

健保連海外医療保障

No.101 2014年3月

■特集：医療（保険）給付の範囲をめぐる動向

- ドイツ
ドイツにおける医療保険給付の範囲をめぐる動向 土田 武史
- フランス
フランスの医療保険の給付範囲 稲森 公嘉
- イギリス
英国NHSの給付のあり方について 堀 真奈美
- カナダ
カナダにおける医療給付の範囲をめぐる動向 岩崎 利彦

■参 考 掲 載 国 関 連 データ

- ドイツ／フランス／イギリス／カナダ

健保連海外医療保障

No.101 2014年3月

ドイツにおける医療保険給付の範囲をめぐる動向

早稲田大学教授

土田 武史

Tsuchida Takeshi

ドイツの医療保険における給付範囲については、1998年からのシュレーダー政権下において移送費等の廃止、統合的給付などの創設、「保険になじまない給付」の廃止と国庫による給付への転換などの改革が行われた。2005年にメルケル政権が登場し、公的医療保険競争強化法により新たな競争政策が導入され、給付においても疾病金庫が任意で設定できる給付範囲や医療供給者との個別契約の拡大、被保険者自身の選択による給付の拡大などが展開されている。そこでは政府が競争の公平性を担保するための規制を強めつつ、疾病金庫と被保険者の選択と自己責任による領域を拡大し、競争政策による給付の効率性と費用の抑制を図っている状況がみられる。

1. 医療保険政策の展開と給付範囲の推移

（1）1990年以前

最初に、ドイツの政権交代に伴う医療保険政策の展開を踏まえながら、給付範囲の推移を概観しておこう。

ドイツでは第二次大戦後の医療保険制度の再建以降、大きな改革を経ることなく徐々に保険給付の範囲が拡大されてきたが、1970年代後半に医療費が急騰したのに対応して、保険給付の拡大から抑制への転換が図られた。しかし、当初は給付費総額の抑制や患者負担の引上げなどによる対策が中心であり、給付範囲の見直しは行われなかった。80年代に入って、他の社会政策にも関連して医療保険料率の抑制が大きな課題となり、患者一部負担の引上げに加えて、歯科補綴、保養、眼鏡等に関する給付の引下げなどが行われたが、医療本体に関する大きな変更はなかった。

82年に社会民主党（SPD）・自由民主党（FDP）

連立政権に代わって、H・コール首相の率いるキリスト教民主／社会同盟（CDU／CSU）とFDPの連立政権が登場し、N・ブリューム連邦労働社会相による社会保障改革が展開された。医療保険においては病院財政法改正や診療報酬制度改革などに続いて、88年に野党の激しい反対を押し切り、「医療保険改革法」（GRG）が制定された。これは医療保険の構造改革によって医療費の抑制を図ろうとするもので、疾病金庫（医療保険者）間の財政調整の導入や年金受給者医療保険の改革など多岐にわたる改革が盛り込まれていた。医療給付の範囲についても改革が行われ、在宅介護給付の導入、予防給付の拡大、歯科予防措置のボーナス給付の導入、軽微な治療用薬剤等の廃止一などが実施された。しかし、GRGが施行された89年にベルリンの壁が崩壊し、91年には東西ドイツが統一するという激動のなかで、医療保険では西側の制度を東側に導入することが主要な課題となり、構造改革は停滞し、東側地域を含めて再び医療費が増大していった。

（２）1990年代～2005年までの展開

1991年のドイツ統一後の総選挙で勝利したコール政権の下で、新たに連邦保健相になったCSUのH・ゼーホーファーは、ランシュタインという小さな町に与野党の医療政策担当者を集め、2週間の議論の末に達した合意（ランシュタイン合意）をもとに、93年に「医療保険構造法」（GSG）を制定し、新たな構造改革に着手した。GSGは、リスク構造調整によって疾病金庫間のリスク格差による財政格差を是正し、競争の公平性を確保しつつ、保険料率をメルクマール（指標）とする疾病金庫の被保険者獲得競争によって保険料率の上昇を抑制するという政策であったが、こうした競争政策はその後の改革の基軸となり、ドイツの医療保険制度は大きな変容を遂げていくこととなった。もっとも、GSGそのものは給付範囲の変更を行うものではなく、基本的には従来の給付が維持された。

続いて、94年に「介護保険法」が制定され、95年に施行されたことに伴い、医療保険における在宅介護給付は廃止された。短い期間であったが、医療保険における在宅介護給付の実施は、疾病と要介護というリスクの相違とそれに対処するための給付の異同を認識させるとともに、要介護度を含む要介護認定、介護給付範囲等についての議論を喚起し、介護保険創設を促す大きな要因となった。

GSGによってしばらくは保険料率の上昇が抑えられていたが、90年代末ごろから競争が一段落するとともに保険料率が再び上昇へと向かった。統一後の経済の低迷を背景に行われた98年秋の総選挙でコール政権が敗れ、SPDと同盟緑の党の連立によるシュレーダー政権が成立し、社会保障の各部門において制度改革が進められた。

医療保険では、99年の「医療保険改革2000」のなかに、統合的医療¹⁾の導入、家庭医の機能強化、疾病予防とリハビリテーションの充実、DRGの段階的導入一などが盛り込まれた。それらを実施するための法整備が図られ、2001年のリスク構造調整改革法で「疾病管理プログラム」

（DMP、その内容は後述）が導入された。03年にはGSG以来の与野党合意に基づき「医療保険近代化法」（GMG）が制定され、多岐にわたる改革が行われた。医療給付においては、死亡一時金・分娩手当金・交通費等の廃止、傷病手当金に係る使用者拠出の廃止などの費用削減策が講じられ、また母性給付や出産手当金等を「保険になじまない給付」として保険給付から除外するなど、保険給付の選別化・重点化が図られた。

（３）メルケル政権下の展開

2005年秋の連邦議会選挙でシュレーダー政権に代わってCDU／CSUとSPDの大連立政権が誕生し、CDUのA・メルケルが首相となり、連邦保健相にはSPDのU・シュミットが就任した。総選挙ではCDU／CSUとSPDがまったく相異なる医療保険改革案を提示して争ったことから、連立政権の改革案策定が難航したが、07年2月に「公的医療保険競争強化法」が成立した。

そこでは、競争の公平性を確保するため、統一保険料率の設定、罹病率を加味したリスク構造調整²⁾が導入された。また、連邦保険庁の管轄下に創設された「医療基金」が保険料収入と国庫補助金を一括管理し、新たなリスク構造調整によって算定した各疾病金庫の法定給付相当額に事務費を加えた「交付金」を各疾病金庫に配布するという仕組みが設けられた。そうした予算配分をベースに疾病金庫が運営を行い、黒字を出した金庫は余剰金を被保険者に還元し、赤字金庫からは被保険者が脱退しやすくなるというかたちで新たな競争政策が導入されたのである。

競争強化法では法定給付の範囲が拡大され、母子・父子保養の法定給付化、医療リハビリテーションの法定給付化、在宅看護の拡大、病院における外来診療の拡大、医師・看護師・介護士の疼痛緩和ケアチームによる疼痛緩和給付一などが導入された。

また、疾病金庫が被保険者の自由な選択と契約に基づいてさまざまな給付を行ったり費用の

償還を行ったりする「選択タリフ」が導入され、契約獲得をめぐる疾病金庫間の競争が行われるとともに、被保険者に対しても契約による自己責任の拡大が図られた。

競争強化法ではさらに、疾病金庫と製薬企業の間で締結される薬剤の個別契約に関して、ジェネリック薬品の使用促進や、個別契約した薬剤の優先給付などの措置が講じられた。これによって疾病金庫と製薬企業の契約をめぐる競争が強化されることとなった。

その後、09年の総選挙でSPDが大敗し、メルケルを首班とするCDU/CSUとFDPの連立政権が誕生した。この連立政権ではFDPのF・レスラー、続いてバルが連邦保健相に就任し、疾病金庫の判断による給付の拡大等が企図された。それにより11年には「医療保険供給構造法」が制定され、後にみるように予防給付や在宅リハビリテーション等を疾病金庫が定款に定めることにより追加給付できることとされた。

13年の総選挙ではFDPが大敗し、再びCDU/CSUとSPDの大連立による第3次メルケル政権が発足した。連邦保健相にはCDU前幹事長のH・グレーエが就任した。先の大政権とは異なり、さしあたって医療保険において大きな改革は予定されていないが、今後の動向が注目される。

次に、医療保険における給付内容をみながらその特徴と変化をみていくことにしたい。

2. 医療給付（現物給付）の状況

ドイツの医療保険では、基本的に、疾病の治療に必要なサービスや医療品等が現物給付として行われている。そのほかに傷病手当金等の現金給付が行われており、また、疾病金庫の規約に定められた選択タリフによる給付や任意給付がある。最初に医療給付からみていくことにしたい。

（1）疾病予防、早期発見のための給付

ドイツの保険給付における特徴の1つとし

て、疾病の予防および早期発見のための給付が法定給付とされていることが挙げられる。もっとも、ドイツで予防給付等が法定給付となったのは、1971年改定による4歳児未満の乳幼児健診（7回）、30歳以上の子宮がん検診、45歳以上の前立腺がん検診が最初であり、決して早い方ではなかった。それは、ドイツでは保険主義の考え方が根強く、事故が発生する前に給付を行うことに抵抗があったことや、予防や早期発見の検診効果に疑問があったためとされている。

しかし、1980年代に入るところから疾病予防や早期発見の重要性が認識され給付拡大を求める声が高まり、GRGでは心臓・循環器疾患に対する早期発見のための検診、歯科検診、妊産婦への相談指導等が法定給付化された。その後、1993年のGSG、2007年の競争強化法により、給付範囲の拡大が図られた。また、疾病金庫はこれらの給付の受診を促すために、受診者に報償金を支払ったり、保険料の軽減や還付を行ったりする任意の「ボーナス・プログラム」が導入された。

2014年1月現在、疾病の予防および早期発見のための給付は、以下のとおりである。

- ①満6歳終了時まで10回の乳幼児健診と10歳終了後の健診
- ②満14歳時の健診（1回、精神発達、学業上の問題、健康状態などの検査）
- ③35歳以上の者に対する心臓・循環器疾患、腎臓疾患および糖尿病の早期発見のための検診（2年に1回。Check-upといわれる）
- ④年齢に対応したがん検診…子宮がん検診（20歳以上、毎年1回）、乳がん検診（30歳以上、毎年1回）、皮膚がん検診（男女35歳以上、2年に1回）、前立腺がん検診（45歳以上、毎年1回）、リンパ腺検査（45歳以上、毎年1回）、直腸・大腸がん検診（男女50～54歳、毎年1回）、大腸の内視鏡検査（男女55歳以上、10年間に2回）、マンモグラフィ（乳房レントゲン撮影、50～69歳、2年に1回）
- ⑤歯科検診…6歳未満（歯・口・顎の健診、

3回)、6～18歳(歯・口・顎の健診、毎年1回)、18歳以上(歯科検診、半年に1回)

⑥予防接種…乳幼児・児童、青年に対する標準的な予防接種(ジフテリア、破傷風、小児麻痺、百日せき、はしか、その他)、児童・青年に対する追加的な予防接種(破傷風、百日せきなど)、成人に対する標準的な予防接種(ジフテリア、破傷風など、60歳以上に対するインフルエンザ等)、個別の疾病リスクに対応した予防接種(A型・B型肝炎、インフルエンザ、はしか、その他)

なお、これらの給付については受診者の一部負担は課せられていない。

(2) 医師による外来診療

外来の医療診療は、一般に開業医である「保険医」が行っている。外来診療の範囲は、疾病の発見、治療、緩和または悪化防止に必要なすべての医療行為をいい、医療相談、検査、処置、手術、往診のほか、他の専門医や病院への紹介、薬剤および補装具等の処方を含む。なお、外来診療の給付率は本人、家族とも100%で、患者負担は課せられていない。

外来診療の範囲を変えないまま、診療効果や医療費削減を図るために、いくつかの対応策が採られてきた。2000年改革では「統合的医療」が導入され、外来診療と入院診療との連携の強化が図られるようになった。このプログラムは07年改革で選択タリフに組み込まれた。

また、02年には「疾病管理プログラム」(DMP)が導入された。これは糖尿病、喘息、乳がん、冠動脈心疾患の4つの慢性疾患を対象に、疾病金庫が適切な治療プログラムを開発し、連邦保険庁の認可を得たうえで、そのプログラムによる治療を受けることを登録した患者の医療費をリスク構造調整の対象とするというものである。DMPは07年改革でリスク構造調整との直接的な関係がなくなり、選択タリフの1つに組み入れられた。

さらに、GMGで04年に「家庭医モデル」が導入された。これは被保険者がそのプログラムに

参加した場合は、最低1年間は必ず初診を家庭医で受け、家庭医の判断に従って専門医や病院の診療を受けるという義務が課される一方、「診察料」³⁾が免除される(プログラム参加費は診察料の半額)というものであった。その後、こうした「家庭医中心医療」は多くの疾病金庫、被保険者に普及した。現在、家庭医の仕組みは、07年改革で選択タリフに移されている。

また、11年の医療保険供給構造法で、「連邦共同委員会」(G-BA)⁴⁾の策定する指針に基づき、予防給付、在宅のリハビリテーション、人工授精、補綴以外の歯科診療、医師の処方を要しない薬剤、訪問看護、家事援助などについて、疾病金庫が定款に定めることによって任意に給付を行うことができることになった。

(3) 歯科医師による外来診療

歯科の外来診療は、歯科保険医によって行われ、すべての歯科疾患、治療が対象となる。ただし、歯科の補綴については、GMGで「義歯付加保険」が導入され、それに加入する被保険者には保険料負担が課せられる(傷病手当金の保険料と併せて0.9%の保険料率が一般保険料率に上乗せされる。事業主負担はない)。給付は義歯費用の50%であるが、定期健診を受けている場合は60%、長期療養者は65%、低所得者は100%となっている。ヨーロッパ諸国では歯科補綴を法定給付から除外するのが一般的になっているなかで、ドイツはGRG以降、給付率を引き下げたり、ボーナス給付を導入したりしながら対応してきた。GMGでは保険料から事業主負担を外し、給付率を調整することによって、法定給付としての維持を図っている。

(4) 病院における外来診療

ドイツでは病院と診療所(保険医)の機能区分が明確にされており、病院では原則として外来診療が行われていない。しかし、GRGで入院前後に病院での通院医療を認めることとされて以来、徐々に病院での外来診療と入院診療との連携が強化されていった。2000年に統合的医療

が導入されたことは先にふれた。さらに07年改革でエイズ、がん、動脈硬化などの稀少または重篤な病気のため専門的医療を必要とする者に対して、病院が外来診療を行うことができることとされた。

(5) 外来診療の処方薬剤

ドイツは完全に医薬分業になっており、外来診療の薬剤は保険医の処方に基づき薬局において調剤される。医師は原則として販売されているすべての薬剤を処方できるが、薬剤の価格設定が医師の処方する薬剤の給付範囲にも大きく影響してくるので、若干の説明を加えておきたい。

薬剤は大きく「医師の処方をする薬剤」と「医師の処方を要しない薬剤」に分けられている。「医師の処方を要する薬剤」は、製薬企業が価格を自由に設定し、その出荷価格に卸業者と薬局がそれぞれマークアップ（利幅）と付加価値税を加えた金額が、薬局販売価格となる。この価格は全国一律で、疾病金庫からの償還価格となる。「医師の処方を要しない薬剤」は、薬局が自由に販売価格を設定することができる。そのため薬局によって価格が異なり、薬局間の競争が行われることとなる。

処方薬剤については薬局販売価格の10%（負担額の下限5ユーロ・上限10ユーロ）の患者負担が課せられている。ただし、18歳以下は免除される。また、その他の患者負担を含めて、年間所得の2%を超えた場合には患者負担が免除される。

以上のような価格設定を原則として、政府は「処方を要する薬剤」のマークアップに対して規制を行い、薬価の抑制を図ってきた。しかし、それだけでは薬価の抑制が難しかったため、多くの対策が採られてきた。その1つが、1981年の費用抑制補完法（第二次費用抑制法）で導入された「薬剤のネガティブリスト」（保険給付から除外される薬剤リスト）の設定である。これにより、軽微な風邪薬、うがい薬、下剤、乗り物酔止めがその対象とされた。ただし、18歳以下の

場合は通常の「処方を要する薬剤」として扱われる。

さらに、GRGで「参照価格」が導入された。これによって参照価格の対象となった薬剤グループの価格は参照価格に収斂していき、薬剤価格は大きく下落した。しかし、薬理学的理由などからグループ化の難しい薬剤や特許期間中の薬剤は参照価格の対象から除外され、さらに新薬の導入も加わって、参照価格の対象となる薬剤は全体の7割程度にとどまっていた。その一方、対象外の薬剤は自由価格制の下で高い価格が付けられ、参照価格による費用抑制効果を相殺するような状況を呈した。こうして、二極化した状況を改善するためにいくつかの対策が講じられたが、十分な効果を上げることができなかった。

そこで導入されたのが、2011年の「薬剤市場再編法」（AMNOG）であった。AMNOGは、新薬について上市から6カ月以内にG-BAで追加的有用性の有無が評価され、それが認められない場合は既存の参照価格が適用され、認められた場合は企業と疾病金庫連合会が交渉して価格を決定するというものである。

また、疾病金庫と製薬企業の割引契約も、薬剤給付費の抑制策として用いられている。これは03年に導入されたルールで、疾病金庫が特定の有効成分の薬剤の購入について製薬企業（EU全域が対象）を公募して特定企業と購売契約を締結することを認め、その際に一定割合を強制割引させるというものである。割引率は、新薬の場合、通常は出荷額の6%であるが、AMNOGによる暫定措置として11年から2年間、16%とされた。後発医薬品については06年から16%の割引率となっている。さらに、薬剤師の調剤についても、02年の代替調剤法により、医師が処方箋に代替調剤不可と明記していない場合には、薬剤師の判断で同等の効果を有する安価な薬剤に代替することが義務づけられている。それに加えて、07年の競争強化法により、疾病金庫と製薬企業が割引契約を締結している場合、その疾病金庫に加入する患者に処方され

た薬剤が、割引対象となっている薬剤と代替可能なときには、薬剤師は割引対象の薬剤を調剤することが義務づけられた。

また、後発医薬品については、上記の強制割引による使用促進策に加えて、薬局販売価格が参照価格を30%以上下回る薬剤には10%の患者負担を免除するという規定があり、それが後発医薬品の拡大策にもなっている。それらの使用促進策により、11年のデータでは、後発医薬品が処方ベースで73%、金額ベースで35%の割合を占めている⁵⁾。

（6）入院給付

病院で入院治療を受けた場合、医師の診療、看護、薬剤、療法、補助具、リハビリテーション、宿泊および食事が包括的に給付される。入院期間には制限がない。1日当たり10ユーロの患者負担が、年に4週間を限度として課せられる。18歳以下の免除、年間の負担限度額は処方薬剤のところで記したとおりである。

なお、入院に際しては、救急の場合を除き、必ず保険医で受診し、その紹介状を持って病院で受診しなければならない。ドイツでは2005年から全国の病院の診療科、医師数、病床数、評価成績などの情報をインターネットで検索できるようになっており、保険医が病院を紹介する場合には2つ以上の病院を紹介し、患者に選択させるようになっている。

（7）療法、補助具の給付

療法には、マッサージ、理学療法、運動療法などが含まれる。これらの給付を受けた場合には、費用の10%と処方箋1枚につき10ユーロの患者負担がある（18歳以下は免除）。

補助具には、眼鏡、コンタクトレンズ、補聴器、車椅子、義肢などが含まれる。これらの給付を受ける場合には、販売価格の10%（最高10ユーロ、最低5ユーロ）の患者負担がある。なお、眼鏡とコンタクトレンズは、GMGにより2004年から18歳以下の者、重度障害の視力障害者に対してのみ給付され、それ以外の者への給

付は廃止された。

（8）在宅看護

在宅看護は、入院を必要としながらもそれができない場合、あるいは在宅看護によって入院が回避されるか入院期間が短縮される場合に、医師による診療とともに給付される。その内容は、①基礎看護（身体介護、栄養摂取の介助など）、②治療看護（薬剤投与、注射、包帯交換など）、③家事援助（買い物、調理、掃除など）——となっている。給付期間は同一疾病で4週間を限度としているが、医療上必要と認められた場合は延長される。また、基礎看護と家事援助の給付が介護保険に該当する場合は、医療保険からの給付は停止される。

（9）リハビリテーション

2007年の競争強化法で外来および入院のリハビリテーションが法定給付化された。ただし、原則として年金保険または労災保険からの給付が優先する。医療保険からの医療リハビリテーションは、それらの給付に該当しない場合に行われ、家族被保険者（被扶養者）がこの給付対象になることが多い。また、父子・母子に対する疲労回復のための保養給付も類似の給付となっている。患者負担は1日当たり10ユーロ、入院の場合は28日が限度（18歳以下は免除）。

（10）妊娠および母性のための給付

妊娠および母性のための医療給付として、妊娠・出産に係る医師のケアおよび助産サービス、薬剤、各種療法、補助具の支給、分娩時の入院（分娩後6日間）、避妊に係る給付、人工授精に係る給付等がある。また、現金給付として出産手当金がある。これらは従来、保険料を財源として保険給付されてきたが、2003年のGMGにより、これらの給付は、家事援助、子どもの病気時の傷病手当金と併せて「保険になじまない給付」として保険給付から除外され、連邦補助金を財源とする給付に改められた。しかし、被保険者に対する給付そのものは、従来どおり

疾病金庫を通じて行われている。自己負担はない。

(11) 家事援助／経営援助

家事援助は、被保険者が入院治療、外来または入所の保養、父子・母子保養、在宅看護、外来または入院のリハビリテーションを行うため、家事を継続して行うことができない場合、または、12歳未満の子または障害のため援助が必要な子がいる場合に、家事を援助する要員を派遣する現物給付である。要員派遣ができない場合には被保険者が雇った者に要した費用を適切な範囲内で還付することになっている。ただし、二等親以内の者を雇った場合には給付対象とならない。被保険者は1日当たり費用の10%（上限10ユーロ、下限5ユーロ）を負担する。ただし、妊娠や出産のため家事援助を受けた場合は、負担が免除される。

また、農業疾病金庫の被保険者または家族被保険者が病気休養のため農作業や家事を行うことが困難な場合に、それらを援助する給付を「経営給付」と呼んでおり、家事援助よりやや広い給付内容となっている。これも要員派遣の現物給付であるが、それが難しい場合には、要員を雇った費用を現金として給付する。

なお、家事援助も「保険になじまない給付」とされ、その財源には連邦政府からの補助金が充てられる。

3. 現金給付

(1) 傷病手当金、子どもが病気時の

傷病手当金

ドイツでは被用者が傷病のため就労できなくなった場合、最初の6週間は「賃金継続支払法」により、事業主に賃金の80%を支払うことを義務づけており、その給付期間が終了してもなお就労不能の場合（医師の診断による）に「傷病手当金」が支給される。支給額は、税・社会保険料込みの賃金の70%で、従前の手取り賃金の90%を超えないこととされている。支給期間は3

年間で最長78週まで。傷病手当金の受給者は、医療保険料の負担はないが、介護保険・年金保険・失業保険の保険料負担はあり、傷病手当金から天引きされる。

傷病手当金の財源は、GMGにより2006年から被保険者のみの拠出によって賄われることになった。傷病手当金の請求権がある被保険者については、歯科補綴の保険料と併せて0.9%が上乘せされる。14年は傷病手当金を受ける被保険者の保険料率は8.2%（事業主負担が7.3%、計15.5%）。

傷病手当金は、任意被保険者については疾病金庫の定款でその請求権を除外することや支給開始日を遅らせることができる。また、09年から任意被保険者のうち自営業者については傷病手当金の請求権が廃止され、それに代わって選択タリフとして傷病手当金が設定された。

また、12歳未満の子が病気で、その看護を行うために仕事を休まなければならない被保険者に対して、子1人につき年間10労働日（単身で育てている場合は25労働日）を限度として傷病手当金が支給される。先に述べたように、この傷病手当金は「保険になじまない給付」とされている。

(2) 出産手当金

出産手当金の支給期間は、産前6週間・産後8週間（多子出産や早産の場合は12週間）である。支給額は、出産に関する保護期間（出産予定日の6週間前）の直近3カ月間または12週間の平均手取り賃金額となっている。この給付も「保険になじまない給付」とされているが、受給者が被用者の場合はその財源として事業主が手取り賃金相当額を拠出し、それ以外は国が負担することになっている。

(3) 交通費

交通費はGMGで廃止された。ただし、人工透析・がんの化学療法のための通院など特別に認可された者、重度障害者、要介護度ⅡおよびⅢの者については支給されることになっている。ま

た、治療上の必要から緊急に移送する場合、病院で外来手術を行う場合などは疾病金庫の判断で交通費を支給することもある。費用の10%が患者負担。

4. 選択タリフ

競争強化法で2007年から「選択タリフ」が導入された。これは法定給付以外に、疾病金庫がさまざまな給付カタログを設定し、そのなかから被保険者が選択し、疾病金庫と契約して給付を受けるというものである。それに伴う被保険者負担については、保険料とは別途に被保険者自身が負担することになっている。民間保険の手法を用いた任意給付の仕組みともいえよう。

選択タリフは、すべての疾病金庫に導入を義務づけているものと疾病金庫が任意に設定しているものがある。

（１）疾病金庫に導入を義務づけている

選択タリフ

- ①統合的医療タリフ…2000年に導入され、GMGで強化が図られた医療給付で、07年から選択タリフに組み込まれた。
- ②構造化された治療プログラムタリフ…01年に導入された疾病管理プログラム（DMP）が選択タリフとなったもの。
- ③家庭医タリフ…GMGで導入された家庭医中心医療で、07年から選択タリフに組み込まれた。このタリフを選択した場合には、報奨金の提供ないしは患者負担の軽減が行われる。
- ④傷病手当金タリフ…自営業者および賃金継続支払法の受給権がない被保険者を対象にしたもの。支給額は性・年齢・疾病リスクに関係なく、被保険者の選択した保険料に応じて支払われる。

（２）疾病金庫が任意に設定できる

選択タリフの例

- ①免責タリフ…給付の一定額までは加入者が

負担し、それに対して疾病金庫が一定の報奨金を支給するもの。例えば、1,000ユーロまでの医療費は自分で支払うことで年間で600ユーロの報奨金を受けるというタリフを契約した場合、医師の治療を一度も受けなかった場合は600ユーロの利益が得られ、治療を受けた場合はその費用によって損得が異なってくる。

- ②費用償還タリフ…加入者が医療費を支払い、疾病金庫が手数料を控除した医療給付費を償還する。外来、入院、歯科などに区分して契約する。また、割増の掛金を支払い、疾病金庫の通常の医療給付費よりも高い医療費を償還するという契約を結ぶといった選択もできる。

- ③保険料償還タリフ…疾病金庫から予防給付と早期発見措置以外の給付を受けなかった場合、保険料を償還する（償還の上限は1年間に1カ月分）。

- ④特別薬剤療法タリフ…法定給付になっていない薬剤療法（例えばホメオパシー（同種療法）など）を行う。さまざまなタリフがあり、個別に契約する。

これらの選択タリフの契約期間は、原則として、義務化されたタリフは3年、任意のタリフは1年以上となっている。選択タリフにおける報奨金は、被保険者の保険料の20%かつ年額600ユーロ（特別な場合は30%、年額900ユーロ）を超えてはならないとされている。

5. 保険給付費の割合と推移

表は、保険給付費の推移を示したものである。給付総額は上昇傾向を示しており、過去12年間の平均上昇率は2.6%となっている。給付項目別（2012年）では入院療養費が最も大きく約36%、次いで処方薬剤が約17%、医科外来診療費が約16%となっている。11年以降、処方薬剤の割合がやや低下しているのは、AMNOGの影響とみられる。また、金額は低いが、変化として注目されるのは、在宅看護、予防・早期発見

表 給付費の推移

(単位：10億ユーロ／下段（カッコ内）＝％）

	2001	2005	2010	2011	2012	2001年を「100」としたときの2012年の指数
給付 計	130.6 (100.0)	134.8 (100.0)	165.0 (100.0)	168.7 (100.0)	173.2 (100.0)	132.6
医科外来診療	22.4 (17.2)	23.1 (17.1)	27.1 (16.4)	27.6 (16.4)	28.3 (16.3)	126.3
歯科外来診療	11.6 (8.9)	9.9 (7.4)	11.4 (6.9)	11.7 (6.9)	11.8 (6.8)	101.7
処方薬剤	21.6 (16.5)	25.4 (18.8)	30.2 (18.3)	29.0 (17.2)	29.2 (16.9)	135.2
補助具	5.7 (4.4)	4.5 (3.3)	6.0 (3.6)	6.3 (3.7)	6.5 (3.8)	114.0
療法	3.2 (2.5)	3.7 (2.7)	4.6 (2.8)	4.9 (2.9)	5.0 (2.9)	156.3
入院療養費	44.6 (34.2)	49.1 (36.3)	58.1 (35.2)	60.0 (35.6)	61.7 (35.6)	138.3
傷病手当金	7.7 (5.9)	5.9 (4.4)	7.8 (4.7)	8.5 (5.0)	9.2 (5.3)	119.5
移送費	2.6 (2.0)	2.8 (2.1)	3.6 (2.2)	3.8 (2.3)	4.0 (2.3)	153.9
保養／リハビリテーション	2.7 (2.1)	2.4 (1.8)	2.4 (1.5)	2.4 (1.4)	2.4 (1.4)	88.9
予防／早期発見措置	2.0 (1.5)	2.1 (1.4)	3.5 (2.1)	3.7 (2.2)	3.7 (2.1)	185.0
妊娠／母性給付	0.9 (0.7)	1.2 (0.9)	1.0 (0.6)	1.0 (0.6)	1.1 (0.6)	122.2
家事援助／経営援助	0.3 (0.2)	0.2 (0.1)	0.2 (0.1)	0.2 (0.1)	0.2 (0.1)	66.7
在宅看護	1.9 (1.5)	2.3 (1.7)	3.6 (2.2)	4.0 (2.4)	4.3 (2.5)	226.3
その他の給付	1.0 (0.8)	1.3 (1.0)	2.2 (1.3)	2.2 (1.3)	2.2 (1.3)	220.0
管理費	7.6	8.2	9.5	9.4	9.7	127.6
収支差額	-2.7	1.7	-0.4	4.2	5.4	

注 各給付項目の金額・構成割合を足しても、「給付 計」とは一致しない。

で、10年間に2倍前後の伸びを示していることである。

疾病金庫の管理費が徐々に増加している点も注目される。全体の収支差でみると、10年に赤字を計上したが、11年以降は黒字が続けている（速報では13年も黒字）。好調な経済によるところが大きいとみられている。

おわりに

以上、ドイツ医療保険の給付範囲について、

その推移と給付の内容をみてきた。1988年のGRG、2003年のGMG、07年の競争強化法によって給付範囲の改定が行われたが、埋葬費や交通費など医療そのものに関連しない給付の廃止・縮小が主であり、医療給付の範囲には大きな変更は行われてこなかった。

しかし、統合的医療、DMP、家庭医中心医療あるいは外来と病院との連携などを導入することによって、医療給付の内容を変える改革が試行されてきた。

さらに競争強化法では、選択タリフの導入に

より、疾病金庫がさまざまな給付メニューを設定し、それを被保険者自身が選択し契約するという仕組みを導入した。法定給付の枠組みは維持したまま、付加給付的なかたちで競争政策を導入し、個人の自己責任による選択によって給付範囲が変更となる仕組みとなっている。給付の効率性と法定給付費の抑制を図る新たな試みといえよう。

また、薬剤についてもAMNOGや割引契約といった対策によって、給付範囲の原則は変えないまま、薬価規制や後発医薬品の使用促進による誘導がみられる。今後の動向が注目される。

注

- 1) 医療の質を高めるために外来診療と入院療養の連携強化を図るもので、具体的には、疾病金庫、保険医グループ、病院、リハビリテーション等の療法担当者などの間で契約を結び、相互に連携しながら最も望ましい医療を行うプログラム。
- 2) 従来のリスク構造調整では、性・年齢・被扶養者数・所得（保険料算定基礎収入）・障害年金受給者数を調整ファクターとしていたが、同じ性・年齢であれば疾病の有無にかかわらず同等の給付費と算定されるため、罹病者の多い疾病金庫から競争上不利になるという批判がなされていた。そのため新しいリスク構造調整では、各疾病金庫の全加入者について性別・年齢別および80の疾病に関する罹病状況をベースに給付費を算定することとした。医療基金は、各疾病金庫における加入者の給付費総額（法定給付費に相当）に事務費を加えた額を交付金として各金庫に配布することになっている。
- 3) GMGにより2004年に導入された患者負担で、外来診療を受けた場合、同一疾病につき四半期ごとに10ユーロの「診察料」(Praxisgebühr)を保険医に支払うこととされた。13年に廃止された。
- 4) 連邦共同委員会(Gemeinsamer Bundesschuss, G-BA)疾病金庫、保険医、歯科保険医、病院および患者の各代表（患者代表には投票権がない）によって構成される委員会で、2007年競争強化法で当事者自治の原則の下で医療保険および医療提供にかかわる諸課題を協議し決定する最高

機関に位置づけられた。

- 5) 医療経済研究機構「薬剤使用状況等に関する調査研究報告書」2013年、154頁。

参考文献

- ・ドイツ医療保障制度に関する研究会編『ドイツ医療関連データ集』各年版、医療経済研究機構
- ・土田武史「医療保険」古瀬徹・塩野谷祐一編『先進諸国の社会保障4／ドイツ』東京大学出版会、1999年
- ・松本勝明『ドイツ社会保障論Ⅰ－医療保険－』信山社
- ・GKV-Spitzenverband, Kennzahlen der gesetzlichen Krankenversicherung, Dez. 2013
- ・BMG, GKV-Kennzahlen und Faustformeln, Jan. 2014
- ・BMG, Ratgeber zum gesetzlichen Krankenversicherung, 2013
- ・BMG, Daten des Gesundheitswesens, 各年板

フランスの医療保険の給付範囲

京都大学教授

稲森 公嘉

Inamori Kimiyoshi

フランスでは、公的医療保険の給付対象となる保健医療サービスの範囲は広いが、医療保険による償還対象とされるには、医療行為一般分類（CCAM）や医療材料等の償還リスト（LPP）などに収載されていることが必要である。自己負担割合はサービスの種類や効用によって差異が設けられており、必ずしも給付率は高くないが、特定の疾病は長期高額疾病として100%給付となるほか、自己負担分をカバーする補足的医療保険が普及している。開業医療では伝統的に償還払いが原則とされているが、入院医療以外の領域でも第三者払いによる場合が増えている。

1. はじめに

フランスの医療保障体制は社会保険方式を基本とし、医療保険体制の設計においては職業別の制度体系が採用されている。すなわち、強制加入の基礎制度として、一般制度、独立労働者制度、農業制度などがあり、一般の被用者は一般制度に、自営業者（職人・商人）や自由業者は独立労働者制度に、農業従事者は農業制度にそれぞれ加入する（他に公務員や特定業種の者が加入する種々の特別制度もある）。国民の大半は一般制度に加入しており、8割以上をカバーしている。さらに、基礎制度でカバーされない部分を補うものとして、補足的医療保険や各種の任意保険がある。補足的医療保険には、低所得者への加入支援策もあって、国民のほとんどが加入するに至っている。

以下では、一般制度の給付内容を中心に見ていくことにする。なお、本稿では保健医療サービスに関する給付のみを扱い、所得保障目的の給付については取り上げない¹⁾。

給付範囲は、給付対象（2）と給付率（3）

によって定まる。給付方法（4）に言及したうえで、最後に最近の動向について簡単に触れる（5）。

2. 給付対象

（1）社会保障法典L321-1条の定め

一般制度の医療保険給付について規定する社会保障法典L321-1条は、社会保険が次に掲げる費用を保障すると定めている。

- ① 一般医療および専門医療の費用、歯科の治療および補綴の費用、薬剤および装具の費用、臨床医学検査の費用、入院費用および医療施設・リハビリテーション施設での処置費用、薬剤・医療材料・避妊具を含む必要な外科的処置の費用、避妊薬の処方のための臨床医学検査の費用（1号）
- ② 自己の状態に適した治療または検査を受けるために、または、社会保障立法に基づき命じられた監査に服するために、移動する必要のある被保険者または被扶養者の移送費用（2号）

- ③ 障害者権利自立委員会の決定に基づく、社会福祉家族法典L.321-1条に掲げる障害児・者施設での障害児・者の宿泊および処遇の費用、および、これらの施設外で行われる教育のための処遇の費用（3号）
- ④ 公衆衛生法典に定める条件で行われる、医学的理由による人工妊娠中絶のための処置および入院の費用（4号）
- ⑤ 公衆衛生法典L.1411-6条に掲げる計画の枠組みで行われる予防目的の行為および措置に関する費用、特に、同法典L.1411-2条に定める計画により行われる健診および予防的な診察の費用、保健および社会保障担当大臣のアレテで定めるリストに掲げられた予防接種に関する費用（6号）
- ⑥ 公衆衛生法典L.2132-2-1条に掲げる口腔および歯の予防的検査に関する費用（9号）

（2）医療行為

1）3つのリスト

ある行為または給付が医療保険による引受けまたは償還の対象となるには、一部の例外を除いて、リストへの収載が必要である（社会保障法典L.162-1-7条）。リストへの収載条件の決定および個別の行為等の収載または抹消の決定は、高等保健機構²⁾（HAS）および補足医療保険組織全国連合会³⁾（UNOCAM）の意見を聴いた上で、医療保険金庫全国連合会⁴⁾（UNCAM）が行う。なお、保健担当大臣は、公衆衛生上の理由がある場合には、HASの意見を聴いた上で、デクレにより職権で、行為の収載または抹消を行うことができる。

ここでいうリストには、①医療行為共通分類（CCAM）、②職業行為一般一覧表（NGAP）、③臨床検査行為一覧表（CABM）の3種類がある。2004年の医療保険改革により、NGAPからCCAMへの移行が進められてきている。

2）収載手続

リストへの収載およびリストからの抹消に関する手続は、2004年改革で新たに定められ

た。一般制度の全国金庫（CNAMTS）の資料によると、リストへの収載過程は、次の8つの段階からなる。

i）HASへの要求

HASは、全国医療認証評価機構（ANAES）の任務を引き継ぎ、医療製品や医療行為等の期待される効用およびそれらが実際にもたらす効用について、定期的な評価を行うこととされている。HASはこの評価を自ら行い、またはUNCAM、国もしくは学会や専門組織からの付託を受けて行う。特にUNCAMからの付託を受けて行う場合には、6か月以内（追加作業が必要な場合には例外的に1回のみ更新可）に意見を述べるものとされている。その他の場合には、特に期間の定めはない。

ii）医学的な評価

医学的評価はHASの部局が行い、HASに設けられた医療材料・医療技術評価全国委員会⁵⁾（CNEDiMTS）の投票にかけられる。CNEDiMTSは、当該行為等について診断上または治療上期待される効用を評価するが、その際には、①当該行為等の診断上または治療上の利点（当該行為等の安全性、効率性の程度、実施に伴う望ましくない効果またはリスク；関係する疾患の引受けにおける当該行為の位置づけ）、②期待される公衆衛生上の利点（死亡率、罹病率、QOLの点で人々の健康に与える影響；疾患の重篤性を考慮し、カバーされていない治療上のニーズに当該行為等がどのくらい応えられるのか；医療システムへの影響；公衆衛生政策・公衆衛生計画への影響）が評価の基準となる。当該行為等についての期待される効用が十分であると評価されるときは、代替的な治療的処置との関係で、期待される効用の改善度についてⅠ～Ⅴの範囲（Ⅰ：著しい改善、Ⅱ：大きな改善、Ⅲ：そこそこの改善、Ⅳ：わずかな改善、Ⅴ：改善なし）で評価される。CNEDiMTSの意見はHASの評議員会⁶⁾（collège）の投票にかけられる。

iii）科学的・技術的な評価

CCAMに収載される行為の場合には、序列

化 (hiérarchisation) が行われる。この作業に当たるのは、UNCAMに設けられた行為および給付の序列化委員会⁷⁾ (CHAP) である。CHAPの役割は、当該医療職の行為の序列化準則を作成し、そこから帰結する序列化を承認することである。UNCAMが病院情報技術局⁸⁾ (ATIH) と共同で文言 (libellé) を作成して行う提案に対し、CHAPが投票を行う。CHAPは必要があれば学会の専門家や経済の専門家に助言を求めることができる。

なお、CCAMに新たに行為が収載される場合には、CHAPへの提案に先立って、①学会の提案した専門家パネルによる医療労働に関するスコアの付与 (このスコアは、②時間の長さ、③ストレス、④精神的な努力、⑤技術的能力の4つの要素からなる)、②一貫性確保機関⁹⁾ (IC) による当該スコアの承認という2つの段階を経ることになる。

iv) 医療経済的な評価と価格設定

UNCAMは、序列化準則に従い、付与された労働スコアから当該行為等の価格 (tarif) を定める。当該行為が既に収載済みの行為に代替し得るものである場合には、それらの他の行為の価格を考慮して当該行為の価格を定めるとともに、当該行為の収載の適時性 (opportunité) についても評価する。

v) UNOCAMへの諮問

UNCAMからUNOCAMに諮問がなされ、UNOCAMは6か月以内に意見を述べる。当該期間内に意見が表明されなければ、意見が述べられたものとみなされる。基礎制度の給付範囲は補足的医療保険の内容にも影響を及ぼすことから、補足的医療保険の運営者団体への諮問手続が設けられたものである。

vi) UNCAMの決定

序列化委員会の事務局を担当するUNCAMの部局が、ミクロ経済的な観点 (当該行為の費用) およびマクロ経済的な観点 (他の行為について予測される展開、入院や医療材料の費用への影響) からの財政的影響や実施されるべき組織的側面も含め、当該行為に関する

適時性についての覚書 (note) を準備する。この覚書に基づいて、UNCAMの事務長会¹⁰⁾ (collège des directeurs) が収載決定を行う。

vii) 大臣の承認

UNCAMの決定は、HASとUNOCAMの意見およびその財政的影響についての概算値を付して、保健および社会保障担当大臣のもとへ送付される。大臣は、UNCAMの決定に対し、45日以内に異議を申し立てることができる。この期間を過ぎると、決定は承認されたものとみなされる。

異議申立てを行う場合には、理由を付して、UNCAM、HASおよびUNOCAMにその旨が通知される。

viii) 官報での公示

大臣による異議申立てがなければ、UNCAMの決定は官報で告示される。CCAMの場合、発効日は一般に告示日から30日以内とされる。

ix) 特例

収載される行為によって期待される効用の改善が著しく大きい、または大きいもので、それが社会保障法典L.165-1条に定めるリスト (LPP) に収載された医療材料の使用に必要な場合には、UNOCAMの意見表明の期間は21日以内に、大臣の異議申立て期間は15日以内に、それぞれ短縮される。

3) リスト

i) CCAM

CCAMは開業医療および病院医療に共通の診療行為分類である。UNCAMの2005年3月11日決定によって定められ、以後、改訂が続いている (現行のものは2013年12月27日から適用されている第32版である)。

2005年決定は、総則 (第1章)、医療行為共通分類 (第2章)、雑則 (第3章) の3つのパートからなる。いわゆる本体は第2章の部分であるが、総則では、総則規定が開業医および勤務医の行う技術的行為の医療保険による引受けまたは償還に適用されること (I-1条)、社会保障法典L.162-1-7条を受けて第2章で定

める技術的行為のリストに収載されていない行為は引受けの対象とならないこと（I-2条）などが定められている。

CCAMは医療行為を記述するコードと支払い関連のコードから構成されている。リスト上では、各医療行為について、当該行為を誰が行ったかを示す「活動」コード、治療段階を示す「段階」コード、償還条件の有無、保険者の医療監視部門による事前の合意の必要性の有無も示されている。

ii) NGAP

NGAPは、CCAM以前に開業医療部門で用いられてきた、医療保険による償還対象となる医療行為の一覧表である。各行為にはアルファベットで示されるキーワード（lettre-clé）と各行為の相対的な価値を表す係数（coefficient）が付され、医療協約で定めた各キーワードの価額に係数を乗じたものが実際の診療報酬額となる。

NGAPはCCAMが未完成の領域でなお経過的に効力を残している。

iii) CABM

医療保険による償還対象となる、臨床医学検査機関での臨床医学検査行為についての一覧表である。現行の一覧表はUNCAMの2006年5月4日決定に基づくもので、各行為についてコード番号、キーワード、係数が付されている。

4) 必要性・経済性¹¹⁾

CCAM等のリストに収載された医療行為等は、無制約に実施し得るわけではなく、当該患者の治療等に必要な限りで行われなければならない。もっとも、必要性の判断は、医療職の裁量に広く委ねられている。

なお、社会保障法典L162-2-1条では、医師はその治療行為や処方において、現行法令の枠組の中で、治療の質・安全・効率と両立し得る「最も厳格な経済性」を遵守すべきことが定められている。また、医師がマッサージ治療を処方する場合には、リハビリを行うために入院する必要があるかどうかを評価する

につき、HASの作成する勧告に従わなければならない（社会保障法典L162-2-2条）。

(3) 医療材料¹²⁾

包括化されない医療材料が医療保険による償還の対象となるには、HASのCNEDiMTSの意見を経て定められるリスト（LPP）に収載される必要がある（社会保障法典L165-1条）。LPPは、タイトル1（生活支援の医療製品、食事療法のための特別食、応急手当用品）、タイトル2（補装具）、タイトル3（インプラント）、タイトル4（身体障害者のための移動手段）に区分されて個別に定められており、それぞれにコード、保険償還価格、一般販売上限価格が付されている。LPPには眼鏡やコンタクトレンズなども収載されているので、これらも医療保険による償還の対象となるが、償還価格は一般に低いので、実際には補足的医療保険によるカバーが重要となる。

(4) 薬剤¹³⁾

フランス医薬品・保健製品安全庁（ANSM）から市場での販売許可（AMM）を受けた薬剤が公的医療保険の償還対象となるには、まず、HASの透明化委員会において、医薬品効能評価（SMR）と画期性評価（ASMR）を受ける必要がある。これらの結果に基づき、UNCAMが償還率を、保健製品経済委員会（CEPS）が製薬会社との交渉によって薬価を定め、官報で告示される。

3. 給付率

(1) 給付率の決定

1) 概要

給付対象と並んで給付範囲を決定する要素が給付率（償還率）である。保険給付は「費用の保障」（couverture de frais）という形をとっており、償還の基礎となる金額に給付率を乗じた金額が実際の償還額となる。

給付率は、裏返せば被保険者の自己負担割合ということになる。社会保障法典L182-2条

3号は、患者の自己負担（participation）を定める権限をUNCAMに委ねている。2004年改革で国からUNCAMに権限が移譲されたもの

である。

現行の給付率は表1を参照。サービスの種類や効用によって給付率に差異が設けられて

表1 医療保険による償還率

	一般	アルザス・モーゼル地方	高齢者連帯手当受給者等
開業診療報酬			
医師・歯科医師・助産師の報酬	70%	90%	80%
医療補助者（看護師等）の報酬	60%	90%	80%
ラボでの分析検査			
B分類の行為（生物学的行為）	60%	90%	80%
P分類の行為（病理細胞・解剖検査）	70%	90%	80%
医師・歯科医師・助産師による検体採取	70%	90%	80%
医療補助者等による検体採取	60%	90%	80%
HIV及びC型肝炎の抗体検査	100%	100%	100%
薬剤			
白ラベルの薬剤	65%	90%	65%
青ラベルの薬剤	30%	80%	30%
オレンジラベルの薬剤	15%	15%	15%
代替性のない特に高価な薬剤	100%	100%	100%
薬剤師が調剤した薬剤	65%	90%	65%
制限が解除された薬剤（PM4）	30%	80%	30%
ホメオパシーの薬剤等	30%	80%	30%
その他の医療費			
眼鏡・コンタクトレンズ	60%	90%	80%
補聴器	60%	90%	80%
包帯、付属品、小型機器	60%	90%	80%
整形外科	60%	90%	80%
大型機器（補装具、義肢、車椅子等）	100%	100%	100%
ヒト由来の製品	100%	100%	100%
移送費	65%	100%	100%
温泉療法			
診療報酬（包括的医療指導、補足的医療行為）	70%	90%	80%
水治療法	65%	90%	80%
宿泊費・移送費	65%	65%	80%
入院による温泉療法	80%	100%	100%
入院			
入院費用	80%	100%	80%
他の病院への転院	100%	100%	100%

出典：CNAMTS ウェブサイト

(<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourser/releve-et-taux-de-remboursement/les-taux-de-remboursement.php>)

※訳語は江口（2011）を参考とした。

※2011年5月2日から、青ラベルの薬剤、制限解除された薬剤、ホメオパシーの薬剤等および補装具等の償還率が5%ずつ引き下げられた。

いる点が特徴的である。また、かかりつけ医を通さない受診の場合には、例外に当たる場合を除いて、給付率が70%から30%に下げられる¹⁴⁾。なお、アルザス・モーゼル地方については、歴史的な理由から特別な制度が存在しており、給付率は高くなっている。

自己負担割合は低くないが、実際には、補足的医療保険によって自己負担分がカバーされている。

2) 長期高額疾病 (ALD)

ALDの場合には、100%給付が行われ、被保険者の自己負担は存在しない。対象となる疾病には、次の3つがある。

- ① 社会保障法典D.322-1条のリストに挙げられた疾病。現在、D.322-1条のリストには、以下の29種類の疾病が列挙されている。すなわち、①障害を伴う脳血管疾患、②骨髄不全その他の慢性的な細胞不全、③虚血症状を伴う慢性動脈症、④ビルハルツ住血吸虫症、⑤重症の心不全、重症の心拍障害、重症の心臓弁膜症、重症の先天性心臓疾患、⑥活動性の慢性肝臓病、肝硬変、⑦継続的治療を必要とする重症の突発性免疫不全、HIVウイルスによる感染症、⑧1型糖尿病、2型糖尿病、⑨重症の神経・筋肉疾患（筋疾患を含む）、重症のてんかん、⑩深刻な先天性または後天性の慢性的な異常血色素症、溶血、⑪血友病および重症の先天性止血異常、⑫冠状動脈疾患、⑬重症の慢性呼吸器不全、⑭アルツハイマー病その他の認知症、⑮パーキンソン病、⑯専門的な継続的治療を必要とする遺伝性メタボリック疾患、⑰嚢胞性線維症、⑱重症の慢性腎症、ネフローゼ症候群、⑲対麻痺、⑳血管症、血液循環系のエリスマトーデス、血液循環系の強皮症、㉑進行性の多発性関節炎、関節リウマチ、㉒長期精神疾患、㉓出血性直腸結腸炎および進行性のクローン病、㉔多発性硬化症、㉕進行性の構造的な特発性脊柱側弯症、

㉖重症の脊椎関節炎、㉗臓器移植後治療、㉘活動性結核、ハンセン病、㉙悪性腫瘍、リンパ組織または造血組織の悪性疾患である¹⁵⁾。

- ② 上記のリストには挙げられていないが、進行性のまたは障害を伴う重大な疾病についても、6か月を超えると見込まれる期間、特に高額な治療を継続して受けるものについては、ALDと認められる（社会保障法典R.322-6条。ALD31）。CNAMTSのウェブサイトには、例として、ページェット病、深刻な機能的影響を伴う慢性または再発性の潰瘍などが挙げられている。

- ③ 障害を伴う病理状態を引き起こし、6か月を超えると見込まれる期間、継続的な治療を必要とするような複数の疾患にかかっている場合（ポリパトロジー。ALD32）。CNAMTSのウェブサイトでは、例として、歩行障害、尿失禁、突発性の震えを伴う多発性関節炎にかかった90歳の者が挙げられている。

(2) 償還の基礎

償還の基礎となる金額は、必ずしも実際に支払った報酬額または購入価格とは限らない。償還の基礎となる金額が実際に支払った額よりも低い場合には、自己負担分が増え、実効的な給付率は低下する。

医療職の全国的な代表的組合とUNCAMとの間では、協約が締結される。医師の医療協約で決められる協約料金表には、(a) 医師に対して、被保険者に請求できる報酬額を設定するという意味と、(b) 被保険者に対して、償還払いの基礎となる金額を設定するという2つの意味がある。この関係でみると、医師は、①医療協約で定める協約料金を遵守するセクター1、②協約料金を超えて報酬を請求できるセクター2、③協約制度の外にある非協約医に分けられる。

協約の適用がある医師（協約医）の場合には、

協約料金が償還の基礎となる。これに対し、非協約医の場合には、行政が定める職権料金が償還の基礎となるが、職権料金は協約料金よりかなり低く設定されているため、実際にはほとんど償還されない。そのため、医師を協約の適用外とすることは協約上の義務違反を犯した者に対する制裁措置としての意味も持ち得る。

表2 医師の種類別の報酬額及び償還額

	セクター1	セクター2	非協約医
報酬額	協約料金 (ただし、時間外の受診、治療経路外での受診の場合には、協約料金を超える額)	協約料金を超える額 (ただし、医師倫理規程上、節度を持った額でなければならない)	自由に設定できる
償還額	協約料金	協約料金	職権料金

出典) 筆者作成

協約医には、協約上の義務を遵守する見返りとして、税制や医師自身に適用される公的医療保険制度などに関して、一定の優遇措置が用意されている。例えば、協約医療従事者医療保険では、医療保険金庫が保険料の被保険者負担分を負担する（セクター1および治療経路に協力するセクター2の場合）。

このようにフランスでは、医師自身による選択の余地を残しつつ、セクター1への誘導が試みられている。

4. 給付方法

(1) 償還払い方式

フランスでは、開業医療についての医療保険給付は、償還払いが原則である。1920年代、フランスでは医療保険を含む社会保険の制定に向けた動きが進んでいくが、伝統的な医師と患者の二当事者間関係に医療保険者という第三者が介入することで医療活動が制約されることを警戒した医師たちは、1927年に開催されたフランス医師組合大会で「医療憲章」を採択し、医療を規律する伝統的な諸原則として「医師選択の自由」「職業上の秘密の尊重」「治療・処方の方

由」「報酬の直接取決め・直接支払い」を定式化した。これらの諸原則は、1928-30年の社会保険法にも影響を及ぼし、また、第二次大戦後にデクレの形式で制定された最初の医師倫理規程にも反映された。そして、1971年に、全国協約方式の導入と引き換えに、社会保障法典L162-2条に、いわゆる「自由医療の諸原則」が明記されることとなった。ここでも、開業の自由や処方の自由と並んで、報酬の「直接支払い」が掲げられている¹⁶⁾。

償還払いの場合には、いったん医療費の全額を被保険者が負担しなければならないため、医療アクセスを妨げる要素となり得る。しかし、なお原則として維持されているのは、①開業医療は基本的に簡単なものが中心であり、②CMU受給者等の低所得者等については第三者払い方式が採られていることなどによると考えられる。

かつては被保険者が保険者である医療保険金庫に償還請求用紙を提出するという紙媒体による償還手続が採られていたが、現在では、ICカードを利用した電子償還システムが普及しており、償還日数も大幅に短縮されている。被保険者が所持するVitaleカードと医師が所持するCPSカードを診療室に備え付けのカードリーダーに挿入し、電子データを送信することで、数日後には被保険者の口座に償還額が振り込まれることになっている。

(2) 第三者払い方式

患者がいったん医療費の全額を負担する必要のある償還払い方式に対して、自己負担分のみ支払えばよいしくみを第三者払い方式という。

補足的CMU、国家医療扶助(AME)、補足的医療保険料支払援助(ARS)の受給者については、費用の前払いが当然に免除される。また、労災の被災者や入院の場合も第三者払いである。そのほか、医薬品や臨床医学検査などについても、医療保険者と財やサービスの供給者または被保険者が加入する補足的医療保険者との協定の枠組みの中で、第三者払いとなる場合が増えている。

5. おわりに

2014年社会保障財政法によれば、2013年度の一般制度の医療保険部門の収支は76億ユーロの赤字、基礎制度全体の医療保険部門の収支は77億ユーロの赤字と見込まれており、依然として大幅な赤字が続いている。そのため、増え続ける医療費にいかに対応していくかは、フランスでも常に課題となっている。

医療費抑制策には、需要サイドに向けたものと供給サイドに向けたものがあり、フランスでは90年代以降、後者に比重を移してきたが（医療職指標、評価認証制度、適正医療行為協定（AcBUS）など）、2004年の医療保険改革以降は、再び前者に属する施策も講じられてきている（1ユーロ定額負担金、保険免責、かかりつけ医制度など）¹⁷⁾。

このような動向に対して、2013年7月に発表された経済分析評議会の覚書では、給付率を引き下げる形での医療費抑制策をやめて、財政的な支障なく保健医療サービスにアクセスできるよう、医療材料および開業医療・入院医療で行われる治療のまたは予防的行為の全体を含む「連帯的医療給付」（panier de soins solidaire）を定め、それについては100%の給付を行うといった内容の提案が示されたが（Askenazy et al, 2013）、具体的な動きにまでは至っていないようである。

本稿は、科学研究費補助金（基盤研究（C）「医療保障の観点からみた医療専門職の職業遂行の法的規律に関する日仏比較法研究」課題番号25380075及び基盤研究（B）「医療費抑制圧力下における診療報酬の適正配分のあり方に関する基礎的研究」（研究代表者：加藤智章）課題番号24330014）による研究成果の一部である。

注

- 1) 所得保障給付としては、わが国の傷病手当金に相当する日額補償がある（社会保障法典L.322-1条5号）。

- 2) 2004年改革によって創設された科学的性格の独立行政機関である。
- 3) 2004年改革によって創設された補足的医療保険の保険者（共済組合、労使共済制度、民間保険会社）の連合組織である。
- 4) 2004年改革によって創設された基礎制度の3全国金庫の連合組織である。
- 5) 15名の医療専門職で構成される専門機関である。
- 6) HASの議決機関で、共和国大統領、国民議会議長、上院議長、経済社会環境評議会議長が2名ずつ指名する計8名の評議員で構成される。任期は6年で3年ごとに半数改選され、一回に限り再任が可能である。
- 7) NGAPに関する常任委員会の後継組織で、医療職の種類ごとに9つの委員会があり、UNCAMが事務局を担当する。各委員会は各医療職の代表的組合の代表者とUNCAMの代表者で構成され、当該作業には国の代表者1名も参加する。
- 8) 病院情報の収集・分析を行う行政的性格の国の公施設である。
- 9) 現行のCCAMとの関係でスコアの一貫性を確保する任務に当たる機関で、12名の学会専門家（内訳は公的部門6名、私的部門6名）で構成される。
- 10) 3全国金庫の事務（総）長で構成される機関であり、UNCAMの事務総長を兼ねるCNAMTSの事務総長が大きな権限を持っている。
- 11) 給付範囲の事後的な担保のしくみについては、笠木(2008)221頁以下参照。
- 12) 医療材料については、厚生労働省(2012)参照。
- 13) 薬剤制度については、松田(2013)参照。
- 14) 江口(2010)17-18頁、加藤(2013)11-12頁参照。
- 15) 深刻な高血圧症（ALD12）は、2011年6月24日デクレにより、リストから削除された。
- 16) 以上につき、稲森(2002)の(一)および(二)参照。
- 17) 医療費抑制策については、加藤(2013)参照。

参考文献

- ・稲森公嘉(2002)「フランスにおける開業医の医業遂行への諸規律(一)～(六)・完」法学論叢151巻1号～6号
- ・江口隆裕(2011)「フランス医療保障の制度体系と給付の実態——基礎制度と補足制度の関係を中

心に——」筑波ロー・ジャーナル10号

- ・笠木映里(2008)『公的医療保険の給付範囲——比較法を手がかりとした基礎的考察』有斐閣
- ・笠木映里(2012)『社会保障と私保険』有斐閣
- ・加藤智章(2012)「フランスにおける患者負担の動向」健保連海外医療保障96号
- ・加藤智章(2013)「フランスにおける医療費適正化の試み」健保連海外医療保障99号
- ・加藤智章・西田和弘編(2012)『世界の医療保障』法律文化社
- ・厚生労働省(2012)「平成23年度保険医療材料等海外実態状況調査結果概要」第55回中央社会保険医療協議会保険医療材料専門部会資料(平成24年11月14日開催)
- ・フランス医療保障制度に関する研究会編(2010)『フランス医療関連データ集[2009年版]』医療経済研究機構
- ・松田晋哉(2013)「フランスにおける薬剤政策」健保連海外医療保障97号
- ・三浦淑子(2005)「フランスにおける医療保険負担」日医総研海外レポート94号
- ・Philippe Askenazy et al., Pour un système de santé plus efficace, Les notes du conseil d'analyse économique, n°8, juillet 2013

英国NHSの給付のあり方について

東海大学教授

堀 真奈美

Hori Manami

NHSの基本的な特徴として、全ての国民が、治療、リハビリ、予防等を含む包括的な医療サービスを原則無料で受けられることをあげられる。だが、厳密には、NHSで全ての医療サービスを完全に無料で利用できるわけではない。NHS傘下病院や傘下組織が提供している医療サービスであったとしても、自己負担があるケースやNHSでは利用できないケースもある。本稿では、このようにNHSの給付範疇（補償範囲）に入るが、自己負担のあるもの、実質的に給付されないものに焦点をあて、NHSの給付および給付の適正化のあり方について若干の考察を行う。

1. はじめに

NHSの基本的な特徴として、全ての国民が、治療、リハビリ、予防等を含む包括的な医療サービス（救急医療、セカンダリケア、プライマリケア、セクシュアルヘルス、メンタルヘルス、コミュニティヘルスを含む）を原則無料で受けられることをあげられる。

だが、厳密には、NHSで全ての医療サービスを完全に等しく無料で利用できるわけではない。最初からNHS傘下ではないプライベート病院やプライベート病床でのサービスを利用する場合はNHSの適用外となり、全額自己負担となる¹⁾。さらに、NHS傘下病院や傘下組織が提供している医療サービスであったとしても、自己負担があるケースやNHSでは利用できないケースもある。たとえば、①処方薬および歯科等²⁾については一部自己負担があるし、②NICEのガイドラインで使用推奨がされないサービスを利用することは実質的にできない、③地域の疑似保険者であるCCG（かつてはPCTがその役割を担っていた）がプロバイダーと締結する契約内容に

よっても、受けられるサービスや処方薬剤の品目は一様ではない。

本稿では、このようにNHSの給付範疇（補償範囲）に入るが、上記の①～③のケースに焦点をあて、NHSの給付および給付の適正化のあり方について若干の考察を行う。

2. NHSの給付内容

（1）患者の自己負担

NHS創設当初は、処方薬も無料であったが、1952年に一部自己負担が導入された（表1）。その後、1965年に再度、無料化がはかられたが、薬剤費の急増により、1968年に再度、処方薬の一部自己負担が導入された。その際、高齢者や若者等是一部自己負担の対象除外とする規定ができた。

サッチャー政権下で、処方薬の自己負担の増加がはかられ、1980年代半ば以降は、ほぼ毎年、負担額を上方改定する仕組みが定着した。処方薬の自己負担額は年度によって異なるが、2013年4月現在は、1品目（量は問わない）ごとに7.85

表1 処方薬の患者の一部自己負担の変遷

1948年	NHS創設
1952年	処方薬、歯科の患者の一部自己負担導入（処方薬はアイテムごとに1シリング）
1965年	処方薬の一部自己負担廃止
	薬剤費請求額の大幅増加（低価格薬の処方増加）
1968年	処方薬の一部自己負担再導入（処方薬1アイテムごとに2シリング6ペンス、高齢者や若者の負担等の例外規定の創設）
1971年	英国通過の十進法化により、処方薬1アイテムごとに20ペンスに
1979年	サッチャー政権誕生、処方薬の一部自己負担を20ペンスから45ペンスに増加
1980年代半ば	処方薬の一部自己負担額を2回改定し、12月末で1ポンドに
1980年代半ば	処方薬の一部自己負担を年間20ペンスずつ増加
1990年代初	処方薬の一部自己負担を年間25ペンスずつ増加
1997年	ブレア政権誕生、処方薬の一部自己負担を年間10ペンスずつ増加（改定幅の縮小）
2001年	ウェールズで16-20歳の処方薬の自己負担無料
2002年	「ワンレスレポート」にて、処方薬の自己負担の例外規定が非論理的であると批判、改善勧告
	マクミリアンがん患者サービス慈善団体ががん患者の処方薬の自己負担廃止キャンペーン実施
	処方薬の管理権限を地方の保健当局からPPA（処方薬オーソリティ）に移行させ、薬価および医療用具の支払価格に介入するように
	処方箋のガイダンス、例外規定の設定管理、処方箋の薬価設定（ドラッグタリフ）、支払ルール
2006年	PPAからNHSビジネスサービスオーソリティに処方薬の管理権限を移行
2007年	ウェールズで処方薬の自己負担無料化
2009年	BMAが、処方薬の自己負担設定について時代遅れであると批判
	24の慈善団体が長期療養を必要とする患者の処方薬の自己負担を無料化するキャンペーン実施
2010年	北アイルランドで処方薬の自己負担無料化
2011年	スコットランドで処方薬の自己負担無料化
2013年	処方薬の患者の一部自己負担7.85ポンド（2013年4月現在）

各種資料より著者作成

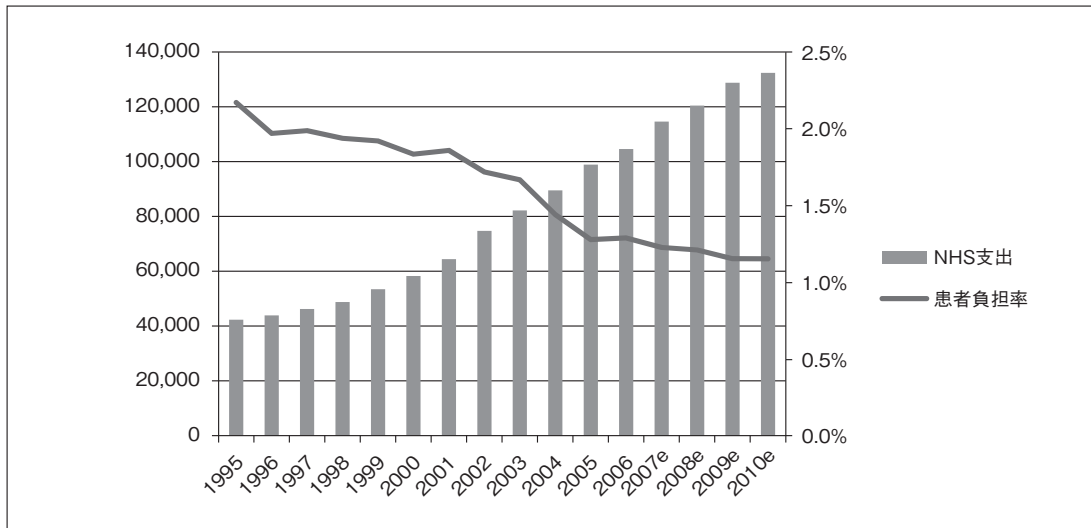
ポンドとなっている。ただし、入院治療やウォークインセンターで投与された薬剤、GPより直接投与された薬剤は全て無料である。

なお、ブレア政権改革中の2002年に出された「ワンレスレポート」³⁾で処方薬の自己負担が非論理的であるという批判や、慈善団体が処方薬の負担無料化のキャンペーンを図るなどの動きを受けて、処方薬の審査・支払における政府の介入が強化されるとともに、一部負担の除外対象者が拡大している。現在では、60歳以上の高齢者、16歳未満の児童、16～18歳のフルタイム学生、妊婦および治療開始前12か月以内に出産した者、NHS入院患者、指定疾患患者⁴⁾や身体障害により除外認定を受けたもの⁵⁾、失業手当、生活保護等（2013年からはユニバーサルクレジッ

ト制度として福祉関連給付が統合）を受けている人などが負担免除となっている⁶⁾。なお、こうした除外規定の結果として、全ての処方薬の9割以上、品目では6割以上が無料で患者に提供されているという⁷⁾。

この他、在宅療養で処方薬が継続的に必要な患者に対しては、処方薬の期間限定割引チケットとも言うべきPPC（Prescription prepayment certificates）認定⁸⁾という制度がある。PPCは、3か月有効なものや12か月有効なものがあり、いずれもオンラインで購入可能である。3か月有効なPPC認定のチケットを購入すると、29.10ポンドとなり、3か月に4品目以上の処方が必要な時には安くなる。12か月有効なPPC認定のチケットは、104.00ポンドで、1年間で14品目以上の処

図1 NHS支出（左軸、単位百万ポンド）と患者負担率（右軸、単位：%）の推移



OHE (2011) Guide to UK Health and Health Care Statistics より著者作成
e) OHE 推計値

方薬が必要な場合は安くなる。有効期限内に不要になれば、払い戻し制度もある。

処方薬と同様に歯科治療についても1952年に1ポンドの患者の一部負担が導入された（1ポンド以下は、全額自己負担）。1971年に5割負担、1988年に7.5割負担（上限150ポンド）、1999年に8割の定率負担（上限384ポンド）となった。

こうした上限付きの定率負担の仕組みから、2006年4月以降、治療類型別に3段階の定額負担払い制度に変更された。2013年4月現在は、1類（検査、X線含む診断、予防のためのアドバイス、歯石除去など）は、18.00ポンド、2類（1類の全てと、充填、根管治療、必要と判断された場合の1本以上の抜歯）は、49.00ポンド、3類（1類、2類の全てと、歯冠、入れ歯・義歯、ブリッジ治療）は214.00ポンドとなっている。そして、処方薬の負担免除と同じく自己負担の免除対象者の規定があり、高齢者や児童、妊産婦、低所得者等が免除されている。ただし歯科医療はプライベート診療が盛んであることから、NHS登録であると同時にプライベート診療を行う歯科医も多く、プライベート診療が優先予約されることもあるようである。なお、他の専門サービスのよう、GPを最初に受診する必要は

ない。

NHS支出は2000年代以降、ブレア政権の改革の影響もあり上昇傾向にあるが⁹⁾、様々な負担免除規定の拡大により、患者の自己負担率は低下傾向にあり、1%台にすぎない。

（2）NICEのガイダンスによる償還

NHS傘下病院での入院治療は原則無料であるが、NICEの使用推奨がなされないために実質的に特定の薬剤等を利用ができないことがある。NICEとは、National Institute for Health and Care Excellence¹⁰⁾の略であり、1999年4月にブレア政権改革の中で誕生したEBMの推進や医療サービスの標準化を進めるために設立された組織である。NICEは、臨床効果や費用対効果をふまえた臨床ガイドラインの作成や、医薬品や医療機器についてテクノロジー・アセスメント（技術評価）を行っており、近年、機能・権限が拡大傾向にあり、NICEのガイドライン、ガイダンスで使用が推奨されるかどうかで、NHSで償還されるかどうか左右される。

たとえば、評価対象となる医薬品（新薬）が既存薬と比較して、追加的な1QALY（質調整生存年数）を得るのにいくら必要なのかを計算

し、その費用対効果（増分費用対効果）を測定する。現在、NICEでは、1 QALY について2～3万ポンドが償還を推奨するかどうかの閾値の目安となっている。より具体的には、①NHSでの使用を推奨する、②限定された集団にのみ推奨する、③推奨されない、以上の3つに分類される。つまり、臨床効果が一定以上あったとしても費用対効果が低い場合は推奨されないこともある（たとえば、アルツハイマー型認知症治療薬の中等度の患者への利用は費用対効果から推奨されなかった）。ただし、推奨されないといっても、④原則使用が推奨されない、というケースだけではなく、⑤当該医療技術の一部について使用が推奨されないという場合がある。近年では、確実な成果が見込まれる場合や革新性があり測定することが困難なものについては、費用対効果の閾値の目安である3万ポンド以上でも推奨される可能性がある。

なお、リスト・アップされた医薬品のみが保険収載の対象になる日本のポジティブリスト方式と異なり、イギリスでは臨床的な有効性が認められないものや費用対効果の悪い医薬品のみが一覧表に示されるというネガティブリスト方式であり、リストに掲載されないものは原則自由となっている。逆に、ネガティブリストに掲載さ

れると実質的に医薬品として承認されていてもNHSでの使用は不可能となることが多い。

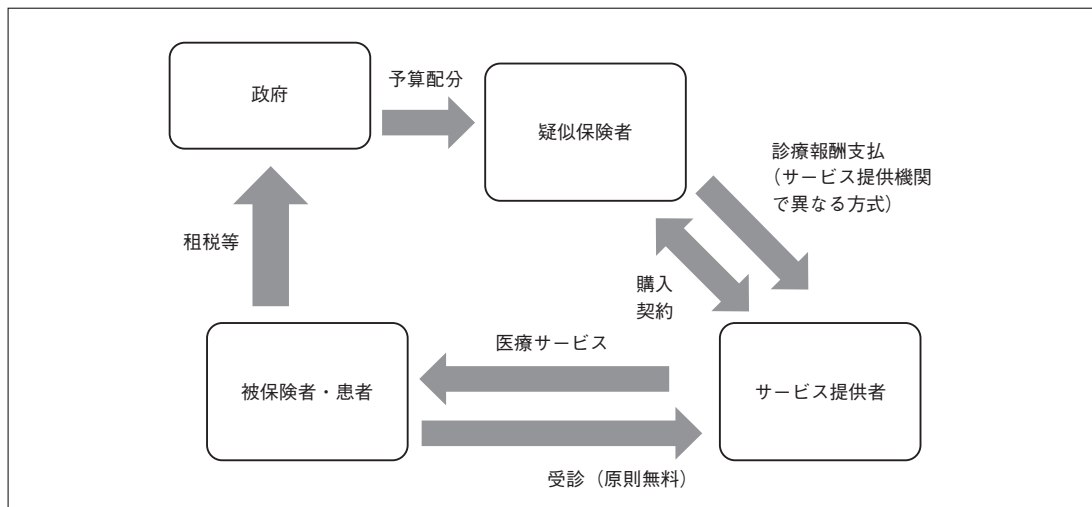
ちなみに、使用推奨されない薬品を利用した場合は、民間保険を活用する、ないしは全額自費の私費医療として利用することになる。ただし、2009年からは、一定の条件を満たすと、NHSと混合診療として利用することが可能である（2009年3月の保健省通知より一定条件のもと認められる）。

（3）「疑似保険者」のコミッションング

NHSは財源が一本化された国営の医療保障制度であるが、一方で、地域の「疑似保険者」のコミッションング（詳細後述）のあり方によって、受けられるサービスは必ずしも一様ではない¹¹⁾。なお、医療保険制度ではないことから、厳密には「保険者」は存在しないが、地域の医療機関と診療報酬等の委託契約を行う主体を、ここでは、「疑似保険者」¹²⁾と呼ぶことにする。

なお、疑似保険者は配算された予算を活用して、救命救急や二次医療を行う病院、メンタルヘルスサービスやコミュニティヘルス（リハビリ、各種療法、在宅療養、コミュニティの調剤薬局含む）の提供機関などと委託契約を締結する。この委託契約のことを、「コミッションング」

図2 疑似保険者（概念図）



著者作成

と呼ぶが、コミッショニングには、委託契約を行うこと以上の意味があり、地域ニーズに応じて必要な医療資源の計画的な配置、プラン策定、地域で継続的なケアが実現するようパスウェイの構築、サービスの提供・改善のためのモニタリング活動を行うことが含まれている（一部直接サービス提供を行うところもあった）。つまり、疑似保険者は、コミッショニングの全過程を通じて、少なからずサービス提供機関の行動に影響を与える主体でもある。

たとえば、コミュニティ薬局が提供するサービスもコミッショニング対象となる。コミュニティ薬局が提供するサービスは、エッセンシャル（基礎必須）、アドバンスド（高度）、エンハンスド（付加）という3つのサービスに区分されるが、エッセンシャルは、必ず全国どこでも実施しなければならないサービスである。調剤、リピート処方箋管理、OTC販売、不使用薬剤の回収などが含まれ、NHSビジネスサービスオソリティの電子請求システムから実績に応じて自動的に償還額が決定される。アドバンスドは、必須ではなく、任意であるが、認定薬剤師によるカウンセリング、エンハンスドは、予防接種や妊娠判定、クラミジア等の性病検査、緊急避妊薬、禁煙補助薬、インフルエンザ薬の提供など地域ニーズに応じて疑似保険者のコミッショニング内容によって異なる。疑似保険者の中には、エンハンスドサービス提供のために必要な研修を行うこともある。つまり、どのようなサービスを行うか、どのような契約を疑似保険者と結ぶかによって薬局が獲得可能な報酬（償還額）は異なることになる。ちなみに、通常、コミュニティ薬局で処方箋発行はできないため、処方箋はGPによって行われることから、疑似保険者が地域の実態に応じて望ましい処方薬についての情報（ジェネリック薬の効能含む）を地域のGPプラクティス（一般医の診療所）に提供している¹³⁾。

なお、こうした「疑似保険者」としての役割は、ブレア改革時に創出されたPCTと呼ばれる組織が担っていたが、より臨床現場に近いところに権限を付与するというキャメロン改革によ

り、GPプラクティスの地域連合体であるCCGという新しい組織に2013年4月より移行することになった¹⁴⁾。PCTは、NHS予算の9割近くを保有し、セカンダリケア、コミュニティケアだけでなく、プライマリケアのサービス提供機関とのコミッショニングを行う機関（一部、直接サービス供給することもある）であったが、CCGは、GPプラクティスを内部に抱える組織であることからGPプラクティスに委託契約を行うのは利益相反になるため、プライマリケアのコミッショニングは行うことはない¹⁵⁾。また、PCTが担っていた公衆衛生、予防活動は地方自治体に権限と予算が移管された。

3. 給付の適正化

ここまでイギリスNHSの給付について述べてきたが、ここからは給付の適正化について検討したい。なお、本稿での、給付の適正化とは、必ずしも医療費の削減を意味するものではなく、制度のルールにそって、本当にサービスが必要とする人に適切なサービスを提供するとともに不適切な給付を少なくすることを意味する。

不適切な給付を排除するという視点から、日本では、患者の自己負担の引き上げがはかられたことがあるが、多くのサービスが支払能力を問わず原則無料（かつ自己負担があるものも前述のとおりきわめて限定的）であるイギリスNHSでは、自己負担の引き上げが給付の適正化の手段となったことはない。フリーアクセスではないイギリスでは、GPプラクティスを受診した段階で、GPが医療ニーズの査定を行うことから、不必要に過剰な受診はそもそもおきにくいと考えられる。

だが、限られた財源と資源で質を低下させずに医療を提供するために、給付の適正化はイギリスでも必要とされている。2000年代以降、政策的に取り組まれた適正化としては、2003年のコミュニティケア法（退院遅延法）およびインターミディエイトケアの充実による退院遅延¹⁶⁾の解消、緊急再入院の是正があげられる。退院遅延

解消により、よりサービスを必要とする人が入院サービスを利用できるようにすることに焦点が当てられた。一方で不適切な入退院をなくすために行われたのが緊急再入院の是正である。

セミマクロレベルの適正化としては、前述の疑似保険者によるコミッションングによる適正化があげられる。地域で必要とされるサービスと契約をし、不要なものとは契約をしない、後発医薬品に切り替えるインセンティブを付与するなどがあげられる。

近年では、「QIPP」プログラム¹⁷⁾が適正化施策としてあげられる。QIPPとは、“Quality, Innovation, Productivity and Prevention”の略であり、質、イノベーション、生産性、予防の頭文字からなる。これらの4つに関係する活動をすることで、何かしらの節約を生じさせることをQIPPチャレンジという。2015年までに、ケアの質の向上と同時に、200億ポンドの効率性節約（efficiency saving）を創出することが数値目標とされている。具体的な内容は、中央集権的に決まるものではなく、質の改善を伴うコスト削減に対する組織的な取り組みとして行われるものであり、内容はプライマリケアでの取り組みから終末期ケアまで多種多様にある。

NICEがその有効性を認めたQIPPの取り組み事例として、南ノーフォークで実施されたGPから専門医への紹介が適切に行われたかを同時進行で確認する管理体制（peer-reviewed referral management）の構築をあげられる。これは、地元のGPプラクティスが共同設立した南ノーフォーク・ヘルスケア・コミュニティ利益企業¹⁸⁾という社会企業¹⁹⁾が実行に移したものであるが、これにより紹介状の質が向上し、外来、入院受診件数ともに大幅に減少したという（これは、10万人人口あたり12万ポンドの節約と同等の効果）。さらに、NICEガイダンスに照らし合わせてみても、処方箋の質が向上したという。

この他、急性期病院を運営するSalford Royal NHSファンデーショントラストと中央ランカシャー大学の共同パイロット事業として、褥瘡、骨折、尿路感染症、静脈血栓塞栓症予防を

組織的に実践した“Safety Express”があげられる。このほか、糖尿病患者の入院率（血圧、コレステロール、HbA1c値の改善を伴う）を低下させるNHSグリーンウィッチの取組みをあげられる。

全体的な傾向としては、病院中心のケアからコミュニティベースのサービス提供に切り替えるものが多い。キングスファンド報告書²⁰⁾によると、緊縮財政下の限られた資源で質を低下させずにコスト節約を行う唯一の方法は、病院サービス全体の「リコンフィギュレーション」（全体の構成要素の利用方法の見直しを含めた再構成）が必要であるという。そして、それを行う上でCCGの役割がキーとなることが示唆されている。CCGは疑似保険者であるが、同時に、GPプラクティスの集合体としての機能から職能集団であり教育機関ともなる主体である。GPは、プライマリケアからセカンダリケア、セカンダリケアからプライマリケア、プライマリケアとコミュニティケア（ホームケア含む）などをつなぐ橋渡しの役割を担ってきたことから、新しいサービスを生み出すことが期待されている。

実際、プライマリケアレベルから、セカンダリケア、コミュニティにおけるまでの医薬マネジメント（EBMと地域連携、ITを活用）の導入を行うなど新しい動きが一部には見受けられ始めている。当面は、こうした動きが、利益相反にならず、地域患者の利益の最大化および臨床上の根拠に基づくかが問われつつけるであろう。

注

- 1) 民間医療保険でプライベート医療を利用する人もいる。民間医療保険については堀(2013)参照。
- 2) この他、医療用かつら、コンタクト・眼鏡、加圧ストッキング等の用具にも自己負担がある。
- 3) Derek Wanless (2012) “Securing Our Future Health: Taking A Long-Term View”（勧告6-75）。
- 4) 人工肛門、咽頭開口術など永久瘻孔が必要、副腎機能低下症（アジソン病等）で特定の補充療

- 法が必要、尿崩症、その他の下垂体機能低下症、糖尿病で食餌療法以外の治療が必要、副甲状腺機能低下、重症筋無力症、筋無力症、てんかん、がん治療などが含まれる。
- 5) 他者のサポートなしに外出できない身体障害者や軍人恩給で障害の治療を受けている人など。
 - 6) ただし、これらはイングランドのケースである。イングランド以外では、現在、処方薬は無料となっている。本稿は、イングランドを前提に議論を行っていることに注意していただきたい。
 - 7) The NHS Information Centre (2013) "Prescriptions Dispensed in the Community England 2002-2012" 参照。
 - 8) <https://apps.nhsbsa.nhs.uk/ppcwebsales/> 参照。
 - 9) ブレア政権以降の改革については、堀 (2011) 参照。
 - 10) <http://www.nice.org.uk/> 参照。
 - 11) ただし、2009年1月に策定されたNHS憲章によりNICEで使用推奨された薬剤や治療のアクセスを認めることが求められている。
 - 12) 一般にNHSは租税方式と呼ばれ、社会保険方式とは原理的に異なるものである。だが、完全に統合一本化された社会保険における複数の保険者（運営）の制度であると想定すると、社会保険か租税方式かの相違はあいまいになる。保険料徴収や被保険者資格審査といった保険者の重要な機能はないが、被保険者の健康づくり、検診などの保健事業、保険医療機関との契約や診療内容の管理を含む医療費の適正化などそれ以外の保険者機能を備える組織としてここでは、「疑似保険者」としている。疑似保険者の議論は、堀 (2012) 参照。
 - 13) 現在、疑似保険者として機能を果たしているCCGは「Prescribing Incentive Scheme Proposals」を設定、GPプラクティスに提供している。
 - 14) 全てのGPプラクティスがいずれかのCCGに加入することが義務付けられており、2013年4月時点で211のCCGが誕生した（PCTは全廃）。なお、CCGには従来のPCTと同様に看護師などのコメディカルスタッフの他、専門医も中に含まれている。
 - 15) PCTはNHS予算の8割以上を配算されていたが、CCGはNHS予算の全体の約6割となっている。残りの予算はNHSイングランド（改革案

では、NHSコミッショニングボード）が管理し、GPプラクティスなどとコミッショニングを行う。

- 16) 高齢者等が、治療上の目的ではなく退院先の施設が見つからないことや、退院までの手続きに時間がかかっていることを意味する。社会的入院の一種であるが、日本のように数か月にわたるような遅延は生じておらず、数日単位である。
- 17) 最初に問題を提起した保健大臣ニコルソン卿の名前をとって、このターゲットは「ニコルソン・チャレンジ」と呼ばれることもある。
- 18) <http://www.snhcic.org.uk/> 参照。
- 19) Imisonほか(2010)参照。
- 20) Keith (2011) 参照。

参考文献

- ・堀真奈美 (2011) 『保健医療分野におけるVFMとアカウントビリティの確保に関する研究』会計検査院
- ・堀真奈美 (2012) 「NHSにおける市場指向型の改革の展望」『NHS改革と医療供給体制に関する調査研』健康保険組合連合会
- ・堀真奈美 (2013) 「イギリスにおける民間医療保険の役割」『健保連海外医療保障』NO.98 19-26
- ・堀真奈美 (2013) 「NHS改革による地方自治体を基盤とする新たな地域保健体制の確立に向けて」『公衆衛生』Vol.78. No.1, p14-19
- ・堀真奈美 (2014) 「医薬品産業の規制」『文化連情報』No.430, 60-63
- ・The NHS Information Centre (2013) "Prescriptions Dispensed in the Community England 2002-2012"
- ・Imison C, Naylor C (2010) "Referral management: lessons for success": The Kings Fund
- ・Keith Palmer (2011) "Reconfiguring hospital services" The Kings Fund

カナダにおける医療給付の範囲をめぐる動向

関西大学非常勤講師

岩崎 利彦

Iwasaki Toshihiko

カナダの公的医療保険では、医学的に必要な医療サービスはすべて給付対象である。しかも患者負担および追加請求は禁じられている（病院の差額ベッド代は除く）。しかし、ほとんどの歯科治療は、公的医療保険の給付対象になっていない。

薬剤費については、公的薬剤保険あるいは薬剤保障のかたちで給付されるが、自己負担があり、低価格薬剤をベースにした給付になっている。その様子をブリティッシュ・コロンビア州の現状から考える。とくに商標付き医薬品を医療給付に望む患者には、不向きな制度になっているといえる。

フレーザー研究所による各州の医療保障制度の特徴についての比較研究によると、低コストで高い価値を得ているのは、オンタリオ州とケベック州である。

1. 2013年の医療費事情

カナダの医療給付の範囲について取り上げる前に、2013年における医療費についてみておきたい。カナダの年間総医療費は、わずかであるが、実質的に減少し始めている。

カナダ保健医療情報研究所（以下、CIHI）[CIHI, 2014, p.xiii]によると、2013年におけるカナダの総医療費は2,112億ドル（Can\$, 以下同じ）、国民1人当たり5,988ドルで、対前年比1.4%の増加と見込まれている。

しかし、これをインフレ率と人口変化を調整した後の実質増加率で見直してみると、2013年は対前年比0.2%の減少で、2012年における対前年比0.1%の減少に続いて、連続して低下している。

国内総生産（GDP）に占める総医療費の割合も、2011年における11.4%から、2012年11.3%、2013年11.2%と、わずかながら低下を続けている。図1は、カナダにおける1975～2013年までの国内総生産に占める総医療費の割合を表している。

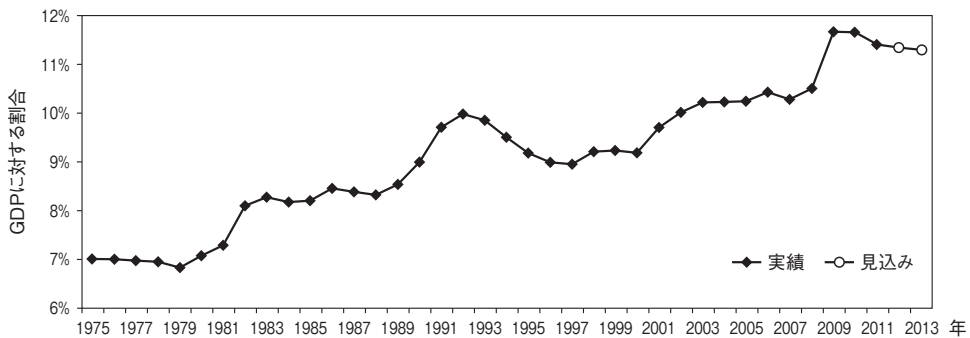
2. 給付範囲1：医学的に必要な医療サービスはすべて給付対象

カナダでは、軍隊、長いつばの帽子・赤い制服姿の騎馬警官で知られる連邦騎馬警察隊、先住民地域など、連邦政府が直接管理するものを除いて、州単位で公的医療保険（一般的には、「メディケア」と呼ばれている）が管理・運営されており、財源は税金（2州は保険料も徴収）である。州によって若干の違いはあるものの、医療サービスの給付内容については、ほぼ同じである。

医学的に必要な医療サービスは、すべて州医療保険の給付対象になる。つまり、美容のための治療あるいは入れ墨（tattoo）の除去といった医学的に必要とは認められない医療サービスは、公的医療保険の給付対象とならない。

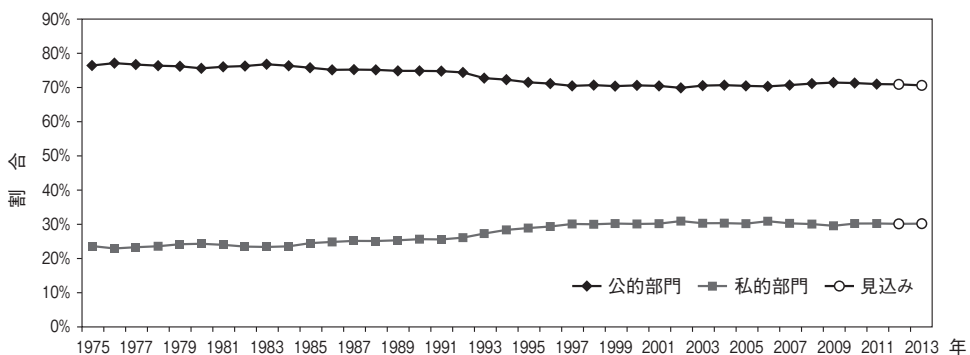
そして、カナダでは、医学的に必要な医療サービスはすべて無料である。しかも医学的に必要な医療サービスに対しては、患者負担はどうか、入院時の差額ベッド料を除いて医師や病

図1 国内総生産（GDP）に占める総医療費の割合の推移



Cited: CIHI [2014, p.10 Figure7].

図2 総医療費に占める公的部門と私的部門の負担割合の推移



Cited: CIHI [2014, p.14 Figure11].

院が患者に対して追加請求をすることも、カナダ保健法を根拠に禁じられている。

したがって、国民（患者）は治療・入院に際して金銭的な心配をせずに、高所得者、低所得者の分け隔てなく公平に均質な医療サービスを得ることができるようになっている。ここに、カナダの医療保障制度の大きな特徴がある。

歴史的に振り返ってみると、日本では1961年に、国民のすべてが何れかの公的医療保険に加入するという国民皆保険が達成されたのに対して、カナダにおいて、国民のすべてが公的医療保険でカバーされるようになったのは、1972年（10州は1971年）のことである。さらに、医学的に必要な医療サービスに患者負担を課すことが全面的に禁止されたのは、1984年制定の連邦政府の「カナダ保健法（Canada Health Act）」が法的根拠になっている。

しかしその一方で、カナダで救急車を利用す

る場合、低所得者を除き有料となることは、日本と異なる特徴の1つである。例えば、ブリティッシュ・コロンビア州（以下、BC州）は、1回80ドルの利用者払いとなっている。また、病院の救急部門における患者への対応は、到着順ではなく、患者の症状等によりトリアージ（triage）という1～5までの優先順位づけによって行われている。

3. 給付の範囲2：歯科サービスは給付対象ではない

上述したように、カナダでは医学的に必要な医療サービスはすべて州の管理する医療保険でカバーされており、しかも治療や入院に際して患者負担がなく、すべて無料であるにもかかわらず、カナダの総医療費に占める私的部門の割合は3割近くある。

図2は、1975年から2013年までのカナダにおけ

る総医療費に占める公的部門と私的部門の負担割合の推移を表している。総医療費に占める公的部門の負担割合は、1997年以降、約70%と相対的に安定して推移しており、2013年は70.1%になると見込まれている。したがって、総医療費に占める私的部門の負担割合は、1997年に29.9%を占めて以降、安定的であり、2013年においても29.9%になると見込まれている。

この総医療費に占める私的部門の割合が3割近くあることの主たる理由は、薬剤費と歯科医療費が私的部門からも支払われていることによる。病院等での一定の治療を除き、歯科サービスの一般的な歯科治療については、州医療保険の対象外となっている。

このため、労働者（およびその家族）の多くは、勤務先が提供する私的歯科保険に加入している。私的歯科保険に加入していない患者は、歯科サービスの費用は、全額自費払いとなる。

CIHI [2013, p.9] によると、カナダ国民の歯科受診状況についての不平等は、ほとんどのOECD諸国よりも高く、低所得者は、高所得者が歯科を受診する件数のほぼ2分の1と少なくなっている¹⁾。この結果は驚くべきことではなく、ほとんどの歯科治療は、患者の自費払いか、あるいは低所得者が加入していない私的歯科保険でカバーされていることによる。

また、州の健康保険の給付対象である処方薬剤等については、後述するように一部患者負担がある。ただし、病院での患者の薬剤費は、病院サービスに含まれるため医療保険給付となり、無料である²⁾。これらのことから、カナダでは総医療費に占める私的部門の割合が3割近くに達する。

4. 無料医療制度下での国外治療

上述したように、カナダでは医学的に必要な医療サービスは、すべて州の公的医療保険でカバーされており、医師サービス、病院サービスともすべて無料である。

ではなぜ、カナダ国民の一部に国外で治療を

受ける者がいるのだろうか。フレーザー研究所のエスメール [Esmail, 2013, pp. 17-19] によると、カナダにおける治療のしやすさに問題があるために、急を要さない手術、すなわち任意手術（elective surgery）をカナダ国外で受けることを選択する者（患者）が出てくるのだという。

彼によると、国外での手術（治療）には大別すると2つのタイプがある。1つは、国内の医療資源の不足等により、州政府が公的医療保険の適用を認めて国外に患者を搬送する場合、もう1つは、患者自らの意志によって国外での治療を選択する場合である。

この患者自らの意志によって国外で治療をするケースは、さらに3つの理由に細分できるといえる。すなわち、①国内で提供される医療サービスの質への懸念、②治療待機期間中における症状悪化など、③単に治療待機期間を嫌うため一の3つの理由である。

カナダ国内の専門医からの回答等をもとにした彼の推定によると、2012年に全患者の0.9%（推定4万2,173名）が国外で緊急を要さない治療を受けた。前年（2011年）の推定である同1.0%（推定4万6,159名）からはやや減少していることになる。

表1は、2012年におけるカナダ国外で治療を受けた者の州別および医療分野別の推定患者数を表している。エスメールは、「他国で治療を受けるカナダ国民の数は、無視できないものである」[Esmail, 2013, p.19] と述べている。

留意すべきは、これらの数字は正確な実数に基づくものでなく、カナダ国内の専門医から回答のあった数字とフレーザー研究所の患者待機期間の調査データをもとに推計されたものということである。したがって、エスメールが指摘しているように、実数は上記の数字を上回っているものと思われる。

5. 急を要さない手術での待機期間：OECDの国際比較

もし、患者が医療サービスを必要とときに、

表1 カナダ国外で手術（治療）した推定患者数（2012年）

医療分野	BC	AB	SK	MB	ON	QC	NB	NS	PE	NL	CAN
形成外科手術	112	69	—	0	121	169	9	—	0	3	482
婦人科	242	168	42	163	882	323	68	48	0	0	1,936
眼科	902	549	142	0	1,223	1,349	118	55	0	255	4,594
耳鼻咽喉科	25	262	—	76	924	17	10	51	4	0	1,370
一般外科	901	722	282	178	1,259	126	35	294	0	0	3,797
神経外科	112	103	0	—	367	26	0	7	0	—	615
整形外科手術	713	1,331	286	120	1,072	10	79	17	0	0	3,628
心臓血管手術	57	18	12	3	220	193	36	0	0	0	539
泌尿器科	1,035	374	—	33	998	391	74	0	0	0	2,906
内科	737	96	22	89	1,245	1,155	11	18	0	81	3,453
放射線腫瘍	7	1	0	0	32	3	54	0	0	0	97
内科腫瘍	74	85	0	0	206	115	5	4	3	0	491
その他	3,216	2,883	595	771	7,177	2,431	497	365	21	310	18,265
合 計	8,132	6,661	1,380	1,435	15,725	6,308	997	858	28	649	42,173

注 1 「その他」は、カナダ国外で手術（治療）した患者の州平均パーセントと *Waiting Your Turn* のその他治療数を使った。

2 州欄の略記号は次のとおりである。BC：ブリティッシュ・コロンビア州／AB：アルバータ州／SK：サスカチュワン州
MB：マニトバ州／ON：オンタリオ州／QC：ケベック州／NB：ニュー・ブランズウィック州／NS：ノバ・スコシア州
PE：プリンス・エドワード・アイランド州／NL：ニューファンドランド・アンド・ラブラドル州／CAN：カナダ10州。

3 「合計」行（縦計）および「CAN」列の数値（横計）が、各項目を足し上げた数値と一致しないのは、各治療者数を集計する際に、得られる最新データを使用したことによる集計時の時間的不一致によるものである。

Source: Barua and Nadeem [2012]. から Esmail が計算したもの。

Cited: Esmail [2013, P. 18].

受診可能な場所で得ることができなければ、医療給付の範囲が医学的に必要な医療サービスをすべて含むといっても、その分を差し引いて評価しなければならないであろう。

急を要さない手術における長い待機期間は、多くの国において重要な政策課題とみなされている一方で、もちろんそうでない国々、すなわちベルギー、フランス、ドイツ、日本、韓国、ルクセンブルク、スイス、アメリカなども存在する [OECD, 2013, p.150]。

しかし、「カナダにおいて、とりわけ関心のあるケアへのアクセスの尺度は、待機期間である」 [CIHI, 2013, p.9]。CIHIは、経済協力開発機構 [OECD, 2013] の急を要さない手術における待機期間についての国際比較データを使って、カナダの待機期間について次のように分析している。

待機期間の国際比較において、カナダが優っているのは、白内障手術、および股関節と膝関

節の関節置換術の待機期間指標においてである。これらの中位の待機期間は、それぞれ46日、87日、106日であり、患者待機期間が問題となっている調査対象のOECD諸国のなかで短い方から上位3位内に入っている。

しかし、CIHIの分析によると、他のOECD諸国と違って、カナダの待機期間は2008年以降、短縮化されていない。むしろ、2011年の中位の待機期間は、膝関節と股関節の置換術において長くなっている。このOECDの指標は、患者が一般医からの紹介を受けて専門医に会うまでの待機期間については含まれておらず、専門医に会ってから手術（治療）までの期間についての国際比較をしているためであるとCIHIは指摘している。

なお、調査方法が異なっているが、フレーザー研究所のバルーアとエスメイルによると、専門医に会ってから治療（手術）までのカナダ全国の平均待機期間は、2011年は9.5週であった

(2012年は9.3週と短くなっている)。¹⁾ [Barua and Esmail, 2012].

6. 処方薬給付の範囲：低価格医療品であること

カナダでは、処方薬剤費の公的給付については、患者負担があるうえに、ジェネリック医薬品を処方することが政策的に徹底されている。

原則として、類似の効能のあるジェネリック医薬品があるにもかかわらず、医師が商標付き医薬品を処方した場合、あるいは患者が商標付き医薬品の処方を望んだ場合であっても、薬局の薬剤師は、患者の了解の下で処方箋に記載された商標付き医薬品をジェネリック医薬品に変更する権限を有する。

また、患者が、医師による州保健省への特例許可申請なしに商標付き医薬品の調剤を薬局で希望した場合、その薬剤費は、各州が定めた該当ジェネリック医薬品価格（もしくは、上限価格の医療品）までしか給付額の対象とならない。差額は、患者が自費で負担しなければならない。

公的医療保険の給付範囲と直接関係ないが、カナダの興味ある薬剤政策として、処方薬に市場競争原理を導入していることを紹介しておきたい。処方医薬品価格は、薬剤の成分費用（製造原価）と調剤費用（マージンを含む）で構成されている。州政府は、この調剤費用部分を利用した自由競争を薬局に認めている。

つまり、処方箋で処方薬を購入するときに支払う患者の自己負担額が、薬局によって異なっているということである。安い調剤費の薬局で処方薬を購入すれば、自己負担額は少なくて済む³⁾。

カナダでは、医学的に必要な医療サービスに患者負担を課することが禁止されているにもかかわらず、処方薬剤に患者負担が課されていることの理由の1つがここにあるとも考えられる⁴⁾。このようなかたちで処方薬に市場競争原理を導入するというのは、よい政策といえるのではないかと。

7. ジェネリック医薬品の徹底した処方促進

薬剤保障についても、処方集に収載されている処方薬数にいくらかの相違が州間にあるものの、ジェネリック医薬品の低価格化政策（州の一括購入や入札制など）では、ほぼ全州が足並みを揃えている（ケベック州を除く）⁵⁾。

本稿では、BC州の薬剤保障制度（BC Pharma Care system）を検討することにより処方薬における給付の範囲を考えてみたい⁶⁾。

BC州では、同州の医療保険制度を医療サービス保障制度（Medical Service Plan：MSP）と呼んでおり、州民はこのMSPに加入していることを前提に、BC州薬剤保険（BC PharmaCare）に無料で登録することによって薬剤給付を得ることができる仕組みになっている。BC州民は、州薬剤保険（PharmaCare）に対する薬剤保険料を支払う必要はない（登録するだけでよい）。

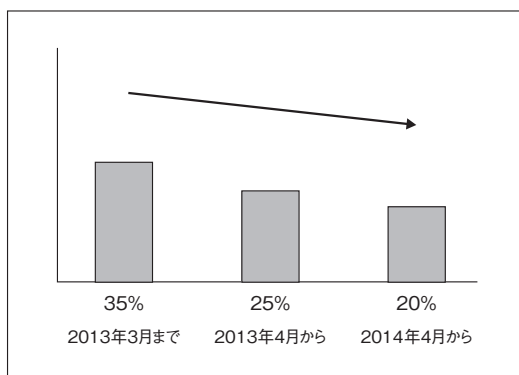
BC州はジェネリック医薬品のコストを下げるために、2012年5月に「薬剤サービス法（Pharmaceutical Services Act）」を施行して、薬剤価格規制を導入した。そして、2013年4月よりジェネリック医薬品価格を、商標付き医薬品価格（ブランド薬価格）の25%の価格に引き下げた（従来は35%の価格であった）。さらに2014年4月から、ジェネリック医薬品価格を商標付き医薬品価格の20%の価格に引き下げることが決まっている [BC, 2012]。図3は、このことを図示したものである。

BC州保健省は、この変更によって2年間で合計1.1億ドルの薬剤費の節約になると見込んでいる [Vancouver Sun, 2013]。

BC州において、このジェネリック医薬品価格の引下げ政策によってもたらされる州の薬剤支出の節約と、州民（患者）の処方薬剤費負担を軽減する効果とを支えるのが、1994年に導入された低費用代替薬剤制度（Low Cost Alternative Drug Program: LCA）である⁷⁾。

LCAのもとでは、薬剤—通常、ジェネリック医薬品—を、成分、濃度、調合に基づいた低費

図3 BC州における商標付き医薬品価格に対するジェネリック医薬品価格の割合



Source: BC[2013].

用代替薬剤範疇（LCA categories）に分類整理する。州薬剤保険は、それぞれの低費用代替薬剤範疇内の薬剤に対して適用する給付限度額（LCA価格）を定める。この給付限度額は、それぞれの範疇ごとに、通常、BC州で得ることができる最も安価な医薬品の価格である。

したがって、ジェネリック医薬品であっても、給付限度額（LCA価格）を超える薬剤は、州薬剤保険で完全給付（100%給付）の対象とならない。さらにいえば、州薬剤保険では、ジェネリック医薬品であれ、商標付き医薬品であれ、LCA価格を上回る処方薬は、すべて当該LCA価格までしか給付対象額としないのである。LCA価格を超える部分は、州薬剤保険（PharmaCare）の給付対象にならないため、患者の自費払いとなる。

もちろん、患者が低費用代替薬剤（LCA）に含まれる非医学的成分の1つにアレルギーを有していれば、医師が州保健省に特例許可（Special Authority）を申請することによって、同じ範疇の他の薬剤を処方しても、州薬剤保険の給付対象となる⁸⁾。

このように、BC州をはじめカナダにおける薬剤保障には、ジェネリック医薬品を処方することが基準になっている。したがって、商標付き医薬品の方を希望している一部の者（患者）には、州薬剤保険による給付範囲が限定されていると感じる向きがあるかもしれない。

しかし、カナダでは「ジェネリック医薬品は、商標付き医薬品と同じ活性成分があり、同じ健康利益をもたらす。低価格のジェネリック医薬品の購入がケアを損なうことはない」[BC, 2014] ということが、すでに国民に周知徹底されているようである。

8. 薬剤給付の制限：重複受診による処方薬の重複受給は不可能

BC州では、患者が重複受診をしたとしても、州薬剤保険で重複して処方薬を受け取ることはまず不可能である。なぜなら、1992年に実施が承認され、1995年9月よりBC州のすべての薬局で実施されたファーマネット（PharmaNet）制度があるからである。ファーマネットとは、BC州のすべての薬局を州保健省に設置されているデータベースにリンクさせたコンピュータ・ネットワークである。

州民（患者）が同一の疾病治療で重複受診して、薬局で処方薬を重複して得ようとしても、ファーマネットによって薬局の店頭で直ちに発覚してしまう。もし患者が、いずれの処方箋でも処方薬を得たいと希望すれば、その重複している処方薬剤費については、全額自費払いしなければならない。

薬局は、このファーマネットによって患者の処方薬の自己負担額をチェックできるので、患者の過去の自己負担額が免責額（定額負担額）に達しているとわかれば、薬局（薬剤師）は薬剤費の自己負担額を徴収しない。

重複受診症候群とでもいべき患者（カナダでは余り見かけない）には、ファーマネットはいまいましい制度であるかもしれない。しかし、ファーマネットによって重複受診による州政府の薬剤費支出の節約、複数の処方薬剤を調剤してもらっている患者の薬剤間の副作用の防止にも役立っているということを、多くの患者（国民）が理解しているようである。

表2 州医療保障制度の特徴

価値の高さ ⇨ コストの高さ ⇩	高い価値	平均的価値	低い価値
高コスト	アルバータ州	ニュー・ファンドランド・ アンド・ラブラドル州	
平均的コスト	ニュー・ブランズウィック州	マニトバ州	サスカチュワン州
		ノバ・スコシア州	プリンス・エドワード・アイランド州
低コスト	オンタリオ州		ブリティッシュ・コロンビア州
	ケベック州		

Source: Barua [2013].

Cited: Barua and Nadeem [2013, p.25].

9. まとめに代えて：州間で異なる医療保障制度の価値

カナダでは医療分野の管轄権は州にあるが、カナダ保健法という枠組みのなかで、すべての州がすべての州民に普遍的な医療保険を提供している。しかし、州間で医療制度の価値（成果）と医療支出の関係が異なっているようである。各州の医療保障制度の特徴をみても、医療支出に寛大な州が、必ずしもより良い医療成果を上げているとは言い切れないようである。

前述のバルーアとエスメイル [Barur and Esmail, 2013, pp.22-25] は、カナダの各州の医療保障制度に対するカネの値打ち（value for money）を、医療資源の得やすさ、医療資源の利用度、医療資源へのアクセスの容易さ、および臨床成果の観点から分析した。その結果をまとめたのが、表2である。

彼らのまとめによると、各州の医療保障制度の特徴は次のようになる。低コストで高い価値をもたらしている州は、オンタリオ州とケベック州である。そして、低コストで低い価値の州医療保障制度がBC州である。また、平均的なコストで平均的な価値の医療制度であるのが、マニトバ州とノバ・スコシア州である。

彼らの評価結果はさておきとしても、医療の給付範囲を考える際に、医療支出の大きさと医療成果との関係に留意することも必要であろう。

注

- 1) 原典の出所は、[Sadeghi et al., 2012, p.1]である。シャーデーギ等は、2005年のカナダ地域健康調査 (Canadian Community Health Survey: CCHS) からの最新の関連データを使って、オンタリオ州の歯科治療について分析している。オンタリオ州民の68%が私的歯科保険に加入している。しかし、高齢者、低所得者、低い教育を受けた者では、私的歯科保険に加入している者は、それぞれ36%、40%、41%であった。一方、高所得者層では、85%が私的歯科保険に加入していた。
- 2) 患者にしてみれば、入院中の薬剤費は無料であったのにもかかわらず、退院後、自宅近くの薬局で処方してもらうようになると、薬剤費の一部を支払わなければならないという問題が生じる。
- 3) 筆者も1998年頃、BC州の州都ビクトリア市に在住中に、同じ処方箋でも薬局によって支払額が異なることを経験している。
- 4) 処方薬の調剤費に価格競争原理を導入することの有効性を説明する論文として[Evans and Williamson, 1978]がある。
- 5) ジェネリック医薬品政策については、[岩崎, 2013, pp.25-33]を参照。
- 6) この項は、[BC, 2014]を参考にした。
- 7) なお、BC州は、薬剤の限度価格政策として低費用代替薬剤制度の他に、1995年に参照薬剤制度 (Reference Drug Program: RDP) を導入している。この制度は、1つの治療分類に1つ以上の薬剤がある場合、州薬剤保険は、その分類範疇のなかで最も医学的に有効であり、最も費用対効果があるとみなされる薬剤のみ完全給付 (100%給付) とする。この薬剤を参照薬剤と呼んでいる。2013年現在、5範疇 (ヒスタミン2

レセプター遮断薬、非ステロイド抗炎症薬、硝酸薬、ACE阻害薬、ジヒドロピリジン系Ca拮抗薬）がある。この制度も、州薬剤支出の抑制に寄与している。

- 8) 特例許可による給付は、その申請情報がファーマネット (PharmaNet) に届いた日から適用される。事後申請は認められない。ファーマネットについては、本文の第7節を参照。

参考文献

- ・ Baura, Bacchus and Nadeem Esmail [2012]. *Waiting Your Turn: Wait Times for Health Care in Canada, 2012 Report*. Vancouver, BC: Canada. Fraser Institute.
- ・ Barur, Bacchus and Nadeem Esmail [2013]. Value for money in health care: Varying performances across Canada. In *Fraser Forum* (May/June 2013).
- ・ British Columbia (BC). [2012]. New drug price regulation to benefit B.C. families, *BC Newsroom* (November 23, 2012). B.C. Ministry of Health.
<http://www.newsroom.gov.bc.ca/2012/11/new-drug-price-regulation-to-benefit-bc-families.html#> (Accessed: February 16, 2014.)
- ・ British Columbia (BC). [2013]. B.C. families pay less at the pharmacy starting April 1, *BC Newsroom* (April 1, 2013). B.C. Ministry of Health.
<http://www.newsroom.gov.bc.ca/2013/04/bc-families-pay-less-at-the-pharmacy-starting-april-1.html> (Accessed February 16, 2014.)
- ・ British Columbia (BC). [2014]. General PharmaCare Coverage Policies, B.C. Ministry of Health.
<http://www.health.gov.bc.ca/pharmacare/policy.html#top> (Accessed: February 6, 2014.)
- ・ Canadian Institute for Health Information (CIHI). [2013]. *Benchmarking Canada's Health System: International Comparisons*. Ottawa, ON: Canada. CIHI.
- ・ Canadian Institute for Health Information (CIHI). [2014]. *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2013*. Ottawa, ON: Canada. CIHI.
- ・ Esmail, Nadeem [2013]. Leaving Canada for medical care, 2012. In *Fraser Forum* (May/June 2013).
- ・ Evans, Robert and M. Williamson [1978]. *Extending Canadian Health Insurance: options for pharmacare and denticare*. Toronto, ON: Canada. Ontario Economic Council (by University of Toronto Press).
- ・ Sadeghi, Laleh; Manson, Heather and Carlos Quiñonez (Public Health Ontario). [2012]. *Report on Access to Dental Care and Oral Health Inequalities in Ontario*. Toronto, ON: Queen's Printer for Ontario. Ontario Agency for Health Protection and Promotion (Public Health Ontario).
- ・ Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). [2013]. *Health at a Glance 2013: OECD Indicators*. Paris: France. OECD.
- ・ Vancouver Sun [2013]. B.C.'s drug cost burden a 'ticking time bomb', *Vancouver Sun* (December 12, 2013).
- ・ 岩崎利彦 [2013]. 「カナダ：ジェネリック医薬品政策の動向と課題」『健保連海外医療保障』No. 97 (2013年3月)。

1. 基本情報

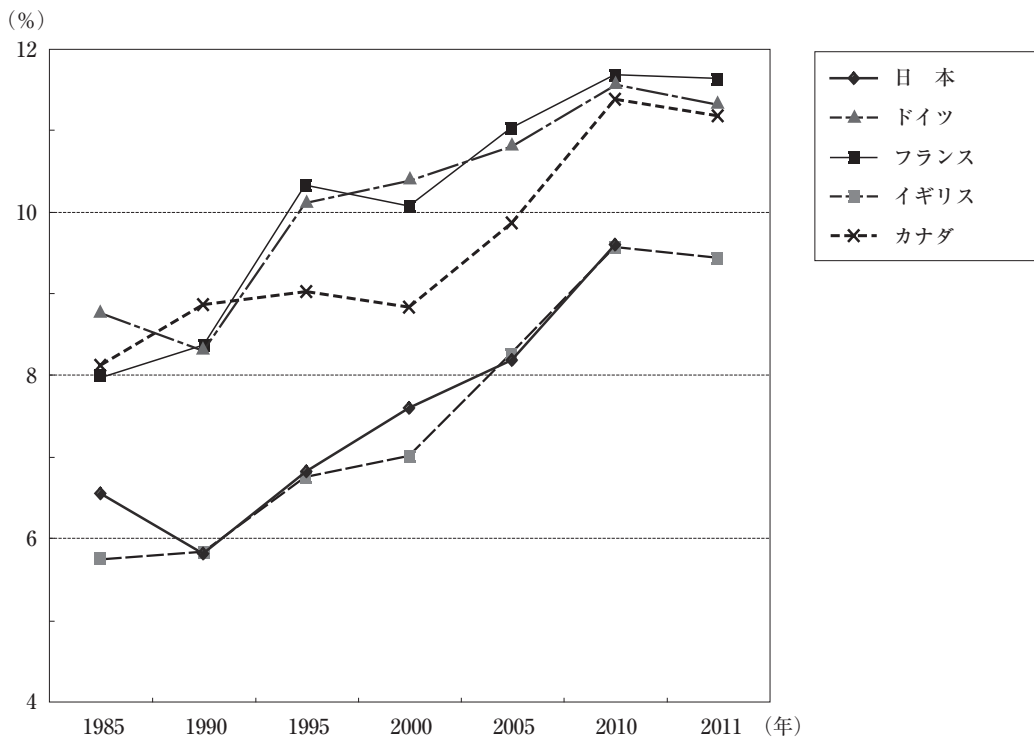
	日本	ドイツ	フランス	イギリス	カナダ
総人口(千人)	127,515 (12年)	81,913 (12年)	63,249 (11年)	63,705 (12年)	34,880 (12年)
高齢化率(%)	23.3(11年)	20.7(11年)	17.1(11年)	16.2(11年)	14.7(11年)
合計特殊出生率	1.39(10年)	1.39(10年)	1.99(10年)	1.98(10年)	1.67(10年)
平均寿命(年)	男79.4／女85.9 (11年)	男78.4／女83.2 (11年)	男78.7／女85.7 (11年)	男79.1／女83.1 (11年)	男78.7／女83.3 (09年)
失業率(%)	4.4(12年)	5.5(12年)	10.3(12年)	7.9(12年)	7.2(12年)
社会保障費対GDP(%)	18.7	25.2	28.4	20.5	16.9
医療費対GDP(%)	9.6(10年)	11.3(11年)	11.6(11年)	9.4(11年)	11.2(11年)
国民負担率 (国民所得比) (%)	(A) + (B)	38.5	50.5	60.0	47.3
	租税負担率(A)	22.1	28.6	35.2	36.4
	社会保障負担率(B)	16.4	21.9	24.8	10.8

(注) 1. 社会保障費対GDPは各国07年の数値。

2. 国民負担率については、各国10年の数値。

出所：OECD(2013)、財務省HP。

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD(2013)

3. 医療提供体制

(11年)			日本	ドイツ	フランス	イギリス	カナダ
平均在院日数			17.9	9.3	5.6	7.3	7.7 (10年)
病床数	医療施設	急性期	1,016,394 (7.95)	434,087 (5.33)	223,289 (3.43)	149,052 (2.41)	59,107 (10年) (1.73)
		長期	344,317 (2.69)	— —	32,621 (0.50)	— —	18,549 (10年) (0.54)
		精神	344,047 (2.69)	98,719 (1.21)	57,928 (0.89)	33,052 (0.54)	11,960 (10年) (0.35)
		その他	7,681 (0.06)	139,767 (1.72)	101,371 (1.56)	— —	4,237 (0.12)
医療 関係者数	医師		283,548 (10年) (2.21)	312,695 (3.84)	199,920 (3.07)	173,420 (2.81)	— —
	歯科医師		98,739 (10年) (0.78)	65,502 (0.80)	41,507 (0.64)	33,392 (0.54)	— —
	薬剤師		197,616 (10年) (1.54)	50,656 (0.62)	68,732 (1.05)	41,020 (0.66)	— —
	看護師		1,285,379 (10年) (10.04)	925,000 (11.37)	— —	529,127 (8.57)	319,026 (9.25)

(注) 1. 下段のカッコ内は人口千人当たり。
2. 日本の平均在院日数は急性期の数値。
出所：OECD, StatExtracts (2013)

4. 掲載国通貨円換算表 (2014年2月末現在)

(単位 円)

ドイツ、フランス (1ユーロ)	イギリス (1ポンド)	カナダ (1カナダドル)
141.25	174.14	93.22

健康保険組合連合会

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