

フランス-8-1
応接録：フランス医師会

2023 年 6 月 8 日

Dr. Jacqueline Rossant Lumbroso : medecin traitant、傷害保険損害査定専門官

Dr. René-Pierre Labarriere : medecin traitant、副会長

MS. Johanna Garnier : 法務

<要約>

- フランス医師会は強制加入団体である。
- 働き方への考え方の変化により、医師 1 人当たりの労働時間が減少した。
- IPA の権限として、診断・治療まで含めて認めた法律が成立したが、省令によってその権限を行使できる場所や条件が限定された。
- IPA 導入には医師不足がある。
- フランス医師会の主張は、「診療と治療決定は医師の権限であるべき」とするものだ。

(ラバリエール) フランス医師会には職業、倫理、公衆衛生、教育の 4 部門がある。フランス医師会理事会は、医師によって選出された 52 人のメンバーにより構成される。法的援助、医師に必要な際の援助活動、医師と患者の利益を保護することが目的だ。全ての医師に加入義務がある。開業医であれ、勤務医であれ、全ての医師が同じ医師会に入っている。52 人の理事の中に、フランス国務院¹の構成員やフランス医学アカデミアのプレジデントも入っている。医師会の中に審査機関がある。これは医師により、医師を裁く、医師のための審査機関だ。問題となるのは主として医師の態度、紛争、不適切な診療等のトラブルだ。公衆衛生法典の中の倫理法に基づいて裁くことになる。全国機関であるフランス医師会に加えて、13 の地方、100 の県ごとに医師会がある。フランス医師会には国際部もあり我々はそこから来た。事前に三つの質問を頂いていた。まず、医師の人口動態から“医療砂漠”とフランス語で呼ばれる無医村、および医師不足についてお話しする。23 万人の医師が現在、医師として活動中であるが、フランスの人口増及び人口の高齢化による疾病の複雑化により医師の需要が増えている。これに合わせて医師数そのものも増えている。性別は女性医師が 51% であり、現在の医学部学生は 3 分の 2 が女性であることを考えると、今後は女性医師の割合がさらに増えることになる。私が医学部を卒業した 1973 年には 7300 の医学生がいたが、90 年代にはヌメロス・クローズスという制度の下で医学生数が 3500 人にまで減った。そ

¹ <https://www.conseil-etat.fr/ja>

のようにして、その後 20 年間、医師数をずっと減らし続けてきた。5 年前からようやく医学生数を増やし始めた。現在、8000 人の医学生を教育しているが、十分な医師が労働市場に現れるまでに 2030 年を待たなくてはならない。フランスでは、開業医、病院勤務医、病院以外の勤務医の 3 つの就労スタイルがあるが、勤務医が増え、開業医が減った。サラリーマン志向がある。2010 年と 2023 年を比較すると、médecin général（総合医）は、開業医が圧倒的に多く、外科系はその反対で病院勤務が多い。他の科はどちらもあるが、内科系は開業が多い。医療費の支払い、疾病金庫が患者に医療費を償還払いする。診察、手術、治療は、保険でカバーされる。また、今のところ自由開業権が保証されている。医師の分布には地域偏在があり、南は医師が多く、中央フランスは医師が不足していて地域間格差がある。60 歳以上医師の人口密度の地図を見ると、既に医師の少ない地方での医師がさらにいなくなることが明らかだ。ただでさえ数少ない医師の地域で開業している医師は、60 歳以上で、もうすぐリタイアするだろう。この傾向が特に強いのは皮膚科だ。国が必要な医師数を決めるのだが、皮膚科医は必要が少ないと考えられ、少ない数しか養成されていない。眼科医も同様に不足している。médecin général（総合医）も不足している。社会が変わり、以前の医師のように若者は働きたくないと考えている。我々の頃は、週に 7 日間、朝 7 時から夜 23 時まで働いたものだが、今の医師はそのような働き方はしない。ワークライフバランス、スポーツ、趣味の時間を大切にしたい。価値観を置くところが違う。その結果として、1 人の医師の活動量が減った。医療需要は増えたのに供給が減った。

(A) それは、女性医師が増えたからか。

(ルンブローゾ) (大きく頷く)

(ラバリエール) いや、男性医師もだ。女性医師だけではない。男女ともに働き方が変わった。社会が変わったのだ。

(ルンブローゾ) 大切な事なので補足する。前回の医師会選挙から、医師会理事メンバーは、男女同数制²にした。男性 26 人、女性 26 人の合計 52 人だ。現在、51%の医師は女性だが、若い世代では更に女性が多くなる。労働時間の減少については、女性医師が増えた影響もあるが、世代の影響でもある。

(D) 医師会の理事は強制的に半々にしたのか。それとも自然にそうなったのか。

(ラバリエール、ルンブローゾ) 選挙の結果が自然に同半数になったのではなく、法律で決められている。女性の活躍という社会現象が明らかになっているので、働き方を変えようとなった。

(A) 日本でも働き方改革がされているが、フランスは法定週労 35 時間がより短くなるのか、フランスはさらに働かなくなるのか。

(ルンブローゾ) フランス人医師の平均労働時間は、開業医を含むため週 56 時間だ。35 時間ではない。病院勤務医でも 35 時間ではない。我々医師の診療報酬単価は€25 であり、EU

² parité : 男女同数

の中で最も安い。その一方、診療の質はフランスはとても高い。

(A) 日本では、勤務医の残業を年間 960 時間以下にしようと目標にしている。つまり、週 19 時間以下だ。これは週 40 時間労働制の下での目標だ。

(ラバリエール) 日本の勤務医と開業医の割合はどうなっているか。

(A) 約 51 対 49 で、勤務医の方が若干多いはずだ。

(ラバリエール) フランスと同じだ。

(A、D) 診療報酬については、日本は出来高払いだ。診療報酬は初診料は 2880 円で、それがベースとなってそこに上乗せされていく³。

(ラバリエール) 日本は仕組みはスイスのような。基本診察料の上に、プラス、プラスしていく。

(A) 今回、フランスでは、政府が違う解決法、つまり IPA⁴を提示してきたので、医師会が初めてデモに出て、医師の数を増やせと要求したが、実際どうなのかお聞かせいただきたい。

(ラバリエール) IPA は法制化された⁵。法制化された後で、その範囲をかなり限定した。すなわち、医療チーム⁶の中で、医療機関内で、専門医のアシスタントとして、又は産業医のアシスタントとして入る。この 4 つの範囲に役割を限定的なものとした。自分で独立して開業することはできない。

(ルンブローゾ) 省令⁷によって、2 つのことを決めた。まず、どの疾患に IPA が対応できるか。安定した慢性疾患、がん、慢性腎疾患・透析、腎移植、精神疾患、救急がその対象となった。

(A) 日本でも同じ問題があるが、フランスでは国会も通った。それでもその権限をどうにか制限したということだが、医師会として反対する理由は何と考えているか。

(ラバリエール) 医学についての教育年数が違う。医学は最低 10 年、看護師は 3 年だ。IPA になる為には、看護師として 3 年間の実務の後、さらに 2 年の教育を受けるにすぎない。

³ <https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000907834.pdf>

⁴ Infirmier/Infirmière de Pratique Avancée。ナース・プラクティショナーのこと。

⁵ 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>

⁶ CPTS のこと。

⁷ 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。

(ルンブローゾ) 診断は医師の仕事だ。ここは絶対に譲れない。治療方針の決定も医師の仕事だ。他の事は、高度なものであれ認める余地はある。タスク・シフトもいい。しかし、枠組みをきちんと決めて、境界線をはっきりとさせる必要がある。

(ラバリエール) ロビー活動はもちろんしたが、まだ勝利とは言えない。地方によっては、あまりにも医師が不足しているため、IPA の権限拡大を求める地方の議員らの声が強い。足りないから IPA を入れろという話になっている。

(D) 養成された IPA たちは、そのような医師不足の地方に行って活動すると思うか。

(ラバリエール) その可能性はある。そして、IPA らが医師不足の過疎地域に行けば、それらの地方で求められる行為はより拡大するだろう。そうすれば制度が変更されて、自由に開業するようになるリスクが出てくる。しかし、それは、患者にとって十分な医療を受ける機会を損失することになるリスクでもある。地方からは IPA でもいいから来てくれ、という声が上がっている。しかし、我々はあくまでそれは制限すべきだと考えている。IPA は、患者を診察し、病歴や治療歴を聞いて分析し、必要な検査が処方できるというところまでを求めよう。これでは診断をしているのと同じだ。これらは、既に、法制化されてしまっている。薬剤を処方することさえできることになっている。成立した法律を読むと、患者を受け入れ、既往歴を聞き、家族歴を聞き、足りない検査をオーダーできる。血液検査を出して、結果を見て、自分で出した結論を書いて医師に送る。結論のサマリーを書くとは、すなわち診断する事で、それは我々医師の仕事だ。原則、これらは全てかかりつけ医 (médecin traitant) と共同でプロトコルを決めた上で、それを IPA に渡す。そして、IPA は医師がいなくてもこれに基づいて診療する⁸。しかし、逸脱のリスクはある。手慣れた IPA は、権利を濫用するだろう。それを許したら、それが突破口となり、権限濫用が当たり前になってしまう。IPA の中には、プロトコルで決められた事を超えてしまう人が出てくるだろう。

(B) 1 人開業はできない、専門医または産業医のアシスタントはできる、田舎は医師はいないのだから、これでは解決になっていないのではないか。

(ラバリエール) 例えば、医師は都市部、IPA は田舎にそれぞれいて、医師たるかかりつけ医 (médecin traitant) やその他の専門医が IPA を管理するという形があり得る。IPA に開業させる必要はない。しかし、soins primaires (≡プライマリ・ケア) について、我々は暗い見通しを持っている。将来、田舎では、患者は医師の診察を受けず、IPA に行くことになるのではないかと心配している。IPA が既往歴を聞いて、「腎機能検査をしてないですね。」といって検査を追加する。これは、診療方針の決定という医師の行為だ。このような IPA が開業したらどうなるか。患者は直接医師に受診することなく、IPA に行けるのならだんだん医師の診察に行かなくなってしまう。でも、我々はちょっと心配しすぎなのかもしれない。なぜならば、IPA になりたいという看護師は少ないからだ。そもそも、看護師も過重労働でこれ以上仕事を増やしたくないと思っている。開業看護師は、既に仕事がいっぱいで忙しい。

⁸ この実践については CPTS のセッションに詳しい説明がある。

しかし、そうはいってもやりたい人はいる。法制化はされてしまったが、経済的に、報酬がまだ IPA には魅力的なものとはなっていない。そのお陰で、誰もやりたがらない。医療過誤損害賠償保険も高くなるだろうから、それに対して、高い保険料とリスクを引き受けてまで看護師が IPA を目指すだろうか。医師との人間関係が悪くなるおそれだってある。

(A) それでも、やりたい人はやる。

(ラバリエール) 看護師団体の代表者とも話した。我々フランス医師会はフランス看護協会とも話し合ったが、彼らも、保険料も上がるし、色々なリスクが出る事を心配だと言っていた。しかし、それでもやる人は出てくるだろうというのはその通りだ。フランスでは、下院・上院・両院合同会議とも通過して既成事実となっている。

(C) 死亡診断書は誰が書くか。

(ラバリエール) 今は、医師だ。しかし、看護師が書けるようにする案が出てきている。これは恐らく通過するだろうが、まあ、許容範囲だ。高齢者介護施設での死亡に限定している。我々も、それは認めるしかないだろう。

(C) 死亡診断書は、何時間以内に書かなくてはならないか。

(ラバリエール) 特に時間の制限はない。ただし、死体の状況が悪くなる。時と場合によっては、家族や警察を長時間待たせることになってしまうが、そんなことはあまりするわけにはいかない。

(C) 看取りまでできる médecin général の下で IPA を働かせるようにすれば良いのではないか。

(ラバリエール) 結論をまとめると、accès direct⁹は、医師不足への解決策ではない。診療のコーディネーションをより強化することで改善すべきだ。国民に嘘の希望を持たせているだけだ。

(ルンブローゾ) IPA が、この医師に行け、どの医師に行け、と指示するというのは非常に良くない。診療のコーディネーションは、医師を中心にして、この医師に行け、あの医師に行け、と言うべきものだ。

(ラバリエール) 日本の先生方もご理解いただけたと思うが、医師の側にたまたまプロトコールをきちんと管理する時間がない場合、勝手な事をしだす IPA が出てくるおそれがある。

(D) IPA の行った診療についての、最終的な法的責任はだれにあるのか。

(ラバリエール) 法的責任者は不透明ではっきりしない。行政裁判の最高裁判所たる国務院に、フランス医師会のメンバー医師が席を持っていることは意味を持つだろう。

(A) IPA が行ったことについても、医師が裁かれるのか。また、IPA の懲戒に関して、医師会が裁くのか¹⁰。それとも看護協会が裁くのか。

(ラバリエール、ルンブローゾ) 看護協会で行ってもらおう。医師会で看護師を裁くことはな

⁹ IPA の制度化のこと。

¹⁰ フランスの医師会は、医療過誤についての審査機能を持っている。

い。医学部の教育課程に入るのは非常に難関だ。高校卒業時の理数系バカロレア・コースを経た後に、入学2年後に進級できるのは10%だ。さらに、6年生の時に成績順でコースが別れる。トータルで我々は10年間勉強する。教育が違う。やりたいならば、看護学部でなく医学部に行けばいい。

(B) 日本では、4年間の看護大学教育の後、2年間の特別教育を受けて合計6年間のほぼ医学部と同年数の教育を受けている。

(A) 日本も10年前に全く同じ議論があった。フランス医師会としては、絶対反対のようだが、自由開業医とかかりつけ医(medecin traitant)制度のどちらかを選択しなくてはならないという中で、自由開業を選んだと聞いている。今回も自由開業とIPAのどちらか選択しろと言われたらどちらを選ぶか。

(ラバリエール) 自由開業を放棄するのは非常に難しい。現在のフランスの医師にとっては既得権であり、若い医師にとってもこれは重要だ。絶対に自由開業権は触らせない。今、医師が足りない地域があるなら、IPAに、医師が頼んだことをプロトコールに基づいて任せることになる。このように医師が管理できているなら許容できる。IPAが診断を下すことだけは許してはならない。IPAの自立は断固として阻止する。そうはいつても、両方とも負けるシナリオも可能性としてはゼロではない。自由開業もIPAも負けるかもしれない。両方とも負けるたら大変だ。だから、今頑張っている。

(A) 日本医師会とフランス医師会は、非常に近いと思った。

(ルンブローゾ) 国民には、全て等しい治療を受ける権利がある。ここでIPAを許せば、IPAでしか治療を受けられないような医療制度に移って行く可能性がある。保険者機能が強化され、自分の入っている保険の契約の種類や、患者の疾患によっては、医師よりもIPAにかかるルールにするとといった話が出てくる可能性もある。我々は、所詮、保険に縛られている職業だ。その中でやっている以上、いざそうなってしまったら我々はそれに従うしかない。

(C) しかし、それで患者を守れるか。医師の言い分はわかったが、患者はどう思っているのか。

(ルンブローゾ) 患者を守りたいからこそだ。医師にかかれないから、IPAに行くようになったら、医療は安くて質が低いものになる。

(ラバリエール) メディアは、看護師の側に立っている。医師に対してはいつも反対の立場だ。国民もそれを好む。

(A) 日本も同じだ。

(ラバリエール) メディアによっては、わかってくれるメディアもある。我々がいかに大変かを理解しているメディアだ。

(C) 医師会として、医師側の改革は何をするつもりか。

(ラバリエール) 適正に協働ができるように、プロトコールを作る。政治家やメディアに、あなたの子供が病気の時、誰に見てもらいたいですかと質問してみた。IPAか、それとも医師か。そうすると、みんな、医師だという。それもできるだけ、名医で有名病院でと答え

る。

(D) 医師の診療報酬€25 の件だが、IPA の診療報酬は同じか。

(ラバリエール) 多分、IPA に€17 ぐらいだろう¹¹。IPA が突破口となって、なし崩し的に次に薬剤師が、そして PT が、とあれこれ次々と他の職種が同じように accès direct に、という流れに動くだろう。

(A) 日本の医療費は、薬局に 20%を使っている。医師は 18%だ。

(ラバリエール) 彼らは商売のうまい「商人」だ。

¹¹ CPTS のセッションでは、€25 の診療報酬は変わらないが、それをプロトコールを共有する医師との交渉で折半すると説明された。