たちはセカンドハウスに行っていた。フランス医師会が、診療所に対して最低限開院するようという声明を出したが、みんな聞かなかった。また、PPE の不足もあったので、開けたくても開けられなかったという理由はある。だから、それだけたくさん診療所が閉めたので、母体が IMM がやっているうちのような病院は開け続ける必要があった。次に第 2 波の話をして。この時期の大切なことはワクチンだ。ワクチンに関しては、小規模でもうちはうちなりにできることをしようということで、5 日間それをやった。そうすると、パリ市から近くの体育館を使ってやってくれと要請されることになり、結局小規模でやるつもりが週に 3000 本打つことになった。ワクチン業務の為に新たに 100 人を採用した。ワクチンを打って、証明書を出して、という事務作業を含めて自分たちで行った。最大一日 1200 人の接種をした。月曜日から日曜日まで休みなしで接種業務を行った。その他、近隣の高校や大学でも出張接種を行った。シティユニベルシテの学生寮の一館を借り上げてワクチンセンターにして、外国人留学生にも接種した。オリビエ・ヴェラン保健大臣が視察にきた。

(戊) 対象は高校生か。

(C 氏) 対象年齢の高校生と教職員だ。全部で 10 万人に接種した。このワクチンキャンペーンは 2022 年まで続いた。2021 年 3 月から 2021 年 9 月までは大きい体育館を借りて集団接種したが、9 月以降は子供たちが体育館を使う必要が出てきたのでそれをやめた。その後は、当院の施設や centre de sante で週末のワクチン接種を行い、これを 2022 年まで行った。一方、2022 年になるとロング・コビッドの問題が大きくなった。ロング・コビッドのリスク評価や検査手順が整理された。具体的には、心臓、肺呼吸器、消化器系、眼科、腎機能、負荷試験、等の内科的検査をして異常がなく、リスクが排除されたら、今度はスポーツをさせる。さらに 3 か月ごとに 1 年間フォローしている。

(丁) 私もロング・コビッドの患者 100 人ほどをフォローしているが、精神症状の人が多い。その治療はどうしているか。

(C 氏) その通りだ。もちろん精神的な診察もしている。あと確認する症状としては、味覚障害、仕事が続けられるか、失業したか、睡眠状況、集中力があるか、エネルギーを感じるか、こういったこと精神的な確認項目もある。思春期の患者はこういう訴えが多い。

(丁) 亜鉛の投与はしたか。

(C 氏) これはロング・コビッドの専門家に聞いてもらった方がいい。

(甲) 入院の経路として、系列以外の診療所からの入院はどれぐらいあったか。

(C 氏) すべての入院は行政のセンターを通さないとできなかった。同系列の centre de sante からの入院すら行政を通す必要があった。

**** ICUの見学を挟んで、昼食を取りながら****

(戊) フランスではコロナの検査の決定は医師が行っていたか。

(A 氏) いや。医師はしていない。

(甲) IPA²はどうか。

(A 氏) IPA に対しては総合医 (médecin général) の反発は強いが、病院勤務の医師はそれほどでもない。IPA のことは基本的には評価している。いいことだと思っている。

(戊) médecin général が嫌がっている内容は何か。

(C 氏) 仕事内容の安全性が守られないことに反対している。セキュリティが担保できない人たちに任せることに médecin général が反対している。

(A 氏) しかし、社会的に見て、人口的にみて必要であることは間違いない。もう 1 つ大事なことは、看護師自身のモチベーションの向上になる。看護師にとって次に進めるステップがあることになる。

(C 氏) médecin général が IPA を許容することになったとしても、不動産があまりにも高騰しすぎていて、看護師がパリで開業できるかは疑問だ。また、我々は、田舎でも centre de sante を保有しており、そこに IPA を配置しようとしたがそれはやめた。あまりに信用保証が低いことが原因だ。病院で IPA が働くのはいい。それは賛成の人も多い。一方で、独立開業するには質の担保が不十分だ。

(B 医師) 例えば、手術室内でのカテーテル留置はナースが行っている。

(丙) フランスは麻酔専門の看護師は長い歴史がある。

(B 医師) 麻酔科の補助をする看護師の制度があり、麻酔科医の監督の下で一定の手技を許されている。

(丁) 挿管はできるか。

(B 医師) 専門看護師であればできる。

(己) 今回の IPA とは、また別の制度だ。

(丁) 救命救急士も挿管できるか。

(B 医師) 救急車に乗っている看護師ならできる。単なる救急隊員で医療資格がない人はできない。

(丁) 第 1 波の時の患者数はものすごい数だが、これはどのように対処したのか。

(B 医師) はじめのうちは、本来 ICU に入るような人をリカバリールームに入れた。その後も、完全に病床があふれるところまではいかなかった。リカバリールームの病床に元からそれほど余裕がない病院は手術室に患者を収容した。ただし、うちをご覧いただいた通り ICU の設備が恵まれているからそういうことはせずに済んだ。

(戊) その質問をしたい。ICU の一つひとつが個室で、数も多い。廊下も広くてゾーニング

² Infirmier/Infirmière de Pratique Avancée。ナース・プラクティショナーのこと。

もしやすい。すごく感染の管理に適した構造をしている。これは、パンデミックが起こることを想定してあらかじめ計画的に設計したのか。

(A 氏) いや、偶然だ。

(甲) フランス全体で、入院が必要であったにも関わらずできなかった症例や、在宅でやむなく治療したような症例はあったか。

(A 氏) いないと思う。ただし、満床以上に患者を収容した病院はあったと思う。アルザス等のフランス東部がそうだ。その他、軍がミリタリーホスピタルを開けた。テント等を多数張って設置した。

(甲) ドイツは外国からの患者も受け入れたとのことだったが。

(B 医師) はじめドイツがそれほどひどくない時は、アルザスからも受け入れた。

(B 医師) アルザスからボルドー等の他の地域に広域搬送された人もいた。ヘリコプターやTGVを使った。

(丙・戊) 日本では新幹線を使った。

(C 氏) 看護師や看護助手の不足の問題が起こったか。

(甲) 日本では、病床はあっても看護師がおらず診られないということが起こった。

(A 氏) 先ほど、フランスにおいて3分の1の看護師が離職したと言ったが、これはコロナ期間中にやめたのではなく、コロナが終わった後に一気にやめた。フランスではベッドがあっても看護師がいなくて患者を診られないという事態はなかった。

(甲) コロナ後にやめたのは、疲れたからか。

(C 氏) バーンアウトと給料が低いからだ。問題は、コロナの間はみんな拍手するにもかかわらず、コロナ手当は御菓子のおまけみたいなものしか出なかった。それに対する怒りでやめた。

(乙) 大きな公立病院とこちらの病院のような民間非営利病院の住み分けはあるか。

(A 氏) ない。

(戊) 競争相手と言えるか。

(A 氏) そうだ。

(乙) 一般論として日本では、民間非営利病院は小回りが利いて柔軟性があり、その一方で、公立病院は官僚的で小回りが利かないという評価もあるが、そのような違いはあるか。

(C 氏) フランスでも少しはある。謙遜して言ってもうちがベスト。治療成績もベストだ。