

# フランスにおける保健医療計画の導入と展開

—医療への平等なアクセスの実現を目指して—

松本 由美

---

## ■ 要約

フランスでは、地域住民の医療需要に対応し、平等なアクセスを確保するために、地域圏保健庁の定める保健医療計画が重要な役割を担っている。本稿では、フランスの保健医療計画の変容と今日の到達点を明らかにするために、その導入と展開について検討を行った。検討を通じて次のような点が明らかとなった。保健医療計画をめぐる規制は段階的に強化され、今日、保健医療計画は、住民に平等なアクセスを保障するための実効的な医療供給のコントロール手段となっている。また、当初の保健医療計画は病院を対象としたものであったが、しだいにその対象が拡大され、今日では外来部門や社会的な領域まで含む包括的な計画となっている。さらに、医療供給の量を捉える視点に変化し、施設などの「ハード面」から医療活動や医療内容といった「ソフト面」へと重心が移った。

## ■ キーワード

保健医療地図、SROS（地域圏保健医療組織計画）、地域圏病院庁、許可制度、地域圏保健計画

---

## I はじめに

「身近な地域で必要な医療が受けられる」ことは、地域で安心して生活するために不可欠である。そのためには、地域において住民の医療需要に応えることのできる医療提供体制を構築する必要があり、とりわけ入院医療を提供する病院の存在は重要である<sup>1)</sup>。今日のフランスでは、地域住民の医療需要に対応し、平等なアクセスを確保するために、地域圏保健庁（agence régionale de santé）の定める保健医療計画が重要な役割を担っている。保健医療計画とその関連施策は、さまざまな課題に対応するために段階的に見直しが行われてきた。本稿では、フランスにおける保健医療計画の導入と展開について病院医療を中心に検討することにより、その変容と到達点を明らかにする。

## II フランスの保健医療計画

フランスでは、公立病院に加えて、営利・非営利の私立病院によって病院医療が提供されている。公立病院が全ベッド数の約65%を提供する一方で、営利の私立病院が相対的に大きな役割を担っている点がフランスの医療提供体制の特徴の一つである<sup>2)</sup>。多様な医療提供主体によって担われる病院医療を、いかにして住民の医療需要に合致させていくかということが、長年にわたり重要な政策課題となっている。

フランスにおいて望ましい医療提供体制を実現するために用いられている中心的な手段は保健医療計画である。保健医療計画の目的は、地域において、①医療へのアクセスの平等、②医療の質と安全、③患者への医療提供の連続性を確保することである（Picard 2004: p. II-11）。本稿ではこの

「保健医療計画」という用語を、以上の目的を達成するために策定され、実施される計画の総称として用いる。

保健医療計画を通じて望ましい医療提供体制を実現するプロセスは、大きく二つに分けて考えることができる。一つ目は、住民の医療需要を充足するために必要な医療供給の量や内容を定めることである。フランスでは人口学・疫学的なデータ等により、それぞれの地域の医療需要を充足するために必要な医療供給目標が定められている。二つ目は、定められた目標に既存の医療供給を適合させることである。これは既存の病院の活動等の変更を伴う調整過程であるが、フランスでは保健医療計画に規制力を付与することによってこれを行っている。以下では、フランスにおける保健医療計画の取り組みを、実施された改革ごとに検討していく。

### III 1970年病院改革法

#### 1. 保健医療地図の導入

公立病院と営利・非営利の私立病院をとりまく制度的な環境は、長い間大きく異なっていた<sup>3)</sup>。病院の地域的な偏在も激しかった。病院医療の供給状況を改善するために、1941年には公立病院を対象とした病院の計画化が企図された<sup>4)</sup>。一方で、私立病院は第二次世界大戦後に急速な発展を遂げていたが<sup>5)</sup>、計画からは除外されており、病院医療の供給状況を改善するためには公的部門と私的部門を調整するための措置が必要であると考えられるようになった。このため1958年には公立・私立の病院を対象とした病院地図 (*carte hospitalière*) が考案されたが、これは十分に機能しなかった。

このようななか、病院改革に関する1970年12月31日法（以下、1970年病院改革法）によって、公立病院と私立病院とによる調和的な医療供給の

実現を目指す保健医療地図 (*carte sanitaire*) が導入され、本格的な保健医療計画の試みが開始された。保健医療地図は、既存の施設（公立・私立）の状況、人口の推移および医療技術の進歩を考慮して地域ごとの医療供給目標を示すものである。保健医療・社会保障大臣がこれを定める。

保健医療地図の策定のために、まず、基礎となる地理的な範囲として医療区 (*secteur sanitaire*) が設定される。医療区は、住民の通常の医療需要を満たすことのできる施設 (*installations*) や設備を整備するための計画の対象区域とされ、フランス本土は284の医療区に分割された。いくつかの医療区をまとめたものが医療地域圏 (*région sanitaire*) であり、行政圏の「地域圏 (*région*)」<sup>6)</sup> に相当する。医療地域圏は、複雑な症例やより専門化された医療需要に応えるための施設や設備を整備する計画の対象区域である。これらの地域設定に基づき、医療需要の指標<sup>7)</sup> と人口推計に基づいて、住民の医療需要を満たすために必要な医療供給量がベッド数等で示される。

#### 2. 保健医療地図の効果

戦後のフランスでは、国民の医療需要に比して病院医療の供給が不足しており、その拡大が継続的に目指された。このような背景のもとで、保健医療地図は、導入当初、最低基準に到達していなかった医療区における病院医療の整備を促進した<sup>8)</sup>。

しかしながら1973年以降の経済危機を背景として、医療費の増加抑制が政策課題として浮上すると、ベッド数の過剰が問題視されるようになった。保健医療計画は、しだいにベッド数の増加抑制のための機能を発揮するようになった。病院の設立等をめぐる規制がこのための手段となった。

病院の設立等をめぐる規制は、公立病院と私立病院とでは大きく異なっていた。公立病院の設立は法令によって定められていた。加えて、1970

年病院改革法によって承認（*approbation*）の手続きが導入され、公立病院の設立、拡張、転換等の実施計画等に関しては県知事の承認が必要となった。一方、私立病院に対しては事前届出制がとられていたが、1967年からその設立と拡張に関して担当大臣の許可が必要となった。さらに1970年病院改革法により許可の対象が拡大され、私立病院の設立・拡張および高額医療機器（*équipements matériels lourds*）<sup>9)</sup>の設置には地域圏知事の許可を要することとなった。これらの「承認」や「許可」は、保健医療地図の目標に照らして行われることとされたため、供給過剰地域でのベッドの新設等の申請が却下されるようになった。1970年代後半以降、医療需要の指標となるベッド数が下方修正されるなかで、保健医療地図は病院医療供給の増加を緩やかに抑制する機能を持つようになった。

## IV 1991年病院改革

### 1. SROSの導入

保健医療地図の導入以降、医療の提供方法や医療需要は大きく変化したが、保健医療地図は既存の施設や設備を前提として策定されたため、医療供給のダイナミックな変化を促すことはできなかった（Couty, Tabuteau 1992: pp.35-36）。

このため、病院改革に関する1991年7月31日法（以下、1991年病院改革法）によって保健医療計画の手法が大幅に見直された。保健医療地図の策定主体は、担当大臣から地域圏知事へと変更された<sup>10)</sup>。改革による最も重要な変更は、保健医療地図の機能を補完、強化するために新たに導入された「地域圏保健医療組織計画（*schéma régional d'organisation sanitaire : SROS*）」<sup>11)</sup>である。SROSは、医療需要を最適な形で充足するために、医療供給の必要な変化（*évolutions*）を予測し、実現することを目的とする。つまり、保健医療地図が

量的な供給目標（たとえば、地域ごとの診療科別ベッド数）を定めるのに対して<sup>12)</sup>、SROSは、それを実現するための病院等の医療提供組織の最適な地理的配分を定める。SROSは、保健医療地図と同様に地域圏知事によって定められる。さらにSROSの付属書（*annexe*）では、SROSで描かれた理想的な状態に到達するために必要であると考えられる医療施設の設立、再編、転換、廃止が示される。この付属書の位置づけは当初は目安（*un caractère indicatif*）にすぎなかったが、後述の1996年社会保障改革によって拘束力を持つものとなる。

### 2. 保健医療計画をめぐる規制の強化

それまで、公立病院と私立病院には異なった承認あるいは許可制度が適用されていたが、それらは複雑で、適用も容易ではなかった。1991年病院改革法は、すべての医療施設に共通の許可制度を創設することによって、制度の明確化と統一化を実現した（Tanti-Hardouin 1996: p.23）。また、従来無期限であった許可は、同法により5年以上の期限が付されることとなった。

新たな許可制度において、病院の設立、拡張、転換および再編、高額医療機器の設置等に関する許可が与えられるのは、①保健医療地図で定めた住民の医療需要を満たすものであり、②SROSに定められた目標に合致し、③デクレによって定められる運営の技術基準を満たすものである場合である。許可を得るためには、保健医療地図に加えてSROSにも合致しなければならないこととなり、許可の要件は厳格化された。

さらに、同改革では公立病院の運営に関するいくつかの改革が実施されたが<sup>13)</sup>、なかでも保健医療計画との関係において注目されるのは、新たに公立病院の内部で策定されることとなった施設計画（*projet d'établissement*）である。施設計画は、病院の医療活動や管理運営、病院勤務者の雇用、

訓練等のあり方や方向性を定める包括的な計画である。施設計画はSROSと合致するように最長5年の期間で策定される。これにより、SROSで定められた目標は、より直接的に公立病院の活動に反映されることとなった。

## V 1996年社会保障改革

### 1. 地域圏病院庁の創設

1990年代前半には、経済の低成長と失業率の上昇を背景として社会保障制度の財政が悪化し、医療保険財政の赤字も増大した。加えて、欧州通貨統合のために1997年末までに財政赤字を縮減しなければならないという政治的要請があった。このような状況下で、1995年にジュベ首相によって社会保障の再建計画（ジュベ・プラン）が提示され、翌年から広範にわたる社会保障改革が行われた。これによりフランスの社会保障システムは大きく変化し、医療供給のあり方も変容を迫られた。

とりわけ革新的であったのは、病院医療供給を改善するために創設された地域圏病院庁（*agence régionale de l'hospitalisation*）である。地域圏病院庁は、公立・私立病院を管轄するために各地域圏に設置された、管理運営と財政面における自律性を付与された公法上の法人である<sup>14)</sup>。地域圏病院庁の任務は、地域圏における病院医療供給政策を決定・実施し、公立・私立病院の活動を分析・調整し、それらへの財源配分を決定することである<sup>15)</sup>。これ以降、保健医療地図やSROSの策定、病院の設立等の許可や財源配分の決定等の病院医療供給にかかわる責任や権限は、地域圏病院庁によって統一的に担われることとなった。

### 2. 第二世代のSROS

導入されたSROSの実効性は限定的であった。当時、保健医療計画に使用するための細かな疫学

的なデータが整っていなかったため、計画策定に用いられる指標が、多くの場合人口学的なデータに基づくものであり（Picard 2004: p. II-16）、住民の疾病構造の変化は十分に反映されなかった。

このようななか、新たに創設された地域圏病院庁のもとで策定されることとなった「第二世代のSROS」には、医療情報の活用という点において進展が見られた。1998年に開始されたSROSの見直しは、医療供給のダイナミックで医学的な分析を行う機会となった（*Cour des comptes*, 2002: p.212）。いくつかの地域において、保健医療計画に医学的な情報を用いる試みが初めて開始された。医学的な情報は、医療情報システムプログラム（*programme de médicalisation des systèmes d'information : PMSI*）と毎年の施設統計（*statistique annuelle des établissements : SAE*）を通じて収集される。前者のPMSIは、病院に受け入れた患者に関する医療的なデータを収集するシステムである<sup>16)</sup>。PMSIによって収集された情報（性別・年齢等の患者の属性、診断、実施された医療行為）に基づき、各入院は同質的な診断群分類（*groupes homogènes de maladies : GHM*（フランス版のDRG））に分類される。後者のSAEは、毎年実施されている施設の運営管理に関する統計である<sup>17)</sup>。GHMにより把握された疾病データやSAEに基づく医療施設の情報がSROSの策定に活用される。

さらに、新たなSROSでは計画の対象がより広範な領域へと拡大されたことが重要である。病院のみではなく、外来医療の領域の自由業的な専門職（*professionnels libéraux*）も含めることにより包括的な医療供給のあり方が模索されるようになった。

なお、1996年4月24日のオルドナンスによって、SROSの実現のために必要と考えられる医療施設の設立、再編、転換あるいは廃止を定めるSROSの付属書の性質は、法制度上拘束力を持つものへと変更され、その実効性が高められた。

### 3. 契約的手法の導入

地域圏病院庁の創設に伴い、新たに地域圏病院庁と公立・私立の各病院との間で締結される「目標と手段に関する複数年契約 (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens : CPOM)」が導入された。特に公立病院の場合には、CPOMに、SROSを考慮した病院の戦略的方針、医療の質や安全の改善目標等が盛り込まれる。公立病院への総枠交付金 (dotation globale)<sup>18)</sup> は、CPOMに定められた義務 (engagements) 等に応じて計算される (Dupeyroux et al. 2001: p.552)、さらにCPOMの目標の達成度合いが総枠交付金の額に反映される。このため、CPOMはSROSで掲げられた目標を公立病院内部へと浸透させるための手段となった。

以上のような工夫を通じて保健医療計画の効力は高められたものの、保健医療計画を実施するための制度的枠組みは、保健医療地図、SROS、許可制度、さらには新たなCPOMが絡み合った複雑なものとなった。

## VI 病院計画2007

2002年11月に政府は「病院計画2007 (Plan hôpital 2007)」を発表し、この計画に基づいて、病院への報酬支払い方式の変更、保健医療計画の手法の見直し、公立病院の内部組織の改革等を内容とする病院システムの大規模な再編に取り組むこととなった。保健医療計画に関しては、保健医療地図の廃止、第三世代のSROSの導入および許可制度の見直しが行われ、複雑化した保健医療計画の法制度が簡略化されることになった。以下では、それぞれの施策が実施された背景と内容を検討していく。

### 1. 保健医療地図の廃止

保健医療地図は、依然として人口当たりのベッド数等の指標によって策定されていたが、2002年の会計検査院の報告書において、従来の計算方法では実際の医療需要を示し得ないこと、提供される医療の内容や費用を区別しない「ベッド数」を計測単位として用いることの問題等が指摘された (Cour des comptes 2002: pp.209-217)。さらに、同報告書は、保健医療地図とSROSによる従来の保健医療計画は、供給過剰地域における施設の新設を抑制することは可能であるが、既存の医療供給を再編することはできないと結論づけた。これらの指摘を受けて、2003年9月4日のオールドナンスによって保健医療地図は廃止されることとなり、次に述べる新たなSROSが保健医療計画の唯一の道具となった。

### 2. 第三世代のSROS

「病院計画2007」を実施するために制定された2003年9月4日のオールドナンスによって、従来のSROSに代わる「第三世代のSROS」が2006年から実施されることになった。第二世代のSROSはいくつかの問題を抱えていた (Picard 2004: p. II-17)。SROSによって包括的な保健医療計画が目指されたが、予防的な活動が十分に考慮されていなかった。また、救急医療を整備し、慢性疾患の治療および病院医療が十分に整備されていない地域の医療供給を確保するためには、外来医療部門との連携 (articulation) を強化する必要があった<sup>19)</sup>。さらにSROSに掲げられた多くの課題に対応するためには、社会医療 (medico-social) 部門とのより強固な補足関係 (complémentarité) が求められたが、地域圏病院庁の権限が保健医療領域に限定されていたため、限界があった。

このため、まずSROSの目的が拡大され、身体的・精神的な医療需要に応えるための、予防・治療・緩和的医療供給の必要な変化を予測し、実現

表1 SROSにおける医療活動の地理的配分の一覧表の抜粋（リムーザン地域圏コレーズ医療圏の「内科」）

診療科	医療活動の設置		地域
内科	内科	5カ所設置	Brive (2カ所) Tulle (1カ所) Ussel (1カ所) Bort-Les-Orgues (1カ所)
	心臓内科	4カ所設置	Brive (2カ所) Tulle (1カ所) Ussel (1カ所)
	ペースメーカー治療	1カ所新設 2カ所目の設置を検討	BriveあるいはTulle Ussel
	老年医学	2カ所設置 (うち、1カ所新設) 3カ所目の設置を検討	Tulle (1カ所) Brive (1カ所新設) Ussel
	糖尿病学	2カ所	Tulle (1カ所) Brive (1カ所)
	小児科	1カ所設置 一定条件下で2カ所目の恒久化も可能	Brive Tulle

出典：Le SROS 3 du Limousin 2006: p.25.

注：Brive, Tulle, Ussel, Bort-Les-Orguesはリムーザン地域圏の都市であるが、医療圏内に設けられた4つの「近接病院圏 (Les territoires de pôle hospitalier de proximité)」の中心 (pôle) と位置づけられている。

することとされた。さらに医療施設と外来医療、社会医療・福祉部門との連携、および隣接する地域圏や国境地域の医療供給との連携に配慮することとされた。

また、住民の医療需要によりよく対応し、医療へのアクセスを確保するため、SROSが対象とする地理的な範囲も改められた。新たなSROSでは、住民の医療需要に見合った医療供給を実現するための地理的な範囲として、新たに「医療圏 (territoire de santé)」が用いられることになり、従来の行政区画をベースにした「医療区」は「医療圏」に置き換えられた。医療圏は、従来の医療区の範囲にかかわらず柔軟に設定される<sup>20)</sup>。地域圏ごとに、それぞれの医療活動に対応する医療圏が設定されるため、フランス全体で、内科では171医療圏、慢性腎不全の治療では142医療圏というように、それぞれの医療活動の特性に応じた圏域の設定が行われた<sup>21)</sup>。

SROSに盛り込むべき科目として、内科、外科、

周産期、回復期・リハビリテーション、在宅入院などの17項目が定められた。SROSでは医療供給の地理的な配分が示されるが、例として2006年に策定されたリムーザン地域圏<sup>22)</sup>のSROS付属書のコレーズ (Corrèze) 医療圏に関する部分を見てみると、「内科」のそれぞれの医療活動ごとの設置 (implantation) の数と場所が具体的に示されている (表1)。

さらに、SROS付属書では、医療活動や高額医療機器の量的な目標 (objectifs quantifiés) が示される。「ベッド数」の指標を用いた目標設定は廃止され、それぞれの医療活動はそれを適切に示すことのできる指標を用いて数値化される。たとえば、内科、外科、回復期・リハビリテーションでは入院件数 (nombre de séjours)、精神科 (完全入院の場合) と長期治療では入院日数によって、それぞれの目標値と上限・下限が定められる。画像診断機器については設置数が示される。表2はリムーザン地域圏の「内科」に関する総量

表2 SROSにおける医療供給量の目標値の抜粋（リムーザン地域圏の「内科」に関する目標）

総量 (入院件数)	コレーズ 医療圏	クルーズ 医療圏	オート・ヴィエンヌ 医療圏
PMSI 2004	41,904	26,336	61,658
目標値	42,598	26,500	63,499
下限	39,443	22,142	59,738
上限	45,357	27,900	67,321

出典：Le SROS 3 du Limousin 2006: p.48.

(volumes) の目標値であり、2010年の推計人口と、PMSI等によって収集された年齢と疾病ごとの平均受療率を用いて算出されたものである。

### 3. 許可制度とSROSの一体化

従来の許可制度は、適用される期間がSROSと異なり（SROSは5年であるのに対して許可は一般的に10年）、不整合が指摘されていた（Cour des comptes 2002: p.215）。このため、同オールドナンスにより、許可制度とSROSは一体的に実施されることとなった。

また、許可の対象となる計画 (projet) についての規定も整理された。新たな仕組みにおいて許可が必要であるのは、①すべての医療施設の設定、②医療活動（入院の代替医療 (alternatives à l'hospitalisation)<sup>23)</sup> の形で提供されるものも含む) の開始・転換・再編、③高額医療機器の設置に関する計画である。許可の対象となる医療活動と高額医療機器のリストは法令で定められている<sup>24)</sup>。

以上のような変更を通じて、SROSが「許可される」医療活動と医療機器の地域的な配分を決定する役割を担うこととなった。

## VII 2009年病院改革法

現在、「病院改革と患者、健康および地域に関する2009年7月21日法」（以下、2009年病院改革法）の制定により、保健医療計画は新たな段階へ移行しつつある。立法の背景として、医療提供者

間の調整が不十分であること、および地域の医療専門職の配置が不均等となっていることから、フランス市民にとって医療へのアクセスがますます重要な問題となっていることが指摘された<sup>25)</sup>。

これらの課題に対応するために、地域圏における単一の主体による横断的な管理が不可欠であると考えられた。このために新たに創設されたのが地域圏保健庁である。地域圏保健庁は、それまで地域圏において保健医療政策にかかわってきた7つの組織（地域圏病院庁、県・地域圏保健医療社会問題局（国の出先機関）、地域圏疾病保険金庫連合等）を一つにまとめ、地域圏の保健医療政策を一元的に担う。その権限は、疾病予防や健康増進、公衆衛生から保健医療のサービス提供組織（高齢者や障害者を対象とした施設も含む）にまで及ぶ。地域圏保健庁は2010年4月から各地域圏における保健医療政策を掌っている。

この地域圏保健庁によって新たに策定される保健医療計画は、「地域圏保健計画 (projet régional de santé)」と呼ばれる。地域圏保健計画は三つの具体的計画 (schéma) からなる。一つ目は、地域圏予防計画 (schéma régional de prévention) である。二つ目は、地域圏医療組織計画 (schéma régional d'organisation des soins) であり、入院医療と外来医療の二部に分かれている。特に外来医療に関する施策が強化され、医療へのアクセスを改善するためのさまざまな促進策が盛り込まれる。三つ目は、地域圏社会医療組織計画 (schéma régional d'organisation médico-sociale) である。

このように、従来から課題とされていた予防、外来医療および社会医療領域に関する施策が、それぞれ「地域圏保健計画」を構成する柱として位置づけられ、一体的に策定される枠組みが構築された。各地域圏保健庁は、地域圏保健計画を2011年の末までに策定することとされた。なお、医療圏の範囲の見直しはすでに行われており、その数は大きく減少した<sup>26)</sup>。

また、2009年病院改革法では、多様な医療提供者間での連携・協力の制度的な枠組みが整えられた。医療提供者間の協力形態は大きく二つに分けることができる。一つは医療協力連合（groupements de coopération sanitaire : GCS）である。GCSによる連携・協力の仕組みは1996年に導入され、近年その設立数が増大している。多様な医療提供主体（公立・私立病院、社会医療施設、開業医等）が任意で参加し、GCSを設立する。GCSは人材や医療機器・設備、情報システム等の共同化を通じて参加病院の活動を支援していく。2009年病院改革法により、GCSは手段共有化の仕組みにとどまらず、それ自体が医療施設としての資格を保有し、医療活動を行うことが可能となった。もう一つは、地域病院共同体（communautés hospitalières de territoire : CHT）であり、2009年病院改革法によって新たに設けられた病院間の協力様式である。対象は公立病院に限定されている。CHTの本部となる病院を中心に共通の戦略や医療計画が策定され、病院活動が共同で行われる。現在、CHTの設立を促進するための財政的な支援も行われている。

GCSとCHTは、地域における医療提供者間の相互補完性を高め、医療提供のあり方を改善し、それによって地域の医療需要によりよく応えようとする試みであり、新たな地域圏医療組織計画においても医療提供者間の協力体制が明記されることとなっている。

## VIII 考察

本稿では、フランスにおける保健医療計画の導入と主要な改革について検討してきた。最後に、導入から現在までの保健医療計画の変容について、三つの視点から考察することとしたい。

一つ目は、保健医療計画をめぐる規制の強化である。最初に導入された保健医療地図は、許可制度と組み合わせられることにより、主要にはベッド数の増加を抑制する役割を担った。しかしながら、住民の医療需要に医療供給を適合させるためには、よりダイナミックに医療供給を再編するための仕組みが必要であった。フランスでは、保健医療計画をめぐる規制を段階的に強化することにより、この課題への取り組みが行われた。1991年病院改革により導入されたSROSは、許可制度と結び付けられることにより、医療供給をコントロールする効果を増し、地域圏における医療供給政策の要となった。追求されたのは、質が確保された医療への平等なアクセスの実現である。

二つ目は、保健医療計画の包括化である。フランスの保健医療計画は、当初は「病院」計画であり、病院のベッド数や設備を規制することがその中心的な機能であった。1990年代後半以降、住民の医療需要に適切に応えるため、しだいに外来部門や社会的な領域まで視野に入れた総合的な「保健医療」計画が目指されるようになった。このような方向性は、最終的には2009年病院改革法により、地域圏保健庁が創設され、包括的な地域圏保健計画が新たに規定されたことによって確固たるものとなった。今日、予防的な医療の強化や入院医療と外来・在宅医療、介護等の福祉サービスとの連携がますます必要となっていることは日本においても同様であるが、フランスでは、保健医療計画を包括化することによってこれらの要請によりよく応えようとしている。

三つ目は、医療供給の量をとらえる視点の変化であり、施設などの「ハード面」から、医療活動や医療内容といった「ソフト面」へと重心が移った<sup>27)</sup>。1970年の保健医療地図の導入以降、日本と同様にフランスにおいても「ベッド数」を指標として医療需要が把握され、目標が定められてきた。2003年の改革によって、このような粗い指標を用いた保健医療地図に終止符が打たれ、今日では、医療活動をより適切に示すことのできる指標（入院件数や入院日数等）が用いられている。このような転換が可能となった背景として、1990年代の情報システムの整備により、病院活動に関する情報が網羅的に把握されるようになったことが重要である。

フランスの保健医療計画は、日本のそれと比較した場合、はるかに規制に重点を置いた仕組みである。規制的な保健医療計画によって医療提供体制のコントロールを行うことは、住民の通常の医療ニーズを一定地域内で充足する、あるいは平等なアクセスを保障するという政策目標を確実に実現する上ではメリットがあると考えられる。一方で、高度で質の高い医療提供を志向した病院の自発的な設備投資や医療活動の自由は少なからず制約される。医療政策の目標として、「医療の平等な保障」と「高度医療の追求」のいずれにより重点を置くのか。この問いに対する答えは日本とフランスでは異なるかもしれない。しかしながら、一定の質が確保された医療への平等なアクセスを目指したフランスの試みは、「誰にどのような医療を保障するのか」という医療政策の基本的な問いをめぐって医療提供体制のあり方を再考する視点を与えてくれる。

投稿受理（平成23年5月）

採用決定（平成23年11月）

#### 注

1) 医療へのアクセスを確保するためには、地域にお

ける医療提供体制の整備と合わせて、経済的な負担を軽減する仕組み（とりわけ医療保険）の整備が不可欠である。フランスでは、第二次世界大戦後、医療保険の一般化を実現するための政策的な努力が継続的に行われ、2000年にはいわゆる「皆保険」が実現した。本稿では、医療保障を実現するためのこれら二つの要件のうち、医療へのアクセスを地理的に確保するための前者の政策（医療提供体制の整備）に焦点を当てて検討を行う。

- 2) 2008年現在、ベッド数は公立病院284,140床、非営利私立病院61,432床、営利私立病院94,855床である（Exertier, Minodier 2010: p.57）。公立病院はコミューン、県あるいは国が運営する病院である。
- 3) 歴史的に公立病院と私立病院では、全く異なる規制および報酬支払い方式が適用されていた。病院制度と報酬支払い方式の歴史的な推移については、松本2009参照。
- 4) 1941年12月21日法により、保健医療大臣の承認を必要とする病院組織総合計画が策定されることとなった。
- 5) 1946年から1962年の間に、毎年平均で60施設が設立され、この期間中に1,000施設以上が新設された（Maillard 1988: p.62）。
- 6) 「region」は、州あるいは地方とも訳されるが、本稿では「地域圏」を当てることとする。フランス本土に22、海外に4つの「地域圏」が存在する。
- 7) 医療需要の指標は人口1,000人当たりベッド数として法令により定められた。たとえば、短期入院に関する指標は一定の数値幅で示され、1980年5月28日のアレテでは、人口1,000人当たり、内科1.2～1.3床、外科1.3～2.3床、産科0.3～0.5床とされた（Conseil économique et social 1983: p.46）。
- 8) 1970年病院改革法以降、1980年代初頭までに50,000床の急性期ベッドが増設された（Conseil économique et social 1983: p.33）。
- 9) 1970年病院改革法における高額医療機器とは、負傷者、病人および妊婦の診断、治療あるいは機能回復のために、または情報の処理に用いられ、その設置や使用において非常に費用がかかり、あるいは医療行為の過剰を引き起こす可能性がある機器である。
- 10) なお、全国的な、あるいは複数の地域圏にわたる保健医療地図は担当大臣によって策定された。また、改革により、保健医療地図の対象に特定の医療活動（臓器移植と脊髄移植、救急患者の受け入れと治療、蘇生術等）が含まれることとなった。
- 11) 保健医療組織計画は、地域圏ごとに作成されるSROSに加えて、全国あるいは複数の地域圏にわたるものもある。ただし、地域圏を単位に策定されるも

- のが中心であるため、本稿ではSROSと表記する。
- 12) 医療需要の量的な指標は、内科、外科、産科等の診療科については「ベッド数」、高額医療機器は「機器の数」によって、1991年病院改革法によって新たに加えられた医療活動の大部分は「組織(structures)の数」によって示された。
  - 13) フランスの公立病院は、歴史的に強力な公的介入のもとで運営されてきた。1980年代以降、総枠予算制の導入等により公立病院をとりまく状況が大きく変化するなかで、硬直的な公立病院の組織は見直しが求められていた。
  - 14) 地域圏病院庁は、国と医療保険組織の中間に位置づけられる機関であり、保健医療と社会保障を担当する大臣の直接的な監督の下におかれた。
  - 15) それまで、公立病院の予算の承認や総枠交付金(注18参照)の決定は県知事によって行われていたが、この権限は地域圏病院庁の長官へと移譲された。また、従来、私立病院に対する報酬支払いは、多くの場合、地域圏の疾病保険金庫との個別の協約に基づいて行われていた。1996年の改革以降は、地域圏の金庫に代わって地域圏病院庁が私立病院と目標と手段に関する複数年契約(CPOM)を締結し、料金が定められることとなった。
  - 16) PMSIに関する取り組みは1980年代から開始され、1990年代には試行事業が行われ、適用拡大が図られた。PMSIの対象は、当初、内科・外科・産科の医療活動を行う病院であったが、今日では、在宅入院、回復期・リハビリテーションおよび精神科の医療を提供する施設まで対象が拡大されている。PMSIの情報は、2001年から入院情報技術庁(agence technique de l'information sur l'hospitalisation)によって収集されている(Exertier, Minodier 2010: p.132)。
  - 17) SAEは、すべての公私の医療施設に対して実施される義務的で網羅的な調査であり、各医療施設の組織、受け入れ能力、医療機器・設備、医療人員、入院日数等の情報が、毎年、国の調査研究評価統計局(DREES)によって収集される。
  - 18) 公立病院に対する報酬支払い方式は、1983年1月19日法により「総枠予算制」へと変更され、病院には法定支出増加率によって増加が抑制された「総枠交付金」が支払われることとなった。病院に対する報酬支払い方式の歴史については、松本 2009: pp.195-214参照。
  - 19) 医療提供者としての「開業医」は、歴史的に自由医療への志向性が強く、強力な公的介入を余儀なくされてきた公立病院とは対象的である。このため、病院医療を中心に構成されてきた保健医療計画に開業医医療をいかに組み込んでいくかが今日の課題となっている。なお、開業医医療に関しては、2004年8月13日法により「かかりつけ医制度」が導入され、患者ICカードの導入とともに医療提供の効率化と質の向上のための施策が実施されている。
  - 20) 医療圏の設定には、疫学的な指標と疾病ごとの患者数の推移が考慮される(Picard 2004: p.II-20)。加えて、入院患者の居所と病院との間の実際の移動が考慮される。この情報はPMSIを通じて把握される(Cour des comptes 2006: p.168)。
  - 21) Les territoires de santé, <http://www.sante-sports.gouv.fr/> (2010年10月7日)による。
  - 22) リムーザン地域圏はフランスの中南部に位置し、窯業が盛んな工業都市リモージュを中心とする人口約74万人の行政圏であり、フランスの平均よりも高齢化率が高い。リムーザン地域圏のSROSでは、三つの医療圏が設定されている。
  - 23) 入院の代替医療は、1980年代の厳しい医療費抑制、供給コントロール政策を背景として、とりわけ私立病院において展開されてきた宿泊を伴わない外来外科診療等の医療である。日中あるいは夜間の部分的な入院、外来での麻酔や外科治療、在宅入院を指す。
  - 24) 許可の対象となる医療活動と高額医療機器の種類は、現在、「内科」、「外科」等の19の「医療活動」と5種類の「高額医療機器」として限定列挙されている(公衆衛生法典のR6122-25, 26)。
  - 25) 「患者、保健および地域に関する病院改革法案」の理由書(exposé des motifs)による。
  - 26) 地域圏保健計画の枠組みで107の医療圏が設定されているが、これは第三世代のSROSにおける医療圏の数と比較すると33%の減少である(Présentation générale, <http://www.ars.sante.fr/> (2011年5月10日))。
  - 27) なお、本稿では取り上げることができなかったが、フランスでは医療の質を確保するための取り組みが積極的に行われている。医療の評価(évaluation)をめぐる政策的な取り組みは1980年代に開始されたが、とりわけ1993年には医療費を医学的に抑制し、かつ医療の質を確保するために拘束力を持つ医療指標(RMO)が導入された。さらに1996年4月24日のオルドナンスにより、各病院には認証(質の評価手続き)が義務付けられ、これを推進するために全国医療認証評価機構(ANAES)が設置された。ANAESの任務は、2004年に創設された高等保健機構(Haute Autorité de Santé)に引き継がれ、現在、同機構により医療の質を確保するための多様な施策が実施されている。

参考文献

- Conseil économique et social, 1983, *La réforme hospitalière: bilan et perspectives*, Journal officiel.
- Cour des comptes, 2002, *La sécurité sociale*.
- Cour des comptes, 2006, *La sécurité sociale*.
- Couty, Édouard et Tabuteau, Didier, 1992, *Hôpitaux et cliniques : les réformes hospitalières*, Berger-Levrault.
- Dupeyroux, Jean-Jacques et al., 2001, *Droit de la sécurité sociale 14<sup>e</sup> édition*, Dalloz.
- Exertier, Albane et Minodier, Christelle (coordination), 2010, *Le panorama des établissements de santé édition 2010*, DREES.
- 健康保険組合連合会, 2006, 『欧州の医療保険制度に関する国際比較研究』報告書・資料編.
- Le SROS3 du Limousin, <http://www.sante-limousin.fr/> (2010年9月17日).
- Maillard, Christian, 1988, *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours*, Dunod.
- 松本由美, 2009, 『フランスの医療保障システムの歴史の変容』, 早稲田大学大学院商学研究科博士学位申請論文.
- Picard, Michel, 2004, *Aménagement du territoire et établissements de santé*, Avis et Rapports du Conseil économique et social.
- Tanti-Hardouin, Nicola, 1996, *L'hospitalisation privée, la documentation française*.  
(まつもと・ゆみ 社団法人全日本病院協会  
全日病総研研究員)