

フランス-6-1

応接録：Maison de Santé

2023年6月8日

男性 GP 医師 1 名

女性 GP 医師 3 名（1、2、3 と番号で区別）

<要約>

- maison de santé には、複数の診察室と待合室のみがあり、検査等が必要な場合は、他の施設まで患者が行く。
- maison de santé の医師同士の間には雇用関係はなく各自が独立して診療を行うが、組織運営、DX、研修、ミーティング等を要件とする加算がある。
- 非常勤の総合医 (médecin général) が増えているが、それでも médecin général の平均労働時間は週 55 時間である。
- グループプラクティスである maison de santé の方がフレキシブルな働き方ができる。
- maison de santé に受付や秘書はおらず、インターネット、アプリまたは外注のオペレーターによる完全予約制となっており、患者は、予約時間に診察室のドアをノックして入ってくる。
- かかりつけ医 (médecin traitant) ごとの登録患者数は 2000 人前後から 3000 人台程度であり、医師の方がこれ以上は抱えられないと考えれば、新規のかかりつけ患者の登録を医師側から断る。
- 政府が進める共通電子カルテである Mon Espace Santé は、入力が 2 度手間になる問題のため使われていない。
- IPA を養成しても、過疎地には行かず都市部に集中すると考えられている。
- 医師の計画配置と第三者払いには反対意見が強い。

(男性医師) maison de santé (メゾン・ド・サンテ)¹は非営利の無床診療所であるが、この中には、8 ブースの診察室と待合室以外に特に何も無い。もっとも、歩いて 1 分、100 メートルの距離に赤十字高齢者専門病院があり、臨床検査、画像検査、入院ベッドが必要な場合は、その設備を使用する。フランスでは、従来は、医師がソロ・プラクティスで働くスタ

¹ 現在、フランスではグループ・プラクティスによる共同診療所や、多職種診療所が政策として推進されており、本件の maison de santé も公的支援を受けて建物を購入し、総合医 (médecin général) とパラメディカル (OT、ST、助産師) が集まって開設されている。多職種地域連携コミュニティについては CPTS を参照のこと。

イルが主流であった。ここも元々は開業医がソロで診療所をスタートし、そこに他の医師が加わり、更にアシスタント・ソーシャル²が入り、徐々に賛同者が増えてそれぞれが同じ場所で自由開業をする現在の形になった。雇用関係はないが、グループで一緒にやろう、この中でうまく連携してやろうという考えを持つメンバーが集まった。現在も拡張中で、すぐ近く（斜め前）の建物を購入し、新たに計画外治療科³の指定も認可されたので近々標榜する。グループ・プラクティスで共同でやる事には2つの利点がある。まず、ここでみんなで集まって症例や困難事例を一緒に話し合ったり、治療方針の為の臨床プロトコルを策定したりできる。我々同士で、月に1回、様々な医学的テーマで勉強会も行う。また、組織運営のスタッフ・ミーティングをし、一緒にランチを取ったりもできる。「最低1ヶ月に1回、組織内スタッフ・ミーティングで話し合う事」は、政府からの加算報酬算定の要件にもなっているように、孤立せずに連携する事が強く奨励されている。

(A) 今、フランス人医師の多くは、パートタイムの勤務医になりたい傾向があると聞いているが、ここの医師はなぜ皆、それぞれが独立開業なのか。日本だったら、このような形態ならば勤務医にしてくれ、との要望があるだろうが、皆さんはどうか。

(女性医師1) それは人によるのだろう。サラリーマンの方がいい、と思う医師もいる。我々は、独立開業がいいので、今のこの形態で満足だ。雇用関係になると、どうしても双方向に色々な責任が生じる。そういうものを嫌うタイプの人にはサラリーマンとなる事は選ばない。

(男性医師) 昨今の政策もあり、グループ診療所でもサラリーマン医師として雇われる安定志向の人が多くなってきてはいるが、そもそも開業医は、歴史的に見ても自由気質の人が選ぶ労働形態だ⁴。

(女性医師3) 男性医師Wが、この建物を購入して不動産会社を作った。そこに医療法人を作って入居させる計画を話してくれた。それでは、とここにいる3人の医師が別のグループ診療所で働いていた時に知り合った経緯で合流した。そして、他の自由開業メンバーを徐々に募った。そこに、助産師やOT、STが来た。また、新たに、IPA⁵ではなく、アシスタント・メディカルとなる看護師をリクルートし、明日から出勤する。秘書も1名リクルートした。将来的には2名にする予定だ。

(C) パリは、こういう形態が増えているのか。

(男性医師) 増えている。政府が助成金もつけてバックアップしており、開業資金（建物購入・設備投資等）に使える。診療報酬以外に、地方保健局（ARS: Agence Régional de Santé）から開業援助、疾病金庫（CNAM: Caisse National d' Assurance Maladie）からグッド・プラクティス目標、つまり組織運営、DX、研修、ミーティング等であるが、これらを達成すると

² ソーシャル・ワーカー及びケア・マネジャー類似の職域。

³ 救急指定ではないものの、急な発熱や急性期疾患に対応する準救急。

⁴ 本件 maison de santé 医療法人は非営利（NPO）であるが、建物は、男性医師が経営する不動産会社の所有であり、そこに医療法人が入り、その医療法人内で各医師がテナント賃貸契約をして入っている。

⁵ Infirmier/Infirmière de Pratique Avancée。ナース・プラクティショナーのこと。

加算報酬が支払われる⁶。

(C) 日本は超高齢者社会で嚙下障害が増えており、STが不足している。

(B) フランスで、パートタイムで働きたい医師が増えている理由は何か。

(女性医師1) 女性医師の増加だろう。総合医 (médecin général)⁷ およびその他の専門医とも医師人口の80%が女性となっている⁸。ワークライフ・バランスや、妊娠・出産の家族ライフ・イベントが理由だ。ここに同席している4名の医師も全員、パート・タイムである。週3日間労働でパート・タイムであるが、ここにいる3日間は、朝9時から20時まで診察しており、家に帰ってから書類を書いたり仕事をしている事が多く、実質労働はフルタイム以上だ。フランスの法定労働時間が週35時間であるところ、médecin généralの平均労働時間は週55時間なので、フルタイムより平均20時間以上働いていることになる。さらに、ここで働く時間以外に、校医や、在宅診療をやっているメンバーや、病院に週1回外来を持っている医師もいる。フランスでは、2、3、4年生で医学部を辞める学生がいる⁹。また、24時間当直や36時間継続勤務等、法律に反する超過労働が当然のようにあり、大学病院でのインターン勤務は非常に厳しい。現実の現場と理論上の労働環境が乖離している。患者が多く、指導医は少ない為、指導医がいつもインターンの側にいないという問題もある。若い時には、非常に大きなストレスだと思う。

(C) ここで家賃を払って賃借し開業している方が、安定した給与がもらえて家賃の発生しない勤務医よりもいいのはなぜか。家賃は負担ではないか。

(女性医師全員) 今の形が都合がいい。自由度が大きいからだ。時間や曜日さえ患者に知らせておけば、自分でスケジュールを決めることができる。子供が熱を出した時に早く終わらせたり、家庭の事情で遅出にしたりフレキシブルにできる。

(男性医師) 町の開業医、と言えば昔は個人開業と決まっていた。今の業態の傾向が新しい。

⁶ フランスのかかりつけ医 (médecin traitant) の診察料 (初診・再診とも) は、1回€25であり、技術料も含まれているが、薬価は別建てとなっている。フランスでは、総合医 (médecin général) が、サブ・スペシャリストの研修を大学で受けて、小児や婦人科のサブ・スペシャリティを持った総合医 (médecin général) として標榜できる。研修を受けなければ標榜できない。

⁷ 総合医 (médecin général) という専門科が認められている。このような事情はドイツやイギリスも同様である。

⁸ この発言は、「若い世代においては」あるいは「今後は」という意味としてのものと思われる。OCEDデータ (<https://www.oecd.org/els/health-systems/health-data.htm>) によれば、フランスの直近のデータである2021年において、女性医師の割合は47.48%に過ぎない。一方、同データによれば、35歳未満の医師に限った女性割合は61%となる。医学部学生を含めたさらに若い世代の動向については不明。

⁹ かつては、ヌメロス・クロズと呼ばれる選抜試験が2年次の進級前にあり、厳しい人数制限が課せられていた。これに2回落第すると進級できなかった。これによって多数の学生が脱落し、PTや看護師に進路変更する者もあった。現在は、ヌメロス・クロズに代わりヌメロス・アペルチェスという制度となっており、医師数の定員が実質的に増員された一方、2年次への進級試験は1回のみ受験可能となっている。

(C) こちらには受付や秘書がいないようだが、患者がダイレクトに診察室に入ってくるのか。

(医師全員) 受付・秘書はいるが、インターネットやアプリによる完全予約制であり予約時間になると、診察室のドアをロックして入ってくる。外注のオペレーターによる遠隔受付・秘書システムもある。

(A) かかりつけ患者として何人の患者が登録されているか。

(女性医師1) 正規に署名して登録かかりつけ患者は、2000人だ。それ以外で定期的に来る患者(file active)も合わせると3800人になる。

(女性医師2) 正規登録患者は、1800人だ。それ以外で来る患者も合わせると3400人だ。

(女性医師3) 正規登録患者は、1800人で、それ以外も合わせると2800人だ。

(E) この数で、これ以上は新患は取れない状況なのか。

(3人全員) そうだ。飽和状態だ。これ以上の新患はフォローできないので取れない。

(C) 疾病保険金庫 CNAM で聞いたかかりつけ患者の管理料年間€5については、どう思うか。

(3人全員) 疾病保険から支払われる成功報酬は全て馬鹿げていると思う。しかし、ROSP¹⁰と同様、協定医の義務なので従うしかない。我々セクター1¹¹の保険協定医師は、サラリーマンではないとは言いながらも、結局の所、保険者のサラリーマンだ。そうであるからには、協定で決められた事には従う以外ない。セクター2になったり、非保険医になってしまうと、患者に迷惑がかかる。

(B) 長期疾患 (ALD: Affection Longue Duree) の患者はどれくらい受け持っているか。

(女性医師3) 15%ほどか、。私は婦人科をサブ・スペシャリティとする médecin général だが、老年科を専門としている医師ならもっと多いと思う。

(A) なぜ、新患をもっと取ろうと思わないのか。増えれば、収入も増えるのに。

(女性医師1) 待機患者が多くなってしまっただけで診きれない。我々 médecin général は、診療科の性質上、完全予約制であっても、2週間、3週間、1ヶ月先と予約日まで待機させる事はできず、発熱や腹痛という症状を呈する患者にはすぐ応召できなければいけない。それができる数字は今がマキシマムであり、これはお金の問題ではない。

(C) コロナ禍におけるかかりつけ医の機能について聞きたい。フランス政府は、最初、コロナ患者はかかりつけ医 (médecin traitant) に行くな、受診するな、と指示を出したと聞いたが、先生方はどう思われたか。

(女性医師1) 政府の言う事にも妥当性はあった。第1波の最初は、検査キット、マスクをはじめとする防護具が我々の所に何もなかった。その状態で患者に来られても我々は何も

¹⁰ ROSP: Rémunération sur objectifs de santé publique。成功報酬を伴う公衆衛生グッド・プラクティスの達成目標。

https://fr.wikipedia.org/wiki/R%C3%A9mun%C3%A9ration_sur_objectifs_de_sant%C3%A9_publique

¹¹ セクター1: 保険協定医として、公定価格で診療を行う。セクター2: 保険協定医であるが、公定料金を超過して請求することが許される。その反面、患者の自己負担は増える。セクター3: 非保険医。

できなかった。政府が 15 番¹²に電話してからその指示に従え、と言ったのも、患者が町の診療所や病院の待合室に溢れて、感染が広がる事を防ぎたかった訳で妥当性はある。病院の救急外来が飽和し機能が麻痺する事態を避けたかったので、救急センター（SAMU: service d'aide médicale urgente）の規則に則り、電話で重症患者をトリアージして選別する必要があった。次の流行になってから、我々自身が遠隔コンサルテーションで、SAMU のように症状を聞いて、重症患者を見つけ出すようになった。訪問看護師を患者の家に送る事を優先したが、それも、来院させて他の患者に感染させる事を避けたかったからだ。

（女性医師 2）患者も感染を怖がって来なかったのも、待合室はガランとしていた¹³。事実、来られたとしても、検査もなく、できる事もなかった。「まず、ラボで PCR 検査をして来て下さい。」と言う以外にできる事もなかった。その後、検査は薬局で行うことになった。我々町の診療所には検査キットはなかった。

(D) 医療情報について聞きたい。イギリスでは、GP を変更しても、それまでのレセプト・データ程度の医療情報はわかるようになっているが、患者の既往歴や処方歴、アレルギー等の基本的な医療上は共有されているか。その程度の医療情報を他の医療機関から見る事ができるか。

(B) DMP /Mon Espace Santé（モン・エスパス・サンテ）¹⁴は使われているか。

（医師全員）使っていない。使えるようになったらいいと思う。

（女性医師 1）現在、院内の電子カルテと Mon Espace Santé とで入力が 2 度手間になる為、今まで一度も使ったことがない。外の医療機関の情報は見た事がない。うちのソフトが乗らない。

（男性医師）使われていない原因として、2つの問題がある。1つは入力の 2 度手間だ。全ソフト会社に API を共通としてインターオペレティブ（ソフト間の互換性）ができるようにと、セギュール会議（Ségur de la santé）で指導され予算もついた。しかし、解決にもう少し時間がかかりそうだ。2022 年末迄に完了目標としていたのでセギュール会議のお陰でもうすぐ解決されるはずだ。次に、我々、現場での問題がある。患者アイデンティティの確認の問題だ。保険証（carte vitale）に顔写真がついていない古いバージョンもある。また、carte vitale だけでは不足で、2つ以上の ID（パスポート、免許証等）による本人確認が必要になる。これも手間と時間がかかる。

(C) 病院との連携について聞きたい。病院に入院が必要な時の連携はどうなっているか。スムーズに行くか。

（男性医師）緊急の際には救急外来に送る。計画医療に則りパートナー専門医師がいる病院に依頼する。

（女性医師 1）老年科専門医パートナーに連絡しても、いつもベッドに空きがなく、なかなか

¹² ダイヤル 15 は、フランスの救急サービス（SAMU: service d'aide médicale urgente）の電話番号。

¹³ 同様の状況はイギリスでのヒアリング（RCGP、Nuffield Trust、NW London ICB 等）でも聞かれた。

¹⁴ 共有型電子カルテ。

かスムーズに入院できない。

(A) 病院の入院連携支援室はないか。

(女性医師 1) あるが、丁寧なフォローがない。

(C) 病院に入院紹介した患者が退院する時に逆紹介はあるか。

(男性医師) 私が紹介したのであれば、通常は退院サマリーと一緒に私のところに戻ってくる。在宅の場合も、普通は私のところに来る。

(A) フランスのかかりつけ医 (médecin traitant) の報酬は低い、これについてどう思うか。

(男性医師) 本当に低いと思う。しかしどうしようもない。平均収入は低い、パートタイムも入っているのでそうなる。診療報酬€25 は、ヨーロッパで一番低い。開業医の平均年収は€9 万¹⁵だ。

(A) 65 歳でリタイアしたいか。

(女性医師 1) 65 歳で辞める。こんな働き方は 65 歳以上、続けられない。もっと我々の働き方を認めてくれる制度であれば続ける事も考えられるかもしれないが、現行制度の下でなら 65 歳でリタイアする。

(男性医師) 私は働き続けたい。何歳まででも続けたい。

(女性医師 3) 健康が許すなら続けると思う。

(C) CPTS をどう思うか。

(男性医師) 政府のプロジェクトだ。今までの試みがうまく行かなかったので、それでは他職種医療従事者自身に自由と予算を与えて、自由にその地域での医療を当事者間でオーガナイズさせてみようというものだ。当該地域に CPTS が存在して、地域の医療従事者間相互のコミュニケーションが生まれるのは良い事だと思う。

(C) IPA についてはどう思うか。

(男性医師) IPA の仕事は何かを特定して話すことが重要だ。許可される仕事内容は、情報提示・予防・検査だ。それならばいい。我々にはそれら全てをする時間はない。反対する選択はない。日本の先生方は、看護師にそれはできないと思うか。

(C) 予防と情報提示はできると思う。検査はできない。この患者のこのケースにこの検査が必要と決めるのは、医師の仕事だ。

(女性医師 1) 全く同意見だ。患者が来たとき、これは何かある！と感じる事がある。あ、これは腎機能テスト、肝機能テスト、心電図をやっておいた方がいいな、と感じる何かカンやセンス。これらを持っている看護師もひよっとしたらいるのかもしれないが、やはり医師でなければならぬと思う。仮に IPA にできる制度にしてしまうと、このカンやセンスがない人もやるようになってしまう。医師は医学部入学から 10 年に渡る教育と、臨床の経験量が違う。

¹⁵ 約 1300 万円。

(C) IPAが無医村の田舎に行くと思うか。

(医師全員) 思わない。医師同様、都会に集中するだろう。

(男性医師) 我々の診療所では、近々看護師を雇う。IPAも考えたがやめて、アシスタント・メディカルの看護師を雇い、より技術的な看護行為をやってもらう。注射し、ガーゼ交換するナースだ。予防や情報提示や検査の判断をやってもらうナースではなく、手技に強い看護師を自由開業看護師ではなく、サラリーで雇う。

(A) かかりつけ医 (médecin traitant) 登録制度について聞きたい。登録医制度のない頃と比べて、2004年以降のかかりつけ医 (médecin traitant) 制度導入後の状況をどう思うか。

(医師全員) おしなべて良い制度だと思う。どの医師にかかるべきかという患者のマインドのリンク付がしっかりする。

(男性医師) 登録制度前は、この意識がしっかりとしたものがなく、患者は、いろんな所に漂流してしまっていた。必要のない専門科受診や、見当違いの重複受診、本当に必要なスペシャリストにかかる時も、どこに行ったらいいのかわからなかった。médecin traitantが参照医となり、この受診ルートを患者にオリエンテートできる。不必要な専門科受診は防げた。その一方で、かかりつけ医 (médecin traitant) 制度の問題点としては、不必要な médecin traitant の受診があると思う。つまり、不必要な脳外科受診や循環器受診が減らせたが、一方で、直接脳外科や循環器に行った方がいい場合もある。1分1秒を争うような急ぐケースでは、我々の所に来ずに、すぐにペナルティを恐れず専門科に行けるようにするべきだ。2004年の制度導入から20年経って思うのは、「かかりつけ医師」ではなくて、「かかりつけ医療機関」にした方がいい。医師ではなく、かかりつけ機能を持った「医療機関」を登録させるべきだ¹⁶。

(A) 自由開業制度についてはどう思っているのか。ドイツのように、計画配置にした方が良くないか。医師過剰地域や過疎地域の問題が解決できるのではないか。

(女性医師1) 「計画配置」は、医学部に入る時点で言われていたなら別だが、10年間の勉強をした後、一度医師として開業してから言われても困る。配偶者や子供の生活もあるし受忍できない。

(男性医師) 計画配置が合理的であり、導入した方が論理的であることはわかる。しかし、誰も認めないだろう。今までに何回も議論されてきたが、医師側にとっては怒りの種だ。多くの医師にとって、自由と既得権を失うように感じられる。

(E) 自由開業制限、IPAや薬剤師へのタスク・シフト、休日夜間診療、それらと引き換えに診療報酬値上げがあったとして、どれか1つだけ飲むとしたら、どれを取るか。

¹⁶ かかりつけ医 (médecin traitant) の定義の根拠法である Code de la sécurité sociale の L. 162-5-2 及びその解釈通知 (2016年10月23日発出：<https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000033285608>) により、既にそのような制度になっている。

(女性医師) 良い質問だ。正直、答えに困る。しかし自由開業は死守する。

(男性医師) 何があっても、自由開業権だけは絶対に手放せない。ここに規制が入るのは断固として反対する。IPA なら我慢するしかないと思う。

(D) フランスで、自由開業は、政治的にバーターになっているように見える。自由開業を残す代わりに IPA を飲ませるという取引になってしまった。これは政治技術の問題だろう。

(A) 保険者による第三者支払いも医師側が受け入れないのはなぜか。患者にとって便利になるはずだが。

(女性医師 2、3) 第三者支払いは受け入れられない。患者からの直接払いがいい。カード決済もできる。医師側に煩雑な保険請求業務が発生するし、保険資格の確認等も必要になる。更に、保険が支払いに介在すると診療内容をコントロールされたり、何かを理由に支払われなくなる可能性もある。その日診た患者はその日に直接全額支払いで医療機関に支払い、保険のカバー分は患者が保険より償還を受ける形がいい。患者が自分の財布から一時的にでも出費する事によって、医療費への責任感も生まれ、教育効果もある。

(B) CMU¹⁷の患者の書類手続きも煩雑なのか。

(女性医師 3) carte vitale (保険証) があれば問題ないし、むしろ簡単だ。一方、不法滞在移民救済医療 (AME: Aide Medical d' Etat) は、何枚もの紙に記入しなくてはならず厄介だ。

(D) 恐らく国としても、わざと手続きを煩雑にして使いにくくしている側面もあるのだろう。

(女性医師 1) ところで日本の国民は、日本の医療制度に満足しているか。また、日本の医師は日本の医療制度に満足しているか。

(D) 患者の満足度は高いと思う¹⁸。

(C) 私自身は不満はない。自由に患者を診られて、自由に検査ができる。患者も自由に医師を選べる。

(A) 満足だが、医療費抑制が強すぎる。フリーアクセス、自由標榜、自由開業、全て自由だ。イギリスの制度は、日本にとっては困る。ドイツ、フランスには、参考になるのではと思ってきた。

(C) ただし、国がその自由を変えようとしている。今回の調査の目的は、その国の今後の政策に備えるためだ。かかりつけ医の登録を制度化しようという動きがあり、イギリス、ドイツ、フランスのようにしようとしているから、ここに学びに来た。

(女性医師 1) イギリスはひどい。患者が 1 人の医師だけに必ず受診しなくてはいけない。フランスの制度が最も妥協ポイントとしていい。

¹⁷ 生活保護や低所得者用医療保険。

¹⁸ 『日本の医療に関する意識調査 2022 年臨時中間調査』(日医総研ワーキングペーパー江口成美 出口真弓 <https://www.jmari.med.or.jp/wp-content/uploads/2022/06/WP466.pdf>) によると、日本の医療全般への満足度は「満足」、「まあ満足」を合わせて 77.8%で、高水準で安定している。

(女性医師3) かかりつけ医 (médecin traitant) 登録制度は、専門医師不足のフランスとしては必要な制度だ。médecin général は全ての事を知っていないと難しい診療科だ。

(男性医師) まず、médecin général の受診で、高血圧、コレステロール管理、皮膚疾患、急性期の諸症状等、対応できるもの、専門科に行く必要のないものが沢山ある。médecin traitant によるゲート・キーパーや受診ルートの整理のお陰で、社会のために医療費適正化が叶い、死守せねばならない保険医療制度が守れる。

(D) 日本も制度化されていないだけで、我々は診ている。受診習慣として、文化として、一定のかかりつけ医機能が果たされている。

(女性医師1) 皮膚疾患を例に取れば、ほんの少し何かの異変でいちいち全ての患者が皮膚科にかかっていたら、無駄な受診が増え、本当に皮膚科受診が必要な皮膚癌やメラノーマ等の重篤な疾患を診る時間が皮膚科医になくなってしまう¹⁹。

(B) 人口当たり医師数は日本よりもフランスの方が多い。働き方の問題だと思う。

¹⁹ フランスでは、皮膚科医不足が指摘されている。