



HOKKAIDO UNIVERSITY

Title	国境を越える人の移動に対応した医療制度：EUにおける取組みと日本への示唆
Author(s)	松本, 勝明
Citation	年報 公共政策学, 7, 239-254
Issue Date	2013-05-17
Doc URL	https://hdl.handle.net/2115/53315
Type	departmental bulletin paper
File Information	APPS7_013.pdf



国境を越える人の移動に対応した医療制度

—EUにおける取組みと日本への示唆—

松本 勝明*

1. はじめに

国際的な経済環境の変化などに伴い、外国で住み、外国で働く日本人、日本で住み、日本で働く外国人は、今後ますます増加することが予想される。このような人々にとって、外国あるいは日本で適切な医療が受けられるかどうかは重要な問題である。しかし、医療保険等の医療保障制度や医療サービスの供給に関する制度（以下、両者を合わせて「医療制度」という。）については、各国の国内制度として定められており、日本と外国との間での整合性が図られているわけではない。

一方、財、サービス、資本、人が自由に移動する内部に国境のない域内市場の実現を目指している EU においては、医療制度に関しても、国境を越える人の移動に対応した様々な取組みが進められている。

そこで、本稿においては、こうした EU における取組みについて検討することにより、国境を越える人の移動に対応した医療制度について考察を行う。

2. 保健医療政策に関するEUの権限

欧州連合（Europäische Union¹⁾（EU）の前身である欧州経済共同体（Europäische Wirtschaftsgemeinschaft）は、1957年に締結された欧州経済共同体設立条約（いわゆる「ローマ条約」）²⁾により、ドイツ、フランス、イタリア、オランダ、ベルギー及びルクセンブルクの6か国を加盟国として発足した。欧州経済共同体の中心的な関心は、その名前が示す通り、加盟国の経済的な利益にあり、その目的は、加盟国間の自由な競争を伴うオープンで、自由な市場経済を実現し、維持することにあった。欧州経済共同体においては、発足後間もない1959年に、加盟国間での労働者の移動に対応して、公的医療保険による医療給付などを対象とする社会保障の調整が開始された。この調整は、労働者の自由移動を通じて労働力の域内での最適配分を実現し、経済的な利益を得ることを狙いとするものであった。つまり、この調整の目的は、何よりも労働者

* 北海道大学公共政策大学院教授

1) EU においては2012年現在で23か国語が公用語となっている。本稿では、欧州経済共同体の発足当初からの加盟国であり、EU 加盟国の中で最大の人口を有するドイツ連邦共和国の公用語であるドイツ語で EU 関係の用語を表記することとする。

2) Vertrag zur Gründung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft.

の自由な移動を阻害する要因を取り除くことにあったわけで、国境を越えて移動する労働者を保護することは二次的な意味を持つにすぎなかった（Schulte（2007），p. 265）。

1993年にはマーストリヒト条約が発効した。この条約により欧州経済共同体の活動は経済統合にとどまらなくなり、欧州経済共同体の名称も欧州共同体（Europäische Gemeinschaft）へと改められた。これに伴い、保健医療政策も欧州共同体の政策分野の一つとして位置づけられた（欧州共同体設立条約第129条）。しかし、欧州共同体自体の権限は、疾病予防などに関する加盟国間での協力を促進することに限定され、各加盟国における保健医療組織や医療供給については第一義的に各加盟国が責任を負うものとされた。また、疾病のリスクに対する社会保障は、医療保険によるものであれ、公的保健サービスによるものであれ、この条項による影響を受けなかった。この結果、それ以前と同様に、保健医療政策の中心的な主体は各加盟国であり、欧州共同体は加盟国の政策を補足し、加盟国間の協力を促進するものとされた。このような、保健医療政策に関する欧州共同体・EUと各加盟国との関係には、その後においても大きな変化は見られない³⁾。

EUが規則（Verordnung）⁴⁾、指令（Richtlinie）等を定める権限を有するのは、EUに関する条約において加盟国が自らの主権を部分的に放棄し、その権限をEUに対して明示的に委ねた場合に限られる。EUに関する条約においては、各加盟国の法制度を統一する一般的な権限は規定されていない。したがって、EUが規則等を定めることによりハーモナイゼーション（各国の制度を統一的な目的及び基準に合わせることを）を行うことが可能となるのは、EUに関する条約においてそのことが明示的に認められている場合に限られる。保健医療制度については、現在のところ、EUがハーモナイゼーションを行う権限は認められていない。

27か国にまで拡大した加盟国において今日みられる社会保障制度は、それぞれが長年にわたり独自の発展を遂げてきた結果であり、極めて多様なものとなっている。医療保障制度に関しても、ドイツのように医療保険を採用している国がある一方で、イギリスのように国民保健サービス（NHS）を採用している国もある。いまのところ、

3) 2009年12月に従来の欧州共同体設立条約に代わって施行された欧州連合運営条約（Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union）においても、保健医療政策に関しては、極めて限定的にEUの権限が認められているにすぎず、保健医療政策の決定並びに保健医療組織や医療供給に対する加盟国の責任が維持されている。

4) 規則及び指令は、欧州委員会の提案に基づき、理事会及び欧州議会により共同で採択される。規則は、一般的な効力を有しており、全ての加盟国において拘束力を有し、かつ、直接的に適用される。規則は、加盟国の国内法により実施することを要しない。これに対して、指令は、その目的に関しては拘束力を有するものの、その目的を達成するために適切な実施手段を講じることは各加盟国に委ねられている。指令の実施に関しては一定の期限が定められる。

加盟国により異なる構造となっている社会保障制度について EU としてのハーモナイゼーションを行うべきであるとの政治的な合意は存在しない。また、近い将来において、EU によるハーモナイゼーションが行われることにより、例えばドイツの医療保険制度が大きな変化にさらされるとは考えがたい (Schlegel (2007), p. 701)。

このように、医療保障制度を含む社会保障制度はEUによるハーモナイゼーションの対象となる分野ではなく、基本的に、各加盟国はそれぞれの国の制度を自由に構築することができる。しかし、このことは、EU が定めた規則、指令等や欧州裁判所 (Europäischer Gerichtshof)⁵⁾ の判決が各加盟国においてそれぞれの国内制度として定められている社会保障制度に何らの影響も及ぼさないことを意味しているわけではない。例えば、前述した社会保障の調整は、労働者の自由移動を保障することを目的とするものではあるが、このほかにも、欧州連合運営条約が定めるサービスの自由移動、物の自由移動、開業の自由などが、各加盟国の医療制度に影響を及ぼしている。

3. 労働者の自由移動

EU 域内では労働者の自由移動が認められている (欧州連合運営条約第45条)。しかしながら、他国で就労することにより労働者又はその家族が社会保障の給付を受けられないなどの不利益を被る恐れがある場合には、労働者の自由移動が制約される可能性がある。このため、労働者の自由移動を確保する対策として、加盟国間を移動する労働者の社会保障の調整が行われている。

その目的は、各国間で異なる社会保障制度のハーモナイゼーションを行うことではなく、あくまでも異なる社会保障制度が存在することを前提として、国境を越えて移動する者が不利とならないような調整を行うことにある。したがって、この調整は各国が自国の社会保障に関する給付の種類や受給要件について定める権限を侵すものではなく、また、社会保障制度に関して各国間での相違があることを禁じるものでもない。

この調整のために、社会保障に関する給付請求権の獲得及び維持並びに給付額の算定のために各国の国内法で考慮される期間を通算することや、就労国以外の国で居住する者に対しても給付を支給することなどが求められている。

この調整の詳細は EU 規則である「社会保障制度の調整に関する規則 (規則第 883/2004号)」⁶⁾ 及び「社会保障制度の調整に関する規則の実施方法の定めに関する規

5) 欧州裁判所は、欧州連合条約及び欧州連合運営条約の解釈及び適用に関して法の順守を確保することを使命としている。

6) Verordnung (EG) Nr. 883/2004 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 29. April 2004 zur Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, Amtsblatt (ABl.) L 166 vom 30.4.2004, Seite (S.) 1.

則（規則第987/2009号）」⁷⁾において定められている⁸⁾。医療給付に関しては、規則第883/2004号第17条以下において、どのようなケースでどのような条件を満たせば、ある加盟国で働いている者及びその家族が他の加盟国で給付を受けることができるのか、いずれの加盟国の給付主体が給付を行うことになるのかなどについて定められている。なお、この規則の対象は、あくまでも法令に基づく給付であり、契約に基づく民間医療保険の給付は調整の対象には含まれない⁹⁾。

3.1 他の加盟国で居住している場合

就労している加盟国とは別の加盟国で居住している者に対しては、原則として、就労している加盟国の法令が適用される（就労地法原則）¹⁰⁾。したがって、「管轄の給付主体が所在する加盟国（管轄加盟国）」以外の加盟国で居住している者には、管轄加盟国の医療給付制度が適用される。つまり、ドイツで就労し、フランスに居住する者には、ドイツの医療保険に関する法律である社会法典第5編¹¹⁾が適用される。

しかし、このような者及びその家族が病気になるのは、通常、居住する加盟国（居住加盟国）においてであり、居住地の近くで医療を受けることが必要となる。このため、管轄加盟国とは異なる加盟国で居住している被保険者¹²⁾及びその家族は、居住加盟国の給付主体から現物給付（外来・入院医療、薬剤の支給など）を受ける。この場合に行われる現物給付の範囲、種類及び方法は、居住加盟国の法令の定めるところによる¹³⁾。このため、管轄加盟国で受けるよりも低い水準の給付しか受けられない場合や、それとは逆に、管轄加盟国よりも低い自己負担で給付を受けられる場合がある¹⁴⁾。

7) Verordnung (EG) Nr. 987/2009 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 16. September 2009 zur Festlegung der Modalitäten für die Durchführung der Verordnung (EG) Nr. 883/2004 über die Koordinierung der Systeme der sozialen Sicherheit, ABl. L 284 vom 30.10.2009, S. 1.

8) 前述のとおり、社会保障に関する調整は1959年から実施されている。これらの規則は、それまでの規則に代わって制定され、2010年5月から新たに適用されることになったものである。新たな規則が制定された理由やそれによる変更内容などについては、松本(2012)を参照願いたい。

9) 外国で受けた医療の費用について民間医療保険による償還が受けられるかどうかは、それぞれの保険契約の定めによる。

10) ただし、ある加盟国で就労している者が、事業主により他の加盟国に派遣され、その国で当該事業主の責任の下で働く場合には、24か月間に限り、引き続き前者の加盟国の法令が適用される。

11) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch vom 20.12.1988, Bundesgesetzblatt (BGBl.) I S. 2477.

12) 医療給付が医療保険ではなくイギリスのように公的保健サービスとして行われる加盟国の場合は、給付を受給することができる者を指す。

13) このような仕組みが採用されているのは主として実務的な理由によるものである。もし、居住加盟国ではなく管轄加盟国の法令が適用されるとすれば、居住加盟国の給付主体は全ての加盟国(27か国)の法令を適用しなければならない可能性があり、極めて複雑なものとなるからである(Pennings (2010), p.157)

14) 例えば、ドイツの医療保険の被保険者でありフランスに居住する者がフランスで外来医科

現物給付に要した費用については、給付を行った給付主体の請求に基づき管轄加盟国の給付主体が負担する。

管轄加盟国とは異なる加盟国で居住する被保険者及びその家族であっても、管轄加盟国に滞在する期間においては、それらの者が管轄加盟国に居住しているのと同様に、管轄加盟国の法令に従い管轄給付主体からその費用負担による現物給付を受ける。

一方、現金給付の取扱いは現物給付の場合とは大きく異なっている。管轄加盟国とは異なる加盟国に居住する被保険者及びその家族に対しても、現金給付は管轄加盟国の給付主体により支給される。例えば、ドイツ医療保険の被保険者でありフランスに居住する者は、ドイツ社会法典第5編に基づく傷病手当金をドイツの医療保険の保険者である疾病金庫から受けることができる。

3.2 他の加盟国に一時的に滞在する場合

被保険者及びその家族は、管轄加盟国以外の加盟国に旅行などで一時的に滞在している間に急に病気になった場合にも、管轄加盟国とは異なる加盟国で居住する場合と同様に、滞在している加盟国で現物給付を受けることができる。ただし、受けることができるのは、給付の種類や滞在期間を勘案して、滞在中に行うことが医学的に必要なものに限られる¹⁵⁾。この場合にも、滞在加盟国の給付主体により、滞在加盟国の法令の定めるところにより給付が行われる。この給付に要した費用については、給付を受ける者が前払いする必要はなく、滞在加盟国で給付を行った給付主体から管轄給付主体に対して請求される。このような手続きを円滑に行うためにヨーロッパ医療保険カード（Europäische Krankenversicherungskarte）が発行されている¹⁶⁾。このカードにより、ある人が特定の国内医療保障制度によってカバーされていることが容易に証明される。

欧州裁判所は、Ioannidis 訴訟の判決¹⁷⁾において、滞在加盟国において現物給付が受けられるのは急病により治療が必要となったケースだけに限られるわけではないとの考え方を示している。それによれば、他の加盟国での一時的な滞在中の健康状態の変化により必要となった治療が、本人も自覚している慢性病のような既存の病気との関

診療を受ける場合には、給付は償還払いで行われ、被保険者は費用の3割及び一治療当たり1ユーロ（一日最高4ユーロ）の自己負担を行わなければならない。これに対して、その者がドイツで外来医科診療を受ける場合には、給付は現物給付として行われ、自己負担は1四半期当たり10ユーロとなる。

15) したがって、滞在期間が短く、その者の健康への危険がないと判断される場合には、滞在先での医療給付は行われず、帰国後に医療を受けることになる可能性もある（Pennings (2010), p.165）。

16) このカードには、所持者の名前、生年月日、個人番号、保険者の番号、カードの番号及びカードの有効期限が記載されている。

17) Europäischer Gerichtshof (EuGH), Rechtssache (Rs.) C-326/00, (Ioannidis), Sammlung (Slg.) 2003 I-1703.

連性を有しているとしても、滞在加盟国での給付が受けられないというわけではない。

3.3 治療を目的として他の加盟国に行く場合

このほかにも、被保険者及びその家族が治療を受けることを目的として他の加盟国に行くケースが考えられる。その理由としては、これらの者が他の加盟国においてより質の高い治療を受けられると考える場合や管轄加盟国で必要とする治療を受けるためには待ち時間があることなどがあげられる。このような場合には、管轄給付主体の事前承認を得ることが必要とされている。

この事前承認を受けることができれば、滞在加盟国の法令に従って現物給付が行われ、当該現物給付に要する費用は管轄保険者により負担される。この事前承認は、当該治療がその者の居住加盟国の法令に規定されている給付の範囲に含まれ、かつ、居住加盟国ではその者の健康状態や予想される病状の推移に照らして適切な期間内に実施されない場合に行われる。

4. サービスの自由移動

4.1 欧州裁判所の判決

前述のように、加盟国間での社会保障の調整について規定する規則第883/2004号によれば、治療を目的として他の加盟国に行き、管轄給付主体の費用負担により現物給付を受けるためには、管轄給付主体による事前承認を受けなければならない。これに対して、欧州裁判所の一連の判決においては、このような事前承認を条件とすることは、ケースによっては欧州共同体設立条約（現在の欧州連合運営条約）が定める「サービスの自由移動」などに反するとの考え方が示された。

サービスの自由移動は、労働者の自由移動、自営業者の開業の自由と並んで、欧州連合運営条約が定める「人に関する基本的自由」を構成するものである。サービスの自由移動には、サービス提供者の国境を越えた活動に関する能動的な自由移動だけでなく、サービス利用者による国境を越えた利用に関する受動的な自由移動が含まれる（Herdegen（2009），p. 302）¹⁸⁾。サービスの自由移動の対象となるのは、対価を得て行われる経済的な活動であるが、営利目的の存在は前提としない。また、その対価が誰によって負担されるのか、例えば、サービス利用者本人か、社会給付の給付主体や国などの第三者なのかは、問題とならない。

事前承認を必要とすることがサービスの自由移動に反するとした欧州裁判所の判決の一つとして、Kohl 訴訟の判決¹⁹⁾があげられる。この原告は、ルクセンブルクの国民で、同国の医療保険の被保険者である。原告は、娘にドイツの歯科医による治療を

18) このほかにも、サービスの自由移動の適用対象としては放送サービスのようサービスだけが国境を超える場合もある。

19) EuGH, Rs. C-158/96, (Kohl), Slg. 1998 I-1931.

受けさせることについて疾病金庫の事前承認を申請した。しかし、この申請は疾病金庫により認められなかった。その理由は、その治療が急を要するものではなく、かつ、ルクセンブルクにおいても実施可能なものであるためである。

また、同様に事前承認を必要とすることが基本的自由（この場合は物の自由移動）に反するとした判決として **Decker** 訴訟の判決²⁰⁾があげられる。この訴訟の原告もルクセンブルクの国民で、同国の医療保険の被保険者である。原告は、ルクセンブルクの眼科医による処方箋を基にベルギーで購入したメガネの費用償還を加入している疾病金庫に求めたが、支払いを拒否された。その理由は、原告が疾病金庫による事前承認なしに外国でメガネを購入したことにある。

いずれの場合にも、疾病金庫の決定はルクセンブルクの医療保険法に沿ったものであった。同法によれば、外国での治療は、外国滞在中に必要となった緊急の治療の必要性に対応したもの限り認められる。これに対して、両原告は、この規定はそれぞれサービスの自由移動及び物の自由移動に対する正当化されない障害となっているとして、ルクセンブルクの裁判所に訴えた。これを受け、ルクセンブルクの裁判所は、欧州裁判所に対して欧州共同体条約のサービスの自由移動及び物の自由移動に関する条項の解釈についての決定を求めた²¹⁾。

欧州裁判所は次のような判断を示した。どのような社会保障制度を構築するかは基本的に各加盟国の権限に属している。しかしながら、各加盟国は社会保障制度を構築するに当たって欧州共同体法を考慮に入れなければならない。社会保障に関するものであることだけで、欧州共同体法が定める基本的自由の適用が排除されるわけではない。つまり、各加盟国の保健医療制度は欧州共同体法が適用されない領域というわけではない。他の加盟国で行われた医療給付の償還に関して事前承認を必要条件とすることは基本的自由に反する。なぜならば、同じ治療を国内で受ける場合には事前承認を必要としないにもかかわらず、他の加盟国で受ける場合には事前承認を必要とすることは、他の加盟国の医療サービスへのアクセスを難しくする効果を持っているからである。また、他の加盟国で受けた給付の費用は管轄加盟国の料金表に従って償還されるので、事前承認なしに他の加盟国で医療給付を受けられることにより国内の社会保障制度の財政バランスに相当の影響が及ぶと懸念されるわけではない。さらに、医療の質が低下することへの懸念も、医師等の資格についての加盟国間での相互承認が行われており、他の加盟国の医師等も同等の資質を有すると認められることから、事前承認を正当化する理由として認められない。したがって、前述のような事前承認を求めることは許されない。

20) EuGH, Rs. C-120/95, (Decker), Slg. 1998 I-1831.

21) 加盟国の裁判所は、自らの決定に至る際に EU 法の解釈等に係る問題が提起され場合、自らの判決を下すために必要があると判断するときは、あらかじめ欧州裁判所にその問題について拘束力のある決定を求めることができる。

この二つの判決に関して重要なことは次の二点である (Becker (2009), p. 52)。ひとつは、多くの加盟国に支持されていた医療に対する基本的自由の適用除外が欧州裁判所によって否定されたことである。すなわち、同裁判所は、医療サービスをその特殊性にかかわらず経済的な活動にかかわる事柄であるとした。もうひとつは、医療保険が負担しなければならない費用をコントロールするための事前承認の必要性が欧州裁判所によって認められなかったことである。

一方、**Smits-Peerbooms** 訴訟²²⁾では、入院医療に関してこのような外来医療の場合とは異なる判断が示された。原告 **Smits** は、オランダの医療保険の被保険者であり、ドイツの病院に入院してパーキンソン病の治療を受けた。しかしながら、保険者は、オランダの病院でも十分に適切な治療を受けられるとして、この治療にかかる費用の償還を拒否した。原告 **Peerbooms** も、オランダの医療保険の被保険者であり、交通事故の被害者であった。この原告は、オランダでは試験的にしか実施されておらず、かつ、対象年齢の制限が設けられている特殊な治療を受けるため、オーストリアの病院に転院した。この原告から出された費用償還の申請も、その治療が専門家の間で一般的と認められていない種類のものであるとして拒否された。

これに関して、欧州裁判所は次のような判断を示した。欧州共同体法に反することなく他の加盟国での入院医療について事前承認を求めることは可能である。当該保険者が契約を締結した施設において、同じあるいは同等の効果を持つ治療を適時に受けることが可能であれば、事前承認を拒否することは可能である。社会保障の財政的な均衡が相当程度に脅かされる恐れは、サービスの自由移動を制限することを正当化しうるものである。各加盟国には、全ての地域をカバーする医療供給体制を整備する義務があり、入院医療の供給を計画し、コントロールすることを可能にするために他の加盟国で入院医療を受けることに事前承認を求めることは基本的に許される。

このように、欧州裁判所は、事前承認を必要とすることに関して、病院内で行われる医療は、開業医により診療所で又は患者の家庭を訪問して行われる医療とは異なる性格を有することを認めている。その理由は、病院の数、地理的な分布、組織、医療機器及び提供する医療の性格を決定するためには、計画の仕組みが必要であると考えられるからである。このような計画は、質の高い入院治療への十分かつ継続的なアクセスを保障するものでなければならず、また、費用をコントロールし、資源の浪費を防ぐことにも役立つ。もし、保険者との契約を締結していない病院による医療を自由に利用できることになれば、このような契約制度を前提とした計画は危機にさらされることになる。

その後も、多くの訴訟を通じて欧州裁判所による判決が積み重ねられた。この結果、欧州裁判所の判決に基づき、入院医療などの場合を除き、治療を受けるために他の加

22) EuGH, Rs. C-157/99, (**Smits-Peerbooms**), Slg. 2001 I-5473.

盟国に行く場合に、社会保障の調整に関する規則が定める現物給付としてではなく、サービスの自由移動を根拠として当該治療に要する費用の費用償還を受けることが可能となった²³⁾。

4.2 国境を越える保健医療サービスにおける患者の権利の行使に関する指令

サービスの自由移動に関する欧州連合運営条約の規定は加盟国に直接適用可能なものである。しかし、実際には、この条約の規定だけでは加盟国に残されているサービスの自由移動に関する制限を撤廃することは困難であると考えられる。なぜならば、このような制限をなくすためには、裁判手続きによる個々の案件ごとの処理ではなく、国内規定間の調整及び加盟国間の行政協力が必要であるからである (Schulte (2010), p. 130)。

このような状況を背景として、開業の自由及びサービスの自由移動のための法的枠組みを整備することを目的として、2006年に「域内市場におけるサービスに関する指令」²⁴⁾が制定された。しかし、保健医療サービスはこの指令の適用対象外とされた。

2004年に欧州委員会 (Europäische Kommission)²⁵⁾から行われたこの指令の最初の提案では、前述のサービスの自由移動に関する欧州裁判所の判決を踏まえた規定が設けられていた。しかしながら、この提案は、保健医療サービスの特殊性、特に、保健医療サービスが複雑であること、多くの人々にとって重要な意味を持つこと及び公的資金が高い割合で投入されていることが十分に考慮されていないことを理由として、欧州議会 (Europäisches Parlament)²⁶⁾及び理事会 (Rat)²⁷⁾で拒否された (Schulte (2012), p. 75)。

保健医療サービスに関しては、欧州委員会から2008年7月に改めて「国境を越える保健医療サービスにおける患者の権利の行使に関する指令案」²⁸⁾が提案された。欧州委員会は、保健医療サービスの国境を越える提供及び利用に関する前述の欧州裁判所の判決を踏まえ、この指令を制定することにより、保健医療サービスの提供及び利用に関する権利の一般的かつ効率的な行使を保障しようとした。

23) 外国で治療を受ける機会は、今のところ極めてわずかしか利用されていない。公的保健医療支出に占める外国での治療の割合は、増加傾向にあるものの、EU全体では最大で1%程度、ドイツでは0.5%程度にすぎない。この原因は、何よりも、外国で治療を受けるに伴う言語、文化、法の面での障害が実施上の困難として存在することにあると考えられる (Schulte (2012), pp.73-74)。

24) Richtlinie über Dienstleistungen im Binnenmarkt, RL 2006/123/EG, ABl. L 376 vom 27.12.2006, S. 36.

25) 欧州委員会はEU全体の利益を促進するいわばEUの行政府であり、政策執行機関である。

26) 欧州議会は加盟国国民の代表として直接選挙された議員により構成される。

27) 理事会は政策分野ごとに存在し、各加盟国の当該分野の担当大臣により構成される。

28) Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, KOM(2008) 414 endgültig.

この指令案は、一部修正のうえ、2011年2月に理事会で可決され、同年4月24日に「国境を越える保健医療サービスにおける患者の権利の行使に関する指令」²⁹⁾が施行された。提案から可決までに2年半もの期間を要した理由は、各加盟国と欧州委員会及び欧州議会との立場の違いにより多くの点で対立がみられたことである。各加盟国は欧州裁判所の判決で示された考え方を指令として定めようとしたのに対して、欧州委員会及び欧州議会は患者の更なる権利と包括的な協力に関する規定をこの指令に定めたいと考えていた (Baumann (2011), p. 186)。この指令の定めは、2013年10月25日までに各加盟国の国内法により実施されなければならないこととされた。

この指令の目的は、保健医療サービスに関してもオープンな域内市場を作り出すこと並びに EU 全体での医療保護の水準を改善することにある。このため、この指令は、国境を越える治療に関する事前承認と費用償還の枠組み、質の高い、安全な治療の促進並びに加盟国間の密接な協力の推進について規定している。

この指令によれば、被保険者が国境を越えて治療を受けることにより発生する費用については、当該治療が管轄加盟国の給付の対象範囲に属するものである限りにおいて、管轄加盟国による償還が保障される。管轄加盟国は、患者に対して、患者の権利、それを行行使するための手続き、費用償還のルールと条件などに関する情報を提供しなければならない。償還される費用の額は、管轄加盟国において当該治療を受けたとすれば負担される額を限度とする。ただし、それを超える費用 (例: 旅費、宿泊費、障害がある人への付添人の費用) まで負担するかどうかは、各加盟国に委ねられる。また、外国での治療を希望する被保険者は、国内でその給付を受けるために必要な条件を満たさなければならない³⁰⁾。

事前承認を条件とすることが認められるのは、質の高い均衡のとれた医療を十分かつ継続的に受けられることを確保するため又は費用を抑制するとともに資源の浪費をなくすために計画が必要であり、かつ、治療が入院して行われる場合あるいは費用のかかる特殊な医療施設・機器が使用される場合などに限定される³¹⁾。加盟国は、事前承認を必要とするケースを定めた場合には欧州委員会に通知しなければならない。

管轄加盟国は、次のような場合には事前承認を拒否することができる。すなわち、当該患者又は人々が他の加盟国で当該医療を受けることにより安全面での相当のリスクにさらされる十分な可能性がある場合、選択されたサービス供給者にサービスの質の基準の順守及び患者の安全確保に関する深刻かつ特別な懸念を抱く理由がある場合、

29) Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates über die Ausübung der Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, RL 2011/24/EU, ABl. L 88 vom 4.4.2011, S. 45.

30) このような条件としては、例えば、ドイツの場合では、入院する場合には開業医の指示が必要なこと (社会法典第5編第39条第2項) や医学的リハビリテーションを受けるためには疾病金庫への申請が必要なこと (同編第40条第3項) があげられる。

31) このほかに、特別のリスクを伴う治療の場合や医療の質又は安全性に疑念のあるサービス供給者による治療の場合にも、事前承認を条件とすることが認められる。

並びに患者の現在の病状及び予想される病状の推移を考慮して、相当する医療サービスを国内でも医学的に容認可能な期間内に提供することが可能な場合である。各加盟国は、どのような医療サービスについて事前承認が必要かを公示しなければならない。

加盟国は、他の加盟国で治療を受け、その費用の償還を受けるための手続きを、客観的、公平な基準に基づき、必要かつ適切なものとしなければならない。他の加盟国での治療についての申請に対する決定には適切な期限が設けられ、それが拒否される場合にはその理由が示される。

加盟国は相互にこの指針の実施に必要な協力、なかでも質と安全性に関する基準及び指針の設定に関する協力、国境を越えた治療に伴う問題に関して患者を支援するために各国に設置される窓口に関する情報交換などを推進する。

欧州委員会は、特に希少疾病の分野において、医療供給者及び専門センター間のネットワーク³²⁾の構築に関して加盟国を支援する。また、欧州委員会は、特に希少疾病に関して、診断と治療の能力を強化するための加盟国間での協力を支援する。

この指令は規則第883/2004号に影響を及ぼさない。したがって、被保険者及びその家族は、治療を受けることを目的として他の加盟国に行き、規則第883/2004号に基づき、その国の被保険者と同様に現物給付として治療を受けることが引き続き可能である。しかし、この場合には、前述のとおり、保険者による事前承認を受けることが条件となる。一方、この指令に基づけば、被保険者及びその家族は、原則として事前承認なしに治療を受けるために他の加盟国に行くことができる。ただし、この場合には、最大でも国内で受けたとすれば負担される金額が償還されるに過ぎない。このため、場合によっては他の加盟国での治療に要した費用のために少なからぬ自己負担が生じる恐れがある（Hernekamp, Jäger-Lindemann (2011), p. 406）。

5. 開業の自由

労働者の自由移動は、従属的な就労を行う人の自由移動を保障するものであるのに対して、開業の自由（欧州連合運営条約第49条）は、自営業を行う人の自由移動及び事業体の立地選択の自由を保障するものである。このため、開業の自由は、医療保険に関しては、保険診療に従事する医師などに対して影響を及ぼす。

これとの関連において重要な意味を持っているのは、特定の職業に関する職業資格の加盟国間での相互承認に関する制度である。加盟国間での人及びサービスの自由移動に対する障害を除去するという目的を達成するためには、ある加盟国で職業資格を得た者が他の加盟国で当該資格に関わる職業を行えるようにする必要がある。このた

32) このネットワークの目的は、医学及び医療技術のイノベーションを活用した高度に専門的な医療の実現に関する協力、疾病に固有の予防に関する知見の獲得と普及、特に専門知識の集中が必要で、かつ、専門家が少ない領域に属する健康問題を有する患者の診断及び治療の改善などに貢献することにある。

め、欧州連合運営条約第53条第1項は、欧州議会及び理事会がディプロム、試験合格証明書その他の資格証明書の相互承認に関する指令を制定するものと定めている。

2005年に制定された「職業資格の承認に関する指令」³³⁾は、ある加盟国で職業資格を取得した者に対して、他の加盟国においてその国の国民と同じ条件で同じ職業に就き、職業活動を行う保証を与えている。

「職業資格の承認に関する指令」により、医師、看護師、歯科医師、助産師、薬剤師などの養成教育に対しては、ヨーロッパレベルでの統一された最低基準が適用される。これらの職業の資格に関しては、この最低基準を満たす養成教育の修了証明書が他の加盟国によって自動的に承認される。具体的には、これらの職業資格に関しては、同指令が定める養成教育に関する最低基準を満たし、かつ、当該職業を行うことを認める同指令別表Vに掲げる養成教育修了証明書³⁴⁾に対しては、他の加盟国で当該職業活動を行うに当たって、当該他の加盟国で交付された養成教育修了証明書と同じ効力が与えられる³⁵⁾。したがって、他の加盟国で交付された養成教育修了証明書を所持する者について、その者が受けた養成教育の内容を改めて審査すること、そのために終了した養成教育の内容に関する詳細な情報提供を求めることは許されない(Europäische Kommission (2005), p. 31)。

この指令に従って、例えば、ドイツにおける医師免許などについて規定する法律である連邦医師法³⁶⁾第3条第1項は、前記指令別表Vの5.1.1.に掲げる他の加盟国の医師に関する養成教育証明書を提示した者は、医師免許を与える条件の一つである「ドイツの大学で6年以上の医学教育を受け、医師試験に合格したこと」を満たす者とみなしている³⁷⁾。

ドイツにおいて医師が医療保険による診療を行うためには、ドイツの医師免許を所持するだけでは不十分であり、保険医としての認可を受けなければならない。もちろん、保険医としての認可は、申請者が医師免許を有することが前提条件となっている。しかし、保険医の認可を受けるためには、医師免許を有することのほかに、それぞれの専門領域に応じた卒後教育を修了していることが必要となる。また、保険歯科医の

33) Richtlinie über die Anerkennung von Berufsqualifikationen, RL 2005/36/EG, ABl. L 255 vom 30.9.2005, S. 22.

34) 同指令別表Vにおいて加盟国ごとに定められた期日以降に交付された養成教育修了証明書は、通常の場合、当該養成教育が同指令の定める最低基準を満たしていることを証明する。

35) 他の加盟国での資格取得者の資格を承認し、受け入れる国は、その者に対して自国において当該職業を行うために必要な語学力を求めることができる。ただし、この要求は、当該職業の種類に応じて客観的に必要な語学力の限度を超えてはならないこととされている。

36) Bundesärzterordnung in der Fassung der Bekanntmachung vom 16. April 1987, BGBl. I S. 1218.

37) その他の条件としては、医師としての職業遂行に関して、体面を汚し又は信頼を損ねる罪を犯したことがないこと、職業遂行に不適切な健康状態にないこと、及び職業遂行に必要なドイツ語に関する知識を有することが定められている。

認可を受けるためには、歯科医師免許を有することのほかに、2年間の準備期間（Vorbereitungszeit）³⁸⁾を経過していることが必要となる。他の加盟国の歯科医師免許を有する者がドイツで保険歯科医の認可申請を拒否されたケースを取り扱った Haim 訴訟³⁹⁾の判決において、欧州裁判所は2年間の準備期間を求めることは資格の相互承認に関する指令に反しないとの判断を示している。

このように、ある加盟国で職業資格を取得して、他の加盟国で職業活動を行う者に対して、当該他の加盟国で資格を取得した者にも適用される職業遂行上の更なる条件を定めることは、それが客観的に正当化されるものであり、かつ、必要性に応じた適度なものである限りにおいて認められる。

6. まとめ

以上に述べた EU における状況は、医療に関して、国境を越える人の移動に伴い生じうる問題とそれに対応した取組みの必要性を示している。国境を越える人の移動が活発になることに伴い、外国に居住し、病気になった場合にもそこで医療を受ける人、旅行などにより外国に一時的に滞在する間に医療が必要となり、そこで医療を受ける人、さらには、特定の医療を受けるために外国に行き、そこで医療を受けようとする人が増加すると考えられる。しかしながら、各国の医療保険制度等はそれぞれの国内制度として設けられている。それぞれの制度が対象とする被保険者の範囲や給付を供給するための要件は、基本的に国内に居住する者が国内で医療を受けることを前提に定められており、各国の制度間での相互の整合性や連携が図られているわけではない。このために、国境を越えて移動する人は国内にとどまる人に比べて医療に関して不利な状況におかれる可能性がある。当然のことながら、いずれの国も他の国の医療制度について定めることはできない。したがって、国境を越えて移動する人がこのような不利益を受けないようにするためには、EU で行われているような各国間での調整を図るための制度が必要になると考えられる。

日本においても、人口の減少、製造業の海外移転の増加などの経済・雇用情勢の変化、アジア市場の拡大などの国際環境の変化に対応して、世界の主要な貿易相手である国や地域との間で高いレベルでの経済連携を推進することが重要な政策課題とされている。また、この場合の経済連携の推進には、物やサービスの貿易を自由化することにとどまらず、経済関係を強化するために、投資の自由化、規制の緩和、制度の調和など幅広い分野の取組みが含まれている。

EU における状況からは、このような意味での経済連携の推進が医療制度に与える影響について次のように考えることができる。各国の国内制度として定められている

38) 準備期間として認められるのは、保険歯科医のアシスタントあるいは代理としての業務、病院などで勤務医としての業務に従事した期間である。

39) EuGH, Rs. C-319/92, (Salmone Haim), Slg. 1994 I-425.

医療制度は、各国において独自に発展してきたものであり、その基本的な考え方や具体的な制度の在り方はそれぞれの歴史的・文化的・社会的・経済的な背景の違いを反映して、実に多様なものとなっている。経済連携が推進されるなかで、このような各国の医療制度を統一的な目的及び基準に適合させる「ハーモナイゼーション」を行うことについて各国の合意が容易に得られるとは考え難い。また、複数の国を対象とした医療制度（例えば、複数の国にまたがる公的医療保険制度）が近い将来に構築されるとも見込めない。

しかしながら、医療制度を経済連携の推進とは無関係の分野であると位置づけることもできない。経済連携を推進する上で、国境を越えて就労することやサービスを利用することをより自由にすることはその重要な目的の一つになると考えられる。このような観点から、国境を越えて就労する人々に対する医療の保障、国境を越えた医療サービスの利用、外国で医療サービスの提供に従事する医療専門職の資格の相互承認などに関して、各国間での取り決めが行われる可能性がある。そうなれば、各国がそれぞれの責任で定める医療制度にもこうした各国間での取り決めが重要な影響を及ぼすことになると考えられる。

[付 記]

本稿は、JSPS 科研費24530693の助成を受けた「国境を越える人の移動に対応した社会保障の在り方に関する研究」の成果に基づくものである。また、本稿は、社会政策学会第125回（2012年秋季）大会における報告を基に加筆修正したものである。同学会での報告に対して有益なコメントを頂いたことに感謝の意を表したい。

引 用 文 献

- Baumann H. (2011) Patientenrechte in der grenzüberschreitenden Gesundheitsversorgung, *Soziale Sicherheit* (Österreich), 3/2011, 183-189.
- Becker U. (2009) Der nationale Sozialstaat in der Europäischen Union: von Einwirkungen und Verschränkungen, in: Bělina M., Kalenská M. (Hrsg.), *Pocta Petru Trösterovi k 70. narozeninám*, Praha, 49-61.
- Europäische Kommission (2005) *Bunutzerleitfaden, Richtlinie 2005/36/EG*.
- Herdegen M. (2009) *Europarecht*, 11. Aufl., München.
- Hernekamp J., Jäger-Lindemann S. (2011) Die neue Richtlinie zur Patientenmobilität, *Die Sozialgerichtsbarkeit*, 10/11, 403-412.
- 松本勝明 (2012) 「国境を越える人の移動に対応した社会保障の調整—新たな EU 規則の意義と課題—」『青山法学論集』第53巻第4号、143-181頁。
- Schlegel R. (2007) Gesetzliche Krankenversicherung im Europäischen Kontext. ein Überblick, *Die*

Sozialgerichtsbarkeit, 12/07, 700-712.

Schulte B. (2007) 50 Jahre Römische Verträge – 50 Jahre Europäisches Sozialrecht, Teil 1, *ZFSH/SGB*, 05/2007, 259-270.

Schulte B. (2010) Problem der grenzüberschreitenden Erbringung und Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Europäischen Union, in: Klein H., Schuler R. (Hrsg.), *Krankenversicherung und grenzüberschreitende Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Europa*, Baden-Baden, 95-139.

Schulte B. (2012) Patientenmobilität in Europa, *Gesundheitsrecht*, 2/2012, 72-78.

Pennings F. (2010) *European Social Security Law*, Antwerp.

Medical care systems for persons who move across national borders

MATSUMOTO Katsuaki

Abstract

For increasing persons who move across national borders, it is very important that they can get appropriate medical care. The EU has taken active measures in the field of medical care systems to ensure the free movement of persons.

This paper examines these measures and discusses medical care systems for those persons. The analysis suggests that coordination of national systems is necessary for protecting their positions in medical care systems. It illustrates also influences of the comprehensive economic partnerships on medical care systems.

Keywords

EU, medical care system, economic partnership, coordination regulation