

健保連海外医療保障

No.119 2018年9月

■特集：患者負担のあり方について

- ドイツ
ドイツの患者負担のあり方について 藤本 健太郎
- フランス
フランスにおける患者負担の特徴と動向 柴田 洋二郎
- イギリス
イギリス患者負担の在り方 堀 真奈美

■参 考 掲 載 国 関 連 デ ー タ

- ドイツ／フランス／イギリス

健保連海外医療保障

No.119 2018年9月

ドイツの患者負担のあり方について

静岡県立大学教授

藤本 健太郎

Fujimoto Kentaro

ドイツの医療保険制度では、外来診療は10割給付であるが、入院治療や医薬品については患者負担があり、基本的に費用の1割を負担する。年齢による患者負担の減免については、ドイツでは18歳未満の子どもは原則的に負担を免除されており、高齢を理由とした減免はない。子どもよりも高齢者の患者負担が軽減されている日本とは対照的である。本稿では、日独の子どもと高齢者の経済状況を比較したうえで、年齢による患者負担のあり方について考察を試みる。

1. ドイツの医療保険制度における患者負担の現状

最初に、ドイツの患者負担の概要をみることにしたい。日本の医療保険制度における患者負担と比較した際、ドイツの特徴は外来診療における患者負担がないことである。ただし、かつて患者負担が導入されたことがあり、その点は後述する。

ドイツの医療保険制度においても入院治療や医薬品については患者負担がある。しかし、基本的に1割負担であり、高齢者と未就学児を除くと3割負担である日本よりも低い。

(1) 給付種別の患者負担の概要

疾病金庫連邦中央連合会 (Spitzenverband der Krankenkassen) がまとめた患者負担の一覧¹⁾をもとに、主な項目についてまとめたものが、以下のとおりである。

①医薬品および包帯

患者負担は、費用の10%である。患者負担額の下限は5ユーロ、上限は10ユーロである。ただし、実際の価格を上回るこ

とはない。

②移送費 (Fahrkosten)

患者負担は、一回の移送当たり、費用の10%である。患者負担額の下限は5ユーロ、上限は10ユーロである。ただし、実際の移送費を上回ることはない。なお、例外的に18歳未満の子どもにも課される。

③在宅看護

患者負担は、費用の10%に10ユーロを加えた額となる。年間28日が上限である。

④家事援助

患者負担は、暦日当たりの費用 (kalendertägliche Kost) の10%である。患者負担額の下限は5ユーロ、上限は10ユーロである。ただし、実際の費用を上回ることはない。

⑤入院治療

患者負担は、暦日当たり10ユーロである。年間28日が上限である。

なお、医薬品については、医師が処方し、患者が薬局で受け取る場合に薬剤の費用は疾病金庫から償還されるが、レセプトの不要な

(Rezeptfrei)薬剤については、原則として疾病金庫から償還されない。たとえばホメオパシーの薬剤は償還されないため、全額自己負担で購入する必要がある。

患者の最少負担額は5ユーロ、最大負担額は10ユーロに設定されているということは、医薬品価格が5ユーロ未満の場合は患者が全額自己負担し、逆に高価な医薬品については、患者の自己負担の上限は10ユーロであることを意味する。

(2) 患者負担に関する年間の負担上限

ドイツの患者負担には、暦年における負担の上限が設定されている。ドイツ連邦保健省によれば²⁾、ある暦年において、税等を差し引く前の収入 (Bruttoeinnahmen) の2%を超えて患者自己負担を課されることはない。すなわち年収の2%が患者負担の上限となっている。さらに、慢性疾患の患者については、年収の1%が患者負担の上限となる。

この負担上限額を超えて患者が自己負担することはなく、ある年の途中で負担上限額に達した場合、当該年の残りの期間において患者自己負担は免除される。

ドイツ連邦保健省によれば³⁾、暦年における患者負担の上限を算定する際に基準となる「税等を差し引く前の収入」には勤労収入や年金のほかに、賃貸料収入 (Mieteinnahmen) なども含まれる。

なお、18歳未満の子どもの人数に応じて年収から一定の額が控除され、患者負担の上限が低くなる仕組みが講じられている。

(3) 外来診療の患者負担を巡る経緯

ドイツの医療保険制度においては、伝統的に外来診療は10割給付であり、現在も患者負担はない。しかし、一時期、患者負担が導入されたことがある。以下、その経緯を簡単に振り返ることとしたい。

2004年の公的医療保険近代化法 (GKV-Modernisierungsgesetz) において、診察料 (Praxisgebühr) が導入された。具体的には、

四半期ごとの最初の受診時に患者は10ユーロを負担するというものであった。

実際にかかった医療費に関わらず定額で10ユーロという小さな負担ではあったが、外来診療の10割給付からの転換という意味では大きな改正であった。

しかし、2012年11月にドイツ連邦議会 (Bundestag) において、2013年1月1日から診察料は廃止されることとされた。外来診療への患者負担の導入は、過剰な受診を抑制することが目的であったが、目に見える成果は挙がらず、一方で低所得者の受診控えなどの問題が生じたためである。

2. 年齢による患者負担の減免

次に、年齢による患者負担の減免について、ドイツと日本の比較をすることとしたい。

ドイツの患者負担における年齢による免除措置は、18歳未満の子どもに対して講じられている。移送費については上述したように例外的に負担するが、その他の給付については、患者負担は免除されている。

一方、ドイツでは高齢者に対して年齢を理由とした負担軽減措置はない。

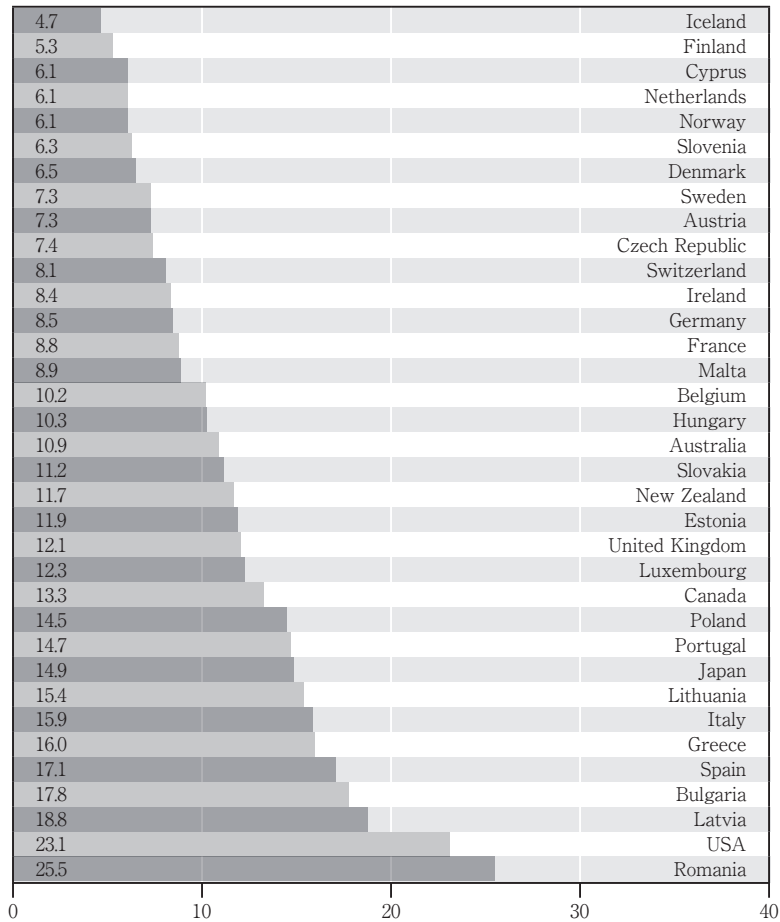
日本の法定の患者一部負担は、未就学児は2割負担であり、現役世代の3割よりは軽減されているが、ドイツの18歳以下は負担なしという仕組みに比べると、負担は重い。一方、日本では高齢者は1割負担と未就学児よりも負担が軽減されているが、ドイツにおいては高齢を理由とした負担軽減措置は講じられていない。

このように、年齢による患者負担の免除という点において、日独両国の現状は対照的である。

(1) 日独両国の子どもの経済的状況

なぜドイツでは子どもの患者負担を原則としていないのに対し、日本では未就学児も含めて患者負担があるのだろうか。ドイツの子どもの経済的状況が日本の子どもの間に比べて厳しいのだろうか。

図1 子どもの相対的貧困率



出所：UNICEF Innocenti Research Centre Report Card 10 2012 p 3

2012年のユニセフのイノチェンティレポートのカード10は先進国の子どもの貧困をテーマとしている。子どもの相対的貧困率⁴⁾でみると、ドイツは8.5%であるのに対して、日本は14.9%である。図1のとおり、先進諸国のなかでもドイツは子どもの相対的貧困率は低いのに対し、日本はかなり高い。

子どもの貧困という点では日本のほうが状況は厳しく、ドイツの子どもの相対的貧困率はイギリスやフランスよりも低いにも関わらず、日本では高齢者よりも高い負担が子どもに課される一方、ドイツでは子どもの負担が免除されている。

ドイツ連邦保健省は、医薬品に関する子どもの負担免除措置について、他の多くの分野と同様に法定医療保険の薬剤自己負担においても家庭に対して発している重要なシグナルであるとしている⁵⁾。なお、ここでいうシグナルとは、社会全体で育児を支援するというシグナルであると解される。このように、ドイツでは家族政策として子どもの負担を軽減するという意図がうかがえる。

(2) 日独両国の高齢者の経済的状況

日本の高齢者は子どもよりも患者負担が軽減されているのに対し、ドイツでは高齢者も収入

に応じて現役世代と同様の患者負担が課されている。

それでは、日本の高齢者はドイツの高齢者に比べて経済的に困窮しているのだろうか。

内閣府の「平成27年度 第8回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果」においては、日本、アメリカ、ドイツおよびスウェーデンの高齢者にアンケート調査を行っているが、質問項目のなかに「経済的に日々の暮らしに困ることがあるか」という項目が含まれている。この質問に対する日独両国の高齢者の回答状況は以下のとおりである。

日本	困っている	…	5.9%
	少し困っている	…	16.7%
	あまり困っていない	…	25.9%
	困っていない	…	51.8%
ドイツ	困っている	…	4.1%
	少し困っている	…	18.8%
	あまり困っていない	…	31.0%
	困っていない	…	46.0%

出所：内閣府「平成27年度 第8回高齢者の生活と意識に関する国際比較調査結果全文」p93 図表3-4-ウ-1より

この調査結果を見る限り、日独の両国の高齢者の暮らし向きは同様であり、日本の高齢者がドイツの高齢者に比べて特に困窮しているわけではない。

3. 日本への示唆

(1) ドイツの出生動向の回復～家族政策の効果

ドイツの患者負担において子どもの負担が免除されているのは、低所得者への配慮というよりは家族政策であると述べた。ドイツの社会保障制度においては、医療保険における患者負担の免除のほかにも、介護保険料率において育児中の者の保険料率は軽減されていることやリースター年金⁶⁾における児童補助(Kinderzulage)など、育児の経済的負担への配慮がみられる。

そして、ドイツでは児童手当は所得制限なく子どもが18歳まで支給され、育児休業は3年間取得可能であるなど日本よりも充実した少子化対策が講じられてきた。

ドイツは高い出生率で知られる隣国のフランスなどとは異なり、日本と同様に少子化傾向が続いていたが、昨年の本誌第116号において指摘したように⁷⁾、近年、ドイツの出生動向は回復しつつある。

ドイツ連邦統計庁によれば、ドイツの合計特殊出生率は表1のように推移している。

表1に示されているように、東西ドイツ統合の後に旧東独では合計特殊出生率は急速に低下し、1995年には0.84と1を大きく割り込んだ。その後、旧西独と同様の水準にまで回復したが、ドイツ全体の合計特殊出生率は、2000年代は1.4を下回っていた。しかし、2010年以降は次第に上昇し、2015年には1.5に達し、2016年には1.59となっている。その背景には移民の増加もあるものの、家族政策が次第に効果を発揮したものと考えられる。

日本の合計特殊出生率は若干の回復はみられるものの1.5を下回る状態が続いている。内閣府の平成26年度「結婚・家族形成に関する意識

表1 ドイツの合計特殊出生率の推移

	ドイツ	旧西独	旧東独
1990	1.45	1.45	1.52
1995	1.25	1.34	0.84
2000	1.38	1.41	1.21
2005	1.34	1.36	1.30
2010	1.39	1.39	1.46
2012	1.41	1.40	1.48
2013	1.42	1.41	1.49
2014	1.47	1.47	1.54
2015	1.50	1.50	1.56
2016	1.59	1.60	1.64

出所：Zusammengefasste Geburtenziffer nach Kalenderjahren, Statistisches Bundesamtより筆者作成
(<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Geburten/Tabellen/GeburtenZiffer.html>) (2018年8月24日アクセス)

調査」によれば、子育ての不安要素として最も多く挙げられているのは「経済的にやっつけられるか」であり、63.9%の人が挙げている。希望出生率1.8を目指すのであれば、ドイツの社会保障政策を参考にし、育児家庭の負担を軽減し、経済的支援を強化することを検討すべきではないか。

(2) 全世代型の社会保障へ

ドイツの医療保険制度においては高齢を理由とする患者負担の減免措置はないことを述べた。日本の患者負担において高齢者の負担を軽減していることは、かつての高齢者が経済的弱者であり、人口に占める高齢者の比率が低かった時代においては合理的であったと思われる。しかし、年金制度は成熟し、社員持ち株制度等を通じて資産を形成した高齢者も増加し、今日では、高齢者は一律に経済的弱者ではないと考えられる⁸⁾。また、国立社会保障・人口問題研究所の「日本の将来人口推計（平成29年推計）」によれば、日本の高齢化率は2015年には26.6%と既に25%を超えており、出生中位仮定では、高齢化率は2060年には38.1%と4割近くに達することが見込まれている。

2014年8月にとりまとめられた社会保障制度改革国民会議の報告書において、日本の社会保障は高齢者に給付が偏重し、育児支援など若い世代への給付が少ないことが認められた。そして、すべての世代に安心感と納得感の得られる全世代型の社会保障に転換することを目指すことと述べられ、すべての世代が年齢ではなく、負担能力に応じて負担し、支え合う仕組みが提唱されている。

今年6月15日に閣議決定された骨太の方針では、団塊世代が後期高齢者入りするまでに、後期高齢者の窓口負担のあり方について検討することとされている。

もちろん低所得の高齢者の負担軽減措置は今後も必要であるが、高齢者の患者負担を一律に軽減することなく、ドイツのように高齢者も現役世代と同様に負担能力に応じて負担してもら

う方向で検討が進むことは、時代の流れなのかもしれない。

また、育児の経済的負担を軽減することは、上述した少子化対策としての効果に加えて、社会保障における世代間のバランスをとることにもつながる。昨年12月に閣議決定された「新しい経済政策パッケージ」において、幼児教育の無償化など育児の経済的支援を打ち出したことは評価できる。日本では、かつての子ども手当を巡る議論にみられるように、育児の負担は親が担うべきであるという考え方が根強く、育児の経済的支援に理解が得られにくいことが懸念されるが、ドイツをはじめ欧州諸国では日本よりも手厚い育児支援が行われている。全世代型の社会保障に転換するためにも、育児の経済的負担を軽減する施策の着実な実行が望まれる。

注

- 1) Spitzenverband der Krankenkassen, “Gesetzliche Zuzahlungen” (https://www.gkvspitzenverband.de/service/versicherten_service/zuzahlungen_und_befreiungen/gesetzliche_zuzahlungen/gesetzliche_zuzahlungen.jsp) (2018年8月25日アクセス)
- 2) BMG, “Zuzahlung”2018. 8
- 3) 同上
- 4) 相対的貧困率とは、国の等価可処分所得の中央値の半分を「相対的貧困ライン」として、全世帯に対する貧困ライン未満で暮らす世帯の割合を「相対的貧困率」、子どもの割合は「子どもの相対的貧困率」と定義したものである。
- 5) B M G, “Z u z a h l u n g b e i v e r s c h r e i b u n g s p f l i c h t i g e n A r z n e i m i t t e l n” (<https://www.bundesgesundheitsministerium.de/zuzahlung-und-erstattung-arzneimittel.html#c2796>) (2018年8月25日アクセス)
- 6) リースター年金は任意加入の企業／個人年金であり、本人の積立額に応じて政府が積立金を補助するが、育児中の子どもの人数に応じて補助が増額される仕組みがあり、児童補助と呼ばれる。

- 7) 健保連海外医療保障No.116 p1
- 8) たとえば世帯人員一人当たりの平均所得金額では、世帯主が20代あるいは40代の世帯は世帯主が60代の世帯よりも低い。世帯の資産状況も考慮すれば、むしろ育児世代のほうが高齢世代よりも経済的な状況は厳しいと考えられる。詳細は、藤本(2018)の第4章を参照されたい。

参考文献

- ・BMG(2017)“Daten des Gesundheitswesens 2017”
- ・BMG(2017)“Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung”
- ・Statistisches Bundesamt(2015)“Bevölkerung Deutschlands bis 2060, 13. koordinierte Bevölkerungsvorausberechnung”
- ・Statistisches Bundesamt(2017)“Statistisches Jahrbuch 2017”
- ・ドイツ医療保障制度に関する研究会(2016)「ドイツ医療関連データ集2016年版」医療経済研究機構
- ・田中耕太郎(2014)「ドイツにおける医療費財源構造の変革とその評価」健保連海外医療保障No.103
- ・田中伸至(2018)「ドイツにおける医療の質の確保に関する制度の構造と法体系モデル—医療提供体制と公的疾病保険を中心に—」法政理論50巻3・4号
- ・土田武史(2014)「ドイツにおける医療保険給付の範囲をめぐる動向」健保連海外医療保障No.101
- ・松本勝明(2017)「ドイツ医療保険における薬剤支給に関する政策」健保連海外医療保障No.114
- ・藤本健太郎(2017)「ドイツの高齢者のケア」健保連海外医療保障No.116
- ・藤本健太郎(2018)『人口減少を乗り越える』法律文化社

フランスにおける患者負担の特徴と動向

中京大学准教授

柴田 洋二郎

Shibata Yojiro

フランスの医療保険制度における患者負担を、日本の制度と比較すると、①何を負担するのか？②誰が負担するのか？③どのように負担するのか？といった点に特徴がある。本稿ではこれらの特徴に着目し、フランスの患者負担の負担割合や費目が多様であること（①）、公的医療保険ではカバーされない患者負担をカバーする任意加入保険である補足医療保険が発展していること（②）、償還払い方式を原則としてきたフランスの医療保険制度で、近年第三者支払い方式（現物給付方式）の拡大に向けた動きがあること（③）に触れる。

1. はじめに

患者負担に相当するフランス語は« reste(s) à charge »であり、直訳すれば「負担すべき残額」ということになる。この言葉はよく用いられるものの、法律上の概念ではないため社会保障法典に定義規定はない。しかし、フランス政府によるポータルサイト« Vie publique »によれば、「基礎的社会保障組織や補足的組織の行う償還分を差し引いたうえで、実際に世帯が支払わなければならない」金銭的な負担と定義されている¹⁾。

本稿では、フランスの医療保険制度における患者負担を、日本の制度と比較した際の特徴に着目しながら示していく。具体的には、何を負担するのか？（2.）誰が負担するのか？（3.）どのように負担するのか？（4.）である。

2. 何を負担するのか？

——患者負担の費目と負担割合

日本では、患者は、医療サービスや薬剤の費用の一定割合を一部負担金として負担するが、

医療サービス等に伴うこれ以外の金銭負担は原則としてない。そのため、一部負担金を患者負担ということも多い。また、一部負担金は、年齢に応じて一定割合で定められており、医療サービスや薬剤の内容・種類によって負担割合が変わるものではない²⁾。

これに対して、フランスでは、患者負担の負担割合が多様だけでなく、とりわけ2000年代の改革により、患者負担を構成する費目が数多く存在し、また、患者負担を免除される者が費目ごとに異なるなど複雑な様相を呈している。そこで、患者負担を、法令による（réglementés）患者負担（（1））と、認められている（concedés）患者負担（（2））³⁾に分けて説明する。

（1）法令による患者負担

①・②が公的医療保険制度における伝統的な患者負担といえるのに対して、③・④は、2000年代に新たに加えられたものである。

①自己負担分（ticket modérateur）

自己負担分（わが国の一部負担金に当たる）が設けられたのは1928年3月8日の法律である。当時、患者による不要な医療消費を抑制する

(modérateur) ため、患者は医療費を金銭的に負担することを示す券 (ticket) を医師に渡し、医師はこの券を金庫 (保険者) に提出することで診療報酬を受領することができた。この制度はその後廃止されたが、名前だけは残された。そして、1945年に社会保障制度が国家的な制度として整備された際に、患者に責任をもたせる (responsabiliser) ために、公的医療保険の償還の基礎となる医療サービス料金の一律20%の自己負担分が定められた。このことは同時に、1945年以前の社会保険制度において保険者の役割を担っていた共済組合 (mutuelles) に、自己負担分を保障する補足医療保険 (後述3.) の保険者として活動する余地を残したものだ⁴⁾。

現在では、公的医療保険の償還の基礎となる医療サービス料金は、全国医療保険金庫連合 (UNCAM：主要な医療保険者を統轄する上位団体) と医療従事者が締結する医療協約で定められ (責任料金 [tarifs de responsabilité] と呼ばれる)、自己負担分の割合は、サービスの種類や効能別に定める上下限の範囲内で UNCAM が決定する (R.160-5条。本稿に掲げる条文番号は、特に記載しない限り、現行の社会保障法典のものである)。そして、これら責任料金と負担割合に基づいて、公的医療保険は、患者に医療費 (の一部) を保障する。

(i) 開業医療

医療従事者、医療を受けた状況等に応じて自己負担分の割合は異なる。医師から受けた医療サービスについては、自己負担分は30%である。ただし、患者が「連携した医療経路」(parcours de soins coordonnés) を守らない場合 (具体的には、かかりつけ医を指定しない場合や、緊急の場合を除き、かかりつけ医の紹介なしでかかりつけ医以外の医師の診療を受けた場合) には、負担割合が70%となる。このため、患者は、保険者に対し、かかりつけ医 (一般医でも専門医でもよいが、当該医師の同意が必要となる) の名前を知らせなければならない (L.162-5-3条)。医療補助者 (看護師、マッサージ運動療法士、

発音矯正士等) の診療や生物学的検査を受ける場合は、自己負担分は40%である。

(ii) 入院医療

入院中の医療サービスにかかる自己負担分は20%である。ただし、入院から31日目以降は全額保障となり、自己負担分はなくなる。また、30日以内であっても、高額な医療行為は、自己負担分が18ユーロの定額負担となる。具体的には、一般医療行為集 (NGAP：償還される医療行為をアルファベットと係数で分類したリスト) で係数60以上、または医療行為の共通分類 (CCAM：NGAPに代わって、償還される医療行為を分類したリスト。ただし、現在移行期にあり、NGAPも併用されている) で120ユーロ以上の行為である (R.160-16条)。

(iii) 薬剤

代替できず、かつ特に高価であると承認されている薬剤は、全額保障され自己負担分はない (R.160-8条)。それ以外の薬剤の自己負担分は、医学的有用性が大きい (自己負担分35%)、普通か (70%)、小さい (85%) に応じて異なる。

(iv) 自己負担分の免除

自己負担分には多くの免除措置が設けられており (L.160-14条)、①患者の状況を理由とする免除と、②医療行為あるいは疾患の性質を理由とする免除に大別できる⁵⁾。④としては、労働災害や職業病の被災者は当該災害や疾病にかかる医療について、障害軍人年金の受給者は当該障害にかかる医療について、自己負担分を免除される。また、妊娠6か月月から産後12日までの女性 (以下、妊娠婦とする)、高齢者連帯手当 (ASPA：原則65歳以上の者が、所得条件付で受給できる最低所得保障) の受給者も自己負担分を免除される。

⑤としては、長期疾患 (ALD) の患者が、当該疾患にかかる行為の自己負担分が免除される (前述した、31日以上入院 ((ii)) や代替できない高額薬剤 ((iii)) も、⑥に含まれよう)。ALDとは、長期の治療や特に高額な治療を要する疾患としてD.160-4条に定めるリストに記

載されている29の疾患と、リストには記載されていないが、日常生活に支障を来す重大な疾患または複合疾患に罹患し、6か月以上の特に高額な治療を要する場合をいう（R.160-12条）。ALDの患者の割合は、2014年で人口の16.4%で、その支出は、償還される医療費総額の6割以上を占めており、医療保険に大きな負担となっている⁶⁾。

②定額入院費負担

(forfait journalier hospitalier)

1983年1月19日の法律（n° 83-25）により、入院時に受ける医療サービスの自己負担分（前述①(ii)）とは別に、入院患者は医療施設での滞在費を負担することとなった。現在、20ユーロ/日（精神科の医療施設では、15ユーロ/日）となっている（L.174-4条）。

ただし、補足医療保険にかかる普遍的医療保障（補足的CMU）・補足的医療保障加入援助（ACS）の受給者（いずれも後述3.（2）①(ii)）、妊産婦、産後30日以内の新生児、労働災害または職業病を理由とする入院患者、軍人年金の受給者、特別教育あるいは職業教育施設に入居している20歳未満の障害児、障害児教育手当（AEEH：20歳未満の障害児に対するケアや教育の費用を補てんする給付）の受給者、臓器提供者、テロ行為の被害者は、支払いを免除される。

③定額負担金（participation forfaitaire）

2004年8月13日の法律（n° 2004-810）は、18歳以上の患者が、診療、医療行為、放射線検査、生物学的検査を受けるごとに、定額1ユーロを負担することを定めた（ただし、1人あたり年間50ユーロを上限とする）。この定額負担金は、補足医療保険によって保障されないため、「公的自己負担分」（ticket modérateur d'ordre public）と呼ばれることもある。

④医療定額自己負担金

(franchise médicale)

2008年社会保障財政法（n° 2007-1786）は、医療保険の財政均衡のために、一定の医療関連サービスや医療製品を享受する患者が、定額を

負担することを定めた。具体的には、薬剤1箱につき0.50ユーロ、医療補助行為につき0.50ユーロ、医療移送1回につき2ユーロとなっている。ただし、上限額が定められており、1日あたり医療補助行為は2ユーロ、医療移送は4ユーロ、1年あたりすべての行為をあわせて50ユーロとなっている⁷⁾。

なお、③・④とも、18歳未満の者、妊産婦、補足的CMU・ACS・国家医療援助（非合法滞在の外国人に、所得条件付で行われる医療扶助）の受給者は、支払いを免除される。

(2) 認められている患者負担

①超過診療報酬

フランスには、医療協約に定める責任料金（前述（1）①）を遵守して診療報酬を請求する協約締結医師（セクター1）と、責任料金を上回る診療報酬（超過診療報酬）を自由に決定できる医師（協約締結医師であるセクター2と、協約外医師であるセクター3）がいる。また、セクター1の医師も、「連携した医療経路」を守らない患者に対しては超過診療報酬を請求することができる。公的医療保険による保障は責任料金に基づいて行われるため、超過診療報酬のうち責任料金を上回る部分は、公的医療保険の対象外となる。

②一定の医療機器等

歯科の補綴やインプラントの料金について、責任料金の70%の償還を受けることができるが、これらの料金は自由に設定できるため、責任料金はしばしば実際の額よりも小さい。同じく、眼鏡の償還率は、責任料金の60%であるが、実際の価格は責任料金を大きく上回る。こうして、これらについては公的医療保険適用後も大きな患者負担が残される⁸⁾。

また、患者からの特別の要求（特別病室、時間外の往診等）により生じた価格は、公的医療保険による保障の対象外である。

3. 誰が負担するのか？ ——公的医療保険と補足医療保険

フランスでは、公的医療保険を適用後の患者負担を保障する補足医療保険が、他国と比べて広く普及し、大きな役割を果たしている点に特徴がある。したがって、患者負担も、公的医療保険適用後の患者負担（2. で前述したもの）と、その後さらに補足医療保険を適用したうえでの患者負担（最終的な患者負担）という2つの概念がある。

(1) フランスの補足医療保険の位置づけ

私的医療保険（フランスでは補足医療保険）の役割は、以下のように分類できる（表1も参照）⁹⁾。

まず、①公的医療保険に代わる基礎的な（一次的な）医療保障を提供する制度となる場合がある。これは、人口のごく一部が対象となる場合、④代替型（substitutive）といわれ、人口の多くが対象となる場合、⑤主要型（principal）といわれる。

次に、②公的医療保険に付加され、公的医療保険のより良いアクセスを保障する場合もある（例えば、専門医に直接受診できること、待機者リストを飛ばして予約できること）。これは、

二重型（duplicative）である。

また、③公的医療保険の適用を受けた後の患者負担をカバーすることがある。このタイプは、補足型（complémentaire）と呼ばれる。

そして、④公的医療保険では保障されない（保険対象となるパッケージに含まれていない）医療財や医療サービスをカバーする、追加型（supplémentaire）というタイプである。

フランスの補足医療保険は、補足型と追加型である。補足型は、いくつかの国でみられるが、医療費に占める負担割合はフランスよりもはるかに小さい（注10参照）。また、追加型でもあることで、カバーされる医療財や医療サービスの範囲が広範である。以上の点と、すぐ後で述べる加入率の高さが相まって、フランスの医療保険の二階構造は、補足医療保険の役割が大きいという独自性を有する。

(2) 補足医療保険の普及

①補足医療保険の加入を促進する仕組み

フランスでは、人口の95%が補足医療保険に加入している。この高い加入率に影響を与えているのは、被用者に対する補足医療保険加入の義務づけ（(i)）と、低所得者が補足医療保険に加入できるようにする仕組みの存在（(ii)）である。

表1 私的医療保険の役割による分類

		公的医療保険との関連	
		公的医療保険によりカバーされる人	公的医療保険によりカバーされない人
私的医療保険によりカバーされる医療サービス	公的医療保険の対象とする医療サービス	② 二重型私的医療保険 (アイルランド、イギリス、オーストラリア、スペイン)	① 一次型私的医療保険 ④ 代替型(スペイン、ドイツ) ⑤ 主要型(アメリカ)
	公的医療保険適用後の患者負担	③ 補足型私的医療保険 (スロヴェニア、フランス、ベルギー)	
	公的医療保険の対象外の医療サービス	④ 追加型私的医療保険 (カナダ、スイス、フランス、ベルギー等)	

出所：D. POLTON, « Reste à charge: la situation paradoxale de la France », *Revue de droit sanitaire et social*, Hors série, 2017, p.15を参考に筆者作成。なお、表中の①～④および④・⑤は、本文3. (1)と対応している。

(i) 被用者に対する補足医療保険加入の義務づけ

2013年の雇用安定化法（n° 2013-504）第1条により、2016年から民間企業は、その雇用する被用者を補足医療保険に加入させることが義務づけられた。そして、当該保険は、自己負担分や定額入院費負担（前述2.（1）①・②）については責任料金の100%、歯科の補綴やインプラントについては責任料金の125%、眼鏡等の視力矯正についてはレンズの種類により年額100ユーロから200ユーロを最低限保障しなければならない（D.911-1条）。また、補足医療保険料は労使折半となる。

さらに、これら最低限の内容を保障するために締結される契約は、責任契約（contrats responsables）でなければならない。責任契約は、公的医療保険で導入された「連携した医療経路」を促進して、非効率的な受診を抑制しようとする内容の補足医療保険契約である。具体的には、L.871-1条は、①一定の患者負担を保障せず（消極的保障）、かつ、②一定の患者負担を保障する（積極的保障）補足医療保険契約に税制および社会保険料にかかる優遇措置を認めている。①消極的保障として、定額負担金（公的自己負担分）、「連携した医療経路」を守らない場合の自己負担分の増額分、医療定額自己負担金（前述2.（1）①・③・④）を保障対象から除外することが求められる（R.871-1条）。②積極的保障として、かかりつけ医、医療補助者の医療サービス、検査にかかる自己負担分等を保障するものでなければならない（R.871-2条）（表2も参照）。

(ii) 低所得者に対するサポート

1999年7月27日の法律（n° 99-641）は、低所得層が補足医療保険に加入できるよう、フランスに連続3か月以上合法的に居住し、世帯構成に応じて異なる所得条件を満たす世帯に無償で補足医療保険を保障する仕組みを設けた（補足的CMU [L.861-1条]）。さらに、受給要件となる所得の前後で大きな不平等が生じるのを避けるため、所得が所得条件の135%以下の者

表2 補足医療保険（責任契約の場合）による患者負担の保障

患者負担	責任契約の保障
自己負担分	保障される
定額入院費負担	
超過診療報酬	一部保障される
一定の医療機器等	
定額負担金	保障されない
医療定額自己負担金	
「連携した医療経路」を守らない場合の負担増	

出所：J.-M. AUBERT, « La construction du reste à charge », *Revue de droit sanitaire et social*, Hors série, 2017, p.34 を参考に筆者作成。

を対象に、補足医療保険料の援助も定めている（ACS [L.863-1条]）。ただし、援助を受ける補足医療保険契約は、責任契約でなければならない。援助年額は対象者の年齢に応じて定まる（16歳未満に対する100ユーロから60歳以上に対する550ユーロまで）。

② 補足医療保険の負担割合と加入状況

医療費に占める補足医療保険の負担割合は14%に及び¹⁰⁾、OECD諸国中、最終的な患者負担が最も小さい。公的医療保険の負担割合は79%で、OECD平均（73%）を上回っているとはいえ、フランスを患者負担が最も小さい国へと押し上げているのは、補足医療保険の高い負担割合である（公的医療保険と補足医療保険で医療費の93% [=79%+14%] が保障され、患者負担は7%にすぎない）。

ただし、公的医療保険とは異なり、補足医療保険は保障内容が一様でないことに注意を要する。そもそも、上記①で説明した政策を踏まえてもなお、補足医療保険の加入状況は、所得や社会的状況により大きく異なる。月収650ユーロ未満の者は、14%が非加入であるのに対し、3,000ユーロ以上の非加入者は4%にとどまる。また、失業者の13.8%、ひとり親家庭の7.4%が

非加入である。つまり、不安定な層が補足医療保険に加入していないことが多い。そして、個人契約よりも一般に有利な保障内容である団体契約（加えて、団体契約には保険料の使用者負担分がある）により補足医療保険に加入する者の割合は、所得水準とともに大きく増加し、月収650ユーロ未満では84%であるのに対し、3,000ユーロ以上の場合には51%になる。このように、社会的に不安定な層は、補足医療保険に加入していなかったり、低い保障水準の契約を締結していることがみられる¹¹⁾。

したがって、補足医療保険については、全体を平均したデータではなく、個別的な状況がわかるデータによる分析が必要と思われるが、現在のところ最終的な患者負担に関する個人の状況を正確に分析できる情報システムは存在しないようである¹²⁾。

4. どのように負担するのか？ ——医療サービスの給付方式

(1) 直接払いの原則と償還払い

フランスは、医療サービスの給付について償還払い方式（患者が、医療費をあらかじめ全額支払った後で、保険者から自己負担分を除いた額を支給される方式）をとる代表例として挙げられることがある¹³⁾。フランスが償還払いをとる背景には、フランスの医療が、医師による自由医療（*médecine libérale*）原則¹⁴⁾を中心に展開され、L.162-2条に、患者および公衆衛生のため、医師の営業の自由と職業的および道徳的独立性の尊重を保障するための諸原則が定められていることがある。具体的には、①患者による医師の選択の自由、②医師の処方自由、③職務上の守秘義務、④患者による診療報酬の直接払い、⑤医師の開業の自由である。このうち、④により、償還払いが原則となる¹⁵⁾。そして、第三者支払い方式（*tiers payant*：患者は、受診時に医療従事者に患者負担だけを支払えばよい、いわゆる現物給付方式）は、医療保険では例外的な措置となっており、その拡大に対して

は自由医療原則に対する公的医療保険の介入であり、医師の独立性を弱めるとして医師が強く抵抗することになる¹⁶⁾。

(2) 第三者支払いの実態と動向

しかし、実際には、③患者の状況および、⑥医療の内容や医療従事者に応じて、第三者支払いも広く実施されてきた。③として、補足的CMU・ACS・国家医療援助の受給者、労働災害または職業病の被災者、ALDの患者、妊産婦には、法律上第三者支払いが義務づけられている。⑥としては、そもそも入院医療は第三者支払いであるほか（L.162-21-1条）、15歳以上の未成年に対する避妊に関わる医療、検診の際に行われる予防行為（例えば、乳がん検診の際のマンモグラフィー、6歳児・12歳児に対する歯科検診）は第三者支払いが義務づけられている。また、薬剤師、看護師、保健センター（*centre de santé*：プライマリ・ケア、セカンダリ・ケア、公衆衛生〔予防や健康づくり〕を行う施設）で、第三者支払いが実施されていることが多い。

こうしたなか、2016年の医療制度現代化法（*n° 2016-41*）第83条が、第三者支払いを段階的に義務化することを定め、注目を集めた。同法は当初、公的医療保険と補足医療保険の双方について、すべての医療従事者の行為を第三者支払いとすることを定めていた。もっとも、法律の合憲性審査機関である憲法院は、補足医療保険部分については、第三者支払いの適用の枠組みを設定する規定が一切設けられていないという理由で違憲としたため¹⁷⁾、公的医療保険についてのみ第三者支払いが実施されることになった。そのスケジュールは、開業医療従事者は、①2016年7月1日以降、ALDの患者と妊産婦に、公的医療保険部分について第三者支払いを適用することができ、②2016年12月31日以降、ALDの患者と妊産婦に、公的医療保険部分について第三者支払いを適用しなければならず、③2017年1月1日以降、患者に公的医療保険部分について第三者支払いを適用することができ、④2017年11月30日以降、すべての患者に

公的医療保険部分について第三者支払いを適用しなければならないというものだった。

ところが、2018年社会保障財政法（n° 2017-1836）第63条は、公的医療保険部分についての第三者支払いも延期した（具体的には、医療制度現代化法第83条のうち、前述のスケジュール①・②・④に関する部分を削除した）。この延期に大きな影響を与えたのが、2017年10月の社会事情監督局（IGAS）の報告書¹⁸⁾である。同報告書によれば、公的医療保険部分については、技術的に第三者支払いは可能であるとしつつ、その発展を妨げているのは、医療従事者の信頼が得られていないこと（第三者支払いの導入による事務負担の増加という危惧）にあるという。したがって、信頼を築くために、現在実施されている医療従事者に対する支援（制度間サービスセンター〔CESI：職域に応じて並立する公的医療保険制度に共通の、第三者支払い実施支援窓口〕や、情報およびサービスのアドバイザー）を充実・強化する必要があるとしている¹⁹⁾。他方で、補足医療保険部分については、第三者支払いの実施に技術的な問題が残されているとする。まず、補足医療保険を提供する組織の増加や保障内容が多様であること等により、患者の補足医療保険上の権利を確認することが難しいため、医療従事者は受診時に患者にいくら請求できるのか（最終的な患者負担）がわからない。また、医療従事者が補足医療保険組織から支払いを受けるのに必要な、患者の受ける保障に関する情報の入力が煩雑である点も挙げられている。これらにより、医療従事者が補足医療保険部分の第三者支払いを拒否するというのである²⁰⁾。こうして、同報告書は、第三者支払いの義務化を、①断念するか、②2019年に延期するか、の2つを今後検討すべきシナリオとして提示している²¹⁾。

5. おわりに

フランスの患者負担は、まず、患者の「責任化」（responsabilisation：無駄な受診を抑えて不

要な医療費を抑制し、医療財政に責任をもたせること）を目的に自己負担分が導入され、その後、サービスの種類や効能別に自己負担分の負担割合が設定されるようになり、患者負担を構成する費目も多様化していった。このうち、医学的有用性に応じて薬剤の負担割合を設定していることや、「連携した医療経路」を守らない患者の自己負担分の負担割合を引き上げることは、責任化に沿うものといえる。他方で、多様な免除が存在することや、種々の定額負担（定額入院費負担、定額負担金、医療定額自己負担金）については、必ずしも責任化に沿ったものとはいえず、医療費の増加を招いたり、予防や受診を阻害する可能性がある。

そして、このような多様な患者負担を保障するため、公的医療保険の枠外にある補足医療保険が、極めて高い加入率である²²⁾とともに、国際的にみて、医療費に占める負担割合も大きいなど、大きな役割を果たしている。ただし、補足医療保険に加入していない人口層の割合は、低所得層や社会的状況が不安定な者で高い。以上の状況は、公的医療保険が基礎的な保障を改善する努力を怠りかねないことや、十分な保障を受けるためには公的医療保険のみならず、補足医療保険への加入も必要となり、加入できない（加入できても保障内容が不十分な）低所得者の医療へのアクセス（accès aux soins）の問題を生じさせる。また、補足医療保険加入者に対しても、責任化という患者負担の目的を失わせるという問題がある。

医療へのアクセスについては、フランスが償還払い方式をとることも問題を生じさせてきた。これにより、（事後的に自己負担分を除く部分が払い戻されるとはいえ）受診時に医療費の全額を支払わなければならないならず、また、患者が償還の手続きをとらなければならないことが受診を抑制させることになる。これについては、一部の低所得者に対して、さらには一定の医療従事者について、実際上第三者支払いが実施されている。しかし、すべての医療従事者に、すべての患者に対して第三者支払いを義務づける試みは、

一旦は法定されたものの、その後撤回され、現在あらためて議論されている。そして、この議論の帰趨は、医療従事者から医療に充てる時間を奪うような新たな負担を生じさせない制度の構築にかかっていると思われる。

[付記] 本稿は、2018年度科学研究費補助金（基盤研究（C）：課題番号17K03415）の助成による研究成果の一部である。

注

- 1) <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/protection-sociale/risque-sante/depenses-sante/quel-est-reste-charge-menages.html>
- 2) 加藤智章「フランスにおける患者負担の動向」健保連海外医療保障96号（2012年）10頁以下。
- 3) この名称と分類は、D. TABUTEAU, « Reste à charge et politique de santé », *Revue de droit sanitaire et social*, Hors série, 2017, pp.23 et s.による。
- 4) Cour des comptes, *La Sécurité sociale : rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale*, septembre 2016, p.165.
- 5) 患者負担上限制度（bouclier sanitaire：わが国の高額療養費に当たる）の導入が議論されているものの、今のところ実現には至っていない。
- 6) R. PELLET (et al.), *Droit de la protection sociale*, PUF, 2017, p.371.
- 7) 入院中および緊急搬送中に使用される薬剤や行われる行為には課されない。
- 8) 公的医療保険による負担割合は、開業医療費や薬剤費では70%以上、病院医療費では93%であるのに対し、歯科医療費では37%、眼鏡の費用では4%にすぎない（D. POLTON, « Reste à charge: la situation paradoxale de la France », *Revue de droit sanitaire et social*, Hors série, 2017, p.10.）。
- 9) *Ibid.*, pp.14 et s.
- 10) オランダ、ベルギーでも補足医療保険の加入率は高く、80%を超えているが、医療費に占める補足医療保険の負担割合は4～5%にすぎない（*Ibid.*, p.14.）。
- 11) DREES, *La complémentaire santé: Acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2016*, pp.52 et s.
- 12) D. POLTON, *op. cit.* note8, p.13.
- 13) 加藤智章ほか『社会保障法〔第6版〕』（有斐閣、2015年）143頁〔倉田聡執筆〕等。
- 14) 同原則の淵源は、よりよい収入と自律的な医療の維持を獲得するため、1927年に医師組合が採択した自由医療憲章にある。同憲章については、B. PALIER, *La réforme des systèmes de santé*, PUF, 8^e éd., 2017, pp.16 et s.
- 15) 患者が償還を受けるには、患者は、施された医療行為ならびに交付された給付および製品、診療報酬額が記載され、医師が署名した医療保険払戻請求用紙（feuille de soins）を医師から受領しなければならない。患者は、保険者にこの用紙を送り、保険者はこの用紙に基づいて償還を行う。もっとも、新型Carte Vitale（保険証）による償還手続の電子化と、簡素・迅速・確実な償還が進んでいる。
- 16) R. MARIÉ, « La généralisation du tiers payant: entre amélioration de l'accès aux soins et défiance des médecins », *Droit social*, octobre 2014, pp.852 et s.
- 17) 2016年1月21日の憲法院判決（n° 2015-727 DC）の判決理由48。これに対して、公的医療保険部分については、医療従事者に第三者支払いがなされる期限、その期限が守られなかった場合の罰金、医療従事者に対する必要な情報の提供といった、診療報酬の支払いを保障する諸規定が設けられていた。
- 18) E. FAUCHIER-MAGNAN (et al.), *Rapport : Evaluation de la généralisation du tiers payant*, Inspection générale des affaires sociales, octobre 2017.
- 19) *Ibid.*, p.30.
- 20) *Ibid.*, pp.34 et s.
- 21) *Ibid.*, pp.49 et s.
- 22) これを、「医療保険の隠れた民営化」と呼ぶ者もいる（J.-P. CHAUCHARD (et al.), *Droit de la sécurité sociale*, L.G.D.J., 7^e éd., 2015, p.342.）。

イギリス患者負担の在り方

東海大学教授
堀 真奈美
Hori Manami

イギリスの保健医療制度の最大の特徴として、主たる財源を租税として、プライマリ・ケアから治療、リハビリまで包括的に医療サービスを原則無料で受けられることがあげられる。だが、厳密には、「誰も」が「すべて」の医療サービスを無料で利用できるわけではない。本稿では、タイプ別に患者の自己負担のあり方を整理した上で、自己負担がイギリスのNHSの財政にどのような影響を与えうるか考察を加える。

はじめに

イギリスの保健医療制度（National Health Service、以下NHSという）の最大の特徴として、主たる財源を租税として、誰もが支払い能力を問われず、必要に応じてプライマリ・ケアから治療、リハビリまで包括的にすべての医療サービスを原則無料で受けられることがあげられる¹⁾。だが、厳密には、「誰も」が「すべて」の医療サービスを無料で利用できるわけではない。

伝統的には、処方薬や歯科治療費など²⁾で一部、患者負担（NHS Charges、copayment）がある。また、民間私立病院やNHS傘下病院のプライベート病床でプライベート医療を利用する場合は、原則NHS給付の適用外となる。その場合は、全額自己負担、または民間保険による支出となる。原則、混合診療（NHS医療とプライベート医療の同時併用）は禁止である。このほか、最近になって、日常的にイギリスに居住していない外国人患者（欧州経済領域（EEA）以外）は、一部のNHSサービスにおいて自己負担が求められるようになった。

本稿では、自己負担のあり方を整理した上で、自己負担がイギリスのNHSの財政にどのような影響を与えうるか考察を加える。

1. 処方薬・歯科治療費等における患者の自己負担

前述のように、NHSサービスの多くは、原則無料で利用できるが、処方薬、歯科治療などには一部自己負担がある。これらの自己負担が求められるようになった歴史は古く、60年以上前に遡る。

表1に示すように、1948年にNHSが創設された当初は、処方薬、歯科治療費も含めすべてが無料であったが、財政難を背景に、1952年に処方薬、歯科治療費等については、患者の一部自己負担が導入された。

その後、1965年に再度、無料化がはかられたが、薬剤費請求額の急増により、1968年に再度、処方薬の自己負担が導入された。その際、高齢者や若者等は一部自己負担の対象除外とする規定ができた。1980年代半ば以降になると、ほぼ毎年、自己負担額を上方改定する仕組みが定着した。

だが、ブレア政権下の2002年に発行された「ワンレス・レポート」³⁾の提唱を契機に、マクミリアンがんサービスという慈善団体が、がん患者の処方薬の負担無料化のキャンペーン

を展開したことなどにより、処方薬の一部負担の除外対象者が拡大した。さらに、ブラウン政権下の2009年には、BMA（イギリス医師会）や複数の慈善団体が、長期療養患者の処方薬の自己負担に反対するキャンペーンを行ったことでさらに負担免除となる対象者が拡大した。

以上より、60歳以上の高齢者や16歳未満の児童、16-18歳のフルタイム学生、妊婦および治療開始前12か月以内に出産した者、NHS入院患者、指定疾患患者や身体障害により除外認定を受けた者、ユニバーサル・クレジットという福祉関連給付受給者の一部、低所得者などが負担免除となっている⁴⁾。

つまり、処方薬の自己負担が求められるのは、上記のような除外認定を受けていない、18歳以上60歳未満で安定した所得のある人である。2018年8月現在、1品目（量は問わない）ごとに徴収される額は、8.8ポンド⁵⁾となっている（1ポンド140円換算で約1,240円）。

こうした自己負担についても軽減のため、処方薬の期間限定割引チケットとでも言うべき「処方薬事前支払証明（Prescription Prepayment Certificates、以下PPCという）」制度がある。このPPCは、3か月有効なものや12か月有効なシーズンチケットがあり、いずれもオンライン（または電話）で購入可能である。3か月有効なPPCのチケットを購入すると、29.1ポンドとなり、3か月間で毎月2品目以上（または合計4品目以上）の処方が必要な時には安くなる。12か月有効なチケットは、104ポンドで、1年間で毎月1品目以上（または合計12品目以上）の処方が必要な場合は安くなる⁶⁾。有効期限内に不要になれば、払い戻すこともできる。

なお、もう一つの患者負担の代表的なケースとしてあげられる歯科治療についても、財政難を背景に、1952年に1ポンドの患者負担（1ポンド以下は、全額自己負担）が導入された（表1）。1971年に5割負担、1988年に7.5割負担（上

表1 処方薬等の患者の自己負担（NHS Charges）の変遷

1948年	NHS創設
1952年	処方薬、歯科、眼鏡に自己負担導入（処方薬はアイテムごとに1シリング）
1965年	処方薬の自己負担廃止 薬剤費請求額の大幅増加（低価格薬の処方の増加）
1968年	処方薬の自己負担再導入（処方薬1アイテムごとに2シリングと6ペンス、高齢者や若者の負担等の例外規定の創設）
1971年	英国通過の十進法化により、処方薬1アイテムごとに20ペンスに
1979年	サッチャー政権誕生、処方薬の自己負担を20ペンスから45ペンスに増加
1980年代半ば	処方薬の自己負担額を2回改定、12月末で1ポンドに。その後、年間20ペンスずつ増加。
1988年	無料の視力検査を廃止
1990年代初め	処方薬の一部自己負担を年間25ペンスずつ増加
1997年	ブレア政権誕生、処方薬の自己負担を年間10ペンスずつ増加（改定幅の縮小）
1999年	60歳以上の視力検査の自己負担を廃止
2001年	ウェールズで16-20歳の処方薬の自己負担無料
2002年	「ワンレス・レポート」にて、処方薬の自己負担の例外規定が非論理的であると批判、改善勧告 マクミリアンがん患者サービス慈善団体ががん患者の処方薬の自己負担廃止キャンペーンを実施 処方薬の管理権限を地方の保健当局からPPA（処方薬オーソリティ）に移行させ、薬価および医療用具の支払価格に介入するように処方箋のガイドランス、例外規定の設定管理、処方箋の薬価設定（ドラックタリフ）、支払ルール
2004年	入院期間の電話とテレビ利用へ料金徴収
2006年	PPAからNHSビジネスサービスオーソリティに処方薬の管理権限を移行
2006年	スコットランドでは無料眼科検査導入
2007年	ウェールズで処方薬の自己負担無料化
2009年	BMAが、処方薬の自己負担設定について時代遅れであると批判 24の慈善団体が長期療養を必要とする患者の処方薬の自己負担を無料化するキャンペーンを実施、がん患者等の処方薬を無料に
2010年	北アイルランドで処方薬の自己負担無料化
2011年	スコットランドで処方薬の自己負担無料化
2018年現在	処方薬の患者の一部自己負担8.8ポンド

出所：NHS Choices 他の資料より著者作成

限150ポンド)、1999年に8割の定率負担(上限384ポンド)となった。

これが、ブレア政権の改革により、2006年4月以降、治療類型別(1類から3類)に区分された定額負担払い制度が導入された。2018年8月現在では、治療類型1類(検査、X線を含む診断、予防のためのアドバイス、歯石除去など)は21.6ポンド、2類(1類のすべてに加えて、充填、根管治療、必要と判断された場合の1本以上の抜歯)は、59.1ポンド、3類(1類、2類のすべてに加えて、歯冠、入れ歯・義歯、ブリッジ治療)は256.5ポンドとなっている。基本的に毎年、料金は上方改定される。そして、処方薬の負担免除と同じく自己負担の免除対象者の規定があり、年金生活の高齢者や児童、妊産婦、低所得者等が免除されている。

NHS Choices(NHSに関する総合的な情報提供サイト)によると、これらの患者の自己負担は、「NHSの財政支援につながり、1万4,500人分の看護師の給与に相当する」と記載があるが、財政面については最後にまとめて述べることにする。

2. プライベート医療における自己負担と混合診療

NHS適用外となるプライベート医療を利用する際は、患者は、全額自己負担となるか、民間保険を利用することになる。イギリスの国民の約1割が民間保険に加入しているといわれるが、個人で加入するというより、企業が福利厚生として従業員のために民間保険を購入・提供するケースが多い。

民間保険の種類は多種多様かつ複雑であるが、最も代表的なものとして、PMI(Private Medical Insurance)と呼ばれる保険がある。PMIで二次医療を利用する場合は、NHS傘下ではない民間私立病院⁷⁾か、NHS傘下病院のプライベート病床・病棟⁸⁾が前提となっている。

NHSでは、二次医療の受診には基本的に最初にGP(一般医)を受診し、GPの紹介状が必

要となるが、プライベート医療では、二次医療機関の受診予約、検査を優先的に受けることが可能なため、待機期間の短縮化が図られるメリットがある。だが、誰もが加入できるわけではなく⁹⁾、支払能力やリスクに応じて加入できるプランが限られる。

民間保険を用いる場合、プライベート医療の自己負担がいくらになるかは、加入する保険プランによって異なる。一般的に、受診時の自己負担設定や給付の利用上限設定があることが多く、PMIに加入していれば、無制限にプライベート医療を利用できるというわけではない。なお、NHSのように、急性期、慢性期を問わず、外来、入院、在宅療養のほか、プライマリ・ケア(予防を含む総合的な初期医療)、二次医療、三次医療、コミュニティ・ケア、待機可能な選択的ケア(elective care)、救急医療まで包括的にカバーする民間保険は存在しない。

実際に受けられるサービスの相違としては、費用対効果の観点からNHSではカバーされていない治療、薬剤等が利用可能なケースがあることがあげられる。がんの症状によってはNHSでカバーされない放射線療法、化学療法、外科手術を利用することが可能となる。

仮に民間保険等でプライベート医療を利用したとしても、NHSサービスのアクセス権が失われることはなく、いつでもNHSサービスを無料でこれまでどおり利用できる。ただし、一連の治療をNHSとプライベート医療で、共同で財源を負担すること(co-funding)は、原則は認められていない。たとえば、民間保険を脱退し、NHSの利用に切り替えた場合、それまでに利用していた薬剤であってもNHSでカバーされていないものは利用できなくなる。つまり、原則、混合診療は禁止であり、NHSサービスとプライベート医療を同時に利用することはできない。

ただし、2009年3月の保健省の通知が出てからは、一定条件の下、例外的に混合診療が認められるようになっており、NHSでカバーされない当該治療のみをNHS医療から切り離して

プライベート医療扱いにすることが可能となった¹⁰⁾。

なお、NHSとしてカバーされるかどうかは、NICE（英国医療技術評価機構）のガイドラインに従うが、CCG（Clinical Commissioning Group）¹¹⁾と呼ばれる地域のコミッショナーとサービス提供機関の契約内容によって詳細は異なる。CCGは、NHS財源から配分された予算（2018-19年度で全体予算の3分の2相当）を活用して、救命救急や二次医療を行う病院、メンタルヘルスサービスやコミュニティヘルス（リハビリ、各種療法、在宅療養、コミュニティの調剤薬局を含む）の提供機関などと委託契約を締結する。このCCGが行う委託契約のことを、コミッショニングと呼ぶが、単純な委託契約以上のことを意味しており、CCGは地域ニーズに応じて必要な医療資源活用プランの策定、地域で継続的なケアが実現するようパスウェイの構築、GPが処方可能な処方薬リストの作成、サービスの提供・改善のためのモニタリング活動を行うことが求められる。

3. 外国人患者への料金徴収

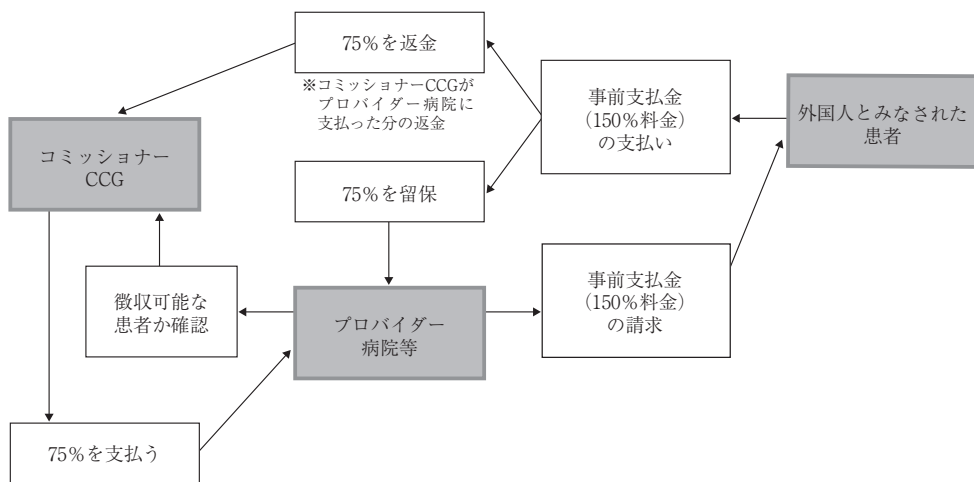
はじめに述べたように、イギリスの保健医療制度は、支払い能力を問われず、「誰も」が包括的に医療サービスを原則無料で受けられることが最大の特徴であり、これまでは「誰も」の中には、留学生や外国人労働者も含まれていた。

だが、近年、この「誰も」の意味する範囲が変化しつつある。原則、国籍要件ではなく、居住要件がベースに考えられているが、EEA以外からの外国人は、永住権をもっているなど特定条件を満たさない場合は、範囲の外に定義づけられることが多くなった。

まず、EEA以外からの入国で、6か月以上滞在する外国人（留学生、外国人労働者含む）は、移民法（Immigration Act 2014）により、必ず入管時に年間200ポンド（滞在年数分を一括納付、家族がいる場合は家族人数分、学生は減額）のヘルス・サーチャージ（health-surcharge）を事前に支払うことが求められるようになった¹²⁾。

さらに、2017年10月23日からは、「外国人へのNHS利用料金徴収規制（The National Health

図1 外国人患者の前払金の流れ



出所：NHS England and NHS improvement (2018) “Improving systems for cost recovery for overseas visitors” 情報に基づき著者作成

Service (Charges to Overseas Visitors) Regulations 2015)」の修正が適用され、上述のヘルス・サーチャージを支払っていないケースを含め、「日常的にイギリスに居住していない外国人（EEA 以外）」とみなされる患者が、緊急性、救急の必要性がないケースにおいて病院のサービス（二次医療以上の専門サービス）を利用する際は、予想される料金の150%相当の前払金（upfront-charge）の支払いが求められるようになった（図1）。この予想される料金とは、ナショナルタリフと呼ばれる病院への診療費に支払われる診療報酬の料金表で適用される金額を意味する。表2に日帰り手術のケースの一部料金の例を示した。ちなみに、EEA からの入国の場合は、患者の自己負担はない（ただし、有効期限のある「欧州健康保険カード（EHIC）」の持参が求められる）。

表2 外国人患者向けの
日帰り手術の料金徴収表例

専門科コード	専門領域	外国人 (カテゴリーF)
100	一般的な外科手術	£ 1,552
101	泌尿器科	£ 1,005
102	移植外科	£ 1,417
103	乳房外科手術	£ 2,589
104	結腸直腸手術	£ 1,088
105	肝炎および膵臓外科	£ 2,334
106	上胃腸手術	£ 1,723
107	血管手術	£ 1,639
108	脊髄手術サービス	£ 1,505
110	外傷&整形外科	£ 2,648
120	耳鼻咽喉科	£ 1,876
130	眼科	£ 1,169
140	口腔外科	£ 968
141	修復歯科	£ 827
142	小児科の歯科	£ 920
143	矯正歯科	£ 897
144	顎顔面手術	£ 1,151
150	神経外科	£ 2,154

注：カテゴリーFとは、EEA 以外からの外国人
出所：Overseas Patient Tariff 2018-19情報に基づき著者作成

この規制により、病院はサービスを提供する前に、患者が日常的にイギリスに居住する者であるかどうかなど（過去に居住者であっても現在がそうでないと認められない）の確認が必要となった¹³⁾。なお、今のところ、GPが提供するプライマリ・ケアやA&E（救急救命）、感染症疾患、家族計画、緩和ケア、メンタルケアは前払い金の徴収対象とはなっておらず、無料となっている。

4. 患者負担と財政の関係

ここまで3つのタイプの患者の自己負担について述べてきた。

第一にあげた処方薬等でNHSチャージとして徴収される自己負担は、NHS財源において収入の一部となっているものの、2017-18年度予算では、5億7,597万ポンド程度であり、NHSにおける処方薬全体の5.5%に過ぎない（表3）。すでに述べてきたように、適用除外が広範囲かつ多いことから、実質的に提供される90%の処方薬が無料で提供されており、残りの10%程度で自己負担が徴収されているに過ぎない。

また、歯科治療費の自己負担は、受ける治療内容の区分で異なることから厳密に評価することは困難な側面もあるが、2017-18年度予算では、8億733万ポンド程度でNHSにおける歯科治療全体の28.7%程度である（表3）。ただし、金額を見ても明らかのように、歯科治療費はそもそもNHSに占める支出が低いことから、NHSに与える財政的な影響は小さい。

いずれにしても、NHS財源（2017-2018年度RDEL歳入予算¹⁴⁾では、約1,210億ポンド）全体で見ても1%未満にすぎず、NHS全体の財政に影響を与えるような規模ではない。

第二にあげたプライベート医療における自己負担については、そもそも構造的にNHS財源の収入になるものではない。繰り返し述べてきたように、混合診療も原則禁止されていることから完全に切り離して考えるべきものであり、

少なくともNHS財政に与える直接的な影響はほとんどない¹⁵⁾。だが、参考までに、2016年の医療費等支出（国際比較で用いられるSHA定義でありNHS支出以外も含まれる）全体における政府支出1,522億ポンドに対し、非政府支出は395億ポンドで80%程度が政府支出となっている（図2）。非政府支出で最大は290億ポンド（全体の15.1%）が自己負担（out of pocket）となっている。次に大きいのが、民間保険による支出で62億ポンド（3.3%）となっている。

第三にあげた外国人への費用徴収は、NHS財源における収入の一部となっているが、2017-18年度では、合計3億9,200万ポンドの収入が見込まれている。内訳は、ヘルス・サーチャージとEEAから外国人の医療費への償還分となっている。EEA以外で日常的にイギリスに居住していない外国人患者への料金徴収は、2017年秋に始まったばかりであり、推移を見守る必要があるが、政府は5億ポンドを目標と公表して

いる。仮に、この費用徴収の導入の目的が、NHSの財源の収入を増やすことであるならば、導入に必要なアドミニストレーション・コスト以上の収入をあげる必要があると思われるが、5億ポンドという額はNHS財政規模（約1,210億ポンド）と比較するとかなり小さい。処方薬や歯科治療における自己負担と同様に、NHS全体の財政規模の1%にも満たない額であり、財政に与えるインパクトは非常に小さい。居住要件や適用除外の確認などのアドミニストレーション・コストがどの程度になるかが不明であるが、今後、自己負担額の上方改定、ないしは給付範囲の限定をしないと財政的には見合わない可能性がある。

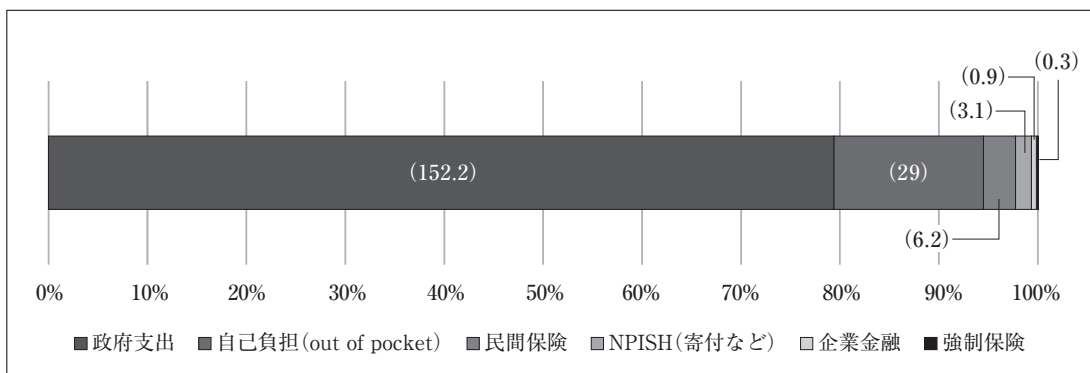
ここまで繰り返し述べてきたように、NHSにおいて患者負担が財政に与える影響は現時点では極めて限定的である。そもそも、患者負担の導入は、誰もが支払い能力を問われずに包括

表3 処方薬、歯科治療費における自己負担による収入（単位 千£）

2017-18年度（NHS）	患者自己負担（料金徴収）による収入	サービス全体のコスト	割合
処方薬	£ 575,965	£ 10,455,667	5.5%
歯科治療	£ 807,333	£ 2,811,569	28.7%

出所：Department of Health and Social Care (2018) Annual Report and Accounts 2017-18の情報より著者作成

図2 医療費等支出における資金の内訳（単位 十億£）



出所：Office for National Statisticsの情報より著者作成

的に無料で医療を受けられるという最大のNHSの特徴と抵触するリスクが非常に大きいこともあり、これまでに処方薬等を除き、医療サービスの利用において患者負担の導入が本格的に検討されたことはない¹⁶⁾。

しかし、NHS財政が厳しい状況下で医療技術の高度化や高齢化など医療に対する潜在的な需要が高まっていることから、増税、保険からの拠出も含めた新たな財源確保が必要とされるのは必須である¹⁷⁾。だが、増税や保険料の引き上げなど、いわゆる国民負担の増加は、政治的に不人気であり、合意を得るのが容易ではない。とりわけ高齢化の進展により、年金受給者が多くなればなるほど困難になるであろう。一方、外国人からの費用徴収は、ヨーロッパ諸国における難民急増など政治的な情勢も影響するが、「誰も」の定義を見直すことでNHSの特徴を損なうことなく得られる新たな財源確保の手段として導入された側面があると考えられる。だが、上述のように財政全体へのインパクトは大きくなく、いずれにせよ根本的な財政問題の解決手段とはなりえない。

急速な高齢化により懸案となっている介護費用の財源調達と合わせて、今後、医療においても新たな財源確保の手段について議論される日が近いのではないかと考える。財源調達の議論をするには、国民の負担への納得性や制度の信頼性が必要であることは言うまでもない。イギリスにおける外国人からの自己負担徴収の動きは、将来の国民の負担増への納得や制度の信頼性の獲得のために実施したと考える方が妥当かもしれない。今後の動向を見守りたい。

注

- 1) イギリス保健医療制度の詳細は、堀真奈美(2016)『政府はどこまで医療に介入すべきかーイギリス医療・介護政策と公私ミックスの展望』ミネルバ書房を参照されたい。本稿は、イングランドを前提に議論を行っている。
- 2) このほか、ウィッグ(かつら)や眼鏡等の視

力検査などに自己負担がある。医療サービス外では駐車場、給食等は料金が課せられる。

- 3) NHS改革に必要な予算見通しを立てるために、財務大臣の指示で作成が命じられた報告書。Derek Wanless (2002) “Securing our future health: Final report”参照。
- 4) なお、除外は申請書による自己申告に基づいて行われるため、虚偽申告が発覚した場合には罰金が課され、犯罪記録も残る。表1に示すように、イングランド以外では、現在、処方薬は無料となっている。
- 5) 医薬品に含まれる弾性靴下は1足ごとに17.6ポンドとなる。
- 6) 毎月2品目利用すると、年間で107ポンド、3品目で212ポンド、4品目以上で318ポンド以上の割引になる。
- 7) NHS傘下病院に匹敵する規模の総合病院は、BMIヘルスケア、BUPA、CAPIO、ヘルスケアイングランド、HCAインターナショナルの5社の運営によるものが中心であり、後は専門特化した小規模病院・日帰り手術施設が多い。
- 8) NHS傘下病院がプライベート医療を供給するには一定の制限が加えられており、“Health and Social care Act 2003”、“National Health Service Act 2006”の規定により、上限(The private patient income cap)が定められおり、全収入の約2%程度(明確な数値の記載はなく、2003年程度の水準)に抑えられていた。“Health and Social care Act 2012”により、上限に関する事項が165条で削除されたが、164条でファンデーショントラスト病院は、全収入の半分を超えてはならないと規定されている(49%制限)。なお、専門医は、NHSとの契約(The NHS Consultant Contract)で、プライベート医療で得る収入は、NHSから得る全収入の10%以内に制限することになっている(10%ルール)。NHS傘下病院は、プライベート病床のほか、NHS営業時間外にプライベート医療を提供することが可能である。
- 9) たとえば、既往症がある場合は、プランによって加入できないこともある。これは、保険専門用語で、「アンダーライティング(危険選択)」と言われ、保険契約の申込みがあれば、保険会社等は、なんでも引受けるのではなく、契約にかかわる加入者の危険(リスク)事情を鑑み、契約に相応しいものを引き受けるという意味である。

- 10) 2009年3月に発行された保健省通知“Guidance on NHS patients who wish to pay for additional private care”によって、NHSがカバーしない薬剤等を患者が利用希望する場合は、一定条件の下、追加的なプライベート医療をNHS医療と併用して利用することが可能になった。基本的には、①別の時間帯 (at different times)、②別の場所 (in different places)、③完全にNHS医療とは切り分けて行われることが求められる。
- 11) NHSは社会保険制度ではないが、CCGは、「疑似保険者」としての機能を担っている。キャメロン改革前まではPCTと呼ばれる組織がその役割を担っていた。CCGは、イングランド全土で195ある。CCGは、PCTの機能を引き継ぐと同時に、GPを中心とした地域の臨床集団から構成される組織でもあることから、地域の医師会と市町村・保険者が一緒になった組織というほうが日本ではイメージしやすいかもしれない。
- 12) このヘルス・サーチャージの収入はNHS財源に還元されることになっているが、年あたりの金額の倍増が検討されている。
- 13) そのため病院は、OVM (Overseas Visitor Manager) という海外訪問マネジメントの責任者を配置することが義務付けられた。
- 14) Real Departmental Expenditure Limit (RDEL) は、NHS傘下、傘下外も含めたNHSサービスのために支出される保健ケア省 (Department of Health and Social Care) の全体の歳入を意味する。資本支出は含まれない。
- 15) CCGのコミッションングによって、NHS傘下外の民間医療機関のサービスをNHSサービスとして利用することはありえるが、患者から自己負担を取るものではない。
- 16) マイナーな動きとして、議員提出法案であることから、法案が成立する見込みはないが、保守党貴族院の政治家クリストファー・チョープ卿が「NHSの自己負担と共同出資の拡大に関する法案2017-19」を2018年5月11日に下院に提出したことがあげられる。
- 17) ブレア政権時代の大幅な支出増加を支えた財源は、国民保険料からの拠出額の増加であった。現在でも80%近くが租税であるが、国民保険料の拠出金とあわせて全体の98.8%を占めている。

参考文献

- ・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』 ミネルバ書房
- ・Department of Health and Social Care (2018) “Guidance on implementing the overseas visitor charging regulation”
- ・Department of Health and Social Care (2018) “Upfront charging operational framework to support identification and charging of overseas visitors”
- ・Department of Health and Social Care (2018) “Annual Report and Accounts 2017-18” (2018年1月より Department of Health は、Department of Health and Social Careに名称変更)
- ・House of Commons (2017) “NHS charges for overseas visitors”
- ・House of Commons (2017) “NHS Funding and Expenditure”
- ・Kings Fund (2014) “A new settlement for health and social care”
- ・Kings Fund (2005) “Copayments and charges in the NHS”
- ・Kings Fund (2017) “How the NHS is funded”
- ・NHS England and NHS Improvement (2018) “Improving systems for Cost Recovery for Overseas visitors”

1. 基本情報

(17年)	日本	ドイツ	フランス	イギリス	
総人口(千人)	126,706	82,522	66,989	65,809	
高齢化率(%)	27.7	21.2	19.2	18.1	
合計特殊出生率 [※]	1.44	1.6	1.89	1.79	
平均寿命(年) [※]	男81/女87.1	男78.6/女83.5	男79.2/女85.5 (15年)	男79.4/女83	
失業率(%)	2.8	3.7	9.4	4.3	
医療費対GDP(%)	10.7	11.3	11.5	9.7	
国民負担率 (国民所得比) (%) [※]	(A) + (B)	42.6	53.2	67.1	46.5
	租税負担率(A)	25.4	31.1	40.5	36.1
	社会保障負担率(B)	17.2	22.1	26.6	10.4

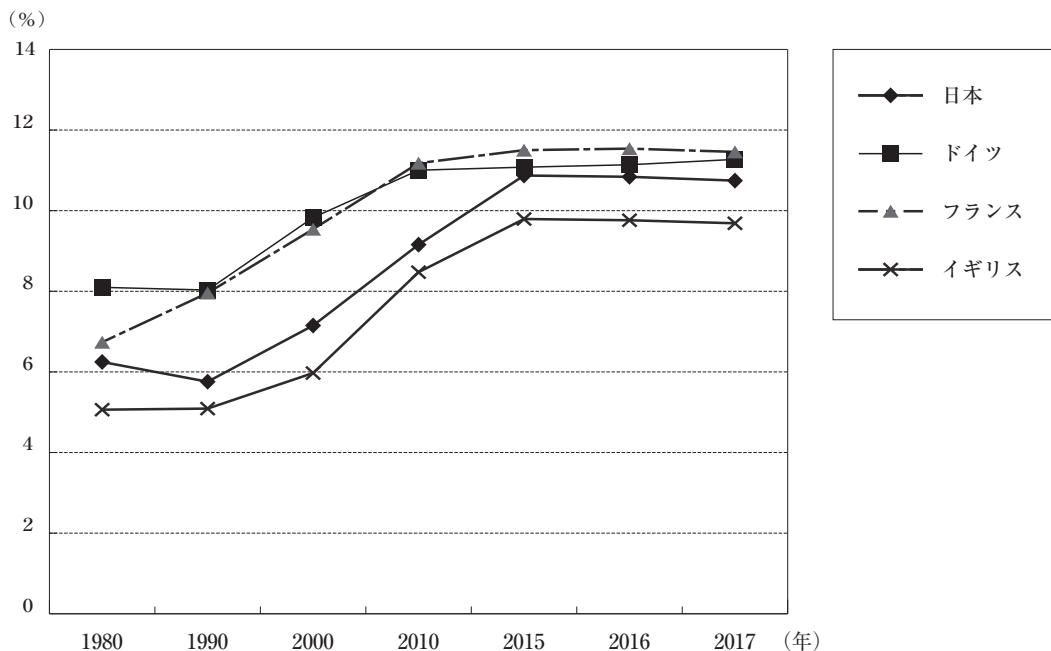
※ 合計特殊出生率、平均寿命は各国16年の数値。国民負担率については、各国15年の数値。

出所：総人口・高齢化率はOECD Health Stat 2018 (Demographic References)

合計特殊出生率はOECD Family Database、平均寿命・医療費対GDP比はOECD Health Stat 2018

失業率はLabour Stat 2018、国民負担率は財務省HP「平成30年度の国民負担率を公表します」

2. 医療費対GDPの推移



出所：OECD Health Stat 2018

3. 医療提供体制

(16年)			日本	ドイツ	フランス	イギリス
平均在院日数			16.3	7.5	5.7 (15年)	6.0
病床数	医療施設	急性期	992,131 (7.82)	498,718 (6.06)	210,003 (3.14)	—
		長期	338,067 (2.66)	—	31,396 (0.47)	—
		精神	334,258 (2.63)	105,026 (1.28)	57,335 (0.86)	26,058 (0.4)
医療 関係者数	医師		308,105 (2.43)	344,755 (4.19)	209,367 (3.13)	182,534 (2.78)
	歯科医師		101,584 (0.8)	70,305 (0.85)	43,026 (0.64)	34,867 (0.53)
	薬剤師		230,186 (1.81)	52,430 (0.64)	70,025 (1.05)	56,542 (0.86)
	看護師		1,439,721 (11.34)	1,058,000 (12.85)	—	516,974 (7.88)

(注) 1. 下段のカッコ内は人口千人当たり。

2. 平均在院日数は急性期の数値。

出所：OECD Health Stat 2018 (Health Care Utilisation Hospital AggregatesとHealth Care Resources)

4. 掲載国通貨円換算表 (2018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)
131.06	148.56

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