

解説

フランスの病院の現状と 改革の試み

国立公衆衛生院 阪上裕子

1. 医療費の増大

保健衛生費の増加は驚くべきもので、1950年に国民総生産の3.2%であったのが1967年には6.5%、310億フランに達している。家計費のなかで保健衛生費が占める比率も1950年の6.5から1965年には10.2%、金額では3.4倍にのびており、1985年には18.2%、1950年の4.69倍が予測されている。1965年の家計では保健衛生費10.2%、食費32.3%であるが、1985年には保健衛生費18.2%、食費19.4%と考えられる。

病院費用は1960年以後の10年間に4倍となり、1967年には115億フラン、国民総生産の2%、疾病保険支出の40%にふくれあがっ

た。病院の1日の入院料は中央病院で1964年の60.75フランから1970年には123.20フランと6年間に約2倍に増えている。外科では66.97フランから160フランへ、高度に専門的な部門では、97.43フランから358.30フランへと300%をこえる増加を示している。

この病院費用の増大は当然疾病保険（一般制度）の財政の均衡をおびやかしている。第6次経済社会計画策定時に、1970年の一般制度疾病保険の赤字は9億2千万フラン、1971年には19億フラン、1975年には約100億フランと見積っている。

このような経費増加の原因を求めると（表1）、まづ入院費の増大（1967年に保健費用の35%、110億フラン、疾病保険手当の約50%）があ

げられる。入院費の増加は ①入院患者数の増加（年間増加率約3%、1968年に人口1000人対63人）、②、病院経費の増加（入院料の増加は物価上昇率より大きい）によるものである。経費をさらに細かくみると医薬品と人件費に分けられる。診断技術の変革は検査を増加させ、逆に入院日数を減少させている。人件費の伸びも著しく、1955年頃には病院経費の約45%であったのが最近数年間では53%に達している。治療技術の進歩からより多くのパラメ

表1

| | 1950 | 1967 | |
|------------------------|-------|----------------|-------|
| | % | 単位 100 万フラン | % |
| 入院料 | 38 | 10,935 | 35 |
| 医師、検査 歯科医、補 助的治療 | 33 | 11,069 | 35.5 |
| 薬、眼鏡 整形外科 | 29 | 9,214 | 29.5 |
| 計 | 100.0 | 31,218 | 100.0 |

ディカル職員が必要となっている。職員とくに看護婦の不足は、労働条件や給料の改善を必要としており、この面での経費の増大は容易に理解しうる。このような医療技術の変革に対して病院のあり方や運営方法が適応して

表2 診療科別病床数 (1968)

| | 公立病院 | | 私立病院 | | 総 数 | | 保健省 による標準 (人口1000 人対) |
|---------------------------|---------------|--------------|---------------|--------------|---------------|--------------|--------------------------------|
| | 実 数 (単位千床) | 人口1000人 対 | 実 数 (単位千床) | 人口1000人 対 | 実 数 (単位千床) | 人口1000人 対 | |
| 内 科 | 118.5 千床 | 2.38 床 | 15.6 千床 | 0.32 床 | 134.1 千床 | 2.70 床 | 3.0 床 |
| 外 科 | 52.1 | 1.05 | 50.7 | 1.02 | 102.8 | 2.07 | 2.5 |
| 産 婦 人 科 | 16.2 | 0.33 | 14.8 | 0.26 | 31.0 | 0.59 | 0.6 |
| 回復期医療 リハビリテーション その他 | 37.1 | 0.64 | 25.6 | 0.50 | 57.3 | 1.14 | 0.5~0.6 |
| 総 数 (精神科を除く) | 218.5 | 4.40 | 106.7 | 2.10 | 325.2 | 6.50 | 6.6 |
| 精 神 科 | 102.3 | 2.05 | 12.2 | 0.25 | 114.5 | 2.30 | 2.99 |

いないことが、入院費の増大をもたらす一要因となっていると思われる。

2. 病床数にみられる不合理

病院の病床数からいくつかの問題点があきらかとなる。公私の不均衡、地域格差、診療

科間の不均衡などである。

1969年1月1日現在で公私病院（一般病院）は33万床のベッドを有し、そのうち22万床が公的部門、1万床が営利を目的としない私立病院、1万床が営利を目的とする私立病院のベッドである。最近10年間に私立病院のベッド数がかかなり増えている（1960年から1965年ま

で年間3,000床、1965年から1969年までに年間6,000床の増加）。1968年についてやや詳しくみると（表2）、地域差が大きいこと（西部と中央部が少なくアルサス地方、南東部、パリ地方が最も整備されている。人口1,000人に対してルール地方4.30床からアルザス地方9.5床までの格差がある。また新興都市や農村地域に不足がめだつ。）総数で見ると人口1000対6.50床（精神科を除く）で、国際的標準にほぼ近いベッド数が確保されているが、診療科目による凸凹が著るしい。とくに精神科が不充足で標準を23%も下まわっている。内科、外科では病床数は少ないが在院日数の縮小により補いうるといえる。産科はほぼ標準に達している。

公私を比較すると、外科、産科では公私がほぼ等しいが、内科では私立病院のベッドが非常に少ない。その理由には、私立病院の大半が小規模であり、設備や専門職種の集中を必要とする部門に対応できない技術的側面と、現行の医療費制度の下では医師、入院料、手術室（分娩室）使用料などが別個に算定されつみあげられるために簡単な処置のために短期間入院する患者を選ぶ方が有利とい

う財政的理由があると思われる。規模別に公立病院を比較すると(表3)、私立病院の75.3%が100床未満と小規模病院が多い。公立病院でも施設数では57.1%が100床未満であるが、病床数ではわずかに9.3%にすぎない。公立病院病床の41.5%が1,000床以上の大規模

表3 病院の規模 (1968) (精神科、結核サナトリウム、病児収容施設、老人施設を除く)

| 規 模 | 施 設 数 | | 病 床 数 | | |
|------------------|--------------|-------|---------|---------|-------|
| | 実 数 | 比 率 % | 実 数 | 比 率 % | |
| 公立一般病院 | ～ 24床 | 189 | 21.4 | 2,531 | 1.2 |
| | 25～ 49 | 135 | 15.3 | 4,631 | 2.1 |
| | 50～ 99 | 181 | 20.4 | 13,214 | 6.0 |
| | 100～ 199 | 142 | 16.1 | 20,042 | 9.1 |
| | 200～ 499 | 145 | 16.5 | 51,010 | 24.3 |
| | 500～ 999 | 59 | 6.7 | 36,731 | 16.8 |
| | 1,000～1,999 | 21 | 2.5 | 27,707 | 12.8 |
| | 2,000～3,000床 | 9 | 1.1 | 62,617 | 28.7 |
| | 881 | 100.0 | 218,485 | 100.0 | |
| 私立病院 (営利+非営利) | ～ 20床 | 670 | 28.8 | 8,661 | 8.1 |
| | 21～ 40 | 701 | 30.1 | 21,571 | 20.4 |
| | 41～ 60 | 439 | 18.9 | 22,072 | 20.8 |
| | 61～100 | 359 | 15.5 | 27,352 | 26.0 |
| | 101～200床 | 154 | 6.7 | 26,194 | 24.7 |
| | | 2,323 | 100.0 | 106,780 | 100.0 |

が100床未満と小規模病院が多い。公立病院でも施設数では57.1%が100床未満であるが、病床数ではわずかに9.3%にすぎない。公立病院病床の41.5%が1,000床以上の大規模

でない精神科ではこの傾向がさらに著しい。

こうした状況に対して1958年に病院の改革

が試みされた(1958年12月30日オールドナンス)。その目的は、①病院管理を近代化する ②公私病院を公衆衛生大臣と知事の権限下に統合し連絡調整をはかる ③医学教育の改善(医

学部と病院を結合する)の3つであったといわれる。これらのうち③医学教育の改善が最も実質的な成果を得たが、①病院管理の近代化には、入院料問題を放置し、必要な財政的措置を欠き、②公私病院の統合では公立病院の地域的性格を維持し、国の後見を強力にすることができず、全体的な保健計画に有効でない、という批判が早々に投げかけられていた。

1970年12月31日ロワは1958年改革の目的のうち ①病院管理の近代化、とくに公立病院管理の新方式を規定し、②公私病院を公的病院サービス網に再統合し、地域医療体系の樹立をはかったといえる。

3. 病院改革—1970年ロワ

1970年12月31日ロワ3条は公的病院サービスの基本的性格としてつぎの3つをあげている。①平等性——「サービスを必要とするすべての人に開放され」「病人についていかなる差別もしない」、②継続性——患者を昼夜を問わず受け入れる、または他の機関への

入院を保証する」, ③適応性——「サービスを必要とする状態の人をどんな状態においても受け入れることができるように」する。

公的病院サービスの範囲は, ①診断(検査)と治療とくに救急医療, ②医学教育とパラメディカル要員の養成, ③予防医学, ④医学・薬学研究を含む。これはすでに1958年12月30日オールドナンス(第581373号)に規定されていたが, 1970年ロワにより, さらに強化され補足されている。16条では私立機関の医学, 薬学教育への参加が規定されている(ただし, 公的病院には義務づけられるが, 病院協会に属していない私立機関は教育への協力を拒否することができる——17条)。また1958年オールドナンスには教育のための連絡調整機関の設置が規定されていなかったのに対し, 「病院・大学連絡調整委員会」を設けている(18条)。委員会には地方中央病院, 公私病院の代表が参加している。

公的病院サービスに参加する公私病院は

①中央病院, ②回復期, 長期治療, リハビリテーション病院に分類される。

1. 中央病院は救急医療, 短期の検査入院, 出産, 巡回診療を主要な任務とし, 内科, 外科, 産科をそなえるほか, 高度の専門診療科, 回復期医療やリハビリテーション医療をおこなう場合もある。

2. 回復期, 長期治療, リハビリテーション病院は継続的な長期にわたる入院治療を必要とする患者の入院施設である。このように病院を2分する目的は, 診断, 治療のために専門的な設備や職員を多く備えた病院を整備するとともに, 患者の状態が高度で, 多額の経費のかかる医療を必要としなくなればより簡単な設備をもつ施設へ移すことにある。

3. なお1971年12月24日ロワにより上記の2種類のほかに病院ユニットを設けた。これにより, 特殊な形態のため上記いずれにも分類できなかった農村病院を公的病院サービスに参加する病院のひとつにかぞえ, 同時にその独自のシステムを維持することとなった。

1972年7月19日シルキュレールは, 救急医療の現状を分析し, 今後数年間の活動の方向性を示した。それによると, 病院の設備補助金は救急受入れ, 手術室, 蘇生サービス, 救

急医療扶助事務所, ヘリステーション, 救急車に, また運営補助金は救急医療扶助事務所と救急要員の養成を中心とするとされている。

公的病院サービスは医学, 薬学, 歯学の教育に参加する。教育への参加については1958年12月30日オールドナンスの規定が変更されずに適用され, 若干の補足がなされたのみである。

1. C.H.U(中央病院と医学教育の機能をあわせもつ)と病院協会または病院集団と協約を結ぶことができる, 2. 公立病院, 協会に対してC.H.Uとの協力協約を結ぶように公衆衛生, 国民教育両大臣の合同決定により督促することができる, 3. C.H.Uに病院・大学連絡調整委員会を設ける, 4. 複数の地域中央病院が一大学区内にあるときには単一のC.H.Uを構成することができるの諸点である。

公的病院サービスは①公立病院, ②私立病院(第40, 41, 42条の条件を満たすもの)が含まれる。

①公立病院とは市町村立(単独または複数市町村共同), 県立(1県または複数県共同)および国立の病院をいう(第20条)。

公立病院の運営について、

㊦従来の管理者委員会（1958年12月11日デクレ第12条、市町村議会選出2名、県議会選出1名、知事の指名によるもの5名、うち社会保障団体代表2名、病院医師1名、病院外医師1名、地域住民1名）に代って、1970年法では、**運営委員会**（地方自治体、疾病保険金庫、病院医師および薬剤士、非医師職員の代表、その他（病院外医師を含む）、が設置される（第21条）。

①従来と同じく（1958年12月11日デクレ第25条）、**医療委員会**がおかれる（第23条の3）。その目的は医師に病院経営に対する責任を与え、過剰経費を防ぐことにある。非医師職員が参加する**合同委員会**（新設）はサービスの運営と病院内の労働条件についてのみ諮問される（第24条2）。なお、1972年8月24日通牒により、運営委員会の審議に先きだって合同委員会に諮問すべきするがらがより詳細に規定されている。①職員の労働条件に直接的影響を及ぼす計画、方針、②職員の雇用規則、③職員の配置、④職員の養成訓練に関する病院協会への加盟。

運営委員会の権限は、予算および経理の承

認、内規の改廃、サービスおよびクリニックの新設、18年以上にわたる借入れ、病院協会への加盟などである。以前と比較すると運営委員会の権限が縮小し、理事長の権限が強化されている。

㊧**理事長**は運営委員会長の意見にもとづき公衆衛生大臣が指名する（第20条）。1958年デクレでは50床以上の病院についてのみ大臣が指名することになっていた。1958年デクレ（22, 23, 27条）と今回の1970年ロワ（22条）を比べると旧管理委員会の長の権限が院長に引き継がれていることがわかる。

㊨**国の後見**が規定されている点も見逃せない（第20条）。公立病院を地域病院と規定しながら国の直接的な後見の下にしているのは低廉家賃住宅事務所につぐ例といえる。この後見の権限は1958年デクレ（第24条）に規定されていた知事の後見に類似している。全般的後見に加えて増改築計画や高価な設備の設置について事前許可の規定があり（43条）、病院の運営上の独立性を制限する点が問題とされる。

㊩**職員**に関する規定（25条）では、医師、薬剤

士、生物学者、者歯科医などの常勤者については従来と変らない。反対に非常勤医師については一年以内に規定を設けることとしている。

以前には非常勤医長の任命は一般に退職年齢65歳までであったのが改められている。

公立病院の財政に柔軟性をもたせる措置のうち、一般市場からの借り入れの上限について、1971年1月18日デクレが、100床未満の病院につき50,000フラン、100～500床では90,000フラン、500床以上の病院で150,000フランを規定している。

㊪**私立病院**が公的病院サービスに参加する形には3つある。まず営利を目的としない私立病院は公立病院と同じ条件で運営費、設備費の補助や公立病院職員の開業医の応援をうけ公的病院サービスに参加することができる。営利を目的とする私立病院は国との委託契約を結ぶことによって公的病院サービスに参加することができる。その場合、私立病院は一定の条件を満していなければならない。これらの私立病院は国からの設備補助金をうけることはできないが地域内の保健ニーズが満たされている場合には他の私立病院の開設が

許可されないという反対給付をうける。第3の形は、公的病院サービス網に統合されない私立病院が限定された目標についてのみ公的病院サービスと協力協定を結ぶものである。

その場合、私立病院は社会保障機関と契約を結んでいること、病院協会の合同サービスを利用するには知事の許可をうけることを条件とされる。

自由診療の原則と病院改革の影響

| 自由診療の原則 | 利点(+)と不利益(-) | 開業医 | オープンクリニック | 公立病院 | 病院改革が実施されると |
|----------------|--|-----------------------------|---------------------------|--|---|
| 1. 病院が医師を自由に選ぶ | (+)患者が医師を選ぶことができる (+)医師の独立性 (+)医師の競合 (患者の要求への配慮が大) (-)医師の競合 (患者に対する独立性の欠陥) (-)医師分布が不適正 | 原則が守られている (但し資格が必要) | 原則が守られている (但し長期的な行政許可が必要) | 医師公募制により原則が守られている | 全ての開業医が病院での診療に参加できる |
| 2. 患者が医師を自由に選ぶ | (+)家庭医 (信頼関係、全人的把握) (-)病院を選ぶことにもなる | 原則が守られている (但し契約医を選ぶよう促進される) | 原則が守られている | 原則が守られていない (農村病院、オープンクリニックを除く) しかし、同一病院内では主治医の助言により可能) | 上欄の改革が達成すれば患者の自由は増大する |
| 3. 医師の診療の自由 | (+)効果的治療 (-)費用の増大 | 原則が守られている | 同 左 | 同 左 | な し |
| 4. 診療上の秘密保持 | (+)患者のプライバシーの尊重 (-)カルテ交流を妨げ、検査を多く行う。治療の全体制をそこなう | 原則が守られている | 同 左 | 同 左 | 病院内カルテの集中化患者の反対がなければ主治医へのコミュニケーション大コードシステムによる統計資料 (匿名記保護) |
| 5. 診療報酬の直接的談合 | (+)医師の経済的、法的独立 (-)費用の増大 | 契約医については原則が守られていない | 契約クリニックについては原則が守られていない | 原則が守られていない | な し |

開業医との関係では2つの新しい規定が盛り込まれている。①開業医と助産婦は、医長の権限下に、病院サービスに参加したり、または入院を処方した患者についての情報をうけることができる。(農村病院はややことなる条件下にある) ②病院は入院、外来患者のカルテを主治医に伝えねばならないと規定された。

4. 保健地図と地域内病院の組織化

全国を地区(と地域)に分け、各地区(と地域)について現存の病院設備と必要とされる施設の量や質および数地区(数地域)に共通する保健施設のニーズを記した保健地図が作成された。病院の新築改修計画の基礎資料となるほかに増改築の許可の決定の資料とされる。私的部門との連絡調整は長期計画の対象とされるのでその際の基礎ともなる。この規定以来、実際に有効な資料(保健ニーズ)をうる必要性が強調され、対策が試みられている。

同一地区内で公的病院サービスをおこなう公私病院は地区病院集団を組織する。各地

区、各地域に必ず設けられる。保健地図の検討や設備の新設の際にはこれらの病院集団の意見が求められ、また合同サービスをおこなう。しかしその役割は連絡調整にある。各病院代表からなる運営委員会をもつ。1972年5月2日と3日のデクレでその構成が規定されている。地区(地域)の病院は**病院協会**をつくることができる。合同サービスの設置、職員の養成訓練、施設計画の検討、実施など公的病院サービスの運営や発展に関する活動をおこなう。病院集団とはことなり、病院協会は法人格をもつ。加盟が任意制である点も病院集団と異なる。

5. 病院に人間性を与える対策

上記の医療技術機関としての病院の改革、整備と並んで、病院生活や設備に人間性を与える努力がおこなわれている。統合的な病院整備計画を欠くため患者にとってのぞましい設備といえないこと、医療技術の革新により患者よりむしろ病気に注目する傾向が強まっていること、医学教育改革により病院が教育

の場と化すことが患者に種々の不利益や不安を与えていることなどの状況が生まれ、委員会を発足させて検討した結果、対策がはじめられた。

1958年12月5日の通牒は入院患者の物質的・心理的環境を改善する対策の実施を規定した。同18日の通牒は①面会——1日2回の面会時間、重症患者や小児患者の場合の家族のつきそいの可能性、②起床、食事、就床時間の改善、③病院の運営その他の情報サービスについて全病院の努力を求めている。さらに入院時の受け入れの改善、外来診療による待ち日数の減少、患者と職員との関係の改善、食事の改善、患者、家族、病院職員・主治医の接触を容易にする、医学学生受入れに際しての患者の人格の尊重、退院手続きの合理化など。

財政面では、1970年11月19日通牒により、1971年の入院料の算定に関してつぎのような項目を記している。①受付、掲示の改善、②患者の娯楽、庭や花壇の整備、③入院時の案内パンフレットの印刷、配布、④死亡の際の死体安置室、家族受入れ室の改善、⑤病院へ

の支援に対する協会への補助金。

6. 病院改革に対する評価

現在まだ進行中の改革ではあるが、1970年ロワへの評価や批判があらわれはじめた。医療サービスにおける公的責任の拡大、保健地図による公私間調整、公立病院と開業医の協働態勢、公立病院財政の柔軟性増大などについては積極的な評価がみられる。一方、予防医学の積極的具體策の欠如、保健地図の実施上の困難などについては批判的な評価がおこなわれている。

参考文献

J. COURQUET : L'hôpital aujourd'hui et demain, éditions dn Seuil 1971.

A.-S. MESCHERIAKOFF : La réforme hospitalière du 31 décembre 1970, Droit Social, juin 1971, pp. 373—393.

Droit sanitaires et sociaux : 1970~1972.