

者と障害者の支援と寄り添い(*accompagnement*)および病院部門を対象とする。ARSは、地域における医療供給の適切な分配を実現し、資源のよりよい利用と医療費の抑制を推進する役割を担う。

(b) ARS の構成

ARS の創設は、保健医療システムを単純化し、多様な権限と責任を地域圏レベルにおいて統合することを企図したものであるが、この目的のために、従来、地域圏と県において保健医療政策に関わっていた以下の7つの組織がARSに吸収された。

- 地域圏病院庁(*ARH*)
- 地域圏保健医療・社会問題局(*direction régionale des affaires sanitaires et sociales : DRASS*)
- 県保健医療・社会問題局(*directions départementales des affaires sanitaires et sociales : DDASS*)
- 地域圏疾病保険金庫連合(*unions régionales des caisses d'assurance maladie : URCAM*)
- 地域圏公衆衛生団体(*groupements régionaux de santé publique : GRSP*)
- 地域圏保健医療代表団(*missions régionales de santé : MRS*)
- 地域圏疾病保険金庫(*caisses régionales d'assurance maladie : CRAM*)の保健医療部門

(c) 決定機関

ARS の決定機関は、長官(*directeur général*)と監視委員会(*conseil de surveillance*)である。長官はARSの執行機関(*organ exécutif*)であり、大きな権限を有し、他の権力当局に割り当てられていないすべての権限を国の名において実施する。従来のARHの長官よりも大きな権限を有している。とくに重要であるのは、後述する地域圏保健計画とその構成要素、目的と方法に関する複数年契約(*CPOM*)および医療活動と高額医療機器の許可に関する決定権限である。長官は閣議において任命される。

一方、監視委員会はARSの審議機関(*organ délibérant*)であり、次の構成メンバーからなる。

- 国の代表者(4名)
- 医療保険の地方組織の理事会のメンバー(10名)
- 地方自治体の代表者(4名)
- 患者・高齢者・障害者団体の代表者(3名)
- ARSの権限領域における有識者(担当大臣による任命)(4名)
- 投票権のないメンバー(5名)

なお、監視委員会の長は国の代表者により担われる。

監視委員会の権限は限定されており、主要なものは以下の通りである。

- 長官の提案に基づき、ARSの予算を承認する。

- 地域圏保健医療戦略計画と ARS の CPOM について、さらに少なくとも年一回は ARS の活動結果について意見表明を行う。
- 財務勘定を承認する。
- 毎年、長官が、当該 ARS の管轄下にある保健医療政策および医療・社会医療サービスに関する国、医療保険制度および全国連帯自律金庫(CNSA)の任務全体の遂行状況を示した財政状況を監視委員会に提出する(監視委員会は公的資金の管理運営を評価する)。

(d) 技術的機関・協議機関

各 ARS には地域圏保健医療自律会議(conférence régionale de la santé et de l'autonomie : CRSA)と二つの調整委員会(commissions de coordination)が設置される。このうち CRSA は、当該地域圏の保健医療に関わる多様な当事者によって構成され、保健医療における民主制を実現するための審議組織である。CRSA は、地方自治体の代表者、保健医療・社会医療サービスの利用者代表、社会的パートナーの代表者、社会包摂・保護の当事者代表、予防・健康教育の当事者代表、保健医療サービスの提供者代表等からなる 100 名近い規模の組織である。CRSA は、当該地域圏の保健医療政策に関する意見表明等を行う。

また、調整委員会の一つは予防・学校保健・産業医療および母性・児童保護の領域において、もう一つは、社会医療サービス等の提供に関する領域において設置される。これらの調整委員会は、諮問的な、あるいは技術面における権限を有する。

② 地域圏保健計画

ARS の政策(stratégie)は、地域圏保健計画(projet régional de santé : PRS)において示される。PRS を定める権限は ARS の長官が有している。PRS は、ARS の推進する活動の複数年(概ね 5 年)にわたる目標と、それを達成するための方策を定めるものである。PRS と国の関係について、公衆衛生法典には、「PRS は国家の保健医療政策を推進する施策の一環であり、財政法律と社会保障財政法律によって予定される財政的措置に従う」と定められている。PRS は国家の保健医療政策を地域圏において実施するための計画であるが、同時に地域圏に特有の問題に対応していくための方向性を示すものでもある。PRS は階層的な複数の計画から構成されるが、最初のステップは、地域圏保健医療戦略プラン(plan stratégique régional de santé : PSRS)の策定である。PSRS では、地域圏における 5 年間の優先課題と全体目標が定められる。

PSRS のもとに三つの具体的な計画(schéma)が策定される。それらは、地域圏予防計画(schéma régional de prévention)、地域圏医療組織計画(schéma régional de l'organisation des soins : SROS)、および地域圏社会医療組織計画(schéma régional de l'organisation médico-sociale : SPOSM)である。

一つ目の地域圏予防計画には、狭義の予防のみではなく、健康の推進、環境面からの健

康、さらには保健医療領域における安全の確保が盛り込まれる。

二つ目の地域圏医療組織計画(SROS)は、HPST 法による改革以前の旧 SROS(主に病院を対象)を引き継ぐものであるが⁷、新たな SROS は二つの部門(医療施設部門と外来医療部門)からなり、外来医療が追加されたことによって計画の対象は大幅に拡大された。外来医療部門の SROS の対象となるのは、自由業の一般医、看護師、運動療法士、薬剤師、歯科医師、助産師、視能訓練士、足治療士、聴覚訓練士である。SROS は、医療の必要に対応するために、医療供給の求められる変化を予測し、推進することを目的とする。そのために医療圏(territoire de santé)⁸をベースとして、具体的な医療供給の目標を設定するものである。

三つ目の地域圏社会医療組織計画(SROSM)が対象とするのは、障害児施設、職業リハビリテーション施設、要介護高齢者入所施設、障害者施設、依存症の社会医療組織である。SROSM は、障害のある人々あるいは要介護の状態にある人々の社会医療的な受け入れと支援の必要に応えるために、社会医療施設・サービスの供給の求められる変化を予想し、推進することを目的とする。

これらの計画に加えて、地域圏ごとに、「低所得者の予防・医療へのアクセス」、「遠隔医療」、「高齢者・障害者の寄り添い支援」などといった特定のテーマを扱う特別プログラムが策定され、推進される。また HPST 法は、国と全国疾病保険連合(UNCAM)が締結した契約に定められた全国的行動(actions nationales)と、地域圏の特性を考慮に入れた追加的な行動を対象とした「リスクの管理の地域圏プログラム」について規定しており、これに基づいた地域圏ごとのプログラムが定められる。

以上の具体的な計画やプログラムからなる地域圏保健計画に基づき、各医療圏では、ARS によって、地域圏の保健医療・福祉領域での望ましい供給のあり方が模索されている。

③ コントロール手段

(a) 目標と手段に関する複数年契約(CPOM)

地域圏における医療供給をよりよくコントロールするための手段の一つは、ARS と個々の医療提供者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)である。CPOM は 1991 年に導入され、病院改革に関する 1996 年 4 月 24 日のオルドナンスによって重要性を増した契約的手法である。HPST 法の制定以前は、ARH と公立・私立病院の間で締結されていた。

⁷ 病院を対象とした SROS については、松本 2012 参照。

⁸ 「医療圏」は 2003 年 9 月 4 日のオルドナンスによって導入された新たな地理的な範囲である。従来、行政区画をベースにした「医療区(secteur sanitaire)」が保健医療計画のベースとなる単位であったが、これは医療圏に置き換えられた。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、フランス全体では、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ている。

HPST 法は、従来の CPOM の適用対象を拡大し、その役割を強化した。同法によれば、CPOM は、地域圏保健計画(とりわけ SROS)に基づき、病院、医療活動あるいは高額医療設備の許可の保有者(後述)、医療協力連合(GCS、後述)の戦略的方針を定めるものである。これらの医療提供者にとって CPOM の締結は義務であり、CPOM は、地域圏保健計画に基づいて策定された SROS を、個々の病院や医療活動を実施する組織へと下ろしていき、実践レベルにおいて SROS の実現を確保する役割を果たす。包括的な地域圏保健計画のもとで個々の CPOM は、SROS のみではなく、地域圏予防計画や SROMS をも考慮したものとして締結される。CPOM は最長 5 年の期限で締結される。

CPOM には、主要には次のような内容が盛り込まれる。

- 医療的革新と要請(recours)に関する義務(engagements)と財政均衡の回復等に関する義務等
- 医療活動の変更および連携のための義務
- 施設における緩和ケアの活動に関する項目
- 許可を得た医療活動と高額医療設備の量的な目標とそれを実施するための条件
- 医療の質と安全に関わる目標と高等保健機構(Haute Autorité de Santé : HAS)の認証手続き後に作成する医療の質と安全改善の改善契約
- 支出の医学的抑制、実践の変化(évolution)と改善の目標
- 組織と施設運営に関する変更

CPOM に盛り込まれた内容を完全にあるいは部分的に実行しなかった場合には、罰金が科される。罰金は、確認された違反の程度に応じて計算されるが、病院あるいは許可の保有者が医療保険制度から受け取る収入の 5%を超えないものとされている。

また、HPST 法によって、ARS は病院や許可の保有者以外の保健医療サービスの提供者と CPOM を締結できることとなった。それらの提供者とは、後述の保健医療ネットワーク(réseaux de santé)、保健センター(centre de santé)、医療拠点(pôles de santé)、多職種の診療施設(maison de santé)である。これらの供給者が ARS から財政的な支援や補助金を受け取る場合には、CPOM の締結が条件となる。さらに CPOM は一定の要介護高齢者施設に対して締結が義務付けられるなど、その適用範囲が社会医療部門においても拡大され、施設におけるケアの質等の改善が図られることとなった。

(b) 許可制度

フランスにおいて病院を設立し、あるいは医療活動を行うためには許可(autorisation)が必要である。高額医療設備(équipements matériels lourds)を設置する場合にも許可が必要となる。許可の対象となる医療活動と高額医療設備の種類は法令によって定められている⁹。

歴史的に、公立病院と私立病院では異なっていた病院の設立等に関する規制は、病院改革に関する 1991 年 7 月 31 日法によって統一され、強化された。従来、無期限であった許

⁹ 公衆衛生法典の R6122-25,26 に列挙されている。

可は有期(5年以上)となった。同法によって導入された SROS(旧)と許可制度を連動させることによって、つまり SROS(旧)に定められた目標に合致する場合に許可を与えるという方法によって規制の実効性を高めていった。

1990年代までは適用される期間が SROS(旧)と許可制度では異なっており、不整合が指摘されていた。このため 2003年9月4日のオルドナンスによって、保健医療計画と許可制度は一体的に実施されることとなった。今日、地域圏保健計画によって医療の必要に対応するために必要であるとされた医療施設、医療活動および高額医療設備に関しては許可が交付され、あるいは許可が更新される。許可の有効期間は通常5年間である。許可の権限はARSの長官に属しているが、許可のプロセスにおいては地域圏保健医療自律会議(CRSA)の特別委員会への諮問が行われる。

許可制度に関しては、HPST法では部分的な変更が行われたのみであり¹⁰、従来の枠組みが維持されている。

2. 平等な医療アクセスの確保

(1) 医療過疎の問題

平等な医療アクセスの確保はフランスの医療政策の最優先課題の一つである。この実現のために、すべての人が必要な医療にアクセスできるよう、保健医療計画を通じて改善が図られてきた。HPST法によりARSが創設され、新たな地域圏保健計画を通じて適切な医療供給体制の整備が進められていることは先に見た通りである。これまで病院医療のコントロールに力点が置かれてきたが、今日、とりわけ自由業の医療職の地理的な偏り、連携不足、あるいは医療人口の減少等によって、十分な医療のアクセスが確保されない地域が存在することが強く認識されるようになった。つまり、医療過疎(déserts médicaux)と呼ばれる問題である。

とりわけ 2012年5月に誕生した社会党政権にとって、すべてのフランス人に質の確保された医療へのアクセスを確保することは絶対的な優先課題である。過去10年間の自由放任政策のもとで医療へのアクセスが悪化し、危機的な状況にあるという認識のもとで、「平等」の旗印のもと、医療過疎を食い止めるための政策が推進されている。2012年12月には、Marisol Touraine 社会問題・保健医療大臣によって「医療過疎と闘うために」と題された地域・医療協定書(Pact territoire-santé)が公表された。医療過疎の現状については、「この5年間で追加的に200万人のフランス人が医療過疎に直面し、地域間での不平等は拡大し続

¹⁰ 従来、諮問機関であった地域圏保健医療組織委員会(CROS)が廃止され新たなCRSAとなった点、許可を得た医療活動の開始あるいは高額医療設備の使用開始時にARSの長官に対して申請を行うことが新たに求められ、この申請をARSが受理した時点から許可の期限5年が始まる点等である。

けている。専門医の診察を受けるまでの期間はますます長くなっている」という見解が示されている。

この協定書では3つの目標のもとに12の約束(engagements)が示された。この協定書には、医療への平等なアクセスを確保するために、現政権が重点的に取り組むことが必要であると考えている方策が網羅されている。以下において、その概要を紹介することとした。

目標 1：養成課程を見直し、若い医師の開業を容易にする。

① 医学生への100%に総合医療(médecine générale)の研修

多くの医学生が開業する一般医になる意思をもって入学するが、修学後に開業するのは10%にすぎない。第二サイクルの総合医療の研修は、50%の学生によって実施されているにすぎない。このような状況に対して、研修に関する規則を保健センターに適用するなどの策を講じ、全学生が総合医療の第二サイクル研修を受けることを推進する。

② 2017年までに1500の公的サービス契約奨学金

公的サービス契約(engagement de service public)は、医療が不足している地域で開業する契約をした場合、内科の学生に支給される奨学金であるが、800と設定された目標値のうち351契約しか締結されていない。これに対して、該当する地域の設定においてはARSの長官により大きな裁量を付与することによって仕組みを単純化すること、歯科医師のための仕組みを創設すること等の措置が講じられる。

③ 2013年から200人の総合医療の地域開業医

新たに開業する医師は、さまざまな不確かさ(新たな土地への転居、生活の変化、顧客の獲得、財政的困難等)に直面する。困難地域において開業した際に経済面での安心感を確保することは、効果的なインセンティブを付与する。このため、医療不足が進行している地域で開業する若い医師に対して、2年間の収入の経済保証を提供することが予定されている。法令の整備が行われた後、2013年には最初の200契約の締結が目指される。

④ 各地域圏に単一の「開業相談窓口(référent-installation)」

いくつかの調査によって、開業を支援する施策が医学生とインターンに十分に理解されていないことが明らかとなっている。このため、2013年第1四半期からすべての地域圏は、医学生とインターンに対してウェブサイトで単一のサービス窓口を整備することとされている。そのため、研修に関する分かりやすい情報(研修場所の地図や研修指導者の連絡先等)、開業場所の選択のためのサポート、開業時の必要な手続きと既存の支援策を分かりやすく提示した情報、特定できる担当者が確保され、整備される。

目標 2：医療従事者が業務を行う環境を変える。

⑤ チームで働くことを推進すること

近隣地域での医療の提供においては、個人で孤立して業務を行う形式から、多職種のチ

ームで働く形式へ移行することがますます望まれている。これは、専門職間でのよりよい業務の分担と事務的な業務の共同化によって、医療提供に当てることのできる時間を増やし、予防や検診、疾病教育の実施を確保すること等を可能にする。これらの多職種チームは、多職種の診療施設(maison de santé)や医療拠点(pôles de santé)¹¹では可能である。多職種チームでの医療提供は、就労条件や私生活と職業とのバランスという点において若い医師の希望に応えるものであり、医療過疎の問題にも対応するものである。しかしながら、これらの組織に従事するのは医療従事者の2%のみである。このような状況のなか、チームでの医療提供を推進するために、包括で支払われる新たな報酬に関する専門職間での協約交渉が開始されることとなっている。この報酬は、情報設備や事務室、調整のための時間等、チームでの医療提供を行うために必要な諸手段の費用も賄うことが想定されている。

⑥ 多職種の診療施設と大学との距離を縮めること

多職種の診療施設を大学に近づけることによって、学生やインターンのための極めて教育的な研修場所を拡大することが可能になる。総合医療のための研究・教育の場を創設することによって大学の課程の大きな発展をもたらされ、同時に外来部門の医療提供の魅力を増大させる。この目標を達成するためにより望ましい方法を見出すために、この約束は協議に委ねられることとなる。

⑦ 遠隔医療(télémedecine)を発展させること

遠隔医療は、遠隔での協力を容易にすることによって、専門医の時間を削減することを可能にする道具となる。現在までは、主として病院間の遠隔医療が優先的な取組みの対象となっている。今後、皮膚科の領域における試行を通じて遠隔医療の実施を具体化する。2013年の第1四半期には、皮膚科の領域での議定書(protocoles)、経済モデルを作成し、協議を行う。第2四半期には、ARSによる試行の拡大を実施する。

⑧ 権限の移譲を促進すること

いくつかの専門科へのアクセスの期間がますます長期化しており、いくつかの都市においては専門医の診察をうけるまで数カ月を要する状態にある。業務の移譲によって診察に当てる時間をより多く確保するために、医療活動をよりよく分担することが可能である。数年前からこのように認識されてはいるものの、経済的、法的あるいは組織的拘束によりそれらの解決方法は凍結されている。この状況下、眼科において、専門職間の協力議定書を取りまとめることによって進展させることが目指されている。2013年の第1四半期には議定書と経済モデルを作成し、協議を行う。第2四半期には、ARSによる展開プランを待機期間の問題が大きな地域で実施する。

¹¹ HPST 法によって導入された組織の集合であり、医療の提供、予防活動、健康促進、医療安全に参加することができる。医療拠点の構成メンバーとなることができるのは、医療従事者、病院、社会医療施設、医療協力連合(GCS)等である。

目標 3：孤立した地域に投資する。

⑨ 2015年までに30分以内の救急医療へのアクセスを確保すること

生命に関わる救急時の医療へのアクセスが30分以上かかる状況にある居住者が200万人も存在する。多数の地域が救急医療へのアクセスが容易ではない地区を抱えている。このような状況に対して、2012年には取組みのための三つの軸が示された。a. 新たな救急蘇生移動サービス(SMUR)あるいはSMURの支所を整備、b. 一般医の参画を促すための「救急医療援助サービス(SAMU)対応医師」の地位の拡大、c. 地域の組織網と受け入れの質を維持するための救急サービス間での協力が推進される。これらの解決方策はARSによって展開される。

⑩ 病院勤務医師・雇用される医師が外来医療組織を支えることを可能にすること

保健センター、病院あるいは共済センターに雇用される一定数の医師は、医療が不足している地区において一定時間業務を行うために、活動を多様化させる準備がある。しかし、今日、それを雇用主に促す方策は存在しない。このため、ARSに、最も危ぶまれている地域において雇用される医師が外来部門で医療活動を行えるよう、病院、保健センターあるいは共済組織と協定を締結することを可能にすることが予定されている。

⑪ 近接病院を適応させ、地域圏の病院センターの責任を強化すること

近接病院(hôpitaux de proximité)の多くは、医療不足が心配される地域に立地しており、医療へのアクセスに関して重要な役割を担っている。それらの病院は財源確保の問題に直面しており、法的あるいは財政的な制約によって外来部門との協力が抑制されている場合がある。このような状況を改善するため、次のような方策が実施される。病院報酬制度の改善作業において、近接病院の存続を保証するために財源供給方式の見直しが行われる。近接病院の位置づけを強化するために用いることのできる手段を特定する。とりわけ、専門医の報酬の拡大、研修の拡大、一次医療の引受けの継続性、あるいは医療の経路の連携・改善といった問題についての手段を検討する。地域圏における病院センターの地域責任者を動員し、近接病院の活動を支援する。

⑫ 保健センターを強化すること

一定の地域において、とりわけ都市部において、自由業の医療供給のみでは医療の必要のすべてに応えることはできない。市民を身近で医療が受けられない状態のままにしておくことはできない。このため、このような地域においては、保健センターの安定的な運営を確保することにより、当該センターによる医療の確保が検討されなければならない。このような問題認識のもと、すでに保健センターの経済モデルを新しくするために、社会問題観察総局(IGAS)のミッションが開始された。このミッション終了後、協定交渉が行われることとなる。2013年の第1四半期には保健センターと医療保険との間で全国協定の交渉が行われ、保健センターの設置が必要な地域が特定されることとなっている。

これら約束において重点が置かれている「多職種の診療施設」の制度的な枠組みについて

は、「3. 供給者間の連携確保」において取り上げる。また、「⑦ 遠隔医療を発展させること」、「⑧ 権限の移譲を促進すること」と「⑩保健センターを強化すること」については、以下において現状を整理しておきたい。

(2) 遠隔医療

「遠隔医療(télémedecine)」は、今日、フランスにおいて大きな期待を担っている新たな医療の分野である。遠隔医療は HPST 法によって法的な枠組みが与えられ、2010年10月19日のデクレによって規定が整備された後、全国的な展開が進められている。技術の発展と法的な整備により、現在では、遠隔での医療の実施形式である遠隔医療を行うことが可能となっている。遠隔医療は、人口の高齢化、慢性疾患の増加、医療従事者の不均等な地域的配置および予算的な制約という、現在の医療システムが直面している困難に立ち向かうための新たな供給組織を実現するための重要な手段である。

遠隔医療は次のような目的を達成するための手段である。

- すべての地域におけるすべての人の、質の確保された医療へのアクセス可能性の改善
- 希少な医療資源(専門科・専門医)の時間の使用の最適化
- 医療行為を実施するための、医療従事者間の協力の改善
- 患者の医療の経路をより適切にすること

遠隔医療行為とされるのは、遠隔診察(téléconsultation)、遠隔鑑定(téléexpertise)、遠隔医療観察(la télésurveillance médicale)、遠隔医療支援(la téléassistance médicale)、医学的回答(la réponse médicale)である。遠隔医療を全国的に推進するために、ARSによって策定される地域圏保健計画のなかに5年間にわたる「地域圏遠隔医療プログラム」が盛り込まれている。また、2011年には遠隔医療の全国的な展開を主導する全国委員会(comité de pilotage national)が創設され、優先的な5つのテーマが定められた。

- 画像診断における医療の継続性
- 脳血管発作の対応
- 拘留された人(détenus)の医療
- 慢性疾患の対応
- 社会医療組織あるいは在宅入院における医療

現在、数多くの遠隔医療がさまざまな領域において実施されている。これら実施されている遠隔医療の組織を強固にし、あるいは新たな計画の実施を推進するために、2012年5月にANAP¹²により「実施中の遠隔医療：虫めがねで見た25のプロジェクト」と題された報告書が公表された。これは、数あるプロジェクトのなかから、その成熟度や医療目標への対応の程度を考慮して選ばれた25のプロジェクトを、技術、経済性、統治、法、評価、

¹² ANAP(agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux)は、HPST法により、病院や社会医療施設がパフォーマンスを改善することを支援するために創設された機構である。

人的資源の観点から包括的に検討したものである。詳細な分析を通じて、課題や成功のための条件等を分析している。選択されたプロジェクトの約半分は慢性疾患における遠隔医療のプロジェクトであり、この分野における遠隔医療への期待が現れている。

(3) 権限の移譲

専門職間の協力を実現する方法の一つは、専門職間での権限の移譲(*transfers de compétences*)である。これは、将来的に医療人口の不足が懸念されるなかで、医療に関わる各専門職種の仕事を見直し、ある専門職の活動や行為を他の専門職に移譲し、あるいは患者への医療的な介入の方法を再編成することによって、医療の安全と質を確保しながら医療の必要に対応していこうとする試みである。

医療に関わる専門職が密接に連携し、協働することは、住民の医療の必要によりよく応えるために必要不可欠である。2009年改革法によって、この専門職間の協力を容易にするための地域を基盤とした制度的枠組みが整えられた。この専門職間の協力は強制されるものではなく、地域における各専門職間での合意に基づく自発的な取り組みである。

最初に、権限の移譲に関する試行的な取り組みが行われた。2004年8月9日の法律によって、医師と他の専門職との間での権限の移譲を試行的に実施することが可能となった。2004年12月13日のアレテによってその実施方法が定められた。最初に、血液透析、C型肝炎、眼科の診察、糖尿病等の5つの領域が試行事業の対象とされ、2005年から実施された。その後、試行事業は対象が拡大された。

これらの試行事業は、全国医療人口監察局(ONDPS)と高等保健機構(HAS)により、非常によい評価が与えられた(Gallet 2011: 28)。そのため、職種間の権限移譲は試行事業の段階を終え、HPST法によって本格的に実施に移されることとなった。権限移譲の対象は、すべての医療専門職とすべての専門領域に拡大された(Bergoignan-Esper 2009: 808)。同法により、医療職について定める公衆衛生法典の第四部に新たに「医療専門職間の協力」という章が設けられ、次のような内容が盛り込まれた。「医療専門職は、それらの者の発意により、それらの者間での活動や医療行為の移譲を実施し、あるいは患者への処置方法を再編することができる。医療専門職は、それらの者の知識と経験の枠内で、議定書(あるいは議定事項)(*protocole*)の枠組みにおいて処置を行う。患者は、議定書に定められた内容(*engagement*)について医療専門職から説明を受ける。」

医療専門職は議定書をARSに付託する。ARSは、議定書が地域圏の医療の必要に応えるものであることを検証し、さらにHASに付託する。議定書には、協力の目的と性質、とりわけ診療科あるいは疾病、関連する専門職が処置を行う場所と領域が明記される。ARSの長官は、HASの同意を得た後、アレテによって議定書の実施を許可する。HASは、協力議定書を全国すべての地域に拡大することができ、この場合、ARSの長官はアレテによってこれらの議定書を許可する。この拡大された協力議定事項は、法令によって定められた方法により、医療専門職の最初の養成課程(*formation initiale*)と継続的な職業訓練

(développement professionnel continu)に取り入れられる。

議定事項の適用について相互に義務を負う専門職は、ARS に対して参加申請の登録(無償)を行わなければならない。ARS は、保健医療担当大臣のアレテによって定められた条件に従い、参加する関係者全員の協力の意思が明らかであること、申請者が協定で定められた領域を対象とした保険の保証が得られる状態であること、および申請者の養成教育を確認する。申請の登録が許可に相当する。

当該専門職は、12 カ月間、保健医療担当大臣のアレテによって定められる方法に従って協定事項の実施状況を調査し、得られた情報を ARS と HAS に提出しなければならない¹³。ARS は、アレテによって定められた方法で、理由を明確にして、議定事項の適用を終了する決定を行うことができる。

以上のような制度的枠組みが整えられたが、先に見た地域・医療協定書の現状認識に示されているように、現状では実施が滞っている状態である。眼科の領域における権限移譲が進むかどうか、今後、さまざまな領域において専門職間の任務の分担の見直しを実現するための一つのステップになると考えられる。

(4) 保健センター

保健センター(centre de santé)は、最も古くから存在する多職種による医療提供の形式である。17 世紀の慈善的な診察にその起源をもち、宗教団体、コミュニオンおよび共済組合等によって運営される無料診療所が 19 世紀に発展した(Gallet 2011: 93)。無料診療所は、時代の流れとともにその役割を多様化させながら、フランスの医療制度を支えてきた。今日、多様なものをすべて含めると約 1700 もの保健センターが存在する(Acker 2007: 3)。

保健センターは、1991 年から公衆衛生法典に位置づけられているが、HPST 法によってその役割が見直された。今日、一次医療を確保するための砦としてその役割が注目されている。公衆衛生法典によれば、保健センターは次のような役割を担う。宿泊を伴わない医療活動を提供し、公衆衛生活動、健康のための予防・教育活動、患者の疾病教育、社会活動を実施するとともに、第三者払いを実現する。また、一定の条件のもとで、薬による自発的な妊娠中絶を実施することができる。さらに保健センターは、さまざまな保健医療の専門職の養成のための研修の場となる。

保健センターを創設し、運営できるのは、非営利組織、地方自治体、公立あるいは公益の病院である。実際には、保健センターは、財団、社会保障制度、宗教団体、アソシアション、共済組合、コミュニオン等によって設置され、運営されている。後述の「多職種の診

¹³ 協定議定事項の実施に関する調査について定める 2010 年 7 月 21 日のアレテによれば、実施された議定事項の評価は、ARS の長官によって認められた指標に基づいて行われる。この指標に基づく結果は、議定書への参加を行った最初の一年間、保健医療専門職によって定期的に ARS に提出される。これらの専門職は、議定事項の適用において直面した問題を、とりわけ望ましくない出来事が生じた場合、あるいは指標に基づく結果により警戒関に達していることが明らかな場合に、報告する義務を負う(Gallet 2011: 30)。

療施設」の場合と異なり、保健センターの医師は被用者である。

保健センターでは、医療費の第三者払いが確保されることとなっており、医療へのアクセスを確保において重要な役割を担っている。具体例を挙げると、保健センターの充実しているローヌアルプ(Rhône-Alpes)地域圏では、181の保健センターが存在し、54万人に対する医療提供を行っている。そのうち9万3千人は、普遍的医療保障(couverture maladie universelle : CMU)の受給者であり、今日、保健センターはすべての人の医療アクセスを確保する上で不可欠な存在となっている。現在、医療過疎との闘いにおいて、保健センターの役割が見直されている。今後、新たな制度的位置づけが与えられ、その政策的重要性が高まっていくと考えられる。

3. 供給者間の連携確保

地域における保健医療施設および社会施設間の協力・連携を強化することは、2009年病院改革法の核心である。これまでも医療提供者間の「協力(coopération)」は医療政策上の課題とされてきたが、今日、その重要性は従来よりも高まっている。その背景として、医療人口の見通しに基づく医療資源の希薄化(raréfaction)、患者に提供されるサービスの質の改善の必要性、強まる予算的制約を考慮した効率の改善および外来医療と医療部門、社会医療部門の間の障壁の撤廃(décloisonnement)と階層的な医療提供の実現といった問題状況と課題が指摘されている(Gallet 2011: 9)。

2009年病院改革法では病院等の施設間の協力・連携の仕組みが強化されるとともに、施設のみではなく個々の医療専門職をも巻き込んだ地域での多様な提供主体間の連携のあり方が新たに提示され、推進されることとなった。

(1) 病院を中心とした協力体制の構築

① 地域病院共同体

2009年改革法による病院間の協力が強化されたが、これは主に二つの方法によって行われた。一つ目は「地域病院共同体(communautés hospitalières de territoire : CHT)」であり、2009年改革法によって新たに創設された公立病院の協力形態である。CHTの結成を通じて、公立病院の組織と管理運営の柔軟性を高め、地域住民の医療の必要によりよく応えることが期待されている。二つ目は、次に見ていく医療協力連合(GCS)である。

公立病院間の協力に関しては、これまでもその推進のための施策が実施されてきた。最初の施策は、1970年12月31日の病院改革法によって導入された「病院間組合(syndicats inter-hospitaliers)」であった¹⁴。さらに1990年代の病院制度改革においても病院間の連携

¹⁴ 2009年のRolland報告により、病院間組合は効果を上げていないと評価された。病院間組合は、2003年9月4日のオルドナンスによって2005年1月1日以降の新設は行われないうこととされ、さらに2009年病院改革法によって、同法の発効から3年以内にCHTある

を強化するための施策が実施された¹⁵。しかしながら、これらの仕組みでは十分な協力が実現されておらず、制度上の課題が残されていた。

(a) CHT の対象

2009 年改革法は、公的病院は、病院間での権限の委任(délégations)¹⁶あるいは移譲(transferts)¹⁷を通じて、および遠隔医療(télémedicine)を活用することによって、共通戦略を実施し、特定の任務と活動を共同で管理するために、CHT の協定を締結することができるように定めている。CHT は公立病院の間の協力の形式であるが、あわせて、公立の社会医療施設は CHT の協定の枠組みにおいて実施される活動に参加することができる。なお、参加する社会医療施設は CHT の協定の締結者ではないため、協定の内容について交渉する立場にはなく、参加施設として位置づけられる。

CHT は公立病院によって自発的に構成される協力形式であり、新たな法人格を取得するものではない。病院間の合併や吸収を意味するものでもない。国や ARS によって CHT の締結が強制されることはなく、公立病院の協定締結の自由が保障されている。一つの公立病院は複数の CHT 協定の締結者となることはできない。

(b) CHT の創設

CHT 協定は、加盟病院の院長(directeur)と病院医療委員会(commission médicale d'établissement : CME)の委員長(président)によって準備が行われる。準備された CHT 協定に対して加盟病院の院長が承認を行い、署名する¹⁸。すべての署名が揃ったところで ARS の長官(directeur général)に提出され、承認(approbation)されると CHT が創設されることとなる。この承認においては、当該協定が SROS に適合しているかどうかが評価され、必要に応じて修正が求められる。

CHT は公立病院が任意で参加する協力の枠組みであるが、ARS の長官の要請(demande)に従って創設される場合がある。このような要求が行われるのは、病院システムを住民の医療の必要に適合させて超過のない料金での医療へアクセスが可能となることを保証し、医療の質と安全を確保し、提供組織と医療供給体制の効率を改善して費用をコントロールすることが必要となる場合、あるいは研究の領域において複数地域圏でのよりよい共同実

いは GCS 等へ移行することが定められた(Dupuy 2009: 126, Bergoignan-Esper 2009: 806)。

¹⁵ 1991 年 7 月 31 日法により、公的な施設が公益連合(groupements d'intérêt public) あるいは経済利益連合(groupements d'intérêt économique)に参加する仕組みが導入され、さらに 1996 年 4 月 24 日のオルドナンスにより医療協力連合(GCS)が創設され、多様な供給者間の協力が促進された。

¹⁶ 「委任」は、当該病院が他の加盟病院に権限の管理を任せることである。この委任を取り消すことも可能であり、委任元の病院は委任された活動を取り戻す権利を有している。

¹⁷ 「移譲」は、ある病院が他の加盟病院のために活動を放棄することであり、移譲された病院は、当該活動に関する全資格を保有することとなる。

¹⁸ 大学病院センター(CTU)の場合には、院長の承認に加えて監視会議の承認も必要となる。

施を実現するために必要である場合である。この要求が実施されない場合は、病院への支払い金(dotations de financement)が削減される可能性がある。

また、医療の質と安全の面において問題がある場合、あるいは病院の著しい財政不均衡が確認された場合には、ARS の長官は CHT の締結を要請することができる。

CHT 協定には、以下の点が定められることとなっている。

- － CHT の共通医療計画、加盟病院間で委任あるいは移転される権限と活動、および委任あるいは移転に関わる動産・不動産の譲渡あるいは交換
- － 加盟病院の目的と手段に関する複数年契約(CPOM)、施設計画、複数年の包括的財政計画および施設投資プログラムを調整する方式
- － 管理運営面での病院間の協力方式および人的資源と病院情報システムの共同化の方式
- － 特定の病院によって引き受けられた任務の代償として支払われる、実施されたサービスの費用の決定方式
- － 協定締結の公的病院と当該 CHT の枠組みにおいて実施される活動に参加する公的社会医療施設との間の連携(articulation)の方式
- － 監視会議(conseli de surveillance)、理事会(directoire)および協定を締結した病院の代表者を含む CHT 拠点病院の職員代表組織の構成

なお、CHT 協定によって連結会計が実施されることが想定されている。また、一定の条件を満たせば CHT 協定を解約することができる¹⁹。

◎ CHT の運営

CHT には、共同体委員会(commission de communauté)が設置されることが法定されている。委員会は、加盟病院の監視会議の長、CME の長および院長によって構成される。共同体委員会の役割は、協定の適用状況を確認し、共通戦略の実施を促進するために必要な方策を提案することである。強制的な権限は持たない。

CHT に加盟する病院の一つが拠点(siège)となる。この拠点病院の決定には、CHT 加盟病院のうち内科・外科・産科の医療活動として医療保険から支払いが行われた収入の四分の三以上を代表する監視会議のメンバーの三分の二以上による承認が必要となる。このような手続きによって合意が形成されない場合には、ARS の長官が拠点病院を指名する。拠点病院は CHT において特別の権限は持たないが²⁰、加盟病院の意思により、拠点病院の院長に強化された権限を付与することができる。拠点病院の役割は法律には明記されていない。

また、CHT は職員に関わる共同の決定機関を設けることができる。それらは、共同医療委員会、共同技術委員会および共同看護・リハビリテーション・医療技術委員会であり、

¹⁹ CHT 協定の解約の方式は、公衆衛生法典の L. 6132-7 条に規定されている。

²⁰ 法案では、拠点病院の院長に強い権限を付与することが想定されていたが、病院の自律性が損なわれることを懸念した意見が多く出されたため、この提案は修正された。

法令によってその構成や方式が定められている²¹。

(d) 医療活動の共同運営

地域の医療の必要に応じた医療活動を共同で実現していくためには、CHTの加盟病院間での活動や権限の移譲が必要となる。活動の移譲が行われた場合の費用の埋め合わせ等については、必要に応じて協定に盛り込まれることとなっている。また、活動の移譲が動産・不動産の譲渡や交換を伴う場合、いかなる補償金、税、賃金あるいは報酬の徴収も生じないことが規定されている。

医療活動や高額医療機器の移転や譲渡が行われた場合には、ARSの長官によって、実施や活動の場所に応じて許可が修正されることとなる。

また、CHTの枠組みにおける医療活動の共同運営を実現する上では、遠隔医療が重要な手段となる。遠隔医療は医療行為であり、新たな改革方策を実現し、効率的な医療供給体制を実現するための医療提供手段として政策的な重要性が高まっている。

さらに2009年改革法にはCHTの創設を財政的に支援するための方策が示された。CHTを創設して医療活動を共同で行う場合、病院間での活動の移転等に伴う投資や人員の移動の費用が必要になるが、2009年法により、2012年12月31日まで、CHTの実現に向けた計画に参加する施設は15%増額された財源をARSから受け取ることが定められた。この財源は、一般利益と契約化支援の任務(missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation : MIGAC)に当てられる交付金として供給された(Dupuy 2009: 125)。

② 医療協力連合

CHTが原則として公立病院を対象とした協力の形式であるのに対して、医療協力連合(GCS)は、公私の多様な提供主体が参加する協力の形式であり、医療の領域のみならず社会的部門も含めた広い範囲の供給システムを再編するための仕組みである。GCSの創設を通じて、人材や場所、設備などを共有することが可能となる。

GCSは、病院改革に関する1996年4月24日のオールドナンスによって創設された。当初のGCSは営利・非営利の私立病院を対象としたものであり、既存の病院の協力の仕組みを補足する手段にすぎなかったが、2000年代に入ってから頻りに法令の修正が行われ、その対象が大きく拡大された。2002年3月4日の法律により、GCSの対象はすべての公的・私的施設へと拡大された。さらに2003年9月4日のオールドナンスにより、社会医療施設と自由業の医療職がGCSに参加することが可能となった。2009年改革法は、GCSの創設や目的、法的位置づけ、構成メンバー等について定めるものであり、GCSの仕組みがより明確化された。

²¹ Gallet 2011: 43-47 参照。

(a) 概要

2009年改革法は、GCSを二つに区別している。一つ目は、「手段のGCS(GCS de moyens)」であり、数多く実施されている形式である。二つ目は、「医療施設であるGCS(GCS érigé en établissement de santé)」である。まず、GCS制度の基礎となる手段のGCSについて検討し、その後、もう一つのGCS(医療施設であるGCS)について見ていくこととする。

手段のGCSを構成するのは、医療施設(公立病院、営利・非営利の私立病院)、公私の社会医療施設、保健センター、医療拠点、自由業の医療職(医師・助産師・歯科医師)である。その他の保健医療の専門職等(薬剤師、看護師等)もGCSに参加することができるが、その場合にはARSの長官の許可が必要となる。原則として、GCSの構成員の少なくとも一つは医療施設でなければならない。

手段のGCSの目的は、構成員の活動を容易にし、発展させ、改善することである。この目的のために、GCSは、構成メンバーである医療施設等の管理部門、ロジスティック、医療技術、教育・研究等に関わる活動を組織し、運営する。またGCSの構成メンバーの共有設備(équipement d'intérêt commun)を持ち、管理する。

手段のGCSは、法人格を付与された組織であり、法人としての特性(固有の資産、予算、雇用主としての資格、高額医療機器の許可等)を有する。GCSの法人格には公法に属するものと私法に属するものがある。公法のGCSとなるのは、GCSがすべて公法人から構成されている場合、公法人と自由業の医療職から構成されている場合、資産の半分以上が公法人によるものである場合等である。私法のGCSとなるのは、GCSがすべて私法人から構成されている場合、資産の半分以上が私法人によるものである場合等である。

(b) GCSの創設

手段のGCSは、ARSの長官による協定の承認と公示を経て創設される。GCSの協定には以下の事項を盛り込まなければならない。

- 当該GCSの拠点と名称
- 当該GCSの目的と構成メンバーとの間での活動の配分
- 構成メンバーの身分(identité)と資格(qualité)
- 当該GCSの法的性質
- 無期限として創設する場合以外には、当該GCSの期限
- GCS運営のための負担(charges)への構成メンバーの関与の決定に関する規定とその毎年の見直しの方式
- 構成メンバーの権利とその決定に関する規定
- 総会において各構成メンバーが代表する方式
- 構成メンバーが負債を引き受ける方式
- 資本金
- 当該GCSに適用される財政・会計制度

- － 動産・不動産の扱い
- － GCS の解散が行われる場合とその規定および財の帰属の方式
- － GCS 内での医療・パラメディカルの活動を組織する方式
- － 構成メンバーの加盟・脱退・除名規定
- － GCS の管理運営に関する規定(管理者の任命、その権限、限定委員会(*comité restreint*)²²の創設)
- － 総会、管理者、必要に応じて限定委員会間の権限の分担
- － GCS の清算の条件と清算人の指名

(c) GCS の運営

手段の GCS における決定は、総会と、総会によって任命された管理者によって行われる。総会はすべての GCS のすべてのメンバーによって構成され、GCS の利益のために必要がある場合に、管理者の召集に基づいて少なくとも年一回開催される。総会はまた、メンバーの三分の一以上の求めにより、定められた議事日程に基づき開催される。総会は、予算見通し²³について議決し、協定の修正や新規のメンバーの受け入れなど、GCS に関わる諸問題を審議し、決定する権限を有している。管理者は、総会における決定を実施し、予算の執行を確保する役割を担う。

手段の GCS は、資本を伴って、あるいは無資本で創設される。資本は、メンバーによってもたらされる資金のほか、動産・不動産という形をとる場合もある。GCS の運営のための負担に対してメンバーは、財政的な寄与のほか、場所や設備、人員の提供というような現物の形で参加することができる。

GCS は、毎年、その活動を記載した報告書を ARS の長官に提出することとなっている。

(d) 医療施設である GCS

手段の GCS の一部は、より大きな役割を担う「医療施設である GCS(以下、医療施設 GCS)」の資格を持つことができる。GCS が医療施設としての資格を与えられるのは、手段の GCS が ARS の医療活動(*activités de soins*)の許可を得た場合である。

医療施設である GCS は、医療施設一般に付与された権利と義務を尊重することが求められる。具体的には、すべての患者に対して質の確保された医療への平等なアクセスを保証すること、医療の継続性と安全を確保すること、常時の患者の受け入れと引受け、あるいは他施設への案内を確保することが挙げられる。

また、患者と病院等の法的な関係についても整理された。従来、患者は GCS の個々のメ

²² GCS 創設の協定に定めている場合には、総会は特定の権限を委任する有期の限定委員会を選定することができる。

²³ 「予算見通し」は私法の GCS の場合であり、公法の GCS の場合には「収入と支出の見通し」である。

ンバーと法的な関係を有しているにすぎなかったが²⁴、GCS が医療施設としての資格を有することによって、患者は GCS に対する直接的な法的関係を有することとなった。

医療施設 GCS の法的な位置づけは、その前提となる「手段の GCS」の法的な性質によって定められる。つまり、私法の適用になる手段の GCS が医療施設の資格を有した場合には、それは私立医療施設(établissement de santé privé)となる。公法が適用される手段の GCS についても同様である。

ある医療施設 GCS の内部に料金体系の異なる施設が含まれている場合には、医療施設 GCS は公私の料金体系のいずれかを選択することができる。最終的には、GCS の構成メンバーの法的性質と料金体系の状況を踏まえて、ARS の長官によって適用する料金体系が決定される。

(e) 実施状況と課題

1996 年に GCS 制度が導入されてからその創設数は増加しており、2010 年 6 月 30 日現在の GCS の数は 347 である。フランスでは様々な方法によって病院間の協力体制が構築されており、実施されている他の手段との比較においては GCS の創設数は必ずしも多くはない²⁵。GCS の多くは、設備やロジスティック部門の共同管理を目的として創設されたものである。

また、GCS は多様な提供者が協力するための枠組みではあるものの、現状ではそのメンバーの多様性は限られている。自由業の医師がメンバーとなっているのは GCS の 20%に過ぎない。公的な主体と私的な主体が混合されている GCS は 40%にとどまり、半数以上の GCS は公的施設のみ、あるいは私的施設のみから構成されている。社会医療部門を含んだ GCS は 7.5%とごく少数である(Gallet 2011: 140-141)。

医療活動の許可を有する医療施設 GCS の数は 29 である。このうち 9 つは公法が適用される GCS であり、残りの 20 は私法が適用される GCS である。また、公立病院と営利の私立病院を含む GCS は 2 つ、自由業の医療職を含む GCS は 4 つのみである(Gallet 2011: 141)。

GCS は多様な供給主体が協力することを推進する枠組みであるが、現在のところはその協力のあり方は限定的な範囲にとどまっている。これは、現在の GCS 制度の抱えるいくつかの問題を反映した結果であると考えられる。GCS の運営をより困難なものとしている実施上の問題として、公立病院と私立病院で報酬支払い方式が異なること、GCS は医療保険から直接財源を受らないため予算管理や透明性を確保することが困難であること、公私の情報システムが併存し、患者の状態に応じた医療提供のための情報管理が複雑であることが指摘されている(Gallet 2011: 142-145)。

²⁴ 患者との法的な関係における制約が GCS の発展を妨げていた(Dupuy 2009: 128)。

²⁵ フランスには 5 万を数える施設間の協定や 750 以上の数の保健医療ネットワークの他、多様な協力体制が数多く構築されている(Gallet 2011: 137)。

(2) 地域の保健医療の協力体制の構築

① 保健医療ネットワーク

(a) 概要

保健医療ネットワークは、医療へのアクセス、連携、さらに医療的な対応を促進することを目的とした組織であり、20年前から国によって推進されてきた(Gallet 2011: 66)。1996年4月24日のオルドナンスによって5年間の試行事業が実施され、その後2002年3月4日の法律によって、現在の保健医療ネットワーク制度が整備された。保健医療ネットワークは地域における病院・社会医療施設、外来部門および医療従事者間の連携を強化・拡充するための重要な政策手段であり、近年、見直し等が進められている。

保健医療ネットワークは、多くの場合、特定の人口(高齢者、障害者等)、あるいは特定の疾病(糖尿病、心不全、ガン等)を対象とした活動を行っている。病院、開業医、さまざまな保健医療の専門職が関わることにより、それらの供給者間の垣根を取り払った包括的なケアや支援を可能とする医療提供組織である。保健医療ネットワークは自発性に基づいて創設される組織であるが、ARSの厳格なコントロールのもとで地域の医療の必要に応えるための活動を展開している。2011年現在、716のネットワークが医療の質・連携基金(fonds d'intervention de la qualité et de la coordination des soins : FIQCS、後述)の財源(2011年で総額1億6700万ユーロ)によって活動を行い、約35万人の患者が保健医療ネットワークを利用している。大部分の保健医療ネットワークは、1901年法に基づく非営利のアソシオンによって創設されたものである。患者のネットワークへの参加は任意である。

例えば、糖尿病患者を対象とした保健医療ネットワークにおいては、患者に関わる保健医療の専門職(一般医、専門医、歯科医師、看護師、薬剤師、足治療師、栄養士、運動指導士、臨床検査士)が協力し、患者の治療や支援にあたる。具体的には、患者や家族等への情報提供のための定期的な会合の開催、専門的な診察や栄養指導、足のケア、歯科・口腔の診察、運動や禁煙のサポート等が行われる。サービスを利用するために患者は参加の契約を締結するが、退出は自由である。サービスの利用に関して、患者の自己負担は求められない²⁶。

保健医療ネットワークの財源は度々見直しが行われてきた²⁷。2006年12月21日に制定された2007年社会保障財政法によって、従来の二つの財源を統合した保健医療ネットワークの新たな財源を支給するFIQCSが創設され、2007年7月に業務を開始した。FIQCSは保健医療ネットワークに加えて、医療へのアクセスや継続性を確保するためのさまざまな

²⁶ リヨンの保健医療ネットワーク dialogs では、スポーツ施設等の利用料は除き、ネットワークへの参加は無料である((聞き取り調査による)。

²⁷ 保健医療ネットワークは、1999年に設置された「外来医療の質支援基金(fonds d'aide à la qualité des soins de ville : FAQSV)」による資金の提供が行われていたが、2001年12月21日の法律によって、全国医療保険支出目標(ONDAM)のなかに「全国ネットワーク発展交付金(dotation nationale de développement des réseaux)」が設けられ、FAQSVの資金に加えられた。その後、全国ネットワーク発展交付金は地域圏で運営されることとなった。

活動・組織(保健センター、多職種の診療施設、医療拠点等)に対して財源の供給を行う²⁸。FIQCS は、義務的(公的)な医療保険制度の資金によって形成されるが、この金額は、毎年の社会保障財政法律によって定められる。FIQCS は国の総枠と地域圏の総額に分割され、後者は人口と医療従事者の密度に従って各 ARS に配分される。ある地域圏で活動する保健医療ネットワークの財源は、当該地域圏の ARS の長官によって決定されるが、この財源供給の決定は 5 年を超えない期間を設けて行われることとされた。なお、2013 年 1 月からは、FICQS に代わって、2012 年社会保障財政法律によって創設された地域圏介入基金(fonds d'intervention régional : FIR)が保健医療ネットワークへの資金の提供を行っている。

各保健医療ネットワークは、毎年、支払組織に対して活動報告書(評価内容、財政収支、会計資料を含む)を提出しなければならない。この報告書では、当該保健医療ネットワークと ARS との間で締結された CPOM に関して得られた結果が明らかにされる。さらに 3 年ごとに(あるいは財源提供の決定時に)、評価報告書が作成される。それには、a. 目標達成の水準、b. 利用者への対応の質、プロセスおよび結果、c. 利用者とネットワークに関わる専門職の参加と満足、d. ネットワークの組織と機能状況、e. ネットワークに帰属する費用、f. 取り巻く環境へのネットワークのインパクト、g. 専門職の業務へのネットワークのインパクト、h. ネットワークが受け取る多様な収入の使用と割り当てについての評価が示される。

(b) 課題と方向性

過去 10 年間で保健医療ネットワークは大きく発展し、現在、多岐にわたる活動を展開している²⁹。このようななか、保健医療ネットワークが本当に追加的な価値を生み出しているのかという点について疑義が呈されるようになった(Gallet 2011: 78-79)。医療政策全体において財政的な制約が強まるなかで、2007 年には、評価によって明らかにされた真の付加価値を患者と専門職に対して生み出している保健医療ネットワークにしか資金を提供しない、あるいは資金を提供し続けられないという政府の方針が示された³⁰。保健医療ネットワークに投入することのできる予算が限られているなかで、いかにして保健医療ネットワークの生み出す付加価値を高めるかという点が課題となっている。

²⁸ FIQCS の主要な任務は、①外来部門の医療従事者、病院および社会医療施設を結びつける新たな医療提供の方式と保健医療ネットワークの発展、②医療の継続性を改善する活動あるいは組織(とりわけ急患医療施設(maison médicale de garde)(開業医の診察時間外のみ、生命に関わらない一般医療を提供する常設の場所))、③地域において平等な医療アクセスを支援するための活動の維持と開業に寄与する活動あるいは組織、④複数の診療科の医療提供、および医療従事者をグループ化する医療提供を支援する活動等に財源を提供することである。

²⁹ 2011 年現在、活動している保健医療ネットワークは 716 であり、領域別に見ると、数の多いものとしては老年学が 124、緩和ケアが 98、糖尿病が 70、がんが 64 となっている(Ministère chargé de la santé 2012: 65)。

³⁰ 2007 年 3 月 2 日の通達による。聞き取り調査によれば、実際に、評価に基づいて少なくとも数の保健医療ネットワークが閉鎖された。