

医療保障総合政策調査・研究基金事業  
独仏の医療保険制度に関する調査研究  
＜フランス報告書＞

平成30年7月

健康保険組合連合会

# フランスの医療制度および改革の動向

東洋大学教授 伊奈川秀和\*

## 目 次

I. 制度の基礎的前提	7
1. 行政国家	
2. 憲法等の規範的基礎	
3. 社会保険中心主義	
4. 金庫制度	
5. 地方分権	
II. 医療保険制度等の概要	14
1. 構造	
(1) 概要	
(2) 補足的疾病保険の一般化	
2. 加入者	
(1) 概要	
(2) 登録	
3. 保険料等の財源	
(1) 概要	
(2) 疾病保険の保険料	
(3) 一般社会拠出金等の目的税	
1) 租税代替化の流れ	
2) 租税代替化の憲法規範	
3) 一般社会拠出金	
4) 社会債務償還拠出金	
5) その他の目的税	
4. 給付	
(1) 概要	

---

\*本報告書は、健康保険組合連合会が平成29年度調査研究事業として、東洋大学教授・伊奈川秀和氏に委託したものである。

- (2) 医療給付
  - 1) 原則
  - 2) 医療行為共通分類
  - 3) 外来
  - 4) 入院医療
- (3) 一部負担
- (4) 現金給付
  - 1) 傷病手当金
  - 2) 終末期付添手当金
- 5. 普遍的疾病給付
  - (1) 経緯
  - (2) 普遍的疾病保護の概要
  - (3) 補足的普遍的疾病給付の概要
  - (4) 補足的医療負担扶助
- 6. 第三者払い制度
  - (1) 経緯・概要
  - (2) 医療の自由との関係
- 7. 受診経路および主治医
- 8. 金庫運営
  - (1) 経緯
  - (2) 根底にある潮流
  - (3) 金庫の概要

### Ⅲ. 医療提供体制の概要

・・・・・・・・・・・・・・ 45

- 1. 概要
- 2. 医師等の医療職制度
  - (1) 資格養成
  - (2) 開業医制度
  - (3) 保険医制度
  - (4) 医療協約
  - (5) 報酬の基準
- 3. 医療機関
  - (1) 定義
  - (2) 許認可制度
    - 1) 制度概要
    - 2) 許可の対象

3) 許可の要件	
4) 許可の法的性格	
5) 公立病院の義務	
(3) 病院公役務	
1) 経緯	
2) 病院公役務の概念	
3) 病院公役務の義務	
4) 病院公役務の対象施設	
4. 医療計画	
(1) 経緯	
(2) 地方保健医療計画	
(3) 地方保健医療組織基本計画の概要	
(4) 計画の手続	
(5) 実効性の担保手段	
(6) 複数年目標・管理契約	
(7) 計画の法的拘束力	
<b>IV. 医薬品規制等の概要</b>	<b>..... 68</b>
1. 概要	
2. 上市許可	
3. 保険薬収載および薬価	
4. 市場規模	
5. 薬価制度	
6. 参照価格制等によるジェネリックの使用促進	
7. 医療機器	
<b>V. 補足的疾病保険</b>	<b>..... 74</b>
1. 経緯	
2. 各制度の概要	
(1) 共済	
(2) 福利厚生組織	
(3) 保険会社	
3. EUの規制	
<b>VI. 患者の権利</b>	<b>..... 78</b>
1. 憲法上の位置づけ	

## 2. 国際的潮流の影響

- (1) 概要
- (2) 欧州評議会
- (3) 欧州連合

## 3. 国内法制

- (1) 入院患者憲章
- (2) 患者の一般的な権利
- (3) インフォームド・コンセント
- (4) 医療文書
- (5) 医療倫理規範

## **VII. 医療を取り巻く状況** . . . . . 83

### 1. 経済社会状況

### 2. 医療保険財政

- (1) 疾病保険の比重
- (2) 疾病保険の収入
- (3) 医療の構造問題

### 3. 医療費の動向

- (1) 医療費の概念
- (2) 医療費の水準
- (3) 医療費の内訳
- (4) 医療費の財源構成

## **VIII. 医療改革の動向等** . . . . . 90

### 1. 制度改革の経緯

- (1) 頻繁な制度改革
- (2) 疾病保険を巡る改革の要点

- 1) 社会保障財政対策
- 2) 補足制度強化
- 3) セクター2問題への対応
- 4) 低所得者医療の改善
- 5) 予防対策

- (3) 医療提供体制を巡る改革の要点

- 1) 地方医療庁の創設
- 2) 病院における T2A(フランス版DRG)方式による報酬制度
- 3) 契約化

- 4) 医療従事者
- 5) かかりつけ医
- 6) ネットワーク化
- 7) 当事者参加
- 8) 医療計画の見直し

## 2. 2016年の医療協約

- (1) 概要
- (2) 内容
- (3) まとめ

## 3. 2016年医療現代化法

- (1) 経緯・概要
- (2) 第三者払い制度の段階的導入
- (3) その後の展開
- (4) 病院公役務の復活
- (5) 予防・介護連携、在宅医療、患者の権利保障(医療事故に関するクラスアクション)、医療の情報化等

- 1) 概観
- 2) 情報に対する権利
- 3) 料金明細交付義務等
- 4) 近親者による医療情報へのアクセス
- 5) 医療情報共有文書
- 6) 忘れられる権利
- 7) 医療事故
- 8) クラスアクション

- (6) 医療連携の強化
  - 1) 経緯
  - 2) 地域医療集団の概要

## Ⅷ. 大統領選、2018年社会保障財政法以降の改革 . . . . . 108

### 1. 大統領選およびその後の政権の動き

- (1) 2017年大統領選
- (2) 新政権発足後の状況
- (3) 連帯・保健大臣の方針

### 2. 関係者の動向

- (1) 会計検査院報告
- (2) 金庫の目標・管理協約
- (3) 歯科

### 3. 2018年社会保障財政法

- (1) 状況・経緯
- (2) 全体方針
- (3) 収支の状況
- (4) 疾病保険関係対策
  - 1) 予防
  - 2) 保険医療提供組織の改革
  - 3) 支出の抑制および医療の適正利用
  - 4) その他

### 4. 直近の動向

## X. フランスからの示唆

・・・・・・・・・・118

- 1. 制度全般
- 2. 保険者機能
- 3. 医療提供体制
- 4. 財源
- 5. 診療報酬

## I. 制度の基礎的前提

フランスは、1789年の革命およびその後の混乱を経て、いち早く王制から共和制に転換した国である。現在の第5共和制憲法は、フランスが不可分、非宗教的、民主的かつ社会的な共和国であることを明確に規定する(1条)。また、ナポレオン法典が改正を重ねながらも、現在の民法典につながるように、法令を法典化するというかたちで法が社会の礎を構築する法治国家である。

この共和制と法典の伝統という点では、社会保障も例外でなく、社会保障法典(Code de la sécurité sociale)、公衆衛生法典(Code de la santé publique)および社会事業・家族法典(Code de l'action sociale et des familles)という膨大な体系の中にすべての法制度が反映されている。かつ、大統領制の政治・行政のダイナミズムの中で生成発展しており、一時たりとも改革が終焉を迎えることはない。

このほか、フランスが経験してきた「社会的(social)」な側面の影響も社会保障にとっては重要である。典型的には、社会的パートナーとしての労使とその労使関係である。1936年に人民戦線の時代に休暇法が制定されるなど、産業革命後の社会経済の変化の中で労使関係が政党政治とは一線を画すかたちで重要な役割を果たしてきたと言える。このことは、労働法とともに社会保障法が社会法の一分野を構成することにも反映している。

このほか、フランス革命の影響としては、次の2点が重要である。

第1点は、旧制度(アンシャン・レジーム)における中間団体が各種特権の温床となったことから、革命間もない1791年のル・シャプリエ法(loi le Chapelier)により、労働者等の中間団体による結社が禁止されたことである。ただし、例外として黙認された共済組合が社会保障および労働組合の代替組織として、現在まで影響を与えてきたことは、フランス的特徴である。第2点は、徴税請負人への反発が革命に繋がったように、フランスにおいて所得税は必ずしも好意的に受け止められてこなかったことである。実際、現在では付加価値税に次ぐ税収を上げているものの、所得税が導入されたのは1914年と、他のヨーロッパ諸国と比べても遅く、しかも源泉徴収でなかった<sup>1</sup>。このことは、源泉徴収である社会保険料と異なる点である。

このようなフランス社会を形成する統治機構の根底にある「社会的(social)」な部分を踏まえながら、社会保障も見ていく必要がある。その関係で重要と思われるフランス的特徴は、以下のとおりである。

---

<sup>1</sup> 所得税は申告納税であったことから、実際の納税が1年後となり、その間に所得変動が生じた場合に納付が困難になるといった問題等に鑑み、2019年1月から源泉徴収制度が導入される予定である。源泉徴収を可能にした要因としては、すでに社会保険料および一般社会拠出金(CSG)が源泉徴収であることが大きい。



## 1. 行政国家

戦前の第3共和制が議会優位の統治機構であったのに対して、戦後の第4共和制は大統領を中心とする行政優位の体制に転換した。さらに、ド・ゴール將軍による1959年の第5共和制の樹立により、その大統領権限が格段に強化されることになった。この行政を支える行政機構については、首相が担うことになるが、その下にある省庁および部局ごとのピラミッド構造および行政機構の縦割りが存在する。社会保障の関係では、省の名称は時の政権・政府の意向によって変化する。しかし、その傘下にある内部部局に関する限り基本構造に大きな変化はなく、現在も社会保険と医療提供体制、医療と社会福祉に関する部局は別建てになっている<sup>2</sup>。その代わり、大臣の直属組織(部下)である大臣官房は、政権・大臣の意向を汲んで、改革のイニシアティブを握ることにもなってきた。また、省内の監察部門である社会保障問題統括監察官(IGAS)等の監察官(inspecteur)は、名前の印象とは異なり、行政の事後的な指導・監査だけでなく、そこから制度改革に関わる提言・意見を提出することから、制度改革に対して影響力を有する。これとも関連するが、会計検査院も、社会保障財政法に基づく社会保障財政に関する報告等を提出するが、その中には純粋に会計的問題だけではなく制度に関わる指摘も含まれている。

このような政治・官僚機構の様々なステークホルダーの動きやそのメカニズムも、社会保障改革に大きく影響する。とは言え、医療については、フランスにおいても、ファイナンスとデリバリーが制度上分離しており、内部部局も医療、社会保険、福祉と分離されてきた。実際、法律レベルでも、ファイナンスに関わる社会保障法典とデリバリーに関わる公衆衛生法典がそれぞれ存在し、それらとは別に社会事業・家族法典が社会福祉関係を規律している<sup>3</sup>。その点では、すべての改革は、議会での審議を通じて、これら関係法典の改正に収れんしていくことになる。

このほか、行政優位の統治機構で留意すべきは、議会との関係で法律事項が限定されていることである。例えば、社会保障の場合には、基本的事項のみが法律事項でそれ以外は政府の命令等で規定することができる(憲法34条)。ただし、租税については、租税法律主義が適用されることから、保険料か租税かの違いは、議会との関係で重要性を有することになる。この結果、社会保障の権利義務に関わる事項であっても、必ずしも法律事項ではないことになる。

また、議会の委員会での法案審議も読会制を採用し、条文ごとの審議が行われることから、議会での修正もわが国と比べると頻繁である。ただ、わが国と同様に議員立

<sup>2</sup> 社会保障のうち社会保険は社会保障局(Direction de la sécurité sociale)、医療提供体制は医療組織総局(Direction générale de l'organisation des soins)、公衆衛生は保健総局(Direction générale de la santé)、社会福祉は社会統合総局(Direction générale de la cohésion sociale)が担当部局となる。

<sup>3</sup> 以下では、各法典の条文を引用するに当たり、社会保障法典をCSS、公衆衛生法典をCSP、社会事業・家族法典をCASFと略称する。なお、法典のLは法律部分、Rは政令部分、Dは省令部分を意味する。

法もあるが、社会保障に関わる重要法案は政府提出法案が圧倒的である。

## 2. 憲法等の規範的基礎

1946年の第4共和制憲法前文は人権宣言に相当する文言を含んでおり、その後の憲法院の判例により、現在も憲法規範としての意義を有するとされている。中でも11項は、「国家は、すべての者に対して、健康の保護を保障する」ことを規定しており、健康権が憲法上も保障されていることになる。

このことは、戦後の社会保障改革により、社会保険の国民全体への適用拡大による一般化(généralisation)とも軌を一にする。ただし、社会保障に対する権利が、わが国の生存権(日本国憲法25条)のように直截に憲法上規定されているわけではなく、困窮者等が公共体から生存にふさわしい手段(生存手段)を受け取ることができる旨を規定する。フランスの社会保障を象徴する連帯は、社会保障との関係で1946年憲法前文には規定されておらず、国家的な災厄に対する負担について、全国民の連帯と平等を規定するかたちで登場する。

その点では、連帯を真正面から規定するのは社会保障法典である。まず、社会保障法典は、「社会保障は国民連帯原理に基づく」ことを規定する(CSS.L.111-1)。さらに、医療に関しては、次のような規定が設けられている(CSS.L.111-2-1)。

「国家は、社会保障によって保障される医療費の給付の普遍のおよび連帯的性格への愛着を承認する。

疾病のリスクおよび帰結に対する保護は、各自に対して、その年齢および健康状態にかかわらず保障される。各自は、その所得に応じて、その保障の財政に対して貢献する。

国家は、公衆衛生政策に関する目標を決定し、国土全体にわたる医療への被保険者の実効的アクセスを確保する。」

このほか社会保障においては、平等原則、比例原則等の法の一般則が裁判においても援用されることが多い。

なお、フランスは、憲法裁判所以外の裁判所は、行政裁判所と司法裁判所の系統に分かれる。社会保障法(社会保険)は、伝統的に私法に位置づけられ、基本的に司法裁判所の管轄になる。これは、社会保障の生成期に労使自治の考え方が強く、関係者が国家関与の印象が強くなる行政裁判所を嫌ったことが影響している。

## 3. 社会保険中心主義

社会保障の黎明期、ドイツがいち早く労働者保険を登場させたのに対して、フランスは普仏戦争の敗戦の記憶も手伝って、ドイツの制度に倣うことをよしとしなかった。このことは、ビスマルクがフランス大使としてパリに赴任し、すでにフランスに存在していた共済制度を参考に社会保険制度を導入したことからすれば、皮肉なことである。

しかし、第1次世界大戦の勝利、それによるアルザス・ロレーヌ地方の返還は状況を変化させることになる。つまり、ドイツの印象と結びついた社会保険への抵抗感が薄れ、しかもすでにアルザス・ロレーヌ地方では、ドイツの社会保険制度が導入されていたことから、その他の事情も重なって1928～30年の法律により社会保険が導入されることになった<sup>4</sup>。

それ以降、フランスは、他の大陸諸国と同様にビスマルク型を基本に、制度が発展してきた。フランスでは、1930年代という戦間期に労働法制の整備が始まるが、社会保障の本格的改革は、戦後のラロック・プランを待つ必要があった。フランス版のベヴァリッジ・プランとも言うべき改革であったが、均一拠出・均一給付という制度の要部分は、イギリスとは異なり、労使拠出による保険料を財源とし、報酬比例の給付を行うというビスマルク型が維持された。その点では、お題目としてはともかく、内容的にはラロック・プランとベヴァリッジ・プランとの共通項は意外と少ない。

ただし、国民全体に社会保障の網をかぶせる一般化(généralisation)の点や単一金庫を設けようとする点では、ベヴァリッジに通じる面があった。当時の発想においては、改革により制度が普及し、いずれ社会扶助は不要となり、制度も一元化されるはずであった。ところが、現実には、社会扶助は残り、社会事業とともに社会福祉の柱となっている。また、制度の一元化も、特別制度や自営業者制度等の存続により、不完全なかたちでしか実現しなかった。

この職域や同業同種を基礎とする制度の不完全性は、制度の谷間で無保険者を生み、低所得者に対する生活保護に相当する普遍的な生活保障も欠くことの問題を露呈することになった。その象徴が社会的排除であるが、そこに至らずとも長期失業、シングルマザー等への対応が必要となった。

このことは、国民皆保険・皆年金に相当する制度の一般化による普遍化を目指したことからすれば、放置できない問題であった。その点を医療に関して敷えんする。まず、1946年憲法前文11項がうたう「すべての人に対する健康の保護」の国家による保障は、社会保険の適用拡大によって進められる。しかし、職域連帯に基礎を置く金庫制度の下での普遍化(universalité)は、制度の一本化を意味しなかった。現実には、1961年の農業者、1966年の自営業者への制度拡大により、単一の制度ではないかたちで一般化は進められることになった。また、無職者の場合には、配偶者等の被扶養者、失業者、離婚者等への継続給付等のかたちで、社会保険の網が拡大されることになった。しかし、それでも、制度の隙間は残されることになった。典型的には、正規滞在外国人であるが、それらを含む国民皆保険体制は、1999年7月27日法による普遍的疾病給付(CMU)創設によって実現することになったわけである。

---

<sup>4</sup> アルザス・ロレーヌ地方では、現在でも他の地域と異なるドイツ占領時以来の独自の社会保険制度が存続している。

#### 4. 金庫制度

職域制度を基本とし、制度がモザイク状に分立してきたのが特徴である。また、自営業者も自治体でなく、同業同種による金庫(caisse)を創設しているなど、職域保険の色彩が強い。この背景には、職域連帯等の同業同種による連帯があるが、現実的な理由としては、市町村等の地方公共団体の中には規模が小さいものも多く、専門性、人員等の面で社会保険に対応できないこともあると考えられる。

制度は、これまで①一般制度、②自営業者制度(RSI)、③農業者制度(MSA)、④特別制度(パリ地下鉄、国鉄等)の4制度で構成されてきた<sup>5</sup>。このうち一般制度が最大制度で、給付費の86%、加入者の87%をカバーしている<sup>6</sup>。また、農業経営者だけでなく農業被用者もカバーする農業者制度は、社会保障法典とは別の農業法典が規定しており、所管も連帯保健大臣ではなく農業担当大臣である。

制度の一元化という点では、過去の既得権との関係が強いがために、制度が分立している年金と比べ、疾病保険は一般制度への集約化が進んでいる。なお、退職者については、現役時代の制度が給付(現物給付のみ)を行うことになっている。

いずれにせよ、長期的に見れば、制度の一元化は進んでいる。象徴的な点で言えば、全国老齢保険金庫(CNAV)および全国疾病保険金庫(CNAM)の名称は、かつては被用者のための金庫であったため被用者(TS)が最後に付いていたが、被用者以外もカバーするようになり、名称から被用者(TS)が外され使用されている。疾病保険金庫の場合には、被用者とその家族以外に、普遍的疾病給付(CMU)の対象となる低所得者、国家医療扶助の対象となる非正規滞在外国人、自営業者、学生も取り込むことになっている。類型化するなら、全国疾病保険金庫の所掌は、

- ①被用者とその家族
- ②普遍的疾病給付および国家医療扶助の対象となる低所得者
- ③自営業者制度から移行する自営業者
- ④学生制度から移行した学生

となる。

給付水準についてみると、これまでの改革の結果として、主要な制度(自営業者・農業者制度)の現物給付の給付水準は、一般制度の場合と同じとなっている。ただし、特別制度の中には、傷病手当金が一般制度より有利になっている制度がある。

---

<sup>5</sup> 職人、商人、自由業等を対象とする自営業者制度は、600万人規模の独立した制度であったが、2年をかけて一般制度に統合されることになっている。これは、2006年以来続いてきた制度の格差解消の仕上げとも言える。

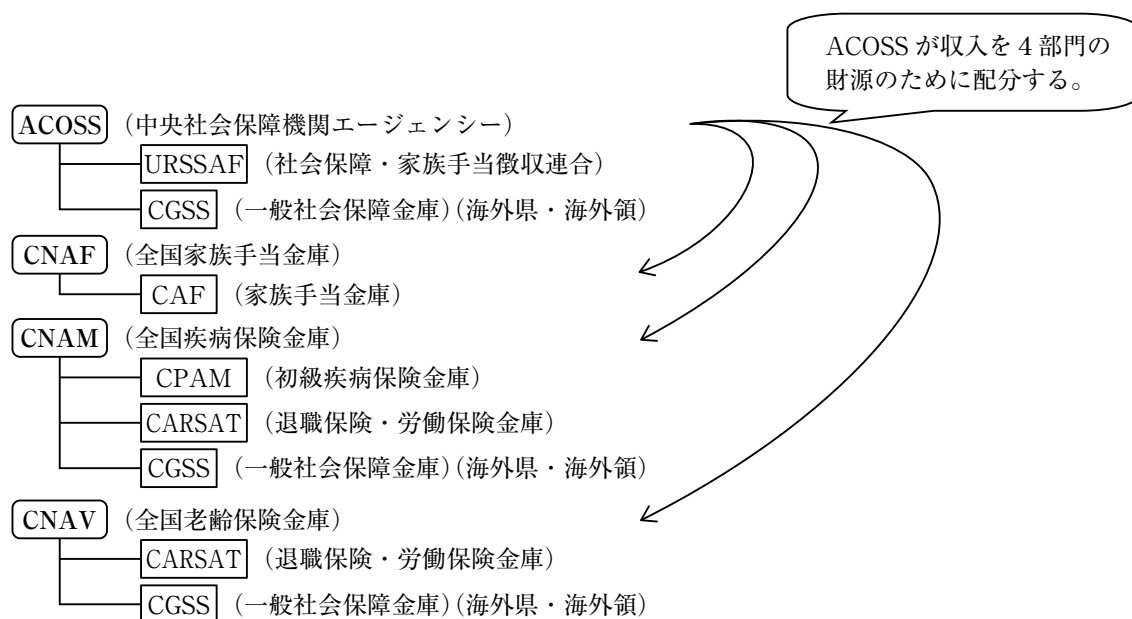
<sup>6</sup> P.-L. Bras et D. Tabuteau, *Les assurances maladies*, PUF, 2010, p.28.なお、公務員も一般制度(現物給付のみ)に加入する。2015年には、鉱山制度が一般制度に移管されるなど、一般制度への一元化が進んでいる。この一元化の流れは、制度分立が抱える余分な管理費用への対策として、1996年のジュベ・プランの際に普遍的疾病保険(AMU)が提案されたことから分かるように、常に存在している問題である(*ibid*, p.30)。

一般制度は、

- ①疾病、出産、障害および死亡
- ②労災
- ③老齢および遺族
- ④家族

の4部門により構成される。これらは、金庫によって運営される(図表1)。全国レベルでは、①および②は全国疾病保険金庫(CNAM)、③は全国老齢保険金庫(CNAV)、④は全国家族手当金庫(CNAF)の3金庫に分かれる。さらに、疾病保険の場合には、全国疾病保険金庫(CNAM)の下に地方組織として、基本的に県単位で初級疾病保険金庫(CPAM)が配置されている。このうち、全国金庫が公施設法人であるのに対して、初級疾病保険金庫は私法人である<sup>7</sup>。なお、2009年改革までは、労災等の関係で地方疾病金庫(CRAM)が存在していたが、現在は地方組織として退職保険・労働保険金庫(CARSAT)に転換している。これら金庫は、戦後の社会的民主主義(democratie sociale)を反映した労使自治による運営が一つの特徴であったが、政府の影響力の増大により、現在その在り方は変質してきている。

図表1 一般制度の組織体系



(出典) R. Barrès et al., *Le nouveau dictionnaire de la santé publique & de l'action sociale*, Foucher, 2015, p.435を一部修正

<sup>7</sup> 公施設法人(Etablissement public)は、公役務の担い手として、行政法上の各種権能を有する。わが国で言えば、特殊法人等の公法人に類似すると言えよう。

## 5. 地方分権

フランスの地方制度は、地方(州)、県、市町村の3段階が存在する。最も基礎的な地方公共団体である市町村は、35,357(2018年)存在しており、その数はフランス革命以来大きく減少することがないまま、現在に至っている。このことは、パリのように200万を超える人口を要する大都市がある一方で、人口が極端に少なく、中には人口0の村も存在することにつながっている。これに対して、県は101存在するが、そのうち96がフランス本土に所属する。市町村が村落共同体を基盤とするのに対して、県が革命を経て人為的に創設された地方公共団体である点に違いがある。また、13存在する地方は、1982年の地方分権法によって地方公共団体の地位を取得した行政区画である。県より広域的な地方公共団体であり、地方の経済発展の要として次第に役割が増大してきている。

州とも呼称される地方は存在するが、フランスは連邦制ではなく、一にして不可分の共和国である。フランス革命に端を発する共和制の伝統は地方制度にも影響を与え、長らく中央集権的な統治機構をかたち作ってきたのが特徴であった。このため、例えば、地方分権改革より前、県議会は存在したものの、県知事は公選制ではなく、国からの任命による官選知事のみであった。

ところが、1982年の地方分権法以降、段階的に国から地方へ権限が委譲されることになった。この結果、県であれば、国の事務と県の事務が分離され、県の事務に関しては、県議会議長が事務を執行し、そのための自前の地方公務員および事務局を擁することになった。また、委譲対象には社会保障関係も多く、特に社会福祉関係は県の事務とされた。

このほかフランスの特徴としては、村落共同体を基本とする市町村は、革命後のナポレオンの時代から、その数がほとんど変わっていないことがある。このため、市町村合併が推進されてきたわが国と異なり、大都市とともに小規模な村が並存している。また、県の数も多く、わが国の1.5倍の国土にある13の地方の下に96の県がフランス本土には置かれている。

人口規模で見ると、わが国の県の半分の規模ということになる。このため、医療・福祉等の行政は、市町村ではなく県が多くの権限を有しており、大都市等を別にすれば、市町村の役割は限定的である。大枠で言えば、社会福祉は県、医療保険は国・金庫、医療供給は地方(州)といった具合である。

## Ⅱ. 医療保険制度等の概要

### 1. 構造

#### (1) 概要

疾病保険は、基礎的 disease 保険と補足的 disease 保険の二層構造になっている。基礎的 disease 保険の中心となるのは、一般制度である。また、補足的 disease 保険は、共済、福利厚生制度、民間保険の3種類が存在する。

一般制度の中核となるのが全国疾病保険金庫(CNAM)である。社会保障法典も、同金庫の役割として、支出動向の管理を挙げ、受給者および給付に関する情報の収集・検証・安全に関して、制度内部の組織化・調整のためのあらゆる対応をとることを規定している(CSS.L.161-28)。

#### (2) 補足的 disease 保険の一般化

2013年1月11日の全国職際間協約により、補足的 disease 保険の全被用者への適用拡大による一般化が規定された。これを受けて、政府においても、2013年6月14日の雇用の安定化に関する法律により、制度の一般化が規定されることになった。この法律による一般の意味合いは、補足的 disease 保険の労使合意枠組みによる義務化である。つまり、基礎制度と異なり、労使合意が前提となる。なお、一般化とは言え、すべての被用者が対象となるわけではない。例外として、有期労働契約の被用者、期間1年未満の一時的労働者および見習い等は、本人の意向で加入しないことができる。短期雇用、パートタイム等の一定要件に該当する者は、補足的 disease 保険に代えて、事業主の負担により医療バウチャー(chèque santé)を受け取ることができる。

この一般化の法定化が労使にもたらすメリットとしては、税制上の非課税措置の適用がある。ただし、非課税対象となるためには、給付面および負担面の要件を充足する必要がある。まず、給付については、一般制度の給付内容および水準に準拠するかたちで設定されるが、例外もある。例えば、歯科・補聴器については、社会保障の責任料金の125%が上限となる。また、眼鏡については、最も低い度数の場合であれば、100ユーロが上限となる(CSS.D.911-1)。これに対して、患者が治療経路から外れて主治医以外で受診した場合の付加的な負担、患者が負担すべき保険免責額を補足的 disease 保険がカバーすることは認められない。次の負担面では、1989年のエヴァン法(loi Évin)と同じように、保険料を個人の健康状態に応じて設定することや、個人の健康情報を収集することが禁じられている。このため、保険料設定は、年齢、家族構成、居住地、所得、加入年数等によって変わってくる。なお、団体契約の場合には、年齢による保険料設定は認められないことから、個人契約の場合にのみ年齢別の保険料が存在することになる。

保険料については、事業主が最低50%以上を負担することが義務づけられているが、部門ごとの労働協約により、事業主拠出を引き上げることができる。また、徴収につ

いては、基礎制度と同じように、給与からの天引きが可能である。

給付内容は契約次第であるが、個人契約よりも団体契約の方が、事業主の交渉力、事業主負担等の関係もあり、給付条件がいい。また、団体契約の場合にも、大企業の方が中小企業より条件の良い給付に加入していることが多い。

なお、補足的疾病保険は、共済、福利厚生制度、保険会社によって構成される。2013年では、481の共済が58%の加入者をカバーしているのに対して、福利厚生および保険会社はそれぞれ28、96の組織で20%、22%の加入者をカバーしている。このことから、共済の比重は退職高齢者を中心に高いものの、小規模であることが分かる。また、経年で見ると、組織数は減少傾向にあり、その中において株式会社の占有割合は増大しており、全体として市場の集約化が進んでいる。

フランスでは、会社等の団体契約(35%)または個人契約(54%)によりいずれかの保険に加入するのが一般的であり、加入率は95%に達している。その役割としては、基礎制度の一部負担の補足であり、他国のように基礎制度の適用除外者の場合の代替、対象外部分の上乗せ、よりよい別体系の医療のための重複ではないことに特徴がある。

図表2 補足的疾病保険類型別状況(2013年)

	共済 (Mutuelles)	福利厚生 (Institutions de prévoyance)	保険会社 (Sociétés d'assurance)
組織数	481	28	96
市場占有率(売上高)	54%	18%	28%
組織別の加入者割合	58%	20%	22%
全売上高に占める 医療分野の割合	91%	46%	11%
関係法典	共済法典	社会保障法典	保険法典
ガバナンス	加入被保険者	労使(被用者/事業主)による 管理	株主

(出典) DREES, *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties* - édition 2016

図表3 組織別の保険料金額(2001~2014年)

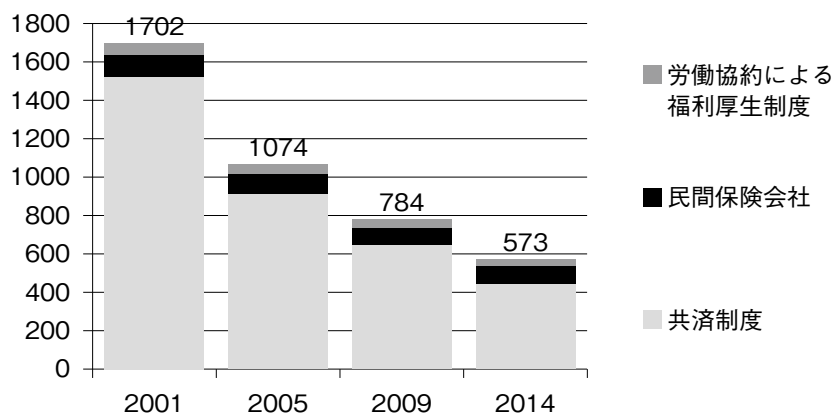
(単位:10億€)

	2001年	2005年	2009年	2014年
共済	10.6	14.5	16.9	18.0
保険会社	3.3	5.8	8.0	9.6
福利厚生	3.7	4.2	5.2	6.3
合計	17.6	24.5	30.1	33.9

(出典) DREES, *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties* - édition 2016

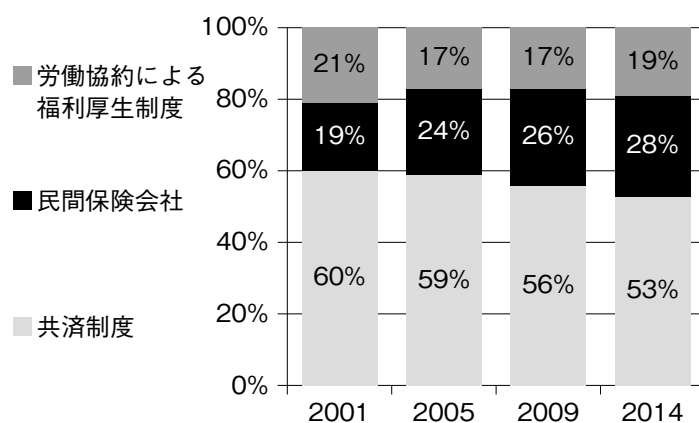


図表4 補足的疾病保険の組織数の推移



(出典) DREES, *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2016*

図表5 組織別の市場占有割合



(出典) DREES, *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2016*

図表6 保険の類型別の受給者の割合

	基礎制度の代替	基礎制度の補完	基礎制度の上乗せ	基礎制度と重複	合計
スウェーデン				4.0	4
イタリア				5.5	6
イギリス				10.6	11
スペイン	0.9			12.5	13
ドイツ	11.0	22.0			33
アメリカ	52.5	7.5			60
オランダ			86.0		86
フランス		95.0			95

(出典) DREES, *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2016*

図表7 補足的疾病保険の加入者の類型

(%)

主たる仕事	合計	団体	個人		CMU-C	不明	
			被保険者	被扶養者			
民間部門被用者	96.4	64	53.4	10.6	28.7	2.5	1.3
公的部門被用者	97.4	21.7	7.1*	14.7	73.1	2.1	0.4
その他（自営業、社長等）	94	19.6	6.7**	13	70.7	2.6	1.1
失業者	86.2	16.5	5.4	11.1	44.2	25	0.5
退職者	95.4	1.7	0	1.7	92.6	1.1	0.1
主婦・夫	91.1	19	0	19	51.5	20.3	0.3
学生	95.1	42	0	42	48.9	3.4	0.8
子供	95.8	46.3	0	46.3	38.7	10.1	0.6
その他の未就労者	85.9	6.6	0	6.6	66.1	13.2	0
不明	93.6	4.1	0	4.1	86.2	3.3	0
全体	95	34.7	16.2	18.5	53.5	6.2	0.7

\* 被保険者として補足的疾病保険の対象となる公的部門の被用者は、公営企業の被用者7.1%である。

\*\* その他の6.7%とは、サラリーマン社長および企業代表者であって、自営業者は含まない。

(出典) DREES, *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2016*

## 2. 加入者

### (1) 概要

受給者は、すべての被用者、就労していない場合にあっては、安定的かつ合法的にフランスに滞在する居住者である(CSSL.160-1)。この場合の就労要件は、フランス領土において、一または複数の使用者のために活動を行う者、または被用者以外の活動を行う者のほか、海外においてフランスの社会保障法の適用対象となる活動を行う者が対象となる(CSSL.111-2-2)。また、居住要件に関しては、フランスに連続して3か月以上滞在するか、年間に6か月以上滞在することが必要である(CSS.D.160-2)。

伝統的な社会保険の発想からは、被用者の配偶者、子供等は被保険者の被扶養者となるが、フランスでは適用の個人単位化が進められた結果、未成年の子供を除き、配偶者等の成人は、被扶養者としてではなく個人として制度に加入することになっている(CSSL.160-2)。

### (2) 登録

社会保障への加入は、一般制度の場合であれば、被保険者として登録(immatriculation)されることにより発生する。このための手続は、最初に雇用された際に事業主が行うのが原則である。被保険者としては、被用者のほか、一または複数の事業主のために働いている労働者であれば、性別、国籍、報酬の多寡および名目等に関係なく、強制的に被保険者となる(CSSL.311-2)<sup>8</sup>。つまり、強制加入である。被用者等の被保険者資

<sup>8</sup> 被用者等であっても、農業、船員、聖職者、国鉄等の制度の適用対象となる場合には、一般制度には加入しないことになる。

格のメルクマールとしては、

①労働契約等による従属労働に代表される法的従属性

②提供された労働に対する対価としての報酬の存在

が重要である。例えば、医療・福祉施設で奉仕する聖職者は労働契約ではないことから、一般制度の被保険者にはならない。また、無償のボランティアは、報酬が存在しないことから被保険者にならない。これに対して、厳密には被用者等には該当しないが、被用者等と見なされる類型としては、家事労働者、ポーター、企業計画支援契約(CAPE)に基づき起業を試みる者、協同組合等の非営利団体の役員等があり、一般制度に加入することになっている(CSS.L.311-3)。

上記被用者等以外の加入者としては、フランスに合法的かつ安定的に居住する者が存在する(CSS.L.160-1)。そもそもは、1999年の普遍的疾病給付(CMU)の創設により、所得を要件に就労していない者にも一般制度への加入の道が開かれた。さらに、2016年社会保障財政法に盛り込まれた普遍的疾病保護(PUMA)により、この所得要件が撤廃されたことから、居住要件のみで期限なしに一般制度に加入することが可能となった。

なお、疾病保険の適用を受けるためには、社会保障番号(numéro de sécurité sociale)の登録が必要となる。この番号は、疾病保険等の社会保障給付のみならず、事業主が被用者の届出および保険料の支払いを行う際に必要となる。このほか、雇用事務所(Pôle emploi)での求人、障害者等の福祉施設の利用等の場面でも利用されている。番号の登録は、フランスで出生した場合には、出生の時点で行われる。具体的には、出生届出を行うと、市町村役場から統計局(INSEE)に情報が渡り、付番が行われることになる。フランス以外で出生した場合には、就職時に本人または事業主が疾病保険金庫等に手続を行うことで登録される。

### 3. 保険料等の財源

#### (1) 概要

フランスでは、もともとは職域保険の伝統に根差した労使折半による賦課上限付の報酬比例保険料であった。つまり、均一拠出・均一給付のベヴェリッジ型ではなく、繰延賃金としての性格の強いビスマルク型を理念型とする社会保険制度が構築されてきた。

しかし、戦後のオイルショックまでの経済成長も手伝って、事業主の融和策による労使関係の変化の中で事業主負担割合が高められてきた。その一方、悪化する社会保障財政への対応の必要から、社会保険料上限は引き上げられるか撤廃されてきた。これは、政府の国家財政とは切り離されたところで運営され、国庫負担等の公費投入も原則としてなかったことも影響している。

ところが、この社会保険の基本的枠組みは、社会保障財政の悪化を契機とする一般

社会拠出金(Contribution Sociale Généralisée, CSG)の登場により変質することになった。さらに、社会保障財政の赤字償還のため、社会債務償還拠出金(Contribution au Remboursement de la Dette Sociale, CRDS)も導入されることになった。ついには、社会保障財政法の導入により、政府の影響を強める方向で社会保険の財源構造も変質することになった。

現在(2016年)、一般制度の収入の内訳は、保険料55.7%、国が負担する保険料0.9%、一般社会拠出金(CSG)21.7%、目的税等14.1%、移転6.1%、その他1.4%となっている<sup>9</sup>。疾病保険に限ってみると、保険料44.5%、国が負担する保険料0.8%、一般社会拠出金(CSG)36%、目的税等15.2%、移転1.5%、その他2%となっている。疾病保険の場合、依然として保険料が最大の収入源であるが、老齢保険のように保険料が62.3%を占めるのと比べると低くなっている。また、最初に一般社会拠出金(CSG)が投入された家族手当における同拠出金の割合が14.2%であって、保険料が62%を占めるのと比べても、疾病保険の脱保険料化が進んでいることが分かる。また、社会保障全体では、1980年に目的税等がわずか1.7%を占めるに過ぎなかったことからすれば、この間の変化は大きい。

## (2) 疾病保険の保険料

疾病保険の保険料は、社会保険料賦課上限の適用がない全賃金を対象にして、事業主12.89%、被用者0.75%、計13.64%が徴収される。このうち被用者負担分は、傷病手当金相当分を除き、一般社会拠出金(CSG)に転換している。これは、疾病保険の現物給付が報酬比例の要素を喪失し、普遍的性格を強めていることが理由である。

---

<sup>9</sup> Direction de la sécurité sociale, *Les chiffres clés de la sécurité sociale 2016*, Édition 2017

図表8 社会保険料等の料率(2018年)

保険料等の種類	賦課標準	事業主負担分	被用者負担分	合計
一般社会拠出金(CSG)	社会保険料賦課上限の4倍まで98.25% 社会保険料の賦課上限の4倍超100%		9.20%	9.20%
社会債務償還拠出金(CRDS)	社会保険料賦課上限の4倍まで98.25% 社会保険料賦課上限の4倍超100%		0.50%	0.50%
連帯自律拠出金 (Contribution solidarité autonomie)	全賃金	0.30%		0.30%
疾病保険	全賃金	13.00%		13.00%
老齢保険(上限付部分)	社会保険料賦課上限まで	8.55%	6.90%	15.45%
老齢保険(上限なし部分)	全賃金	1.90%	0.40%	2.30%
家族手当	全賃金	5.25%		5.25%
労災保険	全賃金	業種によって 差がある		業種によって 差がある
住宅扶助	社会保険料賦課上限まで	0.10%		0.10%
全国住宅扶助基金(FNAL) (従業員20人超の企業)	社会保険料賦課上限まで	0.40%		0.40%
	社会保険料賦課上限超	0.50%		0.50%
失業保険	社会保険料賦課上限の4倍まで	4.00%	0.95%	4.95%
賃金保証基金	社会保険料賦課上限の4倍まで	0.30%		0.30%

(出典) <http://www.journaldunet.com/management/ressources-humaines/1110948-charges-sociales-en-2018-taux-assiettes-et-cotisations/> を一部修正

図表9 社会保険料賦課上限

(単位: €)

年間	39,732	週	764
四半期	9,933	日	182
月	3,311	時間	25

(出典) <http://www.journaldunet.com/management/ressources-humaines/1110948-charges-sociales-en-2018-taux-assiettes-et-cotisations/>

### (3) 一般社会拠出金等の目的税

#### 1) 租税代替化の流れ

マクロン政権の登場により、フランスの企業競争力維持を念頭に置きながら、ヨーロッパでも高い現役勤労世代の税・保険料負担を軽減し、賃金の実質水準を引き上げる方向が強まっている。典型的には、2018年の予算法で打ち出されたように、2022年に向けて税・保険料負担をGDP 1%分引き下げる目標である。

このことは、2018年社会保障財政法に盛り込まれた疾病保険の被用者保険料の廃止、

失業保険の保険料引下げ、その代替財源としての一般社会拠出金(CSG)の引上げといった保険料財源の租税財源への転換とも深く関わっている<sup>10</sup>。1990年時点で僅か5%であった一般社会拠出金(CSG)およびその他の税財源の社会保障財源に占める割合は、2018年社会保障財政法で見ると、税額で1,684億ユーロ、全体に占める割合で33.9%となっている。とりわけ、税財源の割合の増大は、疾病および家族部門で顕著であるのに対して、老齢および労災部門は依然として保険料財源が基本となっている。

ただし、このような租税代替化は、政権交代で突然始まったわけでもない。そもそもの契機は、健康を理由としたアルコール税であった。ところが、実際の投入先は医療のみならず、年金や家族手当にも投入された。その後、たばこ税、保険税等が導入され、その後に一般社会拠出金(CSG)という流れであった。一般社会拠出金(CSG)が公平な税であることを理由に、導入後も投入先が拡大され、引上げが行われてきた。

この結果、一般社会拠出金(CSG)の創設以来、所得税と合わせた個人課税の国民負担率(強制徴収金)に占める割合は、変動はあるものの高い水準で推移している。特に1990年代後半以降は、一般社会拠出金(CSG)が対GDP比でも、所得税より高い水準となり、その傾向が現在まで続いている。また、所得再分配という点では、所得税が累進構造であるのに対して、一般社会拠出金(CSG)はフラットである。しかし、資産性の所得にも課税される結果、全体で見たときには、必ずしも逆進的とは言えない。このことは、資産性の所得には賦課されない保険料との違いである。

そもそも、一般社会拠出金(CSG)への転換は、職域連帯ではなく無拠出制給付のように国民連帯の色彩が強い分野から始まったが、その後の歴史は、介護給付財源のように必ずしも無拠出制とは言えない分野の財源確保のための日和見主義的な対策として拡大してきているとの評価もある<sup>11</sup>。

このほか、財源確保という点では、所得税、付加価値税(TVA)等の税制改革によって生じる税収増が社会保障に充当される仕組みもある。このことは、一般社会拠出金(CSG)のみならず税制自体が社会保障財政と絡み合う部分が増大していることを意味する。

以上のように、労使自治の基盤であった保険料財源にも揺らぎが生じており、保険料の租税代替化(fiscalisation)は、国家介入強化(étatisation)につながることもなる。

---

<sup>10</sup> 失業保険は、労働協約に基づく労使自治による制度であり、労災、疾病、年金等の義務的な社会保険制度と一線を画している。端的に言えば、失業保険にとって重要な失業と言う事象は、解雇・離職という使用者または本人の意思によることから、偶発性を条件とする保険事故とはみなされず、社会保険には一般的には位置づけられていない。それにもかかわらず、現政権は、疾病保険だけでなく失業保険も含めた保険料引下げを目指している。失業保険については、商工業雇用協会(ASSEDIC)と全国商工業雇用協会連合会(UNEDIC)の2つの組織を合体させようとしている。これまで、職業紹介も含めると、3つの異なるコンピュータシステムがあったが、制度のみならずシステムも含めた統合が必要となる。

<sup>11</sup> Conseil des prélèvements obligatoires, *Impôt sur le revenu, CSG, Quelles réformes ?*, La documentation française, 2015, pp.111-112

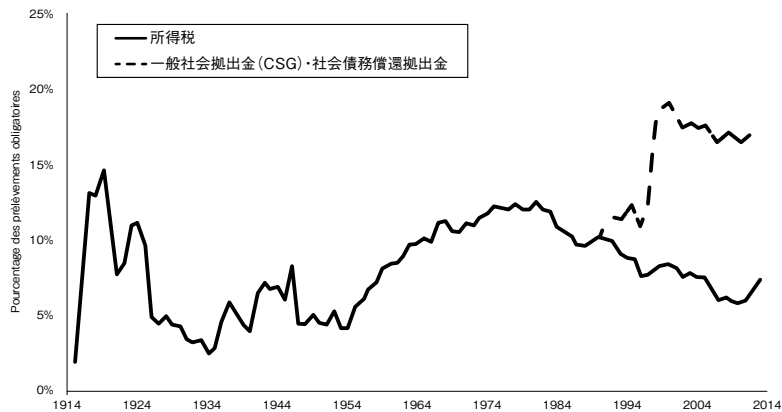
図表10 社会保障制度の収入の内訳(2018年)

(単位：億€)

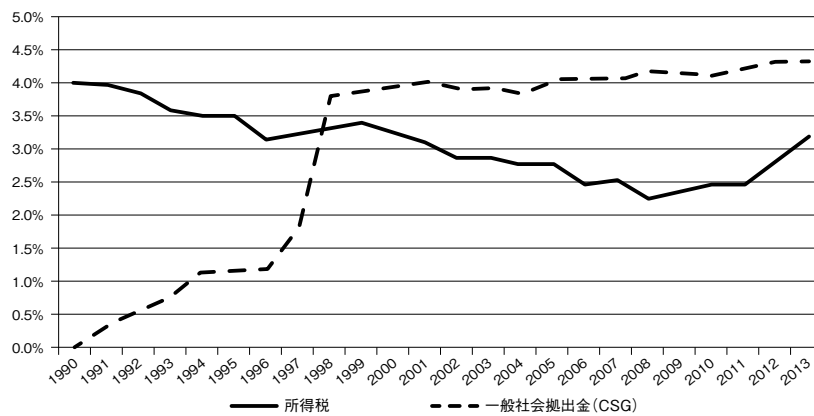
	疾病	老齢	家族	労災	基礎制度	基礎制度+ 老齢連帯基金
実効保険料	887	1,372	298	132	2,671	2,671
国が負担する保険料	26	25	8	1	60	60
事業主による仮想保険料	4	397	0	3	404	404
一般社会拠出金(CSG)	934	0	104	0	1,035	1,154
税、目的税その他社会拠出金	200	195	94	0	489	530
未納に関連する負担	-10	-8	-3	-2	-23	-25
移転	31	375	2	1	293	107
資産収入	0	1	0	0	1	1
その他収入	39	9	7	4	59	59
合計	2,110	2,366	510	140	4,989	4,961

(出典) LOI n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018

図表11 国民負担(強制徴収金)に占める所得税および一般社会拠出金(CSG)等の割合の推移



図表12 所得税および一般社会拠出金(CSG)の対GDP比



(出典) CPO(d'après les données de l'INSEE(comptes nationaux base 2005), de la DSS et de l'annexe « évaluation des voies et moyen » au PLF pour 2014)

図表13 所得階層別の所得税および一般社会拠出金(CSG)の税率(2013年)

十分位	一般社会拠出金(CSG)の平均税率	所得税の平均税率	所得税および一般社会拠出金(CSG)の平均税率
D1	4.7%	-1.4%	3.2%
D2	5.1%	-1.6%	3.6%
D3	5.6%	-1.2%	4.4%
D4	6.2%	-0.9%	5.4%
D5	7.2%	0.5%	7.7%
D6	7.9%	1.9%	9.8%
D7	8.1%	3.4%	11.5%
D8	8.1%	4.7%	12.8%
D9	8.1%	6.4%	14.5%
D10	8.1%	14.7%	22.8%
全体	7.7%	6.5%	14.2%

(出典) Conseil des prélèvements obligatoires, *Impôt sur le revenu, CSG : quelles réformes ?*, La Documentation française, 2015, p.64

## 2) 租税代替化の憲法規範

フランスにおいて、徴税請負人のような旧体制(アンシャン・レジーム)がフランス革命の契機となったことから、税は国家制度において重要な位置を占める。その税の大原則は、1789年の人権宣言13条がうたう公的負担の平等である。同条によれば、共同の分担金は、「全市民の間でその能力に応じて平等に配分されなければならない」。これを言い換えれば、累進税率が原則ということになる。

この点で、累進税率ではない一般社会拠出金(CSG)の扱いが問題となる。仮に一般社会拠出金(CSG)が租税という位置づけであれば、人権宣言13条が規定するように、能力に応じた分担とすべき点で平等原則違反になるとともに、所得税から控除することは許されないと考えられる。一般社会拠出金(CSG)の場合、所得税の算定上、所得控除があるが、1993年6月21日の憲法院判決(Décision no 93-320 DC du 21 juin 1993)は、「控除は、... 自然人の所得に対する包括的な課税金額の累進性を侵害するものではない」と、人権宣言13条にも違背しないと判示している。さらに、1997年12月30日の憲法院判決(Décision no 97-395 DC du 30 décembre 1997)では、一般社会拠出金(CSG)の所得控除は、控除された所得に累進税率が適用されることから、「自然人の所得への課税金額の累進性を侵害するものではない」と判示している。

裁判所は判断の理由として、まず、憲法の原則に則り、各税金の性格を勘案し、納税者の負担能力を判断する権能は議会に帰属することを挙げている。これは、控除等のあり方も含め、議会の立法裁量権を前提としたと考えられる。さらに累進性との関係では、一般社会拠出金(CSG)控除後の所得には累進税率が適用されることと合わせ、控除に関しても、一般社会拠出金(CSG)が課せられるそれぞれの所得の種類によって扱いが異なるわけではないことから、平等原則にも反しないことになる。

以上からの示唆であるが、一般社会拠出金(CSG)は所得税とともに税全体としてみ



た場合には、依然として累進構造を維持しており、その限りでは違憲ではないことになる。従って、社会保険料でない一般社会拠出金(CSG)の場合には、完全に所得税を代替することは、憲法上許されないことになる<sup>12</sup>。

### 3) 一般社会拠出金

一般社会拠出金(CSG)は、社会党政権のロカール首相の下で1991年予算法の中で創設された特殊な租税(目的税的)である<sup>13</sup>。そもそもは、1981年の経済計画を契機に検討が進行していたが、賃金中心の社会保障財源の賦課ベースの拡大(保険料の抑制)を目的として導入された。この点は、導入時の1990年12月29日の1991年財政法でも、一般社会拠出金(CSG)が社会保障のための強制徴収金の軽減に当てられることを明確に規定している(134条)。

確かに賦課ベースという点では、フランスの所得税は、各種控除、貯蓄等の税制上の優遇措置等により賦課ベースが狭くなっており、その点では、賦課ベースが広く、輸出が免税となる点で輸出振興にもメリットのある付加価値税も検討の俎上に載せられたが、すでに税率が高かったことから見送られた。これに対して、一般社会拠出金(CSG)は、賃金以外の社会保障給付等の代替所得、不動産収入(家賃等)、資産収入(配当益、利息等)、ギャンブル収入にも及んでいることや控除が少ないことが特徴である<sup>14</sup>。また、フランスの所得税が革命以来の伝統から、社会保険料と異なり源泉徴収ではなく、申告納税であることも影響している。

1991年の導入当初、1.1%の料率による財源の投入先は、家族手当に限定されていた(これによる事業主の保険料の7%から5.4%への引下げ)。以降、一般社会拠出金(CSG)は、拡大の一途をたどっている。1993年に、無拠出制の年金を賄う老齢連帯基金(FSV)に投入するため、料率が2.4%(+1.3%ポイント)に引き上げられた。さらに、1997年には、疾病保険(現物給付)の保険料のうち本人負担分廃止の代替として、料率が3.4%(+1%ポイント)に引き上げられた。

その後も、疾病保険の財源確保のため、料率の引上げが行われており、2017年時点で賃金に対して7.5%となっていた。さらに、2018年からは、疾病保険の被用者負担分の代替のほか失業保険の保険料の一般社会拠出金化の財源確保のため、料率が賃金の

<sup>12</sup> Conseil des prélèvements obligatoires, *Impôt sur le revenu, CSG : quelles réformes ?*, La Documentation française, 2015, p.102

<sup>13</sup> 社会保険料と異なり、給付とのけん連性が存在しないことから、憲法院は一般社会拠出金(CSG)を租税(憲法34条が規定する「すべての性質の租税」)と位置づけている(Décision n°90-285 DC du 28 décembre 1990)。実際、保険料と異なり、賦課標準、料率および徴収方法が法律により規定されている。

<sup>14</sup> 賃金および代替所得の場合には、税務署ではなく社会保険料の徴収機構(URSSAF)が使われる。しかし、所得税が世帯課税、累進税、普通税、申告納税であるのに対して、一般社会拠出金(CSG)は個人課税、比例税、目的税、源泉徴収となっており、類似性があるものの相違点も多くあり、一体化は困難である。

場合で9.2%(+1.7%ポイント)となった。この結果、今や一般社会拠出金(CSG)は、所得税を上回り付加価値税に次ぐ税収をあげる税目となっている。

2018年の料率は、賃金の場合が9.2%、不動産の場合が9.9%、ギャンブルが8.6%である。賃金の場合の投入先は、家族手当が0.85%分、疾病保険が7.75%分(一定部分失業保険に再投入)、社会債務償還が0.65%分である。これに対して、不動産収入の場合には、社会債務が0.60%分、老齢連帯基金分が9.3%となっており、また、ギャンブル収入の場合には、家族手当が0.85%分、疾病保険分が7.45%分、社会債務償還分が0.30%分である。

税額計算は、社会保険料賦課上限の4倍までの範囲の報酬に対して1.75%の控除を行った後に(つまり賃金の98.25%に)、料率を乗ずることで賦課される。また、所得税の計算に当たっては、課税所得の5.1%を上限に控除が認められる。適用除外は、徒弟、研修生であって時給が3.60ユーロ以下のものおよび国が報酬を支給するものである。

以上の流れに即して言えば、家族手当を嚆矢とし、無拠出制の最低保障年金、普遍的疾病給付等の疾病保険へと拡大する一般社会拠出金(CSG)の投入先は、労働者以外への適用拡大という制度の普遍化の流れと軌を一にしている。すなわち、労働者以外を包含することにより、労働の対価ではなく、国民連帯に根差した財源への転換がなされるという論理構造である<sup>15</sup>。

図表14 主な税財源の内訳

(単位：10億€)

	2014	2015
<b>所得課税</b>	<b>225.2</b>	<b>223.9</b>
内：一般社会拠出金(CSG)	93.6	95.8
所得税	70.0	70.2
会社税(年間定額税を含む)	35.5	31.2
社会債務償還拠出金(CRDS)	6.7	6.9
<b>付加価値税型の税</b>	<b>148.2</b>	<b>151.3</b>
<b>製品に対する課税</b>	<b>89.4</b>	<b>96.1</b>
内：エネルギー製品内国消費税(TICPE)	23.8	26.3
たばこ税	11.9	12.2
<b>各種生産に対する課税</b>	<b>64.0</b>	<b>64.9</b>
内：企業不動産拠出金	6.2	6.4
企業付加価値拠出金	12.8	13.0
不動産税	30.6	31.6
<b>賃金および労働力に対する課税</b>	<b>34.7</b>	<b>34.9</b>
内：賃金税	13.1	13.2
<b>その他の所得および財産に対する課税</b>	<b>24.4</b>	<b>24.6</b>
内：財産に対する連帯税	5.2	5.2
住居税	17.8	18.3
<b>資本に対する課税</b>	<b>10.3</b>	<b>12.3</b>
内：無償譲渡税	10.2	12.2
<b>関税の類型の課税</b>	<b>2.6</b>	<b>2.7</b>

(出典) INSEE, comptes nationaux - base 2010.

<sup>15</sup> もちろん、労使双方の保険料全体の負担が1945年の28%から1985年には60%に達したという現実問題は、1990年代以降の財源構造の転換に影響している(A.-C. Dufour, << La poursuite assume de la fiscalisation de la sécurité sociale >>, RDSS, n°6 2017, p.988)。

#### 4) 社会債務償還拠出金

社会債務償還拠出金(CRDS)は、1996年のジュベ・プランにより、一般社会拠出金(CSG)をモデルに創設された租税である。この税収は、社会債務の償還に当たる社会債務償却金庫(CADES)に投入されている。

社会債務償還拠出金(CRDS)の賦課対象は、賃金のほか代替所得、不動産収入、資産収入、ギャンブル収入にも及ぶ。

料率は、賃金以外の場合も含め0.5%である。賦課額は、賃金の場合、社会保障賦課上限の4倍までの範囲の報酬に対して1.75%の控除を行った後に、料率を乗ずることで計算される。適用除外は、徒弟、研修生であって時給が3.60ユーロ以下のものおよび国が報酬を支給するものである。

#### 5) その他の目的税

1967年の自動車保険(強制)の保険料への課税、1983年のアルコール・たばこ税の創設を嚆矢として、租税財源が投入されるようになった<sup>16</sup>。特にアルコール・たばこ等の目的税は、保険料および一般社会拠出金(CSG)と異なり、賦課ベースが賃金等の所得でない点に特徴がある。また、これらの目的税は、財源確保以外に、公衆衛生の観点から、行動様式の変容を迫るというインセンティブ効果も目的としている。

現在、目的税等の保険料以外の税財源が多様化・拡大している。アルコール税・たばこ税以外に、アルコール入清涼飲料目的税、医薬品卸目的税、医薬品広告税、医薬品メーカー売上目的税、ストックオプション目的税、自動車保険目的税等が存在する。このほかに特殊な収入としては、介護給付財源のための自律連帯拠出金がある。これは、2004年に介護給付の財源として、連帯の日(journée de solidarité)との関係で導入された拠出金で、賃金総額の0.3%を事業主に賦課し、全国自律連帯金庫(CNSA)に納付することになっている。

一般制度および老齢連帯基金に充当される主な社会的拠出金、目的税は、全体で614億7,600万ユーロにのぼり、内訳は以下のとおりである<sup>17</sup>。

- ① 一般社会拠出金(CSG)以外の拠出金⇒130億2,400万ユーロ(2017年見込み)
  - ・社会保険料等の賦課対象とならない従業員に対する利益分配等の報酬に関する社会的負担(forfait social)⇒53億8,100万ユーロ
  - ・ストックオプション、無償株および成功報酬に関する拠出金⇒4億5,500万ユーロ
  - ・企業からの早期退職手当および退職手当に関する拠出金⇒3億8,200万ユーロ
  - ・資産に対する社会・連帯に係る徴収金⇒64億400万ユーロ
  - ・その他⇒4億200万ユーロ

<sup>16</sup> 一般制度向けではないが、1970年に企業に対する連帯社会拠出金が創設され、自営業者制度に投入されることになった。

<sup>17</sup> Commission des comptes de la sécurité sociale, *LES COMPTES DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, RÉSULTATS 2016 PRÉVISIONS 2017, RAPPORT juillet 2017*

- ② 目的税⇒484億5,200万ユーロ
- a. 消費に関連する目的税⇒257億7,300万ユーロ
    - ・アルコール、アルコール入り清涼飲料税⇒16億1,200万ユーロ
    - ・たばこ消費税(一般租税法典575A条)⇒113億8,000万ユーロ
    - ・たばこ供給者税⇒1億2,500万ユーロ
    - ・たばこ販売者売上免許税(一般租税法典568条)⇒3億2,700万ユーロ
    - ・付加価値税⇒113億1,100万ユーロ<sup>18</sup>
    - ・自動車に関する保険契約特別税(TSCA)⇒10億1,800万ユーロ
  - b. 法人によって支払われる目的税⇒186億6,900万ユーロ
    - ・賃金税(taxe sur la salaire)⇒137億7,400万ユーロ
    - ・会社所有自動車税(一般租税法典1010条)⇒8億800万ユーロ
    - ・会社連帯社会的拠出金⇒40億5,700万ユーロ
    - ・移動通信技術(UTMS)に関する周波数使用料⇒3,000万ユーロ
  - c. 医薬品目的税⇒10億900万ユーロ
  - d. 疾病保険に関する保険契約特別税⇒20億9,800万ユーロ
  - e. その他の目的税⇒9億300万ユーロ

#### 4. 給付

##### (1) 概要

疾病保険の給付は、傷病手当金である現金給付(所得保障としての金銭給付)と医療に関する現物給付(第三者払いまたは直接払いによるサービス給付)に分かれる。

このうちの現物給付については、伝統的に病院は第三者払い(わが国でいう現物給付方式)、開業医は直接払い(同じく償還払い方式)を原則としてきたが、開業医も第三者払いに移行途上にある。ただし、開業医が重視する医療の自由との関係もあり、一筋縄ではいかないのが現実である。

##### (2) 医療給付

###### 1) 原則

疾病保険の給付対象となる医療サービスは、一般医および専門医の医療、歯科医療、薬剤、医療機器等の他、一定の要件の下で移送費、人工中絶、健診、予防接種等も包含する(CSSL.321-1)。特徴的なのは、予防医療は給付対象外であるものの歯科も含めた健診費用は、疾病保険から無料で給付されることである。また、医療の受診に当たっては、特段の許可等は不要であり、その点ではフリーアクセスである。実際の受診方法としては、予めアポイントを入れた上で受診することが、開業医のみならず病院で

---

<sup>18</sup> 賃金に対する社会保険料の軽減措置による減収分を付加価値税から回すことによる収入である。

も一般的である<sup>19</sup>。もちろん、救急の場合は、当然ながら別である。

フランスにおいては、開業医と病院は異なる歴史的発展をしてきたことから、給付と裏腹の関係にある報酬体系も異なる。すなわち、開業医がプロフェッショナル・フリーダム(医療自由の原則)を前提に、疾病保険は患者と医師との直接契約による医療費償還を行うことを原則とし、第三者払い(現物給付)は例外とされる。この開業医の診療報酬の単価は協約によるが、医療行為共通分類(Classification Commune des Actes Medicaux, CCAM)の係数点数は国が決定する。

これに対して、革命前からの慈善施設等を起源とする病院は、低所得者のための施設として予算により運営されてきた。このため、一部負担以外の医療費は疾病保険から直接支払われるという現物給付が原則であり、このことは、病院が医療技術の発達により治療の場となった現代においても変わらない。予算方式は、わが国の福祉における措置費に近い面があり、必ずしも現実のコストを反映しておらず、類似施設でも予算額が異なるなどの問題を孕んでいた。このため、2004年以降、医療行為別の費用を反映した活動別料金(T2A)が急性期の一般医療・外科・産科(MCO)で導入されている。

償還払いが原則であるのは、開業医のみならず薬局および検査所でも同様であった。しかし、薬局および検査所では、すでに第三者払い化が進んでおり、開業医においても第三者払い化が進みつつある。第三者払い化は、疾病保険との間の報酬情報のやりとりが必要となることから、フランスで進められた電子被保険者証(*carte Vitale*)の導入および医療機関のIT化がこれを加速化させたと言える。IT化の効果としては、この他、医師が疾病保険金庫から受け取る報酬の中には、出来高ではなく受診経路に関する患者の受け持ち数等によって算定され、事後的に支払われるものが増えているが、これが可能になるのも情報のIT化によるやりとりがあるからと言える。

薬剤については、医薬品の上市許可(AMM)とは別に薬価収載および薬価の仕組みが存在している。つまり、製薬メーカーとの交渉を経て、薬価が国によって決定されることになる。

## 2) 医療行為共通分類<sup>20</sup>

疾病保険の償還対象となる医師等の医療職による医療行為については、治療、診察、患者の状態、処方等の観点から作成されたリストに適合することが求められる(CSS. L.162-17)。

この嚆矢となったのが、1972年の省令で策定された職業行為一般分類(NGAP)である。この鍵記号と重要性に応じて付与された指数によってコード化され、医療技術の

<sup>19</sup> 診察時間はケース・バイ・ケースであるが、15から30分程度であり、開業医の相当数が診療報酬請求を電子化対応で行っている(代表的な医師組合CSMFへのヒアリングによる)。

<sup>20</sup> (Dir.) T Guyo-Petyt, *Le Lamy Protection Sociale*, Wolters Kluwer, 2017, pp.574-578

進歩を踏まえ改定される分類により、疾病保険としては、各医療行為等の内容を個々に審査することなく償還することになる。仮にある医療行為等がリストに記載されていない場合には、予め初級疾病保険金庫の了解を得ることにより、当該医療行為と同等の医療行為等に当てはめ償還が行われることになる。この場合には2つのケースが想定される。一つは、患者の症状が例外的である場合であり、疾病保険金庫の顧問医の判断で給付が可能である(さもないければ、保健福祉活動から費用を支出することも可能である)。もう一つは、技術の進歩による場合であり、大臣に臨時応急的なコードの適用を依頼することが可能である。

しかし、外来医療に関する職業行為一般分類(NGAP)は、時代遅れとなりつつあるとの認識から、病院における医療行為カタログ(CDAM)とともに、中期的に医療行為共通分類(CCAM)に置き換えられることになった。医療行為共通分類は、まず2005年3月31日から、開業医である専門医向けに適用され始め(従前の鍵記号のK、KC、KE、Z)、2006年末からは、一般医についても適用が開始された(従前の鍵記号のC、CALD、CS、CSC、CNPSY、V、VS、VNPSY、FP)。

医療行為共通分類(CCAM)は、専門分野および診療科を基本に分類されていた職業行為一般分類(NGAP)と異なり、医学の論理に即した人の臓器を基準に18に分類されている(経過措置を入れると19分類)。また、医療行為等の価値については、医療行為に係る労働(時間、技術的能力、精神的努力、ストレス)および臨床に要する費用(人件費、設備、場所代のような医療行為を行うための諸費用)を反映することにより、より公平な料金の実現を目指している。

医療行為共通分類(CCAM)のコードは、16文字から成っており、全部で7,200の医療行為等がこれにより分類されている。このうち最初の7文字が基本となる医療行為、8番目は施術者の類型、9番目は今後の治療上の必要性に関わる事項、10番目は治療の段階、11から14番目は緊急、夜間、休日等の通常含まれない加算等の料金、15番目は例外的な支払い事項、16番目は例外的な償還となっている。

図表15 医療行為共通分類の例(最初の7文字)



(出典) (Dir.) T Guyo-Petyt, *Le Lamy Protection Sociale*, Wolters Kluwer, 2017, p.578

### 3) 外来

疾病保険が対象とするリスクは、治療費、薬剤費、人工妊娠中絶、歯科治療、移送費、障害児入所費用、リハビリテーション費用、出産前検査費用、予防接種費用等で

ある(CSSL.160-8)。ただし、法定の費用以外であっても、公衆衛生法典のルールに則って治療のため必要な治療は疾病保険の対象である。詰まるところ、治療範囲は、医師の専門的判断に委ねられることになる。

ただし、医療行為については、高等保健医療当局(HAS)の下で専門家が作成した医療グッドプラクティス勧告(RBP)が適用される。これは、一定の条件下で望ましいと考えられる医療行為を示すことにより、開業医の診療を支援するものである。

保険給付の対象となる医療行為は、医科のみならず歯科、助産、コメディカルも含め、医療行為共通分類(CCAM)によりリスト化されている。同時に医療行為分類は、コード化され鍵記号および数字が付されることにより、医師等の賠償保険、診療所経費等を織り込んだ医療行為の価値を表すものである。これにより、医療協約によって決められた単価を乗じることにより、医療費が決まることになる。その限りでは、医療協約が社会保障法典と並んで医師報酬の枠組みをかたち作っていることになる。

図表16 主治医を受診した場合の料金(2017年7月1日現在)

受診した医師	料金*	償還の基礎	償還率	償還額**
セクター1の一般医	25.00€	25.00€	70%	16.50€
選択的制限料金を選択した一般医	抑制された超過料金	25.00€	70%	16.50€
セクター2の一般医	自由料金	23.00€	70%	15.10€
セクター1の専門医	25.00€	25.00€	70%	16.50€
選択的制限料金を選択した専門医	抑制された超過料金	25.00€	70%	16.50€
セクター2の専門医	自由料金	23.00€	70%	15.10€
セクター1の精神科・神経精神科・神経科医	41.70€	41.70€	70%	28.19€
選択的制限料金を選択した精神科・神経精神科・神経科医	抑制された超過料金	41.70€	70%	28.19€
セクター2の精神科・神経精神科・神経科医	自由料金	39.00€	70%	26.30€

\* 料金には、診察料以外に各種加算が含まれる場合がある。

\*\* 償還額からは、各診察時または医療行為時に医師から徴収される1ユーロの定額負担を控除している。ただし、18歳未満、妊娠6か月以降出産12日目までの妊産婦、補足的普遍的疾病給付の受給者、補足的医療負担扶助(ACS)、国家医療扶助(AME)の場合は、定額負担はない。

(注) 図表中のセクター1、セクター2、選択的制限料金については後述。

(出典) <https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/consultations/metropole>

図表17 医師の報酬体系

C(診療所の診察)、CS(専門医または一般医療の専門医による診療所の診察)	23€
GおよびGS(CまたはCS + MMG/MMS)(セクター1の医師または料金制限を受け入れたセクター2の医師もしくは普遍的疾病給付等を実施するセクター2の医師のための加算を含めた診療所の診察)	25€
V(往診)、VS(一般医療の専門医による往診)	33€
VGおよびVGS(VまたはVS + MMG/MMS)(セクター1の医師または料金制限を受け入れたセクター2の医師もしくは普遍的疾病給付等を実施するセクター2の医師のための加算を含めた診療所の診察)	35€
VL(主治医による神経変性疾患の罹患患者の自宅で実施される長時間かつ複雑な往診)	60€
MCG(セクター1と医療アクセス契約に加入したセクター2との調整に関する加算)	5€(16歳以上の患者)
RMT(長期疾患の患者に係る年間特別報酬)	40€
FMT(セクター1および料金制限を受け入れたセクター2の医師に対する長期疾患以外の患者に係る主治医定額報酬)	5€
COE(出生後8日以内、9か月～10か月目および24～25か月目の義務的健診のための小児科医または一般医の診察)	46€
CSM(産科退院診察、産科退院の際および出産から28日目に特別なフォローが必要な新生児のための診察)	46€
CCP(15～18歳の少女の避妊および性感染症の予防のための診察)	46€
CSO(肥満リスクのある3～12歳の子供のフォローアップおよび調整に関する診察)	46€
PEG、TCA、MCT、SLA、SGE、PPN、MCA、PPR、MPT、PTG、POG、MMF(複雑かつ不安定な疾患に罹患した患者に係る加算、食生活行動の問題、トラウマ、重篤な後遺症、結核等)	16€
MSPおよびMPS(7歳未満児および不妊夫婦に係る特別な診察の加算)	16€
MPA(80歳以上の患者に係る定額報酬)	5€
MEG(0～6歳の子供の診察の加算)	5€
NFP(小児科、0～2歳児に係る新定額報酬)	5€
NFE(新子供定額報酬、主治医からの紹介によらない2～16歳の子供、セクター1および料金制限を受け入れたセクター2の医師)	5€
MEP(小児科の子供に係る加算、0～6歳の子供の診察、NFPおよびNFEとの重複は可能だが、専門医との調整(MCS)およびMPCとの重複は不可)	4€
MIC(対抗力を有する料金による診察であって、退院後の代償不全の心臓病患者に対して主治医によって行われる診察の加算)	23€
MSH(対抗力を有する料金による診察であって、急性期病床からの退院後の自律を喪失した重症患者に対して主治医によって行われる診察の加算)	23€
MU(救急加算)	22.60€
F(正当な理由のない日曜および休日の診察の加算)	19.06€
MDD(正当な理由がある日曜および休日の診察の加算)	22.60€
MN(正当な理由のない20時～午前零時および6時～8時の診察の加算)	35€
MM(正当な理由のない午前零時～6時の診察の加算)	40€
MDN(正当な理由のある20時～午前零時および6時～8時の診察の加算)	38.50€
MDI(正当な理由のある午前零時～6時の診察の加算)	43.50€
IK(距離手当)	平地0.61€ 山地0.91€ 徒歩・スキー4.57€
ID(移動手当)	一般医3.50€ 専門医3.81€ (都市5.34€)
MPC(専門医のCSに関する経過措置による加算)	2€
NCS(専門医の連携加算)	5€
CNPSY(精神科の診察)	39€
1.5CNPSY(主治医からの依頼により以来から2日以内に行われる精神科の診察)	58.50€
CSC(心臓医の診察)	47.73€
MPC(CNPSYの経過的な定額加算)	2.70€
VS/VGS(専門医の往診)	33または35€
VNPSY(神経精神科の往診)	39€
KC(外科および専門的行為)	2.09€
K(その他の専門的行為)	1.92€



図表18 歯科医の報酬体系

C(診察)	23€
CS(専門医の診察)	23€
V(往診)	23€
VS(専門医の診察)	23€
D(歯科医の行為)	2.09€
SC(保存治療)	2.41€
SPR(歯科補綴)	2.15€
TO(歯科矯正)	2.15€

図表19 助産師の報酬体系

C(診察)	23€
V(往診)	23€
SP(出産後の経過観察)	18.55€
SF(専門的行為)	2.80€
分娩	1人349.44€ 双子423.36€
移動定額手当	4€
KE(エコグラフィター)	2.65€

図表20 コメディカルの報酬体系

看護師	AMI(医療的看護行為)	3.15€
	AIS(ケア的看護)	2.65€
	移動定額手当	2.50€
マッサージ士	AMC(施設内行為)、AMK(外来行為)またはAMS(リハビリ行為)	2.15€
	移動定額手当	2.50€
聴覚士	AMO(言語聴覚リハビリ行為)	2.50€
	移動定額手当	2.50€
足矯正士	POD(予防的行為)	27€
	AMP(その他の行為)	0.63€
	移動定額手当	2.50€
眼鏡士	AMY(検査)	2.60€

図表21 生物学的検査の報酬体系

B(生物学的検査)	0.27€
KB(検査技師による採取行為)	1.92€
TB(医師以外の所長による採血行為)またはPB(技師による採血行為)	2.52€

(出典) *Le barème liaisons sociales No.120, 31 janvier 2018*, pp124-126等を基に筆者作成

#### 4) 入院医療

疾病保険は、公立病院等の非営利病院のみならず民間の営利法人が運営する病院 (clinique) も含め、病院が被保険者へ医療を提供することを許可されている限りにおいて、そこでの医療を保険給付の対象とする (CSS.L.162-20 et L.162-21)。このことにも関連して、公衆衛生法典 (L.1110-8) は、患者の医師および医療施設等を選択する権利が衛生法規の基本原則であることをうたっている。

公立病院等の常勤医師は、勤務医としての診療が原則であるが、病院公役務 (後述) の利益に反しない限りにおいて、一定の条件の下で医師個人としての診療を行うこと

が認められている(CSP.L.6154-1 et s.)。いわゆる公立病院の中のプライベート診療所である。ただし、公立病院勤務が主であることの担保のため、勤務時間の20%を超えないことや、勤務医としての診察回数を上回らないことなどの条件が課せられる。

病院の医療費は、開業医とは異なる体系であり、基本的に予算制度から出発した。具体的には、1984年までは、県知事が施設ごとに決定する日額料金(prix de journée)に入院日数を乗じて計算されていた。この料金は、疾病保険の給付の算定基礎ともなるものであったが、必ずしも科学的な仕組みではなかった。しかも、入院日数に応じて計算されることから、患者の入院の長期化を招く問題を有していた。このため、1984年には、日額料金に代えて包括交付(dotation globale)が導入されることになった。この仕組みは、費用とそれに対応する収入との差額から包括交付額を決定するものであったが、実際上は、前年支出に通知によって示される伸び率を乗ずることで計算されていた。結果的には、包括交付も医療費の抑制には繋がらず、1996年の改革により見直されることになった。すなわち、全国疾病保険支出目標(ONDAM)による目標管理制度の導入である。これにより、全国の支出目標が地方別に細分化され、その財源を地方医療庁(ARS)が施設ごとに配分することになった。

さらに、2004年社会保障財政法は、急性期の一般医療、外科医および産科の医療について、フランス版DRGとも言うべき活動別料金(T2A)を導入することを規定した。これにより、病院の活動は、診療科・専門別の同一患者グループ(GHM)の類型ごとに分類され、各類型には予め設定された料金が適用されることになった。これに対して、回復期や精神科等の他の入院医療は、年間財政交付金(DAF)により賄われている。また、営利民間病院の場合には、地方医療庁(ARS)との間の協約付属書に基づき決定される1日当たり料金により支払われている。

### (3) 一部負担

一部負担制度は、1930年の社会保険の創設時に遡る。戦後の疾病保険の出発時点においても、医療費の濫用防止の観点から、一部負担制度は残されることになった(1945年10月19日オルドナンス)。もともと一部負担は20%であったが、時代を経るに従って多段階化・複雑化してきた。

現在、20%(入院)、30%(外来)、35%(負担率70%・85%以外の薬剤、移送)、40%(コメディカル、検査、医療機器)、70%(効能が中程度の薬剤)、85%(効能が低い薬剤)となっている。

この定率負担以外に入院時定額負担、診察・検査時定額負担(1ユーロ)、一部負担免除者の入院時定額負担、薬剤・コメディカル・移送に関する定額免責負担が現在存在している。

定率負担以外の別途負担は、そもそも1983年に入院時定額負担(forfait journalier hospitalier)が導入されたのを嚆矢に、別途の定額負担拡大および新規導入のかたちで

進められてきた。金額も引き上げられてきており、2010年以降の入院時定額負担金額は、精神科以外は18ユーロ、精神科は13.50ユーロとなっている<sup>21</sup>。以下、様々な負担について敷えんする。

まず2004年には、受診経路(*parcours de soins*)の観点から、主治医選任の場合とそれ以外に分けた一部負担が導入された。具体的には、次のとおりである。被保険者は、主治医(*médecin traitant*)を選任することが可能である。さらに専門医にアクセスする場合には、主治医を経由して受診することになり、専門医には直接受診できないこととされている。この場合の専門医は、主治医に対して連絡対応医(*médecin traitant*)という位置づけになる。主治医経由でない場合には、40%を加算した一部負担率が適用(7割給付の場合であれば、3割給付)される。

次に2005年には、制度を維持するための負担金としての1ユーロの定額負担金(*participation forfaitaire*)が導入された。この定額負担は、開業医、病院外来等(歯科医、助産師、コメディカル等の場合は除外)の毎回の受診の際に支払うことになっているが、18歳未満の児童、妊娠6か月以降の妊婦、普遍的疾病給付受給者等の場合には、適用されないことになっている<sup>22</sup>。従って、長期疾病(ALD)、疾病による労務不能、労災による障害補償年金、障害年金、妊娠5か月までの妊婦の場合にも、この定額負担は徴収されることになる。

翌2006年には、120ユーロ以上の高額な医療行為に関する18ユーロの定額負担金が導入されている。この場合には、障害年金の受給者等および救急搬送等を除き医療機関に18ユーロを支払う必要がある。

さらに2008年には、社会保障財政法により保険免責(*franchise*)制度が導入された。免責基準額は、入院時を除く薬剤1箱0.50ユーロ、入院時を除くコメディカル0.50ユーロ、救急を除く移送2ユーロとなっている。なお、保険免責に関しては、1日当たりコメディカルで2ユーロ、移送で4ユーロの日額上限があり、給付全体で年額50ユーロの上限が設けられている。また、1ユーロの定額負担の場合と同じように、児童、妊婦、普遍的疾病給付受給者等は保険免責の対象外である。

このほか2012年には、超過料金に関する医療アクセス契約(*contrat d'accès aux soins*)が導入された。この結果、医療アクセス契約に参加する場合には、セクター1と同じ条件で償還する特典が付与されることになった。

医療費負担が重い長期疾病(ALD)としてリストに掲載された疾病について、一部負担の免除制度がある。このほか、30日を超える入院、障害年金の受給者や妊娠6か月以降の妊婦についても、負担の免除制度がある。なお、長期疾病(ALD)とは、高度の技術および薬剤を要することから高額で代替ができない疾病として指定された29疾病

---

<sup>21</sup> 2018年から18ユーロが20ユーロに引き上げられた。

<sup>22</sup> 1ユーロの定額負担については、複数回受診を念頭に置いた1日当たり4ユーロの上限および年間50ユーロの上限が設けられている。

またはリスト以外で特に重篤な疾病である<sup>23</sup>。

以上の一部負担に関連して、超過料金も含め、料金が70ユーロ以上のときには、医師は予め料金に関する情報を文書で提供する義務がある。

図表22 疾病保険の負担

超過料金	← 料金
定率一部負担	← 社会保障料金
定額負担・保険免責	
給付部分	

#### (4) 現金給付

##### 1) 傷病手当金

現物給付が報酬比例原則 (principe de proportionalité) の要素をなくしたのに対して、傷病手当金 (indemnité journalière) はビスマルク型の痕跡を強く残している。

一般制度の傷病手当金の場合、仮病による欠勤を防止するため3日間の待機期間の後、上限の範囲で賃金の50% (3人以上の子供がいる場合は、2か月目から66.66%) が支給される。この支給水準は、受給開始から7か月目以降、51.49% (子供3人以上の場合は66.66%) に引き上げられる。給付には上限が設けられており、最低賃金の1.8倍の730分の1 (子供3人以上の場合には547.5分の1) を超えることができない。この結果、最低賃金の1.8倍が年間3万2,366.88ユーロであることから、傷病手当の上限は1日あたり44.34ユーロ (子どもが3人いる場合は59.12ユーロ) (2018年1月～) となる。逆に下限も存在しており、手当金は、障害年金の最低保障額の365分の1である9.39ユーロ (2018年4月～) を下回ることができない。

支給期間は、保険料の拠出期間等により変動するが、3年の期間で360日を超える手当を受給することはできない<sup>24</sup>。また、病欠が断続的に繰り返される場合には、そのたびに待機期間が適用される。ただし、長期疾病 (ALD) の場合には、3年間支給されるほか、病欠ごとの待機期間も適用されない。なお、労使協約等の労使合意により、

<sup>23</sup> 長期疾病はがん、白血病、エイズ、肝炎、循環器疾患、糖尿病等が指定されており、患者負担の軽減に重要な役割を果たしている。しかし、一部負担が必ずしも高額ではない場合が対象となる一方、費用が高いにも関わらず周期的に症状が出るような場合は対象とならない問題や、主傷病とそうでないものの切り分けなどの事務負担の過重等の問題を含んでいることが指摘されている (P.-L. Bras et D. Tabuteau, *Les assurances maladies*, PUF, 2010, p.35)。

<sup>24</sup> 支給開始6か月目までは、就労中断時点から起算して、従前6か月間に最低賃金 (SMIC) の1.015倍の保険料拠出または従前3か月 (90日) 間に150時間以上の就労等が要件である。次の6か月間については、従前12か月間に最低賃金の2,030倍の保険料拠出または従前12か月 (365日) 間に600時間以上の就労等が必要である。

多くの場合には、法定給付を超える保障を受けることができる。

支給に当たっては、就労できないことが要件となる(医師の指示で指定時間以外および治療目的以外は外出も禁止)。実務上は、主治医、病院等が発行する病休指示書(prescription de repos)を患者が2日以内に金庫および事業主に提出することにより開始される。金庫では、顧問医等が仮病による不正受給を防止するためのチェックを行うことになる。不正の場合には、給付が廃止されることもある。また、傷病が本人の故意または過失による場合にも給付されない。

## 2) 終末期付添手当金

2010年3月2日法により創設されたのが終末期付添手当金(allocation journalière d'accompagnement d'une personne)である。この手当は、親族の看取りのために休暇をとる際に支給されるもので、支給期間21日を上限とし、親族の死亡の翌日まで支給される。支給額等は、傷病手当金と同じである。

## 5. 普遍的疾病給付

### (1) 経緯

戦後の改革が目指した社会保障の一般化にもかかわらず、制度の谷間から発生する無保険者問題に対応するため、1999年の法律により創設され、2000年から施行された低所得者医療制度が普遍的疾病給付(CMU)である。

さらに、2016年社会保障財政法に盛り込まれた普遍的疾病保護(Protection Universelle Maladie, PUMA)に関する改革により、正規かつ安定的にフランスに居住するすべての人は、医療へのアクセスが保障されることになった。この改革は、就労要件、職域等を基礎としてきた制度の簡素化、被保険者資格等の医療保障の継続性の確保等を目指すものである<sup>25</sup>。これによって、2016年1月1日以降、普遍的疾病給付の目指した改革は完成をみることになった。特に制度の簡素化という点では、疾病保険加入のメルクマールが就労だけではなく、就労または正規かつ安定的な居住という居住要件に変わったことの影響が大きい。

### (2) 普遍的疾病保護の概要

普遍的疾病保護の導入により、就労や家族の状況に着目した被用者と被扶養者の区別がなくなった。例えば、就労の場合には、最低就労時間要件がなくなり、さらに失業等による就労中断の場合の継続加入制度も不要となった。また、離婚等の場合であっても、被扶養者資格を失うこともなくなるなど、制度上の大きな変化が生じることに

<sup>25</sup> 分立・複雑化した制度の問題の一つは、正規雇用で一定以上の収入がある場合には顕在化しない行政機構の事務手続が、不安定で困難な状況に陥った途端に医療へのアクセスを妨げることになる点にある(*Le monde*, 3 octobre 2017による)。

なった。これらの帰結として、従前の基礎的普遍的疾病給付(CMU de base)が不要となり、補足的普遍的疾病給付(CMU-C)のみが存続することになったほか、被扶養者の対象が18歳未満の子供に限定されることになった<sup>26</sup>。

普遍的疾病保護の下では、疾病保険への加入が被扶養者を除き個人単位となる。その場合の保険料は、必ずしも就労を前提としないことから、次のようになる。

- ①就労している被用者；報酬比例の保険料(従来どおり)
- ②資産収入9,654ユーロ(2016年)超の非就労者；付帯的な保険料
- ③低収入の非就労者；保険料免除
- ④退職者、被用者・失業者の配偶者等；保険料免除<sup>27</sup>
- ⑤学生；学生のための定額保険料

以上をまとめれば、これまでの普遍的疾病給付の受給者は、普遍的疾病保護により、一般制度に加入することになる。注意しなければならないのは、対象者は、フランス人のほか正規の滞在資格のある外国人に限定されることから、非正規滞在の外国人は国家医療扶助(AME)の対象となることである。国家扶助に関する限り、これまで適用要件が厳格化されてきており、3か月以上の滞在要件が課せられたのに加え、2011年からは年間30ユーロの年間権利金(droit annuel)の支払いが受給条件となっている。

### (3) 補足的普遍的疾病給付の概要

基礎制度に加入しても残る問題が、低所得者等の一部負担である。このため、基礎的普遍的疾病給付(CMU de base)が廃止された後も残ることになったのが、補足的普遍的疾病給付(CMU-C)であった。

加入要件は、一定期間(3か月)超の継続的フランス居住、正規滞在、低所得である。このうち、居住要件の継続性は、家賃、公共料金の領収書等で判断される。次に正規滞在中の判断は、滞在許可等で判断されることになるから、不法滞在は対象外である。EU諸国等の場合には、滞在許可は不要であることから、疾病保険加入等の要件が充足されれば、滞在許可証は不要である。最後の所得要件については、前年所得で判定され、世帯構成によって変わってくる(2017年4月以降の基準で1人世帯8,723ユーロ、2人世帯1万3,085ユーロ、3人世帯1万5,701ユーロ、4人世帯1万8,318ユーロ、それ以上だと1人当たり+3,489.20ユーロ)。仮に基準超過割合が35%以内であれば、補足的医療負担扶助(Aide au paiement d'une Complémentaire Santé, ACS)制度の対象となる。

この制度の適用を受けると、保険料負担なしに給付を無料で受けることができる。無料となる範囲は、通常の医療の際の一部負担部分、入院時定額負担、1ユーロの定

<sup>26</sup> 18歳未満でも16歳以上であれば、請求により成人として被保険者になることが可能である。

<sup>27</sup> 退職者の場合には、年金を支給する制度(最後に加入した制度が原則であるが、本人の選択で最も長く加入した制度に加入することも可能である)の疾病保険に加入するのが原則である。ただし、就労している年金受給者の場合には、被用者としてその疾病保険に加入することになる。

額負担、保険免責等のほか、眼鏡、歯科および補聴器についても一定範囲まで無料となる。主治医の選定等の受診経路に関する規定は、一般の被保険者と同じように適用される。従って、受診経路から外れた受診の際には、一部負担の上乗せ部分が本人負担として残ることになる。

給付の受給者は、本人のみならず、配偶者等、25歳未満の被扶養者である。申請に当たっては、本人が被扶養者の分も含め、給付の管理機関を選択することになる。具体的には、加入している基礎制度の疾病保険金庫、リストに登録された共済、福利厚生組織および保険会社である。仮に自ら選択しない場合には、加入する疾病保険金庫が管理機関となる。

補足的普遍的疾病給付(CMU-C)の支給状況については、2007年から2009年にかけて減少したが、2010年以降の経済危機から増加に転じた。支給要件の緩和も手伝い、受給者は2014年で約510万人(本国人口の6.8%)となっている。

図表23 補足的普遍的疾病給付(CMU-C)の受給者数の推移

2007	4,473,266
2008	4,275,039
2009	4,220,538
2010	4,265,000
2011	4,385,285
2012	4,484,493
2013	4,693,500
2014	5,090,189

(出典) DREES, *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2016, Fiche 18:La couverture maladie universelle complémentaire(CMU-C)*

#### (4) 補足的医療負担扶助

補足的普遍的疾病給付(CMU-C)の所得基準を超える場合であっても、補足的疾病保険の保険料負担に困難を来すことから、当該所得基準超過が35%までであれば、補足的医療負担扶助(ACS)により、保険料負担の支援が受けられる。支援額は年齢によって異なる(2014年の場合、保険料の実負担額を上限として、16歳未満で100ユーロ、16～49歳で200ユーロ、50～59歳で350ユーロ、60歳～で550ユーロ)。支援の利用者は増加してきており、2015年11月末で98万2,500人となっている。また、補足的医療負担扶助受給者が契約する補足的疾病保険の保険料は平均で916ユーロ(87%が低い保証のD・Cクラスの契約。一般の契約者の場合には、全体の48%にとどまる)であり、そのうちの55%に相当する479ユーロが減額されている<sup>28</sup>。

<sup>28</sup> DREES, *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2016, p.82*

補足的疾病保険の契約類型は、条件のいいAクラスであれば、専門医の費用が全額償還されることになる。これに対して、Bクラスは30ユーロ、C、DおよびEクラスは7ユーロにとどまる。このほか、契約類型によって、歯科材料、眼鏡等の償還条件が変わってくる。この点では、D・Cクラスは「中の下」といった契約内容と考えてよい。

図表24 補足的医療負担扶助の受給者

年	12月末における受給資格証の発行数	11月末における利用者数
2005	402,300	177,700
2006	391,300	240,700
2007	511,100	329,700
2008	596,600	442,300
2009	599,500	501,700
2010	631,500	532,900
2011	763,100	621,400
2012	1,005,200	774,000
2013	1,157,200	895,600
2014	1,202,300	943,800

(出典) DREES, *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2016*

## 6. 第三者払い制度

### (1) 経緯・概要

フランスでは、フランス革命以降、医療の自由を重視する医療界と制限料金をはじめとする規制を課そうとする政府との間で対立が繰り広げられてきたと言っても過言ではない。1928年、最初の社会保険の導入の際にも、第三者払いの余地を残しつつ、医師の自由な選択を原則とした。戦後の改革、そして1970年の全国医療協約導入の際にも、病院への第三者払いを別とすれば、医師報酬の直接払い原則が維持されることになった。

その後、第三者払いは、福祉的な診療所(診療センター、母子保健センター)、病院の外来診療、救急医療等にも拡大されていく。また、普遍的疾病給付等の福祉的医療や長期疾病のように一部負担が免除される制度も、償還払いの範囲を狭めることにつながっていった。しかし、開業医においては、償還払いが原則であった。

このように疾病保険の伝統的な給付方式は、受診時の全額払いに対する償還払いであったが、現在、第三者払いによる現物給付化が段階的に進められている。

第三者払いが義務的なのは、以下の場合である。

- ①補足的普遍的疾病給付(CMU-C)
- ②国家医療扶助(AME)
- ③補足的医療負担扶助(ACS)
- ④労災保険
- ⑤制度化された健診による予防事業(例えば、乳がん発見のためのマンモグラフィー)



- ⑥疾病保険と協約を締結した病院における入院
- ⑦15歳以上の未成年の避妊のための診療
- ⑧長期疾病(ALD)の罹患者
- ⑨出産保険の受給者

これに対して、任意的な第三者払いは、以下の場合である。

- ①薬剤師による医薬品の調剤
- ②放射線科または検査所における検査・治療
- ③金銭的困窮状態の場合等の主治医による診療

2016年7月以降は、開業医は、長期疾病(ALD)に罹患し全額保険給付がなされる患者および妊婦に対する診療について、第三者払いを実施できることになった。

この第三者払いが適用される場合には、加入者は窓口負担がなくなり、疾病保険金庫が加入者へ別の医療費を償還する際に、第三者払いの本人負担分を控除して支払うことで事後的に調整される。疾病保険金庫から償還される医療費がない場合には、疾病保険金庫が加入者に本人負担分を請求することになる。

## (2) 医療の自由との関係

第三者払いは、医療の自由の原則とも密接に関係する。この原則は、社会保障法典と公衆衛生法典の両方にまたがるが、社会保障法典では、職業倫理規範に即して、以下の原則が規定されている(L.162-2)。

- ①患者による医師の自由な選択
- ②医師の自由な処方
- ③職業上の秘密
- ④患者による報酬の直接払い
- ⑤医師の開業の自由

このうち第三者払いに関係するのが、報酬の直接払い原則である。この点、憲法院(CC decision no 2015-727 DC du 21 janvier 2016)は、第三者払いが医療制度の組織および報酬の支払い方法に関する条件を規定するだけであって、社会保障法典の報酬の直接支払いに関する規定が「憲法上のいかなる要請によっても義務づけられていない」として、医療の自由に関する規定の部分的修正が認められると判示している。従って、報酬の直接払いの原則は、職業倫理規範上の基本原則ではあるものの、憲法上の原則とまではいえないことになる。このことは、同じ職業倫理規範でも、職業上の秘密のように個人のプライバシー権に関わるものとは同列に論じられないことを意味する。実際、入院医療に関しては、公立病院の予算制度との関係もあり、そもそも第三者払い方式が採用されてきたことに照らしても首肯される。

## 7. 受診経路および主治医

医療の適切な受診および疾病予防を実現するため、受診経路(*parcours de soins*)に立脚した主治医制度が導入されている。受診経路の基本的考え方は、主治医を起点として医療の利用に当たっての調整・連携を実現することにある。このため、主治医は日常的な診療に当たるのみならず、

- ・それ以外の専門医等の医師の受診、病院への入院等の調整に当たり、
- ・長期疾病患者の治療方針を他の医師と協力しながら作成し、
- ・受診状況、検査結果等の医療情報を盛り込んだ医療文書を管理し、
- ・予防接種、がん等の検診、禁煙、栄養管理等の予防活動を実施する

など、様々なかたちで患者の受診経路に関わることになる。要するに、主治医の役割は、患者のプライマリ・ケアを担うとともに、他の医師・医療機関との調整・連携により次の医療につなげるもののほか、医療関係書類の管理、長期疾病(ALD)の場合の治療方針の作成、疾病予防等である。ただし、歯科、助産師、コメディカル、検査、薬局等は受診経路の対象外である。また、人工妊娠中絶、救急医療、終末期医療、外国での医療等も受診経路の対象外となる。

どの医師を主治医とするかの選択は、本人(16歳未満の場合は、親の選択)の自由である。その場合の医師としては、一般医と専門医、協約医と非協約医、開業医と病院等の勤務医、居住地とそれ以外のいずれであっても構わない。主治医の選択情報は、本人から疾病保険金庫への連絡も可能であるが、主治医がオンラインで行うこともできることになっている。

仮に主治医を選定しない場合には、医療費の給付割合が低くなる。例えば、セクター1の一般の25ユーロの料金の場合、主治医であれば、料金の70%から1ユーロを減じた16.50ユーロが償還されるのに対して、主治医以外であれば、料金の30%から1ユーロを減じた6.50ユーロが償還される。

主治医の変更は、本人または医師の転居等の場合は当然として、それ以外であっても、特に理由を必要とせず、いつでも可能である。

## 8. 金庫運営

### (1) 経緯<sup>29</sup>

フランスの社会保険の萌芽は共済だが、政府の動きとしては、1910年の労働者・農民退職年金、1928～30年の社会保険関係法が初期の制度である。これに対して、当初、労働組合(CGT)は、賃金が低い中で保険料負担が発生することを理由に制度創設に反対であった。しかし、1920年に労働組合が分裂して以降、革命的でない改良主義的な

---

<sup>29</sup> P. Martin, *Les métamorphoses de l'assurance maladie*, Presses Universitaire de Rennes, 2016, p.41-59 ; P.-L. Bras et D. Tabuteau, *Les assurances maladies*, PUF, 2010, pp.43-48

組合員を中心に社会保険に対する敵対心は薄れていくことになった。このことは、医師、農民等の圧力団体が社会保険に反対だったのとは、異なるスタンスである。使用者も反対派であったが、政府が減税を懐柔策で打ち出したことで、状況が変化した。

このような中で制定された1930年の社会保険法は、共済に運営を委ねるなど、労使自治的な仕組みではなかった。戦後の一般制度に象徴される社会保障改革は、レジスタンス運動の影響もあり、労働組合が制度運営の主要な権限を握った点で、運営面でも重要な改革であった。すなわち、全国レジスタンス委員会(CNR)が1944年に採択したプログラムの中ですでに社会保障の管理が国家とともに労使等の関係者によって担われることが盛り込まれていた。実際、戦後改革の先鞭をつけた1945年10月4日のオールドナンスでは、保険料の労使負担原則と並んで、運営上の原則として、選挙による労使代表(労5分の3、使5分の2)が意思決定機関である理事会を構成することが規定された。逆に言えば、労使主体の「社会的民主主義(démocratie sociale)」を象徴するかのように、政府の干渉を排除する仕組みが組織運営面にも内包されていたことになる。また、背景的には、戦時中の対独協力の関係もあり、戦後使用者の力が弱まっていたことも労働組合の優越に作用している。

理事会選挙は、その後、1947年、1950年、1955年、1962年に実施される。しかしながら、このような労使自治的な社会国家モデルは、高度成長期の終焉による福祉国家の見直し論の中で変貌し始める。つまり、労使に代わって国による社会保険への関与の増大である。

国家の関与の端緒は、1967年のジャヌネ(Jeanneney)改革による全国金庫の3分割、3部門間の財源の融通による赤字対策、理事会の労使同数制の導入、そして労使自治の象徴である理事会選挙の廃止である。この改革の中には、全国金庫理事長の政令による任命への転換も含まれており、金庫の政府への従属が強まることになった。

その後、ミッテラン政権の誕生により、金庫理事会の労働側の優越や選挙制が再導入されることで揺り戻しがあったが、大きな流れに変化はなかった。すなわち、フランス厚生省の社会保障局幹部の中核が社会改革派から財政派に移行するなど、社会保障における赤字問題の重要度が増大することが、金庫等の在り方にも影響を及ぼすことになった。

その点では、1995年からのジュベ・プランが決定的であった。理事会運営において中心的であった労働組合(FO)が労使自治を振りかざし改革に反対したことが原因となり、金庫運営の中心的組合が別の組合(CFDT)に移ることになった<sup>30</sup>。これを使用者(CNPF)から見ると、社会保障財政の肥大化の中で、ついに1967年改革以来築かれてきた労使協調路線の終焉でもあった。

---

<sup>30</sup> 戦後の労働運動の中心であったCGTが分裂したことにより、1947年以降1996年までは、CGTに代わりFOが使用者団体と組むことにより、全国疾病保険金庫の主導権を握ることになった。なお、労使代表については、労働省が地域から国レベルまでの労働代表選挙の結果を統計的に集計し、代表性を判断し、人数を配分している。

また、1995年のジュベ・プランにより、金庫理事会の労使代表の選挙による選出制度が廃止されたことの影響も大きい。過去の経緯を遡ると、1947年、1950年、1955年、1962年までは選挙制だったが、1967年の改革で一旦廃止された。それが社会党政権の登場による1982年の改革で復活したものの、ジュベ・プランで廃止されたことになる<sup>31</sup>。

このジュベ・プランが残した置き土産としては、社会保障財政法による疾病保険の伸び率管理(ONDAM)および金庫と政府の間の目標・管理協約(COG)がある。これらにより、全国金庫は、議会および政府との間の三層構造に組み込まれることになった。また、全国金庫と初級疾病保険金庫のような下部機関との間にも契約による複数年管理契約が存在することからすれば、社会保険の組織は上下に階層構造化されることになったとも言える。

また、2000年に始まる普遍的疾病給付(CMU)が一般制度に委ねられたことにより、全国疾病保険金庫等の金庫が社会保険の保険者にとどまらず、扶助原理に則った国家的な無拠出制給付の管理者にも位置づけられることになったことも重要である。つまり、ビスマルク方式の下での社会保険とその保険者を超える制度体系が登場したことも、国家の関与という点では重要である。

さらに決定的であったのは、2004年8月13日法により、意思決定機関としての金庫の理事会が廃止され、制度運営の方向に意見を述べる評議会に労使の参加は限定されることになったことである。同時に閣議任命による事務局長が全国疾病保険金庫の名実共にトップに位置づけられることになった。これにより、金庫は自律的な独立組織であるものの、垂直的な国家機構の一端を実質的に担うことになったとも言える<sup>32</sup>。

具体的に言えば、評議会は、金庫運営の大きな方向性を議論し、事務局長の下での業務執行を監視する役割にとどまる。その点では、事務局長の位置づけが高まっており、議会の承認を得て大臣が5年任期で任命する。さらに、

- ・ 監督官庁も、以前は社会保障担当大臣のみだったが、現在は予算担当大臣も加わり、共管体制に変わっている
- ・ 給付内容・水準も、以前は金庫が決められたが、現在は大臣がサービスを定めることができるようになっている
- ・ 評議会の構成員も、労使代表だけではなく、家族手当であれば家族団体、疾病保険であれば患者団体が入るほか、有識者というかたちで政治任命の者が入るようになっている。つまり、労使というよりも、三者構成に変わっている。このことは、金庫運営を不安定化している

なお、留意すべきは、フランスの低い労組加入率、社会保障の赤字の増大等の諸状

<sup>31</sup> 労使の構成割合も変遷を重ねてきた。当初は被用者代表が過半数だったが、使用者の要求による1967年改革で同数制となり、1982年改革で被用者が過半数、そしてジュベ・プランで労使同数制に回帰した。

<sup>32</sup> 農業制度(MSA)、自営業者制度(RSI)は理事会制度を維持しているが、権能は保険料および給付の決定にとどまる。

況を踏まえれば、国家の関与の増大が現実無視とも言い切れない点があることである。

## (2) 根底にある潮流<sup>33</sup>

金庫運営における労使自治の減退の根底には、労使による社会的民主主義の限界がある。

その第一、制度運営のプロフェッショナル化である。典型的には、理事会と事務局長との関係である。戦後の金庫発足から事務局長は重要な役割を担うが、制度運営の専門性の増大とともに、全国金庫の下での初級疾病保険金庫の下部機関化と同時に事務局長の位置づけが高まることになった。

第二は、財政状況の悪化である。社会的民主主義の優越は、換言すれば議会による政治的民主主義の排除である。このことは、保険料を財源とする社会保障財政が国家予算とは切り離され、議会による干渉を排除する正当性を有していたことによって是認されてきた。しかし、一般社会拠出金(CSG)の導入に代表される社会保障財政の悪化は、長年にわたり社会保障への関与を主張していた議会による関与を不可避とすることになった。1996年の社会保障財政法の登場もかかる潮流で理解できる。

第三は、使用者団体の対応の変化である。高度成長期は労使協調の証であった金庫運営は、国際競争の中で保険料の負担増大は重荷となり、2000年代に入ると、使用者団体(MEDEF)は、社会保険の中でも雇用・労働との関係性が薄い疾病および家族部門の金庫運営から手を引くことになる。

## (3) 金庫の概要

一般制度の場合、全国疾病保険金庫(CNAM)の下で100ほどの初級疾病保険金庫(CPAM)が配置されている。初級疾病保険金庫は、被保険者の適用、給付、予防活動、付加給付、保健福祉活動等を実施する。

国は、金庫に対して指導監督上の権限を有する。このため、初級疾病保険金庫の決定が法令に違背したり、財政の均衡を著しく害する場合には、決定の取消しができる。このほか、全国疾病保険金庫の評議会の決定も承認手続に付されるが、明確な異議がなければ黙示の承認とみなされる。

1996年4月24日のオルドナンスにより、全国金庫と国との間では、目標・管理協約(COG)が締結される。

初級疾病保険金庫の業務の柱である医療費の支払いは、もともと紙ベースであったが、徐々にIT化が進められている。これにより、第三者払いと言われる現物給付化が技術的にも可能になっている。このIT化のためのシステムは、医療カード(*carte-santé*)としての電子被保険者証(*carte Vitale*)である。このICカードを医療機関が読み取ることにより、医療費の請求等に活用できるようになっている。

---

<sup>33</sup> P.-L. Bras et D. Tabuteau, *Les assurances maladies*, PUF, 2010, pp.44-45

### Ⅲ. 医療提供体制の概要

#### 1. 概要

フランスの病院は、中世の時代、教会に付設された慈善施設、絶対王政時代の王権の下で感染症患者の隔離施設である一般施療院等を前身とする。革命後、教会財産の没収、政教分離等の結果として、これら施設は国有財産とされ、その後地方公共団体に移管されることになる。現在においても、病院が公立中心であるのは、歴史的な経緯が影響している。従って、営利の民間病院も設置可能であり、そもそも非営利原則が存在しているわけではない。

また、慈善施設を前身とし、当時の医療水準からも、病院は治療の場というよりも、高齢者、障害者、ホームレス等も含めた混合処遇の場、病人にとっては看護や看取りの場としての色彩が強かった。このため高所得層にとっては、病院よりも開業医の方が重要であり、開業医による診療を受けられない低所得層の受け皿となったのが病院であった。従って、開業医と病院は歴史的には別物であり、診療所の開業医が成功した暁に病院となるといった連続性はなかった。

さらに、開業医も含めた医師については、一般医と専門医の二本立てとなっている。また、薬剤師は、医師とは別途の資格として、元々存在している。このため、医薬分業は、医療の当然の前提となる<sup>34</sup>。その点では、医薬分業に限らず、看護師の場合にも、独立開業している開業看護師も存在しており、専門による分業が医療には強いといえる。

戦後の社会保障改革の影響は、医療提供体制にも及ぶことになる。また、医療に関しては、他の社会保障分野と異なり、医療技術の発達も決定的重要性を有する。これらの潮流の反映が、低所得者を対象とする世話や看取りの場としての病院から、国民全体を対象とする治療の場としての病院への転換であった。かかる観点から認識された問題が、大部屋にベッドが並ぶ劣悪な病院環境の刷新であった。このため、戦後から1970年代にかけて、病院の小部屋化、処遇改善等による人間的環境化(humanisation)が押し進められることになった<sup>35</sup>。

オイルショックが福祉国家の転機であったことは、医療分野も同様である。その後、医療提供体制問題は、疾病保険財政の悪化も手伝い、医師数抑制、病床規制等に力点を置いた見直しの時代に入っていくことになった。

<sup>34</sup> 例外的に、病院の外来患者に対して一定の薬剤に限って院内薬局が直接処方する再譲渡薬(médicaments rétrocedables)の仕組みが存在する。

<sup>35</sup> A. Laude et D. Tabuteau, *Les droits des malades*, PUF, 2016, pp.11-13

## 2. 医師等の医療職制度

### (1) 資格養成

医師は、大学入学資格取得後6年の大学教育により養成される。大学入学後1年目の進級試験による振り分けを経て、4年目から3年間の実地教育(エクスターン)に入る。その後、全国クラス分け試験により、地域枠の範囲内で希望と順位に応じて、内科、外科、一般医、麻酔科、婦人科、産科、小児科、精神科等の専門診療科別の専門研修を受けることになる。

医師数については、医師過剰による医療費の増大への懸念もあり、抑制のための医学部進学定員枠( Numerus clausus)を設定してきた。かつ、設定に当たっては、医師偏在を勘案して大学別の定員が決定された。

医師数は、2017年1月1日現在、22万4,875人となっており、前年の22万3,571人より、0.6%増加している。内訳は、開業医が10万3,679人、開業医兼勤務医が2万6,130人、病院勤務医が6万8,009人、その他の勤務医が2万7,057人となっている。

このうち一般医は、約半分の10万2,250人となっており、12万2,625人が専門医である。この専門医の場合、勤務医との兼務も含めると開業医が増加傾向にあり、2013年の6万900人から2017年の6万1,707人に増加している。このことは専門医におけるセクター2の増加および地域偏在と相まって、患者の医療環境の悪化を招いている。さらに、ベビーブーム世代の医師の大量引退もあって、医師は不足気味となりつつある。

医師以外の医療職としては、歯科医師、薬剤師、看護師のほか、各種コメディカルが存在する。歯科医師については、大学入学資格取得後6年(一般歯科医)または9年(競争試験を経たインターンにより養成される専門歯科医)の教育期間が必要である。薬剤師の場合にも、6年または9年の教育期間が必要となる。これら大学で養成される医師、歯科医師、薬剤師は、大学1年目に実施される振り分け試験により専攻が決定される。看護師については、大学入学資格から3年の養成期間で資格取得できる。

図表25 診療科・活動形態別医師数(2017年)

(人)

診療科	全活動形態	開業医	開業医・ 勤務医兼務	病院 勤務医	その他の 勤務医
全診療科	224,875	103,679	26,130	68,009	27,057
専門医	122,625	43,314	18,393	49,415	11,503
解剖医・病理医	1,618	590	167	808	53
麻酔医・蘇生医	11,396	3,853	699	6,497	347
臨床検査医	3,002	1,144	55	1,267	536
循環器科医	7,090	3,163	1,791	1,968	168
一般外科医	3,553	922	524	1,993	114
顔面外科医・口腔外科医	1,151	714	257	135	45
整形外科医・外傷外科医	3,338	1,705	784	800	49
小児外科医	324	42	77	194	11
形成外科医・美容整形外科医	925	570	246	103	6
胸部外科医・心臓血管外科医	466	121	134	203	8
泌尿器外科医	1,282	620	351	293	18
血管外科医	544	253	124	157	10
消化器外科医	1,042	387	206	437	12
皮膚科医・性病科医	3,979	2,452	833	545	149
内分泌代謝科医	1,916	517	333	982	84
遺伝病科医	251	5	5	227	14
老年病科医	1,870	59	59	1,414	338
婦人科医	2,978	1,860	601	334	183
産科医	4,869	1,736	1,163	1,885	85
血液内科医	682	32	27	590	33
消化器内科医・肝臓病科医	3,758	1,370	809	1,475	104
産業医	5,409	46	19	541	4,803
内科医	2,445	225	157	1,930	133
核医学科医	735	217	198	298	22
リハビリテーション科医	2,184	319	147	1,444	274
腎臓内科医	1,730	296	215	1,030	189
脳神経外科医	564	134	95	325	10
神経科医	2,571	471	426	1,609	65
耳鼻咽喉科医・頭頸部外科医	3,058	1,388	907	667	96
腫瘍内科医	1,017	163	61	762	31
眼科医	5,947	3,812	1,288	605	242
小児科医	8,099	2,139	1,010	4,173	777
呼吸器科医	3,050	786	484	1,658	122
精神科医	15,307	4,682	1,827	7,618	1,180
放射線科診断・医用画像科医	8,844	4,970	1,578	2,088	208
放射線治療科医	891	309	148	414	20
救急医	409	28	8	368	5
研究医	12	0	0	8	4
リュウマチ科医	2,606	1,192	575	712	127
公衆衛生・社会医学医	1,713	22	5	858	828
一般医	102,250	60,365	7,737	18,594	15,554

(出典) <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3337>



図表26 医師以外の医療職数(2017年)

(人)

	1999	2000	2005	2010	2015	2016
歯科医師	40,729	41,202	41,857	41,767	41,495	41,788
薬剤師	57,003	59,298	68,656	75,407	74,345	74,489
助産師	14,402	14,862	17,215	20,018	21,632	22,312
マッサージ・理学療法士	51,313	52,959	61,705	70,807	83,619	86,459
看護師	373,441	389,548	461,503	528,206	638,248	660,611
言語聴覚士	13,345	13,747	16,288	19,753	23,521	24,466
視能訓練士	2,047	2,172	2,636	3,311	4,185	4,409
精神運動訓練士	4,442	4,651	5,984	7,667	10,252	11,074
足治療士	8,396	8,863	10,661	11,450	13,250	13,652
作業療法士	3,732	3,938	5,441	7,353	9,691	10,417
補聴器士	1,242	1,327	1,823	2,375	3,090	3,264
眼鏡士	9,398	10,143	15,363	21,049	32,245	34,370
放射線技師	21,195	21,911	24,920	28,657	33,464	34,498
栄養士	-	-	-	6,750	9,972	10,796
臨床検査技師	-	-	-	-	37,073	40,371
歯科技工士	-	-	-	763	1,120	1,167
足装具士	-	-	-	444	591	621
整形外科装具士	-	-	-	944	1,513	1,606
義眼士	-	-	-	33	43	45
顔面装具士	-	-	-	48	71	74
心理士	-	-	16,066	32,848	53,913	57,854

(出典) <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=2559>

## (2) 開業医制度

医師には、わが国で言うところのプロフェッショナル・フリーダムに相当する職業的独立(indépendance professionnelle)が保障されている。このことは、公衆衛生のみならず疾病保険における原則でもあり、社会保障法典上も、活動の自由および職業上・倫理上の独立は、患者による医師の自由な選択、医師の処方自由、職業上の秘密、報酬の直接払いおよび開業の自由という倫理規範上の原則に従って確保されなければならないことを規定している(CSSL.162-2)。その一方、医師には、それに付随する倫理上・法律上の義務が発生することになる。

この結果、医師は雇用関係等の下にあっても、個々の独立を維持する義務が存在することになり、この点を公衆衛生法典は規定する(CSP.L.4127-5)。具体的には、この職業的独立から、以下の具体的な効果が発生する。

### ①開業の自由

原則として、いかなる場所で開業することも自由である。ただし、職業上の住所地以外で開業するには、医師会の許可が必要等の制約がある。

具体的には、医師は職能団体である各県の医師会の医籍に登録する必要がある。例えば、県をまたぐ開業地の変更の場合には、別の県の医師会に書類等を移管することになる。

## ②処方自由

医師資格は単一であり、自己の能力・経験・設備の枠を超えない限り、科学的な知見に基づきいかなる医療(診断・予防・治療、処方)を実施することも自由である(CSP.L.4127-8;CSSL.162-2)。ただし、この原則には例外がある。

### a. 財政上の制約

- ・当該自由は、医療の質・安全・効果と両立する厳格な経済性を遵守しなければならない(CSS.L.162-2-1)。この点は、実際には、法令や医療協約等によって担保されることになる。特に医師の医療行為は、開業医・病院を通じて7,500以上と言われる医療行為共通分類(CCAM)によって規制されている。また、社会保障財政上の全国疾病保険支出目標(ONDAM)による制限にも服する

### b. 医療上の制約

- ・医療内容関係での高等保健医療当局(HAS)または薬剤関係での全国医薬品・医療機器安全庁(ANSM)が作成した対抗(強制)力を有する医療指標(références médicales opposables, RMO)が規定する禁止行為または推奨行為の遵守が協約上必要である(CSSL.162-5)。同様に高等保健医療当局(HAS)または全国医薬品・医療機器安全庁(ANSM)が作成したグッドプラクティスに関する勧告も存在する

### c. 薬の処方に関する制約

- ・医師は、原則として上市許可(AMM)を受けた薬剤の処方上の要件に従う必要がある。ただし、全国医薬品・医療機器安全庁(ANSM)が認める場合には、認可前の医薬品の短期使用許可(ATU)および適応外の治療への短期使用勧告(RTU)の遵守を前提にした使用が可能である
- ・この他、地方医療庁(ARS)は、医師や医療機関等との間で医療の質・連携の改善のための契約を締結することが可能である(CSP.L.1435-4)。その場合には、契約上の制約を受ける代わりに、財政的な支援を受けることができる
- ・医療の自由に対する内容面の制約としては、対抗力を有する医療指標(RMO)が医療専門家の検討を基礎に高等保健医療当局(HAS)によって策定

## (3) 保険医制度

伝統的な診療契約上の原則は、直接合意(entente directe)、出来高払い(paiement à l'acte)および直接払い(paiement direct)であり、報酬の金額設定も自由となる。しかし、実際には、医師の報酬上の扱いには、協約料金の遵守との関係で3種類が存在する。

### ①セクター1 (secteur 1)

協約で規定された料金に従って報酬を請求する医師である。ただし、時間外診療等の場合には、超過料金の請求が可能となる。

### ②セクター2 (secteur 2)

セクター1の医師に付与された社会保険・税制上の優遇措置を放棄する代わりに、

協約料金によらず報酬請求が可能であるものの、患者は協約料金の範囲で償還される。

対象は、1997年の協約より前にセクター2であった医師または一定の資格要件に該当し開業の最初にセクター2を選択した医師に限定される。

### ③選択的制限料金適用(option pratique tarifaire maîtrisée, OPTAM)等

2016年改革で医療アクセス契約(contrat d'accès aux soins)に代えて、2017年1月から導入された制度で、超過料金を徴収する医師(OPTAM)および外科または産婦人科の医師(OPTAM-CO)であって、料金の超過幅および全体に占める割合を抑制した場合に、報酬上の優遇措置を適用することになっている。具体的な基準として、超過料金の超過率を100%までに抑え、超過料金の実施割合を過去3年間の平均以下とし、協約料金の実施割合も過去3年間の平均以上とすることが義務づけられた。また、参加のインセンティブとして、保険料負担の肩代わりではなく、協約料金への報酬の上乗せが導入された。さらに、契約からの脱退も、誕生日ではなく、いつでも可能となった。なお、契約対象となる外科医および産婦人科の場合には、超過料金および協約料金に関する基準が緩和される点で優遇されている。

### 【参考】医療アクセス契約(CAS)<sup>36</sup>

2011年7月の医療協約第8付属書で規定され、2013年に開始された制度である。対象は、セクター2の一般医および専門医のほか、2013年より前に開業しセクター2の資格を有するセクター1の医師であって、超過料金の超過率が100%未満のものである。契約が成立すると、医師は医療行為に占める協約料金の実施割合を2012年の水準を下回らないように維持すること、超過料金の超過率を2012年の水準で安定させることが義務づけられる。この義務の見返りとして、医師は、セクター1にだけ認められていた料金、本人の社会保険料等に関する優遇措置が受けられる。

契約実績は、2013年の4,786人から2015年の5,455人まで徐々に増加してきた。その結果、2015年末で超過料金の権限を有する専門医の22.4%が契約の対象となった。また、契約上の義務である協約料金の実施割合が平均で55.5%、超過率が22.4%(2015年)となっている。

これら超過料金が許容される場合であっても、報酬設定は良識に従う義務がある(CSP.R.4127-53)。具体的には、医師の知名度、治療の困難度等に応じた請求が可能である。また、協約上も、極端な超過料金は協約精神に反することから、協約の適用停止、超過料金権限の取消し、社会保険料負担の停止等のペナルティを科すことができることになっている。実際の運用上は、初級疾病保険金庫から文書または対面での指

---

<sup>36</sup> Cours des comptes, *La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Septembre 2017*, pp.240-241

導にとどまっている。

このため、セクター2の問題は残ったままであり、新規開業の専門医におけるセクター1および医療アクセス契約の割合は低下傾向が続いている。このセクター1医師の減少は、専門医を中心に地域医療に深刻な影響を与えている<sup>37</sup>。例えば、セクター2の割合は一般医が6%であるのに対して、専門医の場合には2006年の39.2%から2015年の44.3%にまで増加しており、中でも婦人科84%、眼科69%のように極端にセクター2の割合が高い診療科もある。このため地域によっては、超過料金なしで受診できるセクター1の医師を欠く状況が出現している<sup>38</sup>。また、超過料金の超過率は、一般医が35%程度で推移しているのに対して、専門医は2010年頃と比べて低下したとは言え、2015年で51.4%となっている。しかも、精神科のように、超過率が67.6%と高い診療科があったりする。

このような状況は、医療へのアクセスを阻害することにもなる。このため導入された医療アクセス契約は、わずかながら効果をあげており、セクター2における協約料金の割合は、地域格差があるものの、全体としては2012年の32.9%から2015年の36.2%に増大している。しかし、このことが示すように、一層の対応が必要というのが会計検査院の評価である。

#### (4) 医療協約

疾病保険と開業医を繋ぐ全国医療協約は、1971年7月3日法(71-525号)により創設された。現在の協約制度は、医師組合と全国疾病保険金庫連合(UNCAM)および全国補足的疾病保険組織連合(UNOCAM)との間で締結され、それを大臣が承認する枠組みである。

内容的には、疾病保険から支払われる報酬を決定する仕組みとして機能すると同時に、次第に国による医療費抑制の手段としても、その重要性が増大している。この機序としては、

- ・全国疾病保険支出目標(ONDAM)による医療費全体の枠設定
- ・国と全国金庫との間の複数年目標・管理契約の付属文書の中で開業医関係の医療費の目標および達成手段を規定
- ・医療費の目標を開業医報酬と薬剤費に二分して、毎年の医療協約の付属書において、一般医と専門医のそれぞれで目標設定
- ・2012年10月25日付け医療協約付属文書(8号)において規定された、過剰医療を提供

<sup>37</sup> 深刻な状況を会計検査院も指摘する(Cours des comptes, *La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Septembre 2017*, p.234 et s.)。

<sup>38</sup> *Le monde*(27 décembre 2017)によれば、婦人科の状況が深刻であり、30ユーロの協約料金を実施しているのは38.5%(パリでは18%)にとどまり、100の大都市で開業している婦人科医師の45%が協約料金の倍である60ユーロ以上(平均47ユーロ)を請求している実態にある。地域差も大きく、パリの状況が最も深刻で、平均料金が70、30ユーロであり、婦人科医師の23%が90ユーロ以上を、また、5%が120ユーロ以上を請求している。

する医師に対する措置  
である<sup>39</sup>。

さらに、医療協約は、医療過疎地域の地域医療の実施・維持の支援を盛り込むなど、あるべき医療提供体制構築の面でも役割が増している。地域医療重視の流れは、地方医療庁(ARS)の創設にも反映されており、地方医療庁(ARS)は、個々の協約医等に対して、医療の質および連携のための協約への参加を呼びかけられることになっている(CSP.L.1435-4)。参加した医師等に対しては、対価として、地方介入基金(fonds d'intervention régionale)(CSP.L.1435-8)から財政支援が行われる。また、地方医療庁(ARS)は、医療職の適正配置の観点から全国協約を地方の実情に沿って変更する可能性が与えられている。

### (5) 報酬の基準

開業医の報酬単価は、医療協約によって設定される。その前提となる医療行為は、医師等の医療行為を分類しコード化した医療行為共通分類(CCAM)に従って、医療行為に係数が付されることによって報酬算定の基礎となる仕組みである。この点では、出来高払い制が基本といえる。ただし、出来高払いの報酬を補完する仕組みとして、報酬の電子請求、予防・生活習慣病対応等の主治医機能等に着目した定額の上乗せ報酬が存在する。

## 3. 医療機関

### (1) 定義

公立病院および私立病院を包含する概念が、医療機関(établissement de santé)である。医療機関数は、2014年末で3,111であるが、病床数は完全入院病床(夜間も含めた入院)41万921床、部分入院病床(日帰り入院(日をまたがないで退院する入院))7万2,536床にのぼる。時系列的には、病床は減少傾向にある(2015年には、2003年より6万床少ない40.8万床まで減少)が、中でも長期療養病棟は、2003年の8万床から2015年の3.2万床まで減少しているのが特徴である<sup>40</sup>。

病院のうち公立病院については、

- ①地域のみならず地方域内またはそれを超える専門的な医療を担う地方病院センター
- ②内科、外科および産婦人科といった必須の急性期医療、さらには高齢者医療を担う病院センター(旧地域病院を含む)
- ③精神科病院
- ④長期療養病棟(USLD)を中心とするその他の公立病院

によって構成されている。これに対して、私立病院は、

---

<sup>39</sup> F. Kessler, *Droit de la protection sociale*, Dalloz, 2017, p.271

<sup>40</sup> DREES, *Les établissements de santé* - Édition 2017, p.10

①営利病院

②がんセンターを含めた非営利病院

に分かれる。

入院日数(2015年)を見ると、宿泊ありの完全入院が1,200万日であるのに対して、宿泊なしの部分入院が1,600万日となっている。時系列では、完全入院がほぼ一定であるのに対して、部分入院は増加傾向にある。また、各入院の内訳を見ると、完全入院の場合には、急性期の内科・外科・産婦人科48%、精神科15%、回復期・リハビリ28%、長期療養9%となっている。これに対して、部分入院の場合には、内科・外科・産婦人科45%、精神科35%、回復期・リハビリ23%となっている。

このように医療機関の概念や類型が重要なのは、それによって施設の開設等の許認可がかかることがある。ただし、公衆衛生法典上は、医療機関自体の定義はなく、その果たすべき役割として、

- ・ 診断、観察、治療
- ・ 予防、健康増進
- ・ 治療の調整
- ・ 医療政策の実施への参加
- ・ 処遇、治療上の倫理面の検討
- ・ 教育、研究への参加

を規定するにとどまる(CSP.L.6111-1)。なお、医療機関との関係では、社会福祉施設の中でも高齢者、障害者等の医療社会施設は、医療と密接な関係にある。逆に、医療機関であっても、児童・障害者・高齢者向けの医療社会施設の開設・運営が社会事業・家族法典上許認可を前提に許容されることになる(CASF.L.312-1, L.344-1)。

図表27 医療機関の類型別受入能力(2014年)

	施設数	完全入院用病床数	部分入院用病床数
<b>公立</b>	<b>1,416</b>	<b>256,229</b>	<b>41,657</b>
地方病院センター(CHR/CHU)	182	73,585	9,939
病院センター(CH)、即ち旧地方病院	973	146,403	16,703
精神病院センター	97	25,667	14,609
その他の公立病院	164	10,574	406
<b>非営利民間病院</b>	<b>683</b>	<b>57,176</b>	<b>13,393</b>
がんセンター*	21	2,813	953
その他の非営利病院	662	54,363	12,440
<b>営利民間病院</b>	<b>1,012</b>	<b>97,516</b>	<b>17,486</b>
回復期・リハビリ病院	344	28,157	2,876
急性期・複数診療科病院	514	55,934	13,083
精神科病院	145	12,947	1,386
長期入院病院	6	303	24
その他	3	175	117
<b>合計</b>	<b>3,111</b>	<b>410,921</b>	<b>72,536</b>

(注) 医療機関数は、法人単位ではなく施設単位で掲載している。

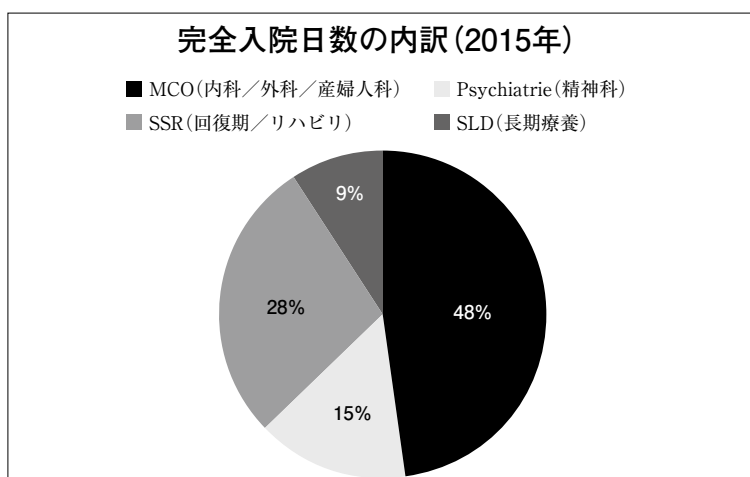
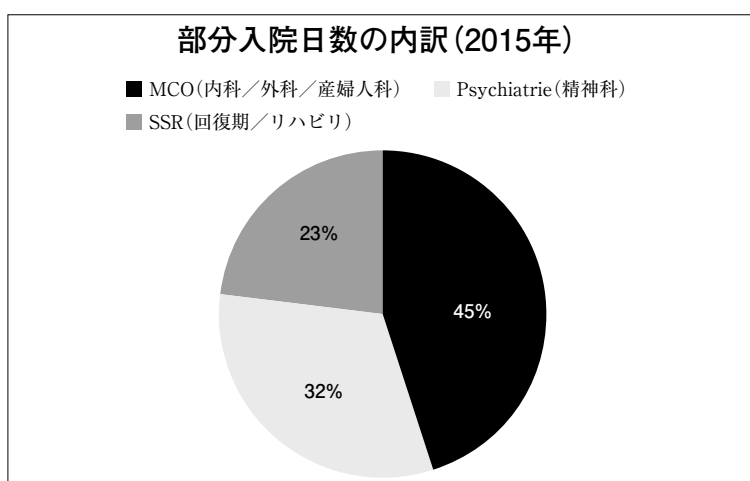
\*2014年、西部がん研究所の3施設、キュリー研究所の2施設は、それぞれ1施設と計算されている。

(出典) DREES, Les établissements de santé - Édition 2016

図表28 入院日数の推移

部分入院日数	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
2010-2012年	13,491,899	13,825,593	14,287,329	14,729,247			
2013年以降					14,813,130	15,325,106	15,870,347

完全入院日数	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
2010-2012年	12,023,802	12,030,778	12,088,425	12,136,519			
2013年以降					12,149,638	12,117,300	12,093,709



(出典) DREES, Les établissements de santé - Édition 2017

図表29 医療機関類型別の医療従事者数(助産師を除く, 2014年)

(人)

	公立病院	非営利民間病院	営利民間病院	合計
医師、臨床検査技師、歯科医、薬剤師				
雇用関係	96,766	13,444	4,740	114,950
自由開業	1,833	4,338	34,684	40,855
小計	98,599	17,782	39,424	155,805
インターン	26,632	1,909	217	28,758
インターン相当 (FFI)	2,048	196	1	2,245
インターン等小計	28,680	2,105	218	31,003
合計	127,279	19,887	39,642	186,808

(出典) DREES, Les établissements de santé - Édition 2016

図表30 医療機関類型別の医療職以外の職員数(2014年)

(人)

	公立病院	非営利民間病院	営利民間病院	合計
事務職	96,216	18,709	18,889	133,814
看護職	525,239	81,887	100,289	707,416
助産師	11,422	1,058	2,328	14,809
管理職	17,709	3,485	3,165	24,359
看護師*	231,653	34,740	44,365	310,758
看護助手	174,846	23,430	28,769	227,044
医療職以外の病院サービス職員	64,467	11,551	17,329	93,347
リハビリ職	15,099	5,829	3,529	24,457
心理士	10,043	1,794	804	12,641
教育・ソーシャルワーク職員	11,558	3,385	915	15,858
医療技術職員	41,390	6,180	3,722	51,292
技術職員	94,771	9,541	6,901	111,213
合計	769,174	119,702	130,717	1,019,592

\* 専門看護師および精神科看護師を含む。

(出典) DREES, Les établissements de santé - Édition 2016

図表31 医療機関類型別の医療用画像機器の設置数(2014年)

医療機器の種類	医療機器を有する施設数	配置医療機器数	利用医療機器数
CTスキャナー	525	686	650
MRI	366	477	445
シンティレーションカメラ	126	285	268
トモグラフィー／ポジトロン・カメラ	76	88	85
伝統的X線撮影室*	842	2,443	2,366
コロノグラフィを含む血管撮影室	181	318	311

\* マンモグラフィーは含まない。

(出典) DREES, Les établissements de santé - Édition 2016



## (2) 許認可制度

### 1) 制度概要

医療機関に係る規制としては、

- ・地方医療庁長官による開設等の許可
  - ・国、疾病保険当局への情報提供等の義務
- 等がある。

このうち医療活動の前提となる開設等の許可制度は、1958年12月11日のオルドナンスにより、医療施設の開設・拡張に事前届出(déclaration préalable)が義務づけられたのが始まりである。その後、1967年9月23日のオルドナンスにより、事前届出が許可に変更され、1970年12月31日法による医療地図制度と相まって、医療提供体制の計画的整備が促進されてきた経緯がある。

現在、開設許可・更新に当たっては、医療機関の評価が条件となっている(CSP.L.6122-5, L.6122-10)。それに加えて、医療機関は、責任者(医師)を指名した上で医療に関する情報を集約し分析する医療活動分析が義務化されている(CSS.L.6113-7)。さらに、1996年4月24日オルドナンス(96-346号)により導入された認証(accréditation)制度が、現在、高等保健医療当局(HAS)による外部評価である証明(certification)制度に発展し、実質的に義務的な制度となっている(CSP.L.6113-3)。

また、医療機関の運営に関しては、1996年以降、最長5年を期間として地方医療庁(ARS)との間で締結される複数年目標・手段契約が義務化されたことの影響が大きい(CSS.L.6114-1)。契約には、地方保健医療計画(PRS)に基づく施設の戦略的方向性、政策の実施に係る施設としての取組み、医療活動に量的目標等が盛り込まれるほか、必要に応じて、施設が担う公役務のミッション等が規定されることになる。

### 2) 許可の対象

許可の対象としては、医療機関のみならず、一または複数の医師、医療活動等を目的とする法人も包含する。逆に言えば、個人開業医は対象ではないことになる。

### 3) 許可の要件

許可の一般的な要件は、

- ・地方保健医療計画(PRS)に規定された住民のニーズへの合致
  - ・当該基本計画の目標との両立
  - ・政令が規定する開設・運営上の基準への適合
- である。

地方医療庁長官による許可は、予め示される医療供給に関する量的結果において、当該地域が医療不足であることが要件となる(CSP.L.6122-9)。ただし、例外的需要を充足するといった公衆衛生上の必要がある場合は、この限りではない。

#### 4) 許可の法的性格

- 許可は、一方的・個別的・権利創設的な行政行為と理解されている<sup>41</sup>。具体的には、
- ・ 開設の公示、医療機器の設置および医療活動等の開始より前には、許可を譲渡することはできないことと並んで、すべての譲渡について承認(confirmation)が必要と規定されている(CSS.L.6122-3)
  - ・ 医療活動実施後6か月内に実施される実地検査による留保の下で、許可は活動を実施する効果を付与する(実地検査の結果、許可が取り消される可能性がある)。同時に、許可は、異なる規定がない限り、疾病保険の給付対象となるという効果も発生する(CSS.L.162-21)。つまり、許可は、特段の定めがない限りは、事業の開始とともに、わが国でいう保険医療機関の指定と同じ効果が発生することとなる

#### 5) 公立病院の義務

財政的には疾病保険に依存するが、公立病院への行政的な監督(contrôle)権限は、地方医療庁長官に付与されている(CSP.L.6141-1)。

具体的に言えば、中期(最長5年)にわたる施設運営の基本的事項(運営方針、医療・看護・リハビリ等の計画に即した患者の治療方針、関係者との連携等)が施設計画(projet d'établissement)に規定されており(CSP.L.6143-2)、施設計画は、地方保健医療組織基本計画(SROS)に沿ったものであることが必要となる。

この場合の施設計画が内部的な性格を有するのに対して、最終的には全国疾病保険支出目標(ONDAM)に由来する複数年目標・手段契約は拘束力を有する点で法的義務と言える。

### (3) 病院公役務

#### 1) 経緯

公立病院は、1926年の通知、その後の1941年12月21日法により、公施設法人(établissement public)としての地位が付与された。判例上も、1936年の國務院判決(CE sect., 21 février 1936, SA *Les Armateur français*, Lebon p.22)以来、公立病院は、行政公役務の遂行主体とみなされてきた。その本質は、当時公立病院が担っていた扶助と治療の2つの公役務であった<sup>42</sup>。これに対して、私立病院については、精神病患者に関する1938年6月30日法が公役務の遂行主体としたのを嚆矢として、結核、がん、輸血等を限定的に公役務の対象としてきた。

その後、ブラン法(loi Boulin)と言われる1970年12月31日付け病院改革法は、病院公役務を創設することにより、施設ごとではなく、全国統一的な公役務体系を構築することになった。これにより、公立病院のみならず私立病院も病院公役務の担い手とな

<sup>41</sup> D. Truchet, *Droit de la santé publique*, Dalloz, 2017, p.169

<sup>42</sup> D. Cristol, << Les habits neufs du service public hospitalier >> *RDSS*, n° 4 2016, p.643,

り得ることが法的にも明確となった<sup>43</sup>。

この法律により整理された病院公役務は、病院が担うべき機能に着目した概念であり、その名称の下で公立・私立の各病院が担うべき各種役務が追加されてきた。この結果、医療制度全体を意味するほど肥大化することで、概念としての特徴が弱まってきた歴史でもある。見方を変えると、困窮者を対象とした福祉的性格が強かった公立病院が医療提供体制の中核機関に転換するとともに、私立病院が公役務概念の下で地域医療の提供体制を補完する姿に変化してきた歴史と言える。

ところが、2009年の病院・患者・医療・地域に関する法律(HPST法)は、病院公役務概念を大きく変容させることになった。遡ると、すでに2004年社会保障財政法により病院予算について、わが国のDPCに相当するT2Aが導入されたり、企業法制に触発された病院のガバナンス改革が実施されるなど、病院公役務概念を揺るがす事態が生じていた。つまり、公立病院を中核とする病院公役務概念をなくすことにより、公私の融合を促進する動きである。確かに、1991年7月31日の病院改革法でも、公立・私立の別に関わらず、両者を架橋する医療機関(établissement de santé)の概念が登場している。これにより、診察、見守り、処置等の概念の下で、医療機関は束ねられることになった。また、医療機関の創設、転換、合併等の許認可に関しても、公立・私立の規制の共通化が進められることになった。その点では、公役務の特徴は、大学および卒後教育、研究、研修、予防等の公衆衛生対策、救急医療等に純化することになった。

こうした動きの帰着点として、病院・患者・医療・地域に関する法律(HPST法)は、病院公役務ではなく、アラカルト方式で各種公役務を遂行する公役務の任務(mission de service public, MSP)の体系に転換することとされた。つまり、これまでの病院という存在と不可分一体となった公役務という概念ではなく、病院が担うべき様々な役割の総称としての「任務」という概念に転換したと考えられる。このため改革では、一体的・包括的な病院公役務概念は廃止され、類型にかかわらず医療機関が担うべき任務として、入院医療、外来医療、在宅医療、医療連携等の14の公役務が規定されることになった。私立病院の場合には、一定の義務を伴う集团的利益私立施設(etablissemments privés d'intérêt collectif)に位置づけられることになった。

しかし、このことは、地域の中核的医療機関としての公立病院およびその医師等の職員の役割やアイデンティティを揺るがすことにもなった。これが引き金となり、2013年に大臣の下での見直しに向けた検討が開始され、医療現代化法により、病院公役務が復活し、公衆衛生法典上に再度位置づけられることになった。見直しに当たっては、賛否両論が渦巻いた<sup>44</sup>。公立病院および非営利民間病院の全国団体からの支持を得る

<sup>43</sup> 私立病院と病院公役務の関係は、病院公役務への参加、委託類似の特許契約(contrat de concession)、独立性を維持したかたちでの連携契約(contrat d'association)が存在した。

<sup>44</sup> (Dir.) A. Laude et D. Tabuteau, *La loi santé, Regards sur la modernization de notre système de santé*, Presses de l'EHESP, 2016, pp.365-370

一方、営利民間病院団体および専門医の全国団体は反対に回った。また、議会でも上下院で立場を異にしており、下院(国民議会)が条文の修正にとどまったのに対して、上院(元老院)の方は病院公役務ではなく病院・患者・医療・地域に関する法律(HPST法)の考え方に戻る修正が提案された。最終的には、数多くの修正が施された上で法案は採択されることになった。

## 2) 病院公役務の概念<sup>45</sup>

改革は、病院公役務を復活するに当たり、病院類型に関わらずすべての医療機関が担うべき任務に関する規定(CSP.L.6111-1)を前提にして、病院公役務をそれら共通の任務に付加される追加的な任務および義務として規定した(CSP.L.6112-1)。

改革後の病院公役務概念は、かつての同概念が組織法的な色彩の強い義務を伴う任務であったのとは異なり、任務に割り当てられた義務の体系に変質することになった。換言すれば、公益実現のために課せられる義務の色彩を帯びた法制度であり、その下で限定的ではないかたちで各種役務が遂行されるものに変質したことになる。

具体的には、病院公役務は、医療施設に典型的な任務のみならず、公衆衛生法典の第1章により医療施設に付与された任務全体(CSP.L.6111-1～L.6111-6)および救急の実施が対象範囲となる。この中には、精神医療、拘禁者医療、医療の継続性、社会・医療社会施設の運営を包含している。

## 3) 病院公役務の義務

病院公役務の対象範囲の任務遂行等により発生する内在的な義務によって特徴づけられる。具体的には、次のような義務である(CSP.L.6112-2)。

- ①医療へのアクセスおよび給付に関する平等原則、継続性、適応性および中立性といった、必ずしも医療固有とはいえない公役務共通の義務(ロラン法(lois de Rolland))
- ②医療に特徴的な義務として、
  - ・ 障害者、低所得者等の個別事情に応じた適切な受入およびその期間
  - ・ 恒常的な受入および給付、それが困難な場合の他機関での必要な医療の確保
  - ・ 予防活動および良質な医療への平等なアクセスの保障
  - ・ 超過料金の不適用
  - ・ 患者代表の参画の保障および地方医療庁(ARS)への収支報告の提出
  - ・ その他、地方医療庁(ARS)からの要請による地域医療への協力、他の医療機関との連携等

以上から理解できるように、これら義務は、継続性、平等、透明性、参加、恒常的

---

<sup>45</sup> 改革の内容については、D. Cristol, << Les habits neufs du service public hospitalier >> RDSS, n° 4 2016, pp.649-651

現実適合性といった公役務が元来有する義務を医療に展開したものと捉えることができる。また、医療への平等なアクセス、恒常的な受入、超過料金の不適用といった公役務は、2009年の病院・患者・医療・地域に関する法律(HPST法)に公役務の任務(MSP)として位置づけられていたことからすれば、その限りでは、病院・患者・医療・地域に関する法律(HPST法)とのかい離はないことになる。このほか、病院公役務の復活は、病院に対する義務および違反に対するペナルティの強化には繋がったが、特権といった恩典は少なく、費用面の補填がある程度である。

なお、これらの義務は、患者が画像診断や検査を受けるために、営利民間病院を含む他機関に移送された場合にも、適用されることになっている。

#### 4) 病院公役務の対象施設

公立病院および軍病院の場合には、当然の対象となる。これに対して、私立病院のうち非営利である集团的利益私立施設(ESPIC)およびその他の施設(営利病院を含む)の場合には、申請に基づき病院公役務の対象であることを地方医療庁長官が認可した場合に適用される(CSP.L.6112-3)。このうち営利病院については、病院公役務との関係で、そこで診療する医師に超過料金禁止義務が課せられることから、地方医療庁長官の認可の要件として、病院内の医療会議での了解が義務づけられている。

病院公役務の対象となる場合には、一部ではなく全体の活動が対象となる。なお、救急医療に限っては、病院公役務の対象外の私立病院であっても、病院公役務に連携する義務が発生することになっている。その一方、公役務の対象施設は、地方医療庁との複数年目標・管理契約の締結の際に、財政的補填の対象となる。

さらに、病院公役務に関する違反がある場合には、ペナルティがあるほか、最終的には、地方医療庁長官による認可が取り消されることになる(CSP.L.6112-4)。

## 4. 医療計画

### (1) 経緯

フランス革命後、病院経営も含めた保健医療の権能は、それまで慈善活動を担ってきた教会から市町村に移り、その後再度国に戻るという変遷を経てきたが、現在、地方医療庁の創設に見られるように、地方単位に医療提供体制を構築している。具体的には、2003年9月4日のオルドナンスおよび2004年の法律により明確になった地方単位化の流れは、2009年の病院・患者・医療・地域に関する法律(HPST法)および2016年の医療現代化法により強固なものになってきている。

とは言え、保健医療政策の決定権は、わが国の健康権の考え方に相当する国民の健康の保護に対する権利(droit a la protection de santé)の観点から、国の権能として留保されている(CSP.L.1411-1)。この点では、医療提供体制の場合、国と地方医療庁(ARS)との間の複数年目標・管理契約によって担保されることになる(CSP.L.1433-2)。

かかる権限配分の下で、医療の計画化が進展している。その契機の一つは、障害者・高齢者等も含めた低所得者向けの福祉的施設から発展した病院が、医療技術の高度化により治療の場に変質する中で医療費の増大を招来したことである。具体的には、1970年病院法(1970年12月30日法)によって導入された医療地図(*carte sanitaire*)制度は、医療費の高騰を背景として、医療施設・設備の配置・設置の管理・抑制を目的としていた<sup>46</sup>。

その後、医療提供体制の整備により、医療の量とともに質の重要性が増大してきた。この結果、医療の量的側面に着目した医療地図の不十分さを補う意味もあり、1991年7月31日の病院法により、一定の医療活動および衛生組織計画(SOS)が医療地図に統合されることになった<sup>47</sup>。

さらに、医療資源の適正配置の要請、とりわけ再編の必要性の増大から、「病院2007(Hopital 2007)」に沿って2003年9月4日のオルドナンス(2003-850号)により、次のような改革が実施されることになった<sup>48</sup>。

①医療地図および地方衛生組織基本計画に代わるものとしての地方保健医療組織基本計画(SROS)および目標・手段複数年計画(CPOM)の導入

②医療政策の地方単位化と並行した地方病院庁(ARH)の権限強化

なお、「地方衛生(*sanitaire*)組織基本計画」は、その後2009年7月21日法(2009-879号)による「地方医療(*soins*)組織基本計画(SROS)」を経て、2016年1月26日法による「地方保健医療(*santé*)組織基本計画(SROS)」に変更された。このうち2009年の改革では、略称が同じまま名称が代わるだけでなく、内容的にも、医療施設のみならず開業医等も取り込み、それらの調整・連携も規定するものに発展することになった。また、形式的には、地方全体の地方保健医療計画(PRS)の一部をなすものとして統合・

---

<sup>46</sup> 遡ると、1958年12月11日のオルドナンスに開設の事前届出が規定されており、1967年9月23日のオルドナンス(67-829号)が市立病院の開設・増床の事前許可制度を導入していた。

<sup>47</sup> この改革により策定された地方衛生組織基本計画(SROS)は、1994～1998年を第1世代とするなら、1999～2004年が第2世代ともいふべき期間であり、医療ニーズの反映、病診連携、医福連携等の連携の促進、病院網の再編が目標として掲げられ、その実現手段として1996年4月24日のオルドナンスで導入された複数年目標・手段契約が利用された(J. Saison, *Droit hospitalier*, Gualino, 2011, pp.186-187)。しかし、医療地図には、医療施設の抑制に偏りがちな嫌いがあり、地方衛生組織基本計画も、予防や医療福祉施設を射程に置かないなど、細切れ感のある計画にとどまったことから、2003年9月4日のオルドナンスによる第3世代の地方衛生組織基本計画に移行することになる(*ibid.*, p.187)。

<sup>48</sup> 2003年改革の時点で、1区域当たり20万人を基本に全国で150の衛生地区(*secteurs sanitaires*)が存在していた。その際の医療ニーズは、スキャナーで最低10万人、最大9万人に1台、外科病床で100人当たり1～2.2床であった。かかる全国基準は、「病院2007」により段階的に廃止され、公衆衛生、治療、医療設備、医療福祉の支援およびプライマリ・ケアのための保健医療圏域(*territoire de santé*)に名称も含め転換することになった(CSP.L.1434-16)。当該圏域は、地域における医療活動の実績、医療ニーズ等を踏まえて設定されている。その一方、整合性確保の観点から、許認可の有効期間を計画と同じ5年に統一、許認可権限を地方レベルに集約化、病床数の決定を目標・手段複数年契約に基づく枠組みで決定されている(施設・設備に基づく診療報酬から医療行為に基づく診療報酬の算定への転換と併行したセットの措置)。

一体化(SROS-PRS)された。

この間の改革により、計画の意味合いが、医療施設等の抑制のための一定年にわたる中央統制的な計画の実施というよりも、医療の複雑性を背景として、地方医療庁が医療提供体制を管理するための契約的色彩の強い制度に変質してきている。

この背景には、医療の高度化、偏在等のように医療を取り巻く状況の変化が影響している。すなわち、開業医の場合には、開業の自由(CSSL.162-2)が保障されているが、医療の高度化に伴い、入院を要しない内視鏡検査、日帰り手術、放射線治療等の診療所でも可能な医療が登場するようになってきている。医療資源の配分という点では、人口の偏在化、医療過疎等の発生により、医療提供体制における国土政策として色彩が増大している。このことは、医療資源の集約化と地域での均てん化という相反する命題を顕在化させることになった。そうした中で、計画は、病院・入院を前提とした施設開設・医療機器設置に係る規制というより、開業医も含めた地域の医療資源・活動の適正配置・実施のための政策手段としての性格が増大してきている。見方を変えると、医療圏等による医療資源の配置のグラデーション化である。これにより、医療圏を生活圏、中間圏(救急・外科・整形外科・産科・通常の撮影を含む複数診療科による医療)、広域医療圏、地方圏、複数地方圏(心臓外科・移植・大火傷・脳外科)と分け、必要な医療資源を適切に配分することの重要性が増大している。このための政策誘導の手段としては、計画以外にも、診療報酬、医療行為規制(標準化)、医学部進学定員等が存在するが、その要として計画がかつてとは異なる重要性を有するようになったわけである。

このための政策実現の柱となったのが、病院公役務(救急、精神、移植等)の下での地域医療の確保、医療資源の共同利用や連携である。この結果、病院開設等の許認可と医療連携等の仕組みは、接近する傾向にある<sup>49</sup>。

## (2) 地方保健医療計画

地方単位での医療提供体制の計画化の基礎となるのが、社会保障財政法、全国保健戦略等の国の方針に従って、地方医療庁(ARS)が達成すべき複数年の目標およびその達成手段を盛り込んだ「地方保健医療計画」(projet régional de santé, PRS)である(CSP.L.1434-1)<sup>50</sup>。

この地方保健医療計画は、2009年の病院・患者・医療・地域に関する法律(HPST法)を基礎としつつ、2016年の医療現代化法による改正を経て、不公平の解消、情報提供および民主的性格の充実、国家責任の拡大および組織的効率性の強化の方向に向かっている。例えば、情報提供について、医療制度の恒常性を確保するため利用者の権利

<sup>49</sup> 病院公役務の遂行は、私立病院の開設許可の要件ではない(CSP.L.6112-6)。

<sup>50</sup> 医療計画に関する改革については、P.-H. Bréchat et A. Lopez, << Pour une planification en santé adaptée à notre temps >>, RDSS, n°4 2016, p.612 et s.

(CSP.L.1111-1)に関連する公役務の一つとして、無料かつ広範な医療提供体制等の医療情報の提供が位置づけられることになった(CSP.L.1111-1-1)。また、公平性および国家責任との関係では、各人に対する健康権の保障を国の責任と明確に位置づけ、保健医療環境の改善、健康状態の改善、社会的・地域的不公平の是正、男女平等の実現、予防・治療に対するアクセスの確保等に向けて、国が政策を実施することが規定された(CAP.L.1411-1)。これらのことは、国の機関という点で、地方医療庁(ARS)の司令塔としての権能や役割にもなるわけである。

ところで、この地方保健医療計画は、以下の3種類の文書を束ねた計画として策定される(CSP.L.1434-2)<sup>51</sup>。

①戦略的方針枠組(cadre d'orientation stratégique, 旧PSRS)

労働安全衛生、学校保健、低所得者医療との関係も含め、地方のニーズ、需給関係、継続的評価等に基づき、地方の保健医療に関する全体の方向性・目標を規定している。

②地方保健医療組織基本計画(SROS)

地方のニーズを基礎に、健康予防・増進および医療福祉支援も含めて、将来予測および実効性のある目標を設定している。この目標達成に向けて、保健医療契約(contrats territoriaux de sante)を通じて実現することも可能である。

③最困窮者向け地方予防・医療アクセスプログラム(programme régional relatif à l'accès à la prévention et aux soins des personnes les plus démunies)

一連の医療計画との関係で地方医療庁長官は、医療供給不足地域・医療アクセス困難地域または医療供給過剰地域に係る区域(zones)を設定し、医療資源の最適配分のための対策を講ずる権能を有する。具体的には、以下のような権能である。

- ・医療過疎地域で一定期間医療を行う地域開業医契約(contrat de praticien territorial)
- ・病院等の医療機関との間で締結される医療過疎地域での医療の実施に関する契約
- ・医療過疎地域で医療を行う場合の地方公共団体による支援
- ・税制上の優遇
- ・一定期間医療過疎地域での勤務を条件に医学生に支給される経済的支援のための公役務履行契約(contrat d'engagement de service public)
- ・疾病保険による医療過疎地域で医療を実施する医師への支援

### (3) 地方保健医療組織基本計画の概要

地方保健医療計画の柱である地方保健医療組織基本計画(SROS)の目的は、住民の

---

<sup>51</sup> このうち戦略的方針枠組は、2009年の病院・患者・医療・地域に関する法律(HPST法)では地方保健医療戦略計画(PSRS)と呼ばれていたものである。



保健医療ニーズおよび地域的な有効性・アクセスの要請に応えるために、必要な医療提供の変革を予測および実施することである。

この場合の計画の策定単位は、地方(17圏域、うち13が本土)である。また、計画期間は5年であるが、計画は、10年を展望した一般的目標・結果を反映させた戦略的方针枠組(cadre d'orientation stratégique)に沿って、地方保健医療計画(projet régional de santé)を構成することになる。なお、計画は、医療福祉施設を対象として2009年7月21日法により創設された地方医療社会組織基本計画(SROMS)を廃止し、その一部を包含するかたちで策定される<sup>52</sup>。すなわち、新しい地方保健医療組織基本計画(SROS)は、略称は同じものの、従来のSROSに地方予防基本計画および地方医療社会組織基本計画(SROMS)の医療福祉支援を統合するかたちで登場したことになる。このため計画では、医療のみならず社会・医療福祉に関するニーズに基づき、予防・健康増進・医療福祉的支援も含めて、医療・保健全体の推移の予測および運営上の目標を決定することになる。

このほか重要な点は、計画は、地方医療庁(ARS)にとって目標・手段複数年契約の拠り所としても機能することである。また、地方計画の他に、地方間保健医療基本計画(schéma interrégional de santé)の策定も可能である。

計画の内容(CSP.L.1434-3)は、以下のとおりである。

①医療行為・高度医療機器別の医療提供の目標

- ・開業の自由を前提に、プライマリ・ケアおよびセカンダリ・ケアに関するニーズを反映

②医療活動・高度医療機器の創設・廃止および医療機関の転換・集約化・連携

- ・医療活動・医療機器の配分に関する区域ごとの量的・質的な医療提供に関する目標、医療活動・医療機器の創設・廃止および施設同士の転換・グループ化・協力を規定

③医療福祉施設の転換・集約化・連携

- ・医療福祉施設の転換・集約化・連携を規定

④生物学的検査所の量的・質的供給に関する目標

⑤住民への普及啓発および専門家の研修医療施設等によって担われる公役務

留意点としては、計画の対象には、病院だけではなく診療所等を含む医療全般が入っ

---

<sup>52</sup> 社会および医療社会施設については、1986年1月6日法が県計画を規定するが失敗し、2002年1月2日法によって社会および医療社会施設に関する全国・地方・県の各段階の計画に変更されることになったが、策定に当たっては、保健医療計画との整合性の確保が義務づけられていた(D. Truchet, *Droit de la santé publique*, Dalloz, 2016, p.83)。さらに、2009年の病院・患者・医療・地域に関する法律(HPST法)により、地方医療庁(ARS)による地方医療社会組織基本計画(SROMS)に置き換えられることになった(*ibid.*)。しかし、2016年の改革では、従前の枠組みに近い、全国・地方・県の社会および医療社会組織に関する基本計画に戻されることになり、医療社会施設に関する限り権能が分散されることになった(*ibid.*)。

てくるが、強制力のある許認可等は病院および医療社会施設に限定されることである。敷えんするなら、開業医に関しては、開業の自由を前提にしつつ、1次医療・2次医療における医療ニーズ・供給を規定している。これに対して、病院については、圏域ごとの医療活動・高度医療機器別の提供体制の目標、医療行為・高度医療機器の創設・廃止、医療機関間の転換・集約・協力が規定される。また、需要に応じた臨床検査所の提供体制も規定される。さらに、医療・社会施設およびサービスについては、その提供に関する量的・質的目標が規定される。

このほか、計画は、運営上の目標として、以下の点を盛り込むことになっている。

- ①医療に関する社会的・地域的不平等の縮減
  - ②低所得者の予防・医療へのアクセスの改善
  - ③医療・医療社会関係給付の調整・質・安全・継続性・妥当性の強化
  - ④生活習慣病患者および障害・要介護者を主に対象とした受診経路の組織化
- また、圏域設定の関係では、2016年医療法は、地方医療庁長官の権能として、
- ①保健医療民主圏域(territoire de démocratie sanitaire)
  - ②医療活動および高度医療機器の許認可、生物学的検査所に係る区域(zones)
  - ③その他、精神、地域病院集団(GHT)等に関する区域

の設定を規定している(CSS.L.1434-9)<sup>53</sup>。

2016年改革後の保健医療民主圏域は、

- ・地方医療庁(ARS)・医療関係者・地方公共団体の間での事業の統一性確保
- ・患者等のステークホルダーの意見の反映

が目的となっている。

圏域については、地方医療庁長官が関係当局と協議の上で、

- ・医療活動および高度医療機器の許認可に係る圏域であれば、医療ニーズ、医療供給および需給状況、医療関係者の需給状況、関係者の連携を考慮し設定
- ・生物学的検査所に係る圏域であれば、患者のアクセスの便等を考慮し設定

することになる。

また、医療活動および医療機器の配分に関する区域または生物学的検査所に関する区域(CSS.L.1434-9)は、保健医療民主圏域よりは狭い地理的範囲において設定することが可能である。設定に当たっては、特定の医療活動および医療機器に限定する場合も含め、住民ニーズ、需給関係および医療技術等を踏まえ策定することになっている。

---

<sup>53</sup> 経緯的には、1970年法による医療圏(secteurs sanitaires)に代えて、2003年9月4日付オールドナンスが保健医療区域(territoires de santé)を規定したことに遡る。具体的には、地方病院庁は、公衆衛生、医療、医療機器、医療福祉関係の支援およびプライマリ・ケアに係る政策を実施するために保健医療圏域(territoires de santé)を設定することになっていた(旧CSP.L.1434-16)。また、圏域設定に当たっては、医療関係者、利用者、地方公共団体代表等で構成される圏域会議に付議するなど、関係者との協議が必要であった(旧CSP.L.1434-17)。

#### (4) 計画の手続

計画の最終的な策定権限は、地方における医療制度から公衆衛生にわたる広範な権能を集約した地方医療庁長官にある。ただし、民主主義的な手続の確保および地域のニーズの反映の観点から、計画策定に当たっては、44人の委員で構成される諮問機関である地方保健医療・自律委員会(conférence régionalé de santé et de l'autonomie)に付議されることになる。この地方保健医療・自律委員会(CSP.L.1432-4)は、2009年7月21日法により、地方保健医療組織委員会(CROS)に代えて創設されたものである。構成員は、地方公共団体、利用者、労使、自営業者、地域保健医療協議会、医療関係者等の代表である。

また、地域レベルでは、地方議員、県の母子保健部局代表その他の保健医療関係者で構成される地域保健医療評議会(conseils territoriaux de santé)が地域の医療ニーズの反映、地方保健医療計画の検討・フォロー等のため参画することになっている(CSP.L.1434-10)。

計画策定に当たって、地方医療庁によるニーズ等の把握がなされる。

#### (5) 実効性の担保手段

目標の達成手段としては、改善・向上のための継続的監視、医療、地方公共団体等の関係者との契約、IT化、関係者の研修、ステークホルダーの参画、投資である。また、計画の実効性は、医療提供に関する許可によっても担保される面がある。その許可制度の概要は、以下のとおりである。

対象者：医師、施設の共同利用等の場合の複数医師、医療施設、医療施設・高度医療機器・検査所等の運営に係る法人

対象事業：在宅入院等の代替的な入院も含む医療活動および高度医療機器に係る開設・転換・集約

\*広範な活動が対象となっており、対象外となるのは高度医療機器を使用しない一般的な医療および開業医の医療に限定される。

許可要件：①一般的要件

・計画が規定するニーズへの合致、計画が規定する目的への適合、法令の解説・運営基準への適合

②義務履行の約束

・疾病保険の支出・量に関する目標および評価の実施に関する義務の履行

③特別の要件

・地方の公衆衛生上の要求事項の実施、公役務への参加、医療資源の共同利用等に関する条件

許可期間：原則として5年間

なお、更新に当たっては、14か月前までに評価の結果を地方医療庁(ARS)に提出することが要件となる。

このほか、誘導的手法も存在する。例えば、予防、健康増進、伴走型支援等の事業活動の展開のため、地方医療庁(ARS)は、地方公共団体等と契約を締結し、そこに地方医療庁の財源を投入することができるようになっている(CSP.L.1434-10)。

#### (6) 複数年目標・管理契約

医療施設等の開設許可とも関連して、計画の実効性確保に重要なのが、地方医療庁(ARS)長官との間で5年を期間として締結される複数年目標・管理契約(CPOM)である(CSP.L.6114-1)。

その場合の契約は、医療機関等の医療活動に関する戦略的方向性を地方保健医療計画を基礎に設定される(CSP.L.6114-2)。具体的には、医療活動の転換・再編、提供される医療サービス・継続性、受入条件・費用負担、救急ネットワークへの対応等が規定される(CSP.D.6114-3)。また、契約の中には、各施設等における緩和ケア対応、医療の高度化および収支均衡等に関する取組み、施設の事業内容の転換および連携事業等も盛り込まれる。

契約内容は、指標により継続的に管理され、地方医療庁(ARS)に毎年報告書として提出される。契約に対する違背は、契約の破棄というかたちでのペナルティがある。

#### (7) 計画の法的拘束力

2009年の病院・患者・医療・地域に関する法律(HPST法)より前は、計画の大半は指標的意義しか有しないとしても、施設の開設・グループ化・転換・廃止を規定する附属文書は法的拘束力を有するとされていた<sup>54</sup>。2016年改革後も、開業医との関係では、計画は法的拘束力を有しないものの、病院の医療活動および医療機器ならびに社会および医療社会施設の許認可との関係では、法的拘束力を有すると規定している(CSS.R.1434-7)。

---

<sup>54</sup> CE, 26 avril 2001, *Fondation Lenval*, n° 231870, Lebon p.221 (SROSにより新生児集中治療室の設置が大学病院しか規定されていないため、施設の許可の更新が認められない蓋然性が高いことから、不許可を見越してレフェレ(急速審理による仮の処分類似制度)による問題解決に訴えたところ、裁判所は、計画に法的拘束力を認めた。)

## IV. 医薬品規制等の概要

### 1. 概要

薬剤については、公衆衛生の観点からの医薬品の許可制度とは別に疾病保険関係の制度が存在しており、保険薬としてリストに掲載され、薬価に応じて所定の償還率で償還されるのが原則である。

すなわち、医薬品は、公衆衛生法典の規制を前提に保険償還が認められる仕組みである。そのため、保険の償還対象となる医薬品については、ヨーロッパレベルでの医薬品の上市許可(AMM)、償還率・価格を決定するための医薬品の評価、価格の交渉の大きく3段階で制度が展開することになる<sup>55</sup>。

### 2. 上市許可

医薬品とは、人もしくは動物の病気に対して、治療もしくは予防成分を含有することが示されたすべての物質もしくは化合物、または医学的な診断を行うか、もしくは薬理的、免疫学的もしくは代謝学的な作用を及ぼすことにより、その身体機能を回復し、修正もしくは変更することを目的として人または動物に使用することができるすべての物質または化合物であると定義されている(CSP.L.5111-1)。

このうち、特にメーカーによって予め製造され包装された特定の名前を有する医薬品は、製造薬(*spécialité pharmaceutique*)といわれている(CSP.L.5111-2)。

医薬品の製造については、医薬品の上市許可が必要となる。許可は、質・安全・効能の観点からの審査を経て、全国医薬品・医療機器安全庁(ANSM)または欧州医薬品庁(EMA)が与えることになっている(CSP.L.5121-8)。

### 3. 保険薬収載および薬価

保険の償還対象となるためには、対象治療を明記した償還薬のリスト(官報)に掲載される必要がある。収載に当たっては、高等保健医療当局(HAS)の下にある透明化委員会(Commission de la Transparence, CT)が、疾病の重篤度、医薬品の効果および副作用を考慮に入れた医薬品の費用・効果を意味する医学的実現便益(Service Médical Rendu, SMR)、その治療戦略上の位置づけならびに既存の治療と比較した場合の医学的実現便益の改善(Amélioration du Service Médical Rendu, ASMR)を評価する。従って、他の医薬品と比較して医学的実現便益(SMR)が不足している場合には、償還対象薬としては収載されない。

この場合の医学的実現便益(SMR)は、次の4段階に分かれており、それに応じて償還率が決定される。

---

<sup>55</sup> F. Kessler, *Droit de la protection sociale*, Dalloz, 2017, p.274

- ① 顕著 (important) : 償還率65 %
- ② 普通 (modéré) : 償還率30 %
- ③ 弱 (faible) : 償還率15 %
- ④ 不十分 (insuffisant) : 償還対象不適

また、傷病の治療の観点からみた新治療法がもたらす便益を I (最大)～IV (最小)および V (なし)の5段階で評価し、薬価に反映される。

このような評価を前提として、薬価については、透明化委員会(CT)の審議を経た上で、関係省(経済財政、社会保障、産業および保健)および疾病保険金庫代表で構成される医療製品経済委員会(Comité économique des produits de santé, CEPS)が税抜き製造者価格(PFHT)を設定し、メーカーとの間で薬価を協約で決定することになる(CSS.L.162-16-4)。もしメーカーとの間で合意が成立しなければ、関係大臣がその職権により薬価を決定する。決定された薬価は官報で告示される。

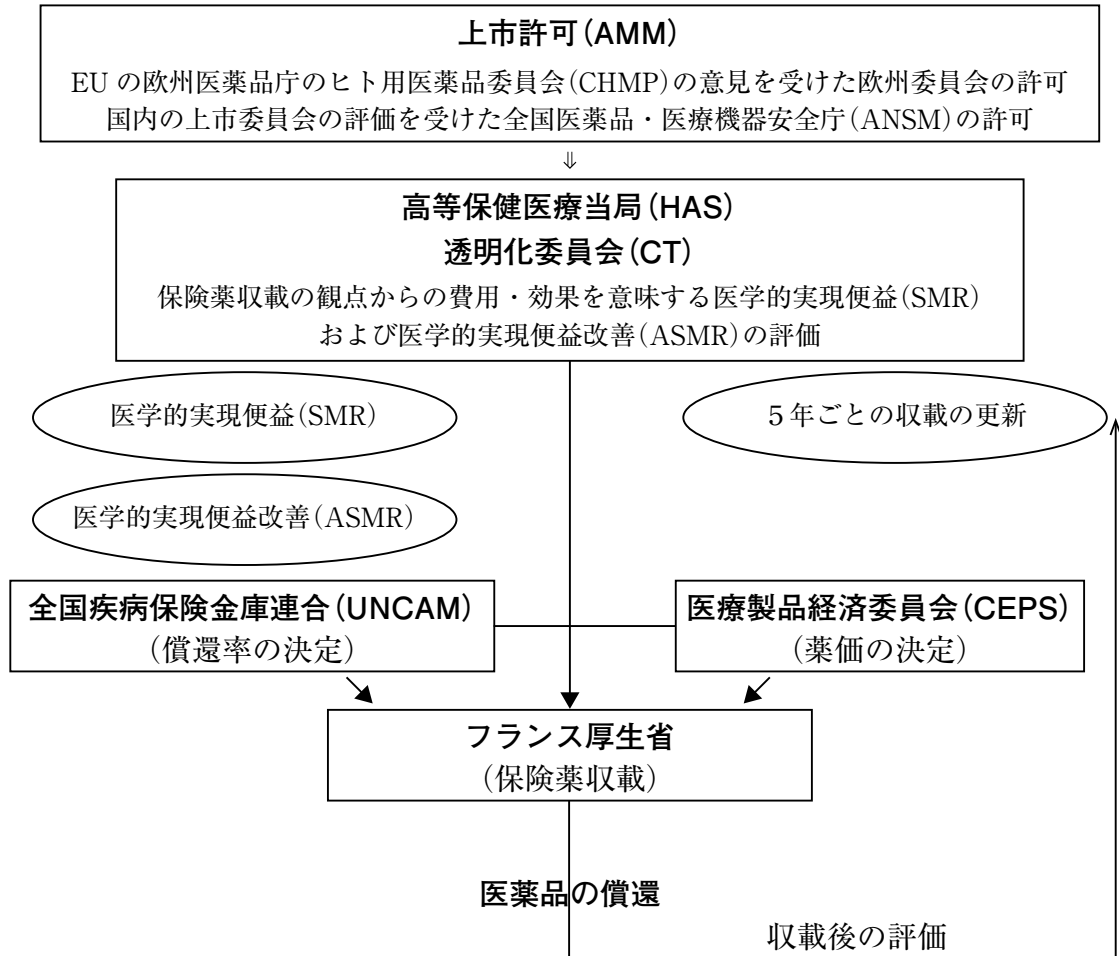
なお、医療製品経済委員会(CEPS)は、関係大臣の方針に沿って、一または複数の製造者との間で医薬品の薬価およびその改定に加え、販売量、適正使用、医療経済的な事後検証等に関する対応を盛り込んだ協約を締結することが可能である(CSS.L.162-17-4)。協約の期間は最長4年となっている。協約を締結した製造者は、医薬品の販売促進等に関するルールを盛り込んだ憲章(CSS.L.162-17-8)を遵守することが義務づけられる。協約違反に対しては、経済的なペナルティが科せられることになっている。

このほか、償還率については、疾病保険の全国機関である全国疾病保険金庫連合(UNCAM)が、費用・効果を意味する医学的実現便益(SMR)および疾病の重篤度を勘案して決定する。

医薬品の市場での価格は、薬局の場合、薬価がそのまま償還価格となるのに対して、病院の場合には、交渉により価格が決まることから、薬価との間でかい離が発生することになる。なお、病院内に薬局を設ける場合には、地方医療庁(ARS)の許可が必要となる(CSP.L.5126-4)。また、院内で使用可能な医薬品については、国がリストを作成するほか、その適正使用契約を締結した場合にのみ、疾病保険からの全面的償還が受けられることになる(CSS.L.162-22-7)。

医薬品の処方箋は、職能団体に登録された医師、歯科医、助産師に限定される。処方に当たっては、WHOが定める国際一般名(DCI)による一般名処方が義務づけられている。

図表32 保険薬収載の流れ



(注) 医薬品の安全面では、衛生規制としての上市許可を得ることが必要となる。一方、疾病保険の観点からは、医学的な面からの医学的実現便益に加え、費用対効果の観点から薬によって得られる便益の改善効果を踏まえた評価が透明化委員会 (CT) において行われる。そのうえで、薬価の決定に当たっては、別途、医療製品経済委員会 (CEPS) が設けられている。

#### 4. 市場規模

償還薬の市場規模は、2015年で対前年0.6%増の254億ユーロ(税抜き)である。このうち、薬局が180億ユーロ、病院が74億ユーロとなっている。また、外来が202億ユーロ、包括払い(T2A)以外が32億ユーロ、入院包括払い(GHS)が16億ユーロ、保険外一時使用許可(ATU)、その他が6億ユーロとなっている。

図表33 薬局での償還薬の販売額の推移(2014~2015年)

	製造者販売額(税抜き)(億€)	公衆販売額(税込み)(億€)
2014	182	253
2015	180	228
増減	-0.9%	-9.9%
	製造者販売額(税抜き)(億€)	公衆販売額(税込み)(億€)+調剤料
2015	18.0	25.1
増減	-0.9%	-1.0%

(出典) Rapport d'activité du CEPS en 2015

図表34 販売額(税抜き)の要素分解(2000~2015年)

年	価格要因	量的要因	構造要因	伸び計
2000	-0.9%	2.9%	6.8%	8.9%
2001	-1.3%	1.2%	7.3%	7.2%
2002	-1.6%	0.7%	5.1%	4.1%
2003	-0.4%	0.6%	5.5%	5.7%
2004	-0.4%	-1.1%	7.8%	6.2%
2005	-1.0%	3.4%	4.4%	6.8%
2006	-3.9%	-5.6%	11.1%	0.8%
2007	-2.1%	0.0%	6.1%	3.8%
2008	-2.2%	-4.9%	8.3%	0.8%
2009	-2.2%	3.1%	1.3%	2.2%
2010	-2.5%	-0.9%	4.0%	0.5%
2011	-2.3%	-0.4%	3.1%	0.3%
2012	-4.2%	-1.6%	2.5%	-3.4%
2013	-4.0%	0.5%	1.4%	-2.2%
2014	-3.8%	-0.2%	2.6%	-1.9%
2015	-3.6%	-0.8%	3.5%	-0.9%
2000-2015年の効果	-30.3%	-6.4%	106%	34.6%

(出典) Rapport d'activité du CEPS en 2015

図表35 薬剤償還率別の薬局による薬剤販売額の推移(2014~2015年)

償還率	2014			2015		
	販売額(税込)	償還金額	平均償還率	販売額(税込)+調剤料	償還金額	平均償還率
15%	1,091	164		920	138	
30%	1,802	541		1,860	558	
65%	18,566	12,068		18,180	11,817	
100%	3,855	3,855	68.9%	4,100	4,100	69.7%
病院への薬剤持ち込み	2,710	2,683		2,910	2,869	
全国疾病保険支出目標(ONDAM)(外来)	28,024	19,311		27,970	19,482	

(出典) Rapport d'activité du CEPS en 2015



## 5. 薬価制度

医療製品経済委員会(CEPS、国・疾病保険・補足制度の代表で構成)と医薬品業界との枠組み合意(2015年12月が直近)に基づき薬価が決定される(CSS.L.162-16-4)。合意が成立しない場合には、関係大臣の規則によって決定する。

薬価収載に当たっては、高等保健医療当局(HAS)の透明化委員会(CT)が治療上の価値や、3段階(15%、30%、65%)の費用・効果を意味する医学的実現便益(SMR)等を評価した薬剤リストに基づき、治療上の改善効果、販売量等を勘案して、医療製品経済委員会(CEPS)が薬価を決定する。その際には、全国疾病保険支出目標(ONDAM)の遵守も考慮要素となる。なお、最終的な薬価収載の判断権限は、大臣に留保されている。

また、薬剤費の伸びが基準値を上回る場合のセーフガードとして、販売実績および伸び率で案分して製薬メーカー(ジェネリック、オーファン等を除く)に賦課される特例的な拠出金が存在する。

## 6. 参照価格制等によるジェネリックの使用促進

2003年社会保障財政法により責任定額料金(TFR)が導入され、単一ジェネリック価格による償還制度が2004年から始まった。ジェネリックの薬価は新薬の60%を下回る水準で設定するとともに、新薬自体も20%の減額が行われるルールとなっている(ジェネリックが対象の点で一般的な参照価格と異なる)。

また2006年から、ジェネリックを選択する患者に対する第三者払いが適用されたほか、医療協約を通じて一般名処方促進された。2015年におけるジェネリック置き換え率は83.4%である(2016年の置き換え率目標は86%)。

このほか、ジェネリック使用促進のため、2015年には医療製品経済委員会(CEPS)と製薬団体(LEEM)の間で、ジェネリックの販売から一定期間ごとに置き換え率が目標に達しない場合には、責任定額料金(TFR)を適用するという枠組みが合意された。合わせて、当該責任定額料金が決まらない場合には、新薬およびジェネリックの薬価をそれぞれ12.5%、7%引き下げることが合意に規定された。

図表36 ジェネリックの販売期間ごとの置き換え率の目標

販売期間	占有率(量)
12月	60%
18月	65%
24月	70%
36月	80%

## 7. 医療機器

医療機器(dispositifs médicaux)は、医療目的で人に使用することを目的とするすべての器具、用具、装置、製品であって、その主な作用が薬理学的方法で得られるもの

でないものであると定義されている(CSP.L.5211-1)。さらに医療機器は、健康に対するリスクに応じて4種類に分類され、それぞれの評価および規制が設けられている。各医療機器がいずれの分類に該当するかは、医療機器の上市に関するEU指令(93/42/CEE)による分類に沿って、製造メーカーが目指している製品の医療上の目的から決められる。

医療機器の場合も、疾病保険の償還対象となるためには、高等保健医療当局(HAS)の委員会の意見を聴いた後に保健および社会保障担当大臣が決定する償還対象製品・給付リスト(LPPR)に記載される必要がある(CSS.L.1165-1)。医療機器の記載は、一般名または製品名によってなされる。記載に当たっては、技術仕様、治療または診断上の指示ならびに処方および使用上の特別な条件を遵守することが要件となる。

医療機器の償還価格は、製品の一または複数の製造メーカーまたは販売業者と医療製品経済委員会(CEPS)との間の協約によって決定されるのが原則である(CSS.L.165-2)。ただし、協約が締結されない場合には、医療製品経済委員会が自ら価格を決定することになる。償還率は、全国疾病保険金庫連合(UNCAM)の理事会が責任定額料金の30~40%範囲内で決定する。

## V. 補足的疾病保険

### 1. 経緯

フランスの社会保障において、基礎的制度に対して補足的制度が果たす役割は大きい。年金であれば、基礎制度の上乗せとしての2階部分である。経緯的には、労使合意による職域制度に淵源を有するとはいえ、加入強制による義務的な制度となっていることから、企業年金というよりも公的年金に近い(準公的年金)性格を有する。

疾病保険の場合には、戦前、共済が社会保険の担い手であった。戦後の改革による金庫制度の登場により、共済の役割は、一部負担部分の補填を行うという点で、社会保険の代替というよりは補完に変化することになった。このことは、社会保険財政の悪化による一部負担等の負担増を共済がカバーすることにつながり、結果的に疾病保険とともに国民生活に定着することになる。

現在、疾病保険の一部負担をカバーするための補足的疾病保険としては、共済のほかに福利厚生制度および民間保険がある。

国際比較の視点から見ると、私的保険が果たす役割は、次のように分類される<sup>56</sup>。

- ①重複的；入院待機を回避したり、特別室の利用が可能になることから、公的制度による給付とは別に私的保険に加入する形態である(イギリス、スペイン、イタリア)
- ②代替的；一定の類型の集団を適用除外とし、別途私的保険に加入する形態である(ドイツ)
- ③上乗せの；公的制度によってカバーされない給付を賄うために私的保険に加入する形態である(カナダ)
- ④補完的；公的制度の下で自己負担とされている部分を賄うために私的保険に加入する形態である

フランスの場合には、一部負担部分を補完的に賄ったり、公的制度でカバーされない部分を上乗せ的に賄う役割が大きい。

### 2. 各制度の概要

#### (1) 共済

もともと共済(mutuelle)は、フランス革命後のル・シャプリエ法により、労働組合等のすべての結社が禁止される中であって、例外的に許容されていた互助組織である。その点では、社会保障の嚆矢ともいえるべき存在である。

戦後の社会保障改革により、基礎的制度の補完の担い手として再出発した共済制度は、現在、共済法典(Code de la mutualité)によって規律されている。共済の原則は、個人または法人の会員相互の連帯により自主的に設立され、1人1票の原則により会

---

<sup>56</sup> P.-L. Bras et D. Tabuteau, *Les assurances maladies*, PUF, 2010, pp.53-55

員により運営される。その限りでは、社団法人であるが、株式会社のように外部から資金を調達して投下し、収益を配当するのではなく、会員からの収入に依存している点では、非営利法人である。

共済には、様々な形態がある。例えば、全国、地方または県といった地域的範囲、カバーするリスクの範囲、職種、職階間、企業等の職域範囲といった設立単位である。また、共済同士で連合体を組むことも可能である。共済の全国団体の筆頭には、フランス共済全国連合会(FNMF)がある。

共済活動は、EUの規制により、保険、再保険、予防等の保健福祉活動を同時に実施することを禁止する部門の専門性原則が適用される(CML.111-1)。このため、共済は、①保険を実施する共済法典第Ⅱ編共済と②予防、文化等の保健福祉活動を実施する共済法典第Ⅲ編共済に分かれる。この第Ⅲ編共済は、第Ⅱ編共済との関係では、専門的(dédié)共済または姉妹(sœur)共済とも呼ぶべき存在である。

#### ①共済法典第Ⅱ編共済

個人の各種リスクに対応するための個人単位または集団単位の事業である(CM.L.221-2)。いずれも契約による加入であり、集団単位のグループ保険でも、個人ごと加入することになる。カバーされる給付は、契約により、事故に起因する身体的損害、疾病、人の生命に係るリスク、結婚・出産、貯蓄、法的支援、失業など多様である(CML.111-1)。これらの給付の水準は、納付した掛け金または加入者の家族の状況以外で差を設けてはならないことになっている。

共済事業の開始に当たっては、プリューデンス・決済監視当局(ACPR)の認可を受ける必要がある。共済自体は非営利であるが、民間保険会社と同じように保険事業としての規制に服することになる。このため、共済のグループ化、再保険、民間保険会社や福利厚生団体との提携等が進んでいる。

#### ②共済法典第Ⅲ編共済

事故または疾病に関係する損害のリスクの防止、要介護または障害の状態にある子供、家族、高齢者への保障、保険・福祉・文化に関係する活動の管理・実施を担うために設立される非営利の法人である(CML.111-1 et L.310-1)。また、これらの事業とも関連して、医療的社会福祉、医療や文化関係の施設を単独または他の団体と連携して設置することもできることになっている。

この保険事業と並ぶ共済事業は、元々の共済の資金を元手にすることになる場合であっても、保険事業に支障がない範囲でなければならないことになっている。しかも、資金提供は設立時に限定されており、設立後に継続的な赤字補填がないように規制されている。

## (2) 福利厚生組織

福利厚生(prévoyance)組織とは、グループ保険を目的として労働協約等の労使合意

に基づき設立される非営利団体である(CSS.L.931-1)。経緯的には、戦後の補足年金の枠組みの延長線上に登場した社会保障法典上の枠組みであり、当時の該当条文から第4条組織(institution L.4)とも呼ばれる。このため、組織の運営は、労使の同数代表に委ねられる。

設立に当たっては、大臣およびプリューデンス・決済監視当局(ACPR)の認可が必要である。共済の場合と同じように、このプリューデンス・決済監視当局(ACPR)の監視の下で支払い能力の確保等の保険事業に関する規制に服することになる。

給付対象は、疾病、労働不能、障害、介護、死亡および退職年金である。このうち退職年金は、公的年金に近い補足給付とは別に、労使が創設する3階建て部分の再補足年金としての位置づけとなる。この退職年金については、専門性の原則から、他の給付リスクとは別途組織を創設し、管理する必要がある。失業給付の場合も、同様に別管理が求められる。

福利厚生組織の場合も、共済と同じようにEU法上は保険会社と同じ規制に服することとなっている。

### (3) 保険会社

保険会社(entreprise d'assurance)は、基本的に株式会社または相互保険会社の形態で設立される。株式会社の場合には、一般の株式会社と同様の設立、経営形態をとるが、設立に当たり大臣認可等の規制が存在し、プリューデンスに関する規制がかかる点が特別である。これに対して相互保険会社(SAM)は、1938年政令に起源を有する特別な会社で、保険のための組織を設立しようとする自然人または法人である社員によって構成される社団である。このため、株式会社のような資本の分配はなく、社員の持分も存在しない。社員は、会社に出資する点では保険者であると同時に、保険契約により給付を受ける点では被保険者であることになる。

給付対象は、保険事業全般に及ぶ。社会保障との関係では、人の生命に関係する疾病、事故、そのための労務不能といった損害保険分野、事故以外の死亡、生存等の生命保険分野が関わってくる。

保険会社の場合にも、EU法の規制、プリューデンス・決済監視当局(ACPR)の監督に服することになる。

## 3. EUの規制

補足的疾病保険は、サービスおよび事業所の自由の観点から、EUの保険事業に関する規制の適用を受ける。規制の内容としては、

- ①保険業以外の業との兼業の禁止(外部的専門性の原則)
- ②同一の法人内での生命保険と損害保険との兼営の禁止(内部的専門性の原則)
- ③ソルベンシーマージン等の加入者保護のためのプリューデンスに関する基準を満

たすこと

が典型である。さらにEUにおいては、2009年11月25日に保険および再保険事業ならびにその活動へのアクセスに関する指令(2009/138/CE)が出され、2016年1月から実施されている。これは「ソルベンシー II (Solvabilité II)」ともいわれ、EUレベルでの保険市場の統合、競争力確保、国際対応等を促進するため、ソルベンシーの強化が図られている。

これらの規制は、加入者および監督当局に対する情報提供を通じて事業の透明性の向上にも繋がることになる。

## VI. 患者の権利

### 1. 憲法上の位置づけ

1946年の第4共和制憲法前文11項は、健康権とも言うべき「健康の保護に対する権利(droit à la protection de la santé)」を規定している。当該規定は、他の憲法前文と同様に、第5共和制の下でも憲法規範上の意義が承認されている。ここから、公衆衛生上のみならず傷病治療に対する権利も基礎づけられることになる。

例えば、公衆衛生法典の冒頭に登場する「人の権利(droits de la personne)」として、「健康の保護」に対する基本的権利はすべての人の利益のために利用可能なあらゆる手段を使って実現されなければならない、予防、治療等に関して、患者とともに疾病保険関係機関も含めたすべての医療関係者が協力すべき事が規定されている(CSP. L.1110-1)。

その点では、疾病保険と医師組合との医療協約は、患者負担の軽減を通じて、前文11項の規定を実現するための規定であると憲法院は判示している(Décision 89-269 DC - 22 janvier 1990)。また、憲法院は、これとは別に生命倫理法に関する1994年7月27日判決(Décision no 94-343 DC du 27 juillet 1994)により、人の尊厳に対する侵害との関係で、人の尊厳を憲法規範(憲法的価値)として承認している。これより前1942年には、ボルドー控訴院(Req. 28 janvier 1942, *Parcelier c/ Teyssier*)が、医師に対して、人の尊厳の尊重により、手術の前に患者の同意を得ることが義務として課せられており、その義務に反するならば、患者の権利に対する深刻な侵害および医療上の義務のおこたりを誘発することになると判示している。

### 2. 国際的潮流の影響

#### (1) 概要

1948年の世界人権宣言(25条)がすべての人に対して健康で十分な生活水準を保持する権利をうたって以来、健康に対する権利は国際的にも広く承認されている。フランスも含めたヨーロッパにおいては、欧州連合もさることながら、欧州評議会が人権分野で果たす役割が大きい。その最初の契機となったのが1950年の欧州人権条約(Convention sur les droits de l'homme et des libertés fondamentaux)である。その冒頭2条は、第2次世界大戦の反省に立ち、生命に対する権利を規定している。その後、社会権を補充するため、1961年に制定された欧州社会憲章(11条)では、健康の保護に対する権利が社会保障に対する権利とともに明示されている。

#### (2) 欧州評議会

人権分野の取組みは多岐にわたるが、医療関係で重要なのは、1997年4月4日の生命倫理条約(Convention sur les droits de l'homme et la biomédecine)である。この条

約は、生物学・医学の発達が人類にもたらす人権侵害の危険性に対応するため、人の利益を最優先に置き、バイオテクノロジー、医学研究等における個人の生命等の侵害行為、差別的取り扱い等を禁止する。それとともに、すべての医療的介入に当たって、救急の場合を除き、インフォームド・コンセントを義務づけている。また、条約は、患者が健康に関するすべての情報を知る権利を有することも明言している。

### (3) 欧州連合

欧州連合条約(1条)は、連合が人の尊厳の尊重の価値を基礎に構築されることを規定する。さらに、欧州連合条約が承認する2000年の基本的人権憲章において、より具体的に人の尊厳、生命に対する権利、人の精神的・肉体的完全性(例えば、インフォームド・コンセントを含む)、健康の保護等の権利が規定されている。

近年では、国境移動患者の権利に関する2011年3月9日の指令(Directive 2011/24/UE du 9 mars 2011 relative à l'application des droits des patients en matière de soins de santé transfrontaliers)が出されている。これにより、適切な医療への普遍的なアクセスの権利の保障が加盟国の義務として課せられることになっている(4条)。

## 3. 国内法制

### (1) 入院患者憲章

患者の権利を憲章として世に出した嚆矢は、1974年9月20日の入院患者憲章に関する通知であった。この中で、すでに医療の質の向上を目指して、入退院に関する説明書類、患者の人権に配慮した処遇・療養環境の義務づけ等を規定していた。その後改訂が重ねられ、2002年の患者の権利および医療制度の質に関する法律を反映した内容が盛り込まれている。現行の「入院患者の憲章(Charter de la personne hospitalisée)」は、以下の事項を盛り込んでいる。

- ①医療機関選択の自由、そのための病院公役務によるすべての人へのアクセス保障
- ②終末期も含めた尊厳ある医療の質の保障
- ③情報提供による治療方法の選択への参加
- ④インフォームド・コンセントによる治療
- ⑤研究、臓器提供等の場合の特別な同意の取得
- ⑥治験の場合の恩恵と危険の告知
- ⑦入院患者の自由な退院
- ⑧信仰等の内心への配慮
- ⑨プライバシーの保護
- ⑩本人の医療情報へのアクセスの確保
- ⑪患者の意見表明の機会の提供



## (2) 患者の一般的な権利

患者の権利に関する2002年3月4日法により、公衆衛生法典の中に「医療制度における利用者の情報およびその意思の表明」に関する章(第1巻第1編第1章)が設けられることになった。その冒頭の医療制度の持続性(CSS.L.1111-1)および疾病保険金庫と連携した医療情報提供等に関する公役務(L.1111-1-1)に続き、すべての人の情報に対する権利(droit à l'information)として、自らの健康状態について知る権利が規定されている(L.1111-2)。逆に患者が知りたくない場合には、知らない状態に置かれるという患者の意思が尊重されるべきという意味での「知らない権利」もここから派生する。ただし、例外としては、第三者に感染のリスクがある場合には、別である。

疾病保険との関係で重要なのは、2016年1月26日の医療に関する法律によって強化されることになった費用関係の情報提供義務である。この点、まずすべての人は予防、検査および治療に関する費用およびその負担・免除条件に関する情報に対する権利を有する(CSS.L.1111-3)。次に、医療機関からの退院の際には、患者は総費用と疾病保険および補足的疾病保険によって給付される費用部分を明示した文書を受け取ることができる(CSS.L.1111-3-1)。さらに、情報提供に関して、開業医等の場合は、受付での掲示および一定金額超過の事前通知が、また、医療機関の場合は、受付での掲示およびインターネットでの公表が必要である(CSS.L.1111-3-2)。このほか、医療機器等についても、情報に関する義務づけが存在する。

## (3) インフォームド・コンセント

フランス民法(16-3条)は、医療上の必要または例外的に他人の治療上の利益以外の場合に身体の完全性を侵害することや、事前の同意無しに治療のための処置を行うことを原則として禁じている。この前提には、人の優越性(primauté)、人の尊厳の侵害の禁止、人間存在の尊重という民法上の原則が存在している(16条)。

公衆衛生法典も、医療制度における利用者の情報およびその意思の表明に関する章(第1巻第1編第1章)の中で、インフォームド・コンセントも含めた同意に基づく医療が規定されている(CSP.L.1111-4)。より具体的には、医療に関する決定は、患者が専門家から提供される情報を考慮し、専門家とともに行うことが基本であるが、医療を拒否する権利は患者にあり、医師はその意思を尊重しなければならないことになっている。また、いかなる医療行為も患者の同意が前提であり、その同意は説明に基づく自由な意思による納得のうえでの同意(consentement libre et éclairé)が必要であり、その同意はいつでも撤回可能である。仮に患者がインフォームド・コンセントによる意思を表明できない場合には、近親者等に情報を提供し、同意を得ることになる。

医療関係者に課せられる情報提供義務から、その違背が患者の機会喪失という損害を惹起することから、それ自体として損害賠償請求の対象となり得る。

これらの患者の同意に関連する一連の規定は、人体の尊厳に関する1994年7月29日

法を受けて挿入されたものである。これは、欧州評議会の生命倫理条約とも軌を一にする流れである。その関係では、患者の権利に関する2002年3月4日法により、公衆衛生法典(L.1110-2)に患者の尊厳の尊重に対する権利が明定されることになった。特に一連の改革を経て、患者が治療のための受動的な客体に止まるのではなく、その自律性に基礎づけられた能動的な主体、医療関係者との関係で言えば、共同決定(décision partagée)のためのパートナーとして位置づけられることになった<sup>57</sup>。

#### (4) 医療文書

患者等は、医療職および医療施設が保持する健康情報にアクセスする権利を有する(CSP.L.1111-7)。対象となる情報は、原則として診断、治療、予防等に関するあらゆる文書である。中には深刻な検査結果等も含まれることから、請求から開示までの熟慮期間が48時間設けられているが、その後8日以内に原則として開示されることになる。

このこととも関係して、全国疾病保険金庫等は、被保険者等の医療に関して医療関係者が実施した治療等の内容を記載した共有医療文書(dossier medical partagé)を作成・管理することになっている(CSP.L.1111-14等)。この共有医療文書は、2004年の改革で導入された個人別医療文書(dossier medical personnel)を2016年の改革の際に見直したものである。これにより、病診連携等を通じた医療関係者間の情報連携も含め、医療の質および継続性を確保することが期待されている<sup>58</sup>。

#### (5) 医療倫理規範

患者の権利と対になるものとして、医師が遵守すべき倫理規範を定めた医療倫理規範(Code de déontologie médicale)がある。法令とは一線を画する倫理規範は、専門性ととも専門職が認知されるために必要な要素であり、医療も例外ではない。

医療における倫理規範は、ヒポクラテスの誓い以来の医療倫理を受け継ぐものである。現代的な規範として登場するのは1941年のヴィシー政権下の倫理規範を嚆矢とし、戦後も、政令として倫理規範が逐次改訂されてきている。現在、公衆衛生法典(L.4127-1, L.4235-1等)が医師、歯科医師、助産師、薬剤師、足矯正士、マッサージ士および看護師について倫理規範を規定しており、各職能団体の原案に基づき政令で規定することになる。

医師の場合であれば、公衆衛生法典の政令部分に112条にわたる規定として規範が組み込まれている(CSP.R.4127-1等)。その基本原則としては、

- ①人の生命および個人の尊厳の尊重や医療上の秘密保持に込められた人の優越性

---

<sup>57</sup> A. Laude et D. Tabuteau, *Les droits des malades*, PUF, 2016, p.25, pp.34-37

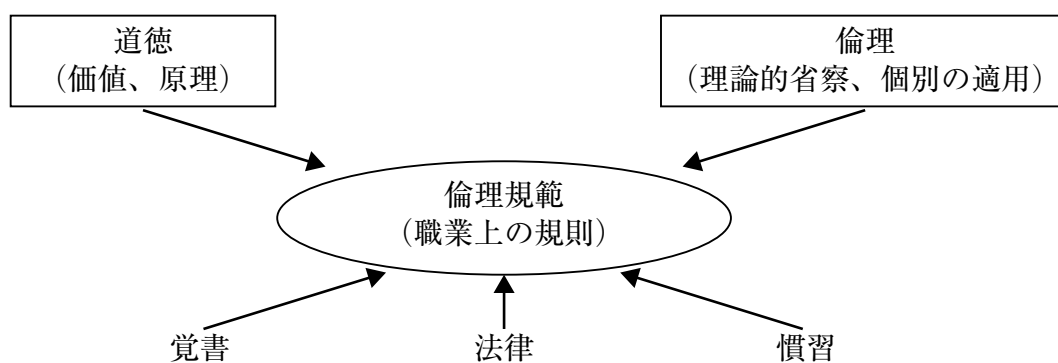
<sup>58</sup> A. Laude et D. Tabuteau, *Les droits des malades*, PUF, 2016, p.39

②患者による自由な医師の選択、インフォームド・コンセントに基づく自由な治療の選択等に象徴される自由

③医師に求められる質、その関係での生涯にわたる継続的修練により維持される能力、職業的独立

を挙げることができる<sup>59</sup>。なお、この規範の実効性の担保は、職能団体として医師の資格登録等を担う医師会(Conseil de l'ordre des médecins)が担うことになる。その点では、職能団体の存在が、倫理規範の定立のみならず、監視においても重要となる。

図表37 職業倫理の構造



(出典) R. Barrès *et al.*, *Le nouveau dictionnaire de la santé publique & de l'action sociale*, Foucher, 2015, p.163

<sup>59</sup> R. Barrès *et al.*, *Le nouveau dictionnaire de la santé publique & de l'action sociale*, Foucher, 2015, p.164

## Ⅶ. 医療を取り巻く状況

### 1. 経済社会状況

高齢化という点では、日本と類似の状況がある。ただし、出生率は、2010年前後に2.0以上であった水準が、2017年(見込み)には1.9弱まで低下しているものの依然として高い水準にある<sup>60</sup>。いずれにしても高齢化、寿命の延伸等に伴い、糖尿病等の生活習慣病、高齢者への多剤投与、高度医療病院と高齢患者のニーズとのミスマッチ、医療パスの未整備、医療・介護連携等が重要になってきているのは、わが国と同様である。

ただし、フランスに特徴的な点としては、平均寿命の男女差が大きいことである。このことは、疾病保険金庫による疾病予防および健康づくりキャンペーン等にも影響する。また、移民、若年者等の失業等の問題が大きな比重を占めており、医療を考える上でも、地域間格差と並んで社会的格差問題が重要である。また、出生率の問題とも関係して、世代間格差という点では、伝統的に家族手当等の家族政策を重視してきており、退職年金等の社会保険制度を別とすれば、高齢者福祉、障害者福祉等の社会福祉分野は財政的に必ずしも大きな財源が投入されてきたわけではない。このことが、社会福祉分野においても、家族手当金庫の保育所関係の補助金、老齢保険金庫等による高齢者施設への支援といった金庫による保健福祉事業への積極的な関与にも影響している。

財政面に目を向けると、フランスの国民負担率は、多少の変動はあるものの一貫して増加してきており、2015年に44.7%に達している。これをEU統計局(EUROSTAT)のデータでEU各国と比較すると、2014年の平均が40.0%であるのに対して、フランスは47.7%となっており、デンマークの50.8%、ベルギーの48.0%に次いで高い水準である<sup>61</sup>。

なお、国民負担率には、多くのフランス人が加入する補足的疾病保険の保険料は入らないが、それも含めて考えると、国民負担はさらに高いことになる。いずれにせよ、社会保険料および付加価値税(TVA)ともに高い水準にあり、社会保障財政を改善する上での選択肢を狭めることになる。

---

<sup>60</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1892259?sommaire=1912926#titre-bloc-1>

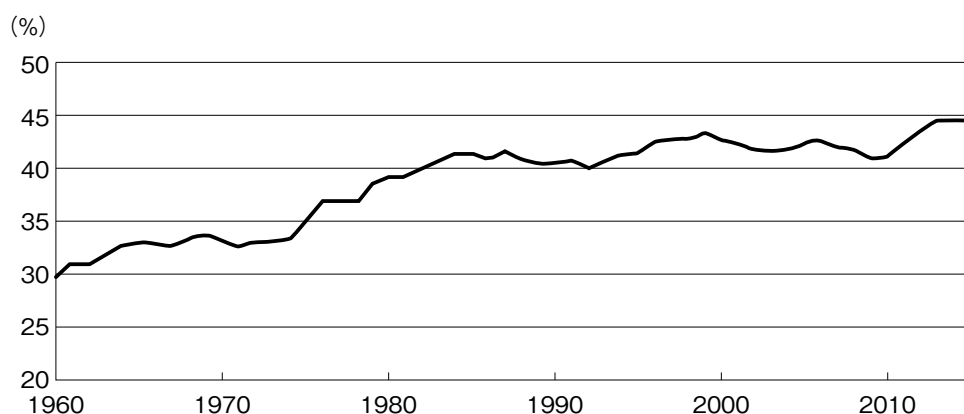
<sup>61</sup> <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2569416?sommaire=2587886#graphique-T17F132G4>

図表38 公行政およびEUに充当される強制徴収金(国民負担)

	2014		2015	
	10億€	対GDP(%)	10億€	対GDP(%)
国	291.5	13.6	294.4	13.5
税	283.7	13.3	286.5	13.1
社会拠出金	7.8	0.4	7.9	0.4
各種中央行政機関	14.7	0.7	16.8	0.8
地方公共団体	127.9	6.0	133.4	6.1
社会保障行政機関	522.3	24.4	528.6	24.2
税	167.4	7.8	170.0	7.8
社会保険料	354.9	16.6	358.6	16.4
EU 機関	2.1	0.1	2.2	0.1
合計	958.5	44.8	975.4	44.7

(出典) INSEE, comptes nationaux - base 2010.

図表39 1960年から2015年までの国民負担率の推移(対GDP比)



(注) 課税対象となる社会保険料および税控除に係る部分を除く。

(出典) INSEE, comptes nationaux - base 2010.

## 2. 医療保険財政

### (1) 疾病保険の比重

一般制度における各部門の支出割合(2016年)は、疾病保険(CNAM)52%、労災保険(CNAM-AT)3.1%、老齢保険(CNAV)32%、家族手当(CNAF)12.9%である<sup>62</sup>。こうした中で、社会保障基礎制度および老齢連帯基金(FSV)の収支は、2015年の108億ユーロの赤字から低下傾向にあり、2017年は52億ユーロと見込まれている。2010年の赤字が296億ユーロであったことからすれば、全体としては年々改善している。しかし、疾病部門に限ってみると、赤字額は、2015年58億ユーロ、2016年48億ユーロ、2017年41億ユーロとなっており、一般制度の赤字の大部分を占めている。

<sup>62</sup> Direction de la sécurité sociale, *Les chiffres clés de la sécurité sociale 2016*, Édition 2017

ところが、医療費の伸び率管理のための全国疾病保険支出目標(ONDAM)だけを見れば、2010年以降目標を達成しており、2016年には全国疾病保険支出目標(ONDAM)の伸びが1.8%まで低下してきている。それにも関わらず、過去17年間にわたって疾病保険財政の赤字基調が続いていることは、疾病保険ないしは医療の構造的問題が存在していることを示唆する。

## (2) 疾病保険の収入

疾病保険の収支は赤字であるものの、収入面では各種増収策が講じられてきた。例えば、全国自律連帯金庫(CNSA)からの財源繰入れ(2016年に14億ユーロ)、自営業者制度の赤字補填のための会社連帯社会拠出金(CSSS、2000年から2014年に18億ユーロ)、他の社会保障部門による赤字補填などである。

## (3) 医療の構造問題

このように、疾病保険の赤字問題を一部負担や保険料引上げ等の負担増によって対処することには、限界があることは明らかであった。医療の構造問題に着目した対応、すなわち、医療費の会計的抑制から、医療の適正利用、内容等にも踏み込んだ医学的抑制の流れへの転換は、以上のような背景で出現したことになる。また、近年における国による関与の増大、財源の租税財源への転換・代替化の流れも同様である。

このほか、諸外国で試みられ実施されてきたゲート・キーパー、マネジド・ケア等の手法の影響も無視できない<sup>63</sup>。

## 3. 医療費の動向

医療の構造問題という点で医療費の動向は重要である。

### (1) 医療費の概念

国民経済計算の体系に組み込まれた医療費統計の大本は、保健会計(Compte de la santé)である。これは、①医療・医療機器消費(Consommation de soins et de biens médicaux)、②総医療消費(Consommation médicale totale)、③医療経常支出(Dépense courante de santé)、④保健総支出(Dépense totale de santé)に分かれる。

---

<sup>63</sup> O.-H. Bréchat, *Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie*, Presses de l'EHESP, 2016

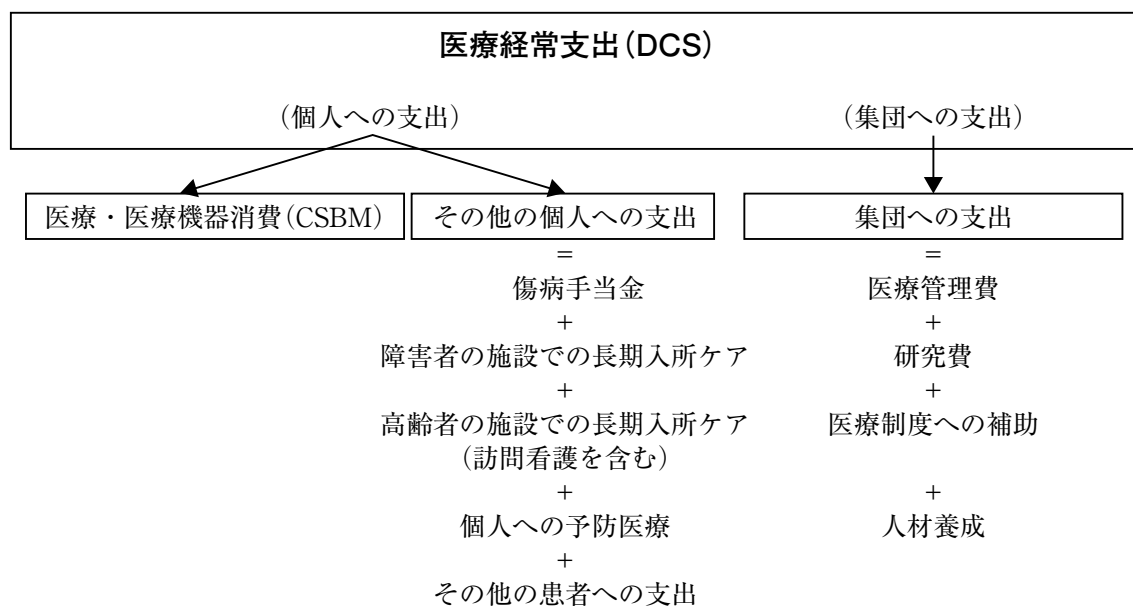
図表40 保健会計の主な内訳

	医療・医療機器消費	総医療消費	医療経常支出	保健総支出
治療、入院、医療製品	×	×	×	×
個人向け予防サービス (母子保健、労働衛生等)		×	×	×
集団向け予防サービス			×	×
傷病手当金			×	×
研修および研究費			×	×
医療制度管理費			×	×
医療制度補助金			×	×
公的医療機関投資支出				×

(出典) R. Barrès *et al.*, *Le nouveau dictionnaire de la santé publique & de l'action sociale*, Foucher, 2015, p.132

このうち医療費という点では、最広義の概念は、医療部門で展開する各種活動を包含する医療経常支出(DCS)である。この医療経常支出は、以下のように分類され、その中に一般的な医療費である医療・医療機器消費(CSBM)が含まれることになる<sup>64</sup>。

図表41 医療経常支出等の概念



(出典) DREES, Comptes de la santé

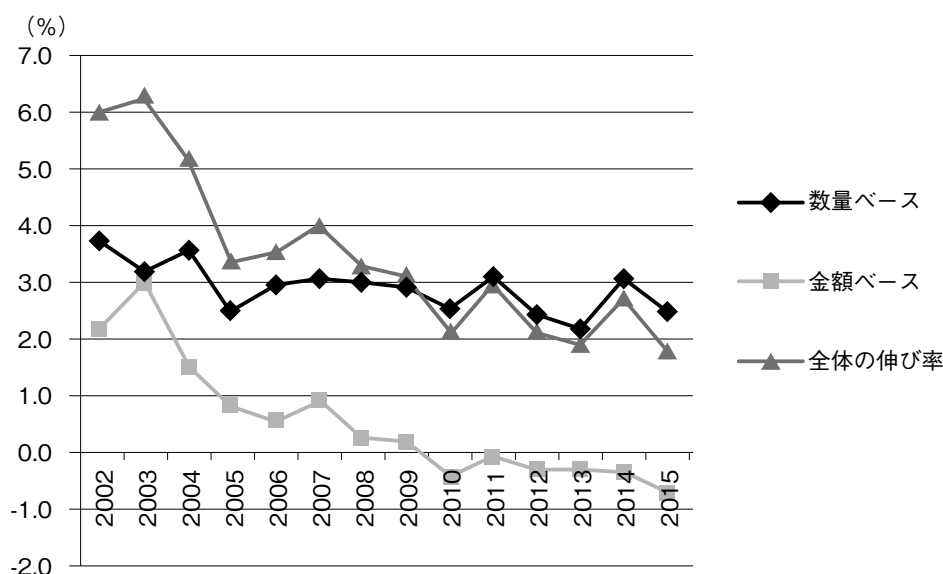
## (2) 医療費の水準

2015年の医療・医療機器消費(CSBM)(以下「医療費」という)は、全体で1,946億ユーロ、1人当たり2,900ユーロ、GDP比で8.9%となっている。

<sup>64</sup> DREES, Comptes de la santé

長期的に見ると、2000年以降、年5～6%の伸びだったのが、2008年以降になると2～3%の範囲に収まるようになった。2015年は前年比で1.8%とGDPの伸びの1.9%より低い水準にとどまった。なお、2014年は、C型肝炎関係の薬剤(100%償還)の関係で、対前年2.7%の増加となっている。

図表42 医療費の伸び率の推移



(出典) DREES, Comptes de la santé

### (3) 医療費の内訳

医療費全体に占める入院医療費(民間病院の医師の受け取り報酬を含む)が46.7%と最も大きな割合となっている。それに続いて、外来(開業医、無料定額診療所、検査所、温泉療法)が26.0%、薬剤が17.5%、医療機器が7.5%、移送が2.4%となっている。

### (4) 医療費の財源構成

2015年の医療費の最大の財源は社会保障給付であり、全体の76.8%(1,495億ユーロ)を占めている。この割合は、2004年が最も高い77.4%であったのに対して、2011年にかけて低下し75.8%となったが、その後徐々に増加してきた。

一部負担を賄う補足的疾病保険は、全体の13.3%となっている。このほか、国からの財源は、傷痍軍人、緊急医療、国家医療扶助等を負担する結果、全体の1.4%を占めている。この結果、家計の負担は全体の8.4%となっている。これまで家計の負担は低下してきているが、その理由は、医療費が免除される長期疾病罹患者の高齢化による増加、新規医療の保険取り込み等の制度改善である。

この社会保障の給付割合を分野別に見ると、入院医療が最も高く91.3%となっている。このため補足的疾病保険の割合は5.2%となり、家計の負担も2.3%にとどまっている。



る。これに対して、外来、薬剤、医療機器、移送の場合の給付割合は、それぞれ64.7%、68.8%、43.0%、93.1%となっている。

このうち外来の給付割合は、公衆衛生目標報酬(ROSP)が導入された影響もあり、高くなってきている。それでも補足的疾病保険による給付は、21.7%に上っている。特に歯科については、40.3%を補足的疾病保険が給付している。

図表43 医療費(医療・医療機器消費)の伸び率

(%)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
量	3.7	3.2	3.6	2.5	3.0	3.1	3.0	2.9	2.5	3.1	2.4	2.2	3.1	2.4	2.9
価格	2.2	3.0	1.5	0.8	0.6	0.9	0.3	0.2	-0.4	-0.1	-0.3	-0.3	-0.3	-0.9	-0.6
伸び率計	6.0	6.3	5.2	3.4	3.5	4.0	3.3	3.1	2.1	3.0	2.2	1.9	2.7	1.5	2.3

(出典) DREES, Comptes de la santé.

図表44 主な医療費(医療・医療機器消費)の構成要素の伸び率

(%)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
入院医療	3.4	3.9	2.5	2.7	2.6	2.5	2.8	1.4	2.2
外来医療	2.8	2.7	1.7	4.2	2.9	2.6	2.3	2.3	3.3
薬剤	2.9	1.4	0.3	1.5	-1.0	-1.8	2.7	-0.7	0.3
その他の医療機器	5.8	3.3	5.9	5.6	4.5	3.9	4.2	3.6	3.6
患者移送	4.8	6.0	5.0	2.9	5.8	5.3	2.9	4.3	4.4
医療費の伸び率	3.3	3.1	2.1	3.0	2.2	1.9	2.7	1.5	2.3

(出典) DREES, Comptes de la santé.

図表45 理由別の満たされない医療需要(2015年)

(%)

国	高すぎる	待機リスト	遠すぎる	その他	
オランダ		0.3	0.0	0.1	0.3
イギリス		2.0	0.9	0.1	1.9
スペイン		4.9	0.1	0.0	1.0
ドイツ		0.5	0.0	0.0	0.6
スウェーデン		2.9	0.1	0.1	2.7
フランス		3.1	0.2	0.1	2.9
EU15カ国		3.9	0.3	0.0	1.5
ポルトガル		14.4	0.1	0.1	3.6
EU非加盟13カ国		4.2	0.5	0.1	2.4
イタリア		9.7	0.2	0.0	1.3
ギリシャ		12.1	0.3	0.1	1.6

(出典) DREES, Baromètre d'opinion, 2004-2016.

図表46 国民の健康状況に対する認識

(%)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
健康状態が改善している。	52	54	52	45	44	42	45	41	40	38	40	39	36
健康状態が悪化している。	33	29	28	34	36	38	38	39	40	42	39	39	44

(注) 対象は、フランス本土に居住する18歳以上の者。

\*2016年には、質問された国民の44%がここ数年で健康状態が悪化していると考えている。

(出典) DREES, Baromètre d'opinion, 2004-2016.

図表47 医療費(医療・医療機器消費)の財源構成

(%)

	2002	2005	2008	2011	2012	2013	2014	2015	2016
社会保障(注1)	77.2	77.3	76.3	75.9	76.0	76.2	76.7	76.8	77.0
国・基礎制度による 補足的普遍的疾病給付	1.2	1.3	1.3	1.3	1.3	1.3	1.4	1.4	1.4
補足的疾病保険(注2)	12.4	12.8	13.2	13.6	13.7	13.7	13.4	13.4	13.3
家計	9.2	8.6	9.2	9.2	9.1	8.8	8.6	8.4	8.3
計	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

(注1) 公立病院、アルザス・モーゼルの別制度、電気・ガス産業疾病保険の赤字を含む。

(注2) 補足的普遍的疾病給付(CMU-C)機関によって支給される給付を含む。

(出典) DREES, Comptes de la santé.

図表48 主な医療費別の一部負担の割合

(%)

	2011	2012	2013	2014	2015	2016
入院医療	2.4	2.5	2.4	2.4	2.2	2.3
外来医療	12.8	12.6	12.3	12.0	11.6	11.6
患者移送	1.7	1.8	2.0	2.1	2.3	2.3
薬剤	16.7	16.8	16.7	16.1	16.9	17.1
その他の医療機器*	23.0	21.0	19.1	19.1	17.1	16.1

\*眼鏡を含む。

(出典) DREES, Comptes de la santé.

図表49 医療経常支出(フランスの定義による)

	価値表示 (単位:10億€)		2006年~2016年の 年平均伸び率(%)	2015年~2016年の 伸び率(%)
	2006	2016		
1- 医療費(医療・医療機器消費)	153.2	198.5	2.6	2.3
2- 長期入院	12.9	20.3	4.6	1.1
訪問看護	1.0	1.6	4.6	0.9
高齢者の施設入所ケア	5.0	9.1	6.2	1.7
障害者の施設入所ケア	6.9	9.6	3.3	0.7
3- 傷病手当金	10.7	14.0	2.8	3.0
4- その他の患者のための支出	0.3	0.7	7.9	5.4
5- 制度的予防事業	5.2	5.8	1.0	0.2
6- 医療制度のための支出	10.4	12.0	1.5	-0.5
協約上の医療制度への償還に関する補助	2.1	2.2	0.4	-8.4
医学・薬学に関する研究	7.0	7.6	0.9	1.4
人材養成	1.3	2.2	5.7	1.7
7- 医療の運営費	12.2	15.3	2.3	1.1
医療経常支出(1+...+7)	204.9	266.6	2.7	2.0

(出典) DREES, Comptes de la santé.

## VIII. 医療改革の動向等

### 1. 制度改革の経緯

#### (1) 頻繁な制度改革

すでに述べた点も含め、制度改革の観点から、近年の歩みを以下のとおり整理する。

まず、社会保障は常に時の政権の大きな政策課題であったが、ここ数十年にわたり様々な改革が繰り返されている。特に1995年のシラク政権時代のジュベ首相の下で実施されたジュベ・プランは、その後の制度の在り方を方向づける点で重要であった。特に医療分野でいえば、

- ① 社会保障財政法の議会への提出が憲法上も義務づけられ、社会保障財政への議会の関与が格段に増大したこと
- ② それとの関連で医療費の毎年の伸び率目標を決める全国疾病保険支出目標(ONDAM)が導入されたこと
- ③ 社会保障財政を契約的に担保する点で重要な国と社会保障の全国金庫との間での目標・管理協約(COG)が導入されたこと

である<sup>65</sup>。これらは、EUの経済統合を前にしたフランスにおいて、増大する社会保障支出に対して、構造面から社会保障財政に改革を加えるものであった。

その後、制度体系という点では、1999年に普遍的疾病給付(CMU)が制度化されることになった。このことは、疾病保険の財政対策というよりも、戦後改革の理念であった社会保障の一般化の流れに沿ったものといえる。つまり、社会保険の適用拡大による国民皆保険体制の実現により、いずれ低所得者対策としての社会扶助は不要となるという見立てとは異なり、現在に至るまで社会扶助は厳然と存在することになった。しかも、普遍主義を採用するわが国の生活保護と異なり、専門性の原則を採用してきたフランスの社会扶助は、高齢、障害、児童等の部門別・縦割りの制度構造となって

---

<sup>65</sup> 全国疾病保険支出目標(ONDAM)による支出管理は、支出のトレンド、制度改革等を反映した支出の見込み、抑制効果等を反映させた伸び率管理である。これまで全国疾病保険支出目標(ONDAM)は、1,712億ユーロ(2012年)→1,754億ユーロ(2013年)→1,791億ユーロ(2014年)→1,823億ユーロ(2015年)→1,852億ユーロ(2016年)→1,907億ユーロ(2017年)と推移してきている。全国疾病保険支出目標(ONDAM)自体は、議会の社会保障財政法によって、次のように決定される。

① 開業医全国疾病保険支出目標(ONDAM)

② 病院全国疾病保険支出目標(ONDAM)

a. ODAM(精神・リハ等公立・民間非営利病院支出) + MIGAC(公役務参加民間病院交付金) → 拘束力あり

b. ODMCO(疾病保険共通支出) + OQN(精神・リハ等民間病院支出) → 拘束力なし

このように全国疾病保険支出目標(ONDAM)に法的拘束力は絶対的ではないが、政府は伸び率に応じた抑制策を講じる必要があり、医療協約の料金も全国疾病保険支出目標(ONDAM)を尊重する必要があることから、間接的ではあるが議会は医療に関与することになる。なお、全国疾病保険支出目標(ONDAM)の拘束力という点では、疾病保険支出警告委員会による警告に基づく料金改定の停止措置がある。また、国と全国疾病保険金庫(CNAM)との間の目標・管理協約(COG)も、全国疾病保険支出目標(ONDAM)の実効性の確保という点では重要である。

おり、制度の谷間問題を抱えていた。このため導入されたのが、1988年の最低所得保障制度(RMI)であり、貧困の原因を問わない一般的な最低所得保障が実現することになった。これに対して、医療分野のセーフティネットとして登場したのが、普遍的疾病給付であった。これにより、所得保障と医療保障の両面からの普遍的制度が整備されることになった。

こうした改革の中で、フランスでも深刻化していたのは、介護問題であった。フランスは、1962年に出されたラロック報告により、早い段階から高齢者の在宅重視の方向性が打ち出されていた。また、当時多かった多床室での劣悪な療養環境の改善を目指した人間的な療養環境の実現(humanisation)は、医療と介護等の機能分化や療養環境の改善に繋がっていった。しかし、介護という点では、1975年に障害者のための第三者補償手当(ACTP)の多くが要介護高齢者に当てられるという現象を引き起こすなど、制度の不十分さが認識されるようになった。このため、1997年に暫定策として特定介護給付(PSD)が導入され、将来的には社会保険化も含めた本格的な制度導入が検討されることになる。しかし、身近な地域でのサービスを特徴とする介護の場合、疾病保険金庫が保険者となることは現実的ではなく、そうかといって地方公共団体(県)が実施主体となる制度に保険料を投入することの問題も存在した。その結果、社会保険ではない制度として個別自律手当(APA)のかたちで介護給付が制度化された。その財源としては、無給の労働日である「連帯の日(journée de solidarité)」が設けられ、事業主が賃金の0.3%分を全国自律連帯金庫(CNSA)に拠出し、個別自律手当の財源に投入されることになった。

2000年代に入ると、以下のような改革が数年おきに実施されており、疾病保険の給付というよりも、患者の権利や医療提供体制も含めた医療そのものに関わる改革が目立つと評価できる。

2002年：患者の権利・医療制度の質に関する法律(クシュネール法(loi Kouchner))

→医療機関運営への患者の参加、医療における患者同意の徹底

2004年：疾病保険に関する法律

→全国疾病保険金庫連合(UNCAM)の創設、かかりつけ医制度の導入

2005年：社会保障財政法に関する組織法律

→会計検査院による社会保障会計の監査の制度化

2008年：憲法改正(47-2条)による社会保障財政の会計的適正性等の原則の明確化

2009年：病院・患者・医療・地域に関する法律(HPST法)

→地方医療庁(ARS)の創設、地方の優先課題の明確化とその実現のための医療計画の強化等

2013年：雇用安定化法

→労働協約等の枠組みの下での補足的疾病保険の全労働者への適用拡大<sup>66</sup>

2016年：医療現代化法

## (2) 疾病保険を巡る改革の要点

これまでの改革の背景事情、課題等も含め改革の動向をまとめると、以下の点に集約することができる。

### 1) 社会保障財政対策

- ① 社会保障賦課上限(保険料の賦課上限)の段階的撤廃の動き
  - ・ 保険料の賦課上限撤廃は1967年に始まり、疾病保険は1984年に完了
- ② 赤字対策としての租税財源の投入
  - ・ 1983年のアルコール・たばこ税の創設を嚆矢とし、現在、アルコール税およびたばこ税以外に、アルコール入清涼飲料目的税、医薬品卸目的税、医薬品広告税、医薬品メーカー売上目的税、ストックオプション目的税、自動車保険目的税等が存在
- ③ 保険料財源から一般社会拠出金(CSG)による租税財源への転換
  - ・ 保険料抑制等の観点からの一般社会拠出金(CSG)創設(1990年)による賦課ベースの拡大
- ④ 社会保障累積債務解消のための社会債務償還拠出金(CRDS)の導入
  - ・ 1996年に創設された一般社会拠出金(CSG)類似の目的税
- ⑤ 介護給付財源のための自律連帯拠出金の創設
  - ・ 2004年に介護給付の財源として、連帯の日(journ nee de solidarité)との関係で導入された拠出金で、賃金総額の0.3%を事業主に賦課し、全国自律連帯金庫(CNSA)に納付

### 2) 補足制度強化<sup>67</sup>

- ① 補足的疾病保険の全労働者への加入拡大
  - ・ 一部負担の増大に伴う補足制度の役割の増大、とりわけ、2009年病院・患者・医療・地域に関する法律(HPST法)以降の役割が増大する中での労働協約等を通じた全面適用
- ② 補足的疾病保険制度は、共済、労使福利厚生制度、民間保険によって構成される

<sup>66</sup> そもそもは、経営者団体(MEDEF、UPA、CGPME)と労働3団体(CFDT、CFE-CGC、CFTC)との間で締結された2013年1月11日の全国職際間協約(ANI)により、補足的医療保険制度の一般化が合意されたことが契機である。それを立法化したのが2013年6月14日の雇用安全化法であり、これにより、2016年1月1日までに補足的医療保険制度の適用が義務化された。ただし、効力の範囲は、協約の射程である民間労働者に限定されることから、それ以外の無職、高齢等の低所得者のカバレッジの問題は残る。つまり、補足的医療負担扶助(ACS)および補足的普遍的疾病給付(CMU-C)の役割が残ることになる。

<sup>67</sup> 定率の一部負担以外の別途負担が増大したことの影響は、低所得者ほど大きく、結果として医療へのアクセスが阻害することになった。その場合、基礎制度の給付対象外の負担を補足的疾病保険制度が補填することになり、これも所得に起因する医療へのアクセスの不平等を増大してきた。

が、このうち民間保険の比重が増大傾向にある。

### 3) セクター2問題への対応

- ①超過料金請求対象の増大
  - ・協約料金制度の空洞化
- ②抑制策として医療アクセス契約(CAS)制度を医療協約の追加協定書で導入(2013年～)
  - ・超過料金の割合を増加させない(協約料金の割合を維持する)こと等を条件に、患者はセクター1と同じ条件(高い料金)で償還、医師は優遇措置(社会保険料の疾病保険財源による負担、かかりつけ医機能に係る加算料金等)を享受

### 4) 低所得者医療の改善

- ①基礎的CMUの普遍的疾病保護(PUMA)への代替
  - ・疾病保険給付の待機期間の廃止、無職者(成人の被扶養者等)への保険適用(2016年～)により皆保険が実現することから、基礎的CMUを廃止
  - \*成人の被扶養者は申請により個人単位で保険加入することから、将来的に被扶養者は未成年者に限定されることになる。
- ②低所得者等の医療へのアクセスを改善するため、未請求・無理解・断絶に関する地域伴走支援計画(PLANIR)の実施
- ③低所得者の医療アクセスの低下対策としての健康医療アクセス窓口(PASS)の設置

### 5) 予防対策

- ①疾病保険制度内での予防対策の取込み
  - ・全国疾病保険金庫(CNAM)における予防・教育・医療情報基金(FNPEIS)の設置(1988年)
  - ・予防接種(1995年)および健診費用(1998年)の償還対象リストへの追加
  - ・2002年3月4日法による予防対策の拡充
- ②全国保健戦略の策定
  - ・全国保健戦略2018～2022(Stratégie nationale de la santé 2018-2022)は、フランスにおける保健政策の枠組みであり、公衆衛生高等評議会(Haut Conseil de la Santé Publique)の国民衛生に関する分析に基づき政府が策定する。戦略の射程は広く、感染症等の公衆衛生、有害物質に関する環境衛生、生活習慣病対策等が入ってくる。疾病保険との関係でも重要なのは、人口構造の変化に対応した医療制度の構築、医療へのアクセスの社会的・地域的な不公平の解消等が含まれており、これは疾病保険制度の持続性の確保のための取組みとも軌を一にして展開されることである。そのための4本柱として、①予防を含む健康増進の

全面展開、②地域的な医療へのアクセスの不平等への対応、③受診経路の各段階での質、安全および適正の確保、④利用者の地位を保証しながらの医療制度の革新－が挙げられている。その上で戦略は、保健および社会保障の改善のための43の目標を設定している。

全国的な戦略の実現手段としては、全国公衆衛生計画、地方保健医療計画等が想定されている。その上で、戦略の実施状況は、毎年および複数年ごとのレビューによって評価されることになっている

### (3) 医療提供体制を巡る改革の要点

#### 1) 地方医療庁の創設

疾病保険に関する2004年8月13日法68条に基づき実施された試行を経て、2009年の病院・患者・医療・地域に関する法律(HPST法)により2010年4月から導入されたのが、従前の地方病院庁(ARH)に代わる地方医療庁(ARS)であった。これにより、地方レベルでは、病院に加え開業医等も含めて、地方医療庁(ARS)への権限集中、国による関与が増大することになった。

その権能としては、以下のように地方における公衆衛生政策の実施および医療提供体制の組織化・規制が柱である。

##### ①公衆衛生政策

- ・公衆衛生上の監視・監督等の規制行政のほか、健康増進、疾病予防等の積極的施策

##### ②医療提供体制

- ・医療施設の開設許可等の許認可を含め、医療計画、人材養成等による医療提供体制の規制・整備

この地方医療庁の責任者は大臣任命による長官(局長級)だが、諮問機関として監視評議会(conseil de surveillance)が設置されている。

#### 2) 病院におけるT2A(フランス版DRG)方式による報酬制度

病院への疾病保険の医療費の支払制度は、開業医とは異なる体系として発展してきた。公立病院の場合には、地方医療庁長官が施設の予算の決定権限を有しており、決定に基づき初級疾病保険金庫から毎月の報酬が支払われる仕組みである。

元々は1日当たり料金(prix de journée)だったが、1983年1月19日法(83-25号)により、予め設定した水準まで財源を交付する包括交付(dotation globale)に転換した。しかし、支出増大傾向に歯止めがかからなかったこともあり、2004年社会保障財政法により、医療内容に即して料金を計算するT2Aと呼ばれる活動別料金(tarification à l'activité)が導入された。具体的には、医療情報システム計画(PMSI)によって集約されたエビデンスに基づき、入院患者の疾病およびホテルコストを同一疾病グループ

(GHM)および同一滞在グループ(GHS)に類型化し、それに応じた料金を支払う制度である。この結果、施設間に存在した報酬の差を均一化し、最も効率的な医療を適用する施設の報酬に収れんさせる効果が期待されている。なお、地域差を反映するための係数が存在している。その特徴をまとめると、以下のとおりである。

- ・ T2Aはすべての医療行為に適用されるわけではなく、段階的に導入。当初、内科・外科・産科・歯科(MCOO)および在宅入院で導入されたのに対して、公立病院の精神科・回復期・リハビリは包括交付方式が引き続き適用
- ・ T2Aの代替・補完のため、外来、救急、蘇生、小規模な医療機器、腎透析、移植、中絶、高額薬剤等については、定額の報酬が支払われる
- ・ T2Aは、全国疾病保険支出目標(ONDAM)の範囲で毎年設定され、公立・私立病院のいずれにも適用。このことは、私立病院と比較した場合、T2Aの対象外の不採算の医療を公役務の一環として行う公立病院にとって不利に作用
- ・ 公立病院が担う教育・研修・研究開発上の機能、公衆衛生等の公益・契約化支援機能(MIGAC)については、全国疾病保険支出目標(ONDAM)の範囲で財政上の支援のための交付金(CSS.L162-22-13等)や地方レベルの支援のための基金(CSP.L1435-8等)が存在

### 3) 契約化

医療費の抑制のみならず医療の質確保等の観点からの契約的手法の導入が様々な分野で見られる。その典型は、以下のとおりである。

- ・ 全国疾病保険支出目標(ONDAM)
- ・ 薬剤・用具・給付の適正利用に関する契約(CBUMPP)による入院医療の質改善および効率化
- ・ 地方保健医療計画(PRS)と関連づけた目標・手段複数年契約(CPOM)による医療の管理
- ・ 医療の質改善に関する契約(CAQS)に基づく薬剤の適正使用・処方等による薬剤費の抑制

### 4) 医療従事者

これまで医師過剰との認識から、大学定員管理(約8,000人)により抑制が図られてきたが、将来の人口増加に伴う地域的な医師不足が顕在化してきている。このため、医療過疎地域の不足診療科に従事する条件で医学部学生に1,200ユーロ/月を支給する公役務履行契約(CESP)、医療過疎地域に開業する医師に対して一定期間収入保証(保証額と実収入の差額を補填)および休業保証を行う地域一般医契約(contrat PTMG)が導入されるなど、抑制策の転換が図られている。



## 5) かかりつけ医

開業医へのかかりつけ医機能の付与(約95%が一般医)による管理など、かかりつけ医機能の強化が図られている。

## 6) ネットワーク化

2002年クシュネール法により医療ネットワーク(réseau de santé)の概念が規定され、医療アクセス、関係者間の調整、継続的サービス等による医療ニーズへの対応が促進されている。

## 7) 当事者参加

1996年のジュペ・プランにより全国医療会議(CNS)が創設されて以降、2004年8月9日の公衆衛生改善法、2009年の病院・患者・医療・地域に関する法律(HPST法)等により当事者参加の枠組みの強化が図られた。現在、全国レベルの全国医療会議(CNS)のほかに地方レベルの地方医療・自律会議(CRSA)が設置されている。

このうち地方医療・自律会議(CRSA)は、地方医療計画(PRS)の策定および患者の権利に関する年次報告に意見を述べるほか、地方の医療行政の評価・意見具申等を行う諮問機関として地方医療庁(ARS)に設置される機関である。医療関係者以外に労使、自治体関係者、有識者等によって構成されており、医療のステークホルダーの参画の場となっている。

CNSは、全国レベルで患者の権利も含めた医療政策、年次報告等を審議するための諮問機関としてフランス厚生省に設置される。構成員は、地方医療・自律会議(CRSA)代表、患者代表、自治体関係者、労使、医療等の関係者である。

## 8) 医療計画の見直し

以下の方向での医療計画の見直しが図られている。

### ①医療計画の強化

- ・医療費抑制のための病床、医療機器等の規制のための仕組みから、病院のみならず開業医等も含めた適正な地域医療の確保のための仕組みへの転換

### ②地域間格差の是正

- ・医療資源の地域間の配分が不均等であるがために医療過疎が発生する中での、医師の開業支援も含めた適正な医療資源の配分の強化

以下、ここ数年の主な医療改革に絞って、その動向を取り上げることにする。これにより、各種改革がこれまでの改革の流れに沿ったものであることが理解できる。

## 2. 2016年の医療協約

### (1) 概要

医療協約は、5年を期間として締結される。現在、フランスには、代表的医師組合は5団体存在するが、2016年8月25日に締結された直近の医療協約(2016～2021年)は、開業医関係3団体と疾病保険金庫との間で署名され、同年10月20日に認可、同月23日に官報告示された。最も代表的な医師組合であるCSMFは、協約料金の引上げは盛り込まれているものの、開業医というよりも病院に傾斜した財源配分を理由として、医療協約に入っていない<sup>68</sup>。この根底には、同団体が一般医と専門医の両方を含んでおり、一般医はともかくとして専門医の反対が強いことが影響している。

締結に当たり、大臣から示された優先事項に基づき全国疾病保険金庫連合(UNCAM)の理事会が決定した基本的方向は、次の4点であった。

- ①主治医を中心に医師を生活習慣病の高齢者をはじめとする患者の医療連携に組み入れること
- ②地域、所得等に関係なく医療へのアクセスを保障すること
- ③医療の質の改善および開業医の医療現場の近代化を進めること
- ④予防、健診および健康増進における主治医の役割を強化すること

### (2) 内容

かかる方向性に沿って盛り込まれた改革は、以下のとおりとなった。

- ①診察料を一般医で25ユーロ(2017年5月～)、専門医で30ユーロ(2017年7月～)に引上げ
  - ・引上幅；一般医が23ユーロ→25ユーロ、専門医が28ユーロ→30ユーロ
- ②複雑な診療、特に複雑な診療および専門医所見について、それぞれ46ユーロ(2017年11月～)、60ユーロ(2017年1月～)、50ユーロ(精神科等は62.5ユーロ、2017年10月・2018年6月の2段階)の診察料を創設・改善
  - ・複雑な診療；糖尿病、重度側弯症、多発性硬化症、パーキンソン病、てんかん等の複雑な傷病、性感染症等の公衆衛生上重要な傷病
  - ・特に複雑な診療；がん、神経・神経原性の疾病、HIV等の配慮を要する傷病
  - ・専門医所見；一般医から専門医に所見を求める場合
- ③48時間以内に患者を紹介または受け入れる開業医への財政的支援
  - ・主治医が専門医を48時間以内に紹介等をする場合には、主治医および専門医それぞれに5ユーロ、15ユーロを加算
- ④医師の偏在を解消するための医療過疎地域での開業促進

<sup>68</sup> 事務局長であるランデ医師からのヒアリング(2018年2月)によれば、第三者払いについては、低所得者等の一部負担が困難な者に限定するのであれば、必ずしも反対ではないが、低所得者以外も含めた一律の第三者払い化には反対とのことであった。

- ・ 医師開業支援契約(CAIM)；医療過疎地域に開業する医師に対する5年間の契約を条件に2回に分け5万ユーロを支給
  - ・ 医師承継契約(COTRAM)；60歳以上の医師が50歳未満の医師に診療所を承継する場合には、承継費用に鑑み、報酬に10%の加算(年間上限額2万ユーロ)
  - ・ 医師安定化・連携契約(COSCOM)；医療連携、グループ医療等の地域医療の充実に参加する医師に対して、年間5,000ユーロの定額報酬を支給
  - ・ 医師地域連帯契約(CSTM)；医療過疎地域の同僚医師を支援するため年間最低10日間のパート勤務をする医師に対して、当該地域の医療に係る報酬を10%加算(年間上限額2万ユーロ)
- ⑤超過料金の抑制を進めるための新たな契約形態(OPTAM、OPTAM-CO)の創設(2017年1月～)
- ・ 従前の医療アクセス契約(CAS)に代えて、全セクター2医師を対象とする選択的制限料金適用(OPTAM)および外科・産科を対象とするOPTAM-COを創設
  - ・ 基本的考え方は従前と同様、超過料金を平均水準の範囲に抑制し、協約料金を過去3年の料金設定状況を踏まえた一定割合とすることを条件に、セクター1と同じ償還を享受できる仕組み
  - ・ 優遇措置として、診察料の適用実績に応じた報酬を翌年に受けること等
    - \*2017年6月時点で、一般医の59%、専門医の29%が加入<sup>69</sup>。
- ⑥患者の類型に応じた単一の主治医の定額報酬、診療所の運営組織に応じた構造定額報酬の創設による各種定額報酬の簡素化  
(主治医定額報酬)
- ・ 2005年以来、協約の枠組みにより、プライマリ・ケア、予防、フォローアップ、連携等の役割を担う主治医の普及が図られてきた結果、主治医定額報酬(FMT)、80歳以上の高齢者に係る定額報酬(MPA)、長期疾病(ALD)患者に係る定額報酬(RMT)等により複雑化
    - \*主治医定額報酬：長期疾病(ALD)患者を除き患者1人当たり年間5ユーロ
    - 高齢者に係る定額報酬：診療1回につき5ユーロ
  - ・ これを簡素化するため、単一の主治医患者定額報酬(FPMT)に集約化し、患者の年齢・疾病別に年間報酬を設定(0～6歳6ユーロ、長期疾病(ALD)以外の7～79歳5ユーロ、長期疾病(ALD)患者42ユーロ、80歳以上42ユーロ、80歳以上の長期疾病(ALD)患者70ユーロ)
- (構造定額報酬)
- ・ 報酬請求のIT化等の診療所の近代化のため、改善事項別のポイント制(1ポイ

<sup>69</sup> <https://www.ameli.fr/medecin/actualites/contrats-optam-le-point-sur-les-adhesions-au-11-juillet-2017>

ント7ユーロ)で定額報酬を設定

⑦予防、生活習慣病のフォロー、医療効率化(ジェネリック使用促進等)等のための公衆衛生目標報酬(ROSP)の拡充

- ・公衆衛生関係目標報酬は、出来高払い制を維持しながら、医療の向上を図るために2011年に導入された別払いの報酬
- ・開業医は、診療所組織(IT化等)と医療行為の質(生活習慣病のフォロー、予防および効率性)に関する目標指標の年間達成状況に応じて、診察料とは別に報酬が支払われる仕組み
- ・かかる取組みの一環として、たばこ・アルコール対策等の他、糖尿病重症化予防、循環器疾患予防、慢性閉塞性肺疾患(COPD)等の対策を実施

⑧高齢者施設入所中の高齢者ならびに心不全および慢性創傷の診療に関する遠隔診療の実施

- ・高齢者施設(EHPAD)の場合；施設入所に当たっての主治医の変更、入所者の急病の際に活用
- ・心不全・慢性創傷；すでに試行実施されているケースを発展  
\*遠隔診療自体は禁止されていない点に注意。

(3) まとめ

本来、医師の報酬は、医療の自由を基本としながらも、医療協約を通じて、医療連携、予防等による保健医療の向上等も踏まえた適切な医療の視点が強化されることになった。報酬体系も、①出来高払いを基本としながらも、②特別な事項を評価した定額報酬、③一定の目標実現に向けた公衆衛生目標報酬(ROSP)によってきめ細かな制度に変化してきている。逆に言えば、定率自己負担以外の別途の負担が増大していることにもなる。

図表50 自己負担の負担方法

負担	責任契約の場合の負担方法
入院時も含めた定率負担	補足的疾病保険による給付
入院時日額負担	
医師報酬の超過料金 個室等の特別料金	補足的疾病保険による部分的給付
医療行為による定額負担および保険免責	給付対象外

(出典) J.-M. Aubert, *Le construction du reste à charge*, RDSS Hors série 2017, p.34

### 3. 2016年医療現代化法

#### (1) 経緯・概要

「わが医療制度の現代化に関する2016年1月26日法(Loi no2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé)」(以下「医療現代化法」という)については、前社会党政権時代の2013年に打ち出された全国保健戦略以来の流れに沿って、2014年6月にトゥレーヌ大臣から改革の方向性が提示された。その後、同年10月の会議決定を経て議会に提出されたのが医療現代化法案であった。議会での議論は長期に及び、修正を加えた上で法案が成立したのが2016年1月16日であったことから、3年余の期間を要したことになる。この結果、当初57条であった条文数も増加し、227条と約4倍になった。

法案は、寿命の延伸、生活習慣病の増大および医療の不公平という試練に対して、ステークホルダーを巻き込んだ総合的な保健医療政策により蝸壺状態の打破、予防等の重視、プライマリ・ケアおよび地域における医療連携の推進、医療を巡る不公平の解消による医療アクセスの改善といった方向性を盛り込んだものであった。

多様な改革内容の中でも利害関係者の関心を呼んだのは、第三者払い制度の一般化、病院公役務概念の復活、たばこ・アルコール・肥満等の対策の推進、医療におけるクラスアクションや忘れられる権利(droit à l'oubli)等の患者の権利の強化、情報に関する公役務の創設による医療情報へのアクセスの改善、地方医療計画等の地域医療関係の行政計画の強化、病院間の連携・協働のための組織・枠組の創設、明示的な拒否の場合以外のオプトアウト方式による臓器提供の仕組み等であった。なお、このうちの医療情報のアクセスに関しては、既存の各種医療情報サイトを統一し、適切な医療を受診できるような医療GPS(GPS santé)も構想されている。医療情報網の構築のための機関としては、医療団体ではなく全国疾病保険金庫等の保険者が想定されている(88条)。

このほかにも、学校看護師による緊急避難的な避妊の管理、人工日焼けサロンの規制、刑務所における医療環境の改善、慢性的疼痛患者の受診経路の確立、休診日の診療のための電話およびインターネットの仕組み、人工妊娠中絶の熟慮期間の廃止、歯科・眼鏡・補聴器に関する補足的疾病保険のための補助の拡大、医療記録制度の改善、コメディカルの資格制度の定義に関する見直し、さらには糖分含有飲料の抑制等の改革内容が盛り込まれることになった。

言ってみれば、種々雑多な改革の寄せ集めである医療現代化法は、予防等の公衆衛生対策も盛り込んだ2004年8月の改革法を補完するものであって、それとは全く異なる新しい方向で保健医療改革というわけではなかったとの評価がある<sup>70</sup>。

---

<sup>70</sup> J.-N. Cabanis, << La loi du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé : une nouvelle étape pour la santé publique >>, *RDSS*, n°4 2016, pp.598-599

## (2) 第三者払い制度の段階的導入<sup>71</sup>

第三者払いも含めた患者の受診経路(*parcours de soins*)の改善に関する一連の規定が設けられている。つまり、一般医、診療センター(*centre de santé*)等の活用によるプライマリ・ケアの充実、医療アクセスの改善、医療情報の提供整備、医師等関係職種間の医療連携等の関連規定とともに、あるべき受診経路を構築する一環としての第三者払いということになる。わが国で言えば、へき地医療、精神医療、地域偏在対策等の地域医療の体制確立である。

この際の中核的行政機関は、地方医療庁(ARS)である。全国レベルの全国保健戦略の実現のため、地方レベルでは、地方医療庁(ARS)を中心に、予防も含めた保健医療に関する戦略的方針枠組(10年間)および地方保健医療組織基本計画(SROS, 5年間)によって構成される地方保健計画(*projet regional de santé*)が策定されることになる。この点は、わが国の医療構想、医療計画等と類似の発想である。

このような医療の均てん化の流れにあるのが、件の第三者払い(現物給付)である。つまり、戦後の社会保障の一般化、普遍的疾病給付の創設にかかわらず存在する医療へのアクセスの阻害要因である償還払い原則を見直すものである。

この動きに対して、医療への国家介入強化(*étatisation*)を理由にして、医師組合は反対ののろしを上げ、2014年から翌年にかけて示威行動が繰り返されることになった。理由としては、補足的疾病保険の拡大および国も含めた医療への介入(自由度の低下)の懸念、第三者払いに関する煩雑な手続および支払いの遅延への懸念が大きい。なお、医師組合と職能団体である医師会は一線を画している。医師会にあっては、医療の自由にとって重要なのは出来高払いであって、第三者払いが職業的独立を侵害するわけではないとの立場であった。

この医療現代化法に盛り込まれた第三者払いは、基礎的 disease 保険のみならず補足的 disease 保険も射程に置くものであったが、補足的 disease 保険は憲法院の違憲判決(CC decision no 2015-727 DC du 21 janvier 2016)により見送られることになった。判決の中で、裁判所は、社会保障の基本原則が支配する基礎的 disease 保険と、民事・商事上の義務に関する基本原則が支配する補足的 disease 保険を区分する。このうち基礎的 disease 保険に関しては、支払期間、遅延のペナルティ、支払いに関するデータベースの提供等が規定されていた。これに対して、補足的 disease 保険に関しては、かかる規定を欠き、診療側および支払側のいずれの権利義務も不明確であるとの理由から、議会による権限を縮小解釈した結果としての権限不行使(*incompétence négative*)を認定した。ただし、低所得者に対する補足的 disease 保険に関する費用援助の規定は残されており、補足的 disease 保険が第三者払いを実施すること自体が否定されているわけではない。

---

<sup>71</sup> 逐条の改正内容については、(Dir.) A. Laude et D. Tabuteau, *La loi santé, Regards sur la modernisation de notre système de santé*, Presses de l'EHESP, 2016

結局のところ成立した法律では、第三者払いの適用拡大は、2016年11月から100%償還対象者(長期重度疾病、出産)、2017年12月から全体に拡大するという予定での段階的实施となった。また、実施に当たっては、患者の電子被保険者証(Carte Vitale)および一部負担等の患者負担に関するクレジットカードを利用した請求システムを前提に、一定期間内での支払いおよび期間超過の場合の加算金が規定されることになった(CSS.L.161-36-3, 161-36-4)。

### (3) その後の展開

その後政権交代があったが、選挙時はマクロン大統領候補も第三者払いの一般化可能性(généralisable)を掲げていた。しかし、当選後は、開業医の抵抗感が強く評判の悪かった前政権の改革に固執する理由はなく、フィージビリティを欠くとの判断から、大臣により、12月からの全面的導入の無期限延長が決定された<sup>72</sup>。

また、入院医療は現物給付化されているが、共済等の補足的疾病給付がカバーする一部負担部分の現物給付化については、病院システムの改修が不可欠である。このため、これまでも検討が進められてきており、2018年には、病院での試行実験が進められることになっている<sup>73</sup>。

### (4) 病院公役務の復活

前述のとおり、病院公役務概念が復活することになった。

### (5) 予防・介護連携、在宅医療、患者の権利保障(医療事故に関するクラスアクション)、医療の情報化等

#### 1) 概観

医療現代化法は、患者の権利を強化する方向での改革を盛り込んでいる。

#### 2) 情報に対する権利

公衆衛生法典(L.1111-1)は、2002年の改革により利用者の権利に関する章を設けており、「利用者に承認された権利は、医療制度およびそれが依拠する原則の持続性を保障するための責任を伴う」と規定している。医療現代化法は、患者の権利に関連して、「保健大臣の責任の下で、公役務は、医療、医療機器、中でも公衆に対する医療、医療的福祉および福祉提供に関する情報を無償かつ最大限広範に提供する任務を有する」(CSP.L.1111-1-1)と規定し、新たに医療情報公役務(service public d'information en santé, SPIS)を創設した。重要な点は、2005年の障害者法、その後の国内外における

---

<sup>72</sup> *Le monde*, 17 mai et 23 octobre 2017

<sup>73</sup> *Protection sociale informations*, n°1101

障害者の情報アクセスの強化の流れを反映して、情報提供の対象として、特に障害者が明示的に規定されていることである。また、実施面では、前述のように、この公役務に対する全国疾病保険金庫(CNAM)等の協力義務が規定されたことである。これは、ネット、モバイル等のITを活用した情報伝達、広報等を念頭に置いており、その中心に全国疾病保険金庫も位置づけられていることになる。

### 3) 料金明細交付義務等

情報に対する権利との関連では、料金明細書の交付義務が強化された。それまで料金明細は、患者からの求めがあった場合に交付する必要があったが、改革により、特段の求めがなくとも、開業医、診療センター等も含め、公私の別なく、予防・診察・治療を行う医療機関等は、一律に医療費明細を発行することが義務づけられた(CSP.L.1111-3)。さらに、病院については、患者の退院の際に費用とともに疾病保険等による給付内訳を記載した文書を交付することが明文化されている(CSP.L.1111-3-1)。

また、医療連携という点では、退院の際に患者を他の医療機関または開業医につなぐため、患者に対する連絡状(lettre de liaison)も規定された(CSP.L.1112-1)。これにより、ばらばらな状態にある紹介状等の扱いが統一されることが期待されている。

このほか、患者への料金等に関する情報提供に資するよう、医療機関、インターネット等への情報掲示、開業医による70ユーロ超の医療の場合の文書交付、医療機器等の明細内訳の交付等が義務づけられている。これの違反に対しては、罰則等が用意されている。

### 4) 近親者による医療情報へのアクセス

公衆衛生法典(L.1111-7)は、医療関係者および医療機関が保有する医療情報への本人のアクセスの権利を規定する。この場合、従前から医療情報へのアクセスを直接依頼するのみならず、指定する医師を通じて行うことも認められていた。医療現代化法は、さらに患者が成年後見に該当する場合にも、民法の規定に従って、後見人等が医療情報へのアクセスが可能であることを規定した。

### 5) 医療情報共有文書

患者と医師との間の医療情報の共有に関しては、2004年8月13日の疾病保険改革法が個人医療文書(Dossier Médical Personnel)を導入した。これは、全国疾病保険金庫の管理の下で、IT化された医療情報を医師が保有し、患者からのアクセスも認める仕組みである。これまで全国疾病保険金庫、国等が中心となり、実証実験等を重ねてきたが医師の理解が障害となり全面展開には至らなかった。

そうした中で、医療現代化法に盛り込まれたのが医療情報共有文書(Dossier Médical Partagé, DMP)であった。この医療情報共有文書は、全国疾病保険金庫の管理の下で、疾病保険の被保険者からの申出により立ち上げられる医療情報管理システムであ



る(CSP.L.1111-14)。この場合の申出により、被保険者は医療情報の共有に関する包括的同意を与えたことになる。この結果、開業医のみならず病院も含めた医師等の医療関係者は、医療倫理規範等に従って、医療情報共有文書へのアクセスが認められ、診察、治療、入院等の医療情報の記入が認められる。このほかにも、疾病保険の給付に関する情報、臓器提供等の情報も盛り込まれることになっている(CSP.L.1111-15)。このように患者の機微情報が含まれることから、被保険者は、特定の医療情報をマスキングする権利が認められている。ただし、検査等の重複による医療費の無駄を抑止する観点から、主治医だけはすべての医療情報にアクセスすることが可能になっている。

なお、薬に関しては、被保険者からの申出により薬剤文書(Dossier Pharmaceutique)が作られることになっている(CSP.L.1111-23)。この場合、医薬連携が問題となるが、必要な情報は医療情報共有文書に取り込むことが認められている。

## 6) 忘れられる権利

忘れられる権利(droit à l'oubli)を巡っては、1991年に重大疾病の罹患者の保険加入、融資等の道を開くための協約が締結されたのを皮切りに、2001年には2回目の協約が締結されるなど、権利拡大のための努力が積み重ねられてきた。その到達点が2006年7月6日に締結された健康に関する重大リスクを伴う者の保険および融資に関する協約(S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé, AERAS)であった。さらに、2015年9月2日に協約の付属文書が署名されるが、そこに盛り込まれたのが忘れられる権利であった。

これら協約は、国(経済大臣、厚生大臣)のみならず保険および金融関係団体、患者および消費者団体による枠組みである。これに対して、医療現代化法は、忘れられる権利に法的根拠を付与することになった。すなわち、公衆衛生法典(L.1141-5)は、一定期間経過後のがんの元患者に係る保険の掛金の割増および加入の拒否を禁止する全国協約の締結を規定する。そして、当該期間は、がんによる治療終了後10年(子どもの場合には5年)を超えないこと、期間経過後はがんに関する医療情報を収集してはならないことが規定されることになった。さらに、全国協約では、がん以外の疾病についても同様の扱いを拡大することを規定することになっている。

## 7) 医療事故

医療機器によらない医療機関や医療関係者による医療事故については、国民連帯に基づく補償制度がすでに存在している(CSP.L.1142-1 et s.)。ところが、補償対象となる行為から、予防、診断、治療および再建術以外の目的のものは除外されていた(CSP.L.1142-3-1)。このため、避妊および中絶が対象となるか議論があったことから、医療現代化法では、明確にこれらの医療行為も対象となることが規定された。

## 8) クラスアクション

消費者保護の分野では、2014年3月17日の消費に関する法律によりクラスアクションが認められた。医療の分野では、度重なる事故にもかかわらず、かかるクラスアクションが認められてこなかった。医療現代化法は、この点を改善し、2016年7月1日以降、消滅時効にかかっていない事案も含め、クラスアクションが認められることになった。

対象となる損害は、同一または類似の状況にある医療の利用者が医療機器の製造者・販売者の瑕疵またはその使用者の瑕疵によって個人的にこうむった肉体的損害であり、その賠償のため認可を受けた利用者団体としての社団法人がクラスアクションを担うことになる(CSP.L.1443-1)。被害者は、裁判所が定める所定の期間内にクラスアクションに参加するかどうかを判断することになる。その点でオプトイン方式が採用されていることから、被害者は、別途、通常の訴訟によっても損害賠償を求めることができる(CSP.L.1143-18)。

手続を大まかに言えば、被害者への損害賠償は、利用者団体による訴訟を通じた賠償責任の認定段階と、その後の賠償金の各人への分配段階に分けることができる。被告から利用者団体に支払われた賠償金は、一括して供託金庫にあずけることになる。このほか、通常の裁判ではなく、調停による解決の道も用意されている。

## (6) 医療連携の強化

### 1) 経緯

医療の効率化および適切な医療確保の両面から、医療連携は重要である。1970年の病院法以来、医療連携の枠組みとして、病院間事務組合(syndicat inter-hospitalier)、病院間集団(groupement inter-hospitalier)、医療連携集団(groupement de coopération sanitaire, GCS)等が登場してきた。

このうち病院間事務組合は、病院間集団や医療連携集団(GCS)と異なり、法人格を有する。また、これは、病院運営および病院公役務のための連携枠組みの嚆矢でもあったが、期待した成果は上がらなかった。このため、2003年9月4日のオルドナンスによって、2005年から新規創設はなくなり、ついに2009年の病院・患者・医療・地域に関する法律(HPST法)により規定が削除されることになった。

また医療連携集団(GCS)は、1996年のオルドナンスにより登場する。その後の改正を経て、現在公衆衛生法典(L.6133-1等)に規定されている医療連携集団は法人格を有する組織となっており、事務、物品等の共通化、共同施設の創設等を通じて、構成機関の経営を改善することを目的とする。対象は、公立病院のみならず、民間病院、開業医、診療センター、医療的福祉施設等の関係者との医療連携を行う枠組みであることが特徴である。

そもそも医療連携集団が登場する前段階として、公益集団(groupement d'intérêt

public, GIP)および経済利益集団(groupement d'intérêt économique)が存在していた。このうち公益集団は、1982年に研究分野での官民連携のための枠組みとして登場するが、医療・福祉分野(リネン、物品管理等)も含めた他分野にも活用されるようになった。ただし、公法人として、官の方が資本の過半数を保有する必要がある、民間から見ると制約の多い仕組みであった。これに対して、1967年に登場した経済利益集団の場合には、私法人として、開業医も含めたCTの共同利用のため活用されるようになった。その点で、医療連携集団は、公益集団のように公法人としても、経済利益集団のように私法人としても設立が可能であり、両者の医療版ということが出来る。また、病院間事務組合と異なり、病院公役務に参加しない医療機関等も含めた連携体制の構築も可能な仕組みでもある。

このほか、2009年の病院・患者・医療・地域に関する法律(HPST法)により創設された枠組みに地域病院連合(communauté hospitalière de territoire, CHT)がある。これは、医療機能に着目して、公立病院が他の医療機関との間で協約を締結し、役割分担を行うための仕組みである。このため、地域病院連合は、各医療機関の自立性を維持するため法人格を有しないことから、それ自体として施設・設備等の共用化はできない。

以上、半世紀以上にわたり、様々な医療連携が登場してきた。最大公約数的に言えることは、医療連携が、医療計画のみでは実現困難な本格的なリストラに代わるささやかなリストラ策と理解されてきた節があることである<sup>74</sup>。すなわち、医療計画の創設時から、医療連携はあるべき医療を住民に提供するという医療提供体制上の重要性を本来的に有していたが、現実には、この医療最適化の視点は重視されなかった。この結果、医療連携は、まず計画が有するあるべき組織編成の実現の手段として活用され、補足的に制度の運営改善のための手段と捉えられてきた。確かに医療機器の適正配置および共同利用を考えるなら、かかる狙いの重要性はもつともである。このため、医療計画が主として病床・医療機器の規制等による医療費抑制との関係で注目された時代には、医療連携が重視されることはなかったわけである。

こうした中で、医療現代化法に医療連携の一つである地域病院集団(groupement hospitalier de territoire, GHT)に代表される医療連携の強化策が盛り込まれた。これは、前政権のトゥレーヌ大臣の時代である2014年に、公立病院が同じ医療計画の下でシステム、購買、研修等の機能の集約化を通じて経営の効率化を目指すための手段として導入が計画された。医療現代化法は、これを公衆衛生法典(L.6132-1 et s.)に取り込んだことになる。

---

<sup>74</sup> 以下については、F. Varnier et M. Trépreau, << La coopération hospitalière au service de la modernisation de notre système de santé >>, RDSS, n° 4 2016, p.620 et s.

## 2) 地域医療集団の概要

地域医療集団は、地域住民に対して公平な医療アクセスを保障するため、医療機関同士で機能・活動を分担・補完し合うための仕組みとして、協約に基づき実施されるものであって、それ自体としては法人格を有しない。具体的な役割は、医療分担計画 (projet medical partagé) に基づき、例えば医療職種の共有化等により、プライマリ・ケアに始まる受診経路の観点からみて患者にふさわしい共通および段階別の医療を提供することである。このため、支援機関 (établissement support) を中心に構成機関に対して、物的・人的資源の共通化、役割分担・補完等が実施されることになる。

その点では、2016年7月から施行された地域医療集団の特徴は、医療機関にとっての義務的性格とその地域性にあることが指摘されている<sup>75</sup>。まず、義務的性格は、従前の医療連携が医療機関の自発的意思に委ねられており、実効性が上がらなかったことがある。このため、地方医療庁 (ARS) のイニシアティブの下で、原則として関係医療機関がすべて参加することとし、必要な交付金が交付されることになっている。また、地域性という点では、国からの一律の連携ではなく、医療分担計画に基づき、医療過疎地域の小規模病院も含め、各地域に応じた連携の在り方をボトムアップで模索する点が特徴である。なお、2016年7月時点で、850以上の医療機関が135の医療集団を構成している<sup>76</sup>。

---

<sup>75</sup> F. Varnier et M. Trépreau, << La coopération hospitalière au service de la modernisation de notre système de santé >>, *RDSS*, n° 4 2016, 627

<sup>76</sup> <https://www.ars.sante.fr/index.php/les-groupements-hospitaliers-de-territoires>

## Ⅸ. 大統領選、2018年社会保障財政法以降の改革

### 1. 大統領選およびその後の政権の動き

#### (1) 2017年大統領選

大統領選に当たって、保守系有力候補であったフィヨン元首相が疾病保険を長期重篤な疾病に限定すべきと提案したことから、問題に火が付いた<sup>77</sup>。候補の中には、一般社会拠出金(CSG)を投入することで補足的普遍的疾病給付(CMU-C)を拡充する案や、一部負担の廃止による100%給付を導入する案等が登場することになった。こうした中で、フィヨン自身も、同じ陣営から不満が出たこともあり、提案を引っ込めることになった。

マクロン候補は、有用な治療が給付対象から外れないよう、競争による価格の引下げおよび透明性の確保を通じて、

- ・ 共済、医療関係者との調整による眼鏡・補聴器・歯科の100%給付
- ・ 重度の高血圧等の疾病保険による100%給付

の実現を訴えた。これに対して、ルペン候補は、介護の社会保険化、ジェネリック促進等による薬剤費の引下げ、疾病保険の民営化阻止を訴えた。

財政面では、新しい成長モデル構築の観点から、成長のための投資、労働と投資を促すための公正な税制、公的支出の削減を三本柱とするプログラムを「前進(En Marche)」の公約として盛り込んだ<sup>78</sup>。その中には、投資500億ユーロのうち50億ユーロを保健医療に投入することとともに、疾病保険の保険料の被用者負担分の廃止も打ち出されている。これは、最低賃金層をはじめとする労働者の購買力の向上を狙った措置である。

#### (2) 新政権発足後の状況

担当大臣として、社会連帯・保健大臣アニエス・ビュザン(医師)が任命された。就任直後打ち出されたのは、たばこ対策を含めた予防施策の充実であった。その後、7月に改革工程表(feuille de route)を各大臣が提出するが、社会連帯・保健大臣の工程表には、次の点が盛り込まれた。

- ① 5年間で医療費150億ユーロ節減
- ② 眼鏡・補聴器・歯科材料の負担軽減
- ③ 自営業者制度等の一般制度への管理統合
- ④ 協約等を通じた開業医の超過料金の制限
- ⑥ 第三者払いの一般化

---

<sup>77</sup> *Le monde*, 12 janvier 2017

<sup>78</sup> <https://en-marche.fr/emmanuel-macron/le-programme>

このような早いタイミングでの改革の提示は、社会保障に限った話ではなく政策全般に共通している。その背景には、前オランダ政権が政権末期になり改革を打ち出し反発を招いたことの教訓があるとも言われている。

### (3) 連帯・保健大臣の方針

社会保障財政法提出後の2017年11月14日の高等保健医療当局(HAS)での挨拶において、連帯・保健大臣は、今後の医療の在り方として、過剰診療を回避するためには個々の医療行為ではなく、回復期、在宅入院等の受診経路を捉えた対策が必要であることを強調した<sup>79</sup>。同様の考え方は、社会保障財政法の国会提出時点のインタビュー等にも表れており、2018年に30億ユーロと見込まれる赤字の削減のためには、30%とも見込まれる医療費の無駄を省く余地があり、かつ、2020年に社会保障財政を黒字にするためには、支出の約半分を占める入院医療の改革が不可避であるとの認識を示している。具体策については、

- ・ 2022年に向けて日帰り入院(日をまたがないで退院する入院)を促進し、不要な病床を削減すること(日帰り入院を現在の54%から70%に引き上げること)
- ・ 薬剤の購入の共同化等によるコストカットを行うこと
- ・ 医療のパフォーマンスを反映した病院予算を導入すること
- ・ 疾病保険の不適切利用による病気休暇を抑制すること

等の方針を打ち出している<sup>80</sup>。

2018年社会保障財政法に盛り込まれた受診経路に関する試行実験のための基金も、この流れにある。

別のインタビューでも、医療の付加価値等を高めるため、医療の持続可能性の確保および病院改革の必要性を強調している<sup>81</sup>。特に受診経路に沿って、開業医、病院等の関係者間の競合ではなく補完の視点に立った、相互の連携を強化するための対応として、地域病院集団(GHT)を活用することを提案している<sup>82</sup>。

ただし、これらを実現するには、困難が伴う。例えば、日帰り入院70%を実現するためには、病床を廃止し、100万に及ぶ伝統的な手術について、その手法を変える必要があること等が指摘されている<sup>83</sup>。

---

<sup>79</sup> *Protection sociale informations*, n°1098

<sup>80</sup> *Le monde*, 22 octobre 2017

<sup>81</sup> *Libération*, 11 décembre 2017

<sup>82</sup> 地域病院集団(GHT)は、10~200万人規模の地域を対象に、1,200~2万5,000人の専門職・チームをかかえる2~20の医療機関が共同利用、共同購入、遠隔診療等も含め連携を図るための枠組であり、891の機関が135の集団を形成している(<http://solidarites-sante.gouv.fr/professionnels/gérer-un-etablissement-de-santé-medico-social/groupements-hospitaliers-de-territoire/>)。

<sup>83</sup> *Protection sociale informations*, n° 1105

## 2. 関係者の動向

### (1) 会計検査院報告

会計検査院は、2017年9月に社会保障財政法の議会提出に合わせて社会保障に関する報告書を公表した。その中では、医療アクセス契約およびその後の選択的制限料金では、十分な抑制が実現できないとの認識から、生活習慣病等の定額料金および公衆衛生目標に応じた目標管理的な報酬(ROSP)の導入・試行が提言されている<sup>84</sup>。また、医療過疎地域の新規開業、医学生、開業医承継等に係る経済的支援等による過去の地域偏在対策も有効に機能していないことから、過剰地域においては、医師の新規開業に当たってセクター1以外の選択を認めない(逆に医療過疎地域ではセクター2による新規開業を認める)選択的協約を提言している<sup>85</sup>。

### (2) 金庫の目標・管理協約

ジュペ・プランにより導入された金庫と政府との間の目標・管理協約(COG)は、政府と金庫との関係を指導監督関係から対話関係に転換し、複数年にわたる組織運営に関する達成目標とそのため的手段を描くことで戦略性を強めてきている<sup>86</sup>。

### (3) 歯科

全国疾病保険金庫連合(UNCAM)は、負担なし料金、上限付料金および自由料金の3段階制、各料金の対象診療行為を診療パッケージ(paniers de soins)とする方針の下で、歯科関係3団体との協議を継続している。これは、補聴器および眼鏡とともに政府が掲げる一部負担ゼロ(RAZ)の2019年からの実現に沿った取組みであり、政府との協議も予定されている<sup>87</sup>。

## 3. 2018年社会保障財政法

### (1) 状況・経緯

社会保障財政法による全国疾病保険支出目標(ONDAM)に関しては、8年連続で目標が達成され、社会保障機関との管理協約も良好な中で、状況が改善傾向にある。

こうした背景の下で、マクロン候補が選挙戦で示した2020年に向けての収支均衡等の方向性に沿って、新政権としては最初の2018年社会保障財政法案は作成された。すなわち、2018年末に向けて、社会保険料も含めた国民負担を100億ユーロ減らし、2022年には国民総生産(GDP)の1%相当の引下げにこぎ着ける一環である。これは、財政

<sup>84</sup> Cours des comptes, *La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Septembre 2017*, p.246 et s.

<sup>85</sup> Cours des comptes, *La sécurité sociale, Rapport sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, Septembre 2017*, p.254

<sup>86</sup> *Protection sociale informations*, n°1102

<sup>87</sup> *Protection sociale informations*, n°1102

全体について、支出抑制および負債の縮減の方針にも沿った内容である。

法案は、2017年9月28日に公表された後、10月11日の閣議を経て同日国民議会に提出された。議会では、国民議会が10月31日、元老院では11月21日にそれぞれ原案を修正の上で最初の逐条審議である第1読解を終えた。その後開催された合同委員会で意見が一致しなかった部分について、両院の審議に入ったが、国民議会が11月29日に法案を採択したのに対して、元老院は、先決問題を理由として、結局12月1日に法案を否決した。この結果、国民議会が12月4日に最終案を採択し、2018年社会保障財政法は成立することになった。なお、条文は、12月31日に官報公布されている。

## (2) 全体方針

2018年については、収支(義務的制度+老齢連帯基金)については、赤字額が22億ユーロ(対前年度▲30億ユーロ)に改善する中で、伸び率を2.1%(52億ユーロ)に抑制することとなっている。

歳入面では、国民の購買力および企業の雇用改善のための保険料等の負担軽減を計画的に導入することになった。そのため、

①疾病保険および失業保険の被用者保険料の廃止

②一般社会拠出金(CSG)の1.7%引上げ

が盛り込まれた。このうち一般社会拠出金(CSG)の引上げからは、2018年で225億ユーロの歳入増が見込まれている。疾病保険の保険料の被用者負担分が廃止されることによる減収が48億ユーロであることから、一般社会拠出金(CSG)の一部は、その補填に回ることになる<sup>88</sup>。

このほか、一般社会拠出金(CSG)は、自営業者の疾病保険の保険料の軽減(23億ユーロ)、失業保険の保険料の引下げ(94億ユーロ)等にも投入されることになる。このように疾病保険で進行しつつあった財源の税への代替化が失業保険にも及ぶことになった。この影響は、失業保険制度が他の社会保険と異なり、戦後労働協約の枠組みを基礎に構築されてきただけに無視できないが、改革に向けた議論は2018年に予定されている。

また、以上とも関係するが、一般社会拠出金(CSG)の引上げによる歳入増(2017年の歳入900億ユーロに対して、2018年の歳入1,150億ユーロ)は、それまで社会保障に投入されていた付加価値税(TVA)の縮減(2017年の114億ユーロに対して、2018年は5.7億ユーロ)につながっている。

ここで留意すべきは、フランスでは、失業対策等のために、低賃金労働等を対象にして事業主の保険料負担の軽減を図るための措置が講じられてきた。その際の減収分の補填は、各種目的税等も含めた税財源のパッケージから行うのが通例であったが、

---

<sup>88</sup> 失業保険の保険料の段階的廃止の穴埋めに投入される一般社会拠出金(CSG)は、2018年は94億ユーロであるが、保険料が廃止される2019年の必要額は、131億ユーロと見込まれている。



今回、初めて一般社会拠出金(CSG)が充当されることになったことである。また、このような一般社会拠出金(CSG)の投入は、社会保障法典(L.131-7)が、保険料の減免措置について、国家予算による完全な補填を原則と規定していることの例外となっており、その点の指摘も見られる<sup>89</sup>。

そのほか、全体に関わる重要事項は、以下のとおりである。

①最低所得保障制度等を通じた低所得者への対策の強化

具体的には、

- ・最低保障年金(minimum vieillesse)を2020年にかけて月額100ユーロの引上げ
- ・低所得家族への家族補足手当(complément familial)、単親への家族支援手当および育児のための養育自由選択手当の引上げ
- ・成人障害者手当を2019年末までに900ユーロの引上げ

②疾病保険については、伸び率を2.3%に設定、自営業者制度(RSI)の一般制度への移管

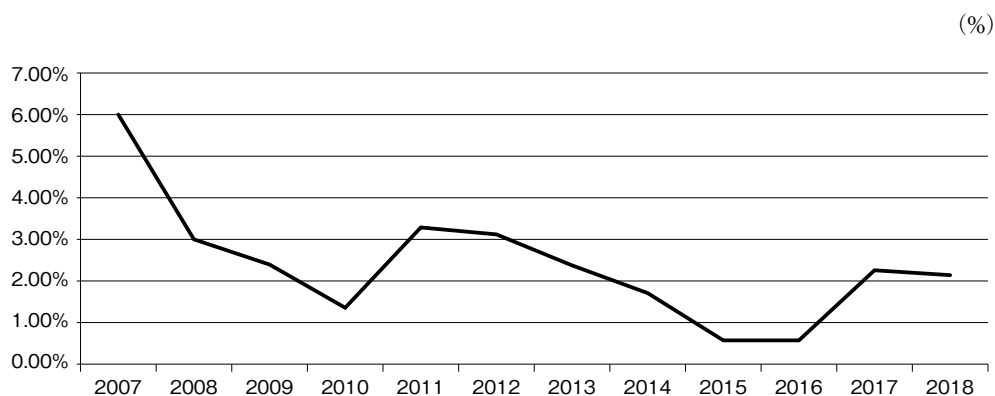
③医療については、予防の強化

具体的には、

- ・たばこの価格引上げ →2020年までに1箱10ユーロに引上げ
- ・ワクチン接種の拡大 →接種義務を3から11に拡大
- ・遠隔診療の推進

また、目的税の関係では、砂糖入り炭酸飲料に対する目的税(taxe soda)が糖度に応じて税率が設定されることになっている(国民議会による修正)。

図表51 基礎制度および老齢連帯基金の支出の推移



(注) 制度の対象範囲の見直しの影響は、織り込まれていない。

(出典) PLFSS, Les Moyens de l'Action 2018, Projet de loi de financement 2018.

<sup>89</sup> A.-C. Dufour, << La poursuite assume de la fiscalisation de la sécurité sociale >>, RDSS, n°6 2017, p.986

### (3) 収支の状況

全体として、収支は改善傾向にある。これは、経済状況および賃金の伸びに起因しており、この結果、社会債務の償還も促進されることになる。具体的には、社会債務償還金庫(CADES)の2017年の償還額は148億ユーロとなり、2017年までの償還額合計も1,395億ユーロとなり、2024年には2,300億ユーロに達する見込みである。

一般制度と老齢連帯基金を合わせた社会保障収支も、2010年の赤字280億ユーロから2017年の52億ユーロまで減少し、2018年の赤字額は22億ユーロと見込まれている。疾病保険に限って言えば、2017年の赤字が41億ユーロと前年の48億ユーロより7億ユーロ縮小し、2018年も8億ユーロの赤字にとどまると見込まれている。これは、2001年以降で最善の状況である。これとも関係するが、医療費の全国疾病保険支出目標(ONDAM)も8年連続で遵守されることになり、2018年の全国疾病保険支出目標(ONDAM)は、2.3%(44億ユーロに相当)に設定された。

これに対して、老齢連帯基金の赤字が前年と同じ36億ユーロと常態化し、2018年も34億ユーロと予測されており、一般制度と老齢連帯基金の合計で赤字は22億ユーロと見込まれている。

図表52 2014年から2018年の部門別収支の推移

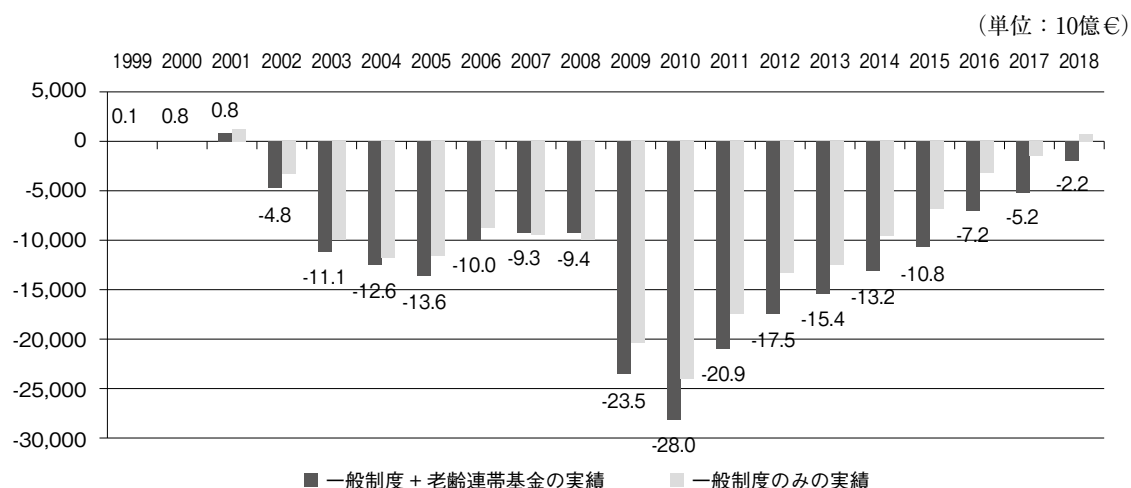
(単位：億€)

	2014	2015	2016	2017(p)	2018(p)
疾病	-65	-58	-48	-41	-8
労災	7	7	8	10	5
老齢	-12	-3	9	13	2
家族	-27	-15	-10	3	13
一般制度	-97	-68	-41	-16	12
老齢連帯基金(FSV)	-35	-39	-36	-36	-34
一般制度+老齢連帯基金(FSV)	-132	-108	-78	-52	-22

(注) (p)は見込値である。

(出典) PLFSS, Les Moyens de l'Action 2018, Projet de loi de financement 2018.

図表53 1999年から2018年までの一般制度および老齢連帯基金の収支の推移



(出典) PLFSS, Les Moyens de l'Action 2018, Projet de loi de financement 2018.

前述の2018年の全国疾病保険支出目標(ONDAM)2.3%(金額にすると対前年44億ユーロ増の2,000億ユーロ)を実現するためには、全体で41億6,500万ユーロの縮減が必要となるが、そのための抑制策としては、以下の点が盛り込まれている。

- ①医療提供の構造化
  - ・受診経路(parcours de soins)の構造化
  - ・物品調達等の施設運営に関する効率化<sup>90</sup>
- ②医薬品・医療機器の適正化・効率化
  - ・薬価引下げ、ジェネリック使用促進、バイオシミラー、医療機器価格引下げ、使用量の抑制、値引き<sup>91</sup>
- ③医療行為の適正化・質
  - ・医学的抑制、適正化対策
- ④病欠・移送の診断書の適正化・効率化
  - ・移送、傷病手当
- ⑤不正の監督・対策
- ⑥その他

図表54 下位目標別の2018年の全国疾病保険支出目標(ONDAM)の変化

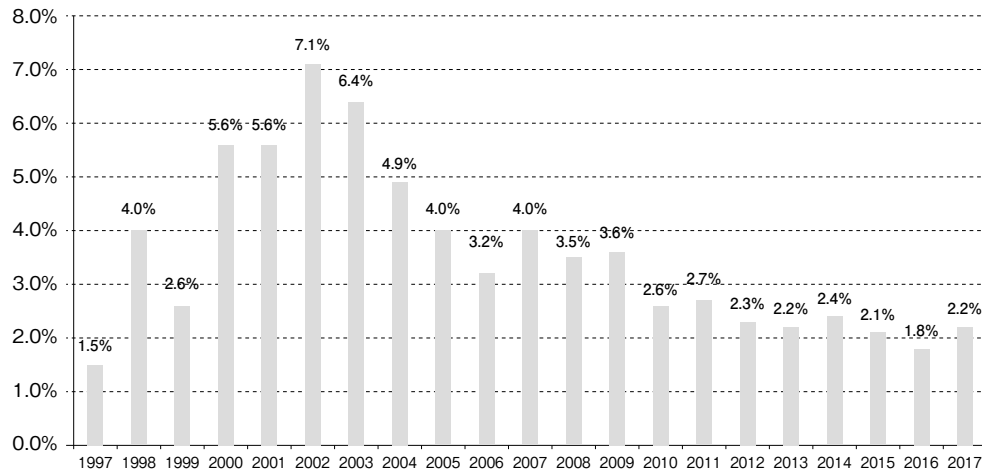
	下位目標別の支出水準 (億€)	伸び率	備考：2017年の社会保障財 政法で採決された伸び率
開業医	889	2.4%	2.1%
医療機関	807	2.0% (入院時定額負担を 含め2.2%)	2.0%
医療社会サービス施設	205	2.6%	2.9%
地方介入基金	34	3.1%	2.1%
その他の負担	18	4.3%	4.6%
計	1,952	2.3%	2.1%

(出典) PLFSS, Les Moyens de l'Action 2018, Projet de loi de financement 2018.

<sup>90</sup> 2018年から、鎮痛用のチオコルチシドの錠剤およびカプセルが償還対象から除外されることになった。

<sup>91</sup> 2016年で185億ユーロにのぼる薬剤費に対して、2018年の抑制額は、薬価引下げ4.8億ユーロ、ジェネリック使用促進3.8億ユーロ、処方厳格化3.2億ユーロ等で15億ユーロが見込まれている。

図表55 全国疾病保険支出目標(ONDAM)の推移



(出典) PLFSS, Les Moyens de l'Action 2018, Projet de loi de financement 2018.

その一方で、企業の新規開業者で初年度のネット収入が4万ユーロを下回る場合には、2019年から社会保険料が免除されることになっている。

#### (4) 疾病保険関係対策

##### 1) 予防

保健医療に関する新たな戦略の策定実施に向けた対策として、以下の点が盛り込まれている。

###### ①たばこ対策

- ・2020年のたばこ一箱10ユーロに向けて、2018年3月+1ユーロ、2019年4月+0.50ユーロ、2019年11月+0.50ユーロ、2020年4月+0.50ユーロ、2020年11月+0.40ユーロの予定での引上げ
- ・普及啓発の他、価格引上げに伴う不正行為防止および水際対策の強化

###### ②予防接種対策

- ・子供の義務的接種の対象を3疾病(破傷風、小児麻痺、ジフテリア)から11疾病(百日咳、はしか、B型肝炎、髄膜炎菌等)に拡大

###### ③がん検診の100%償還

- ・乳がん、子宮頸がんの予防のための検診を100%償還の対象

##### 2) 保険医療提供組織の改革

IT化も含め効率的な保険医療提供体制を構築するため、以下の改革を実施することになっている。

###### ①患者の受診経路を改善するための革新的な提供体制を構築

- ・包括払い、オバマケアにおける医療連携の推進(Accountable Care Organization,

ACO)等の諸外国の仕組みを参考にした報酬支払制度の検討

- ・患者の医療へのアクセスおよび受診経路を改善するための5年間の実証実験

#### ②保険対象診療の追加登録の加速化

- ・高等保健医療当局(HAS)の科学的見解に基づき行為・給付階層化委員会(CHAP)が出すべき意見が1年以内に出されない場合の見なし登録の導入
- ・医師、看護師等の多職種連携によるグループ行為のうち指定されたものについて、迅速化処理の導入

#### ③遠隔診療の利用促進

- ・遠隔診断、遠隔鑑定、遠隔見守り等の遠隔診療推進のための仕組みの構築

#### ④IT関係投資の促進

- ・医療連携のための医療機関のIT化に関する投資

### 3) 支出の抑制および医療の適正利用

以下の施策が盛り込まれている。

- ①医療機器の適正利用のための医薬品のMRに相当する資格等の創設
- ②処方箋の適正化のための規制および事前承認の対象拡大
- ③医療制度変革のための新計画の実施

### 4) その他

- ①入院時定額負担(FJH)の18ユーロから20ユーロへの引上げ(精神科の場合は、13.5ユーロから15ユーロ)

なお、責任契約(contrat resposable)の導入以降、補足的疾病保険は期間制限なく入院時定額負担を給付対象とすることが可能となっており、影響はその限りでは緩和される。

- ②在宅入院(HAD)の普及<sup>92</sup>
- ③障害者・高齢者入所定員の引上げ

障害者施設で2,028、介護施設(EHPAD)で4,525定員分の枠を追加することになっている。

---

<sup>92</sup> 受診経路の質改善に繋がる在宅入院の普及は、マクロン大統領が選挙期間中から唱えていた施策である。2013年12月4日の通知の目標である人口10万人当たり30~35日には到達していないものの、2016年に302の提供組織が17万4,372日(人口10万人当たり20.2日)の日数を提供している(Protection sociale informations, n°1098)。大統領は5年以内に在宅入院を急性期・回復期入院医療の10%にする目標を設定しており、一般医および看護師に対する在宅入院フォローのための報酬による連携等の試行が社会保障財政法に盛り込まれるなど、10年以内に現在の2%から5%まで上昇すると見込まれる(Protection sociale informations, n°1101)。

#### 4. 直近の動向

年明け以降の動きとして特筆すべきは、以下のような改革である。

①フィリップ首相が提起した医療提供体制に関する総合改革(2018年2月13日)等の検討・推進<sup>93</sup>

想定される方向性としては、

- ・受診経路の持続可能性および質の確保(例えば糖尿病対策)
- ・開業医および病院の報酬支払制度の見直し
- ・電子医療(E-santé)の推進(医療のIT化、遠隔診療の推進、患者情報の共有)
- ・医療従事者の要請の改善
- ・医療連携の推進(ACO)のような総合的な患者管理制度の試行、および関係する出来高払いによる開業医の報酬の見直し)

である。

②連帯大臣が提示した一部負担ゼロに向けた検討

- ・歯科、眼鏡、補聴器に関する一部負担をはじめとする具体的な検討(疾病保険金庫、関係団体等との協議)の加速化を連帯・保健大臣が指示<sup>94</sup>

③入院中心から日帰り入院(日をまたがないで退院する入院)、在宅入院等への転換

- ・同時にインフレ傾向のある病院の報酬支払制度(T2A)の見直し(2022年に向けての検討)

④医療過疎等の医療の地域間格差の解消

- ・連帯・保健大臣が主導する医療過疎対処計画運営委員会(Copil)の四半期に1回の開催による検討開始(2018年2月6日)
- ・議論としては、地方医療庁(ARS)および疾病保険金庫を中心とした医療連携体制の構築、遠隔診療、医師養成における地方研修、財政支援等

---

<sup>93</sup> 改革の工程表は、3か月の集中検討期間を経て、2018年夏までに策定されることが見込まれる(*Protection sociale informations*, n°1110)。

<sup>94</sup> *Protection sociale informations*, n°1107

## X. フランスからの示唆

### 1. 制度全般

社会保障制度の歴史的な経路依存性を踏まえると、ビスマルク型の社会保険モデルから出発した日仏両国には共通点が多い。また、ドイツの法学者オットー・マイヤーの言葉に「憲法変われど行政法変わらず」があるが、「憲法変われど健保変わらず」と言っても過言ではないほど、両国とも社会保険の基本骨格を維持している。まさに一度制度が構築されると、それがロックインされ、容易には基本構造を変えられないことの証でもある。逆に言えば、社会保険制度は、基本構造を変える必要がない普遍性を備えているとも考えられる。

フランスでは、社会保険としての社会保障(*sécurité sociale*)を「セキュ(*sécu*)」と略称するほど国民に受け入れられ定着している。これは、人民戦線の時代(1936年)の休暇制度以来、労働者が勝ち取ってきた社会的既得権(*acquits sociaux*)としての社会権の一つが社会保障であることとも無縁ではない。この流れの延長線上に、ラロックによる戦後の社会保障改革を象徴する制度の一般化がある。

わが国は、戦後の国民皆保険を経て、現在に至るまで社会保険中心主義をとってきた。国民皆保険体制は、もちろん国保によって完成するわけであるが、その前提として、強固な被用者保険が存在していたことが大きい。フランスの場合、被用者保険から出発した一般制度が一般化の受け皿となり、現在は自営業者制度の一般制度への統合が進行している。わが国の場合には、フランスと比べて高い行政能力を備えた市町村が存在していたことが、国保をここまで維持できた理由・背景と考えられる。

ただし、行政能力は財政力を保障するものではなく、各種拠出金制度を通じて、被用者保険が国保を支えることで、皆保険体制は維持されてきた面がある。この点、フランスでも、制度間の財政調整が行われてきた。ただ近年、財政調整は縮小しており、わが国の総報酬割を考えるなら、拠出金等による調整には限界があると考えられるべきである。

### 2. 保険者機能

フランスは、保険者自治とも言うべき労使等の当事者による金庫運営を伝統としてきた。ところが、社会保障財政法以来の一連の改革により、国による関与が強まり、自律的な金庫運営の伝統は変質している。これは保険料の引上げによる負担増からの使用者団体の離反、一般社会拠出金(CSG)による税財源の投入等の動きとも軌を一にしながら、理事会権限の見直しによって決定的となった。より根本的に考えると、医療費の増大が労使の保険料に依存する制度運営を困難にし、その基盤を揺るがすことになったとも解される。

かかる動きは、わが国も無縁ではない。医療費の増大に歯止めがかからなければ、

拠出金等の負担増も合わせて考えると、いずれ保険者にとって保険料負担の限界がやってくる可能性がある。このことは、国の徴税機構を利用せず、しかも国の負担無しで、労使関係を通じて膨大な保険料を徴収し給付が行われているという被用者保険のメリットを失わせる可能性がある。被用者保険の弱体化は、高齢者医療制度の導入以降、特定健診・特定保健指導をはじめとする保険者機能が重視されるにもかかわらず、職域という比較的目的が行き届く集団を効果的に活用できるメリットを失うことから重要である。

### 3. 医療提供体制

フランスは、わが国と比べれば、少子化・高齢化問題は深刻ではない。しかし、医療資源の地域偏在は大きく、中央集権的な国家体制の下で医療過疎等の問題が存在する点は、わが国と同様である。また、フランスにおいても、1980年代から地方分権が進められており、社会福祉関係は基本的に県が中心となる行政主体であるなど、地方分権が重視されている。しかし、医療に関しては、地方分権一本槍ではなく、地方医療庁(ARS)の創設のように地方(州)のレベルで、むしろ国に権限が集約されている面がある。

わが国では、社会福祉は市町村、医療は都道府県レベルに権限が集約化される傾向がある。広域性の点で、医療と社会福祉との間に違いがあるのは、日仏両国に共通する。ただし医療は、社会保険料に大きく依存し、その背後には労使等の拠出者がいることが重要である。この点フランスの場合には、病院予算が地方医療庁(ARS)の権限の下にあるのに対して、開業医との医療協約は、疾病保険金庫等が引き続き交渉および締結の主体である。医療という準市場においては、市場原理による価格決定に全面的に依存できない以上、ステークホルダー間の交渉力(バーゲニングパワー)の均衡が不可欠である。

わが国においても、診療報酬改定の関係からも分かるように、国でも地方公共団体でもない被用者保険の保険者の存在は大きい。サービス給付を内容とする医療保険の場合には、医療提供体制との関係で、保険者の独立性は重要である。フランスの状況に照らした場合には、診療報酬を通じて提供体制との関係を抜きには考え得ない。医療保険にあっては、年金のような現金給付の一元化と同列に保険者を論じることは危険である。このことは、医療提供体制や国保の県単位化と被用者保険の在り方は、分けて考えるべきということにもなる。

このほかフランスでは、医療提供体制における計画の重要性が増大している。また、計画の内容については、医療内部での連携や医療の質が重視されるとともに、社会福祉の中でも障害・介護のような医療と関係が深い分野にも射程が広がっている。

このことは、わが国においても地域医療構想や地域包括ケアシステムのように、介護も含めた議論が必要となっていることと軌を一にする。これは偶然の一致のように



も見えるが、両国の医療改革が給付と負担の算術的調整だけでは立ち行かなくなっていることの証とも理解できる。

#### 4. 財源

増大する医療費の財源をどこに求めるかは、日仏両国を通じて重要課題である。フランスにおいて、付加価値税(TVA)ではなく一般社会拠出金(CSG)が選択されたのは、付加価値税が高い水準であったこと、そうかといって所得税は賦課ベースが狭いことなどが理由であった。この点では、社会保障財源を消費税に求めようとするわが国とは、状況を異にする。ただし、社会保険料のような現役労働者の負担に依存することの限界が背景にある点では、共通する。

換言するなら、無拠出制の給付、低所得者への給付等のように国民連帯に根差した制度の財源としては、職域連帯に依拠する保険料ではなく、より賦課ベースが広い税に財源を求めようとするには、一定の合理性があるということである。この観点からは、医療のように報酬比例の要素が少ない社会保険は、最も税財源化になじみやすいことになる。フランスの改革は、国家の関与を強める方向で展開しており、税財源化と合わせるとイギリスのNHSに向かっているようにも見える。そうなれば、使用者が保険料を拠出する理由が薄弱となる。

わが国では、労使保険料(特に被用者保険料)の税財源化の動きは見られず、保険料と同じだけの財源を税から捻出することは容易ではない。ただ、今後の医療費の増大を展望した場合には、これまでのように制度間の財政力の格差、事業主負担の有無等を理由とする国庫補助等の投入では対応できない可能性がある。そうかといって、拠出金制度も限界を迎えており、国民連帯と職域連帯とを峻別し、国民連帯に係る部分については、税財源の投入の拡大がより必要になるであろう。

#### 5. 診療報酬

フランスでも開業医は出来高払いを基本としてきたのは、わが国と同様である。しかし、病院については、わが国と異なり公立病院が多いこともあり、予算制であった。これは、わが国の社会福祉の中心であった措置費に近く、必ずしも厳密な原価計算によるものではなかった。このための改革として導入されたのが、フランス版DRGともいべき活動別料金(T2A)であった。現象的には、わが国のDPCと類似するが、背景を異にしており、必ずしも医療費の抑制には効果的でないとの評価もある。わが国のDPCでもアップコーディング等の問題があることから、フランスの動きは注視する必要がある。

これに対して、フランスの開業医の報酬制度においては、医療連携を進め医療資源の地域偏在を解消するための各種加算等が導入されている。このことは、わが国で、地域包括ケア推進等のための取組みが診療報酬上評価されていることとの類似性を感じ

じさせる。

薬剤等についても、薬価等の価格制度が存在し、しかも、そこに各種委員会や当事者との交渉が介在することは、わが国と共通する。そうした中で、一種の参照価格制度により、ジェネリックの使用が急速に促進されたことは、わが国との関係でも注目される。

診療報酬を巡っては、フランスでも試行錯誤であるが、わが国との類似点も多く、引き続き注視すべき国といえる。

医療保障総合政策調査・研究基金事業  
独仏の医療保険制度に関する調査研究  
＜フランス報告書＞

平成30年7月

健康保険組合連合会  
〒107-8558 東京都港区青山1丁目24番4号  
TEL : 03-3403-0928

禁無断転載