

医療制度

—近年の動向・現状・課題—

笠木 映里

■ 要約

フランスの医療制度は、これまで、①医療費の抑制および②職域保険から排除される人々を包含するための医療制度の一般化という二つの政策目的の下、多数の改革を試みてきたが、これらの改革は、いずれの政策目的に関するものも、1990年代以降、それまでとは大きく異なる新しい方向へと展開している。まず、①医療費抑制政策としては、従来よりも強い国家の統制の下で、医療給付の良質性や効率性に踏み込んだ給付のコントロールが試みられている。一方、②一般化のための政策としては、住所を要件として一般制度への加入を認める制度と、補足的医療保険給付を無抛出で提供する制度との組み合わせという手法が採用された。本稿では、このような1990年代以降のフランスの医療制度改革の動向を追い、現状と課題を指摘するとともに、日本の議論にとって示唆となる点にも言及する。

■ キーワード

フランスの医療制度、医療費抑制、一般化

I はじめに

フランスの医療制度は、特に1970年代以降、きわめて頻繁な制度改革を経験してきたが、そのうちの多くは、直接的に、あるいは間接的に、以下のような二つの政策目的のいずれかと結びついている。一つ目は、言うまでもなく、経済成長の停滞や人口構造の変化に起因する制度の財政状況の逼迫を背景とした、医療費抑制の必要性である(i)。二つ目は、フランスの医療制度が職域保険の形態を採用していることに起因する、制度の適用対象者の拡張、いわゆる「一般化(généralisation)」の必要性である(ii)¹⁾。そして、フランスにおける近年の医療制度改革の動向を概観すると、これらの二つの政策目的のいずれについても、1990年代以降、従来の制度や政策論からの大きな方向転換を示すような一連の改革が行われていることがうかがえる。そこで、本稿では、1990年代以降に

行われた重要な制度改革を、主にiの政策目的に関係するもの(II)と主にiiの政策目的に関係するもの(III)とに分けて順に検討し、近年のフランス医療制度の動向と現状、および、今後の課題について分析を加えるとともに、こうした考察が日本の医療制度に関する最近の議論に対してどのような示唆をもたらすものであるかについても、簡単に言及する(IV)。

II 医療費の抑制を目指す制度改革

1 背景

近年のフランスの医療費抑制政策の背景には、それ以前の政策に対する反省がある。すなわち、従来フランスが試みてきた医療費抑制政策は、主として被保険者、あるいは患者だけに向けられたもの、具体的には保険料および受診時の自己負担の引上げであったが、こうした政策、特に自己負

担の引上げに対しては、費用抑制のためには不十分な効果しかもたない一方で、低所得者層に負担を集中させ、その医療へのアクセスを不当に抑制する効果をもたらしている等の批判が強まった²⁾。このような反省をふまえて、1990年代以降、費用抑制のためのより根本的で制度全体を見渡した施策が検討されるようになり、制度全体に対する国家のコントロールが強化されるとともに、患者側の受診行動よりもむしろ医師によって提供される給付の内容に着目した費用抑制政策が目指されるに至った。以下、こうした一連の流れに含まれる制度改革を、(a)制度の管理・運営に対する国家(議会あるいは行政権)の統制を強化するもの、(b)医療給付の質や効率性の向上を目指すもの、(c)制度の管理・運営における専門家の役割を強化するものに分けて検討を加える。

2 制度の管理・運営に対する国家の統制の強化(上記(a))

(1) まず、国(議会)の権限を直接に強化することを通じて医療費を抑制しようとする制度改革を取り上げる。最も重要なものは、憲法改正を伴って行われた社会保障財政法律(Loi de financement de la sécurité sociale)の創設であろう。1996年に当時の首相アラン・ジュペの下で試みられた一連の社会保障制度改革(いわゆる「ジュペ改革」)の一環として、憲法34条が改正され、「社会保障の財政均衡の一般的な条件を決定し、収入の見込みを考慮して支出目標を設定」する社会保障財政法律が創設された(同条6項)。社会保障財政法律の導入は、原則法律事項(同条4項)として議会が基本原則の決定にのみ関与してきた社会保障の分野に重要な変更をもたらすものである。この改革は、伝統的に重視されてきた労使代表による社会保障制度の管理運営を損なうものとして少なからず批判の対象となったが、社会保障財政の危機的な状況、とりわけ医療費の膨張に対処するための

手段が必要であると考えられたことから³⁾、社会保障に対する民主的統制の強化という主張の下に実現された⁴⁾。これにより、1997年以降、毎年12月に翌年度の社会保障財政法律が定められ、この法律の中で、医療保険制度の全国医療支出目標(objectif national de dépenses d'assurance maladie, ONDAM)が定められるとともに、医療費抑制等を目指すさまざまな重要な法改正が行われることとなった⁵⁾。

なお、制度導入当初、最も注目されたのは、外来医療について、ONDAMを基礎として算定された目標を超えて支出が増加した場合に、医師に対する制裁が科され得ることであった。もっとも、この制裁の仕組みは、個別の医師の行動を十分に考慮できないなどの問題を抱えていた上、医師の強い抵抗を引き起こし、紆余曲折を経て⁶⁾現在は完全に機能を停止している⁷⁾。

(2)① 続いて、保険者として制度を管理運営する金庫の組織改革を通じて国(ここでは、特に行政権)によるコントロールが強化されたと思われる改革を取り上げる(以下、基本的に被用者を対象とする一般制度を念頭において議論を進める)。

1996年のジュペ改革は保険者の組織にかかわる改正を複数含んでいたが⁸⁾、全体として、労使代表から構成される意思決定機関たる金庫理事会に比べて(相対的に)全国金庫(一般制度の場合、被用者全国金庫(caisse national d'assurance maladie travailleurs salariés, CNAMTS)の事務局長の権限を強化したと見ることができる⁹⁾。例えば、地方および初級金庫の事務局長の任命権限や、事務局長以外の幹部職員について候補を指定する権限(任命は理事会による)が、新たに全国金庫の事務局長に与えられた。そして、このように事務局長の権限が理事会との関係で相対的に強化されたことは、単に理事会を構成する労使代表の役割の後退のみならず、この事務局長を任命する大臣の影響力の強化をも意味している¹⁰⁾。

また、このとき、医療保険の保険者相互の調整や連携を重視する制度改革も同時に行われた。特に、地方単位での連携を強化することを目的として、地方疾病保険金庫連合（unions régionales des caisses d'assurance maladie, URCAM）が創設されたことが重要であろう。URCAMには国の代表も参加し、異なる制度の医療政策を調和させることを目指す¹¹⁾。

このように、1996年の改革により、全国金庫の事務局長およびURCAMにおける代表を通じて、制度に対する国の統制が従来よりも強く及ぶようになったと見ることができる。また、金庫相互の連携の強化や、全国金庫の権限強化の観点から検討した事務局長による基礎的社会保障機関への統制の強化も、制度を全体として統一的で体系立ったものとするのに役立ち、結果として国による制度のコントロールに資するものと考えられる¹²⁾。

② 一方、2004年8月の医療保険法改正（以下、2004年法律と呼ぶ¹³⁾）によって、新たに医療保険全国金庫連合（union nationale des caisses d'assurance maladie, UNCAM）が創設された。UNCAMは医療保険の各制度の全国レベルの金庫の連合体であり、これまで各全国金庫が担っていた医師団体との間での協約締結権限等を引き継ぐ（社会保障法典L.182-2条1項の1、L.162-5条等）ほか、それまで大臣に委ねられていた、医療保険の償還対象となる医療行為の一覧表の決定権限や、患者自己負担の具体的な割合の決定権限など、医療保険制度の管理・運営にかかわる重要な権限をも掌握する。この法改正は、URCAMの創設と同様制度全体の統一性を増すものであるが、一方で、保険者の連合体への権限集中という形で、形式的には、制度の運営における保険者の役割を強化するものといえる¹⁴⁾。

もっとも、ここでいう「保険者の役割の強化」は、必ずしも保険者を運営する労使の役割の強化を意味していない。というのも、UNCAMにおい

て実質的な決定権限をもつのは、各全国金庫の理事会が選任したメンバーから構成される理事会ではなく、各全国金庫の事務局長および事務長から構成される事務長グループであることがうかがえるためである。中でも、UNCAMの事務局長と事務長グループのメンバーを兼ね、事務長グループにおいて二票を与えられているCNAMTSの事務局長が大きな権限を与えられている。このようなUNCAM内部の構成や権限配分からすれば、上記の改革は、保険者の連合体に権限を集中するものであるとはいえ、実際には、デクレによって任命されるCNAMTSの事務局長への権限の集中という色彩が強い¹⁵⁾。つまり、上記の改正で実質的に達成されたのは、保険者を通じた国による社会保障制度の管理・運営の強化と、これに伴う制度運営における労使代表の役割の後退、という方向性であると評価することができよう¹⁶⁾。

(3) 以上の検討を振り返れば、1996年以降、国家によるコントロールを強化することで医療費を抑制しようとする考えが登場し、医療制度に対する国の関与が、複数の異なる手段を通じて直接的・間接的に強化された。制度横断的な連合体の創設等、制度全体の統一化・体系化を図る試みは、こうした国の関与をより実効的なものとするのに役立つものと説明できるだろう。

3 医療給付の質や効率性への着目（上記(b)）

(1) 近年のフランスの医療費抑制政策の出発点といえる政策理念として、医療費の「医学的抑制」という考え方がある¹⁷⁾。1990年代初頭に登場したこの理念は、需要サイドに着目した従来の医療費抑制政策に対置される、医療供給者の側に向けられた政策を広く示すものとして¹⁸⁾きわめて多義的に用いられたが¹⁹⁾、この理念の中核であり、現行制度にも強く反映されていると考えられるのは、医師によって提供される医療給付の内容に着目し、これを良質で効率的なものとするを通じて医

療費を抑制するという議論であろう²⁰⁾。こうした議論を背景として、1990年代以降のフランスでは、医療給付の質や効率性に着目した医療費抑制政策が積極的に採用された。以下、具体的な制度改革のうち重要と思われるものを、個別の医療給付に着目するもの(2)、患者に対して提供される治療の総体に着目するもの(3)、入院医療に関するもの(4)²¹⁾に分けて検討を加える。

(2) 個別の医療給付に着目するもの²²⁾

① 医療給付の良質性と給付費用の抑制とを同時に目指そうとする制度としては、まず、効果の無い、あるいは危険な医療行為を特定する医療職指標 (références professionnels) を挙げることができる。この制度は1993年に初めて法律上の制度として導入され、その後、複数の法改正を経て、現在に至っている。この制度の最大の特徴は、ある医療行為を望ましくないものとして特定する医療職指標が、医師団体と金庫との間で締結される全国協約において対抗力のあるものとされた場合、医療職指標を遵守しない医師に対する協約上の制裁措置が採られることが予定されている点である(社会保障法典 L.162-5-2 条1項)。このことは、これまで給付提供者側に注目した医療費抑制政策をほとんど採ってこなかったフランスにおいて、医師の具体的な医療行為の態様に踏み込んで、制裁を伴ってその行動をコントロールする制度が導入されたという重要な変化を意味している。ただし、実際の制裁措置の実施は難航しており、2007年9月現在の段階で、医療職指標については具体的な制裁の内容が定められていないようである。

② この医療職指標とも関連性を有する重要な改革として、次に、金庫の顧問医集団である医療監視部門 (contrôle médicale) の権限を強化する一連の改革に触れておこう。

1996年以前、医療監視部門の権限や活動領域はきわめて限られていたが、近年の制度改革はこの医療監視部門の権限を大幅に強化した。まず、1996

年には、医療監視部門が医療保険等の給付の分配・支給にかかわる医学的規律の要素のすべてに関与する権限をもつことが法律上明示されるとともに、医療監視部門は、医学的に正当化されない給付について、被保険者に対して費用の償還を拒絶することができるものとされた(社会保障法典 L.315-1 条、L.315-2 条)。また、2004年法律は、医療監視部門に対して、被保険者からの費用請求の際に医療給付の内容を審査し、医師が法令や協約上の義務を遵守していたかを確認する権限を付与した(社会保障法典 L.314-1 条)。義務違反が発覚した場合、帰責性のある被保険者に対しては費用償還の拒否という措置が採られ、義務違反の種類や医師の責任次第では、医師に対して罰金が科されることもある。従来、フランスには給付内容の事後的な審査について定める一般的な規定が法令上存在しなかったが、この2004年の改正によって初めて、一般的・網羅的なある種の審査支払の手続がフランスの制度にも導入されたと評価することもできる。

(3) 患者に対して提供される治療の総体に着目するもの

① 一方、ある患者に対して複数の医師から提供される治療が、全体として有効・効率的に提供されることを目指し、結果として費用を縮減することを目指す試みも行われている。これらの制度は、一次的には患者の受診行動に着目している点で、(2)で検討した制度とは若干方向性を異にしているものの、提供される治療から無駄を排し、良質な治療を目指すという目的は共通している。

② まず、ある患者が過去にどのような傷病を経験し、どのような治療を受けたかという情報を医師が治療の際に参照できるように情報を一元化することで、医師間の連携を強化しようとする制度がある。こうした制度は、1996年に医療手帳 (carnet de santé) という形で導入されたが、紙媒体で配布され情報の保護が十分とはいえなかった

ことや、医療手帳を利用しないことが患者にとって何ら不利益を伴わなかったことから、ほとんど普及しなかった²³⁾。2004年法律は、この制度に代わるものとして個人医療情報 (dossier médical personnel) 制度を創設した。この制度は、個人の既往症等の情報をデータ化し、アクセス権者を狭く限定するとともに、カードを使用しない被保険者について受診時の自己負担を引き上げるという不利益を用意している点で、従来の制度の弱点を乗り越えるものとなっている。

③ さらに、初診を行う医師を予め患者に特定させ、患者による医師の選択に一定の枠を設定して治療の「道筋 (parcours)」を定め、全体として、提供される治療の質を高めようとする制度も導入されている²⁴⁾。この制度は、当初、1997年に協約上の制度として「参照医 (médecin référent)」制度として実現されたが、当時の制度はあくまで被保険者が任意で参加するものであった上、参照医以外の医師から初診を受けたとしても、患者には何ら制裁が科せられなかった²⁵⁾。

2004年法律は、法律上の制度として「主治医 (médecin traitant) 制度を導入した (社会保障法典 L.162-5-3条)²⁶⁾。主治医制度は、被保険者に自らの主治医を選択させ、選択した主治医以外の医師にかかるためには、当該主治医からの紹介を受けなければならないという制度である。主治医を選択しない場合、あるいは、主治医を選択したにもかかわらず直接に主治医以外の医師にかかった場合には、患者の受診時の一部負担が増額される。この制度は上述した個人医療情報の制度と関連づけられており、主治医として指定された医師には、個人医療情報の構築や管理に参加するなど、多様な義務が課される。

④ このように、1990年代半ば以降、医師をわたり歩くような患者の行動を制限するとともに、主治医に、ほかの医師と連携しつつ全体として効果的に患者の健康状態を維持するという役割を付

与しようとする試みが見られ、こうした試みは近年特に強化されている。

(4) 病院の認証制度の創設 (上記(c))

1990年代以降、病院で提供される医療についても、その内容を良質なものとすることを目指す制度が導入されている。一例として、1996年に導入された外部機関による認証 (accréditation) の制度がある。認証を担当するのは、このとき新設された全国医療認証評価局 (agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, ANAES) である。ANAESは、医療担当大臣の監督の下におかれる公的な専門家機関であり²⁷⁾、医療機関の認証に加え、医療の質の評価のために必要なガイドラインの作成や配布等も担当する²⁸⁾。認証は、医療機関の質や医療機関の提供するサービスや活動について、医療機関の申請に基づき、その自主的な取組みを前提としながら行われる。

2004年法律は、このANAESに代えて、同様に公的な専門家機関として高等医療局 (haute Autorité de santé, 社会保障法典 161-37条) を設置したため、これ以降、病院の外部評価 (この法改正によって認証から保証 (certification) へと名称が変更された) はこの高等医療局が担当することとなった。

4 専門家の役割の強化

3で検討した制度改革と表裏の関係にある医療制度の動向として、制度の管理運営において医学的知識・資質をもつ専門家の役割が強化されるというものがある。保険者の医療監視部門の権限強化や、病院の認証評価を行うANAES、高等医療局の設立については既に述べたが、そのほかにも、当初協約締結権者である医師と保険者とによって作成されていた医療職指標が、1996年前後からANAESによって作成されるようになった。さらに、上述の高等医療局は、従来のANAESの権限を引き継いだだけでなく、医療保険の給付対象とな

る医療行為の決定に際して意見を述べるなどのきわめて重要な役割を付与されている。

こうした傾向は、医療給付の質や効率性に着目する制度においてこれらを評価する必要があることを考慮すれば、当然の帰結ともいえる。一方で、このような制度の変容を別の観点から見れば、治療を行う医師や労使によって運営される保険者といった当事者ではなく、第三者的な立場に立つ専門家が、制度の管理運営において重要な役割を占めるようになりつつあるという考察も得られる。さらに、多くの場合こうした専門家が大統領や大臣等によって任命され(ANAESの認証部門のメンバー、高等医療局の構成員)、場合によっては専門家機関が国の直接の監督の下におかれる(ANAES)こと(さらに、ANAESの場合、理事会のメンバーに国の代表が含まれていた)からすれば、上記のような傾向は、2で見た国の統制権限の強化という傾向とある程度親和的なものでもある。すなわち、国は、自らの影響力の下にある専門家集団を通じて、間接的に医療制度をコントロールしているという評価することも可能であろう²⁹⁾。

Ⅲ 「一般化」を目指す制度改革

続いて、「一般化」を目指す制度改革(1、2)、および、一般化を目指すものではないが、これと関連するものと評価されることの多い、医療制度への税財源の投入という動きを取り上げる(3)。

1 適用対象者の拡大³⁰⁾

フランスの医療保険制度は、職域ごとに分立する保険者の集合体によって担われているため³¹⁾、この制度から抜け落ちた人びとに対してどのように医療保障を提供するかという問題を常に抱えている。そこで、これまで家族の要件の緩和や個人加入保険制度、あるいは低所得者に対する医療援助といった手段を講じてきたが、依然として制度

から排除されている者が特に低所得者層に少なからず存在していた。

1999年に創設された普遍的医療保障(couverture maladie universelle, CMU。以下、この制度を創設した法律をCMU法律と呼ぶ³²⁾)は、フランス国内に居住していることを要件として、ほかのいかなる資格によっても医療保険に加入できない者を、一般商工業被用者を対象とする一般制度に加入させる制度である。これによって、フランスに住所を有するあらゆる者が、職域か居住か、いずれかの基準によって医療保険制度に加入することが可能となった。保険料の支払いは受給権の取得要件ではなく、低所得者には保険料支払い義務が課されない。

ここで重要なのは、CMUが、1990年代半ばまで重視されてきた個人保険の適用対象者の拡大という方法ではなく、一般制度の中に被用者でない被保険者を混在させるという方法で一般化を完成した点である³³⁾。これは、1995年のジュベによる改革案(一連のジュベ改革の基礎として提案されたもの)が、職域保険を完全に一本化することを目指した(しかし実現はできなかった)という経緯を経て、CMUが創設されたことを背景としている。この点で、CMUは、職域保険というフランスの伝統を今後さらに大きく転換させる可能性を秘めている。

2 補足的保護の創設

(1) 上述の通り、1999年のCMU法律は医療保険の適用対象を一般化した。ここで注目すべきなのは、CMU法律が、このような強制加入の医療保険(以下、フランスにおける用語法に従い医療保険基礎制度と呼ぶ)の適用対象者の一般化に加えて、医療保険基礎制度を補足する補足的給付の一般化を同時に行った点である。

すなわち、CMU法律は、医療保険制度の人的適用範囲を普遍化するとともに、低所得者層も補足

的な医療保障を獲得できるような仕組みを創設した(社会保障法典 L. 861-3 条ほか)。フランスでは、既に述べた通り自己負担の引上げによる医療費の抑制という政策が好んで用いられ、その結果、自己負担の割合は、諸外国に比べきわめて高額なものとなっている。他方、フランスでは、患者の自己負担部分をカバーする私保険が国民に広く普及しており、1999 年当時国民の 84%が、このような補足的医療保険に加入していた³⁴⁾。そのため、高い自己負担の影響を直接に被るのは、主としてこうした私保険に加入する資力をもたない一部の低所得者に限られていた³⁵⁾。CMU 法律以降、所得が一定額を下回る市民は、補足的保護 (protection complémentaire) の受給者として、自らが選んだ保険者(私的な医療保険者および強制加入の医療保険の保険者の中から自由に選択する)による補足的医療保険給付を、保険料負担なしで受けることができる。

この制度改革の特徴は、医療保険基礎制度と補足的医療保険制度とを組み合わせることで医療への平等なアクセスを提供することを志向していること、つまり、医療保険基礎制度のみでは国民の医療保障として十分でないことを前提として制度を構築していることである。逆にいえば、フランスにおいては、医療保障の一般化という目的を達成するためには、単に医療保険制度に全国民が加入しているだけでは足りず、実際に被保険者が医療サービスにアクセスできるような制度が構築されなければならないと考えられたのである。

(2) この補足的保護の財源は、一般財源に加え、補足的医療保険を提供する私的な保険者が支払う負担金によって支えられている。もともと、補足的医療保険の保険者に対しては、この CMU 法律以前から、保険料や給付範囲の設定方法等について、被保険者の利益を保護するための、いわば社会的な規制が課せられていた³⁶⁾。補足的保護は、私保険である補足的医療保険を制度の中に深く取

込み、この制度がもともと有していた私保険と社会保険との中間的な性格を強めるとともに、本来公的な医療保険が負担すべき費用をこの私保険に移転するという方向性の改革と評価することも可能であろう³⁷⁾。こうした制度は、いわゆる「民営化」とは異なる形で社会保障給付を私保険に移転するという特殊な方向性を含んでいる³⁸⁾。このような方向性の制度は、今後より進展していく可能性もあるが³⁹⁾、私保険たる補足的医療保険がどの程度こうした制度設計に参加し負担を引き受け得るのかが不透明な面もあり⁴⁰⁾、今後の動向が注目される。

3 税財源の投入

次に、医療保険の財源に目を転じる。伝統的にフランスの医療保険制度は一般財源の投入に対して消極的であったが、1997 年以降、一般化社会拠出金 (contribution sociale généralisée, CSG) と呼ばれる租税が財源として新たに導入され⁴¹⁾、2003 年の時点ではこの CSG が財源の 3 割以上を占めるに至っている⁴²⁾。つまり、CMU 法律による医療保険の一般化と同時期に、租税財源の導入が急激に進められたのである。

CSG は使用者負担保険料に代えて投入されており、本来、CMU とは直接の関連性をもたない⁴³⁾。しかしながら、フランスでは、CMU の創設と、CSG の医療保険財源への投入との関連を明らかに意識した議論が散見される。例えば、Palier は、フランスにおいて、財源構造の変化と、CMU の導入による医療保障制度に関する理論の変容という同時に生じた二つの動きは、相互に調和的なものと理解されていたと指摘している⁴⁴⁾。つまり、給付の面で職域保険の理論が修正されるのと同時に、財源の面でも、職域連帯を基礎とした保険料拠出という理論が修正されたという形で、一貫性のある制度改革が行われつつあるとの評価であろう⁴⁵⁾。

Ⅳ フランス医療制度の変容と現状・ 日本の政策論への示唆

1(1) 最後に、II、IIIの検討をまとめ、フランスの医療制度の変容と現状および今後の課題について分析を加えるとともに、日本における議論にとって参考になると思われる点を簡単に指摘しておく。

まず、近年のフランスで採用された医療費抑制政策の特徴は、提供される医療給付の内容に着目し、その良質性や効率性を向上させることを通じて費用抑制を図ろうとする試みが積極的に行われていることである。このような医療費抑制政策の方向性は、フランスと同様に自己負担の引上げという医療費抑制政策に行き詰まり、新たな方法を模索している日本の制度にとっても、大いに参考になるものといえる。

そして、フランスにおける上記のような医療費抑制政策は、従来に比して統一的な体系を与えられた制度の枠内で、国家のより強いコントロールの下で展開している。

以上のような医療費抑制政策は、全体として、フランスにおいて伝統的に尊重されてきた、①医師の治療上の自由と、②職域ごとに分立した制度の労使による自主的な管理運営という二つの基本原則に修正・制限を加えるものであり⁴⁶⁾、制度史上重要な意味をもつ。

(2) もっとも、上述のような二つの価値の修正・制限は、フランスにおいていずれも大きな課題を抱えている。まず、①医師の治療上の自由への制約を通じた医療費抑制政策に関しては、医師の行動をコントロールする仕組みを、いかに実効性のあるものとするかという課題がある。上述の通り、外来分野における支出目標を超過した場合の医師に対する制裁の仕組みは失敗に終わっており、医療職指標の不遵守に対する制裁も十分に機能しているとは言い難い。つまり、医師の治療行為に対

して制裁を通じた直接的な拘束力を及ぼそうとする仕組みは必ずしも成功していない。今後の課題は、良質で効率的な給付提供行動へと医師をいかに誘導するか、言い換えれば、医師をいかにして制度に取り込み、その協力を得るかという点にあるように思われる⁴⁷⁾。この点は、日本において今後医療給付の内容に着目した医療費抑制政策を検討する場合にも考慮すべき重要な要素である。一方、②労使による制度の自主的な管理を制限したことについては、労使代表やほかの集団との交渉に慣れていない国が制度の管理運営に関与することで、諸アクター間の協調関係にネガティブな影響が及んだとの指摘がある⁴⁸⁾。新しい権限配分を前提として、今後、労使団体や医師団体、さらには補足的医療保険といったさまざまなアクターと国との間に安定した関係が構築されていくことが求められている⁴⁹⁾。

2 また、既に指摘した通り、フランスでは近年、給付と財源の両面において、職域保険の原則が修正されつつある。そして、こうした動きについては、医療費抑制政策として指摘した国の権限の強化（および、それを基礎付ける制度横断的な組織を通じた制度全体の統一性の強化）という方向性との理論的な関連性も指摘されている。近年のフランスでは、フランスが、職域連帯を体現した社会保険という伝統を修正することで、国家の管理する制度が普遍的な給付を提供するベヴァリッジ型の公的医療サービスに近づいたのではないかという趣旨の議論が少なからず見られるのである⁵⁰⁾。もっとも、フランスにおいて医療保障の普遍化は、①職域ごとの保険者と保険料財源を維持し、②私保険を併用するという特殊な形で行われている。こうした折衷的な制度が今後いかなる方向に進んでいくかは、1(2)で指摘したような諸アクターと国との関係、あるいは諸アクター間相互の関係がいかなるものになっていくかによって大きく異なるだろう。日本では、国民皆保険制度が、税財源と

保険料財源の併用、および異なる性格の保険者の併存によって支えられており、特に①の点に関するフランスの制度の今後の動向は、日本における保険者や財源のあり方に関する議論にも示唆をもたらすものであろう⁵¹⁾。

3 最後に、フランスの医療制度は、全体として、医療制度財政の逼迫を背景としながらも、医療給付を自由化し市場に委ねるという方向性ではなく、むしろ、良質な医療保障に対する国の責任と権限を強化し、医療保険を一般化して医療市場を社会化するという方向性を志向していると整理することができる⁵²⁾。日本において、1990年代末以降、類似の問題状況を背景として医療の領域における市場の拡大が活発に主張されていることを考慮すれば⁵³⁾、フランスの近年の動向は、これと大きく異なる選択肢を示すものとして、今後の日本の政策論や立法論にとって示唆に富んだものといえるだろう。

注

- 1) 柴田洋二郎 2007「フランスにおける医療保険制度の動向－近年の改革による一般化の実現－」『海外社会保障研究』第157号 p.60.
- 2) 清水直人 2002「医療の適正化と医療費のコントロール－フランス医療制度における「拘束力のある医療指標（RMO）に関する一考察－」『会計検査研究』第25号 p.221 ほか.
- 3) Dupeyroux, J.-J. 2005, *Droit de la sécurité sociale*, 15^e édition, p.340.
- 4) 参照, Polton D. 1996, “La régulation des dépenses de médecine de ville : dépasser le débat maîtrise médicalisée /maîtrise comptable” *Droit Social*, n. 9/ 10, p. 809.
- 5) Palier B., 2002, *Gouverner la sécurité sociale*, p. 249.
- 6) 伊奈川秀和 2000『フランスに学ぶ社会保障改革』中央法規 pp. 122-124, 稲森公嘉 2002「フランスにおける開業医の医業遂行への諸規律－自由な医療と疾病保険制度の相剋と調整－（五）」『法学論叢』151巻5号 pp. 85-.
- 7) Dupeyroux J.- J., op.cit., p. 522.
- 8) 本文中で取り上げているもののほかに注目を浴びたものとしては、1982年以来初めて理事会の構成を労使同数に戻したというものがある。参照, Laborde J. P., 1996, “La nouvelle organisation des caisses” *Droit social*, n. 9/ 10, pp.799 et s.
- 9) 以下, 伊奈川・前掲注6) 書 pp.136-138.
- 10) Palier B., 2002, op.cit., p.248.
- 11) Palier B., 2002, op.cit., pp.248, 249.
- 12) 参照, 伊奈川・前掲注6) 書 138頁.
- 13) Loi n. 2004-810 du 13 août 2004 relative à l’assurance maladie, *J. O.* 17 août 2004.
- 14) Assemblée Nationale, Projet de loi relatif à l’assurance maladie, n. 1675, p. 5.
- 15) Bras P.-L. 2004, “Notre système de soins sera-t-il mieux gouverné?”, *Droit Social*, n. 11, p. 968, 969.
- 16) 参照, Tabuteau D., 2004, “Assurance maladie : les «standards» de la réforme”. *Droit social*, n. 9/ 10, p. 875, Dupeyroux J.- J., op.cit., p. 336.
- 17) Palier B., 2002, op.cit., p.247.
- 18) Palier B., 2002, op.cit., p.246.
- 19) 既に触れた医療費の総枠規制も、多くの場合この理念と関連付けて論じられる。参照, Palier B., 2002, op.cit., p.247.
- 20) 参照, Ravoux V. 1996, “La-maîtrise médicalisée des dépenses de santé contribution à l’analyse d’un concept” *Droit Social*, n. 6, pp. 578, 579, Polton D., op. cit., pp. 808 et S., Dupeyroux J.- J., op.cit., p. 314.
- 21) 本稿では取り上げることができなかったが、1990年代以降最近に至るまで、病院については、監督権限の所在、予算配分の方法や病床設置・高額機器についての許可制度、許可を付与する計画制度などに関して重要な制度改革が行われている。監督権限との関係では、特に1996年に地方病院庁（l’agence régionale de l’hospitalisation, ARH）が設立されたことが重要であろう。また、予算配分の方法としては、1997年以降、公立病院および公的サービス参加病院においては、社会保障財法律に定められる支出目標（ONDAM）を基礎とした病院ごとの包括払いが採用されていたが、2004年以降は段階的に、公私問わずすべての病院について、ONDAMを基礎として決められる全国包括払いと、疾病群ごとの包括払いとの組み合わせが採用されることになった。前者は主として教育、研究、開発などの業務にあてられる予算であり、したがって通常の治療にかかる費用は今後、疾病

- 群別包括払いを用いた出来高払いによって支払われる。以上, Dupeyroux J.- J., op.cit., pp. 547 et s.
- 22) ここで取り上げた以外のものについては, 参考文献〔6〕を参照。
- 23) Dupeyroux J.- J., op.cit., pp. 524, 525.
- 24) 以下, Dupeyroux J.- J., op.cit., pp. 526, 527.
- 25) ただし, 参照医制度への参加は患者および医師の双方に利益をもたらす仕組みとなっていた。
- 26) 参照医制度と主治医制度との相異点については, Bras P. -L. 2006, “Le médecin traitant : raison et déraison d’une politique publique”, *Droit social*, n.1, pp. 60, 61 が詳しい。
- 27) Clément J. -M. 2003, *Mémento de droit hospitalier*, 10^e édition.
- 28) 以下, 医療経済研究機構 1999『フランス医療関連データ集』1999年版 pp. 76, 77.
- 29) ANAES について, Palier B., 2002, op.cit., pp.248, 249. もっとも, 例えば高等医療局については, 専門家としての能力のみを理由としてメンバーが選ばれる旨が法律上定められている(社会保障法典 L. 161-42 条 1 項)。また, 高等医療局に対しては所轄官庁の監督も予定されていない。このように, 少なくとも最近の傾向は, 従来よりも専門性・中立性の高い機関に権限が集まるというものであって, 専門家の役割の強化を国によるコントロールの強化と同視してよいかどうかについては, 依然として留保が必要であるように思われる。
- 30) 以下, CMU および CSG については, 特に指摘しない限り, 柴田・前掲注 1) 論文を参照。
- 31) 商工業の被用者を対象とする一般制度, 特定職域の被用者を対象とする特別制度, 自営業者等を対象とする自営業者社会制度が併存する。
- 32) Loi n99-641 du 27 juillet 1999 relative à la couverture maladie universelle, *J. O.*, 28 juillet, 1999.
- 33) 参照, Marié R. 2000, “La couverture maladie universelle”, *Droit social*, n. 1, pp. 7, 8
- 34) Dupeyroux J.- J., op.cit., pp.1075, 1076.
- 35) ジャン＝クロード・バルビエ, プルーノ・テレ(著) 中原隆幸, 宇仁宏幸, 神田修悦, 須田文明(訳) 2006『フランスの社会保障システム 社会保護の生成と発展』ナカニシヤ出版 p 85 の表 14 を参照。
- 36) 詳細については参考文献〔6〕(五), 第 5 号 pp.1115 を参照。
- 37) 参照, 中村岳 2006「フランスにおける民間医療保険の動向」『総研クォーター』第 46 号(2006 年) pp. 52, 53 2004 年に行われた, 補足的医療保険の連合体という組織を新たに創設し, 医療保険基礎制度の管理運営に一定の関与を認めるという法改正(社会保障法典 L. 182-3 条, L. 162-1-7 条等参照)も, 同様の方向性を志向するものと評価できる。Group de travail de la Commission des comptes de la Sécurité sociale, Groupe présidé par M. Jean-François Chadelat, 2003, “La répartition des interbentions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé”も参照。
- 38) バルビエほか・前掲注 35) 書 84, 92 頁は, フランスにおいては, 医療保険で賄われないコストが増大しても, 医療ケアに対するアクセスの「商品化」は進まなかったと指摘し, アメリカ型の民間保険の発展への期待など, 民営化へと向かう圧力も存在したが, その影響力は限定的なものに留まっていたと述べている。
- 39) 参照, Palier, B., 2004, *La Réforme des systèmes de santé*, pp. 114 et s.
- 40) 参照, 中村・前掲注 37) 論文 pp. 49, 50.
- 41) CSG は, 当初家族手当保険料を代替するものとして 1991 年に創設された。稼得所得を基礎としている保険料, さらには通常の所得税よりも広範な所得を課税基礎とする点と, 課税の対象者が所得税よりも広い点に特徴がある。
- 42) 柴田・前掲注 1) 論文 65 頁表 4.
- 43) 柴田・前掲注 1) 論文(注) 39.
- 44) Palier B., 2002, op.cit., pp. 251, 252.
- 45) 参照, 柴田・前掲注 1) 論文 pp. 67, 68.
- 46) 参照, バルビエほか・前掲注 35) 書 pp. 85, 86.
- 47) バルビエほか・前掲注 35) 書 pp. 90, 91.
- 48) バルビエほか・前掲注 35) 書 p. 91.
- 49) 国家の権限の強化を, 制度の国家管理化でなく労使による制度運営の実質化であると評価する可能性について, Palier B., 2002, op.cit., pp. 253 et s.
- 50) 1996 年時点の分析として, Ruellan R. 1996, “Clarification des pouvoirs et rénovation du système” *Droit social*, n. 9/ 10, p.790, 2004 年の分析として, バルビエほか・前掲注 35) 書 p.92. Palier B., 2002, op.cit., p. 256 も参照。
- 51) 1990 年代初頭から半ばの時点におけるフランスの制度に関する検討をふまえ, この問題を扱うものと読める文献として, 江口隆裕 1996『社会保障の基本原則を考える』有斐閣, 第 5 章～第 7 章。
- 52) 参照, バルビエほか・前掲注 35) 書 p. 92.
- 53) 例えば八代尚宏(監修)通産省サービス産業課(編)

1999『改革始動する日本の医療サービス』東洋経済新報社。

参考文献

本文中に掲げたもののほか、

- [1] Ravoux V. 2003, *Le Panier de biens et de services de santé*.
- [2] Allal P. et al., 2003, *Droit hospitalier. Etablissements de santé, institutions sociales et médico-sociales*.
- [3] La documentation française, 2004, “Réforme de l’assurance maladie” *Regards sur actualité*, n. 304.
- [4] Borgetto M. 2000, “Brèves réflexions sur les apports et les limites de la loi créant la CMU” *Droit social*, n. 1, pp. 30 et s.
- [5] 江口隆裕 1999「医療保険制度と医療供給体制」藤井良治・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障⑥ フランス』東京大学出版会。
- [6] 笠木映里 2007「公的医療保険の給付範囲－比較法を手がかりとした基礎的考察－」(四)～(六)『法学協会雑誌』第124巻4号 pp. 899-992, 5号 pp. 1047-1141, 6号 pp. 1309-1402.

(かさぎ・えり 九州大学准教授)