

2,500人で全ての医療監視を行うことは難しい為、現在は事前審査と公衆衛生の対象疾病を中心に分析などを行っている。後者は、糖尿病・高血圧等償還率が100%である疾病をターゲットとして分析し、例えば審査の結果傷病名が違くと判断された場合は、償還率の引き下げや保険給付として認められないと決定される場合がある（図表2-5）。

図表2-5 100%償還対象の長期療養疾患リスト

-
-
- 1 日常生活に支障を来す急性脳血管疾患
 - 2 骨髄形成不全
 - 3 虚血性臨床所見を伴う進行性の動脈疾患
 - 4 難治性ビルハルツ住血吸虫症
 - 5 重症の先天性心疾患、重症心不全、重症弁膜疾患
 - 6 慢性活動性肝疾患および肝硬変
 - 7 長期的な治療を要する原発性重症免疫不全およびHIVウイルス感染症
 - 8 インスリン依存症糖尿病もしくはインスリン非依存性糖尿病で、通常の治療ではコントロール不能なもの
 - 9 ミオパチーなど、神経痛疾患のうち重症のもの
 - 10 ホモ接合体の異常ヘモグロビン症
 - 11 血友病
 - 12 重症の高血圧
 - 13 発症6ヶ月以上の心筋梗塞
 - 14 重症の慢性呼吸不全
 - 15 ハンセン氏病
 - 16 パーキンソン病
 - 17 長期にわたって特殊治療を要する先天性代謝性疾患
 - 18 のう胞性肺線維症
 - 19 重症慢性腎不全および原発性ネフローゼ症候群
 - 20 対麻痺
 - 21 結節性動脈周囲炎、急性期の全身性エリテマトーデス、進行性全身性強
 - 22 重症の進行性関節リウマチ
 - 23 精神疾患、重症の人格障害、精神遅滞
 - 24 出血性大腸炎（潰瘍性大腸炎）、進行性クローン病
 - 25 日常生活に支障を来す多発性硬化症
 - 26 脊椎成熟前の（成長期前の）進行性脊椎側弯（角度が25度あるいはそれ以上）
 - 27 重症強直性脊椎炎
 - 28 臓器移植後
 - 29 活動性結核
 - 30 悪性腫瘍、悪性リンパ腫、造血器腫瘍

（出典：<http://www.advance.fr/cpam/> より）

(d) 医療の質向上

全国の請求書のデータをもとに各地域毎の高血圧の患者数、及びその患者の眼底圧等の統計を作成している。その統計をもとに、各CPAMでは高血圧の患者に対して毎月、眼底圧、クレアチニン、血圧の測定を行っているかチェックを行う（各検査を受けることをANAES¹⁴⁾が義務付けていている）。

フランスにおいて、地域による医療の格差や医師数等に差がある。例えばパリのような都会には医師数も多く、先進的技術を取り入れた病院も多い。また、情報収集も容易である。しかし、地方においては、医師数も少なく、情報が伝わりにくいなど先進的な技術が取り入れにくい現実がある。そこで、CNAMTSが中心となり、地方の医師に勉強会を開催している。また、定期的な出版物を送付し、前述の高血圧の患者に対して毎月の検査の受診

率を上げるように促している。

(e) 保健福祉活動の実施

過度の喫煙やアルコールの摂取に関しては、全国的な保健事業を行う。具体的には、テレビを用いた大々的なものから、学校・企業等にポスター等でキャンペーンを行うものまで様々である。また、CNAMTS では各 CPAM 等が行うキャンペーンの財政面の管理などを行っている。

②CNAMTS と CPAM の関係

ジュベプランにより、医療の質を確保しつつ、医療費抑制を行う具体的な案として、いくつかの案があげられた。そのうちの1つとして、行政と CNAMTS 間でサービスの質の改善、保険事故の管理等の協定を締結するとともに、監視体制を設ける。更に、CNAMTS と各 CPAM・各 CRAM は協定を締結し、行政と CNAMTS が締結した協約が守れるように管理体制の強化があげられた。

③CNAMTS と医療提供者の関係

(a) 診療報酬等の協約締結

フランスにおける診療報酬体系は、病院と開業医でも異なる。さらに、病院の種類により診療報酬は、その病院が公的病院もしくは PSPH¹⁰⁾対象の病院と PSPH 対象外の民間病院により異なる。PSPH 対象の病院は毎年、施設計画と予算計画より翌年の予算を定め、月単位で総額給付として疾病金庫から給付する。また、民間病院などの PSPH 対象外の病院は、開業医同様に、全国協約に基づいた診療報酬により決められる(図表 2-6)。

図表 2-6 医療費支払方式

区分		支払方式	
外来 入院	開業医	診療報酬算定方式	
	病院	公的病院 (PSPH 対象)	総枠予算方式
		民間病院 (PSPH 対象外)	診療報酬算定方式

(事務局作成)

開業医の診療報酬を中心とした診療報酬算定方式は、医師組合などの医師団体と CNAMTS の間では、全国協約¹⁰⁾に基づいて診療報酬が決められる。つまり、全国協約を CNAMTS と締結していない医師は保険診療(保険請求)をすることが出来ない。そのような非協定医は全国で1%程度である。診療報酬は式1によって求められる。

$$\text{診療報酬} = \text{医療職種別診療行為単価} * \text{診療行為点数} \dots \quad (\text{式1})$$

医療職種別診療行為は、一般医¹⁷⁾・専門医¹⁸⁾・歯科（口腔外科含む）・婦人科別、診療行為分類別の単位を示す指標（図表 2-7）であり、診療行為点数は、診療行為分類表に定められている。また、Vitale-Card で疾病金庫に診療報酬明細表を伝送した場合は、システムの優遇化をはかる事を目的として下記のような補助がある。

図表 2-7 医療職種別診療行為単価

診療行為		一般医	専門医	歯科 口腔外科	婦人科
一般医の診療	C	115.00	-	110.00	90.00
専門医の診療	CS	-	150.00	-	-
(神経精神科医)	CNPSY	-	225.00	-	-
(循環器専門医)	CSC	-	300.00	-	-
(歯科・口腔外科専門医)		-	150.00	-	-
往診	SES	172.50	-	-	-
(神経精神科医)	V/VS	110.00	135.00	110.00	90.00
(歯科・口腔外科専門医)	VNPSY	-	205.00	-	-
在宅医療の増加		-	135.00	-	-
出産	MMD	60.00	-	-	-
(単産の分娩)	K100	1,260.00	1,260.00	-	1,000.00
(複産の分娩)	K110	1,386.00	1,386.00	-	1,100.00
温泉治療		420.00	420.00	-	-
歯科	D	-	-	12.60	-
その他専門的行為	K	12.60	12.60	-	-
超音波・超音波断層・ドップラー	KE	12.40	12.60	-	-
外科および専門的行為	KCC	-	13.70	-	-
歯科顔貌矯正治療	ORT	14.10	14.10	-	-
病理解剖学及び細胞学行為	P	1.83	1.83	-	-
放射性物質	PRA	2.90	2.90	-	-
義歯行為	PRO	14.10	14.10	-	-
保存的治療	SCM	15.20	15.20	-	-
放射線	Z	-	-	8.70	-
放射線（リウマチ・呼吸器）	Z1	-	10.60	-	-
放射線（電離放射線・消化器・癌放射線）	Z2	-	10.10	-	-
放射線（その他の専門及び一般）	Z3	8.70	8.70	-	-
放射線（放射線・癌放射線の専門的治療）	Z4	-	10.95	-	-
核医学行為	Zn	10.05	10.05	-	-
休日加算		125.00	125.00	125.00	-
夜間加算		165.00	165.00	165.00	-
距離加算	IK	-	-	-	-
距離加算（平地）		4.00	4.00	4.00	1.60
距離加算（山間部）		6.00	6.00	6.00	2.60
距離加算（スキー）		30.00	30.00	30.00	22.00
移動手当	ID	-	-	-	21.00
パリ・リヨン・マルセイユ		35.00	35.00	-	-
その他の地区		25.00	25.00	-	-

(出典：http://www.epam33.com より)

- ◆ 1999年7月1日～12月31日の期間
一般医は1明細書につき1FFを伝送代補助として診療報酬に加算可能
但し、1人の医者に対して上限額3,750FF¹⁹⁾/月
- ◆ 2000年1月1日以降
一般医は1明細書につき0.40FFを伝送代補助として診療報酬に加算可能
但し、1人の医者に対して上限額3,000FF/月

公的病院及びPSPH対象の病院で行われている総枠予算方式は、医療費も含め、国が決定した予算をARH²⁰⁾で病院毎に配分する方式である。各PSPH対象病院より前年度の実績に基づき、施設計画と予算計画を作成しARHに提出する。ARHでは、そのデータをもとに妥当性などを審査し予算を決め、その予算を月単位で総括給付をする。

PSPH以外の病院では、ドクターフィーとホスピタルフィーの合算値が診療報酬である。ドクターフィーに関しては、医師と患者間で自由に決めることができる。実際には、ほとんどの医師が協約医となっていることより、全国協約に基づく診療報酬のことが多い。ホスピタルフィーは、1日あたりの入院費のような滞在費的要素である。具体的な負担額等は、CPAMと各病院との協約によって決められる。

(b)医療の質管理

現在、フランスではRMO(ガイドライン)・統計・情報化の面で医療の質を管理する施策が取られている。

増えつづける医療費の抑制と適切な医療(診療)の必要性が求められ、一般医・専門医を中心に専門家からなる第三者機関(後のANAES)としてRMO²¹⁾が作成された。設立当初、RMOはネガティブリストであったが、1996年のジュベプランによりANAESが設立後、ANAESがRMOを担当し現在のネガティブリストによるガイドラインを作成した。

RMOの日本語名称は「拘束力のある医療基準」であり、いくつかの疾病や処方等に対してガイドラインを定めている。このガイドラインから外れる診療を行った医師に対して診療報酬の減額支払を行うようなペナルティがある。RMOのコントロールの対象者は、CNAMTSと全国協約を締結している開業医がほとんどをしめる。この協約には、前述の診療報酬の締結についても記載されている。ゆえに、保険請求を出来る医師(保険医)はRMOに従う必然性がある。1994年には、非ステロイド性抗炎症薬の処方、抗生物質の処方、等の14トピックのRMOが導入されているが、これらはANDEM(Association Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale, 全国医療評価開発機構)の作成した診療ガイドラインとは無関係に、疾病保険金庫と医師の労働組合により作成されたものである。一方、1995年以降に作成されたものについては、ANDEMの診療ガイドラインがその根拠となっている。1995年には26トピックのRMO、1996年には14トピックのRMOが導入された。1トピックにつき数項目の禁止事項が定められており、Durand-Zaleskiらの報告(1997年)に

よれば、RMOの147規定のうち、90規定(37%)がANDEMで出版された診療ガイドラインに準拠したものであった。各々の禁止事項について、罰金額が医療指数と財務指数、ならびに違反回数をもとに個別に定められており、1,562FFから11,250FFである。回数的に最も厳しいものは、非ステロイド性抗炎症薬の処方に関するもので、2ヶ月中に3回の違反で罰金の対象となる。一方、最も緩いものは13回の違反のもので、血液検査、正常妊娠における3回以上の超音波検査、無症状の場合の複数回の甲状腺検査、中等度高血圧患者の複数回の心電図検査、等であった。

RMOの項目は、修正や削除が行われてきている。例えば、当初は罰金の対象であった「日常診療における子宮頸部塗抹検査」の項目は、「症状がなく、婦人科疾患の既往がなく、危険因子がなく、診察上異常がなく、塗抹検査の結果が正常である女性では、塗抹検査は3年に1回以上行わない」とされていたが、医師の選択の自由や頻回検査の必要性などにつき、大手新聞Figaro紙上等で論争になり、結果として1998年はじめに罰金の対象から除かれることとなった。

RMOに基づく審査は、CPAMの3,000名の審査医師が担当しており、RMOを遵守しなかった医師は、自らの診療行為を正当化することが求められる。RMO導入時は、2年間で13,000名の医師(全体の約10%)が審査対象となったが、このうち1,278名が医師による監査を受け、186名は訴訟手続きが行われ、75名が罰金を科せられている。

また、Vitaleカードの導入により磁気化された検査・処方等の診療行為情報を医療機関薬局等からCNAMTSに転送し、審査を行っている。全国からCNAMTSに収集された請求データをもとに地域毎の特定の疾患に対して統計作成や分析を行っている。

また、1997年より開始されたPMSI²²⁾により、年齢・性別・入院期間・退院月・病名・処置等の情報がCNAMTSに集められる。全ての情報が磁気化されている為、患者番号をキーにどの医療機関でどのような診察を受けているか把握することが出来る。それらのデータは、CNAMTSで解析を行った後にCPAMへ送付される。それらのデータをもとに民間病院へ支払う。

民間の営利目的の病院(PSPH対象外病院)は、利益を出すことが可能な技術に特化し、公的病院は不採算な診療を行うと考えられるが、ARHにおいて公衆衛生地図を作成し、需要量に見合った病床数やCT等の医療機器の数量が決定されている。

(c) 地域ネットワーク

地域における医師数格差が生じているが、この格差を解消するための1つの手段として協約などで提案された。1993年の全国協約では、医療サービスのネットワーク化についても同意を得ている。さらに、ジュペプランにおいては、地域医療ネットワークについても記述されている。

その一例として磁気化された請求データをもとにゲートキーパーモデルとネットワークモデルが提案され、いくつかの地区で実験的に行われている。ゲートキーパーモデルとは、慢性疾患のような一般医の関与が大きい疾患を想定としたモデルである。患者は容態の変

化などが生じた場合には常にかかりつけ医である一般医が診察し、診察の結果により専門医や病院などの治療が必要と判断された場合に該当する病院などを紹介する方法である。ネットワークモデルとは、心臓疾患のような専門医の関与が大きい疾患を想定したモデルである。患者は、健康手帳の情報もしくはかかりつけ医からの連絡により、決められた地域内のどの病院で受診しても受診内容等がかかりつけ医に報告報告され、かかりつけ医が担当の患者の疾病について一括管理を行う方法である。

ネットワークモデルは、厚生省から認可を得たものとしてコレズ・タルヌ等の県レベルのネットワークが7つ存在する。この7つのネットワークは、癌に関するもの・ホスピスに関するもの・歯科全般に関するもの・ブルゴーニュ地方における人工透析を対象としたもの・ランス地方の全ての疾患を対象としたもの・3つの地域の農協金庫（高齢者センター）が主導になっているもの・農協等が主導となって行なっているものが存在する。また、地域でネットワークを作成・申請した際にCPAM・CNAMTSでは容認されたが、厚生省では認可が下りず、非公式なネットワークとして存在する喘息疾患ネットワーク等もある。厚生省から認可がされなかった理由としては、ネットワーク構築資金とネットワークのセキュリティ問題である。レベルは様々であるが、非公式には1,000以上のネットワークが存在しているとも言われている。現在も厚生省の認可待ちのネットワークがいくつか存在し、地域ネットワーク化が進みつつある。

これらの事例からも、フランスにおいてはネットワークモデルが比較的浸透し始めている。将来的には地域ネットワークを発展させ、在宅医療を充実させていく方向であり、現在4,000人程度の在宅患者を約2倍に増やす事を目標としている。つまり、このようなネットワーク化は長期療養などの入院患者を在宅医療や外来診療に移行することにより医療費削減を導き出す効果も考えられる。

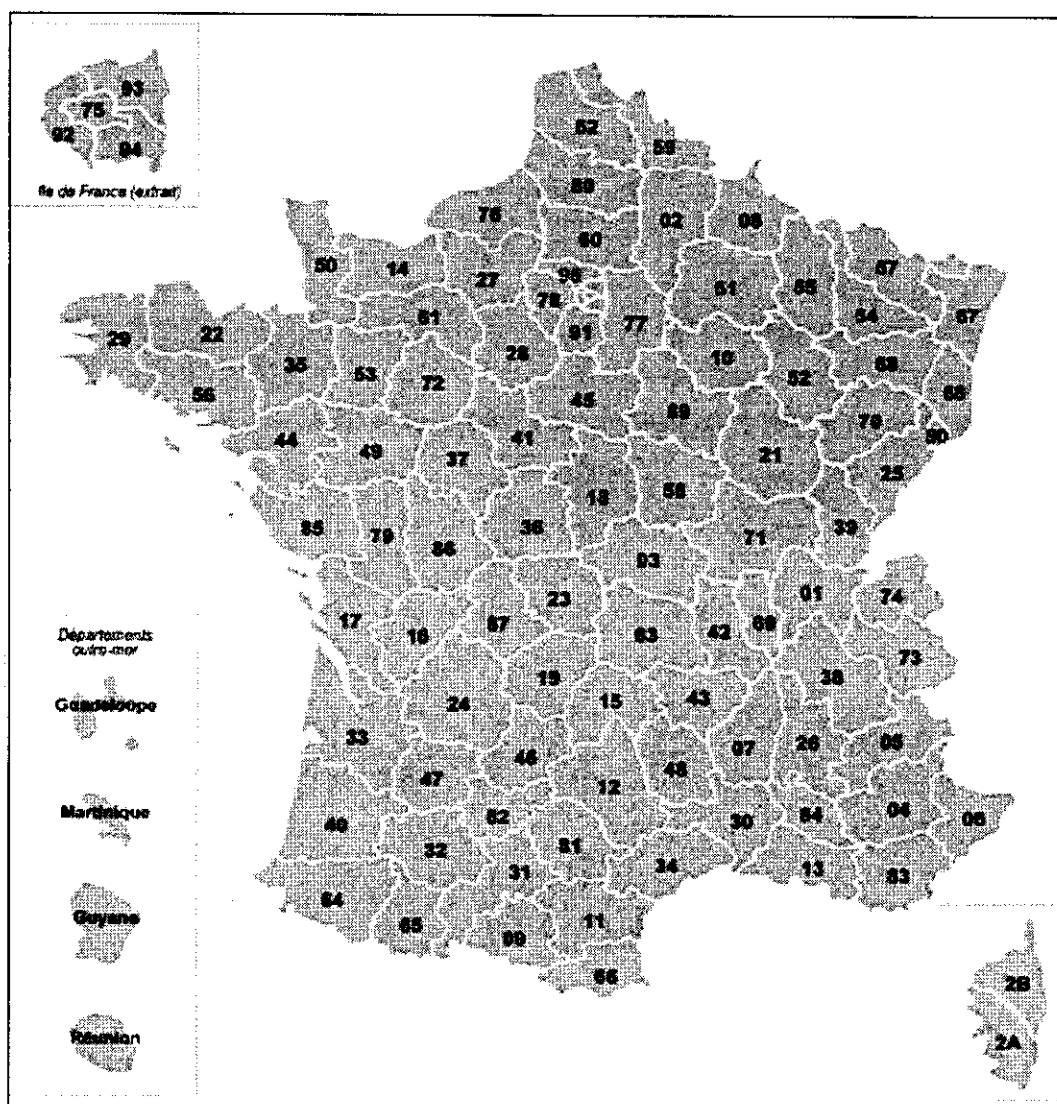
(2) CPAM の役割・機能

① CPAM の構成

(a) 組織

CPAM は県レベルの疾病金庫で 129 金庫存在し、独自の理事会を持った非営利民間組織である（図表 2-8）。基本的には、県レベルで CPAM は存在するが、パリのような大都市には複数の CPAM が存在する。各 CPAM における社会保障の各制度における、加入状況表（図表 2-7）より、地域の規模差が存在していることがわかる。

図表 2-8 疾病金庫の地域・県レベルの区分

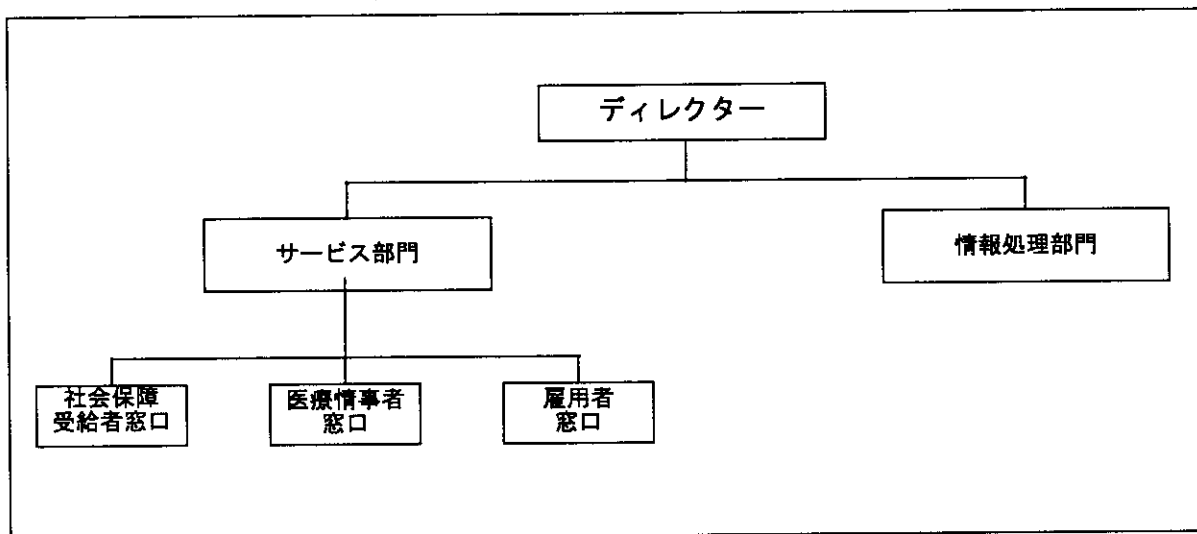


(出典 : CNAMTS <http://www.cnamts.fr/loca/loca.htm>)

今回訪問した、Yevlines 県と Val-de-Marne 県は、100 万人以上の被保険者を抱える全国でも 10 番前後の大規模な CPAM である。また、2 つの県はパリを中心とした ile-de-France 地域に属し、フランス全土の約 20% を占める被保険者を抱えている地域である。その為、CPAM の規模により組織が多少異なる部分がある。

Val-de-Marne 県の CPAM の組織構成を例に説明する (図表 2-10)。現在 1,820 人 (内 72.93% が保険給付関係業務を担当) が勤務している (2000 年 9 月時点)。CPAM が行っている業務は、大きく分けて保険関連業務と管理業務がある。保険関連業務は、主に被保険者に対して行われ、保険の償還払い・ESI²³⁾・労災サービス・被保険者番号等の管理があげられる。雇用主には、関連する被用者の被保険者番号などの通知を行う。また、管理業務は、医療専門家へのサービス・Vitale カードの普及や補助金の承諾等があげられる。

図表 2-10 CPAM du Val-de-Marne 組織図



(事務局作成)

(d) 財政の運営・管理

必要な財源は基本的に、集められた保険料によって賄い、政府の財源による補填等はほとんどない (図表 2-11)。

図表 2-11 医療費支出 (1995 年)

項目	金額 [百万 FF]	割合 [%]
保険料	504,200	73.9
政府支出 (中央・地方)	5,500	0.8
補足制度	77,800	11.4
患者の一部負担	94,800	13.9
合計	682,300	-

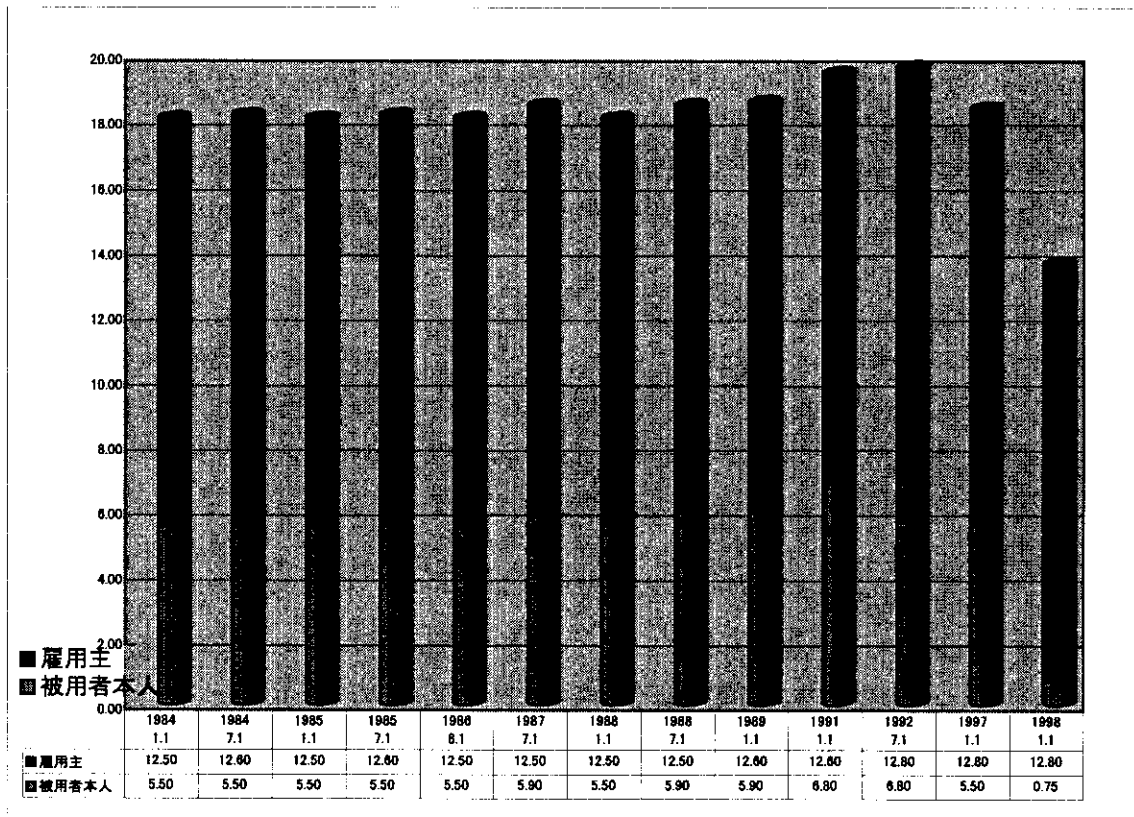
(出典：欧米諸国の医療保障)

保険料とは、一般制度や特別制度の場合には職業保険料とも呼ばれ、被保険者（被用者）の給料から天引きされる保険料と雇用者（被用者の場合は企業）が支払う保険料を合わせたものである。非被用者は、保険料の全額を負担することになる。

保険料は、チップなどを含めた給与全てが保険料算定基礎の対象となる。その対象額に応じ、保険料は決められ、給与等から天引きされる。日雇労働者やアルバイトは、1日の給与を保険料算定基礎額とし、保険料を支払う。また、1984年より疾病保険における保険料算定基礎額には、上限設定がはずされた。2000年より年金や各種手当等代替所得に関しては、保険料算定基礎額には含まれない。

1984年から1992年の保険料率は、雇用主が約12.6%、被用者が約5.8%前後である(図表2-12)。しかし、従来家族手当に充当されていた一般社会拠出金(CSG)が、1997年より充当の拡大によって、雇用主の保険料率は変わらず、被用者の保険料率が激減していることが分かる。具体的には、所得(稼働・資産など)の5.1%、他制度からの給付による代替所得の3.8%分が疾病保険分として一般会計から充当される。また、各CPAMにおける財政状況は、CPAMの規模により差が生じることは言うまでもない。

図表 2-12 一般制度における保険料率



(「欧米諸国の医療保障」より事務局で作成)

CPAM の予算は、国家レベルで前年度の予算案作成時に改正が行われる（4 ヶ月に 1 回のペースで予算が適正に使われているかチェックする）。その際に医療費の増加率を何%認めてよいかということが議論される。予算は 3 つに分かれる。ひとつは病院（公立および私立）に対する予算案、二つ目は開業医に対する予算案、三つ目は長期療養型施設（ナーシングホーム等）に対する予算案である。それぞれの役割は、病院は約 50%、開業医は約 45%、長期療養型施設は約 5%となっている。

(e) 医療費抑制対策

政府と CNAMTS、CNAMTS と CPAM 間で複数年（2000～2003 年）にわたる各々の協定を締結している。その中に含まれている方針の 1 つにより、社会保障財政法案の範囲内に医療費を抑制する必要がある。まず、CNAMTS が政府より規定された外来医療費の推移に応じた医療費を抑制するための措置を全国規模の目標として定める。各 CPAM はその全国目標を達成するために公衆衛生の計画などをたて、医療費を目標範囲内に抑制する。

(f) 医療の質向上

医療の質については、比較する方法が現在ないため、まず医療費の総額等基本的な統計情報を算出する。一方で、疾病毎の医療費平均値を算出し、その値を基に比較する。特にコストの面での比較を重視している。具体的には糖尿病や高血圧といった疾患の患者に対する治療の比較が最も参考になる。これらの比較は全国的に行っている。また、県別に、不眠症や神経症の疾患に対する診療行為の比較や心筋梗塞の治療後のケアに対する比較も行っている。その他、乳癌に対する予防や診療行為に対する比較を行っている。

(e) 保健福祉活動の実施

予防給付・ヘルス事業は予算の中で行われているため、予算内で全国目標・地区別目標を掲げ、活動を行っている。しかし、予防給付・ヘルス事業が保険給付・保険料の減額等には直接的には結びついていないようである。CNAMTS や CPAM で乳癌検診等の様々なキャンペーンを行うが、そのキャンペーンに参加する人も少ない。

② CPAM と医療提供者について

CNAMTS の指導のもと診療報酬の請求などに関する医師をコントロールする方法には 3 段階ある。ひとつは重複検査、重複投薬等の過剰な診療行為に対するチェック、二つ目は RMO や診療行為の点数表を認識しない医師に対するチェック、三つ目は医療の質に関するチェックを行っている。

③ CPAM と被保険者の関係

(a) 保険給付

保険給付は、法律化されており原則的に国会で議決される。その他の補足的な規定などに関しては、CNAMTS のような公的機関で決めている。

(b) 予防給付

通常、検診等の予防給付は保険対象外であるが、ある一定の期間のみ保険給付し、予防に勤めている。例えば「乳癌キャンペーン」、「肺癌キャンペーン」等のキャンペーン期間は、乳癌検診・肺癌検診に関しては、保険給付対象になるキャンペーンを行っている。

(c) 保険事故の確認

入院等の一部の保険給付に関しては、入院の是非を確認する事前審査が必要である。その他、歯科プロテーゼ、継続的治療、マッサージ等に関しても、事前審査が必要である。事前審査は本来行政が承認するものである。しかし、行政の承認は、社会保障法典に定められているように CNAMTS・CPAM のコンサルタントドクターにその承認権限を委任されている。また、事前審査において医学的判断を要するものは CPAM の審査委員²⁴⁾により行われる。

審査に携わる医師・歯科医師・薬剤師は開業医の中から選ばれる。具体的には、医療専門家として医学的検査、診療に対する審査、被保険者（患者）の管理の任務を課せられている。

(d) 保健事業

テレビや学校、企業、病院などで、糖尿病に対するキャンペーンや他の CPAM と共同で高血圧の予防のためのキャンペーンを行っている。その他、全国的に行っているものとしては、タバコやアルコール等がある。また、CPAM では健康診断の促進を推進しており、無料で行っている。日本と異なり、企業は検診を実施する義務はなく、医師のもとで健康管理、健康診断を行ってきた。CPAM は被保険者に対して、健康診断などを受けられるようにしている。また、検査については、自宅に送付される検査を受けられる医師のリストから、医師を選択し患者は検査を受ける。

ベルサイユ地区では乳がん予防のために 50 歳以上の女性には 2 年ごとにマンモグラフィーを受ける権利がある。60 歳以上の人には毎年無料でインフルエンザのワクチン注射を行っている。マンモグラフィーやワクチン注射は契約した医師が行うので患者は無料で検査を受けられる。

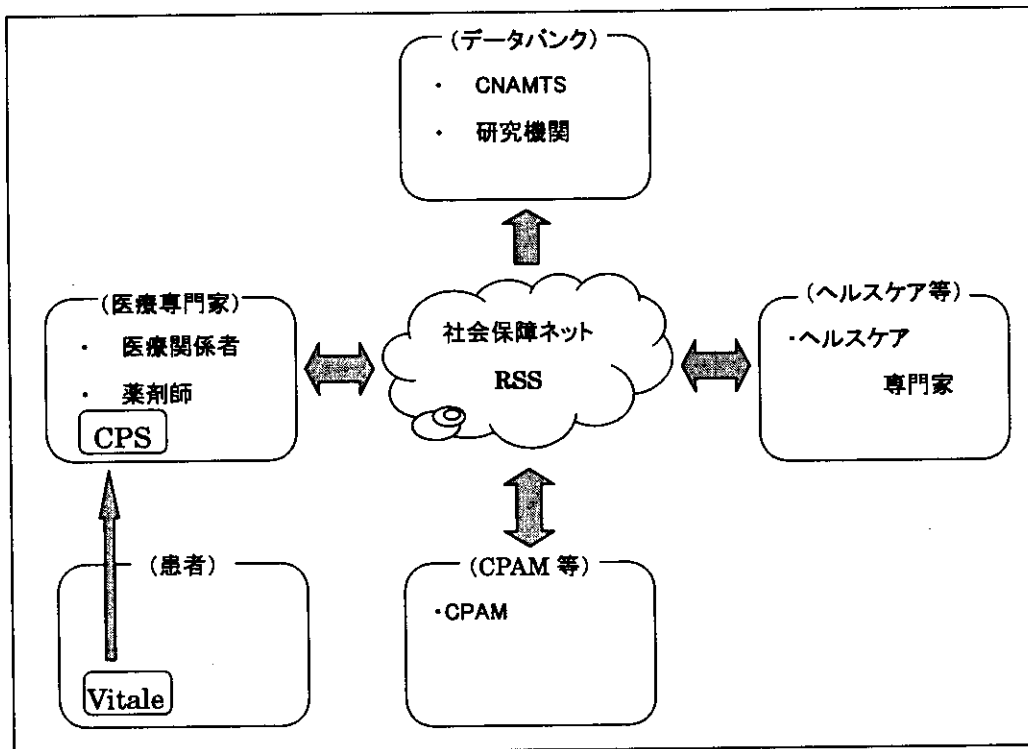
フランスにおける予防給付は、大部分が国の予算でまかなわれ、CPAM の負担は少額である。

(e) Vitale カードの活用

1980年頃、保険請求等一連の健康保険システムは、紙ベースで処理が行われており、2000年には1年間に20億枚の書類が処理されると予測されていた。膨大な書類を管理する費用や全ての書類をチェックすることが困難になりサービスの質の低下と不正請求件数の増加が避けられない。そこで、健康保険システムの近代化・効率化より、ICカードを用いた健康保険システムの実証実験が1984年のBLOIS県における小児科・産婦人科・高齢者の医療手帳²⁵⁾のICカード化を最初に行われた。また、現在使われている Vitale カード (ICカード) は、1997年より各地で試験的に導入され、1999年末までに各県で導入された。全ての制度、全国の疾病金庫、DOMTOM²⁶⁾がICカードを受付可能になった。

Vitale カードシステムでは、診療記録転記機能・電子疾病保険償還請求機能・患者の医療情報のデータベース等、いくつかの機能を搭載している(図表 2-13)。

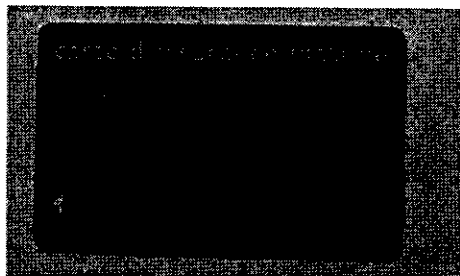
図表 2-13 ICカードを利用した健康保険システム



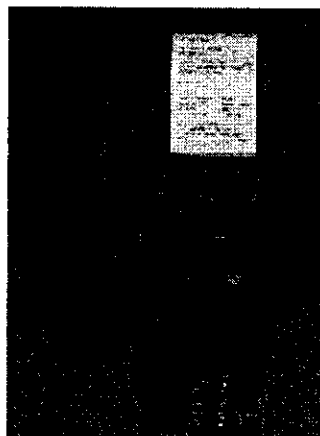
(<http://www.jatobull.co.jp> より事務局作成)

- ・ 診療記録転記機能とは、被保険者(患者)は Vitale カード(図表 2-14)を訪問した医療専門家に提示し、Vitale カードと医療専門家の CPS カードを同時に機器に挿入する(図表 2-15)。そのことにより、被保険者の基本情報と医療専門家の基本情報を新たに記入する必要がなくなり、以前手書きで記入していた診療記録の情報は直接コンピュータに入力される。

図表 2-14 Vitale カード



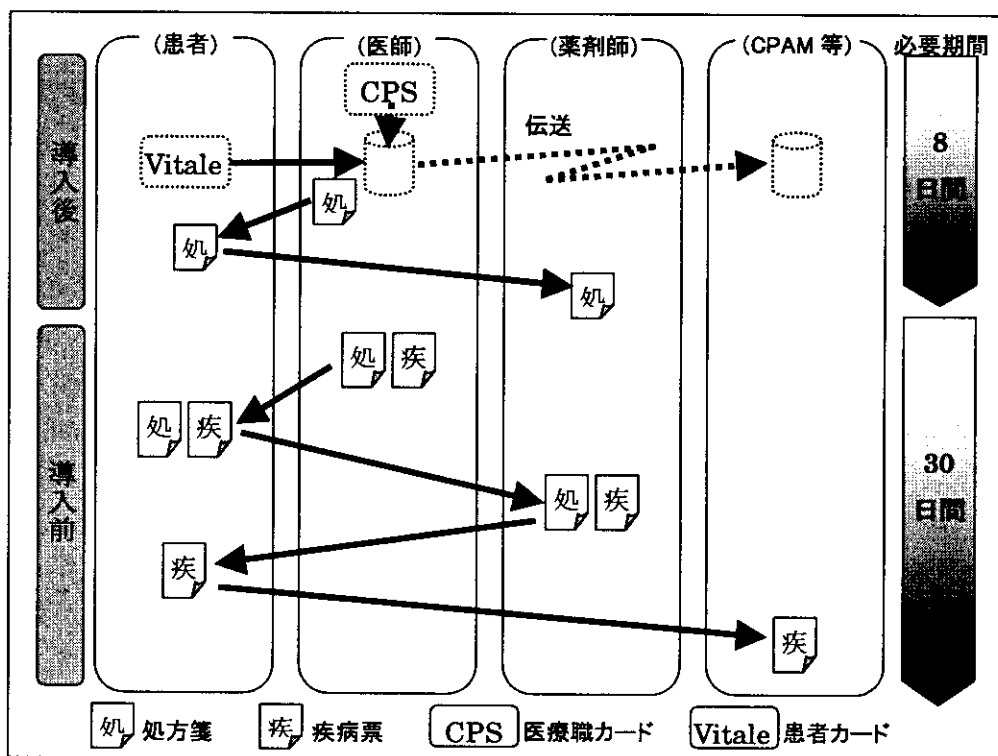
図表 2-15 Vitale カード携帯用リーダー



(出典：CPAM78)

- 電子疾病保険償還請求機能とは、FSE²⁷⁾と呼ばれる医師により行われた診療行為の種類を示すコードと医療費データが示されているものにより医師が直接社会保障ネットを介し、被保険者が所属しているCPAM等に請求を行う。患者は、疾病票を窓口で提出し医療費を記入してもらい、CPAM等の疾病金庫に疾病票を送付する一連の償還手続き行わなくても、被保険者の元に償還された医療費が届く。ペーパーレス化することにより、従来は1ヵ月近く期間が必要だったが、1週間強に償還の期間を短縮することが出来た(図表 2-16)。

図表 2-16 電子処方箋発行機能の概要



(事務局作成)

- ・ 患者の医療情報のデータベースは、患者の医療情報や医療機関情報等がデータとして蓄積されている。また、セキュリティ面に関しては、データベースと患者カードに登録されている医療データへのアクセスには、アクセス権の設定が設けられており、医療機関関係者は自分の担当する分野以外にアクセスすることは出来ない。また、セキュリティが確保されていることから自宅などからオンラインで照会することが可能である。

今回調査を行った、Yvelines 県・Val-de-Marne 県の事例を紹介する。Yvelines 県で 2000 年 5 月 5 日の内部情報誌によると 590 機関、2000 年 9 月 12 日には 1,019 機関 (Yvelines 県の一般医の 50%、専門医 20%、薬局 5% (24 軒)) が Vitale カード対応の機器を導入した。また、Val-de-Marne 県は、Vitale カードの実験県でもあったことより、被保険者の 89.91% に IC カードが普及している。1999 年 4 月 6 日～17 日に被保険者用の IC カード 676,689 枚が配布した。1999 年 4 月以降 2000 年 9 月までに 120,302 枚の IC カードが更新された。2000 年 9 月 4 日 CPS カードの利用者は 740 人 (一般医 542 人、専門医 198 人) である。現在は、入院・外来の診療群は実験的ではあるが、機能している。また、医療専門家のコンピュータは全て IC カード対応可能である。

Vitale カード導入によるメリットは、CPAM 等の疾病金庫・費保険者・医療機関それぞれ異なる。

- ・ CPAM のメリットとしては、事務コストの軽減である。事務費用の軽減とは、紙で送られてきた償還申請の内容を入力していたが、磁気情報になることより、入力コストの削減につながる。また、診療記録の基本情報部分など既存データの転記を機械的に行うため正確かつ人件費の削減が行える。
- ・ 被保険者におけるメリットは償還期間の短縮である。償還期間は、紙請求の場合 1～3 週間 (パリでは 1 ヶ月以上) 要したが、IC カードによる請求では 4～8 日に短縮される。また、償還手続きの簡略化された。
- ・ 医療機関のメリットとしては、Vitale-カード導入の為に、医師がコンピュータを購入する場合に補助がでることや機器操作の講習を受けることができる。特に経済的なインセンティブはないが、機器導入に際して、30,000FF が必要となるが、補助のために 9,000FF を CPAM から貸与ことが出来る。

現在使われている Vitale カードには、診療行為などの情報が記載されていないことから、診療行為などの情報を IC に載せた Vitale 2 システムを検討中である。Vitale 2 では、具体的には、国民 1 人 1 枚配布し行政関連情報、健康保険 (被保険者番号・企業名)、医師・病院 (緊急情報・連絡先・医療関係情報) を搭載したものを考案中である。CPAM では、すべての疾患名、検査名、治療成績、コストを把握できるデータが作成できる。しかし、すべての疾病、診療行為、治療薬についてコード化してコンピュータに入力する必要がある。現在は一般医が診療している患者の 80%の傷病名が明らかでない。今後は、IC カードの普及により、情報は Vitale カードで医師のところに集めることができる。

3. 補足制度

法定制度は強制加入の保険であり、補足制度は任意加入の保険であることは前述の通りである。法定制度の保険給付でカバーされない自己負担分をカバーするものであるが、日本には同じような制度が存在しない。そこで、混乱を避ける為に、任意保険制度と任意保険について整理する。任意加入保険の保険者は、共済組合や相互扶助組合や民間保険会社等が代表的である。日本にも存在する任意保険とは、生命保険会社をはじめとする民間保険会社による保険商品を示す。もちろん、この場合の保険者は民間保険会社である。

補足制度の経営主体別では、共済組合・民間保険会社・相互扶助組合の順番である。1998年を例にとると、フランスの総医療費は7,350億FFであり、社会保険から給付が75%、一部負担が13%、補足制度からの給付が13%である。補足制度の内訳としては、共済組合が7%、民間保険組合が3%、相互扶助組合が2%である。補足制度で大きなシェアを持っている共済組合を中心に報告する。

図表 3-1 共済制度の概要

制度	共済制度	
概要	医療・死亡・家族手当をカバーする保険 休業給付金	
根拠法	共済組合法典	
保険者	共済組合 約 5,900 組合 (全国)	
運営者	各共済組合	
運営方法	後述 (図表 3-2 参照)	
被保険者	加入条件なし 2,600 万人 以上	
保険料	学生・社会人別 ・ 給付内容別 ・ 収入別 ・ 性別 により保険料が異なる	
給付内容	現物給付	現金給付
	入院滞在費 ・ 特別室料金 入院時の診療費 ・ レントゲン検査 介添人のベッド代 ・ 歯科治療 コンタクトレンズ ・ 眼鏡 歯科プロセゼ ・ 入院の子供の世話 家事サービス ・ 老人介護人 薬を自宅まで配送	

(事務局作成)

共済制度の給付対象範囲は、契約内容にも異なるが、医療に関するものからインフルエンザ予防接種のような予防を対象にしたものや被保険者が病院等に入院した場合の子供の世話など広い範囲を保障している。また、加入者は、保険料を負担する者であれば、誰でも加入することが出来る。つまり、持病を持っているものでも、健康診断などなく加入することができる。加入方法にもいくつかあり、全く個人で共済組合と契約、企業が共済組合と契約を行い雇用者と被用者が伴に契約、企業が共済組合と契約を行う 3 パターンがあ

る。1996年には、フランスの国民の84%が補足制度に加入しており、そのうちの約60%が団体医療保険として企業が加入しており、残り40%が個人で共済組合や民間保険会社に加入している。保険料については、性別や年齢等いくつかのカテゴリー分けがされている(図表3-1)。

また、診療等の医療行為と薬剤を含めた給付方式は、3種類ある(図表3-2)。

①共済組合に自己負担分を請求する方法

疾病給付と同様に、医師・薬剤師に疾病票と共済組合に請求する際に使う償還用紙に記入してもらい、被保険者(患者)は各自が所属するCPAMや共済組合に請求を行う。

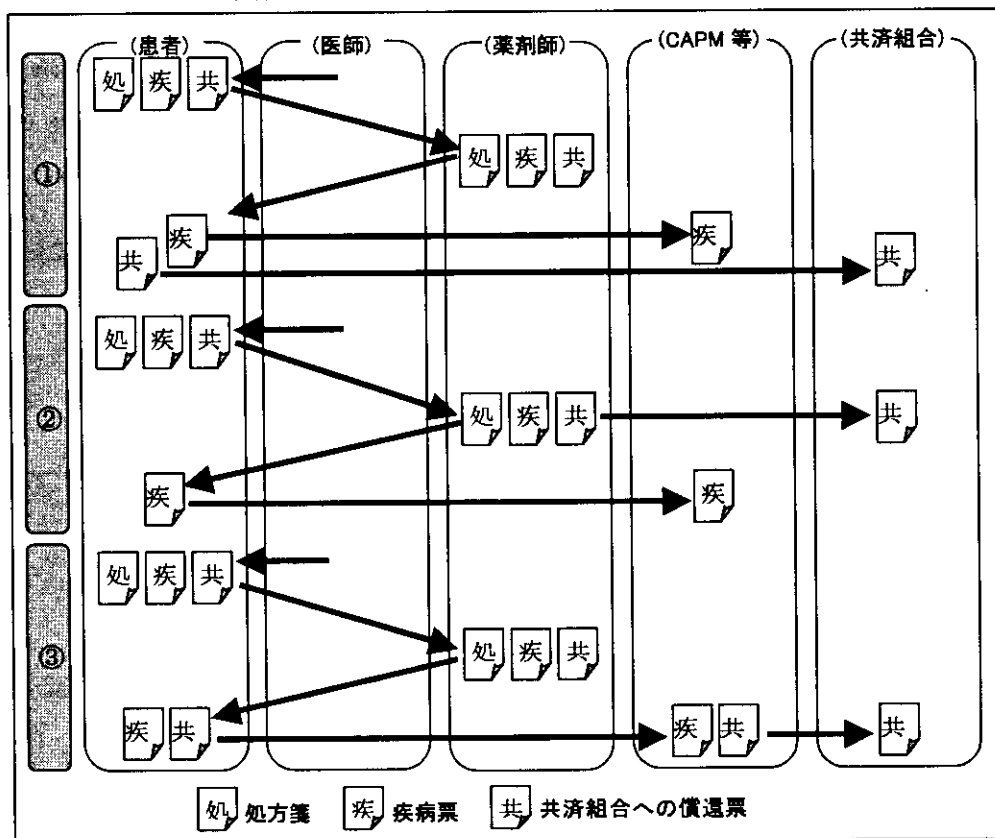
②第三者支払方式

処方箋・疾病票・共済組合への償還用紙を薬局へ患者が提出する際に、加入している共済組合組合員証を提示することにより、薬局が直接共済組合に償還払いの手続きを行う。ただし、共済組合と契約を締結している薬局のみ適応される。この場合は、被保険者は、薬局での薬代を支払う必要がないというメリットがある。

③CPAMから直接負担金の払戻しする方法

薬局から疾病票・共済組合への償還用紙を患者は受取る。疾病票と共済組合への償還払い用紙をCPAMに送付し、CPAMより共済組合に送付される。

図表3-2 共済組合における償還払い制度の概要



(事務局作成)

(1) 共済組合の役割・機能

① 共済組合の構成

次に制度の運営組織・方法について説明する。共済組合は、全国に 6,000 弱の組合が存在しており、全国連盟を結成している。全国連盟の最大規模のものは **FNMF**²⁸⁾である。その他 **FNMF** から分立した **FMF**(フランス共済連合)²⁹⁾がある。**FNMF** と **FMF**(フランス共済連合)に加盟する共済組合は過半数以上の約 3,750 である。

② 医療費抑制対策

FMF (フランス共済連盟) では、加入者の医療費支出抑制に対して独自の働きかけや研究がおこなわれている例もあるようである。例えば歯科治療の償還は現在 1/3 であるが償還率を 1/2 に、また眼鏡やプロテーゼの分野でも同様に患者の負担を軽減するというような提案がなされている。実際に、歯科についての償還率は改正が行われている。

(2) 共済組合と被保険者の関係

1996年における補足制度の加入率について下記に示す(図表3-3)。

図表3-3 区分別共済組合の加入率

区分	詳細項目	加入率
世帯収入	4,500FF以下	61.5
	4,500FF～80,000FF	69.1
	80,000FF～120,000FF	79.1
	120,000FF～180,000FF	89.8
	180,000FF以上	93.7
職業	勤労者	89.0
	失業者	60.6
	学生	84.1
	退職者、引退者	86.8
	主婦	78.0
	その他	66.3
年齢	0～19	84.9
	20～24	73.9
	25～29	81.8
	30～64	85.6
	65～89	89.7
	70歳以上	82.9
性別	男	83.5
	女	85.1
世帯構成	1人	79.8
	カップル 子供無し	87.2
	カップル 子供1人	87.2
	カップル 子供2人	90.9
	カップル 子供3人	78.1
	1人親家族	75.0
	その他	68.9
国籍	フランス	86.2
	フランス以外	49.5
人口構成	農村	88.4
	人口 2万人以下	84.3
	人口 2万人～10万人	84.2
	人口 10万人以上	84.7
	パリ	77.7

(出典：le carnet de santé de la France en 2000)

①保険給付

共済組合では、契約をする保険によりかなり受けられる給付は異なっている。ここでは、一例として保険給付と予防給付をいくつかあげる。保険給付では入院滞在費、特別室料金、入院時の診療費、介添人のベッド、レントゲン検査、歯科治療、歯科プロテーゼ、眼鏡、コンタクトレンズ等である。コンタクトレンズ等は、法定制度では保険適応外が多いが、共済組合では一定の範囲内で給付がされる場合もある(図表 3-4)。また、法定制度の自己負担分を補足する他に、入院時の子供の世話、病気の子供を家で面倒見る人をベビーシッターの派遣、家事サービス、老人介護人、20 日以上の入院の場合は家庭教師の手当てまでのサービスを行っているものもある。また薬を自宅まで届けてくれるサービスなどもある。また子供の誕生、失業などの不測の事態に特別手当を支給する共済も多い。

共済組合の給付は特別な処方薬にも適用される。つまり、疾病金庫では給付の対象外である、インフルエンザの予防接種なども、予防医学の観点から協約料金の 100%を償還するものもある。

図表 3-4 給付一覧表 (抜粋)

	診療行為	給付内容 (償還額)
医科 (外来)	診察	100%
	往診	100%
医科 (入院)	治療費	100%
	滞在費	100%
	移送費 (交通費)	100%
	入院日額	年間 60 日間
	テレビの貸出し	可
	補助的保証	100%
	医療の為に本国送還	100%
	家事補助	100%
	動物預かり	可
	薬科	薬剤
全てのワクチン		100%
第三者支払		可
歯科	歯科治療	100%
	プロテーゼ	500FF
眼科	レンズ、眼鏡枠、コンタクト	500FF
	診療補助部門	100%
	医療補助	100%
	看護婦、運動療法士など	100%
	レントゲン、分析	100%
その他	医学的質問	不可

(出典 : AXA DYNAMIS SENIOR)

給付内容（給付額）や給付額は協約料金に占める割合を表示する。また、示されている割合は、一般制度などの法定制度との合算した割合である。そのため、償還される額が実際にかかった費用を上回ることはない。1998年4月1日付けの社会保障協約料金表をもとにサラリーマンを例にとって説明する。一般医にかかり診療に115FF、処方薬に300FFかかった場合、未加入者・法定制度のみ加入者・法定制度と補足制度加入者を比較すると下記のようなになる(図表3-5)。

図表 3-5 自己負担比較表

			CPAMからの償還		共済組合からの償還		負担額
				(償還率)		(償還率)	
未加入者	医療費	115 FF	-	-	-	-	415.00 FF
	処方薬	300 FF	-	-	-	-	
法定制度 加入者	医療費	115 FF	80.50 FF	70 %	-	-	139.50 FF
	処方薬	300 FF	195.00 FF	65 %	-	-	
法定制度 補足制度 加入者	医療費	115 FF	80.50 FF	70 %	34.50 FF	30 %	0 FF
	処方薬	300 FF	195.00 FF	65 %	105.00 FF	35 %	

(出典：AXA DYNAMIS SENIOR)