

Mental Health Legislation 部門の Lead である。役職の資格要件に関しては、Chief Nursing Officer 以外は法律上も実際上も明示されていない。

精神疾患患者の保護・措置入院は 1983 年に制定された Mental Health Act に基づいて実施されている。措置入院の正式な手続きとしては、Approved Social Worker または近親によって申請の後、2 人の qualified medical practitioner による判定によって、入院措置が施行される。ただし緊急の場合はこの限りではない。

Approved Social Worker は Local Authority に所属するソーシャルワーカーである。また qualified medical practitioner は、Mental Health Act に基づいて、PCT の GP が任命される。

措置入院後は、Mental Health Review Tribunal が患者の入院継続の必要性を定期的に判定する。また Mental Health Act Commission は入院した患者を訪問し、ケアなどに関する苦情の調査、Second Opinion Appointed Doctor のサービスの提供などを実施する。Second Opinion Appointed Doctor は、Mental Health Act に基づいて、精神疾患患者の入院医療が適切かどうかを第三者として判定する役割をもち、不適切な場合は治療方針などに関して担当医と調整を行う。

Mental Health Act は、精神疾患患者の人権の保障やサービスの改善などを目指して改正することになっているが、具体的な内容についてはまだ明らかにされておらず、今後の動向を把握する必要がある。

4. 地域保健医療計画の策定・進行管理・評価

(1) 国レベルの保健計画 (Our Healthier Nation)

わが国の健康日本 21 に相当する国全体の「保健計画」として、1992 年、保守党サッチャー政権のもとで「The Health of the Nation」が策定された。この計画では、ヘルスプロモーションの観点から、NHS、Local Authority、ボランティア団体、企業、メディアなどとの協働が強調された。そして 2000 年を目標年度として、5 つの主要領域（心疾患及び脳卒中、がん、精神保健、HIV/AIDS 及び STD、事故）に関して、目的、目標（数値目標）、戦略（実施主体と具体的な実施内容）が設定された。

保守党サッチャー政権から労働党ブレア政権に交代した後、1999 年、The Health of the Nation の改訂版として「Our Healthier Nation」が策定された。この計画は、国民の健康寿命の延長、健康の不平等（社会階層間、地域間）の改善を目的として、首相を最高責任者として、様々な部門の連携のもとで実施されている。DoH の役割は Our Healthier Nation の事務局であり、Chief Medical Officer を責任者とする Public health & Clinical quality directorate が所管している。

Our Healthier Nation では、2010 年を目標年度として、以下の 4 つの主要領域と目標値が設定された。

- ・がん…75 歳未満の死亡率を少なくとも 5 分の 1 減少
- ・心疾患及び脳卒中…75 歳未満の死亡率を少なくとも 5 分の 2 減少
- ・事故…死亡率を少なくとも 5 分の 1、重傷の発生率を少なくとも 10 分の 1 減少
- ・精神保健…自殺、傷害による死亡率を少なくとも 5 分の 1 減少

そして各領域について、社会経済、環境、保健行動、サービスの側面で、国民、地域、政府のそれぞれが実施すべき行動指針を示した。

Our Healthier Nationに基づく地域での実践活動としては、「Health Action Zone」と「Healthy Living Centre」の設立が挙げられる。Health Action Zoneは、特定の健康問題（例えば、肺がん死亡率が高いなど）を有する、複数のLocal Authorityで構成されるZoneを設定し、健康問題の改善のための活動に対して重点的に予算を配分するモデル事業である。2000年現在で26のZoneが設定され、各ZoneではPCT、NHS Trust、Local Authority、企業、ボランティア団体などの関係団体が連携して活動している。

Healthy Living Centreは、Our Healthier Nationを地方レベルで推進していくための拠点として、2003年現在で約300設立されている。New Opportunities Fund（宝くじ）によって運営され、PCT、NHS Trust、Local Authority、企業、ボランティア団体などの関係団体の連携のもとで、禁煙クリニック、運動施設などの独自の活動を行っている。

（2）国レベルの医療計画（NHS Plan）

NHS Planは2000年に策定され、NHS全体の保健医療サービス供給体制の整備、サービス供給量の適正化、質の高いサービスなどを目標とした10年計画である。これに基づいて、StHA、PCTはそれぞれの地域における医療計画を策定することが義務づけられている。

Our Healthier NationとNHS Planとの違いは、前者は保健部門だけでなく、教育部門、環境部門なども含めた「総合計画」であり、後者はNHSに限定された計画であるという点である。したがってOur Healthier Nationの責任者は首相であり、DoHは事務局に過ぎないが、NHS Planの責任者はDoHのNHS Chief Executive（DoHの事務次官）である。

（3）地域レベルの保健医療計画

地域レベルの保健医療計画として「Health Improvement and Modernisation Programme（以下、HIMPとする）」の策定が義務づけられている。HIMPはもともとOur Healthier Nationの地方計画として、1999年から策定が開始されたが、2000年に策定されたNHS Planの地方計画の内容も含まれるようになった。したがって国レベルでは、保健計画と医療計画が別々に策定されているが、地域レベルでは保健医療計画として統合されている。

HIMPは、地域住民のニーズに適合した保健医療サービスを提供するための3年間の計画で、その策定・推進・評価の責任者はPCTである。そしてDoHが示した優先領域（現在は、喫煙、薬物濫用、未成年の妊娠、がん、心疾患、waiting list、プライマリ・ケアの近代化、精神保健、高齢者ケア、小児ケア、サービスの質の改善、人材開発、IT）を中心に、地域ごとの行動戦略を策定することになっている。またNHS Planの地方計画として、NHS Trustとの契約やPCTの設備投資などの内容も含まれている。

HIMPの実態としてはNHS Planの地方計画としての色彩が濃いため、2003年から開始される計画改定の際には「Local Delivery Plan」という名称に変更され、Our Healthier Nationの地方計画としての位置づけがあいまいになっている。これは、HIMPの進行管理の責任をもつPCTが、NHS組織以外の関係機関（Local Authority、企業、ボランティア団体など）との調整を行うのが実質上困難であることが考えられる。このような動きによって、Our

Healthier Nation の地方計画である HIMP が形骸化し、地域レベルでの保健計画の推進が阻害される可能性がある。

(4) Health Development Agency の役割

Our Healthier Nation に基づいて、2000 年に、NHS 組織として「Health Development Agency」が設立された。組織の目的は、Our Healthier Nation の推進、特に健康の不平等の改善を支援することである。

具体的な活動内容は、地域保健活動やヘルスプロモーション活動などの、主に「予防サービス」に関するエビデンスの収集・整理・評価、活動ガイドラインの作成、関係機関への支援、Our Healthier Nation の WEB の管理などである。

Health Development Agency は本部と 9 の州支部 (Regional Development Agency) で構成される。本部は Chief Executive と複数の Director (Strategy, Finance, Development, Research & Information) で構成される。役職の資格要件は法律上明記されていない。

州支部は 2~3 人のスタッフで構成され、その資格要件は法律上明記されていない。州支部のスタッフは、NHS 組織 (StHA, PCT, NHS Trust など) や大学などに所属し、併任となっていることが多い。

(5) Public Health Observatory の役割

Our Healthier Nation に基づいて、2000 年に「Public Health Observatory」が設立された。組織の目的は、州レベルの公衆衛生情報 (感染症なども含む) の収集・分析・モニタリング・提供を行うことである。

Public Health Observatory は各州に 1 つ設置され、中央政府の州事務局に配置されている Regional Director of Public Health (RDPH) によって統括されている。スタッフは各州約 10 人で、その資格要件は法律上明記されていない。またスタッフは RDPH と別の組織 (NHS 組織、大学など) に所属し、併任となっていることが多い。

(6) StHA, PCT の役割

PCT は、地域レベルの保健医療計画 (HIMP) の策定・推進・評価の責任者である。計画策定を担当する部門は PCT によって異なるが、上述したように、HIMP が NHS Plan の地方計画としての性格を強く帯びるようになっているため、Director of Public Health よりもむしろサービス管理部門や計画策定部門が担当していることが多い。これらの部門の Director の資格要件は法律上明記されていないが、管理業務を専門とする事務職が多い。

StHA は HIMP の策定・推進・評価における PCT への支援を行う。担当者は Director of Planning で、管理業務を専門とする事務職が多い。

5. 保健医療サービスの質の保証

(1) 保健医療サービスの質の保証の概要

NHS は保健医療サービスの質の基準として「National Service Framework」を設定している。これは、特定の疾患や対象者に対する保健医療サービス (予防、診断、治療) に関する基準 (例えば、心筋梗塞が発生した場合、60 分以内に専門医の治療が受けられる、な

ど)と、その基準を達成するための具体的なサービスモデルを提示したものである。そして全てのNHS組織(StHA、PCT、NHS Trustなど)はNational Service Frameworkに基づいてサービスを提供することが義務づけられている。

National Service Frameworkの推進の責任者はNHS Chief Executive (DoHの事務次官)である。現在のところ、精神保健、心疾患、がん、高齢者に関するNational Service Frameworkが設定されている。

また保健医療サービスの質の保証する活動として「clinical governance」が実施されている。1999年のHealth Actに基づいて、全てのNHS組織(StHA、PCT、NHS Trustなど)はサービスの質を改善・保証する義務があること、そのための活動としてclinical governanceを実施することが義務づけられている。clinical governanceの推進の責任者はChief Medical Officerである。

clinical governanceの具体的な内容は、患者の視点からの評価(苦情への対応、満足度の向上など)、リスクマネジメント、スタッフの能力の向上、診療内容の監査などであり、組織内外の委員で構成されるチームによって実施されている。

(2) National Institute for Clinical Excellence の役割

1999年にNHS組織として「National Institute for Clinical Excellence (以下、NICEとする)」が設立された。組織の目的は、NHS、患者、医療従事者に対して、「最善」の診療行為のガイドラインを提供することである。

業務内容は、EBMの視点から、薬剤、診断技術、処置、予防などの新しい医療技術に関する、効果と効率の評価を行うことであり、具体的には、文献レビュー、評価委員会による検討、ガイドラインの作成を実施している。National Service FrameworkはNICEが提示したガイドラインに基づいて設定されている。

(3) Commision for Health Improvement の役割

1999年のHealth Actに基づいて、2000年に、DoHから独立した組織として、「Commision for Health Improvement (以下、CHIとする)」が設立された。組織の目的は、NHS全体の保健医療サービスの質の向上である。NHSを監視する役割を担っているため、DoHやNHSから独立した組織として位置づけられているが、Chief Medical Officerと首相に対する説明責任を有する。

業務内容は「clinical governance review」である。これは、全てのNHS組織が実施しているclinical governanceを評価・監査する活動で、NHS組織がNational Service FrameworkやNICEのガイドラインに適合したサービスを提供しているかどうかを評価・監査する。また「患者の視点」からの評価にも重点を置いている。

各NHS組織のclinical governance reviewは4年おきに実施される。具体的な流れとしては、評価対象組織に関する資料・データ(患者や関係者の意見なども含む)の収集と分析、CHI review teamによる訪問調査、報告書の作成の順で、全部で17週間を要する。

CHI review teamは、医師、看護師、その他の専門職、NHS管理職、一般住民などで構成される。チームリーダーや構成員の資格要件は法律上明記されていないが、診療部門の評

価、管理部門の評価、そして患者の視点からの評価ができるように、幅広い職種で構成されるように努めている。

CHIの改善勧告を受けたNHS組織は、改善のための行動計画を策定・推進することが義務づけられている。またclinical governance reviewの結果はstar rating system（NHS組織の格付け）に活用され、国民に公表される。starはPCTがNHS Trustと契約する際に利用される。

（４）NHS組織（StHA、PCT、NHS Trustなど）の役割

StHAは、自分自身のclinical governanceを実施すること、管轄地域のPCTやNHS TrustなどのNHS組織のclinical governanceを支援することが義務づけられている。特にCHIの改善勧告を受けたNHS組織を監視する役割をもつ。

StHAのclinical governanceは組織内外の委員で構成されるチームによって実施されるが、責任者として、公衆衛生部門やパフォーマンス管理部門などに「Clinical Governance Lead」が設置されている。その資格要件は法律上明示されていないが、医師、看護師などのclinical backgroundが要求されることが多い。

PCTやNHS TrustなどのNHS組織はclinical governanceを実施することが義務づけられている。clinical governanceは組織内外の委員で構成されるチームによって実施されるが、責任者としてClinical Governance Leadが設置されている。その資格要件は法律上明示されていないが、医師、看護師などのclinical backgroundが要求されることが多い。

また2001年のHealth and Social Care Actに基づいて、全てのNHS組織は、サービスの計画・実施において患者や地域住民の参画を推進することが義務づけられ、患者の視点からサービスの質を改善することが義務づけられた。具体的には、患者や住民からの不満や苦情への対応、患者・家族などへの情報提供などの、患者の満足度を向上させるサービスを提供している。またNHSに対する不満や苦情に対応し、患者・住民の視点からNHSを改善することを目的として、2003年1月、NHSやDoHから独立した組織として、Commission for Patient and Public Involvement in Healthが設立された。

6. ヘルスプロモーション活動の実践

ヘルスプロモーションは「Our Healthier Nation」において実践されており、「4. 地域保健医療計画の策定・進行管理・評価」で述べた全ての組織が関係している。

第4章 衛生行政システムの展望

NHSは、予防、治療、リハビリテーションなどの全ての保健医療サービスを供給しているため、地域住民の健康を包括的に捉えた政策を実施することができる。一方わが国では、保健サービスは税を財源として行政が、医療サービスは社会保険料を財源として医療機関が、別々に供給しているため、地域住民の健康が「分割」されているという問題がある。

しかしその一方で、NHSが他の行政サービスと独立して運営されていることの弊害もある。感染症対策を含む健康危機管理に関しては、人間への対応はNHSの所管、環境への対

応は Local Authority の所管、疫学調査は Health Protection Agency の所管、というように、NHS が人間の健康のみに対応するシステムであるがゆえに、健康危機管理システムとしては非常に複雑な構造であり、円滑に機能しない危険性もある。一方わが国では、患者の治療は医療機関の役割であるが、それ以外の業務は全て保健所が担当しているため、迅速な対応が可能である。

イギリスの衛生行政組織は、PCT にしても StHA にしても、GP、NHS Trust などの医療機関とそのサービスを「管理」する役割に徹している。それゆえに衛生行政組織の構成員には、医師や看護師といった保健医療サービスを直接提供するために必要な「資格」ではなく、地域の保健医療サービスを管理する「技術」が求められている。その典型が、PCT の Director of Public Health の資格要件である「public health specialist」である。イギリスでは、役職の採用要件を法律ではなく、各専門職の団体などによる自主規制によって定めることが多いが、わが国と比較すると、むしろ自主規制による要件の方が厳しいものになっている。実際の採用にあたっては資格要件の方が簡便ではあるが、様々な健康問題が想定される公衆衛生分野においては、それらの問題に的確に対応できる技術、能力、資質をもった人材が必要であると考えられる。

イギリスはこの 10 年間で NHS の劇的な改革を推進し、ようやく安定した医療システムが確立されつつある。しかし健康危機管理を所管する Health Protection Agency の設立、地域レベルでの公衆衛生を推進する職種としての public health specialist の導入など、衛生行政システムの改革はいまだ進行中であり、今後の動向を注意深く把握していく必要がある。

参考文献

Secretary of State for Health. The new NHS: Modern, Dependable. London. The Stationery Office, 1997.

Department of Health. Expenditure plans 2002-2003 to 2003-2004: Departmental report. London. The Stationery Office, 2002.

Department of Health. Shifting the balance of power: The next steps. London. Department of Health, 2002.

Merry P. Wellards NHS handbook 2000/01. London. JMH Publishing, 2000.

Department of Health. Getting ahead of the curve: A strategy for combating infectious diseases (including other aspects of health protection). London. Department of Health, 2002.

Department of Health and Welsh Office. Code of practice: Mental Health Act 1983. London. The Stationery Office, 1999.

Secretary of State for Health. The health of the nation. London. The Stationery Office, 1992.

Secretary of State for Health. Saving lives: Our healthier nation. London. The Stationery Office, 1999.

フランスの保健衛生組織

武村 真治（国立保健医療科学院公衆衛生政策部 主任研究官）

宮城島一明（京都大学大学院医学研究科 助教授）

西村 秋生（国立保健医療科学院経営科学部 主任研究官）

第1章 保健医療システムの概要

1. 保健水準

1999年のフランスの人口は5,845万人で、日本の約半分に相当する。年齢構成は、20歳未満人口が25.9%、老年人口（65歳以上）が15.4%で、日本と比較して20歳未満人口の割合が大きく、高齢化率も若干低い。

1997年の出生数は72.5万人、出生率（人口千対）は12.4、合計特殊出生率は1.71で最近5年間では横ばいである。乳児死亡率は5.1は最近5年間でほとんど変化がない。

1997年の総死亡数は約53.4万人で、死亡率（人口千対）は9.1で、最近10年間ではほとんど変化はみられない。死因別では、虚血性心疾患、脳血管疾患などの循環器疾患による死亡割合が32.3%で最も多く、ついで悪性新生物が27.6%である。全死因のうち心疾患、悪性新生物、脳血管疾患の占める割合は約6割で、日本よりも若干小さい。

1997年の平均寿命は男性74.2歳、女性82.1歳である。

2. 医療保障制度の概要

フランスの医療保障制度は社会保険方式で、わが国と同様に、職域を基盤とした複数の保険制度（疾病金庫）によって、国民皆保険が達成されている。保険制度を大別すると、商工業の被用者とその家族を対象とする一般制度、農業者を対象とする農業社会共済、職人と自営業者を対象とする中央独立職種疾病金庫、鉱山労働者、国有鉄道職員、軍人、海員などを対象とする特殊制度、の4つに分類でき、一般制度が国民の約8割をカバーしている。

患者は、医師及び医療機関の選択の完全な自由が認められている。被保険者は受診した医療機関において診療費の全額を支払い、その領収書を各自が所属する疾病金庫に送ることで償還を受ける。償還率は、疾病やサービスの種類によって異なるが、わが国と比較すると償還率は低い、つまり自己負担率が高くなっている。そのため医療保険の自己負担分を補足する任意加入の共済組合が発達しており、国民の80%がカバーされている。また国民が自助努力として個人的に民間保険に加入する場合もある。

1997年の医療費は7,285億フラン、対GDP比は9.0%である。医療費の財源は社会保険73.9%、国・自治体負担0.9%、共済組合7.1%、自己負担が13.3%である。

3. 保健医療資源

(1) 病院

1970年の病院改革法において、公的病院サービス（Service public hospitalier）の概念が導入された。公的病院サービスの使命は、診断から治療まで含めたすべての公衆衛生的活動に参加すること、医療関係者の教育と研究活動に寄与すること、健康教育と予防事業を行うこと、救急医療を行うこと、である。私立病院でもこれらを担当することができるが、その場合、病院利用者に受療機会の均等を保障し、24時間患者を受け入れる義務がある。

公的病院サービスの枠組みにしたがって、フランスの病院は、公立病院（ほとんどが国立病院である）、私立非営利病院（公的病院サービスの提供に参加する私立非営利病院）、私立営利病院の3種類に分類される。公立病院は規模と機能によって、州中核病院、中核病院、地区病院、精神病院などに分類される。また公的病院サービスに参加しない私立営利病院の多くは外科と産科である。

1997年のフランスの病院数は、公立病院が1,067、私立非営利病院が489、私立営利病院が2,300、合計3,856である。またフランスの病床数の総数は約51万床で、その内訳は公立病院が65%、私立非営利病院が10%、私立営利病院が25%である。

公的病院サービスに参加する公立病院と私立非営利病院の診療報酬制度として、1983年の法律に基づいて総枠予算制が採用され、病院収入の90%を占めている。総枠予算制では、前年度の活動実績などをもとに、国会が疾病金庫の支出総額を決定し、それに基づいて保健大臣が各州に割り振る額を決定し、各州が病院に総枠予算を配分する。一方、入院患者は定額入院負担金に入院日数を乗じた額を、直接病院に支払う。

公的病院サービスに参加しない私立営利病院の診療報酬に関しては、政府や疾病金庫との契約に基づいて、1日当たりの入院料と診療行為別単価が決定され、それらを患者が直接病院に支払う。

(2) 診療所

外来医療は病院の外来部門でも行われるが、外来の60%と往診の98%は、医師が開業する診療所が担っている。開業医は、一般医と専門医に区分され、両者の診療科目は規定によって厳密に区分されている。1997年の開業医の数は、一般医が60,496人、専門医が53,034人、合計113,530人である。

開業医の診療報酬は出来高払い制で、疾病金庫と医師会との間で締結される診療行為別単価が用いられている。

(3) 医師等の医療関係者の養成・現状

医師の養成は、大学において、わが国と同様に6年間の教育課程（医学教育第一・第二過程）で実施されている。しかし大学は全て国立であるため、政府が介入する権限が大きく、医師数増加を抑制するために、医師の需給計画に基づく資格認定の定員制が導入されている。なお、フランスの大学病院（教育病院）は州中核病院（三次医療機関）を兼ねている。

フランスでは教育を受ける権利が憲法で保障されているため、大学の授業料は無料であり、大学入学を希望する者は全て入学することができる。そこで1972年に、医学部の第二年度の進級試験を実施し、需給計画に見合った数の医学生のみを進学させる制度を導入した。これによって学生数は約4分の1に絞られている。

また1984年に、わが国の大学院に相当する医学教育第三過程の改革が実施され、専門医資格の取得数も制限されるようになった。その結果、医学教育第一・第二過程修了時に実施される競争試験の合格者（卒業生の約半数）だけが専門医コースに進むことが許されている。専門医の専攻は、内科系専門科、外科系専門科、医生物学科、精神科、公衆衛生科、労働衛生科の6つに大きく分類され、前二者はさらに細分化されている。

専門医コースの競争試験に全て不合格になった者は、2～3年の臨床研修の後、一般医としての医師免許を取得することができる。

1997年の医業を営む医師数は174,563人で、そのうち一般医と専門医はほぼ同数である。看護職種等の医療関係職の養成は、多くの場合、病院付属の養成施設で実施される。養成年限は、助産師が4年、看護師、理学療法士が3年、臨床検査技師が2年である。看護師の卒後専門教育として、麻酔科看護師、手術場看護師、小児科看護師などの養成課程がある。

1996年の看護師は343,654人、助産師は12,662人、理学療法士は48,819人である。

（4）公衆衛生従事者の養成

公衆衛生領域の専門職種の養成研修と生涯教育を実施するのは国立公衆衛生学校(Ecole nationale de la santé publique : ENSP)である。国立公衆衛生学校は、1960年、ブルターニュ地方の州都であるレンヌ市に設立された。

国立公衆衛生学校の役割は、公衆衛生関連業務に従事する国家公務員を養成することである。国立公衆衛生学校では、国家公務員の新規採用数を定員とする競争試験を実施し、合格者を「採用」する。つまり、大学校である国立公衆衛生学校に入学した時点から研修公務員としての身分が与えられ、給与も支給される。ただし、民間等で勤務することを前提とした者、外国人留学生などはこの限りではない。

国立公衆衛生学校で養成される公衆衛生行政の専門職種は以下のとおりである。

①厚生監督官 (Inspecteur de l'action sanitaire et sociale)

保健担当省の本省、地方出先機関（詳細は後述）などにおいて、保健医療福祉領域の政策立案や実行、評価や分析などを担当する公務員である。資格取得者は現在1,730名である。地方出先機関の長に昇進していく職種である。

競争試験の参加資格者は、国立行政学校（国家公務員全般を養成する機関）の外部競争試験受験資格保持者であること、外部採用の場合は35歳以下であること、内部採用の場合は4年以上の公務員経験があること、を満たす必要がある。

課程は18ヶ月であるが、卒後4年以内に6ヶ月間の追加研修を受講しなければならない。

②公衆衛生監督医務官 (Médecin inspecteur de santé publique)

保健担当省の本省、地方出先機関、付属の試験研究機関などにおいて、公衆衛生領域の政策立案・評価・分析などを担当する公務員である。また保健担当省の実施する教育・研究への参加義務、職業的守秘義務などが課せられており、保健担当省が管轄しない分野の活動への参加が禁じられている。

競争試験の参加資格者は、(a)45歳未満で、地域保健・公衆衛生・社会医学の学位を有する、またはそれと同等以上と認められる医師、または(b)国、地方自治体、国際機関のいずれかで3年以上の行政実務経験を有する医師、である。

課程は12ヶ月で、1週間の講義と2週間の実地研修が交互に繰り返される。

③公衆衛生監督薬務官 (Pharmacien inspecteur de santé publique)

保健担当省の本省、地方出先機関、付属の試験研究機関において、医薬品、医療機器、検査試薬、獣医薬品、化粧品などの安全性の確認や管理の適切性を監督する公務員である。資格取得者は現在200名である。

④環境衛生技官 (Ingénieur du génie sanitaire)

保健担当省の本省、地方出先機関、付属の試験研究機関などにおいて、環境衛生領域の危険管理に従事する公務員である。

競争試験の参加資格者は、技師の称号を有する者、または理科系大学院の修了者である。

課程は12ヶ月で、7ヶ月の講義、4ヶ月の研修・研究の後、修了論文を提出する必要がある。

⑤衛生検査技師 (Ingénieur d'études sanitaires)

保健担当省の本省、地方出先機関などにおいて、環境衛生技官の指示の下で、環境衛生領域の危険管理に従事する公務員である。

競争試験の参加資格者は、35歳未満で、大学等において環境衛生の4年以上の課程を修了した者である。

課程は12ヶ月で、9ヶ月の講義、3週間の実地研修、2ヶ月の研究研修を受講する必要があるが、最終成績により任官されるかどうかが決まる。

⑥その他

国立公衆衛生学校では、医療福祉施設の関連職種として、社会福祉施設管理官（社会福祉施設長）、保健福祉施設管理官（外科・産科・措置入院病棟をもたない250床以下の病院長）、病院管理官（外科・産科・措置入院病棟をもつ250床以上の病院長）、医療管理官（病院の看護部門、リハビリテーション部門、医療技術部門の長）などの養成も行っている。

なお、医療管理官以外の競争試験の参加資格者には、医師や看護師などの免許は求められていない。したがってフランスでは、わが国とは異なり、医師の資格をもっていなくても、国立公衆衛生学校の研修を受講すれば病院長になることができる。

公衆衛生領域の専門職種として、上述した以外に、社会政策監察官（Inspecteur général des affaires sociales）がある。彼らは、保健・社会保障・労働の領域で最も地位の高い公務員であり、これらの領域における政策全体の評価・監督・監査を行う権限をもっている。社会政策監察官の約半数は国立行政学校（国家公務員全般を養成する機関）の修了生であるが、上述した職種であって幹部級に達したものから任命されることも可能になっている。

第2章 衛生行政システム

1. 一般行政組織

フランスにおける、憲法上の根拠をもつ地方自治体は、州（Région）、県（département）、市町村（commune）である。

州（Région）は地方自治体の中で最も歴史が浅く、1986年に制定された。現在22の州があり、それぞれが歴史的・文化的に収束した「地方」としての単位になっている。州には直接選挙で選ばれる任期6年の州議会があり、州議会議員は州議会議長を互選する。州議会議長は、議会の長であると同時に行政の長でもあり、州の行政の執行部を統括する。州の所掌事務は、経済政策、国土開発、高等学校の建設・管理、職業教育などである。

県（département）は、フランス革命時に、フランス全土をほぼ等面積のメッシュで人工的に区切る形で創設された。自治体として位置づけられたのは1871年で、現在98の県がある。県には直接選挙で選ばれる任期6年の議会があり、県議会議員は県議会議長を互選する。県議会議長は、議会の長であると同時に行政の長でもあり、県の行政の執行部を統括する。県の所掌事務は、社会福祉、中学校の建設・管理、土地区画整理などである。

市町村（commune）は地方自治体の最小単位であるが、歴史は古く、中世の都市や教会教区を起源とする。正式な設置は1789年で、現在30,000の市町村がある。市町村の人口規模の格差は大きい、ほとんどの市町村は人口規模が小さい。市町村には直接選挙で選ばれる任期6年の議会があり、市町村議会議員は執行機関たる市町村長を互選する。市町村の所掌事務は、都市開発、小学校の建設・管理、社会福祉、道路管理、廃棄物処理などである。

フランスの中央地方関係は非常に中央集権的である。国の所掌事務と地方自治体の所掌事務が厳密に区分されているため、国の全ての省庁は州レベルと県レベルに地方出先機関を設置している。そして国の代理人として州知事、県知事がそれぞれ設置され、当該地域における国の事務の統括、地方自治体の行為の合法性の審査、行政の広域的調整などを行う。したがって州と県には、それぞれ知事と議長という、別の所掌事務を扱う首長が並存することになる。

2. 衛生行政組織

図1に、フランスの衛生行政システムの概要を示した。

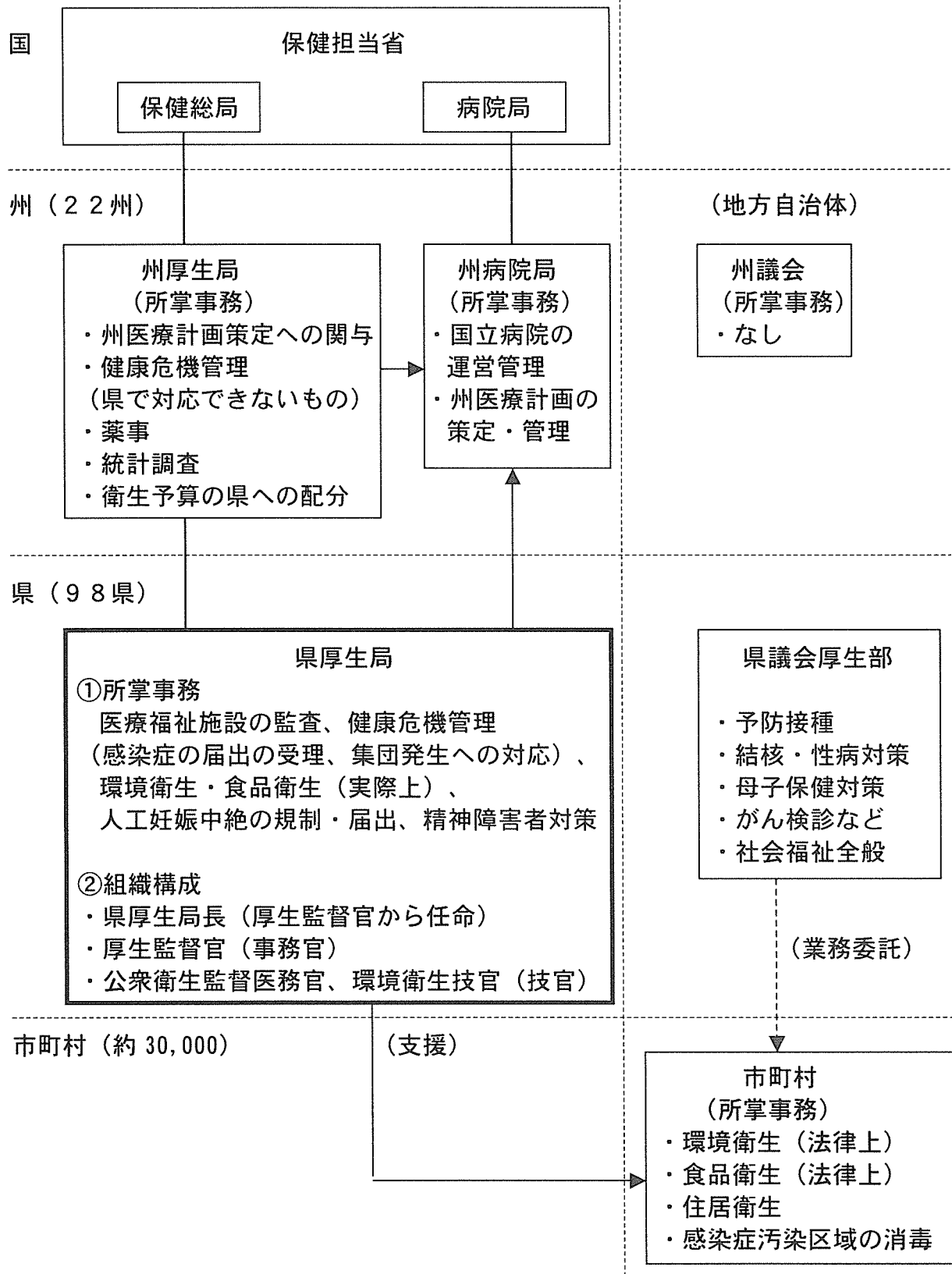


図 1. フランスの衛生行政システム

(1) 保健担当省

衛生行政を司る国の機関は保健担当省で、設立根拠となる法律は Code de la Santé Publique Art. L. 712-5 である。フランスでは内閣改造のたびに新しい省庁が設置されたり、省庁の統廃合が行われたりするため、保健担当省の名称は時期によって異なる。しかし省庁が変更されても「局」は一貫した組織単位として継続している。その中で、本調査と関連が深いものとして保健総局 (Direction générale de la santé) と病院局 (Direction des hopitaux) が挙げられる。

保健総局の所掌事務は、国民の公衆衛生に関する一般的問題 (予防、健康増進、サーベイランス等) に関する政策の立案・運営である。組織としては、総局長及び局長補佐の下に、公衆衛生課、医療制度課、

薬務課、衛生監視課、医療関係者課、エイズ課などが設置されている。

病院局の所掌事務は、公的病院サービスに参加する公立病院と私立非営利病院の活動の監督とコントロールである。

役職の資格要件は法律上明記されていないが、保健担当副大臣は医師であることが多く、保健総局長は慣例として、医師が任命される。

(2) 州厚生局

Code de la Santé Publique Art. L. 712-716 に基づいて、保健担当省の州レベルの地方出先機関として州厚生局 (Direction Régionale des Affaires sanitaires et sociales : DRASS) が設置されている。中央政府の地方出先機関である州知事の監督下におかれるが、技術的事項に関しては保健担当省との調整を行う。

所掌事務は、州医療計画の策定への関与、健康危機管理 (県レベルでは対応できない健康危機管理)、薬事、統計調査 (人口静態・動態統計、住民のニーズ調査、医療費の効率的な活用に関する調査など)、医療福祉関連職の試験の準備と実行、社会福祉の向上のための大局的対応、疾病金庫の州支所などの社会保険機関の運営の監査、保健衛生関連予算の県レベルへの配分などである。基本的には管理業務が中心で、住民へのサービスの提供は行っていない。

組織は、州厚生局長を筆頭に 70~250 人のスタッフで構成される。主な部門として、公衆衛生部門 (州医療計画の策定への関与、健康危機管理、薬事など)、社会福祉部門、社会保険部門 (社会保険機関の監督) が設置されている。

必置職種は、州厚生局長、厚生監督官、公衆衛生監督医務官、公衆衛生監督薬務官、環境衛生技官である。州厚生局長は、県厚生局 (後述) の長の経験者から任命されるが、県厚生局長は厚生監督官から任命されるため、州厚生局長は医師である必要はない。

公衆衛生監督医務官は、州医療計画、健康危機管理に関して、医学的観点からの政策立案・評価・分析などを担当する。

公衆衛生監督薬務官は、薬局、薬剤の製造・調剤を実施している施設の技術面における監督、病院における薬剤費の監督、麻薬・有毒物質の監視などを担当する。

(3) 州病院局 (Agence Régionale de l'hospitalisation、以下 ARH とする)

1996 年、Code de la Santé Publique Art に基づいて、州レベルに、州病院局 (Agence Régionale de l'hospitalisation : ARH) が設立された。これは州厚生局とは異なり、国の機関ではなく、独立行政法人である。

所掌事務は、州医療計画の策定・進行管理・評価である。州医療計画は、医療圏を設定し、各医療圏の病床数、高額医療機器の設置数、診療科目などの整備目標を設定し、それらを規制する計画である。以前は州厚生局の所掌事務であったが、1996 年以降、州病院局の所掌事務となった。

具体的な業務として、公立病院 (国立病院) の運営管理、州医療計画に基づく医療施設の開設・閉鎖・統廃合、病床数の増減、診療科目の増減、高額医療機器の購入に関する許認可、医療施設間の機能や連携の調整、中央から州に配分された医療費の配分額の決定などが挙げられる。

医療費の配分に関しては、総枠予算制による公的病院サービス (公立病院、私立非営利病院) の医療費と契約方式による私立営利病院の医療費の配分割合の大枠を設定している。

組織は、保健担当大臣から任命された事務局長、2 人の副事務局長 (そのうち 1 人は州厚生局長、1 人は疾病金庫の州支所の理事長)、州厚生局、県厚生局 (後述)、疾病金庫の代表者で構成される。

各役職の資格要件は法律上明記されていないが、州厚生局、県厚生局の代表者として公衆衛生監督医務官が任命されることが多く、彼らは医学的観点から医療計画策定に関与している。

(4) 県厚生局

Code de la Santé Publique Art. L. 326 に基づいて、保健担当省の県レベルの地方出先機関として県厚生局 (Direction départementale des Affaires sanitaires et sociales : DDASS) が設置されている。県厚生局は、管轄人口の規模や所掌事務の点で、わが国の保健所に相当する第一線機関である。中央政府の地方出先機関である県知事の監督下におかれるが、技術的事項に関しては保健担当省との調整を行う。

所掌事務は、医療福祉施設の監査、医療福祉従事者の活動の監督 (各職種別の評議会への登録など)、感染症などの健康危機管理、環境衛生・食品衛生、精神障害者対策、死亡票の受理、人工妊娠中絶の規制・届出、保健医療福祉関連組織の活動の調整 (精神保健、エイズ対策、中毒患者対策のための組織づくりなど)、社会不平等対策 (一部の医療扶助など) である。

医療福祉施設の監査に関しては、フランスでは医療福祉施設が保有すべき技術水準や設備、入所者の身体的・社会的条件などに関する詳細な規定が、法律あるいは州医療計画で定められており、それらの規定を遵守しているかどうかを監督することが主な業務である。公衆衛生監督医務官が中心となって実施する。

感染症などの健康危機管理に関しては、公衆衛生監督医務官、環境衛生技官が中心となって、法定感染症の届出の受理、食中毒や感染症の集団発生への対応 (疫学・微生物学的調査、予防措置など) などを実施する。

環境衛生・食品衛生に関しては、環境衛生技官が中心となって、公害の監督、飲料水・汚水・公共用水（プール、海水浴など）の定期的検査、飲食店の監視、住居衛生などを実施する。環境衛生・食品衛生は、法律上、市町村の所掌事務であるが、規模の小さい市町村が単独で実施することは困難であるため、県厚生局が支援する形で実施している。なおフランスでは、環境省の県レベルの地方出先機関が存在していないため、公害の監督などの環境保全対策は県厚生局によって実施される部分が多い。

精神障害者対策に関しては、公立病院の外来部門、家庭訪問部門、社会復帰促進課などが実際のサービスを提供し県厚生局がそれを管理する役割をもつ。

医療扶助のほとんどは県の所掌事務であるが、定まった住居をもたない者や難民に対する医療扶助、社会保障受給資格のない障害者の職業的リハビリテーションの扶助、人工妊娠中絶の扶助は県厚生局の事務となっている。

県厚生局の業務のほとんどは管理業務であり、わが国の地域保健活動のような直接的なサービス提供は実施されていない。

組織は、県厚生局長を筆頭に 30～150 人のスタッフで構成される。主な部門として、公衆衛生部門、社会福祉部門、生活衛生部門などが設置されている。

必置職種は、県厚生局長、厚生監督官、公衆衛生監督医務官、環境衛生技官、衛生検査技師である。県厚生局長は、厚生監督官のうち実務経験を経て一定の段階に昇進した者から任命されるため、医師である必要はない。

県厚生局の公衆衛生監督医務官には主任級とその他のカテゴリーがあり、それぞれが半数ずつで構成されることが法律上義務づけられている。また兼任、パートタイム等の専属でない医務官の採用が認められているが、医務官全体に占める非専属医務官の割合は 15% を越えることはできない。

パリに隣接する Hauts de Seine の県厚生局を例にとると、局長、副局長（社会政策担当 1 名、公衆衛生担当 1 名）、社会事業・差別撤廃課（課長、児童・家族・青年担当、住宅担当、生活保護担当、ケアアクセス担当、社会事業担当顧問、環境担当顧問）、医療福祉サービス課（課長、障害児担当、障害者担当、高齢者担当）、医療福祉施設課（課長、その他）、公衆衛生課（課長、エイズ・薬物中毒担当、パラメディカル教育担当、救急車担当、精神障害者対策担当、社会防衛担当、疫学担当、法令・予算管理担当）、環境衛生課（課長、医療顧問、その他）、庶務課で構成される。スタッフの総数は 31 名、そのうち公衆衛生監督医務官は 7 名である。

公衆衛生監督医務官の担当は、兼務を含めて、社会事業・差別撤廃課のケアアクセス担当、医療福祉サービス課の障害児担当、高齢者担当、医療福祉施設課のスタッフ、公衆衛生課の課長、エイズ・薬物中毒担当、パラメディカル教育担当、救急車担当、精神障害者対策担当、社会防衛担当、疫学担当、環境衛生課の医療顧問である。医療福祉施設課と公衆衛生課で兼務している者が多く、医療福祉施設課のスタッフとして医療福祉施設の監査を、公衆衛生課のスタッフとして健康危機管理、精神障害者対策などを実施している。

(5) 県議会厚生部

地方自治体としての県において、県議会、つまり行政の執行部には、保健福祉を担当する県議会厚生部 (Direction des Affaires Sociales-Conseil Général : DASC) が設置されている。

所掌事務は、社会福祉全般、母子保健対策、予防接種、結核対策 (予防接種、結核検診、患者管理など)、性病対策 (性病検査、相談事業など)、がん対策 (がん検診など)、医療扶助 (県厚生局 (国) が所掌しない大部分の扶助) などである。

母子保健対策として、家族計画の指導、各種相談事業、乳幼児健診、母子手帳の交付などを実施しているが、人工妊娠中絶に関する業務は県厚生局 (国) の所掌であるため実施していない。

予防接種、結核対策、性病対策などの感染症対策に関しては、県と市町村との協約に基づいて、市町村、特に規模の大きい市町村に業務委託する場合もある。

県議会が実施する行政に対する法律や通知はほとんど制定されていないため、衛生行政活動の具体的な内容や方法は県によって異なる。

県議会厚生部の最高責任者は県議会議長であり、厚生部の責任者は厚生部長である。厚生部の組織体系や職員の資格要件は法律上明記されていない。

(6) 市町村 (commune)

地方自治体としての最小単位である市町村には、最高責任者を市町村長として、保健衛生課や福祉課などの保健福祉を担当する部門が設置されていることが多い。また人口 2 万人以上の市町村には、市町村保健衛生センターが設置されていることが多く、そこを拠点として保健衛生活動を実施している。しかし組織体系や職員の資格要件は法律上明記されていない。

所掌事務は、環境衛生 (飲料水・汚水、廃棄物、騒音など)、食品衛生 (飲食店の監視など)、住居衛生、旅館の監督、感染症発生時の汚染区域の消毒などである。

市町村の規模によって実際の業務は異なる。例えば人口規模の小さい市町村では、市町村の所掌事務である環境衛生や食品衛生を単独で実施することは困難であるため、県厚生局の支援を受けて実施される。一方人口規模の大きい市町村では、市町村保健衛生センターにおいて、県議会厚生部の所掌事務である予防接種、結核対策、性病対策や、その他の地域保健活動が実施されている。

第 3 章 保健所機能の担当組織

1. 健康危機管理

感染症・食中毒発生時の対応 (感染経路の特定、患者の隔離、サーベイランスなど)、飲料水汚染、原子力・化学物質などによる事故、自然災害などへの対応といった健康危機管理を所管するのは、国レベルでは保健担当省であり、保健総局が担当部局となる。

州レベルでは、保健担当省の地方出先機関である州厚生局が所管し、公衆衛生監督医務官が担当者となる。具体的には、県レベルでは対応できない飲料水汚染、原子力・化学物質などによる事故、自然災害などへの対応を行う。

健康危機管理の第一線組織は県厚生局であり、公衆衛生監督医務官、環境衛生技官が担当者となる。具体的には、法定感染症の届出の受理、感染症・食中毒発生時の対応（感染経路の特定やサーベイランスなどの疫学・微生物学的調査、予防措置など）を実施する。また市町村は感染症発生時の汚染区域の消毒などを所掌事務としているが、地域において実際に感染症や食中毒が発生した場合は、県厚生局と市町村が連携して対応する。

なお感染症対策の中で、各種予防接種、結核対策（予防接種、結核検診、患者管理など）、性病対策（性病検査、相談事業など）は県議会厚生部の所掌事務である。また県議会厚生部は、市町村との協約に基づいて、市町村、特に規模の大きい市町村にこれらの業務を委託する場合もある。

2. 食品衛生

食品衛生にはいくつかの省庁が関係している。競争・消費・不正取引摘発局（経済省の一部局）は食品・食品容器等の検査、獣医局（農業担当省の一部局）は食品の微生物学的・化学的検査、そして保健担当省は飲食店の監視、をそれぞれ担当する。いずれの省庁も県レベルの地方出先機関を設置しており、地方レベルではそれらの県支局が担当する。

飲食店の監視を実施するのは県厚生局であり、環境衛生技官、衛生検査技師が担当者となる。ただし法律上は市町村の所掌事務であるため、県厚生局が市町村を支援するという名目で実施している。

3. 精神疾患患者への対応

精神疾患患者の保護・措置入院を含む精神保健を所管するのは、国レベルでは保健担当省であり、保健総局が担当部局となる。

地方レベルで、精神疾患患者の保護・措置入院の決定権を有するのは県知事である。ただしこれは県厚生局ではなく警察の権限であり、県警察を統括する立場の県知事の権限となっている。権限の根拠となる法律は Code de la Santé Publique Art. L. 333-355 である。なお入院先は県の公的精神病院である。

県厚生局は、精神疾患患者の保護・措置を除く精神障害者対策を担当し、公衆衛生監督医務官が担当者となる。ただし家庭訪問、社会復帰などの実際のサービス提供は公立病院の外来部門、家庭訪問部門、社会復帰促進課などが実施しており、県厚生局は各種サービスの調整や組織づくりなどの管理業務を実施する役割をもつ。

4. 地域保健医療計画の策定・進行管理・評価

(1) フランスの医療計画の概要

1970年の病院改革法に基づいて、医療地図 (Carte sanitaire) が導入された。医療地図は医療施設の量的・質的配分を決める地理的基盤、つまり医療圏を定義するものである。これは、医療費の抑制、平均在院日数の短縮を目指して、病床数、高額医療機器の新設を制限するものである。しかし医療地図は病床や高額医療機器の新規導入を制限しているが、

既存のものに対しては規制が及ばないという問題があった。そこで1991年の病院改革法の改正に基づいて、州医療計画（Schema Regional d'Organisation Sanitaire：SROS）を制定することが義務づけられ、1995年のJuppe Planによって計画の推進が義務づけられた。

州医療計画では、医療圏の圏域と各圏域の医療資源（病床数、診療科目、高額医療機器数など）の整備基準が設定される。フランスの医療圏には、わが国の三次医療圏に相当する医療州（州の領域と一致）と、わが国の二次医療圏に相当する一般医療圏がある。一般医療圏は、市町村を分割しないこと、県境を越えることがあっても州境は越えないこと、を原則として設定される。一般医療圏の数は約150で、圏内人口は約20万人である。

医療資源の整備基準は、保健担当省が定める上下限の範囲内で、州レベルで設定される。具体的には、人口当たり内科病床数は1.0～2.2、CTスキャナは人口11万人に1台、などのように単位人口当たりで設定される。ただし高度な医療機能・医療機器（臓器移植、心臓手術など）に関しては、保健担当省が直接設定する。そして州医療計画に基づいて、新規施設・設備・病床の認可、地理的偏在の是正、病床転換、診療科目・医療施設の統廃合等が行われる。

州医療計画は5年ごとに改定されることが義務づけられている。各医療施設は、病床や診療科目の統廃合、高額医療機器の新設等を要求する場合、施設計画を提出することが義務づけられている。また医療圏会議が一般医療圏ごとに設置され、州医療計画の策定に関して意見や要望を述べることができる。

州医療計画は、全ての病院（公立病院、私立非営利病院、私立営利病院）に適用されるが、診療報酬体系は、公的病院サービス（公立病院、私立非営利病院）に対する総枠予算制と私的営利病院に対する契約方式という別の体系であるという問題があった。また公的病院サービスと私立営利病院の間で、サービスの質や効率性、患者の社会階層や重症度の格差が生じているという問題も指摘された。そのため、医療費を含めた医療資源の公平な配分を可能にするための共通の基盤を整備する必要があった。

1996年に州病院局が独立行政法人として設立され、これまで州厚生局の所掌事務であった州医療計画を担当することとなった。州病院局は、州医療計画に基づく医療資源の適正配置だけでなく、公的病院サービスと私立営利病院への医療費の適正配分に関する権限を有することとなった。

1997年、全ての病院は、DRGに基づく活動報告と質の評価に関する報告書を州病院局に提出することが義務づけられた。これによって州病院局は、DRGという共通の指標のもとで、全ての病院のコストとサービスの質を考慮した上で、医療資源と医療費の適正配分を行うことが可能になった。

（2）医療計画の策定・進行管理・評価の担当組織

医療計画の策定・進行管理・評価を所管するのは、国レベルでは保健担当省であり、病院局が担当部局となる。所掌事務は、国及び州際の医療計画の策定、州医療計画における医療資源の整備基準の上下限の設定、高度な医療機能・医療機器の整備基準の設定などである。

州レベルの医療計画の策定・進行管理・評価を所管するのは州病院局である。ただし州病院局は、州厚生局と疾病金庫の代表者で構成される独立行政法人であり、両者の連絡協

議会としての機能を果たしている。そのため州医療計画の策定にあたっては、州厚生局の公衆衛生監督医務官が、医学的観点から関与する部分が多い。

県厚生局に関しては、その代表者が州病院局のスタッフとなっており、一般医療圏の視点から州医療計画の策定に関して意見や要望を述べる。

5. 保健医療サービスの質の保証

医療監視を含む保健医療サービスの質の保証を所管するのは、国レベルでは保健担当省であり、病院局が担当部局となる。具体的な業務は、公的病院サービスに参加する公立病院と私立非営利病院の活動を包括的に監督・管理することである。

保健医療サービスの質の保証の第一線機関は県厚生局であり、公衆衛生監督医務官を中心に、医療福祉施設の監査を実施する。具体的には、医療福祉施設が、保有すべき技術水準や設備、入所者の身体的・社会的条件などに関する規定を遵守しているかどうかを監督する。なおそれらの規定は法律で詳細に定められているが、州医療計画で医療資源の整備基準として定められている部分もあり、保健医療サービスの質の保証は医療計画と密接に関係している。

6. ヘルスプロモーション活動の実践

フランスでは、ヘルスプロモーション活動に関して規定する法律がないため、州厚生局、県厚生局を含む国の機関ではほとんど実施されていない。しかし WHO ヨーロッパ事務局が推進している「健康都市プロジェクト」などの影響により、地方自治体では、市町村レベルでの健康都市活動や県レベルでの健康教育委員会などの設立といった新しい動きがみられる。

第4章 衛生行政システムの展望

フランスの衛生行政システムは伝統的な中央集権的性格をもち、保健衛生に関する事務の多くは、国（保健担当省）とその地方出先機関である州厚生局、州病院局、県厚生局が所管している。一方、地方自治体である州、県、市町村の所掌事務は限定されているだけでなく、実質上、県厚生局によって実施されることが多い。例えば、環境衛生や食品衛生は市町村の所掌事務であるが、人口規模の小さい市町村は単独で実施することが困難であるため、県厚生局が市町村を支援するという名目で実施している。このような中央集権体制は今後も継続されると考えられるが、1980年代以降、地方分権と民営化が進展しており、どこまでを国で管理し、どこまでを地方自治体や民間に委ねるかは、社会情勢等によって変化していくことが予想される。

地方レベルで最も重要な衛生行政事務は、わが国の都道府県に相当する州レベルでは医療計画の策定であり、わが国の保健所あるいは二次医療圏に相当する県レベルでは医療サービスの質の保証である。そしてそれらを所管する州厚生局、州病院局、県厚生局の権限は非常に大きい。わが国でも、都道府県や保健所が医療施設や医療サービスの監督業務を実施しているが、フランスと比較するとその比重は小さく、またその内容や権限も限定さ

れている。医療費を含む医療資源の配分の効率化、医療サービスの質の改善はわが国でも重要な課題であり、都道府県や保健所がこれらの課題に積極的に取り組むことも必要であると考えられる。

フランスの衛生行政事務は、わが国と比較すると、「医療」に関与する部分が多い反面、予防やヘルスプロモーションといった「保健」に関与する部分が非常に少ない。現状では、地方自治体が地域保健活動を自主的に実施しているが、今後は国の役割も含めた地域保健システムの構築が必要である。

フランスの保健衛生組織（州厚生局、州病院局、県厚生局）は管理業務を中心としているため、公衆衛生監督医務官、公衆衛生監督薬務官、環境衛生技官、衛生検査技師といった技官は、健康危機管理、医療計画の策定、医療福祉施設の監査などの業務に従事する一方で、専門的立場から政策立案に関与するスタッフとしての役割をもっている。しかし組織のラインは、局長を筆頭に、事務官によって構成されており、地域の保健医療サービスを管理する技術をもった人材が求められている。

フランスの公衆衛生従事者の養成は、国立公衆衛生学校において集中的に実施される。養成される職種は、公衆衛生監督医務官、公衆衛生監督薬務官、環境衛生技官、衛生検査技師などの技官だけでなく、公衆衛生に従事する事務官（厚生監督官）をも含む。国立公衆衛生学校では、医学・公衆衛生学に関する専門的知識から政策立案・評価の技術まで、幅広い知識・技術を修得できる養成研修システムを構築している。そしてこれによって、厚生監督官も公衆衛生監督医務官も、それぞれ不足している知識・技術を修得することができる。一方わが国の公衆衛生従事者に関しては、法律上、技官には政策立案・評価の技術は求められず、また事務官にも公衆衛生に関する知識は求められていないのが現状である。したがってわが国の公衆衛生従事者の資質の向上のためにも、フランスの公衆衛生従事者の養成研修システムの適用可能性を検討する必要がある。

参考文献

宮城島一明．フランス共和国．世界の公衆衛生体系．財団法人日本公衆衛生協会，編．東京．1999；669-695

松田晋哉．フランスの公衆衛生行政．日本公衆衛生雑誌．1993；40(5)：398-412．