

4. 1990年代前半のスウェーデンの医療保障改革とその後

医療保障制度改革の評価を制度論の観点から行うに当たっては、①いずれの問題点をどのような理念の下に改革しようとするものなのか、②基本的な制度の枠組みを維持したままでも部分的に修正するのか、それとも医療供給・財政における責任・権限の変更や再分配を意図しているのか、③全国的に実施されるのか、一部の県の実験的な試みなのか、④改革の効果はあがっているのか、といったことを考察することが重要である。スウェーデンでは、1990年代前半に重要かつ特徴的な改革が試みられており、そのうちの3つを取り上げ、このような観点から、その意義、効果、問題点等について述べることにする。

(1) エーデル改革

エーデル改革 (Ädel Reform) とは、一口で言えば、医療部門と福祉部門の管轄が県とコミューンに分かれているために非効率となっている高齢者のサービス体系を基本的に市へ一元化しようとする改革である (傍点を付した意味は後述する)。なお、エーデル改革は1992年1月から全国的に実施された改革である、一部の県の試行的改革ではない。

具体的な内容を箇条書きで述べれば次のとおりである。

①. 責任と権限の移管

社会サービス法の改正 (第20条) により、特別に援助を必要とする高齢者のために提供されるべき施設が「サービス及び介護のための住宅」 (以下単に「介護がついた住宅」という) に改められ、この「介護がついた住宅」には、サービスハウス (ケア付き住宅のようなもの。英語: service houses / スウェーデン語: servicehus)、老人ホーム (英語: old-age homes / スウェーデン語: alderdomshem)、グループホーム (英語: group dwellings / スウェーデン語: gruppboende) のほかナーシングホーム (英語: nursing home / スウェーデン語: sjukhem) も含まれることになった。これに伴い、県の所管であった長期療養病院及び地域療養ホームがナーシングホームとして市に運営が移管された。また、保健医療法の改正により、県が運営していたデイケアも市に移管された。

②. ベッドロッカー対策 (財政責任区分の徹底)

病院での治療が終わり市 (の福祉事務所) に退院の連絡があってから5日たっても市が対応しない場合には、当該「患者」の費用は市が負担することとされた (いわゆる「5日間ルール」)。これは、市にナーシングホームなど「介護がついた住宅」整備のインセンティブを与えることを意味する。なぜなら、入院費用は「介護がついた住宅」費用より割高であるため、市がベッドロッカーを引き取れないと市の財政負担が増大するためである。

③. 職員の身分と財源の移管

以上の権限の移管に伴い、財源についても県から市へ約200億クローネの財源 (国の交付金の配分変更分を含む) が移されるとともに、グループホームの建設促進及びナーシングホームの個室化促進を図るため国は5年間に30億クローネの補助を行うこととされた。また、看護婦や看護助手、OT、PT等の県の職員 (総計約5万5千人) が市の職員に身分が移管された。ただし、医師については身分の移管は行われなかった (後述)。

エーデル改革は非常に大規模な改革であり影響は広範囲にわたる。特に、ベッド・プロ

ッカーは激減した。ただし、2004年6月エーデル改革の評価委員会の「エーデル改革10年のレビュー」によれば、課題も少なからず残っているとされる。例えば、複数の慢性病を有し状態の変化が激しい高齢者の場合、病院からすぐに退院させられるが、プライマリ・ケアと社会サービスの間の調整が不十分なために、すぐに病院に戻されてくる。また、在宅看護とリハビリテーションの提供に関する責任が県と市に分断されており、両者の間でサービスに関わるスタッフの間にも軋轢が生じている。具体的にいえば、医師は在宅看護を受けている者のところにはほとんど訪問診療を行わない。また、訪問看護については、県と市は契約により市に移管可能できるが、市に権限を移管しているのは半分強にとどまっている。

エーデル改革を医療政策という観点から総括すると次のとおりである。

エーデル改革のねらいは、①医療とその隣接領域が全体として統合されたシステムとなっていないという問題点、②ベッドブロッカーの存在により資源配分が非効率となっているという二つの問題点の解消を図るものであったと言ってよい。このうち、②のねらいは概ね達成された（既述したような問題があるのも事実であるが）にしても、①の問題点は本質的には解消されていない。なぜならば、第1に、医療は県、福祉は市という権限の「仕切り」自体は、エーデル改革後も基本的には変更されていないからである。つまり、例えばナーシングホームはエーデル改革によって「医療施設」から「介護がついた住宅」として施設の位置づけが変更されたのであって、医療を市が受け持つこととされたわけではない。第2に、既述したとおり、医師の身分は移管されず県にとどまっているからである。これは、エーデル改革の議論の過程で、県はナーシングホームの市への移行等には賛成したがプライマリ・ケアの移行には反対であり、医師も反対した結果である。なお、市は権限の移行には賛成したが、財政負担の増大を危惧し「5日間ルール」には反対した。エーデル改革は、多分に妥協の産物たる面を有しているのである。いずれにせよ、エーデル改革により高齢者の医療と福祉が統合されたと紹介されることが少なくないが、必ずしも医療と福祉の統合や一元化が行われたわけではない。冷めた見方をすれば、エーデル改革は大規模かつチャレンジングな改革であるとはいえ、医療制度改革という観点からは、制度の基本的枠組みを変更しない「制度内改革」であるということもできるのである。

（2）家庭医制度および自由開業医制度の改革

家庭医制度は、「選択の自由」を標榜するビルト（Carl Bildt）政権（1991年に発足した保守・中道四党の連立政権）において、社会保障制度改革の目玉の一つとして登場したものである。

この制度は、住民が自分の家庭医を自由に選択・登録することを通じ、①住民の医師を選択できる権利の拡大、②プライマリ・ケアの充実、③民間開業医の増大による競争の喚起をねらいとするものである。なお、計画目標では、1993年に人口1万人当たり4.0人の家庭医を1994年中に4.7人に増大する（17.5%増）こととされていたから、相当大幅な拡充を意図したものであったと言える。

この改革で重要な点は、県と契約関係のない民間開業医（家庭医）であっても公的に費用の支払いが行われる道を開くことにある。つまり、実質的に①家庭医に必要な資格（原則としてGPとしての専門資格）があり、②千人以上の登録者を得るという2つの条件さ

えみたせば、県の公務員であるか民間開業医であるかを問わず、登録された人数に応じて（つまり人頭払い）県から民間医師に対して報酬が支払われるのである。これは、県にとって影響甚大な制度改革にあたる。なぜなら、従来も、民間医師であっても県と契約すれば診療報酬の支払いは受けられたが、契約するか否かは県にイニシアティブがあった。しかし、この家庭医制度では、2つの要件をみたま限り民間開業医（家庭医）は県に事前通告するだけで足りることとされ、また、県には「住民が家庭医を選択する機会を持つ責任」まで課せられたからである。つまり、家庭医制度は、医療供給に関する県の独占的ないしは主導的地位を揺るがすものに他ならない。また、同時にそれは保守・中道政党の狙いとするところでもあった。だからこそ、県（の職員）及びこれを有力な支持基盤とする社会民主党の強い反発を招き、政治的に大きな争点となったのである。

自由開業医制度は、家庭医について認められた民間医師の開業の自由（正確には開業に伴う診療報酬の公的支払い）を家庭医以外の専門医についても拡大するものであり、いわば家庭医制度と対をなす改革である。その内容は、①フルタイムの医師であること、②県に対する事前通告や活動報告の義務づけがあること、③診療報酬の支払いは専門医としての活動に限定されること、④診療報酬の支払いにはシーリングが設定されていることなどの要件をみたませば、県の同意を要さずに、診療報酬の支払いを受けることができるということである。家庭医の場合、必要な登録人数（千人）を集めることは必ずしも容易ではないが、自由開業医制度には登録人数要件はないため、民間開業医を増大させる要素は家庭医制度に比べより大きいと考えられる。

この両法案はそれぞれ1993年春、93年秋に議会通过し、いずれも94年1月から施行された（ただし95年末までの猶予期間が設けられた）。ところが、その当時から社会民主党は政権に復帰すれば両法案を廃止することを言明しており、実際、社会民主党が政権に返り咲いた後の1995年に両法律は廃止の運命を辿っている。

前述した政治的理由は別にして、反対の根拠は、①家庭医等の普及を図るためにはある程度高い人頭払い単価を設定せざるを得ないが、その結果、医療費支出の増大を招き、県財政の悪化要因となること、②医師の役割を強調するあまり看護婦等とのチーム医療にひびを入れかねないこと（実際、1994年に施行した県の一部は医師を増やす代わりに看護婦の削減を行った）、③地域的偏在をも考慮すれば十分な質と量の家庭医等の確保を図ることができるか疑問であること等が挙げられる。

（3）ストックホルム・モデル改革

この改革は、ストックホルム県において、1992年から実験的モデルとして導入（完全実施は95年）されたものであり、その眼目は医療供給に市場原理（マーケットメカニズム）を導入することにある。同じような発想の取組みは、ストックホルム県の他にダラーナ県、ポーフェス県などでも行われている。ただし、たとえばダラーナ県のモデルは、家庭医（GP）の役割を重視した上で、英国のNHS改革におけるGPファンドホルダー制度に似た仕組みを採り入れており、市場原理の導入のアプローチの手法は同一ではない。

ストックホルム・モデルの概要は次のとおりである。

これまで、県立の病院やプライマリー・ケア・センター（以下単に「病院」という）の運営費用は、前年度実績等を基に総額幾らという形で県から予算配付（総額予算方式）さ

れていた。この予算配付方式は、病院の運営にコスト意識が働かず、また、実際の医療成果（output）に応じて医療資源や資金の配分が行われ難いという欠陥をもっている。このため、サービスの購入者（発注者）と供給者を分離するとともに、サービスの価格づけを厳密に行うことによって費用と成果の間に対応関係をもたせようとするのが、この改革のねらいである。

具体的なやり方としては、県内の9つの各保健地区（の地区委員会）は、当該地区の住民がたとえばある病院に入院した場合、その病院が行った診療成果に応じて費用の支払いを行う。この場合の診療成果（逆に見れば診療に対する支払い価格）の評価（尺度）は、入院一日当たり幾らというような粗い形ではなく、疾病の態様等に応じて設定されたDRG（後述）によって行われる。また、入院であれ外来であれ、患者は居住している保健地区のエリア以外の医療供給者（民間医師でもよい）を自由に選択できる。この結果、病院等の医療機関は相互に競争関係に立たされることになるが、裏返して言えば、各地区は住民・患者が選択した医療機関が「供給」する医療サービスを適切な価格でいわば「購入」することになる。また、毎年、各保健地区は、住民の立場を代弁して、サービスの範囲、価格、質及び他の医療機関との連携方法等について各病院との間で交渉を行い、契約を締結する。

以上述べたように、ストックホルム・モデルは、独占的な医療供給に消費者の選択や競争の要素を持ち込み、また、医療のコストと配分の管理を明確化し、資源の効率的な使用を図る試みであると言える。

なお、DRGについて付言すると、類型化された医療行為類型（例：ある年齢層の併発病のない初期の肝臓癌で入院）ごとに定額払いとするものである。米国のメディケアの入院医療の診療報酬として用いられたのが最初であるが、世界中の多くの国で導入ないしは導入のための研究が進められている状況にある。スウェーデンでも、1985年に医療計画合理化研究所（Spri）が検討を開始し、複数の県の病院における試験的に導入された後に実用化されている。ただし、留意すべきことは、スウェーデンのDRGは、診療報酬の償還基準ではなく県が病院の予算配賦する際の「査定基準」として用いられていることである。

ストックホルム・モデルの効果については、医療ケアの生産性が導入年で10%、2年目で3%向上したという分析もある（Jönsson 1994,p.16）が、同時期は財政状況が厳しい中で他の県でも生産性向上の圧力が働いており、「購入者と供給者の分離」（purchaser / provider split）のコスト縮減効果はそれほど大きくないという指摘もある。いずれにせよ、ストックホルム・モデルは、一種の「医療配給制度」の構造の中に市場原理を持ち込むという興味深い試みではあるが、少なくともストックホルム県においては、当初の過大な期待を経て制度として定着をみている。

5. 考察

スウェーデンでは1990年代前半に様々な医療制度改革が試みられた。その背景には、社会民主党から保守・中道四党への政権交代という事情も無視できないが、本質的には、①1991年から93年にかけて3年連続で経済がマイナス成長であったこと、②1990年時

点でみると先進諸国の中で高齢化率が際立って高いこと²、の2つが大きな理由である。特に①の経済状況の悪化は、県の財政状況は税率引き上げの抑制や補助金や交付金の削減等に繋がり、生産性向上を含む医療の効率化に対する強いプレッシャーとして作用したといえることができる。

今日、スウェーデンでは、1990年代前半にみられた改革の“熱気”は一見冷めたようにみえる。しかし、次の3点に留意する必要がある。

第1に、1994年に経済成長率はプラスに転じ、以降、年平均3%弱の経済成長を維持している。しかし、経済のグローバル化の進展や国際競争が激化する中で、大企業の海外移転や海外企業による買収（例：サーブ、ボルボが、それぞれGM、フォードの傘下に入った）も進んでおり、決して楽観できる状況にはない。また、人口動態からみても、医療や介護ニーズに高い80歳以上の者の増加率が高い。したがって、医療の質やアクセスの低下を招かないようにしながら医療の効率化を図るといふ圧力は続くと考えべきである。

第2に、医療や介護・福祉の費用抑制は、生産性の向上によってすべてカバーできているわけではなく、医療や介護を必要とする者のアクセスに影響が生じている。例えば、1人当たり高齢者のホームヘルプサービスの提供回数は減少している。また、「介護つき住居」の施設が不足し入所できない者が生じている。さらに、医療と介護の連携が悪く、特に訪問医療・訪問看護が不十分である。こうした問題が深刻化するにつれ国民の不満は鬱積しており、国としても対応が迫られる状況に至っている。現に、去る3月22日に公表された「高齢者医療・高齢者ケア十か年国家戦略」では、政府は、病弱な高齢者に対する医療とケアを拡充させるため訪問医療の主たる責任を県から市に移管する方針であること等を明らかにしている。

第3に、医療資源の配分が効率的であるかどうかという観点から、専門の委員会（Ansvarskommittén：[英] Committee on Public Sector Responsibilities）が設置され、国、県、市の権限配分（例：県の統合）の見直しやプライマリ・ケアの強化等の検討が行われている。もっとも、県の反対論は根強いこと等から、具体的にどのような報告が行われるのか、また、実現可能性があるのか等は不透明ではあるが、こうした基本に立ち返った論議が行われていることは注目されてよい。

既述したように、スウェーデンと日本では医療制度や行政制度の仕組みは大きく異なっており、スウェーデンの取組みから何らかの示唆を得ようとする場合には、この点につき十分な考慮を要する。例えば、スウェーデンは基本的に医療財政だけでなく医療供給も公的に統御されているため、患者自己負担の拡大により医療供給をコントロールするという政策選択の優先度は低い。医療供給を直接コントロールすれば足りるからである。また、（自由開業医を別にすれば）医師も県の公務員であり報酬は一定であるから、医療の供給量を増大させ収入を増やすというインセンティブが内在しない。公的部門の管理手法として「購入者と供給者の分離」が議論される所以である。

しかし、そうした両国の制度の相違を考慮しても、スウェーデンの医療政策のわが国への示唆は決して少なくないと思われる。まず、医療制度改革の背景や基本的方向性はわが

² ちなみに、1990年時点の主要国の高齢化率は、スウェーデン(17.78%)、日本(12.05%)、アメリカ(12.39%)、ドイツ(14.96%)、フランス(13.99%)、イギリス(15.72%)である。

国と基本的に同じである。つまり、経済の低成長基調および人口の高齢化が医療制度改革を促す最大の理由であり、医療の質やアクセスを低下させないようにしつつ、医療費のコントロールをいかにするかという共通の課題を抱えている。また、スウェーデンでは、既述したように、①エーデル改革により長期療養病床の性格を変えること等を通じベッドブロッカーの減少を図るとともに、②ストックホルムモデルにみられるように、擬似的市場を持ち込み公的セクターの生産性を向上させようとした。ただし、繰り返し述べるように、エーデル改革は、医療は県、介護・福祉は市という「仕切り」を変えたものではない。この結果、医療・看護と介護の連携の欠如を引き起こし対応が迫られていることは非常に興味深い点である。また、スウェーデンにおいても、プライマリ・ケアについてそれを強化すべきであるという議論があることも注目されるべき点である。いずれにせよ、スウェーデンは「実験国家」と言われることがあるが、データを積み上げ議論し、思い切った改革を行うことに躊躇しない国である。これは医療政策についても同様である。今後どのような政策展開が行われるのか「観察」することは、わが国の医療政策を相対化するだけでなく、特定の医療政策の有用性を検討する上で一定の意義を有すると考えられる。

謝辞

本研究とりわけスウェーデンにおける現地調査に当たっては、伊澤知法氏（在スウェーデン日本国大使館一等書記官）および奥村芳孝氏（スウェーデン在住スウェーデン研究家）の多大な協力を得た。記して感謝申し上げる。なお、あり得べき誤りは筆者に属する。

参考文献

- 伊澤知法(2006)「スウェーデンにおける医療と介護の機能分担と連携－エーデル改革による変遷と現在－」『海外社会保障研究』156号
- 奥村芳孝(2000)『スウェーデンの高齢者福祉最前線』筒井書房
- 島崎謙治(1996)「スウェーデンの社会経済と医療保障制度改革」『社会保険旬報』1912号、1913号、1914号
- Hanning M. 2005. *Maximum Waiting-Time Guarantee – A Remedy to Long Waiting Lists?*
Uppsala Universitet
- Harrison M.I and Calltorp J. 2000. “The Reorientation of Market-oriented Reform in Swedish Health-care” *Health Policy* 50:219-240
- Jönsson B. 1994. *Making Sense of Health Care Reform*
Swedish Association of Local Authorities and Regions. 2005. *Swedish Health Care in Transition*

厚生労働科学研究費補助金（政策科学推進研究事業）

「医療等の供給体制の総合化・効率化等に関する研究」

研究報告書

⑳ フランス医療制度改革の現状と課題

研究協力者 本田達郎 医療経済研究機構研究主幹

（平成 18 年度実施）

研究要旨

本研究においては、日本と同様に医療制度改革が喫緊の課題となっており、また、社会保険方式等の共通点とともに圧倒的に被用者を中心とした制度設計等の相違点も有するフランスの医療制度について、2004 年の医療保険制度改革を中心とした改革の現状を分析し、我が国の医療制度改革の内容や方向性を評価する上での政策的含意を探る。

結論としては、フランスにおける取組の中で、①医療機関へのフリーアクセスを重視するフランスにおいて急進的でない緩やかな「かかりつけ医」の促進が 2005 年以降図られていること。②これまで医療費を予算制約との関係で総枠抑制することには成功していないこと、③2004 年に導入された 1 件当たり包括評価方式（T2A）は現場においてかなり混乱を生じていること、④2004 年改革により保険者組織の再編について全国組織の設立や事務局長・理事会の権限配分の変更等が行われていること、⑤医療情報の電子化はフランスにおいても重要課題とされており強力な取組が進められていること等において我が国への政策的示唆があると考えられる。

A. 研究目的

フランスの 2004 年の医療保険制度改革を中心とした改革の現状を分析し、我が国の医療制度改革の内容や方向性を評価する上での政策的含意を探る。

B. 研究方法

フランス社会保障委員会やフランス保健連帯省の公開資料による情報収集・分析

既存のフランス医療制度に関する先行研究の分析

（倫理面への配慮）

特に配慮を必要とすることはなかった。

C. 研究結果

診療報酬制度改革で成果が上げられていない等のフランスの 2004 年医療保険制度改革等の内容や実施状況が明らかになるとともに、我が国への政策的含意が分析できた。

D. 考察

(1) かかりつけ医制度について

フランスのかかりつけ医制度においては、患者はかかりつけ医の紹介状なしにかかりつけ医以外の医師にかかることができる。ただし、かかりつけ医の紹介を経た場合と比べて自己負担が増加するという経済的に負の動機付けがなされている。この点では、原則、最初に患者自身が登録している一般医（General Practitioner）に行かなければならないイギリスのゲートキーピングの仕組みとは異なっている。むしろ、医療サービス計画の一環として位置づけられており、医療の質の改善や予防の徹底、他の専門職種等への照会機能や患者への指導や医療情報の体系化等による不必要な医療の排除といった幅広い目的をもっている。このような意味で、急性期病院と在宅の連携等を内容とする日本のかかりつけ医機能と同様の趣旨を持っていると考えられる。

なお、併せて導入された個人医療情報記録の制度は、病歴と医療保険の償還データの両方についての電子化であり、我が国における医療情報の電子化においてフランスにおいて個人情報保護の要請をどのように満たしているのか等の点で参考になると考えられる。

(2) 医薬品に関する措置について

ジェネリック医薬品の使用促進は、フランスと日本に共通する重要課題である。フランスにおいても着実に実施されていると考えら

れるが、価格の低下にはつながっても販売数の抑制にまでは至っていない。日本においては現時点ではジェネリック医薬品について先ず使用促進を図ることが重要であるが、潜在需要の掘り起こしとにならないように注意する必要があると考えられる。

SMRi 基準の適用については、制度的には着実に実施されているように見えるが、財政効果については、いまだ未確定とされている。フランスで見られるような、不償還措置の対象となると医薬品の需要が償還措置の対象に移動するような危険性については、日本においても留意する必要があると考えられる。

(3) 目標制度による医療費の財政的抑制について

フランスでは財政的に医療費を目標の範囲内に抑制することには、失敗したといえる。日本において医療費の伸び率管理の議論においてもフランスの経験に学べるところがあると考えられるが、ここでは次の点のみ言及したい。

フランスの司法当局も財政的に目標内に抑制することについては厳しい判断をしている。これは、本来必要となる医療費に財源の観点のみから枠をはめることは、そもそも必要な医療を確保できなくなるという観点から問題であるだけでなく、目標が義務的に医師や患者を拘束する場合に目標の考え方や設定根拠自体に法律的な問題や無理があることになる。日本でも伸び率の管理を仮に行うとすれば、

経済成長率等の医療の必要性との関連が薄い指標による伸び率の設定には同様の法的問題を惹起するおそれがあることが指摘できる。

(4) 診療報酬改革について

(3) とも関連するが、フランスにおいても診療報酬改革は非常に難しい課題となっている。少なくとも、T2A の導入は、医療費の適正化に効果を上げていないどころか、診療報酬請求の現場を混乱させただけとなっている。今後 T2A の適用拡大等がおこなわれるので、今後の動向も注意深く見なければ T2A の導入の是非は判断できないが、医療費適正化に即効性のある診療報酬改革を直ちに実施できることは予想しにくい。T2A の導入は、総枠予算方式 (DG) 失敗の経験から苦渋の決断として導入されたのではないかと考えられるので、そもそも医療費適正化効果の見込みは弱かったのではないかと考えられる。

(5) 保険者組織の再編成について

フランスにおいても保険者組織の再編成が行われているが、全国金庫における事務局長と理事会との権限配分の変更や全国組織の創設に止まっている。日本の 2006 年の改革では、□全国の中小企業被用者すべてを被保険者としている政管健保を都道府県単位に分割する改革や□後期高齢者医療制度を新たに創設し、市町村が保険料徴収を行いつつ財政運営は都道府県単位で広域連合を行う制度とすることなど、医療保険者に関する大幅な改革を行う予定となっている。このような日本の

保険者組織改革に比べれば、フランスの保険者組織再編は部分的といえる。この背景には、事業主と被用者が中心となって自立的に医療保険を運営するフランスにおいては、日本のように国レベルでの医療保険関連法の改正により抜本的に保険者組織を再編することは受け入れにくい沿革の違いがあると考えられる。

(6) 財政対策

稼働所得については 7.5%の料率となるなど、一般社会拠出金の引き上げは限界まで来ている。このような意味で、2004 年改正で財政対策よりも医療の需要・供給対策に重点が置かれたのは合理性がある。このことは財政対策と需要供給対策のバランスのとれた改革が必要ということを示している。

E. 結論

全体として、フランスの 2004 年改革等の医療制度の現状を踏まえて、日本の 2006 年改革や近年の医療政策の状況を検証すれば、次のような評価ができると考えられる。

- ・医療機関へのフリーアクセスを重視する歴史があるフランスにおいて、急進的でない緩やかな「かかりつけ医」制度の促進が図られている。このことを考えれば、やはりフリーアクセスを重視する歴史・現状がある我が国においても、かかりつけ医的機能を促進していく場合には、現実的な緩やかな促進方策が適当と考えられる。
- ・フランスにおいては、予算の制約という指

標で医療費の総枠を抑制するという試みに成功しなかった経緯がある。このような経緯を考えれば、我が国の 2006 年改革に至る過程で議論された経済成長率等の指標による伸び率管理については慎重に検討すべきと考えられる。

- ・フランスでは、新しい診療報酬制度である 1 件当たり包括評価方式 (T2A) の導入には経過措置を導入してもかなりの混乱を伴っている。我が国においても、診療報酬制度の大幅な変更やその実施に当たっては医療現場での混乱を伴わないように留意する必要がある。
- ・保険者組織の再編について、フランスでは全国組織の設立や事務局長・理事会の権限配分の変更等に止まっている。フランスでは保険者の自律を重視する考え方が強く、国レベルでの制度改革で保険者組織を大幅に再編することが難しい事情が影響しているとも考えられるが、日本の 2006 年改革では都道府県単位の保険者の再編・統合等が行われており、相当抜本的な改革が行われている。
- ・フランスの 2004 年改正法では一般社会拠出金の大幅な引き上げは行われていない。日本の 2006 年改革でも医療費の財源として新たな税負担は求めている。フランスの一般社会拠出金については憲法院での訴訟を含め、その導入については相当な議論が行われており、日本でも仮に医療費の財

源として新たな税負担を求めるようなことになれば、相当広範かつ抜本的な議論が必要であると考えられる。

- ・医療情報の電子化はフランスにおいても医療分野の重要課題とされており、この意味で我が国においても、2006 改革において医療情報の電子化について一定の道筋がつけられたことは、これまで電子化の取組が遅れていた我が国にとって重要な進展であると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的所有権の取得状況の出願・登録状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

[この研究は平成 18 年度に行った研究である。]

第28章 フランス医療制度改革の現状と課題

本田達郎（医療経済研究機構）

序：フランス社会保障制度における医療制度改革の重要性

フランスの2005年の社会保障制度の決算は、歳入352.3億EUR、歳出363.7億EURで114億EURの赤字となり、被用者を対象とした一般制度においても116億EURの赤字となった。この一般制度の赤字のうち、医療部門における赤字は80億EURと大きくなっている。この医療部門の赤字は2004年の116億EURからは減少しており、2004年の医療制度改革の効果もあり改善したものと考えられる。

以上のとおり、フランスにおいても日本と同様に、医療費は社会保障制度の赤字の重大な要因となっており、また、医療費を適正化し制度の持続可能性を維持するための取組みが行われていることを示している。

このように日本と同様に医療制度改革が喫緊の課題となっており、また、社会保険方式等の共通点とともに圧倒的に被用者を中心とした制度設計等の相違点も有するフランスの医療制度について、その改革の現状を分析することは、我が国の医療制度改革の内容や方向性を評価する上で有意義と考えられる。そこで、本稿では2004年のフランス医療制度改革の背景・内容・実施状況を分析し、我が国への政策的含意を探るものである。

I 2004年医療制度改革までの主要な動き

フランスの社会保障制度は、第2次世界大戦後、国家からの自律性原則、単一金庫原則および一般化原則の三原則を基本理念として掲げたラロックプランを起点として発展・変遷を遂げてきた。ここでは、近年の医療制度改革に関わりが深いという意味で、1995年のジュベ・プラン以降の医療制度をめぐる主要な動きを概観する。

1. ジュベ・プラン—社会保障財政法の創設等—

1995年11月15日に当時の首相アラン・ジュベ（Alain Juppé）によって、ジュベ・プラン（Juppé Plan）が示された。このプランは、社会保障制度全体に関するものであり、社会保障財政に関する議会権限の強化、国と社会保障機関との関係の契約化、社会保障制度の一般制度における理事会の機構改革、医療保険における統一医療制度の改革と病院改革、老齢年金制度における財政構造の強化と特別制度の改革、家族手当制度の所得条件の見直しと給付事務の簡素化などから構成されている。これらの中で、医療制度改革の一環として1996年に具体的施策が策定されたのが、①サービスの質の改善等の管理に関する国と疾病金庫間の協定の締結、国会議員等から構成される監視委員会の設置等、②医療指標の一般化、医療手帳の制度化、診療所の情報化、医療行為のコード化等を行うとともに、医療費の全国目標を踏まえ国と全国金庫が外来医療費の総額等を決定すること（この総額の範囲内で医療保険からの報酬支払額等の詳細を定め、医師が目標を超過した場合には当該医師にその超過額を負担させること等）、③全国医療評価認証機構の設置並びに地方病院庁を設置し医療施設の新設・拡

充・移転および大型医療機器の取得に関する許可等を実施すること、④診療報酬の支払いを一定の目標内に調整する方式を営利目的の民間病院以外のすべての病院に適用すること、であった。

このプランは完全に実施されなかったが¹、持続可能な社会保障制度の維持に必要とされる改革の具体策を幅広く示したという意味で大きな意義を有するものといえる。

2. 普遍的疾病給付 (CMU) の導入と一般社会拠出金 (CSG) の引き上げ

ジュベ政権に代わって 1997 年に成立したジョスパン政権は、普遍的疾病給付 (Couverture Maladie Universelle) の導入を宣言し、2000 年 1 月から実施されている。普遍的疾病給付は、フランスに安定的に正規に居住する者でありながら公的医療保険の給付を受けられない者及び個人保険の加入者が一般制度に加入し受けることができる基礎的給付である。課税所得が一定額以下の場合には保険料が免除される。被用者を中心とした医療保険制度と自営業者や農業者の医療保険制度により構成されていたフランスの公的医療保険制度は、普遍的疾病給付の導入により初めて日本と同じような意味での「国民皆保険」となったと言える。

また、このような制度の谷間で発生する無保険者問題の解決策として普遍的疾病給付が導入される動きと呼応して、被用者だけでなく高齢者、失業者等への移転所得等も含めた幅広い所得を徴収対象として 1991 年に導入された一般社会拠出金 (Contribution Sociale Generalisee) を更に医療保険の財源に投入する動きが強まり、一般社会拠出金の率が稼働所得について、1997 年 1 月に 2.4% から 3.4% へ、1998 年 1 月には 3.4% から 7.5% へ引き上げられ²、医療保険の財源として一般社会拠出金が充てられることとなった。家族手当と老齢連帯基金 (無拠出の最低保障年金等の国民連帯に根拠を置く給付) に限られていた一般社会拠出金の使途が医療保険というフランス社会保障制度の中で財政規模でも受給者の数でも大きな部分を占める分野に拡大した訳であり、一般社会拠出金の性格³や医療保険の位置づけに大きな影響⁴を与えることとなった。

1 例えば、すべての国民を対象とした普遍的疾病保険はジュベ・プランに基づいては実現しなかった。

2 同じ時期に、稼働所得の他に、代替所得については 2.4%→3.4%→6.2%、資産所得及び投資益については 2.4%→3.4%→7.5%、賭博益については 0%→3.4%→7.5%と引き上げられている。

3 この引き上げにより、それまでは一般社会拠出金は所得税の控除対象でなかったが、率が 7.5%と高率になったため、一定割合 (例えば、稼働所得については 5.1%) が控除対象とされた。この点は、一般社会拠出金の「平等性」を確保する上で重要な要素をであった所得税課税において控除されないという要素を弱めたことになる。なお、一般社会拠出金は、導入以降、使途が家族手当+無拠出の最低保障年金+医療保険と拡大されてきたものの、いずれも普遍的で国民連帯の考え方に合致する使途に活用されているという点は維持されていると考えられる。

4 医療保険制は一般社会拠出金の投入により、「職域連帯」から「国民連帯」の性格が強まったことになる。

3. 医療費目標内抑制の試みと失敗

ジュベ・プランにおいて、医療費の目標内に抑制する趣旨の施策が講じられた（1. ②参照）が、この試みは成功しなかった。まず、医療費の全国目標を踏まえた目標額を医師が超過した場合の負担については、1997年3月28日のコンセイユ・デタ(Conseil d'Etat:行政裁判の最上級裁判所)において無効とされている。また、1999年社会保障財政法により医療保険支出全国目標（Objectif National des Depenses d' Assurance Maladie）を超過した場合、協約の適用を受ける医師が協約上の分担金を負担することとされたが、この分担金負担システムの合憲性について憲法院は、目標制度自体については合憲性を肯定したものの、協約医の収入に応じた分担金は目標の目的とは無関係であり、医師の医療活動とは切断されているため、この分担金負担システムについては平等原則に違反するとして違憲とした。

このように、医療費の全国目標を踏まえた目標額の超過について診療側に経済的負担を課すことは法的に困難となったのである。

II. 2004年医療制度改革等の近年の医療制度改革の概要

この章においては、「医療保険に関する2004年8月13日の法律（2004-810号）」（Loi No.2004-810 du 13 aout 2004 relative a l'assurance maladie）（以下「2004年改正法」という。）等の近年のフランスにおける医療制度改革の概要について、紹介する⁵。

1. 医療サービスの計画的利用の促進

（1）かかりつけ医制度の導入

2004年改正法では、医療サービスの利用について新たな仕組みが導入された。即ちかかりつけ医（Médecin Traitant）⁶を通じた医療サービス利用計画の導入である。この医療計画においては、16歳以上の患者⁷は、所属する疾病金庫にかかりつけ医を指定し通知しなければならない。かかりつけ医は、患者（特に長期疾患患者）が医療サービスを適切に利用することを保障するものでなければならないとされている。患者は、かかりつ

⁵ 概要については、“Les comptes de la sécurité sociale-rapport provisoire juin 2006”, Commission de comptes de la sécurité sociale, pp133-pp147、加藤智章「フランスにおける医療費抑制策の変遷—2004年8月13日の医療保険に関する法律をめぐって」社会保険旬報 No2272(2006.3.1), pp18-pp27などによる。なお、この法律は「医療保険に関する」と題されているが、内容的には医療制度全体に関わる部分もあるので、ここでは「フランス医療制度改革の概要」という題名としている。

⁶ Médecin Traitant を直訳すれば、「取り扱う医師」、「待遇する医師」といった訳になると考えられる。これを我が国の医療制度の中で、どのような翻訳にするかについては、フランスの Médecin Traitant の機能をどのように考えるか、日本のプライマリーケアをどのように考えるか等との関係で簡単ではないが、先行研究（加藤・前掲書 p24、松田晋哉「フランス医療保険制度概要【2005年度版】フランス医療制度に関する研究会編『フランス医療関連データ集』【2005年版】（医療経済研究機構、2006年）p104等）において「かかりつけ医」と翻訳されていること等から、本稿においてもとりあえず「かかりつけ医」と訳している。

⁷ 患者にとって緊急又は非常事態である場合、また、その医療の必要性から産婦人科と眼科について及び26歳以上の精神科については、主治医制度の導入前と同様に専門医の診療を直接受けられる。

け医を介在せずに他の専門医等に受診することができるが、患者へ償還される医療費の範囲がかかりつけ医を通した専門医等への受診の場合に比べて制限される。具体的には、かかりつけ医制度の導入された2005年7月1日時点では、かかりつけ医の紹介による場合は27ユーロ⁸まで償還対象医療費となりその7割が患者に償還されるので、 27×0.3 (定率負担) + 1 (定額負担) = 9.1 ユーロが自己負担となるのに対して、かかりつけ医の紹介によらない場合には償還率は同じ7割であるが25ユーロしか償還対象にしかならず、また、27ユーロから32ユーロの付加部分が補足保険の対象とならないため、 25×0.3 (定率負担) + 2 (償還対象外負担) + 1 (定額負担) + 5 (付加保険対象外付加部分負担) = 15.5 ユーロが自己負担となる⁹。なお、2006年1月1日から償還率自体もかかりつけ医を通さない場合には7割から6割に引き下げられている。

(2) 医療協約への条項追加

疾病金庫と医療提供者との医療協約において保険者から医師へ支払われる料金について、どのような場合に値上げや見直しが行われるか等について事前に規定されることとなった。この規定は、医療の一方的な拡大を抑制しながら、医療サービスの適切な利用が実現されるようにするためのものである。具体的には、例えば2006年から2007年にかけて、抗生物質、抗不安薬・催眠薬、慢性疾患への治療、病床利用についての料金は1~5%程度引き下げる一方、移送費や降圧剤については3~6%程度引き上げることとされている。

また、このような事前見直し規定は、一般医 (Medecine Generale) の価値を高め、専門医の医療行為を医療サービス利用計画に適合させたものとするための規定を含んでいる。例えば、2006年3月以降、2歳以下の乳児に対する一般医の診療料金の1ユーロ引き上げ等が行われている。

2. 医薬品使用適正化計画 (ジェネリック医薬品の使用促進等)

2004年の医療保険制度改革の一環として、2005年には医薬品計画が本格的に施行された。2005年に同計画に基づいて採られた措置により、61,500万ユーロの財政効果があったとされている。その内訳は、次の①~④である。

①ジェネリック医薬品促進政策による財政効果：23,400万ユーロ

この具体的な内容としては、薬価一覧表におけるジェネリック医薬品の搭載拡大 (2005年) の効果 (17,000万ユーロ)、ジェネリック医薬品に影響を与える医薬品価格の引き下げ (3,600万ユーロ)、ジェネリック医薬品の請負価格の引き下げ (2,800万ユーロ) となっている。

②参照価格の引き下げ (45品目) による財政効果：15,500万ユーロ

③病院における医薬品価格の適正化による財政効果：21,000万ユーロ

この具体的な内容としては、返還医薬品及び医療行為の料金設定において策定された追加リストにおいて処方された特別医薬品の価格の医薬品経済委員会 (CEPS) による固定等となっている。

⁸ 2008年には28ユーロとなっている。

⁹ 加藤、前掲書 p 24

④医療機器（心臓病シミュレーター及び酸素吸入器）料金の引き下げ：約 1,300 万ユーロ

3. SMR 基準の保険償還措置への適用の継続的实施

SMR (Service medical rendu) 基準の保険償還措置への適用は、2004 年改正法以前から実施されていた医療費適正化方策であるが、2004 年改正法の施行時期に継続的に実施されており、2004 年改正法の施策と総合的に検討することが適当であると考えられるので、本稿で取り上げる。

1999 年の社会保障財政法は、医療保険によって償還される特殊医薬品に関する SMR 基準¹⁰の見直しを規定した。2001 年 6 月には、4,490 の特殊医薬品が見直された。これらのうち、835 品目は SMR 基準が不十分(SMRi)であり、不償還すべきとする可能性があると考えられたものであった。

SMR 基準による不償還措置は次のように実施された。

第 1 段階は、2003 年 10 月 25 日に実施され、82 の特殊医薬品を不償還とした。この措置については、鎮咳薬、皮膚薬、殺菌剤など様々な種類の薬について実施されたことが重要である。

第 2 段階は、2006 年 3 月 1 日に実施され、282 の特殊医薬品（鎮痛のための植物療法等）が不償還とされた。

第 3 段階は、2006 年又は 2007 年に実施あるいは実施予定であり、義務的処方の医薬品（血管薬、知的刺激剤等）に対して実施される予定である。

4. 総枠予算方式 (DG) 等から T2A への移行

従来は総枠予算方式 (Dotation Globale-DG-) の下にあった病院において 2004 年から T2A (La tarification a l'activite¹¹) による 1 件当たり包括評価方式の報酬方式が採用され、診療実績がより重視される方式となった。そして、2005 年にはこの T2A は医療機関全体に広げられた。

(1) 民間病院

従来民間病院は、全国数量目標の範囲内で日数に比例する部分と診療技術の一括評価の合計を診療報酬として請求していたが、2005 年から T2A による報酬請求が導入された¹²。

¹⁰ SMR 基準は、医薬品の分類判断基準である。機能の透明性の判定委員会において、適応疾患の重大性と作用、副作用等の薬事上の要件の 2 つの観点から 5 段階（大、重要、中、僅か、不十分）に分類される。医療保険からの償還率は、この 5 段階を基に、5 段階の更に上の「代替性のない高価な薬剤（抗がん剤、抗 HIV 薬など）」を 100%、大、重要を 65%、中、僅かを 35%、不十分は 0%に分類される。SMRi は 5 段階の中の「不十分」と分類された医薬品である。

¹¹ 直訳すれば、「医療活動に基づく料金決定」といった訳になると考えられるが、在フランス日本大使館の取材によれば、診断群別分類 (DRG) 方式に基づきつつ滞在期間等を調整して行う GHS (Groupes homogenes de sejour) 方式を中心として構成された診療報酬方式の趣旨と考えられる。

¹² 2004 年 10 月には、診療報酬請求に当たって開業医と病院に共通する医療行為共通分類 (Classification Commune des Actes Medicaux) が設定されている。

(2) 病院施設（旧総枠予算方式適用病院）

元々総枠予算方式に基づいていた病院施設については、4半期ごとの診療報酬請求は診療実績のデータが十分でない中で会計処理を行うために暫定的な請求となり、次の4半期で補正することになる。このような状況下で、2005年にはT2Aによる請求は、外科と産科の医療行為の25%に止められている。

5. 保険者組織の再編－医療保険金庫全国連合（UNCAM）の創設等－

(1) 全国被用者医療保険金庫の組織改編

民間労働者によって組織される医療保険制度（一般制度）の保険者組織である全国被用者医療保険金庫の意思決定機関は、これまで理事会であった。しかし、2004年改正法により理事会の権限が縮小され、事務局長の権限が強化された。具体的には、理事会は評議会と名称変更されるとともに、事務局長(directeur)が事務総長(directeur general)と名称変更され、評議会の定める政策方針の原案を作成し、評議会の方針を具体的に実施するなど管理運営責任を担うこととなった。

(2) 全国医療保険金庫連合（Union National des Caisses d' Assurance Maladie-UNCAM）の創設

UNCAMは、全国被用者医療保険金庫等の3つの全国金庫の上部組織として位置づけられる行政的公施設である。UNCAMは、医療関係者の全国団体との間で協約や追加協約等に関する交渉等を行い（2004年改正法前は、全国被用者医療保険金庫理事会の会長が協約に関する交渉を行っていたが、2004年改正法によりUNCAM事務総長が協約の交渉及び締結の権限を持つことになった。）、また、償還対象範囲の確定や一部負担金等に関する決定を行う。組織としては、評議会、事務総長と事務局長会議が置かれている。

6. 財源対策－一般社会拠出金の改正－

2004年改正法による一般社会拠出金の改正は小規模なものであるが、主な点は次のとおりである。

稼働所得については、これまで稼働所得の全額に対して2.4%、95%に対して5.1%が課されていたが、2004年改正法により一律稼働所得の97%に7.5%の料率が課されることとなった。

代替所得については、一律6.2%であった料率を、退職年金・障害年金所得と失業手当・日額手当金とに分けて前者について6.6%の料率とした。

資産所得・投資益については、0.7%引き上げ8.2%に、賭博益については2%引き上げ9.5%にした。

7. 個人医療情報記録(Dossier Medical Personnel-DMP-)の整備

個人医療情報記録は、患者個人の病歴・治療歴・医療保険による償還を記録したもので、開業医及び病院間の情報共有による診療の調整を図り、あわせて医療費の抑制を図ることを目的としている。

2005年4月に初めて実験的に導入されたが、2005年秋には30,000件の記録を対象と

して実施され、2006年半ばには実験段階を経て一般化を視野に入れた300万件の記録管理の実施が予定されており、また、2007年からは全国民を対象とすることが予定されている。

8. その他

2004年改正法においては、この他、□給付の見直し（1診察当たり原則1ユーロの自己負担及び補足保険における当該自己負担の給付除外の義務化、入院時定額負担の引き上げ（2005年：14ユーロ→2006年：15ユーロ→2007年：16ユーロ）等）、□医療協約の締結方法の見直し（代表的な2医師組合に対する拒否権の付与、協約不成立の場合の仲裁制度の導入（最低協約的規制制度の廃止））、□警報委員会によるONDAMの遵守状況に関する意見提出制度の導入、□ANAES(Agence Nationale d'Acréditation et d'Évaluation en Santé)、AFSAPS(Agence Française de Sécurité des Produits de Santé)及び透明化委員会の上に高等保健当局を設置し、専門的・独立的立場から医療（給付、医薬品、医療機器、医療サービス等）に関する意見、評価等を提出する仕組みの導入等が行われている。

III. 制度改革の施行状況

ここでは、特に施行状況が注目される、II. の1. から4. について取り上げる。

1. かかりつけ医の導入等の医療サービス利用計画の導入について

2006年6月には、16歳以上の被保険者（社会保険被保険者3,830万人）の77%が、かかりつけ医を指定している。また、2006年2月末現在、かかりつけ医として被保険者から指定された医師の99.6%は、一般医である。

一方、2006年4月末において、医療サービス計画に則って実施された診察行為の中で、4/5はかかりつけ医により行われており、適切に対応すべき医師の指導を受けている。医療サービス計画に則らないで医療サービスが利用された事例の中で、約2/3がかかりつけ医を選んでいない患者に係るケースであった。

かかりつけ医を通さずに専門医に直接受診することが認められる、産婦人科、眼科及び精神科による特別な診察は全体の13%となっている。また、特別なケースである被保険者の異動や臨床医の配置換えの事例については、それぞれ1%と2.7%となっている。

なお、田中伸至・新潟大学助教授が2006年に、フランスの医師会、保健連帯省、保険者団体等取材した結果等を踏まえ述べているところによれば、「かかりつけ医として登録された医師のほとんどが一般医であったため、一般医に対する支出が増大したとされている。専門医については、患者の受診が減少した医師もいれば、あまり減少しなかった医師もいるとされている。（中略）かかりつけ医制度導入後、医療費全体の伸び率は減少していないものの、薬剤費については驚くほど減少しているという。1990年代の薬剤費の伸び率が年8%から12%であったのに対し、かかりつけ医制度導入後の伸び率は6%になったとのことである。保険償還薬について見ても、2002年の伸び率が7%であったのに対し、2005年の伸び率は4.5%であったという。（中略）かかりつけ医には、個人情報カルテ管理権限は付与されているが、紹介先からの情報のフィードバック・プロトコルが確立されていないため、単なるゲートキーパーの役割を果た

すに止まり、関係者間のコーディネートや一貫した患者管理はできていないという。」とされている。

2. ジェネリック医薬品の使用促進等

ジェネリック医薬品の使用促進等の医薬品計画の実施により 2005 年においては、個別医薬品の価格低下の影響は 2004 年までより大きくなっている。しかし、販売数の増加は感染症流行による影響等を差し引いても、2004 年までより大きくなっている。しかし、構造的な増加影響は 2004 年までより弱くなっている。

3. SMR 基準の保険償還措置への適用の継続的实施

これまで実施されてきた不償還措置の効果と医薬品支出に関する他の決定要因（例えば、不償還措置の対象となった医薬品から対象外の医薬品へ需要が移動すること等）の寄与率の効果についてどのように評価するが微妙である。そのため、第 2 段階の措置についても、2006 年前半においては 2005 年末まで行動の変化について認識できていない。したがって、全体的に言えば、SMR 基準の保険不償還への適用措置の財政効果については未だ未確定である。

なお、治験薬についての不償還措置についてはフランスにおいて顕著であるが、その影響を判断するのが非常に難しい。2005 年には、6つのフランスの研究機関において SMRi に該当する医薬品の合計件数の 50%以上について不償還が実施された。仮に不償還となることで医師が処方に消極的となり不償還対象の特殊医薬品の価格が上昇することになれば医療費適正化の効果は相殺されることになる。

4. 総枠予算方式 (DG) から T2A への移行

民間病院については、この移行措置により 2005 年下半期の診療報酬支払い業務の混乱をもたらした。移行措置による報酬請求の遅れや支払決定の遅れにより報酬が減少した期間もあったが、その後強い反動が生じた。このように 2005 年の支払決定は鋸の歯のようにジグザグの不安定な状況となった。

旧総枠予算方式の適用を受けていた病院施設については、T2A への移行が部分的なものとなったため、医療費の削減効果は出ておらず、2005 年には診療行為の全体量が 3.7%増加している。

2006 年には T2A による報酬請求が全体の報酬請求の 35%まで増加させるといった T2A 実施の本格実施の年となるため、その動向が注目される。

IV. 日本の2006年医療制度改革を踏まえた政策的含意

1. 日本の 2006 年医療制度改革の概要

日本の 2006 年医療制度改革の基本的考え方は、①安心・信頼の医療の確保と予防の重視、②医療費適正化の総合的推進、③超高齢化社会を展望した新たな医療保険制度体系の実現である。

このような基本的考え方に基づいて、医療供給体制及び医療保険制度について次のような改正が行われた。

(1) 医療供給体制の改正（「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法等の一部を改正する法律」）

- ①都道府県を通じた医療機関に関する情報の公表制度の創設など情報提供を推進する。
- ②医療計画の見直し（がんや小児救急等の医療連携体制の構築、数値目標の設定等）等を行う。
- ③地域や診療科による医師不足問題への対応（都道府県医療対策協議会の制度化等）を行う。
- ④医療安全の確保のための措置（医療安全支援センターの制度化等）を講じる。
- ⑤医療従事者の資質の向上のための措置（行政処分後の再教育の義務化等）を講じる。
- ⑥医療法人制度改革（解散時の残余財産の帰属先の制限等非営利性の徹底等）を行う。

(2) 医療保険制度の改正（「健康保険法等の一部を改正する法律」）

- ①医療費適正化を次のとおり総合的に推進する。
 - ・ 医療計画、介護保険事業支援計画、健康増進計画と調和した、医療費適正化計画の策定を行うとともに、保険者に対する一定の予防健診の義務づけを行う。
 - ・ 現役並み所得の70歳以上の者の3割負担の導入(2006年10月から)、新たな高齢者医療制度の創設に併せて高齢者の負担を見直すこと(70歳から74歳については2割負担を導入し、75歳以上については1割負担を適用する措置を2008年10月から実施すること)等保険給付の内容、範囲の見直し等を行う。
 - ・ 介護療養型医療施設の廃止
- ②新たな高齢者医療制度（後期高齢者医療制度の創設、前期高齢者の医療にかかる財政調整）を創設する。
- ③都道府県単位の保険者の再編・統合（国保の財政基盤強化、政管健保の公法人化等）を行う。

2. フランスから日本への政策的含意

(1) かかりつけ医制度について

フランスのかかりつけ医制度においては、患者はかかりつけ医の紹介状なしにかかりつけ医以外の医師にかかることができる。ただし、かかりつけ医の紹介を経た場合と比べて自己負担が増加するという経済的に負の動機付けがなされている。この点では、原則、最初に患者自身が登録している一般医（General Practitioner）に行かなければならないイギリスのゲートキーピングの仕組みとは異なっている。むしろ、Ⅲ. 1. で見たとおり、医療サービス計画の一環として位置づけられており、医療の質の改善や予防の徹底、他の専門職種等への照会機能や患者への指導や医療情報の体系化等による不必要な医療の排除といった幅広い目的をもっている。このような意味で、急性期病院と在宅の連携等を内容とする日本のかかりつけ医機能と同様の趣旨を持っていると考えられる。

なお、併せて導入された個人医療情報記録の制度は、病歴と医療保険の償還データの両方についての電子化であり、我が国における医療情報の電子化においてフランスにおいて個人情報保護の要請をどのように満たしているのか等の点で参考になると考

えられる。

(2) 医薬品に関する措置について

ジェネリック医薬品の使用促進は、フランスと日本に共通する重要課題である。フランスにおいても着実に実施されていると考えられるが、Ⅲ. 2. で述べたとおり、価格の低下にはつながっても販売数の抑制にまでは至っていない。日本においては現時点ではジェネリック医薬品について先ず使用促進を図ることが重要であるが、潜在需要の掘り起こしとならないように注意する必要があると考えられる。

SMRi 基準の適用については、制度的には着実に実施されているように見えるが、財政効果については、Ⅲ. 3. で見られるように、いまだ未確定とされている。フランスで見られるような、不償還措置の対象となると医薬品の需要が償還措置の対象に移動するような危険性については、日本においても留意する必要があると考えられる。

(3) 目標制度による医療費の財政的抑制について

フランスでは財政的に医療費を目標の範囲内に抑制することには、失敗したといえる¹³。日本において医療費の伸び率管理の議論においてもフランスの経験に学ぶところがあると考えられるが、ここでは次の点のみ言及したい。

I. ③で述べたとおり、フランスの司法当局も財政的に目標内に抑制することについては厳しい判断をしている。これは、本来必要となる医療費に財源の観点のみから枠をはめることは、そもそも必要な医療を確保できなくなるという観点から問題であるだけでなく、目標が義務的に医師や患者を拘束する場合に目標の考え方や設定根拠自体に法律的な問題や無理¹⁴があることになる。日本でも伸び率の管理を仮に行うとすれば、経済成長率等の医療の必要性との関連が薄い指標による伸び率の設定には同様の法的問題を惹起するおそれがあることが指摘できる。

(4) 診療報酬改革について

(3)とも関連するが、フランスにおいても診療報酬改革は非常に難しい課題となっている。少なくとも、Ⅲ. 4. で見たとおり、T2A の導入は、医療費の適正化に効果を上げていないどころか、診療報酬請求の現場を混乱させただけとなっている。今後 T2A の適用拡大等がおこなわれるので、今後の動向も注意深く見なければ T2A の導入の是非は判断できないが、医療費適正化に即効性のある診療報酬改革を直ちに実施でき

¹³ 加藤、前掲書 p22 においては、目標を超過した場合の協約医の分担金負担の違憲判決が出た後「目標概念を実質化する試みはトーンダウンする。」としており、稲森公嘉「フランスの医療保険制度改革」海外社会保障研究 No.145,p29 においては、「ジュベ改革が意図した目標制度による医療費の会計的抑制は、特に開業医部門に関しては、完全に失敗に終わったといえよう。」としている。

¹⁴ 「ONDAM (医療保険支出全国目標) 超過時のこの医師の返還額について、協約当事者が各医師の所得水準や報酬に関する選択に応じて定めることができたのだが、憲法院は、これらの基準は目的とは無関係であり、返還額が個々の医師の活動規範と切断されているとして平等原則違反としたのである。」稲森、前掲書 p 29