

ミッテラン政権下におけるフランス外交のもう一つの柱は、EU 統一市場への積極的関与である。ミッテランは西ドイツとの協力関係のもと、EU 運営においてイニシアティブをとり、経済的にも拡大する EU 市場を活用しようとした。その根底にはソ連とドイツへの潜在的恐怖とイギリスへの警戒感がある。すなわち、西ドイツとの連携を強化することでソ連とイギリスをけん制し、他方で西ドイツを東側諸国に対峙させることで、西ドイツの国力増強に足かせを課そうとしたのである。しかし、EU 統合の前提であるマーストリヒト条約批准の条件（赤字を GDP 比で 3%以内に抑える）はフランス財政を窮屈なものにし、巨額の社会保障財政の赤字を補てんするための新たな税制を導入することとなった（一般福祉税 CSG）。しかし、社会党政権下で著増した社会保障関連の赤字の解消は困難であり、そのあおりを受けて経営状況が厳しくなっていた公立病院でも医師や看護師のストライキが断続的に生じていた。また、フランス国内からの資本流出を防ぐ目的で付加価値税や貯蓄税を引き下げ、さらに企業の体力を向上させる目的で資本の自由化が行われ、M&A が活発化した。しかし、これらは失業問題の改善にはつながらず、逆に EU 統一市場の実現に危機感を感じている農民や漁民のデモが頻発する事態となった。1992 年当時の首相はフランスの政治史上初の女性首相であるクレソンであったが、その独善的な政策運営と傲慢な発言・態度に国民の批判は高まる一方であった。更迭されたクレソンに代わり首相となったヴェレボゴワはリベラルな経済政策を前面に打ち出し、貿易収支の黒字化など一定の成果を上げたが、失業率は一向に改善せず、1993 年の総選挙で社会党は壊滅的な敗北を喫することとなった。

（5）ミッテラン第二次連立政権（1993 年～1995 年）

総選挙の結果を受けてミッテランは国民議会第一党となった RPR の代表であるバラデュールを首相に指名した。バラデュールは自由主義的な政策を進めるが、それは新自由主義のようなむき出しの競争ではなく、必要に応じて政府による規制もある混合経済的なものであった。その意味でフランスの政策運営はさらに中道化が進んだと言える。バラデュールの政策運営スタイルは漸進主義であり、国民や関係者とのオープンな対話の上に現実的な政策を段階的に行っていくというものであった。しかし、1993 年時点で推計 3200 億フランに上る赤字を抱えた深刻な経済状況を前に、バラデュール政権は緊縮財政を継続せざるを得ず、首相への信頼の高さの一方で、国民の閉塞感が強まっていった。

（6）シラク RDR 政権（1995 年～1997 年）

深刻な社会経済状況はフランス国民に新しい変化を求める機運を高めていた。社会党政権の掲げる「社会正義」や「連帯」といった耳触りの良いスローガンは深刻化する雇用問題や治安状況の前に空虚なものとなっていた。また、10 数年にわたる社会党政権に対する飽きもあった。対話を重視し、漸進的かつ慎重に改革を進める RPR 党首バラデュールに対する国民の信頼は高かったが、その漸進性が変化を求める国民には物足りなかった。数回

にわたるシラク・バラデュールの政策論争の結果、強い指導者を求めた国民は最終的に「ダイナミックな社会変革」を唱えるシラクを大統領として選出した。シラクはバラデュールに代わって RPR 党首となったジュペを首相に任命した。シラク大統領はフランス人の「企業家精神の復活」をスローガンに、自由競争・規制緩和を柱とした企業活動の活性化と雇用創出を経済政策の柱とした。雇用政策に関しては長期失業者を雇用した企業に対する社会保障負担の免除や雇用奨励金の交付などを行い、企業活動の活性化を目標として国営企業の民営化を推進した。しかしながら、雇用創出は微増にとどまり、そして深刻な財政赤字がシラク大統領に政策転換を迫ることになる。具体的には社会保障費の膨大な赤字を解消するために、大統領就任後半年でシラク政権は雇用対策から緊縮財政へと軸足を移すことになる。1994年にピークに達した財政赤字に対応するために付加価値税は2%、富裕税・法人税は10%引き上げられ、最高課税率の引き下げも行われた。社会保障財政に関しても、その赤字を解消するために社会保障債務返済税（RDS）が導入された。また、重複受診や重複投薬を避けるために医療手帳が導入された（しかしながら、これは健康を理由に雇用差別が生じる可能性があるという理由で一般化はされず、またほとんど活用されることもなかった）。こうした一連の行財政改革には、合理性はあったが国民には受け入れられず、特に公務員を対象とした年金制度改革（積立期間の延長）や給与凍結、そして公務員の削減は公務員労組の激しい反対にあい、各地でストライキが頻発した。

（7）シラク連立政権（1997年～2002年）

上記のような社会経済環境の中で、状況打開のためにシラク大統領は国民議会を解散する。その主たる目的は、フランスのおかれた厳しい状況を打開するためには、長期的展望をもって行財政改革を進めることが重要であり、そのためにはたとえ保守派の議席を減らしたとしても、とりあえず過半数を維持したままで残り5年間の大統領任期を安定的に運営しようというものであった。しかし、選挙の結果は保守派与党連合の敗北であった（国民議会577議席中、保守派257議席、左翼319議席）。この結果を受けて、第一党となった社会党代表のジョスパンが首相に任命された。この選挙結果の背景には失業と経済沈滞に苦しむ国民の不満があり、またエリートによる独善的な政策運営に対する国民の反発があった。

ジョスパン政権は、国民の不満にこたえる形で社会福祉重視の政策を進めていった。具体的には1999年の男女平等法（パリテ：議会選挙での男女同数を義務付けた）と社会的疎外者対策法（雇用・住居・医療面での弱者保護政策）及び PACS 法（共同生活を営むカップルを対象とし、同性カップル、異性カップルを問わず、法的婚姻関係になるカップルと同等の権利を認める制度）、2001年の週35時間法、解雇に関する規制の強化などを行った。また、保守派の前政権で強化された外国人や移民に対する取り締まりを緩和したが、これは治安悪化と高い失業率に対する「フランス人」の不安を増大させることになった。

(8) シラク UMP 政権 (2002 年～2007 年)

2002 年の大統領選挙はシラクの圧倒的勝利であった。保守派は RPR を中心に「大統領のための多数派連合 UMP」を組織し、保守派及び浮動票の取り込みを図った。予備選で社会党のジョスパンが破れ、決選投票が国民戦線のルペン党首とシラクの争いとなったことから、最終的に左派支持者もシラク支持に回るようになった。しかし、国民戦線がここまで躍進したことは、移民や外国人問題がフランス社会において大きな問題となっていることを示すものでもあった。

首相はラファランが指名され、大統領瀬隠居後に行われた総選挙でも UMP が大勝し、シラクは安定多数下で政権運営を行うことが可能となった。

「ヨーロッパのフランス」の理念のもと統一通貨の実現とその前提となる国内財政の安定化を目指すシラク大統領は長年の懸念であった年金改革を行った。公務員年金の優遇を正すこの改革は公的労組の強い反発を受けたが、シラク大統領は断固とした態度を変えずこの改革を実現する。

この時期のシラク政権を悩ませたのは移民・外国人問題であった。2005 年 10 月にパリ郊外で移民系の少年二人が警官に追われ死亡した事件を契機に、移民規制に反対する暴力的なデモが頻発する。この問題に先頭に立って対応したのがサルコジ内相であった。サルコジは暴徒に対して断固たる姿勢で対応し、夜間外出禁止令や暴徒に対する取り締まりの強化を行った。また、サルコジは選別的な移民政策を進め、特殊能力を持つ移民に対してはそれを積極的に受け入れ、それ以外の者に対してはフランス語能力やフランス的な文化的価値観の学習を義務づけた上で、国籍取得を厳格化するという新移民法を 2006 年に制定している。

雇用政策に関しては、企業に対して解雇を容易にすることで若年者の雇用促進をはかることを目的とした見習い期間付雇用計画がラファラン内閣を引き継いだドヴィルパン内閣によって 2006 年に提出されたが、若者の強い反対とその若者たちを支持する世論により、この法律は廃案となった。

(9) サルコジ UMP 政権 (2007 年～2012 年)

2007 年の大統領選挙は社会党の代表となったロワイヤルが初の女性大統領を目指して、UMP のサルコジと戦った。結局、「もっと働いて、もっと稼いでください」をスローガンにネオリベラリズム的な政策を前面にだし、「フランスを変える大統領になりたい」と宣言したサルコジが現状に行き詰まりを感じている国民、特に中間層の支持を得て当選した。

サルコジ大統領は財政のプライマリーバランスを改善するために、積極的に行財政改革に取り組んだ。例えば、赤字の大きな原因となっている年金制度について支給開始年齢を引き上げる、公務員の退職に際しては 2 人の退職に対して 1 人の雇用という穏やかな人員削減策を行った。また、企業活動の活性化と消費の刺激を目的として、2011 年財政法改正による企業の研究開発費に対する税額控除強化 (30%) や富裕層に対する最高税率を 50%

に引き下げるなどの改革を行った。

2012年には「失業率を5%以下に抑える」という公約を掲げたサルコジ大統領であったが、主要な経済・社会指標は改善することはなかった。2011年に公的債務は17億ユーロとなり、貧困層は約800万人（全人口の13.5%）まで膨れ上がってしまった。産業競争力回復のために企図した法定労働時間35時間制の廃止や企業及び労働者の社会保障負担金の引き下げとその代償としての付加価値税の引き上げも中途半端な形になっており、サルコジ大統領の経済政策は全般的に混乱しているという評価が多い。もちろん、これは2007年に生じた予想外の欧州経済危機の影響もある。

ところで、支給開始年齢の引き上げや既存の特別措置の見直しといった年金制度改革は、労働者の大きな反発をかい、2010年秋の大規模なデモを引き起こすことになった。一連の改革は庶民にとっては富裕層の優遇と社会格差の拡大をもたらしたとだけと評価され、サルコジ大統領の派手な私生活の影響もあり、国民の不興を買うことになった。

他方、サルコジ大統領は2008年の金融危機に際してはドイツのメルケル首相と緊密な連携（メルコジと揶揄された）のもと難局を乗り越えることに成功している。め最大の難局を脱出することに成功した。しかし、その後もギリシャ金融危機に端を発するユーロの危機は継続しており、国民のフランス政府及びEUに対する不信感はその政権末期には非常に高いものとなってしまった。

特にサルコジ大統領が公約として掲げた完全雇用の実施が達成できず、むしろ失業者が2007年第2四半期の8.5%から011年第4四半期の9.8%まで上昇してしまったことへの失望感と不信感が2012年大統領選挙でサルコジが敗れた主因であると考えられている。

(10) オランダ社会党政権（2012年～）

2012年5月のフランス大統領選挙は社会党のオランダ前党首が勝利した。社会党はミッテラン氏以来、17年ぶりに政権に復帰した。オランダは、緊縮財政ではなく、「成長と雇用」を重視する方針を強調し選挙戦を戦った。オランダは「経済成長が無いまま緊縮財政を強行すれば、景気が悪化し税収も減少、その結果財政赤字も増加する」という主張を掲げ、雇用対策で大きな成果を上げることができなかったサルコジとの差別化を図った。6月の国民議会総選挙でも社会党は単独過半数を獲得し、安定多数の左派政権が誕生した。オランダ政権の雇用に関する公約の主なものは以下の通りである。

- ・ フランス国内に投資する企業(工場などの事業所を開設する企業)に対して、助成金支給や税・社会保障負担の軽減を行う一方、事業所を海外移転させる企業に対しては、公的助成金の返還を求めることで、産業の空洞化を防ぐと共に雇用創出を促進させる。
- ・ 若年層や女性、非熟練労働者に多く見られる不安定な雇用に関する対策として、これら雇用を乱用する企業に対して、失業保険の保険料率を引き上げる。
- ・ 若年者の就業を促進するため、15万人の雇用支援を実施
- ・ 超過勤務手当に対する税・社会保険料の減免措置を見直す。

- ・ 有配当企業が従業員の解雇をする場合のペナルティーを強化する(罰則の具体的内容は不明)。
- ・ 教育関係のポスト(学校教員など)を、向こう 5 年間で 6 万人増加させる。
- ・ 建物の断熱工事を促進させ(省エネ住宅の普及促進、年間 100 万軒)、それにより、数万人の雇用を創出させる。
- ・ 公的年金の支給開始年齢の見直しに関しては、完全年金(フルペンション)受給に必要な保険料拠出期間(現在は、41.5 年)保険料を拠出した者に対しては、60 歳からの年金受給を可能にすることを公約に盛り込んでいる。

また、税収増を図るために大企業や富裕層への課税を強化する方針を出した。具体的には富裕層に対して 100 万ユーロを超える収入について 75%という高い税金をかけること、企業に対しては税法上の各種優遇策を削減すると同時に、最低賃金を上げることを求めている。しかし、このような施策は、結果として富裕層と企業の国外流出を招き、失業率はさらに悪化する状況となっている。こうした反発を受けて、オランダ政権は方針転換に余儀なくされ、競争力を高めるための企業に対する減税の段階的实施を行うこととし、その代償として付加価値税を引き上げて広く、国民に負担を求める方針を打ち出した。こうした政策転換は不況にあえぐ国民の不興を買い、オランダ政権の支持率は急速に低下している。

2. フランスの医療制度の概要と医療制度改革の動向

フランスの医療制度の特徴は、わが国と同じような国民皆保険の原則のもと、患者には医師及び医療機関選択の自由、そして医師には出来高払いによる診療報酬と自由開業制による医療活動の自由が認められていることである。図表 1 にフランスの医療制度の概要を示した。

フランスの疾病保険制度は職域をベースに構成されているが、国民の 80%がカバーされる被用者保険制度、自営業者保険制度、特別制度、農業一般制度の 4 つに大きく分けることができる。

被保険者の医療機関の受診にあたっては、医療機関選択の自由が認められている。被保険者は受診した医療機関において診療費の全額を支払い、医師の領収証(処方薬がある場合は薬局での費用を含めた領収証)を所属する疾病保険金庫に送ることで償還を受ける償還払い制となっている。いったん全額を払うことで患者のコスト意識が高まることが期待されているが、実際には小切手やクレジットカードが使用されているために、そのような効果は少ない。償還率は疾病、薬剤の種類により異なっている。

フランスは他国に比較すると、公的保険における自己負担割合が高く設定されているが、この自己負担分をカバーする非営利の共済組合形式の補足制度が発達しており、国民の 80%は何らかの相互扶助組合等に加盟している。被用者の場合、この補足制度は労働協約の一部として共済組合あるい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、国民が自助努力として個人的に民間保険に加入する場合もある。さらに 1996 年からは CMU という低所得者向けの社会扶助制度が導入され、それまで医療保険に加入できなかった者、加入していても補足制度でカバーされていなかった者も、他の国民と同様の給付を受けることができるようになってきている。さらに ALD(Allocation de Longue Durée; 長期給付)の対象として指定されている悪性腫瘍、神経難病、合併症のある糖尿病といった長期に高額な医療費がかかる 30 の疾患については、疾病金庫の事前審査を受けることを条件として、自己負担が無料となっている。ALD 対象疾患の医療費は全医療費の 60%以上になっており、その適正化が課題となっている。

フランスの病院医療は公的病院と民間病院とによって提供されている。かつて公的病院は総額予算制によって運営されていた。この仕組みでは、公的病院は年度毎に前年度の活動実績を基に施設計画と予算計画を国に提出し、その内容の妥当性の審査を受けた後、次年度の予算を月単位の総括給付で支給されていた。ただし、予算策定に用いられる病院活動指標が平均在院日数や病床占有率、患者数などが主体であったことから、施設間の不公平感が大きく問題となっていた。そこで、実際に行なわれた医療行為を反映する目的でフランス版 DRG に基づいて予算の調整が行われる仕組みが導入された。その後、1995 年のジュペプラン（後述）に従って DRG に基づく予算調整の経験を踏まえて、現在は DRG に基づいた 1 入院包括払方式（DRG/PPS これをフランス語では T2A）へ移行している。

民間病院は主に急性期医療を担当しており、その設置主体は個人、私法人、企業等種々である。患者がこれらの施設に入院した場合の医療費の支払いは医師費用と病院費用とに区分される。病院費用については各医療施設と地方医療庁（ARS： 地方レベルで病院医療を監督している公的機関）との契約による 1 日あたり入院料に、そして医師費用については疾病金庫と自由開業医師との間で締結される協約料金による。民間病院の医師のほとんどは病院との契約医で、その病院の勤務医ではない。アメリカのように病院の診察室や手術室を借りているにすぎず、制度的には自由開業医師と同じ扱いとなる。なお、病院費用については、公的病院と同様、現在は DRG に基づく 1 入院包括払方式となっている。

開業医医療については専門医と一般医とが区別されている（現在は、一般医も専門診療科の一つとなっている。一般医と専門医の診察科目については医療行為規定によって厳密に規定され、その規定に反する医療行為を行うことはできない。また、専門医と一般医とでは同じ医療行為を行っても報酬が異なっている。開業医が行う医療行為に対する診療報酬は疾病保険金庫と医師の代表的な労働組合との間で締結される協約料金による。開業医への支払いは前述のように償還制が原則で、患者が医師に全額を支払った後、患者自身が所属する疾病金庫に償還を請求する。なお、現在この仕組みを IC カードと通信回線を用いて自動化するプログラムが進行中である。なお、我が国と同様開業医には開業場所の自由が保障されており、これが医療資源配置のアンバランスという問題の原因となっている。

フリーアクセス、出来高払い、償還制といった特徴のため、フランスの医療費は増加傾向が強く、オイルショック以降、歴代の内閣はその抑制策に力を入れてきた。当初、その

主な柱は保険者における収支相当原則に基づく保険料の値上げ、自己負担の増額、給付範囲の制限といった需要者対策が中心であった。しかしながらこうした政策はフランス企業の労働コストを高め、その国際競争力をそぐといった批判があったこと、また自己負担の増額も補足制度があるためにその医療費抑制効果は小さいことなどの理由から、政府は次第に対策の軸足を提供者側に移していくことになる。

1991年病院改革法

フランスにおいては1970年の病院改革法において医療地図が導入されたことにより、医療提供のための地域が設定され、そして病床および高額医療機器については国の定める整備指標に従って設置されることとなった。例えば、内科系病床数と外科系病床数については人口1000対1-2.2、産科系病床数については人口1000対0.2-0.5、CTスキャナーについては人口11万対1、MRIについては人口50万対1等となっている。この法律の当初の目的は医療資源の適正配置を図るというものであったが、1970年代の2度にわたるオイルショックの影響を受けて医療費増をコントロールすることが必要になった政府によって、医療費適正化のためのツールとして活用されていくことになった。

しかしながら、医療地図については新規の病床や高額医療機器の導入は制限するが、既存のものについては何ら規制が及ばず、公平の観点あるいは質の面からも問題が生じてきていること、そしてより重要な点として、時代とともに変化する地域の医療ニーズに的確に応えるための手段となっていないという批判が強くなっていた。

そこで、1991年の病院改革法では、各地方に地方医療計画SROSの制定を義務づけ、その内容としてこれまでの医療地図に基づく規制に加えて、地方医療社会組織化委員会(CROSS: Comité Régionale de l' Organisation Sanitaire et Sociale 地方における医療・公衆衛生の問題について審議する委員会)で国会議員、国代表者、医療施設代表者、疾病金庫代表者、利用者代表者、有識者などで構成される)の意見を参考に作成される地方内の医療資源の配分のあり方に関する計画が付録として記載されることとなった。例えば、ここには施設間の近接性、補完性を基準として診療科の統廃合や医療施設間の協力関係の構築あるいは統廃合等が記載されることとなった。

1991年病院改革法は社会党政権の地方分権化政策の流れの中で行われたものであり、病院経営の民主化(病院理事会の構成と運営方法の改革)、医療計画における地方の役割の強化(地方レベルでの委員会の設定と実施に対する責任の付与)など、社会主義的な統制主義的(ディリジズム)性格の強いものになっている。こうした計画を合理性をもって運営していくためには標準的な情報が必要であり、フランス政府はこの目的でフランス版DRGであるGHMの適用拡大と外来医療情報化のためのICカードを活用したレセプト収集体制の準備をこの時期にはじめており、前者についてはLangudoc-Roussillonで、そして後者についてはBretagne地方で社会実験が行われている。病院情報の標準化と電子化のために1991年病院改革法はすべての病院に医療情報部門(DIM)を創設することを義務づけ、こ

れがその後の DRG の一般化及び病院の情報化進展の基盤となった。

ジュペプラン

フランスにおける現在の社会保障制度改革の方向性を明確に示したのは、1995 年 11 月 15 日に当時のアラン・ジュペ首相（保守派）によって示されたジュペプランである。このプランは、社会保障制度の全体にわたる改革案を提示したものであり、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整理、保険者理事会の機構改革、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便化、財政に関する会計年度後との赤字の清算、徴収事務の改善など広範な内容となっている。同プランは発表直後から既得権の喪失に反対する特別制度の対象者や高齢者の激しい反対に会い、完全に実現されることはなかった。また、ジュペ政権も選挙で敗北するという憂き目にあうことになる。

しかしながら、ジュペプランに記載された項目は、その後もフランスにおける社会保障制度改革の基本的な内容となっている。これは欧州の経済統合の条件であった 1999 年度における財政均衡を達成するために社会保障制度改革が不可避だったこともその大きな理由の一つであるが、社会的正義、責任の明確化、及び緊急性という国家の基本にかかわる理念をもとに、普遍的かつ包括的な改革を目指したこの計画の内容が、財政問題の解消という政権の違いを超えて行われるべき課題であったことがより重要であったと思われる。

ジュペプランにおいては、関係者の責任を明確にした上で、当事者間の契約に基づく政策運営を行うというシステムが導入された。具体的には、この契約が実証データに基づいて行われることを可能にするために、DRG に基づく病院情報システムの整備や IC カードの導入など医療および社会保険における情報の透明化が促進された。例えば、地方医療計画 SROS の策定にあたっては透明化された情報が活用されるようになり、実績と将来予測に基づいて各病院の医療提供体制の整備が SROS との整合性をもって地方病院庁と複数年契約で行われる体制となった。ここで重要な点はこうした契約は医療費の支払いと連動しており、目標を達成できない施設に対しては支払上でのペナルティが科せられるようになったことである。

そして、こうした情報を基に国レベルでは公的病院医療、私的病院医療、開業医医療、社会医療、医療連携など主要項目ごとに年間の支出目標額（これを ONDAM と言う）が国民議会で決められる制度が導入された（図表 2）。導入当初は目標額に過ぎなかった ONDAM であるが、その後の改革で目標額を超過する事態が予想される時、疾病金庫の理事長は抑制策をとることが可能となった。

このようにシラク政権下では、社会保険制度に基づく医療提供体制を維持しながらも、New Public Management 的な要素を適宜取り入れることで、医療経営の合理性を各レベルで高めることが目指されたのである。

ブラジ大臣による改革——かかりつけ医制度の導入

フランスの場合、患者による医師（医療機関）選択の自由が認められているが、このことが患者によるドクターショッピングを誘発し、医療費増の原因となっているという指摘がある。2004年にシラク政権下の保健担当大臣であったブラジは、この問題に対処するために、「かかりつけ医制度」という仕組みを導入した。これにより16歳以上のフランス人はかかりつけ医を登録し、例えば病院を受診する場合は、必ずそのかかりつけ医の紹介状を持って受診することとなった。イギリスの家庭医制度に似ているが、医師への支払いは出来高払いであること、紹介状無しでかかりつけ医以外の医師にかかることもできる点が異なっている。ただし、紹介状無しでかかりつけ医以外の医師を受診した場合、医師は診療報酬表に定めた価格以上の料金を患者に請求できることになっている（図表3）。

在宅入院制度と保健ネットワーク

フランスには在宅入院制度（Hospitalization à domicile : HAD）という独自の在宅ケアの仕組みがある。また、近年高齢者や障害者、社会的弱者の持つ医療・福祉・生活上の複雑な問題に対応することを目的に保健ネットワーク（Réseau de la Santé）という非常に興味深いシステムが構築されている。

HADは1970年12月31日病院法によって導入された。HADの当初の目的はがん患者のpost-acute医療を在宅で行うことで、入院期間を短縮し、がん治療の入院待ち患者数の減少と医療費の適正化を図ることであった。その後、1986年5月12日保健省通達により、精神患者を除くすべてのpost-acute患者がHADの対象となり、2000年5月30日雇用連帯省通達でリハビリテーション医療も含まれることとなった。

現在のHADの基本的枠組みを定め、そしてその発展の基盤となっているのはこの2000年5月30日雇用連帯省通達である。この通達によるとHADは「病院勤務医及び開業医によって処方される患者の居宅における入院である。あらかじめ決められた期間に（患者の状態により更新可能）、医師及びコメディカル職によるコーディネートされた継続性のある治療を居宅で行うサービス」と定義されている。図表4はその概要を示したものである。

在宅入院サービスは在宅入院組織により提供される。多くの場合、在宅入院組織は病院組織の一部として設置されており、コーディネート担当医師と看護師、理学療法士、作業療法士、栄養士、薬剤師、臨床心理士、ソーシャルワーカーなど多職種から構成されている。提供される主なサービスは図表4に示した通りである。HADにおいて中心的な役割をはたしているのは、多くの場合調整担当医師であるが、広い地域で多くの患者を担当するパリの場合、調整看護師が中心となってサービスの調整が行われている。

調整担当医師になるためには医学部を卒業し、医師としての初期研修を終えた後、大学で1年間の教育を受け大学ディプロマを取得しなければならない。他方、調整担当看護師になるための資格は特に定められていないが、現在、その研修の制度化に向けて検討が行われている。

在宅入院を実施する手続は以下のとおりである。まず、開業医及び病院医師から調整担当医師に在宅入院の処方箋が送られる。調整担当医師は患者の状況を分析した後、在宅入院の対象となると判断した場合、在宅入院の調整を行う。パリ病院協会の場合は、調整担当医師の指示箋を受けて調整看護師が HAD の対象患者に対して、在宅入院のケアプラン作成、入院時からの退院調整、他の在宅サービスの調整、患者や患者家族の相談などを行っている。なお、HAD の支払いは 1 日あたり定額で行われている。

現在、約 50% の在宅入院は病院に所属する在宅入院部門によって提供されているが、残りの半分は非営利組織の独立した在宅入院事業者（ベッドを持たない）によって提供されている。

HAD は入院医療の一環であり、その病床数は地方医療計画によって規定されている。予定されたレベルまで病状が回復し、「入院医療」が必要ないレベルになると「退院」し、その後は必要に応じて開業医や開業看護師の往診や自立給付制度（APA：日本の公的介護保険制度に相当）による在宅介護サービスを受けることになる。

フランス政府は HAD の推進に積極的で、2000 年の 4000 床を 8000 床まで増やすことを計画している。ちなみに、在宅入院は制度的にはターミナルケアにも対応することになっているが、実際には在宅入院部門としてターミナルケアを行うことは少なく、入院医療の枠組みで行われることが一般的である。

次に保健ネットワークについて説明する。高齢者や障害者のニーズは複雑であり、こうした問題に総合的に応えるためには種々のサービスを調整する仕組みが必要となる。この目的のために構築されたのが図表 5 に示した保健ネットワークである。保健ネットワークは地域の種々の医療関係者・福祉関係者から構成されている。全体をコーディネートするのは保健ネットワーク事務局であり、ここには医師、看護師、OT/PT、臨床心理士、ソーシャルワーカーが勤務している。事務局スタッフの職務は対象者のヒアリングとサービスの調整であり、利用者に対する直接的な医療・福祉サービスは提供していない。この調整機能に対して、疾病金庫及び自治体から報酬が支払われる。

サービスの開始は、主治医や自治体のソーシャルワーカーあるいは患者及びその家族からの相談による。相談を受けた保健ネットワーク事務局担当者が内容を分析し、必要なサービスの調整を行う。ここで我が国のケアカンファレンスと異なる点は、いわゆるケアマネージャーは存在せず、対象者のニーズに応じて事務局の各職種の合議によって提供されるサービスが決まっていくことである。サービスはネットワークに所属している独立した事業者によって提供される。これらの提供者のサービスはそれぞれをカバーする財源（医療の場合は疾病金庫による出来高払い）によって賄われる。提供されているサービスの内容は対象者ごとに 3 ヶ月に 1 回程度開催される事務局内部の検討委員会で議論され、必要に応じてサービス内容の修正が行われている。

現在、保健ネットワークは、医療分については毎年国民議会で議決される医療保障支出目標（ONDAM）の対象となっており、通常の医療サービスとは別に予算化されている。

保健ネットワークの対象疾患・状況は種々であり、老年医学的問題、糖尿病、がん患者、障害者など多様である。福祉領域に関わるサービスについては自治体の負担によって提供される。

在宅入院と保健ネットワークはいわゆる入院の代替政策及び医療から介護への代替政策であり、入院医療の抑制による医療費の適正化と、できうる限り患者が住み慣れた在宅で過ごすことで療養生活の向上を目指すという2つの目的を同時に達成しようとするものである。また、保健ネットワークはコミュニティレベルで総合的なサービスを提供しようという地方分権化の流れの中の政策でもある。この背景には移民や外国人の多く住む居住地における問題は、当該地域の状況を十分に把握したスタッフによってしか解決できないという現実的な理由もある。

病院・患者・健康・地域に関する法律（2009年7月21日 HPST 法）

2009年7月21日に公布された病院・患者・健康・地域に関する法律（HPST 法）はサルコジ政権下において制定された医療制度改革で最も重要なものである。この法律の第一の目的は質の高い医療サービスを効率的に提供するための枠組みを作ることであり、それを各地域の優先課題を踏まえて実行するために、医療機関及び医療職の役割、地方保険庁の役割、そして関係者間の協力の在り方を定めている。国レベルではこの法に沿った事業を推進するために全国医療・社会医療機関支援機構（Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux ;ANAP）が創設されている。この法律は4章、133条、310項からなる大部なものである。ここではその主な内容について簡単に紹介する。

まず、第1章では病院の内部組織の在り方とマネジメント部門や診療科といった各部門の役割について記述されている。また、医療の質及び医療安全に関する行動方針が示され、各医療機関にその活動状況について指標を公開することを求めている。ここでは患者のエンパワーメントの推進についても明記されており、例えばセルフケア・セルフメディケーションを推進するための薬剤師の役割や治療的患者教育の推進方法などが記載されている。

第2章では医療機関と地方保険庁（ARS）との関係について記述されている。ここでは地方の健康上の問題を分析した上で優先課題を設定し（Priorité Régionale de la Santé: PRS）、それを解決する課題が医療計画（Schéma Régionale de l'Organisation de la Santé: SROS）の中に具体的に記述される（SROS-PRS）。医療計画に記載された事項はARSと各医療機関の複数年契約に基づいて行われ、その進捗状況が継続的に評価される仕組みとなっている。

第3章ではSROS-PRSを実現するための医療機関間の協力関係のあり方について記述されており、例えば地域病院共同体（La communauté hospitalière de territoire）の構成や役割が定義されている。SROS-PRSはHPST法が目標とする政策を実現するための最も重要な政策ツールである。SROS-PRSが従来のSROSと異なる点はSROSが入院医療の提供

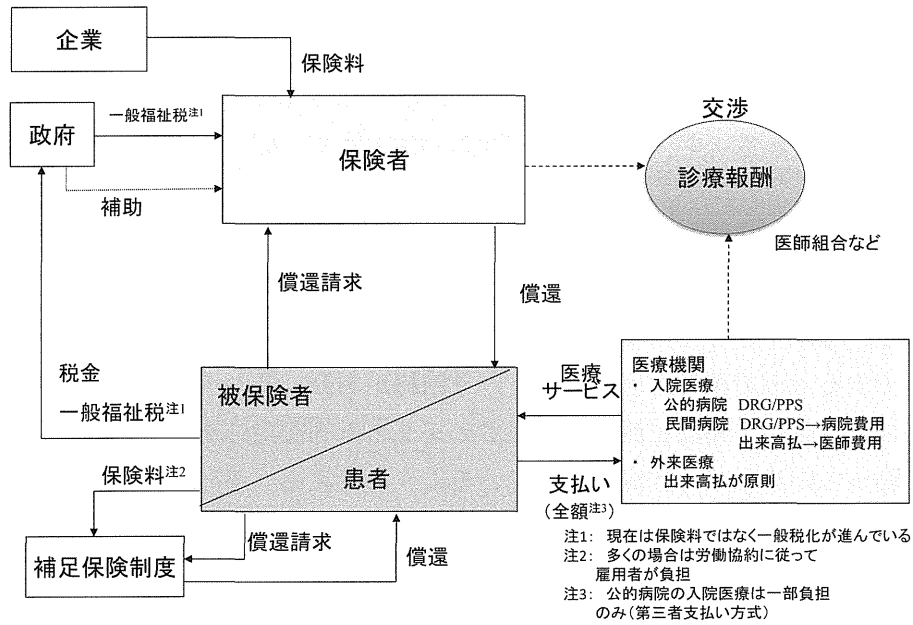
体制を中心に記述されていたのに対し、SROS-PRS では各地域の課題をふまえた上で外来医療や予防、医療社会領域まで含んだ総合的な計画となっていることである。また、その実施状況をモニタリングするために課題ごとに数値目標が設定されており、それが継続的に評価される仕組みとなっている。指標の設定及び評価は各地域（Région）で設置されている地域委員会（Conference Régional）で検討される。このような体制を保健民主主義（*Démocratie sanitaire*）と呼び、こうした課題に対応するためにサルコジ大統領は左派のベルナール・クシュネール（国境なき医師団の創設者の一人）を担当閣僚に入れている。

以上のようにフランスの医療制度改革は、連帯に基づく社会主義的な基盤の上に、マネジメントの効率性を高めるために順次、市場主義的ないしは *New Public Management* 的な改革を積み上げてきたと言える。しかしながら、失業率の増大のために社会保障財政は収入が減少する一方で給付は増加するという制約があり、そしてより手厚い保障を求める国民の要求に、政府（特に左派政権）がポピュリズム的な対応をとってきたことで事態が袋小路に陥っているという状況になっているように見える。手厚い社会保障の推進を掲げたオランド政権も、状況の厳しさに対応するために現実的な政策を選択せざるを得ない状況になっている。

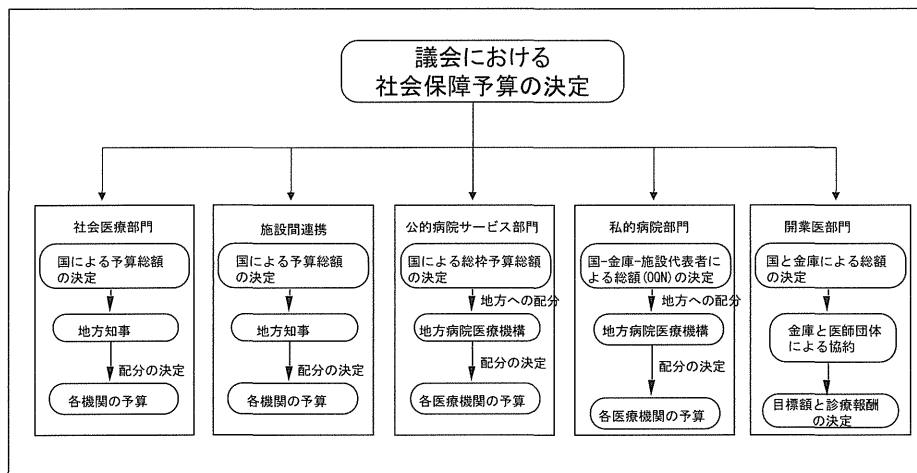
参考文献

- 1) Depeyroux JJ and Prétot X: *Securite sociale*, Paris: Sirey, 2000.
- 2) Boyle S: *France Health System Review*, *Health Systems in Transition*, Vol.12(6), 2010.
- 3) Montalembert M (ed): *La protection sociale en France*, 5^e edition, Paris: La Documentation française, 2008.
- 4) Bonnici B: *La politique de santé en France*, Paris: PUF, 2011.
- 5) Palier B: *La Réforme des systèmes de Santé*, Paris: PUF, 2005.
- 6) Majnoni d'Intignano B: *Santé et économie en Europe*, Paris: PUF, 2010.
- 7) 渡邊啓貴： フランス現代史、東京：中央公論社、2008.
- 8) 仲村雄一・一番ヶ瀬康子（編）： 世界の社会福祉⑤フランス・イタリア、東京：旬報社、1999.
- 9) 渡邊啓貴： ミッテラン時代のフランス、東京：芦書房、1991.
- 10) 葉山滉： 現代フランス経済論、東京：日本評論社、1991.
- 11) 渡辺和行、南充彦、森本哲郎： 現代フランス政治史、東京：ナカニシヤ出版、1997.
- 12) 下條美智彦： フランスの行政、東京：早稲田大学出版部、1995.

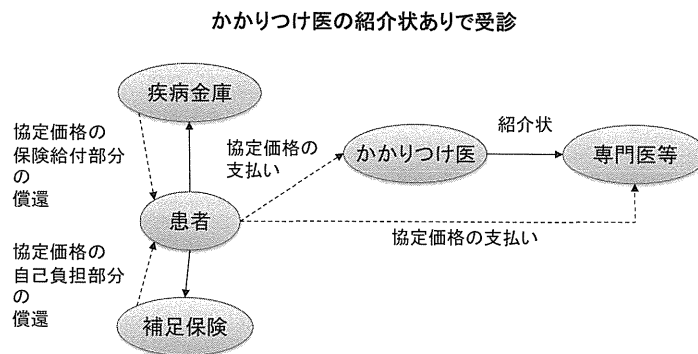
図表1 フランスの医療保険制度(償還制)



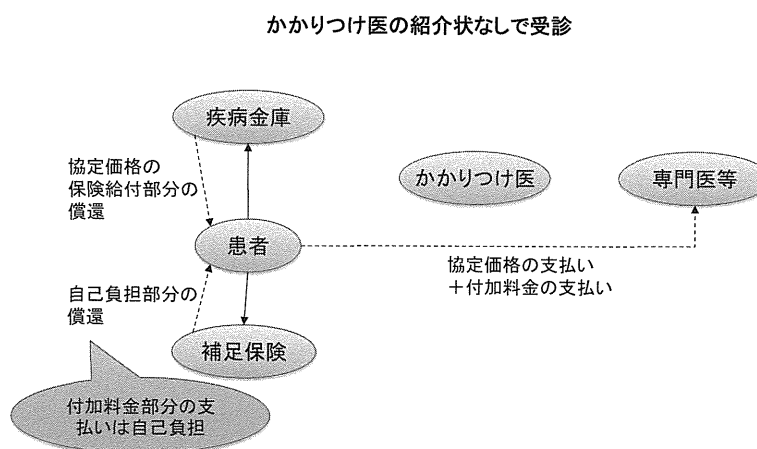
図表2 5つの主要医療サービス領域における支出目標ONDAMの設定



図表3-1 フランスにおけるかかりつけ医制度の導入(1)



図表3-2 フランスにおけるかかりつけ医制度の導入(2)

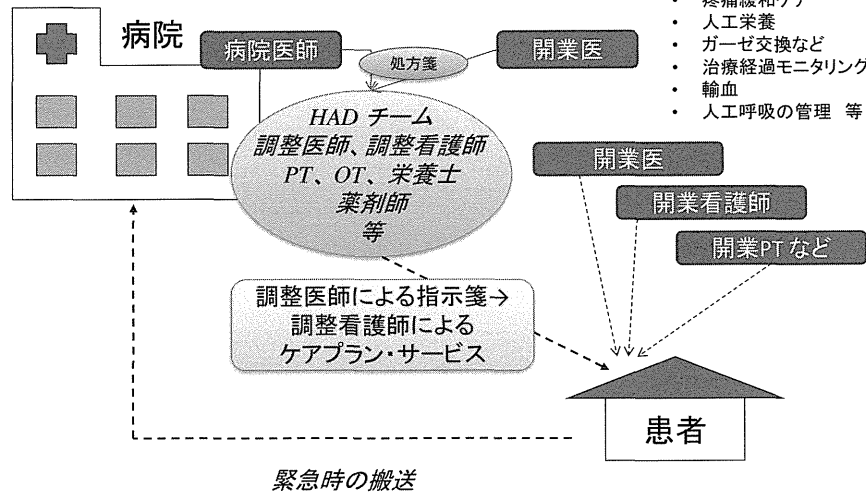


図表4 フランスにおける在宅入院制度

(Hospitalization à Domicile: HAD)

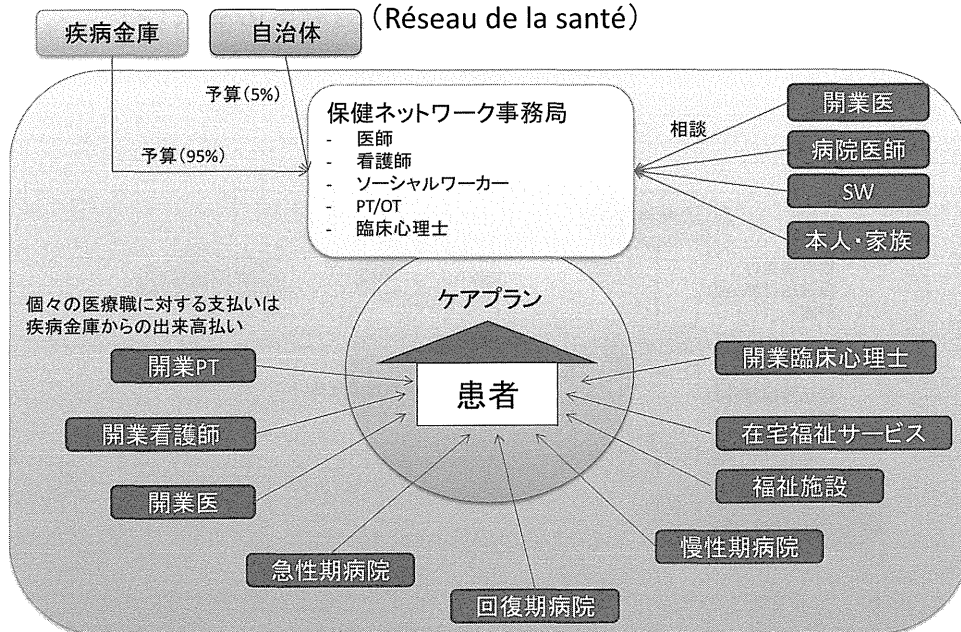
提供される主なサービス

- ・ 化学療法
- ・ 抗生物質投与
- ・ 疼痛緩和ケア
- ・ 人工栄養
- ・ ガーゼ交換など
- ・ 治療経過モニタリング
- ・ 輸血
- ・ 人工呼吸の管理 等



図表5 フランスにおける保健ネットワーク

(Réseau de la santé)



III. オランダにおける近年の医療制度改革

1. オランダにおける近年の政治動向

(1) 主な政党とその特色

表%にオランダにおける1980年前後からの政治動向を示した。イギリスにおける主要政党としては保守党、労働党、自由民主党がある。それぞれの政治理念の特徴を簡単に記述すると以下ようになる。

【キリスト教民主アピール】1980年10月11日設立された中道右派のキリスト教民主主義政党。キリスト教的な社会価値観を重視し、コミュニティ及び家族の安定、売春や同性婚、薬物中毒や安楽死の推進などの非キリスト教的な行為への反対を主張する。EU統合を推進する立場にある。

【自由民主人民党】1998年に設立されたリベラリズム政党。企業家の利害を代表する政党で、「自由競争」を基本原理とする。

【労働党】1946年に設立された社会民主主義政党。従来、キリスト教的な社会観を基礎に労働者保護、社会福祉政策の充実などを重視していたが、市場主義的な改革の導入など中道化が進み、近年はより社会主義的な政策を主張する社会党に支持基盤を奪われている。

【民主66】学生・知識人層による体制批判が激しさを増していた1966年に、旧来の政党、政治のあり方を批判して設立された政党。

【自由党】もともと自由民主人民党の党員であったウィルデルスが、トルコのEU参加に反対し、党内の有力リーダーと対立した結果、2006年に分離独立して作った政党。反イスラム的な主張と社会福祉の充実、エリート批判等で一時的に国民の支持を集めるが、他の政党からは距離をおかれている。

(2) ルベルス政権（1981年～1994年）

オランダは歴史的にキリスト教民主主義の社会観に基づく社会の形成を行ってきた。具体的には、家族とコミュニティを重視し、そして男性稼得者モデルの家庭を前提とした各種給付を充実させてきた。また、オランダの政策決定過程の節で詳述するように、キリスト教やコミュニティなどの団体は、それぞれの利権や要求を政策に反映させるために、代表を各種審議会等に送り込み、協調を前提とする政策運営を行ってきた。こうしたネオコーポラティブ的な文化は、労働組合と経営者団体、そして政府が協調的かつ安定的な労使関係を維持することに役立ち、それが1970年代まではオランダの安定した経済成長にも一定の貢献をしていた。

しかしながら、第二次石油危機後の悪化した経済情勢のもと、上記のネオコーポラティブ的な運営は、失業者に対する手厚い給付の維持など、次第にオランダ経済再建の障害となっていく。政府は財健全化のために、福祉的給付の削減などに取り組もうとはするものの、労働組合の激しい反対や、また彼らの代表が多く送られている審議会での

反対により、福祉を制限するような政策を行うことは難しい状況にあった。しかし、こうした動向は国民の大きな批判にさらされることになる。労働組合については組織率も低下しており、その国民にとっての代表性が問題になり、また審議が紛糾するばかりで前に進まない政治に対する不満が高まっていった。こうした中、オランダの現状を批判する自由主義系の政党への国民の支持が強くなっていく。

こうした中1982年に成立したのがキリスト教民主アピールと自由民主人民党からなるルベルス中道右派政権である。ルベルス政権は経済の立て直しを第一の目標に掲げ、雇用を増加させるための賃金抑制とインフレの抑制、社会保障給付と公務員給与の削減を柱とする財政支出抑制策を行っていく。当初は反対姿勢の強かった労働組合であったが、状況の深刻さを理解した労組代表が、政府及び経営者団体に歩み寄り政労使合意のもとで労働時間の短縮と賃金抑制を柱とするワセナール協定を結ぶ（1982年）。

ルベルス政権下で社会保障給付の削減はそれなりに進んだが、保険者などの分権的な仕組みはそのまま残ってしまったために、制度の抜本的改革は困難であった。その結果、就労不能者に対する給付は増大を続けることとなった。

(3) コック政権（1994年～2002年）

利益団体の意向を受けやすい傾向にあったキリスト教民主アピールの体質は1994年の総選挙において国民の厳しい批判にさらされ大敗する。そして労働党・自由民主人民党・民主66の三党の連立政権であるコック政権（労働党党首）が成立した。コック政権は自由主義を理想とする政党と、ネオリベラルな改革を容認する労働党右派の連立政権であり、その政治理念は新自由主義的なものであった。まず、審議会への各種利権団体の関与によって政治が機能不全になっている状況を改善するために、審議会の数を減らすとともに、利権団体の代表を審議会委員から排除するという改革を行った。その上で、福祉政策と雇用政策を連動させることで福祉給付受給者の就業を促進し（福祉給付受給者に対する職業訓練受講の義務化など）、企業活動を活性化するための規制緩和など多岐にわたる改革を推進した。

コック政権は既得権益との結びつきが強いキリスト教民主主義政党の政権下では困難であったリベラルな改革を多く行っている、例えば、安楽死や売春の合法化（管理下に置くことによるHIVの感染拡大防止を目的とした）、や同性婚の合法化などもコック政権下で行われている。EU拡大による輸出市場の拡大、そして規制緩和による企業活動の家政科により、オランダはコック政権下で経済的にも安定した状況を実現することに成功する。

しかし、こうした政治的な成功とは裏腹に国民の既成政党への信頼も低下していく。その最も大きな理由は、既成政党による政治がエリート支配によるもので、福祉施策が制限され生活に支障をきたしている国民の実情を十分理化していないのではないかという国民の批判が強くなっていったことによる。また、「文化的に寛容な国」を自任していたオランダ社会において、急速に増加した移民・外国人の処遇問題も顕在化していた。具

体的には移民・外国人の増加による社会保障給付の増加とそうした住民の高い失業率に起因する治安問題への懸念である。

こうした中、既存政党（エリート層）の批判と移民・外国人対策の強化を訴えて政治の世界に飛び込んできたフォルタインである。実業家そして批評家であったフォルタインは既得権益を握る者としてエリート層（特に高級官僚）と既存政党を批判し、オランダにおける医療福祉教育などの公共政策の劣化をそうした「ハーグに巣食う」政官癒着体の責任であるとし、政治を市民に取り戻すことの必要性和、オランダの市民社会を取り戻すための移民・外国人対策の強化を訴えた。彼のこうしたポピュリズム的な言動は中間層の支持を得、それがその後のオランダ政局に大きな影響を及ぼすことになる。

（４）バルケネンデ政権（2002年～2010年）

2002年の総選挙は、その直前のフォルタインの暴漢による銃撃死という事件の影響を受けて行われることになった。結果的に、移民・外国人対策に厳しいキリスト教民主アピールが与党に返り咲き、フォルタイン党、自由民主人民党との連立であるバルケネンデ政権（キリスト教民主アピール）が成立する。この選挙においては紫連合下における社会保障改革や移民政策に不満を持っていたフォルタイン党支持者の動向が選挙結果に大きな影響を持っていたとされる。

しかしながら、バルケネンデ政権においても、コック政権における雇用政策は継続され、各種福祉給付支給条件の厳格化による就労強化が進められていった。また、医療・介護については、後述の管理競争の導入など、競争に基づく生産性の向上を目指す改革がさらに強化されていった。しかし、他方で教育現場を立て直すための教員の待遇の改善（増員と給与の引き上げ）なども行われている。バルケネンデ政権が前政権と最も異なる点は、移民・難民の抑制対策強化である。具体的には、国内に居住する移民・外国人が家族を呼び寄せる際のルール of 厳格化（18歳以上への対象年齢の引き上げ、入国に際してのオランダ語・オランダ文化の学習の義務化など）を行っている。これはバルケネンデ政権が、キリスト教民主主義政党の伝統であるコミュニティの安定を重視していることにもよるが、国民の移民・外国人を見る目が厳しくなっていることに目に見える形で対応をすることが政権維持に不可欠であると政治家が強く認識せざるを得ない社会環境の変化がより大きいと考えられる。特に2004年にイスラムの女性差別批判を主題とする映画を作成したテオ・ファン・ゴッホが白昼、人通りの多い通りでモロッコ系移民二世の若者に暗殺された事件は、国民の移民、特にイスラム系住民に対する不安を一層高めることになる。

また、前政権下で国民の批判が強かった政策決定の密室性に対応するために、政策に関して透明性を高めるための努力（Webでの情報公開など）も積極的に行われるようになっていく。

(5) リュテ政権 (2010～2012年)

移民に対する排他的意識の高まり、そして欧州経済危機によるオランダ経済の悪化という社会経済環境の変化の中で、反イスラムを掲げてオランダ社会におけるプレゼンスを高めていったのが2006年に自由党を設立したウィルデルスである。ウィルデルスは人権・自由といった西洋的価値観の重要性を説き、その価値観を共有できないイスラム系住民がオランダ社会の統合と安定性を阻害しているという批判を行った。

また、大きな市場を得ることを期待していたEU統合であったが、域内の厳しい財政状況の中でオランダはEU分担金の一方的な拠出国になってしまったこと、そしてEU拡大が東欧やトルコなどからのさらなる移民を引き起こし得ることなどに対する国民の反対もあり、ヨーロッパ憲法批准が国民投票によって否決されるという事態になった。

こうした社会情勢下で行われた2010年選挙は自由民主人民党が第一党、労働党が第二党、自由党が第三党、キリスト教民主アピールが第四党という右傾化の目立つ結果となった。この結果を受けて、連立に向けての協議が行われるが、自由党の極端なイスラム批判には他の右派政党も二の足を踏み、交渉は難航した。結局、自由民主人民党とキリスト教民主アピールが連立し（首相は自由民主人民党党首のリュテ）、それに自由党が閣外協力をするという形で、自由主義系の政権が成立した。新政権はさらに厳格な移民政策を推進し、2011年にはオランダへの移住希望者への「市民化義務」が導入された。具体的には、移民希望者に対して行われていたオランダ語会話能力の合格基準の引き上げと読解能力試験の導入、帰化手続き費用の増額などが行われた。

厳しい財政状況を反映して、政府は財政支出の大幅な削減を行うが、これは市民サービスの低下を意味するものであり、ポピュリズム的な主張で国民の支持を得ていた自由党にとって、とうてい容認できるものではなく、2012年4月に自由党は閣外協力を解消し、リュテ政権は崩壊した。

2. 医療保障制度の概要と近年の医療制度改革

オランダの医療保険制度は長期医療保障と短期医療保障の2種類に分類される(図表1)。

【短期医療保障】

一般医によるサービス、専門医によるサービス（精神科医によるものを除く）、歯科サービス、看護などのパラメディカルサービス、365日を超えない入院サービス、救急サービス、妊産婦サービス、薬剤などの短期医療サービスは短期医療費保障という枠組みの中で給付される。従来、この制度は一定の所得以下の被用者とその家族をカバーする疾病基金保険(ZFW)、一定の所得以上の被用者と自営業者をカバーする民間保険、そして公務員が加入する公務員保険に別れていたが、2006年からは全国単一の短期保険制度となっている。ただし、保険者はNHSのような国全体でひとつのものではなく、公的、民間を含めて多数の保険者が存在している（ただし、従来公的のみなされていたものも、現在は私的保険のカテゴリーとなっている）。

短期保険の財源は3つの部分から構成される。第一の部分は全国民がリスク平等化基金に対して収入に比例して払う保険料で、短期医療費の50%が賄われる。第2の部分は地域別に設定される保険料であり、短期医療費の45%に対応している。残りの5%は一般税によって賄われている。さらに、付加的なサービスを対象とした保険が設定されており、これは被保険者本人あるいは福利厚生的なものとして被用者によって負担されている。上記のうち、地域別に各保険者が設定する保険料については、すべての国民がこれを払うことができるよう国から収入比例給付が行われており、3分の2の家計は額の多寡はあるもののこれを受け取っている。

短期医療保障については「管理競争 (Managed competition)」的な構造となっている。具体的にはリスク平等化基金の保険料については国が決めるが、地域別保険料及び補足保険（公的保険では給付対象とならない個室の利用や治療にあたる医師の指名などのアメニティ的なサービスについてカバー）については、各保険者に価格設定の自由が与えられている。そして、国民は保険料と各保険者が契約する医療機関をもとに1年単位で保険者を自由に選択することができる仕組みとなっている。保険者は被保険者を選択することを禁止されており、クリームスキミングが生じないように配慮されている。しかしながら、実際には補足保険などの用いて巧妙な選択が行われているという批判がある。この制度が導入された2006年には18%の国民が保険者の変更を行ったが、現在ではその率は4%程度で落ち着いている。

保険者間の競争により保険料は低下しており、ほとんどの保険者は基本的なサービスをカバーする部分では赤字基調になっており、それを補うために管理部門のコストカットや補足保険の工夫などが行われている。

短期保険者と医療提供者間との間では、価格に関する交渉が行われる仕組みが導入されているが、これについては後述する。

ところで、オランダでは保険者間の公平を期するためにリスク構造調整の仕組みが導入されている。これは被保険者の持つリスクの違いによる財政構造の優劣を避けるために、年齢、傷病及び医薬品の状況などの情報を基に、プールした資金を事後的に保険者に配分するものである。2010年でその総額は全体の25%となっている⁵⁾。このような事後的なリスク構造調整があることが、保険者機能の効率化が進まない理由であるという批判を受け、政府はその精緻化を急いでおり、アメリカのACGなどを参考に、研究が行われているようである。

【長期医療保障】

長期保険は例外的医療費支出保障 (AWBZ) と呼ばれるもので全国民が強制的に加入させられる。病院での365日を超える入院、ナーシングホームでの診療などの費用がカバーされる。なお、従来精神科医療は入院期間にかかわらず長期医療保障制度でカバーされていたが、2006年からは最初の1年間については、上述の短期医療保障あるいは一般