

健保連海外医療保障

No.105 2015年3月

■特集Ⅰ：現金給付の動向—医療保障を中心として

- ドイツ
ドイツの法定医療保険における現金給付 森 周子
- フランス
フランスの医療保険における現金給付 稲森 公嘉
- イギリス
イギリスの医療体制と現金給付 府川 哲夫

■特集Ⅱ：ニュージーランドにおける医療保障の動向

- ニュージーランド
ニュージーランドにおける現行保健制度の特徴と課題
..... 芝田 英昭

■参 考 掲 載 国 関 連 データ

- ドイツ／フランス／イギリス／ニュージーランド

健保連海外医療保障

No.105 2015年3月

ドイツの法定医療保険における現金給付

高崎経済大学准教授

森 周子

Mori Chikako

ドイツの法定医療保険における現金給付で特徴的であるのは、①被保険者の労働不能時に、医療保険からの傷病手当金に先んじて、労働法的一种である賃金継続支払法に基づいて一定期間賃金の継続支払がなされること、②任意加入の自営業者も一定の要件を満たせば傷病手当金を得られること、③病気の子の世話のために休業する場合にも傷病手当金が支払われること、である。本稿では、そのようなドイツの法定医療保険における現金給付の特徴と課題を概説する。

1. はじめに

ドイツでは、法定医療保険からの現金給付として、傷病手当金（Krankengeld）、出産手当金（Mutterschaftsgeld）、交通費（Fahrtkosten）が存在する¹⁾。また、労働者が疾病のために労働不能となった際に、法定医療保険からの傷病手当金に先んじて、労働法的一种である賃金継続支払法（Entgeltfortzahlungsgesetz）に基づき、使用者から最長6週間、賃金が継続して支払われる。

2013年時点のドイツにおける法定医療保険給付費の給付構成をみると、同給付費（1,945億ユーロ）のうち、傷病手当金（98億ユーロ）は5%、交通費（46.2億ユーロ）は2.4%を占める²⁾（BMG2014）。そして、これらはいずれも、2006年以降、増加傾向にある。

本稿では、このようなドイツの法定医療保険における現金給付、および、賃金継続支払法に基づく賃金の継続支払の内容を詳述し、昨今において意識されている課題についても述べる。

2. ドイツの法定医療保険における現金給付の概要

ドイツでは、労働者の労働不能時に、傷病手当金に先んじて、労働法的一种である賃金継続支払法に基づき、使用者から最長6週間、賃金が継続して支払われる。以下では、まず、賃金継続支払法について概説した後、法定医療保険から支給される傷病手当金、出産手当金、交通費について概説する。

（1）賃金継続支払法

1969年7月成立、1970年1月施行の賃金継続支払法により、労働者は疾病（実質的には傷病と同義）のために労働不能となった場合には、最初の6週間は医療保険の傷病手当金ではなく使用者から賃金の継続支払が受けられることになった。これにより、医療保険が疾病に罹患した被保険者に対して経済的な保障を行うことの意義が低下し、医療保険の中心的な責務は被保険者に対して必要な医療給付を確保することへと転換したと分析される（松本2003、23）。

この制度は、成立当時に存在した職員と労働

者の格差の是正を意図していた。すなわち、職員には戦前から、疾病時の賃金継続支払請求権が保障されていたにもかかわらず、労働者には、民法典に基づいて疾病時の賃金継続支払が規定されていたものの、当該規定が任意規定であったことから、実際に賃金の継続支払を受けることは稀であった（水島2003、922-924）。

このような労働者と職員の間の疾病時の所得保障における不平等の是正が1950年代に政策課題とされ、賃金継続支払法の成立で結実したといえる（水島2003、924-927）。また、当時は1966年から1967年にかけて発生した戦後初の経済不況により医療保険財政が不安定であったことから、傷病手当金の負担を軽減するという目的もあった（Frerich/Frey1993,67-68）。

キリスト教民主／社会同盟（CDU／CSU）のコール政権期の就業促進法（1996年9月成立、同年10月施行）により、賃金継続支払法が改正され、賃金継続支払義務の軽減と、それによる国際競争力の回復をねらう企業側の強い要請により、賃金継続支払の内容が、従前賃金（超過勤務分含む）の100%から従前賃金（超過勤務分除く）の80%へと引き下げられた。そして、従前賃金（超過勤務分除く）の100%の支払を受けたい労働者は、支払期間中、1日につき年次有給休暇を1／5日分減らすことにより希望が受け入れられるとされた（荳谷2001、17-18）。だが、1998年秋に政権が社会民主党（SPD）のシュレーダー政権へと交代した後、社会保険改革及び労働者の権利保護法により、1999年1月に再改正が施行され、再び支払額が従前賃金の100%に戻された（ただし、1996年9月以前とは異なり、超過勤務分は除かれた）。

なお、賃金継続支払請求権は、4週間の継続的な雇用関係の後に発生する（賃金継続支払法3条3項）ことから、その要件を満たさない短期間労働者や不安定労働者は賃金継続支払請求権を有しない。

（2）傷病手当金

賃金継続支払の終了後に、法定医療保険の被

保険者は傷病手当金の受給を開始する。傷病手当金の額は、従来の総賃金（労働不能となる前の4カ月間の総賃金の平均）の70%³⁾であり、従来の手取り賃金の90%を超えないこととされている。

傷病手当金の支給期間は3年間で最大78週までである。傷病手当金の支給期間は、同一の疾病による労働不能の場合は3年間で最長78週までとなっている。傷病手当金の受給が終了しても、当該労働不能時から3年が経過すれば再び受給し得る（ただし、前回の受給終了時から最低でも6カ月間は同一の疾病による労働不能ではないこと、などの条件が存在する）（社会法典第5編（SGBV）48条）。

なお、2012年8月の移植法改正により、移植法に基づく臓器移植や組織移植における臓器または組織の提供者が移植により労働不能となった場合にも、傷病手当金を請求できるようになった（同44a条）。

傷病手当金の財源については、2006年からは被保険者のみの拠出で賄われている（被保険者はその分として0.9%、使用者よりも高い保険料率を課せられていた）。これは、傷病による休業の場合、最初の6週間は賃金継続支払法により使用者から所得が保障されることから、その後の傷病手当金については被保険者のみの拠出で賄うとされたものであり、企業の賃金附帯費用の軽減が企図されていた（ドイツ医療保障制度に関する研究会203、101）。

さらに、医療保険財政の好況を受けて、2015年1月からは保険料率が0.9%引き下げられて14.6%（労使折半）となったが、その一方で、保険料収入のみでは医療保険収入が大幅に（112億ユーロ）不足することから、ほぼすべての疾病金庫が財政事情に合わせて自由に、被保険者のみが負担する追加保険料率（Zusatzbeitragssatz）を設定し得ることとなった（Nakielski 2014,406）。

1) 自営業者などに対する傷病手当金

：選択申告（Wahlerklärung）

2009年8月に、法定医療保険に任意加入す

る自営業者について、傷病手当金の請求権が廃止された。その代わりに、疾病金庫が「選択タリフ (Wahltarif)」(法定給付以外に疾病金庫が提供し、被保険者が選択できる給付)として傷病手当金を設定することとなった。

傷病手当金を受給したい自営業者は「選択申告」という手続きをとる必要がある。すなわち、加入する疾病金庫において、通常の保険料(一般保険料)を支払うか、もしくは割引保険料(2015年は14.0%)に上乗せして、傷病手当金の選択タリフ分の追加保険料を支払う必要がある。一般保険料を支払う場合は労働不能時の7週目から傷病手当金を受給できるが、選択タリフの場合は労働不能後速やかに傷病手当金を受給できる(BMAS2014,217)⁴⁾。

なお、短期間労働者や不安定労働者は、前項で述べたように賃金継続支払法における賃金継続支払請求権を有せず、さらに、2009年1月以降は傷病手当金の請求権も有しない。だが、選択申告を行ったうえで、傷病手当金の選択タリフ分の追加保険料を支払えば、傷病手当金の請求権を得ることができる(BMAS2014,218)。

2) 病気の子の世話をするために休業する場合の傷病手当金

1973年12月の医療保険給付改善法により、病気の子の世話のために休業する場合に傷病手当金が支給されることとなった(松本2003、24)。すなわち、12歳未満の病気の子の世話をするために休業した場合、1人の子につき年間10労働日(1人親の場合は20労働日)まで傷病手当金の支給を受けられる。なお、2人以上の子がある場合は、合計で最大25労働日(1人親の場合は50労働日)に制限されている。障害児の場合は子の年齢制限なく支給され、また、余命の短い子の場合には、両親に対し期間の制限なく支給される(BMAS2014,218;SGBV45条)。

この給付は、いわゆる「保険になじまない給付 (versicherungsfremde Leistung) (保険給

付として保険料で賄われるのにはそぐわないが、社会政策的配慮からなされるべき給付)」とされるため、連邦補助金が充てられている。

(3) 出産手当金

出産手当金は、女性の被保険者に対して、産前6週間・産後8週間(多子出産や早産の場合は12週間)に、出産予定日の6週間前(出産に関する保護期間)の直近3カ月間の平均手取り賃金額が支給される。疾病金庫が日額当たり最大13ユーロを支払い、残りの額を使用者が支払う(ドイツ医療保障制度に関する研究会2013、101-102;SGBV24i条)。

なお、被保険者が失業者、失業手当Ⅰの受給者、傷病手当金の請求権を有する自営業者の場合は傷病手当金と同額となる。

出産手当金も「保険になじまない給付」とされるため、疾病金庫負担分を除く費用は、受給者が被用者の場合は使用者負担、それ以外の場合は連邦負担である。

(4) 交通費

交通費(SGBV60条)は、入院や救急搬送などの際の、やむを得ない医療上の理由から必要である場合に支給される。また、外来の場合でも、重度障害者や要介護度ⅡまたはⅢの者に対しては、疾病金庫の判断で交通費を支給することがある。費用の10%は患者負担であるが、最低5ユーロ、最高で10ユーロ(ただし実費を上回らないこと)とされる(BMAS2014,221-222)。

3. ドイツの法定医療保険における現金給付の課題

近年の傷病手当金は、2006年以降、費用の上昇が顕著であり、支出額が毎年5~10%の間で増加している(2013年は対前年比6.07%増)。このことを受けて、2014年6月成立の法定医療保険財政構造質展開法(GKV-Finanzstruktur und Qualitäts-Weiterentwicklungsgesetz)に基づき、2015年1月に連邦保健省に新たに専門家委員会

が設置された。本委員会は、近年の傷病手当金の費用上昇の理由を調査し、傷病手当金の展開に関する特別鑑定書を2年以内に提出する予定である（BMG2015）。

また、傷病手当金の給付が過剰となっている疾病金庫と過小となっている疾病金庫とが、いずれの種類の疾病金庫においてもみられることから、傷病手当金と海外被保険者に関する「リスク構造調整（Risikostrukturausgleich）」（各疾病金庫のリスク構造に応じた疾病金庫間の財政調整）をより正確に行う手段について、連邦保険庁により2015年末までに報告書が提出される予定である。連邦保険庁によれば、すでに2011年には、同庁の専門家委員会の評価報告書において、リスク構造調整に基づく医療金庫から各疾病金庫への傷病手当金に対する割当金の額をどのように設定するのが適切か、ということが議論されていた。既出の法定医療保険財政構造質展開法に基づき、2015年には傷病手当金の割当の算定方法に関する暫定的な特別規定が導入された（SGBV 269条）が、これはあくまで、さらに優れた算定方法が開発されるまでの移行措置とされ、より優れた算定方法を開発するべく、2015年中に本格的な実証研究に着手するに至ったと説明されている（BVA2014）。

4. おわりに

ドイツの法定医療保険における現金給付の特徴として、まず、被用者の労働不能時に、医療保険による対応の前に賃金継続支払法という労働法での対応がなされる点が挙げられる。次に、自営業者にも傷病手当金を受給する可能性が開かれていることがある。その場合、選択申告というかたちをとり、原則的には請求権をもたないものの、本人が選択した場合には割引保険料ではなく一般保険料を支払って、もしくは割引保険料に上乗せして選択タリフ分の追加保険料を支払って請求権を得るというかたちをとり、本人の選択可能性を尊重している。最後に、病気の子の世話に際して傷病手当金が支

給されることも興味深い。

昨今のドイツにおける現金給付の課題は、傷病手当金と海外被保険者の動向を把握するための精度を高めることといえる。この問題意識は、現金給付等（傷病手当金、出産手当金、海外療養費）の見直し（厚生労働省保険局2014）を検討している近年の日本とも共通しており、連邦保健省および連邦保険庁が提出する予定の報告書の内容が注目される。

注

- 1) 2003年12月までは死亡手当金（Sterbegeld）も存在し、本人が死亡した場合は525ユーロ、家族が死亡した場合は262.5ユーロが支給された。だが、必要性が少なくなったとされたことから、2003年11月成立の法定医療保険近代化法により、2004年1月に廃止された。
- 2) 出産手当金は、その他の給付と併せて「妊娠・母性に関する給付」として計上されている。当該給付は11.5億ユーロであり、0.6%を占める。
- 3) 1997年の保険料負担軽減法において、傷病手当金が他の賃金代替給付と比べて高水準にあり、被保険者や使用者は、年金受給が可能となるまで、もしくは早期退職となるまで傷病手当金の受給を延ばそうとする傾向があったことから、他の賃金代替給付との均衡を図るため、総賃金の80%から70%に引き下げられた（松本1999、314）。
- 4) ただし被保険者は、当該選択タリフの契約に3年間拘束される。すなわち、3年間の期間中に選択タリフの追加保険料が引き上げられるなど、被保険者に不利益な状況が発生した場合に、通常は適用される特別解約権（不利益な状況が発生した場合に当該疾病金庫から他の疾病金庫に加入を変更できる権利）を行使できなくなる（BMAS2014,217）。

参考文献

- ・ 荻谷秀信（2001）『ドイツの労働』日本労働研究機構
- ・ 厚生労働省保険局（2014）「現金給付等の見直しについて（海外療養費・傷病手当金・出産手当金）」第81回社会保障審議会医療保険部会資料

- 2 (<http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu-Shakaihoshoutantou/0000062584.pdf>)
- ・ドイツ医療保障制度に関する研究会編 (2013)『ドイツ医療関連データ集 (2012年版)』医療経済研究機構
 - ・松本勝明 (1999)「第14章 経済・社会システムの構造改革」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
 - ・松本勝明 (2003)『ドイツ社会保障論 I - 医療保険 -』信山社
 - ・水島郁子 (2003)「小企業使用者に対する費用調整制度 - ドイツ旧賃金継続支払法の検討 -」『阪大法学』53
 - ・BMAS (2014) : Übersicht über das Sozialrecht 2014-2015
 - ・BMG (2014) : Gesetzliche Krankenversicherung - Kennzahlen und Faustformeln - (http://www.bmg.bund.de/fileadmin/dateien/Downloads/Statistiken/GKV/Kennzahlen_Daten/KF2014Bund_April_2014.pdf)
 - ・BMG (2015) : Finanzierungs- und Qualitätsgesetz. Fragen und Antworten zum Gesetz (<http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/finanzierungs-und-qualitaetsgesetz/faq.html>)
 - ・BVA (2014) : Bekanntmachung einer Freihändige Vergabe mit öffentlichem Teilnahmewettbewerb zu dem Auftrag, „Gutachten zu Zuweisungen zur Deckung der Aufwendungen für Krankengeld nach § 269 Abs. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i.V.m. § 33 Abs.3 Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV)“ (http://www.bundesversicherungsamt.de/fileadmin/redaktion/allgemeine_dokumente/Bekanntmachung_Krankengeld_01.pdf)
 - ・Frerich, Johannes/Frey, Martin (1993) Handbuch der Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland
 - ・Nakielski, Hans (2014) Gefährliches Wettrennen der Kassen um den günstigsten Satz, Soziale Sicherheit 11/2014

フランスの医療保険における現金給付

京都大学教授

稲森 公嘉

Inamori Kimiyoshi

フランスの医療保険では、現金給付として、傷病手当金と看取り手当が支給されている。前者は傷病による休業期間中の所得保障給付として、医療費等を保障する現物給付と並んで当初から医療保険の主要な給付をなすものである。近年では、不正受給対策の観点から、医療保険金庫による監督権限の強化と不正受給に対する制裁の厳格化が図られている。後者は在宅での終末期ケアの体制整備が推進される中で新たに創設された給付である。

1. はじめに

フランスの社会保障制度は、職業別の制度体系となっており、一般制度、特別制度、自営業者制度、農業制度に分かれている。本稿は、このうち、一般の被用者が加入する一般制度において、医療保険（assurance maladie）から行われる現金給付について説明する。

医療保険の現金給付には、①傷病による休業時の所得保障である傷病手当金（indemnité journalière）と、②看取り手当（allocation journalière d'accompagnement d'une personne en fin de vie）の2つがある。以下、それぞれの概要を説明する（2）。

なお、わが国の医療保険では、現金給付として、出産による休業期間中の出産手当金（被用者保険のみ）、妊娠85日以上の分娩時の（家族）出産育児一時金、被保険者等の死亡時の（家族）埋葬料が存在するが、フランスでは、これらの場合には医療保険とは別建ての出産保険（assurance maternité）または死亡保険（assurance décès）から給付が行われる（3）。

2. 傷病手当金

（1）序

被保険者が傷病のゆえに労務を提供できない場合に、賃金に代わる所得保障給付として支給されるのが傷病手当金である。フランスでも、傷病による休業時の代替所得保障給付は、医療費等の現物給付と並んで医療保険の主要な柱をなす給付である。特に、近年では、医療保険財政の状況悪化への対応に関連して、傷病手当金の不正受給対策にも力が注がれており、医療保険金庫による監督権限の強化と不正受給に対する制裁の厳格化が図られている。

（2）支給要件

傷病手当金を受給するには、第1に、傷病による休業前に一定期間、医療保険に加入していなければならない。この要件は、保険料納付額または労働時間の形で示されており、その内容は休業期間の長さによって異なる。

まず、休業期間が6か月以下の場合には、①休業開始日までの6か月間に、当該期間の初日における時間当たり最低賃金（SMIC horaire）の1.015倍の額に賦課される保険料額以上の保険料を納付していること、または、②休業開始日

までの3か月間または90日間に150時間¹⁾以上の賃金労働を行っていることが必要である²⁾。

次に、休業期間が6か月を超える場合には、①(a) 休業開始日までの12か月間に、当該期間の初日より以前の直近の1月1日時点における時間当たり最低賃金の2,030倍の額に賦課される保険料額以上の保険料を納付していること、または、(b) 休業開始前の12か月間または365日間に600時間³⁾以上の賃金労働を行っていること、および、②休業開始日までに、12か月以上の被保険者期間があることが必要である⁴⁾。

第2に、就労不能の状態にあることである。就労不能な状態か否かの判断は、被用者のかかりつけ医等が行う。

なお、基本的に就労不能状態となった原因の如何は問われないが、被保険者の害意的フォート (faute intentionnelle) の結果である場合には、傷病手当金は支給されない⁵⁾。この点で自殺未遂の場合が問題となり得るが、破産院の判例によれば、自殺企図の場合に常に害意的フォートが認められるわけではない⁶⁾。

第3に、傷病手当金の受給に際しては、一定の義務を果たすことが求められる。例えば、被保険者は、休業開始から48時間以内に医療保険金庫にその旨を届け出なければならない。この届出を怠ると、傷病手当金を受ける権利を失う。

また、傷病手当金の受給者は、①医師の指示を守り、②医療保険金庫の医療監督部門による監督に従い、③高等保健機構の意見を経てコンセイユ・デタの議を経たデクレの定める準則と手続に従って医師が許可した外出時間を守り⁷⁾、④許可されていない活動は控えなければならない⁸⁾。これらの義務はもともと初級医療保険金庫が監督官庁の認可を受けて作成していた内部規則⁹⁾で定められていたものが、2004年の医療保険改革で法律上明示されたものである¹⁰⁾。これらの義務に違反すると、傷病手当金の支給が停止されるだけでなく、支払われた傷病手当金の返還も求められることになる¹¹⁾。

(3) 給付内容

傷病手当金は、3日の待期間 (délai de

carence) の後、休業4日目から支給される。支払は14日ごとに行われる。支給期間は、就労不能の1日目から起算して3年の期間内に360日分を上限とする。

傷病手当金の額は、基礎賃金日額 (gain journalier de base) の50%であるが、扶養すべき子が3人以上いる場合には、就労不能の31日目以降、基礎賃金日額の3分の2に増額される¹²⁾。

基礎賃金日額は、休業開始前の直近の3か月間に定期的に¹³⁾支払われた賃金額に基づいて算定される¹⁴⁾。例えば、月給制の場合、休業開始前の直近3回に支払われた賃金の91.25分の1である¹⁵⁾。なお、基礎賃金日額は限度額 (plafond) の範囲内で考慮されるので¹⁶⁾、傷病手当金額には上限が存在する¹⁷⁾。また、6か月を超える休業の場合には、社会保障担当大臣のアレテにより傷病手当金の最低額が定められることになっており、その限りで下限も存在している¹⁸⁾。

(4) 受給手続

傷病手当金の支給を受けるには、まず、かかりつけ医等から休業命令書を作成・交付してもらう必要がある。この休業命令書は3枚つづりになっており、1、2枚目を48時間以内に保険者である初級医療保険金庫に提出¹⁹⁾し、3枚目を事業主 (失業者の場合はハローワークの窓口) に提出する。このうち、金庫の医療部門宛ての1枚目には、休業が必要な医学的理由が記載される²⁰⁾。

事業主は、当該労働者の賃金証明書 (attestation) を作成し、電子媒体で金庫に送付する。紙媒体で作成された場合には、被保険者が提出する²¹⁾。この賃金証明書に基づいて、傷病手当金の算定が行われる。

休業期間の延長は、原則として、最初の休業命令書を作成した医師またはかかりつけ医のみがなし得る。期間延長の場合も、48時間以内に休業命令書を提出しなければならない。

なお、傷病手当金には、社会保険料は賦課されないが、6.2%の一般社会拠出金 (CSG) と0.5%の社会保障債務返済税 (CRDS) が賦課される。また、長期疾病 (ALD) の場合を除き、所得税

も課される。

3. 看取り手当

(1) 序

看取り手当は、近親者等を看取るために職業活動を中断または短縮する者に対する所得保障給付として、2010年3月2日法律によって創設されたものである²²⁾。

(2) 支給要件

看取り手当は、原因を問わず、不治の重篤な疾患により終末期にある者を居宅で看取る場合に支給される。被用者だけでなく、失業手当を受けている求職者、自営業者、自由業者、農業者、聖職者なども受給できる。

看取りの対象者は、看取り者の直系尊属・直系卑属、兄弟姉妹、配偶者、PACSパートナー、内縁配偶者、および、看取り者を「信頼できる代理人²³⁾(*personne de confiance*)」として指定した者である。

これらの者を被用者が看取る場合、看取り手当の支給を受けるには、家族連帯休暇 (*congé de solidarité familiale*) を取得しているか、または、使用者の同意を得て家族連帯休暇を短時間勤務期間²⁴⁾ (*période d'activité à temps partiel*) に転換していることが必要である²⁵⁾。失業手当を受給中の求職者の場合には、求職活動を完全に停止することが求められる。

家族連帯休暇は、2003年にそれまでの看取り休暇 (*congé d'accompagnement d'une personne en fin de vie*) に代えて導入されたもので、原因の如何を問わず、生死に関わる疾患に罹ったか、不治の重篤な疾患の終末期にある近親者を看取るため、その家族または予め指定された「信頼できる代理人」に認められる²⁶⁾。休暇取得を希望する者は、かかりつけ医の作成した診断書を添えて、使用者に対し、休暇開始日の15日前までに休暇取得の意思表示を書面で行う²⁷⁾。使用者は休暇日の変更や拒否ができない。休暇期間は3か月で、1回限り更新可能である²⁸⁾。上記期間の経過、または看取り対象者の死亡の3日

後に休暇は終了する。看取り者は、3日前までに復職予定日を使用者に通知しなければならない。なお、上述の通り、被用者は、使用者の同意を得て家族連帯休暇を短時間勤務期間に転換することができる。

(3) 給付内容

看取り手当の額は、2014年4月1日以降、1日当たり55.15ユーロであり、最長21日間支給される。この間に看取り対象者が死亡した場合には、死亡日の翌日に手当の支給は終了する。

家族連帯休暇を短時間勤務期間に転換した場合には、看取り手当の額は1日当たり27.57ユーロとなり、最長42日間支給される。つまり、1日当たりの金額が2分の1となる代わりに支給期間が2倍になる。

看取り手当は、連続ではなく複数の期間に分割して受給することもできる。

(4) 受給手続

受給権者は、所定の様式で申請書を作成し、看取り対象者が不治の重篤な疾患の終末期にあることを示す、かかりつけ医の作成した診断書と併せて、自らの加入する医療保険金庫に提出する。被用者の場合には、家族連帯休暇の取得または短時間勤務期間への転換を証する使用者の証明書 (*attestation*) を、求職者の場合には、求職活動を停止する旨の宣誓書を、併せて提出する。なお、一般制度の被保険者の場合には、申請書類一式の提出先は看取り手当金庫 (CNAJAP) となり、同金庫が審査と支払いを担当する。

申請書類一式の受領日以前に行われた看取りについては、遡って支給されることはない。看取り手当には、7.5%のCSGと0.5%のCRDSが賦課される。そのため、実際の手取り額は1日当たり50.74ユーロ (短時間勤務の場合は1日当たり25.37ユーロ) になる。

4. わが国の医療保険との相違

(1) 出産による休業期間中の所得保障

わが国では、健康保険の被保険者が出産によ

り休業する場合には健康保険の現金給付として出産手当金が支給されるが、フランスでは、医療保険とは別建ての出産保険から、現金給付として出産手当金 (indemnité journalière) の支給が行われる。

出産手当金を受給するには、① (a) 出産予定日の9か月前に相当する日または産前休業開始日までの6か月間に受けた賃金に賦課された保険料の額が当該期間の初日の時点での時間当たり最低賃金の1.015倍の額に賦課される保険料額以上であること、または、(b) 産前休業開始前の3か月間または90日間に150時間以上の労働時間があること、かつ、②出産予定日までに10か月の被保険者期間があることが必要である²⁹⁾。産前産後休業の期間は、懐胎した子の数と扶養すべき子の数に応じて異なる³⁰⁾。産前産後休業の期間中、休業開始前3か月間の賃金を基準に社会保障限度額の範囲内で算定された基礎賃金日額が、出産手当金として支給される。待期間はない。出産手当金には6.2%のCSGと0.5%のCRDSが賦課される。また、出産手当金には所得税が課される。

(2) 出産に伴う保健医療サービスの保障

わが国では、妊娠85日以上分娩の場合に医療保険の現金給付として(家族)出産育児一時金が支給されるが、フランスでは、上述の出産保険から、現物給付として、出産予定日前4か月目から出産後12日目までの健診費、医療費、分娩費、出産関連費が支給される。この間の医療費等は100%給付となり、自己負担はない。また、それ以前の期間については、社会保障担当大臣のアレテで定めるリストに登録された妊娠・出産に関する医療費等に限り、100%給付として支給される³¹⁾。

(3) 死亡による給付

わが国では、医療保険の現金給付として、埋葬料が支給されるが、フランスでは、医療保険とは別建ての死亡保険から、現金給付として、死亡一時金 (capital décès) が支給される。死亡一時金は、被保険者が死亡前の3か月間に賃金労働を行っていた場合などに支給されるもの

で、被保険者の死亡当時、被保険者が常時、実質的かつ全面的に扶養していた者に優先的に支給される。そのような者が複数ある場合には、配偶者またはPACSパートナー、子、尊属の順で受給権者となり、同順位の者が複数ある場合には、それらの者の間で分割される。優先的に支給される者がいない場合には、生存配偶者、卑属、尊属の順で支給される。

死亡一時金の額は、2015年1月1日より前の死亡の場合、社会保障限度額の年額の1%から4分の1の範囲内で、死亡した被保険者が受けていた基礎賃金日額の91.25倍に相当する額であったが³²⁾、2015年社会保障財政法による改正で、2015年1月1日以降の死亡については、デクレで定める額(3,400ユーロ)に改められた³³⁾。なお、死亡一時金にはCSGやCRDSは賦課されない。

〔付記〕本稿は、2014年度科学研究費補助金(基盤研究(C):課題番号25380075)の助成による研究成果の一部である。

注

- 1) 従来は200時間であったが、2015年1月30日デクレ2015-86号による改正で150時間に短縮された。
- 2) 社会保障法典R.313-3条1°。なお、非連続的就労または季節的就労の場合には、休業期間が6か月以下の場合も、①休業開始日までの12か月間に受けた賃金に課される保険料額が当該期間の初日より以前の直近の1月1日時点における時間当たり最低賃金の2.030倍の賃金額に賦課される保険料額以上であること、または、②休業開始前の12か月間または365日間に600時間以上の賃金労働を行っていることが必要である(社会保障法典R.313-7条)。
- 3) 従来は800時間であったが、2015年1月30日デクレ2015-86号による改正で600時間に短縮された。
- 4) 社会保障法典R.313-3条2°。
- 5) 社会保障法典L.375-1条。
- 6) 破毀院第2民事部1960年1月6日判決は、自殺企図者が自分自身の制御、自由意志、完全な責任能力を失っており、生の本能に勝る病的な影

- 響の下で破滅的な反応として行動し、惹起され得る損害を熟慮し得なかった場合には、害意的フォートは認められないとする。Cass. 2^e civ., 6 janv. 1960 : Bull. civ. 1960, II, n^o 8.
- 7) 休業命令書を作成する医師は休業命令書に外出の可否について記載することとされ、被保険者は、外出が許可される場合でも、9時から11時および14時から16時の間は、診療・検査の場合を除き、自宅に留まらなければならない(社会保障法典R.323-11-1条)。在宅の有無を確認するため、医療保険金庫の監督部門の担当者が、外出許可時間以外の時間に被保険者宅を訪問することもあるという。V., Francis Kessler, *Droit de la protection sociale*, 5^e éd., 2014, Dalloz, p.239.
 - 8) 社会保障法典L.323-6条。
 - 9) 1947年6月9日アレテでモデル規則が定められていた。
 - 10) Béatrice Fouchard-Tessier et Agnès Martinel, « Indemnités journalières de l'assurance maladie – Les dernières évolutions de la jurisprudence de la Cour de cassation », *Droit social*, n^o 3, 2012, p.292.
 - 11) 2004年医療保険改革以前は、医療保険金庫の医療部門による監督の対象は、6か月以上の長期休業の場合のみにとどまっていたが、2004年改革により、短期休業や休業が繰り返される場合にも拡大された。その後、2007年社会保障財政法等による改正で外出許可に関する準則が緩和されたが、2010年社会保障財政法および2011年社会保障財政法により再び厳格化され、休業期間中の活動制限に関する義務違反の場合の費用返還が義務化された。V., Valérie Lacoste-Mary, « Les conditions d'attribution des indemnités journalières : état des lieux », *RDSS*, n^o 4, 2011, p.693.
 - 12) 社会保障法典L.323-4条1項、R.323-5条。
 - 13) したがって、ボーナス(prime)は考慮されない。
 - 14) 1987年1月1日以来、このようなしくみで行われている。Jean-Pierre Chauchard, Jean-Yves Kerbourc'h, Christophe Ziklmann, *Droit de la sécurité sociale*, 6^e éd., 2013, LGDJ, p.331.
 - 15) 社会保障法典R.323-4条1項1^o。週給制の場合には、毎週払いなら休業開始前の12回分、隔週払いなら休業開始前の6回分の賃金額の4分の1であり、非連続的就労または季節的就労の場合には、休業開始前の12か月間に得た賃金額の365分の1となる(同3^o, 5^o)。
 - 16) 社会保障法典R.323-4条2項によれば、休業開始日の属する月の前月の末日における最低賃金額の1.8倍が上限となる。
 - 17) 2015年1月1日現在、1月当たり最低賃金額が1,457.52ユーロなので、傷病手当金の最高額は、1日当たり43.13ユーロ(一般)および57.50ユーロ(増額時)である。
 - 18) 社会保障法典R.324-3条。1955年12月22日アレテにより、障害年金の最低保障額の365分の1が下限とされている。
 - 19) なお、被用者本人の同意があれば、Vitaleカードを用いて、医師から初級医療保険金庫へ1、2枚目をオンラインで送付することもできる。
 - 20) 金庫の管理部門宛ての2枚目および事業主宛ての3枚目には、医学的理由は記載されない。
 - 21) 社会保障法典R.323-10条。
 - 22) 看取り手当を含む終末期ケアの問題については、篠田道子「フランス終末期ケアの動向とわが国への示唆」日本福祉大学社会福祉論集127号(2012年)1頁以下も参照。
 - 23) 公衆衛生法典L.1111-6条。
 - 24) フランスでは、法定労働時間または協約等で定める労働時間よりも短い者をパートタイム労働者(短時間勤務者)と定めており(労働法典L.3123-1条)、パートタイム労働者には、基本的にフルタイム労働者と同等の権利が保障される(労働法典L.3123-11条)。パートタイム労働の下限は週24時間とされているが(労働法典L.3123-14-1条)、労働者の申し出により個別にこれを下回ることが認められている(労働法典L.3123-14-2条)。他に短時間勤務との選択制が採られている休暇の例として、育児親休暇(congé parental d'éducation)がある(労働法典L.1225-47条以下)。
 - 25) 社会保障法典L.168-1条。
 - 26) 労働法典L.3142-16条。
 - 27) ただし、診断書を作成したかかりつけ医が絶対的な緊急性を認める場合には使用者が書面を受け取った時から直ちに休暇が開始される。
 - 28) 労働法典L.3142-17条。
 - 29) 社会保障法典R.313-3条1^o。
 - 30) 胎児1人の場合、扶養すべき子が1人以下なら産前6週間産後10週間、2人以上なら産前8

週間産後18週間、胎児が双子の場合、産前12週間産後22週間、3つ子以上の場合、産前24週間産後22週間となる。

- 31) 社会保障法典L.331-2条、D.331条。原田啓一郎「フランスにおける医療・出産保険と家族政策（二）―出産支援の理念とその具体化の変遷―」駒澤法学8巻4号(2009年)36頁以下参照。
- 32) 社会保障法典R.361-1条、R.361-2条。2015年1月1日時点での社会保障限度額の年額は38,040ユーロであり、したがって、死亡一時金の最低額は380.40ユーロ、最高額は9,510ユーロである。
- 33) 社会保障法典L.361-1条、D.361-1条。

イギリスの医療体制と現金給付

福祉未来研究所

府川 哲夫

Fukawa Tetsuo

日本の医療システムは公的医療保険がほぼ全ての国民を適用し、サービス提供は民間が中心である。開業医は正式なゲートキーパー機能を持っておらず、患者は医療機関を自由に選ぶことができる。全国一律の診療報酬点数表および制度横断的な診療報酬審査・支払制度が日本の大きな特徴である。

イギリスでは医療サービスの大部分はNHSで提供され、私的医療保険のシェアは小さい。何年にもわたるNHS改革を経て、今日ではClinical Commissioning Groups (CCGs) がNHSの大部分のサービス委託 (commissioning) に責任をもつようになっている。GPが強いゲートキーパー機能を果たしていることもイギリスの大きな特徴である。

日英とも医療の分野における給付は大部分が現物給付であるが、病気療養中の生活保障のために現金給付が用意されている。傷病手当金や出産手当金を日本では医療保険が給付しているが、イギリスでは事業主または国民保険が提供している。

1. はじめに

イギリスでは1948年に創設された国民保健サービス (NHS) によって、全ての住民に疾病予防やリハビリテーションを含めた包括的な医療サービスが、税財源により原則無料で提供されている (外来処方薬や歯科治療などには患者負担がある)。制度創設当初、病院は国営で、医療従事者は公務員とされていたが、サッチャー政権下での改革などを通じて、2003年4月からは、人口およそ15万人単位に地域の医療従事者の代表が参加する形で運営されている公営企業であるプライマリー・ケア・トラスト (Primary Care Trust : PCT) が中心となり、一般家庭医 (GP)、NHSトラスト (病院) 等からサービスの購入を行い、地域保健サービスを自ら提供する体制が整った (厚生労働省、2013)。これに伴い、地方保健当局 (HA) の役割は、より戦略的

な計画の策定、PCTやNHSトラストの監督等に限定されることとなり、2006年にイングランドは10の戦略的保健当局 (SHA : Strategic Health Authority) に再編された。また、2004年4月からは、独立採算制であるNHSトラストの制度を更に進め、人事、運営に関する保健省の関与を廃し、地域住民等により選出された役員会による自主的な運営を認めるNHSファウンデーション・トラスト (FT : Foundation Trust) 制度がスタートし (厚生労働省、2013)、2014年3月現在147のFTが設立されている。

2012年NHS改革法 (Health and Social Care Act 2012) により、2013年4月からPCTや戦略的保健当局 (SHA) は廃止され、新たに創設されたClinical Commissioning Groups (CCGs) がNHSの大部分のサービス委託 (commissioning) に責任をもつことになった。Clinical Commissioning Groups (CCGs) はPCTが行っていた予算管理

表1 イギリスの総医療費

年次	医療費 (10 億ポンド)				対GDP比 (%)		
	NHS	私的医療	その他	計	NHS	私的医療 その他	計
1979/80	9.5	0.3	0.6	10.3	4.5	0.4	4.9
1984/85	16.3	0.7	1.3	18.3	4.9	0.6	5.4
1989/90	26.2	1.4	2.1	29.7	4.8	0.7	5.5
1994/95	40.4	2.4	3.8	46.7	5.7	0.9	6.6
1999/00	53.4	4.5	5.3	63.2	5.7	1.0	6.7
2004/05	89.5	8.3	6.8	104.6	7.4	1.2	8.6
2009/10	128.8	10.5	8.0	147.3	9.1	1.3	10.4
2010/11	131.2	10.9	8.2	150.3	8.9	1.3	10.2
2011/12	133.5	9.7	8.5	151.7	8.8	1.2	10.0

出典：OHE Guide to UK Health and Health Care Statistics, 2013

の権限と責任を引き継ぐ団体で、GPによって構成される他に、CCG理事会には少なくとも1人の病院専門医、看護師、住民代表が含まれている。

イギリスの2011/12年度の総医療費は1,517億ポンド（GDPの10.0%）であったが、そのうちNHSによる支出は1,335億ポンド（GDPの8.8%）で、全体の88%を占めていた（表1）。2011年におけるNHSの財源構成は、税80.9%、National Insuranceから17.9%、患者負担1.2%であった（OHE, 2013）。私的病院は私的保険に加入している患者あるいは私費負担の患者に医療サービスを提供しているが、私的医療保険の加入者数は320万人で、総人口の5%程である。私的医療の医療費総額に占める割合は6%である。

2. 日英の医療体制

日本の医療システムは全国民を対象にし、サービス提供は民間が中心である。営利病院は禁止され、患者は医療機関を自由に選ぶことができる。

診療報酬はサービス提供者や消費者との協議の上で政府が決定する。この全国一律の診療報酬点数表に基づき、全ての医師は経験年数に拘わらず同じ報酬を受けとる。高齢者、中小企業の労働者および自営業者の医療保険制度には政

府から補助金が支払われている。

日本では開業医は正式なゲートキーパー機能を持っていない。医療サービスと薬は同時に提供されることも多かった。

公的病院もあるが、病院の多くは民間病院である。病院は急性期のみならず療養サービスも提供している。病院への支払いは全国一律の診療報酬に基づいている。病院勤務医は給料を受けとっている。医療機関は患者の一部負担を除いた診療報酬を、診療報酬審査支払機関を経由して保険者に請求する（図1）。

イギリスのNHSはイングランド、スコットランド、ウェールズ、北アイルランドに分かれている。因みに、2011年におけるイギリスの総人口は6,320万人で、その分布はイングランド84%、スコットランド8%、ウェールズ5%、北アイルランド3%である（Office of Health Economics, 2013）。ここではイングランドのNHSについて述べる（図2）。

国民は一般家庭医（GP：General Practitioner）に登録し、プライマリー・ケアは主にGPによって提供される。病院を利用する場合は、GPの診察を受けた上で、GPの紹介により病院の専門医を受診する仕組みとなっている。大部分の紹介先は地元の病院である。イングランドの全てのGPは211あるCCGのうちの1つに加入し、CCGは

図1 日本の医療体制

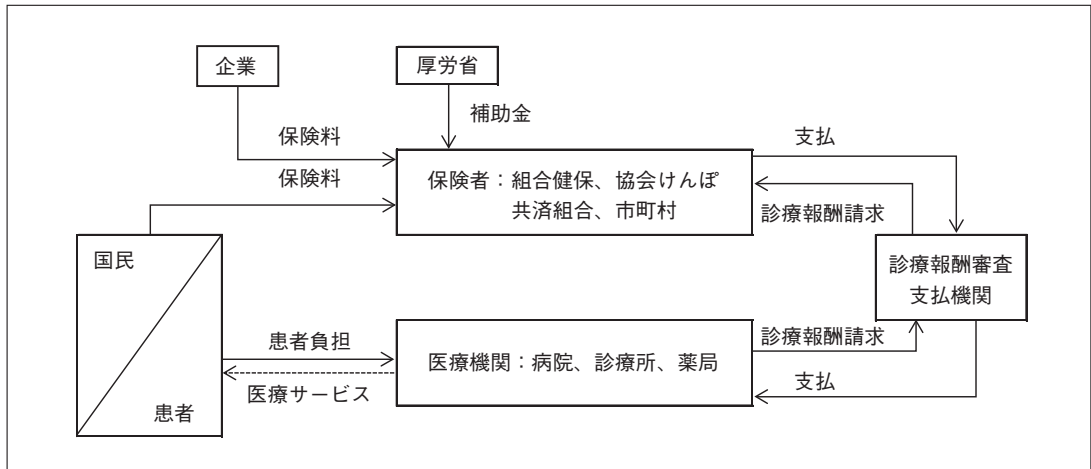
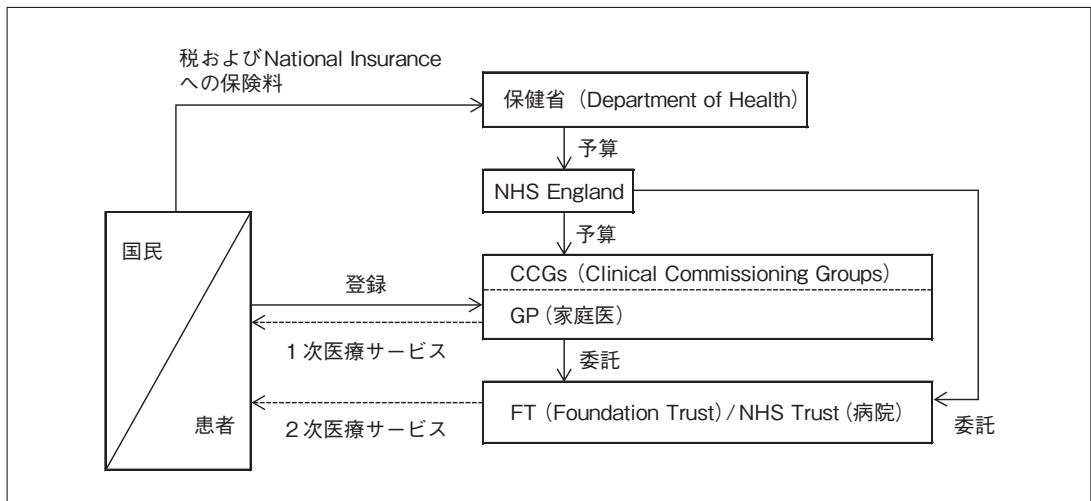


図2 イングランドの医療体制



平均22.6万人の人口の医療サービスに関わっている。2013/14年度でCCGsはNHS予算の60%に責任を負っている。

NHS病院の半数以上はファウンデーション・トラスト (FT) と呼ばれている独立採算制の組織になっている。

GPはゲートキーパーの役割を果たし、登録住民の全ての医療サービスの予算を管理している。医師への報酬は給料、人頭割、出来高払いの組合せで支払われている。外来サービスは36のウォークイン・クリニックでも提供され、24時間対応のNHS Direct が最初の相談窓口となって

いる (National Audit Office、2003)。

3. 現金給付

医療の分野における給付は大部分が現物給付であるが、病気療養中の生活保障のために現金給付が用意されている。

(1) 医療の現金給付：日本

現金給付には、傷病または出産による休業補償としての傷病手当金・出産手当金と、出産育児一時金や埋葬料等の実費保障的な給付がある。前者は被用者保険に特有の給付であり、国

民健康保険にはない。

傷病手当金は、病気休業中に被保険者とその家族の生活を保障するために設けられた制度で、病気やけがのために会社を休み、事業主から十分な報酬が受けられない場合に支給される。傷病手当金は、被保険者が病気やけがのために働くことができず、会社を休んだ日が連続して3日間あったうえで、4日目以降、休んだ日に対して支給を開始した日から数えて1年6か月間支給される。支給額は、病気やけがで休んだ期間、一日につき、標準報酬日額の3分の2に相当する額である。

被保険者が出産のため会社を休み、事業主から報酬が受けられないときは、出産手当金が支給される。出産手当金は、出産の日（実際の出産が予定日後のときは出産の予定日）以前42日目（多胎妊娠の場合は98日目）から、出産の日の翌日以後56日目までの範囲内で会社を休んだ期間について、1日につき標準報酬日額の3分の2に相当する額が支給される。

出産育児一時金は、被保険者およびその被扶養者が出産した時に1児につき42万円（産科医療補償制度に加入していない医療機関等で出産した場合は40.4万円）が支給される。

被保険者が亡くなったときは、埋葬を行う人に埋葬料または埋葬費が支給される。埋葬を行った家族に5万円の埋葬料が支給され、死亡した被保険者に家族がいないときは、埋葬を行った人に埋葬料の額（5万円）の範囲内で埋葬にかかった費用が埋葬費として支給される。

移送費は被保険者（老人医療費を受けられる者を除く）が、療養の給付を受けるために病院や診療所に移送されたときは、移送費が現金で支給される。

（2）医療の現金給付：イギリス

医療サービスはNHSによって全ての住民に、外来処方薬や歯科治療などの患者負担を除いて現物給付されているが、病気で働けない場合や出産に対して事業主や国民保険から現金給付がある（Social Security Administration, 2014）。

平均賃金が週111ポンド（2014年4月）以上の被用者は、3日間の待機期間を経て、28週間まで週87.55ポンド（2014年4月）の法定傷病手当金を事業主からうけとる。全ての被用者および自営業者で法定傷病手当金を受け取れない人には、3日間の待機期間を経て、13週間まで週72.40ポンド（16～24歳は57.35ポンド；2014年4月）の手当（Employment and support allowance）が国民保険から支給される。この手当は就業能力に応じて13週間以降は増額される。

平均賃金が週111ポンド（2014年4月）以上の被用者は、最初の6週間は賃金の90%、次の33週間は賃金の90%または週138.18ポンド（2014年4月）のどちらか少ない額の法定出産手当金を事業主からうけとる。全ての被用者および自営業者で法定出産手当金を受け取れない人には、出産予定日の11週間前から最長39週間、賃金の90%または週138.18ポンド（2014年4月）のどちらか少ない額の出産手当、または14週間にわたる週27ポンドの出産手当が国民保険から支給される。

参考文献

- ・厚生労働省（2013）. 2011～2012年 海外情勢報告.
- ・Department of Health（2014）. NHS Five Year Forward View.
- ・National Audit Office（2003）. International Health Comparisons.
- ・Office of Health Economics（2013）. OHE Guide to UK Health and Health Care Statistics, Second Edition.
- ・Social Security Administration（2014）. Social Security Programs Throughout the World: Europe, 2014.

ニュージーランドにおける現行保健制度の特徴と課題

立教大学教授

芝田 英昭

Shibata Hideaki

19世紀末から1970年代まで「南半球の福祉国家」といわれたニュージーランドは、今ではかつてのような高度な福祉施策を展開していない。保健サービスにおいても、手術を必要とする多くの人が受けることができなかつたり、成人の約3割が過去1年間で一次医療の受診を諦めている。そこには、どのような問題が潜んでいるのであろうか。

本稿では、現在の保健サービスの仕組みや機能、さらに抱える問題の原因の一端を探ってみた。

はじめに

ニュージーランドは、1840年に英国女王と約50人の先住民マオリ部族長による「ワイタンギ条約」の締結によって、国家としての体制を整えた。他の植民地国家と同様、当初は先住民マオリが迫害されたことは言うまでもない。しかし、ニュージーランドに植民してきた多くのヨーロッパ人が、当時のヨーロッパの階級社会を嫌っていたこともあり、「平等」の理念をもとに国家建設を進めたことから、他の植民地国家に比べれば先住民の地位は比較的高く、差別も深刻化しなかった。

このように「平等」の理念に沿って国家建設が進められたことから、かつてニュージーランドは、「南半球の福祉国家」として北欧の福祉国家と並び称せられた。1877年には世界に先駆けて「義務教育の無償化」を実施、1893年には世界で初めて「女性の参政権」（被選挙権は、1919年実施）を認め、1926年には世界で最初に「家族手当」を導入し、その後1938年には、世界で初めての総合的で体系的な「社会保障法」を制定した。一般的には、体系的社会保障の理念の構

築は、イギリスの「ベヴァリッジ報告」（1942年）とされているが、それを遡ること4年前に、太平洋の小国ニュージーランドがすでに福祉国家の礎を世界に先駆けて構築していたことは、あまり知られていない¹⁾。1935年11月の総選挙でマイケル・サバージ（Michael Joseph Savage）率いる労働党が、多くの労働者の支持を集めニュージーランド史上初めて政権に就き、1929年の大恐慌以降の経済破綻や、広範な生活不安を招いていた失業問題を、抜本的に解決する施策を打ち出した。その1つが「社会保障法」の制定であった。

1939年の施行を前に、ニュージーランド政府は1938年9月に、社会保障法の解説パンフレットをニュージーランド全戸に配布した（資料）。これは、「高齢、疾病、失業、独居、またはその他の不幸によって生活力が奪われたすべての国民に対し給付する」としていることから理解できるように、ニュージーランドの社会保障が「対象問題の包括性」と「対象者の普遍性」を持ち合わせていたことを意味している。また、社会保障を「税」で賄うとして、当時、他の資本主義国が社会保険を中心にその保険料で賄うとの

資料 パンフレット「社会保障」(1938年)

- ・この社会保障法は、高齢、疾病、失業、独居、またはその他の不幸によって生活力が奪われたすべての国民に対し給付するものとしては、初めての立法である。本法律が導入されたことが最大の功績ではなく、これは普遍的保障への第一歩であることが重要である。
- ・本法律によって、新しい原則が示された。それは、ニュージーランド国民は、だれしも免れることのできない生来の不幸から生じる経済的困窮に対して、その生活が保障される、というものである。国民は、高齢、死亡そして疾病からは免れることはできないが、そのことから生じる経済的損失は保障される。それは、国民の抛出による税によって提供され、それが保護原理として承認されている。
- ・このパンフレットによって、いかなる収入、資産の有無に関係なくすべての国民に対して、適切な額の普遍的年金が支払われる『年金給付制度』の開始を知ることになる。
- ・ニュージーランドは、社会保障法条文に保健医療給付条項が記載されたことで、やっと文明社会の仲間入りを果たした。・・・中略・・・保健医療給付は、第1に治療、病院、出産給付、および、薬剤・医療器具の給付からなっている。申請すれば、家庭医および専門医による相談助言、放射線および検査サービス、訪問看護および家事援助サービス、眼科および歯科サービスからなるこれらの診療が受けられる。

出典：1938年4月1日に施行された社会保障法(Social Security Act)に先立ち、1938年9月20日付けで「社会保障(Social Security)」というパンフレット(全30ページ)が、首相マイケル・サベージ名でニュージーランド全世帯に配布された。筆者翻訳。下線は筆者による。

方向性を示したのとは異質である。さらに、普遍的な「老齢年金」、および包括的な「国民医療制度」を備えており、当時としては最も進んだ福祉国家を確立したといえる。

しかし、何故ニュージーランドは、このような社会保障制度を創設し得たのか。ニュージーランドの歴史学者キース・シンクレア(Keith Sinclair)は、「ニュージーランドの社会保障制度は、平等の理念によって形成された。好況の単なる副産物ではない。植民当初からいわれていた最大多数の最大幸福を、という国民の総意によって達成されたのだ」[シンクレア(1982) p.31]と述べている。

さて、本稿では、ニュージーランド現代社会を概説し、医療制度の現状と課題を整理したい。

1. ニュージーランド現代社会の概要

ニュージーランドにおける社会保障の礎は、1938年の社会保障法制定に遡るが、1980年代以降の規制緩和により、かつての福祉国家の面影はなくなった。

1973年と1979年の2度のオイル・ショックによって、農業を中心とする一次産品の輸出、石油および工業製品のほとんどを海外に依存する経済が破綻した。これを受けて1981年、マルドゥーン国民党政権は貿易構造の脆弱化を痛感し、輸入石油の国内エネルギー源への代替化の開発(合成燃料プラント、メタノールプラント、石油精製拡張プラント、アルミニウム精錬プラント等)、輸出促進を目的とする政策“Think Big Project(大改造計画)”に乗り出したが、多額の債務を抱え失敗した。その結果、経済成長率は、1.8%まで低下した。公的純債務は、1974年3月末に4.7億ニュージーランド・ドル(以降、NZドル)であったが、1984年3月末には約110億NZドルに膨れ上がった。

この経済状況が、その後の規制緩和や高度な福祉国家政策の後退へとつながったとされている[芝田(2004) pp.347-366. 芝田(2013) pp.219-231]。ここでは、規制緩和等は主題ではないので別稿に譲る。

さて、多くの方にとってニュージーランドは、南半球の小国で、自然の豊富な観光地とのイ

表1 統計からみる日本とニュージーランドの比較

項 目	ニュージーランド	日 本
人口(2013年1月)	約447万人	約1億2,730万人
国内総生産(100万ドル、2013年)	152.2	4,662.1
法人税収(対GDP比、2012年)	4.4%	3.4%
所得税収(対GDP比、2012年)	12.4%	5.4%
全税収(対GDP比、2011年)	31.3%	28.6%
公的保健支出(対GDP比、2009年)	8.3%	7.2%
1人当たりの保健支出(USドル、2012年)	3,172.3	3,458.3
国民医療費(対GDP比、2011年)	10.0%	10.1%
病床数(人口千人当たり、2012年)	2.8床	13.4床
医師数(人口千人当たり、2012年)	2.7人	2.3人
新生児死亡率(新生児千人当たり、2011年)	5.2人	2.3人
自殺率(人口10万人当たり、2010年)	12.4人	21.2人
平均寿命	81.5歳	83.2歳

出典：筆者作成。人口は、日本の外務省資料を引用。その他の数値は、“Key Tables from OECD 2014”(<http://oe.cd/disclaimer> 最終閲覧日2015年1月26日)から引用。

メージしかないであろう。ここで、日本との比較からニュージーランドを理解してみたい(表1)。

ニュージーランドは、面積が日本の7割程度で、人口は約447万人と日本の約28分の1程度である。また、ニュージーランドの主要産業は、酪農・農業の第一次産業が中心で、GDPは日本の30分の1程度である。税制面では、所得税収の対GDP比が日本の倍以上で、全税収比でみると日本より3ポイント程度高い。

保健分野では、公的保健支出は日本より若干高い程度である。国民医療費は、ほぼ同程度と理解できる。人口千人当たりの病床数は、日本の13.4床に対してニュージーランドは2.8床で、約5分の1程度と極端に少ない。これは、日本のように、保険証1枚さえあれば「どこでも、いつでも病院にかかる」とのフリー・アクセスではなく、住民は、一旦は一般開業医(GPs=General Practitioners)で受診し、GPsが「薬の処方だけで回復の見込みがあるのか、あるいは病院での診察が必要かの判断」をし、病院にかかる場合はGPsの紹介状がなければアクセスできない仕組みとなっていることから、病院の数が限られているわけである。

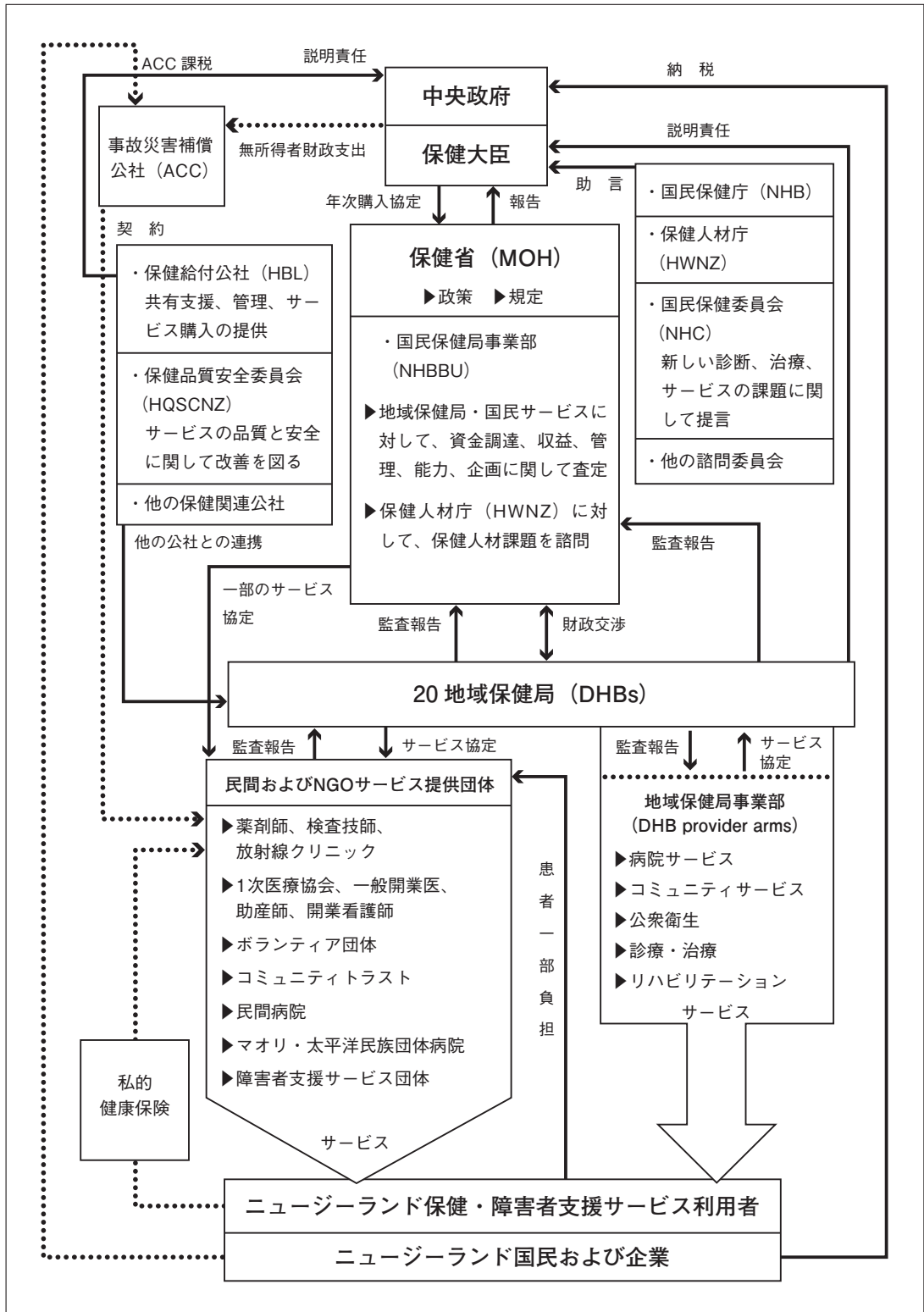
同医師数は、日本より若干多い。新生児死亡率は倍以上。人口10万人当たりの自殺率は、日本の約半分程度。平均寿命は、日本より若干低いが、一般的には長寿の国の範疇に入る。

2. ニュージーランドにおける保健制度の枠組み

ニュージーランドの保健制度は、日本の医療制度よりも幅が広く、同国の保健制度には、「公衆衛生、障害者・高齢者の介護・自立支援」も含まれる。この分野は、政府機関としては保健省(MOH=Ministry of Health)が担う。また、子ども・家庭福祉や社会手当、就労支援は、社会開発省(Ministry of Social Development)が担い、日本とはかなり異なる仕組みである。

現行保健制度は(図1)、2000年12月に保健・医療及び障害サービス法(The Health Disability Services Act 1993)が廃止され、代わってニュージーランド保健・医療及び障害法(The New Zealand Public Health and Disability Act 2000、以下：保健・医療及び障害法)が成立し、2001年1月より施行された。同法によるサービス

図1 ニュージーランドにおける保健セクターの構造（2015年現在）



出典：Ministry of Health New Zealand (www.health.govt.nz 最終閲覧日2015年1月10日)より筆者翻訳。

図2 DHBsの区分



出典：MOH (2015) Ministry of Health (<http://www.health.govt.nz> 最終閲覧日 2015年1月25日) より引用。

は、保健・医療・公衆衛生および障害者・高齢者介護サービス（以下：保健サービス）を含む。

ニュージーランドの保健サービスは、保健・医療及び障害法のもと、保健省が国民保健局事業部（National Health Board business unit）をととして地域保健局（DHBs=District Health Boards, 図2）に、人口基準により上限付きで予算を配分し、DHBsは、下部組織である地域保健局事業部（DHB provider arms、国立病院等を含む）、および民間団体・NGO等のサービス提供団体（Private and NGO providers）と保健サービス提供に関する協定（Service Agreements）を結び資金を提供する。DHBsは、公的なサービス購入機関ではあるが、サービス提供機関ではない。

例えば、2014年政府歳出の保健省に配分された予算（保健・医療分野）は144億3,300万NZドルで、そのうちの約115億0,300万NZドル（79.7%）はDHBsに配分され、公衆衛生・精神保健・産科サービス・マオリ保健サービス・大学院臨床

教育訓練には約27億4,000万NZドル（19.0%）支出される。残りのわずか約1億8,800万NZドル（1.3%）が、保健省で国民保健計画等の策定に使われる予算となっている [MOH (2015)]。

DHBsの役割は、サービス購入協定を通じてプロバイダー（地域保健局事業部、民間団体・NGO等のサービス提供団体）にサービス提供責任をもたせ、サービス購入を含む公的資金による保健サービスの質・効果に関して幅広い責任をもつことである。各DHBは11人の運営責任者を置かなければならず、さらにそのうち少なくとも7人は、各DHBs区域内の選挙によって選出されなければならない。立候補者は、ニュージーランド市民であるとともに「議会選挙・選挙人名簿に記載された者」であればだれでも立候補できる。ただし、複数のDHBに同時に立候補はできない。DHBs職員も、職務に支障がないと判断されれば立候補できる。また、最大4人までは保健サービス専門運営委員として、保健大臣が任命する [MOH (2015)]。

3. ニュージーランドにおける保健制度の機能

ニュージーランドの保健制度は、イギリスの国民保健制度（NHS）に極めて近い制度で、一般開業医（GPs）、専門医（Specialists）、病院（Hospitals）、薬局（Pharmacies）、検査機関（Laboratories, Radiology Clinics）の5部門に分かれている。一般的な症状の場合はGPsで受診し、GPsの紹介により専門機関につなげる仕組みである。いわば、GPsは保健制度におけるゲートキーパー（門番）であり、プライマリー・ヘルス・ケアの要との位置づけである。また、GPsは、民間営利医療機関と位置づけられている。

以下に、GPs、および保健サービスに係る政府機関の機能・役割について詳述する。

（1）プライマリー・ヘルス・ケアにおけるGPsの機能

ニュージーランドのGPs数（表2）は、2007年

表2 GPs (General Practitioners) 数の推移

年	国内のGPsの 人数(人)	人口10万人当たりの GPsの人数(人)
1999年	3,191人	83人
2000年	3,166人	82人
2001年	3,037人	77人
2002年	2,917人	73人
2003年	3,006人	74人
2004年	3,009人	74人
2005年	2,924人	71人
2006年	3,106人	74人
2007年	3,195人	75人
2008年	3,435人	80人
2009年	3,541人	82人
2010年	3,532人	81人
2011年	3,614人	82人
2012年	3,594人	81人

出典：筆者作成。人口は、日本の外務省資料を引用。その他の数値は、“Key Tables from OECD 2014” (<http://oe.cd/disclaimer> 最終閲覧日2015年1月26日)から引用。

までは3,000人前後で推移していたが、2008年以降現在まで3,500人程度で安定している。また、人口10万人当たりのGPs数も、2008年以降は約80人程度となっており、1人のGPが約1,200人の国民を看ていると推計される。GPsは、一次医療協会（PHOs=Primary Health Organizations）²⁾に所属し、DHBsとの財政交渉により公的補助を受けながら、プライマリー・ヘルス・ケアを手頃な料金で提供している。

GPsは、イギリスと異なり指定制ではなく、最も頻繁にかかるGPsを地域住民自らが選び登録する。登録は、希望のGPsで登録用紙を取得し必要事項を記載後、GPsをとおしてDHBsに報告され完了し、申請日より有効となる。同情報は、PHOでも共有される。GPsは、同時に2カ所以上の登録はできないが、変更はいつでもできる。GPsへの登録は、任意であるが、登録を行わずに診察等を受けた場合は、診察に係る費用は全額自己負担となる。

ニュージーランドでは、1992年から同年以降に生まれた国民は、医療専用のIDとして国民保

健番号（NHI=National Health Index）が自動的に割り当てられている。1992年以前に生まれた者は、GPs登録等の情報よりNHIに自動登録される。NHIは、保健省が一元管理し、DHBs以下すべての医療機関が患者の本人確認や診療内容・投薬内容等の医療情報が共有でき、保健サービスにおける利用重複を排除することを可能としている³⁾。しかし、NHIは、保健省や医療機関が患者情報を共有するツールであり、日本のように住民に「健康保険証」が交付される訳ではないし、住民は自らのNHIを知ることもない。ただし、NHIを保持している住民は、公的資金による保健サービスや事故災害補償公社（ACC=Accident Compensation Corporation）によるサービスを受ける権利を有するのである。

GPsの機能は、住民に健康な生活を維持させることにある。通常、地域住民が必要とする検査（レントゲン、エコー、血液検査等）を受けられるよう専門医等に紹介し、調剤薬局での薬剤購入の処方箋を出す。また、婦人科検診・予防接種を勧めたり、糖尿病や高血圧等の健康管理の助言、禁煙への助言等、健康相談業務も行う。

（2）国民保健庁（NHB）の役割

国民保健庁（NHB=National Health Board）は、図1でも理解できるように、保健大臣への助言機関である。特に、医療の質、安全性、持続性等のニュージーランド保健制度が直面する課題に関して審議し、保健大臣に助言している。具体的には、国民保健局事業部（NHBBU=National Health Board Business Unit）と連携を取りながら議論を進める。

NHBには、設備投資分科会（CIC=Capital Investment Committee）と情報保健分科会（ITHB=IT Health Board）があり、保健人材庁（HWNZ=Health Workforce New Zealand）とともに、保健計画、資金調達、保健関連人員計画、設備投資、一次医療や病院等の国民保健サービスへの公的資金支出等に関し審議する。

(3) 保健人材庁 (HWNZ) の役割

保健人材庁 (HWNZ) は、保健人材の訓練と専門能力開発のために以下の支援を行っている [HWNZ (2014)]。

① 資金提供

保健医療専門職のための技術訓練、および臨床能力の開発等を大学院にて行う「大学院臨床研修資金」、卒業後ニュージーランドに残りにくいとされる医療物理学者、医師、放射線技師、助産師、看護師等に、同意の下に助成金を与えてニュージーランドに残ることを勧める「ボランティア・ボンディング制度」、医療専門職に対して、高度な訓練、専門資格取得、優先順位の高い専門領域での海外留学等を支援する奨学金制度で、毎年25名程度が選ばれる「高度訓練特別奨学金制度」等がある。

② 訓練制度

保健医療専門職の教育訓練を容易にするための支援であり、重複するプログラムの削減等資源を有効に活用することを目的としている。

また訓練拠点は、HWNZ、DHBs、保健専門職能団体、教育機関と連携して設ける「地域研修拠点」、保健サービスの需要を満たすために、保健科学人材および医療技術人材への教育訓練の合理化を提案する「保健科学人材および医療技術人材の再訓練」がある。

特に、現在ニュージーランドでは、今以上の数のGPsを必要としている。その仕事は、病院外で行われる変化に富んだ保健サービスであるため、GPsの訓練方法は、HWNZ、ロイヤル・ニュージーランド・カレッジ総合診療医科、医療協議会等で協議・検討のうえ開発される「GP訓練制度」等がある。

③ 新たな効果実証訓練制度

保健医療専門職に対して、新たな訓練方法を用いて、サービスやスタッフにおける費用対効果を臨床現場において実施し実証する「新規役割訓練制度」、大学の看護、医療、理学療法、薬

学、歯科等の学科に所属する学生が、農村訓練拠点で一定期間配属され実地訓練を行う「農村保健実地訓練制度」等がある。

(4) 国民保健委員会 (NHC) の役割

国民保健委員会 (NHC = National Health Committee) は、独立した諮問委員会で、新規保健医療技術に優先順位を付け保健大臣に助言する。特に、新しい診断・治療方法(薬剤は除く)の採択、普及に関しては大きな権限が与えられている [NHC (2015)]。

(5) 保健給付公社 (HBL) の役割

保健給付公社 (HBL = Health Benefit Ltd) は2010年7月、国によって設立された最も新しい公社(国が株式の100%を保有)で、保健サービスが効率良く適正に提供されるよう支援する機関である。DHBsは、各プロバイダーによって提供されるサービス購入に際し、前年までの成果(outcome)を査定し契約を結ぶが、単一のDHBが各プロバイダーと交渉するには限界があり、HBLはそのサポートを行う [HBL (2015)]。

(6) 保健品質安全委員会 (HQSCNZ) の役割

保健品質安全委員会 (HQSCNZ = Health Quality and Safety Commission NZ) は、ニュージーランド保健・医療及び障害改正法2010 (New Zealand Public Health and Disability Amendment Act 2010) により2010年に設置されたもので、ニュージーランド住民が最高品質で安全な保健サービスを受けられるようDHBsに助言・指導する機関である。

同委員会は、3つの理念で業務を遂行している。①ケアの品質、安全性およびケア経験の向上を目指す、②すべての住民のために健康と平等を提供する、③保健サービス等提供のための最適な価格を提示する、等である。

(7) 事故災害補償公社 (ACC) の役割

ニュージーランドにおける社会保障の財源は、一般租税と自己負担で構成されるが、事故

災害補償公社（ACC = Accident Compensation Corporation）のみが社会保険料（目的税）によって運営されており、現在、財源は、雇用主の保険料、国民の保険料、運転免許取得税、自動車登録税、車検料（一部）、燃料税（一部）である。

ACCは、すべての事故や災害によるけが・疾病を、原因には関係なく治療を実施する保険モデルで運営する制度であり、ニュージーランド固有の制度である。多くの国では公的な労働災害保険があるが、ニュージーランドでは、「業務遂行性・業務起因性」が証明された労働災害だけが補償される。また、自動車損害賠償保険も、交通事故だけがその対象となる。

もともとニュージーランドでは、労働者災害補償法1900（The Workers' Compensation for Accidents Act 1900）によって、労働災害の治療に関する個人負担の一部を軽減するために労働者災害補償制度が導入されたが、補償期間が6年を上限としていることや、交通事故がその対象から除かれていたことで、国民からの批判が絶えなかった。

そうした状況から、1966年、「労働者災害補償に関する委員会（Royal Commission on worker's compensation）」が設置され、1967年には、委員長の名前を冠したウッドハウス・レポート（The Woodhouse Report）が提出された。報告書は、無過失のすべての事故・災害によるけが・疾病を補償するとした。これは、まったく新しいアプローチであり、事故・災害による訴訟を回避できるとした世界にも類をみない画期的な制度とされた。

同報告書は、カバー範囲を、すべての場面で起こる傷害・けがに対して補償するとし、もちろん、自動車傷害も含めるとした。同報告書を受けて、政府は1974年にACCを設立した。現在まで5度の改正を経ている。現在は、ACC2001年法（Accident Compensation Act 2001）によって運営されている [ACC (2015)]。

4. 保健サービスの患者負担

ニュージーランドの保健サービスは、一般医療サービス（GMS=General Medical Services）と、病院医療サービス（HMS=Hospital Medical Services）に大別できる。

GMSは、GPsでの診療がほとんどを占めるが、GPsは民間営利開業医で料金は自由設定となっており、現在、GPsでの一般的な料金は60NZドル程度とされている（年齢によっても料金は異なる。在オークランド日本総領事館 [2015]）。GPsは、PHOsに加盟が義務づけられており、PHOsは、その地区のDHBsから補助金を受け取り、診療に対してGPsに配分する。したがって、日本のように患者が「診療に要する費用の一定割合を負担する」方式ではなく、「料金から補助金を差し引いた額」を患者負担とする方式であり、GPsごとに患者負担は異なる（表3）。ただし、6歳未満の子どもには実質的に患者負担はないし、逆に18歳以上の者には、一切の補助がないので全額自己負担となる。

一般的に低所得世帯は、公共職業・所得保障事務所⁴⁾（W&I=Work & Income）に申請して地域サービス・カード（CSC）を取得する。世帯人員数により、所得制限枠は異なる（表4）。また、所得には、奨学金、社会手当、税額控除が加味されるため、多額の所得保障を受給している世帯は、CSCを取得できない等の問題もある。CSC保持世帯のなかでも、6～18歳未満の患者はGPsに補助された17.78 NZドルを差し引いた額、18歳以上の患者はGPsに補助された13.33 NZドルを差し引いた額が患者負担となる。また、CSC保持世帯は、薬剤処方患者負担は無料となる。

直近の12カ月間に、12回以上GPsを受診した患者は、申請により高頻度受診保健カード（HUHC=High Use Health Card）が交付され、CSCと同様の補助が受けられる。ただし、HUHCは、患者本人だけに適用され、家族はその埒外である。HUHCは、交付月から1年間有効となる。

当該年度（2月1日から、次年1月31日まで）に、

表3 保健・医療給付および患者負担（2014年2月1日より適用）

項 目	GPs(家庭医)の 診察1回ごとの補助	薬剤処方 患者負担	検査 患者負担	公立病院外来 ・入院患者負担
CSC 保持者 (含家族)	・6～18歳未満 …17.78 NZドルの補助 ・18歳以上 …13.33 NZドルの補助	なし	なし	なし
HUHC 保持者(個人)	同上	なし	なし	なし
PSC 保持者 (含家族)	—	年間20処方 を超えた場合、 それ以降、無料	—	—
18歳以上 (カードなし)	補助なし (全額自己負担)	年間20処方までは 1処方当たり 最大5 NZドルの負担	なし	なし
6～18歳未満 (カードなし)	13.33 NZドルの補助	年間20処方までは 1処方当たり 最大5 NZドルの負担	なし	なし
6歳未満	31.11 NZドルの補助	なし	なし	なし

出典：Work & Income NZ ホームページより筆者作成（www.workandincome.govt.nz 最終閲覧日2015年1月20日）。

- 注 1. CSC = Community Services Card (地域サービス・カード)：前年の所得が一定以下の世帯に交付され、様々な公共サービスが無料か低額で受給できる。1年ごとの更新。
2. HUHC = High Use Health Card (高頻度受診保健カード)：直近の12カ月(年度をまたいでもよい)に12回以上家庭医にかかった場合、次の月から申請により交付される。所得制限はない。カードは1年間有効。
3. PSC = Prescription Subsidy Card (薬剤処方補助カード)：当該年度(前年の2月1日から、次年1月31日まで)に、家族を含めて20回以上薬剤を処方されると、21回目から申請により交付される。カードはその年度の1月31日まで有効。
4. 他にSGC = Super Gold Card (スーパー・ゴールド・カード)があるが、CSCの所得要件を満たす年金生活者、および退役軍人で軍人年金生活者に交付される。給付等はCSCと同一であるが、家族は対象としない。

表4 CSC (Community Services Card) 交付の年間所得制限（2014年2月1日より適用）

世帯構成および世帯員	所得制限(課税前収入、NZドル)
未婚単身世帯(他人と共同生活)	25,594
未婚単身世帯(独居)	27,150
2人世帯(子どものいない夫婦、事実婚、同棲)	40,590
2人世帯	48,549
3人世帯	58,793
4人世帯	66,940
5人世帯	74,919
6人世帯	83,837

出典：Work & Income NZ ホームページより筆者作成（www.workandincome.govt.nz 最終閲覧日2015年1月20日）。

- 注 1. 所得とは、世帯員全員の自営業収入、賃金、年金、奨学金、株の配当金、社会手当、税額控除、地代の合計から算出する。
2. 世帯員が6人を超えた場合は、1人当たり7,857 NZドルを加算し所得制限額を算出する。

家族を含めて20回以上薬剤が処方されると、21回目からは申請により薬剤処方補助カード(PSC=Prescription Subsidy Card)が交付される。PSCは、GPs診療には補助はないが、21回目以降の薬剤処方は無料となる。PSCは、交付年度の1月31日まで有効となる。

薬剤処方は、20回の処方までは1回当たり最大5 NZドルの負担となる。また、検査、公立病

院での外来・入院は、DHBsより全額支出され、患者負担は存在しない。

しかし、公的保健サービスが適用されるのは、ニュージーランド市民権保持者(New Zealand Citizenship)、永住権ビザ保持者(Residence Visa)、および2年以上の就労ビザ(Work Visa)保持者のみである。

ただし、ACCに関しては、ニュージーランド

に一步でも足を踏み入れた者はすべて対象となり、ACCが認定した治療行為は患者負担なしで提供される。

歯科に関しては、私立の歯科医師によって提供されるので全額自己負担となる。通常、虫歯1本の抜歯で、100 NZドル程度かかる。ただし、18歳未満の子どもは、DHBsからの補助金により無料で基本的な歯科治療（歯列矯正は含まれない）が施される。また、CSC保持世帯は、歯科治療の一部がDHBsから補助され、患者負担が軽減される場合がある。

5. ニュージーランドにおける 保健サービスの課題

（1）患者待機問題とGPs

ニュージーランドで最も読まれている新聞が、The New Zealand Heraldであるが、その2015年2月4日付は衝撃的な事件の顛末を報じた。65歳のアレン・クロッセル氏（Alain Closel）は、2013年に高齢者施設で意識をなくしている状態で看護師によって発見され、すぐに近くのクライストチャーチ病院（Christchurch Hospital）救急部門に搬送されたが、12時間待たされた挙げ句に死亡した〔The New Zealand Herald（2015.2.4）〕。このような事件は、ニュージーランドではしばしば起こることである。

ニュージーランドでは、救急病棟での待機時間や、手術の待機問題は、社会問題として大きな関心が寄せられている。保健省は、2013年に「待機時間を重要課題に（Targeting Waiting Times）」〔MOH（2013）〕との政策提言書を提出した。じつに上記の事件は、この提言書が提出されて間もなくのことであった。提言書は、2014年度に向けて3つの目標を設定している。①救急部門での待機時間の短縮、②手術待機のアクセス改善、③がん治療の待機期間の短縮、等である。救急部門での待機時間の短縮では、「95%の患者を6時間以内に治療する」、手術待機のアクセス改善では、「少なくともこれまでよりも年間4,000件手術件数を増加させる」、がん治療の

待機期間の短縮では、「6週間以内にがん治療を行う」、等としている。

救急部門での待機時間の短縮は、93%達成されたと提言書は記述している。また、救急サービス部門・国立臨床長のマイク・アルダー博士（Professor Mike Ardagh, National Clinical Director of Emergency Department）は、「もはや国民の大多数は、病院の救急部門で6時間以上滞在していることはない」〔MOH（2013）〕と述べているが、クライストチャーチ病院での事件は、その倍以上の時間待たされ死亡している。

提言書では、「過去5年間で、年平均8,000人以上が新たに手術待機リストに加えられ、2013年度では、約15万8,500人が手術待ちをした」〔MOH（2013）〕としている。着実に、国民の手術を受ける機会は拡大していると強調している。

しかし、医師のジェームス・ブラケット（James Blackett）は、「ホークス・ベイとノースランドの2カ所のDHBにおいて、専門医から股関節か膝関節置換手術が必要とされた手術待機者のうち36%が、保健省が定めた6カ月以内（The 6-Month Waiting Target）には手術されなかった」〔James Blackett（2014）〕としている。また、The New Zealand Heraldは、「2007年にMOHが国民健康ターゲットを設定してから、この10年で着実に手術希望者は増加した。しかし、約30%が手遅れか、やむなくキャンセルしている」〔The New Zealand Herald（2015.1.8）〕とし、また、この問題に保健省は応えていないと厳しく指摘している。

人口千人当たりの医師数は、日本とほとんど変わらないニュージーランドで、何故このような問題が起きるのであろうか。決定的な違いは、「いつでも、だれでも、どの医療機関にもかかれる」とするフリー・アクセス制を取っていないことによる。前述したとおり、ニュージーランドでは、病気だと感じていても病院にはかかれない。まずはGPsにかかり、GPsの紹介なしには病院にはかかれない仕組み、いわゆるゲート・キーパー制を採用している。たしかにこの10年で、GPsから専門医への紹介が増え、手術待機者は増えた

が、全医師数からGPsを差し引いた8,400人足らずの専門医師では、需要を満たすことはできない。

また、ゲート・キーパーであるGPsは、だれしもがかけられる仕組みではない。6歳未満の子どもや貧困者はほぼ無料だが、18歳以上は全額自己負担となる。Herald-DigiPal Surveyによると、「患者負担が大きいため、過去1年間で成人の約3割がGPsにかかるのを諦めた」[The New Zealand Herald (2012.10.22)]としている。ニュージーランド人は健康的になったといわれているが、先住民や貧困層が住む地域では、深刻な健康問題に直面している。ニュージーランドの成人の9割近くが「自分は健康だ」と認識しているが、少なくない若者が飲酒による健康問題を抱えている。特に、貧困層では、喫煙、飲酒、肥満、糖尿病、精神的問題、野菜や果物の摂取不足など健康面でのリスクを抱えている。保健省の調査によると、成人の3割、子どもの1割は深刻な肥満、太平洋諸島出身者の成人・子どもの3分の2は肥満、マオリの喫煙率は41%と依然高いま [MOH (2014)] であるとしている。さらに報告書は、貧困地帯は、「喫煙率や肥満率は、一般地域住民と比べると2.7倍になる」[MOH (2014)] としている。貧困地帯に住む健康に問題があると自覚している成人の約3割が、まったく医療機関にかかっていなかった。

これらの問題は、GPsにおける患者自己負担

が大きく関わっているのは明らかである。また、GPsの質の問題も看過できない。

2000年代以降、GPsの外国人医師割合が急激に増えている(表5)。ここでいう外国人医師とは、ニュージーランド以外で医学(部)教育を受け、ニュージーランド以外の国で医師免許を取得した者を指す。いわば、ニュージーランドで正規のGPs教育を受けていない医師が、一次医療のかなりの部分を担っており、その資質には格差が存在する。ウエリントン病院の看護師 Kinu McCarthyは、「もともと専門科目が様々で、総合的に患者を診察できるのかは、個人の力量によるところが大きい」[McCarthy (2014)]と指摘している。

日本でも、一次医療におけるゲート・キーパー制導入の動きはあるが[芝田(2014)]、ニュージーランドの現実からは、患者を医療から遠ざける可能性があり、極めて危険な選択だと考えられる。

(2) 子どもの医療費無料制度の拡大

・・・日本への示唆

2014年度の予算発表において、ビル・イングリッシュ財務大臣(Finance Minister Bill English)は、「現在6歳未満の子どものGPs診療費無料制度を、2015年7月1日から13歳未満に拡大し、2015年7月から3年間で9千万NZドルを予算計上する」と発表した[TT (2014)]。これにより、6～12歳の子どもも約40万人が新たに無料でGPsにかかる、としている。

ここで、若干、ニュージーランドの選挙制度と国家予算の関係を述べたい(表6)。ニュージーランドは、3年ごとに国会議員総選挙を行い、先進国のなかでは珍しく一院制を採用している。国会議員定数は120名であり、2014年9月20日の選挙では、国民党(NP=National Party)61議席、マオリ党2議席、統一未来等1議席、ACT党1議席で、与党で65議席を獲得し、ジョン・キー(John Key)率いるNPが3期目に入った。一院制であることで、政権が変われば政権党の提出法案は、基本的にはすべて可決成立す

表5 GPs (General Practitioners) に占める外国人医師の割合

年	割合(%)
1980年	35.0%
1990年	29.0%
2000年	35.0%
2010年	43.1%
2012年	43.7%

出典：Medical Council New Zealand. *The New Zealand Medical Workforce in 2012*. 1.10.2012より引用した(www.mcnz.org.nz 最終閲覧日2015年2月1日)。

注 この表の外国人医師とは、IMG (International Medical Graduate) のことで、ニュージーランド以外で医学部教育を受け、ニュージーランド以外の国で医師免許を取得した者を指す。

表6 ニュージーランド政府予算の推移

(単位: 100万NZドル)

政府会計年度		2013年	2014年	2015年	2016年	2017年	2018年
歳入	課税収入	58,134	71,773	65,824	69,912	73,348	76,848
	その他国家収入	5,172	5,296	5,138	4,826	4,790	4,909
	政府サービス収入	16,713	17,080	17,091	17,593	18,107	18,764
	投資所得	2,939	3,588	3,672	3,982	4,636	5,132
	その他	3,697	3,867	3,842	4,055	4,110	4,085
歳入合計		86,655	91,604	95,567	100,368	104,991	109,738
歳出	社会保障	26,268	27,510	28,125	28,967	30,062	31,279
	旧政府老齢年金	286	283	409	436	464	493
	保健・医療	13,856	14,433	14,741	14,668	14,616	14,598
	教育	13,366	13,180	13,571	13,774	13,833	13,909
	一般行政サービス	3,960	4,201	4,462	4,549	4,414	4,331
	司法・警察	3,670	3,804	3,750	3,788	3,764	3,767
	防衛	1,766	1,983	1,936	1,975	1,950	1,947
	運輸・通信	9,052	9,036	9,427	9,558	6,992	9,965
	経済・産業	8,375	8,098	7,538	8,066	8,348	8,797
	一次業務	1,579	1,892	1,759	1,757	1,733	1,582
	文化遺産・余暇	2,351	2,532	2,348	2,431	2,470	2,523
	住宅・地域開発	989	1,057	1,141	1,180	1,187	1,220
	金融費用	4,358	4,516	4,763	5,054	5,543	5,708
	その他	528	1,662	1,345	3,014	4,496	6,044
歳出合計		91,007	93,497	94,855	98,732	102,212	105,803

出典: ニュージーランド財務省 (The Treasury New Zealand) "Budget Economic & Fiscal Update 2014" (www.treasury.govt.nz 最終閲覧日 2015年1月25日) より筆者作成。

注: 2015年度以降の財政諸表は、ニュージーランド財務省の推計。ニュージーランドの会計年度は、7月1日から翌年6月30日まで。

る。その意味では、政権交代ごとに、大胆な政策を展開でき、「実験国家」とも呼ばれている。また、選挙の年の予算は大幅に増える傾向にもある。

総選挙は通常9月で、次年度の予算は5月に発表されることから、政権与党が選挙戦を有利に戦うために大盤振る舞いする傾向にある。例えば、2013年と2014年の予算を比較すると、約25億NZドルの大幅な予算増となっているし、次の選挙がある2017年も前年に比べ約25億NZドルの大幅増が予測されている。

2014年度の予算説明に次々年度(2015年度)より開始する13歳未満へのGPs無料制度拡大を持ち出したのは、選挙がらみの宣伝とのそしりは免れない。民間で供給されるGPsにとって、無料制度が13歳未満に拡大されることが歓迎す

べきことかは疑問もある。ニュージーランド医師会会長のマーク・ピーターソン(Chairman Mark Peterson of The Medical Association NZ)は、「保健サービスを最も必要とする子どもへのケアは、公平性や健康成果の観点からも歓迎されるべきだ。しかし、GPsが、必要経費と政府補助金との間に大きなマイナスの差があれば、今回の政策に賛成しない可能性がある。また、6歳未満のGPs無料制度導入のときも、GPsの収入減という犠牲のもとに提供されたことは興味深い事実である」[Radio New Zealand (2014.5.16)]と述べている。

保健大臣トニー・リール(Health Minister Tony Ryall)は、「GPsは民間企業であり、その料金を政府が制御することは不可能である。したがって、13歳未満への無料制度拡大にはGPs

との長期の交渉が必要であり、2015年度からの導入は無理かもしれない」[Radio New Zealand (2014.5.16)]と語った。

日本でも、自治体レベルで子どもの医療費無料化が進んでいる。ただし、これは国の制度ではなく、あくまでも自治体が独自に予算措置を講じ、保険診療に係る自己負担分を補助する仕組みであることから、極めて不安定な様相を呈している。しかし、子どもの貧困率の高い日本にとっては、親の所得の多寡によって医療機関にかかることができない状況は克服しなければならない。さらなる運動によって、子どもの医療費無料化が国の制度になることを推進しなければならない。

その意味では、ニュージーランドのGPs無料制度の13歳未満への拡大という社会実験の成否は、多くの先進諸国に多大な影響を与えることは間違いない。しかし、GPsが民間の営利によるものであり、供給と価格に関するハンドルのGPsに握られていることは大きなネックとなる。13歳未満への無料制度拡大への鍵は、「GPsの公立化か、あるいは非営利化」であると筆者は考える。

注

- 1) ベヴァリッジ報告冒頭の要約には、イギリスが、当時ニュージーランドが実施していた制度を見習って導入するとの記述がみられる。
“Briefly, the proposal is to introduce for all citizens adequate pensions without means test by stages over a transition period of twenty years, . . . in adopting a transition period for pensions as of right, . . . the Plan for Social Security in Britain follows the precedent of New Zealand” paragraph 16, *Social Insurance and Allied Services*, Cmd6404.
- 2) 「保健省の下に、DHBの財源で、PHOという非営利団体が組織化されており、PHOはGPグループや看護師団体、調剤薬局グループ、高齢者ケア施設、歯科病院、メンタルヘルスケア団体などのプライマリ・ケアに従事する人たちで構成され、連携しながら地域内の保健医療サービスを行っている」、日本医療ネットワーク協会(2013)

『ニュージーランドおよびオーストラリアにおけるHERの現状調査』、p.10。

- 3) NHIは、登録にあたって住民の「氏名、生年月日、性別、現住所、在留資格、識別できる民族」が必要であり、複数項目の一致のある住民には、ミドルネームの情報追加を求める。
- 4) W&Iは、MOS(社会開発省)の出先機関で、各行政区域に複数設置されている。日本の、福祉事務所、ハローワーク、年金事務所を一体化させた機関である。社会保障に関する申請は、W&Iをとおして行う。

引用文献・参考文献

(日本語文献50音順、英語文献アルファベット順)

- ・キース・シンクレア(1982)、青木公訳『ニュージーランド史』評論社。
- ・芝田英昭(2004)「規制緩和と大国・市場国家ニュージーランドの経験は日本に何を教えたのか」、ジョナサン・ボストン編著、芝田英昭監訳(2014)『ニュージーランド福祉国家の再設計』法律文化社。
- ・芝田英昭(2013)『基礎から学ぶ社会保障』自治体研究社。
- ・芝田英昭(2014)『安倍政権の医療・介護戦略を問う』あけび書房。
- ・在オークランド日本総領事館[2015] Consulate-General of Japan in Auckland (最終閲覧日2015年2月5日)
- ・日本医療ネットワーク協会(2013)『ニュージーランドおよびオーストラリアにおけるHERの現状調査』。
- ・CAA(2015) Accident Compensation Corporation. (<http://acc.co.nz> 最終閲覧日2015年2月5日)
- ・HBL(2015) Health Benefit LTD. (<http://hbl.co.nz> 最終閲覧日2015年2月5日)
- ・HWNZ(2014) Health Workforce New Zealand. *HWNZ Strategic intent and priorities-Statement of Intent 2014 to 2018*. (<http://healthworkforce.health.govt.nz> 最終閲覧日2015年2月5日)
- ・James Blackett, Alex Parker, Martin van Randow, Barry Milne, Roy Lay-Yee, Peter Dais(2014). 'The impact of the 6-month waiting target for elective: a patient record study' *The New Zealand Medical Journal*. Vol 127

No:1405.07 Nov 2014.

- ・ Kinu McCarthy (2014) Department of Emergency Wellington Hospitalの看護師 McCarthy氏へのメールでのインタビューによる。
- ・ MOH (2013) Ministry of Health. Targeting Waiting Time. (<http://health.govt.nz> 最終閲覧日 2015年1月10日)
- ・ MOH (2014) Ministry of Health. *Annual Update of Key Results 2013/14 New Zealand Health Survey*. (<http://health.govt.nz> 最終閲覧日 2015年1月10日)
- ・ MOH (2015) Ministry of Health (<http://www.health.govt.nz> 最終閲覧日 2015年1月25日)
- ・ NHC (2015) National Health Committee. (<http://nhc.health.govt.nz> 最終閲覧日 2015年2月5日)
- ・ Radio New Zealand (2014.5.16) 'Backing for free childrens's GP visits' (<http://www.radionz.co.nz> 最終閲覧日 2014年8月21日)
- ・ The New Zealand Herald (2012.10.22) 'Why many of us are avoiding GPs'.
- ・ The New Zealand Herald (2015.1.8) 'Elective surgery patients miss out on treatment'.
- ・ The New Zealand Herald (2015.2.4) '67-year-old died after 12hour wait for help'.
- ・ TT (2014) The Treasury. Bill English 'Budget Speech' (<http://www.treasury.govt.nz> 最終閲覧日 2014年12月10日)

1. 基本情報

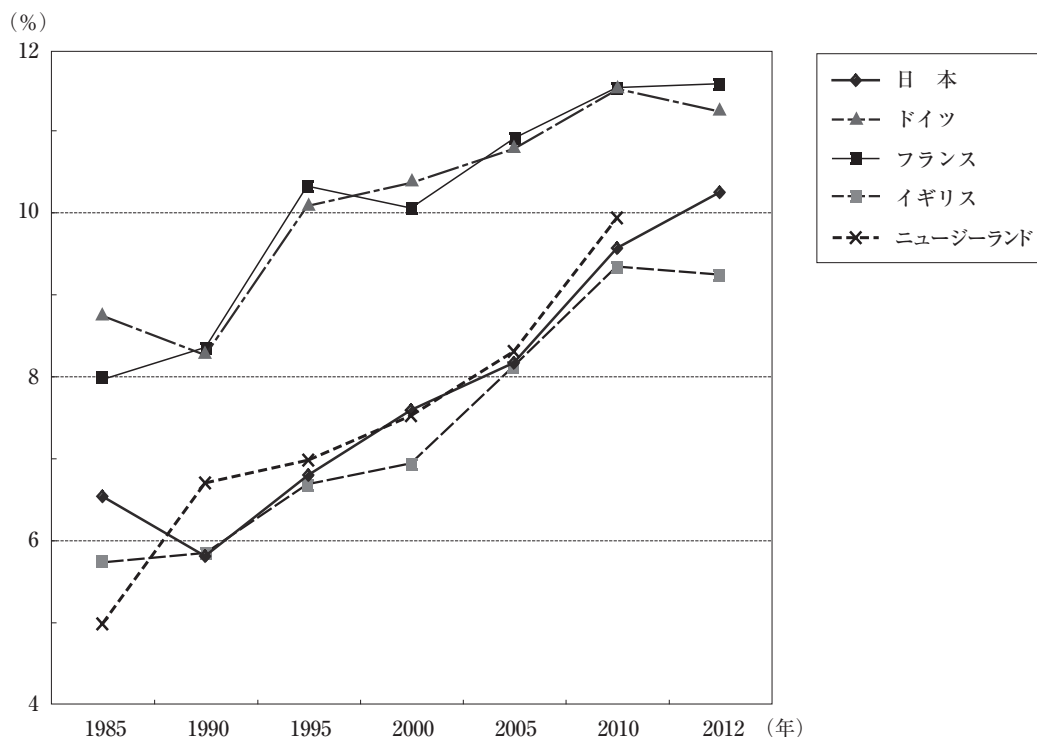
	日本	ドイツ	フランス	イギリス	ニュージーランド
総人口(千人)	127,515 (12年)	81,932 (12年)	63,519 (12年)	63,705 (12年)	4,433 (12年)
高齢化率(%)	25.1(13年)	21.0(13年)	17.6(13年)	17.3(13年)	14.2(13年)
合計特殊出生率	1.39(10年)	1.39(10年)	1.99(10年)	1.98(10年)	2.15(10年)
平均寿命(年)	男79.9／女86.4 (12年)	男78.6／女83.3 (12年)	男78.7／女85.4 (12年)	男79.1／女82.8 (12年)	男79.7／女83.2 (12年)
失業率(%)	4.0(13年)	5.3(13年)	10.3(13年)	7.5(13年)	6.7(13年)
社会保障費対GDP(%)	18.7	25.2	28.4	20.5	18.4
医療費対GDP(%)	10.3(12年)	11.3(12年)	11.6(12年)	9.3(12年)	10.0(11年)
国民負担率 (国民所得比) (%)	(A) + (B)	40.5	52.2	65.7	46.7
	租税負担率(A)	23.2	30.1	39.4	36.0
	社会保障負担率(B)	17.4	22.1	26.3	10.7

(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12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	ニュージーランド
平均在院日数			17.5	9.2	5.6	7.0 (11年)	8.2
病床数	医療施設	急性期	1,012,255 (7.94)	432,606 (5.38)	222,031 (3.39)	147,236 (2.31)	11,582 (2.61)
		長期	342,196 (2.68)	— —	32,552 (0.50)	— —	— —
		精神	342,194 (2.68)	100,675 (1.25)	57,622 (0.88)	31,632 (0.50)	887 (0.20)
		その他	7,208 (0.06)	137,162 (1.71)	102,467 (1.57)	— —	— —
医療 関係者数	医師		292,039 (2.29)	318,887 (3.96)	201,811 (3.08)	175,229 (2.75)	11,968 (2.70)
	歯科医師		99,686 (0.78)	66,157 (0.82)	41,740 (0.64)	33,654 (0.53)	— —
	薬剤師		205,716 (1.61)	50,456 (0.63)	69,520 (1.06)	49,731 (0.78)	— —
	看護師		1,344,388 (10.54)	925,000 (11年) (11.31)	— —	522,757 (8.21)	44,714 (10.09)

(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 (2015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)	ニュージーランド (1ニュージーランド・ドル)
135.15	187.95	92.02

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