

ついて質の改善のための措置が開始されることになっている。

これらの指針のほかに、共同連邦委員会は、病院の医師等に関する継続教育の義務、特定の給付の量に関する最低基準¹³²及び病院が毎年発表することを義務付けられている「質の報告(Qualitätsbericht)」の内容について定めている。「質の報告」は、患者への情報提供に役立つとともに、入院の指示や退院後の医療を担当する医師並びに疾病金庫にとっても方針決定に役立つことを目的としている。「質の報告」には、各病院が提供する給付、医療提供組織、人員、質の確保措置の実施状況などに関する情報が含まれる。「質の報告」は、疾病金庫連合会や病院協会のホームページを通じて公開されており、病院名などにより検索することが可能となっている。

一方、保険医による外来診療に関しては、前述の入院療養の場合のようなデータの収集、評価が行われているわけではなく、質の確保のための外部的な措置は、保険医協会が、保険医により提供された給付の質を診療記録に基づき抽出検査することに限られている。この抽出検査の手順は共同連邦委員会の指針¹³³により定められている。

今日、在院日数が減少し、入院中の医療と退院後の医療との関係が重要となるなど、医療供給の各部門間の連携が重要性を増している。これに対応して、質の確保に関しても、各分野における統一性や部門をまたがる協力が必要となっている。このため、共同連邦委員会は、既に、保険医による外来診療と病院医療との分野をまたがる質の基準を定めている。共同委員会は、このような質の確保をさらに発展させるため、AQUA に委託して、分野をまたがる質の確保にふさわしい指標及び手段の開発を進めている。

(2)質と経済性の確保に関する研究所

共同連邦委員会により設立された「保健医療における質と経済性の確保に関する研究所」も、医療の質と透明性の確保に貢献することを目的としている。同研究所では、最新の科学的な知見に基づき治療及び手術に関する有用性並びに薬剤の有用性及び費用の評価が行われている。その成果は、医療保険による診療に関する指針などを定める共同連邦委員会に提供されている。また、この研究所は、疫学的に重要な疾病の根拠に基づく医療のための指針に関して、質の観点からの評価を行う役割を担っている。さらに、同研究所は、患者に対して診療の質と効率性に関するレベルが高くかつ理解しやすい情報の提供を行っている。

¹³² 例えば、肝臓移植に関しては一病院当たりの年間最低 20 件と定められている。

¹³³ Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Auswahl, Umfang und Verfahren bei Qualitätsprüfung im Einzelfall vom 18. April 2006.

Ⅲ. 考察

1. 他国と比較した改革の特徴とそれをもたらした要因

(1)競争の位置づけ

ドイツにおける近年の医療制度改革の最も重要な特徴の一つは、当事者間の競争を促進することに重点を置いた政策がとられていることである。しかし、このことは、ドイツの医療制度を市場における競争に全面的に委ねることを目的とするものではない。競争は、それ自体が目的ではなく、あくまでも連帯を基礎とした公的医療保険制度の存在を前提としつつ、医療の質と経済性を高めるための手段として位置づけられている。また、当事者間の競争だけでなく、連邦、州による公的な関与や疾病金庫連合会、保険医協会などの当事者団体間の交渉・合意も重要な役割を果たしている。

病院などの医療供給者間での競争は、フランスやイギリスでも見られるが、ドイツの場合には、被保険者が加入する疾病金庫を選択する権利が全面的に認められたことにより、被保険者の獲得を巡る疾病金庫間の競争が導入されたことに重要な特徴がみられる。さらに、この疾病金庫間の競争の対象を保険料率にとどめるのではなく、被保険者に提供される給付の質にまで広げることが政策の方向となっている。これを実現するため、具体的には疾病金庫と医療供給者との間において、これまでの団体間での集団的な契約にかわって、各疾病金庫が医療供給者との間で異なる内容を持った個別的な契約を締結することが可能な範囲の拡大が行われている。各分野間の連携のとれた医療供給体制を構築することについても、このような位置づけにある疾病金庫が中心的な役割を果たすことが期待されている。

近年の改革で競争を促進することに重点を置いた政策がとられるようになった背景には、それ以前の政策の経験がある。1977年からの10年間においては、医療保険の費用抑制のための公的な介入政策が繰り返し行われたが、いずれの場合にもその効果は長続きしなかった。この経験を通じて、このような介入政策では、制度の長期的な安定を確保することはできないことが明らかとなった。このため、近年の医療制度改革では、当事者に給付の質と経済性の向上に向けた行動を促す仕組みを制度の内部に作り出す必要があると考えられた。

(2)事業主負担の軽減

ドイツ医療制度改革のもう一つの重要な特徴は、保険料、なかでも事業主が負担する保険料の抑制・引下げを図ることに重点が置かれていることである。そのために、医療保険の支出抑制を目的として医療の需要及び供給の両面に及ぶ対策を講じるだけでなく、医療

保険の収入に関する問題を解決するための取組みも行われている。しかも、収入面での取組みは、保険料の労使折半負担、賃金に応じた保険料負担、保険料のみによる運営、各疾病金庫による保険料率の設定といった従来のドイツ医療保険財政システムにおいて長年維持されてきた基本的な考え方の変更にまで及ぶものとなっている。

保険料負担の軽減に重点を置いた政策がとられている背景には、ドイツの社会保険料率が国際的にみて相当に高い水準にあることがある。しかも、EUの拡大などに伴い国際的な競争が激化するなかで、社会保険料率、特に事業主負担分のこれ以上の上昇は、企業の賃金コストを更に増加させることにつながる。そうなれば、企業がより有利な立地場所を目指してドイツから他国に移動することになり、ドイツ国内での雇用が減少することが危惧されている。このため、医療保険の保険料を含めた社会保険料の引き上げは決して安易に容認できるような状況にはない。

2. 日本にとって重要と考えられる点

以上述べたドイツにおける医療制度改革は、同様の課題に直面する日本に対して、様々な点において重要な示唆を与えるものであるが、特に重要なものとして次の4点を指摘しておきたい。

(1) 負担の公平性の確保

高齢化の進展などに伴い増加する費用の公平な負担を実現することは制度の安定性及び信頼性を確保する上で欠かせない。このため、ドイツにおいては、健康基金の創設により、統一保険料率に基づく保険料徴収が行われるとともに、各疾病金庫のリスク構造の違いを考慮して健康基金からの資金配分が行われる財政システムが導入された。これにより、各疾病金庫に加入する全ての被保険者に係るリスク構造(年齢、性別、疾病罹患状況、所得など)の違いがもたらす財政的な影響が調整されることになった。

また、保険料が、賃金を対象として、その額に応じて算定されることに対しても、負担の公平性の確保の観点から見直しが議論されている。

これらの取組みは、日本においても、医療保険への信頼を確保し、増加する費用負担への理解と納得を得ることにに関して重要な示唆を与えるものである。

(2) 診療報酬

診療行為に応じた点数に「一点当たり単価」を乗じることにより診療報酬が算定される外来診療に関しては、給付の量の不適切な拡大を抑制するための措置が必要となる。一方、給付量のコントロールは、必要な医療の抑制や診療を行う医師の側への負担転嫁につなが

る恐れもある。このため、新たな制度では、「予算制」のように保険料収入の伸びの範囲内に支出総額の伸びを限定するのではなく、医療ニーズに応じた給付量の増加は容認されるが、それを越える給付の増加は抑制される仕組みが導入された。

また、入院療養に関しては、DRGに応じた包括的な診療報酬制度が導入され、在院日数の短縮に効果を発揮するとともに、病院費用の透明性を高め、病院運営の経済性・効率性を高めている。

医療保険による薬剤償還価格に関しては、定額制(参照価格制)の導入がジェネリックの価格低下に大きな効果を上げている。特に、処方された薬剤をジェネリックに代替することと結びつける形で、個別の製薬企業との間の値引き契約の制度が設けられたことが価格の一層の低下をもたらしている。

これらの点は、同様に出来高払いの診療報酬制度を有するとともに、平均在院日数の短縮やジェネリックの使用拡大を進めようとする日本にとって重要な参考事例となる。

(3)包括的な供給システムの確立

高齢化の進展は慢性病や複数疾患に罹患した患者の増加をもたらすため、これに対応して各患者の病状の推移に対応して必要な医療が長期的に継続して確保されるような医療供給体制を構築することが重要な課題となっている。このために、ドイツの場合には統合供給のように分野を越えた医療供給を可能にする新たな供給システムの導入が行われている。統合供給においては、地域の特性に応じた供給システムの実現を図ることを可能にするため、当事者に広範な裁量の余地が認められている。しかし、新たな供給システムについては、その実現が全面的に当事者に委ねられているわけではなく、全国的な制度として医療保険制度の中に位置づけられている。これによって、新たな供給システムを先進的な地域だけでなく全国的に普及するために診療報酬や保険料の面で当事者に対して経済的な誘因を与えることが可能となっている。

さらに、分野を越えた医療供給の実現だけでなく、地方における医師不足に対応する観点からも、これまでの医療専門職間の役割分担の見直しや遠隔医療の推進が必要とされ、それを支援するための診療報酬制度の改正などが行われている。

これらの点は、地域における包括的な医療供給システムの実現を目指す日本にとっても重要な参考になると考えられる。

(4)新たな薬剤及び診断・治療方法の導入

新たな診断・治療方法や薬剤の開発・普及は高齢化の進展と並んで、医療保険支出を今後とも増加させる主要な原因のひとつと考えられる。一方、これらは、これまでは治療が困難な疾病や対症療法しかできない疾病の患者に対して、新しい治療の可能性を開くこと

ができるものである。

したがって、医療保険においては、財政的な安定を確保することと、こうした新たな診断・治療方法や薬剤の導入により診断・治療の効果を改善することをいかにして両立させていくのが大きな課題になると考えられる。その際には、新たに開発された診断・治療方法や薬剤が、既存のものとは比べて患者の治療に対してどのような追加的な有用性をもたらすのかを明らかにし、それに応じた評価を行うことが重要になる。また、そのことが、診断・治療を画期的に改善する新しい技術や薬剤の開発を促進することにつながると考えられる。

このような観点から、新たな薬剤や診断・治療方法についての有用性評価の結果を医療保険による薬剤償還価格の設定や給付としての取扱いに反映する仕組みを導入するとともに、有用性評価を行う中立的な専門機関として「保健医療における質と経済性に関する研究所」を設立したドイツの取組みは、日本にとっても重要な示唆を与えるものである。

(引用文献)

- Axer P., 2012, Festbeträge für Arznei- und Verbandmittel, in: Becker U., Kingreen Th. (Hrsg.), *SGB V*, 3. Auflage, München, S. 326-335.
- Becker U., Schweitzer H., 2012, *Wettbewerb im Gesundheitswesen-Welche gesetzliche Regelungen empfehlen sich zur Verbesserung eines Wettbewerbs der Versicherer und Leistungserbringer im Gesundheitswesen?*, Gutachten B zum 69. Deutschen Juristentag, München.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2011, *Gesetzliche Krankenversicherung. Kennzahlen und Faustformel.* (<http://www.bmg.bund.de>)
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2012a, *Daten des Gesundheitswesens 2012*, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2012b, *Gesetzliche Krankenversicherung. Vorläufige Rechnungsergebnisse 1.- 4. Quartal 2011.* (<http://www.bmg.bund.de>)
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2012c, *Übersicht über das Sozialrecht*, 9. Auflage, Nürnberg.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2013, *Daten des Gesundheitswesens 2013*, Berlin.
- Bundesministerium für Gesundheit (BMG), 2014, *Versorgung "au seiner Hand"*. (<http://www.bmg.bund.de>)
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung (BMGS), 2003, *Nachhaltigkeit in der Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme. Bericht der Kommission.*
- Cassel D., 2011, Arzneimittel-Innovationen im Visier der Kostendämpfungspolitik, *Gesundheit und Gesellschaft*, Jg. 11, Heft 1, S. 15-24.
- Coca V., Schröder H., 2012, Ökonomische Aspekte des deutschen Arzneimittelmarkts 2011, in : Schwabe U., Paffrath D. (Hrsg.), *Arzneiverordnungs-Report 2012*, Berlin, S. 167-221.
- Degener-Hencke, 2009, Krankenhausversorgung und –finanzierung, in: Huster S., Kaltenborn M. (Hrsg.), *Krankenhausrecht*, München.
- Gemeinsame Registrierungsstelle zur Unterstützung der Umsetzung des § 140d SGB V, 2009, *Entwicklung der integrierten Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland 2004 – 2008.* (<http://www.bqs-register140d.de>)
- GKV-Spitzenverband, 2011, *Geschäftsbericht 2010*, Berlin.
- Hoppe J.-D., Köhler A., 2008, *Gemeinsame Stellungnahme der Bundesärztekammer und Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung*

*unter Einbeziehung der Stellugnahme des Bundesrates und der
Gegenäußerung der Bundesregierung.*

- Huster S., 2012, § 73 b Hausarztzentrierte Versorgung, in: Becker U., Kingreen Th. (Hrsg.), *SGB V*, 3. Auflage, München, S. 586-599.
- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA), 2013, *Qualitätsreport 2012*, Göttingen.
- Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen (AQUA), 2014, *Herzschrittmacher-Implantation. Indikator 2013*, Göttingen.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2006, *Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 2006*, Berlin.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2012, *Entwicklung der Medizinischen Versorgungszentren*. (<http://www.kbv.de>)
- Kern B.-R., 2010, Die Pflicht des Arztes zur persönlichen Leistung, in: Laufs A., Kern B.-R., *Handbuch des Arztrechts*, 4. Auflage, München, S. 647-651.
- Knieps F., 2006, Neue Versorgungsformen, in: Schnapp F., Wigge P. (Hrsg.), *Handbuch des Vertragsarztrechts*, 2. Auflage, München, S. 349-377.
- Kopetsch T., 2010, *Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus!*, 5. Auflage, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- Kruse J., 2012, § 73 b Hausarztzentrierte Versorgung, in: Hänlein A., Kruse J., Schuler R., *Sozialgesetzbuch V*, Baden-Baden, S. 710-719.
- Land Brandenburg, 2010, *Ergebnisse der Modellprojekte nach dem AGnES-Konzept*.
- Lauterbach K., 2004, Die Bürgerversicherung in: Engelen-Kefer U. (Hrsg.), *Reformoption Bürgerversicherung*, Hamburg, S. 48-63.
- Luthe E.-W., 2011, Der Pharmarabatt nach § 130a SGB V (Teil 1), *Sozialgerichtsbarkeit*, 06/11, S. 316-321.
- 松本勝明, 2012a, 医療保険の公私関係—ドイツにおける変化と今後の方向—『フィナンシャル・レビュー』2012年第4号, 90-110頁。
- 松本勝明, 2012b, 「ドイツにおける医療・介護の連携—サービス供給システムと専門職—」『社会政策』第3巻第3号, 58-77頁。
- 松本勝明, 2012c, 「ドイツにおける社会保障財源の見直し」『海外社会保障研究』2012年第179号, 4-16頁。
- Murawski R., 2012, Unterversorgung, in: Hänlein A., Kruse J., Schuler R., *Sozialgesetzbuch V*, 4. Auflage, Baden-Baden, S. 943-946.
- Neubauer G., 2008, *EBM 2008 und „Euro EBM“ – mehr Geld für den Arzt?*, DATEV Fachtagung, Frankfurt, 11.04.2008.
- Neubauer G., 2011, *Ein Jahrzehnt Gesundheitsökonomie und Gesundheitspolitik 2000-2010*,

Band I, München.

- Orlowski U., Wasem J., 2007, *Gesundheitsreform 2007 (GKV-WSG)*, Heidelberg, 2007.
- Orlowski U., 2012, Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Versorgung, in: Halbe B., Orlowski U., Preusker U., Schiller H., Wasem J., *Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG)*, Heidelberg, S. 3-24.
- Rixen S., 2012, Beteiligung des Bundes an Aufwendungen, in: Becker U., Kingreen Th., *SGB V*, 3. Auflage, München, S. 1503-1506.
- Rothgang H., Arnold R., Unger R., 2010, Bürgerversicherung als Alternative zu den akuten Regierungen, *G+G Wissenschaft*, Heft 4.
- Rürup B., Wille E., 2004, *Finanzierungsreform in der Krankenversicherung. Gutachten von Bert Rürup und Eberhard Wille vom 15. Juli 2004*.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), 2008, *Gutachten 2007. Kooperation und Verantwortung*, Band 1, Baden-Baden.
- Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR), 2012, *Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten 2012*, Bern.
- Schwabe U., 2012, Nutzenbewertung von Arzneimitteln, in: Schwabe U., Paffrath D., *Arzneiverordnungs-Report 2012*, Berlin, S. 127-165.
- Schweitzer H., Becker U., 2012, Preisregulierung und Wettbewerb in der Arzneimittelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung (Teil 2), *Wettbewerb in Recht und Praxis*, 5/2012, S. 533-539.
- Sozialdemokratische Partei Deutschlands (SPD), 2011, *Solidarische Gesundheitspolitik für alle Bürgerinnen und Bürger*, Ordentlicher SPD-Parteitag Berlin vom 4.-6. Dezember 2011, Beschluss – Nr. 59.
- Statistisches Bundesamt, 2013, *Grunddaten der Krankenhäuser 2012*, Wiesbaden.
- Verband der privaten Krankenversicherung (PKV), 2012, *Gut für sie. Gut für alle*. (<https://bestellungen.pkv.de>)
- Zok K., 2011, Reaktionen auf Zusatzbeiträge in der GKV. Ergebnisse einer Repräsentativ-Umfrage, *WIdO monitor* 1/2011, 1-8.

2 フランスの医療保障体制・医療保険

研究分担者 加藤 智章（北海道大学大学院法学研究科 教授）

研究要旨

日本でいえば、社会保障に関連する特別会計を集約して、予算審議の対象として社会保障財政法律（LFSS）およびそこで提示される ONDAM は、社会保障制度に関する政策課題とカネの出入りという財政状況を明らかにするとともに、政策目標の達成の成否、達成の程度を数字として国民の前に示す社会保障に関するカネの出入りを明らかにする。特別会計のシステムがあるとはいえ、このような社会保障財政法律というシステムを導入することは検討に値する。

次に注目すべきは、在宅医療制度である。このサービスは、急性疾患の退院後のケアから終末期医療の提供まで、幅広い医療を全国各地で展開している。病床数の伸び自体、頭打ち状態になっており、停滞しているとの評価もみられるが、いわゆる医療過疎地域における取組なども含めて、今後さらに詳細な研究が必要であろう。

いまひとつ注目されるのは、医療費抑制策の具体化にあたって、中央集権的規制ルールから地方分権型へシフト、すなわち ARS の導入である。日本では、全国健康保険協会が都道府県単位で、また後期高齢者医療制度ではやはり都道府県を単位に組織化される広域連合ごとに保険料を設定するなど、公的医療保険の都道府県単位化が進行している。このような状況に対応して、ARS が地方単位で、ファイナンスとデリバリーとの調整をどのように行っているか、その成否の見極めが求められる。

A. 研究目的

フランスにおける医療保障体制・医療保険を検討することによって、日本の医療費抑制に関する具体的な知見を提供する。

B. 研究方法

文献研究およびフランスにおける訪問調査による。

（倫理面での配慮）

文献研究および訪問先の了解を得て実

施した訪問調査であるため該当しない。

C. 研究結果及び D. 考察

I 総論

1 医療制度の現状

① 医療需要の概要

職域保険制度の集合体であり、高齢者に限定した医療保険制度は存在せず、補足給付組織が大きな役割を果たし、普遍的医療給付による医療保障が実現されているという特徴を指摘できる。

② 医療供給の概要

医療供給については、外来診療と入院診療との棲み分け、一般医と専門医との峻別および診療報酬の決定手続きは特徴である。

2 対象とする改革

本報告は、1990年代初めから20年余にわたる期間を検討の対象としている。医療費抑制策の対象領域に着目するとき、この期間は大きく二つに分けることができる。2004年8月13日法の前後により、供給サイドに着目した医療費抑制策を指向した90年代と需要サイドに着目した抑制策を打ち出した2000年代という区分である。また、2009年7月21日のHPST法が重要である。この法律は、医療供給に関する抜本的な改革を意図するものである。したがっ

て、本報告の主たる検討対象は2004年8月13日法と2009年7月21日法およびそれに関連する諸政策ということになる。

3 改革の主要目的

第一に、医療費の抑制である。

第二は、アクセスの保障である。

第三は、医療の質の確保である。

これら3つの政策目的は相互に密接かつ相互に関連するが、2004年法はこれら3つの政策を、2009年法は第2第3の目的を実現することを意図していると思われる。

4 中心的な手段

公私関係の見直しでは、様々な組織の整理統合・集約化が、2000年以降、大きな政策動向のひとつとなっている。

給付範囲の見直し、選択制の導入については、一部負担金など患者負担の多様化、かかりつけ医制度の導入が重要であり、選択制の導入では薬剤師にジェネリック選択権を付与したことがひとつの特徴である。

また、LFSSの制定とONDAMの設定を契機として診療報酬基準の統一化が図られたことは、フランスにとっては大きな進歩といえる。2009年HPST法は医療供給体制に関する体制刷新をめざしている。

II 各論

第1節 医療保障

1 公私関係の見直し

2004年法は、これら補足給付に関連する組織を対象に、法定制度と補足制度との連携の強化を目的とする補足医療保険組織全国連合（UNOCAM）を創設した。需要サイドに着目した医療費抑制策として簡単に想定しうるのは、一部負担金の負担割合の引き上げや増額である。しかし、これらの措置を講じても、補足給付がその負担増加分を吸収してしまえば、医療費を抑制するという政策目的は達成することができない。このため、法定給付に関する政策は補足給付とも密接に係る。ここに UNOCAM 設立の目的を見いだすことができる。

2 給付の範囲の見直し、選択制の導入

給付範囲の縮減等に関連する施策としては、患者負担の多様化・強化をあげることができる。また、在宅入院制度の展開も、ある意味では給付合理化という側面をもつ。さらに、“かかりつけ医”制度の導入は、医療アクセスの合理化・適正化を目的とする。

3 診療報酬制度の改善

診療報酬の支払い方式や医療行為の内容に関する状況把握のツールが複数存在することは、それまでの歴史的沿革に由

来することは、それまでの歴史的沿革に由来するとはいえ、ONDAM を設定して、医療情報の共有化や医療政策の透明化を促進しようとする政策要請にはそぐわないものであった。

かくして、開業医であれ病院施設であれ、医療行為の表記を統一するとともに、診療報酬の支払いに関するコードを組み込んだ診療報酬基準の統一化が図られることとなった。

4 保険者（費用負担者）の役割

医療費抑制に関する政策立案や効率性確保の場面における発言力という点で、フランスの保険者はわが国の保険者と比較すると大きな発言力を有しているように思われる。

5 財政的な公平性と安定の確保

医療保障に関わる財政問題は、1999年に創設された普遍的医療給付（CMU）を提供するために一般社会拠出金を引き上げたこと、1997年度から社会保障財政法律を制定するとともにONDAMを設定し、いわば社会保障財政および国民医療費に関する情報の“見える化”を実現したことが特筆される。このONDAMの設定によって、診療行為共通分類（CCAM：Classification Commune des Actes Médicaux）と、1件当たり包括評価方式

(T2A : tarification à l'activité) とを導入し、診療報酬基準の統一化を実現したことは高く評価することができる。

また、CMU の創設は遅ればせながらの国民皆保険の実現とも評価できるが、困窮者には一部負担金も必要としない医療負担の無料化に成功したことは注目される。

6 新たな治療方法・薬剤の導入

フランス国内において医薬品の販売許可 (AMM) を希望する製薬メーカーは、必要な書類をフランス医薬品・保健製品安全庁 (ANSM) に提出し、質・安全性・効果という視点からの評価を受ける。

D 考察およびE 結論

1 他国と比較した改革の特徴とそれをもたらした要因

フランス医療保障体制の大きな特徴のひとつは、補足的医療保険組織（共済組合、労使共済制度、保険会社）の存在である。この補足的医療保険組織を活用して実現した普遍的医療給付 (CMU) の実現こそが、1990 年代以降のフランス医療保障体制における制度改革の動きを規定したといえる。

2 日本にとって重要と考えられる点

社会保障財政法律 (LFSS) およびそこ

で提示される ONDAM は、社会保障制度に関する政策課題とカネの出入りという財政状況を明らかにするとともに、政策目標の達成の成否、達成の程度を数字として国民の前に示す社会保障に関するカネの出入りを明らかにする。特別会計のシステムがあるとはいえ、このような社会保障財政法律というシステムを導入することは検討に値するものと考えられる。

次に注目すべきは、在宅医療制度である。このサービスは、急性疾患の退院後のケアから終末期医療の提供まで、幅広い医療を全国各地で展開している。いわゆる医療過疎地域における取組なども含めて、今後さらに詳細な研究が必要であろう。

いまひとつ注目されるのは、医療費抑制策の具体化にあたって、中央集権的規制ルールから地方分権型へのシフト、すなわち ARS の導入である。ARS が地方単位で、ファイナンスとデリバリーとの調整をどのように行っているか、その成否の見極めが求められる。

F 健康危険情報

なし

G 研究発表

「フランスにおける患者負担の動向」
『健保連海外医療保障』2012 年 96 号・

8頁～16頁。

「フランスにおける医療費適正化の試み」

『健保連海外医療保障』2013年99号・8

頁～15頁。

H 知的所有権の出願・登録状況

なし

I 総論

1 医療制度の現状

はじめに

フランスにおける社会保障という場合、社会保険、家族給付および労災補償の3部門からなる。これにわが国の生活保護に相当する社会扶助や失業保険を含める場合には社会保護といわれる(後掲総論末尾：図I-1 社会保障と社会保護参照)。

フランスの社会保障制度は、基本的に社会保険を中核にする。したがって、医療保険が医療需要(ファイナンス)に対応するが、法定給付に対する上乘せ給付を実現するシステムとして、共済組合などの補足給付組織が浸透している。法定給付について社会保障法典が、補足給付組織については、社会保障法典、共済組合法典および保険法典が法的根拠となる。これに対して、医療供給については公衆衛生法典が医療組織や医療従事者に関する規制根拠となっている。

以下では、医療需要と医療供給の二つの側面から、医療制度の現状を概説する。

① 医療需要の概要

フランスの医療保障、特に医療需要の側面には、以下のような4つの特徴を指摘することができる。職域保険制度の集合体であり(a)、高齢者に限定した医療保険制度は存在せず(b)、補足給付組織が大きな役割を果たし(c)、普遍的医療給付による医療保障が実現されている(d)という特徴である。

(a) 一般制度を中心とする職域保険制度の集合体

フランスの医療保険制度は、4つに大別できる職域保険の集合体である(後掲図表**1 社会保障制度の概要参照**)。商工業部門の被用者を対象とする一般制度、特定の企業や業種ごとに組織される特別制度、自営業者など非被用者を対象とする自営業者社会制度および農業従事者を対象とする農業制度である。国民健康保険制度のように、地域住民であることに着目して被保険者資格を付与する地域保険は存在しない。このうち特別制度は、フランス国有鉄道職員、フランス銀行職員など特定の企業あるいは船員や鉱山労働者など一定の業種ごとに組織される個別的な制度の総称である。また、自営業者社会制度は、2005年12月に商工業自営業者と手工業者の制度を統合したものである。

一般制度はフランスにおける社会保険の人的適用範囲を拡大する受け皿として位置づけられてきた。事実、被用者であれば報酬の額如何に関わらず一般制度に加入しなければならないし、株式会社の社長あるいは収入の全てをチップで得ているカフェの従業員などもまた、一般制度への加入義務を負う。この結果、やや古い数字であるが、

2008年現在で一般制度の加入者はおよそ5600万人である。フランスの人口はおよそ6400万人であるから、国民の87%を占めている。これに対して2008年度社会保障会計報告によれば、自営業者社会制度の被保険者238万人で被扶養者を含めた総数は約341万人、被用者制度と経営者制度とから構成されている農業制度は、被扶養者を含めた総数は約350万人である。

(b) 高齢者に限定した医療保険制度は存在しない

フランスのふたつめの特徴は、老人保健制度や後期高齢者医療制度のような高齢者のための医療保険制度が存在しないことである。高齢者は現役時代の医療保険制度にそのまま所属する突き抜け方式を採用している。これら的高齢者は、一般社会拠出金を負担する。老齢年金や遺族年金などの代替所得には一般社会拠出金6.6%が賦課され、支給される老齢年金から源泉徴収する形で負担することとなる。

また、フランスにおける高齢者介護は、保険方式ではなく、社会手当方式で運営される介護手当制度で対応している。支給要件や要介護度の認定などの枠組みは法律により定められるが、具体的な支給額は各県ごとに定められる。

現役労働者の場合はやや複雑で、一般社会拠出金のほかに医療保険の保険料も負担する。まず稼働所得としての賃金に対して、賦課率7.5%の一般社会拠出金が課せられる。次に、現役労働者は医療保険の被保険者として、傷病手当金に相当する給付の財源として、賃金全額の0.75%を医療保険の保険料として負担する。医療保険については事業主も負担するが、その保険料率は被保険者の賃金の13.8%である。

このように、高齢者と現役労働者はともに一般社会拠出金を負担する点で共通し、賦課率の点では高齢者が若干優遇されているといえる。しかし、具体的な診療における一部負担金の負担割合や入院定額負担金などについては高齢者が否かに関わりなく同一である。

(c) 補足給付組織が大きな役割を果たしている¹

フランス医療保障における3つめの特徴は、補足給付組織の充実である。これら補足給付組織は、歴史的沿革も根拠法典も異なる3つの組織に大別できる。共済法典に基づく共済組合(mutuelle)、保険法典に基づく保険会社(entreprises d'assurance)および社会保障法典の適用を受ける労使共済組織(institution de prévoyance)である。

わが国の国民医療費に相当する医療・医療財費用は、2011年1800億€に達しているが、そのうち家計は9.6%負担しているのに対して、補足給付組織は13.7%を負担している。具体的な内訳は共済組合7.4%、保険会社3.7%および労使共済組織2.5%とな

¹ 笠木映里「フランスの医療制度－受診時の患者自己負担と私保険の特殊な役割」クォーターリー生活福祉研究通巻65号1頁(2007年)。

っている(後掲総論末尾表1 医療・医療財費用の負担者構成参照)。

このように、補足給付組織は、一部負担金のように、公的医療保険では給付の対象とされない部分をカバーするため、家計が実際に負担する医療費は10%に満たないのである。事実、やや古い統計であるが、2002年の時点で国民の86%が補足給付組織と何らかの契約を締結していたといわれる²。

(d) 普遍的医療給付による医療保障の実現

補足給付組織と密接に関連するのが、1999年に制定された普遍的医療給付(CMU)である。この普遍的医療給付は、何らかの事情で公的医療保険に加入していない者あるいは公的医療保険に加入していても補足給付組織と契約を締結できない者に対して、無料ないしそれに近い形で医療を提供しようとするものである。

フランスは職域保険の併存体制であるため、先天的な障害のために労働能力に欠けるとか、不安定あるいは短期的な雇用のため、公的医療保険に加入できない者が存在する。また、外来診療における3割の自己負担さえ支払うことの困難な者もいる。事実、1999年の時点で、公的医療保険に加入していない者が70万人のほか、一部負担金を支払えないために、治療を断念する者が相当数いたといわれる。

このため「疾病の予防および治療に関して、所得水準を理由とする差別があってはならない」とされ、「安定的かつ適法にフランスに居住する」すべての人に、一定の所得要件のもと、一切の自己負担を必要とせずに医療の提供することとした。

普遍的医療給付は、3種類の給付から構成されている。基礎給付、補足給付および補足医療扶助である。基礎給付は、わが国における療養給付の提供に相当するから、この給付だけでは一部負担金を負担しなければならない。次に、一部負担金相当額を支給するのが補足給付である。そして、補足医療給付とは、補足給付組織と契約を締結するための資金援助である。このうち最も重要な給付で、補足給付である。一部負担金相当額を支給することにより、医療費を無料化するからである。

こうして、補足給付は単身世帯の場合、年収7934€(月収約661€)未満であることを要件に支給される。これに対して、基礎給付、補足医療給付の所得要件は単身世帯の場合、それぞれ、年収9356€、10711€とされている(2012年10月1日～2013年9月30日)³。

② 医療供給の概要

医療供給については3つの特徴、すなわち外来診療と入院診療との棲み分け(a)、一般医と専門医との峻別(b)および診療報酬の決定手続(c)について検討を加える。

² “Les contrats offerts en 2002 par les organismes d'assurance maladie complémentaire”, Études et Résultats, No.402, mai 2005.

³ <http://www.cmu.fr/plafonds.php>.

(a) 外来診療と入院診療との棲み分け

第1は医療サービスの供給組織に関する特徴である。フランスには保険医療機関の指定という概念は存在しない。また、病院と診療所という分類定義も存在しないが、病院については保健医療施設(établissements de santé)として、公衆衛生法典(Code de la santé publique : 以下 Csp.と略す)第6編に規定されている。なお、医師など医療職については同法典第4編に規定されている。

しかし、フランスの医療サービスは、外来診療を担当する開業医と入院診療を提供する病院とに明確に分かれている。このように外来診療と入院診療との棲み分けがフランスの特徴のひとつである。

このうち開業医は、日本の開業医と比較するとほとんど徒手空拳との表現も誇張でないくらい、軽装備である。診療に用いるベッドなど必要最低限の器具等があるだけであり、受付係も看護師もおらず、開業医が一人で診療に従事している例が多い。

日本の病院は外来診療と入院診療の双方を担当するが、フランスの病院・クリニックは基本的に入院施設であり、外来診療は担当しない⁴。病院組織は、国や地方自治体の設立する公立病院、非営利法人および営利法人の組織する民間病院とからなる。

(b) 一般医と専門医の峻別

第2の特徴は、医師が一般医と専門医とに峻別されていることである。医師国家試験の後、臨床研修先を決定するクラス分け試験の成績に応じて、自らの研修病院と診療科を決定する。これによって、一般医と専門医とに区別される。一般医の場合は3年、専門医はその専門に応じて、3年から5年の研修を受けることになる。2012年1月1日現在、医師総数は21万6762人で、一般医10万1896人(47%)、専門医11万4866人(53%)となっている⁵。

先に言及した開業医となるためには、開業を希望する地域を管轄する医師会に加入し、開業する旨を通知すれば足りる。一般医・専門医の別なく開業することができる。保険医療機関という概念が存在しないことと同様、保険医の登録という制度は存在しない。

開業医と勤務医に関する統計について、2012年1月1日現在、開業医11万2025人(一般医6万4638人・専門医4万7387人)、勤務医8万7041人(一般医3万2447人、専門医5万4594人)となっている⁶。さらに、いわゆる“はしご受診”を抑制し、医療アクセスの合理化を意図して2004年法により導入された“かかりつけ医”につ

⁴ 病院は公立の総合入院施設をいい、日本の民間私立病院や個人病院にあたる入院施設はクリニックといわれる場合が多い。

⁵ http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102。

⁶ http://insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATTEF06103

いては、一般医・専門医あるいは開業医・勤務医のいずれに関わりなく、かかりつけ医になることができる。被保険者との合意のもとで、被保険者が自分の所属する疾病保険金庫にかかりつけ医の届出をすることによって、その医師は、届出をした被保険者のかかりつけ医となる。

(c) 診療報酬の決定手続

第三は、当事者による診療報酬の決定である。フランスでは、基本的に、診療報酬は、医療保険全国金庫連合(UNCAM)と各医療職を対象に組織される職業組合との間で締結される協約によって定まる(Css.L162-9等)。典型的なものは診療行為に関してUNCAMと医師組合との間で締結される医療協約である。この医療協約については、一般医と専門医それぞれを対象とする協約が締結される。医師組合は、一般医・専門医別にそれぞれ党派色の異なる複数の組合が存在するが、医師組合のうちひとつでもUNCAMと合意すると医療協約は成立する。

また診療報酬に関連して、公的医療保険の保険者と医師組合との間で締結される全国協約に拘束される医師(セクター1)と、全国協約の適用を受けるものの、協約に定める料金を上回る金額の請求をできる医師(セクター2)という区別が存在する。さらに、全国協約にまったく拘束されずに、患者と相対で診療報酬を定め、請求することのできる非協約医という類型も存在する(なお、参考までに**図表3・4**参照)。

2 対象とする改革

ここでは、1990年代からの政策動向を検討の対象としている(後掲総論末尾の年表参照)。フランス社会保障制度における財源構成に大きな変化をもたらしたのが1990年12月29日に制定された1991年度財政法律だからである。この法律によって、社会保障財源に社会保障目的税とも言うべき一般社会拠出金が導入されたのである。

こうして20年余にわたる期間を検討の対象としているが、医療費抑制策の対象領域に着目するとき、この期間は大きく二つに分けることができる。2004年8月13日法の前夜により、供給サイドに着目した医療費抑制策を指向した90年代と需要サイドに着目した抑制策を打ち出した2000年代という区分である。

特に90年代の供給サイドに着目して医療費抑制策は、ジュベプランに基づいて展開されたものである。しかし、供給サイドに重点を置いた政策は、当事者である医療従事者、特に医師の強い反発を招いたほか、採用された政策に対して違憲の判決が出されるなど、政策目的を十分に実現することができなかつた。このため、2004年8月13日法は需要サイドに着目した医療費抑制策を打ち出した。また、2009年7月21日法は医療供給体制に関する本格的な体制刷新を目指すものであり、ある意味では、2004年法と2009年法とが車の両輪として、医療費抑制のための具体的な政策を具体化する法的根拠を示しているといえる。そして、これら二つの法律に基づく政策を具

現化しているのが、2011年7月26日に締結された医療協約である。開業医による外来診療の報酬を定める医療協約は、医療アクセスの強化、医療の質の向上、医療保険をめぐる業務運営の近代化・簡素化を大きな柱としている。

したがって、本報告ではこの二つの法律に基づく施策を中心に検討を加えてゆきたい。

3 2004年改革・2009年改革の主要目的

第一に、医療費の抑制である。

医療費の増加傾向は世界的な潮流である。フランスもその例外ではない。医療費の対GDP比および国民一人当たりの医療費はともに、アメリカ合衆国が17.6%、8233ドルで群を抜いて首位独走状態にあるが、フランスの医療費対GDP比は11.6%で12%のオランダに次いで第3位である（なお、国民一人当たりの医療費はドイツよりも64ドル低い3974ドルで、OECD諸国中第10位である。）。フランスはまた世界でも有数の薬剤消費国で、わが国の国民医療費に相当する2011年の医療・医療財消費額は1800億€で、うち薬剤消費は347億€で全体の19%強を占めている⁷。このため、医療費の抑制が大きな政策目的となっている。

第二は、アクセスの保障である。医療費を抑制するために医療アクセスが阻害されてはならない。経済的な理由から医療アクセスが制限されることは人類最大の罪悪であるとされる。

第三は、医療の質の確保である。アクセス保障と密接に関係する。アクセスを保障しても、提供されるサービスの質が確保されなければならないからである。

これら3つの政策目的は、相互に密接かつ相互に関連するが、2004年法はこれら3つの政策を、2009年法は第2・第3の目的を実現することを意図していると思われる。

4 中心的な手段

近時の研究において注目されるのは、普遍的医療給付(CMU)の実現を通して、フランスは、社会保障と私保険の一体化「デュアル・システム」が成立しているという見方である。要点だけを抽出すると、フランスにおける医療保障は、今日、社会保障制度と補足的医療保険制度の組合せによって構築されているとみられること、補足的医療保険が社会保障制度の一部となり、両者が一体となって必要な医療保障を提供するというものになりつつある、という認識である。ここでは補足的医療保険制度は、社会保障制度の「上乘せ」ではなく社会保障制度を「代替」するものとして位置づけられることになり、そのことが、CMUの制定あるいはUNOCAMの組織化に結実した

⁷ ちなみに、日本は2009年のデータであるが対GDP比9.5%(16位)国民一人当たり3035ドル(19位)であり、薬局調剤医療費は5兆8千億円で国民医療費の16%である。本文もあわせて出典はOECDヘルスデータ2012である。日本の数字は2009年である。

ということもできる⁸。

このようなデュアル・システムの制度化とその定着という視点で、2000年以降の政策動向をみると、1997年以降における社会保障財政法律の制定により、社会保障制度の抱える問題を国民の前に明らかにし、情報を共有し政策目標を数値化することによって、政策の有効性を検証可能とした。こうしたLFSSによる議論の積み重ねによって、2004年法はデュアル・システムの定着を図るために需要サイドに重点を置いた政策、2009年HPST法は医療供給体制の刷新を意図した。

なお、以下では特に触れることはできないが、医療の質を確保するための政策動向として、2002年3月4日の「患者の権利と医療システムの質に関する法律」が重要である。同法は、患者の権利を明らかにするとともに、過失の有無による2段階の救済システムを設けるものである⁹。

以下では、本報告書で検討した具体的な政策手段を概略する。

公私関係の見直しでは、特にデュアル・システムとの関係でUNOCAMの設立が重要である。このような組織の整理統廃合・集約化が、2000年以降、大きな政策動向のひとつとなっている。

給付範囲の見直し、選択制の導入については、一部負担金など患者負担の多様化、かかりつけ医制度の導入および薬剤師にジェネリック選択権を付与する選択制の導入が重要である。

また、LFSSの制定とONDAMの設定を契機として診療報酬基準の統一化が図られたことは、フランスにとっては大きな進歩ということができる。保険給付としての診療内容の確定、医療費抑制のための政策を導入する際の客観的なデータの基準として機能するからである。

2009年HPST法は医療供給体制に関する体制刷新をめざして、主に公立病院を中心とした組織改革や医療専門職間の連携強化、さらには疾病教育に重点を置いた予防が重視されることとなった。具体的には、以下の四点を改革の柱とする。①医療施設の現代化、②医療の質の改善と良質な医療へのアクセス保障、③予防重視と公衆衛生、④地方保健医療システムの組織化である。そしてこれらの改革目的を実現し、権限の分散を図るため、地域圏保健庁ARSが創設された。

①および②に関連して、2009年以前、公的医療保険との関係で、公立病院と非営利法人の民間病院が参加する公的病院サービス参加病院(PSPH)¹⁰というシステムが存在したが、2009年法は、この概念に代わり、地域病院共同体(CHT)、医療協力連合

⁸ 笠木映里『社会保障と私保険』(有斐閣、2012年)参照。

⁹ 山口齊昭「フランスにおける医療契約と医療被害救済制度」年報医事法学21号(2006年)63頁以下。この法律に基づき、地方医療事故調停・補償委員会(CRCI：フランス本土に23委員会)と国立医療彦補償機構(ONIAM)が設立された。

¹⁰ これらの病院は24時間すべての患者を受け入れることを条件に認可される。