

4. 課題と日本へのインプリケーション

フランスは、国民皆保険の原則のもとで、出来高払いを基本とした診療報酬体系を有する点など、わが国と医療保険制度の共通点が多いことから、フランスにおける保険者の取り組みは、わが国においても比較的容易に導入可能なものが多いと思われる。特に注目すべき点として、IC カードと通信技術を用いたレセプト伝送システム (SESAM-Vitale) と、診療ガイドラインの導入によるレセプト審査基準の明確化・透明化が挙げられよう。

1993 年の疾病保険金庫と医師の労働組合との協議において、医療費削減のための最上の方法は質に基づくアプローチであるとの考えにより、診療の質の向上を行うことが合意された³⁰⁾。その具体的な方法として、統一規格の電子カルテの開発や、診断名および診療内容のコード化とともに、強制力のある診療基準 (**Références Médicales Opposables, RMO**) の導入が決定された。

なお、フランスにおいても、RMO は必ずしも医師に十分受け入れられているわけではないことに留意する必要がある。医師団体による 62,000 人以上の医師に対する調査では、38% の医師が RMO の罰金制度について憤慨していた³¹⁾。また、医師における RMO の遵守率や認知度は必ずしも高くないとの報告もある。Durieux ら³²⁾ は一般医に対しアンケート調査を行い、8 つの診療行為の中から 4 つの RMO トピックを選択する質問、ならびに 16 の文章の中から 8 つの RMO 禁止事項を選択する質問を行った。321 名の回答者のうち 80% は時々 RMO を読んでいたと回答したが、全てに正解した者はいなかった。トピックについての正答率は 55.8%、RMO 禁止事項については 50.5% であった。当てずっぽうで回答した場合の期待正答率が 50% であることから、RMO は医師に十分浸透していないものと結論付けている。実際、1992 年から 1995 年の 4 年間に、2300 名の医師を対象に処方内容と薬剤名に関する情報が調査によると、遵守率が最高であったのは抗生物質ならびに非ステロイド性抗炎症薬 (40-45%) であり、一方、降圧剤、ステロイド、糖尿病薬については最低の遵守率 (5-15%) であった³³⁾。

RMO の医療費抑制効果も疑問視されている。薬剤処方に関する 18 の RMO の効果を調べたところ、その効果は有意であり、しかも一過性ではなく持続的であった。しかし、薬剤費の節減効果は微々たるものであったと報告されている³⁴⁾。

RMO を用いた審査における主たる限界は、情報の電子化が進展していない点にあった。上記調査においても、手作業により RMO 遵守に関するチェックが行われたため、1 名の医師の 2 ヶ月間の処方のチェックに、300-350 時間を要したという。したがって、これまでは全ての処方・検査内容の審査を行うことは実質上不可能であった。現在、導入が進められている、IC カードと通信技術を用いたレセプト伝送システム (SESAM-Vitale) により、患者にとっては迅速な治療費の償還、疾病金庫側にとっては書類による領収書の処理がなくなる、といったメリットのみならず、RMO に基づく審査の実効性も上がるのではないかと推察される。

近年、わが国においても診療ガイドラインの重要性が認識されており、平成11年3月に厚生省の医療技術評価推進検討会の報告書が公表され、この中で、診療ガイドライン対象疾患の優先順位が示された。この中で、上位11疾患（「本態性高血圧」、「糖尿病」、「喘息」、「急性心筋梗塞およびその他の虚血性心疾患」など）については、平成11年度ないし平成12年度より厚生科学研究助成金により作成に着手している。現在のところ、診療ガイドラインをレセプト審査において活用するとの明確な方向性は示されていないようである。

現状のレセプト審査で問題となっている「審査基準の不透明性・審査の地域差」に対応するためには、今後、レセプト電算処理を前提とした新たな審査基準を確立することが有用と考えられる。しかし、かつて1983年7月に厚生省がレセプト電算化（レインボーシステム）構想を公表した後、1985年1月に「電算化で審査強化」との報道があり、結果としてレインボー計画が頓挫した経緯がある。こうしたことから、現場の医師の中には、レセプト電算処理に対して依然として抵抗感を持つものも多い。レセプト電算処理に対する理解を得るためには、現状の審査基準の見直しと新たな審査基準の確立を進めることが重要と考えられる。この際には、診療ガイドラインを根拠にし医学的な妥当性を担保することや、開業医を含む多領域の代表者を参画させ合意を得ることが、必要と言えるだろう。

図表 2-9 各 CPAM における社会保障の加入状況表

地域/県	No.	農業制度	非被用者制度	特別	一般制度	合計
ILE-DE-FRANCE		145,827	477,354	351,618	10,080,914	11,055,713
Paris	75	12,647	142,083	55,771	1,912,954	2,123,455
Seine-et-Marne	76	39,740	48,281	44,105	1,072,522	1,204,648
Yvelines	78	29,546	48,458	50,139	1,256,157	1,384,300
Essonne	91	22,032	38,801	42,725	1,053,435	1,156,993
Hauts-de-Seine	92	9,153	57,124	39,556	1,307,317	1,413,150
Seine-Saint-Denis	93	7,404	53,053	42,279	1,305,278	1,408,014
Val-de-Marne	94	9,883	50,468	44,592	1,137,020	1,241,763
Val-d'Oise	95	15,622	39,086	32,451	1,036,231	1,123,390
CHAMPAGNE-ARDENNE		153,109	55,674	62,844	1,079,755	1,351,382
Ardennes	8	23,344	11,681	11,819	243,590	290,434
Aube	10	32,596	12,744	9,737	238,438	293,515
Mame	51	74,316	21,885	27,632	445,249	569,082
Haute-Mame	52	22,853	9,364	13,656	152,478	198,351
PICARDIE		153,629	81,296	69,234	1,564,537	1,868,696
Aisne	2	54,619	23,311	21,556	439,726	539,212
Oise	60	45,661	32,097	27,718	669,187	774,663
Somme	80	53,349	25,888	19,960	455,624	554,821
HAUTE-NORMANDIE		100,741	83,071	51,000	1,549,719	1,784,531
Eure	27	39,586	27,705	13,118	462,168	542,577
Seine-Maritime	76	61,155	55,366	37,882	1,087,551	1,241,954
CENTRE		249,580	125,579	91,008	1,987,579	2,453,746
Cher	18	36,034	17,457	13,906	252,830	320,227
Eure-et-Loir	28	36,513	18,988	13,101	345,508	414,110
Indre	36	35,967	14,562	7,686	175,015	233,230
Indre-et-Loire	37	49,852	29,097	26,857	446,496	552,302
Loir-et-Cher	41	42,726	17,260	7,339	247,476	314,801
Loiret	45	48,488	28,215	22,119	520,254	619,076
BASSE-NORMANDIE		188,300	80,043	45,777	1,107,457	1,421,577
Calvados	14	54,863	34,224	18,957	533,632	641,676
Manche	50	84,307	29,209	20,486	352,074	486,076
Orne	61	49,130	16,610	6,334	221,751	293,825
BOURGOGNE		167,862	91,382	80,089	1,286,254	1,625,587
Côte-d'Or	21	40,865	25,191	28,887	417,215	512,158
Nièvre	58	26,732	14,364	13,452	174,288	228,836
Saône-et-Loire	71	63,495	32,654	24,906	429,483	550,538
Yonne	89	36,770	19,173	12,844	265,268	334,055
NORD-PAS-DE-CALAIS		159,072	154,738	239,021	3,453,650	4,006,481
Nord	59	77,433	97,672	106,406	2,282,742	2,564,253
Pas-de-Calais	62	81,639	57,066	132,615	1,170,908	1,442,228
LORRAINE		109,980	83,677	201,233	1,916,496	2,311,386
Meurthe-et-Moselle	54	25,223	26,448	44,477	618,754	714,902
Meuse	55	24,394	8,905	12,564	147,377	193,240
Moselle	57	29,206	29,663	132,043	827,375	1,018,287
Vosges	88	31,157	18,661	12,149	322,990	384,957
ALSACE		68,732	53,192	63,343	1,528,722	1,713,989
Bas-Rhin	67	41,866	31,841	32,853	902,637	1,009,197
Haut-Rhin	68	26,866	21,351	30,490	626,085	704,792
FRANCHE-COMTÉ		85,816	53,574	36,521	941,323	1,117,234
Doubs	25	33,387	22,652	12,778	427,732	496,549
Jura	39	25,183	14,497	8,582	204,697	252,959
Haute-Saône	70	24,225	11,238	10,453	184,019	229,935
Territoire de Belfort	90	3,021	5,187	4,708	124,875	137,791
PAYS DE LA LOIRE		407,009	171,685	99,348	2,495,486	3,173,528
Loire-Atlantique	44	87,859	59,674	32,439	924,666	1,104,638
Maine-et-Loire	49	107,594	36,156	20,230	563,792	727,772
Mayenne	53	62,351	15,247	5,690	200,420	283,708
Sarthe	72	66,700	26,727	18,970	412,735	525,132
Vendée	85	82,505	33,881	22,019	393,873	532,278

地域/県	No.	農業制度	非使用者制度	特別	一般制度	合計
BRETAGNE		386,636	170,091	214,647	2,107,893	2,879,267
Côte d'Armor	22	100,533	36,187	32,672	369,224	538,816
Finistère	29	100,276	47,270	94,095	605,116	846,757
Ille-et-Vilaine	35	98,755	46,872	37,987	670,509	854,123
Morbihan	56	87,072	39,762	49,893	463,044	639,771
POITOU-CHARENTES		241,655	105,056	78,372	1,204,894	1,629,977
Charente	16	53,496	21,562	11,832	253,328	340,218
Charente-Maritime	17	68,675	40,949	42,644	396,484	548,752
Deux-Sèvres	80	67,949	21,204	10,323	247,270	346,746
Vienne	86	51,535	21,341	13,573	307,812	394,261
AQUITAINE		354,919	181,964	130,960	2,223,995	2,891,838
Dordogne	24	71,633	29,450	16,489	271,991	389,563
Gironde	33	104,131	71,337	55,355	1,050,379	1,281,202
Landes	40	50,612	19,968	22,554	227,650	320,784
Lot-et-Garonne	47	63,579	22,469	8,600	208,715	303,363
Pyrénées-Atlantiques	64	64,964	38,740	27,962	465,260	596,926
MIDI-PYRÉNÉES		325,391	160,718	101,062	1,932,375	2,519,546
Ariège	9	18,294	9,153	5,307	104,160	136,914
Aveyron	12	61,835	21,459	10,636	171,489	265,419
Haute-Garonne	31	51,000	53,151	32,680	879,844	1,016,675
Gers	32	50,303	12,534	4,496	104,464	171,797
Lot	46	31,921	12,578	6,088	107,050	157,637
Hautes-Pyrénées	65	22,445	16,149	11,606	172,650	222,850
Tarn	81	47,126	22,533	21,141	251,449	342,249
Tarn-et-Garonne	82	42,467	13,161	9,108	141,269	208,005
LIMOUSIN		110,688	47,129	32,033	526,983	716,833
Corrèze	19	38,699	17,205	11,034	168,244	235,182
Creuse	24	33,063	9,472	3,984	79,111	125,630
Haute-Vienne	88	38,926	20,452	17,015	279,628	356,021
RHÔNE-ALPES		334,912	325,508	148,019	4,837,758	5,646,197
Ain	1	42,217	27,481	16,989	425,241	511,928
Ardeche	7	35,622	19,471	8,373	222,540	286,006
Drôme	27	51,028	24,803	14,303	341,216	431,350
Isère	38	49,148	58,662	23,542	953,869	1,085,221
Loire	42	43,011	43,052	20,077	641,278	747,418
Rhône	69	58,801	78,125	37,353	1,402,513	1,576,792
Savoie	73	22,887	28,338	15,825	306,106	373,156
Haute-Savoie	74	32,198	45,576	11,557	544,995	634,326
AUVERGNE		174,353	88,269	49,446	1,002,950	1,315,018
Allier	3	46,049	23,933	12,721	267,248	349,951
Cantal	15	40,206	13,040	4,169	96,303	153,718
Haute-Loire	43	34,836	15,855	5,728	151,151	207,570
Puy-de-Dôme	63	53,262	35,441	26,828	488,248	603,779
LANGUEDOC-ROUSSILLON		244,609	146,585	130,544	1,745,210	2,266,948
Aude	11	51,484	18,844	22,960	215,049	308,337
Gard	30	62,737	38,043	46,530	468,741	616,051
Hérault	34	71,115	56,289	38,923	719,527	885,854
Lozère	48	18,000	5,570	2,636	46,939	73,145
Pyrénées-Orientales	66	41,273	27,839	19,495	294,954	383,561
PROVENCE-ALPES-CÔTE D'AZUR		227,119	306,506	225,644	3,722,025	4,481,294
Alpes-de-Haute-Provence	4	15,461	11,267	4,516	110,232	141,476
Hautes-Alpes	5	13,419	10,615	5,812	91,710	121,556
Alpes-Maritimes	6	30,565	89,991	26,272	874,438	1,021,266
Bouches-du-Rhône	13	59,557	93,125	85,267	1,570,797	1,808,746
Var	83	43,870	69,051	81,956	696,305	891,182
Vaucluse	84	64,247	32,457	21,821	378,543	497,068
CORSE		22,044	18,742	17,366	202,715	260,867
Corse-du-Sud	19	...	...	...	...	0
Haute-Corse	20	...	...	...	...	0
FRANCE		4,411,983	3,061,833	2,519,129	48,498,690	58,491,635
D.O.M		619,469	79,711	43,511	1,457,945	1,642,636
FRANCE ENTIERE		5,031,452	3,141,544	2,562,640	49,956,635	60,134,271

(出典：CNAMTS Indicateur Statistique 1998)

資料1 フランスの医療保険制度一覧

疾病保険制度の分類		対象者	特徴										社会保険種別				
日本語	フランス語		疾病 現物給付	疾病 現金給付	出産 現金給付	出産 現物給付	障害 手当	死亡 補償	失業 補償	老齢 保険	家族 手当	割合	保険料 徴収	疾病・出産 給付	障害給付	労災保障	
Regimes salariés																	
一般制度	Regime general	商工業の被用者	○	○	○	○	○	○	○	○	○	ACOSS	CNAMTS	CNAMTS	CNAMTS	CNAMTS	
特別制度	Regimes speciaux	特定職業の被用者	○	○	○	○	○	○	○	○	○		全国船員障害者機関	全国船員障害者機関	全国船員障害者機関	全国船員障害者機関	
		船員	○	○	○	○	○	○	○	○	○		全国船員障害者機関	全国船員障害者機関	全国船員障害者機関	全国船員障害者機関	
		パリ市交通公社	○	○	○	○	○	○	○	○	○		疾病・出産保険調整金庫				
		フランス銀行	○	○	○	○	○	○	○	○	○						
		フランス電力公社 EDF-GDF	○	○	○	○	○	○	○	○	○		現金給付: EDF-GDF制度 現物給付: CNAMTS	EDF-GDF制度	現金給付: EDF-GDF制度 現物給付: CNAMTS	現金給付: EDF-GDF制度 現物給付: CNAMTS	現金給付: EDF-GDF制度 現物給付: CNAMTS
		鉱業	○	○	○	○	○	○	○	○	○		鉱山制度	鉱山制度	鉱山制度	鉱山制度	
		軍人	○	○	○	○	○	○	○	○	○		現金国現物軍人制度	軍人制度	軍人制度	軍人制度	
		公証人の被用者	○	○	○	○	○	○	○	○	○						
		フランス水道会社	○	○	○	○	○	○	○	○	○		「本フューン」	「本フューン」	「本フューン」	「本フューン」	
		フランス国有鉄道	○	○	○	○	○	○	○	○	○		「本フューン」	「本フューン」	「本フューン」	「本フューン」	
		公務員	○	○	○	○	○	○	○	○	○		「本フューン」	「本フューン」	「本フューン」	「本フューン」	
		地方公共団体職員	○	○	○	○	○	○	○	○	○		「本フューン」	「本フューン」	「本フューン」	「本フューン」	
Regimes non salariés																	
		自営業者等	○	○	○	○	○	○	○	○	○		CANAM	CANAM	CANAM	CANAM	CANAM
		聖職者	○	○	○	○	○	○	○	○	○		CANAM	CANAM	CANAM	CANAM	CANAM
Regimes agricoles																	
		農業経営者	○	○	○	○	○	○	○	○	○		AMEXA等	AMEXA等	AMEXA等	AMEXA等	AMEXA等
		農業労働者	○	○	○	○	○	○	○	○	○		MSA	MSA	MSA	MSA	MSA
相互扶助組合	mutualite		○	○	○	○	○	○	○	○	○						
社会扶助制度		疾病保険未加入者	○	○	○	○	○	○	○	○	○						
国・地方公共団体		疾病保険の自己負担能力のない者	○	○	○	○	○	○	○	○	○						
共済組合			○	○	○	○	○	○	○	○	○						
個人保険	assurance personnelle	ア) 疾病保険への加入資格のないフランス住居者 イ) 疾病保険の加入期間、保険料納付額、給付期間等の要件を満たさない被保険者 ウ) 破綻離婚後の配偶者であった者 エ) フランスに居住の国籍労働者 オ) 欧州諸国の医療保険 参照	○	○	○	○	○	○	○	○	○						

資料2 医療保険制度別一覽

制度	被保険者		被扶養者		合計	構成比
	(内 退職者)	(内 配偶者)	(内 配偶者)	(内 子供)		
被用者制度	32,454,026	(6,670,518)	18,492,019	(13,062,528)	50,946,045	87.10%
一般制度	31,039,162	(5,897,441)	17,459,528	(12,396,265)	48,498,690	82.92%
特別制度	1,414,864	(773,077)	1,032,491	(666,263)	2,447,355	4.18%
船員	95,457	(57,248)	82,103	(58,293)	177,560	0.30%
パリ市交通公社	69,186	(29,507)	39,908	(31,461)	109,094	0.19%
フランス銀行	28,477	(12,226)	20,023	(16,667)	48,500	0.08%
鉱業	225,743	(198,170)	132,411	(45,036)	358,154	0.61%
軍人	508,167	(201,563)	426,182	(283,323)	934,349	1.60%
公証人の被用者	59,134	(17,778)	31,475	(27,177)	90,609	0.15%
フランス国有鉄道	428,700	(256,585)	300,389	(204,306)	729,089	1.25%
非被用者制度	1,935,070	(616,000)	1,178,177	(636,457)	3,113,247	5.32%
自営業者	1,885,121	(584,388)	1,176,712	(635,424)	3,061,833	5.23%
聖職者	49,949	(31,612)	1,465	(1,033)	51,414	0.09%
農業制度	3,034,876	(1,681,070)	1,377,107	(783,654)	4,411,983	7.54%
農業経営者	1,753,184	(1,059,173)	794,717	(371,923)	2,547,901	4.36%
農業労働者	1,281,692	(621,897)	582,390	(391,731)	1,864,082	3.19%
小計	37,423,972	(8,967,588)	21,047,303	(14,462,639)	58,471,275	99.97%
国民会議					11,286	0.02%
商業会議所					8,167	0.01%
ポルドー自治港					907	0.00%
小計					20,360	0.03%
合計					58,491,635	100.00%

(出典：CNAMTS Indicateur Statistique 1998)

-
- 1) 相互扶助組合 : **Mutualité**
 - 2) CMU : **Couverture Maladie Universelle** : 普遍的医療保障制度
 - 3) CANMTS : **Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salarie** : 保険者全国被用者疾病保険金庫
 - 3) CRAM : **Caisse Regionale de l'Assurance Maladie** : 地方疾病保険金庫
 - 5) CPAM : **Caisse Primaire de l'Assurance Maladie** : 初級疾病保険金庫
 - 6) 社会保障法典 : **Code de la sécurité sociale**
 - 7) CNAV : **Caisse Nationale d'Assurance Vieillesse des vailleurs salariés** : 全国被用者老齢保険金庫
 - 8) CNAF : **Caisse Nationale d'Allocation Familiale** : 全国家族手当金庫
 - 9) ACOSS : **Agence Centrale des Organismes de Sécurité Sociale** : 社会保障組織中央機構
 - 10) CAF : **Caisse d'allocations familiales** : 家族手当金庫
 - 11) URSSAF : **Union pour le Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et des Allocations Familiales** : 社会保障および家族手当保険料徴収組合
 - 12) コンサルタントドクター : **contrôle médicale** : 一般的に医学部卒業と同時に試験を受け資格を取った医師が多い。CNAMTS のコンサルタントドクターになるためには、臨床経験も必要である。
 - 13) ジュベプラン : **Juppé plan** : 1995 年 11 月 15 日に医療抑制政策について 7 つの分野について公示された計画。
 - 14) ANAES : **Agence Nationale d'Accreditation et d'Evaluation en Santé** : 全国医療評価認証機構
 - 15) PSPH : **Participant Service Hospitalier Public** : 公的病院サービス参加病院 : 24 時間全ての患者を受け入れることを条件に許可が出る。フランスの病院の 80% を占める。
 - 16) 全国協約 : **convention nationale** : 1971 年より適用された、全ての開業医が対象となり医師組合と全国医療保険金庫との間で約 5 年毎に改定、締結される協約。
 - 17) 一般医 : **généraliste** : 6 年間の医学教育過程 (大学の医学部) を終了し、インターン試験合格後、2 年間の医学実習を受ける。
 - 18) 専門医 : **spécialiste** : 医師の全体の半数を占め、麻酔科・放射線科の医療専攻・一般外科・産婦人科等の外科専攻のほか、精神学、公衆衛生学、産業医学、生物学の 6 分野に分かれている。6 年間の医学教育過程を終了後、インターン試験合格し、3~5 年間の専門医研修を受ける必要がある。
 - 19) FF : フランスフラン (1FF = 16.92 yen 2001 年 3 月 13 日現在)
 - 20) ARH : **Agence Régionale de l'Hospitalisation** : 地方病院庁
 - 21) RMO : **Référence Médical Opposable** : 拘束力のある医療基準
 - 22) PMSI : **Projet Médicalisation du Système d'Informatisation** : 病院活動情報化計画
 - 23) ESI : **Espace Services Information** : 情報サービスセンター
 - 24) 審査医 : **Médecin Conseil**
 - 25) 医療手帳 : **Carnet de santé**

-
- 26) DOMTOM : 海外県ならびに海外領土
- 27) FSE : Feuille de Soins Electronique : 電子疾病保険償還請求用紙
- 28) FNMF : Fédération National Mutualité Française : フランス全国共済連盟
- 29) FMF : Fédération des Mutuelles de France : フランス共済連盟
- 30) Convention nationale destinée à organiser les rapports entre les médecins libéraux et les caisses d'assurance maladie. Annexe de l'arrêté du 25 novembre 1993 portant approbation de la convention nationale des médecins. Journal officiel de la République Française, 6 novembre 1993, 16297-16311.
- 31) Dorozynski A: French doctors grumble at healthcare reforms. BMJ 316: 1407, 1998
- 32) Durieux P, Gaillac B, Giraudeau B et al.: Despite financial penalties, doctors' knowledge of standards of practice is poor in France. Proceeding of the 15th annual meeting of the International Society of Technology Assessment in Health Care, 67, 1999
- 33) Le Fur P, Sermet C: Les références médicales opposables, impact sur la prescription pharmaceutique. Paris: Centre d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (No.1116), 1996
- 34) Le Pape A, Sermet C: Les références médicales opposables sur le médicament : bilan de trois années d'application. Paris: Centre d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé (No.1237), 1998

<参考文献>

- ① 加藤智章 1995 『医療保険と年金保険 フランス社会保障制度における自律と平等』 北海道大学図書刊行会
- ② 藤井良治 1996 『現代フランスの社会保障』 東京大学出版会
- ③ 藤井良治・塩野谷祐一編 1999 『先進諸国の社会保障⑥』 東京大学出版会
- ④ 週間社会保障編集部 編 1999 『欧米諸国の医療保障』 榊法研
- ⑤ 医療経済研究機構 1999 『フランス医療関連データ集【1999年版】』 財団法人 医療経済研究・社会保険福祉協会
- ⑥ 伊奈川秀和 2000 『フランスに学ぶ社会保障改革』 中央法規

第5章 オランダ訪問報告書

大森 正博
湯澤敦子グレイス

1. 調査の目的と医療制度の概要

社会保障制度の特徴は、長期疾患をカバーする保険と短期医療をカバーする保険の2階層方式の保険制度である(図表 1-1)。1967年12月14日 AWBZ¹⁾が成立、長期化した疾患をカバーする国民皆保険の特別医療費保険²⁾が開始した。一方で、短期的な疾患等をカバーする保険が加入者の年収・職業によって、疾病基金保険³⁾、私的保険⁴⁾、公務員保険⁵⁾の3つの保険に分かれている。疾病基金保険は、1964年10月15日 Zfw⁶⁾により成立した。現在、国民の約64%が加入している。私的保険は、1998年 Wtz⁷⁾により成立した。現在、約31%の加入者がいるが、加入条件の設定が緩やかなこともあり、増加傾向にある。公務員保険は、1929年の公務員法⁸⁾等の福利厚生部分に記載されていたが、1981年より Zfw の下位法として ZV0⁹⁾により成立した。また、特別医療費保険の保険給付範囲は、医療サービス・介護サービスの境界なく、365日を超える診療・入院等が対象となっている。このように公的保険における介護サービスの導入は世界的にも稀である。

図表 1-1 保険制度構造図

短期疾患を対象とした保険		
疾病基金保険 (64%)	私的保険 (31%)	公務員 保険 (5%)

長期疾患を対象とした保険 (強制加入)
特別医療費保険 (100%)

(事務局作成)

特別医療費保険の加入対象者は、オランダ在住者であれば、国籍、所得額、雇用されているかいないかに関わりなく強制的に加入し、非居住者であっても、オランダで雇用され、賃金・所得税を納めている場合は強制加入である。保険者は、国であるが、短期医療保険の保険者である疾病基金保険会社・私的保険会社・公務員共済組合が政府の代行として、

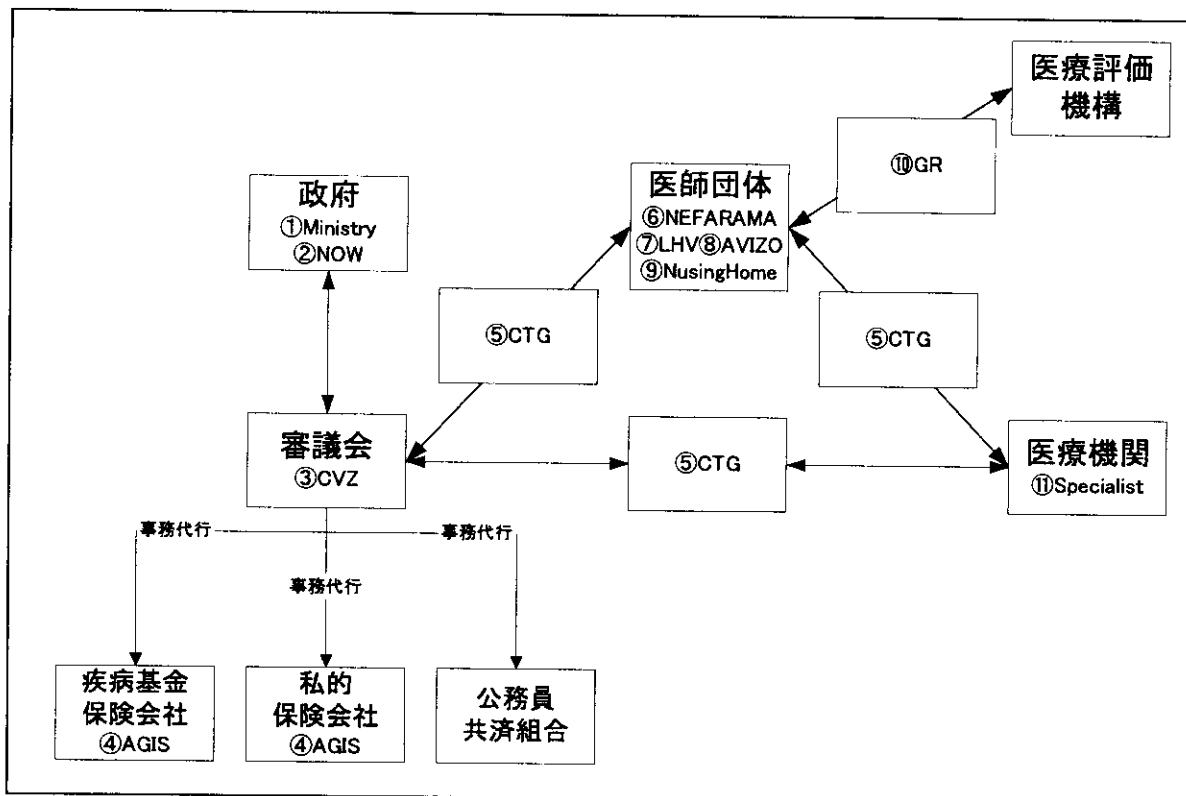
事務を司っている。今回、調査の対象とするのは政府と疾病基金保険会社である。

短期医療保険の給付範囲は、各制度により異なる。加入要件についても、制度により異なる。疾病基金保険の加入対象者は、年収が 64,600NLG¹⁰⁾未満の被用者・一定条件を満たした年金受給者・退職者とその家族である(2000年7月現在)。私的保険の加入対象者は、年収が 64,600NLG以上の被用者もしくは、自営業者とその家族である。公務員保険の加入対象者は、国家公務員・地方公務員とその家族である。保険者は、順に疾病基金保険会社、私的保険会社、公務員共済組合である。今回、調査の対象としている保険者は、加入者の割合が 64%と高い疾病基金保険会社である。

2000年4月1日より施行された日本の「介護保険制度」は、ドイツの介護保険制度を参考にしたことは周知の通りであるが、そのドイツの制度はオランダの特別医療費保険を参考にしたと言われている。オランダにおける保険者機能に着目した研究をすすめる。本調査では、国民の半分以上が対象になっている疾病基金保険の保険者である疾病保険会社と全国民が加入している特別医療費保険の保険者である政府に着目し、保険者機能について訪問調査を行った。その調査を踏まえ、オランダ独自の保険者機能について調査・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月にオランダに訪問した調査結果をもとに、保険者機能の観点より次のように纏めた。まず、特別医療費保険の保険者である政府の保険財政の実態・仕組み、保険給付の実態・仕組みについて整理し、次項において短期医療保険の保険者である疾病基金保険会社・私的保険会社の保険財政の実態・仕組み、保険給付の実態などについて整理を行った。さらに、オランダにおける保険者機能の実態を踏まえ、特別医療費保険と短期医療保険における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	The Ministry of Health, Welfare and Sport 健康・福祉・スポーツ省	医療保険制度の法律の改定などを行う。一方で長期医療費保険の保険者としての役割をする。	保険者機能の法的な部分 関連機関との関係
②	NOW Netherlands Organization for Scientific Research 政府管轄研究機関	7 分野における基礎から応用研究に関する幅広い科学技術研究機関。1 分野として健康・医療に関する研究がある。	医療経済の動向について 医療保険法改革について
③	CVZ College voor Zorgverzekeringen 健康保険審議会	各保険者と医療サービス供給者間で契約を行う際に、それぞれの諮問結果により、最終的な審議を行う。	保険者と医療サービス供給者 間の契約について
④	AGIS GROEP 保険会社	3つの地方疾病保険を持ち、160 万人の疾病基金保険の被保険者、10 万人の私的保険の被保険者を抱えている。	保険者機能
⑤	CTG Centraal Orgaan tarieven gezondheidszorg 健康保険審議会	疾病基金保険とその他各短期医療保険との調整を行う公的な機関。	保険者機能
⑥	Nefarma 製薬協会	製薬・調剤の調査研究機関。	製薬業界の動向 他機関との関係
⑦	LHV Dutch GP's Association Landelijke Huisartsen Vereniging 一般医医師組合	1979 年に設立し、開業医を中心とした一般医の医師組合。オランダの一般医の約 90%が組合に加入している。	モデルコントラクトについて 紹介制度について
⑧	AVIZO 薬剤組合	薬局協会。	保険者・被保険者への薬剤情報 等の情報提供について 製薬業界の動向
⑨	The Nursing Home Association ナーシングホーム協会	Leiden 地区の 9 つのナーシングホームを取りまとめている協会。	紹介制度について 他機関との関係
⑩	GR Health Council of the Netherlands Gezondheidsraad 医療の質評価機構	1902 年に創設し、オランダの公的保険の品質管理機関。	医療の質について
⑪	Specialist 泌尿科専門医	Leiden にある総合病院の泌尿科の専門医。	紹介制度について 他機関との関係

(事務局作成)

2. 特別医療費保険

特別医療費保険は、全国民を対象とした強制加入の保険制度である。特別医療費保険は、AWBZにより定められている。また、加入者はオランダ国籍の有無にかかわらずオランダに住んでいる者、オランダで雇用され所得税を納めている者である。加入者のうち被用者は、所得により保険料を支払い、事業主も負担をする。また、非被用者は全額を負担する。疾病に関する給付は、365 日以上の入院医療・精神病院における精神医療・在宅ケアなど長期的な疾病を対象としている。しかし、地域のニーズや政策的判断を反映して段階的に給付内容を拡大し、現在のような介護サービスが保険給付適応になった。給付は原則として、現物給付であるが、1996 年より介護に関するサービスは現金給付も加わった。また、特別医療費保険の保険者は政府であるが、実際の運営等は被保険者が加入している短期医療保険の保険者が特別医療費保険の償還と運営を纏めて行っている(図表 2-1)。

また、疾病給付方式は一部負担額のみを窓口で支払う方式である。現在の日本と同じシステムである。

図表 2-1 特別医療費保険の概要(2000 年)

制度	特別医療費保険	
概要	治療、療養に 365 日以上を必要とする疾患を中心にカバーする保険	
根拠法	特別医療費保障法 (The exceptional Medical Expenses Act, AWBZ)	
保険者 (条件含む)	政府	
運営者	疾病金庫、私的保険会社、公務員共済組合が代行	
被保険者	オランダの住居者 (国籍、所得額、収入の有無を問わず) オランダで雇用され、賃金、所得税を納めている者	
保険料	加入者の所得により異なるが、課せられる額の上限はある。 (所得の 9.6%、最大額 47,184NLG (1998 年 Sickness Insurance Found Council)) 被用者……雇用者が全額負担 非被用者…非被用者自身が自己負担	
運営方法	図表 2-2 参照	
その他財源	政府の補助金	
給付内容	現物給付 <ul style="list-style-type: none"> ・ 365 日以上の入院医療 ・ 精神病院での精神医療 ・ 在宅ケア ・ ナーシングホームおよび身体障害者施設でのケア ・ リハビリテーション ・ 身体障害者ホステルへの入所 ・ 児童に対するワクチン ・ 精神薄弱者 (知的障害者) のケア ・ 非診療所精神科ケア ・ 先天性代謝異常の検査 ・ 親子に対するサービス (母子検査等 予防医療も含めたサービス) <p style="text-align: right;">等</p>	現金給付 <ul style="list-style-type: none"> ・ ホームケア ・ 精神障害者ケア
その他	年齢区分なし。	

(事務局作成)

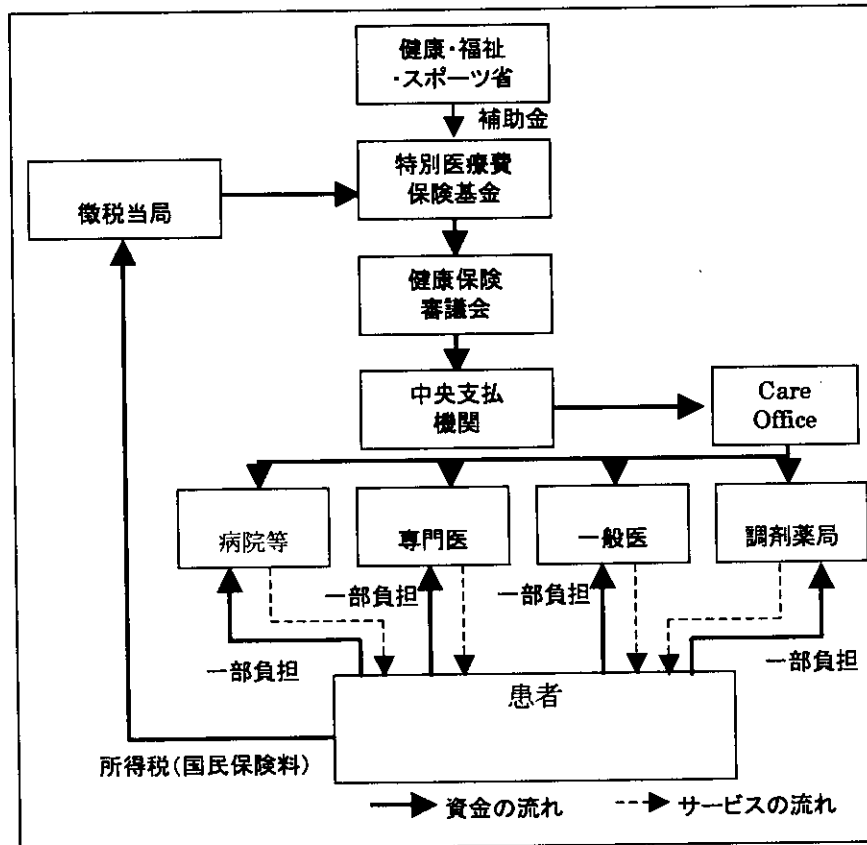
(1) 政府の構成

① 財政の運営・管理

特別医療費保険はオランダの医療支出の約 35%を占め、すべての居住者に対するサービスを行っている。また、特別医療費保険の財政の内訳は、約 85%が社会保障予算からの支出が占め、10%未満が政府からの補助金、7%が広域での利用者負担である。

被保険者の保険料は、所得税の一部を国民保険料として徴税当局より徴収する。その集められた保険料と政府の補助金は特別医療費保険基金¹¹⁾で合算される。その合算されたものは、健康保険審議会¹²⁾を経て、中央支払機関¹³⁾で各保険会社にかかった費用を分配する。各保険会社では、その費用を被保険者に償還するシステムである(図表 2-2)。つまり、保険料の財源は、人々の所得に比例して徴収される保険料と政府より補助金として配布される一般財源を一括して保険運用し、保険業務を代行している各保険会社に費用を償還する流れである。

図表 2-2 特別医療費保険の運営図



② 医療計画

市場のメカニズムがオランダの医療保険制度に反映されているが、既存の病院に対しての人口対病床数や高度医療機器数などの規制はない。一方、病院などの医療機関の建設については、病院施設法により厳格に規制されている。具体的には、病院施設委員会が人口あたりのベッド、専門医の職種別数、新規に医療機関をつくる場合のベッド数、ニーズ、各医療機関の機能、地域特性を考慮し、最初のガイドラインを作成する。地方レベルで同じ項目について計画を作成し、最終的には厚生大臣による認可が必要である。このような形で、各地域の種類別のベッド数、専門医の数などについて政府により制御されている。(健康・福祉・スポーツ省のヒアリングより)

③ 医療の質向上

現在、政府では医療の質を向上するための対策や計画を立てていない。今後は、医療の質向上の対策として、普遍的な医療機関等へのアクセス機能を検討している。つまり、サービスの量・価格・質については、保険者と医療供給サイドで協定を締結することによりアクセスが制限される。このような計画を特別医療費保険でも行おうとしているが管理や契約の分散などの面から難しい。

(2) 政府と保険会社

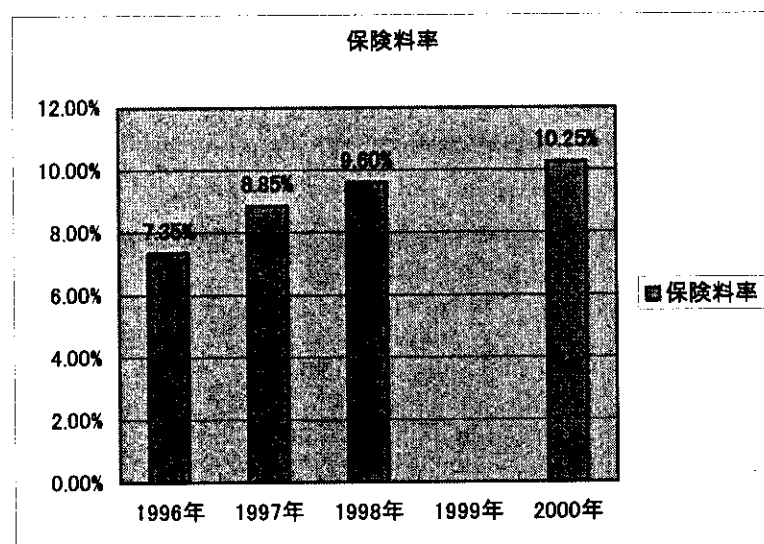
特別医療費保険の保険者は政府であるが、短期医療保険の保険者である疾病基金保険、私的保険、公務員保険が政府を代行して事務を司っている。この事務代行は、1998年から、地域単一支払い者により行われてきた。地域単一支払い者とは、入札で決められる。2000年より名称が変わり、Care Officeとなった。これまでの傾向としては、地域で最大規模の疾病基金保険会社がCare Officeの許可を得ている場合が多い。しかし、業務成績などにより、更新されることも取り消されることもある。

(3) 政府と被保険者の関係

① 財政の運営・管理

特別医療費保険の所得に対する保険料率を示す(図表 2-3)。但し、一定所得以上は定額の保険料である。

図表 2-3 特別医療費保険の保険料率



(出典:世界の社会福祉⑧)

② 保険給付

現在、特別医療費保険では医療サービス・介護サービスの境界なく保険給付が行われている(図表 2-4)。また、日本では医療サービスの対象外の福祉サービスが含まれている点についても1つの特徴と言える。歴史的には、デッカープランにより高齢者ホーム等のソーシャルサービスが追加された。1992年～1996年は、薬剤サービス、リハビリテーション、補装具の給付・貸与も給付対象となっていたが、1996年に短期医療保険の給付対象に移行した。また、1995年には、ホームケアと精神障害者ケアの現金給付が開始された。この現

金給付とは、在宅ケアなどを行っている場合の家族や被保険者の「ニード」に見合った額を受け取ることが出来る。具体的には、ホームケアや精神障害者ケアの給付を受ける者が、現金給付を受ける際の金額の決定は、州の第三者組織が行う。また、年間の現金給付の使用用途などの計画を提出する必要がある。なお、被保険者が自由に使える枠も一部ある。

図表 2-4 特別医療費保険の給付対象サービス

保険でカバーされている医療・介護サービス

- a. 栄養指導
- b. 入院医療
- c. ナーシングホーム及び身体障害施設でのケア
- d. Arnhem の HetDorp における障害者ケア
- e. 身体障害者ホステルへの入所
- f. 身体障害者デイサービスセンターへの通所
- g. ナーシングホームにおける外来ケア
- h. 在宅ケア
- i. リハビリ
- j. 精神病院における精神医療
- k. 一般・大学病院の精神科における精神医療
- l. 精神科外来の地方施設 (RIAGG) によるサービス
- m. 地方組織による Sheltered accommodation におけるサービス
- n. 非診療所精神科ケア
- o. 精神科外来
- p. パートタイムの精神科治療
- q. 視覚障害者のケア
- r. 聴覚障害者のケア
- s. 精神薄弱者のケア
- t. 精神薄弱者のデイセンターの通所
- u. 精神薄弱者のホステルへの入所
- v. 妊娠中の B 型肝炎の検査
- w. 親子に対するサービス
- x. 先天性代謝異常の検査
- y. ワクチン (児童に対して)

(出典: Health Insurance in the Netherlands 2000)

(4) 政府と医療供給サイドの関係

① 診療報酬等の協約締結

政府は、一般医などの医療供給サイドと契約を締結する。政府は、個々の医療供給サイドの代表する全国組織に諮問しなければならない。その諮問により「諮問結果」と呼ばれる文書が作成され、「諮問結果」が健康保険審議会によって認められると健康保険審議会によりモデル契約を作成する。モデル契約とは、保険者が医療供給サイドと保険給付を行う診療行為などについて示されている契約書である。また、モデル契約には、診療行為などのサービス価格は決められていない。価格については、医療料金表に基づき医療料金中央審議会が設定した価格が原則であるが、設定されている価格よりも安く契約をすることもできる。その際には、各代表者と医療供給サイドの直接的な交渉により価格を設定することが可能である。ただし、その際にはモデル契約に価格について記載する必要がある。その価格を記載した、契約書は再び健康保険審議会の認可を受けなければならない。

3. 短期医療保険

短期医療保険は、年収・職域により疾病基金保険・私的保険・公務員保険がある。疾病基金保険の加入条件は年収 64,600NLG 未満の被用者とその家族、年金受給者とその家族、一定条件下の退職者とその家族を対象としている。公務員保険は、地方・国家公務員とその家族が対象となっている。公務員保険は、加入者も少なく、保険構造としては疾病基金保険と同じであることから、一説に疾病基金保険と統合の話もある。最後に私的保険は、年収 64,600NLG 以上の被用者とその家族、自営業者とその家族等が加入する。しかし、住所不定者などは短期医療保険には加入していない場合が多い。また、保険料は、疾病基金保険と公務員保険に関しては所得の一定比率を事業主と被用者が其々負担する所得比例方式で算定したものと定額保険料の合算額である。一方、私的保険は契約の形式により異なるが定額保険料が多い。疾病に関する給付は、一般医・専門医による診療や歯科診療の一部や 365 日未満の入院等を対象としている。なお、疾病などに関する給付方式は現物給付で行っている(図表 3-1)。

図表 3-1 短期医療保険の概要(2000 年)

制度	短期医療保障制度		
	疾病基金保険	私的保険	公務員保険
概要	1 年未満の短期医療費をカバーする保険で、加入者の年収、職業によって 3 つの制度が分立している。		
根拠法	Zfw	Wtz	公務員法
保険者	疾病金庫(営利)	私的保険会社(営利)	公務員共済組合
運営者	疾病金庫	私的保険会社	疾病保険会社 (事務代行を行っている)
被保険者 (条件含む)	年収 64,600NLG 未満 被用者	<ul style="list-style-type: none"> ・ 年収 64,600NLG 以上 被用者 ・ 自営業者等 ・ 疾病基金保険、公務員保険の未加入者の任意加入者 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 地方・国家公務員 ・ 対象公務員の家族
保険料	所得比例保険料 (費用が所得比例保険料による収入を上回ったとき、政府の補助金と保険加入者に対して定額保険料を課する) 定額保険料	定額保険料(一人あたり)	所得比例保険料 (費用が所得比例保険料による収入を上回ったとき、政府の補助金と保険加入者に対して定額保険料を課する) 定額保険料
運営方法	図表 3-2 参照		
その他財源	なし		
給付内容	現物給付		現金給付
	<ul style="list-style-type: none"> ・ GP の診療 ・ 専門医の診療(精神科医を除く) ・ 歯科治療の一部 ・ 病院における最初の 365 日間の診療行為や看護 ・ 短期医療や療養に必要なサービス 		<ul style="list-style-type: none"> ・ 出産に関する給付
その他	追加的なカバーを購入する事も可能。	政府の規程により基本的な医療サービスをカバーするを提供することが義務付けられている。	追加的なカバーを購入する事も可能。

(事務局作成)