

フランス-3-1

応接録 : Le Collège de la Médecine Générale, France

2023年6月7日

Dr. Julie Chastang: Vice-Présidente de CMG France、保健センターで診療

Dr. Agathe Scemama : パリ 5 区で開業

Dr. Jean Michel Bunel : 刑務所内の診療所勤務

<要約>

- 2020年春は、政府が médecin traitant (かかりつけ医) の受診を控えるように呼び掛けたこともあり、診療所にはほとんど患者が来なくなったが、そのような対応はオーバーリアクションだった。
- plan blanc は病院の対応を想定して策定されており、médecin traitant の役割が抜けている。
- 2020年4月、5月は、区役所内にテントを張って臨時診療所が作られ、そこで患者の重症度判定が行われた。
- 初期の頃は、PPE の供給不足があり、ゴミ袋に穴をあけてそれを PPE の代用とした。
- ロックダウン中は、専門医診療所はほとんど閉鎖されたが、ロックダウン解除後は診療が再開された。
- 病院は PCR 検査を行ったが、診療所は抗原検査を行った。
- ワクチンについては、初期は大規模接種会場で行われ、後に診療中心となった。

(A) 今回は日本医師会の調査で訪問している。テーマとしては、世界中を襲った3年強に渡るコロナ禍における、かかりつけ医 (médecin traitant) ・総合医 (médecin général) がどのような対応をしたのか。また、今回、イギリス、ドイツ、フランスと3か国を訪問しているが、それぞれの国のかかりつけ医 (médecin traitant) のコロナ対応、加えて最新の状況について調査をしにきた。

(シャスタン) まず初めの申し上げたいのは、コロナが始まった当初は、非常に我々かかりつけ医 (médecin traitant) にとって困難な状況だった。なぜならば、政府がテレビや様々なメディアを使って、診療所には行くな、街の開業医には行くな、と言った情報を流したためだ。そして、病院に行くように、専門の病院に行くように言ったからだ。そして、その前に SAMU という公的な救急要請システムがあるが、これは15番に電話をして救急車を呼ぶようなものになるが、この15番に電話をして、そしてその指導を仰いで行くのであれば病院へ行くように、それ以外は医療機関には行かないようにということを強く何度も国民に訴えかけた。これは今となってみれば明らかにオーバーリアクションであったが、当時は

まだわからなかった。特に感染症学会が受診するな、診療所にかかるな、ということをやっていたが、これが最初の失敗だった。それで、我々の診療所に患者が誰も来なくなってしまう。今考えると、そのせいで病院が飽和し機能が麻痺してしまった。みんな15番に電話して、病院に殺到した。振り返ってみると、最初から *médecin général* がコロナの診療に参加するべきであった。また、*plan blanc* (ホワイト・プラン) というものがある。これは、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べきかについての行動計画だ。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時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。この中に、最初から *médecin général* を入れるべきであったというのが我々の結論である。そして、診療所に誰も来なくなると、我々はオンライン診療をスタートした。

(A) このオンライン診療は、電話診療も含めたものか。

(シュママ) 一番最初の頃、フランスが最も大変だった時でもあるが、これは2020年3月のことだが、この最初の1か月は、先ほど話した通りの状態だった。大統領が、「これは戦争だ。」という有名な言葉を発し、「病院には勝手に行くな、行くときはSAMUに電話してから。」という指導をしていたころだ。そして、SAMUが完全にオーバーキャパシティとなり電話が全然つながらなくなった。

そして、オンライン診療はビデオでのものが多かったが、インターネットが整備されていない人や、医師の側もオンライン診療のプラットフォームに参加していない医師もいたので、そういう場合は電話でやっていた。そして、2020年4月、5月は、5区の区役所がテントを設置して、そのテントの中で診療した。これは行政が主導したもので、コロナセンター (Centre Covid) と呼ばれた。そこでは検査をしたが、その頃はまだ検査のマテリアルが不足していた。また、プレトリアージといって、病院で行われるリアーージの前のトリアージという位置づけで、「この人は病院に搬送、この人は自宅でいい」というような形の重症度判定を行った。検査については、検体採取をして、その検体を大規模病院のラボに持ち込んで検査していた。

(E) プレトリアージの意味は、検査対象者を絞り込むという意味か。それとも、重症度判定のみか。

(シュママ) 一番最初は、検査のマテリアルがあまりにも少なかったので、検査はほとんどできなかった。そのため、テント診療での仕事としては、病院に送る人と病院に送らない人を振り分けるというものだった。そして、病院に送らなかった人は自宅待機となったが、看護師によるフォローや病院のアンテナ診療所による在宅フォローが行われた。少し時間が経つと、検査のマテリアルが増えてきて、検査するようになった。

(E) オンラインで参加されているH先生も書かれている質問だが、診療所に行かずにSAMUに電話してから病院へ行け、という指導を最初の頃政府が行った理由は何か。実は日本も同じような指導を最初の頃にしてはいたが、その理由は、患者が医療機関に殺到し、そこで新たな感染が広がることを恐れたことや、いきなり患者が来ることで病院側が十分な対応を取

れずスタッフが感染することを恐れたことが主たる理由であったと思われる。フランス政府が、この指導を行った理由が聞きたい。

(ブネル) その理由は、最初の頃、医療機関にマスクをはじめとする十分な PPE がなく、人も十分ではなかったからだ。また、患者が殺到すれば、新たな感染がそこで発生するからだ。医療従事者も、待合室で待っている患者も、心配だから来てみただけの患者も、そこで感染してしまうのではないかと、ということが恐れられた。そしてもう 1 つ問題があり、それは医療政策上あまりに病床を削減しすぎたことだ。特に、コロナが始まって最初に大規模な流行が起こったのは東部フランスであった。そしてその地域では、ARS (Agence régionale de santé、地方保健庁) が、コロナの最中であったのにも関わらず、病床削減を計画通り進めた。そのため、東部フランスでは病床が足りなくなり、ボルドー (西部フランスの都市) に列車や軍の飛行機を使って患者を広域搬送しなければならなくなった。そんな状態であったので、医療機関に来てほしくないという判断がされた。

(E) それは、理由としてはより飽和しやすかったもので、ということか。

(H) 2 番目の理由はそういうことだ。

(E) マスクなどの PPE が不足していたということで診療所に行くなという指導がされたということは、PPE の供給が十分ではなかった時には、その配分を優先的に病院に割り振ったということか。

(ブネル) そうだ。病院に優先的に配分された。ただ、優先的に送っても、病院でもなお不足していた。特に、一番ひどい最初の頃は、ゴミ袋に穴をあけて、それをかぶって診療していた。特に足りなかったのはマスクで、大量にあったストックが政府によって管理されていなかった。有効期限が過ぎて使えないものもあった。そして、ないので注文しようとしたときには、世界中で取り合いになっていて、全然手に入らない状態となった。

(E) 次の質問をする。plan blanc は、平時から準備されているものか、それとも、コロナが起こってからコロナに合わせて政府が準備して発出するものか。さらに、H 先生の質問でもあるが、その plan blanc の中で、病院と総合医 (médecin général) の役割分担はどのようになっているか。

(シャスタン) plan blanc は、2003 年に前例のない猛暑で多くの高齢者が亡くなったことを契機にできた。これは、主として病院の統制のために政府が法律を作った。それが元々の plan blanc ができた経緯だ。一方、今回のコロナを受けて、plan blanc も修正されようとしている。こちらの総合医学会からも現場の声をあげて、運用上は、それを基に、病院に対するものだけではなく médecin général の役割を求めるように変わった。これは、“新しい plan blanc” ともいうべきものだ。

(A) まとめると、当初は従来からの plan blanc で始まったが、それによって診療所へ行くなということになり、病院が飽和したので、そのあとは総合医 (médecin général) の意見も入れて診療所でも見るというように都から作り直したという理解でよいか。

(H) そうあるべきだと、学会が提唱した。

(E) それはいつのことか。

(シヤスタン、シュママ) 2020年春の最も大変だった時に *médecin général* に患者が来なくなったり、行政の施設で青空診療所等で診療したことなど様々な経験をしたことよって、それまでの病院にしかない *plan blanc* では十分ではないということがわかり、街の開業医の枠割とはこういうものだという提唱をこちらの学会から行った。しかし、それは提唱の段階でストップしている。正式には入っていない。一方で、様々な試みは現場では行われている。その経験を持って、2020年年末に再度提言が出されている。それは政府に提出されており、政府の中の *direction générale de la santé (DGS)* という医療政策の担当部局には資料として届けられている。しかし今なお法的な意味においては採用されていない。したがって、*médecin traitant* や *médecin général* の役割は新しい *plan blanc* の中に書かれていない。

(B) その新しい *plan blanc* というのはそもそも存在するのか。

(ブネル) 細かい修正はされているが、。

(A) 法改正は時間がかかるものだが、実態としては時々刻々と変化していく中で、どういったことがどの段階で行われたのか。

(ブネル) 地方の場合、ある病院にかかろうとすると、20 km から 25 km 離れていることもある。

(シヤスタン) パリにおいては、公的診療所である保健センターが最もうまくいっていた。そこでの診療は出来高払いでもないので、診療行為がビジネスと切り離されることになる。そうすると、診療所、区役所、そして街がうまく連携できていた。その保健センターの中で、密に連絡を取りながらローカルに密着した医療がスムーズに行われた。

(A) 普通の診療所は対応したのか。

(ブネル) 地方では対応した。

(シヤスタン) パリではそうではない。

(ブネル) ロックダウンがあったために診療所に行くという理由であったとしても、国民が簡単に家を出ることがしにくかった。自分の患者の中にも、診療所にかかる正当な理由があったにも拘わらず、外出したとして罰金を科せられた者があった。このようなことは日本の方には想像しにくかったと思う。さらに感染への恐怖があり、診療所は開けられていても患者が来ないということがあった。そのため、患者があまりに来ないということと、感染リスクも怖いということで、診療所を閉鎖した医師もいた。つまり、閉鎖した診療所、診療し続けた診療所、診療所としては開いているが誰も来なかったという診療所などいろいろあった。特にコロナ診療との親和性が低い専門医は完全に閉めたところが多かった。さらに、診療所を開けていて、受診を受け付けていた診療所の中でも、発熱患者を診る時間帯とそれ以外を診る時間帯を分ける場所があった。

(A) 何パーセントぐらいの診療所がコロナ診療に参加したのか。協会や団体は、コロナ診療への参加を呼び掛けたのか。それとも自由意思に任せたのか。

(ブネル) 割合はわからない。コロナとはかかわりのない専門医の診療所はほとんどが閉めていた。

(C) ロックダウンのあとはどうか。あともう1つ、reserve sanitaire¹にどれぐらい参加したのか。

(シャスタン) ロックダウンが明けた後はすべての診療所が開けられた。また、reserve sanitaireについては、募集されたニーズよりもはるかに多くの者が応募した。

(D) 診療所での診療については、デルタ株からオミクロン株に変わった時が一つの転機だった。デルタはやはり怖いのは理解できるが、オミクロンに変わった時に、フランスの診療所はどのように変わったか。

(E) 2021年秋だ。

(ブネル) その頃には、まず検査資材が十分あった。それからワクチンもあった。PPEもあった。そのため、どの診療所も、ほぼコロナ以前と同様に診療した。時間を分ける方法は依然として取られており、1日の最後にコロナの診療時間を設定した。そうすることで、その他の患者が感染リスクを恐れずに受診することができるようになった。

(シャスタン) 検査はすべて看護師が行った。医師は医学的な部分だけをすることができた。フランスはソロプラクティスの開業形態がまだ主流だが、これからの医療の未来は、グループプラクティスで、且つ多職種連携となっていくべきだ。そうすることで、時間が足りない、人が足りないという問題も解決に向かうのではないかと考えている。

(D) そこを聞いたかった。フランスにおけるソロプラクティスには、看護師等の他職種がほとんどいない。そこで、医師が何もかもするのは大変だと思う。そのことを言っているという理解でいいか。

(H) その通り。保健センターには看護師がいるので、看護師が検査の検体採取を行っている。

(D) では、ソロプラクティスはどこまで続くか。

(シャスタン) あと数年後にまたフランスにおいていただければ、フランスの医療事情はかなり変わったものになっているだろう。今のようにソロプラクティスあるいは何人かの医師が集まっている場合のように、医師のみで開業するという形態は明らかに減るだろう。グループ診療所の形態が中心となるだろう。そして、そのグループ診療所という言葉の意味も医師が何人か集まるということではなく、看護師などの多職種によって成り立つ診療所である。今の時点では80%がソロプラクティスとなっている。

(A) 普通の診療所で時間を分けてコロナ診療をするようになったとのことだが、ワクチン接種はどうしたか。検査及び治療はどうしたか。また、どこまでを診療所でカバーし、どの段階で病院へ送るということを決めたか。

¹ 緊急事態があった場合の、医師、看護師をはじめとする医療資格者の招集制度で、任意に基づく参加によるもの。医療者に対する予備役制度。

(ブネル、シャスタン) ワクチン接種については、最初の頃は大型の集団ワクチン接種会場が中心となって行われたが、徐々に診療所でも接種するようになった。PCR 検査はコロナ専門病院で行われた。一方抗原検査については診療所でも行われた。これらの機能が診療所に移ってきたのは第2波以降である。次に診療内容については、システムDと呼ばれる仕組みの中で、地域の連携の中で行われた。

(シュママ) 診療所での抗ウイルス薬の投薬は2人しかしたことがない。特異的治療は診療所ではほとんど行われなかった。

(シャスタン) 自分は1人もしていない。

(A) 治療というのは、コロナの抗ウイルス薬のことか、それとも一般的な解熱薬を処方するようなことも含めてか。

(シャスタン) しなかった治療というのはコロナの特異的治療のことで、解熱剤の処方等は行った。

(A) どの時点まで診療所で診て、入院が必要だというのはどのように判断し、そのようなルートで搬送したのか。

(ブネル) 病院に搬送するための SpO2 その他の基準があった。

(A) 病院がいっぱいでは受けられない、というようなことはなかったか。

(ブネル) イタリアほどではないが、病院側でのセレクトはあったようだ。

(シャスタン) ただ病院側のことについては我々からはお答えしかねる。それは病院連盟に聞いてほしい。

(A) かかりつけ医 (médecin traitant) は一応登録制になっていると思うが、登録しているコロナ患者のみ診たのか。それともそれ以外のコロナ患者も診たのか。

(ブネル) 拒否はしていない。すべて診た。

(シュママ) 登録されていない患者も診た。

(E) そのような自分をかかりつけ医 (médecin traitant) として登録していない患者を診療する時には、それまでの患者の処方歴や既往歴がわからないことも多かったと思うが、その患者が他の開業医を受診した時の医療情報の共有はあったか。

(シャスタン) それはない。それは患者に聞く。

(B) かかりつけとして登録している患者以外も診療したとのことだが、制度上はかかりつけ医 (médecin traitant) 以外を受診したら7割が自己負担となるが、これはコロナの時も同じか。

(シャスタン) コロナの診療は全く別だ。法律も別に作られ、コロナ期間中はゲートキーパー等の機能などは一切問われなかった。accès direct²についても保険のカバーについても自己負担が7割になるのではなく、自己負担は一切なかった。

(A) 2008年から、フランスには4回来ており、保険制度の話を引き続き聞いている。フラ

² ナースプラクティショナー制度のこと。

ンスの場合、今のかかりつけ医 (médecin traitant) 制度が、2005 年だったかにできたときに、フリーアクセスと自由開業制の選択を迫られ、医師側の政治選択としては自由開業制を選択した。自由開業制を維持したまま、緩やかなかかりつけ医 (médecin traitant) 制度を入れたので、その結果、とりわけ地方において médecin traitant を選びたくても選べないというかかりつけ医難民が 500 万人いるとも言われる。今のかかりつけ医制度の問題点がどこにあると考えているか。順調に機能していると思うか。

(ブネル) 医師数が少なければ医療費も減るだろうという医療費削減政策の下、医師数の削減が何年間も取られてきた。1981 年に社会党政権となった時は、格差が是正されることで、医療費が減るだろうと本当に信じていた。しかし、格差の是正は起こらず、医療資源が乏しくなっただけだった。それにも拘わらず同様の施策が継続され医師数が減らされた。医師人口の高齢化と共に、今本当に医師不足が進行している。

(シャスタン) だからこそ、医療の提供体制自体が変わるべきなのだ。それがチーム医療、多職種連携ということだ。そして、開業の自由の主張をするのではなく、もっと公衆衛生について開業医も公的医療も連携をするような政策にするべきだ。日本では、診療所の医師は、診療行為によって報酬が支払われているか、それとも固定給か。

(A、E) 診療行為に対する診療報酬だ。

(シャスタン) それは多職種連携か。

(H) そもそも看護師が診療所にいる。

(A) 加えて、日本でも医師が 1 人のソロプラクティスが多いが、高齢化した社会の中でのかかりつけ医機能を考えれば、医師も複数、パラメディカル・コメディカルも複数という形に向かうべきだ。日本の場合は、中小病院もあるが、ソロプラクティスをグループ化するなどすることが高齢化の対応としても必必要である。日本の方が高齢化が進んでいるので、そういう方向性が必要になる。私が知りたいのはフランスのかかりつけ医制度がうまくいっているのかどうか。

(シャスタン) 先生の意見に重なるが、フランスがこのまま高齢化が進むとしたら、かかりつけ医 (médecin traitant) 制度というよりも、かかりつけチームが必要だと思っている。かかりつけ医 (médecin traitant) 制度という医者がなんでも 1 人でやろうとする制度を作るのは解決策ではない。むしろ、A 先生のご施設ではすでに看護師もパラメディカルも事務員も雇用しているのであるから、それをかかりつけ医システムとすればいいのではないだろうか。

(A) おっしゃる通りで、我々はその方向で進めるべきだと思っている。

(D) 同意だ。

(A) ただ、今のフランスのかかりつけ医制度はどう思っているのか。

(シュママ) フランスは日本に遅れている。なぜならば、我々のように 1 人で開業しているとどうしても限界がある。今の診療報酬では、看護師や事務員を雇用することができない。そのために、1 人で限界のあることをやるしかない状況となっている。そのため、政策とし

て、日本の医療機関のように多職種を雇用するに十分な報酬を与えれば私どもももっと診療を広げることができるのだが、政策はそうになっていない。

(A) 今のかかりつけ医 (médecin traitant) 制度についてはどう思っているのか。

(H) いいんだけど、問題はあると言っている。

(A) え、いいの??

(シヤスタン) メゾンメディカルがその答えだ。

(A) 登録制はいいということか。

(シヤスタン) いいシステムだ。確かに、医師不足があり、人口の高齢化があり、問題はあ。しかし、いいシステムだ。なぜなら、患者自身が、この人が自分の médecin traitant であると知ることができ、そして医師も、この人が自分のかかりつけ患者だということが認識できるからだ。そのような結びつきの中で責任感が醸成される。そのおかげで、ケアオリティが上がっているという知見がランセットに掲載されている。

(A) しかし、一方で自由開業制が維持されているので、医療過疎の地域もあるではないか。そのような地域についてはどう思うか。

(ブネル) それはかかりつけ医 (médecin traitant) 制度の問題ではなく、医師数を絞り込みすぎたことの問題だ。また、これは地方と都市の問題を超えて、都市においても médecin traitant を見つけることができない状況生まれている。

(シヤスタン) C 先生の論文が示唆に富んでいる。それを私たちも導入したい。自由開業を否定するわけではないが、自由開業の医師たちが、日本の都道府県のような医療政策を担当している機関と連携することが理想だ。

(A) 行政と連携してということだね。

(シヤスタン) レミー・サロモン医師という人が、国公立病院と診療所の病診連携について提言をしている。

(A) 今日の話では、コロナ診療もそうだが、高齢化が進んでくると、大病院とソロプラクティスだけでは、立ち行かなくなる。それは、日本でもそうだが、イギリスでもドイツでも、中間の機能をどのように確保するのかということ、それは中小病院だけでなく、診療所も含めてだが、多職種で対応する必要がある。日本では、介護まで含めた体制が組まれている。今日うかがった話は、そういう方向性とも合致するか。

(H) 合致すると思う。

(シヤスタン) とにかく大事なことは病診連携で、これを進めるべきだ。そして、médecin traitant、médecin général を使って利益を上げようとするラムセイのような民間営利企業は排除すべきだ。マクロン大統領は、急性期医療に注力しているが、そうではなく、公衆衛生や地域医療を重視するべきだ。

(A) B 先生がお聞きになられたかったのではないかと思うのは、コロナ以外の時に、登録した médecin traitant を経ないで専門医を受診した場合は、3割ではなく7割負担となると思うが、その場合の自己負担分は、別途共済保険でカバーされるのか。薬はカバーされる

と思うが。

(シュママ) 保険商品のタイプによって変わる。「非営利」という認定をされるためには、自己負担分をその保険から償還することは禁じられている。保険会社が販売する保険のプランを、ミューチュエルとして販売するか、一般の保険プランとして販売するか、保険会社は自由に選択できる。しかし、そのプランを「ミューチュエル」として政府から認定してもらうためには、政府の政策に従うことが求められる。したがって、médecin traitant にかからなければ、自己負担は増えて、それをミューチュエルが補填することはない。薬剤についてもない。

(C) 捕捉保険はミューチュエルだけではなく、プライベートの保険に入っていれば補填されることもある。

(H) その保険は、ミューチュエルという認定はないので、税制上の控除を受けられなかったりする。