

研究資料

フランスの医療制度とその動向

松田 晋哉*

国民皆保険制度における自由開業制というわが国と類似の医療制度をもつフランスにおいては、増大する医療費を抑制するために、近年多くの改革がなされてきている。例えば、公的な病院サービスについては1983年以降総枠予算制が導入され、さらに1991年の病院改革法改正後は、実際に提供された医療行為の質・量を反映した予算計画作成を可能にするため、フランス版DRGであるGHMを基礎とする医療行為情報化計画（PMSI）の一般化が試みられている。また、フランスの医療の特徴の一つであった「医師による診療行為の自由」についても、医療標準が導入され一定の制限が課されるようになっている。さらに、高齢者の重複受診や不適切な医療サービス利用を抑制するために、一般医による医療管理記録制度なども創設されている。以上のような改革は類似の医療制度を有するわが国の今後の方向性を探る上で、参考になる点が多いものと考えられ、今後、日仏の医療制度の比較研究が活発化することが期待される。

キーワード：フランス、医療政策、医療保険制度、医療施設、総枠予算制

1. はじめに

現在、先進諸国においては高齢化および医療技術の高度化にともなって増大しつづける医療費をいかにして抑制していくかということが重要な政策課題となっている。高度経済成長の時期を終え、低経済成長期に入りかつ歴史上未曾有の高齢社会を迎えつつあるわが国においても医療費および年金問題は緊急の検討課題である。このような危機感は程度の差はあるものの先進国共通のものであり、近年OECDを中心に医療制度や社会保障制度の国際比較研究が積極的に行われているのもこのためである¹⁾。著者は1991年度フランス政府給費留学生としてフランス国立公衆衛生学校の公衆衛生監督医養成課程で学ぶ機会を得た。この課程に入学したものは学校での講義に加えて、フランス保健省の公

衆衛生監督医見習医官として県社会保健衛生局あるいは地方社会保健衛生局で医療機関の監督業務の実務訓練を受けなければならない。著者も国立公衆衛生学校のある Rennes 市の属する Ille et Vilaine 県の社会保健衛生局で県内の医療機関の監督業務および保健地図の設定に関する業務などについて経験する機会をもつことができた。本稿では、その経験と勤務時および帰国後に大使館等を通じて収集した資料をもとにフランスの医療システムについて論述する。わが国と同様の国民皆保険システムのもとで、fee-for-serviceの診療報酬体系下に、自由開業制を維持してきたフランスにおいて、近年おこなわれてきた医療システムの改革の内容とその影響について知ることはわが国の今後の医療政策を考えていく上で参考になる点も多いと考えられる。なお、本論文の作成にあたっては、限られた資料を用いているために、理解不十分な点等もあると思われるが、それらについてはす

* 産業医科大学医学部公衆衛生学教室講師

べて著者の責任である。

2. 医療保険制度

フランスでもわが国と類似の国民皆保険制度がほぼ実現されているが、わが国のように在職期間中と退職後の保険の分離はなく、被保険者とその家族は原則として退職前に加入していた主要な保険制度によって退職後も給付される。また保険金庫はわが国のように企業単位、地域

単位で組織されるのではなく全国被用者保険金庫や農業保険金庫というように職種単位で組織されている。図1はその代表的な保険金庫である被用者医療保険全国金庫（CNAMTS）の概要を示したものである²⁾。CNAMTSは中央政府とは独立に独自の理事会によって運営される公的組織である。その主な任務は拠出金に基づく財政の運営と医師組合との間で医療行為の料金およびその償還の割合について協定を結ぶこと

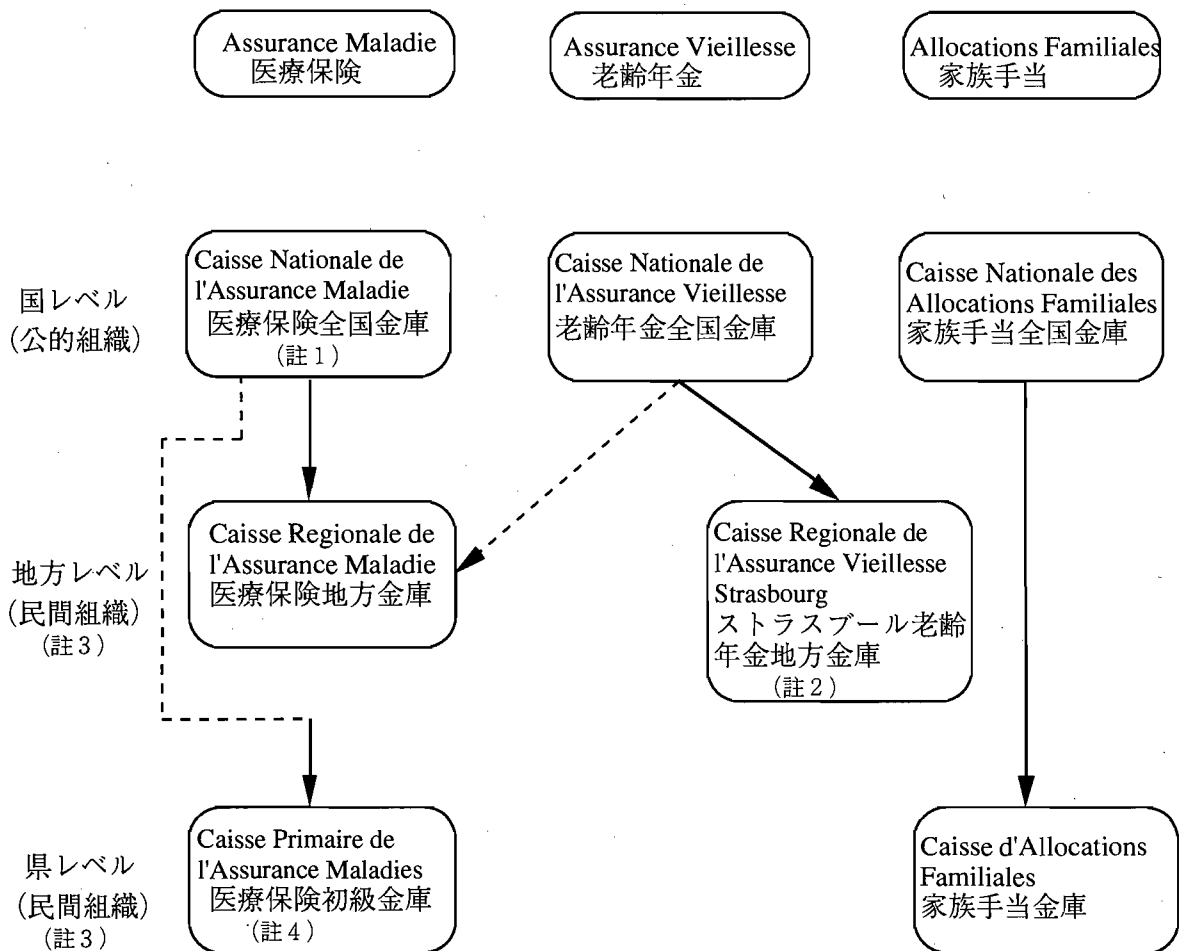


図1 フランスにおける社会保障の組織図

1. 医療保険には大きく分けて4つの種類があるが、ここではそのうち最大規模のものである被用者医療保険全国金庫（La Caisse Nationale de l'Assurance Maladies des Travailleurs Salaries）を例示する。
2. 老齢年金に関しては地域レベル、県レベルの特定の組織はストラスブールを除いて存在しない。通常は地方レベルの業務については医療保険地方金庫が代行する。
3. 民間組織ではあるが、その業務は非営利であり、半官・半民の組織といえる。
4. 医療保険初級金庫は医療保険地方金庫の下部組織ではない。その業務内容も異なる。詳細については本文参照。

である。また、CNAMTSは医療保険地方金庫、および医療保険初級金庫の運営状況を監督する任務もっている。医療保険地方金庫 (CRAM) はCNAMTSの下部組織ではなく、独自の理事会をもった非営利の民間組織である。CRAMの主要業務としては1) 社会保障金庫に財源を得ている施設の運営の監督、2) 労働災害・職業病に関する保険給付業務、3) 地方医療計画の策定 (地方保健社会局等との共同事業: 詳細は松田 (1993年) を参照⁹⁾) がある。医療保険初級金庫 (CPAM) もCRAMと同様、CNAMTSの下部組織ではなく、独自の理事会をもった非営利の民間組織である。被保険者に対する医療費の払い戻しと総枠予算制による公的病院に対する資金の給付はCPAMによって行われている。

財政面でのフランスの医療保険制度の特徴をあげると、労使による自主的な制度運営と財源における労使の保険料収入の高さがあげられる (1992年で77.3%)。こうした特徴は社会保障制度の運営に対する政府・議会の介入を容認しない姿勢を確立させてきた。しかし、社会保険料を主な財源とする特徴のために、近年の失業率の増大に伴い各保険金庫の財政は悪化しており、このために社会保障制度の改革が大きな政治課題として浮上してきている。この点に関する近年の動向と制度間の財政調整の詳細については伊奈川が記述しているので参照されたい⁹⁾。

図2はフランスの医療保険制度の概要と1990年の財源の分布を示したものである¹⁰⁾。医療行為に対する支払い方法は、いわゆる償還制といわれるもので、各患者が提供された医療行為の総費用を医師に支払い、その後各患者が医療保険金庫に書類を郵送して、例えば開業医の診療行為に関しては70%の払い戻しを受けるといった形式になっている (その他、一般の薬剤については60%、ビタミン剤や胃薬といった「気休めの薬」については30%の償還率となっている)。各医療行為に対する料金は、一年ごとに国家の監督のもとに医療保険金庫と医師労働組

合 (フランス医師総同盟: Confédération des Syndicats Médecins de Franceおよびフランス医師連盟: Fédération des Médecins de France) との間で締結される料金表に基づいて算出される。また、患者の自己負担分についても互助組合 (Mutuelle) とよばれる補完的な非営利の民間医療保険があり、多くの国民はこれに加入することにより自己負担分についても保険による支払を受けている。

次にこのシステムを医療機関と保険者との関係から検討してみたい。後述のようにフランスにおいては医師に診療の自由の伝統があり、医師が保険者に対して医療行為の基礎となる疾患名を報告する義務はない。従って、保険金庫としては明らかに高額な医療行為を行っている医師、あるいは医療機関に対して監査を行う場合以外は各医師の医療行為の内容について検討する術がなかったのが実状であった。現在、フランスの「公的病院サービス」を提供する病院においては「医療行為情報化計画: Projet Medicalisation du Système d'Information PMSI」という試みが行われている¹¹⁾。この計画はアメリカにおけるDRGと同様の疾患群 (Groupes Homogènes de Malades GHM) を定義し、疾患群ごとの医療費の分布とその平均像を検討しようというものである。そして、実際に行われた医療行為を管理会計手法に結び付けることで、公的病院に対する支払方法である前払い方式の総枠予算制における算定基準の合理化が図られている。このように、PMSIの導入により、それまで行政や支払側に明らかにされていなかった個々の患者の疾患名とそれに対応する診療行為に関する情報が得られるようになったことは重要であり、これによりフランス政府は今後の医療政策のための具体的情報と統制手段を得たと考えることもできる。

さらに、1993年の医療協約に基づき特定の疾患 (群) に関する医療行為および薬剤投与について、医療評価開発全国機構 (ANDEM) の技術的検討を踏まえて医療標準が設定され、各医

1990年度総医療費：603MF

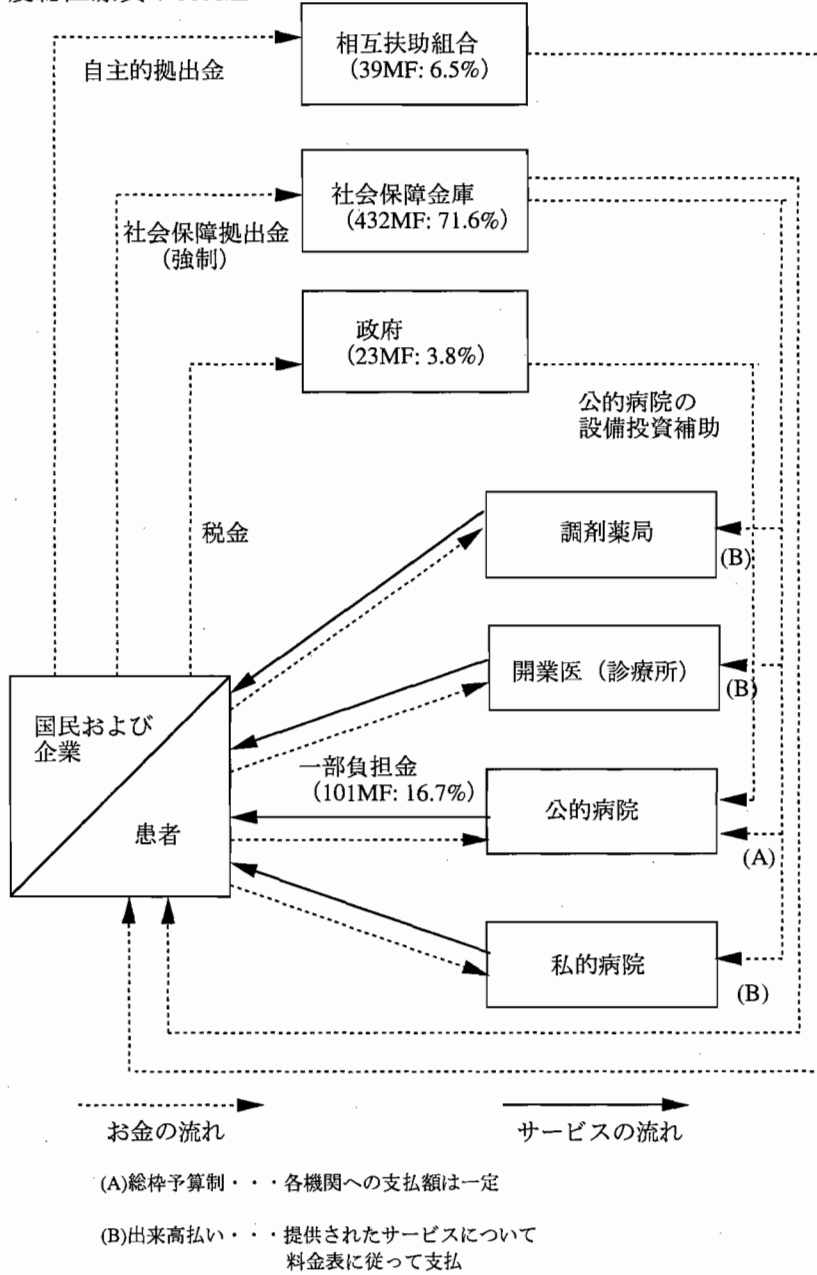


図2 フランスにおける医療費と医療サービスの流れ (資料：SESI 1992)

師の当該疾患に対する診療に一定の制限が加えられることとなった (1995年現在で147の医療標準が設定されている)。そして、この制度では対象となる医療行為について、医師がその医療標準を遵守しなかった場合、その医学的重大性、回数、財政的影響を考慮したうえで、医療

保険金庫からの支払が控除されるという経済的制裁が課されることになる。このようなフランス医療の伝統である「診療の自由」の制限に対してフランスの医師がそれを受け入れたという事実は、医師自身がフランスの医療保険制度の現状について強い危機感をもっていることを傍

証していると考えられる。なお、医療標準の詳細についてはそれを定めた医療協約が邦訳されているので、それを参照されたい¹²⁾。

3. 医療供給制度

(1) 自由開業医師

フランスにおける病院 (Hôpital) と診療所 (Clinique, Polyclinique, Cabinet) の区分は日本におけるそれとは異なる。わが国においては公立・私立を問わず20床以上のベッドをもつものは病院であり、19床以下の施設は診療所と区分される。一方、フランスにおいては病院 (Hôpital) といった場合それは公的病院と後述の公的病院サービスに参加している契約私立病院であり、それ以外の医療機関は診療所 (Clinique, Polyclinique, Cabinet) と分類される。ここで、CliniqueあるいはPolycliniqueは平均80床ほどの急性疾患のための医療施設で多くは外科および産婦人科である。また、Polycliniqueはいくつかの診療科をもつ医療施設である。ここに勤務する医師は俸給制による収入を得ている勤務医ではなく、契約しているCliniqueにおいて各人が行った医療行為に応じて患者から料金をとり、そこから収入を得ている。一方、Cabinetはいわゆる無床診療所で、日本の開業医と同様、医師は個人あるいはグループで、ビルの一室等で外来診療を行っている。

Clinique, Polyclinique, Cabinetで診療を行う医師は自由開業医師 (Médecin libéral) と総称される。1991年1月1日現在、フランスには152,096人の医師が存在していたが、そのうちの約70% (105,612人) が自由開業医師である¹⁰⁾。自由開業医の内訳をみると一般医58,920人 (55.8%)、専門医46,692人 (44.2%) で一般医の方がわずかに多い。しかし、経時的にみると過去10年間に専門医の数が約70%増加しているのに対し、一般医の数の増加は約15%に留まっている。ここで専門医とは医学部卒業後アンテル

ヌ試験と呼ばれる競争試験に合格して4年間の各科の専門教育を受けたもので、国家資格である。このアンテルヌ試験に通ることができなかったもの、あるいは一般医になることを希望したものは2年間の訓練の後、一般医として登録される。専門医と一般医は同じ医療行為を行ってもその料金が異なっており (例えば、1993年現在の診察室における診療料金は一般医が100フラン、専門医が140フランとなっている)、また日常業務にも差が見られる。1986年の調査によると自由開業専門医が益々その診断・治療の専門性の度合を強めているのに対し、自由開業一般医は老人患者を対象に薬剤の処方箋を出すことが、その医療行為の中心となってきた (1986年の調査では86%)¹³⁾。

医療行為に対する支払い方法は、前述のように医療保険金庫と医師労働組合 Médecins de Franceおよびフランス医師連盟 : Fédération des Médecins de France) との間で締結される料金表に基づく償還制で、各患者が提供された医療行為の総費用を医師に支払い、その後各患者が医療保険金庫に書類を郵送して各医療行為について定められた割合の払い戻しを受ける形式になっている (ただし、入院医療については現物給付で、患者は1日当たり55フランの定額自己負担を支払う)。1960年までは自由開業医師には患者との直接交渉によって料金を決める自由が認められていたが、ド・ゴール政府により国全体で統一的な料金表を作成する方式が導入された。1980年以来この料金表に基づく医師の医療費請求方法には2つの方式が導入されており (セクター1、セクター2)、各医師はそのどちらかを選ぶことができる。セクター1は医師がこの料金表を遵守することを強制されるもので、医師はその見返りとして医師個人の社会保障等での優遇を受けることができる。例えば、疾病保険への保険料は収入の5.2% (1985年)、老齢年金保険への保険料は1688フラン (1985年) で、後述のセクター2に属する医師の保険料がそれぞれ14.9%と5064フランであるのに対し、

かなりの低額である。これに対してセクター2を選んだ医師はこの協定料金表以上の料金を患者に要求することができる。しかし、この場合も患者は料金表に基づく額しか払い戻しを受けることができない。1991年1月1日現在で、セクター1に属する医師は68.9%、セクター2を選択している医師は26.4%となっている(表1)。ところで、セクター1およびセクター2のそれぞれに所属する医師の数は地域によって異なっており、パリやマルセイユのように専門医の多いところではセクター1に属する医師を見つけることが難しい。このような患者のアクセスを阻害するような状況の進行を防ぐために、1990年の医療協約ではセクター2の新規選択を制限することが定められている。表1で一般医と専門医それぞれの選択したセクターの割合をみると、一般医では84.0%がセクター1を選択しているのに対し、専門医では57.9%がセクター1を選択しているにすぎない。ここで、表1においてDPとあるのはDroit Permanent à dépassement(料金を超過する永久的な権利)をもつ医師を指し、他の医師により特別に認められた医師にこの特権が認められている。DPに指定された医師はセクター1の医師と同様の社会保障面での優遇を受けると同時に、セクター2の医師と同様の料金設定面での特権を行使することができる。

自由開業医による医療サービスの供給に関し

ては、現在幾つかの重要な試みが進行中である。まず、その第一は不必要な入院を回避するための開業医による外来医療の強化である。1975年に一人あたり1844フランであったフランスの国民医療費は、1981年には4506フラン、1989年には8920フラン、1994年には11300フランに急増している。この理由として政府は病院医療費の急増をあげており、不必要な入院を如何に回避するかが医療政策上の最重要課題となっている。そして、わが国におけるのと同様、慢性疾患患者や高齢者、障害者の在宅医療の推進が図られている。このため保健省は在宅入院(Hospitalisation à domicile)という概念を提示し、その推進を図ろうとしている。このためには在宅での医療を可能にするための看護職の確保が必要であるが、フランスにおいては自由開業看護婦の制度があり、自由開業看護婦が医師の処方箋に基づいて在宅の患者を訪問し、投薬、注射・点滴、体位交換などの処置を行なっている。わが国の訪問看護ステーションに比較すると、規制が緩やかであり、多くは自宅にその看板を掲げているだけのものである。この制度は自宅に引きこもっている看護婦を活用するものでもあり、わが国でもその展開が導入される価値があると思われる。

政府の進める第二の政策としては一般医による患者の流れに対する舵取り機能の強化があ

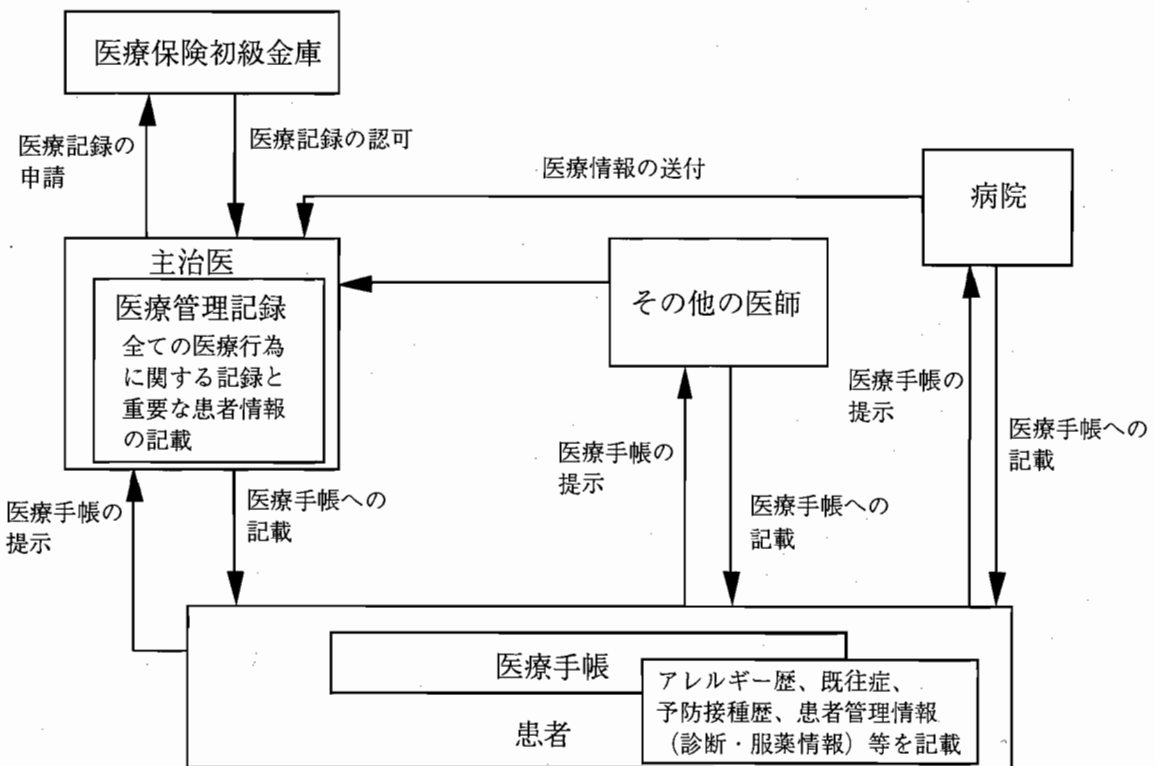
表1 フランスにおける医師数とその区分(1990年末)

	自由開業医	勤務医	合計		
一般医	58,920	19,454	78,374		
(一般医の占める割合)	55.8%	41.9%	51.5%		
専門医	46,692	27,030	73,722		
(専門医の占める割合)	44.2%	58.1%	48.5%		
合計	105,612	46,484	152,096		
(自由開業医と勤務医の割合)	69.4%	30.6%			
セクター別					
	セクター1	DP	セクター2	契約医師	非契約医師
一般医	78.3%	0.9%	20.2%	99.4%	0.6%
専門医	57.9%	8.3%	33.6%	99.8%	0.2%
全体	68.9%	4.3%	26.4%	99.6%	0.4%

資料: Annuaire des Statistiques Sanitaires et Sociales 1991, SESI, Paris (1992)

る。入院患者に関して調査を行った幾つかの結果によると、多くの慢性疾患患者、特に老人患者については、その一次医療の段階で適切なオリエンテーションがないために不必要な検査や入院、あるいは重複受診につながっているという¹⁴⁾。このような高齢者の不適切な医療行為による医療費の浪費を防ぐためには、老人医療の主たる担い手である一般医の「ゲートキーパー」としての機能を強化する必要がある。そして、この目的のために1993年の医療協約および1995年の政令により、70歳以上の高齢者を対象とする医療管理記録および医療手帳が創設されている。この制度の概要は図3に示したとおりであ

るが、その目的は提供された検査、投薬などの医療サービスを医療管理記録および医療手帳に記録し、この情報を患者が選択したかかりつけ医（一般医）が管理することにより不必要な医療サービスを抑制するとともに、緊急時に必要な医療情報を提供することにある⁵⁾。また、こうした老人患者への対処のしかたについて再教育を行うために、現在自由開業一般医を対象とした「老人病学」の生涯学習等が、医師生涯教育委員会国家連合（Union Nationale des Associations de Formation Médicale Continue）によって行われている。



注1：主治医は年に一回医療管理記録を総括して医療保険初級金庫に送付することで当該活動に関する診療報酬を得ることができる。また、主治医以外の医師による情報提供・医療手帳への記載は疾病保険の償還対象である。

注2：患者は主治医を自由に選択・変更することができる。

図3 医療管理制度・医療手帳制度の概要 出所：伊奈川（1996年）を改変

(2) 公的病院サービス

(Services publics hospitalières)¹⁵⁾

フランスの行政法では、公的サービス Services publicsとは「質的意味（公共利益のための活動）と構造的意味（公的権力によって行われる活動）の2つの概念を有するもの」と定義されており、これを医療サービスについてあてはめると、「公立病院および公的医療サービスを提供することを公的権力と契約した私立病院によって行われる医療サービス」が公的病院サービスと定義される。ここで、公的サービスであるための要件としては次の4つがあげられている。

- ① 継続性の原則
- ② サービス利用の平等性の原則（人種、性、社会的階層などに関係なく、等しくサービスを享受できる）
- ③ 時代の必要性に応じた適応性の原則
- ④ 中立性の原則

このうち①、②の原則は特に重要で病院改革法の条文中にも、公的病院サービスを行う病院は①一年中24時間、常に患者を受け入れることができること、②差別なく患者を受け入れることの2点が明記されている。公的病院サービスに参加する私的病院は病院医療を行う上で必要なスタッフ、機能、施設を有するという条件に加えて、上記2つの原則を遵守することを前提として保健大臣によりその参加を認可される。

フランスの公的病院サービスはその組織、財政、保健地図あるいは地域医療計画による規制、国家による運営の監督の4つによって特徴づけることができる。以下公立病院を例として個々について説明する。

① 組織

①-1院内組織

(a) 理事会

フランスの公立病院は病院長 (Directeur de l'hôpital) の指揮のもと、理事会 (Conseil

d'administration) によって運営される。ここで理事長は一般的には医師ではなく、大学の経済学部・法学部などを卒業した後、国立公衆衛生学校で病院長になるための3年課程を修了した実務者の中から任命される。理事会は次の6つのカテゴリーの職種のもので構成されている。

- (ア) 病院の所在する地方自治体の代表者
- (イ) 医療保険金庫の代表者
- (ウ) 病院の医師、歯科医師、薬剤師の代表者
- (エ) 看護部門の代表者
- (オ) 病院の一般職の代表者
- (カ) 有識者

また以上の職種に加えて、コンサルタント的な資格で病院長と県社会保健衛生局の代表者が理事会に参加する。理事会の会長は病院の所在する地方自治体の長（市町村長、県議会議長）が務めている。この理事会においては以下に示す病院の活動方針が決定される。

- (ア) 施設計画 (Projet d'établissement)
- (イ) 施設、サービスに関する投資計画
(特に高額医療機器)
- (ウ) 予算および決算 (会計報告)
- (エ) 提供するサービスの開設、変更、廃止等に関する事項
- (オ) 医療職の雇用に関する事項
- (カ) 院内規則、病院 (間労働) 組合の結成等に関する事項

ここで施設計画とは地域内の医療サービスを地域保健医療計画の枠内で運営するために、各施設に制定が義務づけられているものである。この計画は後述の医療委員会の意見をもとに病院長が作成し、理事会に提出することになっている。病院長は理事会による決定事項を随時実行する義務が課せられている。

(b) 医療委員会

(Commission Médicale d'Etablissement : CME)

各施設には医師、歯科医師、薬剤師の各代表者から構成される医療委員会がある。この委員会はつぎのような業務を行っている。

- (ア) 施設計画の案を病院長と共同で作成する
- (イ) 施設における医療サービスの組織に関する計画案の作成 (病院長と共同)
- (ウ) 施設への投資、医療職雇用に関する意見書の提出
- (c) 施設技術委員会

(Comité technique d'établissement; CTE)

各施設には一般職の代表によって構成される施設技術委員会がある。病院改革法の規定によると施設計画、医療機器の購入計画、予算および決算、雇用、院内規則に関する事項は必ず施設技術委員会に意見が求められなければならないことになっている。

- (d) その他の院内組織

その他病院内には労働安全衛生委員会 (Comité d'Hygiène de Sécurité et des Conditions de Travail: CHSCT)、院内感染対策委員会 (Comité de Lutte contre d'Infection Nosocomiale: CLIN) が組織されており、それぞれ院内における産業保健と院内感染予防のための活動を行っている。

①-2院外組織

1970年の病院改革法は医療圏内における公的病院サービスを効率的に行うためにセクター保健会議 (Conference sanitaire du secteur) を組織することを義務化し、また病院間組合 (Syndicat inter-hospitalier) を任意で組織できることを定めている。

- (a) セクター保健会議

(Conference sanitaire du secteur)

セクター保健会議はセクター内のすべての公的病院サービスに参加している施設の代表者によって構成される諮問機関である。この組織はなにか特定の事項を決定したりする権限はないが、保健地図および地域保健医療計画の制定およびその改定にあたっては、この会議に必ず諮問されなければならない。また、この会議はセクター内の施設共同で医療サービスを実施する

ための提案等も行う。

- (b) 病院間組合 (Syndicat inter-hospitalier)

病院間組合はセクター内の公的病院施設の代表者によって構成される理事会によって運営される公的法人である。この組合の組織化は1984年の病院改革法の改正によって推奨されているが、その結成は任意である。病院間組合の主な業務としては、共通のサービスの設立、職員の教育・訓練事業、施設間での共同財務管理 (消耗品の共同購入など) がある。

実際にはこれら2つの院外組織の活動は活発であるとはいいがたく、特に公立病院と私立病院との協力関係の構築は非常に困難であるのが実情である。

②財政

公的病院サービスを行っている施設は前払い方式の総括的資金給付 (Dotation globale) にその主な財源を得ている。すなわち、各施設は前年度決算および活動実績に当該年度の活動予測 (患者数、疾患の種類など) にインフレ率を考慮して得られる額を当該年度予算として割り当てられ、その割当額が月単位で医療保険初級金庫 (CPAM) より各施設に支払われる。各施設は例外的な場合 (極端なインフレ、疾病構造の大幅な変化など) 以外は、この予算の範囲内で施設運営を行うことが義務付けられている。現在、総括的資金給付は各施設の収入の約80%を占めている¹²⁾。

③保健地図 (Carte sanitaire) と地域医療計画

(Schéma Régionale d'Organisation Sanitaire)

公的病院サービスに参加している施設の活動および設備 (病床数、高額医療機器) は地方社会保健衛生局によって制定される保健地図と地域医療計画の枠内に制限される。例えば、CTスキャナーのような高額医療機器は、地域医療計画に照らし合わせ、必要であると判断されたうえで保健省に認可される。ただし、各医療機関が高額医療機器の導入や病床数の制限に関する

る地方社会保健衛生局の決定に異議がある場合には、それを行政裁判所に訴え、その合法性について司法による判断を求めることができる。

④政府による運営の監督

公的病院サービスを行っている施設は政府により財政的コントロールと活動面でのコントロールの二重の規制を受けている。財政的コントロールは総枠予算制によるもので、活動面でのコントロールは地域医療計画によるものである。具体的には県社会保健衛生局（DDASS）が上記の2つの側面での監督を行っている³⁾。

(3) 公的病院サービスを行う施設

病院改革法では病院の種類をその施設のもつ技術水準および平均在院期間をもとに以下のように区分している。

①急性疾患病院 (Court séjour)

急性疾患病院は救急治療と急性期にある疾患の診断と治療を任務としており、入院期間は原則として1ヶ月までである。

(a) 地域 (大学) 病院センター (Centre Hospitalier Régional et Universitaire)

地域 (大学) 病院センターは現在フランスに31施設あり、フランス国内の公的病院サービスにおける全病床数の約1/4を占めている。この施設はわが国の大学病院と同様全科にわたる診断および治療機能、医療職の教育研修機能、および医学研究機能を有している。

(b) 一般病院センター

(Centre Hospitalier Général)

一般病院センターは一次救急医療 (産科、救急医療、外科) および一般的な疾患の急性期の診断・医療サービスを地域住民に身近なところで提供することを目的としており、わが国の二次医療圏における中核病院に相当するものである。しかしながら、医療技術の進歩により一般病院センターに勤務する医師には、常に最新の技術に対する欲求があり実務レベルでは地域病

院センターと一般病院センターの機能分化には強い反発もある。

(c) セクター病院センター

(Centre Hospitalier de Secteur)

および地区病院 (Hôpital local)

これらの病院は一般に入院機能は小さく (200床以下)、農漁村に存在している。こうした病院では常勤の医師を確保することが困難なことから病院がオープン化しており、地域の開業医が彼らの患者を病院施設内で診断・治療することが認められている。また、セクター病院センターと地区病院とは診療機能が異なっている。後者は一般に分娩および外科手術を行うことができないが、前者は少なくとも内科、外科、産科の各診療科を有していなければならないと定められている。

(d) 特殊病院センター

(Centre Hospitalier Spécialisé)

精神疾患およびガンなどに対しては、それを専門とする中核病院が設置されている。精神疾患を対象とする特殊病院センターは全国に98ヶ所あり、すべて公立病院である。またガンを対象とする特殊病院センターは全国で20ヶ所あり、そのすべてが非営利の民間病院である (実際にはその多くが地域大学病院センターに隣接し、医学部の教授が病院長を兼任している)。

②中期療養施設

(Centre et Unité de moyen séjour)

中期療養施設は急性期の治療を終えた患者に対してリハビリテーションを行うことを目的とする施設である。約60%の施設は民間である。中期療養施設での治療費は一日あたり診療費 (Prix de journée: 約800フラン/日: 1991年) として定められており、定額自己負担分を除く部分が医療保険金庫により負担される。

フランスにおいては温泉治療施設 (Etablissement de cure thermale) が老人の慢性疾患患者によく利用されているが、これも中期療養施設に属する。この施設での療養にあた

っては医師の処方箋とともに医療保険金庫の事前の承認が必要とされる。また、心身障害児療養施設もここに分類される。中期療養施設への入所期間は原則として3ヶ月である。

③長期療養施設

(Centre et Unité de long séjour)

長期療養施設は自立性を失いかつ継続的な医学的治療を必要とする患者に治療サービスと宿泊サービスを提供する施設である。そして、費用に関してはこの2つが別々に扱われる。すなわち、治療に対しては他施設と定額自己負担分を除く部分が医療保険金庫によって負担されるが、宿泊については原則として全額、患者およびその家族の負担である(170フラン/日;1991年)。施設の性格上、入院患者の大部分は老人で占められている。

長期療養施設の約90%は公的施設である。また病床利用率はほぼ100%で、この種の施設の不足が問題となっている。しかし、一方で入院患者の1/3は在宅あるいは老人福祉施設で医療を提供することが可能であるという報告もあり、種々の脱病院化(Déhospitalisation)のための施策が行われている。また、痴呆性老人の場合、その必要性が低いにもかかわらず、宿泊部分に相当する部分の費用を避けるために少なからぬ数の老人が長期療養施設から精神病院に「移送」されており、これも大きな問題となっている¹⁶⁾。

4. 考察およびまとめ

フランスの保健医療行政の特徴は、医療費の増大を抑制するための中央政府による強力な監督権の行使にあるといえる。フランスの医療には伝統的に4つの自由が存在した。すなわち、医師の選択の自由、医師の診断・治療手段選択の自由、開業することの自由、そして患者との話し合いによって医師が謝礼金を決めることの自由である。しかし、すでに述べたようにこの

4番目の自由はすでに存在しない。また、2番目の自由についても公的病院サービスに参加している施設では、地域医療計画の枠内に規制されている。さらに現在進行中のPMSIと医療標準の設定は、各疾患に対する標準的な診療費を割り当てることを目的としており、医師の診断・治療手段選択の自由はさらに狭められようとしている。

1970年の病院改革法の制定とその後の改定により、平均在院期間は確かに減少しており(急性疾患病院で10日(1980年)から7.3日(1988年)に減少)、また、総括給付方式の導入によって医療費の増加もその速度を緩めている¹³⁾。「公的病院への企業精神の導入」というフランス政府のスローガンは、例えばPMSIと財務分析を結び付けることで、提供するサービスの合理化と効率化を目指そうという政策にみる事ができる。このために国立公衆衛生学校の病院長養成課程ではPMSIと財務分析に重点をおいた教育を行う一方で、課程の最終の3ヶ月を私企業における経営の実習にあてている。

しかしPMSI導入による医療費抑制の可能性に関しては著者は疑問をもっている。例えば、アメリカにおいては1983年以降メディケアにDRG(診断群別料金表)が導入され、1983年と1986年を比較すると確かに病床利用率は74%から63%に減少している。しかし、一方で病院の外来医療費や在宅医療費が増え、同期間にメディケア支出は589億ドルから777億ドルに増大しており、全体として支出の抑制効果は得られていない。この間の人口の老齢化などによる対象者の増加およびインフレの影響もあり、DRG導入の経済的効果をこの数字から単純に評価することはできないが、その効果は期待されていたほど大きなものとは考えられない¹⁷⁾。表2は1989年と1990年における短期入院施設における入院数と在院日数の変化率を示したものであるが、アメリカにおけるのと同様、在院日数が短縮している一方で入院数が増加している¹⁰⁾。

1991年の病院改革法改正の中心的項目は

表2 フランスの短期入院施設における受診数と平均在院日数の変化 (1990/1989)

	大学病院センター		その他の病院センター		合計	
	受診数	平均在院日数	受診数	平均在院日数	受診数	平均在院日数
内科	0.8%	-2.5%	0.7%	-1.1%	0.8%	-1.6%
外科	0.8%	-2.8%	-0.1%	-3.5%	0.2%	-3.3%
産婦人科	-0.7%	-2.4%	1.2%	-1.4%	0.8%	-1.7%
パリ以外の短期入所施設全体	0.7%	-2.6%	0.5%	-1.9%	0.6%	-2.1%
パリの短期入所施設全体	0.2%	-3.0%	0.5%	-1.9%	0.4%	-2.4%

資料：Annuaire des Statistiques Sanitaires et Sociales 1991, SESI, Paris (1992)

PMSIの導入であり、これにより各病院内に医療情報部門 (Département d'Information Médicale: DIM) が新設されることが求められている。PMSI導入のための諸経費 (診療情報のコンピューター化に要する費用) およびDIM新設に伴う情報処理専門スタッフの人件費も無視できない経費の一部である。一般的にフランスの病院の支出の内訳は人件費70%、薬剤およびその他の医療用品10-15%、食事サービスおよびリネン類8-12%となっており、人件費が占める割合が非常に高い¹³⁾。「病院における医療活動の生産性の増大」という目的は一定の生産性を保ちながら人件費を減らすことと読み替えることもできる。しかしながらフランスの公的病院の歴史的・構造的な性格はこの点に関して大きな障害となっている。小さな町の地区病院も含めて、ほとんどの公的病院は教会の設立した療養施設にその起源をもち、すでに数世紀にわたる歴史をもっている。すなわち、地域の病院とその住民の間には強い感情的結合があり、隣接した市町村間での病院の統廃合あるいは提供するサービスの分担を困難にしている。そして、中小企業がその経済活動の中心であるフランスにおいては、各地域の公立病院は、しばしばその地域でもっとも大きい雇用主でもある。しかも、その病院の理事会の長は各自治体の長であり、住民感情に背くような病院の改革には消極的である。以上のような事情により、地域医療計画に基づく医療政策は、個々の自治体の政治的思惑に左右され、必ずしも円滑には機能していない。この点がフランスの「公的病院サービス」の最大の課題であり、また限界であると考

えられる。さらに、総枠予算制についても期待していたほど医療費の抑制に役だっていないことが明らかにされつつあり、また、医療サービスの質に悪影響を及ぼしようという懸念も根強く存在している。すなわち、総枠予算制の算定基礎となる病院活動に関する指標 (平均在院日数、病床利用率等) は、必ずしも実際に行われた医療行為を反映していないこと、また、医療行為に直接関係しない患者サービスは算定基礎とならないこと、などのために医療サービスの質の低下に繋がりと批判されている。このような問題に対処するために、「実際に行われた医療行為を反映する指標」の導入を目的としてPMSIが導入されたわけであるが、現在ではさらに、保険者のbuyerあるいはadvocateとしての機能を強化することで、医療サービスの一定の質を保持したうえで医療費の抑制を図るために、アメリカにおけるのと同様の管理競争を地方医療金庫レベルに取り入れる試みも検討されている^{18), 19)}。さらに、近年のフランスにおける医療システム改革の基礎となっているものとして1993年に保健担当大臣Veil氏によって発表されたVeil Planがある。この計画では医療費の増加に歯止めをかける具体的対策として、患者負担の増額 (例えば、入院定額負担の50フラン/日から55フラン/日への増額や医療サービス償還率の5%引き下げ)、医療協約による医療標準および医療管理記録制度の導入、過剰病床の削減、および薬剤処方に関する制限などが盛り込まれ、その多くは本報告でも紹介したようにすでに実行に移されている。そして、その結果として1994年には全体で283億フランの医療費

節減効果があったと報告されている²⁰⁾。また、わが国と同様総医療費に占める薬剤費率の高いフランスにおいては(19.5%:1993年)、製薬企業の経営持続性と国際競争力の向上に配慮したうえでの薬剤費抑制に関する政策の推進が、製薬企業、医師団体等との協力の基で展開されつつある。

このように、わが国と類似の医療保障制度を有するフランスにおいては1970年の病院改革法以来、多くの大規模な制度改革が試みられてきており、その多くがわが国の医療保障制度の将来を考えるうえでも、非常に参考になるものである。特に、1993年以降導入されている医療手帳および医療管理記録制度はわが国の「かかりつけ医」制度の全体像を考察するために、そして公的病院サービスにおける総枠予算制と管理競争の導入は医療保険制度の再編成について検討するために貴重な資料を提供するものである。今後、医療保障制度に関する日仏比較研究が推進されることが期待される。

引用文献

- 1) OECD, The reform of health care: Health Policy Studies No.2 (OECD, 1992)
- 2) Brüker G and Fassin D, Santé Publique (Ellipses, 1989): 127-262
- 3) 松田晋哉「フランスの公衆衛生行政」『日本公衛誌』(40, 1993): 398-412
- 4) 伊奈川秀和「フランス社会保障の動向①」『週刊社会保障』(No. 1888, 1996): 60-63
- 5) 伊奈川秀和「フランス社会保障の動向②」『週刊社会保障』(No. 1889, 1996): 50-53
- 6) 伊奈川秀和「フランス社会保障の動向③」『週刊社会保障』(No. 1890, 1996): 52-55
- 7) 伊奈川秀和「フランス社会保障の動向④」『週刊社会保障』(No. 1891, 1996): 48-51
- 8) 伊奈川秀和「フランス社会保障の動向⑤」『週刊社会保障』(No. 1892, 1996): 54-57
- 9) 伊奈川秀和「フランス社会保障の動向⑥」『週刊社会保障』(No.1893, 1996): 48-51
- 10) SESI, Annuaire des Statistiques Sanitaires et Sociales 1991 (Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, 1992)
- 11) Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, Le PMSI Notions fondamentales et orientations (1991)
- 12) 厚生省保険局医療課監修「欧米諸国における薬剤と医療保険制度改革」(東京:薬事時報社,1995): 87-139
- 13) Chambaud L, France (ENSP, 1992)
- 14) EPISS, Dossier documentaire: Politique en direction des personnes âgées (ENSP, 1991)
- 15) Ministère des Affaires Sociales et de l'Intégration, Loi hospitalière du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, "JO" (2 août 1991, 1991)
- 16) Manus A, Les structures psychiatriques, "La Revue du Praticien" (40: 27, 1990):2532-5
- 17) National Center for Health Statistics, Health United States 1990 (1990)
- 18) Launois R, et al, Les réseaux de soins coordonnés (RSC): Propositions pour une réforme profonde du système de santé, "Revue Française des Affaires Sociales" (39:1, 1985):37-62
- 19) OECD, ibd, 45-55
- 20) 厚生省保険局医療課監修, ibd, 13-30

謝 辞

本原稿作成にあたりご指導をいただいた舟谷文男先生(産業医科大学医療科学教室教授)に深謝いたします。

Health Care System of France

Shinya Matsuda, M.D., Dr. Med. Sci.*

The French health care system has long been characterized by its fee-for-service payment system, freedom of prescription and location by the doctor, and free choice of doctors by the patient under the quasi-universal medical insurance scheme. However, since 1980s the French government has been conducting a series of reforms of health care system, in order to stabilize the rapid increase in the national medical expenditures, some of which limit the generosity of the traditional French system; i.e., global budgeting for public hospital services, establishment of standardized medical practices and introduction of patients' medical information system managed by general practitioners. These reforms must be very suggestive for the future health care policy in Japan, therefore, it is strongly expected that some collaborative research projects between the two countries will be organized near future.

[key words]

France, Health care policy, Medical Insurance Scheme, Medical facilities,
Global budget

* Assistant Professor, University of Occupational and Environmental Health, Department of Preventive Medicine and Community Health