

フランス-7-1

応接録：Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM、全国疾病保険金庫)

2023年6月7日

ルシー・ロワゼル：診療報酬課

ジュリー・ガロデ：国際部

＜要約＞

- 診療報酬は、医師労組と保険者である CNAM との協定 convention で決定する。
- 16 歳以上のすべての国民にかかりつけ医 (médecin traitant) の登録が義務付けられているが、médecin traitant を持てない国民が多いことが問題となっている。
- 患者は médecin traitant を介さずに医療を受けることもできるが、保険償還上の制裁がある。
- フランスのかかりつけ医 (médecin traitant) 制度は、医療費抑制を期待して導入されたが、結果として医療費抑制効果は確認できていない。
- 登録患者 1 人当たりの固定報酬は、健常者の場合年間€5 だが、年齢や併存症の有無で最大€75 まで支払われる。
- パートタイム勤務を希望する医師が増えた。
- リスト法が成立し IPA ができたが、独立開業は認められていない。
- médecin traitant に法的な定年はないが、医師年金の受給が始まる 67 歳で自主的に退職する。
- コロナの間は、かかりつけ医 (médecin traitant) 制度が停止された。

# RENCONTRE

## CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE JAPONAIS

### RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT & CONTEXTE COVID

1



(ロワゼル) フランスの医療制度にご興味を持って頂き有難い。私のバックグラウンドは、エコノミストで医療経済が専門だ。こちらの CNAM (Caisse Nationale d' Assurance Maladie)<sup>1</sup>では、主に診療報酬のテクニカル・コーディネーターという技官をしている。コンバンション (la convention) という、医師労組とこちら CNAM との間での診療報酬に関する協定について、その交渉を担当している。

Eléments de contexte

Présentation du service

### LE DÉPARTEMENT DES PROFESSIONS DE SANTÉ & LE CONVENTIONNEMENT

**Département qui négocie avec les syndicats représentatifs de médecins des conventions nationales**

**La convention nationale régit les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie** : la convention prévoit notamment les tarifs de consultations et des actes médicaux, ainsi que les rémunérations forfaitaires des médecins (ex : rémunération sur objectifs de santé publique = plus le médecin est proche des objectifs nationaux de dépistage de certains cancers pour sa patientèle, plus il va toucher une rémunération élevée)

**1971** : 1<sup>ère</sup> convention médicale signée entre les syndicats et l'Assurance maladie

2

コンバンションと先ほど申し上げたが、これは医師の代表者である医師労組側と保険者

<sup>1</sup> 全国疾病保険金庫：フランス最大の公的保険者。

側との労使協定だ。フランスの保険協定について簡単にご説明する。フランスではほとんどの全ての医師、およそ 99% の医師が保険協定医だ。この保険協定は全国一律のものだが、これについて、保険協定に則り診察料、初診料・再診療、この技術はいくら、この行為はいくら、これはいくら、といった料金を交渉で決めて行く。そして、特に、フォーフェ (forfait) と呼ばれる包括報酬、すなわち色々丸めていくら、とするタイプの報酬も決める。その医師側の代表者が、総合医 (médecin général) の代表である MG フランス<sup>2</sup> 等になる。総合医労組が交渉相手の場合もあれば、そのカウンター・パートナーが専門医の場合もある。これらは報酬の対象となる行為の種類による。専門医と médecin général の労組の代表者との交渉で協定を結ぶ。この協定は、たとえ一部の労組だけが合意したとしても、その合意をした一部の医師労組所属の医師のみに適用されるのではなく、全ての医師に適用され、全国一律に適用される。フォーフェ (forfait)、包括とは、これはいくら、これはいくらと一つひとつの項目での報酬ではなく、包括でまとめて、例えば診療所の DX 化に関する報酬、これは機械や電子カルテ導入や、IT システム化などを包括で丸めてものだが、これが全体でいくらといったものである。この包括料金についてもここで交渉し協定で決定する。最初に保険協定が導入されたのは、医師労組と保険の間の交渉で決めた 1971 年だ。

Éléments de contexte

Réforme du médecin traitant

## 2004 : ENTRÉE EN VIGUEUR DE LA RÉFORME DU MÉDECIN TRAITANT

- ➔ **Tout assuré social de 16 ans et + doit choisir un médecin traitant (MT) dans le cadre d'un parcours de soins coordonné :**
  - ➔ Liberté de choix de son MT pour les patients
  - ➔ Mesure incitative pour le patient : maintien de la prise en charge du remboursement par l'Assurance maladie si le parcours de soins est respecté. Si non respect (recours à un médecin non traitant ou recours à un médecin spécialiste sans visite préalable du MT) = réduction de la base de remboursement
- ➔ Cette réforme institue une **forme de relation quasi « juridique » nouvelle** entre le médecin et l'assuré, tout en structurant la pratique du médecin de famille.
- ➔ **Le médecin de famille** était une **pratique qui préexistait** à la réforme, puisque 90% des patients déclaraient avoir un généraliste habituel
- ➔ **Les missions** du MT sont **définies dans la convention médicale** (droits/devoirs envers le patients)

3

かかりつけ医 (médecin traitant) 制度が導入された 2004 年以降、フランスの全ての 16 歳以上の国民は自分の médecin traitant を選ぶ事となった。médecin traitant が患者の受診ルートの入り口となりその後の必要な治療を進める。勝手に専門医に行ったり看護師のところに行って処置を受けに行ったりすることはできず、médecin traitant が決めなくてはならない。そう言うと、あたかも médecin traitant を持つことは強制で、それがなけれ

<sup>2</sup> MG フランスについては、CMG France の報告を参照されたい。

ば治療が受けられないように聞こえるが、厳密には *médecin traitant* を決めないで受診する事もできる。但し、その場合、保険の医療費償還率が悪くなる。あるいは全く保険が使えない。*médecin traitant* を通さずに勝手に専門医のところに行って受診したり、*médecin traitant* の指示書・処方箋もなく看護師のところへ行って処置を受けたり、といったこともできなくはないが、その場合の費用は保険でカバーされない。経済的なペナルティがあるため、ほとんどの国民は *médecin traitant* を通して受診ルートに乗る。まず *médecin traitant* にかかり<sup>3</sup>、それから次に必要な処置等を行い、薬剤は処方箋を持って薬局で買って、という具合に進む。これを受診ルート (parcours de soins) というが、これにきちんと国民が従うことを保障し、逸脱して勝手に治療を受けないように、あれこれドクター・ショッピングをしないように、というのがそもそも目的だ。繰り返しになるが、*médecin traitant* の処方箋、指示箋なしに受診することもできるが、保険上のペナルティがある。もともとこの *médecin traitant* を導入した制度改革の目的は、法的枠組みの中で患者と医師の関係を強調することだった。すなわち法律的にこの患者はこの医師にかかる事、そして *médecin traitant* にかかりつからさらに受診が必要な場合、その後の医療費も全て公的保険がカバーする、という患者と医師との結びつきを公的に法律化したのだ。その為、患者は義務として自分の意思で *médecin traitant* を選び、その医師にかかり、また医師もかかりつけ患者に対して診療の義務、応召義務を持つ。つまり、患者の求めに応じて診察し、診療録<sup>4</sup>を記入し、責任を持って継続的にフォローする。

(E) それは保険上のという意味なのか。例えば、応召義務違反をしたら何か制裁があるか。

(ロワゼル) 制裁はないが、患者は不服を医師会に訴える事ができる。あるいは、患者の自由意思による選択が原則となっている為、*médecin traitant* を変更して登録するだろう。ドイツやイギリスとは違って、全く自由に患者は *médecin traitant* を変られるので<sup>5</sup>、嫌だと思えば、フランスでは次の日に変更する事も制度上可能だ。

(A) 次の日に変える事が、医師不足のフランスができるのか。

(ロワゼル) 理論上は可能だ。実際には医師不足でなかなかスムーズには見つからないとしても。患者側はかなり従順にこの制度改革に従った。そもそも、患者のマインドの中には、

---

<sup>3</sup> *médecin traitant* が総合医 (*médecin général*) である必要はなく、専門医から *médecin traitant* を選ぶ事も制度上は可能である。ただし、専門医は予約がとりにくいため、より予約の取りやすい *médecin général* を選ぶ国民が多い。

<sup>4</sup> ここでは共有型電子カルテ (DMP /Mon Espace Santé) を意味していた。DMP と Mon Espace Santé はほぼ同義で使われる用語だが、厳密には DMP は CNAM が管轄していたものが、Mon Espace Santé という政府の管轄するシステムに移行した。2023 年現在、この電子カルテシステムへの記入が制度上は義務化されているものの、実態において医療現場での使用率は低い。このことは、CPTS のセッションでも証言されている。

<sup>5</sup> ドイツはそもそもかかりつけ医 (Hausarzt) の登録義務がない。また、イギリスも居住地域内の GP は自由に選べる。したがって、この発言はドイツ、イギリスのかかりつけ医 (GP) 制度についての誤解に基づくものと思われる。

制度以前より「家庭医」というものが9割程度存在しており、これを法的になぞったに過ぎないからだ。今までいつも病気になった時には、XX先生にかかる、と考えていた人々は、制度があってもなくても、また法制化されたと言われても、XX先生にかかる。患者にとっては、それぐらいしか違いはなかった。一方、医師側としては、既往歴、家族歴、受診歴を記録し、ケアのクオリティの向上につながった。患者についての全ての情報を理解し、必要な検査はこれ、この検査はこの病院で、この処置はこの看護師で、この施術はこのリハのところで、とオーガナイズして、必要な情報をオーケストラの指揮者<sup>6</sup>のように全てを集め臨床上のオリエンテーションをする義務がある。臨床検査センターに検査をオーダーする際にも、患者の持つて行く指示処方箋に医師のプロフェッショナル番号が必ず記載される為、検査センターも自動的に結果をその *médecin traitant* に送る<sup>7</sup>。かかりつけ医 (*médecin traitant*) 制度の下では、検査や受診の重複が避けられる事から、医療費適正化、支出抑制の意図があった。医師には、次の3方式で支払われている。診療報酬、患者1人当たりの年間管理料、フォーフェ (forfait) によるデフォルトでの成功報酬だ。最後の成功報酬は、インジケーターに従いグッド・クリニカル・プラクティス達成に対して定められた年間の成功報酬だ。例えば25歳から35歳の女性患者に対する1年に1度のパップスメア<sup>8</sup>、公衆衛生目的のパーフォーマンス、予防医療パーフォーマンス等の指標が設定され、その指標要件を充足したことに対して報酬が支払われる。

(B) それでトータルで医療費は安くなっているか。

(ロワゼル) 結論として、医療費抑制に効果はない。ただし、医療の質はよくなっているはずだ。

(B) 日本でかかりつけ医制度が議論になっているが、世界中の発表されたデータや論文を読んでも確かにケアのクオリティは上がるが、費用は、むしろ上がるか中立かで、費用が抑制されたという研究はほぼない。

(ロワゼル) おっしゃる通りだ。医療費適正化という2番目の目的は到達できていない。ただ、恐らく、伸び放題になるところを食い止める効果はあったと見ている。*médecin traitant* が指示した検査をする事で、不必要的検査はされず、適切に目的を絞った検査項目がオーダーされているはずだ。無駄に重複している処方も回避され、この制度の導入のお陰で医療費の増大はコントロールできたと思う。

(B) と思う、というにとどまる。

(ロワゼル) 確かに、国民の高齢化や治療の複雑高額化など、医療費支出は増えてしまった。そのため抑制効果は結果的になかったが、少なくとも無駄は減らせたであろうと思う。同じ

---

<sup>6</sup> かかりつけ医をオーケストラの指揮者にたとえる表現は RCGP でのセッションでイギリスの GP の役割の描写としても用いられている。

<sup>7</sup> フランスでは、臨床検査センターや画像センターも外来開業しており、患者は自ら医師の処方箋・指示箋を持って行く。

<sup>8</sup> 子宮頸がんに対する細胞診検査。

額面の支出だったとしても正しいお金の使い方ができたと思う。

(A) それはかかりつけ医制度でなくても、例えば情報のオンライン化や電子カルテなどで情報共有をして、そこを効率化することによってそういった無駄は抑制できるのではないか。

(ロワゼル) その点に関しては、確かにおっしゃる通りだ。ああ、この患者さんはこういう既往歴があったのか、こういう手術歴があったのか、この医師にかかるべき薬が出ていたのか、そういう情報を見れば確かに医療の質が上がるかもしれない。もっとも、かかりつけ医 (médecin traitant) 制度を導入する事で、医師側のフォロー上の責任が明確化されるという効果はある。さらに、この患者の *médecin traitant* であるという事で、医師が診療録 (DMP/Mon Espace Santé) をより適正に記入するようになると期待できる。包括報酬の中のインジケーターに「電子カルテ記入率」という項目がある。患者に対する責任感、法的義務、その患者から選ばれたのだという意識が醸成される。それに対する評価も加味して報酬体系が作られている。かかりつけ医 (médecin traitant) 制度はこのような複合的な効果をもたらす。

(D) おそらく政治的要因だろう。

(F) 日本の医師なら、制度の有無に関わらず当然するので、日仏で感覚の違いがあるかもしれない。しかし、フランスだとそういう契約があるお陰で医師の意識の中で責任がより明確化されるのだと言っている。自分がこの患者の *médecin traitant* だと、フォローしているかかりつけ患者なんだと思うことが明文化される事によって、責任感が湧くということだ<sup>9</sup>。

(A) マインドの問題だ。両者をリンクする契約の側面によるものだろう。

(D) それはあるかもしれない。

(ロワゼル) 毎年、*médecin traitant* には、登録している患者に関する管理料が支払われる。1年間、特に何もなくいわゆる健常者の患者が1人当たり€5だ<sup>10</sup>。次に小児、高齢者、慢性疾患保有者等の階級ごとにその管理料金が変わるが、色々と疾患がある高齢者が最も高く、80歳以上の基礎疾患ありでは患者1人につき、年間€75まで支払われる<sup>11</sup>。医療費適

<sup>9</sup> *maison de santé* のセッションにおいて「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」という証言があったところ、これは医師として、フランスのかかりつけ医 (médecin traitant) 制度が患者側のマインドへ好影響もたらしていることを評価しているものと考えられる。

<sup>10</sup> コン医師のセッションによれば、イギリスの登録患者あたりの予算は約100ポンドとされている。包括報酬の要素が極めて強いイギリスの医療制度と比較すると、フランスのかかりつけ医 (médecin traitant) 制度では出来高報酬の割合がより多いことが窺える。国立国会図書館のレポートによれば、人頭払い（包括払い）と出来高払いの割合は、イギリスがそれぞれ69.8%と14.4%であり、フランスが7.3%と73.8%となっており（調査と情報—ISSUE BRIEF—No. 1209 (2022.12.8)「かかりつけ医」をめぐる議論）、このことが裏付けられる。

<sup>11</sup> この調整もコン医師のセッションで紹介されたイギリスにおけるCarr-Hill関数と同様のものといえる。

正コントロールの為、保険者として時々キャンペーンをしたり、テレビで患者に対して、あるいは医師の診療所を訪問して、リスク管理、適正処方、具体的には抗生素やスタチンの出しすぎなどだが、そのような指導もする。

- (D) 確認だが、月€5ではないのか。
- (ロワゼル) 年間€5だ。
- (A) 登録料という事か。診療報酬とは別の。
- (ロワゼル) 登録料だけだ。
- (E) お金の問題というよりはやっぱり、その結びつきを確認するための手付けの意味なのでは。

(D) 翌日かかりつけ医 (médecin traitant) を変える事もできるということだったが、極端に言えば毎日だって変えようと思えば変えられるということか。

(ロワゼル) 毎年 12 月 31 日時点で、その患者が *médecin traitant* に指名していれば 1 件とカウントしている。実際には、そもそも自分が基礎疾患がある患者は、そんなコロコロと *médecin traitant* を変えたりしない。むしろちゃんと決まった医師がいて、その医師に継続的にフォローしてもらう傾向がある。しょっちゅう *médecin traitant* を変える患者は実際には少ないし、特に重篤な疾患があつたり必要な治療がある患者ほど、そういうことはせず、ずっと同じ医師を *médecin traitant* にする。我々がフォローしたいのは、そういう重篤な患者だ。コロコロ変えるような患者の特異ケースは問題視していない。

- (D) 来なくても€5払われるのか。
- (ロワゼル) そうだ。12 月 31 日の時点で登録している患者がいれば、その *médecin traitant* としての管理料が€5 支払われる。保険者が *médecin traitant* に払う。

(A) 結局、病気があるような高齢者は日本でもかかりつけ医の制度はないけれども、決まった医師にかかる。若い人が決まった医師がいない事はあるが、それでもそういう人をかかりつけ医に縛る必要があるのか。その時に、ある医師にかかれば良いのではないか。€5で効果があると思っているか。

(ロワゼル) 確かに€5に患者との結びつきを生む効果はないかもしれない。そんな風に感じている医師は 1 人もいないのかもしれない。また、医師が軽症患者ばかりを自分のかかりつけ患者に選択しない様に、疾患や年齢によって段階的に€5より管理料を高く設定している。ただし、この€5が医師労組との交渉で保険協定の中で合意で決められた年間管理料なのだ。健康で治療が一度も必要な元気な者でも登録をしている場合は、その者 1 人に対して年間いくらかを保険から支払って欲しい、と医師労組側が訴えてきたので、じゃあ€5で、と両者で合意が成立した。

(B) 義務化しても登録していない患者さんがいるとの事だが、それはどれぐらいいるか。登録していない患者が、ある医師を受診した場合の患者の窓口自己負担は 3 割か、それとも 7 割か。要するに、かかりつけ医 (médecin traitant) に登録していない医師にかかると自己負担が 7 割だが、それ以前に、そもそも誰もかかりつけ医 (médecin traitant) を持たな

い、誰にも登録していない国民は何%ぐらいいるか。そして、そういう患者が急病になった場合の自己負担はどれぐらいか。

(ロワゼル) この制度は、実は、現在、限界に来ている。医師数の圧倒的不足により、国民全てに必要な数の *médecin traitant* がいないのだ。*médecin traitant* を選ばない、選べない、登録していない、登録できない国民がたくさんいる。

(F) 実は、私もそうだ。もともと登録していたかかりつけ医 (*médecin traitant*) が引退した後に、別の診療所に行ってかかりつけ医 (*médecin traitant*) になって下さいと言ったが、申し訳ありません、今、うちはもういっぱいで新しい登録患者は取れないのですと言わされた。仕方なく、風邪をひいたら、その時々で町の診療所に行って受診する。その時に、かかりつけ医 (*médecin traitant*) になって下さいますか、と尋ねるとどこも同じ回答、この繰り返しで2年過ぎた。これは首都パリでの話だ。

(ロワゼル) ああ、よくある問題だ、特に、健康な人、若い人だと、登録できなくともそれほど問題じゃないとみなされがちだ。

(F) いや、健康な人だけでなく、基礎疾患があったり、重篤な疾患がある患者ですらかかりつけ医 (*médecin traitant*) が見つからない事があり、それが問題ではないか。

(ロワゼル) おっしゃる通りだ。統計でも、慢性疾患患者の7%が *médecin traitant* がいないことが示されている。これは深刻な問題だ。このような患者に対しては、保険者から直接連絡して、*médecin traitant* を見つけようとする試みを2023年5月から開始した。*médecin traitant* 選ばない、選べない、すなわち医師が不足していて、本当に自ら選ばないならいいが、疾患があっても選べない、これが7%というのは、非常に問題だと我々も考えている。この問題はどこから来るのかと、色々と分析する中でドイツと比較した。ドイツでは、フランスの様な問題がないとされているからだ。その中で、ドイツにはアシスタント・メディカルがいるからなのではないかという見解がある。これが解決策の有力候補として、今、ドイツ式にアシスタント・メディカルが注目されている。日本からも是非、学びたい。日本にはかかりつけ医 (*médecin traitant*) 制度はあるか。*médecin traitant* の持ち患者は1人の医師あたり何人か。

(E) 制度としては無い<sup>12</sup>。

(D) だいたい1人の医師当たり多いと実質的なかかりつけ患者は2000人くらいだ。

(ロワゼル) ドイツは、1800人だ<sup>13</sup>。フランスはもっと少ないのでないかと思う。

---

<sup>12</sup> 制度としてかかりつけ医の登録を義務とする制度がないのはドイツも同じ。

<sup>13</sup> ドイツにはかかりつけ医 (Hausarzt) への登録義務がないため、登録患者数は観念できない。その一方で、ドイツには外来診療医師の計画配置制度 (需要計画制度、bedarfsplanungsrichtlinie) があり、かかりつけ医 (Hausarzt) は、一定の区分けされたエリア内の住人1607人に1人という基準がある。この基準は、地域の人口動態や疾病の有病率に応じて多少調整されるため、1800人に近い数になることは考えられる。また、かかりつけ医への登録義務はないが、家庭医中心医療提供制度という特定の Hausarztへの登録を任意に選択することができる制度がある。しかし、この制度の下でも一人の Hausarzt に計画配置

(D) 自らかかりつけ医 (médecin traitant) を「選ばない」ことを選んだ国民はどれぐらいか。

(ロワゼル) その人の自己意思で選ばなかったのか、あるいは選べなかったのかを知るのは、その人のみ知れる、と言うか、統計でそこまではつきりと出すのは難しい。

(A) ミューチュエルで少し高めのミューチュエルに入つていれば、そんなのは自由にかかりつけ医 (médecin traitant) じゃなくても自己負担なく払い戻される、という道はないか。

(ロワゼル) ない。ミューチュエルというものを使うには、きちんと政策の制度に則つたものでないとミューチュエルとは認められない。そういうタイプの保険もあるが、それらはミューチュエルではない。より保険料が高く税制上の優遇のない貯蓄金融商品だったり、別のカテゴリーの保険になる。そういう保険だと保険料の方が高く、そちらの方が馬鹿馬鹿しくなると思う。

(E) 制度がそもそも日本とは違う。日本では、実質的に診ている患者の数が多くて 2000 人だが、フランスの場合は登録している患者の数なので、そもそも比べようがない。

(F) 患者が、「先生、私のかかりつけ医 (médecin traitant) になって下さい」、と言って、先生が「良いですよ」、となつたら、2 人で共同で一緒にかかりつけ医 (médecin traitant) 登録申請書に記入して署名して保険金庫に送る。

(B) そんなにしっかりと申請書を提出させて登録しているのであれば、選ばない国民が何人ぐらいいるのか、ほとんど自動的にわかりそうなものではないか。

(C) €75 の包括管理料をもらうために、患者の情報は、ビラージュ・メディカル (共有型電子カルテ) に記入する義務があるのではないか。

(ロワゼル) 理論上はそうだ。少なくとも 1 年に 1 回は。

(A) 登録するような仕組みが制度に入ったのは、医師の半分が総合医、半分がそれ以外の専門医という分布の下で、いわゆる“家庭医”という存在が元から存在しており、その医師たちが事実上、かかりつけ医であったので、上手くいったのではないかと思う。登録が義務化される以前から実質的にかかりつけ医のような存在があるという実態があったから、うまくいたのではないか。

(ロワゼル) ご質問の意図は、フランスの医師たちが、イギリスのような厳格なかかりつけ医 (médecin traitant) 制度をフランスに導入することを許容するか、それとも自由度のあるかかりつけ医 (médecin traitant) 制度を志向するか、という点にあると理解した。確かに、かつては総合医 (médecin général) の数が十分に多かつたためこの制度はうまく滑り出した。しかし今は、全く足りなくなってきたので、うまく行っていない。

(A) なぜ医師数が減ったのか。

(E) 政策で医師数を削減したからか。

(C) それと、temps partiel パート・タイムが増えたからだろう。

---

の数以上に多くの患者が登録することは考えられない。

(A) パート・タイムが増えた、それは女性医師が増えたからか。

(ロワゼル) そうだ。最近、医学生2年生進級時のヌメロス・クロズスが廃止<sup>14</sup>になったところだが、確かにこのヌメロス・クロズスで厳格に医師数を制限したために医師の絶対数が減ったという側面はあった。しかし、女性医師の増加も要因の1つだ。今、65歳でリタイアする医師の働き方と、その後継者として開業する若い医師とでは働き方が大きく異なる。昔の医師は、週当たり60時間ぐらい働き詰めだった。今の若い医師は、女性が多く、結婚や出産、育児、教育の期間の母親としてのワーク・ライフ・バランスを重視するため、同じ働き方はしない。その医師の働き方は週3日や4日とパート・タイム勤務を好む傾向にある。医師の人数自体は同じでも1人当たりの働く時間数が減り、女性医師が増えた事によって以前のようには現場は回らなくなってしまった。医師数をその人数だけで統計上カウントしていたら、その労働時間数が足りなくなる。また、診療報酬プラス改定の要求にCNAMとしてもただちに是と回答できない理由として、収入がある程度あればそれ以上の増収を望まない医師が多いことが挙げられる。その為、診療報酬のプラス改定に応じてしまうと、さらに総数としての労働時間数が減る。

(A) かかりつけ医 (médecin traitant) に定年はあるか。ドイツは廃止したそうだが。

(ロワゼル) 定年制度はある。開業医独自の年金金庫があり、67歳での引退を想定して年金金庫に払い続ける。満額支給の条件を満たすと自主的に引退する。だいたい65歳から67歳でピッタリと辞める。

(E) 年金の問題というとか。医師年金があるからか。

(ロワゼル) そうだ。

(H) 制度的に定年という制度があるわけではない。年金が出れば自分の判断で辞める、という事だろう。制度的に65歳になったからお辞め頂くということではなく、自分で辞めるというのが基本だと理解しているがどうか。基本的に総合医 (médecin général) は日本と同じで自営業者だから、契約として役割を果たしているという事なので、定年はないはずだ。

(E) そういう事だろう。

(ロワゼル) 自分の判断だ。それを自分で決めているトリガーになっているのが、年金である、という事だ。

(A) 現役総合医の収入が低い。2008年にフランスに調査に来たときには、当時の為替レートで年収600万円だったと思う。

(F) 年金の満額の金額を見て、ああ、これでリタイアしても満足した生活が送れると思うのだろう。現役時との差がそれほど大きくないうようだ。

---

<sup>14</sup> ヌメロス・クロズスは過去に存在した医学部の進級試験である。2年次の進級前に行われ、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・クロズスに代わりヌメロス・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。

(D) 今の医師不足は、このままもっと続く、あと 10 年は続くという中で、疾病保険金庫としては、どういうことを今考えようとしているか。自由開業についてどう思うか。問題の根源はそこではないのかと思う。地域配置を考え直せば解決のひとつになる。

(ロワゼル) もしも地域配置をしたとしても、それでも医師数は圧倒的に少ない。ただし、おっしゃる通り、政治家の中からも「義務年限」での強制配置論は必ず議論に上がってくる。卒後何年かは最低こういう地域に行ってもらおうと。しかし本当に立法化しようとすると反対が強くて実現しない。自由開業はあまりにも不可侵の聖域なので、そこはタッチできない。そこにタッチしたとしても焼け石に水で、それをして、そういう議論は必ず議会でも出てくるが、出ては消え、また出ては消えで、今の段階では誰もできない。

(A) 無理矢理僻地に行かせるのは無理だとしても、例えば、パリのような大都市での新規開業制限をするなどの方法はどうか。

(F) 医師過剰地域を抑制できるか。

(ロワゼル) 新規開業看護師には過剰地域開業制限ができているが、医師にはできない。しかもパリですら医師不足だ。上限規制でもできない。

(F) 開業看護師については、新規開業制限を既にやっている。でも医師にはできない。

(D) そこが知りたい。絶対的に総合医 (médecin général) が足りない中で、疾病保険金庫としては、Infirmier/Infirmière de Pratique Avancée (IPA)<sup>15</sup>を作るという方向で解決しようとしているのか。おそらくそこが総合医 (médecin général) や専門医、及び医師会との戦いになるのであろうけど、その辺はどう考えているか。

(ロワゼル) リスト法という新法が下院・上院議会を通過した<sup>16</sup>。医師の労働時間を減らすために、IPA へのタスク・シフトを進めようとしているのだが、これも医師の反対にあい、なかなかうまく進まない。国会の中には、医師議員も多く、国務院 (Conseil d'Etat)<sup>17</sup>の中にも医師が議席を持っているし、医師ロビーが断固として新法の成立に反対している<sup>18</sup>。IPA ダイレクト・アクセスの法律が昨年末にできていたが、補則等をよく見ると肝心なところ

---

<sup>15</sup> ナース・プラクティショナーのこと。

<sup>16</sup> 2022 年 10 月 18 日に Stéphanie Rist 議員他によって法案が提出された。この法案は、修正を加えて 2023 年 1 月 19 日に国会で初読され、その後 2023 年 2 月 14 日に上院 (le Sénat) で採択された。法案の最終版は、同年 4 月 6 日に合同委員会で合意に達し、5 月 9 日に上院で、翌 10 日に国民議会 (下院、l'Assemblée nationale) で採択された。政府は 2023 年 1 月 13 日にこの法案に関する加速手続きを開始していた。法案提出者の Stéphanie Rist 議員にちなんでリスト法 (Loi Rist) と呼ばれている。Rist 議員はリウマチ専門医でもある。

<https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047561956>

<https://www.vie-publique.fr/loi/288203-acces-aux-soins-loi-rist-du-19-mai-2023>

<sup>17</sup> 行政裁判の最高裁判所としての機能と、政府提出法案の諮問を受ける機能を持つ。

<https://www.conseil-etat.fr/ja>

<sup>18</sup> 国会による法律制定後、抽象的違憲を経て、各省で執行の詳細を決める décret (政令・省令) を制定する。

ろが骨抜きにされていることがわかる。誰もがダイレクトに IPA を受診できる制度になると思われたが、実際にはそうはならなかった。「ダイレクト・アクセスはできる。centre médical（メディカル・センター）や CPTS（地域保健多職種センター）の中であれば。」という風に、できる場合を特定の医療設備内に制限した。つまり、独立して開業している看護師には、IPA として開業する権利は与えられなかった。これには、看護団体及び保険者は大変がっかりした。より深く進めたいと願ってはいるがなかなか進まない。保健センターのみであれば、IPA にダイレクトアクセスすることを認める法律も骨抜きにしてしまった。アメリカのように看護師が 1 人で開業しているところにダイレクトに行けると思いきや、そうではなかった。そういう法律を通したつもりだったが、法律に色々と詳細がついて、保健センター内でのみダイレクトにアクセスすることが許された。そのため、患者が自由に IPA の所に行ったり、あるいは IPA が自分で開業したりはできない。またそれをより進めた法案が議会に再び提出されているが、まず通らないだろう。

(D) あるいは日本と同様、IPA になるナースの絶対数が少なく、抜本的な解決策にならないということで、そこまでしか認めなかつたのではないか。IPA を作ってみたが、手を挙げる人が少ないからではないか。その上で、医師会からの反対もあったからということではないか。

(ロワゼル) 両方だ。今のところ、IPA になるためのプラス 2 年間の特別の教育を受けている人の数も少ない。絶対数がそもそも少ない。医師の側も直接 IPA を雇いたいと希望する者の方が多い。今後、ダイレクト・アクセスが制度上実現したとしても、それでもやはり、医師の監督責任の下に置かれ、完全な自立とは言えないものになるだろう。医師の処方箋が必要になるし、行った行為のサマリーをその医師に報告する義務もある。

(F) 2022 年年末に医師会までも出てストをして大変な騒ぎだった。例えばもし医療過誤が起こったらその責任は医師になる。そこで、こういう患者レポートやサマリーを IPA であっても必ず *médecin traitant* にしなくてはならないこととなった。要するに実際にあまり変わらない。

(D) しかし、医師が反対しても、国民にとって、医者のいない田舎では、IPA がいてくれると有難いと、求められるのではないか。

(ロワゼル) 新しい法律でも、無医村の解決には一切なっていない。IPA が介入するためには、現行の法律では、医師の管理が絶対に必要だからだ。

(D) 実はそれはほんの少し法律を変えるだけの話だ。これだけをやっていいという事を決めてしまえば、できてしまう。そんな難しくない。

(B) 日本看護協会は、政治的な事は抜きにして、認定看護師もそうだが、建前では医師不足の地域に代わりに行こうと言っている。これは国民のウケがいいから言っているのであって、実際には看護師の地位向上という目的でやっているに過ぎない。実際には、医師不足の代替になるなんて発想はない。

(A) 介護福祉士と区別して、准看護師と区別して、看護専門学校出身者と区別して、そん

な大学院に行くような高学歴の意識の高い IPA が田舎になんて行くわけがない。みんな都会の大病院に行きたがる。

(D) それが現実ではないか。それはフランスでもある話ではないか。

(ロワゼル) 全く医師と同じで、ある程度以上の教育を受けた看護師は、やはりあえて田舎を選ぶ人が少ない。学校、文化的活動、都市生活、そういういたものない環境は選ばないだろう。

(D) それを疾病保険金庫がわかっているかを聞きたかった。我々は勿論、そんな事分かっていたから。

(ロワゼル) 疾病保険金庫としては、それを肯定も否定もお答えできない。そのような統計は存在しないので。今から調べてみようと思う。ただし、都市部の医師不足の解決にはなるだろう。

(A) フランスも日本も、中央集権で、田舎の問題なんて分かっていない人が決めているのではないか。

(ロワゼル) アシスタント・メディカルについて説明する。3年間の教育費用を疾病保険金庫が支払う。アシスタント・メディカルは、国家資格ではない。医療セクレタリーや看護助手（身体介護）、准看護師、介護士の補助業務を行う。具体的には、医師のアポイントメント、高齢者の衣服の着脱介助、その他診療所での雑用補助を行う。疾病保険金庫としては、このようなアシスタント・メディカルを育成していく。

Crise Covid-19

Pendant le confinement

## SOINS PRIMAIRES PENDANT LE CONFINEMENT

### **Mesures spécifiques médecins – allégement important du parcours de soins :**

- Assurance Maladie et Ministère ont largement communiqué pour que les patients atteints de la Covid ou avec des symptômes ne se rendent pas au sein des cabinets médicaux, notamment pour les cas les moins graves :
  - Tests remboursés sans prescription médicale (pas de parcours de soins coordonné)
  - Possibilité de bénéficier d'un court arrêt de travail en s'autodéclarant atteint du Covid sur une plateforme (pas d'arrêt de travail du médecin)
  - Possibilité de renouveler ses traitements directement à la pharmacie (sans passer par son MT)
- Recommandations ont été diffusées aux médecins pour limiter le risque de contagion :
  - Plage dédiée pour recevoir les patients avec symptômes Covid
  - Aération/désinfection/ port du masque
- Prise en charge financière des consultations réalisées par téléphone
- Incitation financière à intervenir au sein des EHPAD (maisons de retraite)
- Création de centres Covid dédiés avec vacations payées pour les médecins

次に、コロナを振り返ってのスライドに移る。ロックダウン中には、オンライン診療、テレメディシンが進められ、発熱外来センターが設置された。médecin traitantは、患者宅に電話をかけて診療した。ロックダウン後は、医師の処方箋なしに、自由に、薬局や検査セ

ンターで抗原検査・PCR検査を受けられるようにした。

Crise Covid-19

Pendant le confinement

## SOINS PRIMAIRES PENDANT LE CONFINEMENT

- Développement recours à la télémédecine :
  - Suppression de l'obligation de connaissance préalable des patients
  - Suppression du respect du parcours de soins pour les patients ayant des symptômes Covid -19
  - Prise en charge de tous les patients par l'Assurance maladie à 100% (au lieu de 70% dans le parcours de soins)

7

コロナの間は、かかりつけ医 (médecin traitant) 制度を停止した。かかりつけ医 (médecin traitant) 制度を完全に除外して対策を進めた。médecin traitant でなくとも、初診であってもオンライン受診を認め、保険で 100% 償還した。本来 médecin traitant であれば保険償還は 70% で、窓口での自己負担は 30% であるところ、100% 保険でカバーした。最初のロックダウンの時は、そもそも保健省もこちらの公的保険者も「médecin traitant には行かないよう、診療所には行かないよう」と国民に指導した。もっとも、行くなと言われても感染した患者は困る。そこで、なんとかそのような感染者にもうまく対処できるように、PCR 検査や抗原検査を医師の処方箋なしで受けられるようにとのことで、全国で薬局・検査センターで自由に受けられるようにした。それも全て保険で 100% カバーし自己負担なしとした。薬局などに対して動線管理のガイドを出したり、電話やビデオでのテレコンサルテーション、オンライン診療をすることに関するガイドを出し、青空発熱外来センターをあちこちに設置した。通常なら患者が病気になってから医師に受診するが、反対に医師の方から患者に「大丈夫ですか？熱等の症状はないですか？」と聞くために電話をかけるなどの対応もした。2020 年及び 2021 年のロックダウンおよびコロナ禍の期間中は、医師労組からの要求により電話をした医師に報酬を支払い、その後、2022 年以降、コロナが終わってからは医師が勝手に電話を患者にかけることに対する報酬支払いはやめた。

(B) 日本だとコロナ以外の一般的な病気だと今まで通りの保険の運用だった。今の話だと、コロナ以外のすなわち一般的な患者さんに対してもそのような措置をされたということか。

(ロワゼル) そうだ。コロナ、コロナ以外に関わらず、全ての診療を 100% 保険償還した。コロナとは全然違う患者であっても電話指導した患者には全額支払いした。

## SOINS PRIMAIRES PENDANT LE CONFINEMENT – QUID ACTIVITÉ

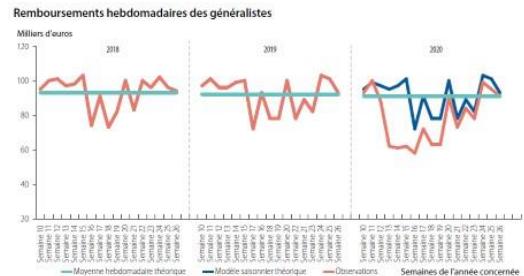
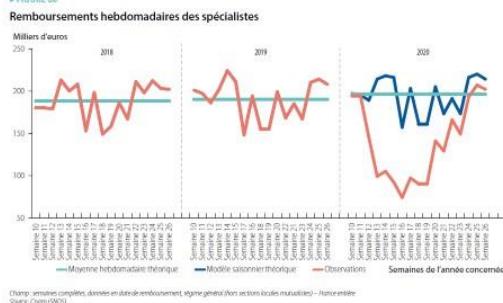
- Certains conseils de l'ordre (Kinésithérapeutes, dentistes) ont demandé aux professionnels de santé de fermer leur cabinet pour limiter la contagion, ce n'était pas le cas des médecins
- Dès la mise en place du confinement mi -mars 2020 :
  - Chute majeure, rapide et durable du recours aux soins :
  - -60% pour les médecins spécialistes
  - -30% pour les médecins généralistes
  - Seules les infirmières ont une activité quasiment stable
- Recul de l'activité s'explique par 2 causes :
  - Dépriorisation (= fermeture) des activités de consultations externes dans les hôpitaux
  - Non recours choisi ou subi par les patients : crainte d'une contamination des patients lors d'un recours aux soins, ou par crainte de perturber les médecins confrontés à l'épidémie pour des motifs de soins en apparence moins importants
  - 13/04/20 : baisse de la recours aux soins des médecins généralistes moins marqué car nécessité de recourir aux soins + message diffusés pour inciter les malades à aller voir leur MT

8

PT、歯科医は、歯科医師会、PT 会からの営業停止命令により診療所を閉鎖した。医師会と看護師会からは閉鎖命令は出なかったが、専門医で 60%、総合医 (médecin général) で 30%の診療活動の減少があった。患者側の受診控えもあったが、これには 2つの理由があつたと分析されている。1 つ目は、感染を恐れての患者の受診控えだ。そして 2 つ目は、「ああ、きっと先生は今お忙しいに違いない、こんな事ぐらいで受診してはご迷惑だろう。」と配慮してのものだ<sup>19</sup>。あまりにも医師にかかる患者が少なくなった為、2020 年 4 月 14 日に政府が「必要な時は、受診してください」と国民に呼びかけた。ロックダウン後、徐々に患者が戻り、受診控えにより減少していた検査や予防、診察が増えた。

<sup>19</sup> この患者側からの受診控えの要因については、イギリスでも同様の解釈が証言された。Nuffield Trust のセッションを参照のこと。

## SOINS PRIMAIRES PENDANT LE CONFINEMENT – QUID ACTIVITÉ



9

それを表しているのがこちらのグラフで、赤線と青線に出ている。青線がそもそも本来あるはずの平常時の受診数ベンチマーク、赤線が実際の受診数を表す。