

フランスにおける公立病院改革

—地域病院グループ(GHT)による医療への平等なアクセスの実現—

松 本 由 美

はじめに

フランスでは、すべての人が必要に応じて質の高い医療が受けられることは重要な政策課題として位置づけられている。世界的にも高水準の医療保障システムを有する国であるが、近年、このシステムのもとでよい医療が受けられる人々が存在する一方で、医療提供者間の連携が不足していること等によって適切な入院医療が受けられない患者が存在するなど、医療のダブルスタンダード（*médecine à deux vitesses*）の問題が懸念されるようになった。つまり、人々には、よい医療を受けるチャンスが必ずしも等しく与えられていないことが明らかになってきた¹⁾。

こうした医療保障システムの問題状況に対応するために2016年に制定された保健医療システム現代化法（以下、2016年法という）²⁾には、予防の強化、医療へのアクセスを改善するための外来医療の第三者払いの一般化³⁾、かかりつけ医制度の適用拡大、医療提供者（開業医、公立・私立病院等）の連携強化など、さまざまな改革方策が盛り込まれた。そのなかでも、地域に住む人々が質の高い入院医療を等しく受けられるようにするための公立病院の新たな協力の形である「地域病院グループ（Groupement Hospitalier de Territoire）」（以下、GHT という）の導入は、入院医療供給システムの構造に踏み込んだ画期的な改革方策として注目に値する。

地域住民が安心して生活するためには、信頼のおけるかかりつけの医師を軸としたプライマリケアが確保されるとともに、必要なときには質の確保された入院医療が提供されなければならない。医療のダブルスタンダードが命にかかわるような重大な問題となるのは、とりわけ、この入院医療へのアクセス可能性や提供される医療の質が、居住している地域に左右される場合である。この問題を克服するために導入された GHT は、どのような地域においても患者に等しく質の高い入院医療を提供することを可能にする公立病院の制度化された協力体制、もしくは機能的な統合を実現するものである。今日、すべての公立病院は、地域で医療提供を行う他の公立病院と

1) この医療のダブルスタンダードの問題は、トゥレーヌ社会問題・保健大臣（当時）によって2014年6月19日に行われた医療改革法の基本方針に関する演説においても言及された。

2) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

3) フランスでは、歴史的に外来医療は償還払い制が基本となっており、医療を受けた場合の自己負担（前払い）が問題となっていた。この患者の前払いの負担を軽減するため、医療保険から医療提供者への直接的な支払いを実現する第三者払いが部分的に実施されていたが、2016年法により、これをすべての国民に拡大する「一般化」が目指された。

もに GHT を創設し、医療提供計画を共有し、協働することが義務づけられている。入院医療のあり方を大きく変える改革が進行中である。

日本と同様に人口の高齢化や医療費の増加への対応が求められるフランスにおいて、GHT の導入により、住民の医療需要によりよく対応し、医療資源の効率的な活用が促進されることが期待されている。しかしながら、GHT は従来の入院医療の概念を変え、公立病院にさまざまな制約を課す仕組みであることから、実施にあたっては少なからぬ困難に直面することも予想される。

本稿では、入院医療のあり方を大きく変える GHT 導入の具体的なプロセスを明らかにするとともに、GHT 導入の意味を考察することを目的とする。このことは、医療提供者間の連携不足など、フランスと同様の問題を抱える日本の医療政策を検討する上でも有益であると考ええる。

1. 公立病院をめぐる問題状況

(1) 公立病院の概要

フランスの入院医療は、公立病院、非営利の私立病院および営利の私立病院によって提供されている（図表 1）。ベッド数で見ると、公立病院は全体の約 62% を提供している。公立病院は、公的な主体（コミューン、県、地域圏⁴⁾、国）によって創設された病院であるが、創設の背景や提供する医療はそれぞれに異なっている。公立病院のなかでも「地域圏病院センター（centre hospitalier régional）」は、より大規模で高度に専門化された医療設備を保有する病院施設である（178施設）。地域圏病院センターのうち29施設は「大学病院センター（centre hospitalier

図表 1 病院による医療提供の状況(2016年)

病院の種類	施設数	ベッドの数
公的部門	1,376	250,104
地域圏病院センター・大学病院センター	178	72,169
病院センター（旧地域病院を含む）	955	143,841
精神科専門病院	97	24,930
その他の公立病院	146	9,164
非営利民間部門	686	56,994
がんセンター	21	2,727
その他の非営利私立病院	665	54,267
営利民間部門	1,003	97,150
回復期・リハビリテーション病院	349	29,039
短期医療病院	501	54,403
精神疾患病院	145	13,386
長期医療病院	6	303
その他の営利私立病院	2	19
合計	3,065	404,248

出所：DREES, 2018 : 23 の Tableau 1 を一部修正。

4) 地域圏（région）はフランスで最も大きい地方行政区画である。従来22の地域圏が存在していたが、地方制度改革によって2016年1月1日からは地域圏の数は13となっている。

universitaire)」の地位を有しており、患者の診療に加えて教育と研究の役割を担っている。その他の公立病院の多くは、分類の上「病院センター」と呼ばれており、955施設がこれに該当する。病院センターは地域医療を支える病院であり、内科・外科・産科の急性期疾患の治療（短期医療）を行うほか、回復期・リハビリテーション医療（soins de suite et de réadaptation）や長期医療も提供する。さらに97施設の精神科専門の公立病院が存在する。

本稿で検討する公立病院は、このように設置主体や提供する医療、さらに地域における役割も異なる多様な病院であり、これらの公立病院間の協力体制をいかに構築するかが課題となる。

（2）入院医療をめぐるこれまでの改革

フランスでは歴史的に、公立病院と私立病院をとりまく制度的環境や適用される報酬支払い方式が大きく異なり、そのことが公立病院における医療提供を困難なものにしていた⁵⁾。このようななか、1990年代に入ると病院医療供給を改善するための政策的な対応が本格的に開始され、既存の医療提供体制を住民の医療需要に適合させるための新たな保健医療計画の導入⁶⁾、地域圏の入院医療を包括的にコントロールする地域圏病院庁の創設などが行われた。公立病院と営利・非営利の私立病院には統一的な認可制度が適用されるようになり、また報酬支払い方式の統一に向けた歩みも始まった。

さらに2009年法により、地域圏の保健医療政策を掌る行政機関として、地域圏と県において保健医療政策にかかわっていた7つの組織（地域圏病院庁、地域圏と県の保健医療・社会問題局等）を吸収する形で、地域圏保健庁（agence régionale de santé）が創設された。以降、公立病院は、強大な権限を有する地域圏保健庁のコントロール下で、求められる入院医療を提供する任務を果たしている。同法ではまた、公立病院間の協力を強化するために、保有する資源をより有効に活用し、病院間の補完性を高めるための協力形態である地域病院共同体（communauté hospitalière de territoire）が導入された。地域病院共同体は公立病院によって自発的に構成される協力形態であり、病院間での権限の委任・移譲等によって、共通の方針の基づいた活動を展開することを可能にするものであった⁷⁾。地域病院共同体は、本稿で検討する GHT の前身となった仕組みである。

5) 公立病院と私立病院をとりまく制度的環境の相違については、松本(2012b)を参照。公立病院には1983年以降、総枠予算制による財政的制約が課されており、厳しい経営環境のもとで有能な専門医が公立病院から私立病院へ流れていくといったような状況が見られ、患者の安全が脅かされる場合もあった。公立病院は相対的に重度の傷病の患者を受け入れる役割を担っていたが、引き受ける患者の重症度に見合った医療技術を活用することが容易ではない状況に至っていた（松本、2012b：235-238）。

6) 新たに導入された計画は、地域圏保健医療組織計画（schéma régional d'organisation sanitaire: SROS）と呼ばれた。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した（松本、2012a：83）。

7) 地域病院共同体の詳細については、松本(勝)ほか（2014）の「フランスの医療供給体制」を参照されたい。

(3) 今日の問題状況

以上のように、病院医療供給を改善するために継続的な改革方策が実施されてきたが、公立病院の抱える問題が十分に解決されるには至らなかった。2010年代に入ると、病院の外側からも内側からも問題が指摘される状況となった。まず、公立病院全般の問題状況を確認しておきたい。

政府からの委託に基づき Couty 氏らにより2013年に取りまとめられた「病院への信頼協定 (pacte de confiance pour l'hôpital)」は、後の政策決定に重要な影響を与えた報告書であるが、そのなかで次のような認識が示された (Couty et Scotton, 2013 : 13)。今日、信頼の喪失 (perte de confiance) が公立病院全体に悪い影響を与えているという認識を多くの関係者が共有しており、病院で働く専門職の多くが、この10年ほどで公立病院は少しずつ目標を失ったと感じている。その原因としては、費用節約や財政面での問題が常につきまとうなかで、医療へのアクセスの不平等が明らかになっていること、入院医療の提供組織と資金を地域でどのように配分するかが問題となっていること、および報酬支払い方式と病院の管理方法に課題があることが挙げられた。また、監督の実施方式には疑義が呈されており、見通しが示されないため先行きが不透明な状況となっていた。さらに病院で働く者たちは、外来部門 (開業医) が病院に患者引受けの負担を押しつけており、労働条件が悪化し、医療の質にマイナスの影響を及ぼす危険が現実のものとなっていると感じていることが示された。

このような状況は医療政策上の重大問題であるとともに、公立病院の存在意義を危うくしかねないため、早急に対応することが必要となった。まずは医療保障システムにおける公立病院の役割や位置づけを再確認し、後述の新たな病院公役務 (service public hospitalier) を明確化する必要があると考えられた。

問題が山積するなかで、公立病院間の連携の必要性はますます強く認識されるようになった。地域に存在する多様な病院が相互に連携して医療を提供することは、医療の質の面からも費用の面からも望ましいことは疑う余地はない。2015年に公表された GHT に関する報告書によれば、連携が不可欠である理由の一つは、医師確保をめぐる問題である。不足する医師 (とくに麻酔医、放射線専門医、救急医) を補充することは公立病院にとって困難となっており、いくつかの地域では安全と質が確保された入院医療の維持が脅かされる状況となっていた。もう一つの理由は、医療保障システムにおいて、医療へのアクセスの地理的あるいは社会的な不平等が拡大していることであった (Hubert et Martineau, 2015 : 11)。

これらの問題状況は、公立病院が地域で連携し、協力することにより改善される可能性がある。しかしながら、公立病院間の協力体制の構築は順調には進んでいなかった。2009年法により地域病院共同体が制度化されたが、設立された共同体の数は2014年で45にとどまり (Hubert et Martineau, 2015 : 11)、期待された成果を上げることはできていなかった⁸⁾。

8) 公立病院の協力形態である地域病院共同体に加えて、公私の多様な供給者が参加して人材や場所、設備

2. 医療保障における公立病院の役割

現在、フランス全土に100を超える GHT が創設されており、それぞれの GHT が担当する地域の入院医療を適切に確保する役割を担っている。相互の連携と協力に支えられた公立病院群である GHT にそのような重要な役割と責任が付与されているのは、公立病院が「病院公役務」という任務を担っていることと関係がある。この病院公役務のあり方は、時代に応じて変化してきた。以下では、まず病院公役務の歴史的な位置づけを整理した上で、GHT の導入を背景となつた、2016年法による「新たな病院公役務」について検討することとしたい。

(1) 病院公役務の導入

病院によって担われる公益的な役務、つまり病院公役務という考え方は1967年に登場し、1970年に制定された病院改革法⁹⁾によって法的に位置づけられた (Villey, 1977 : 7)¹⁰⁾。当時の入院医療は公立病院と営利・非営利の私立病院によってばらばらに提供されており、一体性を欠いていた。そのようななか、国民の医療需要を満たすための合理的な仕組みへの変革が求められ、病院公役務という考え方が導入された。これにより、すべての公立病院が病院公役務を担うことが義務づけられた。また、一定の条件を満たす私立病院はこれを担うことができた¹¹⁾。

同法では、病院公役務は病人、負傷者、妊産婦の診断のための検査、治療（とりわけ救急治療）を行うことが定められ、これに加えて、医学・薬学の大学教育・卒後教育および医療補助職の養成に協力すること、予防医学活動に協力すること、医学・薬学研究および公衆衛生教育に参加することが規定された（第2条）。

また、病院公役務を担う病院は、サービスを必要とするすべての人に開かれること（「平等性」）、昼夜を問わず患者の受入れが可能でなければならない、不可能である場合には病院公役務を担う他の病院での受入れを確保すること（「継続性」）、治療に関して患者を差別してはならないこと（「差別の禁止」）が定められた（第3条）。

その後、1991年の病院改革法¹²⁾によって、病院公役務をめぐる規定が整理された。まず、公立・私立の病院の一般的任務（病人等への診断検査・観察・治療、公衆衛生活動への参加等）が定められた。これに加えて「病院公役務に固有の措置」として、①大学教育・卒後教育等、②医

等を共有することを可能にする医療協力連合 (groupement de coopération sanitaire : GCS) も供給者間の連携や協力を支援するツールとして存在していた。GCSについては、松本(勝)編 (2015 : 156-157) を参照。

9) Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.

10) 1970 年病院改革法に基づく病院公役務の導入については、松本 (2012b : 160-163) を参照されたい。
なお、同書では病院公役務を「公的病院サービス」と表記し、検討を行っているが、本稿では社会保障法学の用語法に従って「病院公役務」と表記する。

11) 私立病院が病院公役に関与する方法については、松本 (2012b : 162) を参照されたい。実際に、多くの非営利の私立病院が病院公役務に参加する状況が見られたが、一方で営利の私立病院の病院公役務へのかかわりは非常に限定的であった。

12) Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

師の継続研修, ③医学・歯学・薬学研究, ④助産師・医療補助職の初期・継続研修, ⑤予防医療と健康教育等, ⑥緊急医療支援に協力することが定められた。さらに, 病院公役務を担う病院の義務として, 1970年法にも明記された「平等性」, 「継続性」および「差別の禁止」に関する規定が設けられた。特筆すべきは, 病院公役務を担う病院は, 「それらが提供する医療へのすべての者の平等なアクセスを保障する」ことが明記された点である。この後も病院公役務の範囲が拡大され, 社会的排除対策, 刑務所に収監された受刑者に対する医療等が任務に加えられた¹³⁾。

(2) 2009年病院改革法

以上のような政策的展開を経て病院公役務は, その概念や具体的な内容が公衆衛生法典において定められ, 主に公立病院と非営利私立病院によって担われる制度として確立していった。このようななか, 多様な医療提供者の参加を推し進めるために病院公役務制度の見直しが行われることとなった。

2009年に制定された「病院改革と患者, 保健医療および地域に関する法律 (以下, 2009年病院改革法という)」¹⁴⁾によって従来の病院公役務は廃止され¹⁵⁾, 「医療施設の公役務的任務 (missions de service public des établissements de santé)」という新たな概念が導入された。公衆衛生法典には, 病院公役務に替わって「医療施設の公役務的任務」に関する規定が置かれることとなり, 公役務的任務として医療提供や教育・研修等に関する14の任務が限定列挙された¹⁶⁾。なお, 新たに導入された公役務的任務は, 公立病院によって行われている医療提供活動を部分的にしか対象としておらず (Couty et Scotton, 2013 : 17), 公立病院にとっては必ずしも望ましいものではなかった。一方で, 新たな公役務的任務は, 従来の病院公役務を中心的に担ってきた公立病院や非営利私立病院に加えて, 営利の私立病院や多職種による医療提供組織¹⁷⁾, さらに医療協力連合 (GCS)¹⁸⁾ 等によっても実施されることとなり, 多様な主体が公役務的任務を行う可能性が開かれた¹⁹⁾。

13) 病院公役務の任務の拡大については, 稲森 (2012 : 458) を参照のこと。

14) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

15) それまで病院公役務への私立病院の参加が限定的であったことから, 2009年病院改革法は, 「私立医療施設のより積極的な協力を得るために, 病院公役務の概念自体を廃止するに至った (稲森, 2012 : 466)」とされる。

16) 医療施設の公役務的任務とは, ①医療の常時提供, ②緩和医療の引受け, ③大学・卒後教育, ④研究, ⑤病院勤務医および非病院勤務医の継続的職業研修, ⑥助産師とコメディカルの養成と継続的職業研修等, ⑦予防活動と健康教育およびそれらの調整, ⑧救急医療の支援, ⑨社会的排除との闘い, ⑩公衆衛生活動, ⑪同意のない入院患者の引受け, ⑫刑務所に留置されている者への医療提供, ⑬外国人入国滞在の規定が適用される者への医療提供, ⑭社会医療司法保安センターに留置されている者への医療提供である。

17) 保健センター (centre de santé), 多職種の診療施設 (maison de santé), 保健医療ポール (pôles de santé) 等も公役務的任務を行うことができるとされた。これらの医療提供組織の概要については, 松本 (勝) 編 (2015 : 140-165) および松本 (2016) を参照されたい。

18) 医療協力連合については, 注8を参照されたい。

19) なお, 公役務的任務を担う私立病院は, 新たに公益私立病院 (ESPIC) と位置づけられることとなっ

従来の病院公役務の枠組みでは、公立病院（あるいは参加する私立病院）が病院公役務のすべてを担っており、「病院」という組織と「公役務」は一体で不可分であった。しかしながら、新たな公役務的任務の仕組みでは、例えば、営利の私立病院が行いたい任務を選択して実施することが可能であるというように、提供組織と公役務の関係が柔軟化されるとともに、公役務を切り分けることが可能となり、「ア・ラ・カルトの公役務」とも表現されるような状況となった（Couty et Scotton, 2013 : 17）。

病院公役務の廃止は公立病院にとっては問題であった。公役務的任務として新たに設定された任務の範囲は限定的であり²⁰⁾、それまで病院公役務として理解されてきた公立病院の医療提供活動の多くが制度的にあいまいな位置づけとなった。加えて、先の報告書「病院への信頼協定」において指摘されたように、公立病院が地域住民に対する入院医療への平等なアクセスを実現できず、さらにそこで働く専門職の労働環境の悪化、医療の質の低下が現実のものとなっていた。そのようななかで、「医療施設の公役務的任務」の見直しを行い、従来のように、公立病院によって一体的に担われる病院公役務を再構築する必要があると考えられるようになった。

病院公役務の再構築の必要性については、2016年の政府資料では次のように説明されている。「公立病院には、公役務の全体的な一貫性と持続性が確保される必要がある。加えて地域は、住民の必要に応える包括的な医療提供計画を策定し、実施することのできる強力な病院を必要としている。孤立し、連携がうまくなされない公立病院は単独でこれらの課題に応えることはできない」²¹⁾。このような問題認識のもとで、病院公役務が一体のものとして再定義され、それを遂行するための公立病院の協力のあり方が模索されることとなった。

(3) 2016年法による新たな病院公役務

細分化された「医療施設の公役務的任務」を見直す動きは、すでに2013年社会保障財政法律において見られ、同法では病院公役務を再定義する方向が示された。さらに、報告書「病院への信頼協定」（2013年）においてその再定義の必要性が提起された後、2016年法によって、「医療施設の公役務的任務」に替わる新たな病院公役務が規定され、公衆衛生法典に位置づけられることとなった。

新たな病院公役務は公立病院、軍病院²²⁾ および一定の私立病院によって担われるが、次のような役割と義務を果たすことが前提となる。2016年法によれば、「病院公役務は、患者のアクセ

た。ほとんどの非営利私立病院は ESPIC となった。

20) 公立病院と公益私立病院（ESPIC）において実施される医療提供の大部分（80%と推計される）が公役務の活動から除外されたが、公役務の義務が課されているのはそれらの活動の全体であり、活動全体が公役務に含まれる必要があると考えられた（Couty et Scotton, 2013 : 17）。

21) 2016年法の概要を示した Dossier de presse (http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/280116_dp_loi-de-sante.pdf 2018年7月13日アクセス) による。

22) 軍病院の民生サービスへの協力については、1970年代から法令によって定められていた。経緯については、稲森（2012 : 478-479）を参照されたい。

スと引受け (prise en charge) の平等性, 継続性, 適応性および中立性の原則に則って, 病院に与えられたすべての一般的任務と救急医療支援を行う (第99条)」とされている。なお, 病院の一般的任務は, すべての病院 (公立および営利・非営利) が行うものであるが, その内容は段階的に拡大されてきた²³⁾。2016年法による規定では, 一般的任務として, 医療の提供, 予防活動・健康教育の実施に加えて, 医療連携, 養成研修, 大学教育・卒後教育, 医学における研究・イノベーション, 医療専門職・補助職の継続職業発展への協力を行うことが定められている。

このように, 病院公役務を担う病院は一般的任務と救急医療支援を行うが, 加えて病院公役務の実施においては, 患者に対して次の4つの義務を果たすことが求められる。それらは, ①患者に応じた受入れ (accueil adapté) (とりわけ対象者が障害の状態あるいは社会的に弱い立場にある場合), および健康状態に応じた引受け期間, ②常時の受入れと引受け, ③予防活動と質の確保された医療活動への平等なアクセス, ④超過料金の不請求である。さらに, 地域圏保健庁の長官からの求めに応じて, 地域住民の医療需要に応えるために必要な医療活動や他の施設・専門職等との協力を展開することなど, 地域の医療提供体制の整備・構築に積極的にかかわることが要請される。

2016年法によって新たな病院公役務が確立されたことにより, その中心的な担い手である公立病院には, 地域住民に対して平等な医療へのアクセスを保障し, 質の高い医療を常時提供することが求められている。個々の病院が単独でこれらの任務を全うすることは困難であるとしても, 地域の病院が協力して任務に当たればその実現可能性は大きく高まる。このような状況のもとで公立病院が相互に協力する制度的枠組みとして GHT が考案された。

3. 地域病院グループ (GHT) の制度化

今日, フランスの公立病院にとって, 近隣の公立病院とともに GHT を設立し, 地域における公立病院間の協力体制を構築することは義務 (強制) である。公立病院に対して GHT の設立を強制することについては, GHT の実施に向けた検討を委託されたミッション (後述) の中間報告書において, 「安全で質の確保された医療へのアクセスの平等を真に保障することは, いかなる地域もいかなる病院も「網の論理」から漏らさないことを前提とする。このことを考慮すると, GHT はすべての公立病院に対して強制的なものでしかあり得ない」と説明されている (Hubert et Martineau, 2015 : 15)。

個々の公立病院の自由や自律性を制約する GHT の制度化を受け入れることに抵抗感をもつ関係当事者も少なくないと考えられるが, 実際には, GHT 制度は非常に短い期間で導入の準備が行われ, 法律が制定され, 実施に移された。どのようにして制度の導入が可能となったのである

23) かつて, 病院公役務に固有の任務とされてきたものの多くは, 今日では一般的任務として位置づけられている。

うか。

(1) 2016年法の制定

1) 法案の基本方針の発表

GHT の導入に向けた政府の姿勢は、2014年6月19日にトゥレーヌ社会問題・保健大臣（当時）によって行われた保健医療の改革法案の方針についての演説において示された²⁴⁾。そのなかで、地域住民に対してよりよい医療を提供するためには有効性の高いプライマリケアが必要であるが、それを支える専門医や医療施設の役割が不可欠であることが述べられた。このためには、法律によって、病院が引き受けるべき任務を明確にした新しい病院公役務を確立すべきであるとされた。これに伴い、病院には自らが立地するところの地域（territoire）に対して、新たな責任が付与されることが明らかにされた。この責任を果たすために、新たに制定される法律では、情報システム、医療職の初期養成教育、医療提供に必要な物品等の購入といったサポート機能等の特定の活動の相互協力を可能にする GHT を創設することを義務とすること、さらに同じ地域の GHT に属する病院は医療提供計画を共有することが述べられた。その後、2014年10月15日に法案が閣議に提出され²⁵⁾、制定に向けた動きが始まった。

2) 国会での審議

国会での法案の審議プロセスにおいて、GHT に関する討議は2015年4月から開始された。GHT について定める法案第27条に対しては、さまざまな意見が表明された。ある議員は、地域において医療提供者のネットワークを構築する必要性の高さから、GHT の「強制的」な性質に賛成するとして²⁶⁾。また他の議員は、選出された地域圏（ブルターニュ）における地域病院共同体の4年間の経験を踏まえて、病院間の連携や協力は大きな経済的節約を生み出し、病院の経営状態を改善することが可能であるとして²⁷⁾。

一方で、強固な反対意見も出された。ある議員からは、「病院間で連携・協力し、よりよい活動を行う試みはこれまで「任意」であったが、GHT の設立は「強制的」であり、地域圏保健庁の権力の拡大につながる。それにより地域住民にとって必要な診療科が閉鎖され、ポストの削減が労働条件や患者に提供される医療の悪化を招き、予算の大規模な削減が引き起こされる。第27条は病院を支援し、効率化を推進するものではなく、病院へ割り当てられる資金を削減しつ

24) トゥレーヌ大臣(当時)の演説の内容は、ホームページ (<http://solidarites-sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-discours/article/marisol-touraine-presente-les-orientations-de-la-loi-de-sante> 2018年7月12日アクセス) で公開されている。

25) 法案をめぐる議会での議論は紛糾し、修正を重ねたため、当初57条で構成されていた法案は、国会で最終的に採択された際には227条にまで増えていた。

26) 国民議会第一読会（2015年4月9日）における Jean-Pierre Door 氏（共和党）の発言による。

27) 国民議会第一読会（2015年4月9日）における Gilles Lurton 氏（共和党）の発言による。

づけるものであり、到底受け入れられない」²⁸⁾との意見が述べられた。反対派の主張は、GHTの目的は地域圏保健庁の強大な権限のもとで病院の合併を進めて医療費を削減することであり、それにより診療科の閉鎖やベッドの削減が断行され、入院医療への住民のアクセスが悪化するというものであった。

このように、GHTの「強制的」な性質と、その導入によって予算の削減や医療活動の縮小等が生じかねないことに対して、警戒心をあらわにする人も少なくなかった。このため、GHT導入の目的や意義に関する政府の説明では、病院活動の相互協力による資源の有効活用や効率化といったメリットよりも、それぞれの地域において住民の入院医療への平等なアクセスを保障するためであるという「大義」が強調された²⁹⁾。国会におけるトゥレーヌ大臣（当時）の答弁では、「将来、我々の病院は、地域全体の医療提供計画を推し進めるとともに、一人ひとりに入院医療へのアクセスを保障するために協力すべきであろう。この観点からは、GHTは地域単位の協働と身近な病院（hôpital de proximité）をフランス全土で保障するものであるといえる。（中略）GHTは、医療過疎の問題を克服するための非常に有効な道具である」とし、「もし病院が医療提供計画を共有するならば、特定のサポート機能の相互協力が行われることを想定することができ、これは組織を合理化し、節約を生み出すことを可能にする。（中略）GHTの目的は節約することではなく、地域計画を推し進めることである」と述べている³⁰⁾。

結局のところ、GHTについて定める条文に対してはいくつかの加筆・修正が行われたが、「強制的」な性質などの根幹部分に変更されることはなかった。最終的には、GHTは成立した2016年法の第107条として規定され、導入されることが決まった。

(2) GHT 導入に向けた準備

法案提出後、トゥレーヌ大臣（当時）は、2014年12月17日の文書によって、グルノーブル大学病院センターの病院長であった Hubert 氏と、コート・バス病院センターの施設医療委員会（commission médicale d'établissement）の委員長であった Martineau 氏に GHT 実施のための重要なミッションを委嘱した³¹⁾。二人に与えられた任務は、①GHTの仕組みを構想すること

28) 本文の括弧内の記述は、国民議会における第一読会（2015年4月9日）の Jacqueline Fraysse 氏（左派政党 Ensemble!）の発言を要約したもの。上院（第一読会、2015年9月18日）においても、共産党の Laurence Cohen 氏および Brigitte Gonthier-Maurin 氏から同様の理由で GHT 導入への反対が表明された。

29) Hubert 氏にインタビューを行った際にも、「当初 GHT は、購入や情報システム等の共同化によって経済性を高めるための方法として構想されたが、これに懐疑的な人々が存在することから、医療の質と安全性の不平等を改善するための改革であると位置づけなければ実現することはできないと考えた」と語っていた。

30) 国民議会第一読会（2015年4月9日）におけるトゥレーヌ大臣（当時）の発言による。大臣は続けて、2015年には15億ユーロ分多く財源が投入されていること、三年間で3万のポストが新設されたことを説明し、左派議員に反論した。

31) ミッションを委嘱された二人は、「地域における公立病院間の共同作業を通じて、フランス国民に安全

(具体的な目標モデルを提案すること)、②実施のための道具 (outils) と方式を定めることであった。二人によって主導されたミッション (mission Hubert-Martineau) は、関係者の意見や懸念を丁寧に聴き、彼らを検討プロセスに巻き込みながら作業を進めていった。

まずは、関係者からの意見等の聞き取り (audition) が2015年1月から始められた。利用者団体、地方の政治家団体、病院勤務医の組合、病院長の組合、病院団体、大学の医学部長、地域圏保健庁、医療産業などを対象として実施された聞き取りは、合計で58回にも及んだ (Hubert et Martineau, 2015 : 7)。さらに、地域の実情を理解するために14の地域圏に出向き、地域の病院医療供給の責任者 (施設医療委員会の委員長、病院長、地域圏の病院連合の代表者等) との意見交換を行った。これは、GHT のねらいや当該ミッションの目指すところを説明し、責任ある立場の者らの懸念や提案を聴取する機会となった (Hubert et Martineau, 2016 : 6)。これらの地域圏での意見交換は、先に見た国会審議と並行して行われ、ミッションでの検討を踏まえた修正点は、法案の政府修正という形で法案に盛り込まれていった。

1) GHT への支持

ミッションを主導した Hubert 氏によると、聞き取りの対象となった当事者すべてから GHT を支持する意見が表明された³²⁾。興味深いことに、賛意を示す理由は立場によって異なっている (図表2)。以下、利用者、医師、病院長および議員の支持の理由を順番に確認していきたい³³⁾。

まず利用者の代表は、入院医療の提供のよりよい一貫性を実現するために病院間の連携を強制とすることは、すべての患者に対する入院医療の質を改善するためにはふさわしい回答であるとした。次に医師の代表者らは GHT を支持したが、それにとどまらず GHT に参加する病院が一

図表2 聞き取りの対象となった当事者の意見 (GHT 支持)

利用者	(GHT は) 共有された医療提供方針の枠組みにおいて、病院間の連携の改善を促進するもの
医師	(GHT は) 病院の合併まで求めながら、さらに先を目指すことを要請するもの
病院長	・ 制約された環境では協力が必要不可欠であることを自覚 ・ (GHT は) 共同管理モデルを支えるもの
議員	(GHT は) 孤立した病院において問題とされる活動やリスクを伴う実践を維持するのではなく、質の高い医療へアクセスの地域的平等を支えるもの

出所：Hubert, 2018 : 7 を一部修正。

で質の確保された医療への平等なアクセスを保障することができるという確信のもとで、この任務を受諾した」としている (Hubert et Martineau, 2015 : 6)。

32) 2018年3月に行った Hubert 氏へのインタビューとその際に提供された資料 (Hubert, 2018 : 7) に基づく。

33) それぞれの GHT の支持理由についての本文の説明は、Hubert et Martineau, 2015 : 13-14 による。

つになるより進んだ統合や合併が望ましいと主張した。病院に勤務する医師らは、複数の医療チームで仕切りのない継続的な医療を提供するためには、区分された病院の存在はブレーキになると考えた。また、病院長は、病院管理者（各病院の病院長）の責任を地域単位とすること（territorialiser）の必要性を確信していた。すべての病院が、安全と質の確保された医療へのアクセスの平等と、身近な病院と高度医療を提供する病院との間での入院医療の階層化を行うという目標に向かっていくためには、GHTの導入は望ましい方向であるという見方を示した。さらに、地方議員は、壊れそうな病院組織を擁護するのではなく、市民のために質の確保された医療へのアクセスの平等を守ることを求めた。地方議員は、必要となれば数少ない専門医にもアクセスすることを可能にし、医療の安全を確保できるチーム医療を拡充する地域的な協力体制への熱意を示した。

このように、医療保障システムに関わるさまざまな立場から意見が寄せられたが、いずれの代表者も病院間の協力の強化を求め、医療提供の改善におけるGHTの可能性に期待感を示した。

さらに地域圏に出向いての意見交換においても、当該ミッションがGHTの拒絶（rejet）に直面することはなく、むしろ病院間の協力の動きを加速する必要があることについての合意が共有された³⁴⁾。議会で反対意見が示されたGHTの「強制的」な性質は、地域圏での意見交換においては問題視されることはなかった（Hubert et Martineau, 2016 : 7）。多くの関係者の関心は、GHTの導入を前提として、病院の相互協力を具体的にどのような方法で実現するのかということに寄せられていた。「これはメンタリティの重要な変化であり、今日、病院勤務者は強制的な協力に参加する用意があることを意味している（Hubert et Martineau, 2015 : 10）」という表現がされるほど、フランスの病院医療の関係者の認識に大きな変化が生じていた。

2) 地域差の問題

ミッションの実施した聞き取りと地域圏での意見交換では、GHTに対する関係者の好意的な態度が示されたが、その一方で、病院間の協力体制の構築に関する地域的な差、さらに病院ごとの取組みの違いも明らかになった。病院間の協力体制を構築するための方法としては、地域病院共同体や医療協力連合（GCS）等さまざまなものが存在していたが、協力体制をつくるかどうかはあくまで個々の病院の判断に委ねられていたため、地域間あるいは病院間で大きな違いが見られた。

実際に、地域病院共同体によって完全にネットワーク化されている地域圏が存在する一方で、そのような取組みが全く行われていない地域圏もあった。病院ごとの違いも大きく、2014年10月

34) 報告書では、医療人口に関する制約（医師確保が困難）あるいは診療報酬に関する制約（活動に応じた報酬支払いのもとで他の病院と競争関係）を自覚するなかで、今日、病院関係者は個々の病院にとって最も大きなリスクは「孤立すること（rester seul）」であることを確信していると述べられている。この協力への確信は、小さな病院がより大きな病院に吸収される不安を凌駕するものであるとも表現されている（Hubert et Martineau, 2015 : 13）。

の時点で、公立病院の44.5%は他の病院との共同管理を行っておらず、地域病院共同体にも参加していない状況であった。その反面、11.3%の公立病院は両方の取組みを行っていた（Hubert et Martineau, 2015 : 12）。強制的な GHT の設立をスムーズに行うためには、準備段階において明らかとなった地域による違いを考慮に入れなければならないことが確認された。

(3) GHT の設立

GHT は公立病院を中心とした病院群であるが、機能的な統合を実現するためのさまざまな工夫が盛り込まれている。まず、多様に存在する病院の GHT へのかかわり方については、病院の種類に応じて次のように定められている。公立病院は GHT を構成する「当事者」となるが、それ以外の病院は「協力者」あるいは「パートナー」としてかかわることができる（図表 3 参照）。また、公立病院は「強制的」に GHT の当事者となるが、高齢者や障害者を対象とする医療社会施設は GHT の当事者として、軍病院は協力者として「任意」でかかわることができる。私立病院はパートナーとして「任意」でかかわるという位置づけである。

さらに、設立されたすべての GHT は当該地域の大学病院センター（フランス本土に29施設）とつながっている。つまり、大学病院センターには、自らが当事者としてかかわる GHT 以外の GHT に対しても協力を行う役割が課されている³⁵⁾。このように各 GHT と大学病院センターとの協力体制を構築することにより、患者はどこに居住していても、必要があれば高度で専門的な入院医療とつながることができるようになっている。

GHT を設立するためには、設立にかかわる病院が設立協定を作成して、管轄の地域圏保健庁に提出する。地域圏保健庁の長官は、当該協定が地域圏保健医療計画に合致している場合には承認を行う。なお、GHT は法人格を持たない。GHT の設立協定には、共同医療提供計画（projet

図表 3 関係当事者の GHT へのかかわり

	当事者	協力者	パートナー
公立病院	義 務	義務(他の GHT に対する協力)	
うち、大学病院センター			
うち、精神科専門病院		任意(他の GHT に対する協力)	
公立の医療社会施設	任 意		
軍病院		任 意	
私立病院			任 意

出所：le Collectif Interassociatif Sur la Santé, 2016 : 3 に基づき作成。

35) 大学病院センターは、協力を行う GHT に属する病院のために、医療職の初期研修教育、研究、医療人口の管理および紹介（référence）と依頼（recours）の任務を調整して実施する。

médical partagé)³⁶⁾、活動の委任・移譲、活動組織と医療・薬学関連職の配分および GHT 所属病院のグループの組織・運営方式が定められる。このグループの組織・運営方式に関しては、とりわけグループ内で中心的な役割を担うサポート病院 (établissement support) の任命が重要である。サポート病院は、グループに参加する他の病院のために委任された任務や活動を行う。それらは、病院情報システムの共同管理、地域の医療情報部門の管理、購入の任務、医療補助職の養成校およびグループ施設の人員の継続研修の連携調整である。サポート病院はまた、共同医療チームや病院間組織等を管理することができる。

(4) GHT の実施状況

2016年法により、各 GHT の設立協定は、2016年 7 月 1 日までに地域圏保健庁の承認を得なければならないとされたことから、このタイミングで全国の GHT が出揃うこととなった。創設された GHT の総数は135であり、地域圏によって 5～15の GHT が存在している。GHT は、すべての人に質の確保された医療への平等なアクセスを保障するものであるが、その実現のために病院は、どのような地理的範囲・規模で協力体制を構築することが望ましいのであろうか。

GHT の対象とする地域 (territoire) は、県あるいは地域圏といった行政的境界によって定められるというよりは、人々の生活圏あるいは患者の流れに対応するものである (Hubert et Martineau, 2015 : 19)。GHT の大きさは、共同医療提供計画を実施することが可能であり、患者にとってアクセスが可能な地理的範囲であることが望ましい³⁷⁾。このような観点から、フランス全土では150から250の GHT が設立されることが想定されていた (Hubert et Martineau, 2015 : 12)。実際にはこれよりやや少ない135の GHT の設立となり、想定されていたよりも規模が大きい GHT が存在することになる。

実際に設立された GHT の規模は図表 4 の通りである。地域圏によって GHT の数には大きな違いがあり、また GHT の規模も多様であることが分かる。これらは、地域の医療供給状況や既存の協力体制のあり方等を反映したものであると考えられる。平等な医療のアクセスを保障し、サービス提供者の連携・協力のもとで包括的な医療提供を行うために、どの程度の規模の GHT が、どのような地理的範囲をカバーすることが適切であるのかという点については、今後の実施状況を踏まえて検討する必要があるだろう。

36) 共同医療提供計画は GHT に属する病院同士をつなぐ役割を果たすものであり、5 年間の計画として策定される。共同医療提供計画に盛り込まれる内容としては、とりわけ階層的な医療供給の「経路 (filière)」ごとの組織が重要である。ここでいう経路とは、ある疾病に罹患した患者の引受けに必要な活動全体の組織を意味するが、経路をどのように設定するか (対象者別、疾病別、引受け方法別) は各 GHT に委ねられている。計画では、それぞれの経路における活動組織 (医療の常時提供と継続性、外来診察、緊急の引受け、在宅入院等) について取り決められる。

37) Hubert 氏へのインタビューでは、地域によって病院の状況や文化には大きな違いがあるが、全ての人が車で 1 時間以内に必要な医療へアクセスできることが目標であると述べられた。つまり、病院間の移動に車で 1 時間以上かかるような地理的範囲で GHT を創ることは適切ではないという考えであった。

図表4 フランスにおける GHT の設立

地域圏	各 GHT の医療施設の数		
	<4	4~8	>8
グラン・テスト	1	4	6
ヌーヴェル＝アキテーヌ	2	7	3
オーヴェルニュ＝ローヌ＝アルプ	1	9	5
ブルゴーニュ＝フランシュ＝コンテ	4	3	4
ブルターニュ	3	4	1
サントル＝ヴァル・ド・ロワール	0	5	1
コルス	2	0	0
イル＝ド＝フランス	9	5	1
オクシタニー	2	9	3
オー＝ド＝フランス	7	5	4
ノルマンディー	4	4	3
ペイ・ド・ラ・ロワール	0	2	3
プロヴァンス＝アルプ＝コート・ダジュール	0	2	4
海外地域圏	2	2	0
割合	27%	46%	27%

出所：Hubert, 2018：13 の表を一部修正。

4. 考察

本稿では、GHT 制度の創設について具体的に検討してきた。検討を通じて、フランスの入院医療のあり方を大きく変える GHT が構想された背景、導入に向けた準備と合意形成のプロセスを明らかにすることができた。最後に、GHT の導入の意味と残された課題について考察することとしたい。

GHT は、フランスに住むすべての人に質の確保された医療へのアクセスを保障することを目的として導入された。公立病院が果たすべき役割と責任を単独で担うことは困難な状況である今日、公立病院に対して協力体制の構築を義務化する GHT 制度は、公立病院をとりまく諸問題の解決の手段として有効であると考えられる。また、設置主体の異なる地域の多様な公立病院が集まり、1つの GHT として協力する体制が築かれたことは驚くべきことであり、政策的な努力の成果として評価できる。

GHT 制度によって実現される新たな病院医療は、次の点において従来のそれとは大きく異なるものである。第一に、病院医療が「地域」単位化されたことである。今日、地域ごとに設立された GHT が、当該地域の病院医療の保障を行う体制となっている。ここでいう「地域」は、GHT が医療活動を適切に行うことができ、患者が必要な医療へアクセスすることが可能な地理的範囲である。GHT は医療保障を地域単位化するとともに、新たな地域概念を構築するもの

である。

第二に、GHT の創設により、それぞれの公立病院の関係が、競争関係から協力関係へと変化することである。病院間の協力関係が制度化されていない状況においては、それぞれの病院は独自に病院活動の最適化を求める。とりわけ活動に応じた報酬支払い方式のもとでは、それぞれの病院は財政的な安定や利益を求めて活動するため、病院間の協力は妨げられ、公立病院は互いに競争関係となることを余儀なくされる³⁸⁾。このような公立病院間の関係の変化が今後の医療保障にどのような影響を及ぼすのか、注目されることである。

第三に、医療保障の担い手としての公立病院の責任をより重視する方向へと政策を転換したことである。1990年代以降の医療供給政策の歴史を眺めると、医療保障システムにおける公立病院と私立病院の制度的環境を統一する方向が目指されてきた。医療政策における公立病院と私立病院の差異が縮小されていくなかで、本稿でも検討したように、2009年病院改革法により、私立病院が公立病院と同様に公役務的任務を担いする制度的環境が整えられた。これに対して2016年法による病院公役務の再定義と GHT の創設は、病院医療の平等な保障に関する責任をもっぱら公立病院に付与するものであり、政策の方向転換を見て取ることができる。

第四は、患者の視点から病院医療が再編されることである。GHT の導入によって地域の医療供給は、患者がどのような医療の経路を進んでいくか（例えば、身近な地域の病院に受入れられた後、より専門的な病院で治療を受け、回復期の病床で療養した後、在宅で医療を受けながら生活する等）ということに基づいて再編される。つまり、GHT は、既存の提供組織を前提にするのではなく、患者を中心に据えて病院医療を捉えなおすという変化をもたらすものであるといえる。

以上のように、医療保障システムに大きな変化をもたらす GHT 制度ではあるが、その目的を十分に達成するためには、GHT の枠組みで提供される新たな病院医療に適した報酬支払い制度の導入が不可欠となるであろう。現在、医療の経路をベースとした報酬支払い制度についての検討も進められており、協力体制の構築を促進する仕組みが医療保障システムにいかに盛り込まれていくか、今後のフランスの医療政策の動向にも注目していく必要がある。

* 本研究は JSPS 科研費 15H01920 の助成を受けたものである。

参考文献

le Collectif Interassociatif Sur la Santé, Auvergne-Rhône-Alpe, 2016, *Les Groupements hospitaliers de territoire (GHT)*.

Couty, Edouard et Claire Scotton, 2013, *Le pacte de confiance pour l'hôpital, synthèse des*

38) GHT に関するミッションの中間報告書は、病院医療供給の「穴」は、報酬支払い方式に起因する病院の競争的立場 (postures concurrentielles) によってもたらされていると指摘している。つまり、行われた医療活動に応じて報酬が支払われる仕組みの下では、経済的に不利となる可能性のある集団の力関係の中に身を置くことは個々の病院にとっては難しいことである (Hubert et Martineau, 2015 : 6)。

travaux.

DREES, 2018, *Les établissements de santé, édition 2018.*

Hubert, Jacqueline et Frédéric Martineau, 2015, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport intermédiaire –.*

Hubert, Jacqueline et Frédéric Martineau, 2016, *Mission Groupements Hospitaliers de Territoire – Rapport de fin de mission –.*

Hubert, Jacqueline, 2018, *Les GHT projet et mise en place.*

稲森公嘉, 2012, 「病院公役務から公役務的任務へ—2009年 HPST 法によるフランス病院改革の一考察—」『法学論叢』170巻 4・5・6号, 444-498。

松本勝明（研究代表者）ほか, 2014, 厚生労働科学研究費補助金政策科学総合研究事業（政策科学推進研究事業）『「諸外国における医療制度改革と日本への適用可能性に関する研究」平成25年度総括・分担研究報告書』。

松本勝明（編著）, 加藤智章, 片桐由喜, 白瀬由美香, 松本由美, 2015, 『医療制度改革 ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社。

松本由美, 2012a, 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—『海外社会保障研究』No.178, 81-91。

松本由美, 2012b, 『フランスの医療保障システムの歴史的変容』早稲田大学出版部。

松本由美, 2016, 「フランスにおける「多職種診療施設」の発展—プライマリケアを推進するために—」『福祉社会科学』第7号, 1-18。

Ministère des affaires sociale, de la santé et des droits des femmes, 2016, *Loi de modernisation de notre système de santé*, Dossier de presse.

Villey, Francois, 1977, *La réforme hospitalière, Loi no° 70-1318 du 31 décembre 1970*, Notes et Etudes Documentaires.