

# 健保連海外医療保障

No.108 2015年12月

## ■特集Ⅰ：病院を巡る動向

- ドイツ  
ドイツにおける病院改革 ..... 松本 勝明
  
- フランス  
フランスにおける医療供給のコントロール  
—病院を中心に— ..... 松本 由美
  
- 韓国  
韓国の病院  
—特徴と今日的課題— ..... 片桐 由喜

## ■特集Ⅱ：フランスにおける医療費抑制策

- フランス  
フランスにおける超過報酬請求権に関する規制 ..... 加藤 智章

## ■参 考 掲 載 国 関 連 デ ー タ

- ドイツ／フランス／韓国

# 健保連海外医療保障

No.108 2015年12月

# ドイツにおける病院改革

長崎県立大学教授

松本 勝明

Matsumoto Katsuaki

ドイツの病院は人口の高齢化、医学・医療技術の進歩などの変化やDRGシステムの導入がもたらした様々な課題に直面している。これらに対応して、質が高く、アクセスしやすい病院医療を将来においても確保するため、病院改革が進められようとしている。本稿は、そのための病院構造改革法案について検討し、連邦と州の協力により包括的な対応が行われる点が評価される一方で、病院医療供給体制に関する重要な問題が未解決のまま残されていることを指摘している。

## 1. はじめに

ドイツにおいても、病院は患者への必要な医療の提供を支える最も重要な柱のひとつとなっている。今日、病院は、社会や医療における変化がもたらす様々な課題に直面している。人口高齢化の進展に伴い、病院にはより多くの高齢の患者がより長い期間入院するようになってきている。このような変化により、病院における医療や看護は新たな要請に答えていくことが必要となっている。また、地方における人口の減少などに対応して、今後とも全ての地域においてアクセスが容易でかつ質の高い医療提供を保障するためには一層の努力が必要となっている。さらに、医学や医療技術の進歩による診断・治療の可能性の拡大に対応した質の高い医療を確保するため、病院には専門性や経験の蓄積が求められている。

以上のような課題に対応し、良質で、安全で、かつ、アクセスしやすい病院医療を将来にわたって確保することを目的として、本年6月には病院構造改革法案が連邦議会に提出されたところである。

本稿においては、ドイツの病院が直面する課題を踏まえ、病院改革についての検討を行うこととする。

## 2. 病院医療の基本構造

ドイツにおいて病院は、医療・看護サービスを提供することにより、疾病、苦痛および身体的損傷を診断し、治療し、軽減するまたは助産を行う施設であって、患者に食事と宿泊を提供するものとされている（病院財政法第2条第1号）<sup>1)</sup>。ドイツの病院は基本的に入院療養を担当しており、一般的な外来診療は行っていない。したがって、患者の病院への入院は、通常は、外来診療を担当する開業医の指示に基づき行われる。医療保険による入院療養を行うことができるのは、i) 大学病院、ii) 州の病院計画（Krankenhausplan）に盛り込まれた病院（計画病院）、iii) 保険者である疾病金庫の州連合会と医療供給契約を締結した病院とされている。実際には大部分の病院が計画病院となっている。計画病院の場合には、その病院が州の病院計画に盛り込まれることにより、疾病金庫側と医療供

給契約を締結したものとみなされる。それによって、計画病院は医療保険の被保険者に対して入院療養を提供する義務を負う。一方、疾病金庫はそのための費用として計画病院に対して診療報酬を支払う義務を負う。

各州は、病院財政法<sup>2)</sup>に基づき、効率的な病院により地域の医療需要に応じた医療供給を確保することを目的として病院計画を策定している。病院計画には、住民の需要に応じた医療供給を確保するために必要な病院の立地場所、病床数、診療科、供給レベル<sup>3)</sup>などが示される。病院計画の内容は地域の医療需要の変化に応じて定期的に見直される。

病院計画に盛り込まれた病院は、病院の施設・設備の整備に要する費用などの投資費用について州による公費助成を受けることができる。各病院に対する公費助成の具体的な時期や金額は、州が策定する投資プログラムによって定められる。一方、病院の運営費用は、医療保険の保険者である疾病金庫などから病院に対して支払われる診療報酬により賄われる。つまり、ドイツの病院に関しては、投資費用と運営費用がそれぞれ異なる財源により賄われる二元的な財政方式が採用されている。

以上のように、各州が策定する病院計画は、各病院が医療保険による入院療養を担当することや投資費用に対する州からの公費助成を受けることを可能にするという重要な機能を持っている。これを通じて、各州は州内の病院による医療供給能力をコントロールするための強力な手段を有しているということができる。

一方、病院計画に盛り込まれた病院が行った入院療養に係る診療報酬を負担しなければならない疾病金庫の病院に対する権限は限定的なものにとどまっている。「病院の経済的な安定確保と病院診療報酬に関する定め」は、連邦が州よりも優先的な立法権限を有する「競合的立法分野」<sup>4)</sup>に属するものとされている（ドイツ連邦共和国基本法第74条）。しかしながら、病院財政法において、病院に対しては州が医療保険に責任を持つ連邦よりも大きな権限を有している。

### 3. 診療報酬制度

従来、入院療養に対しては、個々の病院において実際にかかる費用を基礎として設定された患者一人一日当たり定額の診療報酬が支払われていた。この診療報酬の額は基本的には個々のケースにおける疾病の種類や治療内容にかかわらず定められていた。このため、同じ病院の同じ診療科に入院する患者については、入院日数が同じであれば、その病状が軽度であっても、重度であっても同じ額の診療報酬が支払われた。このような診療報酬制度は、病院側が医学的に根拠のある範囲を越えて入院日数を長くすることになりやすいなどの問題を持っていた（松本 2003:104）。

このような問題を解決するため、「個々の病院でかかる費用を基礎として算定される診療報酬」から「行われた給付に応じて算定される診療報酬」への転換が進められた。2003年からは、診断群（DRG）に応じて入院から退院までの入院一件当たりの包括的な報酬を支払う制度（以下、「DRGシステム」という）が段階的に導入された。その目的は、入院療養に関する費用の透明性を高め、病院が入院日数を長くしようとする誘因を取り除き、病院運営の経済性・効率性を高めることにあった。

各病院が診療報酬として受け取ることで収入の額がDRGシステムへの転換により急激に変化することを避けるため、DRGシステムは、2003年以降、一定の経過期間を設けて段階的に実施に移された。経過期間が終了した2010年からは、DRGシステムが全面的に適用され、州内の全ての病院（精神病院を除く）に対して、同じ診断群に属する療養には同じ金額の包括的な報酬が支払われることになった<sup>5)</sup>。ドイツのDRGシステムは、高齢者に限らない全ての患者に対して、また、室料、看護料等だけでなく入院療養に必要な経常費用全体を対象に適用される点に特徴がある。

報酬の対象となる診断群の区分とそれぞれの相対価値（報酬点数）から構成されるDRGカタ

ログ (DRG-Katalog) は、疾病金庫連邦中央連合会 (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) および民間医療保険連合会 (Verband der privaten Krankenversicherung)<sup>6)</sup> とドイツ病院協会 (Deutsche Krankenhausgesellschaft) により全国一律に定められる。診断群の区分は、医学的な診断名、疾病の重症度および手術・処置の種類を基準として、医学上存在する多数の診断群を同等の経済的な支出を伴う一定のグループに絞り込むことにより行われる。それぞれのグループに属する入院療養に関しては、入院日数が定められた範囲内である限り、定められた報酬点数に基づき報酬が算定される。つまり、定められた範囲内であれば、実際の入院日数は報酬額に影響を与えない。ただし、実際の入院日数がその範囲の下限を下回る場合にはその日数に応じた減額が、その範囲の上限を上回る場合にはその日数に応じた加算が行われる。

それぞれの診断群の報酬額は、報酬点数に州ごとに定められる一点単価を乗じることにより得られる。限定された例外的なケースにおいて必要がある場合には、特定の給付や薬剤に対する追加報酬 (Zusatzentgelt) を定めることができる。

DRGカタログは年々見直されている。DRGシステムにおける報酬額は、全ての病院の給付実態に関するデータと抽出された病院の費用実態に関するデータを基に設定される。2015年現在では、2,200種類の包括報酬と大部分は高額な薬剤および医療製品に対応する170種類の追加報酬が定められている。

#### 4. 病院医療を巡る状況の変化

近年、ドイツの病院を巡る状況には大きな変化がみられる。病院における患者の平均在院日数は継続的に短くなってきている<sup>7)</sup>。1991年の平均在院日数は14日であったが、2014年には7.4日にまで短縮された<sup>8)</sup>。一方、この間に、入院件数は約1,460万件から1,910万件へと増加しているが、在院日数の短縮化の効果がそれを上回っているため、入院延べ日数は約2億420万日から約

1億4,150万日へと減少している。病院病床数も約67万床から約50万床へと減少しているが<sup>9)</sup>、入院延べ日数の減少に追いついていないため、病床利用率は84.1%から77.4%へと低下している。

病院数の推移を開設主体別にみると、病院の民営化が急速に拡大していることが分かる。特に、連邦、州および地方自治体のような公的主体が病院医療から撤退し、病院チェーンなどを経営する営利法人の病院医療における比重が高まっている。1991年には営利法人による病院は358か所であったが、2014年には695か所にまで増加した。この結果、病院数に占める割合は、公立病院が29.7%、公益立病院が35.2%、営利法人立病院が35.1%となっている。しかし、病院病床数全体に占める営利法人立病院の病床数の割合は18.2%にとどまっている。これは営利法人立病院の1か所当たりの病床規模が他の病院に比べて小さいことによるものである。

病院職員の状況については、特に看護職員の不足が問題視されている。病院の看護職員数(常勤換算)は2004年の約30万9,000人から2013年には約31万6,000人に増加している。しかし、この間に病院への入院件数が大幅に増加したことを考慮すると、この程度の看護職員の増加では少なすぎると考えられる (Wasem et al. 2015: 106)。前述のとおり、平均在院日数が短くなることにより入院延べ日数は減少している。しかし、短縮された日は入院療養の終わりの部分で看護の必要性が比較的少ない部分であり、また、高齢の患者や複数の病気をを持った患者が増加していることから、看護職員の負担は大きくなっていると考えられる。このことは、病院に関する様々なアンケート調査の結果によっても確認されている。

次に、病院の経営状況をみると、ドイツの病院の多くが厳しい状況に直面していることが分かる。たとえば、2013年には半数近くの病院の経常収支が赤字となっている。その原因は、一つには、賃金交渉の結果により病院の職員にかかる人件費が急増していることであり、もう一つは、病院の受け取る診療報酬がそれほどには増

加していないことである。このため、収入と支出の差を埋めることができるのは、基本的に、費用の増加を入院件数の増加により埋め合わせることができる病院に限られている。病院が入院件数を増加させることに対しては、病院の財政上の必要性から、医学的な必要性がない入院やさらには手術までが行われているのではないかと批判が高まっている (Neubauer 2014a : 27)。

以上のような変化をもたらした要因の一つとして、DRGシステムの導入をあげることができる (Nakielski 2015 : 93)。DRGシステムは、望ましい効果と同時に、望ましくない効果をもたらす可能性があると考えられる。望ましい効果としては、在院日数の短縮、費用の透明性および医療の質の向上が期待される。一方、望ましくない効果としては、病院にとって経済的な利益が大きい分野において、病状からみて必要でない医療提供が量的に拡大することなどが危惧される。

DRGシステムの実施状況に関するいくつかの調査の結果からは、DRGシステム導入によるこうした理論的な可能性が現実にとれほどの意味を持つかについての情報を得ることができる (Knieps, Reiners 2015 : 243)。それらによれば、入院件数は確かに増加しているが、それには、DRGシステムの導入だけでなく、人口高齢化も影響を与えていると考えられる。また、病院にとって利益の大きな医療分野に特化する傾向はドイツにおいては確認されていない。しかし、そのような傾向が存在しないと切り切れるわけではない。

## 5. 病院構造改革法

前述のような変化が進むなかで、アクセスしやすく、かつ、質の高い病院医療を将来にわたって確保するためには、病院医療の構造改革を進めることが必要と考えられた。そこで、連邦および州は共同で2014年6月に病院改革に関する作業グループを設置し、検討を行った。この作業グループが同年12月に取りまとめた改革

の重要ポイントを基に立案された「病院構造改革法案」<sup>10)</sup>が本年7月に連邦議会に提出された。

この改革法案は、アクセスしやすく、質的に高度な病院医療を確保するための条件を整備することを目的として、次のような内容の改革を行うとするものである。

### (1) 質の確保

「良い病院」は、患者がその医療の質を信頼できるような病院でなければならない。ドイツでは、病院医療の質の確保に関してこれまでもいくつもの取り組みが行われてきた<sup>11)</sup>。現状において、病院医療の質はかなり高い水準に達していると考えられるが、なお改善のための取り組みの必要性が明らかとなっている。頻繁に指摘されている問題点としては、院内の衛生面での問題、看護職員の不足、不必要な手術の実施などがあげられる。病院医療の質を一層向上させるため、この改革法案には次のような対策が盛り込まれた。

共同連邦委員会(Gemeinsamer Bundesausschuss)<sup>12)</sup>は、各州が病院計画に関する決定を行う基礎となる「質の指標 (Qualitätsindikator)」を策定する。この病院医療に関する「質の指標」は、構造 (例: 施設設備、人的配置)、プロセス (例: 必要な術前検査の実施) および結果 (例: 合併症、院内感染の発生率)に関する指標から構成される。

この「質の指標」は各州の病院計画の基礎として用いられる。これにより、ある病院が該当する質の指標を継続的に満たすことができない場合には、病院計画から外されることにより当該診療科の病棟あるいは病院全体を閉鎖しなければならない可能性があるがでてくる。また、病院に医療の質を維持・改善する誘因を与えるため、質が特に高いまたは低い給付に対する診療報酬の加算および減額の仕組みが設けられる。

さらに、患者が各病院の質に関してより簡単に利用できる情報を必要としていることに対応して、各病院により公表される「質の報告 (Qualitätsbericht)」<sup>13)</sup>が患者にとってより使いやすくなるように改善される。

## (2) 看護職員の確保

良質の看護を伴う病院医療は、病院に専門的な看護職員が十分に存在して初めて可能となる。特に、認知症がある、要介護状態にある、あるいは、障害があるためにより大きな看護の必要性を有する患者に対する医療を改善するとともに、患者の生命と健康に大きな責任を有する看護職員を支援するために、この改革法案には必要な看護職員の確保に関する次のような措置が盛り込まれた。

患者に対する看護を強化するため、看護職助成プログラム (Pflegestell-Förderprogramm) が導入される。この助成により設けられる看護職の新たなポストは、ベッドサイドでの直接的な看護のためにのみ充てることが認められる。このプログラムのための助成資金としては、2016年から2018年間の総額で6.6億ユーロ(約860億円)が予定されている。2019年以降は、継続的に毎年3.3億ユーロ(約430億円)が予定されている。このプログラムを活用して看護職の新たなポストを設ける病院はその人件費の1割を自己負担しなければならない。

さらに、連邦保健省に専門家委員会が設けられ、認知症、要介護または障害を伴う患者の特別の看護の必要性をDRGシステムや追加報酬制度に反映させることについての検討が行われる。検討結果に基づき、この委員会は特別の看護ニーズをDRGシステムや追加報酬制度にどのように反映させるかについての具体的な提案を行うこととされている。

## (3) 給付量のコントロール

医学的に理由のない手術が行われることなどにより入院件数が増加することを防止するため、給付量をコントロールする手段が導入される。まずは、2015年に制定された公的医療保険供給強化法<sup>14)</sup>に基づき、中立の医師によるセカンド・オピニオンを求める患者の権利が強化される。これにより、特に量が増えやすく、かつ、予定が立てられる手術について、組織的で質が保障されたセカンド・オピニオンを求めるための

手続きが導入される。また、主治医には、患者に対してセカンド・オピニオンを求める権利があることを教示することが義務づけられる。一方、セカンド・オピニオンを述べる医師についての質の基準も明確に定められる。

診療報酬の面でも、経済的な理由による給付量の増加を抑制するための対策が講じられる。DRGカタログについての交渉当事者である疾病金庫連邦中央連合会とドイツ病院協会は、2017年のDRGカタログにおいて経済的な理由による量的拡大がみられる給付の評価を引き下げることと合意するものとされている。また、給付量の拡大に対処するために州の全ての病院に適用される一点当たり単価を引き下げることによって、病院ごとの予算交渉において、その病院が給付量を拡大することにより財政的な有利を得ていることを考慮することとされた。

## (4) 病床転換の促進

州が病院計画を策定し、病院計画に盛り込まれた病院に対して必要な投資費用の助成を行うという現行の制度的な枠組みは今後も維持される。

一方、停滞している構造転換プロセスを前進させるため、5億ユーロの資金を基に構造基金 (Strukturfonds) が設立される。この資金は、健康基金 (Gesundheitsfond)<sup>15)</sup> の流動性準備金から拠出される。各州は、それぞれの住民数および税収に応じて構造基金の資金を利用することが認められる。ただし、構造転換のための措置に構造基金の資金を用いる場合には、州自身も個々の措置に要する費用の半分を負担しなければならない。構造基金の目的は、病院の余剰供給能力の解消、病院立地の集約化、急性期入院のためでない、地域的な医療施設 (例: 健康・介護センター、ホスピスなど) への病院病床の転換などを促進し、病院医療の供給構造を改善することにある。構造基金による助成金は、投資費用に対する通常の公費助成に代わるものではなく、それに追加して支給されるものである。

なお、州は、実際にどのような措置を助成対

象にするかを決定する際には、疾病金庫の州連合会の同意を得なければならないこととされている。

#### (5) 必要な運営費用の確保

病院が特別の役割を担うことへの誘因を強化することなどを目的として、病院の運営費用に充てるために支払われる診療報酬について次のような措置が講じられる。ニーズが小さいためにDRGシステムではその費用が十分にカバーされないが、国民にとって必要な医療を確保するための医療供給能力を維持する病院に対して支払われる医療確保加算（Sicherstellungszuschlag）を適用する条件が明確にされる。

また、救急入院医療に参加する病院に対しては、参加の程度に応じた加算が行われる一方で、救急入院医療に参加しない病院には減額が行われる。

さらに、特別の役割を担う病院（例えば、希少疾病のためのセンター、他の病院の患者の治療に際して助言を行うセンター等）に対する加算の条件が明確にされる。

## 6. 残された課題

以上のように、ドイツの病院は、人口の高齢化、医学・医療技術の進歩などの変化やDRGシステムの導入がもたらした様々な課題に直面している。今回提出された病院構造改革法案には、これらの課題に対応して、特に医療の質の確保、必要な看護職員の確保、医学的理由のない給付の抑制、余剰病床の他施設への転換、病院運営経費の確保のための措置が盛り込まれた。これらの改革措置が病院医療の改善に実際にどのような効果を発揮していくかについては今後の推移を注視する必要があるが、連邦と州との協力により病院医療が直面する問題に対してこうした包括的な対応が行われることになったことは、重要な意義を有するものと評価することができる。

しかしながら、病院医療の供給体制にとって

決定的な意味を持つ病院計画とそれに基づく病院投資費用に対する公費助成の制度については、従来から問題点が指摘されているにもかかわらず、今回の改革の対象には含められなかった。

前述のとおり、州は、各病院の運営に必要な投資のための費用を負担する義務を負っているが、今日この義務を十分に果たしている州は存在しない。そのため、病院が投資不足の状況にあることは誰もが認めるところとなっている（Neubauer 2014b : 28）。病院は、効率を高めるための投資だけでなく、将来を見据えた技術革新のための投資も自らの費用負担により行わざるを得ない状況にある。つまり、病院間の競争の中で生き残るためには、病院は投資費用を自ら確保しなければならない状況にあるといえる。しかし、これができるのは、株式の発行により返済の必要がない資金を資本市場から調達することが可能な大きな病院運営会社に限られている。このことは、病院全体に占める公立病院および公益立病院の割合の低下にも現れている。

このような問題を解決する方法としては、投資費用を州による公費助成により賄う方式を改め、運営費用および投資費用の両方を診療報酬により一元的に賄う方式に移行することが考えられる。これにより、施設・設備への投資という病院経営上の最も重要な判断の一つを病院が自ら行うことが可能となる。しかしながら、このような転換に対しては病院に関する現在の権限を維持しようとする州からの大きな反対が予想される。ドイツにおいて、州の利害にかかわる法律の成立には、直接選挙により選ばれる議員により構成される連邦議会（Bundestag）での可決だけでなく、州政府の代表者により構成される連邦参議院（Bundesrat）の同意が必要となっている。このため、少なくとも現状においては、このような改革を行うための法律の成立を期待することは困難である。

そこで、州にとってより受け入れやすい案として、病院投資費用の助成に連邦も参加するこ

とするとともに、州による助成が必要な投資費用の一定割合を下回る場合には、その部分を疾病金庫が負担することとし、その代わりに病院計画の策定に疾病金庫の関与を認めることを内容とする提案も行われている (Neubauer 2014a : 34)。しかしながら、このような案についても関係者の合意が速やかに成立することが見通せるわけではない。

現行の病院計画については、このほかにも、供給レベルの区分が医療の実態に合っておらず、実際には異なる供給レベルの病院間で患者の獲得を巡る競争が行われるなどの問題が指摘されている。したがって、質が高く、アクセスしやすい病院医療を将来においても確保するためには、今回の改革案にとどまらず、病院計画や投資費用に対する公費助成の在り方についての抜本的な見直しに向け、関係者間での検討および合意形成を進めていく必要があると考えられる。

#### [付記]

本稿は、JSPS科研費15H01920「持続可能な社会保障制度構築のための病院等施設サービス機能に関する総体的比較研究」(研究代表者 加藤智章)による研究成果に基づくものである。

#### 注

- 1) つまり、日本の場合とは異なり、ドイツでは一定数以上の病床数を有する施設だけが「病院」とされているわけではない。
- 2) Krankenhausfinanzierungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 10. April 1991 (BGBl. I S. 886).
- 3) 病院計画に関する詳細な規定は、各州が制定する州法に委ねられている。このため、病院計画の内容等には州による大きな違いがある(松本 2003:116)。例えば、バイエルン州では、外科あるいは内科といった基礎的な医療供給に貢献する病院(レベルI)から大学病院のように高度の医療技術を持ち、研究・教育機能も併せ持つ病院(レベルIV)までの4段階の供給レベルが設

けられている。

- 4) 競合的立法分野においては、連邦が立法権限を行使した場合に州は独自の法律を制定することが出来ない。
- 5) ただし、多発性硬化症の治療に重点がある施設などは例外的に期間を限ってDRGシステムの適用から除外されている。
- 6) 民間医療保険連合会が加わる理由は、民間医療保険による入院療養の場合にもDRGシステムが用いられるからである。
- 7) 平均在院日数の推移などに関する以下のデータは、Statistisches Bundesamt (2015:11)による。
- 8) ただし、他の欧州諸国やOECD諸国の平均と比べると、ドイツにおける平均在院日数は依然として高い水準にある。
- 9) 人口当たりの急性期病床数についても、依然として他の欧州諸国やOECD諸国の平均に比べて高い水準にある。
- 10) Entwurf eines Gesetzes zur Reform der Strukturen der Krankenhausversorgung (Bundestagsdrucksache 18/5372).
- 11) 病院における医療の質の確保に関する措置の現状については、松本(2015:76)を参照されたい。
- 12) 共同連邦委員会は、社会法典第5編(医療保険)に基づき、連邦保険医協会、ドイツ病院協会および疾病金庫連邦中央連合会により設立される。共同連邦委員会の議決委員会は、中立の委員、診療側が指名した委員および支払側が指名した委員により構成される。共同連邦委員会は、被保険者に対して十分で、合目的で、経済的な医療供給を確保するために必要な指針を定めることとされている。
- 13) 「質の報告」の内容は、共同連邦委員会により定められており、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盛り込まれている。
- 14) GKV-Versorgungsstärkungsgesetz vom 22. 7. 2015, BGBl. I S. 1211.
- 15) 健康基金は、各疾病金庫を通じて徴収した医療保険の保険料および連邦が医療保険に対して行う連邦補助をもとに、各疾病金庫に対してその支出に充てるための資金を配分する役割を担っている。

## 参考文献

- ・松本勝明(2003)『ドイツ社会保障論Ⅰ—医療保険—』信山社。
- ・松本勝明[編著](2015)『医療制度改革—ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社。
- ・Knieps F., Reiners H. (2015) Gesundheitsreformen in Deutschland: Geschichte - Intentionen - Konfliktlinien, Bern.
- ・Nakielski H. (2015) Hintergründe zur anstehenden Krankenhausreform, Soziale Sicherheit, 3 /2015, S. 93-94.
- ・Neubauer G. (2014a) Die ökonomische Zukunft der Krankenhäuser in Deutschland, Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement, Nr. 19, S. 26-35.
- ・Neubauer G. (2014b) Finanzautonomie: Flexibilisiertes Entgeltsystem für eine nachhaltige Reform, KU Gesundheitsmanagement, 5 /2014, S. 28-30.
- ・Statistisches Bundesamt (2015) Grunddaten der Krankenhäuser - Fachserie 12 Reihe 6.1.1 - 2014, Wiesbaden.
- ・Wasem J., Reifferscheid A., Pomorin N., Thomas D. (2015) Gegen Personal- und Zeitknappheit: Bedarf an Standards zur Personalbemessung in der Krankenhauspflege, Soziale Sicherheit, 3 /2015, S. 105-109.

# フランスにおける医療供給のコントロール —病院を中心に—

熊本大学講師  
松本 由美  
Matsumoto Yumi

フランスの医療供給のコントロール体制は、1990年代から継続的に実施された改革方策によって大きく変容した。歴史的に眺めると、1980年代までは、病院部門における公立病院と民間病院との制度的差異が大きく、医療供給のコントロールは著しく不均衡なものであった。1990年代には、病院部門におけるコントロールの主体や方法が統一された。さらに2000年代に入ると、医療供給を包括的にコントロールするための体制整備が進められた。今日では、質の確保された医療を効率的に提供するためのコントロール体制が構築されている。

## はじめに

フランスの医療保障システムを日本との比較の視点から眺めると、いくつもの共通点が存在していることが分かる。両国では医療保険を基礎とした全国民に対する普遍的な医療保障が実現されている。また、医療供給の面においても、歴史的に自由開業医制がとられてきたこと、病院医療の供給において民間病院が相対的に重要な役割を担っていること等の共通点が見られる。

両システムの類似性を踏まえると、二つの医療保障システムを比較検討し、相互に学び合うことは難しくないように見えるが、実際にはそれは容易ではない。その理由として、両国の歴史や重視される価値、政治・行政制度等の違いといった医療保障システムを取り巻く環境や背景の違いを指摘することができる。加えて、医療供給のコントロールの仕組みの違い、およびフランスにおけるその複雑さが、相互の比較や理解を困難にしていると考えられる。このため、フランスにおける医療供給のコントロールの仕組

みを把握することは、両国の比較研究をさらに発展させるために不可欠である。

以上のような問題意識のもとで、本稿は、フランスにおける医療供給のコントロールのあり方について検討を行い、その変化と現状を明らかにすることを目的とする。検討にあたっては、対象期間を三つに分けて主要な変化をとらえることとしたい。第一期は、第二次世界大戦後から1980年代までの時期であり、医療供給は不均衡なコントロールのもとにあった。第二期は、病院部門でのコントロールが統一された1990年代であり、続く第三期は、包括的なコントロールへと変容していく2000年代から今日までの時期である。考察においては、コントロールの主体と方法に着目することとしたい。

## 1. 医療供給の不均衡なコントロール (～1980年代)

### (1) 医療保障システムの整備

フランスでは第二次世界大戦後、医療保険の適用の一般化(全人口化)に向けた政策が展開

されていった。職域ごとに分立した医療保険の複数並存体制が整備されていくなかで、1970年代末には医療保険の一般化はほぼ達成された<sup>1)</sup>。

一方、医療供給面においても飛躍的な発展が見られた<sup>2)</sup>。戦後の経済・社会発展計画を通じて国による公立病院への投資が積極的に行われ、1980年代初頭まで公立病院の病床数は増加し続けた。さらに、高度経済成長を背景として、民間の資金を活用しながら民間病院も大きく発展し、1970年代前半には営利・非営利の民間病院の提供する病床数は、全病床数の3割近くに達した。あわせて、国民の医療需要を充足するために医療に携わる人員の拡充が政策的に推進され、医師数は1970年代に急増した。

## (2) 不十分な医療供給のコントロール

医療供給が拡大する一方で、そのコントロールのために用いられた諸施策は、相互の調整や調和を欠くものであった。とりわけ、公立病院と民間病院ではコントロールの仕組みが大きく異なっていた。公立病院に対しては、国の出先機関や県知事（国の代表者）を通じて、国による厳格なコントロールが行われていた。公立病院の設立は国や県の法令によって定められていたが、さらに1970年代にはその設立・拡張・転換等の具体的な計画には県知事の承認が必要となった。公立病院への診療報酬の支払いは県知事によって定められる入院日額に基づいて行われた<sup>3)</sup>。医療保険の金庫は公立病院への支払額額の決定には介入できず、単なる支払者でしかなかった。1984年に総枠予算制が導入されると、公立病院に対する財政的な制約はさらに強まった。

一方、営利の民間病院に対するコントロールは、少しずつ強化される傾向にはあったものの相対的に緩やかであり、自由に活動を展開する余地がより大きく残されていた。民間病院の設立等に関しては事前届出制がとられていたが、1960年代後半にはこれが事前許可制へと変更された。営利の民間病院に対する医療保険からの診療報酬の支払いは、個々の病院が地域圏の医

療保険の金庫と締結する協約に基づいて行われたが<sup>4)</sup>、公立病院の場合のような予算的な制約は課せられていなかった。このような状況のもとで、営利の民間病院にとって最も重要な交渉相手は地域圏の医療保険の金庫であり、病院活動の質は医療保険の金庫との協約により担保されていた。

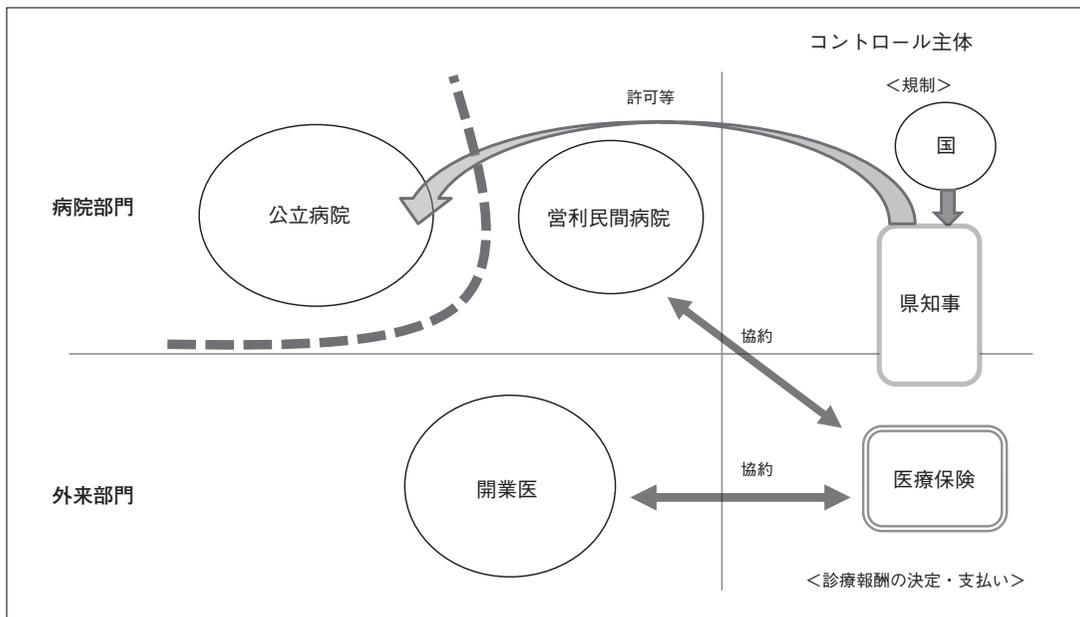
このように異なった制度的環境のもとで公立・民間病院によって提供される病院医療の供給を調整し、人々の医療需要に適合させるため、1970年の病院改革法により保健医療地図 (carte sanitaire) が導入された。医療供給の計画化を通じて、病院が提供する医療を公的にコントロールしていくことが企図された。しかしながら、保健医療地図は十分に機能せず、病院の設立状況や病床数は地域によって大きな違いが見られた。

外来部門では、自由医療の伝統を受け継ぐ開業医が国や医療保険に対して大きな影響力を有していたが、1971年には、全国レベルにおいて医療保険の金庫と医師組合が診療報酬等について合意する全国協約が導入された。また、自由開業医制のもとで、より多くの医師が大都市やフランス南部において開業することを好んだため、人口に対する医師数の比率は地域ごとに大きく異なる状況が見られた。

## (3) 1980年代の医療供給のコントロール体制

図1は、1980年代の医療供給のコントロールの特徴を単純化し、整理したものである。まず、医療供給を「病院部門（公立病院と営利民間病院）<sup>5)</sup>」と「外来部門（開業医）」に区分した上で、医療供給の各コントロール主体の位置づけを、「規制」と「診療報酬の決定・支払い」という役割に注目しながら大まかな整理を行っている。コントロールの主体や方法に着目した場合、その違いを示す境界線を公立病院とそれ以外の供給者との間に引くことができる。つまり、前者に対しては国と県知事等による直接的なコントロールが行われたのに対して、後者に対しては、医療保険との協約を通じて行われるコントロール

図1 1980年代の医療供給のコントロール体制



出典：著者作成。

が中心であったといえる。

## 2. 病院医療のコントロールの統一 (1990年代)

### (1) 1991年病院改革法

1990年代にはフランスの医療保障システムに関する改革が継続的に実施され、大きな変化が生じた。1980年代末の医療保障システムは、医療保険財政の悪化、公立病院と民間病院の制度的不均衡、医療供給の地域的な偏り等の構造的な問題を抱えていた。

このようななか1991年に制定された病院改革法によって、病院医療供給を統一的にコントロールするための制度的な枠組みが整えられた。従来保健医療地図に加えて、住民の医療需要を充足するために必要な医療供給の変化を促すための道具として、新たに地域圏保健医療組織計画(SROS)が導入された<sup>6)</sup>。また、同法により、公立病院と民間病院では異なっていた許可制度が統一されるとともに、従来、無期限であった許可には5年の期限が付されることとなった。新

たな許可制度において病院の設立や拡張等についての許可が与えられるのは、保健医療地図で定めた住民の医療需要を満たし、SROSに定められる目標に合致する場合である。さらに、営利の民間病院に対して財政的な制約を課す「数量化された全国目標 (objectif quantifié national)」が導入された。

なお、外来部門(開業医)においても、1993年から数値化された目標を設定することによる財政的な制約の導入が試みられたが、様々な問題が生じてうまく機能せず、2000年代初めには外来部門の医療費を数量的に制御する仕組みは存在しない状況となった<sup>7)</sup>。

### (2) 1996年社会保障改革

続いて、「ジュベ・プラン」に基づく1996年の社会保障改革により、医療保障システムに大きな影響を与える二つの重要な変化がもたらされた。その一つは、社会保障財政法の導入である。社会保障財政法は、社会保障財政の均衡を実現するために、毎年、議会において社会保障財政について審議し、社会保障制度の収入見通

しや支出目標等について定めるものである。医療保険に関しては、毎年の社会保障財政法において全国医療保険支出目標 (objectif national de dépense d'assurance maladie : ONDAM) が定められ、支出総額の目標値が設定されることとなった。

もう一つは、地域圏病院庁 (agence régionale de l'hospitalisation : ARH) の創設である。ARH は、病院医療供給をコントロールするために各地域圏に設置され、それまで県や国、医療保険に分散していた責任や権限を統一的に担う公的機関である<sup>8)</sup>。公立・民間のすべての病院にとってARHは唯一のコントロール主体となった。医療保険は、ARHの執行委員会のメンバーとして、医療供給のコントロールに関わる位置づけとなり、それまで有していた営利の民間病院への直接的な影響力を失った。ARHは、医療供給のコントロールを効果的に行うためのツールとして、SROSや許可制度、目標と手段に関する複数年契約 (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens : CPOM) を用いた。1991年の導入時に

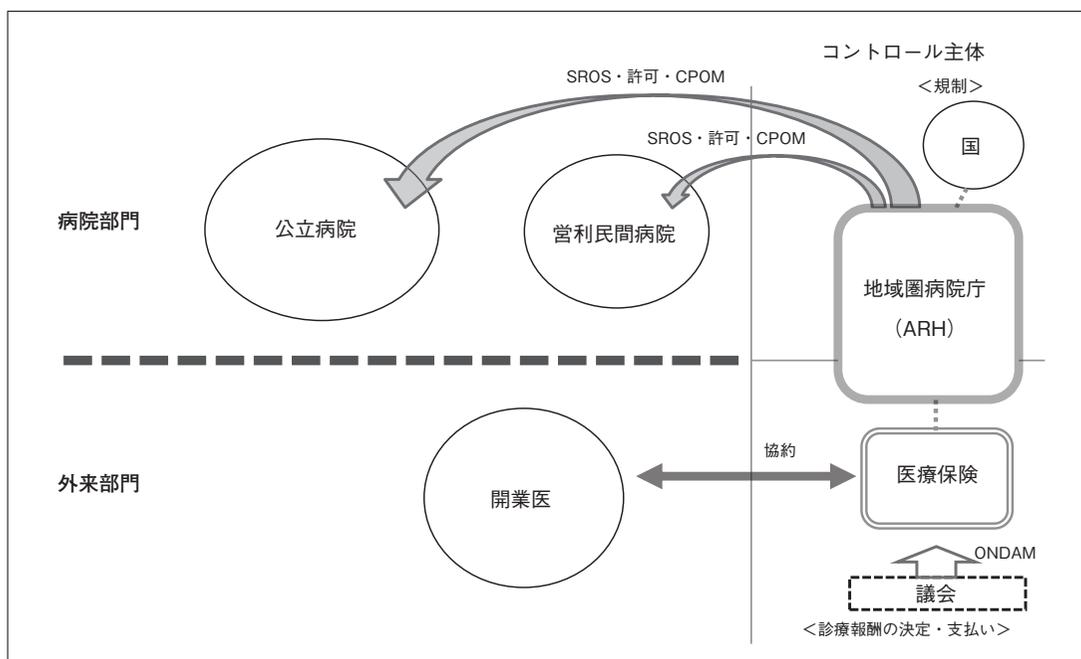
は「目安」とされていたSROSは、1996年社会保障改革によって拘束力を持つようになり、より効力のあるコントロール手段となった。また、ARHと各病院との間で締結されるCPOMを通じて、病院医療のコントロールの実効性が担保される仕組みとなった<sup>9)</sup>。

さらに、1996年社会保障改革によって全国医療認証評価機構<sup>10)</sup>が創設されると、医療を「質」の面からコントロールするための施策が強化されていった。この後、医療供給政策における「質」のコントロールの重要性が高まっていく。

### (3) 1990年代の医療供給のコントロール体制

病院部門において公的なコントロールが統一され、強化される一方で、外来部門では依然として相対的に自由な活動が展開されていた。1990年代には、医療政策上の課題に対応するために部門を越えた連携の必要性が明らかとなっていたが、これらの二つの部門間の連携や調整は不十分なものでしかなく、医療供給体制は分断されている状況であった。

図2 1990年代の医療供給のコントロール体制



出典：著者作成。

図2に示されるように、医療供給のコントロール方法の違いを示す境界線もまた、病院部門と外来部門の間に存在していたといえる。病院部門においては、ARHが許可等による規制の主体であり、診療報酬の決定者でもあった。これに対して外来部門では、従来のように医療保険が医師組合と対峙する仕組みであったが、医療保険と民間病院の関係は間接的なものとなった。また、ARHと医療保険による診療報酬の決定や支払いに対して、議会が財政的な制約を課す仕組みが導入されたことも重要な変化であった。

### 3. 医療供給の包括的なコントロール (2000年～)

#### (1) 地域圏保健庁の創設

1990年代の諸改革により、病院医療供給のコントロールは効果的に行われるようになったが、依然として対応すべき政策課題が残されていた。とりわけ、質の確保された医療へのアクセスを改善すること、および医療保障システムの効率性を高めることは最優先の課題であった。これらの課題に対応するために、2000年代に入ると、後述のように、医療の質を確保するための様々な改革や保健医療の供給者の連携を強化・促進するための施策が実施されていった。このようななか、広範囲に及ぶ保健医療政策を効果的に実施し、直面する政策課題に適切に対応するためには、地域圏において保健医療政策を統一的に担うことのできる主体が必要であると考えられるようになった。このような背景のもとで、病院改革等に関する2009年の法律（以下、2009年病院改革法）によって、地域圏保健庁（agence régionale de santé : ARS）が創設された。ARSは、各地域圏において保健医療行政に関わる諸組織（ARH、地域圏および県に置かれていた国の関連出先機関、医療保険の関連組織等）を統合し、地域圏の保健医療政策に関する権限と責任を一手に引き受ける行政機構である<sup>11)</sup>。

新たに創設されたARSのもとで、医療供給の

計画化の範囲と方法が見直された。ARSの長官によって定められる計画は「地域圏保健計画（projet régional de santé）」と呼ばれ、概ね5年にわたる目標とそれを達成するための方策が定められる。地域圏保健計画は階層的な構造となっており、最上位にあるのが地域圏保健医療戦略プランであり、当該地域圏における優先課題と全体目標が定められる。この戦略プランのもとで、具体的な三つの計画が策定される。それらは、地域圏予防計画、地域圏医療組織計画（SROS）（病院部門と外来部門）<sup>12)</sup>、および地域圏社会医療組織計画<sup>13)</sup>であり、医療供給に加えて、予防や社会医療の領域までが計画の対象に含められた。医療供給のコントロールの対象も病院部門のみならず、外来部門にまで及んでいる<sup>14)</sup>。

#### (2) 医療の質のコントロール

医療の質の確保は、近年ますます重要な政策課題となっており、そのための施策の拡充が進んでいる<sup>15)</sup>。病院部門においては、医療の質を改善するために「認証（certification）」<sup>16)</sup>の手続きを行うことが1996年に義務化された。認証は、病院の運営と活動全体に関わる外部評価の手続きであり、これを通じて病院は、医療の質と安全を改善することを求められる。2004年に高等保健機構（haute autorité de santé : HAS）が創設されると認証制度は強化され、従来は5年ごとに実施することとされていた認証手続きは4年ごとに短縮された。認証の内容や方法はHASによって絶えず見直しが行われ、手引きの改訂が繰り返し行われている。

また、2004年には医師を対象とする「認証（accréditation）」が制度化された。これは、病院で医療を提供する医師の医療実践・行為に関連したリスクを予防し、削減するために実施される任意の手続きである。HASは医師の認証制度全体を統括する役割を担っている<sup>17)</sup>。

さらに、2009年病院改革法によって、「継続的な職業発展（développement professionnel continu）」と呼ばれる統一的な教育研修・評価

の仕組みが導入され、医師をはじめとする多様な医療従事者に対して義務化された。これは、従来、医療従事者が別々に実施していた医療継続教育研修と職業的実践評価を統合・簡略化することを通じて、それらの有効性を高め、実施体制の合理化を図るものである。

このように、2000年代以降、HASの影響のもとで、質の面から医療供給のコントロールを実施する体制が強化されていった。

### (3) 医療供給者の連携の強化

医療保障システムの効率性を高めるための様々な施策が実施されているが、なかでも医療供給者の連携を強化することは重要なテーマとなっており、そのための政策的な取組みが積極的に行われている。ここでは、多様な供給者の連携を可能とする制度的枠組みである医療協力連合（groupement de coopération sanitaire : GCS）に注目することとしたい。GCSは、公立病院、民間病院、保健医療センター、開業医、開業看護師等の医療供給者の柔軟な連携・協力を

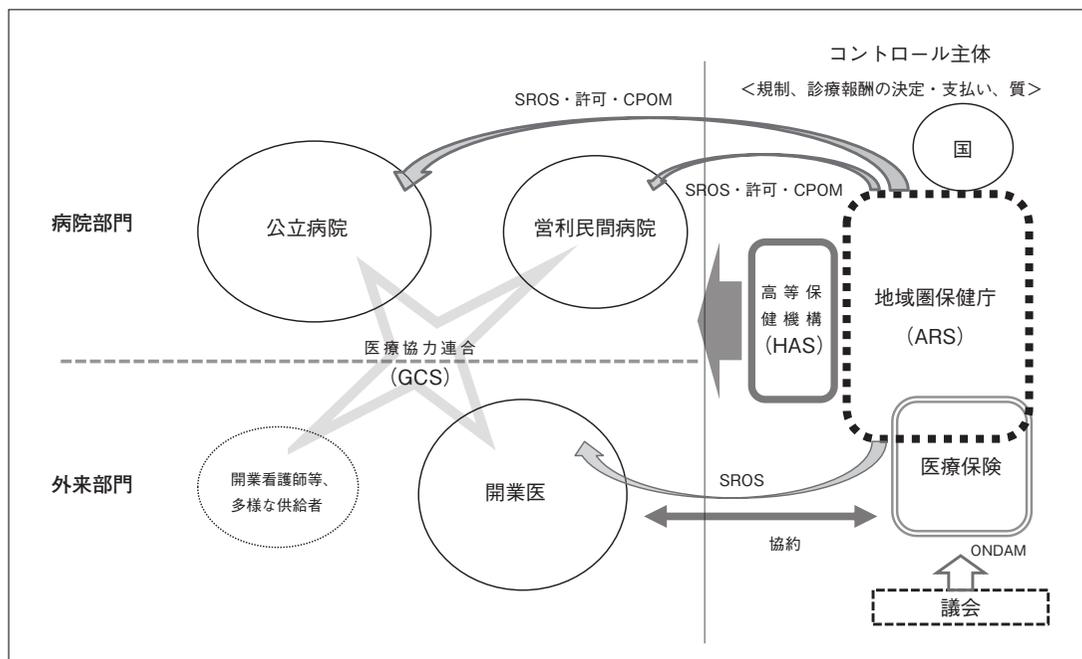
実現するための仕組みであり、その創設は任意である。各医療供給者はGCSに参加し、人材や場所、設備等を共有することができる<sup>18)</sup>。

GCS制度は1996年に導入されたが、当初はその対象は民間病院のみであった。2000年代に度々見直しが行われ、対象が大きく拡大された。最終的には、2009年病院改革法によってGCSの創設や目的、法的位置づけ、構成メンバー等に関する規定が再編された。同法は同時に、公立病院間の協力体制を強化するため、地域病院共同体（communauté hospitalière de territoire）の仕組みも導入した。今日では、とりわけGCSを通じた供給者間の連携が大きく発展しており、病院部門と外来部門の境界にあった垣根は取り払われつつあるといえる。

### (4) 2000年代以降の医療供給のコントロール体制

2000年代に実施された諸改革を通じて、医療保障システムはより柔軟で動的なものへと変化し、あわせて医療供給のコントロールは包括的

図3 2000年代以降の医療供給のコントロール体制



出典：著者作成。

なものとなった。図3に示すように、病院部門と外来部門とでは診療報酬払い等の面において違いはあるものの、コントロールの主体や方法の違いは今日ではかなり縮小されてきている。広範な保健医療政策の全体を統括するARSと、医療の質をコントロールするHASによって、質の確保された医療を効率的に提供するためのコントロールの体制が構築されている。

## おわりに

本稿では、1990年代以降のフランスにおいて生じた医療供給のコントロールに関する変化について検討してきた。検討を通じて、コントロール体制が統一化・包括化の方向へ変化したことが明らかとなった。フランスで生じたこの20年余りの変化を日本との比較の視点から眺めると、その大きさに驚きを覚える。「なぜ、フランスでは短期間のうちに医療供給のコントロール体制の抜本的な改革を実現することができたのか」という問いに答えるためには、フランスの医療保障システムを取り巻く環境の変化とその背景をより多角的に検討する必要があるが、本稿では十分に論じることができなかった。

いかなる主体が、どのような責任と権限のもとでどのような方法で医療供給のコントロールを行うかは国によって異なるが、フランスにおいて実施された各時代の改革方策は、日本において医療供給をめぐる政策課題を検討する際の視座を提供するものである。

\*本稿は、JSPS科研費15H01920（「持続可能な社会保障制度構築のための病院等施設サービス機能に関する総体的比較研究」(研究代表者 加藤智章)）による研究成果の一部である。

## 注

- 1) 医療保険の一般化の過程については、松本 2012b:135-138を参照されたい。
- 2) 第二次世界大戦後の医療供給の拡大については、松本 2012b:166-182を参照されたい。

- 3) なお、公的な施設と類似の役割を担う非営利の民間病院は、公立病院と同様に入院日額に基づく報酬支払いが適用されていた。これは、非営利民間病院の財政的な安定を確保する役割を担った(松本 2012b:206)。
- 4) 営利の民間病院に対する協約料金としては、病院での滞在に関する費用に対応する包括的な一日当たりの定額料金、手術室・分娩室の費用、および高額薬剤の一日当たり定額料金が定められていた。これらには医師の診療報酬は含まれておらず、病院内で実施される医療行為は、開業医と同様の規則に従って別途支払われる仕組みであった(松本 2012b:207-208)。
- 5) 非営利の民間病院は、医療供給のコントロール体制においては公立病院と営利民間病院の中間に位置づけられるが、1970年代以降、多くの非営利民間病院が公的病院サービスを担い、公立病院と同様の報酬支払いが適用されていたことなどを踏まえると、より公的病院に近い位置づけであったと考えられる。
- 6) SROSは、量的な供給目標を定める保健医療地図を踏まえつつ、それを実現するための病院等の医療提供組織の最適な地理的配分を定めるものである。その付属書では、SROSで描かれた理想的な状態に到達するために必要であると考えられる病院の設立、再編、転換、廃止が示された(松本 2012a)。
- 7) 外来部門における医療費の総枠抑制の試みについては、松本 2012b:270-273を参照されたい。
- 8) 地域圏病院庁は、管理運営と財政面における自律を付与された公法上の法人であり、その執行委員会は国と医療保険組織の代表者によって構成された。
- 9) CPOMには、SROSを踏まえた病院の戦略的方針、医療の質や安全性の改善目標、公衆衛生政策に関する実施目標、入院給付の料金(営利民間病院の場合)等が盛り込まれ、これを遵守することが求められるため、医療供給のコントロールを病院活動に直接的に浸透させるための手段となった(松本 2012b:276-277)。
- 10) 全国医療認証評価機構は、病院の認証手続きを推進する役割を担った。また、不必要な治療や処方を排除することを目的とした適切な医療実践の基準である「拘束力をもつ医療指標」を作成し、その適用を推進する役割も担っていた。

- 11) ARSの法的地位は、行政的性質の国の公施設法人(établissements publics de l'État à caractère administratif)である。ARSの前身となったARHの法的地位が、医療保険と国を結びつける公益団体(groupements d'intérêt public)であったことを考慮すると、ARSの創設は国の役割を強化したことを示している(Couty et al. 2009 : 312)。
- 12) 医療供給に関する新たな計画は、schéma régional d'organisation des soins であり、従来(schéma régional d'organisation sanitaire : SROS)と同様にSROSと略される。新たなSROSは旧SROSでは対象となっていなかった外来部門を含む。
- 13) 地域圏社会医療組織計画が対象とするのは、障害者施設、職業リハビリテーション施設、要介護高齢者入所施設、障害者施設、依存症の社会医療組織である。
- 14) 外来部門では、とくに医療が不足している地域での医師の開業を推進することが課題となっているが、現在のところ、実施されているのは自由開業医制を前提とした奨励策であり、強制的な手段は用いられていない。
- 15) 1990年代以降の医療の質の確保に関する政策については、松本2013を参照されたい。
- 16) 病院の「認証」を表す言葉としては、当初「accréditation」が用いられていたが、2004年以降、これは医師の認証を表す言葉として用いられている。
- 17) HASは、リスクを孕む出来事の情報収集・分析し、科学的に承認された方法に従って医療の質と職業的実践の標準を定め、その普及と活用を促進を図る役割を担っている。
- 18) GCSについては、松本勝明(編著)他 2015: 156-157参照。
- 画の導入と展開—医療への平等なアクセスの実現を目指して—国立社会保障・人口問題研究所『海外社会保障研究』No.178, 81-91頁。
- ・松本由美 (2012b) 『フランスの医療保障システムの歴史の変容』早稲田大学出版部。
  - ・松本由美 (2013) 「フランスにおける医療の質の確保に関する政策」『熊本大学教育学部紀要』第62号、275-281頁。

#### 参考文献

- ・Couty, Édouard et al. (2009) La loi HPST regards sur la réforme du système de santé, Presses de l'EHESP.
- ・松本勝明(編著)、加藤智章、片桐由喜、白瀬由美香、松本由美 (2015) 『医療制度改革 ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社。
- ・松本由美 (2012a) 「フランスにおける保健医療計

## 特集 I：病院を巡る動向

# 韓国の病院 —特徴と今日の課題—

小樽商科大学教授

片桐 由喜

Katagiri Yuki

韓国では1989年に国民皆保険を達成して以来、医療サービスの供給と、その利用が大幅に増え、国民の健康増進に大きく寄与してきた。しかし、この間に高齢化が進行し、従来の医療供給体制が時代のニーズに合わなくなっている。加えて病院は競争にさらされ、適正な機能分化が果たせず、こうした状況が効率的な医療費支出を妨げている。これらの課題を解決するために、多様な改革が検討、推進されている。

### はじめに

韓国の国民皆保険は1989年に都市地域住民が医療保険法の強制被保険者となったことにより達成された<sup>1)</sup>。わが国に遅れること約30年である。韓国の公的医療保険制度は日本法の影響を強く受け、日本と類似した制度構造がみられる一方、近年は韓国独自の医療保障体制を構築してきている<sup>2)</sup>。

韓国の2014年現在の高齢化率は12%であり<sup>3)</sup>、日本の半分程度である（日本は同年26%<sup>4)</sup>）。ただし、韓国の高齢化のスピードは日本よりも早く、7%から14%までに要する期間は18年（日本は24年）、14%から20%までは8年（同12年）である（2018年には14.5%、2026年に20%になると予測）。そして、2040年の高齢化率は32.3%であり、日本と同水準にまで達するとされる（日本は同年36.1%）。

ところで、現在、日本は地域医療を高齢社会に適合する形に再編するべく、各都道府県は地域医療構想の策定に追われている<sup>5)</sup>。同構想の目的は地域内医療需要の必要量をふまえ、医療機能のさらなる役割分担、連携を推進することである。高齢社会の深化などが医療供給体制の

変容を必要としている。

韓国においても急速な高齢化や疾病構造の変化など、日本と類似した課題に直面している。しかし、そのための対策は端緒についたばかりである。

本稿では、医療保険制度と医療機関の関係、次に医療機関の種類と機能、そして、最後に病院などが直面している今日的課題を紹介する。

### 1. 当然指定制

日韓の医療保険制度を比べた場合、韓国の特徴として2つを指摘できる。1つは保険者一元化である。すなわち、韓国は1999年、既存の職域別医療保険制度を統合して、被保険者すべてを包摂する国民健康保険法（以下、国保法）を制定し、同法は保険者を国民健康保険管理公団1つと定めた<sup>6)</sup>。

もう1つの特徴が当然指定制である。日本の場合、医療機関が保険診療を担うためには厚生労働大臣に保険医療機関の指定を受けなければならない。また、保険医療機関で保険診療を行う医師らは厚生労働大臣の登録を受けなければならない。いわゆる二重指定方式である。ただ

し、この指定、登録はいずれも医療機関や医師らの申請に基づいて行われ、換言すれば、彼らには保険医療機関や保険医にならない自由が存在する。

他方、韓国の場合、医療法に基づき開設された医療機関はすべて自動的に保険医療機関となり、それゆえ当然指定制と呼ばれる。つまり、保険医療機関にならない自由がない。

### (1) 法的根拠

当然指定制は医療法、国保法などに明記されている用語ではなく、法解釈から導かれる制度概念である。この当然指定制の法的根拠は国保法（薬局の場合は薬事法）、医療法であり、以下のように規定する。

国保法42条①療養給付は次の各号の医療機関において実施される。この場合、保健福祉部長官は国益や国家政策にてらし、医療機関として不適切であると大統領令が定めた医療機関等は保険医療機関から除外することができる。

1号：医療法により開設された医療機関

2号：薬事法により登録された薬局

(以下、略)

同条⑤第1項、第2項、および第4項の保険医療機関は正当な理由なく療養給付を拒否することはできない。

上記条文から病院等は来院する患者に対し、保険診療を拒否することができないと解釈され、当然指定制の法的根拠となっている。

### (2) 沿革

韓国最初の医療保険法は1963年制定の医療保険法である<sup>7)</sup>。同法は保険者の申請に基づき保健社会部長官が特定の医療機関を指定して保険医療機関とする方式を採用した（同法39条2項）。ただし、当該保険医療機関には指定取消を請求することが認められていた（同40条1項）。

当時の診療報酬は低く、そのため指定取消を請求し、保険診療を行わない、つまり自由診療しか提供しない病院となることを選択する医療機関が少なからず存在した。まだ医療機関自体が少ないところに加えて、保険制度から脱退する病院が相次いだため、保険医療機関として診療を継続する病院などに患者が集中する、あるいは、患者が医療機関そのものへのアクセスすることが困難な事態が発生した。そこで、このような事態を解消するために、当然指定制の原型である強制指定制度が1979年に導入され、今日に至っている。

### (3) 合憲性

この当然指定制は医療機関に有無を言わずに彼らを国保体系の中に取り込むことであり、自由な医業経営を制約することである。これに関して、憲法裁判所は以下のように論じて、当然指定制（係争当時は強制指定制）が憲法上の権利を侵害せず、合憲である旨、判断している。

すなわち、憲法裁判所2002年10月31日決定（99헌바 76）は「一定割合の医療機関に一般医（筆者注：保険診療を行わない医師）として診療できる例外を許容すると、医療供給市場の自由競争に生き残ることができない医療機関は保険制度に残ることを選択し、良質の医療を提供できる競争力のある医療機関は保険指定を避け、自由診療を行う医療機関や一般医となることが予想される。そうすると、保険診療は、二流診療に陥り、その結果、多くの国民は高額の医療費を支払わなければならない自由診療を選択し、これは中産階級以上が医療保険制度からの脱退要求する事態を招来し、ともすると医療保険制度そのものを揺るがしかねない危険が生じる。

それゆえ、強制指定制度の例外を許容すると、医療保障体系の円滑な機能確保が保障できないとの判断が可能であり、立法者のこうした予測が明らかに誤っているとは言えない。したがって、強制指定制度に対する例外を許容しないことは最小限の原則に違反しない」として、強制指定制は憲法に違反しないと判示した<sup>8)</sup>。

なお、憲法裁判所は判旨中、将来的に公的医療機関の全医療機関に占める割合が現在の3倍以上に増加、または、保険適用率が8割を超えたときには当然指定制を廃止することが可能であると示唆する<sup>9)</sup>。

## 2. 医療機関の種類と現況

### (1) 医療機関の種類

医療機関の種類、開設等に関する根拠法は医療法である。同法3条が医療機関の種類とその分類基準を以下のように定める(表1)。なお、医療機関として医科、歯科、韓方<sup>10)</sup>、および助産を担う病院がそれぞれ定められているところ<sup>11)</sup>、本稿では医科を中心に紹介する。

表1の療養病院は長期入院を必要とする患者に、医療行為を提供するために設置された病床

を有する病院を言う。

また、上級総合病院になるためには表1のとおり、20科目以上の診療科目を有することに加えて、専門医養成機関であること、疾病群別患者構成比率が一定割合以上であることなど、いくつかの要件を充足することが求められる。2015年からの3年間、上級総合病院の指定を受けた病院は全国で43カ所である。このうち、14病院がソウルに集中する。

上級総合病院には、いわゆるビッグ5と呼ばれる大規模病院が含まれている。延世大ソウルセブランス病院(病床数2,048)、ソウル大学病院(1,786)、カトリック大学ソウル聖母病院(同1,332)、ソウルアサン病院(2,680)、およびサムソンソウル病院(1,982)である<sup>12)</sup>。

種類別医療機関数、および医療機関別病床数はそれぞれ表2、表3のとおりである。

表1 医療機関の種類

区分		主要患者	病床数	必要診療科目
医院		外来患者	30床未満	
病院	病院	入院患者	30床以上	
	療養病院		30床以上	
	総合病院		100床～300床	7科目以上
			301床～	9科目以上
上級総合病院		20科目以上		

出典：国民健康保険公団・健康保険審査評価院『2014年健康保険統計年報』(2015年10月)

表2 種類別医療機関数

	合計	総合病院	療養病院	病院	医院
2004	25,629	241、上級総合病院42	92	763	24,491
2009	29,379	269、上級総合病院44	777	1,262	27,027
2014	32,024	287、上級総合病院43	1,337	1,474	28,883

出典：保健福祉部『2014保健福祉統計年報』

表3 医療機関別病床数

	合計	総合病院	療養病院	病院	医院
2004	306,367	117,323	10,445	86,897	91,702
2009	442,654	130,601	89,503	130,788	91,762
2013	569,586	141,425	192,659	155,861	79,641

出典：保健福祉部『2014保健福祉統計年報』

## (2) 医療機関の設置

医療法上、医療機関を開設できる者は、医師、歯科医、韓方医、または助産師、医療法人、非営利法人などに限られている。そして、医療法人、および非営利法人は付帯事業として認められている葬儀場や駐車場の運営を含め<sup>13)</sup>、医業を行うに際し、営利を追求することが禁じられている（医療法施行令20条）。

医療機関の開設手続きは、医院を開設しようとする場合には、基礎自治体の首長である市長、郡守、または区庁長へ開設の届出を、また、病院開設の場合には広域自治体の首長である知事らの許可を得なければならない。

## (3) 医療機関へのアクセス

現在、韓国の医療機関は機能別に2つに分けられている。1次医療機関が医院、病院、および、総合病院、2次医療機関が上級総合病院である。また、わが国同様、患者の医療機関の受診は、ほぼフリーアクセスであり、上級総合病院で受診するときに限り、1次医療機関の紹介状が必要である（「国民健康保険療養給付の基準に関する規則」2条）。なお、わが国のような地域医療圏は設定されていない。

このような形態に至るまで紆余曲折を経ている。すなわち、国民皆保険の達成により、国民の医療費負担が軽減され、受診率が高まった。そして、日本同様、大病院志向が強く、軽症であっても近隣の医院を受診せずに、都市の病院に患者が集中する弊害が生じた。

政府は社会保険制度のもとで医療機関への受診行動が自由放任状態であれば、医療保険制度を維持することは困難であるとの認識に基づき、1981年、政府系研究機関である韓国人口保健研究院（現在の韓国保健社会研究院）に診療圏設定に関する研究を委託した<sup>14)</sup>。

1982年、同研究院は報告書『全国保険医療網編成のための調査研究』を公表し、そこでは以下のような提言を行った。

- ①診療圏を生活圏内の小診療圏、地方自治体単位の中診療圏、および、広域自治体単位

の大診療圏の3つに分ける。

- ②医療機関を機能に応じて1次医療機関（医院）、2次医療機関（病院、総合病院）、および、3次医療機関（大学病院、大型病院）に分類する<sup>15)</sup>。
- ③これら機能別医療機関を医療圏ごとに配置し、患者の受診行動モデルを提示する。すなわち、1次（小診療圏内の医院）、2次（中診療圏内の500床以下の病院、または総合病院）、そして、3次（大診療圏の500床以上の大学病院、または700床以上の大型病院）の順序で受診する。

1987年に公表された第二次報告書は、小診療圏は現実的ではないとして、医療圏を13の大診療圏と135の中診療圏に再編することを提案した。1989年の国民皆保険達成と同時に診療圏構想が実施段階に至り、最終的に診療圏は8の大診療圏と140の中診療圏に修正された。併せて、医療機関の機能別分類も1次医療機関と2次医療機関を1つにまとめ、2分類とした。

しかし、この受診モデルは国民の反発が強く、政府は1995年に大診療圏制度、1998年に中診療圏制度を撤廃した。

## 3. 今日の課題とその対策

韓国においても病院を中心とする医療機関は多くの課題に直面している。それらは高齢化や疾病構造の変化など日本と共通の社会変化が背景に存在する。これらのうち、本稿では、以下の4点について論ずることとする。

### (1) 急性期偏重の医療供給体制

わが国で現在、進行中の地域医療構想策定の目的の1つが入院医療機能が急性期に偏重している入院医療機能をあらため、医療供給体制を高齡社会や疾病構造の変化に適応させることである。そのため、医療機関を高度急性期、急性期、回復期、および慢性期の4機能に分類し、地域内需要に応じて医療体制を整備しようとする

るものである。

入院医療機能が急性期機能に偏重していることは韓国においても、大きく問題視されている。表4は韓国の人口1,000人当たり病院種別病床数の年次推移と、同病床数の2014年現在のOECD諸国間の比較である。病床数、急性期病床数について、日本が最も多く、それに韓国が続いている。

上述のとおり、韓国も高齢社会となり、高齢者の医療費が大きく増えている。2014年の高齢者一人当たりの医療費は全世代平均の3倍強、国保支出の3分の1は高齢者に要する医療費である<sup>16)</sup>。高齢者の医療ニーズは主として慢性疾患の治療であるところ、韓国においても現時点の医療供給体制は急性期に偏重しており（表4）、彼らの医療ニーズに対応していない。

これに関して、健康保険審査評価院と韓国保健社会研究院は急性期病院と療養病院の間に亜急性期病院（回復病院とも表現される）をおくことを提言している<sup>17)</sup>。ただし、具体的な政策は明らかではなく、亜急性期病院は現時点では研究途上である。

## (2) 療養病床の急激な増加

療養病院は医療法3条、3条の2において長期入院を必要とする患者を対象とする医療機関と定義されている。また、同法施行規則36条は

療養病院を「老人性疾患患者、慢性疾患患者、および、外科的手術後、または傷害後の回復期にある患者であって、主として療養が必要な者が入院する医療機関」と定義する。

ところで、表2、3のとおり、療養病院および、同病院病床数が激増している。韓国はこれらの指標に関して34のOECD国家中、1位である（表4）。これにはいくつかの要因が考えられる。

第1に急性期病院での治療は終え、回復療養を必要とする場合に、現行医療供給体制では療養病院に入院するしか選択肢がない。そして、急性期病院が前述のとおり増える中、そこから退院する患者の受け皿も増えることは当然の現象といえる。

第2は、2008年韓国版介護保険制度である老人長期療養制度が発足したけれども療養施設が不十分であるため、その代替として療養病院が利用されていることである。現に療養病院の2割は認知症治療を中心としていることが報告されている<sup>18)</sup>。

療養病院を施設代替とすることが可能であるのは、老人長期療養保険法の制定後も医療法が改正されないため、医療法上の療養病院と老人長期療養保険法上の療養施設の役割分担が明確ではないからである。これには療養病院が他の医療機関と比べて施設および人員基準が低いことも作用している<sup>19)</sup>。

第3に、後述するように経営難に直面した中小病院が需要を見込んで、療養病院へ転換したためである<sup>20)</sup>。現に療養病院に要する医療費をみると2013年度は前年比24.6%の増加である。他方、病院全体の増加率は9.8%であり、健康保険全体の支出のそれは6.7%である<sup>21)</sup>。

## (3) 病床規制なき医療供給体制

韓国においては病床が人口増加率を上回るペースで増えている。2009年と2014年の5年間を比べると人口増加率は2%に過ぎないのに対し<sup>22)</sup>、病床数は表3のとおり30%増である。この背景には、韓国における医療計画、ないしは病床規制の不在を指摘できる。

表4 人口1,000人当たり病床数

		病院	急性期 病床数	療養病床数 (65歳以上)
韓国	2003	5.1	4.2	2.1
	2007	7.3	5.1	13.8
	2012	10.3	6.1	27.4
OECD	アメリカ	3.1	2.6	0.6 (アメリカのみ2010年)
	ドイツ	6.3	5.4	-
	日本	13.4	7.9	11.1
	イギリス	2.8	2.3	-
	フランス	5.3	3.4	3.0
	平均	4.8	3.3	4.3

出典：保健福祉部「2014 保健福祉統計年報」、OECD, 'Health Data 2014'.

この点に関して、医療圏同様、かつて医療資源についても計画的配分構想があったけれども、実現しないままに頓挫した<sup>23)</sup>。1985年、「地域別医療機関開設許可の制限等に関する規則」が「地域別必要病床数に応じた」「医療機関の適正配置と効率的な利用を目的」として制定された<sup>24)</sup>。同規則は既存の病床数が必要病床数を著しく超過し、病床の新設、増床を禁止する必要がある地域を禁止地域とし、禁止地域内では医療機関開設許可を出さない旨を定める。

しかしながら、1989年、国民皆保険の達成により医療需要が急増し、入院施設が不足したため、政府は病床数に対する計画配置を撤回し、1999年には同規則を廃止した。以来、医療計画や病床規制がなく、医療機関の開設や病床増設は自由放任といってよい状況におかれている。

この状況は2つの副作用をもたらしている。

1つは医療機関間の競争において優位に立つため、多くの医療機関が高機能医療機器を備え、医療法上、想定されている機能分担が有名無実化したことと(表5、表6参照)、これが医療保険財政と患者にとって重い医療費負担となっていることである。

もう1つは上述のような競争に後れをとり、病床稼働率の低さや過剰な設備投資に見合うだけの収益を得ることができないがゆえに廃業する医療機関の増加である(表7)。とりわけ供給過剰と指摘される中小病院の廃業が多いことが報告されている<sup>25)</sup>。

#### (4) 付添い看護問題

最後に付添い看護問題を取り上げる<sup>26)</sup>。この

表5 高額医療機器 医療機関別設置現況

		計	総合病院	病院	医院
CT	2008	1,788	529	679	572
	2013	1,891	643	703	507
MRI	2008	855	409	294	152
	2013	1,228	482	543	199

出典：韓国保健産業振興院『2014 保健産業白書』(2015年)

表6 人口100万人当たり高額医療機器数 現況

		CT	MRI
韓国(2012)		37.1	23.5
OECD	日本(2011)	101.3	46.9
	アメリカ(同上)	40.9	34.5
	フランス	13.5	8.7
	イギリス	8.7	6.8
	平均	24.1	14.0

出典：同上

表7 病院種類別 廃業率

	廃業/病院数、廃業率			
	2009		2010	
病院全体	119/2360	5.0%	262/2429	10.8%
総合病院	7/317	2.2%	13/317	4.1%
病院	115/1264	9.1%	135/1287	10.5%
療養病院	77/779	9.9%	114/825	13.8%

出典：全国保健医療産業労働組合『大韓民国医療革命』(살설텀터, 2015年)303頁。

問題は医療供給体制や医療機関の機能分担に関わる問題ではない。しかしながら、病院入院時に直面する深刻な問題であり、かつ、最近、大きな改革が実施されたことから本稿において紹介するものである。

日本は1996年4月、健康保険法改正により付添い看護を廃止し、いわゆる完全看護が実施されるようになった。廃止の背景には付添い人に要する重い経済的負担、付添い人による不適切な看護などがあった。一方、韓国は、まだ完全看護が施行されておらず、かつての日本同様、付添いは誰がするにせよ、患者とその家族にとって様々な面で重い負担になっている。

韓国政府は、いわゆる「保護者のいない病院」を目指し、最終的には付添い看護を日本同様に廃止し、包括看護サービス制度（完全看護と同旨）の導入を目指している<sup>27)</sup>。そのための準備が2010年から進められてきた<sup>28)</sup>。

2013年には国庫を財源として包括看護サービスの試験事業を始めた（2013年には13病院、2014年には35病院が参加）。2015年からは健康保険財源を用いる試験事業に転換し、現在、急性期病院を中心に実施されている。この場合、患者は看護費用の5割を自己負担する。2017年からは包括看護サービスを順次、地方の病院に普及させる予定である。

包括看護サービスの試験事業により看護師不足、診療報酬の設定水準など新たな問題も生じている。しかしながら、家族や付添い人による看護がもはや困難な今日、この改革は強力に進められていくと思われる。

## まとめにかえて

2013年に発足した現政権、第18代大統領朴槿恵政府は、「140大 国政課題」を就任時に発表し、向こう5年間の施政方針を示した<sup>29)</sup>。その中の49番目に「健康の質を高める保健医療サービス体系の構築」項目がある。これに基づき政府は高齢者医療と関連させながら、亜急性期（回復）病院体系の構築、「医療+療養+生活の統合

サービス（筆者注：「医療+介護+福祉の総合サービス」と同旨）」の活性化など高齢社会に適合した医療供給体系の形成を目指すことを宣言している。

政権の折り返し地点を経て、今後、病院改革を含む上記課題に対しどのような対策が講じられるかを注視したい。

## 注

- 1) 本稿では、特にことわりのない限り医療保険と言えば公的医療保険を言うこととする。
- 2) 韓国医療保険制度の概要、社会保障法制度における日本法の影響等について、拙稿「韓国・占領体制下における社会保障制度」商学討究55巻2/3号(2004年)143～175頁、同「韓国・社会保障法制の基盤形成過程－所得保障制度を中心に－」同56巻1号(2005年)57～112頁、また、医療保障制度の概要については、同「第4章 韓国」加藤智章・西田和弘編『世界の医療保障』（法律文化社、2013年）64～82頁等、参照。
- 3) 韓国統計庁「2014 한국의 사회지표(韓国の社会指標)」(2015年)。
- 4) 厚生労働省『平成27年度 高齢社会白書』。
- 5) 2014年に成立した医療介護総合確保推進法によって医療法が改正され、各都道府県には改正医療法30条の4第7項、第8項に基づき、2017年度末までに地域医療構想を策定することが課された。
- 6) これに対し日本は、約3,400の保険者が存在する(国保保険者1,881、健保組合1,431、協会けんぽ1、および、共済組合85(2013年度現在))。
- 7) 同法は保険者を職場ごと、地域ごとに設立するとした。しかし、その設立、および加入は任意であった。強制加入制度が始まるのは同法を全面改正した1977年からであり、最初の適用対象は従業員500人以上の事業場の被用者である。
- 8) 同旨判例として、2014年4月24日決定(자2012 헌마 865)、等。
- 9) 2012年12月現在、韓国の医療機関の93.8%、病床数の88.1%を民間医療機関が占める(保健福祉部『2014 保健福祉統計年報』)。また、医療費に対する国保保障率は62.5%である(韓国国民健康保険政策研究院)。
- 10) 西洋医療とは独立して韓方医療が提供され、

- 韓方医の養成、国家試験も別個に実施される点が日本と大きく異なる点である。
- 11) この他に地域保健法が管轄する保健所、保健医療院、「農漁村等保健医療のための特別措置法」による保健診療所がある。
  - 12) 病院数の出典は、明治大学国際総合研究所・ドゥリサーチ研究所「平成26年度 新興国マクロヘルスデータ、規制・制度に関する調査(韓国)」(2015年)。日本において単体病院として最大病床数を有する藤田保健衛生大学病院の場合、1,454である。人口比から見ても(日本の人口は約1億2,000万人、韓国の場合は約5,000万人)、ビッグ5病院がいかに多くの病床数を有しているかがわかる。なお、アサン病院は現代グループ、サムソンソウル病院はサムソングループに属する財閥系病院である。
  - 13) 付帯事業に関しては、鄭在哲「韓国の医療営利化論争」『早稲田商学』439巻1145～1163頁参照。
  - 14) 医療機関へのアクセスに関わる叙述は、主として이규식(イキュシク)「보건의료정책 뉴 패러다임(保健医療政策 ニューパラダイム)」(계축문화사, 2015年)329～344頁に依拠している。
  - 15) 3次医療機関の名称は、2000年に総合専門療養機関とされ、2009年に現行の上級総合病院に変更された。
  - 16) 国民健康保険公団・健康保険審査評価院『2014年 健康保険統計年報』(2015年10月)。
  - 17) 健康保険審査評価院は国保法に根拠を持つ特殊公法人であり、診療報酬と療養給付の適正性を審査する。同院による提言は「医療審査評価 先進化戦略 実行報告書」(2013年)にまとめられている。また、韓国保健社会研究院の提言は「研究報告書 保健福祉国政課題 推進現況と政策課題」(2014年)に詳しい。
  - 18) 韓国保健社会研究院・前掲注(16)76頁。
  - 19) たとえば、医師の配置は入院患者40人に1人、看護配置については3分の2の範囲で看護助手をおくことが認められている。また、臨床検査室やレントゲン室の設置も義務付けられていない。
  - 20) 全国保健医療産業労働組合『大韓民国医療革命』(살실립터, 2015年)309頁。
  - 21) 韓国保健社会研究院・前掲注(16)84頁。
  - 22) 保健福祉部『2014 保健福祉統計年報』。同統計によれば2035年から韓国は人口減少時代に入る。
  - 23) 이규식(イキュシク)・前掲注(13)362～368頁。
  - 24) 「지역별의료기과 개설허가제한 등에 관한 규칙」보건사회부령(保健社会部令) 763号。当規則は国家記録院<http://archives.go.kr/next/viewMain.do>よりダウンロード(2015年11月9日)。
  - 25) 全国保健医療産業労働組合・前掲注(16) 303頁。なお、日本では2013年度に休廃業・解散した医療機関は303件で、2006年で最多とのことである。このうち、病院の休廃業・解散は20件である。2012年度の病院数が8,565であること勘案すると、2013年度の病院休廃業率は0.2%前後と推定される(帝国データバンク「医療機関の休廃業・解散動向調査」(2014年6月))。
  - 26) 付添い人、選択診療、および、差額ベッドは三大非給付と呼ばれ、患者らの経済的に大きな負担となっている。現政権発足直後に改革にむけた作業が始められ、そのための組織として国民幸福医療企画団が構成された。現在、改革が進行中である。
  - 27) 包括看護サービス導入に関する詳細な検証については、韓国病院経営研究院「포괄간호서비스제도 도입의 정책과제(包括看護サービス制度導入の政策課題)」(2015年)を参照。
  - 28) 全国保健医療産業労働組合・前掲注(19) 440～451頁。
  - 29) 大統領府青瓦台ブログ<http://blog.president.go.kr>よりダウンロード(2015年11月9日)。

## フランスにおける超過報酬請求権に関する規制

北海道大学大学院教授

加藤 智章

Kato Tomoyuki

1990年代以降における医療費抑制策の推進は、医療アクセスの保障あるいは医療の質の確保という考え方が浸透してきた過程でもある。他方、フランスは伝統的に医業の自由を尊重してきた。医療協約で定める診療報酬を上回る超過報酬請求権の行使もその一例である。本稿は、医業の自由とも抵触する領域において医療費抑制を図ろうとするフランス版成果報酬制度である医療行為改善契約・治療アクセス契約を検討する。

### はじめに

フランスにおける外来診療は、以下のような三つの特徴を持つ。第一に外来診療は開業医が担うことであり、第二にわが国の療養費と同じように償還払い方式を基本とすることである。そして第三の特徴は、外来診療を担当する開業医はその資格に応じて、医療協約で定める診療報酬を上回る超過報酬請求権の行使が認められていることである。

このような特徴は、フランスが医業の自由を尊重してきた成果ともいえる。しかし近年、積極的に展開されている医療費抑制策は、医業の自由に対して大きな変革を迫っている。ひとつは、現在、元老院で審議中である保健システム現代化法案 (projet de loi de modernisation de notre système de santé) において、外来診療の支払方式について、償還払い方式から療養給付方式 (tiers payant : これを直訳すると第三者支払方式となる) への全面移行が企図されている<sup>1)</sup>。いまひとつは、医療行為改善契約 (Contrat d'amélioration des pratiques individuelles : 以下CAPIと略す) あるいは治療アクセス契約 (Contrat d'accès aux soins : 以下CASと略す)

に基づき、超過報酬請求権行使に対する規制策が導入されている。保健システム現代化法案の帰趨も大変注目されるが、以下ではCAPIおよびCASによる医療費抑制策を検討する。なお以下では、社会保障法典をCsp、公衆衛生法典をCsp.と表記する。

### 1. 医療保障体制の概要

#### (1) 全国医療保険支出目標

フランスは、1997年から社会保障制度に関する具体的な政策を示すとともに、各部門の収支状況を明らかにする社会保障財政法律を制定している。この社会保障財政法律は、社会保障政策や保健医療政策の方針を承認し、医療、老齢、労災および家族の各部門ごとに収入の推計額と支出の目標額を決定する。あわせて、①広い意味で公財政に属する国家政策と整合した医療保険の年間支出目標を作成し正当化する、②実施しなければならない医学的抑制策および部門別規制策に関する財政枠組みとその根拠を示す、という二つの目的から、全国医療保険支出目標 (Objectif national des dépenses d'assurance maladie : 以下ONDAMと略す) を

表1 ONDAM（全国医療保険支出目標）の推移（単位：億ユーロ）

年度	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
目標額	915	936	960	1,004	1,057	1,128	1,235	1,297	1,345	1,407
実績額	914	951	976	1,030	1,088	1,167	1,247	1,310	1,349	1,413
差異	+1	-15	-16	-26	-31	-39	-12	-33	-4	-6

年度	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
目標額	1,448	1,520	1,576	1,624	1,671	1,712	1,754	1,792	1,823
実績額	1,476	1,529	1,581	1,618	1,671	1,708	1,749	1,783	****
差異	-28	-9	-5	+6	0	+4	+5	+9	****

表2 ONDAMの下位目標額（2009年以降・億ユーロ）<sup>2)</sup>

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
開業医	732	752	773	789	805	811	830
病院部門	696	712	729	746	765	755	769
合計	1,576	1,624	1,671	1,711	1,754	1,791	1,823

定めることとした。

ONDAMは、制定当初の1997年こそ目標額を下回ったが、その後は実績額が目標額を大きく上回り、その有効性を疑問視されていた。しかし、近年、目標額と実績額との均衡に成功している。これは、地域圏保健庁（ARS）と病院施設との間で締結される「目標と手段に関する複数年契約（Contrat Pluriannuels d'Objectif et de Moyens：以下CPOMと略す）」や本稿で検討の対象とするCAPIやCASの導入が一定の成果を上げているためと考えられる。

## （2）医療組織の機能分化

フランスは医師、医療組織の機能分化が進んでいる。ここでは、以下の四点を指摘しておきたい。①開業医は外来診療、病院は入院診療を担当するという業務分担が確立している。②ゲートキーパーとしてのかかりつけ医が2005年7月1日から導入された。フランスでは、ドクターショッピングやはしご受診が医療費の増加要因であるとされており、一般医・専門医、開業医・勤務医の別なく、被保険者と医師との合意のもと、被保険者の所属する金庫に“かかりつけ医”を登録する制度を設けた<sup>3)</sup>。③開業医・勤

務医を問わず、医師は一般医と専門医とに別れる。この区分は、クラス分け試験によるもので、研修期間や診療報酬の違いに反映される<sup>4)</sup>。なお2013年1月1日現在、フランスにおける医師の総数は21万8,296人であり、このうち一般医は10万1,803人、専門医は11万6,493人である<sup>5)</sup>。④開業医は、診療報酬を定める医療協約との関係で、協約に拘束されるsecteur（セクター）1の医師と協約に定める報酬額以上の超過報酬請求権を行使することのできるsecteur 2の医師とに分かれる（以下では、単にsecteur 1、secteur 2と表記する<sup>6)</sup>）。

## （3）フランス外来診療における三つの特徴

フランスの外来診療は、以下の三点で日本とは大きく異なる特徴を持っている。

第一に、外来診療は開業医が担う。わが国における保険医療機関や保険医の指定登録というシステムは存在せず、一般医であれ専門医であれ、開業地を管轄する医師会に登録することによって開業することができる。そして外来診療の診療報酬は、保険者側と医師側との交渉によって決定される（Css.L.162-5）。保険者側の交渉当事者は全国医療保険金庫連合（Union nationale des caisses d'assurance maladie：以

下、UNCAMと略す)である。この組織は、主要な医療保険制度である一般制度、自営業者社会制度および農業制度の連合組織である。医師側の交渉当事者である医師組合は、加入を強制され懲戒権を有する医師会 (Ordre) とは異なる組織であり、複数の医師組合が存在する。医療協約は、UNCAMと一つあるいは複数の医師組合との合意によって成立する。有効期間は5年であり、現行協約は2011年9月22日に締結されており、2016年には新たな協約交渉が行われる。

第二は、償還払い方式が基本と位置づけられていることである。

わが国の場合、外来診療も入院診療も、療養の給付が原則的な給付であり、例外的に療養費の支給が認められている。療養の給付は、われわれが日常的に経験しているように、医療機関の窓口で一部負担金を支払い、その余の費用は保険者が当該医療機関に支払う方式である。これに対して、療養費は、被保険者が診療報酬の全額を医療機関に支払った後、保険者が報酬支払額の一部を被保険者に払い戻す方式である。このように、被保険者の支払った報酬額の一部を保険者が払い戻すシステムを償還払い方式という。

日本の取扱いとは逆に、フランスの外来診療では償還払い方式が原則とされ (Css.L.322-1)、例外的に療養給付方式 (Css.L.162-21-1 等) が適用されている。

第三は、超過報酬請求権が認められていることである。先に述べたように、開業医は医療協約との関係で、secteur 1 とsecteur 2 に分類される (現行医療協約35-1条)。secteur 1 の医師は医療協約に定める診療報酬額に拘束されるのに対して、secteur 2 に分類される医師は医療協約に定める額を上回る報酬を被保険者に請求することができる<sup>7)</sup>。このように、医療協約に定める報酬額以上の診療報酬を請求できることを超過報酬請求権という<sup>8)</sup>。なお、ただし、secteur 1 に対しては、医療協約を遵守する見返りとして、当該医師に関わる家族手当、医療保険および老齢補足給付にかかる保険料を、初級金庫が

負担する (Css.L.242-11、Css.L.722-4、Css.L.645-1 et s.)。

以上のような三つの特徴をまとめると、次のように説明できる。現行医療協約では、外来診療において一般医が行う診察の診療報酬は23ユーロとされており、かかりつけ医に受診することを基本とする。もし、かかりつけ医が一般医でかつsecteur 1 である場合、被保険者はかかりつけ医に23ユーロを支払う。その後、保険者から23ユーロの7割に相当する額 (16.10ユーロ) が払い戻される<sup>9)</sup>。これに対して、かかりつけ医が一般医であるもののsecteur 2 であれば、この医師は23ユーロという協約料に拘束されることはない。このため、医師と被保険者との話し合いで、例えば25ユーロとか30ユーロというように報酬額を決定することができる。30ユーロを医師に支払った場合、患者に払い戻されるのは以下の表に示すように23ユーロを基礎に算定される額である。ここから理解されるように、secteur 2 を受診する場合には、被保険者にとって一部負担金が増額することを意味する。

表3 かかりつけ医を受診する場合の払戻額等<sup>10)</sup>

一般医	協約料金	償還基礎額	償還率	払戻額	一部負担金
secteur 1	23€	23€	70%	15.10€	7.90€
secteur 2	自由料金	23€	70%	15.10€	7.90€ + a

#### (4) 医療アクセスの保障・医療の質確保の要請

大きな図式で言えば、1990年代以降の医療費抑制策の推進は、同時に、医療アクセスの保障あるいは医療の質の確保という考え方が浸透してきた過程といえることができる。

医療アクセスの保障は、健康の保護 (protection de la santé) を定める1946年憲法前文に基礎づけられる。この医療アクセスの保障を前面に打ち出したのが、普遍的医療給付制度を導入した1999年7月27日法である<sup>11)</sup>。この99年法は、「治療へのアクセスに関する不平等を根絶することが、社会的排除に関する戦いの主要な目標の一つである。」として、①フランスに「安定的かつ適法に居住する」者で、②当時で年7,521ユーロ

(約100万円弱)未滿の者を対象に、医療費の無料化を実施することとした。

次に、①診療システムの再編成、②科学的な基準に基づいた選択の必要性および③医療保険の財政再建を改革の柱とした2004年8月13日の法律もまた、医療アクセスの平等、医療の質および連帯がフランス医療制度の特徴であることを前提に、医療保険の構造的改革を行った<sup>12)</sup>。さらに、病院公役務という概念に代わり公役務的任務を導入し、医療供給体制の改革を行った2009年7月21日法は、医療の質にも配慮して、良質な医療への平等なアクセスの確保を強調した<sup>13)</sup>。すなわち、公役務的任務を担う医療施設(établissements de santé)は、すべての患者に対して良質な治療への平等なアクセス(égal accès à des soins de qualité)を保障することとされた(Csp.L.6112-3)。

このように、フランスはジュペプラン以降、医療費抑制策を強力に展開しているが、その一方で医療アクセスの保障を繰り返し強調している。

## 2. 開業医に対する医療の質保障 CAPI、CASの導入

フランスにおける医療供給体制は、開業部門と病院部門とに大別される。医療供給に対するコントロールは、医業の自由が尊重されてきた開業部門よりも、病院部門に注力されてきた。事実、地域圏保健医療計画を具体化する過程で、地域圏保健庁は目標と手段に関するCPOM、認証制度等を通して、医療の質を向上させる方策を充実させてきた<sup>14)</sup>。

CPOMでは、医療活動の内容・量、医療提供の質の確保、財政等に関する事項が盛り込まれ、それらが履行されない場合には制裁措置が予定されていることから、契約を締結する病院等にとっては大きな影響力を有している。これとらんで、公立・民間を問わず、すべての病院は高等保健機構の行う認証制度の対象となる。この認証制度は4年ごとに行われ、患者に提供される医療の質と安全を改善することを目的とし

ている。

以下では、地域圏保健庁や高等保健機構を中心として展開されている病院部門と比べると、立ち後れてきた感のある開業部門における医療の質を確保する方策を検討していきたい。具体的には、かかりつけ医を対象とするCAPI(医療行為改善契約)と、secteur 2を対象とするCAS(診療アクセス契約)を考察の対象とする。

### (1) 医療行為改善契約(CAPI)

CAPIは、イギリスで2004年から導入された成果報酬制度(QOF: Quality Outcome Framework)から着想を得て設けられたといわれる<sup>15)</sup>。

フランスでは、2008年社会保障財政法律に基づき2009年4月から実施されている。UNCAMの作成する契約のひな形に基づいて、初級金庫とかかりつけ医との間で有効期間3年として締結される<sup>16)</sup>。かかりつけ医であれば、secteur 1であるかsecteur 2であるかを問わない。かかりつけ医を当事者としていることから明らかなように、CAPIは、かかりつけ医を通じて、その担当患者を対象とする予防活動、慢性疾患の予防・調査を行い、あわせて処方最適化(optimisation des prescriptions)を実現するという三つの目的を持つ。

予防活動についてはインフルエンザワクチンの投与、乳がん検診、高齢者の多剤服用リスクの予防が行われ、慢性疾患の予防・調査の対象となるのは、糖尿病と高血圧症である。処方の最適化とは、例えばアスピリンの処方を抑えるなど高等保健機構の示すガイドラインに従った診療を行うことや、ジェネリックの処方を多くすることなどが求められる。

これらCAPIの契約項目に従った活動を行い、一定の成果を果たした場合、契約当事者である医師に対して、その活動成果に応じた報償金が支払われる。成果の算定は、それぞれの項目ごとに対象患者数であったり、処方量に関する評価対象数が定められる。これらの評価対象数をクリアした項目について、目標の達成度合いに応じて報酬が払われる。2009年5月の時点で

1万4,800人、2011年5月には1万6,000人の医師がCAPIに参加した<sup>17)</sup>。CAPIを実施した初年度は、契約を締結した医師の2/3が成果報酬を取得したとされる。目標達成率に応じた第1四分位の1,539ユーロから第4四分位の5,168ユーロが取得額の状況であり、成果報酬を取得した締結医全体では平均3,101ユーロの報奨金を得たとされる<sup>18)</sup>。また、会計院 (Cour des Comptes) の2013年度報告書によれば、かかりつけ医登録患者数3,571万0,457人から特定慢性疾患 (Affection de Longue Durée) の患者869万2,685人を除いた2,701万7,772人に対し、一人当たり5ユーロのかかりつけ医報酬を支給する場合、1億3,500万ユーロの費用が必要となるとの試算が示されている<sup>19)</sup>。

## (2) 診療アクセス契約 (CAS)

2012年12月、医療協約の第8付属文書に基づき、CASが設けられた。

CAPIの当事者がかかりつけ医と医療保険金庫であったのに対して、CASの一方当事者は、基本的にsecteur 2である。ただし、secteur 1であっても、恒常的超過報酬請求権を保有する医師、secteur 2となるための資格要件を満たしているものの2013年1月以前にはなおsecteur 1として開業している医師、あるいは2013年1月以降に新たにsecteur 1として開業する医師は、CASの当事者となることができる。もう一方の契約当事者は、開業地を管轄する初級金庫であ

る。契約期間は3年であり、更新可能である。また、締結した日を基準に一年単位で、受領通知書付き書留による通知によって、解約することができる。

### 1) 患者にとってのメリット

CASを締結した場合、締結医は、当該契約期間の3年間、診療報酬の料金を増額することはできないし、当該医師の2012年に行った診療活動における平均超過報酬請求率を遵守し (下回るもので) なければならない。このことは、診療活動に変化がないと仮定した場合、締結医の報酬は変化しないが、患者に対する医療保険の償還対象報酬額が増額されることを意味する。表4によって説明されている。

以上のように、CAS締結の前後によって報酬全額に変化がないとしても、医療保険の償還対象報酬額が引き上げられることに対応して、超過報酬請求率は引き下がる。しかし超過報酬請求額が8万ユーロから6万5,000ユーロに引き下がるため、償還総額すなわち保険給付として患者に払い戻される金額は増額することになる。これを患者の負担額という視点から見ると、以下の表が示される。

表5は専門医を受診した場合の患者負担額を示したものである。CASが導入された2013年以降、secteur 2に属する医師がCAS締結医とCASを締結しないsecteur 2に分かれたため、専門医には三つの類型が存在することとなった。

表4 CAS締結前後における超過報酬請求率等の変化<sup>20)</sup>

	報酬全額	償還対象報酬(1)	超過報酬請求額(2)	超過報酬請求率 = (2)/(1)	償還総額
契約締結前	230,000€	150,000€	80,000€	53.3%	105,000€
契約締結後	230,000€	165,000€	65,000€	39.4%	115,500€

表5 専門医を受診した場合の患者負担額等<sup>21)</sup>

<専門医>	請求料金	償還対象基礎額	償還率	償還額	患者負担額 <sup>22)</sup>
secteur 1	25.00€	25.00€	70%	16.50€	7.50€
CAS締結医	制約あるも自由	25.00€	70%	16.50€	7.50€ + a
secteur 2	自由	23.00€	70%	15.10€	6.90€ + a

secteur 1は協約料に拘束されるため25ユーロしか請求できないが、CAS締結医、secteur 2は協約料に拘束されない。しかし、secteur 2が基本的に自由に診療報酬額を設定できるのに対して、CAS締結医は制約された超過報酬請求権 (honoraires avec dépassement maîtrisé) を行使しうるに過ぎない<sup>23)</sup>。このため、医療保険から償還される金額と超過報酬請求権の面で、CAS締結医を受診した患者の負担は少なくとも減ることになる。例えば、同じくsecteur 2のサービスに対して30ユーロ支払った場合であっても、CAS締結医の場合には、25ユーロの3割に相当する7.5ユーロに償還対象額を超える5ユーロを加えた12.5ユーロが患者負担となる。これに対して、CASを締結していないsecteur 2を受診した場合の患者負担額は、23ユーロに対する負担額6.90ユーロに償還対象額23ユーロを超える7ユーロを加えた13.90ユーロとなる。

## 2) 締結医にとってのメリット

CAS締結医には以下の二点の利点がある。ひとつは、secteur 1にかかる改定償還料金が適用されることであり、いまひとつはCAS締結医の社会保険料の一部について、保険者が負担するものである。

改定償還料金はいくつかの項目から構成される。まず、85歳以上の高齢者にかかる多剤服用リスクの調査とその予防に対して支払われる調査協力金 (2014年7月1日からは80歳以上) は、一定の診療行為につき5ユーロが支払われる。また、総合所見 (volet médical de synthèse) 作成にかかる担当報酬は、特定慢性疾患の患者を除き、一人当たり5ユーロが支払われる。このほか、入院適応か否かの診断報酬、膝関節置換術や前立腺手術など専門診療科ごとに定められる報酬も存在する。

CAS締結医に関する社会保険料控除については、総収入15万ユーロという前提のもとで、締結医が負担する社会保険料2万0,967ユーロ、初級金庫の負担する社会保険料7,598ユーロとするものがある。これは保険料総額の26.6%に相当す

る<sup>24)</sup>。

CAS締結医であることについては、待合室にその旨の文書を掲示しなければならないとともに、全国被用者医療保険金庫のサイトに締結医の開業場所が公開される。

先に、医師からCASの解約を申し入れることができることに言及したが、逆にCAS締結医が契約項目を遵守しないときなどには、初級金庫は契約を解除することができる。この契約解除は受領通知付き書留によって通知され、受領後2か月以内に初級金庫事務長ないし金庫評議会の評議員あるいは初級金庫と協約締結医で組織される県同数委員会に異議申立をすることができる。

ある統計によれば、2014年6月30日現在、CASを締結しうる有資格者2万4,600人のうち1万1,000人がCASを締結している<sup>25)</sup>。

## むすびにかえて

医療供給体制のなかでも、特に開業医に焦点をあてて、医療費抑制策、特に成果報酬制度と超過報酬請求権に対する規制について検討してきた。

かかりつけ医を対象とするCAPI、secteur 2を対象とするCASは、かかりつけ医やCAS締結医を通じて、国民に対する予防検診活動やガイドラインに従った処方箋の最適化、あるいは専門性の高いsecteur 2の医療をより低い負担で受診できるようにするなど、医療費の抑制にとどまらない、医療アクセスの確保や提供される医療の質を向上させる方策が開業医の部門でも展開されていることが注目される。例えば、80歳以上 (2014年7月1日以前は85歳以上) の高齢者に関する多剤服用リスクに関する調査報告・リスク回避のための助言指導措置などは、高齢化が進行するフランスにとって、重要な保健政策の具体化と評価することができる。

フランスの診療情報は、患者の保有するヴィタルカードと医師のICカードによって、患者の所属する保険者 (多くの場合は初級金庫) に伝達

される。このような情報システムの構築に加えて、ONDAMの定着を契機に実現した開業診療と病院診療との記述方法の統一により、保険者はかなり詳細な診療情報を収集することが可能となった。そして、このような情報把握能力の向上が、CAPIやCASによる成果報酬システムを下支えしているといえる。すなわち、保険者の保有する診療情報は、開業医に対する成果報酬の判定データとして機能するだけでなく、病院診療の具体的な内容についても明らかになることから、CPOMの判定材料を提供すると同時に、患者の受診行動を明らかにする材料も提供する。しかも、フランスにあっては、民間被用者を中心に組織される全国被用者医療保険金庫に全国民の8割近くが加入しており、全国被用者医療保険金庫はその保有する診療情報を通して、開業医や病院施設に対して有効な交渉材料を獲得することになる。かくして、フランスでは保険者機能の重要性が増大している。

このような意味から、診療情報の集約過程について、いかなる情報がどのような方法で収集されているのかなど、個人診療情報(Dossier Médical Personnel)に関する考察が今後の検討課題となる。この個人診療情報はまだ試行段階であるが、患者氏名・社会保障番号などの基本情報に加え、既往歴やアレルギーの有無などを記録して、患者情報を医療機関ばかりでなく薬局なども共有できるシステムの構築をめざすものである。

## 注

- 1) 保健システム現代化法案は2015年4月14日、国民議会では賛成311反対241で可決された。現在、元老院で審議中であるが、2015年11月15日現在、成立したとの情報には接していない。
- 2) 表1・表2ともに、<http://www.securite-sociale.fr/LFSS-2015>等に基づき筆者作成。
- 3) かかりつけ医として初級医療保険金庫(以下本文も含めて、初級金庫と略す)等に通告されている医師は2007年末で9万2,514人、2011年末で9万4,909人であり、被保険者全体の通告割合は

81.5%(2007年、3,113万3,743人)から89.7%(2011年、実数としては3,571万457人)と増加傾向にある([http://www.apmnews.com/documents/medecin\\_traitant\\_parcours\\_soins\\_coordonnes.pdf](http://www.apmnews.com/documents/medecin_traitant_parcours_soins_coordonnes.pdf))。

- 4) 2005年以降、一般医も専門医のひとつと位置づけられており、具体的な専門診療科の違いは、標榜する専門医となるための研修期間および報酬額の違いである。
- 5) Les médecins au 1<sup>er</sup> 2013, document de travail série statistiques No.179, 2013, Drees.
- 6) 一般医・専門医における secteur 2 の医師が占める割合は、一般医について1985年16%、2005年13%、2013年9.5%と減少傾向にある一方、専門医は1985年30%、2005年38%、2013年43%と増加傾向にある(Cour des comptes, "Sécurité sociale 2014", p235)。先に本文で示したように、一般医は約10万人、専門医は12万人弱であるので、一般医では1万人、専門医で5万人計約6万人の医師が secteur 2 ということになる。
- 7) 開業医はすべて、医療協約と診療報酬の関わり方について、開業場所を管轄する初級金庫に文書で通知しなければならない。その通知が初級金庫に到達した日から、協約への加入(adhésion)という効力が発生する。secteur 2 については、協約の有効期間内に診療することが認められていること、大学病院の医長経験があるなど一定の経歴・資格を有していることが求められる。なお、病院施設に対する診療報酬は1入院当たり包括評価方式(T2 A: Tarification à l'activité)によって算定される。
- 8) 医学的な理由ではなく、専ら時間あるいは診療場所に関する患者の例外的な要請に基づく超過報酬請求権(DE: dépassements exceptionnelles)については、secteur 1 にもその行使が認められている(現行協約 §42.1)。また、secteur 2 が行使する請求権のほかに、以下に示す三つの類型が存在する。1971年10月29日の医療協約において定められた恒常的超過報酬請求権の付与条件を満たしている者に対して認められる①恒常的超過報酬請求権(DP: dépassements permanent: 現行協約 §35.2 et s.)、医療協約との調整はなされていないが医療協約に基づく方法によって認められる請求権である。②上限を確定された超過報酬請求権(DA: dépassements autorisés plafonnés. 現行

- 協約 §42.2)。眼科、婦人科に関する一定の行為、26歳以下の患者に対する精神・神経科を除いて、かかりつけ医を経由せずに専門医に直接、受診した場合の報酬と説明されている。さらに、secteur 2で、かつ医療連携を選択している医師に対して、技術料として、③協約とは異なる報酬を請求することができる請求権がある(DM:dépassements maîtrisés. 現行協約 §42.3、§42.4)。
- 9) 正確には、外来診療を受ける都度1ユーロを負担する受診時定額負担金(participation forfaitaire)が2005年1月1日から設けられている(年50ユーロを限度とする)。このため、実際に償還される金額は15.10ユーロとなる。
  - 10) 表3で示したように、かかりつけ医を利用した場合の償還率は70%であるが、実際に払い戻される金額は、注9で説明したように受診時定額負担金を差し引いた15.10ユーロとなる。なお、かかりつけ医を登録していない被保険者やかかりつけ医でない医師を受診した場合の償還率は30%となり、ここでも受診時定額負担金が課せられるので、secteur 1の一般医を受診した場合の一部負担金は17.10ユーロとなる。
  - 11) Loi No.99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.
  - 12) Loi No.2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.この法律については、拙稿「フランスにおける医療費抑制策の変遷」、『社会保険旬報』(2006年1月)2272/18以下参照。
  - 13) Loi No.2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.この法律については、稲森公嘉「病院公役務から公役務的任務へー2009年HPST法によるフランス病院改革の一考察ー」法学論叢170巻4～6号(平成24年3月)、松本由美「医療供給体制に関する改革」松本勝明編著『医療制度改革』所収第2章第4節(旬報社2015年)。
  - 14) 前掲松本由美『医療制度改革』149頁以下参照。
  - 15) Cour des comptes, Rapport public annuel 2013, p203.なお、イギリスNHS制度の最近の動向については、国京則幸「「診療報酬」と給付の範囲ーイギリスのNHSを中心にー」日本社会保障法学会編『社会保障法』(法律文化社、2015年)30号110頁以下参照。
  - 16) 契約のひな形については、Décision du 6 avril 2009 portant attribution du brevet technique aux administrateurs des affaires maritimes. 参照。
  - 17) 2009年については、CNAMTS, Point d'information 16 sept.2010, "Contrat d'Amélioration des Pratiques individuelles (CAPI)" p1, 2011年については、[http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/fiche\\_eclairage\\_maladie\\_capi\\_sept\\_2011.pdf](http://www.securite-sociale.fr/IMG/pdf/fiche_eclairage_maladie_capi_sept_2011.pdf) 参照。
  - 18) CNAMTS, op.cit., "Contrat d'Amélioration des Pratiques individuelles(CAPI)" p7.
  - 19) Cour des comptes, Rapport public annuel 2013, p206.
  - 20) [http://www.csmf.org/upload/File/Conv\\_med/2013/Fiche\\_acces%20soins\\_A\\_4\\_CSMF\\_v2.pdf](http://www.csmf.org/upload/File/Conv_med/2013/Fiche_acces%20soins_A_4_CSMF_v2.pdf). により、筆者作成(last visit:2015/11/5)。
  - 21) <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/les-consultations-en-metropole/dans-le-cadre-du-parcours-de-soins-coordonnes.php>. により、筆者作成(last visit:2015/11/5)。
  - 22) ここでの患者負担額は年間50回まで徴収される受診時定額負担金(1ユーロ/回)を引いた額となっている。
  - 23) 制約された超過報酬請求権について、具体的な金額が設定されているのか、設定されていないとした場合、どのような制約があるのかについては明らかでない。
  - 24) 医療協約で定める診療報酬額に拘束されないsecteur 2は、社会保険料を全額負担しなければならない。年収15万ユーロと仮定した場合、医療保険(死亡・出産保険も含む)9.81%、家族給付5.4%の保険料率で、それぞれ1万4,715ユーロ、8,100ユーロを、また公的年金関係で法定保険料4,400ユーロと18万5,160ユーロまでに賦課される調整保険料0.9%1,350ユーロ、合計2万8,565ユーロを負担することとなる。  
これに対して、secteur 1は医療協約を遵守することの見返りに2万8,565ユーロのうち2万3,511ユーロ(82.3%)を初級金庫が負担しており、これは社会保険料総額の82.3%に相当する。したがって、secteur 1は5,054ユーロを負担するに過ぎない。<http://www.s fendocrino.org/article/501/contrat-d-acces-aux-soins-amp-avenant-n-deg-8>. 参照。

---

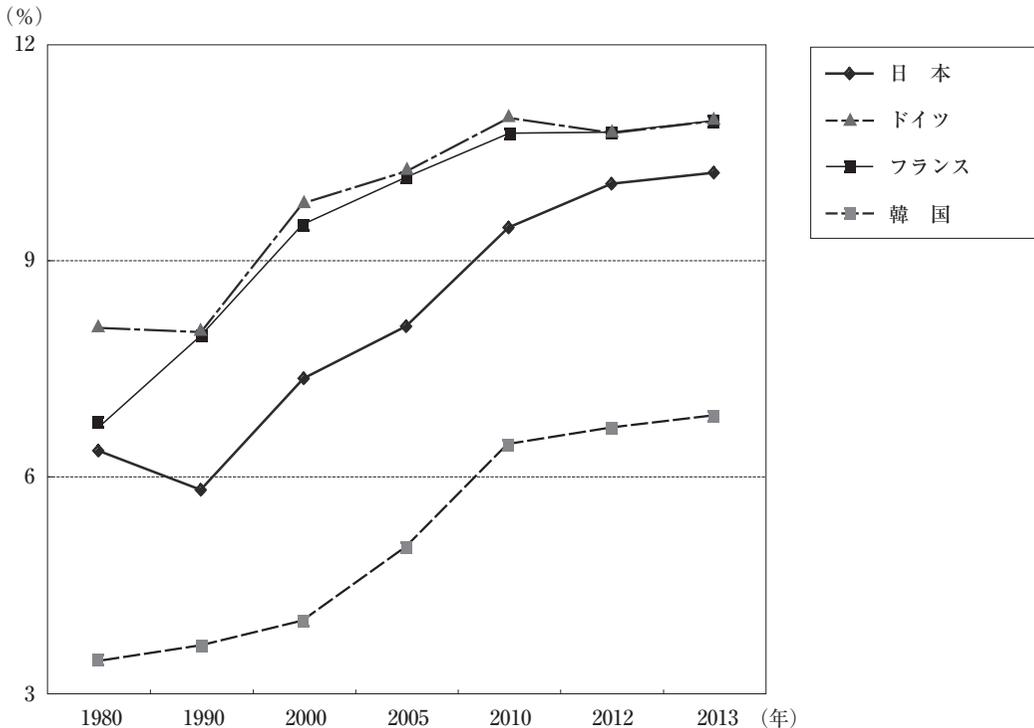
25) 共済組合のひとつであるGMPA (Groupement Militaire de Prévoyance des Armées)に基づく数字である (<https://www.gmpa.fr/conseils-et-prevention/fiches-pratiques/le-contrat-dacces-aux-soins-20-06-2015> (last visit:2015/6/25))。また、2014年3月、1万700人がCAS締結医であるとする資料もある (Cour des comptes, “Sécurité sociale 2014”, p235)。

## 1. 基本情報

	日本	ドイツ	フランス	韓国
総人口(千人)	127,083 (13年)	80,925 (13年)	65,836 (13年)	50,424 (13年)
高齢化率(%)	26.0(14年)	20.8(14年)	17.7(13年)	12.7(14年)
合計特殊出生率	1.43(13年)	1.41(13年)	1.98(13年)	1.19(13年)
平均寿命(年)	男80.2/女86.6 (13年)	男78.6/女83.2 (13年)	男79.0/女85.6 (13年)	男78.5/女85.1 (13年)
失業率(%)	3.6(14年)	5.0(14年)	10.3(14年)	3.5(14年)
医療費対GDP(%)	10.2(13年)	11.0(13年)	10.9(13年)	6.9(13年)
国民負担率 (国民所得比) (%)	(A) + (B)	40.5	52.2	65.7
	租税負担率(A)	23.2	30.1	39.4
	社会保障負担率(B)	17.4	22.1	26.3

(注) 国民負担率については、各国12年の数値。  
出所：OECD(2015)、財務省HP.

## 2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD(2015)

### 3. 医療提供体制

		(13年)	日本	ドイツ	フランス	韓国
平均在院日数			17.2	9.1	5.6	16.5
病床数	医療施設	急性期	1,008,064 (7.92)	430,618 (5.34)	219,968 (3.35)	310,181 (6.18)
		長期	340,668 (2.68)	— —	31,803 (0.48)	192,659 (3.84)
		精神	339,780 (2.67)	70,053 (0.87)	58,001 (0.88)	45,875 (0.91)
		その他	6,602 (0.05)	166,889 (2.07)	103,434 (1.57)	1,828 (0.04)
医療 関係者数	医師	292,039 (12年) (2.29)	326,945 (4.05)	203,490 (3.10)	108,909 (2.17)	
	歯科医師	99,686 (12年) (0.78)	66,539 (0.83)	42,084 (0.64)	22,482 (0.45)	
	薬剤師	205,716 (12年) (1.61)	51,431 (0.64)	69,679 (1.06)	32,537 (0.65)	
	看護師	1,344,388 (12年) (10.54)	1,045,000 (12.96)	— —	262,001 (5.22)	

(注) 1. 下段のカッコ内は人口千人当たり。  
 2. 日本の平均在院日数は急性期の数値。  
 出所：OECD, StatExtracts (2015)

### 4. 掲載国通貨円換算表 (2015年11月末現在)

(単位 円)

ドイツ、フランス (1ユーロ)	韓国 (100ウォン)
131.38	10.82

## 健康保険組合連合会

〒107-8558 東京都港区南青山1-24-4  
TEL: 03-3403-0928 FAX: 03-5410-2091  
E-mail: shahoken@kenporen.or.jp