

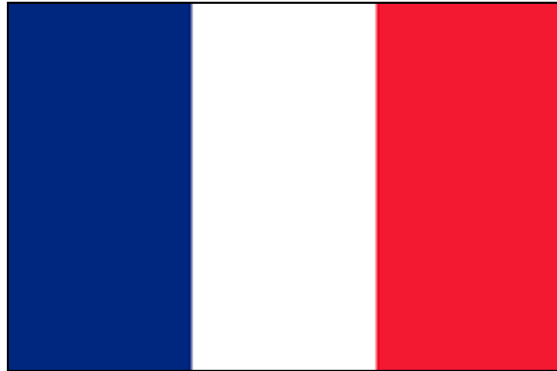
CONFIDENTIAL



海外医療制度シリーズ
フランス医療制度
Version3.0

2020/1/04

フランスってどんな国？



国旗は1789年制定。
三色旗はTricolore（トリコロール）と呼ばれます。
。国の標語は（自由・平等・友愛）で、国旗では青が自由、白が平等、赤が友愛を表しています。

面積：約544,000キロ平方メートル（世界第47位）

人口：約6,699万人（世界第20位）

国家：LaMarseillaise（ラ・マルセイエーズ）1795年制定。

教育：義務教育は完全無料（6～16歳まで）

権利：選挙権は18歳（以降、親の援助は基本受けない）

「美」「食」「愛」を大切にするロマンチックな国

フランスは常に自由で、「個性」を大事にする国。

1人1人が、他人に左右されない自分らしい生き方や、個性的であることを何よりも重視。そのため、どんなときでも自分の意見をはっきりと主張できる国民性。

さらに、自分が意見を述べる分、人の意見を尊重するところも大きな魅力。自分と他人への愛情が、フランスのエネルギーになっている国。

フランスはお休み好きよ



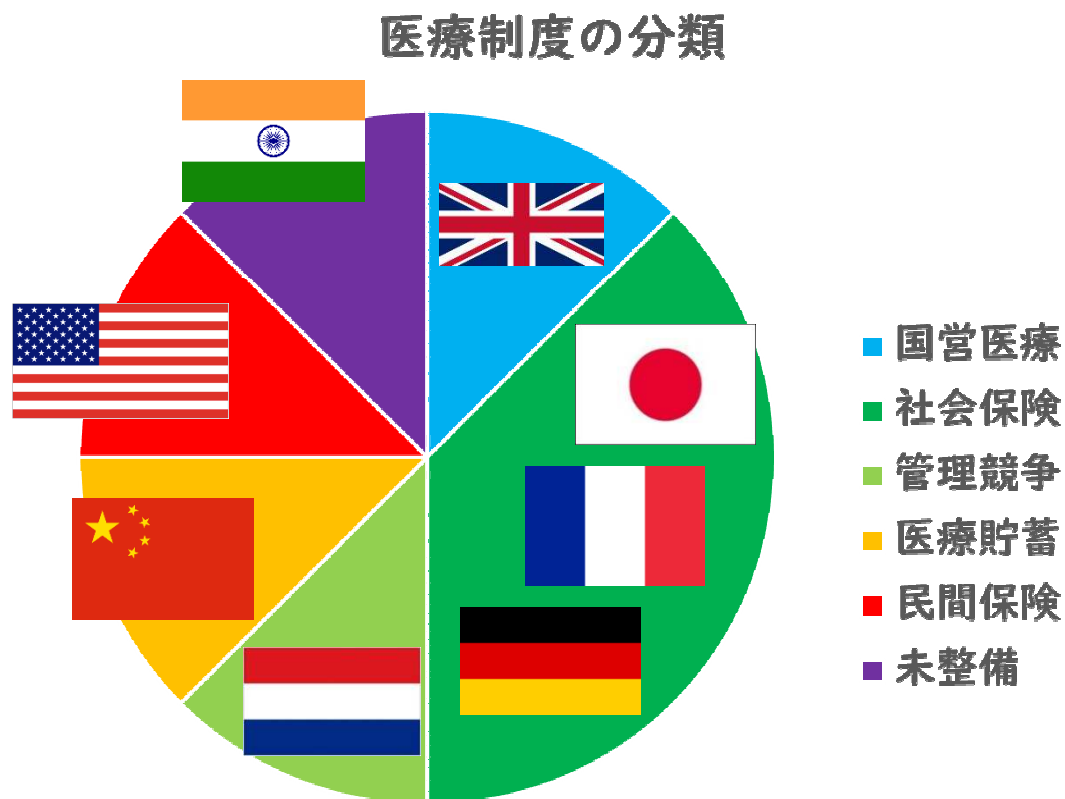
年間の祝日は日本の方が圧倒的に多いのに、祝日の翌日振替休みがないフランスは、祝日が木曜日や火曜日に当たると、金曜日や月曜日を休みにして、連休になってしまうという特徴があります。

この休日に挟まれた平日を休みにしてしまうロングウィークエンドをフランス語で、Pont=ポン（橋）と言います。学校も会社も、しょっちゅう、ポンの連休になってしまう。ポンに有給休暇をくっつけてバカンスになってしまうのも一般的な習慣です。

諸外国の医療制度 解説 2020

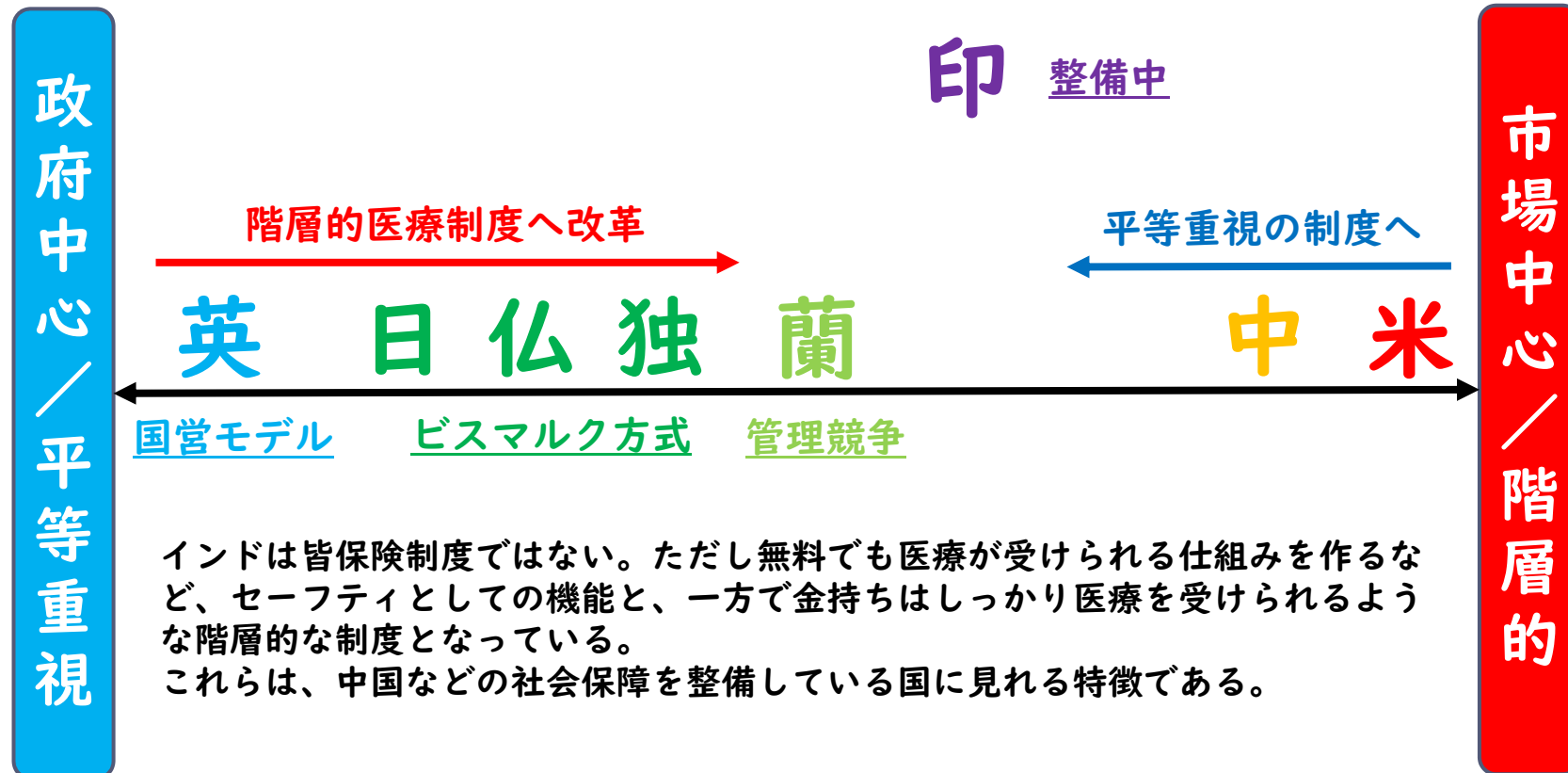
医療制度の分類 そのⅠ（これまでの医療制度）

今までに勉強した
国の制度分類っすね！



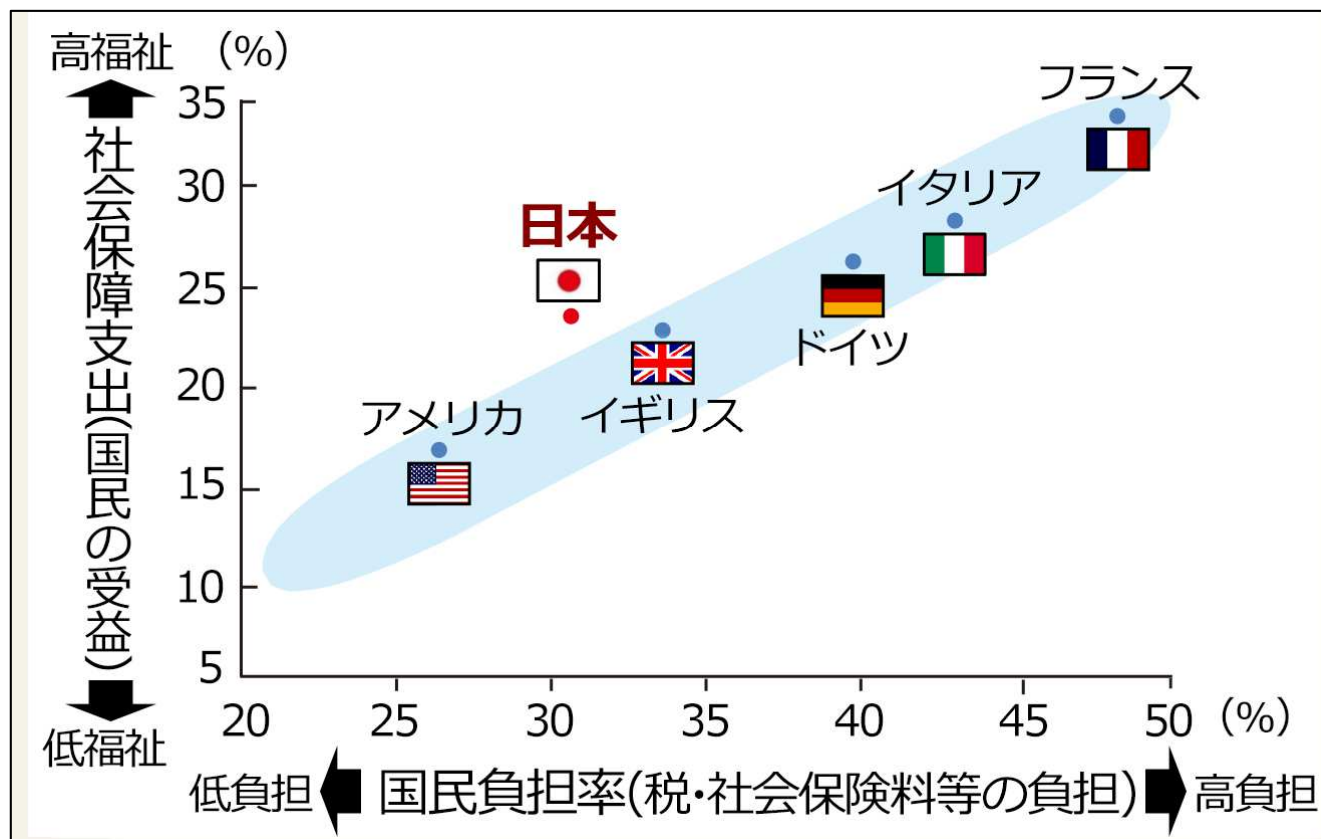
中国、アメリカ、インドなどは、単一の制度ではなく複数の制度が走っているので、厳密ではない。
どこの国も、これからは民間医療保険を活用した医療制度の構築が課題とされている。
その中で民間保険の活用という意味では「フランス」は一步も二歩も他国に先んじている。
また「オランダ」の競争管理は、民間保険会社に公的保険の運営を任せるという仕組み。
ドイツの医療制度をさらに一步、進化させた感じの制度設計となっている。

医療制度の分類 その2



アメリカは、メディケアやメディケイドといった制度は社会保険や国営モデル。その他が民間保険モデルとなっており、オバマケアでアメリカ式医療制度の方向性が定まった。
中国は、2020年に皆保険を完成させるが、内容としては非常に階層的であり、実態と形式の差異が大きいと言える。民間保険の活用に熱心な国の一つと云える。

国の社会保障支出と国民負担率（2016）



フランスは高負担だけど、高福祉という国です。

日本は低負担だで中福祉となるかと思いますが、高齢者への支出割合が強く、税の公平性についてはやや疑義があります。

アメリカは安心安定の低負担低福祉。自分のことは自分でやろうぜ！の国です。

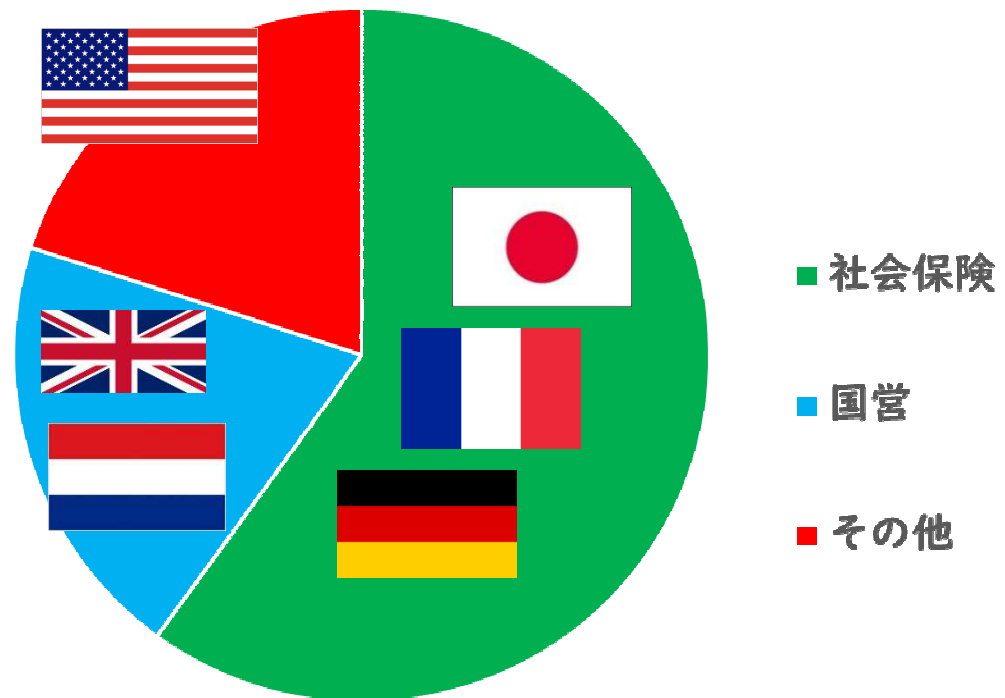
介護制度の分類



アメリカは、メディケアと民間保険の組み合わせになります。
介護制度については、世界各国で様々な仕組みが運営されており、財源での分類は可能ですが、それ以上に中身の検証については、様々なコンセプトで行われています。

フランスやオランダなどは、家族介護にも報酬が発生します。
イギリスなどは、自分がスタッフとして働きながら、自身もケアを受けるといった形態がとられており、社会参画を重視しています。
日本は高齢者向けのサービスについては、かなり優遇されていると言えるでしょう。

医療制度の分類



医療制度の評価①

**“Cost, Access, Quality
--- Pick Any Two.”**

**Oregon Health Plan
Administration Office**



『以下の3つをすべて満たすことはできない、頑張っても2つまで』

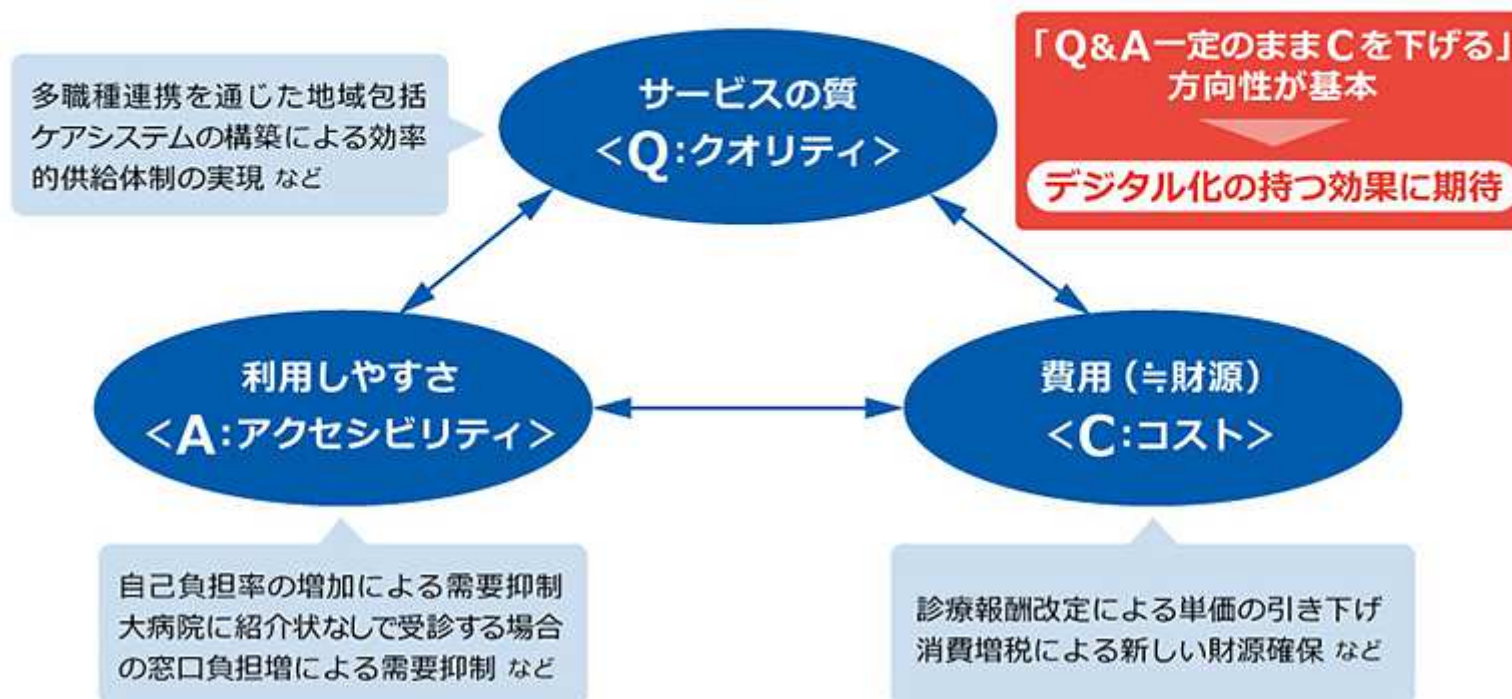
- ①安い医療 (Low cost)
- ②質の高い医療(High quality)
- ③いつでも利用できる(Easy access)

1989年のオレゴン州の医療制度改革（第一次メディケイド改革）の際の基本コンセプト。
お金がないから医療を制限しようぜ！という州の方針と医療の在り方について、バシバシ戦った時の
医療の基本原則が何か、とした標語。通称「オレゴンルール」

医療制度の評価②

持続可能なヘルスケア産業の成長に向けて、
QCAを鼎立させるための方策のひとつがデジタル化の推進。

- 国は既に様々な方向性を示しているが、単純な質の低下やアクセス制限を国民が受け入れるとは考えづらいため、基本的な方向性は「Q&A一定のままCを下げる」になる。
- 「デジタル化」はその方向性に寄与する。その他の改革の方向性と併せて推進すべき。



2016年 世界の高齢者比率

		高齢者人口比率	特殊出生率
	日本	26.86 % (1位)	1.43 人 (189位)
	イタリア	22.75 % (2位)	1.46 人 (185位)
	ドイツ	21.45 % (4位)	1.41 人 (190位)
	スウェーデン	20.20 % (8位)	1.93 人 (132位)
	フランス	19.49 % (11位)	2.00 人 (126位)
	デンマーク	19.33 % (13位)	1.74 人 (155位)
	イギリス	17.97 % (25位)	1.92 人 (134位)
	オーストラリア	15.32 % (35位)	1.89 人 (136位)
	アメリカ	15.16 % (38位)	1.88 人 (137位)

HTAと世界の医療制度

医療サービスの財源が不足した場合、3つの対策があると考えられてます。

- ①財源を増やす（医療に使うお金を増やしてその他の公共サービスに使うお金を減らす、もしくは保険料や税金を上げる）
- ②保険がカバーする集団を制限する（例えば超高齢者の透析導入は健康保険のカバーから外す等）
- ③保険がカバーする医療サービスの種類を限定する

といった方法があります。

この3つ目の方法である「保険がカバーする医療サービスの種類を限定する」時には、どの医療サービスを保険適用にするかを決める必要が出てくるのですが、その時にしばしば用いられるのがHTAです。

HTAの結果によって保険が適用となる医療サービスを選択していることで有名なのは英国ですが、日本でも医療技術評価（Health technology assessment; HTA）や費用対効果分析（Cost-effectiveness analysis; CEA）を導入して、診療報酬制度に収載するか決めようという流れがあります。

フランス医療制度 基本 2020版

フランス医療制度の歴史

第一帝政期、第二帝政期にも医療制度的なものはあったが、加入は任意であり、相互扶助組合の域を出なかった。
労働組合を主とした方向性はこの時期より続いている。

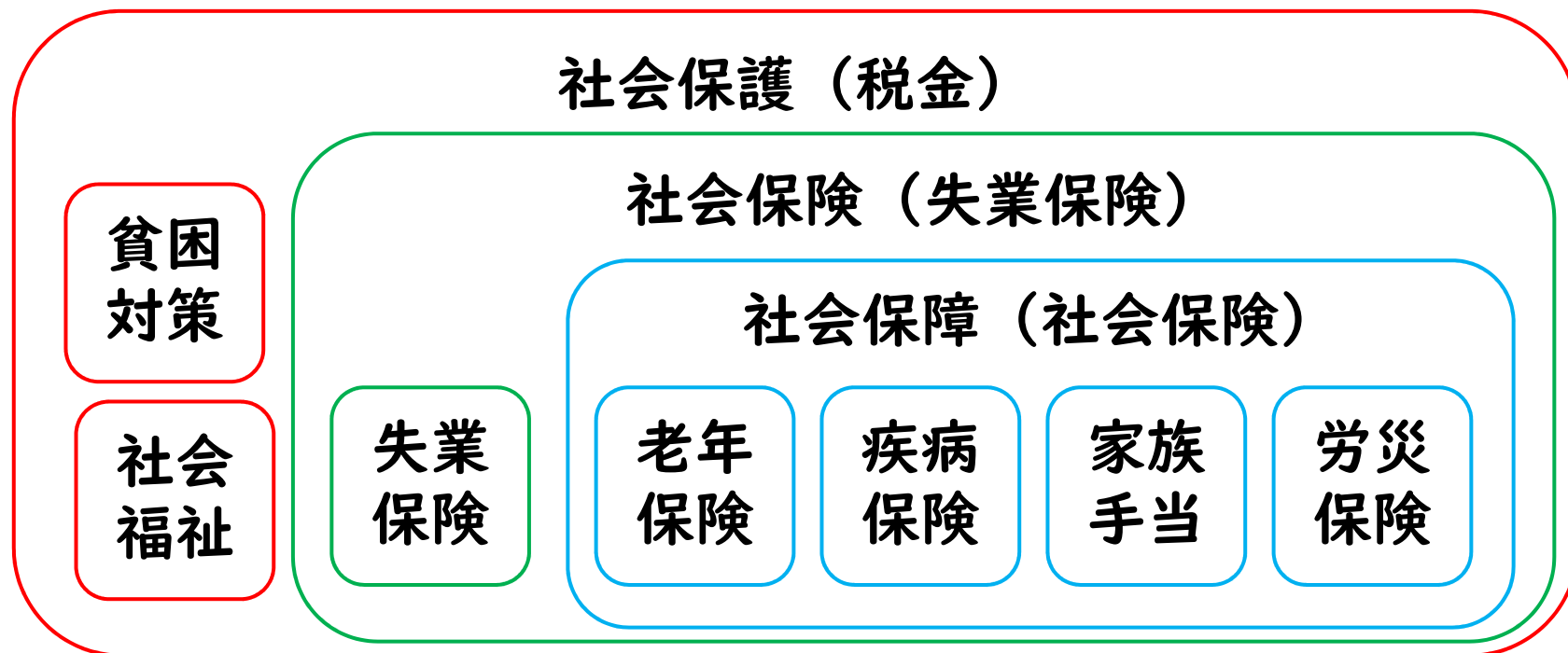
- 1893年 無料医療救済制度
- 1928年 社会保険法の制定
- 1945年 ラロックプランに基づく、社会保障制度が制定
- 1960年 標準協約の制定
- 1970年 病院改革法（保険医療地図の導入）
- 1971年 全国協約の制定
- 1976年 バル改革案（以降、ほぼ毎年医療法の改革、24回実施）
- 1980年 第三次協約の制定
- 1991年 病院改革

- 1996年 社会保障改革（通称「**ジュペ・プラン**」）⇒**医療制度改革の基本**
- 2000年 普遍的医療保障に関する法律施行（CMU法）
- 2004年 ブラジ改革（かかりつけ医制度の導入など）⇒**受診抑制へ舵切り**
- 2010年 HPST法の施行（地域圏保険庁の設立）⇒**予防を強化**
- 2016年 社会保障財政法の施行 ⇒ **財政健全化と高齢化社会に向けた施策**

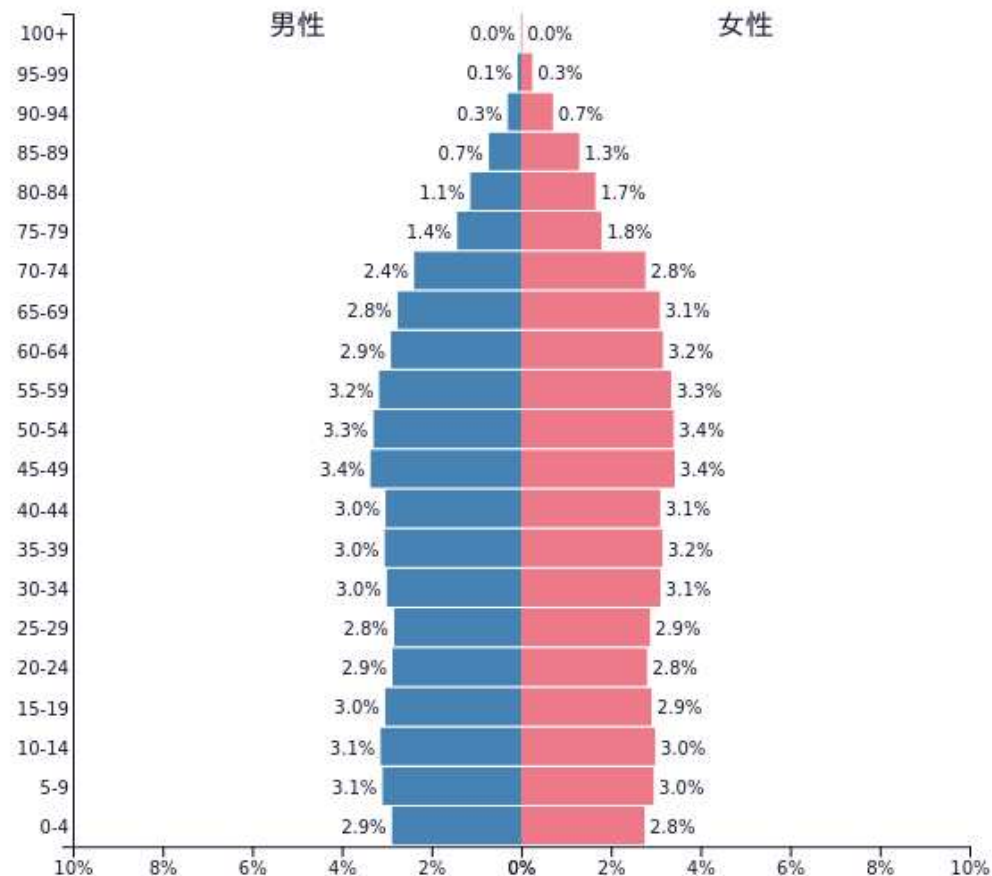
フランスにおける社会保障の概念

◇割と厳密に違う

保険金を基本財源にする「社会保障（セキュ）」と、一般税収を財源とする「社会保護」は違うものという認識です。社会保護は保険金を払えない人などを対象にする、など、その辺りの意識は、日本とはだいぶ違います。



フランスの人口ピラミッド



PopulationPyramid.net

フランス - 2019
人口: 65,129,730

◇少子化対策

医療と経済は密接に関わっており、日仏両国とも1970年代には少子化に対して問題意識を持ち、1980年ころから対策をしています。

が、日本は成果がなく、フランスは成果がありました。

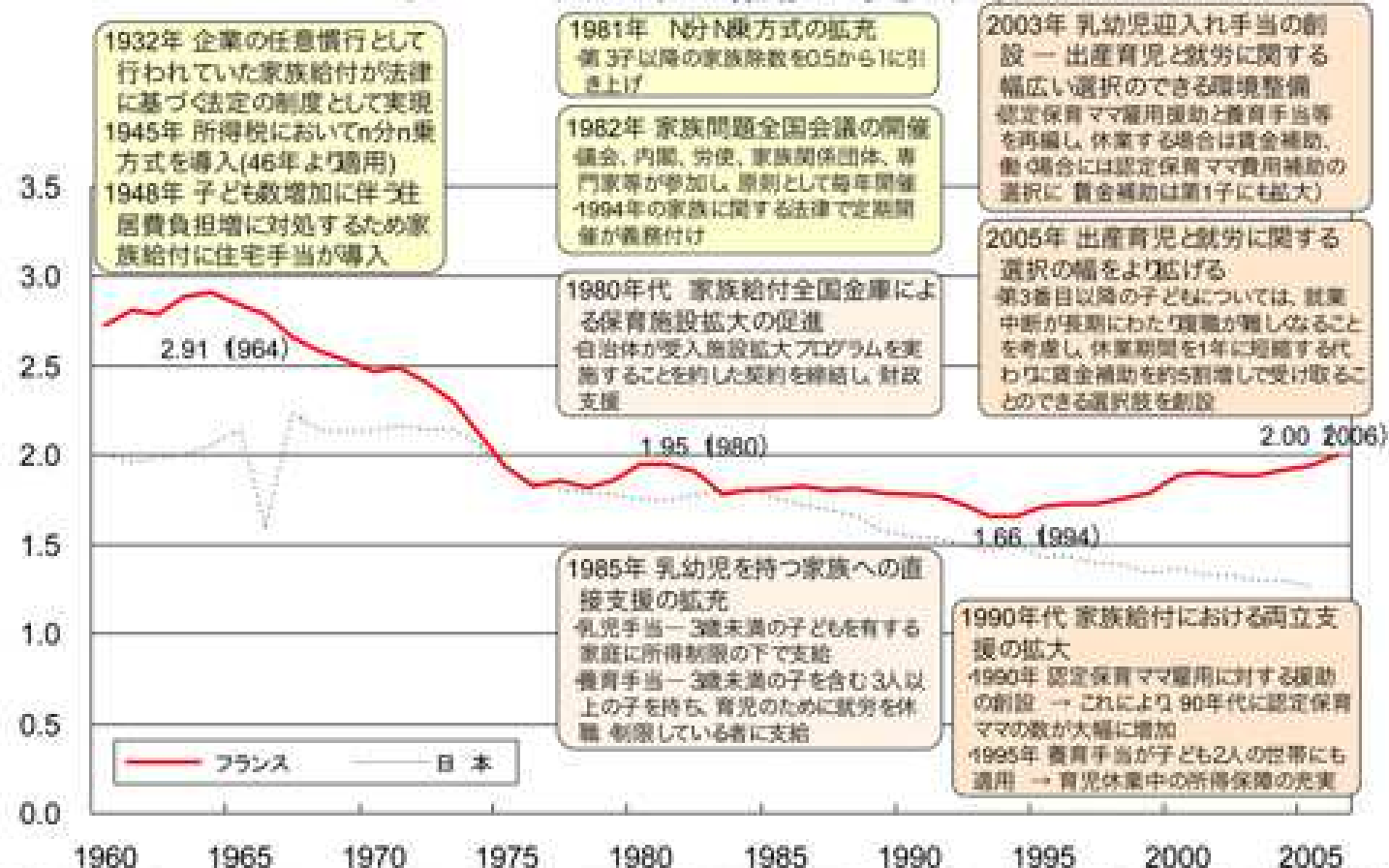
ここは大統領制がいい方に回って「成果」につながりました。

一方日本では、票につながる高齢者対策に予算を使う一方で、少子化対策はカタチだけの対応をしていました。

役人の「やっている」は「できている」ではない、という事にそろそろ日本の有権者も気付いてもいい頃かもしれません。

余談：フランスの少子化対策は70年！

フランスの出生率の推移と家族政策



資料：Council of Europe: Recent demographic developments in Europe 2003 2004, 2005はINSEE 2005 Demographic Report(による暫定値)、厚生労働省「人口動態統計

フランスの社会保障の状況

リーマンショック以降、財政再建が国家政策の基本方針。

- ・ 医療保険支出全国目標 (ONDAM) の設定と、遵守
- ・ 家族手当の所得制限
- ・ 年金改正法の効果



財政赤字が2002年以来、2017年は老齢部門で黒字化、労災部門も黒字化。
家族部門も赤字が8億ユーロ、疾病部門も赤字が62億ユーロまで圧縮。
(2007年はトータル100億ユーロ赤字だった)
2024年までに赤字の完全解消を目標に！

疾病部門の主な対策

- ・ 病院部門の効率化 (6.90億ユーロ)
- ・ 施設から在宅への移行 (4.65億ユーロ)
- ・ 医薬品価格の引き下げ (5.50億ユーロ)
- ・ 後発医薬品の使用促進 (3.95億ユーロ)
- ・ 開業医報酬の削減 (1.25億ユーロ)
- ・ 医薬品処方の適正化 (4.00億ユーロ)

医師には支払があるが
開業看護師、理学療法士
などは、超過した分を遡及
して保険点数を減点する
方式で運用。

効率化にかなり熱心に取り組んでいる。

重要：基本的な用語解説

- | | |
|-----------------|--|
| カルト・ヴィタル（ICカード） | ・・・フランスの保険証。 |
| 健康保険（セキュ） | ・・・フランスの健康保険のこと |
| 補足的医療保険（ミュチュエル） | ・・・仏独自の私保険の事 |
| セクター1とセクター2 | ・・・医師の区分け |
| 疾病金庫（金庫） | ・・・日本でいう、社会保険連合の事。 |
| CMU（普遍的医療制度） | ・・・皆保険制度のこと
フランスは1999年に導入。 |
| PUM（普遍的医療保護） | ・・・2016年から導入された制度
職域ごとの金庫の差異の禁止。
事実上、単一の医療保険制度となった |



日仏の医療保険の相違点

職域保険

日本もフランスもベースは職域保険（日本：社会保険、フランス：疾病保険金庫）になっている。
また日本同様、民間資本の医療機関が、医療提供を行っている。私人の医療機関、医療人に対して、どのようにコントロールするかが、テーマなのは共通。

国の役割

日本：行政（厚生労働省）による統括
仏国：行政・司法の介入は限定的。（憲法に明記）
労使代表者による自律的な保険者運営が原則。
医師会、医師の影響力が強く、事実上、国としてのコントロールがほとんどなかった。
診療報酬も、医師会と保険者との話し合いで決まっており、国は介入していない。

私保険加入

日本：がん保険とかは入っているが、入っていない人が多い。
仏国：私保険に9割が加入。強制加入の医療保険と、任意加入の医療保険、双方に加入して、はじめて、まともに医療にアクセスできるような形になっている。

フランスの 医療提供体制

Access

Quality

Cost

フランス医療制度の特徴

フランスの医療保険について知識を深めるゾ！

フランスの医療保険制度の7つの仕組み

- 1) Carte Vitale (カルト・ヴィタル) とは
- 2) 基礎医療保険
- 3) 基礎医療保険を補完するMutuelle
- 4) かかりつけ医制度について
- 5) 医療費の支払～償還率～
- 6) 薬の費用の償還率
- 7) 在宅入院

2004年から大幅に変更！
日本との



Carte Vitale（カルト・ヴィタル）とは①

1998年よりスタート。
現在は、年金や税金などの情報も、入っている I C カード。



医療機関の場合、専門のカードリーダーで医療情報の読み取りが可能であり、プロフェッショナルカード（医師や看護師などの専門職の持つICカード）を差し込むことで、サーバーに接続でき、そこから電子レセプトが送られてくる仕組み。要するに診療をした人と内容が分かるようになっている。
ちなみに、これがないと医療費の償還がなされないなので、要注意。

16歳になると、主治医を選択する必要がある。
主治医は、総合医、専門医を問わず選択することができる。

【特徴】

- ・被保険者と16歳以上の家族が持つ。（義務）
- ・患者の医療情報（検査や治療記録、誰が治療したか、など）を統合
- ・医療費の償還がかなり早くなる → 第三者支払方式に移行で解決
- ・初診は主治医を推奨。（必ずしも行く必要はないが負担増）

Carte Vitale (カルト・ヴィタル) とは②

2004年より「かかりつけ医」制度のスタート。

16歳以上は、必ず主治医を届け出る必要がある。

ただし、医療費の償還率が下がるだけで、主治医でない医師を受診してもOK。
通常、償還率は70%だが、紹介状がない場合は30%となる。

【英国との違い】

- ・診療が出来高払いである事。
- ・かかりつけ医以外でも診療ができる事。

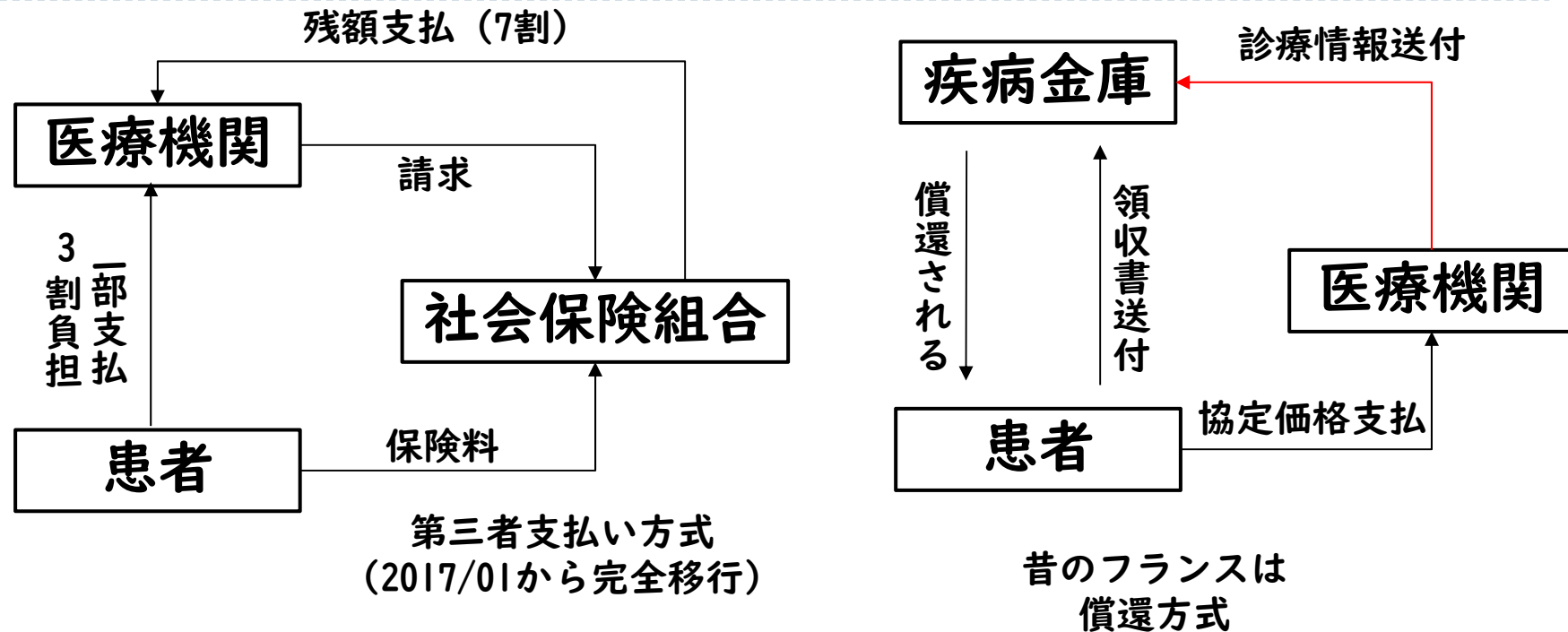
医師は自分のICカード（CPS）を持ち、患者のカードをPCに差し込み、診療開始。診療内容と費用を入力し、医師と患者がそれぞれが暗証番号を打ち込み、領収書を発行。

その為、旅行先などでも診療の連続性を保つことが可能。



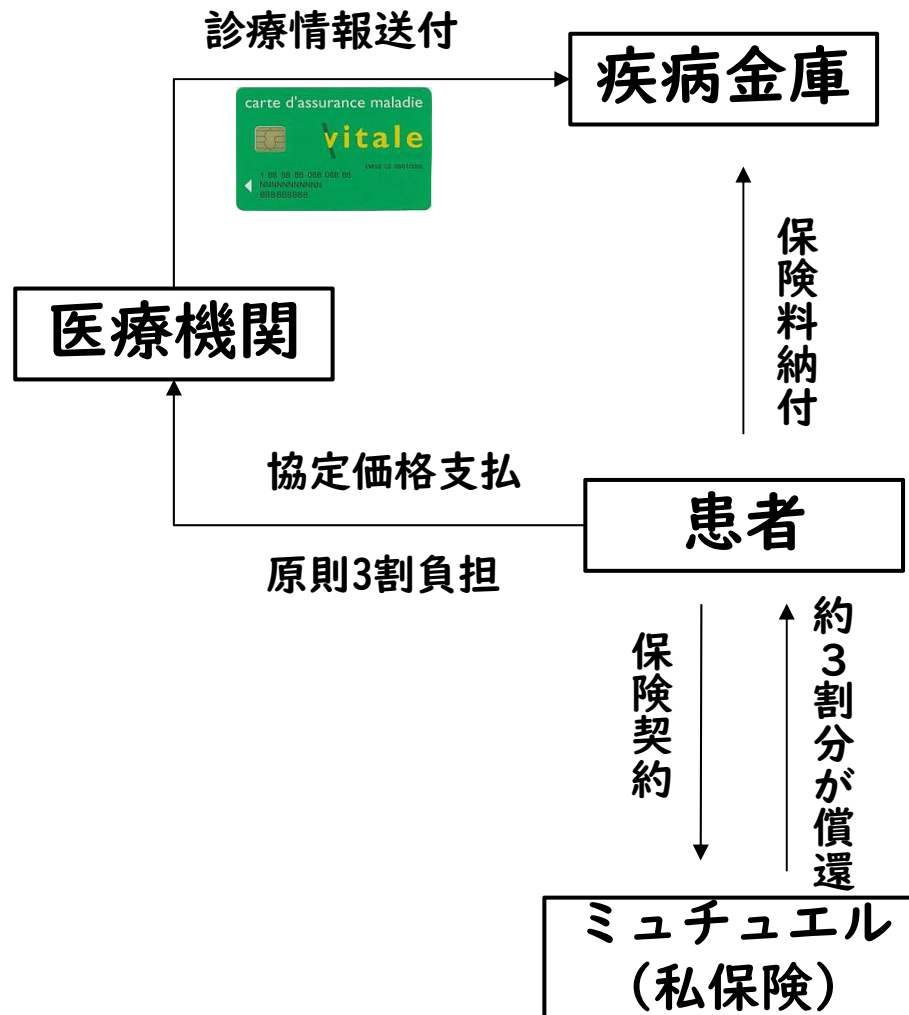
2004年以前はドクターショッピングが問題化しており
その解決策として「かかりつけ医」制度が始まったとの事

基礎医療保険と補完するMutuelle①



フランスの場合は、重症患者、精神病、16歳以下の子供などは医療償還率は100%です。ただし、患者は受診1回につき1€を支払う必要があり、これは償還外です。これは医療の過剰受診抑制の為の意識を持ってもらうための取組との事です。また2004年以降、かかりつけ医への受診が推奨されていますが、英国のように義務ではありませんが、医療費の負担額が増加するなどのペナルティが存在します。

基礎医療保険と補完するMutuelle②



保険費率は職業（金庫）によって異なったが、2017年より統一。

フランスの一般的な
社会保険負担の割合

使用者 13.1%
被用者 0.75%

日本の労使折半とは、かなり趣が異なる。被用者側の不足分は税負担で対応。

「1€の定額負担」については保険負担は禁止されている。

フランス在住者の加入が義務化

患者が常を選ぶ側の医療制度設計

英国の「NHSChoice」は医療機関の紹介でしたが、フランスは個々の医師の情報（専門、住所など）について、医療費の払い戻しの説明などのサイトがあります。

移民国家でもあるので、外国籍の人も参加する仕組みですので、情報公開はとても親切です。特に今は主治医を選ばないといけないので、医師情報の提供はけっこう大事です。



www.ameli.fr

Je recherche :



Avec l'annuaire santé d'ameli.fr

1. Recherchez
sur plusieurs critères

La profession
La proximité
Le type d'honoraires
L'équipement carte Vitale
...

2. Trouvez

Les coordonnées
Le détail de l'activité
Les horaires de consultation
Les durées d'hospitalisation
...

3. Comparez

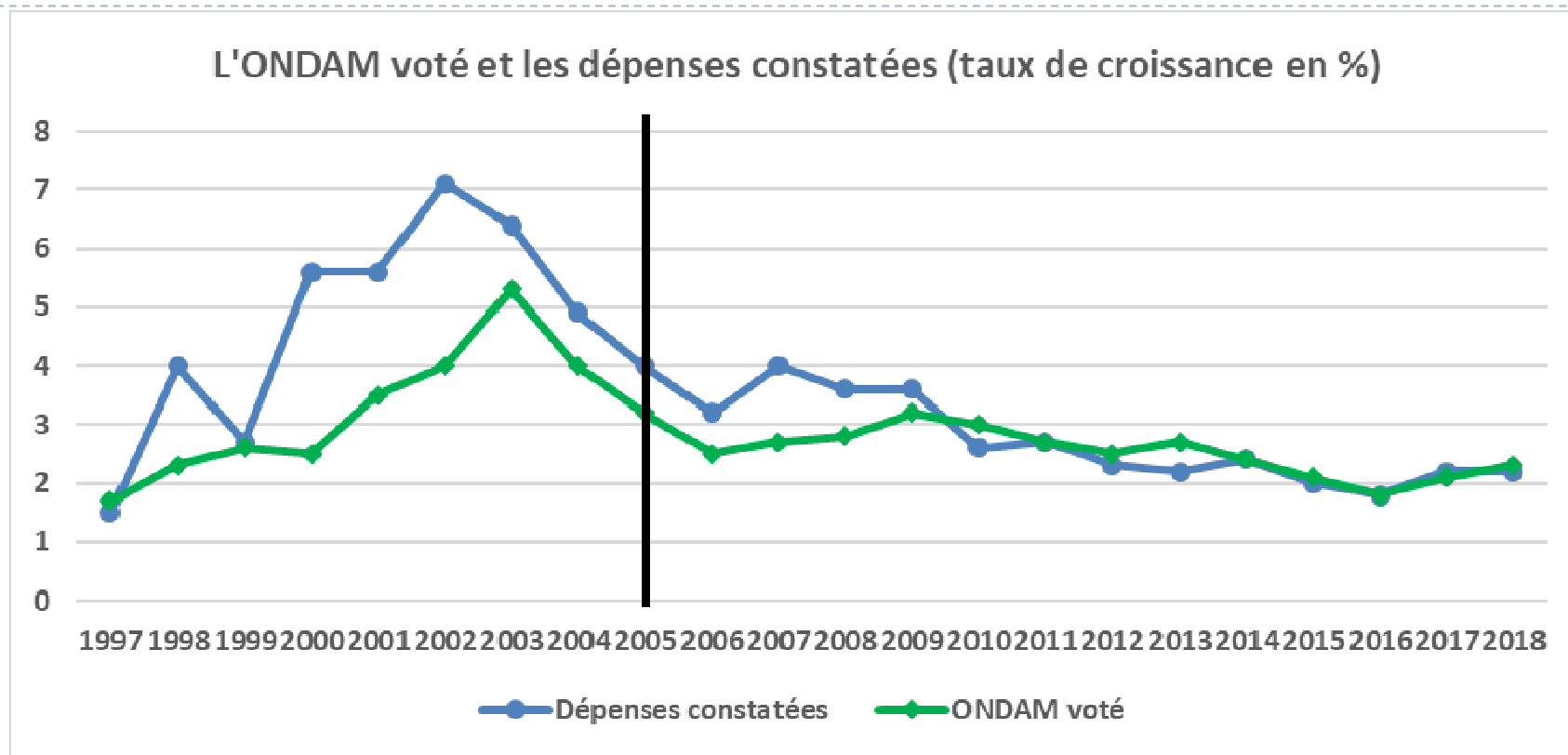
Les tarifs
Les bases de remboursement
...

医師の情報、医療機関の情報を検索できます

価格、専門家、成績、場所などなど、いくつかの条件からの検索も可能です。

ただ「NHSChoice」のような評価はされていません。（病院の場合は成績が分かります）

医療保険全国支出目標



2005年よりスタートしたかかりつけ医制度の効果もあるのか、大きく総支出額抑制されており、結果として、9年連続でONDAMが達成されている。
2019年には社会保険部門として黒字。
2024年には累積赤字の解消が見込まれている。

かかりつけ医を探すための手段としての薬局



主治医を選ぶ方法が分からない時は、薬局へ。
Croixverte（クロワ ヴェルトゥ）という緑の十字
マークが出ている建物が薬局です。
近隣医師の評判などを知っていますし、フランスの
場合、国民の80%が薬剤師は「健康アドバイザー」
という認識を持っているそうです。

医薬品は大きく2種類あります。

- 1) PMO（処方箋医薬品）・・・処方箋がないと購入できない
- 2) PMF（処方箋任意医薬品）・・・処方箋がなくともOKだが、ない場合は全額自己負担

またPMFは処方箋がある場合でも、医薬品ごとに償還率が異なるのが特徴。

償還率100%・・・白いシールに線の印（HIV薬、糖尿病薬、抗ガン剤 など）

償還率65%・・・白いシールのみ（重要な医療処置に必要な高い治療効果を持つ薬剤）

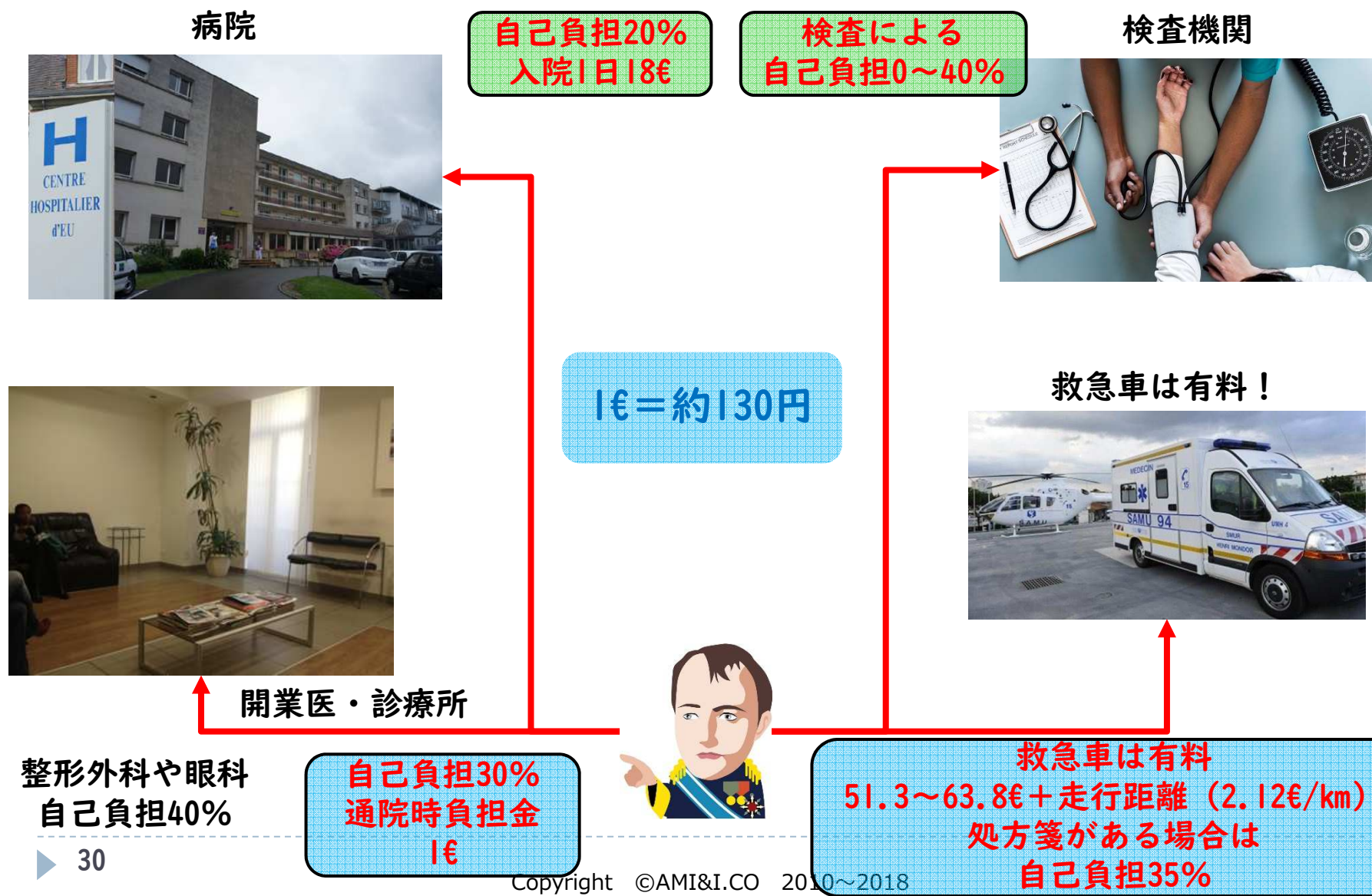
償還率30%・・・青いシール（急性疾患などに対応する中度の治療効果を持つ薬剤）

償還率15%・・・オレンジのシール（薬剤の中でも程度の治療効果を持つ薬剤）

なお、医療保険償還率0%の医薬品は、PMF-NRと言います。

フランスでは医薬品の広告は原則できませんが、PMF-NRの一部は認可を取れば広告可能
となっています。（日本でいう、OTCに該当）

医療費の支払～償還率～①



医療費の支払～償還率～②

【医療費の償還率】

かかりつけ医を通じて医療機関受診：診療費の70%（自己負担分は30%）

かかりつけ医を通さず医療機関受診：診療費の30%（自己負担分は70%）

※歯科・口腔外科医への受診は、大きな外科的処置をする場合を除いて、かかりつけ医を通さずとも基本的に診療費の70%が還付される。

病気やけがの種類、処置や処方によって、償還率と患者の自己負担金額は異なる場合があります。その他の償還率の一例も挙げておきます。

（2017年7月現在）

看護処置やマッサージ・整骨、運動療法等の医療補助的処置：医療費の60%

諸臨床検査：60から70%（エイズ・C型肝炎に対する検査は100%）

眼科：60%（眼鏡に関しては保障上限額などの細かな規定あり）

補聴器：60%

整形外科：60%

医療機関へ（から）の輸送費：65%

医療費の支払～償還率～③

フランスの医療費負担の種類

1) 健康保険（セキュ）

病気ごとに設定。基本的に7割対応。

2) 自己負担

最低1€の負担は必須。（ここは保険対象外）
かかりつけ医なら3割の自己負担。

3) 補足的医療保険（ミュチュエル）

自己負担金分の支払をする互助保険。オプションが多様。
また年齢や性別で保険料が変わる。

4) コントラ・レスポンサーブル（CR）

2016年よりスタート。会社員へ加入義務させる必要がある。

薬の費用の償還率

フランスでは薬は薬効などにより5段階に分類。

100%：代替がなく、命に関わるような医薬品

65%：基本的な医薬品、一般的な処方薬。

30%：頭痛薬など、軽症な患者向け医薬品。

15%：処方箋なしの医薬品（日本の2類医薬品）

0%：所謂、OTC

また処方箋についても、医師から「代替不可」と記載がない限りは、ジェネリック医薬品を薬局で薬剤師が処方できる仕組み。

また長期かつ高額な医薬品や経済的事情で支払いが困難な方に限り、無料で処方することができます。

世界各国の薬剤費抑制策

保険償還や価格に介入	
保険償還の対象品目を制限（ポジティブリスト）	英国・韓国・オーストラリア など
医薬品の種類や特性（疾患の重篤性や効果、ほかの治療法と比べた場合の有効性）などに応じて償還割合を変更	フランス
高額薬剤などについて、支払い側と製薬企業の合意の下、投薬効果や使用量に応じて価格や負担を変更（リスクシェアリング）	イタリア・韓国 など
企業の利益に介入	
公的保険者が、製薬企業から出荷価格に対して一律に割引（返金）を受ける	ドイツ など
製薬企業の利益率に閾値を設け、それを超えた場合に薬価の引き下げや返金を求める	英国
薬剤費総額（外来・入院など分野別）を予算制にして抑制	フランス
使用に介入	
推奨医薬品リスト（フォーミュラリー）やガイドラインを作成	米国・英国 など
医療保険の償還基準額を超える医薬品について、超過分を患者の自己負担とする（参照価格制度）	フランス・ドイツ など
その他	
費用対効果を評価し、その結果を保険収載の可否や償還価格の調整の資料とする（費用対効果評価・医療技術評価）	英国など多数
慢性疾患などのハイリスク患者に対して、重症化予防などを行い、重症化による高額薬剤の使用を防止	フランス・ドイツ など

経済財政諮問会議経済・財政一体改革推進委員会社会保障ワーキンググループ（17年4月11日）内閣府提出資料をもとに作成

フランスの薬剤師さん

☆フランスの薬剤師

2002年の法改正で、処方箋に「商品名」ではなく、「成分名」を記載するようになりました。よって、フランスの薬剤師さんは、患者に出す「商品」を選ぶ権利があります。

基本的に「後発医薬品」を出します。

さらに！！

2012年以降、フランスの薬局では、ジェネリック医薬品への変更を承認しない患者に対して、償還払い(患者が一旦全額を支払い、後日申請することで、超過分が返還されるしくみ)のみの対応となりました。

また地域で薬局の休日・夜間当番が決まっており、夜間でもどっかの薬局がやっています。その場合、割増金（4～6€）が発生します。

PHARMACIE DEGARDE : <https://www.pharmacie-de-garde.org/>

フランスの薬剤師さん、強いです。

フランスの薬局



閑話休題①

頭が痛い時は、「J' ai mal à la tête. (ジェ マラ ラ テット)」
喉が痛い時は 「J' ai mal à la gorge. (ジェ マラ ラ ゴルジュ)」
お腹が痛い時は 「J' ai mal au ventre. (ジェ マロ ヴォントル)」



ドリプラン (Doliprane)
フランスの万能薬、ドリプラン！
とりあえず、一本いっとく、感じのドリプラン！
フランス人のドリプラン万能信仰はすごいぞ！

閑話休題 処方箋もちょっと違う

フランスは完全医薬分業です。開業医から医薬品を購入する事はできません。

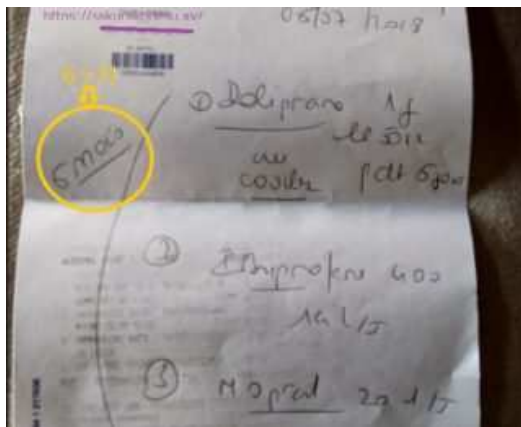
処方1回につき0.5€の負担金が生じます（年間50ユーロが上限）

フランス政府は、2010年の医療制度改革にて、複製医薬品（所謂、ジェネリック医薬品）

の利用を推奨しています。ドイツやイギリスの複製医薬品の利用率が30～50%に対して、フラ

ンスでは13%前後と低い為であり、医療費抑制の観点から推進策をとっています。

ちなみにフランスは欧州1の医薬品消費国であることも付け加えます。



この処方箋の期間は6か月で、
それぞれの薬の数量を記載しています

薬を買う度に、処方箋の裏側に、購入日と購入個数が記載されて、処方された期間内に、何回購入されたかが印字されますので、処方された以上の薬は購入できないようになっています。

在宅入院制度とは何か？

在宅入院（Hospitalization at Domicile：以下「HAD」）

原型は1951年発足。もともとは結核患者の自宅療養の為の制度。

病院勤務医および開業医により処方される患者の居宅における入院である。

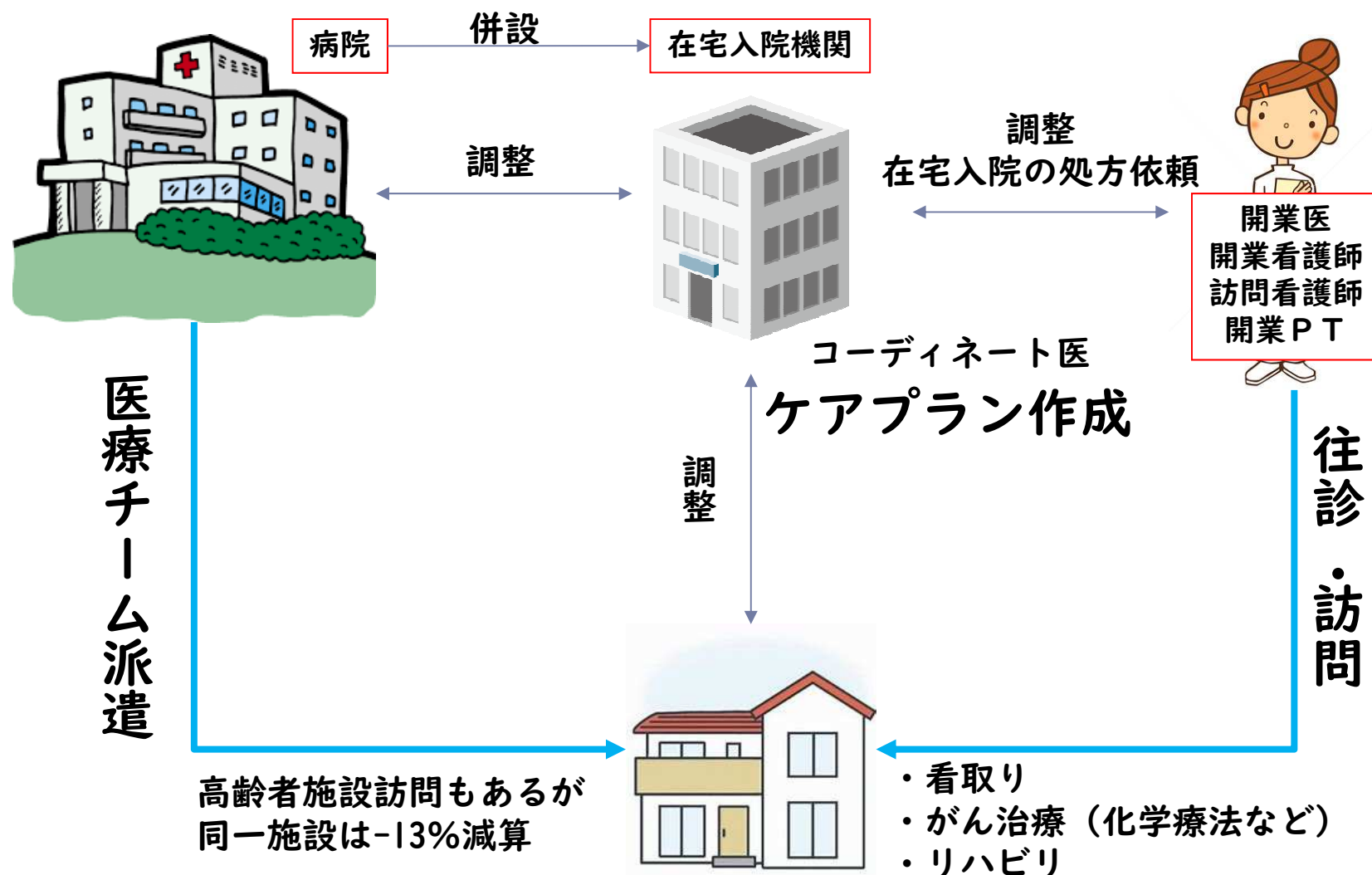
予め限定された期間に（ただし、患者の状態に合わせて更新可能）、医師およびコ・メディカル職のコーディネートにより、継続性を要する治療を居宅で提供するサービスの事。

患者の居宅を病床とみなし、医療ニーズの高い退院患者に対し、在宅入院機関（公立病院の急性期病院の場合は併設が義務）が病院の医療チームと個人開業者と協働で、退院後も入院と同レベルの医療サービスを提供するものである。

月30時間（1～20日、ただし更新はできる）を限度に行われる多職種・他機関による集中的なケアマネジメント。

日本と異なるのは、「介護」のようなものは含まれず、あくまで医療サービスの提供に特化している点が挙げられる。

在宅入院の図



在宅入院の歴史

1991年 病院改革法による制定。

入院治療を支える方法として導入。周産期からターミナル・ケアまでを対象。

在宅入院サービスは地域圏医療計画の規制対象。

基本的に病院がサービスを提供している。

- ・ 在宅入院の対象疾患であること（リハビリから終末期まで）
- ・ 在宅入院が認められている地域である事
- ・ 在宅入院が可能な住宅基準を満たしている事
- ・ 連携医の作成した治療計画に基づき、1～20日までサービスが受けられる。

費用 自己負担20%＋入院定額給付金18€／日。

但し、特定長期疾患などは自己負担なし。

☆イメージ

訪問診療ではなく、看護師を主体とした医療処置が中心になっている。

全医療行為の30%が、がんの処置関係。

在宅入院制度（HAD）



フランス全域で309か所で実施(2014年)
年間約10万人が利用

公立急性期病院は併設義務化

- 1) 実施地域である事
- 2) 住宅が基準を満たしている事

日本の在宅医療との違い

- 1) 許可病床制なので、人員配置などは厳密に決められている。
- 2) 開業医（もしくは勤務医）が「在宅入院」を処方する。
- 3) 連携医（診療を兼ねてもよい）と言う、病診連携の調整を担当する医師がいる。
- 4) 在宅入院機関なる調整部署（NPOなどが運営主体）がある。
- 5) HASによる外部評価団体の許認可を得ている事。

日本との共通点（課題）

- 1) 多職種連携が必要不可欠。
- 2) マンパワーが足りている訳ではない。
- 3) 医療も大事だけど、コミュニケーションも大事。
- 4) ベースは看護師さん

在宅入院制度（詳細）

人員基準：6床あたり常勤換算で職員1名以上の配置。配置職員の半数以上は看護師である必要があり、30床以上の許可を得た場合は、管理看護師を1名配置する事。

勤務体制：3交代もしくは2交代による24時間体制。

専門職の配置

コーディネーター医師：勤務医や開業医と連携して、医学ニーズを調整する。

管理看護師：日本のケアマネージャーに相当、ソーシャルワーカーと共に自宅に訪問し、ケアプランを作成する。患者・家族・医師・看護師等の調整役。

一時的ケア
ケア期間が限定的

継続的ケア
看取りなど

リハビリテーションケア
社会復帰目的

在宅入院と訪問看護師

病院

高度医療サービスに
特化した
短期間の訪問看護

急性期の高度医療に特化した訪問看護。
急性期病院に付属しており、病院スタッフチームが担当している。原則30日まで。
それ以降は、以下の開業看護師等に引き継ぐ。

開業医 & 開業看護師

在宅看護サービス事業所

日本の看護ステーションとほぼ一緒。ヘルパー等とペアで、主に要介護高齢者に対して看護サービスを提供する。

開業看護師

看護師の約15%。
自宅で開業しており、医療サービスはもちろん、患者の相談、助言、教育指導など、日本のケアマネージャーに近い仕事などもしている。
2007年から一部薬の処方もOKに。

さて、ここから本題です

フランス 医療提供体制

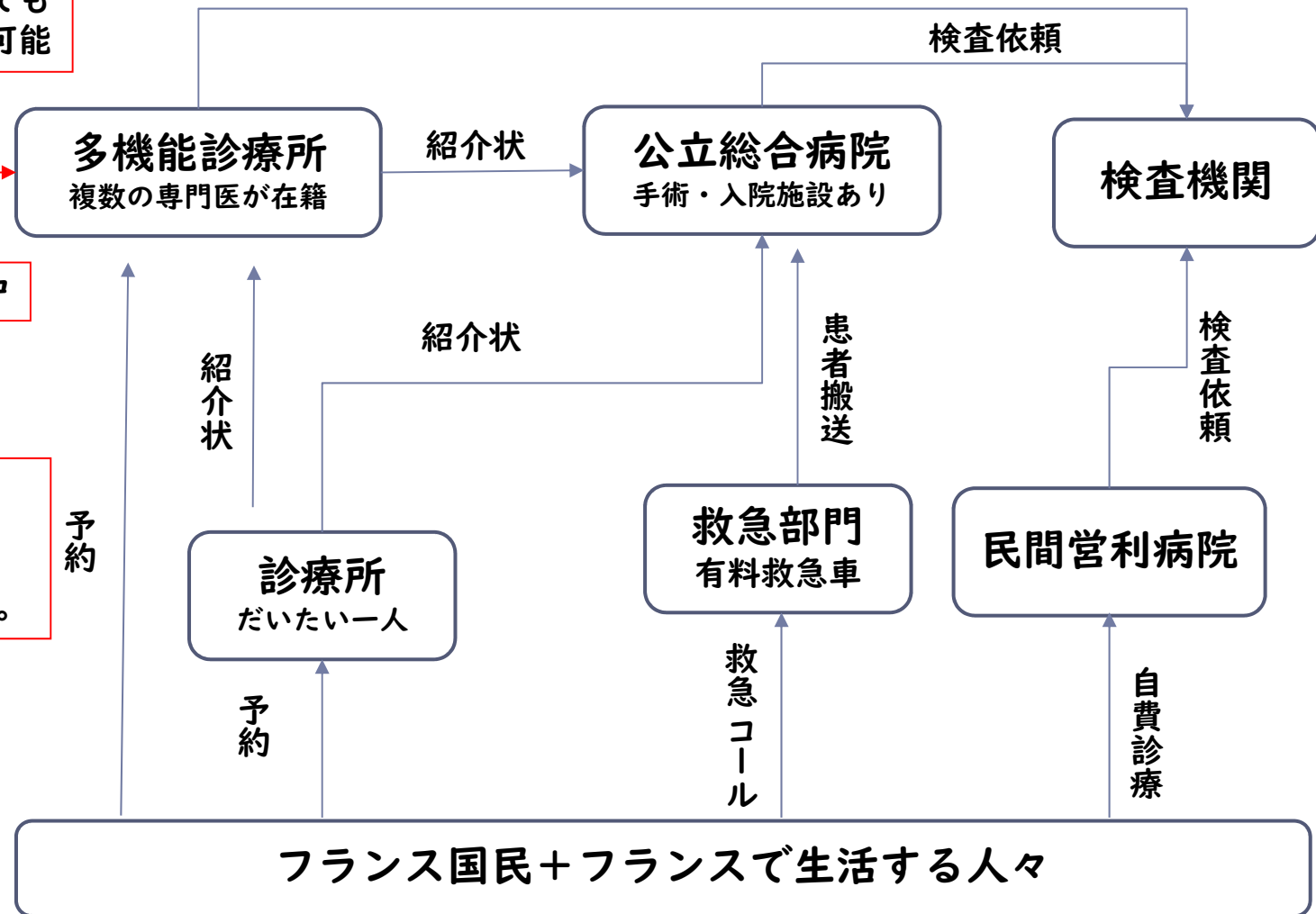
フランスの医療機関と役割

検査機関は原則外部
予約して検査してくる

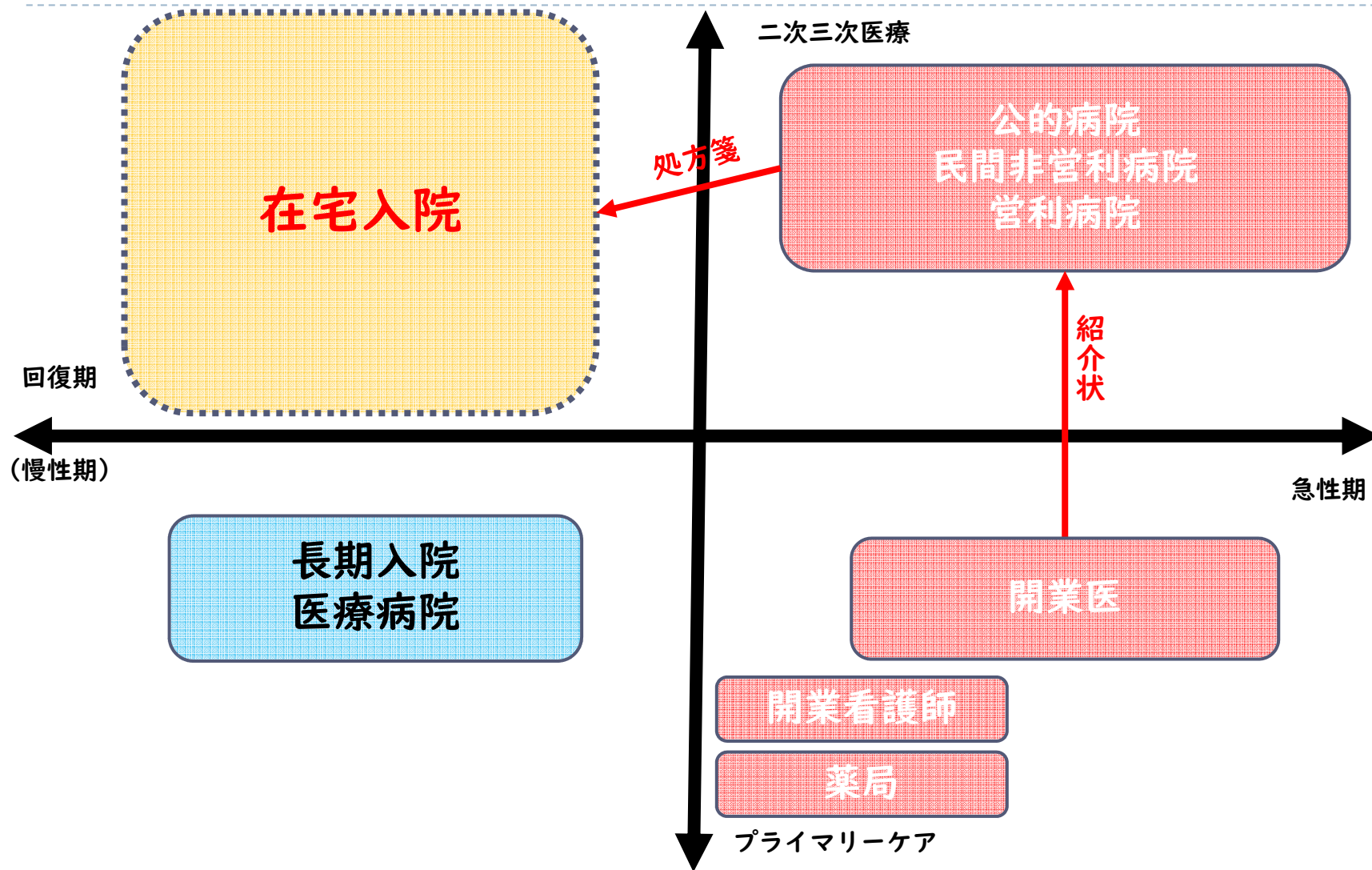
紹介状がなくても
専門医受診は可能

現在、強化中

病院は外来診療
をしない。
病院と診療所の
棲み分けが明確。



フランスの医療機関と役割



参考：フランス独自の医師クラス

フランスの医師はセクター1、2、3と3つのクラスに分けられる。

セクター1

全国協約に拘束される医師（協約医）。ただし、社会保障などは手厚い。

一般医：102,140名

専門医：117,694名

セクター2

全国協約の適用を受けるが、協約に定める以上の料金請求できる医師。

総合病院との掛け持ちや、技術力の高い医師などがなれる。問題がよく起きる。

なので、現在は増やしていない。（細かい話をするとならに2種類いる）

一般医：6,712名

専門医：21,742名（外科5000名、産科3000名、眼科2500名、精神科2000名）

セクター3

非協約医。自由診療を専門とする医師群。

美容整形などの自費領域を専門とする医師群。とてもお高い。

全体の0.5%。

医師で何が違うの？

		協約料金	償還基礎額
一般医	セクター1	25€	25€
	セクター2	自由料金	23€
専門医	セクター1	25€	25€
	セクター2	自由料金	23€
精神科	セクター1	41.7€	41.7€
	セクター2	自由料金	39€

償還率

かかりつけ医 70%
それ以外の医師 30%



フランスの医師数

医師数218,018人（2016年） → 医師数220,398人（2018年）
女性医師 44% 女性医師 46%

1970年 医師数6万人 ⇒ 1970年代後半～1997年まで医学部定員抑制
1997年より医学部定員増（3600名⇒7500名）

フランスでは、受験はなく、バカロレア（高校に該当）を卒業すれば、どの大学のどの学部にも入学可能。ただし、大学2年生への進級時に選抜される。2年生へ進級できるのは15%との事。

フランスの医師問題

- ・ 医師の偏在化（南高北低）
- ・ 主要都市に集中
- ・ 医療過疎地域の開業医不足

フランスの医師の特徴

- ・ 女性医師の増加（20～30代では6割が女性医師）
- ・ 医師の高齢化（平均51才）

フランスの医師の4つの自由

患者による医師の選択の自由

医師の開業の自由

医師の処方^①の自由

医師の診療報酬決定^②の自由

自由、超大事！

一部制限あり

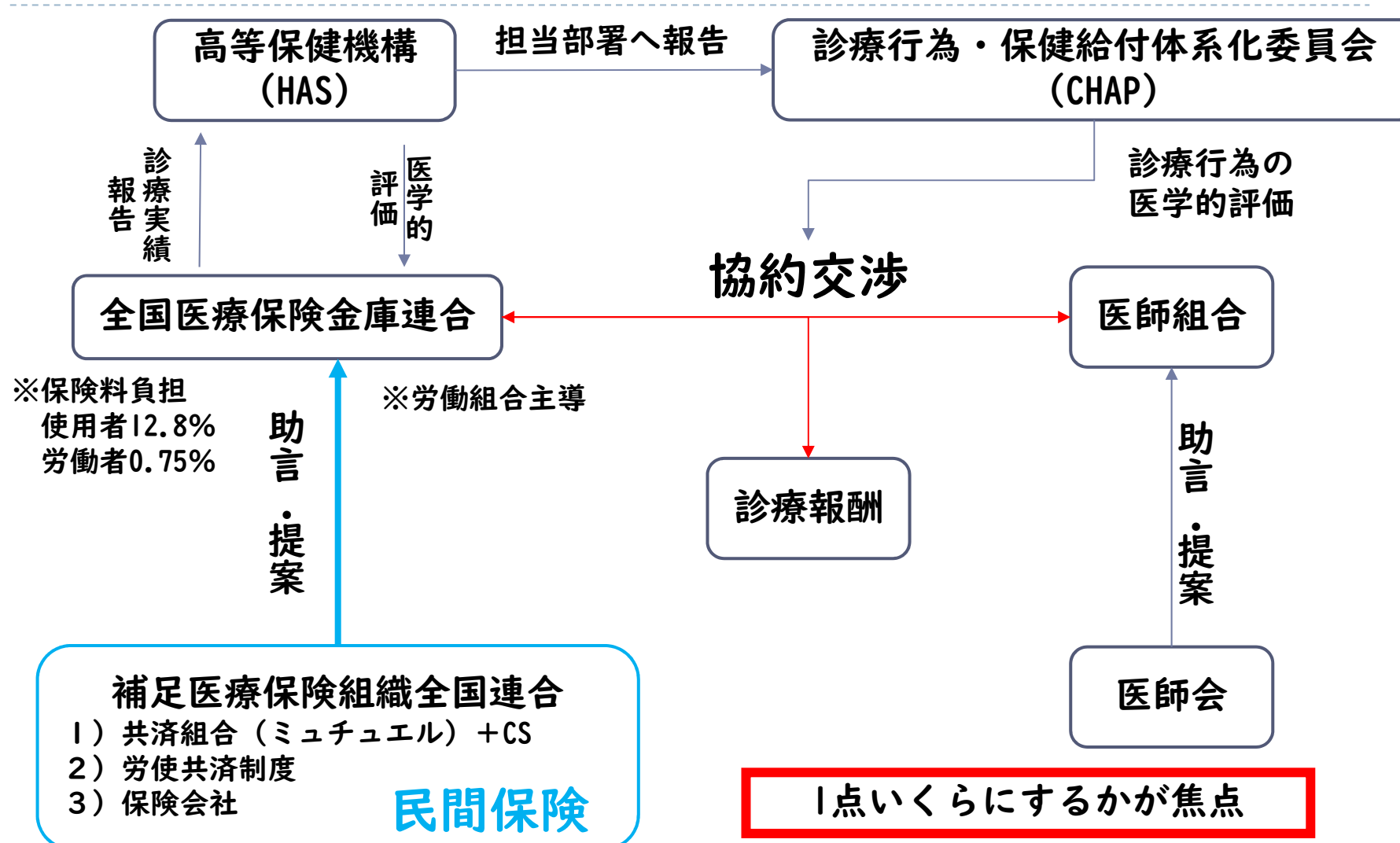
ー医師国家免許 (Diplomed' Etat de Docteurs en Medecine) を取得後、フランス国内で医師業務を行うためには以下の条件を満たさなければならない。

- ・フランス又はE C、E E C 圏諸国の医師免許
- ・フランス又はE C、E E C 圏諸国、チュニジア、モロッコ、アンドラの国籍保有
- ・フランス語能力の証明
- ・医師会 (L' Ordre des medecins) への登録

ーフランス、E C、E E C 外で医師免許を取得したフランス国籍を保有する医師及び、外国籍の医師の場合、上記に加え、以下の条件を満たせば、医師業務に従事できる。

- ・保健省の許可
- ・（医師として）3年以上の病院勤務経

診療報酬の決め方



開業看護師と理学療法士

フランスでは、看護師の国家資格を持っていれば、誰でも開業可能。（理学療法士、作業療法士、言語聴覚士なども開業可能）

医師の包括的指示箋の下、一定の裁量権が認められており、褥瘡の処置ほか、材料や医薬品の処方なども可能。

報酬体系は、出来高制。

ただし、**医療支出目標額（ONDAM）**を超える場合、目標額を超過した場合、遡って、1点当たりの点数を引き下げる協定になっている。（医師は猛反対して、そうならない）

だいたい、8万人が開業看護師（フランスでは自由看護師と呼ぶ）をしており、地域医療を支えている。（ちなみに看護師は、フランス全土で約62万人）

理学療法士も、医師の指示箋の下で、一定の裁量を持って、決められる。

理学療法的検査ののち、評価票を作成。それに基づいて、理学療法の内容と回数を決定する事ができる。

医師と組んで多機能診療所で働いたり、大規模理学療法診療所で勤務したりしている。

地域圏医療庁での主だった取組

2009年よりスタート。

1) 地域圏予防計画

医療行為だけでなく、予防を地域で取り組んでいく。

2) 地域圏医療組織計画

医療圏ごとに、外来診療部門、病院部門の提供する医療の量的目標を設定し、これに基づいた医療提供計画を立案する。

- ・地域病院共同体・・・公立病院間で効率的に医療資源を共有活用するという組織
- ・医療協力連合・・・公私の医療機関などでの医療設備などの共用を目的とする

3) 地域圏社会医療組織計画

従来の医療だけでなく、福祉領域も対応していく。

※) 協力・連携のための新報酬制度 (2015～)

多職種連携や、慢性疾患への予防、教育についての予算。

モジュール1 「連携報酬」 人頭制+出来高での分配払い

モジュール2 チーム構築経費、職員への必要な研修費、疾病教育プログラム

モジュール3 認知症、たばこ、糖尿病、心血管障害を対象に医師が看護師に権限譲渡して対応する包括払いの仕組



地域圏医療病院グループの導入

前項の地域病院共同体が自律的な連携を、という仕組みだったが、全然自律的に連携をしてくれないので、強制力を持たせた取組。
公立病院の参加が義務化された。

- 1) 地域住民の医療ニーズと供給体制の連携についての計画を一緒に作る
- 2) 地域医療圏評議会の設置（地域ニーズのヒアリング）

HPST法の強化をする形で、より強制的に実施するようになった。
医療政策を当該医療圏の当事者が考える、といった分権的な機能を有しており、
地域保健のデモクラシー（民主化）という意味合いが強い。

住民の声を聞いて、地域の医療ニーズを探る事を
フランスでは制度としてアプローチ

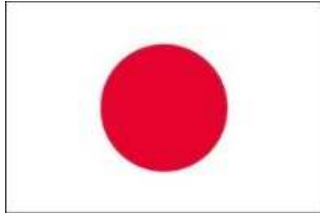
質疑応答2回目



フランスと日本の医療制度の比較

仏蘭西		日本
社会保険方式	財源	社会保険方式
RMO（医療指標） 高等保健機構（HAS）	Quality	医師の自主管理 学会
一部負担	Cost	一部負担
制限あり	Access	フリーアクセス
病診分離	提供体制	病診混合？
Assurancemaladie	情報提供	玉石混合

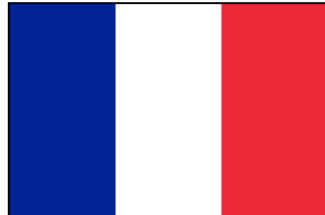
コスト 日本 VS フランス



基本 3 割負担

高齢者はより低負担（収入により 1 ～ 3 割）

民間保険はあんまり浸透していない

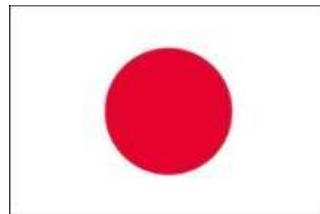


外来 3 割・・・ミュチュエルによる自己負担 1€／回 50回まで

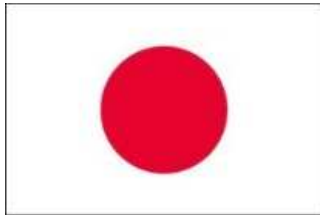
入院 2 割・・・ミュチュエルによる自己負担 18€／日

検査 0 ～ 4 割・・・検査内容による

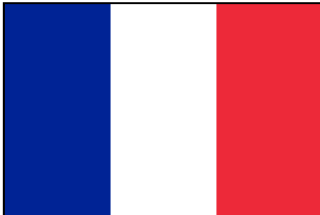
高齢者も原則同じルール



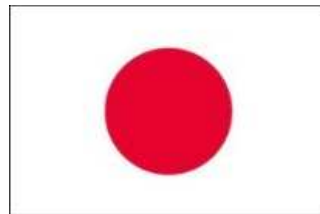
アクセス 日本 VS フランス



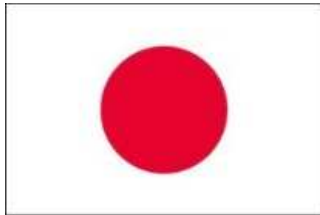
どこの診療所、病院もかかり放題
200床以上の病院に限り、紹介状なしで選定療養費の定額負担



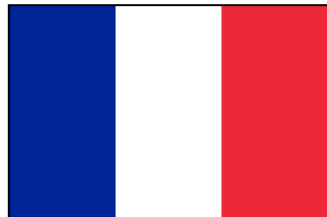
16歳以上は「かかりつけ医」登録が義務
紹介状なしに、他の医師を受診すると自己負担7割
検査機関は要予約で別組織
紹介状なしでは、原則、病院は診察してくれない



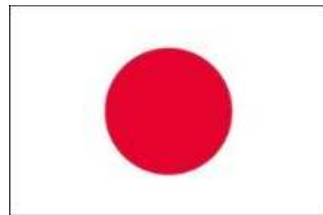
クオリティ 日本 VS フランス



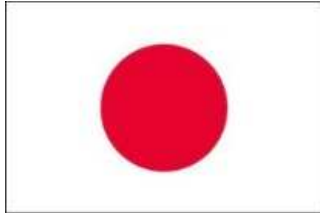
電子カルテ情報は医療機関ごとに別々
診療方法も基本的に医師の判断、特に罰則はない
厚生労働省がポスター作製してくれる



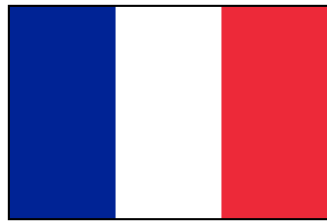
DMPにより診療記録の共有化（日本でいうEHR）
RMO（拘束力のある医療指標）の導入
ANAP（全国医療・社会医療機関支援機構）の創設



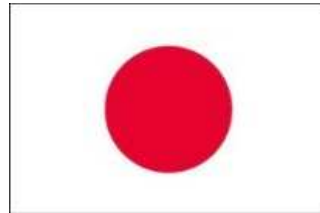
救急医療 日本 VS フランス



救急車は無料
救急車の出動回数が超増加傾向、問題化
出動要請は原則断らない（2019年から対策開始）
ドクターカーは比較的普及してきた



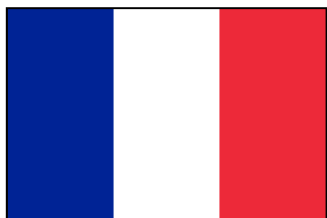
救急車は有料が原則
救急車の処方箋もある（自己負担率35%）
電話でトリアージ、重症じゃないと出動しない
モバイルERという高機能救急車がある



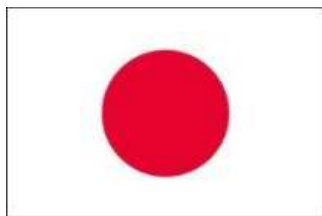
在宅診療 日本 VS フランス



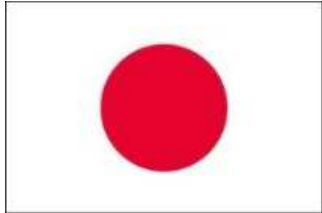
6か月以上、対面で診療をしている患者が対象
上記かつ最後の対面診療から2か月間以内の患者が対象
診察料は超安い
処方箋も出せる



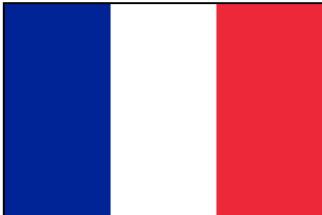
1年以内に、当該患者に対面診療をしたことがある事
かかりつけ医orかかりつけ医の紹介した医師しかダメ
診察料は対面と同じ
処方箋も出せる



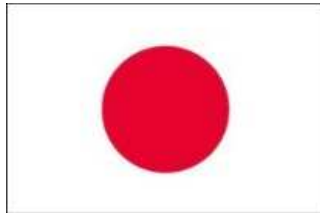
遠隔診療 日本 VS フランス



6か月以上、対面で診療をしている患者が対象
上記かつ最後の対面診療から2か月間以内の患者が対象
診察料は超安い
処方箋も出せる



1年以内に、当該患者に対面診療をしたことがある事
かかりつけ医orかかりつけ医の紹介した医師しかダメ
診察料は対面と同じ
処方箋も出せる



テーマ投入：フランス 遠隔診療

2018年9月より、フランスでも遠隔診療が医療保険の適用OKになりました！

【条件】

- 1) 1年以内に、当該患者に対面診療をしたことがある事
- 2) かかりつけ医orかかりつけ医の紹介した医師しかダメよ

【やり方】

- 1) 患者に対してネットの上のサイトやアプリへの接続を説明する事
- 2) 医師は処方箋を出す事や、検査の処方を出す事ができる
- 3) 診療記録はDMP（電子化された健康手帳みたいなもの）に残る
- 4) 費用は対面診療と同じ。



現在は、医療過疎地を中心だが、薬局内に遠隔診療室を設置したりしている。

すげえな、フランスの薬局。

簡単な検査機器なども室内には設置されており、医師の指示で患者自身が使ったりもするっぽい。

日本の遠隔診療とはコンセプトが違うし、保険償還をする事を前提に構築している部分がフランスの方が上。

本日の総括

わりと、日本とフランスは社会保険制度を導入しているというだけでなく、制度運用の仕方も似ていると思います。

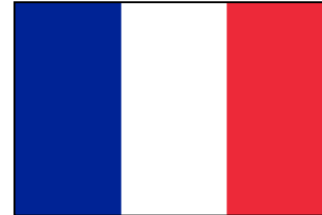
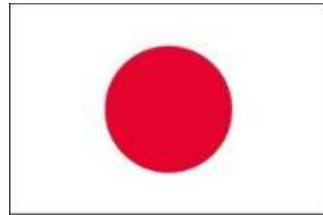
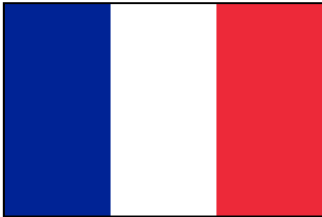
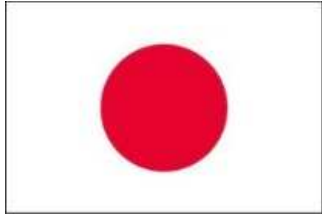
一方で、似て非なるものとされる部分としては、保険組合の強さといえるかと。フランスでは、医師組合と保険組合が診療報酬価格を決めており、また不足する負担金を政府が担う一方で、ONDAMという支出制限を設けています。民官政が医療について目的意識を持って、運用している点です。

日本は官政の力が強く、また自民党の票田が農村部とあって、高齢者に優しい医療政策をし続けてきた結果、存続が危うくなるほど、医療費が膨れ上がってきています。

景気が良い時はよかったのですが、30年も不景気が続くとなると、流石に誤魔化すのも無理が生じてきている、というのが現状です。っていうか、ホントにこの国、暴動起きてもおかしくないよ？

という訳で、初日は日仏医療制度7番勝負で終わらせたいと思います。

日本 VS フランス テーマ：



次回は1月5日

きょうは
ありがとう
ございました

じかい
おろんだぞ
おあいしましゅう