

フランスにおける医療情報共有化の動向

加藤 智章

■ 要約

フランスでは、1990年代に入り、需要の側面に重点をおいた医療費抑制策から供給体制にもメスを入れる抑制策を採用するようになった。ここで注目されるのは、対前年度伸び率ベースで目標額を設定して医療費を抑制する一方、医療の質もまた確保することを強調していることである。このため、情報の共有化が積極的に導入されようとしている。本稿は、この情報の共有化をふたつの側面から考察した。ひとつは、医療保険カード・医療職カードの側面である。プライバシーの問題とどのような調整を図るかが今後の課題である。いまひとつは、医療施設、特に病院の機能評価という試みである。社会保険方式を採用する点で、フランスとわが国は共通する。フランスの試みと今後の動向は、わが国にとっても貴重な検討材料を提供すると思われる。

■ キーワード

医療供給、医療の質、医療保険カード、機能評価、地方病院局

はじめに

医療費の上昇は、それが財源的な裏付けのある限り大きな問題を生じない。いわば自然の成り行きともいえる。医療費の上昇要因はいくつか存在する。人口高齢化の進行は、同時に有病率の高い人々の増加を意味するため、医療費を上昇させる要因となる。またCTスキャナーやMRI(核磁気共鳴装置)の開発・導入にみられるように、医療分野の技術革新は必ずしもコストダウンに結びつかない。かえって、設備投資を回収するための価格転嫁や、新たな専門技術者を必要とするため人件費の増加を招く。このような医療費の上昇に対応するため、社会保険方式を採用する諸国では、保険料率の引き上げや一部負担金の負担割合を増加させる政策がとられる。フランスも1980年代を通じて、もっぱら医療需要の側面すなわち保険料率や薬剤

の償還率を引き上げることによって、医療保険制度の財政赤字に対応してきた。しかし、このような保険料率や償還率の引き上げが繰り返されると、国際競争力の低下あるいは経済成長の一層の鈍化を招くものとして批判の対象となった。また、財源の逼迫は資金の合理的な投入という側面に目を向けさせ、費用対効果という観点から提供されるサービスの質に関する関心を高める。かくして90年代に入り、医療供給の側面から医療費の抑制策が強力に打ち出されることとなった。医療費抑制策が直ちに医療の質の問題に結びつくものではない。事実、需要の側面に着目した抑制策がとられていた70年代から80年代前半において、医療の質が問われることは少なかったといえよう。しかし、90年代以降の動きは、医療供給の側面に着目した抑制策という性格とも密接に関連して、医療の質という問題を明らかに意識するようになってきた。

本稿では、90年代以降に顕著になる医療の質を確保するという政策動向について、医療情報という側面から検討したい。特に、外来診療と入院診療という診療形態にそって、患者の保有する医療保険カードと病院評価システムを考察する。まず、フランスの医療保障体制を概観した後、90年代の医療費抑制策を考察する。III以下で検討するテーマを理解する前提となるからである。

I フランス医療保障体制の基本的な枠組み

ここではまず、医療保険制度を中心にフランスの医療保障体制を概観する。次に、医療保険制度と関係する範囲で医療供給体制に言及する。いくつかの点で、わが国と事情が異なるからである。最後に、99年7月に成立した普遍的医療保障制度を紹介する。地域住民たることを要件に被保険者資格を与える地域保険の考え方を導入した点で画期的な試みといえるほか、医療保険カードなどの規定を定めているからである。

1. 医療保険制度の概要

フランスの医療保険制度は、業種や職種を同じくする者の職域保険として組織化されてきた。大きく四つの制度からなる。民間労働者のための一般制度、公務員や国有鉄道職員などの特別制度、農業従事者を対象とする農業制度、商工業自営業者、手工業者および自由業者を対象とする自治制度である。わが国の健康保険制度に該当する一般制度の場合、国民全体の約8割を占める労働者およびその家族を対象としている。一般制度を除く特別制度や自治制度などは、さらに職種や業種ごとに組織されるいくつかの個別制度から構成されている。このようにフランスの医療保険制度は、職域保険を基本とするため、業種や職種によっては職域保険の組織化が遅れた。これに加えて、わが国における国民健康保険のような地域保険制度が

存在しなかったことから、職域保険制度の対象とならない人々のために、これまで任意加入の個人保険(assurance personnelle)制度が存在した。しかし99年7月、地域住民であることを要件に被保険者資格を与える普遍的医療保障制度が導入された。このような事情に関連して、わが国の老人保健制度に相当する制度は存在しない。高齢者は、退職ないし引退した後も現役時代に属していた制度に加入し続けることとなる。また、1997年1月1日から要介護給付制度(PSD)が導入された。60歳以上の要介護状態の者で、単身者の場合月額6,000フラン、世帯で月額1万フランの所得制限以下の者を対象に、要介護度と所得額に応じて、月額5,596フランを超えない範囲で現金が支給される制度である¹⁾。わが国の介護保険に相当する制度といえることができる。さらに、医療保険制度に所属していない者に対しては、わが国の生活保護法の医療扶助に相当する医療扶助制度が存在した。しかし、普遍的医療保障制度の成立により、不法入国者などに対する国費での医療扶助は残されるものの、県の行う医療扶助は廃止されることとされた。

一般制度は、全国医療保険金庫を頂点に、全国を16のブロックで分ける地方金庫、県単位で組織される初級金庫という組織によって管理運営されている。全国金庫は公法人であり、開業医の医師組合と全国医療協約を締結するほか、下級金庫の監督を行う。地方金庫は、労災保険給付の支給などを担当するほか、地方医療計画を策定し、営利病院の医療費に関する契約業務などを行っていた。しかし、地方医療計画の策定などは、後に検討する地方病院局へ移行することとされた。初級金庫は、基本的に、被保険者の登録や被保険者に対する医療費の償還を行う。地方金庫および初級金庫は、公役務の管理運営を担当する私法人である。保険料率は、被保険者の報酬額全額に対して、使用者12.8%、被保険者0.75%を負担する。一見すると被保険者の負担割合が非常に低いが、これ

は被保険者の所得などに対して目的税として賦課される普遍的社会保障拠出金(CSG)の賦課率を1998年から7.5%に引き上げたことに起因する²⁾。保険給付は、わが国同様、療養の給付に相当する現物給付と傷病手当金などの現金給付が支給される。

2. 医療供給体制の概観

フランスは総じて自由を尊重する国であるが、このことは医療の側面でも妥当する。開業の自由や医師選択の自由が繰り返し強調されるほか、医師と患者との間で診療報酬を決定するという直接取り決めの原則(principe de l'entente directe)が償還払い方式の理論的根拠となっている。より具体的に保険給付との関連およびわが国との比較から、フランスの医療供給体制に関する特徴をいくつか指摘すると、医薬分業体制が確立しているほか、次の三点に集約することができる。

第一に、診療所と病院との違いである。開業医は診療所(cabinet)を開設することができる。病床数に応じて診療所と病院とを区別するわが国の医療法のような法的根拠は存在しないが、診療所は医師1人で運営され、診察用のベッドと若干の診察器具だけの場合が多い。病院すなわち医療施設(établissements de santé)はその設立形態から、公立病院と私立病院とに分かれる。これらの病院は医療保険との関係から、公的病院サービス(service public hospitalier)に参加するものとそうでないものとに分かれる。公立病院はすべてこのサービスに参加するが、私立病院はその参加を選択することができる。診療所および病院ともに、わが国の保険医療機関に関する指定制度は存在しない。しかし、開業医の開設する診療所の場合、その所在地を管轄する医師会の許可を必要とし、病院の場合には、後に述べるように、地方病院局による開設許可が必要である。さらに、医師は医学部に6年間在籍した後に行われるインターン試験の成績により、専門医と一般医とに分かれる。この資

格に応じて開業や勤務先に制限を受けることはないものの、診療報酬額すなわち所得が異なることとなる。保険医療機関と同様、保険医としての登録は必要とされない。

第二に、償還払い方式と第三者支払方式とが併用されていることである。開業医については、療養に要した費用の全額を患者がいったん開業医に支払った後、保険給付申請紙によって費用の償還を受ける。償還払い方式である。これに対して、病院については診療に関わる一部負担金と入院一日あたり70フランの入院滞在費を負担しなければならない。この場合の一部負担金は、償還払い方式ではなく第三者支払方式が採用されている。

第三は、診療報酬の決定システムである。開業医の診療報酬は、原則として、全国医療保険金庫と医師組合との全国医療協約によって決められ、出来高払い方式を採用している。この協約は一般医や専門医の診察、往診、手術など医療行為の類型に応じて単価を定め、別途定められる診療行為分類表の点数を乗じることによって、具体的な診療報酬額を算定する。全国医療協約の交渉当事者となる医師組合は、社会保障法典に定める資格要件を満たさなければならず、職業倫理に基づく懲戒権限を有する医師会とは異なる組織である。これに対し、公的病院サービスに参加する病院には、過去の実績に基づき毎年病院ごとに年間予算額を決定する総枠予算方式が採用されている。

II 医療費抑制に関する政策動向

医療費抑制策は80年代まで医療需要を抑制する施策を中心とするものであった。これを大きく転換して、医療を供給する側にメスを入れることにしたのは1989年4月の閣議であった。その後、矢継ぎ早にしかも相次ぐ改革が行われている。これらの内容を端的に要約すると、薬価を含めた医療費の総額規制、医療を提供する側に対する規制の強

化ということができる。ここでは、90年代に行われた医療費抑制策を経時的に紹介してゆく。その代表的なものが、全国規模の反対運動で記憶に新しい95年に示されたジュベプランである。その枠組みはその後の政治状況の変化にもかかわらず、多くの法令に基づき医療保障政策を推進しており、今後も維持されてゆくものと思われる。

1. 1991年7月31日の病院改革法

1991年7月31日法(L.No.91-748)は、71年法以来ほぼ20年ぶりに病院組織の改革を行った。医療技術の進歩や医療ニーズの多様化に対応するためのもので、ふたつの計画を導入したことが重要である。ひとつは、医療活動の評価と分析に用いるために、すべての公的病院サービス参加病院に病院活動情報化計画(PMSI)の実施を義務づけたことである。PMSIは、病院財政と管理運営の改革のため、1982年に導入が開始され、85年から公立病院を対象に実施されていた。フランス版DRGともいべき同一疾病分類(GHM)³⁾を用いて、病院活動の内容や診療費用等の把握を通じて病院間の比較分析を行い、診療方法の見直しや病院施設の再編成に利用することによって、医療資源の有効活用を図ることを目的とする。91年法は、それまでもっぱら通達やデクレのレベルで運用されていたPMSIに法律上の根拠を与えるとともに、すべての公的病院サービス参加病院にその実施を義務づけた。あわせて、病院や専門家から情報を収集し具体的な評価手法などを研究開発する機関として、全国医療評価開発機構(ANDEM)を設けた。いまひとつは、地方医療計画(SROS)である。これは、1970年から導入された医療地区とともに、各地方における医療資源の配分に関する医療計画であり、後に紹介する地方病院局は、病床数や高額医療機器の規制、医療施設の統廃合などに関する強力な権限を有することとなった。

2. 全国医療協約

先に述べたように、開業医に対する診療報酬は、医療保険制度を管理運営する全国金庫と医師組合との間で締結される全国医療協約によって決定される。全国レベルで診療報酬の協約交渉を行う形式は1971年から採用されている。報酬額をめぐる保険者側と医師側との激しい応酬のため、全国医療協約の締結はしばしば難航してきた。それは、全国医療協約の枠組みを定める社会保障法典の条文の不備や交渉手続きの瑕疵によっても助長されてきた。97年3月に締結された第7次協約も、後に述べるように無効判決が出されるなど混乱している。

しかし、93年10月21日に調印された第6次協約は、医療費抑制という政策目標を実現するため、それまでにない手法を導入した⁴⁾。そしてその手法は、97年3月12日に締結された第7次全国医療協約によって確立したということができる。拘束力ある医療指標(RMO)⁵⁾と全国目標値(OQN)である。RMOは、医療行為の種類ごとに診療内容のガイドラインを示し、不適切な診療行為を規制しようとするものである。RMOに該当する診療を行った場合、医師は患者に渡す処方箋にその旨を記載しなければならない。この記載をしなかったり、RMOの内容を遵守しなかった場合には、診療報酬の支払い停止や医療協約の適用を受ける協約医の資格剥奪などの制裁が科されることとなった。また、OQNの設定は、医療費を総枠で規制しようとする趣旨から導入された。一般医と専門医の類型に分けたうえで、その診療報酬と処方に関する対前年度の伸びに枠をはめるものであった。しかし、医療費の伸びに関する目標値を設定する枠組みは了解されたものの、細部について合意が得られなかった。また、RMOに関する制裁も十分機能したとはいえなかった。このため、第6次協約の問題点を修正する形で、97年3月12日に第7次全国医療協約が締結された。この協約は、ジュベプランに基づいて制定された社会保障財政法の支出

目標額を前提に診療報酬の目標額を設定し、この目標額を達成できない場合には、医師全体が目標額の超過分を金庫に返済することを義務づけた。また、一般医と専門医の医師組合が、それぞれ個別に協約を締結した点でも注目される。しかしその後、一般医に関する協約は、医療保険カードとも関連してコンセユ・デタにより一部無効とされた⁶⁾。

3. ジュベプランに基づく医療費抑制策

ジュベプランは、強引な制定過程に根強い不信感がみられるものの、21世紀に通用する社会保障制度を構築するための大改革といえる。

その概要が95年11月に国民議会および元老院で表明されて以来、翌96年2月までに主要な法令が制定された。改革の指針として責任の強化が打ち出されたことと関連して、96年2月には議会の関与を強化するため、憲法の修正が行われた。これは、社会保障財政法という新しい類型の法律を制定することにより、社会保障財政の均衡を図るため、法定諸制度の収入額を見積もるとともに支出目標額を決定する権限を議会に与えた。1年間の収支予測を基に支出目標額を設定するということは、それに伴うさまざまな施策の策定や実施をも議会に委ねることを意味する点で極めて重要である。社会保障全体に対する強力な財政抑制策となりうるし、医療保険に限定しても、議会の制定した支出目標額が診療報酬の総額を決定するという機能を果たすからである。また、公平の確保を改革の理念としたこととの関係で、医療保険制度の普遍化、年金制度における平等の進展、より有効な家族政策の実施、さらに社会保障財政の改革に関して、矢継ぎ早に法令の制定を行った。医療費の抑制については、財政赤字の主たる要因であったことから、ふたつのオールドナンスが96年4月24日に制定された。医療の充実に配慮した医療費のコントロールに関するオールドナンス(Ord.No.96-345、以下96-345オールドナンスという)と公立および私立

病院の入院制度の改革を行うオールドナンス(Ord.No.96-346、以下96-346オールドナンス)である。96-345オールドナンスは、健康手帳、医療保険カードおよび医療職カード(CPS)の配布・導入、開業医に対する診療報酬請求額の目標値およびRMOの設定などを定めた。また、96-346オールドナンスは地方病院局(ARH)を設立して入院制度に関する決定権限を集約するとともに、病院機能の評価を行う全国医療評価認証機構(ANAES)を設立することなどを定めた。

また99年7月27日の法律(L.No.99-641、以下99年法)は、普遍的医療保険制度(CMU)を導入するとともに、公衆衛生の近代化と題する章を設け、医療保険カードや医療協約の有効性を強化する規定を定めた。後者の規定群はコンセユ・デタの一部無効判決に対応する規定ということもできる。また普遍的医療保険制度は、国民皆保険体制を実現するため、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制度である。97年社会保障財政法以来、その制定が公約されていた。職域保険制度の複数併存化によって人的適用範囲を拡大してきた体制を見直すものである。ジュベプランにおける公正の確保という理念を実現するものであり注目される。

4. 若干のまとめ

96-345オールドナンスは、その前文「大統領への報告」のなかで、「医療の質を確保することに留意しながら医療費を抑制することは、社会負担の増加か給付水準の低下かという二者択一から逃れうる唯一の道である」と述べている。このことから明らかのように、フランスの近年における医療費抑制策は、医療の質を確保することを強く意識しているといえることができる。そしてここで注目されるのは、医療費を抑制するという要請と医療の質を確保する要請の双方にとって、「情報」が非常に重要な役割を果たしていることである。したがって最

近の動向は、経済学でいう情報の非対称性とも関連して、保険者サイドにおける情報の共有化に関する試みと要約することも可能である。以下では、この情報の共有化に関連して、外来診療における医療保険カードの問題、病院機能に関する全国医療評価認証機構と地方病院局の問題をそれぞれ項を分けて検討して行きたい。

III 医療保険カードシステム

民間労働者が外来診療を受けた場合を例にとると、償還払い方式を採用していることも密接に関係して、保険者たる初級医療保険金庫はその具体的な診療内容を知るすべを持たなかった。償還されるべき保険給付額の算定根拠となる診療行為の種類を把握するだけだったからである。ここに、患者の受診歴、具体的な診療内容、受診医療機関などの情報を収集するシステムの構築が意図されることとなった。ここではまず、健康手帳に端を発する医療保険カードシステムの導入過程を概観する。その問題点については、病院機能の評価システムともあわせて、最後に検討することとしたい。

1. 1994年1月18日法(L.No.94-43)

健康手帳システムの導入がはじめて意図されたのは、1994年1月18日法であった。そこでは、医療管理記録(dossier de suivi médical)と医療手帳(carnet médical)が定められた。医療の質を確保し、医療施設の連携を図り、医療の継続性を担保するため、患者の選択したかかりつけ医が医療管理記録を管理し、70歳以上の人々ないし6か月以上の治療を必要とする患者に医療カードが交付されることとなった。患者が診療を受けるたびに医療手帳を医師に提示し、検査や投薬などの情報を医療管理記録および医療手帳に記入することによって、不必要な受診行為や不適切な入院を抑制することを主な目的とする。かかりつけ医以外で受診する

ときもまた医療手帳を提示しなければならず、診療を担当した医師は、医療行為の記録や重要な患者に関する情報をかかりつけ医に通知しなければならない。かかりつけ医は年1回、担当する患者の医療管理記録を総括して、初級医療保険金庫に送付することで、その活動について診療報酬を得ることができるものとされた。しかし、医療手帳の提示義務に反した場合の制裁規定が存在しなかったことから十分に普及せず、さらに記載内容が個人のプライバシーと密接に関係するにもかかわらず、「情報処理と自由に関する全国委員会(CNIL)」に意見具申を行わなかったなどの問題が指摘されていた。

2. 96-345 オルドナンス

ジュベプランでは、医療の質を改善すると同時に医療費を抑制することは基本的に医療従事者の問題であるとして、医療従事者の責任を明確にすることが意図された。そして、責任の明確化との関連で、情報の共有化に関する施策が強力に打ち出されることになった。この情報の共有化に関する施策は、医療行為や診断名のコード化、医療施設相互の連携、病院の評価など多くの領域に関連する。しかし96-345 オルドナンスとの関係では、健康手帳制度とICカードシステムの導入が重要である。

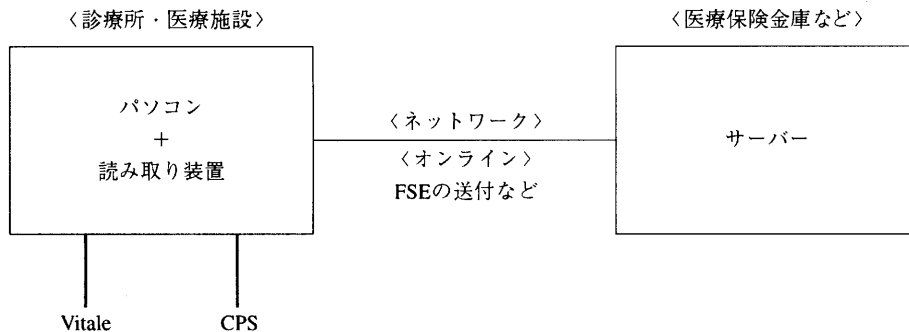
96-345 オルドナンスはまず健康手帳(carnet de santé)について定めた。94年法における医療手帳とは異なり、医療保険の被保険者およびその被扶養者で16歳以上の者すべてを対象に、その所属する医療保険組織、民間労働者の場合には初級医療保険金庫が健康手帳を配布することとした。この健康手帳には、氏名は記載されないが被保険者ないし被扶養者であることを識別する記載がなされており、患者が所持する。患者は診療行為を受ける都度、医師に健康手帳を提示し、診療を行った医師は診療日、報酬額、患者の医療管理のために関連する事実および具体的な診療行為の内容を記入しなければならない。

情報の共有化にとって重要なのは、ICカードシステムの導入である。本オールドナンスは、社会保障法典L第161条の31以下5カ条を新たに設けた。特に、L第161条の32は診療行為の継続性を維持し、医療施設相互の連携を確保するために必要な関連情報をICカードに入力することを定めた。将来的に健康手帳に代わるものとして位置づけられる。オールドナンスに付された大統領への報告には、このシステムは、より質の高い診療を可能とするための情報の提供と、医療保険に関わるすべての当事者のために管理運営体制を刷新することを目的としている。現行の外来診療を例にとると、患者は医師から手交された医療保険請求用紙という文書を保険者に送付することによって、保険給付の請求を行っている。この場合は償還払いとされるから、診療報酬額を全額支払ったうえで、請求用紙を送付することにより、一部負担金を除いた額の払い戻しを受けることになる。しかし、この請求用紙には、請求額を算定するための診療行為の種類を示す記号と点数のみが記入され、診療行為の具体的な内容は記載されていない。このため、ICカードの導入は、より具体的な診療行為を把握すると同時に、迅速な保険給付の支給を目指したシステムである。ある意味では94年法における医療管理記録制度の情報システム化といえることができる。

このICカードは患者と医療従事者双方が保持する。患者に関するカードは、被保険者を対象に、医療保険制度に共通の個人電子カードを保有することとされ、98年4月9日のデクレ(Decr.No.98-275)により、医療保険カード(*carte d'assurance maladie*)と呼ばれることになった。世帯単位で配布され、SESAM Vitale 1と俗称される。このカードの配布およびその後の管理業務は、カード保有者の所属する医療保険組織が行う。カード本体には、発行組織、保有者およびカード本体に関する番号のほか有効期間が示され、それ以外の情報はマイクロチップに入力される。マイクロチップには、保険料

の減免措置の有無など、被保険者および被扶養者の医療保険に関する情報が入力されるほか、被保険者すなわち保有者が承諾している場合には、直近の電子医療保険請求用紙(FSE)に関する情報が記録される。このほか、技術的な情報として、被保険者本人を確認するための暗証番号などの情報が入力される。他方、医療従事者に配布される医療職カード(CPS)は医師、看護婦など医療従事者や医療施設に対し、その請求に基づいて配布され、カードの配布・管理業務は医療職カード公団が行う。医療保険カードと同様、カード本体にはカード番号や有効期間、職名などが記載されるほか、開業医か勤務医かに関する勤務形態、専門標榜科目、一般医か専門医かなど医療従事者に関する法律上の地位あるいは医療協約の適用に関する情報などがマイクロチップに入力される。これらのICカードは、診療現場に設置されるパソコンとカード読み取り装置によって、医療保険金庫とオンラインで結ばれる。診療の都度、医師は自分のCPSと患者のカードをカード読み取り装置に挿入し、診療日、医療行為の内容に関するコード、診療報酬の請求金額、一部負担金の免除該当に関する情報などを入力する。このシステムを利用することによって、医療行為に関する情報と医療保険に関する情報が、患者の所属する医療保険組織に送信・蓄積され、保険給付の具体的な手続が進行するとともに、医療施設相互の情報の共有や医療費の適正化をうながすことが期待されている。(図1参照)

しかし、コンセユ・デタは98年4月27日、96-345オールドナンスが規定した医療保険カードは個人のプライバシー保護に欠けるとの理由から、これを違法とした⁷⁾。このため、99年法は、所要の改正を行った。医療保険カードへの医療情報の入力は、緊急外科手術に必要とされる情報ならびに診療の継続性ないし連携を可能とする領域の情報に限定された。また、場合によっては入力内容の訂正を求める権利を含めて、カード保有者がカードの入



出所：『フランス医療関連データ集 1998年度版』87頁，松田作成図を簡略化。

図 1 医療保険カード・CPSによる医療情報システム

力内容に関して閲覧する権利を有することを明文化し、具体的な入力情報の範囲や内容、閲覧方法の諸条件などについては、全国医師会およびCNILの意見を聴取した後、デクレにより定めることとされた。この99年法により一定の修正を加えられた医療保険カードは、Vitale 2と呼ばれ、Vitale 1が世帯単位であったのに対して個人単位で支給することを予定している。

IV 全国医療評価認証機構と地方病院局

96-346 オルドナンスは、すべての患者に質の保障された適正な医療を提供するために、責任の明確化、医療の質の確保および病院機能の適正化を指導理念として、医療施設の機能評価に関するふたつの組織を設けた点で重要である。ひとつは全国医療評価認証機構(ANAES)であり、いまひとつは地方病院局(ARH)である。

1. 全国医療評価認証機構(ANAES)

ANAESは、診療行為の評価方法を改善するとともに病院すなわち医療施設の認証を行うために設けられた。公衆衛生を担当する大臣の監督を受ける公役務法人であり、91年に設けられた全国医療評価開発機構を発展させた組織ということができる。

ANAESの役割は、評価(évaluation)と認証(accréditation)のふたつに大別される。評価については、病院評価に関する科学的な方法論の探求、よりよい医療活動の明確化、これと密接に関連する予防、診断および治療における行為基準の設定と普及、いわゆる保険診療の対象となる医療行為や装具などに対する助言などを行う。他方、認証の側面では、複数の基準に基づく医療の質を測定・判断するマニュアルの作成、評価マニュアルの普及と改善、および具体的な認証手続きの実行である。

理事会の意見を聴取した後、公衆衛生担当大臣の任命する事務局長のもと、理事会、科学審議会および認証委員会(collège de l'accréditation)から構成される。理事会は、6種類の代表から組織される。医療施設における医師、パラメディカル、技術部門および管理部門の代表、自由診療を行っている医師組合の代表、政府、医療保険組織および共済組織の代表ならびに学識経験者の代表である。政府、医療保険組織および共済組織を代表する理事は、総数で議決権の4分の1以上を超えてはならず、また理事の過半数は医師でなければならない。事務局長の任期は5年、理事は4年とされる。理事会は、機構の予算の採択、決算の承認、内部規則の制定および評価認証に関わる計画を決定する。科学審議会は、評価部門と認証部門

とからなり、評価方法の確立や認証に関する基準などに関する検討を行う。認証委員会は各医療施設に関する認証報告書の妥当性を審査し、認証を行う。認証委員会は、具体的な認証作業を行う専門家のリストを作成し、これらの専門家と協力して認証手続きを遂行する。

具体的な認証手続きは、医療施設の申請によって開始され、ANAESの作成したマニュアルにそった自己評価をもとに行われる。ANAESでは、医療施設の提出した自己評価とは別に、病院経営専門家、医師その他の医療職からなる専門家チームが、認証マニュアルに従い当該施設のサービス内容の評価を行い、認証報告書を作成する。この監査報告書は当該施設に送付され、それに対する施設側の意見書に対し、認証委員会が報告書や意見書の妥当性を判断し、当該医療施設に関する認証を行う。認証委員会の判断は、当該施設ならびに次に検討する地方病院局に通知される。

2. 地方病院局 (ARH)

地方病院局は、地方における入院診療の供給政策を決定・実行し、公立私立を問わず医療施設の活動を分析・調整したうえでそれらの予算を配分することを目的とする。公立病院と私立病院の入院制度に関する決定権限の集約を目指した機関とすることができる。入院制度については、入院する病院が公立であるか私立であるかにより、その方法や手続きおよび責任主体が多様に分散していた。このため、県知事ないし地方知事の有していた病院に関する監督権限、予算配分権、医療供給計画の作成権あるいは病院設立等に関する許可権限などを地方病院局に集約することとした。

この地方病院局は、政府と地方医療保険金庫など社会保障組織とが設立する公団 (groupements d'intérêts publics)ともいうべき組織であり、複数の県にまたがる全国24の地方を管轄する。行政改革と地方分権というふたつの要請を実現するこれ

まででない形態の組織で、連合型の公役務法人とみなされている。後に検討するように病院に関する強力な権限を有するが、地方知事や関係大臣の監督を受けるほか、その予算については公衆衛生、社会保障および財政担当大臣の監督に服する。

地方病院局には、執行委員会が設けられるほか、大きな権限を有する局長が閣議により任命される。執行委員会は局長が主宰し、公衆衛生および社会保障担当大臣により指名された政府代表委員と社会保障組織により任命された委員それぞれ同数の委員から構成される。委員会は、医療施設の開設、拡張、診療科の統廃合に関する許可、高額医療機器の導入や施設の大規模な改修等に関する許可、医療施設との間で締結される医療費目標額等に関する複数年契約などにつき審議する。複数年契約とは、地方病院局とその管轄地に所在するすべての医療施設との間で、個別に締結される。公的病院サービスに参加するか否かを問わない。管轄する地方の状況に応じて、高額医療機器、救急医療体制あるいは病床数などについて、地域的な偏在や施設間の格差を解消するため、財政上の目標額と格差解消のための様々な手段を設定するものである。執行委員会が基本的に審議機関と位置づけられるのに対して、局長は単独で多くの権限を有しており、公衆衛生部門に関する知事ともいわれる。局長は、政府の名において、医療地図に基づく病床数の制限や地方医療計画の策定、公立病院に対する総枠予算の配分、私立病院に対する地方レベルでの財政計画の実施、病院システムが良好に機能しているかの監視などを行う。

むすびにかえて

医療保険カードと医療職カードの導入、全国医療評価認証機構と地方病院局の設立は、いずれも医療費の抑制を、それまでの保険料率や償還率の操作という医療需要の側面ではなく、医療供

給体制に対する規制を試みるものであり、情報の共有化と要約することができる。それは同時に、単なる総量規制にとどまらず、医療の質に対する介入を志向している点で注目される。しかし、Vitalité 2・CPSというカードシステムは、すべての診療所、病院などの医療施設と初級医療保険金庫をはじめとする保険者との間にコンピューター・ネットワークを構築することを前提としている。カードの開発や配布、さらにネットワーク立ち上げに莫大な資金を必要とするため、たとえ医療費抑制効果を期待できるとしても、費用対効果の関係で、システム自体の有効性や実現可能性について懸念が表明されている。

しかしここで重要なことは、情報の共有化には、その理論的有效性とは裏腹に多くの危険が内在していることである。医療供給の側面に着目したフランスの医療費抑制策は、プライバシーの保護と医療の領域における自由の問題とに、次のような形で抵触する。第一にプライバシーの問題は、特に医療保険カードに関係する。このカードには、その保有者の病歴、受診歴など個人情報の中核ともいべき情報の入力が可能である。これらの情報のなかには、保険者や使用者はもちろん配偶者にも知られたくない情報が存在する。他方、情報の共有化とは、多くの人がこれらの個人情報を閲覧することができることを意味するから、情報の管理をどのように行うかが問題となる。先にみたように、99年法は、医療保険カードを利用する要件、さまざまな医療情報のうち入力すべき情報や閲覧可能者の範囲、あるいは情報の修正権や消去権に関する規定の整備を行った。しかし、具体的な細目を定めるデクレ等の整備は今後の問題であり、具体的な運用のあり方が注目される。第二は、医師選択の自由と処方自由に関連する。濫診濫療という言葉に則していうと、フランスでは濫診の弊害が強調されてきた。償還払い方式は受診抑制効果が高いといわれていることからすればやや奇異

な現象ではある。医療保険カードの導入は、受診歴の把握も可能なことから、濫診の抑制効果も期待されている。しかし、それは反面、患者の医師選択の自由を制限する機能を有することが危惧されている。わが国でも保険者機能の強化が注目されている。程度問題との評価も可能であるが、保険者がどこまで患者の受診行動を制約できるか、できるとしてその根拠および手段の検討が求められる。次に、処方自由である。医療職カードは、患者の個人情報と同様、医療職の具体的な医療行為の内容を明らかにする。そして、これらCPSを通じて得られた情報を基に、医療費の対前年度伸び額が決定されたり、RMOに合致した診療行為か否かの判断が行われる。情報の共有化は、医療機関相互の情報連携を通じて、医療資源の有効活用を図ると同時に、診療報酬を厳格に管理する機能も果たす。このため、RMOの設定基準に合理性がなければ、診療報酬との関係で医師の診療行為自体を不当に制約する可能性も生じる。また、医療情報の共有は、患者の病歴や過去になされた診療に関する情報を知りうるので無駄な診療を排除できる反面、当該情報が正確なものでなければ場合により患者の生命身体に害を及ぼす可能性も存在する。かくして、個人情報をどのように管理するかという問題は、医療の質を確保しつつ医療費の適正な配分を実現するために避けては通れない問題であり、フランスの試みは、社会保険方式を採用するわが国にも大いに参考になるものと思われる。

注

- 1) 1997年1月24日法(L.No.97-60)により、同年1月1日から施行された。支給額などの具体的数字は、Liaisons Sociales, légis. No.7740(18 sept. 1997)による。
- 2) 98年社会保障財政法は、98年1月1日から、CSGの賦課率を3.4%から7.5%に引き上げる一方、現役労働者の保険料率を5.5%から0.75%とした。老齢年金受給者については、法定老齢年金額の2.80%、補足退

職年金額の3.80%を保険料として徴収していたのを、法定老齢年金については徴収せず、補足退職年金額の1%を徴収することとした。

- 3) 松田後掲「フランスの医療情報…」社会保険旬報1965号9頁参照。
- 4) 93年1月4日法(L.No.93-8)および94年1月18日法(L.No.94-43)参照。
- 5) RMOは、1994年に非ステロイド性抗炎症薬、抗生物質の処方など23のカテゴリーについて導入され始め、98年11月現在58のカテゴリーが存在するといわれる[99年9月8日開催「保険者機能に関する研究プロジェクト(国立社会保障・人口問題研究所)」慶応大学医学部医療政策・管理学教室専任講師池田俊也氏報告]。
- 6) コンセユ・データは、1998年7月3日、締結当事者たる医師組合に、診療報酬の目標額を超過した場合、すべての医師に対しその超過分を負担させたうえで返還することを認める権限はないとして、97年3月の協約を一部無効とした(この判決については、注7参照)。この判決を受けて、98年12月6日、新たな協約が全国医療保険金庫と医師組合の一つであるMG Franceの間で締結されたが、これも目標額を超過した場合の返還方式といわゆる卒後研修についての規定を無効とされた。
- 7) CE, 3 juill. 1998, Syndicat des médecins de l'Ain, Dr.Soc., 1998 No.9/10 p819 et s., req. No.188004.

略語表

ANAES : 全国医療評価認証機構 : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
 ANDEM : 全国医療評価開発機構 : Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale
 ARH : 地方病院局 : Agence Régionale de l'Hospitalisation
 CMU : 普遍的医療保険制度 : Couverture Maladie Universelle

CNIL : 情報処理と自由に関する全国委員会 : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
 CPS : 医療職カード : Carte de Professionnel de santé
 FSE : 電子医療保険請求用紙 : Feuille de Soins Electronique
 GHM : 同一疾病分類 : Groupes Homogènes de Malades
 OQN : 全国目標値 : Objectifs Quantifiés Nationaux
 PMSI : 病院活動情報化計画 : Programme de Médicalisation du Système d'Information
 PSD : 要介護給付 : Prestation Spécifique Dépendance
 RMO : 拘束力ある医療指標 : Référence Médicale Opposable
 SROS : 地方医療計画 : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

参考文献

- 藤井良治・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障6 フランス』東大出版会
 フランス医療保障制度に関する研究会編 1999『フランス医療関連データ集(1998年版)』医療経済研究機構
 松田晋哉「フランスの地方保健医療計画」社会保険旬報2033号(1999. 9. 11) p. 6以下
 松田晋哉「フランスの医療情報に関する近年の改革」社会保険旬報1965号(1997. 11. 11) p. 6以下, 1966号(1997. 11. 21) p. 22以下
 Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie, Documentation Française, 1994.
 M. Harichaux, "La télétransmission des feuilles de soins", R.D.S.S. 1998 juill.-sept, p.496 et s.
 J-M. de Forges, "Le volet hospitalier de la réforme de la protection sociale de 1996", R.D.S.S. 1996. oct.-déc, p. 713 et s.
 J.Dubois-Lefrère et E.Coca, "Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières: le PMSI", Berger-Levrault, 1991.
 D.Truchet, "Quelques problèmes juridiques posés par le carnet de santé", Dr.Soc., 1997 No.1 p.56 et s.
 (かとう・ともゆき 新潟大学教授)