

第15回アジア医療勉強会  
「フランスの保健医療 ー現状と課題ー」  
入江 芙美 氏

司会 定刻になりましたので第15回の勉強会を開催させていただきます。

今日は師走という本当に忙しいところ、おいでいただきましてありがとうございます。  
12月に開催するかどうか迷ったのですが、一つは入江先生他、講師の方のご都合と、それから実は2009年のちょうどこの日に、この一般社団法人を登記したものですから、ちょうど3年たったということで、記念すべき日です。これもいろいろとご参加の皆様方のご支援があって、どうにかこうにか今日の日を迎えられたと思っています。

早速ですが、今日は入江さんに無理にお願いしましてお話をさせていただくことにしました。遅れている方もおられると思いますが、おいおい30名ぐらいになると思います。

入江さんは私と同じ厚生技官で、ちょうど私が技術総括審議官のときに健康危機管理ということで、何という名前だったか忘れましたが、世界の先進諸国数カ国、8~10カ国が集まってやりました、生物テロや放射線テロだとかそういうものを予防、防止をするというところでの国際会議がありまして、一人ではないのですが、そのときに彼女は中心になって頑張っていたわけですから、非常に才気あふれるし仕事も一生懸命、能力の非常に高い女性です。

キャリアは後ほど自己紹介されるかもしれませんが、九州大学医学部を卒業されまして、私のところにいた後、フランスに留学されました。非常に難しいテストを受けられて、もちろんフランス語はべらべらですから、それ以上のナレッジを持っておられて帰ってこられたので、一度、私もお話を聞きたいなと思っていたわけですから。今日はそういうことで40~50分、「フランスの保健医療—現状と課題—」ということでお話しさせていただきますが、ほんのエッセンスだと思います。また質疑をさせていただければと思います。

それでは、入江さんを紹介しますので、よろしくをお願いします。

入江 ご紹介いただきました入江です。

今日、いただいたお題が「フランスの保健医療—現状と課題—」ということでかなり堅いタイトルなのですが、もう少し、フランスという国はどういうところかみたいな話から入っていきたいと思っています。

西山理事長のほうからしていただきましたが、簡単に自己紹介をいたしますと、2002年に医学部を卒業しまして、2年間、医師臨床研修の後、厚生労働省に入省しました。入省した後は環境省、健康危機管理などをやった後にフランスに2年間留学をさせていただきました。帰ってきた後は食品安全部、結核感染症課などでいずれも危機管理のような部署をやった後に、昨年からは九州厚生局の医事課というところにおります。

この国立行政学院のことは後ほど少しご紹介しますが、あくまで行政官を養成する学校で、特に保健医療に特化した公衆衛生大学院のようなところではありません。ですので、私がフランスで学んだのは行政一般というほうが近いかと思います。ですので、私の話も何となく、少し広い分野での話になることをご了承いただければと思います。

最初に「遠くて近い国、フランス」ということで写真を載せています。これはフランス政府の観光局が「フランスに来てください」というキャンペーンのために数年前に使ったポスターですが、こちらがご存じのモンサンミッシェルです。こちらが広島県の安芸の宮島です。同じ海の中に立つ祈りの場ということで、キャッチフレーズが「神様の名前はちがっても、祈る気持ちは同じでした」。

ということで、おそらくフランスと聞かれると、まず地理的に遠いという物理的な遠さもありますし、それから何より、やはりフランス語というのがバリアになって、遠いというイメージを持たれるのではないかと思うのですが、実はいろいろ知ると、近いところもかなり多くあります。特に、身近なところでいいますと、非常に食へのこだわりが強い。フランス料理に匹敵するぐらい、やはり日本人も懐石など見た目にもこだわりますし、その辺り近いなと思うところがあります。それから、芸術にかける熱意というのもやはり近いなと思うところがあります。

簡単に今日のお話のアウトラインですが、フランスという国全体について少しお話をした後、保健医療制度を概要ですが、お話しします。それから、課題ということで、いったいどういうことを検討しているのか、その辺りをご紹介します。

お手元にあるものと少し変えて、順番が若干前後したりしていますが、基本的には同じです。

最初に「フランスという国」ということで、基本データをお示ししています。

面積でいいますと、ちょうど1.5倍ぐらい。人口が2分の1ぐらい。ですから、人口密度にするとやはり3分の1ぐらいです。それから、平地が非常に多いので、山地の多い日本に比べると人口がかなりばらばらと点在しています。これは医師不足問題のときなどはかなり医師の偏在というところで問題になってきます。

それから、婚姻数をあげました。実は、婚姻数は24万組ぐらいでかなり少ないように見えるのですが、向こうはPACSといって、結婚以外にも同居するカップルを保護するための制度がありまして、それは実は同性でもいいのですが、これを利用するカップルが非常に多いです。そういうカップルから生まれた子供は婚外子といわれます。日本の婚外子

のイメージとだいぶ違うんですね。向こうは PACS を選択する若者も、ちょうど結婚を選択する若者と同じぐらいいますので、その辺り、出生率が上がっているという話をすると、婚外子がフランスは多いからという説明をされることが多いのですが、日本で一般的にいう婚外子が多いわけではありません。

例えば、オランダ大統領が今年就任しましたが、オランダ大統領も長年セゴレーヌ・ロワイヤルという人と共同生活をしていました。彼らも実は結婚をしていなくて、しかし子供が数人います。これも PACS を利用しての子供です。

合計特殊出生率が 2 に乗っているというのが、よくフランスでは女性が子供を産んでいるといわれるゆえんですが、実はフランスも 1990 年代までは、日本に比べるとまだ高いのですが、1.6 ぐらいまで出生率が低下したことがありました。その後、V 字回復をして今、2 まで戻ってきています。一つは、年をとってからも女性が産むようになった。30 代の出産が非常に多くなってきています。

それから、高齢化率です。まだ、日本と比べると 16.8 ぐらいですが、やはり先進国ですので高齢化が進んできています。

それから、GDP です。人口が 2 分の 1 ですので、ちょうど GDP も半分ぐらいですが、一人当たり直すとほぼ同じぐらいだと思っていただければいいです。

それから、失業率はやはり日本と比べると高いです。それは非常に雇用が守られているところがあるので、いったんポストについてしまうと、その次の人が新しく市場に参入できないというところがあって、若者の失業率が 20% 近く、非常に高いという状態です。

ただ、全体的に見ていただくと、例えば日本と中国、日本とアメリカというほどの差はなくて、非常に比較するにはほどよい規模だといえるかと思います。

保健医療ということなので、人口ピラミッドを示していますが、高齢化率が高いです。これは赤字のところは 2060 年の予想です。日本は 2060 年だけの予想が示されていますが、日本に比べるとやはり出生率が上がっている分だけ、かなり下の若い世代も、2060 年になってもかなり厚く、この層も厚いということがわかっていただけるかと思います。

平均寿命もまったく日本と遜色はなくて、男性で 78 歳、女性で 84.8 歳ということで、ほぼこれも日本と並ぶと思っていただければいいかと思います。

ですので、こういうのを見るとかなり近い国だということが感じていただけるのではないかと思います。

次に、政治制度、政治行政の話を中心にさせていただきますが、フランスは大統領制で

す。日本の議員内閣制とは違いまして、5年に一度選挙があります。今年、その5年に一度の選挙の年でしたので、いろいろと報道をご覧になった方もいらっしゃるのではないかと思います。前任のサルコジ大統領を破って、17年ぶりに社会党の政権が誕生しました。

それから、議会は二院制で、衆議院に当たるのが国民議会、参議院に当たるのが上院です。これはほぼ似たようなシステムで、下院のほうの国民議会は解散がありますが、任期が5年です。上院のほうは、これは任期が6年で3年ごとに半分改正です。これは直接選挙というよりは、地方議会議員などが投票権を持っているという選挙方式ですので、少し日本の参議院とは異なっています。

フランスの政治の歴史を簡単にご紹介します。というのは、フランスのいろいろな制度を見るにつけ、ずいぶん昔からのものを引きずっているなということが多いため、簡単に歴史を振り返ります。

有名な1789年のフランス革命で、アンシャン・レジームといわれる封建制度が倒れました。その後の19世紀はかなり激動で、共和制と帝政が入り乱れた時期です。ですから、アンシャン・レジームが倒れたからといって、すぐに完全な民主主義、共和制に行ったわけではないのですね。

20世紀に入ってから、戦前、第三共和政でコロコロ政府は変わりましたし、戦時中はこのドイツの傀儡政権が発足をする。そして戦後、リベラシオンでパリが解放された後も、第四共和政で、ここでもまた、たしか12年間のうちに25ぐらいの内閣が誕生して、非常に安定しない時代でした。

それを受けて今、第五共和政といわれる、非常に大統領に強い権限を与えている制度の共和政になって、今に至っています。

フランスは非常に歴史と伝統というのを重んじるところで、ここに示しているこのロゴは、フランス共和国政府が発行する行政文書には必ずついているロゴです。この要素を3つに分解しますと、この青、白、赤というのは、国旗のトリコロールの色ですね。そして、ここに"Liberté, Égalité, Fraternité"と書いてありますが、これは共和国の標語、フランス革命の標語でもありましたが、「自由・平等・博愛」という標語が書いてあります。それから、マリアンヌというこの女性の横顔にお気付きかと思いますが、マリアンヌというのは共和国の象徴とされる女性で、ルーブル美術館にあるドラクロワの絵などでも有名ですが、こういう伝統を常に踏まえた上で、政策の議論をするときも自由・平等・博愛という理念に照らしてどうかというような議論をする国です。

フランス社会の構造は、これもかなり古いものを引きずって、州と県とコミューンに分かれますが、州はほぼアンシャン・レジームのころの領土と同じ広さ。県はナポレオンが設定した区域で、その当時に馬車で県庁所在地まで行って帰れるということで区域を設定したといわれています。それからコミューンに至っては、一番身近な行政区なわけですが、中世の教会教区が原型になっています。なので、非常に小さいです。日本に比べるとこの数が3万と、1桁も違うぐらいの小さい行政区画がいまだに生きている国です。

ここに州と県を簡単に示しました。ここに例として挙げている Poitou-Charentes 州は実は私が地方研修を実施したところなのですが、Poitou-Charentes 州は4つの県から成っていて、そのうち、私が研修をしたのが Deux-Sèvres 県です。だいたい4つか6つの県が合わさって州を構成するというようなことになっています。県の大きさは、だいたい日本の県と同じぐらいだと思っていただいてもいいです。

それから、ここが首都のあるパリですが、東京都と同じように、パリも実は特別な位置付けで、コミューンであるのですが、県と同じような位置付けという行政の特徴がありません。

よくフランスのメディアでもいわれるのですが、地方行政のミルフィーユとやゆされることがよくあります。ミルフィーユというのはこのお菓子ですが、コミューン、県、州というこの3つの組織が複雑に絡まり合っていて、さらにその間に、コミューンというのは行政単位としてはあまりに小さすぎるので、このコミューン間広域行政組織というのをつくって、ごみ掃除、上下水道の設置、小学校の設置、そういった行政の事務を担っている組織があります。さらに、ここにイチゴがところどころに入っていると思うのですが、こういうふうに関の出先機関も入り組んで存在をしています。

ですので、何か行政で決めたといっても、この3つがなかなかうまく機能しないということもありますし、例えば「予防接種はどこが担っているのか」と聞かれると、「全部が関係している」という答えになって、責任が明確ではないというような状況になっています。

ここに国の行政区画と地方公共団体のかかわりを示したのですが、特に日本と違う点ですが、州長官、県長官といわれる人々がいます。この人たちをよく、*préfet*、知事と訳すのですが、日本の知事とは違って、官選の内務省から派遣される人々です。戦前の日本に近い制度です。ですから、この人たちは、あくまで国家公務員ですね。その長官の下に各省からの、これまた出先機関が州レベル、それから県レベルにもあります。この出先機関を統括するのが、内務省から派遣されてくる *préfet* といわれる州長官、そしてその州長

官がいるところを *préfecture* というのですが、日本の *prefecture* に語源は同じですが、州長官庁ということで、そこに知事がいるということになっています。

一方、地方公共団体の州議会、それから県議会があって、この議長は選挙で選ばれた人たちなので、こちらのほうが選ばれ方という意味では、日本の知事に近いような構造です。

コミューンに至っては、さすがに国の出先機関はありませんので、選挙で選ばれたコミューン長が国の代理の仕事もするというような状況になっています。

この地方長官、*préfet* ですが、こんなふうに儀式のときは制服を着て、国の代表としてあいさつをします。先ほども言いましたが、あくまで官選知事です。それから最も重要なミッションが *sécurité*、危機管理というのがミッションで、内務省から派遣されると言いましたが、内務省というのは警察を持っているところですね。なので、まさにテロであったり、健康危機であったりしてもそうですが、内務省直轄のこの指揮命令系統で動くということになります。

そういう意味では非常に危機管理はしやすい構造になっていると思います。ただ、選挙で選ばれた州議会議長と州長官の間でうまく折り合いをつけるというのが非常に難しいということになります。

この中央集権の国なのですが、そのための人材育成が必要です。これは繰り返しますが、ナポレオンの時代からのやはり伝統というのが残ってしまっていて、グランゼコール (*Grandes Ecoles*) といわれる機関がいくつかあります。例えば *Ecole Polytechnique*、カルロス・ゴーンが出たところですね。ここは理工系の人を養成するところです。*ENS* は、国立高等師範学校といわれて教育に当たる先生方を育てるところです。それから、*Sciences-Po* も有名ですが、パリ政治学院。国立行政学院 (*ENA*) はグランゼコールの中では新しいほうで、第二次大戦後にドゴール将軍により設立された組織です。

なぜ *ENA* ができたかといいますと、それまではかなり分野ごとにばらばらで、それから省庁ごとのリクルートだったということがあります。第二次大戦でフランスはドイツに負けたので、そういったばらばらで動いては国としてのまとまりがうまくとれなかったという反省に立って、第二次大戦後にドゴール将軍により設立された機関です。

*ENA* というのは国家高等公務員の養成学校で、一学年 100 名程度の学生がいます。まだこの省庁に行くかは決まっていません。27 カ月のカリキュラムが終わった時点で、席次が 1 番から 100 番まで出ます。1 番の人から行きたい省庁を選んでいいということになってしまっていて、*ENA* に入ったということで安心はできなくて、この 27 カ月のカリキュラ

ムの間も皆、互いにライバルですから、かなり頑張って勉強するということになります。

卒業後は中央省庁、もしくは先ほどの地方長官庁の要職につきます。卒業してすぐにだいたい地方長官の官房長になることが多いです。そして、最終的には地方長官の 60% ぐらいが ENA の卒業生、そして、大統領、首相になる例も多くて、シラク大統領、オランダ大統領も ENA の出身です。

ENA での教育を簡単に紹介しますが、即戦力を重視していきまして、実地研修、研修期間がカリキュラムの半分を占めています。実際、EU に行ったり、あるいは地方長官庁、中央省庁、それから民間の会社にも行って勉強をします。

それから、教材は特にテキストブックがあるわけではなくて、実際の行政文書を例えば 50 ページぐらい渡されて、この問題について大臣に上げるペーパーを作れとか、そういったかなり即戦力重視の授業です。テストもそういったテストになります。

それから、国際感覚を非常に重視していきまして、EU が今はかなりいろいろな決定権を持っていますので、EU 機関に研修に行かせるというのもありますし、語学は母国語に加えて、最低 2 カ国の外国語は勉強しないといけない。それから、我々のような外国人学生も完全に一緒に学ぶというシステムになっています。

先ほど席次が 1 から 100 まで出ると言いましたが、その要素にはスポーツの点数というものもあったりします。グループでの課題提出も多くて、研修時の評価では人間関係構築なども重視をされているので、全人的な評価をされるという場所です。

〇〇 男女比はどれぐらいですか。

入江 男女比は、女性が 2 割ぐらいでしょうか。

ここから保健医療制度の概要ということで保健医療の話に入っていきます。

最初に「社会保障の概念」ということで示しています。

少し日本語の社会保障とずれがあるということです。というのは、そのまま訳すと、この *Sécurité sociale* というのが社会保障に当たるのですが、フランスにおける社会保障に含まれるのは、労災保険、家族給付、疾病保険。これが医療保険で、それと年金、この 4 つです。というのは、社会保障に関する法律、法典というのがありまして、そこに書かれているこの 4 分野のみが社会保障に含まれます。

これに加えて、保険料を支払ってそれに伴ってリスクが発生したときにサービスを受けるという意味の社会保険には失業保険も含まれます。

さらに広い、公的扶助、福祉を含むようなものは、*Protection sociale* と呼ばれて、社会

保護と訳すほうがいいのかもかもしれません。ただ、日本語で社会保障といったときは、おそらくこの全部を含むことが多いと思うので、少しこのところは注意が必要かと思います。フランスで社会保障というと、あくまでこの4分野ということが多いです。

2002年、シラク大統領2期目からの保健担当相の名称を示しました。なぜこれを示したかというと、厚生労働省が日本にはありますが、フランスは決まった省はありません。内閣ごとに省の担当分野は変わります。décretという政令によってその省の所管分野というのが決まっているものですから、内閣が変わると毎回変わります。ですから、省の名前も変わりますし、担当大臣の名前も呼び名も変わるということになります。

ざっと見ていただくと、だいたい保健を担当する大臣が保健以外にも担当する分野としては、家族、障害者、福祉、社会保障。連帯というのが少しわかりにくいかもしれませんが、社会保障全般、社会保護全般ですね。それから、若年者、スポーツと一緒にったり、労働、雇用と一緒にすることはあまりないので、厚生労働省というような大きな所帯になることはフランスではあまりありません。

この5月からの今のエロー内閣では、社会、des affaires socialesということで、まさに社会福祉、厚生の部分はこの一つの、マリゾル・トゥーレーヌという女性のところで担当しています。

フランスの医療提供体制と診療報酬制度。これは医療経済研究機構の松田先生などがまとめられたものですが、簡単に言うと日本と同じです。患者さんは、消費者に当たるわけですが、基本的にいろいろな医療機関にかかりますが、一部負担金のみを支払えばよくて、社会保障の、ここでいうと疾病保険ですが、疾病保険が償還するので、一部負担金、だいたい3割、2割程度を払えばいい。それ以外は社会保障、疾病保険のほうが医療機関に払ってくれるというシステムになっています。

ただ、1点、日本と違うのは、この補足制度というのがあります。Mutuelleと呼ばれる共済組合のようなところが、疾病保険とは別にこの患者負担部分をさらに払うという補足制度が発達しているというのが大きな違いです。

あと、保健省と社会保障金庫の関係も非常に微妙というか、かなりここが独立性が高くて、開業医の診療報酬点数などはここが決めてしまって、なかなか保健省の意向がそのままダイレクトには反映されないようなところがあります。というのは、やはり社会保障というのは、さっき連帯と書いてありましたが、もともと労働者間での連帯、助け合いの仕組みでした。ですから、国が関与する話と、また、こちらは連帯に基づく労働者間の、

どちらかという共済的なニュアンスが強いものですから、ここの独立性が高いという特徴があります。

フランスも皆保険制度になっています。実はこれは最近のことで、2000年になってようやく皆保険制度が実現しました。一階部分の、基礎的疾患給付といわれるところが2000年からようやく取り込まれた部分で、それまではやはり働いている人向けの、それぞれ職業に応じたものがありました。ただ、無保険者という問題がありましたので、ここを2000年、社会党の政権のときに疾病保険制度に、結局、国がお金を払うので、保険料は払わなくてよくて、こういう疾病保険の制度に加入できることになりました。

それから、補足制度と呼ばれる二階部分についても、やはり無保険者の人であっても基本的に補足制度に加入をするということになっています。

先ほど少し言いましたが、この独立性が高い。それぞれにそれぞれの組織を、中央レベル、州レベル、県レベルで持っていて、疾病保険金庫は州疾病保険金庫と、一次金庫というものを県レベルで持っています。

ただ、こことここが結局保健医療においては手を携えてやらないといけないものですから、州保険庁が2009年に誕生しました。ここは州の疾病保険金庫と、保健省の出先機関である州の出先機関と一緒に働く場ということになっていまして、それまでは州病院庁があったのですが、病院のみを対象としていました。開業医が対象になっていなかったのですが、2009年からは保健省と州疾病保険金庫が共同で、開業医、病院、さらには福祉も含めて一括的に行政を推進する機関として、州保険庁が誕生しました。

あとは、お金の話をします。保健医療関連支出が、一番最近のデータ、2011年で約2400億ユーロです。日本でいう医療費とは少し違う部分もあります。というのは、診療費、薬局調剤費などがこの①に含まれています。それから移送費などもここに含まれます。この「患者のためのその他の支出」に在宅医療費、それから、高齢者、障害者の医療が含まれています。

それに加えて、「医療システム関連支出」、これが病診連携のためのシステムや、レセプト処理の電算化のための費用、医学研究、医療従事者の教育、そういったものもここに含まれて、それらを全部含めて保健医療関連支出という値で出てきます。

この保健医療関連支出の負担割合を示した図ですが、これはOECDの比較の図で、ここに日本、ここにフランスです。他の国と比べると、やはりここまでが公的負担だと思っていただけたらいいのですが、公的負担がかなり高いと。ただ、患者負担がフランスはここ

ですが、日本に比べると患者負担の割合が低い。それをどこがまかなっているかというと、ここに「民間保険」と書いてありますが、補足制度、Mutuelleなどが負担をしているために、実際患者さんが払うのは、おそらく10%に満たないぐらいで済んでいるという状況になっています。

後でご紹介しますが、今はCarte Vitaleという患者カードがありまして、それを使うと、ほぼレセプトデータ等も電算化されて、以前は患者がレセプトを自分で送らないといけないという手間があったのですが、まったく自分で支払う必要もないですし、自動的に患者負担分だけが引かれるというシステムで、医療機関でお金を払うということはあまりないと思っていただければいいです。

総保健支出の推移です。これは少しこちらの保健医療関連支出と語が違うのですが、これはOECDでの比較が可能になっているもので、フランスは対GDPでいいますと、今12%弱ぐらいでしょうか。これは少し古いデータですが、フランスは見ていただくと、日本に比べると伸びが若干頭打ちになってきているかなというところですね。また、最後のほうでいかに医療費を抑えるかという取り組みについてご紹介をしたいと思います。

これはフランス語のまま恐縮ですが、医療費の内訳を簡単に示しています。公的医療機関での入院に伴う費用がだいたい34.8%。それから、民間の病院での入院に伴うもの。この10.5%というところが、だいたい開業医の担当するもの。それから、Auxiliaires médicauxは医者以外の、パラメディカルといってもいいですが、看護師も含む部分です。フランスは医者ではなくて看護師が診療所の一室をもらって、まったく医者とは独立の形で診療をすることもありますので、分けて計上しているということになります。5.6%のところは歯科、Analysesというのが検査費用、それから2.1%が移送の費用。そして、Cures thermalesというこの0.2%、これはフランス独特なのですが、温泉治療です。これも社会保障の医療保険の対象になっていて、妊娠後、出産後にスパに行って治療を受けるということも認められています。それから、18.9%と大きいですが、ここが医薬品です。Autres biens médicauxというのが医療機器、6.6%。そして、予防関連が1.9%という内訳になっています。

〇〇 開業はGPですか。

入江 開業はGPには限りません。専門医でも開業医ということもあります。

ただ、ややこしくて、病院で診療しているのだけれども、開業医のように請求をする場合があります。場所を借りているだけで、クリニックとして開業して、開業医の料金でお

金をとるといふ人も、専門医にはよくいます。

ここからは少し公衆衛生のお話に入ります。フランスの年齢調整死亡率の年次推移を示しています。循環器疾患は 80 年以降、かなり順調に下がりました、年齢調整死亡率でいうと半分ぐらいに下がりました。一方、この新生物、がんは、ほぼ年齢調整死亡率で見ると横ばいで、2004 年からはがんが死亡の原因では 1 位になっています。そういう意味では日本と同じような死因の割合になっています。

年齢調整死亡率を示していますが、高い順にだいたい並べています。がん、その次が虚血性心疾患、そして脳血管疾患、それから自殺ということがあります。

ここはフランスの値だけしか出していませんが、欧州平均を上回るぐらいの 65 歳未満の死亡率です。これは、65 歳未満というのは早すぎるし、premature death といわれる部分ですので、実は予防ができるはずの死亡なのです。なので、予防政策、公衆衛生政策が、もっとリスク因子の管理に介入しないといけないのではないかと示しています。

「健康フランス 21」というわけではないですが、ほぼ「健康日本 21」と同じころにフランスでも同じような施策がありましたのでご紹介します。

2002 年に「患者の権利及び医療制度の質に関する法律」ができました。それまで公衆衛生法典には予防に関する章はなかったのですが、新たに全面的に追加されました。目標として検診の普及、予防接種の勧奨、健康格差の縮小ということがうたわれました。ここはまだ概念をうたうだけだったのですが、2004 年に「公衆衛生政策に関する法律」ができて、これがまさに「健康日本 21」と同じだと思のですが、健康に関する数値目標を設定する。それで、日本に比べると 2 倍ぐらい多いのですが、100 の目標を設定しました。それから、その目標についての進捗具合を見るための審議会として、公衆衛生上級審議会も設置されました。

分野を見ていただくと、アルコール、たばこ、薬物、栄養、それだけではなくて、環境保健、医療安全、感染症、こういった生活習慣病以外のものも含まれています。そもそもが公衆衛生政策に関する法律なので、「健康日本 21」よりもさらに広い、保健医療全般の目標を網羅したような、非常に野心的なプログラムでした。

ただ、課題が多くて、具体的にはこの 100 の目標のうち 44 項目については、実は指標がない、データがないということで、達成度を評価できないということが、2010 年でしたか、公衆衛生上級審議会（HCSP）が評価書を出したのですが、評価できなかったのが達成度がわからないということがありました。

それから、これは「健康日本 21」でも言われていたのではないかと思います、目標の中で 100 も並べたけれども、それを全部やるだけの予算はないだろう。目標の中での優先付けがなくて、いろいろな戦略プランが乱立してしまった。それから 2004 年ですので、5 年後の 2009 年に見直しをするはずだったのですが、それがまだ行われていません。フランスはよくこういうことがあるのですが、前の政権がやったことはそのまま踏襲するのはあまりよくないというようなどころがありまして、今回、政権が変わりましたので、これがどうなるかはちょっとわからないところです。

日本ですと、県などでも「健康日本 21」基本指針に沿って計画を立てますが、「健康フランス 21」では地方公共団体の役割がまったくありませんでした。

それから、フランスには保健所というものがそもそもないので、なかなか実施主体がなくて、NPO でこういう予防政策をやっているようなどころに委託をするというシステムでしたので、委託事業ではなかなかその継続性がなかったり、NPO 間の競争ばかりが激化してしまったり、そういう弊害が多くて、なかなかこれはうまくいっていないようです。

最後に「今後の方向性」ということで、近年の改革を示しました。

一つ、よく知られているのではないかと思います、疾病保険の国家支出目標を国会で審議することになっています。毎年、国の予算とは別に社会保障の一つである疾病保険についてもこのように議論をされることになっていまして、総額ではなくて、さらにその下の施設ごとの下位目標も設定することになっています。

ただ、目標を設定したから守れるわけではなくて、ずっと目標を上回る支出が続いていたのですが、2007 年でしたか、警告、アラートが発せられるという事態になりまして、例えば具体的に、Participation forfaitaire という定額負担金を上げてはどうかとか、後発医薬品の普及を進めてはどうかといったアラートが出たことがありました。この患者定額負担金は、18 歳以上の全ての患者がクリニックを受診、あるいは検査したときに必ず 1 ユーロ支払うことになっています。不要な受診を少しでも控えるようにということですね。

それから医療安全の分野では、先ほど公衆衛生のところでご紹介した、2002 年の「患者の権利及び医療制度の質に関する法律」によって、医療事故の補償をする機関ができました。日本では、産科医療については無過失補償制度といわれるものがありますが、よくこの制度も無過失補償制度だといわれることがあります。ただ、実はそこまで広くやっているわけではなくて、明らかに過失がある場合は、医療従事者が加入している保険会社が支払いをすることになっています。その過失が明らかでないときだけは、ONIAM という

ころが、診療科は問いませんが、補償をすることになっています。それから、接種が義務になっているワクチンの副作用もこの ONIAM が補償を担っています。

かかりつけ医もフランスでは導入されています。16 歳以上の患者はあらかじめかかりつけ医を登録しないとイケない。かかりつけ医を通さずに受診をした場合には、自己負担割合が増加することになっています。まさに日本でもお話をされていますが、ゲートキーパーの機能に期待をしているというところです。

Carte Vitale (患者カード)、写真付で一人ひとりが持っているカードです。ここにそれまでのアレルギーや既往、それから診療情報全てが一元化されるので、病診連携が進む。それから、重複してあちこちで同じ薬をもらっていたり、同じ検査をすることは抑制を図るようなカードですし、患者側にとっても、お金の支払いはなく、面倒くさいレセプトの郵送などもなくて、これさえ見せれば病院側が疾病保健の金庫に請求をしてくれるという、非常に便利なシステムです。

先ほど Agence Régionale de Santé について言いましたが、疾病保険と国の組織とが共同でやるということで、病院と開業医を合わせた医療行政ができます。公衆衛生政策についても、州公衆衛生事業団がやっていたのですが、それも取り込んで疾病の予防と治療を一体化させた施策をする。さらに、医療と福祉を一体化させてやるというのが出てきます。

最後に、オランダ大統領が今年当選しましたので、どういう方向性になるのか、まだはっきりは見えないのですが、選挙公約としては、やはり社会党ですので平等というところを非常に強く言っていました。「すべての国民に等しく医療へのアクセスを保証する」。具体的には、病院は公共サービスを提供するところだという考えを強く打ち出しています。

専門医については診療報酬超過金といって、通常の専門医以外の人を受診したときに比べると高い診察費を要求できるのですが、それは行き過ぎではないかということを行っています。

それから、医師不足解決のために複数診療科を備えた多機能診療所を推奨する。当然のような気がしますが、救急医療への 30 分以内のアクセスを保証する。それから、専門医ではなくて、やはりかかりつけ医を担当するような総合医の報酬を引き上げる。それから、社会党はジョスパンのお母様もたしか尊厳死を選ばれたと思いますが、意外と尊厳死には理解のある施策が多いので、尊厳死についても体制づくりをしようと言っています。

課題ですが、自由・平等・博愛の 3 つの理念がフランスでは必ず掲げられますが、なか

なかこの3つを全て満たすというのは難しいもので、例えば自由ということであると、合理的な医療提供体制を維持するため、やはり患者のフリーアクセス、無駄な受診はやはり制限をしないとイケない。ただ、それは自由を制限することになる。また、医師不足の解決ということで、サルコジ大統領などは一時、医師の開業の自由に、地域ごとに開業の制限をかけてはどうかということも言っていました。診療科については既に研修医の研修先はテストがありまして、そのテストの順位によって行ける診療科が決まるという制限はかけられています。

それから、医師の処方自由です。後発医薬品の利用促進ということで、医師の処方自由を制限するのがどうか。

先ほどの診療報酬超過金というのは、医師の専門性や経験を評価という意味ではいいのですが、平等という概念からするといかがなものか。

それから、健康格差。フランスはかなり移民が多いですが、人種、職種による平均寿命の違いもいわれていますので、どう是正をしていくのか。それから、地域による医療アクセスの格差、偏在問題というのもあります。これを解決しようとする、自由の制限になってしまうという難しい問題です。

それから、**Fraternité** というのは博愛、あるいは連帯の精神ですが、高齢者が増加していく中で、日本も似ていますが、若者と高齢者の不平等感というのが非常に高まっています。高齢者は高度経済成長も経験して、十分お金もあるのだからお金を払うべきではないかという一方で、高齢者は、「いや、もう年金生活なんだから」と言うし、というところになかなか難しい問題です。

それから、皆保険制度。先ほど無保険者も皆疾病保険制度に加入すると言いましたが、その人たちは結局、まったく保険金も払ってなくて、このフランスのいい社会保障制度、サービスを享受するだけではないかという、連帯はそれぞれの貢献があって初めて連帯ではないかというところもありまして、なかなかこの皆保険制度を維持するのいろいろな議論があります。

それから、最近、日本でもソーシャル・キャピタルを利用しようという話がありますが、フランスもかなりソーシャル・キャピタルという意味ではあるのですが、先ほど言いましたように保健所がないので、なかなかその核となる組織がなくて、それぞれの団体が別々に、ばらばらにやっているという状況なので、なかなかこの **Fraternité** という精神も生かせていないのかなという感じがいたします。

最後に。同じ社会党というか左派のピエール・マンデス＝フランスという人がいました。戦後、第四共和政の時代の人ですが、この人の言葉を紹介して終わりたいと思います。

いろいろな自由・平等・博愛でなかなか全てを満たすのは難しいと言いましたが、"Gouverner, c'est choisir." (治める、それは選ぶことだ) という言葉を言っています。1953年に国民議会で演説をしたときの言葉ですが、いろいろ課題があって、それぞれ解決しないといけないのだけれども、全部を解決するのは難しい。だから、選ぶということが重要だという演説をされました。今でも変わらない格言だと思いますし、実は私が ENA のテストを受けたときに、作文課題でこれがまさに出て、これについて何か書けというようなテストだったので、思い入れが深い言葉でもあります。

以上で私の話を終えます。(拍手)

司会 どうもありがとうございました。私の記憶だと ENA では厚生省から宮城島さんが行って、その後ですよ。ですから、非常に難関中の難関なのですが、制度の根幹から保健医療制度までお話しいただきました。

時間が押していますが、2人ぐらいご質問を受けたいと思います。あればよろしくお願ひします。どうぞ。

武藤 国際医療福祉大学の武藤です。先ほど後発医薬品の話が出てきて、今、日本の後発医薬品の普及促進にフランスが大変参考になるのではないかと考えていますので、お聞かせいただければと思います。

それともう一つ、フランスでは病床規制を伴う医療計画はどのような状況でしょうか。この二つです。

入江 まず後発医薬品についてですが、これは私自身の体験でもあるのですが、抗生剤など後発医薬品があるものについては、開業医さんで処方箋をもらって薬局に行きますと、同じ機能を持つもので後発医薬品がある場合は、もう薬局側が「これ」と言って後発医薬品を提示します。それが嫌だと言えば変えてくれますが、デフォルトでは後発医薬品が出てきます。医師が「絶対これは後発医薬品にしてはいけない」と書かない限りは、後発医薬品に薬剤師が代替してもいいというシステムになっています。

ですので、かなり後発医薬品を使うようなプレッシャーになっていますし、患者側から見ると、その償還される基本となっているのは、後発医薬品の値段です。ですので、後発医薬品は嫌だと言って元のを買った場合、そこの差額は自己負担になります。だから、そういうインセンティブが働いているのかなという感じがします。

それから、医療計画については、先ほど州保険庁を紹介しましたが、それ以前に 90 年代から州病院庁というのが実はありまして、それも実は同じく、国と疾病保険金庫が共同で運営をする機関でした。各州の中にある病院の病床規制は既にやっていました。ただ、病院だけが対象でしたが、90 年代に既に医療計画は導入されています。ですから CT、MR といった機器については、たしか日本の 5 分の 1 ぐらいしかなかったと思います。

一つには、フランスは非常に公的病院が多くて、その規制がやりやすいというところがあります。

司会 では、アベさんお願いします。

(57 : 20~58 : 40 無音)

司会 このデータは見たことあるけど、覚えていない。ということです。

〇〇 …?…。

〇〇 …?…、こちらのほうが少ないような気がする。

司会 ただ、自殺について高いかどうか、知ったかでいいますと、日本は高い。それからロシア、リトアニア、ああいったところは高くて、フランスが高いという話はあまり聞かないです。

〇〇 日本のほうが高い。

司会 薬の話だけでなく、介護保険などいろいろお聞きしたいのですが時間がなくなるので、この辺で一席を終わりにしたいと思います。どうもありがとうございました。