

欧州の医療制度改革の動向－フランスとオランダを中心に

産業医科大学医学部公衆衛生学教室教授

松田 晋哉

産業医科大学を卒業後、フランスへ留学して、フランスの医系技官になった。卒業したのはフランスの公衆衛生学校だが、もう1つ、Nancy 大学で医療政策学を専攻したが、残念ながらこちらは単位が足りなくて卒業できなかったのので、公式の自分の履歴には書いていない。

専門領域は公衆衛生学だが、今は医療・介護システム、医療・介護サービスの質の評価をメインで研究している。フランス・ドイツ・オランダ・イギリスを中心に医療制度研究もしているが、趣味とはいえ20年ぐらいやってきているので、話をしていきたい。

まず最初に、OECD 諸国の主な医療指標（図表1）であるが、今日話をするオランダ・フランスは、医療費の対 GDP 比が上から2番目と3番目の国である。かつてのオランダはイギリス並みに低かったが、改革の過程で、対 GDP 比における医療費の割合が、この3年間ぐらいで急速に増加した国の1つだ。1人当たり医療費は、どこも大体4,000～5,000ドルぐらいだが、オランダは4,914ドルなので、他のヨーロッパ諸国に比べてかなり高くなっている。人口千人当り医師数は、オランダは2.9人、日本よりはかなりいるが、ヨーロッパ諸国の中では少ないほうである。

それから、オランダで一番大きな問題は看護師のなり手が少ないこと

図表1

	医療費の対GDP比	1人あたり医療費#	人口千人あたり医師数	人口千人あたり看護師数	人口千人あたり急性期病床数 ^d	人口千人あたり精神病床数 ^c	人口100万人あたりMRI台数 ^c	人口100万人あたりCT台数 ^c	患者一人当たり医師受診回数 ^c	平均在院日数 ^c
アメリカ	17.4	7,960	2.4	10.8	2.7 ^d	0.2	25.9 ^d	34.3 ^d	3.9 ^a	5.4
オランダ	12.0	4,914	2.9	8.4 ^a	3.1	1.4	11.0	11.3	5.7	5.6
フランス	11.8	3,978	3.3 ^b	8.5 ^b	3.5	0.9	7.0 ^b	11.8 ^b	6.9	5.2
ドイツ	11.6	4,218	3.6	11.0	5.7	0.5	n.a.	n.a.	8.2	7.5
デンマーク	11.5	4,348	3.4 ^a	14.8 ^a	2.9	0.6	15.4	27.6 ^b	4.6	3.6 ^e
スウェーデン	10.0	3,722	3.7 ^a	11.0 ^a	2.0	0.5	n.a.	n.a.	2.9	4.5
イギリス	9.8	3,487	2.7	9.5 ^b	2.7	0.6	5.9 ^b	8.3 ^b	5.0	6.8
日本	8.5 ^a	2,878	2.2 ^a	9.5	8.1	2.7	43.1 ^a	97.3 ^a	13.2 ^a	18.5

a 2008年, b 2010年, c 2009年, d 2007年, e 2003年
#: 米ドル 購買力平価

資料: OECD Health data 2011 2

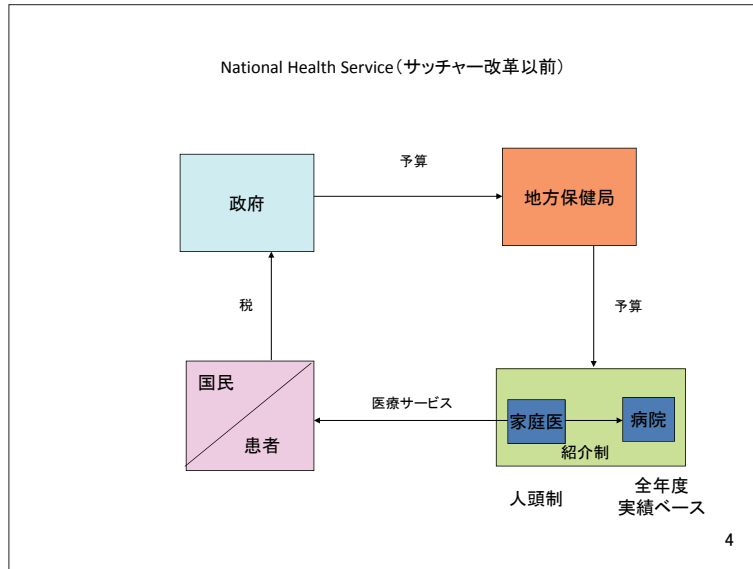
だ。旧オランダ領であったスリナムやインドネシアといったところから看護師の輸入もやったが、実はこれはうまくいっていない。理由は、イスラムとプロテスタントというように宗教が違う国の方を入れても、安楽死の問題など、うまくいかない現状がある。最近では、少し東ヨーロッパ諸国の方を入れるようにしているようだが、それでもなかなか看護師が足りないというのがオランダの悩みである。次に、人口千人当り急性期病床数は3.1で、ドイツに比べると非常に少ないがアメリカ並みだ。また、精神病床が他のヨーロッパ諸国に比べると多い。他のヨーロッパ諸国は、どちらかという病院から地域へという開放で、精神疾患患者のコミュニティ運動みたいのがあったが、オランダはそこまで行っていないので、まだ精神病床が多い。それから、MRI/CTの台数は、大体ヨーロッパ並みである。オランダの特徴としてGPシステムがあるが、1人当たり医師受診回数は年間で大体6回ぐらいだ。また平均在院日数が5.6日と非常に短い、入院の40%が1日入院だということがあるのでこれは差し引いて考える必要がある。

ただし、平均在院日数を中身を考えずに国際比較しているが、日本の場合は日帰りがほとんど外来に行っている、入院の定義を合わせないと平均在院日数の比較はできないので、もう一回定義を見直してみたいと考えている。よく考えてみると、フランスも化学療法や透析などはすべて病院の施設を使うので、半日入院や1日入院という定義になる。そうすると、これは入院にカウントされている可能性がある、少し定義を合わせてこの在院日数というのを見る必要があるということ、このOECDデータを見て思っている。

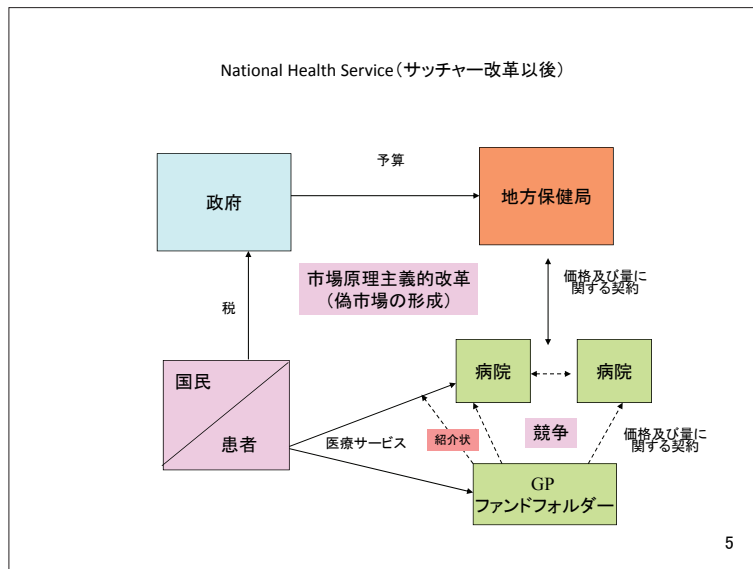
1. 世界の主な医療

最初に主な医療制度の話をしたい。National Health Service、社会保険制度、民間保険制度と世の中にあるわけだが、オランダもフランスも、イギリスの制度を見ながらいろいろなことをやってきている。もともとサッチャーの改革以前はNational Health Serviceということで、全て税金に基づいて家庭医が紹介する病院の医療を使うという仕組みであったが、サッチャー改革によりGPファンドホルダーと言われている人たちが、自分の登録している患者の入院医療もコミッションする仕組みをつくった(図表2.3)。ここで病院間の価格や量に関する競争をすることによって、NHSのなかで非効率だと言われている病院サービス、医療の質の向上、それから何と言っても長いウエイティングリストを短くするという問題を解決しようとしたわけである。

図表2

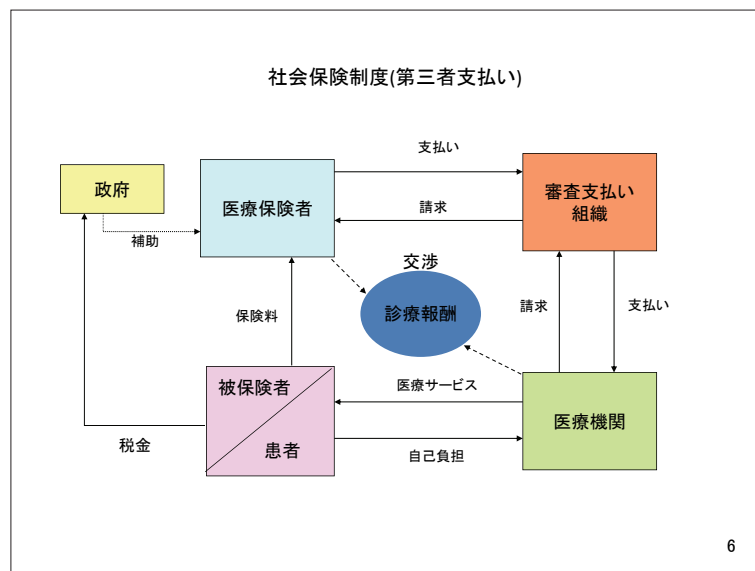


図表3

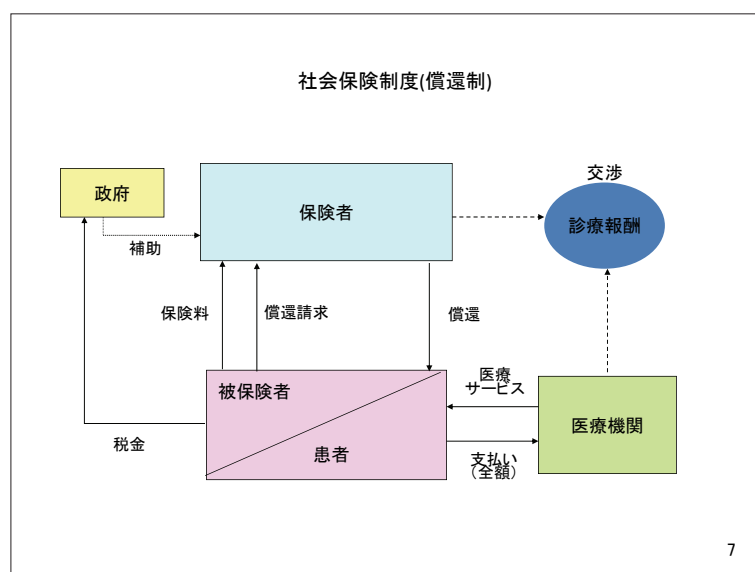


社会保険制度であるが、フランス・オランダ・日本は同じような仕組みで、医療保険者が組織され、そこに強制的に加入し、医療が必要になった場合には医療機関にかかるという仕組みになっている。日本の場合は第三者支払い方式なので、患者が医療機関で一部を払って残りはすべて医療機関が医療保険者に請求するという仕組みになっている（図表4）。ところがフランスの場合は、償還制という仕組みになっており、患者が医療機関にかかった場合、いったん全額を支払い、領収書をもって、その領収書を保険者に送ることによって償還を受けるという形になっている（図表5）。同じ社会保険制度ではあるが、いったん窓口で全額支払うというのが日本とフランスの違うところだ。逆に、診療報酬の交渉は基本的には医療者の代表者と保険者との間の交渉に委ねられており、この部分で

図表4



図表5

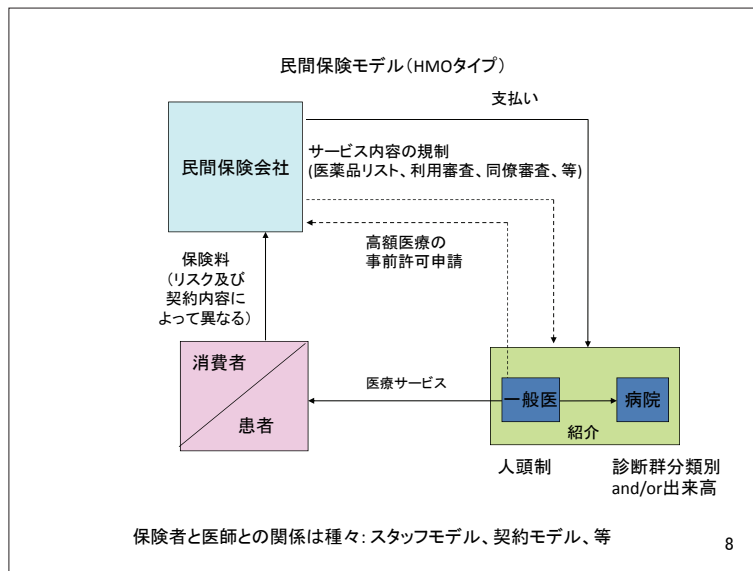


いつももめているという歴史は、日本とフランスの同じところだ。最近のいわゆる経済の低迷を受けて、かつては医療はすべて保険料で賄われていたが、今はかなり一般税化が進んでいる。労働コストが非常に高くなっていることもあるが、保険者だけでは支えきれなくなっている部分があり、そこに租税が入ってきているという状況になってきている。

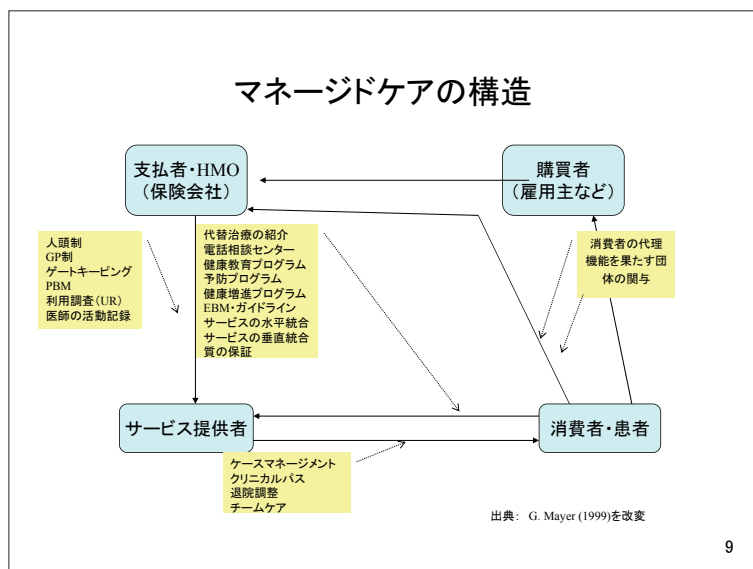
アメリカの民間モデルの話も少ししておかないといけない。イギリスもオランダもまたフランスも、少しずつだが民間保険のモデルはHMOタイプが入ってきている(図表6)。例えばフランスの場合、フランスガス公社が少し始めていたが、アメリカのHMOは、民間保険を消費者である国民が買い、民間保険が契約した医療機関でのみ患者はかかることができる。

ただし、ここにかかる場合にいろいろな規制がある(図表7)。医療機

図表6



図表7



関にかかる前に、当然マネージドケアを受けなければならない、それにかかっていいのかどうかということを見護師に聞いて、かかっていいと言った場合にはここにかかることができる。民間保険が利益を出すためには、集めた保険料が多くないといけないので、患者になるべく医療を使わないような制限をかけるわけである。

例えば、サービス提供者が医療をあまり提供しないようにするために、ゲートキーピングをやったり、利用調査をやったり、薬の処方管理をしたりする。またサービス提供者に関しても、水平統合や垂直統合をやることによってサービスの効率性をよくしていく。なぜこの話をしたかという、マネージドケアのスキームをヨーロッパの国々は入れようとしてきた。この20年間ぐらいマネージドケアの仕組みをどのように社会保険制度のなかに入れるかということが、各ヨーロッパのいろいろな国の政策担当者が考えてきたことで、これがすでにフランスもドイツもオランダも、社会保険という枠組みの中で入っている。

欧州における医療制度改革の経時的変化をみると、イギリスの著名な経済学者である Ham 先生がこのように整理している（図表8）。

1970年代は欧州における福祉国家の終焉の時代である。いわゆるオイルショックの後に、それまで拡張し続けてきた福祉国家というのが立ち行かなくなってきて、医療費の抑制を大幅にやっていくという時代になる。

そのときはまだ情報も余りなかったので、大体この時代にどこの国も医療計画をつくって、その医療計画によってサービス提供量の総量規制、病院の総額予算制などを入れていく。また医師収入を抑制させるために、例えばドイツのフローティングポイントみたいなこともやられている。ま

図表8

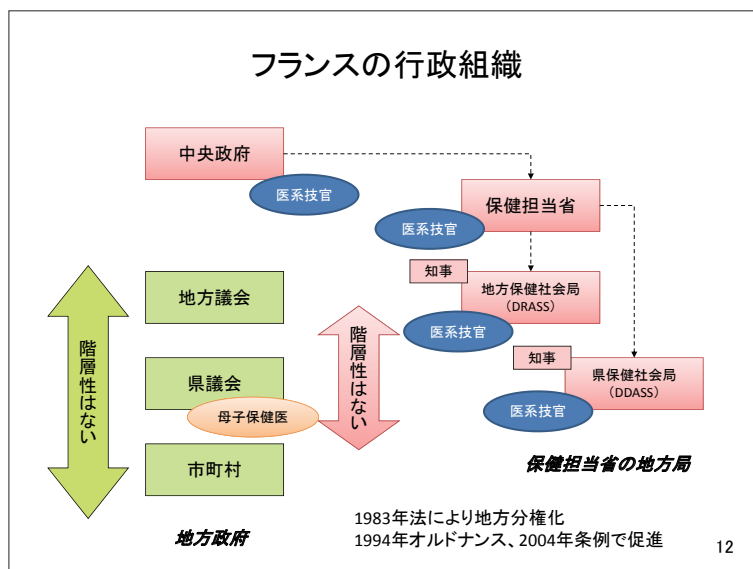
第一期	1970年代後半から1980年代
目標	マクロレベルでの医療費抑制
政策	病院の総枠予算制 医療計画に病院建設及び高額医療機器の制限 医師収入の抑制 医師教育体制の再構築 医学部定員の削減 一般医の養成
	DRG
第二期	1980年代後半から1990年代前半
目標	ミクロレベルでの効率化と利用者への説明責任
政策	市場主義的手法の導入 マネジメント改革 予算管理
第三期	1990年代
目標	医療サービスの合理化と優先度設定
政策	一般的公衆衛生活動・健康増進 プライマリケアの重視 マネージドケア 医療技術評価 EBM
出典	Ham C. (1997)

た、医師が多いことが医療費増加の原因だということで、ヨーロッパ諸国のほとんどの国で医学部定員の削減が行われるようになる。あとは、専門医が増えてきているということがやはり問題だということで、1970年代から一般医の養成を始めた。しかしそれはうまくいかず、1980年代後半からはアメリカでの医療制度改革を片目で見ながら、ミクロレベルでの効率化をやっていこうとする。これがいわゆる市場主義的な手法の導入ということで、サッチャー改革や、オランダのデッカー／シモンズ改革につながっていく。ただやはりこれもうまくいかなかったが、1990年代に入ると医療の質の問題がかなり先鋭化してくる。一番大きな問題は、長い入院待ちであった。白内障の手術や、股関節置換術で1年以上待つのが当たり前という時代になってしまい、非常に国民の不満が上がってきた。そのなかで、質を高めたり、プライマリケアをきちんとしなければいけない。質を担保したうえで医療の効率化が図られていくことで、医療技術評価やEBMや、それをベースにしたマネージドケアや、リリースマネジメントということが90年代以降行われてきて現代に至っている。

2. フランスの医療制度改革

フランスは非常に中央集権的な国であるが、1983年以降、地方分権化がかなり進んできている（図表9）。医療を担っているのは保健担当省、その県の出先が地方保健社会局、県レベルでの出先が県の保健社会局というのがあ。地方とは州に相当するものであるが、それぞれに知事がいて、医系技官はこの各部署にいる。またこれとは別に、地方自治体としての州

図表9



議会、地方議会、県議会、市町村という形になっている。フランスの行政組織の特徴は、それぞれが対等であり上下関係にはないことである。

医系技官の話もしておく（図表 10、11）。医系技官というのは我が国の医系技官と類似しているが、勤めているのは保健省、IGAS（いわゆる公衆衛生行政全般の監査・行政評価するところ）、DRASS/DDASSといわれる県、州の保健医療局に勤めている。彼らの仕事は、ほとんどが地域医療計画の立案と実行、監査である。医系技官になるためには国立公衆衛生高等学校を卒業しないと成れない。教育課程は最低で1年であるが、半分が大学の講義で、半分が行政で見習医官として研修する。

次にフランスの医療保険制度であるが、イメージとしては日本の協会けんぽに近い形になる。細かい健保が多数あるが、保険者レベルでは全国被

図表10

<p style="text-align: center;">医系技官(公衆衛生監督医)とは</p> <ol style="list-style-type: none">1. 役割は我が国の医系技官と類似<ol style="list-style-type: none">① 保健省:<ol style="list-style-type: none">i. 公衆衛生局(公衆衛生行政全般)ii. 病院局(病院医療)② IGAS(公衆衛生行政全般の監査・行政評価)③ DRASS/DDASS<ol style="list-style-type: none">i. 地域医療計画の立案と実行ii. 地方公衆衛生目標の立案と実行iii. 医療機関の監督業務iv. 地域公衆衛生活動の立案と実行<ol style="list-style-type: none">a. 感染症などの健康危機管理、など	13
--	----

図表11

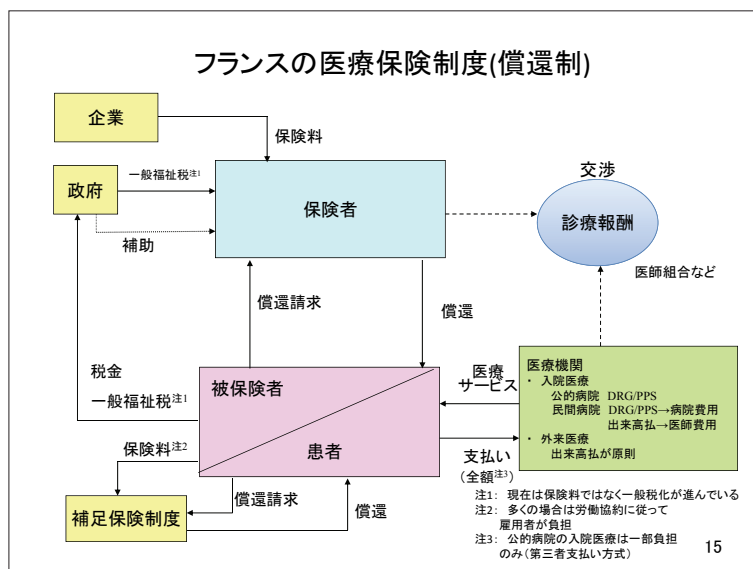
<p style="text-align: center;">医系技官(公衆衛生監督医)とは</p> <ol style="list-style-type: none">2. 公衆衛生監督医(MIS)になるためには<ol style="list-style-type: none">① 国立公衆衛生高等研究院(EHESP:かつてのENSP)の養成コースを修了(入学資格は以下の通り)<ol style="list-style-type: none">i. 公衆衛生専門医② 入学試験合格者③ 海外医療協力経験者3. 教育課程<ol style="list-style-type: none">① 1年<ol style="list-style-type: none">i. 半分は行政機関(見習医官としての研修)ii. 半分は公衆衛生院(講義)② 卒業試験(論文+筆記試験+口頭試験)	14
--	----

用者疾病金庫が一番大きい。ここには国民の8割が加入しているが、これは例えばソニー健保などのような単一のものではなく、いろいろな小さな健保がそこに入っているというイメージで、保険者には保険料を払う。かつては事業主と被保険者がそれぞれ2対1で大体18%であり、事業主が12%、被保険者が6%を保険料で払うという形で運用されていた(図表12)。

ところが、失業率が高まってきたことなどにより、被保険者のいわゆる保険料部分が、一般福祉税という形で一般税になっている。これは何かというと、すべての所得、収入に対して7.5%の税金をかけ、それを政府が集めて、家族手当、医療保険、それから年金の補てんに使っている。したがって被保険者である一般国民は、今大体7%ぐらいの保険料を払っているという認識で、それが福祉税という形で国にいったん集められて、そこから保険者のほうに流れていくという流れになっている。そのためフランスの従業員は7.5%ぐらい税金という形の目的税で払い、残りの部分の12%を事業主が保険料で払っている形になっている。

患者になった場合、医療機関にかかり、そこでいったん全額を支払う。ここで注意が必要なのは、公的病院の場合には、これは第三者支払制度になる。つまり、病院で入院サービスを受けた場合には自己負担分のみを払って、残りの部分は病院に保険者のほうから支払われるという形になっている。ただし、いわゆる開業医にかかった場合には、いったん全額を払って領収書を金庫に送って償還を受けるという形になっている。要するに、公的入院医療に関しては第三者支払い方式、それ以外のところは償還払いが基本となる。

図表12



入院医療については、公的病院は DRG/PPS でやっており、それに基づき一入院当たりで費用が支払われる。民間病院の場合にはアメリカと同じで、病院費用については DRG/PPS で払われるが、そこに勤めている医師は契約をしている医師になるので、医師費用については出来高で請求するという形になっている。

自己負担の割合は、実はゼロ%という場合がかなりある。ALD (affection de longue duree) があり、がんや糖尿病といったいわゆる重度の疾患の場合には自己負担がゼロになるが、疾病金庫の事前の承認が必要となる。ただ、一般的には自己負担は大体 30% ぐらいで、非常に自己負担が高い。ただし、フランスの場合には、補足保険制度というのが発達している。この補足保険とは、企業が中心になっているもので、そこが自己負担分を補てんしてくれるという制度が発達している。かつてこれは 80% ぐらいの国民しか受けられなかったが、現在は公的な負担でこの補足保険制度に低所得者も入れるようになり、ほぼすべての国民がこの補足保険制度に入っている。被用者の場合には、労働協約に従って大体雇用主が負担している形になる。従ってフランスの場合は、書類上は少し自己負担が高いように見えるが、実際はこの補足保険制度というのが発達しているので、個人の自己負担はほとんどないという状況である。

フランスの医療制度の特徴をみると、職域ごとに保険者を形成している (図表 13)。収支相当原則が厳しく適用されてきたために、1990 年代の前半まで保険料率がどんどん上がり最終的には保険料率が 18% ぐらいになった。ただ、これがフランス企業の国際的な競争力を奪っているという議論になり、その部分を切り離して一般税化をするということを進めている。

図表 13

フランスにおける医療制度の特徴
<ul style="list-style-type: none">• 社会保険制度: 職域ごとに保険者を形成。収支相当原則が厳しく適用されたため、保険料率は医療費の上昇に対応して上昇。結果として労働コストの上昇等、一般経済への悪影響が問題となり、現在一般税化が進行している。• 自己負担率は高い。しかしながら、自己負担をカバーする補足医療保険制度があり、国民の間に階級差を生じている。• 部門別の国レベル・地方レベルでの予算制約 (公的病院医療、私的病院医療、外来医療、社会医療)

先ほど述べた通り、自己負担率は高いが、自己負担は補足医療保険によりカバーできている。ただし、国民の間に階級差を生じている。

後述するが、部門別に国レベル、地方レベルの予算制約が設定されている。ただ、これは目標額であり超過したからといって何かペナルティがあるわけではない。開業医に対する報酬の支払いは出来高払いが原則である。ただし、疾病金庫と医師組合での合意ののち、国会で決定された予算を超過した場合は1点当たり単価の減額措置の可能性がある。

また、病院に対する支払いはDRG/PPS方式になっている。そして、病院医療は地方医療計画で規制されているが、日本に比べるとかなり詳細にわたるものになっている（図表14）。

外来医療は主として地域の開業医が担っているが、病院医療との明確な分担はない。ここでフランスの一般医についてであるが、今マスメディアでは一般医がかなり注目されているが、フランスのような一般医が日本の患者に受け入れられることは多分ないだろうと思う。フランスの一般医は、普通、ビルのオフィスに机があるだけのだけの部屋で、聴診器一本で診察をする。心電図や写真を撮ることもないし、臨床検査もできない。それぞれの専門医の独占事項だからである。例えば私が一般医にかかって、胸部写真、レントゲン写真が必要だということになると、一般医に放射線科への紹介状を書いてもらい、そこに行って写真を撮ってもらい、それを持ってまた一般医のところに戻る。血液検査が必要な場合には、臨床検査医師に処方せんを書いてもらい、血液検査をしてもらい、その結果をもらって、また一般医のところに戻らなければいけないという仕組みになっている。総合医と一般医は全く違う。

図表14

フランスにおける医療制度の特徴(続)

- 開業医(保険医)に対する報酬の支払いは出来高払い制。ただし、疾病金庫と医師組合で合意ののち、国会で決定された予算を超過した場合は1点あたり単価の減額措置の可能性。
- 病院に対する支払いはDRG/PPS方式(ただし民間病院の医師費用は出来高)
- 病院医療は地方医療計画によって規制されている。
- 外来医療は主として地域の開業医(一般医、専門医)によって提供されているが、病院医療との明確な分担はない。
- 完全医薬分業

それから、フランスの一番の特徴は、完全医薬分業である。基本的に皆かかりつけ薬局をもっており、そこにすべての処方履歴もある。日本のような門前薬局ではないので、完全医薬分業になっている。

フランスの場合、もともと4つの自由がある（図表15）。1つは開業の自由。日本と同様、開業医はどこで開業してもいいことになっている。もう1つは処方の自由。またもう1つは診療報酬決定の自由。これはかつてそうであったが、現在は大きく制約されている。1960年代までのフランスの医師は患者との話し合いで料金を決めていたが、今は協約で決まった診療報酬のとおり請求することになっている。

ただし、医師には2通りいて、セクター1の医師とセクター2の医師がいる。セクター1の医師とは既定の診療報酬どおりに請求できる医師で、セクター2の医師とは上乘せをすることができる医師である。ただこれが、パリやリヨンのようなところだとセクター2の医師ばかりになってしまっており非常に大きな問題になったので、今このセクター2の医師に関しては新規の認証は止まっている。またもう1つは、患者による医師選択の自由だ。

これら4つの自由のなかで今もある意味きちんと守られている自由は、開業の自由と患者による医師選択の自由だけで、あとはだんだんかなり制限がかけられてきている。

次にフランスにおける近年の医療制度改革の動向をみると、フランスはもともと社会主義的な傾向が強く大きな政府になってきているが、その中で医療費の負担が非常に大きなものになっていたため、1980年代から医療制度改革をどうするかが歴代フランス政府の一番の課題であった。転機

図表15

フランス医療の4つの自由	
• 開業の自由	
• 処方の自由	
• 診療報酬決定の自由（現在は大きく制約されている）	
– セクター1医師（既定の診療報酬どおりに請求）	
– セクター2医師（既定の診療報酬以上の報酬を請求できる）	
• 患者による医師選択の自由	

になったのは、アラン・ジュペという天才的な首相が行った、いわゆる1996年のジュペプランであり、これが今でもフランス医療制度改革の基本になっている（図表16、17）。

彼は何をやったのかというと、それまでいろいろとモザイク的に出されてきた医療制度改革案を一回整理し、体系化して工程表をつくった。そして、特権階級と言われている人、つまり公務員の給付に切り込んだ。社会保険制度のなかでも公務員制度というのはかなり特殊で、年金も医療の給付率も非常に高かった。彼はここに切り込んで一般並みにした。また彼はいわゆる情報の透明化を掲げた。医療情報を透明化することによって、医療費総額を国民議会（日本で言う議会）で医療費総額の目標値を毎年議決するという仕組みを入れた。ただし、これは別に罰則があるわけではなく、

図表16

フランスにおける近年の医療制度改革の動向	
<ol style="list-style-type: none"> 1. 基本は1996年のJuppé plan（制度改革のグランドデザイン） 2. 医療費総枠の国民議会における決定 3. 病院医療 <ol style="list-style-type: none"> ① 診断群分類を指標の一つとした予算配分 →DRG/PPS ② 地方分権化：地方病院庁（現在は地方保健庁） ③ 地方医療計画の精緻化 <ol style="list-style-type: none"> i. 施設の数量制限から機能分化の促進へ ii. 複数年契約（契約主義の徹底） iii. 健康政策との連携：地方健康優先度（PRS）の設定 ④ 高等保健機構HASによる認証制度 	19

図表17

フランスにおける近年の医療制度改革の動向（続）	
<ol style="list-style-type: none"> 4. 外来医療 <ol style="list-style-type: none"> ① 総枠規制の失敗→集団罰則の違憲判決 ② 「拘束力のある医療指標RMO」の限界 ③ 外来医療における情報化の進行（CCAM） 5. 高齢者保健福祉制度改革：自立給付制度の導入（フランス版介護保障制度） 6. 医療費財源の地域化（一般福祉税CSG：現在の税率は7.5%） 7. 普遍化給付制度の導入（無保険者の医療保障制度） 8. Blazy plan (2004) 9. HPST法（病院・患者・健康・地域に関する法律2009） 	20

超えそうになった場合には対策を取ることができるようになっていて、これを超えたからといって何かお金を戻すという話にはならない。

また、病院医療に関しては、診断群分類を指標とした予算配分をするようになった。今は DRG/PPS でやっているが、もともとフランスではこの診断群分類、日本で言う DPC を医療計画に活用するということを目標にしていた。

それから、医療行政のマネジメントを2つに分けた。戦略をつくる（ストラテジックマネジメント）のは保健省だが、実際の運用はそれぞれの地方の地域性があるので、地方病院長（今の地方保健庁）がオペレーションをする形、つまり戦略は国で決めて、実際のマネジメントは地方ですという地方分権化を徹底した。そのための方法論として、地方医療計画をかなり精緻化している。国民の医療が自由になってしまった以上、地域単位で病床を規制すること自体がナンセンスなので、その地域において、例えば30分以内にすべての妊婦さんが産科医と新生児科医がいる病院にかかることができるように周産期医療を整備するといったことを医療計画の中で行っている。そして実際に実効性を高めるために、地方保健庁と各病院が複数年の契約を結ぶという仕組みをつくっている。

その後は、今の第四次の医療計画になり、医療計画というよりは、むしろ健康政策と連携し、地方健康優先度、PRS と言っているが、これを設定して予防からターミナルケアまでをカバーする医療計画という形で行っている。

あと、高等保健機構（HAS）が認証制度を行っている。

外来医療に関しては、総枠規制をしようとしたが失敗だった。ただし、外来医療に関して少し EBM 的なものということで、「拘束力のある医療指標 RMO」が適用されている。ただし、余り守られてはいないのが現状だ。これは、例えば感染症、感染の徴候がある高齢者の上気道炎に対して、最初からカルバペネム系を使うのは不適切であるというネガティブステートメントである。やってはいけないことを列挙しそれが医療指標になるわけだが、それに合わない医療が行われた場合に、その理由を保健当局から聞かれるという仕組みが導入された。ただしこの指標があるだけで、今のところこれが実際に使われたということはまだないようである。

外来医療における情報化の進行。これは後ほど述べる。

それから、フランスは高齢化が非常に進んでいるので、日本でいう介護保険をどのようにつくるかが大きな課題になった。

その後出てきたものとして大事なものは、Blazy plan と HPST 法、病院・患者・健康・地域に関する法律である。これはまた後ほど述べる。

フランスの医療を議論するうえで一番特徴的なのは、医療計画である(図表18)。第一次保健医療計画では、質や連携に関する内容であった。それを踏まえて99年の第二次保健医療計画からは、地域ごとに優先順位を設定して医療計画をつくるという形になった。第三次医療計画では病床規制が廃止され、地域の範囲の見直しも行われた。これはつまり、医療計画を考えるとときに、がんの医療計画を考える圏域と、脳卒中、脳血管障害のことを考える圏域を別々につくってもいいという形になった。

要するに、モノや傷病やサービスに応じて、医療圏を自由につくることができるようになったのが第三次保健医療計画である。いまつくられているのは、地域保健目標ということで、病気を治すことよりも、その地域全体の健康寿命をどういうふうに高めていくのかまで踏まえて、医療計画がつくられている。

図表18

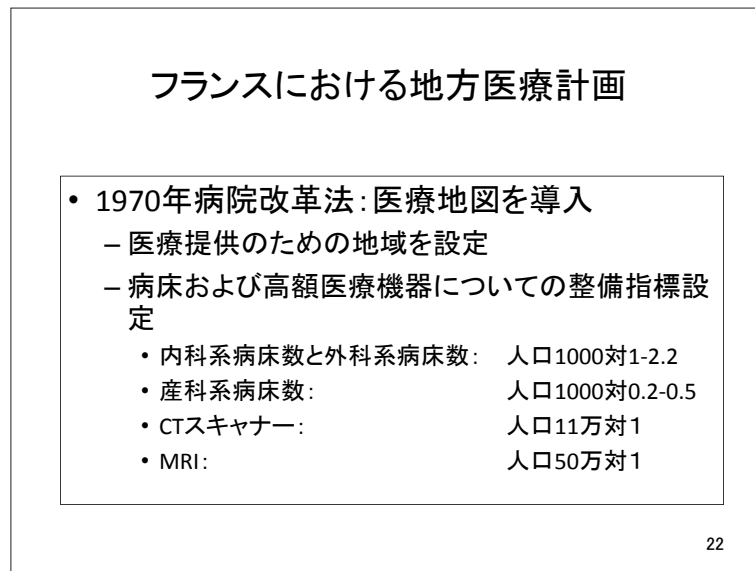
フランスにおける医療計画の見直し	
• 第一次保健医療計画： 1994年～1999年	– 量の規制(医療地図)に加えて質(連携)の強化
• 第二次保健医療計画： 1999年～2004年	– 地域ごとの優先順位の設定と契約主義の強化 – ARH(地方病院庁)の権限強化
• 第三次保健医療計画： 2004年～2010年	– 量の規制の緩和(病床規制の廃止) – 地域の範囲の見直し – 連携の強化(病病、病診、医療－福祉)
• 地域健康目標： 2012～2016年	– 地域保健目標(PRS)の策定

21

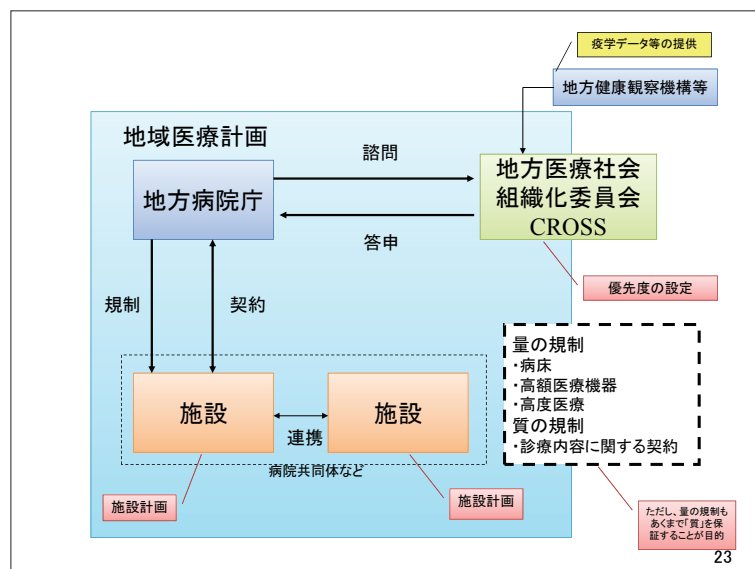
もともと1970年の病院改革法で入った医療地図は、医療提供のための地域を設定し、病床及び高額医療機器、高度医療、心臓外科の手術は人口千人に対する割合を規制し、それを超える場合でも増床もCT/MRIをつくることも認めなかった（図表19）。しかし、今はそれを廃止した。

地域には独立行政法人の地方病院庁があるが、この庁は行政官ではなく、保健大臣から指名される民間人であっても構わない。地方医療社会組織化委員会（CROSS）には学識経験者、住民代表、医療者代表を入れて、地域における医療計画をつくる（図表20）。例えばブルターニュ地方であれば、両面コピーで10cmぐらいの厚さになる。これをつくるために、地方健康観察機構の疫学者や統計学者が、それぞれの地域の健康に関するいろいろなデータを集約している。例えばブルターニュ地方では自殺やがん

図表19



図表20



が多いといったデータが出てくる。そういうデータに対して、医療計画をつくる時に、各施設は施設計画を地方病院庁に提出する。

各施設が出してくる施設計画と、この地域全体での課題との擦り合わせをし、医療計画のなかではどこの地域でどの病院が何をどのぐらいやるのか、それをする際どこの病院と連携をしながらやっていくといったことを具体的に記述し、それを各病院と地方病院庁が複数年で契約するという形になる。契約で書かれたことは、その契約が終わる少なくとも14か月前にはできていないといけないルールになっている。つまり、日本のように作りっぱなしではなく書かれたことをきちんと実行し、地域医療計画がエクスパイアする14か月前には達成されていないといけない。そして、こういった連携に対してはお金がつくわけだが、ペナルティはないものの、達成されない場合には連携に関する予算というのが次の年からつかなくなる。そういう形で、紙に書かれたことを実行するために連携、財政措置もするというのが、この地域医療計画で地方病院庁が担っている。

量の規制に関しては、病床はないが、高額医療機器と高度医療に関しては現在もある。例えば、分娩については、すべての妊婦が、30分以内に24時間365日動いていて、産科医および新生児科医がそれぞれ1人、産科経験看護師が2人、助産師、新生児及び母体に異常があった場合にその手術がすぐできる麻酔科医が、それぞれ必ずいる産科施設にかかれることが条件になる。これが365日24時間体制で確保できるという条件だと、1施設当りの最低分娩数とが決まってくる。例えばブルターニュ地方では、年間500分娩がない施設は産科を持たないという形になる。例えば2つ施設があって両方に産科施設があったとし、こちらは基準を満たしていない、こちらも基準を満たしていないが機能を少し移設すると満たすことができるといった場合には、B病院の産科施設をA病院に移すことが望ましいという形で契約をさせる。そのように病院間の連携を進め、機能の集約をしてきたのがこの10年間のフランスの医療計画の流れである。

あとは施設の規制ということで、診療内容に関する契約となる。これは高等保健機関が多くの臨床資料を出しており、地方病院庁で各病院のパフォーマンスと一緒に見ることができるようになっている。例えば、これがブルターニュ地方のSROS（地域医療計画）は、7つの優先領域がこのように決まっているが、内容は地域によって異なる（図表21、22）。例えばパリでは、いわゆる移民の問題があるので、移民に対する医療をどうするかということも入ってくる。ブルターニュ地方の地域医療計画の一部をみても、例えばこれは放射線治療であるが、放射線治療がどこでどのぐらいやられているのか、どこにどういうふうに配備をするのかということが具体的に施設名とともに書いてある。

図表21

例：ブルターニュ地方のSROS

- 7つの優先領域
 - i. 救急医療
 - ii. 回復期のリハビリテーション及びフォローアップ体制の確立
 - iii. 自殺対策
 - iv. 悪性新生物対策
 - v. 周産期医療
 - vi. 循環器疾患対策
 - vii. 慢性腎不全対策

24

図表22

例：ブルターニュ地方のSROS（続）

- それぞれの領域について目標（整備・連携など）が具体的に記載される。
 - 例：一人の放射線治療医あたりの年間治療患者数が350-500人になるよう配置

Répartition par territoire de santé des sites d'activités de soins de traitement du cancer (radiothérapie, curiethérapie, utilisation thérapeutique de radionucléides en sources non scellées, chimiothérapie) - Bretagne Côte 2010

25

このように、1人の放射線治療医当り年間治療患者数が大体350～500人になるように医師の配置をしなければいけないことが記載されて、それをどんなふうに確保するのかということが現れているわけである。日本だと医師をどのように確保するかが問題になるが、フランスの場合は医師の養成課程つまり入り口のところで規制をする。例えばブルターニュ地方で放射線科治療医が足りないということになると、全国で放射線治療医に新規になれる数は制限され、足りない地域でしか放射線治療医になれないようにしてしまう。パリは既に放射線治療医はたくさんいるので、パリでは放射線治療医の研修はない。ブルターニュ地方で足りないということであれば、ブルターニュ地方の病院に放射線治療医の研修課程が設定され、そこでしか放射線治療医になれない。それによって、足りない地域に足りない機能を入り口のところで入れている。

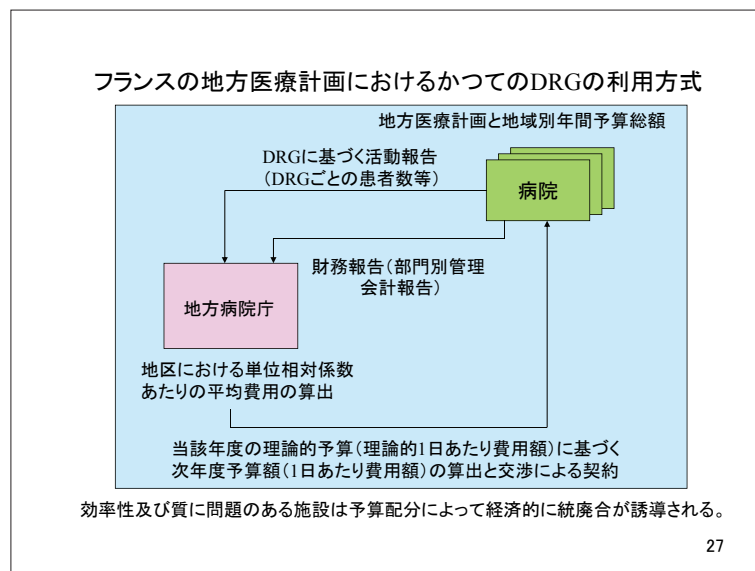
現在の医療計画の位置づけであるが、病床規制ではなく、高額医療機器・高度医療技術の計画的配置を重視し、地域内完結ではなく広域での連携を視野に入れた医療施設の整備を行っている（図表23）。また、予防・医療・介護も含めて総合的な計画を立てることになっている。地域ごとに健康目標を設定し、連携のための具体的な記述、そしてモニタリングをしている。情報化により、評価・モニタリングをして、もしその連携に関して守られていないのであれば、予算をその次の年はつけないという形で財政的な誘導を図っている。

図表23

<p style="text-align: center;">現在の医療計画の位置づけ</p> <ol style="list-style-type: none">1. 病床規制ではなく、高額医療機器・高度医療技術の計画的配置を重視2. 地域内完結から、広域での連携を視野に入れた医療施設の整備3. 予防・医療（急性期～慢性期、外来・入院）・介護の総合的な計画<ol style="list-style-type: none">i. 地域ごとの健康目標の策定ii. 連携のための具体的な記述4. 情報化による評価・モニタリング <p style="text-align: right;">26</p>

次に DRG についてみると、かつてのフランスで一番大きな問題は、地方と中央の病院の財政力の違いであった（図表 24）。もともと病院に対する予算は、前年度実績に応じて予算がついていたので、少ないドクターで多くをこなしているところは、そもそもコストが余りかからないのでなかなかお金が増えない。そうすると、地方の病院はいつまでたっても十分なお金が来ない。一方で、パリとかマルセユのような多くの医者も患者もいるところは、どんどん予算が膨らんだ。こういった状況から、DRG をベースにしどのぐらい患者を診たのか、その地方病院庁で相対係数当りのコストを算出し、地域全体の補正を行った（図表 25）。例えば病院間の補正をみると、ある年 A 病院が 1 万ポイントの医療を、B 病院が 2 万ポイントの医療を行った。4,000 フランを 400 万ポイントでやったということにな

図表24



図表25

フランスにおけるDRGを用いた総括予算策定のための分析モデル例

	相対係数 合計(1)	対象病院 医療費合計	当該年度理論的 予算=(1)×20 F	差
A病院	10,000	300,000	200,000	100,000
B病院	20,000	350,000	400,000	-50,000
地方合計	2,000,000	40,000,000		

① この地方における1相対係数あたりの病院医療費を算出する。

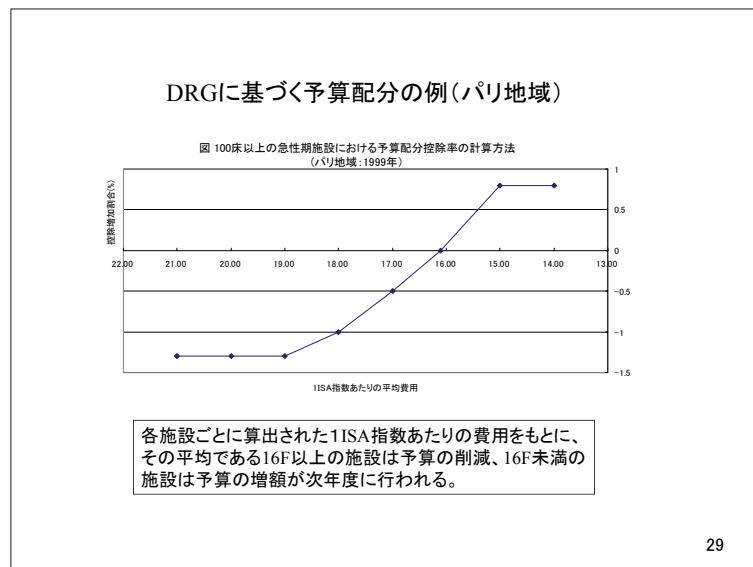
$$\frac{40,000,000}{2,000,000} = 20 \text{ F}$$
 ② 実際の各施設の相対係数合計にこの値をかけることで当該年度の理論的予算を算出
 ③ 差の検討: A施設については多い理由、B施設については少ない理由を問い、その妥当性を検討。その結果を踏まえて施設の統廃合を地方医療計画の枠組み内で検討。

28

ると、一相対係数当たりのコストが20フランになる。それをこちらに掛け始めると、理論的な予算になる。このA病院は、理論的な予算は20万なのに30万使っているのはなぜか。この病院は、理論的な予算は40万なのに35万ですんでいるのはなぜか。こういった内容を精査して、もし仮にこの病院が非常に効率的な医療をやってこのぐらいの予算ですんでいるのであれば、本来はこのぐらいもらえるはずだから、次の年はこれをベースとしてアクティビティを補正し、予算を再配分するという形でDRGを使った。

その結果、例えばやり過ぎているところは次の年に少し予算を削られ、頑張っているところは少し予算が上がるということになった。これはパリの各病院当たりの予算配分であるが、これを国全体でやると、パリは少し予算が減って、パリ以外のいわゆる地方の病院に対する予算を増やすという形で財政の調整を行う（図表26）。

図表26



今は DRG/PPS であるが、高額医薬品や高額医療材料については DRG とは別に支払っているし、救急に関してもこの病院がどのぐらいの救急をやっているのかという重症度も考慮して包括払いに加えて別建てでお金をつけている（図表 27）。そういった形ではあるが、高度医療、救急をしている病院が財政的に負担にならないような工夫はしている。次に、開業医医療の情報化であるが、これはフランス政府にとって難しい問題であった（図表 28）。なぜならば、処方自由により、そもそも医療とは患者とドクターの間の契約に基づくべきもので、保険者が関与すべきではないというのが医師の立場であった。そのためかつては診療内容を保険者に詳しく教えていなかった。レセプトには K30 というような記号が記されていたわけだが、K30 とは「外科的な行為を 30 ポイントやった」ということだ。

図表27

DRG/PPS移行に伴う変更点	
• 分類の見直し(分類数の増加)	
• アウトライヤーの支払方法	<ul style="list-style-type: none"> - 在院日数の下限未満の入院については、インライヤーの支払額を在院日数で除して、それに在院日数を掛けた額が支払額 - 例えば、インライヤーの支払額が30000ユーロの診断群の在院日数の下限が2日であり、当該症例が1日しか入院しなかった場合、15000ユーロが支払額 - 在院日数の上限を超えた場合は、超過に対して設定された1日あたり支払額×超過日数がインライヤーの支払額に上乘せされる
• 高額医薬品及び高額医療材料の支払い方法	<ul style="list-style-type: none"> - 高額薬剤と高額医療材料については、リストに基づきDRGとは別に支払い
• 救急の支払方法	<ul style="list-style-type: none"> - 1件あたり包括払い部分に加えて、その施設の年間の受け入れ件数により、別建ての予算が設定される。ただし、重症度も考慮
• 透析などの併存症は、主たるDRGとは別に加算体系を設定	

31

図表28

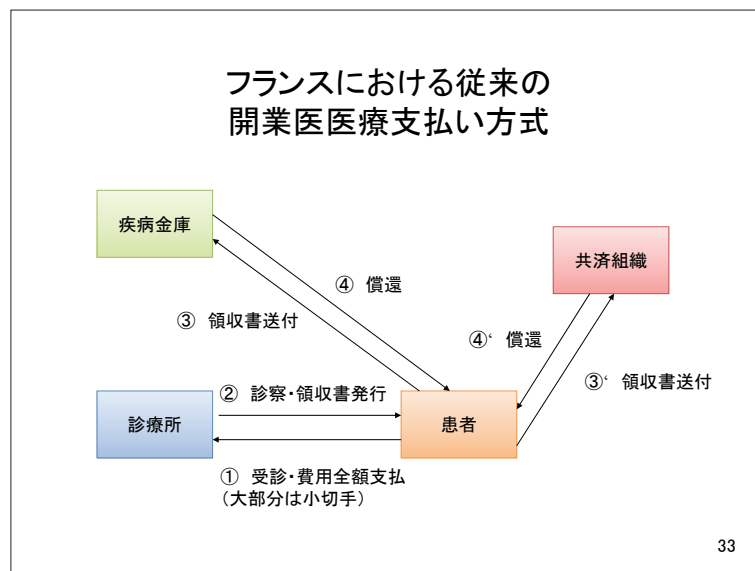
開業医医療の情報化	
• かつての「レセプト」	<ul style="list-style-type: none"> - K30というような記号が記されているだけで、何の傷病に対して、どのような治療を行っているかが第三者にはわからなかった。
• 開業医医療の情報化への圧力	<ul style="list-style-type: none"> - 慢性疾患の増加→開業医による管理の重要性 - 医療費の適正化

32

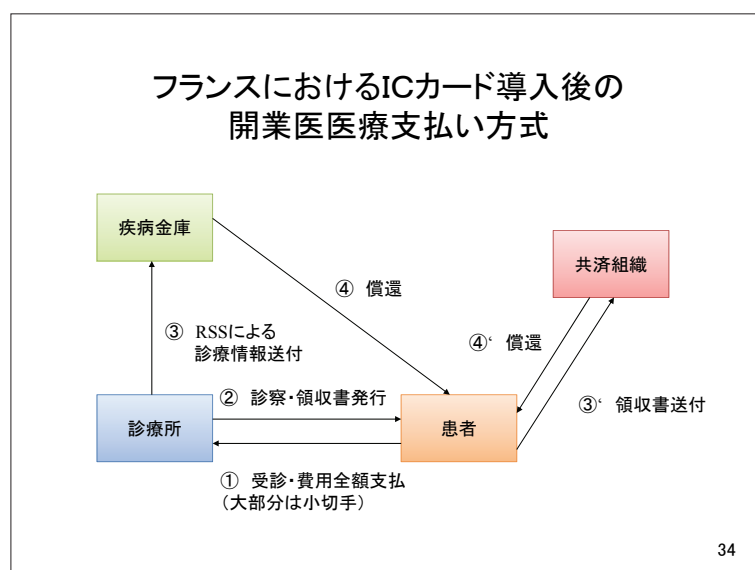
これは1つのものが30ポイントなのか、複数のものを足して30ポイントなのかわからない。したがって、保険者としては、医師がどのような医療を行ったのかわからない仕組みになっていた。ところが、慢性疾患が増加してきたこともあり、開業医による管理が重要になってきた。また医療費適正化のなかで、開業医医療を情報化するということが重要であるということから、ここに非常に圧力がかかってきた。

そのためにまず支払い方式が変更された（図表29、30）。かつては患者が医療機関にかかると、1回全額を払って領収書をもって、それを疾病金庫と共済組織に払って償還を受けるという仕組みになっていたが、90年代からICカードが導入され、疾病金庫に送る作業を診療所のドクターの役割にした。その当時で日本円で15万円ぐらいを疾病金庫と国がすべ

図表29



図表30



て補助し、各開業医がパソコンの費用を負担した。

そのときに入ってきたのがこの Vitale カードである（図表 31）。これは患者カードであるが、実際には被保険者の写真が入る。IC カードになっていて、被保険者としての情報、アレルギー歴などが入っている。

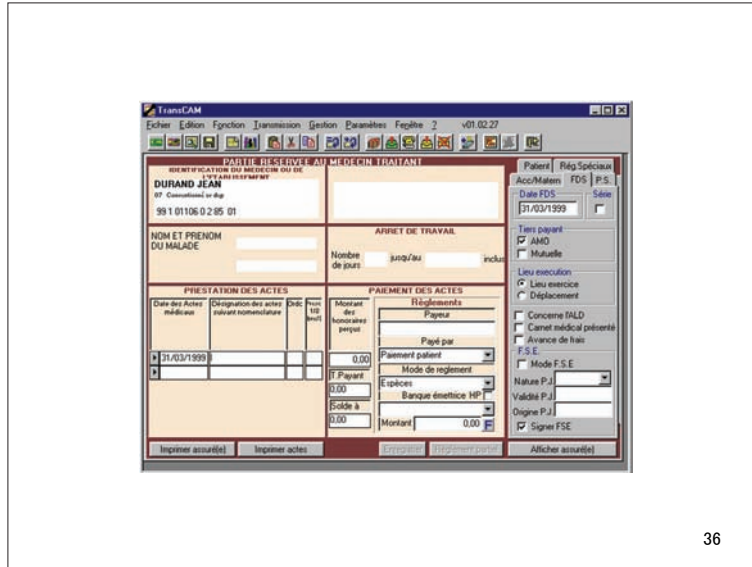
また医師カードがある（図表 32、33）。これを入れ、名前、だれが払うのか、どうやって払ったのか、疾病行動をこのなかに書いていく。

IC カードのリーダーがパソコンについており、この2つのカードをいれて記入し、夜、先生がまとめて疾病金庫に RSS やインターネットを通じて送るといふ仕組みになっている（図表 34）。この仕組みの導入の際、一番反対したのはドクターではなく疾病金庫の職員であった。自分たちの仕事がなくなるということで、疾病金庫の労働組合が猛反対した。ただ実際にはほかにやることはいっぱいあったので、自然減だけであったが、これは日本の社会保険庁の改革とよく似ていると思う。

図表31



図表32



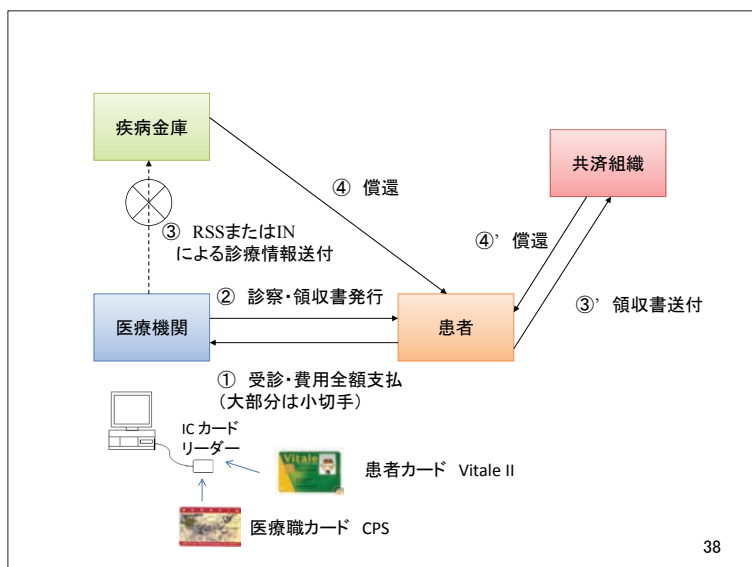
36

図表33



37

図表34



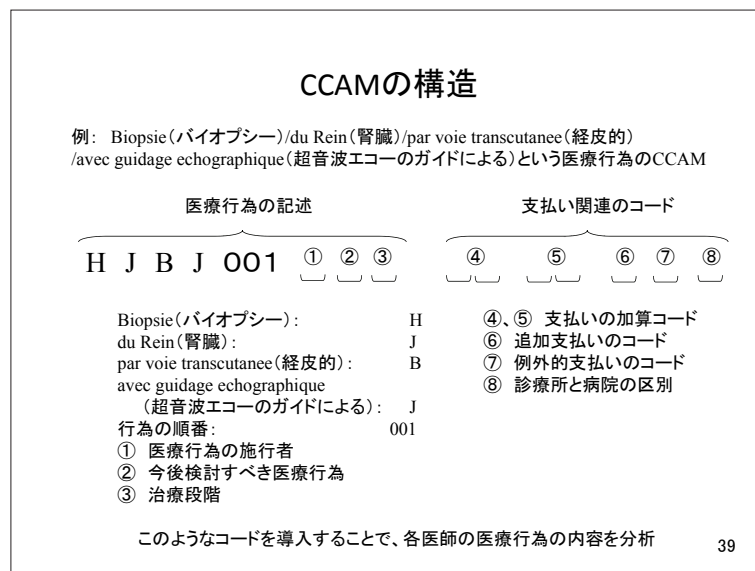
38

この仕組みで今までの K30 といったものではなく、CCAM が入っている（図表 35、36）。例えば HBJJ001 は、H はバイオプシーをやりました、J は腎臓、つまり「腎臓のバイオプシーを経皮的にやりました」といった形で、どういう医療行為をやったのかということはかなり詳しく説明している。

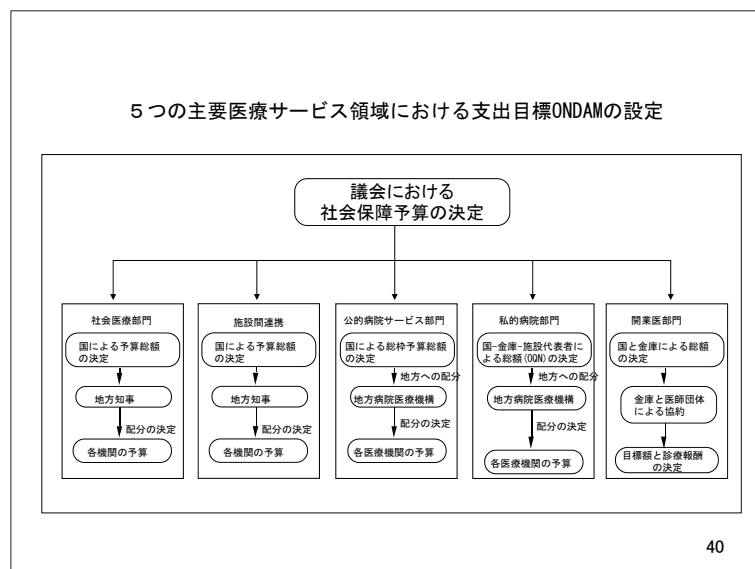
ただし、現在でも病名は入っていないが、どういう医療行為をやったかということから病名を推計することはできるので、そういう形で情報が集められるようになっている。

病院は DRG、開業医は CCAM により、それぞれのところでどういう医療行為をどのくらいやったのかということが情報化できるようになったので、その結果を踏まえ、国レベルで、5つの部門ごとに予算を毎年作り、

図表35



図表36



それを議会で議決し、地方ごとの医療費の支出目標を決めるという仕組みになっている。

ペナルティはないが、例えば公的病院部門で支出目標を大幅に超えそうになるということが年度途中でわかった場合には、疾病金庫の理事長がそれを抑えるための対策を取れるということが決まっている。

病院医療はある程度コントロールできるようになってきたが、開業医の医療がなかなかコントロールできなかつたわけだが、保健大臣になった Blazy という人が 2004 年に Blazy プランを作成した（図表 37）。従来の収入対策と支出対策では医療費はまかなえないので、構造改革が必要になつたわけだが、フリーアクセスをいかにフランス的な枠組みで制限するかが一番の課題であった。そこで、患者カードとかかりつけ医制度を導入した。

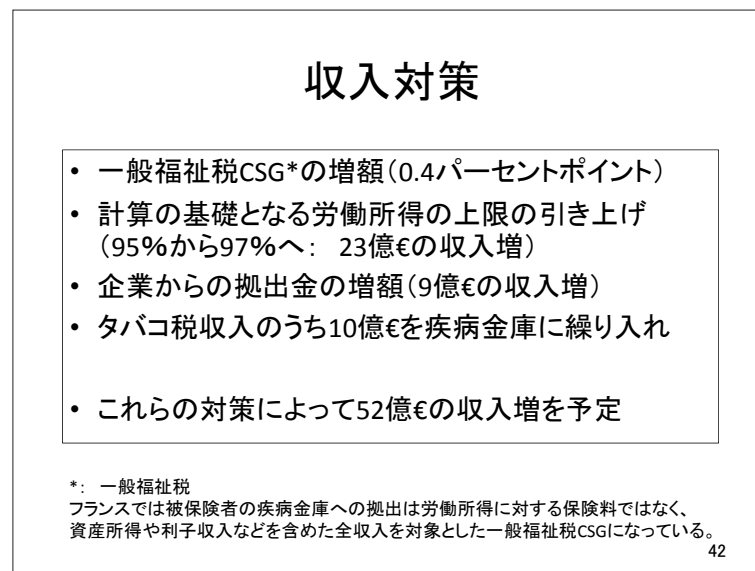
図表37

Blazy plan の概要	
• 従来の収入対策(保険料率↓、自己負担↓)、支出対策(償還対象の削減など)だけではなく「構造改革」の重視	
– 収入対策	
– 支出対策	
– 構造改革(=フリーアクセスの制限)	
• 患者カードの導入	
• かかりつけ医制度の導入	

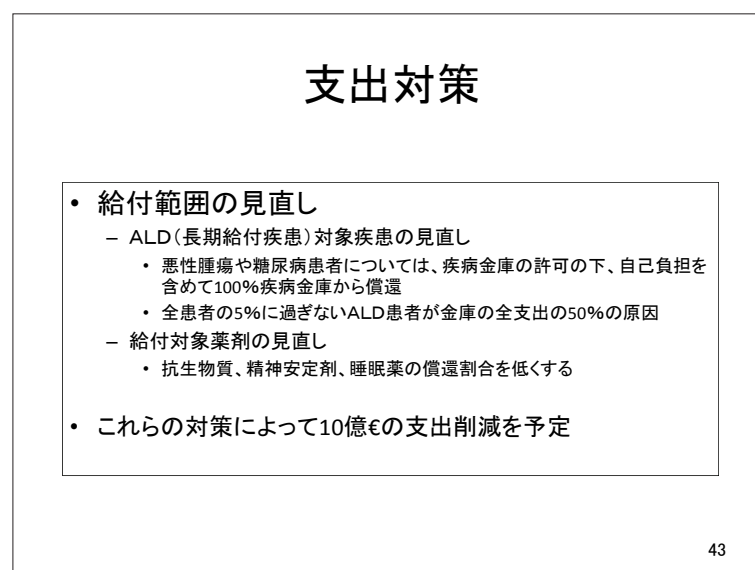
収入対策については、一般福祉税を導入し、拠出金を増額し、計算の基礎となる労働所得の上限を引き上げた（図表 38）。つまり、超富裕層はある額以上は課税されずに保険料の対象外になっていたが、その上限を上げることによって 25 億ユーロ増収になった。要するに、富裕層にもう少し払っていただきますよということを彼は言った。

支出対策としては、ALD が長期給付患者の場合 100% 給付になってしまい、全支出の 50% を使っていたため、ここにリリースマネジメントを入れた（図表 39）。この ALD の対象になる患者の場合、疾病金庫に病名および状態を報告するが、その結果に基づいて診療ガイドラインを提示し、それに従った医療が適用される。これがいわゆるフランス版のディジースマネジメントである。また、フランス人は世界で一番精神安定剤と睡眠

図表38



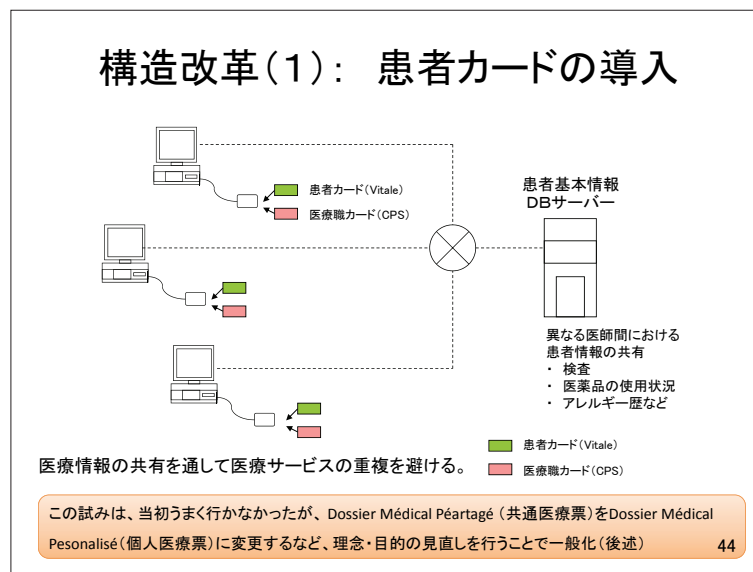
図表39



薬を使う国民であるが、それらの償還割合を低くした。

ただ効果の一番の大きなものは、患者カードの導入による連携である（図表 40）。いわゆる DMP というが、最初は Dossier Medical Partage（共通医療票）という名前にしたが、これが個人情報を共有するとは何事だという話になり国民の逆鱗に触れた。だから 1 回だめになった。しかしそうではなくて Dossier Medical Pesonalise（個人医療票）と名前を変え、かかりつけ医の先生から入院の病院の先生を紹介されたときに情報が共有されていないと不安にならないように、情報を診療のために使うんだという目標を説明して DMP が導入された。

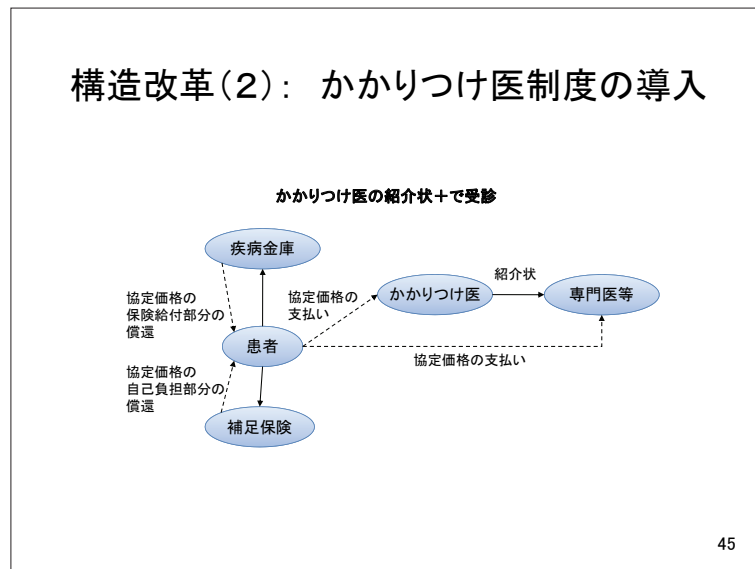
図表40



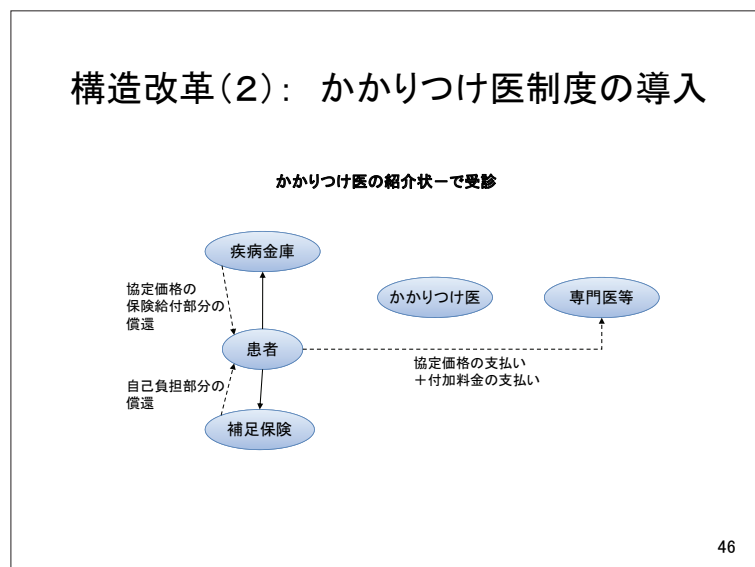
まずフリーアクセスを制限するため、かかりつけ医制度を導入した(図表41、42)。フランスでは16歳以上の国民はすべてかかりつけ医を持たなければいけなくなっている。そのかかりつけ医は、一般医でも専門医でも構わない。かかりつけ医にかかった場合は協定価格の支払いであり、かかりつけ医の先生の紹介で専門医にかかった場合も協定価格の支払いでいいが、これがかかりつけ医を通さず勝手に専門医にかかると、専門医が設定した付加料金を請求される仕組みになる。この付加料金部分は、疾病金庫も補足保険も払わない。つまり、フリーアクセスは保証するが、かかりつけ医を通さない場合は少し多目に払うという形でかかりつけ医制度を導入した。

また情報化については、SIAM という仕組みも入っている(図表43、44)。

図表41



図表42



これは被保険者単位あるいは医療者単位で何をどのくらいやったのかということデータベース化している。

例えば糖尿病の患者が年間 HbA1c の検査をどのくらい受けているのかといったことを調べている。しかしそもそもこの数値がひど過ぎる。先に述べた通り、フランスでは一般医にかかってもそこで検査を受けず、紹介された臨床検査医で採血するという二度手間になるおり、アクセスの悪さがこの結果につながっていると思うが、ガイドラインを普及させることによって、58%の人がゼロ回だったが39%まで減って効果が上がっているという論文も出ている。

また、どういう薬がどのくらい使われているかということも SIAM を使って分析している。フランスではジェネリックを使う処方量のターゲット

図表43

医療保険情報システムSIAM (Système d'Information de l'Assurance Maladie)	
• 被保険者の給付状況のデータベース	
– 被保険者の基本情報	
– 医療者の情報	
– 給付額と給付内容	
• 給付内容	
– CCAM	
– 検査	
– 医薬品、など	

47

図表44

SIAMを用いた分析の例			
II型糖尿病の診療内容に関する分析(1999年～2000年)			
データ数: 1998年(651,574)、1999年(830,440)、2000年(911,871)			
開業医による糖尿病診療の内容が、ガイドラインに沿ったものであるかを検証			
HbA1cの検査頻度	1998年	1999年	2000年
0	58.8%	45.0%	39.4%
1-3回	40.8%	54.3%	59.6%
4回以上	0.4%	0.7%	1.0%

分析結果はCNAMTSの調査に参加した研究者名で国際的な学術雑誌に掲載されることも少なくない

48

トというのが決まっており、ジェネリックの使用率が低い先生には、疾病金庫から報告が入る。それに対し使えない理由があれば良いが、ない場合には使う努力をしなければいけないルールになっている。

フランスはこうして医療の情報化が非常に進んできているが、やみくもに進んできているわけではない。医療に関する情報は極めて個人的な情報であるため、その保護にはかなりの配慮が必要となる（図表45）。そこで、医療に関する情報化を進める場合に、CNIL（医療情報の活用と個人の自由に関する国レベルでの組織委員会）の承認を得なければいけない。例えば、DRGのデータは国に行くが、これは個人情報が入るわけなので、CNILの委員会に定例報告を出さなければならず、そういう形で情報が悪用されないよう国レベルで管理をしている。

図表45

フランスにおける医療の情報化

- 医療に関連する情報は極めて個人的な情報
 - したがって、その保護には十分な配慮が必要
 - しかし、合理的な医療政策運営には情報が不可欠
 - 国レベルでの情報利用に関する指針の必要性
 - 国レベルでのCNILのような組織の創設と標準的書類の作成
- レセプト情報の標準化と電子化
 - 発生源における情報の精度・代表性の確保が重要
- 保険者による情報分析体制の確立
 - フランスではCNAMTSが他制度のものも含めて分析
 - 評価の中立性の担保が課題
- 医療情報を集中的に管理する情報機構の重要性
 - 中立的な第三者機関
 - 目的に応じた情報の加工と提供

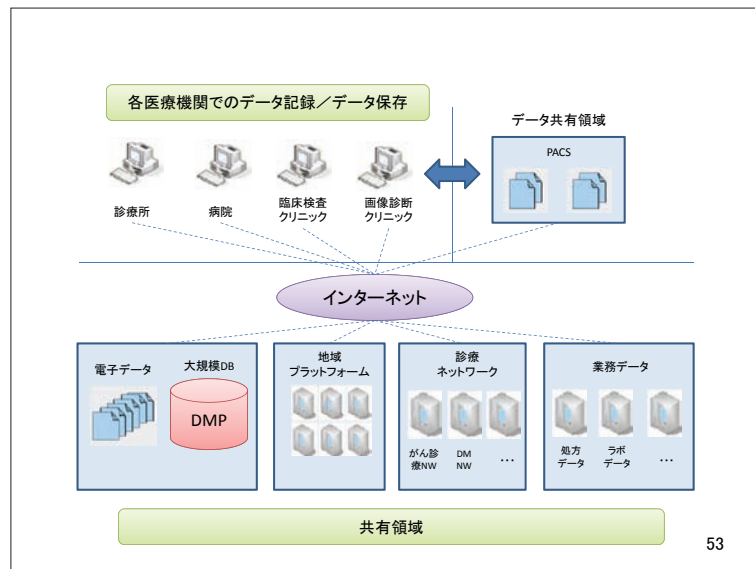
51

3. 地域における医療情報共有の仕組み

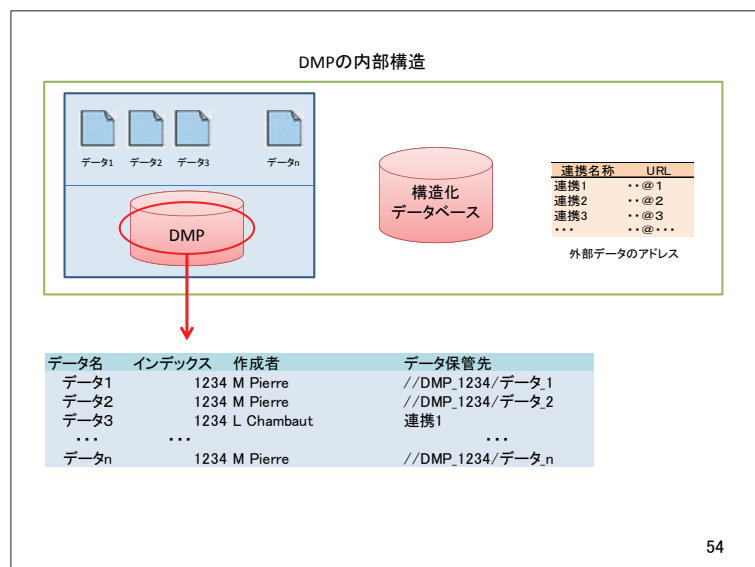
(1) DMP

分析体制がかなり整ってきているのがフランスの特徴かもしれない。例えばDMPだ。もともといわゆる電子カルテのフォーマットを共通化しないままに電子カルテ化が進んでしまったために、各病院、各クリニックは電子カルテ化が進んでいるにもかかわらずお互いに共有できなかった。それを今さらフォーマットを統一することは難しいので、国の大規模電子データベース（DMP）を作り、各患者のデータがどこに保存されているのかのアドレスを共有する仕組みを導入した（図表46、47）。これは日本で言われているIDリンクと同じ考え方である。ただし、IDリンクはあく

図表46



図表47



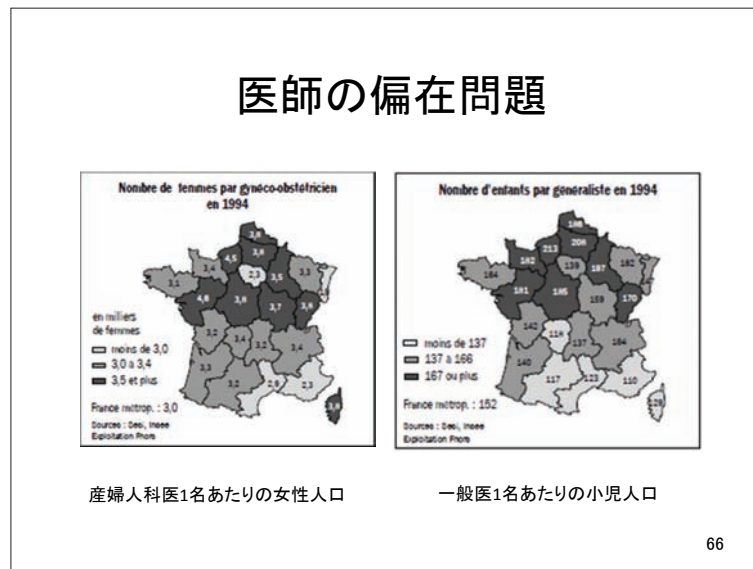
まで民間事業だが、フランスの場合は国がやっている。ただ、国が全部のデータを持つのは個人情報の管理上、国家統制になるので危ないということで、今は地方レベルになっている。地方レベルでこの連携のためのサーバーが立てられて、その地域で医師、看護師、開業 OT/PT、そういう人たちがこの共有の仕組みを使って患者の情報を共有している。ただし、余り使われてはいない。ただ、日本で今問題になっているような個人情報を集めてどこかに売ってしまうといったことは起こらない。あくまで公的な組織が責任をもって管理しているので、そういう意味では日本よりはうまくできた仕組みだと思う。

(2) Trajectoire

あともう1つは、Trajectoire という追跡の仕組みが始まっている。これは例えば、急性期病院を退院した患者がリハ施設に行く際、どこに行けば良いかわからない場合、急性期病院のほうで Trajectoire というサイトに入ると、その患者に合った施設を探すことができる仕組みである。その人の状態、子どもなのか成人なのか、どういう障害なのか、治療の目的を記載、患者の医療必要度を選択、患者の住所地を入れる。リハをやっていくうえで必要な情報は全部ここに入れていく。すると、その患者の条件に合った施設のリストが出てくるので、選択するとその施設の中身が見える。この施設がよかろうとなったら、「コンタクト」をクリックすると自動的に紹介状が送られる仕組みである。このような形で退院調整をスムーズにできるようになっている。

最後に、医師の偏在問題を話したい（図表 48、49）。産婦人科 1 名当たりの女性人口をみると、パリは多いが、パリを囲んだドーナツ型にやはり医師が足りない地域がある。パリの周辺部は非常に荒れ果てているので、医師も住みたがらず、医療が荒廃してしまっている。また、人口 10 万当り医師数において平均的な労働者の都市の一般医が 99.2 だとすると、例えば農民や労働者が多く集住する地域では 70 なので、30 人ほど医師が少ないということになる。また新規の開業も人口 10 万で 3.6 なので、非常に低い。

図表48



図表49

医師の偏在問題

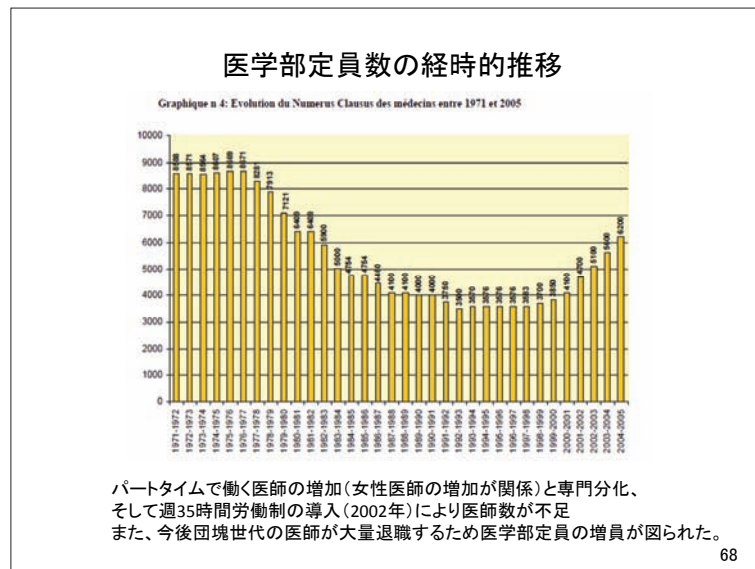
Classes	Dénominations	一般医数	新規開業	増加率
		(対人口10万)	(対人口10万)	
		Densité d'omnipraticiens installés / 100 000 habitants (1)	Densité de nouveaux omnipraticiens / 100 000 habitants (2)	Rapport nouveau / anciens (2 / 1) (%)
全国平均	Moyenne nationale	99,2	5,0	5,1
A: 平均的な労働者の都市	A Villes moyennes ouvrières	84,7	4,8	5,7
B: 都市の貧困部	B Cantons urbains "défavorisés"	94,6	4,9	5,1
C: 大都市	C Métropoles régionales et villes importantes	134,2	6,7	5,0
D: 郊外の住宅地	D Banlieues résidentielles	85,7	4,6	5,4
E: 都市の富裕地域	E Cantons urbains favorisés	100,0	5,0	5,0
F: へき地	F Rural isolé	91,5	4,0	4,4
G: 職人が多く居住する地域	G Cantons ruraux avec artisanat	102,1	4,6	4,5
H: 農民・労働者が多く居住する地域	H Cantons agricoles et ouvriers, plutôt "défavorisés"	70,7	3,6	5,0

専門家別の医師数のコントロールはできているが、
 地域的偏在問題は解消できていない(日本よりは良いかもしれない)

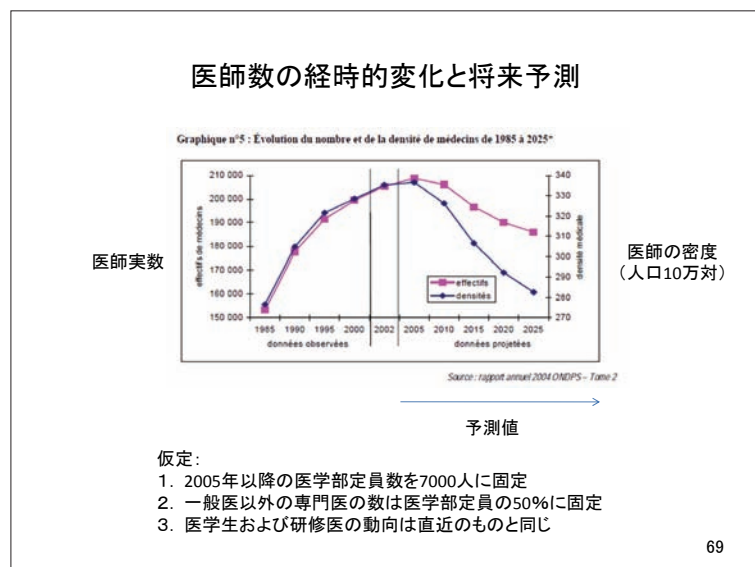
67

この原因の1つは医学部の定員数の削減である（図表50）。医療費をコントロールしようとする意識が強くなり過ぎた結果、1980年代に医学部の定員数をぐっと減らしてしまった。しかも、その時期に女性医師が増えたのだが、夜間当直ができず実労働時間が減ってしまった。また専門分化が進んでしまったために、実労働をする医師が減ってきてしまったということもある。加えて社会党政権が週35時間労働制というのを医師にも適用してしまったので、働く人が本当に少なくなってしまった。ところが気づいたら、団塊世代の医師が大量退職するということがわかったので、今あわてて医師の医学部の定員を増やしている。実際かなり厳しい状況になるという将来予測も出ている（図表51）。この課程でまず、いわゆる一般医、一般外科医を増やさなければいけないということになり、医学教育の

図表50



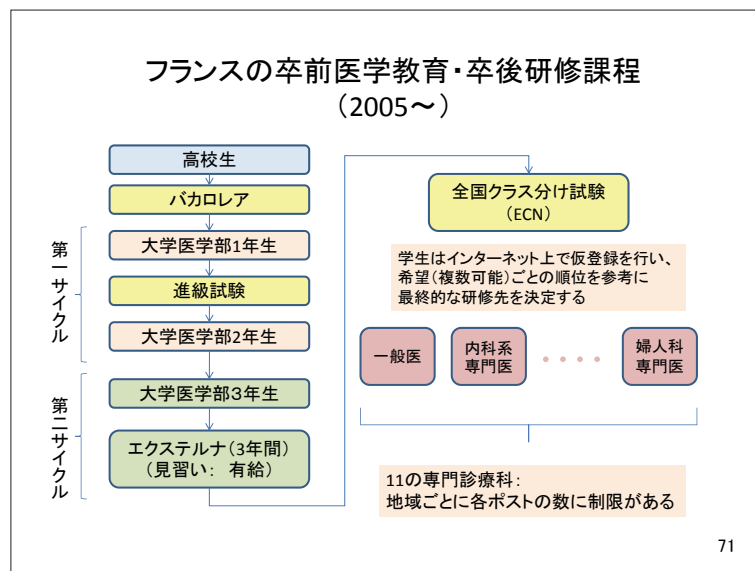
図表51



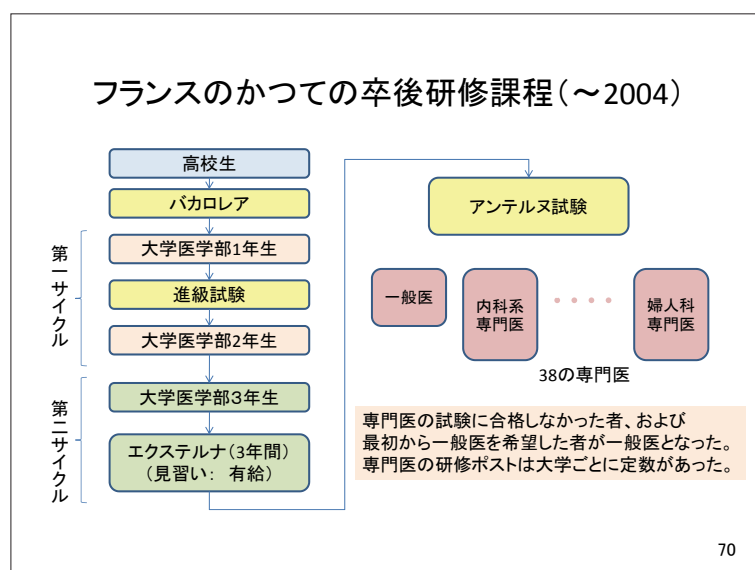
改革を行った。かつてのフランスの医学部の医学教育は、高校卒業後バカロレア（日本の共通一次のようなもの）を通して医学部1年生になり、進級試験を通ったものが2年生、3年生になり、エクステルナ（日本の研修医のようなもの）をし、アンテルヌ試験を受ける（図表52）。しかしここで、フランスは一般医を増やしたいわけだが、一般医とは専門医の試験不合格者が行くところで、専門医と一般医の間ではソーシャルステータスがかなり違うという問題があった。

そのため、一般医を専門医の1つにし、その上でアンテルヌ試験をやめて、全国クラス分け試験を始めた（図表53）。これはつまり日本でいうマッチングのようなものである。試験は全国で受けるわけだが、自分の成績をネットで見ることができ、マッチングをする。自分は例えばレンヌ大学の

図表52



図表53



心臓外科医に行きたいが、自分の順位が非常に低いとそこではなれないわけなので、その結果を見ながら他に行ったりする。そのようになるべくドクターがいなくてところに誘導している。

また、どの医師を何人今年募集するという情報もオープンになる(図表54)。例えば、ここにギネ(産科医)の先生がいるが、産科医は全国で20人つくるわけだが、Ile de Franceは5人であるがローヌ・アルプやリヨンではゼロである。その年はリヨン地域では産科医のコースは一人もなれないという状況になっている。また、ビオロジ(臨床検査の医師)は身入りがいいので人気があるが、これもローヌ・アルプのあたりでは6人しか募集しない。こういう形で、既に多くの当科の医者がいるところの定員は少なくして、足りないところの定員を多くして、そちらのほうに研

図表54

各地域の診療科ごとの募集定員

EPREUVES CLASSANTES NATIONALES
Année universitaire 2007-2008

INTERREGIONS et subdivisions	SPECIALITES medicales	SPECIALITES chirurgicales	MEDICINE généraliste	ANESTHÉSIE réanimation	BIOLOGIE médecine	OPHTHÉMOLOGIE médecine	OPHTHÉMOLOGIE chirurgicale	MEDICINE du travail	PEDIATRIE	PSYCHIATRIE	SANTÉ publique	TOTAL
Ile de France	184	81	372	36	11	5	20	8	36	40	16	798
Nord-Pas	163	86	354	45	16	3	24	11	38	15	12	876
Strasbourg	33	17	108	8	1	0	6	3	8	10	2	182
Nancy	39	20	160	11	2	1	4	2	8	10	6	259
Besançon	23	12	62	6	2	0	4	2	4	5	2	127
Dijon	28	15	125	7	2	1	5	1	7	8	1	201
Nantes	121	121	48	8	2	1	3	2	8	11	2	366
Nord-Ouest	188	85	543	45	8	4	27	16	37	58	8	886
Caen	27	16	125	8	2	0	6	2	7	9	1	202
Rouen	36	16	175	9	2	1	5	4	8	12	2	275
Lille	63	47	170	18	2	2	12	7	15	20	2	304
Alsace	20	16	130	10	2	1	4	3	7	12	2	209
White Alps	62	57	323	36	6	0	16	6	22	30	8	587
Champagne	27	12	75	7	2	0	8	2	5	6	2	126
Grenoble	16	11	72	7	1	0	2	1	5	6	1	123
Lyon	62	35	128	16	2	0	7	2	9	12	2	244
Saint-Etienne	13	8	65	5	1	0	2	1	3	5	1	84
Ouest	184	85	584	37	12	2	26	8	28	56	10	893
Bretagne	16	11	71	7	2	1	3	1	3	4	1	125
Bretagne	20	13	73	7	2	0	5	2	5	6	1	137
Angers	20	13	76	6	2	0	4	2	4	6	2	136
Normandie	28	17	72	7	2	1	4	2	4	6	2	160
Tours	21	16	160	6	2	0	5	1	6	10	2	242
Paris	28	16	113	6	2	0	4	1	6	10	2	168
Alsace	27	17	100	26	5	2	14	4	10	26	4	424
Marseille	29	20	65	9	2	0	4	0	6	9	1	145
Aix-Marseille	45	24	95	12	2	0	4	2	8	11	2	164
Nice	15	13	26	4	1	0	4	1	5	6	1	65
Auf-Ouest	60	58	257	29	7	4	16	5	16	22	12	518
Bordeaux	20	26	117	7	2	2	4	2	5	12	6	214
Charente-Poit.	2	3	25	3	1	0	4	0	5	7	1	45
Toulouse	33	22	85	15	2	2	6	2	5	12	4	182
Languedoc	17	17	75	4	2	0	4	1	2	5	1	76
Auvergne	5	9	60	3	1	0	2	0	4	1	1	82
Total	885	500	2 888	250	66	20	156	66	200	300	76	5 566

72

図表55

なぜフランスの若手医師は地方に行くことを望まないのか？(Berland報告2005年)

- 若い医師は技能形成に関する魅力及び生活環境を開業する地域を選定するに当たって重視している。
- 若い医師は、医療技術のレベルの維持向上及び家庭生活との両立を図るために、ソロプラクティスよりもグループプラクティスを好んでいる。
- 多くの医師、特に専門医は開業医よりも病院医師として勤務し続けることを望んでいる。
- 若い一般医は徐々に開業をしなくなっているが、その理由として長い診療時間がある。

73

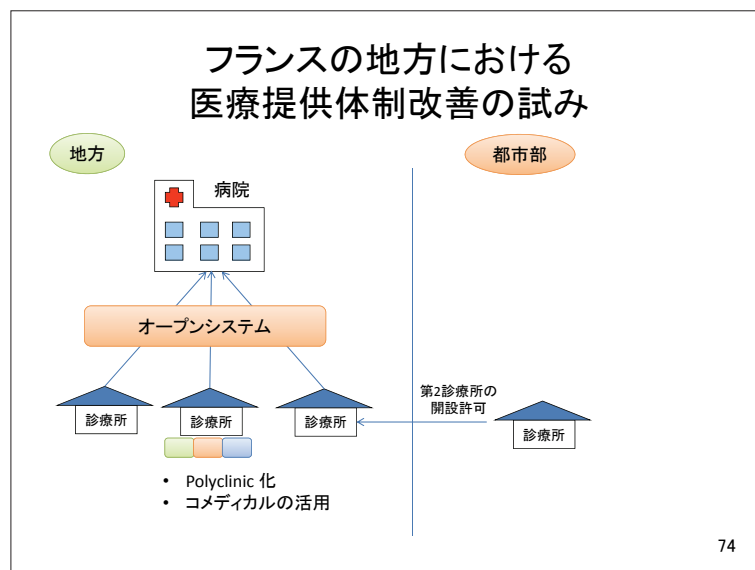
修医が行くように誘導するという仕組みを取っている。

ただ、これは Berland 報告であるが、若手医師がなぜ地方に行かないかのアンケート結果がある（図表 55）。それをみると、若い医師は開業する地域については、技能形成に関する魅力及び生活環境を重視しており、医療技術のレベルの維持向上及び家庭生活との両立を図るため、ソロプラクティスよりもグループプラクティスを好んでいる。また多くの医師、特に専門医は開業医よりも病院医師として勤務し続けることを望んでいる。そして若い一般医は徐々に開業しなくなっているが、その理由として長い診療時間があるといった意識調査を踏まえ、様々な対策を行っている（図表 56）。

例えば地方では、病院自体をオープンシステムにして自分のクリニックに勤めながら病院で勤務できるという仕組みにしている。また、都市部の医師が第2診療所をつくれるようにしている。さらにポリクリニック、共同診療をしてコメディカルの活用をしている。

リヨンの郊外にある多科診療所を見に行ったが、ここではグループ診療をやっていて、勤めている医師は全員女性である。女性のほうがグループ

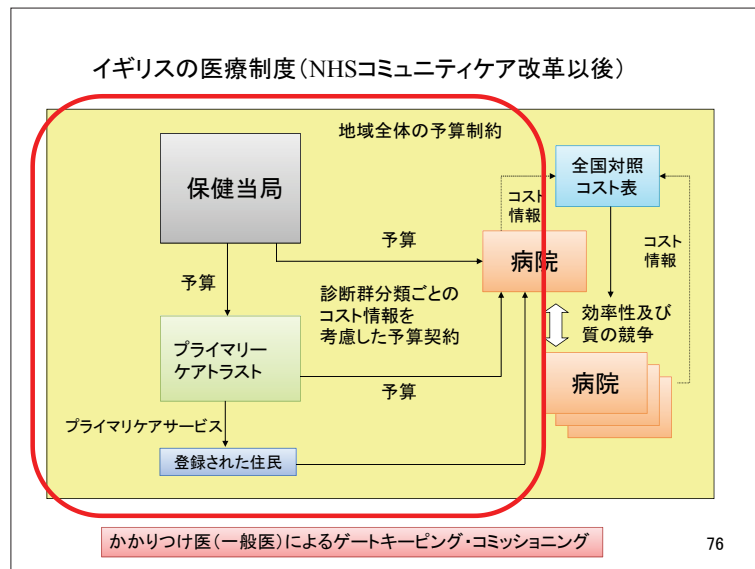
図表56



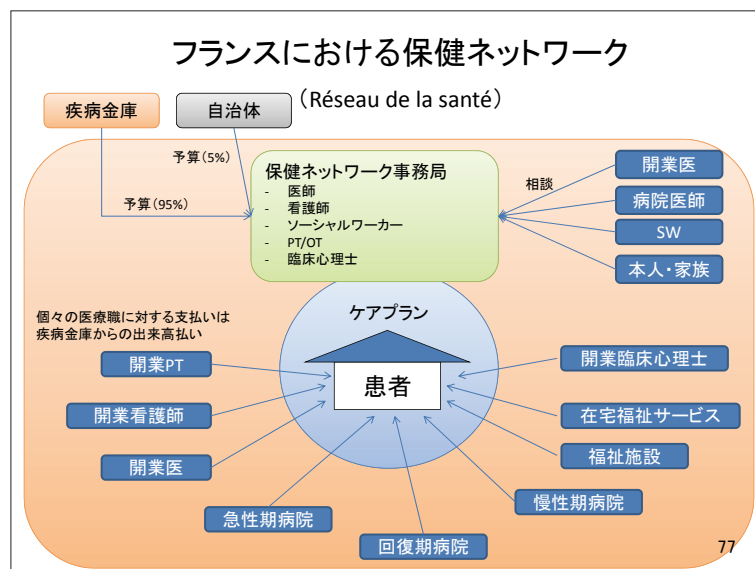
診療に向いているということで、交代で女性医師がリヨンからやってきてグループ診療をやっている。また、PT・OT・看護師を入れて、コメディカルの人たちが老人患者をある程度見るような形にして多機能診療所というのをつくり、地方の医療を支えている。

そして高齢者が増えてきているということで、フランスが参考にしているのがイギリスの医療制度、特にプライマリーケアトラストである（図表57）。つまり高齢者が抱えている課題は医療だけでなく、介護や経済的なこともあるので、そういったコミッショニングをどのようにするかを重視し、それをまねしてつくったのが保健ネットワークである（図表58）。大体これが中学校区ぐらいに1カ所あり、ここに医師・看護師・ソーシャルワーカー・PT・OT・臨床心理士が勤めており、直接的なサー

図表57



図表58



ビスではなく、対象者のアセスメントをし、必要なサービスを張りつけるというコミッショニングをしている。これはイギリスのプライマリーケアトラストそのものである。地域のなかで医療・介護・看護など様々なサービスが必要な高齢者が増えていることを踏まえ、コミッショニングをするための組織を地域につくり、それに対して疾病金庫と自治体がお金を払っている。

日本では、地域包括ケアの概念から在宅医療連携拠点が出てきているが、今のまま行っても、恐らくうまくいかないだろうと思う。母体がばらばら過ぎて、本当にやるべきコミッショニングができないと思う。そういう意味では、プライマリーケアトラストのようなものをどのようにつくっていくかが課題だろう。

4. オランダの医療制度改革

オランダは、医療保障が2つある（図表59）。長期医療保障と短期医療保障で、365日を超える入院、ナーシングホーム、日本で言う介護保険、これらはすべて長期医療保障で、所得比例の保険料で賄われている。

それ以外の一般医によるサービスや、いわゆる短期の医療に関しては短期医療保障で、これは財源が3つに分かれている。全国民がリスク平等化基金に対して収入に比例して払う部分、地域別に設定される保険料、一般税の3つであるが、今この短期保険の自由化が進んでいる。

医療提供体制の特徴は、GPシステムで家族単位で登録されるゲートキーピングである。夜間・週末、祝祭日のGPサービスは、いわゆる共同診療

図表59

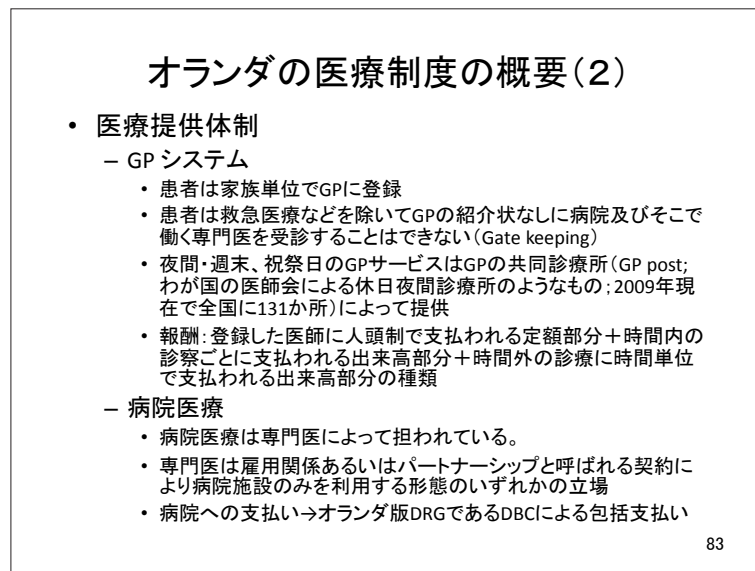
オランダの医療制度の概要(1)	
• 医療保険制度	
- 長期医療保障	
• 病院での365日を超える入院、ナーシングホームでの診療をカバー	
• 保険料は所得比例。運営責任者は国(実際の運用は短期医療費保険の各保険者が代行)	
- 短期医療保障	
• 一般医によるサービス、専門医によるサービス、歯科サービス、看護などのパラメディカルサービス、365日を超えない入院サービス、救急サービス、妊産婦サービス、薬剤をカバー	
• 短期保険の財源は3つの部分から構成される。第一の部分は全国民がリスク平等化基金に対して収入に比例して払う保険料(50%)、第2の部分は地域別に設定される保険料(45%)、残りの5%は一般税。	
• 保険料は各保険者が設定	

所、日本で言う医師会の休日・夜間診療所のようなもので行っている。報酬は人頭部分と時間内の診察に支払われる出来高部分とになっている(図表 60)。

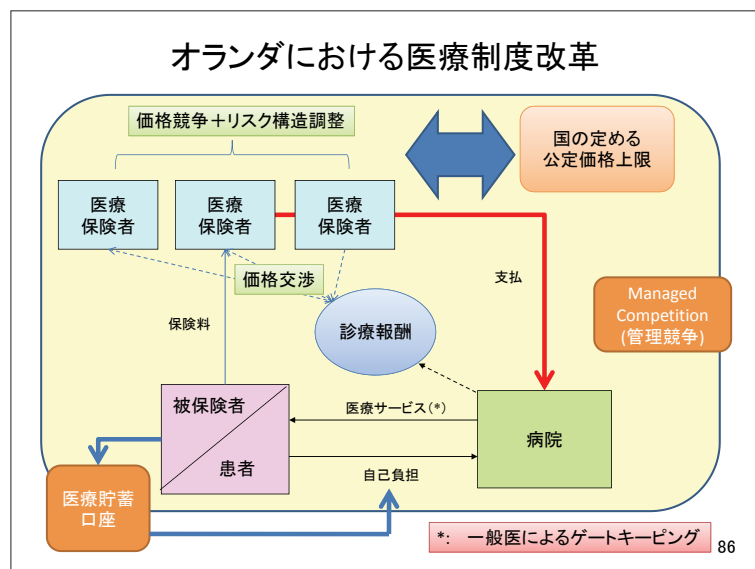
病院は専門医であるが、その医師はパートナーシップと呼ばれる契約によるものが非常に多い。もちろん最近ではホスピタルティという雇用関係も増えているが。支払いはオランダ版のDRGであるDBCで支払われている。

最後にGPの報酬体系であるが、オランダではマネージド・コンペティション、管理競争をしている。今、世界の関係者が注目している国がオランダとスイスであるが、オランダはいわゆるマネージド・コンペティションという管理競争を初めて国レベルでシステム化した国である(図表 61)。まず被保険者が保険を選ぶことを自由化した。かつてはどこ

図表60



図表61



で働いているか、どの宗教であるか、どの地域に住んでいるかにより、入る保険者が決まっていたが、現在はこの部分をかなり民営化し、被保険者はどこの保険を選んでもいいという形になっている。つまり、保険者からすると保険料を安くして加入者を獲得しなければいけないので、ここにコンペティションをまずやらせている。医療保険者は、原則として加入申し込みを断れないことになっている。ところが、実際には付加保険があるが、付加保険をつけることによって巧妙にクリムスキミングが行われている。診療報酬をどういうふうにするかという、病院と医療保険との間での交渉になるが、ここでまたコンペティションになる。いわゆるオランダ版のDRGは2つあるが、DRGのAとは、国が定めた公定価格で支払われるもの、DRGのBとは国が定める参照価格であり、これが上限になる。

これを上限として医療保険者と病院がそれを幾らにするかという交渉を行う。要するに、Aは固定価格で決まっているが、Bは参照価格を国が決めて、その価格の上限のなかで病院と保険者が医療費を話し合いによって決めるという、ここにコンペティションを入れた。これがいわゆるマネージド・コンペティションである。かつ被保険者部分に関しては、医療費を払うための医療貯蓄口座を導入している。

このようにいろいろなところで価格交渉をさせる仕組みを入れ、市場主義的な原理に従って医療制度改革をやっていこうというのが、オランダの今の流れである。しかし結論から言うと、余りうまくいっていない。

かなり病院の営利性が上がってきてしまって、入院分割などをしてしまいボリュームがどんどん増えてしまい、医療費としては上がってきてしまっている。それから、GPの先生もかなり企業家的になってしまって、複合体ができ始めている。そういう意味で、コンペティションを入れることによって効率性を上げて医療費を下げるはずだったのが、逆の方向に行っているというのが今のオランダの状況だろう。

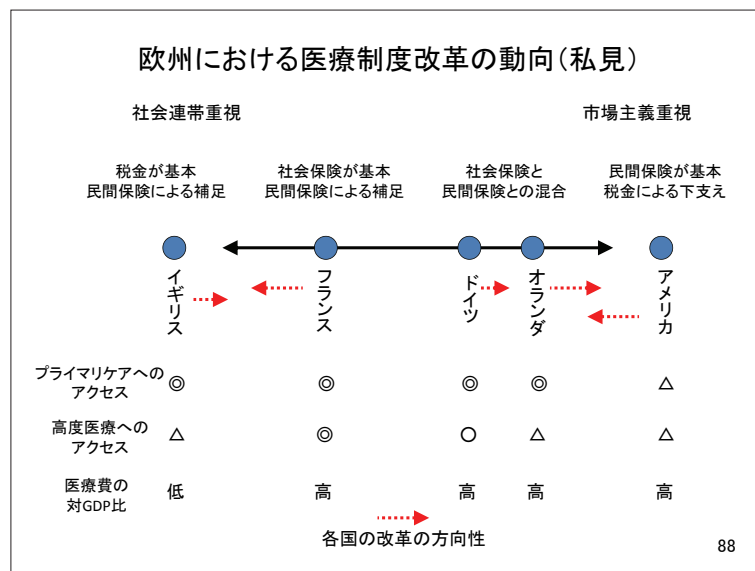
欧州がどのように動いているかという、おそらく両極端にアメリカとイギリスがあると思うが、イギリスは市場主義的な改革をやって、徐々にアメリカ的ないわゆる手法を取り入れた。アメリカはアメリカで、もうどうしようもなくなってきたので、ヨーロッパを見ながら少し皆保険制度のほうに近づいている。

ここで非常に興味深いのは、オランダはアメリカのマネージド・コンペティションをまねて動いてきている。ドイツはアメリカというよりもオランダを見ながらいろいろなことをやっている。

フランスは徐々にイギリスのほうに近づいていっている、というのが今の欧州の流れであろう。これがどうなっていくのかわからないが、ただもう1回再構築されることになるだろうと思う（図表62）。

最後に、「危機に瀕する国家」という本を読んで非常に感動した（図表63）。非常におもしろいことが書かれているので紹介する。「フランスがどのようにあるべきかという理念なしに、政権を取ることが各政党の目的となってしまった。そのためにこの国では、何をすべきかが自明であるにもかかわらず、政治家は国民に説明をせず、甘い言葉を繰り返すだけで、立ちすくんでいる。やるべきことは明らかである。右派も左派もない。今はその目標に向かって力を合わせるべき時なのに、この国ではあいかわらずの無意味な政党間の中傷合戦が繰り返されている」

図表62



図表63

立ちすくむ国家

FRANÇOIS BAYROU

2012

ÉTAT D'URGENCE

PLON

「危機に瀕する国家」

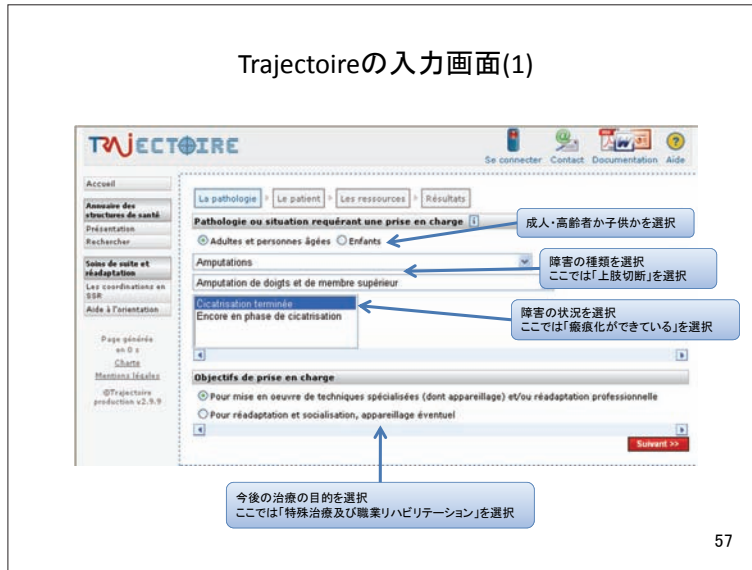
この本で指摘していることの要点

- フランスがどのようにあるべきかという理念なしに、政権を取ることが各政党の目的となってしまった。そのためこの国では、何をすべきかが自明であるにもかかわらず、政治家は国民に説明をせず、甘い言葉を繰り返すだけで、立ちすくんでいる。
- やるべきことは明らかである。右派も左派もない。国内の生産力をあげ、そして教育を再建する。この2つが最優先課題である。
- 今はその目的に向かって力を合わせるべき時なのに、この国ではあいかわらずの無意味な政党間の中傷合戦が繰り返されている。

89

参考：地域における医療情報共有の仕組み＜ Trajectoire ＞

Trajectoireの入力画面(1)



57

Trajectoireの入力画面(2)



58

Trajectoireの入力画面(3)



59

Trajectoireの入力画面(4)

患者が必要とする医療ケア・看護ケアの詳細を選択
ここでは「重度看護ケア、スキャンケア、創傷処置」における選択項目の詳細

Les choix faits lors de l'orientation (pour cette pathologie et ce patient) impliquent la mise à disposition des ressources suivantes :

Le patient requiert d'autres soins, techniques, prises en charge. Ces précisions sont importantes pour la bonne orientation du patient en SSR ou HAD. **Les cocher dans les menus ci-dessous.**

Soins de l'appareil locomoteur, du système nerveux, rééducation
Nursing lourd, soins cutanés, plaies

Oxygénothérapie hyperbare
 高圧酸素療法
 Pansements et soins locaux complexes (>1heure/pansement) ou pluriquotidiens
 Soins de nursing lourds
 重度看護ケア

Soins liés au cancer, traitements intraveineux, transfusions
Prise en charge de la douleur
Soins cardio-respiratoires
Soins: appareil digestif, nutrition, urologie, néphrologie
Prise en charge psychiatrique et/ou psychologique
Réinsertion, suivi à domicile
Autres

1. La pathologie
Amputation de doigt et de membre supérieur
Cicatrisation terminée
Pour mise en œuvre de techniques spécialisées (dont appareillage) et/ou réadaptation professionnelle

2. Le patient
06- La surveillance médicale, l'éducation et les soins infirmiers peuvent être réalisés en structure ambulatoire (hôpital de jour spécialisé), en lien avec le médecin traitant et les services médicaux

<< Précédent Voir les résultats >>

患者情報を入力後、条件にあつ施設を検索

60

Trajectoireの出力画面(1)

Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud : St...
SSR polyvalent
Centre Rhone Azur : Site de Gap
MPR HD
Centre Hospitalier de Privas
V121
Maison de Repos L'Hort des Melleyrines
SSR L'Hort des Melleyrines
Maison de Convalescence de Jalavoix
MPR - HDJ - Vasculaire - Rééducation
Maison de Convalescence St Joseph
SSR ST Joseph-Rosières (43)
Centre Medical Rhone Azur : Site de Briançon
MPR HC
Centre Medical Rhone Azur : Site de Briançon
MPR HC
CHU Grenoble - Institut de Rééducation Hospital Sud Ech...
MPR - HDJ - Vasculaire - Rééducation Vasculaire...
CHU Grenoble - Institut de Rééducation Hospital Sud Ech...
MPR - HDJ - Vasculaire - Rééducation Hospital Sud Ech...
C.H. de Tullins
MPR - HC - Dr MOCHON-LOISON
C.H. de Tullins
MPR - HDJ - Dr MOCHON-LOISON
CHU St Etienne
HDJ Cordier, MPR+SSR gériatrique La Charité
CHU St Etienne
MPR Pédiatrique HC Hôpital Bellevue
CH de St Jean de Maurienne
MPR hôpital de jour CH St Jean de Maurienne

1. La pathologie
Amputation de doigt et de membre supérieur
Cicatrisation terminée
Pour mise en œuvre de techniques spécialisées (dont appareillage) et/ou réadaptation professionnelle

2. Le patient
06- La surveillance médicale, l'éducation et les soins infirmiers peuvent être réalisés en structure ambulatoire (hôpital de jour spécialisé), en lien avec le médecin traitant et les services médicaux

条件にあつ施設の一覧

61

Trajectoireの出力画面(2)

施設を選択するとその施設の有する機能の概要が閲覧できる

Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud : St...
SSR polyvalent
Lieu : SISTERON (04200)
Voir l'ensemble des ressources de Dumbé (cha unité)

Ressources manquantes ou non renseignées :

- Kinésithérapie
- Ergothérapie
- Prise en charge sociale
- Appareillage
- Médecin de MPR
- Confection et ajustement de grand appareillage
- Confection ou ajustement d'aide technique ou d'orthèse
- Surveillance échographique rapprochée

保有的ない機能及び情報のない機能

- 理学療法
- 作業療法
- 社会的支援
- 教育
- リハビリテーション専門医
- 大きな装具の作成及び調整
- 自助具及び装具の作成及び調整
- エコーによるモニタリング

Centre Medical Rhone Azur : Site de Briançon
MPR HD
Centre Medical Rhone Azur : Site de Briançon
MPR HC

1. La pathologie
Amputation de doigt et de membre supérieur
Cicatrisation terminée
Pour mise en œuvre de techniques spécialisées (dont appareillage) et/ou réadaptation professionnelle

2. Le patient
06- La surveillance médicale, l'éducation et les soins infirmiers peuvent être réalisés en structure ambulatoire (hôpital de jour spécialisé), en lien avec le médecin traitant et les services médicaux

62

Trajectoireの出力画面(3)

病院の技術水準の詳細

Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud : site de Sisteron

SSR polyvalent

Personnel médical et d'encadrement

Nom	Fonction dans l'unité	Spécialité	
Chalvet Gilles	Médecin du service	Médecine polyvalente	一般医
Guilhou Agnès	Médecin du service	Endocrinologie et métabolismes	内分泌・代謝専門医
Laverthe Gilles	Médecin du service	Neurologie	神経内科専門医
Rivière Marie-france	Cadre de santé		上級医療職(注)

Ressources et soins techniques pratiqués dans l'unité

Soins techniques médico-infirmiers, prises en charge protocolisées

- Aérodérivés (ultrasoniques) (dans l'unité)
- Alimentation entérale (dans l'unité)
- Alimentation parentérale (dans l'unité)
- Isolément des patients porteurs de BMR (dans l'unité)
- Oxygénothérapie (dans l'unité)
- Pansements simples (dans l'unité)
- Soins de stomie d'élimination digestive (dans l'unité)
- Trachéotomie, aspirations < 3l (dans l'unité)
- Transfusions (dans l'unité)

医療看護技術及びプロトコル化された対応

- 超音波療法(ユニット内)
- 経腸栄養(ユニット内)
- 経管栄養(ユニット内)
- 薬剤耐性菌保有患者の隔離(ユニット内)
- 酸素療法(ユニット内)
- 継続的な創傷処置(ユニット内)
- ストーマ処置(ユニット内)
- 気管切開、1日に3回以内の吸引(ユニット内)
- 輸血(ユニット内)

63

Trajectoireの出力画面(4)

当該病院の各ユニットの概要に関する情報

Centre Hospitalier Intercommunal des Alpes du Sud : site de Sisteron

SSR polyvalent

Caractéristiques générales

Discipline: SSR polyvalent

Spécialité: Médecine polyvalente

Responsable de l'unité: Mr Gilles CHALVET

Lits / places: 17

Mode d'hospitalisation: HC

Public admis: Adultes et personnes âgées, Age min: 40 ans

Descriptif / Conditions d'admission

*: nombre déclaré de lits ou places installés dans l'unité

診療科: 一般医療部門
 専門診療科: 一般内科
 ユニットの責任者: Gilles CHALVET
 電話番号、FAX番号、e-mail
 病床数: 17
 入院形態: 完全入院
 受け入れ条件: 成人及び高齢者 40歳以上

このボタンをクリックして希望施設に入院申し込みを行う

64

Trajectoireにおける患者要約票(情報提供用)

患者氏名: LARELLE HIRSHU - DA n°1248

選択のためのタブ

複製可能な記載部分

この印があるところは必須入力

退院サマリの記述

内科的・外科的・精神科的既往歴の記述

65