

科学研究費助成事業（学術研究助成基金助成金）研究成果報告書

平成25年 5月31日現在

機関番号：14301

研究種目：若手研究（B）

研究期間：2011～2012

課題番号：23730055

研究課題名（和文） 保健医療サービス提供体制の日仏比較法研究

研究課題名（英文） A comparative study of the health care delivery systems of France and Japan

研究代表者 稲森 公嘉（INAMORI KIMIYOSHI）
 京都大学・大学院法学研究科・教授
 研究者番号：20346042

研究成果の概要（和文）：

フランスでは、医療提供体制が抱えるさまざまな諸課題に対処するため、2009年の病院改革及び患者・保健・地域に関する法律（HPST法）により、幅広い内容を持つ医療制度改革が実施された。同法では、公立病院の組織改革や新たな病院間協力方式の創設などにより、病院制度の運営の効率化を進め、患者の実効的な医療アクセス保障を可能にすることが目指されたが、その効果については今後の検証が必要である。

研究成果の概要（英文）：

In France, in order to resolve various problems concerning health care delivery systems, health care system reform with broad contents was carried out with The “Hospital, Patients, Health and Territories” Act 2009. This Act aims at increasing the efficiency of management of hospitals and enabling a patient’s effectual medical access. About the effect, a future verification is required.

交付決定額

（金額単位：円）

	直接経費	間接経費	合計
交付決定額	1,500,000	450,000	1,950,000

研究分野：社会科学

科研費の分科・細目：法学・社会法学

キーワード：社会保障法、医療保障法、病院制度、フランス、医療制度改革、介護保障法

1. 研究開始当初の背景

医療保障体制は、医療費保障というファイナンスの側面と、医療供給体制の確保というデリバリーの側面の2つを車の両輪とする。日仏の医療保障体制は、ファイナンスに関する部分を主に公的医療保険が担っており、かつ、皆保険を実現している（日本では1958年の国民健康保険法改正により1961年から、フランスでは1999年のCMU法により2000年から）点で共通している。従来、社会保障法学の関心は、主に公的医療保険制度に向けられてきたところで、フランスの公的医療保険法については優れた先行研究が蓄積されている。

しかし、実際に医療保障の目的が達成され

るためには、医療費保障のシステムの存在だけでは足りないのであって、必要かつ十分な医療提供体制の存在というデリバリーに関する部分の法的規律にも注意を払うことが不可欠である。

研究代表者は、従来から、医療・介護サービス保障法制に関する日仏の比較法研究に取り組んできた。平成21-22年度を研究期間とする若手研究（B）「医療・介護サービス保障制度の日仏比較法研究」では、社会保険法と社会扶助法の関係という視角から、現行の医療・介護サービス保障法制のあり方に関する主要な理論的及び政策的な諸論点について、日仏比較を踏まえた検討を行った。本研究課題は、これまでの研究を通じて得られ

た知見を踏まえて、その中でも特に保健医療サービス提供体制の法的規律に関する部分についての考察を深化させようとしたものである。

2. 研究の目的

保健医療サービス提供体制の法的規律は、規律の対象という観点から、人（医療従事者）に関する規律と、物（医療施設・設備等）に関する規律とが区別される。また、社会保障制度の中の医療保障という観点からすると、一般的な公衆衛生法・医事法上の規律（医療法・医師法等）と、社会保障医療に関する社会保障法・公的医療保険法上の規律（健康保険法・国民健康保険法・生活保護法等）という、2つの異なる段階を想定することができる。以上の区分基準に鑑みると、保健医療サービス提供体制の法的規律については、4つの局面を考えることができる。

以上のような基本的な検討図式を踏まえた上で、本研究では、保健医療サービス提供体制のあり方に関する具体的な検討項目として、次の3つを取り上げることにした。

第1に、医療資源の地域的偏在及び診療科目間の偏在への対応である。周知のようにわが国では、近年、国民の保健医療サービスへのアクセス保障という観点から、医療過疎や医師の産科・小児科離れ等が社会的問題となってきた。いかに国民皆保険体制を謳っていても、現実には受給できる保健医療サービスの選択肢がないのでは、医療保障は絵に描いた餅にすぎない。所得保障給付と異なり、保健医療サービス給付の場合には、必要かつ十分なサービス提供体制の確保という問題が必然的に生じるのである。

第2に、病院制度のあり方の検討である。第1の点とも関連するが、わが国では、地方自治体の行財政改革等に端を発する公立病院の統廃合の動きや、社会保険病院等の公的病院の経営難等が、地方における医療過疎、受診機会の減少に拍車をかけている面がある。

第3に、在宅療養・訪問看護体制の推進のために必要な医療提供体制のあり方の検討である。わが国では、診療報酬を通じた入院日数の短縮化への誘導に加えて、2006年には介護療養型医療施設を2011年度末までに廃止して医療型療養病床に統一するとともに、既存の介護療養型医療施設を新型老人保健施設等へ転換するという方針が打ち出されたが、現在の入院患者の受け皿の問題が指摘されて、社会的な反発を生んだ。結局、廃止時期は2017年度末に繰り延べられることになったが、受け皿が問題となるのは在宅療養・訪問看護の体制が十分に整っていないからである。

以上のような理論的・政策的課題を検討す

るに当たり、フランス法を参照するのは、次のような理由による。

第1に、フランスでは、2009年7月21日に「病院・患者・保健・地域」法（HPST法）が制定され、病院の運営組織体制の現代化や医療過疎対策等をめぐって、一定の改革が試みられたことである。この改革は、当時のサルコジ政権による一連の諸改革の一つとして行われたものであり、その検討により、上記第1及び第2の検討項目に関して有益な示唆を得られるものと考えた。

第2に、第3の検討項目に関しては、フランスの在宅入院制度（HAD）や当該分野で開業看護師の果たしている役割が非常に参考になるものと考えられるからである。

3. 研究の方法

以上で挙げた検討課題について、現状の把握とその法的評価を行うため、国内での文献調査を中心として、国内外の研究者との随時の意見交換を通じて、分析・検討を行うことになった。

4. 研究成果

(1) 医師の偏在への対策

わが国と同じく、フランスでも、医師の地域的偏在・診療科目間の偏在は顕著であり、その対策が求められてきた。

まず、地域的な偏在に関しては、フランスでは医師に開業の自由が認められているため、医師の多くがパリ周辺（イル＝ド＝フランス）や南仏に集まる一方で、山間部や農村部では、経営上の困難や生活上の利便性の問題などから来る医師の後継者難もあって医療過疎が進行している。

診療科目間の偏在については、特に地方において、麻酔科医、救急医、産科医の不足がみられる。

そこで、フランスでは、医師養成課程の第3段階に当たる専門診療科に分かれての研修について、研修医のポストを地域別・専門診療科別に定数を設け、第2段階の最後に行われる「全国クラス分け試験」の結果により、その順位別に個人の希望に沿って最終的な研修先を決定する方法を導入した。ただ、これは直接的には研修医の偏在を解消するにとどまるものであり、開業の自由を尊重する限りは、医師の偏在の解消に直接つながるものではない。

他方で、過疎地域での医師の開業に関しては、個人開業が抱えるさまざまな困難を克服する方策として、専門の異なる複数の開業医が連携して医療に従事するグループ診療の方式が注目されている。この点については、今後さらに検討を深めたい。

なお、パリ周辺や南仏には医療アクセスに関して別の問題が存在する。フランスでは、

診療報酬との関係で、医療保険者と医師組合との間の医療協約で取り決めた協約料金を遵守するセクター1 と、協約料金を超えて報酬を請求できるセクター2 という区別があるところ、パリ周辺や地中海沿岸部では、セクター2 以外の専門医が見つからないという状態に陥った。そのため、1990 年以降は原則としてセクター2 の選択を認めないことになった。さらに、セクター2 に関しては、2000 年代半ばに、CMU 受給者に対する診療拒否という実態の存在が告発され、社会問題化した。CMU 受給者への診療に対する報酬は協約料金で算定されるため、セクター2 の医師からすると、超過報酬分の収入を失うことになるためである。診療拒否は当然に公的職能団体である医師会による懲戒処分の対象となるが、十分に機能していないとして、HPST 法により、CMU 受給者等に対して違法な診療拒否を行った医師に対して新たな金銭的制裁を科し得るよう、法改正がなされた。

(2)HPST 法による病院公役務改革

HPST 法は、その病院制度改革の側面において、公立病院の内部組織改革、病院公役務概念の廃止、病院間協力に関する新たな法的枠組の創設、地方医療行政組織の再編成（特に地域圏保健庁の創設）など、医療提供体制の法的規律に関わる多くの点に重要な影響を及ぼした。

ここでは、病院公役務の概念を放棄し、その代わりに、公役務的任務の概念を設けた点について述べておく。

フランスでは、1970 年病院改革法以来、病院公役務という概念の下に一定の公的な任務を法令上規定し、公的医療施設が中心となってこれを担う体制が築かれてきた。病院公役務概念は、フランス行政法を特徴付ける公役務の一種として、①内容的側面（公益的活動の遂行）、②組織的側面（公法人による活動の遂行）、③機能的側面（公法に服する活動）の3つの側面から把握がなされてきた。

1970 年病院改革法は、医療提供体制の組織化を図るべく公立及び私立の病院を計画的規制の下に置く一方で、病院公役務を公立病院の独占とはせず、私立病院にも門戸を開放してその協力を得ようとしたが、その結果は、もともと公役務への親和性を有していた私立非営利病院についてはその7割が病院公役務に参加したのに対して、収益性を追求する私立営利病院についてはほとんど協力を得られなかった。そこで、HPST 法では、私立病院のより積極的な協力を得るため、病院公役務概念を廃止し、新たに公役務的任務として14種類の任務を列挙することによって、病院の類型の如何にかかわらず、一又は複数の公役務的任務を引き受けることができるように改めた。

このような病院公役務改革については、論者の間にも多様な評価がある。ジャン＝ミシェル・ルモワヌ・ド・フォルジュ教授は、理論的には医療施設の任務のすべてを「公役務」的任務と把握することも可能であったと指摘しつつ、結局のところ、公役務的任務の選別基準は財政的なもの、すなわち、その任務に別途国や医療保険からの予算がついているのかどうかである、と見ている。

ジャン＝マリ・クレマン教授は、HPST 法を「フランスに居住するすべての者の良質な医療への平等なアクセスを維持しつつ、医療費を抑制する唯一の手段は、医療供給を合理的に組織化することである」という従来からの国の病院政策の帰結であるとして、国の積極的な関与、公私セクター間の協力、収益性の追求という点に政策の継続性を見出しつつ、公立病院を市町村の影響力から切り離したり、病院公役務概念を廃止した点等に、斬新性（従来の病院政策との断絶性）を認めている。公役務的任務への移行については、現状では、公的医療施設の行ってきた活動のうち収益の上がる部分は民間に移転する可能性があり、公的医療施設の解体を防ぐ手立てがない、と指摘する。

ダニエル・クリストル准教授は、HPST 法により、公役務的任務の実施体制における私的医療施設の位置づけが変化し、もはや公的医療施設に対する補完的な存在ではなくなったとみる。

公役務的任務の私的セクターへの開放の是非については、HPST 法に関する国会議員による憲法院への付託の際にも問題となったが、憲法院は、2009 年7月16日判決において、憲法に違反しないとの判断を下している。

しかし、私的セクターによる公役務的任務の確保が進むかについては、疑問を呈する見解もあり、今後の展開を注視する必要があると思われる。

(3)看護師の状況

フランスにおける看護師の状況は、以下の通りである。

2010 年1月1日時点で、フランス国内で看護師として活動している者は約52万人である。看護師数はこの20年間で年平均2.8%のペースで増加している。看護師養成学校（養成課程は3年間）の第1年次登録者数も増えているが、全国定員をなお下回っており、3年後に看護師資格を取得する者の割合は第1年次登録者の約8割程度とされる。

看護師の男女比は、女性が88%を占めている。年齢別に見ると、2006 年1月1日時点で、50歳以上の者が22%、30歳未満の者が20%と近年増えているのに対し、40歳代の者は約15%であり、平均年齢は40.3歳となっている。

活動形態別に見ると、病院勤務の看護師が63%を占め(公立病院49%、私立病院14%)、病院以外の施設に勤務する看護師が21%、高齢者施設に勤務する看護師が4%と、全体の88%が施設勤務の形で活動している。残りの12%は開業看護師として活動している。

男性看護師の割合は、開業看護師において相対的に高く、病院勤務看護師の12%、高齢者施設勤務看護師の7%に対して、17%となっている。平均年齢では、病院勤務看護師が38.9歳と相対的に若く、開業看護師の場合は44.1歳である。

なお、2008年の雇用調査によると、パートタイムで働く看護師の割合は、40歳以上で27%、40歳未満で18%であり、平均して4人に1人はパートタイムの形で働いている。パートタイム勤務の看護師の週平均労働時間は26.9時間、フルタイム勤務の看護師の週平均労働時間は38.0時間であり、全体としては35.5時間である。

全体としての看護師数は増えているが、実際には依然として地域差がかなりあり、人口10万人当たりの65歳未満看護師数の比率で見ると、リムーザン、ミディ=ピレネー、オーヴェルニュ、プロヴァンス=アルプ=コート・ダジュール、アルザスといった地域圏で高く、イル=ド=フランス、ピカルディー、オート=ノルマンディー、サントル、海外県で低く、その格差は1.7倍に及んでいる。

この地域間格差は、特に開業看護師の場合に顕著であり、人口10万人当たりの開業看護師数でコルスの296人に対し、イル=ド=フランスでは57人と、その最大格差は5倍にも上っている。総じて開業看護師の人口密度はフランス南部とブルターニュで高く、北部で低い。

開業看護師の人口密度と勤務看護師の人口密度は相関関係にはなく、開業看護師の数が少ない地域では勤務看護師も少なく、逆もまた然りである。

看護師の行う行為は、看護ケア行為(ナースングケア)と看護師の行う医療行為とに区別されるが、開業看護師の人口密度が高い地域では、看護ケア行為の比重が高い。

就業形態を変更する看護師の割合は、男性の若手勤務看護師において相対的に高く、開業看護師では低い。特に公立病院を辞めて開業看護師になる例が多いようである。

開業看護師の退職年齢は、約半数が61歳以前に、4分の3が64歳以前に辞めており、勤務看護師の場合よりやや遅い。開業看護師としての平均活動期間は、35年間である。

(4)在宅入院制度

在宅入院制度(HAD)自体は、病院での完全入院に代わるしくみとして、すでに1970年病院改革法で創設されていたが、近年、特

に終末期の在宅での看取りを支えるしくみとして、発展を見せている。在宅入院のサービスは、公的病院等が多職種協働のチームとして組織する在宅入院組織によって提供されるが、この在宅入院組織において中心的な役割を果たすのが調整役としての看護師である。

2011年時点で、在宅入院組織は302あり、在宅入院の病床数は11877床となっている。数は徐々に伸びているが、目標数(2010年末に15000床)には達していない。

在宅入院制度及びそこでの開業看護師の役割についての法的な観点からの分析・評価については、今後さらに検討を深めていきたい。

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文](計7件)

(1) 稲森公嘉、公的医療保険の給付、日本社会保障法学会編『新・講座社会保障法第1巻 これからの医療と年金』(法律文化社)、査読無、2012年、93-112頁

(2) 稲森公嘉、フランス介護保障制度の現状と動向、健保連海外社会保障、査読無、94号、2012年、9-15頁

(3) 稲森公嘉、公的医療保険における保険原理と社会原理の均衡点、菊池馨実編『社会保険の法原理』(法律文化社)、査読無、2012年、151-168頁

(4) 稲森公嘉、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、査読無、2012年、170巻4-6号、444-498頁

(5) 稲森公嘉、24時間安心の居宅介護保障と介護保険——定期巡回・随時対応型訪問介護看護の創設をめぐる、ジュリスト、査読無、1433号、2011年、15-21頁

(6) 稲森公嘉、フランス医療保障法の現状と課題、日仏法学、査読無、26号、2011年、35-56頁

(7) 稲森公嘉、医療保険給付の範囲、社会保障法、査読無、26号、2011年、116-129頁

[学会発表](計1件)

① 稲森公嘉、社会保障政策の地域的多様性と平等性、日本地方自治学会(2012年11月11日、関西大学)での発表

6. 研究組織

(1) 研究代表者

稲森 公嘉 (INAMORI KIMIYOSHI)
京都大学・大学院法学研究科・教授
研究者番号：20346042

(2) 研究分担者

()

研究者番号：

(3) 連携研究者

()

研究者番号：