

健保連海外医療保障

No.111 2016年9月

■特集：諸外国における診療報酬制度

- ドイツ
ドイツ診療報酬制度の動向 岩間 勇気
- フランス
フランスの診療報酬制度 原田 啓一郎
- イギリス
イギリスの診療報酬制度 白瀬 由美香
- カナダ
カナダの診療報酬制度およびその関連事項について
..... 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.111 2016年9月

特集：諸外国における診療報酬制度

ドイツ診療報酬制度の動向

厚生労働省大臣官房人事課課長補佐
(前在ドイツ日本国大使館一等書記官(厚生担当))
岩間 勇気
Iwama Yuki

ドイツの診療報酬制度は、開業医、病院両分野とも基本的に医療機関単位で観念される予算を踏まえた規律がある。保険者が負担すべきマクロの医療費は、開業医分野では被保険者の性別・年齢・罹病状況等、病院分野では保険料収入の伸びや病院人件費・物件費動向を参酌しつつ、所要の医業コストを賄えるよう両当事者の交渉を経て管理される。全体構造が複雑なため、実態や制度の把握に資するよう、本稿は可能な限り在野の視線で最新の制度実態を著すことに注力した。

1. はじめに

ドイツ診療報酬の俯瞰に当たっては、日独の保険制度と医療提供体制の違いに留意する必要がある。

保険制度については、日本は全国民が一つの公的医療保険制度に加入する国民皆保険であるが、ドイツは公的医療保険（GKV）または民間医療保険（PKV）のいずれかに加入する義務が課せられており、GKVとPKVの診療報酬体系は異なる。

医療提供体制については、日本では入院の診療と外来の診療とは、主体が病院か診療所かに関わらず渾然一体と提供されてきた¹⁾が、ドイツでは開業医による外来診療と病院による入院診療とは別個独立に提供され、病院は救急などを除き原則として外来診療は行わない。診療報酬も、これら二者間で全く異なる体系にある。

表1 ドイツの報酬制度適用体系概観

	外来(実施主体:医師)	入院(実施主体:病院)
GKV	EBMに基づく被保険者人頭払いを中心とする診療報酬体系	DRG
PKV	GOÄに基づく出来高払いによる診療報酬体系	

2. 開業医

外来医療を担う開業医は、GKVの給付を担当するためには認可委員会²⁾から「保険医」³⁾としての認可を受けなければならない。この認可を受けるためには、申請者は医師免許を有すること、一般診療または標榜する診療科に対応した専門分野に関する所定の卒後教育の修了等が要件となる。ドイツ国内で外来に従事したい医師にとっては、自身のキャリアや家族生活・子女の教育等の理由により都市部での開業が魅力的とされるが、保険医の認可は保険医需要計画（Bedarfsplan）の規制対象となっており、自身が専門医（家庭医を含む）として属する医師グループ（診療科）が供給過剰とされている地域での認可は制限される。たとえ報酬体系が量的規制ある包括払い中心だとしても、ドイツ国民の9割弱がGKVに加入する規模ゆえその給付を担当できることが重要だが、専門とする診療科につき開業希望地域の保険医ポストに空きがなければ、

- ・供給過剰とされていない地域に移って保険医として認可を受ける
- ・希望地で専ら民間医療保険の患者を対象としGOÄに基づく出来高払い報酬体系から報

酬を受ける民間医師として開業

- ・ドイツ医師免許の書換えが可能な別のEU加盟国等で開業
- ・ドイツ病院での入院医療従事
- ・製薬企業や行政機関、保険者

その他別の道に進むことになる。こうした事情を踏まえ、保険給付の太宗を占めるGKVにおける外来診療報酬に重点を置き説明する。

(1) 請求・支払い

保険医は診療した患者の被保険者情報と併せて、実際に行った給付に関する情報を四半期ごとに所属する州保険医協会に提出することにより、州保険医協会⁴⁾ から診療報酬を受ける。個別保険医と疾病金庫間には、個別の直接契約は原則存在しない⁵⁾。

州保険医協会および連邦保険医協会には、

図1 2ステップから成る診療報酬配分イメージ (1)

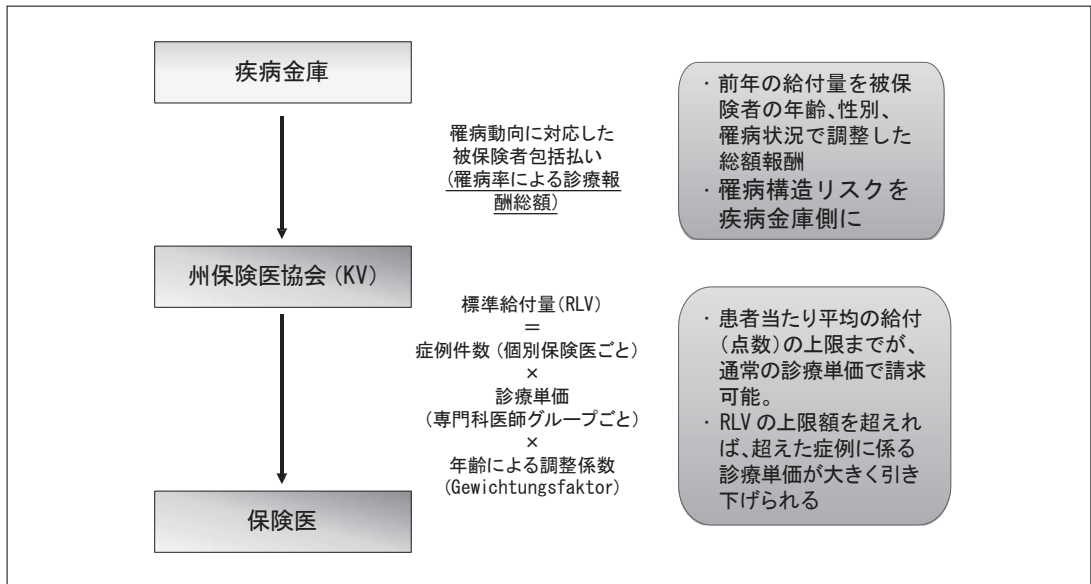
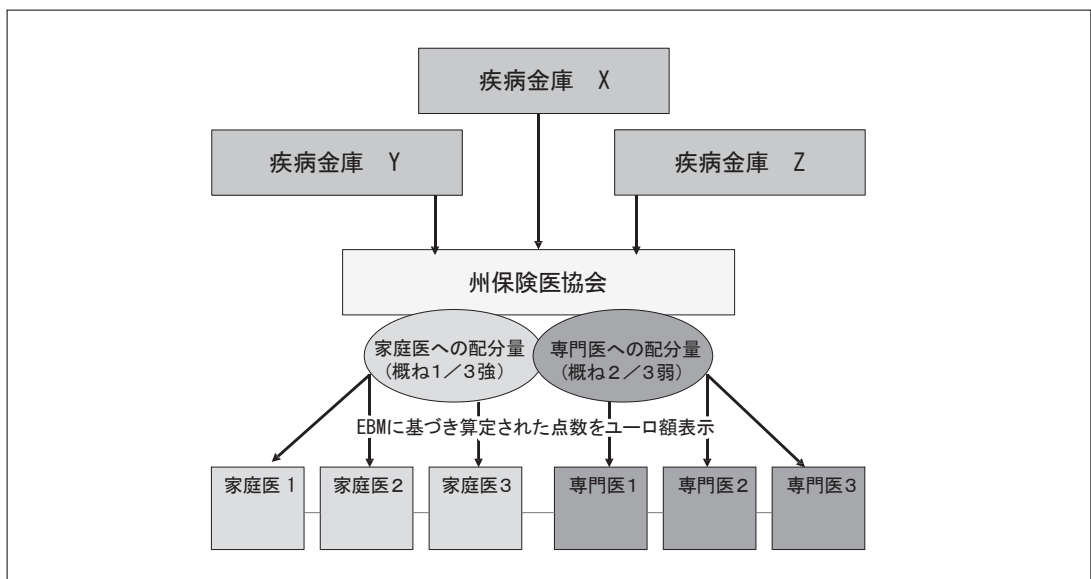


図2 2ステップから成る診療報酬配分イメージ (2)



法・契約に基づく基準に合致した保険医診療を疾病金庫に対して保障する任務が法律⁶⁾上課せられている。このため、州保険医協会および連邦保険医協会がその任務を実施するための「連邦概括契約」(Bundesmantelvertrag)を疾病金庫と結んでおり、その中で契約医としての医療の提供が認められた当該州の全医師分の「報酬総額」(Gesamtvergütung)を疾病金庫が州保険医協会に支払う。この考え方により、個別保険医にとっての請求先が保険者でなく保険医協会となっているのであり、①州全医師分の「報酬総額」を州疾病金庫連合会が州保険医協会に支払う段階と、②州保険医協会が「診療報酬配分基準」(HVM⁷⁾)に基づき個別保険医に報酬を配分する段階を踏み、金銭が流通する。なお、四半期に一度10ユーロが徴収された患者自己負担(Praxisgebühr)は2012年末をもって廃止された。

(2) EBM

保険医給付統一評価基準 (EBM) は、日本の診療報酬点数表にあたる連邦統一⁸⁾の体系であり、決済可能な給付の内容およびその価値に關し点数で相互間の関係を定めたものである。可

能な限り、給付には保険医の給付提供に必要とされる時間消費についても記載されなければならない⁹⁾。EBMは、疾病金庫中央連合会と連邦保険医協会がそれぞれ3名の等数で構成される評価委員会で決定¹⁰⁾され、拘束力を有する。公的医療保険の枠組みから保険医に支払い可能な給付は、EBMに記載されたもののみである¹¹⁾。

請求可能な各給付には、大番号 (Ziffer)、EBM番号 (EBM-Nummer) および点数が付されている。請求の後に行われる整合性審査 (Plausibilitätsprüfungen) に要する場合は、EBM番号は指標時間 (Richtzeiten) 付きで定められる。

EBMは表2の6部に分けられている。

報酬は、EBMの点数と、州ごとに定められる1点単価 (Punktwert)¹⁸⁾を掛け合わせて算出される。州レベルで支払・診療両当事者は、地域のコスト・医療提供構造といった実情を鑑み、1点単価の加減算を行うことが出来る¹⁹⁾。さらに、

決定された1点単価とEBMは、各給付等ごとにユーロ価格で表示されたユーロ報酬規程の形でまとめられる。

(3) 報酬の配分

①罹病率による診療報酬総額の配分

表2

①医師グループ横断的な一般給付 ¹²⁾	全ての医師に適用。応急医療に必要な給付、深夜週末の時間外対応、往診、報告書、母性に係る給付、置換療法、予防的給付に関するもの。この部の大番号は01。
②一般的診断・治療給付 ¹³⁾	全ての医師に適用。注射、創傷手当、輸液、輸血、ギブス措置およびいくつかの物理療法といった軽微な給付が含まれる。この部の大番号は02。
③医師グループ専門給付 ¹⁴⁾	自身が専門医とされている分野の章からのみ請求可能。最も詳細。家庭医向けと全ての専門医グループ別に分けられ、いくつかのケアと専門医特別給付がEBM番号下にまとめられている。家庭医は03、小児科医は04、眼科医は06等、泌尿器科の26、物理療法・リハ専門医の27に至るまで各専門医グループごとに章を分け、それぞれの大番号で整理。
④医師グループ横断的特別給付 ¹⁵⁾	全ての医師に適用されるが、その請求には所属する州保険医協会の許可が必要。一般的には特定の資格と結びつく。30201(整骨療法)の給付については、相応の卒後研修を受けた医師のみが請求可能。外来または権限ある医師の手術給付、臨床検査、レントゲン給付はこの部に規定。
⑤費用包括 ¹⁶⁾	様々な物件費 (郵送費、往診時の交通費、特定の消費財) が包括で規定。
⑥別添 ¹⁷⁾	別添1：別途請求することが出来ず、複合給付に含まれている給付のリスト 別添2：社会法典第5編第301条に基づく手術手続きであって、EBM31章 (外来手術) および EBM36章 (権限ある医師による手術 (belegärztliche Operationen)) に関する規定を定めるもの 別添3：保険医の給付提供に必要とされる時間消費 (社会法典第106a条第2項に関連して定められている同法第87条第2項第1文)。 別添4：2007年7月以降の請求してはならない給付リスト

i) 州保険医協会全体から各医師グループへの分配

「罹病率による診療報酬総額」(MGV²⁰⁾)は、各州の前年の点数ベースの給付量を被保険者数の増減、構造変化で調整したものであり、被保険者の医療ニーズをとらえたものである。毎年10月30日までに当該総額を州レベルで両当事者交渉で決める。MGVは一定の控除をした後、「家庭医への配分量」と「専門医への配分量」に分配する²¹⁾。その後、さらに医師グループごと(心臓医、泌尿科医、婦人科医等)²²⁾に報酬を分配する(図3)。

ii) 各医師グループから個別保険医への分配

可能な限り公正に当該パイを分配するため、各医師グループ内の個別保険医ごとに、「標準給付量」(RLV²³⁾)および「資格に応じた付加量」(QZV²⁴⁾)を請求期間である毎四半期ごと設定する。

RLVは、各期に請求可能な給付量を特定するものである。RLVは実際の医療ニーズ(症例数)をベースにしたものであり、図4の式で算出される。

症例件数に係る量的規制として、標準症例件数の150%まではEBMの点数による満額が支払われ、医師がそれを超えて診療すれば徐々に減

図3 「罹病率による診療報酬総額」(MGV)の配分

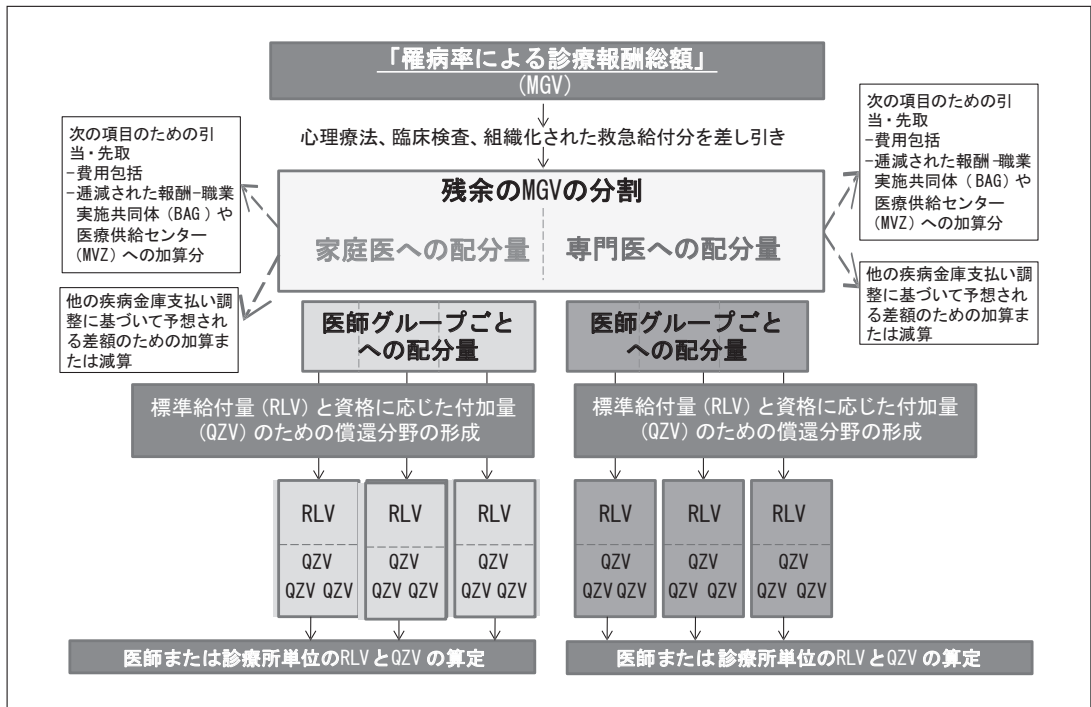


図4 標準給付量 (RLV) の算出式

I) 所属医師グループごとの診療単価 (Fallwert) を算出

$$\frac{\text{各診療科グループに2年前に配分された同一四半期の診療報酬総額}}{\text{同グループ全体が現四半期に診療した診療した症例件数}} = \text{グループ診療単価}$$

II) 保険医個人のRLVを次の式で四半期ごと算出

$$\text{「グループの診療単価」(Fallwert)} \times \text{保険医の実際の症例件数} \times \text{調整係数} = \text{RLV}$$

※罹病動向に的確に対応するため年齢に係る調整係数をかける

された額が支払われる枠組みが一般的だったが、2012年の医療供給構造法（GKV-VStG）により州レベルでの報酬形成余地が格段に高まり、規制が地域で多様化している²⁵⁾。

QZVも、各期に請求可能な保険医の給付量をRLVの上乗せ分として特定するものである。外科や神経科の専門医が行う針治療、皮膚科専門医が行うレーザー治療等のいわゆる任意給付を州保険医協会に認められて実施する場合の上限量であり、医師グループ間の公平性確保のための制度である。すなわち、RLVの枠組み下で増えた給付量の負担を全専門医で被るのではなく、原因給付を集中して行っている医師グループ内部の問題とするためとされる。このため、従来RLVの対象とされていた給付も、それが特定の医師グループで偏って実施されている場合は、QZVに移すことでRLVを安定化し、診療単価のさらなる下落を防止する。

②量的規制の対象外給付

診療報酬は原則的にRLVにより制御する総額報酬支払いであり、予算で設定され、①のように各保険医に配分されるが、その対象外は次の通り。

- i) 奨励すべき診療行為についての特別の診療報酬（外来手術、腫瘍の放射線療法、診療アシスタント活用による加算等）。MGVの枠外で固定額で支払い。
- ii) 予期せぬ診療行為増加（感染症流行等）。実績に基づき期末に交渉の上遡及適用。

(4) 外来診療報酬の最近の重点事項

開業医の高齢化等により、深刻化していく農村部における外来医療提供不足（医師不足）に対する政策が重要課題であり、保険医需要計画制度の見直し、補助金・基金による開業促進策と併せ診療報酬制度でも対応が取られており、主な措置は次の通り。

i) 医療供給構造法（2012年1月施行）

- ・診療報酬制度を地域の実情（特に農村部・医療過疎地の医療需要）により適切に対応

するため地域化。標準の1点単価に加え、供給過剰地域向け、医療過疎地向け1点単価を連邦統一的に定める規定を廃止し、地域の実情に応じたインセンティブが柔軟に設計できるよう、州レベルの取決めに権限を持たせる。

- ・医療過疎地に従事する医師は、RLVより多い患者数を診ても、報酬分配において報酬逡減の対象としない。
- ・特段の支援を要する給付および医療提供主体向けに係る1点単価の加算を、評価委員会が定める基準に基づき、決定し得るものとする。
- ・州保険医協会は、疾病金庫側と取り決めた総額報酬の0.1%の財源で構造基金を設け、医師不足対策等の財源に充て得るものとする。

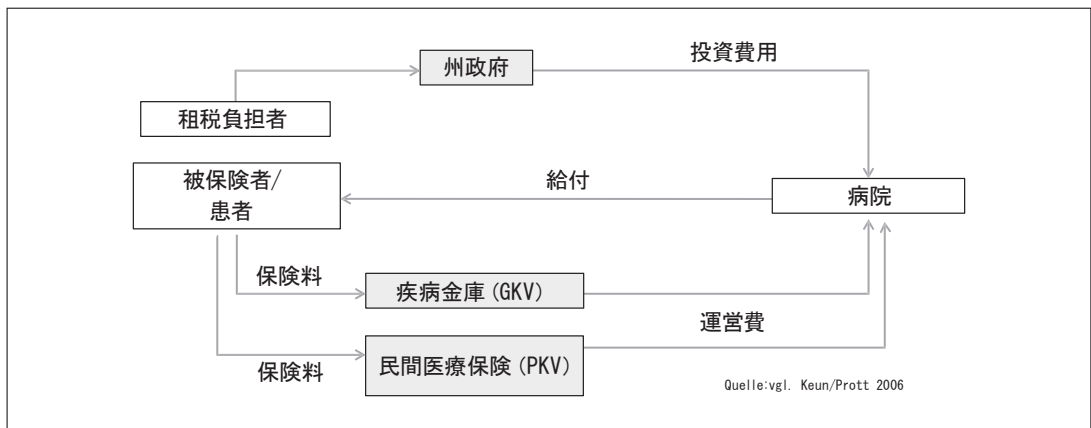
ii) 医療供給強化法（GKV-VSG）（2015年7月施行）

- ・医師の負担を軽減すべく、EBMにおいて、コメディカルが代理し得る給付²⁶⁾を整理。
- ・EBMは医師の実態に則し基準として適切なものとなるよう、診療所運営の実態データに基づき、一定の間隔で調整されるものとする。
- ・連携して医療提供するものとして承認された診療ネットワークへの支援

3. 病院

ドイツの病院は、1972年の病院財政法²⁷⁾により「二元的財政方式」²⁸⁾で運営されており、基本的に2つの財源からファイナンスされている。病院の設備投資等にかかる費用は、州政府の病院計画および投資プログラムに基づき、投資費用として州が負担するものとされている。一方、運営費用（人件費、薬剤費、様々な消耗品等）に係る費用は、主に公的医療保険から診断群分類ごとの一件あたり包括払い方式（DRG²⁹⁾）の診療報酬（以下「DRG症例包括報酬」という。）から賄われる³⁰⁾。なお、入院については1日につ

図5 病院における「二元的財政方式」



き10ユーロ（ただし年間28日分が限度）の患者自己負担制度がある。

病院緊急財政支援策が措置されるなど連邦レベルでの政策介入が行われている。

（1）投資費用

投資費用とは、病院運営に必要な初度設備費を含む病院施設のための費用、耐用年数3年以上の設備を再取得するための費用その他の費用（土地の賃貸借料等）をいう³¹⁾。病院の整備・維持に係る投資費用が州負担なのは、病院財政法により病院医療を確保する責任³²⁾が生存配慮（Daseinsvorsorge）に基づく公的任務として州に課せられているためであり、病院側は州の病院計画に記載されていれば、州より投資費用に係る支出を受ける法的権利が認められている。

投資費用は、主に耐用年数が短い物向けに概ね1,750～3,000ユーロを負担する包括的助成³³⁾と、耐用年数が中長期であって病院運営主体の申請に基づき実施される個別的助成に分かれる。個別的助成は、州（財務省）が措置額を査定するとされ、通常は申請額より査定額の方が低い。助成申請は優先順位付けの末順次実施されるものであり、病院運営主体から見れば時間がかかっている。

病院への投資負担の程度は、州ごとに異なり旧東独州の病院投資が相対的に少ない実態があるが、いずれにしても最近20年程度はドイツ病院は投資過少の状態にあり、負担すべき所要の投資義務を満たした州は存在しない³⁴⁾。2013年6月成立の法改正³⁵⁾により約11億ユーロ規模の

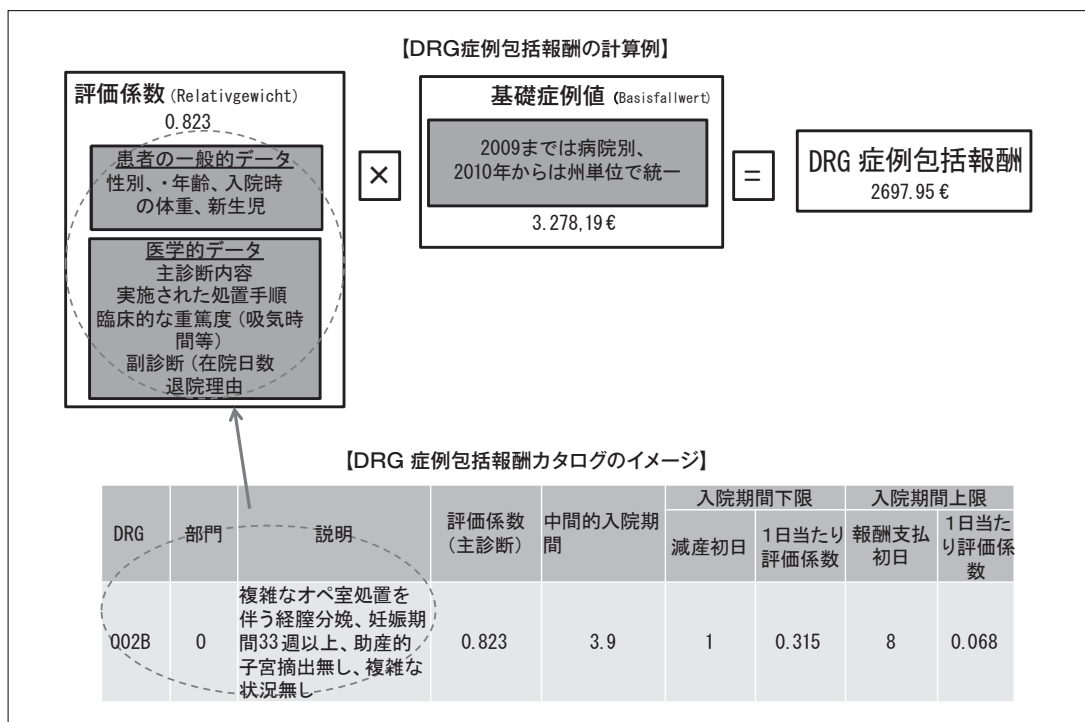
（2）病院診療報酬—DRG

DRGは、同じような臨床的メルクマールを持つ患者（入院症例）を、投じられる医療資源が同程度ごとのグループにまとめる分類、いわゆる患者分類の仕組みである。すなわち、診断群ごとにコスト均一的な入院症例のグループ化を図るものであり、単にDRGというのみでは厳密には報酬を意味しない。

DRG症例包括報酬は、DRGの分類が報酬支払いに活用されたものであり、1件の個別症例は1のDRGコードにのみコーディング決定される。決定されたDRGコードごとに「評価係数」³⁶⁾が定められており、これを単価に相当する「基礎症例値」³⁷⁾を乗じて、症例当たりの報酬額をユーロで導き出す仕組みである。DRG症例包括報酬として、病院に診療報酬としてどのような計算で支払われるかを、まず概観として図6のとおり示す。なお、例外的症例に対する高額医薬品等の報酬（連邦統一的な付加報酬）や病院ごとに合意して行う新規検査・治療等は、付加報酬その他の報酬としてDRG症例包括報酬の対象外³⁸⁾であり、別途措置される。

これを踏まえ、以下①DRG分類、②評価係数の算出、③基礎症例値の算出について仕組みを把握した上で、④病院ごとの予算制の考え方

図6 2016年にベルリンでDRGコード「0002B」で標準期間入院した場合の報酬



に触れる。その上で、このような報酬ルールに至った制度改正の趣旨や影響を総括する。

① DRG分類

ドイツのDRGは、ドイツ版ICD-10³⁹⁾に基づく

主診断（主に部位別）に関するMDC（主診断分類）⁴⁰⁾と、実施された手術や処置⁴¹⁾の組み合わせにより、コード化される。

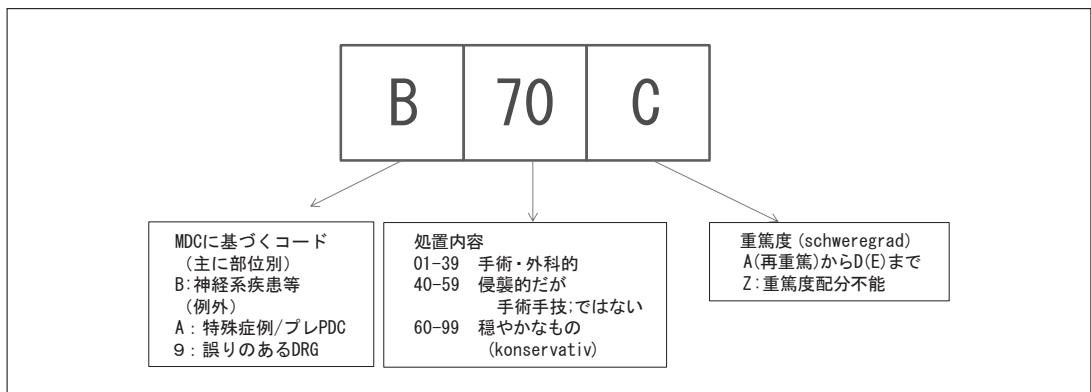
個別症例へのDRGコードのコーディングは、このように症例の診断内容から退院に至るまで

表3 ドイツMDC分類一覧

MDC	コード	意味	MDC	コード	意味
00	A	特殊症例/プレPDC	13	N	女性生殖系疾患等
01	B	神経系疾患等	14	O	妊娠、分娩、産褥
02	C	眼科系疾患等	15	P	新生児
03	D	耳鼻咽喉科系疾患等	16	Q	血液、造血器、免疫系の疾患
04	E	呼吸器系疾患等	17	R	血液学的・固形新生物
05	F	循環器系疾患等	18A	S	HIV
06	G	消化器系疾患等	18B	T	感染性、寄生虫疾患
07	H	肝・胆道系・脾臓の疾患等	19	U	精神疾患等
08	I	筋骨格系・結合組織の疾患等	20	V	アルコール・薬物使用による精神障害等
09	J	皮膚・皮下組織、乳房の疾患等	21A	W	多発性外傷
10	K	内分泌、栄養・代謝の疾患	21B	X	外傷、中毒、薬物・医薬品による中毒症状
11	L	泌尿器科系疾患等	22	Y	熱傷
12	M	男性生殖系疾患等	23	Z	健康状態に影響を与える要因、他の医療利用

出典：2013/14年版DRG定義ハンドブック第1巻⁴²⁾

図7 DRGコードのコーディング



の各要素に即した分類ルールをにアルゴリズムに基づいて正確に適用する必要があるが、分類は病院報酬研究所 (InEK) の認定を受けたグrouper (grouper) と呼ばれるプログラムの使用が義務づけ⁴³⁾ られている。

②評価係数の算出

各DRGに付されている評価係数は、全DRG症例の平均的資源投入量 (評価係数 = 1) に対し、当該分類に係る症例の資源投入量がどれほどかの関係で決せられている。2016年の各DRGのうち、最高が68.208、最低が0.141である。ドイツの全DRG適用病院からの実際の症例データを病院報酬研究所が集めており、病院の症例ごとの平均的なコスト⁴⁴⁾ の算出等、DRGの分類・維持管理を同研究所が担う⁴⁵⁾。

③基礎症例値の算出

州レベルの支払・診療側が毎年交渉し、翌年⁴⁶⁾ の単価に当たる当該州における「基礎症例値」を決定する。

従来⁴⁷⁾ までは、被保険者の「保険料算定基礎所得平均変動率」⁴⁸⁾ が「基礎症例値」の伸びの上限とされ、専ら公的医療保険の収入に病院給付費の総量がリンクしていた。しかし、現在は連邦統計局が病院人件費・物件費動向を分析・重み付け等し病院コスト状況を算定した「指標値」 (Orientierungswert) と、保険料算定基礎所得平均変動率の伸びを毎年相互参照しつつ

も、いずれかを画一的な基準として適用するのでなく⁴⁹⁾、州レベルの両当事者の交渉において決する⁵⁰⁾ こととされている。

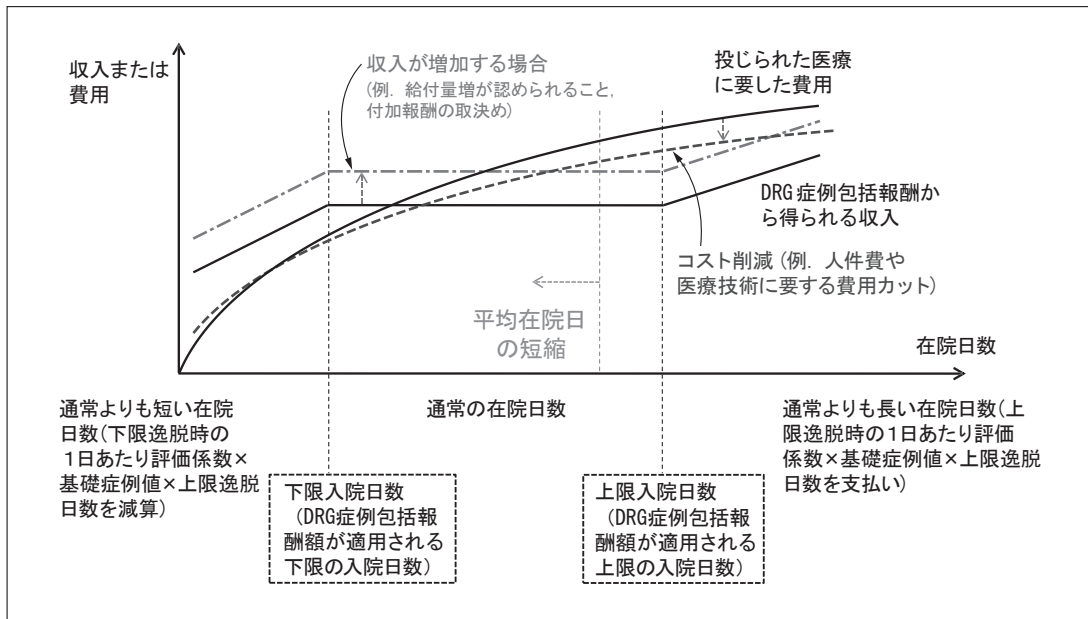
④病院ごとの予算制

各病院は毎年疾病金庫側と交渉し、給付構造と病院ごとの予算を確定する。当年のDRG評価係数データに基づき、翌年に当該病院が実施するDRG症例包括報酬、付加報酬その他の報酬に関し、給付ベースでその態様・量について交渉の上、予算を取り決める。その際、病院は可能な限り現実的な給付スペクトラムの見通しを定め、適切な予算が編成されるよう努める。このプロセスで、現実の発生コストとは関わりなく病院への報酬額が給付ボリュームとして確定される。予算と実行が乖離するが、暦年の終了後、年間に発生した報酬に基づく収益実績と予算を比較し、超過額または損失額を算出・精算する。損失は病院計画等に基づく任務を病院が果たす上で一定の充当が必要であることから、原則として20%が補填される一方で、超過収入はその65%の返還が義務づけられている。

⑤本報酬ルールに至る制度改正の趣旨・影響

従来、入院医療は1972年の病院財政法により二元財政方式と併せ「実費補填原則」⁵¹⁾ が導入され、個々の病院において実際にかかる費用を基礎として設定された患者1人1日当たりの定額の診療報酬⁵²⁾ が適用されていた。この方式の下

図8 DRG症例包括報酬によりもたらされるヤードスティック競争



では、病院が経済的に効率的な運営を行うインセンティブが働かない⁵³⁾ことから、入院医療費が増加し、それを負担する疾病金庫の財政も逼迫した。この問題に対応するため、ドイツ病院報酬制度のパラダイム転換⁵⁴⁾として、生じた費用を基礎としたものでなく行われた給付に応じて算定⁵⁵⁾される診療報酬への転換をドイツ政府は指向した。2000年に行われた「医療保険改革2000」⁵⁶⁾により入院医療の経済性と費用の透明性を高めるため、DRGに基づく包括払いへの導入を決定⁵⁷⁾し2003年から施行した。一定の経過期間を終了した2010年からは、DRG制度が全ての病院（精神病院を除く）に対して適用されている。医療費削減ではなく、予算を給付内容に立脚した形で配分することが第一義とされ、アウトプット次第で報いられるかどうかが決まるが、この報酬制度は在院日数の短縮、効率的な病院経営の必須化から、巨大民間病院グループによる中小公立・公益病院の買収といった病院医療提供体制の地殻変動につながっている。

注

- 1) 原則的業務として、入院医療を担当する有床診、外来医療を提供する病院の存在を意味
- 2) 州保険医協会および州疾病金庫連合会等により州保険医協会の管轄区域ごとに設置され、支払側・診療側それぞれ同数の委員から構成されている。
- 3) 契約医と表現する場合もある。
- 4) 州保険医協会は、診療報酬総額を負担する疾病金庫に対して保険医の種類ごとに分類した給付に関するデータを提出
- 5) その例外が社会法典第5編第140a条の「特殊医療供給」である。2015年7月に施行された医療供給強化法により、従来「構造契約」(第73a条)、特殊外来医療供給(第73c条)、統合医療供給(第40a-d条)といった社会法典第5編に散在していた直接契約類型を第140a条にまとめたもの。
- 6) 社会法典第5編第75条第1項
- 7) Honorarverteilungsmaßstab。
- 8) EBMは、医療保険費用抑制法(KVKG, 1977)に基づき導入された。それまでは、公的医療保険の個別保険者(AOK、BKK、代替金庫等)が、それぞれ連邦保険医協会および連邦保険歯科医協会と報酬規定を取り決めていた。これは立法者側からみて、その当時求められていた厳格

- な支出削減を難しくするものであった。このため、立法者は1978年より、統一的な評価基準が全疾病金庫に適用されることを規定した。歯科医療領域についても同様に「保険歯科医給付評価基準」(BEMA)がその時点から規定されている。
- 9) 社会法典第5編第87条第2項
 - 10) 決定が全くまたは部分的に出来ない場合は、評価委員会は1名の公益委員長および2名の公益委員を加えた拡大評価委員会に拡大される。連邦保健省は、両委員会の議決に異議を提起することが出来るようになったほか、法的に講じられるべきとされていた議決が実現しない場合代替措置を実施し、支払・診療双方が拡大評価委員会を招集しない場合は省独自で拡大評価委員会を招集出来る。
 - 11) EBMに評価委員会が位置づけし得る給付は、公益3、支払5、診療5名の委員から成るG-BA(連邦合同委員会)がエビデンスに基づく評価により当該給付の有用性を認めたものに限られる。
 - 12) Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen
 - 13) Allgemeine diagnostische und therapeutische Leistungen
 - 14) Arztgruppenspezifische Leistungen
 - 15) Arztgruppenübergreifende spezielle Leistungen
 - 16) Kostenpauschalen
 - 17) Anhänge
 - 18) 州保険医協会と州疾病金庫連合会は、連邦統一的に取り決められた1点単価に係る指標値(Orientierungswerte)に基づき、毎年10月31日までに翌年の1点単価(Punktwert)を取り決める。
 - 19) 社会法典第5編 § 87a条第2項第2文
 - 20) Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung
 - 21) 2010年第3四半期より、RLVの配分に関し、家庭医と専門医を完全に分けて取り扱い始めた。専門医側の給付量の増大の影響が家庭医側にもたらされないようにするものである。
 - 22) 専門医(家庭医を含む)は卒後研修課程で分けて養成され、自由標榜が出来ない。これは全医師共通項目以外は自身が専門医である診療科分しか専門的医療行為の報酬を算定出来ないルールや、保険医需要計画による開業規制と密接に連関。
 - 23) Regelleistungsvolumen
 - 24) Qualifikationsgebundene Zusatzvolumen
 - 25) 標準でない症例数による影響が特定医師グループ単位全体に及ぶのではなく、個別の医師単位で公正に規律されるようにされたものとされる。単価の通減が始まる症例数割合や通減度合い・段階付けの内容は州ごとに異なっている。
 - 26) 連邦枠組み契約で対象を特定された非医師が代理する給付行為をEBMでも体系的に整理。
 - 27) Krankenhausfinanzierungsgesetz
 - 28) Duale Finanzierungssystem
 - 29) diagnosebezogene Fallgruppen
 - 30) 州、医療保険者(GKV・PKV)のいずれが負担すべきか区別が必要となるが、区別規則(AbgrV)に基準が設けられている。
 - 31) 用地の取得等や、IT設備に関する費用は投資費用に含まれない。
 - 32) Sicherheitsauftrag
 - 33) 病院の医療供給段階や州ごとに異なる。
 - 34) Neubauer G
 - 35) KVbeitrSchG
 - 36) RelativgewichtまたはBewertungsrelationen
 - 37) BasisfallwertまたはLandesbasisfallwerte (LBFW)
 - 38) 詳細はみずほ総研(2012)を参照されたい。
 - 39) ドイツ版ICD-10は、WHOのICD-10を基に、ドイツ医療文書情報研究所(DIMDI)が作成している。
 - 40) Major Diagnostic Category
 - 41) ドイツのコーディング過程は、医学的な処置手順に非常に重きを置いており、手術・処置の分類方法はOPS(手術・処置コード)を活用している。OPSはドイツ医療文書情報研究所が作成している。
 - 42) G-DRG Version 2013/2014 Definitionshandbuch Band 1
 - 43) 病院DRG症例包括報酬合意に基づく。
 - 44) 室料、看護料等だけでなく入院療養に必要な経常費用全体を対象に適用される。
 - 45) 2001年5月に設立されたInEKの運営資金は、病院の報酬に加算されるDRG制度課金によって賄われる。この財源によって、特に、DRG分類およびコーディング規則の開発、評価係数の算定、加算額・減産額の評価等の費用が財源調達されている(病院財政法第17b条第5項第1文第1号の規定)。

- 46) 交渉がまとまらず越年し、仲裁機関の仲裁により該当年入りしてから基礎症例値が決定されることもある。
- 47) 実効上、2012年まで。
- 48) Grundlohn-Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen
- 49) 公的医療保険の財政状況により、毎年のようにルール変更や単年限りの特例が基礎症例値関係で措置されて来ており、全貌は複雑である。詳細は田中伸至(2015)68pを参照されたい。
- 50) 交渉で決せられなかった場合は、仲裁機関で決せられる。
- 51) Selbstkostendeckungsprinzip
- 52) 医師や看護師等の人件費、医薬品等の物品費、施設の管理費用等を併せた経常経費総額を患者の延べ人数で割って、患者1人1日当たりの入院費用(「療養費日額」(Tagespauschalepflegesatz))を算出したもの。これに入院日数を乗じた額が病院の診療報酬となる。
- 53) 同じ病院の同じ診療科に入院する患者については、入院日数が同じであればその病状の軽度・重度に関わらず同額の診療報酬が支払われる仕組みであるため、医学的根拠の範囲を超えて入院日数を長くすることにつながりやすい。
- 54) Ulla Schmidt (2001)
- 55) Leistungsgerechtigkeit
- 56) GKV-Gesundheitsreform2000
- 57) 本DRG制度の法的思想を把握するためには、医療保険改革2000で措置された病院財政法第17条を参照するのが有用である。同規定では、一般的な病院給付の償還について、「一貫」し、「給付に立脚」し、「包括的」で「複雑性および併発性を正しく反映」し、「既に国際的に利用されている診断群分類(DRG)に基づく」な償還制度を導入すべきことを規定している。「一貫性」とは、病院の行う全ての入院給付の報酬に適用され、GKV若しくはPKVに加入または全額自己負担で医療を受ける者かに関わらずあまねく適用される報酬制度であることを意味。「給付に立脚」とは、提供された給付の如何に応じて算定され、患者1人1日当たり定額とは異なるものであることを意味。「包括した」とは、複数の症例が同等の経済的支出を伴うものならば報酬算定に当たって同じ症例グループにまとめ、実際に生じた費用が異なっても当該グループ単位の平均額を支払うことを意味。「複雑性および併発性」は、

包括化にあたっては症例の重篤度と合併症・併存疾患に配慮すべきことを意味。「既に国際的に利用されている診断群分類」としては、ドイツはオーストラリアのAR-DRGを範とした。

参考文献

- ・医療経済研究機構(2015)『ドイツ医療関連データ集【2014年版】』
- ・松本勝明(2015)「ドイツにおける病院改革」『健保連海外医療保障No.108』
- ・厚生労働省(2015)『2015年 海外情勢報告』
- ・松本勝明(2003)『ドイツ社会保障論Ⅰ-医療保険-』信山社
- ・田中伸至(2015)『診療報酬制度の構造と診療報酬決定過程-日本とドイツを例に-(増補)』法政理論第48巻第2・3号
- ・田中謙一(2013)『ドイツにおける診療報酬の審査:日独比較の視点に基づく考察』社会保険旬報
- ・みずほ情報総研(株)(2012)『ドイツにおける診療報酬の審査等に関する調査』報告書
- ・船橋光俊(2011)『ドイツ医療保険の改革—その論理と保険者機能』時潮社
- ・田中耕太郎(2013)『ドイツの医療提供体制と診療報酬制度の改革に関する研究』
- ・Halbe/Orlowski/Preusker/Schiller/Waserm(2012) Versorgungsstrukturgesetz (GKV-VStG) -Auswirkungen auf die Praxis
- ・Geissler.A (2013) Stationäre Versorgung II: Vergütungssysteme und Anreize
- ・Geissler.A (2014) Finanzierung I, II
- ・Neubauer G (2014a) Die ökonomische Zukunft der Krankenhäuser in Deutschland

特集：諸外国における診療報酬制度

フランスの診療報酬制度

駒澤大学教授

原田 啓一郎

Harada Keiichiro

フランスでは、伝統的に一貫して自由医療の諸原則を標榜しつつ、医療費の支払い者としての医療保険とは別に、医療と医療従事者に独立した自律を認めてきた。近年、医療費の医学的抑制という政策的動向の中で、外来医療と入院医療との間で診療報酬の基準の統一化が進められているほか、伝統的に堅持されていた開業医の外来医療における償還払い方式が第三者払い方式に移行することとなり、ひとつの転換期を迎えている。

1. はじめに

一般に、わが国で診療報酬とは、医療保険者から保険医療機関等に対して支払われる保険診療の対価を意味することが多い。しかしながら、字義通りに解するとすれば、診療報酬は、医師・医療機関の提供する診療に対して支払われる報酬であり、医師・医療機関が医療サービスの対価として保険者から受け取る報酬とともに、患者から直接受領する患者負担金を含む概念となる。本稿では、患者負担金までを含め、医師・医療機関の提供する診療に対して支払われる報酬を診療報酬とする。

わが国と同様、フランスの医療保険では、医療サービスの提供に際して患者負担の存在を前提とするが、開業医が行う医療（以下、外来医療という）と病院での入院医療について、保険給付のあり方は大きく異なる。外来医療の場合、医療に要した費用は原則的には被保険者が一旦全額負担し、事後的に医療保険金庫から医療保険給付分が払い戻される「償還払い方式」（remboursement）を採用している。これに対し、入院医療では、医療保険金庫から医療保険給付分が直接病院に支払われ、患者は患者負担分を病院に支払う方式（「第三者払い方式」（tiers

payant））を採用している。この他、福祉施設の中でも医療サービスを提供する医療福祉施設における医療費の支払いのあり方は開業医や病院のそれとはまた異なる。このようなフランスの医療保険における診療報酬の支払い方法の違いに留意しながら、本稿では、まずフランスの診療報酬の変遷について簡単にふれた上で、フランスにおける診療報酬制度を概観することにする。

2. 診療報酬の変遷

(1) 自由医療の諸原則と診療報酬

フランスの社会保障法典では、被保険者と公衆衛生の利益の下で自由医療の諸原則を掲げ、医師の開業の自由、患者による医師の選択の自由、医師の処方自由、患者による報酬の直接払い、職業上の秘密を規定する（社会保障法典L.162-2条）。自由医療の諸原則は、社会保障法が成立する直前の1927年に、医師組合が医師の行う医療活動が制約されることを恐れ、医療保険制度の創設に対抗するために作成した医療憲章のなかにすでにみられる。その後、1947年の医師倫理法典で自由医療の諸原則を引き継ぐとともに、1971年には、フランス医療組合連合会（CSMF）が諸原則を堅持する証しとして、社会

保障法典上に自由医療の諸原則に関する規定を置くことを求め、先述の社会保障法典上での規定化に至る。諸原則のうち、患者による報酬の直接払いについては、1930年制定の社会保険法から、当時医師らが求めていた直接合意の原則（医師と患者が直接交渉し、診療行為の報酬は出来高払いで、患者が医師に直接報酬を支払う）による償還払い方式が採用されている。今日に至るまで、伝統的に一貫して自由医療の諸原則を標榜しつつ、医療費の支払い者としての医療保険とは別に、医療と医療従事者に独立した自律を認め、償還払い方式を堅持してきた。

（2）診療報酬と協約制度

医師に支払われる報酬については、社会保険法が成立した初期の段階では責任料金が採用されていた。これは、医師に対して、医師組合の組合料金を考慮しながら患者との間で自由料金を設定する自由を保障する一方、医療保険からは基準となる料金でしか償還されない仕組みであった。このため、医師に支払った実際の料金と医療保険から償還された料金の差額は患者の自己負担となり、その差額は拡大していった。

第二次世界大戦後の診療報酬は、1945年10月19日のオールドナンスにより、医療行為が示された行為一覧と料金表に基づいて算出されることになる。医療行為一覧は、社会保障大臣によるアレテにより定められ、医療行為一覧では、個々の医療行為を示す記号が付され、難易度を示す係数により各医療行為が示されていた。料金表については、社会保障の一般化を契機に、県を単位に地方社会保障金庫と医師組合が協約を締結する県別協約方式を導入した。ただし、協約が締結されていない場合には、償還水準が低い職権料金が適用された。その後、標準協約への個人加入方式を経て、1971年から全国協約方式が導入されている。

全国協約方式は、現在でも全国単位の協約である点においては基本的骨格を維持しているが、いくつかの修正が加えられている。当初は一般医と専門医を対象とする協約であったが、

1990年1月23日の法律により、一般医と専門医それぞれ別の協約を締結することが可能となった。1995年のジュベプラン以後、医療費の医学的抑制による動きから、医療協約当事者は、医療協約の付属文書で医療費支出変化予測目標を設定することとなった。

（3）自由医療の諸原則による医師の自由の範囲の縮減

90年代以降の医療費の医学的抑制の動きが展開されるとともに、医師と医療保険との関係は、医療協約で規定するのではなく法令で規定する傾向が強まった。社会保障財政法による議会の関与が強まったことも相まって、結果的には医療協約による医師側の裁量の範囲は狭まっている。また、この間、医師と医療保険との関係において、自由医療の諸原則に掲げる自由の範囲は次第に縮減している。たとえば、医師の処方自由についてみると、現行の社会保障法典では、医師に対してあらゆる行為や処方において、効力を有する法律および法規命令の中で、治療の質、安全、効果と両立する最も厳格な節約を遵守する義務を課しており（社会保障法典L. 162-2-1条）、医師の裁量は大きな制約下におかれている。医療費の医学的抑制の観点からは、医学的に不必要あるいは危険な治療や処方を特定した医療職指標（référence professionnelle）を導入し（社会保障法典L. 162-12-15条）、医療職指標を逸脱した診療を行った場合には制裁措置の発動が予定されている（社会保障法典L. 162-5条、同L. 162-5-2条）。患者による報酬の直接払いも例外ではなく、医師の報酬は現行法令の規定を考慮して定めなければならない（公衆衛生法典R. 4127-53条）、診療報酬の額は公示された費用の額をこえてはならない（社会保障法典L. 160-10条）。また、医師と患者が直接交渉をする場面は限られ、直接支払いの原則は、入院診療（社会保障法典L. 162-21-1条）や長期慢性疾患（ALD）の診療の場合には第三者払い方式を採用しており、これまで原則とされてきた償還払い方式の範囲は狭まっている。この点、2015年末

から2016年始めにかけて、第三者払い方式の一般化を規定する法律（後述）が成立し、フランスの医療保険制度は新たな局面を迎えている。

3. 診療報酬の基準

フランスでは、医療保険の対象となる行為は、全国医療保険金庫連合（union nationale des caisses d'assurance maladie : UNCAM）が定める診療行為・給付リストに記載されていなければならない（社会保障法典L.162-1-7条）。償還対象となる医療行為や医療材料・医薬品等の分類方法は、沿革には、開業医や民間病院と、病院公役務（service public hospitalier）に参加する公的病院とでは異なっていた。開業医と民間病院の医師の医療行為は、大臣アレテにより決定される医療行為一般分類（nomenclature générale des actes professionnels : NGAP）において医療行為等の係数と単価が設定され、診療報酬額が計算されていた。これに対し、病院公役務に参加する公的病院では、各公的病院に総枠予算とよばれる予算を配分するために医療行為カタログ（catalogue des actes médicaux : CdAM）が用いられていた。このような診療を評価する基準や診療報酬を支払う方法が複数存在している状況は、医療情報の共有化や医療政策の促進を担保するためにも改善すべきとの認識が高まり、開業医と病院に共通する診療報酬の基準として、医療行為共通分類（codage des actes médicaux : CCAM）が作成されている。

（1）医療行為共通分類（CCAM）

医療行為共通分類は、開業医について、医療保険が引き受ける医療行為を示す一覧表である。一覧表では、保険給付の対象となる医療行為に対してアルファベットと数字からなるコードが付されている。医療行為共通分類は2005年3月に制定されて以来改定を重ね、2016年8月現在では43.50版である。一覧表への収載について、登録条件の設定、登録・削除の決定の権限は、全国医療保険金庫連合にある（社会保障

法典L.162-1-7条）。収載にあたっては、全国医療保険金庫連合や医師・学会からの収載等の申請をもとに、高等保健機構（Haute Autorité de santé : HAS）による医学的評価、全国医療保険金庫連合による技術的・科学的評価（申請された診療行為を医療行為共通分類の体系に組み込む手続き（体系化（hiérarchisation））、医学的経済的評価と価格付けなどを経て、全国医療保険金庫連合の収載決定、担当大臣の承認、官報公示となる¹⁾）。

現在、開業医については、医療行為共通分類が適用されているが、民間病院、歯科医、助産師などについては、医療行為一般分類が用いられている。将来的には、公立病院や私立病院にも医療行為共通分類の適用を目指している。

（2）医療行為一般分類（NGAP）

医療行為共通分類の導入以前より使用されていた分類で、現在でも、民間病院、歯科医、助産師などでは、医療行為一般分類が用いられている。医療行為一般分類では、医療行為はアルファベットで示される記号が付され、個々の医療行為につき報酬を決定するための難易度を示す係数を組み合わせている。医療行為一般分類は、医療保険の償還の対象となる医療行為の一覧表であるとともに、報酬の決定基準としての役割ももつ。

4. 外来医療の診療報酬²⁾

（1）全国医療協約と診療報酬

わが国の場合、診療報酬は中央社会保険医療協議会において、医療職の職種や開業医・病院の区別なく、一元的に決定する。これに対し、フランスでは、医師、歯科医、助産師の医療職、薬剤師、看護師などの医療関連職ごとに、職種を代表する組合と保険者との間で診療報酬に関する協約を締結する。医師の場合、全国医療保険金庫連合と1ないし複数の医師の代表的な組合との間で締結する医療協約がそれぞれである。医療協約は、一般医と専門医それぞれを対

象とする協約である。代表的な組合は複数存在するが、医師組合のうちいずれかひとつと全国医療保険金庫連合が合意すると医療協約は成立し、大臣の認可を受けて発効する。現行の医療協約は2011年に締結されているが、有効期間は5年であり、2016年に新たな協約交渉が行われている³⁾。

医師が行う診療に対する報酬は、医療協約で定める協約料金に基づいて算定される。現行の医療協約では、診察や往診など医師の報酬とCCAMによる医療行為の価格が定められている。医師は医療協約とのかかわり方に応じて、セクター1とセクター2に分かれる。セクター1の医師は、協約で定められた料金で算定した診療報酬を被保険者に請求する。これに対し、セクター2の医師は、医療協約に拘束されず、自由に報酬を決定することができ、協約料金以上の報酬を請求することができる超過報酬請求権を有する⁴⁾。

(2) 診療報酬の支払い

医療給付の支払いについては、伝統的に、自由医療の諸原則のひとつである直接払いの原則とかかわり、患者が医師に対して診療報酬を全額支払ったのちに、医療保険者が患者負担分（原則医療保険からの償還率が70%であるため、30%が患者負担分となる）を控除した金額を払い戻すという償還払い方式を基本としていた（社会保障法典(旧)L.322-1条)⁶⁾。他方、国家医療扶助の受給者である患者に対する診療、労働災害・職業病の患者に対する診療、検査センター

でのマンモグラフィー撮影などの検診、補足CMUの受給者である患者の診療、医療保険と協約を結んでいる医療施設への入院などについては、法令や医療協約などを根拠に第三者払い方式が採用されており、その拡張傾向がみられる。

(3) 第三者払い方式の一般化

償還払い方式は、事前に患者に医療費の準備を求める仕組みであり、医療アクセスを阻害する要因であるとの指摘は従来よりなされていた⁷⁾。経済的に困難な者の医療アクセスを促進するために、2013年、セヌ・サン・ドニ県の上院議員Archimbaudが首相への報告書をまとめ、開業医での診療における完全な第三者払い方式の一般化を強く求めた⁸⁾。そこで、政府は、ケアへのアクセスの保障について立法改正を行うこととした。まず、2015年12月21日に成立した2016年社会保障財政法により、医療保険給付の支払方法について償還払い方式を基本としていた社会保障法典L.322-1条を削除・改正し、これまでの償還払い方式や委任に基づく第三者払い方式⁹⁾とともに、第三者払い方式の仕組み（mécanisme du tiers payant）による医療専門職への支払いを列挙して規定した（社会保障法典L.160-10条¹⁰⁾。次いで、2016年1月26日に成立した保健医療システム現代化法¹¹⁾により、第三者払い方式の一般化に関する条文を挿入し、償還払い方式であった開業医の外来医療についても、医療保険で引き受ける費用の部分について第三者支払い方式の導入が段階的に義務化された¹²⁾。これにより、医療保険の受給者すべてが第三者払い方式の適用を

表1 かかりつけ医で診察を受けた場合の協約料金と償還額

	協約料金	償還基礎額	償還率	償還額 ^{*1}
一般医・セクター1	23.00 €	23.00 €	70%	15.10 €
一般医・セクター2	自由 ^{*2}	23.00 €	70%	15.10 €
専門医・セクター1	25.00 €	25.00 €	70%	16.50 €
専門医・セクター2	自由 ^{*2}	23.00 €	70%	15.10 €

^{*1} 償還額は、受診時定額負担金1€を控除した額である。

^{*2} 診療アクセス契約⁵⁾を締結している場合、超過報酬請求権の範囲内での設定となる。

出所：全国被用者医療保険金庫（CNAMTS）のHP（<http://ccam.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourser/consultations/les-consultations-en-metropole/dans-le-cadre-du-parcours-de-soins-coordonnes.php>（最終アクセス：2016年8月27日））

受けることになる。

5. 入院医療の診療報酬

(1) 医療施設の概要

入院医療を行う医療施設として、フランスでは、公的医療施設(公立病院)、私的医療施設(民間非営利病院と民間営利病院)、集団利益型私的医療施設が存在する。これら医療施設では、入院医療、病院外来、在宅医療の三形態の医療を提供している。医療施設は公的部門と私的部門に区分され、1970年の病院改革法により、公的部門に区分される公立病院と民間非営利病院の多くは「病院公役務」として、地域の中核的な病院医療や研究・研修体制を提供する役割を担っていた。こうした体制に大きな変化を及ぼしたのが、2009年7月21日に制定された病院改革と患者、保健医療及び地域に関する法律¹³⁾である(HPST法)。これにより、病院公役務の概念が法令上廃止され、それに代わり「公役務的任務」(mission de service public)が規定され、医療施設の類型にかかわらず、医療施設は公役務的任務を引き受けることとなった。しかし、2016年1月26日に成立した保健医療システム現代化法により、「公役務的任務」は法令上廃止され、再び「病院公役務」が規定されるに至っている。

(2) 入院医療の診療報酬

こうした古くからある公的部門と民間部門の制度的枠組みの相違とともに、病院公役務の任務を担う公的病院と民間営利病院の間には、診療報酬の支払い方法の相違があった¹⁴⁾。

病院公役務の任務を担う公的病院では、1984年から年間の病院予算を配分する総枠予算制(dotation globale)を採用していた。一方、民間営利病院では、1991年からは、政府と民間営利病院を代表する組合との間で締結される協約に基づく全国レベルでの料金目標額に基づき予算が配分される全国目標量(objectif quantifié national : OQN)と入院日額を採用していた。

このような病院種別ごとの報酬支払方式を統一すべく、2003年社会保障財政法により、1入院あたりの包括評価方式を中心とする医療施設の新しい財政方式(tarification à l'activité(以下T2Aとする))の段階的導入が決定した。T2Aの導入により、公的病院に適用されていた総枠予算制度を漸次廃止し、2012年にはT2Aに完全に移行する予定であったが、現在では2018年までの完全施行を目指している。

T2Aは、医療施設での医療活動に関する部門、特定の医療活動に関する部門¹⁵⁾、公役務の任務遂行に関する部門¹⁶⁾の3つの部門からなるが¹⁷⁾、病院の収入源となる診療報酬の中心をなすのは、医療施設での医療活動に関する部門である。入院に関する医師、外科医、産科医、歯科医の医療行為は、フランス版DRGである診断群分類(Groupe homogène de séjour : GHS)に基づき1入院あたりの包括評価で算定される。GHSに基づく入院医療に関する全国料金は保健医療・社会保障大臣がアレテにより定め(社会保障法典L.162-22-10条)、各GHSの料金のほか、GHSごとの在院日数の下限と上限を規定している¹⁸⁾。この料金には原則、入院中の薬剤費や医療材料費は費用に含まれているが、一定の高額な薬剤や医療材料の使用に要する費用については、GHSとは別に、アレテで定められた金額に基づき出来高払い方式で支払われる。なお、病院での外来診療は、CCAMに基づく出来高払いである。

(3) 診療報酬の支払い

被保険者の入院費については、医療保険の引き受け分の費用については医療保険から支払われる第三者払い方式である(社会保障法典L.162-21-1条)。入院した被保険者である患者は、療養に要した費用のうち患者負担分(原則医療保険からの償還率が80%であるため、20%が患者負担分となる)のほか、ホテルコストとしての入院時定額負担金(1日あたり18ユーロ)、テレビ使用料などその他費用を支払うことになる¹⁹⁾。入院の際、医療上の理由なく特別室に入

居した場合には、いわゆる差額ベッド代を支払うことになる（社会保障法典R. 162-32-2条）。

6. 医療福祉施設における医療の診療報酬

（1）医療福祉施設における医療

医療福祉施設（établissement médico-social）とは、福祉施設のうち、介護や医療に対応する体制を整えている施設である。医療福祉施設は、障害者施設、児童施設、高齢者施設など各福祉施設のなかの一類型として整理されている。ここでは、高齢者施設のうち要介護高齢者の受け入れ施設のひとつである要介護高齢者滞在施設（établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes : EHPAD）を例にみてみよう。

高齢者に関する福祉施設は、伝統的には医療と切り離されたものとして存在していたが、入居者の高齢化に伴い介護の提供とともに医療との連携が必要となり、高齢者の生活の場である高齢者施設では介護と医療の連携を促進する医療化（médicalisation）が展開されている。医療福祉施設のうち、一定の要介護高齢者を受け入れて介護や医療を提供する体制が整えられている施設として、要介護高齢者滞在施設がある（社会福祉・家族法典L. 312-1条）²⁰⁾。要介護高齢者滞在施設では、医療職として、コーディネーター医師（médecin coordinateur）が配置されており、医療の提供のみならず、入居者の要介護度の評価、他の医療従事者との調整、薬剤師との連携、入居者の施設における生活計画の策定に携わるなど、施設内での入居者の生活の質を高める役割を担っている。その他の医療従事者として、看護師、薬剤師、心理カウンセラー、理学療法士などがいる。

（2）医療福祉施設における医療の診療報酬

施設は、当該施設・県の議長・地域保健庁（agence régionale de santé : ARS）の代表との間で三者間協約を締結する。三者間協約では、

施設サービスの料金として、滞在費、介護費、医療費を定める（社会福祉・家族法典R. 314-158条）。三者間協約では、医療に要する費用について、施設は包括的定額料金または部分的定額料金を選択することができる（社会福祉・家族法典R. 314-167条）。包括的定額料金は、医師や看護師など医療従事者の人件費や単回使用の医療材料費、検査費といった医療に要する費用を包括しているのに対して、部分的定額料金は包括的定額料金の内容の一部を包括しているが、検査費などそれ以外の医療に要する費用は出来高払いとなる。薬剤費と医療材料費については、施設内薬局の有無で包括される範囲が異なる。歯科医療費、移送費、自由専門医の診察および処方など社会福祉・家族法典R. 314-168条に定められている医療保険により支払われる費用については、これら定額料金で算定されず、外来医療と同様に取扱われる。

（3）診療報酬の支払い

入居者の定額料金部分の医療費については、初級医療保険金庫から施設に直接支払われることから、入居者が医療費全額を先払うことはない（社会保障法典L. 174-8条）。定額料金の対象ではない医療費については、外来医療と同様に支払う。

7. むすびにかえて

全国医療保険支出目標（ONDAM）の設定による医療費の総額コントロールを強化するために、医療情報の共有化などが進められるなか、外来医療と入院医療との診療報酬の基準の統一化が図られている。開業医の外来医療では、医療行為共通分類が導入され、診療報酬の支払いに用いられている。入院医療では、出来高払いや診断群分類ごとに1日あたりの包括的な報酬を支払う方式ではなく、診断群分類に基づき1入院あたりの包括的な報酬を支払う仕組みを導入している。医療福祉施設の医療では、包括的または部分的な定額料金により主たる診療報酬

が支払われている。診療報酬制度のこうした現状は、医療費の医学的抑制と医療へのアクセスの保障といった今日的要請により、フランスの医師らが伝統的に堅持してきた自由医療の諸原則が縮減しているすがたを表しているといえる。

注

- 1) 収載手続きにつき、全国被用者医療保険金庫のHP (http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/inscription-lap-schema.pdf (最終アクセス:2016年8月27日))を参照。
- 2) 開業医に適用される診療報酬の支払い方式は、私立病院において独立して診療を行う医師により提供された医療にも適用される。
- 3) 現行の協約は2011年9月22日に締結されている(Arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, *JO* du 25 septembre 2011, p.11.)。2016年8月現在、協約改定作業が進められている。
- 4) 全国協約では、セクター2の超過報酬請求権のほか、セクター1にも認められている例外的超過報酬請求権(診療時間や診療場所に関する患者の例外的な要請に基づく超過報酬請求権)が存在する。
- 5) 診療アクセス契約とは、医師が開業する地を管轄する初級医療保険金庫(CPAM)とセクター2の医師との間で、2012年医療協約付属文書第8号に基づいて締結されるものである。診療アクセス契約を締結した医師は、契約有効期間である3年間は、診療報酬料金を増額することができず、また、2012年時の診療活動における平均超過報酬請求率を維持しなければならない。一方、締結をした医師は社会保険料負担が軽減され、ケアの道筋(parcours de soins)に連携した行為に対して報酬が加算される。この契約を締結した医師の下で診療を受けた患者は、セクター1の償還基礎額により償還される。
- 6) Tabuteauによると、1893年の無料医療扶助に関する法律において、医師や外科医などへの報酬の支払いを定めた規定が立法上最初の第三者払い方式の規定であるとする(D. Tabteau, «Politique de santé et accès aux soins», in A. LAUDE, D. TABUTEAU (dir.), *La loi santé*, EHESP, 2016, p.30.)。
- 7) E. Marie, J. Roger, *Rapport sur le tiers payant pour les consultations de médecine de ville*, IGAS, 2013, p.22 ; D. Tabteau, *op.cit.*, p.36.
- 8) A. Archimbaud, *L'accès aux soins des plus démunis, 40 propositions pour choc de solidarité*, Rapport au Premier ministre, 2013.
- 9) 委任に基づく第三者払い方式とは、被保険者の委任を受けた共済組合や保険会社などの支払組織が、一部負担金に相当する金銭を医療施設や医師に支払う方式である。被保険者の委任を受けた支払組織と医療施設等との間には当該支払いに関する協約が締結されている必要がある。
- 10) 医療保険給付の支払方式について、第三者払い方式が条文上明確に位置付けられたことにより、患者による報酬の直接払いに関して定めた社会保障法典L. 162-2条との関係が問題となる。この点、憲法院は、社会保障法典L. 160-10条の規定は、患者による報酬の直接払いに関して定めた社会保障法典L. 162-2条の一部適用除外であるとしている(Cons. const., 21 janvier 2016, 2015-727 DC.)。
- 11) Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.
- 12) 長期慢性疾患患者の被保険者と出産保険の受給者である妊婦について医療保険で引き受ける費用部分の第三者支払方式の導入は2016年中に義務化され、開業医への導入は2017年1月1日から医療保険で引き受ける費用部分について第三者支払方式を導入することが可能となり、2017年11月30日から義務的医療保険で引き受ける費用の部分について第三者支払方式が義務化される。
- 13) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
- 14) C. Bergoignan-Esper, M. Dupont, *Droit hospitalier*, 9^e éd., Dalloz, 2014, pp.533 et suiv.
- 15) 救急、臓器摘出と移植の連携の運営に要する費用については、別途年額費用が支払われる(社会保障法典L. 162-22-8条)。
- 16) 病院公役務の任務である教育、研究などを行う医療施設については、その任務実施に要する費用が予算化されて支給されている(missions d'intérêt général et l'aide à la contractualisation : MIGAC)。

- 17) R. Holcman, *Management hospitalier*, 2^e éd., 2015, Dunod, pp.576 et suiv.
- 18) Arrêté du 4 mars 2015 fixant pour l'année 2015 les éléments tarifaires mentionnés aux I et IV de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale.
- 19) C. Bergoignan-Esper, M. Dupont, *op.cit.*, Dalloz, 2014, pp.564-565.
- 20) 要介護高齢者滞在施設は、高齢者介護給付 (APA) における要介護度 (GIR) について、施設入居者の要介護度の平均値を表すポイントである GMP (Gir Moyen Pondéré) が300以上であり (社会福祉・家族法典D. 313-15条、同R. 314-170-1条)、かつ、収容人員が25名以上で、三者間協約を締結した施設である。

参考文献

注で挙げたもののほか、

- ・ALFANDARI É., TOURETTE F., *Action et aide sociales*, 5^e éd., Dalloz, 2011.
- ・BORGETTO M., LAFORE R., *Droit de l' aide et de l' action sociales*, 9^e éd., LGDJ, 2015.
- ・CLÉMENT J.-M., *La loi santé 2016 : Analyse, commentaires, critiques*, LEH, 2016.
- ・MOQUET-ANGER M.-L., *Droit hospitalier*, 4^e éd., LGDJ, 2016.
- ・稲森公嘉「開業医と医療保険—二〇〇四年改革を経たフランスの医療協約制度」法学論叢 162巻1-6号 (2008年)
- ・稲森公嘉「病院公役務から公役務的任務へ」法学論叢 170巻4・5・6号 (2012年)
- ・笠木映里『公的医療保険の給付範囲』(有斐閣、2008年)
- ・加藤智章・西田和弘編『世界の医療保障』(法律文化社、2013年)
- ・加藤智章「保険診療における当事者関係と診療報酬」社会保障法30号 (2015年)
- ・日本医師会・民間病院フランス医療・福祉調査団『イギリス型に近づくフランス医療』(2015年)
- ・フランス医療保障制度に関する研究会 (編)『フランス医療関連データ集【2014年版】』(日本医療経済機構、2015年)
- ・松本勝明編著『医療制度改革』(旬報社、2015年)
- ・松本由美『フランスの医療保障システムの歴史的変容』(早稲田大学出版部、2012年)

[付記]本稿は、2016年度科学研究費補助金(基盤研究(A):課題番号15H01920)、2016年度科学研究費補助金(基盤研究(B):課題番号15KT0002)、2016年度科学研究費補助金(基盤研究(C):課題番号16K03353)の助成による研究成果の一部である。

特集：諸外国における診療報酬制度

イギリスの診療報酬制度

一橋大学大学院准教授

白瀬 由美香

Shirase Yumika

イギリスでは租税を財源とするNHSのもとで、医療予算を効果的かつ効率的に配分する観点から、診療報酬制度が設計されている。診療所は人頭払いを中心としつつ、登録住民の疾病管理状況についての成果報酬が導入されている。病院には診断群別分類ごとに設定された公定価格をもとに治療件数に応じた支払いがなされるほか、質に関する目標達成や最良実践への報酬もある。これらの制度を通じて、予算制約のもとで医療サービスが量的・質的に確保されるようインセンティブを与えることが意図されている。

1. はじめに

イギリスの医療制度はよく知られているように、National Health Service (NHS) のもとで租税を財源とし、すべての住民に対して無料で医療サービスを提供する仕組みである¹⁾。NHSを利用するには、プライマリケアで一次医療を受け持つGP (General Practitioner) と呼ばれる家庭医に事前に登録することが求められ、病院には必要に応じてGPの紹介により受診することとなっている。このようにイギリスでは、一次医療を担う診療所と二次・三次医療を担う病院との機能分化が徹底されている。それにともない診療所と病院には、それぞれ異なる方法で医療費が支払われている。

一般に日本における診療報酬とは、療養の給付の対価として保険者によって保険医療機関に支払われる報酬のことを指す(島崎, 2011:362)。それに対して、税方式をとるイギリスにおける医療機関への費用の支払いは、日本の診療報酬とはやや意味合いが異なり、診療への対価の側面が希薄であると指摘されている(国京, 2015)。結論を先取りして言えば、イギリスでは医療に

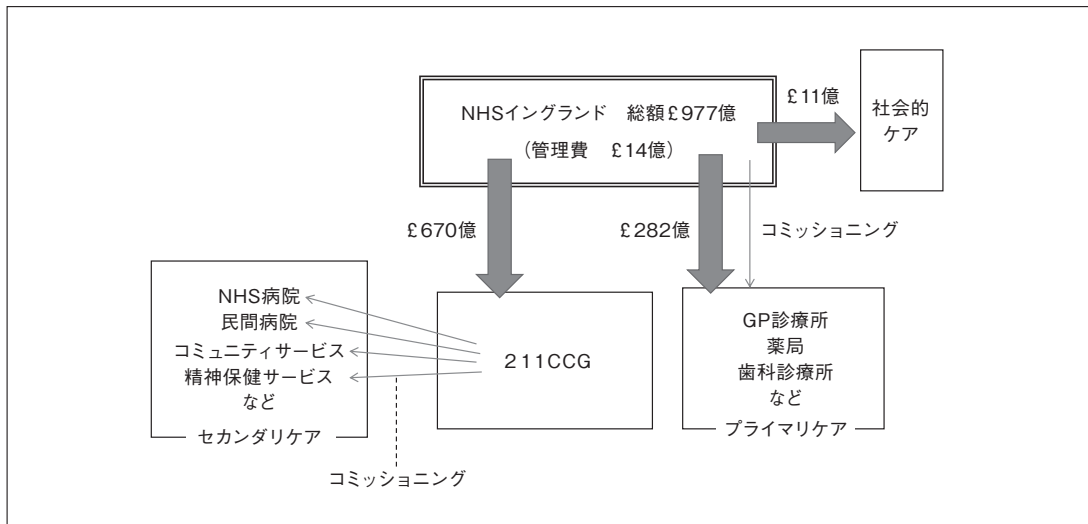
関する予算をいかに効果的かつ効率的に配分するかという観点から、医療機関への支払い制度が設計されているといえる。そのためこれを理解するためには、NHS全体の資金の流れの中で、支払いシステムを捉える必要がある。

以下、本稿ではこうした医療機関への支払いを診療報酬として論を進める。まず、現行のNHSの制度枠組みと資金の流れを概説した上で(第2節)、医療機関への支払い制度について、GPの診療所、病院、調剤それぞれ紹介する(第3節)。さらに、この数年議論されている診療報酬制度改革の方向性についても言及し(第4節)、イギリスの特徴を位置づけて結びとしたい(第5節)。

2. NHSにおける資金の流れ

NHSは税方式であることから、医療に支出できる予算は毎年議会で決定され、その予算のもとで患者へのサービス供給が行われる構図になる。現在のNHSの組織は図1のようになっており、NHS全体の運営組織であるNHSイングランドが予算を管理し、各部門に配分を行ってい

図1 NHSの組織と資金の流れ（2014～15年度）



出典：国京（2015）およびNHS England（2015）を参考にして筆者作成。

る。医療に関するサービスだけでなく、慢性疾患の療養患者への長期的ケアの観点から、介護等の社会的ケアの一部についてもNHSからの支出がある。

2014～15年度を例に関係機関への予算配分状況を見ると（NHS England, 2015）、NHSイングランドは、保健省（Department of Health）からの資金と国民保険（National Insurance）²⁾からの拠出金を合わせて約977億ポンドの予算を持っている。そのうち、282億ポンドがプライマリケアを担うGPや歯科医師、薬剤師などに診療報酬として支出される。これらの専門職は独立事業主であり、コミッションング（commissioning）と呼ばれる委託契約をNHSイングランドと結んで、医療サービス提供に従事している。

そして、全国211か所に置かれたCCG（Clinical Commissioning Groups）には、670億ポンドが配分される。CCGは、地域ごとにGPを中心として組織された団体であり、セカンダリケアに支出可能な予算を管理している。NHSイングランドから各CCGへの予算配分は、「保健医療の成果の向上と不平等の是正」を目的として、各地域の人口を基礎として、いくつかの要素を加味して計算されている³⁾（国京, 2015:115-116）。セカ

ンダリケアには、NHSトラストやNHSファンデーショントラストという独立行政法人が運営する病院のほか、民間病院、訪問看護やリハビリなどのコミュニティサービス、精神保健サービスが位置づけられている。病院へのアクセスと同様に、その他のセカンダリケアについてもGPによる紹介を通じてサービス提供がなされる。CCGはこれらのサービス提供機関とのコミッションングを通じて、医療費の支払いを行っている。

以上のようなNHSの資金の流れを理解するうえで重要となるのがコミッションングである。NHSに市場メカニズムを導入した1990年の「NHSおよびコミュニティケア法」による改革では、地区保健当局（District Health Authority）をサービス購入者とし、病院サービスの提供者をNHSトラストとして、両者の間に契約関係を取り入れた。契約獲得を目指した病院間の競争を促すことで、サービスの効率化を図ることが期待されていた（イギリス医療保障制度に関する研究会, 2016:111-113）。その後、ブレア、ブラウン政権期の改革を通じたプライマリケアトラスト（Primary Care Trust）を経て、コミッションングの仕組みが形成されていった。現在のコミッションングは単なる契約の締結ではなく、サービ

スの必要性を判断し、購入し、適切な提供を保障する一連のプロセスからなっている（イギリス医療保障制度に関する研究会編, 2016:18）。とりわけキャメロン政権で導入されたCCGは、GPを構成員とする組織であり、臨床現場のニーズ把握にもとづく判断に期待が寄せられている（松本, 2015:217-218）。

3. 現在の診療報酬制度

(1) GP 診療所

GPへの診療報酬は、伝統的に登録住民数にもとづく人頭払いが中心であった⁴⁾。けれども人頭払い方式では診療の質や量に関係なく支払いがなされるため、医療サービス向上に対する医師の動機付けがなされにくい。そのため医療の質の低下や診察までの待機期間の長期化などの問題が指摘されていた（松本, 2015:212）。さらに、高齢者や低所得者など医療ニーズの高い住民の登録を回避するGPも存在したといわれている（堀, 2016:130）。

これらの問題を解決するため、2004年にGPとNHSとの契約方式の改革がなされ、現在に至る新たな診療報酬制度が導入された⁵⁾。新制度は大別すると、①主に登録住民数にもとづく包括報酬（Global Sum）、②高度サービス報酬（Enhanced Services）、③成果報酬（Quality and Outcome Framework：QOF）の3つからなる⁶⁾。改革に際して、住民の登録はGP個人ごとではなく、診療所ごとに行うこととされ、報酬も診療所単位で計算され、支払われるものへと変更された⁷⁾。それによって、GPは従来必須だった時間外診療を提供しないという選択も可能になった。そして、成果報酬の導入ともあいまって、医師の働き方やサービス提供のありかたに変化がもたらされた。また、こうした診療報酬制度が運用可能な背景として、ほぼすべての診療所への電子カルテの導入とその地域ごとのネットワーク化による組織的なデータ収集システムが存在することを指摘しておきたい。

まず包括報酬については、性別・年齢・罹患

率・死亡率・平均的な受診頻度などの人口分布に関するデータのほか、生計費水準で調整した住民数、物価水準、地域性を考慮して計算される（堀, 2016:131）。患者の診断・治療、終末期ケア、慢性疾患の管理が診療所の必須サービスとされ、付加的サービスを行わないという選択をした場合には包括報酬から減額がある⁸⁾。付加的サービスには、子宮がん検診、避妊、妊娠婦サービスなどが含まれる。他方、高度サービス報酬は、2016～17年度は時間外診療、知的障害者の健康診断、小規模な外科的手術、予期せぬ入院の回避と疾病管理、予防接種などを行う場合に支払われる。対象となるサービスには毎年改定がある（DH, 2016）。

そして最も注目されたのが、成果報酬の新規導入である。成果報酬は、生活習慣病の管理状況や予防プログラムへの参加率など、あらかじめ定められた基準を達成した場合に支払われる。指標は毎年改定され、2014～15年は、(a) 臨床（喘息、脳卒中、うつ、リウマチ、終末期ケアなどに関する69指標）、(b) 公衆衛生（血压管理、心疾患予防、肥満対策、喫煙予防に関する7指標）(c) 公衆衛生分野の付加サービス（避妊、子宮がん検診に関する5指標）の3領域の実績を対象としていた（Health and Social Care Information Centre, 2015:7）。成果報酬は毎年度末（3月末）に年度当初にさかのぼって計算される。指標ごとに獲得できるポイント数が設定され、ポイント数に1ポイント当たりの単価をかけた金額が、翌年度6月末までに報酬として支払われる。単価は毎年度後半に決定されている（松本, 2015:213-214）。

現在はほぼすべての診療所が成果報酬の支払いを受けており、収入の約15%を占めている。当初政府は、基準の達成率が75%程度になると想定していたが、現状では平均値で95%（559点中529.6点）のポイントを達成しており、実質的に全体として報酬を増額させることになっている。ただし、基準達成が容易な地域とそうでない地域との格差は残されており、基準達成だけを目的に患者を処遇する診療所があることも懸

念されている（イギリス医療保障に関する研究会、2016:98-99）。

（2）病院

NHSに準市場メカニズムが導入される以前の1980年代までは、病院の運営費用は定額予算として配分されていた。その後、1990年NHSおよびコミュニティケア法が施行されて以降は、病院間で医療サービス価格の競争による契約が進んだが、それでも病院への支払いは基本的に包括的な年間定額契約（Block Contract）にもとづく方式であった（イギリス医療保障制度に関する研究会、2016:99）。

病院の診療報酬で、現在のような診断群分類（Healthcare Resource Groups；HRG）にもとづく支払い（Payments by Results；PbR）がはじまったのは2004年のことである。HRGは、医療資源消費量を測定するためのツールとして開発され、1991年にその第1版が発表された（松田、2011:123-4）。臨床面で同質で同量の資源を消費すると思われる疾病を分類したものであり、当初は診療報酬とは結び付けられていなかった（堀、2016:135）。現在はHRG4という第4版が用いられている。

HRGにもとづく支払いシステムでは、HRGごとに定められた公定価格（National Tariff）に対して、当該病院が扱った件数をかけて診療報酬が算定される（松本、2015:215）。公定価格は、診断群ごとに1件あたりの全国平均コストを算出して作成されている（堀、2016:135）。従来は保健省が公定価格を決定していたが、2014年からはNHSイングランドと、モニター（Monitor）という医療分野の規制機関が共同で策定している⁹⁾。これら両者が共同で関与することによって、サービス購入主体であるNHSイングランドによって価格が過度に抑制されることを回避し、適正な価格が設定され则认为られている（松本、2015:216）。

この支払いシステムは、診断群別の支払いではあるものの日本のDPCとは異なり、治療件数が多いほど診療報酬が増えるため、「出来高払

い」の要素を持つものとして理解できる。より短期間で効果的に治療がなされるならば病院にとっての経済的利益が大きくなることから、平均在院日数の短縮や待機者リストの削減、医療の標準化につながる事が期待されている（堀、2016:135-136）。

実際の支払いにおいては、前年度実績（個別の公定価格×診療件数×調整係数）を根拠として年間必要予算額を算定し、病院はCCGとコミッショニング（委託契約の締結）を行う。予算は12分割され、毎月病院に支払われることになる。予算を上回る医療サービス提供があった場合には3か月後に超過分が支払われることとされ、予算と実績との調整がなされる（松本、2015:216）。

ただし現在でも、精神保健やコミュニティサービスのよう診断群別のデータが整備されていない分野では、年間定額払いが主要な支払い方式となっている。同様の理由で、難病に対する高度専門医療についても年間定額払いが用いられている（イギリス医療保障制度に関する研究会、2016:101）。

また、HRGにもとづく支払いは、治療に関する活動量のみにもとづいてなされることから、質の向上を実現するために診療報酬上の2つの措置も講じられている。

1つは、2009年に導入された「質と技術革新のためのコミッショニング（Commissioning for Quality and Innovation；CQUIN）」であり、質の向上に関する目標達成に応じた支払いがなされるようになった（DH、2010）。CQUINは毎年、全国目標と地域目標とを発表しており、後者は各地のCCGによって策定される。2015～16年の全国目標は、①NHS職員の健康とウェルビーイングの改善、②敗血症の発見と早期治療、③重度精神疾患の患者の身体的健康、④抗菌剤耐性菌への対策の4つである。CQUINによる支払いは、病院になされる通常の報酬支払額に対して最大で2.5%までと定められている（NHS England、2016）。

もう1つが、最良実践価格（Best Practice Tariff）

の導入であり、2010年からはじめられた。これは、質が高く、費用対効果も高い実践に報酬を与える仕組みである。脳卒中、白内障、股関節骨折などの特定疾患に対して、最良実践として推奨されているパスにしたがった治療を行った場合に最良実践価格表にもとづく支払いが適用される（堀, 2016:136）。

（3）調剤

調剤・薬剤費については、NHS処方サービス（NHS Prescription Services）による審査を通じて支払いが行われている。NHS処方サービスは保健省の関連機関であるNHSビジネスサービス局（NHS Business Services Authority）によって運営され、調剤報酬や医薬品価格は、NHS処方サービスが月次で作成する薬価表（Drug Tariff）で定められている。ジェネリック医薬品（Generic Medicines）は、2005年以降、薬価表のカテゴリーMに分類されており、発売後の割引ないし価格変更が行われた後の市場価格が反映される。なお、イギリスでは一般名処方普及しているため、ジェネリック医薬品への代替調剤に関する措置は特段行われていない（イギリス医療保障制度に関する研究会, 2016:105-106）。

ブランド医薬品（Branded Medicines）の薬価については、保健省と英国製薬産業協会（Association of the British Pharmaceutical Industry; ABPI）が5年ごとに締結する医薬品価格規制制度（Pharmaceutical Price Regulation Scheme; PPRS）で主に規定されている。この仕組みは1957年に導入され、契約ではなく自発的な協定として5年ごとに更新される¹⁰⁾。製薬会社の年間利益率上限が定められており、その範囲内で製薬会社は自由に価格を設定し、届出をすることができる。NICEによる技術評価を通じて費用対効果が優れていると認められた場合や新たな効能が追加された場合、あるいは患者の医薬品へのアクセスを改善する場合などには、上市後に初期価格から変更することが認められている（イギリス医療保障制度に関する研究会,

2016:104）。

最新の協定はPPRS2014であり、ブランド医薬品への支出の伸び率に上限を設け、許容範囲を超えた場合は英国製薬産業協会が保健省に支払いをするというPPRS支払いメカニズム（PPRS Payment Mechanism）が導入された。2014~15年のブランド医薬品の伸び率は0%とし、その後は緩やかな上昇（1.7~1.9%）を認める内容である。設定された伸び率の上限を実質伸び率が超えた場合には、その差分を製薬会社が保健省に支払うが、2016~18年にはそれが15%程度になると予測されている（DH & ABPI, 2013:33-40; イギリス医療保障制度に関する研究会, 2016:105）。

なお、NHSは原則として無料の医療サービスであるのだが、調剤については患者の自己負担がある。金額はほぼ毎年改定され、2016年現在は1薬剤あたり月額8.4ポンドを負担する。3か月間に3薬剤で29.1ポンド、12か月間に12薬剤で104ポンドのように割引があるほか、低所得者の負担を免除する制度も設けられている¹¹⁾。

4. 改革に向けた動き

2014年10月にNHSにかかわる諸機関¹²⁾は合同で、『5年後の展望』を発表した（NHS England et al., 2014）。この文書は、患者や医療従事者、民間事業者などによる助言も取り入れてまとめられ、人々の健康、ケアの質、財源と効率性等の課題を解消するには、医療サービスが今後どのように変わるべきかを示している。これからの医療において重要なのは、第一に予防と公衆衛生、第二に患者中心の医療の推進、第三に多様なサービスの切れ目のない供給であるという。その基礎となるのが新たな7つのケアモデルであり、たとえば医療と社会的ケアが統合された多職種によるコミュニティ事業者の形成、病院とプライマリケアとの統合されたサービス提供、救急医療の再編、周産期医療や高齢者ケアの改革などについて構想が示されている。

以上の展望を踏まえて、2014年12月にNHS イングランドとモニターは、2020年以降を見据え

『NHSサービス支払いシステムの改革：『5年後の展望』を支える』を発表し、セカンダリケアの診療報酬制度改革の方向性を示した（Monitor & NHS England, 2014）。この文書では、先に述べた多職種によるコミュニティ事業者を形成するために、GP、病院、コミュニティサービス、精神保健、社会的ケアなどを通じて、人頭払いによる診療報酬の形態が求められるとされた。また、救急医療のネットワークを支えるためには、受入許容量、活動量、質に応じた支払いアプローチをとるべきであるという。それによって、患者が適切な時に必要なケアを受けられるように、ネットワーク全体について関係機関と支払者でリスクを分かち合うとのことである。さらに、高度先進医療については、最良実践や予後の管理を含めて混合した支払いを行う。精神保健は、身体的な症状とも合わせてアウトカムや回復とリンクさせた混合した支払いを行うこととされた。

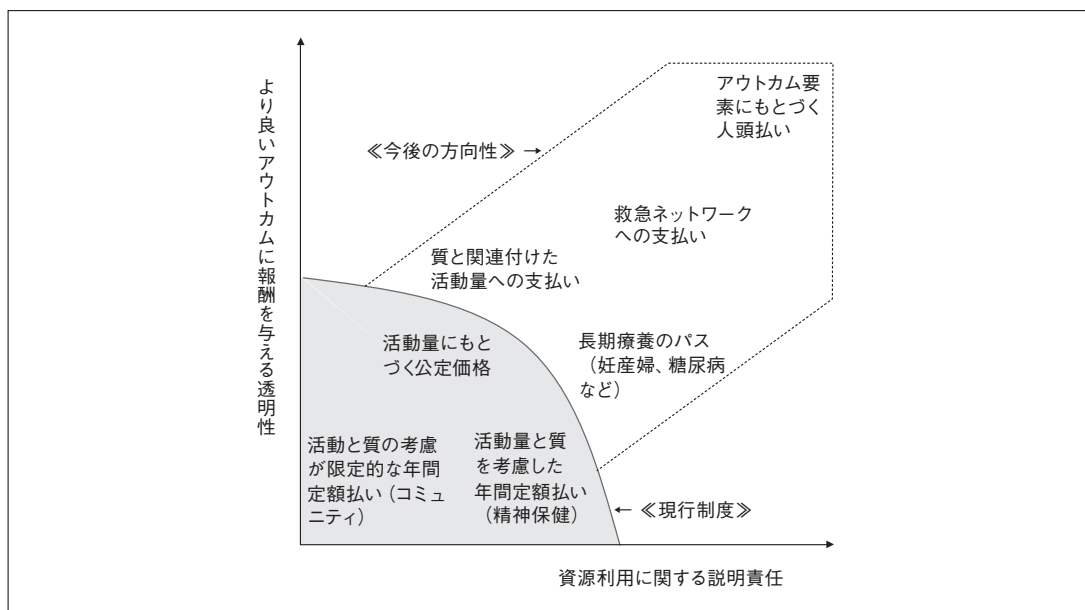
これら将来の診療報酬制度の特徴を現行制度と比較し、よりよいアウトカムに報酬を与える透明性と医療資源の利用に関する説明責任の見地

から図示したものが図2である。今後の診療報酬制度はいずれも、現行制度よりも一段と高い水準の透明性と説明責任をもたらすものと考えられている。しかしながら、医療と社会的ケアとが統合された人頭払い制度がどのようなものとなるのかをはじめ、新たな制度の形はまだ試験的な案の段階であり、具体的な形は見えていない。今後の展開を注視していく必要がある。

5. おわりに

本稿は、イギリスの診療報酬制度の現況と改革の方向に関して概要を述べてきた。先述したように、NHSは租税が財源であることから、医療に関する予算は事前に定められ、それを効果的かつ効率的に配分することを目的として診療報酬制度が設計されている。そのため、診療所への成果報酬、病院への診断群分類に基づく支払いについても、日本で想定されるような医療費の抑制のために導入された訳ではない点に留意しなければならない。むしろ、過小サービスで質が低下しがちな制度において、適切な量

図2 各支払い方式の透明性と説明責任の関係



出典：Monitor & NHS England (2014: 9) Figure1.1をもとに筆者作成。

のサービスが供給され、なおかつ質を向上させることに改革の主眼が置かれてきた。つまり、サービスの量的・質的な確保を促すよう、医師や医療機関にインセンティブを与えるものとして、診療報酬が活用されたのだと見るができる。さらに、旧来のGPへの人頭払い報酬、病院との年間定額予算に比して、現在の診療報酬制度は、以前よりも提供される医療の内容についての透明性、納税者である国民への説明責任を果たそうとしたものと評価することができる。今後はいっそうの透明性と説明責任を強化する改革を進めていくようであるが、それはやはりNHSが予算制約の影響の大きい制度だからこそ目指される方向性であるようにも思われる。

注

- 1) 本稿が「イギリス」として扱うのはイングランドの事例である。現在のNHSは租税を財源とするサービス方式である点では共通するものの、イングランド、ウェールズ、スコットランド、北アイルランドそれぞれで別の法律に基づいて運営され、患者の費用負担のありかたも異なっている。
- 2) 国民保険は、年金保険、失業保険などからなる現金給付を行う社会保険制度である。この保険料の一部がNHSに拠出されている。
- 3) 具体的には各CCGへの予算配分は、①前年度配分実績、②加重人頭目標値(人口分布、年齢要素、付加的ニード、地理的観点からの必要経費)、③目標値の達成度、④目標達成の速度などをもとにして計算されている(国京, 2015:116)。
- 4) NHSが1948年に創設される以前、1911年に開始された国民健康保険制度(National Health Insurance)においてもGPへの診療報酬は登録患者数にもとづく人頭払い方式であった。
- 5) NHSとGPとの契約にはいくつかの方式があるが、過半数の診療所がGMS契約(General Medical Services Contract)を結んでいる。本節で紹介するのは、GMS契約にもとづく診療報酬制度である。NHS Employers, “General Medical Services”, <http://www.nhsemployers.org/your-workforce/primary-care-contacts/general-medical-services> (2016年8月10日確認)
- 6) その他の診療所に支払われる基礎的な報酬には、管理費等の最低収入保障、年功報酬などがある。ただし、2020年までに廃止が予定されている。また、診療所によっては自由診療からの収入、地元薬局のない農村部では調剤からの収入もある。NHS Employers, “GMS finance”, <http://www.nhsemployers.org/your-workforce/primary-care-contacts/general-medical-services/gms-finance> (2016年8月10日確認)
- 7) 現在ほとんどの診療所は複数のGPからなるグループ診療所となっており、2012年時点でもGPが1名の診療所は1割程度に過ぎない(松本, 2015:223)。
- 8) NHS Employers, “Global sum formula”, <http://www.nhsemployers.org/your-workforce/primary-care-contacts/general-medical-services/gms-finance/global-sum-formula> (2016年8月10日確認)
- 9) モニターは2016年4月からNHS Improvementという組織の一部門に位置づけられている。主に所管しているのは、NHSでサービス提供する病院等の監視と免許発行、公定価格の決定、患者の利益保護などである。
- 10) Association of the British Pharmaceutical Industry, “Understanding the Pharmaceutical Price Regulation Scheme (PPRS)”, <http://www.abpi.org.uk/our-work/commercial/pprs/Pages/default.aspx> (2016年8月10日確認)
- 11) NHS Choices, “Get help with prescription costs”, <http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcosts/Pages/Prescriptioncosts.aspx> (2016年8月10日確認)
- 12) 具体的には、NHS イングランド、Public Health England (公衆衛生を統括)、Trust Development Authority (NHS病院トラストを管理、現在はNHS Improvementに改組)、Care Quality Commission (医療・福祉施設の登録・規制機関)、Health Education England (医療従事者の教育訓練システムを統括)、モニターによる合同で発表された。

参考文献

- ・DH (Department of Health), 2010, *Using the Commissioning for Quality and Innovation*

(CQUIN) payment framework: A summary guide.

- ・DH, 2016, *The Primary Medical Services (Directed Enhanced Services) Directions 2016*.
- ・DH& ABPI (Association of the British Pharmaceutical Industry), 2013, *The Pharmaceutical Price Regulation Scheme 2014*.
- ・Health and Social Care Information Centre, 2015, *Quality and Outcome Framework 2014-15*.
- ・NHS England, 2015, *Annual report and accounts 2014-15*.
- ・NHS England, 2016, *Commissioning for Quality and Innovation (CQUIN) Guidance for 2016/17*.
- ・NHS England et al., 2014, *Five Year Forward View*.
- ・Monitor & NHS England, 2014, *Reforming the payment system for NHS services: supporting the Five Year Forward View*.
- ・イギリス医療保障制度に関する研究会編, 2016 『イギリス医療保障制度に関する調査研究報告書 2015年度版』医療経済研究機構.
- ・国京則幸, 2015 「「診療報酬」と給付の範囲: イギリスのNHSを中心に」『社会保障法』第30号, 119-124頁.
- ・島崎謙治, 2011 『日本の医療: 制度と政策』東京大学出版会.
- ・堀真奈美, 2016 『政府はどこまで医療に介入すべきか: イギリス医療・介護政策と公私ミックスの展望』ミネルヴァ書房.
- ・松田晋哉, 2011 『基礎から読み解くDPC: 実践的に活用するために』第3版, 医学書院.
- ・松本勝明編, 2015 『医療制度改革: ドイツ・フランス・イギリスの比較分析と日本への示唆』旬報社.

特集：諸外国における診療報酬制度

カナダの診療報酬制度およびその関連事項について

関西学院大学非常勤講師

岩崎 利彦

Iwasaki Toshihiko

カナダの診療報酬表は、全国一律ではない。州ごとに州政府と州医師会との交渉によって決められる診療報酬表には前文規定が含まれている。この前文規定が、診療報酬を包括予算枠内に収まらせるのに有効に働いている。この方策は、参考になるであろう。また、健康保険による医師サービスに対する支払（医師報酬）が、出来高払い方式による支払から代替支払方式による支払にシフトしている。このことは、医師サービスに対する個別的な支払額が幾らなのかわかりづらくしている。この問題に対応するためのデータ改善が進められている。

1. はじめに

カナダにおける診療報酬は全国一律ではない。これは、医療分野についての第一義的管轄権が連邦政府ではなくて州政府にあることにもよるであろう。したがって、本稿では、簡単にカナダの健康保険制度の概要と医療費の現状を概略する。そして、現在のカナダの総医療費の使途別分類を見ると、病院、医師サービスが薬剤と共にビッグ・スリーであることを確認しておくことにする。

そのつぎにカナダの診療報酬制度について検討をする。診療報酬制度のいくつかの特徴を考察する。そして各州政府（および準州政府）と各州医師会との間の診療報酬についての交渉結果としての診療報酬表には前文が含まれておりその「前文規定」が医療費抑制の観点から大きな役割を果たしていることを考える。

また、医師サービスに対する医師報酬が出来高払い方式による支払から代替支払方式による支払へとシフトしている趨勢の中での問題点について検討する。

また、州政府と州医師会が診療報酬を交渉する場合でも利用されている医師サービス給付率指標に関する概要とその課題について略説する。

2. カナダの健康保険制度の概要

この節では、カナダの診療報酬制度および関連事項への理解を深めるのに有益であると思われる範囲内で、健康保険制度における連邦政府と州政府・準州政府（以降、特別な理由のない限り州政府と簡略表記する）の位置づけならびに制度の概要を確認する。

1867年にイギリス議会で制定され、カナダ建国の基礎となった英領北アメリカ法¹⁾の規定により、カナダでは医療分野は州政府の専管事項であり、そのことは現在も変わっていない。

このため、カナダの健康保険（一般的に「メディケア (Medicare)」²⁾として知られている）は、10州政府および3準政府が、それぞれ独自の健康保険制度を組織し、基本的にすべての住民を健康保険の被保険者としている。したがって、州政府が運営管理する公的健康保険がカバーす

る給付内容は、すべて全国一律であると見なし
てはいけない。

また、保健医療サービスの提供において、ほとんどの州が地域化（regionalization）を実施している。すなわち、州政府は、担当地域（region）の住民に対する保健医療サービスを計画・提供する地域保健局（regional health boards）を設けている。そして、この地域保健局は、担当地域に病院があればその資金についても携わる。

州の健康保険制度の財源は、基本的に州政府の一般財源、つまり一般税収である。もっとも、数州は保険料も徴収している。

連邦政府は、州政府の運営管理する健康保険制度に対して、その財源を補助するために条件付きの現金移転（「連邦医療移転（Canada Health Transfer）」を行っている。すなわち、1984年制定・実施のカナダ保健法（Canada Health Act）に定められている5基準³⁾を州政府が厳守しない限り、連邦政府は州政府に現金移転をしない。その5基準のなかの1基準を根拠にして、州の健康保険が給付対象とする「医学的に必要な医療サービス」に利用者負担を課すことを、連邦政府は禁止しているのである。

つまり、連邦政府は、独自に運営管理されているために給付内容において全国一律でない各州の健康保険制度に一定の全国標準を設けるというガイドライン的役割を果たしている。

そして、医学的に必要な医療サービス以外の付加サービス給付（すなわち、外来処方薬、医師が施さないメンタルヘルスケア、視力矯正、歯科治療、在宅医療、ホスピスケア、介護サービスなど）については、各州が給付の範囲と程度を独自に定めているために給付水準が異なっている。そして、これらの付加サービスの保険給付については、利用者負担を課してもカナダ保健法に抵触しない。

3. カナダの医療費の現状

この節では、カナダの医療費の現状を概観する。2015年におけるカナダの総医療費は対GDP

比で10.9%を占めている⁴⁾。また、公的医療費の対GDP比は8.0%である。総医療費の70.7%が公的財源からの支出であり、残りの29.3%が私的財源からの支出である（CIHI, 2015a）。なお、本稿で取り上げるカナダ保健情報機構（CIHI）の公表している2015年の数字（数値）は、すべて未確定値である。

カナダ国民の約2,400万人が、州の健康保険制度で100%給付となっていない保健医療サービスを給付対象とする私的補足健康保険に加入している（CLHIA, 2015）。その保険料は、多くが企業、組合等のグループ保険契約を通じて支払われている。

2015年の公的医療費のうちの93%が、州・準州からの支出である。そして、連邦政府の2015年度（2015-2016年）の現金移転である連邦医療移転は、総額340億カナダドル⁵⁾で州・準州の全医療支出のうちの24%を占めている（CIHI, 2015a）。

2015年の総医療費は、2,191億カナダドル（以降、ドルとする）であり、国民1人当たりの医療費は6,105ドルである。この総医療費の用途別割合を見ると、病院が29.5%、薬剤（非処方薬を含む）が15.7%、医師サービスが15.5%であり、これらが上位3用途であり、この3範疇で総医療費の60.7%を占めている。この3範疇のいずれもが増加傾向にある。もっとも、近年の増加のペースは、スローダウンしている（CIHI, 2015a）。

総医療費に占める医師サービスの割合としては、2015年の15.5%は1980年代後半のそれに匹敵する割合である。留意すべきこととして、カナダの総医療費の用途別分類における「医師サービス」には、歯科医、検眼士、指圧療法士等の専門職は含まれておらず、「その他専門職（歯科サービスほか）」として別範疇で分類されている。2015年の総医療費に占めるその割合は、6.2%である（CIHI, 2015a）。

ところで、州政府予算のプログラム支出（医療、教育、運輸・情報、および社会サービス）に占める医療費の割合を見てみると、州・準州

全体の平均では2009年以降およそ38%で安定的に推移している（CIHI, 2015a）（図1参照）。

しかし、保守的なシンクタンクであるフレーザー研究所のバーリュア（Barua, Bacchus）等は、10州政府の2030年までの全プログラム支出に占める医療費の割合を試算した結果、10州全体では平均47.6%になると予測し、医療以外のプログラム支出がクラウドディング・アウトとなるか、あるいは増税もしくは財政赤字とならざるを得ないのではないかとカナダの公的健康保険制度の持続可能性に懸念を示している（Barua et al. 2016a）。

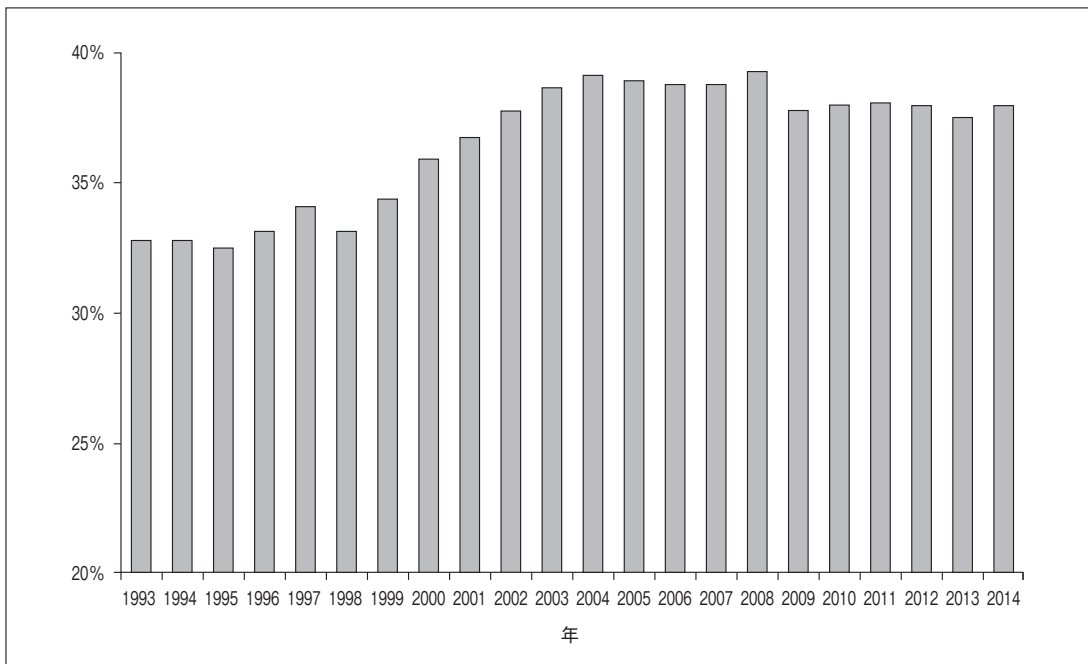
筆者は、カナダ国民の多くが自国の健康保険制度に信頼を寄せており、カナダのアイデンティティとも思っ誇りにしていることからして、またカナダ国民は年金制度にも見られるように早めの対応をする傾向を持っていることからしても、バーリュア等の言う州健康保険制度の持続可能性が困難であるとの指摘は杞憂に過ぎないのではないかと考えている。

4. カナダの診療報酬制度の概要

上記の2節と3節において、カナダの公的健康保険制度の保険者は、州・準州政府であること；その健康保険制度の財源は、基本的に普通税（目的税でない）であること；それぞれの州・準州の健康保険制度の給付内容は、医学的に必要な医療サービスを除いた付加サービス給付において一律ではないこと；およびカナダの総医療費に占める割合は、病院サービスおよび医師サービスが薬剤とともにビッグ・スリーであることを確認した。

この節では、カナダの診療報酬制度の概要を把握することにする。基本的には、医師サービスに対する診療報酬（診療報酬表）は、州政府と州医師会との交渉の結果としての「契約（contract）」によって決まる。この「契約」の期間は1年ないし数年間である。例えば、もし3年間の診療報酬契約であれば、診療報酬について対前年比で初年度1%引き上げ、2年目2%引き

図1 すべての州・準州政府予算のプログラム支出に占める医療費の割合



注：2009年～2014年は推計。

出所：Canadian Institute for Health Information. *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2015*. Ottawa: ON: CIHI; 2015a. p.18, Figure 8.

上げ、そして最終の3年目は1.5%の引き上げと
いうような3年間の契約になる。

留意すべきこととしては、州政府と州医師会
の交渉の結果としての診療報酬（表）の「契約」
には、州の医療費予算額に対する実勢支出（す
なわち、医師からの診療報酬請求）をモニター
するメカニズムもあるということである。

どういうことかという、州の診療報酬表
は、請求規定を詳細に記した前文（payment
schedule preambles）が含まれている。この前文
は、しばしば、政府と医師会の交渉の主要テー
マとなる。この前文規定（preamble rules）には、
一定の医師サービスの頻度に対する限度、ある
いは医師サービスに対して支払うか支払わない
かの条件などが記されている（CIHI, 2015d）。当
然のことながら、診療報酬表の前文規定は、州
によって異なっている。

したがって、医師報酬としての支払総額が予
算額をオーバーすると見込まれる場合には、当
該年度末に予算不足にならないようにするため
に、この「前文規定」にしたがって対応するこ
とになるが、州政府と州医師会のそれぞれの実
勢予測のすり合わせのために両者間の交渉が行
われることになる。そして、その交渉結果による
両者の合意のもとに、予算範囲内に収まるよう
に対応策が実施されることになる。

例えば、予算不足になりそうな原因が人口の
増加あるいは病気の流行等による場合であれば、
州政府は追加資金（増額）で対応する可能性
がある。しかし、もし予算不足の原因が、医
師サービス量の想定以上の増加と思われる場合
には、払い戻しあるいは割引いた診療報酬（料
金）での支払がおこなわれる可能性が強い。

医師サービスに対する州の総支払額が包括
予算（global budget）枠内に納まるように、
1990年代に、多くの州が診療報酬を割引いたり
診療報酬を払い戻させたりするホールドバック
（holdbacks）やクローバック（clawbacks）とい
われる方法を導入した⁶⁾（CIHI, 2015d）。

これらの方法は、該当年度の包括予算枠内に
医師サービス総額が納まらない場合の方策とし

ては、州医師会の承知のもとで実施される限り
において、次年度予算の流用による医療費超過
に対する対処方法よりも医療費抑制効果はある
と筆者は考えている。

なお、診療報酬は州ごとに定められるので、
同一の医師サービスであっても州によって診療
報酬が異なることになり、全国一律の医師サー
ビスに対する診療報酬表というものはない。

医師の大多数は医師サービスに対する報酬（料
金）を州政府に請求するが、病院から給与のか
たちで報酬を得る医師もいる。しかし、病院で
診療をする医師であっても、病院の被用者でな
いことが多く、一般的に医師報酬は出来高払い
で直接的に支払われる。

個々の病院は、財源を地域保健局（地域保健
局のない場合は州政府）との交渉によって包括
予算支払い（global budget payments）のかた
ちで得る。この包括予算は、一括資金（block
funding）であり、したがって原則的に該当年度
はこの資金を上限にやりくりしなければならない。

5. 臨床サービスに対する代替支払の 増加による課題

医師にどれだけ支払われているのかを知るた
めには、医師に対する総支払額と平均支払額、
支払われるサービスのタイプ、およびそのサー
ビスの提供者と受取者が誰なのかを検討する必
要がある（CIHI, 2015b）。

この観点からすると、医師サービスに対する
出来高払い方式による支払は、医師の提供して
いるサービスのタイプおよびそのサービスの提
供者と受取者を特定するためには都合が良い。
元来、医師は臨床サービスの提供に対して専ら
出来高払い方式での支払（報酬）を得てきた。

しかし、時とともに医師サービスに対する支
払は、出来高払い方式に代わる代替支払方式に
よる支払にシフトしてきたが、近年においてはこ
の趨勢は安定している（CIHI, 2015b）。そうでは
あるが、医師サービスに対する出来高払い方式
による支払の割合は、将来さらに低下すること

が見込まれている（CIHI, 2015c）。

代替支払方式による支払とは、出来高払い方式による支払に代わる代替支払方式による支払（alternative payment regimes）という意味であり、具体的には給与、契約、人頭割り（capitation）、グループ支払、期間を限った支払などによる支払を意味する（CIHI, 2015c）。

図2は、1999年度（図は1999-2000年として表示、以降も同様の表示）から2013年度（2013-2014年）までの期間における出来高払い方式による支払と代替支払方式による支払の割合の推移を示している。2008年度（2008-2009年）から2013年度までの期間における総臨床サービス支払額に占める出来高払い支払額の割合は、71%から72%の間で推移していることがわかる。2013年度の医師に対する総臨床サービス支払額は241億ドルであった。そして、そのうち代替支払方式による支払額は、69億ドル強であったので、総臨床サービス支払額のうちの28.8%を占めている。なお、1999年度の代替支払方式による支払額は、総臨床サービス支払額の10.6%を占めてい

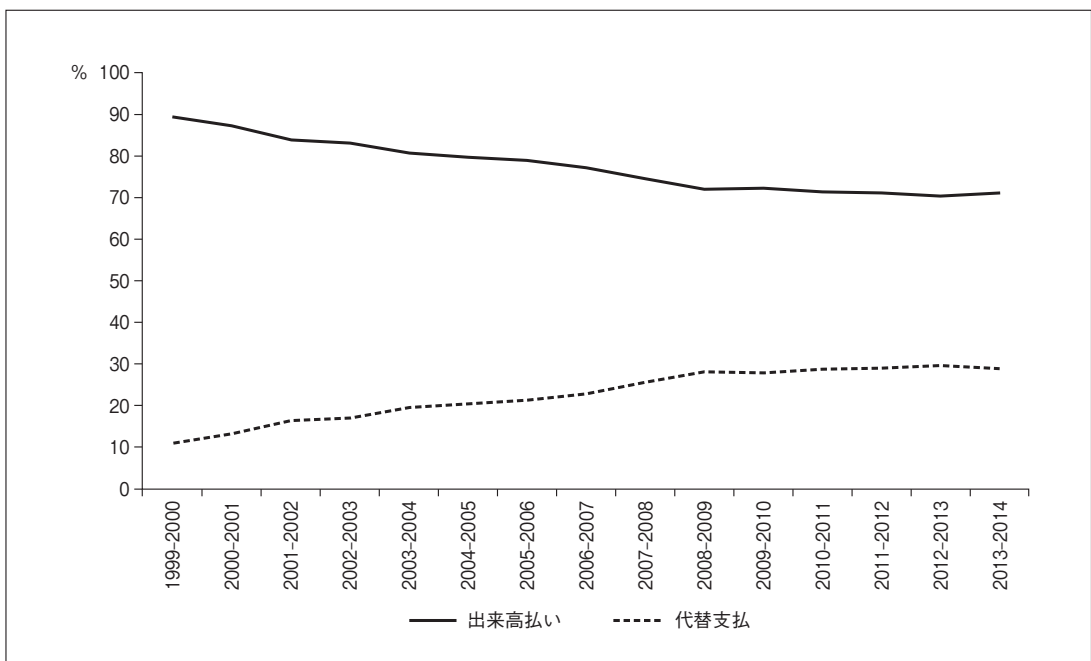
た（CIHI, 2015b）。

2013年度における州の健康保険制度からの医師への出来高払い支払総額は約155億ドルであり⁷⁾、この臨床サービスを受診（相談と訪問）と治療の2つに分類して見てみると、前者の「受診」がサービス量の72%、支払金額の66%を占めていた。これに対して、後者の「治療」はサービス量の28%、支払額の34%を占めていた。そして、医師に支払われた1サービス当たりの平均費用は59.91ドルであった。また、家庭医のそれは1サービス当たり平均43.72ドルであった。一方、専門医、すなわち内科医と外科医の平均費用は、それぞれ1サービス当たり平均77.41ドル、平均85.95ドルであった（CIHI, 2015b）。

なお、2013年度における医師1人当たりの平均臨床サービス支払額は、33万6,000ドルであり、対前年比で2.4%の増加であった。州別では、医師1人当たりの平均臨床サービス支払額は、ノバ・スコシア州の26万3,000ドルからオンタリオ州の36万8,000ドルまでの範囲内であった。

ところで、上述したように臨床サービスに対

図2 医師への総臨床サービス支払に占める出来高払い方式と代替支払方式の割合の推移



出所：Canadian Institute for Health Information. *Physicians in Canada*, 2014. Ottawa：ON：CIHI; 2015b, p.11, Figure 5.

する代替支払方式による支払の割合が増加するにつれて、医師が提供するサービスの個別的な支払額を知ることが困難になる。なぜならば、代替支払方式による支払は、多くの場合において「その支払額が個々の医師に必ずしも常に分配されるとは限らないし、また彼らが提供するサービスは、通常、確認することが困難である」からである（CIHI, 2015c）。

したがって、詳細で十分な医師サービス情報の得られる出来高払い方式による支払データと、それよりも遙かに詳しく欠ける代替支払方式による支払データとを結合・一体化できるような方策を講ずることによって、より包括的な情報に基づいた指標を得ることが出来るようになる。端的に言えば、健康保険による医師サービスへの支払が、すべて出来高払い方式による支払であるのと同じようなかたちで支払データを得られるになれば良いわけである。そのための研究が進み出している。

ブリティッシュ・コロンビア州を含めた5州⁸⁾が、従来様式のデータよりもずっと詳細な代替支払制度のデータを、カナダ保健情報機構（CIHI）に提出することを始めた。そこで、5州のこのデータ情報を利用することによって、出来高払い方式による支払データと代替支払方式による支払データとを結合・一体化させることによって包括的で、かつ州間の比較可能な医師指標を得るための研究を前進させている⁹⁾（CIHI, 2015c）。この研究が進み、全国的に出来高払い方式による支払データと代替支払方式による支払データとを結合・一体化することが可能になれば、今後代替支払方式による支払が増えても包括的な医師の平均費用の把握ができるようになる。そうなれば、次節で検討する全国的で包括的な医師報酬の把握の精度をより高めることが可能になるであろう。

6. 医師サービス給付率指数による 全州的な医師報酬の把握

全国医師データベース（National Physician

Database）¹⁰⁾からのデータを利用して公表される医師サービス給付率（Physician Services Benefit Rate）は、医師サービスに対して支払われた報酬の州間比較をするために利用されている。この医師サービス給付率は、既に述べたように州政府と州医師会とによる健康保険制度における医師診療報酬を定める交渉に利用されている（CIHI, 2015d）。

医師サービス給付率は、単純化して端的に言えば、サービス支払合計額をサービス量合計で割った値（平均価格）である¹¹⁾。

医師サービス給付率は、多様な医師サービスを10のグループにまとめたサービスに対する報酬について比較するもので、健康保険制度のもとでの、ほとんどの出来高払い方式による支払を含むものである。そして、この指数は、報酬水準の異なる各州の支出データを標準化するための手段を提供する（CIHI, 2015d）。しかし、この給付率には代替支払方式の支払による医師サービスなどが含まれていない。

表1は、2012年度および2013年度の各州における支払タイプ別の医師サービス支払の割合を示している。この割合は、州間でかなりの相違のあることがわかる¹²⁾。

表2は、2013年度における専門分野別の全国加重した医師サービス給付率指数を示している。州間、医療専門分野間においてかなりの相違のあることがわかる。

現在の医師サービス給付率のデータ限界の主たることとして、現在の医師サービス給付率指数は、出来高払い方式による支払データをベースしているので、代替支払方式の支払の割合が大きくなればなるほど、医師サービスに対する医師報酬額の全体的な実態を反映しづらくなる懸念がある（CIHI, 2015d）。

しかしながら、前節で見たように、出来高払い方式による支払データと代替支払方式による支払データとを結合・一体化させることによって包括的で、かつ州間の比較可能な医師指標を得るための研究が進んでいる。そして、医師サービス給付率指数は、医師サービスに対する報酬

表1 医師サービス報酬の支払いタイプ別の州間比較（2012年度、2013年度）

支払タイプ／州	N.L.	P.E.I.	N.S.	N.B.	Que.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	B.C.	合計
2012年度											
出来高払い方式	65.4%	61.9%	52.1%	64.2%	75.5%	63.5%	69.8%	65.3%	86.0%	80.9%	70.7%
代替支払方式	34.6%	38.1%	47.9%	35.8%	24.5%	36.5%	30.2%	34.7%	14.0%	19.1%	29.3%
2013年度											
出来高払い方式	66.8%	62.5%	51.3%	66.3%	77.1%	63.2%	69.3%	65.2%	86.1%	81.2%	71.2%
代替払い方式	33.2%	37.5%	48.7%	33.7%	22.9%	36.8%	30.7%	34.8%	13.9%	18.8%	28.8%

注：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。

出所：Canadian Institute for Health Information. *Physician Services Benefit Rates Report, Canada 2013-2014*. Ottawa: ON: CIHI; 2015d. p. 10, Table 3.

表2 全国加重した医師サービス給付率指数（2013年度）

専門分野／州	N.L.	P.E.I.	N.S.	N.B.	Que.	Ont.	Man.	Sask.	Alta.	B.C.	総サービスの中央値
家庭医学	91.14	NR	91.53	111.10	109.82	83.71	100.00	106.49	129.54	92.28	45.69
内科医	87.95	NR	106.75	112.19	91.02	98.80	95.55	109.17	100.00	107.60	76.73
内科医学	84.14	NR	106.23	98.17	93.04	100.00	98.90	100.05	110.80	111.21	74.82
神経学	100.00	NR	91.09	82.02	81.65	104.28	100.76	92.68	103.23	135.88	105.01
精神医学	92.13	NR	108.49	131.78	82.63	100.00	99.74	109.40	90.95	100.09	97.25
小児科学	100.00	NR	105.64	119.33	90.53	78.42	74.54	102.79	110.80	97.32	90.93
皮膚科学	100.00	NR	138.67	143.33	84.56	81.06	103.15	111.75	99.22	96.97	43.33
物理療法学	NR	NR	86.19	100.93	54.47	80.32	107.75	99.07	101.63	139.97	90.18
麻酔	..	NR	..	..	..	..	..	..	..	..	..
外科医	90.05	NR	100.00	100.72	91.64	85.97	113.63	104.17	110.35	95.82	93.29
一般外科	82.24	NR	95.63	103.76	100.00	91.37	107.40	117.97	128.79	92.56	119.67
胸部／心臓血管外科	～	NR	94.79	83.27	90.28	104.45	115.35	128.08	142.36	95.55	191.50
泌尿器科学	92.54	NR	100.00	110.40	79.58	84.83	116.37	113.96	109.08	97.49	87.03
整形外科	101.52	NR	85.24	102.33	92.04	86.01	100.00	100.18	117.83	99.91	118.70
形成外科	79.40	NR	100.00	114.89	90.81	74.77	102.22	102.66	119.21	90.30	117.09
神経外科	104.67	NR	64.08	60.11	100.00	139.88	98.61	112.98	70.52	146.77	179.28
眼科学	122.51	NR	115.44	91.93	88.89	76.93	145.90	95.64	109.84	100.00	71.59
耳鼻咽喉科学	84.17	NR	103.68	104.03	78.39	106.47	100.00	97.30	121.26	93.39	69.17
産科学／婦人科医学	75.77	NR	96.11	119.28	100.00	87.19	99.55	111.80	104.49	113.68	88.44
全専門医	86.22	NR	95.65	102.39	91.87	93.06	103.04	101.95	101.05	100.00	83.81
全医師	87.71	NR	95.81	108.21	100.00	91.36	104.23	105.71	113.70	95.80	62.17

注：1. 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。

2. 画像および臨床検査サービスは除かれている。

3. 麻酔サービスおよび麻酔医は除かれている。表では ..印で示してある。

4. ニューファンドランド・アンド・ラブラドル州（N.L.）の数値は、未確定のものである。

5. 空白は、～印で示してある。

6. NRは報告のなかったことを示す。

7. 指数は、専門分野については9州の中央値との比較を示している。

8. プリンス・エドワード・アイランド州（P.E.I.）については、データに問題があったのでこの表には記載されていない。

出所：Canadian Institute for Health Information (CIHI). *Physician Services Benefit Rates Report, Canada, 2013-2014*. Ottawa: ON: CIHI; 2015. p.25, Table 1-1.

の州間比較をより確実で、より容易にするための更なる研究がなされている。

もっとも、現在の医師サービス給付率が、医師サービス報酬の州間の比較のための有益な指標であることには変わりはないであろう。

7. まとめ

カナダには全国共通の一律な診療報酬表というものはない。カナダでは、医療分野の管轄権が連邦政府ではなくて州政府にある。したがって、各州政府がそれぞれの州の健康保険制度を組織して運営管理している。かくて、すべての州が、個別的に州独自の診療報酬表を州政府（州保健省）と州医師会との交渉によって定めている。このことは、それぞれの州の医療事情に見合った診療報酬体系を構築できるというメリットがある。この点は、医療保障の性格から考える上で大いに評価できるのではないだろうか。

医療費抑制の問題は、カナダに限ったことではない。診療報酬表の前文規定に基づいた条件を反映したかたちで、医療費が包括予算枠内に収まるように診療報酬の割引支払や払い戻しを州政府と州医師会との間で交渉し、州医師会の了解のもとで実施していることは、わが国においても参考になり検討に値するのではないだろうか。

医師サービスに対する医師報酬の州間の相違を比較検討するための資料となる医師サービス給付率指標は、診療報酬表の検討のための州政府と州医師会との交渉において利用されている。しかし、現在のところ、医師サービス給付率の算出のための基データが得られるのは、出来高払い方式による支払データからのみである。医師サービスに対する診療報酬支払が従来の出来高払い方式による支払から、それに代わる代替支払方式による支払にシフトするにつれて、医師サービスの個別的な平均支払額は、全体では幾らなのかをデータによって客観的に把握することが困難になってくる。この問題を解決するための研究がカナダ保健情報機構によってなされていることにも留意しておきたい。

注

- 1) 現在では、「1867年憲法」と一般的に呼ばれる。
- 2) アメリカ合衆国の高齢者のための「メディケア (Medicare)」と全く異なった制度である。
- 3) 5基準 (5原則とも言う) とは、1) 普遍的医療であること (universality)、2) 給付が包括的であること (comprehensiveness)、3) 受診が容易であること (accessibility) (すなわち、利用者負担がないこと)、4) 州外でも受給権が保障されること (portability)、5) 公的に管理・運営されること (public administration)、の5つである。なお、カナダ保健法は、5基準2条件として5基準と共に2条件 (情報の提供および連邦政府の役割の明示) も付帯して定めている。
- 4) カナダの総医療費の対GDP比は、2009年の不況以降徐々に低下している。
- 5) この現金移転は年々増額されて、2016年度 (2016-2017年) には約361億ドルになることが決まっている。
- 6) クローバックは、1989年にカナダの老齢基礎年金 (OAS年金) において、高所得高齢者を対象に年金額の一部もしくは全額を払い戻させる制度として導入された。現在もこの制度は継続して実施されている。
- 7) 2013年度の総臨床サービス支払額241億ドルであるから、そこから代替支払額の69億ドル強を差し引けば、残りの出来高払い額は172億ドルであるが、端数不調整のために171億ドルとして分析されている。しかし、カナダ保健情報機構 (CIHI) は、この171億ドルからさらに他州の支払い分、臨床検査サービス、麻酔サービス他を集計上の諸理由から差し引いて、2013年度の出来高払いによる支払額を155億ドルと見直して分析を進めていることに留意されたい。
- 8) 5州とは、ニューファンドランド・アンド・ラブラドル州、プリンス・エドワード・アイランド州、ノバスコシア州、ニュー・ブランズウィック州、およびプリティッシュ・コロンビア州である。
- 9) カナダ保健情報機構は、5州から提出された詳細な代替支払方式のデータを使って医師一人当たりの平均臨床サービス支払の計算を試みている。詳しくは、(CIHI, 2015c) を参照されたい。
- 10) 全国医師データベースは、人的医療資源計画の策定と利用の分析のために、政府、職能団体、研究者、メディア等に利用されている。このデータベースは、1987年に保健省次官会議 (Conference

of Deputy Ministers of Health)によって承認され、その後1995年に連邦保健省からカナダ保健情報機構に委譲された。

- 11) 実際の計算方法は(CIHI, 2015d)の計算方法の項を参照されたい。
- 12) 右端の欄の全州の出来高払い方式による支払と代替支払方式の支払の割合は、上述の図2の右端の2013年度(2013-2014年)の割合に等しい。

Soc Med. 2012 Jun; 24(2): 112-120; 2012.

- ・岩崎利彦『カナダの社会保障:医療・介護・年金』財形福祉協会, 2008年.

参考文献

- ・Allin, Sara and David Rudoler. The Canadian Health Care System, 2015. In Mossialos, Elias; Wenz, Martin; Osborn, Robin and Dana Sarnak eds., *2015 International Profiles of Health Care Systems*. New York: NY: Commonwealth Fund; 2016.
- ・Barua, Bacchus; Palacios, Milagros and Joel Emes. *The Sustainability of Health Care Spending in Canada*. Vancouver: BC: Fraser Institute; 2016a.
- ・Canadian Institute for Health Information (CIHI). *National Health Expenditure Trends, 1975 to 2015*. Ottawa: ON: CIHI; 2015a.
- ・Canadian Institute for Health Information (CIHI). *Physicians in Canada, 2014: Summary Report*. Ottawa: ON: CIHI; 2015b.
- ・Canadian Institute for Health Information (CIHI). *Approaches for Calculating Average Clinical Payments per physician Using Detailed Alternative Payment Data Spending*. Ottawa: ON: CIHI; 2015c.
- ・Canadian Institute for Health Information (CIHI). *Physician Services Benefit Rates Report, Canada, 2013-2014*. Ottawa: ON: CIHI; 2015d.
- ・Canadian Life and Health Insurance Association (CLHIA). *Canadian Life and Health Insurance Facts*, 2015 edition. Toronto: ON: CLHIA; 2015. <http://clhia.uberflip.com/i/563156-canadian-life-and-health-insurance-facts> Accessed 2016 August 29.
- ・Ridic, Goran; Gleason, Suzanne and Ognjen Ridic. Comparisons of Health Care Systems in the United States, Germany and Canada. *Mat*

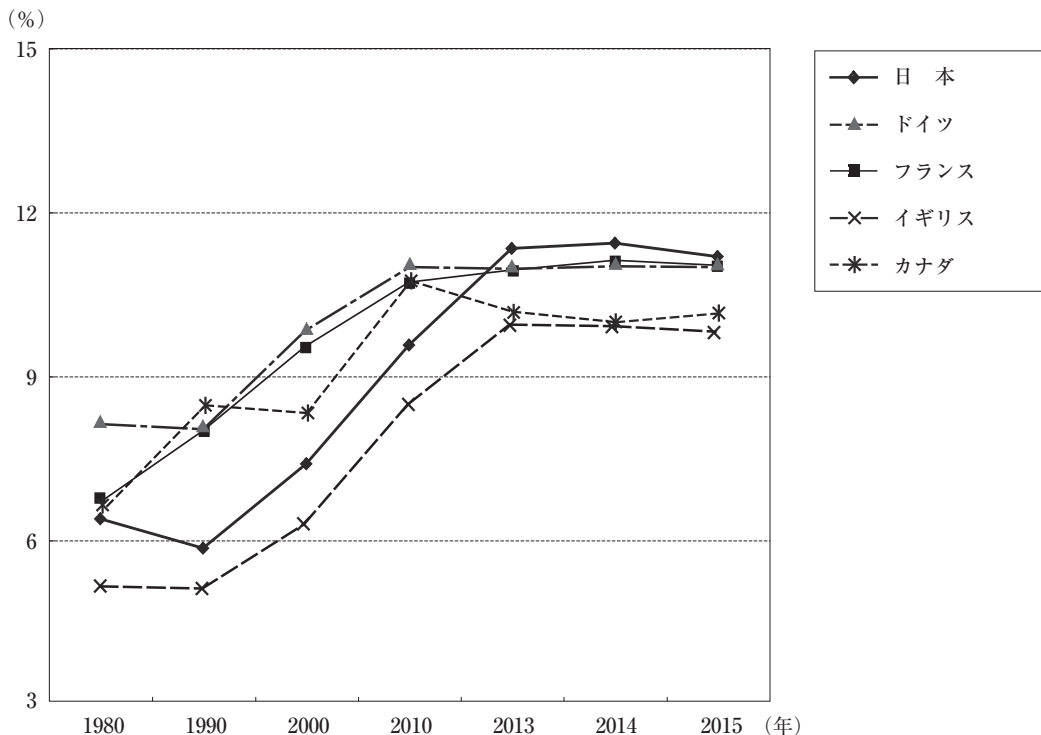
1. 基本情報

	日本	ドイツ	フランス	イギリス	カナダ
総人口 (千人)	127,110 (15年)	81,198 (15年)	66,415 (15年)	64,875 (15年)	35,852 (15年)
高齢化率 (%)	26.7 (15年)	21.0 (15年)	18.4 (15年)	17.7 (15年)	16.1 (15年)
合計特殊出生率	1.43 (13年)	1.41 (13年)	1.98 (13年)	1.83 (13年)	1.61 (11年)
平均寿命 (年)	男 80.5/ 女 86.8 (14年)	男 78.7/ 女 83.6 (14年)	男 79.5/ 女 86.0 (14年)	男 79.5/ 女 83.2 (14年)	男 79.4/ 女 83.6 (12年)
失業率 (%)	3.6 (14年)	5.0 (14年)	10.3 (14年)	6.2 (14年)	6.9 (14年)
医療費対GDP (%)	11.2 (15年)	11.1 (15年)	11.0 (15年)	9.8 (15年)	10.2 (15年)
国民負担率 (国民所得比) (%)	(A) + (B)	41.6	52.6	67.6	46.5
	租税負担率(A)	24.1	30.4	40.7	35.9
	社会保障負担率(B)	17.5	22.2	26.9	10.6

(注) 国民負担率については、各国13年の数値。

出所：OECD (2016)、財務省HP。

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD (2015)

3. 医療提供体制

(14年)			日本	ドイツ	フランス	イギリス	カナダ
平均在院日数			16.9	9.0	5.6	6.9	8.2 (13年)
病床数	医療施設	急性期	1,002,897 7.88	500,680 6.18	274,462 4.14	146,543 2.27	72,891 (13年) 2.07 (13年)
		長期	339,554 2.67	— —	31,639 0.48	— —	17,950 (13年) 0.51 (13年)
		精神	338,174 2.66	102,916 1.27	57,863 0.87	29,782 0.46	12,894 (13年) 0.37 (13年)
医療 関係者数	医師		300,075 2.36	332,695 4.11	206,159 3.11	180,543 2.79	88,873 2.50
	歯科医師		100,994 0.79	69,089 0.85	42,281 0.64	34,638 0.54	— —
	薬剤師		216,077 1.70	52,004 0.64	70,136 1.06	53,261 0.82	32,357 0.91
	看護師		1,394,985 10.96	1,064,000 13.14	— —	529,088 8.19	347,637 9.78

(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 (2016)

4. 掲載国通貨円換算表 (2016年8月末現在)

(単位 円)

ドイツ、フランス (1ユーロ)	イギリス (1ポンド)	カナダ (1カナダ・ドル)
116.45	138.90	80.29

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