

フランス医療制度から日本への示唆： 日本に近い制度を持つ国からの学び

多摩大学 統合リスクマネジメント研究所
医療リスクマネジメントセンター 教授
(社) 農協共済総合研究所 客員研究員

ま 真 の とし き
真 野 俊 樹

目次

1. はじめに	5. 医師の自立と自律
2. フランスの医療概観	1) 医師の権利
3. フランスの医療思想	2) かかりつけ医制度
1) 患者からの選択の自由	3) 往診と在宅医療
2) 医療提供に対する考え方	4) 在宅医療に対する考え方
4. 医療保険制度と医療費負担制度	6. 日本の方向性とフランス
1) フランスの保険制度の概要	1) 日本の方向性とフランス
2) フランスの医療制度改革	2) フランスとの比較の問題
3) 保険の交渉と収載	7. まとめ
4) フランス版DRG：T2A	
5) T2A (Tarification à l'Activité) の導入	
6) 薬剤政策	
7) 混合診療への考え方と最新医療	

1. はじめに

フランスは日本にきわめて近い医療制度を持つ国である。そこで今回は、2008年、2011年に行った視察と文献調査に基づいてフランスにおける医療制度とその改革をまとめてみたい。

本論文では、フランスという国が医療において守りたいもの、医療への考え方を述べた後で、保険制度、特に日本でも導入されたT2Aと呼ばれる定額支払制度や、現在論点になっている混合診療、薬剤給付、また医療改革、さらにはフランスの医療において特徴的な医師の自立と、かかりつけ医制度や在宅

医療について述べる。そして、最後に日本との比較において、論点の洗い出しと日本への提言を行いたい。

2. フランスの医療概観

最初に、フランスの医療を概観してみたい。フランスの対GDP比の医療費は2010年のOECDヘルスデータでは11.2%（2008年）であり、米国に次いで世界2位である（なお日本は2007年のデータしかないが、8.1%である）。医師数、病院数などはOECDの標準である。フランスの医療費は、2001年度から比べると、ちょうど1ポイント増加したことになるが、2004年は11.0%であり、ここ数年間

表1 国民の健康状態

	2006年の平均寿命 (女性)	2006年の平均寿命 (男性)	2006年乳幼児 死亡率 (注1)	2003~04年 ガンによる死亡率 (注2)女性/男性	2004~05年 脳梗塞による 病院での死亡率 (%)
ドイツ	82.4	77.2	3.8	128/210	10.9(1999年)
カナダ	82.6(2005年)	78(2005年)	5.4(2005年)	145/213	13.1
デンマーク	80.7	76.1	3.8	186/245	7.2
スペイン	84.4	77.7	3.8	99/228	11.5
米国	80.4(2005年)	75.2(2005年)	6.9(2005年)	140/203	—
フランス	84.4	77.3	3.8	113/244	11.2
ギリシア	82.0	77.1	3.7	108/209	—
イタリア	83.8(2004年)	77.9(2004年)	3.9(2004年)	122/231	8.5
日本	85.8	79.0	2.6	99/208	3.3
ノルウェー	82.9	78.2	3.2	135/201	8.0
オランダ	81.9	77.6	4.4	146/236	9.2
ポルトガル	82.3	75.5	3.3	107/211	9.4
イギリス	81.1(2005年)	77.1(2005年)	5.0	149/214	5.5
スウェーデン	82.9	78.7	2.8	130/177	8.4

注1：出生1000人に対して1年以内に死亡した乳幼児の人数
 注2：人口10万対のガン死亡率
 出典：OECD/IRDES, 2008年

パリエ氏資料

の変化があまり大きくないことが特徴である。医療のレベルについては、表1のパリエ政治学院のブルーノ・パリエ教授のデータに示されているように、平均寿命、乳幼児死亡率、がんや脳梗塞の死亡率で見ればフランスも極端に悪いわけではない。

また、OECDは国ごとの潜在寿命から見た（予防策の不在が原因と思われる）失われた年数を発表している。それによると、2004年では、日本は2757年、スウェーデンは2825年、スペインは3303年、カナダは3487年、イギリスは3549年、フランスは3840年（2003年の数値）、米国は5066年（2002年の数値）となっ

ていて、平均的とも言える。

財政的には、フランスはEUに加盟し、通貨を統合しており、欧州通貨統合参加国は「安定・成長協定」（1997年6月アムステルダム欧州理事会）に基づき通貨統合参加基準（一般政府財政赤字対GDP比3%以内、社会保障を含む公的債務がGDPの60%を超えないこと）の達成状況をサーベイランスする手続きとして、向こう3か年の一般政府全体の財政を対象とした複数年財政計画を欧州委員会に毎年提出する義務がある。この計画は、歳出伸率の目標等、当面の財政運営方針を示している。

そのために、国債の増発といった手段が認められていない。これがフランス社会保障において大きな課題である。

3. フランスの医療思想

1) 患者からの選択の自由

さて、2011年に行った視察において、何回も繰り返されて気になった言葉は「患者における選択の自由を守る」という言葉であった。開業医の労働組合であるフランス医師組合は、絶対に守るべきものとして、国民皆保険を前提にした「自由開業制」「患者の医療機関選択の自由」「出来高払い」の3つを挙げている。実際、フランスでは北欧や英国で問題になるようなウエイティングリストはなく、むしろ重複受診が問題になるようである。ここからしばらくは、この3つの原則に即して考えてみよう。このフランス医師組合は開業医のロビー団体であり、日本医師会の政治連盟の部分と考えるとわかりやすい。いずれにせよ、開業医の団体なので、勤務医とは意見が異なる点もあることに注意をいただきたい。

彼らの言う患者における選択の自由への侵害とは、具体的にはかかりつけ医制度を指している。2004年に導入されたかかりつけ医制度は、医師組合にも大きなインパクトがあったようである。前回のフランスについての報告書¹⁾でもふれたが、かかりつけ医制度とはかかりつけ医を教育や受診の仕組みとして制度化したもので、患者がかかりつけ医を1名決める仕組みである。必ずしもかかりつ

け医（欧米では一般医として制度があるGP：general practitioner）を選択しなくても病院などの専門医、開業している専門医を登録してもいいのであるが、それでも一箇所ですべて診察ができるということで、GPを登録する例が増えているようである。逆に、皮膚科診療、精神科診療をGPで行ってもらい患者が増えており、特に皮膚科はこの制度の導入で患者数がかなり減ったとされる。この制度は、必ずしも医療費抑制のために導入されたわけではないということで、患者の減った皮膚科医には条件によって20%の損失補てんが行われたという。

なお、今回、現地でお話を伺ったパリエ教授によれば、フランスの医療費が高いのは、患者による選択の自由の代金だという。2008年のフランス医療民間病院医療福祉調査報告書では日本とフランスの医療費の比較を通じ、休暇、労働時間の短さによるフランス医療の生産性の低さを考察したが、OECDの国同士の比較であれば、この自由の代金という考え方は有力な考えであろう。イギリスのように選択の自由がない国では医療費は安い。パリエ教授によれば、患者の移動を管理することにより、医療費の膨張の原因である医師間の競争を回避できるという。競争は、情報の非対称もあり、コスト高の要因になりうるという考えが前提のようである。さらには、病歴を把握しやすくなり、同一の患者をめぐる治療方針の調整が取りやすくなる。患者の病歴を把握することにより、特に開業医と病院との間の垣根を取り払うことができる、と

1) フランス医療民間病院医療福祉調査報告書、2008年、医療法人博仁会

いう。

日本のように開業医で受診すれば、血液検査から放射線検査、場合によっては近くあるいは自院の薬局で薬まで入手できる点も自由のひとつに挙げられる。フランスの場合には、ここまで患者の利便性はないが、パリエ教授はこの点で日本の仕組みを高く評価されていた。

2) 医療提供に対する考え方

フランスも属している戦後ヨーロッパの伝統的な考え方に照らせば、医療は公共の領域に属することになる。この点に関しては、日本も同じである。だから、例えば国立写真館や県立写真館に相当するものは存在しないし、写真家免許証のような国家資格も存在しない。だが、医療は違う。例えば、医療機関や病院の運営を自由主義に委ねるのか、そこに平等主義を適用するのかは政策的な大きな問題である。自由主義の側に立てば、各患者は自分のニーズに応じた治療を自由に選ぶ権利を持っており、腕の立つ医師はその実力によって金を儲ける自由を持っているということになる。そして、病院間のサービス競争が医療水準を向上させ、その価格競争が医療費の高騰を抑えるという理屈になるのである。官による規制や管理は、自由な競争や発展を阻害し、結果として社会全体の足を引っ張るというのが、自由主義の考え方である。たとえ貧富の格差が拡大したとしても、財やサービスの総量が増え、勝ち組が社会全体を牽引すれば、それによって結果的に全員が向上するのだという論理である。しかし、医療を自由主義に委ねると、金持ち相手の病院だけが

高度の最新医療を提供するようになり、庶民は安手の治療しか受けられなくなるという危険が発生する。平等主義の側は、この不平等性を問題視する。これが今までの日本やフランスの立場である。

4. 医療保険制度と医療費負担制度

1) フランスの保険制度の概要

ここからはフランス医療の現状を見てみたい。フランスの医療保険制度は、日本と同じ公的な皆保険制度をとっていて、古くから発達した職域単位の共済組合制度を基盤としていた。それが第2次大戦後に新しい社会保障制度として社会保険方式の医療保険制度となった。ただ、こうした経緯から、日本同様に職業により様々な給付が並列する複雑な体系となっている。制度としては、国民の約85%が加入者する全国被用者疾病保険金庫（CNAMTS）が運営する民間商工業の被用者を対象とする一般制度（この中に職種別の多くの保険者がある）、公務員や国鉄・公社職員を対象とする特別制度、鉦夫や自営業者を対象とする制度、農業従業者用の農業一般制度の4つの保険制度（基金）から成る。4つ目の農業対象の制度は、農業国のフランスらしいところであるが、保護も大きいようである。特別制度は加入者数が少なく、比較の時にはあまり重視されないようだ。さらに、国、地方、県という行政レベルごとに独立に疾病金庫ができており、おのおので役割分担がなされている。また、2000年の普遍的医療給付法（CMU）により、無職者、低所得者等を税負担にて一般制度に受入を行い、国民皆保険を実現したという歴史がある。さら

に、フランスの医療保険の特徴のひとつは、互助の制度である共済保険の発達である。すなわち、ヨーロッパの諸国にしては相対的に高い3割という自己負担率を補うために、自己負担の部分に対する共済保険制度が発達している。この部分は純粋な民間保険でもかまわない。この共済制度は労働協約によって決められるので、制度間や職域での差が見られる。

しかしいずれにせよ、保険診療を中心で行う場合には国民はほとんど自己負担なく医療を受けることができる。ここを問題視して、2005年からは、通院時1ユーロ（年間50ユーロ上限）の自己負担を追加した。かかりつけ医を経由しなかった場合の追加料金には保険の適用は許されていない。ただ、この制度は金額が安いので、財源にはなるが医療費抑制の効果があるのかは不明であり、むしろ、保険制度の精神に反しうるといった批判が多い制度のようである。

実際の医療費とその配分は表2、図1のようになっている。

表2 フランスにおける医療費の内訳（負担者別）

(百万ユーロ, %)		
	金額	占率
医療費計	182,209	100.0
公費	2,286	1.3
公的保険	143,795	78.9
民間医療保険	22,261	12.2
共済組合	12,885	7.1
保険会社	5,319	2.9
相互扶助組織	4,057	2.2
家計他	13,867	7.6

(出所：「DREES」2007)

2) フランスの医療制度改革

フランスでの最近の医療制度改革の歴史を見てみよう。

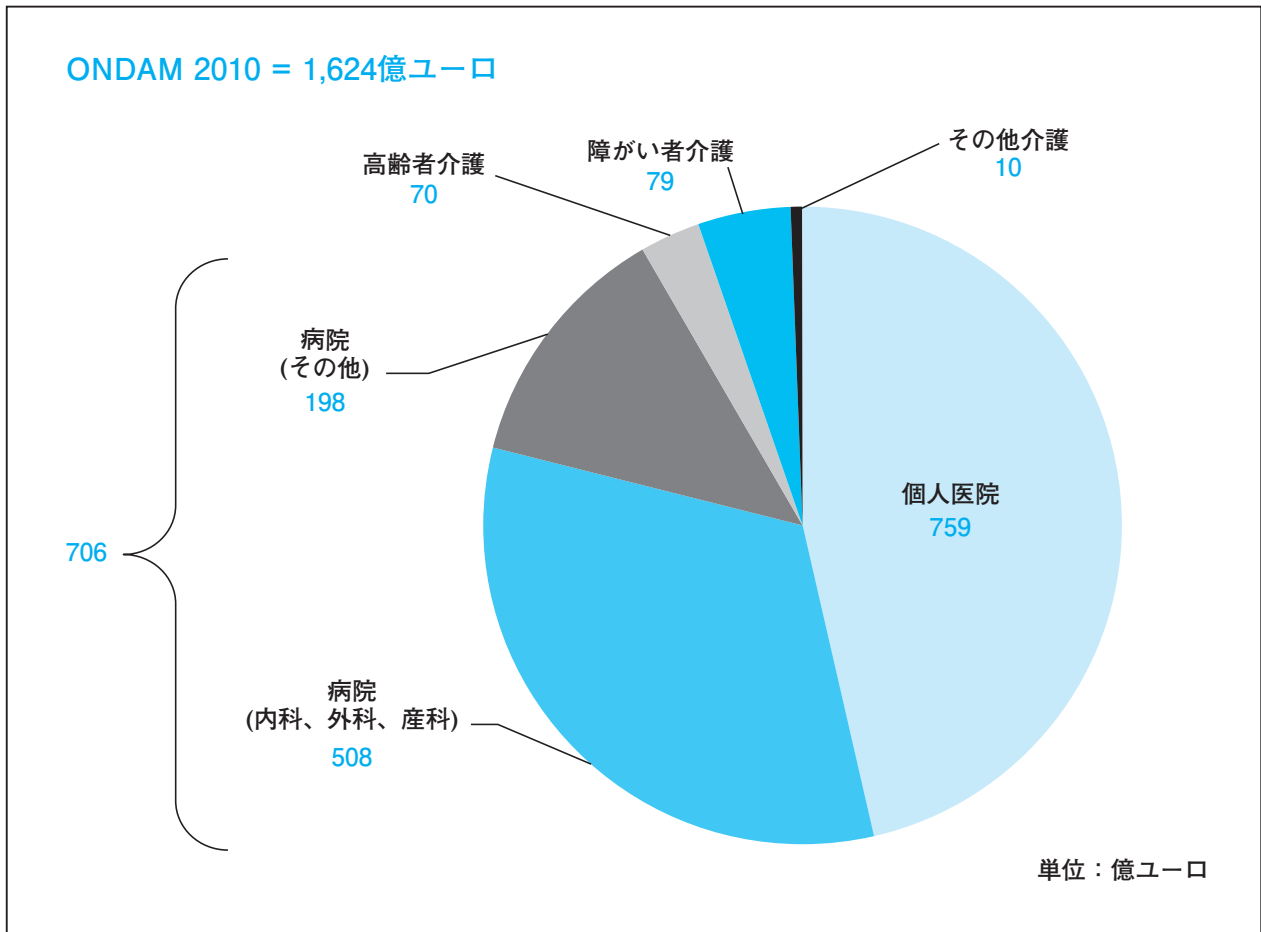
1991年の病院改革法による地方医療計画の策定で病院の統廃合等一層の規制が行われるようになり、1995年にはこれが強制力を持つことになった。特に、1996年に導入された医療費の全国医療支出目標（ONDAM）は、強力な医療費抑制策として注目された。このジュペ・プランのその後、

- ・ 医師の処方した薬剤について、薬剤師がジェネリック薬に変えることを可能とする。
- ・ 地方病院庁の管轄を私的病院に拡大などが行われ、2000年に普遍的疾病給付法（CMU：La Couverture Maladie Universelle）の実施、すなわち国民皆保険制度になった。

その次の大きな改革としては2004年の改革が挙げられる。ここで、分立していた保険者を糾合する全国医療保険連合の創設による保険者機能の強化、自己負担の増加（外来診察時1ユーロの負担）、保険給付範囲の見直し、高等保険局（HAS）の創設、疾病保険金庫全国連合（UNCAM）の創設などのマクロ的抑制策がとられ、さらにONDAMにおいてONDAM基準を超えそうなときに警告する警告委員会が設置された。一方、ビタルカードの導入による患者情報の把握と、重複受診の防止、かかりつけ医制度の導入などのミクロ的効率化策もとられている。

また、サルコジが大統領になってからは、新自由主義的な改革の波が起きている。すなわち、2008年の医療改革で、医師の過剰地域に行く場合に保険医を認めないとか、医療保険に対する免責制の導入（年間50ユーロ）を

図1 フランスにおける医療費・介護費の内訳（機関別）



行ったのである。フランスの医師数は人口10万人当たり3.36人（OECD平均：2.6、日本：2.0）と少なくないが、フランスにおいても医師の偏在が見られるため（すなわち、パリなどの大都市、南部のような気候のいいエリアへの医師の偏在）、それを解消するためにとられた政策であった。

こういった急速な改革に対して、医師たちが反旗をひるがえした。研修医を中心に医師たちが1か月間のストを行ったのである。このストは、医師の各種労組だけではなく、学術団体であるフランス医師会も賛成した。その結果、「医師の過剰地域に行く場合に保険医を認めない」という案は廃案になった。

最近では、2010年に、地方病院庁（ARH）は病院が対象であったが、保健、障害者、高齢者、介護なども担当とする地方医療庁（ARS）となった。これは地域を包括してみたいこうという意思の表れである。

改革の動きとして、特色とされるのは、2004年の改革に典型的であるが、単に予算にキャップをかぶせるだけではなく、疾病金庫のガバナンスの徹底などの需要側の改革である点が挙げられる。

3) 保険の交渉と収載

医師でもあるドスト＝ブラジ保健・社会保障大臣が2004年に行ったいわゆるドスト＝ブ

ラジ改革において、被用者全国疾病保険金庫（CNAMTS）の事務局長の権限が拡大された。つまり、CNAMTSの事務局長は、医療保険者をまとめあげて設立された疾病保険全国金庫連合（UNCAM）の総長も兼任することになった。連合会の中の最も大きな組織が、CNAMTSである。2004年から保険者の連合会であるUNCAMが、保険行為の対象になる医療行為の一覧表の作成、開業医に対する診療報酬の決定の権限を得た。これは、一元化により保険者機能が強化されてきていると考えていい。日本における中医協のような場はないものの、UNCAMに各医師組合の代表が一堂に会したり、個別に会ったりするような交渉ごとというのは、どこでも同じような感じであろうと想像される。なお、CNAMTSは保険料収入と支出に関しては大幅な赤字であるので、借金で補っており、その金額は年々増しているという。

診療報酬決定のプロセスは社会保障法典の中に決められている。何かの行為を保険収載するのかわからないのかを決めるのにUNCAMがまずコストを見て、それからHASが医療的な評価を行う。医療に対する貢献度がどれほどあるのか、それがHASが出す勧告となる。また、共済などのいわゆる医療保険の二階建て部分の保険者にも意見を聞く。HASからメディカルなレポートが来て、保険収載の方向が決まってから、次のステップに進むのである。

次に、行為の難しさについて医療労組と保険者の間で議論をしてヒエラルキー、すなわち上位行為か下位行為かを定める。後述するが、難しさのスコアが決まるとそれが直接医

療行為の点数になる。そして医師労組と保険者の間で難しさのレベルについての合意がされたら、今度は保険者から保険収載をこの程度のレベルで行うという内容を保健大臣と予算大臣に手紙を送り、彼らは手紙を受け取ってから45日間のうちに最終決定をする。すなわち、最終的に保険収載をするかどうかは両大臣の決裁が必要である。そのヒエラルキーの保険収載の申請を受け取った大臣が認可したらそれが保険収載され、収載されたら官報で公布される。なお、社会保障出費は財務大臣ではなく、予算大臣が関わる。

スコアについては、まず医療技術がどれほどのものかという相対評価をする。その時に、患者の年齢やその後のフォローをする必要性、その行為に必要な時間とストレス、テクニック、知識必要量を勘案する。他の科の専門医にも比較をして評価してもらう。どの専門家にもひとつの参照になる基準となる医療行為があり、それと相対評価を行う。心臓であれば負荷心電図が基準となる。負荷心電図を100とすると、エコドップラーは137になる。しかし137でよいという一致がなかなか得られないことがあり、そのような場合には意見の平均値で決められたりする。スコアは5から3990に分かれる。菌莖が炎症した場合、それに抗生物質を出すのが最も低い点数である5となっている。

次にスコアをどうやって価格に反映させるかであるが、これには原価計算を行っている。この時に原価がどれくらいかかったか、ドクターがどれくらい労力をかけたか、ということも考慮するということである。入院費用であれば、ドクターや秘書などといった人

件費などが原価に加えられる。どれくらいコストがかかったかというのは、ドクターが税務申告の時の申請書を税務局からもらってきてそれを参照する。その医療者にどれくらいのコストが必要なのかがプロフェッショナルチャージとなる。例えばGPは人件費も少ないし、そういったコストがかからない。一方、より専門性が高い放射線科だと人件費などのコストがかかる。

最後に、ドクターがどれくらい労力を使っているかを足してそれに係数をかける。すなわち一点をいくらにするかということを決める。議会でONDAMが決まり、それでONDAMの開業医部分の支出が決まると、それを割り算して係数が決まる。最後にかける係数が低ければ、すなわちONDAMによって全体として医療費が抑えられることになる。

ただし、日本の診療報酬制度でもそうだが、出来高払いが守られているフランスでは、これは価格を決めただけで供給量を決めたわけではない。

4) フランス版DRG : T2A

フランスの病院医療は1970年の病院改革法で地域ごとの新規病床や医療機器の規制が始められていたが、1980年代以前は、主に日本のような出来高払いであった。

しかし、出来高払い制度は変革を余儀なくされた。公的病院への予算制の導入である。フランスでは、病院は大きく3種類に区分される。公立病院(国立は少なく、市立が多い)、民間非営利病院(むかしは宗教法人立が多かったが、フランスでは宗教が医療に関与することを禁じているので、現在では宗教法人立

はほとんどない)、民間営利病院(株式会社立病院)である。なお、私的病院におけるホスピタルフィーについては各施設と地方病院庁との個別契約によって決められる1日当たり費用額(手術料金は出来高)、ドクターフィーについては医師組合と疾病金庫との間で決定される協約料金によって支払われるという出来高払いの仕組みになっていた。ただ、設立母体にかかわらず、救急や教育といった公的な医療(日本で言う政策医療に相当する)を行う病院は、公的な医療機関と考えられる。

1990年代に、日本で言えばレセプトのようなものを提出するProgramme Medical Systeme d'Information (PMSI) 制度が導入された。まず提出する医療情報を標準化し、それをDRG (DRGは診断群の分類、フランスではGHMという) によって疾患をグループ化した。GHMは日本のDPCコードに比べれば、簡略で6桁になる。各病院では医療情報担当者を置くことで、その精度を担保し、1991年からは、GHMによって予算の分配を決めるようになった。コード化の手順は日本と同じで、ICD-10による主病名、副病名(1個でなくてもいい)、行った行為などをインプットするとコードが出る仕組みである。もちろん、アップコーディングといった問題は他の国と同様ありえるであろう。

しかし、実際に病院をヒアリングしてみると、予算化されていても、予算を超えても明示的な罰則がないので、効率化のインセンティブがあまり働かなかったようだ。

後述するT2Aが、「文化大革命」的な変化だという。T2A (Tarification à l'Activité)

は英語では、CASEMIX-BASED HOSPITAL PROSPECTIVE PAYMENT SYSTEMSであり、日本で言う、DPCによる支払い方式、米国で言うDRG/PPSにあたる。T2A導入のポイントは、それまでが総額予算制であったという点である。そのために、T2Aは、公立病院では予算制から広い意味での出来高払いになったといえる。なお、なぜT2Aと略すかは、後半にAが2回あるから2つのAという意味である。

ここで出来高払いの要素を2つに分けて考えるとわかりやすい。すなわち、患者数が出来高払いなのか、行った診断行為や治療行為が出来高払いなのかという視点である。日本の出来高払い制度は、このどちらも出来高払いであるし、予算制はこのどちらも出来高払いではない。診断群分類別による支払いは、日本のDPCによる支払い、米国のDRG/PPS、そしてこのフランスのT2Aのすべてが、患者数は出来高払いで、行った診断行為や治療行為が出来高払いではないというその中間の形態をとっていることに注意されたい。この点を見誤ると、医療や医療費に対する政策の軸をも見誤ることになる。すなわち、いままでの改革の方向性とはやや異なり、フランスでは医療費がT2Aの導入によって増加することもやむなし、と考えているのである。

実際、病院で経営者や医師にヒアリングをしてみると、T2Aの導入によって医療費が増加すると答える人が多く、病院においても実際に増収になっているようであった。もちろん、無条件に医療費が増加するのは問題である。T2Aの導入により、地域内での医療

の集約化が起き、収入が増えている病院と減っている病院、あるいは分野別で収入が増加している病院が増えているようで、医療費増加が意味もなく容認されているわけではないが、必要な医療はお金がかかっても行うという姿勢と、総額予算制による非効率を解消しようという方針は、日本への大きな示唆になるのではなかろうか。

5) T2A (Tarification à l'Activité) の導入

フランスでは2005年から急性期の入院報酬支払に関してはT2A、アメリカで言うDRGで行っている。DRG方式になったが、100%包括になったのではなく、包括の部分と総枠予算の部分のふたつに分かれる。公的病院については2004年度の全予算の10%がGHS/PPSで支払われ、以後10年間かけて、公的な補助金を除いた100%の支払いがPPSによって行われるよう変更されていく。

なお、日本でも同様であるが、高額医療品および高額医療材料の支払い、ならびに救急の支払方法が課題となる。まず救急と精神医療は2011年5月の段階では、GHS/PPSの支払方式になっていない。高額薬剤と高額医薬品については、GHSとは別に支払いを行うが、そのリストが作成されている。主たるものは抗がん剤や心臓外科手術に使用されるものであり、日本ほどその範囲は広くない。また、DRG方式であるために、あるGHSに対して想定される最小の入院日数と最大の入院日数が想定されており、その範囲内で、一定額の支払いになる。しかし、在院日数の下限未満の入院については、本来の支払額を本来の在院日数で除して、それに実際の在院日数

を掛けた額が支払額となる。また、在院日数の上限を超えた場合は、超過に対して設定された1日あたり支払額×超過日数が上乗せされることになる。しかし在院日数の上限を超えた場合の支払額は少なく、その日数を越えないように努力がなされる。

2011年現在で、ほとんどの病院でこのT2A方式が導入されているが、従来からの診療報酬体系が民間病院と公立病院で異なっていたため、また、民間病院では医師が勤務医であることが少ない、といった理由から、民間病院と公立病院では支払われる基準が異なる可能性がある。また、精神科と亜急性期はT2Aが導入される前の総額予算制のままであるが、近々T2A方式が導入されそうである。

6) 薬剤政策

新薬の価格は、その医療上の価値を評価した上での公定価格である。医薬品の承認や評価等を所管する行政機関等の機能分化が進んでいる。フランスの薬剤についての際立った特徴はその償還についての考え方である。薬剤投与の必要性や薬価により、償還率は5段階(100%、65%、35%、15%、0%)に段階化されている。

- 100% … 不可欠で高価(糖尿病、AIDS、がん、特定重症慢性疾患(ALD))
- 65% … 重要な薬(抗生物質等)
- 35% … 急性疾患
- 15% … 医療効果が低いとされる110品目
- 0% … 上記以外。

償還率100%の医薬品および「償還対象医薬品リスト」対象外医薬品は、透明性委員会(C T)の勧告を受け、保健省において決定

される。償還率65%および35%の医薬品は、2004年8月の制度改正以降C Tの勧告後に全国医療保険公庫連合(UNCAM)において決定されることとなった。

償還率100%の医薬品は、代替性がなく、高額であり、生命に危機を及ぼすような疾患を対象とする医薬品であり、抗HIV薬や抗がん剤などに限定されている。償還率35%の医薬品は、通常は重症でない疾患を主たる標的とする治療薬で、医療上の有用性が重大もしくは重要であることが認められなかった医薬品が対象となる。

償還率の決定は、医療上の有用性および対象疾患の重篤性に基づいて判断される。例えば、育毛剤などは非常に効果が優れていても、疾患重篤性が低いため償還対象外と判断される。また、抗ヒスタミン剤を花粉症に使う場合には疾患重篤性は低いと判断されるが、アレルギーを持つ人にとって抗ヒスタミン剤は重要な医薬品となり疾患重篤性は高いと判断される。対象疾患自体が重篤な場合や、QOLが明らかに大きく改善されるケースで使われる比率が例えば80%以上であると考えられるような場合、高い償還率として65%償還が勧告される。

元々フランスでは新薬の価格は低いとされるが、2005年からは販促費が250万ユーロを超えた企業に対し超過した部分に販促費課税が適用され、2006年には新規後発医薬品の価格が先発品工場出荷価格の50%以下に設定されるといったように、価格に関する厳しい改革を行っている。

なお、2004年8月に薬剤等の医療上の有用性評価を合理的に行うHASの新設が行われ

た。この組織は、現在病院への機能評価もやっている。この機関は、医療保険で償還することのできる医療行為・製品や薬剤を決定するために、医療の製品・行為・給付を評価する。さらに、全国医療認証評価局ならびにその評価・認証業務を引き継ぎ、医療の基準・規範を中立の立場から設定・承認する。しかしながら、英国NICEと同様でHASは、見解を述べるだけである。

7) 混合診療への考え方と最新医療

混合診療は、日本においてはここ数年の大きな論点であった。しかし、フランスにおいてはさほど大きな論争はないようだ。まず、日本のような法的に混合診療を禁止しているルールはない。しかし、医師が使用できる薬剤や、行いうる医療行為を厳密に規定している。つまり、医療行為や薬剤として、①保険収載されているもの、②保険収載はされていないが行っていいもの、③行ってはいけないもの、が明確に区分されている。③についてはリストされていないので、すなわち、ポジティブリスト方式といえよう。そして、②にリストされているものについては、日本で言う混合診療が認められている。

また、最先端の医療については、いわゆるコンパショネート・ユース (ATU) の制度が確立している。これは、フランスにおいて、前述した①にも②にも入っていない医療について申請を行うものである。この制度は海外で確立されており、国内で未許可の薬剤を使用する場合、病院から当局へ申請し、一時的な使用承認 (人道的優先審査) を得て使用できるというものである。この場合には、病院か

らの申請が必須であり、もちろん開業医であっても病院を通しての申請は可能であるが (通常は公立病院)、基本的には病院に対しての制度であると考えていい。この制度に認められれば、患者は無料になる。この場合も、当該患者のみに求める場合と、広くその薬剤等に認める場合の2種類がある。

さらに、まったく新しいものはどうか。この場合には、保険診療収載を前提にして治験が行われる。治験であるから費用は当該メーカーから償還される。この方式の良さは、怪しげな治療法が入り込む余地がないことである。また、そもそも保険外診療を行う場合には、懲戒を含め医師会等から医師の自己責任原則が徹底されている。

5. 医師の自立と自律

現在のフランスにおけるかかりつけ医制度は、北欧や英国のように、開業制限にはつながっていない。現時点でフランスでは、通常のセクター1と言われる保険診療を行う医師においては新規の開業を妨げるものはない。ただ、セクター2と言われる保険外診療も併用して行える医師、あるいはフランスでも開業が可能な訪問看護師による訪問看護ステーションは、パリなどの医療過密地帯での新規開業は禁じられている。

医師組合の主張の3つめの出来高払いについてはどうか。病院においては、必ずしも開業医中心の医師連盟である医師組合 (CSMF) の守備範囲ではないが、ヨーロッパでは予算制が多かった病院医療が、フランスではT2Aによる出来高払いに変更された。

開業医においては、もともと心電図なども

置いていない診療所ではあるが、ここでは、GPが1回23ユーロ、専門医が1回28ユーロの診察料である。しかし、フランスではドイツのように診察回数により診療報酬を下げられることもなく、何か処置を行った場合には、CCAMという支払い表によって出来高払いで支払いがなされるので、この出来高払いの原則を守っているという見解のようである。

医師の自律性についてはどうであろうか。こちらは、全員加入のフランス医師会の役割になる。日本における医道審議会のような組織はフランスでは医師会にあり、医療の質の担保のために医師に対する懲戒を行っている。日本においても、医師の自律やプロフェッショナルオートノミーが主張されるが、自律の最も重要な自浄作用がこの医師への懲戒であり、この点において日本はできていないといえよう。もちろん、日本医師会は全員加入の組織ではないが、医道審議会を厚生労働省の内部に置くのではなく、受託という形でも医師会のような組織においたほうがいいのではなからうか。これは、例えばフランスでは極端に高い初診料を請求したセクター2とかセクター3の医師への懲戒といったことも可能であるからで、儲けすぎと批判がある美容整形などの医療への一定の歯止めにならう。

いずれにせよ、フランスにおいてはグランゼコールの中のENPという行政専門職のエリートと対峙する形で医師という専門職がある。医師になるにはかなり大変な関門をくぐっていかねばならない。その意味で、高度な専門職である医師の自立と自律のための戦いが、医師対官僚という構図で行われていると

いう印象であった。

これは、政党が代わっても比較的同じ社会保障政策がとられることが多いのがフランスの特徴であり、ドイツのように、連立にせよ与党が変わることの影響が少ないせいもあると思われる。

実際、サルコジ政権は中道右派であるが、前回の視察報告書が政権奪取直後であったために、詳細に述べたとおり、必ずしも自由主義とは思えない改革も含めていくつかの改革が試みられた。しかし、医師の自由を脅かすような規制には、ストが起き、実行されていない。そのせいか、特に現政権に対しての批判はあまり聞かれず、むしろ直接の担当である保健大臣に対しての意見が多いようであった。

1) 医師の権利

フランス人たちは、ストに対して概して寛大である。もちろん、理由に説得力を欠く場合やあまりにも長期化すれば不満も出ようが、むしろ、ストを応援しているようにさえ思える。国鉄や公営交通がストをすること自体は、ほとんど非難の対象にならない。ストが長期化した場合に噴出する不満にしても、ストをしている労働者に向けられる以上に、政府や経営側の不手際に向けられることが多いという。しかも、フランスの場合、一番よくストをするのは、身分の安定した公務員である。雇用が保障された公務員がストをせずして、誰が勤労者の権利を守るのか、という理屈である。また、勤務医の休暇も長く、夏のバカンスでは長期休暇が5週間くらいある。主に8月であるが、この1か月間は

フランスでは病気にならないほうがいい、という冗談がある。これは、この1か月間およびその前1週間は、医師たちの多くがバカンスに行ってしまうため、診察を受けることができないというものである。後述するかかりつけ医に関しても事情は同じである。交代でサポートするようにはするものの、かなりの医師が同じ時期にバカンスを取る、という現象は日本にはなじまないだろう。

2) かかりつけ医制度

旧来フランスでは、イギリスのような登録制のかかりつけ医制度をとっていなかったが、2004年に法律を制定し、2005年7月1日から登録制のかかりつけ医制度を導入した。2006年からは国民一人につき1名のかかりつけ医の登録を義務にした。これは10年前の参照医制度の反省をもとに慎重に導入された。すなわち、専門医の反対が無いように、専門医の診療報酬のアップと並行して行ったのである。ここで言う専門医とは、眼科、産婦人科、精神科といった限られた医師である。英国と同様にかかりつけ医の登録制ではあるが、かかりつけ医の紹介状がなくても自己負担は高くなるが専門医を受診することは可能であったり、病院勤務医や専門医もかかりつけ医として指定することが可能であったり、また上述した眼科医、精神科医、産婦人科医といった診療科は開業医であっても専門医として直接受診が可能となったりと、イギリスのように、ゲートキーパーとして厳格に運用されているとは言いがたい。担当する患者数は1,000名くらい、1日25名くらいの外来をこなすようである。もちろんかかりつけ医の

変更は自由であるし、逆に医師側も患者の登録を拒む権利がある。また、専門医とかかりつけ医、病院医師とかかりつけ医の壁もかなり厚いようで、頻繁な情報交換は行われていないようであった。しかし、この厳密に運用されていないことは、マイナスなのかプラスなのかの判断は難しい。

かかりつけ医は、1名1年40ユーロの管理費を人頭払いでもらい、それにプラスして1回23ユーロの診察料と何かを追加で行った場合の技術料が追加される。しかし、フランスのかかりつけ医は、心電図も持たない軽装備なので、技術料が追加されることはまずないという。検査や投薬（医薬分業になっている）、注射もかかりつけ医のオフィスですることはなく、別の場所で行うことが一般的である。

3) 往診と在宅医療

かかりつけ医が行っている在宅医療は、日本で言う在宅医療というより、旧来の往診に近い感じがする。しかし、フランスでも在院日数短縮、病床削減、医療機能集約が政策として進められる中、「医療難民」を出さぬようにその受け皿となる在宅・居宅の充実は、大きな課題である。

フランスにおける在宅医療のもうひとつの柱は在宅医療協会（HAD）による、高度な在宅医療である。HAD（Hospitalisation a Domicile）はフランス語で「自宅での入院」の意味である。この在宅入院は様々な疾患を持つ急性期の患者を、HADの医師等がコーディネートして多職種による最善の医療を受けさせるというもので、入院に数えられている。

4) 在宅医療に対する考え方

フランスでは、在宅入院という概念がある。すなわち、入院で行うことを在宅で行うという概念である。代表的なものは抗がん剤による化学療法である。その他の対象には手術後の管理、リスクの高い妊娠、点滴などがある。その昔の結核患者対応からはじまったという在宅入院は、パリでは年に8,000人の患者がおり、ベッド数で換算すると800床になる。2009年にはベッド数換算で1,200床にするという目標がある。在宅入院には退院の日がある。パリでは入院の平均在院日数は7.3日だが、在宅入院では13.4日である。HAD組織は1999年には68であったのに対し、2008年には177であるから、強化されている。

在宅医療は重視されているが、日本型のように看取りを中心にしたものではなく、少なくとも建前では重症患者を看るといふものである。ここで、建前では、と言ったのは、患者からの希望があれば、本来であれば在宅看護サービス（SSIAD：service de soins infirmiers a domicile）という福祉中心のシステムに移行しなければならないような慢性の患者もHADでそのまま診察し続けることがあるからである。これは、HADが患者にとって無料であることと関連があることは言うまでもない。いずれにせよ、本制度は、原則は複数の医療人による頻回介入のコーディネートを必要とし、かつ在宅訪問を許す住宅環境が整っている患者が対象、ということになる。

一方、「看取り」は、終末期介護またはタ

ーミナルケアと定義されると考えられるが、緩和ケアや終末期医療という用語法も見受けられ、やや曖昧である。現在、日本で実施されている自宅における看取りは現在毎年死亡者の約13%程度であるとされる。この割合は、フランスでも大きくない。実際、施設における対応は、スウェーデンなど北欧諸国とはかなり違う。ある程度の医療が必要になった場合には、施設から救急病院に送るのが、施設の考え方になる。必然的に病院で看取られる場合も増えるであろう。また、長期療養病床が存在している点もスウェーデンと異なる。実際、介護施設・ケア付き住宅で生活している者の割合はスウェーデンでは8%、フランスでは4%となっている²⁾。

6. 日本の方向性とフランス

1) 日本の方向性とフランス

ここで、医療のみならず、少し幅広い視点と身近な話題で考えてみたい。フランス型の国を目指すとはどういうことか。まず、非常に安定的で落ち着いた国を目指すことになる。マルクス経済学には労働力の再生産という概念がある。

1. 労働者は所有する労働力を資本家に販売することで賃金を得る。
2. 労働者は賃金で自らの労働力の再生産に必要な食料や衣服などの生活手段を購入する。この際に入手した賃金はすべて支出する。すなわち労働者は資本家から生活手段を購入している。
3. 労働者は賃金で資本家から購入した生活

2) 要介護高齢者の終末期における医療に関する研究 医療経済研究機構 平成13年報告書

手段を消費して生存し、労働力を再生産する。

4. 労働者は労働力を再生産したために再び資本家に労働力を販売する。しかし、労働力を再生産する際に賃金をすべて支出したために最初の労働力の価値しか持たない。その結果、同じ価値の賃金を得ることができる。

というものである。そこに、フォーディズムという概念がある。フォーディズムはイタリアの思想家、アントニオ・グラムシの命名による。米国の自動車会社であるフォードは生産高に比例して賃金も上昇する生産性インデックス賃金を取り入れた。それにより労働者の士気が上がり、購買力も上昇した。賃金が上がるために労働組合の役割があった。賃金交渉の組合による団体交渉への移行、年金・医療保険の整備といった経済・社会制度の変革は、「内包的蓄積体制」の果実である生産性向上の労働者への配分増加をもたらした。その結果、生産性向上→賃金上昇→需要増→売上増の正のサイクルが成立し、ケネディ大統領在任時に資本主義経済の黄金期を招来することになったのである。この考え方は、1970年代にロバール・ポワイエ、ミシェル・アグリエッタらの創始による現在のフランスのレギュラシオンという経済学のグループにつながる流れになった。この理論は、経済は賃労働関係を重要な柱とする生産体制（「蓄積体制」）により規定されると考える。前述したマルクス経済学においては下部構造である「蓄積体制」に応じて、社会保障制度・経済政策といった上部構造にあたる社会制

度が一方的に規定されると考える。対してレギュラシオン理論においては、ある蓄積体制は、その蓄積体制に応じた経済・社会制度（「調整様式」）が成立し、その調整を受けることで初めて十分に機能すると考えられており、蓄積体制と調整様式の関係は相互的ないしは補完的であるとする。これは政府の機能を重視したケインズ経済学の影響、当時の福祉国家論の影響によるものと考えられる。すなわち、消費拡大による好循環を生み出すために、労働組合の承認、最低賃金制度の確立、ケインズ経済政策や社会保障政策を通じた需要拡大などを図るという考え方である。身近な例でいけば、フランスの物価は高い。消費税の影響もあるが、例えば、昼にカフェでサンドイッチを食べれば1,000円くらいする。これは、フランスの最低賃金が約17万円（2009年）と高いことと関連している。そのくらいの料金をとらなければ企業はやっていけないのである。一方、日本では、298円の弁当が現れる状況である。一方、経済がグローバル化するとそうはいかない。この考えは、開放系ではなかなか通用しない。同じ価値を海外で安く生み出すことができる労働力がある開放経済では、生産も消費も閉じた世界で終わらないからである。そこで、フランス人の人口学・歴史学・家族人類学者であるエマニュエル・トッドは保護貿易政策を訴える。地産地消に近い考え方である。

また北欧、例えばスウェーデンでは、このような労使型の考えはとっていないが、根底に流れる思想には近いものがある。さらに、フランスでは週に35時間の労働時間で5週間

の法廷有給休暇がある（スウェーデンでは週40時間で、5週間の法定有給休暇）。問題は、日本において、このような社会を国民が望むのかということである。確かにフランスは安定している。しかし、それは変化も少ないということである。アジアの新興国のように、年々新しいもの、新しい施設が生まれる世界とは対照的である。例えば、ヴァンドーム広場には、トゥーガを着てローマのカエサルのマネをしているナポレオンの像がある。シンガポールにはマリナベイサンズのトリプルタワーが建ち、その屋上には天空から見下ろすようなプール、地下にはカジノがある。

医療者にフランス型の思想が多くても、国民はどうか。国民の意見に合わせなければならない。これが、医療や福祉費用が大きなウエイトを占めるようになった国家の宿命であろう。

2) フランスとの比較の問題

医療が厚生労働省のみならず政府の重要な公共政策になった時に制度比較において重要なことは、医療制度の類似性のみならず、国の方向性、制度との類似性も考慮に入れねばならないことである。その点において、フランスの方向性、政策は、日本に近いとは言い難い。

医療においての類似性は、前述した点以外にも治療を中心とした医療提供体制である点、専門医の力が強い点、社会保険制度をベースに構築された国民皆保険が存在する点にある。その意味では、救急医療の体制、在宅医療といった点に学ぶものは多い。しかし、国全体を見てみると、中央集権の部分は似て

いるが、フランスは官僚の力が強い大きな政府の国であり、そもそも社会保障や公共サービスを充実させるという思想が強い国である。当然、政権も中道左派の力が強く、新自由主義とは一線を画している。すなわち日本のように、新自由主義とそのアンチといった対立構造は少ない。

また、持続を好む国民性は、エルメスとザラ、あるいはH&Mを比較してみればわかりやすい。H&Mはスウェーデン、ザラはスペインのメーカーである。いずれもファッションブルではあるが、製品の丈夫さよりも、いい意味での使い捨て感覚的な手軽さを重視していると言ってもいい。エルメスなどが、孫子の代まで、といったコンセプトであるのとは対照的だが、どちらが今の流行りなのだろうか。日本人がどちらを好むのであろうか。

医療以外については、教育においても無料で、子育ての支援も充実している。また、経済学においても特殊な学派が強く、労使間関係に緊張度が強い。ストも頻繁に起こる国である。

したがって、フランスから学ぶべきものは、社会保障のような国全体の根幹に関わるような大きな制度設計の変更ではなく、医療提供体制の中でも、組織だった仕組みが必要な部分、言い換えれば官僚的な命令統制の仕組みが行き届いていることがメリットになる部分に多く存在するのではなかろうか。その意味で、税と社会保障の一体改革において、集中検討会議が、フランスで行われている外来診察1回100円の自己負担（フランスでは1ユーロと金額も近くなっている）を持ち出したことは興味深い。

しかし、ドラスティックに日本の制度を変える、といった点からは、スウェーデンのような北欧の仕組みのほうが、高齢化対策も含め参考になると考えられる。すなわち、ダイナミックな政策転換をするならばスウェーデンのような北欧の医療を志向し、医療提供体制を中心に斬新的な改革を目指すのであれば、フランスの医療を参考にすることになる。

7. まとめ

最後に、少し日本との論点の比較と提案を行いたい。

日本では公的給付の範囲と値決めが同時に行われている点にポイントがある。もちろん両者を一体としてみる考え方もある。民間の保険会社であればそうであろう。しかし、公的給付の範囲はその国の医療レベルを決定するという側面がある。高度で高額な医療が多くなってきたからなおさらである。したがって、給付範囲の決定に、経済的な要素を入れるのかも含めて、診療報酬決定のプロセスについての議論が必要かもしれない。一方で値決めは、公費であれ保険であれ、医療費を国が管理したいあるいはしなければならぬという面と、内部でのインセンティブの2つの側面を持つことに注意が必要である。もし、医療者の自律が完全に保たれていた場合には、予算を医療者の集団（ドイツの保険医協会のようなもの）に委託し、その中の予算配分を自由に医療者で決めていい、

という構造が考えられるからである。対極には、英国のように、国が方向性を決めてしまう、というケースが考えられる。英国におけるP4Pの導入はまさにその例である。おのこの指標に学問的、科学的な根拠はあるにせよ、この方針は英国政府の方針である。日本は（あるいは実質的にはドイツも）、支払い側と医療提供者側の交渉で値段が決まるといった構図になっている³⁾。その交渉の場が中医協（中央社会保険医療協議会）になる。

2点目は、償還払い（事後申請による医療費のうち限度額を超えた分の払い戻し）の意義である。償還払いはフランスの特徴的な医療制度であるが、特徴は患者と保険者間に契約があるのみで、保険者の機能が発揮しにくい点である。保険者は米国のような診療前審査は行えない。さらに事後的なチェックも弱く、医師会での懲戒がその代わりをしている⁴⁾。また、混合診療が解禁されているが、そもそも患者や医師にそのインセンティブが働きにくい。つまり、医師は公的医療の範囲を決めている保険償還リスト、薬事法リストに従うのみであるし、患者にとっては、そもそも現金払いなので、公的医療の範囲を超えて何をどう行ったかについて医師からの説明が必要となるからである。提案としては、医師会の倫理および懲戒に対する役割を徹底した上で、前述した保険外診療に対して、フランスの制度を入れることが考えられる。現在の日本でも、保険外療養は一部認められており、その範囲を絞ることは可能である。した

3) 社保審の医療部会と医療保険部会が改定の基本方針を策定した後、年末の予算編成で内閣が改定率を決定。これらを受けて、厚労相が中医協に対し、改定案の調査・審議を行うよう諮問することになっている。

4) なお、保険医療機関の指定も保険者機能として重要である。

がって、混合診療の拡大ではない。また、怪しげな民間療法を行う医師を取り締まることができるので、現在のように保険と保険外という区分ではなく、認められている医療とそうでない医療を徹底して区分し、医師であっても認められていない医療を自由に行うことに対する制限をかけることができるのではないか。ただ、この区分を国のみが行うことも、一方では医師の独立性に反するので、医師会のような組織が中心となって、この内容の整理、懲戒も含めた仕組みの維持を図ることが必要であろう。言い換えれば、自由を重んじるフランスの医療制度のように、医師に対してのセクター2のような料金設定などの自由は与えるが、医療行為の内容を制限するという考え方である。逆に日本は、保険診療においては医師あるいは医療行為の内容についての規制が多いが、保険外になった場合の行為に対しての規制が緩い、と考えられる。

最後に、かかりつけ医については、斬新的な改革を目指すのであればフランスのようなかかりつけ医登録制を手始めに行うということも考えられよう。

- ・ 田中 滋, 二木 立編 「医療制度改革の国際比較」『講座 医療経済・政策学』第6巻 勁草書房 2007年
- ・ 西村周三, 田中 滋, 遠藤久夫編 「医療経済学の基礎理論と論点」『講座 医療経済・政策学』第1巻 勁草書房 2006年
- ・ ミシェル アルベール著, 久水宏之監修, 小池はるひ訳 『資本主義対資本主義』竹内書店新社 2008年
- ・ 薬師院仁志 『日本とフランス二つの民主主義』 光文社 2006年
- ・ 伊奈川秀和 「フランスの社会保障財政改革」『フィナンシャル・レビュー』第85号 pp.88-112 財務省財務総合政策研究所 2006年9月
- ・ 新川敏光, 宮本太郎, 真柄秀子, 井戸正伸 『比較政治経済学』 有斐閣 2004年
- ・ ブルーノ・パリエ著, 近藤純五郎監修, 林 昌宏訳 『医療制度改革-先進国の実情とその課題』 白水社 2010年
- ・ 医療経済研究機構 「要介護高齢者の終末期における医療に関する研究」『平成13年度調査研究報告書』 2001
- ・ 加藤智章 「フランスにおける医療費抑制策の変遷-2004年8月13日の医療保険に関する法律をめぐって-」『社会保険旬報』2272号 pp.18-27 社会保険研究所 2006年
- ・ 加藤智章 「フランスにおける医療保険者の役割」『保健連海外医療保障』85号 pp.7-13 健康保険組合連合会 2010年3月
- ・ 三浦淑子 「フランスにおけるONDAM制度(医療保険全国支出目標)」『海外レポート』No.95 日本医師会総合研究機構 2005年
- ・ 奥田七峰子 「フランスにおける診療報酬決定プロセスに関する調査」『海外レポート』No.96 日本医師会総合研究機構 2006年
- ・ 榊原英資 『フレンチパラドックス』 文藝春秋 2010年
- ・ フランス医療保障制度に関する研究会編 『フランス医療関連データ集 2009年版』 医療経済研究・社会保健福祉協会医療経済研究機構 2010年
- ・ 医療経済研究機構 「諸外国における介護施設の機能分化等に関する調査 報告書」 厚生労働省 介護施設等の在り方に関する委員会資料 平成19年3月
- ・ 原田啓一郎 「フランスの高齢者介護制度の展開と課題」『海外社会保障研究』No.161 pp.26-36 国立社会保障・人口問題研究所 2007年
- ・ 医療法人博仁会 『フランス医療民間病院医療福祉調査報告書』 2008年
- ・ 奥田七峰子 HP 『フランス医療制度、社会保障制度研究』 <http://naoko.okuda.free.fr/medical1.html> (2011年8月検索)
- ・ 民間病院 海外医療福祉調査団(団長 鈴木邦彦) 報告書 2008年
- ・ 民間病院 海外医療福祉調査団(団長 鈴木邦彦) 報告書 2011年