

・移植医療全般について

- ◆あっせん・コーディネート全般については、現在のシステムを今しばらく継続的に運用した後、客観的に再評価を行う必要があるだろう。再評価の項目にはレシピエントの選択基準も含まれるであろう。
- ◆移植施設として留意している点は、1) レシピエントとの信頼関係の構築、2) 提供病院に対して負担をかけないこと、3) ドナー家族への配慮—が挙げられる。1) については、登録している移植希望者は日常的な透析治療を他の医療機関で受けているため、候補者になった時点では当院医師とは初対面の関係である。そのため、手術を行うまでの短い時間の中でいかに本人や家族と信頼関係を築くことができるかが鍵となっている。
- ◆現在摘出手術に関わる備品リスト等をはじめ様々なマニュアルの再検討を行っている。
- ◆摘出手術に関する経済的評価については、材料費に関してはほぼ賄われている一方、人件費については持ち出しであると考える。
- ◆腎搬送後、24 時間以内にできるだけ早く移植手術が実施されることが望ましい。一方で、手術室は予定手術のスケジュールでうまっているため、突発的に発生する移植手術をこれらの時間帯に組み込むことは現実的に困難である。また、手術にかかわる医師の体制（安全性）の観点からも夜間もしくは早朝まで待機し、移植手術を開始することが多い。

5 考察

あっせん・コーディネートにおける資源投入量を把握するために実施したアンケート調査、ならびに支部、医療機関に対して行ったインタビュー調査の結果をまとめるとともに、今後の検討課題を提示する。

5.1 あっせん・コーディネートにおける資源投入量に関する分析結果より得られた検討課題

5.1.1 コストと患者負担額の関係について

本研究を通じて把握された臓器提供者1名あたりに要するあっせん・コーディネート費の中央値は84.4万円であった（人件費中央値46.4万円、経費1件当たり38.0万円）。

現在あっせん・コーディネートに要する費用は移植医療を受けた患者に対し移植完了後1症例10万円が請求されている。そのため、1名の臓器提供者から2腎提供された場合には20万円のあっせん・コーディネート収入が社団法人日本臓器移植ネットワークに入る。

これらの点から、患者が支払うあっせん・コーディネート費は、これらの業務を行うにあたり直接的に発生している人件費、経費額をカバーしていないことが明らかになった。

今後の検討課題として、あっせん・コーディネートを受益者負担とする従来の仕組みを継続していく際には、実際のコスト¹⁶と患者が負担する費用の範囲に関する整理を明確に行っていくことが必要であると考えられる。これは、説明責任の観点、さらに国庫補助の範囲、運営主体の責任範囲の明確化において必要な検討となる。

5.1.2 あっせん・コーディネートが途中で終了する症例について

本研究では平成14年1月より12月までに実施された57症例を対象にコスト調査を行った。この57症例はいずれも1腎以上の移植が完了し、あっせん・コーディネートの全ての行程について行われた症例を対象としている。一方で実際には臓器提供の可能性について各支部に連絡が入った後、HLA検査の段階、摘出の段階といったさまざまな過程においてあっせん・コーディネートが中止される症例がある。

平成14年1月から12月では、東日本支部において45件の有効ドナー情報が入っ

¹⁶ 本研究で対象としたコストの範囲はあっせん・コーディネートに直接的にかかる人件費、経費であったが、財団運営にかかる間接費についても合わせて検討する必要がある。

た¹⁷。このうち 23 件は移植が達成されず、途中までのあっせん・コーディネートを実施した。同様に中日本支部では、5 件の有効ドナー情報があった。その内訳をみると、HLA 検査中に中止となった症例が 2 件、摘出手術前に中止となった症例が 3 件であった。また、西日本支部は 44 件であった。

現状では移植が達成されない場合には、コーディネートの費用の支払いは行われないため、移植が途中で中止された場合のコストは移植達成症例の保険給付額を配分する際に社団法人日本臓器移植ネットワークに割り当てられるプール金で賄われている。

今後の検討課題として、これらのプール金と中止となった症例にかかるあっせん・コーディネートの費用との関係を明らかにするとともに、費用負担の仕組みについても公平性の観点から検討することが求められると考えられる。

5.1.3 移動、待機時間のとり方

本研究で用いたあっせん・コーディネートに要した時間の記入にあたっては、移動、待機時間についてもカテゴリを設け、その時間を移植コーディネータ個人単位で記入できるようにした。

一方で、移動や待機の時間について記憶をもとにその投入時間を記入しようとした場合、記入者による正確性のばらつきが生じることが想定される。とりわけ、待機時間については、各支部内で待機している場合には他業務と併行してコーディネートが行われるためのその範囲の捉え方が規定しにくい。

今後の検討課題としては、移動、待機時間に関する定義を明確にするるとともに、実際に症例が発生した際のモデル的な係数を測定する等の方法によりその精度を高める取り組みが求められると考える。

5.1.4 都道府県コーディネータの単価の反映

本研究では、当該症例にかかわった移植コーディネータを個人単位で把握しているものの、そのコスト計算に際しては、全て社団法人日本臓器移植ネットワークに所属する移植コーディネータの単価を用いて行った。今後の検討課題としては、都道府県コーディネータ分についてはその人件費をもとに単価を設定しコストの計算を行うことが想定される。その際、都道府県コーディネータが他業務を兼務した上で人件費が支払われていることが多いため、その実態についても把握することが必要であると考えられる。

5.1.5 症例数の増加に応じたシミュレーションの検討

¹⁷ 同様の期間に東日本支部に対し移植は達成しなかったものの連絡が入った症例数は 110 件であった（本文中有効ドナー情報 45 件含む）。この中には警察より「死亡した状態で発見されたがその際に臓器提供意思表示カードを所持していた」という情報も含まれている。実際には、移植コーディネータが電話で連絡をとりアイバンク等との連絡調整を行うこともある。

臓器提供件数が増加することを想定したあっせん・コーディネートの在り方については、本研究を通じて得られたコストの把握方法を応用することにより、必要となる移植コーディネータ人数ならびにコスト計算のシミュレーション方法を検討し、その結果を用いて安定的なあっせん・コーディネート体制を検討する方法があると考えられる。

5.2 インタビュー調査を通じて得られた課題

社団法人日本臓器移植ネットワークの各支部、および移植医療に携わった医療機関（提供施設、HLA 検査施設、移植施設）に対するインタビュー調査結果より、あっせん・コーディネートに関する以下の課題が抽出された。

5.2.1 支部間のあっせん・コーディネート体制の違いについて

東日本支部（北海道連絡所、東北連絡所が別途設置されている）、中日本支部、西日本支部の3支部におけるあっせん・コーディネートのチーム編成は概ね同人数の移植コーディネータが関わっているといえる。一方で、各支部により社団法人日本臓器移植ネットワークの各支部に所属する移植コーディネータと都道府県コーディネータの役割分担には違いがみられた。今後の検討課題としては、腎臓移植希望者（レシピエント）選択基準においても搬送時間の観点から同一都道府県もしくは同一ブロック内を優先することとなっていることから、当道府県に所属するコーディネータとの効率的な業務分担の在り方等について検討することが考えられる。

5.2.2 移植コーディネータの安定的稼働の実現について

社団法人日本臓器移植ネットワークに所属するコーディネータの勤務年数は設立後8年余りであることにより、比較的若い、勤務年数の少ない年齢層で構成されている。

いうまでもなく、臓器提供病院より第一報が入るとその業務は昼夜を問わず継続的に進める必要があるため、身体的、精神的負担感は多大なものと考えられる。実際、都道府県コーディネータは都道府県からの人件費補助が削減される傾向にあるため、所属機関や施設で兼務を余儀なくされるという要素も加わり退職者数が増加しているという。

今後の検討課題としては、移植医療に関するあっせん・コーディネート業務は、日々の経験とその蓄積が重要な資源であることから移植コーディネータが安定的に稼働できる就業環境を整備することも検討すべきであると考えられる。

5.2.3 医療機関の費用負担について

移植医療における費用負担の現状について整理すると以下の通り。

<提供施設>

提供施設では、摘出のための手術室の開放や、看護師等の派遣、機材等の貸し出しなど、摘出チームへの支援が求められるとともに、ドナー候補者の家族への説明等の費用負担が発生している。

<検査施設>

検査施設では、症例発生時はもとより、登録、更新時に保存が必要となる血清の更新業務、管理費等、通常業務の中においても負担が発生している。臓器提供者が発生した際には、その状態変化にかかわらず一定の時間内に検査結果を出すことが求められるため、検査技師の負担感を大きい。

加えて、DNA タイピング、クロスマッチテスト等は高い技術力が求められる。そのため正確かつ迅速な対応ができる検査技師が長期間勤務できる体制が望ましいが、異動によりかなわないこともある。医療保険給付からの配分では赤字との認識であった。なお、登録時の検査費用は施設により異なるため、その実態は把握されていない。

<移植施設>

移植施設では、移植チームを当該施設で編成する場合には、連絡を受けてから移植術に至るまで医師をはじめ移植に関わるスタッフは、通常業務の責任を果たしながら併行して移植医療に関わるという厳しい勤務実態となる。また、移植手術にあたっては、術後に重い看護体制を敷くなど特有のコストが発生している。

5.2.4 臓器提供患者の経済的負担について

臓器提供者本人（家族）が臓器提供を行うが故に発生するコストを負担していることが指摘できる。具体的には、ヘパリンの投与やカニューレーションに伴うコスト、さらにそれらを施行するために脳波検査を行い、脳死状態か否かの確認をするための検査費用が挙げられる。こうした費用は、臓器提供患者の一連の治療行為に含めて自己負担額を請求される。臓器提供者側に生じている経済的負担について検討する必要があると考える。

5.2.5 支部コーディネータと都道府県コーディネータの連携について

社団法人日本臓器移植ネットワークの支部コーディネータと都道府県コーディネータは、通常、組になって現地へ赴くことが多いが、所属が異なることによる指揮・命令系統の違いにより、動きに制約がかかるケースがみられる。

また、都道府県コーディネータは、地域により発生症例数にはらつきがあるため、

経験数に差が生じている。

今後の検討課題としては、移植コーディネータのチーム運営ならびに連携を進めるための方策について検討することが求められる。

5.2.6 移植医療に関する国民、医療機関の意識づけについて

移植コーディネータの業務の大半は、日常の普及啓発活動で占められている。

移植医療がより普及していくためには、臓器提供件数が増加していくことが重要である。ポテンシャルドナーが入院する医療機関ならびに一般国民の中に「死の受容」を含めた移植医療に対する正しい認識や理解が広がることが重要であると考えられる。

5.2.7 安定的な財源確保策の検討について

現状ではあっせん・コーディネートに要する費用は、国庫補助ならびに受益者負担により賄われている。移植医療が社会全体に受け入れられていく中で、公平かつ安定的な財源確保策の検討は不可欠であると考えられる。

5.2.8 あっせん・コーディネート機関間の連携について

角膜や組織に関するあっせん・コーディネートは、社団法人日本臓器移植ネットワーク以外の機関において実施されている¹⁸。公平な移植希望者の選択や慎重な説明プロセス、同意のとりつけを行うためには、各専門組織が併行して機能していくことも重要であると考えられる。

一方で、臓器や組織を提供する患者家族の側からすれば、担当となる移植コーディネータとの信頼関係に基づき、余計な負担感を感じることなくその意思が報われることが望ましい姿とも考えられる。今後の検討課題として、関係機関間の連携・調整を進めることにより、質的にも効率性の観点からもより高度なあっせん・コーディネート体制の在り方を検討していくことが求められる。

¹⁸ 角膜についてはアイバンクのもと各都道府県に眼球銀行が設置されている。また組織についてはそれぞれの医療機関にあっせん・コーディネートがゆだねられている。

第4部 国外調査

1. 目的

本章では、公的負担によって移植医療コーディネート業務を実施している英国（財源：保健省）、フランス（財源：保健省、保険）、韓国（財源：厚生省）を調査対象とした。

具体的には、英国、フランス、韓国の医療制度の特徴を確認した上で、医療経済研究機構によって実施された過去の調査研究¹を基に、英国およびフランスの医療制度の概要と保険給付制度について資料を作成した（2. 医療制度比較）。また、本年度現地調査を行った韓国での移植医療体制の現状について資料を作成した（3. 韓国における移植医療の現状）。

以上より、わが国における移植医療費用負担のあり方を議論するための基礎資料を作成することを目的とした。

本調査によって明らかになった移植コーディネーションに要する経費および経費負担の比較は下図の通りである（ただし1症例あたりのコストに関しては、コーディネーション組織の業務内容が同一ではないため単純に比較することはできないが参考値として提示した）。

図表 4-1. 移植の現状

	移植コーディネート組織	年間予算	財源	移植件数	1症例あたりコスト試算	登録料
英	UKTransplant	£ 9,625,000 ≒¥1,867,250,000	保健省	2,717	≒£ 3,543 ≒¥687,342	なし
仏	Etablissement français des Greffes (EFG)	FF98,209,000 ≒¥2,062,389,000	保健省 疾病保険	3,287	≒FF29,878 ≒¥627,438	なし
韓 国	Korean Network for Organ Sharing (KONOS)	W1,100,450,000 ≒¥110,045,000	厚生省	(A) 167	≒W6,589,520 ≒¥658,952	あり※
				(B) 1,752	≒W628,110 ≒¥62,811	
日 本	日本臓器移植ネットワーク	¥622,815,059	会費、登録料、国庫補助金等	143	¥4,355,350	3万円(年間更新料5千円)

- ・ 換算レート（2003年8月5日）：£1=¥194、FF1=¥21、W1=¥0.1
- ・ フランスは2001年集計結果、イギリス、日本は2002年集計結果
- ・ 韓国は会計は2003年データ、移植件数〔(A)死体からの移植件数 (B)生体からの移植を含む全移植件数²〕は2002年集計結果

※ 韓国臓器移植法第38条第1項、第2項に登録料規定がある（金額は未確認）

¹ 医療経済研究機構『海外の保険者機能に関する調査報告書』2001年

² 生体間移植におけるコーディネート業務はKONOSの業務内容ではない（MSWが担当）が、死体からの移植、生体間移植ともに監督、管理業務はKONOSが一元管理している。

2. 医療制度比較

2.1 英国・フランス・韓国の医療制度の特徴

1) イギリスの医療制度の特徴

- ① 保健医療サービス供給が、国の責任で行われ、その費用の大部分が国の一般財源により賄われるものであること。
- ② 保健医療サービスの提供は、全国民に対して原則として無料で行われること。
- ③ 狭義の医療のみならず、予防やリハビリテーションサービス等を含む包括的な医療保障であること。
- ④ 保健医療サービスの供給は、予算の範囲内で計画的に行われること。
- ⑤ プライマリケアと第二次診療が前者は一般家庭医、後者は病院の専門医と明確に役割分担されていること。
- ⑥ 一般家庭医への診療報酬：人頭報酬が基本。加えて基本診療手当、出来高払部分、費用部分がある。

2) フランスの医療制度の特徴

① 日本と類似の国民皆保険の原則

⇒ 一階部分：被用者保険制度、特別制度（公務員等）、自営業者保険制度、農業者特別制度、基礎的疾患給付（従来の無保険者、個人保険対象者）

二階部分：補足制度（自己負担分の付加的給付）

※給付率は、疾病、薬剤の種類により異なる。

（例）開業医の一般的医療行為：70%、一般の薬剤：65%、胃薬などの「気休めの薬」：35%

② GHM（フランス版DRG）を採用していること。

③ フランスの開業医はSector 1医師とSector 2医師の区分あり。

Sector 1医師：患者に対する診療費の請求に関して協約料金を遵守することを強制される医師

Sector 2医師：協約料金以上の診療費を要求できる医師

3) 韓国の医療制度の特徴

① 被保険者は、被用者被保険者＋自営業者被保険者（国民皆保険）

② 保険給付：医療給付（高度医療などの保険適用の範囲は日本と比べ相対的に狭い）、予防給付、リハビリ給付、医療手当、高額一部負担償還手当、葬祭手当

③ 一部負担：医療施設のタイプや都市部または農村部によって異なる

⇒ 平均負担率59%（外来66%、入院44%）

④ 保険料：被用者被保険者⇒総報酬制

自営業者被保険者⇒所得比例保険料＋財産比例保険料

⑤ 診療報酬：基本は出来高払い、一部の疾病の入院医療でDRG／PPS

2.2 イギリスの医療保障制度の概要

本節ではイギリスにおける医療保障制度について以下四項目について概説する。

- A. 国民保健サービス (National Health Service : NHS) : イギリスの社会保障における医療サービスの無料提供をなす
- B. 国民保険 (National Insurance) : NHS を包括し社会保障の全体的な枠組みを構成する
- C. 民間医療保険 (近年、役割が拡大しつつある)
- D. 移植医療の位置づけ

A. 国民保健サービス (NHS)

1) 概要

イギリスでは、日本のように社会保険方式を採用せず、国家事業として保健医療サービスを提供している。これは国民保健サービス (National Health Service : NHS) と呼ばれており、具体的には、租税による国の一般財源をもとに、予防からリハビリテーションを含む包括的な保健医療サービスを、全国民 (及び6ヶ月以上滞在の外国人) を対象に原則無料で提供している。

急性期の医療サービスを提供する病院のほとんどは国営であり、勤務医を含めた病院従事者も公務員である。一般家庭医は公務員ではないが、国から請負契約に応じた人頭払いの診療報酬を受け取っており自由診療は認められていない。

住民はあらかじめ登録した、かかりつけ医である一般家庭医 (GP) を最初に受診し、紹介を通して病院で専門医を受診する。緊急の場合等を除き、直接病院を受診することは認められていない。この仕組みに対しては、機能分担の点からみた効率性が評価される場合と、患者のフリーアクセスを拒絶する仕組みとして批判される場合がある。

2) 財源

NHS の財源は、1998 年度予算では、81.6%が国庫、12.6%が国民保険基金からの繰り入れ、2.1%が患者の一部負担、2.7%が独立予算管理の権限をもつ NHS トラスト病院からの返済、その他が 1%という構成になっている。保険料の拠出は、医療サービスを受ける上での条件とはなっておらず、国民にとっては実質国庫負担のサービスであるといえる。

3) 近年の実績

イギリスの医療費は、1人当たり医療費 (1,053 ポンド、2000 年) でみても、対 GDP 比 (6.9%、2000 年) でみても他の先進国と比べて低い水準にあり、国による医療費コントロールがうまくいっているとして評価される一方、ウェイティングリストの存在等の問題点が指摘されている。

しかし、各種世論調査によれば、イギリス国民の NHS に対する支持は根強い。最大の理由としては、費用についての不安がないこととされている。

B. 国民保険

1) 概要

国民保健サービス（NHS）が、医療サービスの現物支給をなす組織体制であるのに対し、国民保険（national insurance）は、傷病手当金や出産手当金といった所得補償としての現金給付が主なサービスである。

イギリスの国民保険は「揺り籠から墓場まで」と言われるように、他の国に比べるとかなり包括化、簡素化されているのが特徴的である。

国民保険は、貧困解消を目的とした定額給付を中心としており、ドイツ、フランス等の社会保険が従前所得保障を目的としているのとは異なる。また、被保険者と保険対象の双方について、包括的で単一の制度となっている点も特徴的である。

まず、被保険者については、国籍を問わず16歳以上の居住者全員に強制適用され、民間部門の被用者のみならず、公務員や自営業までがカバーされている。

また保険対象についても、多くの国々では社会保険を年金保険、医療保険、失業保険、及び労災保険の4つに分け、保険事故ごとに社会保険が組織されるが、イギリスの国民保険は、老齢、遺族、障害、失業、労働災害など社会保障上の保険事故のすべてを網羅する点に注目される。

なお、イギリスの医療に関わる現金給付も、この国民保険にてカバーされている。

2) 保険料等による財源徴収

保険料額は被用者、自営業者、学生及び低所得者、高収入の自営業者の4クラスに分かれている。クラス別人数の内訳は、被用者対象のクラス1が90.0%と圧倒的に多い。被用者に関しては最高稼得収入額（最低稼得収入額の7.6倍に定められ、1999年度で週500ポンド）が定められておりこれを超える収入に対しては拋出対象とならない。最低稼得収入額及び最高稼得収入額は大蔵大臣が決定しており、毎年引き上げられている。

一方NHSにおいては財源の8割が国庫であり、税制がすなわち保険料徴収制度となっている。イギリスの税制は雇用形態による差別はなく、税収の1/4を占める所得税制で見ても限界税率は3段階あるが、これは所得額のみ依存するため、NHSは近年の雇用形態の流動化においても財源を安定的に確保できる体制にある。

3) 拋出及び給付の現状

1995年度末現在の国民保険への保険料拋出者は2,427万人で、男性が1,367万人、女性が1,060万人である。1997年度の国民保険の収入総額は569.4億ポンドで、その内訳は保険料収入82.1%、国庫負担1.7%、運用収入0.8%となっている。

1997年度の受給者数は、就労不能給付177.3万人、出産手当金1.3万人となっている。1997年の国民保険支出額466.8億ポンドのうち給付費総額は453.2億ポンドである。

C. 民間医療保険

1) 概要

NHS 成立（1946 年）以前から、企業が従業員の医療費をカバーするためにファンド（基金）を作って備えたが、この基金が母体となって NHS 成立後に相互会社形式の医療保険会社になったのが現在の民間医療保険会社の最初である。業界第 1 位の BUPA は NHS 法成立後にそれまでであった多数のファンドが合併して成立しており、NHS 法成立により民間医療保険の存在意義が単に医療費を担保するのではなく、NHS のサービス水準を越えた高いサービスを保証するものへと変化を余儀なくされるとともに、規模の拡大により収益を安定させる必要性が生じたものと言える。

2) 保険料収入

イギリス全体の民間医療保険料収入は 1997 年で 18 億 7,700 万ポンドであり、1987 年との比較では約 2.7 倍となっている。この原因としては加入者増もあるが、1 人当たりの保険料も 1987 年の 282 ポンドから 1997 年には 583 ポンドと高騰していることの影響が大きい。保険料高騰の要因としては支払い保険金の急増があり、1987 年の支払い保険金が 5 億 8,600 万ポンドであったのに対し、1997 年には 15 億 300 万ポンドと約 2.6 倍に急増している。

支払い保険金急騰の理由としてイギリス保険協会は、医療技術の進歩や医師や病院が、毎年収入が増えることを望んでいること、より質の高い医療へのニーズ、高齢者の増加などを挙げている。

3) 加入者の特徴

イギリス保険協会（ABI）のまとめによれば、民間医療保険の被保険者数は 612 万 3,000 人であり、イギリス全人口（1997 年約 5,900 万人）の約 10.4% をカバーしている。

保険契約者数は 1987 年に 253 万 7,000 人であったが、1997 年には 321 万 7,000 人に増加している。契約者の 60% は企業であり、企業が従業員に対し民間医療保険のカバーを購入・提供している。民間医療保険の主な契約者は企業であり、個人で加入する人は少ない。

加入者に多く見られる特徴は、

- ・年齢は 45 歳から 64 歳
- ・専門職・高度な特殊技能を持つ職業
- ・社会階層が高い
- ・イギリス南部に居住している

などであり、これは民間医療保険の保険料が非常に高く個人では支払いが難しいこと、企業が従業員に対し保険カバーを与える場合にも全従業員を対象とするのではなく特定の役職、例えば管理職のみカバーを与えるなど対応を取っていることが要因と考えられる。

D. 移植医療の位置づけ

1) 移植コーディネーター業務

英国では、UK Transplant（英国臓器移植機構、以下 UKT）が臓器移植コーディネーター業務を行っている。同機関は 2000 年 6 月に設立され、北アイルランド・スコットランド・ウェールズそれぞれの健康大臣に対して責任を負い、英国健康省を通じて議会に責任を負っている。

UKT は、健康省より 9625000 ポンドの歳入を得ている。このうち、406000 ポンドが事業計画に使われ、その大部分（76%）は病院や移植センターでの臓器移植計画に用いられる。また、232000 ポンドは、ブリストルおよびマンチェスターにあるアイ・バンクのために使われる。

NHS では、英国内の移植を行う各医療機関に対し、予め年間に行われる移植件数を決定し、その件数に応じた予算を各医療機関に配当している。また英国ではドナー登録者が日本と比較すると多いため、移植対象患者は日本よりも短期の待機期間で移植医療を受けることができる（例；腎移植に関しては、年間 3,000 件程度のドナーが出るため、移植待機患者との免疫的適合率も高い。そのた移植医療を受けるために長期間待つ事がない）。

以上の様に英国では完全に移植医療は NHS がコントロールしているため、民間保険会社は移植医療を扱わない。また、民間保険対応の医療機関では、NHS 対応の医療機関より医療費は高いが、待つことなく一般の治療や外科手術を受けられるが、移植医療は扱っていない。

2) 患者の費用負担

移植医療は保険適用の対象とされている。また、臓器移植にあたって、ドナーには負担は生じない。臓器提供にかかわる費用は NHS が負担する。

2.3 フランスの医療保障制度の概要

本節ではフランスにおける医療保障制度について以下四項目について概説する。

- A. 社会保障制度における医療保障制度（医療保険）の位置づけ
- B. 医療保険制度
- C. 医療保険における国家、保険者、民間の役割
- D. 移植医療の位置づけ

A. 社会保障制度における医療保障制度（医療保険）の位置づけ

フランスの社会保障制度は給付を軸に分けると、医療保険（疾病保険：assurance maladie）、老齢保険（assurance vieillesse）、家族手当（allocations familiales）に大きく分類される。

疾病保険には、主に疾病・出産・障害・死亡・労災及び職業病に関する給付が含まれる。これらの制度は職域別に分かれており、退職後や高齢者になっても現役時代と同じ社会保障制度に属する。

フランスの社会保障制度は、職種別・給付別、またリスク別に複雑・多様な制度構成となっており、制度によって運営を行う金庫（caisse）の権限範囲も異なる。このことからフランスの社会保障制度はしばしば「モザイク状」と言われる。

B. 医療保険（疾病保険）制度

1) 医療保険者と医療提供者の関係

フランスの医療の特徴としてまず挙げられるのは「医療の自由」の原則である。自由医療は社会保障法典第 L.162-2 条において法的にも担保されている。具体的には、患者による医師の選択の自由、医師の処方自由、職業上の秘密、患者による報酬の直接支払い、医師の開業の自由が明文化されている。これによって医療提供者や患者の自由な選択肢が保障されている一方で、医療サービスは保険者の干渉の範疇外に位置付けられ、保険者は単なる医療報酬の支払い機関にとどめられる傾向にあった³。

医療保険制度の特徴は、契約を基本とする社会保険方式に忠実であろうとする点が挙げられる。制度は古典的な其済組合の流れをくむ職域別の疾病保険金庫により自主的に管理されてきたが、近年は社会保障財政の悪化に伴い国の管理が強まってきている。

2) 疾病保険制度

前述の通り、フランスの社会保険は職域別・給付別に多種多様な制度から構成されているが、疾病保険の法定制度だけを切り出すと加入者の職種別に、被用者制度・非被用者制度・農業制度に分けることができる。退職者・高齢者が被用者であったとき

³ 伊奈川秀和『フランスに学ぶ社会保障改革』中央法規 2000 年

の制度に継続して加入するいわゆる「突き抜け型」の制度をとっており、これは疾病保険においてもその他の老齢年金や家族手当などの社会保険においても同様である。

疾病保険は職域別に分かれており、一般制度には被用者の大部分、非被用者制度には農業以外の非被用者、農業制度には農業経営者・農業被用者が加入している。加入者数では一般制度が最も多く全体の82.9%に上る。

疾病保険の場合、被用者制度・非被用者制度・農業制度それぞれについて、全国レベルの組織、地方レベルの組織、地区レベルの組織など階層だった疾病保険金庫が存在する。一般制度を例に挙げると、全国疾病保険金庫（CNAM）が制度全体の管理を実施するとともに、地方疾病保険金庫、初級疾病保険金庫の統制権限を有している。地方疾病保険金庫は地方単位で全国16ヵ所に設置され、其通事務や労災保険料の決定などを行っている。初級疾病保険金庫は原則として県単位で全国129ヵ所に設置され、被保険者の登録、給付の支払い事務などを行っている。

C. 疾病保険における国および補足制度の役割

1) 疾病保険における国の役割

従来は疾病保険金庫や老齢保険金庫・家族手当金庫などの社会保障機関における自律性が尊重され、行政や議会は社会保障に関与しない傾向が強かった。しかし一般社会拠出金（CSG）の導入により社会保険財源の租税代替化が進み、また国として社会保障財政の累積赤字の問題が顕在化するにつれて、社会保障への国の介入が強まった。

2) 補足制度

フランスの疾病保険は日本と比較して自己負担の比率が高く、例えば医師報酬（病院外来・開業医）が30%、パラメディカル報酬が40%、入院が20%などである。しかし自己負担分をカバーするための補足制度が発達しており、国民の83%が何らかの補足制度などに加入していると言われている⁴。

補足制度の主なものは、共済・福利厚生・民間保険である。

被用者の場合は、労働協約の一部として共済組合または相互扶助組合形式で組織されたり、民間保険会社に委託される形式で運営されている。また個人で民間保険に加入するケースなどもあり、実際に医療サービスを利用したときの患者の自己負担額は少額にとどまっている。

D. 移植医療の位置づけ

1) 移植コーディネート業務

フランスにおける移植コーディネーションは、1994年フランストランスプラントより業務を引き継いだEtablissement français des Greffes（フランス移植機構以下EFG）により実施されている。移植コーディネーション業務は全国レベル、地域レベル、病院

⁴ J.de Kervasdoué(dir.), *Le carnet de santé de la France en 2000*, Mutualité Française et SYROS, 2000

レベルの三段階に分かれており、コーディネーション業務全体の統括および地域レベルでのコーディネーションが EfG の管轄下にある。EfG は公的な組織であり運営経費（98209 千フラン：2001 年度予算）は 3 分の 1 が雇用・連帯省（保健局）（Ministère de l'Emploi et de la Solidarité Direction Générale de la Santé）から、3 分の 2 が疾病保険（パリ初級疾病金庫 Caisse Primaire d' Assurance Maladie de Paris）から拠出されている。このため移植コーディネーション経費が患者に請求されることはない。

2) 移植医療費

移植医療医療費は、移植医療実施機関へ支払われる金額が法律によって規定されている。⁵

腎臓または膵臓移植	・・・	280000FF
腎臓・膵臓移植	・・・	600000FF
心臓移植	・・・	414000FF
心臓・肺移植	・・・	500000FF
肺移植	・・・	670000FF
肝臓移植	・・・	570000FF
骨髄移植	・・・	880000FF
その他の移植	・・・	900000FF

これらの価格は、移植手術のための患者が入院した日から退院までの日（手術を受けた医療機関での療養期間）を対象としている。実際に上記の金額が適用されるのは、疾病保険に加入していない患者（たとえばフランス国籍を有していない場合）に対して医療機関が医療費を請求する場合である。

移植医療は保険適用の対象となっているため、保険に加入しているフランス国籍を有する患者が移植医療を受けた場合には、移植医療実施機関は実費を疾病保険に請求することができる。

⁵ Sire I, Supermant G., *Coût et organisation de la transplantation hépatique*, Soins Chirurgie 1987, 78-79: 43-51 ;Maurin P., *Évaluation du coût de la transplantation hépatique*, Rapport de stage de maîtrise d' A.E.S., Université Paris X II, 1990-1991 などの調査・研究を基に算出

3. 韓国における移植医療の現状⁶

3.1 臓器移植

韓国では1999年に臓器移植法が制定され、脳死者からの臓器摘出が合法化された。日本の臓器移植法との主な相違点としては、以下が挙げられる。

- ①脳死を人の死とする規定がない（臓器提供者の死因を臓器提供ではなく、脳死状態になった疾病または行為をみならず特別規定を置いている）
- ②脳死判定を行うことについて本人もしくは家族の同意を求める手続きをもたない
- ③臓器摘出にあたって本人の同意の他に家族の同意を要件としているが、本人の生前の意思が確認できない場合は家族に摘出の可否についての決定権を与えている⁷
- ④生体移植に関する明文規定置いている

また、同法制定により移植医療事業を監督し、あっせんコーディネイト業務を行うKONOS（Korean Network for Organ Sharing）が設立された。同法第九条二項ではKONOSの業務内容を次のように規定している。

- ①移植対象者の選定
- ②臓器等の提供者および関連資料の管理
- ③臓器移植登録機関、脳死判定機関、臓器移植医療機関に対する指導・監督
- ④臓器等の摘出および移植に関する調査・研究、情報・統計の管理および広報
- ⑤その他大統領令で定める業務

KONOSは公費によって運営されており、年間予算は1,100,450,000ウォン、詳細は下表の通りである。

⁶ 本節は、韓国における現地インタビューをもとに作成した。インタビュー相手・目的は以下の通り。

- ・ Mr.Rhee, Young-ryul（KST：韓国移植患者団体代表）、Dr.Ohm, Tae-am（KST 前代表）：韓国における移植医療を患者がどのように評価しているのかについての調査。
- ・ Dr.Koo, Young-Mo（ウルサン医科大学教授：生命倫理学）、Dr.Kim, Jang Han（ウルサン医科大学助教授：法医学）：1999年移植法および2003年改正をめぐる評価、韓国移植医療全般に関する議論についての調査、資料収集。
- ・ Dr.Cho, Yong-Rea（国民日報論説委員）：韓国新聞メディアにおける移植医療の扱いについての調査。
- ・ Mrs.Nha, Jung-Hwa（KMDP 国際コーディネーター）：韓国における骨髄移植医療システムについての調査。
- ・ Mrs.Lee, Soon-Im（Konos 調整部副部長）、Mrs.Eom, Eun-Shik（Konos 調整部部長）：韓国における移植コーディネーションの現状と課題についての調査、資料収集。
- ・ Mrs.Chun, Hee Ok（漢南聖母病院移植コーディネーター）Yang M.D.（漢南聖母病院移植医）：移植医療施設における移植医療の現状および課題についての調査、資料収集。

⁷ ドナーカード等事前意思表示システムはない。これまで臓器提供に際して事前に本人の意思確認ができたケースはない。すべて家族の同意のみによって摘出（2004年3月8日時点 Mrs.Lee, Mrs.Eom）。

図表 4-2 KONOS 予算 (2003 年 10 月現在)

(won)

固定費	374,687,000
人件費	231,000,000
雑費	94,000,000
移動費	28,022,000
資産買取費	5,900,000
主要事業活動費	600,000,000
普及啓発 (広報) 費	200,000,000
HOPO ⁸ 支援およびドナー家族支援費	400,000,000
コンピューター管理維持費	75,763,000
研究開発費	50,000,000
合計	1,100,450,000

3.1.1 死体からの臓器提供⁹

2000 年～2002 年における死体からの臓器提供数、性別、死因、臓器は下図の通りである。

図表 4-3 死体からの臓器提供 (性別)

	男性	女性	合計
2000	38	26	64
2001	37	15	52
2002	27	9	36

図表 4-4 死体からの臓器提供 (死因)

	酸素 欠乏症	心疾患	脳血管 疾患	脳外傷	中枢神経 系腫瘍	交通事故	自殺	その他	合計
2000	2	1	23	7	3	25	1	2	64
2001	2	1	19	7	1	20		2	52
2002	2		15	6	2	10		1	36

図表 4-5 死体からの臓器提供 (臓器)

	腎臓	肝臓	脾臓	心臓	肺	角膜
2000					1	
2001	51	35	5	21		27
2002	35	28	8	11	2	25

⁸ Hospital based Organ Procurement Organization : 厚生省より臓器摘出を認められている病院

⁹ KONOS, *Annual Report 2002*, pp. 33-63

3.1.2 生体からの臓器提供¹⁰

2000年～2002年における生体からの臓器提供に関する提供数、性別、提供者年齢、対レシピエントとの関係、臓器は下図表の通りである¹¹。

図表 4-6 生体からの臓器提供（性別）

	男性	女性	不明	合計
2000	635	418	8	1061
2001	824	561	15	1400
2002	871	582		1453

図表 4-7 生体からの臓器提供（提供者年齢）

	<1	2-5	6-10	11-17	18-34	35-49	50-64	65+	不明	合計
2000		7	20	23	479	413	101	6	12	1061
2001	2	12	20	42	706	470	128	5	15	1400
2002	1	9	11	36	702	539	153	2		1453

図 3-8 生体からの臓器提供（対レシピエントとの関係）

	夫婦	親	子	兄弟姉妹	その他	非血縁	合計
2000	50	237		462	55	257	1061
2001	91	168	177	552	105	307	1400
2002	101	164	179	615	86	308	1453

図 3-9 生体からの臓器提供（臓器）

	腎臓	肝臓	骨髄	合計
2000	557	186	318	1061
2001	690	286	424	1400
2002	669	335	449	1453

¹⁰ KONOS, *Annual Report 2002*, pp. 68-80

¹¹ 韓国では移植臓器の多くが生体間移植によるものである（約98%は生体間移植。日本での腎移植の場合、生体間腎移植の割合は約84% [いずれも2002年]）。生体間移植における倫理的問題が議論の対象となることは少なく（Dr.Koo）、メディアにおいても、もっぱら「家族愛の美談」として紹介されているという（Dr.Cho）。

3.1.3 脳死からの臓器提供者数¹²

韓国で最初の脳死者からの臓器提供は1988年2月の心臓移植手術である。当時論争はあったものの刑事事件になることはなかった。以後提供者数は下図のように推移している。

図表 4-10 脳死臓器提供者数

年	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	00	01
数	1	3	2	15	20	45	78	66	97	125	162	64	20

2000年以降、脳死からの臓器提供が急速に減少したのは、移植法の制定によって摘出手続きが厳しく監督されるようになったからだという¹³。

なお、脳死者からの臓器摘出は厚生省認定の23病院（HOPO）に限定されており、今後臓器提供数を増加させていくためには、認定病院数が増やしていく必要があるとの指摘があった¹⁴。

3.1.4 患者負担および病院負担

(1) 患者負担

移植手術をうける際の入院医療費の患者負担は20%であり、退院後の治療費の個人負担は50%である。また、年間医療費患者負担の上限は600万ウォンと定められている。

レシピエントの負担額を単純計算した場合、腎臓移植または膵臓移植の場合は約400万ウォン、肝臓または心臓移植の場合は約380万ウォン、腎臓および膵臓または肺および心臓の場合は500万ウォンの患者負担が生じるとされているが¹⁵、実際には肝臓移植の場合には7000万ウォンから8000万ウォン、心臓移植の場合には3000万ウォンの個人負担が生じているとの推計もあり、医療保険負担分を拡張することで患者負担を軽減させる必要があるとの指摘もなされている¹⁶。

(2) 病院負担（病院運営上の移植医療の位置づけ）

病院運営上、移植手術は重要な位置づけを占めている。たとえば、腎臓または膵臓を実施した場合、患者から400万ウォン支払われ、1600万ウォンが公的医療保険から支

¹² 趙炳宣「韓国の臓器移植法に関する比較法的考察」『姫路法学』36号2002

¹³ 臓器摘出が認められるためには、遺族が家族であることを立証するための戸籍謄本を提出することが必要となった。その他にも病院運営上の問題点も指摘されている（3.2.2.参照）。Yang M.D.、Dr.Ohmへのインタビュー時の指摘。

¹⁴ Yang M.D.（漢南聖母病院移植医）へのインタビュー時の指摘。

¹⁵ Mrs.Chunへのインタビュー時の指摘。

¹⁶ Ohm氏提供資料 *Transplantation and medical reform in Korea* による。