

# 健保連海外医療保障

No.104 2014年12月

## ■特集：医療保障をめぐる諸情勢

- ドイツ  
ドイツにおける地域医療の動向について…………… 藤本 健太郎
  
- フランス  
フランスにおける補足医療保険改革の動向  
—「社会的地位か市場原理か？」…………… 柴田 洋二郎
  
- イギリス  
NHS改革のもう1つの側面—法学からの考察…………… 国京 則幸
  
- カナダ  
カナダの医療制度の有効性  
—医療アクセス、医療の質、管理費の観点から…………… 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.104 2014年12月

## ドイツにおける地域医療の動向について

静岡県立大学准教授

藤本 健太郎

Fujimoto Kentaro

地域包括ケアの導入により、地域医療の重要性はさらに増しつつある。地域医療においては医療専門職の役割が重要であるが、さらに生活支援の観点から、市民ボランティア等との公私連携も重要であると考えられる。本稿では、まずドイツの家庭医の現状について述べ、次にシュレーダー政権による市民ボランティアを中心とするドイツの在宅ホスピスについて述べ、最後に日本への示唆について考察する。

### 1. ドイツの家庭医を巡る状況

第一次シュレーダー政権による医療改革2001において、家庭医の水先案内人としての機能を強化することとされた。しかし、ドイツにおいては疾病金庫と保険医協会の交渉によって診療報酬が決まり、保険医協会が診療報酬の分配を行うが、専門医に比べて家庭医の発言力は弱いため家庭医の収入は専門医よりも低く、新たに家庭医になる医師が少ないことが指摘されている。こうした状況を変えるためにドイツ家庭医協会が設立され、一定の条件を満たす場合に保険医協会を bypass して直接保険者から診療報酬を得る仕組みがつけられたが、保険医協会との軋轢も生じている。

#### (1) ドイツの家庭医制度の概要

##### 1) 根拠条文

社会法典第5編第73b条が家庭医の根拠条文であり、公的医療保険者である疾病金庫は被保険者に対し、特別な家庭医中心医療(haustarztzentrierte Versorgung)を提供することとされている。

##### 2) 家庭医の役割

ドイツ連邦保健省は、家庭医はすべての医療の水先案内人(Lotse)として位置づけている。そして、家庭医の役割は、被保険者とともに次の治療ステップを決め、診療所や専門医の選択の助言を行うことであり、こうした機能は、被保険者の病歴や生活状況を熟知している場合に最もよく発揮されるとされている<sup>1)</sup>。

##### 3) 家庭医中心医療

社会法典第5編第73b条にいう家庭医中心医療への参加は任意であるが、被保険者は家庭医中心医療に参加すれば、原則として最初に家庭医にかからなければならない。ドイツの医療は日本ほどのフリーアクセスではないが、イギリスのNHSのようにGP(General Practitioner: 一般医、家庭医)の指示に従う必要はなく、通常、どの開業医にかかるかは患者が選択できる。なお、病院は入院診療を行うことが原則であり、外来診療は原則として開業医が担う。

##### 4) 選択タリフの1つとしての家庭医タリフ

疾病金庫は、その被保険者に対し、家庭医中心医療のために特別な家庭医タリフ

(Hausarzttariff) を提供しなければならないとされている。家庭医タリフは、2007年の公的医療保険強化法によって導入された選択タリフの1つである（選択タリフ：法定給付以外に疾病金庫が提供する給付プログラムで、提供が必須のものとして任意に提供するものがあり、実際に選択するかは被保険者の自由となる）。

ドイツ連邦保健省によれば、疾病金庫は、最初に家庭医にかかることを選んだ者に対し、それぞれの疾病金庫の規約に従い、報奨金の支払い（Prämienzahlung）や患者負担の軽減（Zuzahlungsermäßigung）などを行うことができる<sup>2)</sup>。

### 5) 家庭医協会と疾病金庫の直接交渉

ドイツでは、従来、保険医協会が疾病金庫と診療報酬の交渉を行い、各診療科への診療報酬の配分は家庭医協会が行ってきた。しかし、家庭医協会が地域の家庭医の過半数を組織した場合には、保険医協会を通さずに直接、疾病金庫と家庭医の診療報酬について交渉できることとされた。

#### (2) 2014年の家庭医制度の改正

家庭医の根拠条文である社会法典第5編第73b条は2014年2月に改正された。ドイツ連邦保健省のプレスリリースによれば、連邦保健大臣のHermann Gröheは「家庭医の役割を強化することを私たちは望んでいる」と述べており、家庭医は身近な医療の背骨（Rückgrat）であり、73b条の報酬制限（Vergütungsbeschränkung）を撤廃したとも述べている。

ドイツ家庭医協会は、これまで第73b条の払い戻し条項（Refinanzierungsklausel）が家庭医中心医療への転換をかなり困難にしてきており、第73b条の改正は、被保険者にとって家庭医中心医療を利用しやすい（zugänglich）ものにするとして、制度改正を歓迎するプレスリリースを出した（同条項については、後の(3)1)④で述べる）。

### (3) ドイツの家庭医の現状

前中医協会長である土田武史 先生のお声かけにより、筆者は2014年5月に日本医師会・民間病院ドイツ医療・福祉調査団に参加し、ドイツの家庭医の現状を調査する機会を得た。

#### 1) ドイツ家庭医協会

以下は、ドイツ家庭医協会の代表であるDr. Ulrich Weigeldtに対するヒアリング結果のポイントである。

##### ① 家庭医の減少

ドイツでは家庭医は減少しており、専門医は増加する傾向にある。また、勤務医は増加する一方、開業医は減少している。ドイツでも高齢化は進んでおり、高齢者は現役世代よりも家庭医を必要とするのにもかかわらず、家庭医が減少しているのは問題である。平均年齢をみても、専門医は50.7歳であるのに対し、家庭医は51.7歳と若干高くなっている。若い医師はなかなか家庭医になろうとしない。その背景には、保険医協会から専門医に払われる部分が多く、家庭医に払われる分が少ないことがある。このため、若い医師は専門医になることを選択することが多い。

##### ② 疾病金庫との直接契約

家庭医協会が地域で50%以上の家庭医を組織すると、疾病金庫と交渉する権限が与えられる。家庭医はドイツ全国で1万4,619人おり、個々に疾病金庫と契約を結ぶと混乱する。このため、家庭医協会が間に入る。直接契約の締結状況については、新しい契約はいろいろな法定疾病金庫と結んでいる。バーデン・ビュルテンベルク州以外にもプレーメン州でもバイエルン州でも結んでいる。ほかのいくつかの州でも話は進んでいる。IKK（同業者疾病金庫）クラシックとTK（技術者疾病金庫）とは連邦レベルで契約した<sup>3)</sup>。しかし、バルマー（疾病金庫）との契約は止まった。また、4年前にバイエルン州のAOK（地域疾病金庫）が解約した。今は調停委員会で調停手

続き中である。

当初想定したほど急速に契約は結ばなかったが、少しずつ契約は広がっている。

#### ③ 家庭医、患者、疾病金庫のそれぞれのメリット

直接契約は、家庭医にとっては報酬が20%くらい高く、事務負担が軽い。

患者にとっては、専門医にすぐつないでもらえる。

疾病金庫にとっては、より多くの被保険者を獲得できること、投与される医薬品の量が家庭医の方が専門医よりも少ない。

#### ④ 社会法典第73b条の払い戻し条項 (Refinanzierungsklausel)

社会法典第73b条の払い戻し条項あるいは報酬制限 (Vergütungsbeschränkung) とはどのようなものか、文献調査では十分明らかにならなかったことから、その内容についてたずねたところ、以下のとおりであった。

払い戻し条項は4年前につくられた条項である。公的医療保険 (GKV) は家庭医契約により大きな赤字が生じると主張したことにより、盛り込まれた。しかし、実際には赤字は生じなかった。

払い戻し条項においては、家庭医に対する新しい報酬は古いシステムによる報酬と比較されなければならないこととされた。比較は、新しい契約を結んで6カ月後に実施される。その結果、もし新しい報酬の方が古い契約によるものよりも高い場合 (実際に20%くらい高かったが)、経済性や質の向上など成果を示さなければならず、成果を示せない場合、古いシステムより高い分を法定疾病金庫に返さなければならないこととされた。さらに深刻な問題であったのは、法定疾病金庫のデータに基づいて成果が検証されるが、当該データは非公開のため、家庭医協会には内容がわからないことである。

家庭医協会では、政権と連邦保健省に対し、このような土台の上では働けないと働き

かけを続けた。加えて、バーデン・ビュルテンブルク州における評価が効果的であったと考えている。バーデン・ビュルテンブルク州で行われたアンケート結果によれば、患者の96%が家庭医契約を知人に勧めると回答していた。

#### ⑤ 契約の内容

疾病金庫との直接契約のモデルについて説明があったが、どの疾病金庫でも契約内容は同じなのかと質問したところ、少しずつ違うとのことであり、基本報酬の部分が少なく追加工報が多い場合もあり、また、TKでは1年ではなく半年単位で包括払いが行われるとのことであった。

## 2) ドイツ保険医協会・ドイツ連邦保健省

家庭医の役割を強化するための方法論において、関連機関はドイツ家庭医協会と必ずしも認識が同一ではない。

ドイツ保険医協会では、かつては家庭医契約が話題になったが、次第に下火になっているとの説明があった。ドイツ連邦保健大臣が家庭医を重視する発言をしていることについてどのように考えるかを保険医協会に質問したところ、家庭医と家庭医の団体の重要性は分けて考えるべきであるとの回答であり、家庭医協会への反発がうかがえた。

また、ドイツ連邦保健省におけるヒアリングでは、専門医の方が多数であるため、なかなか家庭医の利害が代弁されないことがあり、家庭医グループと専門医グループの間で深刻な対立があったことも述べられたが、まず最初に家庭医に行かなければいけないという部分を強化すべきではなく、重要なのは家庭医も専門医も共同して利害を代表する組織を持ち続けることであると述べられ、家庭医のみの利害を代表する家庭医協会に対して否定的な評価をしているという印象であった。

## 2. 家庭医の役割強化を巡る日独の混迷

ここまで述べたように、ドイツの家庭医については、役割の強化という点では合意はあっても、どのように役割を強化していくかについては、関係者の間で路線対立がある。

日本でも、家庭医の役割を強化すること自体についての異論はないと思われるが、その方法については、厚生労働省が新たな専門医として位置づけて「総合診療専門医」の養成を目指しているのに対し、日本医師会は従来からのかかりつけ医を強化し、日本医師会が認定するかかりつけ医を家庭医の中核とすべきであるとしている。

わが国では地域包括ケアが導入されるなど在宅医療を重視する大きな政策の流れがあり、地域医療において家庭医の果たすべき役割は大きい。関係者が歩調をそろえて家庭医の役割を強化することが望まれる。

## 3. 望まれる地域医療の強化

地域包括ケアの導入など在宅ケアが重視されるなか、地域医療の強化も望まれる。

地域医療において家庭医の果たす役割は大きいと思われるが、医師以外の専門職、さらには市民も連携してこそ、地域医療は機能するのではないかと考えられる。へき地を中心として医師不足が問題となるなか、在宅医療においては看護師や歯科衛生士が従来以上に大きな役割を果たすことが期待される。また、地域包括ケアの推進のためには在宅医療と在宅介護の壁を取り払うことが必要であり、在宅ケアを受ける人が安心して地域で暮らすためには、医療専門職とケアマネジャーなど福祉専門職との連携が推進されることが重要である。

さらに、地域包括ケアに盛り込まれている生活支援のように、在宅ケアを受ける人には専門職によるケアだけではなく、日常生活における様々な支援が必要とされる。このため、市民ボランティアなど非専門職の果たしうる役割は大き

い。

シュレーダー政権による医療改革2001では、上述したように家庭医の機能強化が盛り込まれ、さらに地域医療の一環として市民ボランティアを中心とする在宅ホスピスの仕組みも創設された。シュレーダー首相（当時）は英国のブレア首相（当時）と並び、第三の道を掲げていることで知られていたが、政府でも企業でもなく市民が中心となる在宅ホスピスの仕組みは、第三の道の思想に基づく制度と捉えることができる。

シュレーダー政権の社会保障改革については、2014年10月に経済同友会の欧州・ロシア委員会において、筆者はレクチャーを行った。経営者の方たちは、シュレーダー政権が雇用状況の改善のためにもLohnnebenkost（賃金付随コスト）の増加を防ごうとして社会保険料率の上昇の抑制に努めた部分に関心が強いように思われるが、質疑のなかでは、在宅ホスピスの仕組みにも関心が示された。

いわゆる福祉国家の限界が指摘され、巨額の財政赤字も考慮すれば、かつてのような大きな政府の路線は志向しづらい。一方で経済格差の拡大が問題となり、市場のグリード（貪欲）が問題となるなか、マーケットメカニズムに単純に委ねてよい社会になるとも思えない。こうしたなか、第三の道の理念が示した方向性は、現在においても有力な選択肢であると思われる。

## 4. ドイツの在宅ホスピス

### (1) ドイツの在宅ホスピス～終末期ケア

医療改革2001によって市民中心のホスピスの仕組みが導入され、入所ホスピスと並んで在宅ホスピスの仕組みも創設された。社会法典第5章（法定医療保険）の根拠条文<sup>4)</sup>によれば、疾病金庫は、入院治療を必要としない人を対象とする入所ホスピスに補助を行うとともに、入院治療を必要とせず、入所ホスピスも必要としない被保険者のために、ボランティアによる死への寄り添い（Sterbebegleitung）を行う在宅ホス

ピスステーション (ambulante Hospizdiente) への援助を行うこととされている。そして、疾病金庫が行う入所ホスピスおよび在宅ホスピスステーションに対する支出は、2002年には被保険者1人当たり0.15ユーロを上限とされ、その後、2007年に0.40ユーロに達するまで毎年0.05ユーロずつ引き上げられることとされた。

医療改革2001によって財源の裏づけを得たこともあり、ドイツにおいてはホスピス施設の整備が急速に進んだ。ドイツホスピス・緩和ケア連盟 (Deutsche Hospiz- und Palliativ Verband; DHPV) によれば<sup>5)</sup>、ホスピス施設は1996年には30施設しかなかったが、2002年には100を超え、2008年には162施設に達し、1996年の5倍以上となった。さらに2011年には195施設にまで増加している。在宅ホスピスステーションおよび在宅緩和ケアステーションを合計した数は、1996年には451施設であったが、2001年には927施設、2002年には1,156施設と急増し、2008年には1,500施設に達し、1996年の3倍強となった。2011年も1,500施設であり、施設数の増加は一段落しているようである。

## (2) ドイツ赤十字ベルリン在宅ホスピスステーションにおけるヒアリング

在宅ホスピスの実際の活動内容は文献調査のみでは明らかにならなかったことから、筆者は2009年1月にドイツを訪問して、ドイツの在宅ホスピスステーションの活動についてヒアリングを行った。ドイツではカリタスとディアコニーというキリスト教系福祉団体が活発に活動し、重要な役割を果たしているが、ホスピス活動には宗教による死生観などが影響することも考えられたため、ドイツ赤十字を調査対象とした。在ドイツ日本国大使館の山口高志 一等書記官 (当時) のご協力を得て、ドイツ赤十字ベルリン在宅ホスピスステーションの所長であるFrau.Rehbergにヒアリングを行った。

以下は、ヒアリング結果のうち、本稿に關係の深い部分をまとめたものである<sup>6)</sup>。

## 1) 在宅ホスピスの理念

### ① 在宅ホスピスの考え方

在宅ホスピスでは、看取りの必要な人の自宅を訪問する。しかし、ホスピスは死への助け (Sterb Hilfe) ではなく、生に寄り添うこと (Lebensbegleitung) である。対象となるのは死期の近づいた人ではあるが、残された人生をいかに生きるかということが問題である。

### ② 在宅ホスピスの優先

ドイツ赤十字は入所タイプのホスピス施設も有しているが、なるべく入所施設に入らずにすむよう、できるだけのことを在宅ホスピスで行う。

連邦ホスピス協会 (Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz) はホスピス活動に関するガイドライン<sup>7)</sup>を作成しており、在宅ホスピスが入所ホスピスよりも優先されることは、ガイドラインにも明記されている<sup>8)</sup>。

しかし、ドイツでもホスピスというと入所型の方が社会的認知度は高い。在宅型のホスピスは理解されにくいのが悩みである。連邦ホスピス協会は自宅における緩和ケアについてのパンフレット<sup>9)</sup>を作成しており、ドイツ赤十字も在宅ホスピスの活動内容を紹介するリーフレット<sup>10)</sup>を作成してPRに努めている。

## 2) 在宅ホスピスステーションの構成

### ① 在宅ホスピスステーションの常勤スタッフ

在宅ホスピスステーションの常勤スタッフは若干名である。少ないところでは1人ということもある。ドイツ赤十字ベルリン在宅ホスピスステーションには常勤スタッフが3人おり、多い方である。在宅ホスピスステーションの常勤スタッフになるためには、実務経験や資格に関する要件<sup>11)</sup>がある。

### ② ボランティア

実際に在宅での看取りのサポートを行うのはボランティアであり、ホスピス活動においては、多くのボランティアが活動している。ホス

ピス活動を行うボランティアの数はドイツ全体で約8万人に上る。ボランティアになるためにはとくに要件はない。

ボランティアになってくれる人を探し出すのは在宅ホスピスセンターの常勤スタッフの役割であるが、ボランティアを探し出すのは容易ではない。特別な専門性が不要であるといっても、人柄のよさも重要であり、誰にでも務まるといえるものでもない。ボランティアには、活動を始める前に研修を受けてもらうが、実際に活動できるのは研修を受けた人の半分弱くらいである。ボランティアを探すには、評判が大切である。やはり評判がよいと集まりやすい。

### ③ 在宅ホスピスステーションの活動資金

疾病金庫からの助成が基本となっている。対象者からは料金を取ることはせず、無料である。2001年から疾病金庫の助成が始まったが、その前はベルリン州政府が若干の金額を補助していた。そのほか、いくつかの財団からの寄付もあるが、金額は少ない。

疾病金庫からの助成でまかなえるのは常勤職員の人件費やボランティアの研修を行う際の外部講師代くらいであり、在宅ホスピスの活動費全体はまかなえない。ドイツ赤十字ベルリン在宅ホスピスステーションは規模が大きく、ドイツ赤十字が母体となっているから比較的よいが、規模の小さいところは資金の確保が大変である。

## 3) 在宅ホスピスステーションの活動内容

### ① ボランティアの活動内容

ボランティアが具体的にどのようなことをするかはケースバイケースである。悩みの相談でも、一緒にカフェに行くのでもよい。その人にとって何が必要かを判断すればよい。死のイメージ、死後のイメージについて話すこともあるが、トランプを続けるなかで対象者と深い関係を築けたというケースもある。何も話したくないという人の場合、その人の配偶者の

自由な時間をつくるために、ただ傍にいることもある。最期が近づくと、スピリチュアルな面で1人ではないのだと知らせる。会話ができなくとも、手を握るだけで伝わることもある。

### ② 常勤スタッフによるサポート

最初にボランティアが訪問するときには、常勤職員が同行する。また、常勤職員は、対象者あるいはその家族に対して助言も行う。例えば、ある人が不治の病で入院した場合、家族の相談を受けて、本人が自宅での生活を希望すれば、在宅介護サービスや在宅看護サービスを紹介する。多くの人が自宅で暮らしたいと希望するが、そのためにどのようなサービスが受けられるかを教えるのも、ホスピスの1つである。

### ③ サポートの必要な対象者の把握～ネットワークによる対応

在宅の看取りのサポートが必要な人の情報は、地域の福祉関係者からもたらされることが多い。例えば、在宅の高齢者介護サービスを行っている事業所から独居高齢者の情報が赤十字に連絡されて看取りが始まることがある。老人介護ホームの施設長から依頼を受けて、ホームの入居者を対象に看取りのサポートを行うこともある。ネットワークの考え方によって、情報を交換して活動している。

### ④ 対象者とボランティアのマッチング

外部から問い合わせを受けると、どのボランティアの予定が空いているか確認して、マッチングを行う。ボランティアには、一度に1人または1家族のみを担当してもらっている。そして、いったん看取りを終えたら必ず休んでもらう。ボランティア自身が十分休んだと言うまで休んでもらうことが重要である。1人の対象者を長期間ケアすることもあれば、比較的短期間の場合もある。ボランティアにも家庭や仕事があるため、週に1回くらい訪問するのが普通であるが、もうじき看取りを行うとなると、長時間の訪問が必要となり、

それを可能にするためには、多くの人材のストックが必要である。

## 5. 日本への示唆

シュレーダー政権が導入したドイツの在宅ホスピスの仕組みは、新しい公私連携の形を示している。投入されている公費は医療保険の被保険者1人当たり年0.4ユーロとけっして大きな額ではないが、ホスピス拠点を増加させる財政上の裏づけとして機能している。医療保険者が助成するのはボランティアを発掘・研修・バックアップする専門職までであるが、ボランティアの活動は公費が投入されていない分、自由である。

日本では社会的孤立が進み、何らかのハンディキャップをもって地域で生活する人が周囲の助けを得ることは以前よりも難しくなっている。専門職がネットワークを組むことも重要であり、さらに地域の住民との公私連携を進め、いざというときに頼ることができる人間関係の再構築が課題であると考えられる。社会的孤立と地域包括ケア、公私連携については、『ソーシャルデザインで社会的孤立を防ぐ』（藤本健太郎 編著、ミネルヴァ書房、2014年）において詳しく論じているので、参照されたい。

在宅医療を推進するのであれば、看取りの問題は避けられない。残念ながらわが国では孤独死をする高齢者が多くいるが、ドイツの在宅ホスピス活動が目的としているような、最期が近づいたときに1人ではないことを知らせることができる社会に変えていくために、公私連携が進むことに期待したい。

### 注

- 1) <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/zusatzleistungen-wahltarife/hausarzt.html>(2014年11月1日閲覧)
- 2) *Ibid.*
- 3) 連邦レベルで契約したといっても各州に強制はされず、IKKクラシックもTKもブランデンブルク州、チュービンゲン州などいくつかの州で

は契約が結ばれていない。

- 4) Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung, § 39a Stationäre und ambulante Hospizleistungen
- 5) [http://www.dhfv.de/service\\_zahlen-fakten.html](http://www.dhfv.de/service_zahlen-fakten.html)(2014年11月1日閲覧)
- 6) ドイツの在宅ホスピスの詳細については、『孤立社会からつながる社会へ』（藤本健太郎、ミネルヴァ書房、2012年）を参照されたい。
- 7) Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, Leitlinien der Hospizarbeit
- 8) *Ibid.*, 3. “Sterben zu Hause” zu ermöglichen ist die vorrangige Zielperspektive der Hospizarbeit, die durch den teilstationären und stationären Bereich ergänzt wird, wenn eine palliative Versorgung zu Hause nicht zu leiten ist.
- 9) Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz, “Schmerzpatienten zu Hause pflegen”
- 10) Deutsche Rotes Kreuz, “Das Ambulante Hospiz”
- 11) 社会科学系の大学を卒業し、かつ終末期ケアの実務経験が3年以上あること、あるいは看護師であること

## 特集：医療保障をめぐる諸情勢

フランスにおける補足医療保険改革の動向  
——「社会的地位か市場原理か？」<sup>1)</sup>中京大学准教授  
柴田 洋二郎  
Shibata Yojiro

近年、補足医療保険の議論や改革が活況を呈している。とりわけ2013年は、被用者に対する補足医療保険の一般化を定めた1月11日の全国職際協約(ANI)を皮切りに、この一般化を法定化する雇用安定化法(6月14日)、一般化の具体的内容にかかわる2014年社会保障財政法(12月23日)と一年を通じて補足医療保険は時事的なテーマであり続けた。また、上記2つの法律に対しては、いずれも憲法院が興味深い判断を行っている。本稿は、2013年ANI、雇用安定化法、2014年社会保障財政法に基づく被用者に対する補足医療保険の一般化の内容と影響を、2つの憲法院判決の分析も踏まえて行うものである。

## 1. はじめに

議論や改革が低調にとどまっている近年の医療保険にあって、唯一の例外といえるほど活況を呈しているテーマが補足医療保険であり、特に、2013年は年間を通じて関心と呼んだ<sup>2)</sup>。

その引き金となったのは、同年1月11日に締結された「企業競争力ならびに雇用および被用者の職業課程の安定化に益する新しい経済社会モデルのための」全国職際協約<sup>3)</sup>(Accord National Interprofessionnel: 以下、2013年ANI)である。長引く失業者数の増大を背景に、Hollande大統領が大統領選で掲げた公約の1つである「職業課程の安定化(sécurisation des parcours professionnels)」に基づいて行われてきた労使協議の成果といえる。その後、同年6月14日には2013年ANIの内容がほぼそのまま盛り込まれた「雇用の安定化に関する法律」(n° 2013-504: 以下、雇用安定化法)が制定された<sup>4)</sup>。

2013年ANIも雇用安定化法も、その名称からは両者が医療保障に関する条文で始まるとは気づくまい。しかし、この両者は「職業課程の

安定化」の一環として、1条で被用者に対する補足医療保険の一般化を定めている。さらに、2013年12月23日に成立した2014年社会保障財政法(n° 2013-1203)により、補足医療保険の保険者にかかる修正が行われた。また、上記2つの法律に対しては、いずれも改革に反対する議員から法律の合憲性審査機関である憲法院(Conseil constitutionnel)に提訴がなされたため、憲法院が興味深い判断を行っている。本稿は、2013年ANI、雇用安定化法、2014年社会保障財政法に基づく被用者に対する補足医療保険の一般化がフランスの社会保障に与えた影響を、憲法院判決も踏まえて検討するものである。

以下では、フランスにおける補足医療保険の概要を説明したうえで(2.)、被用者に対する補足医療保険の一般化に関する法規定および2つの憲法院判決を検討する(3.)。

2. 補足医療保険制度の概要と現状<sup>5)</sup>

## (1) 概要

フランスの社会保障制度における医療保障

は、強制加入による社会保障制度である公的医療保険が中心的な役割を果たしているが、公的医療保険の給付を補足・上乘せする任意加入の制度である補足医療保険が存在し、近年その役割を大きくしている。現行法上、補足医療保険の保険者と認められるのは、①共済組合 (mutuelles)、②労使共済制度 (institutions de prévoyance)、③民間保険会社という3つの主体である (以下、①から③をまとめて「補足医療保険組織」とする)。そして、補足医療保険は常にこれら組織との契約—個別契約もしくは、被用者の場合には団体契約 (労働協約等に基づいて労働者が集団的に加入する)—の締結を前提とする。もっとも、契約内容 (保障の範囲や水準) はきわめて多様であり、一概にいうことはできない。

## (2) 現状

調査研究評価統計局 (DREES) による2010年の統計では、フランス人の96%が補足医療保険に加入している。加入者の分布について、個別契約の補足医療保険の加入者の割合は、2/3が共済組合、保険会社30%、労使共済制度4%となっている。ただし、労使共済制度は団体契約の補足医療保険で大きな割合を占めている。すなわち、団体契約では労使共済制度が加入者の43%をカバーしており、共済組合 (35%) や保険会社 (22%) を上回る<sup>6)</sup>。

共済組合の加入者の特徴にも触れておこう。共済組合加入者の29%は60歳以上である。そして、共済組合は補足的CMU (低所得層が補足医療保険に加入することを促進するため、一定の所得額に満たない世帯を対象に、無償で補足医療保険を保障する仕組み) の受給者の85%を保護し、補足医療保険加入援助 (補足的CMUの受給条件である所得額をわずかに上回るために、その適用を受けられない所得層に対して行われる補足医療保険料の援助) の受給者の70%以上を保護している。こうしたことから、共済組合は最も連帯的な組織であるともいわれる<sup>7)</sup>。

補足医療保険の発展により、フランスでは患者自己負担が必ずしも高くないにもかかわらず、

国民は医療サービスへのアクセスに対する平等感をもっていない。再びDREESによれば、2013年にEU諸国およびアメリカの8ヶ国を対象に行った調査では、フランス国民の医療アクセスに対する平等意識は4位になっており (44%)、イギリス (59%) やスペイン (67%) に遠く及ばない<sup>8)</sup>。2002年以降受診を断念するケースも増えており、2008年で、18歳以上の者の15.4%が経済的な理由で1年以内に受診を断念したことがあると答えている。そして、補足医療保険に加入していない者は加入している者に比べて断念する割合が2倍になっている<sup>9)</sup>。雇用安定化法が被用者に対する補足医療保険の一般化を定めた背景には、医療アクセスの平等を保障することがある。

## 3. 被用者に対する補足医療保険の一般化

### (1) 雇用安定化法1条

雇用安定化法の第一章は、「被用者に対する新しい権利の創設」というタイトルのもと、従来にみられない被用者の権利を設け、あるいはその改善を行っている。このうち、1条は従来産業もしくは企業のイニシアティブに委ねられていた被用者に対する補足医療保険を一般化することとそのスケジュールを定めている。まず、スケジュールからみていこう。

#### ①一般化に向けたスケジュール

雇用安定化法1条は、使用者に対しその雇用する被用者の医療費の償還に関する最低限の保障を義務付けている (具体的には、強制加入の団体契約の提供を義務付ける)<sup>10)</sup>。もっとも、この使用者の義務は2016年1月1日まではあくまで補充的性質を有するにすぎない。すなわち、産業もしくは企業レベルで強制加入の団体保険が存在しない場合、第一段階として、補足医療保険 (保障水準、補足医療保険料の労使の負担割合、補足医療保険組織の選択方法等) について産業レベルで団体交渉を行うことを義務付けている。2014年7月1日

までに産業レベルの労働協約の締結に至らなかった場合、第二段階として、企業レベルの団体交渉が行われる。最終的に、2016年1月1日までに産業レベルでも企業レベルでも労働協約が締結されない場合、使用者の一方的決定により、以下②で述べる最低限の内容を保障する強制加入の団体型補足医療保障を設けなければならない。

本稿執筆時点は、産業レベルの団体交渉を行う第一段階をすぎ、企業レベルの団体交渉を行う第二段階にあたるが、産業レベルでの協約締結状況は芳しくないようである。その理由として、小企業にまで強制することを望まない産業があること、既存の企業レベルの協約に基づく措置を動揺させたくないこと、規定の詳細を定めることになっているデクレの多くがいまだ制定されていないため、不明確な部分が多いことが挙げられている。こうして、一般化の「第一幕」は失敗に終わったとする評価がみられる<sup>11)</sup>。

## ② 社会保障法典L.911-7条

雇用安定化法1条により設けられた社会保障法典L.911-7条は、使用者の一方的決定により定める「最低限の保障」(couverture minimale)の内容を以下のように規定する(社会保障法典L.911-7条IIおよびD.911-1条)。開業医および病院における診察・技術的行為、薬剤、定額入院費負担については公的医療保険による償還基礎の100%(したがって、これらが公的医療保険上規定された診療報酬によるものであれば、患者の負担は生じない)、義歯・歯列矯正については償還基礎の125%、眼鏡等の視力矯正についてはレンズの種類により年額100から200ユーロの保障(歯科・眼科は公的医療保険で規定する診療報酬を超過することが多い)。補足医療保険料は労使折半となる。

また、これら最低限の内容を保障するために締結される契約は、連帯契約および責任契約の条件を満たすものでなければならない。この2つの契約はフランスの補足医療保険の

特殊性を示すものとして説明を補足する必要がある<sup>12)</sup>。

まず、連帯契約は2つの条件により一般的な保険契約と区別される。1つめはリスクに関する条件で、補足医療保険契約の締結にあたり被保険者を医学的理由により選別することは認められない。2つめは保険料に関する条件で、被保険者の健康状態を考慮して保険料額を定めることはできない。これらの条件が遵守されている契約が連帯契約であり、租税一般法典はこの場合の保険契約特別税(taxe spéciale sur les contrats d'assurances)<sup>13)</sup>率を7%とするのに対し、遵守されていない場合には14%としている<sup>14)</sup>。

次に、責任契約は患者(被保険者)にも責任ある行動をとらせることで医療費を抑制しようとする目的で設けられた一定の条件を満たす契約をいう(社会保障法典L.871-1条)。特に、補足医療保険が、①非効率的な受診行動をとった患者に公的医療保険制度が課している金銭的負担を保障対象とせず、かつ、②予防や効率的な受診行動をとった患者の自己負担を保障対象とすることにより、連帯契約同様に低い税率で保険契約特別税が課される。責任契約については、2014年社会保障財政法56条により2015年4月から変更が予定されている。それによれば、②の側面について、定額入院費負担、医師の診察や行為にかかる超過診療報酬、歯科補綴もしくは顎顔面矯正、償還の認められる個人用の一定の医療器具一眼鏡等一の費用を一定の上限額の範囲内で保障することも責任契約とされるのに必要となる<sup>15)</sup>。

この2つの契約は、雇用安定化法により、もはや税制上の優遇措置を受けるための条件ではなく、企業がその被用者に享受させなければならない補足医療保険の最低保障を構成する要素となっている<sup>16)</sup>。

## (2) 2つの憲法院判決

憲法院は2013年に2つの重要な判決—①雇用安定化法に関する6月13日の判決(n° 2013-672 DC)と、②2014年社会保障財政法に関する12月

19日の判決（n° 2013-682 DC）一を下した。いずれも被用者に対する補足医療保険の一般化、特に社会保障法典L.912-1条に関わるものであり、12月19日の判決は6月13日の判決の延長線上に位置づけられる。

#### ① 6月13日の判決

##### (i) 争点および判決要旨

本件では、雇用安定化法1条により修正される社会保障法典L.912-1条が争点の1つとされ、憲法院はL.912-1条を違憲と判断した。L.912-1条は指定条項（clauses de désignation）を定めた条文と解されている。これは、産業（もしくは職際）レベルの労働協約により、当該産業に属する企業が補足医療保険について当該協約により指定された1または複数の保険者に加入することを義務付ける条項である（L.912-1条1項）。さらに、当該協約の適用を受ける企業が指定された保険者とは異なる保険者のもとですでに補足医療保険に加入していた場合でも、指定された保険者に加入することを義務付ける条項も置かれていた（同2項：移動条項（clauses de migration）と呼ばれる）。

L.912-1条一とりわけ指定条項一について、憲法院は次のように判断した。まず、第五共和国憲法34条が、法律は「民事上・商事上の債務」の基本原則を定めるとしていることから、立法府はこれらに関する法規を改廃することができる。ただし、それにより憲法上の要請に基づく法的保障を奪うことはできない（判決理由5）。本件の場合、1789年の人および市民の権利宣言（以下、人権宣言。第五共和国憲法前文は、人権宣言および1946年憲法前文（後出）で保障された人権の尊重を謳っている）4条<sup>17)</sup> から生じる企業活動の自由（liberté d'entreprendre）と契約自由（liberté contractuelle）が問題となる。この点、追求している目的に照らして過度にこれら自由を侵害するものでない限りで、一般利益に基づく制約が認められるとする（判決理

由6）。L.912-1条についてこれを見るに、その目的が「同一産業のすべての企業の補足社会保障へのアクセスを促進」し、「1または複数の共済（prévoyance）組織にこれらリスクの保障を整備することを、産業もしくは職際レベルの労働協約に委ねることでリスクを相互扶助化する制度を保障」しようとするものであり、一般利益に基づく自由の制約が認められることを確認している（判決理由10）。しかし、続けて、指定条項が、同一産業のすべての企業に補足社会保障の価格や方式のみならず、保険者の選択まで強制するものであることに触れ、産業レベルの労働協約により「すでに指定されているある保険者と、事前に完全に設定された内容に」企業を拘束させることはあまりに制約が大きいとする。こうして、指定条項は企業活動の自由と契約自由を過度に侵害するものであり、違憲であるとした（判決理由11、13）<sup>18)</sup>。

##### (ii) 考察

まず注意をひくのは、憲法院が雇用安定化法1条（L.912-1条について定める）を社会保障上の権利に関する規定ととらえなかったことである。なぜなら、憲法院が参照する第五共和国憲法34条は、同じく法律により基本原則を定める事項として「労働権、労働組合の権利および社会保障」を挙げているにもかかわらず、憲法院はこの部分に触れていないからである。その理由を判決文にみつけることはできないが、この判決に対する憲法院の公式コメントによれば、「規制を受けるにせよ私的契約の枠組みで管理運営される強制加入の補足的保険は憲法34条にいう社会保障に〔…〕属するものではない」としている<sup>19)</sup>。

こうして、憲法院は企業活動の自由と契約自由（およびその前提としての人権宣言4条）のみに基づいて違憲判断を下している。つまり、憲法院は1946年憲法前文に定められ、いずれも憲法上の効力を認めら

れている2つの社会的権利に言及していない。1つは団体交渉に関わる「労働者参加権」(8項)<sup>20)</sup>であり、もう1つは「健康の保護」(11項)<sup>21)</sup>である。これらは企業における補足社会保障に何らの影響も及ぼさないということになる<sup>22)</sup>。

これを、憲法院が独自の社会保障概念を明らかにしたと指摘する者もある<sup>23)</sup>。非営利組織(共済組合、労使共済制度)で、労使同数主義に基づく労使管理であるにもかかわらず、補足医療保険を単に商事的な概念ととらえているからである<sup>24)</sup>。こうして、憲法院は補足保険組織を競争下に置き、相互扶助にも市場原理が及ぶことを明らかにしている。

なお、指定条項は、「保険者」と「契約内容」の2つを強制することが、企業活動の自由と契約自由を過度に侵害するという判断につながっている。この点、いずれか一方のみを強制するにとどまっていたら憲法院の立場はあるいは変わっていた可能性も指摘されている<sup>25)</sup>。

## ②12月19日の判決

指定条項が違憲とされたことを受けて、政府は補足社会保障にかかる産業レベルの労働協約を整備するL.912-1条を修正し、従前指定されていた保険組織を救済しようとした<sup>26)</sup>。具体的に、2014年社会保障財政法14条は以下の3点を特徴とするL.912-1条の修正案を定めていた。①産業レベルの労働協約により「高度の連帯(degré élevé de solidarité)を呈し、[...]直接的には拠出性を有しない給付を含む集団的保障体制」を定め、そのとき1または複数の保険組織を推薦することを可能とすること(推薦条項(clauses de recommandation))。②推薦された保険組織は上記協約が適用される企業の加入を拒否できず、対象となるすべての企業と被用者に統一の価格を適用し、同一の保障を提供すること。③当該産業の推薦条項に従わない企業(推薦された組織以外の保険組織を採用した企業)は定率社会保障負

担金(forfait social)<sup>27)</sup>を加重すること。具体的には、被用者10名以上の企業では通常8%で課される同負担金が20%となり、被用者10名未満の企業では免除されている同負担金が8%で課される。推薦条項自体に強制力はないが、これにより推薦された保険組織と契約を締結するよう促されることになる。こうして、保険者を選択する企業の自由と、同一産業の企業間で保険内容に格差が出ないようにする(保険の均質化)という要請を両立させようとしたのである<sup>28)</sup>。

憲法院は、①・②について、推薦条項は、労働協約が適用される企業に対し推薦された保険組織(のいずれか)と契約を締結することを強制するものではない限り、企業活動の自由および契約自由を侵害するものではないと判断した(判決理由38)。他方で、③については次のようにいう。まず、人権宣言13条<sup>29)</sup>の「公的負担の平等」は、負担金義務者が一般利益にかなう行動をとることを目的とする特別課税が設けられることを妨げない。ただし、それにより公的負担の平等の特微的な侵害を生じさせることはできない(判決理由46)。このことからすれば、極めて限られた範囲でしか率の異なる定率社会保障負担金を適用することはできず、③のように大きく率の異なる場合は公的負担の平等を特微的に侵害する(判決理由55)。

こうして、推薦条項を守らなかった場合の財政的制裁(③)は削除されたうえでL.912-1条は修正され、6月13日の憲法院判決により違憲とされた指定条項は推薦条項に形を変えて日の目を見ることとなった。なお、「高度の連帯」の内容はコンセイユ・デタの議を経たデクレにより定められ、推薦はデクレの定める方法に従った競争入札を実施後に行われる(いずれのデクレも本稿執筆時点で未制定)。

## 4. おわりに

被用者に対する補足医療保険の一般化は、普遍的な医療アクセスという目的に応えるものであ

り被用者に益する新しい権利といえよう。それでも、その対象は被用者に限られている点でこの目的に十分に込んでいるわけではない<sup>30)</sup>。

また、憲法院は2013年6月13日の判決で、社会的権利(1946年憲法前文8項、11項)ではなく、企業活動の自由と契約自由に依拠することで、社会保障と補足社会保障をはっきりと区別し、両者は同じ規則の適用を受けるものではないと判断した。社会保障の主導原理が「連帯」であるとするならば、補足社会保障の主導原理は「経済的自由」ととらえているとの評価もある<sup>31)</sup>。そして、ここにいる契約自由は、産業レベルにおける労働者代表側の自由でなければ、まして被用者の自由でもなく、使用者の自由である。こうして、補足社会保障は企業の利益が強調され、市場原理により規制される自由競争が促される<sup>32)</sup>。たしかに、非拠出制給付の支給にまで言及している保険者の推薦条項は「高度の連帯」を想定している。しかし、選択した保険者に応じて異なる率の定率社会保障負担金を適用することに違憲判断が下されたことにより、産業レベルの労使がL.912-1条を活用するかどうかは明らかでなく、「高度の連帯」を提供する推薦保険組織を定める交渉を思いとどまることを否定できない<sup>33)</sup>。

被用者に対する補足医療保険の一般化を契機に、補足社会保障をめぐる状況は重大な変容を迎えている。「今や、補足社会保障は個人の社会的地位と密接に関わるものではなく、『市場』に強く結びつけられようとしているのではないだろうか?」<sup>34)</sup>

[付記] 本稿は、2014年度科学研究費補助金(若手研究(B):課題番号24730047)の助成による研究成果の一部である。

#### 注

- 1) M. BORGETTO et I. VACARIEによる *Revue de droit sanitaire et social*, N° 4 /2014のはしがき(p.599)。
- 2) 笠木映里「フランスの医療保険財政:最近の動向」健保連海外医療保障103号12頁、17頁の注3、S. HENNION (dir.), « Chronique de protection

sociale complémentaire », *Droit social*, n° 5 - Mai 2014, pp.464 et s.(M. DEL SOL執筆部分)。

- 3) 代表的な使用者団体と代表的な労働組合との全国レベルの交渉を経て締結され、産業および職種を超えて適用される労働協約。
- 4) 2007年1月31日の法律(n°2007-130)は、政府の検討する個別のおよび集団的労働関係、雇用、職業訓練にかかわる改革案で全国職際レベルでの団体交渉の範囲に含まれるものは、代表性を有する全国職際レベルの労使組織との事前の協議の対象とする条文を旧労働法典L.101-1条(新労働法典L.1条)に挿入した。こうして、近年フランスでは、あるテーマについて労使協議を先行させて問題点や妥協点を炙り出し、そこでの合意内容に基づいて法律を制定する傾向がみられている。
- 5) フランスの補足医療保険制度の近年までの動向を考察し、同制度を取り巻く法規制を詳細かつ網羅的に述べる文献として、笠木映里『社会保障と私保険—フランスの補足的医療保険』(有斐閣、2012年)がある。
- 6) M. GARNERO et V. LE PALUD, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », *études et résultats*, n° 837, avril 2013, p.2.
- 7) E. CANIARD, « Les limites de la généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, N° 4 /2014, p.618.
- 8) R. COPPOLETTA et V. LE PALUD, « Qualité et accessibilité des soins de santé: qu'en pensent les Français? », *études et résultats*, n° 866, février 2014, p.5.
- 9) 以上、C. DESPRÉS (et al.), « Le renoncement aux soins pour raisons financières: une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé*, n° 170, novembre 2011, p.2, p.4.
- 10) 雇用安定化法が審議されている当時、被用者の2.3%(約40万人)が補足医療保険の適用を受けていなかった。また、補足医療保険の適用を受ける被用者の1/4(約400万人)は使用者によるのではなく、自ら個人加入したあるいは配偶者の加入する補足医療保険の適用を受けていた(2013年6月13日の憲法院判決に対する憲法院の公式コメント[<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/root/>

- bank/download/2013672DCccc\_672dc.pdf]、2頁)。
- 11) 以上、S. HENNION (dir.), *op. cit.* note2, pp.464 et s. (M. DEL SOL執筆部分); M. DEL SOL, « Généralisation de la couverture complémentaire santé des salariés : éléments de controverse », *Droit social*, n° 2-Février 2014, p.168
  - 12) 連帯契約と責任契約については、柴田洋二郎「フランス医療保障制度における補足医療保険」健保連海外医療保障98号14頁以下も参照。
  - 13) 一定の保険契約にかかる比例税率の租税で、補足医療保険契約の場合、保険料総額を賦課ベースにして、保険者が納税義務を負う。
  - 14) 2014年社会保障財政法19条により修正された租税一般法典1001条2° bis, 2° ter。
  - 15) こうした改革により、責任契約が当初の目的から離れ、新たに2つの目的が与えられているとする指摘がある。1つは、低所得の被保険者が受診を断念しないよう補足的保障を改善して医療アクセスの実効性を高めることである。特に、診療報酬の自由が強く表れる(その結果、患者自己負担が大きくなる)眼科や歯科について保障を強化しようとしている。2つめは医療職従事者の料金設定に影響を及ぼすことである。今後デクレにより責任契約の適格を維持できる超過診療報酬の保障上限額が定められ、当該上限額を超える超過診療報酬は被保険者に保障されないとすれば、医療職従事者は超過診療報酬を抑制することになる(S. HENNION (dir.), *op. cit.* note2, p.467.(M. DEL SOL執筆部分))。
  - 16) なお、雇用安定化法1条は社会保障法典L.911-8条を新設し、雇用関係が終了した場合の補足医療保険の維持(ポータビリティ)についても定めているが本稿では触れない。
  - 17) 「自由とは、他人を害しないすべてのことをなしうることにある」。
  - 18) 移動条項も同じ理由により違憲とされている(判決理由12,13)。
  - 19) 前掲注10ウェブサイト、14頁。コメントは、続く箇所で「社会保障上の権利に関する規定であれば、おそらく契約自由に対する重大な侵害を正当化することができただろう」としている。
  - 20) 「すべての労働者は、その代表者を介して、労働条件の集団的決定[...]に参加する」。
  - 21) 「国は、すべての人に対して[...]健康の保護を[...]保障する」。
  - 22) J.-P. CHAUCHARD, « La prévoyance sociale complémentaire selon le Conseil constitutionnel », *Revue de droit sanitaire et social*, N° 4 /2014, pp.604 et s.
  - 23) *ibid.*, p.607.
  - 24) その後の憲法院判決も同じ立場をとる。すなわち、2014年1月23日の憲法院判決(n° 2013-686 DC)は、補足社会保障を第五共和国憲法34条にいう民事上・商事上の債務の基本原則に関連づけている(判決理由7)。
  - 25) J.-P. CHAUCHARD, *op. cit.* note22, p.604.
  - 26) 特に、2013年ANI以前、強制加入の補足医療保険にかかる産業レベルの労働協約の80%は指定条項を利用していたため、これを無効とした憲法院判決は驚きをもって迎えられた(S. HENNION (dir.), *op. cit.* note2, p.465. (M. DEL SOL執筆部分))。
  - 27) 定率社会保障負担金は、社会保険料の免除措置の増加により失った社会保障収入を補うため、2009年社会保障財政法(n° 2008-1330)13条により設けられた使用者の負担する拠出金である(社会保障法典L.137-15条以下)。社会保険料は課されないが、CSGは課される報酬の要素が賦課基礎となる。これには、被用者、元被用者、被扶養者に支給される補足社会保障給付の財源に充当する使用者拠出金も含まれる。
  - 28) I. VACARIE, « L'assurance maladie complémentaire: élément du statut social de la personne? », *Revue de droit sanitaire et social*, N° 4 /2014, p.628.
  - 29) 「共同の租税は、すべての市民の間で、その能力に応じて、平等に分担されなければならない」。
  - 30) 補足医療保険に加入できない人口層は、若年層と高齢者であり、いずれも労働市場へのアクセスが困難な層である(若年層は労働市場への参入が難しく、契約が不安定化しており、高齢者は労働市場からの退出を迫られる。E. CANIARD, *op. cit.* note7, p.621.も参照)。
  - 31) M. BORGETTO et I. VACARIE, *op. cit.* note1, p.600.
  - 32) J.-P. CHAUCHARD, *op. cit.* note22, p.609.
  - 33) I. VACARIE, *op. cit.* note28, p.628; M. DEL Sol, *op. cit.* note11, p.168.
  - 34) M. BORGETTO et I. VACARIE, *op. cit.* note1, p.599.

## NHS改革のもう1つの側面—法学からの考察

静岡大学教授

国京 則幸

Kunikyō Noriyuki

イギリス<sup>1)</sup>の医療保障の中心的役割を果たすNHSは、「受診時原則無料で、臨床上の必要性に応じて医療を受けるサービス」といわれ、これまでしばしば「受診時原則無料」に象徴される部分に、その意義を見出してきていた。しかし、現在のNHSをめぐる改革では、さらに、「臨床上の必要性でサービスが決定される」ということの意味が改めて問われるようになってきている。イギリス医療保障の法的構造を踏まえ、かつ社会実態的な側面からNHSをめぐる改革・改正の意義を検討すると、この別の側面—医療制度への影響—を理解することができる。

### はじめに

かつて医療保険の経験も有するイギリスにおいて、戦後創設され1948年に実施されるに至ったNHS (National Health Service ; 国民保健サービス) は、現在まで幾度とない改革・制度改正を経つつ、イギリスの医療保障の中心的役割を果たしてきている。そしてその時々の改革・制度改正については、とくに、提供体制の組織機構の変化とともに日本でも随時紹介され、多くの研究が重ねられてきている。直近の大きな制度改正となる、2012年保健医療および社会ケア法 (以下、2012年法と略す)<sup>2)</sup> による改正動向についても、本誌前号の特集他で紹介されているところである。

ところで、イギリス医療保障の構造、すなわち、医療保障という全体像の下にNHSをも客観的に位置づけ、また他の制度との関係等も踏まえ、さらに社会実態的な側面も考慮に入れて現在までの改革を検討してみると、とくに2000年代前後から現在までに至る数々の改革によって、イギリスの医療保障のあり方が大きく変容

していることがわかる。本稿では、法学的視点から、とくに2012年法による改正を踏まえ、この点を紹介、検討することを目的としている。

そこで以下では、改めて、まず、NHSの基本構造<sup>3)</sup> を概観する。このとき、利用者側と提供者側とに分けて意義を検討していくこととした。そしてそれを踏まえ、現在に至る改革でイギリス医療保障がどのような変化に直面することとなっているのか、とくに医療制度との関係から明らかにしたい。

### 1. NHSの基本構造

#### (1) 利用者側に着目したNHSの構造

NHSと日本の医療保険との違いを、形式的な意味での財源の違い以外に求めるとすると、決定的に異なっている点の1つは、医療保障にかかる費用 (徴収) とアクセス保障・資源配分との関係に見出すことができる。

日本の医療保険には、被保険者が保険料を拠出することで給付を受けることができるという、ある種の「対価関係」のようなものが軸にある。

そのため、強制適用による皆保険の下、事実上、保険料を納付できない状況が生じると、適用はあるが給付を受けられないというような事態が生じ得る。このような点からすると、結局のところ個人責任に基づく制度であるということになるのかもしれない。

一方、NHSは、そもそも給付の原資の大部分が租税であり税制を通じて確保されるため、基本的には費用徴収システムがない。また、サービスの利用に関する地位＝資格は、納税等とは切り離され、「通常の居住者（ordinary resident）」<sup>4)</sup>であるかどうかで判断される。さらに、法令に明示の規定がある場合を除き、サービスの利用の際、原則として費用負担は生じない<sup>5)</sup>。そこで、より純粋な意味での医療保障制度、そして公的責任に基づく制度である、と表現することができる。

このようにサービス利用に着目してみると、NHSは、個人の経済的状況にかかわらず等しく医療を受けることを可能とするべきである、という「平等」を体現する制度であることがわかる。

しかし他方で、より具体的にその仕組みを検討してみると、NHSには日本の医療保険にみられるような「強制」の要素<sup>6)</sup>は存在しておらず、基本的には「自由」で構築されている<sup>7)</sup>。例えば、NHSの利用は、市民によるGP（General Practitioner；一般医、家庭医）診療所を介した「NHS登録」を基礎として行われるが、この登録を行うこと自体は義務や強制ではなく、あくまでも利用者の側の「自由」と位置づけられている。したがって、登録せずにNHSを利用しないことも可能であるし、登録の変更等も自由に行うことができる<sup>8)</sup>。そしてこの登録をめぐる「自由」の側面は、市民だけに認められるのではなく、受け入れ側であるGP診療所についても認められている。GP診療所が市民の登録を引き受けるかどうかは「自由」であり、登録を拒否することも可能である<sup>9)</sup>。

このように利用レベルでの「平等」指向の強い制度が「自由」を基礎として構築されているのは興味深い。ただ、今それ以上に重要な

は、この利用側からみたNHSのさまざまな特徴が、これまで幾度となく行われてきた改革・改正にもかかわらず、制度創設以来、基本的にほとんど変わってきていない点であろう。NHSの改革・制度改正のしわ寄せが、利用者である市民に直接的に及ぶことはなかった。換言すれば、NHS改革といわれるものは、基本的には、提供側に向けられた意図であること、をまず理解しておかねばならない。

## (2) 提供者側に着目したNHSの構造

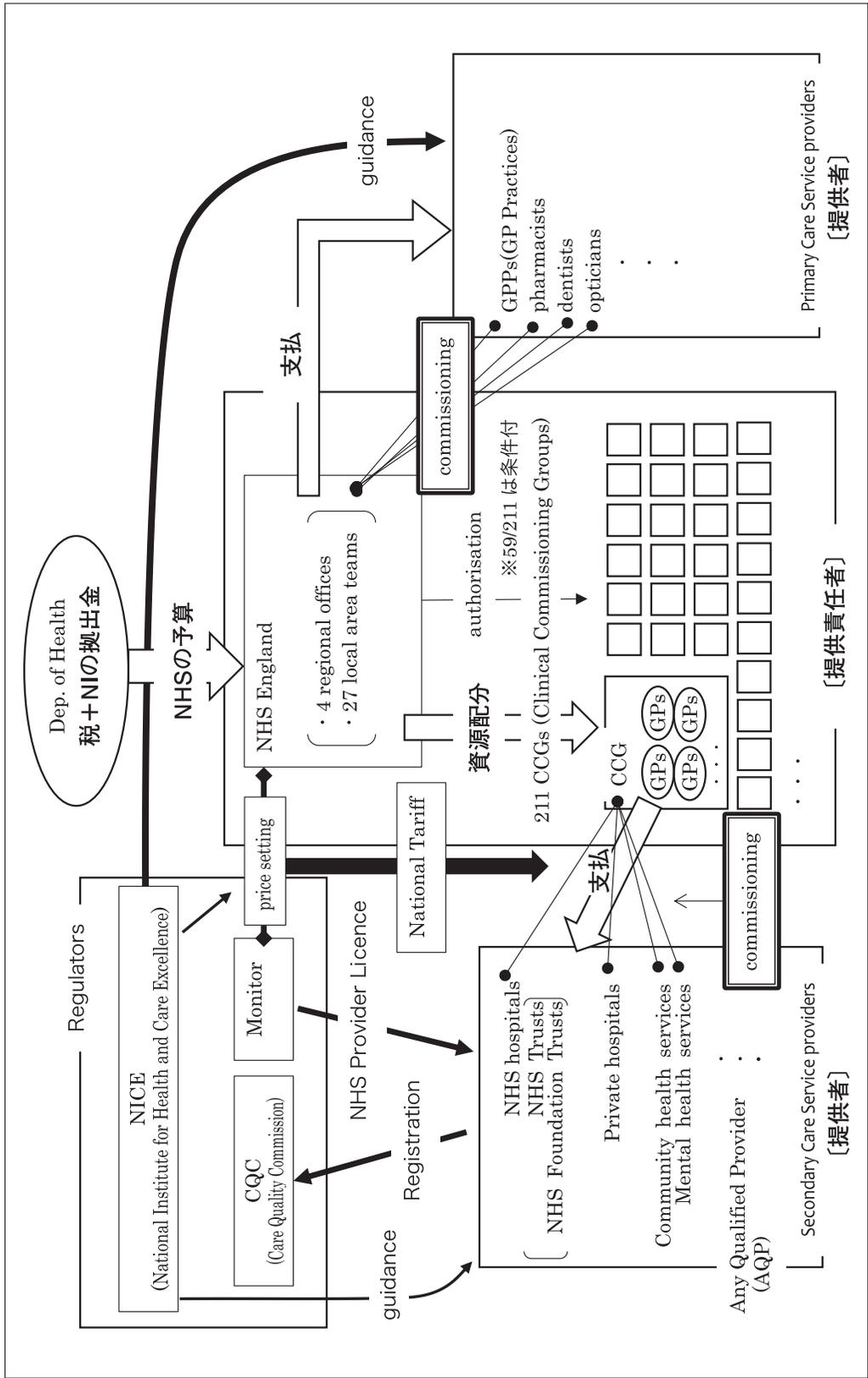
では次に、提供側についてみていくこととしたい。上述したように、NHSは基本的に費用徴収の仕組みをもたないので、とくに提供者側からすると、一般的には医療サービス提供のための「資源配分」の仕組みとすることができる。ここではサービス提供のための限られた資源を、実際にサービス提供を行う場となる各地方・地域にどのように配分するのか、が問題となり、そのなかで、公正・公平な配分方法や効率といった点が主要な課題となってくる。NHS改革そしてそれを実行するための制度改正は、この課題の解決に向けて試行錯誤を繰り返してきているのである。

さて、2012年法による改正を踏まえた、現在のNHSの全体像の概略を示すと、図のようになる。これを理解するポイントとして、①提供責任者と提供者との分離、②地方の役割・プライマリ・ケアの重視、③コミッションング（commissioning）という手法、④配分と費用・価格の設定、⑤規制・監督機関（Regulators）の役割等を指摘することができる。紙幅の都合のため、本稿では、とくに④、⑤を中心に引き上げ検討することとし、関連する点を図に沿って紹介していくことにしたい。

NHSにおけるサービス提供体制の中核をなす部分は、基本的に1990年代の改革の延長線上にあり、サービス提供責任者とサービス提供者とを分けて考える必要がある<sup>10)</sup>。

「提供責任者」（図中央）は、サービスを確保

図 現在（2013年～）のNHSにおける提供体制全体像（概略）



出典：執筆者作成

し住民にサービスを提供する責任を負う機関で、「コミショニング」<sup>11)</sup>という契約ベースの手法を用いて、地域住民のためのサービスを確保する。具体的には、まず、現在、保健省から一定の独立した位置づけを与えられたNHS Englandがあり、これが大きく2つの役割を担っている。1つは、GPサービスを中心としたプライマリ・ケア・サービスの直接的な確保=コミショニングの責任であり、もう1つは、CCG (Clinical Commissioning Group；セカンダリ・ケア・サービスの確保を行う、GPによる組織)を「認証」によって確立し、機能させることにある。これに対して、各地方には、地理的観点から、GPで構成されるCCGが存在しており<sup>12)</sup>、管轄内でのセカンダリ・ケア・サービスの確保、すなわち、コミショニングの責任を負っている。

他方、「提供者」(図左右両端)は、サービスを提供する機関で、周知のように、プライマリ・ケアとセカンダリ・ケアとに区別される。現在、とくに、セカンダリ・ケア・サービス提供者は、「モニター (Monitor)」という機関 (図左上) によるNHSでのサービス提供にかかる「許可 (NHS provider licence)」が必要となっており、逆にいえば、このモニターによって許可を得た、適格を有する提供者であれば、民間の医療機関等でもNHSサービスを提供できることになっている (例：Virgin Care)。このように、適格を有すればNHSサービスを提供できる現在の提供者を、総称してしばしばAQP (Any Qualified Provider) という。

次に、NHSのための費用についてもみておきたい。NHSに関する資金の流れは、大きく2つの点から把握する必要がある。1つは、サービス提供責任者への配分 (resource allocation) であり、もう1つは、それぞれの提供責任者がコミショニングを通じて行う提供者への支払いである。前者は日本の医療保険の仕組みにはないファイナンスの仕組みであり、後者は現在、ちょうど日本の「診療報酬」に類似したものが展開されつつあると考えてよい。

最後に、これらサービスの直接の提供関係に

はたさないものの、今日のNHSのあり方を象徴しかつ重要な役割を果たす、Regulatorといわれる規制・監督機関 (図左上) について言及しておきたい (ここではとくに、NICE、モニターに着目する)。

NICE (National Institute for Health and Care Excellence；国立保健医療福祉技術評価機構) は、NHSにおける最良の「費用対効果」を提供する医薬品、治療方法、製品などを判断するための、証拠に基づく指針となる「ガイダンス」を示す機関であり、今日、NHSでのサービスを検討する際に極めて重要な役割を果たしているものである。1999年に設置された機関で、もともとは、後に述べるような、個々の医師によって決定された結果生じることになった医療サービスの質や利用可能性の地域差をなくすために設置され、2012年法の改正で、NHSのみならず社会サービスについても対象とすることとなっている。

モニターは、病院を核にしてセカンダリ・ケアを提供するNHSトラストを、NHS基金トラストという、より自由度の高い組織体に移行させるための審査・監督を行う機関として2004年に設置された。これが2012年法の改正により、イングランドでNHSのサービスを提供するすべての提供者の許可 (NHS Provider Licence) を審査する役割<sup>13)</sup> と、あわせて、NHS Englandとともに、NHSの下での「サービスの価格の設定 (price setting)」を行う役割を担うこととなった。許可の条件として要求しているサービス提供者からの情報などを基に、さらにNICEのガイダンスなども考慮して価格設定方法を構想し、NHS Englandと合意に至ると、これが全国標準価格表 (national tariff) として公表されることになる。先の提供責任者は、この全国標準価格表に記載のある場合、これに基づいてセカンダリ・ケア・サービスの確保=コミショニングを行うこととなっている。

このように現在のNHSは、提供体制の具体的な構造に着目してみると、お金の流れこそ中央からの予算を基本にしているものの、とくに監督・責任体制を含め、省から独立したかたちとなっ

ており、サービス提供体制全体を眺めれば、かなり断片化され、もはや中央集権的な制度と簡単に評することができないような状況になっていることがわかる。

## 2. NHS改革と医療制度

### (1) 改革の背景にあるもの—医療をめぐる社会実態的側面

ところで、現在までのNHS改革のポイントの1つに、サービスの全国標準価格（表）の設定がある。これは、文字どおりの「価格の設定」ということ以上に、現在のイギリス医療保障の到達点と変容を示す象徴的なものであるといえる。前述したように、コミッショニングのために整備されつつある全国標準価格（表）により、配分を中心とする仕組みに加えて、現在、日本の診療報酬制度に類似する制度がイギリスで展開されつつある。もっとも、日本の診療報酬制度、とりわけ、診療報酬点数表のようなものと比べれば、いろいろな意味において、およそ部分的で、不十分なものということになろう。しかし、今ごろなぜ「価格の設定」なのか、ここに大きな意味がある。

実は、イギリスでのこれら価格表の設定をはじめとする「診療報酬」制度の導入・展開の背景に、医師によるいくつかの事件が存在し、これら事件に関連する調査報告書が直接的かつ重要な影響を与えた点を理解しておく必要がある。

1990年代後半あたりに、シップマン事件やブリストル事件といった、医師による事件、スキャンダルが次々と発覚する。前者は、GPであったシップマンが、1975～1998年までの間に、210人以上一疑いを含めると250人前後—の患者を殺害していた事件としてセンセーショナルに報じられたもので、2002～2005年までに事件に関する調査報告書全6巻がまとめられている<sup>14)</sup>。後者のブリストル事件は、1984～1995年にブリストルの勅許病院で心臓手術を受けた多くの乳幼児が死亡した事件で、他と比べて異様に高い死亡率が指摘され、内部告発で顕在化したものである。

当該事件の調査では、イギリスで著名な医事法学者が座長を務め、1998～2001年まで審理が行われた。そして、2000年の中間報告書、2001年には最終報告書・提言がまとめられている<sup>15)</sup>。とくに後者の件については、NHSに関するこの種の審理としては異例の規模で行われた、といわれ、これが「診療報酬」制度を含めた現在のNHS改革、医療制度改革の流れに大きな影響を与えた。

これら事件は、ともすると、1人の医師、医療機関の問題ということで片付けられそうなものであるが、ここには、構造的な問題—医療制度そのもの、医療制度とNHSとの関係—が根本にある、という。

### (2) イギリスの医療制度

ここで一旦、イギリスの医療制度についてみておくことにしたい。

イギリスの医療制度には、日本と少し異なる特徴が存在している。端的な例を挙げると、日本の医師の資格と業務は、周知のように、医師法によって規定されており、基本的に、厚生労働大臣の「免許」（医師2条）を受けた医師のみが医業を行うことができるという業務独占となっている（医師17条）。ところが、イギリスでは、法令上は、長らく医師について業務独占は規定されておらず<sup>16)</sup>、基本は日本の名称独占に近いもののみとなっていた<sup>17)</sup>。医師は教育訓練課程を修了すると、適性の審査を経て、GMC（General Medical Council；中央医師評議会）<sup>18)</sup>の管理する登録簿への登録が行われる。しかし、登録がなければ医業を行えない、という意味での規制は存在しておらず、この登録の効果は、名称独占のほか、公的な機関での雇用（NHSでの雇用など）、正式な証明書等の発行、相手方の治療費不払いに対する法的な診療報酬の請求権など、「特権」を付与するにとどまる<sup>19)</sup>。

さらに、このような効果を伴う医師の資格の管理を、国家＝政府ではなく「専門職（profession）」—アングロサクソン特有の意味合いが存在する—が社会のなかで行っているところがイギリ

スの医療制度の最大の特徴となっている。特定の専門的知識や技術に着目する“specialist”や“expert”とは異なり、“profession”は、“profess”=社会に公言する職として、職業のあり方を当該職業集団の「自律」によって決定している<sup>20)</sup>。このような専門職の自律を基礎にしたイギリス的な医療制度の形成は、一言でいえば、イギリス国内での（科学的医療の確立以前から脈々と受け継がれてきた）「自生的医療」の展開による<sup>21)</sup>。そして結果的に、医師は、社会的責任を負うことと引き換えに、広範な「診療の自由」を獲得することとなるのである。

NHSはこのようなイギリス的特質を有する医療制度のうえに構築されたものであり<sup>22)</sup>、時々の改革や制度改正は、基本となるこの医療制度（およびその社会実態）の理解なくしてその意義を十分に理解することができないものなのである。

### 3. NHS改革の意義—まとめにかえて

前記ブリストル事件のポイントの1つは「医療の質」という点にあった。同調査報告書の言葉を借りれば、NHSでは「医療の質を保障し監視する制度が不十分であったのではなく、実のところ、そのような制度は存在していなかった」<sup>23)</sup>という。

NHSは、資源配分を通じて提供側がどの程度の医療保障を行うか（の大枠）を決定することにはなっても、具体的にどのような医療を提供するのか、医療そのものの提供を規定するものではない。実際、内部市場が導入される1992年までは、サービスを決定することになる臨床上の必要性を判断するのも、また、NHSのなかでの管理、マネジメントも、実質的には「医師」が決定的な影響力をもっていた。ところが、医療に決定的な影響力を行使する医師を監督するのは、長らくGMCという専門職による自律機関のみであり、専門職としての「医師の適性」を基本に、臨床的な観点からの監督を行うに過ぎなかった。また、その他の診療上のチェックや監査も、事後的に、病院等においてそれぞれ行わ

れているに過ぎなかった。

結局、NHSは資源配分の責任を負い、ゆえに治療される患者の「数」に関心を寄せるものの、医療の質や臨床上の問題、責任はそれぞれの病院や医療制度の実質を担ってきた専門職にあると考え<sup>24)</sup>、これに積極的に切り込んでこなかった。また他方で、歴史的経緯から「診療の自由」を獲得し自律によって質の確保を図ってきたはずの専門職は、内輪の論理で社会的な責任を果たしきれない状況になっていることが、改めて浮き彫りにされた<sup>25)</sup>。そこで、以降のNHS改革は、このような両者の齟齬ゆえにないがしろにされつつあった、患者にとっての「医療の質」を確保する手立てを、NHSのガバナンスの確立として講じる必要性に迫られた。イギリス型の「診療報酬」やこれと密接な関係を有するNICEなど規制機関の展開には、このように、文字どおりの経済的意味合いからする「価格の設定」とは異なる、別の意義—NHS内のガバナンスの確立、医療のあり方の変容—を読み取ることができるのである。

#### 注

- 1) 本稿では、とおりのよいイギリスという用語を用いているが、本文中の記述はイングランドを対象としている。
- 2) Health and Social Care Act 2012 Ch. 7.
- 3) なお、2012年法による改正前のNHSの法的構造については、国京則幸「第6章 イギリス」加藤智章・西田和弘 編『世界の医療保障』（法律文化社、2013年）、109-129頁なども参照。
- 4) NHSの利用資格は、納税はもとより、国民保険の保険料拠出など、負担関係とは完全に切り離されている。また国籍も考慮しない。Ordinary residentは日本の国保の「住所」の捉え方に近いもので、「当該人物の人生のある一時期において自発的かつ定住意思をもってイギリス内で適法に生活をしている者」とされる。ポイントとなるのは、①滞在の適法性、②自発的滞在、③当座の定住意思の存在、である。時間的な要素は必ずしも決定的なものではないが、保健省は、6カ月に満たない滞在の場合にはこれに該当しない、

- という一応の指針を示している(この場合は必要に応じて暫定登録)。現在、参考にするべき文書は、DoH, *Ordinary Residence: Guidance on the Identification of the Ordinary Residence of People in Need of Community Care Services, England*, 2013.
- 5) National Health Service Act 2006 Ch. 41, s.1 (3). 処方箋薬などが費用徴収を伴う例外である。ただし、これら費用負担が規定されているものについても、一定の条件に該当すると負担が免除される。詳細はHC11というパンフレットに記載されており、一般市民も容易に入手できる。
  - 6) 日本の医療保険は、いわゆる強制適用ということで、法令上のために合致すると当然に資格を付与され、制度の適用上、本人の意思は問題にされない。
  - 7) NHSの利用構造の基本は、国京則幸「イギリス国民保健サービス利用の法的構造」静岡大学法政研究14巻3・4号、233-286頁。
  - 8) 登録の変更は、単に変更希望のGP診療所で登録手続きをとればよい。変更理由等を聞かれることもない。ただし、複数登録(重複登録)は認められない。なお、NHS登録は1人ひとりの個別登録であるため、論理的には家族全員が異なるGP診療所に登録を行うことも可能となっている(子どもも16歳以上は本人の意思で変更等行うことができる)。
  - 9) ただし、拒否の際には相当の理由が必要であり、また、人種、性別、社会階級、年齢、宗教、性的指向、障害、または医療上の条件に関するような理由で拒否することはできない。
  - 10) 1990年代の改革で導入された内部[疑似]市場で、しばしば購買者・供給者と表現されるが、法的な点からすると、購買者はサービスを確保すること以外に、対住民でアクセスを保障する役割を制定法上も負っている。そのため、本稿では、購買者・供給者ではなく、住民に対してサービスの提供を保障する責任を負う「提供責任者」と、契約に基づきサービスを提供する「提供者」という用語を用いている。
  - 11) コミッショニングとは、契約手法を軸としつつ、事前のニーズ調査、優先順位の設定や資源配分、そして事後のモニタリング、評価までをも含む一連のプロセスをいい、敢えて日本語に置き換えるとすると「保障」ということになる。
  - 12) NHS Englandが設定する基準をクリアしたものが認証されることとなっており、現在、211のCCGが存在している。
  - 13) このとき、CQC(Care Quality Commission)がサービス提供者の登録を行い、提供されるサービスの安全と質を確保することとなっている。そして必要に応じて、情報の収集や立ち入り検査など権限を行使する。
  - 14) Dame Janet Smith DBE, *The Shipman inquiry: first report* (2002), *second report* (Cm5853, 2003), *third report* (Cm5854, 2003), *fourth report* (Cm6249, 2004), *fifth report* (Cm6394, 2004), *sixth report* (2005), TSO. また政府の発表した *Trust, Assurance and Safety- The Regulation of Health Professionals in the 21st Century* (Cm7013, 2007), *Learning from tragedy, keeping patients safe* (Cm7014, 2007), *Safeguarding Patients* (Cm7015, 2007) なども参照。
  - 15) Ian Kennedy, *Learning from Bristol: The Report of the Public Inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995* (Cm5207, 2001). また、政府の *Learning from Bristol: the Department of Health's response to the Report of the Public Inquiry into children's heart surgery at the Bristol Royal Infirmary 1984-1995* (Cm5363, 2002) なども参照。
  - 16) 法令上、業務独占が規定されているのは獣医のみである。Veterinary Surgeons Act 1966 Ch.36, s.19.
  - 17) 2009年11月以降は、GMCへの登録に加え、GMCが管理する「診療免許」(licence to practise)が必要になっており、5年ごとの更新にかかる。Medical Act 1983 Ch.54, s.29A. これは部分的にはあるが、実質的に日本の業務独占と同じ意味をもつものであるといえる。
  - 18) この機関は、一般市民の健康と安全を維持増進することを目的として「医療提供の場」への参入規制を行う機関であり、教育水準の設定・医師の養成課程に関与し、医師の登録を行い(医療の入り口)、また医師の懲戒や診療適性の審査を行う(医療の出口)ことで、実質的な意味で医療に大きな影響力を行使する機関である。もともとは医師のみによって構成されていた。現在までの改革で医師以外の構成員が一定の数

を占めるようになっている。なお、認証労働組合である英国医師会(BMA: British Medical Association)とはまったく別の組織である。

- 19) Medical Act 1983, Part VI.
- 20) 医師に限らず、専門職は一般に組織的な自律機関を有しており、内部規範を形成し、職者の資質の管理を行っている。医療関係に限ってみても、看護師・助産師には、看護師助産師評議会(NMC: Nursing and Midwifery Council)、薬剤師には、中央薬剤師評議会(GPhC: General Pharmaceutical Council)など各職者の専門職機関が存在し、それぞれの職者の自律を基本としたコントロールが行われている。
- 21) 国京則幸「医療保障における医師の位置付けと医療の責任について－イギリス医療保障構造再考－(一)～(四完)」法雑44(2)、237-275頁;44(3)、399-425頁;44(4)、597-628頁、45(1)、112-136頁など参照。
- 22) イギリスの医療の特徴としてしばしば指摘されるGPと病院医との機能区分・役割分担はNHSゆえの特徴ではなく、その基礎となっている医療制度の特徴であり、イギリスの医師の歴史的展開のなかで形成されてきた業務区分を基礎としている。
- 23) Kennedy, op. cit., p.6, para 30.
- 24) Ibid., p.303, para 2.
- 25) 2002年NHS改革および保健医療専門職法(National Health Service Reform and Health Care Professions Act 2002 Ch.17)によって創設されたCouncil for Healthcare Regulatory Excellence (CHER) が、2012年法により、Professional Standards Authority for Health and Social Careとなり、GMCを含む9つの専門職の自律機関を監督することになっている。加えて、前述のとおり、2009年からは個々の医師についてGMCへの登録のほかに診療免許が必要となっており、自律のあり方が大きく変容することとなっている。

## カナダの医療制度の有効性

### —医療アクセス、医療の質、管理費の観点から—

関西大学非常勤講師

岩崎 利彦

Iwasaki Toshihiko

カナダの医療制度の有効性について、医療アクセス、医療の質、および医療費に占める管理費の観点から国際比較を交えて考察する。カナダにおける医療アクセスについては、患者待機の短縮化が課題として残されている。医療の質については、評価の分かれるところもあるが、ベストとは言えないと思われる。医療費に占める管理費の割合は、他国と比較しても小さいといえる。

#### はじめに：問題提起

普通税をベースにして医療財源を賄い、医学的に必要なすべての医療サービス（一般的な歯科サービスを除く）が患者負担ゼロでカナダ国民に提供される州運営の公的医療保険制度<sup>1)</sup>（一般に「メディケア」と称される、以下、メディケアと表す）は、カナダ国民が誇りにする制度のひとつである。

しかしながら、2014年10月に公表された世論調査（Nanos Research poll）によると、自国カナダの医療制度が現在と比べて将来さらに良くなると答えた調査回答者は26.7%に過ぎず、そう思わないと答えた回答者が51.5%と半数を超えた。この世論調査結果について、調査機関代表のニック・ナノス（Nik Nanos）は、マスコミが日常的に、国民に対してカナダの医療制度が窮地に陥っていると不安をあおっていることも影響していると指摘している [Vancouver Sun 2014a]。

カナダの普遍的医療制度のもとに提供される医療サービスから得られる医療の質（quality care）は、国民の期待に添った水準にあるのだろうか。

唯一の公的医療保険であるメディケアが、保険給付対象とする医学的に必要な医療サービスと同じ医療サービス分野をカバーするような私的医療保険は、1984年制定の「カナダ保健法（Canada Health Act）」を根拠に禁じられている。

しかし、ブリティッシュ・コロンビア州（以下、B.C.州と表す）では、バンクーバーにある営利の私的クリニックであるキャンビー外科センター（Cambie Surgery Centre）<sup>2)</sup>の共同オーナーで、元カナダ医師会長であった外科医のブライアン・デイ（Brian Day）が、メディケアの下で治療（任意手術）までに長期間待機を余儀なくされている患者には、カナダの権利と自由に関する憲章のもとに、私的クリニックで迅速に治療をする権利があると、6人の患者と一緒にB.C.州政府を訴えた裁判が2009年以来続いている<sup>3)</sup>。2014年9月にB.C.州最高裁判所は、この公判を2015年3月まで延期することを認めた [Vancouver Sun 2014b]。この訴訟理由は、かつて2000年代の初期にケベック州で争われた類似の裁判のB.C.州版というところである<sup>4)</sup>。

B.C.州医療連合（BC Health Coalition）と全国組織であるメディケア擁護カナダ医師団（Canadian Doctors for Medicare）は、この裁判

の判決によっては、カナダ医療保障の大きな特色である「(医療は) ニードに基づいて提供されるもので、支払能力に基づいて提供されるものではない」という大原則を脅かすことにつながるものであり、カナダが公的医療保険と私的医療保険が併存するいわゆる二層医療制度 (two-tier health care system)<sup>5)</sup> になる懸念を危惧している<sup>6)</sup>。つまり、高所得者と低所得者とで医療サービスにおいて違いが生まれるということで、所得の違いに関係なくすべてのカナダ国民が同じ内容の医療サービスを得るという大原則が損なわれることになるからである。

メディケア擁護カナダ医師団の副会長のヴァネッサ・ブライセック (Vanessa Bricic) は、現在の医療制度にはヒビ割れが生じているので改善する必要性のあることを指摘している<sup>7)</sup>。多くのB.C.州民は、この訴訟が早く決着し、私的診療行為が拡大しないよう望んでいる。

本稿では、まずカナダの医療制度の有効性を検討するために、医療アクセスについて簡単に見た上で、医療の質に重点を置いて検討する。つぎに、総医療費に占める管理費について検討する。その際に、カナダの医療制度における医療アクセス、医療の質および管理費の国際的な位置づけを考える。

## 1. 医療制度の有効性の評価

2014年9月に、カナダ保健医療情報研究所 (Canadian Institute for Health Information : 以下、CIHIと表す) は、ビッグ・データを使って、州・準州、地域、病院ごとにカナダの医療制度の有効性 (efficiency) を検討・比較できるウェブサイト、Your Health System (<http://yourhealthsystem.cihi.ca>) を立ち上げて、すべての国民がいつでも見られるようにした。

CIHIは、医療制度の有効性の評価分野として、(1)医療アクセス (受診のしやすさ)、(2)医療の質、(3)医療支出、(4)健康促進と病気予防、(5)健康成果の5分野について37指標によって具体的に検索できるようにした。

このサイトでは、全国レベルで個々の病院ごとに、救急部門の待機時間、患者の再入院率、院内感染率、病院死亡率、任意手術の待機期間等を検索できる。24時間いつでもカナダ全国にある病院名で評価指標について検索できることは、すべての人々にとって便利であるとともに有益であろう<sup>8)</sup>。

CIHIは、カナダの「医療制度でもっとも重要なことは何であるかと聞かれれば、ほとんどのカナダ国民が、医療成果の最重要要素として、受診の容易さ (医療アクセスの良いこと) と共に、提供される医療の質を挙げる」と指摘している [CIHI 2014, p.3]。本稿では上記のCIHIのウェブサイトから(1)医療アクセスおよび(2)医療の質に絞って、カナダの医療制度の有効性についての現状を把握する。

CIHIは、後に言及するカナダの医療の質を他国と比較する際に、医療の質の定義としてOECD (経済協力開発機構) の「医療サービスから個人や集団の期待する健康状態の得られる可能性が高まり、かつそれが最新の医学を反映している程度」<sup>9)</sup> をOECDデータと比較のために採用している [CIHI 2014, p.3]。

## 2. 医療アクセスの現状

CIHIは、患者が医療サービスを必要とするときに、どの程度容易に受診できるかという医療アクセスに関する分野では、①かかりつけ医 (a regular doctor) がいる人の割合、②一般医の紹介状をもらってから専門医を訪問するまでの待機期間が3か月以上の患者の割合、③癌放射線治療の待機期間が4週間以内の患者の割合、および④股関節または膝関節置換術の待機期間が6か月以内の患者の割合、の4指標で医療アクセスを評価する。その評価結果を州別にまとめたのが、表1である。

### 【かかりつけ医の有無】

2013年において、かかりつけ医のいる人の割合は、準州を除けば、ケベック州の74.9%から、ニュー・ブランズウィック州 (以下、N.B.州と表

表1 「医療アクセス」州別比較

| 指標→<br>州名↓   | かかりつけ医がいる人の割合<br>(2013年) | 一般医の紹介状をもらってから専門医を訪問するまでの待機期間が3か月以上の割合<br>(2011年) | 痛放射線治療の待機期間が4週間以内の患者の割合<br>(2013年) | 股関節または膝関節置換術の待機期間が6か月以内の患者の割合<br>(2013年) |
|--------------|--------------------------|---|------------------------------------|--|
| B.C.         | 84.5%                    | 12.4%   | 94.0%                              | 69.0%                                    |
| Alta.        | 80.0%                    | 14.9%   | 98.0%                              | 75.0%                                    |
| Sask.        | 80.3%                    | 21.8%   | 98.0%                              | 70.0%                                    |
| Man.         | 83.6%                    | 15.4%   | 100.0%                             | 62.0%                                    |
| Ont.         | 91.2%                    | 15.8%   | 98.0%                              | 87.0%                                    |
| Que.         | 74.9%                    | 18.9%   | 98.0%                              | 79.0%                                    |
| N.B.         | 92.0%                    | 23.8%   | 97.0%                              | 63.0%                                    |
| N.S.         | 90.3%                    | 15.7%   | 90.0%                              | 48.0%                                    |
| P.E.I.       | 87.6%                    | 14.4%   | 92.0%                              | 67.0%                                    |
| N.L.         | 88.0%                    | 20.0%   | 97.0%                              | 93.0%                                    |
| Y.T.         | 73.3%                    | NA  | NA                                 | NA                                       |
| N.W.T.       | 73.3%                    | NA  | NA                                 | NA                                       |
| Nun.         | 15.4%                    | NA  | NA                                 | NA                                       |
| <b>カナダ全体</b> | <b>84.5%</b>             | <b>16.4%</b>                                      | <b>97.0%</b>                       | <b>78.0%</b>                             |

注1 記号NAは、データが入手できなかったことを示す。

2 括弧内の年は、調査年を示す。

3 州の略称は次の通りである：B.C.=ブリティッシュ・コロンビア州、Alta.=アルバータ州、Sask.=サスカチュワン州、Man.=マニトバ州、Ont.=オンタリオ州、Que.=ケベック州、N.B.=ニュー・ブランズウィック州、N.S.=ノバ・スコシア州、P.E.I.=プリンス・エドワード・アイランド州、N.L.=ニューファンドランド・アンド・ラブラドル州、Y.T.=ユーコン準州、N.W.T.=ノースウエスト準州、Nun.=ヌナブト準州。

Source : Canadian Institute for Health Information (2014) Your Health System.  
<http://yourhealthsystem.cihi.ca> (Accessed: November 5, 2014.)

す)の92.0%までの間にあり、全国平均は84.5%である。おおよそカナダ国民の6人に1人が、かかりつけ医を持っていないことになる。人口の最も多いオンタリオ州は、91.2%でかかりつけ医のいる人の割合は高い。準州は、人口が少なく、かかりつけ医のいる人の割合が低い。なお、2011年におけるカナダの家庭医 (family doctors) は、10万人に106人の割合である。

### 【患者待機期間】

つぎに、患者待機期間であるが、癌患者の放射線治療を除けば、依然としてカナダ医療の課題であり続けているようである。カナダでは、これまで、急を要さない任意手術の待機期間の長いことが大きな課題であり、連邦政府と共に全州を挙げて改善の努力をしてきた<sup>10)</sup>。2011年において、一般医の紹介状をもらってから専門医を訪問するまでの待機期間が3か月以上の割合は、全国平均では16.4%であり、10州のうちで最

も長いのがN.B.州の23.8%、最も短いのはB.C.州の12.4%である。

この医療アクセスについて考える際に留意すべきことは、医学的観点から見て許容される待機期間に対して実際の待機期間が超過しているのかどうかということである<sup>11)</sup>。患者の立場からすれば、任意手術に待機期間ゼロがベストである。しかし、これは理想であろう。わが国においても任意手術において待機期間がゼロではない。

### 【医療アクセスの国際比較】

ニューヨークにあるコモンウェルス・ファンド (Commonwealth Fund) が、先進11か国の2013年における医療アクセスのランキングを公表している [Davis et al. 2014, p.7 and pp.20-21]。コモンウェルス・ファンドは、医療へのアクセスを、①医療費用に関連した医療アクセス、および②治療のタイムリーさ (待機期間) の2つに分けて評価している。表2は、先進11か国にお

ける医療アクセスのランキングを表している。

カナダは、①の医療費支払に関連したアクセスの困難さの程度では11か国中5位、②の治療のタイムリーさでは最下位の11位で、医療アクセスの総合順位は、11か国中の9位となっている。

表2 先進11か国における医療アクセスのランキング (2013年)

| 指標→<br>国名  | 医療費支払<br>に関連した<br>医療アクセ<br>スの困難さ<br>(A) | 治療のタイ<br>ムリーさ<br>(B) | 医療アクセ<br>ス(総合)<br>(A) + (B) |
|------------|---|----------------------|-----------------------------|
| オーストラリア    | 9                                       | 6                    | 8                           |
| <b>カナダ</b> | <b>5</b>                                | <b>11</b>            | <b>9</b>                    |
| フランス       | 10                                      | 10                   | 11                          |
| ドイツ        | 4                                       | 4                    | 2                           |
| オランダ       | 8                                       | 2                    | 4                           |
| ニュージーランド   | 6                                       | 7                    | 7                           |
| ノルウェー      | 3                                       | 8                    | 6                           |
| スウェーデン     | 1                                       | 9                    | 4                           |
| スイス        | 7                                       | 1                    | 2                           |
| イギリス       | 1                                       | 3                    | 1                           |
| アメリカ       | 11                                      | 5                    | 9                           |

Cited : Davis, Karen et al. (2014) *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally, 2014 Update*. New York NY: Commonwealth Fund. p.7.

留意すべきことは、コモンウェルス・ファンドが、カナダのような普遍的給付制度、あるいは普遍的給付に近い医療制度には、専門医による治療(手術)を受けるまでに長い患者待機期間があると見なすことはよく見かける誤りであると指摘していることである [Davis et al. 2014, p.20]。その意味でも、カナダには厳しい評価となっている。

### 3-1. 医療の質の現状

カナダの国民(患者)は、医学的に必要な医療サービスがすべて無料であり、そして良質の医療が安全に提供されることを望んでいる。現状は、どうなっているのか。CIHIは、①退院後1か月以内の再入院率、②病院死亡(HSMR)、③病院内での敗血症の割合、④精神疾患での年3回以上の頻回入院の割合、および⑤看護施設での潜在的に不適切な向精神薬の投与(医師による診断無し)の割合、の5指標で医療の質の評価をする。これを州別にまとめたのが、表3である。これを指標別に見てみる。

表3 「医療の質」州別比較

| 指標→<br>州名↓   | 退院後1か月以内の<br>再入院率<br>(2012-2013年) | 病院標準化死亡比<br>(HSMR) (2009-2010<br>年を100とする)<br>(2012-2013年) | 術後の敗血症(1,000<br>人当たり)<br>(2011-2012年) | 精神疾患での頻回入<br>院(年3回以上)<br>(2011-2012年) | 看護施設での潜在的<br>に不適切な向精神薬<br>投与(医師による診<br>断無し)の投与)<br>(2013-2014年) |
|--------------|-----------------------------------|--|---------------------------------------|---------------------------------------|---|
| B.C.         | 9.4%                              | 85   | 4.7                                   | 13.3%                                 | 32.5%   |
| Alta.        | 8.9%                              | 84   | 4.2                                   | 9.3%                                  | 25.8%   |
| Sask.        | 9.7%                              | 90   | 3.6                                   | 11.3%                                 | 37.3%   |
| Man.         | 8.5%                              | 98   | 3.9                                   | 9.7%                                  | 23.8%   |
| Ont.         | 8.9%                              | 89   | 5.0                                   | 10.8%                                 | 30.5%   |
| Que.         | 8.3%                              | 87   | 4.0                                   | 10.3%                                 | NA  |
| N.B.         | 8.8%                              | 92   | 3.8                                   | 11.7%                                 | NA  |
| N.S.         | 8.2%                              | 106  | 3.4                                   | 9.7%                                  | 21.7%   |
| P.E.I.       | 8.1%                              | 95   | 2.7                                   | 12.5%                                 | NA  |
| N.L.         | 8.5%                              | 110  | 4.5                                   | 13.1%                                 | 41.0%   |
| Y.T.         | 10.6%                             | NA   | 0.8                                   | 7.7%                                  | 29.1%   |
| N.W.T.       | 9.7%                              | NA   | 6.5                                   | 12.9%                                 | NA  |
| Nun.         | 10.8%                             | NA   | 0.0                                   | 11.6%                                 | NA  |
| <b>カナダ全体</b> | <b>8.8%</b>                       | <b>89</b>  | <b>4.4</b>                            | <b>11.1%</b>                          | <b>30.2%</b>  |

注およびSourceは、表1に同じ。

### 【再入院率】

CIHIによると、再入院の医療費が、年間18億カナダドル（以下、ドルと表す）を超す。医療の適切さと有効性を示す指標である病院の退院後1か月以内の再入院率は、2012-2013年においてカナダ全体の平均で見ると8.8%である。3準州における再入院率は、9.7%~10.8%でありカナダの平均を上回っている。10州のなかで再入院率のもっとも高いのは、サスカチュワン州の9.7%で、これにB.C.州の9.4%が続いている。逆に、再入院率の最も低いのは、プリンス・エドワード・アイランド州で8.1%である。

### 【病院死亡：病院標準化死亡比（HSMR）】

CIHIは、カナダの病院における患者の安全と医療の質の向上のための重要な尺度の1つとして病院標準化死亡比（hospital standardized mortality ratio: HSMR）を評価指標として採用している。これは、「患者の年齢、性別、疾病診断および入院時の患者の状態といった病院死亡率に影響を与える要因を調整する。そして、カナダの平均的な実績と当該病院の実際の患者死亡数とを比較する。この比率（ratio）は、死亡率を評価するための出発点となるもので、病院死亡患者数の減少に役立つ改善のための領域を明らかにする」としている [CIHI 2014c]。

2009-2010年の病院標準化死亡比を100として、その変化を見る。2012-2013年においてカナダ全体の指数は89となっており、全体的には病院死亡率は低下傾向にある（2007年におけるカナダ全体での指数は108であった）。CIHIは、この指標の推移を見ることによって、病院が患者死亡を引き下げ、医療の改善に成功していることを示す指標になると指摘している。

この病院標準化死亡比は、州間でバラツキがあり、最も低い州は、アルバータ州（84）で、B.C.州（85）が続いている。一方、病院死亡率がもっとも高い州は、ニューファンドランド・アンド・ラブラドル州（以下、N.L.州と表す）（110）となっており、これにノバ・スコシア州（106）が続いている。この2州では、病院死亡率が増加している。

### 【術後の敗血症の割合】

2011-2012年における患者1,000人当たりの術後の敗血症患者数は、病院内での患者の安全性を示す指標であり、カナダ全体では、4.4人である。この指標も、州間でかなりのバラツキがある。10州のなかでは、オンタリオ州が入院患者1,000人当たり5.0人ともっとも高く、B.C.州の4.7人、N.L.州の4.5人がこれに次いでいる。逆に、最も低かった州はノバ・スコシア州の3.4人、これにサスカチュワン州の3.6人が続いている。

### 【精神疾患者の頻回入院の割合】

カナダでは精神疾患者の11.1%が、1年間に3回以上入退院を繰り返している。この精神疾患者の頻回入院は、適切な治療、薬剤、コミュニティのサポートを得ることの困難さを反映するものと考えられる。この指標は、州間で差異があり、10州のなかでは、B.C.州がもっとも高く13.3%、逆に、最も低かったのはマニトバ州の9.7%であった。

### 【看護施設での向精神薬の不適切投与】

医療の質を評価するためのもう1つの指標として、看護施設で医師の診断無しで向精神薬を施設居住者に投与している割合を見てみると、ケベック州を含めた数州でデータが取れないために不完全ではあるが、カナダ全体では30.2%である。この割合がもっとも高いのは、N.L.州で41.0%、逆に、最も低いのがノバ・スコシア州の21.7%であった。この割合は、認知症と関係していると思われるので、向精神薬の適切な利用が課題であろう。

## 3-2. 医療の質の国際比較

ここまで、カナダの医療の質についてのいくつかの指標を州別に見てきたが、それではカナダの医療の質はOECD諸国と比較してどのあたりに位置づけることができるのであろうか。

### (1) CIHIによる評価

CIHI [2014b] は、カナダの医療の質について、OECDのデータをカナダについて一部補正したうえで、OECD諸国の平均と比較して良いのか

表4 カナダの医療の質のOECD諸国平均との比較

| 指標の範疇        | カナダの相対的成果<br>(OECD諸国との比較) | 成果の向上のための活動例  |
|--------------|---------------------------|---|
| コミュニティにおける医療 | 良い                        | ・インフルエンザ・ワクチン接種促進運動<br>・チーム・ベースの医療提供・肥満および健康リスク諸要因の予防 |
| 患者の経験        | 悪い                        | ・測定値の向上   |
| 癌治療          | 良い                        | ・スクリーニングの増加・HPV予防接種                                   |
| 患者の安全性       | 良い                        | ・データの質の改善・外科手術安全性チェックリスト・VTE予防<br>・手術現場感染予防・会陰切開術     |
| 急性期医療の結果     | 良い・悪いの混在                  | ・タイムリーな医療へのアクセス・心筋梗塞・発作(Stroke units)                 |

注 成果区分は、範疇の指標の3/4以上がOECDの平均よりも上回っている場合を「良い」とし、範疇の指標の3/4以上がOECDの平均よりも下回っている場合を「悪い」、そして範疇の諸指標が「良い」または「悪い」の判定ができない場合を「良い・悪いの混在」と表記する。

Source : [CIHI 2014b, p. 21]。

表5 主要11か国における医療の質のランキング (2013年)

| 国名         | 医療の質     |           |              |          |           |
|------------|----------|-----------|--------------|----------|-----------|
|            | 医療の有効性   | 医療の安全性    | コーディネートされた医療 | 患者中心の医療  | 医療の質の総合順位 |
| オーストラリア    | 4        | 3         | 4            | 5        | 2         |
| <b>カナダ</b> | <b>7</b> | <b>10</b> | <b>8</b>     | <b>8</b> | <b>9</b>  |
| フランス       | 9        | 2         | 9            | 10       | 8         |
| ドイツ        | 6        | 6         | 10           | 7        | 7         |
| オランダ       | 5        | 7         | 5            | 3        | 5         |
| ニュージーランド   | 2        | 9         | 2            | 6        | 4         |
| ノルウェー      | 11       | 11        | 7            | 11       | 11        |
| スウェーデン     | 10       | 5         | 11           | 9        | 10        |
| スイス        | 8        | 4         | 3            | 2        | 3         |
| イギリス       | 1        | 1         | 1            | 1        | 1         |
| アメリカ       | 3        | 7         | 6            | 4        | 5         |

Source : Calculated by The Commonwealth Fund based on 2011 International Health Policy Survey of Sicker Adults; 2012 International Health Policy Survey of Primary Care Physicians; 2013 International Health Policy Survey; Commonwealth Fund *National Scorecard 2011*; World Health Organization; and Economic Cooperation and Development, *OECD Health Data, 2013* (Paris: OECD, Nov. 2013).

Cited : Davis, Karen et al. (2014) *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally, 2014 Update*. New York NY: Commonwealth Fund. p.5.

悪いのかを検討した。その結果を表したのが表4である。OECD諸国の平均よりも良いのは、コミュニティにおける医療、癌治療、患者の安全性の範疇であるが、患者の経験（例えば、医師の患者対応、医療情報など）についてはOECD諸国の平均より悪いと指摘している。CIHIの分析では、回避できる入院、高齢者のインフルエンザ予防接種、癌治療といった医療の有効性の測定値においては良好である。しかし、急性期治療現場での患者の安全性については、ほとんどのOECD諸国に後れを取っていると見なしている。

国際比較をする場合、データベースが比較可能なものであるのかということ、人口や文化の違いなどの考慮を要するが、「国際比較は、医療の質を高める価値がある」とCIHI [2014b, p.1] は指摘している。正にその通りであろう。

(2) コモンウェルス・ファンドによる評価

コモンウェルス・ファンドは、アメリカの医療制度の改善のために、先進主要国の医療制度との国際比較評価を公表している。2014年版報告書 [Davis et al. 2014] から、カナダの医療制度の「医療の質」をどう評価しているか見てみる。

表5は、2013年におけるアメリカを含めた11か

国の医療の質 (quality care) を比較するために、4つの範疇 (医療の有効性、医療の安全性、コーディネートされた医療、および患者中心の医療) から評価した結果のランキングである [Davis et al. 2014, pp.13-20]。

4範疇のうちの医療の有効性とは、病気の予防および慢性病治療における有効性と適切さの観点からのものである；医療の安全性とは、治療行為による患者の負傷を避けるという観点からのものである；またコーディネートされた医療とは、患者治療における一連の医療関係者の相互連携という観点からのものである (この範疇には、かかりつけの医師あるいは医療機関もっているかも判定基準となっている)；そして、患者中心の医療とは、医師と患者の意思疎通の良さ、同じ医師の継続性、および患者に治療の選択肢を示しているかなどの観点からのものである。

カナダは、医療の質の総合評価において9位で、そのなかの医療の有効性では7位、医療の安全性において10位 (このなかの「過去2年間において、異常な検査結果の通知遅れを経験した患者」という項目でカナダは最下位の11位であった)、コーディネートされた医療で8位、患者中心の医療で8位と、どの範疇の評価でも下位の評価となっている。

なお、医療の質の総合評価のランキングでの1位はイギリス、2位がオーストラリアである。アメリカは5位で、最下位の11位はノルウェーであった。コモンウェルス・ファンドによるカナダの医療の質についての評価は、厳しいものとなっている。

医療制度において、対極にあるとも言えるカナダとアメリカであるが、コモンウェルス・ファンドは、医療制度の総合評価においてカナダを10位、アメリカを最下位の11位と評価していることも指摘しておきたい (1位はイギリスであった) [Davis et al. 2014, p.7]。筆者は、評価のための個人の聞き取り件数において、各国で大きな開きがあり、カナダが圧倒的に多い (アメリカの2.7倍、イギリスの5倍) ことも、評価結果にある程

度影響しているのではないかと考えている。

#### 4. 医療費に占める医療管理費の現状

つぎにカナダの総医療費に占める管理諸経費の割合について検討する。医療費に占める管理費の割合も軽視するべきではないと思われるからである。まずCIHIが毎年公表する『国民医療費の推移』の2013年版からカナダの管理費を見ることにする [CIHI 2013]。ここで言う管理費 (administration) とは、州政府および私的医療保険会社が医療保険を提供するための費用である。したがって、病院運営、薬剤給付プログラム、介護プログラム、および保険がカバーしていないサービス等に要する諸経費は、管理費には含まれない。これらの諸経費は、それぞれの範疇の医療費に含められている [CIHI 2013, p.41 and p.100]。

2011年におけるカナダの総医療費は、2,000億9,470万ドルであり、管理費はそのうちの62億7,080万ドルを占めており、総医療費に占める管理費の割合は3.1% (国民1人当たり181.8ドル) である。この管理費の内訳は、公的部門が24億8,100万ドル、私的部門が37億8,980万ドルで、総医療費に占める公的部門の管理費の割合は、1.2%、私的部門が1.9%である。

総医療費に占める管理費の割合の推移を見ても、2003年の3.8%をピークに徐々に低下傾向にあり、2013年は3.0%と推計されている。

##### (1) カナダとアメリカの医療管理費の比較

2003年に、ステフィ・ウールハンドラー (Steffie Woolhandler) 等が1999年におけるアメリカとカナダの医療管理費の分析・比較を行っている [Woolhandler et al. 2003]。ここで言う医療管理費の概念は、CIHIと異なっている。1999年における総医療費に占める医療管理費の割合は、アメリカが31.0% (2,943億アメリカドル、1人当たり1,059アメリカドル) であるのに対して、カナダは、16.7% (94億アメリカドル、1人当たり307アメリカドル) であった。表6は、1999年における

表6 アメリカとカナダの医療管理費の比較（1999年）

| 医療管理費の範疇        | 1人当たりの支出(単位:アメリカドル) |     |
|-----------------|---------------------|-----|
|                 | アメリカ                | カナダ |
| 保険経費            | 259                 | 47  |
| 医療給付を管理する雇用主の費用 | 57                  | 8   |
| 病院の管理費          | 315                 | 103 |
| ナーシングホームの管理費    | 62                  | 29  |
| 開業医の管理費         | 324                 | 107 |
| ホームケアの管理費       | 42                  | 13  |
| 合計              | 1,059               | 307 |

Cited: Woolhandler, Steffie et al. (2003) 'Costs of Health Care Administration in the United States and Canada,' In *New England Journal of Medicine*, 349: 771, Table 1.

表7 4か国の病院管理費の比較（2010年）

| 病院管理費↓          | アメリカ   | カナダ    | オランダ   | イギリス<br>(イングランド) |
|-----------------|--------|--------|--------|------------------|
| 病院費に占める病院管理費の割合 | 25.32% | 12.42% | 19.79% | 15.45%           |
| GDPに占める割合       | 1.43%  | 0.41%  | 0.77%  | 0.63%            |
| 1人当たり支出(アメリカドル) | 667    | 158    | 323    | 225              |

注1 原書の表より抜粋したもの。

2 イギリス(イングランド)の1人当たり支出は、NHS Trusts and Acute NHS Foundation Trustsを含む。

Cited: Himmelstein et al. (2014) 'A Comparison Of Hospital Administrative Costs In Eight Nations: US Costs Exceed All Others By Far' In *Health Affairs*, 33, no.9 (2014): 1590, Exhibit 3.

アメリカとカナダの医療管理費を1人当たりで比較したものである。

なお、カナダの公的医療保険の管理費に相当する間接費(overhead)は1.3%、民間保険者の間接費が11.7%であり、アメリカの民間保険者の間接費の13.2%よりもかなり低い。従って、保険者の管理費は、カナダの方が遙かに低かったと結論づけている<sup>12)</sup> [Woolhandler et al. 2003, p.772]。

しかし、カナダとアメリカの医療分野における様々な違いを論じる際に、留意しなければならないことは、ロバート・エバンズが指摘しているように、単に制度上の公・私の違いと狭小化してしまわないことが重要である [Evans 2008, p.136]。

## (2) 4か国の病院管理費の比較

デービッド・ヒンメルスタイン(David Himmelstein)等は、2010年における6か国(アメリカ、カナダ、フランス、ドイツ、オランダ、イギリス<sup>13)</sup>)の病

院管理費の比較を行った [Himmelstein et al. 2014]。表7は、2010年におけるデータの得られるアメリカ、カナダ、オランダ、およびイギリス(本稿では、イングランドでイギリスを代表する)の4か国の病院管理費の比較である。病院費に占める病院管理費の割合は、カナダが最も低くて12.42%、これにイギリスの15.45%、オランダの19.79%が続き、最も高いのはアメリカの25.32%である。これを1人当たりの支出で見た場合、カナダが158アメリカドル、イギリスが225アメリカドル、オランダが323アメリカドル、アメリカは667アメリカドルである。

病院管理費の比較で見ると、カナダとアメリカは対照的な結果となっている。ヒンメルスタイン等も指摘しているように、カナダは、州が単一の保険者であり、病院に包括的な一括予算を支払うシステムを取っている上に、病院建物や医療機器等の資本費については、別個の補助金を出していることが大いに影響していると考えられる。

## まとめ

多くの先進国において、病院で治療を受けられることが有り難かった時代は、もう過去になってしまっている。今や「カナダの医療制度の成果に関する国民の論議は、入手可能な医療資源を増やすということから、医療資源をよりうまく利用することに移っている」[CIHI 2014a, p.v]。そこで、本稿では、カナダの医療制度の有効性を検討する観点から、医療アクセスについて簡単に触れた後、医療の質および管理費に力点をおいて検討した。また、それらが先進国の中でどのような位置にあるのかを見てきた。

残念ながら、医療アクセスについては、課題が残っているようである。医療の質については、総合的に見て先進国の先頭に立っているとは、やや言いづらいようである。しかし、その理由は、カナダの普遍的な無料医療制度によるものでないことに留意する必要がある。カナダでは、医療の質を高める努力が幾つかの州でさまざまなかたちで進められているので期待したい。

カナダでは州政府が唯一の保険者であること、無料医療のため患者負担を請求する経費がかからない等により、総医療費に占める管理費の割合は、先進国の中で最も少ない国に属することは間違いないであろう。カナダでは、電子健康記録の全州的利用が進みつつあるので、更なる管理費の削減が期待される。

## 注

- 1) カナダの医療(保障)制度は税金をベースにしているが、研究者の間(カナダ政府を含めて)では、「保険(insurance)」と表現されるのが一般的である。
- 2) このセンターでは、整形外科手術、眼科手術、歯科手術等の治療を行っている。治療費は、1,000カナダドルから15,000カナダドルの範囲と言われる[Vancouver Sun 2013]。
- 3) なお、デイは、2012年にメディケアでカバーされる医療サービスを行った際に、患者に追加請求していたこと(カナダ保健法で禁じられてい

る行為)を、同州の医療サービス委員会(Medical Services Commission)から指摘され、B.C.州政府と法廷闘争をしている[Vancouver Sun 2013]。

- 4) ケベック州での訴訟(いわゆるシャウリ裁判)では、2005年6月にカナダ最高裁判所が、ケベック州に対して、同州の医療保険が給付対象とする医療サービスに対して、私的医療保険を禁じているのはケベック州の人権と自由に関する憲章に反すると判決を下している。カナダでは多くの文献で紹介されている。シャウリ裁判については、拙稿[岩崎 2008, pp.49-50]参照されたい。
- 5) 二層医療制度については、拙稿[岩崎 2008, pp. 49-60]を参照されたい。
- 6) 詳しくは、下記のホームページを参照されたい。Canadian Doctors for Medicare. 'BC Court Challenge.'  
<http://www.canadiandoctorsformedicare.ca/Issues/bc-court-challenge.html?Itemid=172>  
(Accessed: November 4, 2014).
- 7) プライセックは、次のように主張している。現在の医療制度は、プライマリーケアと取りわけ病院治療をカバーするものであるが、カナダにおける人口増加、人口の高齢化、および長寿化に伴う慢性疾患者の増加に配慮した在宅ケアまでの一貫した医療サービス(streamlining services)の提供のできるような医療制度を目指すべきで、効率化にもつながると言う[Vancouver Sun 2013]。
- 8) 日刊紙の*Ottawa Citizen*は、CIHIのウェブサイトが立ち上がると直ちに、首都のあるオタワ医療地域の病院は、全国平均よりも主要な医療の質の指標において優っているものの、高医療費になっていると報じ、主要な評価指標ごとの病院ランキングを掲載している[Ottawa Citizen 2014]。
- 9) CIHIは、OECDからの引用として、Kelley, Edward and Jeremy Hurst (2014) *Health Care Quality Indicators Project Conceptual Framework Paper*. Paris, France: OECD. が紹介されている。p.3からの引用と思われるが、Kelley等の書は、さらにOrganisation for Economic Cooperation and Development (2004) *Towards High-Performing Health Systems*. Paris: OECD他(IOM, 1990)を引用元

としているが、筆者未確認。

- 10) タイムリーな医療へのアクセス、特に任意手術（白内障や膝関節および股関節の手術など）における患者待機期間の短縮は、2004年に連邦政府と州政府が共同で合意した「医療強化10か年計画（A 10-year plan to strengthen health care）」の最重要課題の1つであった。この10か年計画は2014年に終了となったが、任意手術に対する患者待機期間の短縮は、まだまだ満足のできるような結果が出ていない。
- 11) 患者の待機期間の詳細は、バンクーバーに本部のある非営利のシンクタンクのFraser Instituteが毎年発行する報告書の最新版、*Waiting Your Turn: Waiting Times for Health Care in Canada, 2013*が有益である。プリント版は有料であるが、On line (<http://www.fraserinstitute.org/>) から無料でダウンロードできる。
- 12) アメリカとカナダの医療管理費の差は、カナダの州健康保険が包括予算（global budgets）を採用していることを指摘している。また、アメリカでマネジドケアと市場主義的な競争が医療分野において拡大したことが、アメリカの医療管理費を増大させたことと軌を一にしているとウールハンドラー等は指摘している [Woolhandler et al. 2003, p.773]。医療の市場競争化には、管理費の増加に着目しておく必要があると思われる。
- 13) ヒンメルスタイン等の論文では、イギリスをイングランド、スコットランド、ウェールズの3か国に分けて、8か国の病院管理費の比較を行った。

#### 参考文献

- ・Canadian Institute for Health Information (2014a) *Measuring the Level and Determinants of Health System Efficiency in Canada*. Ottawa, ON: CIHI.
- ・Canadian Institute for Health Information (2014b) *International Comparisons: A Focus on Quality of Care*. Ottawa, ON: CIHI.
- ・Canadian Institute for Health Information (2014c) The hospital standardized mortality ratio (HSMR) <http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/>

[tabbedcontent/hea...+system+performance/quality+of+care+and+outcomes/hsmr/cihi022025](http://www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/en/tabbedcontent/hea...+system+performance/quality+of+care+and+outcomes/hsmr/cihi022025) (Accessed: October 30, 2014.)

- ・Canadian Institute for Health Information (2013) *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2013*. Ottawa, ON: CIHI.
- ・Davis, Karen; Kristof Stremikis; David Squires, and Cathy Schoen (2014) *Mirror, Mirror on the Wall: How the Performance of the U.S. Health Care System Compares Internationally, 2014 Update*. New York, NY: Commonwealth Fund. Available: <http://www.commonwealthfund.org> (Accessed: September 10, 2014.)
- ・Evans, Robert (2008) 'Extravagant Americans, Healthier Canadians: The Bottom Line in North American Health Care,' In Thomas, David and Barbara Torrey eds. *Canada and the United States: differences that counts*, 3rd ed. Toronto: University of Toronto Press.
- ・Himmelstein, David; Miraya Jun; Reinhard Busse; Karine Chevreul; Alexander Geissler; Partick Jeurissen; Sarah Thomson; Marie-Amelie Vinet and Steffie Woodhandler (2014) 'A Comparison Of Hospital Administrative Costs In Eight Nations: US Costs Exceed All Others By Far,' In *Health Affairs*, 33, no.9 (2014): 1586-1594.
- ・Ottawa Citizen (2014) 'Ottawa hospitals good but expensive, national data show,' September 19, 2014. <http://ottawacitizen.com/news/local-news/big-data-reveals-ottawa-hospitals-are-good-but-expensive> (Accessed: September 20, 2014.)
- ・Vancouver Sun (2014a) 'Majority of Canadian don't believe the health care system will improve: poll' October 30, 2014. <http://www.vancouversun.com> (Accessed: October 30, 2014).
- ・Vancouver Sun (2014b) 'Private health care lawsuit delayed amid settlement talks, prompting criticism' August 25, 2014. <http://www.vancouversun.com> (Accessed: October 21, 2014).
- ・Vancouver Sun (2013) 'A future that is public ... or Private?' March 14, 2013. <http://www.vancouversun.com> (Accessed: March 16, 2013).

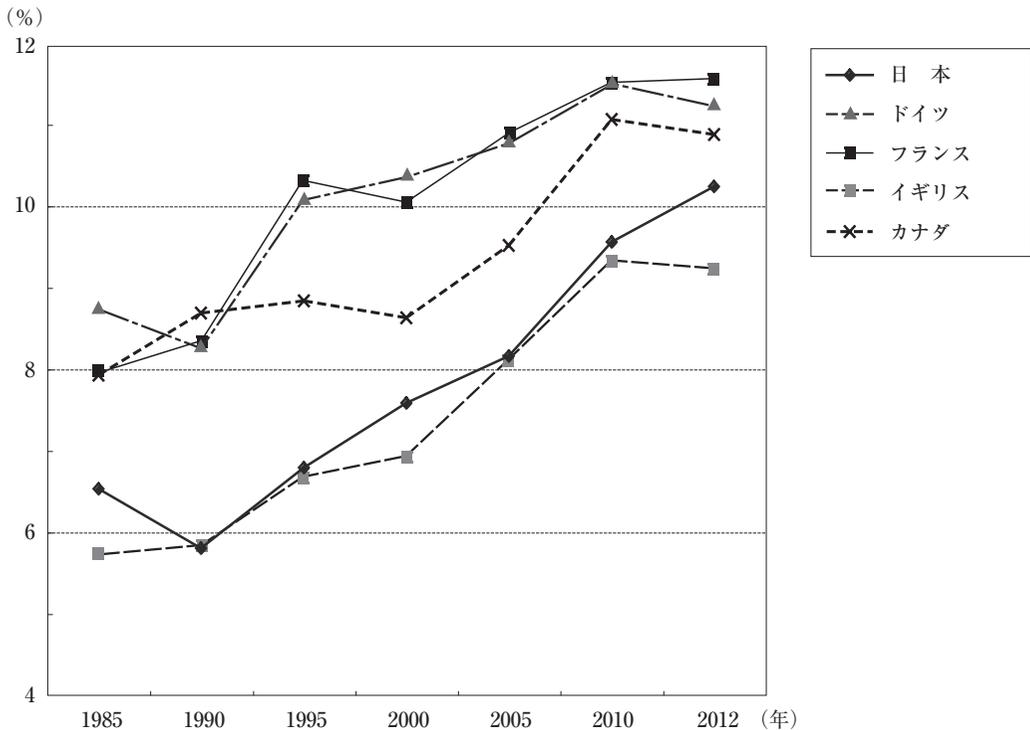
- 
- ・ Woolhandler, Steffie; Terry Campell and David Himmelstein (2003) 'Costs of Health Care Administration in the United States and Canada', *New England Journal of Medicine*, 349: 768-775.
  - ・ 岩崎利彦 (2008) 『カナダの社会保障－医療・介護・年金』財形福祉協会.
  - ・ <http://yourhealthsystem.cihi.ca>

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<br>(12年)       | 81,932<br>(12年)        | 63,519<br>(12年)        | 63,705<br>(12年)        | 34,880<br>(12年)        |      |
| 高齢化率(%)                 | 25.1(13年)              | 21.0(13年)              | 17.6(13年)              | 17.3(13年)              | 15.2(13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79.9 / 女86.4<br>(12年) | 男78.6 / 女83.3<br>(12年) | 男78.7 / 女85.4<br>(12年) | 男79.1 / 女82.8<br>(12年) | 男79.3 / 女83.6<br>(11年) |      |
| 失業率(%)                  | 4.0(13年)               | 5.3(13年)               | 10.3(13年)              | 7.5(13年)               | 7.1(13年)               |      |
| 社会保障費対GDP(%)            | 18.7                   | 25.2                   | 28.4                   | 20.5                   | 16.9                   |      |
| 医療費対GDP(%)              | 10.3(12年)              | 11.3(12年)              | 11.6(12年)              | 9.3(12年)               | 10.9(12年)              |      |
| 国民負担率<br>(国民所得比)<br>(%) | (A) + (B)              | 39.8                   | 51.2                   | 61.9                   | 47.7                   | 42.8 |
|                         | 租税負担率(A)               | 22.7                   | 29.5                   | 36.7                   | 37.0                   | 36.5 |
|                         | 社会保障負担率(B)             | 17.1                   | 21.7                   | 25.2                   | 10.7                   | 6.3  |

(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11年の数値。  
 出所：OECD(2014)、財務省HP.

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD(2014)

### 3. 医療提供体制

|            |      | (12年) | 日本                   | ドイツ                      | フランス              | イギリス              | カナダ                    |
|------------|------|-------|----------------------|--------------------------|-------------------|-------------------|------------------------|
| 平均在院日数     |      |       | 17.5                 | 9.2                      | 5.6               | 7.0 (11年)         | 7.4 (11年)              |
| 病床数        | 医療施設 | 急性期   | 1,012,255<br>(7.94)  | 432,606<br>(5.38)        | 222,031<br>(3.39) | 147,236<br>(2.31) | 59,383 (11年)<br>(1.72) |
|            |      | 長期    | 342,196<br>(2.68)    | —<br>—                   | 32,552<br>(0.50)  | —<br>—            | 17,578 (11年)<br>(0.51) |
|            |      | 精神    | 342,194<br>(2.68)    | 100,675<br>(1.25)        | 57,622<br>(0.88)  | 31,632<br>(0.50)  | 11,951 (11年)<br>(0.35) |
|            |      | その他   | 7,208<br>(0.06)      | 137,162<br>(1.71)        | 102,467<br>(1.57) | —<br>—            | 5,435 (11年)<br>(0.16)  |
| 医療<br>関係者数 | 医師   |       | 292,039<br>(2.29)    | 318,887<br>(3.96)        | 201,811<br>(3.08) | 175,229<br>(2.75) | 86,365<br>(2.48)       |
|            | 歯科医師 |       | 99,686<br>(0.78)     | 66,157<br>(0.82)         | 41,740<br>(0.64)  | 33,654<br>(0.53)  | —<br>—                 |
|            | 薬剤師  |       | 205,716<br>(1.61)    | 50,456<br>(0.63)         | 69,520<br>(1.06)  | 49,731<br>(0.78)  | 31,637<br>(0.91)       |
|            | 看護師  |       | 1,344,388<br>(10.54) | 925,000 (11年)<br>(11.31) | —<br>—            | 522,757<br>(8.21) | 326,227<br>(9.35)      |

(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 (2014)

### 4. 掲載国通貨円換算表 (2014年11月末現在)

(単位 円)

| ドイツ、フランス<br>(1ユーロ) | イギリス<br>(1ポンド) | カナダ<br>(1カナダドル) |
|--------------------|----------------|-----------------|
| 148.70             | 189.73         | 105.82          |

前号 (No.103 2014年10月) 参考：掲載国関連データ 1. 基本情報 掲載分の訂正 (差換)

|                         | ドイツ                    | アメリカ                   |
|-------------------------|------------------------|------------------------|
| 総人口 (千人)                | 81,932<br>(12年)        | 313,914<br>(12年)       |
| 高齢化率 (%)                | 21.0 (13年)             | 14.1 (13年)             |
| 合計特殊出生率                 | 1.80 (10年)             | 1.93 (10年)             |
| 平均寿命 (年)                | 男78.6 / 女83.3<br>(12年) | 男76.3 / 女81.1<br>(11年) |
| 失業率 (%)                 | 5.3 (13年)              | 7.4 (13年)              |
| 社会保障費対GDP (%)           | 25.2                   | 16.2                   |
| 医療費対GDP (%)             | 11.3 (12年)             | 16.9 (12年)             |
| 国民負担率<br>(国民所得比)<br>(%) | (A) + (B) 51.2         | 30.8                   |
|                         | 租税負担率(A) 29.5          | 23.3                   |
|                         | 社会保障負担率(B) 21.7        | 7.5                    |

## 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](mailto:shahoken@kenporen.or.jp)