

# 医療保障をめぐる国際的連携

—— EU の「欧州健康保険カード」を中心に——

岡 伸 一

## 課題と視角

人の国際移動は世界中で益々活発になっている。社会保障体系の中であって、医療保障は今日益々重要な存在となっている。特に、海外に滞在中に医療サービスが必要になることは日常的事物になっている。他の社会保障制度と比べても、国際化時代にあって国際化対応が即必要な制度である。社会保障のグローバル化対応には多様な側面があるが、今回は必要度の高い医療保障制度に焦点を絞って、人の国際移動に対応する医療保障の国際連携を検討する。

本稿では、人の自由移動を基本原則とする EU における医療保障制度の国際化対応の事例を取り上げる。世界でも最も先進の医療保障の国際連携の事例と評価することができよう。構造的な制度設計とその機能、さらに、残された課題に触れていく。遅ればせながら国際社会保障協定を急いで締結している日本にとっても極めて示唆に富むものとなろう。

## 1 社会的背景と経緯<sup>(1)</sup>

小国が隣接する欧州では、古くから社会保障制度の国家間の取り組みが見られた。国境周辺住民の場合、自国の病院より隣国の病院の方が至近距離に位置する場合も珍しい話ではなかった。また、偶然に周辺国に滞在中に病気に陥っ

た場合も、自国以外での医療サービスの適用が必要になった。

こうした状況に関しては欧州大陸では共通する利害を抱えており、早くから隣国間で二国間協定等による調整が柔軟に展開されてきた。特に、医療は緊急性の高いものであり、対応が急がれた。まず、隣接する国々間の二国間の協定によって相互に医療サービスの調整を行う措置が各々進められてきた。但し、二国間協定はそれぞれ内容を異にし、欧州全体から見れば複雑さを増すことにもなった。そこで、欧州全域での対応が求められてきた。

こうした二国間の協定は、場合によって複数国間の協定に発展していった場合もある。また、欧州評議会はこうした二国間の協定を広く加盟国間で共有しようと欧州評議会をベースに国際法の締結に至った。欧州社会保障協定は主に社会保険制度の「整合化」を規定しているが、医療扶助に関しても別の法律が制定されてきた。欧州社会・医療扶助協定<sup>(2)</sup>である。欧州評議会は批准を前提に展開され、強制力の弱い運用になったが、他方で拘束力の強い EEC の政策を待つところとなった。

1957年発足の EEC は加盟国間の調整を検討し、1971年の「規則」によってようやく統一的な「整合化」に関する「規則<sup>(3)</sup>」が導入された。この「規則」は医療保障制度だけでなく社会保障全般の「整合化」を規定しているが、当然ながら医療保障も重要な要素となっていた。本稿でも、この「規則」における医療保障の部分を紹介していく。

EEC「規則」によって実践事例が積み重ねられ、実際の運用は1970年代以降改善を重ねてきた。特に、緊急医療サービスの提供や計画医療サービスの適用に際して、「E111カード」、「E112カード」等が作成され、運用されてきた<sup>(4)</sup>。しかし、実際には、事前にこれらのカードを取得しておく必要があり、利用には不都合も指摘されてきた。また、手続きの煩雑さも残り、より便利な EU レベルでの共通する保険証の創設が求められてきた。

2003年6月18日、EU は3つの「決定」を下した。3つとも「欧州健康保険カー

ド」の導入に関するものであった。すべての加盟国で有効な統一された保険証カードが創設された。用途や対象国を限定せず、手続きも一本化された。この「欧州健康保険カード」を所持さえすれば、いつ、どの加盟国で、いかなる状況で医療サービスが必要になっても、加盟国域内どこでも医療サービスの提供が保障されることになった。

2004年には、これまで適用されてきた社会保障に関する「規則」1408 / 71 に代わって、新たな加盟国に加えてリヒテンシュタイン、アイスランド、ノルウェーの欧州経済エリアの国々、さらに、加盟候補となっているスイスも適用対象に含め、社会保障制度の「整合化」に関する2004年の「規則」<sup>(5)</sup>が、制定され、さらに2009年の「規則」<sup>(6)</sup>が新たに制定された。

最後に、2011年3月9日には国境周辺患者の医療サービスへの権利に関する「指令」が制定された。医療保障の領域で、EUの活動が活発化してきている。以下では、人の自由移動を保障するEUにおける医療保障領域での政策の展開を時系列で総括していこう。

EUは地理的な拡大とともに政策展開も益々多様化してきた。社会保障も、また、ここで取りあげる医療保障に関しても常に新たな試みが結実してきている。社会保障の「整合化」規定も複雑化し、多様化しつつ、欧州市民の立場からすれば改善が行われてきた。

## 2 EUにおける社会保障の「整合化」

EUは人の自由移動を阻害しないように、移動する人の社会保障制度を各国間で調整する「整合化」に関する「規則」を制定している。各種社会保障制度の中で、ここでは医療保障制度に関する部分を整理していこう<sup>(7)</sup>。

## 適用対象

医療保障に限らず、社会保障に関する「規則」が適用されるのは、加盟国の市民とその家族が対象となる。家族であれば、国籍や現在の居住地は問われな  
い。また、対象となる制度は、疾病・出産給付等の社会保障制度である。

国によって制度の運営は異なるが、拠出制、非拠出制を問わず、社会保障全  
般に適用されるが、社会扶助等の制度は含まれないと規定されている。また、  
国が法律で定めた法定制度が対象となり、自治体内の制度は対象外となる。

## 被保険者期間の合算

健康保険等の制度の適用要件として、被保険者期間や拠出期間等を課すこと  
がある。また、待機期間を設定する場合もある。「規則」によれば、以前の他  
の加盟国における被保険者期間等の対象期間が当該国の受給要件に考慮され  
ることが盛り込まれている（18条）。資格期間の合算措置である。これにより、  
かつての居住国、あるいは就労国と現在滞在の国が異なっても、医療保障が受  
けられることにつながる。この規定は季節労働者にも適用されるが、引続き4  
か月間以上被保険者であることが前提条件となる。

## 一般規定

所属する医療保障制度を管轄する国と別の加盟国に居住している労働者の場  
合、管轄する国の医療サービスに代わって居住する国の医療サービスを受ける  
ことができる。現金給付については、管轄する医療保障機関から直接支給され  
るのが原則であるが、両国間の社会保障協定に従って、管轄する国の医療保障  
機関に代わって居住国の医療保障機関が支給することもある。また、当該労働  
者の家族も同様に、居住する国で受給資格がないのにもかかわらず、この規定  
により居住国で医療サービスを受けることが可能となる（19条）。

### 居住要件の排除

通常、各国の医療保障は国内居住の市民であることを要件とする。EEC「規則」1408 / 71では、本国の医療保障の要件を満たした加盟国市民が、他の加盟国に居住中に医療を必要とした場合の対処法を規定している（19条）。まず、現物給付は本国と同様に現在居住する国の被保険者として医療保障が適用される。現物給付（医療サービス）の費用は、後日提供した国に対して本国の医療保障機関から償還される。現金給付は本国の関連機関から直接支給される。つまり、現在の居住にかかわらず、本国の医療保障の内容に従うことになる。

いろいろな判例があるが<sup>(8)</sup>、基本的には居住要件が排除されつつあると言える。人の自由移動を促進するための措置の一環として、他の加盟国で就労する加盟国の市民が不都合なく医療サービスを当該国で適用されることが保障されている。

### 国境周辺労働者への特例

国境周辺労働者の場合、当然ながら居住する本国の医療保障の適用を受けるが、隣国で就労する場合は雇用している当該国の医療保障を当該国居住市民と同様に受けることができる。その家族は、現物給付については労働者と同様の規定に従うが、緊急時を除いて、本国と雇用国の政府間の協定に従う。協定がない場合は、管轄する国の規定に従う（20条）。

### 一時的国外滞在

加盟国の市民が一時的に他の加盟国に滞在中に医療サービスを必要とする場合、この「規則」の適用が可能である。つまり、本国の医療保障制度の要件を満たす人は、現在一時滞在国の医療施設で現物給付（医療サービス）を受けることができる（22条）。その費用は、本国の医療保障制度によって償還される。適用上の条件は本国の法律に従う。但し、本国と現在滞在中の国との間に特別

な協定が存在する場合は、その協定が優先される。協定によっては、現金給付も滞在中の国から支給されることもある。

#### 給付額の算定

医療保障の現金給付は、一般的には各国で平均賃金を基準に算定される。その際、他の加盟国から受け入れられた労働者の場合、現在雇用国の賃金をもって算定基礎とする。また、国によっては、家族構成によって支給額が変わる国もある。その場合、雇用国以外に居住する家族も支給額に反映される（23条）。

#### 給付の償還

現物給付の費用は全額、管轄する国の医療保障機関によって医療を受けた国の関係機関に対して償還される（36条）。なお、現金給付は直接管轄する国の政府の医療保障機関から他国で医療を受けた被保険者に支給される。

#### 緊急医療と計画医療

これまで医療サービスの国際化に際して、二つの異なる種類の医療制度の適用が進行してきた。まず、緊急医療は所属する国以外の国に一時的に滞在中に当該国の医療サービスを緊急に必要とする場合、当該国の市民と同様の扱いで医療サービスの適用が受けられるようにすることが重要となる。滞在の目的は問わず、家族も対象となる。この目的のために「E111カード」が創設された。

もう一つは自国で適切な医療サービス受けられない場合、他の加盟国に移動して適切な医療サービスを受けるものである。この場合も、本国の医療保障機関が医療費を償還する。この措置を受けるためには、予め所属する医療保障機関の承認を必要とする。この場合、「E112カード」が発行された。

これらの医療保障カードは、限られた目的のために適用は限定されていた。また、手続きが各国間で煩雑で、その都度、事前に申請しなければならず、実

際に使いにくいという評価が多かった。そこで、このシステムの簡略化された「カード」が模索されていった。

### 3 「欧州健康保険カード」の導入

2002年3月のバルセロナにおける熟練と移動活動計画に関するEU理事会、そして、「欧州健康保険カード」の導入に関する欧州委員会の「通知」を受け、移民労働者の社会保障管理委員会はこの問題に関して議論を重ねてきた。

EUの移民労働者の社会保障管理委員会は、2003年6月18日にEU域内での「欧州健康保険カード」を導入するための三つの「決定」を下した。まず、居住国、あるいは、所属する社会保障の制度の管轄とする国以外の加盟国に滞在中の医療サービスへのアクセスに関するEEC「規則」1408／71、及び「規則」574／72の適用に必要な形式を変更する「欧州健康保険カード」の導入に関する2003年6月18日の「決定」189号<sup>(9)</sup>である。さらに、「欧州健康保険カード」の技術的設計に関する2003年6月18日の「決定」190号<sup>(10)</sup>がある。そして、かつての「E111カード」の手続きに代わる「欧州健康保険カード」に関する2003年6月18日の「決定」191号<sup>(11)</sup>である。

移民の社会保障管理委員会の「決定」により、加盟国政府は夫々「欧州健康保険カード」を発行することができる。申請者は居住地域の自治体から無料で取得できるほか、インターネットのウェブサイトから有料で入手できる<sup>(12)</sup>。「欧州健康保険カード」は、すべての加盟国内の医療従事者、健康保険機関によって認定される。カードは単一様式で技術的に特定化されている。カードはチップやマグネットストライプを含むことができる。また、表と裏の特定スペースに発行国や地域の独自スペースも組み入れる。

各加盟国は「欧州健康保険カード」をその領土内で発行し、配布する権限を有する。また、有効期限も発行する機関が設定できる。このカードの創設によっ

て、域内加盟国間の医療関係情報の現代化に大きく貢献し、医療における国際手続きが簡略化され、国際連携の向上に寄与したと言える。とりわけ、医療費償還方法は画期的にスピードアップされたと指摘されている。

「欧州健康保険カード」は、これまで行われてきたEUの社会保障制度の「整合化」に関する「規則」を継承するものであり、その政策の延長線上にある。これまでの緊急時の医療保障の際に利用されてきた「E111カード」は、新たな「欧州健康保険カード」に代替されていくことになった<sup>(13)</sup>。

このカードを所持することで、他の加盟国滞在中に一般個人医院、薬局、病院、医療センター等、公的医療サービスすべてに自国と同様にアクセスが可能となる。「欧州健康保険カード」は利用者の便益を格段に向上させたが、まだ残された問題もある。他の加盟国に行く前から発症していた疾病の治療の目的のために他の加盟国に行く場合は、適用から除外される。その場合は、国内での治療を優先しなければならない。あくまでも、偶然に他の加盟国滞在中に疾病に陥った場合に適用の対象となる。

医療サービスの運営は国によってかなり異なる。「欧州健康保険カード」が適用されるのは、飽くまでも各国政府が行う医療サービスである。民間セクターの医療サービスには適用されない。つまり、これまでの「整合化」の対象をそのまま引き継ぐものである。さらに、近年、医療保障制度の財政難から特定国では民間部門が次第に拡大しつつある傾向にある。

「欧州健康保険カード」は他の加盟国に滞在中に予期せぬ疾病に陥った場合に、有効な制度である。しかし、他方でかつての「E112カード」の場合のような計画医療には有効ではない。所属する国の医療体制では治療が困難である場合や特定の治療が国内で不可能な場合、他の加盟国に治療に行くことが「計画医療」である。「欧州社会保険カード」は計画医療には有効ではない。これまで通りの手続きを取る必要がある。

計画医療については、事前に所属する医療保障機関に適用の承認を得ておく

必要がある。場合によっては、計画医療の申請を医療保障機関は拒否したり、一部制限することもできる。基本的には当該国の国内法に従うことになる。

各国の医療保険の保障内容は異なる。特定の治療や薬剤を保険の対象に含めるのか、含めないか、償還率も国によって異なる。当然ながら、他の加盟国で受けた医療サービスに関しても所属する健康保険制度の規則に従って運用される。

## 4 越境患者の権利

国境を越えて別の加盟国で患者が当地の医療サービスを受ける際の権利について、2011年3月9日の「指令」が新たな規定を示した。

### 適用対象

この「指令」は長期医療サービスには適用しない（1条）。長期に渡る医療は、本来所属する本国で提供されるべきものとするのが基本原則である。飽くまで短期で他の加盟国における医療サービスを提供される場合に適用されるものである。

### 加盟国政府の責任

加盟国政府は越境医療のための国内コンタクト拠点を創設しなければならない（5条）。これらの拠点は、患者連盟、医療供給組織、医療保険者と相談・協議を行う。国内コンタクト拠点は、患者に越境医療を受ける際の権利に関する情報を提供し、他の加盟国の国内コンタクト拠点の詳細を情報提供する責任を負う。

医療サービスを提供する国の政府は、自国民と同様に越境外国人にも医療サービスの質と安全を保障する責任がある（8条）。外国市民が対象であっても、医療サービスの内容に関しては当該国が国内ルールに従って提供する。当

然ながら、個人情報保護を保障する。越境患者の出身国政府は、当該越境患者に提供された他の加盟国内での医療サービスの費用を償還する義務を負う。

#### 償還方法

管轄する国の社会保障機関は、当該越境患者が当該医療サービスの保障範囲内であることを前提に、費用の償還に応じなければならない（7条）。償還割合は、当該医療サービスが国内で行われた場合と同じ方法で算出される。実際に要した費用を超えて償還することは認められない。管轄する国の政府は、宿泊や交通費等の関係費用をも償還することも可能である。

越境医療においては所属国の医療保障制度の財政を害する可能性もあり、これを回避する対策も講じられている。特定の越境医療について、所属する医療保障を管轄する政府は越境医療を提供する近隣国に権限を行使することができる。越境医療の適用が特定時間内で必要であることが医学的に証明されなければ、患者は越境医療の権利が認められない。逆に、管轄する出身国は越境医療の償還を拒否する場合もあり、その条件を「規則」が規定している。

#### 医療協力

加盟国は社会保障「規則」に従って、加盟国相互に協力・支援をする。情報提供と共有、医療サービスの質と安全に関するガイドラインや基準について協力する。特に、各国のコンタクトポイント間で請求書の内容を明確にして、監督と相互援助に関して協力が求められる。

特に、欧州委員会は、欧州医療照会ネットワークの創設を支援していく（12条）。このネットワークは、有効な医療資源と専門家の集約と参画を通じて、医療専門家の移動と高度専門医療へのアクセスを促進するものである。他の加盟国で発行された医療処方箋の有効性を当該国内でも認知し、共有するものである（11条）。

## 難病治療

加盟国は診断、処置方法の開発を通じて、難病・奇病治療への国際的協力を促進するものである（13条）。この趣旨に基づいて、EU加盟国全体を通じて前述の欧州医療照会ネットワークや Orphanet と呼ばれる欧州レベルのデータベースにおける協力が求められている。

もし、難病・奇病で所属する加盟国内には存在しないような治療を他の加盟国内で受ける場合は、こうした情報が決定的に重要になる。どの国のどの医療施設でどういう治療が受けられるか、この情報に基づいて計画医療が行われることになる。

## E- 保健

E- 保健制度は欧州レベルでの保健サービスの適切な経済的、社会的給付を普及させ、高い水準の信用と安全を達成することを目的とする（14条）。越境医療サービスを可能にする重要な制度である。「規則」によって加盟国政府はE- 保健のための窓口機関を創設し、ネットワークを構築し、高度医療サービスへのアクセスの継続性を改善させている。さらに、EUは医療技術の評価のための責任を担う機関をもネットワーク化し、加盟国間での協力体制を促進させている。

## 医療技術評価協力

各加盟国において構成される医療科学技術の評価に関するEU域内でのネットワーク化をEUは支援する（15条）。こうしたネットワークは、透明性、客観性、専門家の独立性、手続きの公正、利害関係者との適切な相談等に関して最良のガバナンスの原則に基づいて運用されなければならない。

医療技術評価の協力は、本稿のテーマである越境医療サービスに関しても有効となる。加盟国間で共通認識が欠けていると、他の国出身者への医療サービ

スにも支障をきたすことになろう。

## 5 医療供給体制の連携

前述の各種 EU 法の中に、医療保障制度だけでなく、医療供給体制の連携についても協力関係の構築が盛り込まれていた。こうした国境を越えて移動する人のためだけでなく、加盟各国の医療供給体制そのものが連携を次第に強めている。

医療保障の連携と関連する要素の一つとして、職業資格の統合化の動きがある。伝統的に医療従事者の資格は国家資格であり、国ごとに完結していて交流は乏しかった。しかし、近年、医療分野もグローバル化の波が押し寄せている。

2000年のリスボン会議以降の EU は教育・職業資格の統合を重視して積極的な取り組みを展開してきた<sup>(14)</sup>。域内の労働力の自由移動を活性化するために、職業資格の相互認定等は重要な条件となる。医師や看護師等の医療従事者も例外ではない。

実際に、EU 全体を通じて医療関係従事者の国際的な移動はかなり頻繁である。場合によっては、イギリスのように国内の関係職種の供給不足のため政府が他国と協定を結んで受け入れを展開している場合もある。特に、旧東欧諸国から西ヨーロッパ諸国に向けてかなり多くの医師や看護師が流出している<sup>(15)</sup>。

こうした医療従事者の国際移動は医療供給体制側の国際的な連携を容易にする可能性を高めている。医療サービスの供給体制は国によって厳格に独自の方法で維持されてきた、伝統的な職業集団であった。ところが、医療体制にも国際化の影響が強まっている。医療サービスの内容も、薬剤の認定、医療行為の内容、スタッフとして医療従事者の編成も、医療体制のすべてが医療保障の国際化と並行して進展している。

## 6 総括と展望

母国を離れて国際移動する人にとって、医療保障は不可欠のものである。他の社会保障制度と比べても医療保障制度の国際連携の必要度は高い。欧州では、人の自由移動を前提として医療保障の国際的な連携が活発に行われてきた。これまで紆余曲折を経ながらも、「欧州健康保険カード」の創設は一応の結論に達したものと言えよう。

医療の国際連携と言っても、多様な状況が想定される。これまで状況に応じて対応が法制化されてきた。国境周辺住民のための特例や二国間協定、移住労働者の「整合化」等々である。また、緊急時医療や計画医療のように、医療サービスの性質に応じた対応も展開されてきた。こうした個別の対応を積み重ねてきたEUは、政策の統合化、総括化の段階に達していると評価できよう。

実際には、国家間の調整は多くの細かな問題を抱えている。ルールによっては各国間の利害が調整困難になる場合もある。それでも、困難を乗り越えて、EUの事例は着実に改善され進展してきた。日本も典型的ではあるが、属地主義に基づいて社会保障制度の適用範囲・対象が限定されがちな医療保障において、EUの「欧州健康保険カード」の実践は21世紀の地球規模での医療保障に向けた輝かしい試みと位置付けられよう。

欧州に限らず、世界中の地域において人の国際移動は活発化している。人の国際移動は単に量的な拡大のみならず、多様な形で質的な変容も遂げている。欧州の医療保障の取組みは、世界中にとって重要な意味を持つ。欧州での実践事例が世界の他の地域でも施行されていったら、経済のグローバル化も益々勢いを増すであろう。その経済効果も小さくないであろう。

日本は、まず、二国間の社会保障協定に医療保障も盛り込んでいく努力をすべきではなかろうか。既に特定国との協定には医療保障も盛り込まれているが、

多数の協定は年金協定に終始している。貿易立国である日本にあって世界を駆け巡る日本人がいつでもどこでも医療保障を適切に提供される環境を整備することは、日本の国益にもつながるであろう。

注

- (1) 拙著『欧州統合と社会保障』ミネルヴァ書房, 1999年を参照されたい。
- (2) Council of Europe, *Co-ordination of Social Security in the Council of Europe*, 2004, pp.33-40.
- (3) *Official Journal*, No L149/2, 5.7.71.
- (4) 拙稿「EUの医療保障政策」『海外社会保障研究』No.128, 1999年, 52-61頁参照。
- (5) Regulation (EC) No 883/2004 of the European Parliament and of the Council of 29 April 2004 on the coordination of social security systems: OJ, L166, 30.4.2004.
- (6) Regulation (EC) No 987/2009 of the European Parliament and of the Council of 16 Sep. 2009: OJ, L284, 30.10.2009.
- (7) 以下の文献による。Pennings, F., *Introduction to European Social Security Law*, Kluwer, 1998, pp.119-132.
- (8) 例えば, 以下の判例が有名。  
Court of Justice 10 March 1992, Case 215/90.  
Court of Justice 12 June 1986, Case 302/84, 1986, ECR 1821.  
Court of Justice 21 Feb. 1991, Case 140/88, 1991, ECR 387.
- (9) OJ, L276/1, 27.10.2003.
- (10) OJ, L276/4, 27.10.2003.
- (11) OJ, L276/19, 27.10.2003.
- (12) EHICのホームページ参照。
- (13) Decision No.191 of 18 June 2003, 第1条。
- (14) 拙稿「リスボン会議後のEU社会保障政策」『研究所年報(明治学院大学)』37号, 2007年, 33-44頁。
- (15) 拙稿「EUにおける介護・看護専門職の養成と就労」『季刊社会保障研究』186号, 2009年, 249-257頁。

参考文献

- [1] Hervey, T., *European Social Law and Policy*, Longman, 1998.
- [2] Pennings, F., *Introduction to European Social Security Law*, Kluwer, 1998.
- [3] Bommers, M. & Geddes, A., *Immigration and Welfare*, Routledge, 2000.
- [4] Ferrera, M., *The Boundaries of Welfare*, Oxford Univ. Press, 2005.
- [5] Adnett, N. & Hardy, S., *The European Social Model*, Edward Elgar, 2005.
- [6] Pestieau, P., *The Welfare State in the European Union*, Oxford Univ. Press, 2006.
- [7] European Commission, *The Coordination of Healthcare in Europe*, 2011.
- [8] 拙稿「医療保障制度の国際化」『週刊社会保障』No.2044, 1999年, 22-25頁。
- [9] 拙稿「EUの医療保障政策」『海外社会保障研究』No.128, 1999年, 52-61頁。
- [10] 川又竹男「EUにおけるパブリック・ヘルス政策の展開」『海外社会保障研究』No.128, 1999年, 37-51頁。
- [11] 拙稿「医療保障制度の国際比較」『生活協同組合研究』No.380, 2007年, 34-40頁。