

・審査で問題になることが、10～30%の医師についてあるのではないかという。ケルン地区では平日の夜、毎日4、5人の請求側医師と面談している。

・請求の診療行為を内容により分類し、統計的に分析して、平均値との乖離の大きい請求を査定する方法が行われている。このために請求内容は（紙による請求明細についても）磁気化したうえで、処理される。

・一定の審査事務費を、保険医協会は、開業医への支払い決定額から差し引いて徴収するが、紙の明細書による請求については、磁気化作業のために、この事務費の賦課率を高く設定する（例 磁気化請求 2.0% 紙請求 2.2%）

#### c 診療報酬の支払い

・支払い額の決定

保険医協会は、各保険医の請求額（支払い決定額）の診療報酬点数を総計し、この総点数で、疾病金庫と契約済の総予算額を除いて（逆算による）点数の基準単価を決定する。

・各開業医への支払い額は、その請求（決定）点数×この単価である。

つまり、医師間では、出来高比例で按分した額が、支払われる。

#### d 支払いの方式

・診療報酬の請求は、4半期ごとにおこなわれる。

開業医は、診療実績に基づき、毎4半期の翌月10日までに請求する。

診療報酬はその翌々月末までに支払われる。

#### (注) 実際の運用事例

4半期分について、その各月に4分の1を概算支払いのうえ、4月目に「残り4分の1+概算払い分と実績との差額調整額」を払う、という事例がある。

・このため、保険委協会は、総額請負額をあらかじめ4半期毎の額に配分しておく。

#### (4) 診療報酬の情報

・現在、70%の請求は磁気化されている。

・州保険医協会は、疾病金庫の求めに応じて全ての請求資料を提供する。

・実際には、疾病金庫が使わないことから提供をもとめないことがある。

・AOKベルリンは、98年までは紙ベースの請求の全資料を受領していたが、活用できていないので、99年から中断している。磁気情報としてどのようなものを受領し活用するかを検討中。

#### (5) その他

・開業医へは（一般医、専門医とも）被保険者はフリーアクセスできる

・歯科医師については同様に歯科保険医団体の契約と審査による。

・2000年改革で導入された新方式による報酬体系（総額請負方式とは別に、別報酬体系での給付を志向した97年改革の構造契約条項の理念を発展させたものという。）について、疾病金庫と保険医の全国段階での枠組み契約を、現在、協議中。2000年の年内に1次案を予定、実施は早くでも2003年の

見込み。

## 2 薬剤費

### (1) 診療報酬の体系

- ・医薬分業であり、外来（開業医）処方にもとづき、調剤薬局が医薬品を被保険者に給付する。
- ・保険給付の額は、患者一部負担を除き、いわゆる「参照価格」の定められた上限固定額制のものはその上限額までの実費額、その他のものは購入（販売）価格となる。

### (2) 診療報酬の契約

- ・州レベルでの保険医協会と疾病金庫団体との契約交渉で、薬剤・材料費総予算額を決定する。この場合、前年比の伸び率等が議論される。
- ・その年度の実績において予算額を超過した場合、翌年度の契約において、「前年予算の超過分を差し引く」契約をする。つまり、過剰処方についてのペナルティを開業医が共同で負担する。  
ただし、この仕組みに対する批判があり、現実には運用されていないようである。

### (3) 診療報酬の支払い（査定）

#### a 薬局の請求

- ・薬局は、医師の処方により給付した薬剤費を疾病金庫に請求する。

#### b 疾病金庫の支払い

- ・疾病金庫は、薬局に対して、請求額を支払う。

#### c 医師処方内容の審査

- ・疾病金庫は、請求情報ももとに個別処方の妥当性について審査する。
- ・問題のあると思われる処方については、通常は、処方した医師に一般的注意を喚起し、今後は行わないように指導する（当該疾病への有効性及び適正価格の医薬品の視点）。
- ・特に問題の事例については、疾病金庫から州保険医協会に通報する。

州保険医協会はその判断によりその医薬品給付額を減額することができる。減額した場合は、開業医からその額分を回収し、疾病金庫に償還する。

### (4) 診療報酬（薬剤）の情報

- ・薬剤請求情報は疾病金庫に提出される。
- ・疾病金庫は、処方した開業医名を把握できる。

### (5) その他

- ・処方権は医師にある。

### 3 病院

#### (1) 診療報酬の体系

・病院は、入院医療のみを行い、外来診療はしない。したがって、診療報酬体系は、入院医療分である。

- ①入院療養費日額 ②包括払い ③特別報酬の組合せ
- ②③については、ICD10分類をもとに、各診療行為による点数を設定

#### (2) 診療報酬の契約

##### a 診療報酬体系の枠組み

診療報酬体系の内容について、全国レベルで保険者団体と病院団体が協議し決定

- ・保険者団体の窓口は、V d a k (連邦職員代替金庫連合会)
- (具体的手続きは今回、V d a k及び病院団体未調査のため、不明)

##### b 個別契約

契約は、各州の疾病金庫団体全体が、各病院と個別に結ぶ。

- ①は入院に日数に応じて算出される日額単価として定められる。
  - ①②③につき予算額を設定する。
  - ②③の予算額をうわまった給付分の扱いを契約で設定する。
- 超過分については、基本予算額に対して単価に段階的に低減した率を乗じた額を支払うこととする。

#### (3) 診療報酬の支払い

##### a 病院の請求

- ・病院は、診療実績に基づき、疾病金庫に報酬を請求する。

##### b 診療報酬の支払い (査定)

- ・疾病金庫は、契約に基づき、予算額内分と超過分の低減 (出来高) 請求額分を支払う。
  - ・予算超過分の取扱は、契約に従い、減額される。
- ただし、実際の運用では、予算の契約時の予測から極端に差が生じることは余りないようである。

#### (4) 診療報酬の情報

- ・疾病金庫は、個別患者の診療内容をチェックできる。
- このために、入院被保険者についてのあらゆる情報提供を病院に求めることができる。

#### (5) その他—入院期間の疾病金庫による管理 (MDKK の活用)

- ・入院期間については以下の手続きがある。
- ・病院は患者入院時に疾病金庫に通報し、疾病金庫は予定入院日数を決定し通知する (通常の期間は、疾病毎に予め想定された日数を基本とする)。
- ・病院がその患者について更に長期の入院が必要と考える場合は、同様に疾病金庫の延長決定を必要

とする。

・疾病金庫は、上記の判断にあたり個々の患者の症状について病院からの説明を求めることができる。具体的には、疾病金庫の依頼により、MDKの医師が行う。MDKは、一般的には説明聴取により行う。なお、権限としては、あらゆる情報の提供を求め、また、患者をみずから診断する権限をもつ。

## 各論2 MDK-Hessen 訪問調査のまとめ

### 1. MDK の概要

MDK は独立の公共法人であり、医師と介護専門士が鑑定を行っている。MDK に所属する医師は疾病金庫の職員ではない。年間予算は7,600万DM (Hessen州の場合) であり、各疾病金庫に対して費用を賦課している。このようなMDK は各連邦州毎に合計17存在する。それぞれが各州内で、各州内の被保険者のみを対象として活動する。業務内容はそれぞれの州ごとに若干違いがある。全国一律のガイドラインのようなものがあるが、具体的な詳細項目に関しては、それぞれの州で違いがある。

### 2. MDK の組織運営について

#### <予算規模>

MDK の予算は被保険者一人あたり22マルク。現在は費用節減もあり、人員拡充が非常に難しくなっている。全部賦課方式で徴収する。一件ごとの手数料は一切チャージしない。この予算の中で、依頼者である各疾病金庫の要請を十分満たして満足を受けられるように業務を遂行することになる。要介護認定からも手数料は受け取らない。こちらの方も賦課方式ということで、予算は医療保険50%、介護金庫の方から50%です。要介護認定の分野が加わったことにより財政面でも安定している。

#### <事業計画決定過程>

事業の決定は、理事長に決定権がある。その上の管理委員会（経営委員会）は予算を決定すると同時に、組織上の様々な決定も行う。経営委員会は各疾病金庫が疾病金庫の大きさによって決定権を行使し経営計画を決定する。年に2回開催され、いわゆる経営委員会委員長は事務局長とよく意思疎通を行っている。

#### <職員構成>

500人の職員がいて、そのうち160人が医師、24人が介護専門士で、2人が技術員、2人が心理学者である。この医師は全ての専門分野にわたっている。

医師の条件は、全て博士号をとった人であり、少なくとも10年間は医師として実践の場で活動した人ということであり病院勤務が多いが、開業医もいます。一部、パートのような形で、例えば開業を続けるということではできません。現在でも一部は、特に精神分野、あるいは歯科治療の分野に関しては外部の医師に委託して審査を行っている。

開業医とMDKに勤務する医師と比較すると、労働時間から言うと、夜勤もないし、緊急で出勤することもないので、労働時間は良いと思われる。医師過剰時代でもあり、助言業務を行う医師というもの、職業としては魅力のあるものになっている。

#### <中央と支所の関係>

支所はヘッセン州には28ヶ所あり、一番大きなものでは25人の鑑定医が勤務している。小さいところでは一人である。そういった小さい地域の支所では「就業不能」とか、一般的な簡単な審査にあたる。重点ポイント、難しいテーマ、高い審査は中央に依頼が来て、さらに外部の鑑定医に鑑定を依頼することもある。そういったテーマをいくつか決めている。その中の一つというのは、非常に高額な酸素吸入器、補助器に焦点を絞っている。そういった事柄を、また逆にMDKの方から疾病金庫の方にこういった重点ポイントで、その審査を行っておりますから依頼してくださいと働きかけることもできる。

#### 3. 業務内容

疾病金庫及び介護金庫からの委託を受けて医学的な審査にあたる。主な内容は、1)就業不能の判定、2)疾病手当の審査、3)リハビリテーションの審査、4)療養の審査、5)要介護認定である。

最近、精神分野及び神経学の分野での鑑定、保険外給付等に関する審査、等の特別業務分野が新しく加わった。最近伸びているのが、コンサルタント分野であり、外来治療の必要性や適正性、治療の期間に対する審査を行っている。単なる治療の鑑定という枠を超えて、広い意味での疾病金庫のコストマネジメントに関与するものになってきている。

#### 4. 審査又は判定のステップ

疾病金庫がMDKに相談するか否かの最初の意思決定を下す際には、当該患者の既往歴、診断、病院歴、どのような療法がなされたかという診療行為だけでなく、治療薬といったようなもののデータも利用される。診療行為に関するデータはMDKから直接医師に請求するか、あるいは、疾病金庫側で直接請求して、そのデータをMDKに持ち込むかのどちらかになる。

必ずしも全ての請求についてMDKに鑑定依頼が来るわけではない。1999年度では就業不能審査は5万件であった。うち5,000件は使用者側から。リハビリテーションと療養に関しての審査は17,000件程度である。

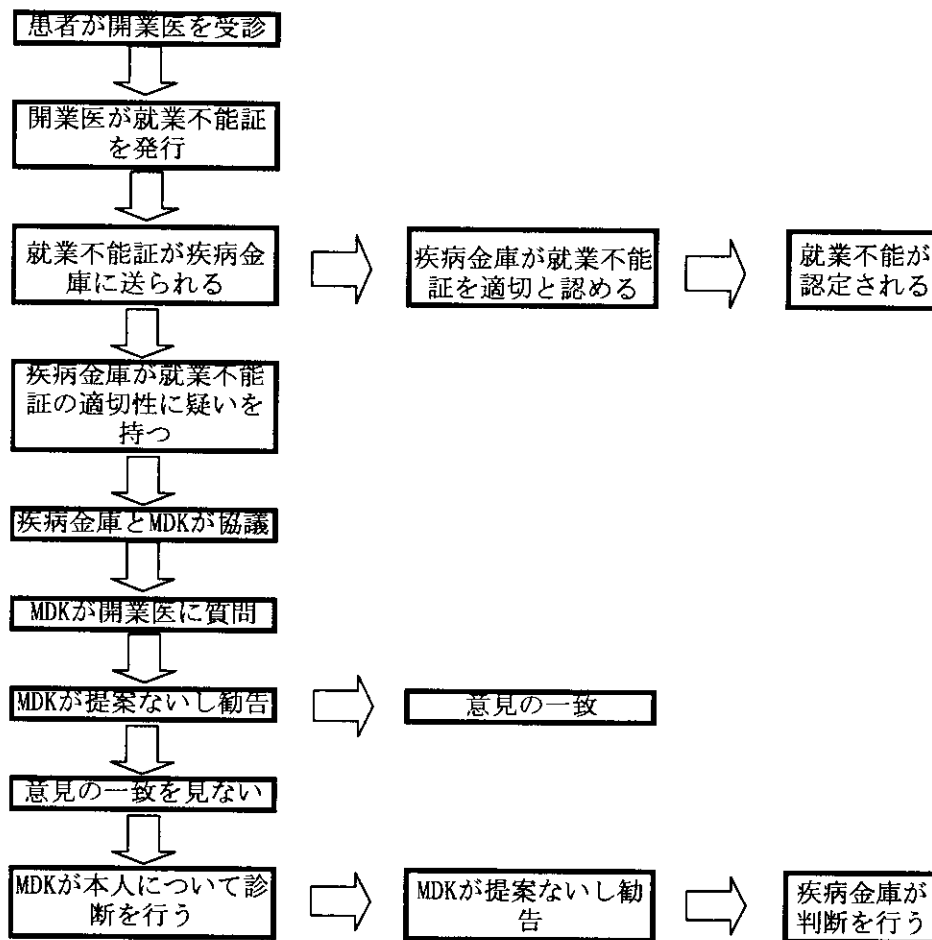


図1：MDK の判定・調査と疾病金庫の意思決定の関係  
(就業不能判定のケース)

#### <病院への入院の審査>

入院が始まった時点で、疾病金庫の方に病院側から患者が入院したと連絡がある。診断書を基にして、疾病金庫側で大体の入院日数を判定できる場合もあるが、判定できない場合もある。その場合には、包括的に大体の日数を判定する。

疾病金庫側では、病院の入院日数担当の審査職員を抱えているが応じきれず、MDK に入院日数に関する審査の依頼が来る場合が多い。特に最近では入院日数に関する審査というのは非常に大きな分野を占めている。入院日数に関する審査をどのように行うかは、各病院サイドと疾病金庫との契約の中に織り込まれている。

MDK の医師が改めてその患者を診察する権利が認められており、医科長と話をした後に実際に患者

を診ることもある。ただし、非常に稀である。病院サイドで保持している診療記録あるいはレントゲン写真などで十分にクリアーになる場合がある。病院入院の審査は1998年度は、13,000件、99年度では18,000件、2000年度は19,000-20,000件(見込み)と上昇している。

病院関係の問い合わせで多いのは、退院後にリハビリテーションの施設に行くか、介護施設に行くかである。これは急性疾患の治療後に、いかにすればコスト的に経済的な施設に入れることができるかについてである。また、一体どの保険者(医療保険・介護保険・労災保険)がその費用を負担するかといった審査依頼の数が非常に多い。

#### <入院外診療の審査>

外来の患者に対する診療行為の適正化に関する審査は行っていない。あくまでも診療の間違いによって、健康に害をもたらしたというような、疑問点を持った患者が疾病金庫に依頼し、疾病金庫がMDKにその診療行為に間違いがなかったかどうか、審査依頼をする。

#### <薬剤給付に関する審査>

薬剤に関しては、薬剤費の総額が決定されており、それを各保険医協会のほうでコントロールする。MDKが薬剤に関する審査を行うのはごく限られた分野である。非常に高額な治療薬の例としては成長ホルモン剤やドイツで認可されていない医薬品に対する審査等である。

原則は、既に薬局の方に処方が出て、薬局の方で医薬品を出した後に、疾病金庫の方でその処方箋を基に支払いが行われる。その後、処方の必要性、適正性に関する審査依頼が疾病金庫からMDKに来る。例外的に、処方する前に医師の方から疾病金庫に聞く場合もある。

MDKが行う判断はそれが必要なものであったかという調査である。その提案によって疾病金庫の方で、診療報酬の方からカットする場合はほとんどない。現在のドイツの疾病金庫では薬剤師の方に対して薬剤費を支払わないと勇気を持って提言する疾病金庫は存在しない。

#### <リハビリテーションに関する審査>

リハビリテーションなどについても同様の審査ステップをたどる。リハビリテーションに関しては、先ずその療養自体が必要なのか否か、そして療養期間の長さを延長する場合の審査を行う。

リハビリテーションは、一律最初は3週間までの治療期間が認められることになる。延長に関しても審査依頼がくる。リハビリテーションでの審査で非常に多い質問は、費用負担をする保険者は医療保険者か、年金保険かという質問である。これは「稼得不能」ということと関係がある。



#### 4. 疾病金庫間の競争とその帰結について

競争が強化により、疾病金庫ごとにケースマネジメントに基づいて、それぞれの費用削減のための戦略を打ち出している。それが他の疾病金庫にもれないように、疾病金庫ごとに保持しているものであり、そういった情報はまず伝わらない。これにより疾病金庫ごとに医療の供給ということに関して若干の解釈の違いが生じて来ている。その解釈の違いがMDKに伝わらないままに審査、決定、あるいは提案を出して実際にそれが十分に満足されるものなのか疑問点を持っている。

### 各論3 WldO 訪問調査のまとめ

設立年：1976年

#### 設立形態：

研究所独自の理事会を持っており、科学審議会もある。AOK との結びつきは強い。AOK 全国連合会の一セクションとの位置づけ

#### 設立目的：

特に実践に根付いた研究を行う。疾病金庫が望む質の高い医療サービスを提供するためのさまざまな研究を行っている。

#### 現状：

職員数：35—36人（半数が専門家：経済学者、社会学者、心理学者、数学者、情報系技術者で、医師は一人もいない。）。医師の知識が必要な場合には、AOK 連邦連合会に常時知識を提供できる人物がいる。

採用の基準としては、大卒後、さまざまな経験を積んだ人物を採用する。外部からの委託を受けて、例えば2年程度の短期間の調査に付随して人を雇うこともある。その場合には博士号取得者でなくとも契約を結ぶこともある。研究所にある実習プログラムの中で実際に良い成績を収めれば雇う場合もある。

#### 研究体制：

実証研究が中心。研究費用の1/3はAOK以外のところから。研究の依頼者は疾病金庫、医療サービスの提供者、連邦保健省、経済界（からの市場調査）、あるいは他のAOKの支部など。

プロジェクトごとに組織が編成されており、医薬品（最も古い）、入院、外来、秩序政策、付随研究、予防と市場調査、介護の部門がある。

どのような研究を実施するかについては、理事会が自主的に決定することもあり、AOK 連邦連合会からの意見、連邦保健省からの調査の提案・依頼、AOK の各州支部や病院サイドなどのモデルプロジェクト分析依頼もある。

#### 研究内容：

特にAOK が重視している医療経済的あるいは医療政策的な研究を行うと同時に、医療の質と経済性との関係、薬剤費に関するものあるいは介護に関するものなどについて研究を行っている。以下現在の研究内容。

- ・ 医師用の薬剤処方アドバイスソフトウェア
- ・ アクトラビット（開業医による薬剤費支出額の変遷に関する情報を提供：開発中）
- ・ クオリティモデルプロジェクト（二病院が対象のモデルプロジェクト：病院の治療の質を判断、審査する手段、方法を確立することを目的とする。病院で従事する医師、看護職員、患者、患者が退院後に行く開業医などへのヒヤリングを基にして作成されている。あくまでも該当する病院に対して、その結果を提供し、その病院が医療の質という点では他の病院と比較してどのレベルにあるのか、そういったことが分かるように各病院毎に提示する予定。まだ方法が確立されたわけではない。将来的にはこの手段を用いて、何らかの形のサーティフィケーションを発行することも可能性としてはある。）
- ・ イドクリップ（AOK に請求される病院側からの請求書に基づいて、入院費の差などについて各病院を比較するソフトウェア。一概に比較するのではなく、似たような規模の病院、同じ診療科目など同じ種類の病院を比較する。）
- ・ 病院でのDRGの導入（社会法典第301条）について、これまでは病院サイドではアメリカ型DRGで計算を行ってきたが、オーストリア型DRGを導入した場合の計算方法や今後の発展の方向性について分析・調査の準備をしている。
- ・ 外来の治療費に関するプロジェクトは非常に規模が小さかった。外来の治療に関するデータが疾病金庫側にほとんど無かったため、余り大きな連携プロジェクトが出来なかったため。今後は開業医サイドから治療内容に関するデータが疾病金庫側に提供される基盤が出来あがりつつあり、各開業医の治療費等に関しても、ある程度のデータ統計を作る準備を進めている。
- ・ ICカード導入の評価分析（医師サイドの中央研究所と一緒にいった。どのように利用されているかといった調査を行った。ただし、一緒に調査・研究を行っても最終的な報告書を作成するにあたって、出来るだけ中立的な表現を取るという作業は、必ずしも容易ではなく、困難を伴う場合がある。）
- ・ 介護保険（2年前にレポートを発表。ドイツの場合、介護市場は非常に不透明性が高かったが、それに透明性を与えた。介護施設関係のソフトウェアも準備している。）
- ・ 市場調査（被保険者を対象にした市場調査で、現在は被保険者から疾病金庫に対して期待するものについて。歯科の治療に関して2年前に行い、患者20人、30人一緒に、それぞれ同じような治療法を要求するもので、いろいろな歯医者に行って費用の見積りを出してもらい、比較する。ドイツの消費者保護連盟と一緒に実施した。今年は特に補聴器に関して特別なテーマで調査を行う予定。）
- ・ 予防措置（各事業所毎の欠勤日数などの調査・比較を行っている。稼働不能や就業不能に関する調査といったものもある。こういったWIdOの研究データを基にしたソフトウェアを見ながら、こういうふうな予防措置を取ればいいのかといったアドバイスをを行う事も可能。）
- ・ 疾病金庫独自の調査の評価。例えばAOKニーダーザクセンが独自に行っている糖尿病患者に対して二次的な予防措置としての運動療法、食餌療法を勧めているプログラムに対する評価など。
- ・ 秩序政策研究（まだ準備段階であるが、疾病金庫、特にAOKにおける経営財政安定化に関する

記録を纏めつつある。この研究プロジェクトは特にAOKの全国連合会の要望によって行われている。各疾病金庫の独立採算、経営安定化という事が非常に強く言われているために、将来的な展望に基づき、それに対する準備を進めるためのものである。)

重要レポート:

#### 薬剤レポートについて

調査費用は、医師、疾病金庫それから薬剤師協会が負担している。製薬会社からは出ていない。使用されるデータは、それぞれの医薬品に関する抜き取り調査を基にしたものであり、データがそのまま薬剤レポートの執筆者に渡される。それを何処まで使うかどうかはその執筆者の権限によるが、それを基にして年間の薬剤レポートというのが執筆される。ドイツのカルテル法上何らかの医薬品に対するリコメンデーションは一切出してはならないため、医薬品を中立的に評価するものとしてこのレポートが非常に重要視されている。

#### 病院レポートについて

毎年発行される。この病院レポートは毎年重点テーマが決まっており、疾病金庫の専門家が担当する場合や Wido がそのデータを基にして発表することもある。

- ・薬剤レポートと病院レポートは、一般の書店で一般の人が購入できる。

## 第4章 フランス訪問調査

池田 俊也  
府川 哲夫  
湯澤敦子グレイス

### 1. 調査の目的と医療制度の概要

1928年4月5日に社会保険法が成立、以降国民皆保険原則のもと、患者は自由に医師・医療機関選択ができる。フランスの医療保険制度は、強制加入の法定制度と任意加入の補足制度の2階建て方式の保険制度である(図表1-1)。代表的な医療保険の法定制度として一般制度、特別制度、農業制度、非被用者・非農業者制度がある(資料1)。一般制度は、国民の約80%が対象となっている(資料2)。また、補足制度の中で、種類が多いものは相互扶助組合<sup>1)</sup>である。その他、疾病保険未加入者や疾病保険の自己負担を負担することが出来ないものを対象とした社会扶助制度・共済組合・国家公務員や地方公務員を対象にした共済組合・私的な個人保険がある。

さらに、2000年1月1日より開始されたCMU<sup>2)</sup>により、以前は貧困等の為保険に加入できなかった者にも、強制保険の加入者と同じ医療サービスが受けられるようになった。このことにより大きな問題になっていた未保険加入者にも、平等に基礎的な法定制度の保険給付・補足制度の保険給付を受けることができるようになった。

図表1-1 保険制度構造図

補足制度 (任意加入)				
相互扶助組合	社会扶助制度	国・地方 公共団体	共済組合	個人 保険

法定制度 (強制加入)			
被用者制度		非被 用者 制度	農業 制度
一般制度			

(「欧米諸国の社会保障」より事務局作成)

法定制度(広義での社会保障制度)は主要な制度だけでも100種類以上あるといわれている。その制度の中で、もっとも多く国民が加入している制度は、一般制度である。加入対象者は、商工業関係の被用者が主である。また、保険給付範囲は、疾病・出産・傷害手当・年金・労災補償・失業保障・家族手当等で、償還率は疾病(診療行為)、薬剤の種類により異なる。つまり、一般制度は日本の健康保険・厚生年金・労災保険・失業保険が融

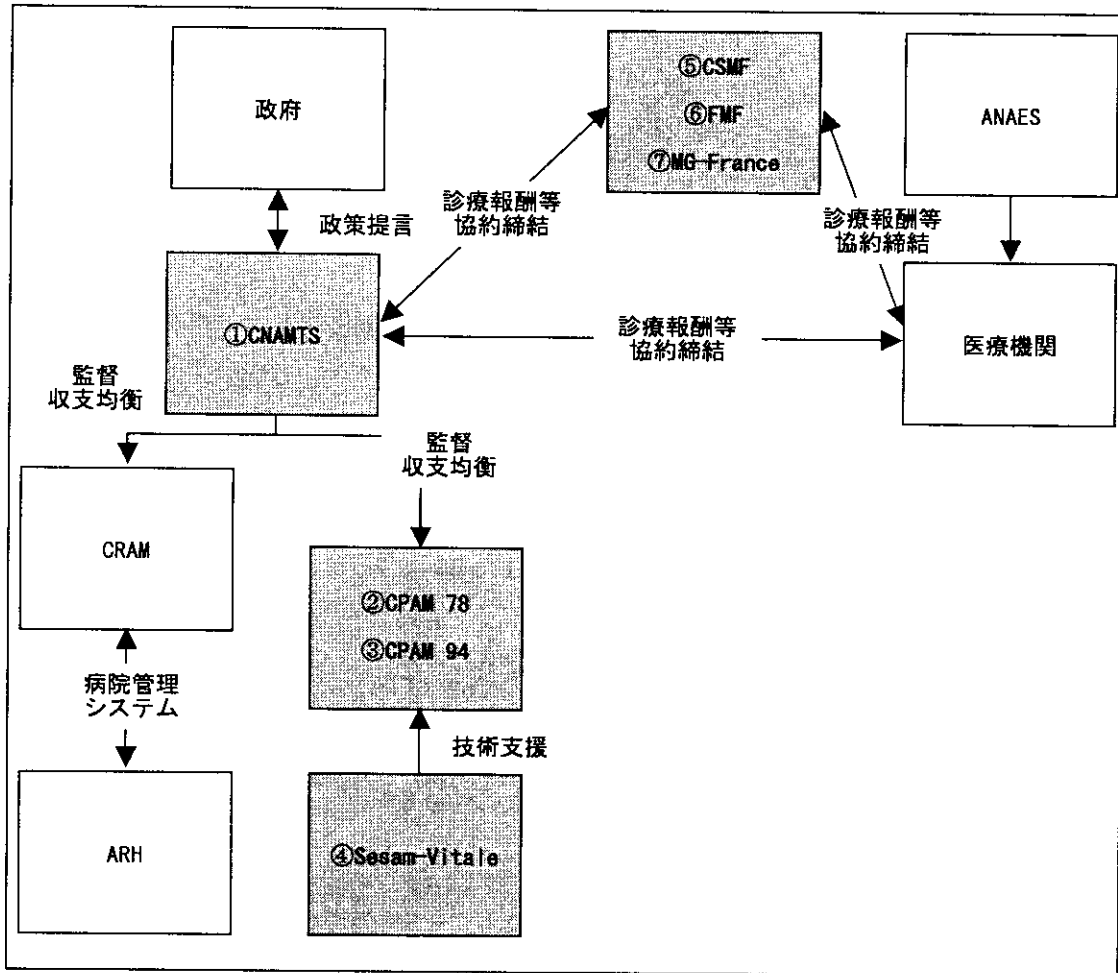
合されたイメージである。保険者は、CNAMTS<sup>3)</sup> (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salarie), CRAM (Caisse Regionale de l'Assurance Maladie)<sup>4)</sup>, CPAM<sup>5)</sup> (Caisse Primaire de l'Assurance Maladie)があり、組織体制などについては、後述する。今回対象としている保険者は、国レベルの拠出金の運営を行っている CNAMTS と直接資格確認や給付業務を担当する CPAM である。

フランスにおける自己負担は、全体の疾病に関する費用の 35%程度と言われている。日本の場合は、14.8%の自己負担である。その割合からも自己負担額が日本に比べて高額なことが推測できる。そのため、自己負担額をカバーするためにフランスでは任意加入の補足制度が存在する。また、補足制度は、被用者の場合は雇用主側主体で共済組合・相互扶助組合・民間保険会社等と協約を結んでいる場合と被用者側主体で、共済組合・相互扶助組合・民間保険会社等と契約を結んでいる場合がある。また、個人的に私的保険に加入している場合もある。

フランスの医療保険制度に関する文献は、数多く出版されている。しかし、保険者機能に注目した研究は少ない。そこで、本調査では、もっとも多くの人を対象となっている一般制度の CNAMTS、CPAM と相互扶助組合の民間保険者に注目し、制度運営の実態、保険財政の仕組み、保険給付の仕組みを中心に訪問調査を行った。その結果を踏まえ、フランス独自の保険者機能について分析することを目的とする。

本稿は「保険者機能に関する研究」プロジェクトの海外調査の一環で 2000 年 9 月にフランスに訪問した調査結果に基づき、保険者機能の観点で次のように纏めた。一般制度の保険者である CNAMTS、CPAM の保険財政の実態・仕組み、保険給付の実態・仕組みについて整理した。また、補足制度の保険者である民間保険会社等の保険財政、保険給付の実態・仕組みなどについて整理を行った。それらを考慮し、フランスにおける保険者機能の実態を踏まえ、法定制度における保険者と補足制度における保険者の保険者機能の問題点・課題の整理を行った。最終項では、日本において参考となるインプリケーションについて纏めた。なお、参考までに調査対象機関の関係図 (図表 1-2) と調査対象機関の概要 (図表 1-3) を示す。

図表 1-2 調査対象機関の関係図



(事務局作成)

図表 1-3 調査対象機関の概要

	調査対象機関	組織概要	調査概要
①	CNAMTS Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés 全国被用者疾病保険金庫	CRAM, CPAM の運営について 監視を行うとともに、保険財政 の収支均衡を図ること。その ため、金庫における給付支払 いの情報処理システムや保健 福祉活動についての基本的な 指針をたてるとともに政府に 種々の提案を行っている。	保険者機能の法的な部分 関連機関との関係 ICカードの取組み
②	CPAM 78 Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Yvelines ベルサイユ初級疾病保険金庫	全国に 129 金庫あるうちの 1つ、ベルサイユ地区にある初 級疾病保険金庫。CPAM の中 では比較的裕福な被保険者が 多いといわれている。被保険 者の登録、疾病保険給付の支 給、保健福祉活動を行っている。	保険者機能
③	CPAM 94 Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Val-de-Marne マルヌ初級疾病保険金庫	全国に 129 金庫あるうちの 1つ、マルヌ地区にある初級疾 病保険金庫。比較的所得者 が多いといわれている。被保 険者の登録、疾病保険給付の 支給、保健福祉活動を行って いる。	保険者機能
④	Sesam-Vitale  ICカード事務局	1994 年に政府主導のもと始 まった医療管理記録制度及び 健康手帳制度を導入した ICカ ードの事務局。	ICカードの取組み 医療の効率化の実態
⑤	CSMF Confédération des Syndicats médicaux Française  フランス医師組合連合会	1928 年に創設。1945 年以降、 医療保険の当事者として社会 保険機関と交渉にあたること になった。	保険者との関係 医師会から見た保険者機能
⑥	FMF Fédération des Médecins de France  フランス専門医師連合	1960 年に標準協約方式の採 用をめぐって、CSMF 内部で激 しい論争が行われ、その反対 派により、1968 年に設立。専 門医のみの医師組合である。	保険者との関係 医療供給サイドの見た保険者 機能
⑦	MG-France Fédération Française des M édecins des Généralistes  フランス一般医医師連合	1986 年に CSMF より分かれ、 一般医のみの医師組合を設 立。	保険者との関係 医師会から見た保険者機能
	AXA  民間保険会社	フランスに本拠地を置く、 フランス最大の民間保険会 社。補足保険プロバイダーの リーダー的地位にある。 1999 年、フランス生命保険 業務で首位の座についた。	公的保険者と補足制度の保険 者の相違点 保険者機能

(事務局作成)



## 2. 一般制度

一般制度は、法定制度でもっとも多く国民が加入している代表的な制度である。一般制度を含め、社会保険・労災補償・家族給付は社会保障法典<sup>6)</sup>により定められている。一般制度では、疾病から失業保障・家族手当等の広い範囲を保障している。また、加入者は特別制度対象（船員・パリ市交通公社・フランス銀行・鉱業・軍人・フランス国有鉄道等の被用者）を除く被用者や学生・宗教関係者等のほかに、単親手当等他の社会保障手当対象者である。被用者は、年収に応じて保険料（保険料賦課に関する賃金上限額はない）を支払う義務がある。しかし、実際の内訳は保険料の9割近くを雇用者が支払い、残りの1割程度を被用者が支払うシステムである。疾病に関する給付は各制度により多少は異なるが、一般医・専門医・歯科医における診療費・薬剤や補装具の費用・分析や検査の費用・治療施設の入院日及び治療費・外科手術費などが共通の給付内容である（図表2-1）。

また、診療等の医療行為と薬剤を含めた疾病給付方式は原則として償還払いを採用している。被保険者（患者）は窓口で医療費を全額支払い、診療票に医療費の額を記入してもらい、加入しているCPAMに提出をする。その診療票をもとに、診療行為や薬剤の償還率に応じた医療費の払い戻しをCPAMより受ける。

図表 2-1 一般制度の概要

制度	一般制度 (régime général)	
概要	疾病・出産・傷害手当・年金・労災補償・失業保障・家族手当等をカバーする保険	
根拠法	社会保障法典 (Code de la sécurité sociale)	
保険者	CNAMTS ・ CPAM 等	
運営者	CNAMTS ・ CPAM 等	
運営方法	後述 (図表 2-2 参照)	
被保険者	商工業関係の被用者 ・ 学生 ・ 宗教関係者 ・ 受刑者 ・ 個人保険加入者 単親手当 (API) ・ 成人障害者手当 (AAH) ・ 同化最低所得 (RMI) の給付受給者	
保険料	保険料率 (疾病・出産・傷害・死亡全体の料率但し保険料賦課に関する賃金上限額はなし) 13.50% (被用者…0.75% 事業主…12.8%)	
給付内容	現物給付	現金給付
	医師による診療 (7割給付) 病院の外来診療 (7.5割給付) 入院中の医療 (8割給付) サナトリウム ・ 温泉療法 ・ 歯科 治療・薬剤 ・ 人工器官 ・ 眼鏡 ・ 補聴器 ・ 出産 (女性の被保険者以外) 医療補助者、入院時の移送費 予防のための検診	出産 (女性の被保険者)

(「欧米諸国の医療保障」より事務局作成)

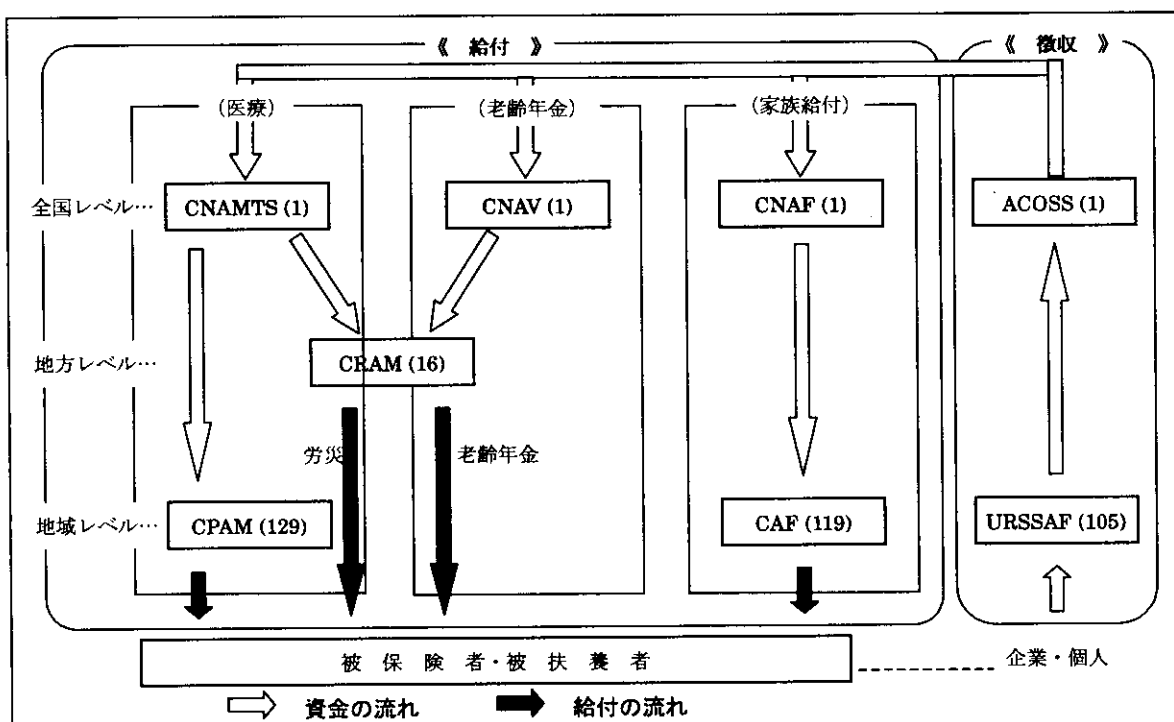
次に制度の運営組織・方法について説明する。一般制度では、金庫制度が取られ、CNAMTS、CNAV<sup>7)</sup>、CNAF<sup>8)</sup>の3機関が各分野の全国規模の給付業務に関する事を管轄し、ACOSS<sup>9)</sup>が3分野の給付に必要な保険料の徴収から資金運用までの財政を管轄している（図表2-2）。

疾病保険に関しては、CNAMTSが全国レベル・CRAMが地方レベル・CPAMが地域（県や市町）

レベルの3段階構造で管理・運営されている。CNAMTSは、CPAM・CRAMの運営について監督し、保険財政の収支均等を図ることや医師組合や医療機関との診療報酬等の協約を結ぶ事が主な役割である。その他、後述するVitaleカードの導入など金庫の情報システム化推進、保健事業の働きかけを行っている。CRAMは、CNAMTSの下位組織で、一部のCNAVの業務を受けている独立した私法上の法人である。CRAMは行政区分のある地方ごとに16金庫存在する。CRAMでは、CNAMTSと協力して労働災害、職業病の給付や保健事業を行う。また、CNAVの指導下で年金の給付に関する業務、高齢者向け健康増進事業も行っている。CPAMは全国に129金庫存在する。また、CPAMも、CNAMTSの下位組織で、CRAMの下部組織ではなく独立した私法上の法人の組織である。CPAMでは、被保険者の登録、疾病保険の給付業務、保健事業を行っている。

CNAVは、全国レベルの組織であるが、他の組織のような下部組織はない。老齢年金や障害年金と55歳以下の寡婦（夫）を対象とする寡婦保険を管理し、CRAMにより、これらの業務を行なっている。CNAFは、家族給付制度を全国レベルで管理する。この組織は、一般制度の加入者以外も対象とした組織である。主に、CAFの全国レベルでの財政管理などを行っている。CAF<sup>10)</sup>は、家族給付の給付業務を担当する他、託児所や保育所施設の建設などの社会衛生活動を行う。全国に115金庫存在する。保険料徴収に関しては、URSSAF<sup>11)</sup>は、疾病保険のみならず、社会保険全ての部門の保険料徴収を行っている。全国に105連合会が存在する。URSSAFを通じて徴収された保険料はACOSSに集められ、CNAMTS、CNAV、CNAFに配布される。

図表 2-2 一般制度の運営組織図



(「欧米諸国の医療保障」より事務局作成)

(1) CNAMTS の役割・機能

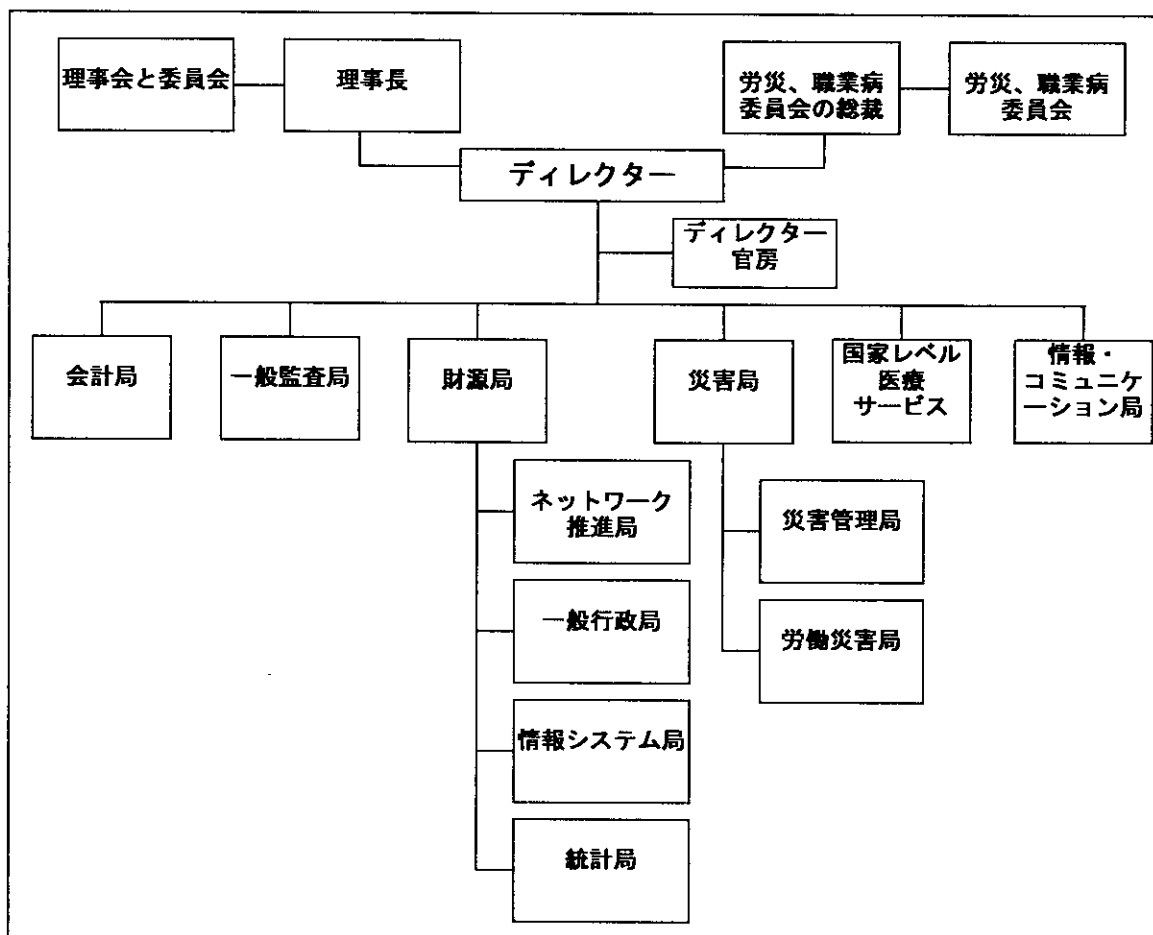
CNAMTS の構成

(a) 組織

CNAMTS は、厚生省の社会保障担当と大蔵省の監督下で、人材面・業務面の 2 方向から行政監督が行われている。具体的には、人材面は局の行政官の承認等、業務面は理事会の審議に政府の委員が出席すること等である。

CNAMTS には、1,308 人が勤務し、その内 72.25% が管理職に就いている (1998 年 12 月 31 日現在)。CNAMTS の最高責任者は閣議における政令により任命され、金庫を代表し、人事管理・業務管理の統括権限を持っている。CNAMTS の構成は会計部、苦情対応部、財源部、災害部、国レベルの医療サービス部、情報・コミュニケーション部の 6 分野が存在する (図表 2-3)。また、財源部は、ネットワーク推進課、一般行政課、情報システム課、統計課に分かれている。災害部には、災害管理課、労働災害課がある。

図表 2-3 CNAMTS の組織図

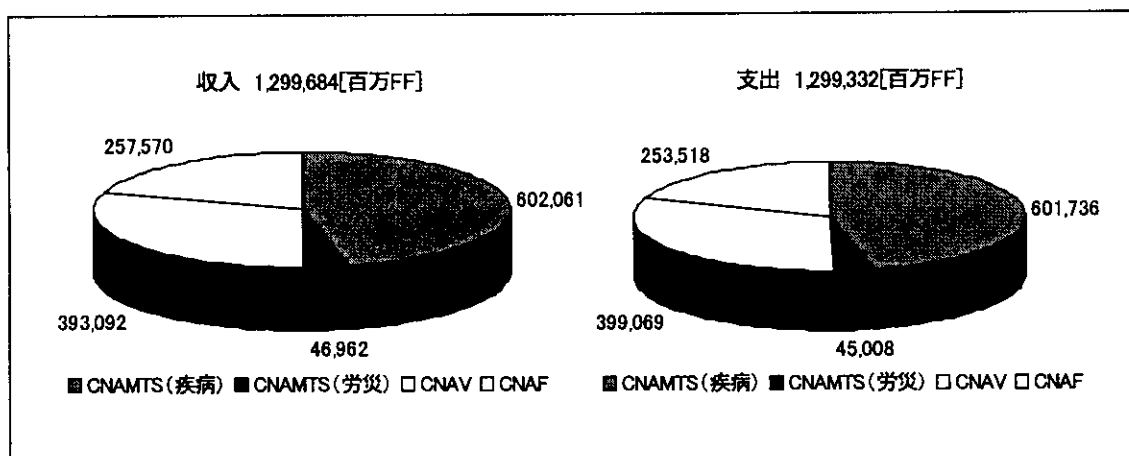


(出典：CNAMTS)

### (b) 財政の運営・管理

一般制度の疾病部門の財政状況は図表 2-4 の通りである。また、近年一般制度全体で赤字の状況が続いていたが、1999 年より一般制度全体の収支が黒字になった。また、疾病保険部門においても同様ある（資料 3）。黒字に好転した要因としては、病院などをはじめとする医療供給側のコスト意識による改革、一般社会拠出金などの新しい財源の確保が出来たことが考えられる。

図表 2-4 一般制度収支状況



(「欧米諸国の医療保障」より事務局作成)

### (c) 医療費抑制対策

CNAMTS では、各地区の CPAM・CRAM に対して医療費抑制の指導を行う。実際には、CNAMTS のコンサルタントドクターより指導を受けた各 CPAM・CRAM に勤務しているコンサルタントドクター<sup>12)</sup>が医学的な判断のもと医療費抑制の為にチェックを行っている。チェックに関しては、後述する。ジュペプラン<sup>13)</sup>前は、6 ヶ月を超える長期治療等の手当によって事前審査が必要な疾病に関してのみ診療抑制を行っていた。しかし、ジュペプラン後、CNAMTS をはじめとする疾病金庫における医療費抑制の監視は給付全般にわたってチェックできる権限と医療施設及び医療従事者の活動の医学的側面からの分析に関する権限が社会保障法典 (315-1 条) により規定された。さらに、医療監視の結果、不適切な医療が発見された場合には、コンサルタントドクターの意見に基づき、疾病金庫が被保険者に対する給付を停止させることも法律上は出来る (社会保障法典 315-1 条・315-2 条)。しかし、現状は、被保険者に対して給付を停止することは少ない。

ジュペプランより 3 年経つ現在では、コンサルタントドクターがフランス全土に 2,500 人点在する。CNAMTS・各 CRAM・CPAM に約 40 名のコンサルタントドクターと 1 名の総責任者、2 名の総責任者の補佐で構成され、CNAMTS・CRAM・CPAM に階層化されている。CNAMTS のコンサルタントドクターは臨床等の経験を重ねることが条件となっている。しかし、