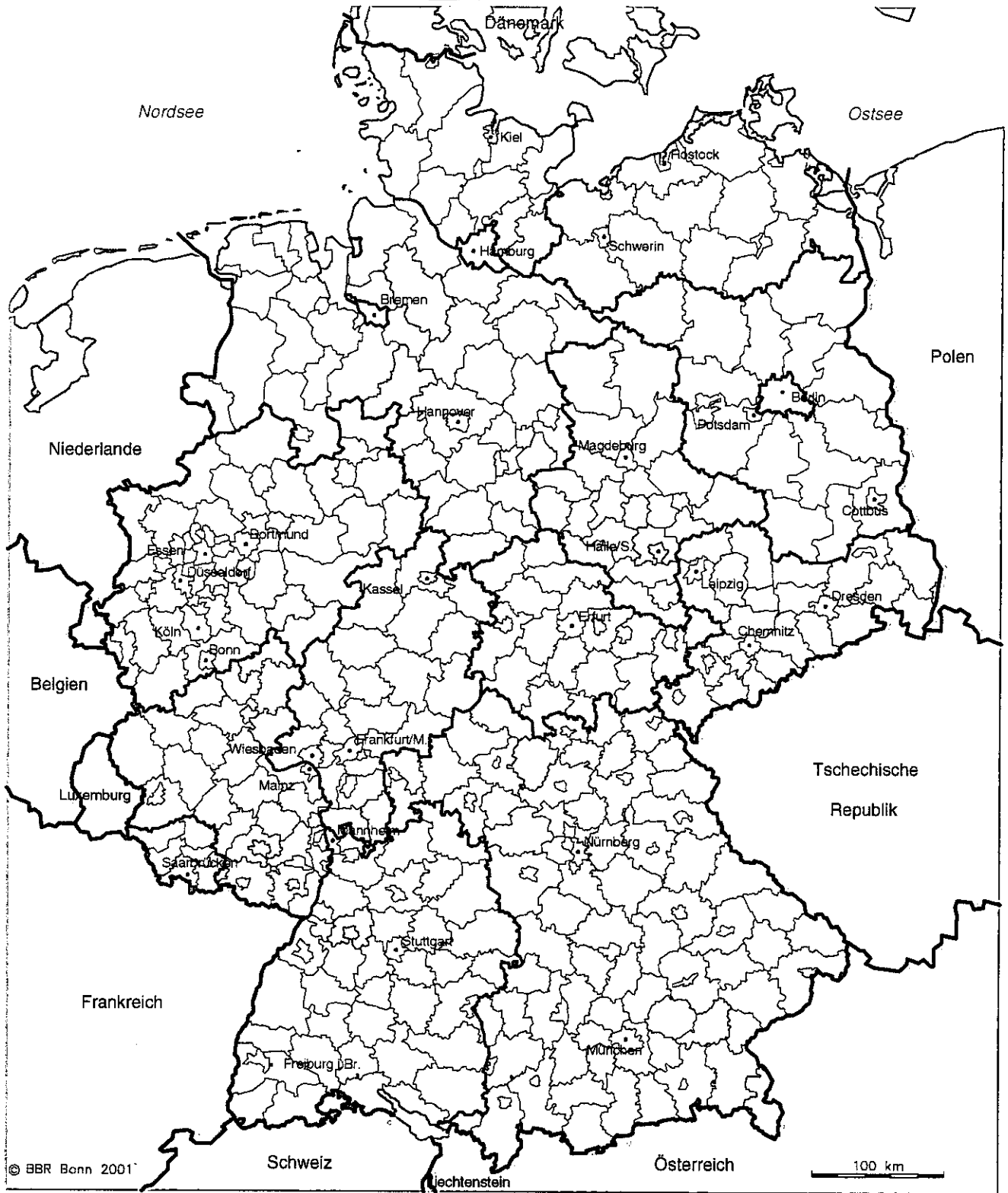


KBV

Versorgungsgrad in Prozent je Planungsbereich
 Arztgruppe: Kinderärzte

小児科



Anzahl Planungsbereiche für Berlin (12):	
	0,0 bis 50,0 Prozent
	50,1 bis 100,0 Prozent
	100,1 bis 110,0 Prozent
	über 110,0 Prozent
	gesperrter Planungsbereich

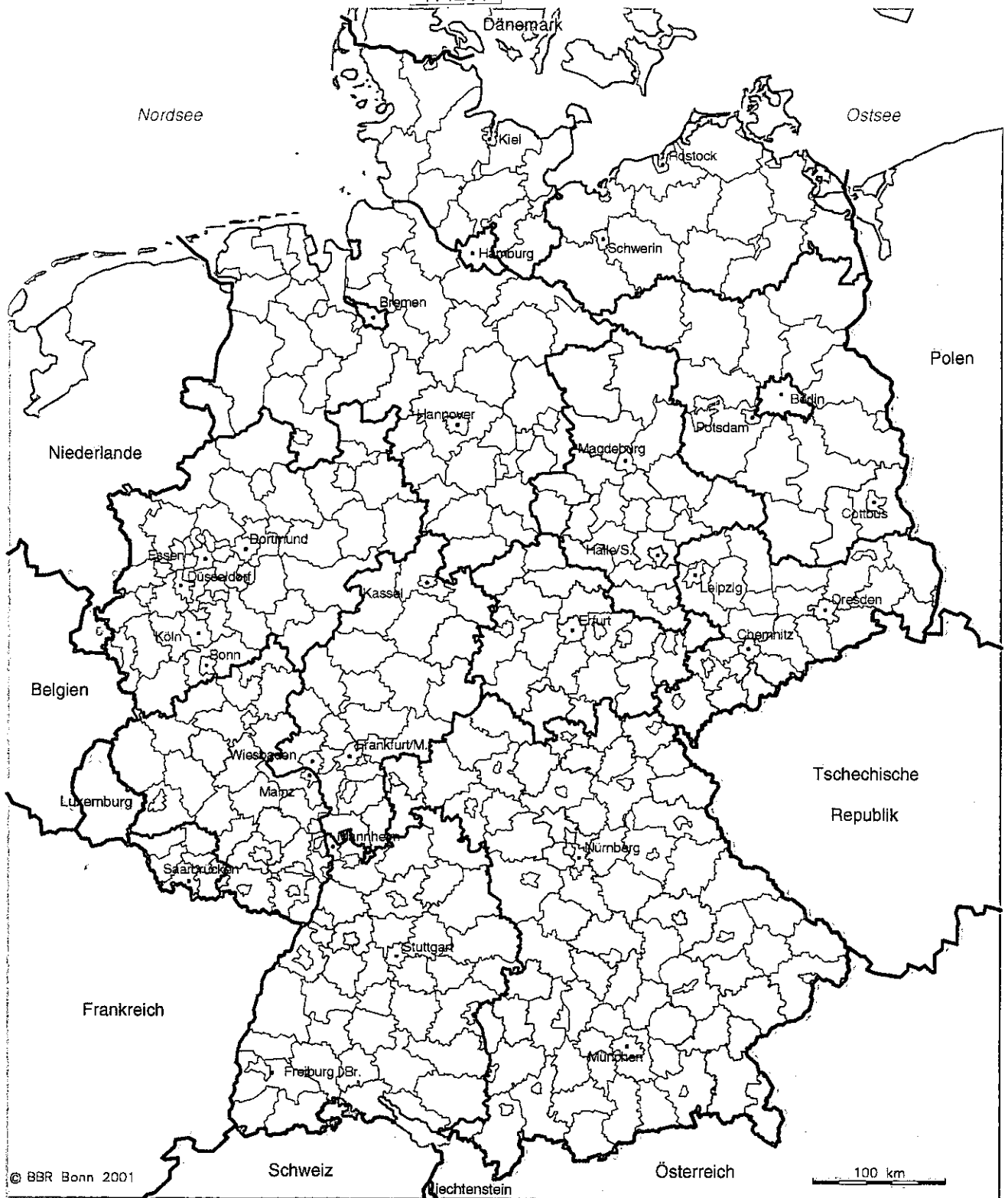
Anm.: Der Versorgungsgrad (in Prozent) gibt den aktuellen Stand des Einwohner-Arzt-Verhältnisses bezogen auf das Basisjahr 1990 (Bundesdurchschnitt) wieder.

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung Köln, nach Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen über Feststellungen der Landesausschüsse

Stand: Anfang 2001

0
0
1
11

神経科



© BBR Bonn 2001

	0,0 bis 50,0 Prozent
	50,1 bis 100,0 Prozent
	100,1 bis 110,0 Prozent
	über 110,0 Prozent
	gesperrter Planungsbereich

Anzahl Planungsbereiche für Berlin (12):

	0
	1
	2
	9

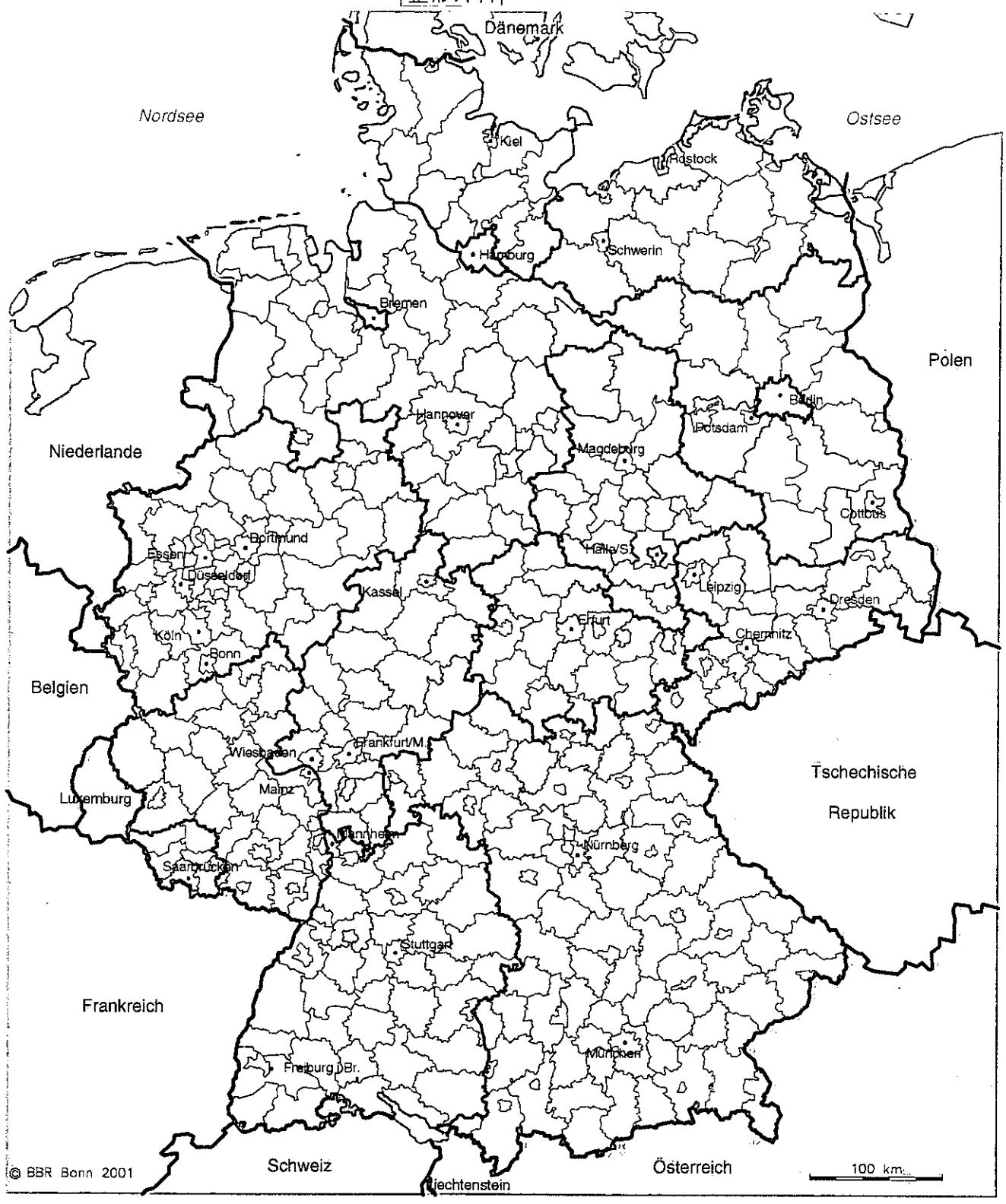
Anm.: Der Versorgungsgrad (in Prozent) gibt den aktuellen Stand des Einwohner-Arzt-Verhältnisses bezogen auf das Basisjahr 1990 (Bundesdurchschnitt) wieder.

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung Köln, nach Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen über Feststellungen der Landesausschüsse

Stand: Anfang 2001

KBV Versorgungsgrad in Prozent je Planungsbereich
 Arztgruppe: Orthopäden

整形外科



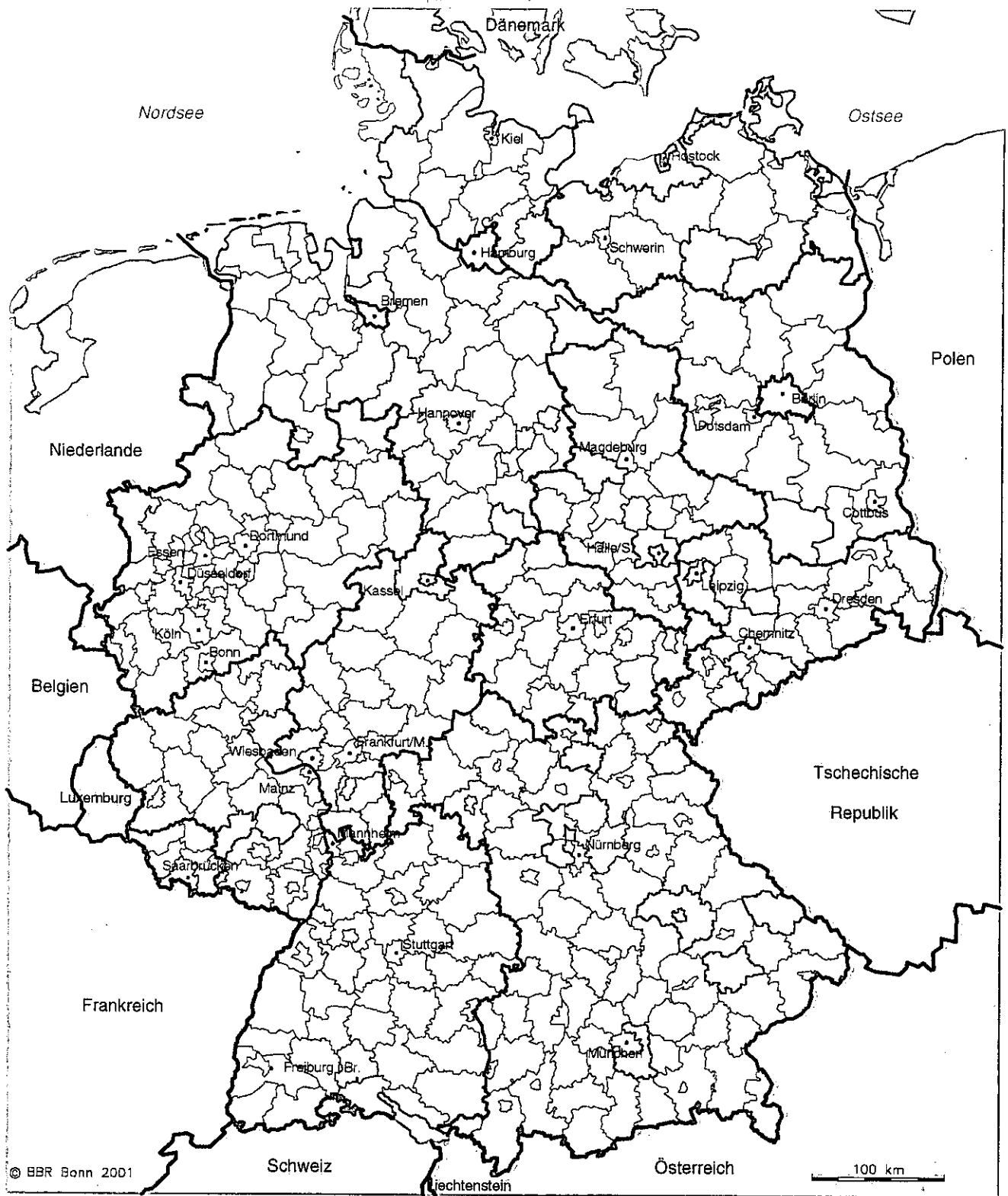
Color/Pattern	Anzahl Planungsbereiche für Berlin (12):
White	0
Light Gray	2
Medium Gray	3
Dark Gray	7
White with border	gesperrter Planungsbereich

Anm.: Der Versorgungsgrad (in Prozent) gibt den aktuellen Stand des Einwohner-Arzt-Verhältnisses bezogen auf das Basisjahr 1990 (Bundesdurchschnitt) wieder.
 Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung Köln, nach Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen über Feststellungen der Landesausschüsse
 Stand: Anfang 2001

KBV

Versorgungsgrad in Prozent je Planungsbereich
 Arztgruppe: Radiologen

放射線科



	0,0 bis 50,0 Prozent
	50,1 bis 100,0 Prozent
	100,1 bis 110,0 Prozent
	über 110,0 Prozent gesperrter Planungsbereich

Anzahl Planungsbereiche
für Berlin (12):

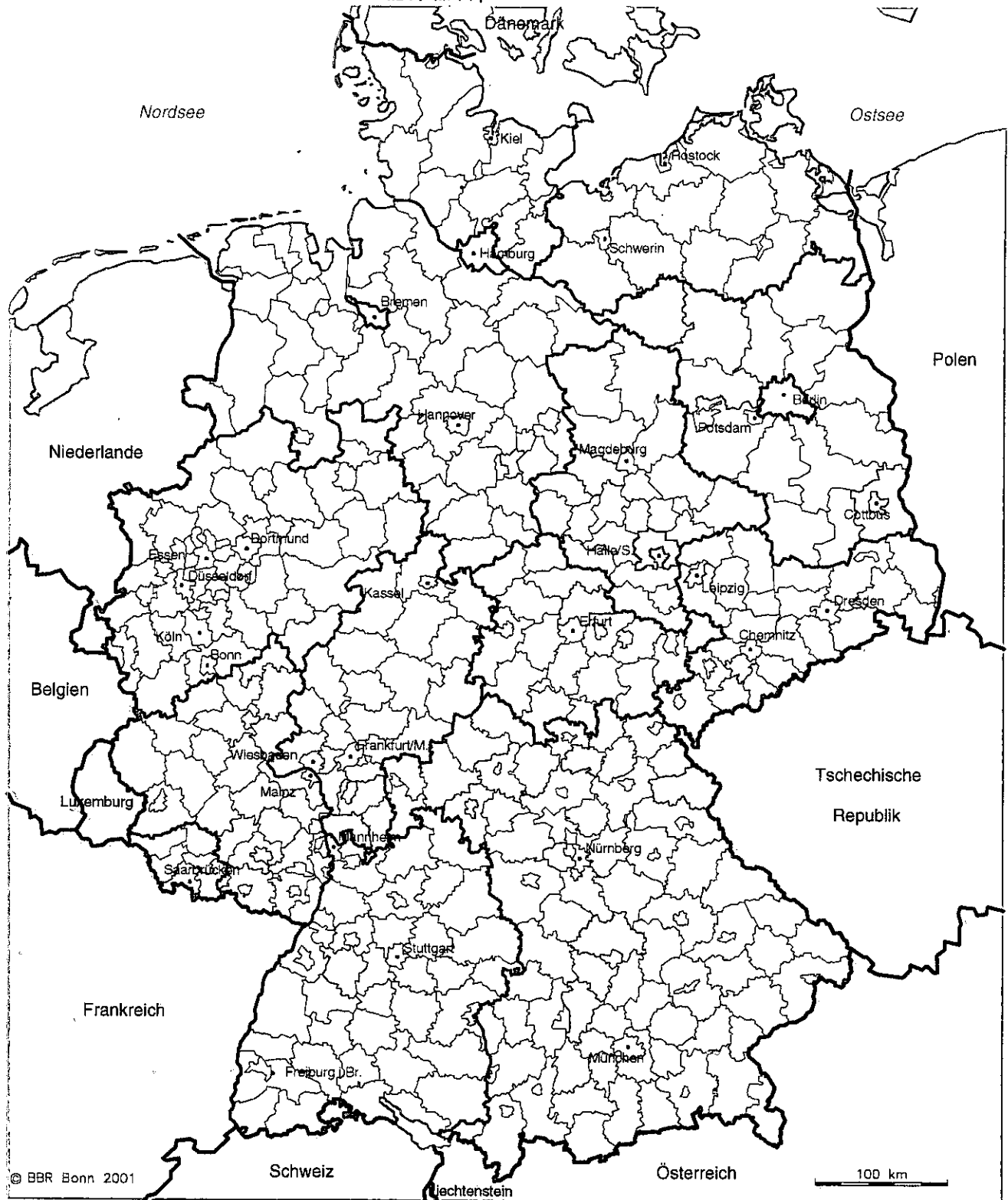
	0
	0
	1
	11

Anm.: Der Versorgungsgrad (in Prozent) gibt den aktuellen Stand des Einwohner-Arzt-Verhältnisses bezogen auf das Basisjahr 1990 (Bundesdurchschnitt) wieder.

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung Köln, nach Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen über Feststellungen der Landesausschüsse

Stand: Anfang 2001

泌尿器科



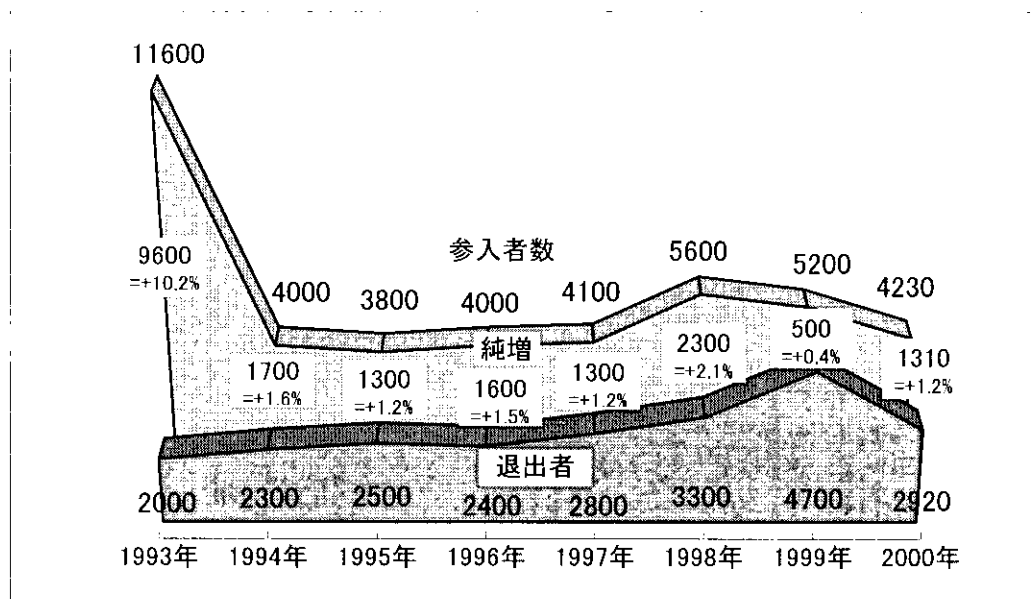
Color	Prozentbereich	Anzahl Planungsbereiche für Berlin (12):
White	0,0 bis 50,0 Prozent	0
Light Gray	50,1 bis 100,0 Prozent	1
Medium Gray	100,1 bis 110,0 Prozent	5
Dark Gray	über 110,0 Prozent gesperrter Planungsbereich	6

Anm.: Der Versorgungsgrad (in Prozent) gibt den aktuellen Stand des Einwohner-Arzt-Verhältnisses bezogen auf das Basisjahr 1990 (Bundesdurchschnitt) wieder.

Quelle: Kassenärztliche Bundesvereinigung Köln, nach Meldungen der Kassenärztlichen Vereinigungen über Feststellungen der Landesausschüsse

Stand: Anfang 2001

(図4) 保険医への参入・退出



資料: Bundesarztregister der KBVにより作成。

厚生科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「個票データを利用した医療・介護サービスの需給に関する研究」

分担研究報告書

医療情報に関するフランスの医療制度改革の動向

駒澤大学法学部専任講師 原田啓一郎

レセプトデータを医療機関ごと、疾病ごと等に整理して分析することにより、医療資源と診療内容のミスマッチ、医療機関による医療内容の違い、医療内容と予後の経過の関係などから、最も効率的な医療に関する情報を保険者が得ることで、保険者機能の強化や医療費の効率化に活かさないであろうか。このような本研究の趣旨に基づいて、医療情報の活用に関するフランスの医療制度改革の動向に関して検討することを目的とする。

本研究では、フランスの医療保険における医療情報の活用について、全国被用者疾病保険金庫（Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Traveilleurs Salaries : CNAMTS）を訪問し、関係者にインタビューを行うと同時に、関連文献の収集を行った。調査項目としては、次の3点を中心に情報を収集した。①病理診断コード（Codage de Pathologies Diagnostiquées : CPD）のコード化について、②ICカード利用に関する現状について、③同一疾病分類（Groupe Homogène des Malades : GHM）と医療情報化計画（Programme Medicalise des Systemes d'information : PMSI）に関する現状についてである。

A. 研究目的

レセプトデータを医療機関ごと、疾病ごと等に整理して分析することにより、医療資源と診療内容のミスマッチ、医療機関による医療内容の違い、医療内容と予後の経過の関係などから、最も効率的な医療に関する情報を保険者が得ることで、保険者機能の強化や医療費の適正化に活かさないであろうか。このような本

研究の趣旨に基づいて、医療情報の活用に関するフランスの医療制度改革の動向に関して検討することを目的とする。

B. 研究方法

フランスの医療保険における医療情報の活用について、全国被用者疾病保険金庫を訪問し、関係者に病理診断コード（CPD）のコード化について、ICカード

利用に関する現状について、同一疾病分類（GHM）と医療情報化計画（PMSI）に関する現状についてそれぞれインタビューを行うと同時に、関連文献の収集を行った。

C 研究結果

1996年の病院改革に関するオールドナンスによって導入された病理診断コード（CPD）は、同じく1996年の開業医の医療費抑制に関するオールドナンスによるVitaleカードの導入により、疾病保険償還請求用紙の電子化による事務手続きの簡素化と償還の正確性・迅速性の向上を図るために用いられている。

ICカードと医療適正化については、患者カードの記載内容が個人情報保護の観点から制約があるため、現在、医療費の適正化と質の向上に寄与することは少ないといわれている。

地方病院庁（ARH）による病院医療予算配分に当たっては、GHMの作成とPMSI導入により、医療内容の透明化が計られている。フランスにおけるGHMの利用は、PMSIに基づいた情報を用いて総枠予算額を決定する際に用いられているため、フランス版DRG（診断群別分類）ではあるが、DRG/PPSの機能は有しないことに留意しておく必要がある。

D. 考察

患者のプライバシーに関する問題などから、現在のICカードシステムでは、疾病保険償還のための診療行為のコードしか収集できず、診断名に関する情報などは含まれていない。診断名に関する情報の記載は、技術的には可能であるが、個人情報保護の観点からあまり進んでいない。このため、疾病保険償還の電子化で集められた情報によって、医療機関による医療内容の違い、医療内容と予後の経過の関係などから、医療費の適正化が図られるにはなお課題が多いことが明らかになった。

一方、病院予算については、GHMの作成とPMSI導入により、病院医療予算の策定と配分が合理的に行われることになったことから、一定の成果が期待されている。

E 結論

本研究では、主に医療情報の共有化の仕組みを検討してきた。本研究の今後の課題として、医療情報と記載情報の保護、患者のプライバシーの保護といった観点からの検討が残されている。

F. 研究発表

なし。

G. 知的所有権の取得状況

なし。

医療情報に関するフランスの医療制度改革の動向

駒澤大学法学部 専任講師 原田啓一郎

目次

- I はじめに
 - 1 研究目的
 - 2 研究内容
- II フランス医療保障制度の概要
 - 1 疾病保険金庫の概要
 - 2 医療提供体制の概要
- III これまでの医療費適正化政策の動向
 - 1 90年代初頭までの医療費適正化政策
 - 2 ジュペプランによる医療費適正化政策
 - 3 医療情報の活用と医療費適正化
- IV 病理診断コードの利用
 - 1 病理診断コードの概要
 - 2 病理診断コードと医療情報
- V ICカード利用の現状
 - 1 SESAM-Vitale システムの概要
 - 2 電子疾病保険償還の手続き
 - 3 ICカード利用と医療費の適正化
 - 4 ICカード情報と個人情報の保護
- VI 同一疾病分類（GHM）と医療情報化計画（PMSI）
 - 1 GHM と PMSI の概要
 - 2 GHM に基づく医療情報の利用と病院予算配分
 - 3 GHM 及び PMSI 導入と医療費適正化

I はじめに

1 研究目的

レセプトデータを医療機関ごと、疾病ごと等に整理して分析することにより、医療資源と診療内容のミスマッチ、医療機関による医療内容の違い、医療内容と予後の経過の関係などから、最も効率的な医療に関する情報を保険者が得ることで、保険者機能の強化や医療費の適正化に活かさないであろうか。このような本研究の趣旨に基づいて、医療情報の活用に関するフランスの医療制度改革の動向に関して検討することを目的とする。

2 研究内容

フランスの医療保険における医療情報の活用について、全国被用者疾病保険金庫 (Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salaries : CNAMTS) を訪問し、関係者にインタビューを行うと同時に、関連文献の収集を行った。調査項目としては、以下の点を中心に情報を収集した。

——病理診断コード (Codage de Pathologies Diagnostiquées : CPD) のコード化について
——IC カード利用に関する現状について

——同一疾病分類 (Groupe Homogène des Malades : GHM) と医療情報化計画 (Programme Medicalise des Systemes d'information : PMSI) に関する現状

本研究報告では、まず、医療情報の活用を理解するうえで必要であるフランスの医療保障制度を概観したのち (Ⅱ)、医療情報の活用を推進する政策の原動力であるこれまでの医療費適正化政策の動向を検討する (Ⅲ)。そして、本訪問調査の結果を踏まえたかたちで、上記三点の検討を行なうことにする (Ⅳ～Ⅵ)。

Ⅱ フランス医療保障制度の概要

フランスの医療保障制度の特徴は概ね三点指摘することができる。第一の特徴は、患者に対して医師及び医療機関の選択の自由が認められる一方、医師には診療報酬と自由開業制、医療活動の自由が認められている点である。第二の特徴は、フランス社会保障制度の基礎を構築したラロック・プランに示された社会保障の単一化、一般化、自主運営の原則の理念の下に、職域単位とした疾病保険金庫が複数創設されている点である。第三の特徴は、フランスの医療提供体制の病院医療の約 75%が公立病院および私立病院であっても公立病院に準ずる「病院公役務に参加する私立病院 (participation au service public hospitalier : PSPH)」で占められる点である。ここでは、疾病保険制度、医療提供体制について、医療情報の活用を理解するうえで必要な範囲で概観をする。

1 疾病保険金庫の概要

(1) 保険者：疾病保険金庫

フランスの疾病保険制度は、被用者が加入する被用者制度、農業従事者を対象とする農業制度、自営業者を対象とする非被用者制度に大別される。被用者制度はさらに、商工業者の被用者を対象とする一般制度と特定職域の被用者を対象とする特別制度に分けられる(表Ⅱ-1参照)。フランスの疾病保険制度は、職域保険を前提として職域ごとに細分化されたものである。このため、わが国の国民健康保険制度のような地域保険は存在せず、退職後は、現役時代に加入をしていた当該疾病保険制度にそのまま加入することになる。

一般制度の場合、旧部門については、地方レベルのCRAM、県レベルのCPAM、全国レベルのCNAMTSによって構成される。

① 全国被用者疾病保険金庫 (caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés : CNAMTS)

疾病保険および労災の保険財政の管理、地方疾病保険金庫等の監督のほか、保健福祉活動の実施、医療監視 (contrôle médical) 等を行う。また、医療関連の法律案や規則案に意見を付すことができる。

② 地方疾病保険金庫 (caisses régionales d'assurance maladie : CRAM)

施設運営の監督、労災関係の給付、地方医療計画の策定などを行う。

③ 初級疾病保険金庫 (caisses primaires d'assurance maladie : CPAM)

被保険者の加入手続きと医療費の償還支払い業務、公的病院への資金給付を行う。

フランスの疾病保険制度が職域を前提としているため、何らかの理由で疾病保険制度に加入できない「制度の隙間」が存在していた。そのため、1978年に任意加入が原則ではあるが、フランスに居住しており、疾病保険制度に加入していない者のための「個人保険 (assurance personnelle)」が創設された。この制度の下では、医療扶助が、低所得者の保険料や一部負担金を負担することになっていた。しかし、この個人保険も拡充せず、離婚した女性や寡婦で子どもが三人以上いない者、資産はあるが働いていない者など15万人の無保険者が存在していた。このため、1998年に普遍的疾病給付 (couverture maladie universelle : CMU) が制度化されるにいたった。普遍的疾病給付は、基礎的 disease 給付 (無保険者等の一般制度への加入) と補足的 disease 給付 (低所得の補足的給付未加入に対する上乗せ給付) の二種類の給付から構成されている。普遍的 disease 給付制度が創設されることで、基礎的 disease 給付という形で無保険者や個人保険加入者に対して疾病保険制度への加入を保障するとともに、補足的 disease 給付により、医療費の負担能力がない者に対して自己負担部分等が保障されることとなった¹。

¹ わが国におけるフランス普遍的 disease 給付の検討は、伊奈川秀和「フランス社会保障改革の動向——特定介護給付と普遍的 disease 給付の創設を巡って——」日本社会保障法学会編『社会保障法 第16巻』(法律文化社, 2001) 71頁以下を参照。

表Ⅱ－１ フランス疾病保険制度の概要

	被保険者	金庫
一般制度	被用者	全国被用者疾病保険金庫 (CNAMTS)
特別制度	国家公務員 地方公務員	
農業制度	農業経営者	農業経営者疾病保険 (AMEXA)
	農業被用者	農業福祉共済金庫 (MAS)
自営業制度	職人・商人	全国被用者疾病保険金庫 (CANAM)
	自由業	
補足制度	共済組合制度を中心に法廷給付の上乗せ給付を実現する制度	

資料：Collectif, La protection sociale en France, La documentation Française, 2001, p.71.
を一部改変。

なお、保険料の徴収は、社会保障家族手当保険料徴収連合 (union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales : URSSAF) が担当する。この上位機関として、社会保障機関中央機構 (agence centre des organismes de sécurité sociale : ACOSS) が設置されており、各部門の財政管理を行っている。

(2) 被保険者

フランス疾病保険制度の大半を占める一般制度について説明をする。

A 適用対象者

非被用者および特別制度の適用対象者を除くすべての被用者が被保険者となる。配偶者、扶養児童（原則 16 歳未満、ただし学業を継続中の場合または障害状態にある場合には 20 歳未満）、同居要件等に該当する 3 親等までの親族および一定の傍系親は被保険者の被扶養者となる。なお、事実上の婚姻関係にある者、婚姻以外の事由により 12 月以上連続して被扶養状態にある者も被扶養者と認められることがある。

B 要件

被保険者等が給付を受けるためには、一定期間内に最低賃金 (salaire minimum interprofessionnel de croissance : SMIC) の一定倍以上の賃金に課される保険料を納付するか、または一定時間以上就労することが必要となる。

(3) 保険給付

疾病保険の保険給付は、医療サービスや薬剤の給付を含めた現物給付 (prestations en nature) とわが国の傷病手当金にあたる現金給付 (prestations en espèces) の二種類がある。ただし、実際は、開業医で受ける医療サービスの医療費などの支払いについては「償

還払い方式」を採用していることから現金給付化しているともみられるため、これらの給付の区分は医療サービスの提供か所得の補填かという給付の目的であると考えられる²。

開業医で受ける医療サービスについては、患者が医療に要した費用を直接支払い、のちに疾病保険金庫からその一部の償還を受ける「償還払い方式」を採用しているが、公立病院や病院公役務に参加する私立病院における入院などの場合には、疾病保険金庫が保険給付を病院に直接支払う「第三者支払い方式 (tiers-payment)」方式が採用されている。

(4) 診療報酬の仕組み

フランスの診療報酬の仕組みは、病院と開業医との間で、①支払い方式、②診療報酬決定の方式がそれぞれ異なる。

① 診療報酬決定方式

外来医療は、開業医が所属する医師組合と疾病保険との間の全国医療協約によって決定されている。協約の交渉および署名に当たっての医師側の当事者は、一般医および専門医を最も代表する医師組合である³。全国医療協約は、非協約当事者を自動的に拘束する拡張的効力までをも有していない。そして、個々の医師が協約と別途の取り決めをする余地はない。したがって、個々の医師が疾病保険の枠組みにおいて医療を実施するためには、全国医療協約への加入をするほかない(社会保障法典 L. 162-5-6 条)。この協約の内容は、保険診療の報酬を規定するのみならず、後述する(Ⅲ-2)医療費の医学的抑制に関する規定も盛り込まれている。

なお、現在の全国医療協約方式は、歯科医、助産師および医療補助者(社会保障法典 L. 162-9 条)、看護師(同 L. 162-12-2 条)、マッサージ師および運動療法士(同 L. 162-12-9 条)、私立病院(同 L. 162-20 条など)、疫学分析機関(同 L. 162-14 条など)にも用いられている。

一方、公立病院及び病院公役務に参加する私立病院の入院医療費は、1984 年から総枠予算(dotation globale)方式が導入されている⁴。この総枠予算方式では、過去の実績に基づいて毎年あらかじめ各病院に定められた年間予算額に基づき月々の費用が支払われる。この費用は、被保険者等の入院に数に応じて、各疾病保険金庫が負担する。

これに対し、民間営利病院や病院公役務に参加していない私立病院、医療福祉施設などは、後述(Ⅲ-2)の疾病保険支出目標値(Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie : ONDAM)内で、国、全国疾病保険金庫、民間営利病院組合の代表者との間で全国目標値(Objectif Quantifié National : OQN)が設定される。

² 江口隆裕「医療保険制度と医療供給体制」藤井良治・塩野谷裕一編著『先進諸国の社会保障⑥ フランス』(東京大学出版会, 1999) 212 頁参照。

³ 協約の署名当事者となる代表的医師組合は、疾病保険制度の運営上重要な役割が付与される。この代表的医師組合の指定は、厚生大臣が実施する調査に基づく公権力の決定とされる(社会保障法典 L. 162-33 条、R. 162-54 条)。

⁴ Erik Dusart, *Le budget global - l'hospital*, Les Editions, 1983.

② 支払い方式

開業医が中心となる外来医療については、出来高払い方式を採用している。疾病保険金庫から医師に支払われる診療報酬の具体的な額は、診療行為の単価に、別途定められる診療行為分類表による個々の診療行為の点数を乗じて得られる（表Ⅱ－2参照）。例えば、虫垂炎手術は、「KC-50」であるので、 $13.70 \times 50 = 685.00$ フランとなる。

表Ⅱ－2 一般医の診療行為単価の例（2001年）
（単位：フラン）

診療行為の種類	協約料金
一般医の診察 : C	115.00
一般医の往診 : V	110.00
分娩費	
—— simple 1	1160.00
—— g·nellaire 1	1220.00
温泉療養費	420.00
KC（手術）	13.70
KE（エコー）	12.40
K（他の専門的行為）	12.60
ZN（放射線医療行為）	10.05
日曜休日加算	125.00
夜間加算	165.00
距離手当	
——平地	4.00
——山間地	6.00
——徒歩・スキー	30.00

資料：CNAMTS, *Indicateur Statistique 25·me·dition*, 2000, p.155.

医療行為は、開業医の診療報酬を規定する医療行為一覧表（NGAP：Nomenclature générale des actes professionnels）と医療情報計画（PMSI: Programme de Médicalisation des Systèmes d'Informations）の一環において、病院の医療行為と公的病院の総枠予算制の調整のために使用される医療行為目録（CdAM Catalogue des actes médicaux）の2つが併用されている⁵。しかし、医療行為一覧表も医療行為目録も不完全で矛盾を孕んでいるため、医療行為共通分類（CCAM：Clasification Commune des Actes

⁵ CNAMTS, *La classification commune des actes medicaux*, 2001.

Médicaux)として統一化の試みが進められている⁶。新たな分類は、7100分類に及ぶ。

③ 被保険者の償還方法

患者は、その医療機関に対して治療を受けた費用を全額支払い、患者が治療証明書を居住地の社会保障運営機関に送付し、償還を受けることになる。

まず、治療を受けた患者が治療に要した費用の全額を支払う。医療サービスを提供した医師または病院は、サービス内容と治療費、処方された医薬品が記された「治療証明書 (feuille de soins)」と呼ばれる書類を患者に交付する。そして、患者は、この治療証明書を持って処方された医薬品を薬局で購入し、薬局はその価格を治療証明書に記入する。各医薬品のパッケージに貼付されているシール (償還率により色分けされている。100%、65%、35%の3種類がある) を治療証明書に貼ったうえで、居住地の社会保障運営機関に送付し償還を受ける。

ただし、後述 (IV) する疾病保険電子カードの導入とともに、診察の段階で、既に償還額を差引いた額を支払えば済む医療施設も増加している。また、薬局における医薬品の購入についても同様で、各製品の償還率に応じてその場で社会保障負担分を差引きする薬局が増加している。このため、医療機関に支払った医療に要した費用のうち、償還されない部分を自らが負担するが、疾病保険電子カードによる病院から直接疾病金庫に対する償還請求と保険給付外の自己負担分もカバーする共済組合へ加入によって、病院等の窓口での金銭の支払いは生じないことが多くなっている。

なお、患者が受ける医療サービスの内容、治療内容、被保険者の置かれている状況によって、自己負担部分が一時的全額免除ないしは恒常的全額控除される場合がある。一時的全額免除は、大きな外科手術を行なう場合、長期の感染症またはそれに相当する疾病の治療を行なう場合、不妊症の治療や妊娠後期4ヶ月分の医療について行われる。これに対し、恒常的全額控除の対象となるのは、労働災害による傷病の治療、退役軍人年金資格のある患者の治療、障害児や障害年金資格のある患者の治療である。

通常償還率は、医師、歯科医の診察料は70%、入院費 (滞在費、診察料) は80%である。入院費は、滞在費、診療費、入院費一律金70フラン/日を含む全費用の20%が入院患者負担である。ただし、出産、労災、職業病による入院、生後30日未満の乳幼児の入院、妊娠後期4ヶ月の期間内の入院、障害軍人で身体機能の85%以上を失った者、20歳未満の身体障害者などの入院費支払いは免除となる。また、重要度の高い手術、入院31日目以降、出産後12日間の入院、生後30日未満の乳幼児の入院、労災による入院で、労働不能による補償金収入が通常66%以上に達する場合、廃疾年金受給者およびその寡婦、廃疾年金に替わる老齢年金の受給者、軍人年金受給者で、年金がカバーする疾病あるいは怪我以外の理由による入院、長期疾病については、疾病保険により入院費が全額負担され

⁶ CNAMTS, La CCAM, 2001.

る。

医薬品については、一般医薬品（製薬会社により製造され薬局で購入することのできる医薬品）と調剤薬品（処方に基づいて薬局で調剤される医薬品）があり、調剤薬品は 65%、一般医薬品は、重度症状に対応する白ラベルの医薬品が 65%、軽度症状に対応する青ラベルの医薬品が 35%である。いずれの医薬品も疾病保険による償還を受けるには、医師の処方と治療証明書が必要である。

2 医療提供体制の概要

(1) 医療施設の種類

フランスでは、公的医療機関のほか民間非営利医療機関や営利医療機関などが認められている。

① 公立病院 (Etablissement public)

所轄により以下の 3 カテゴリーに分類される⁷。

・ 地方病院センター (CHR : Centre Hospitalier Régional)

高度医療を掌り、地域の医療機関の総合拠点的な役割を担う。大学病院センター (CHU : Centre Hospitalier Universitaire) はこのカテゴリーに属する。設置にあたっては、行政区分による各地方の病院施設、および地方保健・社会組織委員会 (CROSS : Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale)、全国保健・社会組織委員会 (CNOSS : Comité Régional d'Organisation Sanitaire et Sociale) の諮問を経てリストが作成され省令で公表される。

・ 市町村病院 (Hôpital Local)

当該市町村の基礎的な医療機関である。入院・外来を問わず、短期治療、リハビリ及び継続治療、予防医学、衛生教育などを行う⁸。設置にあたっては、地方病院庁 (ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation、後述) が地方保健・社会組織委員会 (CROSS) の諮問を経てリストが作成される。

・ 病院センター (Centre Hospitalier)

上記 2 カテゴリーのいずれにも属さない（地方に対する義務を持たない）病院施設である。

② 民間非営利病院 (Etablissement privé à but non lucratif)

——病院公役務に参加する民間非営利病院 (PSPH : Participant au secteur public hospitalier)

——病院公役務に参加しない民間非営利病院 (non-PSPH)

③ 民間営利病院 (Etablissement privé à but lucratif)

⁷ 公衆衛生法 R711-6-1 条～R711-6-21 条

⁸ 公衆衛生法 R711-6-4 条

④ 診療所 (Cabinet médical)

無床の医療機関である。医師一人で開設する場合、自由業とみなされる⁹が、何名かの医師が共同出資して診療所を開く場合は、自由営業会社 (SEL : Société d'exercice libéral) となる。

(2) 医療施設の財源

医療施設の財源は、その決定方法、料金体系の内容などの違いから二つに大別される。

① 公立病院および病院公役務に参加する民間非営利病院¹⁰

これらの公的病院は、診療費も含めて国が決定した予算を全国の地方病院庁が病院ごとに配分するという総枠予算制が採用されている。総枠予算制による医療費配分の決定方法は以下のとおりである¹¹。

公的病院は、患者に対する医療行為、在院期間等を後述 (V) の同一疾病分類 (GHM) に基づいて分類して地方病院庁に報告を行う。地方病院庁は、同一疾病分類ごとの点数 (ISA) を基に、各病院ごとの合計点数を算出する。同様の仕組みで集めた地方病院内の病院の点数を合計し、地方全体の合計 ISA が算出される。

一方、各病院は地方病院庁に財政報告と患者数や病床利用率などの医療活動報告を提出しなければならない。公的病院は、前年度の活動実績をもとに審議した施設計画と予算計画を遅くとも 10 月 15 日までに地方病院庁に提出、地方病院庁が最終決定する。これに基づいて地方全体の医療費が算出され、1 ISA あたりの医療費単価が算出される。

この医療費単価 1 ISA と各病院の ISA を掛け合わせることで各病院の医療費の「理論値」が算出され、それを実績と比較することにより各病院の効率性の評価が行われ、次年度における予算配分の際に考慮されることになる。

入院費は、県議会議長の意見を考慮した上で地方病院庁長官が決定する治療費と治療費の決定を参考に県議会議長が決定する滞在費からなり、これらの入院費の 80% は疾病保険金庫から直接病院施設に支払われる。

② 病院公役務に参加しない民間非営利病院および民間営利病院¹²

国会で議決された私的病院部門の予算額を基に、全国目標額 (OQN : Objectif Quantifié National) が決定される。この全国目標額が、各地方ごとに配分される。民間の営利病院

⁹ 1995 年 9 月 6 日のデクレ (Dec. n°95-1000) の 87 条は、医師が自らのために他の医師や医学生を雇うことは禁じており、同 89 条では、医師が他の医師に診療所の管理を任ずる事を禁じている。したがって、医師が個人の資格で働く場合、すなわち診療所を開院している場合は、他の医師を雇うことはできない。

¹⁰ 社会保障法第 L.174-1 条、公衆衛生法第 L.6145-1 条

¹¹ 以下の説明は、海外医療保障制度研究会「諸外国における医療費の伸び率管理の仕組み (下) ——フランスの場合——」週間社会保障 2151 号 (2001) 54 頁以下に拠るところが大きい。

¹² 社会保障法第 L162-22 条、公衆衛生法第 L6114-3 条

も公立や民間の非営利病院と同様、地方病院庁と3～5年の多年度目標手段契約（*Contrat pluriannuels d'objectifs et de moyens*）を締結し、地方医療計画の目標を考慮した病院活動報告を地方病院庁に提出することが義務付けられている。地方病院庁はこの報告に基づいて各医療機関の決算を評価し、予算の配分を決定する。

入院費は、大部分の民間の医療施設は疾病保険金庫と協定（*accord*）を締結して協定料金を適用している。患者は入院費全額をまず病院に支払い、その後、疾病保険金庫に償還手続をとる。これに対し、病院が中心となる入院医療については、定額払い方式を採用している。

Ⅲ これまでの医療費適正化政策の動向

1 90年代初頭までの医療費適正政策

（1）医療費抑制政策の展開

フランス医療保障制度、特に医療提供体制の本格的な整備は1970年病院改革法に基づく改革にみられる。1970年病院改革法では、公的病院の任務の明確化、病院や病床、高度技術設備の供給制限を目的とする保健医療地図の策定等、医療提供体制への法的コントロールを通して社会的な医療の整備を行なわれた。しかし、石油危機による経済躍進に急ブレーキがかかってからは、医療保障制度の変革の方向性が変化することになる。

70年代から右肩上がりの成長をしている医療財政対策として、80年代においては、医療費抑制が指向される。1983年には、公的病院にかかる医療費を総枠予算化する総枠予算制度が導入されることとなった。しかし、このように医療費の「量」を統制する手法を採用しても医療費の増加はなおも続いた。

80年代の医療費抑制政策は、「量」の統制による公的病院の医療への不信感（「病院医療の不安」）を生んだ一方、私立病院の入院治療費が公的病院のそれを上回るという私立病院と公的病院の提供医療の格差が指摘されるようになった。また、80年代の情報化、バイオテクノロジーなどの医療技術の発展、疾病構造の変化といった状況に対して、医療保障制度が充分に対応できない状況が浮き彫りになってきたのもこの時期であった¹³。

（2）医療費抑制と医療の質確保の政策

「病院医療の不安」と高騰する医療費、公的病院と私立病院間の医療費格差などから病院改革の必要性の議論がされることとなった。当時の厚生大臣クロード・エヴァンは、「1989-1992年の保健医療政策のグランドデザイン」¹⁴のなかで、公的セクターと私的セク

¹³ ·douard Couty, Didier Tabuteau, *H·pitaux et cliniques : Les r·formes hospitalieres*, Berger-Levrault, 1993, p.19.

¹⁴ ·douard Couty, Didier Tabuteau, *op.cit.*, p.22.

ターとの間の財政調和を病院改革の一つの柱としてあげている。これを受けて政府は 1991 年病院改革法の策定作業に入った。

1991 年病院改革法は、医療施設の任務と義務の強化、保健医療計画の拡充のほか、医療施設の評価、医療活動の評価などが盛り込まれた 1970 年病院改革に次ぐ大きな改革であった。医療施設の評価については、公衆衛生法典 L.710-3 条（旧条文）で医療施設すべてにその医療活動の評価の義務を課すことになった。また、これに関連し、医療評価分野の研究開発及び医療評価の促進を目的とする全国医療評価開発機構（ANDEM : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale）が設置された。医療活動の評価については、後述（VI）の病院活動情報化計画（PMSI）が病院公役務に参加する公的病院（PSHP）に義務付けられ、実際の医療活動の活動量を測定したデータから適切な予算給付額を推計することにより、病院に財源を配分することになった。

2 ジュペプランによる医療費適正化政策

（1）病院部門の新たな改革の必要性

1991 年病院改革法による改革が 21 世紀に向けた改革であったのにもかかわらず、病院医療改革と医療費抑制策は具体的な成果を見出せずにいた。1993 年以降、フランスの一般制度の赤字は、老齢年金を中心に急激に増加をし始め、疾病保険の赤字も顕著に増加を見せていた。1980 年以降、フランスにおける国民医療費の増加率は、経済成長率を上回るスピードで増加をしていた。

こうしたなか、1993 年に医療システムの将来ビジョンの検討グループが『2010 年の保健医療』という報告書をまとめた¹⁵。その報告書では、2010 年のあるべき医療システムの姿として、年齢や性別に応じて多様な保障方法について契約をベースにした地域組織の創設を提言した。翌年には『医療システムと疾病保険白書』が提出された¹⁶。同報告書では、公的・私立病院の管理の統一化、医療資源の有効活用などが指摘され、とりわけ質・効率性・公平性が強調された。

政策的には病院部門の改革の素地が出来上がる一方、1995 年にシラク大統領が就任し、同年 11 月にはジュペ首相が社会保障制度に関する改革案（通称「ジュペプラン」）が提示された。ジュペプランの政治的ねらいは、高失業率の解消、財政改善や医療費抑制により企業の社会保障負担を軽減することによるフランス企業の国際競争力の回復、欧州通貨統合への参加に向けての財政赤字の抑制にあった。

¹⁵ Marie-Laure Lagard-re, Christine Meyer, Marie-Laure Pibarot, Cyril Roger-Lacan, Sant· 2010 : Rapport du groupe “Prospective du syst·me de sant·”, La documentation Fran·aise, 1993.

¹⁶ Raymond Soubie, Jean-Louis Portos, Christian Pieur, Livre blanc sur le syst·me de sant· et d'assurance maladie : Rapport au Premier minister, La documentation Fran·aise, 1994.

(2) ジュペプランと医療費抑制政策

ジュペプランの改革の考え方は、改革理念としての「公正性の確保」、改革原則としての「責任の強化」、改革実行のための「迅速性」からなっている¹⁷。医療分野の改革は、「公正性の確保」の実現として疾病保険制度の普遍化、「責任の強化」については、責任の明確化と医療制度の管理組織の刷新が求められることになる。これらを達成すべく、1996年に医療制度改革に関連して二つのオルドナンスが公布された。医療費の医学的抑制に関するオルドナンス (Ord. n° 96-345) と公立および私立病院の入院制度改革を行うオルドナンス (Ord. n°96-346) である。

医療費の医学的抑制のオルドナンスは、健康手帳 (*carnet de santé*)、疾病保険カードおよび医療職カードの導入、開業医に対する医療費の目標額の設定などを定めた。医師の医療費の医学的抑制の責務については、「医師は、すべての行為及び処方において、有効な法律及び規則の範囲内で、治療の質、安全及び結果と両立しうるもっとも厳格な経済性を遵守しなければならない」と規定されることになった (社会保障法典 L. 162-2-1 条)。

その他、政府は、医療費削減政策の一環として、社会保障財源法のなかで医療サービスカテゴリー毎の支出目標である疾病保険支出目標値 (ONDAM : *Objectif National de Dépense d'Assurance Maladie*) を毎年規定することになった。疾病保険支出目標値は、開業医、医療施設 (総枠予算方式が導入されている医療施設、すなわち公的病院および民間PSPH 並びに軍病院)、医療福祉施設 (高齢者、障害者あるいは児童施設)、民間営利病院 (全国目標額 (OQN) 方式が導入されている医療施設および OQN 適用外の医療施設) のカテゴリーに細分化され、各カテゴリーごとの目標値が設定される。各カテゴリーともに医療支出が目標値を越えた場合は、開業医については、目標値を上回った相当額を翌年度の実際値に繰り越され、公的病院、民間営利病院については、上回った分翌年度の予算が削減される。ただし、疾病支出目標値 (ONDAM) を順守できないことが予測できる場合、社会保障に関する修正予算案が出され、超過分を正す措置が提案されるよう規定されている。

また、公立および私立病院の入院制度改革を行うオルドナンスでは、病院制度の監督、予算決定権限などを集約する組織である地方病院庁 (ARH : *Agence Régionale de l'Hospitalisation*) の設置が定められた。地方病院庁は、国と疾病保険金庫双方の代表者によって運営され、各地方の医療ニーズと病院経営内容を相互考慮したうえで予算配分を行い、医療供給量をコントロールすることによって質の高い医療と医療費削減を目指す役割を担っている。また、このオルドナンスは、病院機能の評価を行う全国医療評価認証機構 (ANAES : *Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé*) を設立、患者の権利の法定化、ケアの質や安全性、医療機関の活動内容等医療機関の戦略的展開を地方

¹⁷ Droit social, No3 Mars 1996, p.221 : Jean-Jaque Dupeyroux, Droit de la securit· sociale 13 ·d., Dalloz, 1998, p.315.